

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

総括研究報告書

研究代表者：藤井千代（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
分担研究者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）、川副泰成（総合病院国保旭中央病院）、
椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、瀬戸秀文（長崎県病院企業団長崎県精神
医療センター）、松田ひろし（全国精神医療審査会連絡協議会）、佐竹直子（国立研究開発法人国
立精神・神経医療研究センター病院）

要旨

本研究の目的は、地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、エビデンスに基づいた効果的な精神保健医療福祉サービスを地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことである。地域精神保健医療福祉体制の機能強化に関連する、①自治体による精神障害者支援のあり方、②精神科外来の機能強化、③措置入院の適正化、④退院後支援のあり方、⑤権利擁護のあり方、⑥精神科医療の国際比較 に関する課題について調査研究を実施した。今年度は、研究成果を踏まえた普及啓発、研修会の実施、市町村を対象とした精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための手引きの作成等、研究成果の実装につながる取り組みを重点的に行った。本研究の成果が、精神障害者が地域で安心して自分らしい生活をするための支援提供体制のより一層の発展に寄与することを期待したい。

【研究目的】

本研究の目的は、地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、エビデンスに基づいた効果的な精神保健医療福祉サービスを地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことである。

2021（令和3）年3月には、厚労省より「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」報告書が発出され、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）の対象は精神障害の有無にかかわらず住民全体であり、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等

（以下、「精神障害を有する方等」）の地域生活を支えるものであること、地域共生社会の実現を目指すうえでは「にも包括」の構築推進が欠かせないこと等が示された。

本研究班は、この「にも包括」を構成する要素として挙げられている要素のうち、主として地域精神保健及び障害福祉、精神医療に関する課題に対応している。精神医療に関しては、包括的支援マネジメントの普及による多職種・多機関連携の推進や、平時の対応の充実に関すること、精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の適切な対応のあり方として、特に措置入院に関連する課題について扱う。さらには精神障害を有する方等の権利擁護のあり方、

国際的な視点から見た我が国の精神医療のあり方など、多角的な検討を行い、今後の地域精神保健福祉の機能強化に資するエビデンスを蓄積することを目指す。

本研究班は、上記の課題に対応するため、以下の7つの分担研究班で課題の検討状況を共有しつつ、調査研究を実施した。各分担研究班の構成は以下の通り。

- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究（野口正行）
- ・ 精神科外来機能強化に関する研究（川副泰成）
- ・ 措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究（椎名明大）
- ・ 措置通報及び措置入院の実態に関する研究（瀬戸秀文）
- ・ 精神医療審査会のあり方に関する研究（松田ひろし）
- ・ 精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究（藤井千代）
- ・ 精神保健医療福祉制度の国際比較（佐竹直子）

【今年度の成果】

各研究班が、以下の関連課題について連携しつつ、調査・研究を実施した。

1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究（野口分担班）

本分担研究班では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築の概念整理とそれを支える自治体の重層的支援体制の構築のあり方を検討した。

令和元年度には前年度の自治体のガイド暫定版作成を受け、「アウトリーチ支援」、「協議の場の運営」、「包括的支援体制の推進」について概念整理とポイントの整理を行った。令和2年度は、自治体の精神保健の現状と課題を整理するため市区町村と精神保健福祉センターへの調査を行い、厚生労働省の「精神障

害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」に「自治体の精神保健」、「市町村の現状と課題」「精神保健福祉センターの現状と課題」に関する資料を提出した。

令和3年度は令和2年度までの成果を踏まえて、市町村職員のための「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）構築のための手引き作成を行うとともに、市町村職員の人材育成のための研修プログラムを作成した。

手引きについては、市町村保健師を主な対象として、必ずしも精神保健を主な活動としていない専門職にも参考になるように作成した。わかりやすい記載を心がけ、「にも包括」の意義、その目指すところ、重層的支援体制整備事業など「地域共生社会」との関連、個別支援、連携体制などについて記載した。また、さらに詳しく知りたい職員のために、手引きの詳細版を併せて作成した。これまでに「にも包括」関連の手引きについては、地域移行支援にある程度焦点を当てたものはあったものの、市町村ニーズが高い、地域保健全般における精神保健相談ニーズに対応したものはなかった。今後改訂していく必要はあるが、まず第1版が完成した意義は大きいものと考ええる。

研修については、令和3年度は、埼玉県A市、石川県B市、兵庫県C市、広島県D市に対して、令和3年9月6日、同12月22日、令和4年3月23日にトライアル研修を行った。市町村ニーズと課題と感じているところの確認、研修内容が市町村ニーズとマッチしているかどうか、などを確認することができた。今後、手引きと連動した研修を開催できるよう、来年度以降準備を進めていく予定である。

2) 精神科外来機能強化に関する研究（川副分担班）

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する観点から、最終年度

で以下の調査を実施した。

【調査 1】単一の精神科診療所における医師の訪問診療等に関する実態調査を実施した。診療報酬における訪問支援で想定する「長期入院後の地域支援」を理由とした訪問開始が少なく、必ずしも入院を経験していない、もしくはそもそも医療機関とのコンタクトがこれまでにない、というケースに対する精神科医師の訪問診療ニーズの高さがうかがわれた。これは 2020 年度の 12 医療機関を対象に実施した調査と同様の結果であった。加えて、当初は外来に通院できていたが治療の過程で一時的に訪問診療が必要になった場合や、従来介護保険制度での支援が想定されているケアホーム等に入居中の高齢者への訪問診療も一定数あり、医師の訪問診療に対する地域社会側の多様なニーズが明らかとなったこれらのことから医師による訪問医療の提供が、入院や医療中断（およびその後の病状悪化）を防止していることが推察された。訪問診療は平均で 2 年以上継続しており、精神科在院患者支援管理料等が想定している 2 年間では不十分であることが示唆された。

【調査 2】包括的支援マネジメント (ICM) の実装による効果を検証するため、石川県立こころの病院において精神科救急入院料病棟に入院した者に対して行なわれている「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援について継続的に調査した。その結果、入院中に精神症状と生活障害が改善され、1 年後の精神症状と生活障害は改善されたまま維持していることが明らかになった。精神科急性期病棟に入院を必要とする者では、複数の生活課題への対応と同時に、精神症状の改善と維持に対する支援の必要性が高いため、精神科医療機関を主体とした ICM によって地域定着が推進されることが示唆された。

3) 措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究 (椎名分担班)

本分担研究班では精神保健福祉法に基づく

措置入院の適正化に関する研究を実施している。措置入院の適正化にあたっては、精神保健指定医が適正な措置診察を行うために必要とされる知識及び技術を効率的に習得できる修練方法の開発が必要と考えた。今年度は、措置診察技法の習得を促す教材開発に関する調査票を全国の精神科病院に送付した。結果、公的病院勤務医 183 名、民間病院勤務医 380 名、その他 8 名（大学等教職員 2 名、病床を持たない総合病院の精神科勤務医 2 名、精神科クリニック勤務医 2 名、その他 1 名）の計 571 名から回答を得た。自治体ごとに見ると、全国 47 都道府県のうち 41 都道府県から各 1 名以上の回答があった。

回答者の多くが、措置診察技法については上司や先輩から教わる、上司等の措置診察場面を見学する、措置入院した患者の診療を通じて学ぶ、といった経験を答えていた。一方で文献を読んで勉強した回答者は半数に留まり、研修会や事例検討会に参加した者は 3 割程度、資格取得・更新のための指定医講習会を除く国や自治体の研修に参加した者は 1 割に満たない。すなわち、現在精神保健指定医として活動している者の多くが、措置診察に関する系統的な教育を受けていないことが明らかとなった。また、調査結果からは、措置診察技術の向上及び均霑化が必要であること、そのための教材作成を行うこと、教材の内容としてはオンライン学習が可能な模擬事例を主体としたものが望ましいこと、教材を用いた研修による教育の限界についてわきまえること、教材の普及のための方策として、指定医講習会や自治体による研修、任意による研修との連携の是非について検討すること、研修と別個に、指定医診察への陪席や、措置診察後の経過に関する後日のフィードバックの適否についても検討を要すること、教育手法の検討と並行して措置入院制度のあり方に関する考察を行うべきこと等が考えられた。今後は上記を踏まえて措置診察技術の向上とそれに関連した措置入院制度の適正化を目指し

た研究を継続する必要がある。

4) 措置通報及び措置入院の実態に関する研究 (瀬戸分担任)

措置入院の適正化を行うにあたっては、措置入院後の患者の経過や措置解除の判定基準について客観的な指標に基づいて検討することが必要である。このため本分担任研究班では、措置入院となった精神障害者の前向きコホート調査を実施している。

【研究1】2016年6月1日から2019年9月30日までのうち連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とし、措置入院時、措置解除時および退院時に、年齢や性別、診断、症状、状態像、転帰、処方などを調査した。また精神症状・社会機能を1ヶ月おきに措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度(PSP)を用いて評価した。あわせて、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰について検討した。

回答が得られた496例のうち、退院後の医療機関への入院状況は、観察期間、最長365日で、うち措置入院した医療機関への入院は、入院した65例、入院していない411例、不明20例であった。措置入院した医療機関での治療状況は、入院中22例、通院継続中116例、受けていない358例であった。治療を継続していない理由は、治療中断19例、他院紹介転院273例、治療終了7例であった。退院1年後の生存状況は、生存172例、死亡7例、不明317例であった。退院後の通院継続期間は、平均127.2日±標準誤差7.4日であった。このうち措置解除時の入院継続例173.5±10.4日、通院例156.9±19.8日、転医例31.0±18.2日であった。措置入院時の診断別にはF2統合失調症127.2±9.6日、F3気分障害158.1±19.6日であった。退院後の再入院までの期間は、全496例では再入院63例(12.7%)、平均89.4日±標準誤差10.2日であった。このうち措置解除時の入院継続例96.8±12.7日、通院例

83.9±18.3日、転医7.4±5.0日などであった。措置入院時の診断別ではF2統合失調症300例では再入院40例、73.2±9.9日、F3気分障害75例では再入院9例、104.5±22.2日などであった。

【研究2】措置入院患者の退院後死亡リスクを検証するため、2016年6月1日から2019年9月30日までの期間において、11研究協力医療機関に措置入院となった後に措置解除を経て退院となり、かつ退院後に当該施設と1回以上接触を持った226人の退院1年以内死亡率を求めた。また、厚生労働省作成の簡易生命表に基づき、標準化死亡比(standardized mortality ratio: SMR)を算出した。その結果、措置入院患者の退院後死亡リスクが一般の精神障害者の死亡リスクより著しく高いことが示唆された。

【研究3】措置入院の退院1年後の通院継続状況とサービス実施状況の関連を明らかにするため、2016年6月1日から2019年9月30日までのうち連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とし、Kaplan-Meier methodを用いて検討を行った。その結果、措置入院患者の退院後の通院継続がなされていることと、何らかのサービス利用との間には関連があることが示唆された。また、少なくとも退院後1年の間では、とりわけ訪問系サービスによる支援が必要であると考えられ、継続的な治療意思決定支援が必要であると思われた。一方で、そもそも何らかのサービス利用を受け入れ可能であったという時点で選択バイアスが発生していると考えられ、今後はこれらを考慮しながら、多角的に分析を行う必要があると考えられた。

5) 精神医療審査会のあり方に関する研究 (松田分担任)

本分担任研究班の目的は、精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神障害者の権利擁護に関する制度的改革を提案することである。

令和2年度(2020年度)の精神保健福祉資料および衛生行政報告例から2019年度の精神医療審査会関連データを抜粋して集計・可視化し、審査会活動の動向を分析した。書類審査件数は近年27万件台で微増しているのに対して、退院等の請求受理件数は2019年、2020年で10%以上増加している。精神保健福祉資料によれば、2019年度、退院請求は93.6%が現状維持(請求棄却)、処遇改善請求は93.5%が請求棄却とされていた。

令和3年(2021年)7月から8月にかけて、全国67の精神医療審査会事務局を対象として、令和2年度の運用実績調査(事務局調査)、および合議体委員と事務局員(計1,892人)を対象として、審査会運用に関する約70項目にわたるアンケート調査(合議体委員調査)を実施した。事務局調査の結果、2020年度には222の合議体で1,888回の合議が開催されていた。合議体の構成員は予備委員を含めて1,571人で、医療委員が53.6%、法律家委員が22.4%、保健福祉委員が25.0%という比率であった。医療委員が2人の合議体は6審査会の10合議体(4.5%)であった。合議体の開催時間や書類の返戻率、審査様式には地域差が大きかった。退院請求の審査状況は前年度と同様であったが、代理人弁護士による請求では請求棄却となる比率が84%で、弁護士が付かない請求より9.8ポイント低かった。退院等の請求が1件もなかった病院が46.7%あった。現地意見聴取に赴く委員数や請求棄却以外の審査結果通知日数もばらついていた。合議体委員調査では、609人(32.2%)から回答があった。

今回の全国調査の結果を踏まえて、①虐待事案防止のために審査会運営マニュアルを改定するとともに、障害者虐待防止法の対象に精神科病院を含める必要があること、②運営マニュアルを政省令に格上げし、その趣旨を徹底させて適正な手続きを確保する必要があること、③代理人弁護士の請求を拡大することなどを指摘した。また、法律家委員と保健

福祉委員が審査会の理念を重視し、医療委員と事務局員は医療の現実と実務の現状を重視した回答をしていたが、理念重視が原則ながら、こうした差異が審査会に緊張感をもたらし、実効性のある改善の熱源ともなることを指摘した。今後は、これまでの研究成果を踏まえて、精神医療審査会運営マニュアルを改定する必要があると考えられる。

6) 精神障害者の意思決定及び意思表明支援に関する研究(藤井分担班)

本分担研究の目的は、障害者権利条約の観点から入院中の精神障害者の権利擁護のあり方を検討し、実行可能性のある権利擁護システムについての提言を行うことである。令和元年度は、精神障害当事者によるグループミーティングにおいて検討された内容を踏まえて、「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案」を作成した。提案では、障害者権利条約との関連性を整理し、自治体が運営する「権利擁護センター(仮)」の設置と、医療機関とは独立した第三者が権利擁護のための役割を担う「個別相談員(仮)」が精神科病院への訪問等による支援を提供する仕組みについて示した。令和2年度は、研究協力自治体において、「個別相談員(仮)」が実施する精神科病院への訪問等による精神科病棟入院者への権利擁護活動の試行を実施する予定であったが、COVID-19感染拡大により実施困難となったため、COVID-19感染拡大下においても実施可能な権利擁護の取り組みのあり方を検討した。権利擁護のための新たな個別面談の手段として、NPO 法人大阪精神医療人権センターと大阪精神科病院協会の協力により、タブレット端末を用いたオンライン面会を実施する体制を確立した。令和3年度は、オンライン面会を継続するとともに、個別相談員(仮)養成のための研修のあり方を検討し、「精神科アドボケート養成講座」(基礎編)をオンラインにて実施した。

7) 精神保健医療福祉制度の国際比較(佐竹分担任)

障害者の権利擁護について日本は欧米諸国に比べ遅れており、これからの日本の精神保健医療福祉制度を検討するときに、精神障害者の権利擁護制度の充実が重要な課題である。海外の精神保健福祉分野における権利擁護制度に関して、カナダ・ブリティッシュコロンビア(BC)州の制度について調査した。

BC州の権利擁護サービスは、①日常生活における権利擁護サービスと、②強制医療における権利擁護サービスの大きく2つに分かれ、主にNGO団体がサービスを提供している。日常生活における権利擁護については、精神障害者以外の障害(身体、知的)や高齢者、なども同様な問題があると思われ、精神障害に限定したサービスより、他の障害と同じ制度の中で対応する方向性がよいと考えられた。

強制医療における権利擁護制度に関しては、①権利擁護のための情報提供、②アドボケイトサービス、③精神医療審査会の充実の3点において充実した制度が構築されていると考えられた。

権利擁護のための情報提供に関しては、州政府、精神医療審査会、NGO団体などいくつかの情報提供サイトがあり、本人、家族に対してアクセスしやすくわかりやすい情報提供を心掛けている。保健省が強制入院経験者に対して、強制入院の状況に対しての医療者からの説明がどの程度理解されているか調査するなど、効果的な情報提供についての検討がなされている。より分かりやすいパンフレットやサイトを構築し、必要な情報がタイムリーに届くように工夫しており、日本でも同様の調査や情報提供を行うことが望ましいと考えられる。

アドボケイトに関しては、現在日本においても導入が検討されているところであるが、BC州の制度は一つの参考になると思われる。誰がアドボケイトを担うのかについては、BC州のように専門家でも非専門家でもアドボケ

イトになりうるようなものと、イングランドのIMHAのように研修を受けた専門家が担うものがあるが、非専門家である本人が希望する家族・知人がアドボケイトを担う場合にも、彼らに対する情報提供を精神医療審査会が実施しており、本人が希望する人に自分の権利擁護を行ってほしいという本人の希望に沿うことが可能になるような体制になっている。また、法律家によるアドボケイトについても、NGOが提供する法律サービスへの無料での派遣要請が可能であるなど、強制治療下での権利擁護について、協力体制が得られない孤立した状況にならないような制度が整備されている。

【結論】

以上の成果により、神障害にも対応した地域包括ケアの具現化に貢献できる精神保健医療福祉サービス提供のあり方を示すことができたものと考えられる。全国規模の調査等を通じてエビデンスを示すとともに、研修等を通じて研究成果の普及に努めており、本研究の成果が、精神障害者が地域で安心して自分らしい生活をするための支援提供体制のより一層の発展に寄与することを期待したい。