

別添 9

# 包括的支援マネジメント 実践ガイド

厚生労働行政調査推進補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究（H28－精神－指定-001）

## 1 包括的支援マネジメントの概要

近年、わが国においても精神科地域ケアの発展が認められ、「入院治療中心から地域生活中心」への理念はいっそう推し進められつつある。一方で、平成 29 年 2 月に提出された「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書においては、「長期入院精神障害者をはじめとする中重度の精神障害者の地域生活を支えていくためには、多職種協働による包括的支援マネジメントを機能させていく必要」があると指摘され、「包括的支援マネジメントの運用の実態を分析しながら、多職種で効果的かつ効率的に活用できる包括的支援マネジメント手法を開発する研究を推し進める」ことの必要性についても言及された。

ここで言う「包括的支援マネジメント」とは、さまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメントを意味する（図 1）。

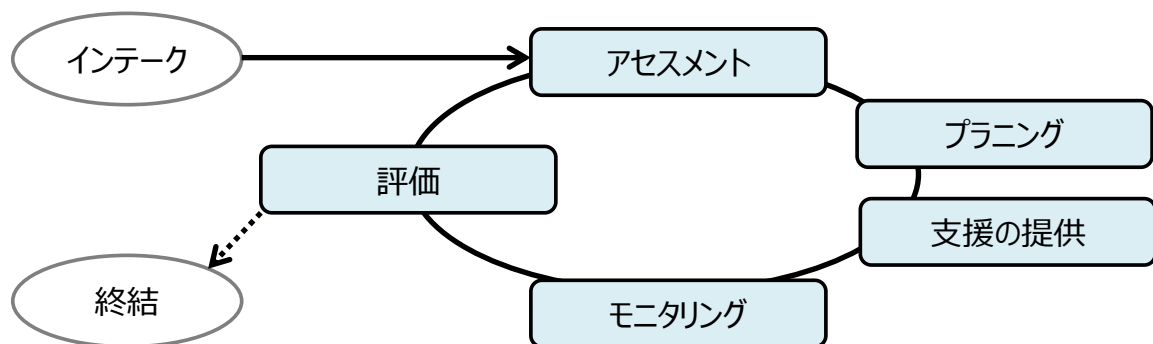


図 1 包括的支援マネジメントの流れ（多職種で実施）

この手法は、インテンシブ・ケースマネジメント（Intensive Case Management: ICM）とほぼ同義であり、図 2 のような支援体制を構築することを意図している。これにより、精神障害者が地域で生活するうえでのさまざまな課題、支援ニーズに対応し、本人が地域で安心して自分らしく生活できるように支援を提供する。包括的支援マネジメント（以下、ICM（intensive case management）という。）は、平成 29 年に新たな政策理念として提示された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（図 3）の構築においても重要である。個々のケースに対する ICM の実践を通じて、地域における支援関係者の顔の見える連携が促進され、地域全体の支援力の向上が期待される。

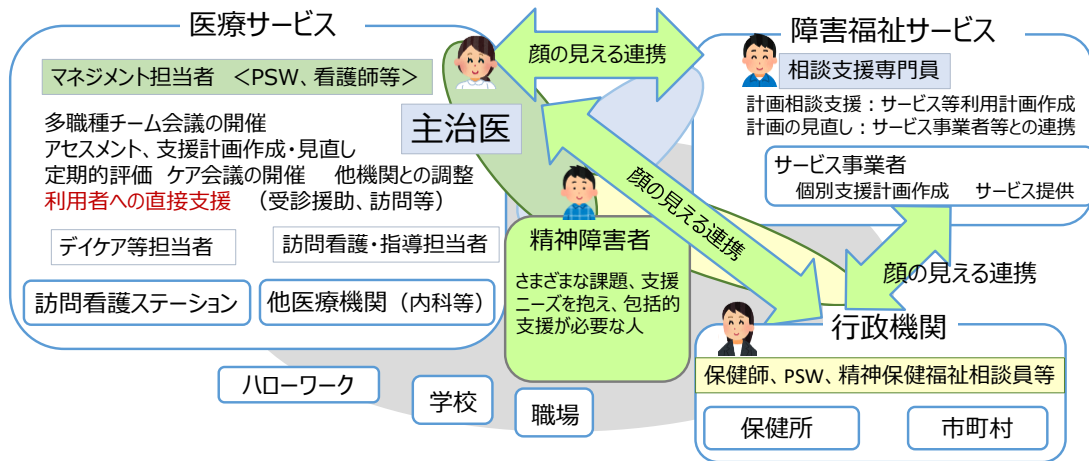


図2 包括的支援マネジメントによる連携構築のイメージ

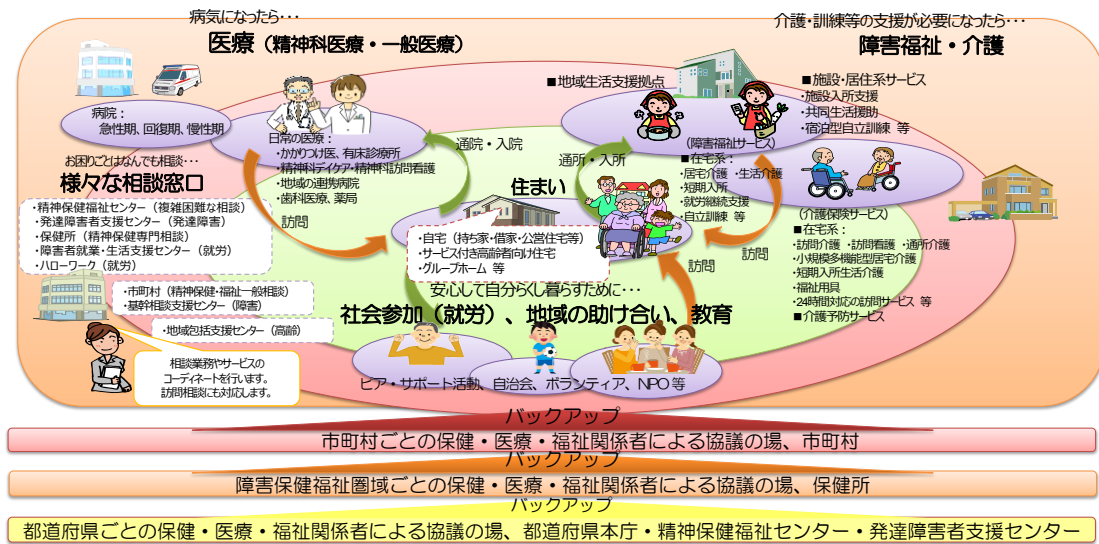


図3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのイメージ  
(厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」資料より)

ICM の効果については、Cochrane review において示されており、わが国においても中重度の精神障害者に必要に応じて ICM を提供し、再入院の予防や精神科救急利用者数の減少、地域連携体制の構築などの効果を上げている精神科医療機関が少数ながら存在することが知られている。この実践ガイドは、そのような医療機関の取り組みの検証に基づき作成されたものである。

## 2 包括的支援マネジメントの支援対象者

様式 1-3 の「包括的支援マネジメント導入基準」の3項目以上が該当する場合には ICM を導入することが望ましい。ただし、C 領域については、1項目でも該当すれば ICM の必要性が高くなる。この導入基準の該当状況を参照しつつ、本人や家族の希望を踏まえて、主治医が ICM 導入の必要性を判断する。

## 3 包括的支援マネジメント担当者の役割

各 ICM 支援対象者に対し、ケアマネジメント担当者（以下、「ICM 担当者」という。）1名を選任する。ICM 担当者は、本人との関係性構築を重視し、本人の意向を踏まえて主治医及び他の支援関係者との情報共有や連絡調整を行うとともに、表 1 に例示するような本人への直接支援の一部を提供する。特に、支援計画の作成、ケア会議の実施にあたっては、ICM 担当者が中心的役割を担う。

表 1 本人に対する直接支援の例

- 
- ・ インテーク・アセスメント
  - ・ 関係性の構築・不安の傾聴
  - ・ 支援計画の作成
  - ・ 他機関（障害福祉サービス、行政機関等）との連携
  - ・ 医療機関内の他部署・他職種との連携
  - ・ ケア会議の実施
  - ・ 日常生活自立支援
  - ・ 社会生活の援助
  - ・ 対人関係の維持・構築の援助
  - ・ 住環境に関する援助
  - ・ 就労・就学（復職・復学）支援
  - ・ 診察同行/診察の促し・入退院の調整
  - ・ 服薬・症状の自己管理の援助
  - ・ 家族支援
  - ・ 危機介入
- 

ICM 担当者の職種は、精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、看護師、准看護師、作業療法士、公認心理師、社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者を選任することも考えられる。ICM 担当者は外来に所属することが想定されるが、デイケア、訪問看護等を兼務する



場合もある。また、入院中の退院後生活環境相談員が、外来で引き続き ICM 担当者として選任され、病棟と兼務することも考えられる。ICM 担当者 1 名が担当する支援対象者は 20～30 名程度が適当である。ただし他の業務と兼務する場合は、勤務状況に応じて担当する支援対象者数を減じる必要がある。

#### 4 包括的支援マネジメントの進め方

##### 1) 同意の取得と包括的支援マネジメント担当者の選任

主治医が ICM 導入の必要性があると判断した場合、ICM の提供につき、主治医が本人の同意を得る。その際、ICM の目的、支援計画の作成と定期的なモニタリングを実施すること、アセスメント結果や支援計画、モニタリング内容等につき支援関係者間で情報共有を行うことについて十分に説明し、本人が理解できていることを確認したうえで同意を取得し、その旨を診療録に記載すること。

主治医は、支援対象者 1 名につき ICM 担当者 1 名を選任する。ICM 担当者選任にあたっては、可能な限り本人の希望を尊重する。

##### 2) 支援チームの構築とケア会議の調整

主治医は、ICM 担当者と協働し、本人の意向を確認しつつ、支援チームの構成員の候補者につき検討する。その際には、様式 5（補助ツール）を参照することも考えられる。ICM 担当者は、各構成員候補者と連絡をとり、本人の支援計画作成に関するケア会議の日程調整を行う。

##### 3) インテーク

ケア会議（5）ケア会議 参照）に先立ち、ICM 担当者は、支援対象者の連絡先、病名や就労状況等の基本情報、家族情報、現在利用中のサービス、ICM 導入基準等につき記入する（様式 1-1～3）。様式 1-1、様式 1-2 については、同様の項目が含まれていれば、既存の様式を使用しても差し支えない。主治医は様式 2-1 の各項目につき記入する。必要に応じて GAF その他の尺度（BPRS、PSP、HAM-D 等）の評価を行う。

##### 4) 支援ニーズアセスメント

ICM 担当者は、可能な限り他の支援関係者との協働により、本人の支援ニーズにつき様式 2-2 を用いてアセスメントを実施する。支援ニーズの各項目のアセスメント方法については、様式 6 を参照すること。本人の希望については、支援者から見て実現不可能と思われるような希望であっても、本人の考えを尊

重し、本人自身の言葉で記入するよう留意する。（具体的な支援目標については、支援計画作成の際に検討する。）アセスメントの際には、本人の考える支援ニーズと支援者（スタッフ）が考える支援ニーズの双方につき評価することが望ましい。本人評価とスタッフ評価に乖離がある項目については、無理に評価を揃える必要はないが、なぜ評価に乖離があるのかについて本人と話し合うことが望ましい。本人に支援ニーズを評価してもらう際には、必要に応じて支援ニーズに関するアンケート（様式 2-3）を活用する。本人のストレングス（強み・長所）については、本人の性格・性質や、環境、関心・意欲、技能・才能等、多方面から検討する。様式 2-2 の総合アセスメントについては、ケア会議の際に記入することも考えられる。

現在の生活状況を本人と共に確認し、どのような生活を望むのかを本人と十分協議することで、実現可能な計画を作成することが望まれる。

#### 5) ケア会議

ケア会議は、本人及び支援関係者が一堂に会して行う。インターネット会議の設備がある場合には、必要に応じてオンラインケア会議とすることも差し支えない。

初回のケア会議では、本人及び支援関係者の話し合いにより、支援ニーズアセスメント（様式 2-2）の加筆修正を行い、支援計画（6）支援計画の作成 参照）を作成する。緊急受診・相談面接のプラン（7）緊急受診・相談面接のプラン（クライシスプラン）の作成 参照）についても、併せて作成することが望ましい。2 回目以降は、モニタリング（8）モニタリングと評価 参照）を実施し、必要に応じた支援ニーズアセスメント、支援計画、緊急受診・相談面接のプランの見直しを行う。

ケア会議の開催は 3 カ月に 1 回程度を目安とするが、必要に応じてより頻回に開催したり、臨時のケア会議を開催することも考えられる。ケア会議終了時に次回のケア会議の予定時期について決定する。

#### 6) 支援計画の作成

##### ① 支援計画作成の目的

ICM の支援計画は、本人が望む生活実現のために必要な支援を提供するため、本人の希望や支援ニーズに応じて、ICM 担当者の主導により本人と支援関係者が協働で作成するものである。支援計画を作成することにより、支援体制や支援関係者の役割、本人自身で行うことが明確化され、円滑な支援が行われるとともに、本人のエンパワメントを高めることも期待される。

##### ② 支援計画作成の手順

包括的支援マネジメント 支援計画シート（様式 3-1）を使用する。まず、本人の「～したい」という

希望を踏まえて、「私の長期目標」を設定する。この長期目標は、支援者から見て実現が困難と思われるような目標であっても差し支えない。「今回の支援計画における短期目標」は、様式 2-1～2 に示されたアセスメント結果を踏まえて、数か月で実現可能な目標を設定する。

「ニーズ/課題への対応」では、支援ニーズアセスメントの各領域（A：環境要因 B：生活機能（活動） C：社会参加 D：心身の状態 E：支援継続に関する課題）の評価をもとに、現状で対応すべき課題と、それらへの対応策について本人と支援者関係者が検討し、合意した事項について記載する。支援者が 4 名以上になる場合は、様式 3-2 を使用する。補助ツール（様式 3-3）を用いて本人が頼りにしている人や機関、主な支援場所や頻度を確認することで、具体的な支援をイメージしやすくなる。必要に応じて、家族も支援計画作成に参加する。

支援計画シートの内容につき関係者が合意したら、本人、マネジメント担当者、主治医が署名し、支援計画シートのコピーを関係者全員が保持する。計画作成時に設定した見直し予定日には、本人と生活支援に関わる関係機関の担当者が顔を合わせ協議できる場の設定が速やかにできるよう、計画作成時に次回ケア会議の日程調整を行っておくことが望ましい。ただし、生活状況の変化等、支援の見直しが必要な時は見直し予定日前でも随時協議を行う。

### ③ その他の留意点

すでに障害福祉サービスを利用している人については、サービス等利用計画を優先とする。適宜様式 3-3 を活用し、障害福祉サービスや介護サービスにおける計画や、その利用状況について支援者間で共有し、ICM の支援計画と齟齬のないように注意する。支援計画作成時のみならず、その後のケア会議や日頃の連携を通じて支援者それぞれが他機関の機能を知り、役割を整理する作業を重ねて、円滑な支援が行えるように心がけることが重要である。

## 7) 緊急受診・相談面接のプラン（クライシスプラン）の作成

様式 4-1～2、又は各医療機関における同様の様式を活用し、病状が悪化した場合等の対応につき、本人及び支援関係者間で情報共有をしておくことが望ましい。プランの作成については、別添「緊急受診・相談面接プラン」の作成に関するマニュアルを参照すること。

## 8) モニタリングと評価

### ① モニタリングとは

モニタリングは、本人が希望する生活に向けて、支援計画に基づく支援が適切に進んでいるか、支援の実施において問題が生じていないか、状況が変化していないかなどを適宜把握し、新たな課題を明

確にし、次の支援計画に結びつけていくものである。

## ② モニタリングの実施

モニタリングは、ICM 担当者が主導し、通常はケア会議を開催して実施するが、本人の状況等に応じて、本人との個別面談の形でモニタリングを実施することも考えられる。

支援計画シート（様式 3-1）の「モニタリング」の欄に、実施日、参加者、セッティング等を記入する。支援計画シート（様式 3-1～2）「ニーズ/課題への対応」の各ニーズ/課題に対して、円滑に取り組みが進んでいる場合は「○」、取り組み中であるが、何らかの課題がある場合は「△」、取り組みが困難であったり中止していたりした場合には「×」、目標が達成され取り組みを終結する場合には「◎」で評価する。そのうえで、設定した短期目標が達成されているかどうかを評価し、達成されていない場合はその原因を検討し、次の計画がより適切なものとなるよう話し合う。この際、必要に応じて支援ニーズの再評価、緊急受診・相談面接のプランの見直しを行う。基本的には本人の評価と語りを中心に支援の進捗状況について評価を行うが、本人の評価と支援者の評価が異なる場合、各支援者がそれぞれの評価の理由を説明した上で、本人と評価結果に関して合意が得られるよう十分に話し合うことが大切である。あくまでも本人を中心としたチームで支援を進めていることに留意する。

モニタリングの結果、「◎」の項目については支援計画シートから削除し、「○」「△」の項目は修正すべき点があれば修正し、新計画書に記載する。また、アセスメントの結果、新たなニーズ/課題が明らかになった場合は、新たに支援計画を立案する。

モニタリングで話し合った内容については、支援計画シートの「具体的内容、場所、特記、前回の評価内容など」に簡単に記載する。

## ③ モニタリングの時期

モニタリングの実施時期としては、定期的に期間を決めて行う方法と、状況が変化した場合（本人を取り巻く環境や本人の病状が変わった場合など）、目標が予定より早く達成された場合、支援のミスマッチが生じていること把握した場合など、必要に応じて行う方法がある。原則的には、支援計画シート作成時に定めた次回見直し予定時期にモニタリングを行う。

予定されたモニタリングの時期に先立ち、各支援者や支援機関は計画の進捗状況を確認するとともに、新たな課題が発生していないか総合アセスメントシートを活用するなどして情報収集を行っておくことが望ましい。事前に支援ニーズに関するアンケートを本人に記載してもらうことも推奨される。

モニタリングの時期がくる前に、本人や家族、もしくは支援機関の担当者等から、本人の状態の変化、特に精神症状の悪化のリスクが高まるなどの状況変化に関する情報提供があった場合、速やかに ICM

担当者が各支援者または支援機関から情報収集を行った上で、主治医と何らかの対応（受診勧奨、支援チームでの対応、臨時ケア会議の開催等）の必要性を相談する。

#### 9) 支援の終了

モニタリングの結果、ICM なしでもニーズ/課題への対応が可能であると判断された場合には、ICM を終了する。ただし、その場合でも医療や障害福祉サービス、介護サービス等の個々の治療・支援は必要に応じて継続される。支援関係者が ICM 継続の必要性があると判断しているにもかかわらず、本人から ICM 終了の申し出があった場合には、支援終了を希望する理由を十分に傾聴し、支援継続の意義について十分に話し合うことが必要である。

## 作成者一覧

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）

研究分担者 川副 泰成（総合病院 国保旭中央病院）

## 研究協力者（五十音順）

岩上 洋一（特定非営利活動法人じりつ）

上島 雅彦（一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院）

岡部 正文（一般社団法人 ソラティオ）

香山 明美（みやぎ心のケアセンター）

菊入 恵一（医療法人崇徳会 田宮病院）

齋藤 研一（社会福祉法人会津療育会 会津若松市障がい者総合相談窓口）

小池 純子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

鈴木 浩太（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

鈴木 孝典（高知県立大学社会福祉学部）

田村 綾子（聖学院大学人間福祉学部人間福祉学科）

名雪 和美（総合病院 国保旭中央病院）

長谷川直実（大通公園メンタルクリニック）

前沢 孝通（医療法人孝栄会 前沢病院）

三澤 孝夫（国際医療福祉大学医療福祉学部医療福祉・マネジメント学科）

村井 千賀（石川県立高松病院）

山口 創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

## 包括的支援マネジメントツール（アセスメント・計画書ツール）

### 1. インテークシート/フェイスシート

|                |                         |              |
|----------------|-------------------------|--------------|
| 様式 1-1.        | 基礎情報                    | 補助ツール        |
| 様式 1-2.        | 家族関係・利用中のサービス・制度        | 補助ツール        |
| <b>様式 1-3.</b> | <b>ケースマネジメント導入基準シート</b> | <b>必須ツール</b> |

### 2. 包括的支援マネジメント アセスメント

|         |                |       |
|---------|----------------|-------|
| 様式 2-1. | 主治医用シート        | 必須ツール |
| 様式 2-2. | 支援ニーズアセスメントシート | 必須ツール |
| 様式 2-3. | 支援ニーズに関するアンケート | 補助ツール |

### 3. 包括的支援マネジメント 支援計画

|         |               |       |
|---------|---------------|-------|
| 様式 3-1. | 支援計画シート（基本項目） | 必須ツール |
| 様式 3-2. | 支援計画シート（追加項目） | 補助ツール |
| 様式 3-3. | 支援計画シート（追加項目） | 補助ツール |

### 4. 緊急受診・相談面接のプラン（クライシスプラン）

|         |           |       |
|---------|-----------|-------|
| 様式 4-1. | 日常レベルのプラン | 補助ツール |
| 様式 4-2. | 緊急レベルのプラン | 補助ツール |

### 5: 利用できるサービス・社会資源

|       |                     |       |
|-------|---------------------|-------|
| 様式 5. | 利用できるサービス・社会資源一覧シート | 補助ツール |
|-------|---------------------|-------|

#### ノート：

補助ツールは必ず記述を求めるものではない。また、補助ツールは自機関や各地域の既存の様式やシート、パンフレット、その他のツールで代替可能である。

様式 1-1. インテークシート/フェイスシート：基礎情報（補助ツール）

|      |  |            |          |
|------|--|------------|----------|
| フリガナ |  | 性別         |          |
| 本人氏名 |  | 生年月日<br>年齢 | 年 月 日（才） |

| 連絡先など       |   |      |   |
|-------------|---|------|---|
| 住所          | 〒   | 電話   |   |
|             |   | メール  |   |
| 住居          | <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 1人暮らし <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                |      |   |
| 緊急時の<br>連絡先 | 電話： （氏名： ）（続柄 ）   |      |   |
| 主な通所の<br>手段 | <input type="checkbox"/> 自動車/バイク等 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自転車<br><input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> その他（ ） | 所要時間 | 分 |

| 基本情報        |   |              |   |
|-------------|---|--------------|---|
| 診断名         |   | 精神科<br>主治医名  |   |
| その他の<br>診断  |   |              |   |
| 現在の仕<br>事   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（会社名： ）  | 就労収入/月       | 円 |
|             | 勤務時間 週 日 時間 勤務  |              |   |
| 手帳          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ 級）<br><input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> その他（ _____ 級） |              |   |
| 年金          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害基礎/厚生年金 級 <input type="checkbox"/> その他の年金（ ） 級   |              |   |
| 生活保護        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり   | 年金・生活保護等の合計額 | 円 |
| 後見人等        | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> その他（ ）                                    |              |   |
| 入院          | 過去の入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 直近の退院日： _____   |              |   |
| 行政機関<br>の介入 | 過去の行政機関等（例：警察/保健所）の介入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 直近の介入日： _____   |              |   |
| 介護・障害<br>程度 | <input type="checkbox"/> なし 要介護認定：要支援 1 / 2, 要介護 1 / 2 / 3 / 4 / 5（ 年 月まで）<br><input type="checkbox"/> なし 障害支援区分：非該当, 区分 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6（ 年 月まで）                                |              |   |
| これまでの<br>経緯 |   |              |   |



**様式 1-2. インテークシート/フェイスシート：家族関係（補助ツール）**

**家族等の関係**

| 氏名                | 年齢 | 続柄 | 本人との関係性 | 住居地 |
|-------------------|----|----|---------|-----|
|                   |    |    |         |     |
|                   |    |    |         |     |
|                   |    |    |         |     |
|                   |    |    |         |     |
| 自由記述（エコマップや家族図など） |    |    |         |     |

**現在利用中の通所・訪問系サービスや制度など**

サービス利用なし

医療サービス

精神科デイケア  精神科訪問看護  医療観察法の対象  その他の医療サービス（                    ）

障害福祉系サービス

計画相談支援  重度訪問介護  居宅介護  行動援護  重度障害者等包括支援  生活介護  
 療養介護  施設入所  短期入所（ショートステイ）  生活/自立訓練（通所・訪問）  自立生活援助  
 就労移行支援  就労支援定着支援  就労継続 A 型  就労継続 B 型  生活/自立訓練（宿泊）  
 共同生活援助（グループホーム）  地域移行支援  地域定着支援  地域活動支援センター  
 障害者・就業生活支援センター  住宅入居等支援事業  日常生活自立支援事業  成年後見制度  
 その他の福祉サービス（                    ）

高齢者福祉系サービス

居宅介護支援（ケアマネジメント）  訪問入浴  訪問介護（ホームヘルプ）  訪問看護  
 訪問リハビリ  夜間対応型訪問介護  定期巡回・随時対応型訪問介護看護  通所介護（デイサービス）  
 通所リハビリ  地域密着型通所介護  療養通所介護  認知症対応型通所介護  
 小規模多機能型居宅介護  複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）  短期入所療養介護  
 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）  介護老人保健施設（老健）  介護療養型医療施設  
 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム等）  認知症対応型共同生活介護（グループホーム）  
 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護  地域密着型特定施設入居者生活介護  
 その他（                    ）

**様式 1-3. インテークシート/フェイスシート：包括的支援マネジメント 導入基準シート**

|     |       |    |     |
|-----|-------|----|-----|
| 評価日 | 年 月 日 | 氏名 | 記入者 |
|-----|-------|----|-----|

| 包括的支援マネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい |    |   |                             |                            |                            |
|--|----|---|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| A  | 1  | 6 か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある                            | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| B  | 2  | 自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む） | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| C  | 3  | 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある   | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
|  | 4  | 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある   | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
|  | 5  | 自傷や自殺を企てたことがある  | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
|  | 6  | 家族への暴力、暴言、拒絶がある   | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| D  | 7  | 警察・保健所介入歴がある  | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
|  | 8  | 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）   | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
|  | 9  | 外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）  | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| E  | 10 | 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない  | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
|  | 11 | 直近の入院は措置入院である   | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
|  | 12 | 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある   | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
| F  | 13 | 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている   | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
|  | 14 | 支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）   | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |
|  | 15 | 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）  | <input type="checkbox"/> 不明 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 |



**様式 2-2. 包括的支援マネジメント 支援ニーズアセスメントシート**

|                         |    |           |
|-------------------------|----|-----------|
| 評価日 年 月 日 (次回予定日 年 月 日) | 氏名 | マネジメント担当者 |
|-------------------------|----|-----------|

本人の希望 (本人の言葉でかくこと)

A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態, E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題

| 評価項目 | 本人                      |                          |                          |                          | スタッフ                     |                          |                          |                          | 総合アセスメント |       |               |
|------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|-------|---------------|
|      | 0                       | 1                        | 2                        | 9                        | 0                        | 1                        | 2                        | 9                        | ニーズ/課題   | 本人の希望 | ストレンクス(強み・長所) |
| A1   | 住居                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| A2   | 経済的援助                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| A3   | 親しい関係者                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| A4   | 子供の世話                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| A5   | 介護                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| B1   | 食事                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| B2   | 生活環境の管理                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| B3   | セルフケア                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| B4   | 電話                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| B5   | 移動                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| B6   | 金銭管理                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| B7   | 基礎教育                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| C1   | 日中の活動                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| C2   | 交流                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| D1   | 精神病症状                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| D2   | 身体的健康                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| D3   | 心理的苦痛                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| D4   | 性的な問題                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| E1   | 処遇・治療情報                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| E2   | 治療・支援への動機づけ/<br>疾病の自己管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| F1   | アルコール                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| F2   | 薬物                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| F3   | 自分に対する安全                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| F4   | 他者に対する安全                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| F5   | その他の行動上の問題              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| O1   | その他 1 ( )               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |
| O2   | その他 2 ( )               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |       |               |

アセスメントのまとめ (医学的な所見や入院中の状態を含む)

様式 2-3. 包括的支援マネジメント 支援ニーズに関するアンケート（補助ツール）

|      |     |
|------|-----|
| 記入日： | 氏名： |
|------|-----|

|                       |
|-----------------------|
| 生活上の希望または困っていることは何ですか |
|-----------------------|

| 下の A1 から O2 までの項目について、左の選択肢からあてはまる内容を選び、○をつけてください |  | 0<br>支援は特に<br>いらない | 1<br>支援を受けて<br>いる | 2<br>支援を受けて<br>いるが<br>または<br>まだ困って<br>いる | 9<br>わからない |
|---|--|--------------------|-------------------|--|------------|
| A1  | 住居のことで悩んでいる・困っている                      |                    |                   |  |            |
| A2  | 経済的に悩んでいる・困っている                        |                    |                   |  |            |
| A3  | 家族、パートナー等との関係で悩んでいる・困っている              |                    |                   |  |            |
| A4  | 18 歳以下の子供の養育のことで悩んでいる・困っている            |                    |                   |  |            |
| A5  | 高齢者、障害者の介護のことで悩んでいる・困っている              |                    |                   |  |            |
| B1  | 食事のこと（料理、外食、食事の購入など）ことで悩んでいる・困っている     |                    |                   |  |            |
| B2  | 自室や生活環境の整理整頓のことで悩んでいる・困っている            |                    |                   |  |            |
| B3  | 入浴、歯磨き等の清潔保持のことで悩んでいる・困っている            |                    |                   |  |            |
| B4  | 電話の有無、電話使用のことで悩んでいる・困っている              |                    |                   |  |            |
| B5  | 公共交通機関、車等の移動手段の利用のことで悩んでいる・困っている       |                    |                   |  |            |
| B6  | お金の管理や計画的な使用ができないことで悩んでいる・困っている        |                    |                   |  |            |
| B7  | 読み書き、計算等のことで悩んでいる・困っている                |                    |                   |  |            |
| C1  | 適切な日中の時間の過ごし方（仕事や学校のことを含む）で悩んでいる・困っている |                    |                   |  |            |
| C2  | 家族以外との社会的交流のことで悩んでいる・困っている             |                    |                   |  |            |
| D1  | 幻覚、妄想、考えがまとまらない等のことで悩んでいる・困っている        |                    |                   |  |            |
| D2  | 体の病気、副作用を含む体の症状のことで悩んでいる・困っている         |                    |                   |  |            |
| D3  | 不安、抑うつ、悩みごと等で悩んでいる・困っている               |                    |                   |  |            |
| D4  | 性に関する問題で悩んでいる・困っている                    |                    |                   |  |            |
| E1  | 治療や処遇について情報が無い、または理解が難しく悩んでいる・困っている    |                    |                   |  |            |
| E2  | 病気の自己管理（薬の管理や症状への対処など）で悩んでいる・困っている     |                    |                   |  |            |
| F1  | アルコールに関連することで悩んでいる・困っている               |                    |                   |  |            |
| F2  | 処方薬依存・乱用を含む薬物関連のことで悩んでいる・困っている         |                    |                   |  |            |
| F3  | 自殺に関連する行動や自傷のことで悩んでいる・困っている            |                    |                   |  |            |
| F4  | 他者に対する暴力、威嚇行動等のことで悩んでいる・困っている          |                    |                   |  |            |
| F5  | 衝動性や強迫行為、こだわりが強すぎる等のことで悩んでいる・困っている     |                    |                   |  |            |
| O1  | その他 1（ ）で悩んでいる・困っている                   |                    |                   |  |            |
| O2  | その他 2（ ）で悩んでいる・困っている                   |                    |                   |  |            |

様式 3-1. 包括的支援マネジメント 支援計画シート (基本項目)

作成番号: \_\_\_\_\_

|            |                  |      |           |
|------------|------------------|------|-----------|
| 作成日: 年 月 日 | 次回見直し予定時期: 年 月 日 | 本人氏名 | マネジメント担当者 |
|------------|------------------|------|-----------|

|   |                 |
|---|-----------------|
| 私の長期目標 (本人の希望を「～したい」という表現で記述することが推奨される) | 今回の支援計画における短期目標 |
|---|-----------------|

モニタリング (初回は不要)

| 実施日 & 評価時期   | 表種別  | 更新/モニタリング  | セッティング  | 具体的内容、場所、特記、前回の評価内容など |
|--|--|--|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> 入院中<br><input type="checkbox"/> 退院直後<br><input type="checkbox"/> 退院 ヵ月後<br><input type="checkbox"/> CM 導入時<br><input type="checkbox"/> CM ヵ月後   | <input type="checkbox"/> アセスメント<br><input type="checkbox"/> 支援計画<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正<br><input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | <input type="checkbox"/> 個別面接<br><input type="checkbox"/> ケア会議等<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                       |
| <b>参加者と外部機関の参加状況</b>   |  |  |   |                       |
| <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名)<br><input type="checkbox"/> 地域援助事業者 ( 名) <input type="checkbox"/> 行政機関の職員 ( 名) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( 名) |  |  |   |                       |

CM = ケースマネジメント

ニーズ/課題への対応

| No | 総合アセスメント<br>ニーズ/課題 | 具 体 策   |             |       |                    | 評価* |
|----|--------------------|---------|-------------|-------|--------------------|-----|
|    |                    | 何を (本人) | 何をどこで (支援者) | 期間や順番 | 支援者 (機関名・担当者名・連絡先) |     |
|    |                    |         |             |       |                    |     |
|    |                    |         |             |       |                    |     |
|    |                    |         |             |       |                    |     |

\* 支援計画見直し (モニタリング) 時に、本人と一緒に評価: 終結「◎」、円滑に取り組みができて「○」、取り組み中だが課題がある「△」、取り組み中止/取り組み困難等「×」

|    |           |             |
|----|-----------|-------------|
| 署名 | 本人        | : 記載日 年 月 日 |
|    | マネジメント担当者 | : 記載日 年 月 日 |
|    | 主治医       | : 記載日 年 月 日 |

様式 3-2. 包括的支援マネジメント 支援計画シート (「ニーズ/課題への対応」の追加分：補助ツール)

| No    | 総合アセスメント<br>ニーズ課題 | 具 体 策   |             |       |                    | 評価* |
|-------|-------------------|---------|-------------|-------|--------------------|-----|
|       |                   | 何を (本人) | 何をどこで (支援者) | 期間や順番 | 支援者 (機関名・担当者名・連絡先) |     |
|       |                   |         |             |       |                    |     |
|       |                   |         |             |       |                    |     |
|       |                   |         |             |       |                    |     |
|       |                   |         |             |       |                    |     |
|       |                   |         |             |       |                    |     |
| 自由記載欄 |                   |         |             |       |                    |     |

**様式 3-3. 包括的支援マネジメント 支援計画シート（追加項目：補助ツール）**

|                                   |   |         |    |         |    |         |
|-----------------------------------|---|---------|----|---------|----|---------|
| <b>私が頼りにしている人,<br/>私を応援してくれる人</b> | 氏名  | 関係性 ( ) | 氏名 | 関係性 ( ) | 氏名 | 関係性 ( ) |
|                                   | 関係性の選択<br>イ：父母    □：きょうだい    ハ：妻/夫    ニ：それ以外の家族/親族    ホ：友人等    ヘ：同僚<br>ト：医療機関の職員    チ：地域援助事業者    リ：行政機関の職員 (    )    ヌ：その他 (    ) |         |    |         |    |         |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>主な支援<br/>場所と頻度</b> | 主な支援場所： <input type="checkbox"/> 医療機関内 <input type="checkbox"/> 自宅訪問 <input type="checkbox"/> 職場・活動場訪問 <input type="checkbox"/> その他 (    )                          |
|                       | 医療機関内の支援頻度： <input type="checkbox"/> 週 ___ 回 or <input type="checkbox"/> 月 ___ 回      訪問支援の頻度： <input type="checkbox"/> 週 ___ 回 or <input type="checkbox"/> 月 ___ 回 |

|                                       |                      |      |
|---------------------------------------|----------------------|------|
| <b>医療サービス等を受けることが<br/>難しくなった場合・・・</b> | 支援者にしてほしいこと/してもよいこと： |      |
|                                       | 連絡してもよい人 1：          | 連絡先： |
|                                       | 連絡してもよい人 2：          | 連絡先： |

| その他のケアマネジメント   | 機関名 (担当者名) | 具体的な内容および特記 |
|--|------------|-------------|
| 相談支援 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |            |             |
| 介護保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |            |             |
| その他 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |            |             |



様式 4-1. 緊急受診・相談面接のプラン（日常レベルのプラン 補助ツール）



ふだんの生活の中で、自分で対処できる程度のもの【日常レベル】

**調子が悪くなってきたサイン：**

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>自分でわかるサイン</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b>まわりの人が気づくサイン</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> |
|---|--|



**サインに気づいたときにすること：**

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center;"><b>自分がすること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> | <p style="text-align: center;"><b>まわりの人がすること</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> <li>・</li> </ul> |
|---|--|

**日常的なサポーター（援助者・支援者）や相談先：**

| 名前・機関 | 連絡先 | 関係・役割 |
|-------|-----|-------|
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |

様式 4-2. 緊急受診・相談面接のプラン（緊急レベルのプラン 補助ツール）



まわりの人の支援を必要とする程度のもの【緊急事態】

まわりの人の支援が必要な状況のサイン：

自分でわかるサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人が気づくサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

サインに気づいたときにすべきこと：

自分ができること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人がすること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人にしてほしくないこと

- ・
- ・



緊急時のサポーター（援助者・支援者）や相談先：

| 名前 | 連絡先 | 関係・役割 |
|----|-----|-------|
|    |     |       |
|    |     |       |
|    |     |       |
|    |     |       |
|    |     |       |

## 様式 5. 利用できるサービス・社会資源一覧シート（補助ツール）

（各地区の特性に合わせて改定してください）

| 事業名・制度名        | サービス種別 | 内容 |
|----------------|--------|----|
| 住まい系           |        |    |
| グループホーム        | 住居     |    |
| ショートステイ        | 住居     |    |
| 生活のお手伝い        |        |    |
| 精神科訪問看護        | 訪問     |    |
| 精神科デイケア        | 通所     |    |
| 生活介護           | 訪問、通所  |    |
| 生活訓練           | 訪問、通所  |    |
| 自立生活援助         | 訪問     |    |
| 地域生活支援センター     | 通所     |    |
| 就労のお手伝い        |        |    |
| 精神科デイケア        | 通所     |    |
| 精神科作業療法        | 通所     |    |
| 就労移行支援         | 通所、訪問  |    |
| 定着支援           | 通所、訪問  |    |
| 就労継続 A 型       | 通所     |    |
| 就労継続 B 型       | 通所     |    |
| 障害者就業・生活支援センター | 通所、訪問  |    |
| 経済的な支援         |        |    |
| 障害者年金          |        |    |
| 生活保護           |        |    |
| 失業保険           |        |    |
| 自立支援医療         |        |    |
| 自治体特別給付金       |        |    |
| その他            |        |    |
|                |        |    |
|                |        |    |
|                |        |    |

別添 1 1

# 措置入院の運用ガイドライン

平成 30 年 3 月

平成 29 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金

「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」

分担研究「措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究」

## 目次

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| I. はじめに .....                     | 1  |
| II. 警察官通報の受理 .....                | 2  |
| 1.警察官通報の趣旨 .....                  | 2  |
| 2.警察官通報の受理 .....                  | 2  |
| 1)都道府県等の職員が確認すべき事項 .....          | 3  |
| 2)警察と自治体との「警察官通報」以外の協力 .....      | 3  |
| 3)警察官通報として受理する際の留意点 .....         | 4  |
| III. 警察官通報の受理から措置診察まで .....       | 6  |
| 1.事前調査の実施 .....                   | 6  |
| 2.事前調査時に確認すべき事項 .....             | 6  |
| 1)被通報者に関して関係者から総合的に確認すべき事項 .....  | 6  |
| 2)警察官から特に確認すべき事項 .....            | 7  |
| 3)被通報者から特に確認すべき事項 .....           | 7  |
| 4)確認が望ましいその他の事項 .....             | 8  |
| 3.措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合 .....  | 9  |
| 4.措置診察の要否判断を保留とすることが考えられる場合 ..... | 9  |
| 5.刑事手続等との関係 .....                 | 11 |
| 6.外国人の被通報者の取扱い .....              | 11 |
| IV. 措置診察 .....                    | 11 |
| 1.指定医の選定 .....                    | 11 |
| 2.指定医の確保 .....                    | 12 |
| 3.一次診察と二次診察の運用 .....              | 12 |
| 4.措置診察の場所 .....                   | 12 |
| 5.措置診察又は措置入院のための移送 .....          | 13 |
| 6.都道府県等の職員の立会い .....              | 13 |
| 7.措置診察に必要な立入り .....               | 13 |
| 8.診察の通知 .....                     | 14 |
| 9.診察時の都道府県等からの情報提供 .....          | 14 |
| 10.措置診察 .....                     | 14 |

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 11.措置入院が不要となった後の支援について .....    | 15 |
| V. 緊急措置入院の運用 .....              | 15 |
| 1.緊急措置入院の要件 .....               | 15 |
| 2.緊急措置入院後の対応 .....              | 16 |
| VI. 措置入院の実施.....                | 16 |
| 1.措置入院の決定.....                  | 16 |
| 2.措置入院者に対する告知 .....             | 16 |
| 3.措置入院先の医療機関に対する情報提供 .....      | 17 |
| VII. 措置解除 .....                 | 17 |
| VIII. 地域の関係者による協議の場 .....       | 18 |
| 1.協議の場の設置.....                  | 18 |
| 2.協議の場における情報の取扱い等.....          | 18 |
| IX. 運用マニュアルの整備 .....            | 19 |
| X. 研修の実施 .....                  | 19 |
| XI. 実施状況の適切な把握とガイドラインの見直し ..... | 19 |
| XII. おわりに .....                 | 19 |

## I. はじめに

今般、厚生労働省が実施した「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、衛生行政報告例のデータから、都道府県及び政令指定都市別の人口 10 万人あたりの、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「法」という。）第 23 条による警察官通報数及び通報後に法第 27 条の規定による措置診察や法第 29 条の規定による措置入院に至る割合等には大きな地域差があることが指摘された。また、人口 10 万人あたりの措置入院者数自体にも大きな地域差があることは、従前から知られている。

我が国の各地域には、それぞれの地域の実情に応じて精神保健医療福祉体制が構築され、制度運用が行われてきた歴史があり、こうした地域差のすべてが直ちに是正すべき問題であるとは限らない。一方で、措置入院が、本人の同意ではなく法律に基づいて行われる行政処分であることを踏まえれば、衛生行政報告例のデータの示す地域差が生じた背景を検討し、対策を講じるべき課題を明確にすることが必要であると考えられた。このため本研究班においては、都道府県、政令指定都市（以下「都道府県等」という。）及び警察へのヒアリングを実施し、また厚生労働省により実施された都道府県等を対象とした措置入院の運用に関するアンケートの内容のうち回答自治体の同意を得て研究班に情報提供されたデータ（以下「自治体アンケート」という。）の結果等を踏まえて、措置入院の運用に係る地域差に関係する要因を検討した。

その結果、警察官通報及び通報後に措置診察や措置入院に至る地域差に係る要因として考えられる点がいくつか浮上した。まず着目すべきは、データの正確性の問題である。衛生行政報告例のデータに計上されている警察官通報の件数の中には、警察から都道府県等に対し、「相談」や「情報提供」等として行った、法第 23 条の通報要件に該当しないものの件数が含まれている都道府県等があることが判明した。これは、警察から都道府県等に連絡があった場合、それが「通報」なのか、「相談」や「情報提供」等、通報以外の連絡なのかを明確にすることにより是正しうる、見かけ上の地域差である。

本来であれば、このような見かけ上の地域差が是正されていない現状において、他の要因を正確に把握することは困難である。しかしながら、自治体アンケート及びヒアリング、警察へのヒアリングからは、以下に示すような課題が指摘されており、警察官通報及び通報後に措置診察や措置入院に至る地域差の是正のためには、それらについての対応策を検討することが必要であると考えられた。

ひとつは、被通報者が警察の保護・逮捕等されていない場合の対応に関する課題である。警察官通報は、被通報者の身体的な診療を優先して病院に搬送された場合や、被通報者を現に監護できる者がいるなどにより警察が保護する必要がない場合など、被通報者が保護・逮捕等されていない状態であっても行われることがある。このような状況での通報のあり方の地域差が、措置診察率の地域差に関係している可能性がある。また、既に措置入院以外の入院により精神科医療が提供されている者についても、警察官通報が行われている地域と行われていない地域があることも明らかとなった。さらに、法第 47 条に基づく自治体の相談支援体制や、精神科医療へのアクセスの整備状況、自治体と警察との連携体制の地域差が、警察官通報の地域差に関連している可能性についても指摘されている。

各都道府県等は、関連する通知、逐条解説等に基づいて措置入院の運用を行っているが、通報の

受理、措置診察の要否判断に係る業務の取扱いに関するガイドラインは示されていなかった。このため、都道府県等が地域の実情に応じて独自にマニュアルを整備するなどの対応を行っており、措置診察医の確保等、診察実施体制も様々であることが指摘されている。このような都道府県等におけるマニュアルや体制の違いが措置入院の運用のばらつきに直接関連しているかどうかは明確ではないが、制度運用の標準化を図るためには、措置入院に係る業務の取扱いに関するガイドラインを示すことが必要であると考えられた。

本ガイドラインでは、上記の検討の結果、警察官通報数及び措置診察率、措置入院率等の地域差に関連すると考えられた要因を踏まえ、法における通報等の中でも特に件数の多い警察官通報を契機とした、措置入院に関する手続がより適切に行われるよう標準的な運用手順を定めた。措置入院の運用に当たっては、本ガイドラインを活用するとともに、措置入院の運用に関する地域の関係者間の協議の場を通じて、措置入院の運用に係る課題とその対応策を共有することにより、運用の標準化が進むことを期待したい。

## II. 警察官通報の受理

### 1. 警察官通報の趣旨

法第 23 条に基づく警察官通報の規定は、他の申請・通報・届出と同様、当該通報に基づき、都道府県知事及び政令指定都市の長（以下「都道府県知事等」という。）が調査の上で措置診察の要否を判断し、必要があると認めるときには精神保健指定医（以下「指定医」という。）による措置診察を経て措置入院を行うことを通じて、自身を傷つけ他人に害を及ぼすおそれ（以下「自傷他害のおそれ」という。）のある精神障害者に対し、適時適切な医療及び保護を提供するためのものである。

#### 法第二十三条

警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

### 2. 警察官通報の受理

警察官は、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められる者を発見した場合、可能な限り早い段階で、都道府県知事等に通報する必要がある。警察官通報は、いわゆる要式行為たることを要しないとされており、文書のほか、口頭、電話など全ての通報手段を用いることが可能である。

都道府県等の職員は、警察官通報の受理に当たって、1) に掲げる事項について確認する。



## 1) 都道府県等の職員が確認すべき事項

### ① 「警察官通報」であること

精神障害者について、警察から都道府県等に連絡する場面は、法第 23 条に基づく警察官通報のほか、法第 47 条の相談があるため、まず、警察官からの連絡が「警察官通報」であることを確認する。

なお、警察と自治体との「警察官通報」以外の協力の在り方については、下記 2) に示す。

### ② 被通報者の通報時点の所在等

被通報者がどこに所在しているか、また、警察官職務執行法（以下「警職法」という。）第 3 条に基づき保護されている又は刑事訴訟法に基づき逮捕されている状況か否かについて確認する。

### ③ 警察官が対象者を発見した状況

警察官がいつ（時間）、どこで（場所）、どのような状況の被通報者を発見したのかを確認する。

### ④ 精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められた異常な言動その他周囲の事情

警察官が、被通報者のどのような言動その他周囲の事情に鑑み、精神障害や自傷他害のおそれと認められたのか、具体的な状況を確認する。その際には、精神疾患の既往歴の有無、覚せい剤等の違法薬物の使用を疑う状況の有無、アルコール摂取の有無など、措置診察の要否判断を行う上で参考となる事項について、判明している範囲で確認する。

### ⑤ 被通報者の外傷や意識障害等の有無・程度

措置診察に係る手続に優先して、身体的な診療を行う必要があるか否かを確認するため、被通報者の外傷や意識障害（呼びかけや刺激に反応しない、次第に呼びかけに応じなくなる等の所見の有無）、呼吸状態の悪化、発熱、けいれん等の有無、程度を確認する。

### ⑥ 被通報者の家族やかかりつけ医の有無、状況等

被通報者と同行している家族や知人等の有無を確認するほか、同行の有無に関わらず、被通報者の家族やかかりつけ医等の有無、その連絡先等を警察官が把握しているか確認する。

## 2) 警察と自治体との「警察官通報」以外の協力

警察が様々な活動の中で接した精神障害者については、警察官通報の要件に該当しない場合であっても、精神保健医療福祉に関する支援が必要と認められる場合がある。自治体は警察官からこうした精神障害者に対する支援についての相談があった場合には、法第 47 条第 1 項又は第 2 項に基づき、必要に応じて、その相談に応じ、本人又はその家族等に対し、精神障害の状態に応じた適切な医療施設の紹介を行うなど、これらの者が必要な精神保健医療福祉の支援を受けられるよう積極的に対応することが望ましい。

一方、自治体が支援等に関与している事案において、警察官の臨場を要請することが必要な場合も

あると考えられる。自治体は、警察との間でこれらの対応や協力が適切かつ円滑になされるよう努める必要がある。

### 3) 警察官通報として受理する際の留意点

#### ① 被通報者が保護・逮捕等されていない状況での通報

警察官が、精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められる者を発見する場合としては、警察官がこれらの者を警職法第 3 条により保護した場合や、犯罪の被疑者を逮捕した後、当該被疑者に精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められた場合等が考えられる。ただし例外として、次のような場合には、被通報者が保護・逮捕等されていない状態でも通報が行われる場合があることに留意する必要がある（※）。

(ア) 被通報者に外傷、その他の身体疾患があり、身体的な診療を優先して病院に搬送された場合

(イ) 被通報者が病院内又は児童相談所等の施設に所在している等の状況において、当該機関の職員等の関係者から警察に通報された場合

(ウ) 被通報者を現に監護できる者がいるなど、警察が保護をする必要がない場合

また、次のような場合には、被通報者が保護された上で警察官通報が行われた後に、保護が解除されている可能性があることに留意する。

(エ) 保護・通報の後に、被通報者の監護が可能な家族等が被通報者を引き取る等、警察において保護を継続する必要がなくなった場合

これらの場合には、事前調査を行う際に困難を生じる可能性があることから、通報又は保護が解除された旨の連絡を受けた段階でその経緯を確認するとともに、どのような方法で事前調査すべきかについて、必要に応じて通報元の警察や、被通報者が搬送された病院等と調整することが必要である。

(※) 法第 23 条は、昭和 40 年の改正前は、警職法第 3 条の規定によって保護された事例についてのみ通報することとされていた。しかし、現実には、犯罪の被疑者を逮捕した後、当該被疑者に精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められた場合等に通報されるケースも多く含まれていたことから、同改正により実態に即した形に改められた。このように、法においては、原則として、警察において保護や逮捕等がなされた事例が警察官通報の対象となることが想定されている。

一方で、警察官が行う精神錯乱者の保護は、警職法第 3 条第 1 項に基づいて行われるが、同項は、「精神錯乱により自己又は他人の生命、身体、財産に危害を及ぼすおそれのある者で、応急の救護を要すると認められる者」を保護しなければならないとしており、法第 23 条の通報の要件と「応急の救護を要する」という点で差異が生じている。すなわち警察官は、精神錯乱により

自傷他害のおそれがある者であっても、その者の所在する場所や、保護によらなくてもその者を監護できる等の状況から、直ちに応急の救護を要すると認められない場合は保護をしないこと、または保護の上警察官通報を行った後であっても、保護を解除することがある。このため、例外的に、被通報者が保護・逮捕等されていない状態でも警察官通報が行われる場合がある。

また、法第 23 条においては、精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められる者を発見した時は、直ちに、その旨を通報しなければならないとしているが、ここでいう「直ちに」とは、被通報者に対する緊急的な医療的処置よりも優先されることを意味しない。すなわち、被通報者に対する医療の確保が結果的に警察官通報よりも先んじる状況も想定される。

② 警察官が「精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められる」状況を視認していない状況での通報

警察が、被通報者の家族からの相談を受けたのみであるなど、被通報者を視認していない場合は、「精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ」を合理的・客観的に判断することが困難であり、通常、警察官通報を要すべき状況とは認められないと考えられる。ただし、例外的に、以下のような場合等には、警察官が本人を視認していない場合でも、通報することがあり得ることに留意する必要がある。

- (ア) 精神障害のために自傷他害のおそれがある者がいることが極めて確からしいと認めるが、その者が、直ちに警察官が臨場することが困難な場所（離島や山岳地帯等）にいる場合
- (イ) その者を視認することができないものの、視認した現場の状況や、家族等からの聴取り等、警察官が得た情報により、その者に精神障害のために自傷他害のおそれがあることが極めて確からしいと判断できる場合

これらの場合には、①の場合と同様、事前調査を行う際に困難を生じる可能性があることから、通報の段階で、どのような方法で事前調査すべきかについて、必要に応じて、通報元の警察や被通報者の家族等と調整する必要がある。

③ 被通報者が精神科病院に入院中である場合（病院から警察に 110 番通報等した場合や、被通報者が外出中である場合等を除く）

通報の段階で被通報者が既に医療保護入院等により精神科病院に入院中である場合には、被通報者に必要な医療と保護が提供されている状況であると認められること、また、入院中の患者に係る措置入院の要否については、患者からの退院の申出の段階で、別途、法第 26 条の 2 に基づく精神科病院の管理者からの届出を受け検討されることから、警察官通報を要すべき状況とは認められないと考えられる。

ただし、入院中の精神科病院から、患者の他害行為に関する 110 番通報等がなされた場合や、患者が入院先の精神科病院から外出中に警察官通報を要する状況に至った場合などは、警察官通報と

して受理すべきであることに留意する。

### III. 警察官通報の受理から措置診察まで

#### 1. 事前調査の実施

警察官通報を受理した都道府県知事等は、原則として、その職員を速やかに被通報者の居所に派遣し、被通報者との面接を行わせ、被通報者について事前調査を行った上で措置診察の要否を決定する。事前調査で得られた情報は、事前調査票に記録する。事前調査に際しては可能な限り複数の職員で行うことが望ましく、当該職員は法第 48 条 1 項に規定する「精神保健福祉相談員」等の専門職であることが望ましい。また措置診察の要否の判断は、都道府県等において、協議・検討の体制を確保し、対応に当たった職員のみで判断するのではなく、組織的に判断することが適当である。

なお、措置診察を行うべき症状を有する可能性がある者について、本来実施すべき事前調査や措置診察を行わず、あえて家族等の同意を求めると、ことさらに医療保護入院に誘導するような取扱いを避けるべきである。

これらの対応が確保されるよう、都道府県知事等は、措置入院の運用全般に係る体制、特に、夜間・休日などに迅速な対応ができる体制を整備する必要がある。

事前調査を実施するにあたっては、被通報者及び家族等の安全や人権に十分配慮するとともに、通報を受理した際の調整等に基づき、警察や病院等と適切に連携する必要がある。特に、被通報者が保護・逮捕等されていない状況又は警察官が視認していない状況での例外的な通報においては、事前調査に際して、必要に応じて、警察に連絡し、臨場等の協力を要請することも考慮するべきである。

#### 法第二十七条

都道府県知事は、第二十二條から前條までの規定による申請、通報又は届出のあった者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。

2～5 (略)

#### 2 事前調査時に確認すべき事項

##### 1) 被通報者に関して関係者から総合的に確認すべき事項

警察官、被通報者、家族等からの聴取や被通報者の状態等を踏まえ、以下の事項について可能な限り確認する。被通報者や家族等に対しては、警察官通報及び措置入院の仕組みについて十分に説明を行うことが必要である。なお、家族等からの聴取の際は、今回の通報受理に至った被通報者の自傷他害行為（過去の重大な問題行動も含む）等の影響による家族等自身の疲弊や、心的外傷を負っている可能性にも留意するとともに、家族等に対する支援の必要性についても検討することが適当である。

① 被通報者の外傷等や精神作用物質の摂取を疑う所見の有無等

被通報者について、措置診察より優先すべき対応がないか、また、措置診察が困難となる状況がないか確認するため、以下の事項を確認する。被通報者が身体的な診療を必要としている場合や、被通報者が酩酊状態の場合は、措置診察の要否判断を保留すべき場合がある。（10 ページ参照）

- 被通報者の外傷や身体疾患、呼びかけに対する応答の有無や程度
- 被通報者のアルコール等の精神作用物質の摂取を疑う所見の有無

② 被通報者の言動

被通報者の言動について、以下の事項の該当の有無及び程度等を確認する。

- 幻覚・妄想又は明白な病的言動
- 社会生活における状況認知・判断の障害
- 基本的な生活維持の困難（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）
- 自傷行為又はそのおそれのある言動（今回の通報に関するもの）
  - ・ 自殺企図、自傷、その他（※）
  - （※）その他の場合には、その言動が浪費や自己の所有物の損壊等単に自己の財産に損害を及ぼすにとどまらないものか否かについても確認する。
- 他害行為又はそのおそれのある言動（今回の通報に関するもの）
  - ・ 殺人、放火、強盗、強制性交等、強制わいせつ、傷害、暴行、恐喝、脅迫、窃盗、器物損壊、弄火又は失火、家宅侵入、詐欺等の経済的な問題行動、その他（※）
  - （※）その他の場合は、その言動が刑罰法令に触れる程度の行為につながるものか否についても確認する。

2) 警察官から特に確認すべき事項

警察官通報の受理の際に都道府県等の職員が確認すべき事項（Ⅱ-2-1）、3 ページ参照）に関して、より詳細な情報収集を行う。また、あわせて、以下の事項についても確認する。

- ① （家族等が警察への通報者でない場合）警察の家族等との接触状況及び内容
- ② （被通報者が警察官により保護された後に保護を解除されている場合）警察官が被通報者を発見してから通報するまでの経緯、保護を解除すると判断した理由、保護を解除したときの本人の様子、現時点で被通報者の監護に当たっている者の有無及び被通報者との関係等
- ③ （被通報者が保護・逮捕等されていない場合）警察官が被通報者を発見してから通報するまでの経緯、保護・逮捕等を要しないと判断した理由・状況、本人の様子、現時点で被通報者の監護に当たっている者の有無及び被通報者との関係等

3) 被通報者から特に確認すべき事項

被通報者本人からは、以下の事項について確認すべきである。

- ① 自傷他害行為又はそのおそれに関する被通報者の認識（問題行動の事実の認否等）
- ② 現在の主訴（被通報者による訴え）
- ③ 被通報者にとっての医療及び支援ニーズ
- ④ 希死念慮の有無及び程度

#### 4) 確認が望ましいその他の事項

被通報者、家族、主治医等担当医、被通報者の居住地を管轄する保健所や市町村その他の関係者から以下の事項について可能な限り確認することが望ましい。

##### ① 精神障害の診断・治療歴等の有無・状況

以下の事項につき確認する。通院先医療機関がある場合、可能な限り主治医等担当医と連絡をとって確認を行うよう努める。主治医等担当医との連絡がとれない場合には、当該医療機関職員から可能な限り情報を得るよう努める。

- 主治医等担当医名、担当医が指定医であるかの別
- 精神科診断名、現在（3ヶ月以内）の病状
- 通院・服薬状況（現在の処方、禁忌薬）、直近受診日
- 既往歴、入院歴を含む現病歴、生活歴、家族歴
- 治療が必要な身体疾患、アレルギーの有無
- アルコール飲用歴、薬物乱用歴等
- 主治医等担当医の入院の必要性に関する意見（※）

（※）警察官通報の原因となった問題行動と病状に関する評価、必要と思われる治療形態（非自発的入院の必要性等）に関する意見は、措置診察要否の判断における重要な参考情報である。

##### ② 現在の生活状況

##### ③ 家族構成

- 家族の氏名、続柄、年齢、職業、同居・別居の別
- 家族関係等

##### ④ 医療・福祉に関する基本情報

- 健康保険種別
- 自立支援医療受給の有無
- 障害年金受給の有無・等級
- 精神障害者保健福祉手帳の有無・等級
- 身体障害者手帳の有無・等級・障害名
- 療育手帳の有無・等級
- 障害支援区分認定の有無及びその区分
- 要介護認定の有無・要介護度
- 利用中の障害福祉サービス

### 3. 措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合

事前調査の結果、都道府県知事等が措置診察を行わない決定をすることができる場合として、以下のいずれかに該当する場合が想定される。なお、判断に迷う場合は、措置診察を行う決定をすることが適当である。

- ① 被通報者の主治医等担当医の見解から明らかに措置診察不要と判断できる場合
- ② 被通報者に精神障害があると疑う根拠となる被通報者の具体的言動（※）がない場合
- ③ 被通報者に措置要件に相当する自傷他害のおそれ（15 ページ参照）があると疑う根拠となる被通報者の具体的言動（※）がない場合  
（※）②及び③の「被通報者の具体的言動」には、警察官が通報に際して把握した被通報者の具体的言動を含む。
- ④ 被通報者の所在が不明又は通報を受理した都道府県等に所在していない場合

①について、措置診察の要否の判断に当たっては、その者の平素を知る専門家の意見も参照することが適当である。主治医等担当医が措置入院によらずとも適切な精神医療を確保できると判断しており、その判断に合理的な疑いの余地が乏しい場合には、担当医（特に担当医が指定医である場合）の判断を尊重して、措置診察を不要と判断するのが合理的である場合もある。

ただし、被通報者が精神医療を受けていたにもかかわらず通報されたという事実を重く見た場合、担当医の意見を重視することが必ずしも適切とは言えない場合もあることに留意が必要である。特に、被通報者の最終受診が通報時点よりも前であればあるほど、担当医の意見の重要性は下がることになる。

なお、措置診察が不要と判断された場合であっても、被通報者に対するその後の支援が必要と認められる場合には、都道府県等は、法第 47 条に基づく相談指導等を積極的に行うことが望ましい。

被通報者に対するその後の支援が必要と認められるが、被通報者の居住地を管轄する保健所設置自治体が措置診察の要否判断を行った都道府県等と異なる場合は、措置診察の要否判断を行った都道府県等は、被通報者の了解を得た上で、当該保健所設置自治体に連絡し、被通報者への支援の必要性について当該保健所設置自治体に説明をすることが望ましい。

### 4. 措置診察の要否判断を保留とすることが考えられる場合

都道府県等は、以下の①又は②に相当する場合は、措置診察の要否判断を一旦保留することが適当であると考えられる。措置診察より優先すべき処置があると判断される場合は、必要な処置後の状況も加味して措置診察の要否について改めて検討し、決定することが適当である。

- ① 身体的な診療等、措置診察より優先すべき処置がある場合

身体科救急受診を要する程度の身体症状、外傷等がある場合は、措置診察の要否判断よりも救命等の身体的な診療を優先し、都道府県等は被通報者の生命及び身体予後の改善に必要な支援を行うべきである。

この場合、身体科入院中に精神医療が提供されたり、身体的な診療の実施に伴い通報対象者の精神状態が改善したりして、措置症状が速やかに消失することもあり得る。

しかし、身体的な診療が必要な状態は、措置診察を直ちに行わない理由にはなるが、措置診察の必要性を阻却する理由にはならない。このため、このような事例では原則として、身体的な診療が一段落した段階で改めて事前調査を行い、措置診察の要否を判断するべきである。このことは、身体的な診療が終了した後の被通報者に継続的な精神医学的支援を実施する意味でも重要であり、身体的な診療が一段落したと判断された場合には、その診療を行った医療関係者より都道府県等に連絡するよう依頼しておくことが適当である。

なお、身体的な診療にある程度の日数を要し、かつ、重度の意識障害がある等、入院中に自傷他害のおそれが生じ得ない状況にある場合は、診察不要とすることができる。ただし、その後、状態及び状況等が変化し、精神障害による症状等への対処が必要であると認められる状況となった場合の対応（都道府県等に連絡する、精神科救急情報センターに連絡する、110番通報する等）につき、都道府県等の職員から医療関係者に説明等しておくことが適当である。

## ② 酩酊により精神科的診察が困難な場合

飲酒による酩酊状態で意識レベルが下がっている状態の者については、十分な精神医学的所見を得ることができず、措置入院の要否を判定できないことが多い。このため、例えば呂律が回らないほどの酩酊状態である被通報者に対して措置診察を行うことは、適切でない場合が多い。

このため、酩酊者への対応としては、酩酊により精神科診察が困難な場合は、診察の要否判断を一旦保留し、酩酊状態を脱した時点においてあらためて事前調査を行い、診察の要否判断をすることが適当である。

ただし、例外的に、以下のような場合には、状況によっては、酩酊が醒めていなくても措置診察を行うことが妥当と考えられる事例も存在することに留意が必要である。これらについては、警察を含めた地域の関係者による協議の場における協議により、円滑な運用を目指すことが望ましい。

- (ア) 被通報者が精神科受診歴を有しており、主治医等担当医から、病状悪化と酩酊が関係する可能性が高いという情報提供を受けている場合
- (イ) 警察が保護した者について、家族等からその者の精神疾患や服薬の状況等を聞き取った結果、その者が精神障害者であり、かつ自傷他害のおそれが酩酊によるものとは異なると強く認められる場合
- (ウ) せん妄や痙攣を伴う急性中毒や離脱状態が生じている場合
- (エ) 幻覚や妄想等の精神病性の症状等が物質使用中または使用直後に起こった場合

アルコール以外の精神作用物質による急性薬物中毒者への基本的な考え方は上記と同様であり、



被通報者の身体に薬物が直接的な作用を起こしている、いわゆる臨床的な中毒の状態では、直ちに措置診察を行うことを避け、必要に応じ一般医療による解毒を行うべきである。中毒状態が解消した段階で措置症状が残存している可能性があれば、改めて措置診察を行う必要がある。したがって、中毒状態が解消された場合には、治療にあたった医療関係者より都道府県等に、被通報者の状態について連絡するよう依頼しておくことが適当である。

ただし、薬物中毒の場合には、アルコールによる酩酊に比べて状態像が一般人には判別しがたく、特に薬物の影響による意識障害の有無・程度の判断は専門家でも難しいことがある。対応方針としては、被通報者の救命と病状改善を最優先とすべきである。また、判断に迷う場合は原則として措置診察を行うべきである。

## 5. 刑事手続等との関係

被通報者が刑罰法令に触れる行為に及んでおり、措置入院の手続と刑事事件の手続等が並行することがある。

この点、法第 43 条及び第 44 条においては、精神保健福祉法と、刑事事件や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（以下「医療観察法」という）に関する手続等との関係につき、刑事事件や医療観察法に関する手続等をとる必要がある場合には、精神保健福祉法の措置に関わらず、これらの手続を進めることができる旨等が規定されている。

被通報者が殺人、放火等の重大な他害行為を行った後、都道府県知事等に警察官通報がされた場合、その者は医療観察法の申立ての対象となる可能性があることに留意する。

## 6. 外国人の被通報者の取扱い

外国人が精神症状による自傷他害のおそれを疑われて警察官通報された場合、言語的障壁や文化の違い等により、措置診察には一定の配慮が必要となる。具体的には、通訳の手配、被通報者の背景をよく知る者からの情報収集、被通報者の文化的背景を勘案したうえでその行動を分析することが求められる。状況によっては、被通報者の国籍の領事館等へ身元及び家族等連絡先の照会が必要となる場合がある。また、外国人の被通報者の措置入院の要否が決定した後に、当該者の保護や、帰国の援助等について、当該領事館等の見解を確認することが有用な場合がある。

# IV. 措置診察

## 1. 指定医の選定

都道府県知事等は、措置診察を行う 2 名の指定医については、同一の医療機関に所属する者を選定しないことを原則とするべきである。また、指定医の所属先の病院に被通報者を措置入院させること

については、避けるように配慮すべきである。指定医の確保が困難である等の理由により、措置入院決定後の受入れ予定病院の指定医に措置診察を依頼することについては容認せざるを得ない場合はあるものの、都道府県等は、当該病院の指定医が措置診察を行うことは避けるよう配慮することとする通知が出されていることを考慮した上で、地域の実状に合わせた最善の運用を検討すべきである。

参考：精神保健指定医の選定について（平成 10 年 3 月 3 日障第 113 号・健政発 232 号・医薬発第 176 号・社援第 491 号厚生労働大臣官房障害保健福祉部長・厚生省健康政策局長・厚生省医薬安全局長・厚生省社会・援護局長通知）（抜粋）

## 二 入院制度等の適正な運用について

### （一）措置入院制度について

#### ア 入院手続について

…精神保健指定医の選定に当たっては、原則として同一の医療機関に所属する者を選定しないこととするとともに、措置決定後の入院先については当該精神保健指定医の所属病院を避けるよう配慮すること。

## 2. 指定医の確保

措置診察を行う指定医の確保体制についてはあらかじめ、ある程度の取決めを行っておくことが望ましい。特に、夜間又は休日に措置入院の手続を円滑に進める上では、診察医の確保体制を構築しておくことが重要となる。限られた指定医に負担が集中することのないよう、多くの指定医が措置診察に関与することのできる体制の構築が望ましい。

## 3. 一次診察と二次診察の運用

措置診察を行う 2 名の指定医が被通報者を診察する際に、一次診察と二次診察を分けて行うか同時に行うかについては、いずれの運用でも差し支えない。ただし、各指定医の独立性を担保するため、同時診察や合議を行う場合にも、要措置あるいは不要措置の最終判断は、各指定医が個別に行わなければならない。例えば、二次診察を行う指定医に一次診察の診断書を提供することは望ましくない。また、一次診察と二次診察との間に時間が空いた場合には、被通報者の精神状態、意識レベル、身体の状態等が変化することもありうる。この場合、診察に立ち会った都道府県等の職員がその間の様子も含め、その旨を二次診察を行う指定医に伝える必要がある。

## 4. 措置診察の場所

措置診察を行う場所に関しては、特に法令上規定はされていない。ただし、措置診察の場所の決定に当たっては、事前調査を行った場所から一次診察医療機関、二次診察医療機関、措置入院先病

院のように搬送を重ねることが被通報者の症状の悪化など不利益につながる場合があることを踏まえ、被通報者の状況等に応じ、できるだけ搬送が少なくすむよう必要な配慮を行うことが望ましい。

## 5. 措置診察又は措置入院のための移送

措置診察のための被通報者の移送については、法第 27 条第 1 項の規定に基づき診察させることの一環として、必要に応じて行うことができる。ただし、この移送に当たっては、行動の制限を行うことはできない。

一方、法第 29 条の 2 の 2 に定める措置入院のための移送に関しては、診察を実施した指定医が必要と認めるときは、その者の医療又は保護に欠くことのできない限度において厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限（※）を行うことができる（同条第 3 項）。

（※）身体的拘束（衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限）

都道府県等の職員は、移送の対象者を実際に搬送する以前に、書面により、対象者に対して移送を行う旨等を告知することが必要である。都道府県知事等は、移送を適切に行うとともに、搬送（車両等を用いて移動させること）中の被通報者の安全を確保しなければならない。ただし、対象者の状況等から消防機関による搬送が適切と判断され、当該移送が救急業務と判断される場合や、移送に係る事務に従事する者の生命又は身体に危険が及ぶおそれがあるなど警察官の臨場を要請することが必要であると判断される場合も考えられることから、移送体制について、地域の関係者による協議の場において協議しておくことが望ましい（※）。

（※）移送に関する手続の詳細については、「精神障害者の移送に関する事務処理基準について」（平成 12 年 3 月 31 日、障第 243 号、各都道府県知事各指定都市市長あて厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知）参照。

## 6. 都道府県等の職員の立会い

措置診察を実施する際には、都道府県知事等は、その職員を指定医の診察に立ち合わせなければならない。当該職員は、指定医の診察が適法かつ確実に行われたかどうかを確認し、診察に当たって被診察者の確認その他指定医の診察に伴う事務的介助を行う。（法第 27 条第 3 項）

## 7. 措置診察に必要な立入り

都道府県等の職員及び指定医は、措置診察を行うに当たって必要な限度において、被診察者の居住する場所に立ち入ることができる。この際、「居住する場所」とは、現に事実上居住している場所であつて、例えば 2 カ所以上の場所に居住している実態があれば、そのいずれにも立ち入ることができる。また、

居住地がない場合には、被診察者の滞留する場所も「居住する場所」に含まれる。被診察者の居住する場所へ立ち入る場合には、指定医及び立ち会う都道府県等の職員は、その身分を示す証票を携帯し、本人、本人を現に保護している者、本人の居住する場所を管理している者等関係者から請求されれば、これを提示しなければならない。（法第 27 条第 4 項、及び第 5 項）

## 8. 診察の通知

措置診察を行わせる都道府県等の職員は、措置診察に当たり、被診察者の家族等、現に本人の日常において保護の任に当たっている者に対し、診察の日時及び場所を通知する。ただし、警察署、刑務所等公的施設に収容されている者が被診察者である場合であって、家族等、本人の保護の任に当たっている者がいないか、又は不明であるときは、当該施設の長を、現に保護の任に当たっている者として通知の相手方としても差し支えない。（法第 28 条第 1 項）

これらの現に本人の保護の任に当たっている者は、措置診察に立ち会うことができる。（法第 28 条第 2 項）

## 9. 診察時の都道府県等からの情報提供

措置診察にあたり、都道府県等は、措置診察を行う指定医に対し、事前調査の情報を必要十分な範囲で具体的に伝達すべきである。

## 10. 措置診察

都道府県知事等の指定を受けて措置診察を行う指定医は、厚生労働大臣の定める基準（昭和 63 年厚生省告示第 125 号）に従い、措置診察をした者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自傷他害のおそれがあるかどうかの判定を行わなければならない。（法第 28 条の 2）

この際、自傷行為とは、主として自己の生命、身体を害する行為を指し、浪費や自己の所有物の損壊等のように単に自己の財産に損害を及ぼすにとどまるような行為は、自傷行為には当たらないものであること、また、他害行為は、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいうものと規定されていることに留意し、慎重に判断すべきである。

参考：精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 28 条の 2 の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準(昭和 63 年厚生省告示第 125 号) (抜粋)

第一

- 一 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和 25 年法律第 123 号。以下「法」という。)第 29 条第 1 項の規定に基づく入院に係る精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある旨の法第 18 条第 1 項の規定により指定された精神保健指定医による判定は、診察を実施した者について、入院させなければその精神障害のために、次の表に示した病状又は状態像により、自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為(以下「自傷行為」という。)又は殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為(以下「他害行為」といい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。)を引き起こすおそれがあると認めた場合に行うものとする。

## 11. 措置入院が不要となった後の支援について

措置診察により措置入院が不要になった場合であっても、被診察者に対するその後の支援が必要と認められる場合には、都道府県等は、法 47 条に基づく相談指導等を積極的に行うことが望ましい。被診察者に対するその後の支援が必要と認められるが、被診察者の居住地を管轄する保健所設置自治体が措置入院の要否判断を行った都道府県等と異なる場合は、措置入院の要否判断を行った都道府県等は、被診察者の了解を得たうえで、当該保健所設置自治体に連絡し、被診察者への支援の必要性について当該保健所設置自治体に説明をすることが望ましい。

## V. 緊急措置入院の運用

### 1. 緊急措置入院の要件

都道府県知事等は、措置入院の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、以下の①～③に示すような通常の措置入院の手續の全部又は一部を採ることができない場合において、指定医 1 名の診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自傷他害のおそれが著しいと認めるときは、その者を緊急措置入院とすることができる。(法第 29 条の 2)

- ① 都道府県知事等が派遣した 2 名以上の指定医が診察すること
- ② 診察に、都道府県等の職員が立ち会うこと (IVの 6. 都道府県等の職員の立会い 参

照)

③ 診察について家族等に通知をし、及び診察に立ち合わせる事

この際、都道府県等は、夜間及び休日であることのみをもって上記①～③の手續の全部又は一部を採ることができないとは必ずしも言えないことに留意し、可能な限り通常の手續を採るよう努めることが必要である。

緊急措置入院は通常の措置入院よりも簡略な手續で措置権限を行使するものであることから、法第 29 条の通常の措置症状よりも自傷他害のおそれの程度が著しいと認められる場合でなければならない。

また、緊急措置入院の場合も、できる限り事前調査を行うよう努めることが適当である。

## 2. 緊急措置入院後の対応

緊急措置入院の入院期間は 72 時間を超えることはできない。このため、都道府県知事等は、緊急措置入院を行った後、速やかに緊急措置入院者の措置入院の要否について決定しなければならない。その際、措置診察を行う 2 名の指定医を選任するに当たっては、必ずしも当該緊急措置入院の要否判断を行った指定医を除外する必要はない。

また、都道府県等は、緊急措置診察において要措置判断のための判断材料となった情報は、そのすべてを、後に措置診察を行う指定医にも提供するべきである。

## VI. 措置入院の実施

### 1. 措置入院の決定

都道府県知事等が指定した 2 名の指定医が診察を行い、その 2 名が独立して措置入院が必要であると判断をした場合、すなわち、被診察者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければならぬ精神障害のために自傷他害を及ぼすおそれがあると認めることについて各指定医の診察の結果が一致した場合には、都道府県知事等は、被診察者を、国等（国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人をいう。）の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。（法第 29 条第 1 項及び第 2 項）

この際、違法薬物の使用等が関連する事例や、特性に応じた対応が必要なパーソナリティ障害等が予想されるときは、十分に対応が可能な公的病院等の専門性の高い医療機関を、措置入院先として積極的に活用することが望ましい。

国等の設置した精神科病院及び指定病院の管理者は、既に別の措置入院者又は緊急措置入院者がいるため指定病床に余裕がない場合のほかは、措置入院者を入院させなければならない。（法第 29 条第 4 項）

## 2. 措置入院者に対する告知

都道府県知事等は、措置入院を行う場合には、当該措置入院者に対し、措置入院を行う旨、退院等の請求に関すること及び入院中の行動制限に関することを所定の様式により書面で告知しなければならない。（法第 29 条第 3 項）

## 3. 措置入院先の医療機関に対する情報提供

都道府県等は、被通報者を措置入院させるにあたり、適切な入院医療を提供する観点から、入院先に事前調査及び措置入院に関する診断書の情報を提供することが適当である。事前調査票や通報に関する添付資料、とりわけ被通報者自身が作成した文書等の資料や、被通報者の直近の状況を知るのに重要な情報となる資料も同様である。なお、措置入院先病院にこれらの資料を提供するに当たっては、病院が患者等から当該資料も含めた診療記録等の開示を求められた場合には、開示の判断に当たって都道府県等に確認を行うようあらかじめ伝達しておくことが適当と考えられる。

措置入院に関する診断書そのものは、指定医が公務員として作成して都道府県知事等に提出する性質のものであることから、提出された診断書は都道府県知事等の管理する行政文書であって、これを第三者に提供することを都道府県知事等の権限で実施するにあたり、作成した指定医の同意を得る必要はない。他方、措置入院に関する診断書には、指定医の氏名をはじめ、患者以外の第三者の個人情報が含まれているため、これを直接病院に提供することの是非については、各都道府県等における個人情報の取扱いに関する条例等に従う必要がある。この点、例えば、都道府県等が措置入院に関する診断書の情報から、入院治療においては必要がないと認められる第三者に関する個人情報を削除した文書を作成し、措置入院先病院に情報提供するという運用が考えられる。

## VII. 措置解除

都道府県知事等は、措置入院者が、入院を継続しなくても精神障害のために自傷他害のおそれがない、すなわち、措置症状が消退したと認められるに至ったときは、直ちに、措置解除を行わなければならないこととされている。（法第 29 条の 4 第 1 項）

このため、都道府県知事等は、法第 29 条の 5 に基づき措置入院先病院から保健所長を経て提出された症状消退届を受理した場合、速やかに、措置解除の判断を行う。

都道府県知事等が措置解除の判断を適切に行えるようにするため、症状消退の事実等に疑義がある場合には、精神科医療を専門とする医師に依頼し、措置入院者の病状等につき措置入院先病院に照会することが考えられる。具体的には、都道府県等の常勤、非常勤、嘱託の精神科医や精神保健福祉センターの精神科医などが、必要に応じて対応できる体制を確保することが望ましい。

また、症状消退届の「訪問指導等に関する意見」及び「障害福祉サービス等の活用に関する意見」が空欄である場合、都道府県知事等は措置入院先病院に状況を確認し、必要に応じて追記を求めるこ

とが適当である。

措置症状が消退している場合に、退院後支援に関する計画（「自治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」参照）に基づく支援について本人の同意を得られないことや、退院後支援計画の作成に時間を要していることを理由として、措置入院を延長することは、法第 29 条の 4 の規定上認められない。都道府県知事等は、患者の人権保護の観点から、こうした対応を行うことのないよう厳に留意する必要がある。

都道府県知事等は、症状消退届があった場合のほか、法第 38 条の 6 に基づき、その指定した指定医に措置入院者を診察させた結果、措置症状が消退したと認められるに至ったときは、直ちに措置解除を行わなければならない。この場合は、あらかじめ、措置入院先病院の管理者の意見を聞かなければならない。この指定医による診察は、措置入院後概ね 3 ヶ月を経過したときに実施することが適当である。また、これ以外の場合にも必要に応じ積極的に実施するよう努めるべきである。

このほか、精神医療審査会の審査の結果、措置入院者の入院が必要でないと認められた場合には、措置解除を行わなければならない。（第 38 条の 3 第 4 項又は第 38 条の 5 第 5 項）

## **VIII. 地域の関係者による協議の場**

### **1. 協議の場の設置**

都道府県等は、措置入院の適切な運用に資するよう、自治体、精神科医療関係者、福祉関係者、障害者団体、家族会、警察、消防機関等の地域の関係者による協議の場を設け、

- ・ 警察官通報等から措置入院までの対応方針
- ・ 困難事例への対応のあり方等措置入院の運用に関する課題
- ・ 移送の運用方法

等について、年に 1 ～ 2 回程度を目安に協議を行うことが望ましい。

なお、各都道府県等において、地域の精神保健医療福祉体制等について協議する既存の会議体がある場合は、当該会議体を協議の場として位置付け、当該会議体にこうした役割を担わせることも考えられる。

### **2. 協議の場における情報の取扱い等**

協議の場は、措置入院の適切な運用のあり方について、地域の関係者が協議を行うものであり、当該協議の場において個人情報共有することは想定されていないことから、個人情報を取り扱うことのないよう厳に留意すべきである。

また、協議の場の議事録等の記録の作成主体は協議の場を設置した都道府県等であり、その作成と保管期間は、各自治体の文書管理の規則等により設定されることとなるが、協議内容等の検証を可能とし、協議の場の適正な運用を確保する観点から、保存期間は 10 年を目途として設定することが適当と考えられる。使用した関係資料についても同様である。



## IX. 運用マニュアルの整備

措置入院の運用に当たっては、各都道府県等において、本ガイドラインを参考にマニュアルを整備し、現場の動きを妨げない範囲において、マニュアルを遵守することにより、措置入院運用の全国的な標準化及び均てん化を進めていくことが望まれる。

## X. 研修の実施

警察官通報の受理から措置解除に至るまでの措置入院に関する手続に関して、標準化及び均てん化を図るためには、措置入院に携わる職員に対し、本ガイドラインの内容を参考に、措置入院の運用について、専門家による講義やグループワークを含む研修が定期的開催されるべきである。

研修規模については、自治体ごとに措置入院の運用実態が異なっている現状に鑑みると、自治体ごとの研修に加えて、全国規模の研修や、近隣自治体との合同研修、近隣自治体以外の自治体との合同研修、自治体相互の意見交換を含む研修を行うほか、警察等の関係機関の職員との合同研修等を積極的に行っていくことが、措置入院の運用の適正化と、研修に携わる職員の知識と技術を高めるために有用であると考えられる。

研修会の実施に際しては、参加者の理解度や到達度をチェックしてフィードバックする仕組みを設けることが望ましい。また研修には、グループワークによるケーススタディ等の実践的な内容が含まれることが望ましい。

## XI. 実施状況の適切な把握とガイドラインの見直し

都道府県等の、措置入院制度の運用状況に関しては、VIIIの地域の関係者による協議の場等で報告されるとともに、国が運用状況を適切に把握することが望ましい。また、本ガイドラインは、国全体の措置入院制度の運用状況を踏まえて、必要に応じた改正を行うことが適当である。

## XII. おわりに

このたび、警察官通報及び通報後に措置診察や措置入院に至る地域間のばらつきに関連する要因を検討する過程で、精神障害が疑われる者の精神科医療へのアクセスや移送のあり方、法47条に基づく相談指導のあり方について検討を深め、必要な体制を整備することが重要であるとの認識が共有された。これらの体制について自治体間のばらつきが生じている背景には、自治体における保健所の設置状況や管轄人口及び面積、通報等対応や相談指導のための人員配置状況（精神保健福祉相談員の任用の有無や配置数、その他の専門職種の配置状況や経験年数等）、措置入院先としての指定病院やその他の精神科医療機関、指定医をはじめとする管内医療資源の数や種別などが大きく影響し

ていると考えられる。2010年の法改正により、法第19条の11において都道府県における精神科救急医療体制の確保について規定されたことも鑑みれば、被通報者の人権擁護の観点からも、現状の自治体間の体制のばらつきの是正に努める必要がある。さらには、措置入院等の非自発的入院が必要な状態となる以前に、地域において必要な保健・医療・福祉等の支援が受けられる仕組みの構築を目指すべきであろう。

本ガイドラインにおいては、精神障害者の適切な医療その他の援助を行うために必要な体制について検討するための、自治体、精神科医療関係者、警察等の地域の関係者による協議の場を設けることを推奨している。このような会議の機会を有効に活用することにより、自治体と警察その他の関係機関等との認識の共有と必要な連携が促進されるものと期待される。一方で、当該会議が自治体の精神保健医療福祉体制の改善に繋がらず、いわゆるローカルルールが強化されてしまうことも懸念される。通報等及び措置入院の運用における標準化及び均てん化の促進のためには、自治体における協議状況等を踏まえて、厚生労働省をはじめとした関係省庁間においても引き続き検討・協議していくことが必要である。また、被通報者が殺人、放火等の重大な他害行為を行っていた場合、その者は医療観察法の申し立ての対象となることが想定され、当該申立てがその後の医療継続や退院後の支援のあり方に大きく影響を及ぼす。しかし、現状では、自治体や医療機関が、医療観察法の申し立ての可能性等について関係機関からの情報を得ることは困難であり、この点も今後の検討課題である。

本ガイドラインは、措置入院に係る申請・通報・届出のうち7割以上を占める（平成28年度衛生行政報告例）警察官通報に対応したものであるが、今後、他の通報や申請、届出の運用についてもガイドラインを示し、措置入院運用の標準化及び均てん化を図ることが望まれる。

## 謝辞

このガイドラインは、厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）の分担研究「措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究」（分担研究者：椎名明大）の助成によって作成された。

### 研究班の構成

#### 【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 社会復帰研究部 部長）

#### 【研究分担者】

椎名 明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター 治療・社会復帰支援研究部門 特任准教授）

#### 【研究協力者】（五十音順）

相澤 明憲（弓削病院 病院長）

浅見 隆康（群馬県こころの健康センター 所長）

東 美奈子（訪問看護ステーション Relisa 所長）

新垣 元（新垣病院 理事長）

今井 淳司（東京都立松沢病院）

稲垣 中（青山学院大学 国際政治経済学部 教授）

伊豫 雅臣（千葉大学 精神神経科 教授）

遠藤 悦夫（全国精神保健福祉相談員会 品川保健センター）

遠藤 謙二（千曲荘病院 理事長・院長）

遠藤 哲一郎（全国精神保健福祉相談員会 川口市保健センター）

太田 順一郎（岡山市こころの健康センター長）

大塚 達以（宮城県立精神医療センター）

大槻 知也（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県川口保健所）

大屋 未輝（日本精神保健福祉士協会）

川副 泰成（国保旭中央病院 院長補佐）

菊池安希子（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部 室長）

吉川 隆博（東海大学 健康科学部看護学科 准教授）

木本 達男（全国精神保健福祉相談員会 岡山市こころの健康センター）

金田一 正史（全国精神保健福祉相談員会 千葉県精神保健福祉センター）

熊取谷 晶（全国精神保健福祉相談員会 京都府精神保健福祉総合センター）

小関 清之（医療法人社団斗南会秋野病院 地域連携室長）

神 明彦（成増厚生病院 看護師長）  
佐々木英司（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県草加保健所）  
紫藤 昌彦（紫藤クリニック 院長）  
島田 達洋（栃木県立岡本台病院 医務局長兼診療科長）  
杉山 直也（沼津中央病院 院長）  
瀬戸 秀文（長崎県精神医療センター 診療部長）  
田所 淳子（全国精神保健福祉相談員会 高知県中央東福祉保健所 健康障害課）  
田中 究（兵庫県立ひょうごこころの医療センター 院長）  
田村 綾子（聖学院大学 人間福祉学科 教授）  
塚本 哲司（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県立精神保健福祉センター）  
辻本 哲士（滋賀県立精神保健福祉センター 所長）  
津田 多佳子（川崎市精神保健福祉センター 担当課長）  
中島 公博（五稜会病院 理事長）  
長野 敏宏（御荘診療所 院長）  
中原 由美（福岡県粕屋保健福祉事務所 保健所長）  
成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター 副病院長）  
野口 正行（岡山県立精神保健福祉センター長）  
橋本 望（岡山県精神医療センター）  
長谷川 直美（ほっとステーション 院長）  
長谷川 花（沼津中央病院）  
波床 将材（京都市こころの健康増進センター 所長）  
平田 豊明（日本精神科救急学会 理事長）  
平林 直次（国立精神・神経医療研究センター病院 第二精神診療部長）  
廣江 仁（社会福祉法人養和会 理事長）  
本田 浩子（東京都福祉保健局障害者施策推進部 精神保健医療課計画担当）  
増茂 尚志（栃木県精神保健福祉センター 所長）  
松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 部長）  
武藤 岳夫（肥前精神医療センター 精神科医長）  
村上 優（国立病院機構神原病院 院長）  
柳 尚夫（豊岡健康福祉事務所 保健所長）  
山岡 功一（神経科浜松病院 理事長・院長）  
山縣 正雄（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県立精神医療センター）  
山本 賢（全国精神保健福祉相談員会 飯能市健康福祉部健康づくり支援課）  
山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部 部長）

別添 1 2

# 自治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

平成 30 年 3 月

平成 29 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金

「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」

分担研究「措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究」

## 目次

|   |    |
|---|----|
| I. はじめに   | 1  |
| II. 自治体による精神障害者の退院後支援の趣旨                        | 2  |
| III. 退院後支援に関する計画の作成                             | 2  |
| 1.概要  | 2  |
| 2.作成主体  | 3  |
| 3.支援対象者   | 3  |
| 4.計画作成についての本人の同意、本人及び家族その他の支援者の参画               | 4  |
| 5.計画作成の時期                                       | 4  |
| 6.計画の内容   | 5  |
| 1) 計画の記載事項                                      | 5  |
| 2) 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針及び病状が悪化した場合の対処方針 | 6  |
| 3) 計画に基づく支援期間                                   | 6  |
| 4) 計画内容に関するその他の留意事項                             | 7  |
| 7.会議の開催   | 7  |
| 1) 概要   | 7  |
| 2) 設置主体、事務局                                     | 7  |
| 3) 参加者  | 8  |
| 4) 開催時期   | 9  |
| 5) 開催方法   | 10 |
| 6) 開催場所   | 10 |
| 7) 協議内容   | 10 |
| 8) 会議の事務に関する情報の管理                               | 10 |
| 9) 会議の記録等の取扱い                                   | 11 |
| 10) その他の留意点                                     | 11 |
| 8.計画の交付及び支援関係者への通知                              | 11 |
| 9.入院先病院の役割                                      | 11 |
| 1) 退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任                    | 12 |
| 2) ニーズアセスメントの実施                                 | 13 |
| 3) 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡                        | 14 |
| 4) 計画に係る意見書等の自治体への提出                            | 14 |
| 5) 会議への参加                                       | 14 |
| 10.地域援助事業者の役割                                   | 14 |

|   |    |
|---|----|
| <b>IV. 計画に基づく退院後支援の実施</b> .....                       | 15 |
| <b>1. 帰住先保健所設置自治体の役割</b> .....                        | 15 |
| <b>2. 各支援関係者の役割</b> .....                             | 15 |
| 1) 帰住先保健所設置自治体への協力.....                               | 15 |
| 2) 計画に基づく支援の実施に関する留意点 .....                           | 16 |
| <b>3. 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応</b> ..... | 16 |
| <b>4. 計画の見直し</b> .....                                | 16 |
| <b>5. 本人が居住地を移した場合の対応</b> .....                       | 17 |
| 1) 概要 .....   | 17 |
| 2) 移転元自治体の対応.....                                     | 17 |
| 3) 通知内容等 .....  | 17 |
| 4) 移転先自治体の対応.....                                     | 18 |
| <b>6. 計画に基づく支援の終了及び延長</b> .....                       | 18 |
| 1) 計画に基づく支援の終了及びその後の対応 .....                          | 18 |
| 2) 計画に基づく支援期間の延長 .....                                | 19 |
| <b>7. 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回する意向を示した場合の対応</b> ..     | 19 |
| <b>8. 退院後支援の業務の委託</b> .....                           | 20 |
| 1) 概要 .....   | 20 |
| 2) 業務委託を実施する場合の留意点.....                               | 20 |
| <b>9. 退院後支援の体制整備、退院後支援の実施状況の適切な把握</b> .....           | 20 |
| <b>V. おわりに</b> .....                                  | 21 |
| 〈参考：計画の作成の具体的な手順の流れ〉 .....                            | 22 |

## I. はじめに

このガイドラインは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号。以下「法」という。）の理念に基づき、法に基づいて入院した精神障害者に対して自治体を実施可能な退院後支援の運用のあり方について、現在得られている知見やオーソリテイズオピニオン（専門家による意見）等に基づいてまとめたものである。

精神障害の治療のために入院した者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多いと考えられる。平成 26 年度の精神保健資料によれば、精神病床から退院した者の約 3 割が半年以内に再入院していることを考慮しても、入院をした精神障害者の円滑な社会復帰の観点からは、そのニーズに応じて、退院後に必要な、医療、福祉、介護、就労支援等の支援（以下「医療等の支援」という。）が実施されることが望ましい。

これまで、平成 25 年の法改正では、医療保護入院を行った入院先病院の管理者に退院後生活環境相談員の選任義務や地域援助事業者の紹介の努力義務を課すなど、病院による退院促進措置の取組を推進してきた。一方で、例えば、措置入院は、都道府県知事又は政令指定都市の長（以下「都道府県知事等」という。）が行政処分として行うものであり、退院（入院措置の解除）の決定も都道府県知事等が行うものである。このため、措置入院の場合には、入院先病院のみで退院後支援について検討するのではなく、地方公共団体（以下「自治体」という。）が、入院先病院と協力しつつ、本人のニーズに応じた退院後支援のあり方について検討することが望ましいと考えられる。措置入院者については、一般的な精神医療で支えきれなかった人々であることが多く、措置解除後の支援体制が十分でないことや、転帰不明となる例が多いことが従前より指摘されてきた。先行研究からは、措置入院者は他の入院形態の患者と比較し、医療を継続する上での困難やソーシャルサポートの乏しさが顕著であることが示唆されている。これらを踏まえると、措置入院者の場合は、退院後に医療等の包括的な支援が必要となる可能性が高いと考えられる。一方で、措置入院以外の入院形態で入院した精神障害者についても、措置入院者と同様、退院後に医療等の包括的な支援が必要な場合があり、自治体はその調整役となることが望ましい場合もある。

上記を踏まえて、本ガイドラインでは、入院した精神障害者のうち、自治体を中心となって退院後支援を行うことが必要と認められる者について、法の理念に基づき、各自治体はその体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的な支援を進めていくことができるよう、現在の法の下で実施可能な、自治体を中心とした退院後の医療等の支援の具体的な手順を整理した。

本ガイドラインは、厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）の分担研究「措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究」（分担研究者：椎名明大）の研究成果物であり、そのとりまとめに当たっては、地方公共団体の職員、精神保健医療福祉専門職、精神障害者本人及び家族を含めた幅広い意見の聴取を行い、包括的かつ多面的な視点から検討を加えた。研究班としては、本稿の内容が全国的に活用されることで、入院中の精神障害者の退院後支援の推進を通じて我が国の精神保健医療福祉全体の質的向上がもたらされることを期待したい。



なお、このガイドラインは研究成果物であって、何人も本稿の活用を義務づけられているわけではなく、本稿を活用した又はしなかったことにより何人も法的責任を問われるものではない。また、本稿の制作に携わった研究者及び協力者は、本稿の活用によって生じた損害についての責任を負うものではない。本稿の内容の一部はオーソリティーズオピニオン（専門家による意見）に過ぎず、そのエビデンスレベルには限界があることに留意が必要である。また本稿の内容は今後の事例・経験その他エビデンスの積み重ねによって改変されるものである。

## II. 自治体による精神障害者の退院後支援の趣旨

本ガイドラインに示す自治体を中心となって退院後支援を行うことが必要と認められる者（以下「支援対象者」という。）に対する退院後支援の医療等の支援の仕組みは、支援対象者が退院後にどこの地域で生活することになっても、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等のために必要な医療等の包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることで、精神障害者が、地域でその人らしい生活を安心して送れるようになることを目指すものである。

多くのニーズや課題を抱える精神障害者が、地域で安心して生活するためには、多職種・多機関が有機的に連携し、本人のニーズに応じた包括的支援を提供する必要がある。国及び自治体は、退院後支援体制を整備することを通じて、行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、本人の意向やニーズに応えられるよう地域の包括的支援体制を構築していくべきである。これにより、すべての精神障害者がその人らしい地域生活を送ることができる社会を目指すことが、法の趣旨に適うものであり、地域移行の促進にもつながるものと考えられる。

自治体は、法の理念と退院後支援の趣旨を十分踏まえた上で、医療機関や地域援助事業者等の関係者と連携・協力して退院後支援に取り組むことが必要である。その際には、本人の支援ニーズを的確に評価し、本人及び家族その他の支援者（本人を支援している家族、支援への関与を本人が希望する友人等の支援者をいう。以下同じ。）の意向を十分踏まえながら、支援対象者が円滑に地域生活に移行することができるよう、過不足のない支援を提供すべきである。

## III. 退院後支援に関する計画の作成

### 1. 概要

自治体（2の作成主体の自治体をいう。）は、法第47条に基づく相談支援業務の一環として、支援対象者について、退院後に社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な医療等の包括的な支援を適切かつ円滑に受けられるよう、本人の同意を得た上で、必要な医療等の支援内容等を記載した「退院後支援に関する計画」（以下「計画」という。）（別添参考様式1、2）を作成することが適当と考えられる。

計画に基づく支援は、入院中の精神障害者が希望する地域生活を送るための援助として、その一

ズに応じて行われるものである。このため、計画の作成にあたっては、本人が望み、十分な理解に基づき納得した上で受けられるような支援となることに主眼を置き、本人が自らの計画作成に参加できるよう積極的な働きかけを行うことが重要である。その際には、家族その他の支援者の意見についても十分に尊重するべきである。

計画の作成にあたっては、原則として、退院後の医療等の支援の関係者（以下「支援関係者」という。）等が参加する会議（以下「会議」という。）（7.会議の開催で詳述、7～11 ページ）を開催することが適当である。

作成主体の自治体は、原則として会議において、支援関係者等と計画の内容を協議した上で、計画を作成する。

## 2. 作成主体

計画は、計画に基づく相談支援等を実施する、支援対象者の退院後の居住地を管轄する保健所設置自治体（都道府県、保健所を設置する市（政令指定都市、中核市等）及び特別区をいう。）（以下「帰住先保健所設置自治体」という。）が作成主体となることが原則である。

ただし、支援対象者が措置入院者又は緊急措置入院者の場合には、措置を行った都道府県等と帰住先保健所設置自治体が異なる場合がある。この場合には、措置を行った都道府県等が入院及び退院（入院措置の解除）の決定を行うこととなるため、当該都道府県等が、帰住先保健所設置自治体と共同して作成主体となることが適当である。この場合も、実効性のある計画を作成し、効果的な退院後支援を実施する観点から、帰住先保健所設置自治体が、計画の作成やそのための会議の開催に当たって中心的な役割を果たすべきである。

なお、本人が地域へ退院する際には、多くの場合、入院前の居住地に戻るようになるため、入院前の居住地が確認されている場合には、当該居住地を管轄する保健所設置自治体を帰住先保健所設置自治体として取り扱う。ただし、本人が地域へ退院する際に入院前の居住地に戻らない可能性が高い場合又は入院前の居住地が不明な場合においては、帰住先が確定するまでは帰住先不明の扱いとし、措置を行った都道府県等が計画作成のために必要な準備を進める。

作成主体となる自治体の具体的な機関としては、法第 47 条に基づく相談支援を行っている保健所等の機関が想定される。

## 3. 支援対象者

計画は、作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後支援を行うことが必要であると認められた者のうち、計画に基づく支援を受けることに同意した者について作成する。

措置入院者については、都道府県知事等が入院及び退院（入院措置の解除）の決定を行うものであり、退院後支援に自治体が関与する必要性が高いと考えられるが、まず、措置入院者のうち退院後支援を実施する必要性が特に高いと認められる者から支援対象とするなど、自治体の支援体制に応じ

て対応していくことが考えられる。また、医療保護入院や任意入院など他の入院形態により入院している者や、緊急措置入院後に措置入院とならなかった者についても、本人や家族その他の支援者、入院先病院から求めがあった場合等に、自治体を中心となって退院後支援を行う必要性が高いと認められる者について、自治体の支援体制に応じて可能な範囲で支援対象とすることが考えられる。

#### 4. 計画作成についての本人の同意、本人及び家族その他の支援者の参画

計画の作成は、計画に基づく支援の必要性等について丁寧に説明し、本人から、自治体が計画を作成すること、退院後は計画に基づき支援関係者が協力して退院後支援を実施すること、計画の作成・実施に必要な本人の情報及び作成された計画を支援関係者間で共有すること等について同意を得ることが必要である。作成主体の自治体は、本人から同意を得たことについて記録を行うことが適当である。

計画の作成に当たって、十分な説明を行っても、自治体が計画に基づく支援の実施について本人の同意が得られない場合や、本人の計画作成への意向の確認が困難である場合には、計画の作成は行わない。ただし、この場合も、自治体は、本人や家族その他の支援者に対して、その希望に応じて、保健所等の職員が相談に応じることができる旨を伝える等、必要に応じて法第47条による相談支援等を提供できるよう、環境調整等を行うことが望ましい。

退院後支援の目的は、支援対象者が必要な支援を受けられるようにすることによって、本人が希望する地域生活の実現と維持を図ることである。したがって、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び家族その他の支援者の意向を十分に踏まえて作成することが重要である。このため、計画の作成主体及び入院先病院は、計画作成に当たって、本人及び家族その他の支援者が7の会議への参加等を通じて参画ができるように、十分な働きかけを行う必要がある。その際、本人に視覚障害、聴覚障害、知的障害等が重複している場合には、障害特性に応じた合理的配慮の提供が必要である。

#### 5. 計画作成の時期

作成主体の自治体は、原則として入院中（措置入院の場合は措置解除を行うまでの間）に計画を作成する。ただし、

- 入院の期間が短い場合
- 計画の内容の検討に時間を要し、入院中に作成することが難しい場合
- その他精神医療審査会の審査の結果に基づき退院させる場合等、入院中に計画を作成できないことについて、やむを得ない事情がある場合

は、退院後（措置入院の場合は措置解除後）速やかに作成するものとする。この場合も、退院前に、計画の作成等について、本人の意向を確認しておくことが望ましい。

この点、措置入院者については、都道府県知事等は、入院を継続しなくても精神障害による自傷他害のおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに措置入院者を退院（入院措置の解除）させなければならないとされている。（法第 29 条の 4）

このため、措置症状が消退しているにもかかわらず、計画に基づく支援についての本人の同意が得られないことや、計画の作成に時間を要していることを理由として措置入院を延長することは、法律上認められない。措置入院者に計画を作成する場合には、この点に厳に留意することが必要である。

## 6. 計画の内容

### 1) 計画の記載事項

計画には、本人の支援ニーズに応じ、次の各事項を記載する（別添参考様式 1、2）。

- ア. 作成年月日
- イ. 本人の氏名、住所、生年月日、連絡先
- ウ. 精神科病名、治療が必要な身体合併症
- エ. 今回の入院年月日
- オ. 入院先病院名及び所在地
- カ. 退院後の生活に関する本人の希望（就労・就学、家庭、娯楽等）
- キ. 家族その他の支援者の氏名、続柄、連絡先、退院後支援に関する意見
- ク. 退院日（予定）
- ケ. 入院継続の必要性
- コ. 【入院継続の場合のみ】予定されている入院形態、推定入院期間（転院の場合（身体科への転院を含む）は、転院先医療機関名、所在地及び連絡先）
- サ. 医療・障害福祉サービス・介護サービス等に関する基本情報
- シ. 精神科外来通院、外来診療以外の精神科医療サービス（訪問看護、デイケア等、その他）、身体合併症治療、障害福祉サービス、介護サービス、その他の要否
- ス. 退院後支援担当機関名、本人の支援ニーズ・課題、支援内容、連絡先（担当者）
- セ. 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針
- ソ. 計画に基づく支援を行う期間
- タ. 【推奨項目】病状が悪化した場合の対処方針（いわゆる「クライシスプラン」）

上記の項目に加え、計画に基づく支援期間中に転居した場合には本人の同意を得た上で転居先の自治体に計画に関する情報を提供する旨を付記する。

措置解除後に医療保護入院等により入院を継続する場合は、入院継続となる段階で作成する計画は、参考様式 1 の入院継続時に必須とされている項目を記載すれば足りる。この場合、本人が、医療保護入院等から地域に退院した後も、引き続き自治体による退院後支援を受けることを希望してい

る場合には、医療保護入院等から退院する段階で全ての項目を記載した計画に見直し、当該計画に基づき必要な支援を行うことが望ましい。

## 2) 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針及び病状が悪化した場合の対処方針

必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針としては、例えば、本人が通院先の外来を受診しなかった場合には、通院先医療機関から本人の居所に電話連絡を入れる、通院先の看護師が精神科訪問看護・指導を実施する、通院先医療機関が自治体に連絡し、自治体職員が訪問する、家族その他の支援者や関係機関に照会を行う、といった種々の対応が考えられる。この対処方針については、会議においてあらかじめ協議を行い、本人がその必要性を理解できるように丁寧に説明することが必要である。

病状が悪化した場合の対処方針（いわゆる「クライシスプラン」）とは、病状悪化を未然に防ぎ、病状が悪化したときでも可能な限り本人の意向に添った対応を行うことを目的に、病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処や、支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処等をあらかじめ確認しておくものである。このため、計画の作成に当たっては、この対処方針をあわせて作成することが望ましい。この対処方針は、本人との話し合いにより、医療機関において当初案を作成し、会議において協議して計画の一部として決定する。病状が悪化した場合の対処方針には、次の各項目が含まれる。

- 病状悪化の兆候
- 病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処
- 病状悪化の兆候に気づいたときに支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処
- 緊急連絡先

医療機関においては、病状が悪化した場合の対処方針を作成する意義や、活用方法について本人に十分説明した上で、本人との共同作業によりこの対処方針の案を作成する。

## 3) 計画に基づく支援期間

自治体を中心となって行う計画に基づく支援期間は、本人が希望する地域生活に円滑に移行するための期間として、退院後6ヶ月以内を基本として設定する。具体的な支援期間については、本人の意向や病状、支援ニーズ、退院後の生活環境等を踏まえて適切に設定し、不要に長い期間となることがないように留意する。

最初に設定した支援期間が満了した場合は、原則として、計画に基づく支援を終了する。このため、自治体は、計画に基づく支援期間が終了した後には既存の精神保健医療福祉サービス等による支援に円滑に移行できるよう、支援期間中から、地域における既存サービスの活用やネットワークの構築を図ることが適当である。

ただし、本人の病状や生活環境の変化（例えば、支援を終了すると本人の病状が悪化して危機的

状況に陥るおそれが高い場合等)によっては、本人の同意を得た上で、例外的に、支援期間の延長を行うことが考えられるが、その場合も、延長は原則 1 回とし、退院後 1 年以内には、計画に基づく支援を終了して地域生活を送ることができるよう努めることが適当である。

計画に基づく支援期間に関して、本人及び家族その他の支援者の理解と納得を得られるよう、作成主体の自治体は、最初の計画作成の段階で、支援期間の延長があり得る旨も丁寧に説明することが適当である。

#### **4) 計画内容に関するその他の留意事項**

計画の支援内容の検討にあたっては、本人の病状や支援ニーズに応じた過不足のない支援を提供できるように留意する。例えば、支援ニーズが比較的小さく、病状も安定しているような場合には、外来通院と必要に応じた保健所等による相談支援を行うのみとする計画となることも想定される。

入院前より障害福祉サービスを受けている場合や、入院後に障害福祉サービスを利用する場合には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）に基づくサービス等利用計画やサービス毎の個別支援計画が、計画とは別に作成される。このため、計画の支援内容や各支援者等を記載する際には、障害者総合支援法に基づく各計画の内容との整合性を図る必要がある。介護保険法に基づく居宅サービス計画等についても同様である。

計画の作成時に障害福祉サービス等の具体的な内容や担当機関等が定まっていない場合は、計画には、計画作成時点で予定されているサービス内容等を記載し、事後に作成されたサービス等利用計画等の内容を、本人の同意を得た上で、追加資料として支援関係者と共有する。

計画については、地域で生活を行うために十分な内容の計画にする観点から、計画作成の際、都道府県等の常勤、非常勤、嘱託の精神科医や精神保健福祉センターの精神科医など、地域の社会資源等に係る知識を有する者の意見を聴くことも有用と考えられる。

## **7. 会議の開催**

### **1) 概要**

計画の作成にあたっては、原則として入院中に、会議を開催し、支援関係者等で計画の内容等を協議することが適当である。

計画は、本人の社会復帰の促進等のために作成するものであるため、会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。

### **2) 設置主体、事務局**

会議の設置主体は、計画の作成主体の自治体である。

措置入院者又は緊急措置入院者の場合に、措置を行った都道府県等と帰住先保健所設置自治体が計画を共同で作成する場合には、帰住先保健所設置自治体が設置主体となることを原則とし、措置を行った都道府県等は、支援関係者として参加する。ただし、帰住先保健所設置自治体が遠方で

あって、入院先病院への移動が困難であるなど、相応の理由がある場合には、入院中に開催する会議については、措置を行った都道府県等が設置主体となり、帰住先保健所設置自治体が支援関係者として参加することとしても差し支えない。この場合、帰住先保健所設置自治体は、会議の場への出席が困難な場合は、電話やインターネット回線を活用して措置を行った都道府県等を含めた支援関係者と協議を行うこととして差し支えないが、本人が地域に退院した後速やかに、帰住先において、改めて会議を開催することが望ましい。

会議の日程調整、記録の作成等、関係事務を行う事務局は、会議の設置主体となる自治体の保健所等の機関が担うことが想定される。

### 3) 参加者

#### ① 本人及び家族その他の支援者の参加

計画は、本人及び家族その他の支援者の意向を十分に踏まえた上で作成することが必要である。

このため、会議には、本人及び家族その他の支援者の参加を原則とする。その際、事前に本人及び家族その他の支援者に計画や会議の目的と参加の意義について丁寧に説明し、その参加を促すものとする。ただし、家族の参加に関しては、本人の意向を尊重し、本人が同席を望まない家族については原則として参加しないこととする。しかしながら、本人の病状の影響により家族との関わりを忌避する場合もあることを考慮し、本人を支援する意志を表示している家族が計画の作成過程から排除されることのないよう、作成主体の自治体は、会議の前後で意向を確認する等の配慮を行う必要がある。

本人が計画の作成及び支援の実施には同意しているが、本人又は家族その他の支援者が会議への参加を希望しない場合や、本人の病状や家族その他の支援者の事情により本人や家族その他の支援者の参加が困難な場合には、例外的にこれらの者が会議に参加しないことはありえるが、この場合も、作成主体の自治体は、事前又は事後にその意向を確認する機会を設けるなど、本人及び家族その他の支援者の意向を計画に反映させるための対応を行うべきである。

#### ② 弁護士等の代理人の参加

本人が、弁護士等を成年後見人や代理人として、会議に参加させることを希望する場合には、これらの者を会議に参加させるものとする。

#### ③ 支援関係者

会議は、原則として本人及び家族その他の支援者の参加を得た上で、支援関係者により構成し、開催する。具体的には以下の者等が支援関係者となることが想定され、本人の支援ニーズその他の状況に応じて決定する。本人から、支援関係者に関する具体的な意思表示（支援を希望する機関、支援を希望しない機関等）があった場合は、本人の希望を尊重するよう努める。

なお、【】内は、実際に会議に出席することが想定される担当者を示したものである。

会議に出席できなかった支援関係者については、会議の前後で事務局が個別に協議し、その内容を記録することが適当である。

- ア. 作成主体の自治体【精神保健医療福祉担当部局、保健所、精神保健福祉センター等の職員】
- イ. 帰住先の市町村（保健所を設置する市を除く。以下同じ。）【障害福祉担当課、生活保護担当課、地域包括支援センター、保健センター等の職員】
- ウ. 入院先病院【主治医、退院後生活環境相談担当者（Ⅲ-9-1）参照）、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】
- エ. 通院先医療機関【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】
- オ. 入院前の通院先医療機関【主治医、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等】
- カ. 地域援助事業者その他の障害福祉サービス、介護サービス事業者【担当職員】
- キ. 訪問看護ステーション【担当職員】
- ク. NPO などの支援機関【担当職員】、民生委員等

なお、会議に防犯の観点から警察が参加することは認められず、原則として警察は参加しない。

例外的に、例えば、退院後に再び自殺を企図するおそれがあると認められる者や、繰り返し応急の救護を要する状態が認められている者等について、警察が支援関係者として本人の支援を目的に参加することは考えられるが、この場合は、事務局は、本人及び家族その他の支援者から意見を聴いた上で、警察以外の支援関係者間で警察の参加についての合意が得ることが必要である。この際、本人が警察の参加を拒否した場合には、警察を参加させてはならない。

警察の参加に関する本人、家族その他の支援者、支援関係者の意見の確認は、客観性を担保する観点から、書面等により行うことが望ましい。

#### 4) 開催時期

会議の事務局は、本人の症状が一定程度落ち着き、退院後の支援ニーズをある程度評価できるようになった段階で、入院先病院から提出された退院後支援のニーズに関するアセスメント（以下「ニーズアセスメント」という。）結果及び計画に係る意見書を踏まえて、会議の開催時期及び支援関係者について検討する。その上で、支援関係者及び本人、家族その他の支援者と調整を行い、会議の開催日を設定する。

退院前に会議を開催することが原則であるが、開催が困難な場合は、退院後可能な限り早期に開催する。この場合、会議の開催日については、退院前に決定しておくことが望ましい。

なお、措置入院者が入院形態を変更して入院を継続する場合は、措置入院中に作成する計画の作成にあたって会議を開催することは要しない。医療保護入院者に計画を作成する場合に、退院支援委員会の開催予定時期に近接して会議の開催が予定されているときは、退院支援委員会の開催は不要である。ただし、会議の開催後に、病状の変化等により地域への退院の時期を再検討する必要が生じた場合には、退院支援委員会は当初予定されていた時期に開催することが適当である。



## 5) 開催方法

対面で協議することを原則とするが、遠方等の理由で参加が困難な支援関係者がいる場合などには、電話やインターネット回線等を活用して協議を行うこととしても差し支えない。

## 6) 開催場所

本人の入院中に開催される会議は、本人の参加を容易にするため、原則として入院先病院内で開催する。本人が地域へ退院した後で開催される会議は、地域の実情に合わせ、本人の参加しやすさを勘案して開催場所を決定する。

## 7) 協議内容

会議においては、入院先病院から提出された計画に係る意見書（別添参考様式 3、4）と直近のニーズアセスメント（13 ページ）（別添参考様式 5）の結果等を踏まえ、以下の項目について情報共有及び協議を実施することが考えられる。協議内容は、本人の状態やニーズに応じて柔軟に設定して差し支えない。会議において資料を共有する際は、ニーズアセスメントの項目に慎重に扱うべき個人情報が含まれていることを考慮し、必要に応じて別添参考様式 6 を活用するなど、資料の提示方法を工夫する等の配慮を行うことが望ましい。

- 治療経過
- 入院に至った経緯の振り返り
- ニーズアセスメントの結果
- 今後の治療計画（病状が悪化した場合の対処方針を含む）
- 退院後の生活に関する本人の希望及び家族その他の支援者の意見
- 退院後の生活に関する課題（支援ニーズ）、目標、支援体制（支援内容、担当機関、担当者、連絡先等）
- 計画に基づく支援期間

## 8) 会議の事務に関する情報の管理

会議を開催するにあたっては、計画の作成において必要な本人の情報及び作成された計画を支援関係者間で共有すること等について、あらかじめ本人の同意を得る。（4 ページ参照）

また、設置主体は、支援関係者に、正当な理由なく計画の内容、支援の実施状況、本人の病状等、会議の事務に関して知り得た情報を漏らさないこと等、会議の事務に関する情報の適正な取扱いについてあらかじめ説明し、文書により各支援関係者から当該取扱いを遵守することについて同意を得ておく。また、各支援機関内で当該情報を共有するにあたっては、退院後支援の実施に当たり協議内容の共有が職務上必要となる者に限り、支援の実施のために知る必要がある必要最低限の情報を共有するに留め、本人の情報を取り扱う者全員がその責任を自覚して適切な情報管理を行う。

## 9) 会議の記録等の取扱い

会議の記録及び計画等の関係資料については、各自治体の文書管理の規則等に基づき、事務局が保存する。保存期間は、計画に基づく支援終了後、5年を目途として設定することが適当と考えられる。これらの記録は、機微な個人情報であることから、不要に長い期間保存することのないよう留意が必要である。

各支援関係者についても、退院後支援に関する資料については、同様の保存期間を設定して適切に管理するとともに、退院後支援以外の目的で使用することのないよう厳に留意するべきであり、各自治体はその旨を各支援関係者に対して周知することが適当である。

また、本人から会議の記録について情報開示の求めがあった場合には、本人に関する情報であることを踏まえ、各自治体の条例に基づき、できる限り速やかにこれに応じるよう努めることが適当である。

## 10) その他の留意点

会議には本人の参加が原則であるが、参加にあたっては、本人が自らの希望や意見を十分に伝えられるような環境設定が重要である。このため会議には、本人と信頼関係が構築されている支援関係者が参加していることが重要であり、入院先病院の主治医、退院後生活環境相談担当者（Ⅲ-9-1）参照）等の支援関係者、自治体職員等は、入院当初より本人との信頼関係構築に努めることが重要である。

## 8. 計画の交付及び支援関係者への通知

計画を決定したときは、作成主体の自治体は、速やかに、本人に対して計画を交付する。この際、本人及び家族その他の支援者に対して、計画の内容等について再度丁寧に説明する。その際、計画の見直しや同意の撤回を申し出ることが可能である旨をあわせて説明することが適当である。これらの説明は対面により行うことが望ましいが、対面による説明が困難な場合は、郵送により交付し、電話にて説明することとしても差し支えない。

交付した計画について本人又は家族その他の支援者が見直しを求めた場合や、計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合の対応については、Ⅳの4及び7で後述する。

また作成主体の自治体は、計画内容について協議を行った支援関係者に対し、作成した計画の内容を通知する。なお、本人又は家族その他の支援者の求めに応じて本人に交付した計画の見直しを検討する場合や計画に基づく支援への同意を本人が撤回した場合については、その旨を速やかに支援関係者に伝えておくことが適当である。

## 9. 入院先病院の役割

入院先病院は、計画の作成主体の自治体に協力し、以下の対応を行うことが望ましい。

## 1) 退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任

入院した精神障害者が、退院後に円滑に社会復帰等を行うためには、入院中から、退院後に必要な医療等の支援の検討が行われることが望ましい。本人の同意を得ることなく行われる医療保護入院については、こうした検討を入院中から行うことで可能な限り早期退院等を促していく観点から、既に、精神科病院の管理者に医療保護入院者に退院後生活環境相談員を選任することが義務付けられている（法第 33 条の 4）。

措置入院は、都道府県知事等が入退院の決定を行うものであり、自治体を中心となって退院後の医療等の支援が行われることが想定されるが、医療保護入院と同様に本人同意を得ることなく行われる入院であるため、入院先病院においても、本人や家族その他の支援者等が退院後の生活環境に関する相談を容易に行える体制を整えておくことが望ましいと考えられる。このため、措置入院先病院の管理者は、退院後の生活環境に関し、本人及び家族その他の支援者等の相談支援を行う担当者（以下「退院後生活環境相談担当者」という。）を選任することが望ましい。

退院後生活環境相談担当者は、計画の作成等のための病院における取組の中心的役割を果たすこととなる。この際、本人の治療と生活支援の両面からの支援を、本人を主体とした権利擁護の視点に立って考えることが求められる。

退院後生活環境相談担当者には、当該病院の精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者についても、退院後生活環境相談担当者として選任することが考えられる。

退院後生活環境相談担当者は、以下に示す業務を行うことが望ましい。なお、計画が作成されない場合は、〈計画に関する業務〉を除く業務を実施する。

### 〈入院時の対応〉

- 本人及び家族その他の支援者に対して、退院後生活環境相談員として選任されたこと及びその役割について説明する。
- 入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜本人及び家族その他の支援者に説明を行う。

### 〈退院に向けた相談支援〉

- 本人及び家族その他の支援者からの相談に応じる。
- 入院当初より、退院後の支援ニーズに関係する情報を積極的に把握する。
- 本人及び家族その他の支援者と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録する。
- 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、本人の治療に関わる者との連携を図る。
- 本人及び家族その他の支援者の意向を踏まえて、必要に応じた経済的支援制度の紹介及び申

請等の支援、退院後の障害福祉サービス、介護サービス等の紹介及び利用の申請支援等、各種社会資源を活用するための支援を行う。

#### 〈計画に関する業務〉

- 本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、本人に、入院中から本人及び家族その他の支援者とともに、自治体と連携して退院後の支援について検討を行う旨を説明する。
- 自治体が作成する計画が適切なものとなるよう、他の職種と協働してニーズアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行う。
- 入院後早期から本人との関係性構築に努め、計画に関して本人が意見を表明できるよう支援する。
- 本人の退院後の生活を想定して、自治体と協力し、入院中から通院先医療機関、行政関係者、地域援助事業者等による支援体制を形成していくための調整を行う。
- 自治体が開催する会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。

#### 〈退院調整に関する業務〉

- 本人の退院に向け、計画を作成する自治体職員と連携・協力し、支援関係者と必要に応じて連絡調整を行うこと等により、地域生活への円滑な移行を図る。
- 他院に転院となる場合は、本人の希望や意向を十分に確認しながら、転院先への情報提供、転院調整等を行う。

以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談担当者は、その業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ることが望ましい。

なお、医療保護入院者が支援対象者となる場合には、退院後生活環境相談員が、通常の業務に加え、〈計画に関する業務〉を担うことが望ましい。

## 2) ニーズアセスメントの実施

### 〈概要〉

ニーズアセスメントは、入院中の精神障害者が、地域に退院した後に必要な医療等の支援の内容を明らかにするための取組の一環として行われる評価である。支援対象者の入院先病院は、本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、支援対象者について、ニーズアセスメントを実施することが望ましい。

ここでいう必要な支援とは、本人が必要と考えているものと、評価者又は家族その他の支援者から見て必要と考えられるものの両方を含む。

### 〈実施主体〉

ニーズアセスメントは、原則として、実施時点において本人の治療に直接携わっている医療従事者が、

多職種（主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師等）による協議を経て行う。可能であれば、本人の退院後の地域生活に関わる帰住先保健所設置自治体の職員、地域援助事業者の職員、家族その他の支援者も協議に参加することが望ましい。

〈内容〉

ニーズアセスメントは、本人の生活機能、生活環境や人間関係等の環境要因、心身の状態、支援継続に関する課題、行動に関する課題等について多面的に評価するものである。（別添参考様式 5、評価マニュアル参照。）

### **3) 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡**

支援対象者の入院先病院は、本人の退院後の居住地が入院前の居住地から変更になることを把握した場合は、速やかに作成主体の自治体に対して連絡を行うことが望ましい。住所不定の者の退院後の居住地に関しては、関係する自治体と協力して本人が居住地を確定するために必要な援助を行うことが望ましい。

### **4) 計画に係る意見書等の自治体への提出**

支援対象者の入院先病院は、支援対象者の症状が一定程度落ち着き、退院後支援ニーズをある程度評価できるようになった段階で、ニーズアセスメントの結果を踏まえて計画に係る意見書（別添参考様式 3、4）を可能な範囲で記載し、直近のニーズアセスメントの結果とともに、作成主体の自治体に提出することが望ましい。意見書等を作成するにあたっては、本人及び家族その他の支援者の意向を確認し、意見書の作成に本人及び家族その他の支援者が参画できるようにすることが望ましい。また、この際、入院先病院は、可能な範囲で、通院先医療機関等、具体的な支援関係者の候補も併せて作成主体の自治体に情報提供する。

### **5) 会議への参加**

支援対象者の入院先病院の職員は、計画の作成について協議する会議に支援関係者として出席し、本人の病状や治療経過、ニーズアセスメントの結果、計画に関する意見等について説明するなど、計画の作成又は見直しが適切かつ円滑に行われるよう協力することが望ましい。出席する担当者としては、主治医、退院後生活環境相談担当者、担当看護師、作業療法士、臨床心理技術者等が想定される。主治医が精神保健指定医（以下「指定医」という。）ではない場合には、主治医に加え、指定医が参加することが望ましい。

## **10. 地域援助事業者の役割**

前述の通り、地域援助事業者は支援関係者として会議に参加することが想定されている。とりわけ、本人が入院する前から関わっていた事業者は、原則として会議に参加し、ニーズアセスメントの結果につ

いて意見を述べるとともに、計画の作成に関与することが望ましい。その際、本人が事前に希望している内容に十分配慮する。病状悪化時の対処方針を作成する上で重要な情報となる、本人の精神症状悪化前後における様子等についても情報提供することが望ましい。

相談支援事業者が作成したサービス等利用計画等、障害者総合支援法や介護保険法に基づく各種計画は、計画の作成時に既に作成されている場合には、計画にその内容を反映し、整合性を図る。計画の作成時にこれらの計画作成が未了の場合には、計画が作成され次第、本人の同意を得て支援関係者にその内容を共有する。

## **IV. 計画に基づく退院後支援の実施**

### **1. 帰住先保健所設置自治体の役割**

支援対象者が地域に退院した後は、帰住先保健所設置自治体が、計画に基づき、本人及び家族その他の支援者に対して、電話、訪問、来所による相談等の相談支援を行うとともに、医療等の支援の実施状況を確認し、障害者総合支援法及び介護保険法に基づく支援計画等も勘案して支援関係者と支援の実施に係る連絡調整を行うことにより、計画に基づく支援全体が適切に行われるよう、支援全体の調整主体としての役割を担う。また、退院後支援の実施状況の把握や課題解決に向けた協議を行うため、帰住先保健所設置自治体は、必要に応じて会議を開催し、本人の状況に応じた適切な支援が実施できるよう留意する。

この役割を担う帰住先保健所設置自治体の具体的な機関としては、計画作成の場合と同様、法第47条に基づく相談支援業務を実施している保健所等の機関が想定される。また、都道府県等の精神保健福祉センターは、保健所等に対し、退院後支援に関する積極的な技術的指導・援助を行うことが望ましい。

### **2. 各支援関係者の役割**

#### **1) 帰住先保健所設置自治体への協力**

支援関係者は、計画に沿った支援を提供するよう努める。また、会議の事務局である帰住先保健所設置自治体から、支援対象者の計画の作成や実施に係る連絡調整のために必要な範囲で、計画の作成又は見直しに関する情報提供、会議への参加、支援の実施状況の確認等の協力を求められた場合には、これに協力するよう努めることが望ましい。なお、市町村は必要に応じて、本人及び家族その他の支援者に対する福祉に関する相談等を実施し、又は精神保健に関する相談等を実施するよう努めなければならない（法第47条第3項及び第4項）とされており、本人の支援ニーズに応じ、支援関係者として、退院後支援に必要な協力を行うことが望ましい。

## 2) 計画に基づく支援の実施に関する留意点

計画の実施にあたり、障害福祉サービスや介護サービスの利用を含む包括的な支援を提供する必要がある場合は、帰住先保健所設置自治体、医療機関、地域援助事業者、市町村の担当部署等、多機関との調整が必要となる。この場合、帰住先保健所設置自治体が調整主体となるが、本人の医療ニーズが高い場合には、通院先医療機関に、調整主体及び各支援関係者との連絡調整を円滑に行うための精神保健福祉士等の担当者が、配置されていることが望ましい。当該担当者は、本人の意向や支援ニーズ等を十分に理解した上で連絡調整を行うことが重要であり、本人との面談や実際の支援の提供を通じて、本人との信頼関係の構築に努めることが必要である。

地域援助事業者は、本人の身近で生活を見守る立場にあり、本人が希望する地域生活を営むことができるよう、本人の意思決定を支援し、本人の意向や生活状況等を他の支援関係者と共有するよう努めることが必要である。

## 3. 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合又は病状が悪化した場合の対応

退院後支援を行うにあたって、本人が必要な医療等の支援の利用を継続しなかった場合や、精神症状の悪化がみられた場合には、計画であらかじめ記載した対処方針に基づき、通院先医療機関や地域援助事業所等の支援関係者と、帰住先保健所設置自治体が、連携、協力して対応する。その際には、本人が事前に希望している内容に十分配慮する。

通院が継続されない可能性が高い場合においては、通院先医療機関は、精神科訪問看護・指導や、訪問診療、多職種アウトリーチの実施、家族その他の支援者との連絡等により、通院中断を予防する取組を積極的に行うことが望ましい。障害者総合支援法に基づく地域定着支援や、自立生活援助の活用、自立訓練（生活訓練）事業所からの訪問も推奨される。また、本人が必要な通院を継続しなかった場合には、市町村からも必要に応じて受診勧奨等を行うべきである。

## 4. 計画の見直し

帰住先保健所設置自治体は、本人又は家族その他の支援者が計画の見直しを希望した場合、又は、計画に基づく支援を実施する中で本人の状況に応じて支援内容等を見直す必要があると考えられた場合には、速やかに、計画の見直しについて、その必要性も含めて検討を行う。支援関係者は、支援計画の見直しの必要性を認識した場合には、速やかに、帰住先保健所設置自治体と情報共有を行う。

計画の見直しに当たっては、以下のいずれかに該当する場合には会議を開催する。

- 計画に基づく支援期間を延長する場合
- 見直し内容が複数の支援関係者に関係しており、協議が必要と認められる場合

計画の見直しに当たって会議を開催しない場合には、本人及び家族その他の支援者、見直し内容に関係する支援関係者と個別に調整を行って見直しを行う。見直し後の計画は本人に交付するとともに、支援関係者に通知する。

## **5. 本人が居住地を移した場合の対応**

### **1) 概要**

計画に基づく支援期間中に本人が居住地を移した場合には、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進等のために、新しい環境においても、本人が必要な医療等の支援を継続的に受けることができるようにすることが重要である。このため、移転元の保健所設置自治体（以下「移転元自治体」という。）は、本人が支援期間中にその居住地を移したことを把握した場合には、本人の同意を得た上で、移転先の保健所設置自治体（以下「移転先自治体」という。）に対して計画の内容等を通知することが適当である。また、移転先自治体は、移転元自治体からの情報に基づき、本人の同意を得た上で、本人及び家族その他の支援者の意向を踏まえ、退院時の計画作成の場合と同様の手続を経て、計画を作成することが適当である。

なお、「居住地」とは本人の生活の本拠が置かれている場所であり、本人が住民票を移していない場合においても、本人の生活の本拠が置かれている場所が移転した場合には、居住地を移したものとして取り扱う。

### **2) 移転元自治体の対応**

移転元自治体は、本人に対して、計画の交付の際等に、居住地を移す場合の取扱いについてあらかじめ説明し、居住地を移す予定が決まった場合には、事前に移転元自治体の担当者に連絡するよう依頼しておき、本人が居住地を移したことを把握した場合には、移転先自治体への通知を行う旨と通知内容等について本人に丁寧に説明し、本人の同意を得た上で、3) の内容を移転先自治体に通知することが適当である。本人が居住地を移した後、速やかに計画に基づく支援が開始できるよう、可能な場合には、居住地を移す予定が確定した段階で事前にこの通知を行うことが望ましい。また、このような対応に関して本人の理解と納得が得られるよう、移転元自治体は、平素から本人との信頼関係の構築に努めることが重要である。

### **3) 通知内容等**

移転元自治体から移転先自治体に通知する内容は、以下のとおりとする。

- ア. 本人が居住地を移した事実、新居住地の住所
- イ. 計画の内容
- ウ. 退院後の医療等の支援の実施状況の概要（別添参考様式 7 参照）



なお、ウの作成に時間を要する場合には、ア及びイの通知のみ速やかに行うことが適当である。ただし、ウについても、速やかに作成の上、通知を行うことが望ましい。

また、移転元自治体は、移転先自治体からの求めがあり、本人の同意が得られている場合には、移転先自治体が計画に基づく相談支援に関する事務又は業務の遂行に必要な限度において、移転元自治体が行った計画に基づく相談支援の内容等について、移転先自治体に情報提供することが可能である。

#### **4) 移転先自治体の対応**

移転元自治体から通知を受けた移転先自治体は、速やかに、本人の同意を得て、その者の計画を作成することが適当である。

その際は、移転元自治体の作成した計画の内容を踏まえつつ、会議の開催等、移転元自治体が計画を作成した際と同様の手続を経て、本人及び家族その他の支援者の意見を十分踏まえて計画を作成する。本人への交付及び説明、支援関係者への通知も同様に行う。なお、移転先自治体の計画に基づく支援期間中に、再度本人が居住地を移した場合には、その移転先の保健所設置自治体に対して、本人の同意を得た上で、同様の通知を行うことが適当である。

移転先の保健所設置自治体を作成する計画の支援期間は、原則として、移転元の保健所設置自治体を作成した計画の支援期間の残存期間とする。

また、移転先自治体が、計画に基づく相談支援に関する事務又は業務の遂行に必要な限度において、移転元自治体が行った計画に基づく相談支援の内容等について、移転元自治体に提供を求める際には、本人の同意を得ることが必要である。

## **6. 計画に基づく支援の終了及び延長**

### **1) 計画に基づく支援の終了及びその後の対応**

計画に基づく支援期間が満了する場合は、原則として計画に基づく支援を終了する。支援終了の決定は、帰住先保健所設置自治体が、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認した上で行う。この際、帰住先保健所設置自治体は、必要に応じた会議の開催、各支援関係者との個別協議等により、計画に基づく支援終了後の各支援関係者による対応や支援体制について確認しておくことが望ましい。

また、計画に基づく支援期間が経過する前であっても、

- 本人の地域生活への円滑な移行のための支援が実際に機能するようになった場合
- 本人の病状や支援ニーズ等から地域生活の維持に当たって計画に基づく支援の必要性がないと認められる場合

においては、退院後支援の調整主体である自治体は計画を終了することが考えられる。なお、計画に基

づく支援期間中に医療観察法の対象となった場合も、医療観察法における処遇を優先させ、計画に基づく支援を終了することが適切と考えられる。計画に基づく支援期間が満了する前に支援を終了する場合においても、本人及び家族その他の支援者、各支援関係者の意見を確認し、可能であれば、会議を開催した上で終了を決定することが望ましい。

支援の終了を決定した場合においては、帰住先保健所設置自治体は、本人及び家族その他の支援者、支援関係者にその旨を連絡する。なお、会議の場でこれらの者の合意が得られている場合は、改めて連絡を行う必要はない。

計画に基づく支援を終了した後も、保健所設置自治体は、法第47条に基づき必要に応じて一般的な相談支援を実施することが望ましい。

計画に基づく支援の終了後も、本人が包括的な支援を受ける必要性が高い場合には、多職種・多機関の連携による包括的支援が継続されることが適当である。この場合、通院先医療機関又は地域援助事業者が、他の支援関係者と支援の実施に係る連絡調整を行うなど、調整主体の役割を引き継ぐことが望ましい。特に本人の医療ニーズが高い場合には、各支援関係者と連絡調整を円滑に行うための精神保健福祉士等の担当者が、通院先医療機関に配置されていることが望ましい。

## 2) 計画に基づく支援期間の延長

本人の病状や生活環境の変化（例えば、支援を終了すると本人の病状が悪化して危機的状況に陥るおそれが高い場合等）によっては、例外的に支援期間の延長を行うことも考えられる。この場合は、当初の支援機関が満了する前に、会議を開催し、延長の必要性について検討を行う。その際には、本人、家族その他の支援者の意向を踏まえるとともに、延長の必要性について丁寧に説明を行い、本人の同意を得た上で延長を行う。ただし、この場合も、延長は原則1回とし、退院後1年以内には、本人が希望する地域生活への移行を図ることができるよう努めることが適当である。

## 7. 本人が交付された計画に基づく支援への同意を撤回する意向を示した場合の対応

計画の交付後に、本人から計画に基づく支援への同意を撤回する旨の意向が示された場合には、まず、本人の意向を傾聴し、その真意を確認した上で、必要に応じて計画内容（支援関係者、支援内容、計画に基づく支援期間等）を見直すなど、本人の意向を踏まえた計画内容となるよう対応することが必要である。また、本人の状態に応じて、計画に記載された、医療等の支援が継続されなかった場合の対処方針や病状が悪化した場合の対処方針に沿った対応を行うことも考慮する。

こうした対応を行っても、計画に基づく支援に対する本人の同意を得られない場合には、計画に基づく支援の終了を決定する。ただし、その場合も、保健所等の職員が本人や家族その他の支援者から求めがあった場合に相談に応じる等、法第47条に基づく相談支援の範囲内で必要な支援を行うことが望ましい。

## 8. 退院後支援の業務の委託

### 1) 概要

計画に基づく支援は、帰住先保健所設置自治体を実施することが想定されているが、円滑に退院後支援全体の調整等を行う観点から、帰住先保健所設置自治体は、地域の医療機関等に対し、計画に基づく退院後支援に係る以下の業務を委託することができる。

- 計画に基づく相談支援の実施
- 各支援関係者の支援の実施状況の確認
- 退院後支援の実施に必要な連絡調整等

### 2) 業務委託を実施する場合の留意点

地域の医療機関等に計画に基づく支援に係る業務を委託する場合には、これらの業務が、支援対象者が退院後に必要な医療等の支援を継続的に受けられるようにするための重要な業務であることから、以下の点に留意が必要である。

- 委託先の選定過程及び委託に係る費用を公開すること
- 委託先の医療機関等（※）は、多職種の配置等がなされ、一定程度、精神障害者の退院後支援の実績を有すること
- ※ 訪問看護ステーション、相談支援事業者等が医療機関と連携して支援体制を確保することも想定
- 委託元は、委託先と定期的なミーティングを実施し、必要に応じて助言を行うなど、密接な連携をとること
- 委託元は、必要に応じて本人または家族その他の支援者に連絡を行い、委託先の医療機関等による業務が適切に行われていることを確認すること
- 委託元は、委託先における実施状況、個人情報管理及び記録の適切性等について定期的に把握及び評価すること。これらの評価は外部委員が参加する評価委員会が実施することが望ましい。
- 委託先の医療機関等の名称、委託期間、委託事例数等、委託に関する状況を公開すること

## 9. 退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握

自治体は、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行うことが必要であると認められる者について、必要な支援を提供できるよう、精神保健福祉士等の専門職の配置や研修の実施を行うなど、必要な体制整備を進めることが望ましい。

また、退院後支援の実施状況に関しては、各保健所設置自治体において、計画の作成数（単独・共同作成の別）、計画に基づく支援期間及び転帰、会議の開催状況、職員1名あたりの担当者数等を把握し、適正な運用となるよう努めることが適当である。

## V. おわりに

本ガイドラインでは、自治体を中心となっていく精神障害者の退院後支援の運用のあり方について示した。一方で、本ガイドラインに示すような退院後支援を実施するためには、地域における精神保健医療福祉体制のさらなる充実が望まれる。我が国では精神障害者の地域生活を援助するための仕組みが十分に確保されていないという大きな問題があり、長期入院者の地域移行、必要な医療を提供できていない未受診者、治療中断者等への支援のあり方、精神障害者の社会参加の促進など、取り組むべき課題は山積している。

今後、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築、アウトリーチ活動の普及、ピアサポート活動等を通じて、精神障害者の地域生活支援をいっそう進めていくこと、非自発入院者に対する人権擁護の仕組みを拡充させることは、いずれも喫緊の課題である。そして、非自発的入院制度のあり方そのものについての検討を重ねることもまた重要な課題であろう。

最後に、本ガイドラインの作成にあたり、アンケート及びヒアリングにご協力いただいた精神障害の当事者の方々、精神障害者のご家族、自治体職員の皆様に、研究班一同、心より感謝申し上げます。

## <参考：計画の作成の具体的な手順の流れ>

計画を作成する具体的な手順の流れを以下に示す。

- ① 計画の作成に向けた手続等の確認【作成主体の自治体、入院先病院】  
作成主体の自治体は、入院先病院との間で計画の作成に向けた今後の手続（③～⑧）等について確認する。  
※ 措置入院の場合は、措置を行った都道府県等が、措置入院後速やかに確認を行うことが望ましい。措置入院以外の入院形態の場合は、本人や家族その他の支援者、又は入院先病院から自治体に計画の作成依頼があり、自治体が必要があると認めた場合に確認を行う。
- ② 退院後生活環境相談担当者の選任【入院先病院】  
12 ページ参照。なお、医療保護入院者の場合は、退院後生活環境相談員が通常の業務に加え、計画の作成に関する業務を担うことが望ましい。
- ③ 計画に関する説明と本人の意向の確認【作成主体の自治体、入院先病院】  
4 ページ参照。本人の症状が一定程度落ち着いた段階で、作成主体の自治体は、必要に応じて入院先病院と協力しつつ、計画に基づく支援に関する説明を行い、計画の作成等について本人の意向を確認し、その同意を得る。
- ④ ニーズアセスメントの実施【入院先病院】  
13 ページ参照。
- ⑤ 計画に係る意見書等の自治体への提出【入院先病院→作成主体の自治体】  
14 ページ参照。入院先病院は、支援対象者の症状が一定程度落ち着き、退院後支援のニーズをある程度評価できるようになった段階で、ニーズアセスメントの結果を踏まえて計画に係る意見書を作成し、直近のニーズアセスメントの結果とともに作成主体の自治体に提出することが望ましい。
- ⑥ 会議の開催【作成主体の自治体、入院先病院、地域援助事業者等】  
7 ページ参照。なお、措置解除後に医療保護入院等で継続して入院する場合には、会議の開催は不要である。
- ⑦ 計画の決定【作成主体の自治体】  
作成主体の自治体は、計画に係る意見書、会議における協議等を踏まえ、計画を決定する。  
※ 措置入院の場合には、入院先病院の管理者は、症状消退届を提出する際に、本人の直近の状態等からその時点で作成されている計画の内容を修正する必要があると認めた場合には、症状消退届の「訪問指導等に関する意見」又は「障害福祉サービス等の活用に関する意見」の欄に、修正意

見を記載して提出することが適当である。作成主体の自治体は、この内容も踏まえて計画を決定する。

- ⑧ 計画の交付、支援関係者への通知【作成主体の自治体】  
11 ページ参照。

(注)

- ・ 入院期間が短い場合や、計画の内容の検討に時間を要し、入院中に作成することが難しい場合等は、退院後速やかに計画を作成する（4 ページ参照）。
- ・ 措置解除後に医療保護入院等で継続して入院する者が、医療保護入院等から地域に退院した後も、引き続き自治体による退院後支援を受けることを希望している場合には、医療保護入院等から退院する段階で会議を開催して、全ての項目を記載した計画に見直し、当該計画に基づき必要な支援を行うことが望ましい。

## 謝辞

このガイドラインは、厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）の分担研究「措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究」（分担研究者：椎名明大）の助成によって作成された。

### 研究班の構成

#### 【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 社会復帰研究部 部長）

#### 【研究分担者】

椎名 明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター 治療・社会復帰支援研究部門 特任准教授）

#### 【研究協力者】（五十音順）

相澤 明憲（弓削病院 病院長）

浅見 隆康（群馬県こころの健康センター 所長）

東 美奈子（訪問看護ステーション Relisa 所長）

新垣 元（新垣病院 理事長）

今井 淳司（東京都立松沢病院）

稲垣 中（青山学院大学 国際政治経済学部 教授）

伊豫 雅臣（千葉大学 精神神経科 教授）

遠藤 悦夫（全国精神保健福祉相談員会 品川保健センター）

遠藤 謙二（千曲荘病院 理事長・院長）

遠藤 哲一郎（全国精神保健福祉相談員会 川口市保健センター）

太田 順一郎（岡山市こころの健康センター長）

大塚 達以（宮城県立精神医療センター）

大槻 知也（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県川口保健所）

大屋 未輝（日本精神保健福祉士協会）

川副 泰成（国保旭中央病院 院長補佐）

菊池安希子（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部 室長）

吉川 隆博（東海大学 健康科学部看護学科 准教授）

木本 達男（全国精神保健福祉相談員会 岡山市こころの健康センター）

金田一 正史（全国精神保健福祉相談員会 千葉県精神保健福祉センター）

熊取谷 晶（全国精神保健福祉相談員会 京都府精神保健福祉総合センター）

小関 清之（医療法人社団斗南会秋野病院 地域連携室長）

神 明彦（成増厚生病院 看護師長）  
佐々木英司（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県草加保健所）  
紫藤 昌彦（紫藤クリニック 院長）  
島田 達洋（栃木県立岡本台病院 医務局長兼診療科長）  
杉山 直也（沼津中央病院 院長）  
瀬戸 秀文（長崎県精神医療センター 診療部長）  
田所 淳子（全国精神保健福祉相談員会 高知県中央東福祉保健所 健康障害課）  
田中 究（兵庫県立ひょうごこころの医療センター 院長）  
田村 綾子（聖学院大学 人間福祉学科 教授）  
塚本 哲司（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県立精神保健福祉センター）  
辻本 哲士（滋賀県立精神保健福祉センター 所長）  
津田 多佳子（川崎市精神保健福祉センター 担当課長）  
中島 公博（五稜会病院 理事長）  
長野 敏宏（御荘診療所 院長）  
中原 由美（福岡県粕屋保健福祉事務所 保健所長）  
成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター 副病院長）  
野口 正行（岡山県立精神保健福祉センター長）  
橋本 望（岡山県精神医療センター）  
長谷川 直美（ほっとステーション 院長）  
長谷川 花（沼津中央病院）  
波床 将材（京都市こころの健康増進センター 所長）  
平田 豊明（日本精神科救急学会 理事長）  
平林 直次（国立精神・神経医療研究センター病院 第二精神診療部長）  
廣江 仁（社会福祉法人養和会 理事長）  
本田 浩子（東京都福祉保健局障害者施策推進部 精神保健医療課計画担当）  
増茂 尚志（栃木県精神保健福祉センター 所長）  
松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 部長）  
武藤 岳夫（肥前精神医療センター 精神科医長）  
村上 優（国立病院機構神原病院 院長）  
柳 尚夫（豊岡健康福祉事務所 保健所長）  
山岡 功一（神経科浜松病院 理事長・院長）  
山縣 正雄（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県立精神医療センター）  
山本 賢（全国精神保健福祉相談員会 飯能市健康福祉部健康づくり支援課）  
山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神保健計画研究部 部長）



## 退院後支援に関する計画

平成 年 月 日

※は入院継続時の必須記入項目

〇〇県〇〇課/〇〇市〇〇保健所

|                           |  |      |      |   |       |
|---------------------------|--|------|------|---|-------|
| フリガナ                      |  | 大正   |      |   |       |
| 氏名                        | 様<br>(男・女)   | 生年月日 | 昭和   | 年 | 月 日生  |
|                           |  |      | 平成   |   | (満 歳) |
| 帰住先住所：                    |  |      |      |   |       |
| 電話番号：                     |  |      |      |   |       |
| 病名※                       | ●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること  |      |      |   |       |
| 今回の入院年月日※                 | 平成 年 月 日   |      |      |   |       |
| 入院先病院※                    | 病院名：   |      | 連絡先： |   |       |
| 退院後の生活に関する本人の希望※          |  |      |      |   |       |
| 家族その他の支援者の意見※             | 氏名：  |      | 続柄：  |   |       |
|                           | 連絡先：   |      |      |   |       |
| 退院日(予定)                   | 平成 年 月 日 未定  |      |      |   |       |
| 入院継続の必要性※                 | 要 ( 医療保護・任意・転院(精神科/身体科) ) 不要   |      |      |   |       |
|                           | 推定入院期間：  |      |      |   |       |
|                           | 転院先病院名：  |      | 連絡先： |   |       |
| 医療・障害福祉サービス等に関する<br>基本情報※ | 自立支援医療： 無 有 不明 申請予定<br>精神障害者保健福祉手帳： 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定<br>療育手帳： 無 有 (等級 ) 不明 申請予定<br>身体障害者： 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定<br>障害年金受給： 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定<br>障害支援区分： 無 有 (区分 ) 不明 申請予定<br>要介護認定： 無 有 ( ) 不明 申請予定<br>生活保護受給： 無 有 不明 申請予定  |      |      |   |       |
| 退院後に必要な医療等の支援             | <input type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援<br><input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス (訪問看護、デイケア等、その他)<br><input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他 |      |      |   |       |

| 支援内容                         |        |             |      |              |
|------------------------------|--------|-------------|------|--------------|
|                              | 支援担当機関 | 本人の支援ニーズ・課題 | 支援内容 | 連絡先<br>(担当者) |
| 1                            |        |             |      |              |
| 2                            |        |             |      |              |
| 3                            |        |             |      |              |
| 4                            |        |             |      |              |
| 5                            |        |             |      |              |
| 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針 |        |             |      |              |
|                              |        |             |      |              |
| 計画に基づく支援期間※                  |        |             |      |              |

- 計画に基づく支援期間中に転居される場合は、担当保健所にご連絡ください。同意をいただければ、転居先の自治体に退院後支援計画の内容等を情報提供いたします。

## クライシスプラン（困ったときの対処）

平成 年 月 日

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 私の調子が悪くなる前は<br>(サインは) |  |
|-----------------------|--|

サインかなと思ったら

|                |  |
|----------------|--|
| 私のすること         |  |
| 周りの人にしてほしいこと   |  |
| 周りの人にしてほしくないこと |  |

### 緊急連絡先

① 所属/続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

② 所属/続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

③ 所属/続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

### 連絡してほしくない人

① 続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_

② 続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_

## 退院後支援に関する計画に係る意見書

平成 年 月 日

病 院 名 :

所 在 地 :

管 理 者 名 :

※は入院継続時の必須記入項目

|                                    |  |      |    |   |   |             |
|------------------------------------|--|------|----|---|---|-------------|
| フリガナ                               |  | 生年月日 | 大正 |   |   |             |
| 氏名                                 | 様<br>(男・女)   |      | 昭和 | 年 | 月 | 日生<br>(満 歳) |
| 平成                                 |  |      |    |   |   |             |
| 帰住先住所 :                            |  |      |    |   |   |             |
| 住居形態 : 家族同居 独居 グループホーム等 その他 ( ) 不明 |  |      |    |   |   |             |
| 電話番号 :                             |  |      |    |   |   |             |
| 病 名*                               | ●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること  |      |    |   |   |             |
| 今回の入院年月日*                          | 平成 年 月 日   |      |    |   |   |             |
| 退院後の生活に関する本人の希望*                   |  |      |    |   |   |             |
| 家族その他の支援者の意見*                      | 氏名 : 続柄 :<br>連絡先 :   |      |    |   |   |             |
| 退院予定日                              | 平成 年 月 日 未定  |      |    |   |   |             |
| 入院継続の必要性*                          | 要 ( 医療保護 ・ 任意 ・ 転院 (精神科/身体科) ) 不要<br>推定入院期間 :<br>転院先病院名 : 連絡先 :  |      |    |   |   |             |
| 医療・障害福祉サービス等に関する<br>基本情報*          | 自立支援医療 : 無 有 不明 申請予定<br>精神障害者保健福祉手帳 : 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定<br>療育手帳 : 無 有 (等級 ) 不明 申請予定<br>身体障害者 : 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定<br>障害年金受給 : 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定<br>障害支援区分 : 無 有 (区分 ) 不明 申請予定<br>要介護認定 : 無 有 ( ) 不明 申請予定<br>生活保護受給 : 無 有 不明 申請予定  |      |    |   |   |             |
| 退院後に必要な医療等の支援                      | <input type="checkbox"/> 精神科外来通院 <input type="checkbox"/> 保健所等による相談支援<br><input type="checkbox"/> 外来診療以外の精神科医療サービス (訪問看護、デイケア等、その他)<br><input type="checkbox"/> 身体合併症治療 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 介護サービス <input type="checkbox"/> その他 |      |    |   |   |             |

| 支援内容                         |        |             |      |              |
|------------------------------|--------|-------------|------|--------------|
|                              | 支援担当機関 | 本人の支援ニーズ・課題 | 支援内容 | 連絡先<br>(担当者) |
| 1                            |        |             |      |              |
| 2                            |        |             |      |              |
| 3                            |        |             |      |              |
| 4                            |        |             |      |              |
| 5                            |        |             |      |              |
| 必要な医療等の支援の利用が継続されなかった場合の対処方針 |        |             |      |              |
|                              |        |             |      |              |
| 計画に基づく支援期間                   |        |             |      |              |
| 主治医氏名*                       |        |             |      |              |
| 退院後生活環境相談<br>担当者/相談員氏名*      |        |             |      |              |

## クライシスプラン（困ったときの対処）

平成 年 月 日

|                       |  |
|-----------------------|--|
| 私の調子が悪くなる前は<br>(サインは) |  |
|-----------------------|--|

サインかなと思ったら

|                |  |
|----------------|--|
| 私のすること         |  |
| 周りの人にしてほしいこと   |  |
| 周りの人にしてほしくないこと |  |

### 緊急連絡先

① 所属/続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

② 所属/続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

③ 所属/続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

### 連絡してほしくない人

① 続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_

② 続柄 \_\_\_\_\_ 名前 \_\_\_\_\_

退院後の支援ニーズに関する総合アセスメント

| 退院後の支援ニーズ・課題に対する本人の希望（どうなりたいか、どのような支援を希望するか）とストレングス |          |       |                  |
|---|----------|-------|------------------|
| A: 環境要因   | 支援ニーズ・課題 | 本人の希望 | ストレングス（強み、できること） |
| B: 生活機能<br>（活動）                                     | 支援ニーズ・課題 | 本人の希望 | ストレングス（強み、できること） |
| C: 社会参加   | 支援ニーズ・課題 | 本人の希望 | ストレングス（強み、できること） |
| D: 心身の状態  | 支援ニーズ・課題 | 本人の希望 | ストレングス（強み、できること） |
| E: 支援継続   | 支援ニーズ・課題 | 本人の希望 | ストレングス（強み、できること） |
| F: 行動   | 支援ニーズ・課題 | 本人の希望 | ストレングス（強み、できること） |
| その他   | 支援ニーズ・課題 | 本人の希望 | ストレングス（強み、できること） |
| アセスメントの<br>まとめ                                      |          |       |                  |

## 措置入院に係る診療ガイドライン（案）

### I. 措置入院者の受け入れにあたっての留意事項

措置入院者を受け入れる病院（措置入院先病院）および措置入院者のケアにあたる医療者は、以下の事項に留意する。

#### 1. 措置入院の目的

措置入院とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法または法）第 29 条「法第二十七条の規定による（精神保健指定医（以下、指定医）の）診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ（以下、自傷・他害のおそれ）があると認めるときは」、都道府県知事または政令市長（以下、知事等）の命令により、本人の同意の有無にかかわらず国等の設置した精神科病院又は指定病院（以下、指定病院等）に入院させる制度である。

その目的は、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自傷・他害のおそれがあると認められる精神障害者に対し、適時・適切な医療及び保護を提供し、回復によって自傷・他害のおそれの消退を図ることである。したがって、当該行為と精神障害の因果関係が専門医学的判断によって認められなければならない。

自傷・他害のおそれによって発生しかねない不良の事態を未然に防ぐことは、最終的な目的のひとつにはなるが、直接の目的ではない。自傷・他害のおそれの消退や改善は、あくまでも入院での医療的ケアによってもたらされる健康回復のプロセスによって実現されるものであり、決して措置入院を社会防衛的な目的で強制力をもって行うものではないことは、努めて意識しておかなければならない。

#### 2. 人権尊重に関する国際ルール等

##### 1) 国際条約

2014 年に批准された「障害者の権利に関する条約」においては、障害者は、「不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと」と明記されている。

##### 2) 国連決議

「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」（1991 年国連決議）によれば、非自発的な入院は、有資格の精神保健従事者が、

- ① その者が精神疾患のために即時の又は切迫した自傷・他害の可能性が大きい
- ② 精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されている場合、その者を入院させなければ、



深刻な状態の悪化が起こる見込みがあり、最小規制の代替原則に従って、精神保健施設に入院させることによるのみ得られる適切な治療が妨げられると判断した場合のみに限られている。

### 3) 障害者総合支援法・障害者差別解消法

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」及び「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」に則り、措置入院中であっても、患者の意思決定支援を行い、本人の意向を最大限に尊重するよう努めなければならない。その際、本人に視覚障害、聴覚障害、知的障害等が重複している場合には、障害特性に応じた合理的配慮の提供が必要である。

## 3. 知事等の命令による行政処分

措置入院とは、通常医療における契約行為ではなく、知事等の命令による行政処分である。措置解除についても同様に、知事等がこれを命じる。すなわち患者本人や家族等による同意の有無にかかわらず入院させる制度であり、それらの意向を根拠に解除することもできない。このため措置入院では、一般的な入院に比べその命令性によって当事者の権利制限幅がより大きくなる。

措置入院は公権力により人の身柄を拘束するという事実上の行為であることから、行政不服審査の対象とされる。

## 4. 公費医療

措置入院は契約行為ではないことから、当該医療にかかる費用は公費により支払われる。本人の加入する健康保険が適用されたうえ、自己負担分が公費の対象となる（例外がある）。当事者の経済負担の軽重は診療に影響する要因となり得る。

## 5. 措置入院者の特徴

措置入院者とそれ以外の一般的な入院者を個体特性として区別する法令上の違いは、「自傷・他害のおそれ」があるかどうかである。同じ非自発入院である医療保護入院では、本人同意の有無や可否が焦点となるが、措置入院においてそのことは問われない。このため、措置入院者は当然ながら行動特性におけるハイリスクに該当する。その他、一般的な入院とは異なる契約や手続きを経ること、入院後の対応にも特定の配慮を要すること等による影響や、「自傷・他害のおそれ」が該当することに相応した一定の特徴がある。一般に重症であり、定期的な継続医療の管理下になく、重複診断があり、近隣でのトラブルがある、医療に必要な経済基盤が不確定、帰住先がない、家族他の支援者がいない、家族が退院を望まない、または治療に非協力的である、といった特徴がより多いことが報告されている。入院期間が長くなりやすく、在宅移行は比較的困難性を呈する。

措置入院者は、「自傷・他害のおそれ」を呈するほどに精神症状が悪化して入院となっていることから、きわめて重篤な精神変調をきたしていることが前提となる。例として幻覚妄想状態における圧倒的な恐怖感、精神運動興奮状態における制御困難な病的意志発動性、重度の抑うつ状態に

おける深い絶望感、自殺企図者における心理的視野狭窄などを伴う。措置入院は知事等の命令による行政処分であり、治療を受けることに納得していない状態での入院も多いことから、当初は医療そのものへの反発・抵抗がしばしば観察される。重篤な精神症状に加え、不本意感、不安、悲しみ、怒り、諦め、否認など、心理面においても複雑な感情下にある。改善に伴い自己や現実への認識が回復してくると、自身が置かれた状況にあらためて直面して抑うつ的となったり、退院後の生活等、現実的課題に対する不安、焦りが生じたりする。

## 6. 入院決定者と治療担当者の分離

措置入院は行政処分であることから、判断の独立性の確保が必要である。「措置入院の運用に関するガイドライン（平成 30 年障発 0327 第 15 号）」では「（措置診察を行った）指定医の所属先の病院に被通報者を措置入院させることについては、避けるように配慮すべきである」とされている。仮に何らかの理由により、措置入院先に所属する指定医が措置診察を行った場合、その指定医とは別の医師が治療を担当する医師（主治医）となる等して、入院決定者と治療担当者を分離することが望ましい。

## 7. 自傷行為と他害行為について

自傷・他害行為のおそれについて、法第 28 条の 2 の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準（以下、自傷・他害のおそれの認定基準。昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示第 125 号）では、

- 1) 自傷行為：自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為
- 2) 他害行為：殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（原則として刑罰法令に触れる程度の行為）

であり、「自傷行為又は他害行為のおそれの認定に当たっては、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等を考慮するものとする」とされている。

措置入院者の治療では、入院決定以降の診療行為についてもこの判断が基本となる。

法令において自傷と他害に対する対応の違いは示されていないが、その行為が与える社会的影響については異なった特徴があることから、診療においては、行動特性の違いに応じた配慮が必要となる。一方で、両者には多くの共通点があり、これらの破壊的衝動が精神症状や何らかの心痛、混乱等を背景とする表現行動であるとの評価に基づき、組織的に対応する、安全を確保する、共感的に対応する等、精神医学的理解に基づく対応が求められる。（III-4-1）危機状態への介入体制とスキル、IV-2-2）行動評価、6 興奮・攻撃性への対応 の項を参照）

## II. 措置入院者を受け入れる病院の体制等

措置入院者を受け入れる病院は、精神保健福祉法以下、各法令に示された体制に関する事

項に適合しなければならない。

## 1. 措置入院者を受け入れる病院の基準等

措置入院者を受け入れる病院は、「国等（国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人）の設置した精神科病院又は指定病院」とされる（精神保健福祉法第 29 条）。指定病院に関する基準は「法律第 19 条の 8 の規定に基づき厚生労働大臣の定める指定病院の基準」（以下、指定基準。平成 8 年 3 月 21 日厚生省告示第 90 号）として示されている。この指定基準の解釈運用については、「精神保健福祉法第 19 条の 8 に基づく指定病院の指定について」（平成 8 年 3 月 21 日健医発第 325 号厚生省保健医療局長通知。以下、局長通知第 325 号）に示されている。

局長通知 325 号では、指定基準第一号柱書中の「都道府県知事または政令市長の求めに応じて措置入院者を入院させて適切な治療を行える診療応需の体制を整えていること」について、「措置入院者に対し適切な治療を行うための熱意と診断体制により判断する」、「医療法上の各種法令を遵守していない精神科病院は、この基準に適合しない」、「3 年間にわたり、新規または継続の措置入院者を受け入れていない精神科病院は、この基準に適合しない」としている。また、「原則として 3 年の期限を付して指定し、3 年ごとに見直しを行い、更新する」、とある。その他、両法令には地域性等を考慮した特例に関する記載がある。

指定基準第二号柱書には、「精神病床の数が 50 床以上であること。ただし、措置入院者に対して精神障害の医療以外の医療を提供するために十分な体制を有する病院であって、20 床以上の精神病床を有するものについては、地域において指定する必要があると認められる場合は、この限りではない。」とあり、措置入院者の身体合併症等に対応するための総合診療機能を有する医療機関に関する事項が示されている。

## 2. 人員体制

人員体制については医療法、精神保健福祉法、指定基準、局長通知第 325 号における記載事項を順守しなければならない。

### 1) 医師及び指定医

- ① 医師の数が、入院患者の数を 3、外来患者の数を 2.5 をもって除した数との和が 52 までは 3 とし、それ以上 16 またはその端数を増すごとに 1 を加えた数以上であること。（指定基準第一号 1）

「入院患者の数」および「外来患者の数」は、前年 1 年間の平均の精神病床入院数および精神科外来数とし、「医師の数」については、非常勤の者は医療法の例により常勤換算し、精神病床と精神病床以外の病床を有する病院にあっては、精神病床および精神科の外来に従事する人員（兼務の場合は業務割合に応じて按分）とする。（局長通知第 325 号）

- ② 措置入院先病院の管理者は、常時勤務する指定医（1 日に 8 時間以上、かつ、1 週

間に 4 日以上診断又は治療に従事)を置かなければならない(精神保健福祉法第 19 条の 5 および同施行規則第 4 条の 3)。

医師のうち 2 名以上は、常時勤務する指定医でなければならない。(指定基準第一号 2)

- ③ 指定基準の第二号(精神障害の医療以外の医療の提供)については、以下の要件を満たすものとする。(局長通知第 325 号)

(1) 当該病院に内科または外科を専門とする医師が一名以上配置されていること。

(2) 一般病床を有しており、必要に応じて身体的合併症を有する措置入院患者の入院医療に対応可能な精神科以外の医療体制と連携が確保されていること。

## 2) 看護師

措置入院者を入院させる病棟において、看護を行う看護師および准看護師の数が、入院患者の数が 3 またはその端数を増すごとに 1 以上であること。(指定基準第一号 3)

「入院患者の数」は、前年 1 年間の平均の措置入院者を入院させる病棟の精神病床入院数とし、「看護師および准看護師の数」については、非常勤の者は医療法の例により常勤換算する。(局長通知第 325 号)

## 3) 退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者(退院後生活環境相談担当者)

措置入院先病院は、計画の作成主体の自治体に協力し、退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者(以下、退院後生活環境相談担当者)の選任を行うことが望ましい。

入院した精神障害者が、退院後に円滑に社会復帰等を行うためには、入院中から、退院後に必要な医療等の支援の検討が行われることが望ましい。本人の同意を得ることなく行われる医療保護入院については、こうした検討を入院中から行うことで可能な限り早期退院等を促していく観点から、既に、精神科病院の管理者に、医療保護入院者に退院後生活環境相談員を選任することが義務付けられている(法第 33 条の 4)。

この点、措置入院は、医療保護入院と同様に本人同意を得ることなく行われる入院であり、自治体を中心となって退院後の医療等の支援が行われることが想定されるが、措置入院先病院においても、本人や家族等が退院後の生活環境に関する相談を容易に行える体制を整えておくことが望ましいと考えられる。このため、措置入院先病院の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任することが望ましい。

退院後生活環境相談担当者には、当該病院の精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者についても、退院後生活環境相談担当者として選任することが考えられる。

(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)

## 4) その他の人員体制

指定基準第一号柱書中「都道府県知事または政令市長の求めに応じて措置入院者を入院させて適切な治療を行える診療応需の体制を整えていること」については、措置入院者に対し適切な治療を行うための熱意と診断体制により判断することとし、精神保健行政および地域精神医療に対する協力と貢献、措置入院者の積極的な受け入れ、精神科救急や精神障害者の社会復帰の促進についての熱意、医師や看護職員の充実や作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者などのコメディカル職種の充実についての努力、入院患者の人権保護や療養環境の向上についての努力などを考慮して、優先的な指定を行う。（局長通知第 325 号）

### 3. 設備

- 1) 措置入院者の医療および保護を行うにつき必要な設備を有していること。（指定基準第三号）

指定基準第三号中、「必要な設備」については、措置入院者を入院させるのに必要な病床、デイルーム、食堂、作業療法用施設のほか、保護室（隔離室）を適宜の数、有すること。（局長通知第 325 号）

- 2) 指定基準の第二号（精神障害の医療以外の医療の提供）については、当該病院に救急蘇生装置、除細動器、心電計、呼吸循環監視装置等の身体的医療に必要な機器を設置していること。（局長通知第 325 号）

### 4. 推奨される診療機能

- 1) 危機状態への介入体制とスキル（IV—6 興奮・攻撃性への対応 参照）

- ① 興奮・攻撃性への組織的対応

措置入院者を受け入れる病院は、各医療者が措置入院者の興奮・攻撃性等に対応するためのスキルを獲得できる機会を設けるとともに、人的対応から薬剤による静穏化に至るまで、安全を確保しつつ組織的に対応できるよう設備や体制を整備するべきである。

施設環境は安全性、プライバシー、尊厳を常に保つことができるよう整備され、組織として緊急時のコールシステムや応援体制を整え、危険物の適切な管理ができるよう配慮されることが望ましい。

措置入院者のケアにあたる医療者は、暴力に至るまでのプロセスを理解し、興奮・攻撃性等に適切に対応できるようディエスカレーション技法を会得するべきである。

- ② 自殺ハイリスク者への対応スキル

措置入院者を受け入れる病院は、自殺ハイリスクにある措置入院患者に対し、自傷・自殺行為への具体的な防止対策が行われるよう、設備や体制を整えるとともに、各医療者の自殺リスクに対する認識や対応スキルの向上に取り組むべきである。

措置入院者のケアにあたる医療者は、自殺念慮や自傷・自殺のリスクが高まるプロセ

スを理解し、適切な対応スキルを会得するべきである。

## 2) 心理社会的治療

措置入院者を受け入れる病院においては、医療環境の提供や、疾患に対する個人精神療法、薬物療法のみならず、個別性や多様性にも配慮しつつ、回復における現実適応力や自立を促進できる具体的手段として、各種の心理社会的治療を専門職種や多職種チームとして検討し、実施できる体制の整備、あるいは地域移行後の医療連携等によって将来的に導入できる連携体制の構築が望ましい。

### ① 集団療法

個人精神療法ではカバーできない効果をもたらす集団治療プログラムは、心理教育や依存症治療等において有益である。

### ② 精神科リハビリテーション

退院後の地域生活に円滑に移行できるよう、必要に応じ、措置入院者の回復段階に応じた精神科リハビリテーションサービスの実施と、将来的に導入できる体制の整備が望ましい。

入院環境、しかも措置入院管理下での機能回復訓練には限界がある。病棟内で何らかのリハビリテーション活動や作業療法を導入できる体制が理想的である。

支援ニーズを支援計画に反映させる過程において、個別ニーズに応じて退院後の精神科リハビリテーションについて本人を中心として多職種で検討できる体制を構築し、作業療法、デイ・ケア等について、実際にそれを実施できる体制、さらには医療外資源も含め、地域医療連携によって積極的に導入展開できる連携体制の構築が望ましい。

## 3) 修正型電気けいれん療法

措置入院者を受け入れる病院においては、修正型電気痙攣療法を円滑に実施できる体制を整備することに一定の有益性が考慮される。その場合、以下の体制を整備する。

なお、自院で実施困難な場合は、医療連携によって対応できる体制を考慮する。

- ① 麻酔施術医師
- ② 専門学会等が開催する必要な研修を受講した精神科医師
- ③ 必要な知識を有する訓練を受けた看護師
- ④ 手術室あるいは処置を行うための専用治療室
- ⑤ 麻酔器、吸引器、心肺モニター、酸素飽和度モニター等の必要医療機器
- ⑥ 電気刺激装置
- ⑦ 処置後の回復と観察を行うための設備（配管整備が望ましい）

## 4) クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS）

措置入院者を受け入れる病院においては、治療抵抗性統合失調症の患者に適応を有するクロザピンが使用できる体制の整備について、精神医療における一般的な高度医療推進の意義と同等の有益性が考慮される。

体制整備の詳細はクロザリル適正使用委員会の規定、クロザリル患者モニタリングサービス

(Clozaril Patient Monitoring Service : CPMS) の運用手順に従う。迅速に結果が得られる血液検査の体制・設備があり、血液内科や糖尿病内科との連携体制を有し、医師・看護師・薬剤師などが所定の研修を受講したうえ、医療機関として CPMS に登録する必要がある。

#### 5) 訪問看護サービス

措置入院者を受け入れる病院においては、退院後の継続医療のための支援を在宅環境においても提供できる訪問看護の機能を備えること、ないしはそれが可能となるような医療連携体制を構築することが望ましい。

措置入院者の特徴として、単に自傷・他害のおそれのみならず、基本的な重症度が高く、社会的支援における困難性等を有しており、複合的な課題を抱える場合が少なくない。訪問看護サービスは生活場面にアプローチできることで、生活機能を含む多面的で正確なアセスメント、変調を敏感に察知する早期介入手段のひとつとしても有用である。

### III.入院医療の実施

#### 1. 入院の受け入れ

措置入院は、行政機関による所定の手続きを経て、原則として入院先病院とは分離された指定医の診察結果をふまえ、知事等の命令によって決定する。入院先病院の主治医等措置入院者のケアにあたる医療者は、措置入院を決定した自治体に対し、入院の理由や入院が必要とされた指定医の判断根拠等必要な情報を遅滞なく自治体から聴取し、それまでの法手続きの中で判明している情報について可能な限りの提供を得たうえ、あらためて必要なアセスメントを行って診療を開始する。診療開始後も、不足している情報があれば、警察などの関与した行政機関や以前に診療経緯のある医療機関等、関係者から情報が得られるよう連携に努めるとともに、自治体にも情報の提供を求めている。

措置入院の要否判定に疑義がある場合であっても、措置入院先病院がそれを申し立てたり再判定を求めたりする手順は存在しない。ただし措置入院者本人には、行政不服審査法により、行政処分（措置入院）があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に厚生労働大臣に審査請求をすることができるとされ（行政不服審査法第45条）、その訴えが認められたならば、処分取消し、すなわち措置入院したこと自体を措置入院日に遡って取り消し、そもそも措置入院はしていなかったこととなる。措置入院者を受け入れる病院としては、一度決定した措置入院について、一定の診療過程を経たうえ、措置不要と判断されたならば法の手順に従って解除を進めることとなる。

#### 2. アセスメント

##### 1) 精神症状評価

措置入院者の診療においては、一般的な入院診療と同等水準の精神医学的評価に加え、行動に関する病態の視点からの評価が重要となる。意識の水準や変容、知的水準、感情、

思考、知覚、意志・意欲の発動といった精神機能カテゴリーごとの症状確認を基本に、精神病理、攻撃性や衝動性、認知機能、認知傾向、心理規制、心理的脆弱性、背景要因の影響の程度、障害の程度などについても評価し、自傷・他害のおそれを形成する精神医学的病態を可能な限り明らかにする。

既往歴、バイタルサインを中心とした身体状況の確認は身体合併症検索とは別の意味で、重要である。常用薬に関する情報は、治療中断による再発や増悪、離脱による影響、副作用による影響など、時に決定的要因となる。アルコール、覚醒剤、大麻などの物質使用の有無や使用歴などは診断や治療方針立案に必須の情報であり、疑われる場合は検査での確認が望ましい。

家族、警察を含む行政機関、他の医療機関等からの情報をよく参考し、推論を控え、情報の不一致等があればそれらが一致しない理由に着目すると有用なことがある。

疾患診断がなされることは望ましいが、必ずしも容易でない場合がある。副診断や重複診断等の可能性も考慮し、疾患診断の不確実性を理解しておく。

疾患診断は時代とともに概念や解釈の変動があり、従来診断と国際的な診断基準の間にも不一致がある。措置入院の行政手続きでは「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」(ICD-10、International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)による診断記載が求められる。「精神と行動の障害、臨床記述と診断ガイドライン及び精神障害の診断と統計のマニュアル」(DSM-5、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)とともによく用いられ、これら国際的な診断基準の有用性や限界を理解したうえで活用する。

自傷・他害のおそれの認定基準 (Ⅱ-7 自傷行為と他害行為について) では、原因となる主な精神障害の例示が記載されており、病状又は状態像として、抑うつ状態、躁状態、幻覚妄想状態、精神運動興奮状態、昏迷状態、意識障害、知能障害、人格の病的状態が挙げられている。

## 2) 行動評価

措置入院とは、精神疾患を有す患者が、「自傷・他害のおそれがある」ことによる入院であるため、措置解除がなされるまでは、自傷や他害の行動リスクが常に存在しているものとして認識される。行動リスクの評価は、措置入院決定時点で2名の指定医により必然的に行われ、入院直後からも継続的に実施されることになる。

他害や暴力のリスク評価(アセスメント)として、過去の暴力歴を含む患者背景、精神状態(症状等)、心理状態、刺激や抑止となる要因や環境に関する現状、さらには生理的覚醒等、観察所見として注意を払うべき兆候について着目して評価を行う。

自殺リスクの評価(アセスメント)では、自殺企図歴をはじめ、リスク因子と防御因子を明らかにし、自殺念慮を確認することが必須である。リスク因子については、表などを用いて網羅的に評価することがよい。自殺念慮の評価では、間接的な判断材料のみならず、直接尋ねることが重要である。自傷・自殺行動に至りやすい環境にあるかといった環境の評価も含まれる。



### 3) 身体医学的評価

精神科急性期医療の優先課題は、器質的要因の評価である。精神症状そのものが器質的要因や物質の影響による場合のほか、身体合併症の検索とそれによる精神状態、特に措置入院者の場合には自傷・他害のおそれへの影響、あるいは逆に精神症状が身体状況に及ぼす影響などを評価する。

精神障害者は健康管理の不十分さや、向精神薬の副作用などのために身体的問題を抱えることが多い。措置入院せざるを得ないほどに精神状態が悪化した患者ではより一層である。

バイタルサインの測定は、入院時点から入院中を通じて行う。入院後、可能な限り速やかに身体診察とともに血液検査、尿検査、心電図、X線検査等の諸検査を実施し、それぞれ入院後の全経過を通じて適切な間隔で定期的に、また必要時に追加して行う。CT検査（MRI検査）等も実施することが望ましい。脳波、超音波検査等も必要に応じて行う。

### 4) 心理社会的評価

措置入院者は入院前に社会から孤立している場合が多く、入院時には治療的困難性（定期的な服薬ができていなかった、本人が外来受診しない、近隣でのトラブルがある）、経済的困難性（経済的理由で日用品の準備ができない、本人・家族から入院費の相談がある、あるいは入院生活に必要な財源がない）、家族・支援における困難性（入院当初で、帰る場所が見当たらない、入院時に家族または支援者が同行しなかった、家族が退院を望まないまたは治療に非協力的である）など、種々の心理社会的困難性を呈しやすいとの観察がある。措置入院者が健康回復する過程として心理社会的支援が重要となることから、入院当初からの評価を行う。

評価する対象として優先されるのは本人の意向や困難感である。本人の意向や希望に沿った支援となるかどうかは、その後立案されるケアプランが実効性を発揮するかどうかを決定する本質的な問題であり、これがかみ合わなければ単に資源を当てはめただけの状況に陥りかねない。続いて家族やキーパーソンとその意向、住居、収入、雇用、教育、移動手段、社交、障害福祉サービス、その他支援機関等の状況について評価する。複数の情報源から得ていくことにより正確な評価につながる。評価にあたっては、項目の該当のみならず、本人との関係性や影響といった臨床的文脈で捉え、「状況の中にある人間」として理解する。心理社会的支援の性質上、情報の評価にあたっては本人の認識をふまえるよう配慮する。

### 5) 退院後支援のニーズに関するアセスメント

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、入院中の精神障害者が地域に退院した後に必要な医療等の支援の内容を明らかにするための取組の一環として行われる評価である。

支援対象者の入院先病院は、本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、支援対象者について、退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施することが望ましい。必要な支援とは、本人が必要と考えているものと、評価者又は家族その他の支援者から見て必要と考えられるものの両方を含む。

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、原則として、実施時点において本人の治療に直接携わっている医療従事者が、多職種(主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師等)による協議を経て行う。可能であれば、本人の退院後の地域生活に関わる帰住先保健所設置自治体の職員、地域援助事業者の職員、家族その他の支援者も協議に参加することが望ましい。

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、本人の生活機能、生活環境や人間関係等の環境要因、心身の状態、支援継続に関する課題、行動に関する課題等について多面的に評価するものである。(参考様式 5、評価マニュアル参照)

(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)

### 3. 本人および家族・キーパーソンの役割

#### 1) 本人

措置入院者である本人はチームプランにおける主要な一員、いわば主役である。当事者中心主義はもはや医療界のスタンダードであるといわれる中、本人は精神的に危機的な状態にあると同時に、必ずしも本意ではない閉鎖的な環境や処遇を強いられる立場にある。

精神障害者には、問題視(とみな)され、固定観念によって否定的に扱われたとの経験が必ずあると言われる。たとえ精神病性の状態像を呈していたとしても、少なからずこうした心的外傷経験を有し、迫害された心理状態にある者として、また現在行われている措置入院による治療そのものが再外傷体験となる可能性を有していることについて理解される必要がある。

本人の意向や認識は、回復に伴い治療方針、支援計画等に反映される必要があり、本人はそれを表現する立場にある。その際、真意が正確に理解され、伝達されるよう、意思決定への支援の必要性が考慮される。本人が参加しない治療プランは、本人の意に沿わない場合には特に、継続性において決定的に不確実である。「私たちのことを私たち抜きに決めないで。

(Nothing about us without us.)」という有名な言葉がある。

#### 2) 家族あるいは家族以外の支援者

家族あるいは友人等の家族以外の支援者(いわゆるキーパーソン)は、特に本人の地域生活支援において、専門職では果たせない役割を担う重要な存在である。診療チームは、家族を含め本人の地域生活において支援者となりうる人に関する情報を獲得し、その人々から期待できる支援の内容や頻度、情報の範囲、情報共有の必要性や可否、影響などについて把握しておくことが望ましい。このような評価を経たうえで、家族あるいは家族以外の支援者はそれぞれ個々に適切な役割として、診療計画に参加する。

個別ケース検討会議には可能な限り家族あるいは家族以外の支援者の参加を促し、参加できない場合でも退院後支援計画に関する意見を聴取して認識の把握に努める。家族あるいは家族以外の支援者も、支援を必要としていることが多いことに留意し、支援者への支援についても検討する。

#### 4. 医師の役割

医師は治療の実施者、方針の決定者であり、チーム医療における中心的存在である。主治医が指定医であるかないかは、診療手順や手続きに差異を生じる。主治医が非指定医の場合、指導役の指定医が並行して診療参加し、見解や方針等について指導的に関与する。特定の指定医である必要はなく、複数の指定医が一定の共通見解の下に指導することや、院長、部長など管理的立場の医師が必要時に助言を行うことも有用である。主治医が指定医である場合も、他の医師の助言は有用である。

##### 1) 医師カンファレンス

医師カンファレンスは、医療機関において広く行われている。担当医師による症例提示をもとに、プレゼンテーション力の強化、診療担当者間での情報共有、医学的評価や判断の精度や適切性を高め、質の高い医療が提供されることを目的として開催される。措置入院者の臨床特性から、医師カンファレンスを開催し、複数の医師による評価や意見を求めることは有用である。物理的に開催できない場合、同僚医師や診療責任者または管理者等による評価等によって客観性を導入することも考慮される。

#### 5. 多職種チームによる医療の提供

##### 1) 看護師

看護師は医師の指示を受け、入院期間を通じて常時患者に寄り添い、観察と実際のケアを継続的に行う、患者にとって最も身近な存在である。

措置入院者の看護を行うために、他の一般的な入院患者と同様、看護師は他の職種とも共同したうえ、精神症状、身体症状、リスク・マネージメント等の多角的視野をもって看護的視点によるアセスメントを行い、患者状態像の把握に努めるとともに、看護計画を立案し、医師の指示の下、実際のケアにあたる。看護ケアの実践経過の中で得た患者情報は看護チーム内および必要に応じ他の職種にも共有され、計画の継続的評価と見直しに反映される。このため、就業中および勤務交代時の引継を含め、良好なチームコミュニケーションによる正確な情報伝達と共有が重要である。

管理監督職にあたる看護師は、担当看護師が行ったアセスメント、看護計画やその遂行状況の把握をすることが望ましい。

##### 2) 精神保健福祉士（退院後生活環境相談担当者）

精神保健福祉士の本来の業務は、個別の入院患者における心理社会的評価を行い、精神保健福祉領域のソーシャルワークの技術を活用することにより、入院中の者が地域で暮らす生活者であるという視点に立って、当該患者の希望や意向に沿った早期の地域社会への移行の実現を主眼とし、措置入院者の権利行使の支援を含めた積極的な相談支援を展開することである。

精神保健福祉士に最も期待されるのは、退院後生活環境相談担当者としての役割である。退院後生活環境相談担当者は、計画の作成等のための病院における取組の中心的役

割を果たすことが期待される。この際、本人の治療と生活支援の両面からの支援を、本人を主体とした権利擁護の視点に立って考えることが求められる。

退院後生活環境相談担当者は、以下に示す業務を行うことが望ましい。なお、計画が作成されない場合には、〈計画に関する業務〉を除く業務を実施する。

#### 〈入院時の業務〉

- ① 本人及び家族その他の支援者に対して、退院後生活環境相談担当者として選任されたこと及びその役割について説明する。
- ② 入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜本人及び家族その他の支援者に説明を行う。

#### 〈退院に向けた相談支援業務〉

- ③ 本人及び家族その他の支援者からの相談に応じる。
- ④ 入院当初より、退院後の支援ニーズに関係する情報を積極的に把握する。
- ⑤ 本人及びその家族等と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録する。
- ⑥ 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、本人の治療に関わる者との連携を図る。
- ⑦ 本人及び家族その他の支援者の意向を踏まえて、必要に応じた経済的支援制度の紹介及び申請等の支援、退院後の障害福祉サービス、介護サービス等の紹介及び利用の申請支援等、各種社会資源を活用するための支援を行う。

#### 〈計画に関する業務〉

- ⑧ 症状が一定程度落ち着いた段階で、本人に、入院中から、本人及び家族その他の支援者とともに、自治体と連携して退院後の支援について検討を行う旨の説明を行う。
- ⑨ 自治体が作成する計画が適切なものとなるよう、他の職種と協働して退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行う。
- ⑩ 入院後早期から本人との信頼関係の構築に努め、計画に関して本人が意見を表明できるよう支援する。
- ⑪ 本人の退院後の生活を想定して、自治体と協力し、入院中から通院先医療機関、行政関係者、地域援助事業者等による支援体制を形成していくための調整を行う。
- ⑫ 自治体が開催する会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。

#### 〈退院調整に関する業務〉

- ⑬ 退院に向け、自治体や支援関係者と必要に応じて連絡調整を行うこと等により、地域生活への円滑な移行を図る。
- ⑭ 他院に転院となる場合は、本人の希望や意向を十分に確認しながら、転院先病院への情報提供、転院調整等を行う。

以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談担当者は、その業務に必要な技術

及び知識を得て、その資質の向上を図ることが望ましい。

(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)

3) 薬剤師

薬剤師の役割は、薬剤に関する情報提供、服薬指導を患者に対して行うとともに、当事者の疑問や希望、飲み心地、副作用の訴え等を把握し、得られた情報をチームで共有すること、医療安全の観点から、併用薬、副作用、相互作用、服用や投与方法、薬剤の特性等の情報提供を行って、医師や他の職種とともに適切な薬物療法の実施をはかることである。

4) 臨床心理技術者（公認心理士）

臨床心理技術者の役割は、心理検査を通して、患者の知能、認知機能、性格傾向、認知傾向、精神内界、病態水準、発達過程をふまえた心理特性などの詳細を測定、精査し、措置入院者が抱える問題の背景を多職種で多角的に分析・理解して医師の診断や問題解決に向けた対策や計画立案の一助とするために、所見や見解を治療担当者に提供すること、必要に応じて、カウンセリング、認知行動療法、心理教育、家族支援などを行って心理的側面からケアの一環を担うこと、などである。

5) 作業療法士

作業療法士の役割は、回復過程において、日常生活における言語的・非言語的基本動作、創作、構築などの生産的な精神および身体作業を通じ、職業的機能に働きかけ、現実認識や適応力の改善を促進する作業療法計画を立案し、それを実行することである。

精神科リハビリテーションにおいて、中心的な役割を担い、実際の作業や面接等を通じて患者の生活面における課題やストレングスを継続的にアセスメントし、退院後支援計画における支援内容や退院後の生活を想定した環境調整について、所見に基づいた見解を提供することが期待される。

6) ピアサポーター

ピアサポーターの主な役割は、同じ体験を共有する支援者として常に患者本人の立場で気持ちや想い、状況を理解し、最も患者に近い存在として医療チームにそれらを伝え、権利を主張し、代弁することにより、医療者のより正確な患者理解や相互信頼を促進するとともに、寄り添い型支援によって患者の安心や回復の促進を図ることである。

ピアサポーターは自身の健康に留意し、必要な訓練を修了していることが望ましい。ピアサポーターを登用する場合、指定病院はピアサポーターへの十分な支援を提供する。

7) 保健所職員等の自治体職員

保健師等の保健所職員、都道府県関係課職員や市区町村職員は、必要に応じて入院先医療機関と連携をとり、「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」を参照しつつ退院後支援に必要な支援を行う。

8) 多職種カンファレンス

多職種カンファレンスの目的は、措置入院者の診療にあたり、診療担当者がそれぞれの専門職のケアを行うのみならず、担当チームとして情報不足を相互に補うことによって複合的・多

面的な患者理解を促進して認識を共有し、個別のテーラーメイドプランを協議して計画を統合的に実効的なものとしていくことにある。

多職種カンファレンスは、措置入院における最大の課題である自傷・他害のおそれに対する評価の正確性を向上させるために、精神医学はもとより、生物学的視点、心理社会的視点から多面的に評価を行うことにも相当する。

同時に、患者の権利制限幅が比較的大きくならざるを得ない措置入院制度が、あらゆる立場からの検証効果によって、適切に運用される意義が期待される。

多職種カンファレンスで協議される内容には、診断、症状評価、各リスク評価、治療方針、行動制限や処遇の適切性、本人の認識や内省状況、家族やキーパーソンを含む支援体制、心理社会的評価、措置入院の妥当性、解除後や地域移行後の継続医療や療養環境に関する事項、関係行政や資源との連携等、臨床的なあらゆる事項が対象となる。

多職種カンファレンスの形式に制約はなく、措置入院先病院の組織、人員配置、勤務帯、勤務様式などにより、実に様々なものが考えられる。

## 6. 興奮・攻撃性への対応

### 1) デイエスカレーション法と組織的対応

措置入院者は、自傷・他害のおそれを有し、潜在的な破壊的行動リスクを伴う。院内暴力に対する組織的対応について、有効な技法の一つにデイエスカレーションがある。

デイエスカレーションは、心理学的知見をもとに、言語的・非言語的なコミュニケーション技法によって怒りや衝動性、攻撃性をやわらげ、患者をふだんの穏やかな状態に戻すことである。その中には、単に気分を落ち着かせることに加え、共感し、治療的信頼関係をつくり、交渉による問題解決や環境調整など危機を回避するためのあらゆる方略が含まれる。

暴力は突然起こるかのように見受けられることもあるが、それに至る過程として①誘因期、②エスカレート期、③危機相、④停滞・回復期、⑤危機後抑うつ期の5つの攻撃性のサイクルが示されている。デイエスカレーションは、攻撃性サイクルのエスカレート期に用いることが有効である。しかし、興奮が収まらず攻撃性が強まった場合は患者と職員双方の安全を優先し、複数の医療者による対応や薬剤による静穏化が考慮される。

## ディエスカレーションにおける対応のポイント

ディエスカレーションを実施する際は、複数での対応を原則とし、1人の職員が責任をもって状況をコントロールし、常に暴力の発生に備え、ディエスカレーションテクニックが効果的な状況か判断することが重要である。この役割は、必ずしも担当職員が適切とは限らず、特に攻撃のターゲットとなっている場合は速やかに交代し、性別、年齢、ポジション、関係性などを考慮し、その状況を解決するのに最適な職員が対応するべきである。

- 周囲の環境の管理
- 応援の召集を判断し、必要以外の人を移動させる
- 近くにいる他の患者や職員に対して状況を説明し、協力を求める
- 家具などを移動して必要な空間を確保するか、別の安全な場所に移動する
- テレビやラジオは消す
- 武器になる可能性のあるものは取り除く。患者が武器を持っている場合は安全な場所に置いてもらう
- 挑発的な態度・振る舞いを避ける
- 凝視を避ける。ただし、完全に目をそらさずアイコンタクトは保つ
- 淡々とした表情を保つ
- 高慢、威圧的な印象を与えるのを避けるため、姿勢や態度に注意する。特に、腰に手を当てたり、腕組みをしたりしない
- ゆっくりと移動し、急な動作を行わない。体の動きは最小限にし、身振り手振りが多過ぎることや、そわそわと体を揺すったり、体重を移動するのを避ける
- 相手のパーソナルスペースを尊重し、自分自身が安全なポジションを保つ
- 患者に対応する前に、暴力発生を誘発したり、けがの原因になる、あるいは武器として使用される可能性のある所持品を除去する（ネクタイ、スカーフ、装飾品、ペン、ハサミ、バッジなど）
- いかなる時も相手に背を向けない
- 通常より広いパーソナルスペースを保つ（最低でも腕の長さ 2 本分以上）
- 対象の真正面に立つのを避け、およそ斜め 45°の立ち位置とする
- 両手は体の前面に出し、手掌を相手に向けるか、下腹部の前で軽く組むなど、相手に攻撃の意思がないことを示し、万一の攻撃・暴力発生に備える
- 出入口を確認し、自分と対象の双方の退路を保つ位置に立つ。出入口やドアの前に立ちふさがらない
- 壁やコーナーに追い詰められないようにする

(参照 : Kaplan SG, Wheeler EG 1983. Survival skills for working with potentially violent clients. Social Casework, 64(6),339-346. )

## 2) 自殺リスクへの対応

自殺ハイリスク者への対応について、医療者としての基本的な態度は、追い詰められた心境への受容と共感、および傾聴、その心労への労い、個別的かつ具体的支援の表明である。

自殺ハイリスクへの具体的な予防対策は、安全を確保し、関係性を保ちつつ、あらゆる医療的・非医療的手段を用いてリスク因子を低減させるとともに、防御因子を強化することに集約される。

具体的には全般的な精神医学的評価とともに、自殺念慮の評価、リスク因子の網羅的評価、環境と防御因子の評価等を行い、治療的介入、ケースワーク、環境調整などによって防止を図る。

## 3) 行動制限最小化

措置入院者に限らず、入院処遇によって発生する権利制限を最小限にすることは、精神保健福祉法の基本理念である。

法第 36 条（処遇）には、「精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。」とあり、すなわち最小限に行うことと解釈される。

医療保護入院等の治療管理に関する診療報酬上の要件として、行動制限最小化委員会の設置と会議の開催があり、精神保健福祉法の施行規則における特定医師に関する施設側の要件としても記載されている。

## 7. 臨床検査

措置入院後は、可能な限り速やかに診断を確定し、適切な治療を開始するため、器質性要因の検討、身体合併症の検索などを目的とした身体診察と身体的な諸検査が欠かせない。IV-2-3)「身体医学的評価」で記載したように、入院後、可能な限り速やかに身体診察とともに血液検査、尿検査、心電図、X線検査等の諸検査を実施し、それぞれ入院後の全経過を通じて適切な間隔で定期的に、また必要時に追加して行う。CT検査（MRI検査）等も実施することが望ましい。脳波、超音波検査等も必要に応じて行う。

入院時には、興奮などのために、身体診察や検査について、同意や協力が得られない場合も少なくない。このような場合に、急速鎮静等を用いるか、または粘り強く同意のための説得を続けるのかは、検査の緊急度や必要性と、それぞれの対応に伴うリスクや問題点を慎重に吟味する。

病棟外の検査室に行く際には、離院などの行動のリスクを評価の上、院内の手順に従う（検査等で棟外へ出る必要がある場合は、必ず職員 2 名以上が付き添うなどの院内手順を定めている例がある）。

### 1) 血液検査

できる限り入院時点、なるべく早期に実施する。

### 2) 尿検査および尿中薬物検査（トライエージ®）



一般的な尿検査については血液検査同様ルーチンの検査として実施する。

トライエージ等の尿中薬物検査は保険収載されておらず、医療機関の負担とならざるをえない。薬物の影響を受けているかどうかを知ることは臨床的にきわめて意義が高く、治療方針を決定する上で有用である。

### 3) 画像検査

レントゲン検査（胸部や腹部の一般撮影）措置入院の期間中、できる限り入院時点、なるべく早期に実施する。

頭部 CT は、できる限り入院時点、なるべく早期に実施することが望ましい。設備が無い場合は、必要に応じ医療連携によって実施する。

### 4) 心電図

措置入院の期間中、できる限り入院時点、なるべく早期に実施する。

### 5) その他の検査

脳波検査は必要に応じて実施する。髄液検査は必要があれば実施が望ましいものの、安全に行える環境や手順、技術を整えたいうえ行つか、医療連携によって実施する。

### 6) 心理検査

精神科診療にとって心理検査は非常に重要であり、診断や病態判断にとってかなり有力な客観的根拠が期待でき、診断に迷う場面等では特に有用性が高い。しかしながら、措置入院者全員に必須とまでは言えない。

自傷・他害の背景にある病態の鑑別を行うことは、課題の対策に直結し、ケースによっては決定的な所見を得られることもある。

## 8. 精神療法

### 1) 個人精神療法

措置入院患者は、Ⅱ-5「措置入院者の特徴」で示したとおり、特徴的な精神状態、心理状態にある。措置入院者のケアにあたる医師は、これらの特徴を理解し、精神療法を行う。

〈措置入院者の特徴 再掲〉

措置入院者は、「自傷・他害のおそれ」を呈するほどに精神症状が悪化して入院となっていることから、きわめて重篤な精神変調をきたしていることが前提となる。例として幻覚妄想状態における圧倒的な恐怖感、精神運動興奮状態における制御困難な病的意志発動性、重度の抑うつ状態における深い絶望感、自殺企図者における心理的視野狭窄などを伴う。措置入院は知事等の命令による行政処分であり、治療を受けることに納得していない状態での入院も多いことから、当初は医療そのものへの反発・抵抗がしばしば観察される。重篤な精神症状に加え、不本意感、不安、悲しみ、怒り、諦め、否認など、心理面においても複雑な感情下にある。改善に伴い自己や現実への認識が回復してくると、自身が置かれた状況にあらためて直面して抑うつのとなったり、退院後の生活等、現実的課題に対する不安、焦りが生じたりする。

### 2) 家族支援

家族面談は、本人の成育歴、現病歴を正確に把握するうえで重要な情報源であると同時に、家族に対する精神療法的な側面を併せ持つ。措置入院者本人が自傷・他害のおそれを呈するに至るまでには長い経過を経ていることも多々あり、家族が本人への対応のため著しく疲弊していたり、本人に対する陰性感情を抱いていたりする可能性がある。

措置入院の多くは警察官通報によるものであり、警察介入を経ての入院は本人にとって外傷的な体験となるのみならず、家族にとってまた強い衝撃を伴う体験であることを理解したうえで、家族の複雑な心情に十分配慮しつつ面談を行う。

退院後支援ニーズアセスメントを行う際には、家族の考える本人の支援ニーズについても把握することが望ましく、アセスメント結果を踏まえた家族心理教育等の家族支援を提供することが望ましい。友人等、家族以外の支援者が家族以上に本人とのかかわりが深い場合もある。本人との関係性等を確認したうえで、必要に応じて面談や支援を行う。

## 9. 薬物療法等

### 1) 標準的薬物療法

薬物療法における治療選択については、第一義的には主治医の裁量と考えられる。臨床薬理学に精通し、できるだけ標準的な医療を心がけつつ、一方ではガイドラインの限界等も理解し、成書や有用な参考文献をあたったり、患者の個別性を勘案したりしながら多職種チームや同僚、他の医師等とも意見交換をしながら治療を模索する姿勢が重要となる。

### 2) 持効性注射剤

措置入院者は治療中断や服薬状況が不規則であることが多い。持効性注射剤は、このような状況への有効な対策手段の一つである。

措置入院を受け入れる病院は持効性注射剤を使用できる体制を整えることが望ましく、措置入院者のケアにあたる医療者は持効性注射剤の使用にあたって、十分な知識と診療技術を習得するべきである。

導入にあたっては、各持効性注射剤の特性を熟知したうえで、当該患者への適否を十分に検討することはもとより、注射処置などの医療行為が発生することから、治療関係性を構築し本人の十分納得と同意を得たうえで導入することが重視される。継続治療を依頼する通院先医療機関において継続が可能かどうか確認する。

### 3) 修正型電気痙攣療法

いわゆる治療反応不良例や治療抵抗性、および昏迷状態や切迫した自殺念慮等に対し、有効性や安全性に関するエビデンスの確立した治療手段とされる。措置入院者における治療反応不良例や治療抵抗性の頻度は不明であるが、自傷・他害のおそれという臨床特性から適用可能性が想定される。適応や手順については、専門学会等が策定するガイドライン等を参照し、慎重に判断し、適正に実施する。

### 4) クロザピン

治療抵抗性統合失調症に対して効果が認められている薬剤である。措置入院者における

治療抵抗性統合失調症の頻度は不明であるが、クロザピンを治療の選択肢とできることは措置入院者に限らず、精神科医療一般としても一定の臨床的意義や価値があると考えられる。個別の症例の臨床特徴に応じ、クロザピンの特性を十分に理解したうえで患者利益になるのであれば治療の選択肢となる。

クロザピンは無顆粒球症等の重篤副作用の発現可能性があることから、一定条件下に承認された薬剤であり、使用に当たっては一定の手順を遵守しなければならない。クロザリル適正使用委員会において策定され、クロザリル患者モニタリングサービス（Clozaril Patient Monitoring Service : CPMS）が運用手順を提供している。

実施に当たっては施設条件を満たす必要がある。使用可能な医療機関は限られており、地域移行の際は通院先医療機関が限定されるため、退院前によく確認・調整しておく。

## 10. 心理社会的治療

### 1) 心理教育とクライシスプラン

心理教育とは、精神障害など受容しにくい困難を抱える人たちに対し、心理面への十分な配慮をしつつ正しい知識や情報を伝え、病気や障害の理解を深めるとともに、病気や障害によってもたらされる諸問題・諸困難への対処法を習得することによって、本人が主体的に療養生活を営めるようにするための技法である。

措置入院を受け入れる病院およびケアにあたる医療者は、心理教育の実施により患者本人の治療への主体的参加を促し、本人と医療者の共同意思決定のプロセスによる本人参加型の療養計画を作成することが望ましい。

実施にあたっては、精神疾患の発症あるいは再発、非自発的な入院となったことで本人が受けた衝撃に対して十分な配慮をした支持的面接が基本となる。個別に実施されることが望ましいが、他の患者と共通する項目については10名程度までの少人数のグループによる実施を考慮してもよい。

クライシスプラン（病状が悪化した場合の対処方針）とは、病状悪化を未然に防ぎ、病状が悪化したときでも可能な限り本人の意向に添った対応を行うことを目的に、病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処や、支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処等をあらかじめ確認しておくものである。

クライシスプランには、次の各項目が含まれる。

- 病状悪化の兆候
- 病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処
- 病状悪化の兆候に気づいたときに支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処
- 緊急連絡先

医療機関においては、退院前に、病状が悪化した場合の対処方針を作成する意義や活用方法について本人に十分説明した上で、本人との共同作業によりこの対処方針の案を作成することが望ましい。

## 2) 依存症治療プログラム

IV-11-2) 参照

## 3) 精神科リハビリテーション

退院後の地域生活に円滑に移行できるよう、必要に応じ、措置入院者の回復段階に応じた精神科リハビリテーションサービスの実施と、将来的な導入の検討を行う。

機能の評価や獲得のためには、回復段階に相応の社会場面を試みる必要がある。入院環境、しかも措置入院管理下での機能回復訓練には限界があるが、病棟内で何らかのリハビリテーション活動や作業療法を導入できることが理想的である。少なくとも生活技能等の不十分等を理由とした退行促進的に陥らぬよう、常に自立促進を意識したケアを心掛けることが重要となる。

支援ニーズを支援計画に反映させる過程において、個別ニーズに応じて退院後の精神科リハビリテーションについて本人を中心として多職種で検討できる体制を構築し、地域移行後の作業療法、デイ・ケア、病院外資源等について積極的に検討されることが望ましい。

## 11. 薬物使用に関連する精神障害への対応

### 1) 違法薬物使用を知った際の司法的対応

(保留)

### 2) 依存症治療プログラム

措置入院者のなかには精神作用物質の使用により精神病等の精神症状を呈して入院となる症例がある。このような場合でも、表面上観察される精神病症状の改善により措置症状が消退すれば措置解除となる。しかし、精神作用物質によって誘発された精神症状の基底には、依存症が存在することが少なくなく、措置入院の機会に依存症に介入し、退院後の継続的な地域支援体制を整えておくことは有用となる。

退院後支援計画の立案においても、依存症に対する治療計画について、患者の意向をふまえた検討を行う。具体的には、依存症専門医療機関への転院、民間リハビリ施設（ダルク等）や自助グループ（A.A.やN.A.等）といった社会資源の利用を促す働きかけ等が考えられる。地域に利用できる専門医療施設や社会資源がない場合、あるいは、患者が依存症に特化した資源を利用することを拒む場合には、一般的な精神科医療機関への通院継続を提案し、何らかの医療的関与の維持による最終的な治療転帰の向上を目指す。

依存症患者は、本人が問題を否認し、治療継続を望まない場合もまれではなく、患者本人だけでなく、家族に対する心理教育や情報提供も考慮される。紹介すべき社会資源としては、地域の精神保健福祉センター、依存症患者家族の自助グループ（アラノンやナラノン等）がある。

## 12. 他科受診

措置入院患者の医療は、入院した医療機関で行われるのが原則であり、身体合併症について

も、指定基準第二号柱書に他科を併設した総合病院を想定した医療機関に関する要件等が規定されるなど、法令上の対応がある。しかしながら、身体合併症の状況は多種多様であり、どの医療機関であっても万能ではないことから、本指定基準による対応のみでは自ずと限界があり、現実的には外部医療機関への他科受診は避けて通れない。

法内の一時外出を規定する条項は仮退院（法第 40 条、IV-13）のみであることから、その目的は合致しないものの、都道府県や政令指定都市によっては仮退院を用いたり、知事等の裁量で外部医療機関の受診を認めたりと、さまざまな手続きで外部医療機関の受診が行われている。標準といえる手順を特定できないことから、行政機関（保健所）とよく連携し、患者が安全かつ適切に受診できるよう、個別の案件毎に必要な手配を行ったうえ実施することになる。

受診中は、措置入院先病院の職員が同伴することが一般的で、措置入院中は自傷・他害のおそれが持続しているとの認識の下、行動リスク、身体合併症に伴うリスク等、種々のリスクを考慮に入れて対応する。

### 13. 仮退院

仮退院は精神保健福祉法第 40 条によって規定される。

仮退院とは、精神保健福祉法詳解の逐条解説によれば、措置症状が消退したかどうかの診断が困難な場合に適用される規定とされ、措置入院者が措置された病院から離れることが容認されるのは、措置解除または仮退院のいずれかによるべき、一時外泊は認められない、との解釈が示されている。

仮退院を行う場合、措置症状が消退したかどうかの診断が困難な場合に、所定の行政手続きを経て、外出や外泊、6 ヶ月以内の通院を行うことになる。具体的には、一見自傷・他害のおそれは認められないが、潜在的な自傷・他害のリスクは考えられ、それが顕在化した場合も未然に防げる範囲内において、一定の環境刺激を付加することで評価することを目的とし、措置入院患者が一旦病院を離れる臨時的試みを行うことである。自傷・他害リスクの顕在化も想定し、重大な事故につながらないような対策を講じた上で、実施する必要がある。

なお、他科受診のために外出泊を行う場合は本来の仮退院の目的に合致しない（IV-12 他科受診）。ただし、措置入院している精神科病院からの外出を規定した条項は、仮退院しかないため、都道府県・政令指定都市によっては、他科（外部医療機関）受診を仮退院の一形態としている場合がある。このような適用の場合にも、仮退院時に必要な手順を行う。

仮退院の実施にあたり、病院職員等が付き添うかどうかについて、法令等にその根拠は見当たらないが、長期間の同伴は非現実的で、職業上の役割としても病院職員が負うのは診療責任であり、保安についてその責任を負っていない（負えない）ことや、仮退院の実施にあたり自傷・他害のおそれがそれをできるほどに改善している前提を考慮すれば、必ずしも付添いの必要はないと解することに矛盾はない。

### 14. その他、特に留意を要する事項

措置入院とはその定義（適応）の特性上、種々の病態が混在することが知られている。このため、標準的な治療的対応では必ずしも対策や問題防止にならない可能性がある。

ここで例示する特に留意を要する事項とは、通常精神科診療において標準的ではないものの、遭遇する可能性が高頻度にあつて、同時に見落としやすいリスクになりやすく、措置入院という特定の医療形態の中で一定の配慮が必須となるような臨床的事項である。診療の中で見落とされることの無いよう確認することが望ましい。

〈特に留意を要する事項〉

- 身体合併症がある
- パーソナリティ障害が主な基本病態ないし併存
- ASD、ADHD、愛着障害等、発達段階からの病態が主な基本病態ないし併存
- 知的障害が主な基本病態ないし併存
- 薬物乱用・薬物依存が主な基本病態ないし併存
- 認知症・脳器質疾患が基本病態ないし併存
- 診断が不明確
- キーパーソン不在
- 遠隔地に在住している／遠隔地に転出する
- 住所不定・帰住先不定
- 仮退院の必要がある
- 急速な改善
- 短期の措置解除
- 治療反応不良や反社会行為など、主観的な困難感が著しい

#### IV. 措置解除の判断

法第 29 条の 4（入院措置の解除）

都道府県知事は、第二十九条第一項の規定により入院した者（以下「措置入院者」という。）が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに、その者を退院させなければならない。この場合においては、都道府県知事は、あらかじめ、その者を入院させている精神病院又は指定病院の管理者の意見を聞くものとする。

2 前項の場合において都道府県知事がその者を退院させるには、その者が入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められることについて、その指

定する指定医による診察の結果又は次条の規定による診察の結果に基づく場合でなければならぬ。

## 1. 判断のプロセス

措置入院の入院要否判定は、対象者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められるかどうかによって行われる。そのため、その解除の可否は、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至ったかどうか、によって判断される。

措置入院は多義・多様であるとされるが、その理由のひとつは、どのような精神障害が背景であるかについては大きく問われず、主に自傷他害のおそれの一点で判断されることが関連している。すなわち、精神障害の定義が広範であること、心理社会的な背景要因や本人を取り巻く環境が様々であること、「おそれ」という概念にあまりにも大きな幅があり、専門的判断とはいえず主観の入り込む余地を残していることなどによる。

解除に際しては、このような措置入院の多義・多様性を前提に、自傷・他害のおそれが消退したのかどうかについて明確に判断されなければならない。重要なことのひとつは、入院治療や静養等によってもたらされる回復のプロセスによってそれが実現したのかどうかという文脈である。例えば、他害行為の基礎病態となっていた妄想の訂正や易刺激性の消失など、治療によって精神病性症状の改善が認められれば、表面に現れる行動面の評価と併せ、それらは措置要件の消退を評価するにあたり確実性の高い判断根拠になると考えられる。一方で、眼前の状態において破壊的衝動や自殺念慮が観察されない場合であっても、潜在的な病態が残存し、別の瞬間にはそうした症状の出現が臨床観察上の妥当な根拠をもって想定されるのであれば、要件が消退に至ったとは一般に考えられない。

少なくとも措置診察と同等の評価を行う必要はあり、その時点判断として要措置として該当しなければ、措置解除という判断は一定の妥当性を有することになる。

### 法第 29 条の 5

措置入院者を入院させている精神病院又は指定病院の管理者は、指定医による診察の結果、措置入院者が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至ったときは、直ちに、その旨、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

## 2. 解除までの手続き

判断の手順としては、法によれば指定医がこれを判断するとされている。つまり指定医が独断することも適法であるが、実際にはチーム医療による共有認識が成立した状況での判断が推奨される。すなわち、多職種の協働作業による種々のプロセスを経て得られるアセスメント情報を集約し、総合的に検討した結果、指定医が最終判断をすることが最適である。

具体的には、本ガイドラインで診療プロセスを実施し、自傷・他害のおそれが消退したかどうかの検討を並行して継続的に行い、必要に応じて管理者等の評価を交えるなどして、これらの判断材料を元に最終的に指定医が判断する手順とすべきである。

措置解除のために、指定医はその時点で患者を直接診察し、自傷・他害のおそれがないことを確認する。措置入院した患者は、措置入院した時点で2名の指定医によって、自傷・他害のおそれが認定されている。したがって、まずは、措置入院した時点で存在していた自傷・他害のおそれが、その時点でも存在しているかどうかを確認する。

措置入院中に、新たな自傷・他害のおそれが出現していないことも確認する。措置入院者であってもなくても、病状が変化することは珍しくない。例えば躁状態に伴う破壊行為で措置入院した患者が抑うつ状態となり自殺念慮を呈する場合などである。このような症状の変化があった場合には、変化後の症状において自傷・他害のおそれに該当するかどうかについて評価を行うべきである。

容易に中断が予想され、中断すれば自傷・他害に至る可能性の高い患者、心的外傷を有し、特定の刺激によって行動上のハイリスクとなるような危険な経歴を有する患者、依存症治療プログラムを要する患者や規制薬物の再使用などによって自傷他害のおそれの出現が不安視される患者など、特定の配慮が考慮される場合には、必要に応じ関係機関に助言を求め、措置解除の検討過程で会議を開催し、判断材料を収集したり、自傷・他害のおそれの再発予防となるような支援策を模索したりすることも一つの方法である。

元来のリスクが軽減し、新たなリスクも認めず、その時点において措置診察を行ったとしても、要措置と判定されない状態であり、自傷・他害のおそれが消退したと判断したならば、ただちに措置解除の手順に移行しなければならない。

指定医は措置入院者の症状消退届を作成し、措置入院先病院の管理者は直ちに最寄りの保健所長を経て知事等に届け出なければならない。実際の解除までには提出後数日を経ることがある。

### 3. 措置入院者の症状消退届記載上の留意点

措置入院者の症状消退届（以下、消退届）は、「指定医による診察の結果、措置入院者が、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがないと認められるに至った旨、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項」を知事等に届け出するための書面である。措置入院先病院の管理者が届け出なければならない。

消退届は、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（2000年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）、様式12により書式が定められている。



消退届の記載内容については、できるだけ状況を補足し、支援につながるような情報が含まれるようにする。

「入院以降の病状または状態像の経過」欄は、措置解除の医学的正当性根拠を示す欄であり、病状と問題行動の医学的関連を考慮しながら、措置症状の消退経過に関連する内容を中心に記載する。措置入院時の診断を変更した場合や、病名の不一致がある場合には、「入院以降の病状または状態像の経過」欄に、その病名を診断するに至った経緯を記載することが望ましい。

「退院後の帰住先ならびに住所」欄は、退院後支援のために重要な情報となる。未定の場合には、未定とするか、帰住先として可能性がある場所を記載するかは、その未定の程度により、措置入院先病院が判断する。

「訪問指導等に関する意見」および「障害福祉サービス等の活用に関する意見」欄は、必ずしも指定医が記載すべきとされている欄ではないが、地域での必要な支援について、医療機関が行政機関に対して正式な文書で伝達できる貴重な機会である。支援計画の内容や会議での検討結果などを反映させる。

## V. 退院に向けた自治体との協力

### 1. 自治体による精神障害者の退院後支援の概要

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よれば、入院をした精神障害者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰等の観点からは、そのニーズに応じて、退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援（以下、医療等の支援）が実施されることが望ましい、とされる。

このため、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では、入院した精神障害者のうち、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認められる者について、各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的な支援を進めていくことができるよう、自治体を中心となった退院後の医療等の支援の具体的な手順が整理された。

自治体は、法の理念と退院後支援の趣旨を十分踏まえた上で、医療機関や地域援助事業者等の関係者と連携・協力して精神障害者の退院後支援に取り組むことが必要である。その際には、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び家族その他の支援者の意向を十分踏まえながら、入院中の精神障害者が円滑に地域生活に移行することができるよう、過不足のない支援を提供すべきである。

### 2. 自治体との協力体制の構築

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では、法第47条に基づく相談支援業務の一環として、自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認められる入院中の精神障害者について、退院後に社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促

進のために必要な医療等の支援を適切かつ円滑に受け取ることができるよう、本人の同意を得た上で、必要な医療等の支援内容等を記載した退院後支援に関する計画（以下、計画）を作成することが適当である、とされる。

作成主体は支援対象者の退院後の居住地を管轄する保健所設置自治体である。

措置入院を受け入れる病院は計画の作成等において、自治体との協力体制を構築する。

支援対象者としては、作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認められた入院中の精神障害者のうち、計画に基づく支援を受けることに同意した者である。支援対象とすることの最終決定は、自治体が行うことに留意する。

### 3. 退院後の支援に関する計画作成のための会議

退院後支援に関する計画の作成にあたっては、原則として、入院中に会議を開催し、支援関係者等で計画の内容等を協議することが適当である。

ここで、会議の設置主体は、計画の作成主体の自治体である。会議の日程調整、記録の作成等、関係事務を行う事務局は、会議の設置主体となる自治体の保健所等の機関が担うことが想定される。

支援対象者である措置入院者の入院先病院の職員は、会議に支援関係者として出席し、本人の病状や治療経過、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、計画に関する意見等について説明するなど、計画の作成が適切かつ円滑に行われるよう協力することが望ましい。出席する担当者としては、主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等が想定される。主治医が精神保健指定医(以下「指定医」という。)ではない場合には、主治医に加え、指定医が参加することが望ましい。

### 4. 退院後の支援に関する計画に係る意見書

支援対象者の入院先病院は、支援対象者の症状が一定程度落ち着き、退院後支援のニーズをある程度評価できるようになった段階で、直近の退院後支援ニーズに関するアセスメントの結果を踏まえ、計画に係る意見書(参考様式 3、4)を可能な範囲で記載し、当該アセスメントの結果とともに、作成主体の自治体に提出することが望ましい。

その際には、本人及び家族その他の支援者の意向を確認し、意見書の作成に本人及び家族その他の支援者が参画できるようにすることが望ましい。また、この際、入院先病院は、可能な範囲で、通院先医療機関等、具体的な支援関係者の候補も併せて作成主体の自治体に情報提供する。

### 5. 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡

支援対象者の入院先病院は、支援対象者の退院後の居住地が入院前の居住地から変更になることを把握した場合は、速やかに作成主体の自治体に対して連絡を行うことが望ましい。また、住所不定の者の退院後の居住地に関しては、関係する自治体と協力して本人が居住地を確定す

るために必要な援助を行うことが望ましい。

## **6. 退院後の支援に関する計画が作成されない場合の対応**

自治体による退院後支援の必要性が高いと判断されたにもかかわらず、計画に基づく支援の実施について本人の同意が得られない場合や、本人の計画作成への意向の確認が困難である場合には、計画の作成は行わない。ただしこの場合も、医療機関は、本人及び家族その他の支援者の意向を尊重し、支援ニーズに基づいた支援を提供できるように努め、必要な連携構築や環境調整等を行うことが望ましい。

### 退院後支援のニーズに関するアセスメント

医療機関名：

主治医氏名：

退院後生活環境相談担当者/相談員氏名：

| 本人氏名：  |                          | 性別： 男 ・ 女                |                          | 年齢： 歳                    |                          |                          |                          |                          |      |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 評価項目<br>A:環境要因, B:生活機能(活動), C:社会参加, D:心身の状態,<br>E:支援継続に関する課題, F:行動に関する課題 | 本人評価                     |                          |                          |                          | スタッフ評価                   |                          |                          |                          | 特記事項 |
|  | 0                        | 1                        | 2                        | 9                        | 0                        | 1                        | 2                        | 9                        |      |
| A1住居：退院後の居住先   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| A2経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| A3親しい関係者：家族、パートナー等との関係性  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| A4子供の世話：18歳以下の子供の養育  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| A5介護：高齢者、障害者の介護  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| B1食事：料理、外食、適切な食事の購入  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| B2生活環境の管理：自室や生活環境を整えること  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| B3セルフケア：入浴、歯磨き等の清潔保持   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| B4 電話：電話の有無、電話使用の可否  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| B5 移動：公共交通機関、車等の移動手段の利用  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| B6金銭管理：金銭の管理と計画的な使用  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| B7 基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| C1日中の活動：適切な日中の時間の過ごし方  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| C2交流：家族以外との社会的交流   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| D1 精神症状：幻覚、妄想、思考障害等  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| D2 身体的健康：身体疾患、副作用を含む身体症状   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| D3 心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| D4 性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| E1 処遇・治療情報：処遇・治療に関する情報提供とその理解  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| E2 治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| F1 アルコール：アルコールに関連する問題全般  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| F2薬物：処方薬依存・乱用を含む薬物関連の問題全般  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| F3 自分に対する安全：自殺関連行動等、セルフネグレクト等  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| F4 他者に対する安全：暴力、威嚇行動等   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| F5 その他の行動上の問題：衝動性や強迫行為、嗜癖等   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| その他 ( )  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |      |
| 支援に関する意見   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |      |

0=支援の必要なし, 1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている, 2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていない, 9=不明

- ・ 0=支援の必要なし、1=この領域に問題があるが、効果的な支援を受けている、2=この領域に問題があり、効果的な支援を受けていないの3段階で評価する。
- ・ 支援は、公的な支援、家族や友人等からの私的な支援の両方を含む。
- ・ 情報不足で評価できない項目、本人が答えたくない、又は、答えられない項目、評価を実施していない項目は「9=不明」とする。
- ・ スタッフ評価は必須であり、本人評価も実施することが望ましい。
- ・ 本人とスタッフの評価に相違があっても差し支えない。

| A 環境要因に関する評価     |  |
|------------------|--|
| A1住居             | 退院後の居住先について、どのくらい適切か評価する。原則として、自宅は「0」、グループホームなどは「1」、帰住先がない場合、あるが適切でない場合は「2」と評価する。ただし、帰住先として自宅やグループホームの住環境等（部屋の広さ、利便性、家族関係や近隣住民との関係等）が適切でない場合は「2」と評価する。例えば、車椅子が必要となったが、自宅がバリアフリーでない場合は「2」となる。 |
| A2経済的援助          | 経済的困窮がある場合に、生活保護、障害年金等の経済的援助を受けられているかを評価する。（家族や親族からの援助の有無を含む。）   |
| A3親しい関係者         | 配偶者、パートナー、家族等との関係性について評価する。  |
| A4子供の世話          | 育児に関する困難の程度（障害の有無を含む）を評価する。子供がいなければ「0」、子供がいても18歳以上であれば「0」と評価する。  |
| A5介護             | 高齢者、障害者等の介護に関する困難度を評価する。家庭内に、本人が介護に参加する要介護者がいなければ「0」、家庭内に要介護者がいても、本人が介護に参加していない場合は「0」と評価する。  |
| B 生活機能（活動）に関する評価 |  |
| B1食事             | 自炊能力、外食、スーパーやコンビニの利用等により適切に食事摂取する能力を評価する。自炊ができない場合でも、外食や惣菜の購入などが自分で適切にできていれば「0」。食事を用意することはできるが栄養が偏る場合や、食事時間が不規則となるような場合は「2」となる。  |
| B2生活環境の管理        | 住居において適切な生活環境を維持する能力（整理整頓、掃除等）を評価する。   |
| B3セルフケア          | 身体面および衣類の清潔の両者を含む。服装や化粧等の適切さ（その場の状況に適しているか）は評価しない。   |
| B4 電話            | 身近にすぐ利用できる電話があるか、適切に電話連絡ができる能力を評価する。電話以外の連絡手段（メール等）で連絡しており、連絡をとるにあたって支障がない場合は「0」とし、特記事項に連絡手段を記載する。   |
| B5 移動            | 必要な移動の可否を評価する。時刻表の確認や切符の購入等の能力を含む。公共交通機関が利用できなくても車、自転車等の代替手段があり、生活に支障がなければ「0」と評価する。  |
| B6金銭管理           | 予算を立てたり、金銭管理を行ったりする能力を評価する。収入が少なく、経済的に困窮している場合は、「経済的援助」で評価する。  |
| B7 基礎教育          | 簡単な読み書き、おつりを数えるといった日常生活に必要な基礎学力を評価する。  |
| C 社会参加に関する評価     |  |
| C1日中の活動          | デイケア、就労、就学、家事、友人との外出など様々な活動を含む。本人が就労を希望しているが、デイケアでのレクリエーションのみで、就労支援が提供されていないような場合は、本人評価は「2」となる。同じ状況で、スタッフはデイケア参加が本人に適切であり、ニーズが満たされていると考えればスタッフ評価は「1」となる。                                     |
| C2交流             | 社会的接触、他者との交友関係の形成を評価する。自助グループでの交流やピアサポーターの活用も含む。   |

| D 心身の状態に関する評価               |  |
|-----------------------------|--|
| D1 精神症状                     | 薬物療法、個人や集団の精神療法、作業療法等の効果を踏まえた精神症状の有無・程度を評価する。症状に対して適切な医療が提供されていない場合、本人が治療を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない等の理由であれば、この項目で評価する。  |
| D2 身体的健康                    | 身体的健康全般に対し、必要な診療、治療、対応が行われているか評価する。治療を受けているが病状コントロール不良な場合は「2」と評価する。薬物療法の副作用については、この項目で評価する。  |
| D3 心理的苦痛                    | 本人が経験する心理社会的ストレスや適応上の困難、精神症状に伴う心理的苦痛、抑うつ、不安等を評価する。症状に対して適切な医療等が提供されていない場合、本人が治療や支援を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない、カウンセリングが必要であるが医療機関に臨床心理技術者がいない等の理由であれば、この項目で評価する。  |
| D4 性的な問題                    | 性衝動の問題、性生活の満足度、性機能障害（薬の副作用は「身体的健康」で評価）、性同一性障害等を評価する。   |
| E 支援継続に関する課題の評価             |  |
| E1 処遇・治療情報                  | 疾患、入院形態、治療計画等につき、情報提供がされているか、本人がそれらの情報を理解しているかの両方を評価する。情報提供の際は本人に理解を促すための配慮が必要である。（平易な言葉で繰り返す、図を用いる等）心理教育が行われているが、本人が病識を獲得していない場合は「2」となる。  |
| E2 治療・支援への動機づけ/<br>疾病の自己管理  | 現在受けている、または退院後に受ける予定の医学的治療や障害福祉サービス、介護サービス等についての理解と、本人の同意および動機づけ、アドヒアランスを評価する。治療・支援の必要性を理解し、良好なアドヒアランスが期待できる場合は「0」、治療・支援の必要性について十分理解はしていないが、それらを拒否していない場合は「1」、治療・支援を拒否している場合は「2」と評価する。治療・支援が必要ない場合は「0」と評価する。治療の必要性を理解しているが、服薬の自己管理が困難な場合は「2」である。 |
| F 行動に関する課題の評価               |  |
| F1 アルコール                    | アルコールに関する問題全般について、退院後を想定して評価する。入院中のアルコール不使用のみでは、効果的な支援を受けているとはいえない。  |
| F2 薬物                       | 処方薬依存や乱用を含む薬物関連の問題全般について、退院後を想定して評価する。入院中の薬物不使用のみでは、効果的な支援を受けているとはいえない。  |
| F3 自分に対する安全                 | 自殺や自傷行為の危険性、セルフネグレクト、搾取や虐待から自分を守れないこと等。  |
| F4 他者に対する安全                 | 故意の暴力、威嚇のみではなく、煙草の不始末のような、意図しない（不注意による）危険も含む。  |
| F5 その他の行動上の問題               | 衝動性、強迫行為、BPSD（認知症の行動・心理症状）や、アルコール・薬物以外の嗜癖（賭博、買い物、収集癖、過食嘔吐等）の問題を評価する。   |
| その他（                      ） | 本人やスタッフが支援の必要性があると考えるその他の領域について記載し評価する   |