

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

総合研究報告書

研究代表者：藤井 千代

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 部長)

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。我が国においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を新たな政策理念として、各地域での地域精神保健医療福祉体制の充実を図りつつある。本研究では、7つの研究分担任班において、地域精神保健医療福祉制度の充実に係る課題を検討した。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、市町村を基盤として構築を進めていくことが重要であり、そのための体制整備、人材育成が急務であることを踏まえ、市町村職員を対象とした手引きおよび研修プログラムを作成した。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素のひとつである、「精神医療の提供体制」を構築するうえで重要な支援技法である、包括的支援マネジメントとアウトリーチ支援については、支援の実装による効果検証および好事例である医療機関における実態調査により、その効果を示した。措置入院に関しては、今回、本研究において実施した様々な実態調査、関係者アンケート等を通じてその課題を整理することができた。措置入院関連のガイドラインの運用については、COVID-19の影響もあり、十分な調査ができておらず、感染収束後の課題として持ち越した。精神障害者の権利擁護のあり方については、現状では精神医療審査会がその役割の多くを担っているのが現状である。精神医療審査会の機能強化と均てん化は十分に進んでいるとは言い難く、各精神医療審査会事務局が運営に苦慮している状況が認められた。今後、本研究の成果を踏まえて、運営マニュアルの改正への提言をしていきたいと考えている。また、アドボケイトについては、精神科病院への個別訪問支援のあり方について、研究班内では一定のコンセンサスが得られたものの、その実装については、人材育成のあり方も含め、さらなる課題整理が必要である。国際的な動向も注視しつつ、今後の検討課題としたい。

さらなる検討を要する課題はあるものの、本研究の実施により、精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一定程度示すことができたものと考えられる。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。

分担研究者：

野口 正行
(岡山県精神保健福祉センター 所長)
川副 泰成
(総合病院国保旭中央病院 院長補佐)
椎名 明大
(千葉大学社会精神保健教育研究センター
特任教授)
瀬戸 秀文
(福岡県立精神医療センター 太宰府病院
医長)
松田ひろし
(全国精神医療審査会連絡協議会 会長)
菊池安希子
(国立精神・神経医療研究センター 精神保
健研究所 地域・司法精神医療研究部室長)
佐竹直子
(国立精神・神経医療研究センター病院第一
精神診療部)

A. 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「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(菊池安希子(令和元年)、佐竹直子(令和2-3年))

以下に分担班ごとの研究成果を示す。研究遂行にあたっては、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、各分担研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得ている。

自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究（分担：野口正行）

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。

研究方法

2019（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。2020（令和2）年度には、自治体の精神保健の現状と課題を整理するため2020（令和2）年6月～10月に以下の調査を実施した。

① 市区町村調査

対象：全国の1,741市区町村

調査方法：厚生労働省より、各都道府県に研究班が作成した調査票を送付し、各都道府県から各市町村に調査票と依頼文書を送付するように依頼した。各都道府県は各市町村からの回答を集約して厚生労働省に提出した。研究班においてデータを集計・分析を行った。

② 中核市調査

対象：全国の中核市60ヶ所

調査方法：研究班より各中核市に研究班が作成した調査票を送付し、各中核市からの回答を研究班が集約して厚生労働省に提出した。研究班においてデータを集計・分析を行った。

③ 精神保健福祉センター調査

対象：全国の69精神保健福祉センター

調査方法：研究班より、各センターに研究班が作成した調査票と依頼状を送付した。各センターは回答を研究班に提出した。全国精神保健福祉センター長会にも事前に研究について承認を得て、センター長会のメーリングリストにおいても、研究協力の依頼を行った。研究班においてデータを集計・分析を行った。

2021（令和3）年度は2020（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」構築のための手引き（以下、「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。

研究結果

2019（令和元）年度に行った概念整理の結果と2020（令和2）年度の調査結果を踏まえて、厚生労働省が実施する「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」において、「自治体の精神保健」、「市町村の現状と課題」と「精神保健福祉センターの現状と課題」の資料作成および検討会での説明を行った（別添1）。

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（別添2）。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（別添3）。

研修については、2021（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、2021（令和3）年9月6日、同12月22日、2022（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。

考察

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（にも包括）は、概念としては平成29年度に打ち出された。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」（以下、「構築推進事業」）ではメニュー事業としてアウトリーチ支援や協議の場の運営が含まれるものの、全体として「にも包括」はどのようなもの

なのか、またそれぞれの項目が「にも包括」全体の中でどのような位置を占めるのか、という項目間の関係が明確ではないため、縦割りの事業の単なる羅列として受け取られる恐れがある。しかし、本来は、本事業に含まれる各メニューは、それぞれの局面から、「にも包括」のジグゾーパズルのピースのように組み合わせあって全体を形づくるものである。「にも包括」は単に精神障害者だけを取り扱う、それ自体が縦割り化したもう一つの「地域包括ケアシステム」を目指すのではない。病院医療でも、すでに高齢者のせん妄、がん患者の緩和ケア、自殺未遂者への対応、身体合併症を有する精神障害者の課題など、精神科のみで対応できない課題が多く、総合的な治療が必要であることは認識されている。病院医療に限らず、そもそも自治体の包括的支援体制の推進においては、メンタルヘルスの課題は児童虐待、産後うつ、ひきこもり、独居の高齢者、孤独死、セルフネグレクト、健康無関心層などのさまざまな社会問題と密接に関係している。それゆえ、高齢者の地域包括ケアシステム、母子保健や妊娠期からの子育てを含む包括的支援にも開かれた、地域共生社会の推進とも整合する、本来の意味での包括的支援体制を見据えた形で「にも包括」を構築していく必要がある。「にも包括」は、市町村などの基礎自治体を中心となって構築を進めるものであるが、基準病床の設定や二次医療圏設定を含む、医療計画に基づく保健医療体制の整備に関することは主として都道府県が行うことを踏まえ、コミュニティレベルでの包括的支援体制を重層的にバックアップする体制も必要である。すでに一部の好事例の自治体ではこのような方向性が自治体のリーダーシップの下で出されていて、自治体の支援方針が精神障害「にも」対応した地域包括ケアシステムを目指していることは注目される。このような点からも、2019（令和元）年に国から出された「地域共生社会」の理念はこのような包括的な支援体制のあり方を指し示していると

考えられ、「にも包括」は地域共生社会を目指すために欠かせないものであることを認識する必要がある。

今後「にも包括」を構築するうえでは、市町村、保健所、精神保健福祉センターの人員確保と人材育成が喫緊の課題となる。本研究班においては、人材育成に資するための手引きの作成、研修プログラムの開発を行ったが、市町村における精神保健の位置付けについては現在検討が進められている段階であり、今後これらの資料については国の動向を注視しつつ改訂を加えていく必要がある。

精神科外来機能強化に関する研究（分担：川副泰成）

現在構築が進められつつある「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構成要素としては、「地域精神保健及び障害福祉」「精神医療の提供体制」「住まいの確保と居住支援」「社会参加」「当事者・ピアサポーター」「精神障害を有する方等の家族」「人材育成」が挙げられている。このうち精神医療については、メンタルヘルス上の課題を抱える地域住民の支援や普及啓発から、中重度の精神障害をもつ人への治療に至るまで、あらゆる側面で重要な役割を担うことが期待される。

精神科医療機関が上記のような役割を果たすためには、「包括的支援マネジメント」およびアウトリーチ支援の提供が重要である。ここでいう包括的支援マネジメントとは、さまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメント（intensive case management; ICM）を指すと捉えた。

本分担研究班では、石川県立こころの病院（旧高松病院）における包括的支援マネジメント（以下、ICM）の実装を行い、その効果を

検証するとともに、アウトリーチ支援の実践を積極的に実施している医療機関に対し、インタビュー調査、アンケート調査、支援プロセス調査等を行った。さらに、医療と福祉の連携強化のための具体的方法を検討するため、障害福祉サービス利用者について精神科医療機関からの情報提供があると望ましいと考えられる情報について意見交換を行った。

研究方法

<包括的支援マネジメントの実装による効果に関する調査>

研究対象者は、2019（令和元）年7月1日から2020（令和2）年10月31日までに、調査対象機関の急性期病棟に入院した患者である。導入基準は、①2019（令和元）年7月から9月に当該病棟に入院となった者、②精神科の主診断を有する者、③同意撤回のない者とした。除外基準は、①20歳未満の者、②65歳以上の者、③認知症が主診断の者、④てんかんが主診断の者、⑤入院中に転院する可能性の高い者、⑥調査対象機関で外来治療を受けない者とした。調査時期は、初回調査を実施する入院（index admission）の入院時（T1.0）、index admissionの退院時（T2.0）、index admission退院後から1年経過時（T3.0）とし、予後調査は、T2.0からT3.0の間で、ケースマネジメントが不要となった場合においても実施している。収集した評価項目は、表2-1に示した。データは「包括的支援マネジメント実践ガイド」に示された様式から転帰することにより収集した。

<医師の往診・訪問診療に関する調査>

機縁法により選定した医療機関12施設において、以下の基準をすべて満たす患者を対象として調査を実施した。

- i. 2018年6月1日以降に調査協力機関において新規に医師による訪問系支援（精在管、在医総管、往診他）に導入された者
- ii. 20歳以上の者

iii. オプトアウトの手続きにより自身に関連する情報の収集を拒否しなかった者
調査項目は以下の通り。

支援対象者について

- ・基本属性：生年月日、性別、診断名
 - ・研究協力機関および他医療機関での過去の外来受診歴、入院回数、精神科訪問看護、障害福祉、介護福祉等のサービス利用状況
- 支援プロセスについて

- ・訪問系支援開始時の導入経緯
- ・訪問系支援で算定した診療報酬の種別
- ・調査期間中の毎月の医師およびコメディカルスタッフの訪問回数、ケア会議の回数、外来受診回数、予約があるにも関わらず外来受診をしなかった事象（mis-appointment）の有無とあった場合の回数
- ・ICMSS各項目

また、2016（平成28）年4月に千葉縣市川市に開設された診療所しっぽふあーれの協力を得て、開設後に新規に通院を開始し、なおかつ医師による往診もしくは訪問診療を受けた患者の悉皆調査を実施した。開設以前に別医療機関で同診療所の医師による診察や訪問診療等を受けていて診療が引き継がれた者、また訪問支援を医師以外の職種のみで実施していた者は調査対象外とした。調査期間は2021（令和3）年7月～8月で、調査項目は患者属性、過去の治療/支援歴、訪問診療等の開始時点から調査時点までの全期間の支援プロセス、支援の転帰であった

<精神科医療と障害福祉サービスの連携に関するインタビュー調査>

2021（令和3）年1月、障害福祉サービス事業所に勤務する精神保健福祉士6名に対し、zoomを用いて、障害福祉サービス利用者について精神科医療機関からの情報提供があると望ましいと考えられる情報について意見交換を行った。

研究結果

<包括的支援マネジメントの実装による効果に関する調査>

1) ICMの対象者数

期間中の入院対象者は200名であった。このうちICMの実装を行い、かつ研究の導入基準に該当した者は、最終的に54名(27.0%)であった。

2) 1年後の追跡状況と再入院率

1年後の追跡状況を図1に示した。1年後に追跡が可能である者は43名(54名の79.6%)であった。そのうち継続してICMを行っている者は14名(同25.9%)、完全終了をした者は15名(同27.8%)、ほかのケースマネジメントに移行した者は11名(同20.4%)であった。

1年以内の再入院は13名で、再入院率は24.1%であった。1年以内に再入院をした13名のうち、既に退院に至った11名の再入院日数は52.1±23.8日(index admissionの入院期間は63.2±23.7日)、再入院までの日数は180.2±114.5日、このうち予定入院を行った者は3名であった。またindex admission後の1年間の地域生活日数(52名)は、351.1±26.2日、再入院者のみ(11名)では312.9±23.8日であった。

3) ICM対象者の1年後の状況

ICM対象者の性別は女性の方が多く32名(59.3%)、平均年齢は41.4±13.2歳であった。診断はF3(気分障害)が最も多く24名(44.4%)、次いでF2(統合失調症)、F8(心理的発達の障害)であり、管理の必要性のある身体疾患は14名(25.9%)が有していた。入院形態は医療保護入院が最も多かった(38名, 70.4%)。入院時に行政介入があった者は29名(53.7%)、37名が過去に入院を経験しており、過去の総入院日数は1年未満で半数以上を占めた(中央値161.0日:最小30-最大1900)。

BPRSの合計点数は、入院時に41.9±10.5点、退院時は26.8±7.5点、1年後は27.9±8.8

点であった。PSPの総得点は、入院時43.1±18.9点、退院時71.9±8.3点、1年後70.5±12.4点であった。GAFは入院時が32.4±19.1点、1年後は59.7±16.9点であった。

居住形態は、当初は家族同居が49名(90.7%)、1人暮らしが5名(9.3%)であったが、1年後には少なくとも1人暮らしが3名、グループホーム入所者が2名増えていた。また仕事に従事している者も3名増えた。相談支援の利用は12名(22.2%)から13名(24.1%)に、医療サービス利用はデイケア利用が1名、訪問看護利用が3名増えていた。

ICM導入基準の該当項目で半数以上が該当した項目は、多い順に「A1_6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある」「B2_自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)」「D10_自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」「C6_家族への暴力」「D8_家族への暴力、暴言、拒絶がある」「C7_警察・保健所介入歴がある」であった。

ニーズアセスメントは、「0. 支援は特にならない」「1. 支援を受けている」「2. 支援を受けていないまたは支援を受けているがまだ困っている」「9. わからない」の評価点で、患者が自記式で採点した結果である。1年後に支援が不要であるとの回答が最多だった項目は「アルコール」と「その他行動上の問題」であり、最も支援を受けていないか受けていると感じられていない項目は、「日中の活動」と「心理的苦痛」であった。「生活環境の管理」「セルフケア」「金銭管理」の割合は変化がなかった。

4) ケア会議の実施状況

多職種ケア会議は、入院日を起算として第1回を30.9日目、第2回を71.0日目、第3回を111.6日目に実施していた。参加者は、第2

回から外来看護師や相談支援員、訪問看護、就労支援事業所が参加していた。ケア会議での実施内容は、第1回は「アセスメント」「課題抽出」「計画立案」が中心に行われており、回数を重ねるごとに「計画内容の評価（再計画）」「計画内容の評価（継続）」へ移行し、「評価（継続）」「評価（終結）」の実施割合が増え、ICMの終了に至っていた。

<医師の往診・訪問診療に関する調査>

12 精神科医療機関を対象とした調査における調査対象者は64名であった。性別は、男性30名（46.9%）であり、支援状況は、支援中（24カ月未満）が29名（45.3%）、支援中（24カ月以上）が28名（43.8%）、支援終了が7名（10.9%）であった。罹病期間は、 223.4 ± 184.5 カ月（最短23カ月、最長731カ月）であった。

重複診断は、20名（31.3%）に認められた（人格障害5名、知的障害6名、発達障害2名、認知症7名）。身体合併症ありは19名（30.0%）、精神保健福祉手帳は24名（37.5%）、療育手帳は3名（4.7%）が取得していた。要支援/要介護の認定を受けている者は7名（10.9%）であり、居住形態としては、単身19名（29.7%）、家族同居44名（68.6%）、施設入所1名（1.6%）であった。

入院に関しては、初診以降の入院歴は平均 1.67 ± 2.45 回（最小0回、最大12回）であった。当該医療機関における訪問診療開始以前の入院歴については、支援開始前1年間に精神科への入院歴がある者は10名（15.6%）、身体科への入院歴がある者は6名（9.4%）であった。

当該医療機関における訪問開始の理由については、ひきこもりが35名（54.7%）と最多であった。

訪問開始から24カ月経過時点までの支援プロセスが確認できた28名について、24カ月の支援期間において精神科入院を経験した者は3名（10.7%）、身体科入院を経験した者

は3名（10.7%）であった。

診療所しっぽふあーれにおける調査の対象者は合計177名（男性69名、女性108名）で、平均年齢は 51.28 ± 21.96 歳、平均罹病期間は 13.51 ± 10.32 年であった。対象者の属性については、診断名は統合失調症圏とともに気分障害圏、神経症圏、さらに発達障害圏が多く、「その他」には場面緘黙やひきこもりなど医学的診断のない不適応状態も含まれていた。また半数近くが重複診断や身体合併症を持っており、介護保険利用者が一定数いた。

過去の治療歴については、精神科受診歴のないものが相当数いて、入院経験のあるものが少なかった。

訪問診療開始の理由では、「長期入院や慢性化した重症精神障害をもつ人の退院支援、地域生活支援のため」について177名中168名（94.9%）が非該当であった。多かったのは、「ひきこもりで外出が難しいため」「病状悪化等により通院が困難なため」などであった。紹介元としては他の医療機関が最も多かったが、行政機関や基幹相談センター、高齢者支援センター/地域包括支援センターなど精神保健医療福祉システムの外側に位置付けられる相談支援機関からの紹介が一定数あった。支援過程や転帰については、初診と同時に訪問診療が開始にならなかった者が26名（14.6%）いて、これらの訪問診療開始までの平均月数は 11.69 ± 11.84 カ月（範囲：1-45 カ月）であった。また支援開始後に精神科入院がなかった者は154名（87.0%）、身体科入院が1度もなかった者は155名（87.5%）であった。さらに、支援中断がなかった者は129名（72.8%）であった。調査時点で支援継続中の者は103名、終了した者は74名であった。

訪問支援の継続期間は、全体（ $n=160$ ；1回のみでの訪問ケース17名を除く）では 25.83 ± 20.50 カ月（範囲：1-71 カ月）、調査時点からさかのぼって2年以上前に利用開始した者（ $n=97$ ；1回のみでの訪問ケース17名を除

く)では 35.73±20.15 カ月(範囲:1-71 カ月)であった。後者の訪問期間の度数分布では、24 カ月未満は 24.74%であった。

支援が終了した者はその時点、支援が継続している者は調査時点での医師の訪問診療以外の訪問体制について、同診療所の自法人が設置している Assertive Community Treatment を志向するコメディカルスタッフのみの訪問チームを利用している者は 75 名(42.3%)であり、他法人の訪問看護ステーションによる訪問やホームヘルプサービスを利用する者も 2 割程度いた。終了の理由として最も多かったのは「転医等別法人の支援機関に移行」が 11 名(14.8%)で、他に「自法人の外来通院に移行」「コメディカルスタッフのみの訪問支援に移行」が合わせて 9 名(12.1%)だった。他方「本人の拒否」も 10 名(13.5%)見られ、ばらつきが大きかった。

<精神科医療と障害福祉サービスの連携に関するインタビュー調査>

障害福祉サービスにおいて実際に精神障害者に支援提供している精神保健福祉士 6 名へのインタビュー調査から、医療から福祉への情報提供が望まれる事項として挙げられた項目は以下の通りである。

身体機能・身体疾患等の情報

- ・ 視力、聴力、認知機能、筋力等のコミュニケーションや日常生活に必須の身体機能情報
- ・ 悪性腫瘍など、生命にかかわる疾患に関する情報
- ・ 糖尿病や高血圧など、身体管理や服薬管理が必要な疾患の情報
- ・ 感染症(白癬等も含む)情報
- ・ 身体疾患治療のための通院頻度や通院方法

処方されている薬剤についての情報

- ・ 身体疾患に対する薬剤を含む、本人が使

用中の薬剤情報

- ・ 処方薬名を並べるのではなく、何に対する薬か、飲み忘れてはいけない薬か、多少飲み忘れがあっても気にしなくてもよい薬か、薬に関する声掛けの要否、本人に薬についてどのように説明されているかなど、支援の際に役立つ情報があるとよい

治療目標、医療・支援上の着眼点

- ・ 受けている医療の情報(通院頻度、デイケア、訪問看護、身体合併症等)
- ・ 1 年後にはデイケアから就労支援事業所に移行したい等、具体的な治療目標
- ・ 本人の医療への信頼度、治療へのモチベーション(しづしづ通院しているのか、積極的に治療参加しているのか、等)、本人が精神障害についてどのように受け止めているのか
- ・ 医療機関が把握している本人の障害福祉サービス利用に関するモチベーション
- ・ 関わり方のコツ・留意点
- ・ クライシスプランがあれば共有
- ・ 再入院リスク
- ・ 看護サマリーの写し

その他

- ・ 訪問看護ステーションへの情報提供と同等の内容だけでもあると助かる
- ・ 医療機関と連絡をとる際の窓口となる担当者氏名、連絡方法
- ・ 重複障害の有無

情報提供の時期としては、以下のような意見があった。

- ・ サービスの更新時期
- ・ 入院中の方に関しては、サービス利用を検討しはじめる時期など(短期の入院で退院される方については、福祉側で情報を集めるゆとりがないことが多く、本人との信頼関係を構築する時間も限られて

いるため、病院からの早めの情報提供が必要)

- ・ 大きく病状や処方等が変わったとき

また、情報提供書を記載する職種としては、精神科医（主治医）は必須であり、精神保健福祉士等、医師以外の専門職も記載できることが望ましいとされた。

考察

包括的支援マネジメント（ICM）の実装による効果検証の結果からは、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。

医師の訪問診療等に関する調査からは、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。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。

医療と福祉の連携については、従前からの課題としてしばしば指摘されるところである

が、未だ十分な連携ができていたとは言い難い。ICMにより、医療と福祉の連携が一定程度促進されることは期待できるものの、今の段階では多くの精神障害者に ICM を提供することは困難である。理想的にはいわゆる「顔の見える連携」を構築することが望ましいことは論をまたないが、現状では医療と福祉の情報連携も十分ではないことを考慮すると、まずは情報連携を円滑に行うための仕組みを整備することも重要であろう。今年度実施したインタビューからは、地域援助事業者側は医療からの情報提供があることが望ましいと認識していることが示され、特に福祉側がアセスメントをすることが困難な医療情報を求める意見が多く出された。

今後これらの成果を踏まえて、「にも包括」における精神科医療機関の役割についてさらなる検討を行っていく必要がある。

措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究（分担：椎名明大）

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。2019（令和元）年度は、2018（平成30）年に発出された、「措置入院の運用に関するガイドライン」「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について、全国の保健所を対象とした運用状況の調査を行った。2020（令和2）年度は、警察庁及び各県警、府警、警視庁の協力を得て、措置入院業務に関する警察官への意識調査を実施した。また2021（令和3）年度については、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、措置診察技法の習得を促す教材開発に関する調査を行った。

研究方法

＜措置入院に関する両ガイドラインの活用状況に関する調査研究＞

研究対象は、措置入院業務を所管している全国の保健所等の職員であって、業務として精神保健福祉法に基づく措置入院に関与している者とした。ただし、各保健所等につき1名を対象を限定した。なお、ここでいう保健所等とは、運用ガイドラインについては東京都、群馬県（東京都及び群馬県では運用ガイドラインについて都県が一括して対応しているため）、県型保健所351、措置権を持つ中核市1、政令市20の計374箇所を指し、退院後支援ガイドラインアンケートについては県型保健所（特別区含む）380、中核市58、政令市20の計458箇所を指す。研究対象の選出は、厚生労働省及び全国保健所長会の公表している保健所リストによって行った。各保健所の担当者個人は特定しないこととした。各調査票を各保健所に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、警察官通報の処理状況及び退院後支援ガイドラインに示される手続きの実施状況等である。

<措置入院業務に関する警察官の意識調査>

調査対象は、現職の警察官であって、業務として精神障害者に接する機会のある者である。年齢、性別は問わないが、警察官の資格要件上、高校卒業が要件とされる。調査票を警視庁及び全国の都道府県警に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、精神保健福祉法による措置入院にかかる業務についての経験等である。調査票に研究の目的その他所定の情報を開示し、記入された調査票の返送をもって回答内容の提供にかかる同意とみなした。返送された紙媒体のデータを電子化し、統計処理ソフト等を用いて解析した。

<措置診察技法の習得に関する調査>

調査対象は、全国の精神保健指定医とした。年齢、性別は問わないが、精神保健指定医の資格要件上、対象はすべて概ね30歳以上となる。調査票を全国の精神科病院に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、措置

診察にかかる教育・研修の経験やニーズに関するものである。

研究結果

<措置入院に関する両ガイドラインの活用状況に関する調査研究>

運用ガイドラインに関する調査票に関しては、計234箇所（62.6%）の保健所等から返送を得た。

各調査票に記載された数値を単純合計したところによると、警察官通報受理件数4280件のうち、被通報者が保護された状態で通報が行われたのが4133件、保護されていない状態で通報が行われたものが243件であった。合計は通報受理件数4280件に一致しないが、これは一部の調査票で空欄や概数が記載されている等の事情による。以下同じ。

保護された状態で通報が行われた4133件のうち、措置診察が行われたのは2249件、行われなかった（診察不要と判断された）のは1795件であった。診察が行われた2249件のうち、緊急措置入院となったのは398件、措置入院となったのは1266件、措置不要と判断されたのは688件であった。

他方、被通報者が保護されていない状態で通報が行われた243件のうち、41件では措置診察が行われ、うち9件が緊急措置入院、19件が措置入院となった。措置不要と判断されたのは24件であった。

また、被通報者が保護されていない状態で通報が行われた243件のうち、被通報者が警察官によって視認されていたものは64件、視認されていなかったものは52件、視認から時間が経過してからの通報は58件であった。

退院後支援ガイドラインに関しては、計298箇所（回収率65.1%）の保健所等から返送を得た。うち247箇所（実施率82.9%）の保健所等でガイドラインに基づく支援が行われていた。その他、結果の概要については別添4に示す。

＜措置入院業務に関する警察官の意識調査＞

47 都道府県警すべてより回答を得ることができた (N=241)。警察官の多くは精神保健福祉法を意識して業務に当たっていた。保健所に対しては人員配置の薄さや迅速性に欠けることを、指定医に対しては保護ないし逮捕時の被通報者の状態像が軽視されていることを懸念する声が多かった。

＜措置診察技法の習得に関する調査＞

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 (図 1)。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。

考察

退院後支援ガイドラインに基づく支援の実施状況調査では、回答した保健所等の大半で既に支援が開始されていた。その実数は自治体規模その他の事情により大幅な差異があった。現状、措置入院患者以外に対する退院後支援の実績は多いとはいえ、医療保護入院者は実数が多く、多くの自治体が措置入院患者への対応で手一杯になっている現状がうかがわれた。支援対象となった患者の属性としては、統合失調症圏が 7 割を占める。これは措置入院者における割合よりも高く、標準的

な退院後支援になじむ患者を選別して支援対象としている可能性もあるものと考えられた。退院後支援ガイドラインの普及を図るうえではまず標準的な手順を確立させる必要があり、取り組みやすく効果的な支援が可能な患者を当初の対象として選定することは合理的な対応であるといえる。

支援対象者の転帰については、まだ実数が少ないため定量的な評価は尚早であるが、再入院が減る効果を実感できたというものははじめ、十全に実施できれば労力に見合った効果が期待できるという意見も散見された。一方で、困難については、極めて多数の意見が寄せられており、各保健所等における苦勞がうかがえる結果となった。大別すると、リソースの不足、当事者の理解の問題、病院との連携の問題、手続きの煩雑さ、疾患特性への戸惑い、支援期間に関する疑問が挙げられる。退院後支援を実施するには人的、時間的、経済的負担が発生するが、行政機関が新たな人員や予算を確保するための法的根拠は乏しいままであり、実効性ある対応が求められる。退院後支援ガイドラインは、従前より地域連携が良好であった自治体にとっては特段の変化はない、もしくは事務作業が増えるだけの結果になったという意見もあった。しかしながら、何らかのガイドラインなしでは退院後支援の取り組みが進み難い地域もあったようであり、今般のガイドライン策定はそのような地域の精神保健福祉の底上げに一定の役割を果たした可能性はあるが、今後さらなる検証を行っていく必要がある。

警察官アンケートからは、保健所の体制が警察に比べて薄いこと、通報しても措置診察が行われないこと、指定病床が足りないことなど、警察官から見て措置入院が必要と思われる事例が速やかに入院に至らないことに対する懸念が最も強いようであったが、保健所の体制拡充については一朝一夕に解決することは期待できない。しかし他方で、一部地域では警察と保健所の連携体制が機能している

ことも明らかになっており、警察官、保健所及び指定医との相互理解を通じた連携の強化が重要である可能性が示唆された。

措置診察技法の習得に関する調査結果からは、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が示唆された。利便性を考慮し、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と考えられる。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ものと考えられる。また、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であり、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。

措置通報及び措置入院の実態に関する研究 (分担：瀬戸秀文)

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。本分担研究班では、上記のような課題に対応するため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。

研究方法

<措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究>

2016(平成28)年6月1日から2019(令和元)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た。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。また、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(平成28)年6月1日から2019(令和2)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、地域における何らかのサービス利用と転帰の関連について、Kaplan-Meier methodを用いて検討を行った。さらに、措置入院患者の退院後死亡リスクを検証するため、2016(平成28)年6月1日から2019(令和2)年9月30日に研究協力病院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Kaplan-Meier法に基づく退院1年以内死亡率を求めるとともに、厚生労働省作成の簡易生命表に基づいて、標準化死亡比(standardized mortality ratio: SMR)を算出した。

<精神科入院患者における他科との連携を要する医療の実態調査>

2020(令和2)年7月30日から同年9月14日までを調査期間とし、COVID-19の体制整備や受け入れ状況を把握するために、全国の精神科に関わる医療機関の医師にwebアンケート調査を行い、248機関の回答を得た(回収率16.5%)。これらの医療機関を対象に他科との協働を要する精神科医療の現状、措置入院以外の患者ならびに措置入院患者の新合併症の対応状況に関するアンケート調査を行った。

研究結果

<措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究>

患者登録は、最終的に523例(男性324例、女性200例、男女比1.6対1)となった。このうち504名が退院に至り、うち496名について、調査対象医療機関から退院1年

後の転帰にかかる情報が得られた。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。

サービス利用状況と転帰の関連については、退院年後の通院継続やサービス利用状況が把握されている 115 名を分析の対象とした。生存曲線の作成と単変量解析を行った結果、何らかのサービス利用がある場合には 81 名 (79.4%) が通院継続をしており、サービスを利用していない場合の 21 名 (20.6%) に比べて有意な差が確認された ($p=0.00012$)。利用しているサービスには、訪問看護 41 名 (37.3%)、行政の直接サービスが 38 名 (33.0%) の順に多かった。

措置入院者の死亡リスクに関しては、対象患者の性別は男性 143 人、女性 83 人、退院時平均年齢は 42.2 歳で、全体の約半数を統

合失調症圏 (109 人) が占めた。退院後の総観察日数は 67,484 日で、その間に 6 人の死亡が確認された。Kaplan-Meier 法による退院 1 年以内死亡率は 3.0%で、SMR は 11.0 であった。統合失調症圏と気分障害の患者の SMR はそれぞれ 9.3, 15.6 であった。

<精神科入院患者における他科との連携を要する医療の実態調査>

他科との協働を要する精神科医療の調査では、ECT は修正型に拘わらず、精神科病院では 6 割強が ECT を行っておらず、総合病院精神科では麻酔科との連携で行う ECT 例は 7 割であった一方、3 割弱はそもそも ECT を行っていなかった。クロザピンにおいては精神科病院は CPMS 登録半数、実際に治療を行っているが半数、一方で総合病院精神科では CPMS 登録は 6.5 割の中、実際に行っているのは 3.5 割であった。緩和ケアチームは精神科病院ではほぼ設置しておらず、総合病院精神科ではほぼ設置されていた。措置以外の入院患者の調査では、精神科病院 8 割、総合病院精神科では全例受け入れていた。身体合併症が生じた時の対応において、精神科病棟に入院継続して精神科医が対応した例では精神科病院 9 割・総合病院精神科で 7.5 割、他科医師が併診対応した例では精神科病院 7.5 割・総合病院精神科 9 割、他科受診例では精神科病院 9 割・総合病院精神科 2.5 割であった。自施設の他科病棟転棟例は精神科病院 3 割・総合病院精神科 8 割、他院転院例は精神科病院 9.5 割・総合病院精神科 3 割であった。身体合併症が生じ転院が必要と判断された場合の対応において、「総合病院等の連携は行っているが病床は確保されていない」と回答した精神科病院は 8.5 割に上った。COVID-19 の発生状況においては精神科病院 4 割・総合病院精神科 3.5 割が「発しないし他院から受入」と回答した。一方で、COVID-19 受入対応準備に関しては、精神科病院は 1 割弱、総合病院精神科においても

5 割弱程度のみが準備できていると回答された。措置入院患者の調査では、精神科病院 5 割、総合病院精神科では 6.5 割受け入れていた。身体合併症が生じた時の対応において、措置のまま入院継続して精神科医が対応した例では精神科病院 5 割・総合病院精神科で 6.5 割、措置のまま入院継続して他科医師が併診対応した例では精神科病院 7.5 割・総合病院精神科 9 割、措置のまま入院継続して他科受診例は精神科病院 2 割・総合病院精神科 1 割未満であった。措置入院のまま他院転院例は精神科病院 2 割・総合病院精神科 1 割未満であった。措置仮退院して他院転院は精神科病院 1 割・総合病院精神科 1 割未満であった。措置解除して自施設の他科病棟転棟例は精神科病院・総合病院精神科共に 1%未満、措置解除・他院転院例は精神科病院 1.5 割・総合病院精神科 1 割未満であった。身体合併症が生じ転院が必要と判断された場合の対応において、「総合病院等の連携は行っているが病床は確保されていない」と回答した精神科病院は 6.5 割であった。

考察

措置入院者に関しては、これまで入院から措置解除に至る経過において、操作的な評価尺度を用いた精神症状・社会機能の改善度モニタリングは行われてこなかった。本分担研究班では、500 例以上の措置入院者のモニタリングを実施しており、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るなど、今後措置入院の適正化を検討するにあたっての貴重な基礎資料となりうる。

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。

精神疾患患者が身体合併症となり転院が必要と判断された場合の総合病院等との連携に関しては、非措置入院例に関して何らかの連携体制はみられるものの、その一部に「まったく連携がとれていない」と回答する施設もあり、このようなケースでの医療施設への転院フローを改めて考慮する必要があると考えられる。特に精神科病院に入院している措置入院患者が身体合併症を生じた際、ケースによっては精神症状ならびに身体疾患が重度で可及的速やかに転院を要する場合もあり、対応整備を行う事が喫緊の課題といえる。

精神医療審査会のあり方に関する研究(分担: 松田ひろし)

本分担研究班の目的は、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。

研究方法

<要検討事例の分析>

全国精神医療審査会連絡協議会が 2012 (平成 24) 年度から、全国精神医療審査会活動で問題となった事例の報告を事務局に要請してきた。2020 (令和 2) 年度までのおよそ 9 年間に 137 件の報告が集積された (1 件の報告に複数の事例や検討案件が含まれることもあった)。

研究協力員間の討論および K-J 法により、報告に含まれる論題や提案をいくつかのパターンに類型化した。

<公式統計の集計・分析>

2020 (令和 2) 年度の精神保健福祉資料 (https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/key_word.html) および衛生行政報告例

(https://www.estat.go.jp/estat-research/files?page=1&toukei=00450027&tstat=0000010_31469&result_page=1) の中から、精神医療審査会に関するデータを抜粋して集計および可視化し、精神医療審査会活動の動向を分析した。

<精神医療審査会制度の運用に関する全国調査>

事務局調査

精神医療審査会の実務の実態を把握し、課題を抽出するために、全国 67 の精神医療審査会事務局に対して、2021（令和 3）年 7 月に「精神医療審査会制度の運用に関する調査票（事務局用）」を発送した。回答は全審連にて集計した。

合議体委員・事務局員調査

2019（令和元）年度精神保健福祉資料に掲載された全国の精神医療審査会合議体委員（予備委員を含む）の全員（1557 人）および 1 事務局当たり 5 人の事務局員（計 335 人）、合計 1892 人を対象として、2021（令和 3）年 8 月に「精神医療審査会制度の運用に関する調査票（合議体委員・事務局用）」を全国の精神医療審査会事務局を介して配布した。調査項目は、当研究班が前年度に報告した事例検討の分析をベースとして、研究協力員の間で吟味されたおよそ 70 項目である。回答は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所にて集計した。

研究結果

<要検討事例の分析>

これまで蓄積された要検討事例 137 件について、論題や提案を分類したところ、以下のように類型化された。

（1）医療保護入院の同意者について

- ・虐待の加害者であることが明白あるいは濃厚な家族等は、医療保護入院の同意者としての適格性を欠くのではないか。
- ・虐待加害者以外に同意権限のある家族等が

いない場合は、首長同意の対象とすべきではないか。

- ・同意権限のある家族等がいても同意・不同意の意思表示がない場合は、首長同意の対象とすべきではないか。
- ・同意権限のある家族等が複数いるが、入院同意に関する意見が対立して調整が困難の場合は、首長同意の対象とすべきではないか。
- ・現行の首長同意は形式的な同意にすぎないので、入院要否を実質的に判断し、入院者の権利擁護の義務を負い、退院促進への協力や退院等の請求権限を有する公的機関の同意による医療保護入院制度を検討すべきではないか。

（2）非自発的入院の対象について

- ・精神科的な治療を必要としない寝たきり等の状態で意思表示が困難な患者は、医療保護入院をはじめとする精神科への非自発的入院の対象とすべきではないのではないか。
- ・アルコールや薬物等への依存症、パーソナリティ障害、発達障害など、一般に判断能力が保たれる精神障害を主病名とする患者は、一定の精神症状または問題行動が現認される限定的な期間を超えて非自発的入院を継続すべきではないのではないか。
- ・知的障害、認知症など、一般に入院治療を行っても改善が見込まれない精神障害を主病名とする患者についても同様なのではないか。

（3）未成年者の入院について

- ・年齢等からは同意能力（概ね 14 歳以上の判断能力）があると認められる未成年者が精神科への入院に同意する場合は、未成年者本人の意思に基づく任意入院とすべきではないか。
- ・年齢等からは同意能力がないと認められる未成年者（概ね 14 歳未満）が精神科への入院を希望（ないし同意）する場合は、任意入院とすべきであるが、本人に代わり親権者の同意を必要とすべきではないか。

(4) 任意入院者からの退院請求審査について

- ・任意入院者であっても、退院制限されることがあるので、退院請求があれば、任意入院の妥当性を含めて審査の対象とすべきではないか。

(5) 退院等の頻回の請求審査について

- ・意見聴取の手続きを省略できる再請求の上限期間を6か月より短くした方がよいのではないか。
- ・審査会の審査結果にその理由を丁寧に説明する意見を附帯することは、頻回請求を抑制するのに有用ではないか。

(6) 処遇改善請求の範囲について

- ・薬物療法の内容や治療プログラムに対する改善要請を処遇改善請求の対象としてもよい。
- ・職員の接遇(暴力や虐待を除く)に対する改善要請を処遇改善請求の対象としてもよい。
- ・病院の設備・環境・食事に対する改善要請を処遇改善請求の対象としてもよい。

(7) 代理人弁護士への資料開示について

- ・代理人弁護士から関係書類の資料開示を求められた場合、個人情報保護法令との調整をどうすべきか。
- ・関係資料(関係者の意見書、合議体委員の意見聴取報告書、入院届等)の開示範囲と開示への同意はどうあるべきか。
- ・開示の条件(文書作成者の同意、入院者への直達回避など)をどうすべきか。
- ・開示の方法(閲覧のみ、コピー容認)をどうすべきか。

(8) 代理人弁護士による意見聴取への立会について

- ・代理人弁護士による弁護活動の一環として、関係者に対する現地意見聴取への立会を認めてもよい。
- ・関係者の範囲と同意をどうすべきか。

(9) 現地意見聴取のあり方について

- ・遠隔地に入院中の患者からの退院等の請求

審査を迅速化するために、オンライン面接による意見聴取を認めてもよい。

- ・新型コロナ感染防止のためにオンライン面接による意見聴取を認めてもよい。
- ・現地意見聴取の参加者から意見聴取の録音を求められた場合、審査会委員による自由な調査活動の妨げになることを理由に拒否できるか。

(10) 病院側の対応について

- ・退院、入院形態の変更や処遇改善の審査結果の場合、その結果が実現したかどうかの確認に非協力的な病院に対して、実地指導担当部局への通知を行うべきか。
- ・審査会開催前に請求要件が消失した場合、そのことを速やかに審査会事務局に通知するよう病院に義務付けるべきか。

<公式統計の集計・分析>

2020(令和2)年度の精神保健福祉資料および衛生行政報告例から2019(令和元)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(令和元)年、2020(令和2)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。

<精神医療審査会制度の運用に関する全国調査>

事務局調査の結果、2020(令和2)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。

審査会制度の理念から見て重要と思われる論題の順にしたがって、今回の合議体委員・事務局員調査の回答を分析した。結果は以下の通り。

(1) 精神医療審査会の虐待防止機能

審査過程で虐待事案の情報を感知した場合に行政当局に対して緊急の調査委員会の立ち上げを要請できる制度、および虐待に関する病院職員からの情報を受け付ける窓口の常設を提案したところ、事務局員を除いて、7割から8割の賛同を得た。事務局員が消極的なのは業務負担増への懸念であろうが、むしろ改革案は人員増を前提としている。

また、現行制度内で速やかに実現可能な対策として、電話番号の掲示が義務付けられた機関の中に弁護士会や法テラスの連絡先を加えること、保護室も含めた全病室に退院や処遇改善の請求権を明示した文書を掲示することを提案した。この案に対しては、医療委員がやや消極的であったものの、事務局員も含めて3分の2以上の賛同が得られた。

一方、虐待事案の内部告発を奨励する制度や虐待に関与した精神保健指定医の資格取り消し要請権限の付与、病院ごとの請求件数の公表に対しては、医療委員を中心に、反対ないし懐疑的な姿勢が見られた。

(2) 審査会の独立性や権限の強化

今回の調査では、精神医療審査会運営マニュアルを厚労省通知から政省令に格上げする案や審査会を労働委員会のように行政から独立した組織に変更する案を提示し、賛否を問

うた。その結果、法律家委員でようやく半数を超える賛同が得られただけで、懐疑的な意見(どちらともいえない)が多数派であった。

(3) 代理人弁護士による退院等の請求

文書の種類による開示の可否、および意見聴取対象者別の意見聴取への立会の可否を問う、いくつかの条件付きながら、概ね賛同する回答が得られている。

この中で目立つのは、意見聴取報告書の開示に対して事務局員の反対が突出していることである。意見聴取報告書については非開示を支持する判例があり、事務局がこの情報を共有しているためと思われる。しかし、この判例が平成28年11月30日さいたま地裁判決のことを指すのであれば、これは審査終了後の開示請求に対して下された判決であり、代理人弁護士が意見を述べるうえで必要とする場合の開示を認めないものではない。むしろ、審査前の段階では弁護士に開示することが当然であることを前提とした判例であることを指摘しておきたい。

(4) 処遇改善請求の対象

処遇改善請求の対象の拡張に関する可否を問うたところ、薬物療法を含む治療プログラムに対する改善請求については、保健福祉委員以外では反対が賛同を上回った。これに対して、職員の接遇に対する改善請求については、回答者の属性を問わずに賛同意見が反対意見を上回った。療養環境に対する改善請求については、回答者の属性で賛否が分かれた。

治療プログラムへの改善請求を審査対象とすることに対しては法律家委員でさえも医療委員と同じ比率で反対していることが注目される。薬物療法の内容までを処遇改善請求の対象とするのは行き過ぎと判断している可能性が高い。

しかし、本調査で想定しているのは、例えば、退院請求の審査プロセスで、多剤・大量・長期投薬のために有害事象が生じているよう

な事例や、逆に必要な薬物療法が施行されな
いために入院が長引いているような事例に遭
遇した場合である。この点の説明が不足して
いた。

(5) 審査会の実務に関して

(ア) 書類審査の様式

書類審査の精度を確保しつつ合議体での負
担を軽減するために、4割以上に当たる25審
査会が、予備審査を採用して合議事案を絞り
込んでいる。合議体委員調査でも、この実態
を追認する意見が3分の2を超えていた。

一方、書類のコピーや郵送には、事務局の
負担が増加するほか、デジタル化が進まない
現状では、情報管理のリスクも伴うという問
題点がフリーコメントでも指摘された。

1 書類を審査する人数を減らす便法も4割
の審査会で採られており、これを追認する意
見が6割を超えていた。しかし、審査の精度
低下を懸念するフリーコメントもあった。

形式的な書類審査を解消する究極の形態と
して、今回の調査では、非自発的入院の審査
を原則として現地意見聴取を経て行う案を示
し、賛否を問うたが、医療委員と事務局員を
中心に反対意見が優勢であった。現状の条件
下では、年間15万件に上る非自発的入院をす
べて面接審査することが非現実的なためであ
ろう。

これに対して、面接を伴う審査の対象を書
類審査で非自発的入院の開始や継続に疑義を
生じた事案に絞り込む案については、賛同意見
が反対意見を上回った。

ただし、疑義があれば、まず病院に問い合
わせるべきではないかというフリーコメント
もあった。

(イ) 現地意見聴取の様式

意見聴取の現状は、医療委員を含む2名で
行う審査会が64(95.5%)を占め、残りの3
審査会では医療委員1名で行っている。これ
に対して、今回の調査では、非医療委員の関
与を強化すべきとする意見が3割を超えてい

た。

(6) 入院制度に関して

(ア) 医療保護入院の同意者

医療保護入院の同意者をめぐっては、まず、
虐待加害者が入院同意者となることに反対す
る意見が9割近くを占め、ほかに同意権限の
ある親族がいない場合は首長同意による入院
を認めるべきであるとする意見が8割を超え
た。現状は虐待加害者にも医療保護入院への
同意権限を認めているが、医療現場の代表で
ある医療委員も含め、精神保健福祉法の改正
を求める声大きいことを示している。

一方、首長同意の範囲を拡大することに
対しては、法律家委員を中心に懐疑的であり、
入院をめぐって親族間に対立がある事例で首
長同意を認めることに対しては、反対意見が
前項よりも多かった。首長同意が形式的な同
意にすぎず、入院者の権利擁護や退院促進に
寄与しないためであろう。

この法的欠陥を補う公的保護者制度につい
ては、保健福祉委員を中心に賛同意見が過半
数あった。

(イ) 非自発的入院の対象

設問では、非自発的入院を判断能力の減弱
を伴う精神状態が認められる時期に限定すべ
きという立場で賛否を問うているが、いずれ
の類型についても、賛同意見が多数派ながら、
医療委員と非医療委員との意見に乖離があっ
た。

フリーコメントでは、寝たきり状態のよう
な事例を福祉施設に移行させたくても引き受
ける施設がない現実を指摘する意見があった。
依存症の専門家の間には、依存症治療への導
入のためには、精神病の状態になくとも医療
保護入院を適用すべきであるとの意見が優勢
である。こうした意見が前記の乖離を生み出
しているものと思われる。

いずれにしても、原則的には非自発的入院
の対象を絞り込むべきとする意見が多数派で
あった。

(ウ) 未成年者の入院

未成年者の入院について、今回の調査では、年齢的には概ね 14 歳から 16 歳以上に同意能力を認めるべきであり、判断能力の減弱がなければ任意入院が成立するという見解、および概ね 14 歳未満の場合は任意入院であっても親権者の同意が必要とする見解、いずれの見解についても賛同意見が約 6 割を占めた。

考察

国の公式統計によれば、近年、退院および処遇改善の請求が増加し、代理人弁護士による請求も増加しつつある。しかし、精神医療審査会活動に関する指標には地域差が大きく、審査様式や審査基準に関するローカル・ルール の存在も確認されている。

審査会調査においては、審査会の虐待防止機能に限界があるとの認識は共有されており、事案の把握感度の向上をはじめとする虐待防止策の提案に対しては概ね賛同が得られた。代理人弁護士への情報開示や処遇改善請求対象の拡張など、審査会の人権擁護機能を強化する提案にも概ね賛同が得られたが、法律家委員と保健福祉委員に比べて、医療委員と事務局員の回答は現状維持に傾いていた。また、入院制度や審査会の実務に関する改革案を提示したところ、ほとんどの項目で賛同意見が多かった。

これらの結果を踏まえ、今後精神医療審査会運営マニュアルの改正に向けての検討を開始する必要がある。

精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究 (分担：藤井千代)

本分担研究は、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を目的としている。

研究方法

〈入院中の精神障害者を対象とした権利擁護

のあり方の検討)

2019 (令和元) 年 7 月、精神障害当事者 8 名の協力を得てグループミーティングを実施し、入院中の精神障害者を対象とした権利擁護活動のあり方につき意見交換を行った。このグループミーティングで得られた意見を踏まえて、「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 (案)」を作成し、研究協力者間のメール審議により意見を集約した。

〈オンライン面会の実行可能性の検証)

精神科病棟に入院中の人に対する権利擁護活動に関して 30 年以上の実績を有する NPO 法人大阪精神医療人権センター (以下、「人権センター」) にオンライン面会による相談活動の試行を依頼した。また、大阪精神科病院協会に研究の主旨と内容を説明し、協力病院を推薦いただいた。同協会から推薦を受けた 6 病院に研究協力病院としてオンライン面会の受け入れを依頼した。

オンライン面会に用いる機材は、利便性や価格等を考慮して 10.2 インチ iPad (第 7 世代) とし、Face Time を利用した。研究の流れは別紙 3 の通り。オンライン面会の実施に先立ち、オンライン面会の相談を担当するスタッフに対し、オンライン面会の意義、実際の手順、オンライン面会で想定される留意点等につき zoom で情報提供及び意見交換を行った。

〈個別相談員 (仮) 養成のあり方に関する検討)

2020 (令和元) 年度にまとめた精神科病院に入院中の精神障害者に対する個別相談を実施するうえでは、個別相談員 (仮) の人材育成が不可欠であることから、個別相談員 (仮) の養成講座の実施を企画した。

アドボケイトに関する研修の実施経験が豊富な大阪精神医療人権センターの協力者を中心としたワーキンググループにて研修プログ

ラム案及び研修資料案を作成し、研究班会議及びメールでの意見交換により、案に対する研究協力者間の意見交換を行い、プログラム及び資料を確定した。研修は、アドボケイトの基礎知識や精神科医療機関で入院者への相談支援を行う際に知っておくべき精神保健医療に関する基礎知識を学ぶための基礎編と、実際に病院で相談支援を行うためのスキルを学ぶ実践編との二段階で構成することとなった。

研究結果

〈入院中の精神障害者を対象とした権利擁護のあり方の検討〉

当事者グループミーティング及び研究協力者からの意見を踏まえて作成した「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」は、別添5、6の通りである。

〈オンライン面会の実行可能性の検証〉

研究協力病院は、榎坂病院、大阪さやま病院、久米田病院、七山病院、ねや川サナトリウム、浜寺病院であった。2021（令和3）年3月よりオンライン面会希望の受付を開始した。2021（令和3）年11月までの間に、25件の面会活動を行った。

オンライン面会は開始当初より円滑に実施することができ、技術的な問題は生じなかった。面会前後、面会時を含め、病院、入院者とのトラブルも発生していない。オンライン面会開始により入院者と面会スタッフとの間に関係性ができ、その後に対面での面会に至った例もあった。一人の入院者とオンライン面会を行うと、同じ病棟から連続して問い合わせや申し込みが来る傾向も認められた。

〈個別相談員（仮）養成のあり方に関する検討〉

2022（令和4）年3月27日（日）9：30－17：30、Zoomを用いて基礎編の研修会を開

催した。インターネット上で受講者を募集し、定員30名のところ32名の申し込みがあった（申し込みが30名を超えた時点で受け付けを終了した）。精神科アドボケイト養成講座（基礎編）のプログラムは別添7の通り。研修内容を別添8に示す。当日は29名が受講した。会の進行、演習のファシリテーター等の研修の運営は、大阪精神医療人権センターのスタッフにより実施された。

考察

入院中の精神障害者の権利擁護のあり方につき、当事者によるグループミーティングにおける協議内容及び研究協力者からの意見を踏まえて具体的な提案にまとめたが、研究協力者からの意見のうち、以下の点についてはこの提案に盛り込めておらず、さらなる検討が必要である。

- ・ 権利擁護活動と、精神医療審査会での処遇改善請求や退院請求との兼ね合い、組織としての社会福祉協議会の権利擁護支援センターなど既存の公的サービスとの違い。
- ・ 精神障害者に対する権利擁護機能は市町村の義務であることを明確にするため、障害福祉計画や障害者計画等に精神科病院入院者の権利擁護について明記することについての検討。
- ・ 権利擁護センター（仮）の人員体制（精神障害者の権利擁護を主業務とする精神保健福祉士を必置とするか、人選の仕方等）のさらなる検討。
- ・ 権利擁護センターが医療機関に改善要求したにもかかわらず改善されない場合の対応。
- ・ 自ら支援を求められない人への支援方法（入院後一定期間経過した場合には本人からの求めがなくても面会するなど）。
- ・ 総合法律支援法に基づく法律扶助等を充実させる必要性及び個別相談員（仮）が法テラス含む司法救済につなぐ支援の検

討。

精神医療審査会との役割の違いや連動、連携、相互補完機能のあり方について検討するにあたっては、現状では精神医療審査会の機能が十分ではないことが問題となる。権利擁護センター（仮）設置をすすめるにあたっては、予算拡充を含めた精神医療審査会の機能強化が必須であると考えられる。

その他、権利擁護センター（仮）に関連する将来的な検討事項として、

- ・ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」において「権利擁護センター（仮）」が権利擁護機能を担うことを明記してはどうか（地域の中に権利擁護機能があることが明記されることは、当事者の地域での暮らしの継続を推進していく観点からも重要）
 - ・ 精神科病院職員（特に精神保健福祉士）は院内での権利擁護の役割を積極的に担う必要があることや、権利擁護センター（仮）の窓口につなぐ機能があること、個別相談員を受け入れるための院内における体制整備を行うこと等、精神科病院の役割や責任を明確にする必要があるのではないかと。
 - ・ 精神科病院の職員に権利擁護に関する定期的な研修を受けることを義務付ける等、病院の権利擁護機能が有効に働く仕組みの検討。
 - ・ 権利擁護センター（仮）機能について、財源や人材の有無等、自治体の事情によって設置状況や機能の質に格差が生じないよう、障害者総合支援法等に明記することを検討してはどうか（退院後生活環境相談員及び地域援助事業者は権利擁護を担う職種であることを明記し、両者が定期的に研修を受けることを必須とする、退院後生活環境相談員については定期的に研修を修了することを資格要件とする等）
- などが挙げられる。また、司法的な対応が必

要なケースについては、権利擁護の枠では対応することが困難であることにも留意する必要がある。権利擁護活動に関連して、法テラスや当番弁護士制度の活用を充実にも併せて取り組むことが求められる。権利擁護活動を受け入れている複数の精神科病院の院長の意見からは、権利擁護活動は病院と対立関係にあるものではなく、外部の視点が入ることによる病院側のメリットも少なからずあることが示唆されている。しかしながら、現時点で権利擁護活動が一般的ではない地域においては、権利擁護活動を受け入れる病院側に抵抗感や何らかの懸念が生じる可能性もあり、提案で示したような活動を実装するにあたっては、病院スタッフへの調査等を通じて権利擁護活動を受け入れるにあたっての不安や懸念点を明らかにすることが望ましいと考えられる。

COVID-19 感染拡大下でも実施可能な権利擁護活動として実施したオンライン面会については、概ね実行可能性が確認された。対面での面会以外の方法としては電話相談が一般的であるが、お互いの表情が確認できず、音声のみのやりとりとなるため、対面と比較して信頼関係の構築がより困難となることに加え、入院者に電話代の負担が生じるというデメリットもある。オンライン面会は、お互いの顔が見えない状態で音声のみのやり取りとなる電話相談と比較し、個別相談員の顔を見ながら話をすることができることが最大のメリットであると考えられる。個別相談員も、相手の表情を確認しながら話をすることができるため、入院者の感情の動きや思いが伝わりやすく、沈黙にも対応しやすくなり、信頼関係の構築をしやすいことが期待される。また、Face Time 等の無料のアプリを活用することにより、入院者が通信料を負担することなく相談が受けられることもメリットとして挙げられる。入院者がスマートフォンを所持している場合は、スマートフォンを用いたオンライン面会も可能ではあるが、タブレット

端末と比較してスマートフォンは画面がかなり小さくなるという欠点がある。

また、COVID-19 感染が終息した後であっても、対面での面会と併用することによって個別相談員の負担軽減につながったり、個別相談員の居住地外の病院への権利擁護活動にも参加できるなど、権利擁護活動の幅を広げることができる可能性もあるものと考えられる。一方、機器や通信トラブルが生じた場合の対応等、オンライン面会特有の課題もある。今後、利用者や個別相談員、病院スタッフへのアンケート調査により、オンライン面会のメリット、デメリットを明らかにし、権利擁護活動の一形態として位置づけるうえでの課題とその対応策を検討していく必要がある。

個別相談を担う人材育成のためには研修が必須となることから、本研究では研修プログラムの内容、実施方法について検討した。令和3年度については、基礎編をオンラインにて開催し、知識の伝達と理解を深めるための演習についてはオンラインにて実施可能であることが示された。今回、研修の理解度の確認は行っておらず、研修効果については明確に示すことはできない。今後編集済みの講義を入院経験者や病院スタッフ等、さまざまな立場の人に視聴していただき、フィードバックを得ることにより適宜内容の見直しを行っていく必要がある。

今回の研修は5時間35分の長時間にわたる研修を1日で実施したが、受講者側と運営側双方の疲労は大きく、複数回に分割して実施することなど、より負担の少ない方法を検討する必要性もあるものと考えられた。

今後は基礎編の内容および時間配分などをさらに検討していくとともに、実践編の試行を行う必要がある。実践編についてはロールプレイなどを行うことを想定されるため、対面での実施が基本となるものと考えられる。研修で習得すべき事項につき整理し、セルフチェックシートを作成するなど、研修の理解度を確認する方法についても検討が必要であ

る。また、スーパーバイズのあり方など、実際に個別相談を実施しながらスキルアップを図るための仕組みについても併せて検討していく必要があると考えられる。

精神保健医療福祉制度の国際比較（分担：菊池安希子（令和元年度）、佐竹直子（令和2、3年度））

我が国のこれからの精神保健福祉において、その方向性を検討するために海外の精神保健医療福祉のシステムとの比較や、先進的な制度について学ぶことは重要である。本分担研究班においては、以下の方法により精神保健医療福祉制度の国際比較を行った。

研究方法

<精神病床に関する国際比較>

英国 NHS Benchmarking Network の実施する、国際的なメンタルヘルス指標ベンチマークプロジェクトに参画した。該当する指標に関して日本のデータを提出することにより、プロジェクト参加国の情報に関して提供を受けた。英国 NHS で収集されている指標の多くは、日本の該当データがないものであったため、一部の指標について、指標の定義に可能な限り近いデータに関して、「精神保健福祉資料」より抜粋して提供した。

<イングランドの地域精神保健システム>

South London and Maudsley NHS の赤沼のぞみ医師へのインタビュー、および下記の資料により情報収集を行った。

- NHS Five year forward view (2014)
- The Five Year Forward View for Mental Health (2016)
- The NHS Long Term Plan (2019)
- NHS Mental Health Implementation Plan (2019)
- Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults (2019)

<カナダ・ブリティッシュコロンビア州の権利擁護制度>

ブリティッシュコロンビア州の精神科医療のアドボケートに関する情報について文献およびウェブサイト調査を実施した。また前年度調査を実施したイングランドの精神保健医療システムの調査情報も一部利用した。

研究結果

<精神病床に関する国際比較>

結果を別添9に示す。なおデータ比較にあたっては、以下の点に留意する必要がある。
オーストラリア：オーストラリアには、病院データ、地域精神保健データ、精神保健のアウトカム評価のためのデータ等があり、データは、州/準州政府によって提供されるサービスに限定される。民間病院の病床やサービスはこのデータには含まれていない。精神病床の約4分の1は民間病院であるが、通常、救急サービス、非自発的入院は扱っていない。
スウェーデン：精神医療サービスの約5%は、民間ベースで提供されている。民間セクターのデータ提供率は低いことに留意。

<イングランドの地域精神保健システム>

イングランドでは、2010年代に入り、医療政策において精神医療が重点事項として取り上げられるようになった。

NHS Five year forward view (2014)

2014年NHS(National Health Service)は、NHSサービスの5か年展望を打ち出した。疾病予防と早期介入、医療サービスの2次医療からプライマリケアや地域ケアサービスなどNHS以外のサービスへの移行、精神保健ケアの向上が主な展望として挙げられた。これらの背景として医療費のひっ迫があり、病院医療が中心のNHSとそれ以外のケア提供者、GPやヘルスケアのボランティア団体、地域の民間ケアサービスなどとの競合、協調により、新たに統合された Multispecialty Community Provider として機能することを

目指すこととなった。また予防医療への転換において、全国民の身体的な健康とともにメンタルヘルスの向上の重要性も認識されるようになった。

The Five Year Forward View for Mental Health (2016)

2014年のNHS Five year forward viewを受けて、2016年に精神医療の5か年展望が出された。重点ポイントとして精神科救急・危機介入の拡充、メンタルヘルスと身体ケアの融合、メンタルヘルスにおける mental wellness と疾患予防があげられた。

The NHS Long Term Plan (2019)

2014年のFive year forward viewの5年後に、NHSはそれをさらに発展させた10年の長期展望を出した。医療費の削減、NHSの赤字の拡大や人員不足などを背景に、必要なサービスを明確化させ、そこに必要な予算を投じるために打ち出した政策である。

精神疾患がガンや心血管疾患などとともに7つの重要臨床領域の一つとなり、また予防に重点を置いた国民全体の健康維持に焦点があてられた。また、周産期、小児・思春期のメンタルヘルスの充実、精神科 Core service からプライマリケアや地域サービス利用への移行、精神病患者の身体ケアの充実、うつや不安障害などへの心理療法の拡充などが重点項目として挙げられ、メンタルヘルスに関する予算増額も打ち出した。

NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24 (2019)

NHS Long Term Planを受けて、メンタルヘルスサービスについての実行計画が打ち出された。Long term plan で重点項目として挙げられた、周産期、小児・思春期メンタルヘルスをはじめ、精神科救急や危機介入都総合病院におけるコンサルテーションリエゾン、急性期入院治療、慢性期及び司法入院治療、自殺対策、ゲーム依存、うつや不安、不眠などの mental wellness に関する介入、重症精神障害者に対する包括的な地域ケア、高齢者メンタ

ルヘルスなど、多様化するメンタルヘルスに関するニーズに対応するために、1年ごとの具体的な数値目標を含む目標設定を行った。

Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults】

NHSが2019年9月出した、地域精神医療に関する政策提言で、これまでCore serviceが主体となって展開してきた地域精神医療を、プライマリケアと福祉、行政サービスを加えて統合された新しいケア複合体で包括的なサービス提供を実施するシステム導入に関するものである。すでに12のNHSがテストケースとして導入しており、プライマリケアと2次医療の機能分化や連携方法についていくつかのパターンがある。

これらの取り組みは、精神科2次医療の負担軽減のため様々地域資源との協働を計る、それまでSevere Mental Illness(SMI)が中心だった精神科医療へのニーズの拡大に対応する手段として、またSMIに対する身体ケアの充実が主な目的である。これまで医療モデルのCPAを用いたリスクマネジメントの重点を置いたケアマネジメントで福祉との連携にあまり重点を置いていなかった介入から、医療、福祉、行政など多機関連携で本人中心のケアモデルが導入されることにより、本人の日常・社会生活レベルの改善を図ることができ、そのために様々なサービスの連携に重点を置いた工夫が必要となる。

また、プライマリケアとの連携が重視され、CMHTの介入の必要がない精神疾患への関与はプライマリケアで行われるなど、治療に関しての機能分化も推進される。そのため、キャッチメントエリアは、プライマリケアのエリア(人口3~5万人程度)を基本に構成され、より慢性で複雑なニーズがある場合に、いくつかのプライマリキャッチメントエリアを合わせたエリアで2次医療と統合されたサービス展開となる。

＜カナダ・ブリティッシュコロンビア州の権

利擁護制度＞

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アドボケートサービス、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いた。

考察

我が国と諸外国の「精神科病床」の定義はかなり異なっており、病床の多寡を比較することは容易ではない。我が国においては、精神科病床のうち療養病床の占める割合が高いことは繰り返し指摘されている。今回この点を考慮して一般精神科病床の比較には主として救急・急性期の患者を治療する病棟(看護基準が13対1以上の精神科病床)の病床数を用いたところ、人口当たりの病床数は今回の国際比較に参加した国の平均病床数とほぼ同等であった。他方、長期ケアまたはリハビリテーションのための精神科病床数(日本のデータは30対1以下の看護基準の精神科病

床数)を人口当たりで比較すると、日本は他の国と比較して突出して病床数が多いことが明らかであった。

ここで注目したいのは、司法精神科病床の数である。人口10万人当たりで比較した場合、わが国は他の欧米諸国と比較して非常にない。これは、日本では司法精神医療(医療観察法医療の歴史が浅く、2005(平成17)年に医療観察法が施行される前は、重大な他害行為を行った精神障害者が措置入院等の入院形態で一般精神科病棟に入院していたことが関係しているものと推察される。現在の医療観察法入院処遇に相当する患者がどの程度一般精神科病院で入院を継続しているのかについては明らかにされていないが、精神科療養病棟に長期入院となっている患者の一部は、このような背景を持つ患者である可能性はあるものと思われる。精神科病床数を比較する際には、司法精神医療のシステムの違いについても考慮する必要があると考えられる。

イングランドの精神保健システムは、脱施設化以来その時々のコミュニティのニーズに合ったサービス提供への変換が行なわれている。2010年代、財政問題やメンタルヘルスの需要の増加、メンタルヘルスニーズの多様化などにより、精神科2次医療中心で展開していたメンタルヘルスケア・サポートを、プライマリケアや地域の中の様々なリソースと協働し対応する必要が生じ、包括ケアの導入になっていることは、わが国において「にも包括」をこれからの政策理念として重視していることと似通っている。ただし、イングランドの場合には、**severe mental illness**を中心としたケアマネジメントが必要な患者層へのサービスが基盤としてあるものの、日本の場合この部分に関しては地域差が大きく、ケア全体のキーマネージャーがケースごとに医療や福祉に点在している状況であり、システムとしての安定感に欠くことが課題であると考えられる。

また、精神科救急に関連することとして、

イングランドでは受療拒否の救急ケースについては、行政、警察との連携が充実しており、特に警察との連携は専門部署の設置や、情報開示についての管理体制が確立されていることは参考となる点が多い。また、強制的な介入を減らすための試みや、救急医療が必要なケースと救急以外でも対応できる本人にとっての「緊急」のトリアージなど、本人やその周囲のニーズで医療介入が必要以上に増加しないような試みも今後日本の精神科救急でも検討すべきことと思われた。

わが国で「重度かつ慢性」とされるような症状や生活障害が重度のケースは、イングランドにおいては脱施設化後の発症患者については地域ケアの中で大半がフォローされており、今後わが国においても地域ケアのさらなる充実によりこの層に関しての地域対応が可能になると予測される。

これまでわが国の精神保健医療福祉施策は主として **severe mental illness** への対応を前提としたものであったが、今後はより幅広い精神疾患を対象とし、また身体科やかかりつけ医との連携など、広くメンタルヘルスサービスを盛り込んでいく必要があると考えられた。

現在日本においてアドボケイトの導入が検討されているところであるが、ブリティッシュコロンビア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、ブリティッシュコロンビア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、強制的治療下での権利擁護

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。

精神医療審査会の機能は、システム、予算ともに日本と比べ充実した状況にあると思われる。処遇継続に関する頻回の審査、本人、家族からの処遇終了請求審査についても迅速に実施され結果通告がなされている。

また、精神医療審査会の組織・構成メンバーや経理情報の公開、審査内容統計や審査ケースのサンプル提示など、その機能の透明化を心掛けている。

カナダのように多くの欧米諸国では精神障害者または精神科強制治療下におかれている患者に対しての権利擁護制度は日本に比べかなり成熟した状況にあると思われる。今回の調査で日本の精神保健医療福祉体制においては、権利擁護の情報提供の充実、アドボケイト制度の確立と精神医療審査会機能の充実などが今後の制度構築に関してのポイントとなると考えられる。

結論

我が国においては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を新たな政策理念として、各地域での地域精神保健医療福祉体制の充実を図りつつある。本研究では、7つの研究分担班において、地域精神保健医療福祉制度の充実に係る課題を検討した。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、「精神障害にも」という名称が示す通り、精神障害のみに特化したケアシステムではなく、全住民を対象としたケアシステムであり、精神保健医療福祉領域内の連携・協力にとどまらず、精神保健医療福祉外の領域との連携も重視している。その理念を踏まえると、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、市町村を基盤として構築を進めていくことが重要であり、そのための体制整備、人材育成が急務である。本研究班で作成した、市町村職員を対象とした手引きおよび研修プログラムは、今後の人材育成のあり方を考えるうえ

でのベースとなるものと思われる。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構成要素のひとつである、「精神医療の提供体制」を構築するうえで重要な支援技法として、包括的支援マネジメントとアウトリーチ支援が挙げられる。本研究班で提案した外来における包括的支援マネジメントは、令和4年度診療報酬改定において、「療養生活継続支援加算」として評価された。また、本研究において、アウトリーチ支援を必要としている患者像として、長期入院や慢性化した重症精神障害をもつ人の退院支援や地域生活支援のみならず、ひきこもり等で外出が困難な人や、行政機関等からの依頼によりアウトリーチを開始した人などが相当数存在することを示したが、同じく令和4年度診療報酬改定において、「精神科在宅患者支援管理料」の対象患者に、ひきこもり状態にある患者や精神疾患の未治療者、医療中断者等が追加された。診療報酬上の評価がされたことにより、本研究の成果の普及につながることを期待される。

措置入院に関しては、制度に課題が多いことは以前から指摘されている。今回、本研究において措置入院に関連する様々な実態調査を行い、関係者アンケート等を通じてその課題を整理することができた。措置入院関連のガイドラインの運用については、COVID-19の影響もあり、十分な調査ができておらず、感染収束後の課題として持ち越した。

精神障害者の権利擁護のあり方については、現状では精神医療審査会がその役割の多くを担っているのが現状である。精神医療審査会の機能強化と均てん化は十分に進んでいるとは言い難く、各精神医療審査会事務局が運営に苦慮している状況が認められた。今後、本研究の成果を踏まえて、運営マニュアルの改正への提言をしていきたいと考えている。また、アドボケイトについては、精神科病院への個別訪問支援のあり方について、研究班内では一定のコンセンサスが得られたものの、その実装については、人材育成のあり方も含

め、さらなる課題整理が必要である。国際的な動向も注視しつつ、今後の検討課題とした。

さらなる検討を要する課題はあるものの、本研究の実施により、精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一定程度示すことができたものと考えられる。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。

研究発表

原著論文

- 1) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Fujii C: How do case managers determine the types of services provided to users in the intensive case management? A longitudinal study. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 2022.(in press)
- 1) Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Fujii C: Is intensive case management screening sheet score associated with service intensity? *Neuropsychopharmacology Reports* 40(3):302-306, 2020.
- 2) Shiina A, Sato A, Iyo M, Fujii C: Outcomes of administrative involuntary hospitalization: A national retrospective cohort study in Japan. *World Journal of Psychiatry* 9(7): 99-106, 2019
- 3) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Development and evaluation of Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population. *International Journal of Mental Health Systems* 13:22, 2019
- 4) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y,

Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Core services of intensive case management for people with mental illness: A network analysis. *Int J Soc Psychiatry* 65(7-8):621-630, 2019

- 5) 小口芳世, 小池純子, 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 藤井千代: 措置入院患者がCOVID-19陽性・疑似例となった場合の受け入れ体制の現状(その1) 臨床指標的側面の検討. *臨床精神医学* 50(10), 1091-1098, 2021.
- 6) 菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人: 司法精神科病棟の機能分化: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder(DSPD)事業からの示唆. *日本社会精神医学会雑誌* 30(1), 20-34, 2021.
- 7) 小池純子, 中西清晃, 小口芳世, 瀬戸秀文, 稲垣 中, 藤井千代: 措置入院患者がCOVID-19陽性・疑似例となった場合の受け入れ体制の現状(その2) 質的分析をもとにした現状と課題. *臨床精神医学* 50(10), 1099-1107, 2021.
- 8) 鈴木浩太, 山口創生, 塩澤拓亮, 松長麻美, 藤井千代: 精神障害者におけるニーズの評価: Camberwell Assessment of Need - Japanese version (CAN-J) の特徴. *臨床精神医学* 49(5):675-682, 2020.

知的所有権の取得状況

- 1.特許取得
なし
- 2.実用新案登録
なし
- 3.その他
特になし