

今後の精神医療・福祉のあり方について

佐久間 啓 Kei Sakuma
日本精神神経学会財務担当理事

2021年6月より日本精神神経学会の新たな理事が選出され、久住一郎新理事長のもとでの新体制がスタートした。今年の代議員選挙では、会員の増加と男女共同参画の視点から、188名への代議員の増員と女性代議員枠が設定され、女性代議員が49名と大幅に増加し、女性理事が1名から4名となった。筆者は、財務担当理事という立場を仰せつかり、経験が浅いながらも、本学会の運営や精神医療の向上に少しでも貢献できればと考えている。

今期の委員会構成で最も大きな変化は、精神医療福祉に関して、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、そして地域ケアにおける自立支援のあり方検討委員会の3つの委員会が創られ、それを総括する形で精神医療・福祉のあり方に関する常任委員会が新設されたことである。水野雅文副理事長の管理のもとで、筆者は主担当理事として常任委員会と慢性期の委員会を担当することとなった。委員会構成を新たにし、精神医療・福祉のあり方について、3つの委員会でより具体的な治療や支援のあり方や質向上のための臨床指標などについて検討し、常任委員会が統括するという構成である。

精神医療改革については、2004年に厚生労働省が「入院医療中心から地域生活中心へ」の改革ビジョンを打ち出し、「国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める」と掲げた。確かに改革ビジョンから17年が経過し、日本の精神医療福祉は、着実に変化してきている。急性期病棟の高規格化、人権に配慮したさまざまな法改正、心理社会的治療やチーム医療の浸透、地域支援や就労支援の拡がりなど、大きく進化したかのようにも思える。しかし実際に提供されるチーム医療の連携や治療プログラムについては明確な基準はない。また、地域で展開される就労支援や最近急増する障害児のデイサービスなどにおいても、専門職のかかわりの程度や、サービスの内容や質において施設間で大きな差がある。さらに言えば、時折事件報道される精神科病院のなかには、法の遵守どころか、医療として守るべき人間の尊厳さえも疎かにされている実態も明らかになっている。

日本の医療は、西欧諸国の多くでみられる公的医療制度とは異なり、公的保険制度で医療へのアクセスは担保されている

が、医療提供体制はその約7割が民間医療機関によって担われている。精神医療では病院の8割、病床の9割を民間病院が担っている。医療の提供は、地域医療の需要と病院経営のバランスのなかで成立し、提供される医療も多くは医療提供者の裁量で変わりうる。今回の新型コロナウイルス感染症拡大による医療逼迫の事態に至っても、多くの都道府県で一時的有効な病床を確保することができなかった。公的病院においても、迅速な対応をした病院は限られ、病床確保には経済的インセンティブ以外に手立てがないという現状が明らかとなった。精神医療に関しては、従前から諸外国と比較して病床数が多いことや精神科特例の存続という課題も挙げられているが、地域医療構想では、多くの都道府県で専門領域の星取表のようなものが作られるにとどまっている。大都市以外では通院可能な精神科病院が限られる地域も多いことを考えると、そのような機能分担は、実態とかけ離れていると言わざるを得ない。

イアン・ファルーンは地域で展開する精神医療・保健福祉サービスの評価すべき指標として4つの“A”を挙げている¹⁾。
①Accessibility (利便性)：アクセスしやすく短時間に最大の効果、至適なサービスを提供できる。②Acceptability (受容性)：スティグマを感じずに利用でき、コストに見合うかそれ以上のベネフィットがある。③Accountability (説明責任性)：提供するサービスの内容が科学的エビデンスに基づいて、スタッフの技量が質的に担保されている。④Adaptability (適応性)：各障害のさまざまな時期やニーズに応じ、時代の変化や地域のニーズの変化にも適応していけるサービスである。

今回4つの委員会で新たに取り組む課題は多く、日本精神神経学会として、どのような視点に立って、何を検討すべきかからのスタートとなる。精神医療・福祉のあるべき姿を描きつつ、日本の医療福祉の基盤に即し具体的で実践可能な提言や指標をまとめることができたらと考えている。

文献

- 1) ファルーン, I. R. H., ファッデン, G. (水野雅文, 丸山 晋, 村上雅昭ほか監訳)：インテグレイテッドメンタルヘルスケアー病院と地域の統合をめざして一。中央法規出版, 東京, 1997