

表2-1. 「自立支援医療(更生医療)の支給認定審査体制等に関する調査の概要

調査方法	電子メールによる記入式アンケート調査
調査項目	① 所の職員体制 ② 自立支援医療(更生医療)審査業務の職員体制 ③ 審査担当医師の数、雇用の形態、所属機関等 ④ 審査方法 ⑤ 支給認定審査基準の有無 ⑥ 指定医療機関の数 ⑦ 審査頻度 ⑧ 審査件数(平成22年度分) ⑨ 受理から認定までの期間(平成22年度分) ⑩ 返戻件数(平成23年9月～11月の3ヶ月分) ⑪ 判断に迷う事例、制度に対する意見や国への要望等(自由記載)
調査対象	全国の身体障害者更生相談所 75カ所(新潟県は5カ所のうち審査業務を担当している1カ所のみ)
回収率	100%(75/75)

表2-2. 更生医療の支給認定業務の職員体制

身体障害者更生相談所	審査件数当たりの職員数 (件数千対 [H21 福祉行政報告例])		職員数(実数)		管轄人口当たりの職員数 (人口万対)	
	全職員(常勤および非常勤職員)	常勤職員のみ	常勤および非常勤職員	常勤職員のみ	常勤および非常勤職員	常勤職員のみ
C 1 *	114.29	同 左	4	同 左	0.571	同 左
C 2 *	16.80	同 左	4	同 左	0.085	同 左
C 3	14.93	同 左	4	同 左	0.075	同 左
C 4	14.79	13.31	10	9	0.072	0.065
C 5	10.14	同 左	3	同 左	0.042	同 左
C 6	9.93	同 左	4	同 左	0.032	同 左
C 7	9.37	4.68	4	2	0.049	0.024
C 8 *	9.11	7.81	7	6	0.292	0.250
C 9	8.91	同 左	4	同 左	0.042	同 左
C 10	8.30	同 左	11	同 左	0.030	同 左
C 11	8.14	同 左	8	同 左	0.027	同 左
C 12 *	7.81	同 左	6	同 左	0.250	同 左
C 13	7.72	同 左	4	同 左	0.031	同 左
C 14	6.93	5.77	5	4	0.019	0.016
C 15 *	6.76	同 左	4	同 左	0.034	同 左

C 16	5.12	同左	5	同左	0.030	同左
C 17 *	3.25	同左	3	同左	0.019	同左
C 18 *	2.84	同左	1	同左	0.090	同左
C 19	2.75	同左	10	同左	0.050	同左
C 20 *	2.72	同左	1	同左	0.015	同左
C 21	2.66	同左	13	同左	0.049	同左
C 22	2.37	同左	5	同左	0.023	同左
C 23	2.35	1.47	8	5	0.114	0.071
C 24	2.30	同左	3	同左	0.007	同左
C 25 *	1.90	同左	4	同左	0.011	同左
C 26	1.85	同左	1	同左	0.005	同左
C 27	1.82	同左	3	同左	0.025	同左
C 28	1.70	同左	11	同左	0.075	同左
C 29	1.42	0.71	2	2	0.041	0.020
C 30	1.39	同左	7	同左	0.012	同左
C 31	1.32	同左	5	同左	0.047	同左
C 32	1.29	0.65	2	1	0.049	0.024
C 33	1.26	0.84	6	4	0.011	0.007
C 34	1.20	同左	1	同左	0.012	同左
C 35	1.18	0.79	6	4	0.023	0.015
C 36	1.15	0.92	5	4	0.034	0.028
C 37	1.15	同左	1	同左	0.009	同左
C 38	1.08	同左	3	同左	0.037	同左
C 39	1.08	同左	2	同左	0.010	同左
C 40	1.06	同左	2	同左	0.020	同左
C 41	0.96	同左	5	同左	0.051	同左
C 42 *	0.96	同左	1	同左	0.005	同左
C 43	0.94	0.31	3	1	0.018	同左
C 44	0.92	同左	1	同左	0.005	同左
C 45	0.89	同左	4	同左	0.017	同左
C 46	0.88	同左	2	同左	0.009	同左
C 47	0.85	同左	2	同左	0.020	同左
C 48	0.84	同左	2	同左	0.020	同左

C 49	0.83	同 左	3	同 左	0.021	同 左
C 50	0.83	同 左	3	同 左	0.016	同 左
C 51	0.78	同 左	2	同 左	0.014	同 左
C 52	0.77	0.62	5	4	0.032	0.026
C 53	0.77	0.33	7	3	0.005	0.002
C 54	0.77	同 左	2	同 左	0.009	同 左
C 55	0.73	同 左	3	同 左	0.021	同 左
C 56	0.70	同 左	2	同 左	0.015	同 左
C 57	0.64	0.32	4	2	0.047	0.023
C 58	0.64	同 左	1	同 左	0.004	同 左
C 59	0.62	0.00	1	0	0.000	0.010
C 60	0.57	同 左	2	同 左	0.025	同 左
C 61	0.51	同 左	1	同 左	0.014	同 左
C 62	0.50	同 左	5	同 左	0.036	同 左
C 63	0.47	同 左	2	同 左	0.009	同 左
C 64	0.45	同 左	6	同 左	0.017	同 左
C 65	0.44	同 左	4	同 左	0.015	同 左
C 66	0.41	同 左	2	同 左	0.017	同 左
C 67	0.41	同 左	1	同 左	0.010	同 左
C 68	0.35	0.23	3	2	0.016	0.011
C 69	0.33	同 左	2	同 左	0.009	同 左
C 70	0.31	同 左	1	同 左	0.006	同 左
C 71	0.26	同 左	1	同 左	0.012	同 左
C 72	0.24	同 左	1	同 左	0.006	同 左
C 73	0.24	同 左	1	同 左	0.001	同 左
C 74	0.20	同 左	1	同 左	0.009	同 左

(※)政令指定都市移行が平成 22 年度で平成 21 年度福祉行政報告例のデータのない相模原市を除く。

* : 同一自治体内に所管市町村が異なる複数の相談所が設置されている相談所で、それぞれ、所管人口割で全県の申請件数を補正した数字を使用。

表2-3. 身体障害者更生相談所の施設形態

身体障害者更生相談所単独施設	10ヶ所
身更相と知的障害者更生相談所との2施設統合施設	29ヶ所
身更相と肢体不自由者更生施設との2施設統合施設	1ヶ所
身更相、知更相、児童相談所との3施設統合施設	6ヶ所
身更相、知更相、婦人相談所との3施設統合施設	1ヶ所
身更相、知更相、福祉事務所との3施設統合施設	3ヶ所
身更相、知更相、児相、婦相との4施設統合施設	9ヶ所
身更相、知更相、児相、福祉事務所との4施設統合施設	3ヶ所
身更相、知更相、児相、婦相、福祉事務所との5施設統合施設	1ヶ所
身更相、知更相、精神保健福祉センター(診療所併設)との3施設統合施設	2ヶ所
身更相、知更相、精保センター(診療所併設)、児相、婦相との5施設統合施設	1ヶ所
身更相、障害者支援施設、リハビリ病院との統合施設	3ヶ所
身更相、知更相、リハビリ病院/診療所との統合施設	4ヶ所
身更相、知更相、児相、障害児施設、診療所との統合施設	2ヶ所

表2-4. 所長の職種

事務	医師	福祉職	心理職	理学療法士
44ヶ所	17ヶ所	6ヶ所	7ヶ所	1ヶ所

表2-5. 審査方法

障害区分*	外部医師を入れた審査会	担当チェック後、全例医師が審査		担当チェック後、疑義例他一部を医師が審査		担当者が審査	区市町村審査	案件なく未定	審査基準あり
		常勤医の審査	非常勤医の審査	常勤医の審査	非常勤医の審査				
視覚	-	10ヶ所	52ヶ所	2ヶ所	2ヶ所	4ヶ所	-	2ヶ所	8ヶ所
聴覚	-	6ヶ所	60ヶ所	2ヶ所	2ヶ所	5ヶ所	-	-	8ヶ所
言語・そしゃく	-	11ヶ所	55ヶ所	2ヶ所	2ヶ所	5ヶ所	-	-	8ヶ所
肢体不自由	-	19ヶ所	49ヶ所	2ヶ所	1ヶ所	4ヶ所	-	-	8ヶ所
心臓	-	6ヶ所	63ヶ所	1ヶ所	3ヶ所	2ヶ所	-	-	8ヶ所
腎臓	7ヶ所	7ヶ所	47ヶ所	1ヶ所	8ヶ所	4ヶ所	1ヶ所	-	12ヶ所
小腸	-	11ヶ所	44ヶ所	1ヶ所	2ヶ所	6ヶ所	1ヶ所	10ヶ所	8ヶ所
肝臓	-	8ヶ所	56ヶ所	1ヶ所	2ヶ所	5ヶ所	-	-	8ヶ所
免疫	-	11ヶ所	50ヶ所	1ヶ所	2ヶ所	7ヶ所	1ヶ所	-	8ヶ所

(※) 静岡県では、視覚、肝臓、免疫については、4相談所中1相談所のみが全県分を審査。

表2-6. 審査回数

	随 時	週1回	月4回	月3回	月2回	月1~2回	月1回	1/2月	審査なし
視 覚	50ヶ所	1ヶ所	1ヶ所	—	5ヶ所	—	13ヶ所		5ヶ所
聴 覚	38ヶ所	3ヶ所	2ヶ所	2ヶ所	14ヶ所	—	14ヶ所	2ヶ所	—
言語・そしゃく	41ヶ所	5ヶ所	2ヶ所	1ヶ所	13ヶ所	—	12ヶ所	1ヶ所	—
肢体不自由	31ヶ所	12ヶ所	14ヶ所	2ヶ所	6ヶ所	2ヶ所	6ヶ所	2ヶ所	—
心 臓	21ヶ所	5ヶ所	8ヶ所	3ヶ所	24ヶ所	—	13ヶ所	1ヶ所	—
腎 臓	14ヶ所	13ヶ所	5ヶ所	1ヶ所	16ヶ所	—	24ヶ所	1ヶ所	1ヶ所
小 腸	40ヶ所	2ヶ所	2ヶ所	—	11ヶ所	—	8ヶ所	1ヶ所	11ヶ所
肝 臓	30ヶ所	4ヶ所	3ヶ所	—	9ヶ所	1ヶ所	24ヶ所	1ヶ所	3ヶ所
免 疫	34ヶ所	5ヶ所	5ヶ所	—	9ヶ所	1ヶ所	15ヶ所	2ヶ所	4ヶ所

(※) 東京都では、腎臓、小腸、免疫については、区市町村が審査。
 静岡県では、視覚、肝臓、免疫については、4相談所中1相談所のみが全県分を審査。

表2-7. 受理から認定までの期間（平均）

	7日以内	8~14日	15~21日	22~30日	31~45日	46~60日	61日~	審査なし/不明
視 覚	9ヶ所	10ヶ所	1ヶ所	2ヶ所	2ヶ所	1ヶ所	—	50ヶ所
聴 覚	18ヶ所	15ヶ所	7ヶ所	3ヶ所	—	1ヶ所	1ヶ所	30ヶ所
言語・そしゃく	20ヶ所	20ヶ所	15ヶ所	3ヶ所	2ヶ所	1ヶ所	1ヶ所	14ヶ所
肢体不自由	29ヶ所	29ヶ所	8ヶ所	8ヶ所	—	—	—	1ヶ所
心 臓	18ヶ所	30ヶ所	13ヶ所	9ヶ所	4ヶ所	—	—	1ヶ所
腎 臓	16ヶ所	29ヶ所	14ヶ所	12ヶ所	3ヶ所	—	—	1ヶ所
小 腸	2ヶ所	11ヶ所	2ヶ所	—	—	—	—	40ヶ所
肝 臓	20ヶ所	25ヶ所	13ヶ所	10ヶ所	—	—	—	7ヶ所
免 疫	24ヶ所	30ヶ所	10ヶ所	6ヶ所	—	1ヶ所	—	4ヶ所

表2-8. 3ヶ月間における返戻件数

	1~10件	11~30件	31~50件		1~10件	11~30件	31~50件		1~10件	1~10件	31~50件
視 覚	1ヶ所	—	—	肢体不自由	9ヶ所	2ヶ所	—	小 腸	—	—	—
聴 覚	2ヶ所	—	—	心 臓	9ヶ所	2ヶ所	—	肝 臓	3ヶ所	—	—
言語・そしゃく	4ヶ所	—	—	腎 臓	15ヶ所	4ヶ所	1ヶ所	免 疫	5ヶ所	—	—

表2-9. 支給の対象としてよいか判断に迷う事例、制度に対する意見や国への要望等(自由記載)

<p>【視覚障害】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緑内障の手術については、さらなる視野障害の進行及び視力の低下を防ぐことは期待できるが、視野の確実な回復は期待できないことから、予防的観点からの治療とも考えられ、適用の可否について判断に苦慮した。 ・ 白内障手術(水晶体摘出術等)で、手帳認定時には白内障が障害名に記載されていない場合、対象としてよいか判断に迷う。 <p>【聴覚、平衡機能の障害】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人工内耳埋め込み術(入院30日)の審査があったが、その期間が妥当であるか否かで判断に苦慮した。退院後のリハビリテーションの申請があったとしたら、自立支援医療の対象となるのか、治療期間の妥当性について判断に迷うと思う。 ・ 修理不能を理由にした体外装置交換の審査があったが、健康保険の対象となる機器であることを条件に自立支援医療の対象とすることが妥当なのか判断に苦慮した。 ・ 3級未満で語音が悪く補聴器を使えるかどうかといった症例の場合、人工内耳の適用について判断に迷うケースがある。 ・ 日本耳鼻咽喉科学会の人工内耳適応基準(成人例)によると、対象者は「純音聴力は原則として両側とも90デシベル以上の高度難聴者で、かつ補聴器の装用効果の少ないもの」となっており、手帳等級にすると3級以上に相当する。最近、「語音明瞭度50%以下」での手帳4級所持者の判定依頼があり、4級手帳所持者への人工内耳手術について、適用となるのか判断に迷った。(結果的には、医師の意見書の内容より2件とも可とした。) ・ 基本的には、手術前の入院から自立支援医療(更生医療)の適用を可能としているが、外来による手術前の検査・処置から適用を希望された例があった。審査医師と協議した結果、最近は入院期間を短期にする方針があることから術前検査を外来で実施する医療機関が多いので、外来検査から適用を認めるようにとの意見であった。 <p>【音声機能、言語障害、そしゃく機能の障害】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ そしゃく機能障害に対する歯科矯正治療について、身体障害者認定基準では、歯科矯正治療等の一応の成果が見られる期間として「3か年」を目途とされているが、更生医療の適用を延長する期間の判断に苦慮している。 ・ 機能障害の改善が美容整形なのかを判断しにくい事例がある(そしゃく機能障害の更生医療については、嚙む機能がどのように改善するか判断しにくい)。 ・ 口蓋裂について保定の開始から2年までとすべきか(再矯正を除く)。 ・ 口蓋裂術後の歯科矯正の期間延長について、何回期間延長が許されるのか判断に苦慮する。 ・ 両側唇顎口蓋裂で口唇形成術の手術が3年間で4回の申請があがり、4回目は美容整形の範囲と判断し更生医療としては認めなかった事例があり苦慮した。 ・ 顎堤形成術、鼻口腔ろう閉術、矯正器具による歯牙移動、腸骨移植術(それぞれ更生医療対象)後、インプラント挿入術を実施された。インプラントは更生医療の対象外であるが、長い経過を辿った結果であるためその判断に苦慮した。 <p>【肢体不自由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者に対する人工関節置換術について、リハビリテーション期間が延長になる、数年毎に再置換術施行といった事例が見受けられるようになったが、「高齢者であること」のみを以って自立支援法に基づく更生医療の適用対象外とすることもできず、戸惑うところである。 ・ 通院によるリハビリテーションの申請があった場合、更生医療の給付期間は最大6ヶ月としているが期間の制限について確認したい。 ・ 脳挫傷による足関節機能障害(尖足)に対するボトックス治療について、ボトックス治療が保険適応となっている障害(眼瞼痙攣、片側顔面痙攣、痙性斜頸、2歳以上の小児脳性麻痺患者における下肢痙攣に伴う尖足)に該当しないため非該当としたが妥当であるか。 ・ 足関節部の皮膚潰瘍(ウエルナー症候群)に対する創の治療について、治療が行われないと足関節拘縮の増悪、歩容の増悪につながると判断し適応としたが妥当であるか。 ・ 通院でのリハビリテーションについては、頻度や内容を精査しているが、障害の程度が改善するまでの見込みがない場合であっても、否と判定できない場合がある。

- ・ 脳性麻痺の痙縮軽減を目的としたボトックス注射療法とリハビリテーションについて、原疾患の治療ではなく、障害の一つである痙縮を本注射で軽減することで、注射後のリハビリテーション、装具の作製、生活機能の向上に資すると考えられる。更生医療として認めて良いと思われるが判断に迷うところである。
- ・ 両膝授動術後の入院リハ2ヶ月について、3ヶ月延長までは認めたが、さらに2ヶ月の延長の申請があったので不承認としたが妥当か。
- ・ 人工関節手術等において、手術のための入院の前に、自己血採取や検査のための短期入院を認めるかどうか判断に迷う。
- ・ 術後の感染に関する治療を更生医療の対象として認めるべきか、また認めるとすれば、長期にわたる感染治療の場合などどのくらいの期間を認めるべきか判断に迷う。更生医療の「医療の期間」は、原則3か月以内と理解しているが、他府県では、初めから期間延長を見込んで6か月で判定しているところがあり、全国的に統一すべきと考える。「医療の開始日」についても、各都道府県によりばらつきがあり、統一が必要と考える。「入院日から」もしくは「手術日から」を医療の開始日としているところが大半と思われるが、「入院前の外来での自己血採血」も更生医療の対象としているところもある。
- ・ 人工関節抜去術のみの手術を認めるかどうか判断に迷う。
- ・ 麻痺による障害の主な原因疾患である「脳血管障害」について、急性期のリハビリテーションは、手帳交付されていないので対象外であるのは明確であるが、手帳交付後のリハビリテーションについて、判断に迷うことがある。
- ・ 人工関節手術後の感染による入院期間の延長、人工関節の抜去術、再置換術等について、どこまでを認めるべきなのか、判断に迷うことがある。現在のところ、障害の軽減に有効な治療の一環として、抜去術も認めているが、認めていない自治体もある。感染に対する治療が長引く場合など、一般医療として考えるべきものとも考えられ、判定に苦慮する。
- ・ 尺骨神経前方移行術、関節鏡視下関節層切除術、下腿骨長調整術、脊髄固定術、人工関節置換術後の感染・ゆるみによる人工関節の抜去、病巣搔爬、セメントスペーサ留置（申請時点で人工関節再置換術の予定がなく、上記の抜去等で申請があったものは更生医療の支給対象か判断に迷う。
- ・ 術後のリハビリのみの治療が支給の対象か判断に迷う。
- ・ 人工股関節置換術後、数ヶ月内に脱臼を頻回に繰り返し、再置換術が必要となった場合、支給の対象となるか判断に迷う。
- ・ 人工股関節置換術後、術後感染症を発症。人工股関節抜去後、創部洗浄及びセメントモールドを補填する治療は、支給の対象となるか判断に迷う。

【心臓の障害】

- ・ 自立支援法施行に伴い、移送が付け加えられたが（医療保険により給付を受けることのできない者の移送に限る）、どういう場合が対象となるのか。生活保護受給者が考えられるが、そのほかの者は対象にならないと考えてよいか。
- ・ 身体障害者手帳との同時申請について、心疾患の発生とほぼ同時に認定することは障害固定後の認定の原則から適当ではないと判断しており、急性心筋梗塞や感染性心膜炎などにより緊急手術となった場合、弁膜症やペースメーカー植え込みであっても認定基準を満たしていないものは認めてないが妥当か。
- ・ ペースメーカー再固定術は支給の対象と考えてよいか。
- ・ 手帳取得と同時に申請で急性上行大動脈解離に対する、人工血管・基部置換術は支給の対象と認めてよいか。人工血管置換術等は更生医療の手術としては認められているが、救急救命医療であって、障害者支援、障害の軽減を目的とする更生医療とは言えないと思われる。
- ・ 手帳同時申請と心臓破裂に対する修復術は、救急救命医療で該当しないと思われるが妥当か。
- ・ 心臓手術後の服薬について、自立支援法第5条18項では「障害の～軽減を図り」とされ、厚生労働省H18.11.1通知では「3か月程度～。心臓～手術～及びこれらに伴う医療」であり、循環器学会の『循環器病の診断と治療に関するガイドライン』では、手術内容・患者の状態で「不要・3か月・6か月・1年・生涯」と多様である。厚生労働省通知の「心臓～手術～に伴う医療」とは、手術後の長期服薬を含むのか不明のため、また厚生労働省通知には強制力が無いため、その都度判断することになる。
- ・ カテーテル治療や冠状動脈ステント治療は更生医療の対象となっていないが、バイパス手術は対象となるなど、「治療と更生医療」の範疇の境目の判断が難しい。
- ・ 入院に対する費用（検査処置等を除く）が高額の場合が多く、どこまで認めてよいか迷う（医療機関に明細を求めても断られる）。
- ・ 外科的治療後の抗血液凝固療法を対象としてよいか判断に迷う。
- ・ 心臓移植のための体外式補助心臓を更生医療で認めるかどうかについて、①心臓移植のドナーが見つかる

らない場合でも、永久的に補助心臓を使用する見込みであるか、②心臓移植後、身体機能面の改善がどの程度なされるか、という2点をポイントに検討を行っていきたいと考えているが妥当か。

- ・ 心臓手術後の抗凝固療法や抗血小板療法について、更生医療の対象やその期間について、現状としては、各都道府県によりかなりばらつきが大きく、統一が必要であるとする。
- ・ 手帳と同時申請になるケースが多いが、一般医療と更生医療の境目が判断しにくいことがある。
- ・ 術後感染による縦隔炎に対する治療(持続陰圧吸引療法及び縦隔大網充填術)は更生医療の対象としていいのか、また、感染の治癒が遅延した場合、どこまで期間延長を認めてよいものか、判断に迷う。
- ・ 狭心症に対し多枝冠動脈バイパス術を更生医療で適用したケースで、胸骨骨髓炎を発症し、大網充填術を行う場合を適用としてよいか判断に迷う。
- ・ 心臓移植術までに生命を維持するために、移植前に「補助人工心臓植え込み術」を行う場合、「補助人工心臓植え込み術」は自立支援医療(更生医療)の支給の対象となるか。
- ・ 冠動脈バイパス術後、術後心不全が残存し心臓リハビリと心不全治療の継続が必要となり、入院期間の延長は自立支援医療(更生医療)の支給の対象となるか。
- ・ 僧帽弁置換術後、関節リウマチ症に対するステロイド内服中により創治癒遅延となり、入院期間の延長は自立支援医療(更生医療)の支給の対象となるか。
- ・ 腫瘍の摘出術を「適用」と判定したが妥当か。
- ・ CRT-Dの機能不全疑いにて手術施行するも、創を開けてリード確認したところリード断線が疑われ、創を開創。後日改めてリード再挿入を行ったケース。1回目の手術について支給対象と判断したが妥当か。
- ・ 意見書の医療の具体的方針に「人工呼吸器、大動脈バルーンポンピングなどの心肺補助装置を使用し心不全加療を予定。」とあったケース。「手術以外の治療に関しては適用外」と判断したが妥当か。
- ・ 急性期の心臓疾患(急性心筋梗塞、狭心症、急性大動脈解離など)について、当県では発病と同時に身体障害者手帳と更生医療を申請されるケースが多くみられる。心臓機能障害の場合、医学的な進歩により以前は障害となっていた疾患も完治が可能となる場合もあり、判断に苦慮している。今後は、急性期では更生医療適用を認めないという取扱いを検討しているが、今までの実績を大きく変えることは非常に困難を極めることが予測される。厚生労働省から明確な判定基準(更生医療該当例)を示していただくとともに、更生医療判定専門委員会設置などをご検討いただきたいと要望する。
- ・ 急性心筋梗塞後の心室中隔穿孔、三尖弁逆流に対する穿孔閉鎖術および弁形成術は支給の対象となるか。
- ・ 心臓腫瘍(粘膜腫等)に対する腫瘍摘出術は支給の対象となるか。

【腎臓の障害】

- ・ 移植手術後の合併症について、①移植腎の尿管逆流症、②動脈狭窄に対する医療(移植腎動脈によるバルーン拡張)、③血漿交換は該当とし、移植した腎臓に生じた腎疾患(IgA腎症、ループス腎炎など)に対する治療は通常起こりえる疾患のため非該当としたが妥当か。
- ・ 人工透析施工中の合併症について、二次性副甲状腺機能亢進症に対する副甲状腺摘出術は該当としたが妥当か。
- ・ 血液透析で更生医療を受けている患者の腎摘出術は給付の対象外と判断した(原疾患の症状悪化に伴うものと判断)が妥当か。
- ・ 腎移植者の場合、不適合を起こして移植腎の摘出を行う場合は適応と判断したが妥当か。
- ・ 血液透析導入前に行われる検査・処置(シャント術)は適応と判断したが妥当か。
- ・ 血液透析療法に吸着型血液浄化器(リクセル)を追加することがあるが、条件を満たされた場合適応としているが妥当か。
- ・ 人工透析など生涯にわたる治療に対し、最長1年間の期間の更新(期間延長)のためにその都度判定が必要か。治療方針の変更がなければ期間延長は福祉事務所で決定してよいのでは。
- ・ 人工透析に伴う医療の範囲の明確化を希望。
- ・ 透析アミロイドーシスが主因と考えられる破壊性脊椎関節症に対する外科的治療は、「人工透析療法に伴う医療」として更生医療の対象となるか判断に苦慮する。
- ・ 血液透析に、透析アミロイド症の治療を目的とした吸着型血液浄化器(リクセル)の併用は、更生医療の対象となるか判断に苦慮する。
- ・ 全身状態の不良(貧血、心不全等)を理由として入院管理下での血液透析を必要としている場合、その状態が原疾病や透析開始以前よりある循環器障害に起因するものか、または人工透析療法による合併症か判断に迷い、入院、通院等の具体的方針の決定に苦慮する。
- ・ 術日が未確定の腎移植前の血漿交換療法(週に1度、1泊2日の入院を合計で8回実施)の申請があり、当

該治療が更生医療の対象となるか判断に苦慮した。本申請については、腎移植を前提としておらず、更生医療の適用ではないと判断したが妥当か。

- 血液透析ケースが合併症(うつ血性心不全等)による入院治療費に対する判定について判断に迷う。
- 透析が長期に亘る方の透析アミロイドーシスの治療について照会があり、関節炎を伴っていたことから、肢体不自由に該当するものと判断したが、長期透析患者が増加するにつれて、透析そのものに伴う合併症についての照会が増加するものと思われる。「人工透析療法」に伴う医療について、具体的にどのようなものが対象になるのか例示して欲しい。
- 免疫力低下による带状疱疹は、「しばしば人工透析療法に伴い発症し得る疾病」として支給の対象と判断したが妥当か。
- 他自治体の中には「透析の副作用を認める場合もある」となっているが、当自治体では基本的に副作用は認めていない。全国共通の基準が無いのは指定医療機関と実施機関とのトラブルの原因になる。また、転居する受給者にとっては、自治体によって認定基準に差があることは納得し難く、説明する側も説得力に欠ける。従って全国共通の具体的な基準があれば上記のようなトラブルは回避できる。
- 透析に係る治療について、注射などの処置が透析の種類によっては含まれる場合があるため、投薬の種類が多く同時に処方される場合、更生医療と関係のない投薬をどう扱うか判断に迷う。
- 腎移植後の抗免疫療法を行っている方で、ウイルス感染症等を発症した場合の治療を認めるか。
- 「腎臓機能障害に対する人工透析療法」については、これに伴う医療」と規定されているが、「これに伴う医療」の範囲について、迷いながら判断しているところである。当県では、栄養管理、腎性貧血、高リン血症等、透析療法と切り離しが難しいと思われる治療については、これに伴う医療として費用に含めている状況である(糖尿病治療は切り離しができるため認めていない)。この「これに伴う医療」の範囲が、都道府県で捉え方が異なっている(透析療法とシャント術等限定的な自治体もあれば、糖尿病によるインスリン治療等全般的な合併症を含めている自治体もある)。「これに伴う医療」の範囲について、例示いただきたい。
- 腎移植後の腎生検(数日間の入院)や、腹膜透析中の腹膜機能検査(数日間の入院)について、更生医療の対象として認めるか判断に迷う。
- 維持透析導入前のCHDF(持続的血液濾過透析)やECUM(体外限外濾過法)についても、人工血液透析を導入するにあたって必要な透析方法の一つとして更生医療の対象として適当か。
- 透析の「医療の開始日」の考え方について、「維持透析導入日から」「入院日から」「シャント造設術日から」等、各都道府県によりばらつきがあるため、統一すべきと考える。

【肝臓の障害】

- 移植術前の診察について更生医療の対象としてよいか判断に迷う。
- 肝移植後の生検(数日間の入院)について更生医療の対象として認めるか判断に迷う。
- 肝臓移植後の抗免疫療法の期間中に、B型肝炎の再発予防のための「ヘブスプリンの静脈注射」は対象外としているが、一部自治体では対象としているとの話がある。この治療は対象となりうるのか。
- 胆管狭窄によるERBDチューブ交換、stent治療を支給の対象としてよいか。
- 移植肝の再発C型肝炎に対するインターフェロン療法を支給の対象としてよいか。
- 肝移植術、術後免疫抑制療法を行っている。術後1ヶ月以内に肝不全となり再移植術を行う場合、自立支援医療(更生医療)の支給の対象となるか。
- 肝移植術後免疫抑制療法を行っている。術後、吻合不全に対して胆道外瘻中である。その後、1年以上経過してから外瘻閉鎖術を行う場合自立支援医療(更生医療)の支給の対象となるか。
- 肝臓移植術後の抗免疫療法をしている者は、抗免疫療法を実施することにより免疫が低下し感染症になりやすくなる。易感染に対する治療で入院治療を要する場合、入院費を含めた抗免疫療法として更生医療の範囲として認めてよいか。併せて、抗免疫療法と感染症及び合併症について、更生医療の適用範囲を御教示いただきたい。

【HIVによる免疫の機能の障害】

- 合併した悪性リンパ腫に対する治療について、HIVによる免疫不全により発生した状態が明らかな場合は適応と考えたが妥当か。
- 「その他HIV感染に対する医療」とは他にどのような医療が想定されているのか、例示して欲しい。
- 訪問看護を認める基準に苦慮した。
- 免疫機能が低下しているため、さまざまな症状が発生することが予想されるが、どこまで更生医療として認めるべきなのか、基準がわからない(一般的な治療・水虫など)。

- 「日和見感染症の早期発見/治療のため、消化器科・呼吸器科・眼科・皮膚科・外科・歯科・神経科などの総合的診療を要する」という記載があり、免疫機能障害者への特別の配慮もあり、現在のところ当所では認めているが、免疫機能障害の更生医療に眼科・歯科等の治療を含めていいものかどうか、疑問に思うことがある。
- 合併症の予防や経過観察のため、指定医療機関ではあるが他科(眼科等)へ受診される場合があり、これらも含めて更生医療の対象として良いか御教示いただきたい。
- 服薬による副作用(肥満、うつ等)に対する治療も更生医療の対象となるか。

【その他】

- 医学が進歩し、新しい治療法が実施されていると思われるので、該当されると想定される診断名及び具体的な手術名(処置名)を明示して欲しい。
- 市町からの問い合わせで、レセプトの中に風邪薬などの記載が有り、明らかに更生医療の範囲では無いと思われるが、主治医に問い合わせても「透析している人は感染しやすいので、それは透析に関連した医療です」などの返答があったとのこと。透析に限らず他の医療においても、主治医が関連していると言えば認める以外に全く認めているが本当にそれでいいのか。「関連した医療」の範囲や線引きなど、判断に困らないようなものをしっかり示して欲しいという要望も多い。「関連した医療」のガイド等があれば助かる。
- 自立支援医療支給認定実施要綱によると、「同一受診者に対し、当該受診者が更生医療を受ける指定自立支援医療機関の指定は原則1ヶ所とすること。ただし、医療に重複がなく、やむを得ない事情がある場合に限り、例外的に複数指定することを妨げない」となっているが、複数指定するのはどのような場合なのか、具体的な例を示してほしい。
- 合併症について、腎機能障害においては「合併症に対する治療は更生医療の支給対象の想定外である」というのが厚生労働省の見解であるが、一方、小腸機能障害においては、厚生労働省通知の中で「これに伴う医療」として合併症に対する治療が規定されている。更生医療全体として合併症の考え方を整理して欲しい。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」
分担研究報告書
相談対応における行政機関の役割と連携に関する研究

研究分担者 山下 俊幸（京都府立洛南病院）
研究協力者 黒田 安計（さいたま市こころの健康センター）
有海 清彦（山形県精神保健福祉センター）
石元 康仁（徳島県精神保健福祉センター）
岡部 英男（神奈川県衛生研究所／茅ヶ崎保健福祉事務所
／全国保健所長会）
北端 裕司（国保日高総合病院）
小泉 典章（長野県精神保健福祉センター）
西浦 研志（医療法人社団宗仁会 奥村日田病院）
二宮 貴至（浜松市精神保健福祉センター）
福島 昇（新潟市こころの健康センター）

研究要旨：

【目的】ひきこもり、自死遺族支援、ギャンブル依存等の新たに対応すべき課題や、家庭内暴力や地域・近隣での他害・迷惑行為といった複雑困難なケースへの対応について、精神保健福祉センター、保健所、市町村がどのような役割を果たし、連携が求められているかについてより明確化し、精神保健及び精神障害者福祉の様々な相談に対して、より適切に対応できる体制を確立するための提案を行うことを目的とする。

【方法】平成 21 年度は、1) 精神保健福祉センターや保健所における相談対応に関連した過去の調査結果の検討、2) 精神保健福祉センター、保健所における相談の役割と連携のあり方についての関係団体との意見交換、3) 地域精神保健業務等のあり方の検討の基礎資料とするため、「精神保健福祉センターの現状と今後の取組に関する調査」を実施した。平成 22 年度は、1) 21 年度に実施した調査結果の分析とまとめ、2) 関係機関における相談対応に資するため、厚生労働科学研究の成果を中心とした各種の相談マニュアル等を掲載したウェブサイト「精神保健福祉相談」情報ページ <http://www.acplan.jp/soudan/> の開設を行った。平成 23 年度は、1) 今後の「相談対応における精神保健福祉センターの役割と連携」について、本研究班として提案を行うために、全国精神保健福祉センター長会の協力の下、精神保健福祉センターを対象に質問紙による調査を実施した。全国 68 カ所の精神保健福祉センターを対象に調査票（資料 1）をメールにより送付・回収した。調査実施期間は平成 23 年 10 月 24 日～同年 11 月 11 日であった。調査内容は、診療機能、医師確保、アウトリーチ機能、医療観察法、調査研究等の 10 項目であった。2) 平成 22 年度に開設したウェブサイト「精神保健福祉相談」情報ページを充実した。

【結果および考察】1) 精神保健福祉センターの診療機能については、診療の継続、充実を求める回答が多かったが、地域の状況に応じた柔軟な対応も必要である。2) 診療機能や訪問支援（アウトリーチ機能）など、新たな試みの相談診療ができる体制を整えることが精神科医師確保にとっても重要である。その実践や経験を人材育成や技術支援に生かしていかないと、精神保健福祉関係職員の育成にも支障を来たしかねないため、早急な対応が求められる。3) 精神保健福祉センター運営要領において、訪問支援を複雑困難事例への相談支援の一環として「もつことが望ま

しい機能」として位置づけることが適当と考える。4) 医療観察法の対象者は複雑困難事例であることも多く、処遇終了後も含めて、精神保健福祉センターとして一定の関わりが求められていると考えるが具体的な取組については今後の検討課題である。5) 地域精神保健福祉施策の推進のために精神保健福祉センターの調査研究機能の充実を図ることが求められている。精神保健福祉センターに地域保健における衛生研究所的機能を付加することなどが検討されるべきである。6) 自主的な参加となっていることが多いセンターの実施する研修を、内容に応じて自治体として必須の研修と位置づけ、精神保健福祉センターの研修実施体制を強化し、職員研修機関との共催を図るなど全職員を対象に拡充していくことが求められている。7) 精神保健福祉センター、保健所、市町村の相談対応における役割については一定程度明確化するとともに、課題によってはより重層的に対応することが必要である。「ひきこもり支援」「思春期精神保健」「自殺関連」は精神保健福祉センター、「医療中断」「近隣迷惑行為」は保健所、「日常生活支援」は市町村といった特徴を生かしながら、「こころの健康づくり」「社会復帰」等については、精神保健福祉センター、保健所、市町村が連携し、重層的に役割を担う必要がある。また、身近な市町村における総合的な相談窓口の設置が求められるが、そのためには、人材育成、財政支援、法整備などの課題がある。併せて、保健所、精神保健福祉センター各機関の相談機能の一層の充実が不可欠である。8) 精神保健福祉センター、保健所、市町村における相談員については、精神保健福祉相談員としての配置に限定はしないとしても、精神保健福祉士等の専門職の配置は必須と考えるべきである。9) 保健所単位の地域精神保健福祉連絡協議会とも連携した「都道府県（指定都市）レベルの連絡協議会」を既存の協議会等を活用しつつ設置することで、相談に円滑に対応するための関係機関とのネットワークづくりが必要である。10) これまでに策定した計画との調整などが必要ではあるが、地域精神保健福祉推進計画（仮称）を策定することで、地域精神保健福祉や相談支援を充実していく必要があり、そのためには精神保健福祉法等の改正を含めた検討が必要である。

【結論】精神保健及び精神障害者福祉の様々な相談に対して、より適切に対応できる体制を確立するためには、精神科医師確保、訪問支援の創設、医療観察法への対応検討、調査研究強化、研修体制強化、市町村相談窓口、専門職の配置、都道府県（指定都市）レベルの地域精神保健福祉連絡協議会設置、地域精神保健福祉推進計画（仮称）の策定等、多くの取組が必要であることが明らかとなった。今後の実現に向けた取組が求められる。

A. 研究目的

精神保健及び精神障害者福祉の様々な相談に対して、より適切に対応できる体制を確保し、精神保健福祉センター、保健所、市町村が適切な役割分担と密接な連携の下で、精神保健福祉に関する相談に適確に対応できることが求められている。しかし、その役割分担は必ずしも明確ではなく、連携のあり方も一様ではない。そこで、本研究では、ひきこもり、自死遺族支援、ギャンブル依存等の新たに対応すべき課題や、家庭内暴力や地域・近隣での他害・迷惑行為といった複雑困難なケースへの対応について、精神保健福祉センター、保健所、市町村が

どのような役割を果たし、連携が求められているかについてより明確化し、精神保健及び精神障害者福祉の様々な相談に対して、より適切に対応できる体制を確立するための提案を行うことを目的とする。

B. 研究方法

平成21年度は、1) 精神保健福祉センターや保健所における相談対応に関連した過去の調査結果の検討、2) 精神保健福祉センター、保健所における相談の役割と連携のあり方についての関係団体との意見交換、3) 地域精神保健業務等のあり方の検討の基礎資料とす

るため、「精神保健福祉センターの現状と今後の取組に関する調査」を実施した。

平成 22 年度は、1) 21 年度に実施した調査結果の分析とまとめ、2) 関係機関における相談対応に資するため、厚生労働科学研究の成果を中心とした各種の相談マニュアル等を掲載したウェブサイト「精神保健福祉相談」情報ページ <http://www.acplan.jp/soudan/> の開設を行った。

平成 23 年度は、1) 今後の「相談対応における精神保健福祉センターの役割と連携」について、本研究班として提案を行うために、全国精神保健福祉センター長会の協力の下、精神保健福祉センターを対象に「相談対応における精神保健福祉センターの役割と連携にかかる調査」を実施した。全国 68 カ所の精神保健福祉センターを対象に調査票（資料 1）をメールにより送付・回収した。調査実施期間は平成 23 年 10 月 24 日～同年 11 月 11 日であった。

調査内容は以下のとおりである。

1. 診療機能について
2. 医師確保について
3. アウトリーチ機能について
4. 医療観察法とのかかわりについて
5. 調査研究
6. 人材育成について
7. 精神保健福祉相談について
8. 精神保健福祉相談員について
9. 地域精神保健福祉連絡協議会（部長通知：保健所及び市町村における精神保健福祉業務について）について
10. 地域精神保健福祉推進計画（仮称）について

なお、調査結果については、統計的に集計し、自由記載欄については、固有名を除いて記載した。

また、2) 精神保健福祉センター、保健所、市町村における相談員等がさまざまな内容の精神保健福祉相談により円滑に応じることができるように、厚生労働科学研究の成果を中心とした各種の相談マニュアル等を掲載した、

平成 22 年度に開設したウェブサイト「精神保健福祉相談」情報ページを充実した。

（倫理面への配慮）

本研究においては、個人情報を取り扱わないこととし、調査結果については、統計的に集計した。

C. 研究結果

1) 診療機能について

全国の精神保健福祉センター（以下センターと略）の 57%（39/68）が診療を実施し、37%（25/68）が実施していなかった。政令指定都市（以下政令市と略）のセンターと都道府県のセンターに分けると、政令市では 37%（7/19）、都道府県では 65%（32/49）で診療を実施していた。診療を実施していない理由としては、センターの相談機能に重点を置いているためや、医師数や医療事務を行なう職員が確保できないなどの理由があげられた。また、特に政令市で多かったが、近隣に医療機関が比較的充足しているためという回答があった。

今後のあり方としては、「現状でよい」が 30 か所/68、「診療機能（一般診療）を充実させる」が 3 か所、「診療機能（相談機能の一環として）を充実させる」が 28 か所/68 であった。現在の診療機能の有無（設問 1-1）と、今後のあり方について（設問 1-2）の関係をみてみると、診療を実施しているところ（設問 1 の A）では、診療機能を充実させるべき（21/39）及び現状でよい（17/39）、という回答が多く、診療を行っていないところ（設問 1 の B）では、現状でよい（12/25）という回答が多かった。全体では診療の継続や充実を求める回答が多かった。

2) 医師確保について

センターの常勤医師の定員は、2 名が最も多く、1～3 名が 89%（56/63）であった。欠員のあるところは、27%（17/63）あり 1 名が 13 か所、2 名が 4 か所であり、欠員の年度内の充足については、1 か所が 2 名中 1 名の

充足と回答しているが、それ以外は、平成 23 年度内の充足の見込みはないとの回答であった。また、常勤精神科医がおらず、所長が精神科医でないセンターも複数みられた。

非常勤医師に関しては、定員が決まっていないところも多いようで、定員 0、あるいは、無回答が多かった（合わせて 45 か所）。定員があるところでは、1 名から多いところで 22 名と、非常勤医師の数には差がみられた。欠員があると回答したところは 4 か所であったが、いずれも、平成 23 年度内の充足の見込みはないとしていた。

医師確保についての意見としては、多くのセンターから回答があった。内容は、地域精神保健・医療への関心をどう高めてもらっていくか、行政職であるセンターの精神科医の業務をさらに魅力あるものにしていく必要性や、待遇の問題、さらには、専門医の資格取得に含めてはどうかなど広範なものであった。

3) アウトリーチ機能について

今回はアウトリーチと訪問は特に区別をせずに質問を行なった。訪問を行なっていると回答したところは、27 か所 (27/68) (39.7%) であった。平成 23 年度からアウトリーチ事業を新規開始したと回答したセンターが 1 か所あり、それを加えると 28 か所となり (28/68) 41.1% で実施されていた。

都道府県と政令市を比べると、都道府県では 29% (14/49)、政令市では 63% (12/19) と、政令市で訪問活動を行なっている割合が高かった。

訪問件数については、平成 22 年度の年間訪問実件数として 21 か所のセンターから回答があり、そのうち、1~10 件が 13 か所、11~100 件が 7 か所であり、実件数で 101 件以上の訪問を行なっているのは 1 か所であった。

さらに、訪問の対象者については、28 か所からの結果（複数回答）によると、「ひきこもり」や「未治療・治療中断」事例での訪問が多いが、その他の記載では、長期入院患者、2 4 条通報、保健所での処遇困難事例、医療

観察法関連、自殺未遂者など、地域で問題になる種々の事例が訪問の対象とされていた。

アウトリーチ機能の今後としては、68% にあたる 46 か所が、「実施主体は他の機関として、センターは補完的（支援）にかかわる必要がある」と回答していた（1 か所複数回答あり）。一方で、「センター自身が体制や機能をさらに充実して実施する必要がある」とした回答は 13% (9/68)、「現状の体制や機能で継続して実施する必要がある」とした回答は 10% (7/68)、両方をあわせると 24% (16/68) が充実や継続の必要があるとした。

意見としては、「センターの規模や地域性により、柔軟にデザインできるようにすべきである」「相談の一環としての訪問と、アウトリーチとは重ならない部分も多く、目的にも違いがある、一概に言えず検討が必要」「県内一か所のセンターがアウトリーチを行なうことは現実ではない」などの意見もあった。

4) 医療観察法とのかかわりについて

医療観察法に関連した各種会議の参加状況については、都道府県レベルの会議、ケア会議への出席が多く、それぞれ 71% (48/68)、69% (47/68) のセンターが参加していた。保健所単位など圏域レベルの会議への参加は、31% (21/68) であった（複数回答）。

都道府県と政令市を比較すると、都道府県レベルの会議には都道府県センターは約 81% が参加し、政令市センター 56% であった。個別のケア会議については、都道府県で 70%、政令市で 78% であった

実際の支援内容については、相談支援は、都道府県 30%、政令市 39% が行い、訪問支援は都道府県 16% 政令市 22% が行っていた。一方、事例検討については、都道府県で 75%、政令市で 89% が実施していた。また都道府県では、約 11% のセンターで、医療観察法事例のデイ・ケア等の施設利用がみられた。

医療観察法に関する審判員としてのかかわりは、政令市 42% の方が高く、都道府県は 22% であった。参与員については、それぞれ、

16%、20%であり、鑑定入院の鑑定医はそれぞれ4%、5%と低い回答であった。特に審判員・参与員・鑑定医等のかかわりのないセンターが、都道府県では67%、政令市では47%という結果であった。

医療観察法に対するセンターの今後の方向性については、「実施主体は他の機関として、センターは補完的（支援）にかかわる必要がある」とする回答が、最も多く71%を占めていた。都道府県と政令市を比較すると、「センターが、体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある」とする回答や、「センターが、現状の体制や機能で継続して実施する必要がある」とした回答は、政令市の方が多い傾向にあった。

5) 調査研究

センターが把握している情報について質問したところ、自立支援医療（精神通院）や精神障害者保健福祉手帳に関する情報はセンターで概ね把握されているが、それでも、3割程度のセンターでは、受給者証や手帳の発行業務までを行っていないこともあって、全部の情報を把握していないという回答であった。

障害程度区分認定審査会に関与しているセンターは3割程度にとどまっており、障害程度区分に関する情報も把握されていない現状にある。また、障害福祉サービス利用状況や精神科病院実地指導に関する情報も約半数のセンターでは把握されていない状況であった。医療監視結果や630調査の個別病院の情報も現状では把握しているセンターはかなり少ないという結果であった。

それぞれの自治体で計画策定等の基礎資料となるニーズ等の調査については、平成20年度～平成22年度の3年間で、半数弱のセンターで実施されていた。ただし、センターが実施主体として行なわれたものはそのうちの2割弱であった。様々な情報や調査結果などの解析機能については、現状の体制で可能としたところは4か所（約6%）で、約6割のセンターでは、「一部可能である」という状況

にとどまっていた。また、「困難である」とした回答も30%にみられた。

調査研究に関する今後の方向性としては、「センターが、体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある」とする回答が、54%であり、「センターが、現状の体制や機能で継続して実施する必要がある」とする回答21%と合わせると、全体の3/4のセンターで、調査研究が今後の重要な業務と考えられていた。

6) 人材育成について

人材育成については、精神保健福祉業務関係職員、相談機関職員をはじめ、一般窓口職員や、教職員や養護教員など教育関係職員、医療関係者などかなり広範囲の対象に対して、研修が行なわれていた。自殺対策や震災対応に関連したと思われる、ガス・水道・消防・警察などの職員に対しても研修を行なっているとの回答もあった。

人材育成についての今後の方向性については、「センターが今後の体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある」、あるいは、「現状の体制や機能で継続して実施する必要がある」とした回答が全体の91%あり、「実施主体は他の機関として、センターは補完的（支援）に関わる必要がある」とした回答は、9%であった。

7) 精神保健福祉相談について

精神保健福祉相談は、センター、保健所、市町村（政令市では区役所等）で行なわれているが、より住民に身近な相談窓口である市町村（区役所）での精神保健福祉相談について「体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある」という回答が約90%であった。「現状の体制や機能で継続して実施する必要がある」という回答を合わせると、100%となり、市町村（区役所）の精神保健福祉相談について、「実施主体は他の機関として、市町村は補完的（支援）に関わる必要がある」とした回答はなかった。

保健所やセンターについては、市町村（区

役所)と比べると、「体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある」とする回答は少なかったが、「現状の体制や機能で継続して実施する必要がある」という回答を合わせるといずれも90%を超えており、センターや保健所の業務としては今後も引き続き重要と考えるセンターが多かった。

市町村に総合的な精神保健福祉相談窓口を設置する上での課題としては、人材育成、財政支援、法整備の順に回答が多かった。

8) 精神保健福祉相談員について

「精神保健福祉相談員」は、平成7年の精神保健福祉法の改正から使用されるようになり、それまでは、法律の名称に応じて、「精神衛生相談員」「精神保健相談員」などの名称が使われていた。その後、国家資格として精神保健福祉士が創設されたが、精神保健福祉相談員の名称は現在も使用されており、自治体によって、相談員を専任で配置した自治体と、保健師を中心として精神保健福祉相談員の資格取得講習会を受講させることで、専任ではなく保健師業務のひとつとして精神保健業務をすとした自治体に分かれている。

おそらく各センターの歴史的な経緯もあって、精神保健福祉相談員の配置には大きなばらつきがあり、すでに、「精神保健福祉相談員」としてではなく、精神保健福祉士、保健師、臨床心理士などの専門職として配置されている自治体も多い。このように各自治体で状況が様々であるため、「精神保健福祉相談員」についての設問がわかりにくい面があったと考えられ、そのため、回答に若干混乱がみられたようである。

市町村(区役所)にも、すでに、精神保健福祉担当の専門職が(場合によっては複数)配置されているところもあった。

精神保健福祉相談員資格取得講習会については、平成20年度～23年度に実施した(平成23年度は予定を含む)ところは、全国で3か所にとどまっていた。また、他府県等に派遣している自治体は7か所であった。実施し

ていない理由については、講習会の開催に多大な費用や人員が必要なこと、既に専門職が配置されており、研修のニーズがないこと、そもそも講習会の存在を知らなかったなど、様々な理由があった。

精神保健福祉相談員の必置についての質問では、センターについては必置とすべきであるとした回答は52%(34/66)、必置とする必要はないとした回答が35%であった。その他への具体的記載をみると、精神保健福祉相談員ということよりも、精神保健福祉士、保健師などの専門職の配置がより重要と考えられているとも受け取ることができ、専門職採用がない自治体では、「精神保健福祉相談員」としての採用を必要と考えるとの意見もみられた。

同様に、保健所における精神保健福祉相談員については、必置とすべきであるとした回答は、51%(33/65)であり、必置とする必要はないとする回答31%(20/65)を上回った。市町村(区役所)においても、ほぼ同様の結果であった。

9) 地域精神保健福祉連絡協議会(部長通知:保健所及び市町村における精神保健福祉業務について)について

都道府県センターでは、「管内すべての保健所に設置されている」との回答が35%、「一部の保健所に設置されている」が22%、「設置されている保健所はない」が22%であり、政令市センターではそれぞれ16%、11%、58%と都道府県に比べて低い設置率となっていた。

地域精神保健福祉連絡協議会の都道府県(政令市)レベルでの設置についてその必要性を聞いたところ、既に設置されている自治体は、都道府県、政令市どちらも10%程度であった。新たに設置が必要とするものは、それぞれ13%、22%であり、既存の協議会を活用して同様な議論を行なうとするもの(それぞれ32%、44%)をあわせると、都道府県では45%、政令市では66%が、相談対応の連携

を図るために新たに協議会の設置あるいは既存の会議の活用が必要と考えていることが示された。なお、必要ではないとする回答は、都道府県センターで6%、政令市では0%といずれも少なく、どちらともいえないという回答は、それぞれ7%、11%であった。

意見としては、「行政機関における相談対応を円滑に進めるためには、関係機関のネットワークや連携が必要と考えますが、地域精神保健福祉に関する都道府県（指定都市）レベルの連絡協議会はなく、必ずしも十分な情報共有ができていないと言えないと思われまます。また、保健所レベルの地域精神保健福祉連絡協議会の現状は様々であると推測されます。そこで、保健所レベルと都道府県（指定都市）レベルの地域精神保健福祉連絡協議会を活用することで、相談対応の連携を図ることが求められているのではないかと考えます。」との意見があった。

10) 地域精神保健福祉推進計画（仮称）について

センターをはじめとして、地域精神保健福祉に関する予算や人員体制の充実を求めるために、法的根拠（この場合は精神保健福祉法等の改正が必要）のある地域精神保健福祉推進計画（仮称）を策定することで、予算や人員体制の充実を含めた地域精神保健福祉の充実を図るべきではないかと考え、そのような計画の必要性について質問を行なった。その結果、計画を必要と考える都道府県センターは65%、政令市では58%であった。どちらともいえないという回答は、23%、26%にみられた。

最後に、センターの人員体制や予算の充実に向けた取組については、「精神保健福祉センターや保健所、主管課、市町村にも配置が必要な精神保健福祉士、臨床心理士等の法的根拠が必須事項でないため、これまでこうした専門職の計画的な採用と配置がされてこなかった。人事当局には、現状の認識を改める働きかけを行う中で人員体制を整えつつあると

ころである。予算の充実については、単年度ごとの査定をする中で、一定額を確保しているのが現状で、事業の継続性については保障されるものではないため、不安定な状況が続いている。法的根拠のある計画策定により、中期的な事業額の確保が必要と考える。」との意見もあり、各センターから取組について多くの意見があった。

D. 考察

今年度の調査結果及び平成21年度、22年度の研究結果を踏まえて考察する。

1) 診療機能について

精神保健福祉センター運営要領によれば「センターは診療機能や、デイ・ケア、障害者自立支援法に規定する障害福祉サービス等のリハビリテーション機能をもつことが望ましい」とされている。調査結果では、57% (39/68) が診療を実施し、37% (25/68) が実施していなかった。また、平成21年度に実施した調査では、デイ・ケアについては32か所/67が実施し、32か所/67が非実施であった。

また、今後のあり方としては、診療を実施しているところでは充実や継続を考えているところが多い (38/39) なのに対し、診療を実施していないところでは現状維持、必要ではないとの回答が多かった (15/25) が、診療を実施していないところでも充実を希望するところが多かった (7/25)。全体では診療の継続、充実を求める回答が多かった。

診療を行っていない理由としては、相談機能に重点を置いている、医師数や医療事務を行なう職員が確保できない、近隣に医療機関が比較的充足しているなどの理由があげられた。診療機能については、地域の状況に応じた柔軟な対応がなされているものと考えられた。

2) 医師確保について

近年、センターにおいても医師確保が困難な状況が増加し、欠員や所長に精神科以外の医師を充てることが増えてきている。相談支

援体制の充実、人材育成、技術支援などセンターの重要な事業にとって精神科医師は不可欠と考えるが、大幅に不足しているのが現状である。今回の調査において、実に25%（17/68）に欠員があることは深刻に受け止めなければならないと考える。

医師確保が困難な背景は、臨床現場での医師不足、公衆衛生分野（行政機関）で働く医師の不足、待遇などと様々であるが、診療経験等が生かしくにくいことも関連しているものとする。「診療行為ができる、新たな試みの相談診療ができる、ということがないと、精神科医への魅力が薄れ、臨床（相談）の力量のある医師を確保できなくなる。他の機関の医師よりもはるかに低い所得で、当センターがまがりなりにも定員割れを何度も乗り越えてきたのは、センターでも面白いことができそうだと医師にアピールできるものがあったからである。」との意見があるように、診療機能や次に述べるアウトリーチ機能など、新たな試みの相談診療ができる体制を整えることが医師確保にとっても重要と考える。

また、そういった実践や経験を人材育成や技術支援に生かしていかないと、精神保健福祉関係職員の育成にも支障を来し、将来的に保健師等の相談支援技術の低下という事態にも至りかねないと危惧している。早急な対応が求められている。

3) アウトリーチ機能について

センターのアウトリーチ機能については今回の調査が初めての調査であり、意義深いものと考えている。保健所と異なり精神保健福祉センター運営要領には「訪問指導」の規定はないが、アウトリーチ支援の重要性が認識され、41%（28/68）が訪問を行っているとした。都道府県と政令市との比較では、都道府県では29%（14/49）政令市では63%（12/19）と、より圏域の狭い政令市で訪問を行っている割合が高く、対象区域の違いが影響しているものと推測された。

対象はひきこもり、未治療・治療中断が多

く、自殺対策の一環としての未遂者支援も含まれていた。「診療機能の強化として、訪問診療での展開も検討」という意見もあり、中心的な実施機関ではないとしても、センターにおける訪問は今後一定の役割を果たしていくものと考えられた。

「センターの規模や地域性により、柔軟にデザインできるようにすべきである。例えば、広い県であれば、保健所の機能を充実させ、狭い県や政令市では、センターの相談機能を強化するなど。」との意見にもみられるように、地域特性を踏まえた対応が求められていると思われた。

これらのことから、精神保健福祉センター運営要領において、訪問支援を複雑困難事例への相談支援の一環として「もつことが望ましい機能」として位置づけることが適当ではないかと考える。

4) 医療観察法との関わりについて

センターと医療観察法との関わりについても今回が初めての調査であり、意義深いものと考えている。運営要領には、「センターにおいても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。」と定められているが、具体的な内容は記載されていないため、現状を把握するために今回の調査を行った。

都道府県単位の会議やケア会議への参加、事例検討が中心で、相談支援20カ所、訪問支援11カ所、デイ・ケア等の利用5カ所で直接的な支援は少ないことが明らかとなった。また、42カ所（62%）が「判定医等の関わりはない」とした。

医療観察法の対象者は複雑困難事例であることも多く、医療観察法の処遇終了後も含めて、センターとして一定の関わりが求められていると考えるが今後の検討課題である。

5) 調査研究

調査研究に関する今後の方向性としては、「センターが、体制や機能をさらに充実させて

実施する必要がある」とする回答が、36カ所（53%）であり、「センターが、現状の体制や機能で継続して実施する必要がある」とする回答14カ所（21%）と合わせると、全体の74%のセンターで、調査研究が今後の重要な業務と考えられていた。その一方で、様々な情報や調査結果などの解析機能については、困難である23カ所、一部可能である40カ所で、現状で可能であるは4カ所にすぎなかった。

また、自立支援医療や障害者手帳の情報は把握しているところが多数であったが、障害程度区分、障害者福祉サービス利用状況、精神科病院実地指導事前資料、630調査（個別病院の情報）などは把握していないところが多数であった。

これらのことから、調査研究を積極的に実施したいとの姿勢は伺えるものの、実施体制や関係資料は整備されていないことが明らかとなった。地域精神保健福祉の計画的な推進や今後精神疾患が医療計画に盛り込まれることとなったことなどを踏まえるならば、地域精神保健福祉施策の推進のためにセンターの調査研究機能の充実を図ることが求められている。地域保健施策では都道府県、政令市の衛生研究所がそのような役割を果たしているものと考えられ、センターに衛生研究所的機能を付加することなどが検討されるべきではないかと考える。

6) 人材育成について

人材育成については、これまで行われてきた、精神保健福祉業務関係職員や相談機関職員（精神保健福祉業務以外）に加えて、教職員や養護教諭にも拡充されてきていることが明らかとなった。さらに近年では、自殺対策との関連から一般窓口職員へと広がりを見せ、全職員との回答も9カ所（13%）あった。さらに「薬剤師」「ガス・水道・消防等の職員」との回答もあった。

今後の方向性についても、「センターが今後の体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある」32カ所、「現状の体制や機能で継

続して実施する必要がある」29カ所で、あわせて61カ所（90%）を占め、引き続き重要な役割である。

今後の課題としては、現在は自主的な参加となっていることが多いセンターの実施する研修を内容に応じて自治体として必須の研修と位置づけ、センターの研修実施体制を強化し、職員研修機関との共催を図るなど全職員を対象に拡充していくことが求められている。

7) 精神保健福祉相談について

平成22年度の研究より、センター、保健所、市町村の相談対応における役割については一定程度明確化するとともに、課題によってはより重層的に対応することが必要であることが明らかとなった。「ひきこもり支援」「思春期精神保健」「自殺関連」はセンター、「医療中断」「近隣迷惑行為」は保健所、「日常生活支援」は市町村といった特徴を生かしながら、「こころの健康づくり」「社会復帰」等については、センター、保健所、市町村が連携し、重層的に役割を担う必要があると考えられた。

平成23年度の調査結果より、市町村における精神保健福祉相談について、「体制や機能をさらに充実させて実施する必要がある」との回答が61カ所（90%）あり、急務の課題であることが明らかとなった。市町村において総合的な精神保健福祉相談窓口を設置することについては55カ所（81%）が「必要である」と回答しており、身近な市町村における総合的な相談窓口の設置が求められていた。

そのためには、人材育成、財政支援、法整備などの課題に取り組む必要があるとされ、「田舎になればなる程、医師等専門職の確保が難しい」「立ち位置が障害福祉に偏りがちなので、精神保健相談として位置付けたい」等の意見にみられるような具体的な課題も明らかとなった。また「住民に「身近なところ」に相談機関を設置することが望ましいが、一方で「安心して」相談できるようにするためにも住民の「選択肢」が広がることと、各機関が「重層的」に関わることが求められる。このため

市町村、保健所、精神保健福祉センターの各機関の相談機能の一層の充実が不可欠である。」などの意見もあり、各機関の相談機能の充実も必要である。

8) 精神保健福祉相談員について

平成 21 年度の調査では、職員数を調査したところ、精神保健福祉相談員は、平均 4.2、標準偏差 3.5、最小値 0、最大値 17 であり、精神保健福祉士(当該資格で配置されている)は、平均 2.6、標準偏差 4.8、最小値 0、最大値 29 であった。

今回の調査では、センターにおいて精神保健福祉相談員として「配置されている(24 か所)」よりも「配置されていないが専門職として配置されている(34 か所)」方が多数を占めた。保健所においても同様で、それぞれ、20 か所、37 か所となった。その場合の専門職については、センターでは保健師 39 か所、臨床心理士 27 か所、精神保健福祉士 24 か所(複数回答可)の順に多く、保健所では保健師 35 か所、精神保健福祉士 9 か所、臨床心理士 2 か所(複数回答可)であった。このことから、精神保健福祉相談員としての配置よりも、専門職としての配置をより重要視している傾向がうかがえる。

また、精神保健福祉相談員として配置されている場合の職種としては、センターでは保健師と精神保健福祉士がほぼ同数で、臨床心理士が続いた。保健所、市町村では保健師と精神保健福祉士が同数であった。このことから、精神保健福祉相談員が配置されているところでは、精神保健福祉士の配置割合が高い傾向にあるものと推測された。

さらに、精神保健福祉相談員を必置とすべきかどうかについて調査したところ、センター、保健所、市町村すべてにおいて「必置とすべきである」が「必置とする必要はない」を上まわった。意見としては、「精神保健福祉士を配置すべき」「精神保健福祉士・社会福祉士・保健師等専門職種を必置すべきである」「専門職の配置は必要だが、現状では「相談

員」との位置づけにこだわらずに配属されており、法的な根拠については考慮していない」という意見や「地域の状況に合わせて配置を検討することが必要」との意見があった。

これらのことから精神保健福祉相談員としての配置に限定はしないとしても、精神保健福祉士等の専門職の配置は必須と考えるべきである。

なお、精神保健福祉相談員資格取得講習会については、平成 20 年度から 23 年度の 4 年間について、実施は 3 か所、派遣は 7 か所であった。専門職の配置が進む中で、実施、派遣ともに減少しているものと考えられた。

9) 地域精神保健福祉連絡協議会(部長通知:保健所及び市町村における精神保健福祉業務について)について

行政機関における相談対応を円滑に進めるためには、関係機関のネットワークや連携が必要と考えて、調査した。地域精神保健福祉連絡協議会については、(保健所及び市町村における精神保健福祉業務について 部長通知)に明記されているが、「管内すべての保健所に設置されている」のは 20 か所 29%で、「設置されている保健所はない」が 22 か所、「一部の保健所に設置されている」13 か所で、部長通知に明記されているものの全体では予想に比べて少数であった。その理由は今回の調査では明らかではないが、「市全体で 2 回、各区において、毎月、自立支援協議会が開催されており、事例検討や社会資源の把握などがなされており、これが地域精神保健福祉連絡協議会を兼ねているかもしれません。」との意見にみられるように他の協議会等に時間を割かざるを得ない可能性がある。優先度を高めるためには、法定化等が検討されなければならない。

「都道府県(指定都市)レベルの地域精神保健福祉連絡協議会の必要性について」は、すでに 9 か所で設置されており、「新たに設置が必要である」13 か所、「必要であるが、既存の協議会等を活用する」30 か所と必要との