
disability-adjusted life years, DALY)を用いています。これは病気や障害による損失の大きさを示すもので、日本を始めとする先進国ではそのトップが精神疾患です。このDALYのもとづいて、たとえばイギリス政府は精神疾患を三大疾患の一つと位置づけた施策をおこなっています。これにたいして日本では、からだの健康に比べるとこころの健康の位置づけが低く、保健・医療・福祉のいずれの分野においても社会としての取り組みがDALYの水準にふさわしくない遅れたままの状況にあります。

現在の日本は、**受診中の精神疾患患者だけでも国民の40人に1人のぼり**、生涯を通じるとどんなに少なく見積もっても**5人に1人が精神疾患に罹患すると**されています。こころの健康の問題は、国民すべてに関わる問題と言えます。また、年間自殺者は12年連続で3万人を超えており、**亡くなる方の40人に1人以上が自殺による**という、先進国で最悪の状況にあります。まさに「国民のこころの健康の危機」と言える現状です。

こころの健康の危機の背景

こうした国民のこころの健康の危機の背景には、気分障害(うつ病・躁うつ病)の受診患者数がわずか6年間で2倍以上に増加したことに代表されるように、精神保健・医療・福祉サービスへのニーズが高まり国民の意識が変化してきているのに対して、**サービス提供の体制が対応できていない**ことがあります。これまで国民のこころの健康についての国の施策は、重症化した精神疾患患者におもに民間病院に依存して入院医療を提供することを中心としてきた精神科医療に代表されるように、顕在化し深刻化した個々の問題への対策の積上げに留まってきました。しかもその医療サービスにおいては、精神科だけが低い水準で良いとされ(例えば医師数が他の医療の1/3で良いとされています)、**国の法律・医療制度として精神疾患患者への差別が今も続いています**。

「こころの健康推進政策」の必要性

こころの健康の問題は、精神疾患として認められるだけでなく、多くは緊急の社会問題という形で表れます。壮年男性では死因の第1位をしめる“自殺”、育児の困難を象徴する“虐待”、家庭で出口が見えない“ひきこもり”や“ドメスティック・バイオレンス”、学校で対応を迫られる“不登校、いじめ”、青少年の“薬物汚染”、職場で増加を続ける“うつ”、悲惨な事故を引起す“飲酒運転”、街中で見かける“路上生活者”、高齢者の生活を脅かす“孤立”、これら**すべての問題の基礎には、こころの健康の問題**があります。

こうした国民のこころの健康の危機という現状、多くの緊急の社会問題の背景にこころの健康の問題があるという状況を考えると、「国民のこころの健康の回復と増進」は国や政府が政策として優先して取り組むべき国家的戦略課題と言えます。それぞれの問題に個別の対策を立てるだけでなく、それらを総合して**国民のこころの健康を推進するために、国としての包括的な政策を確立**することが急がれます。そうした政策のもとづいて、保健・医療・福祉について、三大疾患の一つとしての精神疾患にふさわしいサービスの量と質を確保し、そのサービスを一体として提供できる制度を確立することが必要です。また、精神疾患患者についての制度としての差別を率直に反省し、そうした事態をすみやかに解消しなければなりません。

「こころの健康について、いつでも、どこでも、良質のサービスを受けることができる」という国民の願いに応えた安心社会が実現できるよう、国はそのサービス提供の体制を抜本的に改革する必要があります。そのことが、緊急の社会問題の解決をももたらします。自殺者の減少も、そうした国の包括的な取り組みを通じてこそ期待できます。

次のページにつづく☺

3. こころの健康問題の特徴にあわせて精神保健医療を改革します

見えにくい問題、届きにくいサービス、変わりやすい状態 ～こころの健康の問題の特徴～

こころの健康の問題には、からだの健康の問題や知的な発達の問題と比べた場合に、3点の特徴があります。精神保健・医療・福祉サービスについて改革を進める際には、そうしたこころの健康の問題の特徴を踏まえたサービスの仕組みを考える必要があります。

第一は、**問題が見えにくい**という特徴です。こころの健康に問題があるということ、感じている困難がこころの健康の問題によるものだということが、本人にも家族にも周囲の人にもわかりにくく、そのためなかなかサービスにたどりつけません。したがって、こころの健康の問題を早期に発見し、速やかに対応できるような仕組みが必要です。精神保健の充実であり、しかも医療との適切な連携です。



第二は、「**サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくい**」という特徴です。病気の知識や相談先についての情報の不足、こころの問題を認め相談に出向くことをためらう気持ち、精神疾患の症状のために病気を認識できずサービスを拒否するなどさまざまな理由で、サービスの必要性が高いほどサービスが届きにくくなってしまいます。このように、当事者のニーズと専門のサービスに距離がある時、解決法は2つです。ひとつは当事者がサービスに近付く、つまり入院や入所を前提としたサービスであり、もうひとつはサービスが当事者に近付く、「届くサービス」(アウトリーチ)です。これまで日本におけるサービスは前者が中心でしたが、これを後者のアウトリーチへと移行することが必要です。家庭や地域で専門的なサービスと生活の支援を受けられるようにするという仕組みは、先進国における標準的な姿です。



第三は、**状態が変わりやすい**という特徴です。保健の問題と思えたことや長期化し福祉の対象と見えた事態が急に医療を必要とする事態に変わることがあり、また医療での解決が速やかに進んですぐに保健や福祉のサービスが必要となることがあります。サービスは、提供する側の都合で保健・医療・福祉と制度が分かれています。こころの健康問題の当事者にはそれらが一体として届く仕組みが必要です。



全人的サービスを当事者に届けます ～多職種チームによるアウトリーチをサービスの基本に～

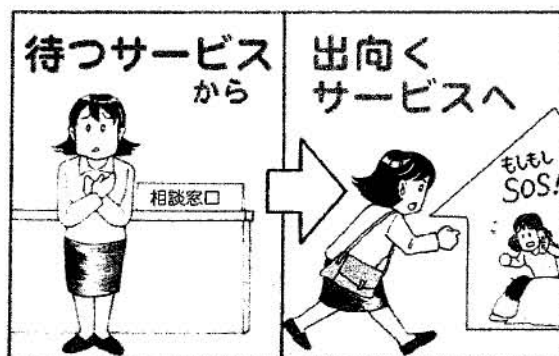
保健・医療・福祉すべての分野で、**多職種チームによるアウトリーチをサービスの基本**にします。医師だけでなく、看護師・作業療法士・精神保健福祉士・薬剤師・臨床心理職などの多職種の

専門家がチームを組んでサービスを提供するのが多職種チームです。こころの健康の問題は、症状として表れるだけでなく、こころで辛さを感じたり、日々の生活や働くことに困難が起こることが特徴です。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、生活や就労を支援することが必要となります。そうした当事者のニーズ全体について、ニーズに見合ったサービスを届けるためのケアプログラムを作成し、専門家が協力してサービスを届けます(BOX1参照)。病気を治療するだけでなく、**当事者の生活全体を支える全人的サービス**です。



地域こころの健康推進チーム(仮称)を創設します

市区町村が主体となる「**地域こころの健康推進チーム**」(仮称)を創設し、多職種チームによるアウトリーチ活動を通じて、こころの健康問題をかかえる住民を支援したり啓発活動を行なうなどの、精神保健機能を担当します。人口10万人を対象としたエリア責任制で、年間365日活動し、夜間は電話相談を基本にします。1エリアあたり10人からなる1チームの割合での設置を想定します。



具体的な役割としては、次のような仕事が考えられます。電話などで最初の相談窓口となる(サービスの入口「こころの健康SOSダイヤル」)、相談者のところへ出向いて相談を受ける(アウトリーチ)、相談内容にもとづいて必要なサービスへと結びつける(トリアージュ)、自殺未遂者やひきこもりなど医療に結びついていない住民を継続的に支援する(継続相談)、医療が必要な場合の橋渡しをする(医療アウトリーチとの連携)、学校・職場・児童相談所・生活保護窓口などこころの健康問題についてニーズが高いところへ出向き助言や啓発を担当する(助言と啓発)、精神疾患からの回復者への支援(アフターケア)、そうした活動を通じ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(ニーズ調査と行政への提言)。これらの活動を通じて、**住民のこころの健康問題のすべてに対応**します。

このように精神保健や啓発を推進することで、住民のこころの健康問題についての安心感は増していくと期待され、また疾患の予防や早期発見により住民のこころの健康の増進を図ることができます。その結果、その後必要となる医療や福祉サービスが減るという形で、地域こころの健康推進チームのために必要なコストは報われることとなります。

次のページにつづく➡

医療サービスを国民のニーズに合ったものに変えていきます

地域こころの健康推進チームが十分に機能を発揮するためには、それを支えるしっかりとした精神医療サービスが不可欠です。現在の精神医療サービスはそうした国民のニーズに見合っていないので、さまざまな改革を進めていきます。代表的な内容を3点挙げます。

3つの精神医療改革

第一は、医療においても多職種チームやアウトリーチを実現することです。外来でも入院でも、必要に応じて多職種チーム医療を提供することで全人的医療が実現できれば、例えば「薬漬け」を減らしていくことができます。また、医師ばかりがサービスの担い手にならなくて済むようになれば、3分診療を30分医療へと変えていく手がかりがつかめます。さらに、医療機関からのアウトリーチ医療を普及させることで、地域こころの健康推進チームからの依頼を受けての早期支援、医療が途切れがちな当事者へのサービス継続、社会的入院患者の地域移行、年齢に応じた就学や就労の援助など、在宅中心の医療を進めることができます(BOX2参照)。

第二は、救急医療の充実です。現状では、救急医療を24時間提供できる体制が不足しています。精神疾患の救急医療においては、当事者が受診を望まないがどうしても医療が必要という場合がありますので、そうしたニーズへの対応を含めた救急医療をエリアごとに整備します。そのために、まずアウトリーチで当事者のもとに出向き、地域で生活をしながらの治療を図ります。それが難しい場合には、速やかに入院医療に結びつけ、できるだけ短期間での退院を目指します。さらに、数日で回復が期待できる際に利用できる施設として、外来と入院の中間にレスパイトのような短期宿泊施設を整備し、当事者も家族も利用できるようにします。

第三は、専門医療の普及です。精神医療はこころの健康問題すべてを対象とする幅広い分野ですが、それぞれの専門医療の普及は十分ではありません。とくにいずれの地域でも不足が顕著なのは、児童思春期・薬物依存・身体合併症についての専門医療です。また、普及が急がれるものとして、例えばうつ病や不安障害や統合失調症などについての認知行動療法、認知症の精神症状や行動障害への対応を挙げることができます。こうした専門医療をどの地域でも受けることができるよう、普及を図ります(BOX3参照)。そのなかでは、地域の実情や住民のニーズに合わせて、ITを用いた方法も取り入れます。こうした取組みを通じて、入院医療についても外来医療についても、専門分野を明確にした機能分化が進むことになります。

精神医療改革の進め方

以上のような精神医療サービスの改革を進めるうえでは、人手がない、費用が足りないという困難があります。そうした困難は、2つの方法を組み合わせることで解決を図ります。

ひとつは、精神医療の人的配置と診療報酬を一般医療と同等にすることです。医療法第6次改正のなかで、医師などが少なくても良いとするいわゆる精神科特例をなくして一般医療と同等にし、それに見合っただけの高規格化した医療を評価するように診療報酬を改訂します。そのなかでは、多職種チーム医療やアウトリーチ医療を制度として明確に位置づけ、また専門医療の基準も設けることで、それらの普及を促進するとともに医療サービスの機能分化を診療報酬として適切に評価できるようにします。精神医療においては、専門家が人手を十分にかけることこそが高度医療ですので、専門家による人手というサービスを評価することなしに精神医療を改善することは困難です。

次のページにつづく