

201317058A (1/2)

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

1/2

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の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、全国の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の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、個人情報に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っ

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。地域で気付けら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。精神科通院率は、

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して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、その活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ア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アケアサービス、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

- ・ 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、自分が変わることによって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そ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とき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、すなわちデータクレンジ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料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

