

状の変化に伴い、サービスの焦点が精神症状の管理に移ることもあったが、日常生活は概ね安定し、ACT-Jの定期的な支援を得つつ地域生活を送っていた（図・表6）。

#### D. 考察

##### 1. 措置入院者の再入院について

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たものを追跡したところ、本年度の観察期間中に再入院したものは2人であった。このうち1人は再度、措置入院であった。症例2では地域生活の再開直後から怠業、受療中断の恐れがあり、その都度訪問にて服薬の重要性を説明したり、その一方で本人の自己実現につながるような社会生活の充実の支援を行っていた。症状の評価を訪問の都度行い、症状が悪化した時には入院治療の選択肢の提案、地域生活を続けていくための疾患の自己管理の仕方について話し合いをしていた。一方で家族の負担感が大きかったために、家族に対する心理教育や個別の相談に応じていた。それでも症状が悪化して、再入院が免れない状況になった時、ACTは、本人や家族に対する治療を促し、関係者（機関）と連絡調整を行った。これらのサービスにより、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。

また、症例3では症状の悪化が認められながらも、再入院をせずに地域生活を維持できた。ACTとしては、治療をめぐる信頼関係を築くことに苦慮したケースであったが、定期的に病状や生活面の観察を行い、再入院の危険が高まっている際には、特に服薬の確認、家族への疾病教育、本人の行動のアセスメント、家族への負担感への支援、環境（近隣の人）の調整などで、再入院を回避することができた。また、危機時の対応を経て、家族からACT-Jへの信頼感が増し、電話相談などを

通じて定期的な家族支援を行うことで、その後の地域生活が維持されている。

限られた症例の検討であるが、今回検討した措置入院を経験したものは、再入院のリスクの高いものが多いことが伺われた。しかし、ACT-Jの継続的な支援によって、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・服薬管理などの精神医学的管理から、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ことが伺えた。今後さらにどの程度の期間の地域生活支援が必要かについて、観察を続けてその転帰を検討する必要がある。

##### 2. 非自発的な外来通院のあり方について

ACT-Jの臨床活動は「頻回入院を経験したものが、質の高い、安定した生活を維持できるよう」支援することを目標としている。しかし、本人の治療に対する自発性と、治療チームの地域における治療的管理のバランスはこれまでも議論されている重要な課題である。今回の報告では、個別の症例に関する詳細な記述は提示しなかったが、再入院を経験した症例に対するACT-Jの関与の仕方についても、治療チーム、医師、地域住民、当事者のそれぞれの立場で意見は異なるであろう。より具体的には、強力な医学的管理の可能性（再入院に向けたより積極的な調整）や逆に当事者の地域生活支援をアドボケイト（擁護）する立場をとることもできる。

措置入院制度は、非自発的な入院治療の法的根拠に基づく制度であるが、非自発的な外来治療に関する法的な根拠は現在のところ我が国においては無い。医療観察法の施行により、この法の下での社会復帰調整官の役割が明示されているが、措置入院については、その社会復帰に向けての支援のあり方について

は未だ整理されていないのが現状である。しかし、地域精神保健の開発がより進んでいる欧米においても、非自発的外来治療の是非は、長年議論が重ねられている。

その議論の要点としては、1) 非自発的外来治療の効果、2) 運用の仕方、3) 非自発的外来治療制度の実施によって、重い精神障害を持つ人に及ぼす影響、という点にまとめられ、これらの課題に向けて、北米においてすでに非自発的外来治療が実施されている州における運用状況に関する詳細な報告がある (Ridgely, 2001)。

北米における非自発的外来通院制度のあり方を総説した、Ridgely によると、

- 法的命令が、治療コンプライアンス及び治療のアウトカムを良いものとするという科学的根拠はなく、治療アウトカムは法的命令によらない。
- 面接をうけた弁護士、行動保健行政官、精神科医らは、非自発的な外来治療は当事者が必要としているサービスを受ける手段として支持しているが、それぞれの地域におけるサービスは、非自発的外来治療を効果を示すほど十分ではないと感じている。
- 彼らのデータからは多くの精神障害を持つ人々はこれらのサービスを受けておらず、またサービスを受けている人にも十分量は提供を受けていない。

ここでのサービスとは ACT をはじめとした集中的な地域生活支援サービスを指しているが、北米においてもこのプログラムの普及には地域差があり、サービスのアクセスの問題から、非自発的外来治療の導入には慎重な見解を報告をしている。

これ以外にも、非自発的な外来治療のあり方については、欧米においてもその効果や意義は治療者、当事者、社会といったそれぞれ

の関係者では合意に至っていない。そこで、今後は、地域精神保健施策がわが国よりも充実している欧米諸国の取り組みを文献を系統的調査し、措置入院者の地域生活支援を支えるのに必要とされるプログラム、その他の社会資源、システム、諸外国における法的な課題を明らかにしたうえで、我が国における適応を巡る導入の議論を慎重に行う必要があると考えられる。

### 3. 本研究の限界と意義

本研究は、前年度の研究 (浦田, 2005) を継続して、より長期的な措置入院経験者の地域生活支援のありかたについて検討した。措置入院患者の地域生活支援のあり方を ACT モデルに基づきサービスを提供した経験は我が国では他にはなく、この点で本報告から貴重な臨床的な示唆が期待できる。また、前回の報告では退院後 6 ヶ月の追跡しか行えなかったが、今回はより長期的な観察に基づく知見が得られたという点でも意義があると考えられる。

しかし、ACT-J プログラムは研究プロジェクトであるために、研究のための対象者の選定やサービス提供のあり方が規定されており、今回の結果を一般化することは困難である。また、前年同様、提供したサービスコードの入力は主にケースマネジャーの記憶に頼っており、サービスの分類の判断に関する多様性、入力し忘れも否定できない。このような研究上の限界がありながらも、精神保健福祉サービスの提供内容を体系的に分類して、提示する試みはこれまであまりなく、プロセス評価という点でも新たな取り組みとして有意義であると考えられる。今後はサービスのプロセス評価においても、今回のような量的評価と、より詳細な質的評価の統合が期待される。

## E. 結論

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が退院後の医療及び社会復帰・生活支援のあり方の評価を行った。

本研究では症例数が限定されており、結果を一般化することはできないが、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伺われた。しかし、今回の対象者の中・長期の経過において治療関係は改善し、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、どの程度の期間の関与が必要かについては、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と同時に、本症例をさらに長期に観察を続けた上で検討する必要がある。

（本報告書の整理にあたっては、研究協力者の鈴木友理子が担当した。）

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表 なし

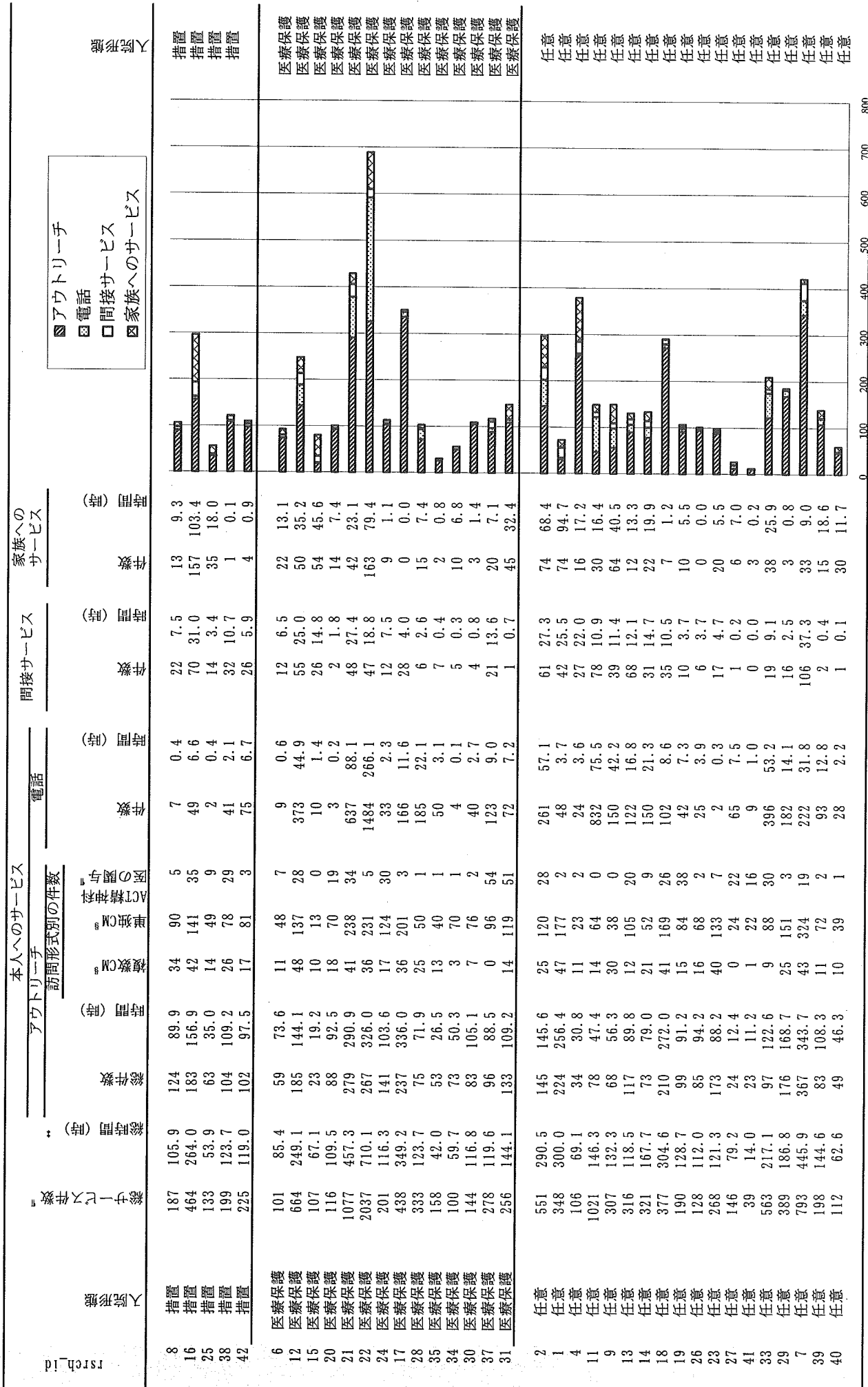
## H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

### 【参考文献】

Ridgely S, Borum R, Petrila J: The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States, MR-1340-CSCR RAND 2001.

浦田重治郎、伊藤順一郎、亀井雄一、鈴木友理子：措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究. 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(主任研究者：浦田重次郎)」平成16年度 総括・分担研究報告書. Pp.133-143.2005.

表1・図1：退院後18ヶ月間でACTが提供したサービス量（件数・時間）†



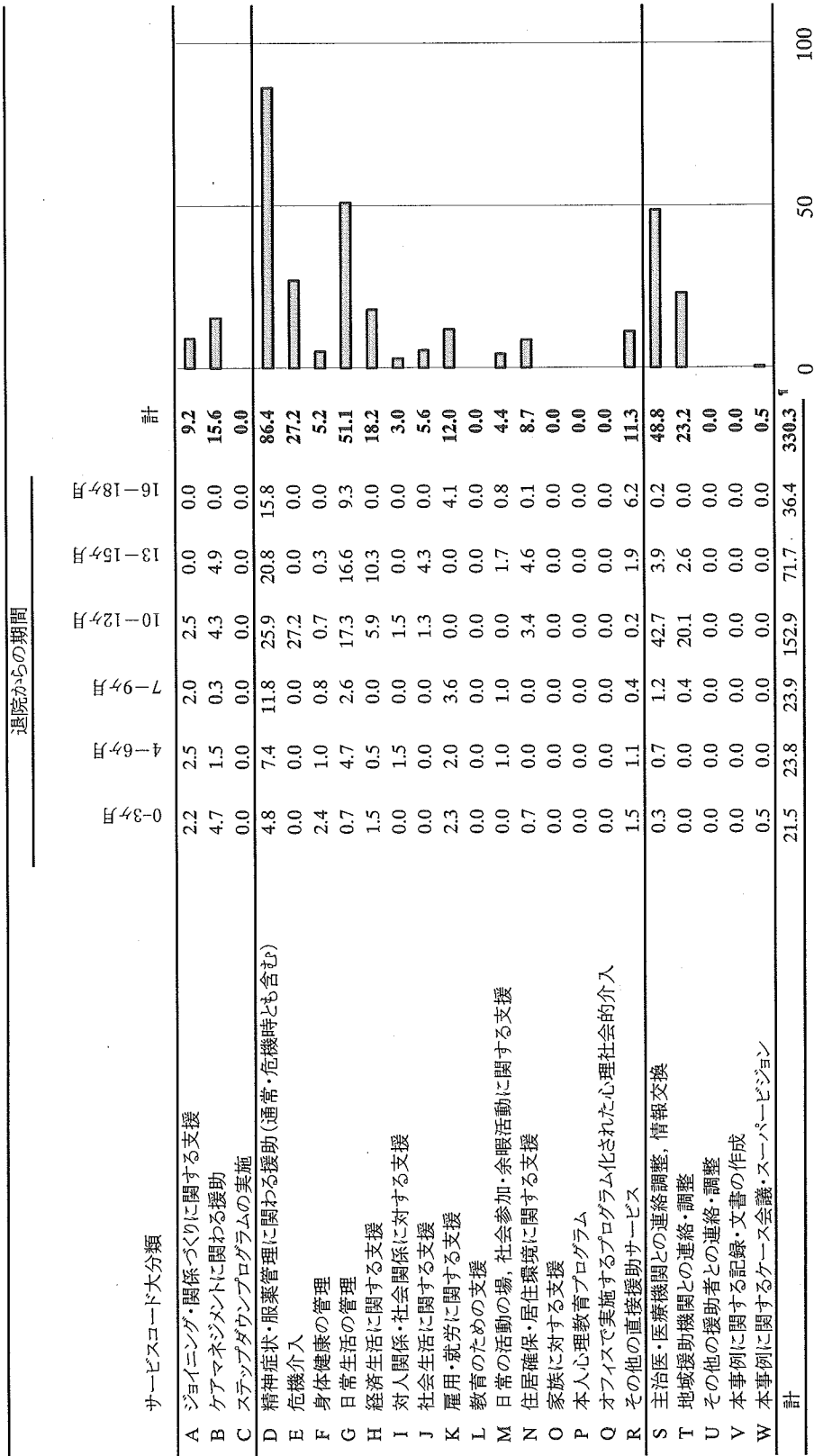
† 2006年1月12日までに入力されたサービスコード情報を用いた。

\* 1度の訪問で本人・家族両方へサービスを提供した場合、「本人へのサービス」と「家族へのサービス」のそれぞれで計上されるため、本人へのサービス、間接サービス、家族へのサービスの合計件数・時間とは必ずしも一致しない

§ CMは、ケースマネージャーを表す。

† ACTの精神科医が単独で、あるいは他のケースマネージャーとの同行でアウトリーチを行った件数を表す。

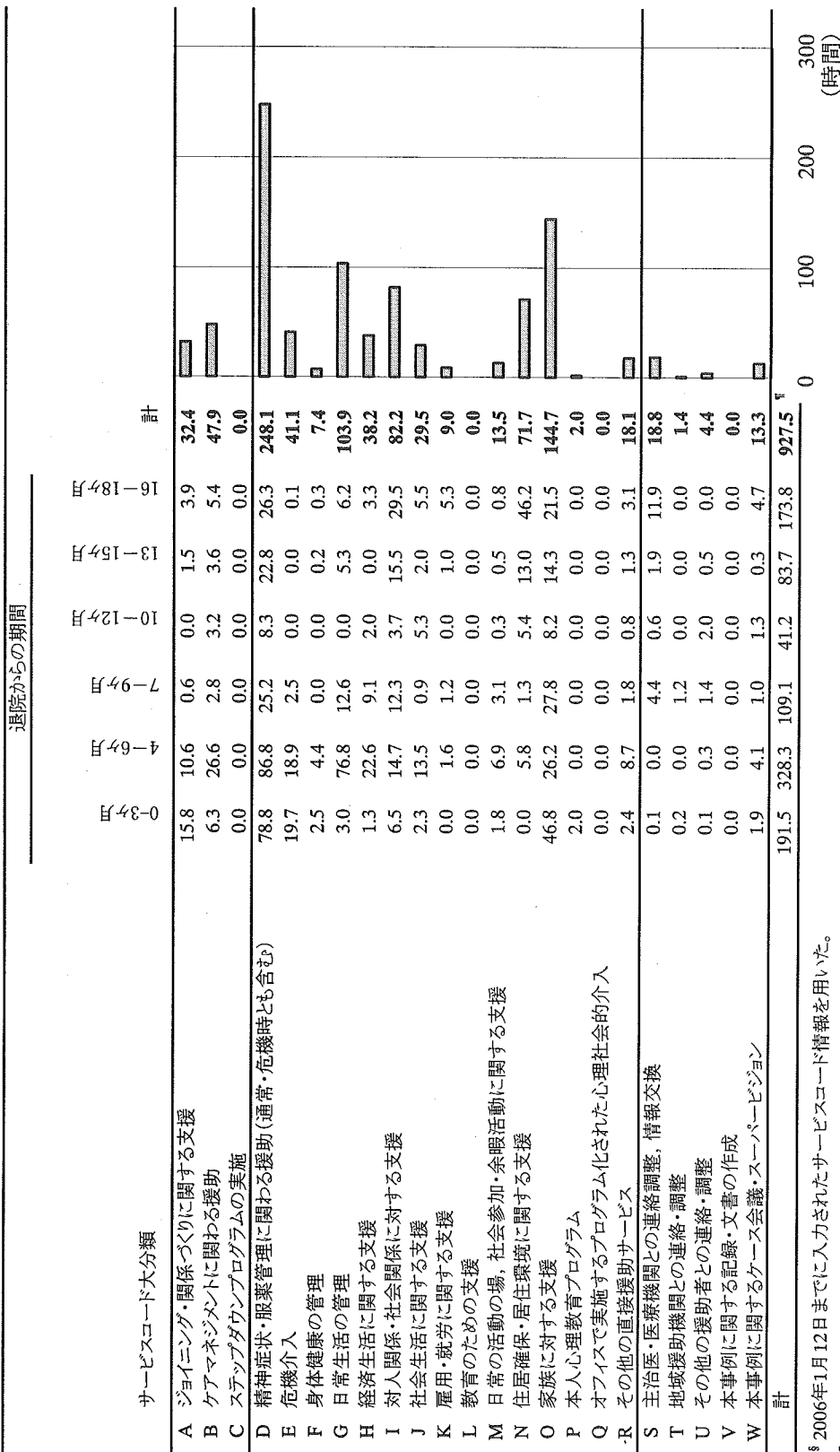
表2・図2：症例1に退院後18ヶ月間で提供したサービス内容と量（時間） — 3ヶ月ごとに集計したサービスコード大分類から§



§ 2006年1月12日までに入力されたサービスコード情報を用いた。

† 複数のサービスコード分類にまたがる支援・援助はそれぞれコードで計上されるため、サービスの合計時間は、表1のそれと異なる。

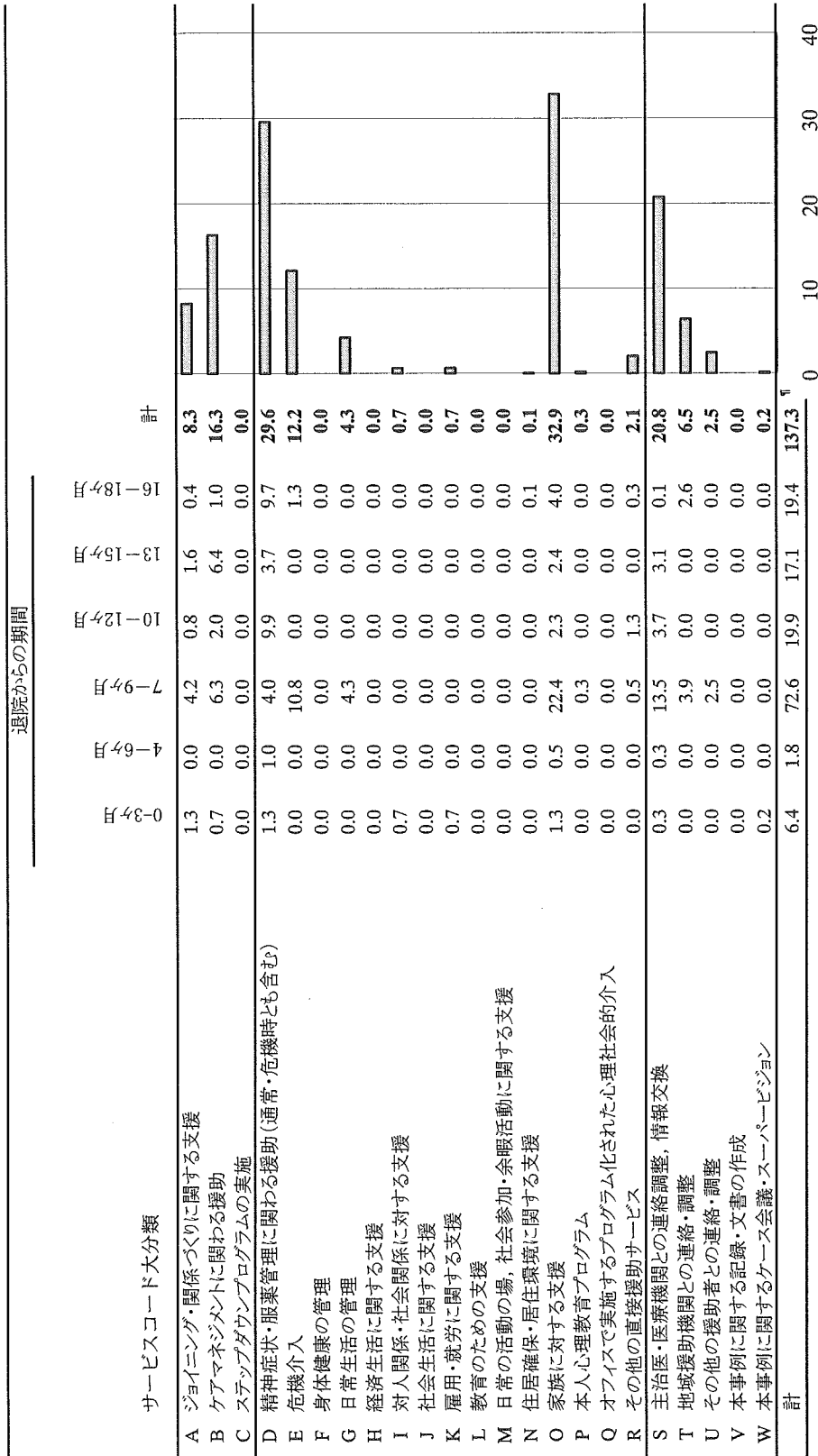
表3・図3：症例2に退院後18ヶ月間で提供したサービス内容と量（時間） — 3ヶ月ごとに集計したサービスコード大分類から§



§ 2006年1月12日までに入力されたサービスコード情報を用いた。

† 複数のサービスコード分類にまたがる支援・援助はそれぞれのコードで計上されるため、サービスの合計時間は、表1のそれと異なる。

表4・図4：症例3に退院後18ヶ月間で提供したサービス内容と量（時間） — 3ヶ月ごとに集計したサービスコード大分類から<sup>§</sup>



<sup>§</sup> 2006年1月12日までに入力されたサービスコード情報を用いた。

<sup>†</sup> 複数のサービスコード分類にまたがる支援・援助はそれぞれのコードで計上されるため、サービスの合計時間は、表1のそれと異なる。

表5・図5：症例4に退院後18ヶ月間で提供したサービス内容と量（時間） — 3ヶ月ごとに集計したサービスコード大分類から\*

サービスコード大分類	退院からの期間						計
	0-3ヶ月	4-6ヶ月	7-9ヶ月	10-12ヶ月	13-15ヶ月	16-18ヶ月	
A ジョイニング・関係づくりに関する支援	9.6	4.0	2.0	5.1	2.1	0.0	22.8
B ケアマネジメントに関わる援助	11.3	0.3	2.3	1.5	1.3	1.0	17.6
C ステップダウンプログラムの実施	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
D 精神症状・服薬管理に関わる援助(通常・危機時とも含む)	57.7	11.6	26.7	23.5	10.3	5.3	135.1
E 危機介入	2.6	0.0	1.1	14.3	0.0	0.0	17.9
F 身体健康の管理	23.0	0.6	3.7	4.4	4.3	5.7	41.6
G 日常生活の管理	9.7	3.0	1.0	6.0	9.0	1.2	29.8
H 経済生活に関する支援	3.0	0.0	1.0	0.0	1.8	0.0	5.8
I 対人関係・社会関係に対する支援	2.5	0.0	1.3	4.2	0.0	0.0	8.0
J 社会生活に関する支援	8.9	1.3	3.9	0.0	8.8	1.3	24.2
K 雇用・就労に関する支援	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	7.0	7.5
L 教育のための支援	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	4.2	5.5
M 日常の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援	1.4	0.0	0.7	0.0	1.3	1.0	4.3
N 住居確保・居住環境に関する支援	0.0	0.0	1.3	2.3	21.7	0.0	25.3
O 家族に対する支援	1.2	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	1.3
P 本人心理教育プログラム	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Q オフィスで実施するプログラム化された心理社会的介入	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
R その他の直接援助サービス	2.9	0.6	0.5	1.6	0.9	2.1	8.6
S 主治医・医療機関との連絡調整、情報交換	3.0	0.0	0.0	2.3	0.0	0.0	5.3
T 地域援助機関との連絡・調整	0.7	0.0	0.0	0.8	1.6	0.0	3.0
U その他の援助者との連絡・調整	0.4	0.0	0.0	1.1	0.8	0.0	2.3
V 本事例に関する記録・文書の作成	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
W 本事例に関するケース会議・スーパービジョン	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	2.0
計	138.8	22.7	45.5	68.0	64.1	28.8	367.7 <sup>5)</sup>

<sup>5)</sup> 2006年1月12日までに入力されたサービスコード情報を用いた。

\* 複数のサービスコード分類にまたがる支援・援助はそれぞれのコードで計上されるため、サービスの合計時間は、表1のそれと異なる。



表6・図6：症例5に退院後18ヶ月間で提供したサービス内容と量（時間） — 3ヶ月ごとに集計したサービスコード大分類から\*

サービスコード大分類	退院からの期間						計
	0-3ヶ月	4-6ヶ月	7-9ヶ月	10-12ヶ月	13-15ヶ月	16-18ヶ月	
A ジョインイング・関係づくりに関する支援	0.0	0.0	0.0	1.0	0.8	0.0	1.8
B ケアマネジメントに関わる援助	8.8	0.8	1.6	3.3	6.8	1.7	23.0
C ステップダウンプログラムの実施	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
D 精神症状・服薬管理に関わる援助(通常・危機時とも含む)	14.8	29.8	12.3	18.5	22.2	0.3	97.8
E 危機介入	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
F 身体健康の管理	1.0	2.6	2.0	1.5	2.0	0.1	9.2
G 日常生活の管理	0.0	1.0	3.0	0.3	0.5	0.0	4.8
H 経済生活に関する支援	7.2	7.9	2.5	4.3	0.0	0.0	21.9
I 対人関係・社会関係に対する支援	0.0	2.1	5.0	1.0	2.7	0.7	11.4
J 社会生活に関する支援	7.5	8.9	2.0	0.2	0.0	0.0	18.6
K 雇用・就労に関する支援	1.2	7.4	17.4	13.8	11.4	6.3	57.6
L 教育のための支援	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
M 日常の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援	1.0	5.4	2.0	0.0	0.5	0.0	8.9
N 住居確保・居住環境に関する支援	1.8	2.2	0.0	2.1	0.0	0.7	6.6
O 家族に対する支援	1.6	1.0	0.6	0.0	0.0	0.0	3.2
P 本人心理教育プログラム	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Q オフィスで実施するプログラム化された心理社会的介入	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
R その他の直接援助サービス	0.6	5.8	0.5	2.1	0.6	0.3	9.8
S 主治医・医療機関との連絡調整、情報交換	0.2	0.9	0.1	0.0	0.4	0.0	1.6
T 地域援助機関との連絡・調整	1.3	0.6	0.0	0.1	0.0	0.0	1.9
U その他の援助者との連絡・調整	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
V 本事例に関する記録・文書の作成	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
W 本事例に関するケース会議・スーパービジョン	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	46.7	76.2	48.9	48.4	47.9	10.0	278.2 <sup>†</sup>

\* 2006年1月12日までに入力されたサービスコード情報を用いた。

† 複数のサービスコード分類にまたがる支援・援助はそれぞれのコードで計上されるため、サービスの合計時間は、表1のそれと異なる。

分担研究報告書

措置入院制度を含む精神科救急医療の  
適正な供給に関する研究

分担研究者 白石 弘巳

東洋大学

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

措置入院制度を含む精神科救急医療の適正な供給に関する研究

分担研究者 白石 弘巳(東洋大学ライフデザイン学部)  
研究協力者 五十嵐禎人(東京都精神医学総合研究所)  
(五十音順) 池原 毅和(東京アドボカシー法律事務所)  
一瀬 邦弘(東京都立豊島病院)  
岩下 覚(桜ヶ丘記念病院)  
岩成 秀夫(神奈川県立精神医療センター)  
梶 達彦(東京都立府中病院)  
鴻巣 泰治(埼玉県立精神保健福祉センター)  
沢 温(さわ病院)  
陶山 満雄(東京都立墨東病院)  
築島 健(札幌市精神保健福祉センター)  
長島 美奈(千葉県精神科医療センター)  
中村 満(東京都立豊島病院)  
西村 隆夫(東京都立府中病院)  
平田 豊明(千葉県精神科医療センター)  
藤村 尚宏(東京武蔵野病院)  
益子 茂(東京都多摩総合精神保健福祉センター)  
宮田 裕章(早稲田大学)  
分島 徹(東京都立松沢病院)

**研究要旨**

〈研究目的と方法〉

精神科救急医療と措置入院の関連について明らかにし、改善の為の適確な提言を行うために、平成17年度は、平成16年度に引き続いて、東京都における精神科救急医療頻回受診者について、精神科救急医療事業を担ってきた4つの都立病院の資料を整理し、その実態と頻回受診者の特徴について検討した。また、都道府県、指定市に対して、郵送により、質問紙調査を行い、精神科救急システムの現況、各自治体の課題、医療観察法施行に伴う課題などについて回答を求めた。こうした調査結果を基に、医療観察法施行後に生じている状況について、研究協力者の間で意見交換し、課題整理を行った。

〈結果と考察〉

精神科救急医療事業を担当してきた都立病院に夜間、休日等の時間帯にこれまで3回以上救急入院した患者200名が抽出された。該当例の中では、統合失調症や人格障害などの診断名が多かった。精神症状は幻覚妄想が多く、入院の契機としては、興奮、家族への暴力や自傷行為などの問題行動が多かった。また、該当例には、医療中断者、単身者が多く、社会復帰施設の利用者が少ないなどの特徴が見られた。しかし、夜間・休日の精神科救急を頻繁に利用するにいたる理由を含め、こうした事例の特徴については、統計分析の方法を工夫し、事例について個別に検討をおこなうなど、さらに検討を続ける必要がある。また、医療観察法施行後の精神保健医療の領域

への変化について検討を行ったところ、医療観察法の施行により、精神科救急医療や措置入院のあり方に変化が生じつつあることがうかがわれた。臨床現場の従事者や行政担当者からの意見聴取により、医療観察法による精神科医療を定着させる上で、今後整理すべき課題が多々あることが明らかとなった。こうした課題について、引き続き調査し、対応策を提言していく必要がある。

## A. 研究目的

障害者の人権を尊重するノーマライゼーションの考え方などを背景として、精神障害者を治療し、またリハビリテーションを行うために、従来以上に通院医療が重視されるようになっていく。地域で精神障害者を支えていくためには、通院による治療を補完し、緊急に精神科治療が必要な事例に対して、夜間休日においても迅速に対応することが求められている。

平成7年、厚生省（当時）は夜間休日の精神科救急医療システムを整備するための事業を開始し、現在までに全国47都道府県で精神科救急医療が実施されるようになった。

自傷他害の恐れを要件とする措置入院は、患者の生命を守り、また社会の安全を守るために都道府県知事の命令によって行われるものである。平成17年度から、いわゆる重大な触法行為を行った精神障害者に対しては、医療観察法が適用されることになったが、重大犯罪が発生する前に迅速な対応が求められているところであり、この意味でも精神科救急医療事業が果たすべき役割は小さくない。また、医療観察法の施行に伴い、措置入院制度や精神科救急医療事業にも何らかの影響が生じることが予測される。

こうした状況を勘案し、平成17年度は以下の三つの調査を実施し、結果について検討し、措置入院制度や精神科救急医療事業の現在の課題や問題点を洗い出し、必要な改善策について検討することとした。

### 調査1 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

東京都の精神科救急医療事業においては、

精神科救急医療の現場において措置入院（含緊急措置入院）が必要となった事例についての情報が蓄積されていることに鑑み、精神科救急医療を複数回利用した精神障害者の実態を調査し、今後こうした事例に対する臨床的対応のあり方を提言するための資料とする。平成17年度は、平成16年度に都立豊島病院および都立府中病院で行った調査結果を踏まえ、都立墨東病院、都立松沢病院でも同様の症例の洗い出しを行い、その特徴を明らかにする。

### 調査2 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

全国47都道府県、13指定市に精神科救急医療システム運用に関するアンケート調査を実施し、その現況について分析する。特に、措置入院患者の精神科救急医療の中での受け入れ状況、医療観察法施行後の変化等について自治体の視点での問題意識と課題を明らかにする。

### 調査3 医療観察法施行以降の精神科治療の状況に関する調査

措置入院と精神科救急医療のあり方についての調査研究を進めるに当たり、平成17年7月より施行された医療観察法の影響で、措置入院と精神科救急医療にも新たな状況も発生していることが推定される。このため、各方面で臨床現場の情報に接している医師や精神保健福祉士が参加し、問題点を洗い出すための意見交換を行った。

## B. 研究方法

### 調査1 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

平成16年度に東京都立豊島院と都立府中病院の夜間休日の精神科救急医療事業を3回以上利用した者について行ったのと同じ要領で、都立豊島病院と都立松沢病院の精神科救急医療事業の頻回利用者についても、情報収集した。患者ごとに小票を作成し、それぞれの医療機関に勤務する精神科医が、診療録等に基づいて記入した。主な調査内容は、患者の性別、年齢、発病年齢、家族構成、社会復帰施設の利用状況、各回の精神科救急医療事業の利用時点での状況(精神症状、行動面での問題、問題発生から利用までの期間、そのときの受診状況、問題の発生場所と医療機関までの同伴者、入院形態)等とした。結果は、コンピュータに入力し、統計的に解析した。

### 調査2 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

全国の47都道府県、13政令指定都市の計60の担当課を調査対象とし、自記式の調査票を郵送し、返送を求めた。調査は、平成18年2月から3月にかけて行った。

調査票では、精神科救急医療システム、精神科救急医療の実績、精神科救急医療事業の医療機関別の取扱件数、精神科救急情報センターの機能等に関する質問に加えて、自由記載として、精神科救急医療事業の課題、精神科救急医療センターの整備に関する考え方、精神科救急医療の頻回利用者への対応、医療観察法施行後の課題、等について尋ねた。

### 調査3 医療観察法施行以降の精神科治療の状況に関する調査

平成17年7月より施行された医療観察法の影響で、措置入院と精神科救急医療にも新たな状況も発生していることについて検討するために、臨床現場の情報に詳しい公立病院や精神科病院の医師、精神保健福祉センター職員(医師あるいは精神科ソーシャルワ-

カー)、法律家などに参加を求め、意見交換を行った。意見交換会は、平成18年2月11日に、東京の八重洲クラブで行った。議事録を作成し、課題ごとに論点を整理した。

### プライバシーの保護について

本研究班の三つの調査研究は、必要に応じて精神科救急医療事業を利用した患者の個人情報扱うが、すでに作成された資料の二次的利用である。調査は、性別、年齢、居住地、その他の個人情報について、すべて統計的に処理することとし、事例の状況について検討した結果を外部への発表するに際しては個人が識別できないよう十分配慮を踏ることとした。

## C. 結果

### 調査1 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

#### 1) 対象者数と対象者のプロフィール

調査日までに東京都の精神科救急を受診し、3回以上入院した精神疾患患者は都立府中病院で61名、都立豊島病院で43名、都立墨東病院で79名、都立松沢病院で17名、計200名であった。

入院者の平均年齢は38.3歳(18~78歳)、性別は男120:女80=3:2であった。

同居者については、複数回答で、親あり76名(38%)、配偶者あり18名(9%)、子どもあり11名(5.5%)、その他の親族あり52名(26%)、単身者69名(34.5%)となっていた。

#### 2) 精神科疾患

診断名は統合失調症87名(43.5%)、人格障害50名(25%)が突出して多かった(表2)。副病名も含めると、覚せい剤精神疾患22名(11%)と知的障害20名(10%)がこれらに次いで多くなっていた(表20)。

精神科疾患の発症年齢は、平均22.9歳(0~66歳)であった。社会復帰施設を利用している者は28名(14%)であった(表3)。

### 3) 精神科救急の利用状況

初回入院時についてみると、状態像は「幻覚妄想状態」71名(45.8%、ただし不明者を除いた数に対する百分率)が圧倒的に多くなっていた(表4)。行動面での問題は「興奮」123名(72.8%)、自殺企図(10.7%)が多かった(表7)。また、家庭内で暴力行為が見られた者が73名あり、不明分を除いた136名中の53.7%に上った(表10)。保護された場所は、「自宅」93名(49.5%)、「医療機関」23(12.2%)、「それ以外の建物」31名(16.5%)、「路上」33名(17.6%)となっていた(表13)。直前の治療については、「治療中」124名(66.7%)、「治療中断中」31名(16.7%)、「未治療」21名(11.3%)となっていた(表25)。受診の必要が発生してから受診までの期間は、「その日」が52名(17.7%)、「2,3日」25名(11.3%)、「1週間程度」12名(9.7%)、「それ以上」34名(14.5%)などとなっていた(表28)。受診の際の同伴者としては、「警察官」が143名(78.1%)と圧倒的に多かった。「家族」の同伴は20名(10.9%)であった(表31)。搬送に用いられた車輛は、「警察車輛」が140名(79.1%)と圧倒的に多かった(表なし)。入院形態は、「医療保護」105名(58%)、「緊急措置」60名(33.1%)、「措置」13名(7.2%)の順であった。「応急入院」は2名、「任意入院」は1名であった(表16)。

### 4) 2回目、3回目の入院時

今回の調査では、4回以上精神科救急医療事業による入院歴のある者が存在した。そのため、こうした事例については、最後から2番目の入院と、最後の入院をもって、それぞれ2回目、3回目の入院として集計した。添付したクロス集計表の表題の後に書いてある数字(たとえば、「性別と状態像」における数字)は、対象とした3回のうち、何回目の入院についてのものかを示している。

2回目、3回目の入院の際の状況については、全体としてみる限り、有意な変化は見られなかった(表4～51参照)。

### 5) 対象者の属性等による差異の調査

精神症状や受診状況に関して、対象者の性別による差異を検討したが、特別な有意差は見いだせなかった(表1～18参照)。わずかに、女性の方が、人格障害と診断される者の比率が高く、おそらくそうした事情を反映して、精神症状ではうつ状態や不安が多く、行動上の問題では自殺企図の比率がやや多くなっていた。

また、同様に単身者か否かによる有意差も見いだせなかった(表19～39)。ただ、有意差はないものの、単身者は人格障害の比率がやや高く(表19)、おそらく関連して主な精神症状が「不安」であった比率がやや高い程度であった。逆に、直前の治療が「中断」であった者、「受診までの期間」が長かった者は、それ以外の対象者と比較して、特に多いというわけではなかった。

さらに、社会復帰施設の利用の有無による差異を分析したが、これも利用していない人と比較して顕著な差異は見いだせなかった。

こうしたことから、頻回に精神科救急を利用することが多い理由は多様であり、統計分析の方法を工夫したり、個別事例に則して検討すべきであると考えられた。

## 調査2 調査2 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

### 1) 回答状況

2006年3月20日現在、約半数の自治体から回答を得た。

### 2) 結果

精神科救急医療の実績については未集計であるため、後日まとまり次第報告する。

精神科救急医療事業の課題等に関する自由意見では、指定医の確保、病床確保(1晩1床であったり、夜間対応できない当番医療機関がある、など)、身体疾患治療を合併した患者に対する医療確保の困難、かかりつけ医がいる場合の一次救急患者の対応(特に人格障害など)、精神科救急情報センターの拡充、などが挙げ

られた(資料 1)。

また、措置入院を繰り返すような患者に対する対応としては、退院後の課題に対する処遇検討会を実施したり、精神科救急情報センターと各保健福祉事務所等と連携をとり、「急を要しそうな事例」「通報の可能性が高い事例」に対して、相談、訪問、事例検討会などを実施している、などの回答があったが、「対応に苦慮している」とした自治体もあった(資料 2)。

さらに、平成 17 年 7 月から施行された医療観察法については、各自治体から多面にわたる問題点、課題が指摘された(資料 3) 特に、精神科救急医療や措置入院との関連では、「通院処遇を受けた方が、緊急に医療機関の受診が必要な場合に、どの機関が一義的な対応に当たるのか不明確である。指定通院医療機関の夜間、休日の応需体制、精神科救急システムの利用可能性・住み分けなどの課題があり、事前の調整が必要である」との意見が寄せられた。

### 調査3 医療観察法施行以降の精神科治療の状況に関する調査

会議参加者は分担研究者の他、本研究の研究協力者が措置入院、精神科救急医療、医療観察法等について意見交換を行った。その議事録を整理し、会議で得た主な意見を資料 4 にまとめた。

医療観察法については、申立の基準の地域差、鑑定入院の手續の不備や鑑定医療機関における入院医療の質の格差、指定入院機関の病床整備の遅れ、身体疾患の治療などの問題への対応指針の必要性、通院医療になった場合の地域の医療機関の対応のあり方、などが指摘された。

精神科救急医療については、事業が開始されていても、病床の確保が十分できない、事業実施時間に制限があるなどの問題があることなどが報告された。

また、東京都の精神科救急医療事業を頻回に利用する人のプロフィールについて、調査

データを元に意見交換した。

## D. 考察

### 1. 東京都における精神科救急医療頻回受診者について

東京都の精神科救急医療を 3 回以上受診者した者についてまとめた。予想されたように、統合失調症や人格障害の一部の患者が、特に頻繁に精神科救急医療を受診したことが示された。しかし、これは単に病気の特性と見ることはできず、こうした病名の患者の特定の人々がどのような要因で、頻繁に精神科救急を利用することになるのか、さらに検討が必要である。

要因として考えられることとして、病状の不安定さの他、医療中断しやすい人であること、単身者であること、社会復帰施設を利用していない人であること、の 3 要因について、クロス集計で検討した。

医療中断から病状悪化、再発にいたるケースは、毎回 2 ないし 3 割あり、これは比較データがないものの、低くはない数字であると思われる。この比率は、入院回数が多くなっても同様であった。

また、単身者で病状管理や生活維持に困難を抱える人は、病状が不安定になったり、日中医療機関に行かず、夜間休日に事例化することが考えられる。確かに、今回の対象者の中に単身者は 3 割強存在した。しかし、今回対象とした頻回受診者で単身生活ではない者と比較すると、問題発生から受診までの期間等、有意な差異を見いだすことはできなかった。

第三に、社会復帰施設の利用の有無が与える要因についても検討した。社会復帰施設の利用者は全体の 1 割強にとどまっていた。病状を考えると、本来もっと社会復帰施設を積極的に利用すべきであると考えられるが、こうした人について社会復帰施設での受け入れを推進するにはいろいろ困難な事情もあることが予想される。今回の対象者について、利用の有無で有意になる項目を検討したが、明らかな差異は得られな

かった。

以上のことから、頻回に精神科救急を利用することが多い理由として、病状の特性、医療中断しやすいこと、単身者であること、社会復帰施設を利用していないこと、などの要因が何らかの関与をしている可能性は否定できなかったものの、より系統立てて整理するためには、統計分析の方法を工夫したり、個別事例の検討をおこなうなど、さらに検討が必要であると思われた。

## 2. 医療観察法施行後の精神保健医療の領域への変化

医療観察法の施行に伴い、精神科医療の現場でどのような課題が生じているかを、自治体へのアンケート調査や研究協力者による意見交換により明らかにした。まだ、医療観察法施行後まもないため、大きな変化は実感できないとする意見もあったが、措置入院となる対象者の変化や、精神保健福祉法での医療と医療観察法の医療の仕切りがあいまいとなってくることなどに対する懸念が表明された。また、通院命令がすでに多く出されるようになってきており、これらの対象者の病状悪化時には措置入院や精神科救急医療事業で対応しなければならなくなる場面も予想され、地域精神科医療への負担が重くなることへの懸念も表明された。

また、医療観察法による鑑定入院や指定入院医療機関での治療などについて、まだ整理しなければならない課題があることも明らかになった。

本報告は、いまだ検討途上の中間報告であり、こうした点について、さらに検討し、来年度までの状況を踏まえて総合的なまとめを行うこととしたい。

## E. 結論

### 1. 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

1) 精神科救急医療事業を担当してきた都立病院に夜間、休日等の時間帯にこれまで3回以上救急入院した患者200名を抽出し、検討した。

2) 該当例には、統合失調症や人格障害の患者の比率が高かった。入院の契機は、家族への暴力や自傷行為などの問題行動である者が多かった。

3) 該当例には、医療中断者、単身者が多く、社会復帰施設の利用者が少ないなどの特徴が見られた。

4) こうした事例の特徴については、統計分析の方法を工夫し、事例について個別に検討をおこなうなど、さらに検討を続ける必要がある。

### 2. 医療観察法施行後の精神保健医療の領域への変化

1) 医療観察法の施行により、精神科救急医療や措置入院のあり方に変化が生じつつあることがうかがわれた。

2) 臨床現場の従事者や行政担当者からの意見聴取により、医療観察法による医療を定着させる上で、今後整理すべき課題が多々あることが明らかとなった。

## 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



表1 クロス集計：性別と単身の有無

		合計	単身		
			あり	なし	不明
全体		200 100.0	69 34.5	131 65.5	0
性別	男性	120 100.0	46 38.3	74 61.7	0
	女性	80 100.0	23 28.8	57 71.3	0

表2 クロス集計：性別と精神科診断名

		合計	診断名										
			器質性	アルコール	覚せい剤	統合失調症	躁状態	うつ状態	人格障害	知的障害	急性精神病	その他	不明
全体		200 100.0	10 5.0	2 1.0	11 5.5	87 43.5	6 3.0	2 1.0	50 25.0	7 3.5	10 5.0	15 7.5	0
性別	男性	120 100.0	6 5.0	2 1.7	10 8.3	58 48.3	5 4.2	0 0.0	21 17.5	5 4.2	3 2.5	10 8.3	0
	女性	80 100.0	4 5.0	0 0.0	1 1.3	29 36.3	1 1.3	2 2.5	29 36.3	2 2.5	7 8.8	5 6.3	0

表3 クロス集計：性別と社会復帰施設の利用

		合計	社会復帰施設利用		
			あり	なし	不明
全体		109 100.0	28 25.7	81 74.3	91
性別	男性	73 100.0	17 23.3	56 76.7	47
	女性	36 100.0	11 30.6	25 69.4	44

表4 クロス集計 性別と状態像1

表2 クロス集計 性別と診断名		合計	状態像1					
			幻覚妄想	うつ	躁状態	不安	その他	不明
全体		155 100.0	71 45.8	9 5.8	6 3.9	12 7.7	57 36.8	45
性別	男性	94 100.0	48 51.1	3 3.2	4 4.3	5 5.3	34 36.2	26
	女性	61 100.0	23 37.7	6 9.8	2 3.3	7 11.5	23 37.7	19

表5 クロス集計 性別と状態像2

		合計	状態像2					
			幻覚妄想	うつ	躁状態	不安	その他	不明
全体		173 100.0	75 43.4	8 4.6	4 2.3	17 9.8	69 39.9	27
性別	男性	105 100.0	58 55.2	1 1.0	2 1.9	5 4.8	39 37.1	15
	女性	68 100.0	17 25.0	7 10.3	2 2.9	12 17.6	30 44.1	12

表6 クロス集計 性別と状態像3

		合計	状態像3					
			幻覚妄想	うつ	躁状態	不安	その他	不明
全体		186 100.0	88 47.3	8 4.3	6 3.2	17 9.1	67 36.0	14
性別	男性	113 100.0	60 53.1	2 1.8	3 2.7	5 4.4	43 38.1	7
	女性	73 100.0	28 38.4	6 8.2	3 4.1	12 16.4	24 32.9	7

表7 クロス集計 性別と行動面の状況1

		合計	行動面の状況1					不明
			興奮	解体	昏迷	自殺企図	その他	
全体		169 100.0	123 72.8	10 5.9	5 3.0	18 10.7	13 7.7	31
性別	男性	100 100.0	77 77.0	5 5.0	3 3.0	8 8.0	7 7.0	20
	女性	69 100.0	46 66.7	5 7.2	2 2.9	10 14.5	6 8.7	11

表8 クロス集計 性別と行動面の状況2

		合計	行動面の状況2					不明
			興奮	解体	昏迷	自殺企図	その他	
全体		184 100.0	122 66.3	10 5.4	7 3.8	23 12.5	22 12.0	16
性別	男性	110 100.0	82 74.5	5 4.5	4 3.6	6 5.5	13 11.8	10
	女性	74 100.0	40 54.1	5 6.8	3 4.1	17 23.0	9 12.2	6

表9 クロス集計 性別と行動面の状況3

		合計	行動面の状況3					不明
			興奮	解体	昏迷	自殺企図	その他	
全体		194 100.0	125 64.4	12 6.2	5 2.6	26 13.4	26 13.4	6
性別	男性	118 100.0	82 69.5	6 5.1	3 2.5	10 8.5	17 14.4	2
	女性	76 100.0	43 56.6	6 7.9	2 2.6	16 21.1	9 11.8	4

表10 クロス集計 性別と家族への暴力1

		合計	家族への暴力1				不明
			あり	なし			
全体		121 100.0	68 56.2	53 43.8	0 0.0	0 0.0	79 0.0
性別	男性	81 100.0	44 54.3	37 45.7	0 0.0	0 0.0	39 0.0
	女性	40 100.0	24 60.0	16 40.0	0 0.0	0 0.0	40 0.0

表11 クロス集計 性別と家族への暴力2

		合計	家族への暴力2				不明
			あり	なし			
全体		136 100.0	73 53.7	63 46.3	0 0.0	0 0.0	64 0.0
性別	男性	94 100.0	53 56.4	41 43.6	0 0.0	0 0.0	26 0.0
	女性	42 100.0	20 47.6	22 52.4	0 0.0	0 0.0	38 0.0

表12 クロス集計 性別と家族への暴力3

		合計	家族への暴力3				不明
			あり	なし			
全体		145 100.0	76 52.4	69 47.6	0 0.0	0 0.0	55 0.0
性別	男性	101 100.0	53 52.5	48 47.5	0 0.0	0 0.0	19 0.0
	女性	44 100.0	23 52.3	21 47.7	0 0.0	0 0.0	36 0.0