

表5d

精神保健福祉センター名

( 自治体E )

2) 継続相談

相談内容（問7から転記してください）	総数	年齢階級別相談者数																				
		10歳未満		10歳以上20歳未満		20歳以上30歳未満		30歳以上40歳未満		40歳以上50歳未満		50歳以上60歳未満		60歳以上65歳未満		65歳以上75歳未満		75歳以上		不明		
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
1. 診断	0																					
2. 対応	情報提供を含む	2							1				1									
3. セカンドオピニオン		0																				
4. 自傷行為		0																				
5. 自死遺族		0																				
6. 自殺関連	自傷、自死遺族以外	0																				
7. 家庭内暴力		0																				
8. DV		0																				
9. 地域・近隣での他害・迷惑行為		0																				
10. 医療の継続・中断		0																				
11. 退院		0																				
12. 就労		0																				
13. ひきこもり		0																				
14. 発達障害		0																				
15. パーソナリティ障害		0																				
16. 摂食障害		0																				
17. 認知症		0																				
18. 犯罪被害		0																				
19. 震災関連		0																				
20. 日常生活支援		0																				
21. 障害者虐待		0																				
22. 児童虐待		0																				
23. アウトリーチ		0																				
24. 依存症	① アルコール関連	0																				
	② ギャンブル関連	0																				
	③ 処方薬関連	0																				
	④ 従来からの違法薬物関連	0																				
	⑤ いわゆる違法ドラッグ関連（ハーブ、アロマ等）	0																				
25. 連携		0																				
26. 社会復帰		0																				
27. その他		1											1									
合計		3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

図1:性別(N = 325)

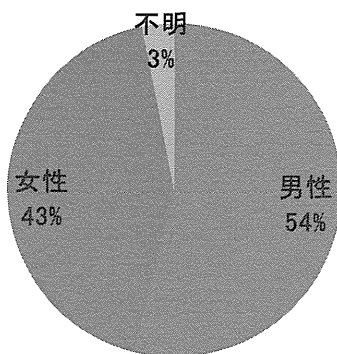


図2:相談方法(N = 325)

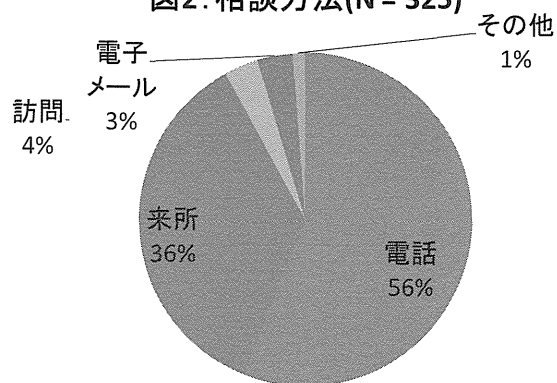


図3:職種(N = 333)

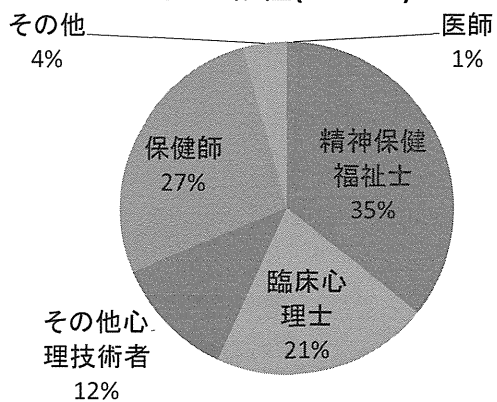


図4:相談状況(N = 325)

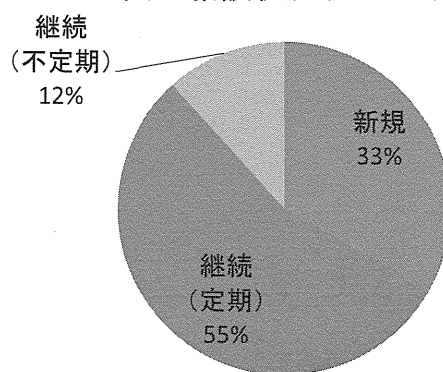


図5:相談者属性(N = 325)

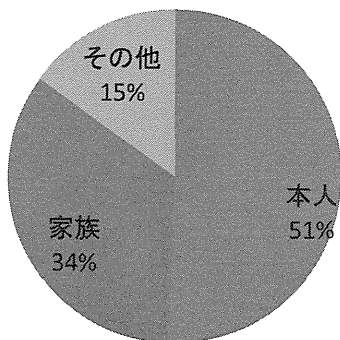


図6:同居家族(N = 325)

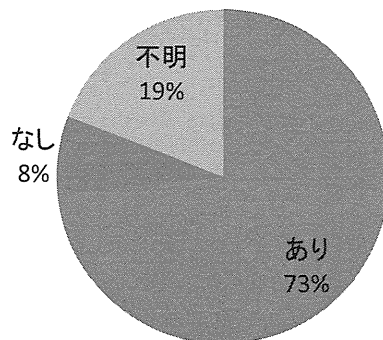


図7:精神科治療歴(N = 324)

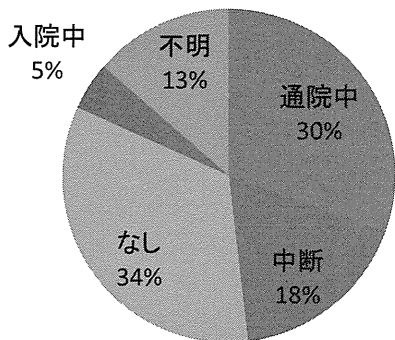


図8:精神科入院歴(N = 324)

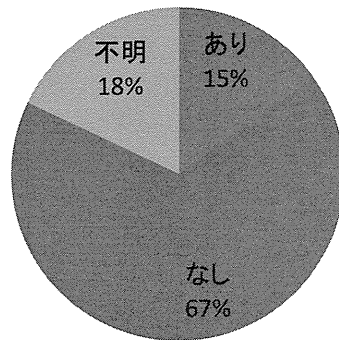


図9:紹介経路(N = 315)

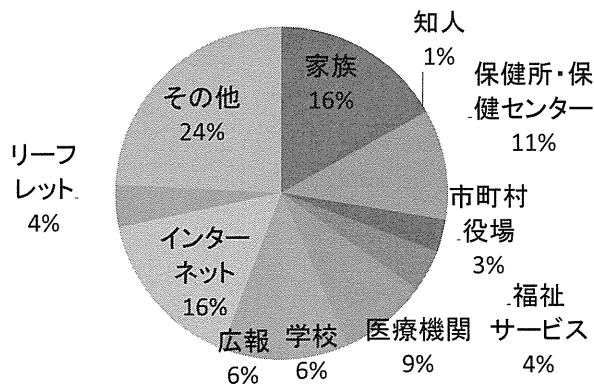


図10:相談内容(N = 332)

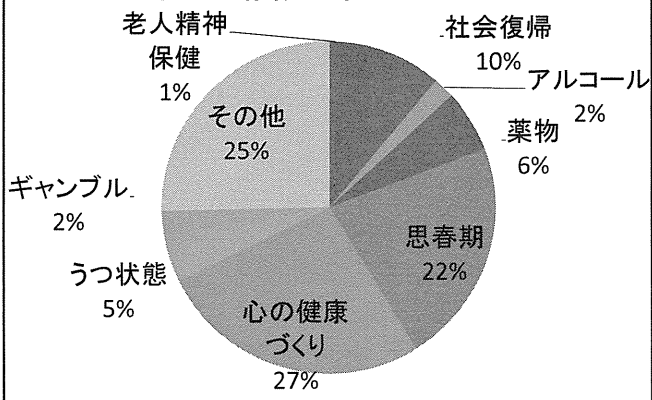


表6:その他の相談内容

化粧水による被害	講演依頼
福祉施設で作った商品の販売依頼	適応指導教室について
ひきこもり家族会の連絡先を知りたい	ゲーム依存
治療薬について	話を聞いてほしい
病的窃盗	ACについて
福祉制度全般	PCITについて
精神科疾患	学校について
母子関係	子どもの対応
退院させるかどうか	処遇改善
家族関係について	退院請求
同居の両親の介護について	休職中の支援について
学校への連絡	医療機関紹介希望
問い合わせ	

図11:相談結果(N = 339)

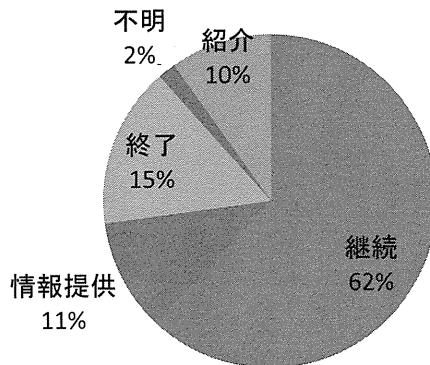


図12: 連携先 (N = 295)

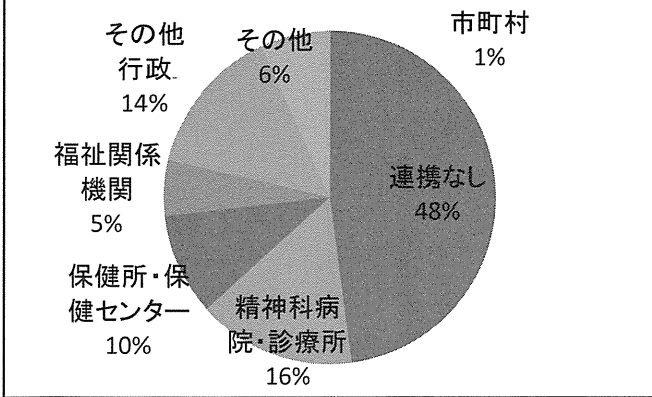


図13: 電話 (N = 182)

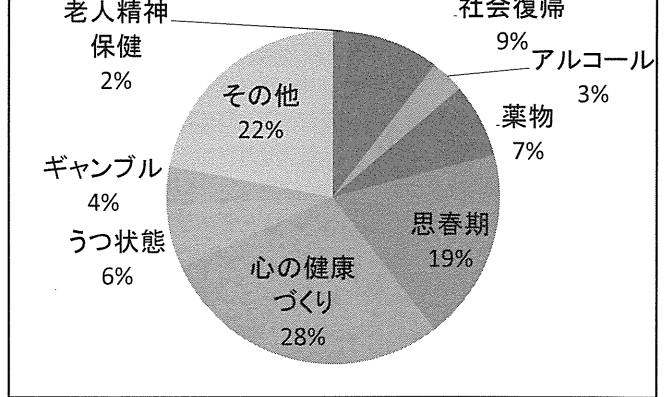


図14: 来所 (N = 116)

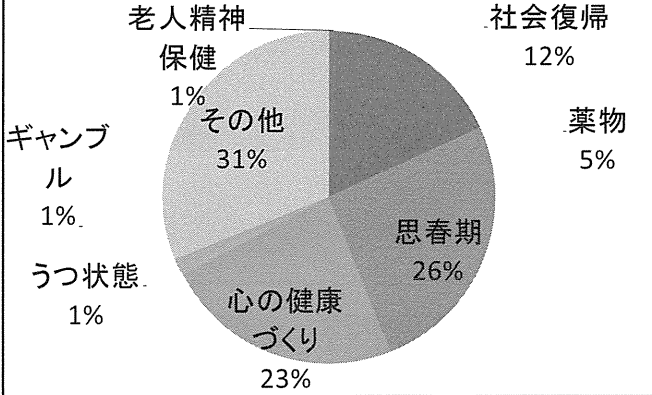


図15: 訪問 (N = 11)

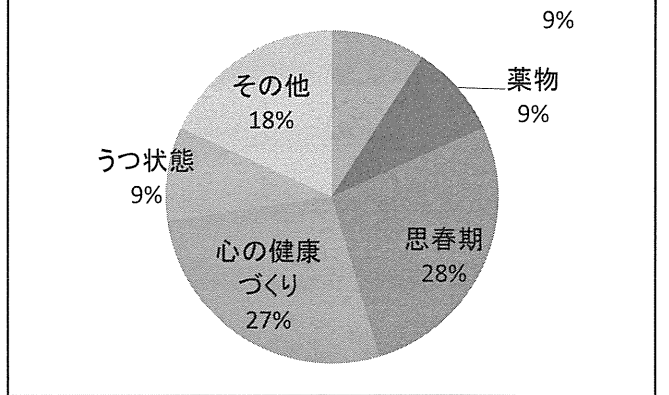


図16: 電子メール (N = 11)

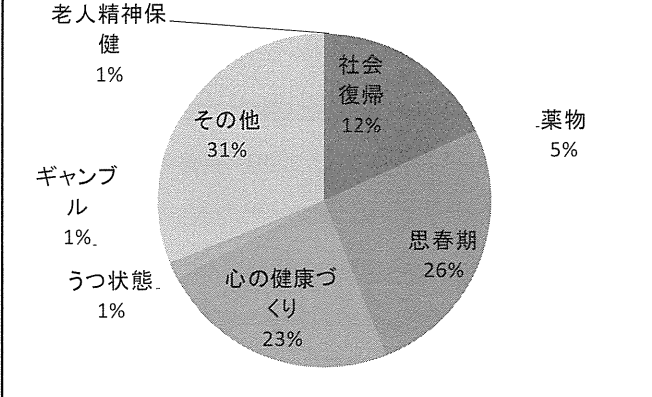


図17: 相談者別相談 (数値は実数)

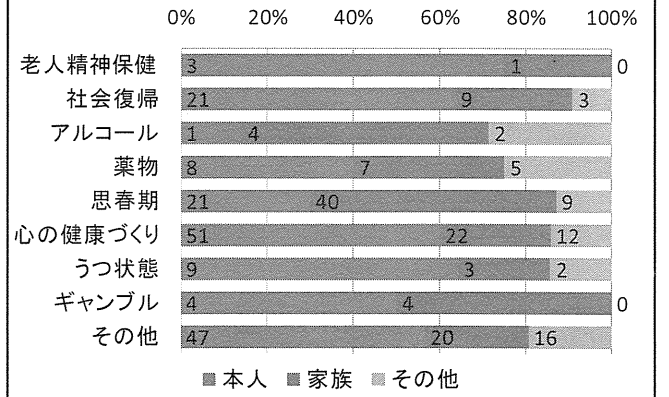


図18: 相談状況別内容(数値は実数)

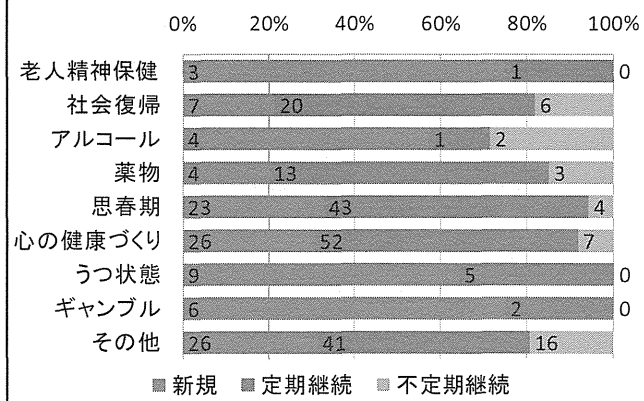


図19: 性別年齢分布(N = 274)

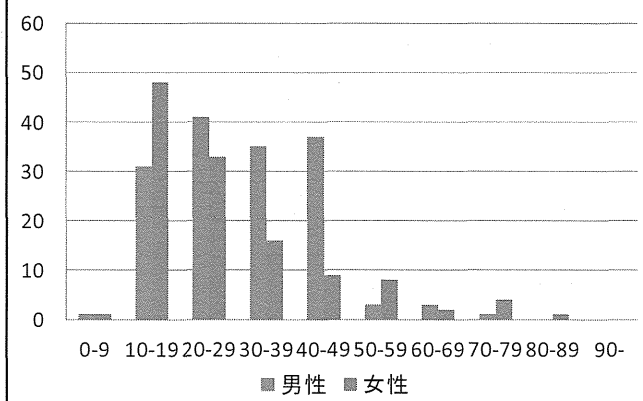


図20: 相談方法別割合(数値は実数)

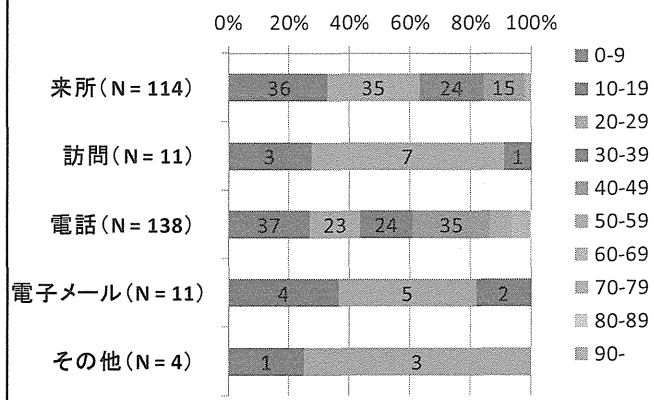


図21: 相談者別対象者年齢(数値は実数)

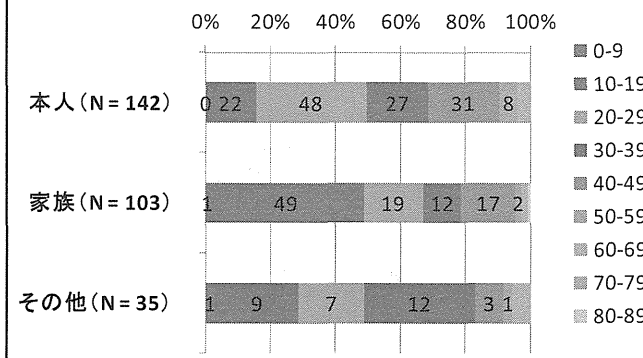


図22: 相談状況別年齢割合(数値は実数)

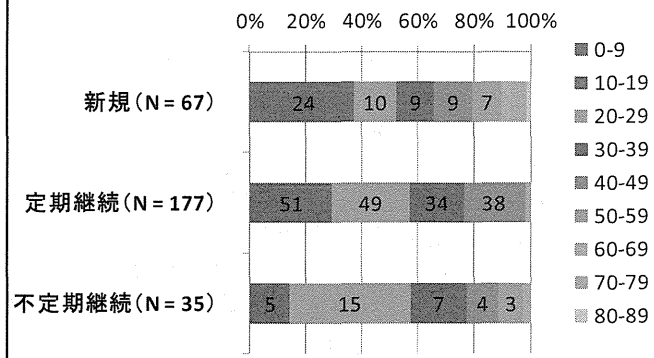


図23: 自治体別相談方法(数値は実数)

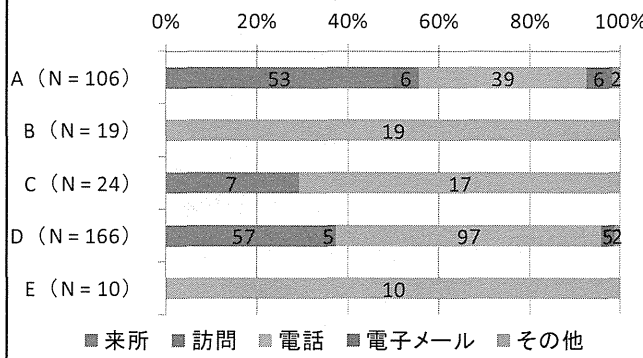


図23:自治体別相談状況  
(数値は実数)

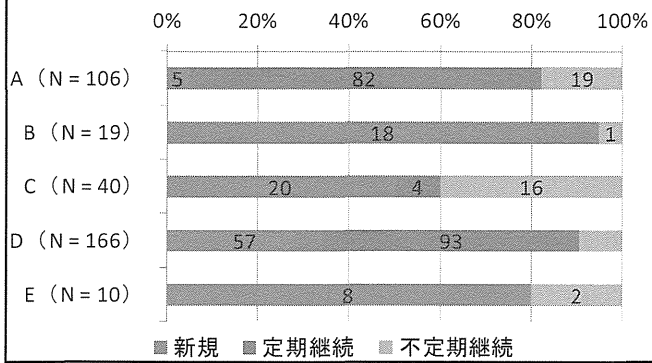


図25:自治体別相談内容  
(数値は実数)

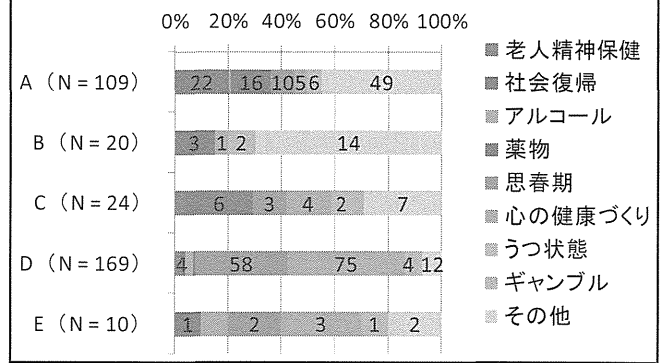


図26:自治体別相談結果  
(数値は実数)

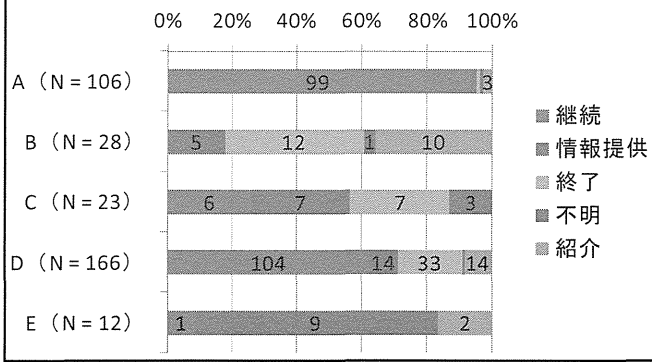


表7:自治体別相談内訳一覧

	相談方法	相談状況	相談内容	相談結果
自治体A	全て	定期相談 (多数)	その他 (多数)	継続 (多数)
自治体B	電話が主	新規が主	その他 (多数)	継続 (なし)
自治体C	来所 電話	定期相談 (少数)	その他 (中間)	継続 (中間)
自治体D	全て	定期相談 (多数)	その他 (少数)	継続 (多数)
自治体E	電話が主	新規が主	その他 (普通)	継続 (少数)

## 精神保健福祉センター 精神保健福祉相談内容調査票

\* 来所・訪問・電話相談・電子メール・手紙・FAXを含みます。

精神保健福祉センター名	
	担当者職員番号 _____ ケース通し番号 _____
	(調査期間中、複数回相談ケースの場合 最初の相談時の番号 _____ )

### 問1 記入日、相談の所要時間、相談対応者の職種(複数回答)、相談方法などについて

\* 相談方法4-5の場合は返事を作成するのに要した概ねの時間を記載ください。

①記入日	月 日	②相談所要時間	1. _____ 分 2. 不明
③対応職種	1. 医師 2. 精神保健福祉士 3. 臨床心理技術者(臨床心理士) 4. 臨床心理技術者(その他) 5. 福祉関係職員 6. 保健師 7. 看護師 8. 作業療法士 9. 事務職 10. その他( _____ )		
④相談方法	1. 電話 2. 来所 3. 訪問 ⇒ 4. 電子メール 5. その他(手紙、FAX等)	訪問先(訪問の場合のみ)	1. 相談者自宅 2. 医療機関 3. 市町村 4. 福祉サービス事業所等関係機関 5. 警察 6. 学校 7. 職場 8. その他( _____ )

### 問2 相談対象者の基本情報

①年齢	1. _____ 歳 2. 不明	②性別	1. 男性 2. 女性 3. 不明
③相談状況	1. 新規 2. 定期的に継続 3. 不定期に継続		
④同居家族	1. あり 2. なし 3. 不明		
⑤該当 ICD-10	1. _____ (Zコードも含む 3-4 ケタ) 2. 不明		
⑥疾患名・状態 (複数回答可)	1. 認知症 2. 高次脳機能障害 3. 統合失調症等 4. 双極性障害 5. うつ病・うつ状態 6. 不安障害 7. 強迫性障害 8. 重度ストレス反応・適応障害 9. 依存症 ⇒ ①アルコール関連 ②ギャンブル関連 ③従来からの違法薬物関連(覚せい剤等) ④他の違法薬物 ⑤いわゆる違法ドラッグ関連(ハーブ等) ⑥処方薬関連 ⑦インターネット依存 ⑧ほかの依存、嗜癖 10. 物質乱用 11. 摂食障害 12. パーソナリティ障害 13. 性同一性障害 14. 知的障害 15. 発達障害(F8) 16. 注意欠如・多動性障害(F9) 17. てんかん 18. その他( _____ )		
⑦現在の障害福祉等のサービス等の利用状況 (複数回答可)	1. 確認せず 2. 利用なし 3. 障害者手帳 4. 障害年金 5. 自立訓練(生活訓練) 6. 共同生活援助(グループホーム) 7. 共同生活介護(ケアホーム) 8. 居宅介護(ホームヘルプ) 9. その他の障害福祉サービス( _____ ) 10. 訪問看護 11. 訪問指導 12. デイケア 13. 生活保護 14. 上記以外( _____ )		

### 問3 相談してきた方の属性

①相談者属性 (複数回答可)	1. 本人 2. 家族 3. 支援者(知人を含む) 4. 民生委員・児童委員 5. 保健所職員 6. 市町村職員(区役所・保健センターを含む) 7. 福祉サービス事業所等関係機関職員 8. 医療機関 9. 警察官 10. 教育関係者(教育委員会を含む) 11. その他( _____ ) 12. 不明
-------------------	---

### 問4 紹介経路(相談者が本人、家族、支援者の場合にのみ回答ください)

どのようにして、貴センターの情報を知りましたか。

1. 確認せず 2. 家族 3. 知人 4. 民生委員・児童委員 5. 本庁 6. 保健所 7. 市町村職員(区役所・保健センターを含む) 8. 福祉サービス事業所等関係機関 9. 医療機関 10. 警察 11. 教育関係機関 12. 行政の広報誌 13. インターネットのホームページ 14. リーフレット 15. その他( _____ )
--

### 問5 相談対象者の精神科治療歴について

①精神科治療の状況	1. 現在通院中 2. 治療歴あり(中断、寛解済) 3. 治療歴なし 4. 入院中 5. 不明
②精神科入院歴	1. あり 2. なし 3. 不明

### 問6 相談内容(衛生行政報告例に準拠、該当するものに○をつけてください、複数回答可)

1. 老人精神保健 2. 社会復帰 3. アルコール 4. 薬物 5. 思春期 6. 心の健康づくり 7. うつ・うつ状態 8. ギャンブル 9. ひきこもり 10. 発達障害 11. 自殺関連 12. 犯罪被害 13. 災害 14. その他( _____ )
--

### 問7 相談項目(以下の中から該当するものに○をつけてください、複数回答可)

1. 診断 2. 医療の継続・中断 3. セカンドオピニオン 4. 対応(情報提供を含む) 5. 自傷行為 6. 自死遺族 7. 自殺関連(自傷、自死遺族以外) 8. 家庭内暴力 9. DV 10. 犯罪被害 11. 事故 12. 東日本大震災関連 13. その他の災害 14. 地域・近隣での他害・迷惑行為 15. 退院 16. 就労 17. 日常生活支援 18. 訪問支援 19. 連携 20. 社会復帰 21. 触法関連 22. 障害者虐待 23. 児童虐待 24. 不登校 25. ひきこもり ⇒ ①医療的対応が必要と判断 ②経過観察 ③家族支援 ④不明 26. その他(具体的な内容 _____ )
---

### 問8 相談結果(紹介して終了した場合は、5は複数回答可)

1. 継続 ⇒ 問9へ 2. 情報提供のみ 3. 今回で終了 4. 不明 5. 他機関への紹介 ⇒ 紹介先(以下) ①精神科病院 ②総合病院の精神科・心療内科 ③精神科・心療内科診療所 ④保健所 ⑥市町村職員(区役所・保健センターを含む) ⑦地域活動支援センター ⑧ひきこもり地域支援センター ⑨その他の障害者相談支援機関 ⑩児童相談所 ⑪その他の教育関係機関 ⑫その他( _____ )
--

### 問9 他機関との連携について以下から選んでください(複数回答可)

1. なし 2. あり ⇒ 連携先(以下) ①精神科病院 ②総合病院の精神科・心療内科 ③精神科・心療内科診療所 ④保健所 ⑥市町村職員(区役所・保健センターを含む) ⑦地域活動支援センター ⑧ひきこもり地域支援センター ⑨その他の障害者相談支援機関 ⑩児童相談所 ⑪その他の教育関係機関 ⑫その他( _____ )
--

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

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

研究分担者 久保野恵美子（東北大学大学院法学研究科）  
研究協力者 町野 朔（上智大学生命倫理研究所）  
道垣内弘人（東京大学大学院法学政治学研究科）  
磯部 哲（慶應義塾大学大学院法務研究科）  
柑本 美和（東海大学大学院実務法学研究科）  
佐藤雄一郎（東京学芸大学教育学部）  
千葉 華月（北海学園大学法学部）

研究要旨：本分担研究は、精神保健福祉法の改正について、日本法及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するものである。同法を適切に解釈運用するためには、精神障害者に対する医療提供における本人及び関係者の位置づけや非同意入院制度を裏づける理論枠組み及び法律構成が分析される必要がある。例えば、医療保護入院の法的位置づけ（第三者のためにする契約構成の適否、費用の支払義務等）、患者の家族の位置づけ（医療における患者本人と家族との関係等）、精神医療審査会等の第三者機関の関与、本人の利益を代表する専門家の関与等である。平成 25 年度は、これらの法的課題について、既存の日本の裁判例及び解釈論の調査、検討、外国法との基本的な比較調査研究を行った。

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、成年後見及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。

A. 研究目的

本分担研究は、平成 25 年に実現した精神保健福祉法の改正について、非同意入院の構造、本人の意思の代弁制度、患者の家族の位置づけ、第三者機関の関与、地域の保健福祉体制の充実等の観点から、日本法及び比較法的な検討を加え、法律解釈上の基礎を与え、同時に、今後の立法に資する基礎的知見を得ることを目的とするものである。

B. 研究方法

改正された精神保健福祉法を適切に解釈運用するためには、精神障害者に対する医療提供における本人及び関係者の位置づけや非同意入院制度を裏づける理論枠組み及び法律構

成が分析される必要がある。例えば、医療保護入院の法的位置づけ（第三者のためにする契約構成の適否、費用の支払義務等）、患者の家族の位置づけ（医療における患者本人と家族との関係等）、精神医療審査会等の第三者機関の関与、本人の利益を代表する専門家の関与等である。

平成 25 年度は、これらの法的課題について、既存の日本の裁判例及び解釈論の調査、検討を行い、外国法との基本的な比較調査研究を行った。

C. 研究結果

1 刑法、行政法、医事法及び民法分野の研究協力者の協力を得て、精神障害者に対する



医療提供に関わる既存の日本の裁判例及び解釈論の調査、検討を進め、平成 25 年改正の精神保健福祉法の解釈について、次のような課題及び解決の方向性があることを整理した（具体的には、後掲発表論文（後記 G. 1. の 1））を参照）。

（1）解釈又は運用上の問題点

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

- ① 家族等の定義に該当する複数の者の間で意見の相違がある場合の扱い
- ② 市町村長同意のための要件
- ③ 扶養義務者の範囲が広い日本法において扶養義務者を同意者に含めることの妥当性
- ④ 未成年者の場合の親権者の判断の位置づけ（優先可能性）
- ⑤ 成年被後見人等の場合の後見人等の判断の位置づけ（優先可能性、専門職後見人の場合）

⑥ 同意の有する法的意義の明確化

2) 保護者制度の廃止について

- ① 成年後見、日常生活自立支援事業、事務管理制度の活用及び改善
- ② 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
- ③ 入院費用等の負担関係についての確認

（2）立法上の課題

- ① 本人の意思又は利益を尊重するための仕組み
- ② 入院前後の第三者機関の関与

D. 考察

改正精神保健福祉法については、C に挙げたような諸問題が存し、次のような評価ができる。

医療保護入院の見直しについては、その趣旨は、精神障害により治療を要すると見られる者の人身の自由を侵害することなく、かつ、必要な入院治療につなげることにあったはずであるが、C に記した諸問題に照らすと、新たな制度はどちらの観点からも問題が多い。

保護者制度の廃止については、一方で、保

護者に課せられていた義務等がなくなることにより、本人の利益が損なわれることにならないかが、他方で、家族等にはなお何らかの関与等が認められないのか問題となるが、状況は不明瞭であり、医療提供場面一般における家族の位置づけについて、医療情報の提供、がん告知、終末期医療等における議論と対比しつつ、考察を深める必要がある。

E. 結論

精神福祉法改正においては、家族等の負担軽減の立法趣旨は一定程度実現されているところ、家族等に与えられた地位はなおあいまいであり、過渡的な立法であるといえ、引き続きの検討が重要である。

また、入院前後の第三者機関の関与につき、入院患者の権利保障の観点から、なお拡充を要する。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) ○久保野恵美子「精神保健福祉法改正に対し法律家の立場から」日精協誌 32 巻 12 号、45～48 頁、2013 年
- 2) ○久保野恵美子「精神障害者と家族」、水野紀子編『社会法制・家族法制における国家の介入』（有斐閣）、135～157 頁、2013 年
- 3) ○町野 朔「保護者制度の改革と精神医療」法と精神医療（法と精神医療学会）、27 号、43～51 頁、2012 年
- 4) ○久保野恵美子「精神保健福祉法と民法 714 条（責任無能力者の監督義務、責任）」精神医学（医学書院）、54 巻 2 号、137～143 頁、2012 年

2. 学会発表

・久保野恵美子

2013 年 11 月 15 日日本精神科医学会学術大会シンポ 7 「改正精神保健福祉法ここはどうする～実際上の運用のポイント～」にて、「保

「護者制度の廃止と家族の地位」のテーマにて報告。

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 |

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）  
「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

国内外の精神科医療における疾病分類に関する研究

研究分担者 丸田 敏雅（東京医科大学 精神医学講座）

研究協力者 松本ちひろ（東京医科大学 精神医学講座）

研究要旨：

【目的】本研究は 1) WHO からの情報収集および我が国からの提言の発信、2) ICD-11 のフィールドトライアルの実施を目的として行われた。

【方法】1) 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。2) 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。

【結果】1) 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。

【考察】本年度は 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。

【結論】ICD は我が国の日常臨床および行政に密接に関わっている。ICD-11 発刊に向け、次年度以降もフィールドトライアルの実施を中心に研究活動を継続する予定である。

A. 研究目的

本年度における本研究の目的は、以下の 2 つにまとめられる。

- 1) WHO からの情報収集および我が国からの提言の発信
- 2) ICD-11 のフィールドトライアルの実施

現在作成中の ICD-11 が我が国の臨床および行政での適用に際し使いやすいものとなるよう我が国の意見を ICD-11 に反映させることを最終的な目標としている。

B. 研究方法

- 1) WHO からの情報収集および我が国からの提言の発信

ICD-11 に関する情報の発信と意見交換を目的として、国内外での学会に積極的に参加し、発表を行った。

- 2) ICD-11 のフィールドトライアルの実施  
診断分類システムのフィールドトライアルとは、通常、完成を控えた診断基準の信頼性

検証を目的とすることが多いが、ICD 改訂の過程では ICD-11 作成に向けたフィールドトライアルも多数実施される見通しである。本年度はフィールドトライアルを具体的に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が行われた。

2014 年 1 月 17 日現在、GCPN には日本から 966 名(全体の 10.1%)がエントリーしている。  
(倫理面への配慮)

本研究では特に倫理的な配慮を要する事案は含まれていない。

C. 研究結果

- 1) WHO からの情報収集および我が国からの提言の発信

WHO とは、電子メール、電話および Skype 会議などで密に連絡を取っている。また、2013 年 11 月に上海で行われた WHO Field Study

Group 会議にも研究協力者の松本が参加し、情報収集をしてきた。また、2013年5月に開催された第109回日本精神神経学会学術総会において、丸田が「ICD-11 最近の動向」、松本が「DSM-5の動向」と題して発表した。

2013年10月にオーストリアのウィーンにて行われた世界精神医学会国際会議では (World Psychiatric Association International Congress 2013) には研究協力者の松本が参加し、“Diagnostic Classification of mental disorders in primary care setting; Exploring non-specialist physicians’ view”の演題で発表を行った。

#### 2) ICD-11のフィールドトライアルの実施

本年度はフィールドトライアルを具体的に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が行われた。

また、表-1に示したようなICD-11の線形構造(大枠)も発表されている。

2014年1月17日現在、GCPNには日本から966名(全体の10.1%)がエントリーしている。日本からのエントリー数は国別では中国に次ぎ2番目に多く、WHOも日本からのフィードバックを大いに期待している。

#### D. 考察

本年度からICD-11のフィールドトライアルが開始された。WHO本部の作業の遅れもあり、ICD-11の完成は当初よりも遅れることが予想される。しかし、今後もGCPNを用いてフィールドトライアルが順次行われていく予定である。

#### E. 結論

ICD-11は我が国の日常臨床、行政、司法業務など、様々な分野において不可欠な分類であり、ICD改訂は我が国のこれらの現場に大きな影響を及ぼす。本年度はICD-11作成に向けた活動を行い、またそれに関連する情報を発信した点において、研究課題について十分な成果が得られたと考える。

F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) Maruta, T, Ono, Y, Matsumoto, C, “Opinions of Japanese Psychiatrists on the Classifications for the ICD-11 and DSM-5: A questionnaire survey, Psychiatric Services, 2013, 64, 1279-1280
  - 2) Maruta, T, Volpe, U, Gaebel, W, Matsumoto, C, Iimori, M, Should schizophrenia still be named so?, Schizophrenia Research, 2014, 152, 305-306
  - 3) Reed, G.M, Michael C. Roberts, M.C, Maruta, T (14), Mental Health Professionals’ Natural Taxonomies of Mental Disorders: Implications for the Clinical Utility of the ICD-11 and the DSM-5, 2013, Journal of Clinical Psychology, 69(12):1191-212.
  - 4) 丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄、DSM,ICDの改訂状況、2014精神保健福祉白書、19、2013、中央法規
  - 5) 丸田敏雅、石川純、松本恭典、パーソナリティ障害(境界性/自己愛性)、日本医師会雑誌、特別号(2)生涯教育シリーズ85、2013、S315-S316
  - 6) 松本ちひろ、丸田敏雅、飯森眞喜雄、DSM, ICDにおける発達障害診断の新分類について、最新医学9月増刊号「発達障害」、2013、2041-2049
  - 7) 丸田敏雅、ICD-11の直近の動向、-線形構造草案を中心に、精神神経学雑誌、2014、116(1)、46-53
  - 8) 松本ちひろ、DSM-5の最新動向、精神神経学雑誌、2014、116(1)、54-60
- ##### 2. 学会発表
- 1) Matsumoto C. Diagnostic Classification of mental disorders in primary care setting; Exploring non-specialist physicians’ view in Vienna, Austria.
  - 2) Maruta T. Linguistic translation problems in Japanese version of the ICD-11 and DSM-5,

2013.07., 21<sup>st</sup> World Congress of Social Psychiatry, Lisbon.

- 3) Matsumoto C. Diagnosis and classification of personality disorders in DSM-5: Application to real patients. 2013.09., XIII International Congress on the Disorders of Personality, Copenhagen, Denmark.
- 4) Matsumoto C, Maruta T, Iimori M. Suicide in Japan: Review of preventative efforts over the past 15 years. 2013.06., The 21st World Congress of Social Psychiatry, Lisbon, Portugal.
- 5) Matsumoto C. Field trials in the revision of the ICD-10 mental and behavioral disorders: a Japanese perspective. 2013.06., The 11th World Congress of Biological Psychiatry, Kyoto.
- 6) 丸田敏雅、ICD-11 の直近の動向、2013、第 109 回日本精神神経学会学術総会。
- 7) 松本ちひろ、DSM-5 の最新動向 2013、第 109 回日本精神神経学会学術総会。

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. その他特記事項   なし

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

高齢精神障害者の処遇実態の分析と対策に関する研究

研究分担者 栗田 圭一 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)  
研究協力者 井藤 佳恵 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)  
岡村 毅 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)  
古田 光 ((地独)東京都健康長寿医療センター精神科)  
稲垣 宏樹 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)  
杉山 美香 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)  
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)  
新美 芳樹 (厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策室)

研究要旨：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。本研究によって、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。

A. 研究目的

以下の 5 つの研究を実施した。

- (1) 研究 1：一般病床に入院する認知症・精神障害高齢者の実態把握に関する調査研究
- (2) 研究 2：地域に潜在する認知症・精神障害高齢者の実態把握に関する調査研究
- (3) 研究 3：社会的困難状況にある認知症・精神障害高齢者の実態把握に関する調査研究
- (4) 研究 4：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に関する調査研究
- (5) 研究 5：「高齢者のための地域精神保健医療体制の構築」をテーマとする研究班内シンポジウム。

B. 研究方法

- (1) 研究 1：2013 年 5 月 1 日現在の東京都健康長寿医療センター一般病床（含 ICU）全入院患者 400 人（平均年齢  $79.1 \pm 11.0$  歳、男性 194 人、女性 206 人）を対象に、①抗認知症薬内服の有無、②認知症診断歴の有無、③レセプト上認知症病名の有無、④入院時高齢者総合機能評価シート（以下 CGA）認知症項目（④-a.3 単語直後再生、④-b.3 単語遅延再生）の結果を調査し、各基準を用いた認知症（疑い）高齢者の出現頻度を算出した（悉皆）。
- (2) 研究 2：東京都 A 区在住の 65 歳以上高齢者（住民基本台帳による）のうち 10 月から 3 月生まれの要介護要支援未認定者 4,519 名を

対象に郵送による健康調査(悉皆)を実施し、回答が未返送だった 1,701 人(未回収率 38.2%)の内、75 歳以上の 637 人から 134 人を抽出して訪問調査を行った。訪問調査では、訪問看護師の聞き取りによるアンケート調査と MMSE、精神科医が CDR と在宅レベルでの臨床診断を行った。

(3) 研究 3: 東京都 B 区の認知症高齢者専門相談事業の対象者 79 人を対象に、相談記録、訪問記録、関係者会議の記録を渉猟し、質的分析によって困難事象の類型化と認知症重症度別(CDR)の出現頻度を調査した。

(4) 研究 4: NPO 法人ふるさとの会の協力を得て、共同居住型の支援を受けている 65 歳以上高齢者 41 名を対象に医師が訪問し、認知機能検査ならびに精神症状の評価を行った。

(5) 研究 5: 平成 26 年 1 月 23 日に、第 2 回班会議研究班内シンポジウム「高齢者のための地域精神保健医療体制の構築」を開催。上記の研究課題とともに、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氏に「統計資料から見た入院患者の高齢化と長期在院化」、厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室新美芳樹氏に「精神科病院に入院する認知症高齢者の現状と課題」について報告していただいた。

(倫理面への配慮)

研究 1~研究 4 は、いずれも東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得て実施し、調査対象者からは文書による同意を得た。調査結果は、いずれも個人情報と厳重に管理し、個人および家族のプライバシーを保護した。

### C. 研究結果

(1) 研究 1: 400 名の入院患者のうち、①抗認知症薬内服ありは 6.0%、②認知症診断歴ありは 14.3%、③レセプト上認知症病名ありは 17.5%であった。これらの 3 項目いずれかに該当している患者は全体の 24.0%であった。一方 CGA 認知症項目④-a、④-b のいずれかで正答できなかった患者は全体の 41.8%であ

った。

(2) 研究 2: 134 人のうち調査協力拒否の 34 人と非高齢世帯の未回答者 20 人を除く 80 人(調査協力同意の意向があった 26 人、高齢世帯の未回答者 54 人)を対象に訪問調査を実施したところ、40 人で訪問調査が成立した(訪問調査成立率 50%)。このうちの 11 人(27.5%)が「認知症または精神的健康度低下に関するハイリスク高齢者」に該当した。尚、高齢世帯の未回答者 54 人中 16 人(全体では 80 人中 16 人=20%)については居住実態がなかった。

(3) 研究 3: 社会的困難状況にある認知症高齢者の困難事象は、a.家族介護者に関わる困難事象、b.地域社会との間に生じる困難事象、c.虐待と財産管理に関わる困難事象、d.身体医療に関わる困難事象に類型化された。家族介護者に関わる困難事象、地域社会との間に生じる困難事象は、認知症の重症度とは無関係に出現したが、虐待と財産管理に関わる困難事象、身体医療に関わる困難事象は認知症の重症度が高まるほど、出現頻度も高まった。また、認知症の重症度が高まるほど、困難事象は重層化した。

(4) 研究 4: 41 名のうち、26 名にインタビューを行った。26 名中 19 名の出身地は東京都以外の都道府県であり、教育歴は小学校中退~中学卒までが 12 名、支援を受けるまでの経路は路上生活が 10 名、入院・入所が 6 名、不安定雇用(日雇いなど)が 6 名であった。26 名に MMSE を実施したところ、20 名(88%)が 23 点以下の得点であった。現在の健康状態(主観的健康感)を問うたところ、26 名中 13 名は「よい」「とてもよい」「最高によい」と回答し、10 名が「よくない」「あまりよくない」と回答した。3 名は無回答であった。

(5) 研究 5: 「統計資料から見た入院患者の高齢化と長期在院化」についての講演では、1990 年~2011 年の人口の高齢化(12.1%→23.3%)と共に、全病床の入院患者における高齢者の割合(46.3%→68.2%)、精神病床の入院患者における高齢者の割合(22.0%→50.3%)も

急速に高まっていることが指摘された。一方、精神病床では、在院患者に占める長期在院者の割合は減少しており（精神病床の平均在院日数 496 日→298 日）、新たに入院した患者の退院までに要する日数も減少している（新入院患者の在院日数の中央値：1997 年 74.7 日→2011 年 60.4 日）ことが示された。「精神科病院に入院する認知症高齢者の現状と課題」に関する講演では、平均在院日数の算出方法が国によって異なることから、海外データとの比較が困難なことを指摘した上で、精神病床の疾患別平均在院日数は、統合失調症では減少しているのに対し、認知症では増加していることが示された。また、「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」作業部会が、平成 25 年度に、全国の認知症治療病棟を有する精神科病院（406 施設）、介護施設（特養 206、老健 782、グループホーム 172、小規模多機能 74）、居宅介護支援専門員 108 を対象に実施した調査において、精神科病院へ入院する理由で頻度が高いのは、医療側では、BPSD、介護者の事状、家族の疲弊、介護側では、BPSD、薬剤の調整、介護者の事状であり、入院理由となる BPSD については、医療側、介護側のいずれにおいても、「興奮」「易怒性」「妄想」の頻度が高いことが示された。

#### D. 考察

(1) 研究 1：一般病床に入院する高齢者の約 24%に認知症が同定されており、約 42%に認知機能障害（記憶障害）が認められている。このことから、一般病床に入院している高齢者の認知症出現頻度は 24%～42%の範囲内と推計される。本調査は一医療機関の調査であり、結果の一般化には注意を要する。今後は多施設調査を実施することにより、一般病床に入院する認知症高齢者の出現頻度について、より一般化可能な情報を得る必要がある。

(2) 研究 2：郵送法による健康調査に反応しない 75 歳以上高齢者の約 3 割に認知症または精神的健康問題をもつ高齢者が潜在しているものと推測される。また、郵送法による健康調

査に反応しない 75 歳以上高齢者の 2 割は居住実態がないものと推測される。大都市の一自治体における調査であり、一般化には注意を要するが、郵送法による健康調査に反応しない 75 歳以上高齢者に対するアウトリーチ型の健康調査と精神保健サービスの提供方法を考案する必要があることが示唆された。

(3) 研究 3：認知症高齢者が困難事例化する前に、地域社会の中で必要なサービスを一体的に提供できる体制を構築していくことが不可欠である。その際には、①家族支援と日常生活支援、②地域社会との関係の調整、③権利擁護・金銭管理、④身体医学に関する問題を評価し、そこにフォーカスをあてた支援が必要であることが示唆された。

(4) 研究 4：大都市に暮らす生活困窮高齢者の中に、認知症（または認知機能低下）高齢者が高い頻度で含まれているものと推測される。住居と日常生活支援を一体的に提供することが、こうした高齢者の地域生活の維持と QOL の保持・改善に効果がある可能性がある。

(5) 研究 5：人口の高齢化とともに、精神病床の入院患者も高齢化し、現在は 50%以上（高齢化率の約 2 倍）が 65 歳以上高齢者となっている。この数値は今後も確実に増大するであろう。認知症高齢者の精神病床への入院の最大の理由は BPSD であり、入院は長期化する方向にある。地域の中で、BPSD の予防的対応や認知症の人が暮らせる環境を整備することは喫緊課題である。

#### E. 結論

認知症・精神障害をもつ高齢者の重要な特性の一つに「複雑性」Complexity という問題がある。認知症や精神障害をもつ高齢者の支援を困難にしている最大の要因はこの点にある。Complexity のある高齢者を支援するために、①医療機関、施設、地域において、総合的なアセスメントを行い、それに基づいて予防、医療、介護、福祉、住まい、家族支援・生活支援等のサービスを統合的に提供できるようにしていくこと、特に、地域においては、



「住まい」と「生活支援」を統合的に提供できる社会資源を創出することが重要である。そのためには、区市町村レベルでの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）が不可避の課題となるであろう。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ito K, Morikawa S, Okamura T, Shimokado K, Awata S.: Factors associated with mental health well-being of homeless people in Japan. *Psychiatr Clin Neurosci* (in press).
  - 2) Okamura T, Ito K, Morikawa S, Awata S.: Suicidal behavior among homeless people in Japan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (in press).
  - 3) 稲垣宏樹, 井藤佳恵, 佐久間尚子, 杉山美香, 岡村毅, 栗田主一: WHO-5 精神健康状態表簡易版 (S-WHO-5) の作成およびその信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌* 60: 294-301, 2013.
  - 4) 井藤佳恵, 佐々木由香理, 櫻井千絵, 原美由紀, 水澤佑太, 山田志保, 小林紀和, 松崎尊信, 栗田主一: 地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴: 認知症ステージによる検討. *老年精神医学雑誌* 24(10): 1047-1061, 2013.
  - 5) 栗田主一: 認知症早期支援体制—とくにアウトリーチ (訪問型ケア) の課題. *老年精神医学雑誌* 24: 883-889, 2013.
  - 6) 栗田主一: 大都市における認知症地域連携の実践と課題. *日社精医誌* 22: 551-558, 2013.
2. 学会発表
- 1) Awata S: A comprehensive assessment and intervention program for dementia in a community-based integrated care system in Japan. *International Psychogeriatric Association, 16<sup>th</sup> International Congress (Sym-*

posium), Seoul, Korea, 10.3, 2013.

- 2) Awata S: Mental health status and cognitive decline in community elderly. *The 9<sup>th</sup> International Symposium on Geriatrics and Gerontology (Symposium)*. Ofu, Japan, 11.30, 2013.
- 3) Ito K, Morikawa S, Okamura T, Shimokado K, Awata S.: Factors Associated with Mental Well-Being of Homeless People in Japan. *21<sup>st</sup> World Congress of Social Psychiatry*. Lisbon, Portugal, 6.29-6.30, 2013.
- 4) Okamura T, Ito K, Morikawa S, Awata S.: Suicidal behavior-related outcomes among homeless people in Japan. *21<sup>st</sup> World Congress of Social Psychiatry*. Lisbon, Portugal, 6.29-6.30, 2013.
- 5) 栗田主一: 大都市における認知症地域連携の実践と課題. 第 32 回日本社会精神医学会 (シンポジウム). 熊本, 3.7-3.8, 2013.
- 6) 栗田主一: 重層的生活課題をもつ認知症高齢者の支援. 第 109 回日本精神神経学会 (シンポジウム). 福岡, 5.23-5.25, 2013.
- 7) 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田主一: 自殺関連行動の見られる生活困窮者の生活課題と支援: ケースシリーズ研究. 第 109 回日本精神神経学会. 福岡, 5.23-5.25, 2013.
- 8) 井藤佳恵, 佐々木由香理, 櫻井千絵, 原美由紀, 水澤佑太, 山田志保, 小林紀和, 松崎尊信, 古田光, 岡村毅, 栗田主一: アウトリーチ型認知症高齢者相談事業の対象となる高齢者の特徴. 第 109 回日本精神神経学会総会. 福岡, 5.23-5.25, 2013.
- 9) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 杉山美香, 宮前史子, 宇良千秋, 佐久間尚子, 伊集院睦雄, 岡村毅, 下門顯太郎, 栗田主一: 郵送による生活機能調査未返送の後期高齢者を対象とした訪問調査. 第 28 回日本老年精神医学会. 大阪, 6.4-6.6, 2013.
- 10) 古田光, 白取絹江, 福島康浩, 三瀬耕平, 荻原寛子, 菊地幸子, 須田潔子, 筒井啓太, 扇澤史子, 磯谷一枝, 今村陽子, 大

波里枝, 磯野沙月, 市川幸子, 栗田主一,  
松下正明: 東京都健康長寿医療センター  
一般身体科入院患者における認知症実態  
調査の試み. 第 26 回日本総合病院精神医  
学会. 京都, 11.29-11.30, 2013.

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. その他特記事項   なし

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  
入院患者の権利擁護に関する研究

研究分担者 河崎 建人（水間病院・全国精神医療審査会連絡協議会会長）  
研究協力者 平田 豊明（千葉県精神科医療センター・報告書執筆者）  
浅井 邦彦（浅井病院）  
東 司（小阪病院）  
岡崎 伸郎（国立仙台医療センター）  
鴻巣 泰治（埼玉県立精神保健福祉センター）  
田辺 等（北海道立精神保健福祉センター）  
千葉 潜（青南病院）  
中島 豊爾（岡山県精神科医療センター）  
永野貫太郎（第二東京弁護士会）  
益子 茂（東京都立中部総合神保健福祉センター）  
松浦 玲子（大阪府立精神保健福祉センター）  
松原 三郎（松原病院）  
松村 英幸（根岸病院）  
三木恵美子（横浜法律事務所）  
山下 俊幸（京都府立洛南病院）  
八尋 光秀（西新共同法律事務所）  
吉澤 雅子（東京弁護士会）  
四方田 清（順天堂大学）

研究要旨：

【目的】精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神科入院患者の権利擁護に関する制度改革案を提示すること。

【方法】（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。

【結果】（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、関係者の排除原則を除くと、ばらつきが大きく、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。（5）研究協力員の討議により、審査

会運営マニュアルの改訂案を作成した。

【考察】(1) 精神医療審査会の合議体数、委員数、合議体開催数はともに前年より増加し、合議体 1 回当たりの書類審査件数は減少していた。退院請求審査に対する退院・入院形式変更の裁定比率は前年より上昇していたが、審査日数は延長していた。(2) 医療保護入院開始の判断基準を 5 項目提案した。(3) 非自発入院継続の要否判定を巡る精神医療審査会の役割を論じた。(4) 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。

【結論】精神科利用者の権利擁護に関する国際標準の達成を目標として、精神医療審査会活動をモニタリングし、審査会の独立性と専門性の強化に向けた改革を継続すべきである。

## A. 研究目的

平成 25 年 6 月、精神保健福祉法が改正され、保護者制度の廃止、退院促進のための病院管理者の義務規定、適正な医療提供のための指針策定と並んで、精神医療審査会制度にも手直しが加えられることになった。

今次の法改正に先立つ衆議院厚生労働委員会で決議された 10 項目の附帯事項の中には、精神医療審査会の独立性、専門性の強化も謳われている。これらの動きを受けて、精神医療審査会運営マニュアルの改訂がなされることとなった。

1991 年の国連原則、2006 年の障害者権利条約以来、精神科利用者の権利擁護制度の整備・強化は、先進各国の共通課題でもある。

このような国内外の動向を踏まえ、本研究は、精神医療審査会制度をモニタリングし、わが国における精神科入院患者の権利擁護制度の改革案を提示するために行われた。

## B. 研究方法

### 1. 精神医療審査会活動基礎調査

全国 47 都道府県と 20 政令指定都市（平成 25 年 4 月 1 日現在）に設置された精神医療審査会 67 カ所の精神医療審査会事務局に対し、全国精神保健福祉センター長会の協力を得て、平成 24 年度の精神医療審査会活動に関する基礎的なデータの報告を求めた。調査票を資料 1 に示す。

### 2. 検討事例の収集

同じく、全国 67 の精神医療審査会事務局に

対し、資料 2 に示した様式に沿って、平成 24 年 4 月 1 日より回答日現在までの審査会活動において問題となった事例の報告を求めた。

### 3. 全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムの企画と開催

平成 25 年 10 月 26 日（福岡市）および平成 26 年 2 月 28 日（東京都）、全国精神医療審査会連絡協議会総会において、患者の権利擁護に関する講演会およびシンポジウムを企画・開催し、本研究の成果の一部を公開するとともに、参加者間で意見交換の機会を設けた。

### 4. 精神医療審査会運営要綱の収集・分析

全国 67 の精神医療審査会から審査会運営要綱を収集し、資料 3 に示した 21 項目について、現行の精神医療審査会運営マニュアルにどれくらい準拠しているかを調査した。

### 5. 精神医療審査会運営マニュアル改訂案の作成

今次の精神保健福祉法改正に伴って、精神医療審査会運営マニュアルの改訂が必要となったため、現行マニュアルを再検討した上で、審査の迅速性向上と審査会の調査・勧告権限の強化に向けて、研究協力員の協議のもと、審査会運営マニュアル改訂案を作成した。

（倫理面への配慮）検討事例の収集・分析にあたっては、事例収集の段階で関係者を匿名化したほか、報告した精神医療審査会事務局も特定できないように配慮して記述した。