

- ついて-。 pp105-146 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究。平成 14 年度総括・分担研究報告書。2003
- 5) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文。措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究 (1) 一般人の申請・保護観察所長, 矯正施設長の通報・精神病院管理者の届出ならびに知事等の職務により措置入院に関する診察を受けた事例を中心に。 pp77-107 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究。平成 15 年度分担研究報告書。2004
- 6) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文。精神保健指定医が措置入院の要否を判断する際の判断因子について。 pp111-131 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究。平成 16 年度分担研究報告書。2005
- 7) Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, et al: Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry* 176: 312-319, 2000
- 8) Lindqvist P, Skipworth J: Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 176: 320-323, 2000
- 9) Swanson JW, Swartz MS, Borum R, et al: Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behavior in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 176: 324-331, 2000
- 10) 吉住昭. 外来治療と入院治療の見きわめ. *Schizophrenia Frontier* 2: 7-11. 2001

表1 項目別Odds比(1)

	全例				措置入院歴がある群				一般人申請(法第23条)群			
	有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95%信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95%信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95%信頼区間	
			下限	上限			下限	上限			下限	上限
措置入院の既往歴	0.00	2.14	1.48	3.10	---	---	---	---	0.01	16.24	2.11	124.66
性別(男性)	---	---	---	---	0.07	2.64	0.93	7.49	---	---	---	---
年齢	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Iうつ	0.03	0.69	0.49	0.96	---	---	---	---	0.05	0.41	0.17	0.99
II躁	0.00	1.98	1.43	2.75	0.08	3.85	0.85	17.43	---	---	---	---
III幻覚妄想	0.00	3.32	2.67	4.13	0.00	3.65	1.65	8.06	---	---	---	---
IV精神運動興奮	0.00	3.15	2.54	3.89	0.00	6.79	2.88	16.04	0.00	4.19	2.42	7.25
V昏迷	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
VI意識障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
VIIA精神遅滞	0.01	0.58	0.40	0.85	---	---	---	---	---	---	---	---
VIII痴呆	---	---	---	---	0.07	0.05	0.00	1.22	---	---	---	---
IXA人格障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
XIB残遺性	---	---	---	---	0.07	3.94	0.88	17.60	---	---	---	---
IXA性心理	---	---	---	---	0.00	0.02	0.00	0.29	---	---	---	---
XB薬物アルコール	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
微罪	0.00	1.89	1.52	2.37	0.08	2.13	0.92	4.97	0.06	0.49	0.23	1.04
殺人(重罪相当)	0.00	4.11	2.14	7.89	---	---	---	---	0.00	3.81	2.18	6.65
傷害(重罪相当)	0.00	2.90	2.25	3.73	---	---	---	---	---	---	---	---
放火(重罪相当)	0.00	2.43	1.66	3.58	---	---	---	---	0.00	4.75	2.12	10.64
強盗(重罪相当)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
性的異常(重罪相当)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
自殺企図	0.00	4.00	2.74	5.85	0.01	9.73	1.92	49.36	0.00	8.60	3.34	22.09
自傷	0.00	2.01	1.47	2.73	---	---	---	---	---	---	---	---
不潔	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
定数	0.00	0.42	---	---	0.10	0.36	---	---	0.12	0.64	---	---

性別は女性を基準として男性のOdds比を求めた。年齢は10歳ごとを1つの層として、層を上下した場合のOdds比を求めた。それ以外の項目は、精神症状や問題行動がないことを場合を基準として、ある場合のOdds比を求めた。なお、Odds比は、指定医が要措置と判断するかどうかについて求めたものであり、現実の危険性の評価ではないことに留意する必要がある。

表1 項目別Odds比(2)

	警察官通報(法第24条)群				検察官通報(法第25条)群				矯正施設長通報(法第26条)群			
	有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95%信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95%信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95%信頼区間	
			下限	上限			下限	上限			下限	上限
措置入院の既往歴	0.00	2.66	1.37	5.17	---	---	---	---	---	---	---	---
性別(男性)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
年齢	0.07	1.12	0.99	1.27	---	---	---	---	---	10.94	1.74	68.72
Iうつ	---	---	---	---	0.00	0.27	0.15	0.49	---	---	---	---
II躁	0.01	1.83	1.13	2.96	0.01	2.19	1.26	3.83	---	---	---	---
III幻覚妄想	0.00	3.72	2.62	5.27	0.00	4.42	3.04	6.42	0.00	9.08	2.64	31.19
IV精神運動興奮	0.00	2.85	2.02	4.04	0.00	3.80	2.53	5.69	0.00	6.49	1.88	22.43
V昏迷	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
VI意識障害	---	---	---	---	---	---	---	---	0.00	0.00	0.00	0.10
VIIA精神遅滞	---	---	---	---	0.00	0.38	0.22	0.66	---	---	---	---
VII B痴呆	---	---	---	---	---	---	---	---	---	0.09	0.01	1.55
VIII A人格障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	43.11	4.39	422.94
VIII B残遺性	---	---	---	---	---	---	---	---	---	3.69	1.03	13.26
IX A性心理	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
IX B薬物アルコール	0.03	1.64	1.04	2.58	---	---	---	---	---	---	---	---
微罪	0.00	1.88	1.31	2.70	---	---	---	---	---	7.46	2.25	24.72
殺人(重罪相当)	---	---	---	---	0.00	14.45	4.79	43.60	---	---	---	---
傷害(重罪相当)	0.00	4.00	2.58	6.20	0.00	2.18	1.49	3.21	0.06	3.28	0.96	11.18
放火(重罪相当)	0.01	2.71	1.28	5.73	0.00	2.89	1.65	5.07	---	---	---	---
強盗(重罪相当)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
性的異常(重罪相当)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
自殺企図	0.00	4.14	2.44	7.01	0.05	2.26	1.01	5.05	---	---	---	---
自傷	0.04	1.57	1.01	2.43	0.02	2.57	1.16	5.67	---	---	---	---
不潔	0.02	2.30	1.17	4.49	---	---	---	---	---	---	---	---
定数	0.00	0.22	---	---	0.01	0.62	---	---	0.00	0.00	---	---

性別は女性を基準として男性のOdds比を求めた。年齢は10歳ごとを1つの層として、層を上下した場合のOdds比を求めた。それ以外の項目は、精神症状や問題行動がないことを場合を基準として、ある場合のOdds比を求めた。なお、Odds比は、指定医が要措置と判断するかどうかについて求めたものであり、現実の危険性の評価ではないことに留意する必要がある。

表1 項目別Odds比(3)

	F0(器質性精神障害)群				F1(精神作用物質障害)群				F2(統合失調症など)群			
	有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95% 信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95% 信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95% 信頼区間	
			下限	上限			下限	上限			下限	上限
措置入院の既往歴	---	---	---	---	0.01	3.01	1.37	6.63	0.02	1.86	1.09	3.17
性別(男性)	0.02	0.03	0.00	0.55	---	---	---	---	---	---	---	---
年齢	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Iうつ	0.03	0.05	0.00	0.77	0.02	3.00	1.17	7.74	0.00	0.33	0.18	0.59
II躁	---	---	---	---	0.00	3.15	1.91	5.22	0.00	2.20	1.43	3.39
III幻覚妄想	---	---	---	---	0.00	6.26	3.42	11.47	0.00	3.00	2.20	4.11
IV精神運動興奮	0.00	6.08	1.75	21.14	---	---	---	---	---	---	---	---
V昏迷	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
VI意識障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
VIIA精神遅滞	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
VII B痴呆	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
VIII A人格障害	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
VIII B残遺性	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
IX A性心理	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
IX B薬物アルコール	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
微罪	0.07	3.41	0.92	12.61	0.00	3.87	2.19	6.82	0.00	2.11	1.51	2.95
殺人(重罪相当)	---	---	---	---	0.01	14.34	1.72	119.62	0.00	4.71	1.61	13.75
傷害(重罪相当)	---	---	---	---	0.00	3.24	1.81	5.81	0.00	2.85	1.95	4.17
放火(重罪相当)	---	---	---	---	0.00	5.44	1.81	16.37	0.01	2.17	1.20	3.92
強盗(重罪相当)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
性的異常(重罪相当)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
自殺企図	0.01	72.51	2.51	2092.77	0.01	3.25	1.41	7.49	0.00	5.88	2.82	12.28
自傷	---	---	---	---	0.01	2.58	1.27	5.24	0.07	1.66	0.96	2.85
不潔	---	---	---	---	---	---	---	---	0.06	0.90	0.80	1.00
定数	0.03	18.55	---	---	0.00	0.17	---	---	0.55	1.22	---	---

性別は女性を基準として男性のOdds比を求めた。年齢は10歳ごとを1つの層として、層を上下した場合のOdds比を求めた。それ以外の項目は、精神症状や問題行動がないことを場合を基準として、ある場合のOdds比を求めた。なお、Odds比は、指定医が要措置と判断するかどうかについて求めたものであり、現実の危険性の評価ではないことに留意する必要がある。

表1 項目別Odds比(4)

	F3(気分障害)群				F6(人格障害)群				F7(精神遅滞)群			
	有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95%信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95%信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp(B)の95%信頼区間	
			下限	上限			下限	上限			下限	上限
措置入院の既往歴	0.06	9.98	0.87	114.24								
性別(男性)	0.03	4.05	1.15	14.26								
年齢												
Iうつ												
II躁	0.00	9.40	2.46	35.96								
III幻覚妄想												
IV精神運動興奮												
V昏迷												
VI意識障害												
VIIA精神遅滞					0.08	4.86	0.81	28.96				
VIII痴呆												
VIIIA人格障害					0.01	5.01	1.59	15.77				
VIIIB残遺性												
IXA性心理												
IXB薬物アルコール					0.05	2.43	0.98	5.99				
微罪	0.01	0.11	0.02	0.57								
殺人(重罪相当)												
傷害(重罪相当)												
放火(重罪相当)					0.02	2.50	1.15	5.39	0.03	3.19	1.14	8.98
強盗(重罪相当)					0.09	2.57	0.85	7.73	0.01	4.86	1.50	15.70
性的異常(重罪相当)												
自殺企図	0.00	26.45	4.25	164.64								
自傷	0.06	6.12	0.94	40.01								
不潔												
定数	1.00	1.00			0.00	0.05			0.82	0.84		

性別は女性を基準として男性のOdds比を求めた。年齢は10歳ごとを1つの層として、層を上下した場合のOdds比を求めた。それ以外の項目は、精神症状や問題行動がないことを層合を基準として、ある場合のOdds比を求めた。なお、Odds比は、指定医が要措置と判断するかどうかについて求めたものであり、現実の危険性の評価ではないことに留意する必要がある。

平成 17 年度厚生労働科学研究補助金(障害保健福祉総合研究事業)
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

分担研究報告書

都道府県・政令指定都市における精神保健指定医に対する研修会の実施状況について

分担研究者 吉住 昭 (肥前精神医療センター)

研究協力者 藤林 武史(福岡市こども総合相談センター)

瀬戸 秀文(進藤病院, 肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学)

研究要旨

精神保健指定医の措置入院の可否に対する判断は、統合失調症や気分障害など、典型的な事例では、おおむね一致することは明らかとなっている。しかし、たとえば薬物依存や人格障害では一致率が低下しており、結果として全体では一定のばらつきが生じている。措置入院の判定では入院の判定に指定医 2 名の判断を求め、一致しない場合は入院措置を見送ることで患者の人権を守る作用さえ果たしている。しかし、判断の不一致が多いと、判断の合理性に疑いが生じ、精神医療への信頼を失うことにもなりかねない。このため指定医には、ある程度の標準的な資質の確保が要請されている。

指定医の職務を行う上で、地域における実際の臨床例への対応に議論が起こることも少なくない。指定医の判断の標準化のため、臨床例に即して、都道府県・政令指定都市ごとに、所属指定医間での合意形成を行う必要がある。そして、その合意の地域間の格差を狭めていくことで、精神保健指定医全体の判断が標準化されるとも考えられる。

このため、まず各地域に指定医がこうした議論を行う機会が設けられているかどうかの問題となる。このことを明らかにする目的で、各地域における指定医の判断の標準化を目的とする研修会・講習会(指定医会)の開催状況について、調査を行った。

2005年7月に、全国の都道府県・政令指定都市精神保健担当課に対して、アンケート調査を行った。調査の内容は、指定医会開催の有無、開催している場合は、その頻度、内容、指定医の出席状況、開始時期、などとした。

宮城県、山形県、茨城県、群馬県、東京都、神奈川県、静岡県、和歌山県、島根県、山口県、高知県、佐賀県の12都県、ならびに仙台市、横浜市、北九州市、3政令指定都市の、計15自治体で指定医会が開催されていた。また、千葉県は病院長・指定医会議を開催、秋田県は開催予定としていた。開始時期は、東京都1978年、山口県1988年、和歌山県1993年など、主催団体は自治体、精神科病院協会、精神科診療所協会、その他、出席率は島根県80%、茨城県60%、他は20%から40%程度であった。話題は、措置入院関連では診断基準、事例検討、指定医の確保が最も多く、それ以外では医療保護入院、応急入院、移送制度、隔離、身体拘束、精神医療審査会、弁護士会による人権擁護審査などであった。

このように、全体の約4分の1の自治体で指定医会が行われており、措置入院の診断基準や、事例検討、精神医療審査会からの指摘に対する討論など、その自治体で行われている精神医療

を、指定医という専門的な立場から幅広く討論する場として活用されていた。

今後は、実際の臨床例に即して、判断を標準化するため、自治体ごとに、指定医の間での合意形成を図っていくこと、また、その議論の場を整備する必要があると思われた。

A. 研究目的

精神保健指定医の措置入院の要否に対する判断は、統合失調症や気分障害など、典型的な事例では、おおむね一致することは明らかとなっている。しかし、たとえば薬物依存や人格障害では一致率が低下しており、結果として全体では一定のばらつきが生じている。

措置入院の判定では入院の判定に指定医 2 名の判断を求め、一致しない場合は入院措置を見送ることで患者の人権を守る作用さえ果たしている。しかし、判断の不一致が多いと、精神医療関係者以外から、指定医判断の根拠に対して合理性に疑いを招くことともなり、ひいては精神医療への信頼を失うことともなりかねない。

このため措置入院要否の判断には、一定の基準が必要になってくるが、それとともにそれぞれの指定医に対しても、ある程度の標準的な資質の確保が要請されることとなる。

措置要否の判断基準については、措置不要例に対する検討から、一定のガイドラインを求めることができる可能性がある^{1,2)}。しかし、ガイドラインがあっても、指定医の間で共有されなければ、実際上は役に立たないものになってしまう。

措置入院要否や措置解除の判定など、指定医の職務を行う上で、地域における実際の臨床例への対応に議論が起こることも少なくない。このような議論は、指定医の判断の標準化にとって有用な可能性がある。実際の臨床例に即して、都道府県・政令指定都市ごとに、所属指定医間での合意形成を行い、その合意の地域間の格差を狭めていくことで、精神保健指定医全体の判断が標準化されるとも

考えられる。

このため、まず各地域に指定医がこうした議論を行う機会が設けられているかどうかの問題となる。このことを明らかにする目的で、各地域における指定医の判断の標準化を目的とする研修会・講習会（指定医会）の開催状況について、調査を行った。

B. 研究方法

1 方法

2005年7月に、全国の都道府県・政令指定都市精神保健担当課に対して、アンケート調査を行った。調査票は自記式とし、郵送にて回収を依頼した。

調査の内容は、指定医会開催の有無、開催している場合は、その頻度、内容、指定医の出席状況、開始時期、などとした。

2 倫理面への配慮

都道府県・政令指定都市を対象としたアンケート調査であり、個人情報を対象としたものではない。回答の際にも、自治体回答担当者の連絡先を除き、個人の氏名等が記載されたものはなかった。

C. 結果

1 開催状況

表1に、各自治体における指定医会の実施状況とならびに未開催自治体の今後の開催予定を示した。

宮城県、山形県、茨城県、群馬県、東京都、神奈川県、静岡県、和歌山県、島根県、山口県、高知県、佐賀県の12都県、ならびに仙台市、横浜市、北九州市、3政令指定都市の、計15自治体で指定医会が開催されていた。

また、千葉県は指定医会に代え、病院長・指定医会議を年1回開催しており、秋田県は、今後、指定医会を開催する予定があるとしていた。

2 実施自治体について

表2に、指定医会を実施している自治体の、開始時期、開催頻度、主催団体、措置入院制度関連の話題、他の話題ならびに自治体からの意見を示した。

(1) 開始時期

実施自治体の開始時期は、東京都が1978年、山口県1988年、和歌山県1993年などであった。

(2) 開催頻度

開催頻度は、群馬県と佐賀県で年2回、他は年1回としたものが多く、一部に不定期のものがあった。

(3) 主催団体

主催団体は、ほとんどの開催自治体で、自治体は主催もしくは事務局事務を行うなどの関与をしていた。自治体が事務局となり、別団体が主催、政令指定都市と県との共催などもあった。

静岡県では精神科病院協会、精神科診療所協会と、佐賀県では精神科病院協会と共催の形をとっていた。

(4) 出席率

出席率は島根県80%以上、茨城県60%以上、山形、群馬、神奈川、山口、佐賀で40%以上であり、他は20%から40%程度としていた。

(5) 話題

話題は、措置入院関連では、診断基準ならびに事例検討が制度の問題として考えられることが改めて浮き彫りとなった。さらに、指定医の確保という個々の協力を求めざるを得ないという制度の問題も明らかとなった。

措置入院関連以外では医療保護入院、応急入院、移送制度など、入院形態や入院に至る際の問題、隔離、身体拘束など行動制限の問題、精神医療審査会における審査状況や弁護士会など外部からの人権審査機関との連携や討論による人権擁護活動など、精神障害者の権利擁護などが話題となっていた。

さらに、精神科救急システムの現状についての研修や、通院医療費公費負担制度や障害者手帳への審査状況、また、調査を行った時期との関係で、精神保健福祉法の改正、心神喪失者医療観察法、障害者自立支援法など、法制度の改正についての説明など、多岐にわたっていた。

一部には、「会議がルーチン化している」「本来であれば諸制度について話し合うべきなのに」という担当者の希望が添えられた回答もあったが、積極的に活用している自治体もあり、指定医会の具体的な内容として、たとえば群馬県からは、「当県では、各病院 etc. で主力として働いている先生の意見の言える場としての役割もあります。指定医という資格を持った技能者（実務者）団体として、現状の精神医療の改善などを話し合っております。昨年度は夕方5時15分から10時まで、措置（一次）診察医確保の体制を検討するためのワーキンググループを作り、そこで県に対する要求案などを作成しました。」といった回答もみられた。

3 未実施自治体からの意見

表3に、指定医会未実施自治体からの意見を示した。

未実施自治体からは、実質的な指定医会開催として、千葉県から「本県では『病院長・指定医会議』を年1回開催しているが、これは鑑定医制度が廃止されて、それまでの鑑定医会議を廃止した際に『精神病院長会議』か

ら名称変更したものであり、内容的には病院
長会議です。従って設問の『指定医会』には
当たらないと考えて回答しました。」など、実
質的に指定医会として機能しているものがあ
った。

また、福島、沖縄からは、指定医個人間での
差異や都道府県におけるローカルルールの
弊害を指摘した上で、国の責務として指定医
の研修を行っていくべきことが提言されてい
た。

D 考察

指定医の判断は、最初にも述べたように、
統合失調症や気分障害など典型的な事例では、
おおむね一致し、逆に、たとえば薬物依存、
人格障害などでは、一致率が低下しており、
その判断をめぐる、議論を呼ぶことも珍し
くない。こうした場合の判断基準は必ずしも
明確ではないが、私たちはこれまでも措置不
要例を対象に、法第29条第1項の解釈から
導かれる一定の基準が現実に存在することを
指摘した。こうした運用に際して、具体的な
事例をもとに討論していくことで、討論を共
有できた参加者の中で、少しずつ明確になる
ものと思われる。この手順を繰り返すことで、
一般的な判断基準が個別の事情を有する具体
的な事例に適用され、個別的な事情の普遍的
な部分が新たな基準として形成される過程を
経ることになる。

そのためにも、地域ごとに、事例検討を含
めた指定医に討論の機会があることがとても
重要であると考えられる。

今回の調査により、既に約4分の1の自治
体において指定医会が実施され、精神医療の
諸制度、とりわけ措置入院や医療保護入院な
ど強制的な入院の適否が具体的な事例で論じ
られていることが明らかとなった。

筆者らの属する佐賀県の例を挙げると、指

定医会では個々の事例に対しても白熱した討
論がしばしばである。その都度、改めて指定
医が日頃から精神医療における強制的な入院
や行動制限に対して十分に注意を払っている
ことが明らかとなり、また個別具体的な事例
への対応から、一定の基準が明らかとなるこ
とも少なくない。

このような試みが各地で行われ、また地域
間の差異を少しずつ埋めていくことで、指定
医の判断のばらつきとされる事柄を狭めてい
くことができる可能性がある。そうすること
で、とかく地域差が指摘される精神医療の諸
制度のうち、特に医師の判断を要する面につ
いて、少しでも格差の是正ができる可能性が
ある。

E. 結論

各自治体における指定医会の開催状況につ
いてまとめた。

全体の約4分の1の自治体で、年1, 2回、
40%以上の出席を受けて指定医会が行われて
おり、措置入院の診断基準や事例検討、指定
医の確保の問題、また医療保護入院、応急入
院、移送制度、隔離、身体拘束、精神医療審
査会、弁護士会による人権擁護審査など、そ
の自治体で行われている精神医療を、指定医
という専門的な立場から幅広く討論する場と
して活用されていた。

指定医会の試みにより、実際の臨床例に即
して、指定医の間での合意形成を図ることで、
指定医の判断をより標準化していくことがで
きる可能性があると思われた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

I 文献

1) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報がなされ措置不要になった事例について-. pp97-104 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 14 年度総

括・分担研究報告書. 2003

2) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 精神保健指定医が措置入院の可否を判断する際の判断因子について. pp111-131 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成 16 年度分担研究報告書. 2005

表1 指定医会の実施状況と開催予定

名 称	実施状況	開催予定
北海道	未実施	なし
青森県	不明	-----
岩手県	未実施	なし
宮城県	実施	-----
秋田県	未実施	あり
山形県	実施	-----
福島県	未実施	なし
茨城県	実施	-----
栃木県	未実施	なし
群馬県	実施	-----
埼玉県	未実施	なし
千葉県	未実施	なし
東京都	実施	-----
神奈川県	実施	-----
新潟県	未実施	なし
富山県	未実施	なし
石川県	不明	-----
福井県	未実施	なし
山梨県	未実施	なし
長野県	未実施	なし
岐阜県	不明	なし
静岡県	実施	-----
愛知県	未実施	なし
三重県	未実施	なし
滋賀県	未実施	なし
京都府	未回答	-----
大阪府	未実施	なし
兵庫県	未実施	なし
奈良県	未実施	なし
和歌山県	実施	-----

名 称	実施状況	開催予定
鳥取県	未実施	なし
島根県	実施	-----
岡山県	未実施	なし
広島県	未実施	なし
山口県	実施	-----
徳島県	未実施	なし
香川県	未実施	なし
愛媛県	未実施	なし
高知県	実施	-----
福岡県	未実施	なし
佐賀県	実施	-----
長崎県	未実施	なし
熊本県	未実施	なし
大分県	未実施	なし
宮崎県	未実施	なし
鹿児島県	未実施	なし
沖縄県	未実施	なし
札幌市	未実施	なし
仙台市	実施	-----
さいたま市	未実施	なし
千葉市	未実施	なし
横浜市	実施	-----
川崎市	未回答	-----
名古屋市	未実施	なし
京都市	未実施	なし
大阪市	未実施	なし
神戸市	未実施	なし
広島市	未実施	なし
北九州市	実施	-----
福岡市	未実施	なし

表2 指定会を実施している自治体(1)

名称	開始時期	開始年	開催頻度	開催頻度その他	主催団体	主催団体その他	出席率	補足
宮城県	平成13年度以降の実施は確認できるが、それ以前は不明である。	2001	年1回		自治体	宮城県と仙台市が合同で開催している。なお、同日、精神科病院長会議も開催している。	20%以上	
山形県	不明		不定期	今年度開催しましたが、その前の開催は平成12年度であり、不定期となっている。	自治体		40%以上	
茨城県	開始時期は不明です。		年1回		その他	県が主催しており、共催の団体はありません。	60%以上	
群馬県	2001年2月から	2001	年2回		その他	指定医会自体が会長、副会長、常任理事、etc.がいて、その理事会で運営。ただし事務局は、こころの健康センター内に置いています。	40%以上	
東京都	開始時期は不明～概ね昭和53年以降	1978	年1回		自治体		不明	10%弱
神奈川県	平成15年度	2003	年1回		自治体		40%以上	
静岡県	平成11年度から	1999	年1回		自治体、精神科病院協会、精神科診療所協会	静岡県精神保健福祉センター	20%以上	
和歌山県	平成5年頃	1993	不定期		自治体		20%以上	
島根県	平成13年よりも以前から		年1回		その他	精神保健福祉センター	80%以上	
山口県	正確には不明。S62法改正後しばらくして、現在と形はちがうかもしれない。	1988	年1回		自治体		40%以上	
高知県	不明(平成9年には開催されていました)	1997	年1回		自治体		20%以上	37%
佐賀県	平成13年度より県と精神科病院協会が1回ずつ主催して年2回、開催している。	2001	年2回		自治体、精神科病院協会		40%以上	
仙台市	平成13年度以降の実施は確認できるが、それ以前は不明。	2001	年1回		自治体	宮城県、仙台市の共同で実施。同日に精神科病院長会議も開催している。	20%以上	
横浜市			無回答		無回答		無回答	
北九州市	平成14年度	2002	年1回	無回答	自治体	無回答	不明	

表2 指定会を実施している自治体(2)

名称	措置入院制度関連	措置その他
宮城県	診断基準, 指定医の確保	
山形県	診断基準	
茨城県	その他	指定医の業務については、毎年資料を配付し研修している。措置入院制度については、県全体の精神科救急システムの研修として実施しており、基準、事例検討等を行っていない。
群馬県	指定医の確保	
東京都	その他	措置入院制度に限定したテーマではなく、毎年、精神科医療全般に関するテーマを設け、討論、学習の場としている。 2002年度:(抑制に伴う)「エコミー症候群の実態と予防について」 2003年度:「長期入院者の退院促進の取組みについて」 2004年度:「変革す精神医療の現状と課題～求められる良質な医療とは」
神奈川県	その他	討論、話題の対象になっていない。
静岡県	診断基準, 事例検討	
和歌山県	無回答	
島根県	その他	精神医療審査会審査状況 措置入院の状況
山口県	指定医の確保	
高知県	指定医の確保	
佐賀県	診断基準, 事例検討, 指定医の確保	
仙台市	診断基準, 指定医の確保	昨年度
横浜市	無回答	
北九州市	その他	権利擁護について

表2 指定会を実施している自治体(3)

名称	精神医療の制度関連	精神医療の制度その他	意見
宮城県	医療保護入院, 精神医療審査会		
山形県	医療保護入院, 応急入院, 移送制度, 隔離, 身体拘束, 精神医療審査会, その他	精神保健福祉法の改正について県から情報提供した。	
茨城県	その他	個別のテーマではなく、県全体の精神科救急システムの現状について研修を実施している。	指定医の診断基準等が明確になれば、是非研修会を実施したい。
群馬県	移送制度, 隔離, 身体拘束, その他	前回であれば「心神喪失者医療観察法」など、その時々の特ピックスについて。	当県では、各病院etc.で主力として働いている先生の意見の言える場としての役割もあります。指定医という資格を持った技能者(実務者)団体として、現状の精神医療の改善などを話し合っております。昨年度は夕方5時15分から10時まで、措置(一次)診察医確保の体制を検討するためのワーキンググループを作り、そこで県に対する要求案などを作成しました。
東京都	身体拘束, その他	上記(5)の回答と同じ ※基調講演及びテーマに沿ってシンポジウム形式で実施している。	
神奈川県	精神医療審査会, その他	医療観察法 通院医療、手帳の審査等について 指定医申請に際してのレポート 指導について	
静岡県			
和歌山県			
島根県		自立支援医療に関する動向 精神病院実地指導の指摘項目 について	
山口県		通院公費負担制度	現在は年1回、県が主催で研修会、連絡会的に開催している。指定医の役割を認識し、そのレベルアップをめざして指定医が主体的に運営する形にしてほしい。措置診察に関しても、更新時の要件の1つに加える様にしてほしい。
高知県	医療保護入院, 移送制度, 精神医療審査会, その他	通院医療費公費負担制度について 医療法の改正について	
佐賀県	身体拘束, 精神医療審査会, 弁護士会による人権擁護審査, その他	医療観察法について	
仙台市	医療保護入院, 精神医療審査会	昨年度	会議自体がルーチン化していて、行政からの連絡事項を伝えるのみであったり、議論のテーマも一部に限定されている。困難ケースの検討や社会的入院解消のための取り組み、精神科救急のあり方等、精神保健福祉分野の抱える課題についての検討や議論を行う場としての指定医会を位置づけることが望まれる。
横浜市			
北九州市	隔離, 身体拘束, 処遇改善請求, 精神医療審査会, 弁護士会による人権擁護審査	無回答	特にありません

表3 指定会を行っていない自治体からの意見

名 称	意 見
北海道	
秋田県	
福島県	指定医対象の研修については、都道府県でのローカルルールを作らないためにも、国が行うべきものと考えます。
栃木県	
埼玉県	
千葉県	本県では「病院長・指定医会議」を年1回開催しているが、これは鑑定医制度が廃止されて、それまでの鑑定医会議を廃止した際に「精神病院長会議」から名称変更したものであり、内容的には病院長会議です。従って設問の「指定医会」には当たらないと考えて回答しました。
新潟県	
富山県	特になし
福井県	県主催では行っていない。
山梨県	
長野県	
愛知県	
三重県	
滋賀県	
大阪府	
兵庫県	兵庫県、神戸市、兵庫県精神病院協会、診療所協会、医師会では開催しておりませんが、大学の精神科講座、同門会等で開催されているかどうかまではわかりません。
奈良県	
鳥取県	
岡山県	
広島県	
徳島県	
香川県	
愛媛県	
福岡県	特になし
長崎県	
熊本県	
大分県	
宮崎県	
沖縄県	措置入院制度の考え方については、指定医間においても差異があることから、国の責任において指定医に対する研修等を実施していただきたい。
札幌市	今後、検討したい。
さいたま市	
千葉市	指定医の判断の標準化は重要と考える。
京都市	
大阪市	
神戸市	
広島市	なし
福岡市	
青森県	
石川県	
岐阜県	
福岡県	
鹿児島県	

分担研究報告書

措置入院患者のフォローと 社会復帰に関する研究

分担研究者 浦田 重治郎

国立精神・神経センター国府台病院

分担研究報告書

措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究

分担研究者 浦田重治郎 (国立精神・神経センター国府台病院)
研究協力者 鈴木友理子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
伊藤順一郎 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
亀井 雄一 (国立精神・神経センター国府台病院)

研究要旨

【目的】措置入院患者における退院後の治療のあり方を明らかにするために、包括型地域生活支援プログラム (ACT) モデルを用いて措置入院患者の退院後の医療及び社会復帰・生活支援の過程を検討し、このサービスモデルのあり方の評価を行った。

【方法】既に国府台地区で施行されている包括型地域生活支援プログラム (ACT-J) の利用者の中で、その経過中に措置入院の処遇をとったものを対象に、入院中、退院後の地域生活支援について、量的に分析した。ACT のサービスのプロセスについては、措置入院患者の 18 ヶ月の経過における日々のサービス提供量を、サービスコードの集計を通じて検討した。

【結果】措置入院患者の 5 名の退院後 18 ヶ月間に提供されたサービスの総時間数は、53.9 から 263.9 (時間) と大きな幅があった (図・表 1)。措置入院以外の利用者では、サービスの提供時間の最小値は 14.0 (時間)、最大は 710.1 (時間) とその幅は広く、入院形態別での特徴は特に見られなかった。ケースマネジャーの措置入院経験者へのアウトリーチ (地域への訪問) 件数は、63 から 183 (件) であり、中央値は 104 (件) であった。サービスの提供内容を個々の症例で見ると、精神症状・服薬管理 (通常・危機時とも含む) が圧倒的に多かったが、そのほか、家族に対する支援、日常生活支援など様々で一定の傾向は見られなかった (図・表 2-6)。

【考察】措置入院を経験したもののうち、ACT-J プログラムの支援を受けながらも、本年度の観察期間中に 2 名が再入院 (うち 1 人は再度、措置入院) した。これらの再入院時の ACT の役割として、本人や家族に対する治療の促し、関係者 (機関) との連絡調整であり、再入院は防げなかったにしても、その過程はより円滑であったことが伺われた。限定された症例数であるが、措置入院の患者は、医療中断より再入院のリスクの高いものが多いことが示唆されたが、対象者の中・長期の経過では、治療関係は改善し、症状は安定化し、サービスの内容も精神症状・服薬管理に加えて、就労支援、住居サービス (転居の支援) など、社会サービスへと広がっていった。措置入院後、非自発的外来治療のあり方や、どの程度の期間の地域生活支援が必要かについては、本症例をさらに長期に観察を続けると同時に、より地域精神保健システムが充実している欧米における知見を体系的に検討する必要がある。

A. 研究目的

本分担研究では措置入院患者における退院後の治療のあり方を明らかにする。措置入院中の患者について措置解除までに退院後の医療および社会復帰・生活支援のニーズについての評価を行うことは特に重要である。措置入院の患者は、多方面にニーズがあり、社会生活適応にリスクを有しているものと一般に考えられる。治療・社会復帰支援の実施計画を立て、措置解除後にその実施計画に基づいて医療および社会復帰・生活支援を行い、また一定期間ごとにあるいは病状ないし生活状況の変化に応じて計画の見直しを行うという手法は退院後の治療の質を高めることになる。このようなケア・プログラムアプローチのひとつとして、包括型地域生活支援（ACT）モデルが挙げられ、欧米では当初脱施設化の手段として用いられたが、その後は多くのニーズを持つ精神障害者のケアのあり方として用いられている。本研究では、ACTモデルを用いて、措置入院患者の退院後の医療及び社会復帰・生活支援のあり方について検討し、措置入院患者の地域生活支援のあり方の評価を行う。

欧米では1970年代からACTモデルが導入されその後普及したが、わが国においては、2003（平成15）年5月に厚生科学研究こころの健康科学研究事業として初めて臨床活動が開始された。従って、対象となるACTプログラムはわが国では経験も浅く、とくに措置入院処遇の患者への支援は症例数が限定されている。このために、本研究では、ACT-Jプログラムの実施状況についての報告をし、とくに措置入院者への支援をめぐる問題点の考察を加える。

B. 研究方法

既に市川市国府台地区で施行されている包

括型地域生活支援プログラム（ACT-J）の利用者の中で、その経過中に措置入院の処遇をとったものを対象に、入院中、退院後の地域生活支援、特に再入院の危機時の対応について量的に分析した。

包括型地域生活支援（ACT）プログラムとは

国立精神・神経センター国府台病院および精神保健研究所における、包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）は2002（平成14）年度から基盤整備が進められ、2003（平成15）年5月から臨床活動（ACT-J）が開始された。

その対象者は、国府台病院精神科に入院したもののうち、入院前の精神医療サービス利用状況と社会適応、日常生活状況により重い精神障害をもつものと判断され、研究趣旨に自発的な同意が得られたものである。

これらの対象者に対して、ACT-Jのスタッフはケースマネジメントの一連のプロセスを実施し、そのうえで、チーム精神科医による診察と処方、病気と服薬を利用者が自己管理するための支援、危機介入時の対応、住居確保・維持に関する支援、日常生活の支援、身体的な健康に関する支援、就労支援、家族支援・家族心理教育、他機関との連絡調整、など様々な領域にわたるサービスを、利用者の生活の場に出向くことによって提供している。

対象者

2003（平成15）年5月1日から2004（平成16）年4月30日のACT-Jプログラムのパイロット研究期間中に登録したものは、43人であった。ACTの加入基準は、国府台病院精神科に上記期間に入院したもののうち、以下の全ての項目を満たすものである。①年齢が18歳以上60歳未満、②主診断が統合失調症、感情障害等の精神疾患（主診断が知的障害、認知症、薬物・アルコール依存、人格障害であるものは除外）、③居住地が市川・松戸・船

橋の3市、④急性薬物中毒の処置や合併症治療以外の目的での入院、⑤入院前2年間の精神医療サービスの利用状況、入院前2年間の社会適応、入院前1年間の日常生活の状況、以上の3領域に関して独自に作成した基準により重症の精神障害を抱えていると判断される、⑥研究の趣旨について十分な説明を受け、参加について自発的な同意が得られる、以上全ての条件を満たす者を対象とした。上記のように、入院形態は加入基準の項目に含まれていない。

このうち、ACT登録時の入院形態が措置入院であったものは、3人であった。また、このパイロット研究期間に地域生活を支援していく過程のなかで、措置入院となったものは2名（1人は、登録入院時、再入院ともに措置入院処遇）であった。本研究では、観察期間中に措置入院の処遇をうけた5名を対象とした。

5名の症例の治療処遇に関する簡単なプロフィールは以下のとおりである。

症例1：40歳代、男性、統合失調症（任意入院→退院、ACT支援→措置入院、退院後単身生活継続中）

症例2：30歳代、男性、双極性障害（医療保護入院→退院、ACT支援→措置入院、退院後単身生活→措置入院、現在入院継続中）

症例3：40歳代、男性、統合失調症（措置入院→退院、ACT支援に拒否的→措置入院→退院後家族と同居生活）

症例4：30歳代、女性、症状精神病（措置入院→退院→任意入院→退院後単身生活継続中）

症例5：50歳代、女性、双極性障害（措置→退院、ACT支援中、単身生活継続中）

本研究では、この5人のケースを、サービスのプロセスについて、量的に検討した。

サービスプロセスの量的な分析

ACTのサービスのプロセスについては、日々のサービスの提供量をサービスコードの集計を通じて検討した。

この援助介入サービスコードは、ケアガイドライン方式ケアマネジメントの援助内容、ホームヘルプサービスの援助内容、家族ケアの援助内容（協力度尺度）などを参考にアイテムプールを作成し、精神障害者の地域生活援助に詳しい複数の専門職が項目選定を行った。大分類は、ジョイニング・エンゲージメント、ケースマネジメントなど「I: ACTの枠組み・全体状況に関する支援」の3項目、危機介入、日常生活の支援など「II: 直接援助サービス」の15項目、主治医・医療機関との連絡調整・情報交換、地域援助機関との連絡・調整・コンサルテーションなど「III. 間接援助サービス」の5項目、計23項目である。さらにその下に、その具体的な援助行動の小項目148項目を作成した。各小項目には、サービス実施形態を、「1) 具体的援助行動」「2) 練習、並行」「3) 代行」「4) 相談・助言・情報提供」「5) 観察・アセスメント」「6) 専門的援助」などのように設定するとともに、援助時間も評価した。

これらの評価・記録は、担当したケースマネージャーが、データベースの「プログレスノート」という日々の活動記録に、毎日の活動終了後に記録した。これによって、サービスの提供の時期、そしてサービスの内容、時間を把握することができる。

本研究では、ACT-J対象者の地域生活支援のあり方を検討するために、ACT-Jプログラム登録者のうち、プログラム加入にいたった入院治療を終え、2005（平成17）年1月30日の時点で退院後18ヶ月以上を経過したものの34名に関して集計した。

C. 結果

措置入院患者の5名をみると、退院後18ヶ月間に措置入院患者に提供されたサービスの総時間数は、53.9から264.0(時間)と大きな幅があった(図・表1)。措置入院以外の利用者では、サービスの提供時間の最小値は14.0(時間)、最大は710.1(時間)とその幅は広がったが、措置入院と他の入院形態での特徴は特に見られなかった。この内訳としては、本人へのアウトリーチの割合が多かったが、家族へのサービスや間接サービスでも一定のサービス提供が見られた。しかし、これらは他の入院形態においてもサービス提供の割合は様々で、入院形態別の特徴的な分布は見られなかった。

ケースマネジャーの措置入院経験者へのアウトリーチ(地域への訪問)時間は、35.0から156.9(時間)であり、中央値は97.5(時間)であった。電話、利用者の本人への直接的な働きかけではなく、関係機関らとの連絡調整などを意味する間接サービス、家族へのサービスのいずれの項目でも、措置入院患者とそれ以外の入院形態の患者での特徴は見られなかった。家族サービスの頻度については、措置入院患者では、1件、4件のみにとどまる症例が見られ、これらの症例は家族がいなかったものであった。

サービスの提供内容を個々の症例で見ると、図・表2にある症例1では、退院から11ヶ月目に再発、再入院を経験し、その時期には特に精神症状・服薬管理に関する支援、及び危機介入の時間数が多かった。同時に、主治医・医療機関との連絡調整、情報交換、及び、地域援助機関との連絡調整もこの時期に多くみられ、入院に際しての調整のための支援に多くの時間が割かれていた。

症例2(図・表3)では、退院後は地域における精神症状・服薬管理に多くの時間が割

かれたのと同時に、家族に対する支援が多かった。また、日常生活の管理での時間が多く、退院後の高密度な生活支援の様子が伺われた。症状が不安定ながらも生活支援を提供しながら、地域生活を維持するように働きかけて、退院後4-6ヶ月のサービス量は328.3(時間)にのぼっていた。内訳としては、精神症状・服薬管理に関わる援助、日常生活に関する支援、家族支援、そして危機介入の順であった。しかしこの症例も退院から8ヶ月後に再入院となり、その後も本人と家族に対する支援を提供した。

症例3(図・表4)は、全体のサービス時間が少なかったのだが、これは支援に対するニーズが少なかったというよりも、治療関係の困難から、結果としてサービス時間が少なかったという症例であった。ACT-Jの支援は退院してから8ヶ月後に再発・再入院の恐れがあり、この時期に精神症状・服薬管理にかかわる援助、危機介入、家族支援、及び主治医・医療機関との連絡調整、情報交換が多く見られた。再入院後も主治医らとの調整を行いながら退院へ向けた支援を行い、最初の退院から14ヶ月後に再度自宅へ退院した。この後は、症状は動揺していながらも家族に対する精神疾患およびその管理に関する相談を受けて、家族支援の時間数が増えていった。

症例4については、退院後、身体管理、精神症状の管理が多かったが、その後精神症状の安定化に伴いこれらの領域のサービス量は減少した。退院13ヶ月後に引越しをして、住居支援の時間数の増加がみられたが、その後のサービスの程度はそれほど高密度でないながらも、生活は安定していた(図・表5)。

症例5では、退院後6ヶ月後までは精神症状や服薬管理が主たるサービスとなっていたが、その後雇用・就労サービスに焦点が移ってきた。しかし息薬傾向にあり、その後の症