

田 邊 構 成 員 提 出 資 料

精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 2013.8.27

全国精神保健福祉センター長会の意見 田辺等（全国精神保健福祉センター長会会長）

全国精神保健福祉センター長会では、さまざまな精神の健康障害にある人が地域で健康を回復していくために、地域での問題解決能力を高めることが重要と考えており、今後の適切な精神科医療の方向づけに関し、①機能分化と地域での役割分担、②地域の疾患対応力を増す人材育成、③長期入院者の地域移行の促進、④入院によらない医療の充実、⑤患者の人権の尊重、について意見を述べます。

1. 精神科医療の機能分化が地域での具体的な役割分担に反映されるべき

既に入院医療で医師、看護師の配置基準を一般医療と同等にしていく方向性と、精神病床の機能分化の方向性が示されましたが、今後機能分化されていく各医療機関が、実際に地域でどの役割を担うのか、また保健・福祉とどのような連携が可能なかが重要です。

その点で、従来の統合失調症モデルにとどまらず、認知症、各種の依存症、発達障害などへの医療とケア、さらに、ひきこもり、自殺未遂者対応などのメンタルヘルス課題への対応も含めて、その地域で、それぞれの課題での問題解決能力が高まるような連携体制を具体的に構築すべきです。

精神科医療機関の機能分化を踏まえたうえで、都道府県レベルの医療計画のもと、圏域レベルでの具体的な役割分担（機関連携の関係図）を、主要な問題別に、それぞれ描けるようになるのが重要です。精神科医療を担う公的医療機関が1割程度で、医師個人の経営する診療所の増加が今後も予想される我が国では、圏域レベルで問題別の連携体制を構築し、それを地域で共有することが必要です。そして、この体制を構築し、各機関の役割を認識し共有していく協議では、圏域の行政機関、保健機関が調整の役割を担う必要があると思います。

2. 依存症や発達障害に対応可能な人材の育成を推進

統合失調症や認知症の対応システムと人材は地域に増えつつありますが、潜在人口が多いと考えられる依存症、発達障害に対応する人材は、医療も保健福祉も十分ではありません。

近年、発達障害には支援法ができ、発達障害者支援センターが活動し、また引きこもり問題での支援センターも立ち上がりましたが、地域で対応できる医療機関は不足しています。

また依存症問題では、医療は数少ない専門医療機関にほぼ限定され、回復者が運営する民間入所施設での対応を頼みとしている現状があります。学生のアルコール乱用死、依存症者の飲酒運転事故、脱法ハーブ等の薬物乱用と依存、処方薬依存、多重債務や自殺をまねく病的賭博、さらにはインターネット依存など、近年、依存症問題への対応に関わる社会

的ニーズは高まっていますが、地域で対応可能な人材はなお限られています。

これまで専門領域扱いであった依存症や発達障害について、どの地域においても、医療、精神保健相談、家族支援が受けられるよう、これらの問題で各領域の人材を育成し、地域の問題対応能力が高まるようにすべきです。

発達障害では、障害を早期発見して家族や教育者等に療育指導することが、当事者の社会適応を改善し、2次的精神障害の合併を低減、予防します。依存症では、家族に適切な相談支援を行い、当事者に受療を動機づける早期介入・早期支援の相談技術が重要です。

これらの問題に対応可能な人材育成のために、医療分野の研修の他に、地域で精神保健福祉センターを中心とした教育研修を充実させ、保健所・市町村の関係職員、地域の相談支援事業者等に人材育成を推進すべきです。地域の人材育成が、早期発見、早期対応、障害の進行予防に重要です。

また地域の精神保健福祉の中核的技術センターとして、これらの問題での人材育成や複雑困難事例の相談やコンサルテーション機能を求められる精神保健福祉センターには、地域のニーズに適う教育研修機能の充実やマンパワーの強化が必要です。

3. 長期入院防止、地域移行促進の業務を入院医療の業務として標準化する

法改正で新設予定の医療保護入院者への退院後生活環境相談は、長期入院の抑止効果、また長期入院者の地域移行促進に有効と考えられます。

保護者制度の問題点として、入院に同意した保護者が患者の退院を望まない、或いは拒否することが指摘されていましたが、当事者や保護者に地域の社会資源を説明し、安心させる退院支援ケースワークの充実も大切です。退院支援のケースワークは、精神科医療の本来業務ですが、これまでの入院医療では、この業務を遂行する環境が十分ではありませんでした。

この業務を促進し、業務を担う人材を確保するためにも、精神保健福祉士など有資格者による業務を診療報酬化するなど、医療の中に組み込んで標準化し、退院後生活環境相談員が機能しやすい環境整備が必要です。そして強制入院対象者においては、重要で必須な義務的業務とし、実地指導でも審査対象とする方向が良いと思います。

4. 危機介入の治療プログラムを充実させ、可能な限り入院によらない医療を推進する

疾病からの回復では、生活の場で健康を回復していくのが望ましいことは、精神疾患も身体疾患も同じです。精神科医療は精神科リハビリテーション（デイケア）のプログラムを持つようになり、患者への生活支援サービス、居住サービスも拡充されましたが、危機介入への医療提供は十分ではなく、なお入院か外来通院か二者択一の傾向にとどまっています。

急性期（急性増悪期）やその前兆を示す時期に、医療とケアが提供されるショートステイサービスや、医療中断者への積極的往診診療のシステム整備、或いは医療導入のための

診療外支援として公的機関の訪問アウトリーチなど、危機介入の目的での治療プログラムやケアの選択メニューを多様に整備していく方向が望まれます。

自発的に入院医療を望まない人、いったん入院に同意したものの早期の退院を望む人に、入院医療の代替として提示できる危機介入の対応プログラムの充実が望まれます。

多職種チームのアウトリーチ活動は評価されますが、ひきこもり者のアウトリーチでは多数の関与が逆に精神不安定を招くこともあるように、単に多職種がいれば良いのではなく、訪問先で動機付けの不十分な対象に介入していく際の適切なアセスメント能力、面接技術など熟練した専門性が必要です。これらの専門性をどう担保するかにも留意すべきです。

5. 入院医療における患者の人権尊重、権利擁護の推進

医師数や看護師数などの入院環境については、一般医療と同等の水準を志向すべきですが、医療保護入院制度は、患者が任意で入院しないときに行使される強制入院の一種であるので、一般医療の入院と同様の家族への説明と同意の手続きだけでは、患者の人権擁護の国際的基準に適うとは考えられません。

措置入院は強制入院の行使主体が都道府県・政令市であるという法的明証性がありますが、医療保護入院は、精神保健指定医の判断と都道府県・政令市の精神医療審査会の審査を経た手続きであるとはいえ、行使する主体が病院管理者であるという制度であり、法的な検討が今後も必要です。

したがって、次の制度改革までの過渡期では、入院者の権利擁護が重要です。今回の法改正では見送られた代弁者制度の確立が急がれるべきと考えますが、適切な人材確保が困難であれば、新設する退院後生活環境相談員に、入院早期の権利擁護業務を併任させ、強制入院者への権利擁護業務を義務的業務にしていく方向を考えて良いと思います。

また患者の人権を尊重した適切な精神科医療を提供するためには、強制入院を審査する精神医療審査会制度の充実強化は必至です。直接面接での審査や、退院請求への迅速な対応には、合議体数を増やし、かつ事務局体制についても人員を強化する必要があります。精神医療審査の地域格差を是正する意味でも、強制入院の入院審査件数を反映した審査会体制を考えていくべきです。また予備委員の拡充、法律委員のより積極的な活用、実地指導との連携強化などで、人権に配慮した医療の推進のために精神医療審査会の体制強化を図っていくべきです。

以上