

第Ⅲ部

調査研究

地域精神保健における精神保健福祉センターの役割とこれからのあり方に関する研究

分担事業者 田邊 等（全国精神保健福祉センター長会会長）

事業統括者 野津 眞（同 副会長）

全体の概要

1. 本研究の目的

地域精神保健を巡る状況は近年大きく変化しており、精神保健福祉法の改正、災害時こころのケアに関する「DPAT」の創設、刑法改正における「一部執行猶予制度（薬物事犯の一部）」など、国の施策や法律の改正なども次々に行われている。全国精神保健福祉センター（以下センター）が、地域の実情に応じてどのように事業を展開しているか、またどのような課題が認識されているかについて調査研究を行い、地域保健における諸課題への対応に資することを目的とした。

2. 方法

まず、以下のように3つのサブテーマを設定し調査グループを編成した。

（1）精神保健福祉法改正後の地域精神保健における精神保健福祉センターの役割とあり方（以下、法改正後）

（2）災害時精神保健医療における精神保健福祉センターの役割（以下、災害時）

（3）地域依存症対策における精神保健福祉センターの役割（以下、依存症）

サブテーマグループごとに調査票を作成し、2013年12月3日から12月17日まで、全国69の都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターに送付し回答を求めた。また、同年11月に、東日本大震災被災地の宮城県、仙台市、福島県のセンターに対して、震災時の心のケア活動について聴き取り調査を行った。

3. 結果

調査票の最終的な回収率は100%であったが、一部に回答の遅れがあったために、解析に間に合わなかったグループもあった。結果についてはそれぞれのグループの詳細な報告に委ねるが、以下に概要を記す

（1）法改正後グループ

このグループでは、現在行われている各種事業の実態を調査し、特徴と今後に対する認識を尋ねた。また、精神医療審査会の運営に関して詳細に聞いている。

精神保健福祉相談では、これまで多かった「気分障害」や「統合失調症」だけではなく、「ひきこもり」「発達障害」「依存症」等の項目が課題として登場している。

アウトリーチ事業を実施しているという回答は6所にとどまるが、実施機関に協力しているところが20センターに上る。一方、現状では実施できないという回答も19センターであった。

自殺対策では、睡眠キャンペーン、ゲートキーパーなどのほか、自死遺族支援、自殺未遂者対策など多彩であった。また、技術支援／人材育成（ゲートキーパー）や、普及啓発（自殺・うつ予防）に力が注がれているようである。

ひきこもり対策は大きな課題だが、地域によって取り組み方は異なっているようである。「ひきこもり支援センター」のセンターへの設置の有無や、保健福祉系と教育系の違いなどから対応が変わってくると思われる。

保健所との連携協力では技術協力や人材育成を中心とした回答が多く見られた。

精神医療審査会に関しては、審査会事務で、センターが直接執行する部分は、自治体によって一部異なっていることや、法解釈や運営マニュアルの運用面で、「医療保護入院の保護者からの退院請

求」「処遇改善勧告」などの扱いで、意見が分かれている現状があること。将来の審査会は、「自治体から独立した組織とすべき」というセンターが6割であった。賛同しえないセンターは、「現行に代わる適切な組織がない」という現実を指摘した。

(2) 災害時グループ

79.7%の自治体で、地域防災計画に災害時心のケアに関する記載があった。自然災害における対応マニュアルを作成している自治体は全体の43.8%であったが、自然災害以外の事件・事故に対するマニュアルを作成している自治体は21.9%にとどまった。

平成24年4月から平成25年10月の間に災害時心のケア活動を行ったところは19センター（29.7%）であった。災害の内訳では「事故」が9か所でもっとも多く、次いで「風水害」の5センターであった。

聴き取り調査では、地域により活動内容に違いが見られたが、「保健所等の関係機関と密接に連携しながら総合調整と技術援助を行う」という役割は共通していた。平時から良好な関係性を築いておくことで、非常時においても連携が有効に機能していた。

災害時心のケア対策の必要性は各自治体に定着してきているが、自然災害に比べて事件・事故への準備は遅れていた。実際には自然災害よりも事故への対応のほうが多いことから、事故等への準備体制を充実させる必要がある。

災害などの非常事態において、センターが専門的支援を有効に行うためには、活動マニュアル等の事前準備と、保健所等関係機関との良好な連携体制が重要である。

(3) 依存症グループ

薬物依存症対策に関して、半数以上のセンターが、技術支援活動、教育研修活動、組織育成活動、普及啓発活動を実施していた。相談援助活動は、ほぼ全センターが実施しており、個別来所相談が9割を占める。

また、本人のサポートグループは1割強、家族のサポートグループは約半数のセンターが実施していた。薬物関連相談は3分の1のセンターで曜日を特定して行われていた。これらの調査結果は平成21年度の全国センターの薬物依存症対策の調査結果とほぼ同じであった。

ギャンブル依存症対策は、9割のセンターが対応すべきだと考えていた。相談援助活動は、8割のセンターが実施していた。

「個別相談指導」は、ほぼ全てのセンターで、「家族教室」はほぼ半数のセンターで実施されていた。技術援助、普及啓発などの複数の薬物依存症対策事業には、約6割以上のセンターが取り組んでいることが判明したが、今後、ますます、センターへの薬物依存症対策の要請は高まると予測される。

精神保健福祉センターは薬物依存症医療機関やリハビリテーション施設ではなく、保健所等他機関との協力やコーディネート、集団療法や自助組織との連携などが、センターの特性を生かした中心的役割であることが分かった。

ギャンブル依存症対策はその必要性を認めているが、対応の多くは一般相談の一部とされており、特定の対策は今後の課題である。

4. 結論

3つの今日的課題について全国の精神保健福祉センターが、どのように取り組んでおり、どのような困難を認識しているかを知ることができた。いずれのサブテーマにおいても、地域事情やセンター固有の条件に加えて、保健所等関係機関との日常的な連携関係が重要であることが分かった。

精神医療審査会の予備委員（予備的な委員）に関する調査

鳥取県立精神保健福祉センター

大塚月子、原田 豊

I 調査概要

1 調査対象と方法

全国 69 か所の精神保健福祉センター（以下、「センター」）を対象に、調査票を電子メールにより送付し、電子メールあるはファクシミリで回収した。

2 調査実施期間

平成 26 年 3 月 7 日～平成 26 年 3 月 13 日

3 回収状況

調査票の回収数は、65 センターであった。

なお、東京都については、回答のあった東京都立中部総合精神保健福祉センターの回答を東京都の回答とみなし、集計上、調査対象を 67 センター（回収率 97.0%）とした。

4 調査内容

（1）精神医療審査会の予備的な委員の有無（平成 26 年 3 月現在）

（2）予備的な委員（有）の場合

ア 予備的な委員の合議体への所属の有無

イ 予備的な委員の職種と人数

ウ 予備的な委員の業務

エ 予備的な委員を置くことに至った経緯

オ 今後の見直しの有無とその内容

（3）予備的な委員（無）の場合

ア 今後、予備委員を置く予定

（4）予備委員に関する意見等

5 調査結果について

調査結果については、統計的に集計し、自由記載欄については、自治体名を除いて記載した。

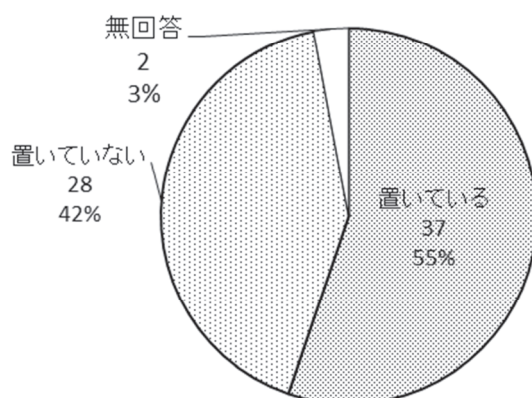
Ⅱ 調査結果

1 精神医療審査会における予備的な委員の有無（平成 26 年 3 月現在）について

精神医療審査会に、予備的な委員を「置いている」と回答したセンターは 37 か所(55.2%)、「置いていない」と回答したセンターは 28 か所（41.8%）であった（図 1）。

都道府県のセンターでは、予備的な委員を「置いている」は 23 か所、「置いていない」は 22 か所で、政令指定都市（以下、政令市）のセンターでは、予備的な委員を「置いている」は 14 か所、「置いていない」は 6 か所であった。

図1 予備的な委員を置いていますか



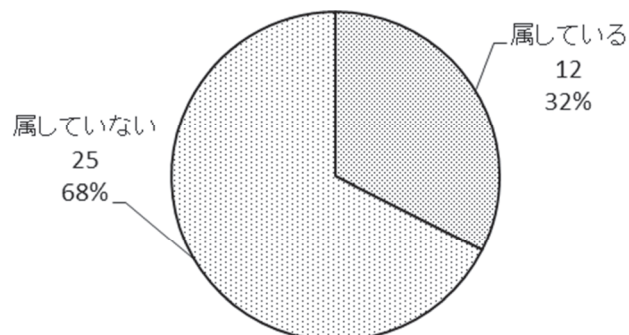
2 予備的な委員を置いている精神保健福祉センターについて

精神医療審査会に予備的な委員を置いている 37 か所のセンターの状況は次のとおりであった。

（1）予備的な委員の合議体への所属の有無

予備的な委員が合議体に属しているのは 12 か所（32.4%）、合議体に属していないのは 25 か所（67.6%）であった（図 2）。

図2 予備的な委員は合議体に属していますか
(n=37)



(2) 予備的な委員の職種と人数について

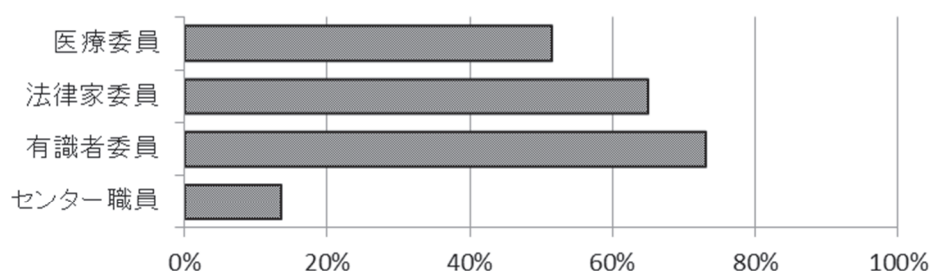
予備的な委員として、「精神障害者の医療に関し学識経験を有する者（以下、医療委員）」を置いているセンターは 19 か所（51.4%）、「法律に関し学識経験を有する者（以下、法律家委員）」を置いているセンターは 24 か所（64.9%）、「その他の学識経験を有する者（以下、有識者委員）」を置いているセンターは 27 か所（73.0%）であった（図 3）。

有識者委員の具体的な職名については、精神保健福祉士、臨床心理士、大学教員、福祉施設職員、保健師、看護師、人権擁護委員、児童民生委員、社会福祉士等であった。

また、予備的な委員として精神保健福祉センター職員を置いているセンターが 5 か所（13.5%）あった。（※個別の聞き取りでは、中立性の立場から、今後センター職員を除外する方向で検討しているセンターもあり。）

予備的な委員の人数については、1 センターあたり、1～5 人が 26 か所（70.3%）、5～10 人が 6 か所（16.2%）、11 人以上が 5 か所（13.5%）であった。

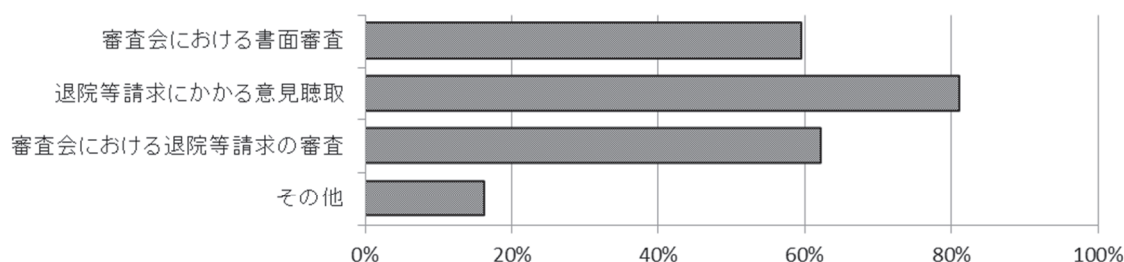
図3 予備的な委員の職種(n=37)



(3) 予備的な委員の業務について

予備的な委員の業務としては、「退院請求・処遇改善請求にかかる意見聴取」が最も多く 30 か所（81.1%）、次いで「定例審査会（合議体）における書面審査」が 22 か所（59.5%）、「定例審査会（合議体）における退院請求・処遇改善請求の審査」23 か所（62.2%）であった。「その他」は 6 か所（16.2%）で、その内容としては、「委員欠席時の代理として審査」が 5 か所、「精神科病院実地指導」が 1 か所であった（図 4）。

図4 予備的な委員の業務(n=37)

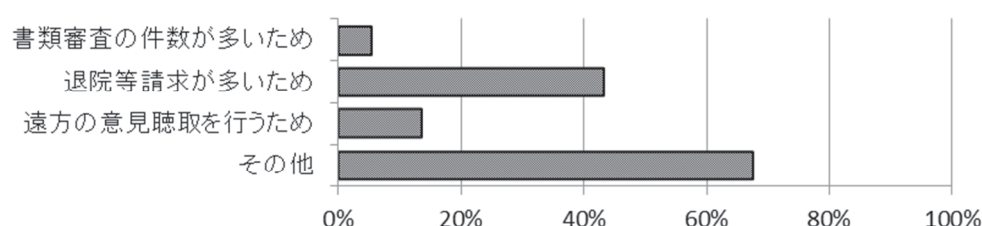


(4) 予備的な委員を置いている経緯（背景）について

予備的な委員を置いている経緯については、「退院等請求が多く、審査会委員だけでは意見聴取に対応しきれないため」が16か所（43.2%）、「遠方の病院の意見聴取を行うため」5か所（13.5%）、「書類審査の件数が多く、審査会委員だけでは対応しきれないため」2か所（5.4%）、「その他」25か所（67.6%）であった（図5）。

「その他」の内容としては、「委員の欠席等による合議体の不成立を防止するため」が18か所（48.6%）で最も多く、次いで「意見聴取の日程調整が困難なため」6か所（16.2%）であり、ほかに、「遠方の精神科病院の実地指導を行うため」、「わからない」であった。

図5 予備的な委員を置いている経緯・背景等（n=37）

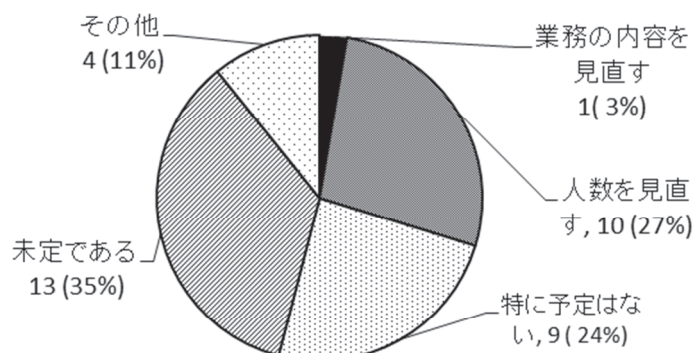


(5) 予備委員に関して、今後、見直す予定について

精神医療審査会マニュアルの改正を受けて、予備委員の業務内容、人数等を見直す予定があるかどうかについては、「未定」13か所（35.1%）で最も多く、次いで、「予備委員の人数を見直す」10か所（27.0%）であった。「特に見直す予定はない」9か所（24.3%）、「業務内容を見直す」は1か所（2.7%）、「その他」4か所（10.8%）であった（図6）。

「予備委員の人数を見直す」の具体的な内容としては、ほとんどが増員する予定、あるいは、増員する方向で検討するというものであった。また、「業務内容を見直す」については、予備委員の業務内容を増やすというものであった。「その他」については、予備委員の職種を変更する・増やす、法改正後の様子をみながら検討を行うなどであった。

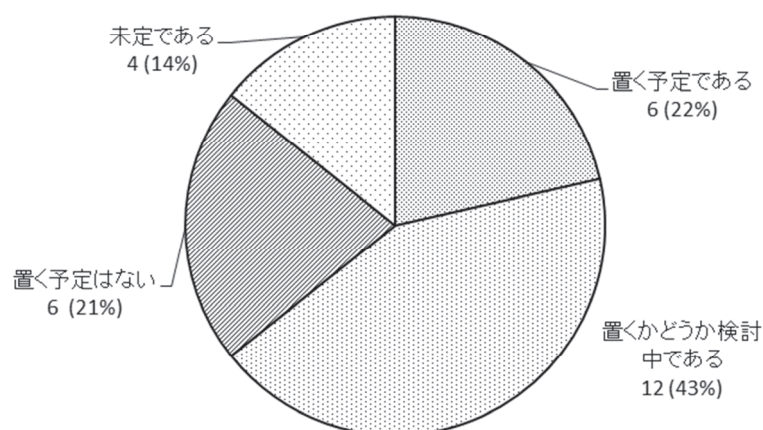
図6 今後、見直す予定（n=37）



3 予備的な委員を置いていないセンターについて

予備的な委員を置いていないセンター 28 か所の今後の予定については、「置く予定である」6 件（21.4%）、「置くかどうか検討中である」12 件（42.9%）、「置く予定はない」6 件（21.4%）、「未定である」4 件（14.3%）であった（図 7）。

図8 今後予備委員を置く予定がありますか（n=28）



4 その他予備委員に関する意見等は次のとおりであった。

予備委員に関する意見等
名称としては「予備委員」として、予備的な委員の業務を担う委員を置く予定。 今回改正の趣旨である精神医療審査会の機能強化・業務効率化のため、合議体を構成しない委員を柔軟に活用したいと考えている。 また、次期委員改選時に、予備委員から合議体構成委員を選任することで、改選に係る事務負担も軽減できるかと考えている。
① 合議体の成立要件や業務の増加も予想されている状況から、予備委員を確保していく必要はあるが、医師の絶対数が足りない状況からは、委員の選任も含めて難航が予想される。 ② 24条通報の判定業務を精神科病院の輪番制で実施しているため、当該医師が措置決定等に関与している（措置及び措置から医療保護となった患者からの請求が出された場合）など、関係者の排除規定等に抵触する可能性や、おおむね1か月程度で審査結果を通知するという運用が求められている現状からは、全国単位・ブロック単位でカバーできるような第3者機関を設置することが期待される。 ③ 患者の人権を守る観点からも、ボランティア程度の処遇で制度を運用することには限界があると考ええる。（会計検査院のような位置づけで、報酬などが確立された上で客観的な判定が出来る「医師や法律家委員」を確保する必要があるのでは）
予備的な委員として、部会運営上、支障が生じると判断した場合、別の部会委員で、予備委員を指名することができるとしている。

①退院請求等の意見聴取およびその審査については、できるだけその合議体委員で行うことが望ましいと考えていますが、必ずしも成立するとは限りません。そこで、意見聴取を実施する際、予備委員に同行をお願いしています。なお、審査については、合議体委員が欠席の場合に代理出席をお願いしています。（予備委員へは、原則審査結果を電話でお知らせしています。） ②法律委員が審査会を欠席する場合、他の合議体から代理出席を依頼しますが、もともと法律委員が少ないため、開催日の変更を検討するなど苦慮することがありました。そこで、平成26年度から、予備委員として1名の法律委員を委嘱することになりました。これにより、入院患者の人権上の観点からも円滑かつ効率的な審査業務が期待できることになりました。
平成 26 年 7 月が委員改選時なので、検討する。
法改正に伴い、退院等の請求が増加するかどうかは定かではなく、予備委員を置くか否かについても、改正後の動向を鑑みて検討していく予定である。
これまで、退院・処遇改善請求の審査については、意見聴取を行った委員の属する合議体で、審査を行うこととしていた。そのため、意見聴取を実施した委員が出席しない合議体で、審査を行うことで、審査の質をどのように確保していくかが、検討が必要かと考えている。
県本庁所管課を通して、県人事課に呼び委員設置を長年要求してきたが、行財政改革の中で、附属機関の委員のスリム化を図っているため不可となってきた。 今回の法改正をもとに委員改選時期に再度調整要求をしていきたい。
①意見聴取や診察を行うための予備委員 ②委員の事故等の場合に臨時に構成するための予備委員 ③①及び②を兼ねた予備委員 ※①～③について検討中です。
予備委員による書面審査や臨時的な合議体構成ができると助かる。
審査会の委員の確保が今後困難となることが予測されるため、県精神科医会で議題を提起して、予備委員を 2 名追加することとなった。個別で依頼することには限界があるため、今後も精神科医会との協議で予備委員や委員の依頼を検討してもらうように考えている。
・6 名の合議体でも出席は 5 名としています。 ・予備的という表示はしていません。
審査会業務の増加のため、部会を増やしたり、予備委員を増やしたりできればと思います。それと同時に起こる、センターの担当職員の業務量の増加にも頭を悩ませています。
センターの規模としては、委員の人数は多いが、委員は専属ではないので日程調整が厳しいことと動ける委員が固定化している。
・退院請求の意見聴取を行った予備委員が、合議体の審査に入る必要があるのではないかと、という意見があり、その場合の委員体制（人数等）等について、検討している。
医療委員だけでなく、法律家委員、有識者委員の予備委員を置けると、審査会、退院請求ともに円滑な運営に有効と考える。

本来は医療委員を増やしたいところですが、医師不足のために困難です。開業医への依頼という話もありますが、審査会委員は、指定医であれば誰でもよいというわけにはいかないので、むずかしいところです。