

講演 III

「救急車で24時間安心して利用できる精神科救急医療の重要性」

広田 和子 氏 (精神医療サバイバー)

皆さんこんにちは。私は精神医療サバイバーの広田和子です。私はこの肩書きで、2001年12月14日から厚生労働省社会保障審議会障害者部会の臨時委員を担って、今二期目に入っていますが、日本の精神障害者が厚生労働省の委員に入るのは史上初めてだということで、各紙の「人欄」等に取り上げられたということがありました。

求められるソフト救急の体制確立

私は神奈川県に住んでいますが、日常の活動から見えてくる、いかに救急車による精神科救急医療が必要かというお話をさせていただこうと思います。

先ほど平田先生から、厚生労働省が5年間で1,200床の救急用のベッドを予算化したいと希望している旨のお話がありましたが、私も現状の精神科救急医療のやり方では、これでは少ないというふうに思っています。

神奈川県の場合、救急は二つあります。一つは、いわゆる普通の救急（これを「ソフト救急」と言います）で病院には救急車や自家用車、あるいはタクシー等で行くことになります。

もう一つは、本人が医療機関に行きたくないと思っても、現に自傷又は他害行為があり、さらに自傷他害のおそれもあることから、警察官が介入しなければならない救急を「ハード救急」と呼んでいます。

私自身は精神医療サバイバーとしてハード救急は反対ですが、多くの警察の現場を知って、そうは言っていられない現実を直視して、一件でもハード救急を減らしたいと思っています。

神奈川県内では、従来、両方のシステムは夜10時までだったのですが、平成14年から「ハード救急」が365日、24時間システムになりました。そして保護された人を衛生行政が医療機関まで、法に基づいて移送

していますが、これは本人にとっては公権力による強制入院につながる可能性があると共に、あまりにも精神科医療について警察に依存しすぎてきた経緯からみると、警察ではなく、衛生行政が責任を持って移送を行うのが当然だと思います。

ただ、ハード救急のシステムができたといっても、ベッドが足りない時は、警察の保護室に医療を必要としている人が一晩いる、という現実もあります。そこには保護された人を見守るため警察官が張り付いています。

一方、今日電話で横浜市救急課と話したのですが、救急車が年間4000件以上の人を扱っており、どこかの医療機関に行く計算なのですが、2004年9月15日現在、24時間ソフト救急はシステム上、土日だけしかありません。ソフト救急システムは平日は夜10時で終わってしまうのです。これはおかしいと思っています。

私自身も救急車に乗って患者さんに付き添っていましたが、診察時間が長いと感じました。一刻も早くベッドに横になれればいいのにと側にいて思いました。本人の意志に基づく受診なのですから。

つまり、10時までのシステムと言っても、10時までに診察が終わらなければいけないということで、患者は8時半頃までには病院に入ってほしいという話です。実際に、救急車で行く救急が必要になるのは、何も土日だけではないはずで、365日24時間必要なのですが、警察のハード救急のシステムしか稼働していませんから、仮に患者さんが救急車に乗ったとしても横浜市の救急隊独自で行き先を探せない場合、救急車が患者を警察に連れてきています。私は警察で、そういう現場を何回か見かけていますし、神奈川県内でのいろいろな警察官の話を聞いていると、救急車が警察に患者を連れてくるそうです。つまり、医療機関で

はない警察のソファで横になり警察官が見守っています。

私がこのことを知ったのは1998年のことです。当時、横浜市内の伊勢佐木警察にうかがったところ、私が精神障害者と名乗ったら、「署の保護室、泥酔者を保護する保護室で精神障害者を保護していますが、早急に医療的保護を受けなくて、患者さんの人権にかかわりませんか」「なぜ24時間、精神科救急医療はないのですか」「患者さんが可哀想だ」という話を聞かされ、私はものすごく衝撃を受けました。なぜなら、精神障害者の業界の中では、「警察が精神障害者を治安の対象者として収容したがつている」と思われていたからです。

その後、横浜市救急課を訪ねたわけですが、横浜市救急課も、「実際に患者を収容はするけれど、行き先がなくて困っている」ということでした。この間、私は記者会見を行ったり、平田先生にも講演に来ていただいたり、いろいろなことをやってきました。先ほども申し上げたように、365日24時間のハード救急のシステムはできたけれど、本人が受診を希望しているソフト救急のほうが遅れてしまっている。

これはなにも神奈川県内に限ったことではなく、いわゆる警察の保護室に患者が一晩いて、外から警察官が見守っているという現象が、他でも起こっていると思います。小児医療も、マスコミが大きく取り上げたことから、国民の多くが知るところとなって、小児救急が進んでいるように感じています。精神科救急も他の病気と同じように、救急車で行けるようになることが望ましい。そうすれば、警察官ルートを使う前に早い段階で医療を使えるようになるはずですし、患者の人権も尊重され、救急隊や警察側の負担もなくなります。

新聞社やテレビ局というのは、新人記者時代に警察回りをする中で、精神障害者を指す言葉として「マル精」とか「MD（メンタル・ディスオーダー）」という言葉覚えていきます。また、暴れて興奮しているような状態や病状が悪い精神障害者ばかりを警察官が見ることは、警察官と精神障害者の関係としても不幸ですし、そこに出くわす新人記者たちにとっても、初め

て精神障害者を知る時にショッキングな状態で見られるわけですから、これもまた、マスコミと精神障害者との関係を考える上での不幸になっていると思っています。私は多くの報道機関関係者との交流の中から、マスコミの精神障害者に対する偏見を強く感じていますが、その原因の一つには、救急医療を必要としている人が警察署にいる現実があると思います。

サバイバー活動について

精神医療サバイバーというのは、文字通り「生還者」という意味です。私は1983年に精神科病院を受診しています。いろいろ経過がありますが、5年後に医療ミスの注射を打たれ、その注射の副作用で耳も聞こえなくなったり、ご飯を食べてもウーロン茶を飲んでも鉛のような味がする幻覚（幻味）を体験したりしました。また臭いも感じられなくなり、流れるような涎を垂らしました。そして何よりもアカシジア（着座不能という副作用なのですが）が出て、20時間以上も歩き回るわけです。

私は「もうこの病院を信用できないから、横浜市大に転院したい」と言ったのですが、主治医は「今のあなたの状態は、どこに行っても、誰が診ても、手の施しようがありません。私のミスでした」と言い、さらに「私に任せていただきたい。緊急入院してください。」ということで、病気ではなくて、注射の副作用によって入院し、薬の調整で約1カ月後に退院しました。

精神医療サバイバーは、文字通り、精神医療からの生還者という意味です。欧米などで、精神医療サバイバーといえ、精神医療でひどい体験をしたため、精神医療を拒否する、すなわち「反精神医療」という考え方の人もいます。私は、拒否はしたいのですが、その注射を打たれて以降、今日までたくさんの薬を飲まないで眠れなくなってしまったのです。そこで誰もが安心して利用できる精神医療に変えたいという思いと自己主張の思いも込めて、精神医療サバイバーと名乗っています。

現在、私は8万円ほどの家賃を出して、元副知事の家に住んでいます。私の収入の多くは生活保護なのです。

が、なぜそんな大きな家に住めるのかというと、横浜市精神障害者住み替え住宅制度という制度を利用しているからです。生活保護で引っ越す精神障害者が、相手側に出て行ってくれといわれた際に、今までの家賃以上のお金が負担できないようなときは、その生活保護の上乗せを横浜市衛生局が出してくださるという事で、大きな家に住んでいます。

私は、ずっと「ピアサポート」をやっています。携帯電話と自宅の電話と両方をとって、そこで相互支援活動をやることを「ピアサポート」と位置付けています。「ピア」というのは「仲間」「同志」ということです。そういうことをやっている人を「ピアサポーター」と言います。大きなこの家に住むようになってから、私の家は「ピアサポートみなみ」、南区に住んでいますから、そういう名前を付けて活動しています。そして本人の自己決定を越えないサポートをするためアドボケイト（人権擁護人）に徹しています。電話相談を受けていると、いわゆる医療を必要としている人から、単に温かい毛布と温かいスープや話を聞けば何とかなるというような人もたくさんいます。そういった人が「割り勘」で家に泊まっています。つまりショートステイです。こうして話を聞いているだけで何とかなる人が警察に助けを求め、信頼関係のある警察官から私が紹介されることもあります。現在も100日以上にわたって、自分の家にいると殺されてしまう、と思っている人が私の家に泊まっています。

精神病は他の病気と変わらない

日々の活動の中で、精神科の救急医療が他の病気と同じように必要なのだと痛感します。なぜ、精神科救急医療だけがないのかということ、痛切に感じています。その理由としては、まずひとつに「言ってこなかった」ことがあるでしょう。

これまで精神科の救急がないという現実がおかしいということを患者も言ってこなかった。本当に困っているのはなにも患者本人や家族だけでなく、救急隊や警察もまた本当に大変なのだということを私が知ったのも、ほんの数年しか経っていないということです。

厚生労働省も認識していますが、とにかくベッドがないのです。行き先がないのです。行く方法、救急車は全国にあるのですが・・・。

ただ、私は神奈川県の場合は、千葉県方式ではないと思います。それはたぶん将来においてもです。さきほど、平田先生は、入院形態を一次救急、二次救急、三次救急とに分けられました。一次救急が外来、二次救急が自分の意志で入院する任意入院、および本人が入院したくなくても放っておくと病状が悪化すると判断され、保護者の同意によって行われる医療保護入院、そして三次救急が極めて強制力の強い都道府県知事と政令都市市長が命令して入院する措置入院と分類されていました。この措置入院につながるのがハード救急です。

私は救急医療センターをマクロの県単位でひとつ作るのではなくて、たとえば韓国のソウル近郊では、25の総合病院に精神科のベッドがあるように、もっと身近に作るべきだと思います。日本には、いわゆる総合病院に精神科のベッドが少ないことは明らかです。

人は精神科の医療を必要とするだけでなく、合併症などを持っている場合もあります。ですから、総合病院のようなところにベッドが欲しいし、救急車で行く時に、全県からの患者が集中するようなどころに行くのではなくて、他の病気と同じようにもっと身近なところにあってほしいし、そういうベッドの予算配置をしてほしいのです。本当に、救急車が、行き先がなく困っているという状況です。

このように行き先がない中で、結果として、なんでもかんでも警察が関わらなければならないような状態になっています。今、この国は平成11年度から3万人を超える自殺者を出しています。こうした社会問題に対応するためにも、きちんとした救急車による救急が必要だと思います。そのためには、ベッドが必要であり、何よりも安心して利用できる救急医療でなくてはいけない。

行ったらインフォームドコンセントもないまま私のようになって、精神医療サバイバーになって出てくるような、あるいは病院によってトラウマが作られるよ

うな医療ではなくて、又、いつ退院できるかわからないということがないような、安心して利用できる精神科救急医療が必要だと思います。そうした精神科救急医療を安心して利用できることによって、誰もが精神科を受診できるようになると思います。

偏見是正に向けて

それから、精神科の患者になりうる人がなかなか救急車に乗らないという現実も一方にはあります。横浜市の救急隊の場合は、かなり説得に努めてくれています。なぜ乗りたがらないかという、精神科病院に行きたくないという思いが強いのと、精神疾患に対する正しい理解が社会の中でできていないことがあげられます。精神疾患に対する、本人自身が持つ偏見もあるでしょう。

私は厚生労働省の「心の健康問題の正しい理解のための普及・啓発検討会」の副座長をさせていただき、その報告書を今年3月25日に座長と共に総理官邸にお持ちして、小泉総理にお渡ししました。こうした普及啓発によって、精神の病も他の病気と同じなのだということが、広く国民に知れ渡ればと希望しています。そして、今、先ほども申し上げましたが、この国の自殺者は交通事故死や世界中のテロなどで亡くなっている人の数よりも多い、先進国ワースト1という国家的課題の状況にあります。こういうところで、精神科救急医療が果たす役割はとても今日的な最重要課題であって、それは単に精神障害者の課題ではなくて、国民レベル（どの階層をとっても、どの年代をとっても）の課題と考えています。あらためて地域格差がなく、全国どこでも救急車で24時間安心して利用できる精神科救急医療が求められているというふうに、私は痛感しています。

先日、千葉の仲間と会ったら、千葉県には救急医療センターがあっても、そこから遠いところでは、ベッドがあっても医者がいても、なかなか患者を引き受けてもらえず、結果的に警察の保護室の中にいたという話も聞いています。また、千葉県の警察の方も、同県においても救急医療を必要としている人を一晩中保護室で保護している場合もあるとの話をされています。

た。現在、神奈川県には5つ基幹病院があり、夜そこでは10時から翌朝8時半まで、ハード救急システムがあり、土日だけは、ソフト救急の24時間システムもあります。

しかし人は、特に精神の病や心が病んだ時には、夜、状態が悪くなるものです。夜間に話を聞いてもらいたいものです。私は本当にこの問題がクリアできたときに、初めて精神の病も、他の病気と同じように国民に認知されるのではないかと思います。何も知らない人が、ある日具合が悪くなり、病院に行き、そして私のような経験をして、仮に出てきたとしたら、二度と精神科医療は使いたくないと思うようなトラウマを起こすでしょう。この点からも、精神科救急医療をきちんとするためには、精神医療の底上げが大事だというふうに思っています。

精神科の場合、かかりつけ医がいても他科と異なり、救急医療を必要とした時、なかなかかかりつけの医療機関がみてくれないという現状もあります。

精神科救急の診療報酬の点数が私は低いと思います。患者の立場からしても、もっと質の高い精神科の救急医療にするため、お金をかけるべきです。何よりも、精神の病もまた、人の命を救うのが精神科救急医療だというふうに、私は思っています。

本当に医療を必要としている人が長期間、行き先が見つからず、警察の駐車場からでられない救急車の中にいる、あるいは救急車が警察に連れて行って、「警察で保護してください」というようなことが、世界第二位の経済大国であるこの日本で、しかも神奈川県という大都会で起きている。それは、神奈川県だけの課題ではなくて、全国的に起きているということを考えれば、早急に精神科の救急医療のベッドが整備されることが、大事ではないかと考えます。

消防庁も、「行き先さえあれば、患者さんを搬送します」と言っています。ただ、本人の同意が得られない、本人がすごく嫌がった場合には、なかなか救急車には乗せられないとも言っています。その背景には、精神疾患に対するいわゆる無理解と本人の偏見がある。それを変えていくためには、マスコミの方々に事件報道

の時、精神科の入通院歴を慎重に扱っていただきたいと希望します。

たとえば、池田小学校事件のような事件報道の時に、本当にその犯罪が精神科の入院歴や通院歴と因果関係があるかどうかかわからないうちに、こうした情報を出してしまうために、今、現在、精神科医療を使っている人がそういう人と同じと思われたくないということで通院をやめてしまったり、また、多くの患者は、そのことで自分もおかしくなってしまうのではないかとということで悩み、不安になったりすることが少なくありません。

加えて、世間には精神科を受診している人は犯罪を起こすから怖いというような先入観を植え付けてしまっている。こうした悪循環の中で、精神障害者は暮らしているのです。

ところが、精神の病で入院している34万人の患者と、224万人の通院患者、合わせて258万人を精神障害者と厚生労働省はとらえています。実に、日本の総人口の45人に1人が精神障害者なのです。検討会の報告書には人は5人に1人は生涯に精神疾患にかかることであります。ですから、誰もが精神の病になる可能性があることを考えれば、365日24時間、安心して救急車で利用できる精神科救急医療が必要だということを、重ねて申し上げ、私のプレゼンテーションを終わりたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

フロアディスカッション

「マスメディアへの期待、ほか」

座長：平田 豊明 先生

【会場B】 広田さんにうかがいますが、ベッドが足りないという話でしたが、果たしてそうかなあという感じがしました。いかがでしょうか？

【広 田】 平田先生が最初に保護室の話と個室のお話をされたと思いますが、日本の精神科救急というのは保護室や個室から入るのです。私はアジアでは韓国と台湾に行っていますが、あちらでは大部屋で救急を、つまり、他科と同じような感じでやっていたのです。しかし、日本は個室だから、救急用のベッドがなく、行き先がないということです。個室でなければいけないのかなと感じることはあります。ソフト救急は大部屋でいいこともあると感じています。

それから平田先生もおっしゃっていたように、本当に医者が「脱病院」という状況なのです。クリニックや診療所の開業に走って、夕方になるとテープレコーダーが回り、自分のところは終わったので、ここに電話したほうがいいのか、そんな医者もいます。患者の立場から見ても、精神科救急をやっている医者が燃え尽き症候群にならないかいいなと思います。診療所を開いて、デイケアとナイトケアで儲かるシステムに流れてしまっている人もいるのではないかと思います。本当に志を高く持って、病院を去り、地域に赴く医者もいると思いますが、医者の脱病院が、当直がなく、救急はよそを利用してくださいとテープレコーダーを回すという側面を持っているのは否めないと思います。

相対的な中での診療報酬の見直しや、精神科病棟は他科に比べ医師も看護婦も少なくていいという差別的な現状とか、いろいろなものがんじがらめになっています。昭和39年のライシャワー事件の犯人が精神障害者だったということで、以降、精神障害者はずっと隔離収容施策の下に置かれ、病床は増え続けてきた

という歴史があります。それが、今、医者が病院に見切りをつけているのかどうかわかりませんが、非常に大変な状況だということです。

精神保健指定医という、質の高い精神科医がいないことも含めて、又、現状多くの精神科救急医療が個室や保護室対応ですので、ベッドはそういう意味では「ない」のです。

あと、重症化を防ぐためクリニックが輪番で夜遅くまで開けてくれればベッドを使わなくていい人もいます。

【平田】 ベッドの話は補足すると、日本の精神科の病床数は世界でも名だたる多さなのです。人口比にすると、欧米の3倍とか5倍というレベルで、ベッドの数だけは足りているのです。でも、そこに入院している患者さんの大半は長期在院の患者さんで、治療のための在院というより、生活のためというか、福祉的な入院という形に使われているわけです。ですから、いざという時に、救急のベッドとして使えるベッドは本当に少ない、びっくりするくらい少ないのです。

それは、機能が分かれていないせいもあります。たとえば、われわれの病院は50床しかありませんが、500床もあるような病院で、1つも入院ベッドが空いていないというようなことはざらにあるわけです。空ける努力をしていないと言えばそれまでですが、意地悪な見方をすれば、ベッドを塞いでいたほうが経営的には楽なのです。それから、働くほうも、「ベッドがありませんから、急患は受け付けられません」というほうが楽なのです。空ければ空けるほど忙しくなるし、仕事がきつくなるのが現実です。そういう現状があります。

【会場B】 アメリカでは、普通の病院の滞在が7日というふうに短いのですが、日本は35日とかいうことで、アメリカでは精神疾患の患者さんに対しては、どういうスタイルをとっているのですか。

【平田】 救急のケースに関しては、一般的には総合病院の精神科が対応するのが標準的なパターンです。欧米はだいたいそうです。総合病院の精神科でまず急患を受けて、そこで4～5日経過を見て、その後、

州立病院に送ったり、ナーシングホームに送ったりという後方転送のようなことをやっています。

アメリカで問題になるのは医療の連続性が切れてしまうということで、それでマネージド・ケアとかアクト(ACT: Assertive Community Treatment)というプログラムが考えられて、地域ベースの継続的なケアを図ろうということが盛んに言われているわけです。アメリカの医療費は、日本の医療費とは比べ物にならないくらい高いですから。精神科も同じようなもので、州立病院でも1日6万円くらいかかってしまうので、そう長くは入院させていられないという事情もあります。ただ、患者さんの側から見ると、4～5日病院にいて、その後にナーシングホームという、医者が全くいないような福祉施設的なところに入れられて、非常につらい思いをする人もいると聞いたことがあります。

それから、クリニックの先生方が増えているのに、病院の、特に救急を担う医師が少なくなるという現象は広田さんからもご指摘いただきましたが、我々としては今後、クリニックの先生方にも一次救急をなんとか担っていただくようなシステムがとれないかというふうに、今模索しているところです。いわゆる病診連携システムと言えるかもしれませんが、これだけクリニックが増えてくると、通院患者で夜間・休日に急性の再燃を起こす人が必ずいるわけですから、その必要性は高いと考えます。早めに手当てをすれば入院しなくて済む人もいるわけです。手遅れになるから、入院しなければいけない。しかも、だんだん強制入院のほうに傾いていってしまいます。こういう現象は、どの科でも同じことが言えるわけですから、通院レベルで返せる段階で早めに対応していただくためには、クリニックの先生たちにも救急のシステムに参画していただく必要があると言えます。

具体的には、当番制を敷いてもらって、今日はこのクリニックに行けば少なくとも夜10時くらいまでは診てもらえるというふうに、一次救急を少し分担していただければ、それだけでもわれわれ救急病院から見れば、だいぶ仕事が楽になるという面もあります。これはおそらくクリニックの先生たちも、心ある人たちは

考えておられるのではないかと思います。

[広 田] 神奈川県の場合は、その話を私が県との話し合いでしたら、既にクリニックや診療所の医者が精神科救急のシステムの中で協力を始めています。今年10月からは、横浜市ではそうしたいわゆるソフト救急のニーズのある患者さんに対して、クリニックの先生が通院で診てくれることとなります。だから、だんだん状況は変わってくると思います。私はそれが全国規模で広がっていったらいいと思います、患者の立場で思います。

[平 田] 千葉県では、さらにもう一步進めて、クリニックを開業している指定医に当センターの当直を時々やってもらっているのです。月に1~2回ですが、うちの病院で昔研修をしたという人が中心で、まったくシステムのことを知らない人ではないのですが、そういう形で月に1回でも2回でも、指定医当直をバックアップしてもらえれば、少なくとも医者の負担はだいぶ軽減するので、バーンアウトの予防にはなるかもしれません。

[広 田] そうですね。大事ですね。

[平 田] 今は試みの段階ですが、いずれはシステムにしていけたらと思います。ただ、開業している先生方を縛るわけにはいきませんから、やはりボランティアのやる気のある人が中心ということになるかもしれません、そういう動きもあります。他にいかがでしょうか。

時間が迫ってきていますので、広田さん、最後に一言。

[広 田] さきほども申し上げましたが、小児救急はマスコミが取り上げていただいたおかげで整備が進みました。日本国民の多くは精神の病を発症するまで、精神科救急医療がない事実を知らないわけです。だから、是非、皆さんには国民にこのことを知らせていただきたい。精神科救急医療の現場で働いてみたいと思わせるような報道を、いろんな形で実施していただきたいと思います。6年前に私自身がそうであったように、世の中に知らない人はたくさんいます。精神科救急医療が他の病気と同じように存在することが、安心して暮らせる国ではないかと私は思っています。

小泉総理にお届けした「心のバリアフリー宣言」にもありますが、精神疾患に対する先入観や誤解を払拭し、自らの意識を新たにするにお金はかかりません。このような報告書が、厚生労働省精神保健福祉課に置かれていますので、ぜひ足を運んでいただいて、そこにも出入りしてください。

ぜひ皆さんのお力をお借りしたいと思います。そうした声を出せずに、今この瞬間に34万人の精神障害者が入院していて、入院治療が必要はないけれど、いわゆる地域ケアが不足しているために、7万2000人の社会的入院患者が存在します。この社会的入院患者が安心して地域の中で暮らしていくためにも、一日も早く、全国津々浦々、いつでもどこでも救急車で行ける精神科救急医療が必要だということを、最後にもう一度お伝えしたいと思います。

(敬称略)

おわりに

入院治療が必要ないのに退院先がないため、多くの社会的入院者が精神科病棟の中にいます。

一方で、24時間相談窓口や精神科救急が未整備のため、長時間救急車の中や警察署にいざるを得ない人がいます。

誰もが地域で安心して暮らしてゆけるため、また、退院促進のため、住宅の確保、24時間相談窓口、ホームヘルパー、作業所、地域生活支援センター、援護寮やグループホーム、就労の場、そして仲間同士が支えあうピアサポートグループ及びピアサポートセンター等多様な社会資源が求められていますが、お読みいただきました様に、この冊子では、主に神奈川県内の精神科救急医療を中心に精神障害者に関する課題等に光をあてたものをまとめました。

この数年間で、私が多くの救急隊員や警察官と出会い、現場を知る中で、医療や福祉や話し相手を求めている人々までが、救急隊員や警察官にすがっている実態を知りました。

これは、時により県民の人道上的の問題ですし、行き先を探すのに長時間要し、苦慮している救急隊員の負担と共に、なんでもかんでも対応せざるを得ない警察官にとりましても多大な負担だと私は、捉えております。

神奈川県内では、警察官が関わるハード救急システムが平成14年度から365日24時間化しました。しかし、普通のソフト救急の24時間システムは、まだ土・日のみです。

精神の病も普通の病なのですから、精神科救急も他の救急と同様に365日24時間、誰もが安心して利用できることを願っています。

広田 和子

スウェーデンによくあるハンディキャップ

- 20万人が補聴器を使っている。しかし、それ以上の人々が聴力に障害がある。2万人は完全に聞こえない。
- 20万人が、眼鏡では矯正できない視力障害をもっている。2万5,000人は完全に見えない。
- 10万人台の人々が、重軽それぞれの機能障害がある。そのうち3万人は車椅子が不可欠だ。
- 4万人が重い言語障害をもつ。全国民の0.5パーセントである。
- 4万人近くが知的障害をもつ。毎日2人の子どもがこの障害をもって生まれてくる。
- 1万5,000人弱の人々が、重い重複障害をもつ。聾啞と盲目などである。
- 多くの人々が精神的な問題、アレルギー、てんかん、糖尿病、複合硬化症などをもっている。障害を意味する病気のリストは、つくれば長いものになる。そうした人々は10万人台に達する。

障害者が学校へ行き、労働をし、適切な住宅を持ち、サークルや社会生活に参加するなど、可能な限り一般の人々と同じようにノーマルに、そして他の人々とともに暮らせるよう計っているのはコミューンです。

●……コミューンとは何か

コミューンとは地理的、行政的地域です（行政とは、管理とか世話をすること、という意味です）。コミューンという言葉は、共同という意味をもったラテン語の「コムニス（communis）」に由来しています。同一のコミューンに住む人々、つまり住民は、一つの共同体を構成しています。

コミューンの住民は、共同で、コミューンで行われる事柄の大半を決定します。人々はそれを、コミューン政治家を選挙することによって間接的に行います。住民はまた、共同でコミューンの権力およびコミューンに属するさまざまな施設を所有しています。施設には公園、学校、運動競技場などがあります。住民は、コミューンに存在するさまざまなサービスに依存しています。コミューンへの税金を通じて、住民はそれらのサービスにかかわり、また、その運営経費を支払っています。

医療観察法病棟まよひ開設

南砺市信末の国立病院機構北陸病院に1日、新病棟が開設される。重大な犯罪行為をしたが、心神喪失などを理由に責任を問われず、裁判所に治療を命じられた者が入院する病棟だ。全国各地で「危険

南砺・北陸病院

ではないか」という地域住民の立場や、「精神障害者への差別だ」との立場から反対の声がある。病院は内覧会などを開き理解を求め、住民側も不安を抱えつつも「反対だけでなく、信頼関係を」と病院と話し合ってきた。(山田佳奈)

内覧会など病院開催 住民ら「信頼関係を」

新病棟は心神喪失者医療観察法に基づき、厚労省の指針に沿って建設。病床30床と予備3床があり、全室個室。病棟は二重の扉に囲まれ、振動センサーなどがついている。庭には監視カメラを設置。病棟と屋外は自由に出入りできない仕組みになっている。

スタッフは医師や精神保健福祉士ら計54人で、従来の精神医療の基準の3倍以上。急性期、回復期など段階に分けて治療プログラムを作り、外部専門家も加えて話し合い

心神喪失者医療観察法 殺人や放火など重大な犯罪行為をしたが、心神喪失などを理由に罪を問われなかった者に、裁判官と精神科医が合議し、指定された医療機関への入院や通院など治療を受けさせる決定ができることを定めた。入院期間は1年半が目安とされている。半年ごとに裁判所が入院継続の是非を判断、再犯を防ぎ、治療と社会復帰を目指す。

昨年7月施行。01年の大阪教育大 学付属池田小での殺傷事件をきっかけに、新たな制度を求める声が高まったことが背景にある。厚労省は24医療機関に入院のための専門病棟を整備することを旨としたが、各地で住民が反対。国立精神・神経センター武蔵病院(東京都小平市)など4カ所しか受け入れは始まっておらず、国立病院機構北陸病院は5カ所目になる。

社会復帰を目指す。看護師ら2人が付き添って外出や外泊も経験させる。同病院は1月18、19の両日、対象者が入院する新病棟の内覧会を開いた。19日午後には80人以上が参加、医師らの説明を聞きながら病棟を見学した。見学前には「子どもがいるので登下校の時に入院患者から何かされたらと心配だ」などの声が上がったが、見学後は「安全は守られそう」と少し安心した口ぶりの女性も。一方で、緊急時の連絡体制の整備を求める声もあった。



内覧会に集まった住民たち＝南砺市信末で

周辺3地区の住民は自治振興会長らで北陸病院地域連絡協議会を作り、同病院と約2年、協議を続けてきた。北島繁男会長(69)は「初めは反対期成同盟のつもりで集まった」と話す。だが病院職員の宿舎がある南山田地区の住民らが建設に理解を示したことなどから

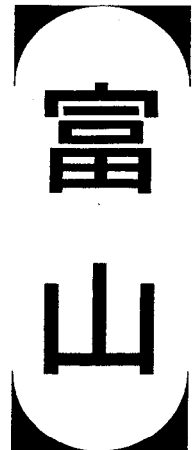
「敷地内での建設に口を挟むわけにもいかない。反対だけしていても」地域連絡協議会を作り、同病院と約2年、協議を続けてきた。北島繁男会長(69)は「初めは反対期成同盟のつもりで集まった」と話す。だが病院職員の宿舎がある南山田地区の住民らが建設に理解を示したことなどから

けた。ただ、犯罪行為をした者を罪に問わない法自体に割り切れなさを感ずる住民も多いという。

住民の中に反対の声もあるし、内覧会後「犯罪行為をした人にごまかす手厚く支援しなければならぬのか」との声も出た。ただ、北島さんは「病院を身近に感じてきた地区の住民に理解を示す人が多かったように、対話でうち解けていくのではないかと。安心して相互に共存するために理解を進め、信頼関係を作っていくしかない」と話す。病棟開設後も引き続き地域の声を運営に反映させるために病院側との話し合いを継続していく。

「敷地内での建設に口を挟むわけにもいかない。反対だけしていても」地域連絡協議会を作り、同病院と約2年、協議を続けてきた。北島繁男会長(69)は「初めは反対期成同盟のつもりで集まった」と話す。だが病院職員の宿舎がある南山田地区の住民らが建設に理解を示したことなどから

精神障害者で厚労省の社会保険審議会障害者部臨時委員の広田和子さんの話 精神障害者は特別な存在ではない。この法律は心神喪失・心神耗弱の精神障害者に裁かれる権利がないこと、再犯の可能性が精神障害者の場合だけ問われることから法の下の平等に反すると思う。重大な犯罪を



富山総局
〒930-0005
富山市新桜町4-28
朝日生命富山ビル5階
☎ 076-441-1671
fax 076-441-1674
高岡 ☎ 0766-22-0397
fax 0766-22-0394
魚津 ☎ 0765-22-0141
fax 0765-22-0157

購読・配達のご用は
☎ 0120-12-0843
平日 7:00~21:00
休日 7:00~17:00
広告のご用は
☎ 076-431-8514
折り込みのご用は
☎ 076-492-1402



富山本針
富山・新富町
TEL 432-5324

月、同病院の既存病棟を見学した。暴力を振るった人が入院していたが、「静かにしてらっしゃった」という。

1998年に知り合った神奈川県警のA警部に、「警察署の保護室で、精神障害者を一晩保護することがあります。早急に医療的保護を受けさせないと人権にかかわりますか?」と聞かれた。

事件を起こしたわけでもないのに、精神障害者が警察に

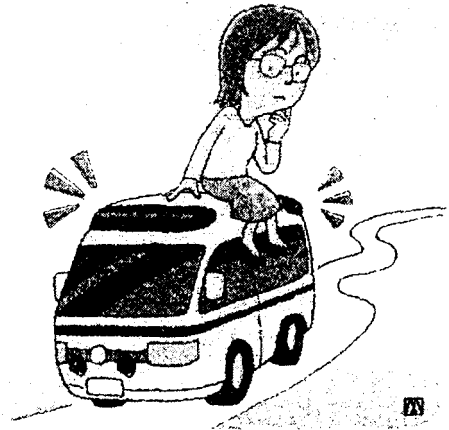
バリアを越えて

広田 和子 *19

保護されることは珍しくない。症状が悪化して自分や他者を傷つける恐れがある場合、家族などが110番するし、「何日も寝ないで騒いでいる人がいる」などという通報で警察官が駆けつける場合もある。

98年当時、神奈川県内の精神科救急は夜10時まで。それ

精神科救急の24時間化



以降は保護した患者を病院に移すことができず、警察署に一晩置かざるをえなかった。A警部はそのことを気にしていたのだ。

A警部との出会いをきっかけに精神科救急に関心を持ち、いろいろ調べるうち、県警本部のB警部補、横浜市消防局救急課のCさんと知り合った。2人と意見交換した私は、24時間の精神科救急医療システムの必要性を改めて痛感。それまで以上に強く行政に訴えるようになった。

精神科救急のシステムは、他科と異なり複雑だ。警察官が介入して強制入院にもつながら「ハード救急」と、救急車などで病院へ行く「ソフト救急」がある。神奈川県内では2002年5月、「ハード救急」の24時間化が先行スタート。昼夜を問わず行政が責任を持って警察から医療機関に移送するシステムになった。

だが、「ソフト救急」は、救急用のベッド不足を理由に、平日は夜10時までで、土日のみ24時間に。全国的にもハード救急の24時間体制は増えつつあるが、ソフト救急はまだまれだ。

症状が極端に悪化する前にソフト救急で搬送できれば、それだけハード救急を減らすことができる。ソフト救急の24時間化を早急に実現してほしい。

(精神医療サバイバー)