

精神保健医療福祉政策の今後を展望する

福田 祐典

「入院医療中心から地域生活中心へ」という政策の基本理念を実現するため、政府においては過去に各種施策がなされたが期待された成果は上がっていない。基本理念を実現させるためには、地域精神科医療提供の明確なビジネスモデルと地域特性と医療機関特性に応じたビジネスモデルの展開を支援する政策、制度、報酬、予算、人材育成などからの施策が必要であるとの考えのもとに、明確なビジネスモデルの提示と支援施策の動向について検討を行った。まず、患者中心の医療を原則とし、精神科医療が地域に出ていくことが必要であることを論じた。次に、共通の哲学と標準化された支援方法で適切なサービスを24時間対応で提供すること、そして、医療を含む地域支援サービスが連携して患者の地域における生活をサポートすることの必要性を明らかにした。さらに、多機能垂直統合型を基本とした展開を念頭に、精神科診療所、民間精神科病院、県立精神科病院、総合病院精神科などにおけるビジネスモデルを示した。最後に、地域医療計画への精神疾患の位置づけや、税と社会保障一体改革の検討状況を踏まえた今後の提供制度改革支援、診療報酬による改革支援の動向が、ビジネスモデル展開の支援策として有効に機能しうるものであることを示した。

<索引用語：患者中心，治療継続性，ケアマネジメント，多機能垂直，地域医療構想(ビジョン)>

はじめに

「入院医療中心から地域生活中心へ」という政策の基本理念を実現するため、政府においては過去に各種施策がなされたが期待された成果は上がっていない。基本理念を実現させるためには、地域精神科医療提供の明確なビジネスモデルと地域特性と医療機関特性に応じたビジネスモデルの展開を支援する政策、制度、報酬、予算、人材育成などからの施策が必要であるとの考えのもとに、明確なビジネスモデルの提示と支援施策の動向について、検討を行った。

I. 政策を考える——精神保健医療福祉施策の 近年の動向と今後の分析——

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検

討会報告書(平成21年9月、以下、あり方検討会報告書)⁴⁾においては、地域精神科医療の強化が明確に方向づけられている。入院医療については、急性期に特化していくことが示され、長期療養の入院患者については、原則として地域生活支援体制整備を進める中で、入院外の医療や生活支援の選択肢を基本とする方向が示されている。現在の長期療養の入院患者、すなわち、オールドロングステイの患者については、今後定義されることになる「重度かつ慢性」の患者を除き、入院外サービスに移行させることや、今後は新たな1年以上の入院はさせないという方向が、平成24年6月28日に取りまとめられた「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」の今後の方向性に関する意見の整理において明確に示された。これら

のことは、平成 26 年より施行された平成 25 年改正の精神保健福祉法および改正法に基づく厚生労働大臣指針に具体的に反映され、平成 26 年診療報酬改定にも反映されている。

あり方検討会報告書以降における入院外医療の具体的な強化方向について考察する。

1. デイケア

デイケアについては、1 年以上継続することによる地域生活定着の効果のエビデンスに欠けるとして、デイケアの重点化が提言された。これは、平成 18 年の障害者自立支援法の施行により、さまざまな地域生活支援メニューが福祉サイドで整備されたことを受け、生活・福祉支援と医療支援の役割分担を求めたものでもあり、したがって、福祉サービスでは確保することが困難な医療機関や医療専門職でなければ提供することができない地域精神科医療サービスとしての役割に集中することを求めたものと理解できる。その後の診療報酬改定においては、食費の考え方、長期利用の評価の適正化、疾患別プログラムなどの対象の層別化の評価に示されている。今後は、一般就労目的としたプログラム開発や、精神病未治療期間 (DUP) などを指標とする治療効果の観点から、対象者の層別化なども論点となるものと予想される。

2. アウトリーチ

あり方検討会報告書では、治療への早期アクセスの確保の重要性が認識され、治療継続性が地域生活への移行と定着の鍵を握るという理解から、「アウトリーチ (医療専門職などによる訪問サービス活動)」の強化の必要性を提案している。日本では、安易な入院につながることを懸念する強い声もあり、アウトリーチが抑制的であったゆえに ACT に代表される重症者への包括的な訪問のみが長らく強調され、しかしながら必ずしも普及してこなかった。入院ベッド数を減らした国においては、入院機能の代替の観点も含め、地域の医療的対応の充実のために訪問系サービスを充実させており、例えば英国では、重症者への包括的ケア、

危機介入、早期支援、通常訪問というように、対象者を層別化したうえで必要な提供体制を目標値を置いて整備することを通じて、地域における訪問サービスの充実強化を推進していった。アウトリーチサービスの充実とは、患者本人への質の高い医療を継続的に提供するのみならず、早期の退院の実現や、家族支援の観点からも有効である。患者が医療の支援のもとで、症状を有しながらも地域生活を可能とし、地域の中で社会生活を送ることは、国民への啓発効果としては、実に優れた手法であったと思われる。

その後の各国における効果検証研究では、訪問系の医療サービスについては、ACT のような濃厚サービス提供も、通常量の訪問型サービスも効果には有意差がないという結果や、むしろ医療・生活支援サービスの適切なマネジメントが重要という結果が出された。ACT などを特別なシステムとして別に位置づけるのではなく、訪問サービスの基本型である CMHT (地域精神保健チーム) に対象者・目的別のチームを編成する形で、柔軟にシステムを構築することが地域で可能となるような制度や報酬体系をめざすべきであろう。

3. 就労支援

就労支援活動については、精神科デイケアからの一般就労移行へのモデル事業が平成 25 年度より開始され、それ以前からハローワークにおけるジョブ・ガイダンス事業が精神科医療機関のデイケアとの連携を図るなど、デイケアから直接一般就労への取り組みが施策としても検討されている。特に、医療機関ではデイケアなどを活用した日本型 IPS (Individual Placement and Support) の積極的な導入が期待される。その理由としては、早期支援の充実や治療法の向上により、一般的に患者の社会生活能力は高まっていることや、精神障害者の就労や社会参加の意欲は、高い水準にあることがある。また、従来型の支援、特に身体障害者などへのモデルとして開発されたステップアップ型支援は、精神障害者には必ずしも最適というわけではなく、問題として、最初のアセス

メントなどの躊躇や挫折が多い、時間がかかりすぎてモチベーションの維持ができない、福祉就労で安住してしまうなどがあることは、関係者から指摘されているところである。

デイケアに就労支援員（ES）を配置し、精神障害者が就労できるよう、企業やハローワークに出向いて説明したり、チャンスがあれば企業に紹介するといった、これまでの活動の枠を超えた活動が求められている。また、この活動で報酬が得られるようにすることが今後のデイケアの方向性の1つとなろう。

医療機関によるデイケアは、精神障害者が就労することへの不安を解消するための対応ができることに特長がある。精神障害者の就労は本人の自己肯定感を維持あるいは向上させ、自己実現にとっても望ましい。

4. ケア・マネジメント（CM）、ケア・プログラム・アプローチ（CPA）

平成18年の障害者自立支援法（以下、自立支援法）施行以降、福祉分野を中心にサービス内容と財源の充実がなされている。しかしながら、単にそれぞれの部門のサービス供給量が増えただけでは、精神障害者の地域生活支援にはつながらないことが、自立支援法施行後の状況から見て取れる。自立支援法は福祉サービスの利用計画の作成を求めているが、その動きはむしろ医療との距離を広げてしまっているとの意見も多い⁵⁾。

英国のCPAやカナダのCMの例をみるまでもなく、患者中心の原則のもと、医療を含む適切な支援計画の作成とそのマネジメントが精神障害者、特に中程度から重度の患者の地域生活に必須となってきた。医療観察法指定医療機関では、患者中心の医療を原則とし、適切な医療支援が行われている¹⁾。患者中心の医療を行い、患者の地域生活を支援できるようにすることが大切である。

5. 早期支援

症状の軽重にかかわらず、発症初期の心理教育

などを含む適切な治療はその後の予後を大きく改善させるというエビデンスが欧米では定着している²⁾。この分野の具体的取り組みは、診断や薬物療法を含む治療支援手法についての課題から、日本では事実上未着手であったが、意見の違いを乗り越え、欧米諸外国の取り組みも参考としつつ、わが国においても重要な政策課題として早急に着手すべきである。

6. 医療計画

あり方検討会報告書では、医療法に定める地域医療計画に精神疾患を明確に位置づけるべきという提案がなされた。他の先進国同様、日本においても精神疾患の国民生活や社会経済において占める負荷がきわめて大きいことが背景にあったが、一般医療の整備の行政計画である医療計画に精神科医療を明確に位置づけるという意味においても重要であった。その後、社会保障審議会医療部会などでの審議を経て、平成23年には医療計画への精神疾患の追加が決定され、平成25年度からの医療計画に盛り込まれることとなった。地域において必要な精神科医療サービスを検討し、整備していくことが行政計画として位置づけられたことは、地域精神科医療の充実を通じて、精神障害者の地域生活の実現をめざすという合意が関係者間で得られたことを意味する³⁾。あり方検討会が医療計画に精神疾患を追加するにあたって妥当性を検討した際、まず、精神科病院の機能を入院機能と入院外機能を分け、また急性期入院医療から地域生活支援までを一貫して行えるようにすべきだという認識が確認された。精神科病院による一貫した支援は、患者の自立を妨げるおそれがあるとして繰り返し問題提起されてきたが、障害者自立支援法による障害福祉サービスの個別給付に伴い、患者の自立支援が医療のみならず福祉を含めた全体の共通課題として認識されるようになったことがこの議論を進めたと考えられる。

なお、医療法改正（平成26年6月）による地域医療構想（ビジョン）における議論においても、地域で適切な医療が行われるように病院単位でな

く病棟単位の機能分化を認める方向性になっていることも注目に値しよう。

Ⅱ. 財源を考える

——地域医療基金と地域医療ビジョン——

社会保障と税の一体改革とそれに続く議論の中で、精神科医療についても医療費の充実、地域医療の強化、入院医療の質（人員配置の増など）の強化と平均在院日数の短縮などが示された（平成23年7月閣議決定「社会保障・税一体改革成案について」）。その後の社会保障プログラム法案検討、診療報酬による誘導の限界、医療提供体制改革による抜本的な地域医療改革の実施、消費税財源の活用などが議論されている。社会保障審議会医療部会や医療保険部会でも医療法改正や地域医療ビジョン策定などについての議論がなされている⁶⁾。現時点で地域医療ビジョン策定と900億円規模ともされる消費税財源等による基金の活用などにより地域医療提供体制の具体的なモデルチェンジなどのメニュー事業の可能性などについては、一般病床を中心とした議論になっている。

Ⅲ. 多機能垂直統合型精神科医療の必要性と合理性

多機能とは、外来診療機能、デイケア機能、アウトリーチ（訪問診療、訪問看護）機能、計画・相談支援機能（ケアマネジメント、相談支援、24時間ミクロ救急機能）を基本型とする。これに、就労支援や雇用支援の機能や居住支援機能（特にクライシスハウスとしての機能や入所型の生活訓練施設機能なども期待されよう）が加われば盤石であろう。

垂直統合とは、法人が同一ということを意味する。これは、支援哲学の共有、支援技術の標準化、患者情報の共有化、毎日の多職種チームミーティングの実施、職員のローテイトを含む適正配置などの観点から、同一医療法人における運営が圧倒的に有利であり、合理的なのである。すでに多くの医療法人がサービス利用計画策定能力を有する事業所を同一法人内に開設、事業展開している。

地域に責任をもち、患者や住民への治療継続性

を含めたアクセスの保障を実現している、地域精神保健を実現した国においては、基本的にこのような多機能垂直統合型になっている。英国のNHSはもちろんのこと、イタリアの地域精神保健センター⁷⁾、カナダのバンクーバーモデルでは、保健医療を核とした多機能垂直型地域精神保健モデルを採用している。多機能垂直統合型のメリットは、財源が一種のバスケット型ないしはプール型として、財源配分すなわち人やサービスの配分が柔軟に実施可能となることである。結果として効率的な財政運用が期待できる。地域の患者に対する責任性の確立は、ひいては疑似的なキャッチメントエリアを構成することとなり、地域包括性、主治医機能性を実現することになる。出来高かつフリーアクセスの日本の医療制度の基本を堅守しつつ、機能的には、地域担任制と疑似的な地域予算性を形作るのである。副次的効果として、経営の安定化にも寄与する。

この多機能垂直統合型が有効に機能するための条件も考えておく必要がある。

1つは、患者の抱え込みにならないようにすることである。これは、患者情報の共有化が図られるメリットを活用して、地域精神科医療活動の成果の透明性を高くしていくことで担保できる。

次に、ニーズ発生から実際の診療開始までのタイムクロックの設定である。何日以内という設定をしてモニタリングを行い、評価を公表することが基本になろう。

Ⅳ. ビジネスモデルを考える——精神科医療機関による地域医療提供のビジネスモデル——

今後の精神科医療機関に政策が期待するものは、①予防・治療・地域生活支援におけるアクセスのしやすさ、②治療の継続性の確保、多様な治療ニーズへの対応、③患者中心の原則に基づく、必要な治療マネジメントの提供・実施の3つの点について、地域サービスの要として機能するということである。社会保障に関するプログラム法の議論においても、特に医療介護の連携の中で、地域包括と主治医機能がキーワードになっている。

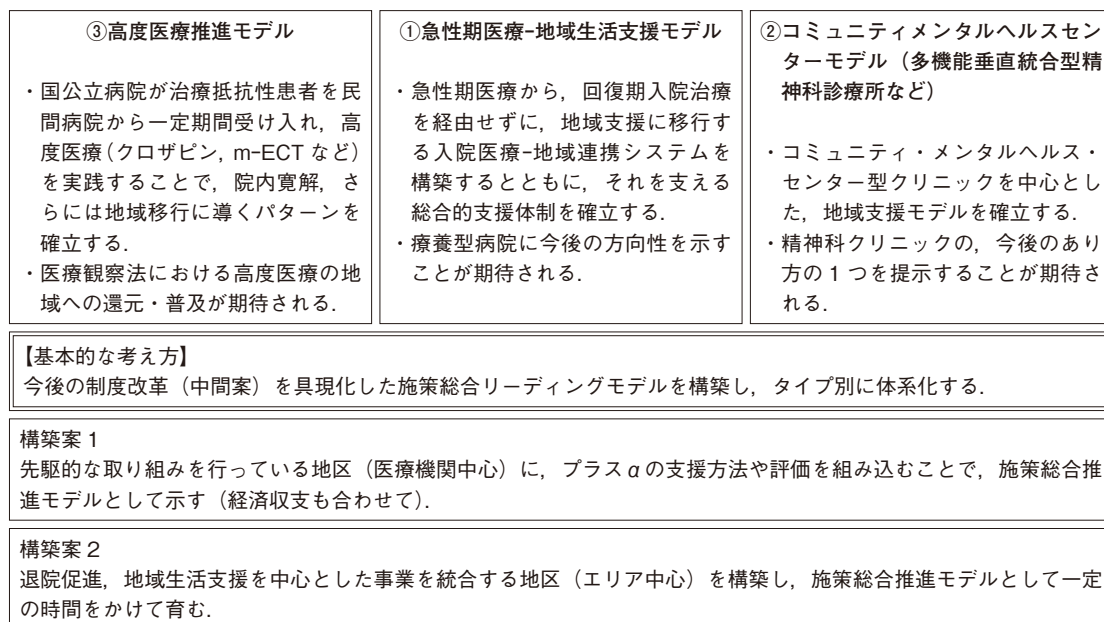


図1 今後のタイプ別の精神科医療モデル例

精神障害者にとり、特に精神疾患の病状の変化しやすさ、第三者からの見えにくさなどを考慮すれば、医療介護の議論と同様、地域における主治医機能の確立こそが、地域生活を支える基本となることは論をまたない。主治医機能とは、基本的に、24時間365日の支援体制をとることであり、公的な精神科救急制度と補いあって、そのような体制を確立することが強く求められよう。自院受診中の患者についてのミクロ救急を責任をもって対応することが基本であり重要である。

具体的なビジネスモデルの骨格は、図1のとおりである。この図は平成24年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業による調査報告から、その一部を改変したものである。ビジネスモデルとして、多機能垂直統合型を基本とした展開を念頭に、精神科診療所、民間精神科病院、県立精神科病院、総合病院精神科などにおけるビジネスモデルを示している。各ビジネスモデルの具体的な骨格と事例については、ここでは省略する。

なお、諸外国においては、入院が必要になる場合を含め、提供できないサービスは、あらかじめ

当該サービス機能を有する他機関と利用契約を結ぶなどの対応がなされているのが一般的であり、日本においても参考となろう。

おわりに

平成26年6月に社会保障プログラム法に基づく医療介護一括法案が成立した。これにより、医療法改正による地域医療ビジョンの策定や、地域医療基金を財源とし、地域医療に必要な事業の実施が決まった。国会審議の過程で、精神科医療分野についても、地域医療基金を活用した地域医療ビジョンを実現するための諸事業の実施が例示された。医療計画では、精神疾患の追加は6年遅れの決定になってしまったが、基金や地域医療ビジョンの活用による地域における最適化モデルの実現の可能性を見逃してはならないと考えている。新たな地域精神科医療提供のビジネスモデルがそれぞれの地域に応じた形で検討され展開されることを期待する。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

1) Fujii, C., Fukuda, Y., Okada, T., et al. : Development of forensic mental health services in Japan : working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *Int J Ment Health Syst*, 8 ; 21, 2014

2) Hegelstad, W. T., Larsen, T. K., Auestad, B., et al. : Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study : effects on 10-year outcome. *Am J Psychiatry*, 169 (4) ; 374-380, 2012

3) Ito, H., Frank, R. G., Nakatani, Y., et al. : The Regional health care strategic plan : The growing impact of mental disorders in Japan. *Psychiatr Serv*, 64 (7) ; 617-

619, 2013

4) 厚生労働省 : 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて「(今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書) について, 2009 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>)

5) 水野雅文, 山田紗梨 : 制度・システムからみた退院支援. *精神科治療学*, 29 (1) ; 3-11, 2014

6) 内閣官房 : 社会保障と税の一体改革 (<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/>)

7) 坂本沙織 : 精神障害者地域生活支援の国際比較—イタリア—, *海外社会保障研究*, 182 ; 16-28, 2013

Evidence-based Prospects for the Future of Mental Health Policies in Japan

Yusuke FUKUDA

National Institute of Mental Health, NCNP

The “Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare” is a report by the Headquarters for Mental Health and Welfare of the Ministry of Health, Labour and Welfare, with the Minister serving as the Director-General. The report generally presents the goals that must be realized over the next 10 years in order to reform the focus of Japan’s mental health and medical welfare from “hospitalized medical treatment to living in the community”. Reviewing the recent developments after the “Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare”, evidence-based prospects for the future of mental health policies in Japan are as follows : patient-centered, continuity of care, care management (CM), and vertical integration of multifunction of care are key functions of the new business model of mental health facilities under the regional medical vision.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : patient center, continuity of care, care management (CM), vertical integration of multifunction of care, regional medical vision >
