

日本の地域精神保健に関する訪問調査  
STUDY VISIT ON COMMUNITY MENTAL HEALTH IN JAPAN

チー アン  
Chee Ng

メルボルン大学精神医学講座  
Department of Psychiatry, University of Melbourne

日本の地域精神保健に関する訪問調査

2008年1月6-19日

国際コンサルタント：

チーアン准教授

メルボルン大学国際精神医学部門長

セントビンセントメンタルヘルス

WHO 協力センター

アジアオーストラリアメンタルヘルス (AAMH)

計画：

国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部

後援：

日本障害者リハビリテーション協会 (JSRPD)

(日本語訳：小山明日香、竹島正、秋山剛)

## 内容

1. 要旨
2. 訪問の目的
3. はじめに
4. 地域精神保健活動のモデルの報告の範囲
5. 日本とオーストラリアの精神保健システムの差異
6. ベストプラクティスの視察
  - a. 巢立ち会（退院促進プログラム）
  - b. 千葉病院（千葉県船橋市）
  - c. 神奈川県精神保健福祉センター
  - d. 司法精神病棟（国立精神・神経センター）
  - e. さわ病院（大阪府豊中市）
  - f. 松原病院（石川県金沢市）
  - g. E-JAN（遠州精神保健福祉をすすめる市民の会、NGO）、メンタルクリニックダダ、ピアクリニック（静岡県西部）
  - h. 浜松市精神保健福祉センター
7. 主要な組織団体とのミーティング
8. 日本の長所とベストプラクティスについてのまとめ
9. 将来的な改善点
10. 地域精神保健の改革に向けた提案
11. 実践的な次のステップ
12. 謝辞
13. 参考資料

## 1. 要旨

この報告書は、国際コンサルタントによる、日本での 2 週間の地域精神保健に関する訪問調査をもとにしている。訪問の目的は、地域精神保健のベストプラクティスモデルをさらに発展させるために、日本にどのような強みと可能性があるのかを明らかにすることであった。政府、臨床サービス、地域、その他関係機関のリーダーと、現在および将来のサービス提供のあり方についての議論も行った。

日本における地域精神保健の発展、精神保健のリーダーやスタッフの関心の高さには特筆すべきものがある。一方、地域精神保健サービスの充実に向けての意欲は大いに評価できるものの、総体としての発展は限られており、精神保健システムに大きな課題を抱えている。地域精神保健サービスのベストプラクティスの範囲、量そして分布を拡大する必要がある。利用可能な財源と人的資源（ケアおよび医療）を、費用対効果が高く、文化に適した地域中心のサービスに転換させていくべきであろう。

この目的を達成するためには、精神保健システムの見直し、地域精神保健サービスの拡大、精神保健財源の仕組みの見直し、政府の担当部署（特に福祉部門）との連携を推進するための計画・政策・戦略の枠組みが必要となる。長期在院の高齢患者のケアを引き受けるサービスの育成は重要である。現在、既に得られている長所と成果を基盤に漸進的に改革を進めていけば、地域中心のサービス体系の継続的な発展を図ることができる。政策立案者、病院経営者、精神科医、看護師、コメディカルスタッフ、地域活動従事者、そして NGO などの精神保健関係者のリーダーシップと信頼を、効果的に高めていくべきである。

## 2. 訪問の目的

- ・ 日本の精神保健システム、特に地域精神保健ケアの現状を多面的に理解する
- ・ 日本における将来の地域精神保健の発展のために、訪問先で学んだことを確認し、共有する
- ・ 厚生労働省、日本精神神経学会、日本精神科病院協会、国立精神・神経センター、民間精神科病院、非政府組織（NGO）、精神保健の専門家を含む様々な関係者と議論する
- ・ 日本における精神保健改革のために、日本の強み、将来の発展のための戦略そして検討が必要な課題について報告書を作成する

## 3. はじめに

この報告書の背景を理解してもらうために、日本の精神保健の概要を紹介する。今回の訪問調査はデータ収集のためのものではないので、詳細な事実や数値は記載しない。筆者が提供できる統計データよりも正確な数値は厚生労働省から入手できる。

日本の人口は約 1 億 2800 万人であり、平均寿命は男性が 78.5 歳、女性が 85.5 歳である。300 万人以上が精神疾患を有していると推定されており（2005 年）、そのうち入院患者は 326,125 人（約 40%が 65 歳以上）、外来患者は 2,675,000 人である。入院患者のうち約 196,500 人が統合失調症とその周縁疾患であり、52,100 人が認知症である。1 年間の新入院患者 360,000 人のうち、大多数は 12 ヶ月以内に退院する。すなわち、入院している患者の多くは長期在院患者である。

## 財源の構造

日本は国民皆保険制度である。医療費は診療行為ごとに決められた価格の出来高払い制であり、国は 2 年ごとに価格表の見直しを行なう。もうひとつの財源は、2006 年の自立支援法の制定以来、包括的な改革が行われている社会福祉サービスである。医療費全体の約 6.1%（2004 年）が精神医療費であり、オーストラリア（約 7%）などの国々と同程度である。

## 法制

精神障害者のための最初の法律は 1900 年に制定された精神病者監護法である。1950 年の精神衛生法は、精神障害者を病院で医学的に治療することを求めたものであり、それまでの私宅監置に終止符を打った。その後、精神衛生法は数回改正され、法律の名称も 1987 年には「精神保健法」に、1995 年には「精神保健福祉法」に変わった。この法律のもと、各都道府県および政令指定都市は精神障害者の保健福祉の向上のために、政府からの補助金を受けて精神保健福祉センターを設置運営しなければならないとされた。1995 年の精神保健福祉法への改正によって精神障害者の福祉施策が規定された。その後も、精神保健福祉法は何度か改正されて現在に至っている（最近では 2005 年）。精神科病院における入院形態は、患者の同意による任意入院（2004 年に入院している患者の 63.2%）、医師の指示のもと家族や保護者の同意により行われる医療保護入院（35.4%）、自傷他害の恐れがあるため都道府県知事のもとに行われる措置入院（0.7%）がある。

## 精神保健サービス

2004 年のデータによれば、精神科病院は 1,671 箇所あり、精神科病床数は

354,923 床で、病床利用率は 90%を超えている。病床数は人口 1 万人あたり 27.8 床である。精神科病院のうち、1,086 病院は単科の精神科病院であり、また 1,379 病院が民間病院である。民間セクターが精神医療の大部分を担っている。公的セクターと民間セクターの果たしている役割に違いはなく、非営利目的の民間病院は公的サービスも行っている。また、民間の精神科診療所数も増加しており、2005 年には 2,470 箇所を超えた。国民皆保険制度のもとで運営される精神科デイケア施設は 1,274 箇所である。

精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士には国家資格があり、臨床心理士は日本臨床心理士資格認定協会による認定制度である。人口 10 万人あたり、精神科医は 94 人、精神科看護師は 59 人（認定を受けた専門看護師とは限らない）、精神保健福祉士 15.7 人である（WHO Atlas, 2005）。

多くの社会的リハビリテーション施設は、社会福祉法人、医療法人または非営利団体によって運営されている。2004 年現在、授産施設は 590 箇所（利用者 12,198 人）、福祉工場は 17 箇所（利用者 462 人）と地域生活支援センターは 452 箇所設置されている。居住型施設として、生活訓練施設は 309 箇所（6,490 床）、福祉ホームは 223 箇所（3,165 床）、グループホームは 1,201 箇所（6,404 床）設置されている。

## 精神保健改革

入院医療中心から地域生活中心への移行は 1960 年代から開始されたが、大規模な脱施設化は起こっていない。注目すべきは、日本政府が 40 年も前に地域精神保健ケアシステムを一般の地域保健医療サービスに統合する明確な意図を持っていたことである。これが Clark による WHO 報告書を生み出した（テキストボックス参照）。この中には地域精神保健ケアシステムへの移行が進まない多くの理由が述べられている。すなわち、スティグマ、精神障害者が地域に戻ることに社会の受入れの低さ、長期入院の高齢患者のための代替施設の欠如、入院を減らし退院率を上げることの妨げとなっている診療報酬制度、専門的ケアへの機能分化の欠如、退院患者を支援する地域サービスの欠如、そして地域で患者を治療するためのトレーニングを受けた人材の不足である。しかしながら、日本にはこの 10 年間に多くの発展と変化の兆候が現れている。新たな入院患者の入院期間は著しく短縮され、地域の施設やプログラムが始まり、改革のために財源が振り向けられ、精神保健に関する法律が改正され、サービスの質の管理がなされるようになった。しかしながら、日本の改革をより確実なものにして、さらに広めていくためには多くの課題が残されており、そのことがこの訪問調査に至った根本的理由のひとつである。

約 40 年前、日本政府は「日本における地域精神衛生」のあり方について WHO

に諮問した（クラーク勧告）。その理由は「地域精神衛生プログラムと精神障害者の社会復帰は社会および公衆衛生にとって緊急課題のひとつである。…我々は地域精神保健を一般の保健医療サービスの中に統合できておらず、公衆衛生機関と精神科病院、一般医、そして他の地域資源との協力も不十分である…」ためである。

日本政府 1968年

#### 4. 地域精神保健活動のモデルの報告の範囲

この報告書は2週間の訪問調査を通じて、著者が得た知識と観察を基にしている。訪問先には日本における病院と地域精神保健サービスのベストプラクティスモデルが選ばれていると思われる。しかしこれらの訪問先は「ベストプラクティス」の一例に過ぎず、現実的理由で訪問できなかったが、他にも多くのベストプラクティスがあることを付け加えておく。全行程は付表のとおりである。

- ・ 巣立ち会（退院促進プログラム）
- ・ 千葉病院（千葉県船橋市）
- ・ 神奈川県精神保健福祉センター
- ・ 司法精神病棟（国立精神・神経センター）
- ・ さわ病院（大阪府豊中市）
- ・ 松原病院（石川県金沢市）
- ・ E-JAN（遠州精神保健福祉をすすめる市民の会、NGO）、メンタルクリニックダダ、ピアクリニック（静岡県西部）（静岡県西部）
- ・ 浜松市精神保健福祉センター
- ・ 以下の場所でのミーティングおよび講演
  - ・ 厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課
  - ・ 日本精神科病院協会
  - ・ 日本精神神経学会
  - ・ 国立精神・神経センター

#### 限界

この訪問調査は特定の目的のために行なわれたものであり、日本の精神保健システムの全体像を把握することを目的としたものではない。訪問期間はわずか2週間であり（クラーク勧告の3ヶ月とは異なる）、かなりターゲットを絞った訪問調査であった。このため、日本の精神保健サービスを包括的に捉えたものではない。訪問調査は非常に短期間であったため、日本の精神保健サービスシステムに関する重要な領域であっても不十分な把握に留まるものがあつた。例えば、精神保健に関する法律、啓発プログラム、自殺予防プログラム、精神科医やコメディカルスタッフの教育と卒後教育、医療保険制度、大学病院や総合病

院、サービスの質と認定そして公立病院システムなどである。

日本における地域保健サービスを評価するにあたり、考慮すべき日本特有の要素はたくさんある。例えば以下の点である。

- 1) 地域精神保健サービスと同じく、精神保健と精神医学への評価は、政府当局、専門領域、地域レベルで異なる
- 2) 精神科病院の果たしている役割は広く、病院に期待される役割も地域によって異なる
- 3) 「地域精神保健」という概念は、地域の病院医療、病院中心の地域サービス、地域の統合された精神保健サービスなど、幅広く捉えられている。

## 5. 日本とオーストラリアの精神保健システムの差異

日本とオーストラリアの精神保健システムには多くの重要な差異がある。日本の精神保健サービス利用者は国民皆保険制度でカバーされており、医療費は出来高払い制であって、患者の自己負担はわずかな額である（約 10%）。オーストラリアの州政府は公的精神保健サービスに資金を供給しており、それらは直接ヘルスサービスによって運営され、患者には無償でサービスが提供されている。日本の制度では、医療と福祉は、行政上、別の部門で運営されているが、オーストラリアの州のいくつかでは医療、地域、住居サービスは、行政上、ひとつの部門にある。さらに、日本では 80%以上の精神医療サービスは民間セクターが提供しているが、オーストラリアではその反対で 80%以上の専門的精神保健サービス（プライマリーケアを除く）は公的セクターが提供している。日本には制度的なキャッチメントエリアは存在せず、患者は、同じ医療費の支払いで、自由に医療機関や医師を選択できる。オーストラリアでは、多くの公的精神保健サービスは、エリアベースのサービス体系によって提供され、通常それぞれのサービスはよりよい連携がとれるように行政区域と重なっている。しかしながら、公的サービスの利用対象者は統合失調症等の重症の患者に限られている。民間の保険に加入している重症でない患者は、民間の精神保健セクターやプライマリーケアシステムを通じて精神保健サービスにアクセスすることができる。

日本の精神科病院は、通常、長期慢性患者へのサービスに多くの病床を振り分けている。オーストラリアでは、通常、精神科病院や病棟は対象を絞り、臨床的ニーズに応じた専門的機能を有し、短期間の急性期病床の割合が高く、長期在院患者の病床の割合は低い。日本では、精神科医は、病院システムの中で他の職種の協力のもとに、主力として直接の臨床的ケアを行なう。病院の外では、公立と民間セクターの相互の努力のもとに地域サービスが提供されているが、他の分野からの協力は少ない。オーストラリアでは、GP、コメディカルスタッ

フ、サイコロジスト、ソーシャルワーカー、家族、NGO が精神科医を補完し、地域の精神障害者のサポートとケアの中心を担っている。日本の精神保健福祉制度は精神障害者が医学的な治療を病院で受ける権利に重点を置いているが、オーストラリアの制度は、患者が「もっとも行動制限の少ない環境」で、地域で治療を受ける権利に重点を置いている。日本のシステムのその他の特徴は、人口当たりの病床数が多い、援助付き居住施設数が少ない、心理社会的治療よりも身体的治療の重視、地域で患者を支えるためのスタッフ数が少ない、患者を地域で生活させることに対するスタッフと地域の信頼の不足である（表参照）。

	日本	オーストラリア
財源	国民皆保険制度。10%以下の自己負担	州が直接公的サービスに資金を提供。患者は無料
制度基盤	保健と福祉は財政的にも行政的にも分かれている	いくつかの州で、医療、地域と居住サービスはひとつの行政部門にある
精神医療	80%以上が民間セクターによって提供されている	80%以上の専門的サービスが公的セクターによって提供されている
キャッチメントエリア	なし。患者は同じ医療費で、自由に医療機関や医師を選択できる	あり。公的サービスは重症の精神障害者に限定されている。重症でない患者はGPや民間部門を受診する
病院の役割	多様な役割を果たし、長期在院の慢性患者のケアも行なう	短期間の急性期向け病床が多く、機能分化されている
サービス提供者	主に精神科医。他の職種によるサービスは限られている	GP、サイコロジスト、NGO、家族が地域ケアの大きな担い手である
精神保健法	患者は、医学的な治療を受ける権利、病院で治療を受ける権利がある	患者は、「もっとも行動制限の少ない環境」で、地域で治療を受ける権利がある
その他	↑病床率 ↓支援付き住居 ↑身体的治療の使用 患者を地域で生活させることについて、スタッフと家族の信頼が低い	↓病床率 適切な支援付き住居の供給 ↑心理社会的治療の使用 患者を地域でケアすることについて、スタッフやケア提供者がよい働きを示す

## 6. ベストプラクティスの視察

## 巢立ち会（退院促進プログラム）

（2008年1月7日）

この精神保健 NGO は東京都三鷹市で 15 年前に発足し、授産施設 3 箇所（利用者は 169 人）と、支援付きグループホーム 8 箇所（利用者約 90 名）を運営している。三鷹市は東京都のほぼ中央に位置し、人口は 17 万 8000 人である。多くの精神科病院がこの地域に集中しているために患者数は多い。このプログラムの利用者の多くは元長期入院患者である（平均約 10 年）が、自宅や家族を介しての利用もある。施設とグループホームは賃貸であって、自治体から授産施設やグループホームとして認可されている。大家は地域から信頼の厚い人物であり、精神障害者に対して同情的である。このプログラムの資金の一部は障害者自立支援法に基づくサービスによるもので、国と自治体からの出来高払いである。障害者自立支援法の成立により、利用者数に応じて事業収益が上がるようになってきたため、プログラムを拡大する機会となっている。

プログラムには 23 人の常勤職員と 20 人の非常勤職員がおり、利用者総数は、スタッフに対する利用者の割合に従って限定されている。多くの職員は若く、リハビリテーションについて十分な知識と経験を必ずしも持ち合わせていないが、看護師とソーシャルワーカーの多くはスクリーニングとインテーク過程に熟練している。退院プログラムは通常 6～12 ヶ月であり、直接出向いてのインテーク、退院前の病院外でのトレーニング、住居の確保、退院そしてアフターケアを含んでいる。プログラムは服薬を続ける、作業所に通所する、職員との関係を築く、自立して生活することを主な基準として運営されている。病院職員には適切な住居を確保したり就労を支援する時間がないため、このプログラムでは服薬の維持、生活費のやりくり、家族との関係づくり、食事の準備、買い物、支払いそして受診予約の方法を学べるよう支援している。

巢立ち会の代表者である田尾氏をはじめとする職員との議論のなかで、退院促進の鍵となる要素が確認された。

- ・ 退院前に地域生活の準備を適切に行う
- ・ 患者、家族との約束
- ・ 病院と地域の間での調整をする
- ・ 地域の住居提供者との密接な連携
- ・ 地域の自治会や集まりに参加することを通じて地域とよい関係を築く
- ・ 携帯電話を用いてスタッフが 24 時間緊急対応を行う
- ・ 退院後に毎週実施される病院職員による訪問、および利用者仲間や職員からの支援によって患者が自信をつけていく
- ・ 賃貸料の支払いを通じて地域社会の経済に貢献する

## コメント

巢立ち会モデルは NGO によって運営されている、地域中心のすぐれた退院プログラムであり、126 人もの患者を退院させてきた。非医療型の就労リハビリテーションプログラムと地域生活支援を行っており、利用者はそれぞれの生活をしながら、継続して通院治療を受けている。これは、医学モデルを超えた地域精神保健の考え方の延長上にあり、医療機関外でリハビリテーションを提供している。課題としては、このプログラムへの参加希望に効率的に応えること、プログラムを終了した者がより適した場に卒業していくことに注意を払うことである。このプログラムは非医療従事者のスキルを効果的に活用しているが、今後は職員の就労意欲を高めるために体系化されたトレーニングとよりよい給与体系を提供することが必要である。このプログラムは職員と地域の見方を変え、精神障害のある患者も病院から退院して地域で自立して生活することが可能であることを示している。いつでも利用可能な居住施設があれば、必要以上に長期間の入院を防ぐことができる。

このようなみごとな先導的な取り組みが行なわれているが、他の施設や団体からの支援は不足している。地域、国レベルで精神障害者の権利擁護を高めるべきである。もっと多くの支援と激励があれば、同種の NGO も、患者は地域に戻れるのだと楽観的に伝えていけるだろう。

## 千葉病院（千葉県船橋市）

（2008 年 1 月 8 日）

1956 年に設立された千葉病院は、短期入院、地域の中の精神医療、多職種アプローチ、退院を計画するに当たって患者と家族のパートナーになること等、いくつかの重要な理念に基づいて運営されている。現在 346 床を有し、急性期病床 55 床、男性の閉鎖病棟 60 床、女性の閉鎖病棟 60 床、開放病棟 60 床、リハビリテーション病棟 51 床、高齢患者病棟 60 床からなる。入院サービスとしては、清潔、安全、質の高いケア、個人空間の確保に注意が払われていることが見てとれた。地域指向ケアとしてデイケア施設があり、「ふえにつくす」というソーシャルクラブは喫茶店となっており患者が働いていた。また、グループホームも病院の側に位置していた。病院の玄関脇には生活家族相談室があり、患者が地域に戻るためのプランを退院前後に相談できるようになっていた。この相談室には 8 人のスタッフがおり、それぞれが約 60 人の患者を担当していた。市街地に近い場所には約 200 人が利用する「オアシス」という地域活動支援センターがあり、そこでは電話相談が年間 1,600 件以上寄せられていた。

名誉院長である仙波恒雄氏から病院の概要についてのプレゼンテーションがあり、その後、病床を削減することへの障壁となる要因について議論した。日本社会の人口統計学的特徴、すなわち高齢患者の増加と彼らの将来のケアニーズ

を十分考慮する必要がある。病院の周辺に病院スタッフの支援を受けて提供される定住の場が必要であると共に、日本の患者ケアには温情主義という文化的要因がある。精神保健システムが民間主体であり、地域に精神保健施設が不足していることから、急激な病床の閉鎖よりは段階的かつ十分に配慮して進めることが望ましい。

#### コメント

千葉病院は、病院を拠点とした地域精神保健サービスの例であって、病院を基盤に、多くの地域を拠点にした臨床実践を試みてきた。それぞれの入院患者に個人空間を提供し、患者の権利とニーズを尊重するという千葉病院の物理的環境は素晴らしい。千葉病院は他に先駆けて窓から鉄格子を取り外し、より家庭的な病棟にした病院のひとつである。病棟をより開放的にし、患者の権利を尊重することを通じて、入院患者の行動制限を少なくすることは、患者のノーマライゼーションに役立つだろう。そのような民間病院の機能と役割は、さらに地域を志向した精神保健サービスを供給することになるだろう。

デイケア施設の利用を増やすことは、入院の回避、退院計画の支援、再発防止、生活技能の向上のために役立つかもしれない。デイホスピタルの役割は、個別の患者への介入を目的として利用されてよい。心理教育、家族支援、社会活動、レスパイト・ケアは、リハビリテーション施設にとって重要な役割であるが、このような役割を NGO や地域資源と連携して提供することはさらによいことである。患者や家族が地域資源を利用しやすいように、地域のなかに地域生活支援センターを設置することも検討されてよい。

#### 神奈川県精神保健福祉センター

(2008年1月9日)

1999年の精神保健福祉法の改定によって、すべての都道府県と（横浜市や川崎市などの）政令指定都市は精神保健福祉センターを設置することと規定された。精神保健福祉センターの役割は、精神保健に関する普及啓発、調査研究、さらには補助的に保健所や精神保健関係機関へのコンサルテーションと支援を行うことである。このセンターには34人の常勤職員と66人の非常勤職員がおり、390万人の人口をカバーしている。センターは自殺予防対策も行っており、教育、ネットワークづくり、トレーニング、そしてモデル事業を行っている。神奈川県における年間自殺者数は1700人であり（10万人あたり約19人）、自殺死亡率は日本で4番目に低い。

神奈川県精神保健福祉センターはいくつかの模範的な取り組みを行っている。

1. 2002年から24時間精神科救急対応システムを取り入れ、警察からの要請

に対して対面式でのアセスメントを実施している。2007年からは家族や友人からの緊急の要請に対しても電話でのアセスメントも実施している。このサービスは、医師や精神保健スタッフ、移送のためのスタッフ、さらに公立病院および民間病院と連携している。

2. 神奈川県は日本でもっとも人口万対病床数の少ない県のひとつであり、人口1万人当たり病床数は、全国の27.8床に対して、神奈川県は15.8床である。以前に実施された調査では、約2,500人の長期在院患者が退院可能であることが明らかになった。退院促進、病床削減、急性期サービスの充実を目的としたプログラムが行われた。病床を削減するためには、一般住民のエンパワーメント、精神保健に関する地域活動の水準を高めること、患者の受容のためのキャンペーンの推進が重要である。厚生労働省主導の精神保健改革の一部である入院期間を短縮するための取り組みとして、デイケアや外来の診療報酬を上げる、地域を志向したサービスを早期に確立する、急性期病棟や近年大幅に増加している民間診療所の外来の診療報酬を上げることが行なわれている。

3. 精神保健福祉センターは社会促進センターであって、地域社会を活用して、プライマリーヘルスケア、教育、労働、福祉、法律、地域住民、NGO、精神保健サービスの利用者と家族の行なう基本的な精神保健サービスを組織化することによって精神保健を社会の関心事とする。このようにして、自治体による持続的で多層的な支援とサービスが提供されてきた。

#### コメント

上記の例のように、精神保健福祉センターは地域における地域精神保健ケアをコーディネートし、支援する中心的役割を果たすことができる。地域精神保健改革において精神保健福祉センターのできる最も大切なことは、施設ケアを少なくして、地域を拠点とした精神保健サービスを促進し、地域に合った方法を振興していくことである。このような取り組みは、当初は財政的なうまみを生じないかもしれないが、長期的にみれば、地域処遇はケアの質と費用対効果を高くする。精神保健福祉センターは、患者のアウトカムに対する責任を共有することで、医療セクターと福祉セクターの橋渡しをすることができる。この達成のための戦略には、ケア調整機能、すなわち医学的ケースマネジメントと福祉的ケースマネジメントの緊密な連携、情報共有、データ収集、合同研修を主導することなどが含まれる。セクター間の良好な関係を促進するには、合同の委員会、業務契約そしてサービス計画を立てることが役立つであろう。

#### 司法精神病棟（国立精神・神経センター）

（2008年1月10日）

「心神喪失者等医療観察法」として知られている新たな法律が2005年に制定さ

れたのを受けて、この 33 床からなる司法専門病棟等が開設された。この病棟は多職種機能を有し、43 人の常勤スタッフ（看護師、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士そして精神科医）がいる。治療方針の決定はチームで行われる。英国のモデルを取り入れたこの施設のよい点は、開放的に設計され、内装が明るく、個室で、建物の周辺は広々としており、作業療法室やスポーツジムがあることである。このため暴力が振るわれることは少なく、治療薬の使用量は少なく、多剤大量処方患者も少ない。隔離室はあるが、必要がないため利用されていない。個々の患者にはそれぞれに応じたケアプランが立てられ、早期の退院も可能と思われるが、現時点では、法の求めによって制限されている。

#### コメント

このモデルは多くの資源とスタッフを必要とするが、もし高い国際的なケア基準を満たすならば、急性期およびリハビリテーション期の病棟は優れた治療アウトカムを出すことができることを示している。このようなモデルをすべての一般の精神科病棟に取り入れることは財政的に不可能であるが、よい実践理念（他職種チームアプローチ、個別のケアプラン、行動制限を最小にすること、良好な環境、適切な量での効果的な薬物治療、等）を広く取り入れることは可能であり、すべての精神科入院患者にとってプラスになる国としてのケア基準として考慮されるべきであろう。他のモデルと比較して、このモデルのアウトカム評価が行われるべきである。

#### さわ病院（大阪府豊中市）

（2008 年 1 月 11 日）

さわ病院は民間精神科病院であって、精神科救急、精神科デイ・ナイトケアから地域活動支援センター、福祉工場、通所授産施設、多くのグループホームなどの地域・リハビリテーションサービスに至る様々なサービスを提供している。民間精神科病院の代表的モデルであって、1987 年に 603 床あったベッドを 2008 年には 455 床まで削減し、1987 年には平均在院期間が 444 日であったのを 2007 年には全病棟で平均 97 日（急性期病棟では 30-35 日）まで短縮させた。地域のニーズを受け、24 時間体制の精神科救急サービスを実施している。さわ病院では患者主治医制によってケアの継続を保ち、自宅で患者の観察や治療を行えるようにアウトリーチサービスを行い、病院の施設をあたかもスタッフ付きグループホームとして機能させている。病院長の澤温氏の病院の概要についてのプレゼンテーションの後、地域精神保健サービスの問題について議論した。さわ病院は、早期退院のための戦略として、効果的にデイホスピタルを活用しているように思われた。澤氏の主張によれば、地域は病院として、患者の自宅は病室として機能する、すなわち医療サービスは患者の自宅で提供できるということであった。病院の入院・外来は、明確にリハビリテーションに焦点を当てたものであって、地域で生活し普段の環境のなかで生活技能を習得できるように

なっていた。

#### コメント

さわ病院は先進的な民間病院であって、財務的に可能な方法で、地域のなかで治療とリハビリテーションを提供している。財務的にも、社会的にも、民間病院に患者を入院させておくほうがよいという多くの圧力が存在するにもかかわらず、さわ病院は、ケアと理念に関する近代モデルのトレーニングとリーダーシップの発揮により、精神科患者の治療に地域中心のアプローチを採用することを可能としている。さわ病院は、より多くの患者を地域でケアするために、包括的精神科救急サービスを提供することの重要性を認識している。すべての病院に対するコメントとして、再発や再入院率を最小限に抑えるためには、医学的アウトリーチやケースマネジメントは福祉的ケースマネジメントと密接に連携して行われるべきである。しかしながら、そのためには医学的アウトリーチサービスを提供することへの財務的なインセンティブが働くべきである。さらに、患者のリハビリテーション活動には、各患者のニーズにあった生活技能向上のための個別の活動プログラムとケアプランが役立つであろう。それによって、就労訓練や就労プログラムは各患者に合わせたものになり、より「患者中心」になるだろう。

#### 松原病院（石川県金沢市）

2008年1月15日

松原病院は石川県金沢市にある463床を有する民間病院である。年間658件の入院があり、うち400件は入院日数の中央値が41日の急性期病棟への入院である。入院日数が188日の高齢者病棟への入院も114件ある。松原病院は石川県立高松病院と連携して圏域内の急性期ケアおよび急性期入院を担っている。急性期病棟は通常満床で、患者対スタッフ比は2:1と高い。スタッフは熱心で、急性期病棟、高齢者精神科病棟、地域支援センター、デイケアセンター、グループホームにおいて、安全、清潔で思いやりのある環境を提供している。グループホーム利用者は、より集中的な支援と毎日のデイケアセンター利用を必要としているが、アパート利用者はより独立した生活を送っており、支援センターに週1回から月に1回通所している。

松原病院の松原院長と藤本副院長は、それぞれ地域サービスの発展のために必要な要素をいくつか強調した。アウトカム向上のためには、多職種チームからなる急性期病棟や高いスタッフ配置に加えて、適切な24時間救急ケアサービスが必要である。入院を防止するためには、地域に積極的介入を行なうケアチームが必要になる。地域生活を送る機会を最大にするためには、ケアプログラムアプローチや個別のケアプランが必要であり、精神保健福祉法と事業費上の位置づけをきちんと行なうべきである。こうしたケアプランは医療と福祉のケア

マネージャー間で統合されるべきである。松原病院はまた患者がグループホームで暮らすというだけでなく、最終的にはアパートで自立して生活することを目標にしている。

#### コメント

松原病院の入院病棟は非常に質が高く、空間が広く、明るく、適度な個人空間のある清潔な環境であって、適切な援助が提供されている。明確な役割分担を持った多職種による支援がなされ、患者に対するスタッフの比率が高く、短期入院を目指した地域を指向したアプローチによって、人間味あふれる環境で患者を治療している。地域中心のサービス体系に不可欠な包括的救急対応と急性期ケアサービスを提供するために、公立病院と連携しているのはユニークな点である。地域の患者に医師が訪問する医学的アウトリーチサービスの拡大や、現在ケースマネジメントを受けていない患者への医学的ケースマネジメントの拡大により、さらに再入院率を低下させることができるだろう。

#### 浜松における精神保健サービス

(2008年1月16日)

#### E-JAN (遠州精神保健福祉をすすめる市民の会)

1990年代半ばに設立された E-JAN は、浜松市の地域精神保健資源のネットワークを構築する NGO 団体である。現在 220 人を超える会員がおり、診療所、病院、ボランティアなど 20 の組織団体が加盟している。地域に精神障害者のリハビリテーションや就労の場が不足していることから、精神保健の専門家やボランティアが集まって組織した。主な活動は、毎月開催されるミーティング、利用者やボランティアによる日常活動、啓発キャンペーン、地域資源についてもっと知りたいと考えている外部組織への訪問などである。E-JAN の主要な役割は、イベントの開催、関係者との連携、大学との学術的連携を通じて、地域精神保健資源の連携を促進することである。E-JAN のメンバーのうちの数名は、代表者である大場義貴氏からの紹介者である。

#### メンタルクリニックダダ

この施設は、児童思春期の患者を対象に精神科サービスを提供している民間の精神科診療所であって、デイケアセンター、心理療法、コンサルテーション、病院からの退院患者のフォローアップなどを行っている。発達モデルを基盤にしており、ケアアプローチは生涯に渡っており、スタッフは発達の治療アプローチを地域で提供できるようにトレーニングを受けている。この施設は 1993 年に、児童思春期のための外来地域治療施設の不足に応じて大嶋氏が設立した。収入は診療報酬と障害者自立支援法に基づく出来高払いによる。メンタルクリニックダダの関連施設のうち、生活訓練施設と地域生活支援センターである「だんだん」は、約 40 人の利用者とグループホームやアパート居住者に農業を含む

就労訓練を実施している。このセンターは障害者自立支援法のもとで新たな事業を展開しており、民間サービスと公的事業資金を組み合わせで行われている。「だんだん」は、たまり場、デイケアセンター、就労訓練、居住リハビリテーションセンター、レスパイト・ケアなどの様々な機能を有しており、20人の居住者と20人の非居住者が利用している。滞在期間は2年までである。

#### コメント

これらの施設が直面した課題は、多職種のスタッフを募って育成すること、医療と福祉的サービスにチームアプローチを取り入れることであった。精神的な問題を抱える人々を広く受入れ、このように広範にわたるサービスを提供するためにはスタッフのトレーニングは決定的に重要である。もうひとつの重要な課題は、行政的サービスエリアと重なるキャッチメントエリアアプローチを展開し、地域福祉や社会サービスの提供を促進することである。NGOと、地域の実力者、大学、著名な専門家との連携は、精神科病院や施設からの信用を得ることにつながるだろう。

#### ぴあクリニック

ぴあクリニックは新居氏（精神科医で元総合病院院長）によって設立された地域の民間診療所で、多職種チームで医学的アウトリーチ（積極的な地域医療活動）を行っていることに特徴がある。退院後に治療が継続しない患者等、50人の患者の治療を行なっている。このクリニックでは無料のデイセンターやたまり場を提供している。ここでは縦の権威的関係よりも、患者自身の治療への参加、横の共同的关系に焦点を置いたアプローチを採用している。医療保険や障害者自立支援法からの収入見込み以上の経費がかかっているため、経営上も可能なサービスに発展させていくことが課題である。現状では、交通費やアウトリーチで時間を超過した分についての支払いはない。

#### 浜松市精神保健福祉センター

浜松市には精神保健に関するリハビリテーション施設やNGOなどの地域資源が多数ある。精神保健福祉センターも自助グループがさらに増加するように支援を行っている。市の精神保健福祉センターは、NGOを信頼して、ボランティア研修、地域活動への参画、自殺者の遺族ケアグループ、精神保健サービス利用者のフォーラム、薬物乱用についてのワークショップ、地域住民のニーズ調査、作業所の運営指導、家族教室などの活動を委託し、支援してきた。市の政策を完全なものにするため、精神保健福祉センターはNGOによる多くの地域での精神保健サービスの提供に率先して協力してきた。

#### コメント

地域精神保健に対するニーズの高さを考えると、政府がNGOと共同し、精神障害者に非医療型の地域を拠点としたサービスを提供することは重要である。精

神障害者に非医療型の福祉的支援を提供することは、再入院を防止し、地域で生活する機会を最大限に高めるためにきわめて重要である。それゆえ、地方自治体は民間病院が提供する臨床サービスを補完するサービスに資金を援助するよう、実行可能な仕組みを見いだす必要がある。地域ケアの従事者を増やすだけでなく、精神保健サービスの NGO とプライマリケアの関係を強化する必要がある。次に、E-JAN は精神保健福祉センターのサービス計画の策定に参画しているが、地方政府レベルで地域の関係者が政策やサービスの発展のために意見を述べることのできる公的な仕組みが必要である。サービス利用者や患者のニーズにあったサービスを提供するためには、利用者や患者がサービスの発展に参画することが不可欠である。

## 7. 主要な組織団体とのミーティング

### 厚生労働省におけるプレゼンテーション

(2008年1月9日)

オーストラリアの精神保健システムについてのプレゼンテーションを行った。精神・障害保健課課長福島靖正氏と課長補佐江副聡氏の出席があった。精神保健システムに関する現在の重要な課題として、高齢の入院患者、特に認知症の患者の急速な増加等が挙げられた。慢性患者の置かれている状況には変化は無く、地域に代替の居住施設がないために、相当な数の慢性患者が入院したままになっている。病院は急性期医療から慢性患者の居場所に至る様々な役割を果たしているが、その機能分化が求められている。幸運にも、精神科入院患者数は増加しておらず、新規入院患者の入院日数はそれほど長くない。退院できない高齢患者を含めた数多くの慢性患者の処遇方針を立てる必要がある。

### 日本精神科病院協会とのミーティング

(2008年1月17日)

日本精神科病院協会で、鮫島健氏（会長）、長尾卓夫氏（副会長）、松原三郎氏、佐久間啓氏、千葉潜氏、その他役員が参加する中で、プレゼンテーションとミーティングを行なった。オーストラリアにおける地域精神保健改革についてのプレゼンテーションを行い、次のような議論を行った。日本とオーストラリアの精神保健システムには明確な差異がある。そのひとつは、日本では医療サービスと福祉サービスが分離していることであって、患者が両方のサービスを必要としていても、その財源は別々である。日本精神科病院協会のリーダーは地域精神保健を発展させることが最善の戦略であって、日本精神科病院協会内のコンセンサスづくりが重要と考えている。改革の障壁となるのは、地域サービスと資源が不足してきたことである。また、地域精神保健サービスの提供に当たって、どのようにすれば医療専門家がリーダーシップを持続できるかも仮

題となっている。さらに、改革を達成するためには、政府からの資金と厚生労働省の明確なリーダーシップも必要である。

### 日本精神神経学会とのミーティング

(2008年1月7日)

「オーストラリアにおける地域精神保健改革」について、小島卓也氏（理事長）等、学会の役員メンバーを対象に講義を行なった。講義後のディスカッションでは、オーストラリアでの改革のプロセスに焦点があてられ、精神科病院の閉鎖、地域施設の展開、スタッフの再教育と採用、財源と古いシステムから新しいシステムへの移行における課題、地域ケアのコストについて議論が行われた。また、オーストラリアと日本のシステムの違いも多く挙げられた。地域ケアの理念は、オーストラリアのモデルやシステムそのものを取り入れるのよりは、共通のゴールとすべきであることが強調された。こうした理念には、病院拠点から地域拠点のサービスへの移行、医療モデルを心理社会的、リハビリテーションモデルに広げていくこと、治療をケースマネジメントを含む幅広いものにする、処遇を行なううえでケア従事者やサービス利用者の見方を取り入れること、医療のヒエラルキーから多職種チームアプローチへの転換などが含まれていた。小島理事長と役員メンバーは、地域精神保健改革における日本精神神経学会の役割が確立されつつあることを強調した。すなわち、(1) 様々なセクターと関係組織の見解を集積する、(2) 岡崎氏を代表とする特別委員会を設立し、地域ケアについての大規模戦略と政策の助言と提言を行う、(3) 専門医の認定を行っている日本精神神経学会の教育的役割を確立する、ことである。

### 国立精神・神経センターとのミーティング

(2008年1月10日)

プレゼンテーションに続いて、国立精神・神経センターの研究者と、医療のケースマネジメントと福祉のケースマネジメントシステムの統合について議論した。医療が包括的医学的アウトリーチを行なうためには、何らかの担当区域制を導入しなければ実用的ではない。人的な体制の充実やケースマネージャーのトレーニングも、精神保健ケアシステムの実現には重要である。リハビリテーションモデルを広く取り入れることが必要であり、それに応じてトレーニングも行なわれるべきである。また、医療と福祉財政の再構築が必要であり、それにより保健からの支出が積極的なマネジメントと地域サービスを促進させるべきである。

## 8. 日本の長所とベストプラクティスのまとめ

### A. 国レベル

- ・厚生労働省は、地域精神保健を病院を拠点としたシステムから、より地域を拠点としたシステムに移行させるため相当な努力を行なっている。この目標の達成のため、10年間に精神病床7万床を削減することを目指している
- ・障害者自立支援法の成立により福祉資源が増加している
- ・急性期病棟の診療報酬が上がり、90日以上の診療報酬が下がったことが、民間精神科病院に患者をより早く退院させるインセンティブが働いている
- ・退院患者への訪問看護が増加し、アウトリーチによる患者ケアのための財源確保の仕組みができています
- ・民間病院および診療所の地域指向型のサービスを持続可能にすることが行なわれている
- ・精神科デイケアセンターと民間精神科診療所が増加している
- ・精神科病院における医療の革新と建て替えが進みつつある
- ・精神科病院の様々な役割に応じた機能分化が進みつつある
- ・精神科病院における患者一人当たりの看護師数が増加している
- ・社会的リハビリテーション施設でサービスを提供する人数が増加し、現在は1万人以上になっている

## B. 都道府県レベル

- ・精神保健福祉センターは、基本的な精神保健サービスの組織化、地域資源の利用の促進、教育・労働・福祉・司法・地域住民・精神保健サービスの利用者とその家族といった社会セクターと共同するなど、重要な役割を果たしている。
- ・病床数削減および在院期間短縮のための要因には以下のものがある
  - ◇ 精神保健に関する地域活動のエンパワーメント
  - ◇ 地域に患者を受け入れるための公的なキャンペーン

## C. 民間精神科病院レベル

- ・民間病院および診療所は、採算のあう方法で地域処遇やリハビリテーションを刷新していくことができる
- ・民間施設によって、幅広い領域のサービスが提供されている
  - ◇ 精神科救急、入院治療、心理療法、デイ・ナイトケア、レスパイト・ケア、地域活動支援センター、作業所、福祉就労訓練、グループホーム
- ・医療のアウトリーチサービスでは、特に服薬継続の困難な患者を自宅で経過観察し処遇できる
- ・患者宅は病室として機能し、「Hospital at Home（在宅医療）」を実現できる
- ・サービス提供者や専門家に近代的な地域ケアモデルを知り、そのトレーニングを受けることがこのような変化に貢献してきた

## D. 精神科入院施設レベル

- ・ 入院施設には広い空間、明るく清潔な環境、適切な個人空間と患者への支援がある
- ・ 行動制限を最小限にとどめ、患者を人道的に処遇する状況がある
- ・ 入院期間短縮に向けた、地域指向の医療が実践されている
- ・ チームの役割を明らかにした多職種チームアプローチが行なわれている
- ・ 患者個々のケアプランが設定されている
- ・ 患者一人あたりのスタッフ数が多い
- ・ 作業療法やよい療養環境により、暴力が減り、隔離の必要性が低下した
- ・ 低用量かつ多剤併用率の低い、副作用の少ない効果的な薬物療法が行なわれている

## E. 地域レベル

- ・ 地域精神保健プログラムは、病院外でリハビリテーションを提供するために、医療モデルから心理社会的モデルに拡大してきた
- ・ NGO や民間組織による地域を拠点にした退院プログラムは、就労リハビリテーションプログラムと地域生活支援を、退院患者に効果的に提供することができる
- ・ 精神障害者は病院を退院して地域で自立的に生活することができると、スタッフや地域の考え方を変えることができる
- ・ 退院促進の主な要因は以下のとおりである
  - ◇ 退院前の、地域生活に向けた適切な準備
  - ◇ 患者、家族との共同
  - ◇ 病院と地域との調整
  - ◇ 地域における住居提供者との密接な連携
  - ◇ 地域の関係者との良好な関係の発展
  - ◇ 24時間対応可能なスタッフによる、危機への迅速な対応
  - ◇ 退院後の病院スタッフの訪問やピアサポートを通じて、患者に自信を持たせる支援

## 9. 将来的な改善点

日本における現在および将来の地域精神保健サービスの発展のために、以下の領域についての支援と注意が求められる。

### 総合的な局面

1. 費用効果の高い、文化にあった地域サービスモデルは広く普及しておらず、時間をかけて構築していく必要がある。地域ケアのよい実践モデルを他の施設にも拡大し、現在の受容力から高めていくためのアクションプランが望まれる。

2. 都道府県レベルでの政策展開、資金援助、持続可能なサービス提供のための明確な戦略を立てること、特に医療と社会福祉サービスの統合が求められる。
3. 改革のためのアクションプランを方向付けるために、地域の行政、専門職、地域社会の指導力を開発することが望まれる。
4. 病床利用率が徐々に低下するのは避けられないため、病院は将来に備えて地域ケアモデルを徐々に展開し、病床の代替となる地域指向型サービスを積極的に準備することが求められる。
5. 新規入院患者に病初期から包括的地域リハビリテーションサービスを提供することは将来の慢性化を防ぐであろう。
6. 有能で経験ある地域精神保健従事者が求められる。精神保健従事者への信頼性を高めていくことが必要である。(テキストボックス参照)
7. システム改善のため、改革のプロセスについてのパフォーマンス指標を用いた評価プランやモニタリングを実施すべきである。
8. 現在の保健システムでは利用者が「自由にサービスを選択できる」ことを認識しつつ、実際的な担当区域に基づいた精神保健サービスのあり方について検討することが望まれる。これには次のような利点がある。
  - a. 自治体と精神保健サービスの担当区域が重なることにより、施策を立てたり、予算を組んだり、資源を活用することがやりやすくなる
  - b. サービスを身近なところで受けやすく、均一に提供でき、保健関連のサービスと統合できる
  - c. 住居確保や社会的福祉的ネットワークとのつながりが強い
  - d. 精神保健ケアと患者のプログラムに、地域の資源やボランティアを活用できる

どのような地域ケアモデルが活用されようとも、このような機能を実行するためには適切にトレーニングを受けたスタッフは不可欠である。行政担当者、精神科医、看護師、コメディカルスタッフ、市の職員、そして NGO に及ぶ精神保健従事者の指導力と信頼を高めていく必要がある。地域で働くことのインセンティブや奨励も求められる。地域精神保健のリーダーシップ養成もこれらのニーズを満たす助けとなるだろう。

## 個別の局面

1. 持続可能な方法によって 24 時間体制の精神科救急サービスを拡大し、地域精神保健モデルを支援する必要がある。
2. 公立と民間の精神科病院が協力して包括的な救急相談と急性期ケアサービスを提供し、担当地域へのサービスがきちんと提供されるようにする必要がある。

3. 適切な診療報酬などの優先策によって、医師やコメディカルスタッフによる医学的アウトリーチサービスを拡大することが望まれる。
4. 専門スタッフ、特に看護、心理、作業療法、ソーシャルワークといった分野を最適に利用することにより、多職種からなる地域精神保健チームを発展させることが望まれる。
5. すべての退院患者に対して医学的ケースマネジメントを提供することにより、再入院率を低下させることができる。福祉的ケースマネジメントを導入することは、地域における支援と機能回復に役立つ。医学的、福祉的ケースマネジメントの統合により、サービスギャップを防ぐ必要がある。
6. 自治体、NGO、地域資源によるリハビリテーション施設の増加によって、地域での精神障害者支援を進めることが望まれる。
7. 地域で暮らせる可能性のある入院患者を、ケアの必要性に応じて、高度、中度、低度に分類する。
  - a. 高度なケアには、多職種による医学的ケースマネジメントや ACT が含まれる。
  - b. 中度、低度のケアには、頻度の少ない、地域の福祉的リハビリテーション支援が行われる。

## 10. 地域精神保健の改革に向けた提案

日本における地域精神保健の発展のために、今後考えるべき戦略課題についての示唆を幅広く述べる。それぞれの項目は排他的ではないし、改革を進めための厳密に守るべき公式でもない。これらは、戦略を実行する前に様々な関係者と広く協議する中で、徹底的に検討し、探索することで、解決すべき重要な課題を浮かび上がらせることを目的としている（テキストボックス参照）。

1. 政策と戦略の枠組みは、計画と改革過程の実行に必要である。それによって精神保健システムの再発展、地域精神保健サービスの拡大、精神保健財政の再構築、より強い連携の必要な政府の部門について方向性が明確になる。
2. 地域サービスや病床に替わる居住施設の整備にあわせて、精神保健システムにおける病床を徐々に進めていくべきである（特に長期在院病床）。病床閉鎖により生じる資金は精神保健の領域への再投資に回し、再配分を確認すべきである。
3. 病院機能、精神保健スタッフの技術力（すなわちソフトウェア）を強化することは、民間病院や公立病院の建物（すなわちハードウェア）をよくすることよりもはるかに優先順位が高い。
4. 病院の機能分化の定義を明確にして、発展させるべきである（すなわち、救急ケア、急性期医療、入院してのリハビリテーション、地域でのリハビリテーション、慢性患者の居場所など）。機能を明確にすることが、既存の病院を新たな方向に導き、分権化させ、多機能の施設へと変化させる。

5. 新たな財源配分は、現在行われている投資と地域精神保健サービスの拡大を反映すべきである。資金は地域の患者のためのサービスに割り当てられるべきであり、医学的アウトリーチ、NGO、病院外での非医療型のサービスに資金が投入される仕組みを作るべきである。
6. 地域精神保健プログラムが持続可能であることはもっとも重要である。病院と地域のサービスには、利用者が、様々な地域資源につながり、ケアパスウェイのどこかに過剰な負荷がかかるのを避ける、適切な出口を設ける戦略が必要である。
7. 入院患者の高齢化、認知症患者の割合の増加、介護者の高齢化はすべて国としての総合的な対策が必要であって、精神医学だけの問題ではない。この間、急速な病棟の閉鎖は不適切であって、精神保健サービスにおける高齢者に対する退院と居住の確保に明確なケアパスウェイを発展させることは喫緊の課題である。
8. 地域を指向した精神保健サービスの従事者を増やすことは最優先の課題である。人材プランとトレーニング方法を開発し、新たな専門スキルを獲得し、職場環境を変え、地域における新たな役割機能を得る必要がある。
9. 個別化されたケアとリハビリテーション計画は自立を最大限とするために必要である。財源を確保し法的な整備を行うことは、すべての患者が、臨床アウトカム達成のための個別のサービスプランを持つことに役立つだろう。
10. 医療部門と福祉部門の連携の確立は、地域のすべての患者の臨床的、福祉的地域サービスの統合に必要である。
11. 地域治療命令を制度化することは、地域で生活する治療に受けることに同意しない、もしくは服薬しようとしめない患者の治療を促すために検討すべきかもしれない。しかしながら、政策やサービスの枠組みを発展させることを、法律の改定よりも優先すべきである。
12. 精神保健福祉センターのみならず病院も、スティグマを軽減し、地域の受入れや精神障害への理解を高めるために、単に精神障害の治療を行うだけでなく、精神保健の取組を促していく役割を務めることができる。

現在ある強さと達成してきたことの上に徐々に改革を進めることは、リハビリテーション指向の、地域を拠点にしたサービスシステムの継続的な発展に導くであろう。国家レベルでは広範かつ戦略的な方策が考えられる。

1. 現在行われている優れた実践モデルを支援し、パイロット事業を立ち上げること
2. 現在のモデルを、より広い地域に適用すること
3. 体系的な政策によって実践変えていくこと
4. これらの戦略を組み合わせる事

## 11. 実践的な次のステップ

国立精神・神経センターが協同して取組ことの出来る有用で実際的なステップをいくつか示す。この報告書からの発見と提案である。

- ・ 精神保健システムのそれぞれのレベルでの実際的なアクションプランを策定すること
- ・ アクションプランを促進するための、地域精神保健改革に携わる人々のネットワークを構築すること
- ・ 「地域精神保健のリーダー」のためのトレーニングプログラムを開発すること
- ・ 優れた取組のカンファレンスを行うこと
- ・ この報告書の公表と普及を行うこと

## 12. 謝辞

今回の会議と視察のための集中プログラムを準備してくださり、また各地での視察が円滑に運ぶようにご配慮いただいた国立精神・神経センターの竹島正先生と同僚の皆様には感謝申し上げます。政府担当者、病院長、精神保健の専門家の皆様とお会いできたこと、そして、私がこの報告書を作成するために資料を準備してくださり、そして詳細な情報を提供してくださったことを、大変光栄で名誉なことに思います。特に、次の方々に御礼を申し上げます。

- ・ 福島 靖正 先生
- ・ 名越 究 先生
- ・ 江副 聡 先生
- ・ 厚生労働省のスタッフの皆様
- ・ 樋口輝彦 先生
- ・ 伊藤順一郎 先生
- ・ 国立精神・神経センターの医療従事者、研究者の皆様
- ・ 桑原 寛 先生
- ・ 白川美也子 先生
- ・ 神奈川県および浜松市精神保健福祉センターのスタッフの皆様
- ・ 鮫島 健 先生
- ・ 仙波恒雄 先生
- ・ 澤 温 先生
- ・ 松原三郎 先生
- ・ 日本精神科病院協会の役員の皆様
- ・ 田尾有樹子 様
- ・ 大場義貴 先生

- ・ 大嶋正浩 先生
- ・ 新居昭紀 先生
- ・ 小島卓也 教授先生
- ・ 秋山 剛 先生
- ・ 岡崎祐士 先生
- ・ 日本精神神経学会の役員の皆様
- ・ すべての訪問地でのスタッフの皆様
- ・ 通訳：井出奈穂子様、鈴木友理子先生、伊藤いつ子様、スターク坂本三千代様、宗宮章子様

### 13. 参考文献

1. Ministry of Health, Labour and Welfare Japan, 2005 Report.
2. Law related to Mental Health and Welfare of the Person with Mental Disorder, 2000
3. Clark DH. Community Mental Health in Japan. 3 Month Consultancy Report for WHO, 1968
4. Ito H, Sederer LI: Mental health services reform in Japan. Harvard Review of Psychiatry, 7; 208-215, 1999
5. Sawa Y. Psychiatric rehabilitation in Sawa Hospital as part of hospital treatment: integration of psychiatric treatment and rehabilitation. The Japanese Bulletin of Social Psychiatry, 16; 176-181, 2007
6. Semba T. Present issues in mental health and welfare services in Japan. The Japanese Bulletin of Social Psychiatry 14; 44-48, 2006
7. Atlas country profiles on mental health resources. WHO, 2005