

みるため、統合失調症に関して、成人における平成26年と20年、20年と14年、14年と8年の年齢階級ごとの入院率の変化を集計し、その年齢階級による直線回帰式を算出した。なお、患者調査は500床未満の病院では生年月日の末尾が奇数の患者を、500～599床の病院の入院・外来患者については生年月日の末尾が1,3,5,7日の患者について、600床以上の病院については生年月日の末尾が3,5,7日の患者について調査されている。各個票に調整係数があり、それを乗することで病院の入院については二次医療圏まで患者数推計ができるとされている。

また、主診断はICD-10コード4ケタまで記載されており、統合失調症患者の抽出においては、Fコード200番台をすべて対象とした。

C. 研究結果

全入院患者の年齢階級別分布を図1に示した。調査年を経るごとに、ピークとなる年齢が高くなり、また全体的な高さも低くなっている。ピーク年齢までの若年層では、年々数が減ってきているが、ピーク年齢以降の高齢者では年々数が増えている。次に、統合失調症におけるものを図2に示した。全患者のもと同様の傾向であり、ピーク年齢後の増え方が大きいように見える。

次に、各年齢階級における人口10万人当たりの入院率を図3,4に示した。高齢者の入院率は、一旦65歳あたりでピークを迎え、その後漸減するものの再び70歳代終盤以降で伸びている。しかし、統合失調症では50-60歳代のピークより高齢では、入院率は下がる。また、50-60歳代までは調査年を経るごとに入院率はほぼ一定に低下している。ピークより高齢では入院率は上昇するが、若年者の低下よりも鈍い。

最後に統合失調症において、統計数が安定している成人における年代別の入院率の変化を集計し図5に示した。平成26年から20年、平成14年から8年の各年齢階級の変化を直線回帰式で示し、回帰式が1倍を交差する年齢

を算出した。これによると、およそ60歳までは平成8年以降入院率が減少している傾向が続いている。高齢者では逆に増加傾向であるが、増加に転じる年齢は高齢化してきており、平成8年から14年の変化ではおよそ64歳で増加に転じたものが、平成26年から20年の変化では、およそ74歳に上昇した。

D. 考察

本研究では、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。図1からわかることとして精神病床に入院する患者は高齢化が進んでいること、およそ60歳までの若年者では年々入院者数が減ってきていることがわかった。図2からは、統合失調症患者は特に若年層で全体の傾向を反映していることがわかったが、高齢者においては認知症患者の入院が多いため、全体の傾向を反映しがたいこともわかった。また、図2,4から統合失調症は過去1960-70年代の病床増加の時代に入院した20-30歳代の者が、そのまま長期入院で経過していることが想定された。図2のピークの年代が調査年を経るごとに1つずつ高齢に移動していることから想定ができる。一方で、病床増加がなくなった2000年以降に20-30歳代だった者の入院率は、年を追うごとに減ってきている。地域定着が進んだこと、入院しなくてもよくなったことがこういった年代に効果として現れていると考える。

さて、精神医療の改革プロセスを今後検討する際、統合失調症の入院患者の二群に分けた検討が必要ではないかと考える。1960-70年代に入院した一群の多くは、地域移行の施策が始まる前にすでに長期入院となっており、これらの多くはそのまま入院を続けているのではないかと今回の分析からも考えられたからである。一方で病床増加がなくなった2000年以降に成人期を迎えた世代とは異なる入院率の傾向を表していると考えられる。目的外集計の提供データ項目を増やすこと等で、その分析が可能になると考えられ、さらなる分

析を試みたい。

E. 結論

精神保健医療の全国的な動向をレビューしておくことは、地域のニーズに対応した地域のストレングスを活かした地域精神保健医療の開発プロセスを明らかにするための、前提・コントロールとして必要な要素と考え、患者調査の目的外集計を用いて、近年の精神病床の入院患者のトレンドを分析した。統合失調症の長期入院者は1960 - 70年代の病床が増加した時代から長期入院していることが予測され、高齢化が進んでいる。一方で、2000年以降に20-30歳代になった若年層では年々入院率が減少している。一律な地域移行の取組よりも、これら二群に分けたアプローチが、さらには地域における傾向の把握が、各々のストレングスを活かした地域精神保健医療のプロセスをより明確にしていくであろうと考える。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

21世紀の精神医療の変化：さまざまなデータから：山之内芳雄：精神保健研究 62: 7-14, 2016

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録（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

図1 精神病床に入院する患者の年齢階級別患者数の推移

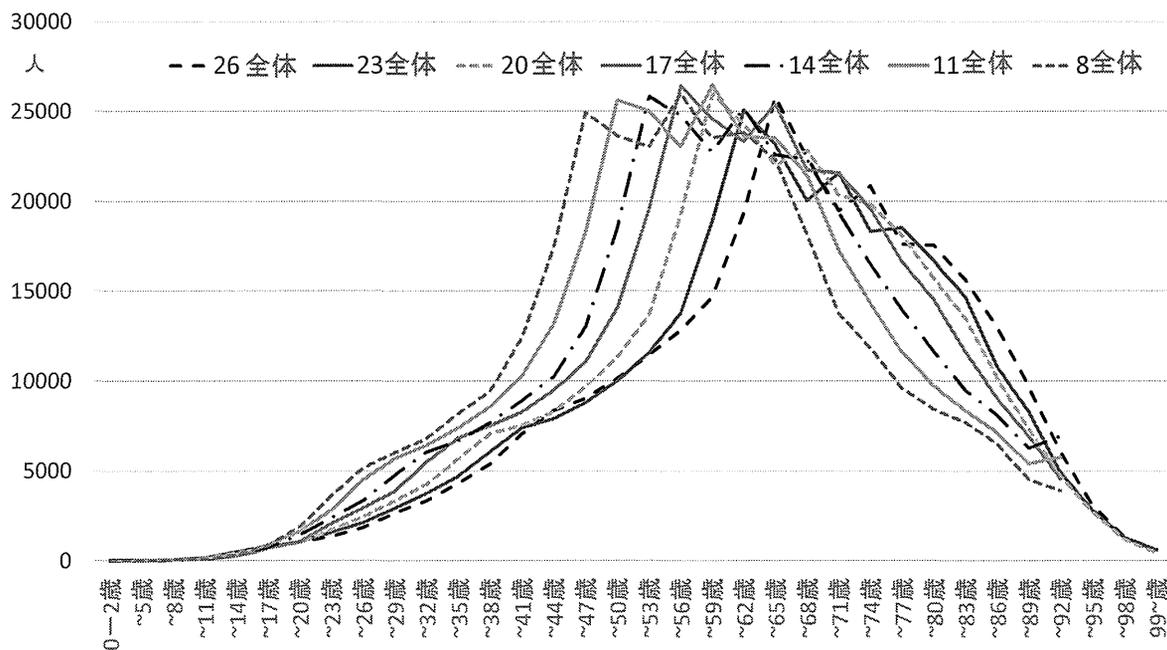


図2 精神病床に入院する統合失調症(F2**)患者の年齢階級別患者数の推移

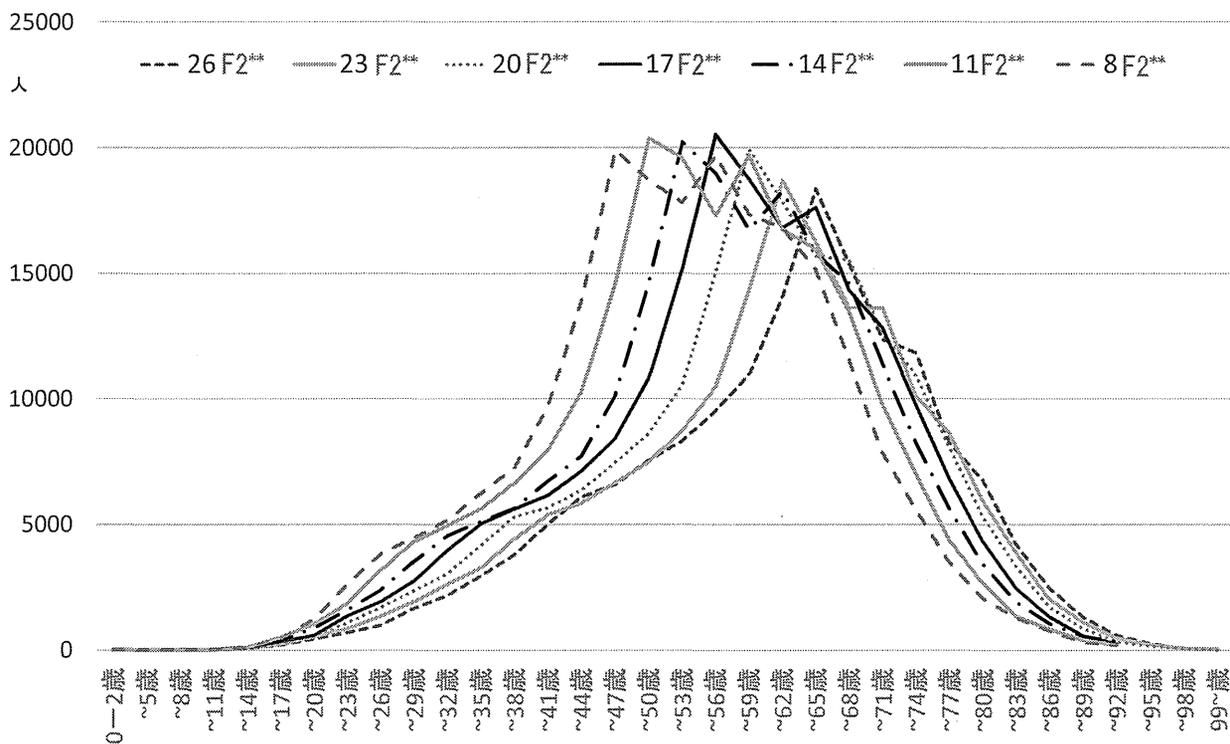


図3 精神病床に入院する患者の年齢階級別入院率の推移

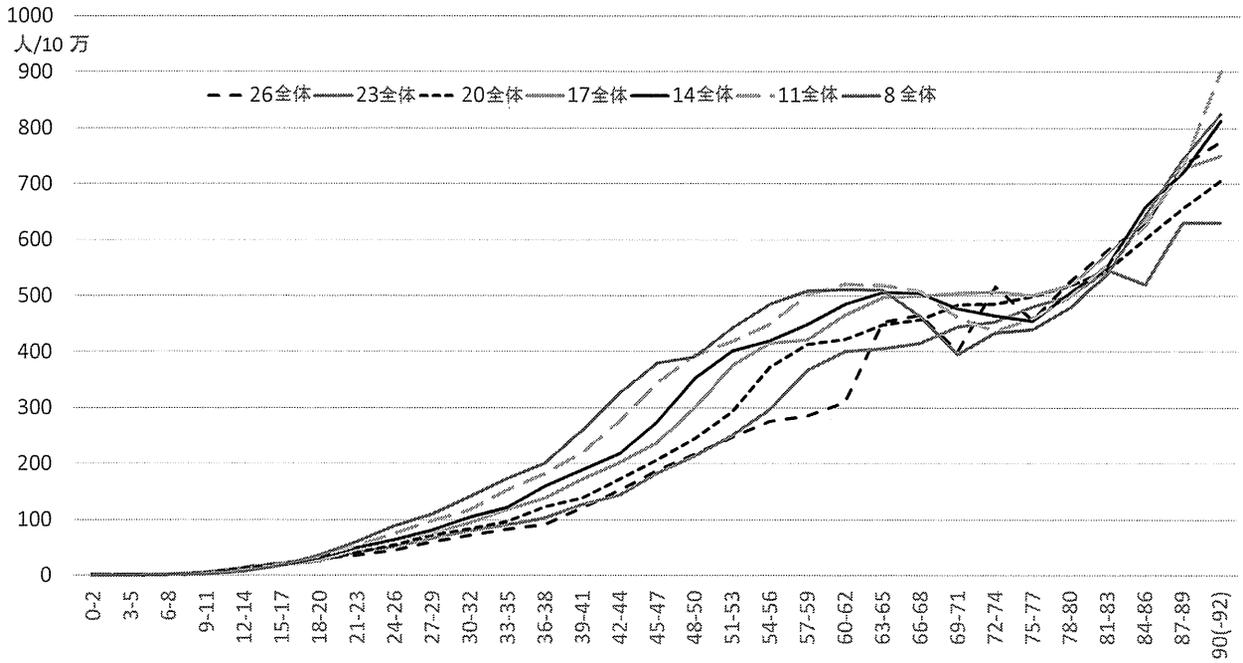


図4 精神病床に入院する統合失調症 (F2**) 患者の年齢階級別入院率の推移

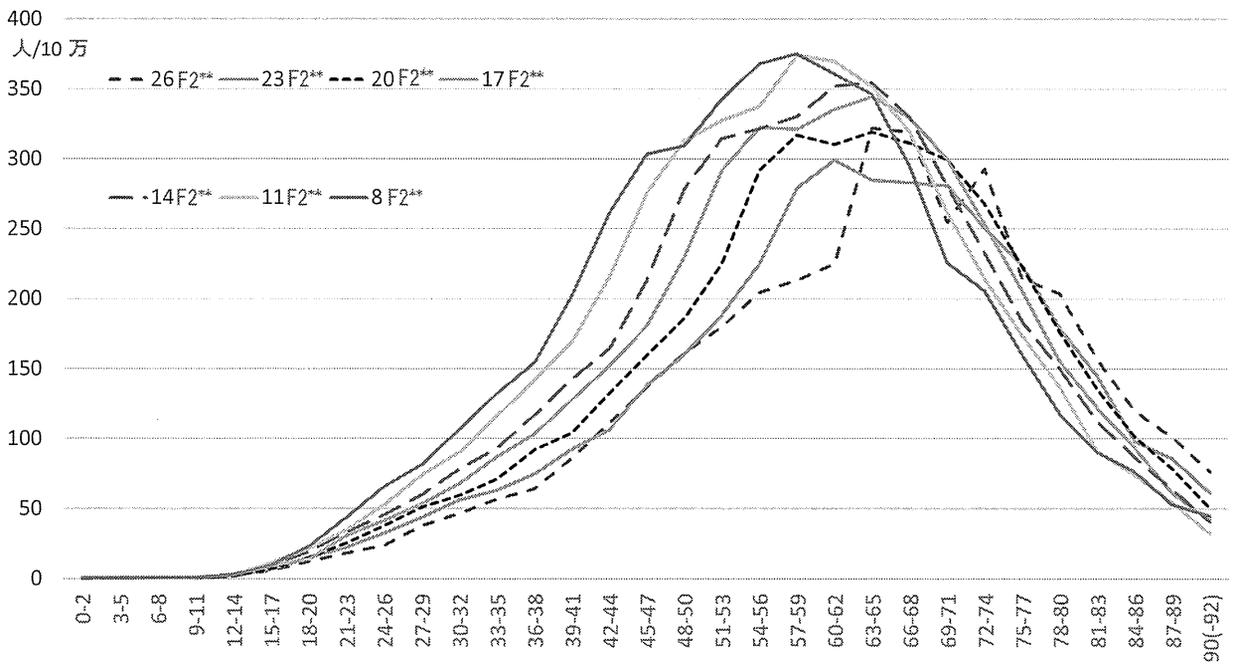
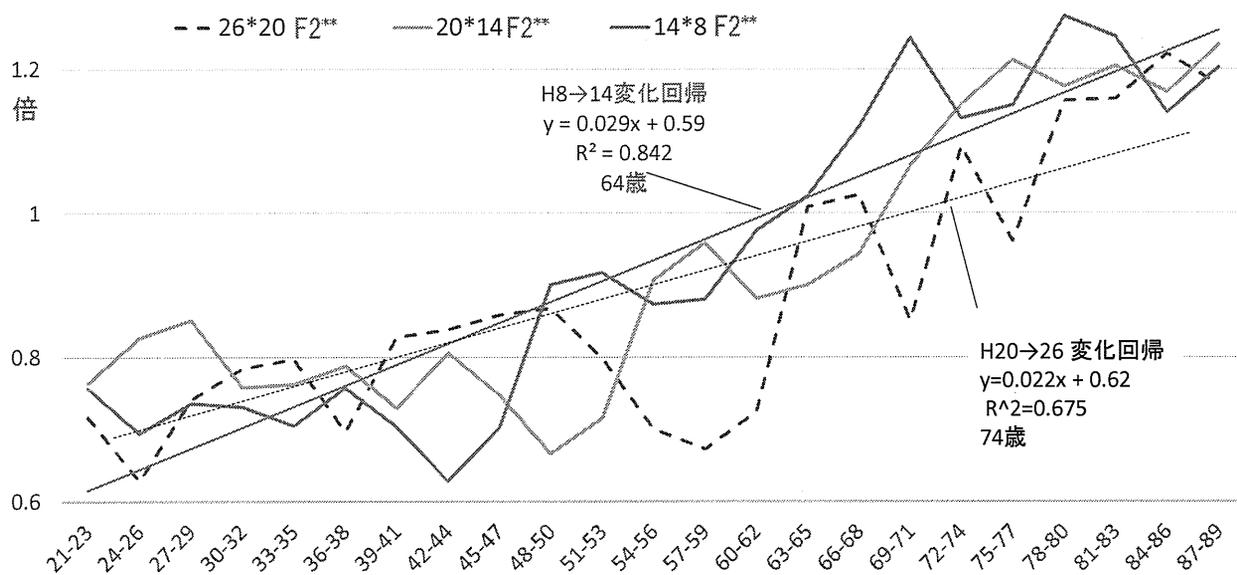


図5 精神病床に入院する統合失調症 (F2**) 患者の年齢階級別入院率の変化



平成 27 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）
「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
分担研究報告書
自立支援医療に関する研究

研究分担者 岩谷 力（国立障害者リハビリテーションセンター）
研究協力者 我澤 賢之（国立障害者リハビリテーションセンター）
竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所/川崎市健康福祉局）

研究要旨：

本研究の目的は、障害者総合支援法のもとで実施されている自立支援医療制度について、医療費等の状況を明らかにすることである。

本稿で扱う具体的な課題は次のものである。自立支援医療における身体障害を対象とする制度として障害児を対象とする育成医療と 18 歳以上の障害者を対象とする更生医療があり、両制度の間では中間所得（市町村民税課税対象以上市町村民税所得割 235,000 円）未満の世帯について利用者の自己負担額に差異がある。そこで育成医療利用者が 18 歳以上になった際、同一疾病の治療に際し医療費自己負担額が増加した事例があるか、またその負担が過大になっている人がいないか実態を明らかにする。

今年度の研究内容として、全国のこども病院に対してアンケート調査を実施するための予備調査を、日本小児総合医療施設協議会会員のうち 1 施設を対象に聞き取り調査を行った（平成 28 年 1 月）。その結果、先行研究で示されていた口唇口蓋裂の手術以外の事例以外に、心臓機能障害のある育成医療利用者が 18 歳以降に手術を受けた際、比較的自己負担が大きくなった事例があったこと、ただし当該疾患については平成 27 年以降の指定難病に該当することから、現在では自己負担額は抑えられることが確認された。他にも 18 歳以降の再手術のケースなどで、比較的自己負担が大きくなる事例がある可能性が考えられるが、現在実施中の全国のこども病院を対象とするアンケート調査の結果等を踏まえ、今後状況を明らかにしたいと考えている。

A. 研究目的

本研究の目的は、障害者総合支援法のもとで実施されている自立支援医療制度について、医療費等の状況を明らかにすることである。

本稿で扱う具体的な課題は次のものである。自立支援医療における身体障害を対象とする制度として障害児を対象とする育成医療と 18 歳以上の障害者を対象とする更生医療があり、両制度の間では中間所得（市町村民税課税対象以上、同所得割 235,000 円未満）の世帯について利用者の自己負担額に差異がある。中間所得層の世帯に属する育成医療の利用者が 18 歳となり同一疾患について更生医療を利用する場合、重度かつ継続の場合を除き 1 月あたり自己負担上限額が医療保険の高

額療養費の水準まで引き上げられることになる。この点について、同一疾病の治療に際し医療費自己負担額が実際に増加した事例があるか、またその負担が過大になっている人がいないか実態を明らかにする。

この課題の背景として、育成医療と更生医療の両制度間で費用負担上限に差異が存在することがある。自立支援医療における利用者自己負担上限は図 1 で示すような形で設定されている。自立支援医療の利用者自己負担は世帯の所得により 1 月当たりの上限額が決められており、基本的には図の「更生医療・精神通院医療」の項が示す内容で定められている。ただし、特例的経過措置（平成 30 年 3 月 31 日まで）として「育成医療」の場合、も

しくは「重度かつ継続」に該当する場合、図のそれぞれの項が示すような自己負担上限が定められており、中間所得世帯について重度かつ継続に該当しない更生医療の場合に較べ上限額が低くなっている¹。

この課題に関しては、平成 26 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」（研究代表者 竹島正）の分担課題「自立支援医療の」において、育成医療から更生医療に移行した際利用者の自己負担額が増加する事例に関して、地方自治体の自立支援医療担当者を対象に調査を行った結果、口唇口蓋裂の手術についてその存在が示唆されたもののほとんどの自治体で「該当事例の経験がない」との回答であり事例が少ない（育成医療担当で有効回答 90 件中 2 件、更生医療担当で同 96 件中 3 件。同一自治体により口唇口蓋裂手術の事例が指摘されたほかは、治療内容の詳細不明）ことが示された（岩谷ほか(2015)）。

本研究では、上記研究で示された口唇口蓋裂以外にも含めて 18 歳以降医療費自己負担が増大する事例が存在するか、もし存在するとすればそれはどのような場合に生じるのか、その他障害のある子供が医療制度を利用する上での課題について明らかにするため、全国のこども病院を対象に調査をすることとした。本稿では（1）平成 27 年度に実施した予備調査（聞き取り調査）の内容・結果、（2）予備調査を踏まえ作成した平成 27 年度より実施中の全国のこども病院を対象としたアンケート調査の調査票の内容を示すこととする。

B. 研究方法

B-1. こども病院における予備調査（聞き取り調査）

全国のこども病院に対してアンケート調査を実施するための予備調査を、日本小児総合医療施設協議会会員のうち 1 施設を対象に聞

き取り調査を行い（平成 28 年 1 月）、この結果を踏まえ、アンケート調査内容を定める。主な調査事項として、下記について回答ならびに回答上の問題について指摘を求めた。

- ・ 18 歳未満の方と 18 歳以上の方とで著しく費用負担が異なり、後者のほうが費用負担が大きいと考えられる（あるいはそういう可能性があると思われる）疾患名
- ・ 育成医療の利用件数
- ・ 18 歳以上になった患者の方が当該疾患の治療を要する場合の受診先
- ・ 18 歳になり、かつ当該疾患について引き続き当該施設にて受診する患者数およびそのうち更生医療の利用患者数。さらにそのうち「重度かつ継続」に該当しない患者数
- ・ 育成医療利用期と費用負担が大きく変わった事例

B-2. 全国のこども病院を対象とするアンケート調査（「育成医療対象疾病の 18 歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査」）

B-1 の結果を踏まえ、収集データの元となる対象期間、対象とする疾患等について検討のうえ調査票を策定し、日本小児総合医療施設協議会会員（平成 27 年度時点で予備調査対象を含め 32 施設）を対象にアンケート調査を実施する（平成 28 年 2 月発送。平成 28 年 3 月現在実施中）。

（倫理面への配慮）

調査の対象は自立支援利用者本人でなく医療施設であり、その調査票の内容には自立支援医療利用者個人を特定可能な情報は含まれていない。調査の実施に当たり、調査事項・方法について国立障害者リハビリテーションセンター倫理委員会の審査の結果、対象として「該当せず」と判断された。

なお、アンケート調査に当たっては調査回答者について連結可能な形で匿名化を行った。データのみを使用した。なお、分析にはネットワークから切り離されたスタンドアロンの

¹ さらに重度かつ継続については、一定所得以上（市町村民税課税所得割 235,000 円以上）の世帯

コンピュータを用いる予定である。これらデータおよびコンピュータの保管・管理については、分担研究者の所属する研究機関において、鍵の掛かるキャビネット内で保管する。

C. 研究結果

こども病院における予備調査（聞き取り調査）の主要な結果は下記の通りである。

■設問への回答内容について

主な結果については下記の通りであった。なお予備調査では1施設のみを対象としていること、現在進行中の全国のこども病院を対象とするアンケート調査（「育成医療対象疾病の18歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査」）を実施中であることから、該当事例における具体的な疾患名や自由記入欄回答内容等を含めた詳細な結果については、アンケート結果と併せて集計した後まとめることとする。

(1) 平成23年度以降のデータから育成医療利用者が18歳以降の更生医療を利用し、かつ「重度かつ継続」に該当しなかった事例が3例（いずれも心臓機能障害）確認された（当該施設における毎年度の育成医療利用者数は数百～千件強程度。心臓機能障害にかかる利用者の比重が比較的高い）。

(2) 各都道府県において重度心身障害者医療費助成制度が用意されているが、前項事例のうち1件（心臓機能障害。18歳以降に手術）は当該助成制度対象外となる身体障害者手帳4級の人の事例であり、他制度利用も含めた最終的な自己負担額が育成医療利用時に比べ大幅に増加した。

(3) ただし、(1)の当該事例の疾患はいずれも平成27年1月以降（その後指定追加を含む）の難病医療費助成制度の対象難病であった。

■回答上の問題等について

(4) 岩谷ほか（2015）の結果から比較的可成りな事例を対象とすることから、予備調査では回答対象期間を平成18年4月以降と

していた。予備調査においては対象医療機関病院長の判断により患者・家族との相談業務担当者が回答作成作業にあたった。回答者からは、記録データの確認にかなり手間が掛かること、また相談業務にある方は数年単位で異動することが多いと思われることの両面から、調査対象期間を平成18年度以降凡てといった長期間を対象とするのは難しいのではないかとのコメントを得た。

(5) 当該施設については「育成医療利用で更生医療を利用した」といった、複数時点の制度利用状況を紐付けして事例確認については、記録の控への保存の関係で平成22年度以前にさかのぼることは確認し回答してもらうことは困難であった。

(6) 育成医療の対象疾患のなかでも分野によって受診患者数に偏りがあろうことが示された。

D. 考察

■設問への回答内容について

・当該問題に係る状況について

先行研究で指摘されていた口唇口蓋裂以外にも、育成医療から更生医療の移行時の自己負担が大幅に増えた事例があり得ることが確認された。特に、受診・治療が継続して続けられているわけではなく、18歳以降に手術を受けるといった事例である結果重度かつ継続の対象にも該当せず、費用負担が比較的大きくなるケースは他の障害でも起こりうることを考えられる。

ただし、該当者が難病医療費助成制度、各都道府県の重度心身障害者医療費助成制度によって最終的な自己負担額は十分抑制されていることはあり得ることで、特に前者の関連で平成27年を境として状況が大きく変わった可能性も考えられる。更なる事例の収集と併せて、この点の考慮が必要であることが示された。

■回答上の問題等について

・具体的な対象障害の絞り込みについて

当初対象障害をあらかじめ絞って調査を行う方向で検討し、<「育成医療の対象であって更生医療の対象でない障害」に加えて、「育成医療・更生医療のどちらでも対象となる障害」をそれぞれ1種類以上として選定>することを想定し、予備調査結果を踏まえて選定することを予定していた。しかし、予備調査において心臓疾患でのみでしか該当事例が確認されず、事前調査から複数の調査対象障害を設定することはできなかった。この結果は当該医療機関が治療件数において心臓機能障害の比重が高いことに依存している可能性を否定できず、他の医療機関においてどの障害で対象事例が存在するのか予想も付きがたい。そこで最終的な調査票において、調査対象障害の部分について「育成医療の対象障害（で18歳以降も治療を要する事例があるもの）」の範囲内で幅を持たせることを検討することとしたい。

・調査対象期間について

当初、該当事例が極めて少ないことが見込まれ1年間を対象とした調査では必ずしも事例を拾いあげることができないと予想されたことから、現行の自立支援医療制度に切り替わった平成18年度以降全期間を対象期間とする予定であった。しかし前項の通り対象障害を事前に絞ることが難しい見込みであることから、回答者による取扱データの確認作業の大変さ、さらには調査票記入者となることが予想される医療機関の相談業務担当者がある程度の年数で異動になっていることも予想されることも鑑み、調査対象期間を3～4年程度等ある程度絞る必要があろうと考えられる。

これらの結果・考察を踏まえ定めた、全国のこども病院を対象とするアンケート調査（「育成医療対象疾病の18歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査」）の調査票を本分担研究報告書末尾に示す。

E. 結論

今回の実施したこども病院1施設を対象とした聞き取り調査から、育成医療から更生医療への移行により利用者の費用負担が増加している事例が確認できた。目下実施中の全国のこども病院を対象とした調査の結果ならびに指定難病にかかる医療制度、自治体等で実施している助成制度について検討のうえ、この問題にかかる状況についてまとめたい。

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

I. 引用文献

- 1) 岩谷力, 我澤賢之, 竹島正. 分担研究報告書「自立支援医療に関する研究」, 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」(研究代表者 竹島正)

自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み

- ① 利用者負担が過大なものとならないよう、所得に応じて1月当たりの負担額を設定。(これに満たない場合は1割)
 ② 費用が高額な治療を長期にわたり継続しなければならない(重度かつ継続)者、育成医療の中間所得層については、更に軽減措置を実施。

所得区分	更生医療・ 精神通院医療	育成医療	重度かつ継続		
一定所得以上	対象外	対象外	20,000円	市町村民税235,000円以上	
中間所得	医療保険の 高額療養費 ※精神通院の 殆どは重度 かつ継続	10,000円	10,000円	市町村民税課税 以上 235,000円未満	市町村民税 33,000円以上 235,000円未満
					市町村民税課税以 上33,000円未満
低所得2	5,000円	5,000円	5,000円	市町村民税課非課税 (本人収入が800,001円以上)	
低所得1	2,500円	2,500円	2,500円	市町村民税課非課税 (本人収入が800,000円以下)	
生活保護	0円	0円	0円	生活保護世帯	

「重度かつ継続」の範囲

- 疾病、症状等から対象となる者
 - [更生・育成] 腎臓機能・小腸機能・免疫機能・心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)・肝臓の機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)の者
 - [精神通院] ①統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害(依存症等)の者
 - ②精神医療に一定以上の経験を有する医師が判断した者
- 疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者
 - [更生・育成・精神通院] 医療保険の多数該当の者

図1 自立支援医療における利用者負担の基本的な枠組み

出典 厚生労働省ウェブサイト

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/jiritsu/dl/01.pdf

調査票番号： _____

育成医療対象疾病の18歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査
(回答担当者様情報)

岩谷 力 (国立障害者リハビリテーションセンター・顧問)
竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所・客員研究員)
我澤賢之 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所・研究員)

■調査の目的

先天性疾患、障害をもつこどもの治療にとって、自立支援医療は重要な制度であります。身体障害をもつこどもへの自立支援医療支援は18歳を境に育成医療から更生医療へと切り替わります。本調査は、この利用する制度が切り替わる際に、両制度の規程の違いにより、費用負担が増え、支払いが困難となるなどの問題に直面する事例が存在するか、もし存在するとすればそれほどのような場合に生じるのか明らかにすることを目的としています。

病氣や障害をもつお子さんができるだけ負担なく医療を受けて頂けるように制度の谷間をうめるため、ご多忙中、大変恐縮でございますが、調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、本調査は、平成27年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究開発事業)「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」(研究代表者・竹島 正)により実施しております。

■回答担当者様について

ご所属医療機関名 ※誤りなどございましたら、 お手数ですがお直しただ けますようお願いいたします	
回答者様のご所属部署名	
回答担当者様のお名前	
ご連絡先 メールアドレス	
電話番号	

調査票番号： _____

育成医療対象疾病の18歳以降における治療にかかる制度上の課題に関する調査
(調査票本紙)

岩谷 力 (国立障害者リハビリテーションセンター・顧問)
竹島 正 (国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所・客員研究員)
我澤賢之 (国立障害者リハビリテーションセンター研究所・研究員)

問1. 平成22年度～26年度の各年度における、育成医療を利用された方の人数を障害別にお書きください。(障害別の算出が困難な場合は、一番下の「年度毎の育成医療利用者の総数」の欄をご記入ください。)

※該当する方がいない区分については、当該欄に0(ゼロ)をお書きください。

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
A群 (育成医療・更生医療双方の対象となっている障害・疾病)					
視覚障害					
聴覚又は平衡機能の障害					
音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害					
肢体不自由					
心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害					
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害					
B群 (育成医療の対象であり、かつ更生医療の対象ではない障害・疾病)					
呼吸器、ぼうこう若しくは直腸の機能の障害					
先天性の内臓の機能の障害 (更生医療対象である、心臓、腎臓、肝臓を除く)					
※下の欄は、上記の障害別の受診者数記入が困難な場合のみご記入ください。 年度毎の育成医療利用者の総数をご記入ください。					
年度毎の育成医療利用者の総数					

問2. 18歳以上になった患者の方が当該疾患の治療を要する場合の受診医療機関について、該当する番号に○印を付けてください。

- 引き続き自医療機関にて診療を行う。
- 事例によって、引き続き診療を行う場合も、一般の医療機関を受診してもら場合もある。
→ 診療継続か、他診療機関紹介かの判断基準などございましたら、お書きください。

- 原則凡てのケースを(成人向けの)一般医療機関を受診してもらう。
→ 4ページの問6にお進みください。

問3. 以前、育成医療による受診をされた方で18歳以上になって同じ障害に伴う疾病について貴病院を受診された方の人数を障害別にお書きください。またA群の障害については、そのうち更生医療を利用された方の人数についてもお書きください。(障害別の算出が困難な場合は、一番下の「年度毎の育成医療利用者の総数」の欄をご記入ください。)

※該当する方がいない区分については、当該欄に0(ゼロ)をお書きください。

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
A群 (育成医療・更生医療双方の対象となっている障害・疾病)					
視覚障害					
うち更生医療での受診者数					
聴覚又は平衡機能の障害					
うち更生医療での受診者数					
音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害					
うち更生医療での受診者数					
肢体不自由					
うち更生医療での受診者数					
心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害					
うち更生医療での受診者数					
ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害					
うち更生医療での受診者数					
B群 (育成医療の対象であり、かつ更生医療の対象ではない障害・疾病)					
呼吸器、ぼうこう若しくは直腸の機能の障害					
先天性の内臓の機能の障害 (更生医療対象である、心臓、腎臓、肝臓を除く)					
※下の欄は、上記の障害別の受診者数記入が困難な場合のみご記入ください。 年度毎の育成医療利用者の総数をご記入ください。					
年度毎の育成医療利用者の総数					

問4. 育成医療を利用したことがある方が、18歳以降に同じ疾病名で貴病院を受診したケースで、医療費の自己負担額(窓口負担)が育成医療利用時に比べ、支払いに支障をきたすほどに増えた事例がありますでしょうか？

該当する番号に○印を付けてください。

- 1 該当する事例は見当たらない。
→ 次ページの問6にお進みください。
- 2 該当する事例があった。
→ 疾病名、18歳以降の治療時期(年・月)、治療内容についてお書きください。
(複数の該当事例がある場合はそれぞれについてお書きください)。

(疾患名)	(18歳以降の 治療年・月)	(治療内容)

問5. 問4の該当事例のうち、各市町村で実施されている重度心身障害者医療費助成制度による自己負担の一部または全部の償還対象外であった事例がありますか？該当する番号に○印を付けてください。

- 1 該当する事例は見当たらない。
- 2 該当する事例があった。

問6. その他育成医療、更生医療の利用者の費用負担について、利用者が支払いに支障が生じるなど困難に直面している事例についてご存じでしょうか？(該当事例についてご記入ください。)

問7. 小児慢性特定疾病ならびに難病のお子さんが、自立支援医療制度を利用しようとする際に、問題となること、解決が要望されることなどがございましたらお書きください。

問8. その他身体障害者に係る医療関連制度について課題とお考えのことがございましたらお書きください。

質問は以上です。お忙しいなか調査にご協力いただき、ありがとうございました。

平成 27 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）
「地域のストレングスを活かした精神保健医療改革プロセスの明確化に関する研究」
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）
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。

【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 27 年 12 月末現在、全国 67 の審査会には 211 の合議体があり、1,369 人の委員が任命されていた。平成 26 年度は、1 回の合議体当たり平均 151.1 件の書類審査がなされていた。退院請求については 2,501 件、処遇改善請求については 342 件が審査されていた。退院等の請求受理から結果通知までの期間は平均 32.5 日であった。（2）16 の審査会より入院医療の諸問題を内包する 23 の事例が報告された。（3）平成 27 年 11 月、横浜市において第 1 回シンポジウムを開催。弁護士による病院への出張相談の実績が報告されたのち、平成 25 年の精神保健福祉法改正に伴う医療保護入院のあり方、特に家族同意の問題点について、シンポジストから多彩な報告や提案があった。平成 28 年 2 月、東京都において第 2 回シンポジウムを開催。平成 26 年度に当研究班が提案した公的保護者制度について基調報告がなされ、当事者、家族、法律家、精神保健福祉士が多角的に批判を加えた。

【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（特に非医療委員）が増加している。退院請求等の審査件数も漸増しているが、書類審査に対する件数も含めて地

域差が大きい。(2) これまでの研究により、通算7年間で155例のトラブル事例が集積された。入院の同意者や退院等の請求者の適格性、非自発入院の適否、任意入院者からの請求、処遇や医療の内容に対する審査会の介入権限、審査手続きなどの論点が抽出された。審査会事務局からの相談窓口の常設が望まれる。(3) 公的保護者制度は、非自発入院に対する国や自治体の責任を明示し、家族の負担軽減や入院患者の権利擁護、退院促進をめざす制度であるが、権利擁護の機能は限定的となろう。しかし、公的保護者と病院との対等な関係性は、権利擁護の強化や医療の質の向上に資すると思われる。

【結論】精神医療審査会活動の均てん化のためには、審査会活動のモニタリングとトラブル事例の収集・分析、そしてその成果を検討するシンポジウムの定期開催が必要かつ有効である。

A. 研究目的

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、全国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26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を求めた。調査項目は資料1に示した通りである。

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、所定の様式に沿って、平成26年11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

全国精神保健福祉センター長会議との共催で、平成27年11月21日に横浜市、平成28年2月26日には東京都にて、講演会とシンポジウムを開催した。

(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

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。その集計結果を資料1に書き込んだ。また、退院および処遇改善請求の審査状況を図1および図2に表示した。

2. 検討事例の収集

16審査会より23事例が報告された。主な論題別にその概要を示す。

(1) 医療保護入院への同意に関する事例

① 医療保護入院届の同意者が別姓の配偶者であったため、病院に問い合わせ。住民票で同姓の夫婦であることを確認。

② 25年法改正以前に市長同意で医療保護入院となった事例が改正後に退院請求。入院継続としたが、同胞がいるため市長同意は不相当と回答。病院の説得により兄が何とか同意し、入院継続となった。

(2) 家族間の対立に関する事例

③ 医療保護入院の同意者が入院者の預金を無断で引き出したとして、入院者が頻回に退院を請求。同意者は本人の同意の下で引き出したと主張。調査の結果、同意者の主張が受け入れられ、現状継続の裁定となった。親族間の金銭トラブルに審査会が巻き込まれた事例。

④ 医療保護入院の同意者（親族）が入院後に主治医となった事例。同意者と対立する親族が弁護士を代理人として退院および処遇改善（通信・面会制限の解除等）を請求した。親族が主治医となって行動制限することには利益相反の疑いがあるが、規制条文なし。入院継続は妥当、通信・面会制限は解除と裁定した。

⑤ 医療保護入院の同意者が入院後に接近禁止等命令仮処分を申し立てたが、別の親族が退院請求。同意者資格について病院に問い合わせたところ、その4日後に退院となった。入院の妥当性を審査しようとしたところ、病院が「退院勧告するなら県の事業に協力しない」と抗議。退院をもって審査終了としたが、入院者は「不当な入院を調査してほしい」と訴え。仮処分申立が係争に当たるかどうかについても疑義が残った。

（3）家族等の請求に関する事例

⑥ 医療保護入院者について、主治医交代と転院を求めて家族より退院および処遇改善の請求。家族と病院との信頼関係が破綻している事例であるが、審査会としては、主治医から家族への情報提供を継続されたしという意見を附帯して、現状容認の裁定を下した。後日、請求者から県に対して質問状が送付された。

⑦ 医療保護入院者本人の同意なく非親族から退院の請求がなされたため、不受理としたところ、後日、入院者と養子縁組をして再請求あり。しかし、請求者が意見聴取に参加せず、現状継続となった。請求者の真意に疑問が残った。

④⑤③も家族等の請求事例。

（4）代理人の請求に関する事例

⑧ 退院先の見通しが無いまま、代理人弁護士が任意入院者の退院を請求。病院側は

「病的に医療保護入院は不要」としつつ任意入院を継続。同胞あるが、入院に同意しないため、医療保護入院への変更も困難。審査会委員の伝手で救護施設に退院したが、1ヶ月後、別の病院に応急入院となった。退院促進は審査会の役割ではない。

⑨ 任意入院者の任意代理人を名乗る非親族が処遇改善（職員の暴言の是正など）を請求。請求の権限がないことを説明したが、納得せず、法務局など他機関にも同様の訴えを反復した。入院者同席の元、病院が請求者と協議した結果、ようやく収拾した。代弁者制度について考えさせられる事例。④⑫⑰⑱も代理人の請求事例。

（5）医療保護入院の適応に関する事例

⑩ 寝たきりの認知症例への医療保護入院者に対して、期限付きで退院を勧告。期限を超えたため再勧告したところ、高齢者施設に退院となった。入院者の権利擁護と退院先確保困難の現状とを秤量して審査する必要あり。

⑪ 寝たきり状態の認知症例。医療保護入院の書類審査で病院に意見書提出を求めたところ、療養型一般病院に転院したとの報告あり。退院命令は不実施。

（6）任意入院者の請求に関する事例

⑫ 任意入院者が弁護士には退院請求を依頼する一方、病院に対しては入院に同意する態度を示したため、審査会がどう対応すべきか苦慮した。退院により審査終了となった。

⑬ 親族から退院および処遇改善（隔離解除）が請求された任意入院者。診断は発達障害を伴う精神病圏。拒薬による職員への暴力のため長期隔離されていたが、本人は請求者と異なり、入院継続を希望。任意入院は継続、隔離は解除と裁定したところ、ほどなく自宅退院となった。

⑧⑨も任意入院者の事例。

(7) 病院側の対応に関する事例

⑭ 医療保護入院者からの退院請求により意見聴取したが、主治医による入院継続の説明に合議体が納得せず、意見書の再提出を求めた。親族の電話による意見聴取も追加したため、審査期間が延長した（結果は現状継続）。家族等の意見聴取は必須事項かどうか。

⑮ 医療保護入院の定期病状報告書に「退院への取り組みを検討する段階ではない」との記載があったため返戻したが、主治医が修正や追記を拒否。管理者が指導することで決着した。「重度かつ慢性例」などの判定基準が必要ではないか。

⑯ 病院管理者が入院形態変更の審査結果に不服のため、合議体での意見陳述を希望。行政不服審査の請求を勧めたが、実施されず、入院形態も変更されていない。現況報告の要請や再度の意見聴取を検討中。

⑰ 開放病棟に長期在院している医療保護入院者の書類審査にて、任意入院への変更可能との意見あり。病院に問い合わせたが、医療保護入院継続の根拠がなお不明瞭であったため、入院形態変更と審査した。その後も実施されないため理由を質したところ、数日後、任意入院に変更された。審査開始から6ヶ月後であった。

⑱ 医療保護入院中の認知症事例について本人から退院請求あり。入院届の診断は重度認知症であったが、意見聴取では別病名。認知症病棟に入院させるための方便であったとの主治医の説明に対し、審査会は刑事告発（診断書偽造、偽造私文書等行使）を検討した。しかし、軽度認知症は事実であり、医療保護入院の要件はあったため告発は見送り、現状継続の裁定とした。書類審査の限界や審査会の告発権限が論点となった。

⑲ 拒薬のため入院から長期間、薬物療法

を開始されないまま退院・処遇改善を頻回に請求する医療保護入院例。医療保護入院は継続と裁定した上、院内倫理委員会で治療方針を再検討し、1ヶ月後に進捗状況を報告するよう意見を附帯。意見聴取後の院内会議で不同意投薬の承認がなされた。

(8) 審査手続きに関する事例

⑳ 措置解除後に医療保護入院となった事例から退院請求が出されたが、病院側から「措置解除の時点で請求取り下げの見込み」と連絡があったため、審査手続きを中断。しかし、後に取り下げの意志がないと確認されたため審査を再開し、現状継続の裁定となった。請求者の意志を審査会が直接確認する必要性を痛感した。

㉑ 医療保護入院者の代理人弁護士から合議体への参加と意見書等の事前開示を求められたが、県の個人情報保護条例を根拠に事前開示を拒否したところ、当該弁護士から国の審査会運用マニュアルに反すると抗議あり。国に問い合わせたところ、「各県で検討してほしい」との回答。審査会事務局が板挟みとなった。

(9) その他の事例

㉒ 持ち込み物品などに関する処遇改善を頻回に請求する医療保護入院者。弁護士による請求もあり。請求要件に該当しないとの回答を続けている。

㉓ 14歳の医療保護入院者からの退院請求。通常の手続きで審査し、現状継続としたが、未成年者の権利行使にはサポートが必要なのではないか。

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討論

(1) 横浜シンポジウム

平成27年11月21日、横浜市において、当年

度第1回のシンポジウムが開催された。最近の精神保健福祉施策に関する厚労省からの講演の後、「入院患者の権利擁護に関する一つの試み～神奈川県立精神医療センター出張相談に見る」と題する講演が同院スタッフによってなされ、弁護士による出張相談事業が紹介された。

この事業は、法テラス制度を活用して、弁護士2名が月1回病院に赴き、入院者を対象に権利擁護や経済問題など、様々な法律相談に応じる事業で、平成23年度の医療観察法病棟立ち上げを機に開始された。これまでに行われたアンケート調査によれば、利用者の評価は概ね良好であったが、職員からは事前の情報伝達や事後の手当て、弁護士と職員の意見交換などの面で課題が指摘された。今後も、入院者の安心感の増大と権利擁護文化の成熟、それに医療の透明性の確保のために、この事業を継続する方針が語られた。

次いで、「家族の同意制度は本当に必要なか？」と題してシンポジウムが持たれ、鳥取県と横浜市の精神保健福祉センター、神奈川県精神保健福祉士協会、北里大学医学部精神科、それに横浜弁護士会から5名のシンポジストが登壇して、平成25年の精神保健福祉法改正による医療保護入院制度の見直しとそれに起因する諸問題について論じられた。

各シンポジストから、保護者制度の廃止の一方で家族同意が残存したこと、首長同意の適応が狭められたこと、退院等の請求権者が拡大されたことに伴う問題点が様々な事例や実務上のエピソードを通して提示された。そして、疎遠な親族や拒絶的な親族の入院同意を得ることの意味が問われ、次期精神保健福祉法改正に向けて、非自発入院手続きの再検討（家族同意の廃止、首長同意の適応拡大など）や入院者の権利擁護強化策（弁護士相談制度の拡充、代弁者制度の導入など）が提案された³⁾。

(2) 東京シンポジウム

平成28年2月26日、東京都において、厚労省からの講演の後、「精神保健福祉法次期改正に向けて～公的保護者制度の検討」と題して、

当年度第2回のシンポジウムが開催された。

シンポジウムでは、平成26年度に当研究班が提起した公的保護者制度について研究協力員から基調報告がなされ、当事者（大阪精神医療人権センター）、家族（精神保健福祉会）、法律家（成城大学法学部）、精神保健福祉士（帝京平成大学健康メディカル学部）による意見表明と討論が持たれた。

公的保護者制度とは、医療保護入院に際しての家族同意に代わって、国が認定する精神保健専門員（仮称）が入院に同意するとともに、入院中の権利擁護や退院促進に努める責務を負うという制度で、英国の制度にヒントを得ている¹⁾。また、前回の横浜シンポジウムで指摘された諸問題を克服するための提案でもある。ただし、英国とは非自発入院の件数が桁違いに多いため、当面は首長同意（医療保護入院の約1割）に限定しようというものである。

この提案に対して、各シンポジストからは、現状から一歩前進と評価される点もある反面、入院同意と権利擁護、退院促進を1人の公的保護者が担うことは理想的にも実務的にも無理であること、入院手続きの整合に重点があり、権利擁護と退院促進に係る責務と権限が曖昧であること、入院者本人の同意と信頼を前提にできないこと、公的保護者の人権意識や退院促進に係る力量を担保するシステムがないこと、そして、権利擁護に資するかに見える公的保護者制度が、大量の非自発入院や長期在院を産み出すわが国の精神医療の構造的問題の隠蔽に手を貸すおそれがあること、などの批判が表明された。また、医療保護入院と措置入院を統合した新たな非自発入院制度を検討し、入院決定に家族や保護者等の同意は不要とすべきであるとの点で、シンポジストの意見が一致した⁴⁾。

D. 考察

1. 審査会活動の動向

精神医療審査会制度が立ち上がって28年の間に、合議体数、委員数、審査件数ともに増加してきた。平成15年度（2003年度）と比較すると、政令市の増加などにより、平成26年度

(2014年度)の審査会数は60から67に増加、合議体数は170から206に、委員数も906人から1369人に増加した。

委員の構成比(5人中の比例配分値)は、平成15年度、医療委員が2.90人、法律家委員と有識者委員がともに1.05人だったのに対して、平成26年度は、医療委員2.74人、法律家委員と有識者委員がともに1.19人と、非医療委員の比率が上昇している。

書類審査件数は、平成15年の約19万4千件から26年度は約26万8千件に増加しているが、1回の合議体当たりの書類審査件数は、合議体開催数の増加によって、平均141件から135.6件へと減少している。しかし、最大357件(埼玉県)から最小31件(相模原市)まで、地域差が大きい。

退院等の請求審査件数は、平成15年度の2031件から平成26年度の2843件まで、11年間で4割増加しているが、図3のように少なからぬ地域差がある。ただし、請求審査件数は在院患者数と年間入院件数に相関するため、図4に書類審査件数に対する請求審査件数の比率(%)を示した。これらの数値の多寡をもって権利擁護の指標とするわけにはいかないが、精神科病院に外部審査の目が入る頻度を都道府県別に表す数値であることは確かであろう。

なお、審査に要する日数は、平成15年度は平均37.5日から26年度は32.7日に短縮した。平成25年度に当研究班が提案した合議体委員や事務局員の増員案が実現すれば、さらに迅速な審査が可能となろう。

2. 事例群の検討

事例の収集は、平成14~16年度、および24~27年度の7年にわたって行われ、155例が集積している¹²⁾。これまでの研究報告書を振り返ると、これらの事例群が提起する問題点は、以下のように整理されよう。

第1は、医療保護入院の同意者あるいは退院等の請求者の適法性や適格性に関する問題で、25年の精神保健福祉法改正後に増加した。

第2は、非自発入院継続の医学的根拠に関す

る問題である。寝たきりの認知症、治療意欲に乏しいアルコール依存症などが含まれる。原則として非自発入院を継続する対象とはならないが、退院・転院先や退院後の処遇について見通しが立たない事例も多い。

第3は、審査会の権限に関する問題である。転院や治療方針の見直しが望ましいと思われる事例に対して精神医療審査会がどこまで介入できるか、審査会の裁定に従わない事例にどう対応すべきかを含む。

第4は、任意入院者からの退院や処遇改善請求(行動制限緩和など)への対応に関する問題である。原則として退院とするか医療保護入院に変更すべきであるが、ともに困難な事例もある。

第5は、審査手続きに関する問題で、頻回請求事例、代理人と入院者の意志が齟齬する事例、代理人からの情報開示請求にどう対応すべきかを含む。

このほか、集積事例群の中には、法的規定の欠如に基づくトラブル事例や国も判断に迷う論題が含まれている。こうした事例が生じた際に、審査会事務局が相談できる常設窓口があることが望ましい。

3. 公的保護者制度

公的保護者制度は、医療保護入院に対する国や自治体の責任を明確化し、家族の負担を軽減するとともに、入院者の権利擁護と退院促進の支援をめざす制度である。この制度の提案に対して、東京シンポジウムでは、前記のように、様々な角度から批判的な意見が提示された。

特に精神医療審査会制度のあり方を検討する観点からみて重要なのは、入院者の権利擁護に資することができるのかという批判であろう。入院者本人にとって不本意な入院に同意した第三者に対して、入院者が信頼を寄せ、権利擁護者と認識することは、少なくとも入院当初は困難であろう。

したがって、公的保護者が担うことのできる権利擁護者の機能は、限定的とならざるをえない。ただし、入院中の処遇や医療の内容に対して、親族よりもニュートラルな立場で評価し、

場合によっては退院や処遇改善の請求を支援することが可能である。医療機関と公的保護者との対等な関係性は、医療の質を向上させる因子ともなりうる。

権利擁護や退院促進の支援機能は、もとより特定の個人が単独で担えるものではない。複数の職種・機関が重層的に担うべき機能である。公的保護者制度は、その機能に厚みを加えることを意図しているのであって、他の職種・機関による支援機能を排除するものであってはならない。

当研究班による公的保護者制度の提案が、今後、様々な場で検討され、入院者の権利擁護と適正な医療の確保に貢献できる議論につながることを期待したい。

E. 結論

精神科利用者の権利擁護と適正な医療の確保のためには、精神医療審査会の活性を高め、地域差を縮小することが不可欠である。そのためには、審査会活動をモニタリングし、トラブル事例を収集・分析する作業、そしてその成果を公開し、多角的に検討するシンポジウムの定期開催が必要かつ有効と思われる。

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

今年度の東京でのシンポジウムにおいて、研究成果の一部を発表した。

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

I. 引用文献等

- 1) 河崎建人、平田豊明、八尋光秀他：入院患者の権利擁護に関する研究。平成 24～26 年度厚生労働科学研究「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。137-162, 2015

- 2) 山崎敏雄、平田豊明、弟子丸元紀他：措置入院制度の適正な運用と精神医療審査会のあり方に関する研究。平成 16～18 年度厚生労働科学研究「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）報告書。121-143, 2007
- 3) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.38, 2015
- 4) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.39, 2016