

みんなねっと精神科医療への提言

◆誰もが安心してかかりたいと思える精神科医療の実現◆

精神科医療受診は特別な人だけの特別なことではありません。厚生労働省のホームページ（2021年6月現在）には、『こころの病気で病院に通院や入院をしている人たちは、国内で約420万人にのぼりますが（平成29年）、これは日本人のおよそ30人に1人の割合です。生涯を通じて5人に1人がこころの病気にかかるともいわれています。こころの病気は特別な人がかかるものではなく、誰でもかかる可能性のある病気です。』とあり、平成25年からは精神疾患は医療法が定める五大疾病のひとつとなりました。そして、精神疾患に罹患した成人の半数は10代半ば（14歳）までに、その4分の3が20代半ばまでに症状が始まるとされています。つまり精神疾患の発症は、児童、生徒、学生の年齢でその多くが発症していることから、予防と早期発見、早期支援、重度化防止のための施策の構築が必要と考えます。また、私たち家族は、大切な家族（本人）が精神的不調を表し始めた当初から、医療につながる、回復経過を支え見守る、福祉サービスにつなぐ、就労先を模索する…等々、すべてのプロセスで家族が関わらなければならない現状にあり、家族自身もそれを当たり前のことと考えて問題を抱え込む傾向にあります。このような家族依存の現状を変える必要があると考えています。2014年には障害者権利条約が批准されました。この条約を実生活に活かすため、障害は個人的な問題ではなく、社会全体の問題（社会モデル）であると捉え、精神障害がある人とその家族の生活が、障害を理由として損なわれることのない社会の実現が急務です。

私たち家族は様々な体験から、精神科医療がすべての国民にとって大変に重要で必要な存在であることを実感しています。重要で必要だからこそ、誰もが安心してかかりたいと思える精神科医療への期待を込めて、以下のとおり提言いたします。

1. 市民のメンタルヘルスケアの充実

私たちは大切な家族の精神的不調が病気かもしれないと気づき、精神科医療につながるまでに多くの時間を費やすという体験をしています。それは、精神疾患がどのようなものか知らず、どこに相談したら良いかもわからなかったため、本人の苦痛や生活への障害がかなり強くなってからようやく、医療が必要だと気づくからです。また、偏見から病気と認めることへの抵抗感も、医療につながることを遅らせることに影響しています。そのため、精神疾患・精神障害の正しい知識を得て、偏見を低減するため、また、精神疾患の予防と早期の気づき、早期支援、重度化予防のための啓発教育の普及と地域における相談窓口の整備と強化を求めます。

1) 正しい精神疾患に関する系統的な教育の実施（学校教育・医療関係者への精神疾患・精

神障害の教育)

マスメディア等の偏った情報による精神疾患・精神障害への誤解や無理解を改善するため、高等教育(2022年度より実施)のみならず、小・中学校の義務教育における精神疾患に関する教育の実施を求めます。また、とりわけ医療者を含む人と関わる専門職の養成教育等のあらゆる機会に精神疾患・精神障害についての正しい教育の機会を設けることを求めます。

2) 相談窓口の整備 (早期相談支援体制の構築・24時間365日対応相談窓口の開設・精神保健福祉の専門相談員・訪問サービス実施)

どんな疾患でも、早期で軽症のうちに対応ができれば、より良い回復が期待できます。精神疾患についても、早期の気づきと相談・支援につながる必要があります。そのため、相談できる窓口がわかりやすく、いつでも安心して相談ができること、専門的な知識を持った人が対応してくれること、必要に応じて当たり前訪問サービスが受けられる支援を求めます。

2. 精神科医療の一般化の実現

精神科医療の人員配置はそれ以外の診療科より低い基準で運営されてきました(1958年精神科特例)。現在、精神科救急病棟では他の診療科と同等の人員配置になりましたが、それ以外は依然として低い基準のままです。このことは医療・看護の質という重要な課題に大きな影響を与えるものです。また、精神科医療は単科病院が多く、閉鎖性・密室性が高く、強制的な入院制度を始めとする個人の行動制限を可能とする権限を有しています。行動制限は最小限とし、個人の尊厳が守られるために、以下の項目を求めます。

1) 人員配置の基準と診療報酬を一般診療科と同等にする (※いわゆる精神科特例の廃止)

精神疾患の治療には、医師・看護師などの丁寧な関わりが必要です。むしろ、他科よりも手厚い人員配置が必要ともいえる精神科の治療が、より効果的に行われるために、精神科医療のすべての病棟における他の診療科との人員配置の格差是正を求めます。

2) 精神医療審査会の人権擁護機能の充実 (必要最小限の行動制限：身体拘束・隔離等)

入院患者の身体拘束や隔離等の行動制限は、精神保健指定医の判断により必要最小限で行われるべきものとされていますが、現状では毎年増加傾向にあります。閉鎖性・密室性の高い精神科病院の中での治療や入退院が、当事者の尊厳を傷つけることなく行われるために、精神医療審査会の人権擁護機能の充実と、審査会への当事者と家族の参画を求めます。

3) 意思決定支援の充実、インフォームドコンセントの徹底、更にはSDM(共同意思決定)の実現

病気の治療を受けて回復に向かうためには、まずは患者本人が病気について正しく知ること、病気の治療法について知ること、治療方法の選択肢を知ること、医師や関係者と話し合いながら治療法を選択・決定する機会を得ることが基本となります。それは精神

疾患も例外ではありません。精神科治療において、意思決定支援の仕組みをつくり、インフォームドコンセントを実施し、医療者と患者が対等に話し合いながら治療法を選択し、決定していく仕組み作りを求めます。

3. 薬物治療とともに心理社会的支援が当たり前に受けられる方向への転換

現在の精神科医療における治療は薬物治療が中心に進められていますが、薬物治療だけでは思うように回復できない病状・障害があり、薬物治療とともに心理教育を始めとする心理社会的支援は車の両輪に例えられるように、どちらも重要だといわれています。薬物治療と同様に、心理社会的支援の重要性を認識し、誰でもどこでも受けることができるようになることを求めます。

1) **本人・家族のもとに届けられる多職種チームによる訪問型支援・治療サービスの充実**
心理社会的支援を誰でもどこでも受けるためには多職種によるチームが必要であり、それが家庭にも届けられるように訪問型の支援・治療サービス(危機介入アプローチを含む)の充実が求められます。

2) **当事者の尊厳と意見の尊重(対話型医療・支援の充実)**

精神科の診察・治療等においては、開かれた対話を重視することが大切です。医療従事者をはじめ支援従事者は、当事者が体験や思いを語ることを助け、その語りや思いに耳を傾ける対話を基本とする治療的な関わりと支援の充実を求めます。

3) **ピアサポートの充実(ピアによる活動や家族会支援・家族による家族支援)**

本人または家族がそれぞれの貴重な体験を活かして、同じ立場の人を支援し、支援される関係は、専門家の支援とは別の効果と意義のある貴重なものです。このようなピアサポート活動が活発に行われるように、活躍の場を増やし、活動が支援されることを求めます。(家族による相談活動・家族による家族学習会等)

4) **心理社会的リハビリテーションの診療報酬化(家族心理教育、訪問家族支援)**

精神科医療における家族支援の視点が不足しているため、医療につながっても情報が得られず、不安なままで当事者のケアを続けて疲弊するという経過をたどる家族が多くあります。家族心理教育を始めとする家族支援や訪問による家族支援が多くの精神科医療機関・訪問医療機関で実施されるように、その診療報酬化を求めます。(家族心理教育・メリデン版訪問家族支援等)

4. 当事者の視点を大切にす精神科治療へ

1) **薬物療法を受けた本人の意見の尊重と治療・研究への当事者・家族参加の推進**
～薬物療法の改善・創薬へ活かす～

薬の効果や副作用は、薬理学の知識だけで解決できるものではありません。実際に飲ん

でいる当事者だからこそわかる体験が薬物療法の改善や創薬に繋がります。当事者の声、当事者と共に生活し薬の飲み心地や行動や暮らしの変化を一緒に体験している家族の声を尊重した処方になされることを求めます。

更に、当事者・家族は創薬を諦めるわけにはいきません。よりよい研究成果を出すためにも「病いの体現者」である当事者・家族を精神医学研究へ参加させてください。当事者・家族と研究者が対等に意見を交わせるような研究環境の整備を求めます。

2) 身体的ケアの重視～身体的健康無くして精神的健康無し

精神疾患になると、その影響により自分自身の身体的健康に注意を払ったりその維持に努めることが難しくなります。そのことは、精神疾患のひとつの症状という面がありますので、医療による対応が求められます。意欲低下による運動不足、薬物療法の副作用による肥満などから糖尿病などの生活習慣病にかかりやすくなります。医療費負担を気にして身体的ケアが遅れがちになることも稀ではありません。「身体」あつての「こころ」ですから、診察では精神症状だけではなく身体的ケアにも留意する精神科医療であることを求めます。

3) 診断名による混乱の是正を

～診断名の伝え方に配慮し診断体系の見直しを

精神科を受診するたびに診断名が変わり混乱した、という経験を持つ当事者・家族は少なくありません。未だ精神疾患の原因は解明されていませんが、科学の進歩により精神疾患は現在の診断のように個々の病気が独立してあるのではなく、重なり合っていることがわかってきました。症状だけで分類する現在の診断方法では実態に対応しきれていないため、現在、少しずつ診断体系の見直しが始まっています。診断名を伝える際にはこうした事情を医療者がまず当事者・家族に丁寧に説明してください。そのうえで、ひとり一人の患者さんごとの症状や経過の特徴を明らかにし、診断名が当事者ごとのより良い治療に結びつくものとなるよう努めることを求めます。

【長期的展望に立ち実現を目指すこと】

～入院中心から地域医療への転換を～

1. 一定の地域単位(人口5万人程度を目安)に、メンタルヘルスの責任をもつセンターを設置する

～一般医療機関・支援機関との連携を含む地域ネットワークの構築・危機介入を含む訪問サービス実施～

地域のメンタルヘルスについては保健所が担うこととなっていますが、保健所は多くの機能を担わなければならない、保健所の統廃合が進められている中で、メンタルヘルスに関する機能は脆弱化しています。精神科病院への入退院を繰り返すことなく、地域で安心・安定して暮らすためには、支援機関に加えて一般医療も含めた連携・ネットワークで支える仕組みが必要です。保健所による精神保健機能に加えて、一定の地域住民のメンタルヘル스에責任をもち、危機介入チームを始めとする訪問支援、訪問医療の機能を持ち、24時間 365日相談・支援につながれる体制をつくり、地域の連携・ネットワークの起点となり、個々のマネージメント・コーディネートの役割をも担うメンタルヘルス専門のセンターの設置を求めます。そうしたセンターが設置されることにより、医療の地域ネットワークが有機的なものとなるとともに、地域住民の精神的健康の増進を図ることができるようになります。

2. 強制的な入院のあり方を問い、医療保護入院の廃止を目指す

～早期支援・重度化予防・相談支援・訪問支援体制の充実を進め、強制的な入院制度によらずに精神科医療が受けられる体制の実現を目指す～

精神保健福祉法第33条に規定される医療保護入院は、日本特有の強制入院制度であり、「家族等の同意」という要件にも大きな課題が残されています。また、強制的な入院による精神科医療との出会いが心の傷となり、その後の医療拒否・服薬拒否につながる場合や家族関係に禍根を残す場合もあります。このような本人の意思に反した強制的な入院制度によらない体制づくりが求められます。そのためには、精神疾患に関する正しい知識や情報が周知され、早期対応や重度化させないための訪問も含めた相談・支援・医療の体制の整備、精神科治療における対話型支援の充実・意思決定支援の充実などの多くの克服すべき課題があります。

強制的な対応となる非自発入院が運用されるのであれば、代替え治療の有無等の判断ができる専門的な知識を持つ医師が診断し、社会的責任で実施すべきことであり、家族等の同意の有無を問う必要はないと考えます。

そうした非自発入院が必要な場合以外は、入院せずに生活の場で支援と治療を受けながら回復していくことができるような地域支援・地域医療体制を求めます。