

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と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）を中心と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（RPSD）を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、真に診断能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、復職デイケア（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、治療成績を開示するべきである。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療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・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（遅延うつ病、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とした精神療法、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）、復職デイク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床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>

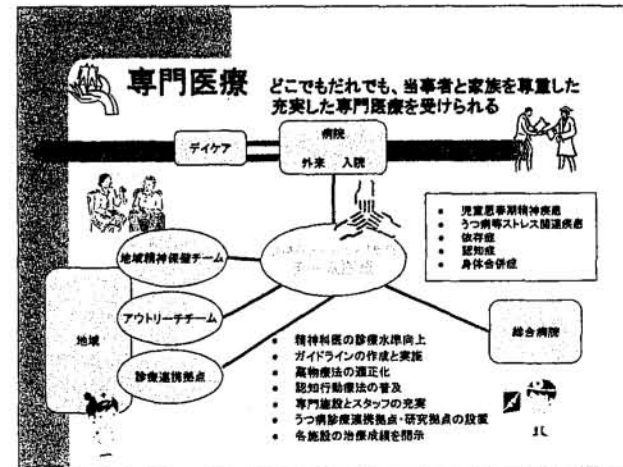
1. 認知行動療法（CBT）の研修の標準化をはかる。CBT研修の組織、プログラム等の実情を調査し、標準化に向けた研修組織とプログラム内容の検討をただちに開始する
2. 精神科医療における薬物療法の適正化を急激に促進するために、入院診療だけでなく、外来診療においても抗精神病薬単剤治療を促進する診療報酬加算の検討を開始する

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の試行を行う
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

こころの健康政策構想会議 WG 報告集
“こころの健康推進”を日本の基本政策に！

A. 当事者・家族のケース

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分からない。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ども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2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、生活や経済が遠うため、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と思うが、物理的、精神的な負担がある。親亡きあとは、兄弟が見るといのは難しい。

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年以上たつて気づき、大泣きした。

こころの健康政策構想会議 WG 報告集

三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で

「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を

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。家での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。家族の話や話を聴いたり、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押し、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を受け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られ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みの構築

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っくり休養がとれ、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、張り合いと感ず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、会おうまでに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

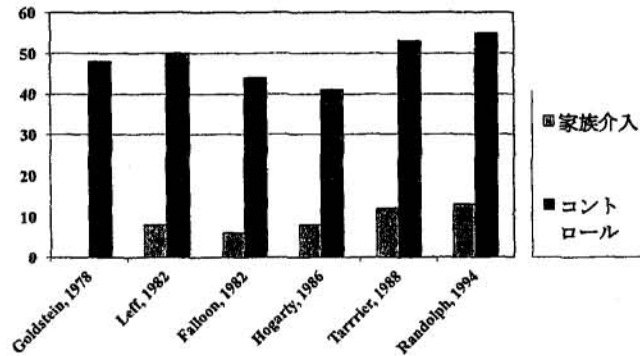
が有効であるかについて貴重な情報をもっている。さらに家族はサービス発展に情報を与える幅広い技能と知識を有している。そして、家族は年間数百ポンドの公的サービスを削減している。

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steam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で行う。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病気持ちだけでなく、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時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、葦間真美、金田一正史、田中英樹、津川律子、末安民夫、増田一世、山根寛

こころの健康政策構想会議 WG 報告集

三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で

「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を

こころの健康政策構想会議 WG 報告集
「こころの健康推進」を日本の基本政策に!



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」

などである。

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」

などであった。

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もらいたいと希望している。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にいる傾向も、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、症状回復に限局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たから、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・卒業教育で、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. 問題解決のための模範やエビデンス

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拡げるために、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、キャッシュ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用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. 問題解決のための模倣やエビデンス

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を望む。

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的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、

- 地域メンタルヘルsteamの設置数
- 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
- 「精神保健等改革」の決意と方針の表明を行った首長の数
- 精神保健等サービス改革プランを作成した市町村数
- 評価やモニタリングの仕組みを整備した自治体数
- 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、

- サービス利用者（当事者・家族）の満足度
- 未治療期間
- 当事者の社会機能
- 自殺率
- 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steam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て「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地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steam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つては、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つて、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

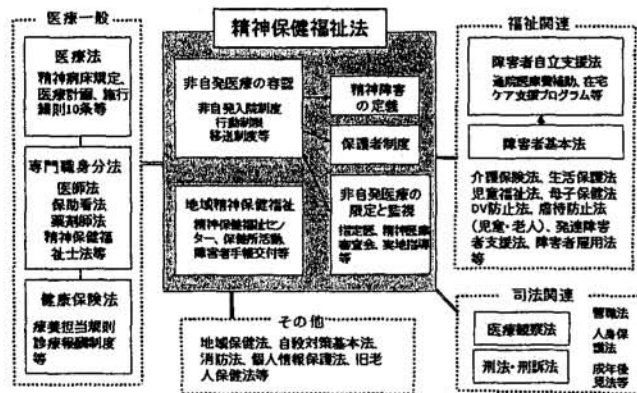
医療法の改正については、入院医療WGが具体的な提案を行っているので、ここでは言及しない。

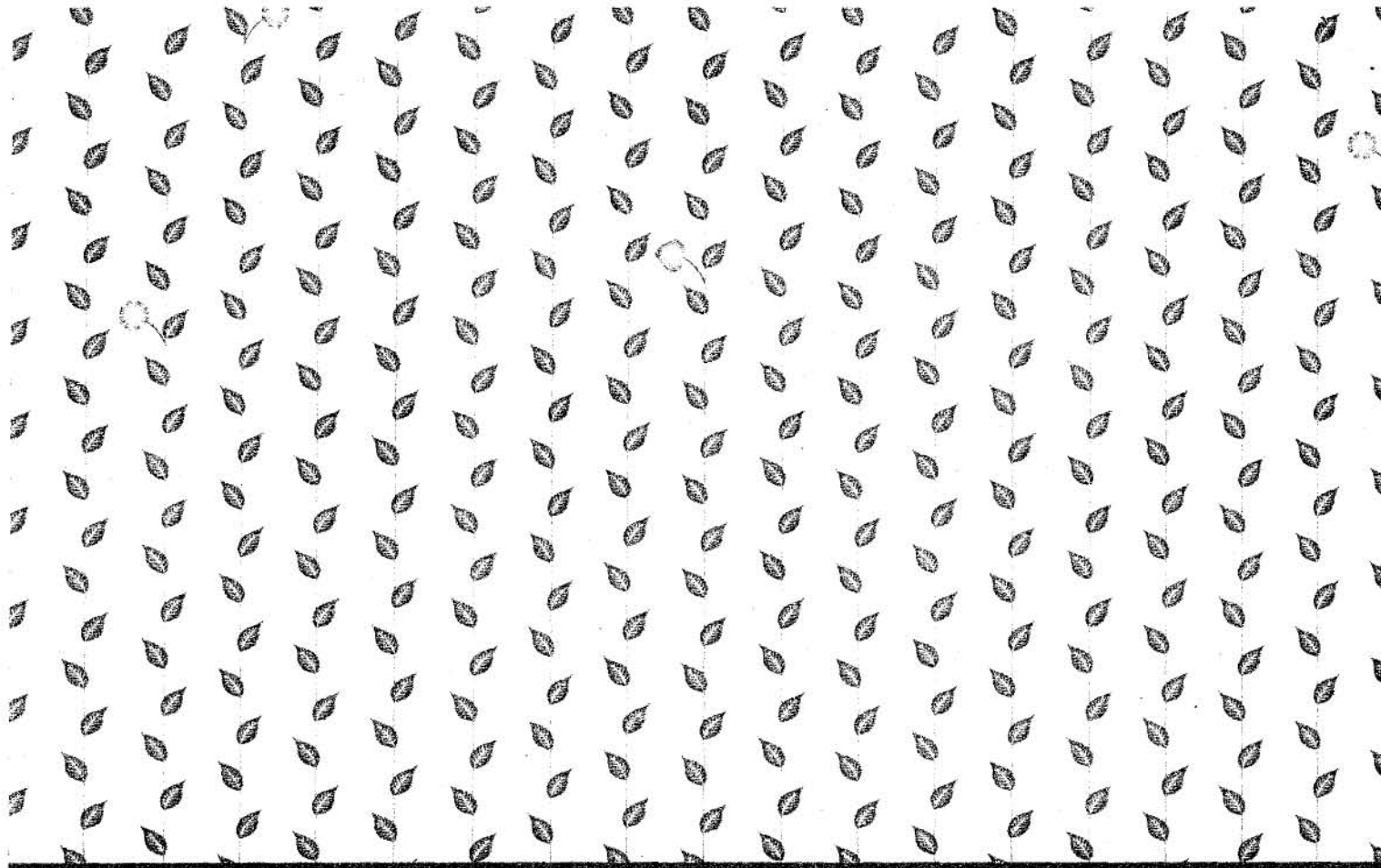
障害者自立支援法の改正についても、すでに公的な検討の場が設けられ、当会議の問題提起に沿って議論が展開されているため、ここでは省略する。

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





こころの健康政策構想会議
ワーキンググループ
報告集

当事者・家族をはじめ
国民のニーズを
主軸に据えた改革

こころの健康政策構想会議 提言概要 (座長・岡崎祐士)

“こころの健康推進”を日本の基本政策に！

～ 三大疾患にふさわしい精神保健医療改革で「こころの健康の危機」を克服できる安心社会の実現を～

■法整備■ ①こころの健康推進基本法(仮称)の制定 ②中期戦略・推進基本計画の策定 ③関連法の改定

厚生労働大臣
こころの健康政策
推進協議会
当事者・家族・
国民の参加

こころの健康啓発センター

こころの健康政策推進チーム

精神疾患臨床研究センター

①実態とニーズの把握 ②国家戦略の具体化(自殺など) ③治療ガイドラインの作成 ④指導者養成 ⑤啓発

指導者養成専門研修センター

指導者養成専門研修センター

①専門研修(認知行動療法など) ②人材育成・認定

①専門研修(認知行動療法など) ②人材育成・認定

診療報酬改革

緊急改革の重点と自治体

精神医療改革

アウトリーチ医療 (“届く”医療)
多職種チーム医療 (全人的医療)

レスパイト

救急医療の整備 (エリアごと)
専門医療の充実 (うつ病・薬物依存など)

地域精神医療拠点病院

一般医療化 (特例廃止・診療報酬改訂)
病床削減 (計画的半減・高機能化)

住居確保

都道府県&市区町村

地域の実態とニーズの把握
都道府県&地域 こころの健康推進協議会
都道府県&地域 こころの健康推進計画
首長の推進宣言

地域こころの健康推進ネットワーク

精神保健改革

地域こころの健康推進チーム

市区町村が設置(人口10万のエリア責任制)
あらゆる精神保健問題に早期に対応
地域・職場・学校・行政機関にアウトリーチ
地域のニーズを把握しサービス整備を提言

学校精神保健の充実

こころの健康SOSダイヤル

こころの健康地域研修センター

当事者・家族・
住民の参加

権利擁護組織

サービス評価監査組織

家族支援

家族や介護者を地域で支援

家族支援専門員制度の創設
家族の相談や家族への説明を保証
保護者制度の廃止

保健所

精神保健福祉センター

平成22年6月3日

福田構成員提出資料-3

第2回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム