

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。

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こんだ家族の支援）
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。