

# ハート・インみやぎと宮城の10年を振り返る ～宮城の精神医療・福祉・保健のこれからを考えるために～

原クリニック  
原 敬造

2003年10月25日

## はじめに

1994年第一回ハート・インみやぎが開催された。

基本理念は、

開かれた会

当事者・家族・市民・ボランティア・関係者の参加

地域に根をおろした活動

タイムリーな話題を取り上げる

自主制作作品や活動の紹介：目立つところでの販売

一芸の披露と交流

である。第一回ハート・インみやぎでは、三越前での販売が行なわれた。当事者の方が街頭での販売を行なったのは仙台で初めてのことで画期的なことであった。またこの会では、その時々を話題を講演会や、シンポジウムとして取り上げ、オピニオンリーダー \*1的役割も果たして来た。

当初は社会資源に乏しく、当事者、家族、医療関係者が中心であったが、徐々に小規模作業所、授産施設、生活支援センターなどの社会資源が整備されるのにもなって、スタッフやボランティアへと会の広がりもでき、幅広いネットワークができてきている。最近では通年での活動へと活動面での広がりも見せており、その取り組みのひとつとしてホームページ作成、ラジオ番組制作などが行なわれている。

## 日本の精神医療の問題点

現在の精神医療の問題点を、社会保障審議会障害者部会精神障害分会の報告書では「今後の精神保健医療福祉施策について」次のように述べている。

人口当たりの精神病床数（ただし、精神病床の定義は国によって異なる場合がある）が諸外国に比べて多いこと

最近入院した者については比較的短期間の入院医療が定着しつつある一方、長期入院の者が減らず、またいわゆる社会的入院者 \*2が減らないこと

精神病床の機能分化が未だ成熟しておらず、効率的で質の高い医療の実施が困難であること

入院患者の社会復帰や、地域における生活を支援するための施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと

精神疾患や精神障害者に対する国民の正しい理解が十分とはいえないこと。

また施設処遇を中心として発達してきた背景について

歴史的に、精神保健医療福祉サービスの提供体制が不十分であった時代に生じていた、私宅監置等の自宅や地域における処遇の問題を改善するために、施設処遇が進められてき

た

精神保健法 \*3(昭和62年)、障害者基本法 \*4(平成5年)、精神保健福祉法 \*5(平成7年)等の成立を経て、施設処遇中心から地域移行への方向転換が図られてきた。しかし、その成果はいまだ十分ではなく、いわゆる社会的入院者の退院も進んでいない。

そして今後について

上に掲げた課題の解決を図りつつ、ノーマライゼーション \*6の考え方を踏まえ、当事者主体の精神保健医療福祉へ転換を進め、精神保健医療福祉施策全般の充実向上を図ることが重要である。

今後の進むべき方向を明示した上で、可能な限り各種施策の目標数値を設定し、計画的に推進を図ることが必要である。

入院医療主体から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換として、

- (1)精神疾患、精神障害者に対する正しい理解の促進を図ること
- (2)「受入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること。また、これに伴い、入院患者の減少、ひいては精神病床数の減少を見込むこと
- (3)当事者が主体的に選択できるよう、多様なサービスの充実を図ること
- (4)良質な精神保健医療福祉サービスの提供とアクセスの改善を図ること
- (5)精神保健医療福祉施策にとどまらず、他の社会保障施策との連携を進めるとともに、国、都道府県、市町村、関係機関、地域住民などの多様な主体が総合的に取り組むこと
- (6)さまざまな心の健康問題の予防と早期対応を図ること
- (7)客観的指標に基づく施策の進捗状況の評価と、施策推進過程の透明性の確保を図ること

として、その具体策として、

具体的な施策

精神障害者の地域生活の支援

- (1) 在宅福祉サービスの充実
- (2) 地域における住まいの確保
- (3) 地域医療の確保
- (4) 精神科救急システムの確立
- (5) 地域保健及び多様な相談体制の確保
- (6) 就労支援

社会復帰施設の充実

適切な精神医療の確保

精神保健医療福祉関係職種の確保と資質の向上

心の健康対策の充実

精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進

をあげている。

日本の精神医療の大きな問題点は、政府の隔離収容政策の結果、民間病院が病床の8割を占めてしまっていることである。したがって、地域生活を中心にした観点への転換においては、政府がこれまでの隔離収容政策に対する反省、とりわけ人権侵害についての反省にたって強力に推し進めなければ困難である。これまで、地域生活やノーマライゼーションと理念を掲げてみても、実行に移すビジョンとその裏づけ、経済措置がなければ絵に描いたもちに過ぎない。

病床の機能分化が問題ではなく、また国民の無理解が問題なのではない。政府の無理解、

政策の実行力のなさが問題である。

## 宮城県の精神医療・保健・福祉の現状と問題点

宮城県においても状況はまったく同じである。

宮城県の万対病床数は23.2。利用率は92.4%（2000年）

精神病院数は、32病床数は5371（入院数4938）（2002年）

精神科診療所数39（仙台27）

であり、万対病床数は、比較的少ないが最近老人病床を中心にした新規の精神科病院が建設され万対病床数は増加傾向にある。また精神科診療所の増加傾向も全国と同じく見られる。身近に診療所が出来ることで精神科への敷居が低くなり受診し易い環境が出来、早期受診、早期治療が可能になる。

入院している方は、統合失調症の方の割合が減少、脳器質性精神病 \*7の方が増加し、在院期間は長期化、高齢化している。厚生労働省が社会的入院者は、7万2千人といているが、そこからみると宮城県の社会的入院は、およそ1200名と考えられる。

救急医療の整備については、日曜祝日については、県立精神医療センター、精神病院協会での当番体制があり、昨年からは県立精神医療センターで準夜帯での救急が始まっている。仙台市を中心にして社会資源は徐々に増えているが仙台市以外の地域では整備が遅れているのが現状である。

宮城県では、当事者の活動が活発に行なわれており今後の進む方向を示している。

## 今後の方向性 まとめにかえて

以上のことを踏まえて今後を考えてみる。

まず政府は、社会的入院が施策の誤りの結果であると認めることが重要である。その上で、少なくとも厚生労働省が発表した7万2千人の社会的入院者には住居を選択する権利があり、希望する住居を政府が最大限の努力をもって確保することを約束し、退院に際して不安のないように十分配慮し、社会的入院の期間を査定し補償をすることである。

病床の削減に伴って、人員の再配置と社会資源の整備を十分に行なうこと。

就労については可能な限り一般の職場で就労できるように、職場の体制を整備し、援助つき雇用や、ワークシェアリングなど様々なニーズに対応できるようにする。

さまざまな施策を人口10万単位で大枠を考え、具体的整備に当たっては、より小さな単位で整備していく必要がある。社会的入院を受け入れるためではなく地域で生活を支える視点での整備が必要である。

## 精神科医療の今後の方向

現状は、先に述べたとように民間病院が80%を占めている。当面は、地域内に人口10万人単位で、二次救急を担える公的病床を整備する。10万対10床程度。県及び政令市に三次救急に対応出来る病床を10万対1-2床程度整備する。三次救急に対応する病院は合併症治療にも対応できるようにする。二次救急に対応できる地域の小規模病院を核にして初期救急、地域医療を展開する。その上で精神科病床は人口万対8-10床程度にする。仙台市の規模ではベッド数は800-1000床程度にする。インテシブケアマネージメント \*8により、ネットワークを強化し地域でのサポート体制を作る。ACT \*9により重症なケースをサポートする。地域の小規模病院にACTチーム \*10を置く。病床削減した人員により各病院の医療内容を強化する。

今後の精神科医療は、収容施設としてではなく、社会資源の一部として、必要なときに必要で適切な医療を提供できるような体制へと変わることが要求されている。

## 街で暮らす

"街で暮らす"この当たり前のことが、当たり前に出るににくいのが日本の現状である。精神障害を持つ方の社会資源のさらなる整備が必要であると同時に既存の社会資源から障害を持つ方が排除されていることが問題であり、現在ある社会資源を当たり前利用できるようにしていくことも問われている。

"街で当たり前で暮らす"ことにとって、差別や偏見との取り組みが大事である。その面でハート・インみやぎの果たす役割はますます重要になってくる。今後も幅広い活動を展開していこうと考えている。

## 用語解説（ハートインみやぎ実行委員会追記）

### \*1 オピニオンリーダー

世論に影響力を持つ立場

### \*2 社会的入院

医学的観点からは、入院治療の必要性はないにもかかわらず、住居や居住地域の環境や家庭事情、社会サービスの不備などの理由によってやむ終えなく入院を継続していることをいう。

### \*3 精神保健法

入院患者の人権整備がうたわれ、復帰施設の制度が創設

### \*4 障害者基本法

精神障害者も障害者として明確に位置づけられる

### \*5 精神保健福祉法

福祉施策を法体上に位置づけ。

目的「自立と社会経済活動への参加」が加わる

以下の1～5が決定

- 1, 精神障害者保健福祉手帳制度創設
- 2, 社会復帰施設の4類型
- 3, 社会適応訓練事業の法定化
- 4, 地域精神保健福祉施策の充実。市町村の役割を明記
- 5, 公費負担制度の保険優先化

### \*6 ノーマライゼーション

北欧で始まった障害者の社会運動。障害者がその障害を克服して社会に参加するといった方向ではなく、社会の側が障害を持った人にその障害を意識せず生活できるように社会を変革していこうといった運動。

### \*7 脳器質性精神病

大脳の病変によって起こる精神疾患。脳血管障害や萎縮、脳腫瘍、炎症、など様々な原因で起こる。

## \*8 インテンシブケアマネジメント

障害者や高齢者の地域生活を総合的に支えるために行われる、福祉サービスの一元的な調整を集中的に行うこと。

## \*9 ACT ( Assertive Community Treatment )

重い精神障害を持った方達が地域で生活できるように支援するためのもっとも集中的、包括的な支援のモデルの一つであり、その有効性から現在世界各国で実践されている。

## \*10 ACTチーム

### ACTチームの構成例

- ・チームリーダー
- ・ケースマネジャー  
看護師、作業療法士、リハビリテーションカウンセラー、心理士、ケースワーカー、  
職業リハビリテーションの専門家、医師 等
- ・プログラスマネージャー
- ・チーム精神科医
- ・当事者&援助経験のある家族