京の精神保健福祉

精神保健福祉法の 改正をめぐって

精神科病院から見た 精神保健福祉法の改正



東京都福祉保健局 障害者医療担当部長 熊谷 直樹

東京精神科病院協会 理事(桜ヶ丘記念病院) 岩下 覚

東京精神科病院協会 会長(薫風会山田病院) 山田 雄飛

公益財団法人 東京都医学総合研究所 副所長 飛鳥井 望

精神保健福祉法の 改正をめぐって

東京都福祉保健局障害者医療担当部長 熊谷 直樹

2013年6月に精神保健及び精神障害者福祉に 関する法律(精神保健福祉法、以下、法と略す) が改正され、その多くは2014年度に施行される。 ここでは、行政の視点から、改正の概要(図1) や経緯を紹介し、今後の検討課題を述べる。

1. 改正の概要

1)精神障害者の医療の提供を確保するための 指針の策定

新たに、厚生労働大臣が精神障害者の医療の提 供を確保するための指針を定めることとされた。 厚生労働省での検討を経て「良質かつ適切な精神 障害者に対する医療の提供を確保するための指 針」が取りまとめられた。指針では、①新たな入 院期間を1年以内とすることを目指し、急性期の 精神病床への医師・看護師の一般病床並の配置や 多職種チームによる医療や退院支援の推進、②地 域での多職種アウトリーチの推進、精神科救急・

身体合併症医療体制の整備、③医療・保健福祉の 多職種の連携及び人材の育成・質向上、④保健 所・市町村等の在り方の検討、うつ病や依存症等 の多様な精神疾患に対応した医療、精神疾患の予 防等が記載されている。指針は精神保健医療福祉 に従事する者が目指すべき方向性を定めたもので、 法的拘束力はないが、今後の施策に影響していく と思われる。

2) 保護者制度の廃止

従来、保護者は、通院を継続するか任意入院中 の者を除く精神障害者について、治療を受けさせ、 財産上の利益の保護を行う義務を負うとされ、医 療保護入院の同意を行うこともできた。保護者に は後見人・保佐人、配偶者、親権者、家庭裁判所 の選任を受けた扶養義務者がなるとされていた。 これらは、保護者の高齢化等もあり、大きな負担 とされたが、今回の改正で、保護者に関する規定 は廃止された。

3) 医療保護入院の見直し

(1) 医療保護入院の成立要件について、精神保 健指定医の診断に加え、保護者による同意か ら、「家族等いずれかの者」の同意と改められ た。家族等とは、配偶者、親権者、扶養義務者、 後見人・保佐人をさす。家族等がいないか全 員が意思を表示できない場合は、区市町村長

が入院の同意を行うことができる。

- (2) 医療保護入院者の退院促進のため、新たに、 病院管理者に次の3点が義務付けられた。
- ① 退院後生活環境相談員の選任:精神保健福 祉士等から入院後7日以内に選任し、本人や 家族等の相談を行い、院内の多職種や、行政 機関を含む院外機関との調整を担う。
- ② 地域援助事業者の紹介の努力:地域援助事 業者とは一般又は特定相談支援事業者や居宅 介護支援事業者をさし、区市町村の地域移 行・定着支援や退院後の障害福祉ないし介護 保険サービス利用の円滑化をはかる。
- ③ 退院促進のための体制整備:医療保護入

院者退院支援委員会を設置し、在院1年未満 の者では、入院診療計画書に記載した推定 入院期間や本委員会の審議で設定された推 定入院期間を経過する場合、1年以上の者 では病院管理者が必要と認める場合に、入 院継続の必要性、推定入院期間、退院に向 けた取組について審議を行うこととなった。 主治医、看護職員、退院後生活環境相談員、 その他病院職員、本人が希望する場合は、 患者本人や家族等、地域援助事業者が参加 する。

図 1 改正精神保健福祉法の概要

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針(大臣告示)の策 定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、 負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

- ①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等(*)のうちのいずれかの者の同意を要件とする。 *配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行
- ②精神科病院の管理者に、
- ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者(精神保健福祉士等)の設置
- ・地域援助事業者(入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等)との連携
- ・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

- ①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
- ②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

|2. 施行期日 |

平成26年4月1日(ただし、1.(4)①については平成28年4月1日)

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保 護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院 等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結 (厚牛労働省資料) 果に基づいて所要の措置を講ずる。

医療保護入院は、東京都では年間15,078件(2011年)に及び増加傾向にあるほか、同年6月30日時点では都内医療保護入院在院者は8,577人で、精神科在院者の4割以上を占める。医療保護入院制度の改正は都内でも大きな影響が予想される。

4)精神医療審査会の見直し

- ① 精神医療審査会の構成員として、精神科医、 法律家、その他学識経験者とされていたもの が、前二者および精神保健福祉の学識経験者 に改められた(2016年度から施行)。
- ② 退院等の請求を行える者が、本人・保護者

から、本人および家族等(入院同意を行った者以外を含む)となった。

このほか、医療保護入院では、入院届に入院診療計画書が、定期病状報告書に直近の退院支援委員会審議記録が、各々添付され、審査会において検討される。

2. 今回の改正の経緯

今回の法改正は、2004年に国が示した精神保健医療福祉の改革ビジョン以来の取組の一環と言ってよい。本ビジョンは、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念のもとで、約7万人も

図2 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書の概要

「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要_(厚生労働省資料)

~「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書 (座長:樋口輝彦 国立精神・神経センター)~ 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月から概ね10年間)の中間点において、 後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ 【平成21年9月】

- ◎ 精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大。
- ◎ 精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分。
- ◎ 依然として多くの統合失調症による長期入院 患者が存在。これは、入院医療中心の施策の 結果であることを、行政を含め関係者が反省。
- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域医療中心へ」 という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
 - 質の高い医療
 - ・症状・希望等に応じた、適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立した生活を継続できる社会
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- ●地域医療の拡充、入院医療の 急性期への重点化など医療体制 の再編・拡充
 - ●人員の充実等による医療の質の向上
- ●地域生活を支える障害福祉 サービス、ケアマネジメント、救 急・在宅医療等の充実、住まい の場の確保

地域生活支援体制の強化

●患者が早期に支援を受けられ、 精神障害者が地域の住民として 暮らしていけるような、精神障害 に関する正しい理解の推進

精神医療の質の向上

●薬物療法、心理社会的療法な

ど、個々の患者に提供される医

療の質の向上

普及啓発の重点的実施

目標値

- ●統合失調症入院患者数を15万人に減少<H26> ●入院患者の退 ・入院患者の退 ・大院事を継続し、 精神病よりを促進 ・大の減少を促進。
- ●施策推進へ の精神障害者・ 家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

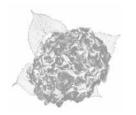
の社会的入院者の退院促進など10年間を目途に 改革を進めるものである。2009年に、本ビジョ ンの中間見直しとして、今後の精神保健医療福 祉のあり方等検討会報告書が示され、精神保健 医療体系の再構築、精神医療の質の向上、地域 生活支援体制の強化、普及啓発の重点的実施が 謳われた(**図2**)。

その後、障害者制度改革の動向も踏まえ、保 護者制度の見直しや入院医療での人員配置等に ついて検討が行われ、今回の法改正に至ったも のである。

3. 今後の検討課題

改正法の附則には、施行後3年を目途として、 医療保護入院の手続きの在り方や、地域移行の促 進、入院中の精神障害者の意思決定及び意思表明 の支援の在り方等について検討を行うとされてい る。これらの検討に基づき、さらなる法改正が予 想される。

改正法においては都道府県の役割が引き続き大 きい。準備期間が十分でないまま施行となった感 はあるが、極力混乱を回避し新制度の定着を図り、 改正の趣旨を活かして、地域を拠点とした心の健 康づくりから精神障害者の社会復帰まで、区市町 村や医療機関等と連携し、質の高い精神保健医療 福祉をめざす取組が求められよう。



精神科病院から見た 精神保健福祉法の改正

~精神科病院における 実践に即した事柄を中心に~

会長

東京精神科病院協会 理事

東京精神科病院協会

ШШ

はじめに

今般の精神保健福祉法改正について、平成25 年12月に、東京精神科病院協会で、会員病院を 対象に疑問点等アンケート調査を行ったところ、 寄せられた回答の大半は、日々の業務に直接関わ る「保護者制度の廃止」及び「医療保護入院の見 直し」に関連する事柄であった。その後、平成 26年1月24日付で厚生労働省(厚労省)から改 正法の施行事項について複数の通知が出され、2 月12日には厚労省から、次いで2月17日には東 京都から、相次いで改正法施行についてのQ&A が公表された。本稿では上記アンケート結果を踏 まえ、現場で医療を実践する立場からみた問題点 を中心に今般の法改正、諸通知、Q&Aの内容等 についての所感を述べてみたい。

1. 医療保護入院時の実務に関して ~「家族等」を巡る諸問題~

改正法では、医療保護入院の要件が「家族等の うちいずれかの者による同意」に変更されたが、 まず、同行者が「家族等」に該当するか否かの判 定、即ち続柄確認と本人確認、更には「家族等の 欠格事由」に該当しないことの確認方法等に関す る質問が数多く寄せられた。従来家庭裁判所の「保 護者選任」を経ることで担保されていた上記の確 認作業について、厚労省課長通知では"管理者が 書面で申告させて確認する"とし、本人確認につ いては"「運転免許証や保険証」の呈示を求める

等の手段で確認することが望ましい"と述べ、更に都Q&Aでは"病院管理者が「家族等」の続柄確認のため「戸籍謄本、住民票」の呈示を求める等の手段で確認することが望ましい"としている。特に夜間休日も含めた緊急入院の場合には上記の確認方法を採ることは困難であり、欠格事由の確認は同行者の自己申告に頼る以外に方法はない。都は確認方法を同意書の余白に記入し、その旨をカルテに記載することを推奨しているが、それでも全てのトラブルを回避するのは困難であろう。

一方、いずれのQ&Aも「家族等が遠方の場合等は、電話連絡等によってその同意の意思を確認し、後日同意書をとり、その旨カルテ記載する」という運用で差し支えないとしており、家族等が同行した際には上記極めて厳密な確認方法が推奨されているのに比して、電話の場合の運用の緩やかさは明らかに整合性を欠いている。

更に、今般の法改正では「家族等」に優先順位が無くなったため、複数の家族間で入院に対する意見が不一致の場合、入院時であれ、入院中であれ、現場では大きな混乱が生ずることが予測される。厚労省課長通知には、このような場合も「管理者は必要に応じて家族等に対して医療保護入院の必要性等について説明することが望ましい」とされているが、そのような混乱した構造の中で適正な治療を行うのが如何に困難か、精神科病院に勤務する者であれば誰でも経験したことがあるのではないだろうか。

2. 市区町村長同意に関して

今般の法改正でも「市区町村長同意」の規定は 残されたが、改正前の適用条件、即ち「保護者が ないとき又はこれらの保護者がその義務を行うこ とが出来ないとき」が改正法では「家族等のいず れもいないか、又はその家族等の全員がその意思 を表示することが出来ない場合」へと変更された。 そのため、従来、市区町村長同意を適用せざるを えない場合もあった所謂「関わり拒否」(家族が おり、反対の意思は表明しないが、関わること自 体を拒否する場合)の事例等は、市区町村長同意 の対象外であることが明示された。厚労省Q&Aによれば、上記「家族等の全員がその意思を表示出来ない場合」とは「心神喪失の場合等」とされており、都Q&Aには「妻が患者で夫も重度認知症、息子も重篤な精神障害者というような場合」という想定事例が挙げられている。これらを見ても、今後実際の臨床場面では、市区町村長同意は極めて限られたケースにしか適用されないことが予測される。

もとより「市区町村長同意」の適用には慎重を 期すべきだが、「市区町村長同意」とすることで、 かろうじて必要な入院医療が確保されている事例 が多々あることは周知の事実である。今後は指定 医が入院の必要ありと判断したにも拘わらず、要 件が整わないために適切な医療を提供出来なくな る事例が増加することが危惧される。

3. 医療保護入院の同意の撤回、変更について

今回の法改正に関して、各Q&Aともに「法律 上は家族等の同意の撤回や同意の変更という概念 は存在しない」(厚労省) 旨強調している。その 根拠として、保護者制度廃止に伴って、改正前に おける「治療を受けさせる義務」等の規定が削除 されたため、「改正後の精神保健福祉法における 家族等の同意は医療保護入院時に存在すれば足り ると解します」(都)という説明がなされている。 例えば会員から多数寄せられた「一旦は入院に同 意した家族等が入院後に退院させることを希望し た場合はどのように対応したらいいか」という疑 問に対して、厚労省Q&Aには「精神保健指定医 の判断として当該医療保護入院者を退院させる」 という選択肢も示されているが、厚労省課長通知 や都Q&Aでは「同意者の変更は不要」であり 「当該家族等に対して入院医療の必要性や手続の 適法性について説明を行い」「そのうえで、当該 家族が依然として反対の意思を有するときは、精 神医療審査会に対して退院請求を行うことが出来 ることを教示する」旨回答されている。

従来は、保護者から患者を退院させたい旨の意 思表示があった場合は退院させるのが常であるが、 改正法下では、そのような場合も指定医が入院継 続の必要ありと認める限り、あくまで入院治療を 継続するのが原則であると規定しているようにも 見える。

4. 年度をまたいで入院する医療保護入院者 への対応

改正法施行前の平成26年3月31日以前から入 院している医療保護入院患者については、経過措 置として、改めて家族等の同意を取り直す必要は ないとされている。年度をまたいで入院を継続す る多数の医療保護入院患者やその保護者、ご家族 に対して、今回の法改正について、具体的説明を 行うことは極めて重要且つ喫緊の課題であり、厚 労省に、実務上の具体的なマニュアル等を早急に 整備することを強く望みたい。

おわりに

今回の法改正では、入院に関して、指定医、或 いは管理者の権限と責任が、改正前に比して格段 に強まったことは確かであろう。しかし、そのこ とによって却って患者さんやご家族との間に良好 な治療関係を構築、維持することが困難になりか ねない側面があり、その分適正な入院医療の提供 が困難になったり、トラブルが増加するのではな いかと危惧する声は多い。

また、今般の法改正では、退院後生活環境相談 員の設置、地域援助事業者との連携の努力、医療 保護入院者退院支援委員会の設置等管理者に課せ られた義務規定も多岐にわたっており、いずれも その趣旨は十分理解できるが、それらに伴う人的、 時間的負担増に見合うだけの経済的裏付けが無い ことは如何にも問題であろう。

改正法施行後、現場で種々の問題やトラブルが 生じた場合、我々も、三年後の見直しを睨んで、 それら具体的事例を行政とともに相互に検討を重 ねながら、法改正本来の趣旨に叶う運用が、精神 科病院の現場でも無理なく行えるような方向性を 模索していくことが不可欠であると考える。

認知症の早期発見・ 早期診断について

公益財団法人 東京都医学総合研究所 副所長 飛鳥井 望

昨年12月にロンドンでG8認知症サミットが 開催されましたが、先進各国の多くは認知症対策 を国家的課題として、ナショナル・プランを策定 しています。

東京都の65歳以上の高齢者の数は、来年(平 成27年)には308万人となります。東京都の高 齢化の特徴は75歳以上の後期高齢者の急速な増 加で、6年後のオリンピックの年には、いよいよ 後期高齢者数が前期高齢者数を上回ることが予測 されます。都内の認知症高齢者数は、介護保険の 認定を受け、何らかの支援を必要とする認知症高 齢者の数に限ってみても、平成22年の時点で23 万人であったのが、いまから11年後の平成37年 には38万人に増大すると推計されます。介護保 険の認定を受けていない人を合わせればもっと多 くなります。

認知症への取組みでは早期発見・早期診断が重 要と言われます。それにより早い段階から支援 サービスを受けることが可能となり、地域で安心 して暮らせるようになるからです。

認知症への取組みに関する国際政策会議 (平成24年度厚労省老健事業)

昨年1月に東京都医学総合研究所の主催により、 英国、フランス、オランダ、デンマーク、オース トラリアの認知症対策担当者を招聘し国際政策会 議が開かれました。驚いたことに、早期発見・早 期診断が重要とされながらも、認知症の診断率は どの国もさほど高いものではありませんでした。 英国では認知症の46%しか診断されていません。 オーストラリアでは認知症の50~80%が診断を

受けておらず、最初に症状が出てから診断に至るまで平均3年かかっています。デンマークでは認知症で実際に診断を受けているのは3分の1程度、オランダでは認知症の40%が診断されていません。このように認知症の実際の診断率には大きな限界があります。

それならば高齢者全員を対象として認知症のスクリーニング検査をすれば、てっとり早く診断率を向上できそうに思えるかもしれませんが、各国ともそのようなスクリーニング検査には否定的です。なぜならば有効なスクリーニング検査を行うのが極めて難しいからです。それよりは、フランスの例のように、医療機関、ケア施設や地域で認知症の最初の症状に気づくことができるようなトレーニングを重視しています。

早期の診断を促すためにも、啓発キャンペーンはとても重要です。英国では、「私には認知症があります。そして、人生もあります。」が啓発キャンペーンのキャッチコピーでした。このように認知症となった人のストーリーを伝えるような語り口のメッセージにこそ説得力があり、無味乾燥な病気の説明は人々の心を動かしません。

それでは日本で認知症の取組みが進んでいる地域での、早期発見・早期診断への取組みはどのようでしょうか。

国内モデル地域でのインタビュー調査 (平成25年度厚労省老健事業)

昨年度は、認知症への取組みに関する国内モデル地域として、世田谷区玉川地域、静岡県富士宮市、福岡県大牟田市の3地域において、さまざまな立場の関係者の方々に個別インタビュー調査を実施しました。それぞれの地域の、行政担当者、地域包括支援センター、社会福祉協議会、住民自治会、かかりつけ医、家族(ケアラー)の方々を対象として、認知症を早い段階で気づくには何が有効かを訊ねました。

認知症の早期発見・早期診断には、家族など 周囲の者の気づきが大きな役割を果たします。な ぜならば当事者本人の自覚による相談・受診行 動を期待しにくいためです。したがって周囲の 人の気づきを広く促すために、地域住民に対す る認知症理解のための知識の普及啓発がなによ りも重要となります。3つのモデル地域に共通 していたのは、このような普及啓発の重要性が、 行政的立場にとどまらず、地域住民のリーダー 層の人たちにも浸透していたことでした。また 発見を支援・ケアへとつなげるために、住民リー ダー(自治会役員、民生委員など)と、社会福祉 協議会や地域包括支援センターなど専門職との 積極的な連携体制が各地域とも構築されていま した。

地域の福祉やボランティア活動として行われる サロンやサークル活動など、高齢者が集まるさま ざまな機会の中での気づきも、認知症の早期発 見・早期診断からケアにつながる重要なルートで あることがわかりました。繰り返しますが、3つ のモデル地域ともそれが有効となるために、地域 包括支援センターなどの専門職が、上手につない でもらう連携関係を築いています。

しかし一方で、十分に優れた効率性をもって早 期発見・早期診断を可能とする「ゴールドスタン ダード」になるような単一の手法はないようで す。行政主導による、一定年齢以上の高齢者全体 を対象とした住民検診の受診率は3~4割程度 にとどまり、受診率の限界が大きいようです。ま た認知症の早期診断を目的として直接掲げたよ うな検診では、受診に対する心理的抵抗感をさら に強めてしまいがちです。検診の結果、要受診と なった段階で、受診を拒否されてしまうこともあ ります。住民検診を補うものとして、自記式 チェックリストによる高齢者住民調査があり、回 答結果による要フォロー者と未回答者を対象と した、地域包括支援センター等の訪問相談が認知 症の発見につながることがあります。しかしなが ら、チェックリストもやはり回答率は6~7割に とどまるようで、訪問自体を断る人も少なくあり ません。

早期発見・早期診断のためのアプローチ手法 は、各モデル地域で異なり、実情に応じてそれ ぞれ工夫がなされていました。富士宮市は、数 多くの認知症サポーター(約1万人)を養成する ことで、広範な市民参加を強力に推進し、各地 区での見守りネットワークや、住民参加の小地 域ケア会議での気づきに重点を置いています。大 牟田市は、検診受診率向上をはかるため、「もの 忘れ予防・相談検診」として、予防をうたった 相談・検診とすることで、心理的抵抗感を和ら げる工夫を行い、また日常生活圏域ニーズ調査 を組み合わせています。世田谷区は、検診によ る把握は取りやめ、地元医師の協力による「も の忘れ相談会」と、郵送自記式調査に切り替え ています。

一方、開業医を中心とした「かかりつけ医」が、 診察場面で初期段階の認知症を見抜くことは、 本人から申し出ることが乏しいために、限界が あります。それを補うためには、受付窓口や薬 局などで様子がおかしいことに気づかれたり、 家族やヘルパー、ケアマネジャーなどから寄せ られる情報を、かかりつけ医が適切にキャッチ することです。

早期発見・早期診断のためのさまざまな対策を 行ったとしても、地域の人との交流を拒んでいる ような一人暮らしのお年寄りや、家族が抱え込ん でいるようなケースでは、早期からの介入はきわ めて困難となることが避けられません。実際にケ アにつながるまで年単位で長期間かかることが ありますが、関係が切れないように地域と協力し

て見守りや声かけを続けることがポイントとな ります。

啓発・見守り・つながり

認知症の人が地域で安心して暮らしていけるた めの早期発見・早期診断については、海外でも日 本のモデル地域でも、同じ結論に行きついている ようです。何よりも大事なことは、あらゆる機会 を捉えて地域の人々に繰り返し啓発活動を続け、 早い段階での周囲の気づきを促すこと。そして認 知症の可能性に気づいた家族や地域の人々には、 本人を見守りながら、地域包括支援センターのよ うな専門相談サービスに上手につないでもらうこ とです。そのためには専門職が地域の中に入って いく姿勢がかかせません。



東京都精神保健福祉協議会 入会のご案内

東京都における精神保健福祉向上に協力の意志のある方は、 どなたでも入会できます。入会された場合、ニュースレターや 講演会のお知らせなどをお送りします。入会金は不要で年会費 は1,000円です。

8

糖

ä

お問い合せ
東京都精神保健福祉協議会事務局

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1

東邦大学医学部精神神経医学講座内

MAIL tokyoshfk@gmail.com

TEL 03-3762-4151(内)6770

FAX 03-5471-5774

担 当 南雲真実

答録番号(25)462 (通巻No.63) ISSN 1343-3830

●発行

平成26年3月発行 東京都福祉保健局障害者施策推進部 精神保健·医療課

新宿区西新宿二丁目8番1号 TEL 03-5320-4464

●編集

東京都精神保健福祉協議会事務局 担当 南雲真実

〒143-8541 大田区大森西6-11-1 東邦大学医学部精神神経医学講座内 TEL 03-3762-4151 (内)6770 FAX 03-5471-5774

●印刷

株式会社トリョウビジネスサービス