

が、なぜそんな大きな家に住めるのかという、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。生活保護で引っ越し精神障害者が、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ことで、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、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と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、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られず、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

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悩む、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います。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】 ベッドの話を補足すると、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ればそれまでですが、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ってもらいたいと、患者の立場で思います。

[平 田] 千葉県では、さらにもう一歩進めて、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いたきたい。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)