

「此邦ニ生レタルノ不幸」

これは、日本の精神病患者・障害者の悲惨な状況を憂い、国策の推進を求めた精神科医の言葉である。オーストリア・ドイツに留学経験のあった呉秀三は、当時の日本で合法化されていた精神病患者に対する私宅監置の実態を全国調査し、日本に10数万人いる精神病患者は、この病を受けた不幸のほかにもこの国に生まれた不幸が重ねられていると述べた。以来100年を経た2020年、神戸市の精神科病院で看護職員による患者虐待事件が発覚し、被疑者の半数には実刑判決が下された。同院の患者は長期入院が多く、認知症高齢者も多数である。第三者委員会による調査報告は、事件の背景にある構造化された問題の存在を指摘している。

私は、長らく精神科病院でソーシャルワーカーとして働き、今は精神保健福祉士という専門職をそこへ送り出す立場だ。業界人ならだれでも知っている呉の言葉を必ず教え、これからはあなたたちが、このような不幸を重ねないように当事者の権利擁護に務め、社会を変革しなければならない、と学生・卒業生を鼓舞する。人に寄り添い、誰かの役に立つことを志す若者たちは、しかし、優しくおっとりしており、人の権利を擁護するために「闘う」気概を養うには苦労もある。しかも、日本では長年にわたる隔離収容政策やマスコミ報道による煽動の影響を受け、精神障害者への根拠のない危険視や精神科病院に対する偏見は、地域社会を「守る」という正論にすり替えられることが珍しくない。津久井やまゆり園事件（2016年）の被疑者が事件の数か月前に精神科病院に措置入院していたことを理由として、犯行と精神疾患との因果関係の検証を待たずに、精神科への入院制度を強化することが事件の再発防止策に置き換えられた事態は記憶に新しい。議論は混乱し、精神保健福祉法の改正は廃案となった。それから5年が経過し、厚生労働省では障害者権利条約の批准国としての対日審査を控えて有識者による全13回の検討会が開かれ、2022年6月に報告書が取りまとめられた。

論点の一つは、精神保健指定医1名の診断と患者の家族等の同意による非自発的な入院制度の廃止の是非であった。精神科の医療や保護は、強制的に行うべきか。この問いに対して「精神疾患の特性として患者が自身の病状や治療の必要性を正しく判断できないから、周囲が判断し強制するべき」「身体疾患では病状が悪くても治療を拒否できるし、その選択は患者の権利であり精神科だけ強制する必然性はない」と意見は割れる。諸外国では非自発的入院制度には司法判断や複数医師の診断、行政機関の関与等が規定されている。比べて、わが国では、患者は1名の医師と家族等の代表者1名によって精神科に強制入院させられ、その費用負担は本人（家族等を含む）に求められる。精神科には実に多様な疾患・病態への対応が求められるにもかかわらず、医師や看護師の数が配置基準上では低く設定されている。そして、医療保護入院制度の抜本的な見直しは、2016～17年にも有識者で検討されたが、人員配置や予算措置は進まず、現在まで大きな改正には至っていない。

あまり知られていないかもしれないが、現在の日本における精神科入院患者の約6割は65歳以上であり、認知症患者も多く、その割合は漸増している。しかも、精神疾患は近年増加の一途をたどり国民の5大疾病の1つとなっている。国民のメンタルヘルスの向上や良質な精神医療の提供は必至の課題である。精神科病院は、在宅や施設で介護困難な認知症高齢者の受け皿ともなり、また児童思春期や成年のメンタル不調者も利用する。そこでは心身ともに癒され、治療が受けられて良かったと感じられるものでありたい。

この国で精神疾患を負うことは不幸中の幸い、といえる日がくることを願う。