

21世紀に求められる精神医療

—二次医療圏域設定とチーム医療—

中 島 豊 爾

(日本精神神経学会、岡山県立岡山病院)

I. はじめに

21世紀に求められる精神医療を構想するとき、その基本理念を根本的に転換する必要がある。とりわけ精神障害者に対するかつての精神衛生法体制下での隔離・収容主義は、社会防衛主義思想がその元凶であったことを深く認識すべきである。今日求められるべき新たな基本理念とは、「ノーマライゼーションをめざす地域精神保健」であることは全世界的潮流からみて明らかである。社会防衛主義からノーマライゼーションへ、という基本理念の根本的転換は、以下の三つ精神保健の原理を変革することが含意されている。即ち、

1. 社会政策原理の転換
2. 施設への隔離収容主義医療から地域での包括的保健医療福祉へ、という精神保健の場の転換
3. 管理的・強制的医療からインフォームド・コンセントを前提とし、自然治癒概念を包摂した「癒し」の医療へ、という精神医学・治療原理の転換このための計画は、地域内の関連社会資源の飛躍的な整備・充実と精神科医療供給体制の抜本的改革とが車の両輪の如く一体的に推進されなくてはならない。また上述の新たな精神保健理念が広く国民に受容され、定着するよう精神保健関係者は努力しなければならない。

更に本計画は長期的展望のもとに、大胆且つ慎重に推進されるべきである。その為に一期を10カ年とし、その完遂には二期20カ年を要する

ものとする。そして行政は、上述した基本理念を踏まえて、財政的支援を含むあらゆる対策を誠実且つ強力で推進する義務を果たさなければならない。

II. 地域精神保健・医療・福祉体制の確立

1. 精神保健・医療・福祉圏のきめ細かな設定

これまでの医療法・老人保健法・障害者基本法・地域保健法等の改正・成立の流れを勘案して、あるべき精神保健・医療・福祉圏を次のように設定する。

「一次圏域」；人口約5万人平均地区（全国約3000カ所の市町村）
各医療機関によるプライマリーケア、ソフト救急
市町村保健センターでの相談・社会復帰活動
生活支援センターの設置など

「二次圏域」；人口約30万人平均地区（全国約400カ所の保健所圏域）原則的にはこの圏域内で保健・医療・福祉の諸課題が完結し得る基幹圏域

「三次圏域」；都道府県及び政令指定都市計画立案、研究、研修、高度医療など

2. 住む場・働く場・憩える場の保障

○出来るだけ一次圏域内で提供

- (1) 住む場；全国で約10万人分以上を確保

○生活訓練施設・福祉ホーム・入所授産施設・グループホーム等の法内施設の整備（利用者の選択権を保障）

…各一次圏域毎に約20名分以上を整備（但し、現在既に地域間格差があるので、先進地域では更に上積みされ得るものとする）

○永住型の単身生活可能な住居の確保、公共住宅への優先入居、共同住宅の支援

(2) 働く場；

○通所授産施設、福祉工場等の法内施設の整備・拡充

○精神障害者社会適応訓練事業の拡充

○小規模作業所の支援

○障害者雇用の促進

(3) 憩いの場；

○生活支援センターの設置等

3. 所得保障

地域で生活をしていく為には適切な経済的保障が不可欠である。医療費や住居等に対する全面的な公費援助が整備されているという前提で考慮しても、疾病と障害を抱えて単身で生活していくためには、最低限、生活保護法の生活扶助基準相当額は必要であり、年金額の引き上げ、福祉的就労の賃金引き上げ等が本人の能力に応じて弾力的に講ぜられる必要がある。加えて、無年金者問題の解決、他の障害者福祉との格差の解消等が早急に図られる必要がある。

4. 施策の策定・推進機構の確立

(1) 「精神保健推進協議会」の設置

○各二次圏域に設置

○精神保健医療福祉従事者・当事者・家族・市町村関係者・有職者の代表によって構成し、当該圏域における広義のメンタルヘルス問題をも含めた包括的精神保健・医療・福祉施策の策定・推進を図

る。

○保健所がコーディネーターの役を果たす

(2) 「生活支援センター」の設置

○各一次圏域に、各市町村の責任において設置

○地域の実状を勘案しつつ、当該地域における精神保健・医療・福祉サービスを具体的に提供し、且つネットワークづくりの中心機関として機能する。

5. ホームヘルプ制度の確立

在宅介護制度の拡充と連動する形で精神障害者へのホームヘルプ制度を確立していく

6. 精神保健専門職、ホームヘルパー、精神保健ボランティア等の育成・充実

新しい精神保健の基本理念・原理を踏まえた精神保健専門職、ホームヘルパー、精神保健ボランティア等を育成し、その数を大幅に増やし、各分野・圏域に適切に配置すること。

Ⅲ. 精神科医療供給体制の抜本的改革

1. 精神科病院の改革

(1) 基本的方向

今日のわが国の精神科病院の8割以上がいわゆる民間精神病院によって占められており、且つ病院間格差、地域間格差そして地域偏在等の問題を抱えている。しかも医療法特例によって全ての精神科病院・病棟は一般科医療に比して著しく低い人員基準下に置かれ続けてきた。このような現状は、かつての社会防衛主義に基づく精神障害者への対策という基本思想によって導かれた結果であり、今後のノーマライゼーションの理念に基づく新しい精神科医療を構築していく為には、公私立の別を問わず現在の全ての精神科病院・病棟の抜本的改革は絶対に成し遂げられなければならない最重要

課題となっている。

なお、既存の民間精神科病院は今後、地域精神保健にとって必要な社会資源の一つであるという認識の下にその活性化を図ると共に、あるべき医療内容を展開していく為の要件を整えるべく、必要な法的並びに経済的環境を整備していく必要がある。

更にこれら社会資源が無い地域では、新たな医療供給施設を設置していくことが必要となろう。

(2) あるべき精神科病床数

一般精神病床数を、今後10年間で現在の2/3に削減する。その後については、10年後に見直すものとする。

但しこれは、次の(3)に述べる構造改革と連動しながらその一環として一体的に推進されるべきものであり、単なる削減のみを目指すものではない。

(3) 精神科病院の構造改革

① アメニティーの確保

施設基準を老人施設並にすることを目指す。但しこれは時間を要するため、当面十年間は、最低限例えば病室1人当たりの面積を4.3平米から6.4平米へ、1病室当たり4床以下に、等を目指す。

② マンパワーの充実

○医師数の見直し；特例撤廃の方向。

但し、当面10年は2倍(24:1)を目指す。

○コ・メディカルスタッフの大幅導入によるチーム医療の推進

○看護；新看護体系への移行

③ 急性期治療・慢性期治療の機能別化の推進

④ 人権保障制度を確立する

○開放化の推進（任意入院者は開放処遇を原則とする）

○医療審査会のあり方の適正化

⑤ 情報の公開とピア・レビュー体制の確立

⑥ 財政上の手当て

○診療報酬体系の抜本的改善（他科並に倍増する）

○補助金制度の拡大

2. 一般病院・公的病院の位置づけ

(1) 一般病院（含、総合病院）への精神科病床設置の推進

○地域における窓口としての一次医療並びにリエゾン・コンサルテーション医療を担う

○二次医療圏（病院規模によっては三次医療圏）での精神科救急・身体合併症医療を担う

○地域医療センターとしての役割を負う

(2) 公的精神科病院は、二次医療圏における役割を明確化し、民間病院との役割分担を図る。

3. 精神科診療所

○一次圏域に最低1ヶ所の(有床)診療所・デイケアを設置

○二次圏域を中心とした病・診連携の確立

4. 専門病棟の整備

アルコール及び薬物中毒・依存関連専門病棟、児童・思春期専門病棟、老人専門病棟等
なお、とりわけ痴呆性老人のケアに対しては精神科医療の重要課題として、積極的に取り組むべきである。

5. 精神科救急・身体合併症問題への対策

(1) 精神科救急医療；二次圏域を中心に構想されるべき。内容的には三次救急の整備に留まらず、同時に一次、二次のソフトな救

急体制の整備も速やかに行うべき。担当機関は一般病院精神科の役割を重視し、精神科病院・診療所を含めたネットワークを形成して対応。

- (2) 身体合併症医療；同様に一般病院精神科を重視し、二次医療圏を中心にしながら体制整備を行う。

以上は、日本精神神経学会、平成9年度通常総会における「精神保健・医療・福祉システム検討委員会」（森山公夫委員長）の報告の抜粋であるが、一部演者による改変があることをお断りしておく。