

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地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」(日経研出版, 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ほしいと希望している。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での傾向も、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ともなって、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てから、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. 問題解決のための根拠やエビデンス

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める。

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。