

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 精神医学分野）
研究協力者 松本ちひろ（東京医科大学 精神医学分野）

研究要旨：

【目的】本研究は、ICD-11 作成に向けた研究事業の計画および実施と進捗状況に関する情報と、ICF 等 ICD-11 の作成と施行に深く関与することが予想される情報の収集および報告を目的として行われた。

【方法】WHO 主導の ICD-11 作成に向けたフィールドトライアル計画および実施を担うグループにおいて、対面および電話会議を通し、研究計画を協議し、疾患群単位でフィールドトライアル施行を開始した。また、国際分類ファミリー年次会議に参加し、ICF に係る小改訂の議論に加わると共に、本格的な普及に向けた協議を行った。

【結果】疾患群単位で ICD-11 の草稿を基に行われているオンラインのフィールドトライアルについては、結果の中間報告が可能なものから診断ガイドラインの修正に結果が反映されつつある。ICF については、Practical Manual をはじめとする普及に向けた教材についての情報や、施設単位等小規模での活用に関する情報を得た。

【考察】ICD-11 作成に向けたフィールドトライアルを本格化させる時期を迎え、我が国からも計画・実施において存在感を示すことに成功している。また ICF の発展と普及については、ICD-11 完成の時期を視野に入れつつ、精神医学領域からの貢献が望まれる。

【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おり、ICF もこれに加わってくる可能性がある。ICD-11 発刊に向け、フィールドトライアルを前年度より継続し、また ICD-11 との補完的関係を念頭においた ICF のあり方を模索した。

A. 研究目的

世界保健機関（World Health Organization; WHO）の作成する国際疾病分類（International Classification of Diseases and Related Health Problems; ICD）第 11 版作成に向けて改訂作業が進められている。本研究は、WHO 主導の改訂作業への参加を通し ICD-11 作成に係る情報を収集および国内に提供し、また本邦の精神科医をはじめとする臨床家の要望を ICD-11 に反映させることを目的とする。なお、ICD は WHO の作成する国際分類ファミリー（Family of International Classifications; 以下 WHO-FIC）の一環であり、疾患ないし障害の診断に付随する機能評価については同ファミリーである国際機能分類（International Clas-

sification of Functioning, Disability and Health; 以下 ICF）で行うという方針を WHO はとっている。機能評価は臨床における診断場面で診断そのものと密接に関わっていること、ICD と関わりが深く H25 年度に発刊を迎えた DSM-5 が機能評価部分で ICF の理念を大幅に取り入れたことから、本研究では ICF の動向探索も主目的に付随するものと位置づけた。

本研究班からは丸田分担研究者が、改訂に際する WHO 主導の作業部会のひとつである Field Studies Coordination Group（以下 FSCG）と、改訂作業全体の最高意思決定機関である Advisory Group（以下 AG）にメンバーとして参加しており、FSCG および AG のメンバーを対象とする会議への参加を通し、研究事業

に積極的な協力を行うことで、情報収集に加えて、我が国の貢献度を示す機会を得た。本稿では、各種会議から得られた情報に加え、WHO 本部および他国と協働して行った活動の経過をまとめた。

B. 研究方法

1) AG への参加

ICD 改訂にあたり、領域ごと（精神医学は、内科等の他科に対してひとつの領域とみなされる）に最高意思決定機関として AG が設置されている。この AG は任期が 2 年と定められており、精神医学領域の AG では、第 1 期 2007 年の発足から、2009 年に第 2 期、2011 年に第 3 期の発足を経て 2013 年に第 4 期を迎えており、丸田分担研究者が第 1 期より継続して正式メンバーとして参加している。

2) FSCG への参加

FSCG は、フィールドトライアルが ICD-11 の大枠のあり方を模索する段階であった時期に、「初期段階の、大枠を練るための」の意を示す “Formative” を冠した Formative Field Studies Coordination Group（以下 FFSCG）として上述の AG 第 2 期中に発足し、AG の承認を受けている。ICD-11 の骨格が定まり、診断ガイドラインの草案を叩き台にその臨床的有用性を問う趣旨のフィールドトライアル展開が開始されて以降は FSCG と呼称が変更となり、活動が継続されている。丸田分担研究者は FFSCG 発足当初から正式メンバーとして活動しており、本グループへの参加は、情報収集に加え、我が国の貢献度の効果的アピールの視点からも非常に重要であった。

なお、ICD-11 は ICD-10 同様に、ICD 本体に加え、「臨床記述と診断ガイドライン」版（最も広く臨床家に使われることを想定）、「研究用診断基準」版（主に研究目的での利用を想定）、「プライマリケア」版（非専門家による利用を想定）の計 3 バージョンの作成が予定されている。FSCG はこれら 3 バージョンの作成全てに係るフィールドトライアルを担当

することとなっており、本研究班は「臨床記述と診断ガイドライン版」の作成に特に注力しつつ、フィールドトライアルの展開を見越して「プライマリケア」版の草案翻訳にも協力した（H24 年度）。

我が国において最も広く用いられている「臨床記述と診断ガイドライン」版については、H24-26 年度中に、診断ガイドラインの執筆と、新旧版の比較に基づく研究事業の計画・実施まで進められている。フィールドトライアルは、オンラインでのプラットフォームを用いた早期の段階の調査で問題点を洗い出し、診断ガイドライン草案を加筆修正後にクリニックベース（つまり、実際の臨床現場における）のフィールドトライアル展開が想定されている。H26 年度末時点では、オンラインのフィールドトライアル展開のインフラストラクチャとなるネットワーク（臨床実践グローバルネットワーク、Global Clinical Practice Network, 以下 GCPN）の運用を開始したうえで、登録者を全世界で 11,609 名（H27 年 1 月時点）、日本国内からは約 1,000 名まで広げた。また、GCPN の登録者を対象に、ストレス関連障害群、摂食障害群に係るオンラインのフィールドトライアルが H26 年度末時点で実施済みである。

3) WHO-FIC 年次会議への参加

ICF は WHO-FIC の一環に位置付けられ、WHO-FIC に係り年次会議が開催される。H26 年 10 月 11-17 日にスペイン、バルセロナにて行われた WHO-FIC 年次会議に出席し、アップデートに関する議論に参加すると共に今後の ICF 普及に向けた取り組みを協議した。

（倫理面への配慮）

研究内容は、個人を同定する内容を含まない。また、文中のオンラインで行われたフィールドスタディについては以下の通り世界保健機関およびカンザス大学ローレンス校にて審査を受けている。

2013 年 3 月 20 日に世界保健機関研究倫理審査委員会により審査を免除。プロトコル ID

PRC569。

カンザス大学ローレンス校人対象研究審査委員会 (HSCL) により承認。承認は 2014 年 4 月 24 日より 1 年間有効。HSCL# 20804。

C. 研究結果

1) ICD-11 作成に向けたフィールドトライアル

臨床記述と診断ガイドラインに係るフィールドトライアル

ICD-11 臨床記述と診断ガイドライン(以下 CDDG) に将来的に掲載予定の草案が臨床場面での使用に適したものであるか、また十分に適していない場合にはどのような加筆修正が必要であるか特定するため、症例を用いたオンラインフィールドトライアルが FSCG 主体で行われている。これまでにストレス関連障害群、摂食および哺育障害群に関するオンラインフィールドトライアルが施行されており、H26 年 1 月末時点で精神病性障害群、強迫性障害群、パラフィリア障害群、不安障害群のフィールドトライアル施行に向けた準備が進められている。

H25 年 4 月および 9 月に行われた FSCG 会議では、フィールドトライアル施行済みの障害群・言語圏に関する中間報告の共有と、それに基づいた CDDG 草案作成を担当する各障害群のワーキンググループへのフィードバックについて協議が行われた。

最終的にはすべての障害群についてオンラインフィールドトライアルを行う予定であるが、具体的なロードマップについては 9 月の会議で公表された。具体的には、英語版ではひと月に一障害群分を施行するペースであり、各国の翻訳作業もそれに近いものが望ましいとされた。

オンラインフィールドトライアルを引き続き進めるのと同時に、クリニックベースでのフィールドトライアル施行に向けたプロトコル作成が 9 月の FSCG 会議では重点的に協議された。従来の信頼性検討を目的とするフィールドトライアルのデザインを見直し、疾患

単位ごとの信頼性の値算出に変えて、診断ガイドライン項目ひとつひとつが臨床場面で実際に有用であるかどうか、また実際の患者の呈する臨床像に応用可能かどうか等を検討するものとする事で合意に至った。

具体的な方法は評価者間信頼性検討と似たものを想定することで合意に至った。同一患者に対し 2 名の医師を割り当て、同一診断ガイドラインを用いて同じ診断名に行きつくか(=従来の信頼性検討デザイン)、さらに踏み込んで、適切とされた診断カテゴリーの診断ガイドライン項目ひとつひとつが患者の臨床像と照らし合わせて満たされているか、確認する作業のプロトコルとなる見込みとされた。

H26 年 9 月の FSCG 会議直後に開催された AG 会議では、CDDG 作成、それに基づくオンラインフィールドトライアルの進捗状況、さらにクリニックベースでのフィールドトライアルの構想が主に報告され、概ね好意的な反応を得た。なお、これらの内容は、後述の種々の出版物で詳細を報告している。

プライマリケア版に係るフィールドトライアル

ICD-10 では、プライマリケア版は臨床記述と診断ガイドラインの作成後に、いわばその簡易版として作成された経緯があり、プライマリケアの現場のニーズを作成過程早期から反映させようとする努力が ICD-11 改訂作業では行われている。その経緯から、H24 年度には、当時に作成されていた ICD-11 プライマリケア版草稿と、プライマリケア版に係り施行するフィールドトライアルのプロトコルの翻訳を行った。ICD-11 プライマリケア版草稿の日本語版は、同年度に小冊子としてまとめた。

2) ICF に関する情報収集および報告

WHO-FIC ミーティングでは、松本研究協力者が主に ICF を扱う分科会の会議に参加した。各国の ICF 利用の状況が報告されたが、いずれの国においても全国レベルでの体系的

な活用には至っておらず、施設単位で有用なコードを選択して評価シート等のかたちで用いたり、ICF の提唱する概念紹介を教育のカリキュラムに組み入れたりする程度にとどまっている様子が報告された。また、他国から ICF 改訂および普及を目指し参集した出席者の多くは理学療法を専門とする者であり、精神医学分野での活用については議論が熟していない様子が窺えた。

今後の課題としては、まず Practical Manual と呼ばれる教材の完成と周知が課題として挙げられた。また、ICF は 2001 年の出版から小規模の修正を重ねているにも関わらず最新版に関する情報がまとまったかたちで公表されていない点から、最低限これまでに採択された修正点を総括した文書を PDF 等の形態で入手可能にすること等が提案された。現実的な活用場面拡大については、ドイツ WHO 協力センターの作成した、コアセットと呼ばれる、疾患ごとに選ばれた評価コードのセット（例：脳梗塞後のリハビリにおいて評価すべき項目のコード5つ）周知が特に有望視された。

D. 考察

作業の遅れが心配されていた ICD-11 作成に向けた改訂活動であるが、H24-26 年度中に大分類が決まり、各障害群の診断ガイドラインの執筆も進んだことで、FT が本格的な始動を迎えた。オンラインと実地（クリニックベース）の二段階の FT の考想の初期から FSCG に参加し、また特にオンライン FT の基盤整備に積極的に関わってきたことから、我が国は ICD-11 作成に向けた活動における存在感を示すことに成功している。

ICF に関しては、我が国において普及の障害となっている臨床場面への適用における複雑さが、他国においても同様に問題となっていると判明したのがひとつの収穫であったといえる。また、ICF の分類システムとしての更なる成熟と将来的な改訂を協議するにあたり、精神医学的見地からの知見が資する余地が十分にあることが窺えた。

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。国内における ICD-11 への関心は高く、その動向について情報の収集と提供を継続的に行ったことで、研究課題について十分な成果が得られたと考えられる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Robles R, Fresán A, Medina-Mora ME, ... Matsumoto, C, Maruta T, et al.: Categories that should be removed from mental disorders classifications: Perspectives and rationales of clinicians from eight countries, *Journal of Clinical Psychology* (in press).
- 2) 松本ちひろ、丸田敏雅：DSM-5 作成までの経緯 *臨床精神医学* 43, 12-16, 2014.
- 3) 丸田敏雅、松本ちひろ：ICD-11 作成の現段階での最新動向 *臨床精神医学* 43, 47-52, 2014.
- 4) 丸田敏雅、松本ちひろ：ICD-11 の動向—神経認知障害を中心に— *老年精神医学雑誌* 25, 895-898, 2014.
- 5) 丸田敏雅：ICD-11 の直近の動向—線形構造 (Linear Structure) 草案を中心に— *精神神経学雑誌* 116, 46-53, 2014.
- 6) 松本ちひろ：DSM-5 の最新動向. *精神神経学雑誌* 116, 54-60, 2014.
- 7) 松本ちひろ：ICD-11 と DSM-5 *最新精神医学* 19, 405-412, 2014.
- 8) 松本ちひろ：DSM-5 の概要—歴史的意義と今日の臨床への影響 *医学のあゆみ* 248, 187-192, 2014.
- 9) Maruta, T., Volpe, V., Gaebel, W., Matsumoto, C., & Iimori, M.: Should schizophrenia still be named so? *Schizophrenia Research*, 152, 305-306, 2014.
- 10) Maruta, T., Ono, Y., Matsumoto, C.: ICD-11

- and DSM-5 classifications: a survey of Japanese psychiatrists. *Psychiatric Services*, 64, 1279-1280, 2013.
- 11) 松本ちひろ、丸田敏雅、飯森眞喜雄: DSM, ICD における発達障害の新分類について *最新医学* 68, 2041-2049, 2013.
 - 12) Maruta, T., Matsumoto, C., Kanba, S.: Towards the ICD-11: Initiatives taken by the Japanese Society for Psychiatry and Neurology to address needs of patients and clinicians. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 283-284, 2013.
 - 13) Reed, G., Roberts, M., Keeley, J. Hoopell C, Matsumoto, C., Shara, P., . . . & Medina-Mora, M.E.: Mental Health Professionals' Natural Taxonomies of Mental Disorders: Implications for the Clinical Utility of the ICD-11 and the DSM-5. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1191-1212, 2013.
 - 14) 松本ちひろ、丸田敏雅、飯森眞喜雄: DSM-5 発刊前の最新動向—フィールドトライアルの結果を中心に *精神医学* 55, 185-192, 2013.
 - 15) 飯森眞喜雄、松本ちひろ、丸田敏雅: ICD-11 の最近の動向 *精神神経学雑誌* 115, 49-52, 2013.
 - 16) 丸田敏雅、松本ちひろ: ICD-11 および DSM-5 における身体表現性障害の動向 *こころの科学* 167, 19-22, 2013
 - 17) 丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄: ICD-11 作成の最新動向 *臨床精神医学* 41, 521-526, 2012.
 - 18) 松本ちひろ、丸田敏雅、飯森眞喜雄: DSM-5 作成の最新動向 *臨床精神医学* 41, 527-533, 2012.
 - 19) 丸田敏雅、松本ちひろ、飯森眞喜雄: 精神医学診断の最新の動向 *心と社会* 43, 108-115, 2012.
2. 学会発表
 - 1) 松本ちひろ (2014) フィールドトライアルの状況 第 110 回日本精神神経学会学術総会.
 - 2) Matsumoto, C. (2013). Diagnostic classification of mental disorders in primary health care settings: exploring non-specialist physicians' view. *World Psychiatric Association International Congress 2013*, Vienna, Austria.
 - 3) Matsumoto, C. (2013). Diagnosis and classification of personality disorders in DSM-5: Application to real patients. *XIII International Congress on the Disorders of Personality*, Copenhagen, Denmark.
 - 4) 松本ちひろ (2013) DSM-5 の最新動向 第 109 回日本精神神経学会学術総会.
 - 5) Matsumoto C, Maruta T, Iimori M. (2013). Suicide in Japan: Review of preventative efforts over the past 15 years. *The 21st World Congress of Social Psychiatry*, Lisbon, Portugal.
 - 6) Matsumoto C. (2013). Field trials in the revision of the ICD-10 mental and behavioral disorders: a Japanese perspective. *The 11th World Congress of Biological Psychiatry*, 京都, 日本.
 - 7) 松本ちひろ (2012) DSM-5 の動向: フィールドトライアル結果からの考察 第 32 回日本精神科診断学会.
 - 8) Matsumoto C. (2012). ICD-11 and DSM-5: Comparison of the drafts and possibility of harmonization. *The 15th Pacific Rim College of Psychiatry Scientific Meeting*, ソウル, 韓国.
- 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

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 岡村 毅 ((地独)東京都健康長寿医療センター研究所)
井藤 佳恵 ((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)
的場 由木 (特定非営利活動法人すまい・まちづくり支援機構)
船木友里恵 (特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会)

研究要旨：

【目的】これまでの調査では不可視であった可能性のある高齢精神障害者の実態を把握する。

【方法】(1)地域住民、(2)行政の相談事業の対象者、(3)病院患者、(4)生活困窮者、の4つの集団を対象に調査を行う。

【結果】(1)地域住民の調査においては、調査を拒否するものに認知症を持つものが多く潜在する可能性(24～30%)がある。(2)行政の相談事業の対象者の抱える困難は認知症の進行とともに重層化する。(3)一般病床には認知症を持つものが多く潜在する可能性(24～42%)がある。(4)生活困窮者(都市部で元ホームレス等が居住する共同居住施設など)には認知症を持つものが多く潜在する可能性(9～33%)があり、精神疾患を持つものが多く潜在する可能性(37%)がある。

【考察】(1)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。(2)制度外に重大なニーズが存在する可能性があるため、制度の硬直化を避け、従前にはないが野心的で倫理的に適切な方法論(例えば非営利団体との協働など)を排除しない仕組みが効果的である。

【結論】現在の医療の枠組みでは提供できていない高齢精神障害者のニーズが社会の辺縁には存在するので、今後の高齢化の進行を考えるとさらなる研究が求められる。

A. 研究目的

世界人権宣言第25章において、すべての人が心身の健康的な生活を送る権利とともに、失業・疾病・障害・死別・高齢等の不可抗力のために生活できないときの保障を受ける権利が示されている。高齢精神障害者の多くは疾病・障害・高齢をすべて抱えるため、我々の社会においてもっとも脆弱な集団の1つである。彼らが地域で安心して生活できる精神

保健医療体制、さらに社会を作ることは人権の観点から我々の重要な課題であり、そのためには彼らの処遇実態の分析と対策に関する研究が求められる。しかし高齢精神障害者のもつ課題は複雑であり、様々な文脈で問題が顕在化することを考えれば、様々な社会的集団を対象とした研究が必要であろう。当分担研究で実施された10の研究(平成24年度研究1-3、25年度研究1-5、26年度研究1-2)

は以下の4層を対象にして行われた、すなわち(1)地域住民、(2)行政の相談事業の対象者、(3)病院患者、(4)生活困窮者である。またこれとは別に(5)研究班内のシンポジウムを行った。

(1) 地域住民：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

(2) 行政の相談事業の対象者：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

(3) 病院患者：(a)総合病院精神科の外来受診患者と新規入院患者に関する調査研究、(b)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

(4) 生活困窮者：(a)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、(b)生活困窮者の動態分析に関する調査研究、(c)生活困窮者の支援記録のデータベース化による多角的検討のための研究

(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の開催

B. 研究方法

(1)

東京都A区に在住する65歳以上高齢者で、高齢者施設に入所しておらず、要支援要介護認定を受けていない者を対象とした悉皆の郵送調査を実施し、回答未返送の75歳以上高齢者を対象とした訪問調査を行った。平成24年度は4月から9月生まれの3270人に対して郵送調査を行い回答未返送の75歳以上高齢者413人を訪問調査対象とした。

平成25年度は10月から3月生まれの4,519人に対して郵送調査を行い回答未返送の75歳以上高齢者635人から、平成25年4月1日から平成26年3月31日の間に75歳になる者、80歳になる者、以降5歳毎に抽出した134

人を訪問調査対象とした。平成25年度はさらにこの中で郵送調査の回答未返送かつ訪問調査協力依頼に無回答、かつ自治体の高齢者名簿に電話番号登録がない者を「自治体からの郵送物に反応しない群(無反応群)」と定義して訪問調査を行った。

(2)

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。

(3)

(3-a)

2011年の東京都健康長寿医療センター病院の精神科外来初診患者のデータベースを構築した。

(3-b)

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±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)。

(4)

(4-a)

平成24年度厚生労働省社会福祉推進事業ではNPO法人ふるさとの会の利用者全数(1,056名)を対象に、職員記入シートと利用者記入シートによる個別質問紙調査が行われ、このうち684名(64.8%)から回答を得た。このデータの提供を受け、共同居住施設に在住する高齢者に対して医師による訪問調査(認知機能と精神症状)を行った。なお、NPO法人ふるさとの会とは、1990年に設立されたホームレス等生活困窮者を支援することを使命とする団体であり、現在68名のスタッフがいる。このNPOの支援は、宿泊所等の共

同居型支援と地域在住生活困窮者の訪問支援からなるが、ホームレス等の住所不定者を共同居住型施設で受け入れ、細やかな生活支援によって生活能力障害や関係障害の回復を図り、就労（ケア付き含む）等を通して社会への再統合をめざし、可能であれば地域での独居・経済的自立につなげていく支援構造である。このNPO内部では、被支援者が高齢化し認知症を持つものが増加していることが課題であると認識されている。

(4-b)

前述の平成24年度厚生労働省社会福祉推進事業のデータを用いて、宿泊所の生活困窮者の動態を解析した。

(4-c)

NPO法人の協力を得て、平成23年4月1日から平成26年3月31日までの新規支援者に関するデータベースを作成した。

(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」を開催した。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)

平成24年度は、調査対象者413人に調査協力依頼文を送付し、145人から回答を得て、回収率は35.1%であった。調査協力可の回答を

得られた50人のうち、最終的に調査協力の同意が得られた43人に対して訪問調査を実施し（調査実施率は10.4%）。CDR \geq 1の出現頻度は18.6%、CDR \geq 0.5の出現頻度は30.2%であった。

平成25年度は、調査対象者134人に調査協力依頼文を送付し、64人から回答を得、回収率は47.8%であった。調査協力可の回答が得られた25人（反応群）と、無回答だった70人のうち自治体および地域包括支援センターのいずれも未把握の高齢世帯56人（無反応群）の計81人を解析対象とした。最終的に調査協力の同意が得られた41人（反応群22名、無反応群19名）に対して訪問調査を実施した。CDR \geq 1の出現頻度は9.8%、CDR \geq 0.5の出現頻度は24.4%であった。反応群・無反応群のCDR \geq 0.5の出現数はいずれも6名であった。

(2)

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。

(3)

(3-a)

初診患者501名（平均年齢78.6歳）のICD10診断分類はF0が58%、F3が16%、F4が10%であり、年齢階級とともにF0の割合が高まった。

(3-b)

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。

(4)

(4-a)

回答の得られた 684 名のうち、65 歳以上の高齢者は 309 名 (45.2%) であった。このうち 27 名 (8.7%) が認知症の診断を受けていた。また診断は受けていないものの支援スタッフからみて認知症を有すると疑われているものは 33 名 (10.7%) であった。しかし「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント」を用いて評価した場合、欠損値のない 262 名のうち 86 名 (32.8%) が認知症を疑う得点であった。ここで「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント (Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System, 以下 DASC) とは 3 系列の認知機能と 3 系列の生活機能を 4 件法で評価する 18 項目の他者評価式質問票であり、感度 88%、特異度 84% で軽度認知症を非認知症と弁別する事が確認されているものであり、わが国の認知症国家戦略で採用されたものである(今回 DASC18 のカットオフ値は 28/29 を使用した)。

訪問調査の対象は共同居住施設に在住する 65 歳以上高齢者 128 名とし、順次訪問した。2014 年 3 月末までに 41 名に実際に訪問を行い、26 名に同意を得て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。なお、本調査は現在も継続中である。

(4-b)

宿泊所在住の対象者 210 名のうち、支援記録

のフェイスシートのチェックボックスに精神疾患がありとされているものは 72 名

(34.3%)、なしが 138 名であった。両群に性、年齢、学歴の差は見られなかった。精神疾患ありの群では、精神的健康度 (WHO5 で測定) が不良 ($\chi^2=7.699$, $p=0.009$) であり、トラブルが記録されていた ($\chi^2=11.45$, $p=0.003$)。前住居に関しては精神疾患ありの群は、病院 (36.1%) ホームレス (20.8%) であったが、精神疾患なしの群では、ホームレス (31.1%) 病院 (23.9%) であった。なお両群の平均年齢 (標準偏差) は 64.9 歳 (10.2)、67.7 歳 (9.9) であった。

(4-c)

対象者はのべ 971 名で、このうち支援開始時のチェックボックスに精神疾患・認知症があり (疑い含む) とされていたものはのべ 196 名 (20.2%) であった。しかし支援記録病名欄および支援サマリーを ICD コードに準拠した病名で検索し、該当した支援記録を精神科専門医と保健師が精査したところ、さらにのべ 158 名に精神疾患が認められた。これらを合計すると のべ 351 名 (36.5%) に精神疾患が認められた。

このうち「自立準備ホーム」(行き場のない刑務所出所者等を対象とした法務省の「緊急的住居確保・自立支援対策によるもの) に入所したものの 178 名のうち、精神疾患が認められた者は 30 名であった。疾患区分で多かったものは F1 (9 名) および F7 (8 名) であった。この中で累犯者 (再犯以上) であることが確認できたのは 10 名であった。なお、これとは別に 1 名は複数回の少年院送致歴を有した。

また 1 年以内の精神科病院退院歴を有するものはのべ 72 名であった。このうちいわゆる元ホームレスなどを対象にした宿泊所に入居したものは 63 名、精神障害者グループホーム (以下 GH) に入居したものは 9 名であった。宿泊所群では F1 病名を持つものが 29 名 (46.0%) と最も多かったが、GH 群では F1 病名はみられず F2 病名を持つものが 7 名と多数を占めた。

なお、データベースでは支援中断・再開ケースも別々に同定されているため一定のクライテリアを作成して現在クリーニング中であり、数値等は今後微修正がなされるかもしれない。

(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)

郵送調査票回答未返送、要介護要支援未認定の後期高齢者の約 1 割に対して訪問調査を

実施し、 $CDR \geq 1$ で定義される明らかな認知症の出現頻度は 9.8-18.6%、 $CDR = 0.5$ で定義される認知症疑いを含めるとその出現頻度は 24.4-30.2%であり、郵送法による調査に反応しない群に認知症を持つ高齢者が潜在する可能性が示唆された。

(2)

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身体医学的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。

(3)

(3-a)

精神科初診患者は加齢とともに認知症を含む器質性精神疾患の割合が増加するが、感情障害、統合失調症、不安障害などの様々な精神疾患を有する高齢者も受診する。こうした患者の処遇実態はほとんど明らかにされていないため今後の課題である。

(3-b)

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。

(4)

(4-a)

低所得・生活困窮層に認知機能低下を持つものが多くみられた。従来地域住民疫学調査や病院調査では、住所不定のため調査対象にならない、調査協力に応じない、医療へのアクセスが不十分である、といったことが考えられ、そのためこの層の実態把握がなされて

いない可能性がある。認知症有病率は従来の報告よりも高い可能性がある。

(4-b)

元ホームレスを対象とした宿泊所にすむもののうち約3人に1人は精神疾患を持ち、そのうちの約3人に1人は前住居が病院、5人に1人はホームレスであった。精神疾患を持つもので、病院、路上、宿泊所などを行き来する集団がいる可能性がある。

(4-c)

1年以内の精神科病院退院歴を有するものが、元ホームレス等のための宿泊所に63名見られた。また、刑事施設出所後に住まいがないものが、彼らのための宿泊施設である自立準備ホームに30名みられた。住まいがないために宿泊所や自立準備ホームにいることは彼らにとって危機であることは明白であり、このことは精神疾患を有する者の支援において、退院後や出所後の期間が極めて重要である可能性を示唆する。

(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

(1)

地域住民の調査においては、調査を拒否するものに認知症を持つものが多く潜在する可能性（24~30%）がある。

(2)

行政の相談事業の対象者の抱える困難は認知症の進行とともに重層化する。

(3)

一般病床には認知症を持つものが多く潜在する可能性（24~42%）がある。

(4)

生活困窮者（都市部で元ホームレス等が居住する共同居住施設など）には認知症を持つものが多く潜在する可能性（9%~33%）があり、精神疾患を持つものも多く潜在する可能性（37%）がある。

これらの知見は、現在の医療の枠組みでは提供できていない高齢精神障害者のニーズが社会の辺縁には存在する可能性を示している。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ito K, Inagaki H, Sugiyama M, Okamura T, Shimokado K, Awata S. Association between subjective memory complaints and mental health well-being in urban community-dwelling elderly in Japan. *Geriatr Gerontol Int.* 2013; 13(1): 234-5
- 2) Ono Y, Sakai A, Otsuka K, Uda H, Oyama H, Ishizuka N, Awata S, Ishida Y, Iwasa, H, Kamei Y, Motohashi Y, Nakamura J, Nishi N, Watanabe N, Yotsumoto T, Nakagawa, A, Suzuki Y, Tajima M, Tanaka E, Sakai H, Yonemoto N. Effectiveness of a multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempts: a quasi-experimental study. *PLoS One.* 2013; 8: 1-12
- 3) 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*2014; 68: 145-153
- 4) Okamura T, Ito K, Morikawa S, Awata S. Suicidal behavior among homeless people in Japan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2014; 49: 573-82.
- 5) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 杉山美香, 宮前史子, 伊集院睦雄, 佐久間尚子, 岡村毅, 下門顯太郎, 栗田主一. 日本語版 WHO-5

- を用いた大都市在住高齢者の精神的健康度の関連要因の検討. 老年医学雑誌 2012; 49: 82-89
- 6) 岡村毅, 井藤佳恵, 金野倫子, 稲垣宏樹, 杉山美香, 佐久間尚子, 栗田主一. 都市在住高齢者の日中の眠気と関連要因. 公衆衛生学雑誌 2012; 59: 675-683
 - 7) 岡村毅, 松原全宏, 笠井清登, 栗田主一. 身体救急における高齢者の精神医学的問題. 老年精神医学雑誌 2012; 23: 1323-1328
 - 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, 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 2013; 24: 1047-1061
 - 9) 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 精神健康状態態簡易版 (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 2013; 60: 294-301
 - 10) 瀧脇憲, 竹島正, 立森久照, 岡村毅, 的場由木. 「単身生活者の実態と支援ニーズを把握するための調査」報告. 貧困研究 2013; 11; 93-106
 - 11) 栗田主一, 井藤佳恵, 岡村毅, 森川すいめい, 的場由木, 竹島正. 生活困窮者の自殺とその予防. 精神神経学雑誌 2013; SS467-477
 - 12) 井藤佳恵, 佐久間尚子, 伊集院睦雄, 稲垣宏樹, 宇良千秋, 宮前史子, 杉山美香, 岡村毅, 新川祐利, 栗田主一: 地域在住高齢者の精神的健康度と認知機能低下との関連. 生存科学 2014; 25: 173-185.
 - 13) 扇澤史子, 古田光, 岡本一枝, 白取絹枝, 畠山啓, 今村陽子, 市川幸子, 齊藤久美子, 須田潔子, 菊地幸子, 萩原寛子, 三瀬耕平, 福島康浩, 竹部裕香, 栗田主一, 井藤佳恵, 岡村毅, 松下正明: 認知症家族介護者の介護負担感の特徴とその関連要因: 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC)による検討. 生存科学 2014; 25: 186-194.
 - 14) 大村由紀子, 井藤佳恵, 栗田主一, 深津亮: 日本語版 Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory 短縮版(MM-CGI-SF-J)の作成ならびにその信頼性と妥当性の検討. 老年精神医学雑誌 2014; 25:905-915
 - 15) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 杉山美香, 栗田主一. 郵送調査回答未返送の後期高齢者に対する訪問調査—大都市における潜在認知症高齢者の実態把握— 老年精神医学雑誌 (印刷中)
2. 学会発表
 - 1) Awata S: Direction of the national dementia strategy in the context of the establishment of a community-based integrated care system: Early diagnosis and intervention. IAGG 2013, Korea-Japan Forum (Symposium), Seoul, 2013. 6.25.
 - 2) Awata S: A comprehensive assessment and intervention program for dementia in a community-based integrated care system in Japan. International Psychogeriatric Association, 16th International Congress (Symposium), Seoul, 2013. 10.1-4.
 - 3) Awata S: Mental health status and cognitive decline. The 9th International Symposium on Geriatrics and Gerontology (Symposium). Kofu, 2013. 12.30.
 - 4) Awata S: Dementia strategy and approach to management in the Tokyo metropolitan area. Japan-US Conference on Dementia Strategy. Tokyo, 2013.12.19.
 - 5) Ito K, Morikawa S, Okamura T, Shiokado K, Awata S.: Factors Associated with Mental Well-Being of Homeless People in Japan. 21st World Congress of Social Psychiatry. Lisbon, 2013.6.29-7.3.
 - 6) Okamura T, Ito K, Morikawa S, Awata S.: Suicidal behavior-related outcomes among homeless people in Japan. 21st World Congress of Social Psychiatry. Lisbon, 2013.6.29-7.3.
 - 7) Ura C, Miyamae F, Sugiyama M, Kojima N,

- Hirayama R, Awata S, Takahashi R: Effect of Five-Month Group-Based Walking Program on Cognitive, Health Status among Community Dwellers: A Randomized Controlled Trial. The 20th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics, Seoul, 2013.6.23-27.
- 8) Awata S: National dementia plan in Japan. BESETO 2014 Tokyo (The 3rd Congress) (Symposium). Tokyo, 2014.6.26,
 - 9) Awata S, Ito K, Okamura T, Niikawa H: Current activities of Medical Centers for Dementia in Japan. Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Vancouver, 2014.10.5-7.
 - 10) Awata S: Towards creating a society where people can live well with dementia with hope and dignity. Global Dementia Legacy Event Japan (Symposium). Tokyo, 2014.11.5-6.
 - 11) Ito K, Sakuma N, Ijuin M, Inagaki H, Ura C, Miyamae F, Sugiyama M, Okamura T, Niikawa H, Awata S: Cognitive decline associates with mental well-being in late life: A community-based cross sectional study. Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Vancouver, 2014.10.5-7.
 - 12) Sakuma N, Ura C, Miyamae F, Inagaki H, Ito K, Niikawa H, Awata S: Distribution of the MMSE-J Scores in an Elderly Japanese Population in Tokyo: Machida Health Survey. Gerontological Society of America's 67th Annual Scientific Meeting, Washington, D.C., 2014.11.5-9.
 - 13) Sugiyama M, Ito K, Sakuma N, Ura C, Niikawa H, Inagaki H, Awata S: Association Between Physical Function Assessed by Questionnaire and Cognitive Decline in Late Life. Gerontological Society of America's 67th Annual Scientific Meeting, Washington, D.C., 2014.11.5-9.
 - 14) Ura C, Miyamae F, Sakuma N, Niikawa H, Ito K, Okamura T, Awata S: Development of Self-administered Dementia Checklist (SDC) (1): Examination of internal validity using confirmatory factor analyses. Gerontological Society of America's 67th Annual Scientific Meeting, Washington, D.C., 2014.11.5-9.
 - 15) Niikawa H, Ura C, Miyamae F, Sakuma N, Inagaki H, Awata S: Is Polypharmacy Associated with Cognitive Impairment in Later Life?: A Community-based Cross-sectional Study. Gerontological Society of America's 67th Annual Scientific Meeting, Washington, D.C., 2014.11.5-9.
 - 16) 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)。2013.5.23-25(福岡)。
 - 17) 栗田主一：認知症診療の枠組み。第109回日本精神神経学会(シンポジウム)。2013.5.23-25(福岡)。
 - 18) 栗田主一：認知症疾患医療センターの活動状況調査。第28回日本老年精神医学会(シンポジウム)。2013.6.4-6(大阪)。
 - 19) 栗田主一：認知症の人を支えるためのCommunity-based Integrated Care。第26回日本総合病院精神医学会(シンポジウム)。2013.11.29-30(京都)。
 - 20) 今村陽子, 扇澤史子, 磯谷一枝, 古田光, 磯野沙月, 大波里枝, 井藤佳恵, 岡村毅, 細田益宏, 菊地幸子, 田中修, 中島さやか, 栗田主一：時計描画テストにおける認知機能の関連について—日本語版CPGNISTATを用いた検討—。第28回日本老年精神医学会。2013.6.4-6(大阪)。
 - 21) 磯谷一枝, 古田光, 扇澤史子, 白取絹恵, 畠山啓, 川口東子, 井藤佳恵, 岡村毅, 菊地幸子, 田中修, 栗田主一：もの忘れ外来初診時における介護家族の受診満足度—認知症専門医療相談室の受診援助における役割および課題についての考察—。第28回日本老年精神医学会。2013.6.4-6(大阪)。
 - 22) 扇澤史子, 古田光, 磯谷一枝, 白取絹恵, 畠山啓, 川口東子, 今村陽子, 井藤佳恵,

- 須田潔子, 菊地幸子, 岡村毅, 田中修, 大波里枝, 磯野沙月, 栗田主一: 都市部高齢者専門病院の物忘れ外来初診患者の家族介護者における介護負担感とその要因—地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントによる検討—. 第28回日本老年精神医学会, 2013.6.4-6(大阪).
- 23) 須田潔子, 三瀬耕平, 福島康浩, 菊地幸子, 古田光, 扇澤幸子, 磯谷一枝, 筒井啓太, 井上悟, 岡村毅, 井藤佳恵, 栗田主一, 松下正明: 訪問相談により認知症専門病棟に入院となった認知症高齢者の特徴. 第109回日本精神神経学会. 2013.5.23-25(福岡).
- 24) 武村史, 武村尊生, 高橋秀行, 佐藤文枝, 谷口オリエ, 遠田礼子, 赤間裕子, 栗田主一, 宇田川一夫, 村田祐二, 亀山元信: 当院に救急搬入された自殺企図患者の検討—東日本大震災前後の比較—. 第109回日本精神神経学会. 2013.5.23-25(福岡).
- 25) 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. 2013.5.23-25(福岡).
- 26) 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. 2013.6.4-6(大阪)(老年医学会合同選抜ポスター発表 優秀ポスター受賞).
- 27) 井藤佳恵: 高齢社会と女性—女性と老い, 認知症. 第42回女性心身医学会学術集会(シンポジウム). 2013.7.27-28(東京).
- 28) 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. 2013.5.23-25(福岡).
- 29) 杉山美香, 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 森倉三男, 宮前史子, 伊集院睦雄, 佐久間尚子, 宇良千秋, 栗田主一: 介護予防二次予防事業対象者把握事業と連結した認知症の早期対応システムの構築—千代田プロジェクト, 第14回日本認知症ケア学会大会, 2013.6.1-2(福岡).
- 30) 稲垣宏樹, 権藤恭之, 増井幸恵, 小川まどか, 中川威, 石岡良子, 立平起子, 高橋龍太郎: 行動チェックリストによる超高齢者の認知機能評価—SONIC study 90歳調査における超高齢者用認知機能評価尺度の結果から—. 日本心理学会第77回大会, 2013.9.19-21(札幌).
- 31) 大塚耕太郎, 岩佐博人, 本橋豊, 石田康, 栗田主一, 中村純, 亀井雄一, 米本直裕, 山田光彦, 稲垣正俊, 高橋清久, 酒井明夫, 大野裕: NOCOMIT-Jの活動: 研究デザインや地域介入プログラムや成果. 第33回日本社会精神医学会(シンポジウム), 2014.3.20-21(東京).
- 32) 栗田主一: オレンジプランと高齢者の精神医療. 第29回日本老年精神医学会(シンポジウム). 2014.6.12-6.13(東京).
- 33) 栗田主一: これからの認知症医療・介護システム. 第29回日本老年精神医学会(市民公開講座). 2014.6.12-13(東京).
- 34) 栗田主一: 認知症の人を支える社会制度. 第33回日本認知症学会(学術教育講演). 2014.11.29-12.1(横浜).
- 35) 栗田主一: 地域で支える認知症. 第33回日本認知症学会(市民公開講座). 2014.11.29-12.1(横浜).
- 36) 栗田主一: 日本における認知症施策の新展開—オレンジプランを踏まえて(モーニングセミナー). 2014.11.30(横浜).
- 37) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 杉山美香, 栗田主一: 郵送による生活機能調査回答未返送の後期高齢者を対象とした訪問調査—調査協力依頼未回答群の特性と, ハイリスク群の1年予後—. 第29回日本老年

- 精神医学会. 2014.6.12-13 (東京).
- 38) 井藤佳恵, 多田満美子, 櫻井千絵, 原美由紀, 水澤佑太, 山田志保, 小林紀和, 栗田主一: 地域において困難事例化する認知症高齢者の特徴: 世帯形態と近隣トラブルとの関係についての考察. 第 110 回日本精神神経学会. 2014.6.26-28 (横浜).
- 39) 稲垣宏樹, 宇良千秋, 宮前史子, 佐久間尚子, 新川佑利, 井藤佳恵, 伊集院睦雄, 岡村毅, 杉山美香, 栗田主一: 地域在住高齢者の悉皆調査データに基づく WHO 精神的健康状態表に関する報告—「町田市こころとからだの健康調査」より—. 第 29 回日本老年精神医学会. 2014.6.12-13 (東京).
- 40) 宇良千秋, 宮前史子, 佐久間尚子, 新川祐利, 稲垣宏樹, 伊集院睦雄, 井藤佳恵, 岡村毅, 杉山美香, 栗田主一: 自記式認知症チェックシートの開発 (1): 因子分析および項目反応理論を用いた尺度項目案の検討. 第 15 回日本認知症ケア学会. 2014.5.31-6.1 (東京).
- 41) 宮前史子, 宇良千秋, 佐久間尚子, 新川祐利, 稲垣宏樹, 伊集院睦雄, 井藤佳恵, 岡村毅, 杉山美香, 栗田主一: 自記式認知症チェックリストの開発 (2): 信頼性・妥当性の検討. 第 15 回日本認知症ケア学会. 2014.5.31-6.1 (東京). (石橋賞受賞)
- 42) 岡村毅, 宇良千秋, 宮前史子, 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 伊集院睦雄, 井藤佳恵, 新川佑利, 杉山美香, 栗田主一: 高齢者の日中の眠気は主観的記憶障害に関連する—町田市こころとからだの健康調査より—. 第 29 回日本老年精神医学会. 2014.6.12-13 (東京).
- 43) 岡村毅, 新川祐利, 井藤佳恵, 栗田主一: 高齢生活困窮者における認知機能. 第 110 回日本精神神経学会. 2014.6.26-28 (横浜).
- 44) 新川佑利, 宇良千秋, 宮前史子, 佐久間尚子, 稲垣宏樹, 伊集院睦雄, 井藤佳恵, 岡村毅, 杉山美香, 栗田主一: 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をめざした高齢者の実態把握調査—「町田市こころとからだの健康調査」より—. 第 29 回日本老年精神医学会. 2014.6.12-13 (東京).
- 45) 古田光, 扇澤史子, 筒井啓太, 福島康浩, 三瀬耕平, 萩原寛子, 菊地幸子, 須田潔子, 栗田主一, 松下正明: 身体疾患と認知症による生活破綻で入院した 2 症例—合併症による処遇の差—. 第 29 回日本老年精神医学会. 2014.6.12-13 (東京).
- 46) 古田光, 畠山光, 扇澤史子, 白取絹江, 筒井啓太, 福島康浩, 三瀬耕平, 萩原寛子, 菊地幸子, 須田潔子, 栗田主一, 松下正明: 東京都健康長寿医療センターにおける認知症アウトリーチチーム活動. 第 110 回日本精神神経学会. 2014.6.26-28 (横浜).
- 47) 扇澤史子, 古田光, 磯谷一枝, 白取絹江, 畠山啓, 斎藤久美子, 菊地ひろみ, 井藤佳恵, 岡村毅, 菊地幸子, 栗田主一: 都市高齢者専門病院の物忘れ外来初診患者の家族介護者における介護負担感とその要因: 認知症アセスメントシートとソーシャル・サポートに着目した検討. 第 15 回日本認知症ケア学会. 2014.5.31-6.1 (東京).
- 48) 扇澤史子, 古田光, 磯谷一枝, 白取絹江, 畠山啓, 斎藤久美子, 今村陽子, 井藤佳恵, 須田潔子, 菊地幸子, 岡村毅, 田中修, 萩原寛子, 三瀬耕平, 福島康浩, 栗田主一: 地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート(DASC)の得点分布—主な認知症と非認知症の比較—. 第 29 回日本老年精神医学会. 2014.6.12-13 (東京).
- 49) 磯谷一枝, 古田光, 扇澤史子, 今村陽子, 須田潔子, 菊地幸子, 萩原寛子, 三瀬耕平, 福島康浩, 筒井啓太, 田中修, 磯野沙月, 市川幸子, 栗田主一: うつ病とアルツハイマー型認知症における認知機能の比較—COGNISTAT による認知機能の検討—. 第 29 回日本老年精神医学会. 2014.6.12-13 (東京).
- 50) 今村陽子, 扇澤史子, 磯谷一枝, 古田光,

- 磯野沙月, 市川幸子, 須田潔子, 菊地幸子,
萩原寛子, 三瀬耕平, 福島康浩, 栗田主一:
五角形模写に関連する認知機能と認知症
評価における有用性について—日本語版
COGNISTAT を用いた検討—. 第 29 回日
本老年精神医学会. 2014.6.12-13 (東京).
- 51) 菊地幸子, 古田光, 三瀬耕平, 福島康浩,
萩原寛子, 須田潔子, 栗田主一, 松下正
明: DLB が疑われたが, 他疾患であった
2 症例. 第 110 回日本精神神経学会.
2014.6.26-28 (横浜).
- 52) 萩原寛子, 古田光, 三瀬耕平, 福島康浩,
菊地幸子, 須田潔子, 栗田主一, 松下正
明: 認知症の体感幻覚にガラントミンが
著効した一例. 第 110 回日本精神神経学
会. 2014.6.26-28 (横浜).
- 53) 大村裕紀子, 井藤佳恵, 栗田主一, 深津
亮: 日本語版 Marwit-Meuser 介護者悲嘆
尺度短縮版の信頼性と妥当性の検討—認
知症家族介護者の悲嘆について—, 第 29
回日本老年精神医学会. 2014.6.12-13 (東
京).
- 54) 船木友里恵, 的場由木, 岡村毅, 石神朋
敏, 栗田主一, 竹島正. 精神科病院退院
後に困窮者支援 NPO 法人の支援を受け
たものの精神医学的検討. 第 34 回日本
社会精神医学会. 2015.3.5-6 (富山).
- 55) 岡村毅, 船木友里恵, 的場由木, 石神朋
敏, 栗田主一, 竹島正. 刑事施設等出所
後に困窮者支援 NPO 法人の支援を受け
たものの精神医学的検討. 第 34 回日本
社会精神医学会. 2015.3.5-6 (富山).
- 56) 的場由木, 石神朋敏, 船木友里恵, 岡村
毅, 栗田主一, 竹島正. 困窮者支援 NPO
法人における精神疾患を持つものの支
援実態の把握の試み. 第 34 回日本社会
精神医学会. 2015.3.5-6 (富山).

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 |

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（東京都立中部総合精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等の企画・開催。

【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 26 年 12 月現在、全国には 206 の合議体があり、合計 1,348 人の合議体委員が任命されていた。年間平均 25.7 回の合議体が開催され、1 回の開催当たり平均 135.6 件（前年より減）の書類審査が行われていた。退院・処遇改善請求の審査は 2,655 件あったが、請求受理から審査結果の通知まで平均 32.7 日（前年と同じ）を要しており、請求の 3 割以上が不審査に終わっていた。審査会運営マニュアルの改訂後、9 割近い審査会で運営要綱の見直しを実施ないし検討されるなど、新たな動きがあった。(2)平成 25 年の法改正に関連した問題事例（首長同意の医療保護入院困難事例など）も含め、26 審査会から入院適応や入院同意者の適格性などに関する 28 の問題事例が報告された。(3)平成 26 年 10 月、大阪市でシンポジウムを開催し、法改正に伴う問題事例を軸に、権利擁護をめぐる議論が展開された。平成 27 年 2 月、東京で開催された全審連総会の後、国の委託により日本精神科病院協会が開催した精神医療審査会委員等研修会の企画に協力した。

【考察】(1)近年、法改正や政令市の増加に伴って、合議体数、委員数などは増加。委員種別では、10年前に比べると、非医療委員、特に弁護士と精神保健福祉士が増加している。退院請求等の審査件数も、在院患者数が漸減する中で漸増している。退院率は1%程度にすぎないが、審査会による外部審査は入院者・医療者の双方にとって意味がある。(2)医療現場において喫緊の課題である首長同意の医療保護入院困難事例を解決し、入院者の権利擁護と退院支援を強化するために、公的保護者制度の創設を提案した。すなわち、公的保護者の役割や資格、制度運用、暫定措置などを具体的に論じた。(3)平成25年の法改正に伴う国会決議で謳われた審査会の専門性と独立性の強化に向けて、審査会事務局の行政からの独立（精神保健福祉センター内に出向の専従職員を配置）、全国精神医療審査会連絡協議会の機能強化のための専従職員の配置と国庫補助を提案した。

【結論】わが国の精神医療審査会制度は成熟しつつあるが、今後も、審査会活動をモニターしつつ、機能強化に向けた諸施策を講ずる必要がある。

A. 研究目的

平成25年6月の精神保健福祉法改正に伴って、関連法規や精神医療審査会運営マニュアルが見直され、精神医療審査会活動は新たな局面を迎えた。

本研究は、わが国における精神科入院患者の権利擁護の強化に資するために、昨年度に引き続き、全国の精神医療審査会活動および審査会制度の運用に伴う諸問題をモニタリングし、改善策を提言することを目的として行われた。

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26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25年度の精神医療審査会活動に関する基礎的データの報告および法改正後の変化に関する意見を求めた。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25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。特に、法改正に伴って生じた問題を含む事例に重点を置くよう要請した。

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26年10月25日、大阪市で開かれた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「対応困難事例の検討～法改正後を中心に」と題するシンポジウムを企画した。

また、平成27年2月27日、東京都で開催された全審連総会の後、国の委託によって日本精神科病院協会が開催した精神医療審査会委員等研修会において、模擬審査の企画などに協力した。

（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。

C. 研究結果

1. 精神医療審査会活動基礎調査

データの集計を求めた67カ所の精神医療審査会事務局の全てから回答があった。資料1に集計結果を書き込んだのが資料3である（審査書類の区別がない審査会がいくつかあったため、資料3では表の合計数が合わない項目あり）。審査会別の合議体数、合議体委員数、委員長数、開催数等を表1、委員構成等を表2、書類審査の状況を表3、退院請求審査の状況を表4、処遇改善請求審査の状況を表5に示す。以下に、主な項目について解説する。

(1) 合議体の委員構成等

表1に示すように、平成25年度、全国の精

神医療審査会の合議体数は 206（前年度は 202）、1 審査会当たり平均 3.1 であった。最多は東京都、大阪府の 8 合議体、最小は山形県、島根県の 1 合議体であった。

合議体の委員長の種別は、医療委員が 195 人（94.7%）と大多数を占め、次いで法律委員 8 人（3.9%）、有識者委員 1 人（0.5%）であった。審査会の会長の職種では、医療委員が 59 人（88.1%）、法律委員が 8 人（11.9%）と、法律委員の比率が合議体委員長よりも高かった。

合議体委員数は、医療委員 745 人、法律委員 292 人、有識者委員 311 人の合計 1,348 人であった。1 合議体当たりの委員（総数 5 人として）の構成比は、医療委員 2.76（前年度 2.78）人、法律委員 1.08（同 1.08）人、有識者委員 1.15（同 1.13）人、女性委員は合計 367 人（27.2%）であった。資料 3 に示すように、委員の定年制（70～75 歳）を敷いている審査会が 6、通算在任期間の上限（4～10 年）を設けている審査会が 23 あった。

表 2 に示すように、各委員の所属ないし職種の内訳は、医療委員では、民間病院が 474 人（63.6%）、国公立病院（国立、県立、公立病院のほか、日赤・済生会・厚生連などの公的病院を含む）198 人（26.6%）、診療所 55 人（7.4%）、その他 18 人（2.4%）、法律委員では、弁護士が 191 人（65.4%）、検察官 42 人（14.4%）、裁判官 28 人（9.6%）、その他（大学教官など）31 人（10.6%）、有識者委員では、精神保健福祉士 166 人（53.4%）、看護職 66 人（21.2%）、心理職 10 人（3.2%）、その他（社会福祉士、民生委員など）69 人（22.2%）となっていた。

合議体委員の選任方法については、資料 3 に示すように、特に取り決めがないと回答した審査会が 13 あったが、5 審査会では、委員ごとに何らかの推薦母体があるとの回答と重複していた。また、前任者の推薦によって選任していると回答した審査会が 19 あったが、やはり推薦母体があるとの回答と重複する審査会が 15 あった。

(2) 合議体の開催数

全体会は全国で 72（前年度は 86）回。年 2 回以上開催している審査会が 10（同 13）、1 回も開催していない審査会が 5（同 3）あった。年間合議体開催数の平均は 25.7（同 25.6）回。最大は大阪府の 72 回、最小は 12 回（7 自治体）であった。

(3) 書類審査

表 2 および資料 3 に示したように、1 回の合議体開催で審査される書類は平均 135.6（前年度は 143.4）件であったが、図 1 に示したように、最小 30.5 件から最大 324.5 件まで、地域差が大きかった。

(4) 退院請求等の審査

電話相談件数は、1 審査会当たり年間平均 401.6 件と前年度（379.4 件）より 5.9%増加した。

退院請求は、図 2 に示したように、平成 25 年度、全国で 3,398 件（前年度 3,202 件）が受理され、前年度繰り越し 235 件を併せると審査対象案件は 3,633 件（前年度 3,453 件）であったが、うち 1,118 件（30.8%）が請求取り下げおよび退院等による要件消失のため審査に付されず、審査されたのは 2,318 件であった。残りの 197 件は、翌年度に審査が繰り越された。

審査された請求のうち、現在の入院形式で入院を継続するのが妥当（すなわち請求却下）とされたのが 2,126（前年度は 2,117）件、入院形式の変更が妥当とされたのが 121（同 121）件、退院が妥当とされたのが 19（同 22）件、その他 4 件であった。残りの 48 件は年度内での審査が未了であった。審査が終了した 2,270 件のうち、請求却下の比率は 93.7（同 93.5）%、形式変更は 5.3（同 5.3）%、退院勧告は 0.8（同 1.0）%、その他 0.2%であった。

処遇改善は、図 3 に示したように、全国で 491（前年度は 552）件受理され、前年度からの繰り越し 42 件を併せると審査対象案件は 533 件であったが、うち 177 件（33.2%）が

取り下げおよび要件消失で審査されず、19件が未審査であった。残りの337件が審査に付され、現在の処遇が妥当（請求却下）とされたのが306（前年度345）件、処遇改善が妥当とされたのが15（同17）件、その他が6件、残り10件が年度内の審査未了であった。審査された327件の処遇改善請求のうち、請求却下の比率は93.6（前年度は94.0）%であった。

図4には、退院および処遇改善請求の審査件数と不審査件数を審査会別に（審査件数順に）示した。図に見るように、大きな地域差があった。

図5には、退院および処遇改善請求の受理から結果通知までの期間を長い順に審査会別に示した。全国平均は32.7日と前年度と同じであったが、図に見るように、ばらつきがあった。

2. 精神保健福祉法改正後の変化等

平成25年の精神保健福祉法改正および精神医療審査会マニュアル改訂に伴う変化や今後の予定について審査会事務局の意見を問うたところ、資料3に集計したような結果となった。

すなわち、精神医療審査会運営要綱については、54審査会（80.6%）が「国のマニュアルに沿って改訂した」と回答、「国のマニュアルに沿って改訂を検討中」との回答が5あった。

合議体を増設した審査会が5、今年度中に増設を検討している審査会が9あった。合議体委員数についても、4審査会が今年度中に増員し、47審査会で増員を検討中であった。予備委員については、今年度内に新設ないし増員した審査会が13、それらを検討中の審査会が8あった。事務局員の増員については、今年度内に達成した審査会が5、検討中が55に達した。

一方、今回のマニュアル改訂で盛り込まれた書類審査の事前チェックについては、59審査会が「すでに実施」と回答しており、今年度新たに実施した2審査会、今年度の実施を検討中の1審査会と併せると62審査会

（92.5%）で、年度内に事前チェックが実施される見通しとなっている。

審査の過程で問題となった事例数を問うたところ、入院同意者による退院請求事例が5、家族等が存在するも同意者がいない事例が2、入院同意者の適格性に問題がある事例が4、非医学的理由による入院継続事例が2の計13例あった。

3. 問題事例の収集

資料2の様式に沿って、全国の精神医療審査会事務局に問題事例の報告を求めたところ、26審査会事務局から28事例が報告された。平成26年10月25日に大阪で開催されたシンポジウムで提示された5事例を含めた33事例について、報告事例の主な論題別に（1）医療保護入院の同意に関する事例（家族等の同意取得が困難な事例と入院同意者の適格性に問題がある事例に二分）、（2）入院同意者以外の家族等による退院請求事例、（3）入院継続の適応に関する事例、（4）その他に4分類して、以下に概要を示す。

（1）医療保護入院の同意に関する事例

ア）家族等の同意取得が困難な事例

今回の精神保健福祉法改正による保護者制度の廃止に伴って、医療保護入院の同意者は3親等以内の家族（民法上の扶養義務者）であれば誰でもよいこととなった。また、首長（市区町村長）同意の要件が狭められ、家族等が存在し、心神喪失状態にない限り、首長が医療保護入院の入院同意者にはなれないこととなった。

こうした制度変更によって、以下のような問題事例が生ずることとなった。

- ①言語的障壁のために家族等による入院同意の意思確認が困難な外国人事例（3例）。いずれも病院から精神医療審査会に対応策の相談があった事例。措置入院もしくは応急入院で入院治療を開始し、任意入院への変更もしくは早期退院で対応した。
- ②家族等が存在するが、医療保護入院への