

表14 病識

	1級		2級		3級		手帳なし		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
十分にある	123	12.7%	725	24.6%	225	38.7%	4,813	29.0%	5,886	27.9%
不十分	535	55.2%	1,776	60.3%	314	54.0%	6,951	41.9%	9,576	45.4%
ほとんどない	302	31.2%	412	14.0%	37	6.4%	4,718	28.4%	5,469	25.9%
無回答・不明	9	0.9%	34	1.2%	5	0.9%	111	0.7%	159	0.8%
合計	969	100.0%	2,947	100.0%	581	100.0%	16,593	100.0%	21,090	100.0%

表15 服薬理解

	1級		2級		3級		手帳なし		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
十分に認識	182	18.8%	968	32.8%	275	47.3%	5,394	32.5%	6,819	32.3%
不十分だが服薬	631	65.1%	1,681	57.0%	277	47.7%	8,927	53.8%	11,516	54.6%
不十分で服薬拒否	135	13.9%	251	8.5%	24	4.1%	1,925	11.6%	2,335	11.1%
服薬不要	12	1.2%	12	0.4%	0	0.0%	209	1.3%	233	1.1%
無回答・不明	9	0.9%	35	1.2%	5	0.9%	138	0.8%	187	0.9%
合計	969	100.0%	2,947	100.0%	581	100.0%	16,593	100.0%	21,090	100.0%

表16 ADL得点

	1級		2級		3級		手帳なし		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
4点	881	90.9%	2,844	96.5%	568	97.8%	14,892	89.7%	19,185	91.0%
5~6点	16	1.7%	17	0.6%	1	0.2%	258	1.6%	292	1.4%
7~9点	11	1.1%	12	0.4%	2	0.3%	266	1.6%	291	1.4%
10~12点	19	2.0%	10	0.3%	0	0.0%	356	2.1%	385	1.8%
13~15点	8	0.8%	2	0.1%	0	0.0%	167	1.0%	177	0.8%
16~18点	10	1.0%	7	0.2%	1	0.2%	353	2.1%	371	1.8%
欠損	24	2.5%	55	1.9%	9	1.5%	301	1.8%	389	1.8%
合計	969	100.0%	2,947	100.0%	581	100.0%	16,593	100.0%	21,090	100.0%

表17 IADL総合点

	1級		2級		3級		手帳なし		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0点	76	9.9%	475	17.8%	158	30.3%	3,337	26.6%	4,046	24.5%
1~3点	179	23.3%	812	30.5%	194	37.2%	2,518	20.0%	3,703	22.4%
4~6点	201	26.2%	664	24.9%	91	17.4%	2,393	19.1%	3,349	20.3%
7~9点	199	25.9%	500	18.8%	64	12.3%	2,637	21.0%	3,400	20.6%
10点以上	112	14.6%	211	7.9%	15	2.9%	1,675	13.3%	2,013	12.2%
欠損	202	-	285	-	59	-	4,033	-	4,579	-
合計	969	-	2,947	-	581	-	16,593	-	21,090	-

(有効%)

表18 身体合併症

	1級		2級		3級		手帳なし		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
特別な管理	61	7.6%	89	4.4%	14	4.6%	1,025	9.6%	1,189	8.6%
日常的な管理	250	31.0%	593	29.6%	88	28.8%	3,500	32.7%	4,431	32.1%
ない	486	60.2%	1,286	64.2%	199	65.0%	6,038	56.5%	8,009	58.0%
無回答・不明	10	1.2%	35	1.7%	5	1.6%	133	1.2%	183	1.3%
合計	807	100.0%	2,003	100.0%	306	100.0%	10,696	100.0%	13,812	100.0%

※ 入院・社会復帰施設のみ対象

表19 住居

	1級		2級		3級		手帳なし		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
同居	569	58.7%	1,639	55.6%	333	57.3%	11,567	69.7%	14,108	66.9%
独居	128	13.2%	440	14.9%	77	13.3%	1,805	10.9%	2,450	11.6%
社会復帰施設等	98	10.1%	458	15.5%	109	18.8%	1,106	6.7%	1,771	8.4%
グループホーム	23	2.4%	66	2.2%	9	1.5%	145	0.9%	243	1.2%
老人福祉施設	18	1.9%	45	1.5%	11	1.9%	258	1.6%	332	1.6%
その他	77	7.9%	150	5.1%	21	3.6%	930	5.6%	1,178	5.6%
無回答・不明	56	5.8%	149	5.1%	21	3.6%	782	4.7%	1,008	4.8%
合計	969	100.0%	2,947	100.0%	581	100.0%	16,593	100.0%	21,090	100.0%

表20 就労能力

	1級		2級		3級		手帳なし		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
フルタイム(一般)	5	0.5%	46	1.6%	27	4.6%	1,576	9.5%	1,654	7.8%
フルタイム(軽負荷)	21	2.2%	143	4.9%	46	7.9%	1,034	6.2%	1,244	5.9%
パートタイム	70	7.2%	529	18.0%	142	24.4%	2,541	15.3%	3,282	15.6%
授産施設・作業所	364	37.6%	1,200	40.7%	231	39.8%	3,454	20.8%	5,249	24.9%
いずれも困難※	473	48.8%	932	31.6%	124	21.3%	7,546	45.5%	9,075	43.0%
無回答・不明	36	3.7%	97	3.3%	11	1.9%	442	2.7%	586	2.8%
合計	969	100.0%	2,947	100.0%	581	100.0%	16,593	100.0%	21,090	100.0%

※ 入院・社会復帰施設における「将来の退院(退所)を想定できない」を含む

表21 結婚歴

	1級		2級		3級		手帳なし		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
既婚	62	6.4%	231	7.8%	53	9.1%	3,845	23.2%	4,191	19.9%
離死別	184	19.0%	610	20.7%	123	21.2%	3,431	20.7%	4,348	20.6%
結婚歴なし	703	72.5%	2,034	69.0%	388	66.8%	8,971	54.1%	12,096	57.4%
無回答・不明	20	2.1%	72	2.4%	17	2.9%	346	2.1%	455	2.2%
合計	969	100.0%	2,947	100.0%	581	100.0%	16,593	100.0%	21,090	100.0%

表22 支援状況

	1級		2級		3級		手帳なし		合計	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
支援は得ていない	330	34.1%	740	25.1%	145	25.0%	4,972	30.0%	6,187	29.3%
助言や精神的支援のみ	401	41.4%	1,358	46.1%	285	49.1%	6,786	40.9%	8,830	41.9%
週数回のADL、IADL支援	64	6.6%	272	9.2%	39	6.7%	1,205	7.3%	1,580	7.5%
ほぼ毎日のADL、IADL支援	72	7.4%	324	11.0%	62	10.7%	1,923	11.6%	2,381	11.3%
必要であれば24時間通じて	57	5.9%	120	4.1%	21	3.6%	989	6.0%	1,187	5.6%
わからない	3	0.3%	27	0.9%	12	2.1%	206	1.2%	248	1.2%
無回答・不明	42	4.3%	106	3.6%	17	2.9%	512	3.1%	677	3.2%
合計	969	100.0%	2,947	100.0%	581	100.0%	16,593	100.0%	21,090	100.0%

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）  
精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究  
分担研究：行政・実績報告の整理と有効活用

研究協力報告書

－精神保健福祉政策の検討や策定における  
情報ネットワークの活用に関する研究－

研究協力者 小山 智典（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

**研究要旨** 分担研究「行政・実績報告の整理と有効活用」では、昨年度その一環として、精神保健福祉センター長、保健所長、および政策研究に携わる研究者らを対象に、精神保健福祉分野における政策研究のための精神保健福祉政策研究ネットワークを立ち上げた。今年度は、このネットワークをさらに拡大し、情報提供や意見交換を行った。各回とも、ネットワーク参加者に対し、事務局から情報提供とアンケートからなる電子メールを送付し、約 2 週間～1 ヶ月で回答してもらった。回答期間終了後、得られた回答を匿名性保持に留意して PDF ファイルにまとめ、ネットワーク参加者に電子メールで添付した。今年度のネットワーク参加者は 34 名であった。内訳は精神保健福祉センター長 13 名、保健所長 4 名、研究者 13 名、その他（病院長など）4 名であった。オブザーバーとして、厚生労働省精神保健福祉課など 5 名が参加した。第 1 回テーマ「警察官通報（24 条通報）のあり方について」には 14 名、第 2 回テーマ「自殺予防対策ホームページについての検討」と第 3 回テーマ「地域精神保健体制と役割」には 9 名から回答が得られた。それぞれのテーマについて、興味深い情報や意見を得ることができ、精神保健福祉政策ネットワークを構築することの有用性を示すことができた。今後もこのようなネットワークを継続し、またさらに多くの参加者を募り、幅広い意見を集約して、精神保健福祉政策の検討や策定に活かしていく必要がある。

**A 研究目的**

現在、わが国においては、地域保健・医療・福祉への転換が進められており、地域福祉の担い手として日々精神障害者への相談事業や、関係機関との調整などの援助を行っている精神

保健福祉センター、保健所の重要性は、ますます高まっている。

各施設では、業務を行う中で、精神保健福祉政策についての問題点や改善への意見を蓄積していると考えられるが、それらを政策に反映させるの

は容易ではない。また、施設ではそれぞれの課題に対して独自の取り組みや分析を行っていることも考えられるが、通常それらの情報を得ることは困難である。このような意見や取り組みを紹介することは、具体的、実際的な観点を示すものであり、精神保健福祉の推進に貢献するものと考えられる。

著者らが所属する国立精神・神経センター精神保健研究所、精神保健計画部では、平成15年度に分担研究「行政・実績報告の整理と有効活用」の一環として、精神保健福祉センター長、保健所長、および政策研究に携わる研究者らを対象に、精神保健福祉分野における政策研究のための精神保健福祉政策研究ネットワーク（以下、ネットワークと呼ぶ）を立ち上げ、昨年度は20名が参加した。<sup>1)</sup>

今年度は、このネットワークをさらに拡大して継続実施し、精神保健福祉政策の検討や策定に有用な意見が得られたので報告する。

## B 研究方法

精神保健計画部のホームページでは、常時ネットワークへの参加者を募っている。また、平成16年8月から9月にかけて、全国の精神保健福祉センター長および精神保健政策研究に携わる研究者らに、文書により参加依頼を行った。昨年度に引き続き、厚生労働省精神保健福祉課にはオブザーバーとして協力を依頼した。

今年度の研究期間は、平成16年10

月～平成17年1月とした。今年度は3つのテーマについて情報提供と意見交換を行った。第1回のテーマは「警察官通報（24条通報）のあり方について」、第2回は「自殺予防対策ホームページについての検討」、第3回は「地域精神保健体制と役割」とした。

各回とも、ネットワーク参加者に対し、事務局から情報提供とアンケートからなる電子メールを送付し、約2週間～1ヵ月で回答してもらった。事務局からは途中、それまでに得られた回答の中間報告を行った。また回答期間終了後、得られた回答を匿名性保持に留意してPDFファイルにまとめ、ネットワーク参加者に電子メールで添付した。

参加者に送信した電子メールの内容（情報提供およびアンケート）を以下に示す。なお、詳しい内容については付録1～3を参照されたい。

### 第1回テーマ：警察官通報（24条通報）のあり方について

#### 1. 情報提供

6月30日調査の結果をもとに、わが国において警察官通報（以下、24条通報）が増加している実態を紹介した。そして、その背景として、警察官が保護をしないままで通報するいわゆる「発見通報」「保護なし通報」の増加が指摘されていることを紹介した。

#### 2. アンケート

- ① 24条通報の増加の要因について知りうる情報

- ② いわゆる「発見通報」「保護なし通報」について知りうる情報と、それを示す公表可能なデータの提供
- ③ 今後の24条運用に関する意見

## 第2回テーマ：自殺予防対策ホームページについての検討

### 1. 情報提供

精神保健研究所のサイト内において、自殺予防対策ホームページの立ち上げを検討していることを紹介した。これは自殺予防対策の実施に向け、ウェブサイトでの情報提供が有効であると考え、厚生労働科学研究「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」の一環として行っているものである。

### 2. アンケート

- ① 自殺予防対策事業の実施および実施予定の有無（行政のみ対象）
- ② 自殺予防対策事業を行う上で参考にしたい資料、参考にすべき資料等
- ③ 添付のホームページ案についての意見

## 第3回テーマ：地域精神保健体制と役割

### 1. 情報提供

精神保健医療福祉の改革ビジョンが示され、障害保健福祉施策の見直しの議論が進むなかで、従来の地域精神保健体制（精神保健福祉センター、保健所）の役割についても、市町村との関連のなかで、役割の変更や明確化が求められていることに触れ、今日まで行われてきた、それぞれの業務を紹介

した。

### 2. アンケート

- ① 精神保健福祉センターが果たすべき役割について3つ、精神保健福祉センターのシンクタンク機能についての意見
- ② 保健所が果たすべき役割について3つ、保健所の経験の活用についての意見
- ③ 市町村が果たすべき役割について3つ、市町村への業務委譲についての意見

### （倫理面への配慮）

本研究は全国精神保健福祉センター長、全国保健所長、および精神保健政策研究に携わる研究者らにアンケートを依頼したものであり、個人データの取扱いなど倫理的な問題はない。しかし、ネットワーク登録者の回答に個人の得た情報や見解を含む場合があり、それが公表されることが結果としてネットワーク登録者に不利益をもたらす可能性がある。そのため、意見はネットワーク登録者やネットワーク登録者が所属する施設を特定できない形で公表することとした。

## C 研究結果および考察

### 1 ネットワークへの参加者

昨年度ネットワークに参加した20名のうち、18名が今年度も継続して参加した。今年度の参加依頼等によって新たに16名が加わり、今年度のネットワーク参加者は34名となった。内訳は精神保健福祉センター長13名、



保健所長 4 名、研究者 13 名、その他（病院長など）4 名であった。オブザーバーとして、厚生労働省精神保健福祉課など 5 名が参加した。今後はさらに登録者を増やし、幅広い意見を得ることが望まれる。

## 2 アンケート結果

アンケートに対する意見集約を、文末に示す。これらは、参加者へのフィードバック用に事務局でまとめたものであり、精神保健計画部ホームページでも公開されている。以下、各回について簡単にその内容を紹介する。

### 第1回テーマ：警察官通報（24条通報）のあり方について

回答人数は 14 名（41%）であった。24 条通報が増加している自治体が多く、理由として、通報対象範囲の拡大、移送制度開始、警察における通達などが挙げられた。「発見通報」「保護なし通報」は問題となっていないとする自治体が多かったが、制度運用全般に関するさまざまな実情が浮き彫りになった。今後の 24 条運用についての意見は、警察との連携の強化、救急システムの整備、通報基準の再検討に関するものが中心であった。

### 第2回テーマ：自殺予防対策ホームページについての検討

回答人数は 9 名（26%）であった。実際に自殺予防対策事業に取り組んでいる行政の先生方から、その具体的な内容を紹介していただくことがで

きた。また、自殺予防対策事業を行う上で、参考となる資料を紹介していただくことができた。精神保健研究所で制作を企画する自殺予防対策ホームページ案については、具体的な検討課題を含め、多くの有用な意見を聞くことができた。

### 第3回テーマ：地域精神保健体制と役割

回答人数は 9 名（26%）であった。精神保健福祉センターにおいて果たすべき役割として、教育研修、調査研究、技術指導及び技術援助が多く挙げられた。保健所において果たすべき役割として、相談・訪問指導、企画調整、市町村への協力及び連携が多く挙げられた。市町村において果たすべき役割として、普及啓発、相談窓口、社会復帰及び自立と社会参加への支援が多く挙げられた。

## 3 考察のまとめ

以上のように、それぞれのテーマについて、興味深い情報や意見を得ることが可能であった。これらの意見を本研究で示したように個人に不利益を及ぼさない形でとりまとめることで、精神保健福祉施策に関する問題提起や、対処法の普及などができる可能性がある。

昨年度の結果を含めて考えると、資料やアンケートの分量が多い、テーマが複雑もしくは抽象的であるなどの場合、回答率を下げる可能性が示唆された。今後はそうした点にも注意を払いながらこのようなネットワークを

継続し、またさらに多くの参加者を募り、幅広い意見を集約して、精神保健福祉政策の検討や策定に活かしていく必要がある。

#### D 結論

精神保健福祉センター長、保健所長、政策研究に携わる研究者に、精神保健福祉政策研究ネットワークへの参加を呼びかけ、34名から参加の同意を得た。第1回テーマ「警察官通報(24条通報)のあり方について」には14名、第2回テーマ「自殺予防対策ホームページについての検討」と第3回テーマ「地域精神保健体制と役割」には9名から回答が得られた。それぞれのテーマについて、興味深い情報や意見を得ることができ、精神保健福祉政策ネットワークを構築することの有用性を示すことができた。今後もこのようなネットワークを継続し、またさらに多くの参加者を募り、幅広い意見を集約して、精神保健福祉政策の検討や策定に活かしていく必要がある。

#### E 健康危険情報 なし

#### F 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### 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

#### H 参考・引用文献

- 1) 瀬戸屋雄太郎, 松下太郎, 竹島正: 精神保健福祉政策研究ネットワークによる行政・実績報告の整理と有効活用に関する調査. 平成15年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)「精神保健サービスの評価とモニタリングに関する研究(主任研究者:岩崎榮)」総括・分担研究報告書. 387-401, 2004.

## 精神保健福祉政策研究ネットワーク

### 16年度第1回「警察官通報（24条通報）のあり方について」意見集約

1. 24条通報の増加の要因について、ご存知の情報があればお教え下さい。

#### 【24条通報増加の有無】

- 24条通報は増加している（全5件）
  - ・ 平成12年度からそれまでの2～3倍に増加した。
  - ・ H12、13、14と増加し、15、16（上半期）は横ばいである。
- 24条通報は増加していない（全2件）
- 24時間対応に関して
  - ・ 24時間体制での24条通報受理にかかる事業を開始してから、通報件数、調査、診察件数の伸びが顕著で、特に都市部でのニーズの増加が顕著である。地域精神保健福祉活動の充実がなければ、今後も増加の一途を辿るものと予想している。
  - ・ 精神科救急医療システムの開始による24時間対応によって、通報件数の増減は特にない。
  - ・ 昨年度、新しい精神科救急医療システムがスタートした影響で、夜間休日の24条通報は減少した。全国の動向とは顕著なコントラストを為している。24条通報が本来の使われ方をするようになったと考えられる。

#### 【増加の要因について】

- 通報対象範囲の拡大に関するもの（全11件）
  - ・ 「近隣トラブル」「意味不明のことを言った」程度の、精神障害の疑いが低い事例の通報や、「念のため、保健所に報告しておきます」という趣旨の通報が増加している。この傾向は、警察署によりかなり異なる。
  - ・ 池田小事件や新潟の監禁事件などの影響があると思われる。精神障害が疑われる事案に対応せず、後で事件になり、警察が非難されてしまう事態を、年々いっそう恐れるようになっていようだ。
  - ・ ホームレス、外国人、虐待やDVの増加と関連があるように思う。通報事例に含まれる割合を調査すれば検証可能ではないか。
  - ・ 推測だが、住民や警察に限らず、「責任追及」を回避するために、早急に専門家へ引き渡す風潮が充満している。医療の世界でも同じである。
- 移送制度に関するもの（全6件）
  - ・ 12年4月1日の精神保健福祉法の改正に伴う厚生省のガイドラインで、「精神障害者の措置、移送業務の主体は県であり、移送業務は保健所が行う」旨示されたためである。これにより各県警察は、精神障害で自傷他害の恐れがあると認識した際には、即保健所へ通報するようになったものと考ええる。
  - ・ 移送が県の業務と通知されたこと、警察庁生活安全局長から、移送は県の業務であり、警察は補助する立場であることが示されたこと、そのため、精神障害者は県が扱い、警察官職務執行法は関係ないと誤解をされていること、が考えられる。
  - ・ 平成12年度から移送制度がスタートしたが、実際に動いていない県があり、そのようなところで24条通報が増加したのではないだろうか。
- 警察における通達に関するもの（全5件）
  - ・ 警察において平成16年度に「厳格に適性に24条通報を出すよう」各警察署へ通知が出され、警察本部から県に申し入れもされている。

- ・ 警察庁から、各県警察本部に、警察が保護した精神障害者のうち、県に通報する割合が低いので、改善するように指示があったことが考えられる。

○ その他

- ・ 不景気、地域生活への移行など、通報に該当する者の絶対数が増加している可能性がある。

2. いわゆる「発見通報」「保護なし通報」について、ご存知の情報があればお教え下さい。また、それを示す公表可能なデータがございましたら、ご提供下さい。

【「発見通報」「保護なし通報」の有無】

○ 「発見通報」「保護なし通報」がある（全4件）

- ・ 管内での通報のうち診察不要が約半数で、このほとんどが「発見通報」「保護なし通報」であろうかと思う。
- ・ 公表可能なデータはないが、ある保健所では、24条通報で保護されたもの：通報書のみのものが、約2：1である。
- ・ 警察は精神保健福祉法詳解の解釈とは異なり、24条の条文どおり「発見したら直ちに通報しなければならぬ」と解釈しており、保護中かどうかまで条文にはないとの見解である。

○ 「発見通報」「保護なし通報」は問題となっていない（全8件）

- ・ 保護を要しない者の情報提供はあるが、「保護なし」通報はない。
- ・ 身柄を拘束していない状況では鑑定のしようがない。
- ・ データは0ということで、ある意味のデータにならないか。
- ・ 警察は事案の処理に当たり、署で保護簿を付けることになっているそうだ。

【制度運用全般の実情】

- ・ 「通報しないで受診歴のある病院に直接送ってしまう」という問題が時にあり、措置症状がありそうな患者がそのまま医療保護などで入院していることがある。
- ・ 「精神障害が疑われる事案にこれから対応するので、一緒に動いて欲しい」という依頼は従前からある。
- ・ 発見後、警察より自傷他害の疑いで保健所に連絡、そのまま24条でどこかの病院へお願いしてくれと言われるそうである。
- ・ 家族、近隣者から警察へ通報し、警官がかけつけ保健所へ通報する方が多いようだ。そのほとんどが医療保護入院、措置入院になっている。
- ・ 以前、夜間の救急事態に24条通報を推奨していたおもむきがあった。当時の救急体制の不十分によるものと思われる。
- ・ 発見通報とは違うが、自傷他害の恐れがない場合など、明らかに24条に該当しない通報があり、そのまま病院まで話がかかることもある。そこで断ることもあるが、診察、入院になる場合もある。
- ・ 警察官が保護しても、受け皿となる病院がないことがはっきりしている場合、多少落ち着いたところで保護解除にしてしまう場合も少なくないものと思う。
- ・ 一部の警察署では、いったん警察に保護し、帰宅させてから、数日後に郵送で通報書を送ってくるという取扱いをしている。「念のため保健所に報告した」という趣旨のようである。
- ・ 警察官によっては単に精神障害者を発見した時に報告義務があると誤解していたり、なんとか医療につなげたいという思いから保護せず自宅に戻し、医療保護入院後に通報することがある。また、実際には状況を確認せず、住民や家族からの相談のみで通報がされることもある。

【「発見通報」「保護なし通報」への対応】

- ・ 保護して状況を確認してから通報をしていただくようお願いし、そのように運用されている。24 時間体制が開始された直後 1 年間は、措置診察の対象とは思えないものまで拡大される傾向があった。調査をした上該当ではない旨押し戻したところ、2 年目以降はもとの状況にまで落ち着いたように思う。
- ・ 「保護状態で通報すべき」と申し入れをしたところ、警察から「朝まで拘留できないので、夜間でも速やかに対応できるか」と指摘されたので、精神科病院協会と交渉、夜間でもそれなりに対応可能になり、それ以降、保護なし通報はない。

#### 【その他】

- ・ 24 条では、必ずしも保護したケースのみ通報するとはなっていないと思う。
  - ・ 措置入院にかかる申請件数と受理件数、実際の診察結果とをつきあわせて考察すれば、「発見通報」「保護なし通報」傾向の推移を推し量ることが可能と考える。
3. 今後 24 条をどのように運用していくのが適切か、ご意見をお聞かせ下さい。
- 警察との連携を深める必要がある（全 10 件）
    - ・ 自傷他害の判断や精神保健福祉法の解釈、迷惑行為の取扱いなど、各警察と保健所ごとの事例を重ねて、検討会等で具体的に確認し、通報ではなく、関係機関が協力して支援する体制を作る体験が必要と思われる。
    - ・ 移送業務を県職員が実施するのは業務量としても負担が大きく、患者を拘束する権限を持たないため危険が伴い現実的でないので、警察官と協力して実施すべきである。
    - ・ 24 条制度は救急医療制度と両輪をなすものであり、人的資源が少なく医療圏が広いところでは、結局、一晚警察に保護してもらって、翌朝、ようやく医療対応ができるといった事態もある。警察と保健医療がよく話し合い、お互いにある程度協力し合わなければどうしようもないという面がある。
    - ・ 警察が精神障害の恐れありとして保護した場合は、警職法 3 条から通報するのが筋だと考えるが、実際は、保健所サイドの体制が十分整っていないために、すべて通報されても対応しきれないという現実があり、警察との役割分担をどのように主体的に行うか、日々悩んでいる。
    - ・ 引き渡す側と渡される側の信頼関係以外にはないと思う。「引き渡す側が判断した場合は躊躇せず足を運んで判断する」、「引き渡す側の判断を攻撃しない」が渡される側に求められることではないだろうか。
    - ・ 警察と「お互い様」の意識を共有することが、風潮へのブレーキになると思う。
  - 救急システムを整備する必要がある（全 6 件）
    - ・ 受け入れシステム自体が、各都道府県でばらつきが大きいと思うので、そちらをある程度均一化することが先決である。
    - ・ 診察を行う指定医の確保、入院先の確保に難渋しており、何らかのシステム構築が求められている。
    - ・ 警察には保護なし通報はご遠慮頂き、事前調査、指定医確保を夜間でも速やかにできるようにするなど、関係機関と引き続き調整する必要がある。
    - ・ 受け皿となる医療機関、協力の得られる精神保健指定の数、移送体制の問題のほか、さまざまな要因がある。こうした諸点の改善に加え、日中展開される、地域精神保健福祉活動体制の充実、地域資源の拡充整備、適切な医療アクセス改善などの体制整備を基盤に、適切な初期、救急対応法についての普及・広報などの地道な活動が不可欠と考える。
    - ・ 家族が病院に連れて行けない救急ケース、保護者のいない外国人のケースなど、24 条を「拡大適用」している都道府県もあると聞いている。こうした法律の拡大運用は適切ではなく、モバイル救急の導入、移送システムの整備、応急入院制度の改善などが早急に図られるべきである。

- 24 条通報の基準を再検討する必要がある（全 6 件）
  - ・ 通報は「自傷他害の疑いがある例」に限定すべきである。それ以外の参考情報はありがたいが、24 条通報では法に基づき、調査の必要性が生じる。
  - ・ 従来どおり法の趣旨に基づいて運用していくべきだと考えている。警察から連絡、相談のある方は、地域精神保健福祉活動の一環として対応していきたい。
  - ・ 通報する時は、原則として、警察が保護してからにすべきである。保健所職員が保護されていない対象者に対応することは危険が大きすぎる。
  - ・ 人格障害等、診察必要性、措置入院必要性の判断に迷うケースが増えており、事前調査内容や診察必要性の判断基準にわかりやすいルールを決め、全国統一的に運用することが必要である。
  - ・ ある程度統一した通報の基準が必要だが、「保護なし通報」から在宅鑑定、治療に繋がるケースもあるので、「保護あり通報」に限定することも問題があると考える。「保護なし通報」の要件の規程も必要である。
- その他
  - ・ 23 条通報との関係、夜間精神科救急との関係、受診困難者への対応に利用されているのか、などを検討する必要がある。
  - ・ 夜間は警察で保護してもらうか、保健師の 24 時間勤務態勢にする。
  - ・ 夜間は指定医 1 名の緊急措置入院を前提にしている自治体もあるようであり、疑問を感じる。
  - ・ 24 条通報された後、保護者がいるかないかで医療保護入院にするか措置入院にするか決めることがあるが、それでよいのか疑問である。
  - ・ ある弁護士は、「24 条はあくまで自傷他害の恐れがある精神障害者であって、他害を犯した精神障害者ではない。他害という罪を犯したものは何人と言えども法の裁きを受ける権利を有するし、それが優先される」旨を強調していた。

## 精神保健福祉政策研究ネットワーク

### 16年度第2回「自殺予防対策ホームページについての検討」意見集約

1. (行政の方のみお答え下さい) 自殺予防対策事業を行っていますか。あるいは、行う予定がございましたか。

- ・平成15年度から協議会(精神保健福祉センターを中心として、医療、教育、高齢、警察など)を発足し、事業を展開中である。
- ・「自殺予防対策」と銘打った事業はないが、「うつ病対策」として事業を組んでいる。健康増進事業の一環として、自殺予防について目標値を挙げている。
- ・今後行う予定で、現在準備中である。

#### 【対策事業の内容】

- ・行政職員、介護保険職員、一般科医師への研修、一般への普及啓発(講演、パンフ、メール配信)
- ・うつ病対策事業(予算額2,000千円):うつ病対策協議会の設置、うつ病対策事業(普及啓発、相談体制の充実、診療体制の確保)
- ・自殺予防対策として1,000千円(H16年度)。内容はうつ対策(講演会、リーフレット作成など)が中心。
- ・精神保健福祉協議会の開催、パンフレット作成、講演会の開催、講師派遣、相談体制の充実・助成(いのちの電話、心の電話相談)、調査研究(自殺の実態の概略まとめ、厚生労働省の自殺意識調査に協力、高齢者の生きがい度比較調査)

2. 自殺予防対策事業を行う上で、参考にした資料、参考にしたい資料、参考にすべき資料等がございましたら、お教え下さい。

- ・自殺の疫学、リスクファクター、高齢者における自殺・うつ病、身体疾患と自殺、プライマリケアでのうつ病臨床など、内外の文献をかなり多量に参照した。しかし、活動のターゲットを絞ったり、活動の裏づけとなるデータがなかなか得られないと感じている。(たとえば介護保険サービス受給者の自殺の実態、リストラと自殺の関連、未受診精神疾患患者の自殺など)
- ・行政の自殺予防対策は、うつ病、うつ状態に対するすみやかな治療的対応を主眼としており、そのエビデンスは、健康日本21で紹介された、新潟県松之山町の高齢者を対象とした自殺予防プロジェクトで示された自殺率の低下の成果にある。
- ・青森県の精神保健福祉センターで出色なマニュアルを作っている。

#### 【自殺予防対策に関係した主な刊行物】

- ・地域におけるうつ対策検討会：うつ対応マニュアルー保健医療従事者のためにー
- ・——：うつ対策推進方策マニュアルー都道府県・市町村職員のためにー
- ・厚生労働省：職場における自殺の予防と対応
- ・自殺防止対策有識者懇親会：自殺予防に向けての提言
- ・国立精神・神経センター精神保健研究所：行政担当者のための自殺予防対策マニュアル
- ・日本医師会：自殺予防マニュアル
- ・国立保健医療科学院：地域における自殺予防推進のためのガイドライン
- ・伊集院HC：地域におけるこころの健康づくり対策マニュアル
- ・高橋祥友：青少年のための自殺予防マニュアル。金剛出版、1999
- ・大山博史：高齢者自殺予防マニュアル。診断と治療社、2003

【自殺予防対策の分類】（高橋祥友氏による）

- ① プリベンション（啓発、狭義の自殺予防に当該）
  - ・ 一般住民に対する啓発のための組織作り
  - ・ パンフレットやポスターの作成
  - ・ 講演会の開催
  - ・ マスメディアの活用 など
- ② インターベンション（介入）
  - ・ うつ状態のスクリーニング調査
  - ・ 電話や窓口相談の拡充
  - ・ 一般医や精神科医の受診システムの確立 など
- ③ ポストベンション（事後対応）
  - ・ 自殺者の遺族ケア など

【民間の自殺予防活動】

☆ いのちの電話

市民活動組織で、匿名性を重視した、ボランティアによる電話相談を中心とした自殺予防活動を行っており、1971年に開設され、今は6県を除くほぼ全都道府県にある。

☆ 自殺防止センター

1978年に大阪で始まり、自殺予防を目的に、聴くことによる癒しという援助（ピフレンディング）をしている。

☆ あしなが育英会（NPO 法人）

もともと、交通遺児の支援組織だったが、今日は自死遺児のための奨学金貸与、教育指導、心のケアの援助にも重点が置かれている。ミーティングでの「自分史語り」が遺族ケアにも関係し、あしなが育英会より「自殺って言えなかった」（サンマーク出版）が出されている。今後、遺族ケアの相談窓口、自助グループなどの輪が広がり、遺族が癒されることが自殺を防ぐことにつながると思われる。

3. 添付のホームページ案について、改善点や有用な既存ページ等、検討すべき課題について、忌憚のないご意見をお聞かせ下さい。

- ・ 地域の特性に応じた細かい点（たとえば、閉鎖的な雰囲気のある地域に、どうやってアウトリーチするかなど）や、予算がなかなか乏しい中での工夫など、実際的な内容を盛り込むことができるように思う。
- ・ 国立保健医療科学院のホームページが有用と思う。
- ・ 研究情報としての最新のデータや文献リストなどが充実していると嬉しい。
- ・ 自治体がホームページを作成する上でのポイントとなる視点なども示してほしい。（予算が限られているため、職員の手で作る必要がある場合も想定）
- ・ 実際の現場（保健所・市町村保健センター）で活用できるようなものができればと思う。自殺未遂に終わった方の生の声とか、対策を進めていく上でのQ&A、衛生教育で使える媒体など、動画で見られればと思う。
- ・ 自殺願望者への自殺防止の普及・啓発はどうか（“ちょっと待った！死を選ぶ前に”）。たとえば、自殺を試みたが失敗して立ち直った人の体験談、NPO法人「蜘蛛の糸」の活動の話、自死者の遺族の声、「自殺って言えなかった」のメンバーからの自殺防止への提言など。
- ・ 提示されたコンテンツ案の内容には、すでにweb、冊子等で公表されているものが多く含まれていると思うが、それらとの差別化をどのように図るか検討しておく必要がある。
- ・ 民生委員などを対象としている部分があるが、民生委員は高齢者が多く、ホームページを見



るだろうか？ターゲットを絞り、それを明記し、内容を決定する必要があると思う。研究所の役割上、行政担当者や医療関係者向けにターゲットを絞ってもよいのではないだろうか。

- うつのチェックリストがあると、一般の人に、うつ＝自殺と印象づけられてしまう。現在「うつ病」と闘っている人が周囲にいた場合に、「自殺するのかも」と変に誤解しないだろうか。
- ホームページは内容だけでなく、どのように情報をつたっていくか・・・元に戻りやすい・・・とかそういうことがあると思う。どんなによい内容であっても内容に行きつかなければ意味をなさないので、工夫して欲しい。
- 一般向けについては、自治体や精神保健福祉センターのホームページなどとリンクしないと利用されないのではないか。

## 精神保健福祉政策研究ネットワーク

### 第3回（最終回）「地域精神保健体制と役割」意見集約

1. 精神保健福祉センターにおいて果たすべき役割について、優先順位の高いものを3つ挙げて下さい。可能であればその理由もお書き下さい。

#### 教育研修(7)

- ・ 保健所や市町村担当者が第一線で精神保健福祉の業務を展開するためには、各都道府県に1つしかないセンターがその教育を担う必要がある。
- ・ 精神保健に関してのリーダーシップをとる役目をセンターに感じている。
- ・ 障害者施策が今後市町村を中心として行われることを考慮すると、市町村障害者相談窓口の充実が緊急の課題である。また、不足している福祉施設の増加を急ぐ余り、その専門職員の育成が遅れ、福祉サービスの低下を引き起こしている。これらを鑑みると専門職員の研修は当面必須の事業と言える。
- ・ 今後、精神保健福祉の主体が市町村となる流れの中で、県の役割としては、ケアマネ養成等での質の高い研修プログラムの提供が重要となると思う。精神保健福祉センターで十分な研修を提供できる力量・ノウハウをどう蓄えていくかが問題と思われる。
- ・ 精神科の保健医療福祉が大きく再編される時期には、精神病院、精神科診療所、社会復帰施設などを対象にした研修が確実に行われる必要がある。今回の改革が包括的な内容であることから、その研修を担えるとしたら精神保健福祉センターしかない。

#### 調査研究(6)

- ・ 県全体の精神保健福祉をみられる立場にあり、なおかつ国の動向を把握しやすい立場でもあるので、その橋渡しとしての調査研究は必要と思われる。
- ・ 障害者施策が矢継ぎ早に見直されている。地域のサービスとして事業化するために、基礎資料としての地域ニーズの調査は欠かせない。さらに、新たな企画や事業化を目的にモデル研究も不可欠である。移り変わりの激しい時代こそ、専門機関としての調査研究機能ははずせない。
- ・ 政令市センターは相談等の直接サービスが重要になると思われるが、県センターとしての事業内容の差別化を図る意味においても、全県（もしくは圏域）を対象にした調査研究を行い、新しいメンタルヘルス課題に対するニーズ調査やモデル事業を実施していくことが重要と考える。
- ・ 今回の包括的システムに改編しようとする改革プラン（ビジョン・グランドデザイン）は、現場からすれば総論である。現場ごとに各論として具体化できるかどうか、やってみなくてはわからない。現場の実情を調査することが極めて重要になる。全国的な調査、都道府県レベルの調査の実施主体となるのは精神保健福祉センター以外にない。

#### 技術指導及び技術援助(4)

- ・ 地域保健の臨床において、センターの役割は、第一線に立つ市町村や保健所を支援する立場にあるので、技術支援、職員研修（行政職員、ケアマネ、ヘルパーの研修など）がセンターの最も大きな役割と位置づけられる。将来、一部は社会福祉協議会に委託することも考えられる。
- ・ 保健所や市町村担当者がスムーズにケースワークできるためには、対応しかねる困難・複雑事例に対する指導及び援助は不可欠である。

#### 企画立案(3)

- ・ 都道府県の精神保健福祉主管課と密接な連携をとりながら、専門性を生かした施策の推進を行う必要がある。

## 連絡調整(2)

- ・ 精神科の保健医療福祉を包括的システムに改編していくに当たっては、連携の促進を図る主体が必要になる。例えば情報提供のルール、情報提供のフォーマットを作成する必要がある。連携促進の主体になるべきは精神保健福祉センターではないか。

## 普及啓発(2)

- ・ 将来的には市町村レベルで担うことが望まれるが、専門機関として、センターの役割からはずせない。
- ・ グランドデザインをはじめとする障害者施策は、地域住民の理解と協力が必要である。また、精神障害が誰にでも起こりうる障害であることの啓発活動も地道に進める必要がある。すぐに結果の出る事業ではないが、継続することや時代にあった啓発活動を進めるためにも、専門機関である精神保健福祉センターが取り組む必要がある。

## 困難事例等への対応(2)

- ・ 精神病院、精神科診療所、社会復帰施設などで対応が難しい事例は必ずある。最後の受け皿は公的な機関で担うしかない。具体的には、対応の難しい救急事例、触法精神障害者、在宅高齢者の対応困難事例などである。それらは医療だけでなく、保健医療福祉の包括的な対応が必要である。公立精神病院ではなく、精神保健福祉センターが担うべきことであろう。幸い、精神科医、保健師など多職種の人材が確保されているので展開しやすい。モバイル救急、高齢者班など、多職種チームで対応することになるだろう。
- ・ 地域で処遇し難いいわゆる複雑困難例への対応や、特定相談に指定している相談事業は、専門機関として対応する必要はあるが従来の来所相談という形態だけにこだわらず、地域での相談体制の構築支援や他の事業との組み合わせも視野に入れながら限りある人材の有効利用をする中で工夫をする必要がある。

## 相談窓口

- ・ 困難事例対応チーム、研修、調査を担っていれば、相談窓口としても機能できる。市町村の相談窓口への指導助言、及び、住民からの相談を直接受け止める。後者についてはしかるべき相談窓口へ振り分けることが中心となるだろう。

## 組織育成

- ・ これまで、断酒会、精神障害者家族会連合会、当事者会連合会、ひきこもり家族会などを育成してきたことから、重要な役割として取り上げた。

## リハビリテーション機能

- ・ アウトリーチサービス（訪問支援）がこれからの中心的サービスになるだろうが、それを支援し、協働する施設サービスとしてのリハビリテーションモデルを作り上げることは、わが国で地域ケアが根付くかどうかに関わる問題であり、精神保健福祉センターの果たすべき重要な課題の一つと考える。

## 法定移管業務

## 広域対応システムの開発及びそれに関連するモデル事業

### <精神保健福祉センターのシンクタンク機能について>

#### ☆ 必要性

- ・ 役割としては重要だが、能力も権力もないのが実情である。具体的には調査研究や協議会等を作り、そこで提言を作成するなどの方法が考えられるが、後者についてはセンター自身が行政機関であり、関わり方がやや難しい。他の業務と並行して行うためには、それなりのマンパワーが必要である。
- ・ 本庁主管課の職員は知識も技術も乏しいにもかかわらずセンターに相談することが少なく、

そのため業務が進捗しないのが現状である。例えば県の衛生環境研究所は公衆衛生面のシンクタンク機能を果たしており、精神保健福祉領域においてはセンターがその機能を担うのに最適である。

- ・ 都道府県、保健所、市町村等があるべき姿に導き、精神保健の施策を進めていくことが大切であると思う。国や県内の情報をキャッチして、各保健所や市町村や精神科病院等へフィードバックすることで、精神保健行政が進み、精神障害者に対する偏見が緩和されていくと思うので、強化する必要性を感じる。
- ・ 精神保健福祉施策の企画に当たってのシンクタンク機能は、専門機関としてのセンターの役割であることは言うまでもないが、その活用方法について従来不本意ながら確立されていなかった。しかし、本庁・本課の弱体化の中で専門情報を求めてくることも多く、本課の政策立案への助言機能は必要である。そのために情報の蓄積と情報の発信をするための唯一の機関である。
- ・ 今回のグランドデザイン案では、精神障害者施策については、市町村を中心に、年齢、障害種別、疾病を超えた一元的かつ安定した障害者自立支援システムを、都道府県（保健所、精神保健福祉センター、本庁主管課）と国が重層的に支援する体制として整備するという方向を明記して評価できる。他方、各都道府県の市町村構成は複雑多様である実態を考慮すると、都道府県レベルでの地域実態を踏まえた地域精神保健福祉体制の計画的整備を推進する上で、精神保健福祉センターは、その企画立案にかかるシンクタンク機能を果たすことは極めて重要と考える。
- ・ 現状の精神保健福祉センターに（行政情報は集積されているが）技術的中枢機関となれるだけのノウハウの蓄積はなく、その能力を持ち合わせていないのではないかと。ノウハウは自ら事例を扱うことでしか獲得できない。積極的に対応困難事例に取り組むことが必要だろう。

#### ☆ 方策

- ・ 県が動かなければ簡単には変わらない。外部機関がセンターのあり方について提言するような動きが必要だろう。
- ・ センター内に精神保健福祉情報室を置き、専従職員も2人程配置する。そして32条・45条のみならず、精神医療・保健・福祉統計の情報を一括してそこに集中する。国の施策や通知についても、その情報室から各保健所や市町村に流すようにする。
- ・ 精神保健センターの機能充実が求められる。ハード（建物等）やソフト（マンパワー等）の充実からではないだろうか。地域の情報を収集整備し、還元するためのシステム構築なども考えられる。
- ・ シンクタンク機能を果たすためには、(1) 全県的な情報の収集と提供、(2) 各都道府県の精神保健並びに精神障害者福祉施策に資する調査研究、(3) 精神保健及び精神障害者福祉体制の整備に関わる圏域間の連絡調整、(4) 都道府県が行う精神保健並びに精神障害者福祉業務の評価、(5) 市町村、保健所（保健福祉事務所もしくはセンター）、精神障害者地域生活支援センター等が行う精神保健相談並びに精神障害者福祉相談のうち複雑又は困難な事例への支援等、(6) 精神障害者の社会復帰を推進するためのリハビリテーション機能の開発、モデル事業の推進、にかかる具体的な機能が必要になると考える。

2. 保健所において果たすべき役割について、優先順位の高いものを3つ挙げて下さい。可能であればその理由もお書き下さい。

#### 相談・訪問指導(6)

- ・ 第一線機関として相談、訪問指導業務は欠かせない。
- ・ 現状の精神科の保健医療福祉システムは、基本的に民間ベースで運営されている。民間ベースのシステムでは、必ず対応されないケースがあり、対応の窓口（公的なセーフティネット）が必要になる。それは保健所が担うしかないだろう。
- ・ ケースへの対応では現場をみることが欠かせない。訪問活動が日常的に行えるようになっていなくてはならない。