

表1 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の実施要綱(抜粋)

(1) 目的

認知症になっても本人の意思が尊重され、できるかぎり住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期にかかわる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

(2) 定義

①認知症初期集中支援チーム(以下、「支援チーム」という)

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人(以下、「訪問支援対象者」という)およびその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

②訪問支援対象者

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人または認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者

- a) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
- b) 継続的な医療サービスを受けていない者
- c) 適切な介護保険サービスに結びついていない者
- d) 診断されたが介護サービスが中断している者

イ 医療サービス、介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

(3) 実施主体

本事業の実施主体は、市町村(特別区を含む、以下同じ)とする。ただし、実施主体は、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

(4) 事業計画

実施主体は、事業の実施にあたり別に定める要式により作成した事業協議書を厚生労働省に提出し、承認を受けなければならない。

(5) 実施機関

本事業を実施する団体等は、緊急時の対応等の場合も想定し、支援チームと訪問支援対象者およびその家族との緊急時の連絡体制の確保ができる体制を整備している地域包括支援センター、診療所等の機関とする。

(6) 認知症初期集中支援チームの構成

①認知症初期集中支援チーム員の配置

実施主体は、認知症初期集中支援チーム員(以下、チーム員という)を地域包括支援センター、診療所等に配置するものとする。

②チーム員の配置人数と職種

チーム員は、以下のアを満たす専門職2人以上、イを満たす専門医1人の計3人以上の専門職にて編成する。

ア 以下の要件をすべて満たす者2人以上とする

- a) 「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者
- b) 認知症ケア実務経験3年以上または在宅ケア実務経験3年以上を有する者
- c) 国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、試験に合格した者

イ 日本老年精神医学会もしくは日本認知症学会の定める専門医または認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師のいずれかに該当し、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師(嘱託可)1人とする

(7) チーム員の役割

(上記のアを満たす)専門職は、訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うための訪問活動等を行う。専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応じる。なお、訪問する場合のチーム員数は2人以上とし、医療系職員と介護系職員それぞれ1人以上で訪問する。

(8) 事業内容

①普及啓発事業

地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行う。

②認知症初期集中支援の実施

(本文参照)

③「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「検討委員会」を設置し、支援チームの設置および活動状況について検討し、当該活動を行う日常生活圏域を含む地域の関係機関や関係団体と、一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるように努める。

表2 認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業におけるモデル実施機関の要件

- (1) より身近な地域において、早期診断・早期対応および危機回避支援機能を有する診療所であって、当該機能を発揮する地域を有する市町村の長により委託を受けた医療機関
- (2) 以下の3つの要件を満足する
 - a. 人員体制に関する要件
 - ① 専任の日本老年精神医学会または日本認知症学会の定める専門医、または認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師であり、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師（1人以上）が配置されている
 - ② 認知症の鑑別診断に係る神経心理検査（MMSE、CDR等）について一定程度の知識および技術を修得している者である看護師、保健師、精神保健福祉士等（1人以上）が配置されている
 - b. 検査体制に関する要件

当該診療所において、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制としてコンピュータ断層撮影装置（CT）・磁気共鳴画像装置（MRI）等を他の医療機関との連携体制により活用できる体制が整備されている。
 - c. 連携体制に関する要件
 - ① 当該活動地域の市町村医師会、郡市医師会および都道府県を通じて都道府県医師会との支援協力体制を確保している
 - ② 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病院または精神科病院との連携体制を確保している（なお、当該診療所が所在する二次医療圏内に設置されている認知症疾患医療センターとの連携体制を通じて確保される場合はこの限りではない）

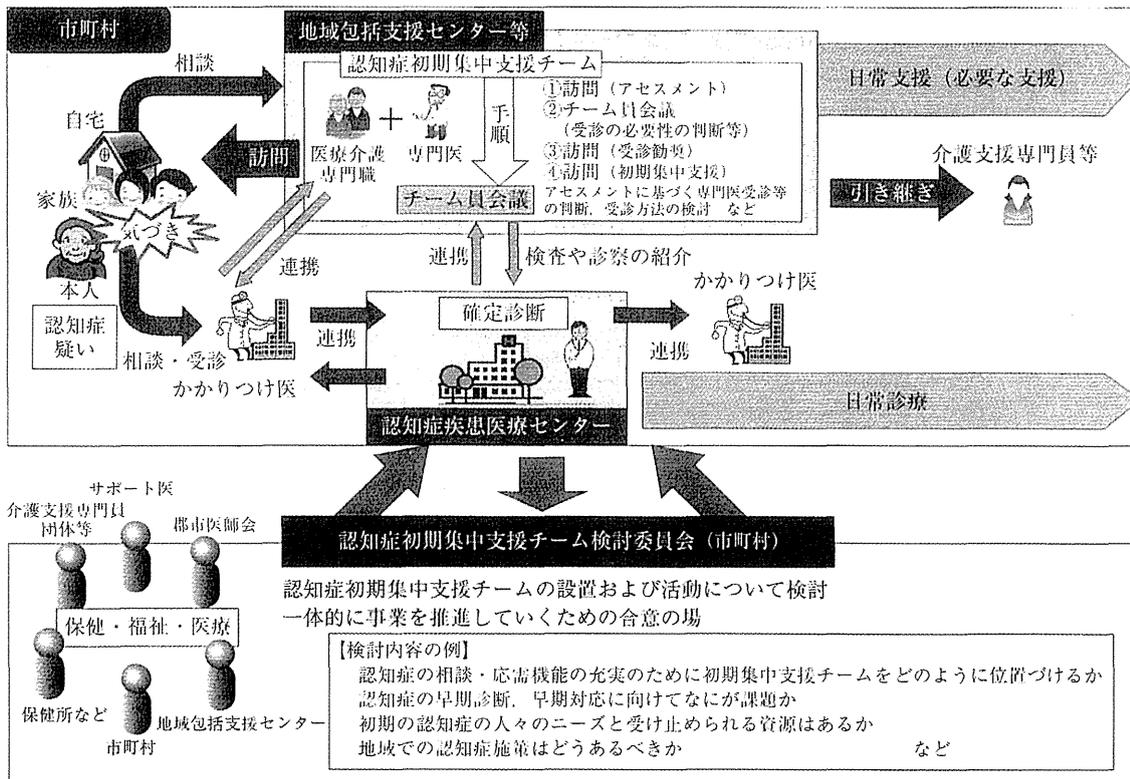


図1 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図

□特集

れている。

地域包括支援センター等に配置されるチーム員は、表1の基準を満足する「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士」等の専門職2人以上と専門医1人である。専門職は認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うための訪問活動を行い、専門医は他のチーム員をバックアップし、専門的見地から助言を行い、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応ずる。事業の実施にあたっては、認知症初期集中支援の実施のほかに、普及啓発推進事業と「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置をあわせて実施すること、とされている。

2. 認知症初期集中支援の実際

認知症初期集中支援は、以下のプロセスを通して実施される。

1) 訪問支援対象者の把握

訪問支援対象者は、一般的には、地域包括支援センターの総合相談支援業務や市町村独自の実態調査のなかで把握される。地域包括支援センターの総合相談では、地域に住む高齢者のさまざまな相談に応じ、適切な機関・制度・サービスにつなぎ、継続的にフォローするとともに、必要に応じて地域包括支援センターの業務のなかで支援を継続することが求められている。これによって、あらゆるサービスの調整が可能となり、ワンストップサービス拠点として機能することができるものと考えられている⁶⁾。

2) 情報収集

地域包括支援センターの総合相談では、どのような人からの、どのような相談であっても、相談内容を的確に把握するために、「利用者基本情報」と呼ばれるシートを作成する。こうした情報収集の作業のなかで、“認知症初期集中支援の対象”と判断される場合には、認知症初期集中支援チームにつないで（または認知症初期集中支援チームの一員として）認知症に関する包括的なアセスメント（以下、「認知症アセスメント」）を実施する。

3) アセスメント

認知症アセスメントの意義は、認知症の人や介護家族が抱える課題を限られた時間のなかで包括的に評価し、関係者間で情報を共有し、課題解決に向けてサービスの一体的提供を円滑に調整していくことができることにある。モデル事業においては、認知症によくみられる認知機能障害と生活機能障害、BPSD、身体状況（服薬状況や通院状況を含む）、本人の生活状況、家族介護者の状況、社会的困難状況を包括的に評価できる簡便なアセスメントシートが活用されている。

4) 初回家庭訪問の実施

認知症アセスメントは、地域包括支援センター等での来所面談において実施することも可能であるが、本人の住まい、暮らしの様子などを把握するために、可能な限り、自宅へ訪問してアセスメントを行うようにする。ただし、相談の対象となっている本人から訪問の了解が十分に得られていない場合には、訪問の方法について事前に十分に検討しておく必要がある。また、初回アセスメントでは、すべての項目について十分な情報収集ができない場合もある。その場合には、緊急性を考慮したうえで、複数回の訪問を通してアセスメントを完成させる。

5) チーム員会議の開催

認知症アセスメントの結果を、チーム員および関係者間で情報共有しながら、チーム員会議のなかで具体的な支援策を決定していく。このプロセスは、「課題の明確化」→「解決策の案出」→「支援策の決定」→「計画の作成」→「支援の実行」→「効果の検証」という、通常の地域保健活動のなかで実施されている問題解決的アプローチにほかならない。このようなアプローチは『地域包括支援センターの運営マニュアル』⁶⁾にも記述されている。

6) 初期集中支援の実施

アセスメントの結果に基づき、初期集中支援を実施する。ここでいう初期集中支援とは、支援の導入期に集中的に行われるべき支援を意味しており、「訪問対象者が医療サービスや介護サービス

による安定的な支援に移行するまでの期間」で、おおむね最長で6か月間程度の期間に実施されるものである。この段階で一般的に必要な支援には、①医療機関への受療支援、②家族介護者への支援、③単身者の場合の生活支援（服薬管理や金銭管理など）、④介護保険サービスの利用に関する支援、⑤成年後見制度の利用に関する支援、⑥BPSDへの対応と予防などがある。

7) 初期集中支援の終了とその後のモニタリング

医療サービスや介護サービスの安定的利用につながり、対応上困難なBPSDが軽減したと判断される場合には初期集中支援を終了とする。その後、サービスの一体的提供の調整を担うのは通常は介護支援専門員となるので、チーム員会議やサービス担当者会議などを通して、情報を共有する。また、初期集中支援チームは、その後も介護支援専門員との連携を維持し、しばらくの間、支援の状況をモニタリングしながら介護支援専門員をサポートできるようにしておく。

3. 支援を実施するにあたっての課題

1) 地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの構築を推進するために、日常生活圏域（具体的には中学校区）単位に設置されている実践的なサービス調整機関である。ここには、社会福祉士、保健師、介護支援専門員で構成される多職種チームが配置されており、地域に暮らす高齢者の多様な課題にワンストップサービス拠点として対応することが求められている。

認知症初期集中支援チームの実践は、地域包括支援センターの必須業務のひとつである総合相談のそれと重なる部分が多い。実際、地域包括支援センターは、医療サービスや介護サービスにつながっていない数多くの認知症高齢者の相談に応じ、サービスの調整を実践している。その多くは所内相談での情報提供というレベルで解決可能なものかと思われる。したがって、必ずしもアウトリーチ（訪問型ケア）による支援は必要としない。実際、人口規模の大きな大都市で、すべての認知

症相談にアウトリーチによる支援を行うのは不可能である。

しかし一方で、「医療機関との連携が円滑に進まない（診断に結びつかない）」「BPSDへの対応や近隣トラブルなどへの対応に苦慮している」など、地域包括支援センターにおいて対応しきれない困難事例が少なからずある²⁾。認知症初期集中支援チームは、地域包括支援センターの機能を強化ないし補完するという立ち位置で機能する必要があり、そのような意味で、困難事例への対応には積極的に取り組む必要がある。そのうえで、困難事例化を予防するための支援の方法を“認知症初期集中支援”として確立していかなければならない。全国に約4,000か所ある地域包括支援センターが、地域の拠点となる医療機関と連携して、そのような“認知症初期集中支援”を標準的な予防的支援の方法として実践できるようにしていくことが究極の目標かと思われる。

2) 精神保健福祉相談事業との関連

従来、社会的困難状況にある認知症の人の相談は、精神保健福祉相談事業や老人精神保健相談事業のなかで応需してきた自治体も少なくない。保健所や市町村の精神保健福祉相談のなかに多職種チームをおいて、関係機関と連携を図りながら認知症の早期支援を実践してきた自治体もある³⁾。実際、2005年の介護保険法改正によって創設された地域包括支援センターには、そのような文脈のなかでの認知症の早期支援が期待されていた⁴⁾。しかし、現実には、それに対応するかたちでの制度設計は十分になされてこなかったように思われる。

認知症の人の権利を守り、BPSDへの対応を行い、生活の場を確保するプロセスを遂行する際には、精神保健福祉法のもとでの支援が必要とされる場合がある。また、認知症の人の支援とともに、うつ病、妄想性障害、アルコール関連障害など多様な精神症状をもつ高齢者への支援が必要とされる場合も少なくない。認知症初期集中支援チームは、認知症支援という観点のみならず、高齢者の

□特集

地域精神保健福祉という観点から、地域包括支援センターの機能を強化・補完する役割を果たすとともに、自治体の精神保健福祉相談事業との役割分担を考慮し、連携・協働できる体制を確保する必要があろう。

3) 地域の拠点となる医療機関の確保

チームの一員である専門医は「専門の見地から助言を行い、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需すること」とされているが、このような役割を担う医師には、認知症に関する専門的知識とともに、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの構築に積極的に関与していく姿勢が求められるよう。

2008年に創設された認知症疾患医療センターは、専門医療機関としての役割とともに、地域連携機関としての役割を果たすことが求められている。しかし、2013年10月1日現在で認知症疾患医療センターの設置件数は238か所であり、認知症高齢者の出現頻度を考慮するとその数は明らかに少ない。こうした課題を解決していくために、新たな類型の認知症疾患医療センターとして、認知症医療支援診療所（仮称）を事業化する構想が立ち上がっている。これは、より身近な地域のなかで、認知症の早期診断・早期対応と危機回避支援機能を担う診療所であり、認知症初期集中支援チームと協力体制を組むことが期待されている（表2）。オレンジプランによれば、2017年までに、認知症医療支援診療所（仮称）を含めた認知症疾患医療センターを全国に500か所設置することが計画されている。

文 献

- 1) 栗田圭一, 鳥袋 仁, 小泉弥生, 進藤克博ほか: 認知症を地域で支える 宮城県栗原市の実践. 老年精神医学雑誌, **17**: 490-495 (2006).
- 2) 栗田圭一, 佐野ゆり, 福本 恵: 一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態; とくに、医療資源との連携という観点から. 老年精神医学雑誌, **21**: 356-363 (2010).
- 3) 栗田圭一: 地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進. 保健医療科学, **61**: 125-129 (2012).
- 4) Banerjee S, Willis R, Matthews D, Contell F, et al.: Improving the quality of care for mild to moderate dementia; An evaluation of the Croydon Memory Service Model. *Int J Geriatr Psychiatry*, **22**: 782-788 (2007).
- 5) Challis D, von Abendorff R, Brown P, Chesterman J, et al.: Care management, dementia care and specialist mental health services; An evaluation. *Int J Geriatr Psychiatry*, **17**: 315-325 (2002).
- 6) 地域包括支援センター運営マニュアル検討委員会: 地域包括支援センター運営マニュアル2012: 保険者・地域包括支援センターの協働による地域包括ケアの実現をめざして. 長寿社会開発センター, 東京 (2012). <http://www.nenrin.or.jp/chiki/manual/pdf/manual01.pdf> (2012年3月)
- 7) Department of Health, United Kingdom government: Living well with dementia. A National Dementia Strategy. (2009). https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168221/dh_094052.pdf (2009年2月3日)
- 8) Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Newcomer R: Early community-based service utilization and its effects on institutionalization in dementia caregiving. *Gerontologist*, **45**: 177-185 (2005).
- 9) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム: 今後の認知症施策の方向性について. 平成24年6月18日. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
- 10) 厚生労働省: 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）（平成25年度から29年度までの計画）. 平成24年9月5日. http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8_dh-att/2r9852000002j8_ey.pdf
- 11) 厚生労働省: 認知症対策総合支援事業の実施について（厚生労働省老健局長通知）. 平成25年7月4日.
- 12) Mittelman MS, Roth DL, Clay OJ, Haley WE: Preserving health of Alzheimer caregivers; Impact of a spouse caregiver intervention. *Am J Geriatr Psychiatry*, **15**: 780-789 (2007).

■第32回日本社会精神医学会(熊本) :
シンポジウムⅥ「認知症を地域で支えるために」

大都市における認知症地域連携の実践と課題

粟田圭一

抄録:

高齢者、後期高齢者、要介護要支援高齢者、単身高齢者、認知症高齢者の絶対数が著しく増加することが、大都市の高齢化の際立った特徴である。認知症高齢者が暮らす地域の中で、予防、医療、介護、住まい、生活支援を一体的に提供することができるケアシステム、すなわち、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムの構築が、大都市の認知症施策の最重要課題となっている。東京都は、2007年に認知症対策推進会議を設置し、その部会の中で個々の課題解決に向けた施策の検討を進めてきた。2010年には東京都における認知症疾患医療センターあり方検討部会が設置され、専門医療機関、地域連携推進機関、人材育成機関の役割を担う認知症疾患医療センターが2次保健医療圏域単位に設置された。2012年には医療部会が設置され、認知症のための医療資源整備の方向性が継続的に審議されるようになった。2013年には認知症早期発見・早期診断推進事業が創設され、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携を基軸とする早期支援体制の構築が進められるようになった。さらに、同年には、認知症支援を担う人材育成の方略を検討するために、医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議が設置された。こうした施策とともに、単身で生活困窮状態にある認知症高齢者の暮らしを支えるために、「住宅支援」「日常生活支援」を一体的に提供することができる社会資源の整備が強く求められている。

日社精医誌 22 : 551-558, 2013

索引用語：大都市、地域包括ケアシステム、認知症対策推進会議、認知症疾患医療センター、住宅支援、生活支援

1. はじめに

わが国の人口の約1割が暮らす東京都では、2015～2025年までの10年間に、高齢者人口は24万人(308万人から332万人)⁶⁾、後期高齢者人口は51万人(147万人から198万人)⁶⁾、要介護要支援認定高齢者数は19万人(52万人から71万

人)¹⁾、単独高齢世帯数は11万世帯(71万世帯から82万世帯)⁷⁾増加し、認知症高齢者数(要介護要支援認定高齢者における「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上)は12万人(30万人から42万人)¹²⁾増加する。この数は、例えば熊本県と比較すると、高齢者人口については約6倍⁶⁾、後期高齢者人口については約11倍⁶⁾、要介護要支援認定

英文タイトル：Toward Establishment of a Community-based Integrated Care System for the Elderly with Dementia in a Metropolitan Area
著者連絡先：粟田圭一(東京都健康長寿医療センター研究所、自立促進と介護予防研究チーム)
〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2
Corresponding author : Shuichi Awata, M.D., Ph.D.
Research Team for Promoting Independence of the

Elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology
35-2, Sakae-cho, Itabashi-ku, Tokyo 173-0015, Japan

東京都健康長寿医療センター研究所、自立促進と介護予防研究チーム
Shuichi Awata : Research Team for Promoting Independence of the Elderly, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

高齢者については約10倍¹¹⁾、高齢者単独世帯については約7倍⁷⁾、認知症高齢者については約9倍¹²⁾のオーダーで増加することを意味している。また、東京都の人口密度は熊本県の約25倍、都道府県所在地の住宅地の平均価格は約8倍である⁵⁾。認知症があり、要介護状態にあり、単身または高齢者のみ世帯であり、社会的に孤立し、生活の場の確保が困難な状況にある高齢者の絶対数が増加することが、大都市の高齢化の際立った特徴かと思われる。

2. 新たなサービス提供体制の必要性

2010年11月30日に公表された社会保障審議会・介護保険部会報告書には、21世紀の前半に直面するわが国の高齢化に対して、現行のサービス提供体制では対応が困難、特に、医療ニーズが高い重度の要介護高齢者、単身・高齢者のみ世帯を地域で支えることは困難であり、新たなサービス提供体制として「地域包括ケアシステム」を確立することが不可避であることが指摘されている。これを受けて、2011年の介護保険法改正では、地域包括ケアシステムの構築が国および地方公共団体の責務に位置づけられ、2012～2014年の第5期介護保険事業計画ではその実現が保険者の基本目標に据えられた。また、2012年2月に閣議決定された社会保障と税の一体改革においても、地域包括ケアシステムの構築が社会保障改革の基本的考え方の一つに掲げられ、同年の診療報酬・介護報酬の同時改定および医療計画の策定においても、これを具体化させる方向で改定が進められた。

3. 地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムとは、一般的には、「高齢者が暮らす日常生活圏域(具体的には中学校区)において、予防、医療、介護、生活支援、住まい等のサービスが一体的に提供されるシステム」と理解されている。これは、国際的には、Community-based Integrated Care Systemに相当す

るものである。

Community-based Integrated Care Systemとは、1990年代ごろより、慢性疾患の増加、とりわけ高齢患者の増加に対する医療体制の適正化という観点から、欧米の先進諸国において積極的に導入が進められてきた新たなサービス提供体制である。ここで言うCommunity-based Careとは「その地域のニーズに根ざし、その地域の人々の考え方や価値観に合わせて構築され、その地域に暮らす人々の参加によって運営されるケアシステム」を意味し、Integrated Careは「異なる組織間のサービスの連携・協調によって、サービスの分断を減らすことをめざしたケア」を意味している。この両者を結合させたものがCommunity-based Integrated Care System、すなわち地域包括ケアシステムである。このようなサービス提供体制の実現によって、①地域のニーズに合わせたサービス提供が可能となり、②地域住民が自分達のシステムとして積極的にこれに関与し、③診断・治療・介護・リハビリ・健康増進などに関するサービスの投入・分配・管理・組織化が一括化され、④サービスのアクセス、質、利用者満足度、効率性が向上する、と考えられている⁸⁾。

4. 認知症対策推進会議

東京都では、2007年より、認知症対策推進会議(認知症の人と家族に対する支援体制構築に向けた方策を検討)を設置するとともに、認知症に関する都民への普及啓発を行うことを目的とした認知症対策推進事業が実施されている。

認知症対策推進会議では、これまでに6つの下部部会を時限で開催し、課題解決に向けた施策の検討を行ってきた(図1)。その中で、2010年に開催された「東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会」⁹⁾では、東京都における認知症疾患医療センターの役割や配置について検討され、2012年より2次保健医療圏域単位に認知症疾患医療センターの設置が進められるようになった。また、2011年に開催された「認知症ケアパス部会」¹⁰⁾では、認知症の地域連携を推進するた

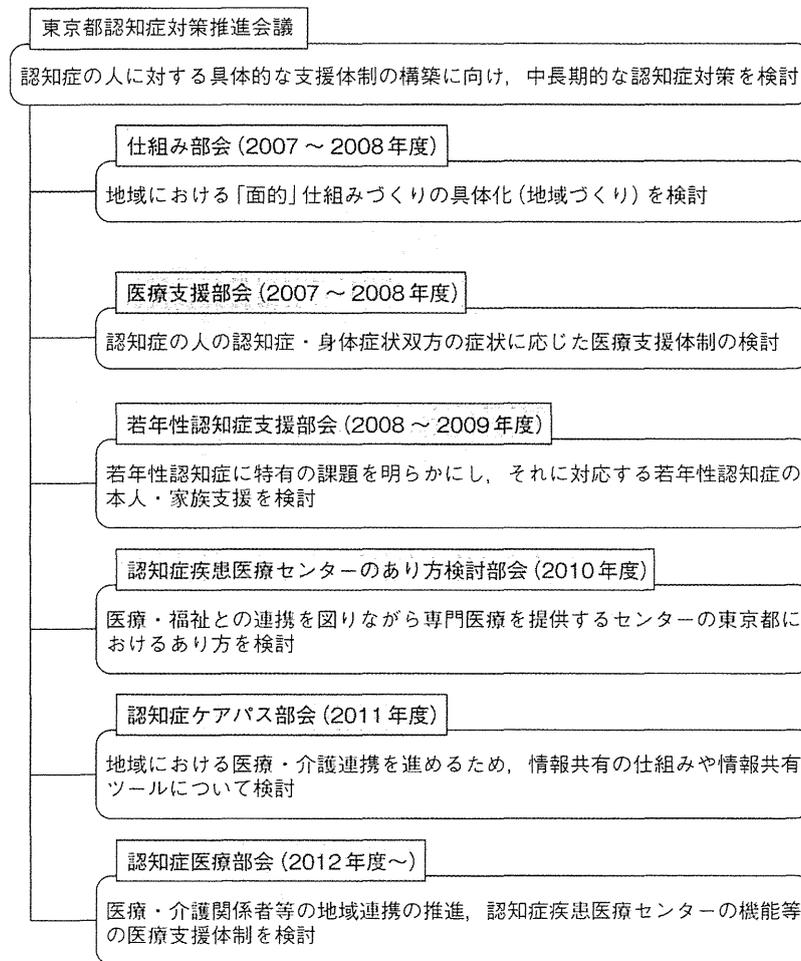
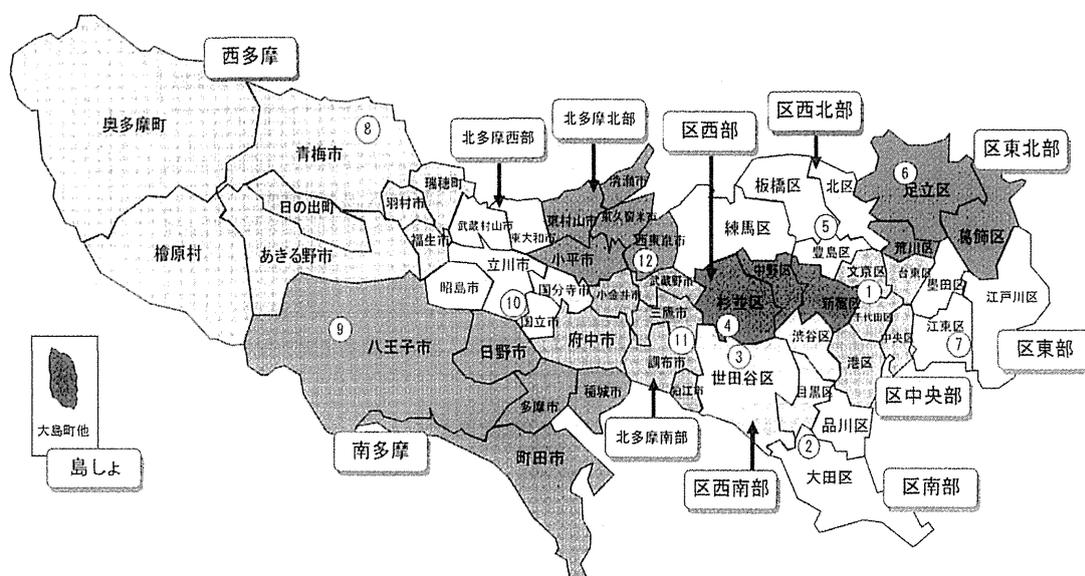


図1 東京都認知症対策推進会議と部会

めの方略が検討され、2013年より認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携を基軸とする「認知症早期発見・早期診断推進事業」が実施されるようになった。さらに、2012年より開催されている認知症医療部会では、認知症の医療資源整備に向けた検討が重ねられており、2013年からは、地域における人材育成の方略を検討することを目的とする「医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」が設置されるようになった。

5. 東京都認知症疾患医療センター運営事業

東京都では、(1)地域の医療機関および介護事業所等への支援機能、(2)地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能、という2つの基本機能を担う医療資源の整備をめざして、2011年度に東京都認知症疾患医療センター運営事業を開始し、2012年度より、2次保健医療圏域(島嶼部を除く)単位に、12か所の認知症疾患医療センターを設置した(図2)。この機能を発揮するために、各センターには3つの役割(①専門医療機関としての役割、②地域連携推進機関としての役割、③人材育成機関としての役割)を果たすこと



区中央部	①順天堂大学医学部附属順天堂医院	区東部	⑦順天堂東京江東高齢者医療センター
区南部	②公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院	西多摩	⑧青梅成木台病院
区西南部	③東京都立松沢病院	南多摩	⑨平川病院
区西部	④浴風会病院	北多摩西部	⑩国家公務員共済組合連合会立川病院
区西北部	⑤東京都健康長寿医療センター	北多摩南部	⑪杏林大学医学部附属病院
区東北部	⑥大内病院	北多摩北部	⑫薫風会山田病院

図2 東京都の認知症疾患医療センター(2013年3月1日現在)

が求められている(表1)。

東京都の認知症疾患医療センターが現在抱えている最大の課題は、各センターが管轄する圏域の人口規模が大きいことである。例えば、筆者が勤務する東京都健康長寿医療センターが管轄する区西北部医療圏(板橋区、練馬区、豊島区、北区)の人口は185万人であり、認知症疾患医療センターを10か所設置している熊本県のそれに匹敵する(表2)。このために、外来診察のための予約待機期間は長期化し、いわゆる“顔の見える”連携体制づくりが困難な状況にある。そこで、区西北部医療圏では、区単位に関係者が一堂に会する会議体を設置し、ここで医療資源整備を含む各区の認知症施策を検討し、この会議の代表者(現在は医師会、地域包括支援センター、区担当課所属の委員)が圏域全体の連携協議会の構成委員となり、ここで各区の支援体制づくりについて情報交換を行うことにしている。

6. 認知症早期発見・早期診断推進事業

本事業は、認知症が重症化する前に、住み慣れた地域の中で認知症疾患の診断・アセスメントを実施し、情報を共有し、これに基づいて必要な予防、医療、介護、住まい、生活支援等のサービスを統合的に提供し、認知症の人と家族が生活の質を保持し、穏やかで安全な生活を継続できるようにすることをめざした事業である¹⁾。これは、国が認知症施策推進5カ年計画(オレンジプラン)の中で構想している認知症初期集中支援チームと同じ考え方に立つものであるが、国の事業とは異なり、東京都の場合は、(1)区市町村の地域包括支援センター担当部署または地域包括支援センターに配置する認知症コーディネーターと、(2)認知症疾患医療センター等の医療機関に配置する認知症アウトリーチチームが連携し、地域に潜在し、医療機関への受診が困難な状況にある認知症の人

表1 東京都における認知症疾患医療センターの役割

役割	業務内容
専門医療機関としての役割	<p>■ 専門医療相談の実施 医療相談室を設置し、認知症に関する専門知識を有する精神保健福祉士等を配置する。本人、家族、関係機関(地域包括支援センター、区市町村、保健所・保健センター、介護保険事業所等)からの認知症に関する医療相談に対応するとともに、状況に応じて、適切な医療機関等の紹介を行う。</p> <p>■ 認知症の診断と対応 認知症の医学的診断だけでなく、日常生活の状況や、他の身体疾患等の状況等も踏まえ、総合的に評価を行い、関係機関と情報共有を図り、医療・福祉・介護の支援に結び付ける。診断後は、かかりつけ医と連携を図り、日常の診療はかかりつけ医が担当することが基本となる。</p> <p>■ 身体合併症、行動・心理症状への対応 認知症の人の身体合併症及び行動・心理症状の治療について、認知症疾患医療センターで受け入れるほか、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院や精神科病院等と緊密な連携を図り、地域全体で受け入れる体制をつくる。</p>
地域連携推進機関としての役割	<p>■ 地域連携の推進 地域の医療機関、地域包括支援センター、区市町村、保健所・保健センター等の関係機関、家族介護者の会等との連携を図るため、協議会等を開催し、地域において関係者が密接に連携するネットワークづくりに向けた検討を行う。</p>
人材育成機関としての役割	<p>■ 専門医療、地域連携を支える人材の育成 認知症疾患医療センターの院内においては、専門的な知識・経験を有する医師・看護師の育成に努めていくとともに、地域においては、かかりつけ医の認知症対応力の向上を図るための研修等に取り組んでいく。</p>
その他	<p>■ 情報発信 認知症に関する正しい知識を普及していくために情報発信を行う。</p>

表2 東京都区西北部医療圏と熊本県の比較

	東京都区西北部 (板橋, 豊島, 北, 練馬)	熊本県
面積	114Km ²	7,400Km ²
人口	185万人	181万人
高齢者人口	38万人	47万人
高齢化率	21%	26%
認知症高齢者数*	4万人	5万人
認知症疾患医療センター設置件数	1か所	10か所

* 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上

を主たる対象に、訪問による支援を通して、①総合アセスメント、②医療へのアクセスの促進、③必要なサービスの一体的提供を実現していこうというものである。

この事業の最大の課題は、やはり認知症疾患医療センターの担当圏域の人口規模が大きすぎることにある。医療機関と地域包括支援センターとの連携を基軸にして、地域の中で認知症の早期支援

を実現していく仕組みを創り出すためには、区市町村単位で、認知症の鑑別診断やBPSD対応、そして地域包括支援センター等と連携して地域の中できめ細かな認知症支援を展開していくことができる医療資源を整備していく必要がある。

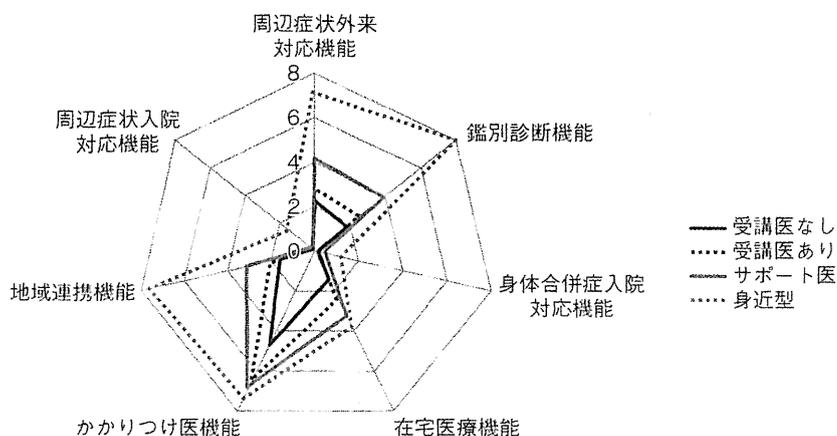


図3 認知症対応力の比較

「受講医なし」：かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいない診療所。「受講医あり」：かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所。ただし、認知症サポート医がいる診療所を除く。「サポート医」：認知症サポート医がいる診療所。「身近型」：身近型認知症疾患医療センター候補医療機関

7. 認知症のための医療資源整備

筆者らは、認知症のための医療サービス調査票 (MSD-28) を開発し、東京都内の一般診療所の認知症対応力を評価した²⁾。その結果、①認知症対応力向上研修の「受講医がいる診療所」は、「受講医がいない診療所」よりも、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能が有意に高く、②「認知症サポート医がいる診療所」は、「受講医がいる診療所」よりも、上記の機能のすべてが有意に高い。しかし、それでも、③「鑑別診断」「周辺症状外来対応」「地域連携」のいずれについても、認知症サポート医の平均得点は8点満点中の3~4点である(図3)。このことは、「通常の診療業務」としてこれらの役割を果たせる認知症サポート医は限られていることを示している。

一方、オレンジプランでは、新たな認知症疾患医療センターの類型として、“身近型”認知症疾患医療センターの構想を提示している。筆者らは、11の候補医療機関を対象に、MSD-28を用いた調査を行った³⁾。その結果、これらの医療機関の入院対応能力は低い、が、「鑑別診断」「周辺症状外来対応」「地域連携」の機能が十分に高いこ

とが明らかにされた(図3)。

以上の結果から、今後は、認知症サポート医の数を単に増やすということではなく、認知症の鑑別診断や周辺症状への対応機能を持ち、地域包括支援センター等と連携して、認知症の人の暮らしを支えることができる地域包括ケアシステムの構築に積極的に関与することができる“診療所”を、区市町村単位に適正数確保する施策が必要かと思われる。2013年度に、区市町村対象の国庫補助事業として認知症医療支援診療所(仮称)地域連携モデル事業が実施されるが、本事業の結果を見据えながら、東京都においても区市町村単位の認知症医療の資源整備を進めていく必要がある。

8. 単身・生活困窮状態にある認知症高齢者を支える地域連携

今日、区市町村の認知症相談や地域包括支援センターの総合相談では、重層的な生活課題をもつ認知症高齢者(いわゆる“社会的困難事例”)の相談を受ける機会が増えている。実際、年齢階級別の被保護人員構成割合および被保護世帯人員の保護率は、60歳以上高齢者で最も高く、年々増加している(表3)。ホームレスの高齢化も急速に進

表3 年齢階級別被保護人員・一般人口構成割合・被保護世帯人員の保護率の年次推移

年次	総数	0~14歳	15~59歳	60歳以上
被保護人員(%)				
平成12年(2000)	100.0	12.5	40.0	47.6
21 (2009)	100.0	11.2	36.9	51.9
22 (2010)	100.0	11.1	38.0	51.0
23 (2011)	100.0	10.8	38.1	51.1
一般人口(%)				
平成12年(2000)	100.0	14.6	61.8	23.6
21 (2009)	100.0	13.3	56.5	30.1
22 (2010)	100.0	13.2	55.9	30.9
23 (2011)	100.0	13.1	55.3	31.6
保護率(%)				
平成12年(2000)	8.13	6.96	5.23	16.57
21 (2009)	13.13	11.00	8.57	22.62
22 (2010)	14.67	12.36	9.96	24.18
23 (2011)	15.81	13.11	10.90	25.62

資料：社会・援護局「被保護者全国一斉調査結果報告書」

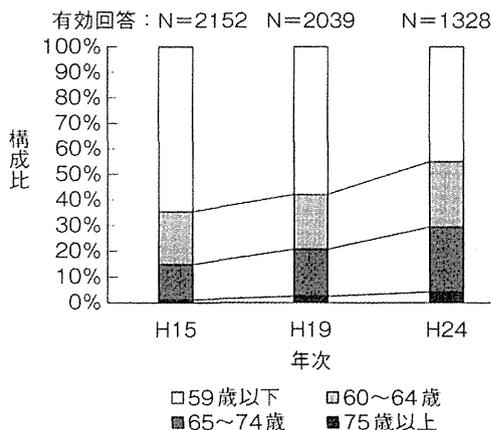


図4 わが国のホームレスの高齢化 (ホームレスの実態に関する全国調査(生活実態調査)より)

行しており、その勢いは一般人口の高齢化の勢いを凌駕するものである(図4)。

東京都内で、路上生活者を含む生活困窮者に、簡易宿泊所や自立支援ホーム等による住宅支援と日常的な生活支援を提供しているNPO法人ふるさとの会によれば、利用者の約10%は認知症で

あるという。同法人の協力を得て、11カテゴリー44項目からなる「日常生活支援ニーズ調査票」を作成し、利用者339人の生活支援ニーズを調査した⁴⁾。その結果、求められる頻度が高い生活支援として表4のような項目があげられた。これらは、いずれも、今日の介護保険や医療保険など、制度的なサービスの枠組みの中では提供されにくいものであり、通常は家族によって提供されるものである。NPO法人ふるさとの会は、このような支援を「日常生活支援」と呼んでいる。単身で、経済的に困窮し、住まいの確保が困難な認知症高齢者の増加が予測される大都市においては、「住宅支援」と「日常生活支援」を同時に提供することができる社会資源の整備が強く求められている。

文 献

- 1) 粟田圭一：地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進。保健医療科学61：125-129, 2012

表4 簡易宿泊所・自立支援ホーム等を利用している生活困窮者に求められる生活支援(10%以上の人に求められる支援)

順位	求められる日常生活支援の内容	出現頻度 (%)
1	制度(生活保護・介護保険・住民票・障害者手帳など)を利用するための相談や手続きをしてもらう	51
2	体調が悪い時に相談にのってもらい、対応してもらう(応急手当や医療機関への連絡・救急搬送など)	43
3	毎日の食事(朝食、昼食、夕食)の準備や見守り、介助をもらう	40
4	診療所や看護師さんなど関係機関と連絡調整をもらう	39
5	居室環境を整えてもらう(掃除、片づけ、ゴミ出し、室温調整、換気)	36
6	日常的な金銭管理をしてもらう(出入金の記録、レシートの管理、通帳管理など)	32
7	寂しい時や困った時に相談にのってもらう	31
8	毎日きちんと服薬できるように管理してもらう。	30
9	衣服やシャツが汚れてしまった際に洗濯をうながしてもらったり、介助してもらう	29
10	安否確認をもらう	29
11	体が汚れてしまった際に入浴を促してもらったり、見守りや介助をもらう	27
12	大切な書類の保管・管理をもらう	27
13	火の元の管理をもらう	27
14	体調が悪いかどうかみてもらう(顔色・体温・血圧など)。	26
15	往診や訪問看護・認定調査の際に立ち会ってもらう(日頃の様子を伝えてもらう)	25
16	病院の説明などを一緒に聞いてもらう	25
17	安定して住むことができる住居を確保・維持(長期入院など)	25
18	ガス・水道・電気が止まらないようにしてもらう	22
19	衣服が汚れてしまった際に、着替えを促してもらったり、介助してもらう	21
20	カンファランス(ミーティング・支援方針会議)を開いてもらう	21
21	入院した時などに面会に来てもらう	20
22	外出したいときに付き添ってもらう	18
23	自分の味方になって対応してもらう	16
24	通信(電話・ファックス・手紙のやりとり)の手伝いをもらう	15
25	スケジュールの確認・管理をもらう	15
26	体調に応じて、おかゆやおにぎりにしてもらう	14
27	便秘になったり、下痢をしたときに水分を調節してもらう	13
28	食事が十分とれないときに栄養剤を準備してもらったり、食べ過ぎないように声をかけてもらう	12

- 2) 栗田圭一：診療所医師の機能—認知症地域医療支援事業の意義について—。老年医学 51：35-38, 2013
- 3) 栗田圭一：認知症疾患医療センターの活動状況調査及び機能評価指標の策定に関する研究。平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業。認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究(H22-認知症—一般-005)。
- 4) 栗田圭一、井藤佳恵、岡村毅ほか：生活困窮者の自殺とその予防。精神神経誌 115：2013(印刷中)
- 5) 国土交通省：平成25年地価公示(平成25年1月時点について)。都道府県所在地の住宅地の「平均」価格 <http://tochi.mlit.go.jp/chika/kouji/2013/49.html>
- 6) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口(2013年3月推計)
- 7) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計(都道府県別推計)(2009年12月推計)
- 8) Plochg, T., Klazinga, N. S.: Community-based integrated care: myth or must? Int J Qual Health Care 14: 91-101, 2002
- 9) 東京都福祉保健局：東京都認知症対策推進会議。東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会報告書。平成23年1月
- 10) 東京都福祉保健局：認知症のひとと家族を支えるための情報共有の仕組みづくりに向けて。東京都認知症対策推進会議認知症ケアパス部会報告書。平成24年3月
- 11) 2010年9月の要介護認定データ(性別・年齢階級別・要介護認定者数)と2010年国勢調査による基準人口(性別・年齢階級別人口)を用いて、性別・年齢階級別要介護認定率を算出。この数値に日本の地域別将来推計人口(性別・年齢階級別人口)を乗じて算出した。
- 12) 2010年9月の要介護認定データに基づいて、性別・年齢階級別の「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の高齢者を算出し、2010年国勢調査による基準人口(性別・年齢階級別人口)を用いて、性別・年齢階級別認知症高齢者の有病率を算出。この数値に日本の地域別将来推計人口(性別・年齢階級別人口)を乗じて算出した。

精神保健福祉法2013年改正と精神医療審査会の機能*

平田 豊明

千葉県精神科医療センター 病院長／全国精神医療審査会
連絡協議会 専務理事

Key Words** 精神医療審査会, 精神保健福祉法,
非自発入院, 人権擁護

はじめに

精神医療審査会制度は、1987年の精神保健法制定に際して、精神障害者への適正な医療の確保と人権の擁護を担う基軸システムとして新設され、法改正のたびに機能強化が図られてきた。今次の精神保健福祉法改正においても、保護者制度の廃止や医療保護入院制度の見直しに連動して小規模な手直しがなされ、精神医療審査会運営マニュアル（政令）の改訂が計画されている。

本稿では、創設から26年を経た精神医療審査会制度を振り返り、その現状を国際的観点から検討したうえで、マニュアル改訂の私案を提示する。

精神医療審査会制度の軌跡

1. 精神医療審査会制度の誕生

1980年代前半、一部の精神科病院で不法事件が顕在化し、精神科病院の密室性と人権軽視への批判が国内外で高まるなか、精神科医療の透明性確保と患者の権利擁護システムの構築が国の政策課題となっていた。欧米諸国においても精神障害者の権利擁護運動が興隆し、先進各国は、自由を制限された人々の人権尊重を謳った国際人権B規約（1976年発効）に沿って、精神保健諸制度の改革に着手していた。このような時代状況を背景として、1987年、わが国では精神保健医療の基本法である精神衛生法が精神保健法に改正され、

任意入院や精神保健指定医の制度とともに、精神医療審査会制度が権利擁護の基軸制度として誕生した。

制度設計のモデルとなったのは、北欧諸国のオンブズマン（ombudsman）制度という行政監視と苦情処理のための委員会であったとされるが、わが国の精神医療審査会は、当初、事務局が都道府県の精神保健主管部局内に置かれたため、行政からの独立性が疑問視されていた。とはいえ、精神科病院の中に外部審査の目が入ることは、精神科医療の透明性確保にとって大きな進展とされた^{1, 2, 3)}。

2. 精神医療審査会制度の成長

精神医療審査会制度の制定後も、精神科病院における人権侵害事件が続いたため、精神保健福祉法の改正を契機として、審査会の機能強化が図られてきた³⁾。

2002年の法改正では、精神医療審査会に報告徴収権と審問権が付与されるなど、調査権限が強化された。また、審査会運営マニュアル（政令）が改訂され、事務局と電話相談窓口が都道府県庁から精神保健福祉センターに移管されたほか、合議体委員総数の上限（15名）が撤廃された。2006年には委員構成が非医療委員にシフトするなど、法改正のたびに、精神医療審査会の機能や中立性が強化されてきた。

こうした制度改革の原動力の1つになったのが、全国精神医療審査会連絡協議会（以下、全審連という）であった。全審連は、全国の精神医療審査会関係者を中心とした会員の会費によって運営される任意団体で、日本精神科病院協会内に事務局が置かれている。これまで、各地で講演会やシンポジウムを企画し、国の補助金を受けた調査・研究事業を推進して、審査会活動の均てん化を目指

* Reform of Mental Health Act in 2013 and function of Mental Health Commission in Japan

** mental health commission, Mental Health Act, involuntary admission, advocacy system

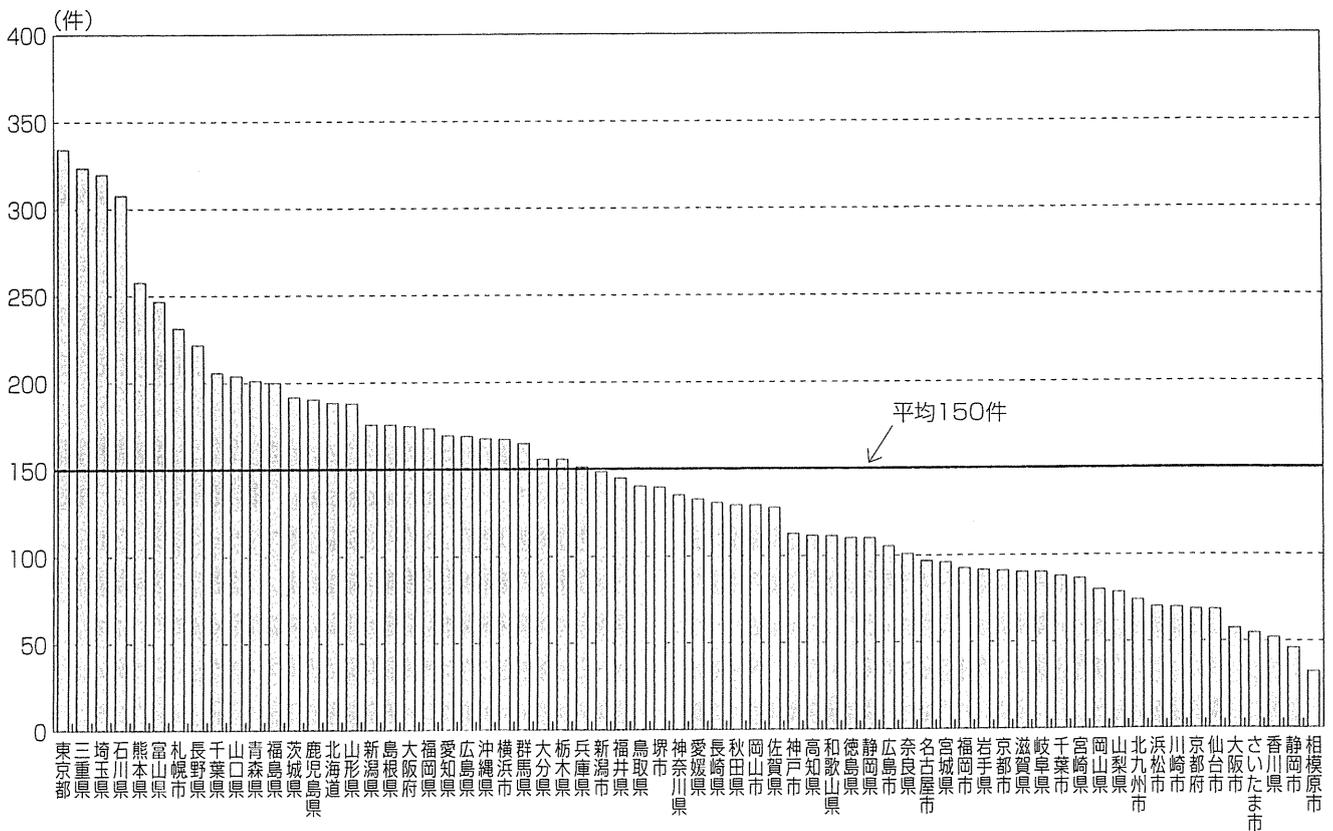


図1 合議体1回当たり書類審査件数(平成23年度)

してきた。全審連を立ち上げ、長年にわたって会長や研究班長を務められた故山崎敏雄博士(元日精協副会長)は、わが国における精神医療審査会制度の育ての親といつてよい⁷⁾。

精神医療審査会活動の現状

全審連が担う厚生労働科学研究から、2011年度の47都道府県と19政令市(当時)における精神医療審査会活動の現況を紹介する⁴⁾。

1. 合議体数と委員構成

2011(平成23)年度、全国66の精神医療審査会には、合計198の合議体があった。1審査会当たりの平均数は3合議体であるが、都道府県単位でみると、最多の12合議体(大阪府8, 大阪市2, 堺市2)から最小の1合議体(山形県, 島根県)まで、ばらつきがあった。合議体数は概ね精神病床3,000床当たり1とされているが、東京都(約2万4,000床, 6合議体)では不足し、いくつかの政令市で基準を上回るなど、地域差が大

さい。

合議体委員数は、予備委員も含めて1,138人、1合議体当たりの委員構成は、医療委員が前年度より0.04人減の2.81人、法律委員が0.01人増の1.07人、有識者委員が0.03人増の1.12人と、前年度よりも非医療委員に若干シフトしていた。

2. 書類審査

2011年度の書類審査は15万7,855件で、1審査会当たり年間1,277件、1回の合議体開催当たり150件であったが、図1に示したように、審査会によって大きくばらついた。審査方法についても、全委員が全書類に目を通す原則的な方法から、予備委員らが事前審査を行って疑義事例を予め選別する方法まで、かなりの地域差がある。

3. 退院および処遇改善請求審査の概況

2011年度、全国では3,313件の退院請求と442件の処遇改善請求がなされたが、退院請求の27%、処遇改善請求の29.9%が、請求取り下げおよび請

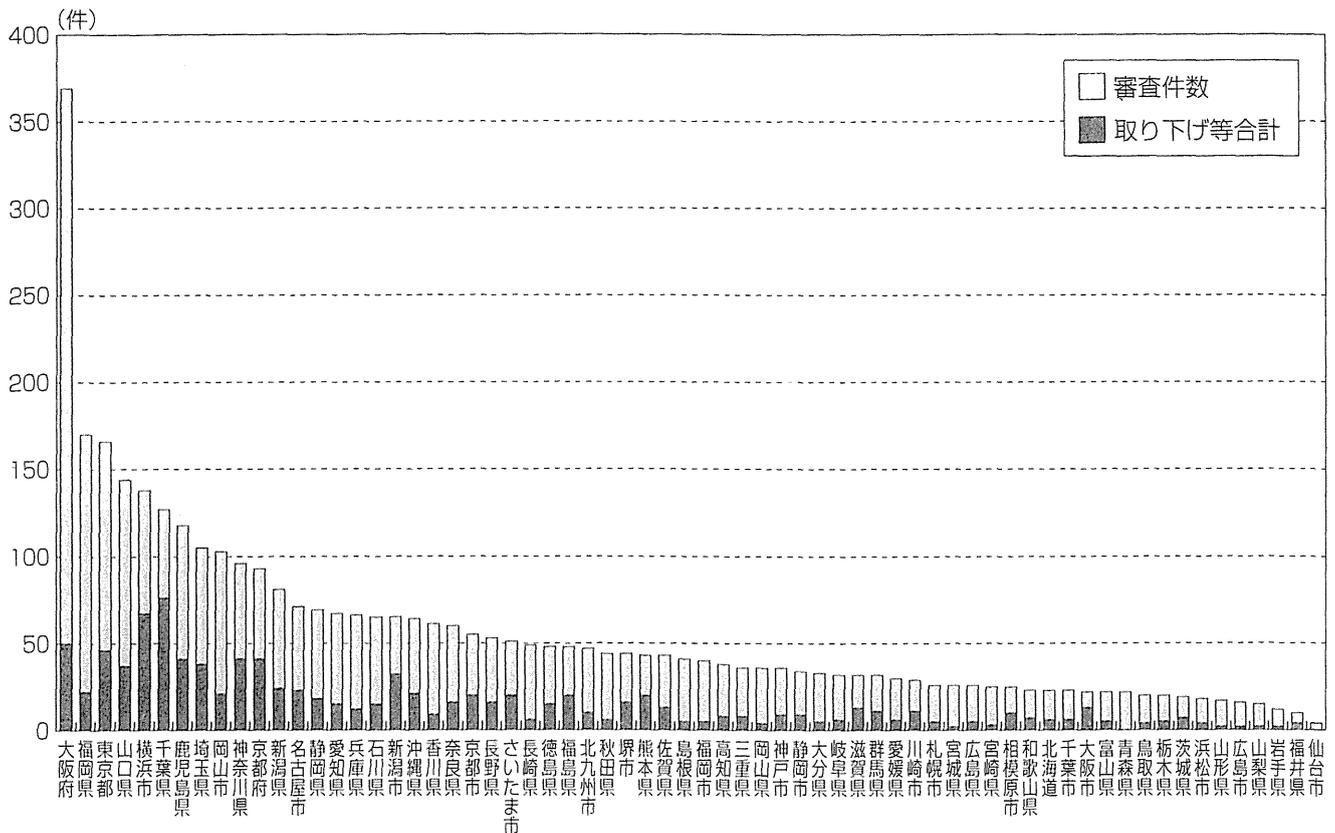


図2 審査件数と不審査件数 (平成23年度)

求要件消失により不審査となっていた。審査された2,362件の退院請求のうち、91%が現状維持(請求却下)となっており、入院形式の変更は86件(3.6%)、退院勧告は9件(0.4%)にすぎなかった。処遇改善請求でも、改善勧告は13件で、審査件数の4.3%にとどまっていた。

図2に自治体別の審査と不審査の件数、図3に請求受理から審査結果の通知までに要した日数を図示した。ともに大きな地域差がある。審査日数の全国平均は31.8日で、過半数の審査会では国の精神医療審査会運用マニュアルが示す1カ月以内のガイドラインを超えていた。不審査の比率と審査日数にはゆるい正の相関、すなわち、審査日数が長いほど不審査比率が高い傾向にあった。審査の迅速性が損なわれると、退院等の請求権が実質的に制限されるということもできる。

精神医療審査会制度の国際比較

このような精神医療審査会の運用状況を国際的に評価するために、フランスとイギリスの審査会

活動を紹介します、わが国との比較を試みる。

1. フランスの概況

フランスの人口は約6千万人、精神病床は約7万床(約8割が公立)と、病床密度はわが国の4割ほどであるのに対して、精神科医師数は約1.3万人と、わが国を上回る。人口約7万人を1単位とした精神保健区画(セクトール)内で、初期救急からリハビリにまで対応できる体制が敷かれている。入院形態は、わが国と同様、措置入院(年間約9千件)、非同意入院(わが国の医療保護入院に相当、年間約6万件)、任意入院の3形態があり、8割以上が任意入院である。非同意入院の決定は精神科以外の医師でも可能であるが、24時間後、1週間後、1カ月後、3カ月後と頻りに審査がある。

1990年、およそ150年ぶりに行われた精神保健基本法の改正によって、フランスでは、わが国の精神医療審査会に相当する精神保健地区委員会(CDHP)が各県に設置された。精神科医、法律家、

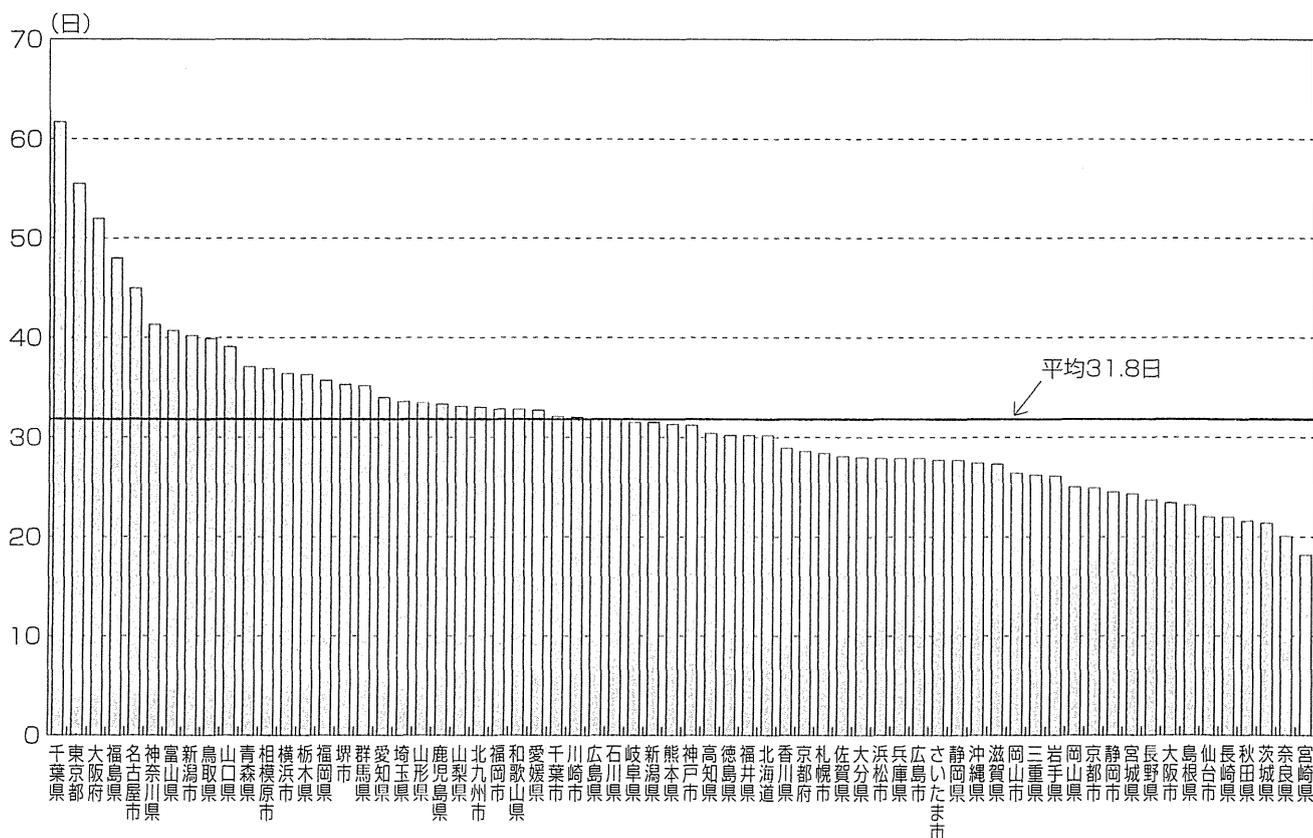


図3 請求受理から結果通知までの平均日数 (平成23年度)

家族代表など6人の委員で構成され、書類審査と病院訪問を行っている。病院訪問には、年2回以上の定期監査と退院や処遇改善の請求を審査するための訪問、それに、患者・家族・医療者間のトラブルを仲裁するための訪問（訴訟外調停(ADR)に類似）があり、委員は頻回に入院患者と面接している。訪問や審査の重点は自由度(liberty)よりも尊厳性(dignity)に置かれ、治療内容にも積極的に介入しているという⁸⁾。

2. イギリスの概況

イギリス(UK)も人口は約6千万人、精神科入院患者数は約2.1万人で、人口対入院者数はわが国のおよそ7分の1である。非自発入院には、28日以内の診断入院、6カ月以内の治療入院、そして72時間以内の緊急入院があるが、フランスと同様、在院患者の8割以上は自発入院である。年間の非自発入院件数は2千件余りに限られ、通常は、家族やGP、警察官から認定精神保健専門員(AMHP: approved mental health profes-

sionals)を介して精神科専門医に申し立てられ、要入院の場合は、全国42カ所に指定された急性期病院に入院となる。また、2007年の法改正により、退院後に地域処遇(CTO: community treatment order)となる患者が常時5千人ほどいるという。

1983年の法改正で設置された精神保健委員会(MHC: mental health commission)は、法律家や精神科医など約100人の委員と事務局員からなる半官半民組織で、非自発入院者に法定代理人とセカンドオピニオン指定医を指名し、入院後21日以内に精神保健審判(MHT: mental health tribunal)を開廷するよう義務付けられている。MHTは法律家を委員長とする3人の審判員によって構成され、非自発入院継続の適否を審査するが、審判の前に過半数が非自発入院を終了している。年間約1,800件の審判が開かれ、5~10%が非自発入院の継続不要と裁定されている。審判結果に不服の場合は上級裁判所への控訴が認められており、2011年には87件が控訴された。控訴審

も含め、すべての審判結果は判例として公開されている。

このほか、MHCの任務には、審判員や専門スタッフの養成、全国の精神科病院やナーシングホームの視察、非自発入院に関するデータを詳細に掲載した年次報告書の公刊（ウェブサイト上に公開）と2年ごとの国会報告などがある。一方で、精神保健法施行細則の改正を厚生大臣に意見具申する権限をもっている⁴⁾。

3. 英仏と比較したわが国の現況

以上のような英仏の概況と比較すると、わが国の精神医療審査会は独立性や専門性において見劣りすると言わざるを得ない。すなわち、わが国の審査会活動は書類審査偏重で、入院患者への面接頻度が低い。適法性の審査に機能が限定され、調査権限の行使や治療内容への介入に消極的である。そして、全審連を含め、審査会活動に専従する委員や行政から独立した事務局を欠いている^{4, 5, 6, 8)}。

こうした問題点の背景には、脱入院化（あるいは医療と福祉の機能分化）の遅れによる精神科入院患者の多さや、精神科の入院・在宅医療に投じられる医療費の安さと手薄なスタッフ配置など、制度的・歴史的な制約があり、一朝一夕には改善しがたい現実がある。しかし、だからといって諦めてばかりもいられまい。与えられた条件下で改善できることから手をつけなくてはならない。日常臨床と同様、実務上の創意工夫（下部構造）が、それを規定する諸制度（上部構造）を変革するのである。

精神医療審査会運営マニュアルの改訂

今次の精神保健福祉法改正に連動して、精神医療審査会運営マニュアルの改訂が検討されている。ここでは、マニュアル改訂に関する私案を提示し、審査会制度の今後を展望してみたい。

1. 現行マニュアルの注目点

2002年に改訂された現行の精神医療審査会運営マニュアルには、患者の権利擁護や適正な医療の確保にとって有効と思われる項目がいくつか含まれている。国のマニュアルをつぶさに読んでい

る医療関係者はほぼ皆無と想定されるため、ここで、現行マニュアルにおいて注目すべき重要な項目をピックアップしておこう。

1) 審問権（現行マニュアルV-3-(2)-イ、VI-1-(2)-イ）

精神医療審査会は、書類審査や請求審査のために必要な場合には、病院管理者等に出頭を命じて審問することができる。

2) 関係者の意見陳述権

退院請求の請求者は、審査の場で意見を陳述することができる（同V-3-(2)-ウ）。意見聴取に際しては、その権利を告知しなければならない（同V-3-(1)-ア-⑥）。

3) 報告徴収権（同V-3-(3)-ア、VI-1-(3)-イ）

書類審査や請求審査のために必要な場合には、知事に報告徴収を請求し、指定医委員を実地指導に同行させることができる。

4) 退院請求審査の結果

退院請求の審査の結果は、①現在の入院形態を継続、②入院形態の変更、③期限付きの入院形態変更、④退院、⑤処遇内容不相当（理由付記）の5種類である（同V-3-(4)-ア）。①②④の三択ではない。とくに、退院請求には処遇改善請求が含まれるとの記載（同V-5-(2)）に留意すべきである。

5) 書類審査の結果

書類審査の結果は、①現在の入院形態を継続、②入院形態の変更、③期限付きの入院形態変更、④期限付きの報告書再提出、⑤退院、⑥処遇内容不相当（理由付記）の6種類である（同VI-1-(4)）。審問権や報告徴収権とともに、軽視されている項目ではなかろうか。

6) 治療や処遇内容への介入権

退院・処遇改善の請求審査においては、審査の結果にかかわらず、患者の処遇、社会復帰への指

導方法、その他患者への適切な医療の提供のために必要な措置があれば、知事に通知し、病院管理者や患者・家族等と協議することができる(同V-5-(5))。

書類審査においても、5)の審査結果が②から⑥の場合、知事は審査結果に基づき必要な措置を行うとともに、患者・家族、管理者などにこれを通知する(同VI-2-(2))とされている。

2. マニュアル改訂の方向性

マニュアル改訂の目的は、第1に、今次の法改正後に必要な文言の修正(保護者を家族等に、有識者委員を保健福祉委員などに置き換えること)であり、第2に、精神医療審査会の専門性・独立性を高め、機能強化を図るという衆議院厚生労働委員会の附帯決議の実現を目指すことである。後者の目的のために必要と思われる事項を以下に列挙してみる。

1) 審査の迅速性の向上

審査件数に応じて、合議体を増設するか、または予備委員(および事務局員)を増員する。増設・増員の目安としては、たとえば、書類審査件数もしくは退院請求等の受理件数が全国平均(図1, 2参照)よりも5割上回るごとに1合議体(もしくは予備委員5名, 事務員1名)を追加する(5年ごとに見直す)などの案がある。

また書類審査では、事務局が事務的ミスを事前チェックすること、合議体委員(予備委員を含む)が事前審査を行って疑義案件を抽出し、合議体で重点審査することができることとする。

2) 機能強化

現行マニュアルのうち、前項で指摘した1)~6)の重要項目を再確認し、強調するほか、とくに治療内容への介入権を強化するために、標準外医療に対して改善や転院の勧告ができることを明記する。また、医療保護入院が予定期間を超えた場合、審査会が治療方針に意見を述べることができること、1年を超えた場合は関係者の面接審査を行うことができる旨を盛り込む。

3) 精神医療審査会運営要綱の均質化

精神医療審査会の機能強化のために、各地の審査会運営要綱を国のマニュアルに準拠するよう求める。

4) 独立性の強化

審査会事務局を精神保健福祉センターから独立させ、専従事務職員の派遣や運営費用の官民負担(公費プラス職能団体の負担など)が可能であることを明記する。全審連の役割の明記、運営費用への恒常的な国庫補助も考慮されるべきである。

おわりに

近年、精神科病院における耳を疑うような不正事件は影を潜めている。精神医療審査会制度をはじめとするわが国の人権擁護システムが成熟しつつある成果と考えられるが、しかし、国際標準に届いているとは言いがたい。今後の精神医療審査会は、法的に不適正な医療をチェックするという最低限の役割を果たすにとどまらず、患者の尊厳性を重視した適正な医療の確保(要するに、医療者自身が入院してもよい病院を目指す)という観点から、医療の内容に積極的に関与するスタンスをとるべきである。

人権擁護と良質な医療とは、どちらが欠けても成りゆかない車の両輪なのである。

文 献

- 1) 平田豊明: 精神医療審査会. 松下正明 総編集「司法精神医学 4」, pp.276 - 286, 中山書店, 2005.
- 2) 平田豊明: 精神障害者のアドボカシーと精神医療審査会. 社会精神誌 11: 116 - 119, 2002.
- 3) 金子晃一, 伊藤哲寛, 平田豊明, 他編: 精神保健福祉法(2002年施行) - その理念と実務. pp.53 - 63, 星和書店, 2002.
- 4) 河崎建人, 平田豊明, 浅井邦彦, 他: 入院患者の権利擁護に関する研究. 平成24年度厚生労働科学研究事業「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」(主任研究者 竹島 正) 報告書, pp.73 - 92, 2013.
- 5) 河崎建人, 松原三郎, 平田豊明, 他: 措置入院者の権利擁護, 退院促進と地域移行に関する研究. 平成21年度~23年度厚生労働科学研究事業「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」(主任

- 研究者 竹島 正) 総合研究報告書, pp.195 - 240, 2012.
- 6) 山崎敏雄, 平田豊明, 浅井邦彦, 他: 人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究. 平成13年度~15年度厚生労働科学研究事業「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」(主任研究者 浅井邦彦) 総合研究報告書, pp.119 - 142, 2004.
- 7) 山崎敏雄, 平田豊明, 浅井邦彦, 他: 措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会の在り方に関する研究. 平成16年度~18年度厚生労働科学研究事業「措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究」(主任研究者 浦田重治郎) 総合研究報告書, 2007.
- 8) 全国精神医療審査会連絡協議会(平田豊明, 三脇康生): 座談会 精神科入院患者の人権擁護制度—その日仏比較. 日精協誌 21(12):1276 - 1284, 2002.

平成26年度日本精神科医学会学術大会・学術教育研修会計画

部 門	開催地	実施年月日	会 場
作業療法士	沖縄県	平成26年7月3日(木)~4日(金)	ホテル日航那覇 グランドキャッスル
看 護	鳥取県	平成26年7月10日(木)~11日(金)	ホテルニューオータニ鳥取
事 務	群馬県	平成26年7月24日(木)~25日(金)	ホテルメトロポリタン高崎
薬 剤 師	岩手県	平成26年9月18日(木)~19日(金)	いわて県民情報交流センター アイーナ
栄 養 士	大分県	平成26年9月25日(木)~26日(金)	別府国際コンベンションセンター (ビーコンプラザ)
P S W	岡山県	平成26年11月13日(木)~14日(金)	未定
第3回日本精神科 医学会学術大会	東海地区	平成26年10月9日(木)~10日(金)	名古屋国際会議場

※参考/平成27年度 第4回日本精神科医学会学術大会:九州地区担当
(平成27年10月8日(木)~9日(金) 宜野湾コンベンションセンター等)

- 平成28年度 第5回日本精神科医学会学術大会:東北地区担当
 平成29年度 第6回日本精神科医学会学術大会:中国・四国地区担当
 平成30年度 第7回日本精神科医学会学術大会:北信越地区担当
 平成31年度 第8回日本精神科医学会学術大会:北海道地区担当
 平成32年度 第9回日本精神科医学会学術大会:近畿地区担当