

# 1 章. 総合研究報告書



## 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

### 総合研究報告書

研究代表者：藤井 千代

（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 部長）

#### 要旨

本研究の目的は、平成 25 年の精神保健福祉法改正に伴い定められた「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」及び厚労省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書において新たな政策理念として示された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」実現のため、エビデンスに基づいた効果的な保健医療福祉サービスを、地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことである。本研究班では、9つの分担研究班により①自治体による精神障害者支援のあり方、②地域における精神科リハビリテーション、③包括的支援マネジメントのあり方、④地域における危機介入及び措置入院に関する課題、⑤権利擁護のあり方に関する課題について検討した。自治体による精神障害者支援のあり方については、関係諸団体の合意により精神保健福祉センター、保健所、市町村の各業務運営要領の改正案を示し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進にあたり自治体が参照できるガイド案を作成するとともに、地域の医療福祉資源や入院者の状況の「見える化」を試みた。地域における精神科リハビリテーションについては、医療機関で精神科リハビリテーションの重要な役割を担う精神科デイケア及び障害福祉サービスの実態を詳細に検討し、精神科デイケアと障害福祉サービスの役割について再考した。包括的支援マネジメントについては、先進的な医療機関での取り組みを詳細に分析し、普及のための実践ガイドを作成した。現状では包括的支援マネジメントは診療報酬外でのサービスであり、診療報酬上の評価が望まれる。地域における危機介入のあり方を検討するうえでは、措置入院制度の検討が欠かせない。本研究では措置入院に関連する様々な実態調査を行い、関係者アンケートやヒアリングを通じてその課題を整理することができた。グレーゾーン事例への対応等、今後引き続き慎重に検討すべき課題も残されているが、措置運用に係るガイドライン及び精神障害者の退院後支援に係るガイドラインの普及により、地域における危機介入の適正化、再入院の防止や地域の精神保健医療福祉サービスの質の向上につながることを期待したい。精神障害者の権利擁護のあり方については、現状では精神医療審査会がその役割の多くを担っているのが現状であるが、各精神医療審査会事務局が運営に苦慮している状況が認められた。隔離・拘束の縮減のための方策を含め、精神障害者の権利擁護については早急にその対応策を検討すべき課題である。本研究の成果が、精神障害者が地域で安心して自分らしい生活をするための支援提供体制のより一層の発展に寄与することを期待したい。

## 分担研究者：

野口 正行  
(岡山県精神保健福祉センター 所長)

吉田 光爾  
(東洋大学ライフデザイン学部 教授)

五十嵐良雄  
(メディカルケア虎ノ門 理事長)

佐藤さやか  
(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部室長)

川副 泰成  
(総合病院国保旭中央病院 副院長)

萱間 真美  
(聖路加国際大学大学院 看護学研究科教授)

椎名 明大  
(千葉大学社会精神保健教育研究センター 特任准教授)

瀬戸 秀文  
(長崎県病院企業団長崎県精神医療センター 診療部長)

松田ひろし  
(全国精神医療審査会連絡協議会 会長)

### A. 研究目的

わが国の精神保健医療福祉政策は、平成 16 年に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で示された通り、「入院医療中心から地域生活中心」という理念に沿う形で展開されてきた。これまでの地域生活中心を目指す施策の展開により、地域における医療・福祉の個々のサービスは充実しつつあり、長期入院患者の数、精神科病床の平均在院日数も徐々にではあるが低下している。しかしながら、精神障害者及びその家族が地域で安心して自分らしい生活をするための支援体制は未だ十分であるとは言い難い。そのため、平成 25 年には、精神保健福祉法改正に伴って「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」が発出され、平成 29 年には「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」において「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が新たな政策理念として示され、「入院医療中心から地域生活中心」の施策をより一層推し進めることが求められている。

近年、わが国でも evidence based policy making のあり方が注目を集めており、精神保健医療福祉の領域においても、政策立案のためのエビデンスの提示が重要であると考えられる。本研究班では、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及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築を通じて精神障害者のリカバリーを支援するため、エビデンスに基づいた効果的な精神保健医療福祉サービスを地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことを目的としている。

本研究班は、上記目的のため、当初①自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究（分担：野口正行）、②自治体で活用できる精神医療と福祉のデータベース構築に関する研究（分担：吉田光爾）、③デイケア等の機能と転帰に関する大規模調査（分担：五十嵐良雄）、④医療機関における就労支援に関する研究（分担：佐藤さやか）、⑤多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究（分担：川副泰成）、⑥訪問看護における多職種アウトリーチに関する研究（萱間真美）の 6 分担班により開始された。ところが平成 28 年 7 月 26 日、相模原市の障害者支援施設に元職員が侵入し、入所者を刃物で刺し、19 名が死亡、27 名が負傷するという事件が発生した。この事件の被疑者に措置入院歴があることから措置入院のあり方が議論を呼び、厚生労働省が結成した事件の検証および再発防止策検討チームの最終報告書においても、措置入院制度に関する実態把握および改善のための方策の検討や措

置入院者の退院後支援の必要性が提言の一部として提示された。これを受け、本研究班では、措置入院制度運用の現状分析及び退院後支援のあり方を検討するため、平成 28 年 12 月より新たな研究分担班として⑦措置入院患者の地域包括支援のあり方に関する研究（分担：椎名明大）を立ち上げることとなった。精神科医療は犯罪防止を目的とするものではなく、退院後支援が「監視」となってはならないことは論をまたない。一方で、精神保健福祉法による措置入院制度については、これまで長年にわたりそのあり方が議論されており、制度の見直しの必要性については、平成 25 年の精神保健福祉法改正に先立って「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」においても言及され、様々な先行研究でも指摘されていた。新たな研究分担班の立ち上げの直接的な契機は相模原事件であったが、この研究分担班においては、これまで 60 年以上にわたり運用されてきた措置入院制度のあり方、特に措置入院後の患者の地域生活支援の改善を通じて、精神保健医療福祉全体の質の向上を目指すことを研究分担班発足当初に確認した。

研究の最終年次である平成 30 年度には、措置入院に関するさらなる実態調査の必要性から、⑧措置入院の実態把握に関する研究（分担：瀬戸秀文）が追加された。また、精神障害者の人権擁護の重要性に鑑み、⑨精神障害者の権利擁護に関する研究（分担：松田ひろし）において、精神医療審査会のあり方と隔離拘束に関する調査を実施することとなった。

本研究班は、研究成果をより適切な政策提言につなげるため、関連団体から推薦を受けた地域精神保健医療福祉のエキスパートより、アドバイザーとして、各分担研究班の研究計画および調査結果の考察、政策提言等に関する助言を得られる体制を整えた。研究班アドバイザーは以下の通り（五十音順、敬称略）。

- ・上ノ山一寛（日本精神神経科診療所協会）
- ・竹島 正（川崎市）
- ・中込和幸（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
- ・中島豊爾（全国自治体病院協議会）
- ・村上 優（国立病院機構）
- ・森 隆夫（日本精神科病院協会）

研究遂行にあたっては、各研究班が、以下の関連課題について連携しつつ、調査・研究を実施した。

- ① 自治体による精神障害者支援のあり方に関する課題（野口班、吉田班、萱間班）
- ② 地域における精神科リハビリテーションに関する課題（五十嵐班、佐藤班）
- ③ 包括的支援マネジメントに関する課題（川副班、萱間班）
- ④ 地域における危機介入及び措置入院に関する課題（椎名班、瀬戸班）
- ⑤ 精神障害者の権利擁護に関する課題（松田班）

以下は分担班ごとの報告とする。研究遂行にあたっては、各分担研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得ている。

## 自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究（分担：野口正行）

### B. 研究方法

野口分担班では、以下の研究を実施した。

- 1) 市町村、保健所、精神保健福祉センターの業務運営要領改正案の作成

平成 21 年から検討会や法律の改正で出された、市町村、保健所、精神保健福祉センターに関係する項目を抽出し、それらを基にして、運営要領の改正を行うポイントを取り出した。その際、厚生労働大臣による「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」に依拠することを基本方針とした。その上で、全国精神保健福祉相談委員会、全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会など関係団体からの意見聴取を行い、合意形成のプロセスを経て、運営要領の

改定案を作成した。

2) 自治体における精神障害者支援の地域精神保健福祉活動に関する好事例分析の方法の検討

機縁法により全国の自治体の取り組みに関する好事例を抽出し、各好事例自治体に対して質問紙による問い合わせまたは視察により情報収集を行ったうえで、好事例の分析方法について分担研究班内で合意形成を行った。

3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に資する自治体の実践ガイドの作成

2)の方法により収集・分析した好事例の取り組みをベースとして、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進において自治体に取り組むべきポイントにつき分担研究班内で協議し、ガイド案を作成した。

### C. 研究結果

1) 市町村、保健所、精神保健福祉センターの業務運営要領改正案の作成

別添1～3の通り。

2) 自治体における精神障害者支援の地域精神保健福祉活動に関する好事例分析の方法の検討

好事例分析にあたっては、レベル1（個別の取り組み）、レベル2（協議の場）、レベル3（包括的支援体制の推進）に分類して分析を行った。レベル1としては、「地域移行支援」、「アウトリーチ事業」を例として取り上げた。レベル2としては、それぞれの地域の課題を明確にし、どのような取り組みを展開していくのか、そしてその取り組みの評価等について話し合う多面「協議の場」を想定した。さらに、自治体全体として、予算配分や人員配置などを含めて、精神保健の優先度をどう考えるかという「包括的支援体制の推進」をレベル3として想定した。また各好事

例は、①対応すべき課題、②梃子となる対応、③背景となるリソース、④波及効果、⑤取り組み継続のポイント、⑥課題、注意点、⑦他の自治体で取り組む際のポイントに分けて、内容分析をすることとした。

3) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に資する自治体の実践ガイドの作成

別添4～8の通り。

### D. 考察

本分担研究班では、市町村、保健所、精神保健福祉センターの業務運営要領改正案を作成した。この約20年の間に、精神保健福祉法改正、医療観察法の成立、障害者総合支援法の施行、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の発出等、精神保健医療福祉行政をとりまく環境が大きく変化していく中で、この間、業務運営要領の大幅な見直しは行われてこなかった。今回示した改正案は、関係諸団体の合意を経たものであるが、実際の改正にあたっては、さらに多くの関係部局との調整、自治体に関連する法律等との整合性を確認する等、多くのプロセスを経なければならない。しかし精神保健医療福祉行政の役割が問われている中、業務運営要領の改正は急務であり、早急に検討がなされることが望ましいと考える。

今回、まだ暫定版ではあるが、システム構築について自治体が参照可能なガイド案を実例に基づいて作成したことには意義がある。しかし地域の実情は多種多様であり、今回のガイド作成は試行的な取り組みの段階である。今後は厚生労働省が実施する精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業及び支援事業の動向なども踏まえ、自治体のシステム構築のあり方につきさらに検討を重ねる必要がある。

## 自治体で活用できる精神医療と福祉のデータベース構築に関する研究（分担：吉田光爾）

### B. 研究方法

1) 自治体が精神保健医療福祉システムの整備状況についてより視覚的に把握するためのシステム構築

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業(精神障害分野)「精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究」(研究代表者：伊藤順一郎)における市区町村による精神保健医療福祉資源整備進捗の Web データベースシステムの構築に関する研究成果を活用しつつ、より視覚的に把握しやすいデータベースシステムとして

#### Regional Mental Health Resources

Analyzing Database (ReHMRAD:地域精神保健医療福祉資源分析データベース)を整備した。社会福祉資源に関する情報として、独立行政法人福祉医療機構による Web サイト

(WAMNET) からの情報提供を受けた。精神科病棟に 1 年以上入院している者の状況については、精神保健福祉資料（いわゆる 630 調査）からのデータ提供を受けた。市町村が把握している情報については、平成 30 年 1 月に郵送質問紙調査により市区町村に回答を求めた（(1736 件配布・回収：981 件、回収率：60.48%）。

2) ReMHRAD の認知・活用状況に関する調査

整備された ReMHRAD の認知・活用状況について把握するため、精神障害保健の主管課に対して平成 31 年 1 月に調査を行った（回収率 65.72%）。

### C. 研究結果

1) 自治体が精神保健医療福祉システムの整備状況についてより視覚的に把握するためのシステム構築

平成 29 年度までに整備した

①福祉事業所に関する情報

②精神科病棟 1 年以上入院者の状況

③救急医療体制の整備状況

に加えて、平成 30 年度に、

④精神科訪問看護基本療養費を算定している訪問看護ステーションの整備状況

⑤市町村で管轄している精神保健福祉に関連する情報（精神障害者保健福祉手帳の所持者数・（自立支援）協議会の設置状況・地域活動支援センターの整備状況等）

を追加した。

ReHMRAD は 2017 年度より国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のホームページに公開している

(<https://rehmrad.ncnp.go.jp>)。

2) ReMHRAD の認知・活用状況に関する調査

認識率は約 30%であり、実際にアクセスしたり、閲覧したことがあるという率は約 15%であった。ReMHRAD の自治体職員における認知の経緯に関しては、「地域の会議の資料を通じて」知ったという回答が最も多く、活用されている地域では資料として配布されていることがわかる。閲覧の内容に関しては、630 調査に基づく 1 年以上入院者の状況についての閲覧が最も多かった。

ReMHRAD の活用方法としては「自身の自治体の状況に関する認識が深まった（88.6%）」というものが最も多く、「精神障がい者の地域移行・地域定着に関する取り組みの参考資料とした（30.8%）」「地域包括ケアシステムの構築に関する検討のための参考・検討資料とした（23.3%）」など具体的な自治体の活動の検討材料として使われ始めている様子もうかがえた。

### D. 考察

本研究で構築したデータの見える化システムは、都道府県の比較を含めたデータをよりわかりやすく示すうえで有効であると考えられた。一方で、ReMHRAD の認知度は 3 割

程度にとどまっております、そのうち障害福祉計画の策定の参考資料としたり、地域移行・地域定着に関する取り組みの資料としていると回答としている数はまだ十分ではない。こうした指標や数値は、透明性を確保することによって、従事者・関係者全体の意識や理解促進に寄与するという効果も期待されるが、このようなデータベースを自治体行政の改革や活動の活発化に生かすことができるよう、さらなるシステムの改善をしていく必要があると考えられた。

## デイケア等の機能と転帰に関する大規模調査 (分担：五十嵐良雄)

### B. 研究方法

五十嵐分担班では以下の研究を実施した。

#### 1) 調査 A (基礎調査)

調査 A は横断調査であり、精神科デイケア等を実施する施設のスタッフに対し、郵送による調査を実施した。平成 28 年 12 月に調査票を発送し、平成 29 年 2 月に回収した。調査対象日は、施設の概要や精神科デイケア等の実施状況を調査する施設調査では、平成 28 年 11 月末日とした。利用者の背景や利用状況などを調査する患者調査は、平成 28 年 12 月 15 日、あるいは当該日に精神科デイケア等を実施しなかった場合は前後 1 日のうち任意の日を基準日とした。調査項目は、施設調査では施設基本情報、当該施設の関連サービス、精神科デイケア等届出状況、従事するスタッフ配置、デイケアのグループ数、実施状況、実施プログラムと目的、直近 3 ヶ月の利用者数等とした。患者調査は、年齢、性別、居住状況、疾患および治療情報、他に利用中のサービス、利用計画、利用状況、経済的支援サービス利用状況、精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)評価等とした。

#### 2) 調査 B (新規利用者調査)

調査 B は縦断調査であり、調査 A の回答施設から調査協力を募り実施した。対象は、平成

29 年 4 月 1 日から 5 月 31 日までの 2 ヶ月間に、対象施設において精神科デイケア等を新規に開始した利用者である。対象施設のスタッフにより、書面および口頭による調査の説明を行い、書面による同意を得た利用者を対象とした。調査期間は利用開始より 18 ヶ月であり、開始月、6、12、18 ヶ月後の計 4 回、利用者本人およびスタッフに対し、郵送によるアンケートを実施した。

スタッフに対する調査票は、調査 A と同様の調査項目とし、利用者本人については、CIM:Community Integration Measure による地域生活環境の主観的評価を毎調査時に実施し、CSQ-8J: Client Satisfaction Questionnaire による満足度調査を利用終了時に実施した。

本研究は、日本うつ病リワーク協会（旧：うつ病リワーク研究会）倫理審査委員会の承認を得て実施した。

### C. 研究結果

調査 A に関しては、病院・診療所全体で 1,781 施設に調査票を送付し、867 施設より回答を得た（回収率 48.7%）。

#### 1) 病院の精神科デイケアの結果

医療施設区分と病床数では精神科病院が 489 施設、87.9%、125,316 床と大半を占め、総合病院 45 施設、8.1%、19,397 床、大学病院 12 施設、2.2%、7,631 床などであった。調査 A では利用期間が 1 年超は 3/4 を占め、3 年超は半数を超えていた。転帰は中止または脱落が多かった。目的別では混在型が最も多く、次いで生活機能維持、就労就学支援、復職支援、病状悪化予防など、主傷病は統合失調症が 2/3 近くを占め、次いで気分障害、アルコール依存、神経症性障害、発達障害などであった。精神科入院歴ありが大部分を占め、1 年以上の入院が半数近くであった。LASMI 平均得点は 1 年未満、1 年超 3 年未満、3 年超の群で比較すると持続性・安

定性以外は期間が長くなるほど得点が高く重症であった。

調査 B では新規利用者数は 197 名を対象とした。利用者の背景は調査 A の対象者と大きく異なり、より年齢が低く、統合失調症が少なく、軽症患者が多かった。6 か月後の転帰は終了 9.7%、中止・中断等 14.1%、継続 76.2%、12 か月後は終了 12.2%、中止・中断等 14.3%、継続 73.5%、累積では終了 18.8%、中止・中断等 24.6%、継続 56.5%、18 か月後は終了 8.7%、中止・中断等 7.8%、継続 83.5%、累積では終了 24.2%、中止・中断等 29.6%、継続 46.2%であった。LASMI 平均得点は持続性・安定性が改善傾向にあった以外は大きな変化は認められなかった。混在型と生活機能維持では継続が多く、中止・中断等の理由は入院や通所拒否が多く、復職支援では復職を理由に終了が多かった。統合失調症では継続が多く、中止・中断等の理由は入院、通所拒否などが多く、気分障害、神経症性障害では復職を理由に終了が多かった。CIM、CSQ-8J の合計得点に大きな変化は認められなかった。

## 2) 診療所の精神科デイケアの結果

調査 A では、315 の診療所より 6,202 人分の調査票を回収した。1 年超利用者は 69.9%であり、3 年超利用者については 42.9%と長期利用者が大部分を占めていた。各単位での転帰は、終了や中止・脱落などが 3 ヶ月でそれぞれ 3 人弱であった。利用者の疾患は統合失調症が 38.2%、気分障害が約 33.3%を占めていた。グループの目的分類は、患者票ベースで混在型が半数弱、就労に関する社会機能の回復を目的としたものが約 1/5 を占めていた。

調査 B は、49 施設 184 人の利用者の同意を得て実施した。対象者は、気分障害が 44.8%、統合失調症は 18.0%であり、調査 A と比較して症状は軽症であったが、医師を除く職員加配数は平均 4.3 人 (SD4.6) であっ

た。18 ヶ月間の調査の追跡率は 92.4%であった。最終的な転帰は、26.6%が利用継続、44.0%が終了、21.7%が中止・中断に至っており、全体の 33.7%が復職や就労といった社会機能の回復による利用終了に至っていた。

## D. 考察

病院の精神科デイケアにおいて圧倒的多数を占めた混在型グループは実質生活機能維持 +  $\alpha$  である可能性がきわめて高いことが示唆された。重い生活能力障害を抱える統合失調症患者が多数を占める病院においては、生活機能維持を必要としない精神科デイケア等は考えにくく妥当な結果であると考えられた。今後の課題として、生活機能維持目的の中でもどのような生活機能に焦点を当てるか、機能分類を精緻に定義する必要があると考えられた。

診療所の精神科デイケアについては、2 つの調査を通して、精神科デイケア等は疾患や利用の目的によりその機能分化が進んでいることが示唆された。とりわけ短期間に利用の終了が確認できた、復職や就労など社会機能の回復を目的とした精神科デイケア等については、従来の精神科デイケア等とは別の固有の機能を有していると思われた。一方で、重症患者を中心に生活機能維持を目的としたデイケア等もその必要性は高い。精神科デイケア等の機能の分化を更に明確に検討するためには、疾患、重症度はもとより、どのような機能回復を目的とし、どのような支援状況であるかを明らかにすることが必要である。またその転帰と総合し、今後の精神科デイケア等の在り方を検討することが課題である。

## 医療機関における就労支援に関する研究 (分担：佐藤さやか)

### B. 研究方法

佐藤分担班では、以下の研究を実施した。

- 1) 医療機関における就労支援の内容や利用者の臨床像の実態調査

- ① 大阪府 D 市に所在する精神科クリニック、就労移行支援事業所、就業・生活支援センター各 1 か所
- ② ①の各機関で就労支援を受けた利用者 5 名、調査実施時期から 2 年間遡った時点の直近に就労を希望して新規に調査対象機関に登録したものを 5 番目の調査対象者として、さらにその直前の新規登録利用者 4 名、合計 10 名を選択した。これら 10 名の新規登録時から 2 年間に実施された支援について以下の情報を収集した。

①施設調査票

- ・施設基礎情報
- ・調査時点から過去 2 年間の利用者の状況（精神障害をもつ新規利用者数、実利用者数、卒業者数、中断者数等）
- ・デイケア活動の内容とスタッフ配置

②利用者に関する調査票

- ・基本属性（性別、年齢、診断、過去 2 年間の入院状況、手帳所持の有無、障害年金受給の有無と有りの場合等級等）
- ・デイケア利用状況（利用日数、利用目的等）
- ・精神科デイケアと同時に利用しているサービス
- ・具体的な個別支援、就労支援、プログラム支援の実施状況

調査は平成 28 年 12 月から 2 月にかけて実施した。

2) 精神科デイケアにおける就労支援開始後 5 年間の利用者数等の推移に関する調査  
 国立精神・神経医療研究センターデイケア（以下センターデイケア）において①集団を対象としたプログラムベースの支援から個人を対象としたケースマネジメントに基づく支援への変更、②デイケア専属の就労支援専門員の配置、の 2 点を実施した平成 24 年から平成 29 年までの 5 年間について、以下の諸指標に関するデータを収集し、時系列に沿ってまとめた。

- ・デイケアおよびショートケアの実利用者数
- ・実 Light User 数（実 LU 数）  
 ※半日の利用を 1 単位（=1 回）として、1 か月の利用回数が 16 回（平均で週 4 回）をカットオフ・ポイントとして設定し、これを下回るものを「Light User」と定義した。
- ・1 か月の診療報酬
- ・就労者数
- ・スタッフ数の常勤換算値（スタッフ全員の 1 週間の合計勤務時間を 37.5 で除した値）

3) 就労継続支援 A 型事業所を利用する精神障害者の臨床像と労働時間の関係に検討

就労継続支援 A 型事業所全国協議会（全 A ネット）に参加する全国 10 事業所の利用者 98 名（男性 76 名、女性 22 名：平均年齢 44.6±9.3 歳）から調査参加の同意を得て、以下の調査を実施した。

- ・基本属性：生年月日、性別
- ・病状：診断名、入院歴等
- ・保険・障害福祉サービス利用状況：保険取得状況、利用サービスの種類等
- ・過去と現在の就労状況：職歴、就労時間等
- ・臨床像
- ・全般的機能：Personal and Social Performance Scale
- ・職場における対人スキル：Social Skills Scale for Working place（SSS-W）
- ・作業能力：Vocational Cognitive Rating Scale<sup>5)</sup>
- ・就労への意欲：ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度
- ・生活への満足度：WHO-QOL26

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1) 医療機関における就労支援の内容や利用者の臨床像の実態調査

### 群の等質性の検討

#### ①機関別にみる施設属性

機関を独立変数、スタッフの平均年齢を従属変数として一元配置分散分析を行った。また機関およびスタッフの性別、勤務形態、職種の各変数について $\chi^2$ 検定を行った。この結果、スタッフの職種に有意差があり、就業・生活支援センターでスタッフの職種でPSWが少なかった。その他の変数に群間で有意差はなかった。H27年度4月時点での精神障害をもつ登録者数はデイケアが73人、就労移行支援事業所が27人、就業・生活支援センターが218人であり、これらをスタッフ数で割った、1スタッフあたりのケースロードはデイケア14.6人、就労移行支援事業所が5.4人、就業・生活支援センターが36.3人であった。

#### ②機関別にみる利用者属性

機関を独立変数、利用者の平均年齢およびGAF得点を従属変数として一元配置分散分析を行った。また機関およびスタッフの性別、診断、居住状況の各変数について $\chi^2$ 検定を行った。この結果、診断に有意差があり、就業・生活支援センターで統合失調症の診断を持つものが少なかった。この他の変数に群間で有意差はなかった。

### 機関別にみる過去2年間の支援項目ごとの回数

機関を独立変数、調査票でとりあげた各支援項目の実施回数を従属変数として一元配置分散分析を行った。この結果、「インテーク・アセスメント・プランニング」(F=17.094, p=.000)、「生活技術/医療等の個別支援」(F=5.502, p=.010)、「精神科の主治医とのコンタクト」(F=37.655, p=.000)、「他機関との連携(主治医以外)」(F=9.011, p=.001)、「機関内の他職種連携(支援者のみで行う事例検討等)」(F=29.377, p=.000)、

「集団プログラム」(F=4.554, p=.020)の各支援について群間に有意差があった。これらの変数について多重比較を行った結果、「インテーク・アセスメント・プランニング」については就労移行支援が他の2つの機関と比べて、「生活技術/医療等の個別支援」については就労移行支援が就業・生活支援センターと比べて有意に支援回数が多かった。また「精神科の主治医とのコンタクト」「他機関との連携(主治医以外)」「機関内の他職種連携(支援者のみで行う事例検討等)」についてはデイケアが他の2つの機関と比べて、「集団プログラム」についてはデイケアが就業・生活支援センターと比べて有意に支援回数が多かった。

### 機関別、利用者の就労有無の別にみる過去2年間の支援項目ごとの回数

機関ごとに研究対象者の就労の有無を独立変数、平均年齢、GAF得点、調査票でとりあげた各支援項目の実施回数を従属変数としてMann-WhitneyのU検定を行った。

#### ①デイケア

検定の結果、平均年齢、GAF得点、「個別就労支援」、「就労後の定着支援」の各変数で群間に有意差があった。このうち、平均年齢、GAF得点、「就労後の定着支援」において介入群が対照群と比べて平均値が高かった。

#### ②就労移行支援事業所

検定の結果、GAF得点、「生活技術/医療等の個別支援」、「就労後の定着支援」「精神科の主治医とのコンタクト」「他機関との連携」「ケア会議」の各変数で群間に有意差があった。このうち、GAF得点、「就労後の定着支援」「精神科の主治医とのコンタクト」「他機関との連携」「ケア会議」において介入群が対照群と比べて平均値が高かった。

#### ③就業・生活支援センター

検定の結果、「インテーク・アセスメント・プランニング」「就労個別支援」、「就労

後の定着支援」の各変数で群間に有意差があった。このうち「就労個別支援」、「就労後の定着支援」において介入群が対照群と比べて平均値が高かった。

### 機関別にみる支援結果（アウトカム）

機関および利用者の就労の有無、就労したものの離職の有無について $\chi^2$ 検定を行った。この結果、いずれの変数でも群間に有意差はなかった（表6）。また医療機関の研究対象者について、就労の有無および地域の支援機関の利用の有無について $\chi^2$ 検定を行った。この結果、いずれの変数でも群間に有意差はなかった（ $\chi^2=0.104, p=0.747$ ）。

さらに機関を独立変数、就労開始までの期間および就労したものの就労期間期間を従属変数としてKruskal Wallis検定を行った。この結果、就労開始までの期間において群間に差があり有意傾向であった。

### 2) 精神科デイケアにおける就労支援開始後5年間の利用者数等の推移に関する調査

デイケア専任の就労支援専門員を配置し、就労支援に取り組み始めた平成24年4月から実利用者数は右肩上がり増加しており、これに伴い診療報酬も伸びていた。最初の半年間の活動の成果を反映して、平成24年9月から平成25年9月までの1年間では2四半期に渡って、20名以上の就労者を出していた。しかし、平成25年10月以降は徐々に就労者数が減少に転じている一方、スタッフ数は増加していた。同期間に実LU数が実利用者数に占める割合がコンスタントに80%を超えるようになっており、それと合わせるように診療報酬が減少に転じていた。平成25年上半期では、もっとも月額合計の診療報酬点数が高かった平成25年度上半期と比べて月平均の実利用者数がほぼ変わらないにも関わらず、1か月の診療報酬点数は300000点以上減少していた（つまり1月で300万円以上の減収であった）。診療報酬と

実利用者数および診療報酬と実LU数についてスピアマンの相関係数を算出した結果、両変数について有意な相関がみられたが、実利用者数よりも実LU数のほうがより強く有意な負の相関がみられた（実利用者数： $r=-.46, p=0.000$ ；実LU数： $r=-.76, p=0.000$ ）。

### 3) 就労継続支援A型事業所を利用する精神障害者の臨床像と労働時間の関係に検討対象者の属性

全Aネットに参加する全国10事業所の利用者98名（男性76名、女性22名；平均年齢 $44.6 \pm 9.3$ 歳）から調査参加の同意を得た。

調査対象者の診断は58名が統合失調症、約21名が気分障害でこれらの診断で8割を占めていた。他の障害と重複するものは少なかった（知的障害3名、身体障害1名）。ほとんどの対象者（94名）が医療機関を受診しながら事業所で働いており、過去1年間に入院したものは7名と少なかった。障害者手帳の取得状況としては精神保健福祉手帳を持つものが大半を占めており（90名）、等級の人数内訳は1級3名、2級47名、3級40名であった。最終学歴は高校卒業が45名、専門学校卒業が21名、大学卒業が26名でほとんどの対象者が高校入学以上の学歴であった。生活状況としては、家族同居による自宅居住が70名、未婚のものが76名で多くの割合を占めていた。A型事業所と並行してうけている支援としては相談支援が最も多く（49名）、そのほかの利用はほとんどなかった。紹介元としては、ハローワークが最も多く（40名）、次いで相談支援（15名）となっていた。

### 勤務時間に関連する要因の検討

①現在の勤務時間と勤務可能時間の差分等との相関分析

調査対象者の調査時点での勤務時間の平均値は1日あたり $229.43 \pm 83.19$ 分（約4時

間) で、1 週間あたりの勤務日数の平均値は  $4.5 \pm 0.8$  日であった。調査時点での勤務時間と勤務開始時の勤務時間、スタッフから見た最長勤務可能時間、利用者が考える最長勤務時間、利用者が希望する勤務時間について平均値を算出し、各変数間の相関係数を算出した結果、調査時点での勤務時間とスタッフから見た最長勤務可能時間の相関係数が非常に大きく有意であった ( $R=0.833$ ,  $p<0.000$ )。これと比べて、利用者が考える最長勤務時間および利用者が希望する勤務時間はそれほど大きな相関係数が得られなかった (利用者が考える最長勤務時間:  $R=0.450$ ; 利用者が希望する勤務時間:  $0.483$ )。

②現在の勤務時間や勤務可能時間の差分等を目的変数とした回帰分析

A 調査時点の勤務時間、B 勤務開始時の勤務時間と調査時点の勤務時間の差分、C 調査時点の勤務時間と利用者が希望する勤務時間の差分、の 3 変数を目的変数、利用者の属性、臨床像の指標となる尺度得点、薬剤の処方量等を説明変数とした重回帰分析を行った。この結果、A から C までのいずれの分析においても有意な変数が得られなかった。

次に、スタッフ調査票の質問である「本人の能力よりも現時点での労働時間・希望時間が短いですか」の回答で「能力相当」および「長い」と回答されたものに「1」、「短い」と回答されたものに「0」のダミー変数を当て、ロジスティック回帰分析を行った。この結果、PSP 得点、VCRS のスタッフ評価得点、WHO-QOL26 得点、VCRS の利用者評価得点とスタッフ評価得点との差分の 4 変数が有意傾向であった。

## D. 考察

デイケアが主たる支援機関の場合、比較的就職が容易と思われる若年層で高機能の利用者の背中を押す、という機能を担っていることが示唆された。ただ、ほとんどのケースで

地域との連携と行っているため、本研究の結果のみでは連携の有無と就労の転帰との関連は見いだせなかった。就労支援事業所では最初に就労するまでの期間が長い、一度就職すると離職は少なく、就労が困難なケースの生活支援に非常に多くの支援が提供されていた。就業・生活支援センターでは就労者数が多く、最初に就労するまでの期間も短い、離職も多かった。ケースロードの多さを考えると支援可能な範囲は限られており、機関単体での支援ではなく役割分担と密な連携が求められていると思われた。

精神科デイケアにおける就労支援開始後 5 年間の利用者数等の推移に関する調査からは、精神科デイケアが従来の集団を対象としたプログラムベースの支援から個別のケースマネジメントをベースとした支援に切り替え、就労支援やアウトリーチ支援を行うことによって生じる変化の大枠をつかむことができた。すなわち支援を開始して半年間程度は助走の期間であり、少しずつ就労者数が増えはじめるが、実利用者数や実 LU 数には大きな変化はなく、診療報酬にも影響がない。しかし活動が軌道に乗り出すと、1 年程度で背中を一押しすれば就労できる利用者はどんどん就職していく。就労実績の向上に伴い、実利用者数が増え、中でも就労支援だけを目的とする LU が増えていく。LU は前半に就労した利用者のような関わりでは就労の実現や維持が難しいケースが多く、スタッフの業務量も増加し、実際に増員となっているが診療報酬が減少していく。つまり、手間暇をかけて望ましい支援をすることが医療経済的には評価されない、という状況が見て取れた。

多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究 (分担: 川副泰成)

## B. 研究方法

川副分担班では、以下の研究を実施した。

1) 包括的支援マネジメントを利用している通院患者の臨床的特性に関する調査 (調

## 査1)

国内において、包括的支援マネジメント (intensive case management と同義、以下、「ICM」と略記) を外来で提供している、総合病院国保旭中央病院神経精神科 (以下、「旭中央病院」と略記) 及びほっとステーション (精神科診療所) の外来に通院中の患者で、以下の選択基準を全て満たし、除外基準のいずれにも該当しない者を対象として、臨床的に ICM が必要と判断された患者の特徴を探索的に検討した。

選択基準：①平成 28 年 10 月 1 日～7 日 (旭中央病院) 及び平成 28 年 12 月 10 日～16 日 (ほっとステーション) に同院外来で診察を受けたか、デイケアまたはアウトリーチ支援を利用した者、②同年 10 月 1 日時点 (旭中央病院) 及び同年 12 月 10 日時点 (ほっとステーション) で 6 ヶ月以上同院に通院を継続してきたか、または通算で 1 年以上同科または他の精神科医療機関で通院もしくは入院の治療が継続して来た者、③情報公開方式による説明が行なわれた後、不参加あるいは参加中止の申し出がなかった者。

除外基準：①20 歳未満で児童精神科専門医が担当している者、②主病名が認知症等の老年期精神疾患である者、③主病名がてんかんでの他の精神疾患や障害を併発していない者、④高齢者施設または障害者施設に入所している者 (グループホーム等の居宅はここに含めない)

上記の 1 週間に対象患者について、ICM の有無 (アウトカム) と基本属性や機能状態 (曝露) について調査し、ICM の利用者と非利用者の変数を比較する。全ての情報は医師並びに精神保健福祉士 (以下、「PSW」と略記) 等の担当者 (マネジメント担当者、以下、「CMer」と略記) が以下の項目につき調査票に記入した。

利用者属性：識別コード、性別、生年月日、年齢、入院・外来の別、身長、体重、合併症、既往歴、就労状態、生保、年金、手帳、

## 診断

生活状況アセスメント：就労・就学の可能性、家事、暴力・自死、セルフケア (病識)、経済問題、家族関係

機能状態：Global assessment of functioning (GAF)、Personal and Social Performance scale (PSP)

ICM の定義は、以下の(a)～(e)を満たす者とした。

(a) PSW 等の 1 名の専門職 (CMer) が、通院医療の利用者の地域生活を包括的に支援することを、利用者自身 (被後見者等の場合は後見人等) が十分認識している。

(b) CMer は、利用者が主体的に自分の生活を再構成し、自己実現を図るために支援する。

(c) CMer の支援には、所属する医療機関以外 (他機関) が提供するものを含む、複数のサービスの調整等が含まれている。

(d) CMer 自身がデイケア、アウトリーチ支援等のように直接サービスを提供していてもよいが、その場合でも他機関のサービスの調整等を行なっている。

(e) 上記の(c)及び(d)にある他機関のサービスの調整等には、過去にその都度必要に応じて実施され、今後もしばしば実施が見込まれる場合も含まれる。

## 2) 通院患者に実施されている ICM の実態に関する調査 (調査 2)

旭中央病院及びほっとステーションの外来に通院中の患者で、以下の選択基準を全て満たし、除外基準のいずれにも該当しない者を対象として、ICM において提供されているサービスの詳細につき検討した。

選択基準：調査 1 の選択基準と同一の①及び②、③前述の判定基準に基づいて ICM を実施していると判定された者、④本研究の参加にあたり繰り返し説明を受けた後、理解の上で本人の自由意思による文書同意が得られた者

除外基準：調査1の除外基準と同一の①～④

平成28年11月1日～12月31日の2ヵ月間（旭中央病院）及び平成29年5月15日～7月14日の2ヵ月間（ほっとステーション）、サービスコード票調査を実施することによって、どのようなサービスが提供されているかを把握した。サービスコード表調査とは、CMerが対象者を支援した際に、毎回、どのようなサービスを提供したかについてサービス内容をコード化したカテゴリーを選択し、サービス提供時間などを記入するものである。

### 3) ICM ツール及び実践ガイド開発

ツール開発の視点は、①「CMerがアセスメントとサービス提供（アウトリーチサービスを含む）の両方を実施するICMモデルで利用できるツール」にすること、②他の精神科医療システム（例：措置入院の評価システムなど）と連動できることであった。①については、実臨床におけるツールの利用可能性や簡便性という視点も重要になった。ツール開発ミーティングは、半年に1回から2回のペースで開催される分担班会議やWeb会議で実施された。参加者は、すでにICMを展開する精神科医療機関の医師やコメディカルスタッフ（PSW、看護師、作業療法士）、障害者総合支援法下の障害福祉サービスにおけるケアマネジメントの有識者、介護保険サービスのケアマネジメントの有識者、医療観察法におけるケースマネジメント（care program approach）の有識者などであった。実際のツール開発の過程においては、ストレングスマデルのケースマネジメントのツール、精神障害者ケアマネジメント研究で開発されたツール、措置入院などで取り入れられたCamberwell Assessment of Need (CAN)に基づいた支援ニーズアセスメント・シート、精神科医療機関において先駆的にICMを取り入れている機関のツールなどを参考にして、試作第0版（たたき台）を作成

した。平成29年4月に試作第0版を作成してから、平成30年4月までに8回の修正を繰り返す中で（微修正を除く）、試作版の改定を進めた。平成30年4月時点の試作第8版のツールは、①インテークシート/フェイスシート、②主治医用（アセスメント）シート、③CANに基づく支援ニーズアセスメント・シート、④総合アセスメント・シート、⑤支援計画シート、⑥クライシスプラン、⑦利用できるサービス・社会資源一覧シート、⑧モニタリング・シートを含む、8つのシート（様式）で構成された。

試作第8版の実行可能性については、6精神科医療機関の臨床チームが22名の患者に対して使用したうえで評価した。

本研究は、総合病院国保旭中央病院、ほっとステーションの倫理委員会の承認を得て実施した。

## C. 研究結果

### 1) 包括的支援マネジメントを利用している通院患者の臨床的特性に関する調査（調査1）

エントリー期間中に744名の外来患者が来院し、そのうち導入基準外あるいは除外基準に該当する者が224名であった。また、導入基準に合致した520名のうち、5名が調査への参加を拒否した。最終的に515名の参加者が本研究の分析対象となった。ICMの対象となっていた患者は144名であった。

ICM群と非ICM群の平均年齢は、それぞれ47.34歳（SD = 12.32）と51.19歳（SD = 16.30）であった。ICMの対象となっていた患者の約80%の主診断が統合失調症であったのに対し、対象となっていない患者では約35%であった。過去の入院経験と過去1年の入院経験について、ICM群ではそれぞれ123名（85.42%）と29名（20.14%）であったが、非ICM群では143名（38.54%）と18名（4.85%）であった。GAFとPSPの得

点について、ICM 群は 47.35 (SD = 13.83) と 52.79 (SD = 14.49) であり、非 ICM 群は 52.79 (SD = 14.49) と 60.72 (SD = 16.67) であった。精神科診断の重複および身体疾患の有無を除く全ての項目で、両群に有意な差があった。

地域生活に関する基本属性に関して、ICM 群では 50%が家族と同居しており、非 ICM 群では約 90%が家族と同居していた。一般企業での就労については、ICM 群が 13 名 (9.03%) であり、非 ICM 群が 97 名 (25.34%) であった。ICM 群の約 70%が精神障害者保健福祉手帳および障害年金を利用していたが、非 ICM 群ではいずれも 40%に満たなかった。全ての項目において、両群に有意な有差が確認された。

ICM 導入基準アセスメントの結果を両群で比較したときに、(問題が)「有」と評価された割合の差が約 20%以上の項目は、「日常生活」「暴力/迷惑行為」「家族への暴力」「行政介入」であった。また、非 ICM 群においては、4 項目(「病気の認識」「日常生活の経済状況」「住居に関する経済状況」「同居家族の要支援」)については、「不明」が約 20%以上となっていた。「外来受診状況」を除く全ての項目において、両群で有意差が確認された。

## 2) 通院患者に実施されている ICM の実態に関する調査 (調査 2)

旭中央病院：2 ヶ月間 (61 日間) で 1 人当たりサービスを提供した合計時間の平均は 277.3 分、複数の職員が対応した場合を含めて延べ 345.8 分で、うち通常業務時間外は 7.1 分だった。移動時間は 112.1 分だった。サービス提供日数は 8.6、対面サービスに限ると 6.1 だった。

内容別の延べ時間では、関係性の構築・不安の傾聴、服薬・症状の自己管理の援助 (精神症状) が多く (それぞれ 20%)、次いでケア会議 (11%)、日常生活自立支援 (9%)、

他機関との連携 (8%)、機関内の他部署・他職種との連携 (7%)、の順だった。

基本属性では導入基準の該当項目数 (3 項目以上)、過去 1 年以内の入院 (あり)、PSP (総合評価 50 以上)、の順に有意差が認められた (提供時間が多かった)。その他の項目では、相談支援の有無や GAF 値 (40 以下) では有意差がなかった。

ほっとステーション：2 ヶ月間で 1 人当たりサービスを提供した合計時間の平均は 905 分、職員一人当たりに換算した場合は平均 1568 分であった。移動時間は 162 分、サービス提供日数は 22.2 日、対面サービスに限ると 17.3 日であった。このうち、診療報酬外のサービスが 83%を占めていた。

内容別の延べ時間では服薬・症状の自己管理の援助 (精神症状) が多く (38%)、次いで関係性の構築・不安の傾聴 (21%)、日常生活自立支援 (16%) であった。

## 3) ICM ツール及び実践ガイド開発別添 9 ~ 10 の通り。

## D. 考察

国内で先進的に ICM を実践している医療機関における 2 つの調査により、ICM を必要とする患者の特徴及び ICM で提供されているサービスの詳細を示すことができた。また、2 つの調査結果及びエキスパートコンセンサスに基づき、ICM を実践するためのツールと実践ガイドを開発した。ICM ツールと実践ガイドは、医療機関での試用を経て完成したものであり、これらの普及により精神科外来におけるサービスの質の向上が期待できると考えられる。

## 訪問看護における多職種アウトリーチに関する研究 (分担：萱間真美)

### B. 研究方法

萱間分担班では、以下の研究を実施した。

#### 1) 精神科訪問看護実施状況の把握

一次調査（実施率の把握）として全国訪問看護事業協会加盟事業所へ FAX 調査を、二次調査として精神科訪問看護を実施している事業所へ統合失調症圏の対象者へのケアに関する郵送調査を行った。

2) 訪問看護におけるケアマネジメントに関する調査

訪問看護師に半構造化面接を実施した。

3) 訪問看護利用者の重症度調査

精神科訪問看護を専門に行う事業所に対し、Global Assessment of Functioning (GAF) を用いて利用者の状態を調査した。

4) 精神科重症患者早期集中支援管理料に関する調査

①同管理料の届出医療機関に対し、実施状況、サービス提供体制、課題について半構造的インタビューを実施した。②算定医療機関に対し、算定の経緯、対象者の状況、支援内容等についてカルテ調査を行い、制度の活用状況を把握した。③精神科医療機関を対象に同管理料を知っているか、届出の有無、現在の算定要件のうち緩和されれば算定したいと考える項目についてアンケート調査を行なった。

5) 自治体アウトリーチに関する調査

独自にアウトリーチ支援を実施している自治体にインタビュー調査を実施した。

6) 精神科在宅患者支援管理料の実施状況調査

同管理料届出医療機関に対し、実施状況、サービス提供体制、課題について半構造的インタビューを実施した。

7) アウトリーチ支援で活用できるデータ収集システムの開発

精神障害にも対応した地域包括ケアシステ

ム構築推進事業におけるアウトリーチ支援に係る事業に基づき、自治体で提供されているアウトリーチ支援内容を把握・管理するためのデータ収集システムの開発し、1自治体においてモデルケースでの入力を依頼し、入力項目やインターフェイスへの意見を聴取した。

本研究は、聖路加国際大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

## C. 研究結果

1) 精神科訪問看護実施状況の把握

一次調査：2,024施設が分析対象となった（回収率42.6%）。平成28年9月1日時点で、精神疾患（認知症を除く、以下省略）の訪問看護実施率は、58.3%（2,024事業所中1,179事業所）であった。

二次調査：1,193施設/489ケースを分析対象とした。ケア内容は「身体症状の観察と対処」（65.4%）「服薬行動援助」（64.1%）、「活動性・生活リズムに関する援助」（56.4%）「精神症状に関する援助」（48.8%）であった。

2) 訪問看護におけるケアマネジメントに関する調査

10名の訪問看護師が対象となった。特に多くの看護師が行っていたのは「時間をかけて利用者と関係を構築する」であった。ケースによっては、サービス導入後、就労に至ったケースもあり、「利用者の主たる相談者が他へ移行したら訪問頻度の見直す」ことで、訪問看護の頻度の調整や卒業を考慮していた。

3) 訪問看護利用者の重症度調査

4事業所/612人の利用者のデータが得られた。平均得点は48.8点（±16.7）、中央値50点、最大値90点、最小値は5点であった。

4) 精神科重症患者早期集中支援管理料に関する調査

①管理料の届出施設は 26 施設であり、算定ケースは 5 ケースであった。要望として、同日複数回訪問の算定、コストパフォーマンスが低い、診療所から訪問したい、24 時間体制が厳しい、6 ヶ月は短い等が挙げられた。②5 ケースは、統合失調症圏の 20～50 代の男性であった。うち 1 名は糖尿病を合併していた。1 年以上の入院者が 1 名、入退院を繰り返す者が 2 名であった。入退院歴は 2 回から 9 回で、全ケースで期限の 6 カ月まで支援が継続され、支援終了後も地域生活を続けていた。③334 施設が対象となった。8 割が管理料について知っていたが、届け出ているのは 5.2% であった。算定要件のうち緩和されれば算定したいと考える項目は、「入退院を繰り返す者の入院期間の要件」「1 年以上入院して退院した者の入院期間の要件」が挙げられた。

#### 5) 自治体アウトリーチに関する調査

4 自治体を対象となった。自治体の状況に合わせ、様々な対象者へ、独自の方法で展開されていた。外部機関との会議を実施している自治体も半数あった。

#### 6) 精神科在宅患者支援管理料の実施状況調査

平成 30 年 12 月時点で、管理料の届出施設は 193 (35 都道府県) であった。うち 4 施設がインタビュー対象となった。算定対象者は、月平均 20 名～300 名であった。要望として、必要な職種の確保が難しい、会議についてハイリスク妊産婦連携加算のように 2 カ月に 1 回の開催であると調整しやすい、在宅時医学総合管理料との使い分けが難しい等があった。

#### 7) アウトリーチ支援で活用できるデータ収集システムの開発

すでにアウトリーチ支援事業を導入している自治体においてモデルケースの入力を依頼し、入力項目やインターフェイスへの意見を

聴取したうえで、自治体が日々の業務で活用でき、報告書作成の際にデータ出力が容易に行えるようにデータ収集システムの開発を行った。独自の情報システムを既に導入している自治体もあり、本研究で開発したシステムとの互換性を考慮する必要があることがわかった。

#### D. 考察

精神科訪問看護の実施状況については、平成 28 年 9 月 1 日時点で、精神疾患（認知症を除く、以下省略）の訪問看護実施率は、58.3% (2,024 事業所中 1,179 事業所) であった。先行研究で得られた、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施率は、平成 18 年度 35.3% から増加し、平成 23 年をピークに実施率が落ち込み、今回の調査では微減していた。また、実施しているケア内容について、訪問看護ステーションから身体症状へのケア提供が望まれることが明らかになった。対象の機能の全体的評価尺度 (Global Assessment of Functioning) 平均得点は 48.8 点 (±16.7) であり、デイケア利用者の GAF 得点が 58 点前後であることと比較すると平均点は低く、精神症状が重症であることが示される。以上のことから、訪問看護を利用し精神疾患を有する者は精神症状が重症であり、身体的ケアを要することが考えられる。

精神科在宅患者支援管理料の実施状況及び課題については、平成 29 年度の調査では、精神科重症患者早期集中支援管理料の届け出施設は、前年より増加したものの、26 施設に留まっていた。調査の結果、24 時間体制確保の困難さ、算定期間が 6 カ月と限られていること、対象患者の条件を満たす者が少ないことが課題として明らかになり、一部翌年の改定に反映された。平成 30 年度には、精神科重症患者早期集中支援管理料が廃止され、精神科在宅患者支援管理料が新設された。対象患者は、「イ 集中的な支援を必要とする重症患者等」「ロ 重症患者等」「ハ 重症患者等以外」の

3 種に分類され、算定要件および施設基準は「イ」「ロ」「ハ」の項目ごとに整理された。改定後の平成 30 年 12 月時点での管理料の届出施設は 193 (35 都道府県) であり、前年度と比較し大幅に増加した。一方で、会議の調整や算定要件を満たす必要な職種の確保が困難であること、在宅時医学総合管理料との使い分けについて不明瞭であることが課題として抽出された。本課題は 4 施設における結果であり、今後は規模を拡大し、改定後の実態や課題を把握するため全国調査を実施する必要がある。

### 措置入院患者の地域包括支援のあり方に関する研究 (分担：椎名明大)

#### B. 研究方法

椎名分担班では、以下の研究を実施した。

##### 1) 診断書調査

全国の自治体 (都道府県及び政令指定都市) において、措置入院に係る手続きを所管している部局の担当課長等を対象として、調査票を郵送し、「措置入院に関する診断書」「措置症状消退届」の内容についての情報提供を求めた。

調査対象は、平成 27 年度末までに提出された診断書を各 50 事例ずつである。

##### 2) 自治体ヒアリング

これまで措置入院患者の地域生活支援に取り組んできた自治体を複数便宜抽出し、分担研究者及び研究協力者において担当職員等に対するヒアリングを行った。得られた結果を定性的に分析し、今後の措置入院制度のあり方、患者支援における原則、効率的かつ実現可能性のある具体的な支援の方策等について検討した。

##### 3) 自治体アンケートの分析

厚生労働省において、平成 28 年 12 月に全国自治体に対する措置入院制度運用に関するアンケート調査が行われた。本研究におい

ては、このアンケートについて、研究班への協力に同意した自治体からその回答内容について情報提供を受け、結果を集計分析することとした。

##### 4) 措置入院運用に係る運用ガイドライン作成

措置入院制度運用における論点として、主として警察官によって行われる通報の流れ、通報を受理した自治体の対応及び措置診察の手配、措置診察を行う指定医の属性、緊急措置入院制度の運用等について、研究協力者間で協議を行い、あるべき制度運用について検討した。複数回に渡る議論が行われ、措置入院運用にかかる論点整理がなされた。続いて、警察庁及び複数の自治体における都道府県警の職員の研究協力を得て、警察官通報にかかる措置入院制度運用の適正化に関するガイドラインを作成した。

##### 5) 精神障害者の退院後継続支援に係るガイドライン作成

国会に提出された精神保健福祉法の改正法案の審議等を見据えながら、主として措置入院患者の退院後の地域生活支援のための方策について、自治体ヒアリング及び精神障害者及びその家族からのヒアリング等の結果も踏まえ、措置入院患者の退院後支援についてのあるべき方策について議論した。精神保健福祉法改正法案は廃案となり、厚生労働省はまず現行の精神保健福祉法下での運用の適正化を図ることを企図したことから、この方針に沿って作成途上だったガイドラインの内容を見直し、現行制度下でも適応可能でかつ精神医療保険福祉の向上に資すると思われる部分を抽出した。

##### 6) 措置入院に係る診療ガイドライン作成

措置入院患者を受け入れた医療機関において整備すべき医療体制、チーム医療、医療内容等について、先行研究結果を参照しつつ、

研究班内で議論を行った。

#### 7) 退院後の支援ニーズに関するアセスメント作成

精神障害者が精神科病院を退院した後に安心して自分らしい地域生活を維持するために必要な医療・福祉・その他の支援内容を明らかにするためのアセスメントツールの開発を目的として、先行研究の精査及び研究班内での議論を行った。欧米で広く用いられている

#### The Camberwell Assessment of Need

(CAN)の日本語版を基礎として、日本の状況を反映した項目をいくつか追加することにより、ニーズアセスメントを可能とするツールの開発を試みた。項目を追加することについては、CANの原著者の許可を得ている。

#### 8) 措置入院者の転帰等に関する後向き調査

現行の措置入院制度下において、過去に措置入院していた患者の転帰を指定病院等が把握できているか、また今般の措置入院制度改革において目されている医療及び支援の充実が既に果たされている事例がどのくらいあるかを調べるため、指定病院等の診療録を調査することにした。全国の指定病院等に対し、調査票を送付し、各施設に特定時期に入院していた患者5名までにに関する情報の提供を求めるとした。返送された調査票を集計分析し、措置入院患者への対応、転帰の把握の有無、転帰について考察することとした。

#### 9) 精神障害者に対するアンケート調査

精神医療を受けたことのある患者に対し、ウェブベースの匿名アンケート調査を実施することとした。調査対象は、(株)日本リサーチセンターに登録している成人の精神障害者患者のうち研究に同意した者である。調査項目は、治療歴及び診療科、措置入院制度等に関する意見、精神科へ入院経験とそのときの処遇内容、今後期待する社会復帰支援等である。

#### 10) 措置入院運用ガイドラインに関する研修会の実施

平成29度に厚生労働省が発出した「措置入院の運用に関するガイドライン」の普及啓発を目的として、全国の自治体及び警察職員を対象とする研修会を開催した。研修会においては、ガイドライン設立の経緯とその理念及び内容等について解説するとともに、警察職員と自治体の保健福祉職員との協働による事例検討の演習を実施した。

#### 11) 措置入院者等退院後支援ガイドラインに関する研修会の実施

平成29度に厚生労働省が発出した「地方公共団体による精神障害者の退院後支援のガイドライン」の普及啓発を目的として、全国の自治体職員を対象とする研修会を開催した。研修会においては、ガイドライン設立の経緯とその理念及び内容について解説するとともに、現在積極的な退院後支援を行っている自治体による事例紹介、複数の自治体から集められたグループ毎の事例検討の演習を実施した。

#### 12) ガイドラインの普及度に関する全国自治体調査

各ガイドラインの発出から1年弱が経過した段階で、ガイドラインの内容が全国自治体にどの程度普及しているかを検証することを目的として、全国自治体に対するアンケート調査を行った。「措置入院の運用に関するガイドライン」「地方公共団体による精神障害者の退院後支援のガイドライン」それぞれの活用状況について問うための質問票を作成しこれらを全国の都道府県及び政令指定都市の実務担当者にメールにて送付し、平成31年3月1日時点での状況について、メールによる回答を求めた。

#### 13) 精神科臨床における「グレーゾーン事例」の検証に関する研究

10名の精神医療者が研究協力者として参画に同意した。分担研究者を含め計11名により、全32事例のグリーゾーンモデル事例が作成された。それぞれに対して2ラウンドのデルファイラウンドを実施するとともに講評が行われた。平成30年度は、制作された「精神科臨床におけるグリーゾーンモデル事例集」の内容について、一般の精神保健指定医がどのように判断するかデータを収集する目的で、指定を対象としたアンケート調査を実施した。

本研究は、千葉大学医学研究院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

## C. 研究結果

### 1) 診断書調査

被診察者のうち約1割が地元に住していない者であること、同様に約1割が措置症状消退後は他の圏域ないし自治体に移住していた。措置入院者は、入院歴のない患者と多数の入院を繰り返している患者とに二分されていた。また、精神保健福祉法上の入院のうち1%にも満たない措置入院であるのにもかかわらず、措置診察を受けた者の1割近くが前回の入院形態も措置入院であり、措置入院を繰り返す患者が一定数いることが示唆された。

被診察者における主診断では、統合失調症圏は5割という結果であった。退院時の診断は統合失調症圏の割合が増えており、現在でも措置入院の中心的な対象は統合失調症圏であることがわかる。措置入院制度運用における自治体間格差に関しては、被診察者に占める圏外患者の割合や、身体合併症を有する者の割合、過去の入院歴などにおいてかなりのばらつきがある。また、措置診察の場所に関しては、警察署が主流の自治体と、病院での診察がほとんどである自治体との間で、大きな差異が認められた。また、措置症状消退者における措置入院日数に関しても、大きな自

治体間格差が見られた。

今回の調査では、調査対象の負担軽減のため、収集する事例を各自治体につき最大50事例までに限定している。このため、措置入院者の多い大規模自治体の実状が相対的に過小評価されていることに留意が必要である。

### 2) 自治体ヒアリング

一部自治体のヒアリング結果から、下記の事実が明らかとなった。

#### ① 措置入院制度の運用について

統計上の警察官通報には、必ずしも措置診察を目的としたものではなく、個人情報共有のための手続として行われたものも含まれる。統計的事実のみに基づいて考察すると、実態を見誤るおそれがある。

一部自治体では措置入院自体を必要悪と捉え、極力適用を避ける運用がなされている。そのように考えない自治体との間で地域間格差が大きくなっている。

#### ② 措置入院患者の地域生活支援について

一部の自治体では現在においても、措置入院患者に対する全例フォローアップ等、きめ細かい対応を行っている。手探り状態で始めたばかりのところもあれば、既にノウハウを蓄積しているところもある。もっとも、そのノウハウはあくまで当該地域の規模や職員配置、地域の医療機関との関係等を十分に考慮したうえで講じられたものであるため、必ずしも全国一律に活用できるものではない。支援を行う場合、措置入院後早期に患者情報を整理し、支援の方向性を検討することが重要である。退院前に関係機関が病院に集まり、患者本人も交えてフォローアップ体制を相談することになる。

#### ③ 今後の課題について

措置入院に限らず、重度精神障害者に対する支援について、行政が音頭をとることによる、連携の推進、情報共有等のメリットは大きいものと思われる。

これまで自主的にフォローアップを始めた

自治体では、おおむね良好な成果を上げているのに対し、必要に迫られて取組みを始めた自治体では運営に苦労している様子が見受けられた。一部の大規模自治体では、人の出入りが激しく、退院した患者を地域で継続的に支援するのが困難になっている。特に、物質関連障害患者は概して入院期間が短く、ケア会議の開催が間に合わないことがある。支援対象者の重症度や医療必要度には個別性が高いため、ケースロードの算出が難しく、一部の対象者に対して非常に多くのリソースを要している実状がうかがえた。患者個人情報支援チームで共有するにあたり、法令の担保が必要ではないか、また特定の支援チームに専属の人員を配置するのは、弊害が大きいという意見もあった。

### 3) 自治体アンケートの分析

研究班へのデータ提供について同意の得られた 45 都道府県及び 18 政令指定都市の警察官通報受理の運用状況について検討した。警察官からの事前相談及び連絡（警察官通報であると明示されないもの）について、どのようなものを警察官通報として扱うかを記載したマニュアル等の整備に関しては、マニュアルがあると回答した自治体は 63 自治体中 1 自治体のみ（2.0%）であった。マニュアルのない自治体においては、警察官の判断であるとした自治体が 54%と最多であったが、現場職員の判断ないしは保健所の判断等、警察官の判断によらない自治体もあった。警察官からの事前相談や連絡を、警察官通報として扱った経験のある自治体は 25 自治体（39.7%）であった。

措置診察の手順について、自治体が作成し、実際に利用したマニュアルの有無に関しては、マニュアルがあると回答した自治体は 63 自治体中 50 自治体（79.4%）であった。一方で、措置診察医（指定医）確保の取決めのある自治体は、平日日中は 17 自治体（27.0%）、平日夜間は 15 自治体

（23.8%）、休日日中は 18 自治体（28.6%）、休日夜間は 17 自治体（27.0%）であった。いずれの時間帯においても、措置診察医確保の取決めの有無と措置診察率との相関は、統計学的に有意ではなかった。

警察官通報の件数及び警察官通報の際の被通報者の状況については、平成 28 年 7 月 1 日～9 月 30 日の警察官通報の件数と、その期間における通報を受理した時点で警察官による被通報者の身柄の保護を伴わない通報の有無、有の場合はその件数につき調査した。警察官通報の総数に占める保護を伴わない通報の割合は、31 自治体（49.2%）では 0%であり、保護を伴わない通報の割合が最も多い自治体では 85.7%であった。ただし、この結果に関しては、警察官通報として各自治体が計上した数値に、後述する「警察から自治体への相談や連絡」が含まれている可能性が否定できない。また、「被通報者の身柄の保護を伴わない通報」についても、「被通報者を一度も保護していない場合」、「被通報者を一旦保護したが、通報後に保護を解除した場合」等、いくつかの異なる状況が混在している可能性がある。

### 4) 措置入院運用に係る運用ガイドライン作成

別添 1 1 の通り。この研究結果を踏まえ、平成 30 年 3 月 27 日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「措置入院の運用に関するガイドライン」について（厚生労働省障発 0327 第 15 号）」が発出された。なお、同通知内に示されたガイドラインは行政文書としての性質上、研究班ガイドラインと一部記述が異なっている。

### 5) 精神障害者の退院後継続支援に係るガイドライン作成

別添 1 2～1 5 の通り。この研究結果を踏まえ、平成 30 年 3 月 27 日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「地方公

共同体による精神障害者の退院後支援のガイドライン」について（厚生労働省障発 0327 第 16 号）」が発出された。なお、同通知内に示されたガイドラインは行政文書としての性質上、研究班ガイドラインと一部記述が異なっている。

6) 措置入院に係る診療ガイドライン作成  
エキスパートコンセンサスに基づく「措置入院に係る診療ガイドライン」を作成した（別添 16）。ただし、「薬物使用に関連する精神障害への対応」に関しては、他の研究班（厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究（主任研究者：杉山直也）」の分担研究「薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究（分担研究者：松本俊彦）」）で検討中であり、その他の項目も、当事者を含むさらに幅広い意見を集約して必要な修正を加えることが望ましいと考えられるため、現時点ではガイドライン「案」としての提案に留めることとする。

7) 退院後の支援ニーズに関するアセスメント作成  
別添 17～18 の通り。

8) 措置入院者の転帰等に関する後向き調査  
本調査では、292 施設から 409 事例のデータが収集され、措置入院後 1 年で 2 割以上の患者の転帰が不明となっていること、約 1 割の事例で警察との協働が実施されていたこと等が明らかとなった。

9) 精神障害者に対するアンケート調査  
精神科入院歴を有する 379 名が患者アンケートに回答し、措置入院経験者であっても約半数は措置入院制度に賛成よりの意見を持っていた。行政官（保健師等）との面接に対しては賛否を保留する者が多かった。

10) 措置入院運用ガイドラインに関する研修会の実施

11) 措置入院者等退院後支援ガイドラインに関する研修会の実施

参加者のアンケート結果から、両ガイドラインの普及啓発のため全国規模の研修を行うという試みは、概ね成功裏に終わったと考えている。今後も同様の研修を実施してほしいという意見は多数であり、否定的な意見は極めて少数であった。

12) ガイドラインの普及度に関する全国自治体調査

いずれのガイドラインも概ね普及しつつあるが、「措置入院の運用に関するガイドライン」については、これまでの運用と異なることや、警察と自治体との認識のずれ等による運用の困難さについての指摘があった。「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」については、ガイドラインに沿った支援を行ううえで、必要な自治体職員の増員が十分に進んでいない実態が認められた。

13) 精神科臨床における「グレーゾーン事例」の検証に関する研究

指定医アンケートでは、エキスパートがグレーゾーンと見なす事例は多くの指定医も処遇判断に迷うことがうかがわれ、いわゆるグレーゾーンに属する事例の多くは、誰がどのように関わっても処遇困難であり、関係者が責任を押し付けあうのではなく、互いの立場を理解・尊重し合いながら連携していくことが必要であることが示唆された。

## D. 考察

研究班として措置入院制度運用及び精神障害者の退院後支援に係るガイドラインを作成し、両者を踏まえて厚生労働省から通知が発出されたことにより、措置入院制度をはじめとする精神保健医療福祉の質の一定の向上を

期待したいところである。一方で、地域ごとの実情に応じて運用されていた措置入院制度に関するガイドラインを示したことによる弊害についても留意が必要である。今後、ガイドラインの普及と改善を目的としたモニタリング、研修等を実施することが必要である。グレーゾーン事例への対応については、今後当事者、家族、法律関係者等、様々な立場の関係者と共に引き続き対応策を検討していく必要があると思われた。

## 措置入院の実態把握に関する研究（分担：瀬戸秀文）

### B. 研究方法

瀬戸分担班では、以下の研究を実施した。

#### 1) 措置入院中の精神障害者の社会機能に関する研究

『措置入院患者の前向きコホート研究』のデータベースから平成 28 年 6 月 1 日以降に協力施設に措置入院となり、平成 30 年 11 月 18 日までに措置解除となった患者のデータを抽出し、個人的・社会的機能遂行度尺度（Personal and Social Performance Scale: PSP）により評価された措置入院時、および措置解除時の社会機能と、措置入院期間中の改善度について検討した。

#### 2) 複数回措置入院歴がある精神障害者の現状把握に関する研究

措置入院患者の前向きコホート研究に参加している研究協力 9 医療機関にて 1 年間に登録された措置入院患者のうち過去の治療歴の情報のある 431 名を対象とした。対象者を過去の治療歴により 3 群（治療歴も入院歴もない群、過去に入院歴はあるが措置入院歴がない群、過去に措置入院歴がある群）に分け、調査項目につき比較検討を行った。調査内容は、措置入院に関する診断書に記載された情報に加え、過去の精神科治療歴、入院時の個人的・社会的機能遂行度尺度（Personal and Social Performance Scale: PSP）の点数とし

た。さらに、本調査での入院直前の 2 年間の措置入院歴を調べ、措置入院を繰り返している群の特徴について検討を行った。

#### 3) 措置入院者の退院時のケア会議実施状況と退院後のサービス利用状況に関する研究

平成 28 年 6 月 1 日から平成 30 年 9 月 30 日まで、調査対象施設ごとに 1 年間ずつの調査期間を設定し、調査期間に措置入院した患者を対象とした。調査対象施設は宮城県立精神医療センター、栃木県立岡本台病院、石川県立高松病院、八幡厚生病院、肥前精神医療センター、長崎県精神医療センター、琉球病院、井之頭病院、沼津中央病院、大泉病院、岡山県精神医療センターとした。退院時のケア会議実施状況は、前 6 施設は退院後 1 年時、後 5 施設では退院時に確認した。また退院 1 年時のサービス利用状況を調査した。

#### 4) 矯正施設長通報例の転帰

全国 47 都道府県・20 政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査協力を依頼した。対象は、平成 28 年 5 月 1 日から同年 5 月 31 日までに受理したすべての矯正施設長通報例とした。対象例について、矯正施設長通報書からは、年齢、性別、居住地、釈放日、刑罰に関する事項などについて、所定の調査票に転記を求めた。事前調査書からは、事前調査における本人面接の有無、幻覚妄想、状況認知・判断の障害、生活維持困難の有無、自傷他害行為、診断歴、治療歴・受診の状況やアルコール・薬物乱用の有無、重大な身体合併症などの転記を求めた。

#### 5) 矯正施設長通報の検討

全国 47 都道府県・20 政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査を行った。対象は、平成 28 年 5 月 1 日から 2016 年 5 月 31 日までに受理したすべての矯正施設長通報例および平成 28 年 4 月 1 日から

2017年3月31日までに実施したすべての矯正施設長通報からの指定医診察例とした。矯正施設長通報書では年齢、性別、帰住地、釈放日、刑罰に関する事項などについて所定の調査票に転記を求めた。

#### 6) 矯正施設長通報の事前調査に関する検討

全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査を行った。対象は、平成28年5月1日から同年5月31日までに受理したすべての矯正施設長通報例および平成28年4月1日から平成29年3月31日までに実施したすべての矯正施設長通報からの指定医診察例とした。

事前調査書からは、事前調査における本人面接の有無、幻覚妄想、状況認知・判断の障害、生活維持困難の有無、自傷他害行為、診断歴、治療歴・受診の状況やアルコール・薬物乱用の有無、重大な身体合併症などの転記を求めた。

#### 7) 矯正施設長通報の指定医診察例の検討

全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査を行った。対象は、平成28年4月1日から平成29年3月31日までに実施したすべての矯正施設長通報からの指定医診察例とした。措置入院に関する診断書からは診断、症状、問題行動などについて、措置症状消退届からは診断、措置解除後の処置に関する意見、帰住先などについて、転記を求めた。

#### 8) 総合病院における措置入院患者の実態調査

平成25年4月1日～平成31年2月22日までの期間に聖マリアンナ医科大学病院に入院した措置入院患者の患者背景、診断名、診断名、問題行動、通報様式、後方移送の有無、当院入院期間を抽出し、当院に措置入院に至った経緯や患者転帰に関して把握を行った。

#### 9) 措置入院患者の退院後自殺リスクに関する検討

平成22年4月1日～平成23年3月31日に研究協力施設で措置解除された1,421人の措置入院患者を対象とする後ろ向きコホート研究データベースより、退院後に当該施設と1回以上接触を持った704人を抽出し、退院後自殺率、および自殺に関する標準化死亡比（以下、自殺SMR）を算出した。

研究の実施にあたっては、長崎県精神医療センター倫理委員会、聖マリアンナ医科大学生命倫理審査委員会、国立病院機構肥前精神医療センターの研究倫理審査委員会の承認を受けた。

### C. 研究結果

#### 1) 措置入院中の精神障害者の社会機能に関する研究

対象患者は男性202人、女性115人の合計317人（平均年齢43.2歳）で、対象患者の90.9%を警察官通報、59.0%を統合失調症圏が占め、80.8%が今回の措置入院より前に精神科治療歴を、52.1%が精神科入院歴を、22.7%が措置入院歴を有していた。平均措置入院期間は66.1日であった。措置入院中にPSPの4つの下位項目のうち、「セルフケア」は平均3.85点から2.17点まで、「社会的に有用な活動」は4.21点から2.63点まで、「個人的・社会的関係」は4.36点から2.72点まで、「不穏な・攻撃的な行動」は4.89点から2.00点まで、PSP総得点は平均24.0点から61.2点までいずれも統計学的有意に改善していた。

#### 2) 複数回措置入院歴がある精神障害者の現状把握に関する研究

解析対象者431名のうち、過去の治療歴別の人数は、治療歴も入院歴もない者は205例（48%）、過去に入院歴はあるが措置入院歴がない者は128例（30%）、過去に措置入院歴がある者は98例（23%）であった。患者

背景や臨床的特徴については3群間で大きな違いは見られなかったが、PSPの下位項目のセルフケアの得点が高く、日常生活上のサポートを要していることが示唆された。また、過去2年間に複数回措置入院となっている患者は53例(12.3%)おり、その群に限ると、若い男性が多く、全体と比べるとF0、F1、F3の割合が高くなっていた。措置入院を繰り返すのは比較的若い時期であり、罹患後の本人や家族の疾病理解や治療導入での困難さが一因になっている可能性が考えられた。

### 3) 措置入院者の退院時のケア会議実施状況と退院後のサービス利用状況に関する研究

先行6施設における退院後1年調査では、計333例が対象となり、後発5施設では、55例が研究の対象となった。全388例のうち、179例がケア会議を実施していた。ケア会議への参加者は、保健所職員が一番多かった。また、本人が不在のままケア会議が行われているケースがあることも判明した。また、1年後のサービス利用状況では保健師の訪問などの行政の直接サービスが継続されているケースが多いことも判明した。

### 4) 矯正施設長通報例の転帰

回答52自治体のうち、46自治体(31都道府県・15政令市)から対象299例の提出を受けた。平均年齢±標準偏差は43.0±15.7歳、男性246例、女性47例、記載なし6例(男女比5.2:1)であった。事前調査242例に実施されていた。指定医診察が実施されたのは8例、診察不要291例であった。

診察不要291例の転帰は任意入院3例、精神科通院17例、医療不要27例、その他26例、不明163例、未記入・空白55例であった。

### 5) 矯正施設長通報の検討

回答52自治体(35都道府県・16政令市)のうち、対象例なし1自治体、51自治体から389例の提出を受けた。平均年齢±標準偏差は42.9±15.3歳、男性326例、女性57例、記載なし6例(男女比5.7:1)であった。通報書の内容ごとに指定医診察要否判断について検討を行ったところ、帰住地がない例、具体的な自傷他害行為の記載がある例、重大他害行為の既往がある例で診察実施される傾向がうかがわれた。

### 6) 矯正施設長通報の事前調査に関する検討

回答52自治体(35都道府県・16政令市)のうち、対象例なし1自治体、51自治体から389例の提出を受けた。男性326例、女性57例、記載なし6例(男女比5.7:1)、平均年齢±標準偏差は42.9±15.3歳であった。

事前調査の内容ごとに、指定医診察要否判断について検討を行った。事前調査を実施するか、実施と同等の情報をもとに指定医診察判断が行われている様子が明らかとなった。症状や問題行動、既往の点から検討すると、幻覚妄想が明らかな例や自傷他害行為、診断歴、治療歴・受診の状況があれば診察実施と判断されていた。アルコール・薬物乱用の有無では、問題がない例で診察実施と判断されていた。重大な身体合併症については、例数が乏しく、判断に与える影響は明らかではなかった。一方、状況認知判断の問題や生活維持困難な例では、情報自体が得られていない「不明」例も少なくなかった。自治体からは膨大の通報について、その意義や内容について疑問視するコメントも寄せられていた。

### 7) 矯正施設法通報の指定医診察例の検討

回答51自治体のうち、38自治体(29都道府県・9政令市)から対象98例の提出を受けた。男性88例、女性10例(男女比8.8:1)、平均年齢±標準偏差は42.8±13.7歳であった。指定医診察の結果、要措置57

例、措置不要 41 例であった。緊急措置入院となった例はなかった。

措置不要 41 例の転帰は医療保護入院 7 例、精神科通院 11 例、医療不要 3 例、その他 5 例、不明・未記入 15 例であった。

観察期間は、ケースにより最短 1 年半、最長 2 年半であるが、要措置 57 例のうち、56 例は措置解除されていた。措置解除時の転帰は、任意入院 10 例、医療保護入院 34 例、転医 1 例、精神科通院 7 例、医療不要 1 例、その他 3 例であった。

措置入院期間は、中央値 88 日、平均日数 ± 標準偏差は 129.7 ± 153.4 日（最少 14 日、最大 825 日で措置入院継続中）、180 日目の入院継続率 14.0%であった。

#### 8) 総合病院における措置入院患者の実態調査

同期間における措置入院患者は 8 名いた。年代は 10 代から 50 代で 40 代が 4 名と最多であった。性別は男性 6 名、女性 2 名と男性有意となった。診断名は統合失調症が 4 名と最多で双極性障害が 2 名、器質性精神障害が 2 名であった。問題行動としては暴行が 6 名と多かった。通報様式はほぼ全例警察官通報、後方移送は 4 例であった。入院期間は、ほぼ 8-12 週以内に収まっている例が多かった。転帰に関しては多様であった。

#### 9) 措置入院患者の退院後自殺リスクに関する検討

対象患者の性別は男性 499 人、女性 205 人、平均年齢は 44.5 歳で、全体の 6 割強を統合失調症圏（439 人）が占めた。対象患者 704 人の総観察期間は 493,274 日であり、この間に発生した 37 人の死亡者のうち、少なくとも 11 人が自殺であった。Kaplan-Meier 法による退院後 1 年以内の推定自殺率は 1.47%，人年法に基づく自殺リスクは 1,000 人年あたり 8.14 件、自殺 SMR は退院 1 年後の時点で 41.8，2 年後の時点で 24.6 であ

った。自殺 SMR を最初の 1 年は 3 ヶ月刻み、その後は 1 年刻みで評価したところ、退院後の第 1 トリメスタ（退院 1～91 日後）の自殺 SMR は 66.85 と最も高く、第 2 トリメスタ（退院 92～182 日後）、第 3 トリメスタ（退院 183～273 日後）がそれぞれ 37.99，41.12 とこれに次いで高く、第 4 トリメスタ（退院 274～365 日後）と 2 年目（退院 366～730 日後）はそれぞれ 21.93，6.82 と低下傾向にあった。

#### D. 考察

これまで十分に明らかにされてこなかった措置入院者の実態を、前向き調査及び後ろ向き調査によりにより明らかにした。本研究の成果により、措置入院者に対するサービス提供のあり方や、措置入院防止のための対策を検討するうえでの重要な示唆が得られたものとする。さらに、矯正施設長通報について、その転帰や事前調査の状況等を調査することにより、矯正施設長通報の実態を明らかにすることができた。措置入院の大半は警察官通報を経ているため、矯正施設長通報は近年大幅に増加しているにもかかわらず、注目されることは少ない。自治体の担当者から制度見直しを求める声もあり、今後の矯正施設法通報のあり方を検討するべきであるかもしれない。

#### 精神障害者の権利擁護に関する研究（分担：松田ひろし）

##### B. 研究方法

松田分担班では、以下の研究を実施した。

##### 1) 精神医療審査会事務局に対するアンケート調査

全国の精神医療審査会事務局に対し、処遇改善（特に隔離・拘束の解除）請求の審査状況を中心にアンケート調査を実施し、加えて審査過程で問題となった事例の収集を行った。

## 2) 隔離・拘束に関する調査

全国の有床精神科医療施設 1635 カ所に対して、平成 24 年 6 月 29 日（金）の 0 時時点において、隔離又は拘束の指示が出ている全ての患者につき、それぞれの病棟類型、年齢階級、性別、主診断、在院日数の報告を依頼した。回答のあった医療機関における、平成 29 年 6 月 30 日（金）0 時時点で隔離又は拘束の指示が出ている患者の情報については、630 調査の該当部分のデータ提供を受け、病棟類型、主診断、年齢階級、在院期間とのクロス集計表を作成した。平成 24 年の調査日を 6 月 29 日（金）としたのは、平成 29 年度の調査結果と比較するにあたり、曜日が異なることにより病棟のスタッフ配置等が異なる可能性があり、その影響を避けるためである。この調査は、研究分担者の所属機関である医療法人立川メディカルセンターの倫理委員会の承認を得て実施した。

## C. 研究結果

### 1) 精神医療審査会事務局に対するアンケート調査

平成 29 年度には、全国の精神医療審査会で 755 件の処遇改善請求が受理され、576 件が審査された。隔離解除の請求は 165 件、拘束解除の請求は 36 件が審査されたが、不審査の比率および請求却下の比率が平均より高かった。意見聴取時の隔離事例の比率は平均より高く、拘束事例の比率は低かった。電話相談については、処遇改善請求としての受理要件を隔離・拘束に限定する自治体から広く拡張する自治体まで、ばらついた。職員の暴力や接遇に関する電話相談では 3 分の 2 が審査対象もしくは関係機関への通知対象とする一方で、医療内容や療養環境に関する相談では審査対象とする比率が減じた。また、退院請求と抱き合わせならば受理するという回答が 2~3 割あった。過去の隔離・拘束の妥当性については、半数が審査対象としないと回答した。審査過程で問題になった事例につい

ては、17 の審査会から 23 件（33 事例）の報告があった。いくつかの問題が類型化されたが、詳細な分析や還元の方法は次年度に検討することとした。

### 2) 隔離・拘束に関する調査

隔離・拘束患者数を平成 24 年 6 月末と 5 年後とで比較すると、5 年前と比較して隔離・拘束いずれも有意に増加していることが示されたが、今回の調査からは増加要因を推察することは困難であった。

## D. 考察

電話相談は、退院や処遇改善の請求審査の起点となるものであり、精神医療審査会運用マニュアルにも合議体への報告が求められているが、その取り扱いに関する一定の指針が必要であると考えられた。現在行われている身体拘束は、臨床的には急性期患者の行動障害への対応、身体管理上の安全確保、認知症や知的障害患者の行動障害への対応の 3 パターンに類型化されるが、今回の調査からはこれらのいずれのパターンの身体拘束が増加しているかを推察することは困難であり、拘束の実施期間を調査項目に加える等、さらなる調査が必要であると考えられた。身体拘束の縮減のためには、関係者の意識改革と制度改革が必要であり、拘束期間の上限と施設条件の設定、長期間の拘束事例に報告義務を課し精神医療審査会の審査に付すこと等を検討すべきであると考えられた。

## E. 結論

本研究は、9 つの分担班において、①自治体による精神障害者支援のあり方、②地域における精神科リハビリテーション、③包括的支援マネジメントのあり方、④地域における危機介入及び措置入院に関する課題、⑤権利擁護のあり方に関する課題 について検討してきた。

自治体による精神障害者支援のあり方につ

いては、平成12年以降の法改正や政策の動向を踏まえて、関係諸団体の合意により精神保健福祉センター、保健所、市町村の各業務運営要領の改正案を示すことができた。また精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進のため、自治体が参照できるガイド案を作成した。地域の医療福祉資源や入院者の状況の「見える化」を試み、ウェブ上で誰でも参照できるデータベースを公開したことにより、自治体関係者が地域の実情を全国平均や他の地域と比較することが容易になった。

地域における精神科リハビリテーションのあり方について、医療機関で精神科リハビリテーションの重要な役割を担う精神科デイケア及び障害福祉サービスの実態を詳細に検討した。精神科デイケアは、就労や復職といった社会復帰のための役割を担うとともに、重症者の地域生活機能維持においても必要不可欠である状況が確認できた。一方で、近年、障害福祉サービスによる就労支援や生活支援が充実しつつある中、医療サービスである精神科デイケアの役割を再考する時期にあるとも考えられる。

包括的支援マネジメント(ICM)は、さまざまなニーズや課題を抱える精神障害者を地域で支えるうえで必要な支援であり、先進的な医療機関では臨床的な必要性からICMを提供してきている。しかしICMで提供するサービスの多くは診療報酬上の評価がされていない。精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進のためには、個々の精神障害者のニーズに応じた包括的支援の提供がその核となる。精神障害者のケアマネジメントは、介護保険サービスにおけるケアマネジメントに代表されるブローカリングタイプのケアマネジメントではなく、マネジメント担当者が本人に直接サービスを提供しつつサービス調整を行うICMが必要であることは以前から指摘されている。今後診療報酬等で評価され、ICMが普及することにより地域全体

の包括的支援が推進されることが望まれる。包括的支援を提供するうえでは、本人が暮らす地域で本人の生活状況についてもアセスメントしつつ支援を提供できる訪問看護やアウトリーチ支援の役割は重要である。本研究では、アウトリーチ支援の実情と課題を示すことができた。

措置入院に関しては、相模原事件の発生により俄かに世間の注目を集めたが、措置入院制度に課題が多いことは、以前から再三にわたり指摘されている。今回、本研究において措置入院に関連する様々な実態調査を行い、関係者アンケートやヒアリングを通じてその課題を整理することができた。グレーゾーン事例への対応等、今後引き続き慎重に検討すべき課題も残されているが、措置運用に係るガイドライン及び精神障害者の退院後支援に係るガイドラインの普及により、地域における危機介入の適正化、再入院の防止や地域の精神保健医療福祉サービスの質の向上につながることを期待したい。

精神障害者の権利擁護のあり方については、現状では精神医療審査会がその役割の多くを担っているのが現状である。精神医療審査会の機能強化と均てん化は十分に進んでいるとは言いがたく、各精神医療審査会事務局が運営に苦慮している状況が認められた。隔離・拘束の縮減のための方策を含め、精神障害者の権利擁護については早急にその対応策を検討すべき課題である。

## F. 研究発表

### 原著論文

- 1) 山口創生, 川副泰成, 名雪和美, 青木勉, 藤井千代: 精神科医療機関におけるケースマネジメントサービス利用者と非利用者の特性の比較: 探索的外来患者調査. 精神医学 61(1): 81-91, 2019.
- 2) 鈴木浩太, 山口創生, 川副泰成, 名雪和美, 青木勉, 長谷川直美, 藤井千代: 包括的支援マネジメントの必要性に関する

- 精神科通院患者の特徴—決定木分析による検討—。臨床精神医学 48(1) : 125-131, 2019.
- 3) 杉山直也, 長谷川 花, 野田寿恵, 瀬戸秀文, 島田達洋, 椎名明大, 藤井千代 : 精神科救急入院患者レジストリを用いた措置入院者の臨床特徴の緊急解析。精神医学 59 (8) : 779-788, 2017.
- 4) 佐藤さやか, 伊藤孝子, 吉田統子, 細谷章子, 松長麻美, 山口創生, 武田裕美, 大島真弓, 坂田増弘, 藤井千代, 伊藤順一郎 : 精神科デイケアにおけるアウトリーチ支援が地域移行に与える効果 : 予備的検討。精神医学 59(11) : 1055-1065, 2017.
- 5) 福島鏡, 木戸芳史, 角田秋, 萱間真美. : 多職種アウトリーチチームが提供するケアの特徴—臨床心理士に焦点をあてた分析—。聖路加看護学会誌 21(1) : 18-25, 2017.
- 6) 松長麻美, 山口創生, 佐藤さやか, 坂田増弘, 細谷章子, 大島真弓, 武田裕美, 藤井千代, 伊藤順一郎 : 精神科デイケアにおけるアウトリーチ型サービスの提供によるコストの推移。臨床精神医学 46 : 95-803, 2017.
- 7) 山口創生, 佐藤さやか, 松長麻美, 坂田増弘, 大島真弓, 武田裕美, 藤井千代, 細谷章子, 伊藤順一郎 : 精神科デイケアにおけるアウトリーチ型ケースマネジメントの実装に関するプロセス調査 : サービス量分析。臨床精神医学 46 : 91-102, 2017.
- 8) Shiina A, Ojio Y, Sato A, Sugiyama N, Iyo M, Fujii C. The recognition and expectations of ex-inpatients of mental health services: A web-based questionnaire survey in Japan. PLoS One 15;13(10):e0197639, 2018.
- 9) Sasaki, N., Yamaguchi, S., Shimodaira, M., Sato, S., Taneda, A., Yoshida, K., Ito, J. : Development and validation of a Japanese Fidelity scale for supported employment. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 45 : 318-327, 2018.
- 10) Shiina A, Tomoto A, Omiya S, Sato A, Iyo M, Igarashi Y: Differences between British and Japanese perspectives on forensic mental health systems: A preliminary study. World Journal of Psychiatry 22; 7(1): 8–11, 2018
- 11) Shiina A, Niitsu T, Sato A, Omiya S, Nagata T, Tomoto A, Watanabe H, Igarashi Y, Iyo M: Effect of educational intervention on attitudes toward the concept of criminal responsibility. World Journal of Psychiatry 22; 7(4): 197–206, 2017.

#### G. 知的所有権の取得状況

- 1.特許取得  
なし
- 2.実用新案登録  
なし
- 3.その他  
特になし