

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

