

令和 5 年 5 月 20 日
公益社団法人 日本精神神経学会
理事長 久住 一郎
精神医療・福祉のあり方に関する常任委員会
委員長 佐久間 啓

わが国の精神科医療・保健福祉のあるべき姿について

本稿は精神医療・福祉のあり方に関する常任委員会において議論し草稿をまとめ、理事会において検討した、わが国の精神科医療・保健福祉のあるべき姿について論じるものである。保健医療福祉のあり方は時代によって変貌するものであり、本版をもって決定稿とすることを目的とするものではなく、都度見直し、アップデートしていくことに意義があると考える。

ここでは総論として、1. 精神疾患、精神科医療をめぐる全体的認識、2. 国民の理解の深化、3. 日本の精神科医療体制の課題、4. 精神科医療の一義的対象者、5. 医療観察法と精神保健福祉法下における治療の連動性の問題、6. 精神科入院制度と権利擁護における課題、7. 行政組織に関して、8. 学術研究の推進について、9. 当事者、家族を含む patient-public involvement(PPI)の視点と社会参画の機会の創出、10. 児童精神医学領域、その他の領域のあり方について、について論じる。

なお今後、急性期治療のあり方検討委員会、慢性療養者の医療・支援のあり方検討委員会、地域ケアにおける自立支援のあり方検討委員会の 3 委員会においても各論を検討し、次期理事会を目途にそれぞれのあるべき姿を論じる予定である。

総論

1. 精神疾患、精神科医療をめぐる全体的認識

精神疾患は生涯を通じておよそ 4 人に 1 人が罹患し、その多くが若年において発症するとされている。時には生活上の障害を残したり、再発を繰り返し、長年にわたり療養を要し社会参加が困難となることもある。

人生 100 年時代と言われる超高齢社会においては、加齢に伴う生活上のさまざまな制約に加えて、多くの人びとに認知機能の低下も併発する。さらにコロナ禍においては、自殺者の増加や依存症、ドメスティック・バイオレンス (DV)、虐待等の顕在化、それらの背景にある家族構成やライフスタイルの変化、長期入院患者をはじめとする災害弱者の健康危機など、様々な社会の歪みがあぶり出された。

精神保健医療福祉領域では、長年にわたりその中心的課題として、入院治療中心から地域ケア中心への移行について論じられてきたが、その実現がなされているとは言えない。この間に、うつ、適応障害、認知症の著しい増加や神経発達障害診断の広がり、複雑性

PTSD など新たな概念を持って説明せざるを得ない病態の拡大等の疾病構造の変化は著しく、児童精神科領域を含め、アンメットニーズ（必要がありながら満たされないニーズ）は益々拡大するところである。

精神疾患、精神科医療をめぐる数多の課題は、現代社会に生きる人びとの文化的で健康的な生活の維持と生存に関わる極めて重要な健康課題である。多様で幅広なニーズに持続的に応えていく施策が求められる中、保健医療福祉行政の中でもその位置づけを見直すべき時がきている。精神疾患をめぐるのは、まずは誤解や偏見の一掃が求められるところであるが、その実現には脳科学の成果も交えた成熟した理解と支援が求められる。心の健康課題、特に精神疾患をめぐる予防や回復の課題解決は、精神科医療、保健福祉のあるべき姿についての認識を、国民が広く共有できることが第一歩である。

2. 国民の理解の深化

平成 5 (1993)年の障害者基本法の成立により精神障害が明確に障害として位置づけられ、平成 7 (1995)年に精神保健法は精神保健福祉法に改正された。その後は数回の法改正を経て、精神障害に対するさまざまな施策により福祉的側面が整備され、充実が図られてきた。

一方、精神疾患は個体においては脳の病であり、脳は身体の一部であり、精神科医療は身体的医療と切り離して論じることはできない。統合失調症や双極性障害はもとより、認知症、依存や嗜癖、てんかん、高次脳機能障害、神経発達障害など医学・医療の中で理解し、位置づけられるべき疾患を対象としていることを忘れてはならない。

精神疾患には疾病と障害の両側面があり、当事者の権利を守り真に社会的包摂を実現するには、社会の偏見差別の解消も重要な課題になる。そのためには地域行政も一体となった啓発活動や、学校における精神疾患や精神保健に関する知識(リテラシー)教育等の推進により、精神疾患について社会全体の中でのより深い理解を促す必要がある。令和 4 (2022)年 4 月から高等学校においては精神疾患の予防と回復に関する授業がはじまったものの、より早期段階からの学習が必要と考えられる。

3. 日本の精神科医療体制の課題

わが国の精神科医療現場における人員配置の不足については、「精神科救急・急性期医療における身体的拘束に関する基本認識」において表明したとおりである。わが国の精神科医療の現場は、精神科救急・急性期医療であっても他科の医療体制に比べて著しく少ない人員配置となっている。

急性期医療、特に強制医療下での患者の尊厳を守るためには、すべての精神科医療従事者が常に技術の向上に努め、標準的かつ先進的で個々の患者の状態に応じた適切な治療を提供し、患者に最大の敬意を払い共感的な態度で関わりを持って不安・不信を軽減させること、十分な意思決定支援を行うことが必要である。また、強制医療及び行動制限の実施に透明性を担保することも重要である。

病状要因に基づかない理由、例えば人員が少ないからといって、強制医療や行動制限の要件を拡大解釈して、過剰な制限が行われるようなことがあってはならない。しかし、本邦の精神科人員配置基準は、諸外国精神科と比べても著しく少なく、それが強制医療を増加させているという指摘が繰り返されている。患者を尊重し、尊厳が守られる医療を提供するには十分な人員配置が必要不可欠である。

精神障害者への身体的ケアシステムの脆弱性については、コロナ禍でより顕著に浮かび上がったが、従前からの大きな課題であり、社会として一層の対応が求められる。近年、欧米においては、精神障害者の早逝が注目され、日常支援の重要性と医療的不備の改善が求められている。アンチスティグマの視点から、精神科医療と身体合併症治療の体制がいかにあるべきかを検討する必要がある、生存権を明示する憲法に照らしても、その体制整備の重要性は明らかである。それぞれの地域医療の実情に応じて、公的病院の役割の明確化、地域の拠点病院での合併症治療、或いは救急医療における精神科救急との連携構築が急務である。

平成16（2004）年の精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいては、全体的に見れば入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件を整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図るとされたが、その解消は遅々として進まない。さらに平成30（2018）年に「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が唱えられても、長期入院患者の地域移行や精神科地域医療の体制充実が十分には図られているとは言えない。

精神科医が福祉スタッフを含む多職種との連携を豊富に体験し、福祉スタッフとの協議機会を増やすなどして、生活、居住、就労支援などの福祉事業への理解と知識を深め、さらには医療と福祉の架け橋として機能するよう、その教育体制を充実するとともに、それを加速させる制度設計も望まれる。退院した精神障害者の住居や生活の場を確保すると同時に、精神科病院で経験を積んだ人的資源を地域医療・支援に充てることが地域移行推進には不可欠である。

また、精神疾患の重症化やそれに伴う生活上の課題の複雑化を未然に防ぐことも重要であり、市町村・保健所等の行政機関における保健活動と精神科医療機関の連携、自ら助けを求めない人等に支援を届けるためのアウトリーチ支援の充実が求められる。市町村レベルで精神科医療機関が行政や他の地域資源と密接な連携を図れる法制度のさらなる充実が期待される。

4. 精神科医療の一義的対象者

精神障害者が疾病と障害を併せ持ちながら地域で暮らせるように援助を行うという点では、様々な疾患の中でも、とりわけ福祉的支援が求められることは論をまたず、医学的にもリハビリテーションなどの心理社会的治療の充実が求められている。一方、疾病として

の精神疾患は、必ずしも障害を残さない場合においても、誤解や偏見のために治療等の適切な対応が遅れ、自殺をはじめ深刻な事態へ発展することも多い。精神保健福祉法第5条では、精神障害者とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、その他の精神疾患を有する者をいう、としている。このため、今日社会における身近で深刻な課題として認識される、うつ病、適応障害、不登校やひきこもり、依存や嗜癖、加齢に伴う心身の変化等、多種多様な健康課題を有する者は、「その他の精神疾患を有する者」と整理され、法の一義的对象者としては位置づけられていない。現代社会においてはこれらの課題も精神科医療の重要な対象となっており、法の一義的对象者の見直しが求められる。

5. 医療観察法と精神保健福祉法下における治療の連動性の問題

わが国は長く司法精神医療制度の整備がなされずにきたが、平成17（2005）年によりやく医療観察法が施行された。心神喪失や心神耗弱の状態にあつて重大犯罪を起こした人々について裁判所の判断のもと、社会復帰を目的として専門的な入院治療と外来通院制度が整備された。

しかしこれまでの制度運用をみると、様々な課題があり、法的な規定を含めた見直しも検討すべきである。高規格の医療観察法病棟の効率的な活用の視点や、円滑な社会復帰支援と退院後のフォローを充実させるためにも、医療観察法病棟の役割の明確化や民間医療機関の活用や連携強化も含め、司法医療と支援体制の再構築を検討する必要がある。

6. 精神科入院制度と権利擁護における課題

精神科病院に入院中の患者の処遇等については、精神医療審査会がその適切性を審査することとなっている。しかし審査は書類審査が主体で、退院請求、処遇改善請求等の審査に長期間を要しているなど、期待される機能が十分に発揮されていない。現行の精神医療審査会のあり方については継続的に検討する必要がある。

7. 行政組織に関して

厚生労働省で保健医療に関する基本的な政策の企画及び立案に関する事務をつかさどるのは医政局である。一方、現在、精神科医療を管轄しているのは、社会・援護局の障害保健福祉部の中にある精神・障害保健課である。社会・援護局とは社会福祉に関する基本的な政策の企画及び立案に関する事務をつかさどる部署である。精神科医療においては社会福祉も重要であるが、やはり身体科医療と同様に保健医療を前面に置いて検討していくべきである。厚生労働省の組織においても同様であり、精神疾患および精神障害の特性に配慮した分掌と包括的アプローチが求められ、それを可能とする組織運営が求められる。

8. 学術研究の推進について

脳科学の時代と言われて久しい。飛躍的な知見を得ているものの、学術研究を推進する上でも特に精神疾患や脳機能の研究には十分な予算を確保する必要がある。

基礎データの蓄積は喫緊の課題であり、第8次医療計画の策定に向けては、精神科においてもNDB（ナショナルデータベース）、DPCデータ、精神保健医療福祉の行政データ等を更に活用を促進するとともに、身体拘束状況がタイムリーに把握されるなど現状では把握困難なデータ把握の仕組み作りが必要である。児童虐待、ドメスティック・バイオレンス等、トラウマケアへの精神医療の貢献はこれまで限定的であった。これら新たなニーズについてもデータによる見える化を始めとして、精神疾患に結びつく心理的な問題あるいは精神疾患の心理的な側面についての学術的な研究の推進が不可欠である。

9. 当事者、家族を含む patient-public involvement(PPI)の視点と社会参画の機会の創出

共生社会の実現が求められている。多様性を認め合い、様々な企画立案に当事者や家族の参加が求められている。精神科医療の対象である精神障害者は、障害の存在が理解されづらく、しかも身体障害や知的障害と異なり、障害と疾病の両面を持っていることから一層医療と福祉の連携への配慮とともに、医療や福祉への当事者や家族の参画の促進が必要である。さらには、疾病、障害理解を進めるために、ピア活動、地域活動、就労などを通じて、当事者、家族と一般市民が直接的接触をする機会を積極的に増やす取り組みが必要である。

10. 児童精神医学領域、その他の領域のあり方について

未来を担う子どもたちの健全な成長が重要であるが、少子化に伴う子ども人口の減少にもかかわらず、子どもの精神科受診数は増加している。児童虐待、不登校、引きこもり、自死などの問題があるが、現状では初診待機期間が数ヶ月である。専門家の育成に加えて、初診待機期間中の児童福祉支援体制を整える必要がある。一方、発達障害と二次障害に関しても精神科医療と福祉の連携が一層求められる。入院治療が必要な場合の子どもの同意能力や親権者の位置づけなど、精神保健福祉法は未成年に関する内容が不十分である。行動制限に関する児童相談所運営指針の内容では精神科入院治療は困難であり法律整備に向けた検討が喫緊の課題である。

さらにジェンダー、親子、学校などの課題や個別の疾患については、さらに議論を重ね各論において詳記していく。

以上