

心を救う

国際教養学部1年 中園丈

目次

- 1.社会認識
- 2.理想社会像・問題意識
- 3.現状分析
- 4.原因分析
- 5.政策

1.社会認識

現代は文明化社会である。グローバル化と成熟化の過程において科学技術は、現代文明の発展を支え、人類はその福利を享受してきた。特に医療技術の発展は人類に長寿と健康を与え様々な病の治療に貢献してきた。しかしながら、人類が完全な心身の健康を獲得するにはまだいくつもの課題が残っているのが現状である。

このような社会において、心の病が社会問題として顕在化している。精神疾患は相馬事件とよばれる1880年頃発生した精神疾患者の監禁事件をきっかけに問題が表面化し精神疾患者の保護に関する最初の一般的法律「精神病者保護法」が制定された。この法律の制定により、日本で初めて精神障害者の処遇が法的に一律に規定された。1909年には精神疾患者数約2万5千人という実態が示され精神ケアの必要性が明らかになった。日本政府は1950年に精神衛生法が施行され、各都道府県に精神病院病院の設置が義務づけられた。また、心のケアの専門家として1988年に臨床心理士の資格認定が開始された。しかしながら、近年で1996年の218万人から2011年の320万人と大幅に増加しているのが現状である。

2.理想社会像・問題意識

私の理想社会像は「幸せを追求できる社会」である。幸せな状態とは個々人が目標を達成することで得る事ができる心の状態である。追求とは幸せになるために行う努力である。目標を見つけるためには他者と関わることが必要である。なぜならば、他者の多様な目標の中から自らが達成したい目標を決定するからである。他者と関わるためには継続的な社会へのアクセスと他者の目標を知る事ができるコミュニケーション能力が必要である。

私の問題意識は「精神疾患」である。精神疾患とは精神や行動における特定の症状を呈することによって、社会生活における機能的な障害を伴っている状態である。機能的な障害とは社会へのアクセス障害と他者とコミュニケーションをとることができない障害である。これらの障害によって目標を見つけることができず幸せになることができない。

3.現状分析

3-1.精神疾患の定義

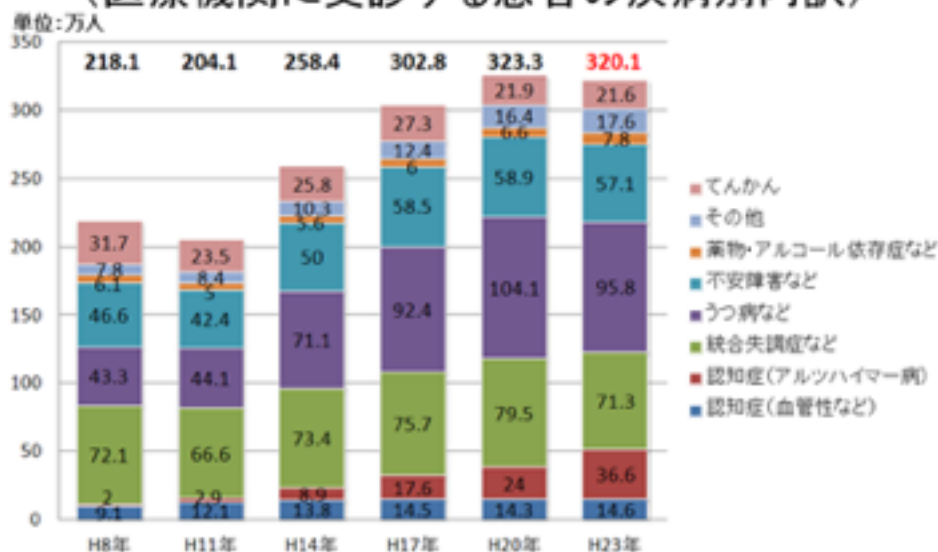
現在、世界で共有可能な「精神障害」の定義は存在しない。精神疾患(Mental Disease)は一般的に「心の病」と呼ばれ、世界保健機関は学術用語として精神障害(Mental Disorder)を用いている。障害(Disorder)は疾患(Disease)より軽い失調状態を表している。日本でも、法律によって精神障害の定義は異なる。「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)では、「精神障害」を「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有するもの」(第5条)と定義している。しかし、一般によく知られているうつ病や躁鬱病などの「気分障害」の例示もなく、「その他の精神疾患」にひとまとめにされていたり、知的障害も含まれていたり、とても幅広い定義になっている。一方、「精神障害者」は「障害者基本法」で、「精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」(第2条)とされています。前者が、医学的な視点から、障害を個人の責任とする一方向的なとらえ方をしているのに対し、後者は、社会とのかかわり合いの中で、障害を多角的にとらえている。本レジメでは、自らの理想社会像に鑑み精神障害者の定義を社会的観点から「精神障害により継続的に日常生活又は社会生活に機能的な制限を受ける者」とする。

3-2.日本における精神疾患

日本において近年、精神疾患は大きな社会問題として顕在化している。精神疾患により医療機関にかかっている患者数は、近年大幅に増加しており、平成23年は320万人と依然300万人を超えている。内訳としては、多いものから、うつ病、統合失調症、不安障害、認知症などとなっており、近年においては、うつ病や認知症などの著しい増加がみられる。

精神疾患の患者数

(医療機関に受診する患者の疾病別内訳)



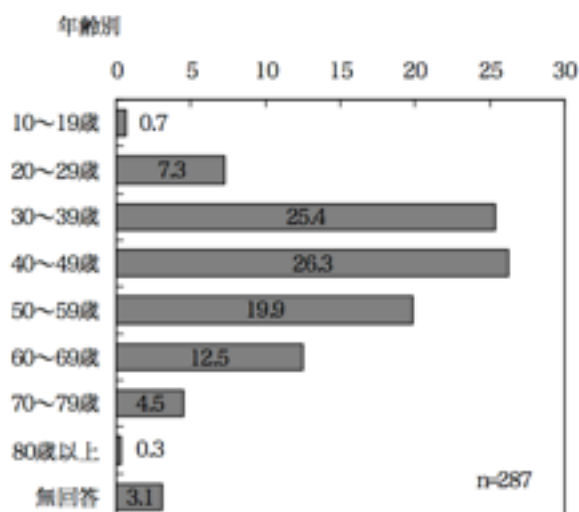
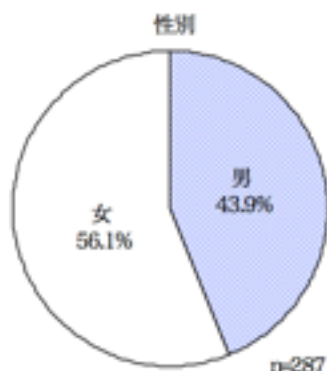
資料：患者調査

出典：厚生労働省

精神障害者調査分析結果

① 基本属性について

(1) 性別、年齢



また、精神疾患の男女、年齢別による発生数は以下のようにになっている。

上記のデータから分かるように、男女別では女性患者の割合が大きい。しかしこれは、男性の労働人口が女性より多く医療機関にかかる時間がないといった理由が考えられる。また、年齢別で見ると主に20歳から69歳の年齢層において最も多く発生している。これらの年齢層は主に学生と社会人が占めておりライフステージによる精神疾患の発生数の差が表れている。しかしながら、近年では認知症といったように高齢者の精神疾患も急増していることから、あらゆるライフステージに包括的に対応できる治療体制が求められている。

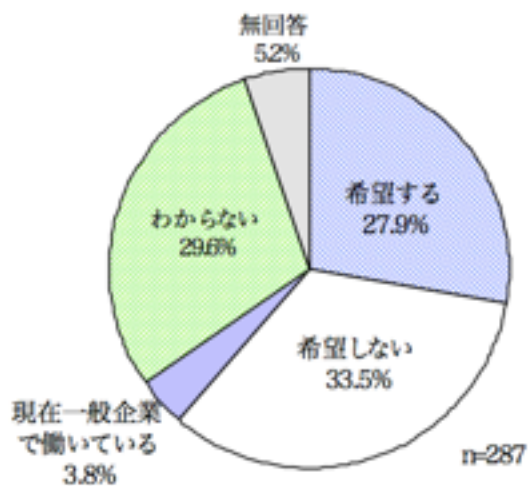
3-3.精神疾患患者の実態

3-1.精神疾患の定義でも述べたように精神疾患は「継続的に日常生活又は社会生活に機能的な制限」を患者にあたえる。これをアンケートを用いてより詳細に分析を行う。はじめに、患者を対象に行った就労調査が以下の表である。

		全体 (人)	就労の有無 (%)		
			働いている	働いていない	無回答
合計		287	25.1	69.7	5.2
障害程度別	1級	26	11.5	84.7	3.8
	2級	110	23.6	72.8	3.6
	3級	73	34.2	61.7	4.1
	無回答	6	16.7	66.6	16.7
	非該当	72	23.6	68.1	8.3
年代別	0～18歳	1	0.0	100.0	0.0
	19～39歳	95	24.2	66.3	9.5
	40～64歳	156	28.2	68.6	3.2
	65歳以上	26	7.7	88.5	3.8
	無回答	9	33.3	66.7	0.0
性別	男	126	24.6	70.6	4.8
	女	161	25.5	68.9	5.6

		全体 (人)	就労の日数 (%)				
			10日以下	11日～ 15日	16日～ 20日	21日以上	無回答
合計		72	20.8	15.3	30.6	23.6	9.7
障害 程度 別	1級	3	0.0	0.0	66.7	33.3	0.0
	2級	26	23.0	15.4	23.1	23.1	15.4
	3級	25	32.0	20.0	28.0	12.0	8.0
	無回答	1	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
	非該当	17	5.9	11.8	35.3	41.1	5.9
年代 別	0～18歳	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	19～39歳	23	34.9	13.0	30.4	13.0	8.7
	40～64歳	44	13.6	18.2	31.8	27.3	9.1
	65歳以上	2	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0
	無回答	3	33.4	0.0	33.3	33.3	0.0
性別	男	31	6.5	16.1	48.4	29.0	0.0
	女	41	31.7	14.6	17.1	19.5	17.1

一般企業への就労希望の有無



	全体 (人)	一般企業へ就職するための必要事項															複数回答 (%)	
		治療の継続	就労に結びつけない知識の習得	働くまでの決まりごとの習得	就職活動に必要な情報提供	障害特性にあった多様な仕事・就労形態	受け入れ先の施設での調整	ジョブコーチ等就労を援助する援助者	上司や同僚の理解と協力	就労継続のためのカウンセリング	就労を続けるための家族への支援	活動手段の確保	心身の健康状態の維持・向上	自分の意欲	その他	特になし	わからない	無回答
合計	287	55.1	37.6	20.6	25.8	37.6	12.9	16.7	40.4	23.3	16.0	13.9	52.3	41.1	8.4	4.2	11.1	13.2
障害程度別																		
1級	26	46.2	30.8	26.9	23.1	34.6	11.5	30.8	42.3	23.1	11.5	15.4	53.8	38.5	11.5	0.0	23.1	7.7
2級	110	59.1	45.5	25.5	35.5	48.2	14.5	20.9	46.4	24.5	18.2	14.5	58.2	46.4	8.2	2.7	6.4	15.5
3級	73	65.8	37.0	21.9	27.4	45.2	16.4	12.3	45.2	26.0	19.2	17.8	54.8	41.1	11.0	0.0	6.8	9.6
無回答	6	66.7	33.3	33.3	16.7	0.0	0.0	0.0	16.7	33.3	0.0	33.3	33.3	50.0	0.0	0.0	16.7	16.7
非該当	72	40.3	29.2	8.3	11.1	18.1	8.3	11.1	27.8	18.1	12.5	6.9	41.7	33.3	5.6	12.5	18.1	15.3
年代別																		
0～18歳	1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
19～39歳	95	69.5	50.5	30.5	37.9	54.7	18.9	32.6	60.0	36.8	29.5	18.9	68.4	52.6	12.6	1.1	4.2	8.4
40～64歳	156	50.6	33.3	16.7	23.7	32.7	12.2	10.3	34.0	18.6	10.9	13.5	46.8	38.5	5.1	5.8	16.7	12.8
65歳以上	26	30.8	19.2	11.5	3.8	7.7	0.0	0.0	11.5	7.7	3.8	3.8	30.8	11.5	11.5	3.8	3.8	38.5
無回答	9	44.4	33.3	11.1	0.0	33.3	0.0	11.1	22.2	11.1	0.0	0.0	44.4	44.4	11.1	11.1	11.1	0.0
性別																		
男	126	53.2	34.1	16.7	23.8	34.9	12.7	18.3	35.7	23.8	16.7	10.3	46.0	38.9	4.8	7.1	10.3	14.3
女	161	56.5	40.4	23.6	27.3	39.8	13.0	15.5	44.1	23.0	15.5	16.8	57.1	42.9	11.2	1.9	11.8	12.4

就労状況では、障害程度別、年代別、性別のどれをみても「働いている」より「働いていない」方が大きく上回っており、特に、障害の程度が高いとその傾向は顕著に表れている。そして、「働いている」と回答した患者に労働日数を調査したところ、最も多かったのが16～20日であった。一般企業への就労を希望するかとの質問には、「希望しない」が33.5%、次いで「わからない」が29.6%であった。次に、一般企業に就職するための必要な条件については、全体でみると「治療の継続」をあげている人が多くいた。また、「心身の健康状態の維持・向上」も高い割合を占めており、まずは病気の治療が必要な事項であるとする認識が高いことがうかがえた。一方、65歳以上では一般企業への就職希望も少数で、具体的な回答をあげている人も少なかった。

次に、患者が日中どのような生活をしているかに関するアンケートをもとに分析を行う。

(2) 日中の活動場所

	全体 人	日中の過ごし方								無回答
		家で過ごしている	学校に通っている	常勤の職員として働いている	非常勤・パートの職員として働いている	授産施設・作業所などの福祉施設に通っている	デイケアに通っている	地域生活支援センターに通っている	その他	
合計	287	66.6	0.7	3.1	5.6	9.4	5.9	0.7	5.9	2.1
障害程度別	1級	26	65.5	0.0	3.8	0.0	7.7	0.0	11.5	3.8
	2級	110	65.5	0.0	3.6	2.7	11.8	9.1	1.8	5.5
	3級	73	68.4	1.4	5.5	11.0	6.8	1.4	0.0	4.1
	無回答	6	49.9	0.0	0.0	0.0	16.7	16.7	0.0	16.7
	非該当	72	68.0	1.4	0.0	6.9	8.3	4.2	0.0	5.6
年代別	0～18歳	1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	19～39歳	95	64.1	0.0	4.2	9.5	8.4	7.4	1.1	3.2
	40～64歳	156	66.2	0.6	3.2	4.5	10.9	3.8	0.6	8.3
	65歳以上	26	80.9	3.8	0.0	0.0	0.0	11.5	0.0	3.8
	無回答	9	55.6	0.0	0.0	0.0	22.2	11.1	0.0	11.1
性別	男	126	58.7	1.6	4.0	5.6	11.9	7.9	0.8	7.9
	女	161	72.7	0.0	2.5	5.6	7.5	4.3	0.6	4.3

(1) 外出の頻度

		全体 人)	外出する頻度					(%)
			ほぼ毎日	週に3～ 6日程度	週に1～ 2日程度	月に1～ 2回程度	まったく あるいは ほとんど 外出 しない	無回答
合計		287	30.7	31.0	21.6	10.8	6.3	0.0
障害 程度 別	1級	26	23.1	19.2	30.8	11.5	15.4	0.0
	2級	110	32.7	31.8	23.6	7.3	4.5	0.0
	3級	73	28.8	35.6	19.2	15.1	2.7	0.0
	無回答	6	50.0	33.3	0.0	16.7	0.0	0.0
	非該当	72	30.6	29.2	19.4	11.1	9.7	0.0
年 代 別	0～18歳	1	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	19～39歳	95	29.5	36.8	22.1	6.3	5.3	0.0
	40～64歳	156	30.8	28.2	22.4	12.2	7.1	0.0
	65歳以上	26	30.8	30.8	11.5	19.2	7.7	0.0
	無回答	9	33.3	22.2	33.3	11.1	0.0	0.0
性 別	男	126	38.1	26.2	23.8	9.5	3.2	0.0
	女	161	24.8	34.8	19.9	11.8	8.7	0.0

(4) 外出時に困ること

		全体 (人)	外出する際に困ること						複数回答 (%)	
			電車、バス、タクシー等の乗換えが複雑で難しい	目的地への行き方がわからない	切符の買い方がわからない	標識・表示の案内がわかりにくい	人が多くて困る	介助してくれる人がいない	その他	無回答
合計		287	13.2	6.6	1.0	4.2	25.9	3.8	22.3	23.0
障害程度別	1級	26	15.4	11.5	0.0	0.0	23.1	7.7	26.9	15.4
	2級	110	11.8	7.3	0.9	5.5	28.2	3.6	22.7	20.0
	3級	73	13.7	5.5	0.0	1.4	28.7	5.5	20.5	24.7
	無回答	6	16.7	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	16.7
	非該当	72	13.9	5.6	2.8	4.2	22.2	1.4	20.8	29.1
年代別	0～18歳	1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	19～39歳	95	9.5	9.5	0.0	4.2	35.7	3.2	23.2	14.7
	40～64歳	156	13.5	5.1	1.3	5.1	21.8	3.2	23.7	26.3
	65歳以上	26	27.0	7.7	3.8	0.0	11.5	11.5	15.4	23.1
	無回答	9	11.1	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	11.1	44.5

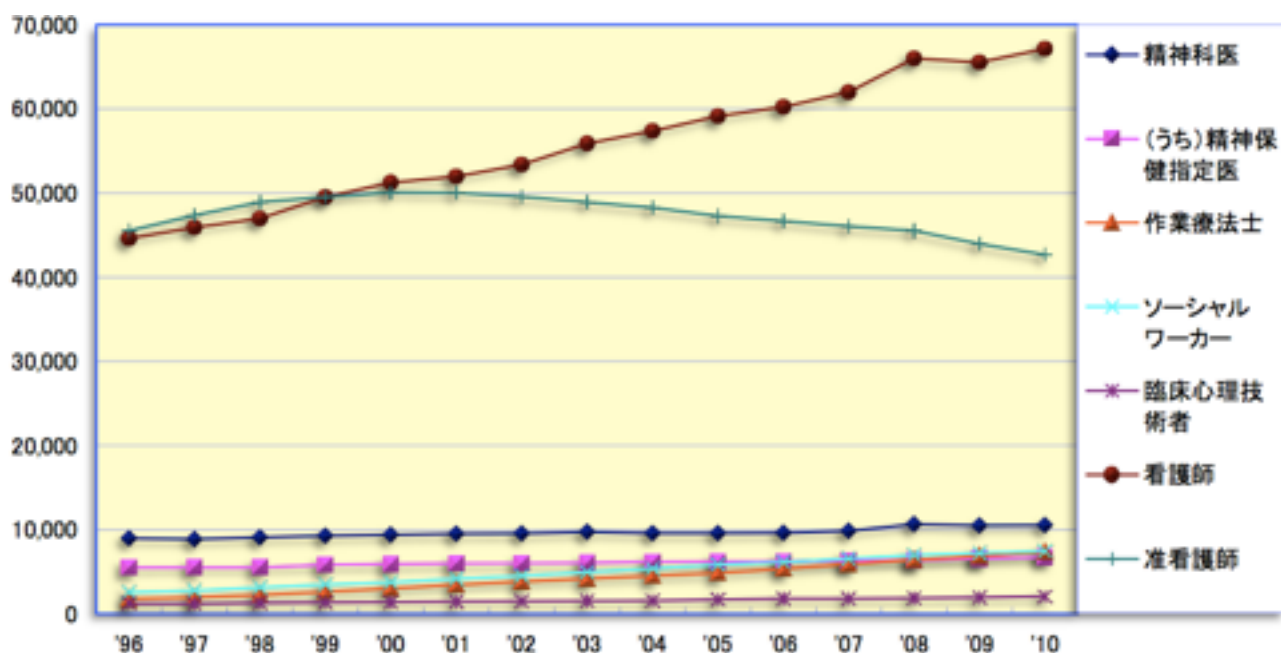
出典：文京区障害者（児）実態・意向調査報告書（平成17年度実施）

日中の過ごし方では、障害程度別、年代別、性別のどちらも「家で過ごしている」が圧倒的に多く、学校や職場など自宅以外で過ごしている人の割合は低かった。また、外出する頻度は、「週に3～6日程度」が最も多く、次いで「ほぼ毎日」であった。外出時に困ることでは、「人が多くて困る」とする人が多かった。また「その他」の回答をみると「外出時に病状が出ることが心配」など、外出に対する不安感が大きいとする意見が多くみられた。

3-2.治療体制

現在、「心の問題」を治療する主体としては精神科医と臨床心理士に分類することができる。精神科医は精神医学を学問的基盤とし患者の心の問題を診療し主に投薬によって「治療」を行う。医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）によると、医師総数は1996年の22.1万人から2010年の28.0万人と、16年間でおよそ1.3倍に増加している。そのうち精神科医は、同じ期間に9千5百人から2010年の1万4千人と、およそ1.5倍に増加しており、各診療科の中でも医師数の増加率の大きい診療科になっている。職場は主に外来のみの診療を行う診療所（クリニック）、入院施設を有する精神科病院、総合病院の一部門としての精神科の3種類の診療形態がある。診療所は主に市街地にあり、通院に便利、気軽に受診しやすいなどの特徴がある。精神科病院は入院施設も備えており様々な症状の患者に対応できる、作業療法、デイケアなど様々な治療方法を備えているため集中的な治療ができるなどの特徴がある。総合病院の精神科は利便性や専門性においては前二者の中間的な存在であるが、身体的合併症を持った精神疾患患者の治療が可能、他科（内科・外科など）

に入院中の患者の精神的ケアを行う、いわゆるリエゾン精神医学が可能などの特徴がある。



出典：日本精神神経学会

一方臨床心理士は臨床心理学を学問的基盤とし、クライアントが抱える種々の精神疾患や心身症、精神心理的問題・不適応行動などの援助・改善・予防・研究、あるいは人々の精神的健康の回復・保持・増進・教育への寄与を職務内容とする心理職専門家である。臨床心理士の資格は益財団法人日本臨床心理士資格認定協会が認定する民間資格である。臨床心理士は臨床心理士会により様々な分野の機関に派遣されている。「臨床心理士資格審査規定」によると以下の機関における業務が認められている。

1. 児童相談所、身体障害者更生相談所など
2. 病院、精神保健センター等の医療施設
3. 少年鑑別所、少年院など
4. 家庭裁判所等の司法関係機関
5. 教育相談機関
6. 大学に設置された保健管理センター、心理教育相談所など
7. 事業所等に設置された保健センター・心理相談機関など

3-3.治療における問題性

日本では、精神疾患の治療に対してその治癒率の低さと再発率の高さが指摘されている。治癒率に関しては、治療退院患者数を通院患者数で割った治療率はわずか0.06%である。つまり、10000人の患者のうち6人しか完全に回復していないのである。また、うつ気分障害協会によるとうつ病の再発率は初回で50%にものぼり、2回目の再発率は70%、3回目

では90%と再発率が高くなる傾向にある。これらの低い治癒率と高い再発率の背景には特に精神科医の高い誤診率と薬物の過剰投与が指摘されている。OECDの試算によれば、日本の精神疾患患者の約2割～3割が誤診とされている。また、日本の治療方針はメンタルケア先進国国のアメリカ精神医学会のそれとは大きく異なる。アメリカがカウンセリングを主軸として薬物を補助程度に処方しているのに対し、日本はカウンセリングをほとんど行わず薬物で治療の全てを行っている。事実、日本の抗不安薬の処方件数は約1億2千万件であり、アメリカやフランスの約2千万件に比べて非常に多い。また、抗不安薬や消費量も約18億錠であり世界1位である。（2位のイタリアが約7億錠）加えて、日本で処方される抗不安薬の多くはベンゾジアゼピン（ワイパックス、コンスタン、ハルシオン、デパス等）であるのに対し、アメリカでは主にSSRI、SNRI系統の抗不安薬が使われている。アメリカでは1993年1月に Consumer Reports でベンゾジアゼピン依存症患者により告発されベンゾジアゼピンの依存性が極めて高いことが認められた。それ以降、アメリカではベンゾジアゼピンの処方禁止されイギリス、オランダでは製造が禁止されている。それに対しSSRI、SNRIは有用性が認められ現在開発されているほぼ全ての抗不安薬の基礎薬として用いられている。しかしながら日本では現在でも依存性の高いベンゾジアゼピンが処方されているのである。

認知症や統合失調症に用いられる向精神薬（否定形向精神薬）に関しても、米国食品医薬品局（FDA）は向精神薬服用によるリスクが使わない場合に比べ約1.6～1.7倍に増加すると発表している。この発表に関しては日本老年精神医学会が全国の約360医療機関で診療を受ける認知症高齢者（平均82歳）で、抗精神病薬を使う約5000人と使わない約5000人を調査したところ、服用から最初の3～6ヶ月での死亡率が約2倍に上昇することが分かった。

4.原因分析

4-1.医師と臨床心理士との連携不足

精神科における不適切な治療の原因のひとつとして医師と臨床心理士の連携不足が指摘されている。以下では、現代の精神医療体制のモデルを作り上げたアメリカの精神科医・心理学者シェルドン・コーチン(Korchin, Sheldon J)の現代臨床心理学モデルをもとに日本における精神医療体制の制度的不備を分析する。コーチンは自身の著書『現代臨床心理学：クリニックとコミュニティにおける介入の原理』において2つの患者へのアプローチをまとめている。1.「収容管理的な臨床（現代日本においては、精神科医がこの役割を担う）」2.「心理治療的な臨床（現代日本では臨床心理士が主にこの役割を担う）」そして、これらのアプローチは片方が欠けていては不十分であり、必ず両アプローチが行われる必要があると述べられている。さらにコーチンはこれらのアプローチを行う主体に求められる知識および技能を述べているが、日本における精神科医、臨床心理士は共に十分な知識、技能を有していると判断したため、省略する。ではなぜ、適切な治療を行うことができないのか。それは、患者に対して片一方的なアプローチしか行われないからである。これは特に精神科において発生している。精神科は医療機関の診療科のひとつであるという性質上、軽度から重度まで幅広い症状の患者を対応する。また、医療機関における治療行為は

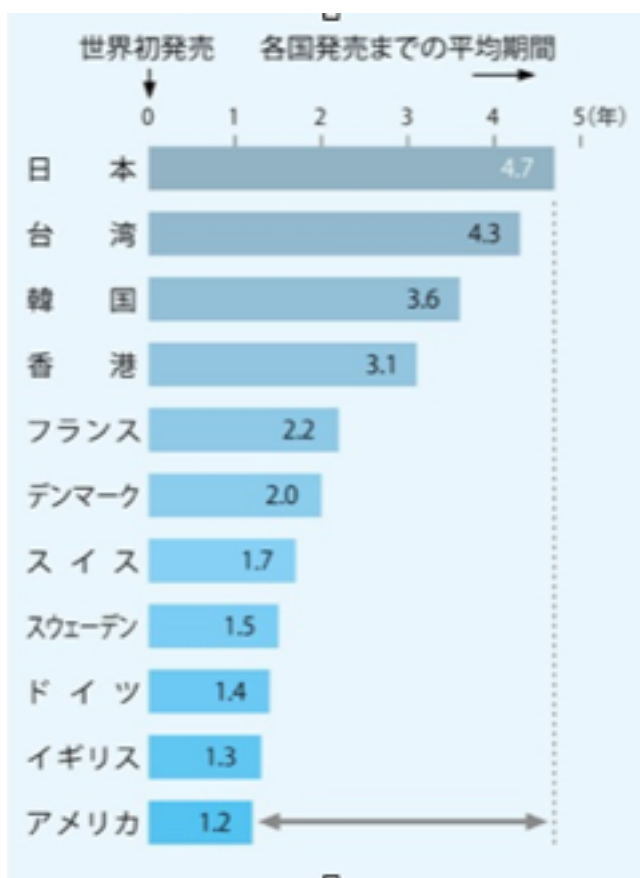
原則治療行為を行う能力を有するとされる者のみが治療行為の現場に立ち会い治療、補助を行うことができる。しかしながら、臨床心理士はカウンセリングという臨床心理学に基づいた比較的新しい方法でクライアントの心の問題を解決するため精神科医と一緒に患者の治療を行うことができない。そのため、医療機関で働く臨床心理士は外来とは別の場所で基本的に希望するクライアントのみにカウンセリングを行うことしかできないのである。これに加え医師はプライバシーの問題から、患者のおかれている状況、状態を臨床心理士と共有することができないため、臨床心理士は適切な治療を行うことができない。なぜならば、臨床心理士は患者が患者の考え方や行動について話し合うことによって、なにが問題となっているのか見つけ出す認知行動療法を用いるからである。例えば、患者がある物事に強い恐怖を感じていたとする。そこで、「その物事も別の側面からみるとポジティブに捉えることもできるのではないか？」と提案する方法である。しかしながら、患者の十分な知識なしでは効果的なカウンセリングを行うことができない。

4-2. ドラッグラグ

次に、精神科医が依存性と再発率の高い薬を処方してしまう原因を分析する。この原因としてドラッグラグが挙げられる。ドラッグラグとは新たな薬物が開発されてから、治療薬として実際に患者の診療に使用できるようになるまでの時間差や遅延の事である。日本においては日本国外において既にその使用が承認されている薬剤が、国内では使用が承認されていない、または承認に遅れが生じている状態である。

右の表は世界の主要国における国外で開発された薬物の承認期間を示している。表から分かる通り、アメリカが最短の1.2年なのに対し、日本は最も長く4.7年である。特に、精神疾患の分野では、日本は欧米諸国に比べ開発・研究が大きく遅れているため欧米諸国の最新の薬が迅速に承認されないのは大きな問題である。精神薬におけるドラッグラグの背景には、治験体制の不備が指摘されている。治験体制の不備とは、医師が製薬会社と直接契約を結ぶことを禁止されているため、多忙な診療の合間を行わなければならないという現状がある。

さらに、精神疾患の増加に伴い、医師の負担も増加したため治験を担当する余裕がなくなった。加えて、アメリカなどと違い比較的人口が少ないため単純に十分な治験者を集めるのが難しいといった根本的な問題もある。事実、厚生労働省によると日本では治験者ひとりを集めるためにアメリカに比べ約



出典：日本製薬工業協会

1.8 倍もの時間がかかると発表されている。

承認件数	2003	2004	2005
日本	41	27	42
米国	58	90	58

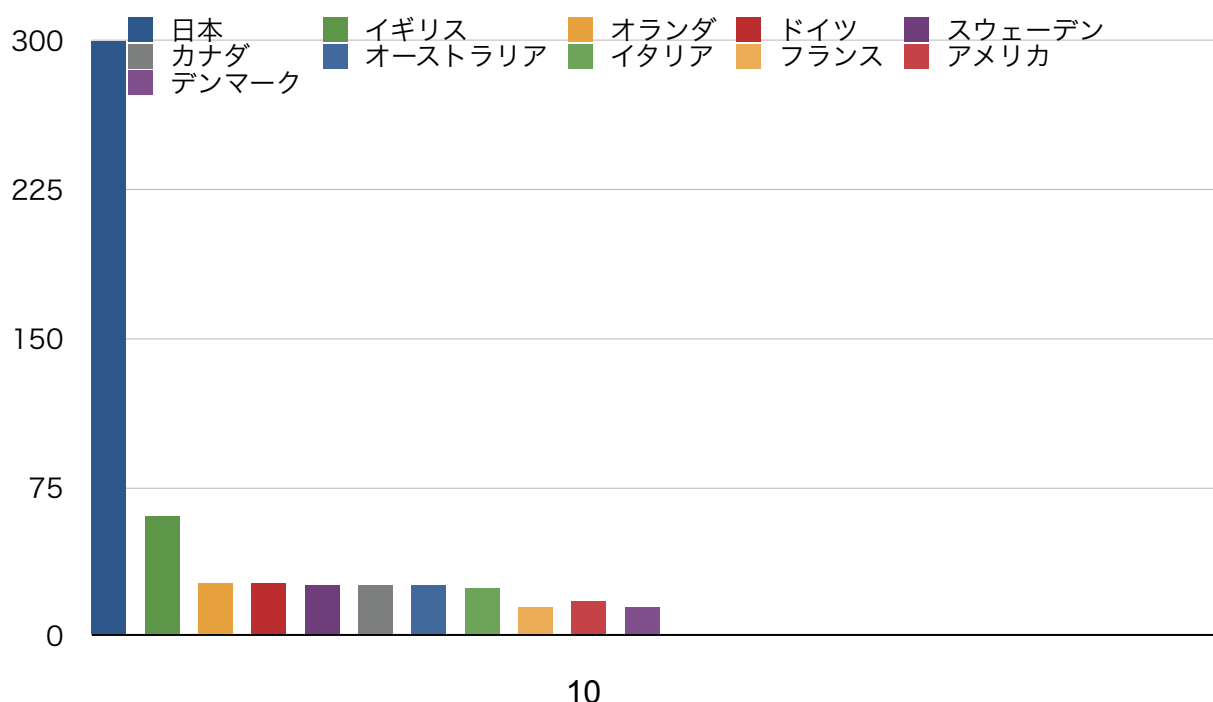
新薬承認数の日米比較

5.政策

5-1.臨床心理士資格の国家資格化及び治療補助の承認

原因4-1で分析した様に現行制度では臨床心理士は医師に立ち会い協力して治療を行うことができない。そこで、臨床心理士資格を国家資格とし厚生労働省が資格認定を行う。これは、現状臨床心理士資格が民間資格であることを鑑み、資格認定を医師と同じ厚生労働省が行うことによって精神疾患の治療体制の一本化を図るものである。具体的には、患者ひとりに対して医師と臨床心理士が同時に問題解決を行うことによってプライバシーの問題を解消し、精神医学と臨床心理学ふたつの観点から治療にあたることができる。事実、医師が臨床心理学的カウンセリング能力と精神医学的治療能力の両方を持つアメリカ、カナダ、スウェーデンなどの欧米諸国では、患者の平均退院日数が日本の約300日に比べ約5分の1以下である。

退院までの平均在院日数の海外比較



事実、2002年にイギリスの精神保健法の改正が行われ、本政策と類似した精神医療制度が新たに施行した。改正の内容は以下の通りである（一部省略）

新法の概要

（一部省略）

(6)精神医療従事者

従来の認定ソーシャルワーカー(Assessed Social Worker)と担当医 (Responsible Medical Officer)の職務領域について変更が加えられた。第 1に、認定ソーシャルワーカーの職務を看護師と作業療法士も担当できる こととされ、名称も、認定精神保健士(Assessed Mental Health Professional)に変更された。第2に、これまでは担当医が治療内容と退院の可否を決定していたが、その職務を臨床心理士と看護師、作業療法士、ソーシャルワーカーも担当できることとされ、名称が担当治療士(Responsible Clinician)となった。いずれの場合も適切な研修を実施することとされているが、イギリスでは、かなり以前から多職種によるチーム医療が実践されているので、その成果を取り入れたものと思われる。

また、イギリスでは、1999年に精神保健施策10か年計画ともいえるべき「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク（The National Service Framework for Mental Health、以下、精神保健NSF）」が発表された。そして2004年にはその中間総括と今後5年間の目標達成を加速するための課題を明確にするため、「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク5年の経過（以下、精神保健NSF5か年報告）」が発表された。この精神保健NSF5か年報告の成果のひとつとして本政策に類似した成果が発表されている。以下がその成果である。

成果

主に心理学を修めた卒業生をプライマリーヘルスケアワーカーとして採用し（目標1000名）、簡便な認知行動療法などを実施することによってプライマリーケアの充実を図り、セカンダリーケアとの連携を強化し、新しいタイプの薬の普及を図る²。

以上ふたつのイギリスの精神治療改革により、以前は患者に対するアプローチが精神医学のみだったものが、精神医学と臨床心理学ふたつのアプローチが取られるようになった。

¹ 最近では、漸く日本でも、このことが盛んに論じられるようになってきた。大野裕編「チーム医療のための最新精神医学ハンドブック」(2006年)、藤本修編「現場に活かす精神科チーム連携の実践」(2006年)、「特集 多職種 チーム」精神科臨床サービス7巻4号(2007年)など参照。

² 伊勢田堯：英国保健省「精神保健に関するナショナル・サービス・フレームワーク5年の経過」の概要と特徴 精神保健政策研究14, 2005, 100-105より一部抜粋

5-2.国際共同治験の実施

国際共同治験とは新規の医薬品の世界規模での開発及び承認を目指して企画される治験であって、一つの治験に複数の国や地域の医療機関が参加し、共通の治験実施計画書に基づき、同時並行的に進行するものである。国際共同治験は現在でもがん治療薬や糖尿病などで試験的に行われている。2013年には、海外で開発された新薬11種類が国際共同治験参加国全てで同時期に承認された。そこで、精神薬にも国際共同治験を導入することによって日本におけるドラッグラグを解消することができる。これは、特に精神医療の分野が遅れている日本の発展にも貢献することから非常に有効であると考えられる。

参考文献

- S.J コーチン 「現代臨床心理学：クリニックとコミュニティにおける介入の原理」 1980
八尋華那雄 「臨床心理学の実践：アセスメント・支援・研究」 2013
山蔦圭輔 「こころの健康を支える臨床心理学」 2012
嶋田 和子 「精神医療の現実: 処方薬依存からの再生の物語」 2014
佐藤 光展 「精神医療ダークサイド」 2013
松嶋 健 「プシコ ナウティカーイタリア精神医療の人類学」 2014
法と精神医療学会 「法と精神医療 第29号」 2015
立岩真也 「造反有理 精神医療現代史へ」 2013

参考URL

- 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp>
日本製薬工業協会 <http://www.jpma.or.jp>
日本精神神経学会 <https://www.jspn.or.jp>