

201224065A

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（精神障害分野）
課題番号：H22-精神-一般-018

新しい精神科地域医療体制と その評価のあり方に関する研究

平成 24 年度 研究報告書

研究代表者 安西 信雄
(国立精神・神経医療研究センター病院)

平成 25 年 3 月

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（精神障害分野）
課題番号：H22-精神-一般-018

新しい精神科地域医療体制と その評価のあり方に関する研究

平成 24 年度 研究報告書

研究代表者 安西 信雄
(国立精神・神経医療研究センター病院)

平成 25 年 3 月

目次

I. 研究総括報告

- 新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究 1
安西 信雄 (国立精神・神経医療研究センター病院 副院長)

II. 研究分担報告

1. 精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理 7
河原 和夫 (東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野 教授)
2. 精神医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発 67
伊藤 弘人 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
社会精神保健研究部 部長)
3. 精神科救急医療からの医療政策に関する研究 73
平田 豊明 (千葉県精神科医療センター センター長)
4. 精神科医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策 109
萱間 真美 (聖路加看護大学 精神看護学研究室 教授)
5. 地域精神医療を担う診療所からの医療政策提言のための調査研究 173
平川 博之 (ひらかわクリニック 院長)
6. 精神科病院行動制限最小化に向けた対処法の検証と評価 279
宮本 真巳 (東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 教授)
7. 総合病院 (一般病院) 精神科医療からの医療政策 375
吉邨 善孝 (済生会横浜市東部病院 精神科 部長)

研究総括報告

研究課題：新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究

課題番号：H22・精神・一般・018

研究代表者：安西信雄（国立精神・神経医療研究センター）

分担研究者：河原和夫（東京医科歯科大学大学院）、伊藤弘人（国立精神・神経医療研究センター）、

平田豊明（千葉県精神科医療センター）、萱間真美（聖路加看護大学）、

平川博之（ひらかわクリニック）、宮本真巳（東京医科歯科大学大学院）、

吉邨善孝（済生会横浜市東部病院）

1. 研究目的

「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（平成 21 年 9 月）で医療計画に精神医療を加えることや、加える場合の具体的なあり方の検討が要請されていることをうけて、平成 21 年度に特別研究「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する予備的研究」（主任研究者：河原和夫）が実施された。この特別研究の成果を踏まえて、平成 22 年度から本研究班が組織された。

平成 22 年度は、実際に運用可能な地域精神医療体制の具体像を作っていくこと、さらに、医療法改正と引き続き医療計画関連通知に使用可能な具体的な方策やデータセット等の提言を行っていくことを目的に研究を実施した。

その後、平成 23 年 7 月の社会保障審議会医療部会において、医療計画において従来の「4 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）」に精神疾患を加えて「5 疾病」とすることが承認され、平成 25 年度からは都道府県が医療計画を策定する際に精神疾患に対する記載が義務づけられることになった。

そこで平成 24 年度は、わが国の地域精神科医療の問題点を改善し実際に運用可能な具体像を作っていくため、①実態調査にもとづき医療計画の評価に組み入れるべき医療機関の要件（明示される医療機能）・医療連携体制の要件等を検

討し、②医療計画に組入れるべき指標を整理して医療計画の全体像を明らかにして、各都道府県が精神疾患を組み入れた医療計画を適切に立案できるための支援を行うとともに、医療計画の立案・実施が適切に実施されていることを評価する指標を明らかにすることを目的に本研究を実施した。

さらに、平成 24 年 6 月 28 日に開かれた「第 7 回 精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討」で「今後の方向性に関する意見の整理」が発表され、その中で、今後の精神科医療においては「新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、『重度かつ慢性』を除き、精神科の入院患者は 1 年で退院させ、入院外治療に移行させる」との方針が打ち出された。その際に「重度かつ慢性」の患者については、「新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取扱いとすることとし、その基準については「調査研究等を通じて明確化する」ことになった。そこで平成 24 年度から本研究班においてその基準づくりに資する実態調査の方法を検討した。

2. 研究方法

医療計画に関しては、わが国の精神科地域医療体制の全体像の検討が必要なので、精神科救急、総合病院精神科（身体合併症）、訪問看護、

行動制限最小化、および、医療計画と工程管理、政策立案と評価指標に関する分担研究班を設け、それぞれの分担研究班において、実態を踏まえた医療機能および評価方法の検討を行うとともに、地域連携のあり方（医療連携パスの検討を含む）、医療計画の研究を実施した。

「重度かつ慢性」の患者の基準については、ワーキングチームを組織して、実態調査のための調査票の作成と調査計画の検討を行った。

3. 研究結果及び考察

(1) 実態調査にもとづく医療機関・医療連携の要件等の検討

1) 精神科救急医療からの医療政策[平田班]

今後の精神科地域医療体制の構築プランを検討するため精神科救急医療の最新の実態を把握・分析した。

①各都道府県から厚生労働省に報告された平成23年度の精神科救急事業運用実績を分析した結果、平成23年度に精神科救急情報センターには約3.4万件、精神医療相談には約11万件的電話相談が寄せられたことが分かった。精神科救急事業の利用者は、年間約4万件のうち約1.6万件が入院となっていた。入院患者の約4分の1は精神科三次救急ケースであったが、大都市圏を中心に寡占的分布を示した。②平成24年10月現在認可されている全国104カ所の精神科救急病棟を対象として、その運用実態を調査したところ、66カ所(63.5%)の精神科救急病棟認可施設から回答が得られた。平成23年度は、平均46.4床の病床に年間308.8件の入院があり、平均48.6日で68.3%を自宅退院に結びつけていた。③精神科救急病棟への入院適応を研究協力者間の討論を踏まえて、(ア)精神疾患によって現実検討(reality testing)が著しく損なわれていること(医学的な重症性)、(イ)このために、社会生活上、自他に深刻な不利益をもたらす行動が生じていること(社会的不利益)、(ウ)最近1ヶ月以内に、このような事態が出現もしくは悪化していること(急性の展開)、

(エ)迅速な医学的介入なしには、この事態が遷延ないし悪化する可能性が高いこと(治療の必要性)、(オ)医学的介入によって、このような病態の改善が期待されること(治療の可能性)の5つの条件をあげ、精神科救急入院料病棟への入院対象となるような急性の重症患者とは、これらの条件を全て満たす患者をいうこととした。これらを一文で表記すれば、「精神疾患による現実検討の損傷と社会的不利益が最近1ヶ月以内に急速に生じており、改善のために迅速な医学的介入が必要かつ有効な患者」ということになる。

①電話相談は年々増加しているが、精神科救急情報センターと精神医療相談という2つの窓口の定義が自治体によってまちまちであった。大都市圏では情報センターを含む複数の窓口を設け、地方では両者を統合した窓口を人口や面積に応じて複数設置するのが妥当と思われた。

②精神科救急事業は、夜間・休日にマイクロ救急が機能しなくなる大都市中心部と人口過疎地区の両極でニードが高い傾向にあったが、依然として大きな地域差の存在が確認された。③精神科救急病棟においても、身体管理能力や患者の診断構成、三次救急比率、平均在棟日数、退院前訪問件数などの活動性指標に施設間格差が認められた。

救急システムの再構築とその中核を担う精神科救急病棟群の均霑化が図られるべきことを述べた。

2) 精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策[萱間班]

全国の訪問看護ステーション事業所の悉皆調査を経年的に実施した。全国の訪問看護ステーションを対象とした一次調査では3,856件のうち1,125件(29.2%)から回答が得られた。平成24年9月1カ月間に精神科訪問看護を実施した事業所の割合は52.6%であり、半数以上の事業所で精神科訪問看護が実施されていることがわかった。先行研究で得られた、訪問看護ス

テーションにおける精神科訪問看護の実施割合をみると、平成 18 年度 35.3%、平成 19 年度 41.0%、平成 20 年度 47.7%、平成 21 年度 49.4%、平成 22 年度 53.9%、平成 23 年度 59.4%であった。精神科訪問看護基本療養費の届け出状況では、全事業所の 34.0%が届け出をし、うち、精神科訪問看護実施事業所では過半数、非実施事業所では約 1 割の事業所が届け出をしていた。精神科訪問看護経験がある職員がいる事業所は、実施事業所で 48.3%、非実施事業所では 26.5%であり、実施経験を積んだ事業所においては、普及が進んでいることが考えられた。

精神科訪問看護の実施事業所を対象とした二次調査では 475 件のうち 119 件 (25.0%) から回答が得られた。統合失調症の家族支援では、「利用者に対する具体的支援方法についてのアドバイス」「利用者と家族の関係性維持・向上の支援」「利用者以外の精神障害を持つ同居家族に対するケア」「家族の身体面を含めた包括的ケア」「対象者への介護を行う家族へのエンパワメント」「支援対象者の社会資源利用への支援」等が実施されていた。認知症の家族支援では、「介護負担や困りごとへの直接的な支援」「社会資源活用のための支援」「利用者の身体的ケアについて家族へ説明」「同居家族への身体的ケア」「同居家族の精神障害に対するケア」「家族関係の調整」等を実施していた。患者以外への訪問では、自身で病状等を伝えられない患者への「同行受診」、「外出を要する生活支援」、「リハビリテーションとしての外出」、「生活の場の移行支援」「就労の移行支援」等で、患者以外への訪問を実施しており、患者以外の多様な場への患者との同行の必要性が報告された。

1 事業所当たりの精神科訪問看護の実施利用者の主傷病別内訳をみると、病院では (多い順に)、統合失調症 59.3%、認知症 14.1%、気分障害 (うつ病、躁うつ病) 10.7%であったのに対し、診療所では (同じく多い順に)、認知症 54.9%、統合失調症 24.5%、気分障害 (うつ病、躁うつ病) 10.6%で、主傷病別の分布が異なっていた。

3) 地域精神医療を担う診療所からの医療政策提言のための調査研究[平川班]

全国の精神科診療所から 33~36 ヶ所の協力を得て、以下の 4 つの調査を行った。

①新規受診患者のコホート調査：1 か月間に新規受診した患者について 1 年に渡って追跡調査を実施した結果、初診患者の 2/3 が、初めての精神科受診で、受診予約の待機期間の中央値は 5 日で、当日に 1/3 が受診し、全体の 86%が二週間以内に予約していた。予約が 1~2 ヶ月先ということは稀であることが示された。

②診療所通院患者の入院調査：半年間で、通院患者の入院に至ったケース全数について、疾患分類、入院の原因、入院先の選定方法、入院までの期間、入院まで時間がかかった理由を調査した。その結果、1 診療所あたり、半年で 6 人の入院があり、そのうち 72%が、精神症状悪化または自殺企図等による入院であった。入院先は、クリニックが日頃の連携を頼って探すことが多いが、すぐに見つからないことがあり、入院が必要になってから入院まで平均 4 日以上かかっていた。

③精神科診療所通院患者の受診行動調査：1 か月間に受診した患者の郵便番号、年齢、診断名を調査し、患者の居住地から受診した診療所までの距離を比較した。精神科診療所では、53.82%の患者が 5km 未満から受診し、46.18%が 5km 以上から受診していた。60km 以上の遠方から受診している患者も 1.74%見られた。診療所の立地による大きな違いは見られなかった。高齢者は他の年代に比べて受診距離が短い傾向が見られた。疾患別では、F6 人格障害については突出して受診距離が長かった。企業との連携、訪問診療、アディクションや性同一性障害の治療、児童のデイケア、カウンセリングなどを行っている特色のある診療所においては、遠方から受診する患者が多い傾向が見られた。

精神科診療所においては、近隣からの受診を受ける役割、多少遠方の患者を受ける役割、特

殊なサービスや専門治療を提供し広い地域のニーズに応える役割の3つがあることがわかった。

4) 精神科病院行動制限最小化に向けた対処法の検証と評価【宮本班】

5つのサブテーマに分け、精神科病院における行動制限最小化を阻害する要因と行動制限最小化に向けた対処法の評価を行った。

①行動制限最小化を阻害する要因の明確化：事例の分析検討により、従来の7項目に「危険の回避（他患者からの暴力被害）」を加えた。

②病棟構造と隔離・拘束との関連性：患者が隔離・拘束によって被っている清潔、排泄、食事、水分補給、睡眠、休息などの不便と苦痛について、検討することを通じて危険を回避しながら状況を改善できる可能性を検討した。

③行動制限最小化委員会の現状、機能と課題：多くの施設では行動制限最小化委員会に下部組織を設け、事例検討会、研修、助言などの活動を行っており、その中で看護職は重要な役割を担っていた。

④急性期患者との援助関係形成に向けた対処技法とその効果：感情活用の方法を体得することは、患者、医療者双方の成長に役立つが、そのための条件は、率直な感情表現が安全に行える場の保証であることが確かめられた。

⑤精神科病棟における隔離と看護勤務者数の変動要因に関する調査研究：精神一般病棟における患者の隔離開始と隔離解除は、夜勤帯および日曜・祝祭日との関連があることが明らかになり、その主な理由は勤務帯や曜日による看護者配置数の変動にあることが示唆された。このように看護者数が一時的に減少する「くぼみ」が隔離の開始と解除の判断に影響を及ぼしている可能性が明らかになった。

5) 総合病院（一般病院）精神科医療からの医療政策【吉邨班】

一般病院で行われる精神科身体合併症患者への対応に関して一般病院における精神科医療機

関との連携、精神科医配置は不足しており、身体救急対応体制は十分に整備されていない。精神医療を念頭においた救急搬送基準の作成が必要である。

各地域で精神科身体合併症対応施設と指定された医療機関で必要に応じて、コンサルトや入院受入れを行う体制の拡充が求められる。また、一般病院における精神科医の配置、精神科医療機関との連携を発展させること、精神科病院における一般医療機関からの後方受入れを推進させることが求められる。

精神科患者の身体合併症における医療連携を充実させるために、精神科身体合併症に対応した連携パスを活用し、精神医療の標準化、情報の共有化、医療課の可視化を実践する必要がある。

精神科リエゾンチームを運用している施設ごとのチーム構成や活動実態は様々であるが、精神科リエゾンチームが活動することにより、身体疾患の早期発見や早期対処と予防、行動制限の最小化、職員の疲弊防止などの効果があり、患者のみならず施設全体へのメリットが大きい。精神科リエゾンチームの活動実態(活動内容・人件費等)を考慮すると、診療報酬上の評価を見直す必要がある。

合併、薬物乱用、単身高齢者などが搬送困難例となっていた。

平成24年診療報酬改定で「精神科リエゾンチーム」加算が新設されたので、精神科リエゾンチームのアンケート調査を実施した。その結果、算定医療機関は、平成24年4月には26施設であったが7月には34施設に増加していた。大学病院と一般病院（精神科有床）が2/3を占めていた。

(2) 指標を整理して医療計画の全体像を明らかにし都道府県における医療計画立案を支援する

1)精神科医療の目標達成のための医療計画にお

ける工程管理[河原班]

精神医療を医療計画に盛り込まれることとなったことから、国は精神医療分野の医療計画の策定指針を提示している。本研究は各都道府県が精神医療分野に係る事項を医療計画に記載する際に現実と理念の差異、国の指針と都道府県の考え方や実情との乖離状況、策定体制などを総合的に調査することにより問題点を同定して改善につなげ、医療計画をより良きものとするための資料を得ることを目的としている。

都道府県の医療計画（精神疾患対策）策定担当部署に調査票を送付し、医療計画策定指針に示された現状把握指標及び評価指標における計画策定上の問題点の有無についての担当者の考えや、医療計画策定（精神疾患対策）に際しての業務上の負担感等について調べた。

その結果、全ての指標で既存の医療機能と指針で求められている医療機能とは乖離があると考える自治体担当者が多かった。さらに医療圏ごとの医療機能の偏在があるとの回答も同様であった。このことから政策の優先性が高い精神科救急医療、精神身体合併症医療の基盤整備が必要である。また、医療機関・関係機関の連携体制の構築やそれを動かすマネジメント体制の確立にも課題が見られる結果となった。

本研究により地域精神医療の実態が明らかになり、具体的な解決策を提示することができ、新たに医療計画に位置づけされた精神科医療の推進と精神科医療提供体制の質的向上に寄与する結果が得られた。

2) 精神医療全般の医療政策立案ならびに精神科医療の評価に資する指標の開発[伊藤班]

都道府県の医療計画の策定と運用に資するために、先進事例の収集を行い、精神科地域連携クリティカルパスをモデル地区で開発するため、①平成24年3月に策定された医療計画策定指針に基づき、都道府県の医療計画に資する先進事例を収集し、関係者を広く募集して公開の場で共有した。②長野県東信地域を地域連携モデ

ル地域として、認知症に関する精神科地域連携クリティカルパスの初案の運用を開始した。その結果、医療計画を都道府県が策定し実施する上で参考になる先進事例を収集・共有するとともに、長野県東信地域をモデル地域と位置づけて地域連携クリティカルパスの運用を開始した。

本研究成果の一部は都道府県の策定・実施する医療計画の参考事例となる。

(3) 「重度かつ慢性」の患者の基準検討のための実態調査

平成24年6月末の報告で基準作成のための調査研究の必要性が指摘されたので、調査計画と調査票の試案を作成し、平成24年10月に専門家によるワーキングチームを招集して検討を行った。その後、調査票の改訂を進め、平成25年2月から調査を実施している。

研究分担報告

研究分担報告

研究分担者：河原和夫

東京医科歯科大学大学院

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（精神障害分野））
新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究 研究分担報告書

精神科医療の目標達成のための医療計画における工程管理

研究分担者

河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

研究協力者

島 陽一（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

菊池 雅和（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

小暮 孝道（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

菅河 真紀子（東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 政策科学分野）

研究要旨

精神医療を医療計画に盛り込まれることとなったことから、国は精神医療分野の医療計画の策定指針を提示している。本研究は各都道府県が精神医療分野に係る事項を医療計画に記載する際に現実と理念の差異、国の指針と都道府県の考え方や実情との乖離状況、策定体制などを総合的に調査することにより問題点を同定して改善につなげ、医療計画をより良きものとするための資料を得ることを目的としている。

都道府県の医療計画（精神疾患対策）策定担当部署に調査票を送付し、医療計画策定指針に示された現状把握指標及び評価指標における計画策定上の問題点の有無についての担当者の考えや、医療計画策定（精神疾患対策）に際しての業務上の負担感等について調べた。

その結果、全ての指標で既存の医療機能と指針で求められている医療機能とは乖離があると考えられる自治体担当者が多かった。さらに医療圏ごとの医療機能の偏在があるとの回答も同様であった。このことから政策の優先性が高い精神科救急医療、精神身体合併症医療の基盤整備が必要である。また、医療機関・関係機関の連携体制の構築やそれを動かすマネジメント体制の確立にも課題が見られる結果となった。

本研究により地域精神医療の実態が明らかになり、具体的な解決方策を提示することができ、新たに医療計画に位置づけされた精神科医療の推進と精神科医療提供体制の質的向上に寄与する結果が得られた。

A. 研究目的

平成 25 年 4 月からの実施を目指して現在、次期医療計画が都道府県で策定されているところである。次期医療計画は、従来の 4 疾病 5 事業に加えて「精神医療」が疾病系に加えられた。地域における精神医療は、精神科救急や身体合併症対応、認知症の地域医療システムの確立など多くの課題を抱えている。

医療計画は地域での医療資源の再配分計画という性質をもつものである。地域精神医療対策の体系や具体的な施策は、次期医療計画に初めて文言として医療法や厚生労働省令等の根拠をもって盛り込まれることになる。それに合わせて国は、各都道府県が精神医療に関する医療計画を策定するための指針を示している。この中には数値による地域診断や目標設定の考え方が記載されている。

本研究は、各都道府県が精神医療分野に係る事項を医療計画に記載する際に現実と理念の差異、国の指針と都道府県の考え方や実情との乖離状況、策定体制などを総合的に調査することにより問題点を同定して改善につなげ、医療計画をより良きものとするための資料を得ることを目的としている。

B. 研究方法

平成 24 年 12 月末から平成 25 年 1 月 15 日を締め切りとして、47 都道府県の医療計画（精神疾患対策）策定担当部署に調査票（資料 1）を郵送法で依頼した。

研究の趣旨、調査協力へは任意であること、協力有無によっていかなる利害も生じないことを文書で説明の上、調査票の回答、返送をもって同意とした。

質問のうち医療計画策定指針に示された現状把握指標及び評価指標における計画策定上の問題点の有無についての担当者の考えや、医療計画策定（精神疾患対策）に際しての業務上の負担感についての設問は回答者の所属する自治体が特定できないよう匿名化処理をして分析した。その他の質問は都道府県名を公開の上で結果を分析することを文書で説明の上で回答を得た。

（倫理面への配慮）

疫学研究に関する倫理指針を遵守の上で実施した。実施に先立って東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会で研究の承認を得た。

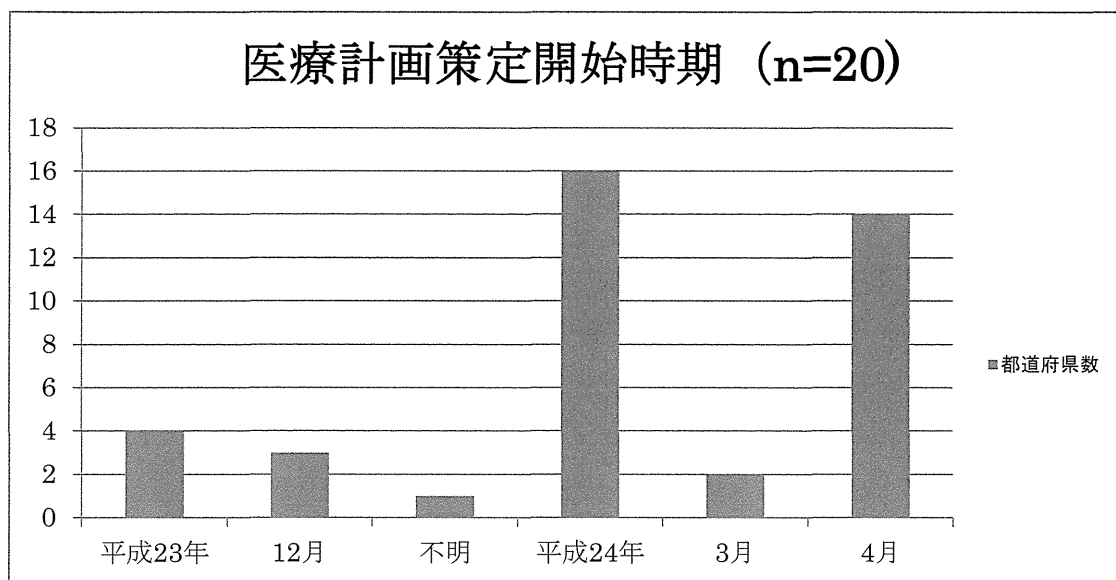
C. 結果

平成 25 年 1 月 30 日時点で調査票が返送された 20 自治体を分析の対象とした。回収率は 42.6%であった。なお、回答を頂戴した自治体は、青森県、岩手県、秋田県、山形県、栃木県、埼玉県、東京都、神奈川県、新潟県、静岡県、奈良県、岡山県、山口県、徳島県、高知県、福岡県、長崎県、熊本県、大分県、沖縄県であった。なお、設問によっては回答がない自治体もあるため、各設問の合計は 20 とはなっていない。

1) 策定開始時期、公表予定時期、策定担当部課名、策定担当者数（および精神疾患対策分野の担当者数の内訳）、計画策定のために計上した予算総額について（図1、2、3および表1）

策定開始時期で最も多かったのは「平成24年」の16県で8割を占めた。24年のうち、3月は2県、4月に入っては14県。大多数の都道府県で24年4月から策定を開始していた。24年度より前の23年12月に開始していた県も少数あった。

図1



公表時期については、19都県で平成25年であった（残り1件県は未記入）。平成25年のうち、3月は12件、4月6件、5月1件と、半数以上は3月に公表する予定であることがわかった。

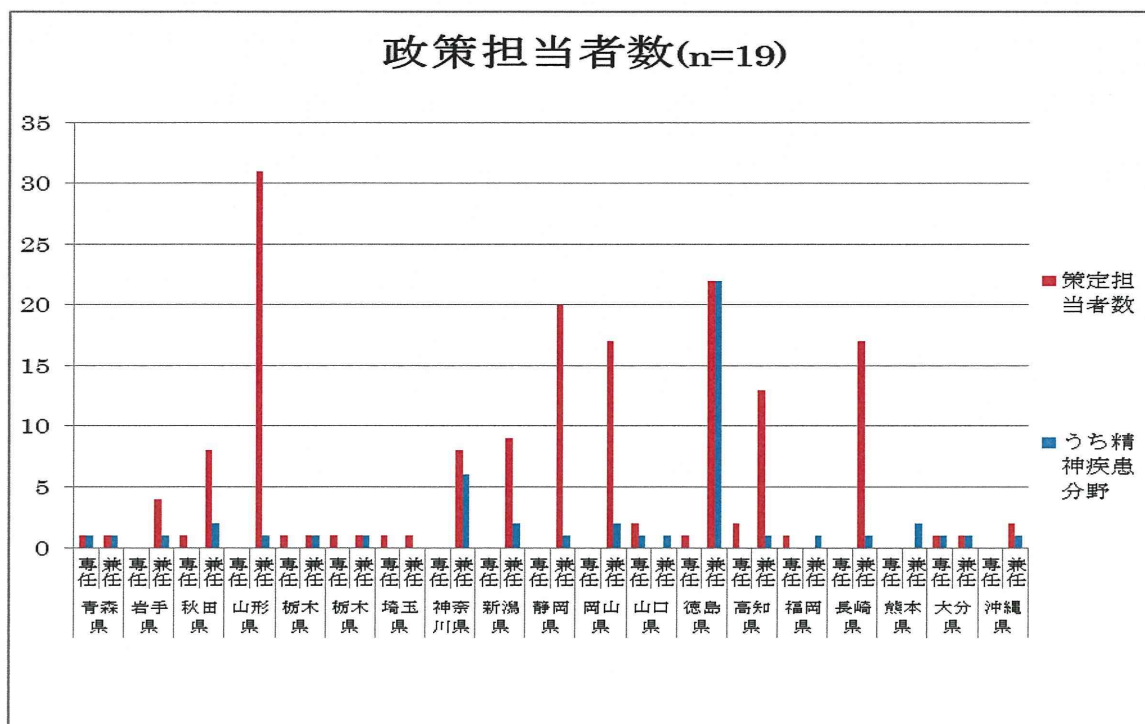
策定担当部課については、医療計画を単独部署で策定している都道府県が半数以上を占めた。逆に、複数部署で医療計画を策定している都道府県は半数以下という状況に留まった。

表1

策定担当部課	都道府県数
単独所管	11
複数所管	8

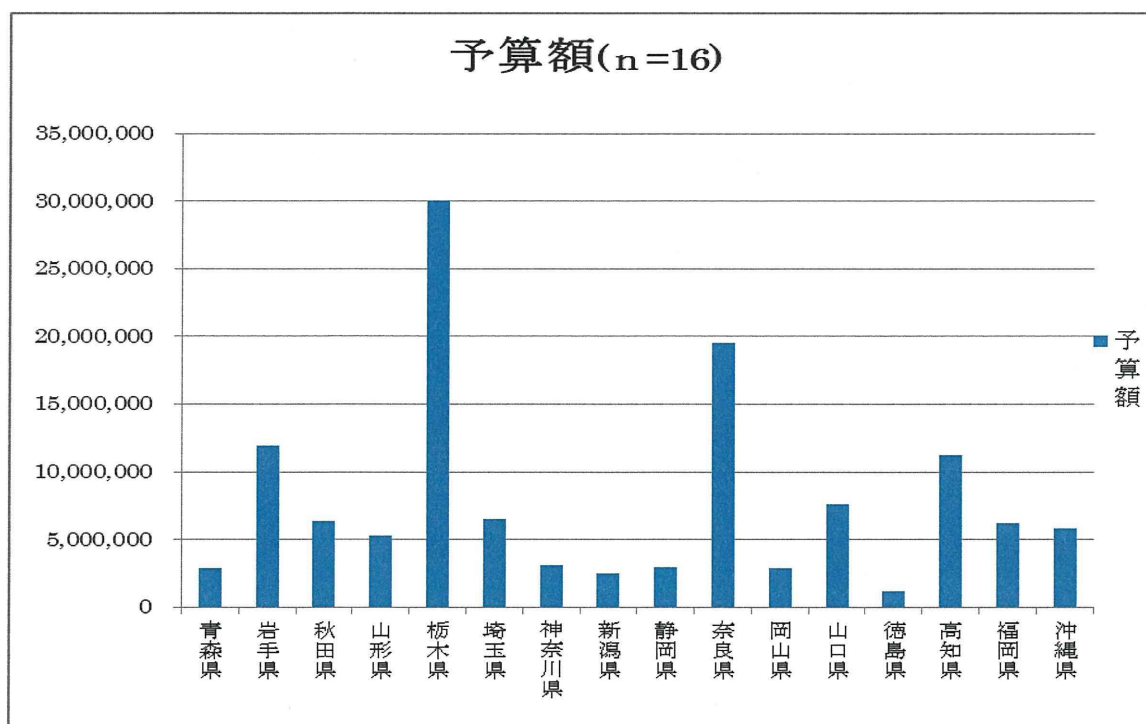
策定担当者数であるが、専任の担当者を置いている自治体は少ない。ほとんどの自治体は兼任体制であった。

図 2



医療計画を策定するにあたっての**予算総額**については、平均 7,885,688 円、最高は 30,056,000 円、そして最低は 1,188,000 円であった。

図 3



2) 医療計画（精神疾患対策）における必要性・優先度が高い課題（複数回答）。特に重要課題と考えている上位3項目（図4、5、6、7）

精神科救急医療体制、精神身体合併症医療体制、認知症医療体制、精神疾患の予防・早期発見・啓発、うつ病医療体制、長期入院の解消（地域支援体制強化も含む）を重要課題と挙げる自治体が多かった。

図4

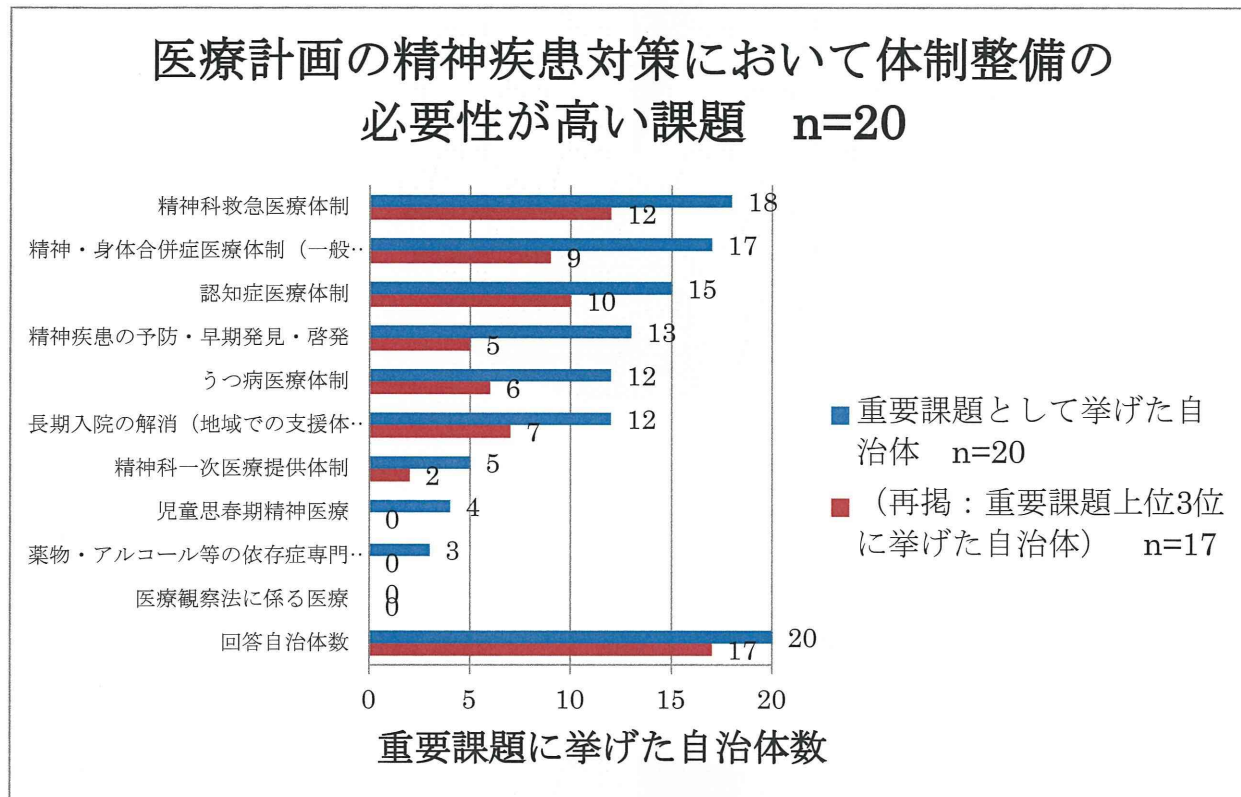


図5

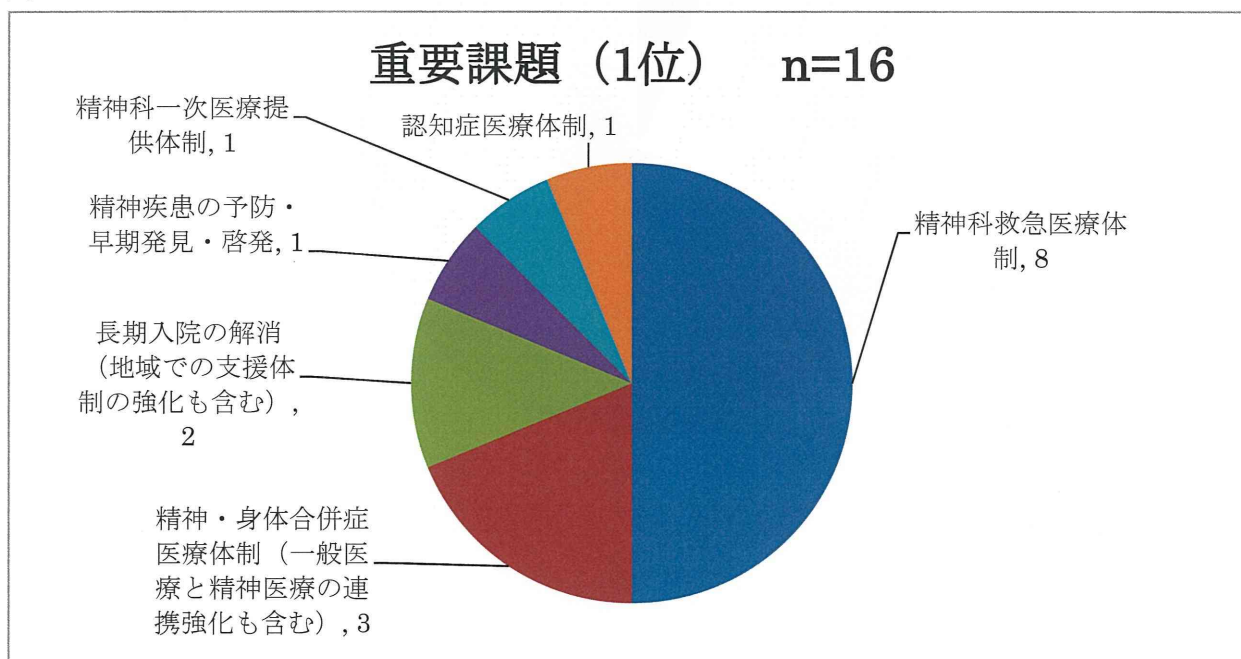


図 6

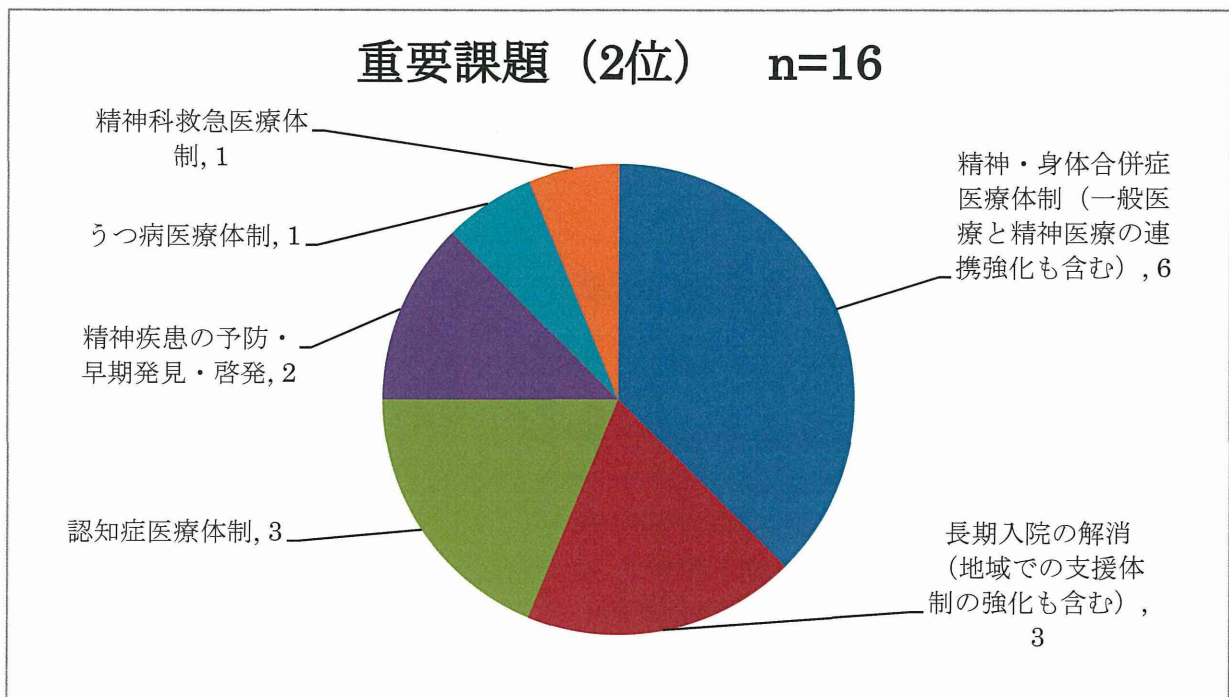
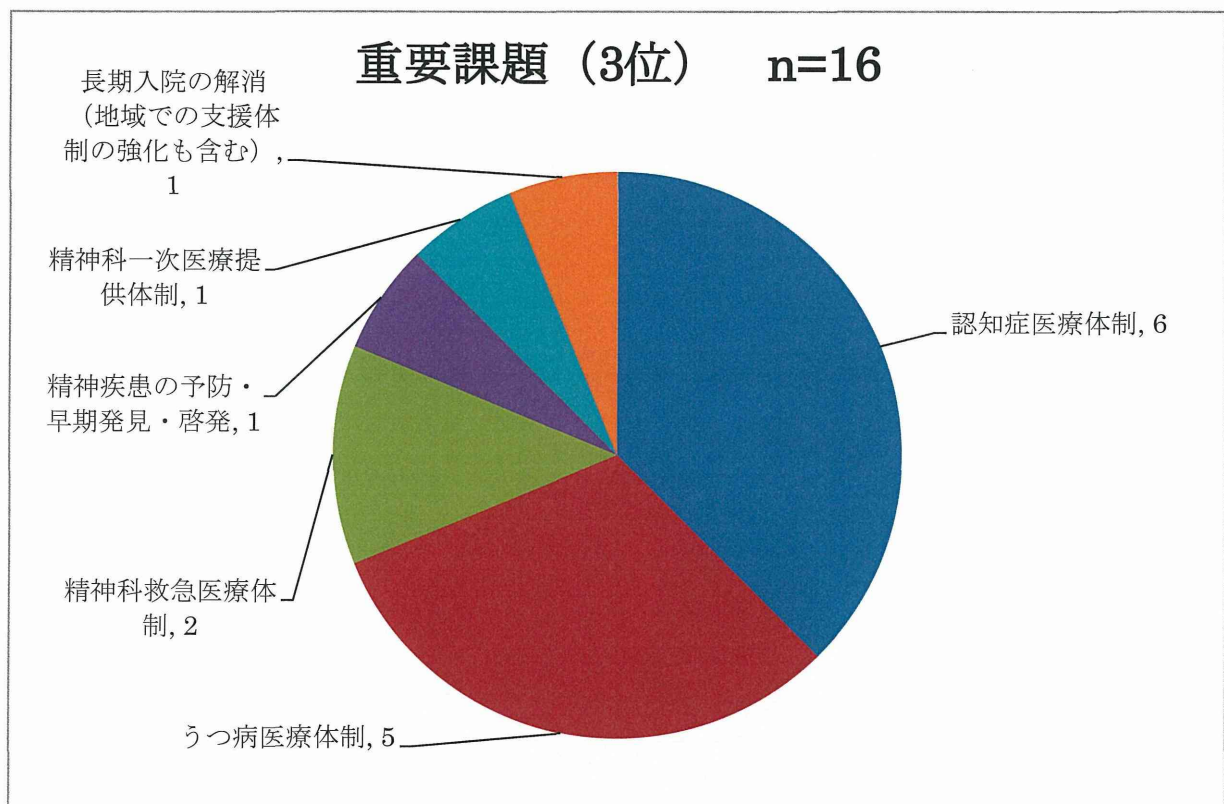


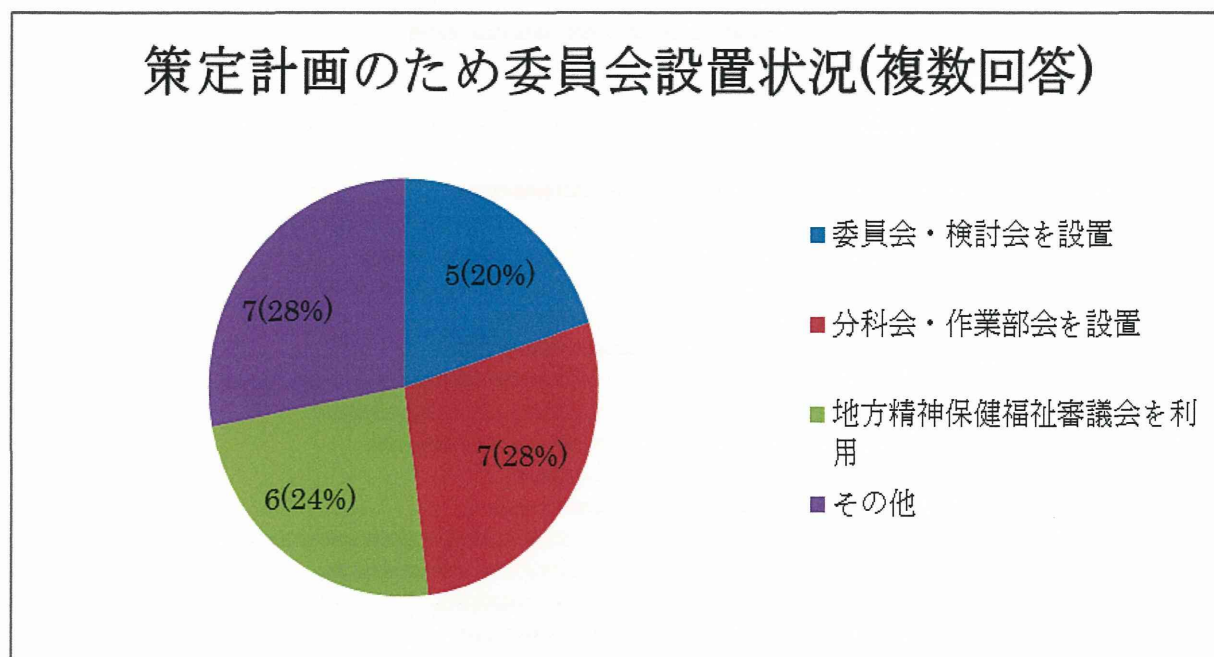
図 7



3) 計画策定（精神疾患対策部分）のための委員会・検討会設置状況について（図8）

精神疾患対策部分の計画策定にあたって、委員会等、何らかの会を設置する割合は約5割であった。また、地方精神保健福祉審議会を利用している自治体は2割あった。その他として、「県保健医療計画（精神疾患）検討委員会」「精神科疾患医療連携体制等検討会」「委員会は設置せず各関係者へ訪問、説明意見収集」「県医師会にワーキンググループ（WG）を設置し検討」「委員会は設置せず、個別協議」等、様々な形で検討していることが伺えた。

図8



4) 計画策定（精神疾患対策）に際して意見聴取した組織・人について（図9、10、11、12、13）

特に重点的に意見聴取した先として、精神科病院協会（14自治体）、学識者（8自治体）、医師会（7自治体）、精神保健福祉センター（7自治体）、保健所（7自治体）、精神保健福祉士協会（6自治体）、精神科診療所協会（6自治体）、精神科医療機関（5自治体）の順に上がっており、これらの組織・人にはほぼ情報収集から施策方向性決定までのプロセスに渡って、特に施策方向性決定において意見を聴取している傾向にあった。一方、患者団体、家族会、自助グループ、身体科医療機関、看護協会などにおいては意見を聴取している自治体は少なかった。内部部局では福祉部局、消防より意見聴取を行っている自治体が散見されるが、特に重点的に聴取した先としての数は決して多くはない。重要課題として挙げられていたうちの、精神身体合併症医療体制、認知症医療体制、精神疾患の予防・早期発見・啓発、うつ病医療体制などにおいては、課題の達成において連携が重要な組織として、医師会以外に身体科医療機関や病院協会などから意見を聴取している自治体は少なかった。内部部局でも精神科救急や精神・身体合併症において連携が必要な消防（救急隊）、警察から意見を聴取している自治体は約4分の1にとどまっていた。

図9

策定に際しての意見聴取先・時期 (1)

n=20

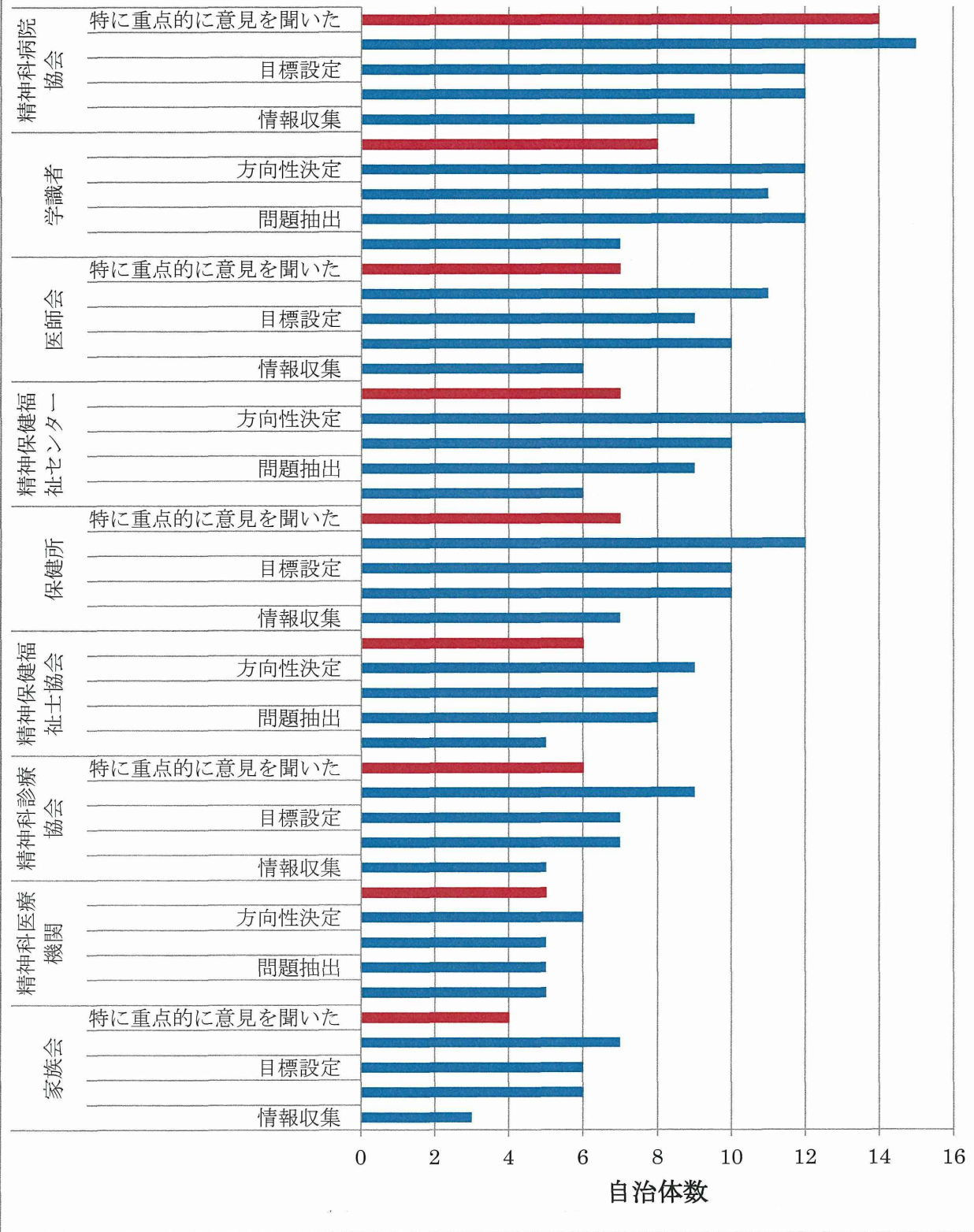
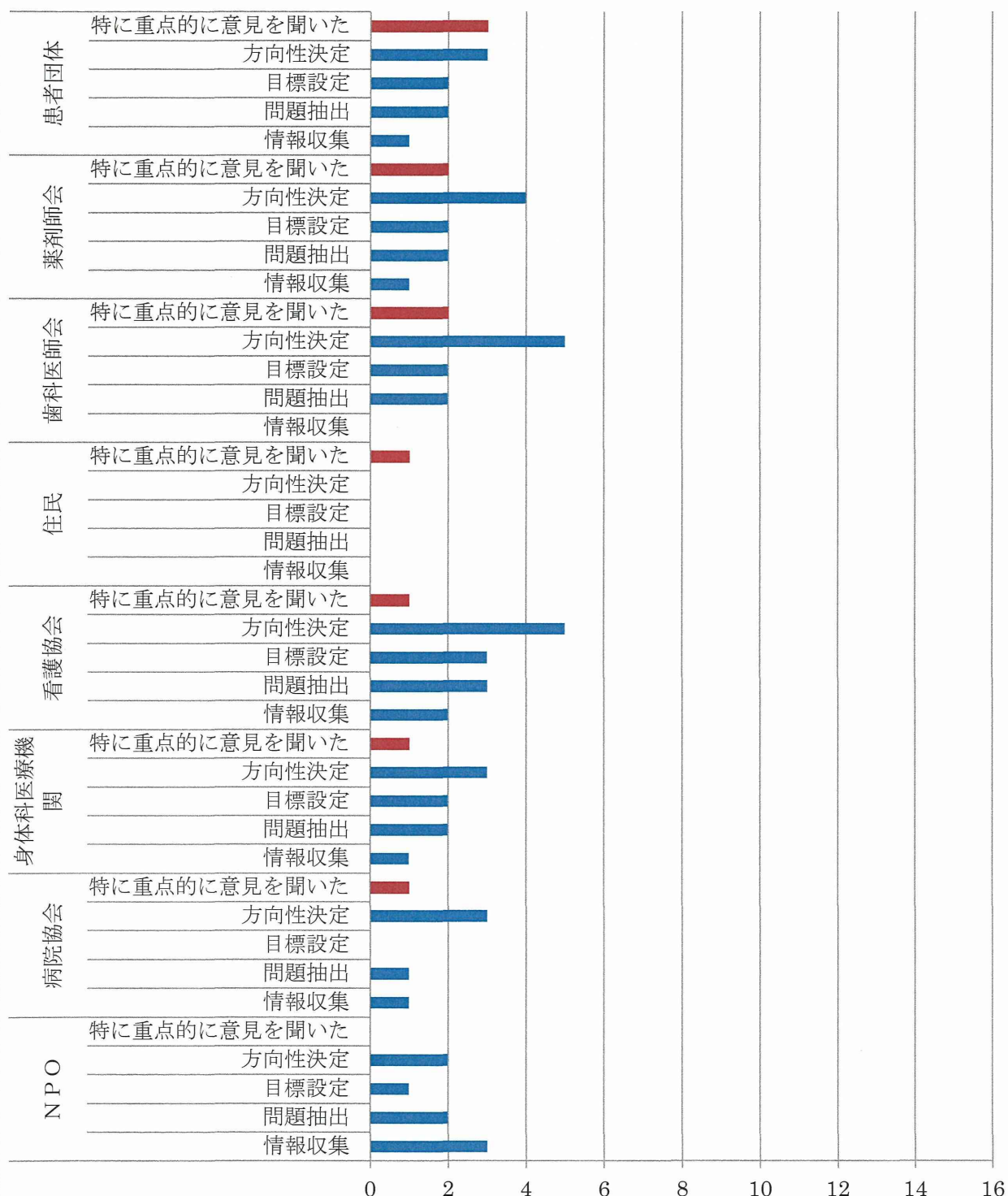


図 10

策定に際しての意見聴取先・時期 (2)

n=20



学校、企業、自助グループ、矯正施設は意見を聴取した自治体なし

自治体数