

こころの健康政策構想会議 ワーキンググループ報告集

2010 年 5 月 28 日

こころの健康政策構想会議

目次

① 自殺対策 WG	.....	p. 3
② 精神保健改革 WG	.....	p. 17
③ アウトリーチ医療 WG	.....	p. 24
④ チーム医療 WG	.....	p. 31
⑤ 入院医療 WG	.....	p. 36
⑥ 専門医療 WG	.....	p. 51
⑦ 家族支援 WG	.....	p. 63
⑧ 人材育成 WG	.....	p. 72
⑨ 評価 WG	.....	p. 78
⑩ 法制化 WG	.....	p. 85

自殺対策 WG

〔目標〕抜本的な精神保健医療改革による実効性のある

自殺予防対策の構築

要旨

わが国では、年間3万人以上、国民の40人に一人が自殺で命を落とす厳しい状況が続いており、自殺問題を解決することは喫緊の課題となっている。自殺対策では複合的取り組みが必要であるが、わが国のデータからも、自殺対策で実効を挙げている英国の取り組みからも、精神医療・保健・福祉対策がその核になるべきであり、こころの健康対策が自殺対策を血の通ったものにするために必須の要素であることは明らかである。自殺の背景には、うつ病、統合失調症、アルコールや薬物の依存、不安障害など多くの精神疾患が存在していることが多いが、うつ病だけをとってみても、経済的損失は年間2兆1千億円に達すると推計されている。しかも、うつ病などの精神疾患にかかっている当事者や家族の苦悩は金銭ではかりきれないほど大きいものである。こうした人たちに適切な精神科医療を提供し、自殺を予防することは国家的責務である。実効性のある自殺対策のためには、

1. データの有効活用のための環境整備
2. 複合的な地域介入の推進
3. 地域における精神保健医療福祉対策の充実
4. 専門医療の充実
 - ① 診断・治療ガイドラインの作成と公表
 - ② 多職種チームによる機能的、統合的な診療活動
 - ③ 診断および治療方針の書面化に基づく当事者・家族との治療契約
 - ④ わが国における科学的根拠によって効果が裏づけられた薬物療法の提供
 - ⑤ わが国における科学的根拠によって効果が裏づけられた精神療法の提供
 - ⑥ 精神科医等専門家の教育内容の改革・充実
 - ⑦ 自殺対策及び効果的な治療に結びつく研究の推進
 - ⑧ 職場復帰・社会復帰のためのリハビリテーション
 - ⑨ 各地域の中核となる精神疾患診療連携拠点病院の設置と医療・保健ネットワークの構築

等を通して、利用者、家族、さらには国民全体のこころの健康を守る施策を大胆に進めていかななくてはならない。

提言想起委員：大野裕、竹島正

協力委員：宇田英典、貝谷久宣、河西千明、木下浩、古川壽亮、松本俊彦

A. 当事者・家族のニーズ

自殺を考えたときに、どのように手助けを求めればいいのかわからない。

死にたい気持ちが強くなったときに、相談に乗ってもらえる場所や相談できる専門家がほしい。

主治医が信頼できて、外来に行って死にたいと言えただけでも気持ちが楽になる。

うつ病だけでなく他の精神疾患でも自殺する人が多いし、いくつかの精神疾患が併存することも多いが、精神疾患に対する対策が十分に行われていない。

精神科を受診したときには、初診時に十分に話を聴いてもらいたい。

治療方針や治療内容についてきちんとわかるように説明してほしい。

精神疾患の治療中も、自分の気持ちや悩みを伝えて話し合える時間がほしい。

話を聴くのは医師だけでなく、他の専門職でも可能だ。

医師によって治療内容のばらつきが大きいので、一定の指針に基づいて治療をしてほしい。

家族の話を聴いた入り、家族の相談にのったりしてほしい。

自殺した薬物依存の仲間を沢山知っている。精神科できちんと診察してほしい。

精神科病院を退院後に自殺する仲間は多いが、具合が悪くなっても二度と入院したくないと言う。入院中の扱いが耐えられず、自己卑下感が強く残るためだ。精神科病院の治療環境を改善してほしい。

「死にたい」と言っていると救急車が搬送してくれないが、救急車が対応してくれるようになってほしい。

自分たちのように精神疾患に悩む人が将来出ないように、効果的な治療に結びつくような最先端の研究を推進してほしい。

自殺未遂サバイバーの意見を聞きながら対策を立ててほしい。

B. 現状の分析と改革目標の設定

1. 地域特性に応じた自殺の背景を解明するためのデータの収集、解析の重要性

自殺の背景に関して、自殺予防総合対策センターホームページには自殺死亡の地域統計が掲載されているが、的確で効果的な自殺対策を行うためには、さらに踏み込んで自殺の背景についての個別的、具体的な情報を把握して、地域の実状に応じた対策を立てる必要がある。そのひとつの方法として自死遺族への聞き取り調査があり、詳しい情報を得るには有意義である。しかし、協力する遺族が限られているうえに、遺族のいない自殺者の背景が明らかにできないという問題もある。

こうした方法に加えて、地域で把握可能な個別の情報を収集して具体的で実効性のある自殺対策に活用しようという活動に取り組もうとする自治体が現れてきている。それは、死亡小票で自殺と認定された個人を特定し、その個人に関して地方自治体等で把握できる情報を収集し、自殺の背景を解明しようとするものである。これによって、自殺者の精神疾患および身体疾患の受診歴と治療内容、家庭内暴力、児童虐待、(いじめ)、離別、精神疾患、夫婦間もしくは法的な問題、失業、差別、社会的孤立(独居)、収入、住居等、自殺対策の介入方法に役立つ有用な地域情報を収集することが可能になる。

しかし、現状では、死亡小票の2次利用の制限および個人情報保護法に関連した地域条例が障壁となって、こうした情報収集及び公表等の活用が制限される場合がある。つまり、自殺者を把握するための死亡小票の2次利用については、地域活動に活用する場合は、行政の内部資料として使用する以外では、細かな制限があり使いづらいものになっている。

また、個人情報保護法は、本来は「生存する個人」を対象にした法律であるが、地方自治体ではその点が明記されていないために、自殺者の背景を探る目的での死亡情報とのデータリンケージが不可能な場合が多い。

なお、警察発表によれば、自殺者の半数で健康問題が主な原因となっており、間接的な原因となっている自殺者を含めるとさらにその割合が増えることを考え合わせると、死亡診断書や死体検案書の中に既往歴や受診歴を書き込むようにするだけでも、健康問題の具体的な内容を把握できるようになる可能性がある。

2. 自殺対策における精神保健医療福祉対策の重要性

こうした限界の中、自殺者の具体的な情報把握に取り組んでいる一部の自治体の内部資料からは、自殺対策ではきめ細かな精神保健医療福祉対策が重要であることが明らかになっている。大都市部では、自殺者の半数に精神科受診歴があり、他の診療科を受診している人まで含めると、3分の2にもなるとされている。これは、うつ病などの精神疾患にかかっていることに気づかないことよりも、心身の不調に気づいて医療機関を受診した人が、何らかの理由で治療を中断したり、症状の改善が得られなかったりしている人が多いことのほうが問題であり、その結果として、自殺で命を落としている可能性が高いと考えられるデータである。また、全国自死遺族連絡会の遺族への聞き取り調査によれば、対象となった1016人の自殺者のうち、精神科を受診、治療中だった人は701人(69.0%)であったという。遺族の中には、向精神薬や飲酒による異常な酩酊状態が、衝動的な自殺

を引き起こしているのではないかと指摘する声もある。

自殺予防総合対策センターの行った心理学的剖検による調査からは、自殺既遂者の半数が、生前に精神科受診をしており、その大半が自殺前の1ヶ月以内に精神科受診をしていたこと、統合失調症が比較的高率であったことが明らかになっている。しかも、精神科受診歴がある自殺既遂者は、自殺時に向精神薬を過量に服用していた者が多かったという。

サンプリングの偏りはあるとしても、このような報告からは、単に精神科医療へのアクセスを高めるだけでは不十分であり、精神科医療の質の向上が不可欠であることがわかる。

つまり、うつ病などの精神疾患の啓発活動は、偏見除去や受診した人に適切な精神科医療を提供できる精神保健医療改革などの十分なバックアップ体制の整備が同時に行われなければ、受診前や受診後に該当者の失望感を強めて自殺を誘発してしまう危険性すらあることを認識しておく必要がある。

自殺者の中には、うつ病はもちろん、統合失調症やアルコール関連疾患など、他の精神疾患も多く含まれており、自殺対策は広く精神保健対策として行う必要がある。上記の心理学的剖検調査からは、アルコールの問題が中高年男性の自殺の背景に存在しながらも、アルコールに関する精神医学的支援を何も受けていなかったこと、アルコールの問題を抱えた人は平均して2つの精神疾患を抱えていること(主にアルコール使用障害と気分障害)、症例対照研究からは、睡眠のためにアルコールや薬物を服用することが、自殺のリスクを飛躍的に高めること等が明らかとなっている。

さらに、無職者・離職者の中でも「その他」に属する人や単身者が多く命を落としていることを考えると、働けなくなった人はもちろんのこと、もともと精神疾患等のために意に反して働くことができなかった人が経済不況の中で追い詰められて自殺している可能性があることを認識しておく必要がある。

無職と離別が重なった男性での自殺死亡率は極めて高く、無職と離別の自殺死亡への影響は相乗的である。また、ホームレスなどの困窮者は精神疾患の有病率が高く、自殺念慮を有する者の割合が高く、しかも支援へのアクセスが乏しく、アウトリーチによる支援が必要と言われている。

精神保健上の問題が背景にある困窮者の支援では、入り口対策だけでは生活の再建は難しく、支援を継続できるシステムが必要であることが語られた。これらは自殺予防のための社会的取組においても、精神保健医療と連携する必要があることを示すものである。

3. 精神保健医療福祉の弱体化の現実と充実の必要性

こうした自殺のリスクの高い人たちへの支援は地域の精神保健医療福祉の充実が不可欠であるが、保健師数の減少を初め、保健所機能が弱まっているために、全国的に必要な支援ができなくなっている。しかも保健所等の精神保健担当保健師の業務内容に、気分障害や神経症性障害、自殺対策に関しては記載されていない。

自殺企図を行った患者は、再度自殺を試みる可能性が高いが、総合病院の精神科が廃止されていていっているためにそうした患者を支えるシステムが失われていっている。

こうした現状を解明して有効な自殺対策を打ち出していくためには、自殺対策に役立つ具体的なデータの把握に基づいて自殺対策を立てる必要がある。しかし、地域の実情に応

じた自殺対策が必要だと言われながら、地域の実情を分析するためのデータの入手を妨げるような法的な制限があり、そのために適切な手が打てないでいる。しかも、具体的にどのような対策をたてれば良いかについてのノウハウが全国的に共有されないまま、啓発中心の単発的な施策が打ち出されているのが現状である。厚生労働科学研究「自殺対策のための戦略研究」で得られた具体的な知見さえも十分には広報、共有されていない。

ライフステージ別の自殺対策という視点も重要である。自殺事例群の分析をもとにライフステージ別の自殺予防のための介入のポイントを検討した結果、青少年では、精神疾患に罹患したときの早期介入と支援、精神科治療薬の適正使用のための対策、家族支援が重要と考えられた。中高年では、アルコール関連問題についての社会の認知を高めること、断酒会等の自助グループの支援、一般医・精神科医のアルコール問題に対する診断・治療能力の向上が重要と考えられた。高齢者では、かかりつけ医のうつに対する診断・治療能力の向上、精神科受診の促進が重要と考えられた。

心理的剖検の症例対照研究の結果からは、問題のある借金、配置転換や異動に関する悩み、子供時代の虐待や暴力、家族・家族外の社会的交流の少なさ、日常生活の支障をともなう身体的問題、睡眠障害、眠るためのアルコール使用、うつ病を含む精神疾患全般が、自殺対策を進めるうえで重要な視点として示されている。

4. 専門医療の重要性

精神疾患が3大疾患であることはいくら強調してもしすぎることはないが、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事（以下、厚労科研）「こころの健康の疫学調査に関する研究」のデータに基づいた試算によれば、2005年のわが国の経済損失は、大うつ病性障害だけで2兆1千億円に達する。当事者の心理的苦痛や家族の苦悩を含めると、その影響は計り知れない。

平成21年の「うつ病・うつ状態」による受診者数が増加して100万人を超えたことが話題になったが、この数字の解釈にあたっては、初診者数ではないこと、大うつ病性障害に限らないことを注意すべきである。つまり、慢性化して治療中の患者が増えていることや、双極性障害や軽症のうつ病が含まれていること、さらには、抗うつ薬を使用するためにうつ病という病名を使用する「保険病名」が含まれていること、などを勘案して検討しなくてはならない。このことも、早急に精神保健医療福祉改革を進めなくてはならない大きな理由になっている。

その一方で、精神疾患にかかっていながら医療機関を受診していない人も多い。厚労科研「こころの健康の疫学調査に関する研究」によれば、気分障害、不安障害、物質使用障害の生涯有病率（これらの疾患のために生涯一度は受診が必要になる人の割合）は17%、つまり6人に1人と高く、とくに20～34歳では22%（4人強に1人）となっている。しかし、過去12カ月にこれらの疾患を経験した人が相談・受診行動をとった割合は17.5%と極めて低く、精神保健改革に裏づけられた精神疾患の啓発活動を行うことは必要である。

現状では、一般住民に対する啓発が不十分なこともあって、社会の理解が十分ではなく、社会的にも医療関係者の間にも、精神疾患に対する偏見が根強く残っている。診断および

治療に関しても、一定の指針が共有されないまま各医師の裁量に任されている部分が多い。しかも、外来で時間をかけて話を聴いて対策を考える時間的、人的余裕がない構造的問題が解決されないまま続いている。

精神科医師は不足しており、一人の精神科医が1日60人～100人を診療することが少なくなく、俗に3分診療と呼ばれる状態が恒常化している。また、都市部では、初診患者が予約を取るために2～3ヶ月待たないといけないことがある。

精神科医師の育成過程で、薬物療法の使用法に関する指針や認知行動療法など科学的根拠に裏づけられた精神療法に関する研修が体系だてて行われていないという問題もある。欧米では、治療の技能を向上させるために、精神療法などの面接内容を細かく吟味して指導するスーパービジョンが一般的に行われているが、わが国での研修過程ではほとんど行われていない。また、専門医の認定に当たっても現状では知識の確認に終わっており、ロールプレイなどで実際の診療能力を評価することは行われていない。

各医療機関の診療内容や治療成績も公開されておらず、治療を中断した患者の把握やそうした人のニーズの解析と支援が行われていない。家族支援もまったく不十分である。

精神科医以外の診療科の医師に関しても、精神疾患の診断と治療に関する教育が不十分であり、精神科医師と他科の医師との連携体制も整備されていない。精神疾患の診断に関しては、厚労科研「国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究」によれば、精神科以外の医師が診断で用いているのは、「伝統的・経験的診断」60%、「とくに使っていない」22%、「ICD-10」9%、「DSM-IV」6%と、国際共通の診断方法がほとんど使われていない実態が明らかになっている。

薬物療法に関しても、治療効果および使用方法に関する研究が不十分であり、それが向精神薬の不適切な使用につながっている面がある。1997年から2008年にかけて抗うつ薬の使用量は173億円から889億円へ、抗精神病薬は398億円から1069億円へと急増しており、抗不安薬も692億円から986億円へと増加している。こうした向精神薬に関して、効果を示すデータは治験によるものに限られており、それ以外の対照群を設定した大規模臨床研究はわが国では行われていない。また、多剤併用も一般的に行われているが、多剤併用の効果および弊害に関する系統的研究は存在していない。

薬物療法では、アドヒアランスが治療効率でもおよび医療経済的にも重要な課題となっているが、気分障害や不安障害に関する欧米の研究ではアドヒアランス率は5～7割とされている。わが国では、367人の大うつ病性障害患者を対象とした研究で、6ヶ月後には56%の患者が服薬を中断しており、そのうちの63%が主治医と相談なく服薬を中断していることが示されている。

精神療法と薬物療法の併用に関しては、海外で有用性が報告されている。わが国における精神療法の実施状況であるが、厚労科研「精神療法の実施と有効性に関する研究」によれば、わが国の医療場面での精神療法について、「十分に行われている」と答えた医療機関は約5%で、「若干できている」と回答した医療機関を含めても25%弱でしかないことが明らかになっている。その理由としては、経済的理由とマンパワー不足が挙げられており、今後の精神科医療の質の向上には、診療報酬と研修体制の整備が不可欠である。

今後、科学的根拠のある精神療法を普及させるためにスーパービジョンを中心とした研

修を行うためには、適切な予算の裏付けが不可欠である。とくに、人材の育成には時間が必要であることから、単年度の予算ではなく、3年間ないしは5年間の複数年度に渡る予算措置を行い、年度ごとに達成度を評価する仕組みを導入する必要がある。

ちなみに、治療効果の科学的根拠が内外で最も多く報告されている認知療法・認知行動療法の研修を例に挙げれば、22年度の事業費は単年度予算で年間1千万円であるが、それに対して英国は、人口が日本の半分であるにもかかわらず、3年間363億円と、わが国の1千倍以上の予算を複数年度の計画を立てて投入している。

わが国では、精神疾患に関する先端的研究が遅れていることも大きな問題である。研究費を見ても、国民の健康損失に対する影響はがん全体よりも精神疾患全体の方が大きい（WHO 推計）にもかかわらず、がん対策のための研究費（文科省科研費と厚労省科研費）が年間150億円近いのに対し、同じ3大疾病に含まれる気分障害に対しては年間3.3億円と、40分の1に過ぎない。

研究体制に関しても、精神神経医療研究センター内の研究室は神経疾患関連のものが多く、精神疾患の病因を解明する研究室は極めて少ない。先端的研究を担うはずの大学病院の医師は多忙のため研究に時間を割くことができないでいる。わが国では、疫学研究や社会精神医学的研究が遅れており、生物学的研究では、DNA および死後脳の研究の遅れがとくに目立つ。

<改革目標の設定>

1. 地域ネットワークの構築と精神保健医療福祉対策の充実

- ① こころの健康推進会議等、こころの健康を高めることを目的とした地域ネットワークの構築
- ② 地域特性に応じた対策が立てられるように、自殺対策に活用可能な地域で把握できるデータを活用できる体制の整備
- ③ 保健所機能の強化など、地域の精神保健福祉機能の回復
- ④ 現存するノウハウを各地域で共有できるような情報発信
- ⑤ 精神保健医療と自殺予防のための社会的取り組みの連携
- ⑥ ハイリスク者支援の充実（アウトリーチも含めて）
- ⑦ 地域保健と医療機関との連携の確立

2. 専門医療の充実

- ① 啓発等を通じた精神疾患に対する偏見の是正
- ② チーム医療による3分診療から30分医療への改革
- ③ 単剤処方の普及（原則として同系統の薬剤は1種類とする）と向精神薬の乱用防止の積極的推進
- ④ 診断・治療指針の作成の根拠となる系統的レビューを継続的に行える基盤の形成（併存症治療指針を含む）
- ⑤ 第三者機関による薬物療法の効果に関する臨床研究と、それに基づくアルゴリズムの作成

- ⑥ わが国での科学的根拠によって効果が裏づけられた精神療法の普及
- ⑦ 総合病院の精神科の充実，自殺未遂者ケアモデルの全国の特定機能病院，高度救命救急センター等への普及など，自殺企図者の再企図を防ぐシステムの構築
- ⑧ 総合病院，大学病院，特定機能病院精神科への，臨床心理職およびソーシャルワーカーの専任配置
- ⑨ 広域での先端的研究活動を目的とした精神疾患の研究拠点の設置（全国に10ヵ所程度）と，複数の大学院からなる連携組織の構築
- ⑩ 家族支援の充実
- ⑪ 診療内容・治療成績のチェック機構の創設

3. 人材育成

- ① 実地研修主体の医学生，医師教育の整備
- ② 精神科以外の診療科の医師の実践的教育の充実と精神科医との連携の強化
- ③ わが国における科学的根拠に裏づけられた精神療法の均てん化のため，複数年度にわたる計画の実施

4. 精神科医療を充実させるための高度な医療と研究の推進

- ① 診断・治療指針の作成の根拠となる系統的レビューの対象となる臨床研究を継続的に行える支援体制の確立
- ② 精神障害者及び生活困窮者の自殺危険性や自殺企図行動等の疫学調査研究の推進
- ③ 自殺企図者の再企図を防ぐシステムなどの自殺危険性を減じるための国家的介入の効果に関する研究の推進
- ④ 精神疾患の病因の解明と診断・治療の向上に資する先端的研究の推進とそのための研究リソース(DNA，死後脳)の整備

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. 複合的地域介入の成果

平成17年度から行われた厚労科研「自殺対策のための戦略研究」地域介入班の活動から，こころの健康づくりネットワークの構築，一次予防，二次予防，三次予防，精神疾患へのアプローチ，職域へのアプローチの6つの柱からなる「自殺対策のための地域介入プログラム」を施行した結果，包括的，多面的な地域の自殺対策が不可欠であり，かつ可能であることが明らかになり，その方法論をまとめた資料が作成され，利用可能になった。

2. 自殺未遂者に対する救急介入の成果

「自殺対策のための戦略研究」救急介入班では，過去の自殺企図（未遂）がその後の自殺既遂の強力な危険因子であるという科学的根拠に基づき，自殺再企図防止の方略を開発する目的で研究が計画された。救急介入班の活動を通して，救急搬送された自殺企図者のその後のケアのモデルが示され，研究に参加した医療機関内での再企図予防の取り組みが活性化した。

3. 海外で実証された精神保健医療福祉対策による自殺予防効果とわが国の課題

英国では、精神保健医療福祉対策を充実させることによって、自殺者が減少してきていることなどから、自殺対策において精神保健医療福祉対策が重要な位置を占めることが明らかになった。

向精神薬の乱用防止について、精神科に受診することが、皮肉にも自殺に際しての手段・方法へのアクセスを高めてしまう側面があることは否めない。とりわけ危惧されるのは、近年、向精神薬の長期処方が許可される状況になったことが、向精神薬の乱用や過量摂取を促進している可能性である。

かつて英国では、市販薬パラセタモール（アセトアミノフェン）を過量摂取する若年者が増加したが、このような事態に対し製薬会社が1箱に含まれる錠剤の数を減少させたところ、若年者の自殺は減少した。このように、自殺につながる手段・方法へのアクセスの制限は、すでに科学的根拠の確立した対策であることを強調しておく。

アルコール使用障害に関して言及すると、アルコール摂取そのものが自殺のリスク要因となる可能性を示す科学的根拠が既にある。

ロシアでは、ペレストロイカによるアルコール販売制限と自殺死亡率の減少のあいだの有意な正の相関が確認されており、一方、米国では、最低飲酒年齢を18歳から21歳に引き上げたことにより、若年者の自殺率が有意に減少したことが証明されている。

わが国では、大規模コホート研究から、日本人における1日当たりのアルコール消費量と自殺死亡率との関連を明らかにしており、アルコールを「飲まない」者と、1日「3合以上飲む」という者では、「時々飲む」という者よりも自殺のリスクが高いことを報告している。この結果からは、アルコールが直ちに自殺に直結するとはいえないものの、1日3合以上の多量飲酒についてはやはり自殺の危険因子であると考えるべきである。

4. 専門医療と人材育成における科学的根拠

精神疾患の治療に関して、欧米では科学的根拠に基づきながら、当事者・家族や経済の専門家の意見を尊重しながら、薬物療法の標準治療を示すアルゴリズムや、各種の精神疾患に対する治療ガイドラインが作成されている。

精神療法に関しても認知療法・認知行動療法や対人関係療法など精神疾患に対する効果の科学的根拠が示されているアプローチが存在しており、とくに認知療法・認知行動療法はわが国でも効果の科学的根拠が積み重ねられつつあり、平成22年に診療報酬に収載された。

厚労科研の研究班は、この他に、うつ病に対しては、薬物療法と精神療法の併用療法が費用対効果のある治療法であることや、マニュアルをもとに、ロールプレイを含むワークショップに加えて、個別治療に対するスーパービジョンを用いた研修を行うことによって、一定の能力を持った精神療法家を育成することが可能であると報告している。

D. 具体的な改革案

1. データの有効活用のための環境整備

- ① 自殺対策のための死亡小票の2次利用の制限の緩和
- ② 自殺対策のための自殺者の死亡情報と関連情報等とのレコードリンケージの許可
- ③ 死亡検案書，死亡診断書のフォーマットの改善：精神疾患や自殺企図の既往の記載等
- ④ 全精神科病院における，未遂事例・既遂事例数の共通フォーマット記録
- ⑤ 各精神疾患自助グループと医療者のアカデミックな連携
- ⑥ 各地域における精神医療機関から福祉・心理・教育機関への定期的情報提供

2. 複合的な地域介入の推進

- ① 地域づくりと相談体制の充実：「自殺対策のための戦略研究」のノウハウの情報発信
- ② 精神保健分野以外の専門家との連携（例：経済的問題（負債）と精神疾患を抱える患者について，司法関係者との情報共有および支援のあり方についての検討）
- ③ 処方薬の適切な使用にむけた啓発
- ④ 地域や職場におけるアルコールの問題に関する啓発と酒害相談の実施
- ⑤ アルコール・薬物問題に対する精神科医の診断能力向上，ならびに，精神保健・精神科医療援助者の忌避的感情の低減，アルコール・薬物使用障害とその他の精神障害の合併も考慮した治療・支援体制の充実
- ⑥ 自助グループと連携した自殺予防活動の推進
- ⑦ 困窮者支援（精神疾患有病率の高さ，自殺関連行動が多いこと，異状死が多ことと自殺予防）

3. 地域における精神保健医療福祉対策の充実

- ① 偏見是正，早期発見早期介入，当事者・家族の支援のための啓発
- ② アウトリーチを中心とした地域ネットワークの構築と地域精神保健機能の強化
- ③ 地域における精神保健担当保健師の充実
- ④ 心のケアナースや薬剤師を含む相談の場の拡充
- ⑤ 医療機関と家族，地域の連携活の支援
- ⑥ 当事者の了解のもと医療機関とメンタルサポートチームが連携，支援する

4. 専門医療の充実

- ① 診断・治療ガイドラインの作成と公表
 - a. ガイドラインの作成はわが国における科学的根拠に基づいて行う
 - b. 上記作業を可能にするため，科学的根拠を系統的にレビューし，これを常に最新に保つ体制を整備する
 - c. わが国において継続的に科学的根拠を産出するために，臨床研究を支援するナショナルレベルでの臨床試験支援センターを整備する
 - d. ガイドライン作成に当たっては，医療者だけでなく，当事者・家族や経済学者などを加えパブリックコメントを求める

- e. ガイドラインには病状に応じた対応を明記する
- f. 当事者・家族が治療の質を判断できるようにガイドラインを広く公表し、問題がある場合には相談できる機関を明らかにする
- g. ガイドラインに準拠した治療が行われていることを診療報酬の算定基準とする
- h. セカンドオピニオンの仕組みを整備する
- i. 各医療機関の治療成績を開示する

② 多職種チームによる機能的、統合的な診療活動

通院在宅精神療法の要件を以下のように明確に位置づける

- a. 初診時の時間は予診等を含めて60分とする
- b. 患者－医師間の信頼関係を構築し維持する
- c. 患者の特徴、病状に応じて診断し、治療法を選択する
- d. 診断に当たっては国際的な診断基準に基づいて多軸診断と治療方針の決定を行う
- e. 診断に当たっては、併存疾患についてもきちんと評価して治療方針を立てる
- f. 医師は、各種治療法に習熟し、適宜治療の見直しを行う
- g. 患者にあった治療法を総合的に判断し選択し実践する

③ 診断および治療方針の書面化に基づく当事者・家族との治療契約

- a. 主治医は初診時に十分に時間をとって診療し、指定の書面に記入する
- b. 書面には、症状、発達歴や過去の適応状態、ストレス状況などを含めた病状の理解に基づく治療計画を明記する
- c. 診察後は患者に書面を提示し、診断および治療目標や治療手段について十分に説明する（患者に応じた心理教育の提供と治療契約）
- d. 各受診時に治療の進展を評価し、一定の書面に記入する

④ わが国における科学的根拠に裏づけられた薬物療法の提供

- a. 処方調査による現状の把握
- b. 臨床研究の推進：治験以外の科学的根拠研究、併存症への薬物療法指針の研究、等
- c. 薬物療法アルゴリズムの作成（薬剤の変更の方法、併存症の有無による投薬方法、等を含む）
- d. アルゴリズム（科学的根拠）に基づく処方指導：初診時の重症度評価と投薬の可否の判断を義務づける
- e. 同一系統の薬剤（例：抗うつ薬）は、原則として1種類とする
- f. 多剤投与の場合は、その理由を患者に説明して同意を取り、その旨を診療録に記載する（医師と薬剤が連携できるシステム作りも重要である）
- g. 抗不安薬等の使用の妥当性を評価する
- h. 服薬のアドヒアランスの確認を義務づける

- ⑤ わが国における科学的根拠に裏づけられた精神療法の提供
- a. ランダム化比較対照試験（RCT 研究）を推進し、それによってわが国で科学的根拠が得られた精神療法を診療報酬の対象とする
 - b. マニュアルに沿った治療によってわが国で効果が実証されている認知療法・認知行動療法に関しては研修センターを設置し研修を実施する
（例：研修内容と数値目標）
 - 認知療法・認知行動療法の素養を持った専門家育成のための1～2日のワークショップ
3年目までに3,000人弱
5年で1万人以上
 - 国際基準に匹敵する認定認知行動療法士の育成：3年間で100人の指導者を育成，3年間で4,000人の認定認知療法・認知行動療法士の育成
（認定基準：
 - ① 3年以上の週4日以上精神科医療現場での経験
 - ② 15時間以上のロールプレイを含むワークショップ
 - ③ 2例の面接の録音記録をもとにしたスーパービジョン
 - ④ 15例以上の認知行動療法記録をもとにAcademy of Cognitive Therapy等の国際基準の客観的評価を満たしたものを認知療法・認知行動療法士として認定する）
 - c. 治療，予防，復帰，学校保健・道徳教育等の共通マニュアルを作成し検証する
 - d. 地域および企業の専門家に認知療法・認知行動療法の研修の実施
（対象：医師，保健師，看護師，精神保健福祉士，薬剤師，教師等）
 - e. 早い時期に臨床心理職の医療場面への導入を図る
- ⑥ 精神科医等専門家の教育内容の改革・充実
- a. 欧米の教育を参考にして，研修過程では精神療法や家族療法，集団療法について個別スーパービジョンなどきめ細かい指導を行う
 - b. 専門医の認定もしっかりとした知識の評価とロールプレイなどをもとにした臨床能力評価を行う
- ⑦ 自殺対策及び効果的な治療に結びつく研究の推進
- a. 自殺対策の方法論の効果を検証する全国規模の疫学研究の推進
 - b. 効果的な治療法を開発するための薬物療法及び精神療法のランダム化比較対照試験の推進
 - c. 生物学的な根拠のある診断分類の開発と，そのための原因解明の研究（NIMHのResearch Domain Categories（RDoC）などと連携した国際レベルの研究の推進）と研究推進のための，研究リソースの整備（DNA リソース，ブレインバンク）

- ⑧ 職場復帰・社会復帰のためのリハビリテーション
 - a. 医療機関ないしは公的機関（精神保健福祉センター，障害者職業センター，等）での実施
 - b. 中小企業に対する地域産業保健センターの活動の充実
- ⑨ 各地域の中核となる精神疾患診療連携拠点病院の設置と医療・保健ネットワークの構築
 精神疾患治療の均てん化をはかるため，精神疾患診療連携拠点としての機能を全国の基幹病院（各県一カ所）に設置する．その連携組織として，県内に地域精神疾患診療拠点を複数設置する．地域では，治療のパスを地域で構築し，精神疾患診療連携拠点は，向精神薬の使用法へのアドバイス，精神療法へのアドバイス，専門医への紹介，入院，復職リハビリ等の提案を行う．テレビ会議などを活用して各種専門家とも連携しながら，的確な治療が提供できるようにする．さらに，教育・啓発による予防，研究，新薬治験の促進等を行う．

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 調査研究費

- ① 地域レベルで自殺の実態調査を継続して行い活動に活かしていくための調査研究費
- ② 処方の実態調査，精神疾患の病態解明，診療ガイドライン作成，薬物療法の効果研究，精神療法の効果研究のための調査研究費，自助グループや精神障害者支援者団体，NPO 団体への活動支援費

2. 啓発活動の費用と精神障害者の制

3. 診療の質を担保するための診療報酬の改定（以下の視点を考慮する）

- ① 国際共通の診断方法の実施
- ② 十分な時間をとった診療
- ③ 心理教育と治療契約
- ④ ガイドラインに準拠した治療
- ⑤ チーム医療
- ⑥ 医療機関と地域との連携
- ⑦ セカンドオピニオンの保証
- ⑧ 医療・保健ネットワーク活動の保証，等
 - 4. 心のケアナースや薬剤師の相談に対する診療報酬上の保証
 - 5. 医師教育のための基盤整備と，精神療法，家族療法，集団療法の研修に必要な教育人材育成のための費用
 - 6. 科学的根拠に基づけられた精神療法の専門家の養成と評価のための組織の新設と維持，運営のための費用
 - 7. 自殺のハイリスク者対策としてうつ病，統合失調症，アルコール依存症等の精神疾患の高度医療と研究を行う精神疾患診療連携拠点病院群の構築・運営のための費用

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

1. 精神疾患対策基本法（仮称）
2. 精神保健福祉法または関連する通知・要綱類の改正
3. 自殺対策基本法または自殺総合対策大綱の改正
4. 自殺対策地域保健活動のために死亡小表の目的外使用を可能にする法改正など、自殺者の実態を把握し地域活動に活かすことを可能にするような法律の改正
5. 人材育成のための中核機関設置を可能にする法律の改正，とくに複数年にわたる人材養成を可能にする予算措置のための法律の改正

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<2～3年以内>

1. 「自殺対策のための戦略研究」の成果の検証と普及
2. 調査研究：処方の実態調査，精神疾患の病態解明，アルコール使用障害・薬物使用障害患者の社会復帰に関する研究，実践的な治療と連動した診療ガイドライン作成，製薬メーカーの関与しない RCT に基づく薬物療法の効果研究とその結果に裏づけられた向精神薬の処方アルゴリズム，RCT に基づく精神療法および日本特有の治療プログラムの効果研究，治療と連動した診断法・検査法の開発研究，わが国での科学的根拠に基づく治療ガイドライン作成，医療機関の評価指標の作成，等
3. 自殺と関連するうつ病，統合失調症，アルコール依存症等の精神疾患の高度医療，研究を行う精神疾患診療連携拠点病院群の意義および具体的活動計画の明確化と設置にむけての検証
4. 科学的根拠に裏づけられた精神療法の専門家の養成および技法の普及活動のための研修専門機関の設置

H. 改革を継続して完成するために必要となること

1. 自殺対策のための地域活動の継続と評価
2. 精神疾患に対する治療の実態の継続的把握
3. 高度治療と教育を中心とした地域の中核的役割を担う精神疾患診療連携拠点病院群の設置と医療・保健ネットワークの構築
4. 広域での先端的研究活動を目的とした精神疾患の研究拠点の設置（全国に10ヵ所程度）と，複数の大学院からなる連携組織の構築
5. 精神疾患診療連携拠点病院群を含む研究・医療機関の定期的な評価
6. 科学的根拠に裏づけられた心理社会的アプローチを行う専門家の育成状況の評価

精神保健改革 WG

〔目標〕「こころの健康セーフティネット」の構築

－「地域こころの健康推進チーム」の創設－

要 旨

わが国の精神疾患対策、すなわち「こころの健康政策」の位置づけは、他の先進諸国に比べ著しく低く、すでに実施されている対策も、精神疾患に罹患し、病状が顕在化してからの医療的対策がほとんどで、こころの健康問題を早期に発見して、予防的に働きかけることを含め、社会保障の中にこころの健康対策を組み込むという、「こころの健康セーフティネット」の構築が遅れている。このため、当事者・家族は、こころの健康問題を経験した時に、「どこに相談してよいかわからなかった」、「早期に支援を受けられなかった」、「こころの健康や精神疾患についての正しい知識をもっていなかった」、「夜間や休日に不安をかかえても、相談できる場所や来てもらえない」、「継続した支援と見守りがなかった」、「相談窓口が分散しており、また平日昼間のみの相談窓口で、利用しづらい」、「当事者・家族の経験を活かした支援がない」という経験をしてきた。また、支援者は、「こころの健康問題はあらゆるライフステージに存在する」、「こころの健康問題に気付いたときに早期に相談支援するシステムがない」、「地域で支援の必要性の高い人ほど支援が届いていない」、「地域に相談窓口があってもアウトリーチと結びついていない」、「こころの健康問題が見えづらくなっている」ことに気付いていた。これらの問題を解決するためには、地域に発生するこころの健康問題をきちんと受けとめて相談支援、教育、地域づくりを進める、地域担当制の保健体制の整備と、それを精神保健面から専門的・集中的に支援する体制を整備する必要がある。

重点課題

市区町村を基盤に「地域こころの健康推進チーム」を創設し、多職種チームによるアウトリーチ活動により、こころの健康問題をかかえる住民を支援する必要がある。「地域こころの健康推進チーム」の活動によって、地域に発生するこころの健康問題への早期対応が進み、当事者・家族などの苦痛が軽減し、重症化と放置による社会コストは少なくなる。そして、地域住民の精神疾患についての理解と地域づくりが進む良循環が生じることが期待される。

提言起草委員：竹島正，増田一世，田尾有樹子

協力委員：宇田英典，萱間真美，金田一正史，小泉典章，高橋貴志子，高橋ひとみ，

橋本康男，松本俊彦，森川すいめい，横山和仁

協力者：的場由木，廣川聖子

A. 当事者・家族のニーズ

1. どこに相談してよいかわからなかった

いつもと違う自分に不安を感じても、どうしてよいかわからなかった。どこに相談してよいかわからなかった

2. 早期に支援を受けられなかった

発症したばかりの頃、何がなんだかかわからないうちに相談機関を訪ねたが、他の相談機関の場所と電話番号を教えてくれるだけで、必要な助けは得られなかった

3. こころの健康や精神疾患についての正しい知識をもっていなかった

ひきこもりの子どもをかかえる親自身に、当然のことながら、精神疾患に対する怖れがある

4. 夜間や休日に不安をかかえても、相談できる場所やアウトリーチサービスがない

困った時にいつでも相談できて、自宅まで来てくれる支援がほしい。

病状が悪化したときの対応を高齢の親ひとりで担っている。頼りにしていた保健所も遠くなった

5. 継続した支援と見守りがなかった

退院後の手立てを考えてくれる人もなく、結局は、家族がかかえこむしかなかった

6. 相談窓口が分散しており、また平日昼間のみの相談窓口で、利用しづらい

保健所は家族の対応のまずさを指摘、教育相談所では相談機関の電話番号を教えてくれただけ、学校も何もしてくれなかった。危機に誰も助けてくれなかった

7. 当事者・家族の経験を活かした支援を構築できていない

女性の薬物依存症の基本的ニーズは、前期（15～20歳）は「話を聞いてほしい」、中期（20～28歳）は「関わってほしい/身の安全を守ってほしい」、後期（28歳～）は「教えてほしい/長い変化の過程を見ていてほしい」と変わっていく。このような変化を踏まえた支援は、当事者活動と連携することではじめて可能になる

B. 現状の分析と改革目標の設定

当事者・家族からは、こころの健康問題を経験したときの問題として、「どこに相談してよいかわからなかった」、「早期に支援を受けられなかった」、「こころの健康や精神疾患についての正しい知識をもっていなかった」、「夜間や休日に不安をかかえても、相談できる場所やアウトリーチサービスがない」、「継続した支援と見守りがなかった」、「相談窓口が分散しており、また平日昼間のみの相談窓口で、利用しづらい」、「当事者・家族の経験を活かした支援ができていない」という意見があった。

支援者の経験してきたことから、「こころの健康問題はあらゆるライフステージに存在する」、「こころの健康問題に気付いたときに早期に相談支援するシステムがない」、「地域で支援の必要性の高い人ほど支援が届いていない」、「地域のアウトリーチのできる相談窓口が明確でない」、「こころの健康問題が見えづらくなっている」という指摘があった。

地域におけるこころの健康問題への対応としては、昭和40年の精神衛生法改正において保健所が精神衛生行政の第一線に位置づけられ、都道府県に精神衛生センターが設置されるようになった。これによって保健所の管轄地域をもとにした「エリアに責任を持った地域精神保健体制」の構築が始まった。その後、昭和62年の精神保健法改正によって、国民の精神保健の保持増進にも積極的に取り組むという考え方が導入された。さらに平成6年の地域保健法によって、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村において保健所などの協力を得て実施することが望ましいとされ、こころの健康問題は、健康づくりの一環として、地域住民にとって最も身近な市町村まで伸びていくこととなった。

しかし、今回の当事者・家族の声および支援者の経験してきたことは、こころの健康問題への取り組みが必ずしも市町村に浸透していないばかりでなく、保健所の管轄地域をもとにした「エリアに責任を持った地域精神保健体制」が相当弱体化していることを示唆している。すなわち、地域におけるこころの健康問題が増大し、「こころの健康セーフティネット」の必要性が高まり、社会保障の中にこころの健康対策を組み込む必要性が高まる一方で、「エリアに責任を持った地域精神保健体制」が弱体すぎるために、こころの健康問題の重篤化と放置を招き、結果として当事者・家族などの苦痛を大きくして、社会コストを大きくするという結果を生じている可能性がある。

このため、地域に発生するこころの健康問題をきちんと受けとめる相談支援、教育、地域づくりを進める、地域担当制の保健体制の整備と、それを精神保健の面について専門的・集中的に支援する体制を整備する必要がある。

地域担当制による保健体制の整備については、地域保健全般の課題として取り組む必要があるが、ここでは、こころの健康について専門的に支援する体制整備について述べる。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. こころの健康問題はあらゆるライフステージに存在する

新生児の全戸訪問を行ったところ、精神保健の観点からの支援を要する家庭が少なくな
いことに気付いた <保健師の声>

虐待、家庭内暴力、ひきこもり、依存症、ホームレス状態のある知的障害者、認知症など、こころの健康問題は多様化し、家庭の中に、また地域の中に広がっている <統計資料、精神疾患の疫学調査>

2. こころの健康問題に気付いたときに早期に相談支援するシステムがない

学校は、本人の怠けや保護者の問題ととらえて、こころの健康問題として理解しようとしない。若年者の自殺の分析結果は、精神疾患への罹患が自殺の重要な危険因子であることを示していた。また、過去の自殺行動、親との離別、不登校を経験した割合が高く、学

校における精神保健教育と、精神保健の観点からの支援と見守りが必要と考えられた <自殺の心理学的剖検>

3. 地域で支援の必要性の高い人に支援が届いていない

救命救急の現場には多くのこころの健康問題をかかえる人が自傷行為・自殺未遂で搬送されるが、こころの健康問題についての地域支援につなぐシステムがない <3次救急における自殺未遂者の調査>

薬物依存症の患者、ホームレスの患者などは精神科医療機関がなかなか引き受けようとしない <支援者の声>

診療報酬の改訂にともなって、まだ入院が必要な状態でも退院となる「社会的退院」という問題が起こっている <支援者の声>

保健所の事例検討会には、精神科医療が引き受けようとしない困難事例があがってくる <事例検討会に参加している精神科医の声>

4. 地域のアウトリーチのできる相談窓口が明確でない

保健所の管轄人口が大きくなり、また都道府県から市町村への業務移管が進む中で、保健師も業務分担制に変わり、家族や地域全体に目を配るという保健師本来の仕事ができなくなっている <保健師の声>

精神保健に関する住民ニーズは大きいですが、保健所や市町村には、それに見合った予算や体制が確保されていない <構想会議の発言>

5. こころの健康問題が可視化されていない

複雑な問題をかかえた当事者・家族ほど、相談窓口うまくアクセスできず、医療が必要な場合も受診が継続しない傾向がある <支援者の声>

困窮・単身・要介護・高齢/障害者の地域生活支援の現場では、こころの健康問題をかかえた人に会うことが多い <支援付き住宅推進会議報告書>

更正施設を利用する女性には、統合失調症、依存症、発達障害・知的障害などのこころの健康問題をかかえた人は多い <女性更正施設における調査>

自殺予防のための成人の多重債務者の支援では、過払い金の返還などの支援を受けるようになってから、アルコールの乱用・依存やギャンブル依存などの精神保健上の問題が表面化することがある <法律家の経験>

D. 具体的な改革案

こころの健康問題は地域住民にとって必要度が高く、大きな問題になっており、地域住民にとって最も身近な市区町村まで浸透する必要があるというこれまでの方向性を踏まえ、市区町村を基盤に「地域こころの健康推進チーム」を創設し、多職種チームによるアウトリーチ活動により、こころの健康問題をかかえる住民を支援する。年間365日活動で、夜間は電話相談を基本にする。人口10万人あたり10人からなる1チームの割合で設置

し、その地域に責任をもって対応する地域担当制とする。

「地域こころの健康推進チーム」は、保健師、精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理職、作業療法士や、新たに導入する家族支援専門員・当事者支援員、あるいは事務職員などの多職種によって構成され、チームリーダーは、そのチームの中でリーダーとしてもっともふさわしい人になる（医師は、地域の精神科医療機関、精神保健福祉センターから協働参画する）。

具体的な仕事は、

1. 市区町村などと協働して地域に発生するこころの健康問題への専門的支援を行う
2. 相談窓口となって必要なサービスへと結びつける
3. 相談者のところにアウトリーチで出かけて相談にのる
4. 自殺未遂に至るなど、困難をかかえている人を継続的に支援する
5. 学校・職場・児童相談所・生活保護相談窓口などニーズが高いところに出向いて助言・啓発を行う
6. 医療が必要な場合の橋渡しをする
7. こころの健康問題に関連する民間団体と協働する
8. 活動をとおして地域のニーズを把握し不足しているサービスを明らかにするなど、住民のこころの健康問題のすべてに対応することなどである。

「地域こころの健康推進チーム」の整備によって、期待される変化は、専門的な支援を提供することにより、

1. 担当地域内のさまざまな現場の負荷を軽減する
2. 精神疾患であるかどうかはわからないが、こころの健康問題で困っている当事者・家族の相談支援が充実する（例：相談と振り分け、アウトリーチ、精神科医療などへの紹介と見守り）
3. 市町村の保健師等が日常経験するソフトな介入や見守りが充実し、安定する（例：産後うつ病のある母親の育児支援、虐待防止、複合的な問題をかかえこんだ家族の支援）
4. これまでの地域精神保健医療の中で放置されてきた、さまざまなこころの健康問題の可視化とよい方向への取り組みが進む（例：ひきこもり、薬物依存症、困窮者の問題）
5. 行政窓口などで対応する、こころの健康問題をかかえた住民への支援が充実する（例：福祉事務所、母子保健センター、児童相談所、住民課など）
6. 母子保健、学校現場などを対象とした系統的な啓発教育が可能になる（例：母子保健にこころの健康の視点を取り入れる、学校精神保健活動の構築）
7. 上記の取組の結果として、担当地域内のこころの健康問題のニーズと課題がよく把握され、早期の問題解決につながるようになること

などである。

「地域こころの健康推進チーム」の整備によって、地域に発生するこころの健康問題の実態が把握されるとともに、早期対応が進み、当事者・家族などの苦痛が軽減し、重症化と放置による社会コストは少なくなる。そして、地域住民の精神疾患についての理解と地域づくりが進む良循環が生じることが期待される。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 「地域こころの健康推進チーム」の開設にかかる経費
2. 「地域こころの健康推進チーム」の運営費
3. 保健所、精神保健福祉センター、市町村の体制強化
4. 広報活動の経費
5. 人材育成費

家族支援専門員の役割の明確化と養成プログラムの開発、当事者支援員の役割の明確化と養成プログラムの開発、「こころの健康推進チーム」の仕事を担う専門職の養成（訪問支援・早期支援の援助内容の明確化と養成プログラムの開発）、チームメンバーの力量形成を目的にした事例検討会、チームメンバーのスーパービジョン態勢

6. 評価指標

当事者・家族の視点での評価、地域全体のこころの健康の評価、評価結果の公表

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

1. 精神疾患対策基本法（仮称）の制定
2. 地域保健法または関連する通知・要綱類の改正
3. 精神保健福祉法または関連する通知・要綱類の改正
4. 自殺対策基本法または自殺総合対策大綱の改正

G. 改革を政策として開始するために必要となること

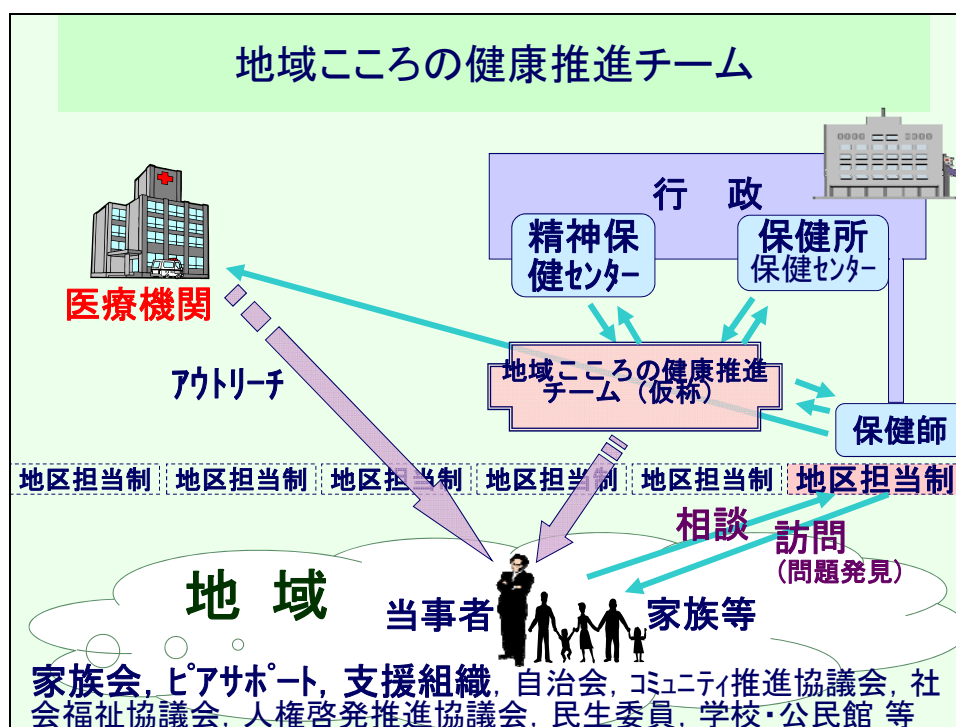
<最初の2年間>

1. 平成23～24年度は、実現可能性調査およびパイロット研究事業の2年間とする。全国50エリアについて改革を試行し、そのモニタリングと評価を行う。
2. パイロット研究事業の経験をもとに、訪問支援・早期支援のできる人材育成のためのカリキュラムを作成する。

H. 改革を継続して完成するために必要となること

<つづく5年間>

1. 平成25～26年度は、最初の2年間の経験を踏まえて、事業の必要性が高いと考えられる市区町村などを中心に、本事業・前期として20%の人口を占める地域で取り組みを行い、引き続き、そのモニタリングと評価を行う。
2. 平成27～29年度は、それまでの4年間の経験を踏まえて、事業実施の必要性と効果の期待される地域を優先して、7年間の目標で達成可能な地域で順次事業に取りかかり、また実績をあげていく（最終的に事業が実施されている箇所を全人口の50%以上、着手を含めて70%以上、事業実施の検討を含めて90%以上とする）。



アウトリーチ医療 WG

〔目標〕当事者の生活を支える多職種チームによる

アウトリーチ医療の実現

要 旨

保健・医療・福祉のいずれの分野についても、「サービスが必要であるほどサービスが届きにくい」という状況がある。そうした切実なニーズがあるところにサービスを届けるのがアウトリーチである。利用者にとって馴染みある環境のもとで、地域の力を活用しながらケアを提供できる多職種チームによるアウトリーチが普及すれば、地域における生活のなかで専門的サービスと生活支援を受けることができるようになると考えられる。「本人が来なければ何もできない」という現状を変えるために、アウトリーチサービスを提言し、ここでは特に、医療におけるアウトリーチについて提言する。

1. 精神保健・医療・福祉のいずれにおいても、多職種によるアウトリーチを中核的なサービスに位置づけて、広く普及させる
2. 最初に相談を受け付けて確実にサービスにたどりつけるための「こころの健康SOSダイヤル」を設ける
3. 外来と入院の隙間を埋める休息の場を地域に設ける
4. アウトリーチの充実によって外来診療の機能分化を推進する

提言起草委員：田尾有樹子，西田淳志，福田正人

委員：伊藤順一郎，萱間真美，高木俊介，渡邊博幸

A. 当事者・家族のニーズ

1. ユーザーのニーズ

出かけていかなければ、そもそもサービスにつながることができない。調子が悪いと病院にも行けない。

家まで来てもらえると、病気のことだけでなく、生活のことなどいろいろなことが相談できる。安心して相談しやすい。

住居がないような状況だと、サービスを求めに出向くことすらできない。

病院からの訪問看護を10年間利用してきた。いろいろなスタッフから、固定的でない様々な視点で様子を見てもらえた。症状が変化したときに早期に対応してもらえた。主治医とのコミュニケーションの緩衝と促進となった。具合が悪くなった時に、代表電話ではなくてサービスに直接つながるホットラインが必要。

2. 家族や周囲のニーズ

「本人が来なければ」と言われ続けて何年もたってしまった。

引きこもりでどうして良いかわからないまま、様子を見ていた。本人の様子を知ってもらえる機会がない。

急激に症状が悪化した時に、どうやって医療機関に連れて行けば良いのか。

学校で問題を感じながら、いきなり受診を勧めるわけにもいかず、専門家に様子を見てもらえる機会がない。

遠方に住んでいると兄弟でも様子を見に行くことがなかなか出来ない。日常生活を見守ってくれる専門家がほしい。

いろいろな機関の連携が必要になった時に、結局は家族がそれぞれのところに出向かなければならない。連携を家族が担わなければならない。

必死の思いで当事者を介護している家族自身も、心理的なサポートや具体的な支援が自宅に届けられることを待ち望んでいる。

アウトリーチで家族の孤立感へ時を得たサポートや支援を可能にする家族相談員の訪問が必要。サービス利用者との関係性を育むためには高い対人能力が必要である。症状が悪化したときのアセスメントができなくてはならない。引きこもりなどの対象者では就労・就学支援のための専門的技術も必要。

生活の場に出向き、地域の力を活用するには高い専門性と多様なチームの力が必須。

B. 現状の分析と改革目標の設定

1. アウトリーチの必要性

保健・医療・福祉のいずれの分野においても「サービスを必要とするほどサービスが届かない」という状況がある。

その理由は、

- ① 精神疾患についての知識が不足しているために、起きている事態に気付かない、あるいは判断できないということが起こりやすい
- ② 精神的な問題であることに気付いても、対処法も相談先もわからない
- ③ 対処法や相談先がわかっても、心の問題については認めたくない、出向きたくないという気持ちになる場合がある
- ④ 精神疾患の症状のために、すでに診断や治療をすでに受けていながらも、病気であると認めることができない、治療を受けたくない気持ちになる

などのことからである。

このように、当事者のニーズと専門家のサービスが離れている事態の解決として、サービスが当事者に近づく（アウトリーチ）という方法がある。アウトリーチは、利用者にとって馴染みある環境のもとで、地域の力をも活用しながらケアを提供する方法である。アウトリーチでは、地域における生活のなかで狭い意味での専門的サービスを受けることができるだけでなく、生活そのものについての支援を受けることができる。さらに、そうした当事者にとっての利点だけでなく、当事者を介護している家族を始めとする介護者を家庭で支援できるという家族（介護者）支援としての意義、障害者を地域の社会に受け入れることを通じて、こころを病んでも安心して生活することができる社会の実現に貢献できるという地域社会にとっての意義がある。

2. 現状

精神保健・医療・福祉のいずれにおいても、アウトリーチ活動が量的にまったく不足しており、また質を保証するための背景が極めて不十分である。そのために、当事者がサービスの場の近くで生活する（入院・入所）という状況がなかなか変わらない。アウトリーチの機能としては、

- ① 事態がまだ明らかではない段階で、ニーズ発見し、問題を同定し、解決法の指針を立てるためのアウトリーチ（サービスへの入口のためのアウトリーチ）
- ② 明らかとなっている問題について具体的な解決を図るためのアウトリーチ（問題解決へのサービスを提供するアウトリーチ）

の少なくとも2種類が必要となる。

アウトリーチ活動を実施しようとする場合、保健・医療・福祉が制度として異なることによる壁が障害になる。現在のアウトリーチは、住民であれば無料で受けることができる行政の保健サービスと、契約のもとに病院・診療所・訪問看護ステーションから行なう医療サービスの2種類がある。この両者はおおまかには上記の①と②に対応しているが、最初のアクセスとしては一元化すべきものであり、機能としては連続的で補いあうものであ

り、またサービスとしては一体化して提供すべきものである。このように機能と制度がうまくマッチしていないために両者の適切な利用が当事者・家族にはわかりづらいし、両サービス間での共同や連携の仕組みが欠落している。医療サービスの中では、病院と訪問看護ステーションではアウトリーチが可能な職種が異なっており、アウトリーチでチーム医療を提供することを困難にしている。

さらに、アウトリーチを実現するためには、当事者が地域で生活の場を持っていることが大前提である。長期入院やホームレス状況に追い込まれたために住居が確保できない当事者のためには、安価な住居を安定して確保できることが必須である。

3. 改革目標

- ① 多職種チームによるアウトリーチを広く普及させる。
- ② それを可能にするための経済的基盤を整備する。
- ③ アウトリーチにおいて保健・医療・福祉が一体となって提供できる制度を構築する。
- ④ 地域に安価な住居を安定的に確保する。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

4000名を超える家族への調査によると、精神的な不調に初めて気づいたとき、訪問して支援を開始してくれたらと思った家族は72.2%、信頼できる専門家に相談できるようになるまで3年以上かかった人は31.4%、まだ出会っていない人が18.9%おり、「サービスへの入口のためのアウトリーチ」の必要性が示されている。また、具合が悪くなった本人がせっかく医療にかかっても、一ヶ月以上中断をしたことのあるひとは74.5%にのぼり、問題解決へのサービスを提供するアウトリーチの必要性が示されている（全国精神保健福祉会連合会 平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会による4,419名の家族への調査結果）。

訪問サービスを提供している病院は65.9%である（平成19年度630調査暫定値1,642病院の調査）が、訪問看護ステーションで精神科訪問看護を行っているのは49.4%である。訪問看護ステーションからは、医療保険の報酬を得てアウトリーチを提供できる職種は限定されている。精神科訪問看護を行っていない訪問看護ステーションが、電話相談（59.8%）や複数名での訪問ができれば（55.6%）精神科訪問看護を提供できるとしていること（全国訪問看護事業協会による平成21年度 3,380箇所の訪問看護ステーション全数調査）から明らかなように、制度が整備されれば多職種チームによるアウトリーチが可能になると考えられる。

D. 具体的な改革案

1. 精神保健・医療・福祉においてアウトリーチを中核的なサービスに位置づける

精神保健・医療・福祉のすべてにおいて、アウトリーチを中核的なサービスに位置づける。医療においては、多職種がチーム医療を提供する「こころのアウトリーチセンター」

(仮称)を設置してチーム医療を拡大し、診療所との連携をより機動的にする。

全体の活動の指標として、医療においては活動の1/3を、保健と福祉においては活動の2/3をアウトリーチとして行うことを、10年間で実現する(予算指標で評価?)。そのために、全国のモデル地区において3年間のトライアルを行ない、その後2年間で制度を全国に普及し、残り5年間で数値目標を達成する。

さらに、保健・医療・福祉それぞれ固有の多職種チーム間の連絡調整会議を可能にする。

こうしたアウトリーチを実現する基盤として、自宅のない当事者への住居確保を自治体の責任で5年以内に行なう。グループホームや旧・病棟を利用する場合であっても、管理運営は自治体が行なう。

2. 最初に相談を受け付けて確実にサービスにたどりつけるための 「こころの健康 SOS ダイアル」を設ける

保健・医療・福祉によるアウトリーチを機能的には一体となって提供できるように、最初に相談を受け付けて責任をもって確実にいずれかのサービスに結び付けるために国がサポートする一本化した窓口「こころの健康 SOS ダイアル」を設置し、広く国民に周知する。この人材は保健、医療の双方が拠出し、安定して有効な運用を図ります。保健、医療のそれぞれのアウトリーチチームの連携を、国が開催をサポートする会議体で保証、強化する。例えば、人口10万に対して一箇所程度の「地域精神科医療センター」を設置してアウトリーチチームやショートステイ、の機能を整備する。

3. 外来と入院の隙間を埋める休息の場を地域に(ショートステイハウスの創設)

自宅へのアウトリーチだけでは不十分な状況に対応できる、入院・入所以外のサービス提供の場を公的に設ける。人口10万人あたり1か所を5年以内に設置する。少しの間生活の場を離れて、距離をおいて休息すれば解決する問題が少なくないからである。そうしたちよとした休息と支援を当事者や家族が受けられるように、ケアの場を無料で提供し、当事者にアウトリーチサービスがケアを届けるとともに、家族には休息の場を提供し家族支援を受けられるようにする。必要であれば入院を勧めることもあるが、その場合もアウトリーチのサービスは継続する。

4. アウトリーチの充実により外来診療の機能分化を推進する

医療のアウトリーチチームは、病院、診療所の外来、訪問看護ステーション、こころのアウトリーチセンター(新設)など多様な場に設ける。そのことによって、外来の機能も、専門医療を重視したタイプ、心理社会ケア(ケアマネジメント、心理教育、認知行動療法、デイケアなど多職種によるケア)を中心に行うタイプ、そして薬物療法の調整を専門的に行うタイプなどに分かれ、アウトリーチチームの相互の紹介によって、利用者は必要なサービスを選ぶことができる。

いずれの機能の外来であっても、地域の精神保健・医療・福祉ネットワークへの参加と協力を必須とする。

そのような段階で、外来診療を類型化し、基準を設け、表示を可能にし、診療報酬のうえでも評価を行なう制度を7年以内に発足させる。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 多職種チームによるアウトリーチが活動できる経済的基盤を

医療においては、多職種チームによるアウトリーチを可能とする診療報酬を設定する。具体的には、

① 基準を満たす多職種によるアウトリーチ活動についての包括的評価

- a. 1か月の累積アウトリーチ時間で評価
- b. 1回のアウトリーチを最低30分に設定
- c. 人数や職種数による係数をつける
- d. 対象者全員についての累積アウトリーチ時間の提出を求める

② 交通時間の評価(1か月の累積時間で評価), から構成することで, 過剰訪問を防止し, 人口密度の少ない地域に配慮する。

チームのサービスには、24時間の電話対応、必要時の緊急訪問、家族など介護者へのケアを含むことにする。

2. 住居確保のための経済的基盤

自宅のない当事者への住居確保を自治体が行うために、グループホームの設置、民間のアパート・グループホーム・旧病棟の借り上げ制度を整備する。

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

1. 診療報酬における位置づけ

診療報酬において、精神科専門療法の一環としてアウトリーチを位置づけ、包括的に評価する。チームによるアウトリーチケアに携わる職種(現在は医師、看護師、保健師、作業療法士等)に臨床心理職、精神保健福祉士を明記する。医師による包括的指示を認めて、医師以外のスタッフがその範囲の独自の判断でサービスを提供できるようにする。

2. 権利擁護のための第3者機関の設置

アウトリーチサービスは生活の場に提供されるため、第三者の目が届きにくくなる。その点をカバーするために、利用者の権利擁護、サービスへの不服申し立て、トラブルの仲裁などを行う制度を制定する。具体的には、第3者機関を地域ごとに公営で設ける。

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<1年以内>

1. アウトリーチ制度の詳細なつめと、診療報酬における仕組みの改訂の準備
2. ショートステイハウスの詳細なつめと制度の準備
3. 住居確保の準備
4. 権利擁護第三者機関の詳細なつめ
5. 先行して改革を実施するモデル地区の選定

H. 改革を継続して完成するために必要となること

1. アウトリーチの機能の評価システム

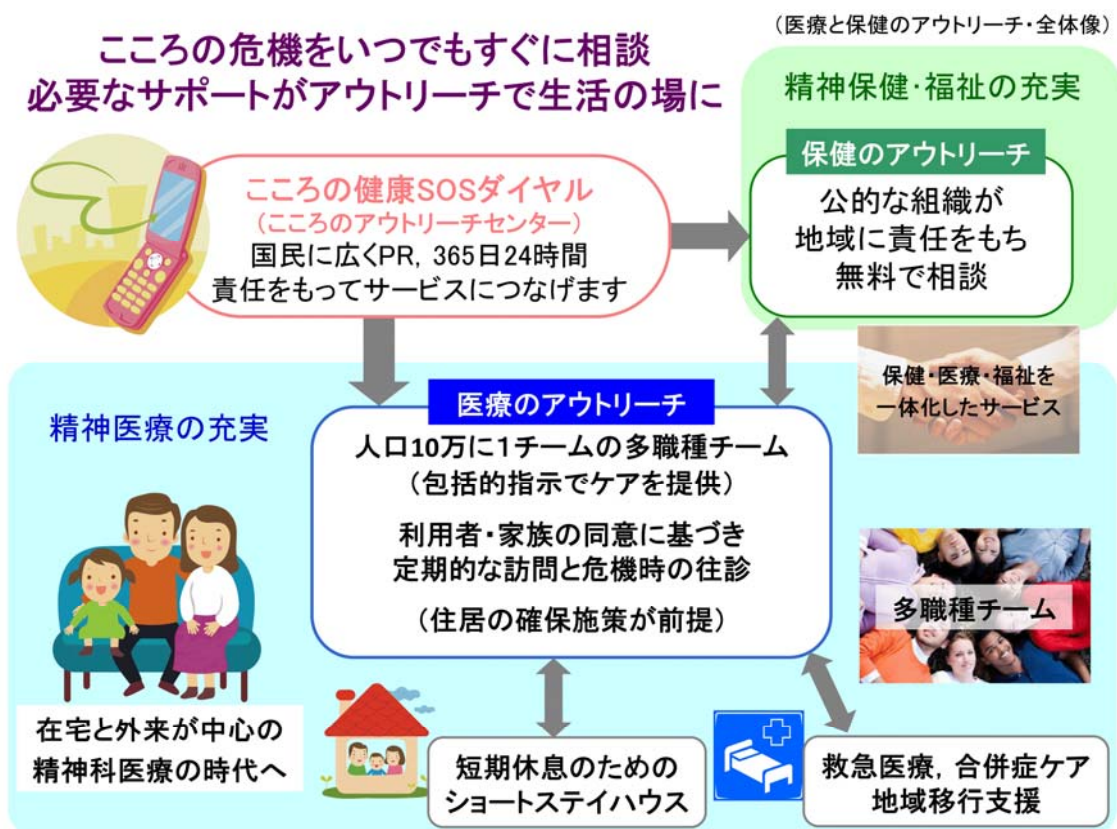
アウトリーチケア提供の要件と評価の基準を透明化する。アウトリーチサービスの利用および利用終了の要件を明確にし、効果を地域滞在期間（ショートステイハウスの利用は地域滞在時間とする）などのアウトカム指標を用いて評価する。評価を診療報酬の支払い要件の1つとする。効果は当事者や家族の満足度などの指標も含む。

2. 人材の育成

アウトリーチケアに関わる、チーム医療と地域ケアマインドをもった人材を育成し、質の高いケアを提供する（リカバリー概念、ストレングスモデル）。病院モデルに偏重した教育システムから脱却し、地域ケアモデルで育成する。

3. 病棟からアウトリーチへの移行のモデルの明示化

現在、社会的入院とされる利用者をアウトリーチに移行する場合の、実際の手順、当事者の住居の確保、スタッフの研修の進め方、スタッフの働き方の変化と現在の業務からの移行の仕方、それに伴う医療経済の変化、空床になる建物の活用法などについて、多くの当事者や病院スタッフや経営者が参考にでき、安心してアウトリーチ体制に移行できるような、地域の実情に合った様々なモデルを明示する。



チーム医療 WG

〔目標〕多職種チームによって全人的医療を実現する

要 旨

利用者と家族は、精神症状ばかりでなく、生活や人生の困難さに困っている。治療や支援には多機関の多職種が関わる必要があり、医療領域では、アウトリーチのできる「チーム医療」を実現することを提言する。

1. 「在宅・外来を診療の基本とする」ことで、地域こころの健康推進チームや地域生活支援チームと連携し、隙間のない支援システムを形成する。ケアマネジメントが重要な機能を果たす
2. 「心理社会的アプローチを強化する」ことで、病気だけでなく生活についても相談でき、支援を受けられる条件を整備する
3. 「多職種チームを実現する」ことで、基本職種とオプション職種を組み合わせたチームが相談を受け、チームによって援助計画が実行されるようにする。包括的指示の考え方を導入して、医師だけによる3分間診療を解消する
4. 「多職種チームを評価する」ことで、診療報酬による支払いが可能なように、構造評価、機能評価、成果評価を組み合わせ、正当な評価の仕組みを作る
5. 「人材育成体制を整える」ことで、養成校段階からの多職種連携教育の導入、国家試験出題基準への明記、チームワーク研修体制の整備などが考えられる

重点課題

多職種チーム医療が実現できるように、ケアプログラムアプローチや包括的指示の制度を整え、多職種チーム活動に正当な経済的評価を与える。

提言起草委員：田尾有樹子，西田淳志，野中猛，増田一世

協力委員：奥村麻理子，萱間真美，金田一正史，末安民夫，田中英樹，津川律子，山根寛

A. 当事者・家族のニーズ

当事者・家族は、次のようなことで困っている。

1. 症状悪化時に必要な支援がない
2. 困ったときに相談できて問題解決してくれる場がない
3. 本人の回復に向けた専門家の働きかけがなく家族まかせ
4. 利用者中心の医療になっていない
5. 情報が得られず困った
6. 家族は身体的・精神的健康への不安を抱えている
7. 家族は仕事を辞めたりして経済的な負担を感じている

とされている（平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究」）。

もちろん、精神症状にとまなう危機状態など、疾患をめぐる問題をもっとすみやかに解決したいという希望は大きいものである。しかし、当事者が困っているのは、精神症状以上に、疾患や障害にとまなう生活上の困難さや、人生設計上の現実的な不安でもある。

B. 現状の分析と改革目標の設定

わが国における精神保健対策は、統合失調症を中心とする重症疾患の入院医療に重点が置かれてきた。先進諸国がほぼ50年前から開始している脱施設化政策について、わが国では方針が定まっているもののいまだ実現していない。並行して、第一次予防である精神保健体制が十分に構築されていない。さらに、第三次予防であるリハビリテーションや福祉も、他障害と比較して実質的な格差が残っている。

第二次予防に位置づけられる治療においても、医療機関や医師が中心となっていて、精神症状以外のさまざまな生活上の要求が適切に受け入れられないまま、薬物療法や入院処遇で対処されてきていると言わざるをえない。

そこで、われわれの提言する改革では、次のような方向を強調する。まず、医療の中心を在宅生活支援のための外来診療におく。次に、教育や雇用など多機関とともに、多職種によるチームアプローチを強化する。また、支援の目標について、症状を治めることだけでなく、適切な受診による重症化の防止と、病や障害のすべてがなくならなくても生活や人生を取り戻すことができるという意味の回復（リカバリー）におく。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

精神科病院からの複数職による訪問看護の実態を調査した研究（平成20年度厚生科学研究特別研究）では、「精神保健福祉士による相談、ソーシャルワーク54.3%」や「家族の精神的負担を軽減するためのサポート29.9%」などの機能が提供されている。

多職種によるチームアプローチは、実に多様な要因によって規定されているために、実証的な効果研究を構成しにくい領域である。それでも、世界的には2000年代に至って、

医療保健福祉領域におけるチームアプローチの効果研究が現れてきた。ほぼ共通する要因として、目標の共有、リーダーシップ、コミュニケーション、凝集性、政策的な支持などの重要性が指摘されている。

世界で最も権威のあるコクラン・データベースでは2009年にとりあげられ、専門家の実践と保健の成果に多職種連携がどの程度に影響するのか、これまでの成果研究を総合的に検討している。多職種による回診や会議、養成校段階の連携教育の有効性などが研究されている。治療期間の短縮、利用者の満足度、職員による事故の数などに好影響を与えると報告されている。

こうしたチームワークやリーダーシップについては、組織の人材管理として、一般企業において知見が膨大に蓄積されていることは言うまでもない。

D. 具体的な改革案

チームアプローチは、保健・医療・福祉のすべての領域において必要であるが、ここでは医療領域に焦点をあてる。チーム医療について5つの提言をする。

提言1: 在宅・外来を診療の基本とする<医療は在宅・外来で>。すなわち、利用者の地域生活や人生を支えるために、アウトリーチのできる多職種チームを外来におく。地域こころの健康推進チーム（保健）や、地域生活支援チーム（福祉）と密接に連携して、支援の隙間を作らないようにする。この場合にケアマネジメントの機能は重要である。チームの中でケアマネジャーが特定される。

提言2: 心理社会的アプローチを強化する<病気だけでなく生活も相談できる>。具体的には、ケアマネジメント、心理教育、社会生活技能訓練、認知行動療法、各種精神療法、就労・就学支援、住居サービス、ピアサポート、家族/介護者支援などのサービスを、もっと容易に受けられるようにする。利用者と家族の希望を最大限に生かすことが目標となる。

提言3: 多職種チームを実現する<統合された全人的支援>。すなわち、基本職種として精神科医、看護師、精神保健福祉士、臨床心理職、作業療法士を規定します。オプション職種として、薬剤師、栄養士、保健師、職業リハビリテーション専門家、ピアサポーター、家族支援専門員などを規定する。他にも場合によって、福祉、職業、教育など、さまざまな領域の専門職が加わる。医療機関（総合病院、精神科病院、診療所等）と訪問サービス・ステーションを組み合わせで設置し、基本職種1名あたりのケースロード基準をもうける。

チームによって受理され、アセスメントや支援計画が立てられ、医師から包括的指示を出すこととする。これによって、さまざまなサービスが全人的支援として統合される。また、医師だけによる3分間診療が、多職種チームによる支援を中心として、必要な時だけの医師診察ですむように改善される。

提言4: 多職種チームを評価する<チーム運営が健全な経営になる仕組み>。すなわち、診療報酬で適切な額が支払われるように、多職種チームの評価項目を規定する。構造評価として、チーム構成員、部屋の構造、移動手段などが挙げられる。機能評価とし

て、ケース会議の実施、アウトリーチ回数、利用者との接触回数など、成果評価として、入院回避率、就労・就学率、利用者・家族の満足度などが挙げられる。また、こうした評価結果が公表される仕組みを作る。

提言5：人材育成体制を整える＜医療の質は人材の質＞。すなわち、チームの能力を向上させる教育の仕組みを必要とする。具体的には、養成校段階における多職種連携教育（インタープロフェッショナル教育：IPE）を正式に導入する。他には、国家試験出題基準にチームワークを明記する、チームに関する研修会にチームで参加する、日常的なスーパービジョン体制を整える、人材養成体制の有無を医療機関の評価項目に算定する、といったことが考えられる。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

チーム医療を実現するためには、診療報酬において多職種チームを評価する必要がある。チーム構成員や物理的条件などの構造評価、ケース会議開催回数やアウトリーチ回数などの機能評価、入院回避率や就労・就学率などの成果評価を規定した上で、多職種チームが経営的に可能となる仕組みが必要である。その前提として、臨床心理職の国家資格化は当然の条件となろう。

薬物療法などの生物学的治療だけでなく、心理社会的支援を加える必要性があり、こうしたサービスに対する経済的な評価が求められる。さらに、本来は保健や福祉との領域間に境界がなく、理想的にはひとつのサービスとして統合すべきであるが、現行の医療制度に従う限り、各領域における各チームとの連携協働ができる仕組みと技術を工夫することが必要である。

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

チーム医療が活動するためには、医師による包括的指示が認められるように、医療法等の解釈が必要となる。

診療報酬上は、多職種チームについて評価するための具体的な工夫が求められる。心理社会的支援についても正当な評価が必要である。基本職種と考えられる職種の中で国家資格化されていない臨床心理職の資格化を急ぐ必要がある。

各職種の教育内容には、チームワークの項目が形式的に挙げられている。これが実効性をもつように、教育カリキュラムや国家試験出題基準などに反映する必要もある。

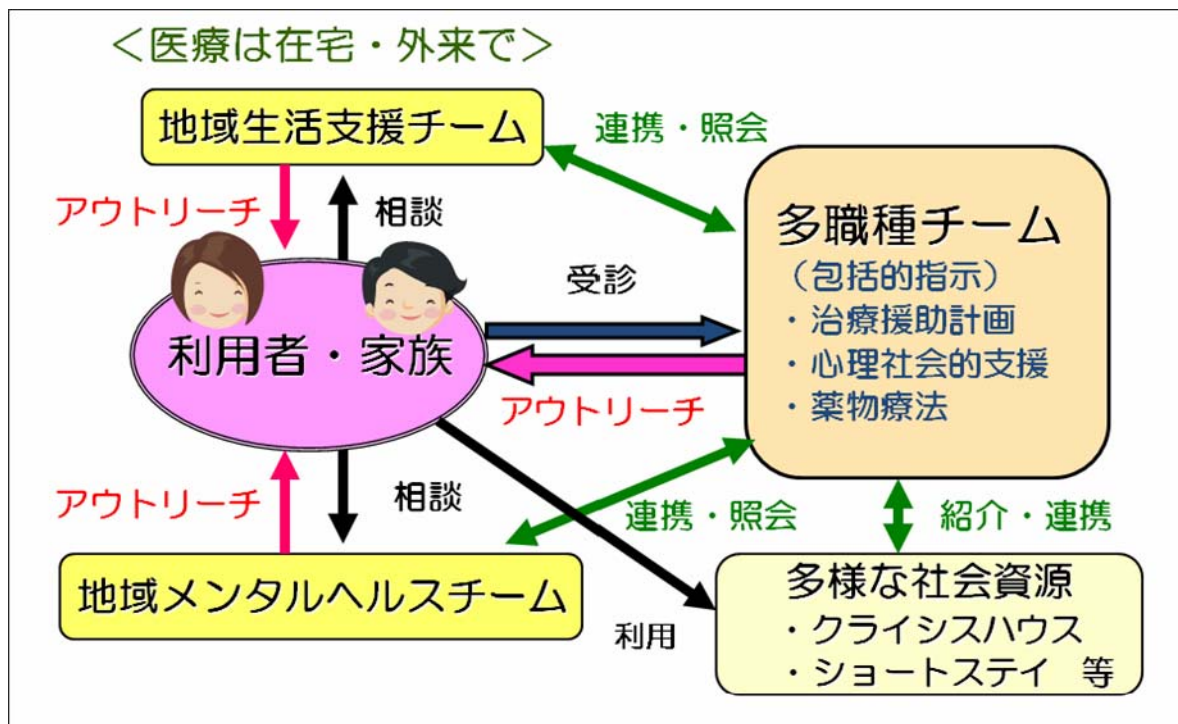
G. 改革を政策として開始するために必要となること

＜1年以内＞

まずは診療報酬改定である。そのためにも、チーム医療の規定や評価項目を明らかにする作業が必要になる。診療報酬に関する規定方針は、科学的エビデンスや成果、あるいは国民のニーズに基づくように定めてほしい。

H. 改革を継続して完成するために必要となること

チーム医療ばかりではないが、常に改革を続けるために最も重要なのは人材教育である。利用者の立場に立って、実際に有効な活動を、チームワークに基づいて行える専門家の育成体制を整備する必要がある。



精神医療改革 入院医療 WG

〔目標〕入院医療の改革

要 旨

当事者・家族のニーズとわが国の精神科医療の現状から、入院医療の改革に向けて以下の5つの提言を行う。

1. 当事者・家族を尊重した入院医療を進める
2. 24時間アクセスできる精神科救急医療を整備する
3. 多職種チーム医療により早期退院と専門医療の充実をめざす
4. 総合病院有床精神科の活性化を図る
5. 精神病床を半減し精神科医療の一般医療化を実現する

提言1は医療の基本である。特に精神科領域においては、個人の尊厳と権利を尊重した医療を行うことが、当事者・家族の自尊心を育み回復への意欲を高めることを忘れてはならない。プライバシーとアメニティの確保された療養環境で、十分なインフォームド・コンセントの下、当事者・家族と医療スタッフが協力して回復に向かって努力する入院治療を実現しなければならない。

提言2はいつでもどこでも精神科医療が受けられるシステムを構築することである。電話相談窓口（ホットラインサービス）、移動精神科救急チーム（アウトリーチサービス）、受け入れ病院の確保などを早急に整備すべきである。また、これに伴う救急・急性期医療のさらなる充実も必要である。

提言3は新たな医療の姿である。精神科医療における多職種チーム医療は、マンパワーの乏しさのため一部にしか普及していないが、各職種の経験と知恵をチーム力に結集し、ケアマネジメントや様々な治療プログラムを駆使して治療にあたることで、早期退院を進め、専門医療を充実させることができる。

提言4は医療供給体制の歪を正すことである。現在、総合病院有床精神科は縮小・閉鎖の危機に瀕しているが、その役割と存在意義を明確にし、その重要性が認識されるような具体的な施策を講じて活性化を図ることが必要である。

そして提言5は、提言1から4までを進めるために不可欠なものである。「入院医療中心から地域生活中心へ」という国の理念を現実のものとするためには、世界に類をみない過剰な精神病床を半減し、残された精神病床の高規格化（一般病床なみの人員配置等）と地域精神医療の充実のために、マンパワーと医療費を振り向けることが必要である。これが精神科医療の一般医療化を実現することであり、わが国の精神科医療もようやく先進国の水準に一步近づくことができるのである。

重点項目

医療法を改正し、全ての精神病床の人員配置（医師，看護師等）を一般病床と同水準に引き上げて精神病床の半減を実現する。その結果，入院医療は高規格化された救急・急性期病棟や専門病棟に集約し，多職種チーム医療により質の向上を図る。精神病床の半減で生じた医療費は，高規格化された入院医療と地域精神医療に全て充当する。長期入院患者の地域移行に伴う社会復帰施設等の費用は別途財源を用意する。

提言起草委員：岩成秀夫

検討委員：澤温，平田豊明，小石川比良来

協力委員：浅井邦彦，松原三郎，山角 駿

A. 当事者・家族のニーズ

当事者・家族の入院医療についての要望は、まとめると概ね5つのカテゴリーに分けられるものであった。

1. 医師・看護師等病院職員に関するもの

患者や家族を見下すような態度をとらないで欲しい。

大人の患者に対し、〇〇ちゃんなどと子供扱いした言い方は止めて欲しい。

いくら注意してもできない患者を「くそみそ」にけなすのではなく、「君は必ずできるようになるよ。信じているよ」という姿勢で当たってほしい。

家族も心身が傷ついているので回復を支援する気持ちで接してもらいたい。

治療の重要なパートナーとして、家族を尊重する気持ちを持って欲しい。

2. 医療の説明に関するもの

患者の病状や見通し、退院後の対応の仕方など、きめ細かく説明してもらえないだろうか。

説明するときはあまり専門用語を使わないで、患者や家族にもよくわかるように一般的な言葉でお願いしたい。

家族が説明を求めた時、嫌な顔をしないで対応してもらえないか。

3. 医療の質や療養環境に関するもの

多剤大量の薬で歩けなくなった患者さんを何人も知っている。適切な薬物療法になるように注意してもらえないか。

入院中から服薬自己管理など退院を意識した取り組みをして欲しい。

話を親身に聴き、患者の気持や願いを知って心理面で支えて欲しい。

患者に必要な治療（認知行動療法、心理療法、作業療法など）を辛抱強く行って欲しい。そのためにはマンパワーの充実が欠かせないので、何とかして欲しい。

グループホームの非常勤職員の経験からチームの力に感動を覚えた。病院でも医師・看護師・精神保健福祉士・保護者などがチームを組んで、患者の診療に当たって欲しいと思う。

何度も再入院をするケースでは、退院の前に本人と家族の関係性や生活状況の評価を行い、再発予防計画を考えることや、着実に回復できるよう退院後も支援することをお願いしたい。

入院中に所持品が患者仲間に壊されたり盗まれたりする問題や喫煙の習慣が他の患者から伝染する問題などを少なくして欲しい。

4. 医療の提供に関するもの

救急時に受け入れ窓口がなかった。

入院を躊躇させるような家族の状況、経済的事情など、さまざまな問題で患者と家族が心配しなくて済むような支援制度を整えて欲しい。

自立生活が困難な長期入院患者の退院にあたっては、家族に押し付けないで、ケアホームなどの施設入所を考えて欲しい。

身体疾患の治療が総合病院で精神科治療と連携して行われるようにして欲しい。

5. わが国の精神科医療に関するもの

社会的入院が何故改善されないかを一番強調したい。明らかに人権侵害である。

精神科病院は怖いというイメージを何とかしないといけない。内科や外科にかかるのと同じようにして欲しい。

精神科特例の弊害を何とかして欲しい。

話を聴くための時間を確保するためにスタッフを増やして欲しい。

B. 現状の分析と改革目標の設定

<現状の分析>

1. 医師・看護師等病院職員に関するもの

わが国の精神科医療は昭和25年の精神衛生法の施行により、私宅監置は廃止されたものの、入院医療中心のあり方が続いてきた。しかも、昭和33年に医療法施行規則に関する厚生省次官通知（いわゆる「精神科特例」）が出され、精神科医は一般科の1/3以上、看護師は1/2以上でよいとされることになった。このような手薄なスタッフでは早期退院に向けた十分な医療が行えないため、精神病床は約35万床に肥大化し、この時代としては世界に類を見ない長期収容型の入院医療が出来上がってしまったのである。

第二次世界大戦後、英米では巨大精神病院の社会学的研究が行われ、多くの病床を抱える閉鎖的な精神科病院は、医師を中心とし入院患者を底辺に置くヒエラルヒーが形成されてしまうこと、収容されている入院患者には施設症といわれる、自閉的で、意欲や自発性に欠け、感情の乏しさが目立つ症状が生じてきて、本来の病気の症状と区別がつかなくなることが確認されてきた。

このような精神科病院に長く身を置くと、精神科医療スタッフには無意識のうちに差別意識が生じてきて、当事者やその家族に対し、その尊厳を傷つけたり、人権をないがしろにしたりする言動や行動が出てくるものと思われる。

2. 医療の説明に関するもの

精神科医療においてもインフォームド・コンセントが次第に定着してきたが、当事者・家族からみたらまだ不十分であるかもしれない。その最も大きな理由は人員配置が少ないため、医師をはじめ医療スタッフは説明に要する十分な時間が取れないためであろう。

もう一つの理由としては、精神医学や精神科医療がまだ発展途上であり、当事者・家族に明快に説明できるだけの根拠が少ないため、十分納得できるだけの説明ができないことも考えられる。

3. 医療の質や療養環境に関するもの

先述した精神科特例のため、人員配置の少ない状態に比例して安上りの診療報酬に抑えられてきたため、人手をかけない収容型の入院医療が、プライバシーやアメニティへの配慮に乏しい粗悪な入院施設の中で行われてきた。そして病院側や家族の様々な思惑から生じる精神科病院の密室性のため、医療者が自らを見直さずいることを許したと考えられる。

また、国民に根深く残る精神障害者に対する差別意識が、そのような入院医療をやむを得ないものと容認してきたことにも一因があると思われる。

4. 医療の提供に関するもの

平成7年より国は精神科救急医療体制整備事業を開始し、一定の条件を満たす事業に国庫補助を行うことになった。この事業は平成14年度までに全都道府県に普及したことになっており、平成20年度には国と都道府県から年間総額34億円（人口100万人当たり約2,800万円）の公費が補助されている。その結果、電話相談窓口（精神科救急情報センター）、移送制度、精神科救急病院や初期救急施設などが整備されてきたが、全国的にみると地域格差が依然として大きい。また、夜間・休日体制は限られたスタッフしか対応できないため需要に追い付かないのが現状である。

また、わが国の医療は原則として、国民皆保険によるフリーアクセス性のため、国民は本人の判断でどの医療機関を受診することも自由である。これは大きな利点でもあるが、その一方、国民はどの医療機関がよいのか判断できなかったり、精神科診療所、総合病院精神科、単科精神科病院などが乱立あるいは偏在したりして、医療提供体制における大きな無駄の一因にもなっている。

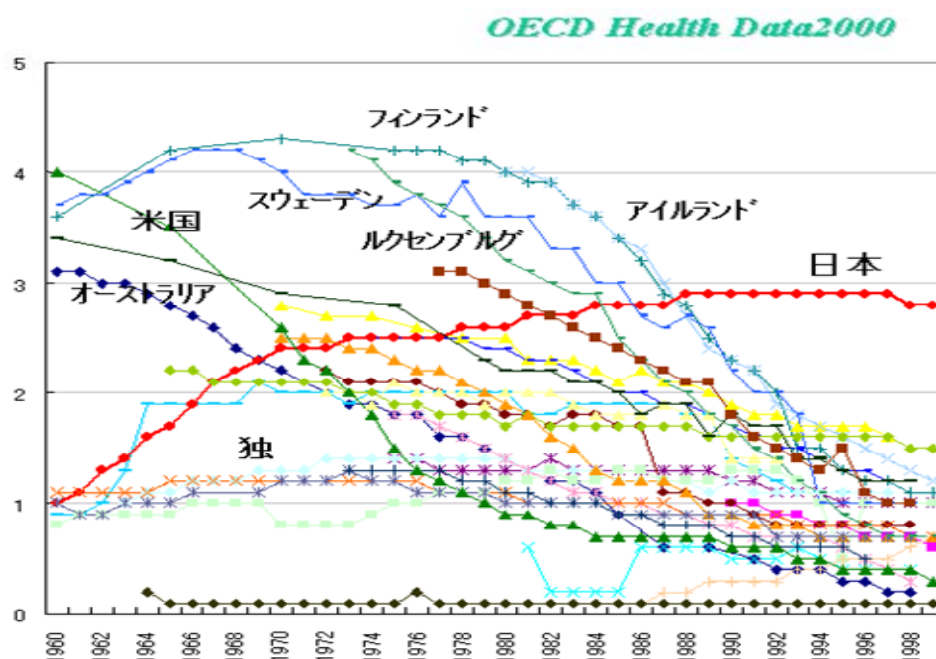
5. わが国の精神科医療に関するもの

精神病床数の算出法は国によって若干異なるが、わが国の精神科医療の際立った特徴は、約35万床という比類のない精神病床の多さである。図1はよく知られたOECDのデータであるが、他の欧米諸国が1970～1980年代から、ケアマネジメントなどの手法を普

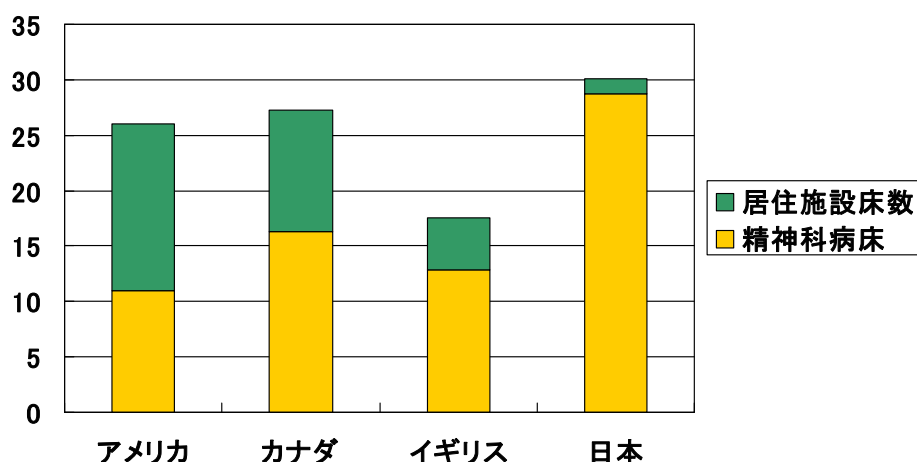
及させて、急速に地域移行（脱施設化）を進め精神病床を減らしていったのに対し、わが国は一人独自の増床という道を歩んでしまった。社会復帰施設のベッド数も合わせると精神障害者のためのベッド数は、欧米諸国とわが国はそれほど変わらないというデータも示されているが（図2）、それはわが国の精神科病院が治療施設ではなく収容施設が多いことを露呈したようなものである。

このような長期収容型の入院医療中心のあり方が、社会的入院の多さや精神医療に対する悪いイメージを国民に植え付けた側面は否めない事実であろう。また、わが国においても現在の精神科医療は、救急・急性期や専門医療に移行しつつあり、収容施設を前提とした人員配置や診療報酬のままでは満足な医療が行えないことが明白になってきている。

（図1）精神病床数の推移



（図2）外国における精神科病床と居住施設入居者数



（浅井邦彦「精神科医療・福祉圏域について」精神経誌，2000より）

＜改革目標の設定＞

1. 精神病床を半減し精神科医療の一般医療化を実現する

少ない人員配置，低い診療報酬という，かつての精神科特例の残滓を全て払拭し，精神科病院の精神病床においても，一般病床と同じ人員配置（患者数対職員数で，精神科医師については16対1以上，看護師については3対1以上）にするよう医療法（施行規則）を改正する．同時に新しい人員配置に合わせて一般病床と同水準の診療報酬の増額を行う．このことで精神科医療の一般医療化が実現することになり，早期退院や専門医療の充実が図れることになる．この時，その達成が迅速かつ段階的に行われるような施策が講じられることが重要である．

なお，これを実現するためには現在の約35万床ある精神病床を半減させることが必須となる．平成21年9月に厚生労働省は，平成16年の改革ビジョンに続く，「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」という報告書を公表し，その中で「現在の長期入院患者の問題は，入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり，行政，精神保健医療福祉の専門職等の関係者は，その反省に立つべきである」と明記している．安上がりの入院医療が，長期収容型医療をもたらしてしまったことを，われわれ関係者は肝に銘じるべきである．精神病床を半減することで残された精神病床を高規格病棟にし，地域精神医療にも必要な医療費を充当して退院患者の地域生活支援を行うこと，これにより精神科医療の一般医療化を実現するのである．なお，精神病床の半減のためには多くの入院患者の地域移行を円滑に行わなければならないが，そのためには新たな財源を用意して，居住施設を含む地域の社会復帰施設の整備が不可欠である．

2. 多職種チーム医療を充実する

人員配置を厚くすることで入院医療における多職種チーム医療を充実させることができる．救急・急性期医療や専門医療は多職種チーム医療によってはじめて本来の機能を発揮できるものである．

また，病棟の人員配置が厚くなり，多職種チームで医療を行うことができるようになれば，当事者・家族にも満足してもらえる医療の質の確保や分かりやすい説明も可能になると考える．

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

表1に精神科病院と一般病院（かつての総合病院等）とを各種項目別に比較した表を示す．精神科病院とは精神病床のみを有する病院のことであるので，その精神病床数と，一般病院で精神病床を有する病院の精神病床数とを合わせて，わが国の精神病床総数は約35万床となる．

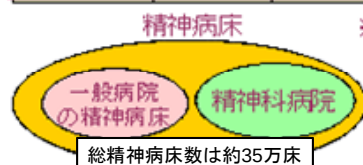
また，平成18年当時の精神病床を有する病院の総数は約1,670病院であるので，精神病床を有する一般病院は約600病院となる．精神病床を有する一般病院には大学病院やいわゆる総合病院のほか，精神病棟が主体であり，準精神科病院ともいえるべき病院が含まれることも考慮する必要がある．

まず、精神病床の半減についてであるが、表1の医師数と看護職員数の項目を参照していただきたい。100床当たり医師数が3.2人であることは、1人の精神科病院勤務医が32床弱の病床を担当していることになる。そのため精神病床を半減すれば、単純計算で医師配置は16対1以上をクリアできることになる。看護師配置についていえば、すでに対患者数について3.2対1（看護師実質配置では16対1）になっているので、精神病床が半減すれば1.6対1（実質配置8対1）という高水準となる。多くの総合病院精神科病棟では2対1（実質配置10対1）程度の看護師配置で対応している現状を考慮すると、精神病床半減で浮いた看護師数の部分は地域精神医療の人員やコメディカルの増員部分に充当することも現実的であろう。このように精神科医師や看護師等の精神科病院勤務者数からは、精神病床の半減は十分実現可能な施策であると思われる。但し地域差を解決し、様々な運営形態の違う民間病院も移行しやすいように、早急に具体的計画を立てる必要がある。

また、残された精神病棟の高規格化や当事者の地域生活支援を支える地域精神医療の充実を考慮すると、精神病床の半減で浮いた医療費は、原則として全額、高規格病棟の医療費や医療保険に含まれる地域精神医療費に充当されるべきである。なお、先述したように、多くの入院患者の地域移行を円滑に進めるためには、居住施設を含めた社会復帰施設を計画的に地域に作る必要があるが、その費用は新たな財源を用意して対応する必要がある。

(表1) 精神科病院と一般病院の比較

比較項目	病院数	病床数	1病院当たり 病床数	病床利用率	平均在院日数
精神科病院	1,074	260,322	242.4	91.1 (精神病床の場合)	320.3 (精神病床の場合)
一般病院	7,886	1,367,607	173.4	78.0 (一般病床の場合)	19.2 (一般病床の場合)
比較項目	100床当たり		1日平均 外来患者数	レセプト点数 (入院:点/日) ※1	医療法人 及び 個人(率) ※2
	医師数	看護職員数			
精神科病院	<u>3.2</u>	<u>31.0</u>	48.5	<u>1,292</u>	87.3
一般病院	12.6	50.9	186.8	3,243	68.2



※ここで使われる精神科病院とは精神病床のみを有する病院をいう。
厚生労働省・病院報告(平成18年)
※1 社会医療診療行為別調査報告(平成18年)
※2 医療施設(動態)調査(平成18年)

13

D. 具体的な改革案

当事者・家族のニーズやわが国の精神科医療の現状を踏まえて、われわれとしては以下の5つの提言を行いたい。

提言1: 当事者・家族を尊重した入院医療を進める

- ① 個人の尊厳と権利を尊重した対応
当事者・家族の自尊心や権利に十分配慮することが、回復の助けになることを認識する必要がある。
- ② 丁寧で分かりやすい説明
病状、見通し、その後の対応方法などについて、求めに応じて随時説明を行うことで、互いの信頼関係の下に治療における協力関係を構築することができる。
- ③ 家族の負担軽減
家族は想像以上に心身の負担や経済的負担を抱えているため、それを考慮した相談支援を行う必要がある。また、現在の医療保護入院は家族に負わせる義務が大きいため、それに替わる入院制度を創設する必要がある。
- ④ 精神科病院（精神病床）の療養環境改善
まず、全ての精神科病院から鉄格子を撤去することが入院医療改革の1つの象徴となる。また、できるだけ開放処遇とし、閉鎖処遇は最小限とする。入院病棟においては、プライバシーの確保とアメニティに配慮するとともに、病室の個室化を進め、4人室を超える多床室は廃止する。
- ⑤ 「精神科医療権利擁護委員会」の設置
当事者・家族の尊厳や人権が守られているか、外部委員による相談指導や査察を行う権利擁護委員会を創設する。都道府県・政令市に少なくとも1ヶ所設置し、構成員は、当事者、家族、弁護士、一般市民、行政関係者など医療関係者以外の外部委員とする。また、精神病床を有する入院医療機関は独自に権利擁護に関する部門（アドボカシー室）を設けることが望ましい。

提言2: 24時間アクセスできる精神科救急医療を整備する

- ① より小さい単位で精神科救急圏域を設定
車で片道1時間以内が望ましい。
- ② 電話相談窓口（ホットラインサービス）
精神科救急圏域内に最低1ヶ所は設置し、24時間稼働体制をとる。常設が望ましいが、当番病院持ち回りでもよい。電話番号は必ず一般公開する。
- ③ 移動精神科救急チーム（アウトリーチサービス）
常設の危機解決チームが望ましいが、行政あるいはその委託による広域アウトリーチサービスも可とする。
- ④ 身体救急ユニット（二次・三次）に精神科医が関与
常設が望ましいが、オンコール体制やトリオフォンでもよい。診療所も参加する。
- ⑤ 病診連携で精神保健指定医を確保
診療所の精神保健指定医が救急当直を支援する一方、病院勤務医も診療所の業務を随時支援する。
- ⑥ 精神科救急医療体制整備事業における地域格差の是正
- ⑦ 精神科救急・急性期医療のさらなる充実

提言3： 多職種チーム医療により早期退院と専門医療の充実をめざす

① 多職種チーム医療の実施

入院早期から退院に向けたケアマネジメントを実施するとともに、入院治療の内容（治療計画など）を検討し適正化に努める。専門医療においても、多職種によるチームアプローチで、医療内容の充実を図る。必要に応じてピアサポートの導入も検討する。

② 多職種チームの職種

医師、看護師のほか、専任の精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理職を各1名以上配置するとともに、必要に応じて薬剤師、管理栄養士なども参加できるようにする。

③ 診療報酬上の措置

多職種チーム配置加算、多職種チーム医療実施加算などを新設する

④ 良質な入院治療の提供

多剤大量にならない薬物療法を多職種チームで検討し、精神科薬物療法の適正化に努める。適切な精神療法や心理的サポートを多職種チームで検討し、実施する。

⑤ 多様なリハビリテーションメニューの提供

個別当事者の生活障害や退院後の生活を見据えたメニューを多職種チームで検討し、提供する。個別当事者の治療目的が明確でない多人数による集団作業療法は廃止する。

⑥ 退院後のきめ細かい地域生活支援

地域精神医療における（医療機関型）多職種チームとして実施する。

アウトリーチ医療を展開し、地域生活を支援することで、再発・再燃を予防する。

例：訪問診療、訪問看護、在宅作業療法

集団活動を利用して社会生活能力の改善を図る。

例：デイケア、ショートケア、デイナイトケアなど

提言4： 総合病院有床精神科の活性化を図る

① 総合病院有床精神科の役割の明確化

一般科との緊密な連携の下に身体合併症医療を行う。

症状性／器質性精神障害に対し速やかに対応する。

救命救急医療と連携した精神科救急・急性期医療を行う。

アクセスのしやすさを考慮してうつ病や摂食障害などの入院治療を行う。

修正型電気けいれん療法のセンター的役割を果たす。

② コンサルテーション・リエゾン機能の強化

身体合併症を抱えた当事者が最も望ましい形で治療を受けられるようにする。そのため多職種から構成されるコンサルテーション・リエゾンチームを創設する。

③ 単科精神科病院と総合病院有床精神科の機能分担と連携強化

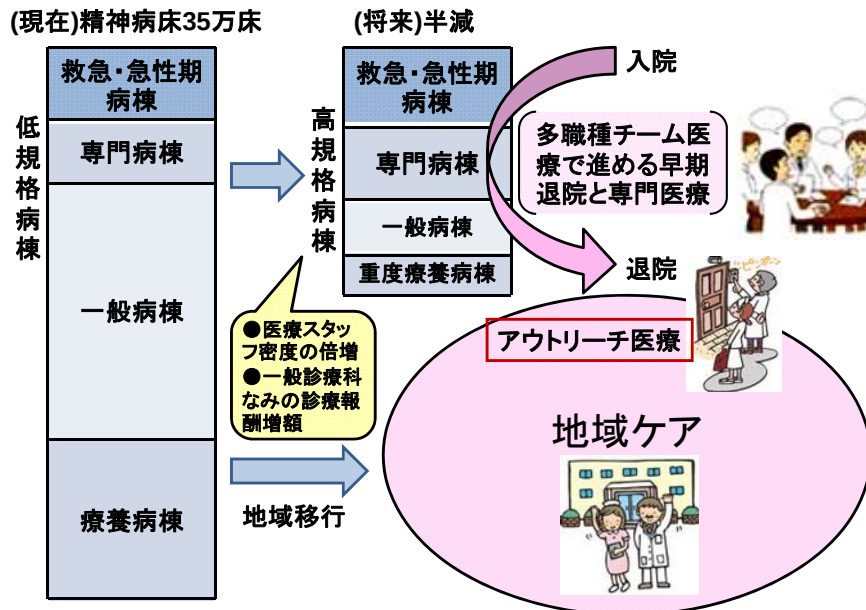
一定地域内での機能分担を明確にし、連携を強化できるよう連携スタッフを決める。

相互の情報共有を緊密にし、当事者・家族が直面している事態に即応する。

提言5： 精神病床を半減し精神科医療の一般医療化を実現する

上記提言 1 から 4 を実現するためには提言 5 「精神病床を半減し精神科医療の一般医療化を実現する」ことが不可欠である。精神病床の半減に当たっては、一定の移行期間をもって半減させることをまず定めた上で、それに向けて居住施設等の地域ケアを充実させながら、入院患者の地域移行（脱施設化）を図ることが必須である。

(図 3) 精神科医療の一般医療化を実現する



- ① まず医療法上の精神科特例の残滓を払拭
次期（第6次）医療法改正では、一定の移行期間をもって、精神科病院においても、一般病棟と同水準である、対患者数について医師配置1.6対1以上、看護師配置3対1（実質配置1.5対1）以上とする。
- ② 社会的入院の解消と精神病床の半減
図3のように、地域精神医療の充実による入院医療の回避、早期退院の推進、社会的入院の解消などにより、現在35万床（全病床数の約2割）ある精神病床を半減させる。精神療養病棟は、マンパワーを充実した重度療養群の治療病棟に限定し、その他は新たな入所を許さない時限的な敷地内社会復帰施設への転換も考慮しながら一定期間内に廃止とする。
- ③ 精神科医療費の増額と効率化
精神病床の半減をめざすことで、残された入院病床は高規格の救急・急性期病棟や専門治療病棟（病床）が中心となるため、手厚い医療が実施できるよう一般診療科なみの診療報酬の増額が必要である。同時に不要な入院治療を回避するため、地域精神医療の充実にも診療報酬の増額が必要となる。なお、精神科医療費が無駄に使われていないかチェックするため、定期的な評価システムを導入する。

④ 精神科医療におけるマンパワーの充実

精神科医療における高度医療とはマンパワーの充実であることを明確にする。精神科専門医、精神科専門看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理職などの養成と研修体制を充実する。精神科専門職種のみでなく、ボランティアなど一般市民やピアサポートなど当事者が精神科医療に参加できる仕組みを整える。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

多職種チーム医療については、医療観察法入院病棟が良いモデルとなる。例えばある病院の医療観察法病棟では次のような多職種チーム医療が行われている。

まず、多職種チームの役割は以下のようなものとされている。

1. 病状、生活能力、生活スキル等、患者の総合的アセスメント
2. 入院治療内容の検討と適正化
3. 各種「治療プログラム」等のリハビリテーションの導入やその時期などについての方針決定
4. 上記、入院治療内容、リハビリテーション等についての患者、家族への説明
5. 各種「治療プログラム」等の企画、運営、実施
6. 退院予定地域の生活環境、社会資源等のアセスメントに基づいた地域関係機関調整、地域ケア計画の作成など、退院支援のための総合的なケアマネジメント

そして、各職種の役割については次のようになっている。

- | | |
|----------|---|
| 医師： | 診察、治療方針、薬物療法、副作用の評価 |
| 看護師： | 入院オリエンテーション、精神看護、心理教育 |
| 精神保健福祉士： | 家族との連絡・関係調整、社会保障・福祉制度関連援助、
権利擁護関連援助、退院支援、地域ケア計画の調整 |
| 臨床心理職： | 心理検査、心理面接、各種心理療法 |
| 作業療法士： | セルフケア、コミュニケーション能力、
作業能力など各種生活機能の評価とリハビリテーション |
| 薬剤師： | 医師の服薬説明のサポート、服薬自己管理等について援助 |

このように各職種はそれぞれの職能に応じた役割分担をしながら、対象者に対してはチームとして協同して早期退院に向けての治療的アプローチを行っている。

また、退院先が決まっている対象者については、比較的早期から地域の関係機関も出席してCPA会議というケア会議も開催して、入院中から退院に向けての調整を行っている。

このようにして複雑困難な問題を抱えていることの多い対象者についても、様々な多職種チームアプローチで早期退院の道を拓いているのである。

しかし、このような多職種チーム医療が可能なのは、30床に対して50数名の医療スタッフが配置され、それを可能とする多額の診療報酬が設定されているからである。一般精神科医療においては、そこまで手厚い医療は出来ないまでも、それに近いマンパワーと医療費を投入すべきではないかと思われる。

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

精神病床を半減する目的は、そこで浮いたマンパワーや医療費を残された病棟の高規格化や地域精神医療に振り向けて、精神科医療を一般医療化するためである。

入院医療においても多職種チーム医療を推進する必要があるため、医師、看護師の集約化のほかに、精神保健福祉士、臨床心理職、作業療法士、薬剤師等の配置が必要となるが、その人件費をどのような形の診療報酬で充当するかを検討しなければならない。そのため多職種チーム配置加算や多職種チーム医療実施加算などで、多職種を配置したことによる評価と、多職種チーム医療を実施したことを評価する仕組みなどの導入が必要となろう。

また、精神病床を削減するためには入院患者の地域移行を進めていかなければならないが、訪問看護等の訪問サービスやデイケアなどによる医療保険でまかなう地域生活支援への診療報酬の増額とともに、縮小される病棟の時限的な社会復帰施設への転換の費用、あるいは地域での居住施設の建設、障害福祉サービスの充実の費用などには別途財源を準備することが不可欠である。

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<1年以内>

当事者・家族を尊重した入院医療を進めるために「精神科医療権利擁護委員会」を設置するための準備を始めることが必要である。精神保健福祉法で規定される精神医療審査会、都道府県や政令市で実施する精神科病院の实地指導、实地審査との役割分担を考慮し、委員会の目的や権限、運営主体、委員会構成、設置場所など具体的な検討を行う。

精神病床を一般病床と同じ人員配置にするためには最終達成期限と達成段階を定めた医療法の改正が必要となる。そのため、次期医療法の改正に向けて準備を開始する必要がある。また入院患者の大幅な地域移行に伴い、当事者や家族にできるだけしわよせがいかない円滑な移行が可能となるよう、現実的で具体的なアクションプランを検討する必要もある。

H. 改革を継続して完成するために必要となること

これまで述べてきたことが実現するためには国民的合意が必要となる。精神障害者もノーマライゼーションの理念の下、できるだけ地域で分け隔てなく暮らせるようにすべきである、という合意の形成に向けて、普段からの教育・啓発活動を、国をあげて行っていくことが求められる。

澤 温、松原三郎、山角 駿

1. はじめに

私達は、これまで民間精神科病院を運営してきましたが、わが国の精神科医療改革の必要性を痛切に感じてきた者です。今回の政策構想会議では、私達は入院医療 WG の検討委員または検討協力委員として参加し、意見を述べてきました。しかし、今回の政策構想会議に出席の専門家の大半が、大学、公的医療機関（自治体病院等）、あるいは、総合病院精神科の方達であり、最終的な報告書としての意見集約では、私達との間で幾つかの意見の相違を認めます。

今回の政策構想会議開催の意義は大きく、内容的にも私達も賛同する部分が多いことも事実です。従って、この勢いを止めることなく、まず報告書を提出することは大切なことと考えます。そこで、私達との意見との相違点を明確にし、別個に意見を述べることにしました。

2. 同意する内容

（提言 1）当事者、ならびに、ご家族の意見を尊重して精神医療の政策を進めることは当然のことであり、また、病状の説明や家族への支援を十分に行うためには、現状の人員基準を大幅に引き上げる必要がある。

（提言 2）24 時間アクセスができる精神科救急医療を構築し、全国に広めることについては、重要な施策として進める必要がある。

（提言 3）既に、医師や看護師だけでなく、多職種がチーム医療として関わることで、大きな治療効果が得られている。各種の療法も含めて多職種による治療システムの導入を急ぐべきである。

3. 意見が異なる部分：（提言 4）総合病院有床精神科の活性化について

総合病院精神科は身体合併症を持つ精神障害者の治療、コンサルテーションリエゾン医療、あるいは、自殺未遂例、摂食障害、離脱症状など、身体症状と精神症状の双方の治療も並行して行う必要がある場合には極めて重要な役割を持ちます。現状では、総合病院精神科で身体合併症治療が必要で入院をしているのは約 20%にすぎません。身体合併症の患者さんの受け入れが円滑に行われているとは言えないのが現状です。総合病院有床精神科については、その機能を明確化し、身体症状関連の治療に特化すべきです。

これからの精神科医療の中では、多種類の機能を持った精神科専門病院が重要な存在になります。各地域に中核的な精神科専門病院があって、3 ヶ月以内の急性期治療から、1 年以内の退院を目指す回復期精神科医療、訪問看護や、生活支援、さらには、就労援助まで地域と密接した治療が幅広く行える精神科専門病院の存在が重要になります。このような観点からすると、総合病院精神科や大学病院精神科に偏り過ぎた精神科医療には問題があると思います。

4. 意見が異なる部分：(提言 5) 精神病床を半減し精神科医療の一般医療化を実現する
- (1) 精神科医療の質を向上させ、一般医療と同等のものを目指すことは、賛同します。また、そのためには、病床の大幅な削減が必要であることも認めます。しかし、医師数 16 対 1 を実現するためには、さまざまな課題を検討する必要があります。
- (2) 医師数と病床数の関係は 100 床当たり 3.2 人の医師数から算出されていますが、外来患者 (48.5 人) には 1.2 人の医師が必要ですし、また、後述する病床転換型施設にも 100 対 1 程度の医師が必要としますから、60~65%の削減が必要になってしまいます。このような急激な変化が起これば、現在入院中の人達の処遇は危機的な状況に陥ることが予想されます。このためには慎重な計画を立て、一定の年限をかけて実行に移す必要があります。
- (3) 現在入院中の患者さんの病状に応じた計画作りから始める必要があります。精神症状が長期間にわたり重度な人達、慢性的な身体合併症のために退院が困難な人達、高齢であるために地域での処遇が困難な人達、さらには、比較的精神症状は安定していても手厚い生活支援等が必要であるために、一定期間の生活訓練が必要な人達。これらの人達へのきめ細かな対応を決定する必要があります。
- (4) 病床削減を実現するためには、一定期間は病床転換型施設が必要になります。このことを、当事者の方々、家族会の方々も含めて合意がなされる必要があります。
- (5) 地域での支援体制を確立する必要がありますが、特に、医療保険部分の地域医療への拡大が必要になります。訪問診療、訪問看護、デイケアなど、医療として支える部分の財源を確保する必要があります。また、障害者自立支援法によるサービスの拡大も必要です。これらの整備状況に応じて地域移行が行われるべきです。受け入れ体制のチェックはとても重要です。
- (6) 病床削減によって、急性期治療部分への人的、あるいは、保険財源の移動は可能かもしれませんが、地域移行のための医療保険財源と自立支援法のための財源、さらには、高齢精神障害者のための介護保険財源など、新たな財政措置が必要となります。この部分をしっかりと要望しなくては、病床削減は成功しません。

専門医療 WG

〔目標〕専門医療の充実

要 旨

1. どこでも誰でも、当事者と家族を尊重した、充実した専門医療を受けられる
2. 多職種チームによる診療を中心に置く
多職種チームによって診療時間を十分とり、悩みや苦しみを聴取して適切な専門医療を提供し安心して生活できるようにする。
3. 精神科医等の精神科医療従事者の診療水準の向上を目指す
専門医教育および試験を整備し、生涯教育を充実させると共に、当事者・家族の会、多職種の研修会にも出席して研鑽をつむ。
4. 診療ガイドラインを開発し、多剤大量処方による弊害をなくすため、端在処方を促進し、心理社会的治療の併用を促進する
診療のばらつきが多いため、標準化された診療指針の作成とその実施を徹底し、薬物療法を多剤大量療法から単剤療法を中心とした治療に切り替えていく。精神療法、心理教育、家族支援等の心理社会的働きかけを充実させる。とくに有効性が確認されている認知行動療法を普及させる。
5. 児童思春期精神疾患、うつ病等ストレス関連疾患、依存症（特に薬物）、身体合併症、認知症の専門医を増やし、専門施設を整備・普及する
6. うつ病等の精神疾患の早期発見と統合的治療を推進するため、精神疾患診療連携拠点と臨床研究拠点を全国に設置する
うつ病では自殺、慢性化、生活習慣病などとの合併が問題で、早期に特徴を見抜き外来、入院（ストレスケア病棟）、他科とのリエゾン、復職デイクケアなど統合的な治療を必要とする。このため、うつ病等の精神疾患診療連携拠点と研究拠点を全国に設置する。
7. 各施設の診療成績を開示する
各施設の診療成績を開示し診療施設の選択に役立てる。

提言起草委員：小島卓也，大野裕

協力委員：市川宏伸，斉藤万比古，貝谷久宣，古川壽亮，広瀬徹也，神庭重信，斉藤利和，松本俊彦

竹元隆洋，朝田 隆，斉藤正彦，佐藤茂樹，藤原修一郎

A. 当事者・家族のニーズ

1. 多剤大量療法

多剤で大量の薬が処方されているが大丈夫であろうか

2. 診療時間が短い（3分診療）

副作用の話を聞いてもらいたい、相談したいと思っても話す時間がない

3. 家族支援について

本人が不安定なために家族が不安で緊張しているが相談に乗ってもらいたい

4. 診断や治療が施設毎に違っている

施設によって診断や治療がまちまちで心配になる

5. 主治医との関係について

主治医は当事者の話をもっとよく聞いてほしい。一方的に話を打ち切ったり、押し付けたりされると信頼できなくなる

6. 治療成績の開示

自分の病気を治してくれる施設はどこか情報を教えてほしい

7. 専門医と専門病院の不足

子供が発達障害らしいのだが専門の病院に相談したら半年先と言われた

薬物依存症患者といったらいくつもの病院やクリニックからうちでは診られないといわれた

子供が精神科の病院に入院中に身体の病気になったら、総合病院で診療してもらえず、とても不安になった

医者は、はじめはうつ病だから必ず治ると言っていたのに、6年も経つのに治らず困っている

若年認知症になって就労に対する協力が得られない

きちんと診てくれる認知症の病院が少ない

認知症で精神症状がでたら増量した薬物の副作用で肺炎がおきてしまった

B. 現状の分析と改革目標の設定

1. どこでも誰でも、当事者と家族を尊重した、充実した専門医療を受けられる

上記の当事者・家族の訴えは、専門医療が適切に行われていない場合があることを示している。なお、現在二次救急を自傷・向精神薬大量服薬で受診している極めて多数の人々は、反復受診も多く自殺のリスクも高い群であり、医療資源の面からも、精神科医療が対処すべき問題である。

当事者や家族の立場に立った医療が行われず、施設の都合で考えられており、医師の経験不足、精神科医療水準の低さ、関心の低さなどをあらわしており以下のような対策が必要である。

2. 多職種チームによる診療を中心に置く

患者数の増加に伴って3分診療等、診療時間が短いことが指摘されている。また、薬物療法が中心で、時間をかけた精神療法や家族療法、心理教育、家族支援などを行う機会が少ない。多職種（医師、看護師、臨床心理職、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師等）によるチーム医療を導入し、多面的に情報を収集して当事者を深く理解し、必要に応じて十分時間をかけて対応できる診療体制に変えていくべきである。換言すれば、多職種によって傾聴と共感を基盤に信頼関係を構築し、専門的技術を提供し、当事者および家族が安心して生活できるように支援していく。

3. 精神科医等の精神科医療従事者の診療水準の向上を目指す

精神科医は当事者の話を傾聴し共感しつつこころの全体像を把握するとともに症状・状態像を把握して診断し、どのような治療法がもっとも適切かを判断し治療計画をたてる。

「専門家－依頼者関係」のなかで適切な精神療法を行い、適正な薬物療法を行うとともに、チーム医療の中の精神科医としての役割を果たしていく。また、状況に応じて治療を見直していく。これらのためには専門医教育およびその評価（試験）、生涯教育の整備および改善のみならず、研修段階で当事者・家族と交流し彼らの目線で考える体験をする。また、多職種の研修会に出席してチーム医療の一員としての立場と協力の仕方を学ぶ。このようにして診療の質を向上させる必要がある。

4. ガイドラインの作成と実施、および適正な薬物療法、心理社会的治療の充実

① わが国では診療指針（ガイドライン）は疾患ごとに、いくつかの学会で出されているが標準化されておらず臨床には普及していない。したがって治療法などにおいて施設による相違がみられる。ガイドラインの標準化およびその実施の徹底が必要である。

② 多剤大量処方の改善

わが国においては諸外国に比べて、統合失調症患者に対して多剤で高用量の抗精神病薬が投与されており、気分障害患者に対しても多剤投与が目立ち、副作用で苦しむ場合がよくみられる。単剤治療（同一系統の薬剤は1種類とする。薬剤を切り替えるときには前薬を残さない）を中心にした薬物療法に変えていくべきである。別の問題として、向精神薬処方は、処方薬依存の問題や大量服薬・自殺とも関連している。

③ 心理社会的治療の充実

薬物療法のほかに、種々の精神療法、心理教育、家族支援などが必要であるが海外で有効性が確認されている認知行動療法等を普及させ、うつ病や不安障害の臨床に役立たせる。英国では軽症のうつ病には薬物を用いず認知行動療法が推奨されている。わが国では認知療法学会の会員が中心になって使用しているが一般には十分広まっていない。

5. 児童思春期精神疾患、依存症、身体合併症、精神および行動障害症状（BPSD）をとともなう認知症等の病態治療の専門医を増やし、専門施設の整備・普及する

① 児童思春期精神疾患

児童精神医学の領域では受診者が急増している。中でも発達障害が増えているのが特徴である。また、精神保健とも重なりながら診療対象の拡大（不登校、引きこもり、家庭内暴力、いじめ、虐待など）もあり、児童精神科医と診療施設が圧倒的に不足している。医科大学、大学医学部に児童精神医学講座はほとんどなく卒前卒後の医学教育自体が不十分であるため、児童精神科医の養成は決定的に遅れている。最近、東京大学医学部にわが国初の児童精神医学講座が設けられることになったが、ブロックに1箇所程度設けるべきである。また、児童精神科医療の可能な医療機関の増加が必要である。また、成人になっても発達障害は続くため、成人の発達障害を診る医師と施設が必要であるが成人発達障害の医療施設は皆無に近い。統合失調症に比べて治療が個別的で複雑であり、精神科病院などでは対応が不十分である。

② 依存症

薬物依存症は増加しているが専門的に治療するプログラムを持った施設および精神科医は極めて少ない。それぞれが専門技術をもった多職種による地域ネットワークをつくり自助グループとの連携をはかることが有効である。治療プログラムとしてはワークブックとマニュアルに基づいた簡便な認知行動療法が取り入れられはじめているが、一部で内観療法も用いられている。治療システムと治療プログラムを明確化し普及させるとともに、一般精神科医療者の忌避的感情を低減し、専門医療機関の乏しさを補うネットワークの構築が必要である。また、司法関連機関との連携も重要である。

③ 認知症

若年性認知症の当事者・家族では経済の問題が大きい。介護保険では、年齢制限を緩和して対応されているが、医療面での経済的対応も必要である。また、専門医については、真に診断応力のある医師の公開が求められる。行動異常・精神症状をもつ認知症に対して心身両面からの高度の対応が必要であり、亜急性期の身体合併症と合わせて入院が困難であり、対策が急務である。24時間の在宅介護などとの連携も必要である。

④ 身体合併症

精神疾患患者が身体合併症に罹患し重篤となった場合、他科の治療を必要とするが、入院治療を拒否されることが珍しくない。総合病院の精神科が受け皿になるが、精神科医不足や他科に比して極端な低医療費のために総合病院の精神科病棟が病床削減や閉鎖に追い込まれている。総合病院精神科の再建・充実が必要である。

⑤ 自傷・大量服薬・自殺予防ユニット

内科、外科との連携が可能な精神科あるいは精神科病院に、自傷・大量服薬・自殺予防ユニットを設ける。自傷・大量服薬は自殺のリスクが高い人々であり、現在は主に多数が二次救急を、一部は三次救急を受診している。反復する事も多く、行動上の問題を抱えている人も多く、精神医学的な介入が必要であるが、今まで精神科医療は本格的には取り組んでこなかった。外国では既に外来、入院のユニットができ、診療実績も10年以上に及んでいる。精神科医療が及んでいない領域であり、自殺予防の点からも、専門医療の課題であり、取り組むべきである。

6. うつ病等の精神疾患診療連携拠点と研究拠点を全国に設置する。

うつ病では、自殺率が注目されているが遷延例、社会復帰困難例など慢性化が問題であり、当然のことながら自殺率も極めて高い。一口に遷延例といっても、潜在的な双極性障害、非定型うつ病など、様々な場合があり、うつ病の亜型毎に、適切な治療を行えるような病型分類と、その診断法が必要である。まず早期に適切に治療し遷延化させないことが重要であるが、遷延化した場合、適正な薬物療法、認知行動療法やmECTの併用、入院により治療環境（家族との葛藤、独居による自閉的生活）を変え遷延化の分析およびそれに対する治療の試み、復職デイクア（集団精神療法）の参加など当事者の特徴にあったきめ細かな統合的な治療が必要である。また、うつ病はがんや循環器疾患、アルコール依存症などと併存しやすく、他科とのリエゾンをしばしば必要とする。これらのためには地域医療や医療資源を統合し連携するセンター機能が必要である。うつ病等の精神疾患の早期発見と統合的治療を推進するため、うつ病等精神疾患の診療連携拠点が地域に配置する事が必要である。また、その中には大学等の教育研究病院や研究施設との連携による研究拠点病院も都道府県に1箇所程度設ける事が必要である。地域の疫学データや医療資源を調査し、また、研究機関の臨床フィールドとして機能する。

7. 治療成績の開示

現状では各施設の治療成績を開示しているところはほとんどなく、国民が医療機関を選択するための資料が少ないので、治療成績を開示すべきである。またこの開示には、同時に地域に設けられる評価委員会の評価結果と併せてホームページ上に開示することが必要である。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. 多職種チームによる診療

外来診療や入院診療の中で精神科医だけでなく、看護師、精神保健福祉士、臨床心理職などが当事者や家族の不安を受け止めるだけでなく、発病からの経過や病状などを聞いて診察に関与することは多い。ACTや訪問診療などでは既に多職種のチームを形成し活動しており、英国の精神医療でも多職種チームが中心になっている。それぞれの異なった職種の専門家が関与することによって当事者の問題を医療・保健・福祉等の複数の側面から正

しく把握することができる。初診時に精神科医が診断・治療など包括的に方針を打ち出し、チームで治療することが3分診療から脱却し、必要な診療時間を確保することになる。

2. 精神科医の診療水準の向上を目指す

日本精神神経学会の専門医制度は平成21年度から試験開始になり10症例以上のレポート提出、筆記試験、面接試験が行われている。まだ始まったばかりで、今後の精神科医の診療水準の向上は試験制度の改善、例えば実技としてロールプレイなどで実際の診療能力を評価する方法を導入するなどの工夫が必要である。

また、教育の段階で系統だった精神療法の指導が行われていない。平成22年度に認知行動療法が診療報酬に掲載され講習会やスーパーバイザーによる指導が始まっているが、専門医の教育にも定着させていく必要がある。当事者や家族のニーズを理解するために専門医教育の段階で家族会に参加すること、チーム医療を修得するために多職種による研修会に参加することも有効である。

3. ガイドライン、適正な薬物療法、認知行動療法

診療ガイドラインについては日本精神神経学会が出している性同一性障害に関するもの、精神医学講座担当者会議が出している気分障害治療ガイドライン、統合失調症治療ガイドライン、厚生労働科学研究費などを用いた各種疾患のガイドラインなどがあるが標準化されていない。

多剤大量療法については、エビデンスが得られている。統合失調症患者に対する抗精神病薬併用投与に関する国際比較では、2剤以上の使用が80%を超えており第1位である。抗精神病薬の投与量の比較でも海外の2つの論文がわが国では海外よりも大量の抗精神病薬が使用されている可能性を示している。また、抗精神病薬の組み合わせが有効であることを支持する証拠はほとんどない。それによって高用量になり、副作用のリスクをあげてしまう。多剤大量療法が有効とはいえないという結論は得られている。特定抗精神病薬治療管理に関する加算が導入され、多剤治療から非定型抗精神病薬による単剤処方の動きが僅かながらみられている。

認知行動療法がうつ病治療に有効であるということ、薬物療法と認知行動療法を併用すると更に有効であると言う論文は多く、本邦でも少数例であるが比較試験で有効性が確認されている。認知行動療法の普及が精神科医の診療水準の向上につながるものと考えられる。

4. 疾患別

① 児童思春期疾患

専門的入院医療施設は不足しており、専門病床を持つ児童精神科は、東京では2/135(専門/全体)、全国で約20/1600である。成人発達障害者の治療に対して稼働している医療施設は皆無に近い。専門性ある医師が不足(児童青年精神科、小児科)し、数少ない医師に集中してしまう。専門性ある多職種医療スタッフも不足している。

② うつ病・不安障害

うつ病患者の30～40%は寛解に至らず慢性化するといわれている。慢性うつ病については、海外の大規模の追跡調査研究でも治療に参考となる明確な要因はわかっておらず、この結果は事例の集積が重要で個々の症例に応じたきめ細かな治療の必要性を示している。骨折後のリハビリ、病前の趣味と関連した作業療法、入院後に気のあった仲間ができたこと、孫の世話をするようになったこと等が契機になって数年来のうつ病性自閉から回復したという報告は注目すべきである。復職デイクケアなどにおける集団精神療法なども盛んに行われてきており、当事者の特徴分析とそれにあった治療法の選択が必要である。MRI（脳の形を測定）やNIRS（脳の血流を測定）の情報も状態像の鑑別に役立つ場合があり、今後使用頻度は増加するであろう。

③ 依存症

一般に精神科医療機関は依存症患者に対して忌避的であり、ごく少数の専門医療機関・専門医に丸投げされているのが現状である。すでに厚生労働省精神・神経委託費研究の成果を踏まえた診断・治療ガイドラインが刊行されているが、その内容は中毒性精神障害に偏っており、依存症自体の治療論や地域支援のあり方に関して、実証的根拠に裏打ちされた具体的記述は乏しい。一般の精神科医療援助者が自信を持って依存症患者の地域支援ネットワークに参加できるような今日的な水準の具体的な治療・対応ガイドラインが必要である。その意味では、現在一部の施設で行われている、ワークブックとマニュアルに基づいた認知行動療法プログラムは、期待できる試みである。

④ 認知症

厚生労働省研究班により、若年性の認知症の疫学的推計値は示されている。これに基づいて必要な予算も算出できるはずである。変性疾患の職業訓練は新たな課題で知見は乏しい。現在、厚生労働科学研究費により、医療系と介護系、医療系内部における連携・協力状態について調査が進行中である。

⑤ 身体合併症

身体合併症治療においては、救命救急医療との連携が重要である。平成20年に新設され、救命救急センターを有している病院への設置を要件とする精神科救急・合併症入院料を算定する総合病院精神科病棟では、自殺企図者や精神疾患患者に併発した身体合併症に対し適切な医療が行われている。精神科医療と一般医療、中でも救命救急医療との連携の拡大が必要である。

⑥ 自傷・大量服薬・自殺予防ユニット

自傷・大量服薬ユニットについては、英国では17年の歴史があり、良い成績を残しており、英国の自殺予防・自殺減少に貢献している。

5. 治療成績の開示

医療の質の評価は、①アウトカム評価、②過程評価、③構造的評価に分かれているが、20世紀前半は構造的評価が大きかったが、1980年代後半からアウトカム評価、過程評価の占める割合が大きくなっている。質を表す指標（インディケーター）としては、処方パターン、在院日数などがあるが、うつ病などに関する適切な指標は示されていない。

適切な指標の開発が急がれる。

また、併せて評価委員会の評価と一緒に、ホームページ上で公開されるようにする。

D. 具体的な改革案

1. 診療指針（ガイドライン）の作成

責任ある学会が共同で作成し標準化する。作成過程で当事者・家族、経済学者などの意見を聴取する。関連学会は完成したガイドラインの実施を徹底させる。

2. 向精神薬治療の単剤化の促進

初診時医師一当事者間で診断、治療計画を説明する中で単剤治療（同一系統は1種類）か複数剤治療かの確認を行う。複数剤使用の場合当事者の承諾を得る。

3. 認知行動療法の普及

専門の研修センターを設置する。受講者は一定の日数のロールプレイを伴う研修に参加し、その後2例の症例の録音記録に基づいてスーパーバイザーから指導を受ける。その研修の成果について国際基準の尺度を用いて評価し、さらに15例の面接記録を提示して評価を受けた上で認定を受ける。評価に際してインターネット（IT）を活用する。普及についての公的援助費を必要とする。

4. 外来診療にチーム医療体制の導入

初診患者について精神科医が診断し、精神科医による指導の下、多職種チームによる治療計画を提示し患者一スタッフ間で合意が得られたら、その後は精神科専門看護師、臨床心理職、精神保健福祉士、作業療法士等によるチームで診療する。チーム内での検討会を週1回行う。2ヶ月に1回以上精神科医が診察する。

5. 各施設において治療成績を開示

利用者の便宜を図り、併せて診療能力向上に資する。自発的に治療成績を開示する。当事者・家族、有識者を含む評価委員会を設置し、定期的に施設から治療成績を聴取する。発表を推奨する指標（インディケーター）については別途開発する。

6. うつ病等の精神疾患診療拠点の設置

地域の精神保健医療従事者をネットワークで有機的に結びつけ、うつ病等の精神疾患の啓発・予防、早期発見から社会復帰までを円滑に進めるうつ病等の治療パスを開発し運営するため、各県にうつ病等精神疾患診療拠点を一ヶ所配置し、県内に地域うつ病等精神疾患診療拠点を複数置く。この拠点は将来、すべての精神疾患を対象とする精神疾患診療連携拠点へと発展するものである。

7. 児童思春期精神障害、薬物依存症、認知症、身体合併症、ストレス関連疾患（遷延うつ病、摂食障害など）等の外来・入院治療体制を明確にし、診療報酬を見直し診療内容の向上をはかる。

① 児童思春期疾患

専門的医療機関あるいは児童精神科医療の可能な医療機関の増加，大学専門講座の設置，児童青年精神科の専門性強化，医師養成の加速化，児童および成人発達障害の受け皿の設置などが望まれる。

② うつ病・不安障害

うつ病の亜型に従って診断し，治療方針を立てる。当事者にあった治療法の選択が重要である。薬物療法はアルゴリズムに従った薬物選択とその後の独自の工夫を行う。認知行動療法を中心にした精神療法，集団精神療法，職場や家庭の環境調整などの心理社会的治療を薬物療法等と併せて行う。当事者にとって何が重要かを予測し，チームで計画的に治療し，定期的に見直す。

早期発見のための地域医療ネットワークを構築し，うつ病・不安障害の専門外来診療，入院診療（ストレスケア病棟），復職デイケアなどの一連の統合的な治療を行う。

③ 依存症

専門的医療機関あるいは依存症に対応可能な医療機関の増加，依存症に関する臨床経験の乏しい医療者でも実施可能な治療プログラムの開発と対応ガイドラインの確立，重複障害を抱える依存症患者の受け皿の設置などが望まれる。

④ 認知症

若年性の認知症に属する諸疾患について，特定医療の対象とする。職業訓練に関する知見・技術開発に対する予算措置を行う。日本老年精神医学会，日本認知症学会の協力で専門医を公表する。認知症患者の容態に応じて，しかるべき機関，施設で処遇されるようなシステムが必要である。合理的な根拠に基づいた評価表やパス図の作成が求められる。

⑤ 身体合併症

地域で中核的な役割を果たす総合病院における精神科病棟の再建および増加を図る。特に救命救急センターを有する総合病院に併設される精神科病棟を増やす。

⑥ 自傷・大量服薬・自殺予防ユニット

都道府県に1－2箇所，外来・入院のユニットを設ける。外科的処置とともに，認知行動療法等による自己評価と行動の変容，自殺予防の働きかけを，1－7日間程度の入院治療も含め，多職種チームによる働きかけを行う。

8. 研究の推進

適正な治療につながる疾患分類の確立，診断法の開発，根本的な治療法の開発のため，原因を解明する研究を推進する。このため，全国10ヵ所程度の基幹大学にうつ病等の精神疾患研究拠点を設置し，複数の大学から連携大学院をもって，教育研究に当たる。ただし「研究のための研究」にならないように，当事者，家族を含む委員会が研究をチェックする。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 診療指針（ガイドライン）の作成

ガイドラインは、国が責任をもって作成すべきであり、厚労省研究費等によって作成委員会を設置して作成する。

2. 向精神薬治療の単剤化の促進

初診時に多職種チームの相談によって治療計画を立てるが、その際診断、治療計画案を説明し、当事者も含めて話し合う中で確定する。なお、薬物の選択については、過去の服薬体験、副作用等も参考にして単剤治療を原則として処方を決める。このような手順で行われた単剤治療の場合診療報酬加算をつける。

3. 認知行動療法の普及

認知行動療法の普及に当たっては、負担なく適切な研修を受けられる機会を、厚生労働省として用意する。

4. 外来診療に多職種チーム医療制度の導入

初診時の包括的診断および治療計画の多職種チームによる作成とそれにもとづく診療が可能なように、診療報酬上の措置を講じる。

5. 各施設において治療成績を開示

各診療施設は別に定められる臨床指標について、その治療成績を開示する。また、各自治体が設ける当事者・家族、有識者を含む評価委員会は、各診療施設のヒアリング等によって診療施設の評価を行い、結果を診療施設に通知する。診療施設はホームページ上に公開する。

6. うつ病等の精神疾患治療の均てん化をはかるため、診療連携拠点としての機能を全国の基幹病院（各県一ヵ所）に設置する。その連携組織として、県内に地域うつ病等精神疾患診療拠点を複数設置する。

7. 児童思春期精神障害、薬物依存症、認知症、身体合併症、ストレス関連疾患（うつ病、摂食障害など）の外来・入院治療体制を明確にし、診療報酬を見直し診療内容の向上をはかる。

① 児童思春期疾患

診療報酬の加算（診療に要する時間を調査し、思春期診療加算を充実する。また、行動障害の重症度評価を行い、重症度加算を充実する）

② うつ病・不安障害

うつ病の亜型に従って診断し、治療方針を立てる。

早期発見のための地域医療ネットワークを構築し、うつ病・不安障害の専門外来診療、入院診療（ストレスケア病棟）、復職デイクケアなどの一連の統合的な治療を行う。重症

うつ病については、mECT 治療をはじめ、多職種による多面的な働きかけが必須であり、診療報酬上の加算をつける。

③ 依存症

今年度より重度アルコール依存症患者の入院治療に対して診療報酬加算がなされたが、薬物依存症患者に対しても同様の加算が必要である。また、薬物依存症患者にも同様の加算が必要である。

また、研修を受けた多職種が、当事者・家族の参加の下に依存症治療計画を作成した場合、ならびに、地域関連機関（保健所、保健福祉センター、保護観察所など）や民間回復施設との定期的なケア会議の開催を伴った外来治療に対しても、診療報酬の加算をし、地域の依存症支援ネットワーク構築を促進する。

④ 身体合併症

総合病院精神科病床の一般医療化までは、総合病院精神科の1人1日当たりの入院診療収入を内科外科などの一般診療科と同じレベルに引き上げる。救命救急センターを有する総合病院に精神科病棟を設置できるような補助金制度等の行政的支援の措置を講じる。

8. よりよい精神科診療を実現させるための研究の実施

よりよい精神科診療を実現させるために、文部科学省による基礎研究に加えて、厚生労働省は、新たな治療法開発や適切な診療が行われるようにするための臨床研究を促進する。当面、主要精神疾患の治療ガイドラインの開発と、施策の基礎資料として必須の疾患および診療に関する疫学データの集積を重点的に促進すべきである。疫学研究データには、精神疾患の脳科学的分子生物学的解明のリソースとなる研究資料バンクも含まれることが望まれる。

さらに、出生コホート研究を全医学・医療分野の協力によって立ち上げ、日本人の生涯精神保健データを得ることが、エビデンスベースの精神保健・医療施策を行うために必要である。

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

多職種チームによる診療活動に対する法的整備が必要になる。

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<1年以内>

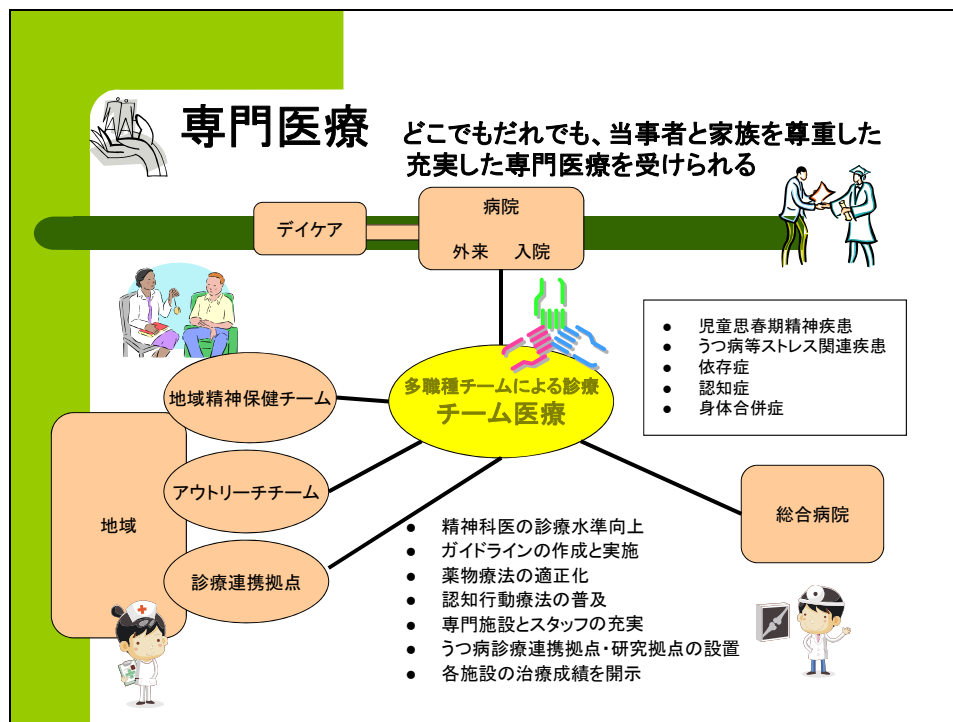
1. 認知行動療法（CBT）の研修の標準化をはかる。CBT 研修の組織、プログラム等の実情を調査し、標準化に向けた研修組織とプログラム内容の検討をただちに開始する
2. 精神科医療における薬物療法の適正化を急激に促進するために、入院診療だけでなく、外来診療においても抗精神病薬単剤治療を促進する診療報酬加算の検討を開始する

3. 入院診療と共に外来診療にも多職種チーム治療を導入した場合の医療費算定の方法と実際の検討を開始する
4. 診療報酬設定の指針を得るために、精神科入院治療に要する平均的な日数を主要な疾患について調査し、看護基準 10:1, 13:1 に対応する適切な在院日数を検討し、また重症度の影響の有無も調査する
5. 自治体に設ける予定の、診療機関評価委員会モデル的試行を行う
6. 児童思春期精神障害、薬物依存症、認知症、身体合併症、ストレス関連疾患（遷延うつ病、摂食障害など）、自傷大量服薬等の専門外来・入院診療施設の地域エリア別の必要数の調査を行う。

H. 改革を継続して完成するために必要となること

専門医療についても当事者・家族のニーズを主軸に考え、当事者・家族が治療チームによる治療計画作成や、診療機関の評価を評価委員会に参加して行うようにする。そしてその治療成績や評価を公開し、透明度のある治療を育てていくことが、専門医療の発展していく土壌になる。

評価委員会はまた、2 年ごとに提言が実施されたか、どの程度実施されその効果はどの程度であるか、実施されていない場合、どのような方法で実施して目的を達成するかをまとめて、厚生労働大臣に報告し、報道関係等を通して国民に報告する。厚生労働省はその結果を反映した施策を実施する。



家族（介護者）支援 WG

〔目標〕当事者を介護する家族を地域社会として支援

要 旨

入院中心の精神科医療の中で、地域での社会的支援が圧倒的に不足するわが国で、精神疾患のある人の介護（支援）の主な担い手は家族（介護者）であった。そして、精神保健福祉法における保護者制度はさまざまな役割を家族に課してきた。その上、精神疾患や療養についての正確な情報は極めて乏しく、家族（介護者）自身も混乱・不安の中で、手探りで介護・支援を行ってきた。家族（介護者）は精神疾患のある人の重要な支え手であるが、家族（介護者）自身も社会的に孤立しやすく、精神的・身体的・経済的な支援が必要である。

家族（介護者）も当事者とともに地域の中で孤立せず、自分の人生をあきらめずに送れるように家族支援の具体的な方法について提言する。

1. 家族（介護者）への実態とニーズ調査
2. 精神保健法による保護者制度の廃止
3. 家族支援専門員の養成と配置
4. 医療機関での家族相談の実施
5. 住まいの確保、医療と福祉が連携したケアマネジメントに基づく支援システムの構築、地域格差のない社会資源の配置
6. 家族会への支援

提言起草委員：伊勢田堯，堀江紀一，増田一世

協力委員：野村忠良，岡田久実子，島本禎子，川崎洋子，松沢勝，椎名謙，井手宏

野村義子，小笠原勝二，眞壁博美，沼田光子

A. 当事者・家族のニーズ

エピソード1

家に引きこもりどこにも行かない人は、家族が抱えている。誰に助けを求めてよいかわからない。家族・本人ともにストレスが高い。家族は自分の人生をあきらめるしかない状態におかれている。しかし、家族も希望をもって生きていきたい。

エピソード2

娘が突然発症し、必死な思いで医療につながったが、変わってしまった姿に何度親子心中を考えたか。自分は子どもをだめにした母親なのか、混乱と絶望感、訳のわからない不安があった。医療機関では病名も告げられず、安定したため服薬をやめた。その結果再発。病院を転院し、通院・服薬していても再発し、絶望の中にあった。医療機関で適切な情報提供があれば、娘の障害を軽減できたのではないか。病気の子どもが引きこもったり、昼夜逆転して夜間眠れなくても何の支援もない。

エピソード3

26年前、希望の高校に入学した矢先、娘が1年だけ休みたいと、そして引きこもり、昼夜逆転、過食……この娘をだれにも知られないうちに早く元に戻したいと願う愚かな母親だった。精神科に行くことは考えつかず、児童相談所ではこの家庭なら他の子も発症すると言われ、親の対応のまずさを指摘された。以降、長短20回の入退院を繰り返した。初めて統合失調症と告げられたのは娘が22歳の時。無駄な時間を過ごし、家族も壊れてしまった。保健所の保健師から家族会を紹介され、他の親たちの生きざまを知り、孤立感から救われた。

エピソード4

病気の兄弟とは離れて暮らしているが、いつも心配している。兄弟は、生活や経済が違いため、介護したいと思っても大きな制約がある。自分も幸せに兄弟も幸せに思うが、物理的、精神的な負担がある。親亡きあとは、兄弟が見るとするのは厳しい。

エピソード5

発症した弟の面倒を親に代わってみてきた。働いて弟を扶養してきた。弟のことに時間がとられて、旅行とか楽しいことを友人とすることも少なく、楽しいことがわからない悲しさがある。

エピソード6

両親が亡くなり、62歳の妹を兄の私が介護している。先々が心配だ。

エピソード7

私が12歳の時母親が発症した。重苦しい空気の中で生活していた。親の病気を説明してくれる人は誰もいなかった。私は自分の不安で泣き出したい気持ちに気づかず、50年以上たって気づき、大泣きした。

エピソード8

21歳で不安障害を発症。7、8分の診察の時間では困ったこと、言いたいことがたくさんあって話し切れなかった。家で人間関係にも困っていて、家族にも診察室まで来てもらって、具体的に理解してもらった。家族の協力なしにはもっと長期化していたと思う。

精神疾患の症状によって、コミュニケーションや人間関係に困難を生じるという特徴があり、身近にいる家族は本人への支援に多くの困難を抱える。さらに精神疾患への偏見・差別によって、社会とのつながりが断たれ、本人・家族は孤立しがちである。

また、精神疾患は、回復に長い時間が必要であり、場合によっては疾患に起因するさまざまな障害を抱えることになる。病気や障害を抱え生きるために社会的な支援に結びつけることも、経済的な負担も家族（介護者）が担うことになる。

本人が保健・医療・福祉の支援に結びついたとしても、家族相互の絆は本人・家族（介護者）にとってもかけがえのないものである。発症して混乱した家族全体の支援、家族関係の調整が必要だ。

1. 偏見・差別の除去

- ① 偏見・差別を除去するためにも精神疾患についての正しい知識を多くの人に知ってもらうための思い切った取り組みが必要だ。
- ② 精神疾患があっても適切な治療や支援があれば、地域で暮らせることを家族・本人が理解できるように伝えていく。

2. 医療へのニーズ

- ① 入院中に本人が病気を理解し、服薬を継続することの必要性、回復への道筋について理解し、退院後の生活が送れるようにしてほしい。そのために発症した本人と家族に対し、医療機関で疾患についての正しい情報、適切な療養についての丁寧な説明と情報が提供されること。
- ② 精神科以外の疾患についても安心して受診できるようにしてほしい。
- ③ 本人とは別に家族（介護者）の相談にも乗ってほしい。
- ④ 離れて暮らす家族にも本人の状態や治療方針などを知らせてほしい。

3. 家族全体への支援ニーズ

- ① 発症時には、家族全体が混乱している。家族の話を聴いたり、発症していない家族に病気のことをわかりやすく知らせたり、不安な気持ちを受け止めてほしい。ことに若い家族（介護者）は、親や兄弟の発症に遭遇し、家族全体の混乱に巻き込まれて生活を送っている。若い家族（介護者）への支援も重要だ。
- ② 引きこもっている人の支援は一手に家族が引き受けている。家族も疲弊してくる。そんなときに本人へのぬくもりのある語りかけと傾聴、家族の代わりに本人と外出するなどの訪問支援が必要だ。

- ③ 若い家族（介護者）は、身近な人の発症で不安定になりやすい。若い家族（介護者）に病気についての正しい知識を伝えたり、学習の手助けやゆっくり話を聴くなどの支援が必要だ。
- ④ 緊張状態の介護が続くと、家族（介護者）も疲れてしまう。家族（介護者）自身が疾患を抱えていることもある。家族がゆっくり休めて、自分の話を聴いてもらえる、安心できる場が必要だ。家族が休養をとっている時には、発症した家族を見てくれる人がほしい。
- ⑤ 発症した人が家族から離れても暮らすことができる支援が必要だ。そして、家族にはその様子を知らせてほしいし、家族の支援が必要なときは、関わりたい。

B. 現状の分析と改革目標の設定

1. 社会の偏見・差別

精神疾患の発症は、家族に原因があるとする社会、医療・福祉・行政関係者等からの偏見・差別が根強くある。その中で、家族（介護者）は発症した子や兄弟姉妹等への長期にわたるケアにエネルギーを注がざるを得なかった。

2. 国の制度、法律の不備

偏見を助長してきた背景には、法律の中で家族に治療を受けさせる義務・自傷他害防止の義務を定め、家族にその責任を長年負わせてきたことがある。現在の精神保健福祉法では、保護者として、精神障害のある人に治療を受けさせる役割、介護、社会防衛等の主要な役割を負わせている。現行の保護者制度は、本来公的に保障されるべき事柄を家族の責任に帰し、家族に犠牲を強いてきた。

3. 医療の問題

- ① 社会の中に精神疾患への正しい知識が広がっていないことや、閉鎖的な精神病棟の存在や入院中心の医療が偏見を助長してきた。
- ② 発症から適切な治療に結びつくまでに時間がかかり、疾患や障害が重度化している。
- ③ 医療法施行規則19条によって精神病床の職員配置は少なくともよい（精神科特例）とされている。精神科病院の中で人間らしい扱いを受けられず、精神科病院の中にこそ、もっとも偏見・差別があり、入院したことで自らの人生が終わったと感じた人も多い。現在の精神科病院のあり方が、精神疾患の回復を妨げ、家族（介護者）への負担を増している。
- ④ 一般の医療を規定する医療法では、精神病患者を精神病室でない病室に入院させない（医療法施行規則第10条）としており、精神障害のある人は一般医療のサービス享受できないという結果になっている。その結果、どのくらいの人が実際の被害にあっているか、その実態は把握されていない。

4. 教育機関の問題

学校教育期間での発症が多いにもかかわらず、教育関係者、保護者に精神疾患の正しい情報が届いていない。発症から治療に結びつくまでの期間が長く、その間の家族の負担は大きい。未治療期間が長いこと、治療中断による再発・重度化が、家族（介護者）への負担を増している。

5. 社会の支援システムの問題

障害や疾患のある人を支援するのは、家族の責任だとしてきた社会のあり方の中で家族は疲弊してきた。

誰とどこで暮らすかを選択する権利、地域で孤立せずに暮らすために必要な支援を受ける権利を行使できない社会支援システムの不備がある。

<改革目標の設定>

1. 精神疾患のある人・家族を孤立させないための家族全体を支援する仕組の構築

家族（介護者）は、家族の中で病気や障害のある人が生じることで、精神的な不安や悩みを抱え、介護のために仕事を辞めたり、兄弟姉妹が進学を断念するような状況も生じやすく、経済的な問題も抱えることがある。疾病や障害のある人や家族を孤立させないためには、社会全体が精神疾患への理解を深め、必要な支援を社会全体が積極的に行うという考え方を基本にした支援体制を構築していく。具体的には、家族が安心して相談できること、支援や介護に身体的・精神的に疲労した家族がゆとり休養がとれ、余裕をもって介護や支援ができるような支援者や支援機関が必要だ。

同時に家族全体を支援し、必要に応じて家庭に支援を届ける仕組みを創設していく。そうした仕組みが整うことで、回復を支援することが家族（介護者）にとって、やりがい、張り合いとを感じることを可能にする。

2. 家族（介護者）の意見を治療に反映させ、医療機関での家族（介護者）の相談を可能にする

発症した人の療養方法や回復について、家族は不安や悩みを抱えている。また、身近にいるからこそ本人の変化もわかる。本人とともに治療に参加し、医療関係者への相談を可能にするためには、診療報酬の改定が必要だ。

3. 家族（介護者）の疾患や治療方法、回復についての学習の機会を保障する

家族（介護者）が、疾患についての知識、治療と回復、地域サービス、危機への対応、自分自身をどう守るか、法律的な知識や権利擁護の問題など、系統的に学ぶ機会が必要だ。

4. 退院後の精神疾患のある人の生活について、家族が安心感をもてる支援システムの構築

家族（介護者）がいっしょに暮らす場合も、家族（介護者）と別れて暮らす場合にも、安定した暮らしと回復に向けた保健・医療・福祉の支援を全国各地に整えていく。

5. 家族会活動が回復に有効であり、大切であることを認め、支援する

家族同士の支え合いは、家族を孤立させず、回復に有効である。しかし、家族会活動を支える基盤がぜい弱で、会の運営に苦慮している。支え合いの活動が広がっていくためにも、家族会への経済的・人的支援が必要だ。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. 早期支援・家族支援のニーズ調査報告書（1485人の家族からの提言）

2009年に東京都精神医学総合研究所と世田谷さくら会による調査では家族支援の必要性について、以下の結果が明らかになっている。

- ① 2人に1人の家族が、信頼できる専門家に会えていないか、会えるまでに3年以上かかっている。
- ② 本人の介護のために40%以上の家族が職業生活の継続に困難をきたしており、家族の3人に1人が自殺を考えたことがある。
- ③ 70%以上の家族が、家族を専門的に支える専門家が不足していると回答し、家族支援の専門家の配置、経済的支援、家族が休養できる施設の整備を求めている。

2. 精神障害者の自立した地域生活を推進し、家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査報告書（4419人の意見）

2009年に全国精神保健福祉会連合会は上記の調査を実施し、以下のような結果が明らかになっている。

- ① 本人の病状が悪化したときに、本人がいつ問題を起こすかという恐怖心が強くなった64.8%、家族自身の精神状態・体調に不調58.7%、仕事を休んで対応する47.3%、家族が身の危険を感じた30.9%となっている。約半数の家族が近隣とのトラブルなどが生じ、孤立感を覚えたことがあると回答している。
- ② 家族を対象としたサービスがほとんどなく、8割以上の人々が家族が定期的に相談できる専門家、訪問してくれる専門家を求めている。
- ③ 専門家に対して、本人の自立の準備のための働きかけ（62.4%）、診察時や必要に応じて病状や治療、回復の見通しの説明（58.1%）、本人の病状が悪くなったときに訪問し、危機状態を脱するまでの支援（53.2%）を求めている。
- ④ 8割の家族が本人と同居しており、約3割の人が何の支援にもつながらず、家に引きこもっている。
- ⑤ 家族は高齢化への不安（84.1%）、家族の病気（56.5%）、収入の減少（52.3%）といった将来への不安を抱えている。

3. 英国における家族支援の取り組み

英国のジョー・スミス博士（臨床心理士・英国国営精神保健発展ユニット（英国国立精神保健開発機構）、全国共同早期介入責任者）は、家族支援の必要性を次のように述べている。

多くのサービスユーザーが家族と同居し、あるいは密に連絡しながら生活している。サービスユーザーの状況を理解するには家族との接触が必須であり、家族は患者にとって何

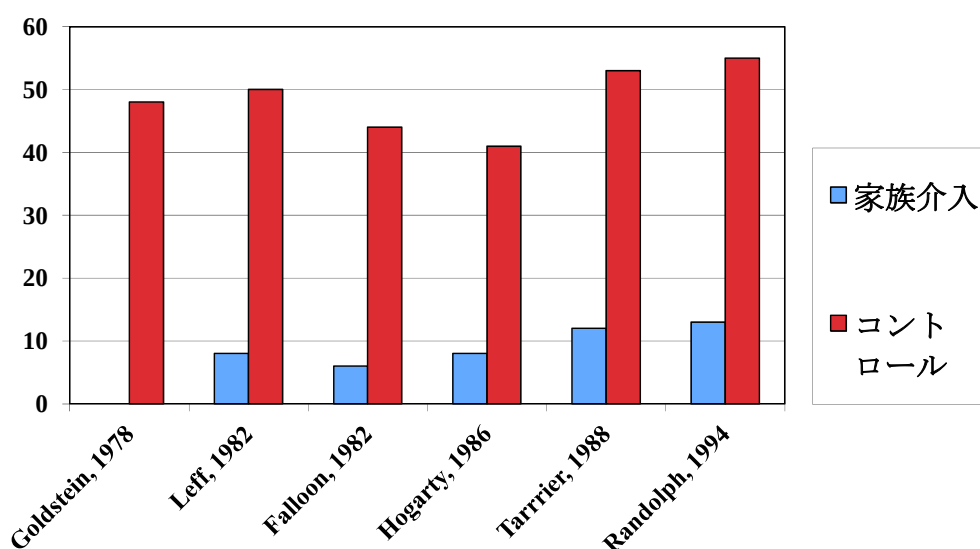
が有効であるかについて貴重な情報をもっている。さらに家族はサービス発展に情報を与える幅広い技能と知識を有している。そして、家族は年間数百ポンドの公的サービスを節減している。

一方で、長期の精神保健問題を有する人の介護をしている人は、精神保健問題を有する率が一般人口の3倍であることも指摘している。

介護者の回復のビジョンとして、まず介護している人が健やかであること、介護者が充実した生活を送ること、愛をもって離れる能力、ありのままを受け入れること、喜びが戻ることとしている。

そのための家族介入のアプローチとして、家族のニーズによる介入、情報共有、技能獲得とコミュニケーションを重視し、家族と専門家の共同作業関係の重要性を指摘している。研究の結果の1つとして、家族介入を行ったグループの再発率が大きく低下していることを示しており、家族支援が当事者の回復を大きく手助けすることを示している。

家族介入研究： 6-12ヶ月時の再発率



D. 具体的な改革案（数値目標と期限を含む）

1. 実態の把握

家族（介護者）の負担を始め、そのおかれている状況を明らかにしていくための実態調査を行う。先行事例を参考にしながら、全国的な調査を実施する。

2. 保護者制度の廃止

精神保健福祉法における保護者制度を廃止する。入院治療が必要な精神疾患のある人が入院に同意しない場合の入院の必要性の判定については、新たな機関を設置し、家族の同意による入院を廃止する。

3. 家族支援専門員の養成と配置

家族全体を支援する専門職としての家族支援専門員を養成する。家族支援専門員は他の職種と連携し、家族（介護者）の不安を軽減し、発症した家族との関わり方について家族（介護者）とともに考え、家族内のストレスの軽減を図る。

発症した人の兄弟や子どもへの支援も行い、家族の発症によって大きく環境が変化した家庭内の調整、必要な支援を行う。当事者・家族の経験と意見を反映させた家族支援専門員の養成のためのカリキュラムの開発を行う。

養成した家族支援専門員を当面は、現在の生活支援センター、精神科病院・クリニックに配置していく。将来整備される地域メンタルヘルスチームには必ず配置する。

4. 医療機関での家族相談

家族の相談が診療報酬に反映されるように、診療報酬の改定を行う。

5. 住まいの確保、医療と福祉が連携したケアマネジメントに基づく支援システムの構築、地域格差のない社会資源の配置

家族と暮らす精神疾患のある人への支援に加え、家族と離れて暮らす精神疾患のある人への地域医療・地域生活支援を進める。グループホームやアパートの確保、その人にとって必要とされる医療や保健・福祉が連携した支援を総合的にケアマネジメントして行う。支援の必要度は1人1人違いがあるため、誰とどこで暮らすかを選択でき、地域で孤立しない支援を受ける権利が行使できる支援システムを全国に整備する。

6. 家族会への支援

家族会活動が安定的に実施できるような場所の確保や人的な支援を行う。

E. 改革を普及させるために必要となる経済的基盤や診療報酬改訂

1. 調査研究費

すでに実施されている家族の実態を把握する調査結果をもとに、全国的な調査を実施する。その調査研究費が必要である。

2. 家族支援専門員養成のカリキュラムの開発研究費

3. 家族支援専門員養成研修のための費用

4. 家族支援専門員の配置のための費用

5. 家族相談のための診療報酬

医療機関で相談をする際の診療報酬の改定。

6. 家族（介護者）への体系的な学習プログラムの開発

7. 事務所費用と人的支援

家族会活動のための拠点として、恒常的に利用できる公的施設の提供、及び事務所借り上げ費用の補助を行うこと。その事務局運営のための人的支援が必要である。

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

1. 精神保健福祉法の改正
2. 医療法施行規則第10条、19条の廃止
3. 家族が医療機関での相談が安心して受けられる診療報酬の改定
4. 介護者支援法の制定
(精神疾患のある人の介護者に限った法律ではなく、さまざまな領域における介護者全体を包括する法律とする)

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<1年以内>

1. 実態調査の実施
2. 精神疾患対策基本法（仮称）の制定
3. 家族（介護者）支援専門員の養成に向けて養成プログラムの開発
海外の先行事例を参考にしながら、家族（介護者）支援専門員の養成にあたる。同時に、家族（介護者）・精神疾患のある人の視点を重要視した、養成プログラムを開発する。

H. 改革を継続して完成するために必要となること

1. 家族が医療機関で必要に応じて診察を受けられるようにする診療報酬の改定
2. 家族（介護者）の学習機会の提供
3. 試行事業の実施
モデル地区を全国に数か所選定し、養成プログラムを受講した家族（介護者）支援専門員を生活支援センターに配置し、試行事業を行う。
4. 家族支援専門員の配置計画の策定
1年～3年 500人の養成
3年～5年 1000人の養成
5年～7年 1500人の養成
＊ 進捗の管理と質の評価
5. 家族（介護者）支援システムの評価
6. 家族会活動への支援

人材育成 WG

〔目標〕利用者に役立つ人材を育成する

要 旨

わが国の精神保健医療福祉の領域における人材育成は、医療中心のモデルで行われている。また、当事者・家族の専門家に対する不安、不信、不満の声を出しにくい構造になっている。こころの健康に関する新たな制度を整備しても、制度を運営する人材の能力が不足していたりすると、その効果は実現しない。人材育成の課題は喫緊の課題でもあり、継続的に最重視すべき課題である。

人材育成に関する基本的な方針は、①利用者・家族の尊厳と権利を守り、信頼関係を構築できる人材を育成する、②チームワークや連携ができる人材を育成する、③病気だけでなく、生活や人生を相談できる人材を育成する、とした。具体的な提言として6項目を挙げる。

1. 病院モデルから地域ケアモデルに移行するための転換教育を行う
2. ピアサポーターと家族支援専門員制度を創設する
3. 基礎教育に地域ケアの視点を導入する（卒前教育）
4. 計画的な専門職教育を行う（卒後教育）
5. 一般医療関係者に臨床的な精神保健教育を行う
6. 学校教諭に対して、精神保健教育を実施する際の支援をする

以上を実現するために、ナショナルレベルの指導者養成センター、こころの地域ケア研修センター、精神保健福祉センター、臨床現場とをつなぐ総合的な人材育成システムを構成する。

重点課題

「こころの地域ケア研修センター（仮称）」を中心とした地域の人材育成システムを実現する。人材育成対象として、ピアサポーターと家族支援専門員を加える。

提言起草委員：小島卓也，西田淳志，野中猛

協力委員：奥村茉莉子，萱間真美，金田一正史，田中英樹，津川律子，末安民夫，増田一世，山根寛

A. 当事者・家族のニーズ

例えば、「患者と作る医学の教科書」(日総研出版, 2009)には次のように記載されている。
薬物療法だけで回復するのではないことを理解してほしい

入院中に病棟の職員が話し相手になってくれたり, 親身になってくれたりすることで症状の回復がみられる

精神科の看護師には職務の重要性を実感し, 心を育んでほしい, 感性を研ぎ澄ませてほしい, 共感の幅広さを求めたい

自分を無条件に受け入れてくれる人との出会いが重要で, 病院の医師などが高みから見下している場合には心が開けない

とことん安心して, 信頼できる医師になかなか出会えない」

などとある。

本会議の中では次のような発言があった。

(保健医療福祉システムの) 誰に当たるかで運命が違ってしまうことはやめてほしい

医者が病院の番人になっている

専門家の教育カリキュラムに当事者・家族を入れてほしい

当事者・家族の生活の実態を見てほしい

医師に気遣って, 本音が言えない

潜在的なニーズにも提案がほしい

精神科医の診療実態も調査すべきである

専門家になればなるほど話が通じにくくなる」

などとあった。

利用者の多くは施設内処遇モデルの中で, 緊張したまま専門家と会っており, 十分に本音を語れないつらさを述べている。生活実態を知り, 話を聞き, 語り合い, 普通の人として向き合ってほしいと希望している。現段階における精神科医療の現場に働く専門職に対する不満は大きい。しかも, そうした不満を表現しないままでの傾向も, 他の疾患領域に比べて大きいものと推測される。

B. 現状の分析と改革目標の設定

わが国において、精神保健医療福祉の活動に従事する人材をめぐる状況は、以下のよう
に整理される。

まず、精神保健領域の活動では、ややもすると症状中心に観察され、症状回復に局限し
た支援が行われがちである。しかし、利用者が困っているのは、症状だけではなく、生活
であり人生であるが、現在の専門職はそれを支援する能力が弱い。

次に、急性疾患モデルのまま、チームの活動が医師中心になりすぎている。現行ではあ
らゆる指示が医師に集中するため、他の職種が参加しにくいし、総合的なチームの能力が
発揮しにくい。これが症状中心で薬物療法中心、あるいはいわゆる「3分間診療」となっ
てしまう大きな理由である。

また、保健医療福祉政策の全体において、身体疾患対策中心が継続しており、こころの
問題、精神の障害について、十分な教育や資源配分がなされていない。診療報酬におい
ても、薬物療法が中心で、心理社会的アプローチに対する報酬がほとんどないか、極めて低
額になっている。

特に、精神科医療はこれまでの収容主義が解決されないまま精神科病院中心に展開して
いる。外来診療やアウトリーチにともなって、生活場面で支援がなされていれば利用者・
家族の言葉やニーズにふれやすい。しかし、地域の社会生活から隔絶された病院の中では、
専門職も視野が狭くなりがちで、本来の能力を発揮できない。

同様に、精神保健領域では、いまだに医療モデルが中心であり、第一次予防である保健
の活動、第三次予防である精神障害に対するリハビリテーションや生活支援の活動に対し
て、経済的にも人材的にも配置が弱いままである。現在の専門職の多くは、地域保健や生
活支援に関する知識や技術をもっていない。

最後に人材育成の現状にふれる。各職種の養成は大学もしくは養成校においてなされて
おり、専門職になってしまってから、あらためて連携が求められて、相互理解ができずに
行き詰っている。こうした弱点に対して、養成段階から各領域の学生が合同で行う連携教
育が試行されつつある。また、医学教育の中心的フィールドである大学病院は、医師、看
護師の他の職種がほとんどおらず、指導医自体チーム医療を体験していないため、卒前・
卒後教育で、チーム医療の教育、人材育成ができない。教育内容は精神症状や生物学的治
療が優先されがちである。正式なカリキュラムとして利用者や当事者が参画する体制はほ
とんどない。職種によって強弱はあるものの、一般に基礎研究に重きが置かれ、臨床技能
を育てる体制として極めて不十分な状態にある。

以上の状況が利用者に不満を与えている構造であり、わが国において改革が求められる
諸点であろう。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

養成段階から各領域の学生が合同で学習する連携教育（インタープロフェッショナル教育：IPE）は、わが国においても埼玉県立大学、群馬大学、新潟医療福祉大学などで試行が始まっている。2009年には日本IPE学会が誕生している。

世界で最も権威のあるコクラン・データベースでは2009年にとりあげられ、専門家の実践と保健の成果に多職種連携がどの程度に影響するのか、養成校段階の連携教育の有効性が研究されている。

卒後の初期研修および生涯教育について、わが国ではほぼ職種ごとの体系になっており、共通するカリキュラムではない。一方、たとえば英国では、保健医療福祉領域で働くすべての人に求められる能力が白書で規定されている（「能力ある実践家」2001）。この場合の能力(C)とは、専門的な知識(K)と、専門的な技能(S)と、専門家としての価値観や態度(A)の組み合わせを指している。専門性の程度によって5段階に分け、倫理的実践力7項目、基本的知識6項目、ケア過程能力12項目、介入能力11項目、応用能力31項目の計67項目が規定されている。これらの能力項目は、国の各種サービス計画(NSF)と連動している。

D. 具体的な改革案

改革の基本方針は次のとおりである。すなわち、

1. 利用者・家族の尊厳と権利を守り、信頼関係が構築できる人材を育成する
2. チームワークや連携ができる人材を育成する
3. 病気だけでなく、生活や人生を相談できる人材を育成する

である。

基本方針を具現化する提言を以下に6項目として提示する。

提言1: 病院モデルから地域ケアモデルに移行するための転換教育を行う。すなわち、現在まで病院を中心に働いてきた人々を地域ケアの現場に広げるために、一定の期間を限定した教育活動を集中的に実施する。その内容は、チームアプローチ、連携協働、アウトリーチ、地域ケア、人権擁護などに関する知識、技術、価値観である。演習や実習を活用して実践的でなければならない。

提言2: ピアサポーターと家族支援専門員の制度を創設する。ピアサポーターは、精神保健ユーザーとしての体験があり、一定程度回復した者が、自分の体験を活かし、新たなサービス利用者に対して支援し、同僚である保健医療福祉の専門家と協力するものである。発症以来の経験期間、一定の研修受講といった基準によって認定する。病院や地域生活支援センターなどに勤務して活動するが、雇用にあたっては合理的配慮のある柔軟な形態が求められる。

他方の家族支援専門員は、家族全体に注目して、家族全体を支援する専門職を指す。必ずしも当事者の家族体験者である条件を設定しないが、当事者の家族であっても一定の研修を受講した後に認定されるものとする。病院や地域生活支援センターにおいて家族の相談にのり、家族会等の支援も行う。同様に、雇用にあたっては合理的配慮のある柔軟な形態が求められる。

提言3: 医師を始め医療・保健に従事する全職種の基礎教育に地域ケアの視点を導入する。すなわち、初期の養成教育段階から、利用者中心の保健医療福祉サービス提供者としての人材を育成する。先に述べた連携教育を義務化して、各国家試験の出題基準においても連携に関する知識を規定する。また、地域ケアやアウトリーチに関する技術について、実習を重視して教育する。

提言4: 計画的な専門職教育を行う。いわゆる卒後教育であり、初期の導入教育と生涯教育とに力点が分かれる。いずれにせよ、利用者に役立つ精神保健専門職としての能力を身につけられるよう教育する。まずは、各職種共通項目と、その職種特有の項目とに分けて、求められる能力リストを抽出する必要がある。これらには、利用者・家族の尊厳と権利を重んじ、信頼関係を構築する能力、多機関の多職種と連携協働する能力、精神療法や認知行動療法など心理社会的アプローチを実践する能力、実存的な回復（リカバリー）を支援する能力、依存症や人格障害なども含めた総合的な支援能力などが挙げられる。次に、これらの能力を教育するための人材育成システムを想定する必要がある。これには、ナショナルセンターから職場内研修(OJT)までの場のシステム、初期研修から生涯研修までの時系列的なシステムを準備しなければならない。また、こうした人材育成の実績について機関を評価し、経済的評価など何らかのインセンティブを加える。

提言5: 一般医療関係者に対して、臨床的な精神保健に関する教育を行う。具体的には、身体各科の医師、看護師、保健師などの資格者が第一の対象者である。精神保健に関する基礎的な知識教育や情報提供とともに、精神科ファーストエイドの技術を学ぶ機会を設ける。精神科ファーストエイドは、「若手精神科医の会」によってオーストラリアのマニュアルが翻訳されており、講習会の開催が始まっている。各状態におけるアクションプランに共通する5項目が想定されている。すなわち、①自傷他害のリスクをチェックする、②判断批判をせずに話を聞く、③安心と情報を与える、④適切な専門家に行くように伝える、⑤自分でできる対処法を勧める、である（文科省科研費：精神科的早期介入と偏見除去のための臨床研修医への短期教育法の効果に関する介入研究）。

また一方で、精神科標榜なども含め、精神科医としての業務は精神科専門医に限るなど、差別化をする必要がある。

提言6: 学校教諭に対して、精神保健教育を実施する際の支援をする。すべての国民が精神保健に対する偏見を取り除き、当然に必要な知識を学ぶために、義務教育および高等学校段階における精神保健教育は決定的に重要である。この場合に、精神保健教育を実際に行う学校教諭に対して適切な支援や助言が必要となる。学校教諭に対する精神保健教育指導システムとして、オーストラリアの「マインドマターズ」がすでに翻訳されており、教諭対象の試行研修が始まっている。

以上の提言を具体的に実践するために、例えば次のような総合的な研修機構を提言する。国レベルでは、全体的な人材育成計画を立て、教育方法や教材を開発し、先端的な技術研修を試行する。全国に数カ所の「こころの地域ケア研修センター（仮称）」を設置し、集合研修や講師派遣、人材育成評価や研究を行う。各都道府県政令指定都市に設置された精神保健福祉センターでは、当該地域に必要な研修に焦点をあてて柔軟に取り組み、日常実践と組み合わせた研修を行う。

第1案： こころの地域ケア研修センター（仮称）は、認知症介護研究・研修センターに準じて、新設5カ所とする案。

第2案： 現在の精神保健福祉センターのうち、地方の中核である14カ所に教育機能を強化する案。

E. 改革を普及させるために必要な経済的基盤や診療報酬改訂

時系列的な順序により整理する。まずは提言1にあげた既存専門職の「転換教育」が急がれる。求められる能力リスト作成、研修方法の想定、研修の試行、全国的拡大、育成に関する評価といった一連の活動を指導するプロジェクトチームを設置する。このチームは中央の研修センターに置く。同時並行的に卒前教育、卒後教育、周辺の専門職教育などの総合的な教育計画と実施する永続的な組織を設置する。別に、各精神保健福祉センターの研修機能について、地域ケアへの転換教育のため、一定期間の集中的予算措置が必要となる。

一方、保健・医療に携わる各職種を教育する現場、臨床フィールド（大学病院他）が、例えば多職種チーム医療が実現していなかったり、保健所の現状のように訪問活動が極めて乏しく練っていたら、そもそもチーム医療の教育やアウトリーチの教育はできない。人材育成の教育ができるには、これら臨床フィールドを、相応しい状態に改善しなければならない。そういう予算措置は急務である。

F. 改革を政策として開始するために必要となること

<1年以内>

当面の「転換教育」を計画実施するプロジェクトチームを設置する。地域移行に関する予算を利用することは可能であろう。

G. 改革を継続して完成するために必要となること

こころの健康政策推進チームのもとに全国的な人材育成センターを設置し、総合的かつ計画的に人材を育成する方針を立て、その実施を指導し、それらの評価研究を行う。「こころの地域ケア研修センター（仮称）」を全国に数カ所設置する。各精神保健福祉センターにおける教育研修機能を強化する。

どのようにすばらしい制度ができたとしても、適切に制度運営をするためには、人材育成を欠くことができない点を再度確認することが大切である。

精神保健等医療サービスの質の保証と評価のシステム WG

〔目標〕国民のニーズに応える「高質」と「効率」の 双方を重視したサービスの実現

要 旨

当事者・家族をはじめとした国民のニーズに応える「高質」と「効率」の双方を重視した精神保健、医療および福祉（以下、精神保健等と略）サービスの実現のために、（１）地域こころの健康推進チームや医療を評価する市民や行政のシステムの導入、（２）質の保証されたサービスを推奨するガイドライン制定行政機構の設置、および（３）地方における精神保健等改革を推進・管理・評価する仕組みの設置を推進する。このために、次を提言する。

1. 新しい公共の創出により精神保健等改革を推進する
2. 市町村は「精神保健等サービス改革プラン」を作成し、実施する
3. 都道府県・政令市は「精神保健等改革プログラム」を作成し、実施する。また、キャッチメントエリアごとに「精神保健等専門員」と「精神保健等委員会」を設置する
4. 国は、精神保健等に関する政策、プログラムおよびサービスの科学的および社会的基盤を提供し、また精神保健等改革戦略を制定する
5. 改革推進のための評価を実施する

重点課題

当事者、家族、サービス提供者など全ての（利害）関係者が協同して評価を実施する。国や地方公共団体は、こうした評価により国民のニーズに応えられる高質かつ効率的な精神保健・福祉サービスを実現するため、提供されるサービスを評価する機関の設置、評価のためのガイドラインの制定、人材育成、その他の施策を行う。

提言起草委員：堀江紀一

委員：横山和仁，山谷清志，山内慶太，立森久照，協力委員：伊藤弘人

A. 当事者・家族のニーズ

当事者・家族のニーズをくみ上げるためには①「定点に設置される報知器」と②巡回型として問題を掘り起こす「パトロール」のような役割両方が必要である。すなわち①苦情を申し立てることができるオンブズ・パーソン，②マーケティング（市場調査）のように，地域社会において当事者や家族が如何なる課題に直面するか，どのような（潜在的）ニーズがあるのか掘り起こす仕組みである。

B. 現状の分析と改革目標の設定

1. 何よりも，当事者，患者などの当事者が医療，保健および福祉の全体にわたって必要なサービスを受受できるシステムを作り上げなければならない
2. システム設計・運用と評価は不可分である
3. 社会資源（予算，ヒトなど）の配分は評価に基づいて行われなければならない。かつ，評価の実施やその内容自体も評価されなければならない
4. 地域やサービス実施主体に応じた評価事項を設定する必要がある
5. 一方で，最低限度必要な評価事項（人権，医療水準など）は国レベルで定められる必要がある
6. あらゆる場面で情報公開を行う

個々の専門家が認識する課題が現場にはあるはずで，これを吸収する「コミッショナー」的なスタッフが，地域の医療機関等に置かれるべきである。これは上記の②の役割もはたすが，その基本は現場で何ができていないのか，現場で問題解決するときに何が障害かをさぐるポストである。医療の専門家と法律の専門家，自治体行政の管理と評価の専門家，ジェンダーの専門家が必要である。

1. 評価は，独立，中立および公正の確保を重視する
2. 評価は，当事者，家族，専門家等を含む第三者機関により行われる必要がある
3. 国は，評価の実施が中立・独立・公正を担保する枠組みの確立へと移行することを推進する責任を負う
4. 特に，直接的な対人サービスに関しては，数値のみではなく，質的評価も重視すべきである
5. こうした取り組みの一方で，行政機関は自身の活動を正しく評価し，精神保健等担当者および管理者の取り組みの質と量の向上に努める必要がある
6. 精神保健等サービスの質と効率の向上に努めつつも，公平性（サービスのアクセス）観点からも評価を行う

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

評価は、サービス・プログラムの実施現場（＝地域、医療施設など）で役に立つ情報収集ツールであり、①計画通りに実施されているか、②利用状況はどうか、③当初に想定した成果は得られているのかを分析し、また④想定外の悪影響や波及効果が出ていないかを調査すれば、サービス・プログラムの継続の可否、修正の要否、どこを改善すべきかが分かる。これにより、高質で効率的なサービスの実現をはかることができる。

従来、全国一律の「ばらまき」予算がみられたが、これは「やって終わり」、「やりっぱなしの予算消化」となることがしばしばであった。これからは、評価が適切に行われる活動に対してのみ、予算や人的資源が配布されるべきである。これにより、高質で効率的なサービスの継続望める。

D. 具体的な改革案

1. 新しい公共の創出により、精神保健等改革を推進する。

- ① 当事者、家族、および住民は、自らを核とする主体的かつ自発的な取り組みを進め、多様な人々・組織による「精神保健等コンソーシアム（相互支援の複合的な組織）」を形成する。また、すぐれた取り組みの発信と情報公開を行う。さらに、行政等の評価とその結果の公開を行う。
- ② 行政機関は、こうした人々の自発的な活動を支援するとともに、まず市区町村・政令市、それが難しい時には都道府県、そして国のそれぞれのレベルで当事者、家族、市民、サービス供給者、専門家等による評価を継続的に実施する仕組みを構築する責任を負う。
- ③ 特に、改革の進捗状況を明らかにするために、全国レベルで改革プロセスの評価を行う標準的枠組みを、国は整備する。

2. 市町村等（広域連合など）は、「精神保健等サービス改革プラン」を作成し、実施する。

- ① 専門職および担当者を置いた専門部門を設け、保健所やコンソーシアム等の当事者らの自発的活動と連携した活動を行う。
- ② 目標の設定と評価の実施にあたっては、当事者・家族、住民のニーズとこれらの参加による運営を重視する。

3. 都道府県・政令市は「精神保健等改革プログラム」を作成し、実施する。このために、キャッチメントエリアごとに「精神保健等専門員」と「精神保健等委員会」を置く。

- ① 都道府県・政令市は、精神医療、保健および福祉全般にわたる専門部門を設置し、専門職および担当者をおく。
- ② 都道府県・政令市の首長は、「精神保健等改革」の決意と方針の表明を行う。この表明では、当面する課題の明示、行政の姿勢、当事者や家族への支援および関係者への協力要請を含める。

- ③ 都道府県・政令市は「精神保健等委員会」の論議に基づき、医療、保健および福祉全般にわたる明確な目標の設定を行う。プログラム設計にあたっては、市町村や住民等の取り組みの積み上げと援助を行い、かつ行政組織の横断的連携をはかる。当事者・住民からの発動や医療機関や大学等との連携を重視する。
- ④ 「精神保健等委員会」は、当事者・家族、住民、評価と行政マネジメント有識者、および医療の専門家により構成され、都道府県・政令市が進める精神保健等改革のモニタリングと評価を行う。また、「精神保健等専門員」は、住民、有識者、専門家などから任せられ、市町村や当事者・家族、住民等の活動を援助する（注：上記A、Bを参照）。

「精神保健等専門員」は「精神保健等委員会」の議に基づき首長に対する勧告を行う権限を有し、首長はその勧告を尊重しなければならないものとする。

4. 国は、国民の精神保健等に関する政策、プログラムおよびプロジェクトの科学および社会的基盤を提供するとともに、精神保健等改革戦略を制定する。

- ① 医療、保健および福祉資源の公正かつ適切な分配を推進する。このために、精神保健等のための政策課題の優先順位の設定を行う。社会的負担をどの立場から把握するか、何を根拠に優先順位を設定するのかを明らかにする。さらに、改革戦略に沿った精神保健等サービスの目標（ガイドライン）を設ける。
- ② 評価の基準と運用指針を定め、かつ評価結果の公開を行う。当事者、家族および住民の評価やプログラム・サービスの立案への参加を促進するための仕組みづくりを推進する。
- ③ 精神保健等改革の科学的根拠や経済効果の研究を推進し、その成果（治療ガイドラインを含む）を積極的に公開する。このために、行政および民間の研究を推進・支援するとともに、各学会との連携と協力を行う。
- ④ 以上の根拠と評価に基づき、自治体や「精神保健等コンソーシアム」の活動への支援（財政含む）を行う。
- ⑤ 精神保健等改革の評価のための人材育成を推進する。大学、大学院、研究機関との連携を促進し、多様な専門職向けのヘルス・サービス評価の専門家育成コースの充実への働きかけを行う。また、評価への参画などによる人材交流を行う。
- ⑥ ①～⑤を推進するため、当事者・家族、住民や専門家による精神保健等改革会議を設置する。

5. 精神保健等改革の評価を実施する。

- ① 全国レベルでの精神保健等改革の推進状況を把握するためのプロセス評価を実施する。指標としては、
 - a. 地域メンタルヘルスチームの設置数
 - b. 精神保健等改革プログラムを作成した都道府県・政令都市数
 - c. 「精神保健等改革」の決意と方針の表明を行った首長の数
 - d. 精神保健等サービス改革プランを作成した市町村数
 - e. 評価やモニタリングの仕組みを整備した自治体数
 - f. 相談サービスの充実度などが挙げられる。
- ② 全国レベルでの精神保健等改革のインパクト評価を実施する。指標としては、
 - a. サービス利用者（当事者・家族）の満足度
 - b. 未治療期間
 - c. 当事者の社会機能
 - d. 自殺率
 - e. 医療費などが挙げられる。
- ③ 当事者、家族、サービス提供者からの苦情、改善要望、問題点の指摘などの情報を蓄積するシステムを構築する。
- ④ 以上は、精神保健等改革会議と連携して研究機関・大学等が実施を担当する。

E. 改革を普及させるために必要な経済的基盤や診療報酬改訂

メンタルヘルスチームを全国1,200箇所（人口10万人あたり1チーム）に置く予算は、大雑把にいて年間1,000億円程度と見込まれる（1チーム8,000万円／年）。その他もろもろの経費を含めて、年間2,000億円を計上すれば、かなり大胆な改革ができるのではないかと（人口10万人あたり1億6千万円強）。これは、精神科総医療費およそ2兆円の10％に相当する。

この10％相当額の投資は、下記参考資料の通り、早期介入を主体とする精神保健等改革による医療費削減効果を勘案すれば、荒唐無稽ではない。すなわち、国外の各種プログラム導入による医療費削減効果は、29.53％（オーストラリア）、17.4％（カナダ）、49.5％（スウェーデン）および6％（イタリア、シミュレーション）とされているからである。また、わが国における分析でも、入院型の治療の改革により29％～80％の精神科医療費削減が報告されている。

もし、控えめに20％程度の精神科医療費削減が可能となるのであれば、4000億円の効果となるため、便益/費用（B/C）は2となり、国土交通省による高速道路整備（延長）の「費用対効果分析」と比べても遜色はないであろう（同省道路局の個別道路事業評価では、高速道路のB/Cは1～3程度である）。

しかしながら、いわゆる医療費は診療報酬であり、これはいわばチャージ（料金）であ

って、社会が負担する真のコストの一部にすぎない。特に、社会的サービスやインフォーマルケアなど表に出てこない負担は大きい。いわゆる「精神科特例」において一般医療に比べて低いサービス水準が許容されていることは、その差を患者、家族、介護者等がコストとして負担しているものともいえる。従って、医療費削減のみに焦点をあてるのではなく、精神保健、福祉および医療を総合的に改革する必要があることはいうまでもない。

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

1. 国（政策レベル）

- ① 全国的な戦略を策定し、目標の設定を行う。また、評価の仕組みを設け、実施する。
- ② 国民の精神保健等に関する政策、プログラムおよびプロジェクトの科学的および社会的基盤の整備を行う。
- ③ 当事者、家族等のニーズを調査・分析し、これに応える精神医療、保健および福祉の総合的な改革を進める。
- ④ 地方自治体が重度精神障害者など特にサービスを必要とする者を把握し必要なサービスを届けるための、およびその活動をモニターするための、仕組みと資格を設け、実施しているかをモニターする責任を有する。

2. 都道府県・政令市（プログラム）

- ① 当事者、家族、住民のニーズを含む地域の実情と課題にあわせた「精神保健等」プログラムを策定・実施する。このプログラムは、医療、保健および福祉にまたがる総合的なものである必要がある。
- ② このプログラムによる課題解決に関する評価の仕組みを設け、実施する。
- ③ 市町村のサービスそのものや住民等によるサービス評価・自発的な活動を支援する。
- ④ 市町村が重度精神障害者など特にサービスを必要とする者を把握し必要なサービスを届けること、およびその活動をモニターすることを支援する責任と権限を有する。

3. 市町村（サービス）

- ① サービスを必要としている住民を把握し、その者が必要とする具体的なサービスの提供を行う。
- ② こうした取り組みとその成果に関する評価の仕組みを設け、実施する。小規模自治体は複数で広域連合方式による評価システムを作る。
- ③ 重度精神障害者など特にサービスを必要とする者を把握し必要なサービスを届けること、およびその活動をモニターすることに責任を負う。

G. 改革を政策として開始するために必要となること

<1年以内>

国は、早急に精神保健等改革会議を設置し、新法制定、法改正等を含む精神保健等改革戦略を制定する。また、改革戦略に沿った精神保健等サービスの目標（ガイドライン）を設ける。自治体においては、それぞれのレベルで、精神保健等サービスに対する当事者、家族、住民等のニーズ調査を実施し、専門家等の意見を聴取し、精神保健等改革の論議を行う。こうした事業のため、予算を計上する（人口10万人あたり1000万円として、約120億円）。なお、自治体における事業主体は自治体自身の枠組み内ではなく、住民等による自発的な取り組みを反映することが望まれる。

H. 改革を継続して完成させるため必要となること

<2～3年以内>

都道府県・政令市の首長は、精神保健等改革に関する決意と方針の表明を行う。これとともに、「精神保健等専門員」を任じ、かつ「精神保健等委員会」を設置し、改革と評価の枠組みを整備する（条例等を含む）。同様に、市町村は改革と評価の枠組みを整備する。こうした枠組みには、メンタルヘルスチームやコンソーシアム等も含まれる。国レベルでは、こうした自治体レベルの活動を評価し、優れた取り組みを行う主体に対して財政等の支援が行われる仕組みを整備する必要がある。

法律の整備 WG

〔目標〕精神保健関連法規の見直しと新しい法律の制定

要 旨

わが国における精神保健・医療・福祉に関する基本法である精神保健福祉法の中で、保護者制度は長年にわたって当事者の家族に重い負担を強いてきた。当会議は、保護者制度を廃止し、これに代わる新たな制度を制定することを提言する。また、精神医療審査会に当事者・家族が参加するなど、入院患者の権利擁護と精神科医療の透明性を強化することを提言する。

さらに、これまでに論じられてきた当会議の構想を実現するために、「こころの健康の保持及び増進のための精神疾患対策基本法（仮称）」の制定を提言し、その具体案を示す。具体案では、

1. 地域精神保健・福祉サービスの整備
2. 精神科医療の質の向上
3. 家族・介護者の支援体制の確立
4. 教育・啓発の強化
5. 人材育成
6. 行政体制・サービス評価体制の確立
7. 調査・研究の拡充

という7項目を基本施策として明示し、国と地方公共団体に精神疾患対策推進基本計画の策定および精神疾患対策推進協議会の設置を義務づけている。

検討委員：平田豊明，正木寛也，三國雅彦

提言起草委員：岡崎祐士，福田正人，岩成秀夫

検討協力委員：吉住昭

A. 当事者・家族のニーズ

現行の精神保健福祉法が規定する保護者制度は、当事者の家族に医療保護入院に際しての同意を求めているが、当事者が入院を拒否している場合、この代諾同意制度は、当事者と家族との関係を悪化させることがある。これが、医療の中断、時として不幸な事件を招くこともある。このため家族は、保護者制度の廃止を強く要請してきた。

一方、当事者の批判は、しばしば非自発医療制度そのものに向けられ、家族の意向と必ずしも一致しないことがある。こうした状況にあっても、当事者と家族が一致して要請するのは、入院患者の権利擁護と精神科病院の透明性の強化である。精神医療審査会や実地指導など、精神科医療を外部からチェックする現行制度は、こうした要請を十分に満たすことができないと、当事者・家族は認識している。

また、当事者・家族は、医療や福祉サービスにかかる自己負担や在宅ケアプログラムを規定する障害者自立支援法に対しても、強い不満を表明している。

こころの健康政策構想会議（以下「当会議」と略記）は、当事者・家族のニーズに基づいて、わが国の精神保健・医療・福祉政策の抜本的改革を多角的に提言している。この提言を実現するためには、精神保健福祉法や障害者自立支援法など、現行法の見直しに加えて、新たな法律の制定が必要と当会議は考えるが、この方針は、当事者・家族からも支持され、切望されている。

B. 現状の分析と改革目標の設定

精神保健・医療・福祉活動は、図1に示したように、数多くの法律の上に立脚している。中でも、精神保健福祉法、医療法、障害者自立支援法の3法が、基軸法である。

1. 精神保健福祉法

精神保健福祉法は、1950年に制定された精神衛生法を原型として、1965年改正（緊急措置入院制度の制定、地域精神保健活動の充実など）、1987年改正（精神保健法への名称変更、任意入院制度、精神保健指定医制度、精神医療審査会制度の新設など）、2004年改正（障害者自立支援法の制定に伴う福祉施策の移管）などの度重なる改正を経て、今日の姿に至っている。

現行の精神保健福祉法の基本的骨格は、非自発医療（非自発入院制度、入院中の行動制限など）を規定する手続きであるといってもよい。すなわち、図1に示したように、精神保健福祉法は、非自発医療の対象を規定し（精神障害者の定義）、当事者本人に代わって非自発医療に同意する保護者制度を設けるとともに、非自発医療を限定・監視する制度（精神保健指定医、精神医療審査会、実地指導など）を対置し、非自発医療の対価として、地域精神保健サービスの拡充（精神保健福祉センター、保健所の地域活動、精神障害者福祉手帳制度など）を謳っている。

しかし、冒頭に示したように、当事者・家族は、精神保健福祉法の中でも、保護者制度と権利擁護制度に対して、強い批判を表明してきた。現行制度に代わる新たな制度設計が求められている。

2. 医療法

医療法は、精神科かどうかを問わず、全ての医療施設が最低限満たすべき施設基準を定める法律である。例えば、医師は入院患者16人に対して1人以上、看護師は入院患者3人に対して1人以上配置されることが義務づけられている。

ところが、精神科においては、医師は入院患者48人に対して1人以上、看護師は患者6人に対して1人以上でよいなど、他科に比べて手薄な配置でよいとされている。病棟面積や設備などの面でも、精神科は低規格でよいとされている。1959年の厚生省通知(当時)、いわゆる精神科特例がこうした差別的状況を容認してきた。

この特例措置は、民間精神病院を増やすという当時の国策に則った施設基準の緩和策であるが、50年以上を経た現在もなお、精神科医療の水準向上を妨げるくびきとなっている。すなわち、手薄な人手と低規格の病棟では、当然、医療費も低く抑えられ(1日当たりの平均入院医療費は一般科の約4分の1)、わが国の精神病床の9割近くを占める民間病院が、医療スタッフを増やし、療養環境を改善することを困難なものにしてきた。

3. 障害者自立支援法

障害者基本法を基盤として2005年に制定された障害者自立支援法は、精神保健福祉法から福祉的施策の大部分を切り離し、精神障害福祉を身体障害、知的障害福祉と統合した。これによって、精神障害福祉の水準向上を目指したが、精神障害福祉の社会資源が他の障害に比べて著しく貧困な現状にあっては、必ずしも立法趣旨に沿う結果とはなっていない。

以上のように、わが国の精神保健・医療・福祉を改革するためには、基軸となる精神保健福祉法、医療法、障害者自立支援法の改正が必要である。また、改革の具体的な目標を示し、それを実現するための方略を明記した新たな法律の制定が不可欠である。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

保護者制度の廃止に当たっては、医療保護入院制度そのものも廃止して、非自発入院を措置入院か任意入院かの二者択一的に改変すべきであるとする意見もある。

当会議としても、非自発入院制度全体のあり方を見直すべきと考えるが、今回の提言では、医療保護入院制度を残すことを前提として、議論を進めることとする。

その理由は、非自発入院制度には、相反する2つのベクトル方向があると考えられるからである。すなわち、措置入院が、精神疾患による行動病理から他者を守ることに主眼を置くのに対して、医療保護入院は、精神疾患による不利益から当事者本人を守ることに主眼が置かれている。精神疾患から社会を守るのか、当事者本人を守るのか、非自発入院といっても、措置入院と医療保護入院とでは、守る対象が異なるのである。

したがって、非自発入院制度を措置入院制度に一本化することには、現時点では賛同しない。

D. 具体的な改革案

以上に述べた当事者・家族のニーズと現状分析に基づいて、当会議は、以下の改革案を提起する。

1. 精神保健福祉法の改正

① 保護者制度に代わる新たな制度

医療保護入院制度を残すことを前提として、現行の保護者制度を廃止するには、当事者の判断能力が回復するまでの間、入院時に同意を与え、入院中も当事者の諸権利を擁護する代理人制度が必要となる。

現行法でも、後見人（弁護士を含む）が保護者の筆頭にあげられているが、当会議は、これを拡張して、市町村長による代理人制度を提案する。

現行法でも、21条で市町村長の同意による医療保護入院が明記されているが、形式的な入院同意を与えるのみで、入院患者の権利擁護を担保する具体的規定を欠いている。この不備を補うために、当会議は、新たな行政機関の創設を提案する。

この機関に属する職員（精神医療審査会および人権擁護委員会の委員を兼務することができる）は、医療保護入院の入院時に立ち会って入院に同意し、入院中も随時入院先を訪問して、適正な医療が提供され人権が守られているかをチェックすることができる。

なお、急を要する入院など、入院時に当該行政機関の職員が立ち会えない場合は、現行の応急入院制度（72時間限定）を活用する。

いずれにしても、入院に同意する権限を有し、当事者の権利擁護の義務を負うのは公的機関であって、当該機関に属する個人ではない。しかし、この行政機関職員の権限が乱用されないように、当該機関の機能を当事者・家族が参加する外部評価する制度が必要である。

このような非自発入院制度において、当事者の家族が負うべき責任は、一般医療と同様、インフォームド・コンセントに基づいて医療機関との間に締結された医療契約の範囲内に限定される。

なお、入院後に当事者の判断能力が回復したと判断される場合には、医療保護入院は任意入院に変更され、代理人の権限と義務は速やかに解除されるべきである。また、当事者本人のインフォームド・コンセントに基づく任意入院がまず追求されるべきこととはいうまでもない。

② 入院患者の権利擁護制度の強化

現行の精神医療審査会制度は、審査される側に立つこともある医療委員の役割が大きく、公平・中立性に疑問のある地域もある。

この現状を改革するために、当会議は、精神医療審査会・合議体に当事者・家族委員の枠を新設することを提案する。当事者・家族委員は、退院等の請求がなくとも、精神科を有する病院を随時訪問し、入院患者に面接するなどして、適正な医療が行われ、当事者の権利が守られているかどうかを確認することができることとする。

2. その他の法律の改正

医療法の改正については、入院医療WGが具体的な提案を行っているので、ここでは言及しない。

障害者自立支援法の改正についても、すでに公的な検討の場が設けられ、当会議の問題提起に沿って議論が展開されているため、ここでは省略する。

3. 新たな法律の制定

当会議の議論を総括し、提言を実現するために、別添資料に示す、こころの健康の保持及び増進のための精神疾患対策基本法（仮称）を提案する。

図1 精神保健サービスの関連法

