

<特集「地域保健の現状と課題」>

地域精神保健医療福祉の現状と課題

土 田 英 人*

京都府精神保健福祉総合センター
京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学

The Current Status and Issues of the Mental Health

Hideto Tsuchida

Kyoto Prefectural Comprehensive Mental Health and Welfare Center

Department of Psychiatry,

Kyoto Prefectural University of Medicine Graduate School of Medical Science

抄 録

わが国では現在、ストレス社会に加えて少子高齢化や不況といった社会背景から、種々の精神的問題が生じている。精神疾患により医療機関にかかっている患者数は近年大幅に増加しているが、受け入れがなくて退院できない「社会的入院者」はあまり減少していない。入院医療主体から地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換が図られ、治療を担う「医療」、予防を担う「保健」、介護と社会復帰を担う「福祉」の3つをまとめて「精神保健医療福祉」と総称し、地域社会の再生と精神障害者の脱施設化・地域社会への統合に焦点が当てられるようになった。また、精神保健福祉法の中で地域支援ネットワークの強化を目的とした精神保健福祉センターの設置と役割が定められている。地域精神保健の課題としては、アウトリーチや高齢者介護施設、身体合併症治療可能な病院などの施設の不足、地域での訪問サービスや福祉サービス、ケアマネジメントに従事する人材の不足、地域住民の偏見により生じる施設コンフリクトなどが挙げられる。地域精神保健福祉施策の理念である「社会的包摂」の実践により、社会における「こころのバリアフリー」が早期に実現されることを願う。

キーワード：地域精神保健医療福祉，精神保健福祉法，精神保健福祉センター，社会的包摂，こころのバリアフリー。

Abstract

In recent years, various psychiatric problems have arisen from social backgrounds, such as the declining birthrate, aging society and economic depression. The number of patients with mental disorders is increasing sharply in recent years, and the number of "unnecessary hospitalization persons" unaccepted to the family, cannot leave hospital is seldom decreasing. Because shifted from the treatment of hospitalization to the health, the medical treatment and the welfare in the community, it came to be focused on the resuscitation of the community and the integration of the person with mental disorder

平成25年 8月26日受付

*連絡先 土田英人 〒612-8416 京都市伏見区竹田流池町120

htsuchi@koto.kpu-m.ac.jp

to the community. The establishment and the role aiming at strengthening a local support network of Mental Health and Welfare Center are defined by Law Related to Mental Health and Welfare. As the current status and the issues of mental health, the shortage of the institutions of outreach, the dementia-nursing institution and the hospital in which physical complications are treatable, and the shortage of the staff engaged in the visit service, social welfare services and care management, and the institution conflict which arises by local residents' prejudice are mentioned. I hope that barrier free of mind, based on the concept of social inclusion, will be realized early.

Key Words: Community Mental Health Welfare, Law Related to Mental Health and Welfare, Mental Health and Welfare Center, Social inclusion, Barrier free of mind.

はじめに

現代社会がストレス社会と呼ばれるようになって久しい。それに加えてわが国では、少子高齢化や長引く不況、核家族化による家族機能低下や、地域との連帯と相互扶助の喪失といったネガティブな社会状況を背景に、後述する実にさまざまな精神科的問題が生じている。

これら諸問題に対して、精神科医が患者に対峙して診断・治療する「医療」だけでは根本的な解決に至らないのは自明であり、そこで重要となるのが、コンサルテーションや危機介入によって精神疾患の発生・再発の予防を担う「保健」と、慢性患者の介護と地域社会への復帰促進を担う「福祉」である。これらをまとめて「精神保健医療福祉」と総称されることがあり、今日の精神保健医療福祉行政はこれら3つの側面を併せ持って、わが国における精神科的問題の解決を目指している。

さらに、個々の地域社会において問題解決していく方が効率的であり、かつ個々の地域特性を配慮する必要性から、精神保健医療福祉サービスは原則としてサービスを要する本人の居住する地域で提供されるべきであると考えられるようになり、これまでの入院医療主体から地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換が不可欠なものとなった。2004年には、厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表して、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方向を推し進めていくことを定めている。

つまり、現代の精神保健医療福祉の焦点は、

地域社会の再生と精神障害者の脱施設化・地域社会への統合であると言える。(図1¹⁾)

本稿に与えられたテーマは、地域保健の中の「精神保健」の現状と課題であるが、上述した精神疾患の予防を主目的とする狭義の「(精神)保健」ではなく、『地域精神保健医療福祉における現状と課題』として進めていくこととする。

まずはわが国の精神科的諸問題を概観し、次に精神保健に関する施策と、地域精神保健を担う精神保健福祉センターの役割について概説した後、地域精神保健医療福祉が抱える問題点について述べる。

わが国における精神科的諸問題

厚生労働省による統計資料²⁾を見てみると、精神疾患により医療機関にかかっている患者数は近年大幅に増加しており、2011年は320万人にのぼり、中でもうつ病は1999年に44.1万人であったものが2008年には104.1万人と著しく増加している。その後も年々増え続けており、2011年に厚生労働省は、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾病として指定してきた「がん」、「脳卒中」、「急性心筋梗塞」、「糖尿病」の四大疾病に、新たに「精神疾患(うつ病を含む)」を加えて「五大疾病」とする方針を決めた。

精神科病床の入院患者数は総病床数35万床に対して30.7万人(2011年)である。これは緩やかに減少しているとされるが、依然として地域社会での受け入れ態勢が整わないことから退院できない、いわゆる「社会的入院者」と呼ばれる患者が約6万人以上(2011年)存在する

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を進めていく。

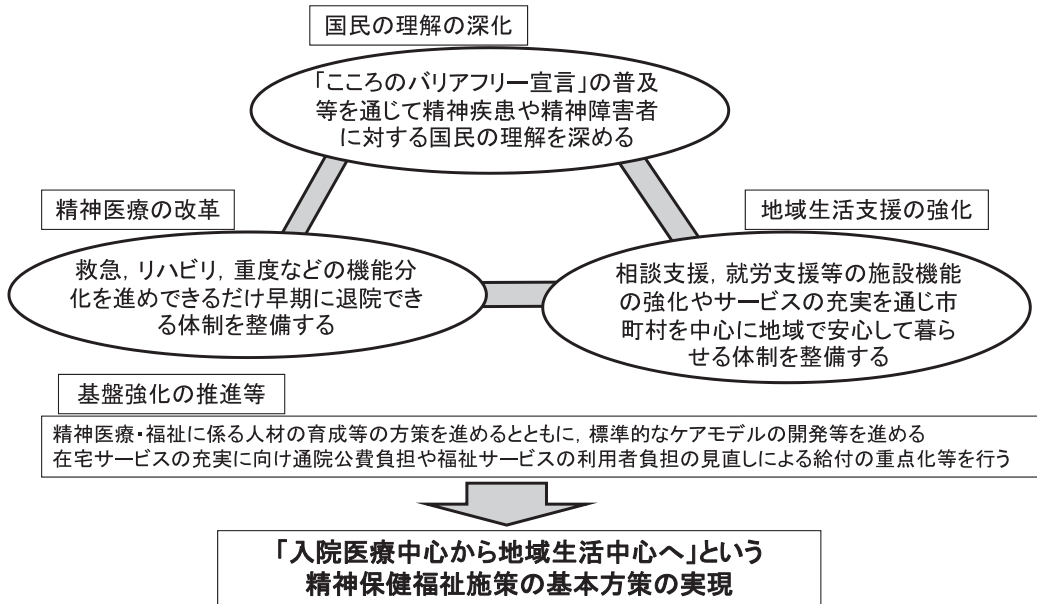


図1 精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

と推計されており、近年でも長期入院患者の退院は進んでいないのが現状である。

警察庁発表の統計によると、年間自殺者数は1998年から14年連続して3万人を超え、2006年には自殺対策基本法が施行された。昨年(2012年)はその前年から減少して、ようやく3万人を下回ったとはいえ約2万8千人と発表されている。

認知症患者数も年々増加傾向にあり、65歳以上の高齢者の認知症患者数は462万人(2012年)で、実に高齢者の15%が認知症と診断されている。高齢化がさらに進むなかで、後述するように介護施設不足が大きな問題となっている。

アルコール依存症に関しては、2003年の成人を対象とした実態調査²⁾によると、アルコール依存症の疑いのある人は440万人、治療の必要なアルコール依存症患者は80万人いるとされ、また、ギャンブル依存は559万人(2009年)と推計されている。「依存症」は、得てして単に個人のモラルの破綻や犯罪としてのみ捉えられが

ちであるが、本人とその家族、さらには地域社会が一体となって協力しながら、一人の社会参加や社会復帰を促していこうとする姿勢が大切である³⁾。

他にも、児童虐待やドメスティック・バイオレンス、発達障害に不登校やひきこもり、職場でのパワハラやセクハラ、震災や事故後の心的外傷など挙げればきりがないのでこの辺にしておくが、これらのうちどれ一つ取っても大きな社会問題であることに疑念を挟む余地はない。

我が国では明治以降にようやくではあるが、これらの精神障害者や情緒的に問題を抱える人たちが、地域の中で普通の生活を送れることを目的とした施策の成立と改正が行われてきた。

精神保健に関する施策の変遷

施策とは、国や地方自治体が、その時に優先して取り組むべき社会問題に対して、対策を行うことである。そのため、いったん成立しても、矛盾や不足があるとみなされた場合は改正

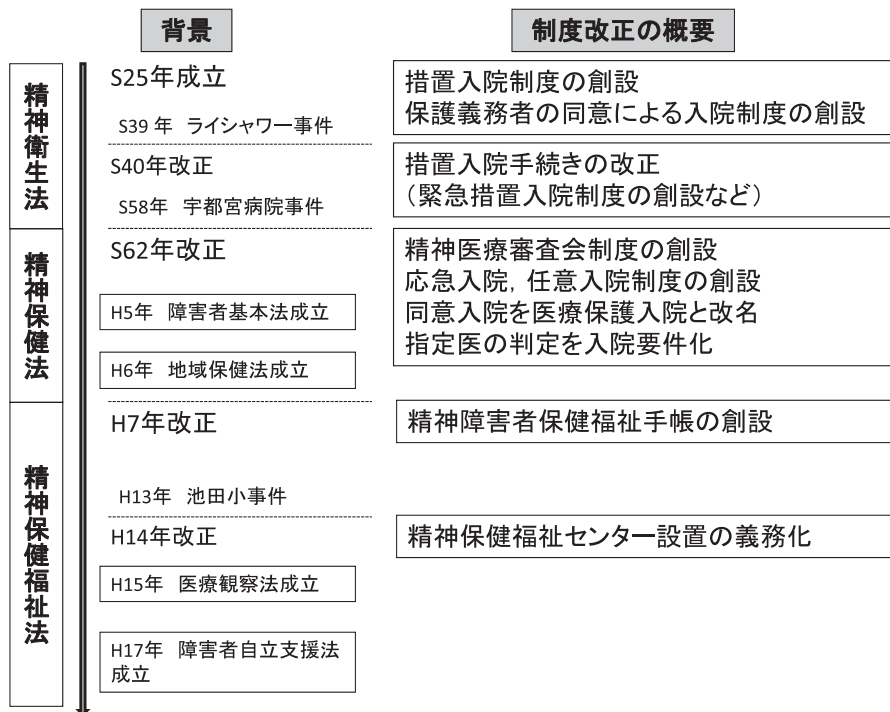


図2 精神保健福祉法改正の経緯

が行われてきた⁴⁾。(図2⁵⁾)

精神保健に関する施策のはじまりは、1900年(明治33年)の「精神病者監護法」である。これは、精神障害者のための治療や保護とは程遠く、私宅監置(監禁と保護の中間を意味する)を含め精神障害者を収容することを目的とした社会防衛的な観点から成立したものであった。1919年(大正8年)に「精神病院法」を制定して道府県に公立精神科病院の設置が義務付けられたが、財政難から進まず、第二次世界大戦後の1950年(昭和25年)に「精神衛生法」が制定されて精神病院法は廃止され、そこでようやく私宅監置が禁止された。

その後、昭和62年に起こった宇都宮病院事件に端を発し、精神障害を持つ方の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と社会復帰の促進を図る観点から、「精神衛生法」の改正が行われ、任意入院制度の創設や精神医療審査会の創設などを内容とする「精神保健法」が成立した。

1993年(平成5年)の「障害者基本法」の制

定により、精神障害を持つ方も身体障害・知的障害と同様に施策の対象であることが位置付けられ、かつ、従前からの保健医療施策に加えて福祉施策の充実の必要性が高まったことを踏まえて、1995年(平成7年)に「精神保健法」から保健と福祉が統合した「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下、精神保健福祉法)」に改正された。

ここでようやく、精神障害者に対する施策は、国家による社会防衛的な隔離施策から、地域社会による福祉施策へと転換が果たされたといえる。この時に厚生省(現厚生労働省)により作成された精神保健と精神障害者福祉の関係についての概念図を示す。(図3⁶⁾)

さらにその後、1999年には精神障害者の人権に配慮した医療を確保する目的で、入院や処遇について審査する精神医療審査会が強化され、また、2002年には地域支援ネットワークをより効率的に機能させることを目的として、精神保健福祉センター設置の義務化が改正に盛り込ま

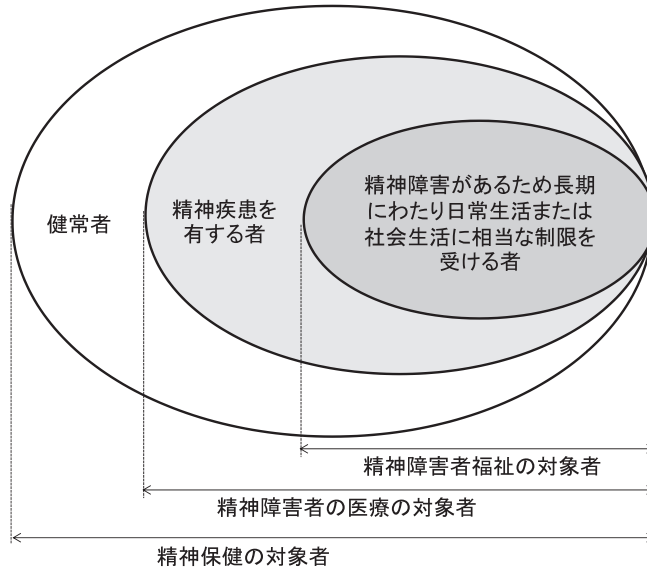


図3 精神保健福祉の対象者の範囲

れた。

精神保健福祉センターと保健所

筆者が勤務する京都府精神保健福祉総合センター（一般的には精神保健福祉センター）は、精神保健福祉法第6条により都道府県および政令指定都市に設置が義務付けられ、精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備える機関である。

1965年の精神衛生法改正時に「精神衛生センター」（任意設置）として規定され、1987年の精神保健法への改正によって「精神保健センター」に、さらに1995年の精神保健福祉法への改正によって「精神保健福祉センター」に名称変更された。2002年には、地方分権推進計画を踏まえて名称や組織が弾力化されるとともに、精神医療審査会の審査局等の行政事務を行うようになり、都道府県および政令指定都市に設置が義務付けられた。

センターの役割（目的）は、地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至る

まで、広範囲にわたる。

具体的なセンターの業務は、（1）企画立案、（2）技術指導および技術援助、（3）人材育成、（4）普及啓発、（5）調査研究および必要な統計資料の収集整備、（6）精神保健福祉相談、（7）組織育成、（8）精神医療審査会の審査に関する事務、（9）自立支援医療（精神通院医療）ならびに精神障害者保健福祉手帳の判定等の業務に大別されるが⁵⁾、それらは極めて密接な関係にあり、これらの業務の総合的な推進によって地域精神保健福祉活動の実践が行われなければならないとされる。

精神保健福祉分野の技術的中枢としての位置づけから、保健所及び市町村への技術指導や技術援助を行い、精神保健福祉関係諸機関（医療・福祉・労働・教育・産業等）と積極的に連携を図っている。

当センターにおいては現在、デイケア担当を含めて13名の常勤職員で京都府全域におけるこれら全ての業務を行っているが、他にも新たに自殺防止対策の推進や、自立支援医療や精神障害者保健福祉手帳の申請数は年々増加しているなど、すでに手一杯なのが現状である。そこで地域精神保健福祉の中心的な行政機関である

保健所⁶⁾や市町村保健センター、障害福祉担当部門などとの緊密なネットワークの構築が何より重要となる。

地域精神医療福祉の現状と課題

現在、地域精神医療福祉は非常に多くの問題点を抱えている。

急性期医療の充実、地域資源の整備による早期退院の促進、新たな長期入院の抑止、長期入院患者の地域移行の促進が課題となっており、長期入院患者については、精神症状が重度である方、社会資源・支援が十分でない方、日常生活・身辺自立に課題を抱えている方などのそれぞれの課題に対応した対策が急務となっている。

また、現在精神科領域全体で活発に議論されている「保護者制度」の問題も挙げられる。精神保健福祉法で定められた「保護者」の義務規定に関しては、制定当初から責任負担が大き過ぎることが指摘され続けており、平成11年の法改正により、保護者による「自傷他害防止監督義務」などが廃止されたが、依然として、治療を受けさせる義務や措置入院（自傷他害のおそれがあるとして入院させる制度）した患者の退院後の引き取り義務など、特に高齢化していく家族にとって大きな負担が残されている。

そこで、今回の法改正では、

- ①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
- ②精神科病院の管理者に、医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置や、地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携および退院促進のための体制整備を義務付ける。

という方向で検討されているが、もちろん精神科病院側にすれば素直に受け入れがたいであろう。

その他にも、さきのわが国の精神科的諸問題と同様に細かいことを挙げればきりが無い。そ

のため、紙面の都合からここでは、不足しているハード資源およびソフト資源と、地域社会との摩擦である施設コンフリクトを取り上げたい。

1. ハード資源の不足

1) 「入院医療中心から地域生活中心へ」を押し進めていくためには、入院病床数を減らすというのではなく、いかに退院後の地域社会の受け容れと支援を強化できるかがより重要となってくる。すなわち、医療を受ける患者に生活支援が届くよう、アウトリーチ（訪問による支援）、相談支援・ケアマネジメント等を医療との密接な連携のもとに行う体制が必要である。

しかし、現状では、できるだけ入院せずに在宅生活を継続するために必要なアウトリーチを行う施設が不足している。病院のダウンサイジングを行うには、退院促進ではなく入院回避が必要であるが、病院経営という側面からすると二の足を踏まざるを得ない場合や、また、本人・家族が支援の受け入れに拒否的な場合もあり、実施自体が困難なこともある。

2) また、別の問題として、精神障害者の身体合併症を治療できる病院が少ない。そのため、例えば精神科病院内で発生した身体合併症の治療が一般の医療水準以下で行われていたり、受け入れ先病院が見つからず転院が遅れてしまったりしているのが現状である⁷⁾。総合病院経営者にとって精神科は不採算部門として見られがちである。こうした状況の中、2008年から2011年の3年間で、全国の届出総合病院精神科は施設数で8、病床数で1349床減少している⁸⁾。

京都府下でも大学病院の他に受け入れ可能な病院が数えるほどしかないのが現状であり、新たに受け入れ可能な病院を増やすのは現実的に困難であり、既存の病院における合併症の病床数を増やすなどの対応が求められている。また、うつ病など精神疾患における地域連携クリニックパスの整備も有用と思われる。精神科医のいない総合病院の看護師や、企業における産業医・保健師などは地域連携パスを必要とする可能性が高い。例えば、精神科医のいない総合病院では身体疾患をもつ高齢のうつ病患者の対応に身体科医、看護師、家族は不安を感じてい

ることが多い。こうした精神科医のいない総合病院と精神科医の連携は、限られた医療資源のなかで精神科身体合併症医療に良い効果をもたらすかもしれない⁸⁾。しかし、精神科では他科より治療者間の診断・治療のばらつきが大きいことなどから、地域連携パスが実際に浸透し、機能するには時間を要すると思われる。

3) あと他にも、高齢化社会の進行を反映して介護施設が不足している。たとえば特別養護老人ホームは介護保険施設の中でも最も数が多い施設であるが、それでも入所希望者をすべて受け入れられる状況ではなく、入所を希望しながらも待機を余儀なくされている人が全国で40万人ほどいるといわれており、この数は全入所者とほぼ同じ人数となっている⁹⁾。

2. ソフト資源（人材）の不足

最小限の人員で、広範囲の地域とたくさんの精神保健福祉業務を執り行っている状況は、当センターに限らずどこも同じである。

精神障害者の地域生活の支援体制としては、大きく分類すると、

- ① 精神保健福祉センター、保健所、市町村等の行政機関による相談支援
- ② 医療機関・訪問看護ステーション等による医療の提供
- ③ 障害福祉サービス事業所、地域活動支援センター等による福祉サービスの提供や相談支援

があり、原則として必要なときに当事者がそれぞれのサービスを自ら選択して利用することとなっているが、いずれのサービスも人材が不足しがちである。精神障害者支援の従事者の多くは医療機関において入院医療に従事しており、精神障害者の地域生活支援、特にアウトリーチ（訪問）による支援やケアマネジメントに従事している専門的人材は現時点では不足がちである。

一例を挙げると、障害によって判断能力に不安のある人を対象に福祉サービスの利用援助や日常的な金銭の管理等を行なう「日常生活自立支援事業（旧：地域福祉権利擁護事業）」を都道府県や市区町村の社会福祉協議会が中心に実施

しているが、実際の支援活動にあたる生活支援員が不足している。その理由として、①業務上金銭を扱うため、着服などを未然に防ぐべく人選が慎重になってしまうこと、②認知症のみならず精神障害者や知的障害者からの利用希望が増加傾向にあるが、「接し方が分からない」として支援員がそれら障害者の担当を敬遠しがちであること、などが挙げられる。結果として京都府下においては、40人以上（2013年6月時点）がサービス利用を待機しており、そのため、地域によっては、支援員を指導・監督する専門員がカバーせざるを得ず、専門員一人当たりの担当利用者数が過多となっている。

しかしながら、公的機関の人員の増加は難しいのが現状であり、そのことを踏まえると、民間との連携体制の構築や当事者組織の育成、現存する人的資源の活用などとともに、地域支援を行う人材として精神福祉ボランティアを育成することも積極的に推進していく必要がある。

3. 施設コンフリクト（あるいは地域コンフリクト）

精神科医療施設に限らず、精神障害者や高齢者のための社会福祉施設—例えば薬物依存症のリハビリ施設や認知症高齢者グループホームなど—の新設の際に、地域住民の反対運動などにより計画が頓挫したり、あるいはその設立と引き換えに大きな譲歩を余儀なくされたりする、施設と地域住民との間に生じる紛争問題である。これは、施設の閉鎖性と地域住民の偏見により生じる問題として捉えられ、ハード資源の供給遅延につながっている。

解決に向けては、一方的に「理解」を求めるのではなく、関係者や関係機関を含めた時間をかけた「信頼」の醸成が重要であり、施設と住民が対立概念ではなく「共生社会」の実現という意識を共有して相互に理解を深めていくことが求められる¹⁰⁾。

また、こうした偏見が地域社会だけでなく患者家族においてもみられる場合には、それにより退院が受け入れられずに社会的入院を余儀なくされてしまうことになる。そこで、前述した精神保健センターならびに保健所の業務の一つ

でもある精神保健の普及啓発を進めていくことで、発症予防のみならず社会全体から偏見を解消していくことが急務である。

お わ り に

地域精神保健医療福祉の現状と課題について概説した。わが国における地域精神保健医療福祉は、近代に入ってようやく始まったものであり、まだまだ試行錯誤と発展途上の段階で、課題が山積している。

統合失調症やうつ病などの精神疾患に対する偏見はまだまだ改善されてはいない。前述したように、薬物依存症の患者や認知症の高齢者なども地域社会から恐れられ、あるいは疎まし

がられ、その結果として「社会的排除」を被っている。地域精神保健福祉施策の重要な理念は、社会的排除をなくしてすべての人々を社会の構成員として包摂していこうという「ソーシャル・インクルージョン(社会的包摂)」の概念である¹¹⁾。

精神障害者への偏見が解消されて相互理解が深まり、障害者の社会参加にみんなが積極的に協力する「こころのバリアフリー」が早期に実現されることを願いながら、日々の地域精神保健医療福祉業務に尽力していきたい。

開示すべき潜在的利益相反状態はない。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>
- 2) 尾崎米厚, 松下幸生, 白坂知信, 廣 尚典, 樋口 進. わが国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査. アルコール研究と薬物依存 2005; 40: 455-470.
- 3) 土田英人. 若者の薬物乱用・依存. 京都府立医科大学雑誌 2010; 119: 1-7.
- 4) 舟木敏子. 精神保健関連機関の役割と連携. 松久保章, 坂野憲司, 舟木敏子編. 精神保健福祉シリーズ・精神保健の課題と支援. 東京: 弘文堂, 2012; 200-210.
- 5) 全国福祉センター長会ホームページ <http://www.zmhw.jp/center.html>
- 6) 地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成 報告書. 厚生労働省平成23年度障害者総合福祉推進事業. 東京: 社団法人日本精神保健福祉連盟, 2012; 91-93.
- 7) 浅野弘毅. 病院精神医療および地域精神医療. 精神福祉士養成講座編集委員会編. 精神福祉士養成講座1 精神医学. 東京: 中央法規出版, 2002; 219-220.
- 8) e-らぼーるホームページ: 大石 智. うつ病診療における地域連携とクリニカルパス <http://www.e-rapport.jp/team/clinicalpath/sample/sample20/01.html>
- 9) 介護施設の基礎知識ホームページ <http://www.longevityhome-okinawa.com/>
- 10) 松久保章. 地域精神保健活動とその課題. 松久保章, 坂野憲司, 舟木敏子編. 精神保健福祉シリーズ・精神保健の課題と支援. 東京: 弘文堂, 2012; 137-138.
- 11) 坂野憲司. 精神保健の視点から見た現代社会の課題. 松久保章, 坂野憲司, 舟木敏子編. 精神保健福祉シリーズ・精神保健の課題と支援. 東京: 弘文堂, 2012; 147-148.

著者プロフィール



土田 英人 Hideto Tsuchida

所属・職：京都府精神福祉総合センター・所長

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学・兼任講師

略 歴：1994年3月 東北大学医学部医学科 卒業

1994年3月 京都府立医科大学附属病院精神神経科 研修医

1997年10月 国立精神神経センター神経研究所 疾病研究第3部 研究生

2000年3月 京都府立医科大学大学院医学研究科（博士課程） 修了

2001年4月 京都府立医科大学精神医学教室 助手

2005年8月 カターニャ大学医学部精神科 認知行動療法研究室

2006年10月 明石市立市民病院心療内科 医長

2007年9月 京都府立医科大学精神医学教室 講師

2009年6月 プリティッシュコロロンビア大学生命科学研究科 細胞生理学研究室

2010年9月 京都府給与厚生課 健康管理医（精神保健担当）

2012年4月 京都府立医科大学精神医学教室 講師

2013年4月～現職

専門分野：臨床精神神経薬理と認知行動療法

薬物依存の臨床および精神薬理学的研究

- 主な業績：1. 土田英人. 薬物依存. カラー版内科学. 門脇 孝, 永井良三総編集. 東京：西村書店, 2012; 527-532.
2. 土田英人. 全般性不安障害. 特集：不安障害を見直す—慢性化・難治化と転帰—. 精神科 2012; 21: 559-563.
3. 土田英人. 衝動性の神経生物学. 福居顯二編. 専門医のための精神科臨床リユミエール26巻. 依存症・衝動制御障害の治療. 東京：中山書店, 2011.