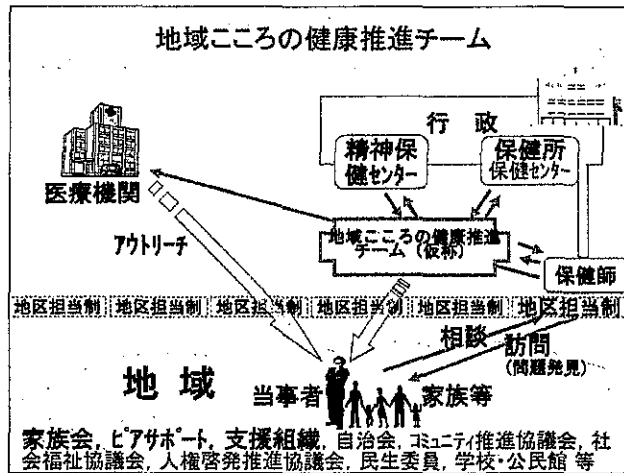


H. 改革を継続して完成するために必要となること

<つづく5年間>

1. 平成25～26年度は、最初の2年間の経験を踏まえて、事業の必要性が高いと考えられる市区町村などを中心に、本事業・前期として20%の人口を占める地域で取り組みを行い、引き続き、そのモニタリングと評価を行う。
2. 平成27～29年度は、それまでの4年間の経験を踏まえて、事業実施の必要性と効果の期待される地域を優先して、7年間の目標で達成可能な地域で順次事業に取りかかり、また実績をあげていく（最終的に事業が実施されている箇所を全人口の50%以上、着手を含めて70%以上、事業実施の検討を含めて90%以上とする）。



アウトリーチ医療 WG

〔目標〕当事者の生活を支える多職種チームによる

アウトリーチ医療の実現

要旨

保健・医療・福祉のいずれの分野についても、「サービスが必要であるほどサービスが届きにくい」という状況がある。そうした切実なニーズがあるところにサービスを届けるのがアウトリーチである。利用者にとって馴染みある環境のもとで、地域の力を活用しながらケアを提供できる多職種チームによるアウトリーチが普及すれば、地域における生活のなかで専門的サービスと生活支援を受けることができるようになると考えられる。「本人が来なければ何もできない」という現状を変えるために、アウトリーチサービスを提言し、ここでは特に、医療におけるアウトリーチについて提言する。

1. 精神保健・医療・福祉のいずれにおいても、多職種によるアウトリーチを中核的なサービスに位置づけて、広く普及させる
2. 最初に相談を受け付けて確実にサービスにたどりつけるための「こころの健康SOSダイヤル」を設ける
3. 外来と入院の隙間を埋める休息の場を地域に設ける
4. アウトリーチの充実によって外来診療の機能分化を推進する

提言起草委員：田尾有樹子、西田淳志、福田正人

委員：伊藤順一郎、荻間真美、高木俊介、渡邊博幸



A. 当事者・家族のニーズ

1. ユーザーのニーズ

出かけていかなければ、そもそもサービスにつながるができない。調子が悪いと病院にも行けない。

家まで来てもらえると、病気のことだけでなく、生活のことなどいろいろなことが相談できる。安心して相談しやすい。

住居がないような状況だと、サービスを求めに向くことすらできない。

病院からの訪問看護を10年間利用してきた。いろいろなスタッフから、固定的でない様々な視点で様子を見てもらえた。症状が変化したときに早期に対応してもらえた。主治医とのコミュニケーションの緩衝と促進となった。具合が悪くなった時に、代表電話ではなくてサービスに直接つながるホットラインが必要。

2. 家族や周囲のニーズ

「本人が来なければ」と言われ続けて何年もたってしまった。

引きこもりでどうして良いかわからないまま、様子を見ていた。本人の様子を知ってもらえる機会がない。

急激に症状が悪化した時に、どうやって医療機関に連れて行けば良いのか。

学校で問題を感じながら、いきなり受診を勧めるわけにもいかず、専門家に様子を見てもらえる機会がない。

遠方に住んでいると兄弟でも様子を見に行くことがなかなか出来ない。日常生活を見守ってくれる専門家がほしい。

いろいろな機関の連携が必要になった時に、結局は家族がそれぞれのところに向かなければならない。連携を家族が担わなければならない。

必死の思いで当事者を介護している家族自身も、心理的なサポートや具体的な支援が自宅に届けられることを待ち望んでいる。

アウトリーチで家族の孤立感へ時を得たサポートや支援を可能にする家族相談員の訪問が必要。サービス利用者との関係性を育むためには高い対人能力が必要である。症状が悪化したときのアセスメントができなくてはならない。引きこもりなどの対象者では就労・就学支援のための専門的技術も必要。

生活の場に向き、地域の力を活用するには高い専門性と多様なチームの力が必須。

B. 現状の分析と改革目標の設定

1. アウトリーチの必要性

保健・医療・福祉のいずれの分野においても「サービスを必要とするほどサービスが届かない」という状況がある。

その理由は、

- ① 精神疾患についての知識が不足しているために、起きている事態に気付かない、あるいは判断できないということが起こりやすい
- ② 精神的な問題であることに気付いても、対処法も相談先もわからない
- ③ 対処法や相談先がわかっても、心の問題については認めたくない、出向きたくないという気持ちになる場合がある
- ④ 精神疾患の症状のために、すでに診断や治療をすでに受けていながらも、病気であると認めることができない、治療を受けたくない気持ちになるなどのことからである。

このように、当事者のニーズと専門家のサービスが離れている事態の解決として、サービスが当事者に近づく（アウトリーチ）という方法がある。アウトリーチは、利用者にとって馴染みある環境のもとで、地域の力をも活用しながらケアを提供する方法である。アウトリーチでは、地域における生活のなかで狭い意味での専門的サービスを受けることができるだけでなく、生活そのものについての支援を受けることができる。さらに、そうした当事者にとっての利点だけでなく、当事者を介護している家族を始めとする介護者を家庭で支援できるという家族（介護者）支援としての意義、障害者を地域の社会に受け入れることを通じて、こころを病んでも安心して生活することができる社会の実現に貢献できるという地域社会にとっての意義がある。

2. 現状

精神保健・医療・福祉のいずれにおいても、アウトリーチ活動が量的にまったく不足しており、また質を保証するための背景が極めて不十分である。そのために、当事者がサービスの場の近くで生活する（入院・入所）という状況がなかなか変わらない。アウトリーチの機能としては、

- ① 事態がまだ明らかではない段階で、ニーズ発見し、問題を同定し、解決法の指針を立てるためのアウトリーチ（サービスへの入口のためのアウトリーチ）
 - ② 明らかとなっている問題について具体的な解決を図るためのアウトリーチ（問題解決へのサービスを提供するアウトリーチ）
- の少なくとも2種類が必要となる。

アウトリーチ活動を実施しようとする場合、保健・医療・福祉が制度として異なることによる壁が障害になる。現在のアウトリーチは、住民であれば無料で受けられることができる行政の保健サービスと、契約のもとに病院・診療所・訪問看護ステーションから行なう医療サービスの2種類がある。この両者はおおまかには上記の①と②に対応しているが、最初のアクセスとしては一元化すべきものであり、機能としては連続的で補いあうものであ



り、またサービスとしては一体化して提供すべきものである。このように機能と制度がうまくマッチしていないために両者の適切な利用が当事者・家族にはわかりづらいし、両サービス間での共同や連携の仕組みが欠落している。医療サービスの中では、病院と訪問看護ステーションではアウトリーチが可能な職種が異なっており、アウトリーチでチーム医療を提供することを困難にしている。

さらに、アウトリーチを実現するためには、当事者が地域で生活の場を持っていることが大前提である。長期入院やホームレス状況に追い込まれたために住居が確保できない当事者のためには、安価な住居を安定して確保できることが必須である。

3. 改革目標

- ① 多職種チームによるアウトリーチを広く普及させる。
- ② それを可能にするための経済的基盤を整備する。
- ③ アウトリーチにおいて保健・医療・福祉が一体となって提供できる制度を構築する。
- ④ 地域に安価な住居を安定的に確保する。

C. 問題解決のための根拠やエビデンス

4000名を超える家族への調査によると、精神的な不調に初めて気づいたとき、訪問して支援を開始してくれたらと思った家族は72.2%、信頼できる専門家に相談できるようになるまで3年以上かかった人は31.4%、まだ出会っていない人が18.9%おり、「サービスへの入口のためのアウトリーチ」の必要性が示されている。また、具合が悪くなった本人がせつかく医療にかかっても、一ヶ月以上中断をしたことのあるひとは74.5%にのぼり、問題解決へのサービスを提供するアウトリーチの必要性が示されている（全国精神保健福祉会連合会 平成21年度家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会による4,419名の家族への調査結果）。

訪問サービスを提供している病院は65.9%である（平成19年度630調査暫定値1,642病院の調査）が、訪問看護ステーションで精神科訪問看護を行っているのは49.4%である。訪問看護ステーションからは、医療保険の報酬を得てアウトリーチを提供できる職種は限定されている。精神科訪問看護を行っていない訪問看護ステーションが、電話相談（59.8%）や複数名での訪問ができれば（55.6%）精神科訪問看護を提供できるとしていること（全国訪問看護事業協会による平成21年度3,380箇所の訪問看護ステーション全数調査）から明らかのように、制度が整備されれば多職種チームによるアウトリーチが可能になると考えられる。

D. 具体的な改革案

1. 精神保健・医療・福祉においてアウトリーチを中核的なサービスに位置づける

精神保健・医療・福祉のすべてにおいて、アウトリーチを中核的なサービスに位置づける。医療においては、多職種がチーム医療を提供する「こころのアウトリーチセンター」

（仮称）を設置してチーム医療を拡大し、診療所との連携をより機動的にする。

全体の活動の指標として、医療においては活動の1/3を、保健と福祉においては活動の2/3をアウトリーチとして行うことを、10年間で実現する（予算指標で評価?）。そのために、全国のモデル地区において3年間のトライアルを行ない、その後2年間で制度を全国に普及し、残り5年間で数値目標を達成する。

さらに、保健・医療・福祉それぞれ固有の多職種チーム間の連絡調整会議を可能にする。

こうしたアウトリーチを実現する基盤として、自宅のない当事者への住居確保を自治体の責任で5年以内に行なう。グループホームや旧・病棟を利用する場合であっても、管理運営は自治体が行なう。

2. 最初に相談を受け付けて確実にサービスにたどりつけるための

「こころの健康SOSダイヤル」を設ける

保健・医療・福祉によるアウトリーチを機能的には一体となって提供できるように、最初に相談を受け付けて責任をもって確実にいずれかのサービスに結び付けるために国がサポートする一本化した窓口「こころの健康SOSダイヤル」を設置し、広く国民に周知する。この人材は保健、医療の双方が拠出し、安定して有効な運用を図ります。保健、医療のそれぞれのアウトリーチチームの連携を、国が開催をサポートする会議体で保証、強化する。例えば、人口10万に対して一箇所程度の「地域精神科医療センター」を設置してアウトリーチチームやショートステイ、の機能を整備する。

3. 外来と入院の隙間を埋める休息の場を地域に（ショートステイハウスの創設）

自宅へのアウトリーチだけでは不十分な状況に対応できる、入院・入所以外のサービス提供の場を公的に設ける。人口10万人あたり1か所を5年以内に設置する。少しの間生活の場を離れて、距離をおいて休息すれば解決する問題が少なくないからである。そうしたちょっとした休息と支援を当事者や家族が受けられるように、ケアの場を無料で提供し、当事者にアウトリーチサービスがケアを届けるとともに、家族には休息の場を提供し家族支援を受けられるようにする。必要であれば入院を勧めることもあるが、その場合もアウトリーチのサービスは継続する。

4. アウトリーチの充実により外来診療の機能分化を推進する

医療のアウトリーチチームは、病院、診療所の外来、訪問看護ステーション、こころのアウトリーチセンター（新設）など多様な場に設ける。そのことによって、外来の機能も、専門医療を重視したタイプ、心理社会ケア（ケアマネジメント、心理教育、認知行動療法、デイケアなど多職種によるケア）を中心に行うタイプ、そして薬物療法の調整を専門的に行うタイプなどに分かれ、アウトリーチチームの相互の紹介によって、利用者は必要なサービスを選ぶことができる。

いずれの機能の外来であっても、地域の精神保健・医療・福祉ネットワークへの参加と協力を必須とする。

そのような段階で、外来診療を類型化し、基準を設け、表示を可能にし、診療報酬のうえでも評価を行なう制度を7年以内に発足させる。

こころの健康政策構想会議 WG 報告集

三大疾患にかか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



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. 多職種チームによるアウトリーチが活動できる経済的基盤を

医療においては、多職種チームによるアウトリーチを可能とする診療報酬を設定する。具体的には、

① 基準を満たす多職種によるアウトリーチ活動についての包括的評価

- 1か月の累積アウトリーチ時間で評価
- 1回のアウトリーチを最低30分に設定
- 人数や職種数による係数をつける
- 対象者全員についての累積アウトリーチ時間の提出を求める

② 交通時間の評価(1か月の累積時間で評価)、から構成することで、過剰訪問を防止し、人口密度の少ない地域に配慮する。

チームのサービスには、24時間の電話対応、必要時の緊急訪問、家族など介護者へのケアを含むことにする。

2. 住居確保のための経済的基盤

自宅のない当事者への住居確保を自治体が行うために、グループホームの設置、民間のアパート・グループホーム・旧病棟の借り上げ制度を整備する。

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

1. 診療報酬における位置づけ

診療報酬において、精神科専門療法の一環としてアウトリーチを位置づけ、包括的に評価する。チームによるアウトリーチケアに携わる職種(現在は医師、看護師、保健師、作業療法士等)に臨床心理職、精神保健福祉士を明記する。医師による包括的指示を認めて、医師以外のスタッフがその範囲の独自の判断でサービスを提供できるようにする。

2. 権利擁護のための第三者機関の設置

アウトリーチサービスは生活の場に提供されるため、第三者の目が届きにくくなる。その点をカバーするために、利用者の権利擁護、サービスへの不服申し立て、トラブルの仲裁などを行う制度を制定する。具体的には、第3者機関を地域ごとに公営で設ける。

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. アウトリーチ制度の詳細なつめと、診療報酬における仕組みの改訂の準備
2. ショートステイハウスの詳細なつめと制度の準備
3. 住居確保の準備
4. 権利擁護第三者機関の詳細なつめ
5. 先行して改革を実施するモデル地区の選定

H. 改革を継続して完成するために必要となること

1. アウトリーチの機能の評価システム

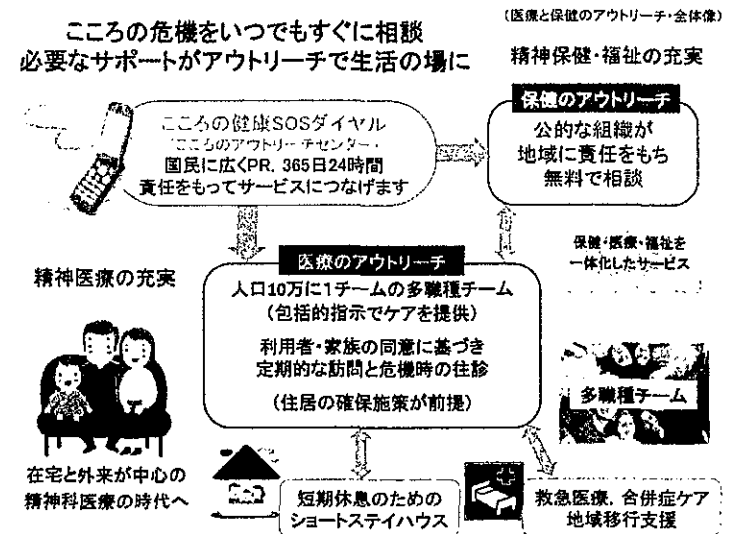
アウトリーチケア提供の要件と評価の基準を透明化する。アウトリーチサービスの利用および利用終了の要件を明確にし、効果を地域滞在期間(ショートステイハウスの利用は地域滞在時間とする)などのアウトカム指標を用いて評価する。評価を診療報酬の支払い要件の1つとする。効果は当事者や家族の満足度などの指標も含む。

2. 人材の育成

アウトリーチケアに関わる、チーム医療と地域ケアマインドをもった人材を育成し、質の高いケアを提供する(リカバリー概念、ストレングスマデル)。病院モデルに偏重した教育システムから脱却し、地域ケアモデルで育成する。

3. 病棟からアウトリーチへの移行のモデルの明示化

現在、社会的入院とされる利用者をアウトリーチに移行する場合の、実際の手順、当事者の住居の確保、スタッフの研修の進め方、スタッフの働き方の変化と現在の業務からの移行の仕方、それに伴う医療経済の変化、空床になる建物の活用法などについて、多くの当事者や病院スタッフや経営者が参考にでき、安心してアウトリーチ体制に移行できるような、地域の実情に合った様々なモデルを明示する。



チーム医療 WG

【目標】多職種チームによって全人的医療を実現する

要旨

利用者と家族は、精神症状ばかりでなく、生活や人生の困難さに困っている。治療や支援には多機関の多職種が関わる必要があり、医療領域では、アウトリーチのできる「チーム医療」を実現することを提言する。

1. 「在宅・外来を診療の基本とする」ことで、地域こころの健康推進チームや地域生活支援チームと連携し、隙間のない支援システムを形成する。ケアマネジメントが重要な機能を果たす
2. 「心理社会的アプローチを強化する」ことで、病気だけでなく生活についても相談でき、支援を受けられる条件を整備する
3. 「多職種チームを実現する」ことで、基本職種とオプション職種を組み合わせたチームが相談を受け、チームによって援助計画が実行されるようにする。包括的指示の考え方を導入して、医師だけによる3分間診療を解消する
4. 「多職種チームを評価する」ことで、診療報酬による支払いが可能のように、構造評価、機能評価、成果評価を組み合わせて、正当な評価の仕組みを作る
5. 「人材育成体制を整える」ことで、養成校段階からの多職種連携教育の導入、国家試験出題基準への明記、チームワーク研修体制の整備などが考えられる

重点課題

多職種チーム医療が実現できるように、ケアプログラムアプローチや包括的指示の制度を整え、多職種チーム活動に正当な経済的評価を与える。

提言起草委員：田尾有樹子、西田淳志、野中猛、増田一世

協力委員：奥村麻理子、室間真美、金田一正史、末安民夫、田中英樹、津川律子、山根寛

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

当事者・家族は、次のようなことで困っている。

1. 症状悪化時に必要な支援がない
2. 困ったときに相談できて問題解決してくれる場がない
3. 本人の回復に向けた専門家の働きかけがなく家族まかせ
4. 利用者中心の医療になっていない
5. 情報が得られず困った
6. 家族は身体的・精神的健康への不安を抱えている
7. 家族は仕事を辞めたりして経済的な負担を感じている

とされている（平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究」）。

もちろん、精神症状にともなう危機状態など、疾患をめぐる問題をもっとすみやかに解決したいという希望は大きいものである。しかし、当事者が困っているのは、精神症状以上に、疾患や障害にともなう生活上の困難さや、人生設計上の現実的な不安でもある。

B. 現状の分析と改革目標の設定

わが国における精神保健対策は、統合失調症を中心とする重症疾患の入院医療に重点が置かれてきた。先進諸国がほぼ50年前から開始している脱施設化政策について、わが国では方針が定まっているもののいまだ実現していない。並行して、第一次予防である精神保健体制が十分に構築されていない。さらに、第三次予防であるリハビリテーションや福祉も、他障害と比較して実質的な格差が残っている。

第二次予防に位置づけられる治療においても、医療機関や医師が中心となっていて、精神症状以外のさまざまな生活上の要求が適切に受け入れられないまま、薬物療法や入院処遇で対処されてきていると言わざるをえない。

そこで、われわれの提言する改革では、次のような方向を強調する。まず、医療の中心を在宅生活支援のための外来診療におく。次に、教育や雇用など多機関とともに、多職種によるチームアプローチを強化する。また、支援の目標について、症状を治めることだけでなく、適切な受診による重症化の防止と、病や障害のすべてがなくならなくても生活や人生を取り戻すことができるという意味の回復（リカバリー）におく。

C. 問題解決のための模倣やエビデンス

精神科病院からの複数職による訪問看護の実態を調査した研究（平成20年度厚生科学研究特別研究）では、「精神保健福祉士による相談、ソーシャルワーク54.3%」や「家族の精神的負担を軽減するためのサポート29.9%」などの機能が提供されている。

多職種によるチームアプローチは、実に多様な要因によって規定されているために、実証的な効果研究を構成しにくい領域である。それでも、世界的には2000年代に至って、

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
「こころの健康の意識」を克服できる安心社会の実現を

医療保健福祉領域におけるチームアプローチの効果研究が現れてきた。ほぼ共通する要因として、目標の共有、リーダーシップ、コミュニケーション、凝集性、政策的な支持などの重要性が指摘されている。

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、これまでの成果研究を総合的に検討している。多職種による回診や会議、養成段階の連携教育の有効性などが研究されている。治療期間の短縮、利用者の満足度、職員による事故の数などに好影響を与えると報告されている。

こうしたチームワークやリーダーシップについては、組織の人材管理として、一般企業において知見が膨大に蓄積されていることは言うまでもない。

D. 具体的な改革案

チームアプローチは、保健・医療・福祉のすべての領域において必要であるが、ここでは医療領域に焦点をあてる。チーム医療について5つの提言をする。

提言1: 在宅・外来を診療の基本とする<医療は在宅・外来で>。すなわち、利用者の地域生活や人生を支えるために、アウトリーチのできる多職種チームを外来におく。地域こころの健康推進チーム(保健)や、地域生活支援チーム(福祉)と密接に連携して、支援の隙間を作らないようにする。この場合にケアマネジメントの機能は重要である。チームの中でケアマネジャーが特定される。

提言2: 心理社会的アプローチを強化する<病気だけでなく生活も相談できる>。具体的には、ケアマネジメント、心理教育、社会生活技能訓練、認知行動療法、各種精神療法、就労・就学支援、住居サービス、ピアサポート、家族/介護者支援などのサービスを、もっと容易に受けられるようにする。利用者と家族の希望を最大限に生かすことが目標となる。

提言3: 多職種チームを実現する<統合された全人的支援>。すなわち、基本職種として精神科医、看護師、精神保健福祉士、臨床心理職、作業療法士を規定します。オブション職種として、薬剤師、栄養士、保健師、職業リハビリテーション専門家、ピアサポーター、家族支援専門員などを規定する。他にも場合によって、福祉、職業、教育など、さまざまな領域の専門職が加わる。医療機関(総合病院、精神科病院、診療所等)と訪問サービス・ステーションを組み合わせて設置し、基本職種1名あたりのケースロード基準をもうける。

チームによって受理され、アセスメントや支援計画が立てられ、医師から包括的指示を出すこととする。これによって、さまざまなサービスが全人的支援として統合される。また、医師だけによる3分間診療が、多職種チームによる支援を中心として、必要な時だけの医師診察ですむように改善される。

提言4: 多職種チームを評価する<チーム運営が健全な経営になる仕組み>。すなわち、診療報酬で適切な額が支払われるように、多職種チームの評価項目を規定する。構造評価として、チーム構成員、部屋の構造、移動手段などが挙げられる。機能評価とし

て、ケース会議の実施、アウトリーチ回数、利用者との接触回数など、成果評価として、入院回避率、就労・就学率、利用者・家族の満足度などが挙げられる。また、こうした評価結果が公表される仕組みを作る。

提言5: 人材養成体制を整える<医療の質は人材の質>。すなわち、チームの能力を向上させる教育の仕組みを必要とする。具体的には、養成段階における多職種連携教育(インタープロフェッショナル教育: IPE)を正式に導入する。他には、国家試験出題基準にチームワークを明記する、チームに関する研修会にチームで参加する、日常的なスーパービジョン体制を整える、人材養成体制の有無を医療機関の評価項目に算定する、といったことが考えられる。

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

チーム医療を実現するためには、診療報酬において多職種チームを評価する必要がある。チーム構成員や物理的条件などの構造評価、ケース会議開催回数やアウトリーチ回数などの機能評価、入院回避率や就労・就学率などの成果評価を規定した上で、多職種チームが経営的に可能となる仕組みが必要である。その前提として、臨床心理職の国家資格化は当然の条件となろう。

薬物療法などの生物学的治療だけでなく、心理社会的支援を加える必要性があり、こうしたサービスに対する経済的な評価が求められる。さらに、本来は保健や福祉との領域間に境界がなく、理想的にはひとつのサービスとして統合すべきであるが、現行の医療制度に従う限り、各領域における各チームとの連携協働ができる仕組みと技術を工夫することが必要である。

F. 改革を実施するために必要となる法的な整備

チーム医療が活動するためには、医師による包括的指示が認められるように、医療法等の解釈が必要となる。

診療報酬上は、多職種チームについて評価するための具体的な工夫が求められる。心理社会的支援についても正当な評価が必要である。基本職種と考えられる職種の中で国家資格化されていない臨床心理職の資格化を急ぐ必要がある。

各職種の教育内容には、チームワークの項目が形式的に挙げられている。これが実効性をもつように、教育カリキュラムや国家試験出題基準などに反映する必要もある。

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>

まずは診療報酬改定である。そのためにも、チーム医療の規定や評価項目を明らかにする作業が必要になる。診療報酬に関する規定方針は、科学的エビデンスや成果、あるいは国民のニーズに基づくように定めてほしい。



H. 改革を継続して完成するために必要となること

チーム医療ばかりではないが、常に改革を続けるために最も重要なのは人材教育である。利用者の立場に立って、実際に有効な活動を、チームワークに基づいて行える専門家の育成体制を整備する必要がある。

精神医療改革 入院医療 WG

〔目標〕入院医療の改革

要旨

当事者・家族のニーズとわが国の精神科医療の現状から、入院医療の改革に向けて以下の5つの提言を行う。

1. 当事者・家族を尊重した入院医療を進める
2. 24時間アクセスできる精神科救急医療を整備する
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
4. 総合病院有床精神科の活性化を図る
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

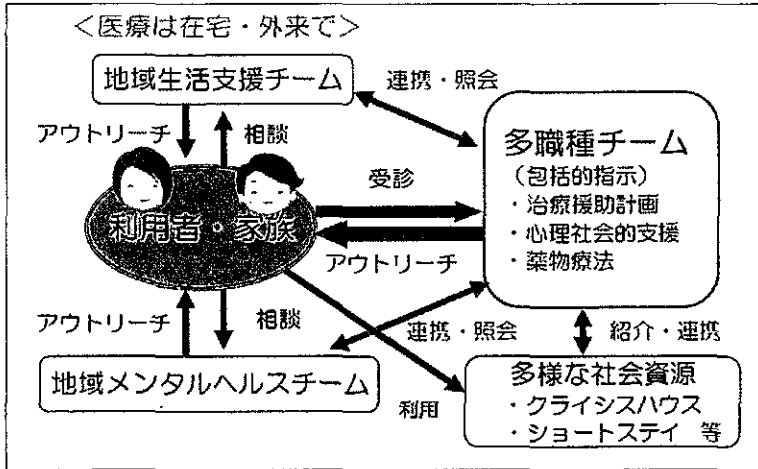
提言1は医療の基本である。特に精神科領域においては、個人の尊厳と権利を尊重した医療を行うことが、当事者・家族の自尊心を育み回復への意欲を高めることを忘れてはならない。プライバシーとアメニティの確保された療養環境で、十分なインフォームド・コンセントの下、当事者・家族と医療スタッフが協力して回復に向かって努力する入院治療を実現しなければならない。

提言2はいつでもどこでも精神科医療が受けられるシステムを構築することである。電話相談窓口（ホットラインサービス）、移動精神科救急チーム（アウトリーチサービス）、受け入れ病院の確保などを早急に整備すべきである。また、これに伴う救急・急性期医療のさらなる充実も必要である。

提言3は新たな医療の姿である。精神科医療における多職種チーム医療は、マンパワーの乏しさのため一部にしか普及していないが、各職種の経験と知恵をチーム力に結集し、ケアマネジメントや様々な治療プログラムを駆使して治療にあたることで、早期退院を進め、専門医療を充実させることができる。

提言4は医療供給体制の歪を正すことである。現在、総合病院有床精神科は縮小・閉鎖の危機に瀕しているが、その役割と存在意義を明確にし、その重要性が認識されるような具体的な施策を講じて活性化を図ることが必要である。

そして提言5は、提言1から4までを進めるために不可欠なものである。「入院医療中心から地域生活中心へ」という国の理念を現実のものとするためには、世界に類をみない過剰な精神病床を半減し、残された精神病床の高規格化（一般病床なみの人員配置等）と地域精神医療の充実のために、マンパワーと医療費を振り向けることが必要である。これが精神科医療の一般医療化を実現することであり、わが国の精神科医療もようやく先進国の水準に一步近づくことができるのである。



重点項目

医療法を改正し、全ての精神病床の人員配置（医師、看護師等）を一般病床と同水準に引き上げて精神病床の半減を実現する。その結果、入院医療は高規格化された救急・急性期病棟や専門病棟に集約し、多職種チーム医療により質の向上を図る。精神病床の半減で生じた医療費は、高規格化された入院医療と地域精神医療に全て充当する。長期入院患者の地域移行に伴う社会復帰施設等の費用は別途財源を用意する。

提言起草委員：岩成秀夫

検討委員：澤温、平田豊明、小石川比良来

協力委員：浅井邦彦、松原三郎、山角 聡

こころの健康政策構想会議 WG 報告書
「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

当事者・家族の入院医療についての要望は、まとめると概ね5つのカテゴリーに分けられるものであった。

1. 医師・看護師等病院職員に関するもの
患者や家族を見下すような態度をとらないで欲しい。

大人の患者に対し、〇〇ちゃんなどと子供扱いした言い方は止めて欲しい。

いくら注意してもできない患者を「くそみそ」にけなすのではなく、「君は必ずできるようになるよ。信じているよ」という姿勢で当たってほしい。

家族も心身が傷ついているので回復を支援する気持ちで接してもらいたい。

治療の重要なパートナーとして、家族を尊重する気持ちを持って欲しい。

2. 医療の説明に関するもの

患者の病状や見通し、退院後の対応の仕方など、きめ細かく説明してもらえないだろうか。

説明するときはあまり専門用語を使わないで、患者や家族にもよくわかるように一般的な言葉でお願いしたい。

家族が説明を求めた時、嫌な顔をしないで対応してもらえないか。

3. 医療の質や療養環境に関するもの

多剤大量の薬で歩けなくなった患者さんを何人も知っている。適切な薬物療法になるように注意してもらえないか。

入院中から服薬自己管理など退院を意識した取り組みをして欲しい。

話を親身に聴き、患者の気持や願いを知って心理面で支えて欲しい。

患者に必要な治療（認知行動療法、心理療法、作業療法など）を辛抱強く行って欲しい。そのためにはマンパワーの充実が欠かせないので、何とかして欲しい。

グループホームの非常勤職員の経験からチームの力に感動を覚えた。病院でも医師・看護師・精神保健福祉士・保護者などがチームを組んで、患者の診療に当たって欲しいと思う。

何度も再入院をするケースでは、退院の前に本人と家族の関係性や生活状況の評価を行い、再発予防計画を考えることや、着実に回復できるよう退院後も支援することをお願いしたい。

こころの健康政策構想会議 WG 報告書
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

入院中に所持品が患者仲間に壊されたり盗まれたりする問題や喫煙の習慣が他の患者から伝染する問題などを少なくして欲しい。

4. 医療の提供に関するもの

救急時に受け入れ窓口がなかった。

入院を躊躇させるような家族の状況、経済的事情など、さまざまな問題で患者と家族が心配しなくて済むような支援制度を整えて欲しい。

自立生活が困難な長期入院患者の退院にあたっては、家族に押し付けないで、ケアホームなどの施設入所を考えて欲しい。

身体疾患の治療が総合病院で精神科治療と連携して行われるようにして欲しい。

5. わが国の精神科医療に関するもの

社会的入院が何故改善されないかを一番強調したい。明らかに人権侵害である。

精神科病院は怖いというイメージを何とかしないといけない。内科や外科にかかるのと同じようにして欲しい。

精神科特例の弊害を何とかして欲しい。

話を聴くための時間を確保するためにスタッフを増やして欲しい。

B. 現状の分析と改革目標の設定

<現状の分析>

1. 医師・看護師等病院職員に関するもの

わが国の精神科医療は昭和25年の精神衛生法の施行により、私営監置は廃止されたものの、入院医療中心のあり方が続いてきた。しかも、昭和33年に医療法施行規則に関する厚生省次官通知（いわゆる「精神科特例」）が出され、精神科医は一般科の1/3以上、看護師は1/2以上でよいとされることになった。このような手薄なスタッフでは早期退院に向けた十分な医療が行えないため、精神病床は約35万床に肥大化し、この時代としては世界に類を見ない長期収容型の入院医療が出来上がってしまったのである。

第二次世界大戦後、英米では巨大精神病院の社会学的研究が行われ、多くの病床を抱える閉鎖的な精神科病院は、医師を中心とし入院患者を底辺に置くヒエラルヒーが形成されてしまうこと、収容されている入院患者には施設症といわれる、自閉的で、意欲や自発性に欠け、感情の乏しさが目立つ症状が生じてきて、本来の病気の症状と区別がつかなくなることが確認されてきた。

このような精神科病院に長く身を置くと、精神科医療スタッフには無意識のうちに差別意識が生じてきて、当事者やその家族に対し、その尊厳を傷つけたり、人権をないがしろにしたりする言動や行動が出てくるものと思われる。

2. 医療の説明に関するもの

精神科医療においてもインフォームド・コンセントが次第に定着してきたが、当事者・家族からみたらまだ不十分であるかもしれない。その最も大きな理由は人員配置が少ないため、医師をはじめ医療スタッフは説明に要する十分な時間が取れないためであろう。

もう一つの理由としては、精神医学や精神科医療がまだ発展途上であり、当事者・家族に明快に説明できるだけの根拠が少ないため、十分納得できるだけの説明ができないことも考えられる。

3. 医療の質や療養環境に関するもの

先述した精神科特例のため、人員配置の少ない状態に比例して安上がりの診療報酬に抑えられてきたため、人手をかけない収容型の入院医療が、プライバシーやアメニティへの配慮に乏しい粗悪な入院施設の中で行われてきた。そして病院側や家族の様々な思惑から生じる精神科病院の密室性のため、医療者が自らを見直さずいることを許したと考えられる。

また、国民に根深く残る精神障害者に対する差別意識が、そのような入院医療をやむを得ないものと容認してきたことにも一因があると思われる。

4. 医療の提供に関するもの

平成7年より国は精神科救急医療体制整備事業を開始し、一定の条件を満たす事業に国庫補助を行うことになった。この事業は平成14年度までに全都道府県に普及したことであり、平成20年度には国と都道府県から年間総額34億円（人口100万人当たり約2,800万円）の公費が補助されている。その結果、電話相談窓口（精神科救急情報センター）、移送制度、精神科救急病院や初期救急施設などが整備されてきたが、全国的にみると地域格差が依然として大きい。また、夜間・休日体制は限られたスタッフしか対応できないため需要に追いつかないのが現状である。

また、わが国の医療は原則として、国民皆保険によるフリーアクセス性のため、国民は本人の判断でどの医療機関を受診することも自由である。これは大きな利点でもあるが、その一方、国民はどの医療機関がよいのか判断できなかったり、精神科診療所、総合病院精神科、単科精神科病院などが乱立あるいは偏在したりして、医療提供体制における大きな無駄の一因にもなっている。

5. わが国の精神科医療に関するもの

精神病床数の算出方法は国によって若干異なるが、わが国の精神科医療の際立った特徴は、約35万床という比類のない精神病床の多さである。図1はよく知られたOECDのデータであるが、他の欧米諸国が1970～1980年代から、ケアマネジメントなどの手法を普

