

令和8年7月6日

## 精神科外来診療の良質化に関する論点整理

一般社団法人

日本メンタルヘルスパイアサポート専門員研修機構

小阪 和誠

## 1. 問題意識の背景

精神科医療は、入院医療中心の構造から、地域生活を支える医療への転換を進めてきた。その方向性は、「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」（平成26年厚生労働省告示第65号）においても明確に示されている。

一方で、現行の精神科医療提供体制において、実際に最も多くの精神障害者が日常的に接している医療形態は、精神科外来診療である。精神科外来は、初診から長期経過、回復過程、地域生活の継続に至るまで、精神科医療全体を支える中核的な役割を担っている。

精神科外来診療は、多くの場合、主治医と当事者が定期的に向き合う場として継続され、治療の開始から症状の変動、回復過程や生活上の節目に至るまで、断続的に関係が積み重ねられていく医療である。そのため、外来診療の「良質さ」は、個々の診察場面の質にとどまらず、時間を通じて治療の意味や目標がどのように共有・更新されていくかという連続性の観点からも捉えられる必要がある。

にもかかわらず、同指針においては、精神科入院医療に比して、精神科外来診療そのものの質や構造、意思決定の在り方についての記述量や具体性は相対的に少ない。

本論点整理は、この点を踏まえ、精神科外来診療の良質化を政策的検討課題として正面から位置づけ、共有することを目的とする。

さらに、これらの論点はいずれも、精神科外来診療における当事者と医療者との関係性の質と密接に関わるものであり、個別の診療行為のみならず、関係性そのものの在り方をどのように捉えるかという観点からも整理される必要がある。

## 2. 指針に示された理念と、外来診療の位置づけ

同指針の前文および基本理念では、

- 精神障害者の自立および社会参加の促進
- 精神障害者本位の医療の実現
- インフォームド・コンセントの理念
- ピアサポートの促進
- 地域生活を支える医療への転換

といった方向性が示されている。

これらはいずれも、精神科外来診療を主たる舞台とせずして実現し得ない理念である。精神科外来診療は、症状を一時的に抑える場ではなく、治療目標を当事者と共有し、回復のプロセスを共に確認しながら、地域生活や社会参加へと接続していく起点であるべきと考えられる。

なお、インフォームド・コンセントは、説明と同意を通じて当事者の権利を守るための基本的かつ不可欠な理念である。一方でそれは、医療行為の正当性や最低限の安全性を担保するための前提条件であり、精神科外来診療の質そのものを十分に評価・担保する概念とは必ずしもいえない。

---

### 3. 自立支援医療と外来診療の公共性

精神科外来診療の多くは、自立支援医療（精神通院医療）によって支えられている。自立支援医療は、自己負担が大きく軽減され、公費の支援を付与した形で医療がなされる制度である。

これは、精神科外来診療が、

・ **個人が私的に選択する医療**

という観点だけではなく、

・ **社会が回復可能性を支える公共的医療**

という性格を有していることを意味する。

したがって、自立支援医療の下で提供される精神科外来診療においては、単に「通院が継続していること」や「説明と同意がなされていること」をもって十分とするのではなく、

- 治療目標が明確に共有されているか
- 治療の意味や選択肢が理解され、納得されているか
- 当事者の主体性や自己理解が深まっているか
- 地域生活や社会参加につながっているか

といった観点から、医療の成果や質を捉える必要がある。

なお、これらの課題は医療のみで完結するものではなく、生活環境や社会的支援、地域との関係性といった要素とも密接に関連しており、精神科外来診療の質は、医療と生活とがどのように接続されているかという観点からも捉えられる必要がある。

---

### 4. 精神科外来診療における意思決定の質と共同意思決定（SDM）

精神科外来診療は、治療が長期化しやすく、診療が惰性的に継続される構造的リスクを有している。その背景には、

- 医師主導の意思決定構造
- 治療目標が十分に言語化されないままの診療継続
- 治療選択肢に関する情報の非対称性

といった課題がある。

このような構造のもとでは、インフォームド・コンセントが形式的に満たされていたとしても、当事者が治療の意味を十分に理解し、生活や価値観を踏まえて主体的に選択できているとは限らない。すなわち、インフォームド・コンセントのみでは、精神科外来診療の「良質さ」を担保することは困難である。

近年、藤井千代氏らが研究・実践している「共同意思決定（Shared Decision Making：SDM）」は、これらの課題に対する有力な実践モデルである。

共同意思決定は、医師の専門性と、当事者が有する生活経験や価値観を対等に位置づけ、必要な説明や情報提供（インフォームド・コンセント）を前提としつつ、治療方針を「共に決める」枠組みである。これは、精神障害者本位の医療を精神科外来診療の現場で具体的に実装する方法論として位置づけられる。

---

## 5. 精神科外来診療の現状を示す統計的視点

精神科外来診療の構造的課題を検討するうえで、現状を示すデータにも目を向ける必要がある。

厚生労働省が実施している受療行動調査によれば、「精神及び行動の障害」に分類される外来診療のうち、診察時間が「5分未満」であるものが26.5%を占めている（令和2年調査）。

この数値は、特定の医療機関や医師個人の姿勢を評価・批判するものではない。むしろ、精神科外来診療が、制度的・構造的に短時間化しやすい条件の下で提供されている実態を示すものとして受け止める必要がある。

このような診療環境のもとでは、治療目標の共有、治療選択肢の説明、当事者との十分な対話を確保することが物理的に困難となりやすく、共同意思決定や患者教育を実装するうえでの制約条件となっている可能性がある。

ただし、単に時間を延ばせばよいという短絡的な問題ではない。短時間診療自体は問題だが、一番は医師の姿勢である。「質」の確保は、短時間診療の問題においても外すことはできない大切な視点である。

---

## 6. 共同意思決定を支える前提としての「患者教育（診療場面における患者のエンパワメント）」

もっとも、共同意思決定は医師側の姿勢や技術のみで成立するものではない。精神科外来診療において共同意思決定を成立させるためには、当事者側が医療を理解し、主体的に関与できる前提条件が不可欠である。

この観点から、精神科外来診療における「患者教育（診療場面における患者のエンパワメント）」の視点は重要である。ここでいう患者教育とは、治療への従順さを求めるものではなく、「患者本位の医療を実現」するために、

自身の診断や症状特性を理解すること  
治療の目的や選択肢を知ること  
薬物療法・非薬物療法の意味を理解すること  
回復や生活の目標を自ら言語化できること  
医師と対話することの重要性を理解すること  
を支援するプロセスである。

これは、精神障害者に「正解」を教え込むことではなく、精神科医療を主体的に使いこなす力を育てることにほかならない。

また、当事者の状態や状況は一様ではなく、症状の変動や認知機能の特性、生活環境等により、医療への関わり方や意思決定への参加の在り方にも大きな幅が存在する。そのため、こうした多様性を前提とした柔軟な支援の在り方が求められる。

---

## 7. 精神科医療の特徴としての「医療中断」と、その意思決定の尊重

精神科医療では、症状の変動、副作用、治療への不安、生活環境の変化などにより、通院が中断されやすい構造的特徴がある。

医療中断という行為は、治療への疑問、副作用への不安、治療目標の不明確さ、医師との関係性など、当事者の価値観や判断が反映された一つの意思決定である。

したがって、医療中断を単なる問題として扱うのではなく、その意思決定を尊重し、その背景を理解する姿勢が不可欠である。

他方で、精神科医療における医療中断は、症状悪化や再発、再入院、生活の破綻につながりやすいという現実もある。ここに、意思決定の尊重と、健康や生活を守るためのフォローの両立という精神科医療特有の課題が存在する。

良質な精神科外来診療とは、治療を一方向的に積み上げていく場ではなく、当事者が疑問や違和感を表明し、必要に応じて治療の意味や方向性を問い直すことが許容されている場である。そのような関係性が確保されてこそ、医療中断を含む意思決定も尊重され、結果として中断を防ぐための対話や再接続が成立しうる。

外来診療が精神科医療の中心である以上、

- 中断理由の把握
- 中断者への再接続支援
- 中断を防ぐための共同意思決定
- 中断を生まない患者教育（診療場面における患者のエンパワメント）

は、外来診療の「良質さ」を測る重要な論点となる。

---

## 8. 外来診療が相対的に「薄く扱われてきた」背景

精神科医療政策においては、これまで長期入院問題や精神病床の機能分化、地域移行が最優先課題とされてきた。その結果として、精神科外来診療が実際に担っている

中心的役割や、意思決定の質、患者教育の重要性については、十分に言語化されないまま残されてきたと考えられる。

しかし現在、精神科医療の中心的な提供の場は、明らかに外来診療へと移行している。今後は、入院医療に続き、外来診療の質そのものを正面から問い直す段階に入っている。

---

## 9. 精神科外来診療におけるアウトカム評価と患者満足度の位置づけ

精神科外来診療の良質化を検討するにあたっては、診療行為や説明の実施状況といったプロセス評価にとどまらず、その結果として当事者の経験や生活にどのような変化が生じているかという観点から、アウトカムを捉える視点が重要となる。

精神科領域におけるアウトカムは、症状の改善や通院継続の有無のみで十分に把握できるものではない。当事者が治療の意味や目的をどのように理解し、意思決定にどの程度主体的に関与できているか、医療と生活をどのように結びつけられているかといった経験の変化を含めて捉える必要がある。

一方で、「患者満足度」は、精神科外来診療における安心感や関係性の質を反映する主観的指標として一定の重要性を有する。しかし、精神疾患の特性上、病状や情報量、判断条件は当事者ごとに大きく異なり、すべての当事者が総合的・客観的な視点から満足度を評価できるとも言い難い。

このため、患者満足度をもって医療の成果を単独で評価することには限界がある。

こうした特性を踏まえ、精神科外来診療においては、患者満足度をアウトカムそのものとして位置づけるのではなく、当事者が医療に安心して関わっているか、医療者との関係性が良質に保たれているかといった、アウトカムが成立するための前提条件や関係性の健全度を把握するための「補助的指標」として位置づけることが妥当であると考えられる。

具体的なアウトカム指標の設計については、当事者の多様な経験を過度に単純化することのないよう十分に留意しつつ、今後、当事者、行政、研究者、実践者が協働して検討していくことが求められる。

---

## 10. 論点整理としての結論

以上を踏まえ、今後検討すべき論点は以下に集約される。

- 精神科外来診療における「良質さ」とは何か
- 自立支援医療という公費医療において、治療成果をどのように捉えるか
- 精神科外来診療における意思決定の質をいかに高めるか
- 共同意思決定を成立させるための患者教育・支援の在り方
- 医療中断という意思決定を尊重しつつ、健康や生活を守るためのフォローをどのように位置づけるか

- 指針が掲げる理念を、精神科外来診療の現場でどのように実装するか
- 精神科外来診療におけるアウトカムをどのように捉えるか  
(患者満足度も取り込んだ指標の位置づけを含む)

本整理は、特定の制度改正や結論を直ちに導くものではない。「精神科外来診療の良質化」というテーマを政策的検討課題として正面から位置づけ、検討会内において、改めて問題意識を共有すること、そのこと自体に「意義がある」と考える。