

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

新たな地域精神保健医療体制の
構築のための実態把握
および活動の評価等に関する研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 竹島 正

平成 26（2014）年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

新たな地域精神保健医療体制の
構築のための実態把握
および活動の評価等に関する研究

平成 25 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 竹島 正

平成 26（2014）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告書

新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握 および活動の評価等に関する研究	1
研究代表者 竹島 正	

II. 分担研究報告書

1. 地域精神保健医療の社会サービスへの統合とその評価・ リーダーとなる人材育成に関する研究	7
―地域精神保健医療強化とリーダーシップ育成の検討― 竹島 正、西 大輔、立森 久照、臼田謙太郎、後藤 基行、 下田 陽樹、岡村 毅、金田一正史、家原 敏彰、大澤日登美、 中村 征人、佐々木英司、的場 由木、山田 全啓	
【分担研究・共同報告書】 ―障害福祉計画に係る基本指針における入院中の精神障害者の 地域生活への移行の指標の検討―	17
竹島 正、立森 久照	
―在院期間からみた医療観察法入院処遇と 一般精神科入院治療の地域・医療機関特性の関連―	29
竹島 正、河野 稔明、立森 久照、菊池安希子、長沼 洋一、 安藤久美子、岡田 幸之	
2. 630 調査等による精神保健医療福祉のマクロ動向の分析に関する研究	35
立森 久照、臼田謙太郎、後藤 基行、下田 陽樹、西 大輔、 竹島 正	
3. 地域精神保健医療のニーズの変化とその予防的対応に関する研究	51
森川 将行、井上雄一郎、小泉 典章、黒田 安計、永岡 秀之、 大塚 俊弘、白川 教人、土山幸之助、山下 俊幸	
4. 保護者制度・入院制度の理論枠組みおよび法律構成の分析	85
久保野恵美子、町野 朔、道垣内弘人、磯部 哲、柑本 美和、 佐藤雄一郎、千葉 華月	
5. 国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究	89
丸田 敏雅、松本ちひろ	

6.	高齢精神障害者の処遇実態の分析と対策に関する研究	93
	栗田 主一、井藤 佳恵、岡村 毅、古田 光、稲垣 宏樹、 杉山 美香、立森 久照、新美 芳樹	
7.	入院患者の権利擁護に関する研究	99
	河崎 建人、平田 豊明、浅井 邦彦、東 司、岡崎 伸郎、 鴻巣 泰治、田辺 等、千葉 潜、中島 豊爾、永野貫太郎、 益子 茂、松浦 玲子、松原 三郎、松村 英幸、三木恵美子、 山下 俊幸、八尋 光秀、吉澤 雅子、四方田 清	

研究班名簿

I . 総括研究報告

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
総括研究報告書

研究代表者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】精神保健医療福祉施策の進捗状況、目標の達成状況等についての実態把握や評価を行うことを目的とする。これは主として毎年実施される全国精神科病院等のモニタリング調査（630 調査）の分析により行う。また、重点課題である保護者制度・入院制度、高齢精神障害者の処遇、入院患者の権利擁護について施策の方向性を提示することを目的とする。さらに、精神保健医療の社会サービスへの統合、リーダーとなる人材育成の検討を行い、改革ビジョン以後の施策の準備を行う。

【方法】(1)都道府県の 630 調査活用事例のヒアリング、研修によるリーダーシップ育成の検討を行った。障害福祉計画に係る基本指針の見直しにおける、入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標の検証・検討を行った。在院期間からみた医療観察法入院処遇と一般精神科入院治療の地域・医療機関特性の関連を検討した。(2)精神保健医療福祉改革の進捗状況の把握を中心に、全国すべての精神科病院データの収集とそれを用いた詳細分析を行った。(3)精神保健福祉センターでの相談内容について全国調査に使用する調査票を用いた試行調査を行った。(4)保護者制度・入院制度の理論枠組みおよび法律構成を行った。(5)第 11 回国際疾病分類 (ICD-11) に向けて、WHO の ICD-11 関連会議への出席および ICD-11 プライマリケア版草案の翻訳およびフィールドトライアルおよび我が国からの意見の集約を行った。(6)一般病床に入院する認知症・精神障害高齢者、地域に潜在する認知症・精神障害高齢者、社会的困難状況にある認知症・精神障害高齢者、生活困窮高齢者における認知症・精神障害高齢者の実態把握を行った。(7)精神医療審査会活動に関する定例調査、精神医療審査会活動における問題事例調査、全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムを行った。また、全国精神医療審査会運営要綱を収集して比較・分析した。

【結果および考察】(1)都道府県における 630 調査の活用にはさまざまな事例があり、それらを促進する取り組みが必要と思われた。リーダーシップをテーマにして行われた研修はおおむね好評であり、それを継続することが期待された。入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標はおおむね妥当と考えられた。一般精神科患者で早期退院を実現している地域や医療機関でも、医療観察法対象者の在院期間はむしろ長い傾向にあった。(2)平均退院率の数値目標とは'11 年時点でおおよそ 5 ポイントの開きがあった。退院率は年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあった。統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。(3)連続 5 日間の試行調査をもとに調査票の改訂を行った。(4)平成 25 年改正の精神保健福祉法改正は家族の位置づけについて過渡的な立法であるとの結論を得た。(5)WHO の ICD-11 関連会議への出席およびフィールドトライアルを行った。(6)一般病院の一般病床には高い頻度で認知症高齢者が入院していること、地域には認知症・精神障害をもつ後期高齢者が高頻度に潜在していることが明らかになった。(7)請求受理から審査結果の通知まで平均 32.7 日を要していた。審査会運営マニュアルの改訂案を作成した。

【結論】精神保健医療を、(1)精神科病院等の施設内でのサービス提供（第 1 段階）、(2)患者および家族のためのサービスの地域における提供（第 2 段階）、(3)地域に存在する精神保健問題に広く目を向けた地域住民と地域社会のためのサービス提供（第 3 段階）の 3 つに区分するならば、

わが国は第2から第3段階への移行期にあると考えられる。本研究によって移行期の課題、すなわちポスト改革ビジョンの取り組みが浮き彫りにされつつある。

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
森川 将行 (堺市こころの健康センター)
久保野恵美子 (東北大学大学院法学研究科)
丸田 敏雅 (東京医科大学精神医学講座)
栗田 圭一 (東京都健康長寿医療センター研究所)
河崎 建人 (水間病院・全国精神医療審査会連絡協議会会長)

A. 研究目的

こころの健康は健康全般におよぶ公衆衛生的問題であるという認識が広がりつつあるが、わが国においてもそのニーズは質量ともに増大し、求められるサービスも多様になっている。国では平成16年9月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」）および平成21年9月の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」による報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」（以下、「あり方等検討会報告書」）、障害者制度改革の検討等を行ってきたが、これらに対応した、新たな地域精神保健医療体制の構築が求められている。

本研究は、これらを踏まえて、施策の進捗状況、目標の達成状況、医療計画に関連する事項等についての実態把握や評価を行うことを目的とする。これは主として24年度から26年度まで毎年実施する全国の精神科病院、精神科デイ・ケア施設等の施設と利用実態のモニタリング調査（630調査）を分析することにより行う。また、これらの報告の中の重点課題である保護者制度・入院制度、高齢精神障害者、入院患者の権利擁護について、法の理論的枠組みや実態分析を踏まえて施策の方向性を提示する。さらに、地域のニーズの変化や、地域精神保健医療が社会サービスの一環として機能することが求められている現状を踏まえて、精神保健医療の社会サービスへの統合度とその評価・リーダーとなる人材育成についての検討を行い、改革ビジョン以

後の施策の準備を行う。

B. 研究方法

1. 地域精神保健医療の社会サービスへの統合とその評価・リーダーとなる人材育成に関する研究

1) 地域精神保健医療強化とリーダーシップ育成の検討

地域精神保健発展のために既存の情報の活用を進める観点から630調査の電子調査票および同調査の都道府県行政等における活用状況の聞き取り調査を行った。また、地域で気付かれるメンタルヘルスの問題と対応についての意見交換と、地域精神保健医療リーダーシップ育成トレーニングの評価を行った。

2) 障害福祉計画に係る基本指針における入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標の検討（立森分担との共同報告書）

障害福祉計画に係る基本指針の見直しにおいて、入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標として、(1)入院後3ヶ月時点における退院率の上昇、(2)入院後1年時点での退院率の上昇、(3)在院期間1年以上の長期在院者の減少を成果目標とすることが検討されている。平成21年度から23年度630調査データの都道府県別集計を使用して、(1)と(2)については、これらを成果目標とすることの妥当性の検討、(3)については指標の方向性の検討を行った。

3) 在院期間からみた医療観察法入院処遇と一般精神科入院治療の地域・医療機関特性の

関連

630 調査の平成 23 年度調査分のデータを用いた。まず、調査時点で開棟後 3 年以上、入院対象者 20 名以上の指定入院医療機関 12 ヶ所について、医療機関ごとに、医療観察法と精神保健福祉法それぞれで在院患者に占める在院期間 1 年以上の入院者の割合（以下、1 年以上入院者割合）を計算し、Spearman の順位相関係数を求めた（分析 1）。次に、調査時点で開棟後 3 年以上の指定入院医療機関が所在し、入院対象者合計 20 名以上の 13 都県について、都県ごとに、医療観察法と措置入院それぞれで 1 年以上入院者割合を計算し、同係数を求めた（分析 2）。

2. 630 調査等による精神保健医療福祉のマクロ動向の分析に関する研究

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した全国精神科医療施設などの状況についての資料（630 調査）を、同課の許可を得て二次的に分析した。このデータはわが国の精神科病院等のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。1996 年から 2011 年調査のデータを使用した。

3. 地域精神保健医療のニーズの変化とその予防的対応に関する研究

平成 24 年度に全国保健所長会と全国センター長会に対して施行した今後の地域精神保健医療のニーズのアンケート調査、並びに過去の相談内容調査を参考に、精神保健福祉相談内容に関する調査票を作成した。試行調査への協力が得られた 5 箇所のセンターを対象に 10 月下旬から 11 月上旬にかけて平日の連続 5 日間を対象とした。調査内容は、相談者属性、対応職種、相談方法（来所、訪問、電話、電子メール等）、相談内容、所要時間、疾患名・状態、紹介経路、精神科治療歴、相談内容（衛生行政報告例等）、そして連携機関等であった。

4. 保護者制度・入院制度の理論枠組みおよび法律構成の分析

精神保健福祉法の改正について、日本法および比較法的な検討を加え、法律解釈上の基礎を与えることを主目的として、既存の日本の裁判例および解釈論の調査、検討、外国法との基本的な比較調査研究を行った。

5. 国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

WHO の主催する会議や関連学会へ参加し情報収集および我が国からの提言の発信を行った。また、WHO がフィールドトライアルを行う臨床実践グローバルネットワーク Global Clinical Practice Network(以下 GCPN)の構築およびフィールドトライアルを行った。

6. 高齢精神障害者の処遇実態の分析と対策に関する研究

一般病床に入院する認知症・精神障害高齢者（研究 1）、地域に潜在する認知症・精神障害高齢者（研究 2）、社会的困難状況にある認知症・精神障害高齢者（研究 3）、生活困窮高齢者における認知症・精神障害高齢者（研究 4）の実態把握に関する調査研究を行うとともに、班研究内シンポジウムを開催し、「統計資料から見た入院患者の高齢化と長期在院化」および「精神科病院に入院する認知症高齢者の現状と課題」について情報を共有した。

7. 入院患者の権利擁護に関する研究

(1)全国 67 の精神医療審査会の活動状況を事務局にアンケート調査、(2)精神医療審査会活動の中で問題となった事例の収集、(3)全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画・開催、(4)全国精神医療審査会運営要綱の比較検討、(5)精神保健福祉法の改正に伴う精神医療審査会運営マニュアル改訂案の作成を行った。

（倫理面への配慮）

24 年度から 26 年度まで毎年実施予定の全国すべての精神科病院、精神科デイ・ケア施設、障害者自立支援法に基づく施設・事業の、施設と利用実態のモニタリング調査（630 調査）に関しては、個人情報の含まれない数値による集合データまたは精神科病院等の施設の運営状況に関する文章化された情報であつ

て、個人を特定可能な情報は含まれない。また研究分担者の実施する研究で倫理面への配慮を要する調査を行う場合は、疫学研究に関する倫理指針を踏まえて実施するものとし、必要に応じて研究分担者の所属する機関の倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果および考察

1. 地域精神保健医療の社会サービスへの統合とその評価・リーダーとなる人材育成に関する研究

1) 地域精神保健医療強化とリーダーシップ育成の検討

都道府県における 630 調査の活用にはさまざまな好事例があり、それらの情報収集を行いながら、都道府県が積極的に活用できる方策を講じることが必要と思われた。地域で気付かれるメンタルヘルスの問題と対応についての意見交換からは、警察官通報の増加要因の分析を行う必要性が示唆された。また、地域における連携のための情報共有の重要性が浮き彫りになった。適切な連携のための顔の見える関係づくりはもちろん重要であるが、相互の情報共有という一歩進んだ方策も検討が望まれた。リーダーシップをテーマにして行われた研修のプログラムはおおむね好評あり、それへのニーズがあることが示唆された。

2) 障害福祉計画に係る基本指針における入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標の検討（立森分担との共同報告書）

早期退院と社会復帰を促すには、退院率の増加率が最も大きく、かつ社会復帰率の高い入院後 3 ヶ月までの退院促進を成果目標に組み込むことは妥当と考えられた。また、3 ヶ月退院率と 1 年後退院率の成果目標の数値も妥当と考えられた。在院期間 1 年以上の長期在院者の減少の指標については、(a) 現行の指標である 1 年以上退院率の最も高い 5 都道府県を成果目標とする、(b) 1 年以上長期在院患者数の減少率の高い 5 都道府県の在院患者数の減少割合を成果目標とする、(c) 1 年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い 5 都道

府県の在院患者の減少割合を成果目標とする、(d) 1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比の最も小さい 5 県都道府県を成果目標とする、(e) 1 年時退院率の高い 5 県都道府県の 1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比を指標とする、という 5 つを挙げられるが、(a)(b)(c) は過渡期の指標、(d)(e) は持続性のある指標であり、過渡期の指標としては (b) がわかりやすさの上で優位であると考えられた。

3) 在院期間からみた医療観察法入院処遇と一般精神科入院治療の地域・医療機関特性の関連

(分析 1) 相関係数は -0.41 で、弱い負の相関を認めた。すなわち、各指定入院医療機関において、一般精神科病棟に在院期間の短い患者が多ければ、医療観察法病棟に在院期間の長い対象者が多い傾向にあった。(分析 2) 相関係数は -0.65 で、やや強い負の相関を認めた。すなわち、各都県において、在院期間の短い措置入院患者が多ければ、在院期間の長い医療観察法対象者が多かった。一般精神科患者で早期退院を実現している地域や医療機関でも、医療観察法対象者の在院期間はむしろ長い傾向にあった。地域や医療機関のもつ一般精神科患者の地域移行促進要因が医療観察法対象者には必ずしも関連しないのかなど、その理由を検討する必要があると思われた。

2. 630 調査等による精神保健医療福祉のマクロ動向の分析に関する研究

改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均退院率 71.1 (目標値 76 以上)、退院率 24.6 (同 29 以上)、統合失調症等による在院患者数 175,610 人 (同 15 万人以下) であった。2011 年の精神科病院等の在院患者総数は 304,394 人であり、前年比で 4,221 人の減であった。統合失調症等の在院患者数は '10 年から '11 年の間で 4,620 人の減 ('09 年から '10 年の間では 3,664 人の減)、一方で認知症を含む器質性精神障害のそれは 67,970 人と '10 年から '11 年の間で 1,077 人の増 ('09 年から '10

年の間では 2,564 人の増) であった。なお認知症に限った場合 (F00-F03) は、'10 年から '11 年の間で 188 人の増 (59,328→59,516) であった。認知症等、統合失調症等とともに人口 10 万対在院患者数が多いのは日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているという特徴に変化はない。統合失調症等はほぼ全ての県で人口 10 万対患者数が減少傾向にある。平均退院率はおおむね増加傾向にあったと言えるが、近年は 71.2、71.2、71.4、71.1 とほとんど変化がみられない。一方で退院率は年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあるように見え、'08 年以降は 4 年間続けて上昇していた。在院期間が一年以内の患者の動態の指標である平均退院率は改革ビジョン前から上昇傾向にあったが、この数年はほとんど変化がみられず停滞状況にある可能性が高い。数値目標とは '11 年時点でおおよそ 5 ポイントの開きがある。一方、すでに長期在院となった患者の動態の指標である退院率は年ごとの変動はあるが全体としては緩やかな増加傾向にみえ、'08 年以降は 4 年間続けて上昇していた。数値目標の水準からはまだ 4 ポイント強の隔たりがある。長期在院者の中核をなす統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。認知症等の在院患者数は '03 年以降 '11 年まで一貫して増加傾向にあったが、'09 年から '10 年の間の増加はその前後と比べて著しかった。

3. 地域精神保健医療のニーズの変化とその予防的対応に関する研究

5 箇所自治体における連続 5 日間の相談総数は重複も含めて 415 件で、新規の相談総数は 142 件であった。相談対象者内訳は、男性が 54%、女性が 43%、不明 3% で、相談対応に要した時間は、男性が平均 31.2 分、女性が 27.6 分であった。相談方法は、電話による相談が 56% と最も多く、次いで来所が 36%、訪問が 4%、電子メールが 3%、その他(手紙、FAX 等) が 1% であった。精神科通院歴は、

通院歴なしが 34%、通院中が 30%、中断が 18%、そして入院中が 5% で、過去に精神科入院歴がある場合は 15% であった。衛生行政報告例に準拠した相談内容(複数回答)では、心の健康づくりが 27%、思春期が 22%、社会復帰が 10%、薬物が 6%、うつ・うつ状態が 5%、ギャンブルと薬物が各々 2%、そして老人精神保健が 1% であった。相談内容からは、ひきこもり、依存症関連、自殺関連(自死遺族含)、そして発達障害への対応が示されたが、とりわけ依存症関連では、アルコールや従来からの違法薬物に加えて、ギャンブル、いわゆる違法ドラッグ(ハーブ、アロマ等)、処方薬についての相談が認められた。相談方法等の内容から、センターは大きく 3 つのサブグループに分けられた。電話相談が中心で、継続相談をほとんど行わないもの、電話・来所・訪問等を含めた全ての相談方法を行い、継続相談を多く提供しているもの、そして来所・電話が中心で、少数の継続相談を受けているものであった。センターは医療モデルでは対応が困難なプレメディカルな対象者への相談を提供し、若年層への支援を積極的に行うなど、相談業務は多様に渡っており、地域の状況を反映していた。

4. 保護者制度・入院制度の理論枠組みおよび法律構成の分析

平成 25 年改正の精神保健福祉法の解釈については、①新たな医療保護入院制度における家族等の同意について、家族等の意見が相違する場合の扱い、親権者の位置づけ、市町村長同意の確保などの課題が存し、②保護者制度の廃止について、成年後見および日常生活自立支援事業が十分な受け皿となるか、精神科診療に限らない医療の場面で患者の家族に認められるべき地位はどのようなものか等の課題があり、特に家族の位置づけについて過渡的な立法であるとの結論を得た。

5. 国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

WHO からの情報収集を 2013 年 11 月に上海で行われた WHO Field Study Group 会議や

2013 年 11 月にウィーンで開催された世界精神医学会国際会議において、診断分類をテーマに発表を行った。WHO 本部の作業の遅れもあり ICD-11 作成に向けた上記の GCPN の構築と「ストレスと特に関連する障害」のフィールドトライアルを行った。

6. 高齢精神障害者の処遇実態の分析と対策に関する研究

一般病院の一般病床には高い頻度で認知症高齢者が入院していること、地域には認知症・精神障害をもつ後期高齢者が高頻度に潜在していること、こうした高齢者には「家族に関する問題」「地域社会との関係に関する問題」「虐待・経済問題」「身体的問題」などの複合的課題によって困難事例化するリスクがあること、生活困窮状態にある高齢者においても高い頻度で認知症・精神障害高齢者が認められること、精神病床に BPSD のために入院する認知症高齢者は増加しており、認知症高齢者の入院期間が長期化する傾向にあることが可視化された。認知症や精神障害をもつ高齢者のための地域精神保健体制を構築するためには、地域精神保健医療福祉と高齢者保健医療福祉介護の制度的な連携（System Integration）が不可避の課題であることが示唆された。

7. 入院患者の権利擁護に関する研究

(1) 全ての精神医療審査会事務局から回答があった。平成 24 年度、全国には 202 の合議体があり、1 審査会当たり平均 25.6 回の合議体が開催され、1 回の開催当たり平均 143.3 件の書類審査が行われていた。退院・処遇改善請求の審査は 2,753 件あったが、審査件数には大きな地域差があった。請求受理から審査結果の通知まで平均 32.7 日を要しており、請求の 3 割近くが不審査に終わっていた。(2) 10 審査会から、入院適応や処遇改善、保護者の適格性などに関する 12 例の疑義症例が報告された。(3) 福岡市と東京でシンポジウムを開催し、精神保健福祉法改正に伴う精神医療審査会活動のあり方を中心に議論を展開した。(4) 全国の精神医療審査会から運営要綱を

収集し、21 項目について内容を比較したところ、審査結果の確認、書類審査での審問権など、いくつかの項目では、過半数の運営要綱で記載がなかった。現行の精神医療審査会運営マニュアルで審査会の機能を担保する項目を再評価した上で、迅速化、機能強化、均質化を旨として、運営マニュアルの改訂案を作成した。

D. 結論

精神保健医療福祉施策の進捗状況、目標の達成状況等についての実態把握や評価として 630 調査の分析を行った。また、重点課題である保護者制度・入院制度、高齢精神障害者の処遇、入院患者の権利擁護について施策の方向性の検討を行った。さらに、精神保健医療の社会サービスへの統合、リーダーとなる人材育成の検討により、改革ビジョン以後の施策の準備を行った。精神保健医療を、(1) 精神科病院等の施設内でのサービス提供（第 1 段階）、(2) 患者および家族のためのサービスの地域における提供（第 2 段階）、(3) 地域に存在する精神保健問題に広く目を向けた地域住民と地域社会のためのサービス提供（第 3 段階）の 3 つに区分するならば、わが国は第 2 から第 3 段階への移行期にあると考えられる。本研究によって移行期の課題、すなわちポスト改革ビジョンの取り組みが浮き彫りにされつつある。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

各分担研究報告書に記載

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

- | | |
|-----------|----|
| 1. 特許取得 | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他 | なし |

Ⅱ. 分担研究報告

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」

分担研究報告書

地域精神保健医療の社会サービスへの統合とその評価・リーダーとなる人材育成に関する研究
―地域精神保健医療強化とリーダーシップ育成の検討―

研究分担者	竹島 正	((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者	西 大輔	((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
	立森 久照	((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
	臼田謙太郎	((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
	後藤 基行	((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
	下田 陽樹	((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
	岡村 毅	((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)
	金田一正史	(千葉県精神保健福祉センター)
	家原 敏彰	(京都府中丹東保健所)
	大澤日登美	(千葉県松戸健康福祉センター)
	中村 征人	(愛知県知多保健所)
	佐々木英司	(埼玉県川口保健所)
	的場 由木	(NPO 法人自立支援センターふるさとの会)
	山田 全啓	(奈良県葛城保健所)

研究要旨：

【目的】 地域精神保健医療の強化とリーダーシップ育成の検討を多角的に行い、改革ビジョン以後の施策の準備の示唆を得ることを目的とした。

【方法】 地域精神保健発展のために既存の情報の活用を進める観点から 630 調査の電子調査票および同調査の都道府県行政等における活用状況の聞き取り調査を行った。また、地域で気付かれるメンタルヘルスの問題と対応についての意見交換と、地域精神保健医療リーダーシップ育成トレーニングの評価を行った。

【結果および考察】 都道府県における 630 調査の活用にはさまざまな好事例があり、それらの情報収集を行いながら、都道府県が積極的に活用できる方策を講じることが必要と思われた。地域で気付かれるメンタルヘルスの問題と対応についての意見交換からは、警察官通報の増加要因の分析を行う必要性が示唆された。また、地域における連携のための情報共有の重要性が浮き彫りになった。適切な連携のための、顔の見える関係づくりはもちろん重要であるが、相互の情報共有という一歩進んだ方策を検討することが望まれる。リーダーシップをテーマに行われた研修のプログラムはおおむね好評であり、それへの現場ニーズがあることが示唆された。

【結論】 地域精神保健医療の充実強化には、精神保健福祉制度以外の関連する諸制度の動向も視野に入れた「自治体等との協働による地域介入研究」の実現可能性を検討することが必要と思われた。また、630 調査などの既存資料の積極的活用、地域に起こっている変化のモニタリング、地域における支援者の情報共有の仕組みづくり、リーダーシップの育成が重要と考えられた。

A. 研究目的

こころの健康は、保健医療に限らず、広く

社会的支援を要する課題とも関連する、公衆衛生上の重要な課題であるという認識が広が

りつつある。地域精神保健医療については、国では、平成 16 年 9 月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、改革ビジョン）および平成 21 年 9 月の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」（以下、あり方等検討会）、障害者制度改革の検討等を行い、平成 25 年には精神保健福祉法改正によって精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針が作成されることになり、これらに対応した地域精神保健医療体制の構築が求められている。その一方、介護保険法（1997）、児童虐待防止法（2000）、ホームレス特別措置法（2002）、発達障害者支援法（2004）、自殺対策基本法（2006）、刑の一部執行猶予法（2013）、アルコール健康障害対策基本法（2013）、生活困窮者支援法（2013）など、地域精神保健医療と密接に関わる新たな法制度が次々に生まれ、これらと地域精神保健医療のつながりが求められている（表 1）。また、近年は精神保健福祉法第 24 条（警察官通報）等の増加が著しく、地域精神保健医療の新たな課題となっている（図 1）。

本研究は、地域精神保健医療へのニーズの変化を踏まえて、その強化とリーダーシップ育成の検討を多角的に行い、改革ビジョン以後の施策の準備の示唆を得ることを目的とした。

B. 研究方法

地域精神保健発展のため、既存の情報の活用を進める観点から、都道府県等における 630 調査の活用に関する聞き取り調査を行った。また、地域で気付かれるメンタルヘルスの問題と対応についての意見交換と、地域精神保健医療リーダーシップ育成トレーニングの評価を行った。以下、それぞれについて述べる。

1. 都道府県等における精神保健福祉資料（630 調査）の活用に関する聞き取り調査

630 調査とは、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が毎年 6 月 30 日付で都道府県・指定都市に報告を依頼している調査であって、（独）国立精神・神経医療

研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部では、厚生労働科学研究費補助金をもとに 630 調査の企画、分析、公表を行っている。2009 年度からは、精神科病院調査分の電子調査票を開発し、その普及に努めてきた。平成 23 年度における電子調査票の利用は全国の精神科病院のおよそ 3 割程度と見込まれるが、回答の迅速性・正確性と、回答者および行政の事務負担の軽減のために、電子調査票の利用拡大が望まれる。このため、3 県（兵庫県、長崎県、高知県）における 630 調査の電子調査票の活用状況、同調査の都道府県における活用状況等の聞き取り調査を行った。また、平成 25 年度「地域保健総合推進事業「精神科医療と地域ケアの連携推進事業」の分担事業と連携して保健所における活用可能性の検討を行った。

聞き取りの内容は、3 県においては、（1）電子調査票普及の取り組み、（2）電子調査票利用による各病院および行政の事務負担の軽減、（3）主管課資料としての 630 調査の活用、（4）電子調査票のもとになる病院個票データの連結による詳細分析の可能性、（5）電子調査票の改善すべき点、であった。保健所については、厚生労働省精神・障害保健課の了解を得て「精神科医療と地域ケアの連携推進事業」に参加する保健所 6 箇所分の保健所別集計を作成し、その利用可能性の検討を依頼した。3 県における聞き取り調査は、平成 25 年 10 月 11 日兵庫県障害福祉課（29/29、100%）、平成 25 年 11 月 1 日長崎県障害福祉課（9/38、24%）、平成 25 年 12 月 6 日高知県障害保健福祉課（19/23、83%）であった（カッコ内は、平成 23 年度に電子調査票を利用していると思われる病院数/回答のあった精神科病院数、電子調査票の利用割合）。

2. 地域で気付かれるメンタルヘルスの問題と対応についての意見交換

精神保健福祉法による通報等の動向を分析し、その上で、地域で気付かれるメンタルヘルスの問題、特に重症のメンタルヘルスの問題をかかえながら治療や見守りにつながりに

くい人たちについて、どのような方法で存否を把握できるか、その支援にはどのようなことが考えられるかなどについて、平成 25 年 11 月 9 日に八重洲ホールにてグループディスカッションを行った。出席者は、地域のニーズを知る者として、全国精神保健福祉相談員会から、金田一正史（千葉県精神保健福祉センター）、家原敏彰（京都府中丹東保健所）、大澤日登美（千葉県松戸健康福祉センター）、中村征人（愛知県知多保健所）、佐々木英司（埼玉県川口保健所）が参加した。また、困窮者支援の現場における精神保健医療のニーズを知る者として、岡村毅（東京都健康長寿医療センター研究所）、的場由木（NPO 法人自立支援センターふるさとの会）が参加した。さらに、3 次救急における保健医療のニーズを知る者として、西大輔（NCNP 精神保健研究所精神保健計画研究部）が参加した。進行は研究分担者が務め、趣旨説明の後、保健所の精神保健福祉業務、困窮者支援、3 次救急の現場を踏まえた報告があり、討議を行った。

3. 地域精神保健医療リーダーシップ育成トレーニングの評価

地域精神保健福祉の重要課題の情報を提供するとともに、コミュニティメンタルヘルスの発展の方向性と、そのリーダーシップの育成を目的として、(独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の実施する「第 50 回精神保健指導課程研修」を「第 1 回コミュニティメンタルヘルス・リーダーシップトレーニング」として実施した（以下、CMH トレーニングと略す）。CMH トレーニングでは WHO と WONCA の示した精神保健のプライマリケアへの統合のピラミッドモデル（長期入院施設と専門的な精神医療サービスを頂点に、総合病院における精神医療サービスと地域精神保健サービス、精神保健に目を向けたプライマリケアサービス、非公式のコミュニティケア、セルフケアの五層で構成。図 2）の、わが国における適用可能性の議論を行うことに焦点を当てた。CMH トレーニングの対象者は、(1)都道府県（指定都市）等において

精神保健福祉計画の企画立案の指導的立場または中心的役割を担う者（精神保健福祉審議会等の専門的検討会の委員等を含む）、(2)公的機関または民間団体において地域精神保健医療福祉（コミュニティメンタルヘルス）の実践の指導的立場または中心的役割を担う者であって、52 名が受講した。研修は平成 25 年 6 月 26-27 日の 2 日間で、会場は、がん研究振興財団国際研究交流会館であった。精神・神経科学振興財団の協力を得た（資料）。（倫理面への配慮）

本研究では個人情報扱わない。また、聞き取り調査と意見交換をまとめるに当たっては、協力者および対象者に適切なまとめが行われているかどうかの確認を行った。

C. 研究結果

1. 都道府県等における 630 調査の活用に関する聞き取り調査

3 県の聞き取り調査から下記のようにまとめられた。

- (1) 電子調査票普及の取組
 - ・ 医療機関に資料作成を依頼するときに電子調査票利用案内を送っている。
- (2) 電子調査票利用による各病院および行政の事務負担の軽減
 - ・ 病院の負担は軽減されている。
 - ・ 県では紙で報告が届いた場合、縦横計を点検している。データで報告があれば作業は早くなる。
- (3) 主管課資料としての 630 調査の活用
 - ・ 各病院等の報告をもとに年度版の「精神保健福祉の現状」を作成している。この冊子には、630 調査をもとに、各病院別の入退院の状況、疾患区分、在院期間別区分も掲載している。また、各病院別の保険費用負担区分、入院患者の出身地別・保健所別状況を掲載している（県の独自調査として 630 調査に併せて実施）。
 - ・ 630 調査に併せて、居住地別の在院患者数の報告を求めている。
 - ・ 医療計画、地域移行に関する委員会、議

会の資料等に活用している。

- ・ 保健所の実地指導に活用している。

(4) 電子調査票のともになる病院個票データの連結による詳細分析の可能性

- ・ 個々の病院にメリットがあることがポイントになる。病院はそれぞれの経営戦略を立てるうえで情報を求めており、協働できる可能性はある。

(5) 電子調査票の改善すべき点

- ・ 630 調査の調査開始と電子調査票の利用開始時期を同時にできないか。
- ・ ダウンロードするときの入り口が難しい。アドレスとパスワードの入力に手間がかかる。リンクにできないか。
- ・ 630 調査による平均在院日数が算出できるとよい。
- ・ エラー照会結果に基づいて修正されたデータベースを自県のデータについて提供してもらえると助かる。

(6) その他

- ・ 改革ビジョン研究ページで公開されている都道府県・政令指定都市のデータ閲覧システムは、医療計画、障害者福祉計画、実地指導などに非常に有用。可能なら自県のデータ限定で施設ごとのデータも閲覧できることを希望する。
- ・ 診療所調査票において、「居住地別の受診者数（どこから患者が来ているか）」、「診療時間（夜間対応の有無など）」、「受診者における入院の発生状況」がわかるとよい。
- ・ 施設ごとの経年変化が把握できるとよい。
- ・ 年齢区分が障害福祉計画と異なるので、どちらかを変更して合わせて欲しい。

「精神科医療と地域ケアの連携推進事業」における検討の結果、次の報告があった。

- ・ 630 調査の保健所単位の集計は、管内精神医療保健福祉機関長等連絡会議、地域医療推進対策協議会、精神疾患作業部会等の会議で活用することが考えられる。
- ・ 地域移行事業・地域定着事業を進めるための資料になる。

- ・ 個別病院の集計表もほしい。

2. 地域で気付かれるメンタルヘルスの問題と対応についての意見交換

意見交換の概要を箇条書きにまとめ、研究分担者が特に重要と考えた箇所に下線を付した。

- ・ 市町村が広域化して従来型の公衆衛生的なアプローチは困難になってきている。
- ・ 市町村には、精神保健の考え方は根をおろしておらず、精神保健福祉に関わる従事者も不足している。
- ・ 緩やかな支援や見守りという保健所の機能は不足しており、サービスの必要な人が、自分で求めないとそれに届かない状況になっている。保健所を「地域型の精神保健福祉センター」として強化していくことが望まれる。
- ・ 精神保健における情報や支援はまだまだ行き届いていない。
- ・ 学校教育において、健康教育の一環としてメンタルヘルスを盛り込んでいくことが重要ではないか。
- ・ 地域の中に相談支援事業所があるが、相談員の入退職が激しく、地域に十分根付いていないという現実がある。
- ・ 重症のメンタルヘルスの問題を抱える人の見守りには継続的な関わりが必要になる。障害者総合支援法のサービス利用を踏まえたモニタリングが有効に活用される必要がある。また、精神保健相談として、市町村の保健分野がどのように関わることができるかも重要である。
- ・ 警察官通報が増加している。
- ・ 警察官の生活安全相談から支援につながることや、家族支援から介入につながることがある。警察や家族支援のできる社会資源を活かすことも有効である。
- ・ 精神疾患が背景にあり、ひきこもり状態にあるケースは地域の中で埋もれているのが実情である。近隣住民からの苦情から支援につながるケースや、児童相談所や包括支援センターからの支援の依頼によってケースを把握することもある。

- ・ いろいろな分野の幅広い知識をもつ人材の育成が必要ではないか。
- ・ メンタルヘルスの支援に関わる人たちが疲れてしまうことや、辛くなる気持ちから守っていく仕組みも必要である。
- ・ 地域の中でネットワークを作るときに、個人情報の問題は必ず出てくる。お互いに顔の見える関係だったら、ある程度情報を共有することが可能かもしれないが、そうでない場合や、人の出入りが激しいと情報を共有しにくい。その一方で、顔の見える関係をつくるには時間がかかるという問題がある。
- ・ 精神科医がメンタルヘルスの問題を抱える人を支援しようとする、結局、入院ということになってしまう。それを避けるには、プライマリケアやかかりつけ医師もある程度対応できるようにすることが必要である。独居、ホームレス、高齢で支援のない人には NPO の活動は重要である。
- ・ NPO などには、一つのミッションに向かう、特化した支援が可能ではないか。
- ・ 病院や保健所は業務が多様化している。そのため、連携やネットワークが大切になるが、その関係構築の時間と労力がまた必要になってくる。
- ・ NPO などを含めて地域で連携していくには情報共有が重要である。顔の見える関係づくりやクリティカルパスだけでは情報共有が遅れがちになり、社会が期待しているサービスと実際に提供できるサービスとの間に溝が生じる。地域の現場がオンライン化されていないのは一つの問題ではないか。
- ・ データ共有は、セキュリティの観点から難しい一面もあるが、テクノロジーの進歩もあるので、常に考えていく必要がある。
- ・ 行政の中で個人情報をどのように共有していくかも問題になる。災害時や単身者の安否確認、自殺予防などの観点で、市町村や都道府県レベルで協力していく場

面も出てくるだろう。どこまでの情報をデータベース化して共有するかは、今後の議論が必要であろう。

3. 地域精神保健医療リーダーシップ育成トレーニングの評価

受講者 52 名の職種は、精神科医 20 名、保健師 12 名、精神保健福祉士 8 名、臨床心理技術者 3 名、その他 9 名であった。所属機関は精神保健福祉センター 17 名、精神科医療機関 13 名、保健所・保健センター 13 名、市役所等 9 名であった。

受講者 52 名のうち 50 名 (96.2%) が受講後のアンケートに協力した。回答者の年齢は 40 代が最も多く 34%、50 代 30%、30 代 22%と続いていた。研修内容については「大変満足」24%、「満足」60%、「普通」8%、「やや不満」2%、「不満」0%、「無回答」8%であった。プログラム構成については「大変満足」18%、「満足」60%、「普通」12%、「やや不満」2%、「不満」0%、「無回答」8%であった。

自由記載の意見としては、(1)とても濃い内容の研修だった、(2)多角的な視野を持ち、自分の現場実践を推進しながら、全国的な動きも視野に入れて施策提言できる仕組みが必須であることを確信できた、(3)3 日間で同様のプログラムであればもっとゆっくり聞くことができる、(4)参加者が相互に交流できるディスカッションの時間を増やすとよい、(5)リーダーシップについて考え続ける姿勢を学んだ、(6)このような研修を主要都市でもやってもらいたい、(7)自らの活動を考える良い機会になった。オーストラリアからの講師の参加は自らを相対化するのによかった、(8)講義の中で誰もがリーダーシップになれる、自分が変わることで周りを変えられることを学び少しほっとした、(9)大きな枠組みとしての概念を得ることができてよかった、(10)どのようにしたら地域中心の精神科医療に移行させられるか具体的なプランは何もなかった、(11)グループディスカッションの進行について事前準備が不足していた、(12)セルフリーダーシップ、セルフリカバリーを実現するた

めのワークなど、今現在困っていることへの答え・ヒントが知りたかったので、2 日目のシンポジウムはよかった、(13)WHO のピラミッドモデル、リーダーシップとマネージメントは違うということが分かったことに「目からうろこ」という思いであった、(14)社会福祉サービス、非専門の人々とどのようにコラボレーションしていくかを考えていくことが重要ということをよく理解できた、(15)日本には固有の頑固な死角 (social well-being)が存在するのではないか、これを何とかしていきたい、(16)オーストラリアの精神保健システムについて詳しく知りたい、(17)専門的な見地からの資料や説明が主なので事務職には難しいと感じた部分が多かった、などの意見があった。

D. 考察

都道府県等における 630 調査の活用に関する聞き取り調査からは、聞き取りを行った 3 県すべてにおいて、630 調査を厚生労働省に報告する一方で、県独自の集計を行っていた。また一部の県では、630 調査に併せて県独自の調査を実施していた。このように 630 調査は、精神保健福祉施策推進のための資料としてしての役割が県レベルでも浸透している実態が確認された。さて、今回の聞き取りからは、電子調査票利用による病院の負担は軽減されているものの、ダウンロードするときの入り口が難しいなどの指摘があり、今後の電子調査票の改善に活かすべきと考えられた。また、都道府県による活用を進めやすくする方策を講じることも必要と考えられた。

現在の厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長から都道府県・政令指定都市精神保健福祉主管部（局）長への依頼文書にある「調査データの扱い」には、「(1)各都道府県・指定都市から送付された個票等は、精神・障害保健課にて受領の確認を行ったあと、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所にて分析を行います。(2)本調査の結果は、精神・障害保健課の業務に役立て

るほか、厚生労働科学研究に基づく報告書等、精神・障害保健課の承認した分析・報告等に活用します。(3)本調査の個票等は、データが確定した段階で処分します。また所要の手続きによらない個別データの公開は行いません。(4)調査結果は、「精神保健福祉資料」として各都道府県・指定都市に送付するとともに、「精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>)」において公表します。「精神保健福祉資料」のデータに修正があった場合にも、このページに掲載しますので、データを使用される場合は必ずご確認ください。」の 4 項が記載されているが、(2)の精神・障害保健課の承認した分析・報告等に都道府県等における活用を含むことを明記するなどして、都道府県等の利用を促すことも考えられる。また、厚生労働科学研究において分析した集計データ、すなわちデータクリーニングの終了した確定データを都道府県等に提供し、都道府県等における利用を促すことも考えられる。

地域で気付かれるメンタルヘルスの問題と対応についての意見交換からは、警察官通報の増加要因の分析を行う必要性が示唆された。研究分担者らが行った調査研究においては、「保護せずに、もしくは保護を解除した後に通報のあるケースが散見される」、「知的障害・発達障害のケースが増えている」、「措置入院は必要ないが、生活支援が必要な触法精神障害者の地域生活への移行、定着を支援するシステムづくりが必要」という指摘があったが¹⁾、地域におけるモニタリング充実の一環として、通報実態の分析を行うことが必要と考えられた。また、地域における連携のための情報共有の重要性が浮き彫りになったと言える。近年、精神科病院における電子カルテの導入と進化は著しく、相談、外来、入院等の情報共有は著しく円滑になっている。それに比べると地域精神保健医療の領域では、登場人物が多く、それぞれの所属する組織団体も多様であるにもかかわらず、情報を共有するための資材はきわめて限られているのが

実態である。適切な連携のための、顔の見える関係づくりはもちろん重要であるが、クリティカルパス以外の、相互の情報共有という一歩進んだ方策を検討することが望まれる。その第一歩として、どこかの地域あるいは活動をモデルに、情報共有のモデル開発研究を行うことも考えられるだろう。

地域精神保健医療リーダーシップ育成トレーニングの評価からは、地域精神保健医療強化のためのリーダーシップ育成への現場ニーズがあることが示唆された。精神保健指導課程研修は昭和 40 年の精神衛生法改正において、都道府県に精神衛生センター（当時）が設置されるようになって始まった研修であるが、50 回目の節目を迎えた段階で、リーダーシップトレーニングとして新たなスタートを切った。今後も CMH リーダーシップトレーニングとして研修を継続するとともに、本研究の観点からその評価を行うことが期待される。

さて、法律に基づく実務において、地域精神保健医療と密接に関わる新たな法制度が次々に生まれていること、これらと地域精神保健医療のつながりが求められていることはすでに述べた。また、近年の精神保健福祉法第 24 条（警察官通報）等の増加の背景には、地域に起きている精神保健の問題の多様化を示唆するものである。WHO は「メンタルヘルスアクションプラン 2013-2020」の基本理念として“*No health without mental health*（精神保健なしに健康なし）”を挙げている。地域精神保健医療と地域精神保健医療と密接に関わる新たな法制度との連携が求められる中、自治体等との協働による地域介入研究の具体的な検討を行うことが本研究に期待されている。その際、630 調査は地域介入の評価にも役立つ可能性がある。

E. 結論

地域精神保健医療へのニーズの変化を踏まえて、その強化とリーダーシップ育成の検討を多角的に行い、改革ビジョン以後の施策の準備を行うことを目的として、都道府県等に

おける 630 調査の活用に関する聞き取り調査を行った。また、地域で気付かれるメンタルヘルスの問題と対応についての意見交換と、地域精神保健医療リーダーシップ育成トレーニングの評価を行った。地域精神保健医療の充実強化には、精神保健福祉制度以外の関連する諸制度の動向も視野に入れた「自治体等との協働による地域介入研究」の実現可能性を検討することが必要と思われた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

謝辞

本研究における第 1 回コミュニティメンタルヘルス・リーダーシップトレーニングの実施にご協力をいただいた高橋清久先生（精神・神経科学振興財団）に感謝します。

表1.精神保健福祉制度と関連する制度

精神保健福祉制度等

- 精神衛生法(1950)
- 精神衛生法改正(1965)
- 精神保健法(1987)施行後5年見直し規定
- 精神保健法改正(1993)
- 障害者基本法改正(1993)
- 障害者プラン(1995)
- 精神保健福祉法(1995)
- 精神保健福祉法改正(1999)
- 新障害者プラン(2002)
- 心神喪失者等医療観察法(2003)
- 精神保健医療福祉の改革ビジョン(2004)
- 障害者自立支援法(2005)
- 精神保健福祉法改正(2005)
- 障害者自立支援法改正(2011)
- 精神保健福祉法改正(2011)
- 障害者基本法改正(2011)
- 障害者総合支援法(2012)
- 精神保健福祉法改正(2013)

関連する制度等

- 保健所法(1947)
- 医療法(1948)
- 医療法改正と医療計画の策定(1985)
- 地域保健法(1994)
- 介護保険法(1997)
- 健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動)(2000)
- 児童虐待防止法(2000)
- 健康増進法(2002)
- ホームレス特別措置法(2002)
- 発達障害者支援法(2004)
- 障害者雇用促進法改正(2005)
- 自殺対策基本法(2006)
- 学校保健安全法(2008)
- 障害者虐待防止法(2011)
- 刑の一部執行猶予法(2013)
- 子どもの貧困対策推進法(2013)
- 障害者差別解消法(2013)
- アルコール健康障害対策基本法(2013)
- 生活困窮者自立支援法(2013)

図1.通報等の件数の推移

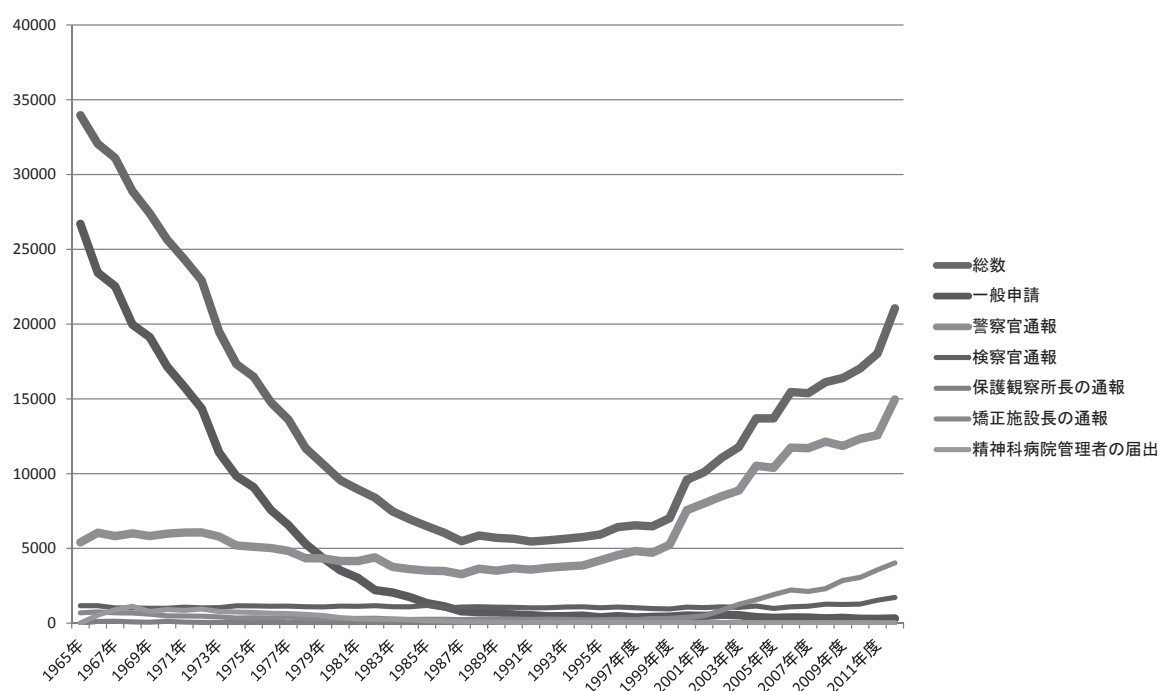
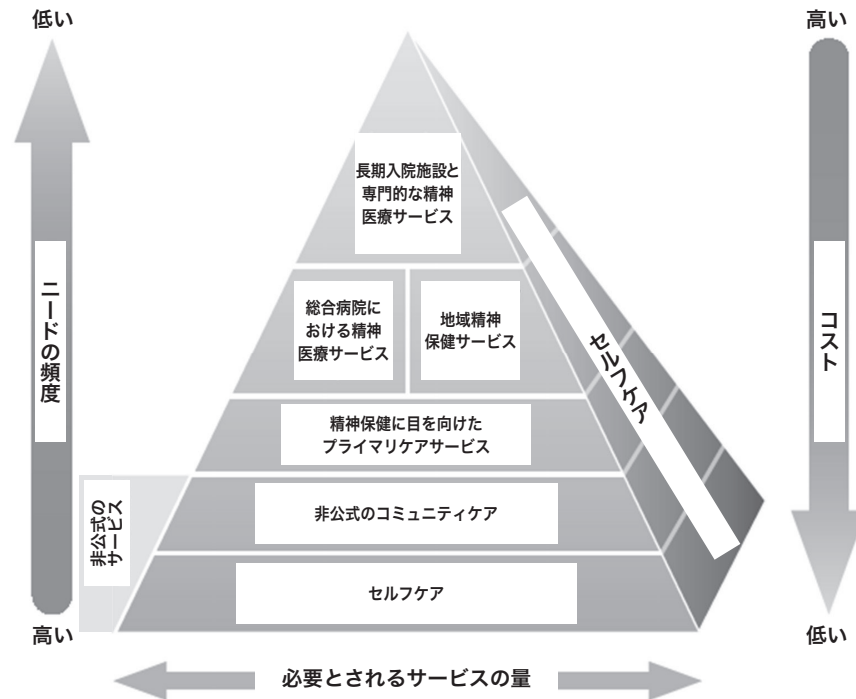


図2.精神保健のプライマリケアへの統合
-WHOとWONCAのピラミッドモデル-



World Health Organization / World Organization of Family Doctors,
Integrating mental health into primary care: a global perspective, 2008
にある図表を引用改編.

第 50 回 精神保健指導課程研修
(コミュニティメンタルヘルスのリーダーシップトレーニング)

1. 目 的 : 地域における精神保健福祉行政と精神保健医療福祉活動(コミュニティメンタルヘルス)の計画的・組織的推進のためのリーダーシップの修得を目的とする。
2. 対 象 者 : (1) 都道府県(指定都市)等において精神保健福祉計画の企画立案の指導的立場または中心的役割を担う者(精神保健福祉審議会等の専門的検討会の委員等を含む)
(2) 公的機関または民間団体において地域精神保健医療福祉(コミュニティメンタルヘルス)の実践の指導的立場または中心的役割を担う者
3. 研修期間 : 平成 25 年 6 月 26 日(水)から平成 25 年 6 月 27 日(木)まで
4. 会 場 : がん研究振興財団国際研究交流会館 (〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1)
5. 研修内容 : 地域精神保健福祉の重要課題についての情報を提供するとともに、コミュニティメンタルヘルスの発展の方向性と、そのリーダーシップの育成について意見交換を行う。意見交換は、WHO の示した精神保健のプライマリケアへの統合のピラミッドモデル(長期入院施設と専門的な精神医療サービスを頂点に、総合病院における精神医療サービスと地域精神保健医療サービス、精神保健医療に目を向けたプライマリケアサービス、非公式のコミュニティケア、セルフケアの五層で構成)の、わが国における適用可能性に焦点を当てる。
6. 主 催 : (独)国立精神・神経医療研究センター
メルボルン大学精神医学部門(アジア・オーストラリア・メンタルヘルス)
7. プログラム :
《午前の部》

6 月 26 日(水)		6 月 27 日(木)
9:30-10:00	開講式・オリエンテーション 野田広/竹島正(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所	9:30-12:30 シンポジウム「地域社会・国民の求める精神保健医療」 座長: 竹島正(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 シンポジスト: 西脇健三郎(医療法人志仁会西脇病院)、水田恵(自立支援センターふるさとの会)、龍本孝雄(大阪府立精神医療センター)、小泉典章(長野県精神保健福祉センター) 指定発言者: 河崎建人(医療法人河崎会水間病院)、原敬造(原クリニック)、野田広(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
10:00-11:00	講義「地域精神保健の歴史を振り返り、今後を考える」 吉川武彦(清泉女学院大学・清泉女学院短期大学)	
11:00-12:00	講義「精神保健福祉行政」 江副聡(厚生労働省精神・障害保健課)	
12:00~13:00 昼休み		12:00~13:00 昼休み

《午後の部》

6 月 26 日(水)		6 月 27 日(木)
13:00-14:00	講義「コミュニティメンタルヘルスにおけるリーダーシップ」 チー・アン(メルボルン大学)	13:30-16:00 グループディスカッション「WHO の示した精神保健のプライマリケアへの統合のピラミッドモデルの、日本における活用可能性の検討」 ファシリテーター: チー・アン、キャロル・ハーベイ(メルボルン大学精神医学部)、伊藤弘人(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)、ほか
14:00-15:00	「コミュニティメンタルヘルスの研究」 キャロル・ハーベイ(メルボルン大学)	
15:00-16:00	講義「疫学・統計から見た日本の精神保健」 立森久照(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)	16:00-16:30 閉校式・修了証書授与
16:00-17:00	講義「精神保健における予防」 西太輔(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)	
17:00-18:00	講義「有事における心理社会的支援」 金吉晴(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所災害時こころの情報支援センター長)	

※ 6 月 26 日(水)は 18 時 30 分頃から懇親会(会費制)を行います。ぜひご参加ください。

8. 本研修がコミュニティメンタルヘルスのリーダーシップトレーニングであることを踏まえて、1 日目の講義の一部は、講義とグループディスカッションで行います。
9. 定 員 : 80 名(応募者多数の場合は選考)
10. 願書作成(WEB 登録)期間: 平成 25 年 4 月 22 日(月)~5 月 17 日(金)
http://www.ncnp.go.jp/ninh/kenshu/h25/h25_50.html
11. 受講願書締切日: 平成 25 年 5 月 17 日(金)
12. 受 講 料: 2 万円
13. そ の 他: 海外講師によるプログラムでは日英同時通訳を行います。

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究・共同報告書
—障害福祉計画に係る基本指針における入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標の検討—

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究協力者 立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】 障害福祉計画に係る基本指針の見直しにおいて、入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標として、(1)入院後 3 ヶ月時点における退院率の上昇、(2)入院後 1 年時点での退院率の上昇、(3)在院期間 1 年以上の長期在院者の減少を成果目標とすることが検討されている。これらを成果目標とすることの妥当性、および具体的な指標案の検討を行うことを目的とした。

【方法】 平成 21 年度から 23 年度 630 調査データの都道府県別集計を使用して、(1)と(2)については、これらを成果目標とすることの妥当性の検討、(3)については指標の方向性の検討を行った。

【結果および考察】 早期退院と社会復帰を促すには、退院率の増加率が最も大きく、かつ社会復帰率の高い入院後 3 ヶ月までの退院促進を成果目標に組み込むことは妥当と考えられた。また、3 ヶ月退院率と 1 年後退院率の成果目標となる数値も妥当と考えられた。在院期間 1 年以上の長期在院者の減少の指標については、(a)現行の指標である 1 年以上退院率の最も高い 5 都道府県を成果目標とする、(b)1 年以上長期在院患者数の減少率の高い 5 都道府県の在院患者数の減少割合を成果目標とする、(c)1 年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い 5 都道府県の在院患者の減少割合を成果目標とする、(d)1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比の最も小さい 5 都道府県を成果目標とする、(e)1 年時退院率の高い 5 都道府県の 1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比を指標とする、という 5 つを挙げ、(a)(b)(c)は過渡期の指標、(d)(e)は持続性のある指標であること、過渡期の指標としては(b)がわかりやすさの上で優位であることを示した。

【結論】 成果目標として、入院後 3 ヶ月時点における退院率の上昇、入院後 1 年時点での退院率の上昇を用いること、およびその成果目標の設定は妥当と考えられた。また、在院期間 1 年以上の長期在院者の減少の成果目標としては、過渡期の成果目標としてのわかりやすさの意味では「1 年以上長期在院患者数の減少率の高い 5 都道府県」が、3 ヶ月退院率と 1 年後退院率の成果目標との整合性と持続性においては「1 年時退院率の高い 5 都道府県の 1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比」が有望と考えられた。

A. 研究目的

障害福祉計画に係る基本指針の見直しにおいては、精神保健福祉法の「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指針」に示された方向性を踏まえ、入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標として、(1)入院後 3 ヶ月時点における退院率の上昇、(2)入院後 1 年時点での退院率の上昇、(3)在院期間 1 年以上の長期在院者の減少の 3 つを成

果目標とすることが検討されている。

そして、平成 26 年 1 月 24 に開催された「社会保障審議会障害者部会（第 55 回）」においては、3 つの成果目標の具体的な目標値等について次のとおり説明された。

(1)入院後 3 ヶ月時点における退院率の上昇
全都道府県において平成 29 年の調査時点（6 月 30 日）までに入院後 3 ヶ月時点の退院率を現在の上位 5 都道府県（以下「目標都道

府県」という。)をプールして求めた値である64%以上とすることを成果目標とする(現状の全都道府県の平均値は58.4%)。なお、既に入院後3ヶ月時点の退院率64%以上を達成している都道府県においては、その数値を維持または上昇させることを目標とする。

(2)入院後1年時点での退院率の上昇

全都道府県において平成29年の調査時点(6月30日)までに入院後1年時点率を目標都道府県の平均値である91%以上とすることを成果目標とする(現状の全都道府県の平均値は87.7%)。なお、既に入院後1年時点の退院率91%以上を達成している都道府県においては、その数値を維持または上昇させることを目標とする。

(3)在院期間1年以上の長期在院者の減少

全国の都道府県のうち退院促進に関し実績をあげている都道府県における長期在院者数に関する指標を勘案して、1年以上の長期在院者数を減少させることを成果目標とする。なお、実績をあげている都道府県においては、その実績を維持することまたはさらに積み上げることを目標とする。

本研究は、(1)と(2)については、具体的な数値が示されていることから、これらを成果目標とすることの妥当性を検討することを目的とした。また、(3)については、まだ具体的な指標案が示されていないことから、指標案の方向性の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

平成21年度から23年度630調査データの都道府県別集計を使用して、(1)と(2)については、これらを成果目標とすることの妥当性の検討、(3)については指標の方向性の検討を行った。

はじめに、入院後3ヶ月時点における退院率の上昇を指標に取り上げることの妥当性の検討のため、新入院患者の退院、社会復帰が、入院後のどの時期に多いかを検討した。

次に、入院後3ヶ月時点における退院率の成果目標として、6月入院患者の8月末退院

率上位5県をプールした場合の計算を行い、それと「社会保障審議会障害者部会(第55回)」に示された数値の比較を行った。同じく、入院後1年時点での数値について、6月入院患者の8月末退院率上位5県と「社会保障審議会障害者部会(第55回)」に示された数値の比較を行った。

さらに、退院率に影響する可能性のある医療提供、患者属性を比較するため、6月入院患者の8月末退院率上位5県とその他群の、(1)精神科救急等設置病院、精神科デイケア実施病院、精神科訪問看護実施病院の割合、(2)新入院患者の年齢構成の割合、(3)新入院患者の診断別構成の割合の比較を行った。

在院期間1年以上の長期在院者の減少については、具体的な成果目標を示すには至っていないことから、可能性のある複数の指標の提案とその検討(限界を含む)を行った。

(倫理面への配慮)

本研究で用いるデータは病院別の集計データであって個人情報に含まれていない。

C. 研究結果

1. 新入院患者の退院、社会復帰の多い時期の検討

全国および各都道府県の、その月の退院数/(月末時点の継続入院者数×観察期間)を表1に示した。全国では、0.5ヶ月目0.38、1.5ヶ月目0.30、2.5ヶ月目0.26、3.5ヶ月目0.28、4.5ヶ月目0.19、5.5ヶ月目0.13と漸減しており、各都道府県においても同様の傾向を示した。

上記の退院のうち、「家庭復帰等」と「グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等」の合計を社会復帰として、全国および各都道府県の、その月の社会復帰数/(月末時点の継続入院者数×観察期間)を表2に示した。0.5ヶ月目0.32、1.5ヶ月目0.26、2.5ヶ月目0.23、3.5ヶ月目0.25、4.5ヶ月目0.15、5.5ヶ月目0.10と漸減しており、各都道府県においても同様の傾向を示した。

2. 入院後3ヶ月時点、1年時点の退院率

6月新入院患者の入院翌々月退院率(8月末

≈2.5 カ月後)を算出したところ、退院率の高い5都道府県として、福井、高知、岡山、東京、愛知が抽出された。この5都道府県のデータをプールして、6月新入院患者の入院翌々月退院率を算出したところ、64.0%が得られた。また、全国では58.4%、5都道府県を除く42都道府県は57.2%であった(表3)。5都道府県の数値は、「社会保障審議会障害者部会(第55回)」に示された「入院後3ヶ月時点における退院率の上昇の成果目標」に一致していた(表3)。

退院のうち、「家庭復帰等」と「グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等」の合計を社会復帰として、社会復帰率を算出したところ、5都道府県、全国、その他の42都道府県はそれぞれ55.0%、50.0%、48.9%であった(表4)。

次にこの5県のデータをプールして、1年後退院率(翌年6月1日時点)を算出したところ、90.4%が得られた。また、全国では87.7%、その他の42都道府県は87.1%であった(表5)。5都道府県の数値は、「社会保障審議会障害者部会(第55回)」に示された「入院後1年時点における退院率の上昇の成果目標」にほぼ一致していた。退院のうち、「家庭復帰等」と「グループホーム・ケアホーム・社会復帰施設等」の合計を社会復帰として、社会復帰率を算出したところ、5都道府県、全国、その他の42都道府県はそれぞれ75.8%、73.5%、73.0%であった(表6)。

なお、6月新入院患者の入院翌々月退院率(8月末≈2.5 カ月後)にとらわれず、単純に1年時退院率の高い5都道府県とした場合、高知、東京、長野、滋賀、岡山が抽出された。この5県のデータをプールして、1年後退院率(翌年6月1日時点)を算出したところ、90.6%が得られた。また、その他の42都道府県は87.1%であった。

3. 退院率に影響する可能性のある医療提供、患者属性の比較

5都道府県とそれ以外の精神科救急等設置病院の割合はそれぞれ92.4%、94.2%であっ

た。精神科デイケア実施病院の割合はそれぞれ63.1%、69.0%であった。精神科訪問看護実施病院の割合はそれぞれ56.4%、65.3%であった(表7)。いずれも5都道府県よりも、その他の42都道府県の方が高かった。

5都道府県とそれ以外の新入院患者の年齢構成は、「20歳未満」は3.1%と2.8%、「20歳以上40歳未満」は25.1%と22.3%、「40歳以上65歳未満」は38.7%と38.0%、「65歳以上75歳未満」は14.0%と15.0%、「75歳以上」は19.1%と21.9%であった(表8)。5都道府県の方が、その他の42都道府県よりも、患者の年齢構成が低かった。

5都道府県とそれ以外の診断別構成の割合は、「F0」は16.9%と19.6%、「F1」は7.5%と9.2%、「F2」は37.5%と37.8%、「F3」は22.6%と21.8%であった(表9)。5都道府県の方が、その他の42都道府県よりも、「F3」の割合が高く、「F0」「F1」の割合が低かった。

4. 在院期間1年以上の長期在院者の減少の指標の方向性の検討

在院期間1年以上の長期在院者の減少を指標にするという考え方を踏まえ、本研究に関わる分担研究者等の協議の結果、(a)現行の指標である1年以上退院率の最も高い5都道府県を成果目標とする、(b)1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県の在院患者数の減少割合を成果目標とする、(c)1年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い5都道府県の在院患者の減少割合を成果目標とする、(d)1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比の最も小さい5県都道府県を成果目標とする、(e)1年時退院率の高い5県都道府県の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比を指標とする、という5つのケースを検討した。

(a)の1年以上退院率の最も高い5都道府県を成果目標とした場合、1年以上退院率の高い5都道府県として、鳥取、山形、青森、島根、神奈川が抽出された。これらはいずれも6月新入院患者の入院翌々月退院率の高い5県には該当しなかった。この5都道府県のデ

ータをプールして、1 年以上退院率を算出した結果、31.6%が得られた。また、1 年以上退院率は、全国では 23.8%、その他の 42 都道府県では 23.3%であった（表 10）。今後 3 年間、1 年以上在院者退院率に全国値を採用した場合と上位 5 県群を採用した場合の 3 年後の 1 年以上在院者数の差は 39,827 人であった（図 1 参照）。

(b)の 1 年以上長期在院患者数の減少率の高い 5 都道府県を成果目標とした場合、平成 20 年から 23 年の減少率で計算（23 年の数字が外れ値となった福島は除外）すると、神奈川、岩手、山梨、京都、和歌山が抽出された。これら 5 都道府県のうち、6 月新入院患者の入院翌々月退院率の高い 5 都道府県に含まれていたところはなかった。この 5 都道府県のデータをプールした 1 年以上長期在院患者の減少率は 3 年間で 11.3%であった。全国、その他の 41 都道府県の減少率はそれぞれ 4.6%、4.0%であった（表 11）。3 年後の 1 年以上在院者数を算出するうえで、1 年以上長期在院患者数の減少率に全国値を採用した場合と上位 5 県群を採用した場合の 3 年後の 1 年以上在院者数の差は 13,355 人であった（図 2 参照）。

(c)の 1 年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い 5 都道府県の在院患者の減少割合を成果目標とした場合、鳥取、青森、山形、神奈川、長野が抽出された。これらは(2)と神奈川が重なっていた。また、6 月新入院患者の入院翌々月退院率の高い 5 県に含まれていた都道府県はなかった。上位 5 都道府県、全国、福島も除外したその他の 41 都道府県の比はそれぞれ 8.5%、4.6%、4.3%であった（表 12）。3 年後の 1 年以上在院者数を算出するうえで、1 年以上長期在院患者数の社会復帰率に全国値を採用した場合と上位 5 県群を採用した場合の 3 年後の 1 年以上在院者数の差は 7,887 人であった（(2)とは上位 5 県の抽出手法が異なるだけで、減少数の計算手法自体は同じである）。

(d)の 1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比の最も小さい 5 県都道府県を

成果目標とした場合、東京、青森、島根、神奈川、山形が抽出された。これらのうち、6 月新入院患者の入院翌々月退院率の高い 5 県に含まれていたのは東京のみであった。上位 5 都道府県、全国、その他の 42 都道府県の比はそれぞれ 1.46、1.95、2.05 であった（表 13）。3 年後の 1 年未満在院者数として平成 21-23 年の平均値を採用した場合、1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比に全国値を採用した場合と、下位 5 県群を採用した場合の 1 年以上在院者数の差は 51,590 人であった。

(e)の 1 年時退院率の高い 5 県都道府県の 1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比を成果目標とした場合、高知、東京、長野、滋賀、岡山が抽出された。これらのうち、6 月新入院患者の入院翌々月退院率の高い 5 県に含まれていたのは高知、岡山、東京であった。上位 5 都道府県、全国、その他の 42 都道府県の比はそれぞれ 1.53、1.95、2.02 であった（表 14）。3 年後の 1 年未満在院者数として平成 21-23 年の平均値を採用した場合、1 年未満在院患者数に対する 1 年以上在院患者数の比に全国値を採用した場合と下位 5 県群を採用した場合の 1 年以上在院者数の差は 44,590 人であった。

D. 考察

新入院患者の退院、社会復帰の多い時期の検討の結果、入院後およそ 3 ヶ月までの退院、社会復帰が多いことが明らかになった。「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指針」には、入院期間が 1 年未満の患者への医療について「在院期間の長期化に伴い、社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、在院期間が 1 年未満で退院できるよう、退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための機能を確保する。」と記載されている。早期退院と社会復帰を促すには、退院率が最も高く、かつ社会復帰率の高い入院後 3 ヶ月までの退院促進を成果目標に組み込むことは、すでにそれを達成している

都道府県も5箇所あることから、妥当と考えられた。

なお、「社会保障審議会障害者部会（第55回）」に示された成果目標は、「全都道府県において平成29年の調査時点（6月30日）までに入院後3ヶ月時点の退院率を現在の上位5都道府県の平均値である64%以上としているが、数値から見た場合、ここでいう「入院後3ヶ月時点」は630調査における入院翌々月退院率（8月末≒2.5カ月後）に当たると考えられた。

「社会保障審議会障害者部会（第55回）」に示された入院後1年時点の退院率は、本研究による上位5県の平均よりもやや高い。しかし、その差はわずかであり、全都道府県において成果目標が達成された場合には、全国値において成果目標を超える可能性がきわめて高いことから妥当と考えられた。

なお、3ヶ月退院率と1年時退院率を、それぞれ独立して最も高い数値を得ている5都道府県を選択することが成果目標をさらに高めるという考え方も取ることができるが、3ヶ月退院率と1年時退院率の上位5都道府県の構成は一部異なり、それに伴って患者属性も異なることから、慎重でなければならない。しかしながら、3ヶ月退院率の高い県は、おおむね1年時退院率も高く、3ヶ月退院率の上位5都道府県をプールした1年時退院率と、1年時退院率の上位5都道府県をプールした1年時退院率にはほとんど差がないことから、障害福祉計画における成果目標の設定は許容範囲と考えられた。

退院率に影響する可能性のある医療提供、患者属性の比較からは、3ヶ月上位5県は、精神医療の提供として、他の42県よりもサービス提供量が優っているという状況はないと考えられた。また、新入院患者の年齢構成、診断別割合から見ると、3ヶ月上位5県よりも他の42県よりもやや長期入院になりやすい患者構成であることも考えられるが、上位5県の数値の採用に困難をおよぼすほどの差ではないと考えられた。都道府県において退

院率に差を生じる要因は、個々の医療機関の努力や患者属性だけでなく、地域システムとして検討すべき点もあると思うので、3ヶ月退院率の高い都道府県の地域システムの特徴を明らかにするための訪問調査も必要と考えた。

在院期間1年以上の長期在院者の減少の指標の提案は困難を極めた。その理由は、長期在院に関連する要因がきわめて多いこと、そしてその解消策も多岐にわたらざるを得ないこと、それに対する政策上の選択肢が十分に明確にされているとは言えないこと、などによる。このため、本研究においては複数の選択肢を示し、それぞれの特徴と課題を示し、関係者の議論の資料を提供することとした。

(a)の1年以上退院率の最も高い5都道府県を成果目標とした場合、現在の成果目標との連続性が保たれるのは明らかな長所である。しかしながら、3ヶ月または1年時退院率が高くなる方向に進んだ場合、1年以上の長期在院患者は退院の困難性を抱えた患者で構成されるので、これを同時的に高くすることは難しくなる。ゆえに、長期在院患者を減少させるという過渡期の指標としては役立つとしても、長期的な指標としての位置づけは難しいと考えられた。また、成果目標を示すことはできても、それを達成する具体的な手段が見えにくいことも課題であろう。平成29年の調査時点（6月30日）までの成果目標とするのであれば、上位5都道府県よりもプールする都道府県の範囲を拡大することが望ましいかもしれない。

(b)の1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県を成果目標とした場合も、(a)と同様、長期在院患者を減少させるという過渡期の指標としては役立つとしても、長期的な指標としての位置づけは難しいという問題がある。また、1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県が、今後どれくらいの期間、高い減少率を維持できるのかは慎重に観察していく必要がある。しかしながら、この成果目標はわかりやすいという長所を持っており、その特徴を過渡期の指標として活かす

ことは考えられる。

(c)の1年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い5都道府県の在院患者の減少割合を成果目標とした場合も(a)(b)と共通した課題が生じるであろう。しかし、最も大きな問題は、社会復帰率の分子あたる1年以上在院患者で死亡・転院以外の理由で退院となる人数は、その確率は総じて低い傾向にあることから数が小さく、偶然変動に影響されやすいことであって、成果目標としては安定性に乏しい。

(d)の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比を指標とした場合、各都道府県が現状の課題を直視しやすく、長期在院患者の減少という課題に対応する指標として長期的に使用できるという利点がある。しかしながら、そこに示された長期在院患者の課題は、政策上の選択肢が十分に明確にされているとは言えない中では、問題指摘のみにとどまるという批判も生じるであろう。また、将来、仮に新入院患者が急増して、その結果として1年未満の在院患者数が増加した場合、1年以上の長期在院の増加を容認するという結果を生じかねないという問題があるが、これまでの新入院患者数の動態を考えると、余程の地域側の準備のない、急速な脱施設化を行わない限り、そこまでの急増が起こらないと考えるのが自然であろう。しかし、平成29年の調査時点(6月30日)までの成果目標とするのであれば、上位5都道府県よりもプールする都道府県の範囲を拡大することが望ましいかもしれない。

(e)の1年時退院率の高い5県都道府県の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比を成果目標とした場合、3ヶ月または1年時退院率が高くなる方向に進んだ場合も指標として活用できる可能性がある。特に、6月新入院患者の入院翌々月退院率の高い5県のうち3県が重複しているのは、3ヶ月退院率の上昇、という成果目標との整合性が高いことを示していると考えられた。新入院患者が急増した場合、1年以上の長期在院の増加

を容認するという課題は残るが、それは(d)と同様に判断できる。しかし、平成29年の調査時点(6月30日)までの成果目標とするのであれば、上位5都道府県よりもプールする都道府県の範囲を拡大することが望ましいかもしれない。

以上の5つのケースについて、成果目標の設定方法、上位5都道府県、3年間の在院患者数の減少の見込み、指標としての特徴と課題を表15にまとめ、関係者の議論の資料とした。

E. 結論

障害福祉計画に係る基本指針の見直しにおいて、入院中の精神障害者の地域生活への移行の指標として、(1)入院後3ヶ月時点における退院率の上昇、(2)入院後1年時点での退院率の上昇、(3)在院期間1年以上の長期在院者の減少を成果目標とすることの妥当性、および指標案の方向性の検討を行った。成果目標として、入院後3ヶ月時点における退院率の上昇、入院後1年時点での退院率の上昇を用いること、およびその成果目標の設定は妥当と考えられた。また、在院期間1年以上の長期在院者の減少の成果目標としては、過渡期の成果目標としてのわかりやすさの意味では「1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県」が、3ヶ月退院率と1年後退院率の成果目標との整合性と持続性においては「1年時退院率の高い5県都道府県の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比」が有望と考えられた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- | | |
|---------|----|
| 1. 論文発表 | なし |
| 2. 学会発表 | なし |

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- | | |
|-----------|----|
| 1. 特許取得 | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他 | なし |

表1 退院数/(月末時点の継続入院者数×観察期間)

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
北海道	0.40	0.29	0.25	0.25	0.18	0.13	0.12	0.07	0.07	0.09	0.07	0.06
青森	0.36	0.30	0.30	0.28	0.20	0.14	0.13	0.10	0.07	0.13	0.04	0.05
岩手	0.41	0.29	0.30	0.28	0.18	0.11	0.09	0.07	0.06	0.07	0.09	0.07
宮城	0.33	0.26	0.25	0.27	0.18	0.14	0.13	0.10	0.08	0.09	0.07	0.05
秋田	0.37	0.27	0.26	0.27	0.20	0.12	0.12	0.06	0.07	0.11	0.08	0.06
山形	0.38	0.33	0.27	0.29	0.19	0.15	0.12	0.05	0.07	0.09	0.07	0.11
福島	0.40	0.32	0.26	0.26	0.20	0.13	0.12	0.09	0.08	0.10	0.07	0.08
茨城	0.33	0.30	0.27	0.26	0.17	0.15	0.15	0.10	0.07	0.06	0.06	0.09
栃木	0.34	0.30	0.26	0.28	0.20	0.11	0.10	0.09	0.07	0.09	0.04	0.04
群馬	0.39	0.30	0.27	0.29	0.21	0.13	0.15	0.09	0.10	0.07	0.04	0.09
埼玉	0.30	0.27	0.26	0.28	0.19	0.13	0.12	0.08	0.09	0.07	0.08	0.06
千葉	0.33	0.33	0.29	0.29	0.19	0.13	0.12	0.09	0.08	0.10	0.06	0.06
東京	0.41	0.35	0.29	0.30	0.21	0.17	0.14	0.10	0.09	0.10	0.07	0.06
神奈川	0.34	0.29	0.29	0.30	0.20	0.15	0.12	0.11	0.09	0.09	0.06	0.06
新潟	0.29	0.29	0.25	0.33	0.20	0.12	0.13	0.04	0.06	0.10	0.09	0.08
富山	0.44	0.35	0.25	0.23	0.12	0.12	0.14	0.10	0.08	0.08	0.05	0.04
石川	0.37	0.29	0.27	0.27	0.19	0.17	0.12	0.05	0.07	0.10	0.07	0.09
福井	0.64	0.32	0.27	0.28	0.26	0.12	0.12	0.10	0.07	0.03	0.07	0.06
山梨	0.41	0.27	0.28	0.26	0.19	0.12	0.12	0.11	0.08	0.08	0.09	0.07
長野	0.43	0.33	0.28	0.29	0.21	0.19	0.16	0.10	0.06	0.08	0.09	0.07
岐阜	0.34	0.33	0.30	0.30	0.21	0.16	0.11	0.11	0.06	0.09	0.07	0.07
静岡	0.35	0.29	0.25	0.26	0.22	0.14	0.14	0.07	0.06	0.10	0.06	0.05
愛知	0.48	0.33	0.28	0.32	0.21	0.11	0.12	0.09	0.07	0.10	0.07	0.06
三重	0.36	0.30	0.26	0.30	0.18	0.13	0.10	0.07	0.09	0.10	0.07	0.05
滋賀	0.34	0.35	0.31	0.29	0.20	0.16	0.15	0.11	0.10	0.07	0.04	0.11
京都	0.37	0.28	0.24	0.29	0.19	0.11	0.11	0.06	0.06	0.10	0.04	0.05
大阪	0.42	0.32	0.27	0.32	0.20	0.14	0.11	0.10	0.06	0.10	0.07	0.06
兵庫	0.32	0.27	0.25	0.30	0.19	0.17	0.13	0.10	0.09	0.09	0.06	0.03
奈良	0.31	0.26	0.29	0.30	0.21	0.08	0.13	0.11	0.05	0.04	0.03	0.07
和歌山	0.47	0.31	0.21	0.25	0.19	0.13	0.13	0.04	0.08	0.09	0.07	0.05
鳥取	0.44	0.32	0.18	0.23	0.18	0.10	0.08	0.07	0.08	0.08	0.08	0.05
島根	0.37	0.33	0.27	0.27	0.15	0.11	0.16	0.08	0.13	0.11	0.05	0.05
岡山	0.43	0.36	0.29	0.30	0.19	0.14	0.11	0.09	0.07	0.10	0.08	0.06
広島	0.37	0.31	0.27	0.26	0.20	0.14	0.12	0.08	0.07	0.10	0.08	0.06
山口	0.32	0.26	0.23	0.20	0.15	0.12	0.10	0.09	0.07	0.06	0.04	0.04
徳島	0.45	0.32	0.27	0.30	0.20	0.11	0.13	0.06	0.06	0.10	0.03	0.03
香川	0.38	0.33	0.27	0.25	0.18	0.09	0.14	0.07	0.05	0.08	0.04	0.02
愛媛	0.32	0.28	0.24	0.30	0.14	0.13	0.13	0.11	0.12	0.11	0.11	0.10
高知	0.63	0.29	0.29	0.30	0.17	0.13	0.13	0.06	0.09	0.16	0.11	0.07
福岡	0.30	0.25	0.23	0.28	0.15	0.10	0.09	0.07	0.07	0.11	0.15	0.12
佐賀	0.33	0.24	0.24	0.26	0.17	0.11	0.11	0.07	0.07	0.07	0.05	0.07
長崎	0.42	0.33	0.22	0.28	0.17	0.11	0.10	0.09	0.07	0.07	0.07	0.07
熊本	0.45	0.32	0.25	0.32	0.16	0.14	0.12	0.08	0.07	0.09	0.05	0.05
大分	0.33	0.27	0.21	0.24	0.19	0.06	0.12	0.07	0.06	0.09	0.06	0.06
宮崎	0.40	0.32	0.24	0.24	0.18	0.09	0.13	0.05	0.09	0.11	0.08	0.06
鹿児島	0.35	0.27	0.20	0.24	0.18	0.15	0.11	0.10	0.08	0.08	0.09	0.06
沖縄	0.40	0.30	0.28	0.28	0.17	0.11	0.09	0.06	0.06	0.09	0.06	0.07
全国	0.38	0.30	0.26	0.28	0.19	0.13	0.12	0.08	0.08	0.09	0.07	0.07

表2 社会復帰数/(月末時点の継続入院者数×観察期間)

	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
北海道	0.35	0.26	0.22	0.22	0.15	0.10	0.09	0.05	0.05	0.06	0.05	0.04
青森	0.31	0.26	0.26	0.26	0.17	0.11	0.09	0.07	0.05	0.10	0.02	0.05
岩手	0.33	0.26	0.28	0.24	0.15	0.09	0.06	0.06	0.05	0.04	0.07	0.06
宮城	0.29	0.22	0.22	0.25	0.15	0.11	0.10	0.06	0.06	0.07	0.04	0.03
秋田	0.29	0.25	0.23	0.23	0.17	0.11	0.09	0.04	0.05	0.07	0.06	0.05
山形	0.33	0.28	0.24	0.25	0.16	0.12	0.07	0.03	0.04	0.06	0.03	0.06
福島	0.35	0.29	0.25	0.23	0.18	0.11	0.09	0.07	0.06	0.06	0.04	0.06
茨城	0.26	0.25	0.23	0.23	0.13	0.11	0.12	0.06	0.06	0.05	0.05	0.06
栃木	0.28	0.26	0.22	0.26	0.17	0.10	0.07	0.06	0.06	0.07	0.02	0.02
群馬	0.32	0.26	0.25	0.26	0.17	0.09	0.12	0.06	0.06	0.05	0.01	0.08
埼玉	0.25	0.23	0.23	0.24	0.15	0.09	0.09	0.06	0.07	0.05	0.05	0.04
千葉	0.28	0.30	0.27	0.24	0.16	0.10	0.09	0.06	0.05	0.08	0.03	0.05
東京	0.30	0.31	0.26	0.26	0.16	0.12	0.10	0.07	0.06	0.06	0.04	0.04
神奈川	0.28	0.24	0.26	0.27	0.18	0.12	0.09	0.09	0.06	0.06	0.05	0.04
新潟	0.25	0.25	0.22	0.30	0.17	0.09	0.11	0.03	0.04	0.07	0.07	0.06
富山	0.38	0.30	0.22	0.19	0.10	0.10	0.10	0.06	0.04	0.06	0.03	0.02
石川	0.31	0.25	0.24	0.22	0.16	0.12	0.09	0.04	0.02	0.06	0.03	0.04
福井	0.61	0.29	0.25	0.24	0.22	0.11	0.08	0.06	0.07	0.03	0.05	0.04
山梨	0.36	0.25	0.25	0.22	0.17	0.08	0.09	0.10	0.07	0.05	0.08	0.05
長野	0.39	0.30	0.26	0.27	0.19	0.18	0.11	0.07	0.04	0.05	0.08	0.05
岐阜	0.29	0.29	0.28	0.29	0.19	0.14	0.08	0.10	0.03	0.07	0.03	0.04
静岡	0.28	0.25	0.22	0.23	0.19	0.11	0.11	0.06	0.05	0.07	0.03	0.04
愛知	0.43	0.30	0.25	0.29	0.18	0.09	0.10	0.07	0.05	0.07	0.06	0.04
三重	0.31	0.28	0.23	0.28	0.17	0.09	0.08	0.05	0.08	0.07	0.04	0.04
滋賀	0.30	0.31	0.29	0.26	0.18	0.11	0.10	0.04	0.07	0.04	0.03	0.07
京都	0.30	0.23	0.20	0.25	0.14	0.07	0.07	0.04	0.02	0.07	0.03	0.03
大阪	0.36	0.28	0.24	0.30	0.17	0.11	0.09	0.06	0.04	0.07	0.05	0.04
兵庫	0.26	0.23	0.22	0.27	0.14	0.14	0.09	0.06	0.06	0.05	0.03	0.01
奈良	0.25	0.23	0.28	0.27	0.20	0.05	0.10	0.09	0.04	0.03	0.02	0.04
和歌山	0.38	0.27	0.20	0.24	0.16	0.11	0.10	0.03	0.07	0.07	0.05	0.02
鳥取	0.35	0.27	0.16	0.20	0.14	0.08	0.06	0.04	0.06	0.07	0.06	0.04
島根	0.31	0.30	0.24	0.24	0.12	0.07	0.12	0.05	0.10	0.09	0.05	0.04
岡山	0.38	0.32	0.26	0.24	0.16	0.11	0.07	0.05	0.04	0.06	0.05	0.01
広島	0.30	0.26	0.24	0.23	0.16	0.11	0.09	0.05	0.05	0.08	0.04	0.03
山口	0.23	0.21	0.18	0.18	0.12	0.09	0.07	0.06	0.05	0.02	0.03	0.01
徳島	0.40	0.27	0.24	0.26	0.16	0.10	0.10	0.03	0.03	0.08	0.02	0.03
香川	0.28	0.27	0.22	0.21	0.13	0.05	0.11	0.04	0.02	0.06	0.02	0.01
愛媛	0.27	0.24	0.21	0.28	0.13	0.11	0.10	0.07	0.08	0.09	0.08	0.08
高知	0.59	0.25	0.23	0.27	0.12	0.09	0.07	0.04	0.05	0.09	0.04	0.04
福岡	0.24	0.20	0.19	0.24	0.12	0.07	0.07	0.04	0.04	0.08	0.12	0.08
佐賀	0.28	0.21	0.22	0.21	0.14	0.08	0.09	0.05	0.05	0.05	0.03	0.04
長崎	0.35	0.27	0.19	0.23	0.14	0.09	0.07	0.05	0.04	0.05	0.04	0.05
熊本	0.38	0.27	0.21	0.28	0.12	0.09	0.08	0.05	0.05	0.05	0.03	0.04
大分	0.25	0.22	0.19	0.21	0.17	0.05	0.08	0.04	0.03	0.05	0.03	0.04
宮崎	0.32	0.28	0.21	0.21	0.15	0.07	0.08	0.02	0.07	0.07	0.04	0.03
鹿児島	0.25	0.21	0.18	0.20	0.15	0.12	0.09	0.07	0.06	0.05	0.05	0.03
沖縄	0.31	0.25	0.24	0.23	0.13	0.09	0.05	0.04	0.04	0.07	0.04	0.03
全国	0.32	0.26	0.23	0.25	0.15	0.10	0.09	0.06	0.05	0.06	0.05	0.04

表3

8月末退院率 (全国)	8月末退院 率(上位5 県群)	8月末退院 率(その他 群)
58.4%	64.0%	57.2%

表4

8月末社会復帰 率(全国)	8月末社会 復帰率(上 位5県群)	8月末社会 復帰率(そ その他群)
50.0%	55.0%	48.9%

表5

1年後退院率 (全国)	1年後退院 率(上位5 県群)	1年後退院 率(その他 群)
87.7%	90.4%	87.1%

表6

1年後社会復帰 率(全国)	1年後社会 復帰率(上 位5県群)	1年後社会 復帰率(そ その他群)
73.5%	75.8%	73.0%

表7

2011年	精神科ある 病院数	精神科救急 ある病院数	精神科救急 ある病院数 /精神科ある 病院数	精神科デイケア等実施病院				精神科訪問看護実施病院			
				単科精神 科病院	単科精神 科病院以 外	計	計/精神科 ある病院 数	単科精神 科 病院	単科精神 科 病院以外	計	計/精神科 ある病院 数
全国	1,614	1,516	93.9%	817	284	1,101	68.2%	800	234	1,034	64.1%
上位5県群	225	208	92.4%	96	46	142	63.1%	95	32	127	56.4%
その他群	1,389	1,308	94.2%	721	238	959	69.0%	705	202	907	65.3%

表8

2011年	20歳未満	20歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上 75歳未満	75歳以上	合計
全国	947	7,655	12,787	4,981	7,191	33,561
全国の比	2.8%	22.8%	38.1%	14.8%	21.4%	100.0%
上位5県群	185	1,506	2,323	841	1,149	6,004
上位5県群の比	3.1%	25.1%	38.7%	14.0%	19.1%	100.0%
その他群	762	6,149	10,464	4,140	6,042	27,557
その他群の比	2.8%	22.3%	38.0%	15.0%	21.9%	100.0%

表9

2011年	F0				F1				F2	F3	F4	F5
	計	F00	F01	F02 -09	計	F10	覚せい剤	アルコール、 覚せい剤 以外				
全国	6,409	3,051	1,167	2,191	2,989	2,593	147	249	12,662	7,373	1,714	309
全国の比	19.1%	9.1%	3.5%	6.5%	8.9%	7.7%	0.4%	0.7%	37.7%	22.0%	5.1%	0.9%
上位5県群	1,014	471	148	395	453	378	33	42	2,251	1,359	314	73
上位5県群の比	16.9%	7.8%	2.5%	6.6%	7.5%	6.3%	0.5%	0.7%	37.5%	22.6%	5.2%	1.2%
その他群	5,395	2,580	1,019	1,796	2,536	2,215	114	207	10,411	6,014	1,400	236
その他群の比	19.6%	9.4%	3.7%	6.5%	9.2%	8.0%	0.4%	0.8%	37.8%	21.8%	5.1%	0.9%

2011年	F6	F7	F8	F9	てん かん	その他	合 計
全国	470	497	237	84	273	544	33,561
全国の比	1.4%	1.5%	0.7%	0.3%	0.8%	1.6%	100.0%
上位5県群	93	88	60	18	51	230	6,004
上位5県群の比	1.5%	1.5%	1.0%	0.3%	0.8%	3.8%	100.0%
その他群	377	409	177	66	222	314	27,557
その他群の比	1.4%	1.5%	0.6%	0.2%	0.8%	1.1%	100.0%

表10

	1年以上在院患者数			1年以上在院した退院者数(月)			1年以上在院者退院率			
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011	3年通算
全国	207,342	203,825	199,813	3,981	4,056	4,101	23.0%	23.9%	24.6%	23.8%
上位5県群	13,911	13,533	13,095	327	368	372	28.2%	32.6%	34.1%	31.6%
その他群	193,431	190,292	186,718	3,654	3,688	3,729	22.7%	23.3%	24.0%	23.3%

表11

	1年以上在院者			
	2008	2011	減少数	減少率
全国	205,811	196,361	9,450	4.6%
上位5県群	17,330	15,376	1,954	11.3%
その他群	188,481	180,985	7,496	4.0%

外れ値の福島県を除く

表12

	1年以上在院者			
	2008	2011	減少数	減少率
全国	205,811	196,361	9,450	4.6%
上位5県群	15,916	14,557	1,359	8.5%
その他群	189,895	181,804	8,091	4.3%

外れ値の福島県を除く

表13

	1年未満在院	1年以上在院	1年以上在院/1年未満在院
全国	104,256	203,660	1.95
上位5県群	16,803	24,509	1.46
その他群	87,453	179,151	2.05

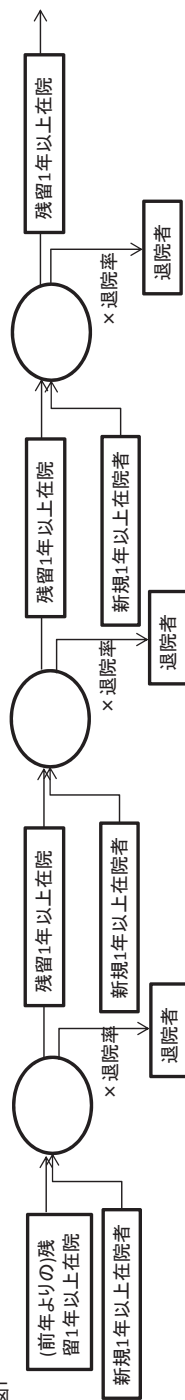
表14

	1年未満在院	1年以上在院	1年以上在院/1年未満在院
全国	104,256	203,660	1.95
上位5県群	14,075	21,475	1.53
その他群	90,181	182,185	2.02

表15

成果目標	上位5県	上位5県群の値を採用した場合の3年後の患者数の追加	指標としての特徴
1年以上退院率の最も高い5都道府県	鳥取, 山形, 青森, 島根, 神奈川	39,827	過渡期の指標
1年以上長期在院患者数の減少率の高い5都道府県の在院患者数の減少	岩手, 神奈川, 山梨, 京都, 和歌山	13,355	過渡期の指標, わかりやすい
1年以上長期在院患者数の社会復帰率の最も高い5都道府県の在院患者	鳥取, 青森, 山形, 神奈川, 長野	7,887	指標として不安定
1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比の最も小さい5県都	東京, 青森, 島根, 神奈川, 山形	51,590	持続性がある, やや複雑
1年時退院率の高い5県都道府県の1年未満在院患者数に対する1年以上在院患者数の比	高知, 東京, 長野, 滋賀, 岡山	44,590	持続性がある, 新入院患者の早期退院との整合性が高い, やや複

図1



「新規1年以上在院者数」は、「前年6月新規入院者の翌年6月残留数」の12倍の、平成21～23年の平均を定数として毎年適用
「残留1年以上在院者数」は初期値のみ、「1年以上在院者数」の平成21～23の平均を採用
「1年以上在院者退院率」が全国値の場合と上位5県群の場合を別個に計算し、3年後の「1年以上在院者数」の差を求める

図2



「1年以上在院者数」の初期値は平成23年の値を採用
3年間の減少者数(退院者数から新規1年以上在院者数を引いた値)を、減少率が全国値の場合と上位5県群の場合を別個に計算し、その退院者の3年分累計の差を求める
平成23年の「1年以上在院者数」が異常値を示した福岡は、減少率の計算においては除外するが、3年間の追加減少数を計算するうえでは含める

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究報告書

地域精神保健医療の社会サービスへの統合とその評価・リーダーとなる人材育成に関する研究
—在院期間からみた医療観察法入院処遇と一般精神科入院治療の地域・医療機関特性の関連—

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 河野 稔明 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
菊池安希子 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
長沼 洋一 (東海大学健康科学部社会福祉学科)
安藤久美子 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
岡田 幸之 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】一般の精神科医療において、長期在院の問題と関連する入院患者の退院動態は、地域の社会資源や医療体制、医療機関の特性によって異なることが知られている。本研究では、地域や医療機関のこうした特性が、全国的に標準化されている医療観察法入院処遇にも影響するのかどうかを検討した。

【方法】精神保健福祉資料（630 調査）の平成 23 年度調査分のデータを用いた。まず、調査時点で開棟後 3 年以上、入院対象者 20 名以上の指定入院医療機関 12 ヶ所について、医療機関ごとに、医療観察法と精神保健福祉法それぞれで在院患者に占める在院期間 1 年以上の入院者の割合（以下、1 年以上入院者割合）を計算し、Spearman の順位相関係数を求めた（分析 1）。次に、調査時点で開棟後 3 年以上の指定入院医療機関が所在し、入院対象者合計 20 名以上の 13 都県について、都県ごとに、医療観察法と措置入院それぞれで 1 年以上入院者割合を計算し、同係数を求めた（分析 2）。

【結果】（分析 1）相関係数は -0.41 で、弱い負の相関を認めた。すなわち、各指定入院医療機関において、一般精神科病棟に在院期間の短い患者が多ければ、医療観察法病棟に在院期間の長い対象者が多い傾向にあった。（分析 2）相関係数は -0.65 で、やや強い負の相関を認めた。すなわち、各都県において、在院期間の短い措置入院患者が多ければ、在院期間の長い医療観察法対象者が多かった。

【結論】一般精神科患者で早期退院を実現している地域や医療機関でも、医療観察法対象者の在院期間はむしろ長い傾向にあった。地域や医療機関のもつ一般精神科患者の地域移行促進要因が医療観察法対象者には必ずしも関連しないのかなど、その理由を検討する必要があると思われた。

A. 研究目的

わが国では、平成 15 年の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」の成立により、司法精神医療が初めて法制化された。医療観察法は平成 17 年に施行され、平成 24 年末までに審判が終局した人員は 2,724 名¹⁾と多

数の運用実績があり、指定医療機関の整備も当初の目標をほぼ達成した。

一方で、入院処遇においては、在院期間がガイドラインで標準とされている 1 年半を超え、処遇が 5 年以上継続される対象者も少数ながら出現している²⁾。また通院処遇においては、既存の精神保健福祉体制を活用してい

るため、社会資源や地域ケアを担う人材の不足が課題となっており、入院処遇からの移行に向けての調整が必ずしも円滑に進まないことが指摘されている^{3~5)}。これまで一般の精神科医療で生じてきた問題と同様の現象が、法施行から8年半が経過した医療観察制度でも起こりつつあることが示唆される。

一般の精神科医療において、長期在院の問題と関連する入院患者の退院動態は、地域の社会資源や医療体制、医療機関の特性によって異なることが知られている^{6~8)}。それに対して医療観察法入院処遇は、設備・人員配置基準、治療・処遇の進め方（標準と定めた期間を含む）、社会復帰に向けた調整の進め方などが全国的に標準化されている。とはいえ、医療観察法病棟は一般の精神科病棟とともに既存の精神科病院の中に設置されており、また退院に向けては地域の医療機関や障害者福祉サービスとの調整を要することから、医療観察法入院処遇の退院動態が地域や医療機関の状況に影響される可能性はある。一般精神科医療での退院動態の背景にある地域や医療機関の特性が、医療観察制度にも影響しているのかどうかを知ることは、医療観察制度で起こりつつある在院長期化の要因を追究する上で必要であり、対策の検討に資するものと考ええる。

本研究班では、精神保健福祉資料に係る調査（以下、630調査）において、平成23年度に医療観察法病棟の在院患者に関する個票を新設し、入院処遇の実態をモニタリングする体制を整備した。本研究では、医療観察法入院処遇に対する地域や医療機関の影響を検討するのに先立ち、予備的検討として、630調査のデータを用いて、医療観察法指定入院医療機関における対象者の在院期間と、当該医療機関および当該地域における一般の精神科入院患者の在院期間との関連を検討した。

B. 研究方法

厚生労働省精神・障害保健課および国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精

神保健計画研究部が実施した、平成23年度630調査のデータを用いた。一般の精神科入院患者と医療観察法入院対象者の在院期間の関連を、医療機関と地域の両方について検討するため、次の2つの分析を行った。

1. 医療機関単位の分析（分析1）

指定入院医療機関ごとに、医療観察法と精神保健福祉法それぞれで平成23年6月30日時点の在院患者に占める在院期間1年以上の入院者の割合（以下、1年以上入院者割合）を計算し、Spearmanの順位相関係数を求めた。

なお、精神保健福祉法における割合は、総入院者数から医療観察法の入院者数を減じた入院者数に基づいて計算した。また、医療観察法病棟の設置（以下、開棟）から間もない医療機関では、同病棟の入院者の在院期間が短く偏るため、調査時点で開棟後3年以上が経過した医療機関のみを対象とした。また、入院者が少ない場合は割合が信頼性を欠くため、医療観察法の入院者が20名以上の医療機関のみを対象とした。その結果、12カ所の医療機関が対象となった。

2. 地域単位の分析（分析2）

都道府県ごとに、医療観察法、措置入院、精神保健福祉法全体のそれぞれで1年以上入院者割合を計算した。その割合について、医療観察法と措置入院との間（分析2-1）、および医療観察法と精神保健福祉法全体との間（分析2-2）でSpearmanの順位相関係数を求めた。

なお、精神保健福祉法全体における1年以上入院者割合は、分析1と同様に計算した。また、分析1と同様の理由により、調査時点で開棟後3年以上の指定入院医療機関が所在し、医療観察法の入院者が合計20名以上の都道府県のみを対象とした。その結果、13都県が対象となった（分析1では対象医療機関数は12であるが、分析2では同一都道府県内に複数の指定入院医療機関がある場合にこれを合算することになり、その結果20名以上にな

る都県があったため合計 13 となった)。

上記のように、地域単位の分析（分析 2）では、一般の精神科入院患者を精神保健福祉法全体とした分析に加えて、人員配置、治療・処遇、患者の臨床特性の面で医療観察法入院処遇により近い措置入院に限定した分析も行った。医療機関単位の分析（分析 1）では、措置入院の入院者数が不十分であるため、精神保健福祉法全体を対象とした分析のみを行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、個人単位の情報が含まれない既存資料の二次解析であり、個人に対する侵襲性およびプライバシー侵害の危険はない。ただし、医療機関ごとの医療観察法入院者は比較的少数で、また多くの指定入院医療機関は所在都県で唯一のため、本稿では医療機関、都県ごとに在院期間の詳細な内訳が判明しないように結果を記載した。

C. 研究結果

1. 医療機関単位の分析（分析 1）

医療観察法と精神保健福祉法の 1 年以上入院者割合の間には弱い負の相関があり、相関係数は $\rho = -0.41$ ($p=0.19$) であった。すなわち、一般精神科病棟に在院期間の短い患者が多い指定入院医療機関では、医療観察法病棟に在院期間の長い対象者が多い傾向にあった。

2. 地域単位の分析（分析 2）

（分析 2-1）医療観察法と措置入院の 1 年以上入院者割合の間にはやや強い負の相関があり、相関係数は $\rho = -0.65$ ($p=0.02$) であった。すなわち、在院期間の短い措置入院患者が多い都県では、在院期間の長い医療観察法対象者が多かった。

（分析 2-2）医療観察法と精神保健福祉法の 1 年以上入院者割合の間にはほとんど相関がなく、相関係数は $\rho = 0.06$ ($p=0.84$) であった。

D. 考察

医療機関単位で分析したところ（分析 1）、一般精神科病棟に在院期間の短い患者が多く患者の地域移行が進みやすいと考えられる医療機関でも、医療観察法病棟には在院期間の長い対象者が多かった。医療観察法入院処遇では、標準処遇期間が 1 年 6 ヶ月であるため、1 年以上入院している対象者が一定数いるのは当然であるが、1 年以上入院者割合が高ければ、退院に向けて解決すべき要因があり在院が長期化した対象者も多いと考えられる。一般精神科病棟の在院期間が短い医療機関の背景にあるものとして考えられるのは、医療機能面での特徴（例：急性期医療の比重が高い）、職員の意識や援助技術の高さ（例：早期退院に積極的で、そのためのノウハウや関係機関とのコネクションに富む）など、必ずしも一様とは限らないが、いずれにしても患者の地域移行が進みやすい環境を兼ね備えていると思われる。そのような医療機関で、医療観察法病棟には在院が長期化した対象者が多い可能性があるのは意外な結果であった。その理由は本研究の結果からは分からないが、いくつかの可能性が考えられる。一つには、一般の精神科患者に対しては地域移行に促進的な要因も、医療観察法対象者の場合には、必ずしも退院促進の効果を十分にもたらさないことが考えられる。今後、可能性が高いと思われる仮説に基づいて、本結果の理由を検討していくことが必要である。

地域単位での分析（分析 2）では、一般の精神科入院患者を措置入院に限った場合（分析 2-1）のみ、在院期間の構成が医療観察法対象者と逆の関連を示した。すべての指定入院医療機関は措置入院を多数受け入れる国公立系の精神科病院であることを考えれば、医療機関単位の分析（分析 1）と同様の結果となるのは自然なことである。さらに、本分析（分析 2-1）で対象とした措置入院患者は、民間の指定病院も含めており、国公立系の病院の入院患者のみを対象とした医療機関単位の分析（分析 1）に比して、結果の信頼性は

より高いと思われる。医療機関単位の分析(分析 1)について考察したような、一般精神科患者での地域移行促進要因が医療観察法対象者には必ずしもあてはまらないことが事実ならば、この退院動態の違いもまた、それによって説明されるかもしれない。また、従来は措置入院で処遇され在院が長期化しがちであった患者が、医療観察法で処遇されるようになり、措置入院に在院期間の短い患者が増えた可能性も考えられる。

一方で、一般の精神科入院患者を精神保健福祉法全体(分析 2-2)に拡大した場合は、措置入院に限定した場合(分析 2-1)のような関連は認めなかった。これは、一般精神科側の分析対象の大半を、臨床特性やそれに対応する治療・処遇の面で医療観察法対象者とは大きく異なる患者が占めるためであろう。

本研究では、医療観察法入院対象者と一般の精神科入院患者とで在院期間の関連を検討したが、いくつかの限界がある。まず、分析対象とした医療機関や地域为数が少なく、結果は慎重に解釈する必要がある。開棟後3年以上という包含基準のため、早期から医療観察法病棟のあった医療機関や地域に対象が限られたうえ、相関分析という方法を用いたため、指定入院医療機関のない地域との比較はできなかった。また、地域単位の分析では、医療観察法対象者との同質性を考慮して一般精神科患者を措置入院に限ったが、医療観察法側の在院期間を急性期ステージに限定できれば、臨床病期という次元での同質性を同時に考慮した分析も可能だったであろう。本研究は予備的検討のため、分析する変数も限定的であった。本研究では在院期間に着目した分析を行ったが、医療観察法入院対象者と一般の精神科入院患者とを関連づけた検討としては、診断、年齢などほかの側面にも着目する必要がある。さらに、医療観察法入院処遇に対する地域や医療機関の影響を検討するには、入院者の属性のみを扱うこのような間接的分析にとどまらず、治療、処遇、社会復帰調整のプロセスに着目する必要がある。本研

究で得た示唆を踏まえて、今後さらなる検討を進めることが求められる。

E. 結論

一般精神科患者で早期退院を実現している地域や医療機関でも、医療観察法対象者の在院期間はむしろ長い傾向にあった。地域や医療機関のもつ一般精神科患者の地域移行促進要因が医療観察法対象者には必ずしも関連しないのかなど、その理由を検討する必要があると思われた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

I. 引用文献

- 1) 厚生労働省：心神喪失者等医療観察法。
(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/sinsin, 2014年2月28日閲覧)
- 2) 菊池安希子：指定入院医療機関モニタリング調査研究。厚労科研「医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究」(五十嵐禎人)平成24年度総括・分担研究報告書, 95-108, 2013.
- 3) 岡崎伸郎：地域処遇の課題は「医療観察法」最大の隘路として残る。司法精神医学3: 126-130, 2008.
- 4) 五十嵐禎人：医療観察法の現状と今後の課題。司法精神医学4: 40-50, 2009.
- 5) 赤田卓志朗：医療観察法の改正に向けてー地域ケアの立場から一般医療の向上を目指して。司法精神医学5: 98-105, 2010.
- 6) 藤田利治, 竹島正：精神障害者の入院後

の退院曲線と長期在院にかかわるリスク
要因についての患者調査に基づく検討.
精神神経学雑誌 108 : 891-905, 2006.

- 7) 小山明日香, 小山智典, 立森久照, 野田
寿恵, 竹島正 : 各都道府県の 1 年未満在
院患者群の退院に関する指標「平均残存
率」に関連する要因の検討. 日本社会精
神医学会雑誌 17 : 159-167, 2008.
- 8) 河野稔明, 白石弘巳, 立森久照, 小山明
日香, 長沼洋一, 竹島正 : 精神科病院の
新入院患者の退院動態と関連要因. 精神
神経学雑誌 114 : 764-781, 2012.

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究報告書

630 調査等による精神保健医療福祉のマクロ動向の分析に関する研究

研究分担者 立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 臼田謙太郎 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
後藤 基行 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
下田 陽樹 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
西 大輔 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究代表者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】最新の精神保健福祉資料データによる精神病床利用者の数的状況に基づいて精神保健医療福祉の改革ビジョンの進捗を明らかにする。

【方法】厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した全国の精神科医療施設などの状況についての資料を、同課の許可を得て二次的に分析した。このデータはわが国の精神科病院等のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。1996 年から 2011 年調査のデータを使用した。

【結果】改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均退院率 71.1（目標値 76 以上）、退院率 24.6（同 29 以上）、統合失調症等による在院患者数 175,610 人（同 15 万人以下）であった。2011 年の精神科病院等の在院患者総数は 304,394 人であり、前年比で 4,221 人の減であった。統合失調症等の在院患者数は'10 年から'11 年の間で 4,620 人の減（'09 年から'10 年の間では 3,664 人の減）、一方で認知症を含む器質性精神障害のそれは 67,970 人と'10 年から'11 年の間で 1,077 人の増（'09 年から'10 年の間では 2,564 人の増）であった。なお認知症に限った場合（F00-F03）は、'10 年から'11 年の間で 188 人の増（59,328→59,516）であった。認知症等、統合失調症等ともに人口 10 万対在院患者数が多いのは日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているという特徴に変化はない。統合失調症等はほぼ全ての県で人口 10 万対患者数が減少傾向にある。平均退院率は概ね増加傾向にあったと言えるが、近年は 71.2、71.2、71.4、71.1 とほとんど変化がみられない。一方で退院率は年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあるようにみえ、'08 年以降は 4 年間続けて上昇していた。

【結論】在院期間が一年以内の患者の動態の指標である平均退院率は改革ビジョン前から上昇傾向にあったが、この数年はほとんど変化がみられず停滞状況にある可能性が高い。数値目標とは'11 年時点でおおよそ 5 ポイントの開きがある。一方、すでに長期在院となった患者の動態の指標である退院率は年ごとの変動はあるが全体としては緩やかな増加傾向にみえ、'08 年以降は 4 年間続けて上昇していた。数値目標の水準からはまだ 4 ポイント強の隔りがある。長期在院者の中核をなす統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。認知症等の在院患者数は'03 年以降'11 年まで一貫して増加傾向にあったが、'09 年から'10 年の間の増加はその前後と比べて著しかった。

A. 研究目的

2004 年 9 月に公表された「精神保健医療福

祉の改革ビジョン」（以下、改革ビジョン）の
前半 5 年の成果の評価と後半 5 年に向けた見直

しが「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」（以下、あり方検討会）にて実施された。2009 年に公表の「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」では、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で掲げられていた平均残存率 24 以下（その後、厚生省は平均残存率ではなく平均退院率を指標として用いることとした。本報告書も平均退院率を用いる。両者は平均退院率＝100－平均残存率の関係にあるので、平均退院率の目標値は 76 以上となる。）および（1 年以上在院者の）退院率（1 年以上在院者）29 以上に加えて、統合失調症と認知症に関する目標値の設置の必要性を指摘した。前者は今後 5 年間でその人数を約 15 万人以下にすると目標値が設定された。後者についても「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第 2 ラウンド（認知症と精神科医療）とりまとめ（平成 23 年 11 月 29 日）」（以下、検討チームとりまとめ）では、退院に関する目標として 2020 年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50% が退院するまでの期間を、入院から 2 カ月とする（現在の 6 カ月から大幅に短縮）と記されている。

本研究は 1996 年から現時点で最新の調査である 2011 年までの精神保健福祉資料のデータを用いて精神科病床を有する病院（以下、精神科病院等）における在院患者の数的状況や改革ビジョンの数値目標の推移を分析することにより、改革ビジョンのこれまでの進捗を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神障害・保健課では、毎年 6 月 30 日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神科医療施設などの状況についての資料を得ている。

この精神保健福祉資料のデータはわが国の精神病床を有する病院（以下、精神科病院等）のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。本研究では 1996 年から 2011 年調査のデータを使用した。

2. 方法

1996 年から 2011 年の精神保健福祉資料の精神科病院等の患者についてのデータを用いた二次解析を厚生労働科学研究として実施した。人口 10 万対の数値を算出するためには、総務省統計局公表の各年 10 月 1 日現在推計人口を使用した（<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm>）。

在院患者総数、症状性を含む器質性精神障害（F0）（以下、認知症等）および統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）（以下、統合失調症等）による在院患者数、改革ビジョンで数値目標とされた平均退院率、1 年以上在院者の退院率（以下、退院率）について最新の全国値を明らかにし、それらの年次推移を分析した。都道府県（以下、県）ごとの認知症および統合失調症等による在院患者数の最新の状況およびそれらの人口 10 万対在院患者数の推移を県間で比較した。県ごとの平均退院率、1 年以上在院者の退院率の最新の状況と年次推移を分析した。結果に示した図は変化を捉えやすくするために軸の下限が必ずしも 0 ではない。誤って読み取ることを避けるために軸の目盛ラベルを確認されたい。

なお精神保健福祉資料の調査内容は年により多少異なるため、集計項目によっては 1996 年以降の全ての年の数値がない場合がある。

（倫理面への配慮）

本研究は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した、全国の精神科病院の状況についての資料を、厚生労働科学研究として、精神・障害保健課の許可を得て二次的に分析したものである。データは施設ごとの集計値として報告されており、そこには個人を特定可能な情報は含まれていない。

C. 研究結果

1. 改革ビジョンの目標値の最新の状況とその推移

2011 年の精神科病院等の在院患者総数は 304,394 人と前年から 4,221 人の減であった。在院患者総数は図 1 に示したように一貫して減少傾向にあることが分かる。

改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均退院率 71.1（目標値 76 以上）、退院率 24.6（同 29 以上）、統合失調症等による在院患者数 175,610 人（同 15 万人以下）であった。

統合失調症等の在院患者数は'10 年から'11 年の間で 4,620 人の減少であった（'09 年から'10 年の間では 3,664 人の減少）。図 2 に示すように統合失調症等による在院患者数も一貫して減少傾向にあることが分かる。

平均退院率の推移を図 3 に示した。'98 年から'05 年にかけては増加傾向にあったと言えるが、近年は 71.2、71.1、71.4、71.1 とほとんど変化がみられない。'98 年と比較すると平均退院率の改善が示すように、新規入院者がより短期間で退院できるようになったことは新規入院患者の退院の様子を示した図 4 において実線で示した'11 年と破線で示した'98 年の比較からも明らかである。

一方で 1 年以上継続して在院した患者が 1 年間にどれくらい退院するかの指標である退院率は、改革ビジョン前の'99 年と比べると一定の改善（21.7→24.6）はみられた（図 5）。その推移も年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあるように見える。特に'08 年以降は 21.8、23.1、23.9、24.6 と一貫して増加がみられる。また、在院期間別の退院率を県ごとに算出し、その分布を箱ひげ図を並べて示した（図 6）。在院が長期になる者には退院を阻害する何らかの要因が存在すると考えられるため、在院が長期に継続するほど退院が発生しづらくなり退院率が低くなると予想される。図からもこの傾向を読み取ることができるが、特に在院期間が 1 年以上 5 年未満の群とそれ以外の群では退院率の違いが顕著であった。

'11 年の認知症等による在院患者数は 67,970 人と'10 年から'11 年の間で 1,077 人の増加であった（'09 年から'10 年の間では 2,564 人の増加、'08 年から'09 年では 885 人の増）。増加傾向は'97 年以降一貫して観察された（図 2）。なお認知症に限った場合（F00-F03）は、'10 年から'11 年の間で 188 人の増（59,328→59,516）であった。'09 年から'10 年のそれは 2,662 人の増であった。

認知症患者治療病棟に新たに入院した患者のおよそ 1 年間の退院の様子を図 4 に点線で示した。入院から 165 日（＝5.5 カ月）から 195 日（＝6.5 カ月）の間に半数が退院し、約 1 年（11.5 か月）で 6 割強が退院していた。一点破線で示した'03 年と比較すると'11 年は、半数の者が退院するまでの日数は短く、約 1 年間継続して在院する割合は低くなっていることが分かる。

2. 県別の改革ビジョンの目標値の最新の状況とその推移

人口 10 万対在院患者数の大小の地理的な分布を把握するために'11 年の県別の人口 10 万対在院患者数に基づいて県をそれぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分し、その結果を日本地図上に色の塗り分けで示した。色が濃い県は人口 10 万対在院患者数が多いことを示す。図 7 が認知症等、図 8 が統合失調症等についてである。双方とも人口 10 万対在院患者数が多いのは日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているのが特徴である。この特徴は'10 年までの傾向と変化がない。

次に県別に'97 年から'11 年にかけての人口 10 万対在院患者数の推移を検討した。図 9 に示すように、認知症等の推移は、明確に増加傾向にある県と、より少数の緩やかな増加傾向もしくはほとんど変化のない県に大別され、明確に減少傾向を示す県はない。人口 10 万対の認知症等の在院患者数が他よりも高い水準かつ増加の著しい県は、東北、九州に多い。統合失調症等については、ほぼ全ての県で人口 10 万

対患者数が減少傾向にある。図中に破線で示したのは、目標値（統合失調症等の在院患者数15万人以下）を達成した場合の人口10万対在院患者数の118である（15万人を2014年時の予測人口で除して求めた）。約4分の1（47県中13県）が既にこの水準に達している一方で、この2から3倍の水準にある県も1割程度存在する。水準に達している県は、関東、中部、関西に集中している。

図11、12にそれぞれ平均退院率および退院率の高低を日本地図上に色の塗り分けで示した。塗り分けの規則は人口10万対在院患者数と同じである。双方ともその分布に明確な規則性は観察できず、人口10万対在院患者数のように数値の高い（もしくは低い）県が特定の地域に集中していない。強いて言うなら平均退院率の高い地域は日本の中央部に集まっている印象はある。

図13に'11年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図を示した。実線は両指標の目標値である。平均退院率は76以上、退院率は29以上が目標値なので、両指標の目標値をとも達成した県は、2本の実線で分けられた4つの領域のうち右上にプロットされる。'11年時点において目標をともに達成した県はない。ただし、いずれかの指標が目標を達成した県は2割弱存在し、退院率が目標を達成している県の方が多い。

県別の平均退院率の推移は、多くの県で目標値に向けて増加傾向にあるか、目標値近くの水準を保って推移しているが、目標値近くの水準にある県で'10年から'11年にかけて減少している県が目についた（図14）。例えば、和歌山、徳島、高知、滋賀など。退院率については明確な傾向が認められない県が多い（図15）。

D. 考察

精神保健福祉資料の1996年から2011年調査のデータを用いて精神科病床を有する病院における在院患者についての二次解析を行った。悉皆と見なしうる調査に基づいて、わが国の精神科病院等における統合失調症等、認知症等による在院患者数、平均退院率、および退院率の

全国および県の最新の状況および推移を明らかにできた。

在院期間が一年以内の患者の退院動態の指標である平均退院率の改善等（63.2→71.1）から、数値目標には達していないものの、新たに長期在院を生じさせない点では改革の成果が伺えた。しかし、改革ビジョン前から上昇傾向にあった平均退院率の数値がこの数年はほとんど変化がみられない。昨年度報告書では「来年以降も数値目標のモニタリングを続けることによって、平均退院率が停滞状況にあるのか、再度上昇に転じる前の一時的な停留なのかなどを明らかにしたい」と述べたが、本年の報告でも平均退院率に変化がみられなかったことから考えると、停滞状況にある可能性が高い。数値目標とは'11年時点でおおよそ5ポイントの開きがあり、平均退院率の数値目標の達成には困難があると思われた。

一方、すでに長期在院となった者の地域移行に関しても、退院率は年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあるようにみえ、'08年以降は21.8、23.1、23.9、24.6と一貫して増加がみられた。数値目標の水準からはまだ4ポイント強の隔たりがあるが、最近4年間では先に示したように続けて上昇していた。退院率が明らかな上昇傾向を示し始めたのかどうかは来年以降も引き続き動向を観察する必要があるが、その可能性は高まった。

平均退院率および退院率を求める際の“退院”には死亡もしくは転院を事由とする場合を含んでいる。病床利用の観点から両指標を用いる場合にはこの定義は妥当と思われるが、患者の社会復帰の観点からは“退院”に死亡を事由とする場合を含めない数値、および死亡・転院を事由とする場合を含めない数値も併用することに意味があると考えられる。特に後者は、退院後の行き先が自宅もしくは施設であった者のみを退院として扱ったもので、社会復帰できた者の状況をより反映した数値であると捉えられる。死亡を退院に含めなかった場合と死亡・転院を含めなかった場合の平均退院率はそれぞれ69.0と60.1であった。同様に退院率は

それぞれ 19.1 と 9.4 であった。

統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。既に目標値を達成した場合の 10 万対在院患者数の水準に達している県とその水準の近づいている県と、減少傾向にあるものの水準からの隔たりが大きい県と二極分化している現状が存在する。すでに繰り返し指摘したように、この水準からの隔たりが大きい県で如何にして改革の取り組みを進めて行くかが鍵を握ることに変わりはない。

認知症を含む器質性精神障害の精神病床の在院患者数は'03 年以降'11 年まで一貫して増加傾向にあったが'09 年から'10 年の間の増加(2,564 人増)はその前の 1 年間のそれ(885 人増)と比べても、その後の 1 年間のそれ(1,077 人増)と比べても著しいものであった。認知症に限った場合も同様であった。なぜこのような動向がみられたかは本研究では明らかにすることはできないが、認知症疾患医療センターの開設と関係があるかもしれない。認知症疾患医療センターは、'08 年度は 14 カ所に過ぎなかったが、'09 年度で 66 カ所、'11 年 5 月現在で 112 カ所とその整備が進められた(精神・障害保健課調べ)।'09 年から'10 年の間の増加が特異であったかを含め、今後も認知症等の在院患者数の変化を観察していく必要があると思われた。

E. 結論

悉皆と見なしうる調査に基づいて改革ビジョンの数値目標などの最新の状況とこれまでの推移を全国および県ごとに明らかにした。

新規入院者の在院期間の短縮や在院期間が一年以内の動態の指標である平均退院率の改善等(63.2→71.1)から、新たにそうした状況を生じさせない点では改革の成果が伺えた。しかし改革ビジョン前から上昇傾向にあったがこの数年はほとんど変化がみられず、停滞状況にある可能性が高い。数値目標とは'11 年時点でおおよそ 5 ポイントの開きがある。

一方、すでに長期在院となった者の地域移行

に関しても退院率に一定の改善(21.7→24.6)は見られた。退院率は年ごとの変動はあるものの全体としては緩やかな増加傾向にあるようにみえ、'08 年以降は 4 年間続けて上昇していた。数値目標の水準からはまだ 4 ポイント強の隔たりがあるが、退院率が明らかな上昇傾向を示し始めたのかどうかは来年以降も引き続き動向を観察する必要があるが、その可能性は高まった。

長期在院者の中核をなす統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。認知症等の在院患者数は'03 年以降'11 年まで一貫して増加傾向にあったが'09 年から'10 年の間の増加はその前後と比べて著しいものであった。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

I. 参考文献

- 1) 精神保健福祉対策本部. (2004年9月). 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 2006年3月に <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> より入手.
- 2) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会. (2009年9月) 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 2009年12月に <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> より入手.
- 3) 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2ラウンド(認知症と精神科医療)とりまとめ. 2012年1月に<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xah3-att/2r985200001xal3.pdf> より入手.

図 1：精神病床の在院患者数の推移

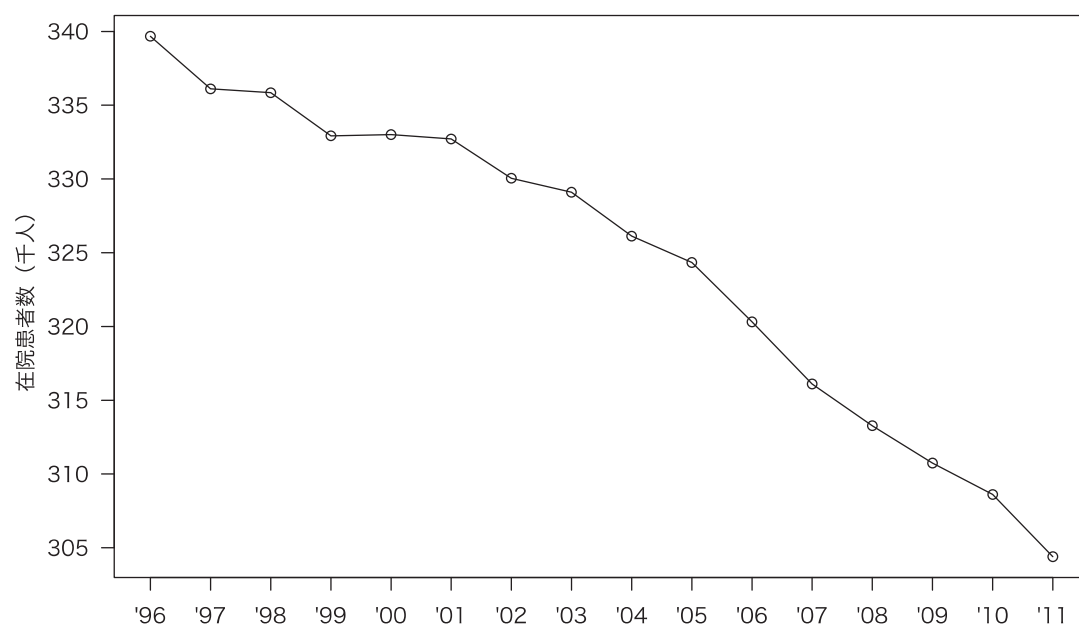


図 2：認知症等（F0）と統合失調症等（F2）による在院患者数の推移

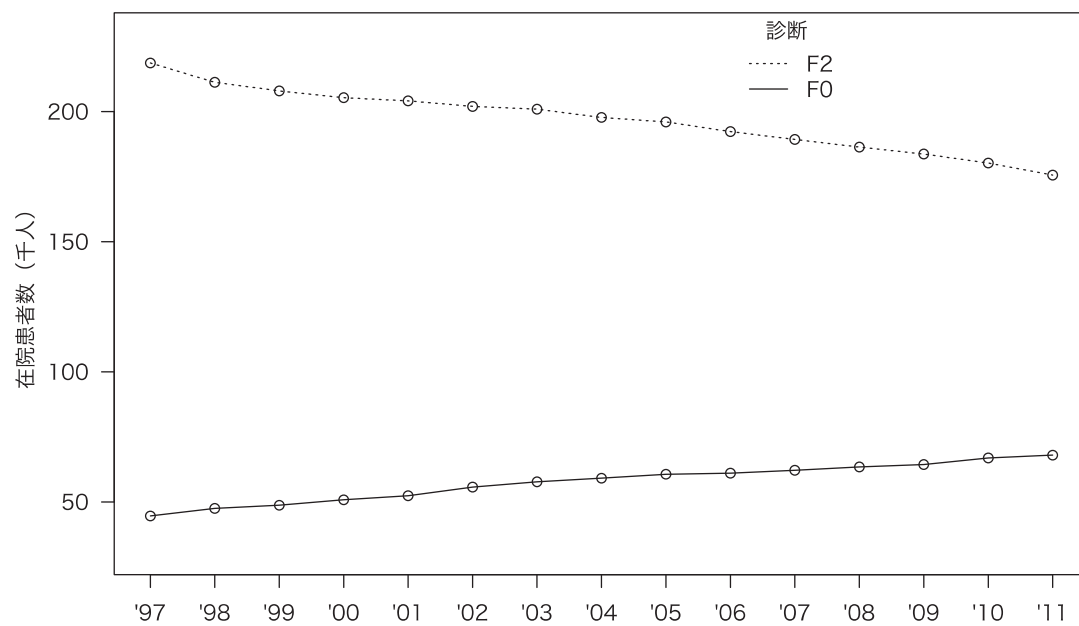


図 3：平均退院率の推移

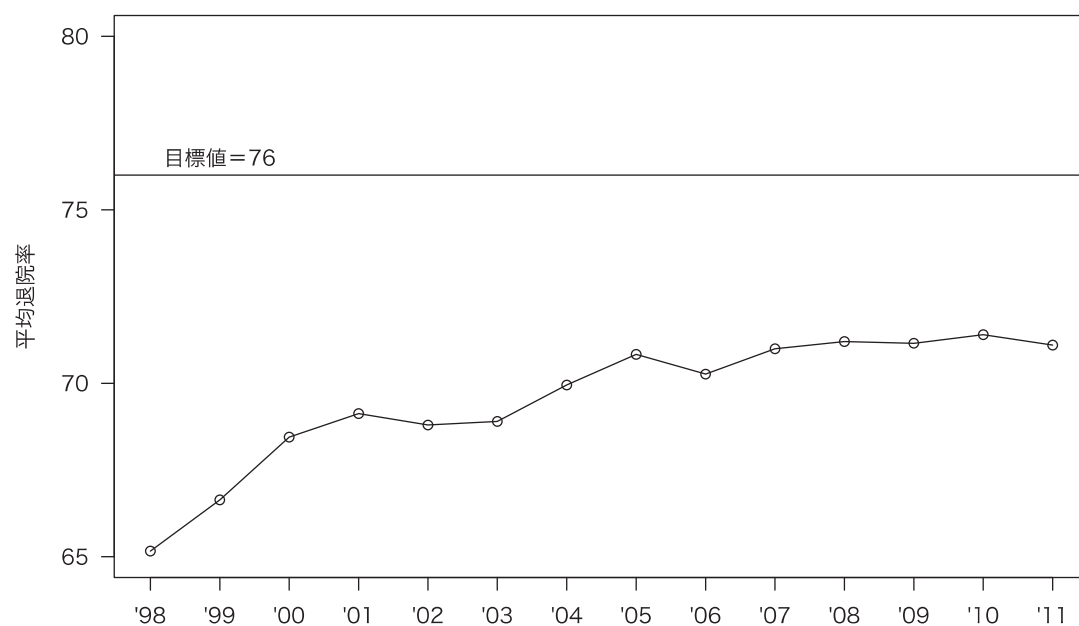


図 4：新たに精神病床に入院した者の退院の発生状況

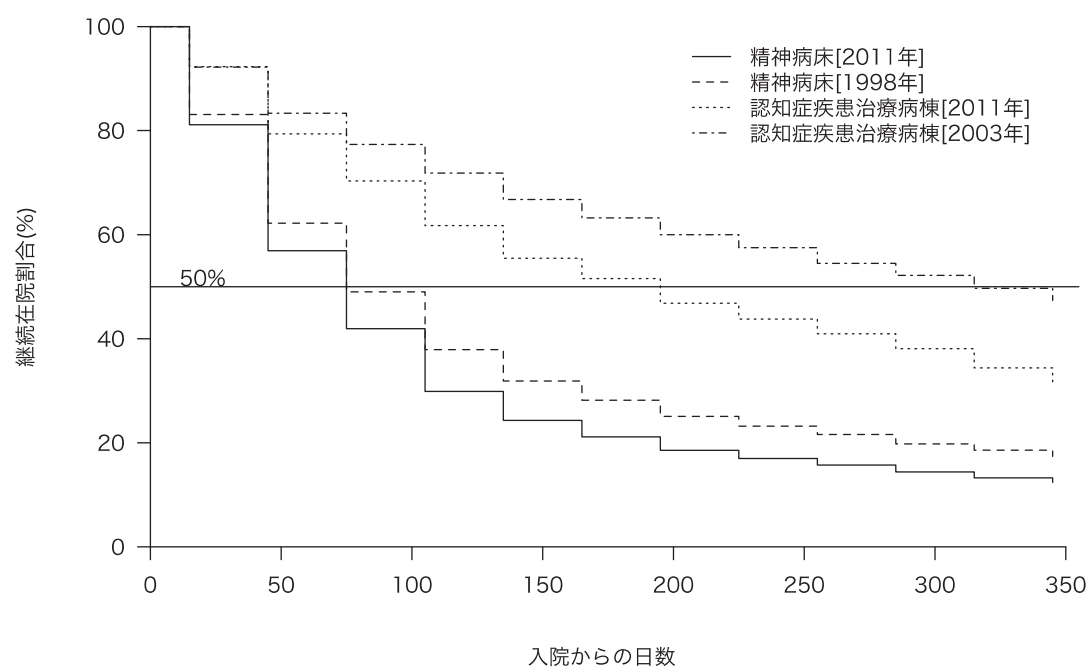


図 5：退院率の推移

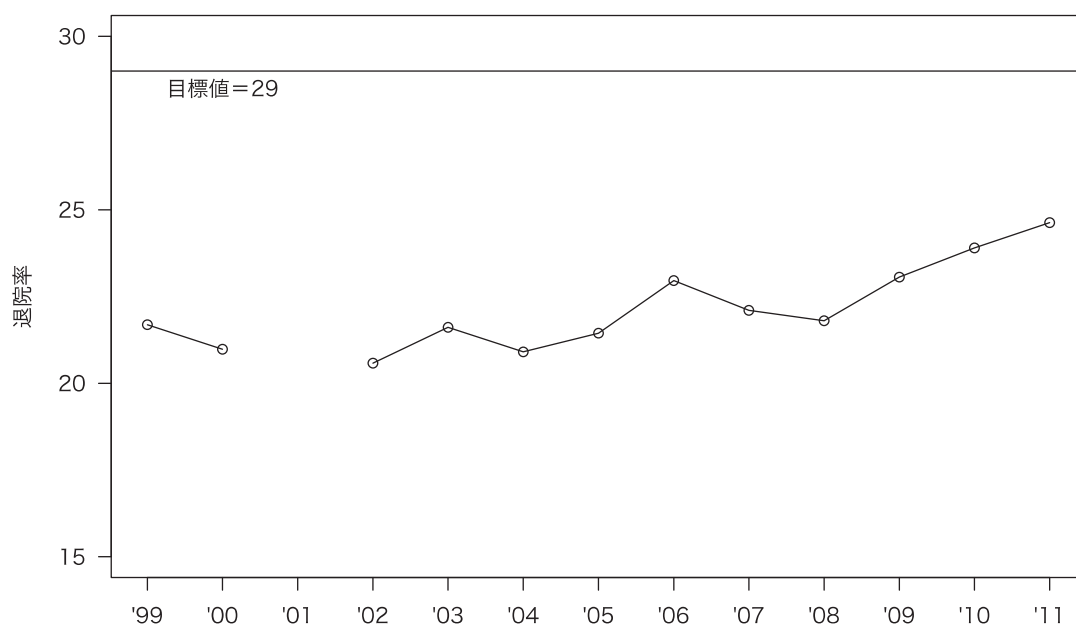
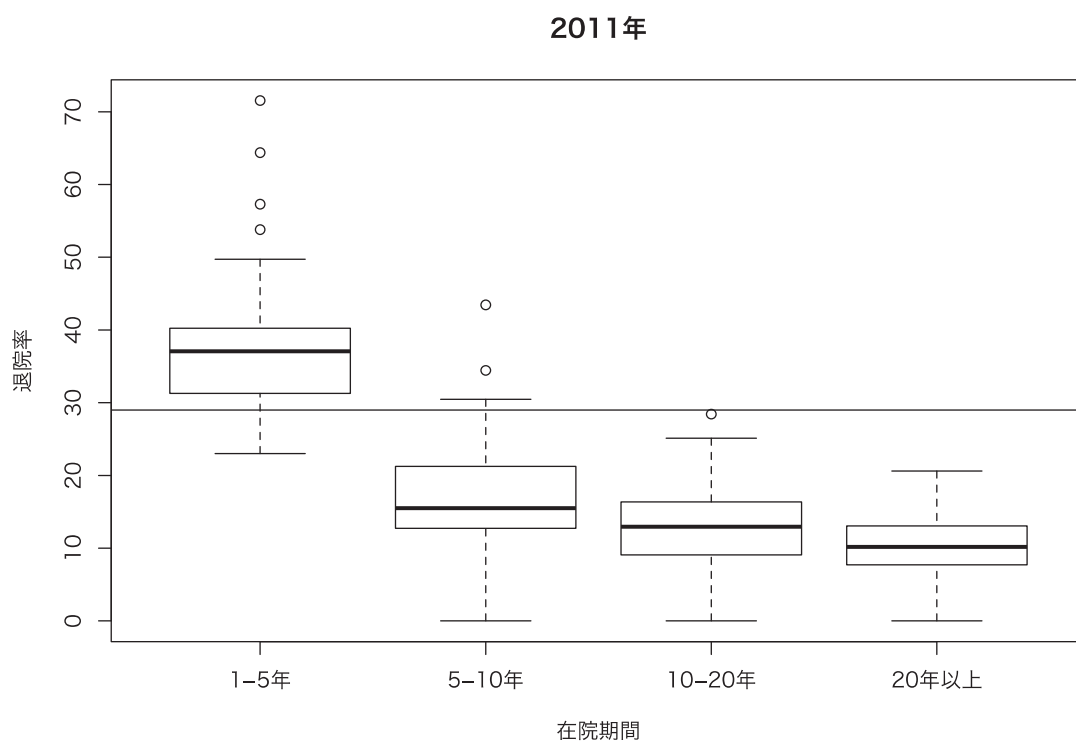


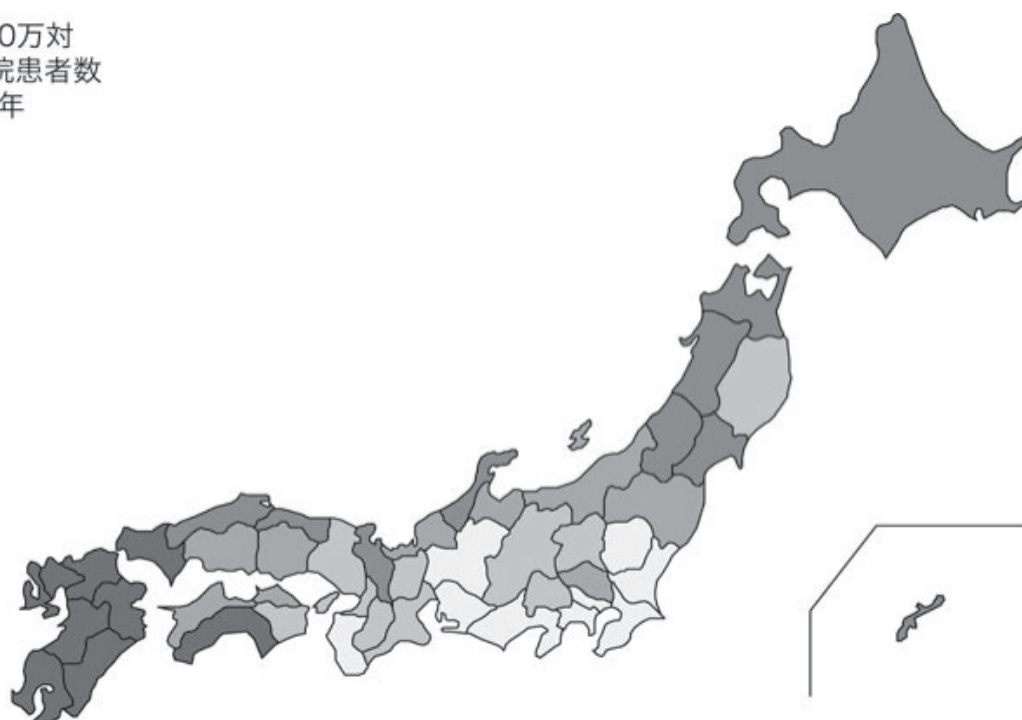
図 6：在院期間別の退院率の県ごとの値の分布の比較



注：実線は退院率の目標値 29 を示している。

図 7 : 2011 年の県別の認知症等 (F0) による人口 10 万対在院患者数

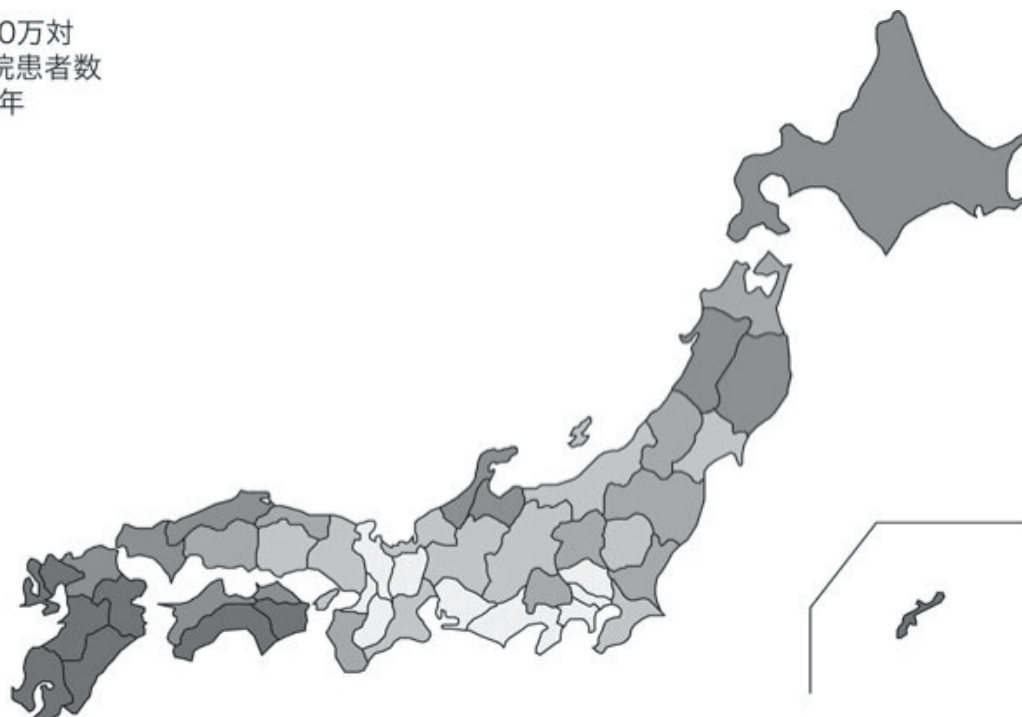
人口10万対
F0在院患者数
2011年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示している。

図 8 : 2011 年の県別の統合失調症等 (F2) による人口 10 万対在院患者数

人口10万対
F2在院患者数
2011年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示している。

図9：県別の認知症等（F0）による人口10万対在院患者数の推移

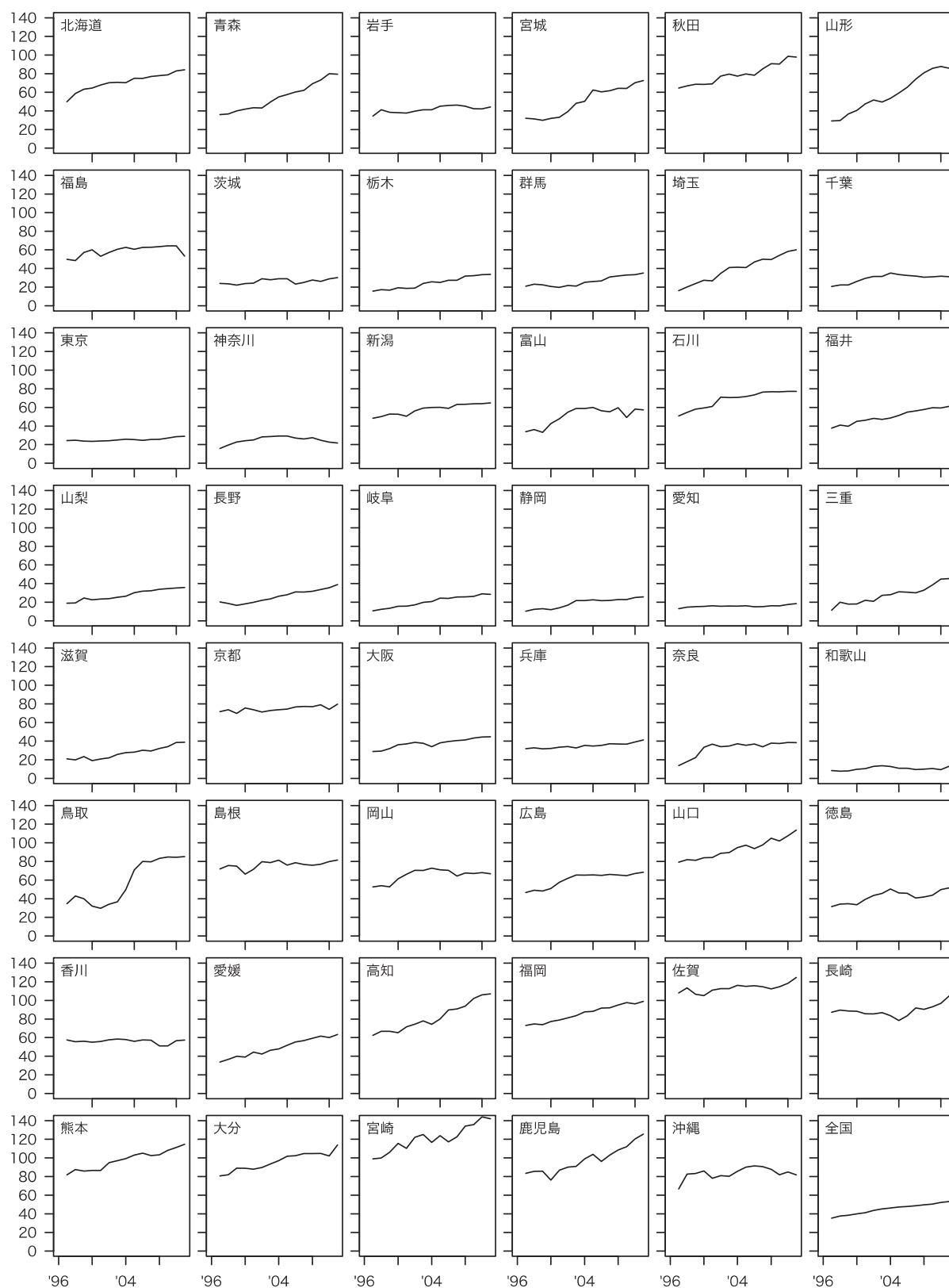
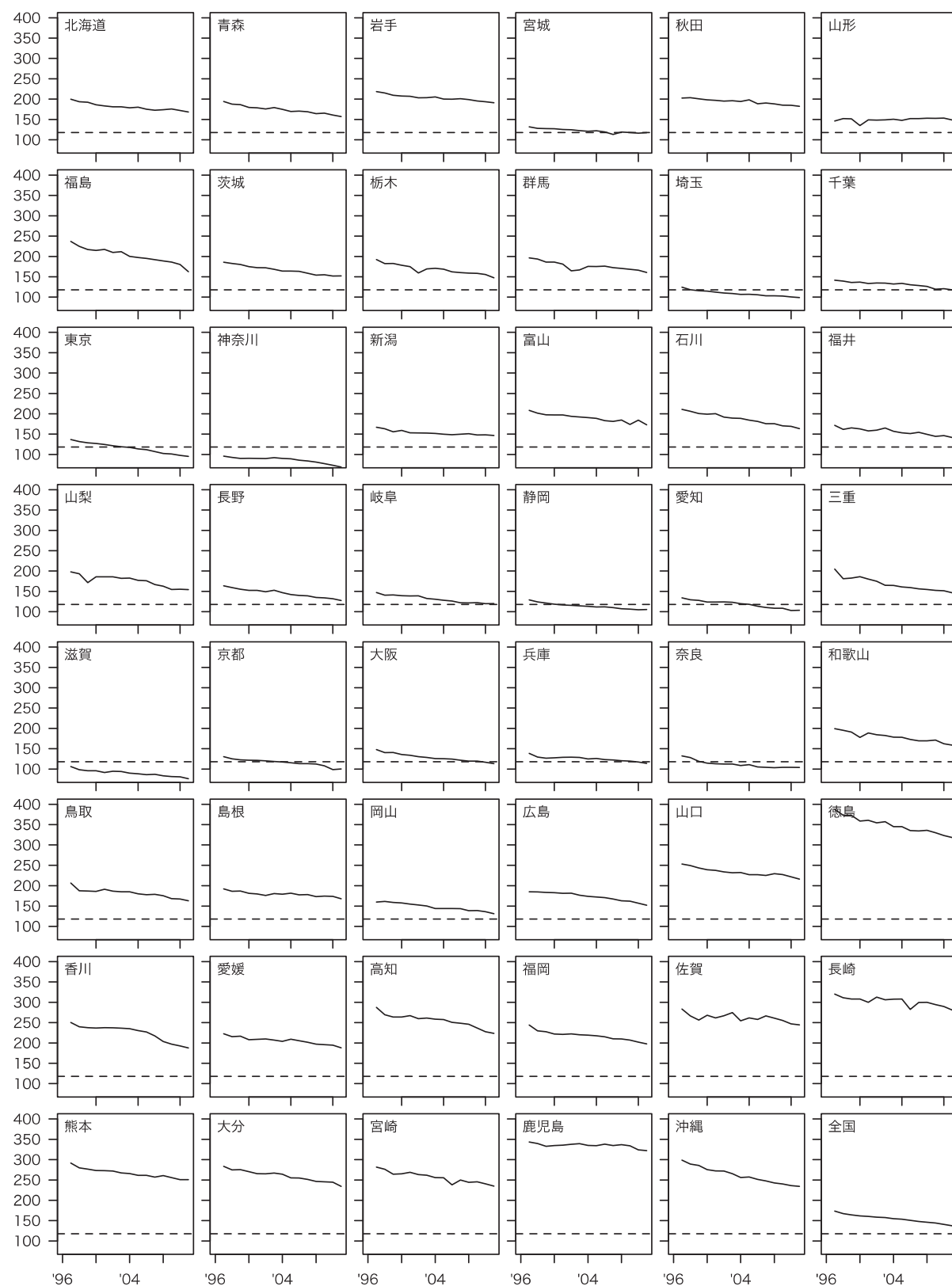


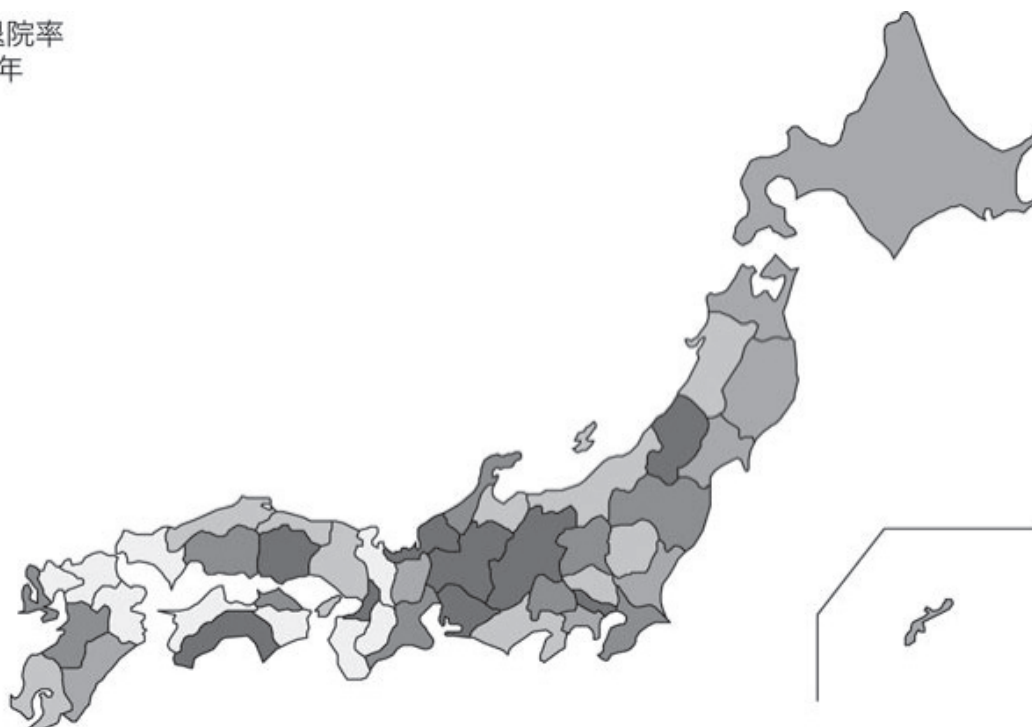
図 10：県別の統合失調症等（F2）による人口 10 万対在院患者数



注：破線は目標を達成した場合の 2014 年時の人口 10 万対在院患者数（118）を示す。

図 11：2011 年の県別の平均退院率

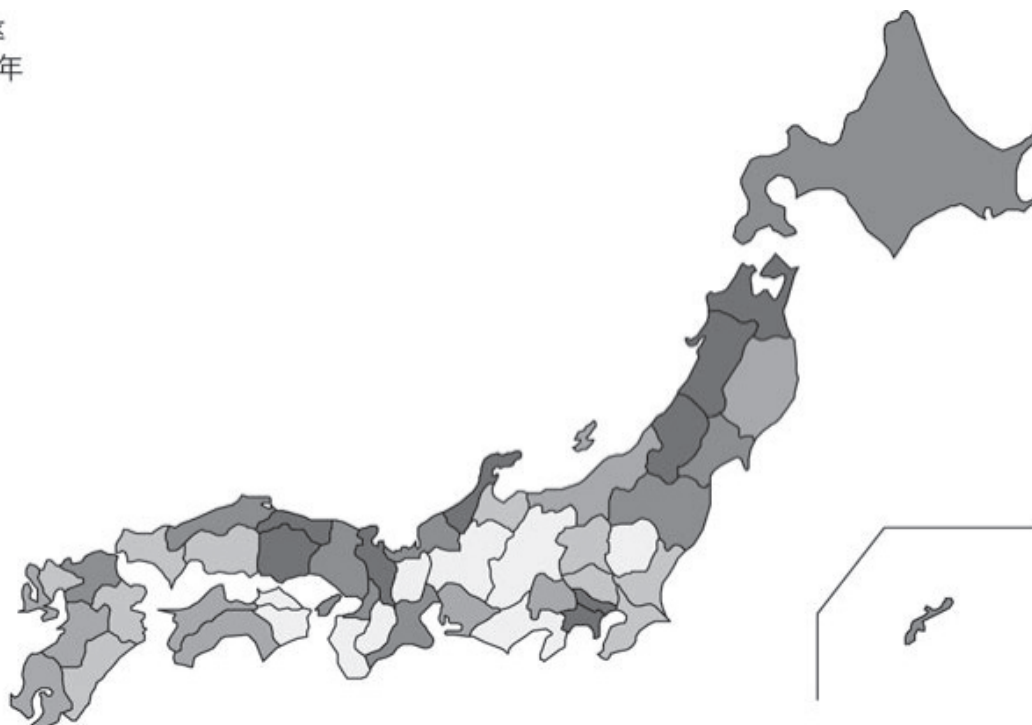
平均退院率
2011年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は平均退院率が高いことを示している。

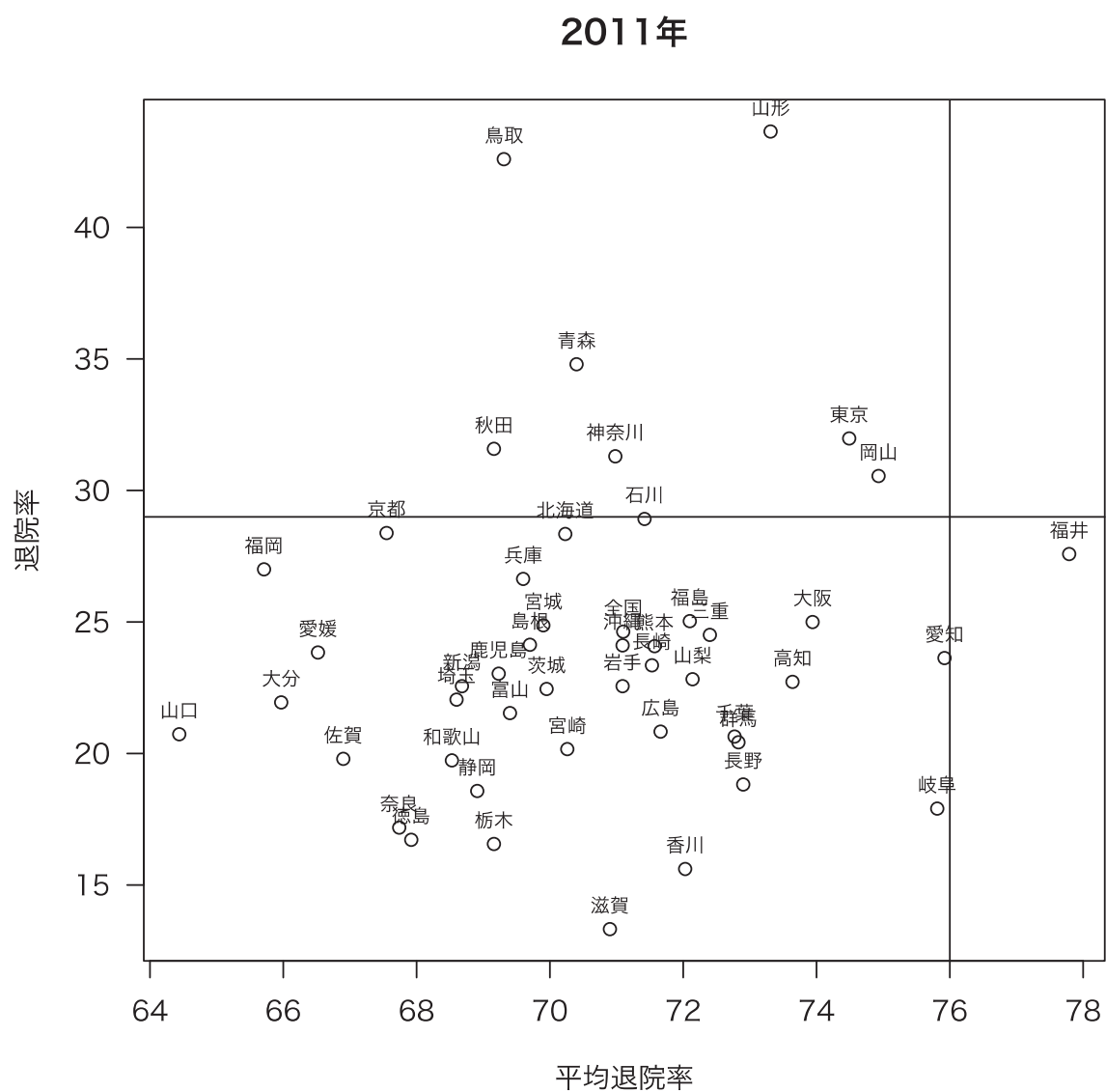
図 12：2011 年の県別の退院率

退院率
2011年



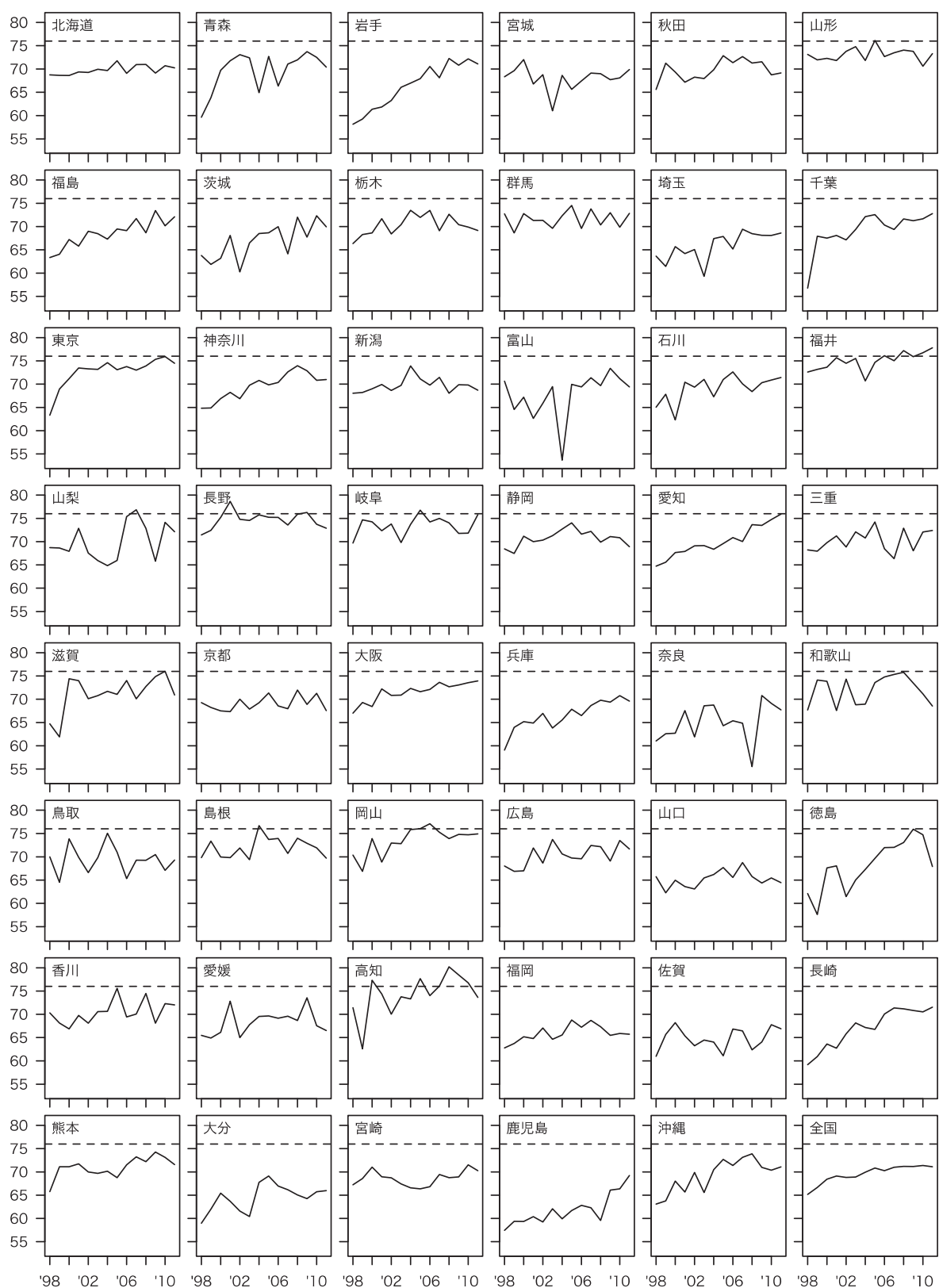
注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は退院率が高いことを示している。

図 13：2011 年の県ごとの平均退院率と退院率の散布図



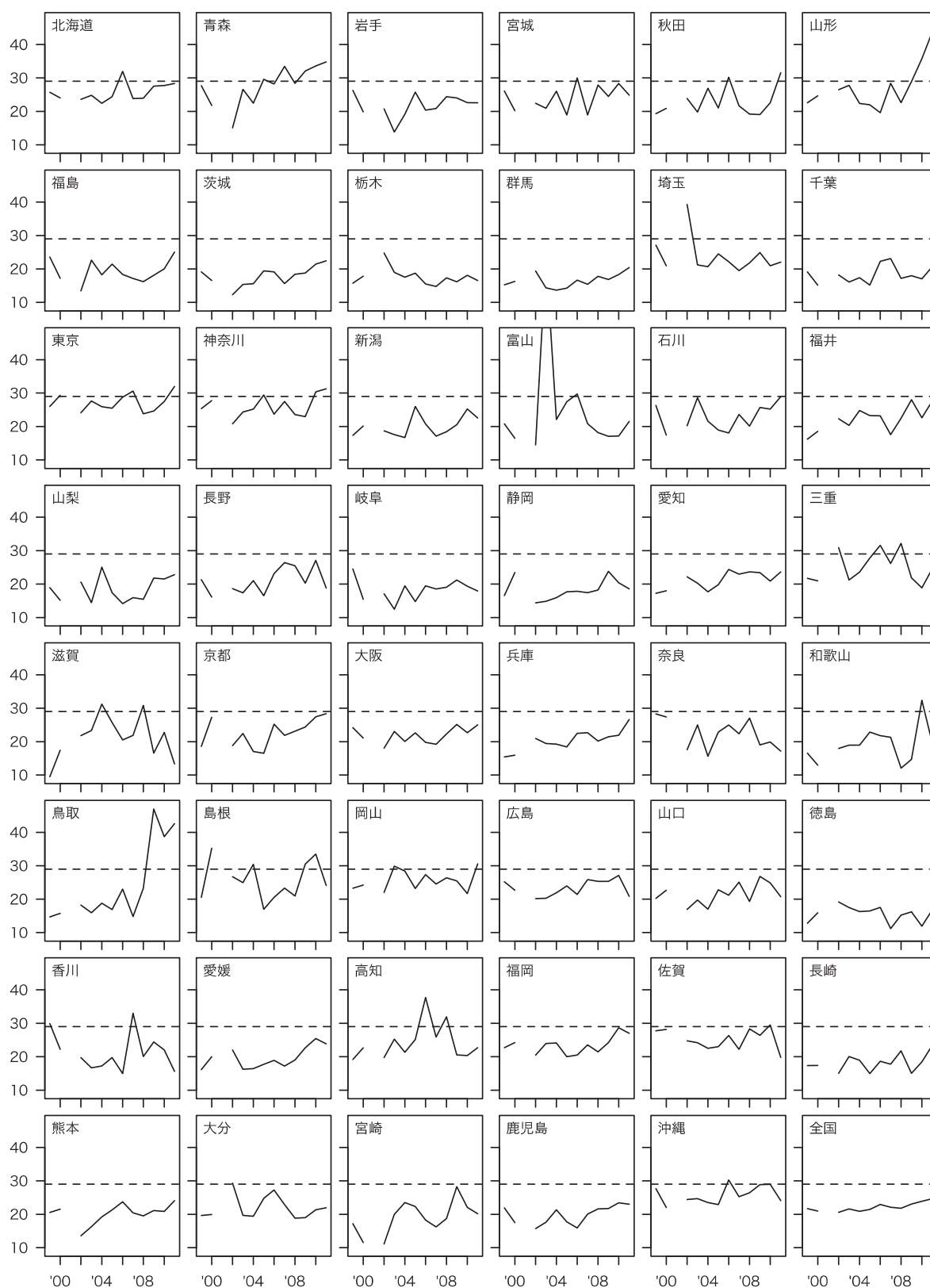
注：図中の2本の点線はそれぞれの軸に示した指標の目標値。

図 14：県別の平均退院率の推移



注：破線は平均退院率の目標値 76 を示している。

図 15：県別の退院率の推移



注：破線は退院率の目標値 29 を示している。富山県、鳥取県などの異常に高い数値は病院の統廃合などによる外れ値

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究報告書
地域精神保健医療のニーズの変化とその予防的対応に関する研究

研究分担者 森川 将行（堺市こころの健康センター）
研究協力者 井上雄一郎（三重県こころの健康センター）
小泉 典章（長野県精神保健福祉センター）
黒田 安計（さいたま市保健福祉局保健部）
永岡 秀之（島根県立こころの医療センター）
大塚 俊弘（長崎県県央保健所）
白川 教人（横浜市こころの健康相談センター）
土山幸之助（大分県こころとからだの相談支援センター）
山下 俊幸（京都府立洛南病院）

研究要旨：

【目的】本研究では地域精神保健医療ニーズの実態把握をもとに、それらを予防していくことを含めた対応の検討を行う。平成 25 年度は、平成 26 年度の全国精神保健福祉センター（以下センター）における調査に使用する精神保健福祉医療に関する相談内容調査票を作成し、実際にいくつかのセンターで試行調査を行い、調査票の使いやすさや問題点を調べ、改訂を行うことが目的である。

【方法】平成 24 年度に全国保健所長会と全国センター長会に対して施行した今後の地域精神保健医療のニーズのアンケート調査、並びに過去の相談内容調査を参考に、精神保健福祉相談内容に関する調査票を作成する。試行調査への協力が得られた 5 箇所のセンターを対象に 10 月下旬から 11 月上旬にかけて平日の連続 5 日間を対象とした。調査内容は、相談者属性、対応職種、相談方法（来所、訪問、電話、電子メール等）、相談内容、所要時間、疾患名・状態、紹介経路、精神科治療歴、相談内容（衛生行政報告例等）、そして連携機関等であった。

【結果】5 箇所の自治体における連続 5 日間の相談総数は重複も含めて 415 件で、新規の相談総数は 142 件であった。なお、相談件数を多く認めた自治体 D のセンターについては連続 3 日間、そして他のセンターは 5 日間の計 325 件（新規 108 件）のデータを用いて集計した。相談対象者内訳は、男性（平均年齢 30.1±標準偏差 27.9 歳、レンジ 7 - 77 歳）が 54%、女性（33.1±23.7 歳、レンジ 7 - 82 歳）が 43%、そして不明 3%で、相談対応に要した時間は、男性が平均 31.2±12.7 分（レンジ 1 - 150 分）、女性が 27.6±15.6 分（レンジ 1 - 105 分）を要した。相談方法の内訳では、電話による相談が 56%と最も多く、次いで来所が 36%、訪問が 4%、電子メールが 3%、そしてその他（手紙、FAX 等）が 1%を占めた。男性相談対象者の年齢はピークが 20-29 歳代と 40-49 歳代にあり、大部分の相談者が 10-49 歳代に集中していた。一方、女性相談対象者は、10-19 歳代をピークとして年齢階級が上がるにしたがって徐々に減少する分布を示した。精神科通院歴は、通院歴なしが 34%、通院中が 30%、中断が 18%、そして入院中が 5%で（図 7）、過去に精神科入院歴がある場合は 15%であった。衛生行政報告例に準拠した相談内容（複数回答）では、心の健康づくりが 27%、思春期が 22%、社会復帰が 10%、薬物が 6%、うつ・うつ状態が 5%、ギャンブルと薬物が各々 2%、そして老人精神保健が 1%であった。相談内容からは、ひきこもり、依存症関連、自殺関連（自死遺族含）、そして発達障害への対応が示されたが、とりわけ

依存症関連では、アルコールや従来からの違法薬物に加えて、ギャンブル、いわゆる違法ドラッグ（ハーブ、アロマ等）、処方薬についての相談が認められた。また、少数ながら犯罪被害、摂食障害、ゲーム依存等の相談を受けていた。相談方法等の内容から、センターは大きく3つのサブグループに分けられた。電話相談が中心で、継続相談をほとんど行わないもの、電話・来所・訪問等を含めた全ての相談方法を行い、継続相談を多く提供しているもの、そして来所・電話が中心で、少数の継続相談を受けているものであった。

【考察および結論】試行調査ではあるが、地域精神保健医療ニーズを把握するうえでも、センターにおける相談の実情を把握することの重要性が改めて示された。とりわけ、センターは医療モデルでは対応が困難なプレメディカルな対象者への相談を提供し、若年層への支援を積極的に行うなど、相談業務は多様に渡っており、地域の状況を反映していた。今後、新たな地域精神保健医療体制を考えるに当たっては一律に決めることは困難であり、社会資源の適切な地域診断と保健所やセンターを含めた専門機関の連携が重要である。こうした状況の中、センターがある程度自由度を維持することで、各々の地域で不足している社会資源を補い、新たに生じてくる精神保健福祉医療のニーズに対して、臨機応変に応じることが引き続き重要と考えられる。

A. 研究目的

精神疾患は、癌・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の「4疾病」に加えて「5疾病」とされたことで、平成25年度以降の医療計画に記載されることになった。このような中、地域精神保健医療のニーズは、現在、統合失調症中心から、発達障害、摂食障害、パーソナリティ障害等の多様化が進んでおり、地域精神保健医療の現場でも、それらへの対応に予防的視点をもって取り組むことが求められている。また、精神保健福祉センター（以下センター）は、保健所とともに地域における精神保健福祉医療に関するニーズを捉える立場にあり、ここにおける相談内容を把握することは、社会全体におけるメンタルヘルス全般のニーズをいち早く察知でき、また、早期の予防的な対応の可能性が期待される。

本研究では地域精神保健医療ニーズの実態把握をもとに、それらを予防していくことを含めた対応の検討を行う。本研究の成果は、地域精神保健体制のあり方の検討や、精神保健福祉センター業務態勢充実の基礎資料となる。

平成24年度は、平成26年度の全国のセンターにおける相談内容調査に向けて、今後の地域精神保健医療のニーズの参考にするために、全国保健所長会と全国センター長会に対して、アンケート調査を行った。また、過去

の相談内容調査について情報収集を行った。

平成25年度は、これらの情報を元に作成した相談内容調査票を用いて、全国の5箇所の自治体のセンターにおいて実際に現場での試行調査を行い、調査票の使いやすさや問題点を調べ、改訂を行うことが目的である。

B. 研究方法

平成24年度の調査結果並びに、センターに関するこれまでの厚生労働科学研究などの研究を参考に、センターにおける相談実態調査のための相談内容調査票を作成した。これを用いて、5箇所の自治体のセンターにおいて試行調査を行った。

得られた結果を踏まえ、調査票の内容について修正を行った。

1. 対象

試行調査への協力が得られた5箇所の自治体の精神保健福祉センターを対象とした。

2. 手続き

各自治体センターにおいて、事前に配布した相談内容調査票を用いて、平成25年10月中旬から11月上旬にかけて、平日の連続5日間に渡って調査を行った。同一ケースであっても、調査期間内に複数回相談した場合は各々別々にカウントした。

3. 調査項目

- 1) 記入日
- 2) 相談所要時間：電子メールとその他（手紙、FAX 等）については、返事を作成するのに要した時間とした。
- 3) 相談対応職種：1. 医師 2. 精神保健福祉士 3. 臨床心理技術者（臨床心理士） 4. 臨床心理技術者（その他） 5. 福祉関係職員 6. 保健師 7. 看護師 8. 作業療法士 9. 事務職 10. その他
- 4) 相談方法：1. 来所 2. 訪問 3. 電話 4. 電子メール 5. その他（手紙、FAX 等）
- 5) 訪問先：1. 相談者自宅 2. 医療機関 3. 市町村 4. 福祉サービス事業所等関係機関 5. 警察 6. 学校 7. 職場 8. その他
- 6) 相談者年齢・性別
- 7) 相談状況：1. 新規 2. 定期的に継続 3. 不定期に継続
- 8) 同居家族：1. あり 2. なし 3. 不明
- 9) 相談者属性：1. 本人 2. 家族 3. 支援者（知人を含む） 4. 民生委員 5. 保健所職員（都道府県） 6. 保健所・保健センター職員（政令市） 7. 市町村職員 8. 福祉サービス事業所等関係機関職員 9. 医療機関 10. 警察官 11. 学校職員 12. 不明
- 10) 相談対象者の年齢・性別
- 11) ICD-10（Z コードを含む 3-4 ケタ）
- 12) 紹介経路：1. 家族 2. 知人 3. 民生委員 4. 保健所（都道府県） 5. 保健所・保健センター（政令市） 6. 市町村役場 7. 本庁 8. 福祉サービス事業所等関係機関 9. 医療機関 10. 警察 11. 学校 12. 行政の広報誌 13. インターネットのホームページ 14. リーフレット 15. その他
- 13) 精神科治療の状況：1. 通院中 2. 中断 3. 治療歴なし 4. 入院中 5. 不明
- 14) 精神科入院歴：1. あり 2. なし 3. 不明
- 15) 相談内容①（平成 25 年度衛生業績報告

- 例記入要領に基づき、複数回答）：1. 老人精神保健 2. 社会復帰 3. アルコール 4. 薬物 5. 思春期 6. 心の健康づくり 7. うつ・うつ状態 8. ギャンブル 9. その他
- 16) 相談内容②（複数回答）：1. 診断 2. 対応（情報提供を含む） 3. セカンドオピニオン 4. 自傷行為 5. 自死遺族 6. 自殺関連（自傷、自死遺族以外） 7. 家庭内暴力 8. DV 9. 地域・近隣での他害・迷惑行為 10. 医療の継続・中断 11. 退院 12. 就労 13. ひきこもり（不登校含む） 14. 発達障害 15. パーソナリティ障害 16. 摂食障害 17. 認知症 18. 犯罪被害 19. 震災関連 20. 日常生活支援 21. 障害者虐待 22. 児童虐待 23. アウトリーチ 24. 依存症⇒ ①アルコール関連 ②ギャンブル関連 ③処方薬関連 ④従来からの違法薬物関連（覚せい剤、大麻等） ⑤いわゆる違法ドラッグ関連（ハーブ、アロマ等） 25. 連携 26. 社会復帰（具体的内容） 27. その他（具体的内容）
- 17) 相談結果（紹介して終了した場合は、複数回答）：1. 継続 2. 情報提供のみ 3. 今回で終了 3. 不明
4. 他機関への紹介 ⇒ 紹介先
 - ①精神科病院 ②総合病院の精神科・心療内科 ③精神科・心療内科診療所 ④福祉関係機関等 ⑤保健所（都道府県） ⑥保健所・保健センター（政令市） ⑦市町村 ⑧地域包括支援センター ⑨教育センター ⑩地域活動支援センター ⑪その他の行政機関 ⑫その他
- 18) 継続相談（他機関と連携している）の場合は複数回答：1. なし 2. あり ⇒ 連携先（複数回答）
 - ①精神科病院 ②総合病院の精神科・心療内科 ③精神科・心療内科診療所 ④福祉関係機関等 ⑤保健所（都道府県） ⑥保健所・保健センター（政令市） ⑦市町村 ⑧地域包括支援センター ⑨教育センター ⑩地域

活動支援センター ⑪その他の行政機関 ⑫その他

4. 解析方法

得られた各々の調査データは単純集計した。今年度はデータ入力に直接作業であったため、相談件数の多い自治体Dについては3日間のデータと、他の4自治体については5日間のデータを合わせて解析した。なお、欠損値や複数回答があるため、調査項目毎に、解析数は必ずしも一致していない。

(倫理面への配慮)

相談内容調査票は、個々に対応を行った職員により番号が記入され匿名化した上で集計された。このため、解析に関わる者が、個人情報情報を全く特定できない状態で検討を行った。

C. 研究結果

1. 相談件数

5箇所の自治体における連続5日間の相談総数は重複も含めて415件で、新規の相談総数は142件であった。各自治体における新規相談と継続相談における年齢階級疾患別、年齢階級相談内容別は一覧表で示した(表1a-5d)。自治体Aは相談106件(新規5件含)、自治体Bは19件(新規18件含)、自治体Cは24件(新規20件含)、自治体Dは255件(新規91件含)、そして自治体Eは10件(新規8件含)であった。調査期間は、自治体A、B、Eの3センターが平成25年10月21日-25日に、自治体C、Dの2センターが同年10月28日-11月1日において、連続5日間の相談内容調査を行った。なお、以下の集計には、325件(新規108件)のデータを用いた。

2. 相談対象者の基本情報

相談対象者内訳は、男性(平均年齢30.1±標準偏差27.9歳、レンジ7-77歳)が54%、女性(33.1±23.7歳、レンジ7-82歳)が43%、そして不明3%で(図1)、相談対応に要した時間は、男性が平均31.2±12.7分(レンジ1-150分)、女性が27.6±15.6分(レンジ1-105分)を要した。相談方法の内訳では、電

話による相談が56%と最も多く、次いで来所が36%、訪問が4%、電子メールが3%、そしてその他(手紙、FAX等)が1%を占めた(図2)。各相談方法別所要時間は、電話が13.7±12.4分(レンジ1-70分)、来所が57.4±21.0分(レンジ5-150分)、訪問が52.3±23.0分(レンジ20-90分)、電子メールが6.4±6.2分(レンジ1-20分)、そしてその他(手紙、FAX等)が10.5±13.7分(レンジ1-30分)を要した。

相談対応に当たった職種は、精神保健福祉士が35%、心理職が33%(臨床心理士21%、臨床心理技術者12%)、保健師27%、そして医師が2%を占めた(図3)。定期的な相談が55%と最も多く、新規が33%、そして不定期な相談が12%であった(図4)。実際に相談してきた人は、本人が51%、家族が34%、そして相談機関などの支援者を含むその他が15%で(図5)、同居家族がいる場合が73%で、いない場合が8%であった(図6)。

精神科通院歴は、通院歴なしが34%、通院中が30%、中断が18%、そして入院中が5%で(図7)、過去に精神科入院歴がある場合は15%であった(図8)。相談に至った紹介経路は、インターネットと家族からが各々16%、保健所・保健センター11%、医療機関9%、学校と広報からが各々6%、そして福祉サービスとリーフレットが各々4%であった(図9)。

3. 相談内容

衛生行政報告例に準拠した相談内容(複数回答)では、心の健康づくりが27%、思春期が22%、社会復帰が10%、薬物が6%、うつ・うつ状態が5%、ギャンブルと薬物が各々2%、そして老人精神保健が1%であった(図10)。個別の相談内容の対象(複数回答)については、ひきこもりが137件、依存症関連が40件、自殺関連(自死遺族含)が32件、そして発達障害が26件であった。依存症関連の相談の内訳は、アルコール関連が9件、従来からの違法薬物9件、ギャンブル関連が8件、いわゆる違法ドラッグ(ハーブ、アロマ等)が7件、処方薬が4件、そして有機溶剤が3件

であった。数は少ないが相談を受けていたものとしては、犯罪被害4件、摂食障害4件、そしてパーソナリティ障害1件があった。

また、その他として記載された相談内容については表6に示した。病的賭博、ゲーム依存、Adult Children (AC)、そしてParent-Child interaction Therapy (PICT) についての相談を認めた。

支援に関する相談としては、対応が92件と最も多く、次いで就労が22件、社会復帰16件、日常生活支援11件、医療中断が7件、連携が5件、診断4件、そしてアウトリーチ1件であった。相談後の対応結果は、継続相談が最も多く62%、相談終了が15%、情報提供が11%、そして他機関への紹介が10%であった(図11)。継続相談となった場合の他機関との連携は、連携機関なしが48%と最も多く、精神科病院・診療所(心療内科含)が16%、保健所・保健センターが10%、そして福祉関係機関が5%であった(図12)。

3. 相談方法・相談状況別相談内容

相談方法による相談内容の相違については、電話相談(図13)では、心の健康づくりに関する相談が28%と最も多く、次いで思春期が19%、社会復帰が9%を占め、来所相談(図14)では思春期が26%と最も多く、次いで心の健康づくりが23%、社会復帰が12%を占めた。電話と来所相談に比べると相談件数は少なくなるが、訪問(図15)では、思春期が28%、心の健康づくりが27%、そして、アルコール、薬物、うつ・うつ状態が各々9%ずつを占めた。電子メール(図16)では、思春期が26%、心の健康づくりが23%、そして社会復帰が12%を占めた。

相談者別の相談内容(図17)では、本人からの相談割合が多いのは、老人精神保健、社会復帰、心の健康づくり、そしてうつ・うつ状態であった。これに対して、家族からの相談割合が多いのは、アルコールと思春期であった。本人と家族からの相談が概ね同じ割合であったのは、薬物とギャンブルの相談であ

った。

相談状況別の相談内容(図18)では、新規の相談割合が多いのは、老人精神保健、アルコール、うつ・うつ状態、そしてギャンブルであった。定期的な継続相談では、社会復帰、薬物、思春期、そして心の健康づくりであった。

4. 相談対象者基本情報別年齢分布

男性相談対象者の年齢はピークが20-29歳代と40-49歳代にあり、大部分の相談者が10-49歳代に集中していた。一方、女性相談対象者は、10-19歳代をピークとして年齢階級が上がるにしたがって徐々に減少する分布を示した(図19)。

相談内容別の年齢割合では、電話では幅広い年代からの相談があり、特に10-19歳代と40-49歳代の割合がほぼ同程度に多く、次いで30-39歳代と20-29歳代であった。来所では、10-19歳代と20-29歳代がほぼ同程度に多く、次いで30-39歳代、40-49歳代であった。訪問では64%を20-29歳代が占めており、40歳代以上は認めなかった。電子メールでは、20-29歳代と10-19歳代がほぼ同程度に多く占めていて、40歳代以上は認めなかった(図20)。

相談者属性別の年齢割合では、本人からの相談では、20-29歳代が34%と最も多く、次いで40-49歳代が22%、30-39歳代が19%と続いた。家族からの相談では、10-19歳代が48%と圧倒的に多く、次いで、20-29歳代、40-49歳代であった。支援者などを含むその他からの相談では、30-39歳代が34%と多く占め、次いで10-19歳代、20-29歳代であった(図21)。

相談状況別の年齢割合では、新規では10-19歳代が36%と最も多く、20-49歳代まで14%前後を各々占めていた。定期的な継続相談では、10-19歳代と20-29歳代がほぼ同程度(28%前後)に多く、次いで40-49歳代、30-39歳代と続いた。不定期的な継続相談では、20-29歳代が43%と最も多く、次いで30-39歳代、10-19歳代であった(図22)。

5. 自治体別相談方法とその内容

調査期間内における自治体別相談方法では、大きく3つのパターンに分けられた。自治体AとDのセンターは、来所、訪問、電話など多彩な相談を受けていて、自治体Cは来所と電話が主であり、そして自治体BとEは電話を主として相談に応じていることが示された(図23)。

自治体別の相談状況では、大きく2つのパターンに分けられた。自治体BとEは、新規相談を主として受け、不定期的な相談に対処していた。一方、残りの3つの自治体は、定期的な相談を受けているが、多く受けているセンターと、わずかに受けているセンターを認めた。また、自治体Aにおいては、新規を受ける割合が定期的な相談と比較して極端に少なかった(図24)。

自治体別の相談内容では、どのセンターもまんべんなく様々な相談を受けているが、ひきこもり、発達障害、自殺関連などの相談が含まれるその他の割合が、多いセンター(自治体AとB)と多くないセンター(自治体C、D、E)に分けられた(図25)。

自治体別相談結果では、継続相談が多い自治体AとDのセンターと、全くないか極めて少ないセンター(自治体B、E)、そしてこれらの中間に当たるセンター(自治体C)に分けられた(図26)。

これらの要因を簡略化して図27にまとめた。

6. 精神保健福祉相談内容調査票の改訂

今回の調査から、平成26年度に行う全国の精神保健福祉センターにおける調査票の改訂を行った(資料)。

D. 考察

今回の調査は、平成26年度の全国調査に向けて、試行的に5自治体のセンターにおいて連続5日間行った。平成20年9月下旬に全国保健所長会により行われた全国54箇所のセンターでの調査では、来所・訪問・電話の1施設平均相談件数は127.2件(複数回答)と

報告された。参考までに、今回の調査結果から電子メールとその他の相談15件を抜いた1施設の平均相談件数は77.8件(複数回答)で、少ない件数となった。今回の調査は時期も異なり、限定したセンターでの調査でもあったため、その影響は無視できず、正確な相談件数の増減については、平成26年度の全国調査を待たなければならない。

また、前述した平成20年の調査における衛生行政報告例に基づく相談内容では、来所・訪問・電話相談の報告数から新たに計算すると、老人精神保健2%、社会復帰23%、アルコール3%、薬物1%、思春期7%、心の健康づくり31%、そしてその他が33%となった。平成25年の今回の調査と比較すると、ギャンブルとうつ・うつ状態をその他に加えると32%であり、大きな変化はないが、老人精神保健、社会復帰、アルコール、心の健康づくりの割合が減少しているのに対して、薬物が約6倍、そして思春期が約3倍に増加しており、あくまでも参考ではあるが、社会情勢の変化が反映されている可能性が伺えた。

一方、毎年、厚生労働省から発表されている衛生行政報告例におけるセンターの相談内容(主たるものを選択)は、平成24年度の結果の概要から、老人精神保健1%、社会復帰46%、アルコール3%、薬物4%、思春期11%、心の健康づくり11%、うつ・うつ状態5%、そしてその他が19%と報告された。今回の調査の方が、社会復帰の相談割合が少なく、思春期、心の健康づくりにおいて多く認めた。国の報告は、主たるものを計上することに加えて、デイ・ケア等の件数も含まれているため、相違が生じた可能性がある。

精神科通院歴のない相談者が34%、そして中断している相談者が18%と、センターには、治療を受ける前や継続した治療に至っていない人達への相談の役割を果たしていることが示された。また、紹介経路として、インターネットからが家族と並んで、最も多い情報手段として活用されており、今後のインターネットを介した情報発信の重要性が改めて示さ

れた。また、相談対象者の年齢においては、10-19歳代が29%と20-29歳代が27%と合わせて56%がセンターで何らかの相談を受けていることが示され、若年層への対応ニーズの高さが伺えた。

相談内容からは、ひきこもり、依存症関連、自殺関連（自死遺族含）、そして発達障害への対応が示されたが、とりわけ依存症関連では、アルコールや従来からの違法薬物に加えて、ギャンブル、いわゆる違法ドラッグ（ハーブ、アロマ等）、処方薬についての相談が認められた。また、少数ながら犯罪被害、摂食障害、ゲーム依存等の相談を受けていた。社会のニーズを反映した相談が少しずつ顕在化しており、今後、さらに相談対応が求められてくる可能性が示唆された。

僅か5箇所の自治体センターの調査においても、相談数や支援方法等の対応には相違があり、各地域における精神保健福祉医療体制の相違が改めて明確に示されたことから、一律に論じることは困難なことが明らかとなった。相談支援方法、新規継続相談、相談内容、そして対応からセンターは、大きく以下の3つのサブグループに分けられた。電話相談が中心で、継続相談をほとんど行わないもの、電話・来所・訪問等を含めた全ての相談方法を行い、継続相談を多く提供しているもの、そして来所・電話が中心で、少数の継続相談を受けているものであった。センターによって各々の地域における役割が異なっていることが示された。実際のところ、センターは、ひきこもり地域支援センター、デイ・ケアの併設、都道府県・政令指定都市、そして職員数や規模の違い等により、一律に比較することは困難であるが、各々のセンターが地域において果たしている役割を把握することは重要と考えられた。

E. 結論

試行調査ではあるが、地域精神保健医療ニーズを把握するうえでも、センターにおける相談の実情を把握することの重要性が改めて

示された。とりわけ、センターは医療モデルでは対応が困難なプレメディカルな対象者への相談を提供しており、若年層への支援を積極的に行っていた。

センターの相談業務の多様性は、突き詰めると地域の状況を反映しており、また、専門的な相談機関であることから特殊な事例についての相談を受けることが多く、これを調査することで、各地域における地域精神保健福祉医療の体制を把握することは重要である。

新たに地域精神保健医療体制を考えるに当たっては、地域における社会資源の相違があるため、一律に決めることは困難であり、適切な地域診断と保健所やセンターを含めた専門機関の連携が重要である。こうした状況の中、センターがある程度自由度を維持することで、各々の地域で不足している社会資源を補い、新たに生じてくる精神保健福祉医療のニーズに対して、臨機応変に応じることが引き続き重要と考えられる。

本研究は、5箇所の自治体センター職員の協力を得て実施しました、ここに深謝いたします。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

- 1. 論文発表 なし
- 2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

I. 引用文献

- 1) 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業「精神障害者の円滑な地域移行のための地域体制整備に関する調査研究報告書」
全国保健所長会 II 相談編 岡部英男
2009.3

- 2) 厚生労働省 平成 23 年度障害者総合福祉推進事業 地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成報告書 社団法人 日本精神保健福祉連盟 2012. 3
- 3) 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業） 「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」平成 21～23 年度 総合研究報告書（研究代表者 竹島 正、研究分担者 山下 俊幸）2012.3
- 4) 平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業） 「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」平成 24 年度 総括・分担研究報告書（研究代表者 竹島正、研究分担者 森川将行） 2013.3
- 5) 平成 24 年度衛生行政報告例の概況 結果の概要 精神保健福祉関係 Available from:
URL:http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/12/dl/kekka1.pdf
- 6) 衛生行政報告例 記入要領及び審査要領（平成 25 年度） 厚生労働省大臣官房統計情報部
（最終アクセス平成 26 年 1 月 31 日）

表1a

精神保健福祉センター名 (自治体A) 1) 新規相談

対象者疾患名(推測も含む) ICD-10		年齢階級別相談者数																		総数	
		10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上75歳未満		75歳以上					
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性				
F0	F00-03 認知症																			0	
	F04, 06, 07 高次脳機能障害																			0	
	F05, 08, 09 上記以外の症状性を有する器質性精神障害																			0	
F1	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害																			0	
	F15 覚せい剤による精神及び行動の障害							1												1	
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害																			0	
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害																			0	
	F30 躁病エピソード																			0	
	F31 双極性感情障害(躁うつ病)																			0	
F3	F32-33 うつ病エピソード、反復性うつ病性障害							1												1	
	上記以外の気分(感情)障害																			0	
	F40-41 不安障害									1										1	
F4	F42 強迫性障害(強迫神経症)																			0	
	F43 重度ストレス反応および適応障害																			0	
	上記以外の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害																			0	
F5	F50 摂食障害																			0	
	F53 産褥期に関連した精神及び行動の障害																			0	
	F55 依存を生じない物質の乱用																			0	
F6	上記以外の生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群																			0	
	F60-62 パーソナリティ障害																			0	
	F63 習慣及び衝動の障害(病的賭博など)																			0	
F7	F64 性同一性障害																			0	
	上記以外の成人のパーソナリティ及び行動の障害																			0	
	知的障害																			0	
F8	心理的発達障害(広汎性発達障害など)									1										1	
F9	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害(注意欠如・多動性障害など)																			0	
てんかん(F01に属さないものを計上する)																				0	
Gコード																				0	
Zコード																				0	
その他																				0	
上記以外のICDコード																				0	
不明																				1	
合 計		5	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

表1b

精神保健福祉センター名 (自治体A) 1) 新規相談

相談内容 (問7から転記してください)	総数	年齢階級別相談者数																	
		10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1. 診断	0																		
2. 対応																			
3. セカンドオピニオン	1											1							
4. 自傷行為	0																		
5. 自殺遺族	0																		
6. 自殺関連	0																		
7. 家庭内暴力	0																		
8. DV	0																		
9. 知覚・近隣での他害・迷惑行為	0																		
10. 医療の継続・中断	0																		
11. 退院	0																		
12. 就労	1																		
13. ひきこもり	4			1		1		1				1							
14. 発達障害	0																		
15. ハラスメント・嫌害	0																		
16. 摂食障害	0																		
17. 認知症	0																		
18. 犯罪被害	0																		
19. 震災関連	0																		
20. 日常生活支援	0																		
21. 障害者虐待	0																		
22. 児童虐待	0																		
23. アウトリーチ	0																		
24. 依存症	0																		
① アルコール関連	0																		
② キャンプル関連	0																		
③ 処方薬関連	0																		
④ 従来からの違法薬物関連	1							1											
⑤ いわゆる違法ドラッグ関連(ハーブ、アロマ等)	0																		
25. 連携	0																		
26. 社会復帰	1							1											
27. その他	0																		
合 計	8	0	0	0	1	1	0	4	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0

表1c

精神保健福祉センター名 (自治体A) 2) 継続相談

対象者疾患名(推測も含む) ICD-10		年齢階級別相談者数																		総数
		10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上		
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
F0	F00-03 認知症																			
	F04, 06, 07 高次脳機能障害	0																		
	F05, 08, 09 上記以外の症状性を有する器質性精神障害	0																		
F1	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	0																		
	F15 覚せい剤による精神及び行動の障害	3						3												
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	6		1		4		1												
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	0																		
	F30 躁病エピソード	0																		
	F31 双極性感情障害(躁うつ病)	0																		
F3	F32-33 うつ病エピソード、反復性うつ病性障害	2		1																
	上記以外の気分(感情)障害	0																		
	F40-41 不安障害	4					1	1	2											
F4	F42 強迫性障害(強迫神経症)	1		1																
	F43 重度ストレス反応および適応障害	0																		
	上記以外の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0																		
F5	F50 摂食障害	0																		
	F53 産褥期に関連した精神及び行動の障害	0																		
	F55 依存を生じない物質の乱用	0																		
F6	上記以外の生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0																		
	F60-62 パーソナリティ障害	1						1												
	F63 習慣及び衝動の障害(病的賭博など)	0																		
F7	F64 性同一性障害	0																		
	上記以外の成人のパーソナリティ及び行動の障害	0																		
	知的障害	0																		
F8	心理的発達の障害(広汎性発達障害など)	8				1	1	5												1
F9	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害(注意欠如・多動性障害など)	3								2										
	てんかん(F01に属さないものを計上する)	0																		
Qコード		0																		
Zコード		0																		
その他	上記以外のICDコード	0																		
不明		57			7	3	8	19	9	3	5	2								1
	合計	85	0	0	9	4	15	21	20	4	7	2	0	1	0	0	0	0	0	1

表1d
精神保健福祉センター名 (自治体A) 2) 継続相談

相談内容 (問7から転記してください)	総数	年齢階級別相談者数															
		10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1. 診断	2					1	1										
2. 対応	17				2	1	8	3	2	1							
3. セカンドオピニオン	0																
4. 自傷行為	0																
5. 自殺遺族	2										1						1
6. 自殺関連 自傷、自殺遺族以外	0																
7. 家庭内暴力	2							2									
8. DV	0																
9. 地域・近隣での被害・迷惑行為	0																
10. 医療の継続・中断	2							2									
11. 退院	0																
12. 就労	13					2	2	6		2		1					
13. ひきこもり	64			8	3	10	21	13	3	4	1						1
14. 発達障害	10			1			1	6			1						
15. ハラスメント被害	1								1								
16. 摂食障害	0																
17. 認知症	0																
18. 犯罪被害	0																
19. 震災関連	0																
20. 日常生活支援	1									1							
21. 障害者虐待	0																
22. 児童虐待	0																
23. アウトリーチ	0																
24. 依存症	1							1									
① アルコール関連																	
② キャンプス関連	0																
③ 処方薬関連	0																
④ 従来からの違法薬物関連	4							4									
⑤ いわゆる違法ドラッグ関連(ハーブ、アロマ等)	7			1		5		1									
25. 連携	1							1									
26. 社会復帰	0																
27. その他	0																
合 計	127	0	0	10	5	19	33	39	6	8	3	0	2	0	0	0	1

表2a

精神保健福祉センター名 (自治体B) 1) 新規相談

対象者疾患名(推測も含む) ICD-10		総数	年齢階級別相談者数																不明		
			10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上75歳未満		75歳以上				
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性			
F0	F00-03 認知症	0																			
	F04、06、07 高次脳機能障害	0																			
	F05、08、09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0																			
F1	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	1																			
	F15 覚せい剤による精神及び行動の障害	0																			
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1																			
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	0																			
	F30 躁病エピソード	0																			
	F31 双極性感情障害(躁うつ病)	1																			
F3	F32-33 うつ病エピソード、反復性うつ病性障害	0																			
	上記以外の気分(感情)障害	0																			
	F40-41 不安障害	0																			
F4	F42 強迫性障害(強迫神経症)	0																			
	F43 重度ストレス反応および適応障害	0																			
	上記以外の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0																			
F5	F50 摂食障害	0																			
	F53 産褥期に関連した精神及び行動の障害	0																			
	F55 依存を生じない物質の乱用	0																			
F6	上記以外の生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0																			
	F60-62 パーソナリティ障害	0																			
	F63 習慣及び衝動の障害(病的賭博など)	0																			
F7	F64 性同一性障害	0																			
	上記以外の成人のパーソナリティ及び行動の障害	0																			
	知的障害	1																			
F8	心理的発達障害(広汎性発達障害など)	0																			
	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害 (注意欠如・多動性障害など)	0																			
	てんかん(F0)に属さないものを計上する)	0																			
その他	Gコード	0																			
	Zコード	0																			
	上記以外のICDコード	0																			
不明		14																			
合計		18	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	6

表2b

精神保健福祉センター名 (自治体B) 1) 新規相談

相談内容（問7から転記してください）		総数	年齢階級別相談者数																不明 不明	
			10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上75歳未満		75歳以上			
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
1. 診断	1																		1	
2. 対応 情報提供を含む	2						1		1											
3. セカンドオピ ニオン	0																			
4. 自傷行為	1							1												
5. 自殺遺族	1																			1
6. 自殺関連 自傷・自殺遺族以外	1																			
7. 家庭内暴力	0																			
8. DV	0																			
9. 地域・近隣 での被害・迷惑 行為	0																			
10. 産後の機 嫌・中絶	1					1														
11. 退院	1					1														
12. 就労	0																			
13. ひきこもり	1								1											
14. 発達障害	0																			
15. バーンソナ リチー障害	0																			
16. 摂食障害	0																			
17. 認知症	0																			
18. 犯罪被害	0																			
19. 震災関連	0																			
20. 日常生活 支援	1													1						
21. 障害者虐 待	0																			
22. 児童虐待	0																			
23. アウトリー チ	0																			
24. 依存症	2																			
① アルコール関連																				
② キャンプfire関連	0																			
③ 処方薬関連	1																			
④ 従来からの違法薬物関連	0																			
⑤ いわゆる違法ドラッグ関連（ハーブ、アロマ等）	0																			
25. 連携	0																			
26. 社会復帰	0																			
27. その他	7													1						3
合 計	20	0	0	0	0	2	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	4
																				5

精神保健福祉センター名 () 自治体B () 2) 継続相談

[illegible]

表2d

精神保健福祉センター名 (自治体B) 2) 継続相談

相談内容 (問7から転記してください)	総数	年齢階級別相談者数														不明				
		10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満			65歳以上75歳未満		不明	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性		男性	女性		
1. 診断	0																			
2. 対応	1							1												
3. セカンドオピニオン	0																			
4. 自衛行為	1							1												
5. 自殺遺族	0																			
6. 自殺関連	1							1												
7. 家庭内暴力	0																			
8. DV	0																			
9. 地域・近隣での被害・迷惑行為	0																			
10. 医療の選択・中絶	0																			
11. 退院	0																			
12. 就労	0																			
13. ひきこもり	1							1												
14. 発達障害	0																			
15. パーソナリティ障害	0																			
16. 被害被害	0																			
17. 認知症	0																			
18. 犯罪被害	0																			
19. 震災関連	0																			
20. 日常生活支援	0																			
21. 被害者支援	0																			
22. 児童虐待	0																			
23. アウトリーチ	0																			
24. 依存症	0																			
	① アルコール関連																			
	② キャンプル関連	0																		
	③ 処方薬関連	0																		
	④ 従来からの違法薬物関連	0																		
	⑤ いわゆる違法ドラッグ関連 (ハーブ、アロマ等)	0																		
25. 逮捕	0																			
26. 社会復帰	0																			
27. その他	0																			
合 計	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表 3a

対象者疾患名(推測も含む) ICD-10		総数	年齢階級別利用者数																	
			10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上	
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
F0	F00-03 認知症	0																		
	F04, 06, 07 高次脳機能障害	0																		
	F05, 08, 09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0																		
F1	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	0																		
	F15 覚せい剤による精神及び行動の障害	0																		
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0																		
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び変型性障害	0																		
	F30 躁病エピソード	0																		
	F31 双極性感情障害(躁うつ病)	0																		
F3	F32-33 うつ病エピソード、反復性うつ病性障害	1																		1
	上記以外の気分(感情)障害	1							1											
	F40-41 不安障害	0																		
F4	F42 強迫性障害(強迫神経症)	0																		
	F43 重度ストレス反応および適応障害	1								1										
	上記以外の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0																		
F5	F50 摂食障害	0																		
	F53 産褥期に関連した精神及び行動の障害	0																		
	F55 依存を生じない物質の乱用	0																		
F6	上記以外の生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0																		
	F60-62 パーソナリティ障害	0																		
	F63 習慣及び衝動の障害(病的賭博など)	0																		
F7	F64 性同一性障害	0																		
	上記以外の成人のパーソナリティ及び行動の障害	0																		
	知的障害	0																		
F8	心理的発達障害(広汎性発達障害など)	2			1															
	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害(注意欠如・多動性障害など)	1			1															
	てんかん(F0)に属さないものを計(上する)	0																		
Gコード		0																		
	Zコード	0																		
	その他	0																		
不明	上記以外のICDコード	14			1						1	1	1							
		20	0	0	1	2	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	2	2	0
	合計	20	0	0	1	2	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	2	2	0

表3b
精神保健福祉センター名 (自治体C) 1)新規相談

相談内容（問7から転記してください）		総数	年齢階級別相談者数																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
			10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
1. 診断	2																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

表3C

精神保健福祉センター名 (自治体C) 2) 継続相談

対象者疾患名(推測も含む) ICD-10		総数	年齢階級別相談者数																			
			10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上75歳未満		75歳以上		不明			
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性				
F0	F00-03 認知症	0																				
	F04, 06, 07 高次脳機能障害	0																				
	F05, 08, 09 上記以外の症状性を有する器質性精神障害	0																				
	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	0																				
F1	F15 覚せい剤による精神及び行動の障害	0																				
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0																				
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	2										1	1									
	F30 躁病エピソード	0																				
F3	F31 双極性感情障害(躁うつ病)	0																				
	F32-33 うつ病エピソード、反復性うつ病性障害	0																				
	上記以外の気分(感情)障害	0																				
	F40-41 不安障害	0																				
F4	F42 強迫性障害(強迫神経症)	0																				
	F43 重度ストレス反応および適応障害	0																				
	上記以外の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0																				
	F50 摂食障害	0																				
F5	F53 産褥期に関連した精神及び行動の障害	0																				
	F55 依存を生じない物質の乱用	0																				
	上記以外の生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0																				
	F60-62 パーソナリティ障害	0																				
F6	F63 習慣及び衝動の障害(病的賭博など)	1										1										
	F64 性同一性障害	0																				
	上記以外の成人のパーソナリティ及び行動の障害	0																				
	知的障害	0																				
F8	心理的発達障害(広汎性発達障害など)	1										1										
F9	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害(注意欠如・多動性障害など)	0																				
	てんかん(F01に属さないものを計上する)	0																				
Gコード		0																				
	Zコード	0																				
その他	上記以外のICDコード	0																				
不明		0																				
合計		4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0

1)新規相談

合計	91	1	0	17	1	10	14	1	4	7	2	0	5	0	1	3	0	1	11	9	3
----	----	---	---	----	---	----	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---

表4b
精神保健福祉センター名 (自治体D) 1) 新規相談

相談内容 (問7から記載してください)	総数	年齢階級別相談者数															
		10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上75歳未満		75歳以上	
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1. 診断	0																不明
2. 対応	23	1	0	8	1	0	4	0	2	2	1	0	2	0	1	0	5
3. セカンドオピニオン	0																
4. 自傷行為	1							1									
5. 自殺遺族	0																
6. 自殺関連	4			1		1				1				1			
7. 家族内暴力	3			2						1							1
8. DV	1	1															
9. 虐待・近隣での被害・迷惑行為	0																
10. 医療の拒絶・中絶	1									1							
11. 退院	0																
12. 就労	1									1							
13. ひきこもり	17			5		3	7	1			1						
14. 発達障害	2			2													
15. パーソナリティ障害	0																
16. 摂食障害	2						2										
17. 認知症	0																
18. 犯罪被害	1						1										
19. 震災関連	0																
20. 日常生活支援	3					2	1										
21. 障害者虐待	0																
22. 児童虐待	2	1					1										
23. アウトリーチ	1						1										
24. 依存症	3			1						2						1	
25. 遺族	4																
26. 社会復帰	1																1
27. その他	14			3		3	2		1	1				2		3	4
合 計	88	3	0	23	1	12	22	1	4	9	2	0	5	0	1	3	0

表4c
精神保健福祉センター名 (自治体D) 2) 継続相談

対象者疾患名(推測も含む) ICD-10			総数	年齢階級別相談者数																			
				10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上		不明	
				男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性		
F0	F00-03 認知症	0																					
	F04、06、07 高次脳機能障害	0																					
	F05、08、09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	0																					
F1	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	1										1											
	F15 覚せい剤による精神及び行動の障害	0																					
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1						1															
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	9						2		3				3		1							
	F30 躁病エピソード	0																					
	F31 双極性感情障害(躁うつ病)	1						1															
F3	F32-33 うつ病エピソード、反復性うつ病性障害	33				2				2		27	1				1						
	上記以外の気分(感情)障害	2												2									
	F40-41 不安障害	5						1	2	2													
F4	F42 強迫性障害(強迫神経症)	1												1									
	F43 重度ストレス反応および適応障害	1											1										
	上記以外の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0																					
F5	F50 摂食障害	10				5				5													
	F53 産褥期に関連した精神及び行動の障害	0																					
	F55 依存を生じない物質の乱用	0																					
F6	上記以外の生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0																					
	F60-62 パーソナリティ障害	1								1												1	
	F63 習慣及び衝動の障害(病的賭博など)	0																					
F7	F64 性同一性障害	0																					
	上記以外の成人のパーソナリティ及び行動の障害	0																					
	知的障害	6			1	1	2	1		1													
F8	心理的発達障害(広汎性発達障害など)	13			3	4	4	1	1														
	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害 (注意欠如・多動性障害など)	0																					
	てんかん(F0)に属さないものを計上する	0																					
その他	Gコード	0																					
	Zコード	0																					
	上記以外のICDコード	0																					
不明		80		1	18	31	11	3	4	1	8		2	1								2	
合計			164	0	1	22	43	20	13	9	8	38	5	2	1	1	1	0	0	0	0	2	1

精神保健福祉センター名 (自治体D)

— 74 —

表5a

精神保健福祉センター名

(自治体E)

1) 新規相談

対象者疾患名(推測も含む) ICD-10		総数	年齢階級別相談者数																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
			10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上75歳未満		75歳以上																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F0	F00-03 認知症	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F04, 06, 07 高次脳機能障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F05, 08, 09 上記以外の症状性を有する器質性精神障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F1	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害	1																1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F15 覚せい剤による精神及び行動の障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F30 躁病エピソード	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F31 双極性感情障害(躁うつ病)	1																1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F3	F32-33 うつ病エピソード、反復性うつ病性障害	2			1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	上記以外の気分(感情)障害	1			1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	F40-41 不安障害	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F4	F42 強迫性障害(強迫神経症)	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F43 重度ストレス反応および適応障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	上記以外の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F5	F50 摂食障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F53 産褥期に関連した精神及び行動の障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F55 依存を生じない物質の乱用	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F6	上記以外の生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F60-62 パーソナリティ障害	1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	F63 習慣及び衝動の障害(病的賭博など)	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F7	F64 性同一性障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	上記以外の成人のパーソナリティ及び行動の障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	知的障害	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F8	心理的発達障害(広汎性発達障害など)	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
F9	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害(注意欠如・多動性障害など)	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	てんかん(F01に属さないものを計上する)	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Gコード		0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Zコード		0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
その他	上記以外のICDコード	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
不明		0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
合計		8	0	0	0	0	2	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表5b
精神保健福祉センター名 (自治体E) 1)新規相談

相談内容（問7から転記してください）		総数	年齢階級別相談者数																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
			10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
1. 診断	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

表5c

精神保健福祉センター名 (自治体E) 2) 継続相談

対象者疾患名(推測も含む) ICD-10		総数	年齢階級別相談者数																			
			10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上		不明	
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
F0	F00-03 認知症																					
	F04, 06, 07 高次脳機能障害																					
	F05, 08, 09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害																					
F1	F10 アルコール使用による精神及び行動の障害																					
	F15 覚せい剤による精神及び行動の障害																					
	アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害																					
F2	統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害																					
	F30 躁病エピソード																					
	F31 双極性感情障害(躁うつ病)	1																				
F3	F32-33 うつ病エピソード、反復性うつ病性障害																					
	上記以外の気分(感情)障害																					
	F40-41 不安障害																					
F4	F42 強迫性障害(強迫神経症)	1								1												
	F43 重度ストレス反応および適応障害																					
	上記以外の神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害																					
F5	F50 摂食障害																					
	F53 産褥期に関連した精神及び行動の障害																					
	F55 依存を生じない物質の乱用																					
F6	上記以外の生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群																					
	F60-62 パーソナリティ障害																					
	F63 習慣及び衝動の障害(病的賭博など)	1											1									
F7	F64 性同一性障害																					
	上記以外の成人のパーソナリティ及び行動の障害																					
	知的障害																					
F8	心理的発達障害(広汎性発達障害など)																					
F9	小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害(注意欠如・多動性障害など)																					
てんかん(F0)に属さないものを計上する																						
Gコード																						
Zコード																						
その他																						
上記以外のICDコード																						
不明																						
合 計			2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表5d
精神保健福祉センター名 (自治体E) 2) 継続相談

相談内容（問7から転記してください）		総数	年齢階級別相談者数																	
			10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上	
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
1. 診断		0																		
2. 対応	情報提供を含む	2							1											
3. セカンドオピニオン		0																		
4. 自衛行為		0																		
5. 自死遺族		0																		
6. 自殺関連	自傷、自死遺族以外	0																		
7. 家庭内暴力		0																		
8. DV		0																		
9. 地域・近隣での他害・迷惑行為		0																		
10. 医療の継続・中断		0																		
11. 退院		0																		
12. 就労		0																		
13. ひきこもり		0																		
14. 発達障害		0																		
15. ハンパナリ・アスペルger		0																		
16. 摂食障害		0																		
17. 認知症		0																		
18. 犯罪被害		0																		
19. 震災関連		0																		
20. 日常生活支援		0																		
21. 障害者虐待		0																		
22. 児童虐待		0																		
23. アウトリーチ		0																		
24. 依存症	① アルコール関連	0																		
	② キャンプル関連	0																		
	③ 処方薬関連	0																		
	④ 従来からの違法薬物関連	0																		
	⑤ いわゆる違法ドラッグ関連（ハーブ、アロマ等）	0																		
25. 連携		0																		
26. 社会復帰		0																		
27. その他		1																		
合 計		3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

図1: 性別(N = 325)

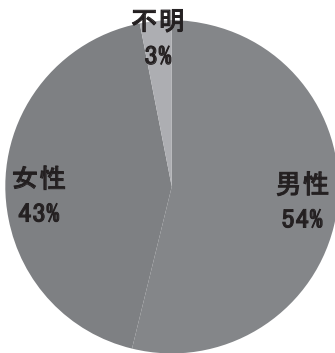


図2: 相談方法(N = 325)

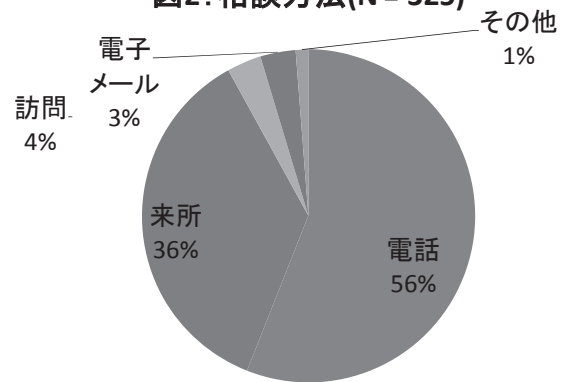


図3: 職種(N = 333)

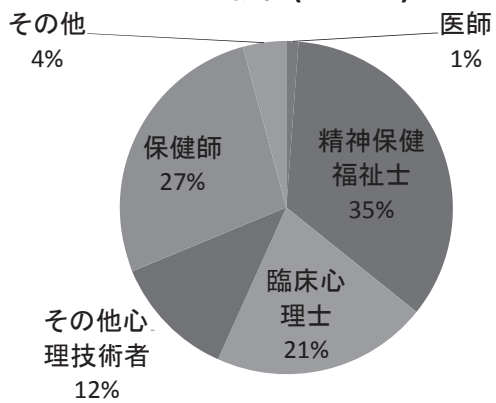


図4: 相談状況(N = 325)

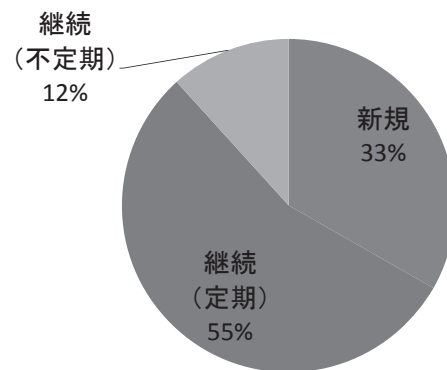


図5: 相談者属性(N = 325)

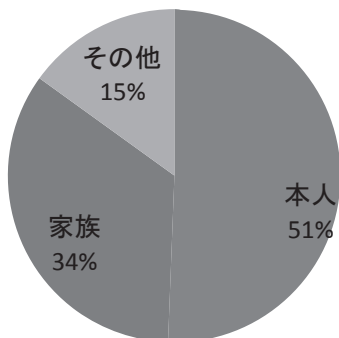


図6: 同居家族(N = 325)

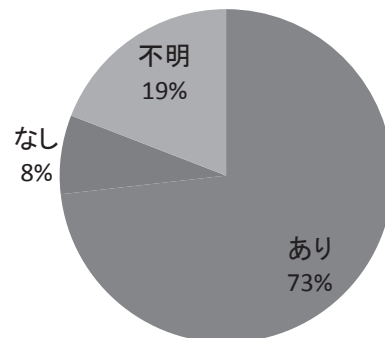


図7:精神科治療歴(N = 324)

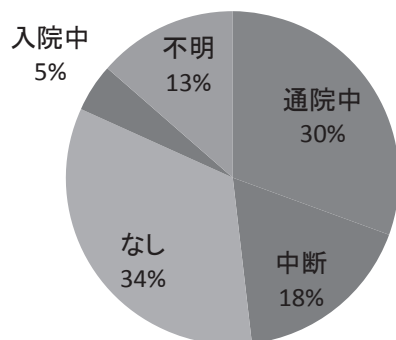


図8:精神科入院歴(N = 324)

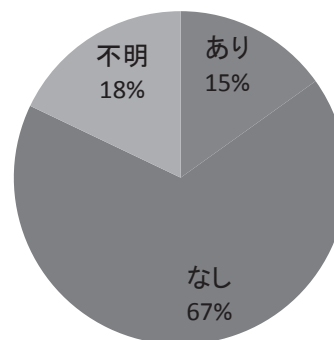


図9:紹介経路(N = 315)

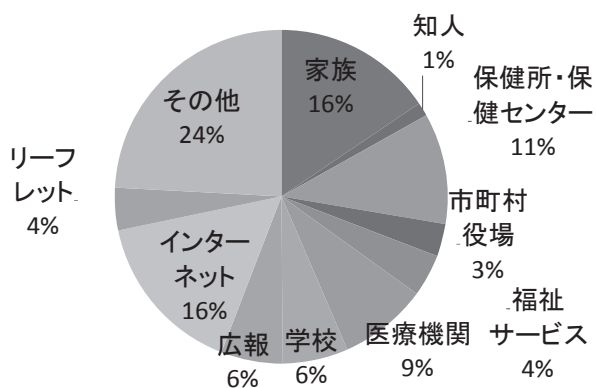


図10:相談内容(N = 332)

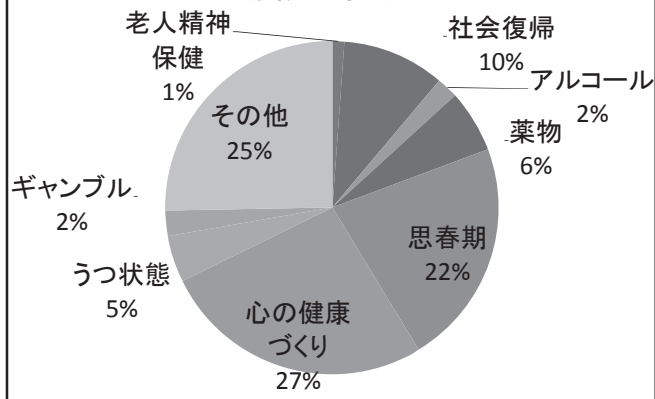


表6:その他の相談内容

化粧水による被害	講演依頼
福祉施設で作った商品の販売依頼	適応指導教室について
ひきこもり家族会の連絡先を知りたい	ゲーム依存
治療薬について	話を聞いてほしい
病的窃盗	ACについて
福祉制度全般	PCITについて
精神科疾患	学校について
母子関係	子どもの対応
退院させるかどうか	処遇改善
家族関係について	退院請求
同居の両親の介護について	休職中の支援について
学校への連絡	医療機関紹介希望
問い合わせ	

図11:相談結果(N = 339)

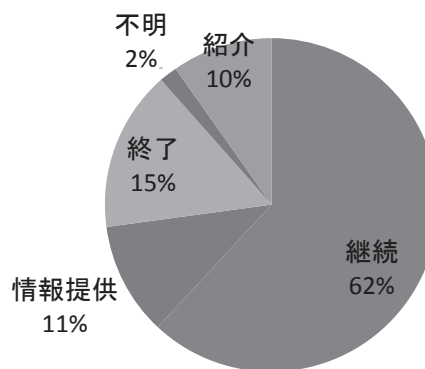


図12: 連携先 (N = 295)

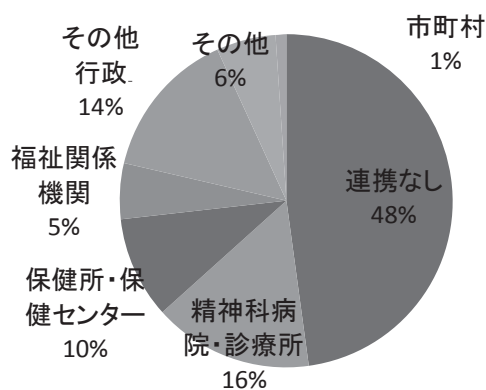


図13: 電話 (N = 182)

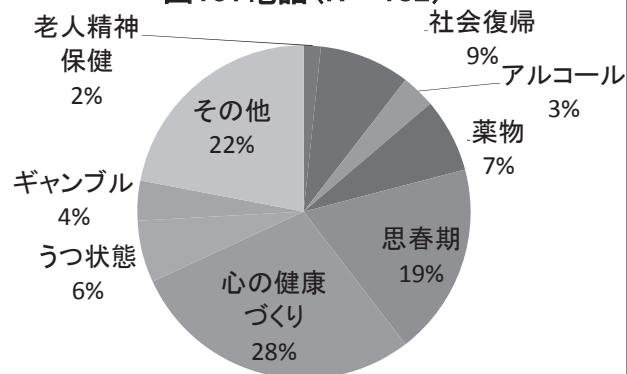


図14: 来所 (N = 116)

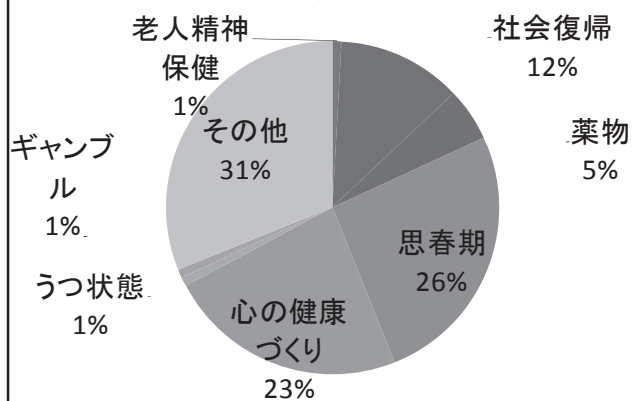


図15: 訪問 (N = 11)

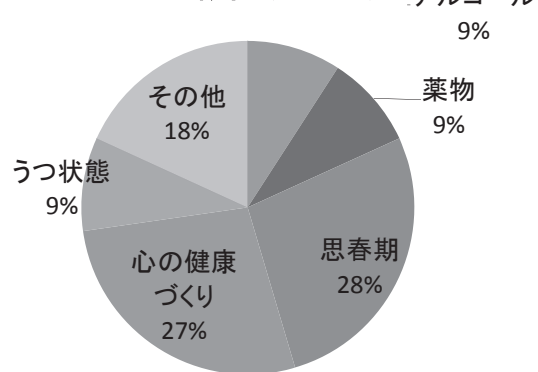


図16: 電子メール (N = 11)

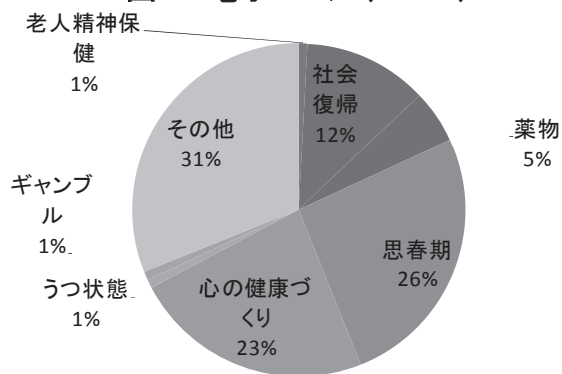


図17: 相談者別相談 (数値は実数)

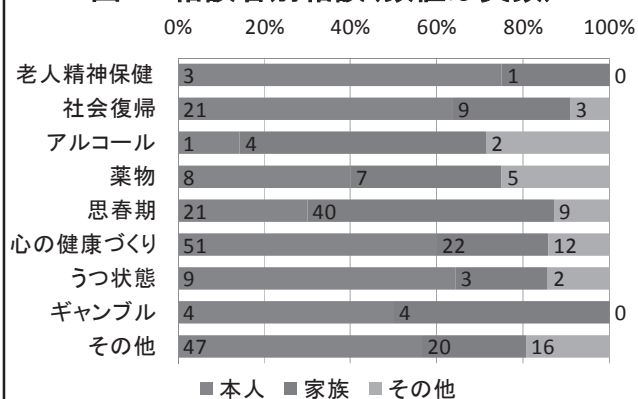


図18: 相談状況別内容(数値は実数)

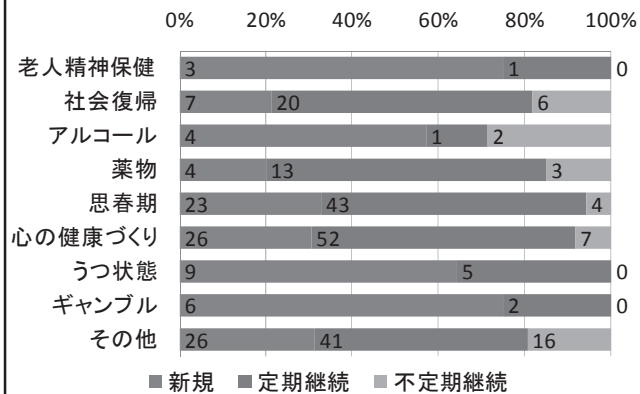


図19: 性別年齢分布(N = 274)

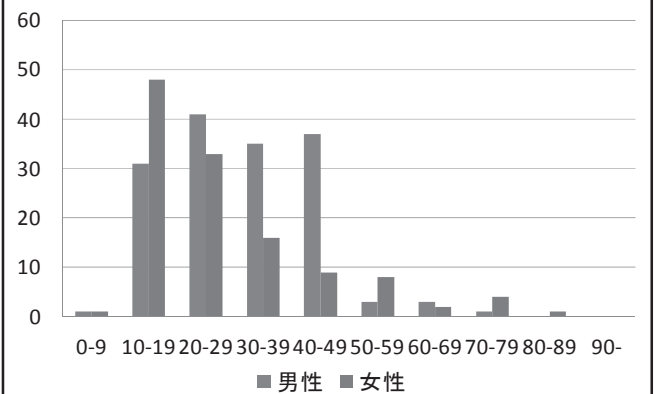


図20: 相談方法別割合(数値は実数)

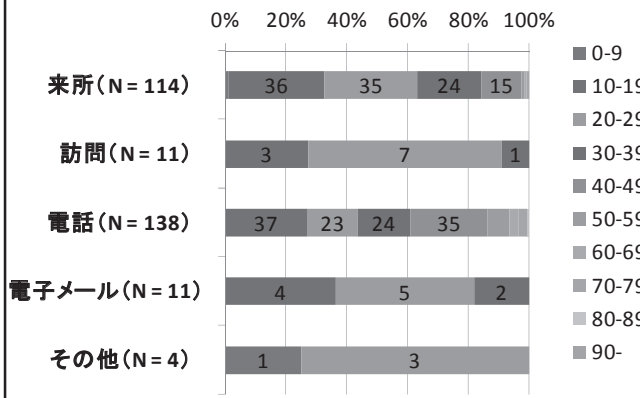


図21: 相談者別対象者年齢(数値は実数)

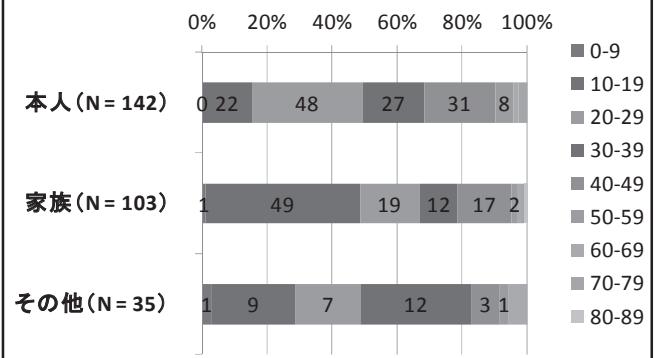


図22: 相談状況別年齢割合(数値は実数)

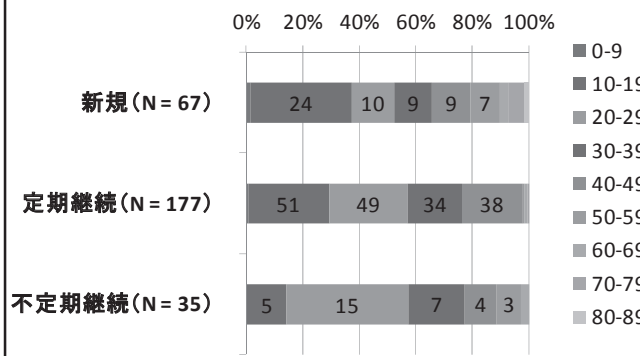


図23: 自治体別相談方法(数値は実数)

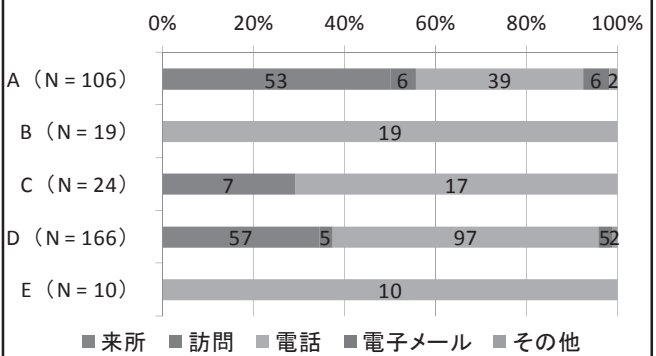


図23: 自治体別相談状況
(数値は実数)

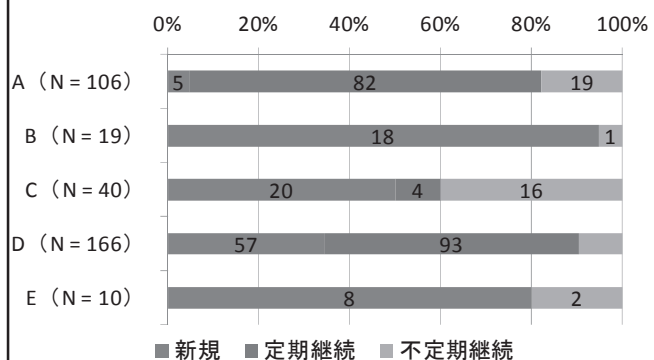


図25: 自治体別相談内容
(数値は実数)

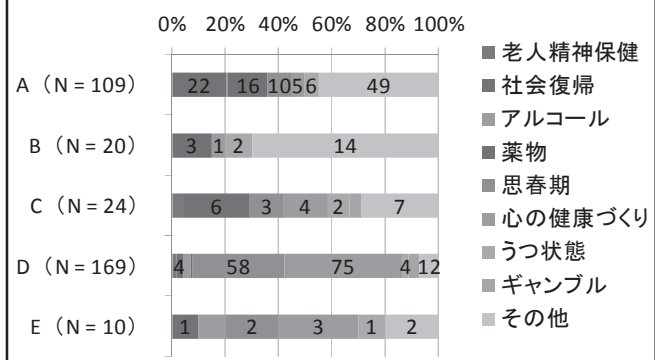


図26: 自治体別相談結果
(数値は実数)

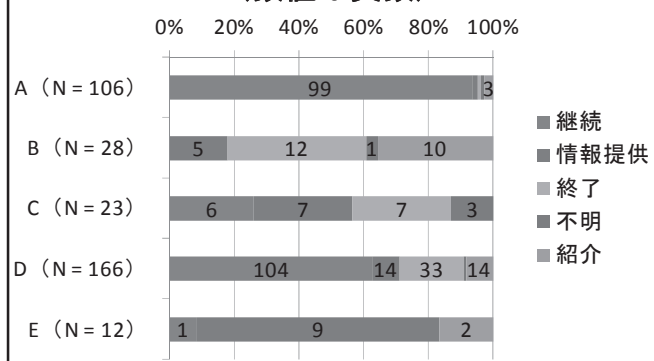


表7: 自治体別相談内訳別一覧

	相談方法	相談状況	相談内容	相談結果
自治体A	全て	定期相談 (多数)	その他 (多数)	継続 (多数)
自治体B	電話が主	新規が主	その他 (多数)	継続 (なし)
自治体C	来所 電話	定期相談 (少数)	その他 (中間)	継続 (中間)
自治体D	全て	定期相談 (多数)	その他 (少数)	継続 (多数)
自治体E	電話が主	新規が主	その他 (普通)	継続 (少数)

精神保健福祉センター 精神保健福祉相談内容調査票

* 来所・訪問・電話相談・電子メール・手紙・FAXを含みます。

精神保健福祉センター名	担当者職員番号	ケース通し番号
(調査期間中、複数回相談ケースの場合 最初の相談時の番号)		

図1 記入日、相談の所要時間、相談対応者の職種(複数回答)、相談方法などについて

* 相談方法4-5の場合は返事を作成するのに要した概ねの時間を記載ください。

①記入日	月	日	②相談所要時間	1.	分	2.	不明
③対応職種	1. 医師 2. 精神保健福祉士 3. 臨床心理技術者(臨床心理士) 4. 臨床心理技術者(その他) 5. 福祉関係職員 6. 保健師 7. 看護師 8. 作業療法士 9. 事務職 10. その他()						
④相談方法	1. 電話 2. 来所 3. 訪問 ⇒ 4. 電子メール 5. その他(手紙、FAX等) 訪問先(訪問の場合のみ) 1. 相談者自宅 2. 医療機関 3. 市町村 4. 福祉サービス事業所等関係機関 5. 警察 6. 学校 7. 職場 8. その他()						

図2 相談対象者の基本情報

①年齢	1.	歳	2.	不明	②性別	1.	男	性	2.	女	性	3.	不明
③相談状況	1. 新規 2. 定期的に継続 3. 不定期に継続												
④同居家族	1. あり 2. なし 3. 不明												
⑤該当 ICD-10	1. (Zコードも含む 3-4 ケタ)												
⑥疾患名・状態(複数回答可)	1. 認知症 2. 高次脳機能障害 3. 統合失調症等 4. 双極性障害 5. うつ病・うつ状態 6. 不安障害 7. 強迫性障害 8. 重度ストレス反応・適応障害 9. 依存症 ⇒ ①アルコール関連 ②ギャンブル関連 ③従来からの違法薬物関連(覚せい剤等) ④他の違法薬物 ⑤いづゆる違法ドラッグ関連(ハーブ等) ⑥処方薬関連 ⑦インターネット依存 ⑧ほかの依存、嗜癖 10. 物質乱用 11. 摂食障害 12. パーソナリティ障害 13. 性同一性障害 14. 知的障害 15. 発達障害(F8) 16. 注意欠如・多動性障害(F9) 17. てんかん 18. その他()												
⑦現在の障害福祉等のサービス等の利用状況(複数回答可)	1. 確認せず 2. 利用なし 3. 障害者手帳 4. 障害年金 5. 自立訓練(生活訓練) 6. 共同生活援助(グループホーム) 7. 共同生活介護(ケアホーム) 8. 居宅介護(ホームヘルプ) 9. その他の障害福祉サービス() 10. 訪問看護 11. 訪問指導 12. デイケア 13. 生活保護 14. 上記以外()												

図3 相談してきた方の属性

①相談者属性(複数回答可)	1. 本人 2. 家族 3. 支援者(知人を含む) 4. 民生委員・児童委員 5. 保健所職員 6. 市町村職員(区役所・保健センターを含む) 7. 福祉サービス事業所等関係機関職員 8. 医療機関 9. 警察官 10. 教育関係者(教育委員会を含む) 11. その他() 12. 不明											
---------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

図4 紹介経路(相談者が本人、家族、支援者の場合にのみ回答ください)

どのようにして、貴センターの情報を知りましたか。

1. 確認せず	2. 家族	3. 知人	4. 民生委員・児童委員	5. 本庁	6. 保健所
7. 市町村職員(区役所・保健センターを含む)	8. 福祉サービス事業所等関係機関	9. 医療機関	10. 警察	11. 教育関係機関	12. 行政の広報誌
13. インターネットのホームページ	14. リーフレット	15. その他()			

図5 相談対象者の精神科治療歴について

①精神科治療の状況	1. 現在通院中 2. 治療歴あり(中断、寛解含) 3. 治療歴なし 4. 入院中 5. 不明			
②精神科入院歴	1. あり 2. なし 3. 不明			

図6 相談内容(衛生行政報告例に準拠、該当するものに○をつけてください、複数回答可)

1. 老人精神保健	2. 社会復帰	3. アルコール	4. 薬物	5. 思春期	6. 心の健康づくり	7. うつ・うつ状態
8. ギャンブル	9. ひきこもり	10. 発達障害	11. 自殺関連	12. 犯罪被害	13. 災害	14. その他()

図7 相談項目(以下の中から該当するものに○をつけてください、複数回答可)

1. 診断	2. 医療の継続・中断	3. セカンドオピニオン	4. 対応(情報提供を含む)	5. 自傷行為
6. 自殺遺族	7. 自殺関連(自傷、自殺遺族以外)	8. 家庭内暴力	9. DV	10. 犯罪被害
11. 事故	12. 東日本大震災関連	13. その他の災害	14. 地域・近隣での他害・迷惑行為	15. 退院
16. 就労	17. 日常生活支援	18. 訪問支援	19. 連携	20. 社会復帰
21. 触法関連	22. 障害者虐待	23. 児童虐待	24. 不登校	25. ひきこもり ⇒ ①医療的対応が必要と判断 ②経過観察 ③家族支援
④不明	26. その他(具体的内容)	()		

図8 相談結果(紹介して終了した場合は、5は複数回答可)

1. 継続 ⇒ 問9へ	2. 情報提供のみ	3. 今回で終了	4. 不明	5. 他機関への紹介 ⇒ 紹介先(以下)
①精神科病院	②総合病院の精神科・心療内科	③精神科・心療内科診療所	④保健所	
⑥市町村職員(区役所・保健センターを含む)	⑦地域活動支援センター	⑧ひきこもり地域支援センター	⑨その他の障害者相談支援機関	⑩児童相談所
⑪その他の教育関係機関	⑫その他()			

図9 他機関との連携について以下から選んでください(複数回答可)

1. なし	2. あり ⇒ 連携先(以下)
①精神科病院	②総合病院の精神科・心療内科
③精神科・心療内科診療所	④保健所
⑥市町村職員(区役所・保健センターを含む)	⑦地域活動支援センター
⑧ひきこもり地域支援センター	⑨その他の障害者相談支援機関
⑩児童相談所	⑪その他の教育関係機関
⑫その他()	

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究報告書

保護者制度・入院制度の理論枠組みおよび法律構成の分析

研究分担者 久保野恵美子（東北大学大学院法学研究科）
研究協力者 町野 朔（上智大学生命倫理研究所）
道垣内弘人（東京大学大学院法学政治学研究科）
磯部 哲（慶應義塾大学大学院法務研究科）
柑本 美和（東海大学大学院実務法学研究科）
佐藤雄一郎（東京学芸大学教育学部）
千葉 華月（北海学園大学法学部）

研究要旨：本分担研究は、精神保健福祉法の改正について、日本法及び比較法的な検討を加え、法律解釈上の基礎を与えることを主目的とするものである。同法を適切に解釈運用するためには、精神障害者に対する医療提供における本人及び関係者の位置づけや非同意入院制度を裏づける理論枠組み及び法律構成が分析される必要がある。例えば、医療保護入院の法的位置づけ（第三者のためにする契約構成の適否、費用の支払義務等）、患者の家族の位置づけ（医療における患者本人と家族との関係等）、精神医療審査会等の第三者機関の関与、本人の利益を代表する専門家の関与等である。平成 25 年度は、これらの法的課題について、既存の日本の裁判例及び解釈論の調査、検討、外国法との基本的な比較調査研究を行った。

平成 25 年改正の精神保健福祉法の解釈については、①新たな医療保護入院制度における家族等の同意について、家族等の意見が相違する場合の扱い、親権者の位置づけ、市町村長同意の確保などの課題が存し、②保護者制度の廃止について、成年後見及び日常生活自立支援事業が十分な受け皿となるか、精神科診療に限らない医療の場面で患者の家族に認められるべき地位はどのようなものか等の課題があり、特に家族の位置づけについて過渡的な立法であるとの結論を得た。

A. 研究目的

本分担研究は、平成 25 年に実現した精神保健福祉法の改正について、非同意入院の構造、本人の意思の代弁制度、患者の家族の位置づけ、第三者機関の関与、地域の保健福祉体制の充実等の観点から、日本法及び比較法的な検討を加え、法律解釈上の基礎を与え、同時に、今後の立法に資する基礎的知見を得ることを目的とするものである。

B. 研究方法

改正された精神保健福祉法を適切に解釈運用するためには、精神障害者に対する医療提供における本人及び関係者の位置づけや非同意入院制度を裏づける理論枠組み及び法律構

成が分析される必要がある。例えば、医療保護入院の法的位置づけ（第三者のためにする契約構成の適否、費用の支払義務等）、患者の家族の位置づけ（医療における患者本人と家族との関係等）、精神医療審査会等の第三者機関の関与、本人の利益を代表する専門家の関与等である。

平成 25 年度は、これらの法的課題について、既存の日本の裁判例及び解釈論の調査、検討を行い、外国法との基本的な比較調査研究を行った。

C. 研究結果

1 刑法、行政法、医事法及び民法分野の研究協力者の協力を得て、精神障害者に対する

医療提供に関わる既存の日本の裁判例及び解釈論の調査、検討を進め、平成 25 年改正の精神保健福祉法の解釈について、次のような課題及び解決の方向性があることを整理した（具体的には、後掲発表論文（後記 G. 1. の 1））を参照）。

（１）解釈又は運用上の問題点

１）新たな医療保護入院制度における家族等の同意について

- ① 家族等の定義に該当する複数の者の間で意見の相違がある場合の扱い
- ② 市町村長同意のための要件
- ③ 扶養義務者の範囲が広い日本法において扶養義務者を同意者に含めることの妥当性
- ④ 未成年者の場合の親権者の判断の位置づけ（優先可能性）
- ⑤ 成年被後見人等の場合の後見人等の判断の位置づけ（優先可能性、専門職後見人の場合）

⑥ 同意の有する法的意義の明確化

２）保護者制度の廃止について

- ① 成年後見、日常生活自立支援事業、事務管理制度の活用及び改善
 - ② 精神科診療に限らない医療の場面で患者の家族に認められるべき地位
 - ③ 入院費用等の負担関係についての確認
- （２）立法上の課題

- ① 本人の意思又は利益を尊重するための仕組み
- ② 入院前後の第三者機関の関与

D. 考察

改正精神保健福祉法については、C に挙げたような諸問題が存し、次のような評価ができる。

医療保護入院の見直しについては、その趣旨は、精神障害により治療を要すると見られる者の人身の自由を侵害することなく、かつ、必要な入院治療につなげることにあったはずであるが、C に記した諸問題に照らすと、新たな制度はどちらの観点からも問題が多い。

保護者制度の廃止については、一方で、保

護者に課せられていた義務等がなくなることにより、本人の利益が損なわれることにならないかが、他方で、家族等にはなお何らかの関与等が認められないのか問題となるが、状況は不明瞭であり、医療提供場面一般における家族の位置づけについて、医療情報の提供、がん告知、終末期医療等における議論と対比しつつ、考察を深める必要がある。

E. 結論

精神福祉法改正においては、家族等の負担軽減の立法趣旨は一定程度実現されているところ、家族等に与えられた地位はなおあいまいであり、過渡的な立法であるといえ、引き続きの検討が重要である。

また、入院前後の第三者機関の関与につき、入院患者の権利保障の観点から、なお拡充を要する。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

１．論文発表

- 1) ○久保野恵美子「精神保健福祉法改正に対し法律家の立場から」日精協誌 32 巻 12 号、45～48 頁、2013 年
- 2) ○久保野恵美子「精神障害者と家族」、水野紀子編『社会法制・家族法制における国家の介入』（有斐閣）、135～157 頁、2013 年
- 3) ○町野 朔「保護者制度の改革と精神医療」法と精神医療（法と精神医療学会）、27 号、43～51 頁、2012 年
- 4) ○久保野恵美子「精神保健福祉法と民法 714 条（責任無能力者の監督義務、責任）」精神医学（医学書院）、54 巻 2 号、137～143 頁、2012 年

２．学会発表

・久保野恵美子

2013 年 11 月 15 日日本精神科医学会学術大会シンポ 7 「改正精神保健福祉法ここはどうする～実際上の運用のポイント～」にて、「保

「護者制度の廃止と家族の地位」のテーマにて報告。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

- | | |
|-----------|----|
| 1. 特許取得 | なし |
| 2. 実用新案登録 | なし |
| 3. その他 | なし |

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究報告書
国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

研究分担者 丸田 敏雅（東京医科大学 精神医学講座）
研究協力者 松本ちひろ（東京医科大学 精神医学講座）

研究要旨：

【目的】本研究は 1) WHO からの情報収集および我が国からの提言の発信、2) ICD-11 のフィールドトライアルの実施を目的として行われた。

【方法】1) WHO の主催する会議や関連学会へ参加し情報収集および我が国からの提言の発信を行った。2) WHO がフィールドトライアルを行う臨床実践グローバルネットワーク Global Clinical Practice Network(以下 GCPN)の構築およびフィールドトライアルを行った。

【結果】1) WHO からの情報収集を 2013 年 11 月に上海で行われた WHO Field Study Group 会議や 2013 年 11 月にウィーンで開催された世界精神医学会国際会議において、診断分類をテーマに発表を行った。

【考察】本年度は WHO 本部の作業の遅れもあり ICD-11 作成に向けた上記の GCPN の構築と「ストレスと特に関連する障害」のフィールドトライアルを行った。

【結論】ICD は我が国の日常臨床および行政に密接に関わっている。ICD-11 発刊に向け、次年度以降もフィールドトライアルの実施を中心に研究活動を継続する予定である。

A. 研究目的

本年度における本研究の目的は、以下の 2 つにまとめられる。

- 1) WHO からの情報収集および我が国からの提言の発信
- 2) ICD-11 のフィールドトライアルの実施

現在作成中の ICD-11 が我が国の臨床および行政での適用に際し使いやすいものとなるよう我が国の意見を ICD-11 に反映させることを最終的な目標としている。

B. 研究方法

- 1) WHO からの情報収集および我が国からの提言の発信

ICD-11 に関する情報の発信と意見交換を目的として、国内外での学会に積極的に参加し、発表を行った。

- 2) ICD-11 のフィールドトライアルの実施
診断分類システムのフィールドトライアルとは、通常、完成を控えた診断基準の信頼性

検証を目的とすることが多いが、ICD 改訂の過程では ICD-11 作成に向けたフィールドトライアルも多数実施される見通しである。本年度はフィールドトライアルを具体的に行う臨床実践グローバルネットワーク Global Clinical Practice Network(以下 GCPN)の構築と、「ストレスと特に関連する障害」のフィールドトライアルが行われた。

2014 年 1 月 17 日現在、GCPN には日本から 966 名(全体の 10.1%)がエントリーしている。
(倫理面への配慮)

本研究では特に倫理的な配慮を要する事案は含まれていない。

C. 研究結果

- 1) WHO からの情報収集および我が国からの提言の発信

WHO とは、電子メール、電話および Skype 会議などで密に連絡を取っている。また、2013 年 11 月に上海で行われた WHO Field Study

Group 会議にも研究協力者の松本が参加し、情報収集をしてきた。また、2013 年 5 月に開催された第 109 回日本精神神経学会学術総会において、丸田が「ICD-11 最近の動向」、松本が「DSM-5 の動向」と題して発表した。

2013 年 10 月にオーストリアのウィーンにて行われた世界精神医学会国際会議では (World Psychiatric Association International Congress 2013) には研究協力者の松本が参加し、“Diagnostic Classification of mental disorders in primary care setting; Exploring non-specialist physicians’ view”の演題で発表を行った。

2) ICD-11 のフィールドトライアルの実施

本年度はフィールドトライアルを具体的に行う臨床実践グローバルネットワーク Global Clinical Practice Network(以下 GCPN)の構築と、「ストレスと特に関連する障害」のフィールドトライアルが行われた。

また、表-1 に示したような ICD-11 の線形構造(大枠)も発表されている。

2014 年 1 月 17 日現在、GCPN には日本から 966 名(全体の 10.1%)がエントリーしている。日本からのエントリー数は国別では中国に次ぎ 2 番目に多く、WHO も日本からのフィールドバックを大いに期待している。

D. 考察

本年度から ICD-11 のフィールドトライアルが開始された。WHO 本部の作業の遅れもあり、ICD-11 の完成は当初よりも遅れることが予想される。しかし、今後も GCPN を用いてフィールドトライアルが順次行われていく予定である。

E. 結論

ICD-11 は我が国の日常臨床、行政、司法業務など、様々な分野において不可欠な分類であり、ICD 改訂は我が国のこれらの現場に大きな影響を及ぼす。本年度は ICD-11 作成に向けた活動を行い、またそれに関連する情報を発信した点において、研究課題について十分な成果が得られたと考える。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Maruta, T, Ono, Y, Matsumoto, C, “Opinions of Japanese Psychiatrists on the Classifications for the ICD-11 and DSM-5: A questionnaire survey, Psychiatric Services, 2013, 64, 1279-1280
 - 2) Maruta, T, Volpe, U, Gaebel, W, Matsumoto, C, Iimori, M, Should schizophrenia still be named so?, Schizophrenia Research, 2014, 152, 305-306
 - 3) Reed, G.M , Michael C. Roberts, M.C, Maruta, T (14), Mental Health Professionals’ Natural Taxonomies of Mental Disorders: Implications for the Clinical Utility of the ICD-11 and the DSM-5, 2013, Journal of Clinical Psychology, 69(12):1191-212.
 - 4) 丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄、DSM,ICD の改訂状況、2014 精神保健福祉白書、19、2013、中央法規
 - 5) 丸田敏雅、石川純、松本恭典、パーソナリティー障害(境界性/自己愛性)、日本医師会雑誌、特別号(2)生涯教育シリーズ 85、2013、S315-S316
 - 6) 松本ちひろ、丸田敏雅、飯森眞喜雄、DSM, ICD における発達障害診断の新分類について、最新医学 9 月増刊号「発達障害」、2013、2041-2049
 - 7) 丸田敏雅、ICD-11 の直近の動向、- 線形構造草案を中心に、精神神経学雑誌、2014、116(1)、46-53
 - 8) 松本ちひろ、DSM-5 の最新動向、精神神経学雑誌、2014、116(1)、54-60
- ### 2. 学会発表
- 1) Matsumoto C. Diagnostic Classification of mental disorders in primary care setting; Exploring non-specialist physicians’ view in Vienna, Austria.
 - 2) Maruta T. Linguistic translation problems in Japanese version of the ICD-11 and DSM-5,

2013.07., 21st World Congress of Social Psychiatry, Lisbon.

- 3) Matsumoto C. Diagnosis and classification of personality disorders in DSM-5: Application to real patients. 2013.09., XIII International Congress on the Disorders of Personality, Copenhagen, Denmark.
- 4) Matsumoto C, Maruta T, Iimori M. Suicide in Japan: Review of preventative efforts over the past 15 years. 2013.06., The 21st World Congress of Social Psychiatry, Lisbon, Portugal.
- 5) Matsumoto C. Field trials in the revision of the ICD-10 mental and behavioral disorders: a Japanese perspective. 2013.06., The 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto.
- 6) 丸田敏雅、ICD-11 の直近の動向、2013、第 109 回日本精神神経学会学術総会。
- 7) 松本ちひろ、DSM-5 の最新動向 2013、第 109 回日本精神神経学会学術総会。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他特記事項 なし

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究報告書

高齢精神障害者の処遇実態の分析と対策に関する研究

研究分担者 栗田 圭一 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)
研究協力者 井藤 佳恵 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)
岡村 毅 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)
古田 光 ((地独)東京都健康長寿医療センター精神科)
稲垣 宏樹 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)
杉山 美香 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)
立森 久照 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
新美 芳樹 (厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策室)

研究要旨：一般病床に入院する認知症・精神障害高齢者（研究 1）、地域に潜在する認知症・精神障害高齢者（研究 2）、社会的困難状況にある認知症・精神障害高齢者（研究 3）、生活困窮高齢者における認知症・精神障害高齢者（研究 4）の実態把握に関する調査研究を行うとともに、班研究内シンポジウムを開催し、「統計資料から見た入院患者の高齢化と長期在院化」および「精神科病院に入院する認知症高齢者の現状と課題」について情報を共有した。本研究によって、一般病院の一般病床には高い頻度で認知症高齢者が入院していること、地域には認知症・精神障害をもつ後期高齢者が高頻度に潜在していること、こうした高齢者には「家族に関する問題」「地域社会との関係に関する問題」「虐待・経済問題」「身体的問題」などの複合的課題によって困難事例化するリスクがあること、生活困窮状態にある高齢者においても高い頻度で認知症・精神障害高齢者が認められること、精神病床に BPSD のために入院する認知症高齢者は増加しており、認知症高齢者の入院期間が長期化する傾向にあること、が可視化された。認知症や精神障害をもつ高齢者のための地域精神保健体制を構築するためには、地域精神保健医療福祉と高齢者保健医療福祉介護の制度的な連携（System Integration）が不可避の課題であることが示唆された。

A. 研究目的

以下の 5 つの研究を実施した。

- (1) 研究 1：一般病床に入院する認知症・精神障害高齢者の実態把握に関する調査研究
- (2) 研究 2：地域に潜在する認知症・精神障害高齢者の実態把握に関する調査研究
- (3) 研究 3：社会的困難状況にある認知症・精神障害高齢者の実態把握に関する調査研究
- (4) 研究 4：生活困窮高齢者における認知症・精神障害高齢者の実態把握に関する調査研究
- (5) 研究 5：「高齢者のための地域精神保健医療体制の構築」をテーマとする研究班内シンポジウム。

B. 研究方法

- (1) 研究 1：2013 年 5 月 1 日現在の東京都健康長寿医療センター一般病床（含 ICU）全入院患者 400 人（平均年齢 79.1 ± 11.0 歳、男性 194 人、女性 206 人）を対象に、①抗認知症薬内服の有無、②認知症診断歴の有無、③レセプト上認知症病名の有無、④入院時高齢者総合機能評価シート（以下 CGA）認知症項目（④-a.3 単語直後再生、④-b.3 単語遅延再生）の結果を調査し、各基準を用いた認知症（疑い）高齢者の出現頻度を算出した（悉皆）。
- (2) 研究 2：東京都 A 区在住の 65 歳以上高齢者（住民基本台帳による）のうち 10 月から 3 月生まれの要介護要支援未認定者 4,519 名を

対象に郵送による健康調査(悉皆)を実施し、回答が未返送だった 1,701 人(未回収率 38.2%)の内、75 歳以上の 637 人から 134 人を抽出して訪問調査を行った。訪問調査では、訪問看護師の聞き取りによるアンケート調査と MMSE、精神科医が CDR と在宅レベルでの臨床診断を行った。

(3) 研究 3: 東京都 B 区の認知症高齢者専門相談事業の対象者 79 人を対象に、相談記録、訪問記録、関係者会議の記録を渉猟し、質的分析によって困難事象の類型化と認知症重症度別(CDR)の出現頻度を調査した。

(4) 研究 4: NPO 法人ふるさと会の協力を得て、共同居住型の支援を受けている 65 歳以上高齢者 41 名を対象に医師が訪問し、認知機能検査ならびに精神症状の評価を行った。

(5) 研究 5: 平成 26 年 1 月 23 日に、第 2 回班会議研究班内シンポジウム「高齢者のための地域精神保健医療体制の構築」を開催。上記の研究課題とともに、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所立森久照氏に「統計資料から見た入院患者の高齢化と長期在院化」、厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室新美芳樹氏に「精神科病院に入院する認知症高齢者の現状と課題」について報告していただいた。

(倫理面への配慮)

研究 1~研究 4 は、いずれも東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施し、調査対象者からは文書による同意を得た。調査結果は、いずれも個人情報厳重に管理し、個人および家族のプライバシーを保護した。

C. 研究結果

(1) 研究 1: 400 名の入院患者のうち、①抗認知症薬内服ありは 6.0%、②認知症診断歴ありは 14.3%、③レセプト上認知症病名ありは 17.5%であった。これらの 3 項目いずれかに該当している患者は全体の 24.0%であった。一方 CGA 認知症項目④-a、④-b のいずれかで正答できなかった患者は全体の 41.8%であ

った。

(2) 研究 2: 134 人のうち調査協力拒否の 34 人と非高齢世帯の未回答者 20 人を除く 80 人(調査協力同意の意向があった 26 人、高齢世帯の未回答者 54 人)を対象に訪問調査を実施したところ、40 人で訪問調査が成立した(訪問調査成立率 50%)。このうちの 11 人(27.5%)が「認知症または精神的健康度低下に関するハイリスク高齢者」に該当した。尚、高齢世帯の未回答者 54 人中 16 人(全体では 80 人中 16 人=20%)については居住実態がなかった。

(3) 研究 3: 社会的困難状況にある認知症高齢者の困難事象は、a.家族介護者に関わる困難事象、b.地域社会との間に生じる困難事象、c.虐待と財産管理に関わる困難事象、d.身体医療に関わる困難事象に類型化された。家族介護者に関わる困難事象、地域社会との間に生じる困難事象は、認知症の重症度とは無関係に出現したが、虐待と財産管理に関わる困難事象、身体医療に関わる困難事象は認知症の重症度が高まるほど、出現頻度も高まった。また、認知症の重症度が高まるほど、困難事象は重層化した。

(4) 研究 4: 41 名のうち、26 名にインタビューを行った。26 名中 19 名の出身地は東京都以外の都道府県であり、教育歴は小学校中退~中学卒までが 12 名、支援を受けるまでの経路は路上生活が 10 名、入院・入所が 6 名、不安定雇用(日雇いなど)が 6 名であった。26 名に MMSE を実施したところ、20 名(88%)が 23 点以下の得点であった。現在の健康状態(主観的健康感)を問うたところ、26 名中 13 名は「よい」「とてもよい」「最高によい」と回答し、10 名が「よくない」「あまりよくない」と回答した。3 名は無回答であった。

(5) 研究 5: 「統計資料から見た入院患者の高齢化と長期在院化」についての講演では、1990 年~2011 年の人口の高齢化(12.1%→23.3%)と共に、全病床の入院患者における高齢者の割合(46.3%→68.2%)、精神病床の入院患者における高齢者の割合(22.0%→50.3%)も

急速に高まっていることが指摘された。一方、精神病床では、在院患者に占める長期在院者の割合は減少しており（精神病床の平均在院日数 496 日→298 日）、新たに入院した患者の退院までに要する日数も減少している（新入院患者の在院日数の中央値：1997 年 74.7 日→2011 年 60.4 日）ことが示された。「精神科病院に入院する認知症高齢者の現状と課題」に関する講演では、平均在院日数の算出方法が国によって異なることから、海外データとの比較が困難なことを指摘した上で、精神病床の疾患別平均在院日数は、統合失調症では減少しているのに対し、認知症では増加していることが示された。また、「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」作業部会が、平成 25 年度に、全国の認知症治療病棟を有する精神科病院（406 施設）、介護施設（特養 206、老健 782、グループホーム 172、小規模多機能 74）、居宅介護支援専門員 108 を対象に実施した調査において、精神科病院へ入院する理由で頻度が高いのは、医療側では、BPSD、介護者の事状、家族の疲弊、介護側では、BPSD、薬剤の調整、介護者の事状であり、入院理由となる BPSD については、医療側、介護側のいずれにおいても、「興奮」「易怒性」「妄想」の頻度が高いことが示された。

D. 考察

(1) 研究 1：一般病床に入院する高齢者の約 24%に認知症が同定されており、約 42%に認知機能障害（記憶障害）が認められている。このことから、一般病床に入院している高齢者の認知症出現頻度は 24%～42%の範囲内と推計される。本調査は一医療機関の調査であり、結果の一般化には注意を要する。今後は多施設調査を実施することにより、一般病床に入院する認知症高齢者の出現頻度について、より一般化可能な情報を得る必要がある。

(2) 研究 2：郵送法による健康調査に反応しない 75 歳以上高齢者の約 3 割に認知症または精神的健康問題をもつ高齢者が潜在しているものと推測される。また、郵送法による健康調

査に反応しない 75 歳以上高齢者の 2 割は居住実態がないものと推測される。大都市の一自治体における調査であり、一般化には注意を要するが、郵送法による健康調査に反応しない 75 歳以上高齢者に対するアウトリーチ型の健康調査と精神保健サービスの提供方法を考案する必要があることが示唆された。

(3) 研究 3：認知症高齢者が困難事例化する前に、地域社会の中で必要なサービスを一体的に提供できる体制を構築していくことが不可欠である。その際には、①家族支援と日常生活支援、②地域社会との関係の調整、③権利擁護・金銭管理、④身体医学的に関する問題を評価し、そこにフォーカスをあてた支援が必要であることが示唆された。

(4) 研究 4：大都市に暮らす生活困窮高齢者の中に、認知症（または認知機能低下）高齢者が高い頻度で含まれているものと推測される。住居と日常生活支援を一体的に提供することが、こうした高齢者の地域生活の維持と QOL の保持・改善に効果がある可能性がある。

(5) 研究 5：人口の高齢化とともに、精神病床の入院患者も高齢化し、現在は 50%以上（高齢化率の約 2 倍）が 65 歳以上高齢者となっている。この数値は今後も確実に増大するであろう。認知症高齢者の精神病床への入院の最大の理由は BPSD であり、入院は長期化する方向にある。地域の中で、BPSD の予防的対応や認知症の人が暮らせる環境を整備することは喫緊課題である。

E. 結論

認知症・精神障害をもつ高齢者の重要な特性の一つに「複雑性」Complexity という問題がある。認知症や精神障害をもつ高齢者の支援を困難にしている最大の要因はこの点にある。Complexity のある高齢者を支援するために、①医療機関、施設、地域において、総合的なアセスメントを行い、それに基づいて予防、医療、介護、福祉、住まい、家族支援・生活支援等のサービスを統合的に提供できるようにしていくこと、特に、地域においては、

「住まい」と「生活支援」を統合的に提供できる社会資源を創出することが重要である。そのためには、区市町村レベルでの地域精神保健医療福祉と高齢者保健医療福祉介護の制度的な連携（System Integration）が不可避の課題となるであろう。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ito K, Morikawa S, Okamura T, Shimokado K, Awata S.: Factors associated with mental health well-being of homeless people in Japan. *Psychiatr Clin Neurosci* (in press).
- 2) Okamura T, Ito K, Morikawa S, Awata S.: Suicidal behavior among homeless people in Japan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (in press).
- 3) 稲垣宏樹, 井藤佳恵, 佐久間尚子, 杉山美香, 岡村毅, 栗田主一: WHO-5 精神健康状態表簡易版 (S-WHO-5) の作成およびその信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌* 60: 294-301, 2013.
- 4) 井藤佳恵, 佐々木由香理, 櫻井千絵, 原美由紀, 水澤佑太, 山田志保, 小林紀和, 松崎尊信, 栗田主一: 地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴: 認知症ステージによる検討. *老年精神医学雑誌* 24(10): 1047-1061, 2013.
- 5) 栗田主一: 認知症早期支援体制—とくにアウトリーチ（訪問型ケア）の課題. *老年精神医学雑誌* 24: 883-889, 2013.
- 6) 栗田主一: 大都市における認知症地域連携の実践と課題. *日社精医誌* 22:551-558, 2013.

2. 学会発表

- 1) Awata S: A comprehensive assessment and intervention program for dementia in a community-based integrated care system in Japan. *International Psychogeriatric Association, 16th International Congress (Sym-*

posium), Seoul, Korea, 10.3, 2013.

- 2) Awata S: Mental health status and cognitive decline in community elderly. *The 9th International Symposium on Geriatrics and Gerontology (Symposium)*. Ofu, Japan, 11.30, 2013.
- 3) Ito K, Morikawa S, Okamura T, Shimokado K, Awata S.: Factors Associated with Mental Well-Being of Homeless People in Japan. *21st World Congress of Social Psychiatry*. Lisbon, Portugal, 6.29-6.30, 2013.
- 4) Okamura T, Ito K, Morikawa S, Awata S.: Suicidal behavior-related outcomes among homeless people in Japan. *21st World Congress of Social Psychiatry*. Lisbon, Portugal, 6.29-6.30, 2013.
- 5) 栗田主一: 大都市における認知症地域連携の実践と課題. 第 32 回日本社会精神医学会 (シンポジウム). 熊本, 3.7-3.8, 2013.
- 6) 栗田主一: 重層的生活課題をもつ認知症高齢者の支援. 第 109 回日本精神神経学会 (シンポジウム). 福岡, 5.23-5.25, 2013.
- 7) 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田主一: 自殺関連行動の見られる生活困窮者の生活課題と支援: ケースシリーズ研究. 第 109 回日本精神神経学会. 福岡, 5.23-5.25, 2013.
- 8) 井藤佳恵, 佐々木由香理, 櫻井千絵, 原美由紀, 水澤佑太, 山田志保, 小林紀和, 松崎尊信, 古田光, 岡村毅, 栗田主一: アウトリーチ型認知症高齢者相談事業の対象となる高齢者の特徴. 第 109 回日本精神神経学会総会. 福岡, 5.23-5.25, 2013.
- 9) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 杉山美香, 宮前史子, 宇良千秋, 佐久間尚子, 伊集院睦雄, 岡村毅, 下門顯太郎, 栗田主一: 郵送による生活機能調査未返送の後期高齢者を対象とした訪問調査. 第 28 回日本老年精神医学会. 大阪, 6.4-6.6, 2013.
- 10) 古田光, 白取絹江, 福島康浩, 三瀬耕平, 荻原寛子, 菊地幸子, 須田潔子, 筒井啓太, 扇澤史子, 磯谷一枝, 今村陽子, 大

波里枝, 磯野沙月, 市川幸子, 栗田主一,
松下正明: 東京都健康長寿医療センター
一般身体科入院患者における認知症実態
調査の試み. 第 26 回日本総合病院精神医
学会. 京都, 11.29-11.30, 2013.

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他特記事項 なし

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
分担研究報告書
入院患者の権利擁護に関する研究

研究分担者 河崎 建人（水間病院・全国精神医療審査会連絡協議会会長）
研究協力者 平田 豊明（千葉県精神科医療センター・報告書執筆者）
浅井 邦彦（浅井病院）
東 司（小阪病院）
岡崎 伸郎（国立仙台医療センター）
鴻巣 泰治（埼玉県立精神保健福祉センター）
田辺 等（北海道立精神保健福祉センター）
千葉 潜（青南病院）
中島 豊爾（岡山県精神科医療センター）
永野貫太郎（第二東京弁護士会）
益子 茂（東京都立中部総合精神保健福祉センター）
松浦 玲子（大阪府立精神保健福祉センター）
松原 三郎（松原病院）
松村 英幸（根岸病院）
三木恵美子（横浜法律事務所）
山下 俊幸（京都府立洛南病院）
八尋 光秀（西新共同法律事務所）
吉澤 雅子（東京弁護士会）
四方田 清（順天堂大学）

研究要旨：

【目的】精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神科入院患者の権利擁護に関する制度改革案を提示すること。

【方法】（１）全国 67 の精神医療審査会の活動状況を事務局にアンケート調査、（２）精神医療審査会活動の中で問題となった事例の収集、（３）全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画・開催、（４）全国の精神医療審査会運営要綱の比較検討、（５）精神保健福祉法の改正に伴う精神医療審査会運営マニュアル改訂案の作成。

【結果】（１）全ての精神医療審査会事務局から回答があった。平成 24 年度、全国には 202 の合議体があり、1 審査会当たり平均 25.6 回の合議体が開催され、1 回の開催当たり平均 143.3 件の書類審査が行われていた。退院・処遇改善請求の審査は 2,753 件あったが、審査件数には大きな地域差があった。請求受理から審査結果の通知まで平均 32.7 日を要しており、請求の 3 割近くが不審査に終わっていた。（２）10 審査会から、入院適応や処遇改善、保護者の適格性などに関する 12 例の疑義症例が報告された。（３）福岡市と東京でシンポジウムを開催し、精神保健福祉法改正に伴う精神医療審査会活動のあり方を中心に議論を展開した。（４）全国の精神医療審査会から運営要綱を収集し、21 項目について内容を比較したところ、関係者の排除原則を除くと、ばらつきが大きく、審査結果の確認、書類審査での審問権など、いくつかの項目では、過半数の運営要綱で記載がなかった。（５）研究協力員の討議により、審査

会運営マニュアルの改訂案を作成した。

【考察】(1) 精神医療審査会の合議体数、委員数、合議体開催数はともに前年より増加し、合議体 1 回当たりの書類審査件数は減少していた。退院請求審査に対する退院・入院形式変更の裁定比率は前年より上昇していたが、審査日数は延長していた。(2) 医療保護入院開始の判断基準を 5 項目提案した。(3) 非自発入院継続の要否判定を巡る精神医療審査会の役割を論じた。(4) 現行の精神医療審査会運営マニュアルで審査会の機能を担保する項目を再評価した上で、迅速化、機能強化、均質化を旨として、運営マニュアルの改訂案を作成した。

【結論】精神科利用者の権利擁護に関する国際標準の達成を目標として、精神医療審査会活動をモニタリングし、審査会の独立性と専門性の強化に向けた改革を継続すべきである。

A. 研究目的

平成 25 年 6 月、精神保健福祉法が改正され、保護者制度の廃止、退院促進のための病院管理者の義務規定、適正な医療提供のための指針策定と並んで、精神医療審査会制度にも手直しが加えられることになった。

今次の法改正に先立つ衆議院厚生労働委員会で決議された 10 項目の附帯事項の中には、精神医療審査会の独立性、専門性の強化も謳われている。これらの動きを受けて、精神医療審査会運営マニュアルの改訂がなされることとなった。

1991 年の国連原則、2006 年の障害者権利条約以来、精神科利用者の権利擁護制度の整備・強化は、先進各国の共通課題でもある。

このような国内外の動向を踏まえ、本研究は、精神医療審査会制度をモニタリングし、わが国における精神科入院患者の権利擁護制度の改革案を提示するために行われた。

B. 研究方法

1. 精神医療審査会活動基礎調査

全国 47 都道府県と 20 政令指定都市（平成 25 年 4 月 1 日現在）に設置された精神医療審査会 67 カ所の精神医療審査会事務局に対し、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て、平成 24 年度の精神医療審査会活動に関する基礎的なデータの報告を求めた。調査票を資料 1 に示す。

2. 検討事例の収集

同じく、全国 67 の精神医療審査会事務局に

対し、資料 2 に示した様式に沿って、平成 24 年 4 月 1 日より回答日現在までの審査会活動において問題となった事例の報告を求めた。

3. 全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画と開催

平成 25 年 10 月 26 日（福岡市）および平成 26 年 2 月 28 日（東京都）、全国精神医療審査会連絡協議会総会において、患者の権利擁護に関する講演会およびシンポジウムを企画・開催し、本研究の成果の一部を公開するとともに、参加者間で意見交換の機会を設けた。

4. 精神医療審査会運営要綱の収集・分析

全国 67 の精神医療審査会から審査会運営要綱を収集し、資料 3 に示した 21 項目について、現行の精神医療審査会運営マニュアルにどれくらい準拠しているかを調査した。

5. 精神医療審査会運営マニュアル改訂案の作成

今次の精神保健福祉法改正に伴って、精神医療審査会運営マニュアルの改訂が必要となったため、現行マニュアルを再検討した上で、審査の迅速性向上と審査会の調査・勧告権限の強化に向けて、研究協力員の協議のもと、審査会運営マニュアル改訂案を作成した。

（倫理面への配慮）検討事例の収集・分析にあたっては、事例収集の段階で関係者を匿名化したほか、報告した精神医療審査会事務局も特定できないように配慮して記述した。

C. 研究結果

1. 精神医療審査会活動基礎調査

データの集計を求めた 67 カ所の精神医療審査会事務局の全てから回答があった。資料 1 に集計結果を書き込んだのが資料 4 である。その主な項目について、以下に解説する。

(1) 合議体の開催数、委員構成等

平成 24 年度、全国の精神医療審査会の合議体数は 202（前年度は 198）、1 審査会当たり平均 3.0 であった。最多は大阪府の 8 合議体、最小は山形県、島根県の 1 合議体であった。東京都は 6 合議体で大阪府に次いだ。政令市を含む道府県の多くは、道府県単位での合議体数では東京都を上回っていた。

全体会は全国で 86（前年度は 70）回。年 2 回以上開催している審査会が 13（同 8）、1 回も開催していない審査会が 3（同 4）あった。年間合議体開催数の平均は 25.6（同 25.5）回。最大は 72 回、最小は 12 回であった。

1 合議体当たりの委員の構成比は、医療委員 2.78（同 2.81）人、法律委員 1.08（同 1.07）人、有識者委員 1.13（同 1.12）人（合計 5.00 人）となっており、前年度、前々年度に続いて、医療委員から法律委員、有識者委員へとシフトする傾向にあった。

審査会別の合議体数、開催数、委員構成を表 1 に示す。

(2) 書類審査

1 回の合議体開催で審査される書類は平均 143.4（前年度は 150.0）件であったが、図 1 に示したように、最小 32.4 件から最大 342 件まで、地域差が大きかった。書類審査による不承認件数は 17 件（8 審査会）であった。審査会別の書類審査状況を表 2 に示す。

資料 4 に示したように、25 の審査会では、合議体開催前に事前審査を行っていた。

(3) 退院請求等の審査

電話相談件数は、1 審査会当たり年間平均 379.4（前年度は 309.2）件であったが、最大

2,723 件から 0 件（5 審査会）まで、ばらつきがあった。0 件および不明（1）、無回答（2）の審査会は記録を残していない可能性があった。

退院請求は、図 2 に示したように、平成 24 年度、全国で 3,202 件が受理され、前年度繰り越し 251 件を併せると審査対象案件は 3,453 件であったが、うち 973 件（29.5%）が請求取り下げおよび退院等による要件消失のため審査に付されず、審査されたのは 2,369 件であった。残りの 153 件は、翌年度に審査が繰り越された。

審査された請求のうち、現在の入院形式で入院を継続するのが妥当（すなわち請求却下）とされたのが 2,117（前年度は 2,150）件、入院形式の変更が妥当とされたのが 121（同 86）件、退院が妥当とされたのが 22（同 9）件、その他 3 件であった。残りの 106 件は年度内での審査が未了であった。審査が終了した 2,263 件のうち、請求却下の比率は 93.5（同 95.8）%、形式変更は 5.3（同 3.8）%、退院勧告は 1.0（同 0.4）%であった。

処遇改善は、図 3 に示したように、全国で 552（前年度は 442）件受理され、前年度からの繰り越し 35 件を併せると審査対象案件は 587 件であったが、うち 183 件（32.4%）が取り下げおよび要件消失で審査されず、23 件が未審査であった。残りの 384 件が審査に付され、現在の処遇が妥当（請求却下）とされたのが 345（同 251）件、処遇改善が妥当とされたのが 17（同 13）件、その他が 5 件、残り 17 件が年度内の審査未了であった。審査された 367 件の処遇改善請求のうち、請求却下の比率は 94.0（前年度は 95.1）%であった。

図 4 には、退院および処遇改善請求の審査件数と不審査件数を審査会別に（審査：◎ 件数順に）示した。図に見るように、大きな地域差があった。

図 5 には、退院および処遇改善請求の受理から結果通知までの期間を長い順に審査会別に示した。全国平均は 32.7（前年度は 31.8）日であったが、図に見るように、ばらつきがあった。

審査会別の請求審査の状況を表3に示す。

2. 検討事例の収集

10 審査会事務局から 12 例の検討事例が報告された。報告事例の論題別に（１）入院適応に関する事例、（２）保護者の適格性に関する事例、（３）処遇改善に関する事例、（４）病院側の対応に関する事例、（５）その他に 5 分類して、以下に概要を示す。

（１）入院適応に関する検討事例

①放火の疑いで措置入院となったが、放火か失火か、事実関係が不明瞭のため、入院形式変更が妥当と勧告した。医療保護入院が必要と思われたが、家族同意が得られず、退院となった。

②③医療保護入院後に脳梗塞を併発して寝たきりとなり、医療保護入院の適応がなくなった事例（2 例）。一般科療養病棟への転院もしくは介護施設への退院を勧告した。

（２）保護者の適格性に関する事例

④認知症で医療保護入院となったが、保護者に虐待の疑いあり。虐待による分離保護ではなく入院同意能力はあるため、入院届を承認した。

（３）処遇改善に関する事例

⑤身体拘束への処遇改善請求事例。鼻腔栄養中に経口飲食させた行為などが不適切のため、処遇改善命令を発した。

⑥保護者でない親族が病院による虐待を訴えて処遇改善を請求した事例。虐待の事実が把握できないため、請求却下とした。

⑦1 年半前の隔離処遇に対する処遇改善請求事例。現在の処遇には問題ないため、請求却下とした。

⑧病院スタッフの対応や禁煙環境への不服により、処遇改善請求した事例。請求対象でないと判断して却下とした。

（４）病院側の対応に関する事例

⑨退院請求を制限していたことが疑われた事例。事実確認が不十分のため、不問とした。

⑩医療保護入院定期病状報告書の今後の方針欄に「完全に出来上がった精神障害者」など不適切な記述があり、修正までに 3 ヶ月を要した。

⑪退院請求の日付や入院形式に関する記載に混乱があり、病院に対して審査会から改善を勧告した事例。

（５）その他

⑫入院者が審査会での意見陳述を希望したが、移送の人手や費用の確保が困難であった事例。最終的には、病院の負担で実現した。

3. 全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画と討論

平成 25 年度は、2 回の全国精神医療審査会連絡協議会総会に合わせてシンポジウムが持たれ、法改正に伴う精神医療審査会のあり方や運営マニュアル改訂などを中心に、参加者間で意見交換が行われた。

（１）福岡シンポジウム 2013

平成 25 年 10 月 26 日、福岡市において、全国の精神保健福祉センターおよび精神医療審査会の関係者を集めて、シンポジウムが開催された。

第 1 部は特別講演で、福岡県弁護士会精神保健委員会の森豊弁護士から「これからの入院制度と患者の権利擁護—当番弁護士制度 20 年を振り返って」と題して講演がなされた。

第 2 部は「今次の精神保健福祉法改正と精神医療審査会運営マニュアル改訂について」と題するシンポジウムで、山梨宗治氏（NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会）、三井敏子氏（北九州市立精神保健福祉センター）、江副聡氏（厚生労働省精神・障害保健課）、平田豊明氏（全国精神医療審査会連絡協議会）、野林信行氏（福岡県弁護士会）の 5 氏から講演の後、シンポジストおよび参加者の間で意

見交換が行われた（詳しい内容は、全国精神医療審査会連絡協議会 NEWS LETTER No.34 を参照）。

（２）東京シンポジウム 2014

平成 26 年 2 月 28 日、東京都において平成 25 年度の第 2 回シンポジウムが開催された。

第 1 部は厚生労働省精神・障害保健課よりの特別講演で、今次の精神保健福祉法改正についての実務的な要点が講演された。

第 2 部は福岡シンポジウムの続編的なシンポジウムで、「精神保健福祉法改正と権利擁護」というテーマのもと、姜文江氏（横浜弁護士会）、加藤真規子氏（NPO 法人精神障害者ピアサポートセンターこらーるたいとう）、中島公博氏（五稜会病院）、平田豊明氏（全国精神医療審査会連絡協議会）より講演があり、意見交換がなされた（詳しい内容については、全国精神医療審査会連絡協議会 NEWS LETTER No.35 を参照）。

4. 精神医療審査会運営要綱の収集・分析

資料 3 に示した 21 項目について、各審査会の回答の内訳を示したのが図 6～図 16 である。これによると、関係者の排除原則については、ほぼマニュアル通りに記載されていた。記載のない審査会の運営要綱は、数項目しか記載がなく、「運営に関する詳細は合議体において別途定める」という記載の中に他の項目も全て包含していると思われる要綱である。

この他の項目については、審査会によるばらつきが大きく、委員構成、準備書面、審査結果の 1 ヶ月以内の確認、請求取り下げ後の審査継続、退院請求への処遇改善請求の包含、書類審査での審問権、書類審査不承認時の知事による改善措置権限と関係者への通知義務、指定医の不適切行為の厚労大臣への通知義務については、過半数の審査会運営要綱に記載がなかった。

いずれにせよ、国の運営マニュアルに忠実に準拠した運営要綱は皆無であった。

5. 精神医療審査会運営マニュアル改訂案の作成

今次の精神保健福祉法改正によって保護者制度が廃止され、精神医療審査会についても、有識者委員が保健福祉委員（仮称）に改められることとなった。さらに、厚生労働委員会の附帯決議では精神医療審査会の機能強化が謳われている。

こうした動きを踏まえ、精神医療審査会運営マニュアルの改訂が必要となったため、当研究班では、前項の審査会運営要綱の全国調査の結果も参考としながら、研究協力員間で意見交換を重ね、マニュアル改訂案の骨子を作成した。これを資料 5 に示す。

D. 考察

1. 審査の現況

（１）退院等の請求審査の動向

退院および処遇改善請求の近年の推移を図 17 に示した。図に見るように、最近 4 年ほどは、退院等の請求件数および書類審査に対する比率が増加している。また、図 2 に示したように、退院請求審査に対する現状継続（請求却下）の比率は下がり、入院形式の変更や退院勧告の比率が上昇している。

全ての非自発入院の継続要否が審査される英国の精神保健審判でも 90～95%には現状継続の裁定が下されているから、数値だけを比較すれば、わが国の精神医療審査会制度における退院請求の却下率が諸外国に比して高すぎるということはない。退院や入院形式変更、それに処遇改善命令の比率があまりに高いのは、非自発入院の判断や入院患者の権利擁護状況に問題が多いということであるから、この数値が高ければ権利擁護の水準が高いというわけではない。

重要なのは、請求が認められた件数や比率よりも、請求が認められなかったケースであっても、マニュアルに記載されているように、処遇内容への勧告や退院に向けての意見が付記されているかどうか、すなわち、機械的な裁定に終わっていないかどうかであろう。

（２）審査日数

退院等の請求受理から審査結果の通知までの日数は、図５に示したように、地域差が大きい。最短と最長では３倍の開きがある。一般に圏域の狭い政令市は都道府県よりも審査が迅速であるし、請求件数の割に職員配置の少ない審査会では審査日数が長くなる傾向にある。

図１８は、審査日数と不審査率（受理件数に対する請求取り下げもしくは請求要件消失件数の比率）との関係を示したものであるが、図のように、強い正の相関がある。すなわち、審査日数が長いほど不審査率が高くなる。入院間もない急性期での退院請求ケースでは、審査に手間取ると病状が改善して、審査の取り下げや退院などによる要件消失の事例が増えてくるのは当然である。

しかし、審査日数が長いために不審査率の高い地域では、入院患者が審査を受ける権利が制限されるということ、すなわち、処遇や治療内容についての第三者審査の機会が減ずるということでもある。したがって、審査日数はマニュアルに記載されているように、１ヶ月以内とすべきであり、１ヶ月を超える審査会は、合議体委員・事務局員の増員や内部決済の迅速化を図るべきである。

２．非自発入院の適否判断基準

今回の調査で収集された検討事例群は、精神医療審査会や入院制度が内包する課題を提起している。また、今次の精神保健福祉法改正によって生ずる可能性のある実務的な問題もいくつか想定される。ここでは、非自発入院の開始と継続に関わる論点を検討する。

（１）入院同意者の適格性

医療保護入院の開始に当たってまず検討すべきは、入院同意者の適格性である。今次の精神保健福祉法改正で保護者制度が廃止され、医療保護入院への同意者は裁判所で選任された保護者である必要がなくなった。これによって、同意者の適格性の判断は、実質的には

医療機関に委ねられることになった。

同意者の適格性には、まず、配偶者、親権者、扶養義務者、後見人もしくは保佐人のいずれかであることが求められるが、入院した後に同意権限のない親族や知人であることが判明したケースでは、精神医療審査会の判断が求められることもある。しかし、現状の制度では、判断基準が明確とは思えない。

また、法的には適格であっても、検討事例①④で示したように、同意能力に疑問のあるケースもある。同伴者の身元確認が困難な場合も含めて、入院同意者の適格性に疑問のあるケースでは、医療機関としては、首長同意の医療保護入院とするか、身元確認ができるまで応急入院とするか、あるいは自傷他害のおそれ拡張して措置入院を追求するか、いずれかを選択することとなろう。しかし、どれを選ぶにしても別の問題が生ずる。

首長同意の医療保護入院は、意思表示可能な家族等がいれば適応されない。入院に立ち会わない首長に入院への同意権限を付与すべきでないとする見解もある。応急入院も、適応基準に地域差があり、原則として認めない自治体がある。行政処分でもある措置入院の拡大適応には、人権擁護上の観点から反対する意見があろう。

こうした法改正に伴う実務的な問題の解決策については、今後の議論に委ねるほかはない。

（２）医療保護入院開始の要否判定基準

書類審査で時に問題となるのが、まず、医療保護入院届の審査における入院開始の適応基準である。具体的には、入院時に複雑酩酊の記載しかないアルコール依存症例、社会的逸脱行動をもたらす精神症状の記載がない知的障害や認知症、人格障害例などの審査である。

医療保護入院の適応基準について、精神保健福祉法は、措置入院に該当せず、任意入院が成り立たないことと消去法的に規定しており、行動制限の可能性もある非自発入院の基準としては輪郭が不明瞭といわざるをえない。ここでは、臨床実務、特に精神科救急医療の

実務に即して、以下のような基準を提唱しておきたい。医療保護入院届には、これらの要件を満たすことが明記されているべきである。

- ①精神保健福祉法の定める精神障害に該当すること
- ②この精神障害のために状況判断能力が損なわれていること
- ③この精神障害のために本人が社会的不利益を被っていること
- ④入院治療とする以外に本人の利益を守る手段がないこと
- ⑤にもかかわらず、本人が入院治療に同意できない状況にあること

（３）非自発入院継続の要否判定基準

次に、医療保護入院および措置入院の定期病状報告書の審査における入院継続の適応基準が時に問題となる。

まず、検討事例②③で示したような、併発疾患のために寝たきり状態となり、精神科への入院適応がなくなったと思われる医療保護入院例が審査の上で問題となる。意思表示ができないケースでは、任意入院も困難であるから、退院とするのが法の原則であろうが、退院先に難渋することが多い。精神医療審査会としては、一般病床への転院もしくは介護施設への退院を促す附帯意見を付け、期限付きで医療保護入院の継続を認めるのが現実的な選択であろう。

次に問題となるのが、判断能力の保たれている物質依存や人格障害ケース、あるいは、判断能力の損傷は認められるものの治療反応性を期待できない知的障害や認知症のケースであろう。行動障害による緊急避難的な非自発入院はやむをえないにしても、社会的な隔離以外に入院継続の根拠を見いだせない長期在院例では、病院側も精神医療審査会も処遇判断上に苦慮を余儀なくされる。

このような例では、まず、診断と治療プログラムを再検討する必要があるだろう。物質依存の治療プログラムは工夫されてきているし、

人格障害は気分障害や発達障害が見逃されているケースがある。知的障害と認知症に有効な治療プログラムはないが、今次の精神保健福祉法改正で病院管理者に義務付けられた多職種・多機関連携を梃子として地域社会や福祉施設への退院を追求すべきであろう。

医療、福祉、司法のいずれの領域からも排除されやすいこうしたケースでは、各専門領域が可能な役割を分担しつつ、共同して対応するほかに解決の道はない。精神医療審査会も、例えば、審問権を活用してカンファレンスを開催するなど、調整機能を担うことができる。

３．精神医療審査会による改善勧告の対象

検討事例でも示したように、書類審査や請求審査に際して、精神医療審査会の勧告権限が論題となることがある。現状において、審査会の権限は、解釈と運用の仕方では伸縮する。最小限の役割は、明らかに法令違反となる行為をチェックし、改善を指示することである。このほかに、適正な医療の確保という観点からは、以下のような事象を認めた場合にも、審査会は改善勧告を発すべきである。

（１）過剰ないし不適切な行動制限

精神科病棟における行動制限には、隔離・拘束だけでなく、外出や買い物、所持品の制限など様々なものがある。身体的な障害があるにもかかわらず十分な介助が提供されないことも、行動制限の一種となろう。審査会委員は、意見聴取などの機会に、過剰ないし不適切と思われる行動制限を認めた場合には、病院管理者等と協議し、必要ならば改善を勧告すべきである。

（２）患者の尊厳を傷つける慣習

女性の入浴や更衣時に男性職員が立ち会うなど、長年の勤務者や長期在院者には問題視されない病院内の慣習が、入退院の少ない慢性病棟を中心に残存していることがある。退院請求や処遇改善請求を機に、こうした患者

の尊厳を傷つける慣習が明らかになることがある。これらを指摘し、改善を勧告するのも審査会の役割である。

（３）標準外医療

意見聴取や提出書類の点検において、不必要と思われる多剤大量投薬や診断に照らして疑問のある治療法を認めた場合、審査会委員は、転院も含めて、是正のための意見を表明すべきである。

（４）医療的不作為

同様に、患者の不同意などを理由として必要な治療を提供しないケースを認めた場合も、審査会は是正を勧告すべきである。アルコールや薬物依存例に対して、積極的な心理社会的治療を実施せず、「退院すれば物質使用が再開されるため」という理由で長期間閉鎖処遇を継続しているようなケースに対しても、医療的不作為を指摘すべきであろう。

4. 精神医療審査会運営マニュアル改訂

（１）現行マニュアルの再評価

2000年に改訂された現行の精神医療審査会運営マニュアルには、患者の権利擁護や適正な医療の確保にとって有効と思われる項目がいくつか含まれている。しかし、今回の精神医療審査会運営要綱の調査においては、国のマニュアルに忠実に沿っている要綱は皆無であり、審査会の機能を十分に活用できるのか疑問と思われる要綱も見受けられた。

そこで、精神医療審査会運営マニュアルの改訂を論ずる前に、まず現行マニュアルにおいて注目すべき重要な項目を再確認しておきたい。資料6に現行マニュアルを示した。

① 審問権

精神医療審査会は、書類審査や請求審査のために必要な場合には、病院管理者等に出頭を命じて審問することができる（現行マニュアルV-3-(2)-イ、VI-1-(2)-イ）。

② 関係者の意見陳述権

退院請求の請求者は、審査の場で意見を陳述することができる（同V-3-(2)-ウ）。意見聴取に際しては、その権利を告知しなければならない（同V-3-(1)-ア-⑥）。

③ 報告徴収権

書類審査や請求審査のために必要な場合には、知事に報告徴収を請求し、指定医委員を実地指導に同行させることができる（同V-3-(3)-ア、VI-1-(3)-イ）。

④ 退院請求審査の結果

退院請求の審査の結果は、①現在の入院形態を継続、②入院形態の変更、③期限付きの入院形態変更、④退院、⑤処遇内容不适当（理由付記）の5種類である（同V-3-(4)-ア）。①②④の三択ではない。特に、退院請求には処遇改善請求が含まれるとの記載（同V-5-(2)）に留意すべきである。

⑤ 書類審査の結果

書類審査の結果は、①現在の入院形態を継続、②入院形態の変更、③期限付きの入院形態変更、④期限付きの報告書再提出、⑤退院、⑥処遇内容不适当（理由付記）の6種類である（同VI-1-(4)）。審問権や報告徴収権とともに、軽視されている項目ではなかろうか。

⑥ 治療や処遇内容への介入権

退院・処遇改善の請求審査においては、審査の結果に関わらず、患者の処遇、社会復帰への指導方法、その他患者への適切な医療の提供のために必要な措置があれば、知事に通知し、病院管理者や患者・家族等と協議することができる（同V-5-(5)）。

書類審査においても、（５）の審査結果が②から⑥の場合、知事は、審査結果に基づき必要な措置を行うとともに、患者・家族、管理者などにこれを通知する（同VI-2-(2)）とされている。

（２）新たなマニュアルへの提言

今次の精神保健福祉法改正に伴う精神医療審査会運営マニュアル改訂の目的は、第１に、必要な文言の修正（保護者を家族等に置き換えることなど）であり、第２に、精神医療審査会の専門性・独立性を高め、機能強化を目指すことであろう。ここでは、後者の目的のために必要と思われる事項を以下に列挙する。

① 審査の迅速性の向上

審査件数に応じて、合議体を増設するか、または予備委員（および事務局員）を増員する。増設・増員の目安としては、例えば、書類審査件数もしくは退院請求等の受理件数が全国平均（図１、４参照）よりも５割上回るごとに１合議体（もしくは予備委員５名、事務局員１名）を追加する（５年ごとに見直す）などの案がある（詳しくは資料５を参照）。

また、書類審査では、事務局が事務的ミスを事前チェックすること、合議体委員（予備委員を含む）が事前審査を行って疑義案件を抽出し、合議体で重点審査することができることとする。

なお、資料４に示したように、２５の審査会では、すでに書類の事前審査を実施している実績があるが、個人情報保護のために十分な配慮をする必要がある。

② 機能強化

現行マニュアルのうち、前項で指摘した６つの重要項目を再確認し、強調するほか、前項３で指摘したような事象に対して改善勧告ができることを明記する。また、医療保護入院が予定期間を超えた場合、審査会が治療方針に意見を述べるができること、１年を超えた場合は関係者の面接審査を行うことができる旨を盛り込む。

③ 精神医療審査会運営要綱の均質化

精神医療審査会の機能強化のために、各地の審査会運営要綱を国のマニュアルに準拠するように求める。

④ 独立性の強化

審査会事務局を精神保健福祉センターから独立させ、専従事務職員の派遣や運営費用の官民負担（公費補助と職能団体の負担など）が可能であることを明記する。全国精神医療審査会連絡協議会の役割の明記、運営費用への恒常的な国庫補助も考慮されるべきである。

E. 結論

精神医療審査会の活動状況や検討事例の収集、全国シンポジウムの開催を通じて、わが国における精神医療審査会の活動を分析し、患者の権利擁護と適正な医療の提供を図るため、医療保護入院の入院基準や審査会の改善勧告権限について具体的な提案を行った。

また、平成２５年の精神保健福祉法改正に伴って精神医療審査会にも運用の見直しが必要になる中で、全国の精神医療審査会運営要綱を比較検討して、その不均質と不十分を指摘し、審査会の迅速化や機能強化を図る方向で、精神医療審査会運営マニュアルの改訂案を作成した。

精神科利用者の権利擁護と適正な医療の確保のために、今後も、国際標準の達成と維持を目標として、全国の精神医療審査会活動のモニタリングと公表が継続され、精神医療審査会の独立性、専門性、機能強化に向けて多面的な改革が持続されるべきである。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

１．論文発表

日本精神科病院協会雑誌第３２巻第１２号１２３１-１２３７頁において、研究協力者の平田豊明が本研究の一部を紹介する「精神保健福祉法２０１３年改正と精神医療審査会の機能」を発表した。

２．学会発表

１）平成２５年度全国精神保健福祉センター長会定期総会（平成２５年７月１８日、東京）シンポジウムにおいて、研究協力者

の平田豊明が「精神医療審査会のあり方について」と題して、本研究の一部を発表した。

- 2) 第2回日本精神科医学会学術大会（平成25年11月15日、さいたま市）シンポジウム 7「改正精神保健福祉法ここはどうする」において、研究協力者の平田豊明が「精神医療審査会の行方」と題して、本研究の一部を発表した。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 引用文献等

- 1) 平田豊明:精神保健福祉法 2013 年改正と精神医療審査会の機能. 日本精神科病院協会雑誌、Vol. 32,NO.12 1231-1237, 2013
- 2) 河崎建人、平田豊明、八尋光秀他：入院患者の権利擁護に関する研究. 平成 24 年度厚生労働科学研究「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」(主任研究者 竹島正) 報告書. 73-92, 2013
- 3) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.34, 2013
- 4) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.35, 2014

表1 合議体開催及び委員構成

		合議体数	合議体開催数		医療委員	法律委員	有識者委員	委員合計
			全体会	合議体				
1	北海道	3	1	36	9	3	3	15
2	青森県	3	1	18	9	3	3	15
3	岩手県	3	1	18	9	4	3	16
4	宮城県	3	1	24	9	5	3	17
5	秋田県	4	1	24	12	4	4	20
6	山形県	1	2	17	10	4	5	19
7	福島県	4	1	24	12	4	4	20
8	茨城県	2	1	24	7	5	3	15
9	栃木県	3	1	24	9	3	3	15
10	群馬県	4	1	24	17	4	5	26
11	埼玉県	4	1	48	12	4	4	20
12	千葉県	4	1	43	11	4	5	20
13	東京都	6	1	66	19	7	6	32
14	神奈川県	3	1	36	10	4	4	18
15	新潟県	4	1	24	12	4	4	20
16	富山県	2	1	12	8	5	2	15
17	石川県	2	1	12	6	2	2	10
18	福井県	3	1	12	9	3	3	15
19	山梨県	3	2	24	9	3	3	15
20	長野県	4	1	16	14	4	5	23
21	岐阜県	3	1	36	10	3	3	16
22	静岡県	3	2	24	3	2	2	7
23	愛知県	4	1	32	12	4	7	23
24	三重県	3	2	12	12	3	3	18
25	滋賀県	4	1	24	14	5	5	24
26	京都府	3	2	36	9	3	3	15
27	大阪府	8	1	72	24	8	8	40
28	兵庫県	5	1	40	15	5	5	25
29	奈良県	4	1	24	12	4	4	20
30	和歌山県	3	1	12	12	3	6	21
31	鳥取県	2	1	13	6	3	4	13
32	島根県	1	2	12	14	3	6	23
33	岡山県	3	1	25	9	4	5	18
34	広島県	4	1	24	12	4	4	20
35	山口県	3	1	24	9	4	4	17
36	徳島県	2	1	12	8	2	3	13
37	香川県	3	1	17	9	5	6	20
38	愛媛県	2	1	24	24	2	4	30
39	高知県	2	1	24	13	5	6	24
40	福岡県	4	1	48	12	4	4	20
41	佐賀県	2	1	24	6	4	5	15
42	長崎県	3	3	23	13	4	4	21
43	熊本県	2	2	24	8	5	5	18
44	大分県	3	1	21	9	4	3	16
45	宮崎県	2	1	24	8	6	3	17
46	鹿児島県	3	1	24	11	4	5	20
47	沖縄県	2	0	24	6	4	4	14
48	札幌市	3	2	33	8	3	4	15
49	仙台市	4	1	36	12	4	4	20
50	さいたま市	2	1	24	7	3	2	12
51	千葉市	3	1	18	8	4	3	15
52	横浜市	3	0	36	9	4	3	16
53	川崎市	2	1	24	6	2	2	10
54	相模原市	2	1	24	6	3	3	12
55	新潟市	2	1	18	6	5	4	15
56	静岡市	3	2	18	9	5	4	18
57	浜松市	3	2	17	6	3	6	15
58	名古屋市	4	1	32	12	6	8	26
59	京都市	2	1	24	8	4	4	16
60	大阪市	2	1	12	6	2	2	10
61	堺市	2	0	24	6	2	3	11
62	神戸市	3	1	27	9	4	4	17
63	岡山市	3	1	23	9	4	5	18
64	広島市	4	1	24	12	4	4	20
65	北九州市	2	1	24	6	3	3	12
66	福岡市	3	10	30	8	5	5	18
67	熊本市	2	2	24	8	5	5	18
	計	202	86	1717	674	261	273	1208
	平均	3.0	1.3	25.6	10.1	3.9	4.1	18.0

表2 書類審査状況

	合議体 開催数	書類審査の状況 審査件数													
		書類審査件数				1回の合 議体当り の審査件 数	返戻件数				不承認件数				
		医療保護入院届 医療保護入院者 定期病状報告書	医療保護入院者 定期病状報告書	措置入院者 定期病状報告書	計		医療保護入院届	医療保護入院者 定期病状報告書	措置入院者 定期病状報告書	計	医療保護 入院届	医療保護 入院者定 期病状報 告書	措置入院 者定 期病状 報告書	計	
北海道	36	4697	2228	69	6994	194.3	158	113	1	272	0	0	0	0	
青森県	18	2731	1203	18	3952	219.6				392	0	0	0	0	
岩手県	18	1128	501	24	1653	91.8	1	0	0	1			5	5	
宮城県	24	1558	936	10	2504	104.3				0	1			1	
秋田県	24	1927	1261	9	3197	133.2				0	0	0	0	0	
山形県	17	2231	983	27	3241	190.6					0	0	0	0	
福島県	24	2496	1801	48	4345	181.0	31	11	0	42	0	0	0	0	
茨城県	24	3087	1652	61	4800	200.0	20	73	4	97	0	0	0	0	
栃木県	24	1982	1661	110	3753	156.4				0				0	
群馬県	24	1994	1595	13	3602	150.1	211	96	3	310	0	0	0	0	
埼玉県	48	8645	5648	71	14364	299.3				625	0	0	0	0	
千葉県	43	4930	3933	93	8956	208.3	428	365	8	801	0	0	0	0	
東京都	66	16904	5558	90	22552	341.7	1911	582	14	2507	0	0	0	0	
神奈川県	36	3806	2264	16	6086	169.1	138	55	4	197	0	0	0	0	
新潟県	24	2301	1650	10	3961	165.0	70	93	2	165	0	0	0	0	
富山県	12	1423	2315	38	3776	314.7	191	120	3	314	0	0	0	0	
石川県	12	2487	1314	31	3832	319.3	2	6	2	2	2			2	
福井県	12	1091	540	11	1642	136.8	172	120	3	295	0	0	0	0	
山梨県	24	1159	764	15	1938	80.8	34	14	0	48	0	0	0	0	
長野県	16	1997	1119	104	3220	201.3	9	6	1	16	0	0	0	0	
岐阜県	36	2200	1263	19	3482	96.7	309	133	2	444	0	0	0	0	
静岡県	24	1794	961	23	2778	115.8	537	210	8	755	0	0	0	0	
愛知県	32	3780	1622	68	5470	170.9	279	56	7	342	0	0	0	0	
三重県	12	2275	1450	15	3740	311.7	0	0	0	0	0	0	0	0	
滋賀県	24	1569	850	10	2429	101.2	196	58	1	255	0	0	0	0	
京都府	36	1780	679	3	2462	68.4	2	1	0	3	0	0	0	0	
大阪府	72	8149	4907	28	13084	181.7	541	309	9	859	0	0	0	0	
兵庫県	40	3970	2333	24	6327	158.2	130	159	4	293	0	0	0	0	
奈良県	24	1691	928	3	2622	109.3	0	0	0	0	0	1	0	1	
和歌山県	12	804	506	2	1312	109.3	22	32	1	55	0	0	0	0	
鳥取県	13	1074	644	14	1732	133.2	166	52	1	219	0	0	0	0	
島根県	12	1250	890	18	2158	179.8	42	19	0	61	0	0	0	0	
岡山県	25	1101	759	19	1879	75.2	95	86	2	183	0	0	1	1	
広島県	24	2157	1617	64	3838	159.9	145	90	11	246	0	0	0	0	
山口県	24	2728	2246	11	4985	207.7	212	98	0	310	0	0	0	0	
徳島県	12	782	487	33	1302	108.5	0	0	0	0	0	0	0	0	
香川県	17	547	322	27	896	52.7	39	22	1	62	0	0	0	0	
愛媛県	24	1934	1272	17	3223	134.3	250	289	10	549	0	0	0	0	
高知県	24	1738	998	20	2756	114.8	81	48	0	129	0	0	0	0	
福岡県	48	5063	3448	66	8577	178.7				347	0	0	0	0	
佐賀県	24	1737	1350	64	3151	131.3	19	3	0	22	0	0	0	0	
長崎県	23	1541	1324	47	2912	126.6				0	0	1	0	1	
熊本県	24	1907	1592	41	3540	147.5	8	1		9				0	
大分県	21	1609	1676	27	3312	157.7	189	209	11	409				0	
宮崎県	24	1156	805	9	1970	82.1	229	132	3	364	0	0	0	0	
鹿児島県	24	2221	1919	28	4168	173.7	386	304	8	698	0	0	0	0	
沖縄県	24	2872	1273	58	4203	175.1				0	0	0	0	0	
札幌市	33	3896	2216	30	6142	186.1	96	22	1	119	0	0	0	0	
仙台市	36	1394	1015	2	2411	67.0	146	63	0	209	0	0	0	0	
さいたま市	24	850	390	1	1241	51.7	89	57	1	147	0	0	0	0	
千葉市	18	1170	421	10	1601	88.9	119	33	5	157	0	0	0	0	
横浜市	36	4228	1815	11	6054	168.2	339	103	0	442	5	0	0	5	
川崎市	24	1186	455	5	1646	68.6	85	30	1	116	0	0	0	0	
相模原市	24	530	243	4	777	32.4	75	38	0	113	0	0	0	0	
新潟市	18	1192	1469	4	2665	148.1	17	36	0	53	0	0	0	0	
静岡市	18	755	156	8	919	51.1	133	40	2	175	0	0	0	0	
浜松市	17	898	466	3	1367	80.4	182	50	3	235	0	0	0	0	
名古屋市	32	2120	1192	49	3361	105.0	62	20	0	82	0	0	0	0	
京都市	24	1143	1014	9	2166	90.3				428	0	0	0	0	
大阪市	12	664	0	24	688	57.3	56	0	2	58	0	0	0	0	
堺市	24	2469	946	11	3426	142.8	235	128	4	367	0	0	0	0	
神戸市	27	1926	1017	3	2946	109.1				0	0	1	0	1	
岡山市	23	2292	1164	14	3470	150.9				0				0	
広島市	24	1821	901	50	2772	115.5	0	0	0	0	0	0	0	0	
北九州市	24	1134	725	26	1885	78.5				391	0	0	0	0	
福岡市	30	1595	902	46	2543	84.8	78	50	12	140	0	0	0	0	
熊本市	24	1773	910	28	2711	113.0	2			2				0	
計	1717	161039	94464	1964	257467	9609	8967	4635	155	15932	8	3	6	17	
平均	25.6	2403.6	1409.9	29.3	3842.8	143.4	166.1	87.5	3.0	241.4	0.1	0.1	0.1	0.3	

表3 請求審査状況

審査会	請求受理から結果通知までの内訳																						通知日数
	退院請求											処遇改善請求											
	受理及び繰越		審査状況				審査結果					受理及び繰越		審査状況				審査結果					
			不審査決定	未審査で翌年度へ繰越など	現状継続	形式変更	退院勧告	その他	審査未了で翌年度へ繰越	不審査決定	未審査で翌年度へ繰越など			現状継続	改善勧告	その他	審査未了で翌年度へ繰越						
平成24年度受理件数	前年度からの繰越件数	審査開始	取り下げ						要件消失	平成24年度受理件数		前年度からの繰越件数	審査開始					取り下げ	要件消失				
北海道	26	0	16	7	0	3	16	0	0	0	0	7	0	5	2	0	0	4	1	0	0	32.8	
青森県	11	1	12	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34.3	
岩手県	15	0	12	1	1	1	12	0	0	0	0	4	1	3	2	0	0	3	0	0	0	26.8	
宮城県	6	0	5	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25.6	
秋田県	32	0	24	3	3	2	23	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25.6	
山形県	28	2	23	3	1	3	22	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28.7	
福島県	50	3	33	12	6	2	31	2	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	51.3	
茨城県	13	0	11	2	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22.9	
栃木県	13	0	8	5	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33.8	
群馬県	35	0	31	3	1	0	20	1	1	0	9	8	0	7	1	0	0	6	0	0	1	30.5	
埼玉県	113	4	76	35	0	0	68	8	0	0	6	7	1	5	2	0	0	5	0	0	1	33.4	
千葉県	116	28	62	38	33	10	61	1	0	0	10	1	0	2	0	0	0	2	0	0	0	55.0	
東京都	134	16	94	29	13	14	73	18	3	0	0	32	5	23	8	2	4	20	2	0	1	46.2	
神奈川県	98	10	91	33	18	11	55	1	0	0	12	5	0	4	2	1	0	1	0	0	0	45.1	
新潟県	35	3	28	9	0	1	28	0	0	0	0	10	0	6	2	1	1	6	0	0	0	27.0	
富山県	20	2	14	7	0	1	14	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	33.4	
石川県	44	0	34	10	0	0	34	0	0	0	0	7	0	3	4	0	0	3	0	0	0	31.9	
福井県	21	0	14	4	3	0	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40.6	
山梨県	12	0	11	1	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41.6	
長野県	51	5	38	13	0	5	37	1	0	0	0	14	0	9	4	0	0	9	0	0	0	31.3	
岐阜県	29	2	23	3	5	0	22	0	1	0	3	4	0	4	0	0	0	4	0	0	0	25.6	
静岡県	47	2	33	10	3	3	30	0	0	0	3	5	0	4	0	0	1	4	0	0	0	28.3	
愛知県	51	5	43	13	0	0	40	2	1	0	0	9	0	6	3	0	0	6	0	0	0	31.1	
三重県	25	0	19	5	1	0	19	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	28.2	
滋賀県	32	0	20	7	5	0	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33.9	
京都府	54	10	35	27	2	0	27	0	0	0	8	5	2	6	1	0	0	5	0	0	1	30.2	
大阪府	249	23	154	71	43	4	124	4	7	0	19	80	6	44	17	23	2	34	3	0	7	57.1	
兵庫県	49	3	38	9	3	2	37	1	0	0	0	5	0	4	1	0	0	4	0	0	0	26.7	
奈良県	72	7	59	10	5	5	52	6	1	0	0	19	0	15	2	2	0	10	4	1	0	22.5	
和歌山県	21	1	13	7	2	0	11	1	0	1	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	30.4	
鳥取県	22	1	19	3	1	0	19	0	0	0	0	12	0	10	1	1	0	9	1	0	0	47.4	
島根県	30	2	20	9	3	6	3	20	0	0	0	9	0	6	1	1	1	6	0	0	0	26.7	
岡山県	57	3	51	7	2	0	42	4	2	0	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	27.5	
広島県	22	0	13	2	4	3	13	0	0	0	0	6	0	4	1	1	0	4	0	0	0	26.0	
山口県	100	16	67	20	14	15	66	1	0	0	0	47	6	31	11	6	5	31	0	0	0	54.7	
徳島県	44	1	39	5	0	1	35	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33.8	
香川県	65	2	55	5	2	5	54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26.0	
愛媛県	21	2	18	4	1	0	18	0	0	0	0	8	1	9	0	0	0	9	0	0	0	29.9	
高知県	50	3	40	6	4	3	40	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	3	0	0	0	27.6	
福岡県	161	15	169	4	3	0	134	19	0	0	16	12	1	13	0	0	0	10	1	0	2	40.9	
佐賀県	36	2	20	9	2	7	20	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	27.8	
長崎県	60	0	41	13	4	2	40	1	0	0	0	28	0	19	4	3	2	19	0	0	0	27.8	
熊本県	17	0	9	6	0	2	9	0	0	0	0	4	0	1	2	0	1	1	0	0	0	42.4	
大分県	22	1	20	1	0	2	19	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37.0	
宮崎県	24	1	19	2	2	2	18	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	1	1	0	0	19.0	
鹿児島県	104	5	77	22	7	3	77	0	0	0	0	8	0	3	5	0	0	3	0	0	0	34.7	
沖縄県	73	3	49	15	8	4	47	0	1	0	1	24	1	21	0	3	1	19	1	1	0	27.4	
札幌市	26	4	24	3	1	2	24	0	0	0	0	4	0	3	1	0	0	3	0	0	0	30.7	
仙台市	13	0	6	5	0	2	6	0	0	0	0	3	0	0	1	2	0	0	0	0	0	39.0	
さいたま市	41	5	31	11	3	1	31	0	0	0	0	12	1	9	2	2	0	8	0	0	1	31.0	
千葉市	34	6	29	4	6	1	28	1	0	0	0	8	1	7	1	1	0	7	0	0	0	29.6	
横浜市	103	10	57	29	24	3	54	3	0	0	0	27	1	15	6	7	0	15	0	0	0	34.9	
川崎市	27	1	15	5	7	1	15	0	0	0	0	5	0	2	1	2	0	2	0	0	0	29.6	
相模原市	34	3	25	12	0	0	21	1	0	0	3	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	32.8	
新潟市	49	6	30	17	3	4	30	0	0	0	0	18	2	12	5	1	4	12	0	0	0	36.7	
静岡市	31	3	25	5	0	4	24	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	0	21.3	
浜松市	20	0	16	3	1	0	15	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30.8	
名古屋市	55	3	46	10	2	0	40	0	0	0	6	17	1	12	6	0	0	10	0	0	2	35.2	
京都市	67	2	44	14	7	4	43	1	0	0	0	18	0	13	3	1	1	13	0	0	0	24.7	
大阪市	12	0	4	6	2	0	2	1	0	1	0	4	0	1	1	2	0	1	0	0	0	24.8	
堺市	37	5	27	13	2	0	18	8	0	0	1	9	2	8	3	0	0	4	3	0	0	36.6	
神戸市	18	2	12	5	2	1	11	1	0	0	0	6	0	4	2	0	0	4	0	0	0	34.0	
岡山市	103	7	83	24	2	1	83	0	0	0	1	2	2	3	1	0	0	3	0	0	0	30.7	
広島市	26	1	15	7	3	2	15	0	0	0	0	3	0	1	1	1	0	1	0	0	0	22.3	
北九州市	34	1	31	2	1	0	24	3	1	0	3	8	0	5	2	1	0	4	0	0	1	36.5	
福岡市	34	8	31	5	2	4	26	5	0	0	0	2	1	3	0	0	0	3	0	0	0	29.5	
熊本市	28	0	18	8	2	0	18	0	0	0	0	6	0	4	2	0	0	4	0	0	0	34.5	
計	3202	251	2369	698	275	153	2117	121	22	3	106	552	35	384	119	64	23	345	17	2	17	2193.6	
平均	47.8	3.7	35.4	10.4	4.1	2.3	31.6	1.8	0.3	0.0													

精神医療審査会活動に関するデータ
精神医療審査会

平成 24 年度の精神医療審査会活動等に関する以下のデータをご記入願います。

1. 合議体の構成

- (1) 合議体数 _____ 合議体
(2) 合議体委員数 (予備委員を含め各委員ごとの全員の数)
医療委員 _____ 人 法律委員 _____ 人 有識者委員 _____ 人
(3) 合議体委員長の委員種別 (合計数は合議体数に同じ)
医療委員 _____ 人 法律委員 _____ 人 有識者委員 _____ 人
(4) 精神医療審査会会長の委員種別 (1つだけ選択)

- ① 医療委員 ② 法律委員 ③ 有識者委員

2. 合議体等開催数

全体会開催数 _____ 回 合議体開催数 _____ 回

3. 書類審査の状況

(1) 審査件数

書類種別	結果	審査件数	返戻件数 (お分かりであれば)	不承認件数
医療保護入院届				
医療保護入院者定期病状報告書				
措置入院者定期病状報告書				
計				

(2) 審査様式

ア) 1 件の書類につき審査する委員数 (1つだけ選択)

- ① 原則として全委員が審査する
② 特定書類を除き、原則として医療・法律・有識者の各委員 1 人が審査する
③ その他 (_____)

イ) 事前審査の有無 (1つだけ選択)

- ① 事前審査せず、合議体開催日に参加委員で審査
② 事務局に委員が来訪して事前審査し、要検討案件を合議体で重点審査
③ 事務局が書類の複写を委員に郵送して事前審査し、要検討案件を合議体で重点審査
④ その他 (_____)

4. 退院請求等の状況

(1) 電話相談件数 _____ 件

(2) 請求受理から結果通知までの内訳

- ア) 退院請求 → 別紙の図 1 に回答願います。
イ) 処遇改善請求 → 別紙の図 2 に回答願います。
(3) 請求受理から結果通知までの平均日数 _____ 日 (小数点以下 1 桁)

平成 24 年度検討事例
精神医療審査会

事例概要	年齢	____ 歳代	性別	(男 ・ 女)
	主病名	従病名		
	入院形式	① 措置入院 ② 医療保護入院 ③ 任意入院 ④ その他 (_____)		
	今回の入院日	____ 年 ____ 月		
要	これまでの経過			
審査経過	審査開始の契機	① 退院等の請求 (退院・処遇改善) ② 書類審査		
	審査手続開始日	____ 年 ____ 月	③ その他 (_____)	
	審査過程で問題となった事項			
	帰結			
通	疑義ないし提案事項			

図1 退院請求の審査状況(平成24年度)

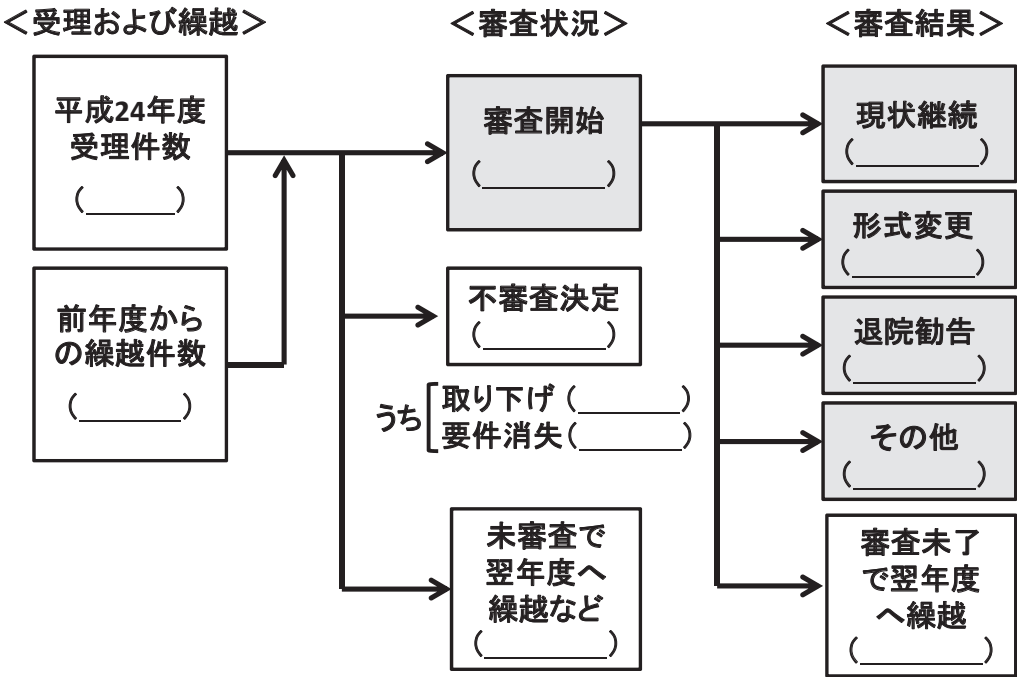
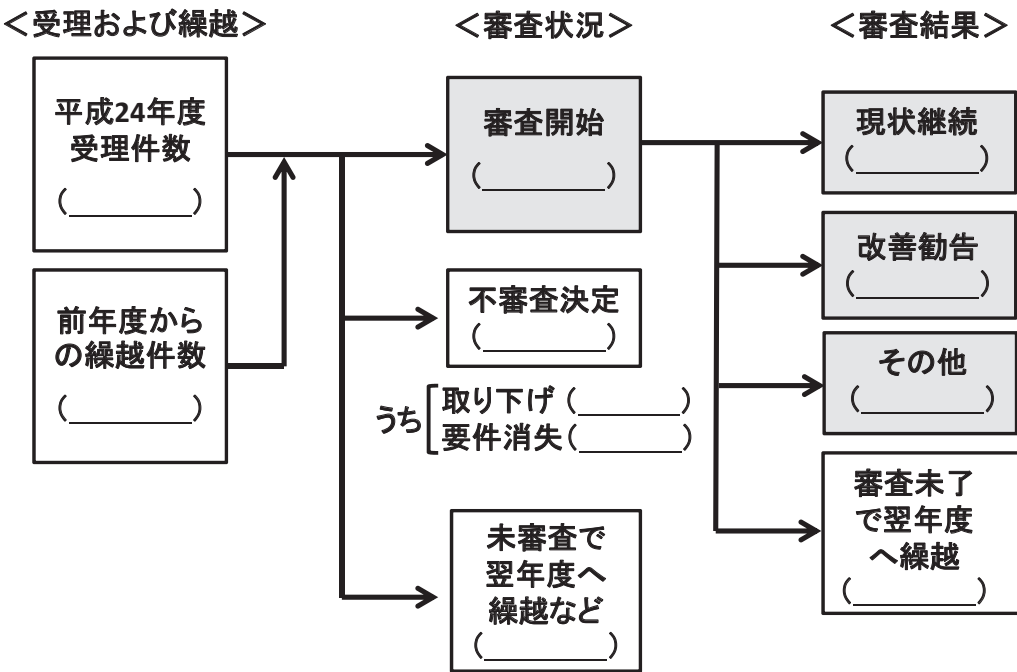


図2 処遇改善請求の審査状況(平成24年度)



資料 3

精神医療審査会運営要綱のチェック項目

_____ (都 道 府 県 市) 審査会

＜合議体委員構成など＞

1. 予備委員の配置ができると明記されているか？

(1) 他の合議体委員の兼任以外にも予備委員の配置が認められている

(2) 他の合議体委員の兼任のみに限定されている

(3) 予備委員の規定がない

(4) その他 _____

2. 各委員の定数は最新の規定（医療委員 2 名以上、法律・有識者委員各 1 名以上）になっているか？

(1) 最新の規定になっている（「精神保健福祉法の定めのとおり」でもよい）

(2) 医療委員 3 名、法律・有識者委員各 1 名の旧規定のまま

(3) 委員定数の規定がない

(4) その他 _____

3. 審査における関係者委員の排除規定が明記されているか？

(1) マニユアル通りに（入院者の病院の管理者、勤務医、今回の入院で診察した指定医、保護者、3 親等内の親族、後見人、補佐人、代理人）明記されている

(2) マニユアル通りではないが、明記されている

(3) 明記されていない

(4) その他 _____

＜退院等の請求の処理＞

4. 電話による口頭受理ができると明記されているか？

(1) 明記されている

(2) 書面受理に限定されている

(3) 受理様式の規定がない

(4) その他 _____

5. 事前資料の準備書面が明記されているか？

(1) マニユアル通りに（措置診察診断書、医療保護入院届、定期病状報告書、退院等の請求資料、実地指導資料）明記されている

(2) 様式を定めて準備書面の提出規定が明記されている

(3) 準備書面の提出規定が明記されていない

(4) その他 _____

資料 3

6. 意見聴取を行う委員が明記されているか？

(1) マニユアル通りに 2 名以上（うち 1 名は医療委員）と明記されている

(2) マニユアル通りではないが明記されている

(3) 意見聴取委員について明記されていない

(4) その他 _____

7. 関係者による意見陳述権の告知義務が明記されているか？

(1) 明記されている

(2) 明記されていない

(3) その他 _____

8. 審査会の審問権が明記されているか？

(1) 明記されている

(2) 明記されていない

(3) その他 _____

9. 知事に対して報告徴収の発動を要請できると明記されているか？

(1) 明記されている

(2) 明記されていない

(3) その他 _____

10. 退院請求の結果は 5 通りであることが明記されているか？

(1) マニユアル通りに 5 通り（現状継続、入院形態変更、期限付き入院形態変更、退院、処遇不適切）明記されている

(2) 3 通りのみ（現状継続、入院形態変更、退院）明記されている

(3) 審査結果の種類が明記されていない

(4) その他 _____

11. 現状継続以外の場合、管理者による措置を 1 ヶ月以内に確認することが明記されているか？

(1) 明記されている

(2) 明記されていない

(3) その他 _____

12. 請求取り下げ・要件消失で審査は終了するが、それ以前の入院の適否判断ができることが明記されているか？

(1) 明記されている

(2) 明記されていない

(3) その他 _____

資料 3

- 1 3. 入院形態変更後も退院等の請求審査が継続されることが明記されているか？
(1) 明記されている
(2) 明記されていない
(3) その他_____
- 1 4. 退院請求には処遇改善請求が含まれることが明記されているか？
(1) 明記されている
(2) 明記されていない
(3) その他_____
- 1 5. 適切な医療提供のための措置を知事に通知すること、および管理者等と協議できることが明記されているか？
(1) 明記されている
(2) 明記されていない
(3) その他_____
- <書類審査>
1 6. 書類審査でも関係者を審問できることが明記されているか？
(1) 明記されている
(2) 明記されていない
(3) その他_____
- 1 7. 実地審査の要請および医療委員の同行が可能であることが明記されているか？
(1) 明記されている
(2) 明記されていない
(3) その他_____
- 1 8. 書類審査の結果が 6 通りであることが明記されているか？
(1) マニュアル通りに 6 通り（現状継続、入院形態変更、期限付き入院形態変更、再報告、退院、処遇不適切）明記されている
(2) 6 通り以下（現状継続、入院形態変更、退院など）が明記されている
(3) 審査結果の種類が明記されていない
(4) その他_____
- 1 9. 現状継続以外の場合、知事が必要な措置を講じ、関係者に通知することが明記されているか？
(1) 明記されている
(2) 明記されていない

資料 3

- (3) その他_____
- <その他の事項>
2 0. 実地指導との連携が明記されているか？
(1) マニュアル通りに（医療委員が実地指導に同行できること、および実地指導において退院等の請求を助言すること）明記されている
(2) マニュアル通りではないが、明記されている
(3) 実地指導との連携について明記されていない
(4) その他_____
- 2 1. 審査会が指定医の不適切行為を把握した場合、知事は内容を精査し、厚生労働大臣に通知する義務のあることが明記されているか？
(1) 明記されている
(2) 明記されていない
(3) その他_____
- 2 2. 運営要綱の最新改訂年月日
(1) 平成____年____月____日
(2) 明記されていない
- 2 3. お気づきのことがあれば、ご記入下さい。

資料 4

精神医療審査会活動に関するデータ

平成 24 年度

1. 合議体の構成

- (1) 合議体数 202 合議体
- (2) 合議体委員数（予備委員を含め各委員ごとの全員の数）
医療委員 674 人 法律委員 261 人 有識者委員 273 人
- (3) 合議体委員長の委員種別（合計数は合議体数に同じ）
医療委員 190 人 法律委員 8 人 有識者委員 5 人
- (4) 精神医療審査会会長の委員種別（1つだけ選択）
① 医療委員 ② 法律委員 ③ 有識者委員

2. 合議体等開催数

全体会開催数 86 回 合議体開催数 1717 回

3. 書類審査の状況

(1) 審査件数

書類種別	結果	審査件数	返戻件数（お分かりであれば）	不承認件数
医療保護入院届		158,882	8,822	8
医療保護入院者定期病状報告書		92,847	4,545	3
措置入院者定期病状報告書		1,900	144	6
計		253,629	15,686	17

(2) 審査様式

ア) 1 件の書類につき審査する委員数（1つだけ選択）

- 1 原則として全委員が審査する **37**
- 2 特定書類を除き、原則として医療・法律・有識者の各委員 1 人が審査する **8**
- 3 その他 **22**

イ) 事前審査の有無（1つだけ選択）

- 1 事前審査せず、合議体開催日に参加委員で審査 **33**
- 2 事務局に委員が来訪して事前審査し、要検討案件を合議体で重点審査 **2**
- 3 事務局が書類の複写を委員に郵送して事前審査し、要検討案件を合議体で重点審査 **23**
- 4 その他 **9**

4. 退院請求等の状況

- (1) 電話相談件数 24,312 件
- (2) 請求受理から結果通知までの内訳
ア) 退院請求 → 図 2 参照
イ) 処遇改善請求 → 図 3 参照
- (3) 請求受理から結果通知までの平均日数 32.7 日（小数点以下 1 桁）

精神医療審査会運営マニュアル改訂の骨子案

I. 基本理念

- ＊ 1. 平成 25 年 6 月の精神保健福祉法改正によって、精神病患者監護法（1900 年）から 113 年続いた保護者制度が廃止され、医療保護入院制度や精神医療審査会制度を見直すことが定められた。この法改正を契機として、精神医療審査会運営マニュアルが、大規模なものとして平成 11 年以來 14 年ぶりに、改訂されることを明記する。
- ＊ 2. 精神医療審査会制度の適正な運用に向けて、各地の精神医療審査会が作成した運営要綱も、この改訂版マニュアルに準拠して改訂されるべきことを強調する。特に指定した項目（★）については、運営要綱に必ず盛り込むよう求める。

II. 事務

- ＊ 1. 現在、精神科在院患者数は約 32 万人、年間入院件数は約 40 万人と推計され、平成 23 年度の書類審査件数は 252,943 件、退院等の請求受理件数は 3,755 件、審査件数は 2,665 件である（平成 24 年度厚労科研報告書）。平成 23 年度末、全国には 66 の精神医療審査会があったから（平成 24 年度は 67）、1 審査会当たりの年間書類審査件数は平均 3,832 件、退院等の請求受理件数は 56.9 件、審査件数は 40.4 件である（審査に要する日数が長いほど不審査の比率が高い）。これらの数値については、国もしくは厚労科研班が毎年審査会ごとに集計して公表している。
- ＊ 2. 年間の書類審査件数と請求受理件数のいずれかが全国平均を 5 割以上上回る審査会では、業務量に応じて、事務局の正職員もしくは嘱託事務員を増員するよう求める。具体的には、書類審査件数が全国平均の 1.5 倍以上 2 倍未満（平成 23 年度は 5,749～7,664 件、以下同年度）、もしくは請求受理件数が全国平均の 1.5 倍以上 2 倍未満（85～113 件）の審査会（注：平成 23 年度は、北海道、神奈川県、兵庫県、山口県、熊本県、鹿児島県、岡山市が該当）では 1 名の増員、書類審査件数が全国平均の 2 倍以上 2.5 倍未満（7,665～9,579 件）、もしくは請求受理件数が全国平均の 2 倍以上 2.5 倍未満（114～142 件）の審査会（注：横浜市が該当）では 2 名の増員、書類審査件数が全国平均の 2.5 倍以上 3 倍未満（9,580～11,495 件）、もしくは請求受理件数が全国平均の 2.5 倍以上 3 倍未満（143～170 件）の審査会（注：千葉県、福岡県が該当）では 3 名の増員、これらの件数を上回る審査会（東京都、大阪府、埼玉県が該当）では 4 名以上の増員を求める。また、5 年に 1 回、業務実績に応じた職員数の見直しを行うこととする。
- ＊ 3. 知事部局から独立した事務局体制を敷ること（例えば、新たな行政委員会の設置など）も可能であることを明記する。

III. 審査会

- ＊ 1. ★ 国際動向を踏まえ、各精神医療審査会の合議体のうち 1 つ以上の合議体では、法律家委員が委員長を務めることとする。
- ＊ 2. 年間の書類審査件数と請求受理件数のいずれかが全国平均の 5 割を上回る精神医療審査会では、超過数に応じて合議体数を増加するよう求める。具体的には、書類審査件数もしくは請求受理件数が全国平均の 1.5 倍以上 2 倍未満の審査会では 1 合議体の増設、

- 書類審査件数もしくは請求受理件数が全国平均の 2 倍以上 2.5 倍未満の審査会では 2 合議体の増設、書類審査件数もしくは請求受理件数が全国平均の 2.5 倍以上 3 倍未満の審査会では 3 合議体の増設、これらの件数を上回る審査会では 4 合議体以上の増設を求める。また、審査件数だけでなく、所管圏域の面積や交通事情を考慮して、合議体数を増設することができる。なお、5 年に 1 回、業務実績に応じた合議体数の見直しを行うこととする。
- ＊ 3. 合議体の増加が早急に望めない審査会では、各委員別に予備委員の配置を認め、合議体委員に代わって、退院請求等に係る意見聴取と合議体での審査、および定期の報告等の審査を行うことができるものとする。具体的には、前記の合議体増設数に対応して、1 合議体当たり 5 名（委員構成は精神保健福祉法に準拠）以内の予備委員を置くことができるものとする。
- ＊ 4. ★ 審査会から推薦を受けた精神保健指定医は、精神保健福祉法が定める公務への協力義務に即って、医察委員もしくは予備委員への就任に協力することとする。

IV. 合議体

- ＊ 1. ★ 有識者委員の正式名称は「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」とする（保健福祉委員との呼び換えも検討が）。
- ＊ 2. ★ 保護者は「家族等」と書き換える（全項目共通）。
- ＊ 3. ★ 各委員 1 名以上の出席をもって定足数とする。委員が指名した予備委員の代理出席と議決権を認める。ただし、代理出席の予備委員は出席者の半数以下とする。合議体委員長が代理を指名する場合は、指名された予備委員は委員長代理とはなれず、正委員から委員長が指名した者をもって委員長代理とする。

＜以下、現行マニュアルの項目に沿って、新たな提案事項と再確認事項を提示する。欠落した項目は現行のままとする。既定項目のない事項については★のついた項目を立てて記載する＞

V. 退院等の請求の処理

- 1. 請求受理
 - (3) ★ 確認；請求者が家族等の場合は、入院同意者であるかどうかを確認する。

2. 事前手続き

- (2) 事前資料の準備
 - (イ) ★ 同一人からの複数請求の場合は、請求内容を整理して一本化する。複数家族からの請求の場合は、各人の請求内容の異同を整理する。

3. 合議体での審査

- (1) 事前手続
 - (7) ★ 意見聴取
 - ① 聴取対象；請求者による 6 ヶ月以内の再聴取の場合は意見聴取を省略することができ

るが、新たに家族等から請求があった場合は、請求者の意見聴取を行う。

③聴取委員；医療委員もしくは予備の医療委員を含む2名以上。

④聴取法；面接聴取を原則とするが、本人以外は書面も可とする。

⑦遠隔地要件の削除

(3) 審査時の報告徴収等

(7)★知事の報告徴収権発動を要請できる。知事の調査に指定医委員が同行できる（審査後の状態確認も同じ）。【再確認】

(4) 審査結果の通知

(7)★退院請求の審査結果は、①入院継続 ②入院形態変更 ③期限付き変更 ④退院 ⑤処遇内容不相当（理由付記）の5種類である。【再確認】

①と裁定する場合は、請求者に対して、その理由や退院に向けた助言などをわかりやすく説明する参考意見をできるだけ附帯すること。

(4)★処遇改善請求の場合も、現状を追認する場合は、請求者に対して、その理由や処遇改善に向けた助言などをわかりやすく説明する参考意見をできるだけ附帯すること。

4. 事後処理

(3) ★退院や処遇改善と決定された場合は、1ヶ月以内に病院の対応を確認し報告を求めるものとする。【再確認】

5. その他必要事項

(1) ★請求取り下げおよび請求要件消失の確認後は審査を終了とするが、審査会の判断で取り下げ前の入院の適否を審査することができる。【再確認】

(2) ★退院請求した患者の入院形態が変更された後も審査は継続とする。また、退院請求は処遇改善請求を含む。【再確認】

(5) ★審査の結果、適切な医療の提供に必要な措置があれば知事に通知する。また、病院管理者・治療を担当する指定医・入院に同意した家族等と協議することができる。【再確認】

6 ★. 相談電話の取り扱い

電話相談の内容を記録し、合議体に報告する。必要ならば口頭による退院等の請求として受理することができる。【再確認】

VI. 定期の報告等の審査

* 1. 書類審査に当たっては、予備委員を含む各委員が合議体開催日前に個別に審査を行い、予め疑義案件と疑義事項を指摘しておくことができる。また、必要事項の記載漏れ等、事務的な誤りについては、事務局が予め点検し、要修正部分を表示しておくことができる。

* 2 ★. 「新たな地域域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第3R）入院制度に関する議論の整理」（平成 24 年 6 月）によれば、今後、医療保護入院は、入院時に予定期

間を明記し、原則1年以内に退院ということになった。ついては、入院が1年を超えた場合、定期病状報告書の審査において、書類審査のみでは十分な審査ができないと判断された場合には、医療委員を含む2名以上の委員が、入院者、入院に同意した者、病院管理者、主治医、その他の関係者の意見を聴取した上で、直近の合議体で再審査することができるとができる。

1. 合議体での審査

(3) その他の必要事項

(4) ★知事の報告徴収権発動を要請できる。知事の調査に指定医委員が同行できる（審査後の状態確認も同じ）。【再確認】

(4) ★審査結果の知事への通知

書類審査の結果は、①入院継続 ②入院形態変更 ③期限付き変更 ④期限付き再報告 ⑤退院 ⑥処遇内容不相当（理由付記）の6種類である。【再確認】

2. 知事から病院管理者への通知

(2) ★上記1(4)の結果が②～⑥の場合、精神医療審査会は、退院や入院形態の変更、処遇改善等に向けた具体的な指示内容を明記する。また、これに基づいて、知事は、必要な措置を講じ、審査結果とともに当該患者・家族等・病院管理者に通知する。【再確認】

VII. その他

1 ★. 実地指導との連携

①3名以内なら精神医療審査会の指定医委員が実地指導に同行できる。【再確認】

②実地指導に際して退院等の請求手続をとることを当該患者に助言できる。口頭による受理もできる。【再確認】

2 ★. 指定医の適正な職務執行の確保

審査過程で指定医業務上不適切な行為を認めた場合、知事は精査のうえ大臣に通知する義務がある。【再確認】

精神医療審査会運営マニュアル

I 基本理念

精神医療審査会（以下「審査会」という。）は、精神障害者の人権に配慮しつつその適正な医療及び保護を確保するために、精神科病院に入院している精神障害者の処遇等について専門的かつ独立的な機関として審査を行うために設置されたものである。したがって、審査会の運営に当たって、都道府県知事（指定都市市長を含む。以下同じ。）、審査会委員、その他関係者は、審査会の設置の主旨を踏まえ、公平かつ迅速な審査を行う等、精神障害者の人権擁護のために最大限の努力を払わなければならない。

なお、精神障害者の保健医療福祉業務に従事する関係者は、わが国の精神科病院において、深刻な人権侵害の事例が依然として発生している事を真摯に受け止め、日頃から精神障害者の人権擁護に配慮しつつ業務を行うことが求められるが、特に審査会は、精神障害者の人権擁護の礎として、委員の学識経験に基づき独立して、かつ積極的にその職務を行うとともに、ここに示す運営マニュアルの考え方に沿って審査会運営規則を定め、適切な運営を確保しなければならないものとする。

II 精神医療審査会の事務等について

審査会の審査に関する事務の専門性に配慮するとともに、審査の客観性、独立性の一層の確保を図るため、

開催事務、審査の遂行上必要な調査その他審査会の審査に関する都道府県知事の事務は、都道府県（指定都市を含む。以下同じ。）の精神保健福祉主管部局ではなく精神保健福祉センターにおいて行うものとする。

また、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第百二十三号。以下「法」という。）第三十八条の四の規定による退院等の請求の受付についても、精神保健福祉センターにおいて行うなど審査の客観性、独立性を確保できる体制を整えるものとする。

III 審査会について

審査会の所掌

(1) 合議体を構成する委員を定めること。

合議体を構成する委員を定めるに当たっては、委員の事故等の場合に臨時に合議体を構成する予備的な委員を、あらかじめ他の合議体の委員（合議体を構成しない委員を含む。）のうちから定めておくものとする。この場合、各合議体ごとに具体的な委員を定めておくこと、また審査会全体としてあらかじめ予備的な委員を定め、対応する順番を定めておくこと等、委員の事故のあった場合の対応方法を講じておくものとする。

なお、委員の選定に当たっては、精神保健福祉センター長を含めることは、運営の客観性、透明性等を図る観点から、望ましいものとは言えないので考慮する必要があること。

(2) 審査会に設置すべき合議体の数については、退院等の請求等の審査が迅速（請求等があつてから概ね一か月以内）かつ適切に行われるよう設置しなければならない。

(3) 審査会の運営に関する事項のうち、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和二十五年政令第百五十五号）に規定されているもの以外の事項であつて審査に必要な事項をあらかじめ定めること（例

えば、複数の合議体が設けられている場合、それぞれの案件を取り扱うシステムを事前に定めておくこと等）。

IV 合議体について

1 合議体の所掌等

(1) 個別の審査の案件に関してはすべて合議体において取り扱うものとする。

(2) 審査を取り扱った合議体において決定された審査結果をもつて、審査会の審査結果とする。

(3) 複数の合議体を設けて審査会を運営する場合においては、あらかじめ定められた方法により選定された合議体により審査の案件を取り扱うものとする。なお、個別の案件の審査に関して、原則として単一の合議体により審査を行うものとする。

(4) 都道府県知事が審査会の審査結果を通知した後、通知を受けた患者等から退院等に関して同様の内容と判断される請求がなされ、かつ都道府県知事が審査会で審査を行う必要があると判断した場合、当該請求の直近の審査を行った合議体を除いた単一又は直近の審査を行った合議体を含めた複数の合議体による合同審査を行うことができるものとする。

2 定足数

合議体は、精神障害者の医療に関し学識経験のある者のうちから任命された委員、法律に関し学識経験を有する委員のうちから任命された委員及びその他の学識経験を有する者のうちから任命された委員がそれぞれ一人出席すれば議事を開き、議決することができるが、できる限り合議体を構成する五人の委員により審査を行うものとする。

3 議決

合議体の議事は出席した委員（合議体の長を含む。）の過半数で決するものとされているが、可否同数の場合においては、次の会議において引き続き審査を行うか、又は、他の合議体において審査するかの方法によるものとする。

4 関係者の排除

(1) 合議体を構成する委員（以下「委員」という。）が、次に掲げるもののいずれかに該当するときは、当該審査に係る議事に加わることができない。

① 委員が、当該審査に係る入院中の者が入院している精神科病院の管理者又は当該精神科病院に勤務（非常勤を含む。）している者であるとき。

② 委員が、当該患者に係る直近の定期の報告に関して診察を行った精神保健指定医（以下「指定医」という。入院後、定期の報告を行うべき期間が経過していない場合においては、当該入院に係る診察を行った指定医。）であるとき。

③ 委員が、当該患者の保護者等であるとき。

「保護者等」とは、次の者をいう。

・ 法第三十三条第一項の同意を行った保護者

・ 法第三十三条第二項の同意を行った扶養義務者

・ 法第三十四条の同意を行った保護者又は扶養義務者

④ 委員が、当該患者の配偶者又は三親等内の親族であるとき。

⑤ 委員が、当該患者の代理人、後見人又は保佐人であるとき。

⑥ 委員が、当該患者又はその保護者等の代理人であるとき。

(2) 議事に加わることができない委員であるかどうかの確認については次によるものとする。

① ①・②については、精神科病院の管理者又は指定医である委員について、あらかじめ所属先（あるいは診療を行っている）精神科病院の名称を申し出てもらい、都道府県において、あらかじめ確認するものとする（合議体別に地域を分けて担当する等により、できるだけ議事に加わることができない委員が生じないように工夫するものとする。）。

② ①③～⑥については、個別の患者の審査ごとに、委員からの申し出等により確認するものとする。

(3) 委員は、前記①～⑥に掲げるもののほか、当該患者と特別の関係がある場合には、それを理由に議事に加わらないことができる。

(4) 審査会は、当該審査に当たって関係者である委員の属する合議体での審査を事前に可能な限り避けることに留意して、当該審査を行う合議体を定める等の配慮を行うこととする。

5 合議体の審査は非公開とする。ただし、審査結果が報告された後は、精神障害者の個人情報以外の情報については公開することを原則とする。

V 退院等の請求の処理について

1 退院等の請求受理について

(1) 請求者

法第三十八条の四に定める者及びその代理人とする。ただし、代理人は弁護士とするが、精神科病院に入院中の者が請求する場合で、弁護士を代理人に委任することが困難な場合は、弁護士でない者を代理人とすることができる。

(2) 請求方法

書面を原則とする。ただし、精神科病院に入院中の患者が請求する場合で、当該患者が口頭（電話を含む。）による請求の受理を求めるときはそれを認めるものとする。

(3) 請求者に対する確認等

都道府県知事は、当該患者が当該病院に入院していること及び請求を行った者の意思を確認するものとする。ただし、その確認により請求者の意思が制限を受けないよう配慮するものとする。また、代理人による請求の場合には、代理権を有することを証する書面を確認するものとする。

2 都道府県知事の行う事前手続きについて

(1) 当該請求を受理したことの関係者への通知

都道府県知事は、速やかに当該請求を受理した旨を請求者、当該患者、保護者等及び病院管理者に対し、書面又は口頭により連絡するものとする。ただし、保護者等にあつては直ちに連絡先が判明しない場合は、この限りでない。

(2) 都道府県知事の行う事前資料の準備

ア 都道府県知事は、当該患者に関する資料として、以下の書類のうち、請求受理の直近一年以内のものについては当該書類を合議体へ提出できるよう準備するものとする。

① 法第二十七条に基づく措置入院時の診断書

② 法第三十二条第四項に基づく届出

③ 法第三十八条の二に基づく定期の報告

④ 法第三十八条の四に基づく退院等の請求に関する資料

⑤ 当該患者の入院する精神科病院に対してなされた実地指導に関する資料（実地指導結果及び当該

患者に関して診断がなされたときは当該診断結果を示す資料など）

イ 都道府県知事は、法第二十二條の三の規定による入院（任意入院）が行われる状態にないとの判定が適正に行われているか、法第三十二条第一項の同意が適正に行われているか、同条第四項に基づく届出が適正に行われているかなど手続的事項については、事前にチェックし、整理表を作成するなどにより、審査の便宜を図るものとする。

ウ また、同一人から同一趣旨の請求が多数ある場合には、審査の円滑な運営ができるよう、事前に十分整理しておくものとする。

3 合議体での審査等について

(1) 合議体が行う審査のための事前手続

ア 意見聴取

① 基本的な考え方

審査会は、審査をするに当たって、請求の内容を適切に把握するため法第三十八条の五第三項に基づき、退院等の請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している精神科病院の管理者の意見（代理人を含む。）を聴かなければならないこととする。ただし、当該請求受理以前六か月以内に意見聴取を行っている場合において、重ねて意見聴取を行う必要が乏しいと認められるときは、この限りでない。

② 実施時期

意見聴取は、審査を迅速に実施する観点から合議体での審査に先だって行うことが望ましい。

③ 意見聴取を行う委員

意見聴取を行う委員は二名以上、少なくとも一名は精神医療に関して学識経験を有する委員とする。

なお、意見聴取を行う委員については、あらかじめ定めておくことができる。

④ 意見聴取の方法

面接の上、当該請求に関する意見聴取を行うことが望ましい。

⑤ その他の対象

合議体は、必要があると認めるときは、同項ア①に規定する者以外の者であつても以下の関係者の意見を聴くことができる。

(7) 当該患者

(4) 当該患者の保護者等

⑥ 意見陳述の機会等についての告知

面接の際に審査を行う委員は意見聴取を受ける者に対して、合議体が実際の審査を行うときに意見陳述の機会のあることを知らせなければならない。なお、精神科病院に入院中の患者が退院等を請求した場合は、当該患者に弁護士による権利擁護をうける権利のあることを知らせなければならない。

⑦ 保護者等の場合の取扱

請求者が当該患者の保護者等の場合であつて、遠隔地に居住しているなどやむを得ない事情にある場合には、書面の提出をもって面接に代えることができる。

代理人から意見聴取を行う場合には、当該意見聴取に関して代理権を有することを確認するもの

とする。また、当該患者に代理人がいる場合で、代理人が当該患者の面接に立ち会うことを申し出たときは、その立ち会いを認めなければならないものとする。

⑤ 事前の準備

意見聴取を行うに当たって、あらかじめ用紙を面接による意見聴取を受ける者に送付し、記載を求めることができるものとする。

イ 委員による診察について

審査会は、審査をするに当たって、必要に応じて、請求の対象となった入院中の患者の同意を得たうえで、指定医である委員により診察を行うことができる。

ウ 診療録その他の帳簿書類の提出

審査会は、審査をするに当たって、必要に応じて、精神科病院の管理者その他関係者に対して調査対象となった入院中の患者の診療録その他の帳簿書類の提出を命じることができる。

(2) 合議体の審査時における関係者からの意見聴取等

ア 関係者からの意見聴取等について

合議体は、審査をするに当たって、必要に応じて以下の関係者に対して意見を求めることができる。

- ① 当該患者
- ② 請求者
- ③ 病院管理者又はその代理人
- ④ 当該患者の主治医等
- ⑤ 当該患者の保護者等

また、前記③及び④の者に対しては報告を求めることができる。

イ 審問

合議体は審査をするに当たって、必要に応じて以下の者に対して出頭を命じて審問することができる。

- ① 病院管理者又はその代理人
- ② 当該患者の主治医等
- ③ その他の関係者

ウ 関係者の意見陳述について

請求者、病院管理者若しくはその代理人及び合議体が認めたその他の者は、合議体の審査の場で意見を陳述することができる。なお、請求者が当該患者である場合には、(1)による意見聴取により十分意見が把握できており、合議体が意見聴取を必要ないと認めた場合にはこの限りでないが、当該患者に弁護士である代理人があり、当該患者が当該代理人による意見陳述を求めた場合には、合議体は当該代理人に審査の場で意見を述べる機会を与えなければならない。

(3) 合議体での審査に関するその他の事項

ア 都道府県知事に対する報告徴収等の要請について

合議体は、審査をするに当たって、特に必要と認める場合には都道府県知事に対して、法第三十八条の六に基づく報告徴収等を行うことを要請すること、及び指定医である合議体委員の同行を求めることができる。また、その結果については、報告を求めることができる。なお、合議体が当該審査の後の一定期間経過後の当該患者の状態確認が必要と判断したときも同じこととする。

イ 合議体における資料の扱いについて

合議体における資料については、これを開示しないものとする。ただし、請求者が当該患者であつて弁護士である代理人がいる場合に、その代理人が意見を述べるうえで必要とするときは資料を開示するものとする。

(4) 都道府県知事への審査結果の通知

審査会は、審査終了後速やかに都道府県知事に対して、次に示した内容の結果を通知するものとする。

ア 退院の請求の場合

- ① 引き続き現在の入院形態での入院が適当と認められること
 - ② 他の入院形態への移行が適当と認められること
 - ③ 合議体が定める期間内に、他の入院形態へ移行することが適当と認められること
 - ④ 入院の継続は適当でないこと
 - ⑤ 合議体が退院の請求を認めない場合であっても、当該請求の処遇に関し適当でない事項があるときは、その処遇内容が適当でないこと
- 前記通知には理由の要旨を付するものとする。

なお、別途、審査会は審査結果について、都道府県知事、当該患者が入院する精神科病院の管理者、及び当該患者の治療を担当する指定医に対する参考意見を述べることができる。

イ 処遇の改善の請求の場合

- ① 処遇は適当と認めること
- ② 処遇は適当でないこと、及び合議体が求める処遇を行うべきこと

なお、別途、審査結果に付して、都道府県知事に対して参考意見を述べることができる。

4 都道府県知事の行う事後処理について

- (1) 請求者等に対する結果通知
都道府県知事は、3(1)ア①及び⑤に規定する者に対して、速やかに審査の結果（請求者に対しては理由の要旨を付す）及びこれに基づき採った措置を通知するものとする。

(2) 資料及び記録の保存

審査の資料及び議事内容の記録については、少なくとも五年間は保存するものとする。

(3) その他の事項

合議体での審査の結果、退院等の請求が適当との判断がなされた場合、都道府県知事はおおむね一か月以内に、当該病院管理者が採った措置を確認するものとし、当該措置について審査会に報告することとする。

5 その他退院等の請求の審査に関して必要な事項

- (1) 退院等の請求の審査中に、請求者から請求を取り下げたいとの申し出が書面又は口頭により都道府県知事になされた場合、又は当該患者が病院から退院した場合は、審査会はそれにより審査を終了する。ただし、特に審査会が取り下げ前または当該患者の退院前の入院等の適否の審査を行う必要があると認めた場合はこの限りではない。

- (2) 退院等の請求が都道府県知事になされた場合、当該患者の入院形態が他の入院形態に変更された場合であっても、その請求は入院形態にかかわらず有効とみなして審査手続きを進めるものとする。また、退院の請求には現在受けている処遇の改善の請求を含むものとして取り扱うことができる。

(3) 都道府県知事は、請求を受理してからおおむね一か月、やむを得ない事情がある場合においてもおおむね三か月以内に請求者に対し、審査結果及び理由の要旨を通知するよう努めるものとする。

(4) 処遇の改善の請求のうち、当該請求が法第三十六条又は第三十七条に基づく厚生労働大臣の定める処遇の基準その他患者の権利に直接関係する処置に関する請求以外の請求である場合は、前記手続きのうち、2(2)、3(1)、(2)ア、イ、ウを省略し、直ちに審査を行うことができる。

(5) 退院の請求がなされた場合においても、合議体における審査の結果、当該患者の処遇、社会復帰への指導方法、その他当該患者への適切な医療の提供のために合議体が必要と認める措置がある場合には、その旨を都道府県知事に通知するものとする。また、必要に応じて、当該患者が入院する精神科病院の管理者、当該患者の治療を担当する指定医、及び当該患者の保護者と協議することができる。

6 電話相談の取扱について

都道府県知事は、精神科病院に入院中の患者から電話相談を受けたときは、その内容及び対応を次の回の審査会に報告するものとする。合議体は、当該電話相談のうち口頭による退院等の請求として認めることが適当と判断される事例については、都道府県知事に対して当該電話相談を退院等の請求として受理するよう求めることができる。その場合、次の合議体の審査において当該請求を審査することとする。

VI 定期の報告等の審査について

1 合議体での審査等について

(1) 合議体が行う審査のための事前手続

ア 資料の送付

審査会は、当該審査を行う合議体の委員に対して事前に当該審査資料を送付し、検討を依頼すること

とができる。

イ 委員による診察

V退院の請求の場合の3(1)イに準じる。

ウ 診療録その他の帳簿書類の提出

V退院の請求の場合の3(1)ウに準じる。

(2) 合議体の審査時における関係者からの意見聴取等

ア 関係者からの意見聴取等について
合議体は、審査をするに当たって、必要に応じて以下の関係者に対して意見を求めることができる。

① 当該患者

② 病院管理者又は代理人

③ 当該患者の主治医等

イ 審問

V退院の請求の場合の3(2)イに準じる。

(3) 合議体での審査に関するその他の事項

ア 入院時の審査の取扱について

入院時の届出の審査に当たっては直近の合議体で審査を行う等、迅速かつ適切な処理を行うよう留意するものとする。

イ 都道府県知事に対する報告徴収等の要請について

審査会は、合議体の審査に当たって必要な場合、及び合議体の審査の結果から必要と認める場合に

は、都道府県知事に対し、法第三十八条の六の規定に基づく実地審査を行うよう要請すること、及びその実地審査について指定医である合議体委員の同行を求めることができる。また、当該精神科病院に対して都道府県知事が行う実地指導に指定医である合議体委員の同行を求めることができる。

(4) 審査結果の都道府県知事への通知

審査会は、審査終了後速やかに都道府県知事に対して、次に示した内容の結果を通知するものとする。

① 現在の入院形態での入院が適当と認められること

② 他の入院形態への移行が適当と認められること

③ 合議体が定める期間内に、他の入院形態へ移行することが適当と認められること

④ 合議体の定める期間経過後に、当該患者の病状、処遇等について報告を求めることが適当であること

と

⑤ 入院の継続は適当でないこと

⑥ 当該患者の入院中の処遇について適当でない事項が認められるときはその処遇内容が適当でないこと

前記通知には理由の要旨を付するものとする。

なお、別途、合議体は、審査結果について、都道府県知事に対する参考意見、及び当該患者が入院する精神科病院の管理者又は当該患者の治療を担当する指定医に対する参考意見を述べることができる。

(5) 資料及び記録の保存

審査の資料及び議事内容の記録については、少なくとも五年間は保存するものとする。

2 都道府県知事からの病院管理者等への通知

(1) 審査会の判断が前項(4)①である場合は、病院管理者等に対して、その旨を通知するに及ばない。
(2) 審査会の判断が前項(4)②から⑥の場合は、都道府県知事は、審査結果に基づき必要な措置を行うとともに、当該患者、保護者等及び病院管理者に対して、審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知するものとする。

この場合、都道府県知事は、審査会に対し、審査結果に基づいて採った措置の内容及び結果を報告する。

Ⅶ その他

1 実地指導との連携について

審査会は、精神科病院に入院中の患者の権利擁護を確保し、その適正な医療及び保護を実現するために、退院等の請求及び定期の報告を審査する責務を負うものであり、審査会は、その責務を全うするために都道府県の実施する精神科病院の実地指導と適切な連携をとるものとする。

① 審査会が都道府県の実施する実地指導に同行を求める指定医である委員は、一精神科病院につき三名以内とする。

② 都道府県職員は、実地指導を行った際に入院患者から入院の継続又は処遇に関して不適切な実態があることを聴取したとき、当該患者に対して審査会への退院等の請求手続をとることを助言することともに、その場で請求の意思を明確に述べる者については口頭による請求として受理するものとする。

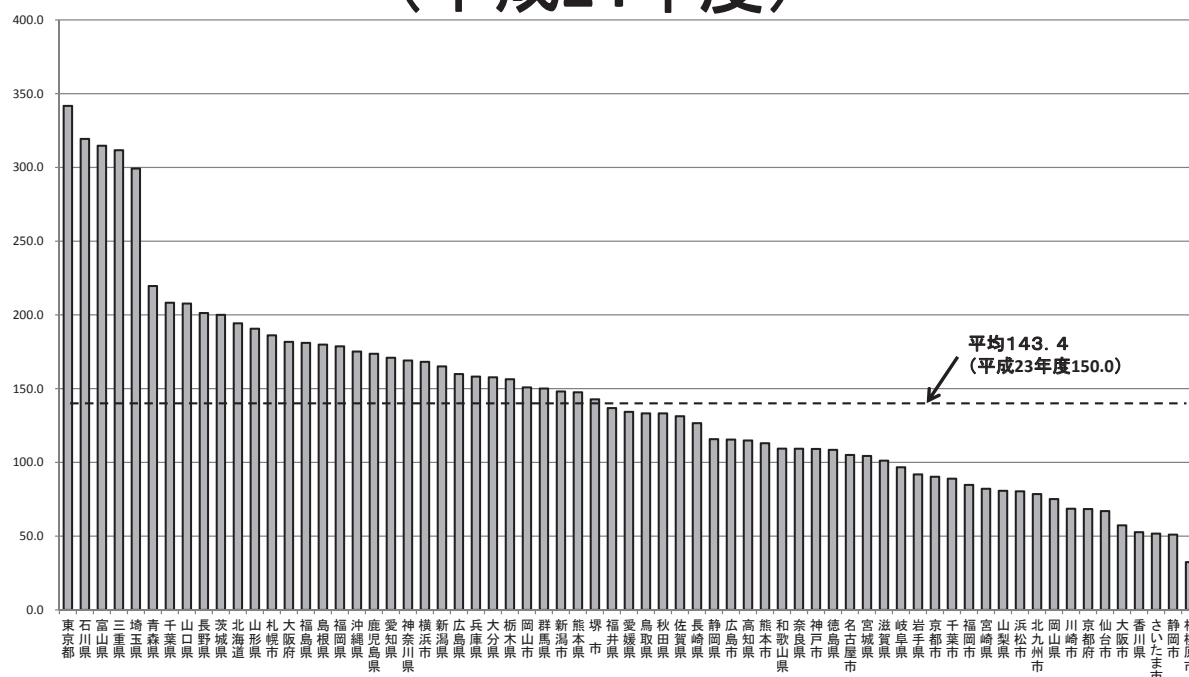
2 指定医の適正な職務執行の確保について

都道府県知事は審査会の審査の過程において、当該患者の入院する精神科病院に勤務し非常勤を含む、その指定医がその職務に関し不適切な行為を行ったことが明らかとなったときは、その内容等について精

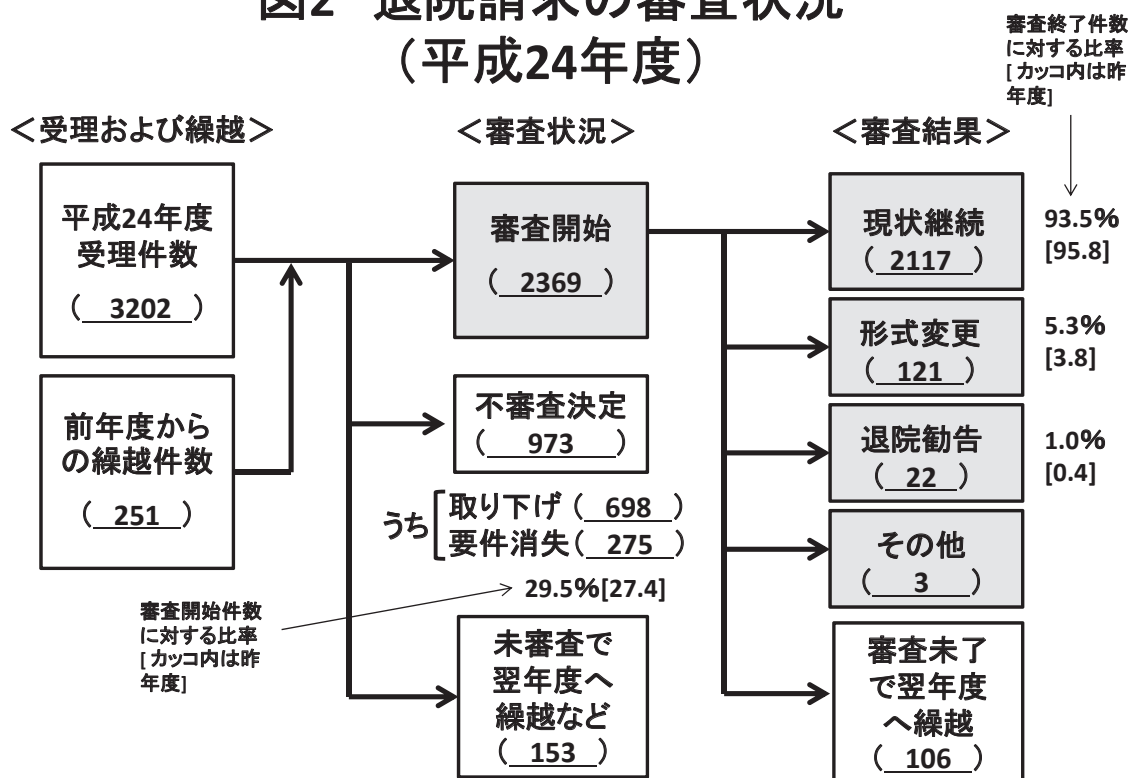
査をし、必要に応じて、法第十九条の二第四項に基づき厚生労働大臣に通知しなければならないこととする。

第十六条及び第十七条 削除

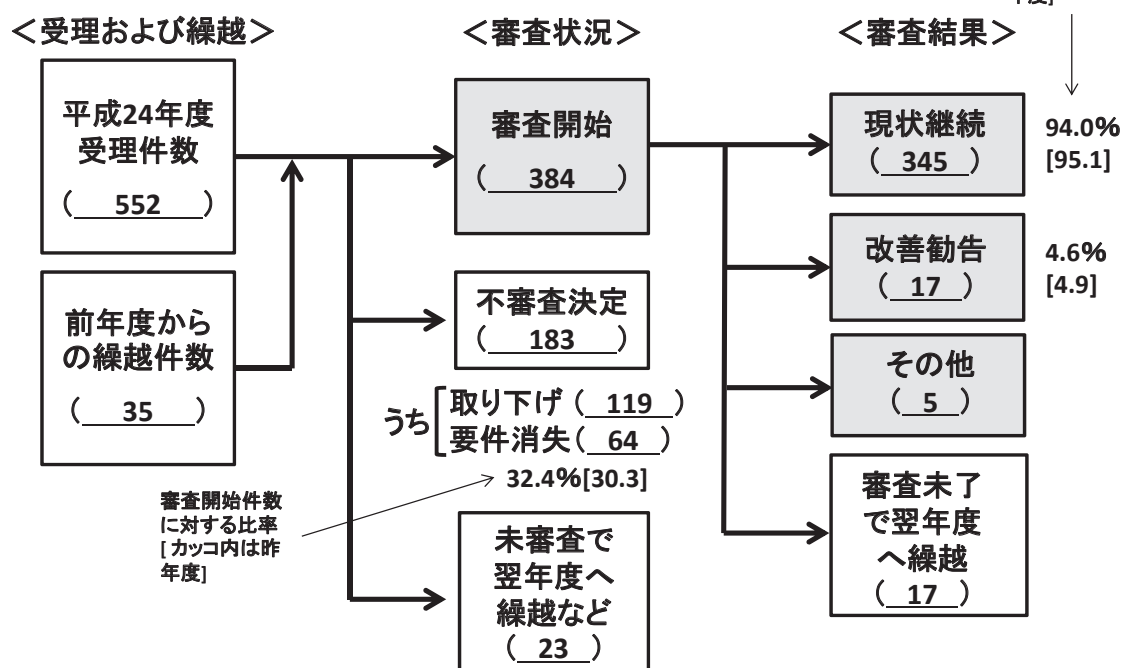
**図1 合議体1回当たり書類審査件数
(平成24年度)**



**図2 退院請求の審査状況
(平成24年度)**



審査終了件数
に対する比率
[カッコ内は昨
年度]



□ 不審査件数 ■ 審査件数

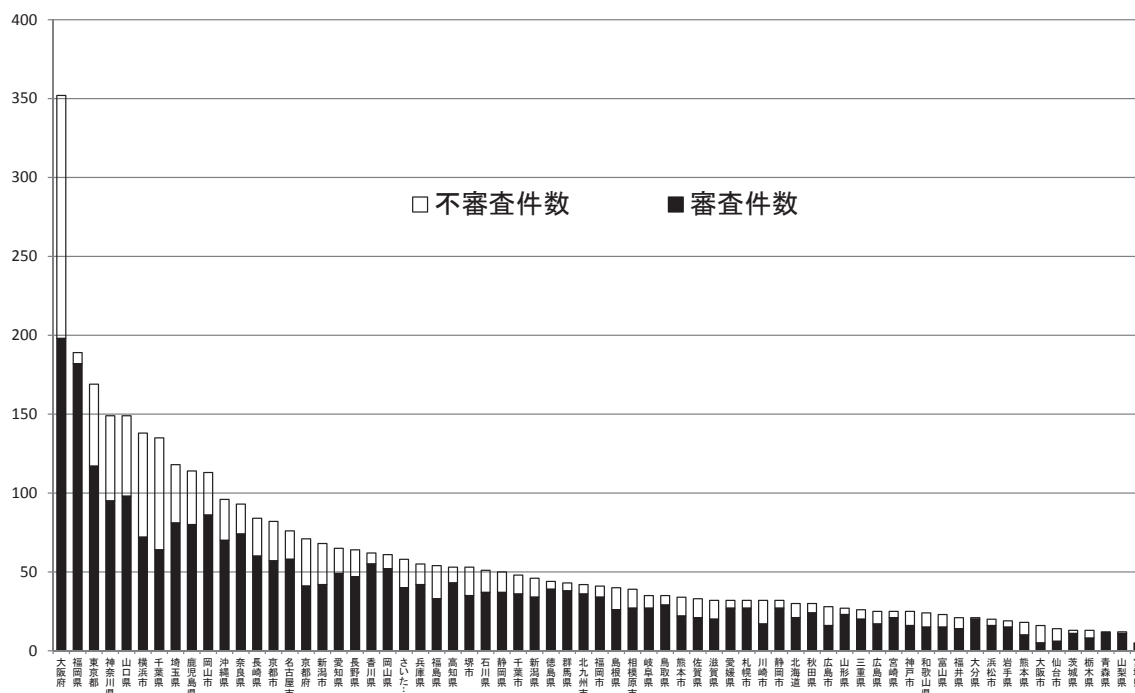


図5 請求受理から審査結果通知までの日数 (平成24年度)

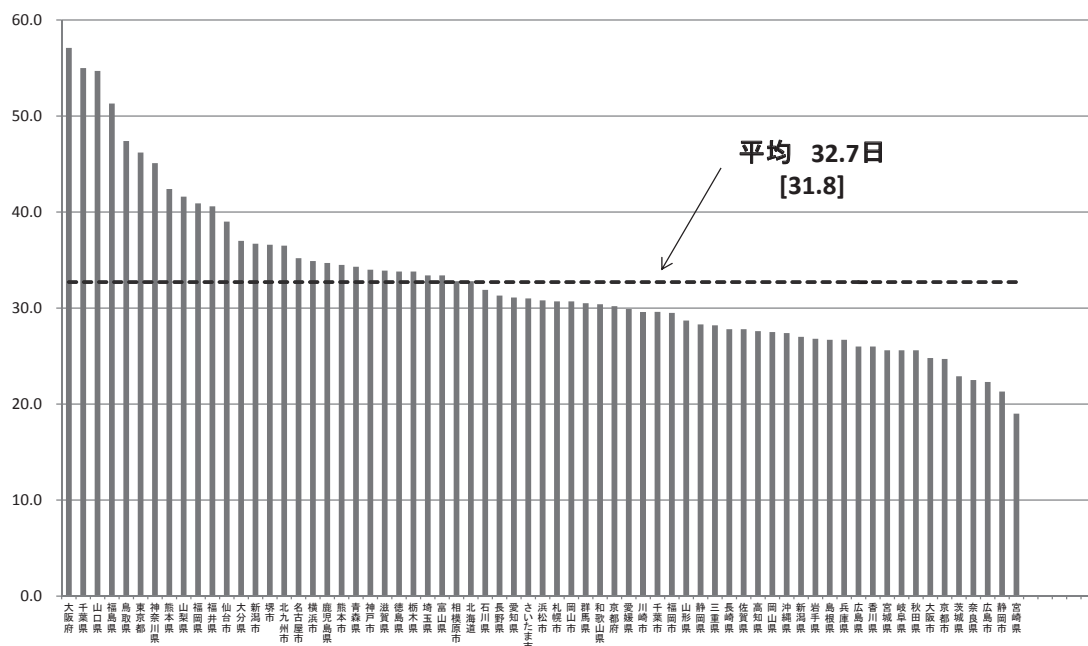
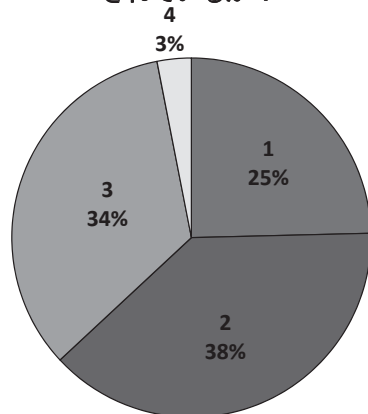


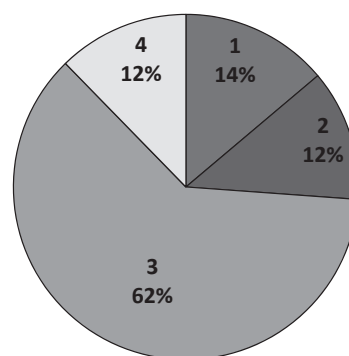
図6 運営要綱(その1)

1. 予備委員の配置ができると明記されているか？



1. 他
2. 他
3. 予備委員の規定がない
4. その他

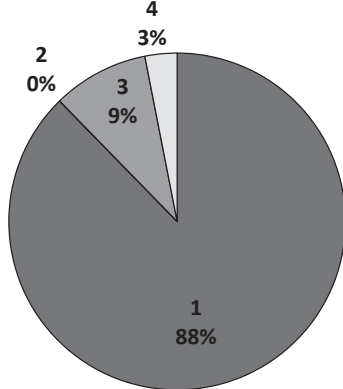
2. 各委員の定数は最新の規定(医療委員2名以上、法律・有識者委員各1名以上)になっているか？



1. 最新の規定になっている
2. 旧規定のまま
3. 委員定数の規定がない
4. その他

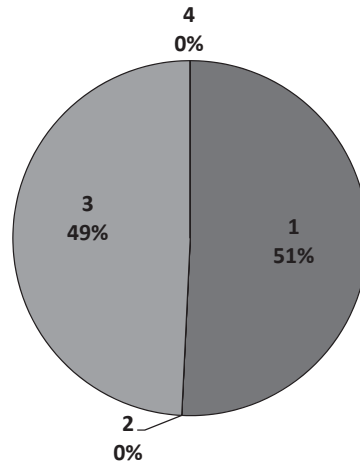
図7 運営要綱(その2)

3. 審査における関係者委員の
排除規定が明記されて
いるか？



1. マニュアル通りに(入院者の病院の管理者、勤務医、今回の入院で診察した指定医、保護者、3親等内の親族、後見人、補佐人、代理人)明記されている
2. マニュアル通りではないが、明記されている
3. 明記されていない
4. その他

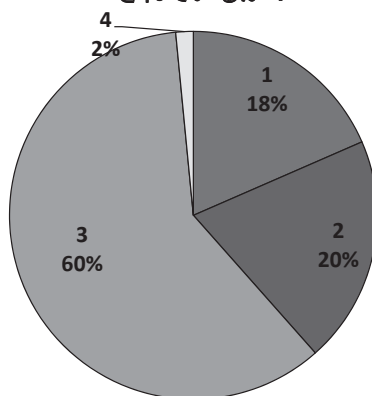
4. 電話による口頭受理ができると明記
されているか？



1. 明記されている
2. 書面受理に限定されている
3. 受理様式の規定がない
4. その他

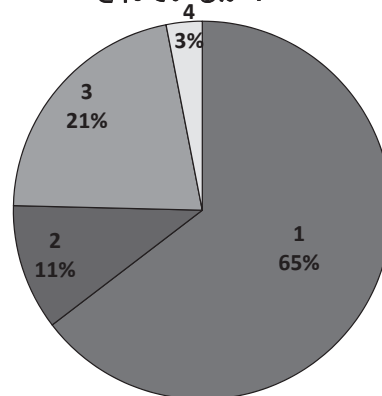
図8 運営要綱(その3)

5. 事前資料の準備書面が明記
されているか？



1. マニュアル通りに(措置診察診断書、医療保護入院届、定期病状報告書、退院等の請求資料、実地指導資料)明記されている
2. 様式を定めて準備書面の提出規定が明記されている
3. 準備書面の提出規定が明記されていない
4. その他

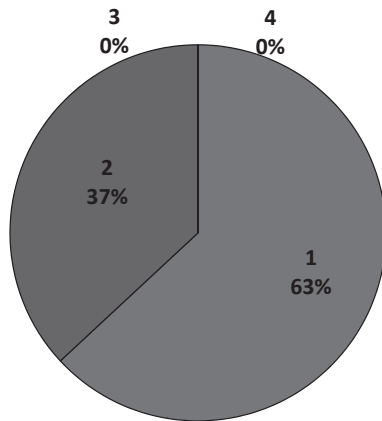
6. 意見聴取を行う委員が明記
されているか？



1. マニュアル通りに2名以上(うち1名は医療委員)と明記されている
2. マニュアル通りではないが明記されている
3. 意見聴取委員について明記されていない
4. その他

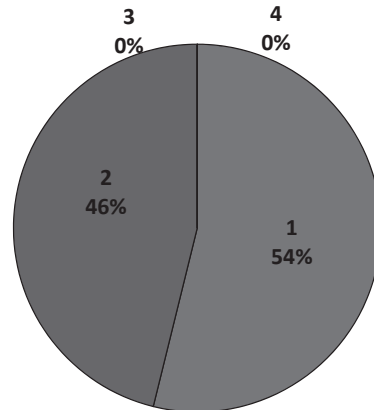
図9 運営要綱(その4)

7. 関係者による意見陳述権の告知義務が明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

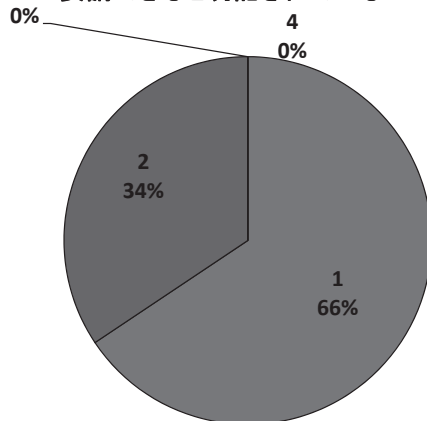
8. 審査会の審問権が明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

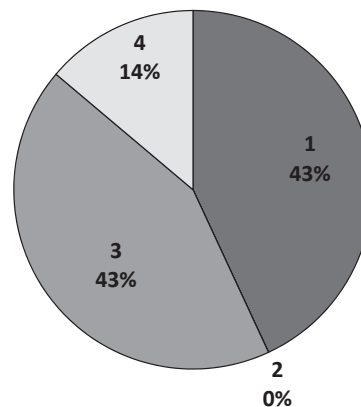
図10 運営要綱(その5)

9. 知事に対して報告徴収の発動を要請できると明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

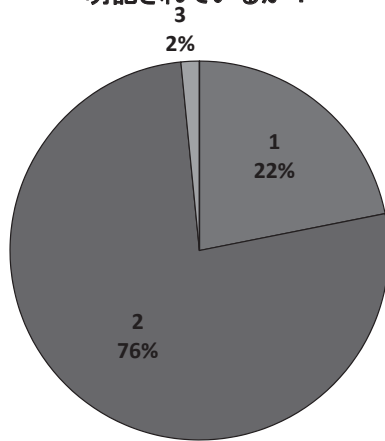
10. 退院請求の結果は5通りであることが明記されているか？



1. マニュアル通りに5通り(現状継続、入院形態変更、期限付き入院形態変更、退院、処遇不適切)明記されている
2. 3通りのみ(現状継続、入院形態変更、退院)明記されている
3. 審査結果の種類が明記されていない
4. その他

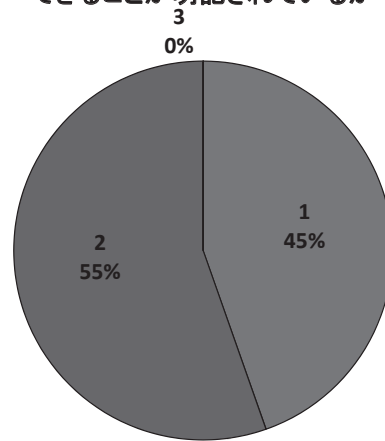
図11 運営要綱(その6)

11. 現状継続以外の場合、管理者による措置を1ヶ月以内に確認することが明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

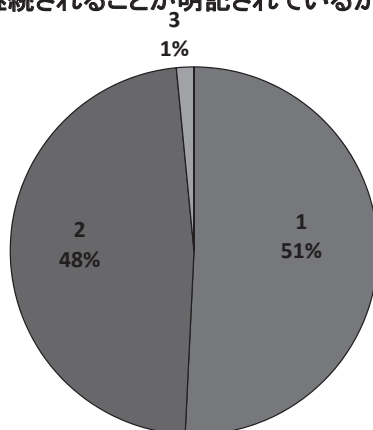
12. 請求取り下げ・要件消失で審査は終了するが、それ以前の入院の適否判断ができることが明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

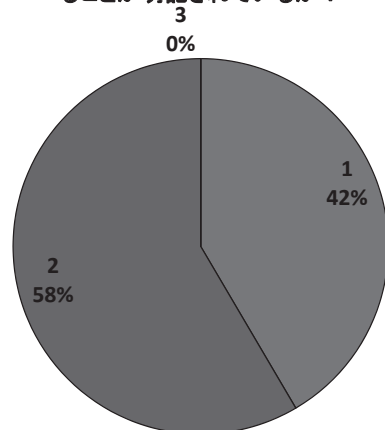
図12 運営要綱(その7)

13. 入院形態変更後も退院等の請求審査が継続されることが明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

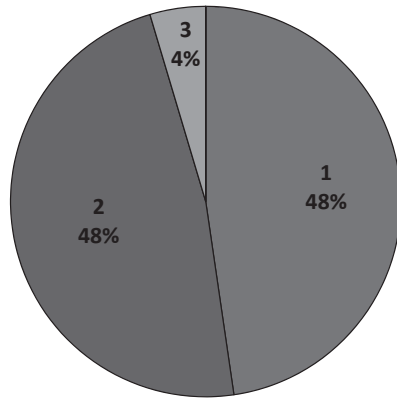
14. 退院請求には処遇改善請求が含まれることが明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

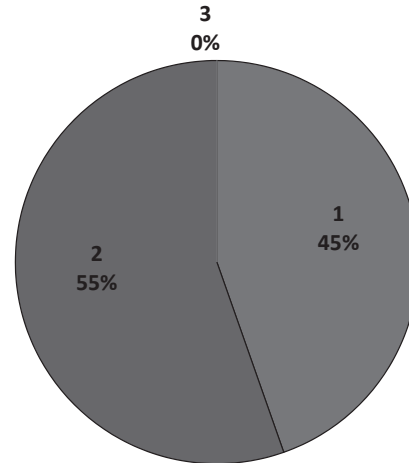
図13 運営要綱(その8)

15. 適切な医療提供のための措置を知事に通知すること、および管理者等と協議できることが明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

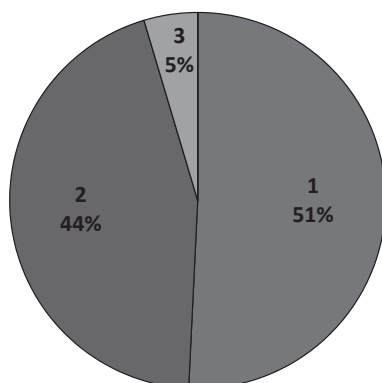
16. 書類審査でも関係者を審問できることが明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

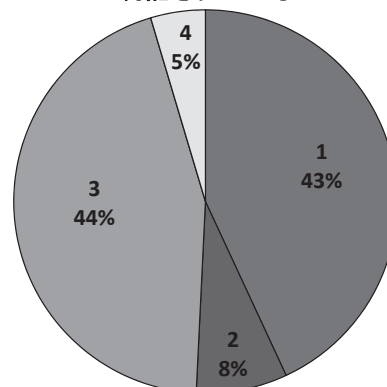
図14 運営要綱(その9)

17. 実地審査の要請および医療委員の同行が可能であることが明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

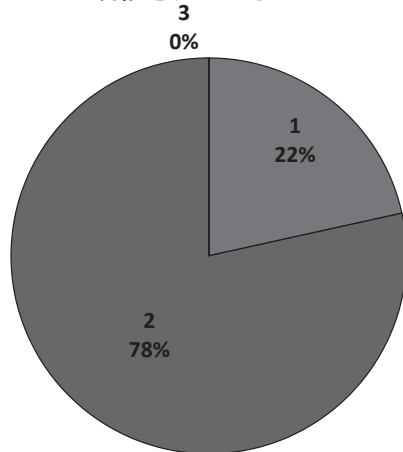
18. 書類審査の結果が6通りであることが明記されているか？



1 マニュアル通りに6通り(現状継続、入院形態変更、期限付き入院形態変更、再報告、退院、処遇不適切)明記されている
2. 6通り以下(現状継続、入院形態変更、退院など)が明記されている
3. 審査結果の種類が明記されていない
4. その他

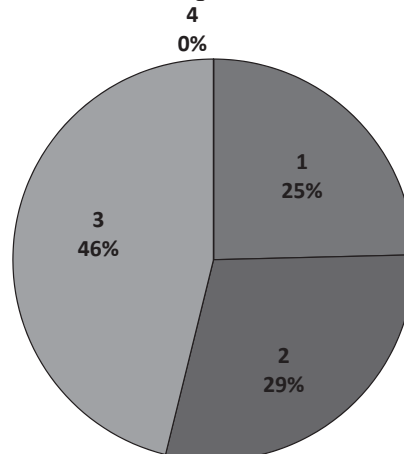
図15 運営要綱(その10)

19. 現状継続以外の場合、知事が必要な措置を講じ、関係者に通知することが明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない
3. その他

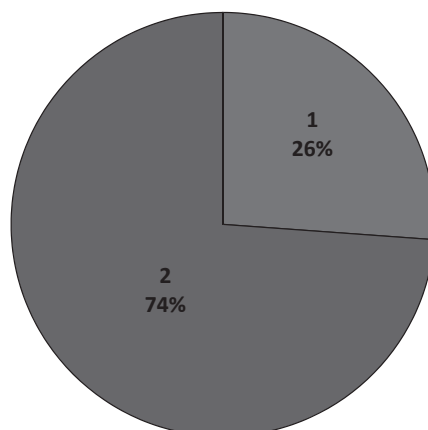
20. 実地指導との連携が明記されているか？



1. マニュアル通りに(医療委員が実地指導に同行できること、および実地指導において退院等の請求を助言すること)明記されている
2. マニュアル通りではないが、明記されている
3. 実地指導との連携について明記されていない
4. その他

図16 運営要綱(その11)

21. 審査会が指定医の不適切行為を把握した場合、知事は内容を精査し、厚生労働大臣に通知する義務があることが明記されているか？



1. 明記されている
2. 明記されていない

図17 請求審査件数および 対書類審査比率(%)の推移

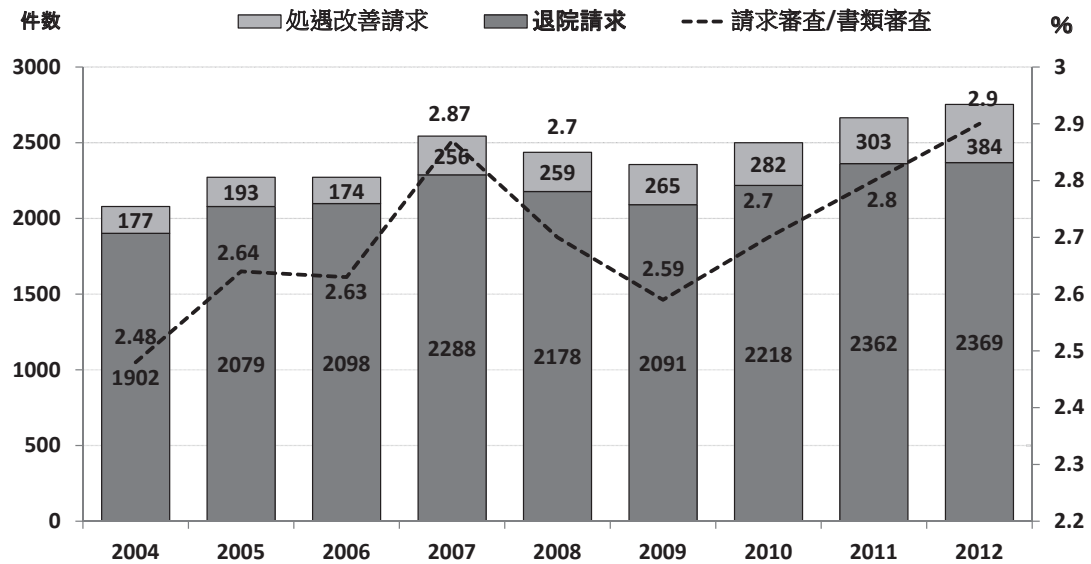
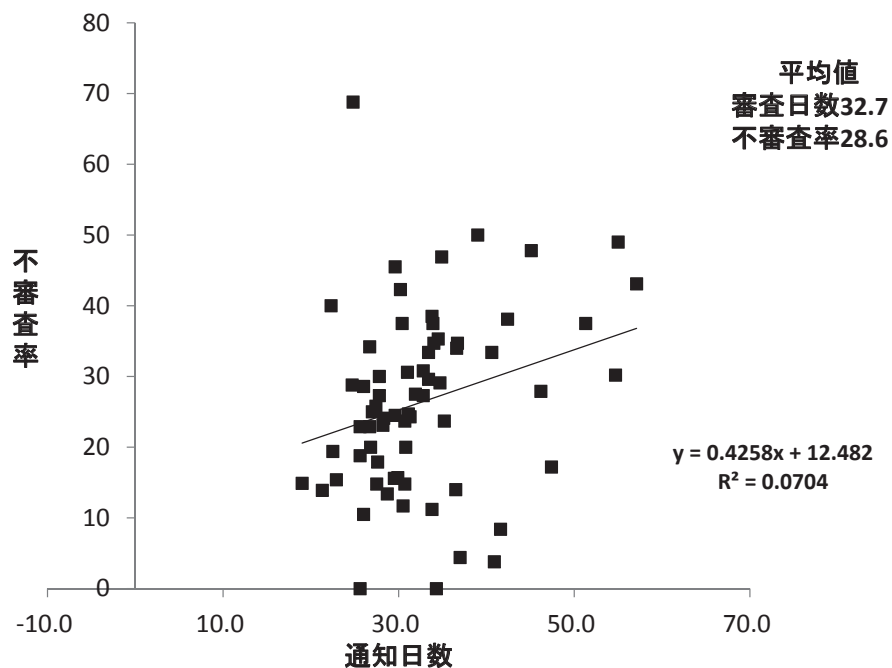


図18 審査日数と不審査率の相関 (24年度)



**平成 25 年度「新たな地域精神保健医療体制の
構築のための実態把握および活動の評価等に関する研究」
研究班名簿**

研究代表者	竹島 正	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
研究分担者	立森 久照	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	森川 将行	堺市こころの健康センター
	久保野恵美子	東北大学大学院法学研究科
	丸田 敏雅	東京医科大学精神医学講座
	栗田 圭一	(地独)東京都健康長寿医療センター研究所
	河崎 建人	河崎会水間病院／全国精神医療審査会連絡協議会
研究協力者	浅井 邦彦	静和会浅井病院
	東 司	天心会小阪病院
	安藤久美子	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	家原 敏彰	京都府中丹東保健所
	磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科
	井藤 佳恵	(地独)東京都健康長寿医療センター研究所
	稲垣 宏樹	(地独)東京都健康長寿医療センター研究所
	井上雄一郎	三重県こころの健康センター
	臼田謙太郎	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	大澤日登美	千葉県松戸健康福祉センター
	大塚 俊弘	長崎県県央保健所
	岡崎 伸郎	(独)国立病院機構仙台医療センター
	岡田 幸之	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	岡村 毅	(地独)東京都健康長寿医療センター研究所
	菊池安希子	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	金田一正史	千葉県精神保健福祉センター
	黒田 安計	さいたま市保健福祉局保健部
	小泉 典章	長野県精神保健福祉センター
	柑本 美和	東海大学大学院実務法学研究科
	河野 稔明	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	鴻巣 泰治	埼玉県立精神保健福祉センター
	後藤 基行	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	佐々木英司	埼玉県川口保健所

佐藤雄一郎	東京学芸大学教育学部
下田 陽樹	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
白川 教人	横浜市こころの健康相談センター
杉山 美香	(地独)東京都健康長寿医療センター研究所
田辺 等	北海道立精神保健福祉センター
千葉 華月	北海学園大学法学部
千葉 潜	青仁会青南病院
土山幸之助	大分県こころとからだの相談支援センター
道垣内弘人	東京大学大学院法学政治学研究科
永岡 秀之	島根県立こころの医療センター
中島 豊爾	(地独)岡山県精神科医療センター
長沼 洋一	東海大学健康科学部社会福祉学科
永野貫太郎	第二東京弁護士会
中村 征人	愛知県知多保健所
新美 芳樹	厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策室
西 大輔	(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
平田 豊明	千葉県精神科医療センター
古田 光	(地独)東京都健康長寿医療センター精神科
益子 茂	東京都立中部総合精神保健福祉センター
町野 朔	上智大学生命倫理研究所
松浦 玲子	大阪府立精神保健福祉センター
松原 三郎	松原愛育会松原病院
松村 英幸	根岸病院
松本ちひろ	東京医科大学精神医学講座
的場 由木	NPO 法人自立支援センターふるさとの会
三木恵美子	横浜法律事務所
八尋 光秀	西新共同法律事務所
山下 俊幸	京都府立洛南病院
山田 全啓	奈良県葛城保健所
吉澤 雅子	東京弁護士会
四方田 清	順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科

(50 音順)

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「新たな地域精神保健医療体制の構築のための
実態把握および活動の評価等に関する研究」
平成 25 年度 総括・分担研究報告書

発 行 日 平成 26（2014）年 3 月

発 行 者 「新たな地域精神保健医療体制の構築のための実態把握
および活動の評価等に関する研究」

研究代表者 竹島 正

発 行 所 独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL：042-341-2712(6209) FAX：042-346-1950

かえる
かわる

精神保健医療福祉の
改革ビジョン研究ページ

www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html