

図7 「H20 精神科個票管理」個票 12 入力画面

資料 1 電子調査票試用協力病院募集の都道府県・政令指定都市あて依頼状

平成 21 年 1 月 6 日

都道府県・政令指定都市 精神保健福祉主管課長 殿

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」
研究代表者 竹島 正（国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部長）

平成 20 年度精神保健福祉資料に係る電子調査票の試用について
（協力病院募集のお願い）

日頃は大変お世話になっております。

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、精神保健福祉施策推進の資料を作成するため、各都道府県・政令指定都市（以下、自治体）に依頼し、毎年 6 月 30 日付けで調査（以下、630 調査）を実施しております。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 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」をもとに、調査票の作成、調査結果の集計と分析を担当しております。

さて本研究班では、630 調査に電子調査票を導入する準備を進めてきました。この目的は、電子調査票のエラーチェック機能によりデータの欠落・不備の訂正に伴う負担を軽減し、集計結果を掲載した「精神保健福祉資料」を早期に発刊するためです。

平成 20 年度の調査につきましては、既に昨年 10 月末に報告期限を過ぎておりますが、平成 20 年度 630 調査の内容で精神科病院に対応した電子調査票を開発いたしました。電子調査票は 21 年度からの本運用を考えておりますが、その前に精神科病院に試用していただき、ご意見をいただくことが必要と考えております。平成 20 年度調査につきましては、既に多くの精神科病院等から回答が寄せられていることと存じますが、これから試用版電子調査票を利用して回答することが可能な精神科病院がございましたら、作業の迅速化にもなりますので是非ご協力いただきたいと思います。とっております。

つきましては、貴自治体で協力可能な精神科病院を募集していただけないでしょうか。ご多忙のところ大変恐縮ですが、応募のあった病院の名称、所在地、電話番号、担当者氏名、およびその方の電子メールアドレスを、1 月 30 日（金）までに下記へご連絡いただけると幸甚に存じます。

なお、今回の電子調査票は精神科病院が回答する個票（1～16）のみ作成可能となっております。また、担当者は Microsoft Excel の基本的な操作が可能の方とさせていただきます。精神科病院には、応募を以て必ず電子調査票を試用する義務は生じません。病院向けの手続き説明図を添付させていただきますので、関心のある病院を広く募集していただければ幸いです。

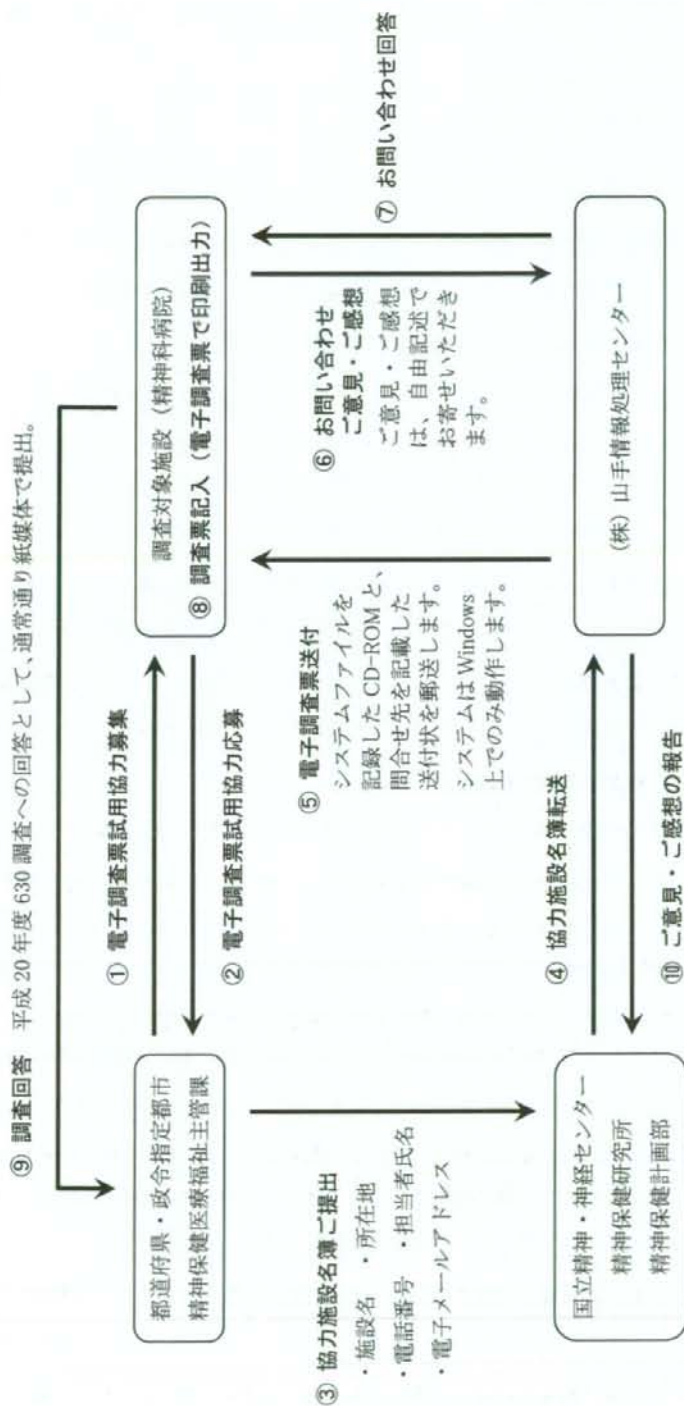
ご協力のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

ご連絡先 国立精神・神経センター 精神保健研究所 精神保健計画部長 竹島 正

TEL: ***** (内線****) FAX: ***** E-mail: *****

平成20年度630調査 電子調査票試用の手続き

- ★電子調査票は、作成元の(株)山手情報処理センターから送付します(下図⑤)。
- ★電子調査票についての問い合わせ、試用しての意見は、(株)山手情報処理センターに直接お寄せください(⑥)。
- ★調査票は入力完了後に印刷出力し(⑧)、通常通り都道府県・政令指定都市に提出してください(⑨)。
- ★③でいただいた協力施設の情報は、今回の電子調査票試用以外の目的には使用いたしません。



資料3 電子調査票の試用に関して協力病院が回答するアンケート (1/2)

平成20年度精神保健福祉資料に係る電子調査票の試用 アンケート

この度は、電子調査票の試用へのご協力、誠にありがとうございます。平成21年度からの本運用に向けて活用したいと思っておりますので、以下の質問へのご回答をお願いいたします。

A. 電子調査票を試用した感想として、最も近いものを1つ選び、番号に○を付けて下さい。

(1) 電子調査票の開封から入力開始までに困難はありましたか。

1 困難はなかった 2 多少の困難があった 3 相当の困難があった

(2) 説明書を読むのに困難はありましたか。

1 困難はなかった 2 多少の困難があった 3 相当の困難があった 4 読まなかった

(3) 個票管理アプリケーションでのデータ入力に困難はありましたか(集計支援アプリケーションからデータをインポートする操作は除きます)。

1 困難はなかった 2 多少の困難があった 3 相当の困難があった

(4) 集計支援アプリケーションでのデータ入力に困難はありましたか。

1 困難はなかった 2 多少の困難があった 3 相当の困難があった 4 使用しなかった

(5) 集計支援アプリケーションで入力したデータのインポートに困難はありましたか。

1 困難はなかった 2 多少の困難があった 3 相当の困難があった 4 使用しなかった

(6) 個票の印刷に困難はありましたか。

1 困難はなかった 2 多少の困難があった 3 相当の困難があった 4 印刷まで至らなかった

(7)-a 今回の電子調査票を用いてみて、作業に要した時間は従来に比べてどうなりましたか。

1 かなり短縮した 2 やや短縮した 3 変わらなかった 4 やや延長した 5 かなり延長した
6 分からない(最後まで電子調査票で作業しなかった、6月30日調査の回答自体が初めて、等)

(7)-b 今回は初めての電子調査票で時間を要したが、慣れれば作業が速くなるお感じの場合もあると思います。電子調査票の操作に慣れた時、作業に要する時間は従来に比べてどうなりそうですか。

1 かなり短縮 2 やや短縮 3 変わらない 4 やや延長 5 かなり延長 6 分からない

(7)-c 今回は不具合や使いづらさで時間を要したが、改良すれば作業が速くなるお感じの場合もあると思います。電子調査票を改良すれば、作業に要する時間は従来に比べてどうなりそうですか。

1 かなり短縮 2 やや短縮 3 変わらない 4 やや延長 5 かなり延長 6 分からない

(8)-a 今回の電子調査票を用いてみて、操作は簡単でしたか、困難でしたか。

1 かなり簡単 2 やや簡単 3 どちらともいえない 4 やや困難 5 かなり困難

(8)-b 電子調査票の操作に慣れた時、操作は簡単だと思いますか、困難だと思いますか。

1 かなり簡単 2 やや簡単 3 どちらともいえない 4 やや困難 5 かなり困難

資料3 電子調査票の試用に関して協力病院が回答するアンケート (2/2)

(9)-a 今回と同様の電子調査票を、今後も使いたいと思いますか。

- 1 使いたい 2 どちらかと言えば使いたい 3 どちらともいえない
4 どちらかと言えば使いたくない 5 使いたくない

(9)-b 電子調査票に必要な改良がなされれば、今後も電子調査票を使いたいと思いますか。

- 1 使いたい 2 どちらかと言えば使いたい 3 どちらともいえない
4 どちらかと言えば使いたくない 5 使いたくない

B. 電子調査票の動作異常についてお聞きます。

(1) 正しく入力しているのにエラーが出る、操作しても動作しない機能がある、エラーの定義に間違いがある、などの動作異常はありましたか。番号に○を付けてお答え下さい。

- 1 あった 2 なかった (使用した限りでは気付かなかった)

(2) 上の(1)で「はい」とお答えの場合は、具体的な内容をお書き下さい。

C. 動作異常以外の、使いやすさ等の点で改善を要することがありましたら、内容をお書き下さい。

D. その他のご意見、ご感想などございましたらお書き下さい。

アンケートにご協力くださりまして、ありがとうございました。ご記入の内容をお確かめになりましたら、*****までファックスにてご返信ください。

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書 5

精神保健医療福祉の改革の推進に関する研究

－精神医療メディアカンファレンスの試み－

研究分担者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

安西 信雄（国立精神・神経センター病院）

松原 三郎（松原病院）

森 隆夫（あいせい紀年病院）

研究要旨：

【目的】「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」）に示された国民意識の変革の達成目標を実現するためのアプローチとして、メディア従事者を対象にカンファレンスを試行し、その評価を行うことを目的とした。

【方法】メディア従事者を対象に 3 回のシリーズで精神医療メディアカンファレンスを実施し、その評価を行った。

【結果および考察】各回 10～15 名の参加があった。参加者は新聞を中心にテレビ、出版、インターネット関係などであった。参加者からはメディアカンファレンスに一定の関心が示され、今後継続するだけの手応えが得られた。「改革ビジョン」の実現には、社会一般の支持を得ることが不可欠であるが、メディアカンファレンスにおける精神保健医療福祉従事者とメディア従事者との対話は、国民一般に向けてのメッセージを形成していく上できわめて重要と考えられた。

【結論】精神疾患についての国民意識の変革を実現するためのアプローチとしてメディア従事者を対象にしたカンファレンスを試行し、その評価を行った。

A. 目的

平成 16 年 9 月に、厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」）をとりまとめた。「改革ビジョン」とは、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部による報告書であり、わが国の精神保健医療福祉のあり方を「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めることとして、おおむね 10 年後における、国

民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標を示したものである。その中で国民意識の改革については、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を 90%以上とする」という目標が示されている。

「改革ビジョン」に沿った国民意識の変革には、メディアの精神保健医療福祉についての理解と関心を高めることがき

わめて重要と考えられる。筆者の関与した厚生労働科学研究において、メディア従事者と研究者が討議・検討した結果、(1)メディアカンファレンスの定期開催、(2)メディアに中立的な立場から情報を提供し、より確かな報道を促す取組の実施、(3)メディア関係者の精神障害についての知識・意識・関心を把握するためのアンケート調査の実施、の3つが重要という見解が得られている。

本研究においては、上記の見解に基づき、メディア従事者を対象にした精神医療メディアカンファレンス（以下、カンファレンスという）を開催し、その評価を行うことを目的とした。また、このカンファレンス参加者の協力を得て、メディア従事者を対象にしたアンケート調査の調査票案の検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

カンファレンスは分担研究者がプログラムを作成し、平成20年11月から、おおむね1回の3回シリーズとして開催した。

3回の内容は下記のとおりであった。

- ・第1回（平成20年11月14日）
- ① 精神医療の現状と課題（厚生労働省精神・障害保健課課長 福島靖正）
- ② 精神疾患、特に統合失調症の理解（国立精神・神経センター病院リハビリテーション部長 安西信雄）
- ③ 意見交換

- ・第2回（平成20年12月12日）
- ① 入院中心から地域中心への移行—その現状と課題—（松原病院理事長

松原三郎）

② 意見交換

- ・第3回（平成21年1月13日）
- ① 情報コーナー（身体もこころも診られる医師養成に赤信号—臨床研修制度の見直し進む、ライシャワー事件における新聞報道記事）
- ② 精神科病院—病診連携の問題点と愛知県での取り組み—（あいせい紀年病院理事長 森隆夫）
- ③ 意見交換

カンファレンスには、過去に国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部に取材に訪れた記者、自殺予防総合対策センターのメディアカンファレンスに参加した記者、同じく業務上で名刺交換を行った記者等に個別に参加の呼びかけを行った。また国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部ホームページ、同じく自殺予防総合対策センターホームページにおいてカンファレンスの開催案内を行なった。第2回からは厚生労働省記者クラブへの投げ込みも行った。

以下に、記者クラブへの投げ込みに用いた趣旨説明を挙げる。

・・・・・・・・・・・・・・・・

この度、国民の必要とする精神医療の実現に向けて、メディアカンファレンスを開催いたします。

近年わが国の精神疾患による受療者数は急速に増加し、平成17年には300万人を超えました。特に外来患者の増加は著しく、その推計数はおよそ268万人となっています。また、入院患者数はおよそ32万人ですが、年齢別では65歳以上の

高齢者の割合が4割を超えており、1年以上入院が続いている患者が7割を占めています。

厚生労働省では、平成16年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、精神医療を改革し、国民の必要とする精神医療の実現に取り組み始めました。しかし、その改革は始まったばかりです。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」（研究代表者 竹島正）におきましては、メディアカンファレンスを開催し、国民の必要とする精神医療の確保のための意見交換を行うことといたしました。

このカンファレンスでは、精神医療の改革に実際に取り組み、かつ幅広い情報をお持ちの方々に講師にお迎えして意見交換しております。

マスメディアの皆様のご参加をお待ちしております。

.....

C. 研究結果

講師および主催者を除いた、カンファレンスの各回の参加者は下記のとおりであった。

第1回：17人（新聞11人、出版・TV・インターネット等6人）

第2回：15人（新聞12人、出版・TV・インターネット等3人）

第3回：15人（新聞7人、出版・TV・インターネット等8人）

第1回参加者の性・年齢別（アンケートに回答した者のみ）は、男性8人（53.3%）、女性7人（46.7%）であって、

年齢は、「20～29歳」1人（6.7%）、「30～39歳」2人（13.3%）、「40～49歳」7人（46.7%）、「50～59歳」5人（33.3%）、「70歳以上」1人（6.7%）であった。

第1回では、2回目以降の参考とするために取材経験等についての簡単なアンケートを行った（回答者15人）。

「改革ビジョン」の達成目標である「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気だと思いますか」という質問には、「そう思う」11人（73.3%）、「ややそう思う」3人（20.0%）、「そう思わない」1人（6.7%）と回答があった。

「あなたは、今日の話題にある『精神保健医療福祉の改革ビジョン』についてご存知ですか」という質問には、「内容まで知っていた」5人（33.3%）、「名前は知っていた」5人（33.3%）、「知らなかった」5人（33.3%）と回答があった。

「あなたは、この1年に、精神障害についての取材・報道の経験がありますか」という質問には、11人（73.3%）が経験ありと回答した。「あなたは、この1年に、業務の上で、精神障害のある方と話をしたり、その意見を聞いたりした経験がありますか」という質問には、6人（40.0%）が経験ありと回答した。「精神保健医療福祉の専門家」、「精神保健医療福祉行政の担当者」について同じ質問をしたところ、それぞれ12人（80.0%）、8人（53.3%）が経験ありと回答した。

「あなたは、精神医療についてどのようなことに関心がありますか。また、今後のカンファレンスで聞きたいこと・知りたいことがあればお書きください」という質問には、次のような回答があった。

・ 精神医療の従事者がメディアになにを望むか、求められている役割など、

メディアは何ができるか。

- ・ 民間の病院はどんな努力をしているのか。
- ・ 報道の際にどのように役立たせることができるか。
- ・ 家族支援。
- ・ 地域居住問題、青少年への教育問題。
- ・ 医療福祉政策、知識の普及と偏見の解消、精神障害者の人権擁護。
- ・ レクチャー主体ではなく、ディスカッションまたはワークショップ型で議論に半分ぐらいの時間を割いた方がよいと思う。講演者と個々の記者というだけでなく、記者同士の議論も必要と思う。
- ・ うつ病の治療や職場復帰の具体的な内容。
- ・ 医療観察法の検証。想定された目的を果たしているか。車の両輪とされた一般の精神医療の底上げは？
- ・ 国の機関がもっと積極的になってほしい。
- ・ 患者は病気でどんな症状の体験をしているのか。
- ・ 諸外国の具体的な事例を伺いたい。
- ・ 国の施策の進捗状況。

第1回カンファレンスの「精神医療の現状と課題」（厚生労働省 精神・障害保健課課長 福島靖正）についての主要な意見は次のとおりであった。

- ・ 民間病院の事務方が経営のために入院者を「営業」しているのも事実。
- ・ かつてAに勤務していたが、知事が障害者を地域にとっていたが当時はよく意味を理解していなかった。
- ・ 民間病院の良い点として経営を考えなければいけない現実。その間に患

者や家族がいる。

- ・ 課題は30年前から変わっていないと思った。
- ・ 諸外国と比べて日本の病床数が格段に多いことが興味深かった。
- ・ 病床数が多い、入院患者が多い、入院期間が長いことが問題である。しかし病床数の削減の具体策が欠けている。退院後の地域ケアをどのように進めるかが分かりにくい。
- ・ 地域の受け皿をだれが提供するの、現状では病院が敷地内に施設を作るケースがありますが、それは果たして望ましい形なのか、お話を聞きながら考えました。
- ・ よくわかった。行政として今後の取り組みの日程を教えて欲しかった。
- ・ 問題のありかについての認識、大きく変えるツールの必要性という点で私自身と大変重なる点の多いお話で、今後の行政に期待を持った。抜本的改革を考えないと無理だと思う。
- ・ 本人にとって、地域の人にとって、なぜ退院促進なのかイメージしやすいように説明して欲しい。
- ・ 概ね理解できるお話でしたが、急増する認知症患者の対応や手厚い急性期医療のためには医師不足の問題はないのでしょうか。
- ・ イタリアでは精神病院から在宅へ。日本では難しいので街中で中間移行施設があってもいいのかなとも思います。
- ・ 医師に積極的になって欲しい。
- ・ 認知症の重要性、医療でできること、医療以外でできることの内容。
- ・ 全く不勉強でしたので分かりやすくまとめてお話しくださりありがとうございます

ざいました。質疑でもありましたが、生活者に知って欲しいことを具体的にお話いただくと助かります。

第1回カンファレンスの「精神疾患、特に統合失調症の理解」(国立精神・神経センター病院リハビリテーション部長安西信雄)についての主要な意見は次のとおりであった。

- ・ 素人にとってわかりやすい内容。基本的なことを知る機会になった。
- ・ 予後はやはり良くない病気だと改めて思った。
- ・ 統合失調症の具体的な症状、退院促進に必要な環境などが理解できた。
- ・ 統合失調症が再発しやすいこと、治癒ではなく「回復」を目指すことが重要であることがわかった。
- ・ 外国の文献からの引用が多く、少しわかりにくかった。しかし、退院準備プログラムなど初耳の話があった。
- ・ 内容はわかりますが、一般の記者には用語や疫学データの理解が難しかったのではないかと。退院促進の効果をクリアに打ち出す必要が社会に向けてある。
- ・ どうして統合失調症になるのか。周囲はどうしたらよいのか？ 統合失調症の症状は大分わかった。
- ・ 治癒から回復へというストラテジーの転換は分かりやすかったです。多剤併用問題がまだあまり改善していないというのは驚きました。
- ・ まだ良く分からないことが多く勉強になります。
- ・ 症状についてよく分かりました。単語が難しく分からないところがチラホラ・・復習します。

第2回カンファレンスの「入院中心から地域中心への移行ーその現状と課題ー」(松原病院理事長 松原三郎)についての主要な意見は次のとおりであった。

- ・ 障害者自立支援法では精神障害者の長期入院者の地域復帰は進みにくいという認識が現にあることがわかった。では、どうしたらという点について、実際の政策面での働き方を知りたいと思った。
- ・ 問題意識を持って、現実的な改善の手立てを探っておられることがお話からわかりました。
- ・ 「地域医療を積極的に行う病院」、「地域と連携した病院」のもう少し具体的なイメージを知りたい。
- ・ 専門的な内容に加え、質疑にていねいにお話いただいた。地域コミュニティのあり方について再考させられた。「医」半分、「地域」半分という姿に、漠然とではあるが、大切さのイメージがわいた。精神医療だけが「特別」な世界ではなく、基本的な社会の課題は共通項が多いことを再認識した。
- ・ ACTの日本でのしっかりとしたモデルを作るなどして実現のための取組みをすべきだと思います。
- ・ 地域で支えるボランティアが必要とこのことですが、日本でもボランティアに支えてもらえる可能性を聞いたらよいと思います。
- ・ 否定的なものよりも可能性を見出そうとすることでメディアは協力しようと思えます。
- ・ 社会の理解が変わらないと真のACTは難しいのではないかと。

第3回カンファレンスの「精神科病院—病診連携の問題点と愛知県での取り組み—」（あいせい紀年病院理事長 森隆夫）についての主要な意見は次のとおりであった。

3回のカンファレンス終了後に行ったアンケートで、参加しての感想を聞いたところ次の結果が得られた。

- ・ 厚労省の政策についてきちんと批判的な視点を持っていた。その点がいいと思った。
- ・ 病診連携は興味深い試みだと思う。
- ・ 病診連携はとてもユニークな取り組みだと思った。成功を期待する。
- ・ うつや自殺対策問題の治療や連携の実例を聞きたい。
- ・ 思いが先走った感じがあった。
- ・ 患者に対する情報提供をより行うための仕組みづくりをされているのだと思います。非常に大切な取り組みだと感じました。今後に期待します。
- ・ 診療所の問題点をもっと聞きたかったと思います。
- ・ Q&Aで少し違ったけれど、そのまま聞いていると、民間病院の権益保全を語っているように思えた。もっとクリアに本音を示してもらいたかった。

3回目終了後のアンケートで、「カンファレンスはどの程度役立ちましたか」と聞いたところ、「役に立った」3人(30.0%)、「まあ役に立った」6人(60.0%)、「無回答」1人(10.0%)であった。「機会があったら報道したい、記事にしたいと思われる事項があったか」について聞いたところ、「あった」6人(60.0%)、「どちらともいえない」4人(40.0%)であっ

た。具体的内容としては、社会的入院の問題、認知症患者の入院させることについて、未完病院の動向、ドクターナビ、精神科リハビリテーション、長期入院者の退院に向けた取り組み、などが挙げられた。

今後、カンファレンスを実施する場合の実施頻度については、「3回程度のシリーズ」5人(50.0%)、「2~3ヶ月に1回」5人(50.0%)であった。「実施する際の、最も期待する開催形式」は、「講義」1人(10.0%)、「テーマを決めたディスカッション」1人(10.0%)、「簡単な話題提供とディスカッションの組み合わせ」5人(50.0%)であった。「その他」3人は、「当事者の講演」、「これまでの形式。ただし討議・意見交換もよい」、「参加者の話題提供は面白い」であった。

「その他の意見」としては、次のことが挙げられた。

- ・ このような講座は、主に社会部系の記者に聞かせたい。精神障害者の社会復帰施設に関わっている人など、医療関係以外の人たちの講座も必要。
- ・ 懇親会での情報収集は役立ちました。参加者との意見交換ができたことの意義は大きかったです。
- ・ こういう試みがあれば出してみたい。
- ・ 時間が6時半か7時からだと参加するのが楽です(3回とも6時開会であった)。
- ・ 精神領域は医療とそれ以外の領域が複雑になっていて、基本知識がない私としては毎回ついていくのに精一杯でした。ただ毎回、新鮮な気持ちで参加でき、大変勉強になりました。
- ・ 医師ばかりでなく、他の医療スタッフや患者もありうる。

第1回のカンファレンスのアンケート結果も踏まえて、メディア従事者を対象にしたアンケート調査の調査票案を作成した。アンケートは、メディア従事者が精神障害にどのような知識・意識をもっているか、どのような関心・問題意識をもっているか、どのような情報を必要としているか、などを把握し、効果的な普及啓発活動を実施するための情報を得ることを目的として作成した。そして第2回カンファレンスの出席者に、よりよい調査を実施するために、分かりにくい表現はないか、選択肢は適切か、分量は適切か、質問項目の提案などを、電子メール、ファックス、郵送のいずれかの方法で回答を受けた。寄せられた意見は、質問項目を少なくして、メディア従事者の協力を高めることなどであった。

D. 考察

精神保健医療福祉の改革ビジョン(以下、「改革ビジョン」)に示された国民意識の変革の達成目標を実現するためのアプローチとして、メディア従事者を対象にカンファレンスを試行し、その評価を行った。毎回、新聞関係を中心に15人程度のメディア従事者名の参加があり、意見交換では活発な質疑がなされたが、その様子は、本報告書にあげた毎回終了後のアンケートからも読み取れるであろう。すなわち国民の福祉に関わる重要な情報として、精神保健医療福祉の情報に関する潜在的なニーズは大きい可能性がある。

「改革ビジョン」の趣旨を実現して、わが国の精神保健医療福祉のあり方を「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向に推し進めるには、国民の支持を得る必要があることは言うまでもなく、

今回のカンファレンス試行を契機に、例えば、国立精神・神経センターが日本精神神経学会、日本社会精神医学会などと連携して、メディアカンファレンスを開催することも検討されてよいのではないか。海外の精神保健 NGO ではメディアセンターを設け、メディア新人向けカンファレンス、メディア従事者用の精神保健や自殺予防に関する冊子を作成している例もある。このような段階に至ることを目標として、また真に国民の必要とする精神保健医療福祉サービスの実現を目指して、精神保健従事者とメディア従事者の共同作業が始まることが期待される。

E. 結論

「改革ビジョン」に示された国民意識の変革の達成目標を実現するためのアプローチとして、メディア従事者を対象にカンファレンスを試行し、その評価を行った。メディアカンファレンスにおける精神保健医療福祉従事者とメディア従事者との対話は、国民一般に向けてのメッセージを形成していく上できわめて重要と考えられた。

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

I. 参考資料

平成 19 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)

精神障害者の正しい理解を図る取り組み
の組織的推進に関する研究 (主任研究
者: 保崎秀夫). 日本精神保健福祉連盟,
2008.

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」

分担研究報告書 6

精神保健医療福祉の改革の推進に関する研究

－「改革ビジョン」を実現する地域システムのモニタリングについて－

研究分担者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
研究協力者 伊藤 真人（川崎市精神保健福祉センター）
大山 勉（川崎市健康福祉局障害保健福祉部精神保健課）
大嶋 正浩（メンタルクリニックダダ）
助川 征雄（聖学院大学人間福祉学部）
藤田 大輔（岡山県精神保健福祉センター）

研究要旨：

【目的】わが国の地域精神保健医療福祉（以下、CMH とする）の発展において、重要と考えられる取り組み事例をもとに、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」とする）を実現する地域システムのモニタリングについて考察することを目的とした。

【方法】研究分担者の示した「地域精神保健医療福祉の発展プロセス」にしたがって、岡山、川崎、浜松の事例を紹介し、それにわが国における CMH の発展史の視点から考察を加えた。

【結果および考察】「改革ビジョン」を実現する地域システム、または CMH 発展のモニタリングとして、(1) 都道府県・政令指定都市における CMH 発展の基本理念、重点課題、実施計画などを文章化し、当事者や家族、支援者のみならず、行政内部など幅広く認知され賛同を得る取り組みの状況、(2) 他の障害や児童・教育領域との連携の状況、(3) 地域ネットワークの発達状況、(4) 地域生活維持・継続のための地域精神科救急の体制整備の状況が重要であることが示唆された。また、諸外国の歴史的教訓をわが国の CMH に活かすことの必要性が示唆された。

【結論】わが国の地域精神保健医療福祉の発展において、重要と考えられる取り組み事例をもとに、「改革ビジョン」を実現する地域システムのモニタリングについて考察し、その要点を抽出した。

A. 目的

平成 16 年 9 月に、厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」）をとりまとめた。「改革ビジョン」とは、厚生労働大臣を本部長と

する精神保健福祉対策本部による報告書であって、わが国の精神保健医療福祉のあり方を「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めることとして、おおむね 10 年後における、

国民意識の変革、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標を示したものである。

「改革ビジョン」は平成21年9月に中間点を迎えるため、厚生労働省は、平成20年4月に「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」）を設置し、「改革ビジョン」に示された達成目標の第一期（前半5年間）の成果を評価するとともに、平成21年9月からの第二期（後半5年間）における施策群を検討している。

「改革ビジョン」の実現には、地域精神保健医療福祉（以下、コミュニティメンタルヘルスまたはCMHとする）の充実が不可欠である。本研究は、わが国のCMHの発展において、重要な活動を展開してきた地域における取り組みをもとに、「改革ビジョン」を実現する地域システムのモニタリングについて考察することを目的とした。

B. 研究方法

研究分担者はCMHの発展プロセスを図1に表してきた。

図1. 地域精神保健医療福祉の
発展プロセス

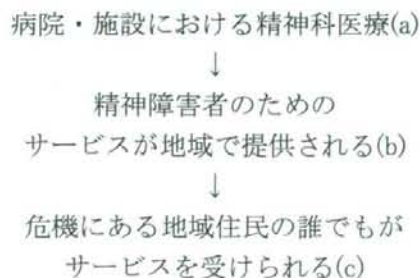


図1において、(a)は「入院医療中心」、(b)は地域の中に統合失調症を中心とし

た精神障害者のためのサービスが整備されることを示している。(c)は、(2)の実現に加えて、地域社会の中に統合失調症以外の精神障害者のためのサービスも整備され、社会全体のこころの健康づくりの取り組み、すなわちメンタルヘルスプロモーションが浸透した状態を示している。

本研究では、(b)に地域精神医療をていねいに実践してきた岡山県の事例を、(b)から(c)への発展に、わが国のCMHのベスト・プラクティスである川崎市の事例を、(c)にメンタルヘルスプロモーションへの指向性をもって民間中心に取り組んできた浜松市の事例をとおいて、「改革ビジョン」を実現する地域システムの指標について検討した。また、CMHの発展を自治体内部と大学人の立場から見つめてきた者の視点をもとに考察した。本研究は、平成20年に日本で開催された第13回PRCPにおけるシンポジウム

“Community Mental Health in Japan: What Can We Learn from Best Practice Models?”の藤田、大山、大嶋、助川の報告をもとに、研究分担者がまとめた。

（倫理面への配慮）

本研究はCMHの発展経緯の著述と考察であって、個人情報扱うものではない。

C. 研究結果

1. ACT おかやまー日本における Assertive Community Treatment (ACT) 発展の可能性ー（藤田 大輔）

1) はじめに

岡山県では、行財政改革に端を発し、県立精神障害回復者社会復帰施設の廃止と時期を同じくして開始されたのがACTおかやま事業であった。

地域でのACT実践をもとに、地域にお

ける精神科救急充実の必要性について述べる。

2) 実施状況

実施件数は表1のとおりである。紹介元は、市町村・保健所の対応困難事例、民間診療所・精神科病院などである。ACTおかやまは公的機関でもあるため、既存の地域資源につなげることも念頭に置いており、一定の終結件数が存在する。

表1. ACT おかやまの実施件数

	新規 受理	継続	終結	累計
17年度	16	13	3	16
18年度	17	23	7	33
19年度	22	40	5	55

3) ACT おかやまの要素

ACT おかやまの機能を、現在の精神医療・保健・福祉の動向もふまえて説明すると、以下の要素に分類される。

- (1) 危機介入（地域精神科救急）
- (2) 退院促進
- (3) 継続的アウトリーチ型地域支援

上記3要素を具体的に説明する。

(1) 危機介入（地域精神科救急）

従来の精神科救急は「入院に向けての体制整備」であったが、今後病院から地域への移行を促進するためには「地域生活維持・継続のための地域精神科救急の体制整備」が急務である。ACT おかやまでは、週3日以上訪問（医療提供、生活支援）の必要な状況を危機介入と定義した。H17～20年度に実施した全ケースについて、上記定義に合致する危機介入について分析をした。その結果、定義に合致する危機介入が67件あり、それらの

GAF（機能の全体的評定尺度）平均値は42であった。一般的に、GAF40以下が精神科病院入院相当といわれていることを加味するならば、危機介入の定義に合致した対象は、ACT おかやまが無ければ入院していたであろう、重度（症状・生活面）の状態であったといえる。このうち53件（危機介入件数の80.1%）で入院を回避しており、ACTによる地域での危機介入、つまり地域精神科救急は有効であったと考えられた。しかし、その53件のうち34件（64.2%）は何らかの理由で診療報酬上請求ができない状況であった（表2）。

表2. 診療報酬請求の可否

診療報酬 請求	入院 回避	入院 判断	計
不可能	34	11	45
可能	19	3	22
計	53	14	67

このことは、地域における危機介入は有効であるが、採算面で成り立たないことが多く、現状においては民間で実施することは困難であることを示している。よって、地域におけるACTモデルの危機介入は公的機関が担うか、公的予算をACT実施可能な民間機関へ委託するか、ACTそのものを診療報酬上で成り立つようにすることが必要と考えられた。

(2) 退院促進

岡山県では1年以上精神科病院に入院している状況を長期入院としており、その対象者が国の実施している地域移行支援事業対象者である。しかし、その対象者とは別に1年未満の入院患者であって

も、複雑困難なニーズのため長期化する可能性の高い対象者は長期入院（社会的入院）予備群として、また入院1ヶ月未満であっても早期（超早期）退院群として、県単独で予算化したACTおかやまという資源を活用して退院促進を実施している。対象者は国が実施する地域移行支援事業対象者より明らかに重度である。例えば、その重症度は以下の表3のように、介入時の入院形態からも理解される。措置入院・医療保護入院中から精神科病院より依頼があり介入するのである。

表3. 入院中からの退院促進依頼

ケース数	GAF平均	介入時入院形態	退院者数	入院中	中止
27	46.6	措置：4	3	1	0
		医療保護：15	13	2	0
		任意：8	4	4	0

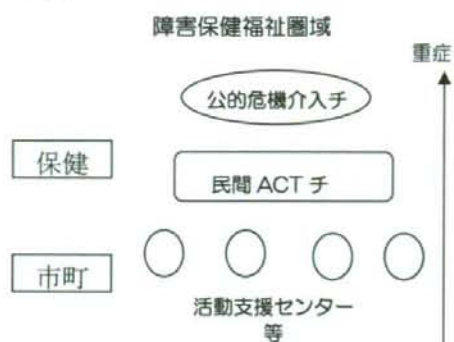
（3）継続的アウトリーチ型地域支援

ACT対象者は基本的に重度精神障害者であるため、精神科病院退院後、危機介入後も社会・医療から孤立する危険性が高い。よって、支援はアウトリーチ型である必要がある。

（4）ACTの発想からの包括的地域支援システム

上述のように、地域で社会・医療的に孤立している重度精神障害者への、地域生活維持・継続を目的とした包括的地域支援システムはACTおかやまの実践から図2のモデルが必要と思われる。

図2.



精神科病院への入院判断が必要となる最も重度の対象者には、採算面で成り立たない状況もしばしばあるため、公的機関が実施する危機介入チームが必要である。重症度が危機介入チーム対象者程ではない場合は、民間が運営するACTチームが支援を提供する。また、重症度が民間ACTチーム程ではない場合は、市町村保健師、地域活動支援センター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、診療所等の連携によりアウトリーチサービスを提供する。このような、医療・社会から孤立する重度精神障害者の地域生活維持・継続にはアウトリーチ型の包括的地域支援が必要である。

現在の精神医療・保健・福祉が抱える課題解決には、もちろん福祉の充実が必要と思われるが、福祉が信頼できる精神医療にする、すなわち、信頼される精神医療にするための改革が必要である。その中では、精神障害者の地域生活維持・継続には、特に地域精神科救急（危機介入）の充実が必要と思われる。

2. 川崎市における地域精神保健福祉活動—精神障害者への地域ケア活動の経過・現状と今後の課題—（大山 勉、伊藤 真人）

1) はじめに

川崎市では、1960年代から保健所のソーシャルワーカーや保健師などの専門職により、精神障害者に対し積極的な地域支援を開始した。その後、1971年設立されたリハビリテーション医療センター（以下リハ医療センターとする）の活動も加わり、全国的に精神科病床が増えている時期に、増加することなく減少傾向で推移し、全国平均と比べ在宅率が高い（特に単身者の在宅率）などの成果が見られた。

こうした活動をベースにして、2008年4月に北部地域リハビリテーションセンターが開設され、本市においてはグループホーム等の居住支援、通所の場合、相談支援事業所などと併せて、精神障害者の地域支援に必要な支援機関がかなり整備されてきている。

ここでは、川崎市における地域精神保健福祉活動の経過と現状、課題を事例として報告する。

2) 活動の経過

川崎市では1960年代からの、保健所の精神科病院からの積極的な社会復帰支援活動や訪問による地域支援活動と、それに続くリハ医療センターの活動が加わったことにより、精神保健福祉における多くの成果が上がってきたと考えられる。

1993年に市内全ての医療機関の協力を得て、市内在住の統合失調症患者の状況を把握した。調査対象者は、入院者は全員、在宅者は3分の1とした。この統合失調症者の生活実態とニーズの調査によれば、①入院受療率が低く在宅率が高い（約70%で全国平均より16%高い）、②単身者の在宅率が高い（全国平均の3倍以上）、③精神科病床数が少ない（全国

平均の約40%）といった成果がみられた。

本市として、市内1カ所のリハ医療センターを中心とした活動の地域化、保健所やリハ医療センターなどの公的機関中心から民間資源の活用、統合失調症中心からメンタルヘルス全般を対象としたシステムへ、などが課題として取り上げられてきた。こうした課題に対応するものとして、2000年以降、3障害共通の下記にあげる障害福祉に関する計画が策定された。代表的な計画として「総合的な地域リハビリテーションシステムの構想について、2000年」、「新・かわさきノーマライゼーションプラン（障害者保健福祉計画）、2004年」、「第一期障害福祉計画、2006年」などがあげられる。

自治体が新しい施策を立ち上げ、充実させていくには、わかりやすい基本理念、重点課題、実施計画などをきちんとたてて、当事者や家族、支援者のみならず、行政内部など幅広く認知され賛同を得ることが必要であり、川崎市においては実際にこれらの計画に基づき予算が確保され、急速に社会資源が充実してきた。

3) 現在のシステムの特徴と課題

これまで述べたような経過を経て、3障害共通の計画である、総合的地域リハビリテーションシステム構想、新ノーマライゼーションプラン、障害福祉計画などに基づき、以下のように進展してきている。（2008年4月現在）

- ・ 専門的支援の地域化（30～40万人に1カ所計4カ所の地域リハ拠点設置計画）：1カ所目の地域リハビリテーションセンターの設置
- ・ コミュニティー・メンタルヘルsteam（南北2チーム）の設置
- ・ 公的機関（保健所やリハビリテーシ

ョン医療センター等) 中心から公民協働支援体制へ

- ・ 各区1カ所、計7カ所の地域生活支援センター(相談支援事業所と活動支援センター)
 - ・ グループホーム、地域活動支援センターなど精神障害者のための地域資源大幅増加
 - ・ 統合失調症中心から、他障害や児童・教育領域との連携の強化 など
- 上記のような精神保健福祉システムの充実とともに、以下にあげるような課題がみられるようになってきた。
- ・ 2006年より社会資源が急速に増加→支援の質の確保(相談支援体制の強化と、計画的な人材確保と人材育成等)
 - ・ 自ら支援を求めない人へのサービス提供(アウトリーチ支援強化)
 - ・ 公的機関と民間機関の連携強化や役割分担の明確化
 - ・ 福祉サービス等の充実に比べ、遅れている精神科救急体制の充実・整備

4) 今後に向けて

現在の課題に対して、今後の方向を考える際に必要となる基本的な考え方として、以下のようなことがあげられる。

- ・ 理念の共有：回復(リカバリー)や生活の質(QOL)向上を意識した支援
- ・ 相談支援体制の強化：支援を必要とする人への訪問型支援の重視。よい支援を多くの人に提供するシステムづくり
- ・ 障害のある人が就労できるシステムづくり
- ・ 人材の確保・育成を計画的に
- ・ 適正な事業評価の必要性と予算配分
- ・ 精神科救急医療体制の拡充・整備

政令指定都市川崎市における、精神保健福祉施策の変遷と現状、今後の課題について、自治体が中心となって施策を進める実践事例として紹介した。

3. 浜松における精神保健福祉活動(大嶋正浩)

1) 基本方針

浜松市における精神保健福祉活動について報告する。浜松市は人口80万人を擁し、単独で活動するには広すぎる。しかし、精神保健福祉活動のネットワークをつくって活動するには適当な広さと思われた。様々なタイプの施設や援助グループができることと同時に顔の見えるネットワークができる規模である。地域の特徴として、1993年当時はほとんど精神保健福祉の資源がなかった。親の会がつくったあまり活発でない授産施設と小規模作業所が一つずつあるのみで、地域でアパート生活をする障害者はほとんどいない状況であった。親の会は会員80人余りで高齢化し、年に1回のお弁当を食べる総会があるだけであった。当初われわれは、戦略的に地域精神保健福祉を展開するため、基本的な方向性を持って望んだ。

- ① 地域に精神保健福祉に関わる人を増やすことを目標とする。
 - ② 孤立している地域精神保健福祉に関心がある人のネットワークをつくり、具体的な活動を行う。
 - ③ 大学や行政に活動をバックアップしてもらえるように活動の報告と交流をしっかりとる。
 - ④ 家族会や自助グループを活性化する。
- #### 2) 直接、間接的に関わってきた地域保健福祉活動

(1) クリニックの開設

一般的なクリニックではなく、精神科医、看護師、心理士、精神保健福祉士のチームアプローチを基本とし、デイケア、ナイトケア、カウンセリング機能を併設し、個人療法から集団療法まで行えるクリニックを開設した。常勤スタッフが20数人、非常勤を入れると50人近いスタッフがいます。

(2) 当初の地域へのアプローチ

精神保健福祉関連のみでなく知的障害者の施設等他の福祉部門とも連携を図った。デイケアのメンバーと地域の施設行事には参加し交流を深めた。顔の見える連携を図るために、地域の福祉施設のスタッフを土曜日に非常勤で雇用した。

(3) 精神保健福祉を实践する会の立ち上げ

地域の作業所職員、知的障害施設職員、親の会代表者、当法人医師、心理士、ケースワーカー、病院ケースワーカー、教師等が集まった。そして、地域で精神障害者が暮らしていくための活動を模索し始めた。先進地域に見学に行き参考にしながら、当地区独自の方法を模索した。

(4) 援護寮・地域生活支援センターの立ち上げ

実践する会のメンバーの後押しで、当法人が静岡県で最初の精神障害者地域生活支援センターと2番目の援護寮を開設することを決めた。方針として利用者は断らず、問題が起きたら紹介元の病院と本人にフィードバックし解決を図るか利用の制限を行うこととした。そうすることでスタッフの訓練と実践の限界設定が図られると考えた。

(5) 遠州精神保健福祉を進める市民の会(Ensyu-Joyful-Action-Network, EJAN)

の立ち上げ

会長には精神障害者に理解のある浜松医科大学の名誉教授、顧問には精神科教授をお願いした。当初、啓発活動(講演会、当事者発表会)やクラブハウスの運営を盛んに行った。その後、この会は平成14年10月にNPOとして認可された。下記に加え20年度からは訪問活動を始め、21年度から、相談支援事業を行っていく予定である。

- ・ 啓発活動(講演会、シンポジウム、講座、自主制作ビデオ頒布)
- ・ お楽しみ活動
- ・ クラブハウス運営等交流の場をつくる
- ・ 地域の施設を回る見学ツアーの開催
- ・ ボランティアの育成
- ・ 行政への提言

(6) より一層のネットワーク化

1カ所がうまく行くだけではいけない、地域全体の底上げこそが大事だと考え、他の施設を刺激したり、協力したりしてより活発に地域精神保健福祉活動に参加してもらえるように配慮した。

(7) 浜松医科大学精神科の協力

良好な関係の下、大学の若手への地域精神保健福祉の啓発、および様々な啓発事業への大学精神科の協力を受けることができた。

(8) ボランティアによる家庭訪問の実施

障害者の家庭を訪問することは地域精神保健福祉を推進するためには重要な武器になると考えた。ボランティアで訪問チームを作りACT(Assertive Community Treatment)と類似の活動を始めた。

(9) 訪問中心のクリニックの設立

多くの訪問ボランティアが積極的に活動してくれたが、忙しさと責任の重さのため疲れてしまい訪問することを継続す