

もうひとつはそれに先立って、当事者が住む場所や医療と生活支援のサービスを受ける権利を失うことがないように十分な配慮をしつつ全国の精神病床を半減することを決め、その期限を定めて、実行のための計画を立てることであります。行政の責任で住居を確保し、生活支援サービスとアウトリーチ医療で支えることで地域生活を支援し、社会的入院を解消していきます。そのようにして、アウトリーチ医療と入院医療の高規格化と医療機関の機能分化を推進し、精神医療の一般医療化と医療サービスの質の向上を図ります。大きな変化により当事者や家族や医療機関に混乱が生じないように、期限を明確にした経過措置と必要な財政措置をとり、また専門職には新しいサービスについての十分な研修の機会を保証して、現状からの段階的で円滑な移行を図ります。

家族を始めとする介護者を地域社会で支援します

こころの健康の問題について、家族を始めとする周囲の人々の力は専門家以上に大きなものです。しかし、そのことを理由としてこれまで家族は、こころの健康問題についての保



健・医療・福祉が不十分な点を肩代わりせざるを得ない立場に追い込まれ、そのことが社会的な孤立をも招いてきました。そうした状況を改善して、家族を始めとする介護者が安心して介護に携われるような家族全体を支援する体制を整えます。

第一は、家族支援専門員制度を創設することを柱とした、家族全体を支援する仕組みを作ることです。当事者だけでなく家族を始めとする介護者の支援について専門的な教育と経験を積んだ専門員を養成し、たとえば地域こころの健康推進チームに配置します。家族支援相談員は、家族や介護者がそうした立場でなければならないような支援や介護を当事者に向けられるよう、家族自身を支援していきます。

第二は、医療において家族の位置づけを明確にすることです。精神医療においては、例えば精神医療の必要性が明らかでない当事者について家族だけで医療についての相談を希望する場合があります。また、病気であることを認めていない当事者や病気で混乱している当事者にかわって、家族が病状の説明を受ける場合があります。このような場合に、相談に十分な時間がとれなかったり説明が不十分となりがちな背景には、診療報酬において家族の位置づけが明確でないことがあります。こうした家族の相談や家族への説明について、診療報酬における位置づけを明確にします。



次のページにつづく➡

第三は、精神保健福祉法による医療保護入院などの非自発入院における保護者制度を廃止することです。医療を希望しない当事者にかわって非自発入院を家族が承諾する制度は、当事者との関係を悪化させかねない危惧とともに、保護者としての責任も負わなければならないという、二重の負担を家族に強いるものです。家族には、家族としての支援に専念してもらえよう、非自発入院への同意や人権擁護については別の制度を検討します。

4. 精神保健医療改革を実現するための制度を整備します

こころの健康問題について啓発を進めます

こころの健康の問題は、国民すべてに関わることです。しかしその必要性に比べて、こころの健康問題についての知識の普及はわずかです。地域こころの健康推進チームによる地域レベルの取組みと、国全体の取組みを組み合わせることで、こころの健康問題についての啓発を進めていきます。このことが、精神疾患についての偏見や差別をなくしていくことの基盤になります(BOX4参照)。こころの健康問題はすべての年齢に関わり、しかも若年から始まることも多いという特徴がありますので、とくに中学校や高校など中等教育における学校教育のなかでこころの健康のテーマを取りあげる(BOX5参照)とともに、青少年になじみやすいスペースを広めて気軽に情報を受取れるような工夫を推進します。



権利擁護組織やサービス評価組織を市区町村に設置します

非自発入院についての精神医療審査会に相当する組織として、アウトリーチなどの医療をはじめ保健や福祉についても当事者の権利を擁護するために、**当事者・家族・一般市民を中心とした権利擁護組織**を設置します。権利擁護の求めがあった時だけでなく、日常的に保健・医療・福祉のサービスを実地でチェックし、改善を勧告する権限をもち、当事者の権利擁護に努めます。また、こころの健康についての保健・医療・福祉のサービスの評価を推進します。サービスを実地で評価し点検するために、**当事者・家族・一般市民を中心とし医療や評価の専門家を加えた評価・監査組織**を設置します。それぞれのサービスがどのくらい役立っているか(アウトカム)を評価してその結果を公表し、利用者に役立つ情報として提供します。また、例えば医療機関であれば治療成績など、それぞれのサービス提供者がその内容や評価をみずから公表する取組みを進め、利用者に有用となる適切な指標を発展させていきます。そこには、地域で必要な公的業務への協力など、地域のネットワークへの貢献も含むこととします。

人材の育成に積極的に取り組みます

こころの健康についてのサービスにおいては、人によるサービスがすべての基本です。利用者や家族の尊厳と権利を守り信頼関係を築くことができるという基礎のうえに、専門的な知識と技術と経験をもち、チームワークや連携を通じてサービスを提供することで、病気だけでなく生活や人生を相談できる専門家の育成に取り組みます。

次のページにつづく➡

総合的な人材育成システムのなかのひとつとして「こころの健康地域研修センター」(仮称)を設置し、改革にもなると必要となる専門家向けの転換教育、家族支援専門員など新たに設ける専門職についての専門教育、これから専門家に育っていく人材についての専門職教育などを、実践を含めて行ないます。また、精神科医が最初に教育を受ける場となることが多い大学病院において、多職種が勤務しておらず、入院医療中心の経験となりがちな現状を変えていきます。そうした専門職としての人材養成を支えるものとして、一般医療関係者へのこころの健康教育を広め、また卒業前の専門教育においてこころの健康や地域ケアについての教育を充実します。

地域に「こころの健康推進会議」を設置し、「こころの健康推進計画」を策定します

市区町村の実情と実態に合わせてこころの健康の推進を図るために、「市区町村こころの健康推進協議会」(仮称)を設置し、そこで「地域こころの健康推進計画」(仮称)を策定します。協議会の委員には当事者・家族・一般市民も参加し、住民としてのニーズを明確にします。さらに、地域こころの健康推進チームが把握したニーズや不足している社会資源についての情報をもとに、その地域で進めるべき施策を明らかにして、地域こころの健康推進計画を策定します。そこには、救急医療、専門医療、臨床研究を担う地域精神医療拠点病院の指定なども含まれます。この地域こころの健康推進計画を通じて、保健・医療・福祉について民間の専門職や専門施設と行政などの公的機関が連携した、「地域こころの健康推進ネットワーク」(仮称)の構築に努めます。この協議会の求めるところをもとに、首長は、「こころの健康推進宣言」(仮称)を毎年行い、地域でこころの健康推進に取り組みやすい環境を整備します。

都道府県は、こうして市区町村がそれぞれの地域の実情とニーズにもとづいて定めた地域こころの健康推進計画を踏まえて、当事者・家族・一般市民も参加した市区町村を包括する「都道府県こころの健康推進協議会」(仮称)設置して、「都道府県こころの健康推進計画」(仮称)を策定します。それにより、市区町村におけるこころの健康推進に関わる計画策定や実施を支援するとともに、その実施に必要な専門的な知識と経験をもつ人材の確保、養成、資質の向上のために必要な施策を策定し実施します。また知事は、都道府県こころの健康推進協議会の求めるところをもとに「こころの健康推進宣言」(仮称)を毎年行い、都道府県におけるこころの健康推進に取り組みやすい環境を整備します。

地方での取組みを進める基盤を国が担当します

上記のような地方での取組みを進めるため、厚生労働大臣のもとに「こころの健康政策推進協議会」(仮称)を設置し、改革の実現を推進し確実にします。また、その方針にもとづいて具体的な施策を進める「こころの健康政策推進チーム」(仮称)を設置します。このチームは、さまざまなこころの健康問題をもつ当事者や家族の実態把握、自殺対策など国家戦略の具体化、精神疾患治療ガイドラインの作成、専門サービスの指導者養成、国レベルでの啓発活動、臨床研究推進などについて施策立案を担当します。それにもとづき、人材育成のための指導者研修を担当し、また都道府県による専門研修などの人材育成を支援します。また、厚生労働大臣は本改革が実現できるよう必要な予算の保証と診療報酬改革に取り組むとともに、こころの健康問題の重要性と施策の必要性に見合うよう、担当部署(現・精神・障害保健課)の体制やあり方を見直します。さらに、これらの取組みについて法的な整備を行なうために、厚生労働大臣のもと中期戦略を速やかに策定したうえで、「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案」(仮称)を制定し、それにもとづいてこころの健康推進基本計画を策定します。精神保健福祉法など関連する法律の見直しを進めていきます。

次のページにつづく➡

本改革については、国家的戦略課題であるという重要性に鑑みて、従来の医療費の再配分という枠組みを越えて、優先的に予算を投入することを検討します。とくに大幅な改革になる移行期については、一時的な予算の増額を保証します。とくに精神保健の活動については、自殺対策基本法や子ども・若者育成支援推進法など、こころの健康問題を基盤とした個別法における事業と共同することで、その事業効果を高めるとともに、財政を有効活用することも検討します。

改革は期限と数値目標を明確にして行います

改革は全体として7年計画で行ないます。2011～2012年度(平成23～24年度)を地域こころの健康推進先行事業の2年間とし、全国50エリアについて改革を試行します。2011年度(平成23年度)は補助金にもとづく事業として行い、その結果にもとづく修正を加えたりえで2012年度(平成24年度)には医療法第6次改正や診療報酬改訂を受けて、診療報酬と補助金事業を並行した形で実施します。地域こころの健康推進先行事業2年間の経験をもとに、2013～15年度(平成25～27年度)は事業の必要性が高いと考えられる市区町村について、本事業・前期としての取り組みを行い、2013と2014年度は10%、2015年度は30%の合計50%の改革実施を目標とします。2016～2017年度(平成28～29年度)は本事業・後期で、人口密度の低い地域など改革実施の困難な地域も含めて全国での普及を目指して、1年15%ずつの改革を目標とし、7年間で合計80%の実施を目標とします。

〔付記〕

この文章のイラストならびに冒頭の解説漫画は、精神疾患のご家族をもつ漫画家である協力委員・中村ユキ氏が、ボランティアで製作し「こころの健康政策構想会議」に提供して下さったものです。

BOX1

外来・在宅精神科医療におけるケアプログラムアプローチ(CPA)の導入

薬によって病気を治療するだけでなく、心理的なサポートをしたり、生活や就学・就労を積極的に支援したりして、その人その人のニーズにあった包括的なサービスをパッケージ化して当事者・家族にスムーズに届ける治療・支援体制の実現が求められています。

そのために、医師を含む多職種チームで、当事者や家族の希望を尊重した包括的な治療・支援計画(ケアプログラム)を作成し、それに添った治療・支援を提供していくことが必要となります。また、包括的なサービスを切れ目無く提供していくために、主治医だけでなく担当制のケアコーディネーター(看護師、精神保健福祉士、臨床心理職、作業療法士、等)を当事者・家族に割り付けます。相談したことがある際には、主治医だけでなく、ケアコーディネーターにも相談ができます。

こうした治療・支援体制を普及させ、当事者・家族の回復(リカバリー)を地域でより効果的に支えていくために、外来・在宅医療においてこうしたケアプログラムアプローチ(CPA)が保障される診療報酬等の仕組みを整備する必要があります。また、「包括的指示」の考え方を導入して、医師だけによる3分診療を解消し、ケアコーディネーターがより機能的に当事者・家族を支援できるようにする必要があります。