

こころの
健康政策
構想会議



当事者・家族・国民のニーズに添った精神保健医療改革の実現に向けた提言

ワーキンググループ
報告集

平成22年5月28日

こころの健康政策構想会議

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な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、うつ病だけをとりとめても、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、貝谷久直、河西千明、木下浩、古川壽亮、松本俊彦

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

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る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聞いてもらいたい。

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ため、一定の指針に基づいて治療してほしい。

家族の話を聞いた入り、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。精神科でちゃ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、具合が悪くなく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。

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

「こころの健康の意識」を死に厭える安心社会の実現を

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、協力する遺族に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に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々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きている。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

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まなう身体的問題、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るが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な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ると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（文科省科研費と厚生省科研費）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。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らるべきである。

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。

厚労科研究の研究班は、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 困難者支援（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、発症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基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基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、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、治療のバスを地域で構築し、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、新薬治療の促進等を行う。

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基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. 科学的根拠に基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カ所程度）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. 科学的根拠に基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、荻岡真美、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だった

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。

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

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」が弱体化するために、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なし。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なし <支援者の声>

診察報酬の改訂ともなっており、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なし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出会うことが多い <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となる（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た家族の支援）
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」の仕事を担当する専門職の養成（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とした事例検討会、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

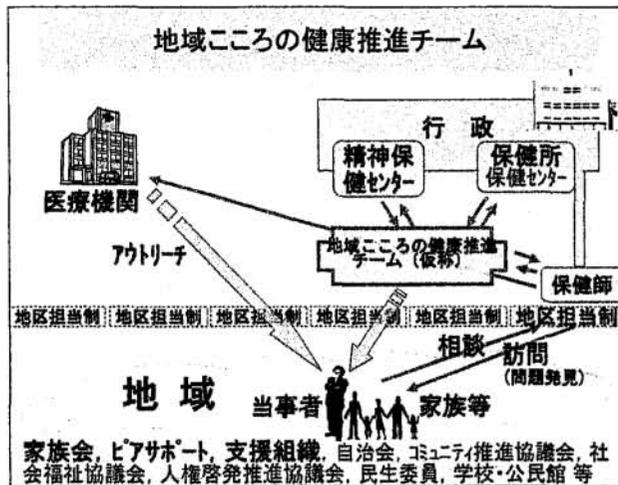
<最初の2年間>

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，西田孝志，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ない機会がない。

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、病気でない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名を越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つ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）から明らかのように、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年以内に確立させる。

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

- 1か月の累積アウトリーチ時間で評価
- 1回のアウトリーチを最低30分に設定
- 人数や職種数による係数をつける
- 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とする。

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・旧病院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3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、ストレングスマデル)。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て、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、堂間真美、金田一正史、末安民夫、田中英樹、津川律子、山根寛

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

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、精神症状にともなう危機状態など、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、疾患や障害にとも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、

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

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て設置し、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療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。構造成績として、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る。

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がある。

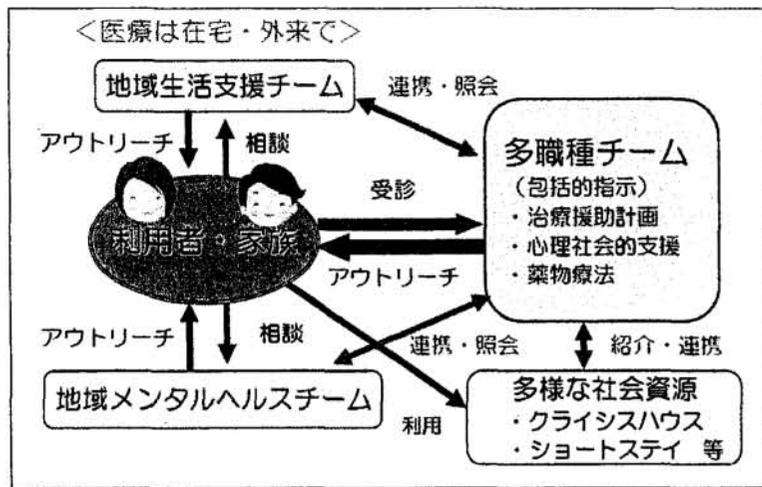
G. 改革を政策として開始するために必要となること

<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（一般病室なみの人員配置等）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ける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：澤福、平田豊明、小石川比良来

協力委員：浅井邦彦、松原三郎、山角 聡

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渡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、家族に押し付けず、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、意欲や自覚性に欠け、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悪感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ようになっており、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つ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つたり、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。

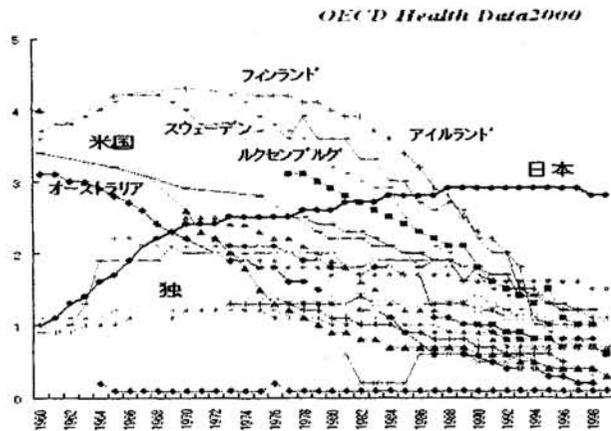
5. わが国の精神科医療に関するもの

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

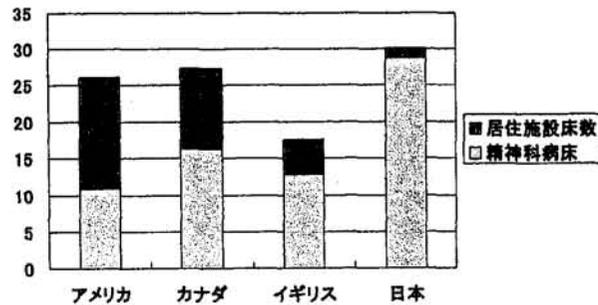
及させて、急速に地域移行（脱施設化）を進め精神病床を減らしていったのに対し、わが国は一人独自の増床という道歩んでしまった。社会復帰施設のベッド数も合わせると精神障害者のためのベッド数は、欧米諸国とわが国はそれほど違わないというデータも示されているが（図2）、それはわが国の精神科病院が治療施設ではなく収容施設が多いことを露呈したようなものである。

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1.6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3.5万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3.5万床となる。

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、すだ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、精神科病床が半減すれば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、精神科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、精神科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、残された精神科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、精神科病床の半減で浮いた医療費は、原則として全額、高規格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 (精神科棟の場合)	320.3 (精神科棟の場合)
一般病院	7,886	1,367,607	173.4	78.0 (一般病棟の場合)	19.2 (一般病棟の場合)

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	3.2	31.9	48.5	1,292	87.3
一般病院	12.6	50.9	186.8	3,243	68.2

精神科棟


※ここで使われる精神科病院とは精神科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)

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（精神科棟）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、精神科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 より小さい単位の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

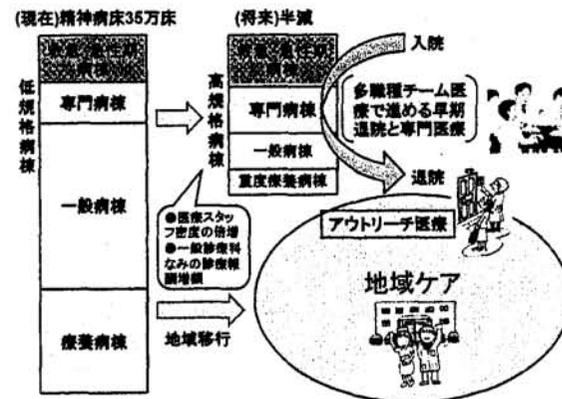
提言4: 総合病院有床精神科の活性化を図る

- 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、一般病床と同水準である、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。精神療養病床は、マンパワーを充実した重度療養群の治療病床に限定し、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・急性期病床や専門治療病床(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る。

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。また入院患者の大規模な地域移行に伴い、当事者や家族にできるだけしわ寄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、現在入院中の入連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入連、慢性的な身体合併症のために退院が困難な入連、高齢であるために地域での処遇が困難な入連、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入連。これらの入連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. 各施設の治療成績を開示する
各施設の治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

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

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だろうか
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ほしい
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るたら、総合病院で診療してもらえず、とても不安になった
医師は、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

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