

### C. 問題解決のための構築やエビデンス

養成段階から各領域の学生が共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. 問題解決のための根拠やエビデンス

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へ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。



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、専門家などから任ぜられ、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、

- a. 地域メンタルヘルスチームの設置数
  - b. 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
  - c. 「精神保健等改革」の決意と方針の表明を行った首長の数
  - d. 精神保健等サービス改革プランを作成した市町村数
  - e. 評価やモニタリングの仕組みを整備した自治体数
  - f. 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、

- a. サービス利用者（当事者・家族）の満足度
  - b. 未治療期間
  - c. 当事者の社会機能
  - d. 自殺率
  - e. 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

メンタルヘルスチームを全国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てのではなく、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の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た「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始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

こころの健康政策構想会議 WG 報告集  
“こころの健康増進”を日本の基本政策に！



#### 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。

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

## 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っては、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路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って、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ずれでもない。

#### 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







