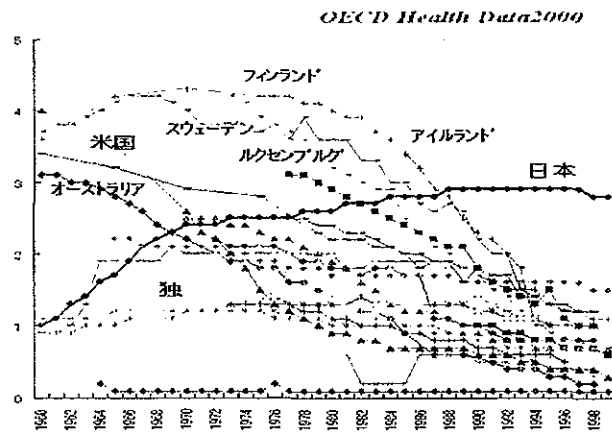


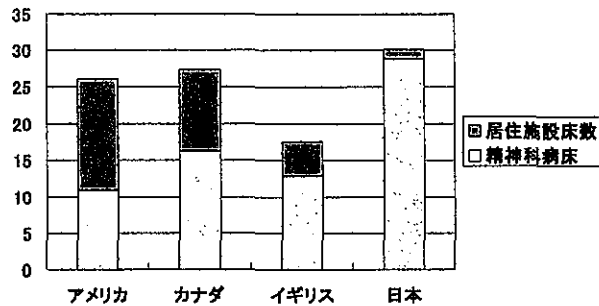
及させて、急速に地域移行（脱施設化）を進め精神病床を減らしていったのに対し、わが国は一人独自の増床という道を歩んでしまった。社会復帰施設のベッド数も合わせると精神障害者のためのベッド数は、欧米諸国とわが国はそれほど変わらないというデータも示されているが（図2）、それはわが国の精神科病院が治療施設ではなく収容施設が多いことを露呈したようなものである。

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」精神経緯，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ふ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3.2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1.6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、すでに对患者数について3.2対1（看護師実質配置では1.6対1）になっているので、精神病床が半減すれば1.6対1（実質配置0.8対1）という高水準となる。多くの総合病院精神科病棟では2対1（実質配置1.0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、精神病床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、残された精神科病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、精神病床の半減で浮いた医療費は、原則として全額、高規格病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、前述したように、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 (精神科平均値) (精神科平均値)	920.3 (精神科平均値)
一般病院	7,888	1,387,807	173.4	78.0 (一般病院平均値)	19.2 (一般病院平均値)
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(千) ※2
	医師数	看護職員数			
精神科病院	3.2	21.0	48.5	1,288	87.3
一般病院	12.6	50.9	186.8	3,243	68.2

精神科病院と一般病院の比較

※ここで使われる精神科病院とは精神科病棟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 社会医療協議会「特別調査報告(平成18年)」
 ※2 医療施設(動態)調査(平成18年)

精神科病院の増加
 一般病院の増加
 精神科病床数は約35万床

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(精神病床)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

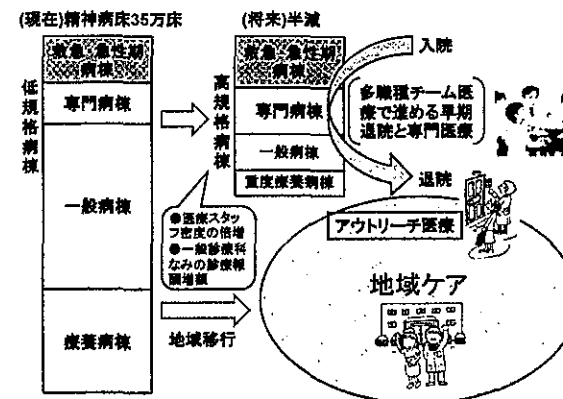
提言4: 総合病院有床精神科の活性化を図る

- 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。精神療養病棟は、メンバーを充実した重度療養群の治療病棟に限定し、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・急性期病棟や専門治療病棟(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く。

- 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限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実地指導、実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がある。

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）精神科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旨とするは、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、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、現在入院中の人達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人達、慢性的な身体合併症のために退院が困難な人達、高齢であるために地域での処遇が困難な人達、さらには、比較的軽微な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人達。これらの人達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. 各施設の診療成績を開示する
各施設の診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であろうか
2. 診療時間が短い（8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もらいたい
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
医者は、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

「こころの健康の志望」を具現できる安心社会の実現を



B. 現状の分析と改革目標の設定

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

上記の当事者・家族の訴えは、専門医療が適切に行われていない場合があることを示している。なお、現在二次救急を自傷・向精神薬大量服薬で受診している極めて多数の人々は、反復受診も多く自殺のリスクも高い群であり、医療資源の面からも、精神科医療が対処すべき問題である。

当事者や家族の立場に立った医療が行われず、施設の都合で考えられており、医師の経験不足、精神科医療水準の低さ、関心の低さなどをあらわしており以下のような対策が必要である。

2. 多職種チームによる診療を中心に置く

患者数の増加に伴って3分診療等、診療時間が短いことが指摘されている。また、薬物療法が中心で、時間をかけた精神療法や家族療法、心理教育、家族支援などを行う機会が少ない。多職種（医師、看護師、臨床心理職、精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師等）によるチーム医療を導入し、多面的に情報を収集して当事者を深く理解し、必要に応じて十分時間をかけて対応できる診療体制に変えていくべきである。換言すれば、多職種によって傾聴と共感を基盤に信頼関係を構築し、専門的技術を提供し、当事者および家族が安心して生活できるように支援していく。

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

精神科医は当事者の話を傾聴し共感しつつところの全体像を把握するとともに症状・状態像を把握して診断し、どのような治療法がもっとも適切かを判断し治療計画をたてる。「専門家-依頼者関係」のなかで適切な精神療法を行い、適正な薬物療法を行うとともに、チーム医療の中の精神科医としての役割を果たしていく。また、状況に応じて治療を見直していく。これらのためには専門医教育およびその評価（試験）、生涯教育の整備および改善のみならず、研修段階で当事者・家族と交流し彼らの目線で考える体験をする。また、多職種の研修会に出席してチーム医療の一員としての立場と協力の仕方を学ぶ。このようにして診療の質を向上させる必要がある。

4. ガイドラインの作成と実施、および適正な薬物療法、心理社会的治療の充実

① わが国では診療指針（ガイドライン）は疾患ごとに、いくつかの学会で出されているが標準化されておらず臨床には普及していない。したがって治療法などにおいて施設による相違がみられる。ガイドラインの標準化およびその実施の徹底が必要である。

② 多剤大量処方改善

わが国においては諸外国に比べて、統合失調症患者に対して多剤で高用量の抗精神病薬が投与されており、気分障害患者に対しても多剤投与が目立ち、副作用で苦しむ場合がよくみられる。単剤治療（同一系統の薬剤は1種類とする。薬剤を切り替えるときには前薬を残さない）を中心とした薬物療法に変えていくべきである。別の問題として、向精神薬処方は、処方薬依存の問題や大量服薬・自殺とも関連している。

③ 心理社会的治療の充実

薬物療法ほかに、種々の精神療法、心理教育、家族支援などが必要であるが海外で有効性が確認されている認知行動療法等を普及させ、うつ病や不安障害の臨床に役立たせる。英国では軽症のうつ病には薬物を用いず認知行動療法が推奨されている。わが国では認知療法学会の会員が中心になって使用しているが一般には十分広まっていない。

5. 児童思春期精神疾患、依存症、身体合併症、精神および行動障害症状（BPSD）をとまなう認知症等の病態治療の専門医を増やし、専門施設の整備・普及する

① 児童思春期精神疾患

児童精神医学の領域では受診者が急増している。中でも発達障害が増えているのが特徴である。また、精神保健とも重なりながら診療対象の拡大（不登校、引きこもり、家庭内暴力、いじめ、虐待など）もあり、児童精神科医と診療施設が圧倒的に不足している。医科大学、大学医学部に児童精神医学講座はほとんどなく卒前卒後の医学教育自体が不十分であるため、児童精神科医の養成は決定的に遅れている。最近、東京大学医学部にわが国初の児童精神医学講座が設けられることになったが、ブロックに1箇所程度設けるべきである。また、児童精神科医療の可能な医療機関の増加が必要である。また、成人になっても発達障害は続くため、成人の発達障害を診る医師と施設が必要であるが成人発達障害の医療施設は皆無に近い。統合失調症に比べて治療が個別的で複雑であり、精神科病院などでは対応が不十分である。

② 依存症

薬物依存症は増加しているが専門的に治療するプログラムを持った施設および精神科医は極めて少ない。それぞれが専門技術をもった多職種による地域ネットワークをつくり自助グループとの連携をはかることが有効である。治療プログラムとしてはワークブックとマニュアルに基づいた簡便な認知行動療法が取り入れられはじめているが、一部で内視療法も用いられている。治療システムと治療プログラムを明確化し普及させるとともに、一般精神科医療者の忌避的感情を低減し、専門医療機関の乏しさを補うネットワークの構築が必要である。また、司法関連機関との連携も重要である。

③ 認知症

若年性認知症の当事者・家族では経済の問題が大きい。介護保険では、年齢制限を緩和して対応されているが、医療面での経済的対応も必要である。また、専門医については、真に診断能力のある医師の公開が求められる。行動異常・精神症状をもつ認知症に対して心身両面からの高度の対応が必要であり、重急性期の身体合併症と合わせて入院が困難であり、対策が急務である。24時間の在宅介護などとの連携も必要である。

④ 身体合併症

精神疾患患者が身体合併症に罹患し重篤となった場合、他科の治療を必要とするが、入院治療を拒否されることが珍しくない。総合病院の精神科が受け皿になるが、精神科医不足や他科に比して極端な低医療費のために総合病院の精神科病棟が病床削減や閉鎖に追い込まれている。総合病院精神科の再建・充実が必要である。



⑤ 自傷・大量服薬・自殺予防ユニット

内科、外科との連携が可能な精神科あるいは精神科病院に、自傷・大量服薬・自殺予防ユニットを設ける。自傷・大量服薬は自殺のリスクが高い人々であり、現在は主に多数が二次救急を、一部は三次救急を受診している。反復する事も多く、行動上の問題を抱えている人も多く、精神医学的な介入が必要であるが、今まで精神科医療は本格的には取り組んでこなかった。外国では既に外来、入院のユニットができ、診療実績も10年以上に及んでいる。精神科医療が及んでいない領域であり、自殺予防の点からも、専門医療の課題であり、取り組むべきである。

6. 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。

うつ病では、自殺率が注目されているが遷延例、社会復帰困難例など慢性化が問題であり、当然のことながら自殺率も極めて高い。一口に遷延例といっても、潜在的な双極性障害、非定型うつ病など、様々な場合があり、うつ病の亜型毎に、適切な治療を行えるような病型分類と、その診断法が必要である。まず早期に適切に治療し遷延化させないことが重要であるが、遷延化した場合、適正な薬物療法、認知行動療法やmECTの併用、入院により治療環境（家族との葛藤、独居による自閉的生活）を変え遷延化の分析およびそれに対する治療の試み、復職ダイケア（集団精神療法）の参加など当事者の特徴にあつたきめ細かな統合的な治療が必要である。また、うつ病はがんや循環器疾患、アルコール依存症などと併存しやすく、他科とのリエゾンをししばしば必要とする。これらのためには地域医療や医療資源を統合し連携するセンター機能が必要である。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、うつ病等精神疾患の診療連携拠点が地域に配置する事が必要である。また、その中には大学等の教育研究病院や研究施設との連携による研究拠点病院も都道府県に1箇所程度設ける事が必要である。地域の疫学データや医療資源を調査し、また、研究機関の臨床フィールドとして機能する。

7. 治療成績の開示

現状では各施設の治療成績を開示しているところはほとんどなく、国民が医療機関を選択するための資料が少ないので、治療成績を開示するべきである。またこの開示には、同時に地域に設けられる評価委員会の評価結果と併せてホームページ上に開示することが必要である。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

1. 多職種チームによる診療

外来診療や入院診療の中で精神科医だけでなく、看護師、精神保健福祉士、臨床心理職などが当事者や家族の不安を受け止めるだけでなく、発病からの経過や病状などを聞いて診療に関与することは多い。ACTや訪問診療などでは既に多職種のチームを形成し活動しており、英国の精神医療でも多職種チームが中心になっている。それぞれの異なった職種のプロフェッショナルが関与することによって当事者の問題を医療・保健・福祉等の複数の側面から正

しく把握することができる。初診時に精神科医が診断・治療など包括的に方針を打ち出し、チームで治療することが3分診療から脱却し、必要な診療時間を確保することになる。

2. 精神科医の診療水準の向上を目指す

日本精神神経学会の専門医制度は平成21年度から試験開始になり10症例以上のレポート提出、筆記試験、面接試験が行われている。まだ始まったばかりで、今後の精神科医の診療水準の向上は試験制度の改善、例えば実技としてロールプレイなどで実際の診療能力を評価する方法を導入するなどの工夫が必要である。

また、教育の段階で系統だった精神療法の指導が行われていない。平成22年度に認知行動療法が診療報酬に掲載され講習会やスーパーバイザーによる指導が始まっているが、専門医の教育にも定着させていく必要がある。当事者や家族のニーズを理解するために専門医教育の段階で家族会に参加すること、チーム医療を修得するために多職種による研修会に参加することも有効である。

3. ガイドライン、適正な薬物療法、認知行動療法

診療ガイドラインについては日本精神神経学会が出している性同一性障害に関するもの、精神医学講座担当学会が出している気分障害治療ガイドライン、統合失調症治療ガイドライン、厚生労働科学研究費などを用いた各種疾患のガイドラインなどがあるが標準化されていない。

多剤大量療法については、エビデンスが得られている。統合失調症患者に対する抗精神病薬併用投与に関する国際比較では、2剤以上の使用が80%を超えており第1位である。抗精神病薬の投与量の比較でも海外の2つの論文がわが国では海外よりも大量の抗精神病薬が使用されている可能性を示している。また、抗精神病薬の組み合わせが有効であることを支持する証拠はほとんどない。それによって高用量になり、副作用のリスクをあげてしまう。多剤大量療法が有効とはいえないという結論は得られている。特定抗精神病薬治療管理に関する加算が導入され、多剤治療から非定型抗精神病薬による単剤処方への動きが僅かながらみられている。

認知行動療法がうつ病治療に有効であるということ、薬物療法と認知行動療法を併用すると更に有効であると言う論文は多く、本邦でも少数例であるが比較試験で有効性が確認されている。認知行動療法の普及が精神科医の診療水準の向上につながるものと考えられる。

4. 疾患別

① 児童思春期疾患

専門的入院医療施設は不足しており、専門病床を持つ児童精神科は、東京では2/135（専門/全体）、全国で約20/1600である。成人発達障害者の治療に対して稼働している医療施設は皆無に近い。専門性ある医師が不足（児童青年精神科、小児科）し、数少ない医師に集中してしまう。専門性ある多職種医療スタッフも不足している。

