

巻頭
言

地域で支えるとは

| 会長 山崎 學



2023年10月17日、衆議院第一議員会館多目的ホールで日本弁護士連合会主催による「地域で支え合う精神保健福祉」というシンポジウムがWHO精神保健福祉法制度・政策ユニット責任者のミシェル・ファンク女史を招いて開催された。これに先立って八尋光秀弁護士、池原毅和弁護士同伴で同女史が同日午前日本精神科病院協会を訪問された。自己紹介の後で日本における精神医療の成り立ちと問題点について用意した資料で約20分説明したところで時間がないから本論に入りたいとの希望があり、ディスカッションが始まった。女史からは精神科病院を地域に開かれたものにし、今後3年間で精神病床を大幅に整理して地域で精神障害者を共生させてはといった提案がなされた。日本の精神医療は欧米の制度と大きく異なり、そもそも精神病床の定義から始まり、民間精神科病院が90%近くの精神医療を提供していること、地域で共生といわれても住む家がないし、働く場は同じ数の身体障害者に比べて10%しかなく、障害年金も生活保護給付の半分といったお粗末な所得で、いかにして地域で生活できるのかといった疑問点を投げかけた。また急性期対応も地域で見てはとの提案については、1ヵ月精神科救急の現場で寝泊まりしてから能書きはあってほしいと反論した。しかし最後まで持論を曲げないで、3年後にまた日本に来るから成果を期待していると自説を繰り返した。WHOのいう精神障害者を地域で支えて成功している国があったら教えてほしいという質問については、「それぞれの国で問題点を抱えており、これからの3年間で勝負だ」と焦点をそらした。最後に財政の裏付けのない政策は討論しても無駄で、「南仏のビーチで日光浴をしながら、シベリアの酷寒の問題を議論しているようなものだ」と喝破した。予定時間の1時間を40分超過して行われた会談は有意義であったと思っているが、双方の思い入れの溝は埋められなかった感がある。

財源不足を補う形で1963年に始まったケネディの脱施設化（アメリカ）、1978年に始まったバザーリアの改革（イタリア）で精神障害者は上手く地域で共生できたのであろうか。50年以上過ぎた現在においても精神障害者の地域移行は進まず、お題目だけが先走って今日に至っている。日本の精神病床も統合失調症を中心とした長期入院患者は高齢になり、若年の発症者は短期間で退院し、結果として精神病床の稼働率は近年大幅に減少している。加えて、新型コロナウイルス感染症で合併症を持った患者の死亡退院が増えて病床稼働率は80%を切る寸前になってきている。地域特性を考えても過疎化、少子化に伴って2004年に1億2,779万人をピークに減少している人口に対して、医療・介護をはじめとした関係職種を含めてダウンサイジングを余儀な

くされるのは必定である。こうした中で地域移行を進める手段として次期改定で精神科地域包括ケア病棟の新設を国に要望している。地域移行を進める一環として多職種配置，入退院支援，在宅療養支援の機能を併せ持つ病棟を想定し，1病院1病棟限定の運用を開始することを考えているが，このほかにも医療DXの前提になる中小病院への電子カルテおよび端末等の無償供与，解決時期が不明確なジェネリック医薬品の安定供給体制確保，入院時食事療養費の抜本的解決，災害・新興感染症に対する精神科病院の整備，DPATの養成と，同時進行で考えなければならない喫緊の課題が山積している。これからも良識的な診療をしている病院から落伍者を出さないような精神医療体制を構築しなければならないと考えている。

