

## 措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究

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）

研究協力者：赤田卓志朗（群馬県精神医療センター）、浅見隆康（群馬大学）、五十嵐禎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、金田一正史（全国精神保健福祉相談員会）、佐藤愛子（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、杉山直也（沼津中央病院）、清水光恵（兵庫県阪神北県民局伊丹健康福祉事務所）、瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）、塚本哲司（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）、西中宏史（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）、村上 優（国立病院機構さいがた病院）、村田昌彦（国立病院機構榊原病院）

### 要旨

本研究は精神保健福祉法における措置入院制度の実態把握と改善のための政策提言を目標とした。平成 31 年（令和元年）度においては、措置入院運用及び退院後支援ガイドラインの普及状況を調べるため、全国の保健所等に対するアンケート調査を行った。また、両ガイドラインでカバーされていないパーソナリティ障害、発達障害、触法少年に関する有識者による検討を行うとともに、英国の DSPD 専門病棟や人権擁護の仕組みについて批判的吟味を行った。結果として、警察官通報には一定の適正化が見られていることが示された。また措置入院等に関する自治体と警察との協議による効果も確認された。精神科入院患者に対する退院後支援は多くの自治体で実施されており、一定の成果を上げている一方、社会資源の不足、関係者の認識の齟齬、事務手続きの煩雑さ、支援期間やタイミング設定等数多くの課題が抽出された。

### A. 研究の背景と目的

平成 28 年 7 月 26 日、相模原市の障害者支援施設に元職員が侵入し、入所者を刃物で刺し、19 名が死亡し、27 名が負傷するという事件が発生した。

この事件の被疑者が事件前に犯行を予告する手紙を各所に送付したことで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」という。）による措置入院となっていたこと、被疑者が事件前に大麻を使用していたことが後に明らかになったこと、被疑者がいわゆる優生思想に基づく深刻な障害者差別の発想をもって犯行に及んだことが推定

されたこと等により、この事件は今日の我が国における精神保健福祉施策のあり方について多くの議論を呼ぶこととなった。

厚生労働省は事件の検証および再発防止策検討チームを結成し、平成 28 年 9 月 14 日に中間とりまとめを、12 月 8 日に最終報告書を発表した。その内容には、措置入院制度に関する実態把握および改善のための方策の検討、とりわけ措置入院の対象となった患者の退院後支援の体制作りの必要性についての提言が盛り込まれた。

本研究班は、直接的には、事件発生を受けて、措置入院制度運用の現状分析及び今後の

改善策の考案を目的として、平成 28 年度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(研究代表者：藤井千代)」の分担研究として、平成 28 年 12 月 21 日に交付決定されたものの後継に当たる。

すなわち本研究は時系列的には相模原事件を受けて開始されたものといえるかもしれない。他方、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」という。)による措置入院制度の抱える種々の課題については従前から再三指摘されていた。例えば、措置通報件数は近年、特に警察官通報において大きく増加している。これに対し、措置診察対象者や新規措置入院者はさほど伸びておらず、警察等の認識と保健所や精神保健指定医の判断との間の乖離がうかがわれる。次に、措置入院患者は医療保護入院患者に比べて、ソーシャルサポートの乏しさが顕著である。すなわち、措置入院患者の多くは一般精神保健医療福祉で支えきれなかった患者であり、措置解除後の支援体制が十分でないことが多い。そのため転帰不明となる例も多く、このことが一部患者の頻回措置入院につながっている可能性がある。そして措置入院に携わる精神科医師の多くは、頻回措置患者や措置診察を受けたが措置不要となった患者への手当が必要と考えている。措置入院医療の質の向上を図る取組みも継続的に行われてきた。

本研究の当初の主な目的は、上記のような先行研究を整理するとともに、新たなデータを収集して、現行制度運用の実態把握を行うことであった。しかしその後厚生労働省内で法改正の議論が具体化するに及び、改正法を想定した運用ガイドライン作りも求められることになった。

厚生労働省は、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書を平成 29 年 2 月 17 日に公表した。その提言内

容等に基づき、政府は精神保健福祉法改正法案を第 193 回通常国会に提出した。法案は参議院先議となり、附帯決議付きで可決されたが、会期末のため継続審議となった。そして第 194 回臨時国会で衆議院が解散されたのに伴い、廃案となった。

こうして立法は頓挫したものの、措置入院制度をはじめとする我が国の精神保健福祉に様々な課題があることに変わりはない。厚生労働省はまず現行の精神保健福祉法下での運用の適正化を図ることを企図し、我々は作成途上だったガイドラインの内容を見直し、現行制度下でも適応可能でかつ精神医療保険福祉の向上に資すると思われる部分を抽出することを計画した。

一昨年度において、我々は厚生労働省、各自治体、警察庁等との協議を重ね、措置入院運用にかかる論点整理を行った。また、措置入院患者に限らず精神科病院から退院した患者に対する行政による地域生活支援のあり方について、作成途上だったガイドラインを叩き台としてさらに議論を重ねた。

それらの結果を下敷きにして、厚生労働省は、平成 30 年 3 月 27 日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「措置入院の運用に関するガイドライン」について(厚生労働省障発 0327 第 15 号。以下「運用ガイドライン」という。)」及び厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「地方公共団体による精神障害者の退院後支援のガイドライン」について(厚生労働省障発 0327 第 16 号。以下「退院後支援ガイドライン」という。)」が発出された。ちなみに、同通知内に示された両ガイドラインは行政文書としての性質上、研究班ガイドラインと一部記述が異なっている。

上記の経緯により両ガイドラインが発出されたことにより、措置入院制度改革は一定の進捗を見た。その一方で、当初厚生労働省が目指していた精神保健福祉法改正に向けた動きは頓挫する形になっていた。

この状況を踏まえ、我々は昨年度においては、運用ガイドライン及び退院後支援ガイドラインに関する研修会を開催し、両ガイドラインの普及を図るとともに利点及び問題点の抽出に努めた。また、相模原事件以前からたびたび問題視されていたにもかかわらず両ガイドラインでも中核的に取り上げられることのなかった、司法と精神医療の狭間に陥りがちないわゆる「グレーゾーン事例」に関する考察を進めるための研究を行った。

本年度においては、これらの研究をさらに進め、これまで60年以上にわたり運用されてきた措置入院制度のあり方について、現状分析と改善のための方策を検討することを目的とした。

## B.方法

上記の目的を達成するために、我々は下記の3つの研究を新たに立ち上げた。

### (1) 措置入院制度を巡る種々の課題に関する有識者検討会の実施

措置入院に関する議論は非常に幅が広く、両ガイドラインでは賅いきれない領域が数多く残されている。また両ガイドラインやこれまでの研究でも強調されてきたように、かかる問題を解決するためには、医療者のみならず法律家や教育、福祉関係者等多職種での議論が欠かせない。これらの見地から、我々は措置入院制度及びその周辺領域について幅広い検討を行うため、これまで十年以上に渡る実績を持つ「精神医療法研究会（主催：山本輝之、成城大学法学部教授）」の場を用いて有識者検討会を開催することにした。また、司法精神医学に明るい精神科医師のほか、警察関係者及び精神障害当事者団体の構成員を交えて事例検討を行う多職種会議を開催することにした。

検討会は今年度中に4回開催し、2回は昨年度までに制作した「精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集」を試用することとし、他の2回は本邦における少年院での処遇

や英国における司法精神医療の実態に関する議論、また精神障害者の権利擁護や発達障害と司法精神医学との関係など措置入院制度と間接的に関連しうるテーマに関する議論を行うこととした。

### (2) 措置入院に関する両ガイドラインの活用状況に関する調査研究

両ガイドライン発出から1年を経て、一部の自治体ではガイドラインに基づく運用を軌道に乗せていることがうかがわれる一方で、一部の自治体においてはガイドラインの発出によりトラブルが増えたという話も聞いている。ガイドライン発出後の措置入院制度運用の変化について全国的な状況を調査した研究は存在しない。本研究においては、全国の保健所に対してアンケート調査を実施することを通じて、両ガイドラインの実施状況に関する実態を把握することを目的とした。

研究対象は、措置入院業務を所管している全国の保健所等の職員であって、業務として精神保健福祉法に基づく措置入院に関与している者とした。ただし、各保健所等につき1名に対象を限定した。なお、ここでいう保健所等とは、運用ガイドラインについては東京都、群馬県（東京都及び群馬県では運用ガイドラインについて都県が一括して対応しているため）、県型保健所351、措置権を持つ中核市1、政令市20の計374箇所を指し、退院後支援ガイドラインアンケートについては県型保健所（特別区含む）380、中核市58、政令市20の計458箇所を指す。研究対象の選出は、厚生労働省及び全国保健所長会の公表している保健所リストによって行った。各保健所の担当者個人は特定しないこととした。

我々は各調査票を各保健所に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、警察官通報の処理状況（別紙1）及び退院後支援ガイドラインに示される手続きの実施状況等（別紙2）である。

調査票に研究の目的その他所定の情報を開示し、記入された調査票の返送をもって回答内容の提供にかかる同意とみなした。

返送された紙媒体のデータを電子化し、統計処理ソフト等を用いて解析することとした。本研究は悉皆調査に近い性質の探索的研究と位置づけ、解析手法については調査時点では確定させなかった。

### **(3) 措置入院制度運用の実務に携わる警察官に対するアンケート調査**

我々は昨年度の研究において、精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集に基づく調査票を送付し、全国の精神保健指定医に対して措置入院制度及びグレーゾーン事例に対する処遇に関する意見の収集を試みた。その結果、多くの指定医が警察関係者をはじめとする非医療従事者との認識の齟齬を指摘していた。そこで我々は、グレーゾーン事例に対する全国の警察官の認識について調査する必要性を感じたものである。

本研究においては、業務として精神障害者に接する機会のある警察官が、精神障害者の定義や、精神保健福祉法による措置入院の取扱いについて、どのように感じているかを調べることを目的とした。

調査対象は、現職の警察官であって、業務として精神障害者に接する機会のある者である。年齢、性別は問わないが、警察官の資格要件上、高校卒業が要件とされる。

我々は調査票を警視庁及び全国の都道府県警に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、精神保健福祉法による措置入院にかかる業務についての経験等であり、別紙3に示す通りである。

調査票に研究の目的その他所定の情報を開示し、記入された調査票の返送をもって回答内容の提供にかかる同意とみなした。

返送された紙媒体のデータを電子化し、統計処理ソフト等を用いて解析することとした。本研究は探索的研究と位置づけ、解析手

法については調査時点では確定させなかった。

#### **【倫理的配慮】**

我々は本年度の研究内容を精査し、いずれも臨床研究法及びその関連法規の規制の範囲には含まれないことを確認した。他方、我々は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に則って各々の研究を実施することとした。

我々は研究(2)(3)について、それぞれ「措置入院ガイドラインの実施状況把握に関する研究(3613番)」及び「精神科臨床における「グレーゾーン事例」の検証に関する研究 フェーズ3(3661番)」として、研究計画を千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会に提出し、各々令和元年12月17日及び令和2年2月4日にそれぞれ承認を得たうえで研究を遂行した。

## **C.結果/進捗**

### **(1) 措置入院制度を巡る種々の課題に関する有識者検討会の実施**

我々は、令和元年8月4日、令和元年8月23日、令和元年11月24日、令和2年23日の計4回、有識者による検討会を開催した。各回の出席者数は10-30名前後で、職種内訳は精神科医師と法学者が概ね同数であり、他に弁護士、裁判官、精神保健福祉関係者等の各々若干名、精神障害当事者団体の構成員が参加した。

第1回では、精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集に記載された事例の一つを検討会向けにアレンジしたプレゼンテーション資料(別紙4)を配布して、事例に対する考察や精神医療及び非医療資源の活用方法等について、出席者間で幅広い議論を行った。

第2回では、精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集に記載された事例の一つを見解向けにアレンジしたプレゼンテーション資料(別紙5)を配布して、事例に対する考察や精神医療及び非医療資源の活用方法等に

ついて、出席者間で幅広い議論を行った。なお、精神障害当事者団体の構成員からは、措置入院制度改革の方向性を踏まえて現場の精神医療従事者や警察官その他関係者が精神障害当事者に対する適切な見立てを一致させていくことの必要性について、また、「グレーゾーン」に該当する精神障害当事者からは、精神医療における処遇の曖昧さに対する不満がしばしば聞かれること、警察による当事者の個人情報への目的外使用に対する懸念があること等の指摘があった。

第3回では、厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究（研究分担者：五十嵐禎人）」の研究協力者である菊池安希子氏より、英国 DSPD 病棟に関する報告を受けた。また当分担研究の主任研究者である藤井千代氏より、精神障害者の権利擁護に関する日英比較についての報告を受けた。両報告に基づき、これらの知見を日本の司法精神医療の発展のためどのように活用するかについて、出席者間で幅広い議論を行った。

第4回では、医療法人翠星会松田病院理事長である松田文雄氏より、発達障害と二次障害としての各種精神障害や行動障害について報告を受けた。また、さいたま少年鑑別所の門本泉氏より、精神障害に罹患した少年の鑑別の現状と課題について報告を受けた。両報告に基づき、措置入院制度では必ずしも手当が及んでいない発達障害者や精神障害を有する未成年者への対応のあり方について、出席者間で幅広い議論を行った。

## （2）措置入院に関する両ガイドラインの活用状況に関する調査研究

全国の保健所、政令市、中核市等計 374 箇所の行政機関に運用ガイドラインに関する調査票を郵送し、計 234 箇所（62.6%）の保健所等から返送を得た。

各調査票に記載された数値を単純合計した

ところによると、警察官通報受理件数 4280 件のうち、被通報者が保護された状態で通報が行われたのが 4133 件、保護されていない状態で通報が行われたものが 243 件であった。合計は通報受理件数 4280 件に一致しないが、これは一部の調査票で空欄や概数が記載されている等の事情による。以下同じ。

保護された状態で通報が行われた 4133 件のうち、措置診察が行われたのは 2249 件、行われなかった（診察不要と判断された）のは 1795 件であった。診察が行われた 2249 件のうち、緊急措置入院となったのは 398 件、措置入院となったのは 1266 件、措置不要と判断されたのは 688 件であった。

他方、被通報者が保護されていない状態で通報が行われた 243 件のうち、41 件では措置診察が行われ、うち 9 件が緊急措置入院、19 件が措置入院となった。措置不要と判断されたのは 24 件であった。

また、被通報者が保護されていない状態で通報が行われた 243 件のうち、被通報者が警察官によって視認されていたものは 64 件、視認されていなかったものは 52 件、視認から時間が経過してからの通報は 58 件であった。

以上の結果のまとめを図 1 に示す。

自治体間格差を見ると、234 カ所中、被通報者の身柄の保護を伴わない警察官通報について回答したのは 176 カ所であり、うち 58 カ所（33.0%）において実際に被通報者の身柄の保護を伴わない警察官通報を経験していた（図 2）。

保健所等が警察と協議の場を持つ機会があったか否かについては、約 3 割がそのような機会はなかったと回答した（図 3）。その他の意見については、別紙 6 に示す（なお、判読困難箇所の削除、表記の統一、個人及び地域情報の削除等の理由により最低限の改変を加えている。以下同じ）。

協議の場で具体的に話し合った内容としては、別紙 7 のような内容が挙げられていた。

続いて、我々は全国の保健所、政令市、中核市等計 458 箇所（回収率 65.1%）の保健所等から返送を得た。うち 247 箇所（実施率 82.9%）の保健所等でガイドラインに基づく支援が行われていた（図 4）。

調査対象期間内に 1899 事例が退院後支援について説明を受けており、その数は自治体によってばらばらだった（図 5）。措置入院者以外に退院後支援の説明をした自治体は全体の 1 割弱だった（図 6）、退院後支援に同意したのは 1184 事例だった（図 7）。措置入院者以外から退院後支援の同意を取った自治体は全体の 1 割弱だった（図 8）。

81 事例は他の自治体からの引継ぎであり、他の自治体から退院後支援の引継ぎを受けた実績のある自治体は全体の 2 割弱だった（図 9）。引継ぎの困難さについての自由意見としては、別紙 8 に示すとおりである。

退院後支援の対象とする患者像について各保健所に問うた結果については、措置入院者を対象とすると回答した自治体は 3 割弱であった。緊急措置を含むか除くかについては意見が分かれ、措置入院者のうち必要性の高い者に絞ると回答した自治体も 3 割弱に及んだ。措置入院以外でも退院後支援の対象にしていると回答した自治体は 1 割弱であった（図 10）。措置入院者のうち必要性の高い者の基準に関する意見が多数寄せられた。その結果をまとめると下記のようなになった。

#### <過去の治療歴>

- ・非自発入院を繰り返している者。
- ・措置入院を複数回繰り返している者。
- ・初発事例。

#### <今回の入院経緯>

- ・長期入院者。
- ・措置解除までに相当の期間を要した者。

#### <患者属性>

- ・生活能力の低い者。
- ・統合失調症を有する者。
- ・思春期や認知症以外の者。

- ・治療中断の期間が長く、地域生活をさせていくために多職種連携が必要なケース等。

#### <既存のサービスでは不十分>

- ・契約型サービス（医療・介護保険・障害福祉）を利用していない者。
- ・訪問看護、福祉サービスの利用を希望しない者。
- ・障害福祉サービスの利用や介護保険サービスの利用等が見込まれず、退職後の支援がなければ同様のことが繰り返されると思われる者。
- ・より明確な説明（紙ベースでの同意や計画書の交付）や、枠組みが必要であると判断される場合。
- ・これまで支援の導入に成功しなかった、または中断期間が長かった者。

#### <退院後のリスク想定>

- ・医療中断の可能性が高い者。
- ・服薬中断のハイリスク。

#### <行動上の問題>

- ・深刻な問題行動のある者。
- ・地域に対する迷惑行為のある者。
- ・家族への暴言・暴力がある者。

#### <社会的要因>

- ・地域の支援体制が確立していない者。
- ・家族の支援が期待できない者。
- ・単身者。
- ・家族に対する支援が必要な者。
- ・経済的問題を抱えている者。

#### <判断主体>

- ・アセスメントシートでチェック項目に多く該当する者。
- ・医師が必要性を判断した者。
- ・深刻な問題行動のある者。
- ・退院後支援マニュアルの支援対象者に該当する者。
- ・入院医療機関が計画書を交付して退院後支援が必要と判断した者。

また、措置入院者以外に対して退院後支援を行うに当たっての判断基準については、下記のような回答があった。

### <過去の治療歴>

- ・治療中断があり入退院を繰り返す事例。
- ・複数回の非自発的入院歴。
- ・医療保護入院を繰り返している者。

### <今回の入院経緯>

- ・警察が関与して入院した者。
- ・緊急措置入院後の措置診療においてほかの入院形態にて入院となった者。
- ・保健所や警察等が関与して入院となった者。
- ・以前から保健師の関わりがあった者。
- ・保健所・保健センターの受診支援により入院した者。
- ・保健所や警察の介入で入院に至った患者のうち、家族や地域での支援が少ない者。
- ・措置解除まで長期間を要した者。
- ・措置解除後に1年以上の長期入院となった者。

### <患者属性>

- ・精神病圏の方で病識が乏しく、入退院を繰り返している者。

### <既存のサービスでは不十分>

- ・退院後、医療福祉に関する地域支援サービスの利用が必要と考えられる者など。
- ・医療保護入院者で退院後に支援が必要だと考えられる事例（独居世帯等でサポート体制が脆弱等）。
- ・退院後に生活環境の調整（サービス導入や支援者の継続支援）が必要な場合、等。

### <退院後のリスク想定>

- ・医療中断のおそれが高い者。
- ・医療中断につながりやすい（これまで医療中断があった）者。

### <行動上の問題>

- ・地域住民とのトラブルがあった（キーパーソンの不在）者。
- ・児童相談所がからんでいる事例。

### <社会的要因>

- ・家族調整（家族の疾患理解など）が必要。
- ・ソーシャルサポート（社会資源）が少ない者。

- ・孤立しがちな者。
- ・経済的な問題のある者。
- ・退院後の地域支援体制のない者等。
- ・家族機能が低下（高齢・障害により）している者。

### <判断主体>

- ・医療機関との情報共有の中でそのように判断された者。
- ・病院から支援依頼があった者。
- ・マニュアルに基づき、支援が必要な者。
- ・病院と相談。
- ・病院から相談があったケースについて対応。

### <その他>

- ・複数の課題がある事例（認知症の父母と精神障害の本人など）の事例。
- ・数回の非自発的入院歴があり、医療の必要性が高いにもかかわらず医療中断の可能性が高く、対象者の身近に支援する者がいないなど地域で孤立することが予想され、契約型サービス（医療、介護保険、障害福祉）を利用していない医療保護入院者。
- ・「退院後支援」の枠ではなくて、通常の相談支援のなかで対応。計画を交付しないだけのことでケア会議や訪問、支援調整を行っている。
- ・本人や家族その他の支援者、入院先病院等から求めがあった場合等で保健所が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。
- ・医療保護入院であったが23条通報をくりかえすケースについて保健所長判断で退院後支援対象者とした。
- ・再度の病状悪化を防ぐために、サービスの調整が必要と思われる方で、同意の取れそうな方。同意が取れそうにない場合は支援そのものが断られるといけないので、これまで通り精神保健福祉法47条で対応している。
- ・過去に措置入院もしくは緊急措置入院歴がある上、病識に乏しく、受診中断が懸念さ

れるが、独居生活となる者。

また、その他の判断基準については、下記のような意見があった。

- ・対象者の選定は精神保健センターで実施。
- ・マニュアルに沿って対応予定。
- ・知的障害、発達障害を除く措置入院者。
- ・マニュアルにおける対象は措置入院者（緊急含む）だけでなく、入院形態に関わらず、本人や家族、医療機関等からの要請があり、保健所が支援の必要性を判断した者となっている。対象が広く設定されているため、措置入院者全員を基本にしなが、それ以外の入院者についても、求めに応じて都度相談しながら進めていきたい。
- ・緊急措置入院を含む措置入院者のうち、頻回の措置入院歴のある者及び措置解除まで長期間を要する者。
- ・措置保健所が退院後支援の同意を得た措置入院者。
- ・措置入院者で病院から保健所に支援について相談された者。
- ・入院先の病院より提案があった者。
- ・実施例はないが、今後緊急措置入院を含む措置入院者全員を対象とする予定。
- ・措置入院者のうち入院先医療機関と協議の上、必要と認めた人に実施（関係者が連携して支援が必要と考える者。
- ・措置入院者のうち、退院後に支援を行う必要があると認めた対象者のうち、同意が得られた者。
- ・精神障害者及びその家族、その他の支援者、入院先病院から求めがあった場合等、帰住先保健所が退院支援を行う必要性が高いと認める者（入院形態は問わない）。
- ・入院形態にかかわらず、関係機関の支援がないと日常生活に支障をきたす可能性が高いと判断した者（例：困ったときに自分から SOS を出せない。自分一人では問題解決の優先順位をつけられない、若しくは問題解決に向けた行動を取ることが困難。状態悪化すると他者を拒絶し、本人及び家族

の状況把握が困難。自殺のリスク要因が軽減していない）。

- ・病院から連絡のあった者。
- ・以前または現在、措置入院をされた方で、入院治療継続されている者（現時点で、医療保護入院や任意入院している者も対象としている）。
- ・中核市保健所として自治体保健所が支援の必要性を認め対象者から同意を得られた後、自治体保健所からの通知を受けて実施。
- ・措置入院又は緊急措置入院後に医療保護入院等により入院した者。
- ・緊急措置入院者で支援が必要と認めた者のみ。
- ・原則、措置入院者全員に退院後支援計画を作成することと定めているが、措置入院先病院医師およびケースワーカーと協議のうえ、計画作成不相当としたものには提案せずとしている。
- ・統合失調症患者のうち、保健所や警察介入の元、入院となった者で、家族力が弱いなど、退院後支援の必要性が高いと判断された者。
- ・入院先病院の職員から依頼のあった入院患者。
- ・主治医からの指示。
- ・入院先病院の意見を踏まえて、退院後支援を行う必要があると保健所が認めた者。
- ・通院対象者で必要性が高い者。
- ・措置入院者のうち、病院から退院後支援の案内を受け、同意の意志を示した者。
- ・措置入院者、緊急措置入院者の他、作成主体が退院後支援が必要であると認めた者で、計画に基づく支援を受けることに同意をした者。
- ・試行運用のため、病院と協議のうえ判断することとしている。
- ・緊急措置入院を含む措置入院者のうち、必要性が高いと判断（過去に非自発入院を繰り返した等、医療中断のリスクが高い者、



生活における困難性が高い者）された者。

・緊急措置入院を含む措置入院者全員を対象としているが、退院後も行政による積極的な介入が必要と認められる事例を中心に提案している。

・緊急措置入院を含む措置入院者のうち、入院先医療機関の担当者が計画作成等について対象者に説明し、退院後支援を受けることに同意した者。

・本人が「退院後支援に同意したら退院できる」と誤解される患者がいる。退院後支援の説明を丁寧にしないと後でトラブルになる。

・現状では通常の退院支援は行っているが、ガイドラインに沿った退院後支援は行っていない。

・医療機関から退院後支援導入の申し出があったもので保健所内での協議の結果、必要と認められた者。

・措置入院者のうち、退院後地域で生活し、かつ今後も精神科医療が必要な方

・障害福祉課と入院先病院とで退院後支援が必要かの判断をしている。必要な場合は自治体から保健所に連絡がある。

・まだ措置入院の例がないが受け入れ病院と相談して提案することになると考えられる。

・医療保護入院および任意入院患者のうち、精神科病院から退院後支援導入について相談があった者。

退院後支援に困難を感じる点については、別紙 9 のようなものが挙げられた。

退院後支援の導入による効果に関しては、別紙 10 のような意見があった。なお、未実施のため評価不能という回答が多数あったが、本稿には収載していない。

続いて、退院後支援の実施された 690 事例に関する分析結果を以下に述べる。

支援対象者が入院した病院と管轄の保健所との位置関係については、半数近くが圏外であった（図 11）。支援対象者の当初の入院形

態としては、措置入院が約 8 割を占めた（図 12）。退院時期を見ると、調査対象となった期間内では後期に行くにつれ対象者が増加していた（図 13）。入院期間については、約半数が 1～3 ヶ月であった（図 14）。精神科主診断については、約 7 割が統合失調症圏であり、気分障害圏が次いだ（図 15）。性別は男性が約 7 割を占めた（図 16）。年代は 40 代が最多であった（図 17）。

支援対象者の入院中に会議を行った回数については、約半数が 1 回のみであった（図 18）。支援対象者の退院後に会議を行った回数については、0 回が最多回答だった（図 19）。会議への警察の参加については、回答事例の 2%弱で会議に警察が参加していた。うち 2 割の事例で患者本人の同意がとられていなかった（図 20）。退院後支援を行う期間については、大半の事例で 6 ヶ月間と予定されていた（図 21）。また、実際の支援期間も大半の事例で 6 ヶ月間だった（図 22）。医療機関からの退院後支援ニーズアセスメント表については、約 8 割の事例で提出されていた（図 23）。退院後支援を導入された事例における各種サービスの利用については、訪問看護が過半数で導入されていたが、障害福祉サービスの利用は 3 割程度に留まり、訪問診療や介護サービスはほとんど利用されていなかった（図 24）。

調査時点での支援対象者の状況については、既に支援を終了していた者と支援中の者が各々約 4 割を占めた（図 25）。支援中断の理由については、本人の同意撤回が最多であったが、その他が次いだ（図 26）。なお、690 例中 7 例（1.01%）の死亡が確認された。転居に伴う支援中断の理由として、「本人が引継ぎに不同意」が 1 件、「転居先自治体が退院後支援未対応」が 1 件、「その他」が 3 件挙げられていた。支援対象者の再入院については図 27 に示す通りである。ただし無回答と再入院なし（0 回）との区別はついていない。

### (3) 措置入院制度運用の実務に携わる警察官に対するアンケート調査

我々は警察庁と相談のうえ調査票を確定させ、全国の警察署への発送を手配した。しかし、令和元年末より新型コロナウイルスの感染拡大が世界的問題となり、日本でも感染対策関係部局のみならず全国の行政機関の業務遂行に深刻な影響が及んでいる現状に鑑みて、発送時期を遅らせることを決定した。

#### D. 考察

本年度は昨年度までの研究結果を踏まえ、措置入院制度改革の効果検証と制度の周辺における問題の現状分析を主な目的とする研究を進めた。

本年度は措置入院制度を巡る種々の課題について、有識者を招聘して話題提供を受けるとともに、精神科医師や法学者、弁護士、裁判官といった司法精神保健に携わる職種での議論を行った。先般作成した「精神科臨床におけるグレイゾーンモデル事例集」を活用して事例検討を行うことにより、多職種間で問題認識を共有して議論を深めることができる可能性が示された。また、重度パーソナリティ障害者、発達障害者、触法少年といった特性を持つ者が措置入院の対象となった場合、今般策定された両ガイドラインの標準的な運用になじみづらいことが確認された。これまで措置入院制度はともすれば精神症状に基づく暴力行為を伴う統合失調症患者を主な標的として議論されてきたが、我々が平成 29 年度に報告したとおり、現在措置入院の対象者に統合失調症圏を主診断に持つ者は約半数しかいない。精神医療全般を見ても、精神科診断学の裾野の広がりから、従来の統合失調症患者の地域生活支援モデルでは立ちゆかない場面が散見される。今後の措置入院制度運用の議論に当たっては、むしろ「グレイゾーン」への対処が議題の中心になってくるのではないか。

英国では日本より 200 年早く司法精神医療

制度が確立したとされているが、なお未だに多くの課題を抱えている。21 世紀においては「危険な重度パーソナリティ障害患者」に対する専門的医療の提供を目的とした取組みが行われたが、目立った効果を上げることができずに終わったということである。この社会実験は、予算と人材の十分な手当を行い効果検証のための仕組みを設けたうえでなければ、徒に高規格な病棟を作っても費用対効果に優れた結果を出すことはできないという事実を語っているように思われる。他方、英国では精神医療内容の監査については優れたシステムを構築しており、第三者委員会が不適当な医療機関の運営を差し止めたり、年配の精神科医師が診療内容に対する外部評価を加えたりすることができるようになっている。これらの仕組みは精神医療の悪用に対するフェイルセーフになるうえに、その医療水準の向上にも一定の役割を果たしていると思われる。日本でも部分的に取り入れていくことを検討する余地があろう。

日本においては少年事件は近年著明な減少傾向にある。これは犯罪件数自体の減少に伴うものであり、また少子化も影響しているものと思われる。その一方で少年犯罪の性質も変化しており、暴力事件が減る一方で詐欺事件は急増している。また精神障害を有する非行少年が目立つ傾向があるという。これらは社会の世相を反映したものであると同時に、精神科診断学の裾野の広がりとも関係しているであろう。強制性や情報共有の問題など法律的な論点もあり、少年鑑別所や家庭裁判所といった司法機関と民間の医療ないし福祉機関との連携は甚だ乏しいのが現状である。措置入院との関係でいえば、精神保健福祉法に基づく非自発的入院には対象の年齢制限を設けていないのに対し、医療観察法の対象者は原則として成人に限定されているため、重度の精神障害に基づき重大な他害行為をした少年に対しては医療観察法を適用できず、より人的手当の薄い措置入院環境で治療せざるを

得ないという問題がある。

発達障害については、近年の診断概念の周知と広がりに伴い、相談件数が小児、成人ともに激増している。他方では未解明な部分も多く、生物学的な発達特性とこれに伴う行動上の問題、そして養育や社会生活上の問題に影響されて生じた二次障害としての精神障害、さらには三次障害としての自己効力感の課題や社会内での役割の問題といった種々のレイヤーの関係をどのように整理していくのかについては、一部の専門家の間では議論が深まりつつあるものの、検討すべき課題が残されている。発達障害と犯罪の関係については「精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集」でもいくつか取り上げたが、発達障害という概念自体が標準からの逸脱を基準にしており、個別性が極めて高いため、ステレオタイプを引き合いに出して一元的に論ずるべきではないだろう

措置入院の適否を判断するに当たっては、自傷他害のおそれをもたらす理由として、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準（昭和63年4月8日厚生省告示第125号）」に示される病状及び状態像を呈していることが要件とされている。しかしこの告示は臨床現場では必ずしも尊重されておらず、意識障害や知能障害、人格の病的状態については措置入院の対象から外されることが多い。本研究班でも、意識障害やアルコールの影響については身体科治療との関係性も含め踏み込んだ議論が行われ、その結果の一部は運用ガイドラインに反映されている。告示が制定された時点では、発達障害については臨床家でさえも十分な理解が進んでいなかったし、パーソナリティ障害に対する考え方も告示制定時点と現在とでは大きな変化がある。措置入院制度の存在意義とその適切な活用方法について整理するに当たり、今後は、告示の見直しについて踏み込んだ議論が必要ではないか。

また、本年度は、両ガイドライン発表から1年余を経過した時点において、全国の保健所の対応がどのように変化したかを調べる目的で調査を行った。

平成29年度に実施した全国の自治体に対するアンケート調査結果から、全国の自治体のうち被通報者の身柄の保護を伴わない警察官通報を経験した自治体は63自治体中の32（50.8%）自治体であった。この結果を再解析したところ、同年度の3か月間における警察官通報件数は5445件、うち身柄の保護を伴わない通報は1128件（20.7%）あった。対して、本年度の調査結果からは、全国の保健所等のうち被通報者の身柄の保護を伴わない警察官通報を経験した保健所等は176件と33.0%に留まっていた。また、警察官通報のうち被通報者が保護された状態で通報が行われたのは4280件中243件と5.68%に留まっていた（図28）。両年度の調査は対象が異なるため単純比較することはできないが、運用ガイドライン制定の前で被通報者の身柄の保護を伴わない警察官通報はかなり減少したことがうかがわれる。これはおそらく、被通報者が入院などした後で形式的な通報が行われるいわゆる事後通報の減少が寄与しているものと思われる。もっとも、相模原事件を端緒として一部の自治体で措置入院制度運用の見直しが進められたという話も聞いており、運用ガイドラインが制定される前から事後通報の減少が起きていた可能性もある。また、伝え聞いた話では、運用ガイドラインを盾にとって被通報者の身柄の保護を伴わない警察官通報が積極的に行われるようになった地域もあるという。ガイドラインの制定が関係者の不利益につながっては本末転倒であろう。措置入院制度運用の地域間格差については本年度はこれ以上検証しないが、各地域の実情に合わせて適切な運用が行われることを期待する。

過半数の保健所等が警察との協議の場を持つ機会があったと回答している。自由記載の

意見を読む限り、協議の場では非常に建設的な議論が行われているように見受けられる。協議内容は、措置入院制度運用の総論的な確認から、個別具体的な事例を想定した対応方針の検討、今後問題となり得る事態についての勉強会など、多岐に渡っている。少数意見だが、会議の場を特段に設けずとも適宜意見交換できているとの記載もあった。措置入院業務の一部を担い、また自傷他害のおそれを有する精神障害者に直接接触する機会の多い警察職員と、保健所等が緊密な協力関係を保つことは、措置入院制度の適切な運用のためには不可欠であると思われる。そのため的手段として、運用ガイドラインでは協議の場を設けることを強く推奨している。自治体の規模やそれまで醸成されてきた文化等の背景事情によっては、敢えて新たな会議を立ち上げるには及ばないとの判断もあろう。ただし逆に警察との協議の場がまったくない地域においては、この機会に意見交換を始めることが期待される。

退院後支援については、回答した保健所等の大半で既に開始されていた。その実数は自治体規模その他の事情により大幅な差異があった。現状、措置入院患者以外に対する退院後支援の実績は多いとはいえない。医療保護入院者は実数が多く、多くの自治体が措置入院患者への対応で手一杯になっている現状がうかがわれる。どのような患者を支援対象とするかについては、各保健所等での試行錯誤がうかがわれたが、大別すると、患者の過去の経緯に着目するものと、患者の現在の生活能力や行動障害、退院後のリスク管理を懸念するもの、そして担当医その他のキーパーソンの意向によるものに分類できる。これらはいずれも臨床実感としては妥当性が高いものであるが、今後定量的な評価を行い、退院後支援の必要性を合理的に判断するための評価尺度の策定を目指したいところである。

自治体間での退院後支援の引継ぎは、ガイドライン発出から期間が空いていないことも

あり、まだ少数に留まっている。しかし実際に経験した保健所等からは戸惑いの声が多い。各自治体で事例の蓄積が進むにつれこの混乱は解消に向かうと思われるが、他方ではこれまで長年に渡り進行してきた自治体間格差が浮き彫りになることも予想される。これは医療観察法の通院処遇と同じ構図といえる。

支援対象となった患者の属性としては、統合失調症圏が7割を占める。これは措置入院者における割合よりも高く、スタンダードな退院後支援になじむ患者を選別して支援対象としている可能性が疑われる。入院期間は1～3ヶ月が半数を占め、1ヶ月未満の短期入院や1年以上の長期入院の者は対象になりづらいようである。退院後支援ガイドラインの普及を図るうえではまず標準的な手順を確立させる必要があり、取り組みやすく効果的な支援が可能な患者を当初の対象として選定するのが合理的であろう。その意味ではこれらの結果は各保健所等において合理的な判断に基づき支援を開始したことをうかがわせるものである。

他方、支援にかかる関係者会議については、入院中に1回行うのが精一杯で、退院後にはほとんど行われていない状況がうかがわれる。ガイドライン策定に至る議論においては、関係者会議の重要性について再三指摘されたにもかかわらず、実効性への疑問から関係者会議に関する必須条項の収載は見送られた経緯がある。退院後支援に携わる保健所等の人員は限られており、形ばかりの会議では意味がないし、会議のための日程調整で退院が遅延しては本末転倒であろう。ただ、支援を受ける患者本人にとってみれば、支援者と顔の見える関係を築くことの重要性は言うまでもない。措置解除にあたり行政職員が患者にその旨告知することも当事者にとっては重要な過程であると思われる。必ずしも会議の形態を取る必要はないにせよ、支援に当たる関係者が緊密な関係を維持するための仕組み

を設ける必要性は高い。

国会で度重なる議論の対象となった、関係者会議への警察の参加については、件数が少なく、特異的な自由記載意見も見られなかったため、本年度の研究結果から言えることは乏しい。本人の同意なしに警察が参加した事例が2件あるが、個別事情が不明のため評価不能である。引き続き注視する必要がある。

支援期間については、ほとんどの事例が退院後支援ガイドラインで想定した6ヶ月間となっていたが、1年間の支援を行った事例もあった。自由記載意見においては、半年間では支援期間として不足であるとの意見が散見される一方、長すぎるという意見はなかった。通院医療の維持のための行政介入の効果についてはエビデンスが乏しく、ガイドライン制定において支援期間を半年と定めたことに科学的な根拠はない。標準的な支援期間としていかほどが望ましいのか、また標準から外れて長期に支援を行う必要性のある対象者の属性はいかなるものか、今後の検証が必要である。

支援対象者の転帰については、まだ実数が少ないため定量的な評価は尚早である。回答を見ても、支援終了と支援中断の区別がはっきりしない回答が散見された。自由記載意見においては、再入院が減る効果を実感できたというものをはじめ、十全に実施できれば労力に見合った効果が期待できるという意見が散見された。本年度の調査では690事例中7事例(1.01%)の死亡が確認された。措置入院患者の死亡率は一般人口及び精神障害者全般のそれに比べて高いとされており、今後とも慎重な観察が必要である。

退院後支援を行うに当たっての困難については、極めて多数の意見が寄せられており、各保健所等における苦労がうかがわれる結果となった。大別すると、リソースの不足(対応する職員が足りない、時間的余裕がない、病院の場所が遠い、予算が足りない)、当事

者の理解の問題(対象者の同意が取れない、家族の理解が乏しい)、病院との連携の問題(病院が退院後支援の必要性を理解しない、患者が退院するまで連絡が来ない)、手続きの煩雑さ(書類作成に時間がかかる、決裁事務が増えた)、疾患特性への戸惑い(発達障害、パーソナリティ障害、知的障害)、支援期間に関する疑問(前述)が挙げられる。

退院後支援を実施するには当然ながら人的、時間的、経済的負担が発生する。精神保健福祉法改正案の議論でもその点は散々指摘されてきた。結果として法改正がなされず、診療報酬改定により精神科病院及び診療所には若干の手当がされたものの、行政機関が新たな人員や予算を確保するための法的根拠は乏しいままになっている。これは実務を担当する行政職員からすると深刻な問題である。

加えて、改正法案では緊急措置入院を含む措置入院者全員を退院後支援の対象とすることを求めていた。多種多様な措置入院対象者を一律に支援の対象とすることのバランスの悪さについては当研究班からも批判の声を上げていた。法案改正が頓挫し、退院後支援の仕組みは措置入院者全員に義務づけられるのではなく、医療保護入院者その他に対しても必要に応じ適用されることになったが、その基準を国は示しておらず、また学術的に妥当性のある基準が確立しているわけではない。全ての入院患者に支援を提供することは現実離れしており、形だけの支援を行えばかえって社会復帰を阻害する事例も出てくるであろう。限られた社会資源を必要な対象者にどのように配分するかについては、早急に検討を進めるべき課題である。このことについて、回答者からは先述の通りいくつかの切り口からの提案がなされている。対象者の過去の入院歴を重視するのは、疫学的には妥当性が高そうだが、未来志向で支援を行うためには過去の履歴に囚われすぎないようにすることも必要である。他方で現在の患者の生活能

力やリスクに着目するのは、実践的ではあるが、リスクを過大の評価するおそれも孕んでいる。担当医その他関係者の意見を尊重することは円滑な支援の導入に当たっては有利であるが、度が過ぎれば恣意的な運用になりかねない。今後はこれらの要素を子細に検討して、科学的に妥当性のある一定の基準作りを行う必要がある。

支援対象者の同意の問題は本質的かつ現実的な問題といえる。支援者から見て支援の必要性が高い者ほど当事者の同意が得づらいというパラドックスは多くの支援者が口にするところであり、エビデンスレベルはともかく暗黙知とあって良いであろう。今般の調査でも、少なからぬ回答者が、より強制力を持った介入の仕組みの必要性に言及していたし、関連諸学会でも同様の意見が後を絶たない。しかし、支援の基本に立ち返って考えると、患者本人が支援に同意しないというのはすなわち患者が支援を必要としていないことと同義であり、その患者に対し「支援が必要」と考えるのはある種の自己矛盾である。ここで行政が想定している「支援」とは、やはり実際には、保護、監督、監視の範疇を含んでしまっているのではなからうか。

例えば、服薬を怠ると俄に病状が悪化する傾向のある患者が、支援者による服薬指導を一切断って自己管理したいとの希望を強く述べた場合を想定する。患者の怠薬を防止し病状悪化を未然に防ぐことは、支援者から見れば当然の取組みであろう。しかしそれでも患者が介入を拒んだ場合、半ば強引に関与を続けるのは監視でなくて支援といえるのか。あるいは逆に、自己管理に任せて患者が怠薬し病状を悪化させ再入院もしくは他害行為に及んだ場合、それは患者の自己決定の結果であり支援者に何らの瑕疵はないと断じて良いものか。このジレンマは容易に解決を図れるものではなく、ガイドライン等で規定したからといって直ちに解消するものではない。

いずれにせよ、今般の措置入院制度改革で

は、患者に受療を強要するというスキームは導入を想定されておらず、まして法改正がなされていない現時点では患者の意に反する介入を実施する法的根拠はない。患者の同意に基づく支援だけでは本人及び周囲に深刻な不利益をもたらす事態がどの程度の蓋然性で生じるのか、何らかの公権力の行使をもってその事態を予防することが正当化されるのか、引き続き慎重な議論が必要であろう。

また、支援対象者が一旦与えた同意を撤回してしまうという回答も複数見られた。その一方で、多職種による丁寧な説明に基づき書面による同意を取るという工程が、支援対象者のアドヒアランスにつながったという意見も見られた。個別性の高い問題であるが、基本的には支援の本質に立ち返り本人の希望を尊重することが重視されるべきであろう。

家族の理解が得づらいという意見も散見された。既に先行研究結果が示している通り、措置入院患者は医療保護入院患者に比べて家族その他の社会的な支援基盤が弱い。いわば家族が支えきれなかったから措置入院を余儀なくされた患者が多いといえるのであって、そのような患者の家族に協力を期待するには自ずと限界がある。従来、我が国の精神保健福祉は障害当事者の家族に過大な負担をかけてきた歴史があるし、近年の家族構成や家族観の変化に伴い、当事者支援の中で家族をどのように位置づけるかも再検討が必要である。そのような見地に立って、退院後支援ガイドラインでは、本人と家族の立ち位置を明確に区別し、本人が信頼している友人・知人も家族と準同列に扱うことを推奨している。こと措置入院者の支援に当たっては、家族によるサポートが期待できないことを前提に支援計画を立案すべきかもしれない。

保健所等の回答の中で病院との関係性の問題に言及するものが多かったのは興味深い。なかでも、医療機関の無理解に対する批判や苦言に相当する意見がかなりの数見られた。行政機関と医療機関が地域住民の健康を守る

ために団結するのは保健医療の基本であり、それは退院後支援に限った話でもなければ、措置入院制度改革によって新たに生じた課題でもないだろう。もしも今般のガイドライン策定に伴ってはじめて保健所と医療機関との認識の齟齬が明るみに出たのであれば、それはそれまで地域に内在していた根深い問題が今般可視化されたということの意味しているのではないか。単に事務手続きの変更等に関して周知が十分でないということであれば、時間が解決するかもしれないが、地域における患者支援の方向性が病院と行政とで異なっているのだとしたら、それは一朝一夕には解決できない深刻な問題であろうし、それが地域特性に影響されたものなのであれば、各地域で相互議論を繰り返して共通解を見いだしていくしかないであろう。

事務手続きが煩雑になったという意見も多数見受けられた。研究班内での議論では、新しい仕組みの導入に伴いこれまでうまくいっていた取組みを阻害することのないようにすること、極力新たな事務手続きを導入しなくてもすむようにすることが重視されてきた。それでもなお、行政が介入すること自体が決裁手続きその他の工程を生むし、昨今の行政手続き透明化や個人情報保護の風潮から一層の手間がかかるようになってきていることも想像に難くない。精神保健福祉法第47条に基づく支援の歴史は古く、地域の実情に合わせて最適化されている可能性があり、それに比べて新たな仕組みによる支援は杓子定規な運用を余儀なくされているため一層負担を感じやすいのかもしれない。ただ、今般の退院後支援の仕組みはあくまでもガイドラインに過ぎる、手続きに関してもそれ自体を義務づける法的根拠はない。今後は地域ごとに必要欠くべからざる工程とそうでない部分を峻別し、効率的かつ効果的な支援を進めていくことが望まれる。

疾患特異性については当研究班でも本年度議論を重ねたところであり、引き続き検討が

必要である。また支援期間についても今後のエビデンス構築が必要である。

措置入院者の退院後支援の議論にあたり繰り返し懸案として挙げられていたのが、超短期入院を経て退院してしまう患者の扱いである。今般の調査でも入院期間が短すぎて退院後支援の準備ができないという回答が多数あった。入院期間が短いということは、本来は病状が軽いことを意味しており、入院により社会から隔離されていた期間が短いのであるから、地域社会への復帰も標準的な退院後患者よりも容易なはずである。そのような対象者に一律に行政による退院後支援を提供することは非効率であろう。その一方で、物質関連精神障害のため急速に精神症状が改善する、本人も家族も同意しないため医療保護入院による入院治療の継続が困難、など、諸事情により、病態を踏まえて想定される入院期間よりも短期間で退院となる患者が相当数いることも指摘されている。そのような患者に対する支援は個別性が高いうえに、本来入院環境下で行うべき支援を外来で実施するといった無理のある計画策定を求められることもある。その場合に重要なのは支援者間での情報及び問題意識の共有であって、先述の通りこの点で病院と行政機関との認識にずれがあると、双方にとって過大なストレスを生むことになる。病院側が制度をよく周知していないと思われる事例もあるようで、その点は今後の普及啓発と事例の積み重ねが重要になる。他方で、病識獲得のための疾患教育や服薬指導などは、原則として該当する患者全てに対し病院が実施すべき治療手順であり、それらがなされていないことに行政が困惑するのはもったいであるといわざるを得ない。

退院後支援に向けて患者本人にいつどのようアプローチするかの見極めが難しいという意見もあった。これは極めて現実的な課題であり、一般論を踏まえたうえで個別事例特性に合わせて柔軟な対応が必要であろう。

これまで述べてきたような多種多様な批判

や問題提起があった一方で、退院後支援の仕組みを導入することの効果についても種々の意見が寄せられた。なかでも、医療機関をはじめとする地域の関係機関同士が顔の見える関係になり、連携がしやすくなったという意見が最も多かった。これは多職種、多機関連携における基本であり、まさに今般の取組みの意図するところである。

これまでも障害者の地域生活支援においては地域内の機関連携の重要性は再三指摘されてきたわけで、それを今般の措置入院制度改革で初めて実施されたというわけではないだろう。逆に、これまでもよく連携を取ってきた自治体にとっては、今般のガイドラインの提言は今更の感があるようで、これまでも良好な地域生活支援を行えてきたので特段の変化はない、ないしは事務作業が増えるだけの結果になったという意見もあった。

だが、実際のところは、なんらかの行政ガイドラインなり新たな仕組みがなければ改革が困難な地域というのも一定程度あったであろうし、今般のガイドライン策定はそのような地域の精神保健福祉の底上げには一定の役割を果たしたといえるかもしれない。

## E.健康危険情報

特になし

## F.研究発表

### 1.論文発表

1. Outcomes of administrative involuntary hospitalization: A national retrospective cohort study in Japan. Shiina A, Sato A, Iyo M, Fujii C. World Journal of Psychiatry. 9(7) 99 – 106. 2019年11月(査読有)

### 2.学会発表

1. 【口演】The Gray Zone in Forensic Mental Health Practices: A Delphi Study and a National Survey. Shiina A. 11th European Congress on

Violence in Clinical Psychiatry. 2019年10月25日(ローマ)

2. 【口演】精神科臨床における「グレーゾーン事例」に対する精神保健指定医の考え方に関する全国調査. 椎名明大. 第27回日本精神科救急学会学術総会. 2019年10月19日(仙台)
3. 【口演】Administrative involuntary admission for patients with mental disorder in Japan: Days of future past. Shiina A. The 35th International Congress on Law and Mental Health. 2019.7.26
4. 【座長】患者の違法薬物使用を知ったとき医療者は何をすべきか. 松本俊彦ほか. 第115回日本精神神経学会大会. 2019年6月21日(新潟)
5. 【口演】医療観察法における鑑定入院アウトカム指標の確立と検証に関する研究第4報. 椎名明大. 第15回日本司法精神医学会大会. 2019年6月7日(岩手)

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1.特許取得

なし

### 2.実用新案登録

なし

### 3.その他

なし

## 参考文献

1. Every-Palmer S et al. Review of psychiatric services to mentally disordered offenders around the Pacific Rim. Asia Pac Psychiatry, 6(1)1-17, 2014.
2. 厚生労働省 報告書 ～再発防止策の提言～ 平成28年12月8日 相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム



3. Nakatani Y. Psychiatry and the Law in Japan History and Current Topics. *Int J Law Psychiatry*, 23,589-604,2000.
4. Nakatani Y et al. New legislation for offenders with mental disorders in Japan. *Int J Law Psychiatry*, 33,7-12,2010.
5. 瀬戸秀文 医療観察法が施行された後に措置入院に変化があったか：措置入院の現状ならびに医療観察法入院直前の精神保健福祉法入院について（第10回日本司法精神医学会大会）--（シンポジウム 医療観察法医療が一般精神科に及ぼした効果） 2015 司法精神医学 司法精神医学 10(1), 88-94, 2015.
6. Tsuchiya JK et al. Focus on psychiatry in Japan. *Br J Psychiatry*, 164,88-92,2004.
7. 浦田重治郎 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究」総括研究報告書 2004 年
8. 山上皓 医療観察法施行の意義-司法精神医学の立場から 日本精神科病院協会雑誌 2003, 22(10): 17-21.
9. 吉住昭 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究」分担研究「医療観察法による医療と精神保健福祉法による医療との役割分担及び連携に関する研究」分担研究報告書 2013 年
10. 椎名明大 平姓年度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」分担研究報告書 2018 年

図1 警察官通報に対する処置

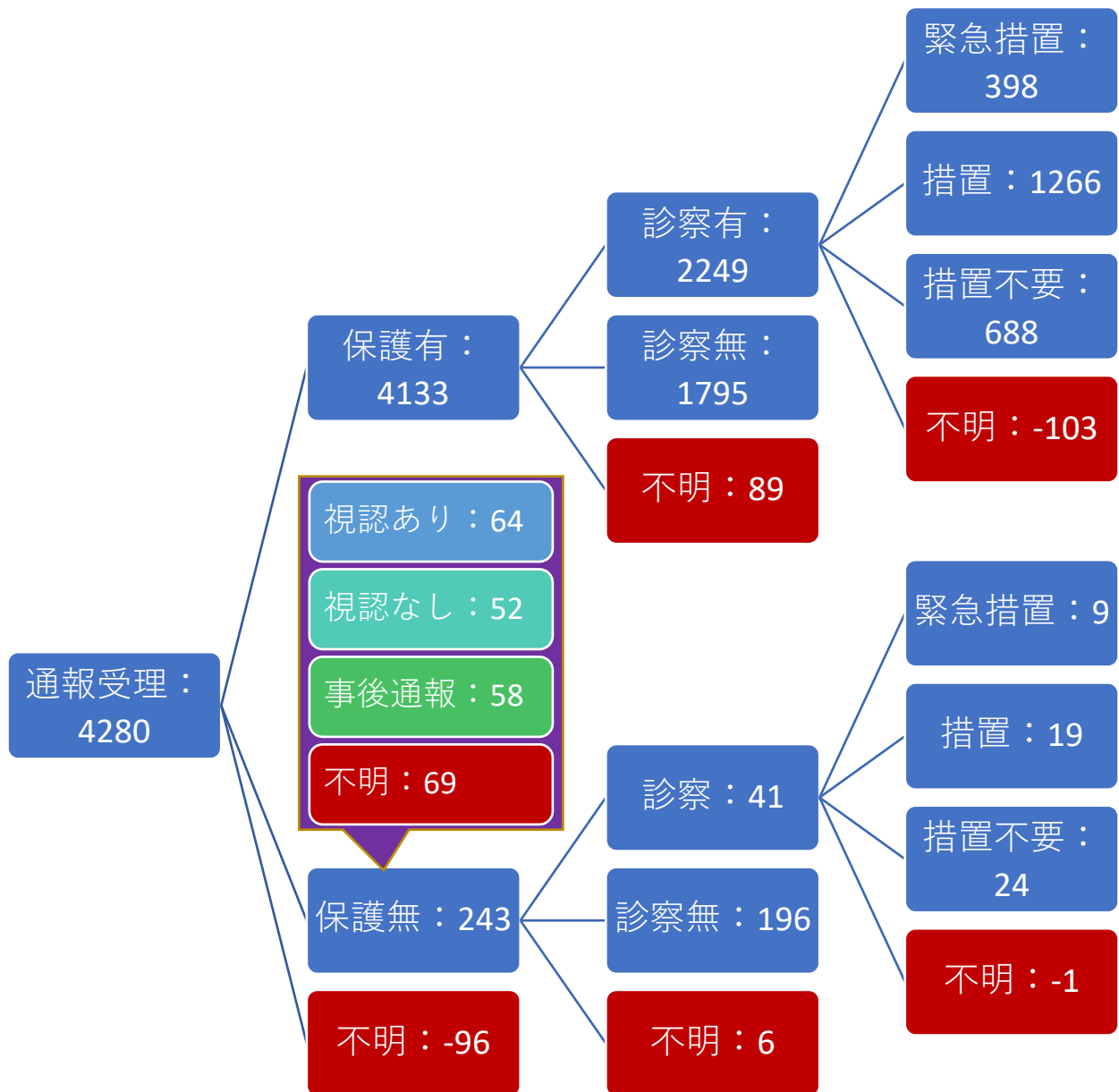


図2 被通報者の身柄の保護を伴わない通報件数

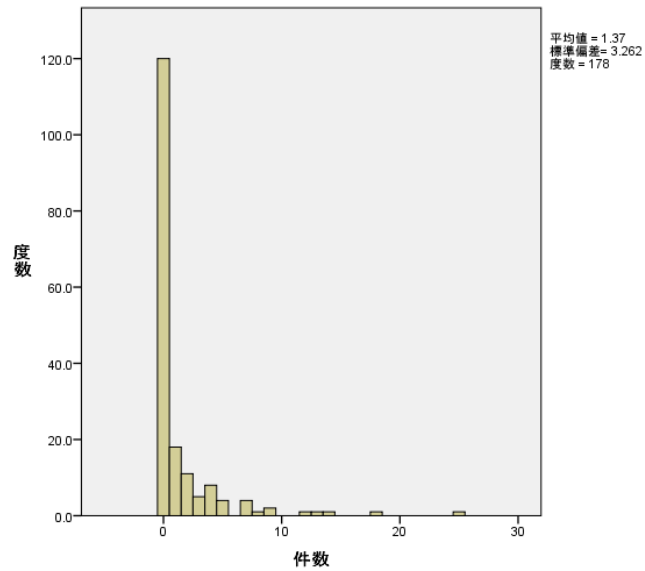


図3 警察との協議の場を持つ機会

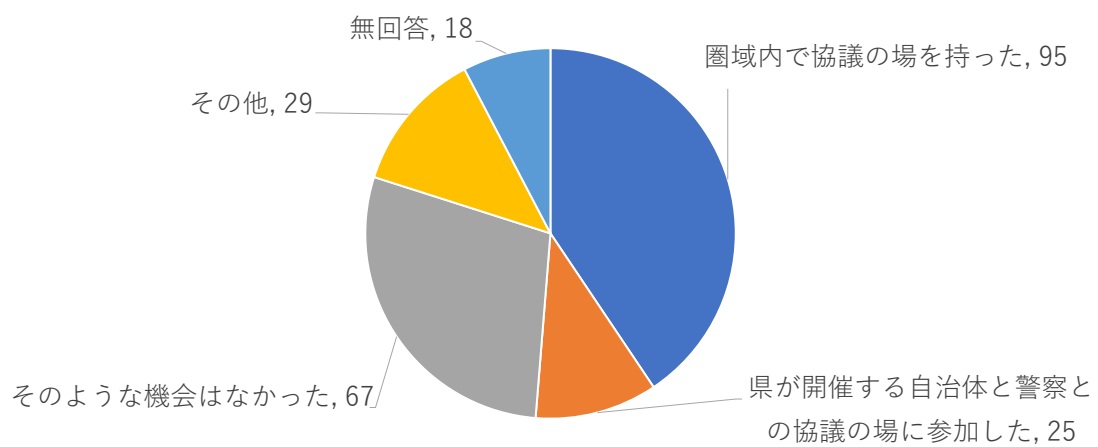


図4 退院後支援の実績

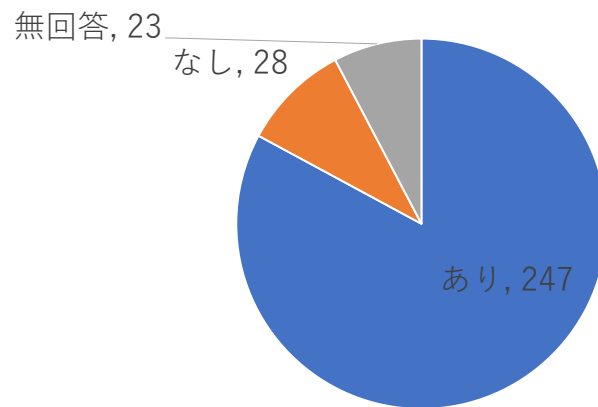


図5 退院後支援について説明した患者数

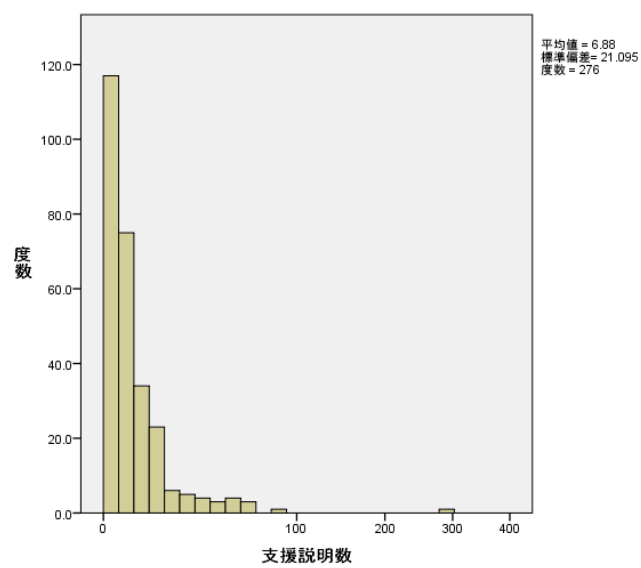


図6 措置入院者以外への退院後支援の説明

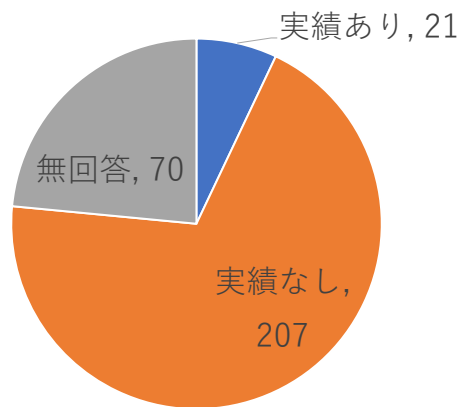


図7 退院後支援に同意した患者数

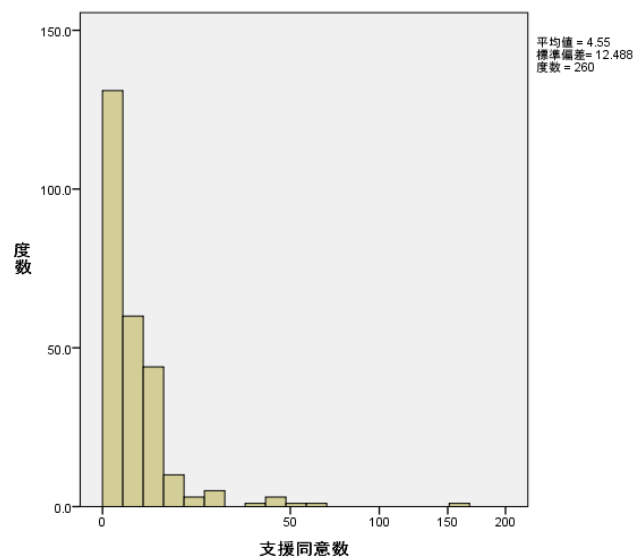


図8 措置入院者以外による退院後支援の同意

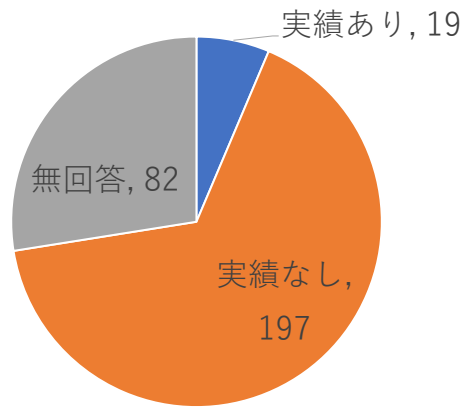


図9 他自治体から退院後支援を引継いだ事例

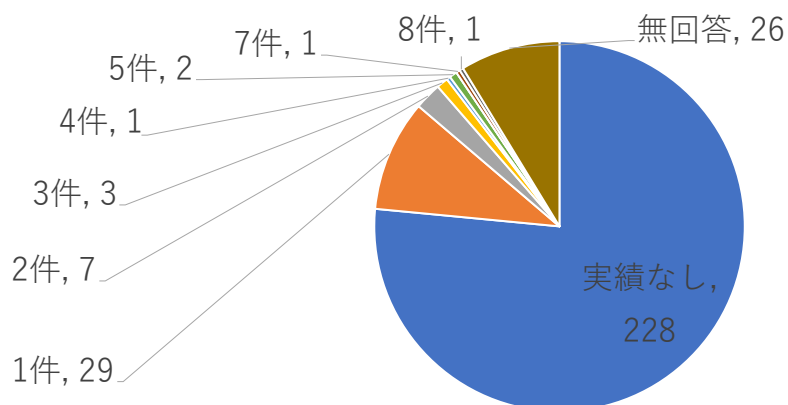


図10 退院後支援の対象

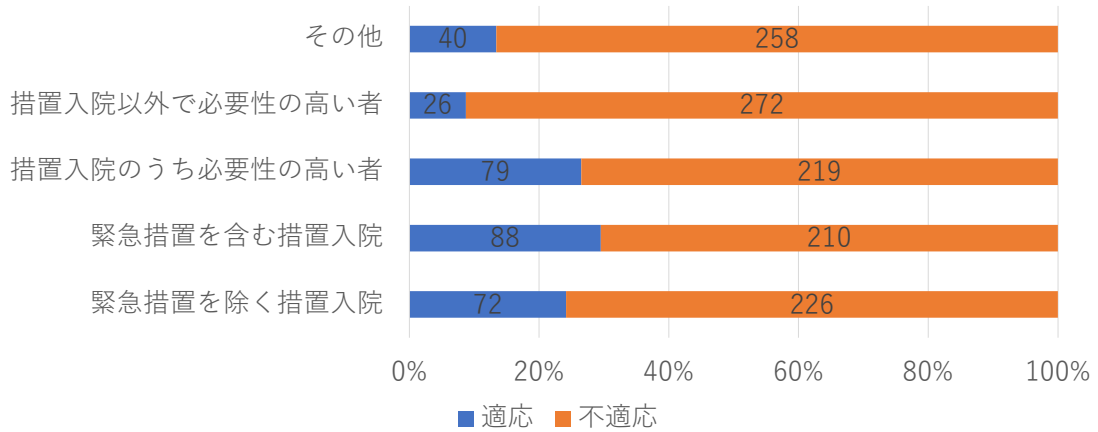


図11 支援対象者が入院した病院との位置関係

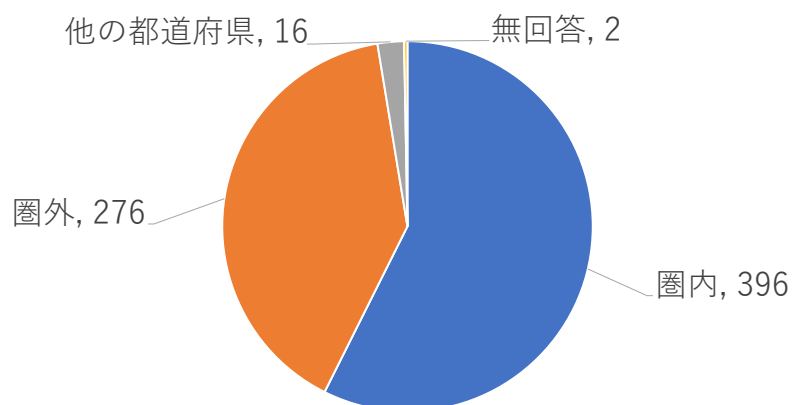


図12 支援対象者の入院形態

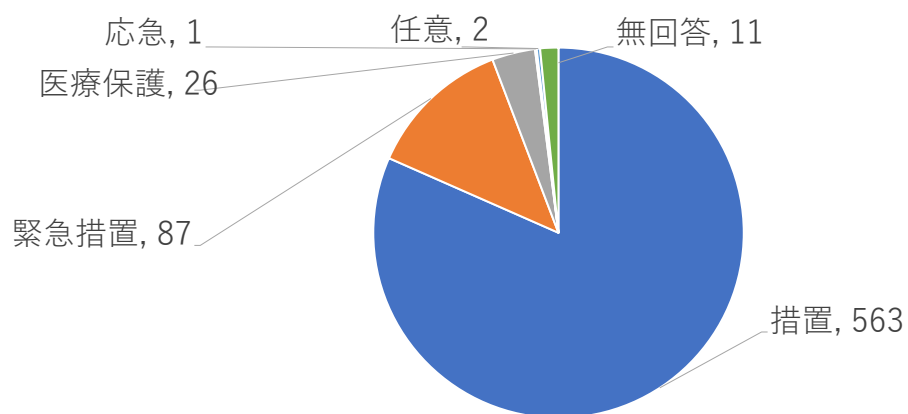


図13 支援対象者が退院した時期

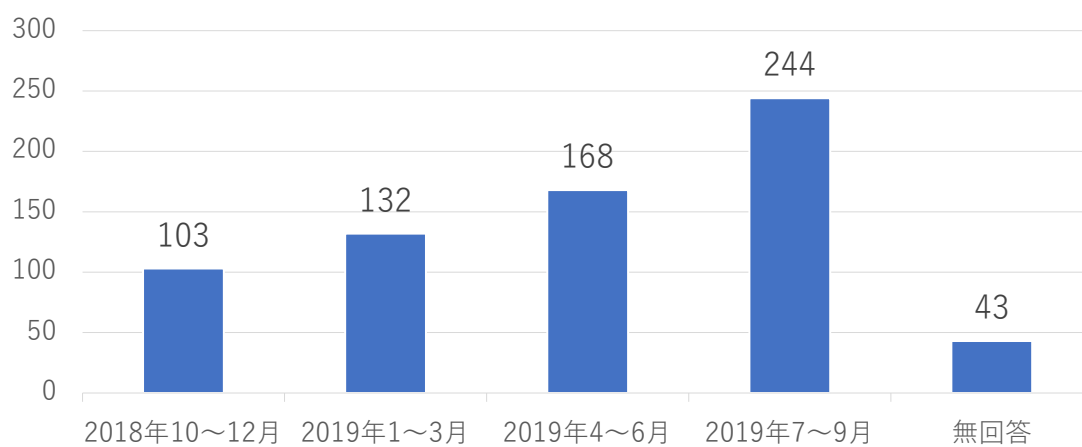




図14 支援対象者の入院期間

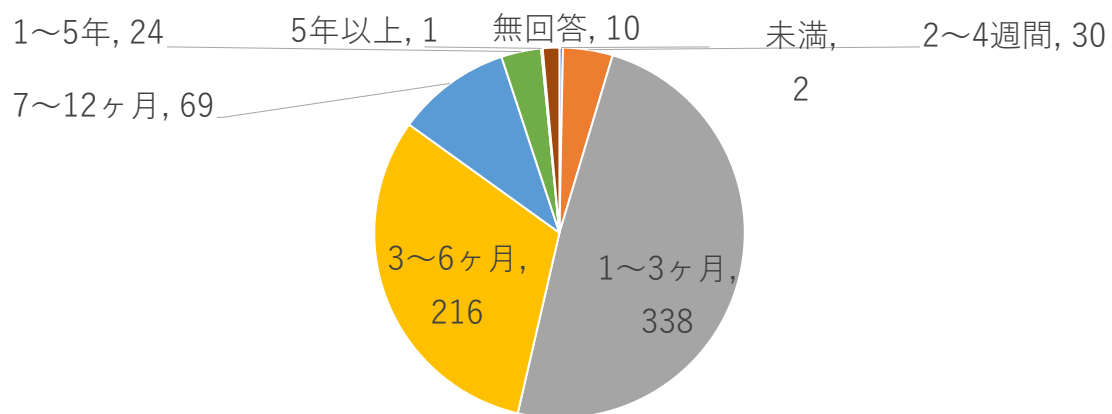


図15 支援対象者の主診断 (ICD-10、Fコード)

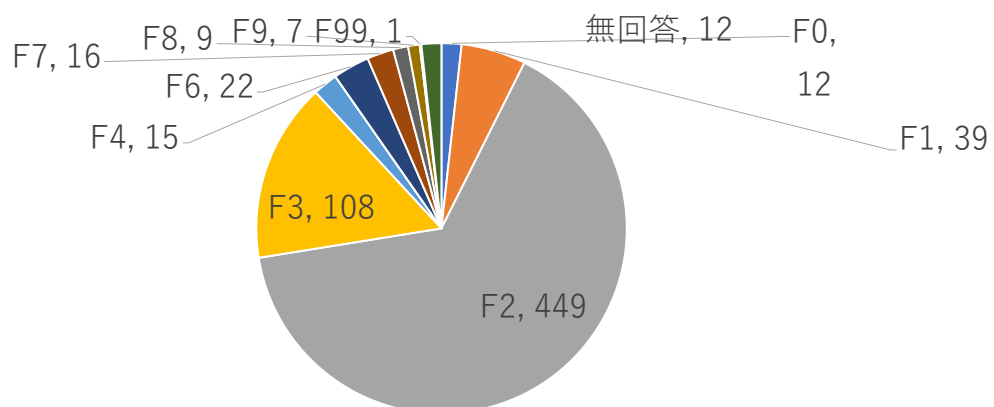


図16 支援対象者の性別

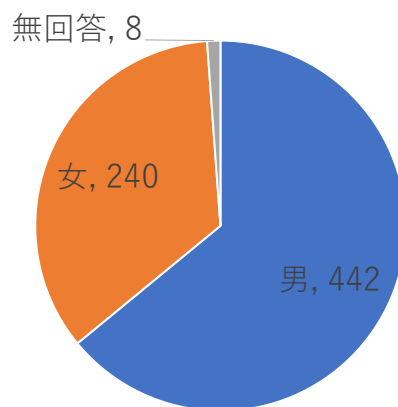


図17 支援対象者の年代

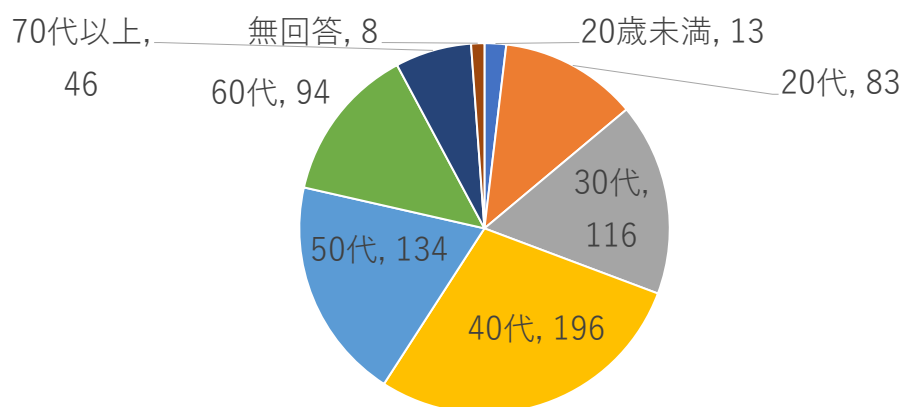


図18 支援対象者の入院中に会議を行った回数

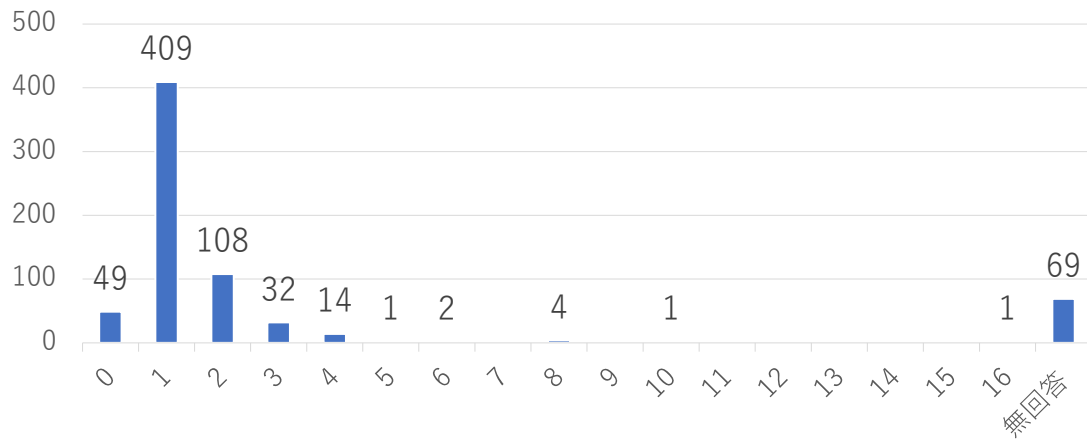


図19 支援対象者の退院後に会議を行った回数



図20 会議への警察の参加

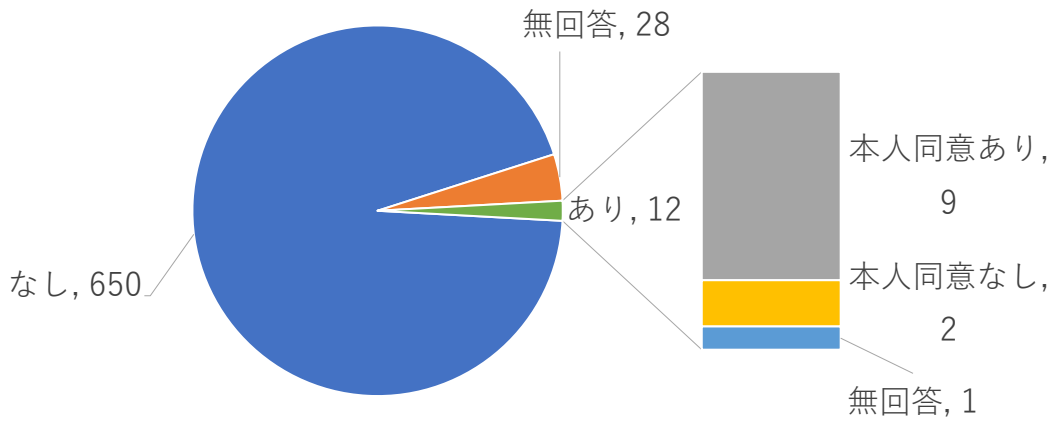


図21 予定支援月数

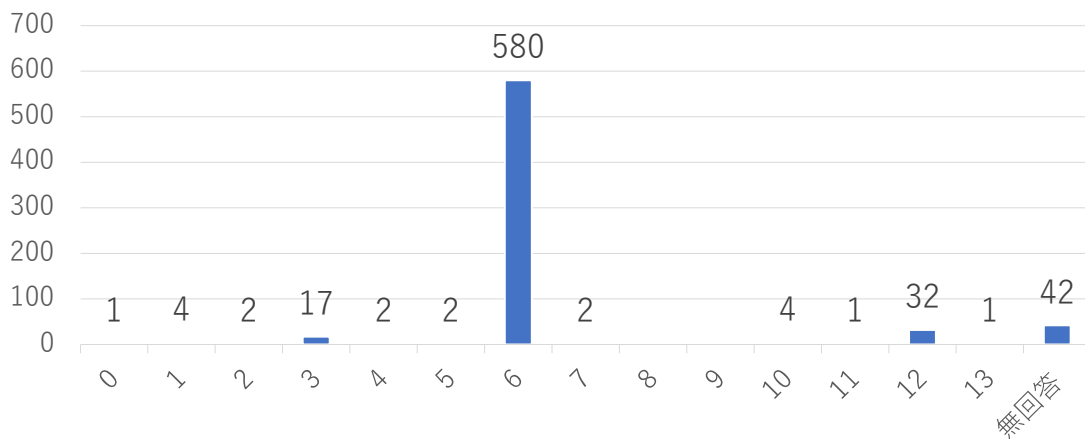


図22 実際の支援月数

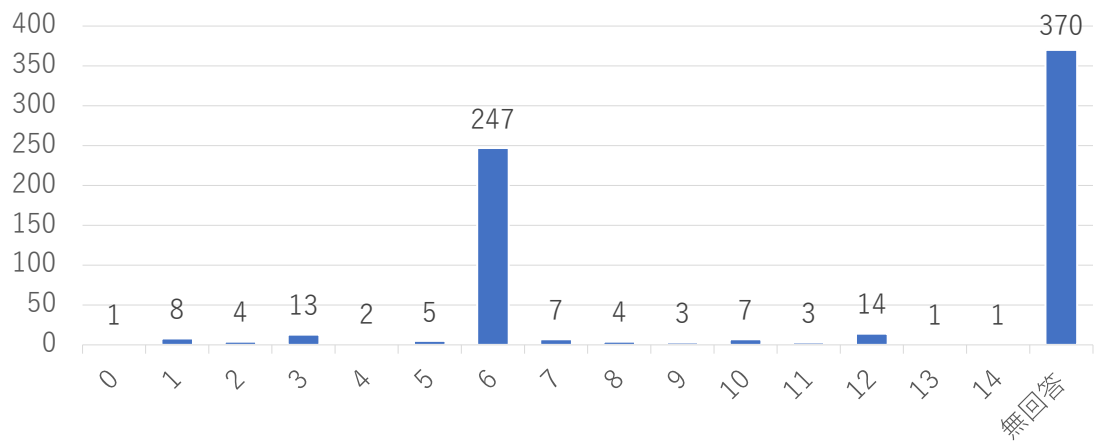


図23 医療機関からのアセスメント表の提出

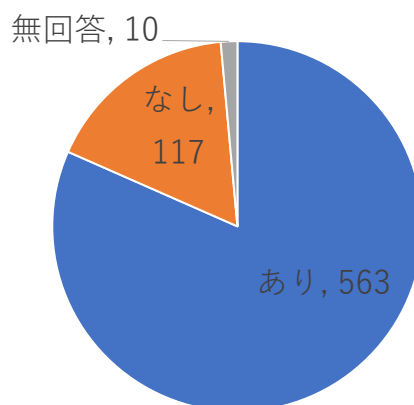


図24 障害福祉サービス等の利用

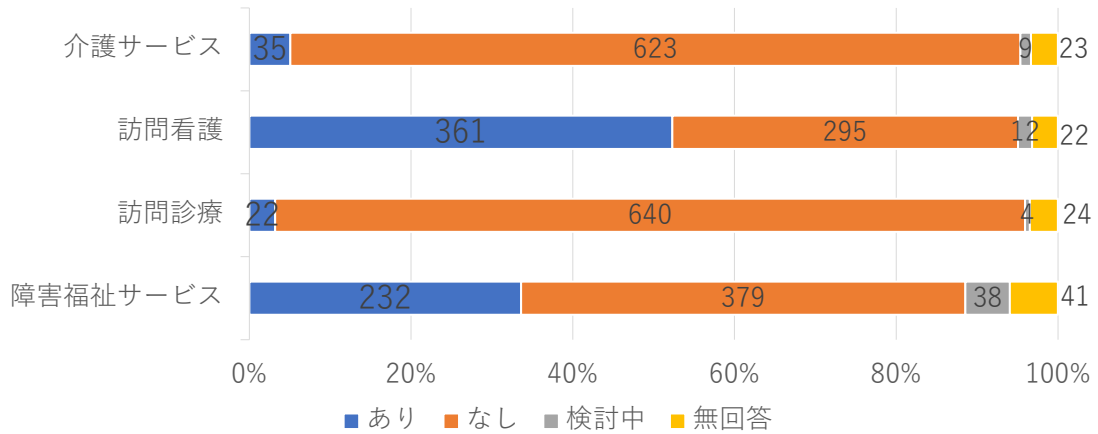


図25 調査時点での支援対象者の状況

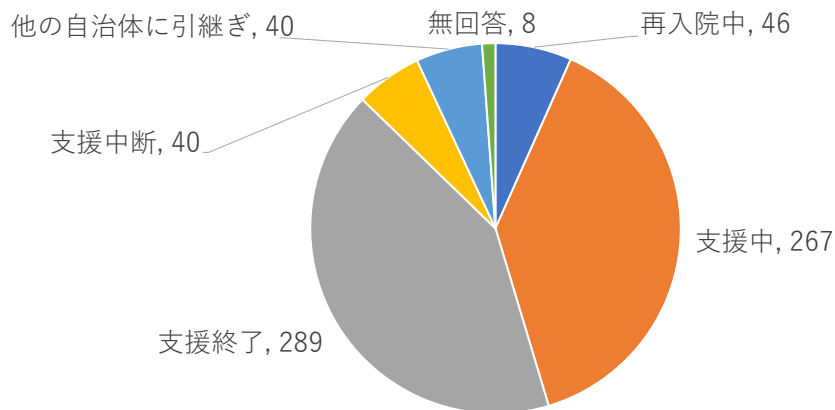


図26 現状と支援中断理由のクロス表

支援中断理由	同意撤回	行方不明	死亡	転居	その他	計
再入院中	0	0	0	0	2	2
支援継続中	0	0	0	0	1	1
支援終了	2	0	2	0	1	5
支援中断	16	3	4	1	13	37
他の自治体に引継ぎ	0	0	0	2	0	2
無回答	1	0	1	0	1	3
計	19	3	7	3	18	50

図27 再入院回数

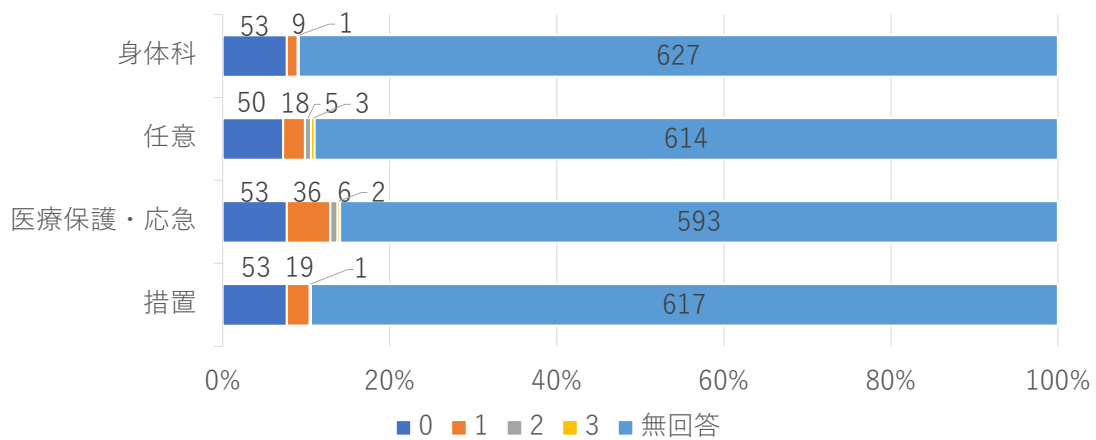
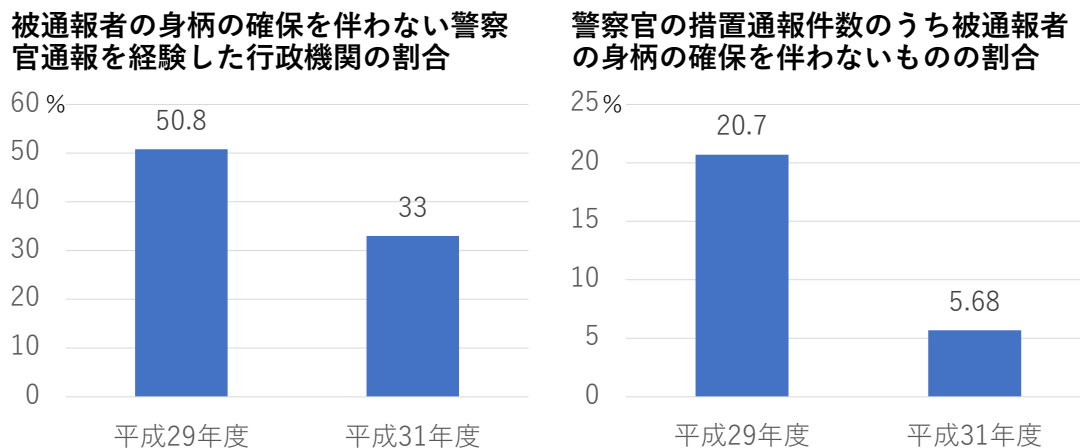


図28 措置入院運用ガイドライン前後の変化

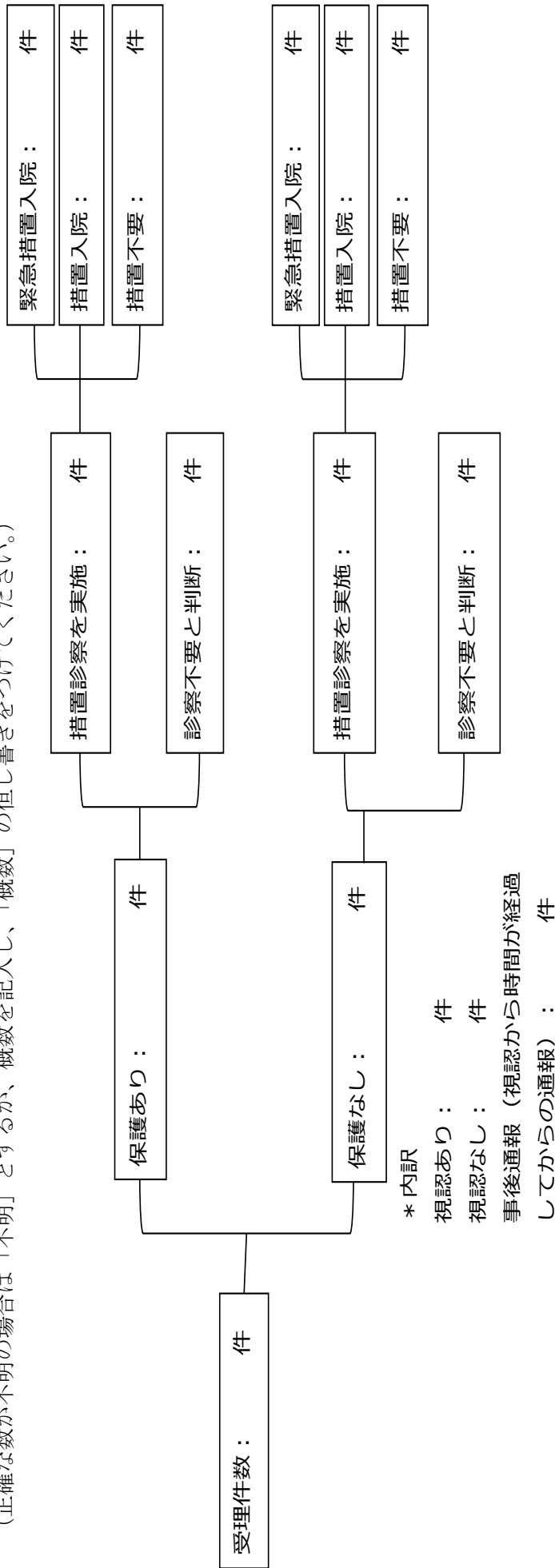


注：平成29年度調査は全国の自治体、平成31年度調査は全国の保健所等が対象。いずれも回収率は100%ではなく、全数調査ではないため、データの精度には一定の限界がある。



## 警察官通報に関する実態調査

問1 平成31年4月1日から令和元年9月30日までに貴保健所に対応した警察官通報（23条通報）の状況についてお答えください。  
 （正確な数が不明の場合は「不明」とするか、概数を記入し、「概数」の但し書きをつけてください。）



問2 最近1年間で、警察との協議の場をもつ機会はありませんでしたか？あてはまる選択肢に○をつけてください。  
 1：圏域内で協議の場をもった    2：県が開催する自治体と警察との協議の場に参加した    3：そのような機会は無かった  
 4：その他    ( \_\_\_\_\_ )

問3 (警察との協議の場をもつ機会があった場合のみお答えください) 協議の場でのような内容が話し合われましたか？

ご協力ありがとうございました。



## 調査票

以下の Q1～9 の質問につき、あてはまる選択肢を○で囲むか、回答をご記入ください。

### 法律について

Q1. あなたは日常業務の中で、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」を意識する機会はどの程度ありますか？

非常に多い    多い    どちらともいえない    少ない    非常に少ない

Q2. あなたは日常業務の中で、「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（医療観察法）」を意識する機会はどの程度ありますか？

非常に多い    多い    どちらともいえない    少ない    非常に少ない

Q3. 保護した者を措置通報するか否かについて、判断に迷うことはどの程度ありますか？

非常に多い    多い    どちらともいえない    少ない    非常に少ない

・判断に迷うことがある場合、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

### 精神障害者への対応について

Q4. 精神障害のために自傷他害のおそれがある者について、保護しないまま措置通報することがありますか？

はい    ・    いいえ

・「はい」の場合、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

Q5. 措置通報が行われると、保健所等による調査を経て精神保健福祉法第 27 条に基づく診察（措置診察）が行われることとなります。

その際の関係機関との連絡調整についてお伺いします。

5-1. 保健所との連絡調整について、対応に苦慮した事例がありましたら、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

## 警察官通報に係る 事例検討（事例23）

### はじめに

- 事例検討においては、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)による研究助成による研究結果を一部引用しています。
- お示しする事例は上記研究で創作された架空事例です。
- 「典型例」「模範解答」ではありません。

## 年代、性別、主な他害行為類型

- 30代
- 男性
- 殺人

## 診察時点で判明している事項（1）

- 父は地元の中堅企業の経営者だった。母は本人出産後、鬱病の診断で10年ほど通院していたという。同胞2名中第2子次男。周産期及び発育発達の異常を指摘されたことはない。
- 幼少期は活発で我が強かった。本人は主に父方祖父母に養育されたという。
- 成績優秀だったが、一流とされる大学に出願したが不合格。再受験でも志望校には合格できず、親元を離れて滑り止めの私大に進学することになった。

## 診察時点で判明している事項 (2)

- 在学中、婦女子に対するストーカー行為で警察から嚴重注意を受けたことがあるというが、本人はその事実を否認する。また米国に短期留学したホームステイ先でも近所の女子学生に対するつきまとい行為があったらしい。大学での成績は芳しくなく、複数回留年の末に中退した。その後は自宅に引きこもって過ごしていた。浪費を続け、昼夜逆転の生活を送っていた。犯罪や自殺、児童ポルノ関係のウェブサイトの情報交換する行為に熱中したり、家具を壊して父母を脅したり、手を上げようとするそぶりも見られた。

## 診察時点で判明している事項 (3)

- 本人が29歳のとき、父方祖父母が相次いで他界した。その葬儀の席で本人は親族から生活ぶりをたしなめられ、帰宅してから激昂して家中の家具を破壊する行為に及んだ。恐怖を感じた父が警察に通報したが、警官臨場時には落ち着いていたため、逮捕や措置通報には至らなかった。
- その後も同様の引きこもり生活が続いた。本人は父母に始終罵詈雑言を浴びせ、時に家具を破壊する行為に及んだが、直接的な暴力はなかったようである。また本人によると、「自分がせつかくネット内での地位を確立しても、誰かが必ず横やりを入れておとしめてくる。これはきっと家族がなりすましてやっているのだと確信した」というのだという。

## 診察時点で判明している事項（4）

- その後も何度か警察が呼ばれることもあった。一度は措置通報となったことがあったが、措置入院にはならなかった。父母や警察はたびたび本人に精神科受診を勧めたが、本人は頑なに拒否した。

## 診察時点で判明している事項（5）

- その措置診察の数ヶ月後のある夜、本人は突然父を刺殺し、母に重症を負わせたことで、警察に逮捕された。取り調べで本人は「父が社員に命じて自分を抹殺しようとした。母も片棒を担いでいる。先にやらざるを得なかった。やらなきゃやられてた。正当防衛だ」と主張した。検察官は本人を鑑定留置した。鑑定人は妄想型統合失調症で判断能力に著しい影響を与えていたと結論づけた。この結果を受けて検察は本人を起訴猶予とし、医療観察法の申立てを行った。

## 中間ディスカッション

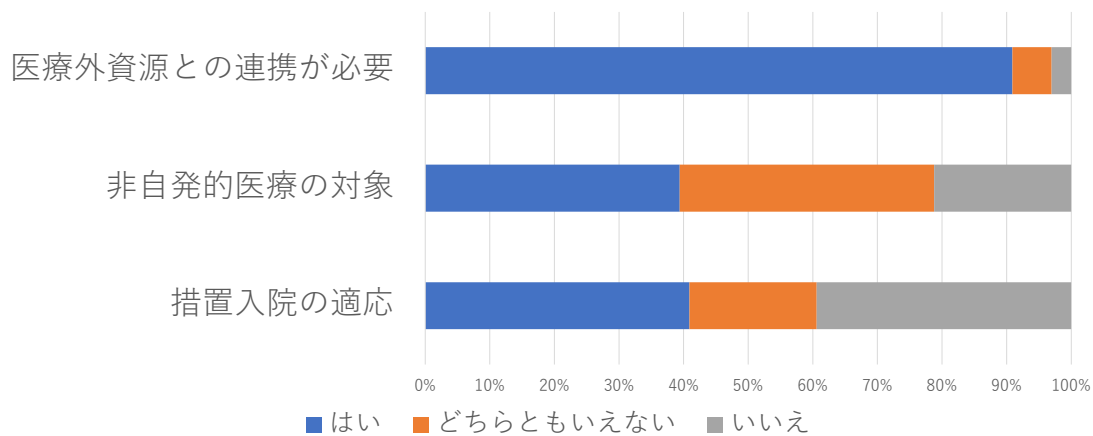
- 質問1：このモデル事例に該当する精神科診断名をすべて述べてください。回答に当たっては原則としてICD-10に準拠してください。
- 質問2：あなたがこのモデル事例を診察した場合、下線部の行為について、措置入院（またはそれに類する非自発的な入院処遇）の適応と判断しますか？
- 質問3：このモデル事例は、下線部に限らず全般的な意味で、本人の同意によらない医療の対象にすべきと思いますか？
- 質問4：このモデル事例に対する最善の処遇を考える際、全般的な意味で、保健・医療・福祉のみならず、司法・警察・矯正施設・保護観察所・児童相談所といった社会資源との連携・協働・継続的な情報共有が必要であると思いますか？

## 指定医アンケートの精神科診断(要約)

- F2（精神病圏） 68
  - 統合失調症 58
  - 妄想性障害 10
- F6（パーソナリティ障害圏） 22
  - 非社会性パーソナリティ障害 7
  - 猜疑性パーソナリティ障害 7
  - パーソナリティ障害 4
  - 性嗜好障害 2
  - 情緒不安定性パーソナリティ障害 2
  - 性嗜好障害 2
- F8（発達障害圏） 7
  - 広汎性発達障害 7
- その他



## 指定医アンケートの結果



## 指定医アンケートの意見(一部改変)

### 【医療的対応が必要】

- 医療観察法の入院医療が妥当 11

### 【司法的対応が必要】

- 器物破損で早期に措置通報、必要なら司法的対応をすべきであった<sup>2</sup>
- 医療保護入院や措置入院にすると、以後問題行為の全て病気のせいだとされて警察が司法の範囲で対応してくれなくなる印象もある
- 正当防衛と本人が主張する内容も妄想ではなく罪を逃れるための虚偽である可能性もある。
- 重大な犯罪であり、精神医学的判断も不明瞭な時点では、まずは法で裁いてもらうのが優先事項と思われる。
- 警察側の地域へのフォローアップの仕方を再考すべきではないか
- 勾留に耐えられる病状だとすれば、措置通報からの流れのみで扱うべきではない
- 婦女子に対する性的な問題行動が繰り返される可能性あり、適切な予防措置が必要

### 【連携が必要】

- 本事例は医療観察法該当に結果的になってしまうと思うが、そうなる前に何か支援できなかったのかと考えさせられる

- 治療反応性などを考慮して医療・福祉・社会復帰調整官などと連携して対応すべき

- 医療観察法入院治療を終えたのち改めて起訴され司法に委ねられるべき

- 病状改善したとしても、通院による治療が適切に維持できるように支えるしくみが必要

- 贖罪の機会を与えるべきでは

### 【病状が不明】

- 詐病も含めて、本人の精神症状がなんであるかがよく把握できない

- 鑑定人の診断が正しいか、(あるいは疑ってよいか)わからないのでそれ以上のことが言えない

- 性嗜好障害や発達障害、人格障害が背景にあるかもしれないが情報が不足しており、また精神鑑定で妄想型統合失調症とされた根拠も診察時点では判断できない。

### 【その他】

- 漸次脳器質障害、脳器質変化に向かっている

## その後の経過(1) 鑑定入院

- 正前さ述をい  
はお返し遇て  
て「扱返」受  
しとイリ。受  
対うガ線たを  
に問チとつ当  
とて「キ」か手  
こい「るな  
たつ、いれに、  
しには、わ中  
殺扱てっ行院  
を証い違入  
父のつ間た定  
。令に、つ鑑  
た指後いま。  
い殺今しはた。  
て抹。か法つし  
するた。お療か否  
ごよべも物な拒  
過に述所薬れを  
に父と務、さ会  
か、刑め察面  
やしいもた観も  
穩返な院たは母  
的りき入し動も  
較線で。絶行人  
比を解い拒題本  
は張理なを問  
人主てき薬なが、  
本うっで服うた  
いた慢がよした  
院と言は本す院  
入院中、本  
鑑定の衛にの  
鑑当たれべ困  
た母が退院
- 葛失れつ  
の合を傷  
と統はを  
父の性貞  
けるで心社  
お鑑定反や  
に前治療族  
史訴、の親  
生活起、他づ  
のて、かり論  
でしこにと結  
まとい大相  
れるな拮相  
こあいのが  
でて想遇  
なく、で延  
が困難し  
が開始や院  
性が開撃入  
可能説法再  
可は療のし  
訂正知物へ  
訂認薬母  
で的だたな  
固害ままき  
強被、で  
はの持る定  
妄想人支き  
妄本をでも  
は、断待れ  
医み診期そ  
鑑定の症に  
鑑藤調なけ  
藤調なけ
- 現  
宅に  
戻さ  
れた。  
報告書  
を提出  
すると  
感情を  
害者感  
害者感  
と生活  
さる生  
き大求  
の事定  
事件の  
は、事  
から入  
官調整  
として  
復帰調  
社会復  
実味不

## その後の経過(2) 審判

- 裁判所は本人を入院決定した。
- 入院決定に対し本人は抗告したが棄却された。

## その後の経過（3） 指定入院医療

- 「自分はキチガイでも犯罪者でもない」と主張し、治療を拒絶した。「自分を認めてくれたのは海外留学先の教授たちだけだった。ネットでも有名な先生とやりとりがある。それを理解できないお前らは自分に嫉妬してキチガイ扱いしようとしていく」と尊大な態度で医療者を批判した。他方、病棟内での生活ではルールを遵守し、粗暴行為は認めなかった。他患者との交流はまったくなかった。看護師がレクリエーションに誘うと、「そういうのは良いです。自分は他の患者と一緒にされるのを好まないのです」と、慇懃に断ってきた。自由時間には学術書を読みふけったり、研究計画と称するノートを書き綴っていた。担当医がノートを見せしてくれないかと言うと「自分の研究を盗むつもりか」と言って頑なに拒否した。

## その後の経過(4)

- 入院処遇は9ヶ月に及んだが、本人は人権擁護関連の講座を除き標準的な治療プログラムには一切参加しなかった。本人を説得のうえ、標準的な抗精神病薬や気分安定薬の投与が行われたが、本人は「薬を飲んでも眠くなるだけだ。人体実験にすらならない」と薬効を自覚せず、他覚的にも変化は全く見られなかったため、半年で中止された。外部の弁護士による講演会の際には、「才能のある人物がキチガイ扱いされて社会から抹殺される事例について。フランケル、アインシュタイン、ガリレオ」等とまくし立てた。「父が自分を抹殺しようとしたから正当防衛した」という主張についてはまったく変わらなかった。

## その後の経過 (5)

- 多職種チームカンファレンスが繰り返された。心理検査で精神病水準を示唆する自我境界の脆弱さはまったく描出されず、肥大した価値観や演技的傾向が目立つ結果だった。
- チームは本人が統合失調症ではなく自己愛性パーソナリティ障害の診断であるという確信に至った。本人の主張する殺害動機は、日頃から恨みを持っている父への殺意を独特な形で表現したか、さもなくば本人による妄想の捏造ではないかとの意見が出された。このことについて主治医から本人に婉曲に尋ねてみたところ、本人は「事件については一事不再理、もう話題にしてもらう必要はない」と陳述に拒否的だった。

## その後の経過 (6)

- 入院から12ヶ月を経て、病院管理者から医療終了の申立てがなされた。裁判所は、本人との直接面接結果も踏まえ、統合失調症の症状は今や認められず、医療を行わなくても俄に再燃する可能性は否定的であるとの見解から、本人に対して医療終了決定を下した。
- 母や兄は本人との同居は拒否したものの、経済的援助は一定承諾した。本人は母の用意したマンションで単身生活を始めることになった。その後医療との接触は一切断たれている。



5-2-1. 精神保健指定医との連絡調整をしたことがありますか。

はい ・ いいえ → 「はい」の場合 5-2-2 へ。「いいえ」の場合 5-3 へ。

5-2-2 精神保健指定医との連絡調整について、対応に苦慮した事例がありましたら、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

5-3. 措置入院にならなかった（不要措置）場合、精神科病院や保健所、家族との連絡調整について、対応に苦慮した事例がありましたら、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

#### 精神医学に関する学習の機会について

Q6. あなたは、精神医療や精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等について学ぶ機会がどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

Q7. あなたは、精神医療や精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等に関する講演会や研修会に参加する機会があれば、参加を希望しますか？

強く希望する 希望する どちらともいえない 希望しない 全く希望しない

Q8. その他、精神保健福祉に関してご意見等がありましたら、何でも自由に記載してください。

Q9. あなた自身についてお答えください。

継続勤務年数 \_\_\_\_\_ 年

うち生活安全部門勤務年数 \_\_\_\_\_ 年

ご協力ありがとうございました

## 警察官通報に係る 事例検討（事例19）

### はじめに

- 事例検討においては、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)による研究助成による研究結果を一部引用しています。
- お示しする事例は上記研究で創作された架空事例です。
- 「典型例」「模範解答」ではありません。

## 年代、性別、主な他害行為類型

- 30代
- 女性
- 脅迫等

## 他害行為

- 浮気相手の携帯電話メールアドレスに一日百回近くも脅しのメッセージを送り続けたことで、相手が被害届を提出し、本人は脅迫の容疑で逮捕された。
- 過去の経緯を知る警察官は、本人の精神科受診歴や、浮気相手への攻撃のあまりの執拗さ等を勘案し、措置通報を行った。



## 事件前に警察等が把握していた事実

- 10歳になる子が夕食の席で口を滑らせて、本人の浮気が夫に発覚し、夫が詰問すると、本人は暴れ出した。夫が子をかばって左手にかすり傷を負い、警察を呼んだ。そのときは警察が臨場した際には本人は落ち着いており、警察は双方に説諭して退場した。
- その後、夫が浮気相手に抗議し、話し合いの機会を持つことになった。しかし、4人が一堂に会すると、本人は次第に興奮し拳を振り上げたため、再び警察が呼ばれた。警察は相手夫婦を帰宅させ、本人に落ち着くよう諭した。本人は何とか落ち着きを取り戻し、粗暴な言動をしないよう約束したため、警察は退場した。
- 本件通報はその数日後のことである。

## 面接時の状況

- 本人は愛嬌ある態度で逮捕の契機や交際の状況を淡々と述べた。最近、感情の起伏が激しくなり衝動的になっている、と述べた。それでも、のべつまなく話し続けることはなかった。
- 「私の味方になってくれる人は、今まで一人もいなかったんです」「留置場にいると頭がおかしくなる」「病院に行きたい」と訴えた。「ここにいるのは辛いので消えたい」「何度か過量服薬したことがある」など、自殺を仄めかすような発言も認められた。

## 家族歴

- 同胞なし。
- 父方の大叔父が30代で失踪、父の妹が35歳で交通事故死を遂げている。

## 生育歴

- 母は妊娠中一過性の抑鬱を経験したが、特に治療なく改善したという。周産期、発育・発達で問題を指摘されたこともないという。
- 幼少期から両親に厳しくしつけられて育った。本人は優等生的に振る舞っていた。
- 小学校ではクラス委員などを務めた。
- 公立中学に進学。友達は限られた数だが親密な関係だった。
- 名門私立高校受験を勧められ、中学2年から塾通いを始めた。

## 生活歴及び現病歴（1）

- 中学3年になると不安・恐怖が出現。母が心配して近くの精神科クリニックを受診させたが、数回で中断となった。
- 結局受験は断念し、地元の公立高校に進学した。文化祭ではイベントを立ち上げ多数の観客を動員した。準備で徹夜続きだったが楽しかったという。
- 卒後は地元の化粧品メーカーに一般事務として就職した。20歳時に職場の同僚を好きになり、翌年に結婚し、1児を儲けた。

## 生活歴及び現病歴（2）

- 23歳に、夫が他県に単身赴任。一人で仕事を続けながら家事・育児をこなしていた。そこで、新入社員として配属された部下の教育担当となり、その男性と次第に親密になった。
- 24歳時、単身赴任先の夫から離婚の申し入れがあり、夫の浮気も発覚した。協議離婚が成立し、児は本人が引き取った。その数ヶ月後、浮気相手であった部下の男性と再婚。

## 生活歴及び現病歴（3）

- 26歳時、再婚相手との間に子ができないことや、前夫との子が再婚相手になじめないことなどに悩み、抑鬱的となった。
- 精神科クリニックの担当医は双極性感情障害の可能性の方が高いと判断し気分安定薬の服用を勧めたが、本人は妊娠への影響を懸念して服薬を拒否した。数回の受診で中断した。
- その後本人は再婚相手の勧めで仕事を辞め、専業主婦となった。子の情動は安定したが、再婚相手との間には子ができなかった。

## 生活歴及び現病歴（4）

- 30歳を目前にして、自分はもう女性としては終わりなのではないかと思うようになった。盛り場をうろついて酒を飲むことも増え、半年ほど精神科クリニックに通院した。薬はあまり服用しなかったという。
- 翌年、夫の仕事が忙しくなり、会社の施設に寝泊まりするが増えてきた。本人はそれを寂しく感じ、酒場で知り合った別の男性と親密な関係になった。相手は証券会社勤務を名乗っていたが、素性は不明。夫の留守中に何度か本人の家に招いたことがあった。

## 他害行為(再掲)

- 浮気相手の携帯電話メールアドレスに一日百回近くも脅しのメッセージを送り続けたことで、相手が被害届を提出し、本人は脅迫の容疑で逮捕された。
- 過去の経緯を知る警察官は、本人の精神科受診歴や、浮気相手への攻撃のあまりの執拗さ等を勘案し、措置通報を行った。

## 面接時の状況（再掲）

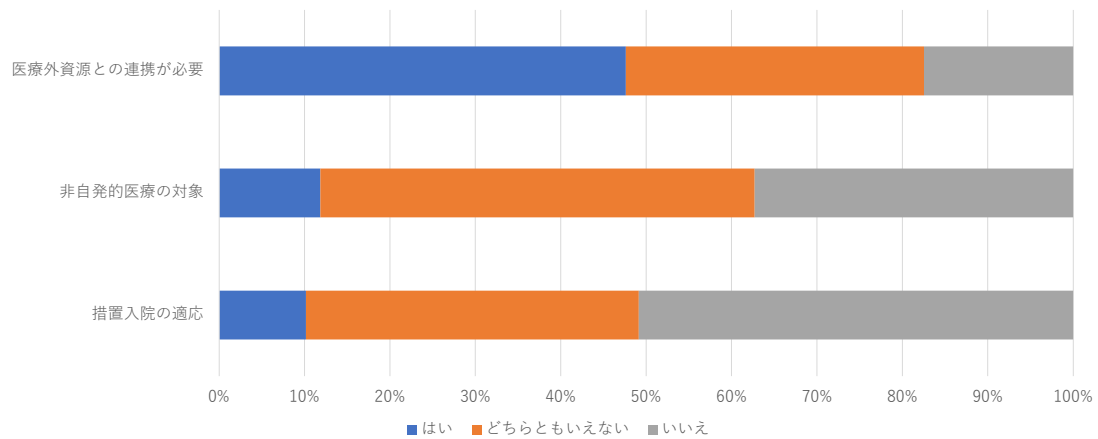
- 本人は愛嬌ある態度で逮捕の契機や交際の状況を淡々と述べた。最近、感情の起伏が激しくなり衝動的になっている、と述べた。それでも、のべつまなく話し続けることはなかった。
- 「私の味方になってくれる人は、今まで一人もいなかったんです」「留置場にいると頭がおかしくなる」「病院に行きたい」と訴えた。「ここにいるのは辛いので消えたい」「何度か過量服薬したことがある」など、自殺を仄めかすような発言も認められた。

## 中間ディスカッション

## 指定医アンケートの精神科診断(要約)

- 双極性感情障害 40
- 境界性パーソナリティ障害 21
- その他のパーソナリティ障害 15
- その他の気分障害 5
- 適応障害 3
- 精神病性障害 (F2) 3
- 重度ストレス反応 3
- 不安障害 2
- 精神遅滞 2
- 広汎性発達障害 2

## 指定医アンケートの結果



## 指定医アンケートの意見(一部改変)

- ・ 現夫の病状への理解が得られるかがポイントになると思われる。
- ・ 児の保護のため児童相談所への通報を検討する。(同意見6)
- ・ 落ちついており事情聴取もできたのではないが、通院歴だけで警官の判断だけで安易に措置通報されており問題である。
- ・ 抑うつ気分、希死念慮、衝動性があるので、状況や流れも踏まえて入院を検討する。入院となれば子供の支援体制として夫に対応できるかなども確認が必要。状況によっては行政や児相なども連絡が必要になるのではないが。
- ・ 本人のパーソナリティに基本的な問題が多いと思われる。社会的介入に比例した、症状、病状の改善は難しいと思われるが、拳児の育成については、一部介入が望ましい状態となる可能性はある。
- ・ 脅迫罪・ストーカー規制法など法による処罰対象。(同意見3)
- ・ 治療するのであれば本人の自由な意思による。
- ・ 診察時の状態像次第で措置入院の適応。本人自身：子を含め十分な支援体制がないことと、状態像を数回の幅をもってみるに、なお情緒不安定さをカバーできるだけの生活状況なしということで、要措置といえる。
- ・ 本人の治療に対する動機が十分でなければ治療効果は乏しいと思われ、強制的な治療は不適当。
- ・ 慎重な検討が必要で、安易に精神科ルートに乗せて司法処遇を免れるべきではない。
- ・ 警察が対応すべき。
- ・ 病気が原因であっても、本人の行動の責任は、本人が取るしかない。
- ・ 治療は刑罰を受けた後に考慮すべき。
- ・ 治療は刑罰を受けた後に考慮すべき。
- ・ 要措置か措置以外の入院かで悩む。なんにせよ双極性障害としてしっかり薬物治療を行ってみるべき。
- ・ 明らかな躁状態による行為である可能性を考え、司法的な関わりは今のところ不要。

## その後の経過

- 警察官は「今は逮捕勾留している状況なので、今日の診察で、措置入院となるか、すぐに入院医療が必要というような状況でなければ、検察官に送致する」との見解を表明していた。
- 指定医は本人を情緒不安定性パーソナリティ障害の疑いで、双極性感情障害を示す明らかな根拠はなく、本件犯行は痴情のもつれによるものであって精神障害に起因するものではないから、措置入院の要件に該当しないという結論を出した。
- 保健所職員から措置不要の判断を聞くと本人は激高し「こんなにつらいのに入院させてくれないってどういうことだよ！刑務所入ったら絶対に死んでやる！お前たちの責任だ！」と叫んだ。

## エキスパートによる講評

- 本事例の診断は情緒不安定性パーソナリティ障害か双極性感情障害、あるいはその併存かで意見が分かれるところである。精神障害には当たらないとする考えもある。
- いずれにせよ本事例における他害行為は少なくとも精神病性の症状に起因するものではない。グレーゾーンに該当するといえる意見が多いが、基本的には本件他害行為は刑事処分の対象となると想定されるのではない。
- 事件に対しては警察及び司法が適切に対応しつつ、本人が治療を望めば治療契約に基づいて必要十分な精神医療を提供するべきであろう。非自発的入院の適応とはなりづらい。
- 本事例では警察が措置診察実施に對して、措置不要とされた場合には本人を檢察官に送致するかどうかを判断する必要がある。措置診察実施に對しては、措置不要とされた場合には本人を檢察官に送致するかどうかを判断する必要がある。措置診察実施に對しては、措置不要とされた場合には本人を檢察官に送致するかどうかを判断する必要がある。



## 考えられる論点

- 精神科診断は？
- 本人の行動の機序は？
- 措置通報した警察官の判断は？
- 措置診察を実施した保健所の判断は？
- 措置不要とした指定医の判断は？
- 今後の対応は？
- 家族に対するフォローは？

別紙 6

問「最近1年間で、警察との協議の場をもつ機会がありましたか？」に対する「その他」の自由記載「(警察との協議の場をもつ機会があった場合のみお答えください) 協議の場でどのような内容が話し合われましたか？」に対する自由記載

- ・警察主体で個別事例に関する協議の場を開催。
- ・23条の個々の対応は密な連携を執り行っている。
- ・精神科救急医療圏において協議の場を持った。
- ・必要時、警察との連絡会を開催予定。
- ・精神科救急医療システム連絡調整委員会の場を活用している。
- ・精神科救急医療体制地域連絡調整会議として協議の場を持った。
- ・通報調査時等に適宜協議。
- ・必要に応じて警察署と協議の場を持った。
- ・今年度中に開催予定。
- ・日ごろから意見交換が図れているため、改めて協議の場を持つ必要がない。
- ・複数の圏域で協議の場を持った。
- ・会議。
- ・圏域精神科救急連絡調整会議で話題提供あり。
- ・自殺対策連絡協議会を開催し、警察にも参加してもらった。
- ・例年精神危機連絡会を開催しているが、今年度は別件のため警察は不参加だった。
- ・保健所、市、警察が出席する既存の会議で協議した。
- ・協議の場を設けてはいないが、こまめに相談、連携をとることでケース対応を進めている。
- ・年度内に保健所主体で実施予定。
- ・休日夜間緊急時の福祉課の対応について警察と協議した。
- ・担当者間で協議を行った。
- ・県主催で保健所（県、中核市）と県警本部、一部所轄警察署で協議。
- ・通報受理後の対応等について確認が必要な場合、その都度で無期確認した。
- ・個別支援ケースの対応について臨時に二者で行った。
- ・地域の保健所と所轄の警察署との直接の話し合いはないが移送のあり方をめぐり県担当課と県警本部は協議している。
- ・年度内に措置入院の運用に関するガイドラインに基づく地域関係者による協議の場として、浜松市精神障害者支援地域連絡会を開催予定。
- ・他機関も出席する会議（精神保健福祉部会、地域ブロック精神科救急医療システム会議）で協議。
- ・新たな会議は設置していないが、市内の保健福祉センターと警察署合同で研修をしたり、精神科救急医療システム連絡調整会議等で必要に応じて協議する連携を図っている。

- ・精神科救急医療体制整備益田圏域連絡調整会議の中で警察以外の関係機関も含め精神科救急全体について協議している（警察単独では実施なし）。
- ・措置入院者退院後支援事業会議を圏域内で行った。
- ・精神科救急医療システム会議等 既存会議やケースの対応を通じ、協議している。
- ・当所管内で協議の場を持った（圏域内に保健所が2つあるため）。
- ・各警察署と年度末に通報事例の振り返りを実施している。
- ・圏域内での協議の場とそこから半年後に担当レベルで情報共有している。
- ・警察との協議を目的とした会議はなかったが、精神保健福祉対策を話し合う場に、警察も関係機関の一つとして参加を求め、意見交換する機会があった。
- ・管内の警察署の担当職員が異動で交代したため、警察官通報を含め、精神障害者の緊急時対応の流れ（フロー）を確認し、保健所の役割機能（精神保健福祉法に基づく）について説明する機会を持った。

別紙 7

問「(警察との協議の場をもつ機会があった場合のみお答えください) 協議の場でどのような内容が話し合われましたか？」に対する自由記載

- ・ 関係機関の役割分担と緊急時の対応を統一（23 条通報となった）。
- ・ 精神科救急医療システムの運用状況等について。
- ・ 精神保健福祉連絡会として、圏域の現状（入院者数や退院率、措置件数、自殺等）について共有し、連絡会としての活動の検討を関係機関と行った。
- ・ ガイドラインの内容確認と現行の取り扱いの再確認を行った。
- ・ 他の機関も同席する場（関係機関連絡会議）で事件等トラブルになる前からの支援（入院させるなど）が必要ではないかとの意見が述べられた。
- ・ 共催で実施した研修会の企画・運営・評価、最近の事例についての意見交換。
- ・ 23 条通報時の対応について。
- ・ (圏域内)・通報の仕組みと手続きの確認・警職法 47 条（相談）の連携確認／(県)・ガイドライン御説明・措置診断の要否判断。
- ・ 警察と保健所の連携体制（意見交換）。
- ・ 精神科救急医療の確保について。
- ・ 毎年度開催している青森ブロック精神科救急医療システム連絡調整委員会において、かかりつけ医への搬送や自殺企図者の状況等について協議した。
- ・ 県および保健所管内の精神障害者の状況について。
- ・ 保健所精神保健福祉事業、地域自殺対策強化事業について・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について。
- ・ 通報時の対応。
- ・ 精神保健福祉法に基づく申請・通報等の状況、措置入院、23 条通報の基準等についての情報共有。
- ・ 措置診察、措置入院の状況・措置入院者の退院後の支援について。
- ・ 警察よりトラブルの相手があつての措置入院が多く、被害者保護の視点で措置入院者がどのような状態で退院してくるのか情報共有の場を設けてほしいと意見あり。
- ・ 県や圏域の措置等の状況報告と説明・検索性の退院支援に関する要綱や様式、運用の説明・国が示したガイドラインの説明。
- ・ 保健所業務について共通認識を図る協議の場（医療、福祉党の他の関係機関も参加）。
- ・ 精神科救急システムの情報共有、協議（精神疾患患者に対する救急医療体制）。
- ・ 精神科救急医療体制に関すること。
- ・ 通報への対応に関すること。
- ・ 酩酊者の指定医の診察および警察での保護に関すること。
- ・ 県の精神科救急医療システム・措置診察等の状況、警察署の対応・23 条通報時の対応。

- ・保健所精神保健係の業務について。
- ・23条通報に該当しない精神障害者の情報共有のあり方。
- ・精神障害者の退院後支援に関するマニュアルについて。
- ・精神科救急情報センターの稼働状況、当番病院、警察、センター保健所との連携について。
- ・管内、精神保健福祉対策について。
- ・自殺対策について。
- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について。
- ・管内に複数の警察署があるため、通報等の現状（結果含む）の共有。
- ・通報事例からの対応の課題について意見交換（認知症症状がある他害行為をする高齢者の対応等）。
- ・前年度の通報事例の概要及び対応の振り返り、その後の支援状況、休日夜間の関係機関の連携体制についての共有等。
- ・精神科救急医療体制にかかる課題等。
- ・圏域内での協議において、保健所から措置入院制度の運用について説明。
- ・警察からの要望。23条通報時に保健所に相談したい。23条通報から入院するまでの時間を短縮してほしい。
- ・要措置の基準について。措置不要となった時の対応について関係機関での連携について確認、協議した。
- ・ケース共有の仕方。
- ・精神科救急対応。
- ・措置診察非該当後の本人への支援について。
- ・協議の場、通報事例の概要、結果、退院後支援の状況、関係機関の情報交換。
- ・措置通報における外国人対応について情報共有。
- ・緊急連絡体制の確認。
- ・対応事例の振り返り。
- ・上記会議の趣旨に沿った圏域の医療体制に関することがメインとなり、通報対応に関する協議は少なかった。
- ・ガイドラインの件の運用について情報提供を行った。
- ・精神障害者等の情報共有。
- ・保健所の体制について、今後もお互いが協力に必要なこと。
- ・23条通報対応の流れの確認、保健所の役割について説明。
- ・普段からの密な連携の必要性、事例検討。
- ・処遇困難ケースの共有と事例検討。
- ・措置入院者の退院支援に関する意見交換を行った。
- ・県全体の通報件数や措置件数などの報告 法23条に対する共通理解を図るための考え方や精神疾患の基礎知識などの講話（研修）、質疑応答。

- ・マニュアルの再確認（23条通報の基準、移送、アルコール等については重点的に）。
- ・近隣トラブルを繰り返すケースについて、情報の見立ての共有、関係機関の役割分担を行った。
- ・自殺対策について 未遂者支援について 依存症対策（若者の今日的課題について）。
- ・身体科と精神科を合併している患者の受診に関して ・退院後支援ガイドラインや入院中からの退院後に向けた支援やケース会議についての必要性。
- ・行政（保健所・市）・精神科病院・警察・消防等で精神障害者の緊急対応状況、措置入院患者の人権に配慮した支援のあり方や退院後支援ガイドラインで同意が得られていない場合のケース対応等について情報交換を行った。
- ・措置入院の運用に関するガイドラインについて目線合わせ。
- ・措置入院者退院後支援制度について ・診察（入院）のための移送時の警察と連携体制について。
- ・措置入院患者退院後支援事業実施要綱に基づく退院後支援状況について。
- ・県における措置入院の現状について。
- ・精神科救急情報センター対応件数について。
- ・管内警察官通報等の件数の推移について。
- ・該当ケースの病状、具体的な見守り方法、関係機関の役割等の確認など。
- ・香川県の通報に関する現状について。
- ・精神保健福祉法にかかわる通報等の対応について。
- ・意見交換等。
- ・措置入院不要だが問題行動がその後も継続するケースの対応について。
- ・移送体制について。
- ・23条通報時の警察と保健所の連携について。
- ・平成30年度における23条通報およびその後の景観についての情報共有。
- ・「精神症状の有無」の判断や「自傷他害のおそれ」の解釈、要措置となった場合の移送等の対応について意見交換。
- ・精神患者を含む自殺企図者に他愛する警察の対応について情報確認した。
- ・通報者の提出について。
- ・精神科救急医療システムについて。
- ・通報等の対応状況。
- ・入院形態および県精神科救急システムについて。
- ・自殺企図者に対する警察署からHCへの通報システムについて。
- ・精神科救急事例の対応について。
- ・意見交換。
- ・県、管内、当該地区における措置入院に関する現状について。
- ・過去10年間における管内の措置入院事例について。

- ・措置入院の運用について。
- ・申請、通報の考え方。
- ・事前調査における留意点。
- ・地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインについて。
- ・過去の措置入院事例について。
- ・過去に通報等により、連携したケースについて、情報共有や意見交換、役割の確認など。
- ・精神科救急医療体制、精神疾患患者の搬送および受け入れのルール。
- ・ガイドラインの内容(措置診療の要否判断における留意事項) についての共有、病状悪化予防のための支援について。
- ・23 条通報についての考え方、現状。
- ・今後の 23 条通報およびその他の情報共有について。
- ・圏域の精神保健福祉の現状と課題について。
- ・福岡県精神科救急医療システムにかかわる事項。
- ・地域移行および地域生活継続のための支援について。
- ・精神科救急医療システムの運用状況について。
- ・県精神科救急医療システムの概要と実績について、県及び市より説明。意見交換。
- ・通報件数が減っているのは、本部からのガイドラインに基づく適正な運用指示の成果と認識している。
- ・館内や保健所における自殺対策の取り組みや自殺防止に向けて、それぞれの立場で何ができるか検討した。
- ・対応に困った事例について、それぞれの役割を検討した。
- ・精神科救急医療実績、事例検討等。
- ・精神救急体制について。
- ・23 条通報時の対応について、精神科への緊急受信対応について（発達障害児への対応、酩酊状態での精神科受診拒否など）。
- ・通報対応体制について説明。
- ・県及び管内の通報および相談対応状況。
- ・精神科救急情報センターの活動状況。
- ・管内の退院後支援の実施状況。
- ・通報事例等の振り返りと対応方法などの確認。
- ・日頃の活動における疑問点や困難点等に関する意見交換。
- ・対象者の入院治療の必要性。
- ・警察が四方で対応できること、保健所が対応できることの共通。
- ・通報対象の要件の確認。
- ・警察からは移送協力についての負担が大きいので夜間休日の迅速な調査と移動距離が短い診察計画について要望があった。

- ・措置入院患者の現状と課題について措置対応病院の教授より講義による研修(精神科医)。
  - ・休日夜間における精神科救急医療システムについて県の救急医療情報センター担当職員より報告。
  - ・精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムについて県の担当者から説明。
  - ・23条通報に基づく措置入院までのプロセスについて。
  - ・警察官通報への対応結果について。
  - ・意見交換。
  - ・地域で精神障害者の緊急対応をする場合、警察、保健所、病院のみで対応できない事例もある。問題を解決するために生活面でのケアが必要。
  - ・法第23条通報の取り扱い(あり方)。
  - ・23条通報の基準や通報対応の共通理解など情報交換。
  - ・前年度の通報対応報告、警察から23条通報に対する質疑応答等。
  - ・23条通報のあった実際の事例に基づき、各関係機関の今後の対応について話し合った。
  - ・ガイドラインに基づく千葉県マニュアルの運用について対応状況の共有を図り、現場での課題や疑問について検討した。
  - ・精神疾患について講義を行い、質疑応答で医療面からのアドバイスを医師よりいただいた。
  - ・自殺対策について。
  - ・事例検討。
  - ・診察不要と判断した後の対応報告。
  - ・23条通報によらない受診支援。
  - ・23条通報の際は調査段階から警察官の動向を依頼(警察官による保護がない場合)。
  - ・23条通報の件数やその後の転機について情報共有、および23条通報にかかわらず、日頃の連携や対応方法について保健所、医療、警察で意見交換する予定。
  - ・圏域内、県内の精神対応の状況や通報件数について。
  - ・最近の精神保健における流れについて(退院後支援マニュアルなど)。
  - ・夜間に通報対応する体制について。
  - ・措置不要となった方や措置入院終了後の支援内容について。
  - ・23条通報となる自傷他害行為、自傷他害の恐れのとらえ方、考え方について。
  - ・23条通報に至らないケースの医療の確保について(医療機関・自治体との連携等)。
- 「措置入院」の運用に関するガイドラインにかかわる県マニュアルの3本柱(通報基準の明確化、即時協議、連絡票)を中心に同マニュアルの周知を図る。
- ・通報受理から指定医および病院の確保までに半日~4,5時間を要するため、警察署の人員体制が手薄な時は対応に苦慮していることが明らかになった。保健所からはこの地域は医療過疎であり、引き続きの協力を依頼した。この協議を通して、通報後の進捗状況を適宜、警察に連絡することが大事であることを再確認することができた。



- ・依存症のケース対応について。
- ・自傷他害の恐れは低いが、早急に受診が必要と思われるケースの対応について。
- ・緊急通報対応の体制について（措置の要否判断、連休中の対応、措置診察の輪番体制、地域の支援体制等）。
- ・通報対応の状況、各機関の対応について。
- ・情報交換。
- ・精神科救急情報センターおよび精神科救急医療電話相談口の利用について。
- ・措置業務について。
- ・精神科病院へのつなぎ方について。
- ・措置入院制度等の適切な運用と業務連携の促進を図るための会議。
- ・措置入院制度に関する関係法令と対応について。
- ・精神障害者緊急対応の現状について（実績報告、事例紹介、思春期・青年期の支援課題等）。
- ・事後通報者の対応について。
- ・移送の協力体制について。
- ・連携体制について
- ・平成 27 年度から圏域の警察署、精神科医療機関、市町村とで精神保健連絡会議として開催しており、その中で意見交換等を行ってきた経緯あり。今年度は、保健所から 23 条通報、相談に基づく支援の流れや、23 条通報からの措置入院対象件数等の推移、退院後支援ガイドライン、本県民局における精神障害者の入退院にかかる支援の流れの活用について説明を行った後、対応困難事例のうち地域支援者の介入により医療機関につながった事例や相談から医療機関受診となり 23 条通報に至らなかった事例等の好事例を紹介し意見交換を行った。
- ・通報に至る前に相談として保健所に連絡してもらえれば、対応可能であること（関係機関の連携）。
- ・発達障害、パーソナリティ障害といった疾患が増加しており対応に苦慮している。
- ・警察署主催：犯罪被害者支援に関すること。
- ・県主催：自殺予防計画策定に関すること。
- ・県精神科救急医療システムで夜間および休日の精神疾患の救急患者を対応している。その円滑な運営を図ることを目的に県内 4 カ所で圏域内で協議を行っている。
- ・県警察本部より県内の 23 条通報の結果の現状の説明。精神科救急がうまくいくための自殺予防対策の取り組みについて。
- ・「措置入院の運用に関するガイドライン」にかかわる県マニュアルについて、その策定の経緯や今後の連携について話し合いが行われた。
- ・23 条通報にかかる情報交換及び課題検討等。
- ・申請、通報者数における措置入院者の割合等、地域の現状。
- ・措置入院者の状況。

- ・申請に関して意見交換。
- ・精神障害者発見通報状況について。
- ・管内の通報対応件数や概況について情報共有および精神緊急対応に係る意見交換。
- ・通報体制の確認、事例検討。
- ・23条通報等緊急対応時の連絡体制、協力体制について。
- ・措置入院ケースの概況について等。
- ・23条通報業務における運用上の課題を共有。
- ・事例検討（困難事例についての対応について）。
- ・自傷他害の判断について。
- ・飲酒時の対応について。
- ・身体合併時の対応について。
- ・警察と保健所の良好な関係づくりのために情報連携について。
- ・通報状況、措置入院者退院支援の実践。
- ・精神保健福祉学習会で「自傷他害のおそれがある精神症状とパーソナリティ障害について」「精神保健福祉法に基づく通報等の理解と運用」について。
- ・警察官通報実績報告、事例共有および検討、通報ガイドラインの共有、特異事案の対応について。
- ・通報基準の再確認。
- ・夜間休日時の通報の流れの再確認・
- ・県、県警、当市で作成した法23条通報に係るマニュアルの再説明。
- ・移送に関するそれぞれの立場での課題、警察において制度研修の持ち方について、等々。
- ・ガイドラインの内容および実際に連携した事例の共有。
- ・措置入院の運用に関するガイドラインに係る県マニュアルの説明。
- ・移送、搬送についての協力体制。
- ・通報から措置診察の実施に至るまでの問題、課題について。
- ・前年度と今年度の措置通報結果およびその後の支援状況。
- ・34条移送について。
- ・警察官通報等から措置入院までの対応方針に関すること、移送の運用方法に関すること、退院後支援の体制に関すること、困難事例への対応の在り方およびその方法等の運用に関すること。
- ・通報件数や内容について共有。
- ・措置診察から入院の流れ、休日等の対応について。
- ・困難ケースについて共有。
- ・23条通報について関係機関で情報共有。
- ・措置入院者の退院後支援について。
- ・精神科救急医療システムの円滑な運営に向けて意見交換。

- ・出席各機関（警察署・医療機関・保健所・市町）における現状と課題及び連携について。
- ・年1回管内警察署生活安全課と連絡会議として開催。
- ・管内の通報状況と処理結果、特異事案連絡票の判断基準・留意事項（特異事案連絡票は保護なし通報に相当）。
- ・特異事案連絡票の状況と処理結果、連携した事例の共有、意見交換。
- ・警察が介入した対応困難事例。
- ・触法行為を繰り返しては入院している知的障害事例。
- ・精神保健の動向と地域における包括的支援について（精神保健福祉法に基づく入院形態、23条通報、措置入院後の支援について等）。
- ・管内の精神保健福祉の現状について（通常時、通報時の対応、退院支援に活用するツールについて）。
- ・精神科救急医療の体制、県内の精神科医療について説明し、連携の必要性について共通認識を図った。
- ・精神科救急医療の体制について説明し、警察・消防・行政機関での連携について共有した。
- ・措置診察却下事例の検証について。
- ・関係機関の役割の明確化及び連携体制の構築。
- ・管内における措置通報と措置入院状況、措置入院退院支援事例。
- ・精神科救急医療システムについて、保健所への連絡体制について、ケース対応について。
- ・管内の認知症高齢者の対応について。
- ・平日および休日・夜間の精神保健対応と精神保健診察の流れの確認。
- ・兵庫県の精神障害者継続支援体制の説明。
- ・精神科救急時対応事例の対応について検証。
- ・毎年関係機関の通報対応。精神科救急の状況について情報提供するとともに事例報告を行っている。
- ・外国人患者の措置対応、患者の措置診察先までの移送についてなど。
- ・精神科救急体制について。
- ・自殺未遂者支援について。
- ・関係機関との連携について。
- ・事例検討。
- ・日頃から情報共有に努めているので緊急時に医療につながりやすい（措置診察に限らず、受診調整等）。
- ・警察から緊急対応の予防を目的にケース会議にも出席可能とっていただいた。
- ・管内の精神保健福祉の現状、自殺対策の推進、精神障害者の地域移行支援。
- ・H30年度 通報受理、対応状況の報告。
- ・退院後支援計画実施状況。
- ・法23条24条通報について。

- ・保健所における 23 条通報対応の流れについて紹介し、事例をもとに警察、医療機関、保健所の役割等について協議した。
- ・精神科救急医療システム関係機関会議（ブロック会議）にてシステムの円滑な運営と地域レベルでの連携強化を図ることを目的として協議が行われている。
- ・移送の協力、情報提供の方法について。
- ・精神科救急医療システムの実績について。
- ・外国人の通報の状況、対応について。
- ・措置診察の状況。
- ・各区の地域の事情に応じた警察を含めた関係機関とともに精神保健福祉の現状や課題の共有、情報交換をすることを目的。内容は主に精神科救急医療体制や状況（通報件数等）の説明、各出席機関からの現状報告、課題提示、困難ケースの対応について検討などの情報交換を行った。
- ・圏域の措置入院に係る現状と課題。
- ・長期連休における措置入院の対応について。
- ・精神保健緊急対応について。
- ・移送体制について。
- ・担当業務について情報共有・共通理解。

問「(他自治体からの) 引き継ぎにあたり、困難を感じた点があればご記入ください。」に対する自由記載

- ・他の自治体で通院退院支援が実施されないなど支援が滞ってしまうことがある。
- ・医療観察法終了後の精神科病院からの転入。管内で居住することになったが、頻回に問題行動があり、対応に苦慮した。知的障害（重度行動障害）の患者で、精神科病院退院時に施設入所を検討してほしかった。
- ・患者が転々としている場合（居住地を）措置入院の情報提供により引継ぎを受けても、情報が少なく、特にキーパーソンが非協力的、又はいないことがあり行政だけの支援は困難である。
- ・他自治体が作成した計画を、別担当者で実施すること。
- ・支援計画をどの段階で引き継いで、どちらが計画を立てるのか困惑する。
- ・他県から医療保護入院で転入してきたが、前自治体では本人同意を取ったのみでアセスメントもなく引き継がれ、また退院の見込みもないため現在も対応できずにいるケースがある。
- ・県外から、措置解除と同時に退院したケースだったが、当所は本人と面識もなく、他自治体が把握していた情報も少なかったため、計画作成や会議開催に向けた連絡調整が難しかった。
- ・自治体によっては支援方針が異なり、対応に戸惑うことがある。
- ・本人の同意ないため、情報提供がなかった。退院日は TEL 連絡あり。
- ・当所と他自治体との連携の中で、本人の退院先をめぐり、意見が分かれ、自治体間の関係性が悪くなった事例がある。
- ・対象者が転入前の他県の医療機関へ通院を続けていたので、医療機関との連携に困った。
- ・他県からの引継ぎの場合、支援体制が大幅に異なる自治体が作成した計画のみでは情報が不十分となり、当市の支援開始にあたり情報収集及び再アセスメントが必要となる。
- ・本人に対して、転居前の自治体の支援体制（例：3 か月毎に電話確認）に同意したとの認識のため、当市の支援体制（訪問等）について説明した上で、再度同意を得る必要がある。
- ・支援の継続性を考えたときに、本人との関係性の構築に難しさを感じる。
- ・措置入院時にグループホームに住所を置いていたが、措置入院後にグループホームから退所となり、管内の実家に住民票が移った。時間が経過してから、管内の実家に住所が置かれていることが判明し、どこを生活の本拠が置かれている場所と捉えるかに迷い、引継ぎのタイミングに迷う部分があった。
- ・他自治体に引継ぐ際に「計画」を立案して引継いでほしい、と先方から言われた。しかし、帰住先地域の福祉資源医療資源の状況がわからず、ケア会議を開催しても、具体的なサービス提示ができず、計画作成に苦慮した。ケア会議に参加してもらいたいと依頼したが、

参加はしてもらえなかった。

- ・（支援終了した引継ぎ例あり）措置入院前の病状悪化した状態を具体的にイメージしづらく、「病状が悪化した場合の対処方針（困ったときの対処）」の作成や退院後支援に迷うことがあった。
- ・引継ぐタイミングが難しい。他県は、計画の書式が異なる。
- ・他自治体より引き継ぎの連絡はあったが、本人と連絡とれず、転入されたかの確認もとれなかった。
- ・引き継がれていないケースもあると思われる点は課題。
- ・遠方のため入院中に本人に会えず、主体的に十分なアセスメントが出来なかった。適切な支援を導入することが困難で退院後早期に再入院となった。他自治体の担当者もほとんど本人との関わりがなく、アセスメントが不十分な印象であった。
- ・遠方の他自治体で入院中の場合、計画作成のための会議開催が困難であったり、自治体ごとで支援実施に際しての手続き等が異なり、円滑な支援の引継ぎが困難と感じた。
- ・従来より障害者相談支援専門員による支援体制があったため、特になし。
- ・本人との関係づくり。
- ・帰住先として支援介入のタイミング（退院直前の引き継ぎでは支援が難しい等）。同意が得られない者の情報共有の在り方。
- ・支援の同意を受けたと引継ぎがあったが、本人、家族は説明を受けていないと再度説明を要した。必要に応じて、面接をすることなども必要と思われる。
- ・転出前自治体保健所が慣れておらず本保健所への引継ぎに時間を要したこと。
- ・引き継ぎケースが1件のため、他ケースとの違い等比較することができない。
- ・入院先が圏外の病院で入院中に引き継がれた場合、移動時間を要するため面会等の働きかけが困難となる。
- ・県外からの転入例、病院が参加しない形で退院後支援計画が作成され引継ぎを受けた。情報が少なく全体像がわかりづらい状況があった。
- ・現在、転入事例がないため特段困難は感じていないが、自治体によって、退院後支援の実施方法や、対象とする事例等、様々なため、引き継ぐ際は丁寧な連携や調整が必要になると思われる。
- ・対象者が、当保健所の支援対象者でフォローしている人だったため、困難さはなかった。
- ・引継ぎ支援を行ったが実際の居住地は元の自治体にあった。
- ・引継ぎ件数自体が少なく、運用面での困難さについては想定しにくい。県内においては共通の引継ぎ手順を整理し運用しているが、県をまたぐ事案の場合には引継ぎ先の自治体と協議が必要と思われる。
- ・退院時病名がない対象者。退院1週間前に措置元自治体が同意確認し、当所にケース移管。1週間で計画策定をしなければならなかったため、時間がなく困った。
- ・退院時に検討された退院後の生活の場が本市にあり、引き継いだ結果として本人がそれ

を望まず、病状悪化によりうまく支援ができなかった。

- 他自治体から提供される情報が少ない、情報の統一性がない、「支援内容は未定」という計画ではなく、入院に至る経緯や生活歴の情報を引き継いでもらえると引継ぎ後の支援等がスムーズに開始できると思う。本人が本市へ来たいと希望しているものの帰住先が設定されていない状態で管内の病院に転院するからとその後の支援を依頼された事例があった。
- 入院中の役割分担などどこまで依頼できるのか。通院医療機関など退院してから計画作成の会議体を実施するため、退院後速やかに計画が立たないことがある。
- カンファレンスの参加だけでも 1 日ばかりになること。文書等の引継ぎについて他の都道府県となるとルールのすり合わせが時間を要した。

## 別紙 9

### 問「貴保健所において、退院後支援で困難を感じる点があればご記入ください」に対する自由記載

- ・入院先の医療機関と連絡を密にしないと本人との関係がないまま退院となる。県外の医療機関に入院している者の場合、特に退院に関する連絡が遅くなっている。
- ・同意が得られないケースこそ積極的な支援が必要だと思う。
- ・医療機関の窓口との連携。
- ・措置入院中は症状が消退しておらず、その間に退院後支援の説明をするのは困難に感じる。
- ・法に基づくものでないので本人が拒否する。
- ・同意を得ることが難しい。事務量等増加するため、マンパワーが必要。
- ・本人の同意が得られにくい
- ・退院後支援が必要であり、説明をしても本人の同意を得られない場合があること。医療機関の理解・協力がなかなか得られないこと。
- ・入院先医療機関が管外で遠方であるため、マンパワーが必要であると感じる。
- ・離島保健所は島外の病院に対象者が入院中の場合、病院からの連絡で突然退院の旨を伝えられると計画作成まで時間を十分に確保できないため、困難を感じることもある。
- ・人員不足。
- ・措置入院医療機関と通院先医療機関が異なる場合の医療の継続やサービス調整。
- ・措置通報及び措置入院が多く、退院支援に対応できる人員確保に困難がある。
- ・近隣に政令市があり、措置入院者等の医院支援について事務処理要領もちいて統一化をはかっているが、細かい部分で違いがあり、調整に時間を要する場合がある。
- ・入院先病院が遠い場合、本人との面接や、会議の開催において時間やコスト面での負担が大きい。
- ・居住地、帰住先が措置入院を取り扱った保健所と異なる場合の引継ぎの時期や方法、措置入院解除後に圏外に転院した場合、退院後支援計画を作成する時期や方法。
- ・退院後 6 か月以内を基本とし必要時は最長 12 か月と期間を設けているが終了時点での評価が難しく、病院等と協議の上、多くが 12 か月となっている。また 12 か月経過しても病状不安定なケースもいて退院後支援計画が終了になったからといって支援をすぐに終了とすることはできず支援を続けており計画による効果が感じにくいケースがある。
- ・地域の社会資源が少ないため、本人の意向に添ったサービスができない、又は、調整に時間を要することがある。
- ・当所ではガイドラインが示される前から、措置入院患者の退院後については、原則退院後 1 年後まで、関係者と連携してフォローを実施している（いた）ので、あらためて書面（計画を交付して）を作成して支援することのメリットがあると思われる人でないと、入院医療



機関が必要と判断しない。病院も、診療報酬に見合うだけのメリットに比し、負担が大きいという意見もある。

- ・本人の症状により、本事業に対する同意（意向）が二転三転する可能性がある。事務処理量が多い。
- ・退院後支援として、計画作成について説明し、本人からの同意が得られなかった場合、どのように保健所が関わり退院後支援をしていけばよいか。
- ・計画内容と患者・家族の意向が合わない場合。
- ・従来から退院後支援は実施しており、ガイドラインが出たことで計画書への記入という余計な手間が増えた。支援が必要な人は、6か月過ぎても支援を継続している。支援からの卒業は6か月では無理なケースが多い。

短い入院期間中にケースのアセスメントが必要であること。

- ・措置入院をする医療機関が圏外となるため、退院後支援関係者すべてを招集して入院先医療機関で支援会議を何度も開催することは困難。
- ・退院後支援計画を作成する負担感。退院後に支援拒否するケース。知的障害・パーソナリティ障害など支援効果が疑問な対象者が多いことなど。
- ・圏域医療機関の措置入院の受け入れが難しく、他圏域での入院が多く、入院中におけるケースとの面談や支援関係者間で話し合う機会を設けることが難しい点。
- ・入院先医療機関が遠方である場合、移動に時間を要する。（業務量増加）会議開催にあたり関係機関と調整が必要になるが医療機関（主治医）の都合が優先になる場合が多く、入院中の会議の開催が難しい。
- ・入院先病院へ退院後支援の提案をしているにも関わらず、連絡なく退院となっている事例が少なくない。
- ・入院中には退院後支援の同意をしたが退院後は同意の撤回をして支援関係が結ばなくなった、退院後の生活支援に非協力的な病院もあり連携が困難な場合もあった、病識がない患者家族との関わりが難しい。
- ・病院から数例相談があったが、本人同意が得られず支援に至らなかった。その他の退院事例は、精神保健福祉法 47 条で支援している。
- ・措置解除し任意入院に切り替わるという連絡が直近であったため支援会議開催の調整が困難であった。対象者の対人恐怖が強く関係を築くのに時間を要する場合、面識がほぼない人からの説明で支援の必要性を理解してもらうことが困難であった。
- ・知的障害を合併しているケースで、本人の頻回の問題行動（自殺企画、頻回の救急要請）に地域が対応しきれない。
- ・同意が得られなかったケースも調子が悪く支援を継続しており、退院後支援との違いが分からない。
- ・入院した病院から、クリニックに通院先が変更した場合、窓口となるケースワーカーもいないため、情報共有など図ることができない。

- ・クリニック主治医と直接情報共有をする体制ではないため、連携がとれない。
- ・サービス受入れを拒む者（特にお金の問題で拒否）は市町村や保健所の訪問しか受け入れてもらえず支援の必要性について理解してもらえない。
- ・退院直前に服薬中断、治療放棄した場合の目標や支援期間の設定が困難である。
- ・支援終了とする判断基準。
- ・支援の同意をとれないケースも多い(病識がないケースなど)。
- ・妄想性パーソナリティ障害の診断名がついた退院者がいたが、措置入院先の医療機関から外来治療を勧められていたにもかかわらず、治療に対する強い拒否感を示したため、退院後の介入が出来ない事例があった。
- ・緊急措置入院の者でも、退院後支援の必要性が高い者ほど本人の同意や家族の理解が得られにくい。又、入院した病院の通常のケースワークでフォローできるケースでも、対象であれば退院後支援の提案をするため、同意があれば受けるため、これまで同様の本人支援に加えて事務量が増えてしまう。
- ・支援期間の数字にこだわり、その期間内は支援を受けるが終了後は服薬・通院・支援を拒否するケースがある。
- ・手間がかかる。強制力はないため継続支援につながらない場合打つ手がなくなることがある。
- ・患者が寡黙な場合、支援ニーズを確認することが困難。患者本人が家族に影響され、自分の意見が出しにくい場合。
- ・地域の関係者による支援が必要と思われるケースであっても、本人が支援を望まない場合は、支援が難しい。
- ・知的障害を伴う事例で移行先がないため入院期間が長期となり、入院中に支援機関が終了となる。
- ・離島保健所であるため、退院後支援に向けた本人との面接や、病院とのケース会議等への参加が困難である。
- ・F4、F6 圏の者は支援事業になじまない場合多い。
- ・措置業務を担当する職員と退院後支援にあたる職員が同じなので担当へ対する陰性感情が強く同意を得るのが困難な場合がある。
- ・退院後支援事業に携わる職員が少なくケースが増えるにつれ、細かな対応が困難になると感じている。
- ・社会資源が不足しており、障害者サービスの導入が困難。
- ・退院後の居住が決定しないため、退院後支援にむすびつかない。
- ・特別区ルール。
- ・病状が安定し、退院後支援が可能な状態になってから退院までの期間が短く、準備・協議の時間が十分とれない。
- ・退院後支援を受けることを同意してから退院までの期間が短く時間的困難を感じる。

- ・措置入院時に対応した保健所職員が退院後の支援を担当しているが、患者の拒否が強く、自宅への訪問が行えていない。外来受診時、病院での面会を行うよう努めている。
- ・支援計画作成時に同意された内容について本人の行動が伴わないので入院（措置入院等）となることもある。
- ・退院後支援の必要性が高いと判断された者ほど、病識に乏しく、同意が得られない。
- ・本人の気持ちが変わり易い、単身生活者で身内の協力者がなく、約束が守れずマイペースな者への支援。本人の希望により計画を作成するが、生産性がないケースへの関わり。
- ・計画作成の同意を得ることが難しい。また、退院後支援の他にも様々な事業や個別事例の支援等を抱えており、ガイドラインに沿った丁寧な対応が難しい。
- ・退院後支援のための人員の増員がないため、マンパワー不足を感じる。
- ・マニュアルがなく、対応が統一化されていない（作成中）。
- ・措置入院は数年に1回あるが少ない。また23条通報も少ない地域であり、退院支援を行う必要のある対象の把握の仕方に課題がある。
- ・通報は増えているが人員増なし→人員不足。
- ・計画書作成に抵抗を示す者もいる。
- ・寡黙な者だったので、計画やクライシスプランを作成するのに非常に時間を要したこと。
- ・精神科病棟が管内にないので、面会を重ねることにとっても苦勞を感じた。
- ・通常の支援との違いが分かりにくく、事務作業が増えるという印象を受ける。
- ・医療機関の保健所に対する支援の期待が高く、「計画がなければ転院受入れ困難」と言われたり、患者が受診しなくなった場合保健所にどうにかしてほしい等対応困難な要望がある。人格障害や知的障害など薬や治療でコントロール不能な者への支援は衝動的な事案に対応できる可能性も低く、支援が困難であると感じる。
- ・管内の措置入院者全員が圏域外での措置入院であるため、本人と面接する機会が限られている。また、入院先の関係者と圏域内の関係者が一同に会する検討の場をもつことが困難なため、退院後支援に関する計画の作成にあたり、圏域外で検討後、その結果をもって保健所が入院先の関係者及び本人等と支援方針を検討している。
- ・本人の同意を得ることが難しい。
- ・アセスメントや退院後支援の作成、退院後支援の開催に係る業務量の負担は増大したが、人員確保は伴っていない。
- ・病状悪化時の対処方針（重症化予防）について、あらかじめ協議するが定着しないこと。多職種や多機関が連携した退院支援について共通理解を図ること。
- ・本人や家族の支援同意を得ることが難しい
- ・圏域外で措置入院となった者に対し、自治体によっては要綱が作成されていないなど、自治体によって状況や対応の仕方が異なる。
- ・退院後支援の対象者は20数名いるが、そのほとんどが退院のめどが立っていないこと。
- ・形式、様式が追加されたことにより、書類作成の手間がかかる。

- ・計画作成に係る病院らの意見書やアセスメントの提出、会議開催について、医療機関によっては協力が得にくい場合があり、タイムリーな支援ができない。
- ・退院後支援が必要と考えられるケースで、他機関と意見が合わず実施が難しいことがある。
- ・自治体として現在、退院後支援の手引きを策定中である。策定後は手引きに沿って退院後支援を実施することとなる。実施していく中で、課題等出てくると思われる。
- ・退院後支援の受任後、状態改善に乏しく、措置入院が長引き支援計画が進まない者の扱い。犯罪防止目的ではない支援だが、医療刑務所や服役をくり返してきた者へのリスクに対する支援が不十分で、受け皿が見つからない者の扱い。
- ・現時点では退院後支援を行っていないが、地域的に圏域外からの通報が多く、他自治体との連携や引継ぎがスムーズにおこなえるか不安である。
- ・支援対象者が行方不明等になった場合の支援について。
- ・医療機関(主治医)の方針によっては退院後支援計画作成がなかなか進まない場合もある。
- ・県外で措置入院となった場合、事業実施にあたって、支援会議等の参加困難な部分がある。
- ・病識のない患者から同意を得られないこと。
- ・地域保健所からの転入患者の十分な情報が得られないこと
- ・保健所との関わり拒否の事例。
- ・入院中のケースに対して初回説明に出向く際のタイミングについては病院との事前共有、検討が必要(本人の病状等の考慮も必要であるため)。
- ・支援開始6か月時に、その後の支援について判断する時の基準がよくわからない。
- ・複数の患者の措置入院や退院の時期が重複した時。
- ・思春期・高齢者への対応。
- ・犯罪歴が複数ある場合の対応。
- ・精神障害の中でも重複合併している場合の対応。
- ・本人からの発言があまりされない場合の対応。
- ・措置入院先の主治医との連携・事業説明の時期。
- ・病院によって退院後支援についての認識や連携体制が事なり、協力を得ることが難しい場合がある(役割分担がうまくできない、退院が決まってからでないでないと連絡がこない、病院が退院後支援の必要性を感じていない、等)。
- ・手間がかかる(書類作成、遠方の病院への複数回にわたる訪問等)。
- ・退院までの短時間でカンファレンスを開催することや、クライシスプランを作成することが難しい。
- ・対象者が、連携する会議や、自治体間の引継ぎを求めている場合も多い。もっと本人が、メリットを感じる、具体性のある支援を提供できればと思う(保健所の訪問を義務づけ、移動の支援等)。
- ・入院が短期間でかつ帰住地が中核市の場合は日程調整が困難な時がある。本人の同意を得

たものの希望が何度も変わったり、本人や家族の状況から支援しづらい者への対応が難しい。

- ・病院により退院後支援に対する取り組みの差がある。
- ・再措置リスクや病状悪化リスクの高い、病識のない者や服薬アドヒアランス（コンプライアンス）不良の者の同意を得づらく、退院後支援計画作成には至らない。
- ・必要と思われる人ほど本人同意が難しい点。
- ・計画相談が開始されると相談支援専門員が中心となるため保健所の役割が難しい点。
- ・措置入院になるケースは病識がない。
- ・家族の理解が得られにくい。
- ・サービスを自ら望まない場合が多く、本人が計画に同意することが難しい場合もある。
- ・ケースが増えると対応する人員が足りず、対応が困難になる。
- ・本人との面接、退院後支援計画等の作成に時間が取られ、業務量が増えている。
- ・市町村によって、退院後支援への関わり方に差がある。
- ・退院後支援についての説明が本人の理解力に大きく差があるため、難しい。
- ・病気に対する家族の理解が低いこと、家族の行動変容が困難なこと。
- ・相談支援事業所が少ない。
- ・サービス提供事業所へのアクセスが悪い。
- ・入院中の患者家族の関係性など情報が収集しにくい。
- ・転院が想定される場合の同意や計画作成のタイミング、病院ケースワーカーの力量に差がある。
- ・支援の評価のあり方。
- ・入院医療機関が圏内になく、遠方のため、面接するために時間や経費がかかる。
- ・医療機関の理解、協力が必要。
- ・退院後支援計画終了後の法 47 条に基づく支援への切り替え（継続的な支援が必要と思われるが、「計画が終了したから」と拒否的なケースあり）。
- ・他保健所に引き継ぐ際、本人は同意しているが引継ぎ先保健所が退院後支援を実施していない場合。
- ・退院後支援に患者本人の同意を得ることが難しい。
- ・知的障害を伴うケースの場合は、理解していただくことが難しい。
- ・本当に支援が必要と感じるケースに対して同意がとれないこと。
- ・もし退院後に通院中断した場合どの機関にも通院させる権限がないので困難と感じると予測する。
- ・病院からのニーズアセスメント、計画に係る意見書の提出から退院日までの日数が少なく、計画作成のための会議と計画の決定が忙しい。
- ・病状悪化の振り返りが困難で治療の必要性を実感しづらい事例に対する支援（医療機関との連携、本人への治療継続支援）。

- ・退院後支援を提案しても本人が希望（同意）しない場合の対応について。
- ・医療機関の協力が不可欠となるが、協力が得られにくい。
- ・支援の説明時、了解を得られたとしても、退院後連絡がつかなくなる方へのアプローチ方法。
- ・支援対象者の拒否により、連絡が取れなくなると、支援ができず、生活状況の把握も難しくなる。
- ・病識がなく、退院カンファレンスでは約束できていたが退院後、通院服薬を拒否された。
- ・支援対象者の拒否により、連絡が取れなくなると、支援ができず、生活状況の把握も難しくなる。
- ・入院医療機関と退院後の通院医療機関が異なる場合や通院医療機関に PSW 等の職種がない場合、連携が取りにくい。
- ・治療の継続が難しい疾患（パーソナリティ等）の場合、継続支援が困難になってしまう。
- ・入院期間が短期間の場合、計画策定までの時間が少なく支援体制が整わない状態での退院となってしまう。
- ・退院後支援の必要性がある人から同意を得られない場合あり。
- ・対象者の増加に伴ってマンパワー不足となる。
- ・措置入院中の人の中には、入院に関与した保健所職員に恨みを抱き、保健所職員の面会を拒絶され、本人から支援の同意が得られないことがあった。
- ・支援の引継ぎ先がなく、保健所での支援が終了とならない。ケース数が増えていくので、追われてしまう。
- ・入院先は遠方になることが多く、病院に行くだけでも時間がかかる。そのため退院後支援の説明・意向確認をするためだけに全ケース病院に訪問することは難しい。支援を希望した方への退院後支援計画会議はもちろん病院に訪問している。
- ・今までのカンファレンスに比べ、書類の準備、退院後支援計画交付にあたっての決裁事務等の事務作業の負担が増えた。
- ・保健所が退院後支援についての本人の意向を確認したくても、病院によっては「本人に退院後支援の必要はないと判断している」と言われ、意向確認ができなかったり、意向確認することに時間がかかるケースがある。
- ・入院先と退院後の通院先が異なる場合、病院同士で情報共有がなかなかできないことがある。
- ・入院先の病院からの、アセスメント情報が少なく、計画を作りにくいことがある。
- ・本人・家族の病気への理解が不十分等の理由でガイドラインに同意いただけないケースがある。
- ・同意を得られないケースをどうするか。
- ・半年では短かすぎて、延長になる。
- ・ケア会議の日程調整が困難（関わる期間の数が多くなるほど）。

- ・単身者やキーパーソンとなる家族の支援がないと、現状のサービスだけではフォローしきれない。
- ・支援対象者が同時期に複数人いると、保健所の現体制では対応に追われると考える。
- ・どの程度、支援を実施すればよいか迷う（他自治体の支援内容を知りたい）。
- ・職員に限られており、措置事務及び退院後支援を同じ職員で実施することから、退院後支援を受けることに抵抗のある患者もいた。
- ・支援終了後も、継続した地域での支援が必要な患者に対し、保健所として、どこまで関わればよいか迷う。
- ・病院から保健所への要望が大きく対応に苦慮することがあった。
- ・事業につながる事例がなかったため本人主体の細やかな支援に至っていない。
- ・対象者が退院後支援に同意しなかった場合の対応について。
- ・計画作成したほうが良いと思われるケースほど、同意が得られず計画作成できない。
- ・計画作成にあたって、所内・係での体制づくり、及び進捗・台帳管理に業務量がかかる。
- ・退院後、CWなどいないクリニックでは連携がとりにくい。強制的な入院になっても病識を得ることができなく、退院すると通院をやめてしまったり、服薬をやめてしまう者がいる。入院中に病識や服薬の必要性を得られるプログラム等あればと感じる。
- ・警察や近隣などから強制的に入院させる役割を求められ、対応に苦慮することがある。
- ・管外の医療機関に入院となった対象者の退院後支援は、入院先医療機関と帰住先の支援機関の連携を調整することに困難さを感じる。
- ・入院先医療機関で会議を開催する場合、支援機関が集まり辛い。また、入院先医療機関も退院後支援に困難さを感じている様子が窺える。退院後の通院先医療機関が遠隔地にある場合も同様。
- ・不同意者の対応。
- ・支援機関終了後の引き継ぎ。
- ・退院後支援計画とサービス等利用計画等とのすり合わせや役割分担。
- ・支援対象者の選定。
- ・精神状態により、事業の進め方を変化させていけないといけない。
- ・知的障害を伴う方のアセスメント。
- ・アセスメント表で生活能力が計りづらい。
- ・同意を得ることが、困難な事案ほど支援が必要なことが多いと感じる。
- ・入院先が県外となった場合の退院後支援の連絡調整や引継ぎ。
- ・病院の理解のうえでなければ進まない。
- ・実績はまだないが進めていく体制はとっている。
- ・措置入院は県で実施しており、市保健所は途中から関わるようになるため、短期間で患者や病院担当者等と関係性を築くのが難しい。
- ・県外に帰住する場合、帰住先の関係機関と連絡を取る際の窓口や手順がわかりにくいた

- め、連絡調整に時間がかかる。同様に、家族への支援をコーディネートすることが困難。
- ・本人だけでなく家族支援の難しさを感じる（家族がいてもキーパーソンにならないケースが多い）。
  - ・地域的に社会資源が少ない。
  - ・病院担当看護師との調整（計画調整、アセスメント表作成）、病棟スタッフへのガイドライン説明会及び研修の必要性を感じる。
  - ・入院中に退院後支援に同意したものの、本人の特性から支援方針や支援内容の共通理解が困難な事例、病識不十分ですぐに医療中断してしまう事例などは支援が難しく、ガイドラインで想定している退院後支援が導入しづらい。
  - ・病院と十分な情報共有、連携が図れず支援計画を協議・共有する前に退院が決まってしまう、計画的かつ、段階的な退院支援が出来ないことがある。
  - ・施設入所先の受け入れが難しい。
  - ・家族の理解。
  - ・中核市との連携。
  - ・退院後支援に関する本人の同意の取得。
  - ・本人、医療機関、保健所におけるアセスメントのすりあわせ（特に新規事例の場合、対象者の「人となり」を理解するために医療機関におけるアセスメントが重要だが、医療機関によって認識が異なる。アセスメントの重要性が理解されていない）。
  - ・医療機関と保健所のスピード感の違い。
  - ・計画作成やモニタリング会議等を行うための保健所保健師のスキル不足（研修会等、スキルを習得する場が少ない）。
  - ・地域の社会資源不足（計画相談、訪問看護）。
  - ・緊急時の医療体制。
  - ・退院後支援に関する意識の共有化が図れていない。
  - ・本人の同意を得ることが難しい。
  - ・事業に同意はされたものの、本人がサービス利用には消極的で計画を立てにくいケースがある。
  - ・地域の資源（訪問看護やグループホーム等）が少ない中で支援方針を考えること。またそのような状況の中で、本人の希望や家族の希望とのすりあわせが難しいと感じる。
  - ・措置入院先が遠方の場合、事前面接が困難。又、都道府県をまたいだ場合、運用のすりあわせをする必要があり、事業に乗るまでの調整に時間を要する。
  - ・退院直前に、初めて、利用について問い合わせをもらうことがあり、本来の主旨通りに運用する時間がなく、実施困難な場合がある。
  - ・業務量との兼ね合いから計画作成が必要なケースを選定しなければならないが、選定基準があいまい。法第 47 条の相談支援が必要なケースは実施。
  - ・本人からの同意を得なければ行えないこと。



- ・支援中、支援に対し拒否的になったり不穏になった際の、受療させるなどの一歩ふみこんだ支援が難しいこと。
- ・計画作成に伴う業務の煩雑さ。
- ・退院後支援の要否の難しさ、(支援の実際に合っていない) 手引や書式。
- ・退院後支援開始における関係機関間の役割調整や引継ぎ。
- ・支援不可となったケースに対する対応。
- ・病院との認識のずれ(ワーカーとは支援の必要性を共有できても主治医の意向で退院後支援計画に至らなかった事例あり)。
- ・服薬やサービスを拒否し、再発を繰り返すケースへの対応。
- ・措置入院を把握して全件アプローチしているが、病院での面会に同意が得られないケースがある。その様なケースは退院後支援に進むことはできない。
- ・対象者の病状、医療機関での治療状況により、退院後支援の説明を行う時期の見極めが難しい。
- ・精神保健の担当が1人配置のため、緊急対応案件が入った場合、実施が困難。支援開始にあたって本人の同意を前提にしているため、治療や関係機関に拒否的な人は対象となりにくい。
- ・入院中に計画支援同意が得られても、退院後に拒否される場合があり、介入が難しいケースもある。計画への同意が退院手段になる可能性を感じる。・業務量が多く人材の確保が必要(基本的に2人体制で対応、家族も含めた支援が必要で複雑困難なケースが多い)。・計画支援同意が得られた場合、本人から退院後の生活への希望や、本人の意向に沿った計画立案が必要。予め、病院スタッフからの聞き取りもあるが、本人との信頼関係の無い中で、保健所職員がイニシアティブをとり、計画立案を進めること、困難を感じる。・退院日が急に決まることが多く退院支援計画の調整や、ケア会議の日程調整の時間的余裕がない。
- ・マンパワー不足。・同意を得られないケースへの支援。
- ・退院後支援の必要性が高い対象者ほど同意が得られにくい。また、介入や支援も困難である。
- ・医療機関によって、退院後支援に対する考え方、対応が異なる。
- ・不同意者への対応。また同意を得た後も撤回が容易であるため踏み込んだ支援が困難。
- ・地域生活の場を調整したいが、一般相談事業所、特定相談事業所やGH数が十分でない。また入院中から事業所が病院に入り支援する体制が十分でない。担当職員が少ない。
- ・入院先病院が圏外となった場合、支援対象者が戻ることになる地域の関係者を含めたケース会議の開催が難しい。
- ・措置入院先の病院が遠方であったり、支援者数が多くマンパワーが足りない(計画作成に同意していない人も支援している)。
- ・アセスメント前や支援会議前の退院、クリニックに転院となると、計画作成がスムーズに

いかない。

- ・本人より書面で同意を得るようにしているが、本人に丁寧に説明すればするほど断られてしまう。
- ・事例も少なく、退院後支援に関する病院の考えもそれぞれであるため、現在はどのように支援していくか模索している状況である。
- ・保健所が積極的に支援を実施していきたいと思っても、病院側の協力がなければ支援をはじめられない（初回面接に至るまでは病院の協力が必要）。
- ・治療に対する理解が乏しい対象者に対する支援・自傷他害行為を繰り返す対象者に対する支援・入院期間が短い対象者に対する一連の手続き。
- ・同意が得られない方への支援介入のあり方。
- ・退院後支援に同意するもののそれが真の同意であるかどうか。
- ・介護や障害サービスにつながらないケースをどうやって地域の支援につなげていくか。
- ・退院後支援の取り組みをどのように評価し終結していくか。
- ・本人から退院後支援の同意を得ること（利用を促せるような説明方法等）。
- ・支援終了時の評価方法。
- ・中核市保健所の位置づけがあいまいなため、県保健所との情報交換や援助方針の見立てがスムーズ行えていない状況があり、退院後支援に多少なりとも影響を与えていることは否めない。
- ・支援の必要性があっても、本人の同意が得られず、支援が実施できないケースがある。
- ・病識の低さから、支援を必要とせず、同意が得にくい。また病院によっては、意見書の作成に時間を要し、計画交付が退院後になる場合がある。
- ・知的障害や認知症等、同意能力に問題がある人の同意確認。
- ・問題行動となる行動が繰り返される人に対する支援。
- ・同意が得られない場合の支援や情報共有。
- ・措置を行う都道府県と保健所設置自治体が異なるため情報共有や役割分担が困難。圏外（県内）の病院が多く、支援に時間を要する。退院後支援だけでなく面会の同意すら得られないことが多い。自治体ごとに対応が違うため引継ぎが困難。
- ・帰住先未定の者が、管外の医療機関に転院し長期入院した場合の管理（退院連絡に漏れが生じるのではないか）。
- ・退院と同時に医療機関が変更される場合、計画内のサービスに作成する医療機関が入らないため、現実的には計画作成が困難。
- ・保健所が主となり会議開催する必要があり、全事例実施していくことは業務上困難。
- ・計画の策定・実施に際し、本人・家族の生活や同意の状況から多機関のサービスが導入できなかったり、導入後に拒否されたりしたため、結果的に治療中断に至り、計画によって万全な支援体制が組める訳ではない。
- ・ガイドラインの活用の中心は保健所だが、支援対象者の状況により支援の中心となりコー

ディネートするのが CM や他の支援者となる場合、それぞれ多職種での役割分担も複雑になる。

- ・管内は高齢化率が高く、介護サービス利用や施設入所など、居住背景も幅広い。
- ・入院先と通院先が異なる場合、入院中に作成する計画に、どこまで通院先の主治医の治療方針を反映させられるかが難しい。
- ・事務量の増加が負担である（病院も行政も）。
- ・精神症状が落ち着いてから、本人の同意の確認を行うため、退院までにゆとりがなく、アセスメントプラン作成がていねいにできない（所内決裁を得る等の事務処理上の問題もあり）。
- ・本来は措置入院者だけでなく、医療保護入院者にもていねいな支援が求められると思われるが、法的根拠もなく、予算措置も乏しい中、現状のマンパワーでは不十分と言わざるを得ない。
- ・本来支援を受けてほしい人（入退院を繰り返す）が、この事業に乗らない。
- ・保健所主体で支援するため、市にとっては「保健所のケース」と捉えられ、市が主体的になってくれない。
- ・病院内の限られた状態でのアセスメントなので、評価不能とされる項目が多い。
- ・病院があくまでも 3 ヶ月の入院だと譲らず、退院後の調整が入院中に間に合わず退院したケースがあり、病院にはもう少し柔軟に対応してほしい。
- ・同意をとった時点では病状が安定していたが、その後症状安定せず、同意の確認をするも本人から話すことも拒否され、同意の再確認ができない状況。
- ・社会資源及びマンパワー不足。
- ・訪問看護や福祉サービス事業所が不足。
- ・住所不定で家族とも連絡がとれない場合などは、本人の生活や過去の経過等の把握が難しく、困難を感じる時がある。
- ・支援上の困難というよりは、本制度の利用にあたって病院及び本人の書類作成等の負担が大きいと感じる。
- ・病識がない場合は、退院後支援計画の同意が得られず、47 条の介入も入りにくくなってしまう。
- ・家族の強い拒否に阻まれ、本人の支援が出来ない。
- ・住所地が定まらず家族がいないケースは、入院時、退院後も支援が困難。退院後支援計画作成にあたり、本人の課題を明記するが未成年かつ自閉症のケースでは、他者から課題を指摘されることで不安定になるため作成の難しさがあつた。
- ・支援を継続するにはマンパワーが不足している。
- ・精神保健福祉センターに退院支援員を 1 名おき、保健所地区担当保健師と一緒に支援しているが、件数が増加すると、支援回数も増え、職員の負担が増す。
- ・事務量が多く煩雑。保健所職員が主体となるため、力量が問われる。

- ・本人の同意意を得ること。
- ・パーソナリティ障害の人への対応
- ・退院後の住居（アパート・グループホーム・養護老人ホームなど）の調整時時間を要する。  
高齢の方の場合、調整に時間がかかると入院期間が長期化し、病状が悪化し、退院後死亡してしまう事例があった。
- ・入院先の病院ごとの意見書の内容やクライシスプランの聴取状況にばらつきがあるため、計画作成が難しいことがある。
- ・管内に入院できる医療機関がないため、遠方の関係機関との調整になると思われる。
- ・そもそも退院後支援に同意が得られていないケースが多い。
- ・医療と刑法の間にあり、何度も軽犯罪を繰り返しては入院になるケースがあり、退院後の処遇そのものに困難を感じている。
- ・マンパワー不足（育休・病休で人員がいない）。
- ・医療機関との連携。
- ・入院先が遠方にあることが多い。すぐ退院となるケースも多く、スピーディな対応が求められるが、マンパワー不足である。
- ・区内・近隣区で活用できる社会資源が限られる。
- ・入院中に退院を見越した指示（病識獲得や薬の自己管理など）を十分してもらえないまま退院となると、地域に出てから調整することが困難で再入院につながる。
- ・入院先医療機関によってガイドラインの認識が異なる（全く退院後支援につながらない医療機関がある）本来手厚い支援が必要な患者ほど同意を得ることが難しく、医療機関の担当者には同意を得るためのスキルが求められるが十分でない場合があり、必要に応じて保健所職員が対応者に直接事業の説明をして同意を得ることある。
- ・病院と連絡や相談することが増えた。退院する前の本人に会う機会が増えた。
- ・不同意事例のフォロー体制。
- ・支援中に就労開始等により受診中断などの医療中断があるケースへの対応（強制力はなく再措置になった事例がある）。
- ・支援体制の充実に向け、多機関支援を検討したが喫緊のニーズがなければ導入が難しい。
- ・計画期間中であっても、本人が支援を拒否した場合には民間の病院や事業所は介入困難となり、行政のみで介入せざるを得なくなる。
- ・医療機関によってマンパワー、支援の質に差がある。
- ・退院後支援の導入、終結、延長に係る基準や効果指標がないため、内部的にも他機関に対して、導入の必要性や効果を示しづらい。
- ・入院中、計画交付まで抵抗なく受け入れるが、退院と同時に治療中断や本人と連絡が取りづらくなるなど支援の継続が困難な場合。
- ・退院後医療機関が変わる場合、通院先医療機関のスタッフが入院中の計画作成会議への参加が困難。

- ・退院後の通院先が決定しないまま退院する場合、通院先を見つけるのが困難。
- ・背景に知的障害、発達障害のある者への支援について、コミュニケーションがとりにくく、拒否的で病識の確保が困難で継続的な支援とならない。
- ・計画作成のための会議から退院までの期間が短いケースが多い。
- ・保健所の訪問以外の支援受け入れに消極的なケースが多く他機関につなぐことが難しい。
- ・状態悪化時、本人が受診拒否をした場合の医療機関との連携。退院時にも病識がない場合には支援が難しい。
- ・入退院を繰り返していた方が事業で関わることで地域での生活を長く継続できるようになった。病院との連携も取りやすくなった。退院支援に積極的に関わるできるようになった。
- ・計画作成は都道府県とあるが病院から市保健所に連絡あり。
- ・病院の協力体制が病院によって違う。
- ・病識がない場合本人の症状コントロール(クライシスプラン)、サービスの導入が難しい。
- ・家族の理解、協力が得られず孤立する。
- ・遠方の病院では関係者会議への出席が困難となる。退院後、利用できるサービスが少ない。
- ・病院の理解が十分に普及しておらず、自治体からの連絡時には退院または退院間近なこともある。
- ・本人の同意がなかなか得られなかったり、最初は同意していても退院間近で拒否する方は地域支援につなぐことが難しい。
- ・支援期間については診療報酬の関係からある程度は全国統一の判断基準がないと自治体のみでは支援期間を短縮しにくい。
- ・本人が認知症や知的障害ですでに主となる援護の実施期間がある場合の既存支援との役割分担。
- ・支援が必要と思われるケースほど計画作成を希望せず、支援が入れない傾向がある。
- ・退院支援に係る業務量が増え、業務の煩雑さを感じる。
- ・マンパワーの確保をしたいが人員配置が難しい。
- ・病識の欠落している方や対人関係に困難さを感じている者の同意を得ることは難しく、また、ベースに発達障害やパーソナリティ障害があり、攻撃性のある者等も関われる者が限られる場合が多く、ガイドラインに沿った支援につなぐににくい。
- ・ガイドラインに沿った支援を実施できる対象が少ない（他の対象者は精神保健福祉法第47条により支援）。
- ・人力的な問題（人手と時間、業務兼任が多い今後実施を検討中。）。
- ・ケースについての認識が病院側と地域側で温度差があった。入院前の生活状況を踏まえたアセスメントの重要性を感じた。病院との共有が課題。
- ・現在の人員配置では対象人数を拡大することに不安がある。
- ・患者本人が支援を拒否する場合。

- ・本人の意思が変わり、後で同意を拒否する。
- ・県保健所の個人情報の取り扱い。入院中に調整会議開催が難しい。
- ・入院中に方向性が定まらない等、入院中の調整に難航する場合。
- ・圏域外に帰住する対象者に早期からの調整。
- ・病状を踏まえた説明のタイミング。
- ・同意の得られない対象者への支援。
- ・本人の同意を得ること。
- ・家族の協力が得られない場合。
- ・発達症（知的障害含）のケース。
- ・本当に支援が必要な人には同意が得られない。
- ・同意を得られない対象者への対応、病気や障害特性から起こる同意能力の判断について通院や服薬の必要性の理解が難しい対象者の支援について。
- ・住居がない者の家探し。
- ・総合評価の会議体で計画作成の会議体に時間が空いてしまい、連携が不十分となってしまうことがある。
- ・支援拒否のケース。
- ・措置入院を含め、精神科救急の受け入れ先の医療機関が管外になり、入院中から本人や病院関係者とケア会議を開催するにあたり、往復3～4時間以上移動にかかり、タイムリーに関わることが稼働的に困難である。
- ・困難事例（入退院を繰り返す）については病院においても十分な患者教育なく退院となり、結果的に退院後の医療中断につながっている。
- ・広域であり、精神科医療の限界を感じる。
- ・個々のケースによって支援の形がすべて違うため、退院後支援でどこまでの形を求めるのか、目標設定が難しい。
- ・本人の同意が得られず支援導入に至らないケースがある。
- ・退院後支援に関する専門研修があると良い。

問「退院後支援の効果を感じる点があればご記入ください」に対する自由記載

- ・同意が得られない場合でも、6ヶ月間通院、生活状況を確認している。関係機関の顔の見える関係のもと、役割分担、観察点、注意事項が共有できる。退院支援終了時に評価の会議までできるよう配慮、その後の支援につなげる。
- ・関連機関とより密接な情報共有、連携が行えるようになった。共通のツールで支援を行えるようになった。
- ・医療機関とのつながりができた。
- ・これまでも計画策定はしていなくても退院後支援を行ってきた。今後も計画策定の有無にかかわらず必要な支援を行うこととしている。
- ・未治療者、支援のない人への支援開始のきっかけとなる。
- ・定期的に訪問することによって、退院・服薬の確認や日常生活の困り事の相談にタイムリーに対応することができる。
- ・従来との支援との違いは特にないと感じる。
- ・対象者が自分自身の生活を振り返ることにつながる。関係者の顔の見える関係となり、日頃の支援においても連絡をとりやすくなる。
- ・介入の機会として活用することができ、必要な機関につなげることがスムーズにできている点。
- ・退院後支援計画の策定にむけた会議を実施し、計画に支援者の役割を明文化したことで、支援者間の連絡がスムーズになっている。
- ・再入院（措置入院含む）が減少した。退院1年の方を追跡調査をしたところ95%が地域生活を継続していることがわかった。
- ・退院後支援の体制はないが、措置入院者や医療保護入院を繰り返している等支援の必要がある場合はケース会議を行い、関係機関で訪問等で支援している。
- ・退院後に医療、行政等から支援されるため本人、家族の退院後の支援選択肢が広がり、退院後の不安の解消につながるのではと思う。
- ・支援中のためまだ評価ができない。
- ・入院中から関係者が関わることで、本人が退院後の支援をスムーズに受け入れられる。また支援者側も、入院中に本人や支援者間の顔合わせができるので、退院後の支援がスムーズになる。
- ・包括的支援が退院後すぐに提供できるよう調整するため、安心した地域生活の体制準備が可能となる。
- ・退院後の地域の支援者、本人間の顔の見える関係ができる為、支援体制のネットワークの強化になる。また、退院前に会議が開催される為、本人が安心して退院するための一因になる。

- ・支援を通して、関係機関との連携がこれまで以上に図れるようになった。
- ・退院後支援の”質”に変化はないので効果を感じない。
- ・紙面で支援内容を確認しあうことで患者及び家族の理解、協力を得やすい。措置対応後、間もなく同じ保健所で行ったため、実態に即したリスクアセスメントが可能。
- ・退院後支援計画策定のために関係機関への連絡を細かくするので各機関の動きや関係者の考えの把握がしやすい。
- ・関係機関との連携がしやすくなること。
- ・本人・家族・支援者間で、退院後支援の共通認識がしやすくなる点。
- ・計画作成のため、入院中からケースと面談していくことで、退院後の相談をスムーズに受けやすくなる点。
- ・支援会議を聞き本人、家族、支援者で協議し計画を立て書面で共有し同じ方向を向いて支援することができる。
- ・継続支援チームを結成する事に Dr、PSW、生保 CW など他職種の意見が支援の強みになる。
- ・アセスメント様式を用いて本人と面接したことで本人のニーズを具体的に確認できたと病院担当者の評価意見があった。
- ・支援機関がお互いの役割を患者と確認でき、支援機関の連携構築が強化した。
- ・退院前に支援機関と本人が面接することで支援を受ける動機づけとなった方もいた。
- ・入院後も保健所が関わることにより。「漫然とした入院」の防止につながると思われる。
- ・本人の希望のサービスを確認して計画するため、支援を受け入れ治療を継続できた。
- ・公的機関が関わることは、本人だけでなく家族の安心にもつながっている様には思う。
- ・本人や家族が同席した中で治療や支援の方向性の共通認識が持ちやすい。本人自身に悪化時のサインを考えてもらうきっかけになる。
- ・これまで支援に乗ったことのないケースにつながりが出来ること。地域での連携による支援が前提となるので、リスク評価がしやすくなること。
- ・関係者が一同に介し、退院後の患者の医療・福祉サービス、生活状況の共有ができること。
- ・疑問点や現在の治療状況を支援者それぞれが主治医に直接確認できること。
- ・退院直後、退院3か月、6か月後で本人の状態の改善が目に見えてわかること。
- ・本人、家族と支援関係者が本人の病状や生活状況について共通認識を図りながら支援を行うことにより、本人や家族の病気に対する理解が深まり、本人のニーズや意向に添った支援ができやすい。
- ・病院及び関係機関と連携がとりやすくなった。
- ・入院早期から介入でき、本人との人間関係構築にもつながった。退院後の支援も計画を作成することで本人、家族、関係者と目線合わせがしやすくなった。
- ・従来から行われている支援と比べて特に効果が高くなった印象はない。
- ・管外に退院をすることが決定しても、制度の対象となることで、切れ目のない支援が可能



となったことについては効果を感じる。

- ・ 支援計画書を作成し、会議を開催し、本人と支援内容について同意をとりかわしているため、退院後介入拒否を示す場合、支援内容、期間を共有し、支援中断を防げたケースあり。
- ・ 計画策定時各支援担当者が集まるので顔の見える関係ができる。
- ・ 対象者自身が退院後の生活を思い描くために、病院がアセスメントをとり、対象者と話し合いをされることで、より対象者の気持ちに沿った計画につながると思う。
- ・ 本人の同意を文書でとっているため動機づけを図ることができる。
- ・ 地区担当保健師を巻き込める。
- ・ 関係機関と情報共有を密にして見守りを行うことで、サービスの調整や体調不良時の早期受診につなぐことができる。・ 本人と事前に病状悪化時の対応や体制を共有しておくことで、危機介入がスムーズに行える。
- ・ 情報や支援を書面で共有できたため、関係者連携や患者支援がしやすくなった。
- ・ 治療状況や生活上の困り事などを聞き取る中で、安定した療養を行えるよう支援する上では、効果があると感じる。
- ・ 本人が機関に対して信頼感を高めている。
- ・ 関係者で支援の方向性について共通理解できる。
- ・ 本人の意思を大切に、関係者が方針を一つにして対応する体制づくり。
- ・ 事業化したことで、関係機関に協力を求めやすくなった。連携が深まった。
- ・ ケア会議をきちんとすることで、関係機関が協議する場が増え、より顔のみえる関係づくりができるようになったこと。
- ・ 特別感じることはない。
- ・ 障害サービスや訪問看護の導入を行った結果、治療中断リスクが高かった PT が継続して、受診、内服ができており現在も地域で生活できている PT がいること。
- ・ 関係機関との役割分担が明確になり、関係機関と連携した計画的な支援を行うことができた。
- ・ 患者のアセスメントから医療機関と情報を共有し、関係機関が連携して退院後の支援計画を検討していくため、退院後の生活についても各機関の情報共有がスムーズになり、顔の見える関係が築けた。
- ・ 入院時から、退院支援に向けた連絡調整は行いやすくなった。
- ・ 本人、関係者と一緒に支援計画を作成することにより、支援内容の理解が深まる。目に見える形で支援を行うことにより、本人や家族の安心につながる。
- ・ 地域に戻ってからの支援について、関係機関が連携できる体制が整いやすい。
- ・ 対象者に対して、くり返し、面接や支援会議を実施して密に支援できるため、対象者への支援体制が強化されること。
- ・ 支援者が共通の認識をもって支援ができ、連携しやすい。
- ・ 支援計画を作成することで、関係機関の役割が明確になり、本人・家族が安心して地域生

活を送るための支援へとつなげることができているように感じる。

- ・計画立案のために本人にアセスメントを十分に行い、ケア会議を複数回行うことで、より本人のニーズに沿った支援ができる。
- ・対象者へ説明する際、国のガイドラインに基づいた支援であることを説明することで従前よりも理解が得られやすい。・支援終結の時期に迷う事例も、半年間を目標として支援に臨むことができる。・計画に基づいた支援を行うことで治療継続につながっている。
- ・入院になった事実の再認識ができ、通院継続できる。
- ・本人、家族の意向にそって紙面で計画や体調が悪くなった時の対応について明記して本人、家族、関係者で共有しているところ。
- ・計画の評価を行う体制が明確になった。
- ・これまで情報を得ることがなかった措置入院患者について把握し、介入できる機会が増えた。
- ・措置入院や医療保護入院を繰り返していた方が、退院後支援で関係者が手厚く関わることで、任意（自分の意思で）入院することができた。
- ・頼る家族もおらず、支援者のフォローも受けていない場合、入院を機に当課の退院後支援を実施したことで、支援者の輪ができ、本人の孤独感を和らげ、安定した地域生活を送っているケースもあり、効果を感じる点は多々ある。
- ・支援者が関わることで受診を継続できる（中断予防になる）ようになった。退院する前に、訪問看護や介護サービス担当者、病院関係者や家族等が顔を合わせたことで、本人の退院後の生活における不安解消にもつながったと感じる。
- ・各支援者が連携・情報共有しながら支援ができる。病院との情報共有がスムーズに行える。
- ・関係機関との情報共有や連携が充実し、本人の不調を早めに把握し対応することができるようになった。
- ・関係機関での情報共有が密にでき連携した支援ができやすい点。
- ・関係機関の役割が明確になり、以前より連絡を積極的にとるなど連携しやすくなった。クライシスプランもたてるため、早めの対応がとれるようになった。
- ・最近では訪問を拒否していたケースが、訪問を重ねるうち、自ら困った時に電話連絡してくれるようになった。
- ・どのような根拠で退院後も関与するか、本人にはわかりやすい所があると思う。
- ・退院後支援の主軸となる市町の担当者への引継ぎがスムーズであり、市長担当者の不安軽減の一助となることがある。
- ・本人にとっては、書面による説明をされるのが負担となり病状悪化につながった事例あり。また病状悪化には至らずとも説明の段階でかなり負担を感じる方は多数。この場合書面は用いず、退院後支援事業ではなく 47 条に基づく通常の相談支援して上手くいっている。
- ・多職種が連携して支援を行うことができる。

- ・退院後の本人、家族を見守る支援者の増加。地域の支援体制の確認。
- ・再入院までの間隔が延びる、または再入院するほど悪化しない、計画に基づき、支援の流れを本人、及び関係者で共有しながら進めることができ、随時方向性を確認できる。
- ・地域連携の強化につながる。本人への治療や生活改善への意識づけが促しやすい。医療中断や不穏時の早期対応がしやすい。
- ・各支援担当者と情報を共有し、本人の生活を支援できる点。本人や支援者にとって、支援の内容が視覚的に分かりやすいため、特に本人の動機づけにつながる点。
- ・病院と保健所の連携が密にとれるようになり、退院後支援に同意していただけても精神保健福祉法上の対応が取りやすくなった。
- ・退院支援のための状況確認や同意確認等のために入院中から頻回にケースと関わり、そのことで本人との面談や支援者間の連携にもつながり、介入がスムーズにできるようになった。
- ・退院前から支援計画作成のための会議を開催するので地域の支援機関同士が顔の見える関係が構築しやすく、また役割分担が明確になる。
- ・ケース会議にて関係する支援機関が課題及び支援の方向性を一致させて関わりができる、一つの機関が課題を抱え込まず関係機関で検討できる。
- ・他自治体からの引継ぎ例の場合、支援者の顔つなぎまでしっかり行うことができれば有用に思うが、遠方の場合には電話や書類のやり取りのみになり引継ぎが難しい。
- ・本人の保健所や病院に対する苦手意識の変化。
- ・組織的に対応でき、状況の変化など関係者で共有できやすい。
- ・他機関連携を密に行うことにより、本人の生活や支援の方向性を共有しながら、支援につなげることができる。・医療機関からの連絡・報告が増えた。・計画作成することで、本人・家族・支援者間で、目標・課題・口頭では伝えにくい病状悪化時の対応などを紙面で共有できる。
- ・体制化されたことで関係機関との連携は深まった。同意が得られない要支援ケースにも、連携して関わり続けることで、援助希求がみられたケースもある。
- ・退院後支援計画を策定することで、生活全体を俯瞰して課題を考えることが出来る。退院後支援ガイドラインに基づく支援が始まってから、保健所から入院中の面接の回数も増えた。病院との連携がより強化された状態で退院となっていると感じる。
- ・本人・家族・支援機関同士の顔合わせの場ができた。
- ・各支援機関の役割や緊急時の連絡体制を本人及び関係者で共有出来るのは良いと感じた。
- ・家族や本人の治療の認識をもちやすく医療の中断がしにくい(中断を防ぐための支援体制づくり)。
- ・関係機関がチームとなって支援を実施できる。密に連携できることから、地域での患者の様子について病院も詳細な把握につながると考える。患者のリカバリーの促進につながると考える。

- ・事業の同意に至るためには、本人及び家族との関係の構築及び措置入院直後からの包括的ケアが重要で関係者の役割の確認や連携の推進のため事例のふり返りが必要。
- ・対象者の思いと主治医や院内支援者からの情報を共通認識した上で、退院後の支援者の役割や計画を話し合えるので、支援者も安心感がある。
- ・本人の意向を明確化し、文書で同意を得て支援を実施することができる。関係機関との連携強化につながる。特に医療機関との情報共有が密になった。
- ・入院中から何度も面会を行うことで、本人と関係がつけられる。他機関と定期的に会議をすることで、支援が途切れにくい。医療機関支援者間のネットワークが強化された。
- ・退院後の生活に不安を感じる対象者については、計画を立てることで、安心につながることもある。
- ・会議を開催することで、本人を含めた関係者で方針やクライシスプランを共有できる。
- ・精神症状の安定に伴い、地域生活が継続できている。
- ・顔の見える関係を基にした地域包括ケアシステムの構築。
- ・関わる中で、本人は、多くの支援者と信頼関係ができている。
- ・本人と一緒にアセスメントは有効と感じる。退院にあたりより丁寧な関わりをするようになった。
- ・患者自身が内服の必要性を理解することができた。
- ・支援計画作成にあたり、かかわりが乏しかった家族を支援者として巻き込んだ。帰住先である県外の関係機関と事前に連絡を取り合い、確実な通院開始につながられた。
- ・支援内容を可視化することで、本人や家族に説明しやすくなり、支援者間でも、情報を共有するのに役立っている。
- ・退院後支援により、治療が継続され、比較的地域生活を長く継続できるようになった方もいる。関係機関と連携をより重視するようになり、地域支援体制の構築に役立っている。
- ・本人を中心として医療と地域の支援体制が構築されており、病状が安定している（皆で支援していることを本人も実感しており必要時各機関への相談できている）。
- ・本人と面接を入院中から繰り返すことにより支援関係が構築され、そのうえで退院後支援を実施することにより地域生活の継続につながっている。
- ・精神保健福祉法第 47 条の「相談支援」では介入しにくい事例の場合、本人の同意が得られれば退院後支援を切り口に支援者が介入できる。
- ・退院後支援をとおして関係機関と連絡をとる機会が増え、さらに連携が深まった。
- ・家族も支援者の一人として役割を持って係わる意識を持つことができる。
- ・退院後支援を実施するプロセスが、「地域づくりにつながる」という視点を保健所保健師だけでなく、地域の支援者と共有することができつつある。
- ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築につながっていく。
- ・計画をチームで確認するので、支援者間の情報共有・連携がより密になり、本人の困りごとなどタイムリーに把握し、チームで対応することができている。本人にとっても、計画

があることで相談先が明確になり、安心しているようで、退院後も支援を得ながら安定して過ごせている。

- ・定期的な通院や、サービス（活動所や作業所への通所等）につながることで、地域で安定して生活をしつづけることができている点。
- ・入院中に調子が悪くなるサインや対処法を本人と考え共有しておく点。支援内容を可視化する点。
- ・退院後、支援を受けることができるという安心感が、退院後の病状や生活の安定に、つながっていると感じる。
- ・計画作成を通し、退院後の支援内容や相談窓口をケース・家族に理解してもらうツールとして役立っている（特に入院前に未治療で初めて支援につながるケース）。
- ・病院からの協力が得やすい。
- ・医療機関と協働してアセスメントをとることで退院後の支援課題の共有が図れた。
- ・少なくとも支援等により関わりを持っている間は通報等になることが少ないこと。
- ・入院中からニーズアセスメントに基づいた計画をたてることで、退院後導入予定の福祉サービスや訪問看護等の支援の導入準備ができ、安定した地域生活の継続につながっている。
- ・本人の変化を把握しやすい。
- ・これまで支援者がいなかった対象者にネットワークが構築され退院後にグループホームに入所と同時に作業所通所が開始した事例がある。精神保健相談員を中心とした保健所が行う本人への支援にあわせて地域の保健師による家族支援が始まるなど、多職種による支援が開始できた。これらの事例は保健所の支援期間終了後、いわゆる地域の保健福祉センターの保健師につながるなどスムーズに引継ぎが行われた。
- ・退院後支援の計画があることで、対象者及び家族等に入院の早い段階から関わりが持てる点。措置解除後も途切れず支援できる点。
- ・医療機関の協力が得やすくなった点。
- ・計画作成を機に本人及び関係機関と退院後の目標について共有することができ、実際の支援にも円滑に移行できた。
- ・医療機関や関係機関と対象者について情報を共有することが増えた。
- ・計画に沿った支援の場合、役割が明確化される。
- ・退院前に本人・家族、関係者が集まりケア会議を関係することで、共通認識を持つて関わりができる。
- ・体調悪化時に早期に対応できた。
- ・家族の病気に対する理解を深められた。
- ・関係者間の情報共有・支援の方向性の確認ができる。
- ・クライシスプランについて、本人と確認ができる。
- ・クライシスプランや連絡先を手元に置けることで本人の安心感につながっている。

- ・計画策定を通じて本人の想いを深く聞き取ることができる。
- ・対象者の入院直後から医療機関と連携することで、対象者や家族の話を聞く機会が増え、対象者のニーズに沿った支援に繋がる。また時間的な余裕を持って、退院後の地域での生活支援体制を整えることができる。
- ・ケース会議で、本人、家族の意向も踏まえ、支援者も含めて病状説明を聞き、今後の方針を共有する場が定着してきた。
- ・退院前から本人と関係づくりができ、一緒に計画を作り上げることができる点。
- ・入院中に支援者が顔を合わせることで連携しやすくなった。
- ・措置入院を繰り返す者が以前より減っている。
- ・保健所主導で過不足なく地域資源を活用できる。
- ・入院後早期より介入することで退院後の体制を整えやすい。
- ・入院病院の治療方針をたてる際に、現在までの関わりをあらかじめ伝えることができた事例があった。
- ・退院後支援という枠組みができ、家族の支援協力を得やすくなった。
- ・医療機関と保健所の連携が取りやすくなった。
- ・退院後支援の仕組みができ退院後支援に積極的に関わられるようになったこと。
- ・措置入院するまで地域の支援が入っていなかったケースを障害サービスにつなげることができた。
- ・入院早期から、保健所と医療機関が、相互に連絡をとることが増え、本人の病状確認等ができた。
- ・計画書をもとに面接し、軌道修正することで病状安定が図られた。
- ・現状ない。
- ・対象者の状態が不安定になった場合など、関係支援機関で情報を共有し、即座に対応を調整することができる。
- ・各関係機関と計画をもとに役割分担ができ、緊急時でも対応しやすくなった。
- ・支援体制を可視化でき、支援対象者や関係者に対する支援導入の動機付け。退院後支援の積み重ねが、多機関連携や支援体制の構築に繋がっていく。
- ・関係機関の連携が図りやすい点。
- ・医療機関、地域支援者とチームで支援体制を整えることができた。支援者間の連携がとりやすくなった。
- ・入院中から本人や各支援機関（支援者）と顔の見える関係づくりができる。退院後も本人の目標を共通認識し、支援できる体制を整えられる。
- ・支援については、従前から病院と保健福祉センターが連携し、法47条に基づき実施しているが、計画作成にあたり、アセスメントシート等所定の様式を使用することで院内の多職種による多角的な視点による評価が可能となり、地域側の支援者も課題など共有しやすくなった。それらの課題を、患者と適切に共有できる事例については、病状悪化を防ぎ

地域でその人らしく生活していくために有意義な退院後支援計画が作成できることもある。

- ・本人同意が前提なので、支援に主体的に取り組みやすい。事業家されているので市が事業所に協力してもらいやすい。
- ・関係機関との連携強化となった
- ・ニーズアセスメントと本人、医療機関と地域が一緒に実施することで、本人の困り感やニーズ、希望を共有することができる。
- ・支援のネットワークを行政がイニシアチブをとって築くことができる点（一方でそれが本人にとっては苦痛に感じられる場合もあるため支援者本意で支援を進めていないか注意が必要）。
- ・本人のふり返り、クライシスプラン作成による自己管理ができる。・関係者で情報共有し、役割が明確化できる。
- ・本当に支援が必要な時、本人から SOS を出すことが出来るようになった。支援の入りにくいケースへ支援をしていくきっかけとなった。
- ・本人・家族・関係者とアセスメントし、本人の目標や関係機関の果たす役割が明確化され、連携した支援がしやすい。
- ・関係者が一同に介して会議することで、顔の見える関係づくりができる。市町村にも関わってもらう機会となる。一例一例大切にきちんと対応できる。
- ・関係性の構築。
- ・最低 1/月の訪問や支援者との連携により、病状の変化を早期に発見できる。本人が参画した退院後支援計画により、本人の思いに沿った生活支援ができる。
- ・本人のニーズ等を文章化することで目標や到達点の共有ができ、評価がしやすい。
- ・開始したばかりのため、市町村、福祉関係部門、社協、自立支援事業所などとの連携により本人が安定して生活できている。
- ・入退院を繰り返しているケース等 支援につながりやすくなる。
- ・ガイドラインに沿ってクライシスプランを作成するようになったので悪化する前に対応できるようになったと思う。
- ・支援計画やクライシスプランの作成等を通じて、入院中から退院後の地域生活について対象者を中心に検討することの必要性について、医療機関を含めた支援者の意識が高まった。
- ・単身者等、退院後の医療継続が難しそうな方の場合、計画の中に「定期的な連絡や見守り」を入れることで、本人も目で見て理解でき、受け入れしやすくなると思う。
- ・家族負担の軽減、計画期間中は支援ベースに乗りやすい（計画期間終了後に支援拒否になるケース有）、支援者にとって支援機関とその役割が明確になる。
- ・本人に支援体制を明示することで支援の受け入れが改善した事例がある。計画の作成により関係機関の役割が明確になる。計画作成を通じて医療機関と行政機関が協働して対象

者の支援体制を検討、構築することができる。

- ・本人の同意のもと、計画作成と会議を開催するので、本人・家族に対し、支援の明確化が図れる。計画作成会議の参加依頼する場合、市町や関係機関などへ依頼しやすくなった。
- ・退院後支援計画の作成をきっかけに医療機関と連携することでこれまで以上に手厚く継続的な支援を行うことができている。
- ・入院中の状況を医療機関のアセスメントで把握でき、退院後の生活支援に生かすことができている。
- ・従前より、精神保健福祉法第47条に基づき、措置入院者を対象に相談支援を行っていたため、仕組みが変わったことで事務量は増えたが、支援として特別に効果が得られたという実感はない。
- ・相談先としての認識。
- ・医療機関と連携することにより、病状把握や病状悪化時の対応がタイムリーに行え、再発の予防につながる。
- ・入院期から関われ、支援者でチームとして一体的に関われる。早めに自治体に照会をかけ、支援体制に乗せることができる。
- ・個別会議を開催しているので本人が支援者の顔もわかり、連絡しやすい環境ができやすい。
- ・支援計画書を見て本人が援助を求めることができた。
- ・支援者同士が顔の見える関係となり、連絡が取りやすくなったことでその後の支援がしやすくなった。
- ・本人をケア会議に参加してもらうことで地域で安心して暮らすために、たくさんの関係機関が自分ために考えてくれているという安定感につながると思う。
- ・退院前に医療機関との連携により対象者に望ましい支援について話し合う機会を持てたり、対象者の支援の方向性等について書内で共有できるようになり、個々の退院後支援について積極的に考える流れ、体制が整ったことは大変良かった。
- ・アセスメント、病状悪化時の対処方針、支援計画を関係者で共有することにより、支援方針や役割分担が明確になり、支援者間の連携がとりやすい。
- ・計画が支援者とクライアントの共通したツールとなり、目標及び支援者等の確認ができる。また、支援者間も同じ方針で支援することができる。
- ・早期からの入院先医療機関とクライシスプラン等のツールを用いて情報共有できた。病院内での疾病教育等の充実につながった。支援者間で役割分担等確認しながら入院中から継続的な支援が実施できた。
- ・入院中から退院に向けて病院スタッフと方向性を共有しながらかかわっていくことができる。
- ・関係者が連携して支援する意識が強まる。計画作成担当者等がつかず、計画を作成しないケースにおいても、退院後支援計画を作成して本人を支援することができる。



- ・病院と保健所が一緒にアセスメントすることで医療側、地域側の課題の共有ができ、入院時から病気の理解を深め、退院後の生活について検討することができた。
- ・地域移行、支援制度の利用促進。
- ・計画作成を行うことで、退院後の支援体制と役割が明確化し、スムーズな支援体制が構築できる。
- ・計画作成の過程と退院後支援会議を通し、関係者全体で支援の共通認識が可能となった。
- ・関係者が増えることで、病識獲得が難しい本人の抑止効果を感じられる場面があった。
- ・直接支援をするケース以外でも医療機関から退院時の連絡をもらえることが増え、気づいたときには在宅ということは少なくなった。