

日本医療政策機構（HGPI）メンタルヘルス政策プロジェクトチーム

# 「メンタルヘルス 2020 明日への提言」

メンタルヘルス政策を考える 5 つの視点

2020 年 7 月

## はじめに

### ● 日本医療政策機構とは

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクであり、市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供することを目指している。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供し、グローバルな視点で社会にインパクトを与え、変革を促す原動力となるべく活動している。

### ● HGPIのメンタルヘルス政策プロジェクトについて

メンタルヘルス課題は、国や地域を問わず現代社会に大きな影響を与えている。日本において精神疾患を持つ患者数は増加傾向にあり2017年の患者調査で約419.3万人である。この患者数は、いわゆる4大疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）よりも多い状況である。特に外来患者数は年々増加傾向にあり、2017年には約389.1万人に上っている。入院患者数においても約30.2万人と減少傾向にはあるが、日本は人口当たり世界最大の精神病床数<sup>1</sup>を有し、2018年の病院報告によれば、最新の精神病床平均在院日数は265.8日にのぼり、一般病床の16.1日と比較すると長く、地域格差も大きい。またメンタルヘルス不調・精神疾患の原因は多岐にわたる。これまでも阪神淡路大震災や東日本大震災のような大規模自然災害や新型コロナウイルス感染症（COVID-19: Coronavirus Disease 2019）のようなパンデミックに伴う社会不安、さらには経済状況の悪化に伴う雇用不安、家庭環境など、社会・経済的要因も大きいとも言われており、ヘルスケア領域に留まらず、社会課題として取り組むことが求められている。

近年では、世界保健機関（WHO: World Health Organization）が「Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020」を策定した。こうした世界各国の連携や比較研究を通じた協調により、好事例の展開・相互参照が進んでいる。日本においても、1995年の精神保健福祉法や2004年の障害者総合支援法の成立以降、医療と福祉が連携して精神疾患を持つ人や家族を支える体制構築を目指している。また2013年からの第6次医療計画においては、重点疾病のひとつとして位置づけられているほか、第7次医療計画及び第5期障害福祉計画には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が掲げられている。これは精神疾患を持つ本人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・

---

<sup>1</sup> OECD Health Data（最終アクセス日：2020年6月30日）

介護・住まい・社会参加（就労）・地域の助け合い・教育を包括的に確保されることを目指すものであり、まさにマルチステークホルダーによる連携が必要とされている。

しかし、国際的な状況と比較すると、各精神疾患への国民理解や啓発、当事者ニーズに基づくアプローチ、当事者自身がサービス開発・提供に参画すること、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの進展に向けて多職種と官民が連携した患者支援体制の構築、さらにはライフコースに沿ったメンタルヘルスケアの構築など、今後、さらに取り組みの強化が期待される政策領域も多い。国際潮流をベースとした変革が急務である一方で、既存の医療提供体制からのスムーズな移行を可能にすべく、既存のステークホルダーの変革を促すインセンティブの付与など、効果的な政策誘導も期待される。入院制度の在り方の検討や、多職種による質の高い入院医療の提供、地域での生活への移行と退院後の地域の精神保健医療福祉体制の機能強化が求められている。またこうした体制において地域格差が是正され、医療に限らず全ての人が必要なサービスに平等にアクセスできる環境を構築することが求められている。

当機構では、こうした問題意識を踏まえ、2019年度よりメンタルヘルス政策プロジェクトを立ち上げ、活動を進めてきた。当事者や既存のステークホルダーを含めた国内外の当分野における産官学民のキーオピニオンリーダーや関係団体によるアドバイザリーボードを組織し、ヒアリングを重ねるなかで、日本のメンタルヘルス政策における現状の課題や論点を抽出し、その課題に対する解決の方向性を検討してきた。

さらには、抽出された課題や論点と、その解決の方向性について、アドバイザリーボードメンバーを中心とした国内外の有識者が意見を表明するグローバル専門家会合を開催し、メンタルヘルス政策の進展の必要性について国内外のステークホルダーに発信を行った。会合は、京都大学大学院医学研究科先端国際精神医学講座との共催、さらにはジョンスホプキンス大学の協力により開催し、第一部「トップアカデミアが語るメンタルヘルス政策の国際潮流」第二部「マルチステークホルダーで考える日本のメンタルヘルス政策 次の打ち手」の二部構成で開催された。特にパネルディスカッションでは登壇者はもちろん、多様なステークホルダーが参加する会場とのインタラクティブな意見交換がなされ、活発な議論が交わされた。議論のポイントは下記の通りである。

#### 1. ライフコースアプローチとマルチステークホルダーによる議論の重要性

精神医学・精神保健における学術研究を、より効果的に政策に反映させるために、当事者を含めた社会とアカデミアが、医学・科学的理解をベースに、社会的ニーズも鑑み連携し、研究を促進することの必要性が提起された。特に、疾患毎の分野別の研究だけでなく、当事者のライフコースを見据え、長期的かつ大規模な研究が必要であり、またこうした研究を政策に活かす

ため、職種・分野横断的な政策立案の必要性にも言及された。さらに、既存の政策を検証するための研究も必要であり、それらを蓄積し、新たな政策に活かすサイクルが重要との指摘もあった。このようなエビデンスに基づく政策立案に向け、十分な予算の確保や研究環境整備も戦略的に取り組むべき事項とされた。また WHO による提言や各国の好事例など国際潮流を参照しながら、日本として国際的にリーダーシップを発揮できるよう、当事者の生活の質（QOL: Quality of Life）向上や人権擁護の観点からも政策進展を目指すべきとの声も聞かれた。

## 2. ライフコースに応じた多職種及び地域の関係機関の連携によるメンタルヘルスケアの重要性

「精神障害にも対応した地域包括システム」「地域共生社会」の実現に向けて、病院や地域、各専門職、そして我が国のメンタルヘルス政策が、より一層本人に寄り添うために、医療・福祉・介護の専門職間の連携や病院・学校・地域など関係機関の連携の必要性が提起された。特に、ライフコースアプローチの観点から、予防・教育を含めた総合的なメンタルヘルス政策や、医療機関との良好な連携を前提とした、地域におけるメンタルヘルスケアを策定していくべきとの指摘があった。また、精神科医療の地域への移行は、当事者の暮らしの向上に寄与するため重要であり、だからこそ慎重な制度設計、環境整備、予算措置が必要との声も上がった。また、効果的な施策の実施・検証に向け、海外事例や他医学領域及び公衆衛生学の参照、エビデンスに基づく施策の実施、施策を検証するためのデータ収集体制の構築が必要とされた。その上で、各地域の実情に応じた地域移行モデルを構築し、当事者の視点で検証することで、効果的・効率的な施策推進が期待されるとの指摘も多く挙げられた。

## 3. 当事者視点の政策に向けて、当事者や医療従事者の経験を蓄積し協働を進める重要性

今後、メンタルヘルス政策においてあらゆる場面で可能な限り当事者の意見が反映される制度を目指すうえで、当事者の意見表明の現状認識や方法論に関する研究を深め、またそうした「声」を集めやすくする環境整備の重要性が提起された。さらには当事者の経験はもちろん、臨床に携わる医療者の経験も集め、客観的なエビデンスとして精神医学そして政策提言に活かす必要性についても言及された。また、メンタルヘルスに関する正しい知識を深め、当事者のみならずマルチステークホルダーが共に学びあうことのできる、医学的・科学的知見に基づいた協働的なプログラムを構築する必要性について事例に基づく指摘があった。パネル1でも同様の議論がなされたが、当事者に寄り添ったメンタルヘルス政策の実現に向けて、当事者はもちろんマルチステークホルダーが結集し、立場を超えて議論し、連携し、実践することの必要性について多くの言及がなされた。

● 「メンタルヘルス 2020 明日への提言」の位置づけと今後の活動について

2019 年度の活動を通じて行った議論から抽出した論点に加え、当事者をはじめとしたマルチステークホルダーへのヒアリングを踏まえ、当機構が中立的な立場から、当事者や市民にとってより良いメンタルヘルス政策の姿を考え、現段階における提言としてまとめることとした。本提言書をベースにより多くのマルチステークホルダーと意見交換を重ねることで、さらに深化させることを目指す。なお当機構では、かねてより認知症を重要な政策課題として個別のプロジェクトとして取り組んでいることから、本提言書においてはメンタルヘルス領域の中でも認知症に特化した課題や事例については言及していないことを記しておく。

今後の当機構のメンタルヘルス政策プロジェクトでは、当事者を中心にさらに多様なステークホルダーが結集し、国際的な好事例も参照しながら、より良い日本のメンタルヘルス政策を実現するためのプラットフォームとして機能することを目指す。特に 2024 年度には第 8 次医療計画と第 7 期障害福祉計画が同時にスタートすることから、今後数年間は抜本的な議論と進展が期待されており、当機構の活動が当事者の QOL を高める政策への変革の一助となることを目指していく。本提言書をお手に取っていただいた皆様の積極的なご意見とご参画をお願いしたい。

## 「メンタルヘルス 2020 明日への提言」 エグゼクティブサマリー

### ● HGPI が考えるメンタルヘルス政策ビジョン

WHO では「メンタルヘルス」を、「人が自身の能力を発揮し、日常生活におけるストレスに対処でき、生産的に働くことができ、かつ地域に貢献できるような満たされた状態（a state of well-being）」と定義している。つまりそれは、特定の疾患の有無を意味するのではなく、社会的動物としての私たちが社会との関係性の中でどのように生きたいと考え、それが実現されているのかという、主観的な概念といえる。その意味でメンタルヘルス政策は、全ての人々がその当事者であり、精神疾患や精神障害といった継続的な医療・保健・福祉による専門的な支援を必要とする段階から、日常の中で感じる「ちょっとした生きづらさ」までを包含とするものといえる。

メンタルヘルス政策が当事者、つまり今を生きる全ての人々の生活の質（QOL: Quality of Life）を高めることに寄与するには、まずは精神疾患に対する固定観念や偏見を取り払うことが出発点といえよう。そして自分自身のメンタルヘルスの微妙な変化に気付くための知識や方法を学ぶのみならず、程度に差はあれ何らかの生きづらさを抱える他者を慮ることが求められている。さらには、専門的な支援を必要とする人々が、必要な時に自らの意思と判断によって保健・医療・福祉のシステムにアクセスできる環境も必要といえる。そしてこれらのシステムは、科学的な根拠に基づき、様々な視点を持つ専門職が連携することによって、常に評価と改善を繰り返しながら、適時適切なサービスを整えることが期待されている。またサービス提供者は、利用者である当事者の声に常に耳を傾けながら、既存の体制にこだわることなく継続的な改善への取り組みが必要不可欠である。さらには当事者も専門職も、常に最新の知見と多様な選択肢の中から最適な支援を見つけることができるよう、政策的なエビデンスの蓄積、研究開発の促進が求められている。メンタルヘルスの向上、私たち 1 人 1 人の QOL の向上に向けた一連の取り組みが常により良いものへと進化するためには、マルチステークホルダーが連携し議論し、声を上げることのできる枠組みが重要である。

今回の「メンタルヘルス 2020 明日への提言」では、上記の政策ビジョンの下、現在の現状と課題を整理し、以下の 5 つの視点からより良いメンタルヘルス政策の実現に向けて具体策を検討した。なお本提言は、2019 年度より当機構におけるメンタルヘルス政策プロジェクトでの各種会合やヒアリングをベースに、可能な限り広い視点から作成した。今後は、本提言をベースにより多くのステークホルダーから意見収集を重ねるほか、先進的な海外事例など国際的な潮流も踏まえ、さらに特定のアジェンダに深く焦点を当てることで、当事者の QOL 向上に寄与する発信・提言を重ねる予定である。

- 「メンタルヘルス 2020 明日への提言」5つの視点と具体策

**視点1：当事者活動を促進し社会全体のリテラシーが向上する施策を充実させる**

- ① 社会全体のメンタルヘルスリテラシー向上のために「当事者活動」を促進する
- ② ライフコースに応じてメンタルヘルス課題に対処できるよう、初等中等教育におけるメンタルヘルスの教育及び支援体制を充実させる
- ③ 精神疾患を持つ本人の自己決定を促すためにピアサポートの活動を促進する

**視点2：精神疾患を持つ本人のニーズに基づいた地域生活を基本とする医療提供体制を構築する**

- ① 精神疾患を持つ本人の尊厳・権利の保障を前提とし、ニーズに基づいた入院医療体制を整備する
- ② 精神疾患を持つ本人が地域生活を送ることを基本とし、多職種連携のもと、外来医療及び在宅医療を拡充する
- ③ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」に向けた保健・医療・福祉連携を推進する

**視点3：「住まい」と「就労・居場所」を両輪として地域生活基盤を整備する**

- ① 精神疾患を持つ本人が中・長期的な「キャリア形成」の観点に基づいてライフコースを描くことができるようにする
- ② 精神疾患を持つ本人が心身の状態を客観的に把握し、心身の変化に合わせて生活を柔軟に設計できるようにする
- ③ 地域の住宅事情を踏まえ居住支援協議会と当事者や専門職が連携することで、借りる側も貸す側も納得できる環境を整備する

**視点4：エビデンスに基づく政策決定・政策評価に向けて必要なデータ・情報収集体制を構築する**

- ① 既存のデータ・研究体制を活用・統合し、様々な精神疾患の病態解明に向けた研究を推進する
- ② 当事者のエンパワメントを重視した、福祉サービスまでを含む横断的プラットフォームを構築し、包括的なデータ・情報収集を可能にする

**視点5：メンタルヘルス政策においてマルチステークホルダーが継続的に議論できる環境を構築する**

- ① 「協議の場」における精神疾患を持つ本人の参画を必須とし、常に本人目線に基づく施策・事業の遂行・評価ができるようにする
- ② 精神疾患を持つ本人の視点を重視し、予防～治療～障害福祉を対象とする包括的な政策の推進に向けて「メンタルヘルス基本法（仮称）」を制定する

## 「メンタルヘルス 2020 明日への提言」本文

### 視点 1：当事者活動を促進し社会全体のリテラシーが向上する施策を充実させる

#### 【現状と課題】

2016 年発行の世界精神保健調査（WMHS: World Mental Health Survey）によれば、日本における精神疾患の生涯有病率は 22.9%と報告されており、精神疾患は約 5 人に 1 人が生涯に 1 度は罹患する身近な疾患といえる。しかし国際社会において精神疾患を持つ人への偏見や差別は依然として課題となっており、日本においてもかつては私宅監置、旧優生保護法といった歴史もあり、今なお偏見や差別の解消に向けた取り組みは続けられている。2020 年に行った当機構による精神疾患を持つ本人や家族へのヒアリングでは、精神疾患に対する偏見は依然として残っており、精神疾患の症状及び治療に関する正しい理解が十分ではないと精神疾患を持つ本人や家族が感じていることが改めて浮き彫りとなった。また 2019 年 12 月に当機構が開催した「国際潮流と日本のメンタルヘルス政策」グローバル専門家会合<sup>2</sup>（以下、専門家会合）においても指摘されていたが、精神疾患も他疾患と同様に早期から適切な対処を行うことが予後の生活に有効とされているものの、初期段階でスムーズに専門家による介入ができていないことが課題となっており、こうした現状は「精神病未治療期間（DUP: Duration of Untreated Psychosis）」<sup>3</sup>や「疾病未治療期間（DUI: Duration of Untreated Illness）」<sup>4</sup>などの指標で示されている。これらは、精神疾患の早期介入による効果など、症状や治療に関する理解が乏しいことが原因の一つと考えられており、社会的受容の観点と共に治療効果を高める点でも、メンタルヘルスリテラシー（MHL: Mental Health Literacy）の向上が必要である。

また、疾病により失われた生命や生活の質を包括的に測定するための指標である DALY（Disability-Adjusted Life-Years）に着目すると、15～44 歳においては、神経・精神疾患が疾病負担の第一位に位置付けられている。精神疾患に罹患する人の 75%が 25 歳未満で発症し、さらに全体の 50%は 14 歳までに発症すると考えられており、児童・青年層が精神疾患に対する理解を深め、これまでは専門的な支援に結びつかなかった初期段階での介入が可能になることによって、今後精神疾患による負担が軽減されることも期待され、総じて精神疾患を持つ本人

---

<sup>2</sup> 日本医療政策機構・京都大学大学院医学研究科先端国際精神医学講座との共催及びジョンスホプキンス大学の協力によって 2019 年 12 月 18 日に開催された「国際潮流と日本のメンタルヘルス政策」グローバル専門家会合（開催報告及び開催報告書 <https://hgpi.org/events/mh2019-report.html>）

<sup>3</sup> 精神病未治療期間（DUP: Duration of Untreated Psychosis）：陽性症状や一級症状の顕在化から薬物療法をはじめとする専門家による何らかの介入開始までの期間のこと

<sup>4</sup> 疾病未治療期間（DUI: Duration of Untreated Illness）：DUP に加え前駆期を入れた期間のこと

の QOL の向上に寄与することができる。初期段階での介入には、医療以外の局面での気付きや連携、普及啓発が重要であり、児童・青年層においては初等中等教育機関やその教育カリキュラムが果たす役割が大きいといえる。

精神疾患の診断以降の場面では、近年は特に入院による加療を必要とする精神疾患を持つ本人が、治療方針や退院後の生活について主体的に判断・決定することを支える動きが高まっている。日本のメンタルヘルス政策においても 2013 年に精神保健福祉法が改正され、同法附則第 8 条において「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方」について検討を加えることが定められた。また障害者基本法や障害者総合支援法では、障害者が福祉サービスを利用する際に、国や地方自治体及びサービス提供事業者に対して、障害者自らが意思決定を行なうことのできる環境の確保及び支援を行うよう規定している。この自己決定を促す考え方は、精神疾患を持つ本人への支援における世界的な潮流となっている「パーソナルリカバリー」の概念にも、「自己にとって最適な状況を主体的に選びとり、主体的な価値を獲得するプロセス」として含まれ、欠かせない要素となっている。しかし当機構のヒアリングでは、精神疾患を持つ本人は長期にわたる入院により家族を含めた支援者の指示に盲目的に従い、受け身になっていく傾向があるなどの指摘も多数挙がっており、精神疾患を持つ本人の権利・尊厳を前提とした意思決定支援の在り方は依然として課題であることが浮き彫りになった。そのためには、従来の「支援する側と支援される側」という固定的な関係性を脱却し、意思決定の場面においては支援者と対等な関係で協働する考え方やそうした関係性を実践できる仕組み作りが必要といえる。

#### 【具体策】

##### ① 社会全体のメンタルヘルスリテラシー向上のために「当事者活動」を促進する

上述の通り、社会における疾患や障害に対する理解が不足している。偏見をなくし社会的な理解促進のため、また早期発見・早期対応の促進という観点からも、社会全体で MHL を向上させる取り組みが必要である。

精神疾患についての理解促進のために様々なプログラムが実施されているが、特に精神疾患を持つ本人やその家族など自ら経験者としての立場から発信を行う「当事者活動」は社会に良い影響を与えうる。精神疾患を持つ本人が自らの治療の経験や家族が支援の経験を発信することで、本人や家族の想いを交えながら、精神疾患についての理解を深めることができる。医学的な正しい知識を基本として精神疾患の理解を深めることを前提としたうえで、当事者固有の経験や感情も合わせて知ることは非常に重要である。精神疾患を持つ本人自身にとっても、当事

者活動は有益であるといえる。自身の経験のみならず他の人の経験を知ること、MHLが向上し、日々の生活に役立てることができる。

当事者活動の促進には、当事者が地域社会や情報から隔絶された状態を解消し、集まり、心理的安全性が保たれた状態で意見表明できる環境が必要である。一方で当機構の専門家会合では、意見を表明する当事者側も、名前と顔を公開し、責任を持った発言が求められるといった指摘もあった。したがって、精神疾患を持つ本人が意見表明できる環境を整備し、そのような環境を活かした地域社会と当事者間の相互のフェアな交流が、社会における精神疾患及び精神疾患を持つ本人に対する理解を深めるきっかけとなる。今後のメンタルヘルス政策においては、当事者活動の促進に向けたより一層の環境整備が期待される。

## ② ライフコースに応じてメンタルヘルス課題に対処できるよう、初等中等教育におけるメンタルヘルスの教育及び支援体制を充実させる

上述の通り、精神疾患を発症する可能性の高いとされる児童・青年層に対する細やかなアプローチも必要不可欠である。児童・青年層の MHL を向上させることで、疾患の初期段階への早期介入が可能になるほか、様々な物事を柔軟に吸収できる児童・青年期において MHL を高めることで、社会全体の MHL の向上にも大きく寄与することが期待される。ここでは特に義務教育に当たる初等中等教育を想定し、教育カリキュラムの充実及び相談支援体制の充実の観点で考える。

児童・青年層へのメンタルヘルス教育のカリキュラムの充実によって、彼らの現時点のメンタルヘルスを向上させること、さらには生涯を通じてメンタルヘルスを良い状態に維持するための知識や対応方法の習得が期待できる。現状では初等中等教育の指導要領にメンタルヘルスに関する記載がないため、児童・生徒がメンタルヘルスについて具体的に学ぶ機会を設ける学校が増加しない。それに対し、諸外国では日本に比べ児童・青年層に対するメンタルヘルス教育が充実しているケースもあり、例えばオーストラリアには「Be You」<sup>5</sup>という啓発プログラムがある。このプログラムは、いじめを受けた際の対応の仕方やメンタルヘルスに関する予防や早期介入の効果などの具体的対処法への理解、レジリエンス（逆境に対する反応としての精神的回復力や自然的治癒力）をどう高めるかなどの教育カリキュラムや、さらには教師や学校向けに具体的に保健・医療・福祉の関係機関との連携体制を構築するための支援も含んでいる。このようにメンタルヘルスの知識を提供するだけでなく、具体的な対処方法や支援体制の構築まで行うことで、児童・青年層の MHL の向上が期待できる。MHL の向上は、生徒自身や児童間

---

<sup>5</sup> Be You：児童向けの「Kids Matter」と青年向けの「Mind Matters」を統合したプログラム

での気づきにつながり、その気づきを教員や専門家と共有し、早期の正しい介入につなげることができると考えられる。日本の教育現場では、中学校の保健体育科の教科書にはメンタルヘルスに関する項目が含まれないほか、高等学校でもようやく学習指導要領が改訂され 2022 年度から「精神疾患の予防と回復」が追加されるものの、疾患についての説明を受ける程度に留まるとされている。疾患について具体的な知識を習得する段階から、広くメンタルヘルスに関しての理解を深め、より踏み込んで実践的な教育カリキュラムを構築することが求められる。例えば、前述の当事者活動と連携し、同じ地域で暮らす精神疾患を持つ本人やご家族を招き、その経験を直接聞く機会や、身近な友人や家族が疾患を持った時にどう対応するか考える機会を設けるなど、児童・生徒がその発達段階に応じて、メンタルヘルスを我が事として捉えることを教育の到達目標とすべきである。

そして教育機関における相談・気づきの体制整備をすることで、メンタルヘルス課題を抱えた児童・生徒を早期発見し、初期段階での介入を行うことが可能になる。児童・生徒の最も近くにいる教職員は担任教員であり、彼らの変化や兆候に気づく可能性が高い。しかしながら、担任教員はメンタルヘルスの専門家ではないうえ、一般的に相当量の業務を抱えていることは広く知られているところである。まずは教育機関において、担任教員が生徒・児童と向き合う時間を増やすことができるよう働き方改革を積極的に行うと同時に、変化を感じた際に、スムーズに養護教諭・スクールカウンセラー・スクールソーシャルワーカーなどの専門知識を有する教職員に気軽に相談できる体制を構築することが必要である。こころのケアを主な役割とするスクールカウンセラーと、福祉面での環境のケアを行うスクールソーシャルワーカーそれぞれの体制充実を図ることが期待されている。

2018 年に閣議決定された教育振興基本計画でも、スクールカウンセラーの全公立小中学校に配置し、スクールソーシャルワーカーも全中学校区に配置することが示されており、文部科学省の 2020 年度予算では両職種の配置のための予算が計上されている。今後はスクールソーシャルワーカーの養成できる環境を整え、全公立小中学校への配置を検討し、こころのケアと福祉面での環境のケアの両輪で取り組むことが求められる。

### ③ 精神疾患を持つ本人の自己決定を促すためにピアサポートの活動を促進する

近年、精神疾患を持つ本人自身や家族が自らの経験に基づいて、同様の疾患を持つ人の相談相手や、一緒に社会活動へ参加する「ピアサポート」と呼ばれる活動が大きな役割を持っている。ピアサポートを行うピアサポーターは近年、福祉事業所や病院において雇用されるケースもあり、活用が進んでいる。当機構のヒアリングでも、ピアサポーターは精神疾患を持つ本人にとってロールモデルとなり、特に入院中に彼らと接することが主体的に生きようとするきっかけ

となることも多いと考えられる。また、精神疾患を持つ家族のピアサポーターも重要である。家族が孤立することなく相談できる場となるだけでなく、家族自身も支援者として精神疾患を持つ本人への支援技術をピアサポーターから学ぶきっかけとなる。精神疾患を持つ本人の自己決定を促すには周囲の環境が強く関与しており、対等な立場にあるピアサポーターは、精神疾患を持つ本人が主体性を持つ一助になるといえる。精神疾患を持つ本人の自己決定を支援する、ピアサポーターを積極的に活用することが求められる。

精神疾患領域におけるピアサポートは、2000年に大阪府が全国に先駆けて「社会的入院解消事業」として開始した。精神疾患を持つ本人が自立支援員として雇用され、ピアサポート活動を行うようになった。さらに2003年に、国のモデル事業として「精神障害者退院促進支援事業」が始まり、全国的に精神疾患を持つ本人がピアサポーターとして雇用される事例が広まった。現在では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進事業）」のほか「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」や、障害者総合支援法に基づく「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」においてピアサポーター活用の推進を目指している。しかし、例えば都道府県及び指定都市の必須事業となっている「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」においては実際にピアサポーターの活用事業を実施している都道府県及び指定都市は半数以下にとどまっている現状にある。ピアサポーターが安定的に活躍できる環境を整備するうえでは、各福祉事業所におけるピアサポーターとしての位置づけで精神疾患を持つ本人の雇用促進が図られるとともに、こうした公的な事業をベースとし、全ての地域でピアサポーターが継続的に活用されることが望ましい。

ピアサポーターへの期待が高まり活躍の場が広がっている中で、今後は福祉事業所におけるピアサポーターへのさらなる理解が必要との声も挙がった。ピアサポーターを活用した好事例の展開や、受け入れる事業所側の心構えや効果的な配置などのノウハウの普及も求められている。またピアサポーターを活用することで精神疾患を持つ本人にどのような効果をもたらすかに関して、今後調査研究の充実によるエビデンスの蓄積が期待されている。

## 視点 2：精神疾患を持つ本人のニーズに基づいた地域生活を基本とする医療提供体制を構築する

### 【現状と課題】

精神疾患を持つ患者の総数は 2017 年で約 419.3 万人と、2002 年の約 258.4 万人に比べ、約 1.6 倍と大きく増加している。このうち、入院患者数については 2017 年で約 30.2 万人と 2002 年の約 32.9 万人に比べ減少傾向にあるのに対し、外来患者数は 2002 年の約 223.9 万人と比較して、2017 年には約 1.7 倍の約 389.1 万人と大きく増加しており、外来患者の需要が大幅に増加していることが分かる。

2019 年度精神保健福祉資料によると、日本における精神病床数は約 31 万床であり、直近約 10 年間は減少傾向にある。しかしながら、経済協力開発機構（OECD: Organization for Economic Co-operation and Development）の調査によれば、2016 年時点で日本の人口 1,000 人当たりの精神病床数は 2.63 となっており、2 番目に多いベルギーの 1.38 を大幅に上回っていることから、国際的に見ても病床数が多い状況にあるといえる<sup>6,7</sup>。精神病床の内訳について、2012 年の「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」では、精神疾患患者の状態像や特性に応じた精神病床の機能分化を進める方針が示されたが、救急入院料などを算定する救急・急性期病床は約 2.9 万床と病床全体の約 10 分の 1 であるのに対し、精神療養病棟入院料や 15 対 1 入院基本料などを算定する慢性期病床が依然として多く、精神病床の約 3 分の 2 以上を占めている。こうした慢性期病床への入院患者の積極的な地域移行を促進するため、病床削減を条件として、2016 年度からは地域移行機能強化病棟を創設しているが、0.2 万床と算定病床はわずかに留まっている。また病院調査によると、精神病床における平均在院日数は 1989 年時点の 496 日と比べ、2018 年時点では 265.8 日と、この約 30 年間で大幅に減少しているものの、一般病床の 16.1 日と比較すると長い現状にある。最近では、地域生活支援連携体制整備の状況を評価するため「精神病床から退院後 1 年以内の地域における平均生活日数」（地域平均生活日数）が指標として設けられ、第 6 期障害福祉計画から新たに成果目標として導入される予定である。

さらに多様な入院制度も精神医療の特徴であり、本人の同意を伴う任意入院のほか、本人の同意に基づかない入院として措置入院及び医療保護入院の 3 種類に大別される。2019 年度精神

---

<sup>6</sup> OECD Health Data（最終アクセス日：2020 年 6 月 30 日）

<sup>7</sup> なお国によって精神病床の定義が異なることが指摘されており、より精緻な国際比較が今後必要とされている。

保健福祉資料によれば、任意入院患者が 141,818 人、措置入院患者が 1,585 人、医療保護入院患者が 127,429 人という現状であり、非自発的入院が入院全体の半数を占めている。非自発的入院、特に医療保護入院に対しては、精神疾患を持つ本人や家族から変革を求める声も多く、一度入院してしまうと退院の許可が下りにくい現状や、本人が病院での生活によって自立した生活への意欲を失ってしまい、それまでの暮らしを失ってしまう危険性が指摘されている。医療保護入院は、精神保健福祉法第 33 条で定められた「指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であって当該精神障害のために第二十条の規定による入院（任意入院）が行われる状態にないと判定されたもの」を対象とした入院形態である。入院には家族等<sup>8</sup>の同意を要件としているが、医療保護入院に同意をすることによって、家族と精神疾患をもつ本人との信頼関係が崩れてしまう事例があることから、この要件について削除を求める声がある。また対象者の要件の曖昧さから拡大解釈の余地があるとの指摘もあり、日本精神神経学会では 2016 年 3 月の「精神保健福祉法改正に関する委員会見解」において、医療保護入院の要件から家族等の同意を廃止し、医療保護入院における国と地方自治体の責任を明確にすべきとしたうえで、医療保護入院の対象者の要件を「国際疾病分類による医学診断を有すること」「精神疾患により、治療の必要性に関する判断能力が阻害されていること」「入院治療による以外に病状の改善あるいは悪化防止が期待できないこと」とすべきなど、具体的な提言を行っている。

また精神保健福祉法第 12 条に基づき、精神科病院に入院している精神障害者の処遇や退院請求について専門的かつ独立的に審査を行うことを目的とし各都道府県に設置されている「精神医療審査会」では、措置入院及び医療保護入院に対する定期報告や退院請求、処遇改善請求に対する審査が行われている。しかし、2019 年精神保健福祉資料によれば、医療保護入院者数が 127,429 人であるのに対し、2018 年 4 月から 2019 年 3 月の 1 年間で受理された退院請求は 3,730 件と医療保護入院者全体のわずか約 2.9%にとどまる。また審査の結果、入院継続が適当でないと判断された件数はわずか 52 件と 2017 年度の繰り越し分を含めた退院請求数全体の約 2%にとどまっている。また退院請求を受理から結果通知までの平均日数が全国平均で 33.6 日、最も長い高知県では 57.7 日を要することから、精神医療審査会が本来意図しているチェック機能を果たせているのかという点について疑問視する声もある。

また隔離・身体的拘束が精神保健福祉法によって規定されていることも精神医療の特徴である。2016 年度精神保健福祉資料によると、保護室の隔離患者数が約 9,935 人、身体的拘束を行

---

<sup>8</sup> 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

っている患者数が 10,298 人となっており、身体的拘束に関しては、2003 年の 5,109 人と比べ、約 2 倍に増加している現状がある。

精神医療においては入院医療に注目が集まりがちであるが、前述の通り近年は外来患者が増えていることから、外来医療及び在宅医療の役割は非常に大きくなっている。新規入院の予防や再入院を防ぐ観点からも、地域生活を行いながら、外来医療及び在宅医療を効果的に組み合わせ提供する体制の構築は重要である。

医療資源の配分という観点でみると、2017 年国民医療費統計において、精神及び行動の障害に係る医科診療医療費全体に占める入院費の割合は 71.1%である。一方、精神及び行動の障害に係る医科診療医療費を除く医療費全体に占める入院費の割合は 51.4%と、精神医療がそれ以外の医療と比べ、医科診療医療費全体に占める入院費の割合が高いことが分かる。これは医療費という観点で見たときに精神医療では全体のうち入院医療に多くの資源が割かれていることを示唆している<sup>9</sup>。一方、近年、入院外医療の充実が図られており、2013 年度では精神及び行動の障害に係る入院外医療費と入院外医療費が精神及び行動の障害に係る医療費全体に占める割合はそれぞれ 5,178 億円、27.5%であったのに対し、2017 年度では 5,539 億円、29.0%とそれぞれ増加傾向にある。

入院外医療については、一般外来、救急医療、在宅医療の 3 つに大別される。特に治療中断者や退院後に症状をコントロールしながら地域で生活する者にとって必要な医療へのアクセスを確保するためには訪問診療や訪問看護などの在宅医療が重要となる。こうした既存のものに加え、現在アウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）の体制整備が進められており、2014 年度から都道府県地域生活支援事業としてアウトリーチ事業及び精神障害関係従事者養成研修事業が、2018 年度から地域生活支援促進事業における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業が実施されている。しかし、都道府県地域生活支援事業におけるアウトリーチ事業を実施する自治体数は 2018 年度では東京都と岡山県のわずか 2 都県にとどまっており、今後の拡大が期待されている。診療報酬の観点では、2014 年度診療報酬改定において病状が不安定な患者に対する多職種チームによる在宅医療の評価である「精神科重症患者早期集中支援管理料」が創設され、また 2018 年度改定では患者の状態に応じた評価を行うべく「精神科在宅患者支援管理料」が新設された。しかし 2018 年度 6 月審査分を例にとると、重症患者以外への算定回数 513 回/月に対して重症患者への算定回数は 41 回/月に限られるなど、特に重症患者への在宅医療の提供が課題といえる。

---

<sup>9</sup> 「精神及び行動の障害」は知的障害（精神遅滞）を含み、てんかん、アルツハイマー病は含まれない。また薬局調剤医療費、入院時食事療養費等を含まない。

### 【具体策】

#### ① 精神疾患を持つ本人の尊厳・権利の保障を前提とし、ニーズに基づいた入院医療体制を整備する

入院医療において、精神疾患を持つ本人の尊厳や権利が保障され、効果的、効率的な医療が提供されているかを検証し、必要に応じて制度の見直しを行うべきである。

#### ● 医療保護入院制度の在り方を検討するとともに精神疾患を持つ本人を支える家族などへの支援を拡充する

医療においては、疾患の治療のみならず、当事者の主観的な満足、医療提供者からの説明を含め納得できるかといった点も重要である。したがって、一般医療と同様に精神医療においてもそのサービスが精神疾患を持つ本人の同意や納得を得て提供されるべく最大限の配慮、取り組みが求められる。しかし、精神医療においては、当事者本人の同意に基づかない医療保護入院及び措置入院が入院全体の約半数を占めており、特に医療保護入院の在り方については精神疾患を持つ本人や家族などからの変革を求める声も多い。

イギリスでは、強制入院手続きにソーシャルワーカーなどの認定精神保健専門職（AMHP: Approved Mental Health Professional）の関与を義務付ける制度があり、精神科医 2 名と AMHP の合計 3 名が非同意入院の可否を判断する（AMHP が反対した場合、入院手続きは中断する）仕組みとなっており、日本に比べて、本人の同意に基づかない入院を必要最小限にとどめるための体制が敷かれている。今後は、諸外国の制度を参考としつつ、障害者権利条約をはじめとした当事者の尊厳・権利が確実に保障される制度となるよう医療保護入院の在り方の見直しが求められる。

医療保護入院の制度の見直しと並行して、精神疾患を持つ本人が地域において多少の好不調の波を乗り越えながら治療や生活を継続することを促進するためには、精神疾患を持つ本人を支える家族などの支援者のケアや負担軽減についても考える必要がある。これまでの医療保護入院増加の要因の一つとして、ケアの責務に耐えられなくなった家族が増加している可能性が考えられるとの指摘もあり、歴史的にも医療保護入院という制度が家族のケア義務を解放してきた側面もあると考えられている。当機構のヒアリングでも「支援者・介護者としての家族ではなく、家族として本人と向き合いたい」といった声が多く聞かれている。他領域をみれば、介護保険制度の創設時にも家族の役割についての議論がなされ、介護における家族の物理的側面と精神的側面は分けて考えられるべきとの意見が挙がっていた。視点 3 でも住宅について言及するが、「地域で暮らす」ということは決して病院から自宅へ帰すことだけを意味するのではなく、まずは本人がどこでどのように暮らしたいかを考えることから支援をはじめ、その希望

に応じて住環境を選択できる制度が望まれる。また自宅で家族の支援を受けながら生活する場合でも、家族の支援者・介護者としての役割が過度にならないよう、十分な専門的福祉サービスを利用できるように配慮される必要がある。また家族が自ら望んで支援する場合にも、相談支援専門員など第三者による専門的な介入が継続的に行われることで、家族の過度な負担や、予期しない本人の尊厳・権利の侵害などを防ぐことができる。今後は前述の背景を踏まえながら、精神疾患を持つ本人や家族、保健・医療・福祉関係者、法律家、自治体関係者などが集まり、本人や家族のニーズに基づき、地域の実情に応じながら合意形成を進める場が必要である。

- **隔離・身体的拘束の適正化に向けた取り組みを適切に評価できる体制の構築と第三者機関による実地調査・評価を実施する**

隔離・身体的拘束は精神疾患を持つ本人の尊厳・権利という観点から必要最小限にとどめられなければならない。身体的拘束に関しては、近年、診療報酬や介護報酬での身体的拘束の適正化に向けた取り組みが進められている。2016年診療報酬改定で認知症ケア加算が新設され、加算に関して身体的拘束実施日には所定点数の減算がある旨が明記された。また介護報酬においても、2018年に身体的拘束等の適正化のための指針の整備や、身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催を義務づけるとともに、義務違反の施設の基本報酬を減額とする身体拘束廃止未実施減算が新設されている。以上のように身体的拘束の適正化に向けた取り組みは認知症領域を中心として実施され始めている。今後はその他の精神疾患を含め、精神病床における身体的拘束の増加要因の分析及び、身体的拘束の適正化に取り組む医療機関が診療報酬上で適正に評価される仕組みの創設が求められる。また精神医療審査会をはじめ、第三者機関による隔離・身体的拘束に関する実地調査・評価も合わせて検討されるべきである。

- **精神医療審査会の書類審査中心の現状を改善し、2名以上の当事者委員を創設する**

精神医療審査会については、2016年に厚生労働省に設置された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」にて、構成員から審査体制が書面審査偏重であること、都道府県によって審査体制にばらつきがみられること、また書類審査の場において審査される側である医療者が医療委員として審査に同席することが中立性を損なうなどの指摘がされている。

今後は、例えば退院請求や処遇改善請求のあった医療機関を無作為抽出し該当医療機関に所属する精神科医以外の医師による実地調査などを取り入れ、書類審査中心の現状を脱却する必要があり、そのためには、審査体制の充実に向けた十分な予算配分が必要である。また本人視点に基づく審査体制構築のため、精神医療審査会の構成員の再考も検討すべきである。現在、精神医療審査会の委員構成員は、精神科医療の学識経験者2名以上（精神保健指定医に限る）、

精神障害者の保健又は福祉の学識経験者 1 名以上（精神保健福祉士等）、法律に関する学識経験者 1 名以上（弁護士、検事等）」を要件として、各都道府県知事の指名で決定される。当事者視点での審査を実施する観点から、精神医療審査会に当事者本人・家族等の当事者委員を創設し、現行の委員 5 名体制に 2 名の当事者委員を加え 7 名体制とするとともに、入院中の本人への意見表明機会の確保、審査結果への不服申立制度の創設を検討することも一案である。

- **医療機関が行う退院支援への適切な評価体制を構築する**

精神疾患を持つ本人が安心して早期に退院し地域生活を送るためには、当事者を地域で受け入れられる環境整備や制度設計が重要であるとともに、医療機関が入院期間中から退院後の地域生活を前提とした支援を行うことが求められる。現在、診療報酬上では、入院期間が 1 か月を超える精神障害者である患者またはその家族などに対して多職種による退院指導を評価する「精神科退院指導料」や、2020 年度改定で新設された退院時の多職種・多機関による共同指導について評価を行う「精神科退院時共同指導料」など、医療機関が患者の退院指導を行うことへのインセンティブ付与も行われている。一方で、精神科退院指導料に関しては、入院から 1 か月を経過しないと評価対象とならないため早期介入が難しいとの指摘もあり、早い段階であっても適切な退院指導や支援が受けられる制度設計が望まれる。

さらに、地域社会で生活を送るには、住居や仕事、さらには地域社会のコミュニティが必要不可欠である。そのため、医療機関と地域における保健及び福祉関連施設との連携が必要であり、医療機関が精神疾患を持つ本人の退院後の地域生活に必要な保健・福祉サービスを提供する関係施設へ情報共有を行うなどの連携が行われた際に医療機関へ適切な評価が行われるべきである。

- **適切な退院支援制度構築に向けて、精神病床の入院患者の社会・経済的背景を含めた実態調査・分析を実施する**

長期入院患者によって退院が困難である理由は様々である。先行研究では、精神病床が持つ機能を、精神疾患を治療する機能（治療型）以外に、自傷他害傾向のある患者に対する公安的な機能（社会防衛型）、患者及びその家族の経済的困窮を予防、救済する機能（社会福祉型）の 3 つに分類した上で、精神症状の程度のみならず、患者とその家族との関係や経済的背景を理由に入院しているケースがあることを指摘している<sup>10,11</sup>。疾患・症状の程度のみならず、当事

---

<sup>10</sup> 後藤基行（2019）『日本の精神科入院の歴史構造: 社会防衛・治療・社会福祉, 東京大学出版会』、pp.6 - 7

<sup>11</sup> 後藤基行, 安藤 道人（2020）「生活保護による精神科長期入院：1956 年『在院精神障害者実態調査』原票の分析」『精神神経学雑誌』122(4)、pp.261 - 281

者本人・家族の社会・経済的な背景も考慮した退院支援を実施するために、個人情報保護に配慮しつつも、精神疾患の程度や分類に加え、社会・経済的背景を踏まえた精神科入院の実態の調査・分析がなされるべきである。

## ② 精神疾患を持つ本人が地域生活を送ることを基本とし、多職種連携のもと、外来医療及び在宅医療を拡充する

精神疾患を持つ本人が地域生活を送ることを基本とし、多職種連携のもと、外来医療及び在宅医療を軸として、本人の状態を多角的にとらえながら適時適切な治療・支援を地域で提供する体制を構築すべきである。

また病院や施設から地域へ移行することで、さらに医療的コストがかかるとの指摘もあるが、精神疾患を持つ本人の視点や社会の多様な価値観を考慮し、共生社会の構築に向けた国民の健康を実現するための未来への投資と捉えた議論がなされるべきである。

### ● 早期診断及び治療へのアクセスの向上に向けた医療機関と保健・福祉・教育機関との連携を推進する

視点1で述べたとおり、精神疾患も他疾患と同様に早期から適切な対処を行うことが予後の生活に有効とされているものの、初期段階でスムーズに専門家による介入ができていないことが課題となっている。精神医療が一般医療と同等に市民にとって身近なものとして受け止められ、心身の不調に気付いたときには適切な精神医療サービスを受けることができる社会を実現するためには、内科など身体疾患を担当する地域のかかりつけ医への精神疾患や初期対応に関する教育の実施、かかりつけ医と精神科専門医との連携、精神科医療機関と保健所など、地域における保健・福祉関連施設との連携を推進し、精神医療へのアクセスを向上させる必要がある。また多くの精神疾患は児童・青年期に発症することが知られており、初等中等教育機関との連携も重要であることは視点1でも述べたとおりである。日本精神神経科診療所協会による「精神科診療所から見た精神科医療のビジョンプロジェクト」では、医療機関と教育機関との連携の好事例として、精神科診療所が独自に「学校コーディネーター」として精神保健福祉士を配置し、学校コーディネーターを窓口として地域の教育機関との情報交換、ケース面談への参加、学校または家族の要請に基づいた学校訪問などを行うことで、地域の子どもを支援する顔の見えるネットワークを構築した事例が紹介されている。一方で、学校コーディネーターによる学校への訪問などの活動は診療報酬などでの評価はなく、今後はこうした好事例を参考としながら、医療機関と教育機関間での情報共有や連携体制が構築された場合に医療機関や教育機関に対して経済的インセンティブの付与または国や地方自治体による事業などを通じた支援が実施される体制を検討すべきである。

- **多職種が連携した多様な治療法の提供が行える体制構築を進める**

退院後の地域生活を支えるという観点から、精神科デイケアの拡充や、多職種によるアウトリーチ、精神科訪問看護等の拡充が望まれる。アウトリーチに関しては、特に重症患者に対して、アウトリーチ事業の拡充や診療報酬等による医療機関へのインセンティブ付与の検討がなされるべきである。

また外来、救急、在宅医療の拡充には、精神科医のみならず、看護師、精神保健福祉士、公認心理師・臨床心理士、作業療法士等の多職種がそれぞれの専門性を発揮することが期待される。例えばイギリスでは、患者一人一人に合わせて必要な精神医療・福祉サービスを提供するため、精神科医、看護師、臨床心理士、社会福祉士、作業療法士等で構成されるメンタルヘルsteam（MHT: Mental Health Team）が各地域で整備されている。MHTには保健・教育機関等との連携を通じて精神領域における1次医療を提供するプライマリメンタルヘルsteam（PMHT: Primary Mental Health Team）や、重症患者に対して包括的支援を行う地域メンタルヘルsteam（CMHT: Community Mental Health Team）等がある。PMHTでは臨床心理士や看護師等が配置され、1次医療として心理療法を提供する他、2次医療または福祉サービスを提供する機関等への紹介を行っている。CMHTでは社会福祉士、作業療法士等がコーディネーターとして個々の患者に合わせて支援計画を作成し、この計画に基づいて各専門職による個別支援及び多職種での包括的支援が提供される。コーディネーターは患者への支援実施体制を管理することを主な職務とし、患者の病態や環境の変化に応じて、支援計画の見直しを行う。イギリスはこのCMHTが各地域で整備されることにより、保健・医療・福祉サービスが一元的に提供される体制となっており、精神疾患を持つ本人のQOL向上に向け、精神科医のみならず、看護師や社会福祉士、作業療法士、心理士等の多職種が活躍している好事例と考えられる。

日本においても、2020年度診療報酬改定において、発達障害に対する支援の充実を目的としてこれまで医師のみが算定要件であった小児特定疾患カウンセリングを公認心理師が行った場合も算定対象となる等、医師以外の専門職の活用に対する評価が行われている。今後さらに保健・医療・福祉の連携を促進し、各専門職がそれぞれの知見、経験に基づいた支援を実施できる体制を整備するためには、精神疾患を持つ本人の病態や環境、ニーズに合わせて支援計画を作成し、支援提供の管理を行うマネジメント機能を精神保健福祉士等の専門職が担い、各地域で整備される必要がある。また薬物療法以外の代表的な心理療法として認知行動療法があるが、日本では医師のみまたは医師及び看護師が共同して行う場合にのみ算定の対象となっている。イギリス等では臨床心理士が実施するケースも多く、日本においても、公認心理師・臨床

心理士の活用について検討がなされるべきである。合わせて、認知行動療法の実施に必要な知識やスキルの明確化とそれらに基づいたカリキュラムによるトレーニングによって公認心理師・臨床心理士の質の向上も求められる。

● **オンライン診療の活用について、当事者に与える影響や安全性・有効性について検証する**

2020年6月現在、情報通信技術の発展や新型コロナウイルス感染症の拡大を背景に、オンライン診療への関心が高まっている。オンライン診療は通院にかかる当事者のコストを減らし、精神症状や外部環境によって外出が困難な場合や治療と就労を両立する場合において、医療へのアクセス向上や治療中断の防止につながる可能性がある。また多様な治療の選択肢の整備という観点から、精神科におけるオンライン診療について今後検討が望まれる。

日本におけるオンライン診療については、2018年度診療報酬改定にて、対面診療を原則とし、情報通信機器を活用した診療について「オンライン診療料」が新設されている。精神医療に関しては、「精神科在宅患者支援管理料」を算定している患者がオンライン診療料の算定要件となっている。2020年度改定では算定要件の変更、同年4月10日には、新型コロナウイルス感染症の流行を受け、限定措置として初診でのオンライン診療を認めており、今後さらにオンライン診療への関心が高まることが予想される。

米国でも精神科医療におけるオンライン診療の導入が始まっており、米国ランド研究所の調査によれば、ビデオ機能を使ったオンライン診療により、治療へのアクセス向上や、一部の患者において家庭環境が把握できるケースがあったことが対面診療と比較したメリットとして挙げられている<sup>12</sup>。その一方で、患者の動きや表情から非言語的情報が得られにくいこと、患者のプライバシーや診察時間の管理が難しいことなど、課題も多いとされる。（なお本研究は期間や研究対象者が限定されていることに留意が必要である。）

今後は精神医療におけるオンライン診療について、海外事例や他科における実施事例も踏まえながら、実際にオンライン診療を利用した当事者がどのように感じ、どのような効果があったかなど、当事者目線でのエビデンスの収集・構築が求められる。

③ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」に向けた医療・保健・福祉連携を推進する

---

<sup>12</sup> Lori Uscher-Pines, PhD, Jessica Sousa, MSW, Pushpa Raja, MD, Ateev Mehrotra, MD, Michael Barnett, MD, Haiden A. Huskamp, PhD. Suddenly Becoming a “Virtual Doctor”: Experiences of Psychiatrists Transitioning to Telemedicine During the COVID-19 Pandemic. Psychiatry Online. American Psychiatric Association. 2020

現在、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保されることを目指して「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が進められている。

専門家会合での議論や、当機構が医療・保健・福祉関係機関、当事者本人及び家族など支援者の関係者の方々に実施したヒアリングにおいて、従来の精神保健医療福祉を取り巻く環境の中で「病院 vs 地域・患者」という対立構造が存在していることが様々なステークホルダーから指摘されている。しかしながら「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の実現に当たって、急変時の対応を筆頭に病院は重要な役割を担っており、共に地域を形作る地域資源の1つであるという認識に基づいた議論が必要である。

- **地域における医療資源を適正に配分するため、精神病床を含めて地域医療構想を策定する**  
「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」に基づき、2015年度より各都道府県で定める医療計画の中に位置づける形で「地域医療構想」の策定が進められている。地域医療構想は、団塊の世代が75歳以上を迎える2025年をめぐり、病床の機能分化・連携の推進を図るとともに、各地域における医療需要と病床の必要量を推計し、さらには在宅医療の充実、医療従事者の確保・養成など、地域を軸とした医療提供体制の在り方を描くものである。

2013年度に始まった第6次医療計画から、精神疾患は5疾病の1つとして位置づけられ、各都道府県において必要な精神医療サービスの確保に向けた計画が策定されている。今後、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の実現のためには、各都道府県の医療計画の中に定める地域医療構想において精神病床も含めた形で検討が進められることが望ましい。現在、厚生労働省では病床の種類によって管轄する組織が異なっており、一般病床・療養病床は医政局であるが、精神病床はその他の精神医療保健福祉と共に、社会・援護局に管轄が置かれている。より地域の必要な医療資源として考えるためにも、必要に応じて精神医療のうち病床に関する管轄を医政局に移すなど、他の病床と同様に扱うことのできる体制を検討すべきである。

### 視点3：「住まい」と「就労・居場所」を両輪として地域生活基盤を整備する

#### 【現状と課題】

精神疾患の状態に応じて医療機関への入院を余儀なくされた場合にも、早期に退院し地域社会で生活を送るには、住居や仕事、さらには地域社会のコミュニティが必要不可欠であり、「居場所」と「社会参加」を両輪として地域生活の基盤を整備することが求められる。しかし入院経験のある当事者や家族によれば、一度入院すると職場・学校に復帰し辛いケースが多く、退院後の生活の見通しが立たないことから、結果的に入院が長期間にわたるケースも多いとの声が多い。また厚生労働省の調査でも、退院を希望しない人の主な理由として経済的な理由や住居確保の不安、一人暮らしや家事に自信がないことが挙げられている<sup>13</sup>。

就職を希望する障害者数の増加もあり、障害者雇用の施策は年々充実している。また受け入れ側の企業が障害者雇用に対する理解を深めており、就労支援に関係する事業所や障害者就業・生活支援センター、障害者職業センター（障害者職業総合センター・地域障害者職業センター）、ハローワークなどによる就職に向けた支援も活発化している。こうした取り組みによって、全ての障害種別によって、雇用者数・雇用率ともに上昇傾向にある。

さらに障害者総合支援法に基づき、障害のある方が支援を受けながら働くための障害福祉サービスも用意されている。通常の事業所への就労や職場への定着を目指す「就労移行支援事業」と、通常の事業所に雇用されることが困難な方を対象者や支援の内容に応じてA型・B型に分類される「就労継続支援事業」、これらに加えて2018年度からは一般就労へ移行した方の就労の継続の支援を目的とした「就労定着支援事業」が創設された。

就労移行支援事業では通常の事業所への就労を目標とし、必要な知識や技術の提供から、就職活動の支援、さらにはその後の定着への支援も行っている。厚生労働省の資料によれば、2019年3月時点で、精神障害者の約9.1%が利用しているという。利用期間は原則2年とされ、就労準備のプログラムや就職活動の支援さらには模擬作業などが提供される。この事業では就労継続支援事業と異なり利用者は工賃収入を得ることができないため、今後の就労へのさらなる訓練機会も兼ねて短時間のアルバイトに挑戦したいと考える人もいるが、自治体は「アルバイト＝就労」と判断するため原則として認められていない。しかし今後の一般就労へのステップ

---

<sup>13</sup> 2014年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」（<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000099369.pdf>）

を考えれば、より利用者の就労への意欲を高め、チャレンジしやすい柔軟な制度とすることが期待される。

就労継続支援事業では、就労機会の提供と就労に必要な知識や能力の向上のために必要な支援を提供する。就労継続支援 A 型事業<sup>14</sup>は、2019 年 3 月時点で精神障害者の約 14.0%が利用している。事業所は利用者と福祉サービスの利用契約と共に労働契約を結ぶことが原則とされ、利用者は労働者として最低賃金の基準を満たす賃金を受け取ることができる。福祉としての支援を提供しながらも、最低賃金を満たすことのできる仕事の確保の両立は、事業者にとっては大きな課題である。一方、就労継続支援 B 型事業<sup>15</sup>は、同じく 2019 年 3 月時点で精神障害者の 39.3%が利用しており、精神障害者が利用する障害福祉サービスとしては、最も利用者数が多い。この種類の事業所では、利用者に主として福祉的な支援を提供しながら、その活動の中で利用者の能力に応じた作業活動を提供している。事業所は最低賃金を満たすことのできる作業活動の確保が難しく、作業活動によって得られる賃金がサービス利用料を下回るケースも多々あり、利用者の働く意欲を継続させる点で課題を抱える事業所も多いという。しかし、B 型事業所では就労へのステップとしての役割とは別に「居場所」としての機能を果たしている実態もあるとの意見がヒアリングでは複数挙がっており、就労を目指す段階にない人々にとっての社会的意義は大きいものといえる。

新設の就労定着支援事業では、一般就労へ移行した障害者に対する、就労に伴う生活面の課題の解決や就労の継続を図るために企業・自宅への訪問や障害者の来所により必要な連絡調整や指導・助言を行うサービスが提供される。精神疾患を持つ本人にとっては、他者から見ると解決すべきと認識される課題であっても自覚できていないケースもあり、支援者にとっては本人と職場や医療機関との細やかな連絡調整ができる高い専門性が求められる現状がある。

障害者福祉サービスの就労支援に関する事業では、精神障害の特性や個人の性格や能力を踏まえたきめ細やかな支援が必要とされている。しかし、個々の事業所の支援の質には差も大きいとされる。また事業所が経営の持続可能性を高める観点や高い専門性を持った支援人材を確保する観点からも、事業所に対する報酬の仕組みは継続的な検討課題となっている。今回当機構

---

<sup>14</sup> 就労継続支援 A 型事業：通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が可能である者に対して、雇用契約の締結等による就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の支援を行う事業

<sup>15</sup> 就労継続支援 B 型事業：通常の事業所に雇用されることが困難であり、雇用契約に基づく就労が困難である者に対して、就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う事業

が実施したヒアリングでは、例えば一般就労など次のステップに移行する利用者を多く出すことで一時的に事業所の収入が大きく減少することへの不安や、利用者1人当たりを単位として月額報酬が設定されているため支援の濃淡によっては実質的な単価が大きく変動するなどの課題が挙げられた。また退院後に利用する精神科デイケアや外来の医療機関との連携も明確な報酬の設定がないため、現在では有志の事業所や医療機関の活動に限られており、医療と福祉の早期連携を促進するためのインセンティブ設計も課題となっている。

住居に関しては、低家賃の物件は限られており民間の賃貸住宅は入居を拒否されるケースもあるが、人口減少においては公営住宅の整備を強化することは現実的な選択肢ではない。また連帯保証人や緊急時に対応ができる家族がいないケースや生活支援のサービスを必要とするケースも多い。

こうした背景を踏まえ、2017年に改正された住宅セーフティネット法に基づき、「新しい住宅セーフティネット制度」がスタートしている。この制度では、住宅確保要配慮者（低額所得者、被災者、高齢者、障害者、子育て世帯）の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度・登録住宅の改修・入居への経済的支援、住宅確保要配慮者のマッチング・入居支援を軸に円滑な住宅の確保や賃貸人への保証制度も整備している。また国土交通省では、賃貸住宅の所有者向けに住宅確保要配慮者の受け入れに関するガイドラインも整備し、受け入れの促進を目指している<sup>16</sup>。さらに、住宅確保要配慮者が円滑に民間賃貸住宅へ入居できる環境を促進するため、地方自治体、不動産関係団体、居住支援団体（NPOや社会福祉法人）などが連携し、相互の連携や情報交換のほか、地域内の受け入れ可能な民間賃貸住宅を増やすことを目指す「居住支援協議会」の設置を可能としており、2020年5月末時点で、都道府県47か所、市区町村51か所の合計98か所が設置されている<sup>17</sup>。

またこうしたハード面での支援に加え、家事一般や金銭管理など生活力が不足している場合の支援など、安定した一人暮らしを行うためのソフト面での支援が必要となる。2018年に改正された障害者総合支援法では、一人暮らしを希望する者に対し「自立生活援助」のサービスが創設された。具体的には、定期的に利用者の居宅を訪問し、食事・洗濯・掃除など日常生活の課題、公共料金や家賃の支払い、体調や通院状況、地域住民との関係など、居宅での自立した日常生活を営むための各問題について状況の把握や確認を行い、必要な情報の提供及び助言や相談、関係機関（計画相談支援事業所や障害福祉サービス事業所、医療機関など）との連絡・

---

<sup>16</sup> 国土交通省「大家さん向け住宅確保要配慮者受け入れハンドブック」

([https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku\\_house\\_tk3\\_000056.html](https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_tk3_000056.html))

<sup>17</sup> 2020年6月4日、国土交通省住宅局安心居住推進課担当者宛に電話にて確認

調整など、自立した日常生活を営むための環境の整備に必要な援助を行うほか、随時利用者からの相談に応じることとされている。

なお日本の一般的な現状として、住宅に対するセーフティネットが不足している。都市部を中心として生活保護支給額に対して家賃相場は高く、住宅を借りる費用を捻出した場合に生活全体が大きく圧迫される傾向にある。また 2020 年初旬より世界的に流行した COVID-19 による経済状態の悪化に伴い、雇用を失った人々が住居の確保に難航していることはすでに大きな課題として様々な報道で取り上げられている。今回の政策提言で扱っているメンタルヘルス領域に限らず、住宅保障の在り方については、生活保護とは別に住宅手当を行うなど、健康で文化的な最低限度の生活を維持するうえでも検討すべき社会課題といえる。

#### 【具体策】

#### ① 精神疾患を持つ本人が中・長期的な「キャリア形成」の観点に基づいてライフコースを描くことができるようにする

近年では寿命の伸長と共に、義務教育を終了して以降であっても新たなキャリア形成に向けて再度教育機関で学び直す「リカレント教育」の重要性も強く指摘されている。精神疾患を持つ本人にとっても同様に、中・長期的に自身が就きたい仕事や理想とする生活像を描くことからスタートし、安定的な雇用のみをゴールとするのではなく、就労支援サービスを受ける段階から、外部の教育機関等とも連携し、心身の状態や習熟の段階に応じて適時適切な教育を受ける機会の創出が必要である。入院医療を受けていた場合においても、退院直後から精神科デイケアや外来の医療機関においても自立した生活の実現をゴールとして支援ができるよう、医療と福祉の連携に対する加算等、支援側に対する活用しやすいインセンティブモデルの構築も必要である。

また行政は、就労支援の各種サービスの提供を行う事業所が企業・団体の人事部の経験者など人材活用・人材育成の専門家と連携し、通常の作業提供時から本格的な就労後に役立つ能力開発の観点から支援が提供できるよう、必要に応じた事業所への補助や、本人のキャリア形成に積極的な事業所を評価する仕組みを設ける必要がある。

#### ② 精神疾患を持つ人が心身の状態を客観的に把握し、心身の変化に合わせて生活を柔軟に設計できるようにする

精神疾患を持つ本人は、自分自身も予期せずして心身の状態に変化が生じる。現在の障害者就労の労働時間の基準は 1 週間当たり 20 時間以上となっており、特に時期によって心身の状態に変化が生じやすい精神障害分野においては、就労のハードルとなっていることもある。す

に複数の企業や自治体で「超短時間雇用」<sup>18</sup>などの試験的な試みが行われているが、従来の障害者雇用の在り方を抜本的に見直すなど、柔軟な働き方の構築によって心身の状態に変化が生じても離職を余儀なくされることなく、継続して働き続けることのできる環境が必要である。

また精神疾患を持つ本人が自らの心身の状態を把握し、主体的に保健・医療・福祉サービスの選択ができるようにすることは、自らの人生を主人公として生きるうえで重要な点である。また就労や社会参加の際にも自らの現在の状態の客観的把握は必要不可欠であり、ICTを通じたシステムの開発・普及が求められている。例えば、2012年に精神疾患を持つ本人によって開発がはじまった「SPIS」という就労定着を支援するシステムがある<sup>19</sup>。このシステムは、自分自身の精神的・身体的な状態を日々入力し、客観的に把握できるほか、その客観的なデータを職場や支援を受ける専門職にも提供することで、周囲の人とのコミュニケーションを円滑にする役割も期待できる。こうしたシステムを導入する企業や就労支援事業所への補助も必要である。

さらに、精神疾患は誰でも起こりうるものであることから、各種健康診断の機会や職場における定期的なメンタルチェックを強化し、早期発見・早期対応を可能にし、できる限り日常生活を継続できる体制作りも必要とされている。

### ③ 地域の住宅事情を踏まえ居住支援協議会と当事者や専門職が連携することで、借りる側も貸す側も納得できる環境を整備する

住宅確保要配慮者<sup>20</sup>に対する居住支援は、生活支援と合わせて提供することが求められており、省庁横断的な政策課題として厚生労働省と国土交通省の緊密な連携が不可欠である。国土交通省と厚生労働省が共同で設置する「福祉・住宅行政の連携強化のための連絡協議会」を定期的に開催する（直近の開催は2018年9月25日）ことで、各地方自治体の直近の状況を整理し、必要な施策の展開が可能になる。まずは早急に全ての自治体への居住支援協議会の設置を促進し、またそれぞれの居住支援協議会において自立支援協議会や地域住宅協議会との役割分担や連携に関する好事例の検証・展開を進める必要がある。

---

<sup>18</sup> 東京大学先端科学技術研究センターの近藤武夫准教授が提案する最短で1日15分の労働でも報酬を得られるような就業モデル ([https://www.u-tokyo.ac.jp/focus/ja/features/z0508\\_00009.html](https://www.u-tokyo.ac.jp/focus/ja/features/z0508_00009.html))

<sup>19</sup> 「SPIS」は、Supporting People to Improve Stabilityの略。現在、一般社団法人SPIS研究所が普及や利用者支援、システム開発を担っている。 (<https://www.spis.jp/>)

<sup>20</sup> 住宅確保要配慮者とは、住宅セーフティネット法において、低額所得者、被災者、高齢者、障害者、子育て世帯と定められている。なお低額所得者とは、公営住宅法に定める算定方法による月収が15万8千円以下の世帯を指す。

さらに今後は、居住支援協議会を中心に空き家・空き室の積極的な利活用の推進を目指し、税制優遇や改修に係る費用の補助などの制度を充実させることも必要である。また入居者には自立生活援助の利用を促すことで、住居を借りる本人も物件を貸す所有者、さらには周辺住民も信頼関係・協力関係を築くことができる体制を構築することが求められる。また居住支援協議会に地域で暮らす精神疾患を持つ本人や保健師・精神保健福祉士などのメンタルヘルス分野の専門職を参画させることで、精神疾患を持つ本人にとって快適な居住環境や生活支援の在り方を当事者目線や専門的知見から提示し、地域の実情に即した居住・生活支援が可能となる。

さらに最近では、精神疾患を持つ本人の心身の状態に合わせて、グループホームや一人暮らし用の居室など複数の居住形態の提供ができるようにし、加えて就業機会、その他の活動機会、相談の場などを包括的に提供できる事業者が登場している<sup>21</sup>。こうした事業者の普及・拡大や居住・生活支援機関との連携を強化することで、精神疾患を持つ本人の暮らしへの不安が軽減されることが期待される。

---

<sup>21</sup> 例として、埼玉県さいたま市にある「公益社団法人やどかりの里」が挙げられる。  
([https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n199/n199\\_019.html](https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n199/n199_019.html))

#### 視点4：エビデンスに基づく政策決定・政策評価に向けて必要なデータ・情報収集体制を構築する

##### 【現状と課題】

統合失調症、認知症、うつ病、発達障害（自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症（ADHD: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder））などの精神疾患の多くはその原因は不明と考えられている。一方、子どものおよそ5人に1人はメンタルヘルスの問題を抱えており、精神疾患の約半数は14歳未満で発症することが明らかとなっている<sup>22</sup>。また、子どものメンタルヘルスの問題に適切に対応することにより、精神疾患の予防、社会適応の向上、そして成人期の予後の改善が期待できるが、現実的には、長期にわたり相談や受診に至らない事例が多く存在している。発達障害については、その対応の遅れが、学校においては、いじめ、学習不振、不登校などの問題を引き起こし、職場においてはパワーハラスメント、離職、ひきこもりなどの問題に発展する。さらに、うつ病、不安障害、適応障害、薬物関連障害、摂食障害、パーソナリティ障害などの併発リスクが高まることから、発達障害に対する早期の介入が求められている。近年では、精神疾患に罹患しているか否かの二分ではない、症状の程度を連続的にとらえる考え方が広がっており、メンタルヘルスの問題へ早期に対応することにより精神疾患の予防が進むことが期待されている。

日本におけるメンタルヘルス政策では、厚生労働省の精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表（2004年9月）し、その改革ビジョンの「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本方針に沿う形で、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（以下、検討会報告書）を取りまとめた（2009年9月）。検討会報告書は、精神医療の質の向上を目的とした研究開発の更なる推進・重点化の必要性に言及し、具体的には「精神疾患に関する研究費の確保」「精神疾患の病態の解明や診断・治療法に関する研究を、競争的資金を活用して、活発に行うべき」などを提言している。そうした流れの中で、視点2でも言及の通り2013年度からの第6次医療計画において、精神疾患が重要課題疾病に追加され、その克服に向けた取組みが開始された。2013年6月には「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）の一部を改正する法律」が成立し、2014年3月には「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（以下、指針）が公表された。指針では「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項」として「精神医療に関する研究の推進」が掲げられ、「1. 精神疾患の治療に有効な薬剤の開発の推進を図るとともに、薬物治療以外の治療法

---

<sup>22</sup> Child and adolescent mental health ([https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/child\\_adolescent/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/))

の研究を推進する。」「2. 脳科学、ゲノム科学、情報科学等の進歩を踏まえ、精神疾患の病態の解明、バイオマーカー（生体内の生物学的変化を主に定量的に把握するための指標をいう。）の確立を含む早期診断及び予防の方法並びに革新的な治療法の開発に向けた研究等を推進する。」などの文言が盛り込まれ、法的な枠組みが整ってきた。しかしながら、第7次医療計画における「がん」や「脳卒中」に対する計画では「科学的根拠に基づいたがん検診の実施に取り組む」「脳梗塞に対する急性期血管内治療の科学的根拠の確立」などの科学的根拠を求める記載があるものの、精神疾患については、現時点では科学的根拠に関する言及はない。一方国際的な動きとして、日本のメンタルヘルス政策の変化と同時期の2013年5月、第66回WHO総会において「包括的メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020（以下、メンタルヘルスアクションプラン）」が採択された。メンタルヘルスアクションプランの目標は、「精神的に満たされた状態（mental well-being）を促進し、精神障害を予防し、ケアを提供し、リハビリを促し、人権を促進し、そして精神障害を有する人々の死亡率、精神障害の発症、及び精神障害を有する人々の困難を低減すること」である。このメンタルヘルスアクションプランは「1. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、2. 人権、3. 科学的根拠に基づく実践、4. ライフコースアプローチ、5. 多部門アプローチ、6. 精神障害と心理社会的障害を有する人々のエンパワメント」の6項目の分野横断的原則とアプローチを基に構成されている。

こうした背景の中、前述の通り日本医療政策機構では2019年12月に専門家会合を、当事者や国内外の産官学民のオピニオンリーダーを招いて開催した。専門家会合では、エビデンス（根拠）に基づく政策決定及び政策評価、並びにそのために必要なデータの収集体制構築の必要性が合意された。具体的な課題として、出生コホート研究<sup>23</sup>やゲノムコホート研究<sup>24</sup>の不足が指摘された。特に、ライフコースに沿ったメンタルヘルス領域の支援を促進するためのエビデンス構築の観点から、ライフコース全体を研究対象期間とするような長期的な研究の必要性が議論されたが、現状では、環境省「子どもの健康と環境に関する全国調査」（以下、エコチル調査）、厚生労働省「妊産婦前向きコホート研究の成果を用いた要介入群の同定法と支援策の開発（障害者対策総合研究開発事業）」や「入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究（障害者政策総合研究事業）」など、該当するコホート研究は限られている。またメンタルヘルス領域における、基礎からのトランスレーショナルリサーチ<sup>25</sup>及び臨床

---

<sup>23</sup> 出生コホート研究：ある特定の期間・場所で妊娠・出生した集団を長期にわたり追跡する研究

<sup>24</sup> ゲノムコホート研究：ある特定の地域に住む一般人集団を長年にわたって追跡し、ゲノムと病気の発症、治療の効果、生活環境、生活習慣などとの関連を調査する研究

<sup>25</sup> トランスレーショナルリサーチ：基礎研究の成果を実用可能にするための橋渡し研究

からのリバーストランスレーショナルリサーチ<sup>26</sup>の充実並びに両研究の相互連携も課題として挙げられた。さらにエビデンスに基づく政策を実施する上では、予防や早期介入のための客観的な指標となるバイオマーカーなどの存在が前提となることも指摘された。実際に近年、「精神科トランスレーショナルリサーチの推進に向けた臨床研究システムの開発」「発達障害を含む精神疾患の社会機能・QOLをアウトカムとした実薬・プラセボ反応性予測因子の解明—治験・臨床研究の個人データの集約化を通じて—」「血液メタボローム解析による精神疾患の層別化可能な客観的評価法の確立と治療最適化への応用」「依存症患者における薬物療法の効果検討とfMRIを基点としたバイオマーカーの開発」などの研究課題が厚生労働省の障害者対策総合研究開発事業として採択されている。

また当機構の専門家会合においては、精神疾患を持つ本人のQOLを向上する視点の重要性が確認され、生物学的研究のみならず、心理社会的介入研究を推進すべきとの認識が共有化された。さらに、市民や精神疾患を持つ本人が参加する臨床研究において、当該研究の内容に対する参加者の十分な理解や長期的研究の安定的な実施を担保することの重要性も確認された。

日本のメンタルヘルス政策については、WHOのメンタルヘルスアクションプランが2020年までに各国に求める目標に照らせば一定の進捗が認められるといえる。しかし現状では、日本学術会議臨床医学委員会出生・発達分科会が「健やかな次世代育成に関する提言」（2014年8月21日、以下、次世代育成提言）で改善の方向性として「発達障害児（者）の治療法・教育法の開発のための包括的研究体制の創設」に言及されているように「医学、教育、福祉などの多領域に及ぶ包括的な研究拠点を整備し、多施設での大規模かつ長期的な臨床研究事業を断行することの必要性」についての課題が残っているといえる。また、ライフコースアプローチの観点からは、幼児期の政策は厚生労働省母子保健課、青年期以降の政策は同省精神・障害保健課が、幼児期と青年期の間に相当する就学期の政策は文部科学省が所管しており、省間または部署間の情報共有体制及び効率性の課題も存在すると考えられる。すなわち、法的枠組みが整ってきたとはいえ、精神疾患を持つ本人のQOL向上に資するような「エビデンスに基づく政策決定・政策評価に向けた必要なデータ・情報収集体制の構築」には至っていない。

### 【具体策】

- ① 既存のデータ・研究体制を活用・統合し、様々な精神疾患の病態解明に向けた研究を推進する

---

<sup>26</sup> リバーストランスレーショナルリサーチ：臨床上で発見した患者の抱える課題を起点に基礎研究を行い、実臨床に活用できる成果を導く研究

今後は、幼児期、児童期、青年期、成人期及び老年期、並びに女性の周産期及び退行期など、人のライフコースの全段階を考慮したアプローチの実践に向けたエビデンスを蓄積し、そのエビデンスに基づいた政策を推進する必要がある。現在、環境省が実施する「エコチル調査」では、胎児期から小児期にかけての化学物質曝露をはじめとする様々な環境因子が、妊娠・生殖、先天奇形、精神神経発達、免疫・アレルギー、代謝・内分泌系などに与える影響を遺伝要因、社会要因、生活習慣要因などのその他の要因と合わせて調査している。エコチル調査は、全国15地域10万組の子どもと母親が参加し、胎児期から小児期（13歳まで）の健康状態を定期的に調べる大規模かつ長期的な出生コホート調査である。特に精神神経発達に関する項目としては、精神神経発達をカバーするべく、全般的発達、全般的メンタルヘルス、そして自閉スペクトラム症、ADHDなどの発達障害に関する項目が設定されている。精神疾患の約半数は14歳未満で発症することが明らかとなっている一方で、成人における精神疾患の初発症状は思春期～青年期に発症している症例が多いことを踏まえると、エコチル調査の調査期間を青年期もしくはより長期（統合失調症の病態解明の観点からは40歳程度）まで延長して実施することは、ライフコースアプローチを実践していく上で、現在あるリソースの効率的な活用の観点からも有意義かつ現実的な具体策になり得ると考える。

また、学校の健康診断においてメンタルヘルスに関する調査を行い、その調査結果を学校でのメンタルヘルスへのケアに活かすことは重要である。そのために、現状の内科、眼科、歯科、耳鼻科などの保健調査項目に「メンタルヘルス」を明確に規定すべきである。そのうえで、学校で実施する健康診断データを研究へ利活用をできる制度を整える必要がある。学校の健康診断結果を研究に利用することが国民の健康の維持・増進に寄与する（還元される）ことの丁寧かつ明確な説明を義務付けるとともに、当該データの利活用に向けた同意取得の枠組み作りを積極的に進めることが求められる。また、メンタルヘルスの評価及び治療効果判定に必要な質問表などのツールも開発・整備しておく必要がある。さらに、当該データを研究に利用するためには、効率的なデータの収集方法（電子的な収集）の検討も並行して進めなければデータ利活用の障壁になることに留意し、適切な制度設計を行う必要がある。

## ② 当事者のエンパワメントを重視した、福祉サービスまでを含む横断的プラットフォームを構築し、包括的なデータ・情報収集を可能にする

2017年7月日本学術会議臨床医学委員会脳とこころ分科会は「精神・神経疾患の治療法開発のための産学官連携のあり方に関する提言」（以下、産学官連携提言）において、産学官が連携して治療法を開発するPublic Private Partnerships（以下、PPPs）システムを構築することを

提言しており、PPPが担うべき共通課題<sup>27</sup>（コホート研究やリバーストランスレーショナルリサーチを含む）はいずれも重要と考えられる。一方で、精神疾患を持つ本人の視点もしくはQOL向上に資するエビデンスの蓄積も同様に重要であることから、生物学的研究のみならず、心理社会的な介入研究を推進する必要がある。例えば、国立精神神経医療研究センターの研究グループによる共同意思決定（SDM: Shared-Decision Making）システムの開発研究は好事例の1つと考えられ、同様の介入研究が進むことが望まれる。

以上の動きを発展的に活かし、メンタルヘルス領域におけるPPP（以下、メンタルヘルスPPP）が、精神疾患を持つ本人を中心に、アカデミア、製薬企業、医療機関、福祉事業所、ケア・サービス関連企業、NPO・NGO、国・地方自治体が集い、メンタルヘルスに関する課題を客観的データに基づき議論、評価・検証する場となる必要があると考える。具体的には、メンタルヘルスPPPにおいて、1. 精神疾患を持つ本人等の当事者のニーズを起点とした研究テーマや活動テーマが創出される、2. メンタルヘルスをとりまく課題全体を踏まえた優先順位付けができる、3. その優先順位付けに基づき研究や福祉サービスに対する投資がなされ、その評価、効果検証が継続的に実践される、4. 研究・開発等の知見が集約され、すべてのステークホルダーがメンタルヘルス研究・福祉サービス等のデータにリーチ・シェアできる、5. 民間の積極的な投資が喚起され、民間セクターによるメンタルヘルス対策に対する資金投資や参画の原動力となる、6. ICT・AI等の科学技術イノベーションが積極的に活用されることが必要である。なお、産学官連携提言におけるPPPについては加盟学会に周知され、PPPを利用した活動が既に進行している。また、脳科学関連学会連合の将来構想委員会が2019年5月～6月に実施した「脳科学関連領域における産学官連携の必要性に関する調査」では合計42の研究課題が提案され、PPPへの期待が大きいことが示唆された<sup>28</sup>。当該調査における各提案の総括は臨床情報や生体試料・情報のデータベース化への期待と考えられるが、それらの情報のデータベース化には患者の協力が欠かせない。そのような観点からも、精神疾患を持つ本人を中心としたPPP、すなわちメンタルヘルスPPPが必要であると考えられる。

メンタルヘルスPPPは、産学官連携提言の概念を広げたものであるとともに、次世代育成提言が「発達障害支援対策の推進」の観点で言及している「教育、福祉、医学、医療、国民の認識の是正などに関する包括的領域架橋的研究」の考え方に類似する概念でもある。メンタルヘ

---

<sup>27</sup> 産学官の競争前連携フェーズの共通課題：イメージングバイオマーカーの開発、治験・臨床研究の症例データベース化、Brain Machine Interface (BMI)、精神疾患の層別化技術開発、神経疾患の治療法開発のための基盤構築、疾患横断的ゲノム創薬イニシアチブ

<sup>28</sup> 2020年4月日本脳科学関連学会連合「臨床試験に資する精神・神経疾患データベース構築と人工知能を用いた診断補助・ビッグデータ解析に関する産学官連携の提言」

ルス PPPs においては、国・地方自治体における、関係省庁間もしくは関係部局間の円滑な情報共有及び協力体制が必要である。

## 視点5：メンタルヘルス政策においてマルチステークホルダーが継続的に議論できる環境を構築する

### 【現状と課題】

第7次医療計画及び第5期障害福祉計画には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が掲げられている。これは精神疾患を持つ本人が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・介護・住まい・社会参加（就労）・地域の助け合い・教育を包括的に確保されることを目指すものである。ここでは特に、保健・医療・福祉関係者による「協議の場」が設置されることとなっており、第5期障害福祉計画の成果目標にも、都道府県、二次医療圏域を基本とした障害福祉圏域、さらには市町村単位でそれぞれ設置することを目指している。また障害福祉領域では、3障害（身体障害・知的障害・精神障害）一元的な施策として、地方自治体が主に当事者のニーズ把握や議論の機会を設けている。障害者基本法第36条に基づき各地方自治体の障害者施策推進協議会条例によって定められ設置されている「障害者施策推進協議会」は、学識経験者、障害者、障害者の福祉に関する事業に従事する者、関係行政機関の職員などによって構成されている。また障害者総合支援法第89条の3に基づき設置されている「地域自立支援協議会」は、関係機関、関係団体並びに障害者及びその家族並びに障害者などの福祉、医療、教育または雇用に関連する職務に従事する者その他の関係者によって構成されている。

しかし、厚生労働省の調査によれば、現在のところ協議の場の主な構成員としては、保健・医療・福祉の関係者、そして市町村職員の割合が高く、精神疾患を持つ本人や家族が参加する割合は過半数を割っている<sup>29</sup>。またその他のステークホルダーの参加割合も低く、現状ではマルチステークホルダーによる議論がなされているとは言えない。

さらにはこうした異なるステークホルダーの連携にあたっては、司令塔機能の存在が必要であるが、現状のところ医療に係る施策は都道府県が主体となり、保健・福祉に係る施策は主に市町村が主体となっていることや、都道府県・市区町村・保健所・精神保健福祉センターの役割が不明確であるなど、自治体において精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中核を担うべき存在が不在という指摘もなされている。さらにこの概念の具体的な法的根拠がないことで、人的資源や予算の割り当ても十分に行われないという課題も生じている。

---

<sup>29</sup> 厚生労働省「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係るアンケート集計結果」（厚生労働省第1回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会資料「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について」より）

**【具体策】****① 「協議の場」における精神疾患を持つ本人の参画を必須とし、常に本人目線に基づく施策・事業の遂行・評価ができるようにする**

障害者権利条約の策定過程では” Nothing about us without us”（私たち抜きに私たちのことを決めるな）というスローガンが盛んに用いられ、自分の人生を自らが選択し、自らが決定することが許されなかった障害者の共通の経験を背景として、基本的人権に基づき一市民としての権利を行使することを強く求めてきた。日本政府も 2013 年に障害者権利条約を批准しており、条約の締結国として責任ある行動が求められている。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けては協議の場を通じて、普及啓発に係る事項から保健・医療・福祉の各サービスに関する細かな事項まで、メンタルヘルスに関する地域レベルの協議が行われる。その全ては精神疾患を持つ本人の QOL 向上に資することを目指すものであり、協議の場に本人が参画することは必須といえる。

また協議の場における議論内容は、当該圏域の全ての人のメンタルヘルスに関する事項であり、企業や学校、その他地域住民に対して何らかのサービスを提供する事業者に対する周知や定期的にオブザーバーとしての参加を求め、マルチステークホルダーによる協議の場となることが求められる。

さらには既存の障害者施策推進協議会や地域自立支援協議会と密接な連携を図ることによって、他の障害分野からの知見も含め本人や家族のニーズを把握することも必要である。「意見の聴取」に終始するのではなく、把握したニーズに対して優先順位付けや実現可能性に対しても本人や家族とともに協議を行い、地域づくりを進めなくてはならない。一方、本人や家族においては、こうした議論の機会が建設的な意見表明ができるよう、日頃から当事者支援組織や家族支援組織と共に精神疾患を持つ本人を対象とする施策についての理解を深め、自らも社会を作る一員として活躍することが期待されている。

**② 精神疾患を持つ本人の視点を重視し、予防～治療～障害福祉を対象とする包括的な政策の推進に向けて「メンタルヘルス基本法（仮称）」を制定する**

「地域包括ケアシステム」という概念はこれまで主に高齢者介護分野で用いられており、2003 年に厚生労働省高齢者介護研究会報告書「2015 年の高齢者介護」に記載され、2013 年の持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（社会保障改革プログラム法）において、はじめてその概念が法律に明記された。現在メンタルヘルス分野において、精

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを規定する法律は存在せず、特にマルチステークホルダーによる地域づくりを進める上で予算や人員の配置にあたっての障壁となることも想定される。特にライフコースに応じたメンタルヘルス政策の展開には、省庁横断的な取り組みも不可欠であり、こうした動きを促進するためにも、疾患毎の政策対応ではなく、所管省庁を包括する形での予防～治療～障害福祉全体を対象とする法律の制定が必要である。精神疾患を持つ本人の視点を重視し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの概念を法的に規定することで、メンタルヘルス政策の進展が期待でき、本人や家族などの当事者、医療機関や福祉事業所、さらには企業、地域住民といったマルチステークホルダーが継続的に関与できる環境の構築につながると考える。

メンタルヘルス政策は、疾患・障害の程度にかかわらず、また現在そうした問題を抱えていない地域住民も含めた全ての人が「当事者」として認識されるべき政策テーマである。日常的に感じるわずかな「生きづらさ」から、入院を必要とする精神疾患に至るまで、適時適切な専門家による支援の場が必要とされており、誰もがためらうことなく支援を求めることができる環境が必要である。さらに私たちは、社会生活を送るうえで生じる予期せぬ出来事が引き金となり、メンタルヘルス課題を抱える可能性もある。例えば災害等を理由とした長引く避難生活やその復興過程におけるメンタルヘルス課題は大きな課題となっており、福島第一原子力発電所事故を伴った東日本大震災については今なお解決に向けた途上にある。さらには精神疾患以外の疾患と共に生きる人たち、難病を抱える子どもたちやその家族などの多くも様々な悩みや困りごとを抱えており、それらが長期間解決できない状況がメンタルヘルスに影響を与えることも知られている。一方で、こうした事例に対しては医療や福祉の専門的な支援は届けられていない現実がある。災害、がん、難病、残された家族の喪失感など、メンタルヘルス政策が対象とする領域は広範ではあるが、私たちの QOL を低下させる要因 1 つ 1 つに目を向け、メンタルヘルス政策として包括的に取り組む必要がある。

「メンタルヘルス基本法（仮称）」のような包括的な法律が制定されることで、生涯を通じて適時適切にメンタルヘルス課題と向き合うライフコースアプローチの土壌が整備され、誰もがメンタルヘルス政策の当事者として必要な政策を主体的に考えることが期待される。それにより、誰もが自らの人生を自ら選択することの尊さを共有し、既に精神疾患を持つ本人や家族などが抱える課題や彼らを取り巻く既存の様々な社会制度の見直しを進める必要がある。

## 謝辞

本政策提言の作成にあたり、2020年初旬より、精神疾患を持つご本人やそのご家族、また本領域のアカデミア、保健・医療・福祉サービス提供者の皆様、また行政機関の関係者など、ご多忙の中マルチステークホルダーの皆様にヒアリングをお受けいただきました。皆様に改めて心より御礼を申し上げます。

また日頃より本プロジェクトに対し専門的見地からご助言を下さり、本政策提言書の趣旨にもご賛同くださったアドバイザーボードメンバーである、石井知行氏（公益社団法人日本精神科病院協会理事）、宇田川健氏（特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構・コンボ共同代表）、小幡恭弘氏（公益社団法人全国精神保健福祉会連合会事務局長）、神尾陽子氏（お茶の水女子大学人間発達教育科学研究所人間発達基礎研究部門客員教授）、茅野龍馬氏（世界保健機関（WHO）健康開発総合研究センター医官）、神庭重信氏（九州大学名誉教授）、金吉晴氏（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所所長）、北中淳子氏（慶應義塾大学文学部教授）、澤明氏（ジョンズホプキンス大学医師）、富田博秋氏（東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野教授）、古川壽亮氏（京都大学大学院医学研究科・医学部健康要因学講座健康増進・行動学分野教授）堀合研二郎氏（YPS 横浜ピアスタッフ協会）に深く御礼を申し上げます。

## 共著者

栗田 駿一郎（日本医療政策機構 マネージャー）  
柴田 倫人（日本医療政策機構 シニアアソシエイト）  
麻生 豪（日本医療政策機構 アソシエイト）  
有馬 詩織（日本医療政策機構 アソシエイト）  
坂内 駿紘（日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）  
乗竹 亮治（日本医療政策機構 理事・事務局長/CEO）

本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

**特定非営利活動法人 日本医療政策機構**

〒100-0004

東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階

グローバルビジネスハブ東京

TEL: 03-4243-7156 FAX: 03-4243-7378

Info: [info@hgpi.org](mailto:info@hgpi.org)

Website: <https://www.hgpi.org/>

**Health and Global Policy Institute (HGPI)**

Grand Cube 3F, Otemachi Financial City,

Global Business Hub Tokyo

1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo

100-0004 JAPAN

TEL: +81-3-4243-7156 FAX: +81-3-4243-7378

Info: [info@hgpi.org](mailto:info@hgpi.org)

Website: <https://www.hgpi.org/en/>