

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## 特別講演

## これからの精神医学・医療の課題

樋口 輝彦 (独立行政法人国立精神・神経医療研究センター)

長引く不況, 世界的金融危機に加えて, 2011年3月に起きた東日本大震災は日本に大きな不安と打撃をもたらした。これを機に, それまで日本人が共有してきた価値観あるいは常識が崩れ, 新たな価値意識を醸成することが求められている。本稿では, このような時代の中で精神医学・医療に従事する我々が抱えている課題を整理し, それらの課題を解決するための適切な処方箋を作ることを考えてみることにする。

はじめに精神医療に関連して次の5つの問題点をとりあげた。①高止まりの自殺者数, ②うつ病の増加, 患者が溢れるクリニック, ③児童精神科医師数の絶対数不足, ④遅々として進まない入院中心から地域中心の医療への転換, ⑤総合病院からの精神科ベッドの減少。以上について簡単に現状を整理し問題点を明らかにした。

次に精神医学が抱える5つの問題を示した。1) 世界から遅れる大規模臨床研究, 2) ドラッグ・ラグ——グローバル治験への対処, 3) 教育, 研究職の層の薄さ, 4) DSM診断のマニュアル化, 分化が進まぬ治療学, 5) 他科, 企業, 患者・家族から求められる客観的診断技術。

以上の問題点を整理した上で, それではどのような処方箋が考えられるかについて, 若干の考察を加えつつ私見を述べた。(1) 我々が共有すべき現状認識としては, 国民の中に根深く存在し続ける精神障害に対する偏見と差別の問題, わが国の精神科医療低医療費政策の問題, その象徴とでも言える「精神科特例」がいまだに存在しているという事実の3つである。(2) 根本的な解決のためには, この精神科低医療費政策の解消が必要である。(3) すでに先進諸国において実践されている多職種によるチーム医療がわが国ではまだまだ不十分であり, 医療費の点からも誘導が不十分である。唯一, チーム医療が実践されているのは医療観察法病棟においてであり, 国会の付帯決議にもあるように一般精神科医療におけるクオリティの高い医療の実現が望まれる。(4) 入院中心から地域中心の医療への転換が国の施策としてうたわれて久しいが, なかなか現実には進んでいない。これをどのように克服するか知恵出しが必要な時期に来ている。精神疾患が5疾病に加えられたことの意味は大きく, 地域精神科医療の充実をはかる絶好の機会と考える。

<索引用語: 自殺者数, 総合病院精神科, ドラッグ・ラグ, 精神科低医療改革, 多職種チーム医療>

## I. 精神科医療の現状

精神疾患の患者数(受療中)は年々増加しており, 平成20年においては323万人と報告されている(厚労省平成20年『患者調査』<sup>2)</sup>)。平成11年の患者数が204万人であることから, この10年間

で120万人増加したことになる。このうち, 入院患者数は33万人(平成20年)であり, 10年間で微減しているので, 120万人の増加の大半が外来患者ということになる。入院患者の疾病別内訳をみると, 統合失調症の入院患者数が経年的に減少

第108回日本精神神経学会学術総会=会期: 2012年5月24~26日, 会場: 札幌コンベンションセンター, 札幌市産業振興センター

総会基本テーマ: 新たな連携と統合——多様な精神医学・医療の展開を求めて——

会長講演 これからの精神医学・医療の課題 座長: 齋藤 利和 (札幌医科大学医学部神経精神医学講座)

する一方で認知症の入院が増加している点が特徴的である(図1)<sup>2)</sup>。一方、外来患者の疾病別内訳をみると、気分障害とアルツハイマー病の増加が著しい(図2)<sup>2)</sup>。

## II. 日本の精神科医療が抱える問題

ここでは筆者の個人的視点から見た問題点を挙げる。

### 1. 高止まりの自殺者数

平成10年以来14年間にわたり、自殺者が毎年3万人を超えている点は深刻に受け止めなければならない(図3)<sup>3)</sup>。この10数年間、特に自殺対策基本法ができた平成18年以降、国をあげての取り組みが積極的に行われてきたが、3万人を切るところまでには至っていない。ただ、詳細に年度ごとの自殺者数を比較すると、年ごとに減少していることは確かであり、対策がまったく効を奏していないわけではない。フィンランドにおいては心理学的剖検の結果をもとに自殺対策をたてて、自殺者数の減少に導いたことがよく知られる<sup>4)</sup>。わが国においても困難ではあるが、自死遺族の協力を得て、少しずつ心理学的剖検が蓄積されている。自殺者の生前精神障害有病率は約9割を占めていること(図4)<sup>5)</sup>を考え合わせると、自殺対策はメンタルヘルスの側面と社会の側の対応の両面からアプローチされるべきことは改めて述べるまでもないことである。

### 2. うつ病の増加、患者が溢れるクリニック

厚労省の患者調査によるとうつ病(躁うつ病も含む)受療患者数は2008年には100万人を超え、10年前の2倍になった(図5)<sup>2)</sup>。この数値はあくまでも受療患者数なので、真の患者数の増加を必ずしも意味しないが、医療を受ける患者数が著しく増加したのは確かである。精神科のクリニックはどこも予約でいっぱいであり、新患の予約待ちもクリニックによっては数ヵ月待ちである。これだけ多くの患者に対応する結果、短時間の診察時間しか確保できない事態が生じることになる。

### 3. 児童精神科医師数の絶対数不足

今日、発達障害中心に児童の精神科医療のニーズがきわめて大きくなっているにもかかわらず、児童精神科医の数はきわめて少なく、その養成・教育の場所も限られている。学会認定医(日本児童青年精神医学会)は187名にとどまっている<sup>6)</sup>。児童精神科の医師数は国際的にみても明らかに少なく、スウェーデンやスイスでは人口10万対12人の児童精神科医がいるのに対して、日本では0.35~5.7人と言われる。

### 4. 入院中心から地域中心へ

平成16年に厚労省精神保健福祉対策本部は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」<sup>7)</sup>をまとめた。その基本方針において「入院中心から地域生活中心へ」を基本的な方策として、これを推し進めることを宣言した。その後、平成21年に「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書)<sup>8)</sup>がまとめられ、改革の基本的方向性が示された。その議論の中で煮詰められなかった精神科病床の機能分化と人員配置の問題について、現在、厚労省において検討会(精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会)が行われている。

### 5. 総合病院からの精神科ベッドの減少

総合病院精神科が精神科医療に果たす役割は今後、増加することはあっても減ずることはない。高齢社会においては、身体合併症は増加の一途をたどる。摂食障害の治療は重症例については身体ケアなしには考えられず、総合病院精神科の役割は大きい。気分障害で入院を必要とする患者の多くは単科精神科病院よりも総合病院精神科を選択する機会が多い。このような諸事情を考えると、総合病院精神科にベッドが必要なことは改めて言うまでもない。しかるに、この間、総合病院の精神科ベッドが減少している。やや古いデータであるが、2008年の総合病院の精神科病床数は23,032床(254施設)であったが2011年には21,683床(246施設)に減じ、減少率は約6%であった<sup>9)</sup>。

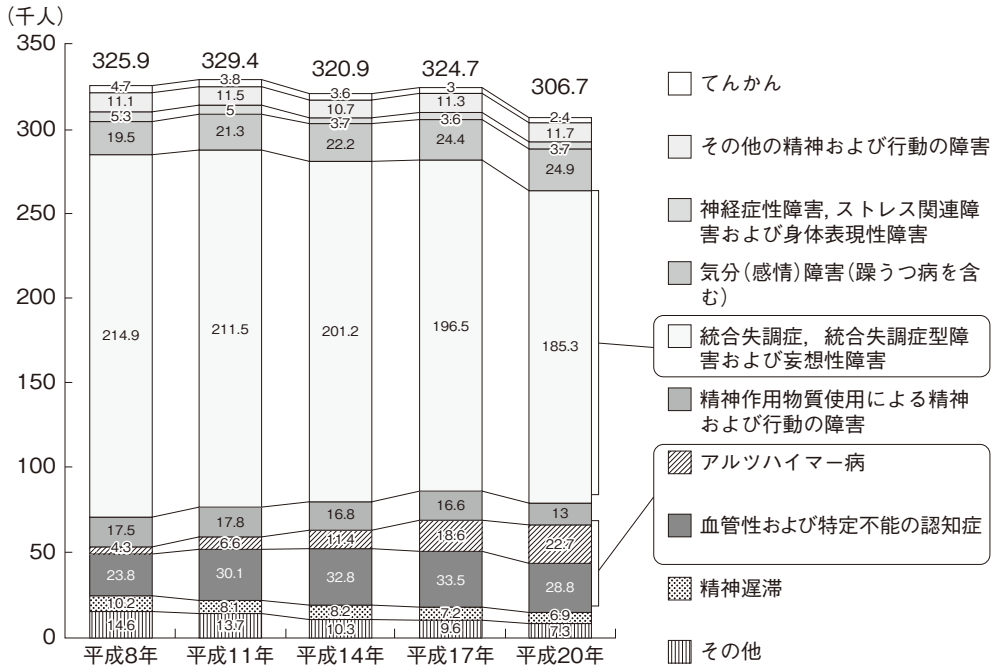


図1 精神病床入院患者の疾病別内訳 (厚生労働省「患者調査」)

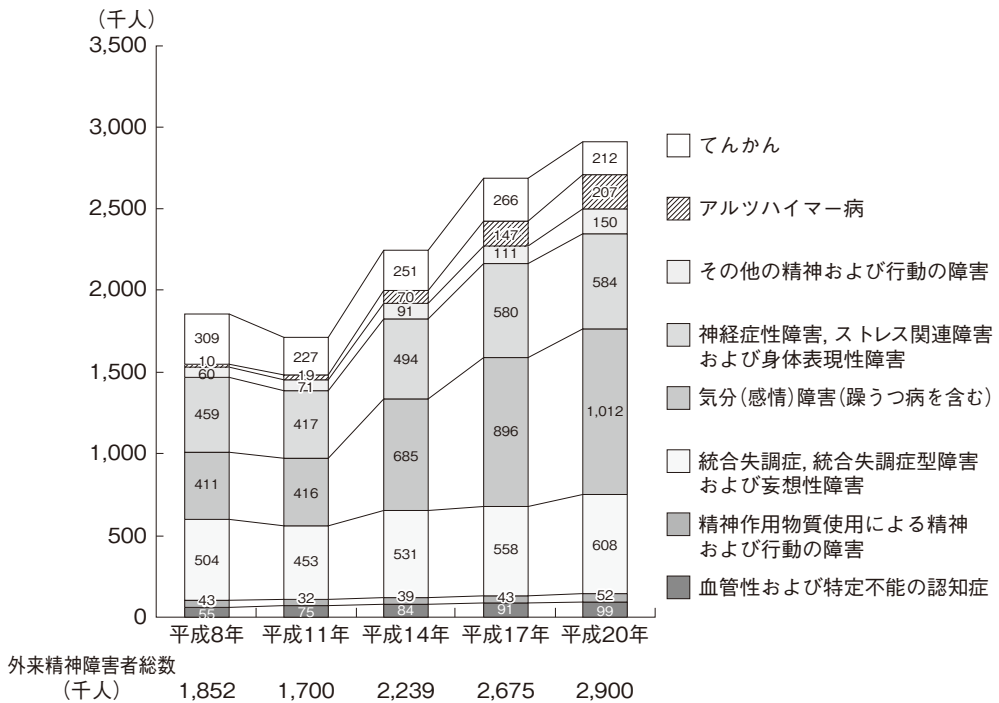


図2 精神疾患外来患者の疾病別内訳 (厚生労働省「患者調査」)  
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加。

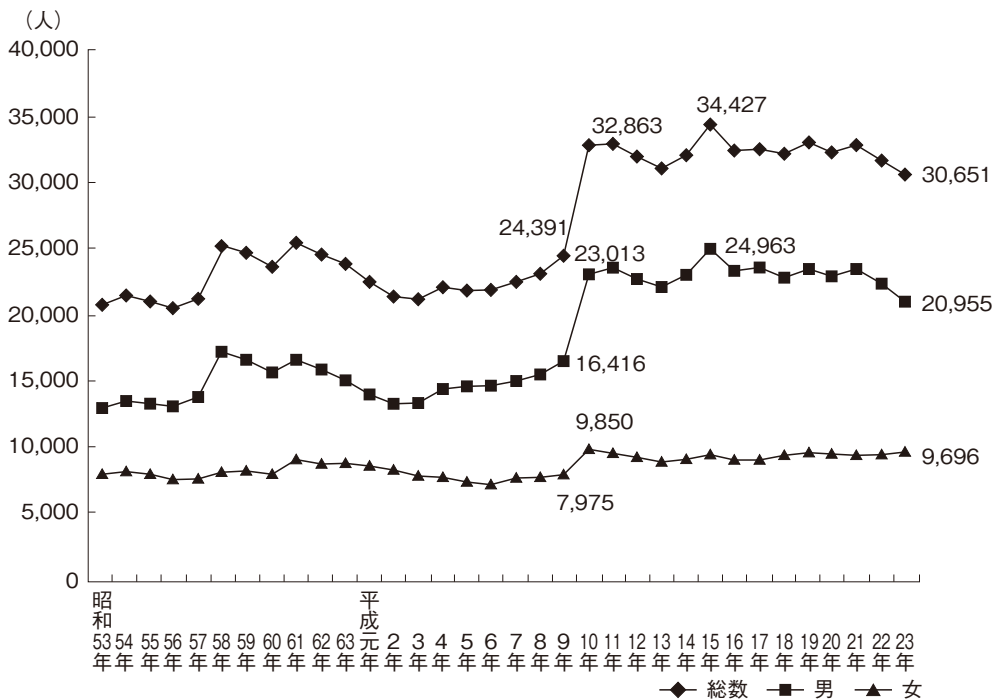


図3 日本の自殺者数の推移 (昭和53年～平成23年) (警視庁「自殺統計」)

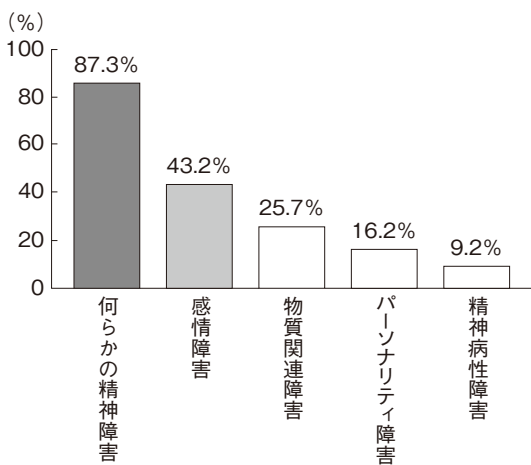


図4 心理学的剖検研究のメタアナリシス：自殺者の生前精神障害有病率

感情障害には、うつ病や双極性障害が含まれる。物質関連障害には、アルコール・薬物依存・乱用などが含まれる。精神病性障害には、統合失調症が含まれる。  
(文献4を Yasuda, M.が改変)

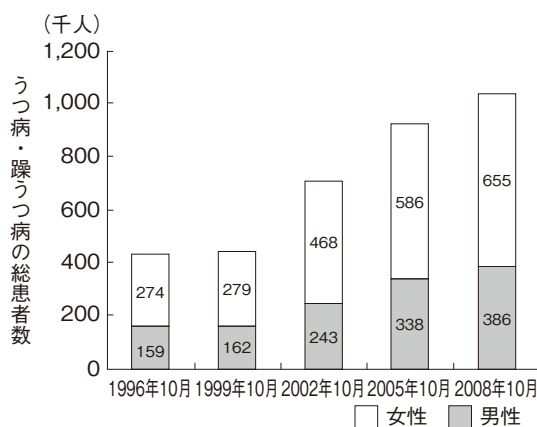


図5 気分(感情)障害が増加しているのは確かか? (厚生労働省「患者調査」)

実患者数が増加したのか、受診率が高くなったのか。

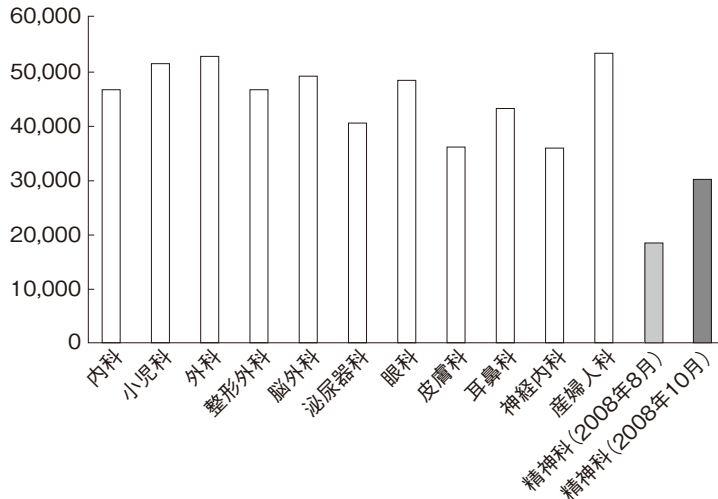


図6 総合病院の中での低い精神科入院収入  
成田赤十字病院における2008年8月の各科ごと1人1日入院収入の比較。  
2008年9月精神科救急・合併症入院料取得(30日以内3,431点, 31日以上  
3,031点)。(文献1)より引用)

減少の理由は医療上の理由ではなく、病院経営上、精神科の入院収入が一般科に比して低いことにある(図6)<sup>1)</sup>。

### Ⅲ. 日本の精神医学が抱える問題

#### 1. 世界から遅れる大規模臨床研究

その重要性は最近、わが国においても認識されている。日本学術会議が平成16年に「我が国における臨床疫学研究推進のための基盤整備について」という報告を行った<sup>10)</sup>のも、その現れであろう。その提言内容は次の如くである。

- ①臨床疫学研究体制の基盤整備
- ②臨床疫学研究推進のための教育および環境の強化
- ③拠点となるデータセンターの設立の必要性
- ④ガイドラインの整備の必要性
- ⑤公的研究費枠の増額の必要性

しかし、実際にはこれらの提言のほとんどが、まだ実現していない。

#### 2. ドラッグ・ラグ、進まぬ治験、グローバル化と日本における開発の危機

新薬開発のグローバル化は国際的流れであり、国際共同治験が今後ますます盛んになることは予測できる。最近の韓国、中国、インドなどの基盤整備には目を見張るものがあり、日本もグローバル化に対する体制固めを真剣に行わなければ、アジアの開発から取り残されるおそれがある。

#### 3. 大学に卒後10年目前後の医師(指導医、研究の中心)が少ない

大学は教育研究機関である。日本の精神医学研究の研究者の養成、精神科臨床医の養成はこれからの10年、20年を見据えて最も力を注ぐべき課題である。しかるに、大学の精神医学の講座には卒後10年以上の経験を持つ指導医がきわめて少ない。大学の教育・研究環境が明らかに劣化しており、魅力がなくなっている。多くの大学は人を減らし、一方病院は診療収益をあげることを求められ、研究・教育にあてる時間が制約されている。

#### IV. 以上の問題を解決するためにとるべき アクション

ここでは、以上の問題点の解決策について、筆者の考えの及ぶ範囲で次の4項目にわたって述べたいと思う。

##### 1. 共有すべき現状認識

わが国の精神科医療の問題を解決する上で、その基本となる現状認識を共有することが重要である。すでにこの点については言い尽くされており、今さらの感がないわけではない。また、ここに挙げる3点以外にも多くの基本認識が存在すると思われるが、ここではあえて次の3点に絞って述べるにとどめる。

その一は、わが国では今もなお、根深く存在し続ける精神障害に対する偏見と差別が存在する点である。したがってわが国では政治家自らが場合によってはうつ病になることがあっても、それをオープンにすることがない。これは、最近のノルウェーで首相自ら精神疾患を患ったことを公言したのと対照的である。

その二は、わが国の精神科医療が一貫して低医療費政策のもとで行われてきた点である。

その三は、その象徴とでも言える「精神科特例」がいまだ撤廃されていないという点である。

##### 2. 根本的には精神科低医療費政策の解消が必要

まず行うべきは、この低医療費政策の解消である。医療法における患者48:医師1は16:1の一般科並みにすべきである。しかし、いわゆる総合病院において、精神科16:1が実現されたものの、精神科診療報酬の手当がなされなかったために、総合病院から精神科ベッドが次々に消えるという時代に逆行する事態が生じた。その同じ轍を踏まない方策が必要である。また、16:1はいちどきに実現できるものではない。精神科病床の機能分化に合わせて緩やかに行われるべきである。また、一方では長期在院患者を地域においてケアするシステムの構築と、精神科病院の病床を他の目

的に転換できる施策が必要である。これらが一体的に取り組みされてはじめて、実態は解決されていくと考える。

##### 3. 精神科医療の担い手を医師・看護師から多職種チーム医療に切り替える

このことは入院医療中心から地域中心の医療に転換する上で鍵となる方策である。

すでにACTチームの経験、医療観察法病棟における多職種による医療実践の経験があり、これらをもとに精神科一般医療に広げることが可能になっている。チーム医療を前進させる上で早期に解決すべきは臨床心理士の国家資格化の課題である。

##### 4. 5疾病・5事業に精神疾患が組み込まれたことをチャンスとする

精神疾患が5疾病に位置づけられたことの意味は大きい。各自治体は医療計画を立てることが求められている。精神科医療の質の向上、偏見・差別の解消、精神的健康を保つための予防法への取り組みなどが狙に乗ることが予想され、これを機に精神科医療を一般科医療と同列で対応できるシステム作りを行う大きなチャンスになることは間違いないであろう。

#### おわりに

わが国の精神医療改革は先進諸国から大きく水をあげられたのは事実である。何がそのような遅れを生み出したかについては、これまでに議論が尽くされた感がある。問題は、これからどのようにしてこの遅れを取り戻して行くかである。その際に、すでに先を行く国々のシステムを参考にすることは勿論であるが、その国の特有の状況に見合ったシステムを独自に構築することも必要である。本学会が総力を結集して日本独自の優れたモデルを提示できる日がくることを期待する。



## 文 献

- 1) 第17回 今後の精神保健医療福祉の在り方等に関する検討会 平成21年5月21日 参考資料より (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/dl/s0521-3d.pdf>)
- 2) 厚生労働省：平成20年患者調査 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html>)
- 3) 内閣府自殺対策推進室, 警察庁生活安全局生活安全企画課：平成23年中における自殺の状況, 平成24年3月9日 (<http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/H23jisa tsunojokyo.pdf>)
- 4) 内閣府：平成22年版自殺対策白書, p.49-50 ([http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/pdf/pdf\\_honpen/h049.pdf](http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2010/pdf/pdf_honpen/h049.pdf))
- 5) Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry, 4; 37, 2004 [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC534107/pdf/1471-244X-4-37.pdf> (open access)]
- 6) 日本児童青年精神医学会ホームページ (<http://child-adolesc.jp/nintei/ninntei.html>)
- 7) 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>)
- 8) 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>)
- 9) 日本総合病院精神医学会ホームページ ([http://psy.umin.ac.jp/h24\\_sinryohoushu\\_20110607.pdf](http://psy.umin.ac.jp/h24_sinryohoushu_20110607.pdf))
- 10) 日本学術会議第7部報告「我が国における臨床疫学研究推進のための基盤整備について」, 平成16年5月20日 (<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1013.pdf>)

---

## Challenges for the Future of Psychiatry and Psychiatric Medical Care

Teruhiko HIGUCHI

*The National Center of Neurology and Psychiatry*

In addition to the prolonged economic recession and global financial crisis, the Great East Japan Earthquake of March 2011 has caused great fear and devastation in Japan. In the midst of these, Japanese people have felt to lose the traditional values and common sense they used to share, and it has become necessary to build a new consciousness. Engaged in psychiatry and psychiatric care under these circumstances, we have to analyze the challenges we face and to brainstorm on appropriate prescriptions that can be applied to solve the problems.

Five points in particular were brought up :

- [1] The persistently high number of suicides
- [2] The increase in depression and overflowing numbers of patients visiting clinics and outpatient departments at hospitals
- [3] The absolute shortage of child psychiatrists
- [4] Little progress with the transition from hospitalization-centered to community-centered medical care
- [5] The disappearance of beds for psychiatry patients from general hospitals

The situations surrounding these five issues were briefly analyzed and problems were pointed out. The following are five problems that psychiatry is facing :

- 1) A lack of large clinical trials compared to the rest of the world
- 2) The drug lag and handling of global trials
- 3) The lack of staff involved in education and research (in the field of psychiatry)
- 4) Following the DSM diagnostic criteria dogmatically, without differentiating therapeutics
- 5) Other medical departments, the industry, patients, and their families are demanding objective diagnostic techniques

After analyzing the problems, and discussing to some extent what kind of prescription may be considered to solve the problems, I gave my opinion.

(1) The first problem is the deep-rooted prejudice and discrimination against psychiatric disorders that continue to be present among Japanese people. The second problem is the government's policy of low remuneration (fees) for psychiatric services. The third problem, symbolic of the situation, is the fact that the "psychiatry exception" system (unbalanced ratio of staff to psychiatric patients) is still present today.

(2) To reach a fundamental solution, the policy of low fees for psychiatric services has to be abolished.

(3) Multi-disciplinary medical teams, as practiced in other developed countries, is not yet adequately applied in Japan. From the aspect of medical fees, it is not adequately encouraged either. The only place where team medicine is actually practiced is in the "forced hospitalization" ward, but, as stated in the supplementary resolution of the Japanese diet (national assembly), high-quality medicine should not only be practiced in the "forced hospitalization" ward, but also in general psychiatry.

(4) The policy of transition from hospitalization-centered to community-centered medical care, which was initiated a long time ago by the Japanese government, is not proceeding in reality, and it is time that we put our heads together and find ways to overcome this problem. It is significant that "psychiatric disorders" have been included as one of the "five diseases," (a system adopted by the government concerning community health care), and now we have the best opportunity to improve community-centered psychiatric care.

< Author's abstract >

< **Key words** : high number of suicides, general hospitals, drug lag, policy of low fees for psychiatric services has to be abolished, team medicine >

---