

どすべてを把握することができたと考えられる。さらに、転院先の医療機関としては、精神科病棟を持つ総合病院がほとんどであった(90.0%の症例に対応)ことを併せて考えれば、医療観察法下の入院治療における身体疾患合併症例の発症頻度、および総合病院に設置される身体合併症に対応可能な小規模病棟の必要病床数を推測するための資料として利用できる可能性もあり、この点に関しては本研究の意義は十分にあるものと考えられる。

2. 指定入院医療機関で発症した身体疾患合併症例の特徴

八田らの報告(厚生労働科学研究)によれば、精神疾患・身体疾患ともに入院水準の身体合併症の発症は、人口10万人対25(東京都)～36(島根県)と推定されている。今回の調査では、指定入院医療機関9施設へ入院となった359例のうち、10名が身体疾患の検査・治療のために転院(2名の転院相当も含む)となっており、これは指定入院医療機関の全入院症例数の2.8%にあたる。これらの数字を単純に比較することはできないが、医療観察法下の入院患者では転院を必要とするような身体疾患を合併する可能性が高いと考えられるため、このことを念頭においた上で対応することが必要となる。

検査・治療のために転院となった症例では、症状の急変による転院が30.0%であり、検査や治療の予約による転院が70.0%を占めていた。このことは、石橋らをはじめとして従来多く報告されてきた症状の急変による転院の多さとは異なる結果となっている。この差異に関して推測される原因のひとつとして、指定入院医療機関は病院全体としての身体疾患の診断能力が他の精神科病院に比べて比較的高いと考えられることがあげられる。身体疾患は早期に発見して対応することが重要であるが、その際には診断機器の有無とともに、

救命処置をはじめとする身体疾患への対応能力および関連する研修の有無が大きな影響を与えると考えられる。しかし、現在運用中の指定入院医療機関でも、他の診療科の常勤医が少ない施設が多いこともあり、身体合併症への対応能力は必ずしも十分とはいえない可能性も否定できない。今後、自治体立の医療観察法病棟が増加することが期待されているが、その中には身体疾患の検査や治療に関する対応能力があまり高くない精神科病院が含まれる可能性がある。また、今回の調査で報告された身体合併症には、精神症状や精神科的治療に起因する身体疾患は少なく、偶発的な身体疾患の合併が多かったことを併せて考えれば、医療観察法下のみならず、精神科領域の全般において、救命救急処置を含む一般的な身体疾患への対応能力を向上させることは重要な課題である。個々の医療機関での教育・研修が必要なことは言うまでもないが、それだけでは不十分であり、精神科医を養成する過程で、一定期間精神科救急や身体合併症治療の経験を積めるような研修制度を作ることが必要と考えられる。

3. 転院先となった医療機関の特徴

身体疾患の検査・治療が必要となった症例の転院先としては、精神科病棟をもつ総合病院が多く(90.0%)、事前に協定を結んでいる医療機関が多かった(80.0%)。他の都道府県の医療機関へ転院となった症例が70.0%にも及んでおり、転院までの期間は比較的長いものもみられた。

前述したように、今回の調査で把握できた身体疾患合併症例は、症状の急変による転院は比較的少なく、検査や治療の予約による転院が多かった。一般的には、症状の急変による転院の場合には、遠方の医療機関へ搬送することが困難になり、より短期間のうちに転院先を見つけなければならない症例が多くな

ると考えられる。今回の調査でも、胃潰瘍からの動脈性の出血（症状の急変）がみられた症例では、協定を結んでいないが同じ都道府県内にある医療機関へ転院して治療を受けている。転院となった症例の60.0%は精神科病床以外に入院となっており、転院先の医療機関での精神科と他の診療科との連携の重要性が示唆される結果となっている。

身体疾患合併症例への対応を適切に行うためには、身体症状・精神症状の急変にも対応できるような精神科病床をもつ総合病院が、その中核として機能できるようなシステムを構築することが必要である。しかし、総合病院精神科の病床数は近年急速に減少しつつあり、精神保健指定医を含む医師の確保も困難になってきている。理想的には二次医療圏に最低1ヶ所の精神科病床を持つ総合病院精神科を設置することが望ましいが、現在の医療経済的状況などを考えれば、その実現は困難である。医療観察法に関連する処遇という観点からみても、精神科救急や合併症治療を行っている総合病院精神科の機能を適切に評価し、それを維持・向上させるための方略が必要であろう。

4. 転院の際の手続きなどに関する課題

1) 転院に関する法律的根拠

合併する身体疾患の検査・治療のために転院となる際には、医療観察法による処遇を終了して医療法あるいは精神保健福祉法での入院となることは少なく、多くの場合には医療観察法による入院処遇は継続しながら、医療法あるいは精神保健福祉法による入院治療を平行して行うことになる。（指定入院医療機関に入院したまま、他施設にも一時的に入院している状態）医療観察法には第100条2項（1週間以内の外泊）、第100条3項（一時指定入院の中止）という規定があり、これに従って対応するのであるが、法律の記載に曖昧な

点もあり、解釈・運用上のコンセンサスが得られていない。

医療観察法による処遇継続が必要と考えられる身体疾患合併症例が転院する際には、いくつかの方法が考えられる。まず、転院の際に入院すべき指定入院医療機関を変更するという方法である。これは、指定入院医療機関により身体管理能力などに差がある場合において行われる可能性がある。将来的に総合病院精神科のなかで指定入院医療機関（小規模病棟）に指定されるような施設が相当数出てくれば、精神症状と身体症状の両者を勘案した上での入院施設の変更が可能となるかもしれない。このような指定入院医療機関の変更に際しては、転院元の職員の付き添いなどには必要がない。あるいはフル規格、小規模病棟の指定入院医療機関で、身体合併症対応に特化した施設が一定数できれば、身体合併症対応に対してかなりの安心感が得られるだろう。その場合に、クロザピンの指定入院医療機関での処方へ備えて、血液内科専門医の確保が望ましい。

次に、医療観察法100条2項に基づく他施設入院という方法でも対応可能である。これは他施設に入院中であるが、医療観察法では1週間以内の外泊の扱いになるので、当然その間は転院元の指定入院医療機関の責任で、付き添いが必要となる。

さらに、医療観察法100条3項に基づく他施設入院という方法もある。これは、医療観察法による入院処遇は継続しているが、この期間は、指定入院医療機関は対象者に対する医療を行わないことができるとされている。つまり、対象者に対する医学的管理の義務も免除されるが、この期間において指定入院医療機関が医療を行うことを禁止するものではなく、医学的管理を行っても差し支えないため、他施設入院中には、指定入院医療機関の職員が付き添うことは可能である。現実的に

は、医療機関相互の協定によって、転院中の付き添いを要求されることがほとんどである。

それ以外にも、転院を依頼された医療機関と転院元の指定入院医療機関が、同じ組織内に属している場合には、互いの医療機関での職員兼任というような扱いにして、転院元の職員の付き添いの負担を軽減しているような例もあるが、このような方法がとれる施設は限られている。

以上みてきたように、医療観察法による入院処遇が継続していれば、指定入院医療機関を変更することが可能となる以外には、他の医療機関との協定が必要であり、転院中の付き添いも含めて医学的管理が転院元の指定入院医療機関に依頼されることになる。今回の調査で把握された身体疾患合併症例では、その平均入院日数は20.7日であった。これは、一般的な身体疾患治療のための入院日数としてはあまり長いとはいえない数字と思われる。しかし、この間、看護師を中心として複数の職員を付き添いとするのは、人的には比較的恵まれていると考えられている指定入院医療機関にとっても、大きな負担となる。しかし、場合によっては（例えば脳出血など意識障害があり、体動などもみられないような場合）、転院中も付き添いなどが必要とされない状況も考えられる。このあたりは個々の症例ごとに判断するしかないと思われるが、ある程度の状況設定をした上で対応の統一をはかることが必要と考えられる。

2) 診療報酬について

転院した上で身体疾患の治療をする場合、治療費の支払い方法としては、精神障害関連は指定入院医療機関が負担し、合併症関連は患者負担とすることが一般的である。しかし、身体疾患の中には精神症状に起因するもの（例えば抑うつ状態に起因する自殺企図など）、精神的な治療に起因するもの（例えば向精神

薬による悪性症候群など）も珍しくないため、精神障害関連と合併症関連とを厳密に区別することが困難なことが多い。今回の調査では、他医療機関へ入院した際の身体合併症治療への費用負担に関しては、転院先の医療機関が依頼元（指定入院医療機関）に請求したものが88.9%で最も多く、転院先の医療機関が医療保険で請求したものが11.1%となっていた。この点に関しても、ある程度の状況設定をした上で対応の統一をはかることが必要である。

5. 今後の課題

本研究では、指定入院医療機関で治療中に発生した身体合併症に関する実態調査を行うことによって、指定入院医療機関での身体合併症への対応能力、および転院時の手続きを中心とした他の医療機関との連携状況に関する問題点について検討した。

その結果、入院症例の2.8%に転院が必要な身体疾患間がみられたこと、病院としての診断能力はある程度高いと考えられるが、身体疾患への対応能力は必ずしも十分とはいえない可能性があること、身体合併症治療に関する協定の内容は様々であり、治療費の支払い方法などに関しては施設間での差が大きいこと、精神症状や精神科の治療に起因する身体疾患は少なく偶発的な身体疾患の合併が多かったこと、転院先は精神科病棟をもつ総合病院が多いこと、他の都道府県の医療機関に転院となったものが多く、移送時間も比較的長く、転院までの期間も比較的長い症例があったこと、などがわかった。転院に関する協定が結ばれていてもそれが周知されておらず、実際の運用において支障をきたしている例もみられた。転院の際の法律的根拠、診療報酬に関しても、それぞれの指定入院医療施設での解釈が異なり、統一されていない。

今年度は、主に指定入院医療機関からみた身体合併症医療の現状と問題点を明らかにす

ることが主な目的であったが、来年度は転院先の医療機関での治療と転院および転院中の問題点に関する実態調査を行う予定にしている。今回の調査結果を併せて検討することで、医療観察法下における身体合併症治療の現状と問題点を明確にし、身体合併症対応型の指定入院医療機関の基準と運営上の問題を検討する予定である。

E. 結論

本調査の結果は、下記のような概要にまとめることができる。

1. 指定入院医療機関のうち、精神科病床のみの施設は33.3%に過ぎず、CT検査、MRI検査、超音波検査にも対応している施設が多いため、病院全体としての身体疾患の診断能力は比較的高い。
2. 他の診療科の常勤医は少ない施設が多く、医療観察法病棟で対応可能な救急処置、研修状況などを考慮すれば、身体合併症への対応能力は、必ずしも十分とはいえない可能性がある。
3. 指定入院医療機関の全入院症例数の2.8%が、身体疾患の検査・治療のために転院が必要と判断された。
4. 身体疾患合併症例には、統合失調症圏で、幻覚妄想状態を呈していた症例が多かった。精神症状や精神科的治療に起因する身体疾患は少なく、消化器疾患を中心として偶発的な身体疾患の合併が多かった。症状の急変による転院は少なく、検査や治療の予約による転院が多かった。
5. 転院先は、精神科病棟をもつ総合病院が多いが、転院症例の60.0%は精神科病床以外に入院となっていた。他の都道府県の医療機関に転院となったものが70.0%を占めており、移送時間も比較的長く、転院までの期間も比較的長い症例があった。
6. 転院に関する協定が結ばれていてもそれが周知されておらず、実際の運用において支障をきたしている例もみられた。転院の際の法的根拠、診療報酬に関しても、それぞれの指定入院医療施設での解釈が異なり、統一されていない。
7. 法律を含むシステム整備が必要であるとともに、精神科医療機関での一般的な身体疾患への対応能力向上も必要である。

参考文献

- 1) 八田耕太郎, 菊本弘次, 羽藤邦利ほか: 実証的な精神科救急医療の構築および精神科救急・精神科領域における身体合併症に関する研究. 精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究 (平成19年度総括・分担研究報告書, 主任研究者黒澤尚): 71-96, 2008.
- 2) 小林孝文, 稲垣卓司, 大竹 徹ほか: 地方における精神科領域の身体合併症に関する研究. 精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究 (平成19年度総括・分担研究報告書, 主任研究者黒澤尚): 97-126, 2008.
- 3) 石橋照子, 小林孝文, 吉田厚子: 精神科身体合併症の発見の端緒に関する研究. 日本医学看護学教育学会誌, 12: 3-7, 2003.

心神喪失者等医療観察法における身体合併症治療・法的根拠

(外出等)

(心神喪失者等医療観察法 抜粋)

第百条 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に入院している者を、当該指定入院医療機関に勤務する医師又は看護師による付添いその他の方法による医学的管理の下に、当該指定入院医療機関の敷地外に外出させることができる。

二 その者が精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に通院する必要がある場合

2 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に入院している者を、前項に規定する医学的管理の下に、一週間を超えない期間を限り、当該指定入院医療機関の敷地外に外泊させることができる。

3 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に入院している者が精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に入院する必要がある場合には、その者を他の医療施設に入院させることができる。この場合において、当該入院に係る医療が開始された日の翌日から当該入院に係る医療が終了した日の前日までの間に限り、その者に対する同項に規定する医療を行わないことができる。

指定入院医療機関運営ガイドライン

合併症治療の際の他医療機関への一時的入院

- この入院の実施は、対象者の医療上の必要性に基づき、指定入院医療機関の管理者の責任により実施されるものである。
- この入院が実施された場合には、指定入院医療機関は、地方厚生局及び居住地を管轄する保護観察所に対し、その旨及び当該入院対象者の氏名、当該他の医療施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先、当該他の医療施設に入院させた日時並びに当該他の医療施設に入院させた理由を速やかに連絡する。(令第9条)
- 入院対象者が当該他の医療施設から退院したときは、地方厚生局及び居住地を管轄する保護観察所に対し、その旨及び退院した日時を速やかに連絡する。(令第9条)
- この入院が円滑に行われるよう、指定入院医療機関は、日頃から地域の医療機関との連携・連絡体制を整備しておくこと。



指定入院医療機関と身体疾患治療機関との協定が必要

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

入院対象者の病状評価に関する研究

平成 18 年度～20 年度

総合研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 来住 由樹

独立行政法人岡山県精神科医療センター

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

平成 18 年度～平成 20 年度 総合研究報告書

入院対象者の病状評価に関する研究

分担研究者： 来住 由樹 独立行政法人岡山県精神科医療センター

研究協力者：

中嶋 正人（国立病院機構花巻病院）	吉岡 眞吾（国立病院機構東尾張病院、）
大島 紀人（国立病院機構花巻病院）	金英 浩（国立病院機構松籟荘病院）
高橋 昇（国立病院機構花巻病院）	山口 博之（国立病院機構加茂精神医療センター）
豊岡 和彦（国立病院機構さいがた病院）	須藤 徹（国立病院機構肥前精神医療センター）
村田 昌彦（国立病院機構北陸病院）	西谷 博利（国立病院機構肥前精神医療センター）
竹内 正志（国立病院機構北陸病院）	桂木 正一（国立病院機構菊地病院）
中根 潤（国立病院機構下総精神医療センター）	村上 優（国立病院機構琉球病院）
平林 直次（国立精神神経センター病院）	佐藤 浩二（群馬県立精神医療センター）
樽矢 敏広（国立精神神経センター病院）	黒田 治（東京都立松沢病院）
安藤久美子（国立精神神経センター病院）	川畑 俊貴（京都府立洛南病院）
大迫 充江（国立精神神経センター病院）	森 裕（大阪府立精神医療センター）
生井 淳子（国立精神神経センター病院）	竹中 央（岡山県精神科医療センター）
西岡 直也（国立病院機構久里浜アルコール症センター）	林田健太郎（長崎県立精神医療センター）
杉村 謙次（国立病院機構小諸高原病院）	山畑 良蔵（鹿児島県立始良病院）
八木 深（国立病院機構東尾張病院）	

研究要旨

医療観察入院病棟におけるピアレビュー研究では、各施設の入院期間を計るために予備調査を実施し、推計入院期間は中央値 603 日、平均値で 620 日を示した。入院医療機関毎に入院期間の差異がすでに生じており、これは医療観察法の運用のあり方だけでなく、治療の内容、処遇の在り方、多職種チーム医療の方法等多くの要因により差異が生じていると考えられた。

今回のピアレビューを契機として退院促進が多少進んだ印象を有するが、継続したピアレビューの評価が医療観察法指定入院医療機関の治療の均霑化のために必要である。なお入院期間は約 20% が 3 年をこえる入院となっており、その要因の解析が今後の課題として抽出された。

また入院対象者において、精神遅滞、広汎性発達障害、物質関連障害の併存率は高く、統合失調症に伴う認知機能低下が重度である事例も多く、これらに対応できる治療構造と治療プログラムの準備が不可欠であると考えられた。

さらに広汎性発達障害の診断は、まだ鑑定や日常臨床において十分な共有がなされておらず、そのため鑑定、審判、治療に混乱を与えている。審判の均霑化、指定医療機関の治療の均霑化、不必要な長期入院を防ぎ社会復帰を促進するため併存症診断は重要であると考えられた。

A. 研究目的

法が施行後、4年目を迎えており、制度は広く認識されるようになったが、たとえば入院決定件数は、都道府県毎で人口10万人に対して1.5人～0.15人と10倍の開きがあるなど、審判の均霑化の必要性が明確となっている。

また入院医療機関の横断的な情報共有は多くなく、共有されている治療指針はガイドラインの他多くはない。

そこで医療観察入院医療機関の実態と入院対象者の症状評価を機関横断的に行う必要があると考えられた。

また今後の指定入院医療機関での治療指針を、治療内容の均霑化を行いつつ作成するため視点の抽出することを目的とした。さらに医療観察法入院施設間がピアレビューを通して相互に交流し、入院医療のあり方を共有し、退院促進および医療の均霑化を図ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 指定入院医療機関ピアレビュー

医療観察法入院施設を実施している全施設を対象に、武蔵・東尾張・花巻・岡山・肥前・琉球病院の多職種（医師を中心に）を派遣し同僚審査する。共に協議することで医療観察法の入院医療の課題や問題点を検討し、退院促進および医療の平準化に資する方略や方策を提案する。派遣期間はおおむね2週間とし、派遣職員の滞在や診療や各種会議への参加に各施設は理解と協力をする事とした。

①施設毎の入院期間予備調査

平成20年7月15日までに入院した事例について入院日、退院日、転院日と転院先施設を同日付で調査する。

②ピアレビュー報告書

ピアレビューは、短期入院群の可能性、退院促進に関する方略・方策に関して簡単な

チェック項目を作り、その他はエキスパートコンセンサスで実施する。そしてレビューアーは報告書を作成しピア施設と研究班とに提出する。

2. 併存症調査

指定入院医療機関から一施設をパイロット施設として選び、同施設に平成20年8月30日までに入院した全数56件について、主診断と併存症とについて調査する。併存症としては、精神遅滞、広汎性発達障害、物質関連障害、人格障害を取り上げ、その合併率を検討した。診断基準はICD-10を用い、特に精神遅滞はIQ70以下あるいは生育史を検討し20才までの日常生活能力や社会機能等から診断した。また物質関連障害は、入院者にスクリーニングで行われている、CAGE、DAST、AUDITを用いて物質関連問題の有無を評価した。

なお統合失調症についての認知機能低下の重症群（一般的な認知行動療法アプローチが困難であることが想定される群）について、PANSSにおける陰性尺度の「疎通性障害」、「抽象思考の障害」、「常同思考」の3項目を評定し合計点数が、15以上（やや重度～最重度）であるものを、認知機能低下重症群として抽出した。

3. 事例検討

医療観察法は施行後期間が短く、統計的な処理のみでは、入院対象者の症状評価と治療の実情評価は困難な面を見られた。特にプライバシー保護の観点から事例について十分な情報が機関横断的な共有を行うことが困難であった。

しかし視点を定めて抽出した事例の評価から、入院対象者の症状評価と効果判定の方法の抽出が可能となると考えた。

そこで年度ごとにテーマを定め、施設横断的に事例検討を行った。

平成 18 年度には、治療効果が一般精神科病棟での治療経験よりよかった統合失調症事例、医療観察法指定入院医療機関においても治療困難である統合失調症事例、治療困難である統合失調症以外の事例の 3 類型に分け 35 事例の検討を行った。

平成 19 年事例検討では、指定入院医療機関での治療内容の公開、指定入院医療機関の治療の均霑化、一般精神科医療への般化の可能性の検討を目的として、入院 8 事例を検討した。

平成 20 年度には、特に広汎性発達障害について、審判で入院、却下となった事例について事例検討した。なお入院事例は①審判時の診断が統合失調症であり、広汎性発達障害の診断の併存が明らかになったもの、②審判時の診断が統合失調症であり、入院後、その他の非器質性精神病性障害 (ICD-10F28) に診断変更し、また広汎性発達障害の併存が明らかになったもの、③審判時の診断が統合失調症であり、入院後に広汎性発達障害のみへの診断変更となったものに類型し検討した。

(倫理面への配慮)

研究目的の治療はおこなわず、日常の臨床を、統計的解析と事例検討により考察した。また個別事例は、事例が特定できないように、内容を一部改変し、プライバシーの保護に配慮した。なお主任研究者の所属する岡山県精神科医療センター倫理委員会にて承認を得た。

C. 研究結果

1. 指定入院医療機関ピア・レビュー

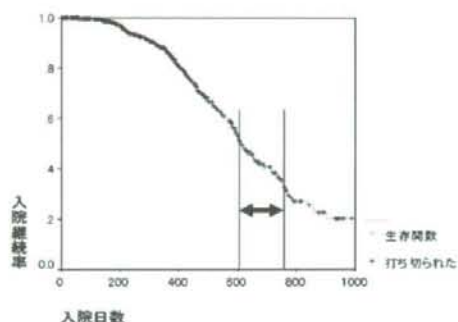
平成 20 年 7 月 15 日現在の病床数は 404 床で開設後 1 年 6 ヶ月を経た指定入院医療施設を対象に、入院期間調査を行った。入院期間調査対象は開設して 1 年半を過ぎ指定入院施設 10 施設とした。

入院対象者について Kaplan-Meyer 法で入院期間を推計すると中央値は 603 日、平均値で 620 日となり、ガイドラインに示される 1 年

6 ヶ月 (547 日) を 2 か月過ぎる。

10 施設の全入院者の推計の退院曲線では開設後 1000 日で 20% の入院対象者がまだ入院している可能性がある」と推計された。

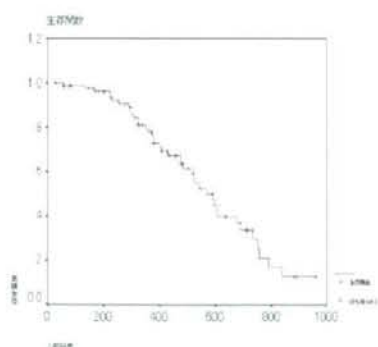
入院日数と入院継続路津



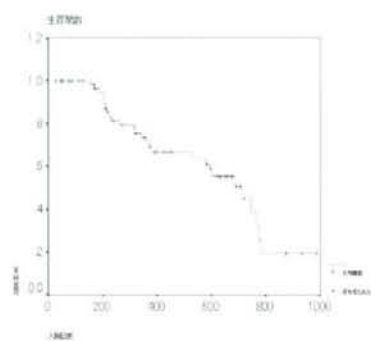
入院期間は施設によって差が認められ、平成 20 年 7 月 15 日段階では最短施設で 425 日、最長施設で 616 日の入院期間が予想されており、施設間での差についての考察が必要とされた。

施設ごとの入院継続率を図にすると 4 つのパターンがみられる。第 1 は退院が入院後 180 日を過ぎて直線的に進み、長期化する率が 10% 程度となる施設、第 2 はガイドラインに沿うが短期入院群がなく手順を踏入院が長期化する傾向を示す群、第 3 には短期入院が中心の群、第 4 には短期入院と長期入院の二相性になる群である。現在、医療観察法の医療必要性に疑義があり、入院・通院の処遇に関して意見が分かれる場合に、入院を選択する傾向がある。

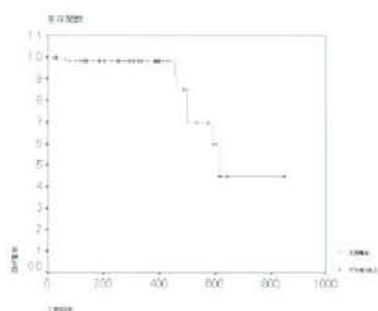
第 1 群 標準型



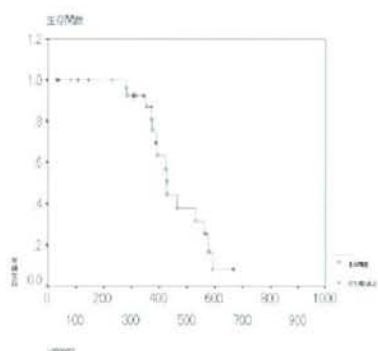
第 4 群 二相性



第 2 群 ガイドラインを遵守するが長期化



第 3 群 短期入院群



これらの結果から、医療機関毎の退院に至るまでの期間（入院期間）には差異があり、今後は指定入院医療機関での治療や運用の均霑化が必要と考えられた。

2. 主診断と併存症

主診断は統合失調症が 48 例（86%）、器質性精神障害が 2 例（3.5%）、双極性気分障害が 2 例（3.5%）、広汎性発達障害 2 例（3.5%）、アルコール幻覚症が 1 例（1.8%）であった。そして精神遅滞の併存が、統合失調症で 7 例（16%）、広汎性発達障害で 3 例（33%）であり、その他の疾患では併存がなかった。なお統合失調症で認知機能低下重症群は 9 例（19%）であった。

発達障害の併存は、広汎性発達障害の併存ないし単独例は、 $5/56=9\%$ 、精神遅滞の合併は、 $10/56=18\%$ であり、精神遅滞と広汎性発達障害とを合わせた発達障害の併存は、 $12/56=21\%$ あった。よって発達障害を基盤障害とした事例の治療技術は重要であると考えた。

また何らかの認知機能の低下を呈する者が、統合失調症による認知機能低下が、 $10/56=19\%$ 、発達障害の併存が $12/56=21\%$ 、器質的変化による低下は $2/56=4\%$ であり、 $24/56=43\%$ で認知機能が低下していた。

さらに物質関連障害の併存は、全体で

16/56=29%、統合失調症事例で14/48=29%であり、物質関連障害の治療プログラムの開発と施行は不可欠と考えられた。なおパーソナリティ障害は1/56=2%と必ずしも多くはなかった(図2・3・4)。今後は1病院でのパイロットスタディから、すべての機関での研究に拡大する必要がある。

3. 事例検討

平成18年度事例検討では、医療観察法入院治療において、一般精神科病床では回復困難な統合失調症患者が回復したとの印象を有する事例が、多く体験されており、妄想他の陽性症状の回復、対人関係や生活技術などのコピーングスキルの改善、病識の獲得や対象行為への内省など回復のあり方の違いや、院内再燃がほとんどなかったなど回復に要した期間の短縮などが報告された。しかし数量的にその効果を示すことはできていなかった。

また陰性症状と認知障害症状との回復や、精神遅滞併存群、人格障害の重複診断、物質関連精神障害の合併、先行する犯罪など安定した生活経験がない、性犯罪など対象行為特異治療技法を要請されるもの等は、治療が難攻していた。

さらに外国人など日本語でのコミュニケーションが不十分であることなど日本国内での治療構造の限界も報告された。

平成19年事例検討では、医療観察法入院治療の効果について、裁判所が入院決定するなど制度の枠組み、全個室の病室などの治療アメニティの向上に代表されるハード面の効果、社会復帰調整官の存在による機関横断的な地域調整力、多職種チームを可能とする人的配置、共通評価項目をもちいた視点を共有した治療、各種治療プログラムによる治療効果などソフト面のもたらす効果との両者が経験されていた。

多職種チーム(MDT)による継続的な関与が継続され、院内での行動制限を最小化し、かつ安全をまもる人的配置により基本的な人間関係への信頼を取り戻しつつ必要な治療を提供することを可能されていた。それにより治療的な雰囲気や有する病棟が運営され、治療に混乱が生じたときには多職種チーム面接等で整理され、対象者の治療メニューが個別性をもちオーダーメイド化されていた。

平成20年度には、広汎性発達障害を事例検討したが、一般精神科医療の課題が医療観察法においても現れていた。医療観察法でなくとも治療の組み立ては可能であるが、被害念慮などの二次障害を伴う広汎性発達障害の治療についての方法論がまだ十分に精神科医療機関で共有されていないため一般精神科医療での治療が停滞し、医療観察法医療に治療が持ち込まれていた。

医療観察法鑑定と審判において広汎性発達障害と統合失調症との鑑別はきわめて重要であり、責任能力の評価は、医療観察法鑑定においても必要である。対象行為について責任が免責され医療観察法入院となっている事例と、審判結果が却下となり起訴されている事例の療法があった。

また併存症として広汎性発達障害を正しく診断することにより、対象者の行動を人格の問題でなく、発達障害問題であり支援が必要であることを、家族と社会復帰調整官、医療者が共有することで、治療関係が安定していた。また特性に配慮した言葉かけや病院環境(生活スケジュール)を準備し、混乱が最小化することにより、統合失調症の症状もある程度安定していた。

治療の課題を精神症状だけでなく、広汎性発達障害にともなう混乱と心理的退行について評価し、発達促進と自律を課題として治療構造を組み立てるは、精神病症状自体も緩和

し、治療コンプライアンスも強化していた。

D. 考察

1. 指定入院医療機関ピア・レビュー

法施行後 4 年目の段階で、施設間の差異がみられている。地域や施設の特異性を反映して「多様性」として評価できるところもあるが、医療の透明性や標準化という意味では問題を残すと言わざるを得ない。

また医療観察法医療は強い拘束力を持つ治療であることは論を待たないし、社会復帰の促進という観点よりも、高いレベルで共通した医療を提供し、入院期間を短縮する努力は絶えず意識づけなければならない。その時にピアレビューという介入の方法論は成功しているといえる。

今後の課題として、第 1 には今回の入院期間調査のように共通の施設を比較するデータが必要である。今回は入院期間に関して「短縮できるのでは」という仮説で臨んだために入院期間の推計を前提に実施された。これ以外にも治療や処遇の在り方、多職種チーム医療の在り方などを事前調査して臨むことが考えられる。

第 2 にピアである特徴は、上からの審査でなく共通基盤での意見の交流の中から、問題点や改善点を紡ぎ出す作業である。厚生労働省の監査も指定入院医療の全施設になされており、細かな点にわたって指示を出されるが、これは指示事項であり、ともに作り出し工夫するものではない。ピアレビューが成功するためには受け手の施設が胸襟を広げて、情報や問題点を共有することが前提である。受け入れ施設の協力なしには出向いて様々な臨床場面に参加して、初めてピアレビューとしての役割を果たすことができる。今回は初回であったためにピアレビューの受け入れに積極的な施設と、そうではない施設に分かれていた。高いレベルの医療を共通して作り上げている気

概の共有が必要である。

第 3 に多職種によるピアレビューの有効性である。今回のピアレビューは医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士が参加して行った。ここに掲載した 2 病院は医師と看護師による報告書をもとにしている。医療観察法の医療が多職種で実施されており、ピアレビューもこの観点より実施されることが有効である。

第 4 に参加したピアレビューにとっても他施設の医療を深く知る機会となり、自らの医療を振り返る契機となる。このために先行施設のみがピアレビューになるのではなく、さまざまなパターンが検討されるべきである。後発施設からも新しい視点から見直す意味でも参加することを期待したいし、通院施設や地域精神保健福祉の現場より、また通院医療施設や鑑定医療施設の多職種メンバー、社会復帰調整官のピアレビューも今後の課題である。

2. 併存症問題

入院対象者の主診断と精神科併存症についての検討を、一つのパイロット施設でおこなった。精神遅滞 (8/56=14%)、広汎性発達障害 (5/56=9%)、物質関連障害 (全体で 16/56=29%、統合失調症で 14/48=29%) の併存率は高く、統合失調症に伴う認知機能低下が重度である事例 (9/48=19%) も多く、これらに対応できる治療構造と治療プログラムの準備が不可欠であると考えられた。一方で人格障害の診断は少なく、責任能力が認める運用がきちんとなされていると推察された。

これまで指定入院医療機関では治療プログラムについて、非薬物療法による治療の役割が強調され、特に認知行動療法モデルによるアプローチによる治療プログラムが開発されて来た。しかし発達障害を有する対象者の場合、まずは環境面の混乱を最小化し、特性に応じた目標設定と、一日の生活の構造化が必要とされるが、その点についての指定医療

機関での共有が必要であると考えられた。

また認知機能が重度に低下した統合失調症を有する対象者には、現在準備できている疾病教育プログラム等は有効とは言えず、概念抽象化障害や常同思考等を有する対象者への治療プログラムの開発と標準化が必要と思われる。

物質関連障害の併存率は高く、自助グループによるプログラム他、物質関連障害治療プログラムの整備が急がれる。特に統合失調症者においても併存率は高く、その場合認知機能の問題から、標準型の物質関連障害プログラムでは断酒や断薬のための動機付け強化にならないことが経験されており、併存症としての物質関連障害への治療手段の開発と標準化が望まれる。

なお入院期間が長期となっている群では、併存症問題の解決が一つの鍵であると推察され、今後は全国データの把握と入院期間等との相関を解析する必要がある。

広汎性発達障害の場合、精神科併存症がない場合、基本的には裁判では責任能力を認定されると考えられ、むしろ審判時に責任能力について再度検討することが必要である。また精神科臨床の立場からは、広汎性発達障害の罹患率は高く、また広汎性発達障害を有する人の精神科依存症の罹患率は高いため、入院決定をうけた患者について、基盤障害として広汎性発達障害ほか発達障害の有無を評価することは必須と考えられる。

なお「審判時の診断が統合失調症であり、入院後に広汎性発達障害のみへの診断変更となったもの」については、広汎性発達障害にともなう不適応状態の治療について医療観察法の枠組みでどこまで治療をおこなうかが課題となっており、入院継続時審判の課題となっている。

統合失調症が主診断である事例の治療においても、基盤障害にある発達障害の有無の評

価と、それが存在する場合には発達障害に伴う認知特性の理解と、疾病特性に基づいた治療構造を準備することが治療を前進させるために効果を有していた。

また統合失調症の診断が当てはまらず、その他の非器質性精神病性障害（ICD-10F28）の診断に変更し、基盤障害に広汎性発達障害があるもの、広汎性発達障害が主診断で不適応状態となりフラッシュバック体験等が幻聴等の本態であり精神病状態（psychosis）にはないものは、特に広汎性発達障害の認知特性に基づいた治療と支援構造の導入が不可欠であった。また審判時診断が人格障害や精神遅滞であるときにも、入院後に精査すると基盤障害に広汎性発達障害が散見された。

医療観察法の治療においても、一般精神科臨床と同様に、広汎性発達障害の概念は有用であり、治療計画のうえで発達軸での評価は不可欠と考えられた。

E. 結論

入院医療機関毎に入院期間の差異がすでに生じており、それは医療観察法の運用のあり方だけでなく、治療の内容、処遇の在り方、多職種チーム医療の方法等多くの要因により差異が生じていると考えられた。

今回のピアレビューを契機として退院促進が多少進んだ印象を有するが、ピアレビュー後のフォローアップによるピアレビューの評価が医療観察法指定入院医療機関の治療の均霑化のために必要である。

また入院対象者において、精神遅滞、広汎性発達障害、物質関連障害の併存率は高く、統合失調症に伴う認知機能低下が重度である事例も多く、これらに対応できる治療構造と治療プログラムの準備が不可欠である。

また広汎性発達障害の診断は、まだ鑑定や日常臨床において十分な共有がなされておらず、そのため鑑定、審判、治療に混乱を与え

ている。

審判の均霑化、指定医療機関の治療の均霑化、不必要な長期入院を防ぎ社会復帰を促進するため併存症診断は重要であると考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究

平成 18 年度～20 年度

総合研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 川副 泰成

国保旭中央病院

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
平成 18 年度～平成 20 年度 総合研究報告書
通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究
分担研究者：川副 泰成 国保旭中央病院

研究協力者（*は分担研究者以外の報告書執筆担当者）：

赤須 知明（国保旭中央病院）	小高 晃（宮城県立精神医療センター）
浅野 誠（千葉県精神科医療センター）	佐賀大一郎（東京保護観察所八王子支部）
荒井 澄子（東京都南多摩保健所）	佐藤三四郎（東京福祉大学）
石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	鶴見 隆彦（横浜保護観察所）
伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）	中嶋 正人（国立病院機構花巻病院）
伊藤 久雄（東京都立松沢病院）	野口 博文（国立精神・神経センター精神保健研究所）
岩成 秀夫（神奈川県立精神医療センター芹香病院）*	原澤 祐子（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
岩間 久行（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	平林 直次（国立精神・神経センター武蔵病院）
遠藤 真美（さいたま保護観察所）	深谷 裕（国立精神・神経センター精神保健研究所）
上野 容子（東京家政大学）	三澤 孝夫（国立精神・神経センター武蔵病院）
岡江 晃（京都府立洛南病院）	美濃由紀子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）	茂木 健一（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
葛山 秀則（兵庫県立光風病院）	八木 深（国立病院機構東尾張病院）
香山 明美（宮城県立精神医療センター）	安井 弘美（大阪府立精神医療センター）
川畑 俊貴（京都府立洛南病院）	山本 哲裕（国立病院機構東尾張病院）
菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）	吉川 和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）	分島 徹（東京都立松沢病院）

研究要旨

本研究は現に医療観察法の通院処遇を行っている各関係機関からのヒアリング等に基づいてその後の実情を把握した上で相互の連携のあり方について検討し、具体的には通院処遇において発生し得る個別の問題を解決するための方法論を明らかにしようとするものである。

法施行直後の 3 ヶ年度にわたって通院処遇の全国的な実施状況を調査し、分析した。入院処遇からの「移行通院」が着実に増加して 49% となり、当初の「直接通院」のみの時期よりも対象者の性別、年齢、対象行為、主病名等に変化が見られた。全体の経過は比較的安定していたが、不安定な対象者も常に 10% 余りいた。ケア会議は 2 ～ 3 ヶ月毎に開催される場合が多く、関係機関の連携は比較的良好だった。通院処遇期間中に精神保健福祉法による入院を経験した対象者は 41% に及び、直接通院に多かった。1 年以上の同法による入院が 5% (15 人) あったが、期間は最小限に留め、自己負担は解消すべきである。

社会資源の利用について障害者自立支援法の施行直後（2006 年度）に検討したが、福祉サービスの供給量が少ないこと、自己負担のほか、他の利用者と共存する形での受け入れについて懸念された。病状の悪化等による緊急時への対応については、調査時点（同）では保護観察所

によって対応が分れている部分も見られた。従来から指摘されてきた精神科救急医療の地域格差が、改めて浮き彫りになった。また、地域処遇にかかる行政関係機関の役割をめぐっては、法的整備は各種「ガイドライン」の策定などによって順次進展したものの、法の運用としては指定医療機関の整備状況や家族や地域との関係その他、各種要因により自治体によって差異が認められ、社会復帰調整官の努力で補われていた（2007年度）。

対象者の家族状況をインタビュー調査によって明らかにした（同）。事件の衝撃は大きく、家族に対する疾病教育と心理的サポート、家族介入の重要性が示唆された。処遇開始によってそれまでにうっ積していたものが明るみに出され、将来への希望だけではなく過去への視界も広がっていた。対象者の住居についての調査では同居56%、単身民間賃貸住宅19%、社会復帰施設17%、単身自家・社宅3%などの順だった（2008年度）。民間アパートは保証人、物件探しの担い手などの問題があるが、様々な工夫をして支援していた。社会復帰施設では施設側の心理的なハードルの高さのほか、報酬が見合わないこと、入居までの期間の空室確保料がないことなどが問題になっていた。他科受診が必要な身体合併症は19%の通院対象者に認められたが、その内訳は、外来治療のみ15%、要入院3%、要入院・手術1%だった（同）。入院を要するほどの身体合併症の場合は一般科で円滑に対処され、主として指定通院医療機関が対応した。

処遇終了と関係機関の連携について、事例検討（2007年度）に続いて調査した（54人、2008年度）。殺人と放火が若干少なく、主病名では統合失調症がかなり少なく、知的障害、器質性精神障害、人格行動障害が多かった。処遇終了までの平均通院期間は19.4ヵ月で、理由としては目的達成が68%、死亡による終了が17%だった。処遇終了後は指定通院医療機関への通院が73%だった。一般精神科医療への移行は円滑だったが、終了後の地域ケアのコーディネーターをどこが引き受けるか、など幾つかの課題がある。

A. 研究目的

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」または「法」という。）が2005年7月15日に施行された。医療観察法は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」ものである（法1条）。

医療観察法の施行後7ヵ月の2006年2月時点では通院処遇の全例が当初審判で通院処

遇になった対象者（直接通院）であり、しかも過半数が精神保健福祉法による入院となっていたと報告されていた¹⁾。その後は入院処遇から通院処遇に移行した対象者（移行通院）が増加しているが、通院処遇が終了した対象者も出てきている。本研究は現に通院処遇を行っている関係機関からのヒアリング等に基づいてその後の実情を把握した上で、通院処遇における保護観察所、指定通院医療機関を始め、指定入院医療機関、他の医療機関、都道府県及び市町村、社会復帰施設、保健所、精神保健福祉センター等の連携のあり方について検討し、具体的には通院処遇において発生し得る個別の問題を解決するための方法論を明らかにすることを目的とする。

3ヵ年度のうち、2006年度は4回、2007

年度は 5 回、2008 年度は 4 回の分担研究班会議を開催して研究課題に関する討論を行なうとともに、以下に述べる 8 個の研究課題に沿って資料を収集し、アンケート調査を実施し、さらに討論を加えた。即ち、「通院処遇の全国的な実施状況」、「通院処遇対象者の社会資源の利用に関する課題」、「地域処遇における病状悪化時の緊急対応」、「地域処遇にかかると行政関係機関の役割と連携体制」、「医療観察対象者の家族支援」、「通院処遇中の対象者の住居」、「通院処遇中の対象者の身体合併症」、「処遇終了と関係機関の連携」である。なお、他の分担研究に加えて「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」との間でも適宜連携して研究を実施した。

本総合報告書では、以上の 8 個の課題毎に

執筆担当者と分担研究者が研究方法、研究結果、考察等を述べ、最後に結論等をまとめる。また、最終年度の 2008 年度には研究の集大成として小冊子「通院処遇ハンドブック」を作成し、初めて通院対象者を受け入れる関係者などの参考に供することにした。

参考文献

- 1) 岩成秀夫 (2006) . 触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究、厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業) 触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究 (主任研究者: 松下正明) 平成 17 年度分担研究報告書、

研究Ⅰ：通院処遇の全国的な実施状況

(執筆担当者 = 岩成秀夫)

B. 研究方法

調査日を2007年1月15日、2008年1月15日、2008年12月1日に設定して、3カ年度にわたってアンケート調査の形で通院処遇に関する実態調査を行った。医療観察法の申立てから処遇の終了まで、一貫して関わり続けるのは保護観察所の社会復帰調整官であるので、昨年度と同様、法務省保護局の協力を得て全国の保護観察所に協力要請を行なって頂き、社会復帰調整官に回答して頂く方式とした。従って調査結果は、社会復帰調整官からみた通院処遇の実態という側面が反映される面があるので、解釈においてはその点への考慮が必要になる。なお、前2回の調査日が1月15日であったのに対し、最終年度は集計にかかる時間を考慮して12月1日に設定したため、約1ヵ月半早まっている。

全国の保護観察所(50カ所)とその支部(3カ所)の計53カ所に、依頼状のほか毎年改訂を加えた「医療観察法通院対象者アンケート調査実施手順等について」、通院処遇対象者、処遇終了者に関する「医療観察法通院対象者アンケート調査票」を郵送し、回答を返送して頂く方式をとった。集計、分析は主として執筆担当者が行ない、最終的には分担研究者の責任においてまとめた。

C. 研究結果

D. 考察

方法で述べた通り、本研究課題は3年にわたって通院処遇の実施状況を定期的に把握しようとしたものであるが、その都度認識された優先課題に着目して論じてきた。最終年度の最後の時点で年度を超えて横並びで扱うのは困難であり、年度毎に取り上げたテーマに

沿ってまとめ、現時点での考察を加えることにする。読みにくいかもしれないが、医療観察法の施行当初を経時的に振り返ることにもなると思われる。

【2006年度】

1. 指定通院医療機関の確保

アンケート調査の自由記載の中で最も指摘や要望の多かった項目の1つだった。対象者の居住地を決れば通院先が事実上決ってしまう場合が少なくないということで、遅かれ早かれ受け入れが困難になってしまうと危惧された。地域によっては、遠距離という理由でデイケアや訪問看護などが十分実施できないだけでなく、外来通院さえ必要な頻度で実施できるか危ぶまれた。特に急速な病状悪化など緊急時においては、不測の事態を招くことすら懸念された。

医療観察法の通院医療を十分適切に実施しようと思えば、医療機関としては多くの人手と時間がとられる。基本的にはこの点、つまり必要な人員配置をカバーできるような予算的措置が採られることが、やはり最も重要と考えられた。本法の通院医療で必要とされる、信頼関係を軸にした多機関・多職種によるチーム医療を展開していくことは、医療機関における精神科通院医療全般の質の向上につながり、その評価を高めることになるのではないかと。

2. 当初審判における直接通院処遇と精神保健福祉法による入院

2006年2月時点の調査(岩成, 2006)では、保護観察所も指定通院医療機関も通院処遇の実務に不慣れなことに加え、当初審判において直接通院が予想以上に多く、各地で混乱や困惑が見られた。そのために信頼関係の構築や通院医療の開始準備未整備などの理由

もあって、対象者の半数以上が精神保健福祉法の入院から開始されたのであろう。さらに指定通院医療機関の数が少なく、鑑定入院医療機関にそのまま精神保健福祉法の入院を行なう事例も少なからず存在した。

しかし、2006年度(2007年1月)のアンケート調査では、直接通院における開始時の精神保健福祉法の入院は42%に低下し、その後もさらに低下した。関係機関が通院処遇に慣れて精神保健福祉法の入院を経る必要が低下し、当初の混乱や試行錯誤期を経て一定の方向が定まりつつあるようにも思える。

3. 入院処遇からの移行

移行通院が増加し、対象者の背景から見ると男性、30代など壮年期、別居や単身者、経済的困窮、殺人と強盗、統合失調症圏、発達障害や人格障害の問題などが増加する傾向にあることが分った。対応として直接通院の場合と最も異なるのは指定通院医療機関を初診する日までのケア会議の開催回数で、2回以上開催される場合が60%を占めていた。指定入院医療機関と指定通院医療機関が異なるためにその調整が必要であることと、上記のような特徴をもつ対象者に対して十分な打合せや信頼関係の構築が必要であると判断されたことによるものと思われた。指定入院医療機関の整備が進んでいなかった時点では、事前の対象者との面接やケア会議への出席は、指定入院医療機関にかなりの負担になっていた。また、指定通院医療機関側が指定入院医療機関で行われているCPA会議に向かうなどの努力も必要になり、ちょうど逆の負担も生じた。

4. 通院医療サービスの提供

外来診療やデイケア、訪問看護などの医療サービスの提供に関わる要因として、対象者の属性とともに、指定通院医療機関の分布の問題、各々のサービスの特徴などが挙げられる。

指定通院医療機関の偏在は、遠距離のため

に医療サービスの実施回数を減らさざるを得ないことにつながる。特に通院や訪問にかかる交通費は自己負担が原則であり、遠距離の場合は相当な金額に及ぶため、一定の交通費の補助などの対策が必要ではないだろうか。

医療サービスの特徴として、デイケアは集団活動でもあるので対象者によって向き不向きがあり、それに代るものとして1人でもできる外来作業療法などが必要となる場合がある。訪問看護は地域生活支援や医療の継続に必須と思われるが、頻繁に実施するには医療機関側のマンパワーが必要で、今回の調査では高々週1～2回が限度だった。現在は対象者や指定通院医療機関の実情に合わせて適宜個々の医療サービスを実施する形になっているがこのままいいのかという疑問は出てくるものと思われる。

5. 通院処遇に必要な治療プログラム

社会復帰のためのプログラムの前提として司法精神療法や認知行動療法などの治療プログラムなどが実施される必要があるが、直接通院では入院処遇中の治療プログラムを経ないので、内省・洞察の獲得を目標にした司法精神療法や、アンガーマネジメントなどの認知行動療法が通院医療の中で実施できる方策を講じる必要がある。移行通院の場合もこれらのプログラムを適宜実施し、言わば「ブースター効果」が得られるようにしておくべきであろう。

社会復帰プログラムは、医療観察法の最終目標が社会復帰の推進であることを考えれば、最も重要なものである。一律のプログラムを作成することは困難かもしれないが、少なくとも現行の「通院処遇ガイドライン」よりは到達目標を細かく明示する必要がある。

6. 関係諸機関の連携

ケア会議は開始当初は月に1回程度開催され、やがて2～3ヶ月に1回程度の開催頻度になっていた。ケア会議で基本的な方針を