

精神科病院の未来

| 佐久間 啓 Kei Sakuma

著者は現在、2021年に開設された本学会の「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つの委員会に所属し、その3委員会を統括する「精神医療・福祉のあり方に関する常任委員会」で委員長を務め、4委員会が協働してその議論をまとめるという役割を頂いている。2023年5月付で「わが国の精神科医療・保健福祉のあるべき姿について」の提言をまとめ、その後も3委員会が急性期、慢性、地域の視点からさまざまな課題とあるべき姿を検討し、総会での議論を経て、2025年9月には具体的な提言をまとめる予定である。

一方、著者は精神科病院の管理者の立場から、議論のなかでも常に精神科病院の未来に考えを巡らしている。国は2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」、その後、13年を経て2017年には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を掲げたが、精神科病院の将来像や、そこに至る具体的道筋の議論は乏しかった。

そもそも西欧諸国では公的な医療と福祉の仕組みのなかで精神医療の改革が進められてきた。1年以上の慢性長期療養者を“医療ベッド”では診ない、あるいは同じような環境で療養していても医療ベッドとは呼ばない。日本は急激な人口減少のなかにあって精神科患者が急激に増加し、2020年には600万人を超えているが、精神科医療費は全医療費の7%に抑えられ、入院治療の90%を担う民間精神科病院は診療報酬改定に一喜一憂し、抜本的な構造改革に至らず、従来の枠組みのなかで存続を図ってきた。慢性療養者の病床稼働が高いと収支が安定するという現状が、自らの改革を遅らせた要因でもあった。

当院の2023年度の初診患者をみると、疾病は多様化し、統合失調症はわずか10%で、初診の年齢のピークは10歳代で、30歳未満が半分を占める。このような地域ニ-

ズの変化に応える病院となるために常に頭を悩ませている。近年はすでに多くの病院が、特にコロナ禍後に患者数が激減して経営に行き詰まり、M & Aの話も後を絶たないという厳しい現状がある。

また、精神科病院が“入院患者の確保”に意識を向けている間に、一部のフランチャイズの訪問看護ステーションは悪質な営業を繰り返し、営利目的の全国展開の就労移行支援事業所が、医療で対応すべき休職者に短時間のサービスを提供することで多額の利益をあげ、重度の障害者に向けられるべき福祉財源を大きく膨らませている。このような社会の変化のなかで、医療制度の厳しい制約に縛られた精神科病院が取り残されたともいえる。これは障害と疾病性を併せもつ精神障害者が、自立支援法で身体障害、知的障害と3障害共通の制度に一括され、精神障害者福祉が精神医療から切り離されたことに端を発している。

精神科病院を含めた精神医療の変革は、国も責任をもって協議し、将来像を定め、そこに至る道筋を示すことには成しえない。精神医療はすべて患者本人、そして地域を起点に考えるべきで、その中心は急性期医療である。ある程度病状が固定した1年以上の長期療養者については、医療ベッドではない居住の場が必要であり、医療と支援の必要度に応じた人員配置やサービスを柔軟に考えるべきである。特に高齢障害者には福祉に併せ介護の視点も必要である。慢性療養のベッドを削減し、地域での効率的な医療・支援体制を構築し、急性期医療に人員を集約する。急性期医療には、一般科と同様、手厚い人員を配置して、個別性の質の高い医療の提供を実現する。地域医療構想に精神科が参画して、精神医療の改革をめざすのであれば、地域全体を見据えた広い視野での抜本的な議論と精神科病院が本気で変革する覚悟が求められる。