

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

（H28-精神-指定-001）

平成 29 年度 総括・研究分担報告書

研究代表者：藤井千代

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

平成 30（2018）年 3 月

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  
（ H 2 8 - 精神 - 指定 - 0 0 1 ）  
平成29年度総括・研究分担報告書

目次

1 章 総括研究報告

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・・・ 1

2 章 研究分担報告

1．自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究

研究分担者 野口正行・・・ 7

2．市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗の Web データベースの開発に  
関する研究

研究分担者 吉田光爾・・・ 15

3．措置入院患者の地域包括支援のあり方に関する研究

研究分担者 椎名明大・・・ 27

4．デイケア等の機能と転帰に関する大規模調査

研究分担者 五十嵐良雄・・・ 197

5．精神科デイ・ケア等医療機関における就労支援に関する基礎的研究

研究分担者 佐藤さやか・・・ 211

6．多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究

研究分担者 川副泰成・・・ 219

7．訪問看護における多職種アウトリーチに関する研究

研究分担者 萱間真美・・・ 245

3 章 研究成果の刊行に関する一覧・・・ 275

# 1 章 . 総括研究報告書



## 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

### 総括研究報告書

研究代表者：藤井千代（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）

分担研究者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）、吉田光爾（昭和女子大学人間社会学部）、椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）、佐藤さやか（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）、川副泰成（総合病院国保旭中央病院）、萱間真美（聖路加国際大学大学院看護学研究科）

#### 要旨

本研究の目的は、平成 25 年の精神保健福祉法改正に伴い定められた「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」及び厚労省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書において新たな政策理念として示された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」実現のため、エビデンスに基づいた効果的な保健医療福祉サービスを、地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことである。今年度は、昨年度までに収集したデータを分析するとともに新たな調査を追加し、関係団体、エキスパート間の合意形成を行うことにより、自治体による精神障害者支援のあり方、精神障害者の退院後支援を通じた包括的支援及び地域連携の促進、地域における精神科リハビリテーションのあり方、精神障害者の地域生活支援を円滑かつ効果的に実施するための包括的支援マネジメントについて検討した。今年度までの研究成果物は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」等で活用予定であり、今年度完成した「措置入院の運用ガイドライン」「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」「支援ニーズアセスメント」については、これらの成果が反映された、「措置入院の運用に関するガイドライン」「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」が厚生労働省より発出されている。来年度は、これらの成果の普及と効果検証を行うとともに、今年度までに実施した調査の詳細分析を実施する予定である。

#### 【研究目的】

本研究の目的は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築を通じた精神障害者の社会復帰及び自立並びに社会経済活動への参加促進のため、エビデンスに基づいた効果的な保健医療福祉サービスを、地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことである。厚労省の検討会では、新たな政策理念として「精神障害にも対

応した地域包括ケアシステムの構築」を提示している。地域生活中心を目指す施策の推進により、地域における医療・福祉の個々のサービスは充実しつつあり、国内外の研究では多職種アウトリーチおよび精神障害者の包括的支援マネジメントの効果に関するエビデンスが示されている。しかしこれらのエビデンスに基づく支援はごく限られた地域及び医療機関での実践にとどまり、社会実装に至って

いるとは言い難い。地域精神保健福祉における自治体の役割については、市町村、保健所等における精神保健福祉業務のあり方が検討されているが、運営要領の改訂は行われておらず、自治体間格差が大きい。特に措置入院に関しては、措置診察率、入院率の格差が顕著であり、一部の自治体を除き、退院後の支援体制は不十分である。本研究ではこれらの現状を踏まえ、これまで実施された研究および事業のレビューを実施し、好事例および本研究により得られたデータに基づき、関係団体、エキスパート間の合意形成を行うことにより、実効性のある精神障害者施策の提言を行う。

### 【本研究班の構成】

本研究班は、7つの分担研究班から構成される。また、関連団体から推薦を受けた地域精神保健医療福祉のエキスパートより、研究班のアドバイザーとして各分担研究班の研究計画および調査結果の考察、政策提言に関して助言を得られる体制を整えている。

#### 1) 研究班アドバイザー（五十音順、敬称略）

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

各分担研究班の構成は以下の通り。

#### 2) A グループ

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のための自治体の役割、データ活用、重症精神障害者の地域支援のあり方につき検討する。

A-1：自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究（野口班）

A-2：市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗の Web データベースの開発に関する研究（吉田班）

A-3：措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究（椎名班）

#### 3) B グループ

精神科デイケアの機能と役割、および効果について検討する。

B-1：デイケア等の機能と転帰に関する大規模調査（五十嵐班）

B-2：精神科デイ・ケア等医療機関における就労支援に関する基礎的研究（佐藤班）

#### 4) C グループ

精神障害者を地域で支えるための包括的サービスにつき、アウトリーチ（訪問看護）を含む多職種による包括的支援マネジメントの観点から検討する。

C-1：多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究（川副班）

C-2：訪問看護における多職種アウトリーチに関する研究（萱間班）

### 【本研究班に期待される成果】

本研究における成果は、新たな政策理念である「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」を推進するうえでの自治体、医療機関、福祉事業所等の役割、サービス内容、連携のあり方をガイドライン等により具体的に示すことができる。これらのガイドラインを自治体職員、専門職研修等に活用することにより、精神障害者が住み慣れた地域でその人らしい生活を送るための支援の普及が期待できる。

### 【本年度の進捗状況】

各研究班が、以下の関連課題について連携

しつつ、調査・研究を実施している。

### 1) 自治体による精神障害者支援のあり方に関する課題（野口班、吉田班、萱間班）

野口班で昨年度作成した業務運営要領改訂案について、関係各団体との協議を経て改訂案を完成させた。平成30年度より精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業において新たにアウトリーチ支援が実施されることを受け、自治体によるアウトリーチ支援に関して、野口班及び萱間班において、アウトリーチ支援を実施している自治体へのインタビュー調査及び視察を行った。これらの好事例を分析し、来年度は自治体によるアウトリーチ支援に関するガイドラインを作成予定である。野口班においては、さらに地域移行、退院後支援、協議の場等についての好事例を収集しており、来年度詳細な分析を実施する。吉田班は、市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できるシステム（地域資源の「見える化」Webデータベース）を、他データベースとの関連も踏まえながら構築した。このシステムにおいては、市区町村の各社会資源の整備状況（全国平均値と比較した場合の多寡、圏域ごとの資源整備状況）『精神保健福祉資料』（いわゆる630調査）と関連させた1年以上入院者の元住所地、ならびに入院先自治体が地図状に表示される。さらに、1736の市町村に対して実施した調査を現在分析中であり、このデータについても公開を検討している。来年度は、2018年度から施行される「障害福祉サービス等情報公表制度」のデータとの連動、630調査での精神科訪問看護を行っている訪問看護ステーションの情報の掲載などを検討する。これらについても上記事業で活用予定である。

### 2) 精神障害者の退院後支援を通じた包括

### 的支援及び地域連携の促進に関する課題（椎名班、川副班）

椎名班においては、措置入院制度の全国的な運用実態及び地域差を明らかにすることを目的として、措置入院者に係る診断書及び措置症状消退届の収集分析を行った。その結果、被診察者のうち約1割が地元に住居していない者であること、同様に約1割が措置症状消退後は他の圏域ないし自治体に移住する予定であった。これらの者については、退院後に実際に居住することになる住所を管轄する保健所等が情報を把握すること自体が困難であり、本人が支援を望まない場合は、精神保健福祉法第47条による相談支援も行えない可能性がある。本人が支援を望まない場合、措置症状が消退した後に自治体が支援を続けることは妥当とは言い難いものの、退院直後若しくは退院後半年以内において多くの患者が病状再発、再入院に至っていることが多くの先行研究で指摘されており、退院後間もない時期に居住地を移す患者に対する支援のあり方については今後法改正の是非も含めて幅広く議論することが必要であると考えられた。

措置入院の制度運用に関しては、厚労省が実施した自治体アンケートのうち、研究班へのデータ提供に同意が得られた自治体のデータを分析したところ、約半数の自治体では保護を伴わない警察官通報が行われており、約3分の1の自治体で入院先の精神保健指定医が措置診察を行っていること等が判明した。また、転帰調査により292施設から409事例のデータが収集され、措置入院後1年で2割以上の患者の転帰が不明となっていること、約1割の事例で警察との協働が実施されていたこと等が判明している。患者アンケートでは、精神科入院歴を有する379名が回答した。措置入院経験者であっても約半数は措置入院制度に賛成よりの意見を持っていたものの、保健所職員等の行政官との面接に対し

ては賛否を保留する者が多く、自治体が退院後支援を行う際には、本人の理解の程度を見極めながら、丁寧な説明を行う必要があることが示唆された。また、措置入院者と医療保護入院者の属性等の比較により、措置入院者においては支援ニーズが有意に高いことが明らかとなった。これらの知見及びエキスパートコンセンサスにより「措置入院の運用ガイドライン」「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」「支援ニーズアセスメント」を完成させた。退院後支援で使用する各種書式、ツール、支援ニーズアセスメントについては、後述の川副班における検討結果を活用して作成した。これらのガイドライン、ツール等については、これらの成果が反映された、「措置入院の運用に関するガイドライン」「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」が厚生労働省より発出されている。

これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会でも言及されている「グレーゾーン事例」については、デルファイ法による意見集約が終了しており、32事例に関する事例集及びそれらに基づく研修用資料を作成中である。

### 3) 地域における精神科リハビリテーションに関する課題(五十嵐班、佐藤班)

精神障害者のリハビリを支援するうえで、就労支援等を含む精神科リハビリテーションを、地域で適切に提供していくことが重要である。精神科デイケアは、再入院の予防や、本人の社会復帰の促進等において重要な役割をもつことは以前から指摘されている。精神科デイケアについては、近年、治療や支援の場が病院から地域に移りつつあることや、疾病構造の多様化を反映して、そのニーズの多様化が指摘されている。しかし、さまざまに機能分化した精神科デイケアの実態については明らかになっていない。本研究にお

いては、精神科デイケアの機能について詳細に検討し、今後の精神科デイケアのあり方について提言を行うため、全国の精神科デイケアに対して施設調査及び患者調査を実施した(横断面調査)。同時に、新規にデイケアを利用する患者の転帰についての前向き調査を開始している。横断面調査については、データ入力及びクリーニングが終了し、現在分析中である。前向き調査については、123施設375人を組み入れ、開始時及び6ヶ月後までの追跡調査を実施した。

精神科リハビリテーションの中でも、就労支援については、精神障害者のリカバリー支援において特に重要であると考えられる。佐藤班では、わが国の医療機関や地域の就労支援機関における就労支援の内容や利用者の臨床像、各機関の連携等を把握し、精神障害者のリカバリーを支えるうえで望ましい就労支援のあり方について検討するための基礎的資料として、同一地域の医療機関および就労支援機関の連携に関する実態及び精神科デイケアにおける就労支援開始後5年間の利用者数等の推移を検討した。その結果、就労支援を効果的に実施するにあたっては、個々の支援機関や医療機関が中心になるのではなく、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの一部として自治体を中心とした運営が望ましいと考えられた。また、精神科デイケアにおいて、就労支援を含むデイケアからの卒業を目指したサービスを提供する場合、集団プログラムのみではなく個別支援を提供する必要がある。そのような支援を継続的に実施することにより、結果的にはスタッフ一人当たりの業務量が増加する一方で、デイケアから卒業していく患者が増えることから、診療報酬の減少が生じる可能性が明らかとなった。望ましい精神科デイケアのあり方を検討していくうえでは、今後の精神科デイケアの機能分化のあり方等と併せて、人員配置や診療報酬についても考慮に入れる必要があると考え

られる。

#### 4) 包括的支援マネジメントに関する課題 (川副班、萱間班)

多くの支援ニーズや課題を抱える精神障害者を地域で支援していくうえでは、多職種・多機関の有機的な連携が必要となることが多い。本人の希望やニーズに合った連係が構築されるためには、医療観察法通院処遇で実施されているケアプログラムアプローチに準じるような包括的かつ集中的なケースマネジメント(包括的支援マネジメント)が提供されることが望ましい。ここで言う包括的支援マネジメントは、マネジメント担当者がサービスを仲介する介護保険型のケアマネジメント(ブローカリングタイプ)ではなく、マネジメント担当者自身がアセスメントに参加し、アウトリーチ型サービスを含む直接サービスを多職種との協働により提供することを想定している。

川副班では、昨年に引き続き、包括的支援マネジメントを実施している医療機関を対象として、包括的支援マネジメントを受けている対象者の特徴および実際のサービス内容につき検証を行った。そのうえで、昨年度及び今年度の研究成果を踏まえ、包括的支援マネジメントに関するガイドライン骨子及び包括的支援マネジメントに使用する各種ツールを作成した。成果の一部は、椎名班で作成した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の様式案として提供している。来年度は、作成したガイドライン骨子とツール類の実効可能性を検証し、包括的支援マネジメントガイドラインを完成させる。

萱間班では、前述の自治体のアウトリーチ支援に関する実態把握の他、精神科重症患者早期集中支援管理料(以下、管理料)の運用実態と、制度改定に関するニーズ調査を行った。管理料の届出状況は、全国で26施設であり、算定ケース数は5ケースであった。ま

た、管理料算定要件のうち、緩和されれば算定したいと思う項目としては、「入退院を繰り返す者の入院期間の要件」「1年以上入院して退院した者の入院期間の要件」が挙げられていた。今年度、管理料を新たに届出した医療機関数は6施設であり、H29年7月時点での届出機関数は26施設、今年度管理料の算定が終了したケース数は7ケースであり、これらを対象にインタビュー、カルテ調査、内容分析を実施し、質的検討を行っている。管理料届出に当たったのニーズに関する調査では、計334施設より回答が得られた(有効回答率25.8%)。管理料の届出をしている施設は全体の5.2%にとどまっていた。届出していない理由は、24時間往診・24時間精神科訪問看護の実施が難しいこと、チームの人材確保が難しいこと、24時間連絡対応体制をとることが難しいこと等への回答が多かった。今後の管理料の届出の意向には、11.5%が施設内の状況が整えば届出したい、また55.1%が施設基準要件・算定要件が緩和されれば届出したいと回答しており、要件緩和によって届出施設が増える可能性が示唆された。管理料は平成30年度の診療報酬改定で「精神科在宅患者支援管理料」に改定され、算定要件が変更となった。来年度は、届出機関数推移や実施状況のモニタリングを継続し、制度の活用方法について検討する。

#### 【結論】

これまでのところ、研究はほぼ計画通り進行しており、成果の一部は精神保健医療福祉施策に反映されている。来年度は、これまでに収集したデータの詳細な分析を行い、質の高い地域精神保健医療サービスのあり方について具体的な提言していくとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの実現に貢献できる自治体の好事例分析、ガイドラインの検証と普及に向けた研修等の取り組みを行う予定である。



## **2 章 . 研究分担報告書**



## 自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究

研究分担者：野口 正行（岡山県精神保健福祉センター）

研究協力者：青木達之（医療法人社団青樹会 青和病院）大江浩（富山県砺波厚生センター）、金田一正史（千葉県精神保健福祉センター）、熊谷直樹（東京都立中部総合精神保健福祉センター）、松山とも代（大阪府豊中市保健所）、柳尚夫（兵庫県豊岡健康福祉事務所）、山本賢（埼玉県飯能市健康福祉部）、山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター）

### 要旨

自治体の地域マネジメントについて、好事例を収集した。自治体が関係する精神保健福祉の領域は極めて広く多岐にわたる。このため、好事例をレベル 1 から 3 に分けて、好事例の要素を整理した。好事例の要素としては、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構成要素を参考にした。レベル 1 では、アウトリーチ事業、地域移行支援事業、措置入院者等の退院後支援など個別支援に関わる事業を含む。レベル 2 は協議の場の設定で、個別支援をどのように組み立てるか、支援ニーズと提供体制のマッチングをどう図るかなど、関係者の協議を通じた体制整備を想定した。レベル 3 はさらに、こうした事業展開を包括的支援体制として重層的な形で推進する自治体のリーダーシップとした。こうしたレベル区分によって整理された各要素を分析するため、好事例の分析方法を考案した。まず「対応すべき課題」を認識し、それに対して「梃子となる対応」が好事例を構成するものとした。そしてそれが可能になるには「背景となるリソース」がある。これらが「好事例の本質的ポイント」を構成し、それが「波及効果」を及ぼしている。そしてこの波及効果が正のフィードバックを通じて好事例の本質的ポイントをさらに強化するという自己強化型好循環ループが作動しているものとして、好事例の構成要素の基本骨格を想定した。平成 30 年度はこの枠組みを用いて好事例の分析をさらに行い、分析方法の改善を図るとともに、得られた好事例の基本骨格をガイドラインに落とし込むこととしたい。

### A. 研究の背景と目的

厚生労働大臣による「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」<sup>2)</sup>および「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」<sup>3)</sup>の構築が今後の精神保健医療福祉において目指すべき方向性として打ち出されている。

この指針と方向性に基づいて、市町村、保健所、精神保健福祉センターは重層的な支援体制を構築することとされた。本研究班は、上記の方向性を基にして、各機関の役割とな

る項目を整理して、運営要領改訂案を作成した（平成 28 年度に原案提出、29 年度に修正案提出）。

平成 29 年度は、本運営要領案に基づき、自治体が行うべき精神保健活動について好事例を収集することとした。

ただし、自治体の精神保健福祉活動の好事例の収集にはさまざまな課題が存在する。まず第一に、自治体の精神保健福祉活動はきわめて領域が広く多岐にわたる。例えば政策立案から、計画作成、協議の場の設定、研修企

画、措置通報対応、治療契約困難事例への訪問支援、一般的な相談支援などを含む。また相談支援の内容も自殺対策、ひきこもり、依存症、発達障害など広範囲な領域を含む。

第二に、これらの種類が異なる活動は、それぞれ並列なものではなく、個別支援と協議の場の設定と政策立案など階層が異なる要素をどう整理するのか大きな課題である。

第三に、自治体の機関もそれぞれの予算規模、人員体制、他の医療福祉資源、母体の自治体自体の規模など地域差が非常に大きい。

このような、領域の広範性、領域の多階層性、地域差の課題の3つの課題を考慮に入れつつ自治体の精神保健福祉活動の好事例を収集し、整理することを目的とした。

さらにただ単に好事例を提示しただけでは、「〇〇地域だからこれはできたが、われわれの地域では無理である」などと言う反応に終わってしまうことも少なくない。それゆえ、本研究では、好事例を他の地域でも応用可能とするため、好事例の分析方法についても検討することも目的とした。

## B. 方法

### 1. 自治体の精神保健活動のレベル区分

運営要領案に基づき、自治体の精神保健福祉活動を3つのレベルに区別した。取り上げた要素は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」において必要とされている要素から選んだ。レベル1は個別支援に関わる事業として、未治療・治療中断者など治療契約困難者へのアウトリーチ支援、長期入院者の地域移行支援、措置入院者等の退院後支援などを取り上げた。レベル2としては、協議の場の設定とした。これはレベル1の各事業を圏域レベルでどれくらい支援ニーズとマッチしたものにするか、どのように広げてゆくか、などを検討するものであり、レベル1よりも階層が上であると考えられた。レベル3としては、包括的支援の推進体制とした。これは

自治体全体として、各事業や協議の場の設定などをどのように優先度の順位をつけて組み立てるか、ということで、自治体の精神保健福祉活動におけるリーダーシップに関わる。これを最上位の階層に置いた。以上を図1に示す。

以上のレベル区分は便宜的なものであり、各階層が明確に区別されているわけではない。またここで取り上げた項目は網羅的なものではない。他の課題の重要性を低く考えるものではなく、限られた時間の中でまずは取り組むべき課題を取り上げたものである。

### 2. 好事例の収集方法

好事例については系統的に収集するシステムは現在のところ存在しない。ここでは、研究班で好事例と考える地域や自治体をまずはリストアップすることとした。そして事例から好事例の本質要素を抽出し、さらに別の事例を収集して、本質要素の修正を行う。このような循環的プロセスを経て、好事例概念と基準を練り上げてゆくこととした。

### 3. 好事例の分析方法

好事例の分析方法としては、レベルごとで対象となる活動の広さと複雑さが異なるが、好事例にはそもそも「対応すべき課題」があり、それに対する対応によって、好事例の「本質的ポイント」が構成されると想定した。対応については、特にその対応が好事例の本質的ポイントを構成するものを得たものと考えられる時には「梃子となる対応」とした。

そしてその課題や対応の背景要因として「背景となるリソース」を3つめの構成要素として想定した。背景となるリソースを入れた理由としては、対応が地域によって可能であったり、困難であったりする理由の一つとして、その自治体がそもそも有しているリソースの有無が関係していると考えられたからである。好事例を他の地域で実現するのが難しい場合も、それをただ単に自治体の怠慢であるというように、精神論に帰着させるので

はなく、なるべく技術論として理解するためにこの要素を含めた。

さらに好事例は、それが成立するためには、何らかの好影響、あるいは「波及効果」があると考えられる。この波及効果はアウトカムとして数値化できる場合もあるが、それに限定されず、関係者がメリットを実感できることも含めた方が実態をより忠実に捉えられると考えられる。

以上のように、「対応すべき課題」「梃子となる対応」「背景となるリソース」が「好事例の本質的ポイント」を構成し、それが「波及効果」を及ぼしている。そしてこの波及効果が正のフィードバックを通じて好事例をさらに強化するという自己強化型の好循環ループを好事例の構成要素の基本骨格として想定した(図2)。

さらにこうした好事例の骨格に追加して、他の自治体で事業化する際にはどのような点に気をつければよいかという「事業化のポイント」も上げることとした。

#### 4. 期間(研究スケジュールなど)

平成29年4月より12月まで作業を行った。好事例は、研修班員およびその班員の所属団体である、全国保健所長会、全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉相談委員会などからの推薦等により収集した。

その上で、ホームページ、公開資料、学術論文などから好事例について情報収集を行い、可能な範囲で班員による現地ヒアリングや電話による情報収集、自治体の職員による自記式調査票などを用いて情報を収集した。

#### 5. 倫理的配慮

好事例として情報収集やヒアリングを行なった自治体からは、事業の目的と収集情報について提示を行い、許可を得て、情報収集およびヒアリング調査を行なった。

#### C. 結果/進捗

好事例の候補としては今年度は以下の 22

自治体が挙げられた。それらをそれぞれのレベルごとに表示する(表1)。

紙数の関係もあるため、最も詳細に検討された項目であるアウトリーチ支援をここで提示する。

#### 1. 対応すべき課題

未治療・治療中断やひきこもりの精神障害者は治療契約が困難であり、通常の医療福祉支援には乗りにくい。このような事例には、市町村や保健所など精神保健福祉分野が対応することになっている。しかし、市町村や保健所のマンパワー、市町村や保健所では精神科医が常駐していないことが多いなどの限界から、このような事例に対応するのが難しいことが少なくない<sup>1)</sup>。

#### 2. 梃子となる対応

このような課題に対する対応として、2種類ある。

A)一つは精神保健福祉センターに直営で多職種アウトリーチチームを設置することである。B)もう一つは市町村や保健所が、医療機関や福祉機関などに委託などを行うことで必要な多職種アウトリーチ体制を確保することである。

これらの2種類の好事例では好事例の構成要素が異なる。ここではAについて説明する。

#### A)精神保健福祉センターにおける多職種アウトリーチチーム

##### 1. 梃子となる対応

このようなチームの設置にはいくつかのポイントがある。

チーム設置の必要性の説明がある。課題となる未治療・治療中断者がどれくらい大きな課題であるのかについて「課題状況の把握」を行うことで、自治体がチームを設置する根拠を得ることができる。

アウトリーチチームが個別支援を行う際、それが医療機関でのアウトリーチチームと何が違うのかが説明できる必要がある。「保健

所・市町村への技術支援」という枠組みによって、アウトリーチ支援は、保健所や市町村の個別支援をサポートすることが役割であるという位置付けになる。

上記の点と関連するのが、「関係機関との良好なコミュニケーション」である。保健所や市町村など技術支援を行う場合、保健所や市町村のニーズにあった形の支援の組み立てが重要となる。この点で、コミュニケーションを円滑にする仕組みもポイントになる。

支援を行う「人員の確保」も重要である。常勤職員の確保ないしは非常勤職員の雇用によって、訪問支援に必要な職員の確保を行うことになる。

人員の確保と関連するのが、「予算上の根拠の確保」である。継続した支援を行うためには、単年度予算ではなく、継続した予算を確保することになる。

事業の円滑な実施のため、の根拠として、要綱設置や計画への記載等を行い、自治体の公式の業務として位置づけることは、継続的な予算確保や事業継続のために重要である。

地域支援の理念とスキルを共有した職員を育成ないし確保することもポイントになる。これを保健所や市町村などとも共有することも大切になる。

## 2. 背景となるリソース

上記で示したように、人員が確保しやすい体制になっていること、例えば精神科医が複数所属している、多職種の職員がいるなどがあると、アウトリーチ支援に振り向けることが可能になる。

職員の確保については、例えばデイケアを廃止し、その人員をアウトリーチチームに回すなど、既存のサービスの組み替えによって確保することも行われている。

この他、非常勤職員の雇用が可能であることもリソースになる。ただし、質の高い非常勤職員を確保するための工夫は同時に必要と

なる。

## 3. 好事例の本質的ポイント

上記のように、精神保健福祉センターでのアウトリーチチームの本質的ポイントをまとめると以下ようになる。

そもそも治療契約困難な精神障害者への対応という課題の重要性が自治体として位置付けられている。またその活動は保健所や市町村への技術支援を目的とした活動であることを明確にし、保健所や市町村との良好なコミュニケーションの元で支援を行うことがポイントになる。そしてこのような活動が可能になるには、精神科医を初めとした職員の確保が重要となる。

## 4. 波及効果

アウトリーチ支援により、困難事例への対応能力が増し、事例の支援に進展が見られることが報告されていた。それ以外にも様々な波及効果が見られた。

例えば、保健所や市町村など地域支援者が困難事例への対応で疲弊してしまうことを防ぎ、事例への対応を行うことで、OJT(On-the-Job-Training)として人材育成や地域での支援ネットワーク構築をサポートすることも報告された。

精神保健福祉センターとしても、実際に支援を継続して行うことで、職員のスキル向上、活性化が得られていた。

以上のような波及効果として、センターと保健所や市町村との連携強化やセンター自身の強化などが生じることでチームの必要性が強化されるという好循環が生じていることが推測される。

## 5. 事業化のポイント

以上のことから事業化するためのポイントを上げると以下ようになる。

アウトリーチチームは保健所や市町村など関係機関への技術支援であるという枠組みを堅持する。

地域の関係機関と良好なコミュニケーション

ンをとること。支援を丸抱えする、支援が周  
りから何をしているのか見えにくくなると、  
アウトリーチチームの存在意義が問われるこ  
ととなる。

支援の有効性を確保するためには、支援の  
対象となる精神障害者の状態が悪化してから  
ではなく、早めの状態からの支援導入ができ  
ることが大切である。このためには、支援の  
閾値を高くしないこと、日頃から保健所や市  
町村との連絡をこまめにして早めの相談を受  
けられるようにすること、保健所や市町村の  
人材育成を図ることも大切である。

アウトリーチ支援から地域での通常の支援  
に移行するときは、徐々に支援を移行するな  
ど丁寧なつなぎが求められる。

チームを立ち上げるためには、マンパワー  
を確保すること、要綱設定などの予算根拠を  
確保すること、保健所や市町村と共通する理  
念とスキルで支援が行えるように、協議、研  
修、同行支援などの機会を持つことが大切で  
ある。

#### D. 考察

これまでに収集された好事例から、さしあ  
たりの好事例分析の方法と例としてアウトリ  
ーチ支援についての結果を提示した。ここで  
は精神保健福祉センター直営のアウトリーチ  
チームのみ例示したが、それぞれの好事例に  
おいて同様の分析を行っているところである。  
平成 30 年度はこのような分析方法をより多  
くの好事例でも適用して、分析方法の改善を  
行うこと、さらにその好事例の要素に基づい  
たガイドラインの作成を行う予定である。

#### E. 健康危険情報

特になし。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

特になし。

##### 2. 学会発表

特になし。

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし。

#### 文献

- 1) 公益社団法人日本精神保健福祉連盟「保  
健所及び市町村における精神障害者支援  
に関する全国調査報告書」(平成 27 年 3  
月)
- 2) 厚生労働省「良質かつ適切な精神障害者  
に対する医療の提供を確保するための指  
針」(平成 26 年 3 月 7 日)
- 3) 厚生労働省「障害福祉サービス等及び障  
害児通所支援等の円滑な実施を確保す  
るための基本的な指針」(平成 29 年厚生労  
働省告示第百十六号)

図1 精神障害にも対応した地域包括ケアにおける構成要素

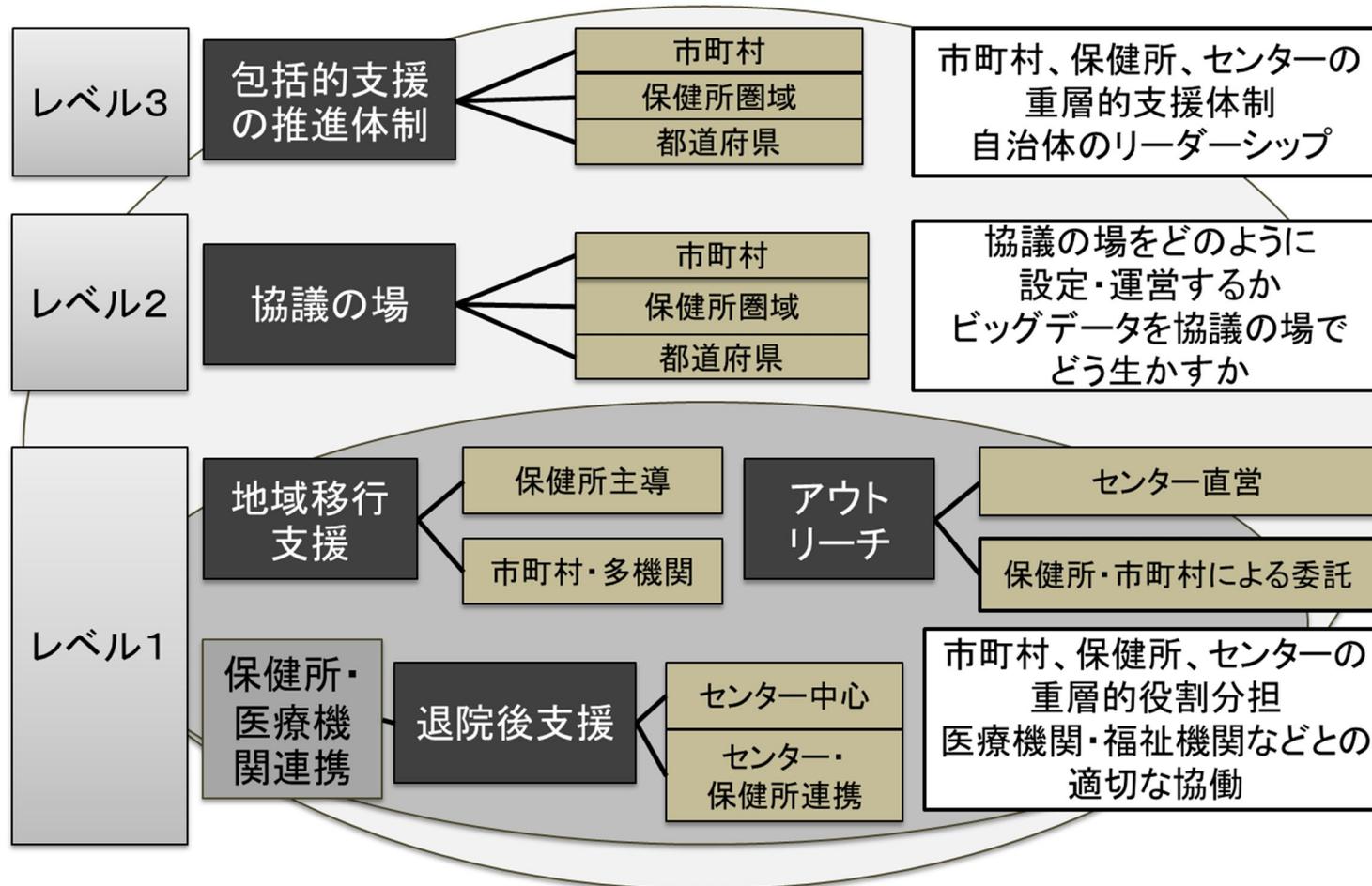
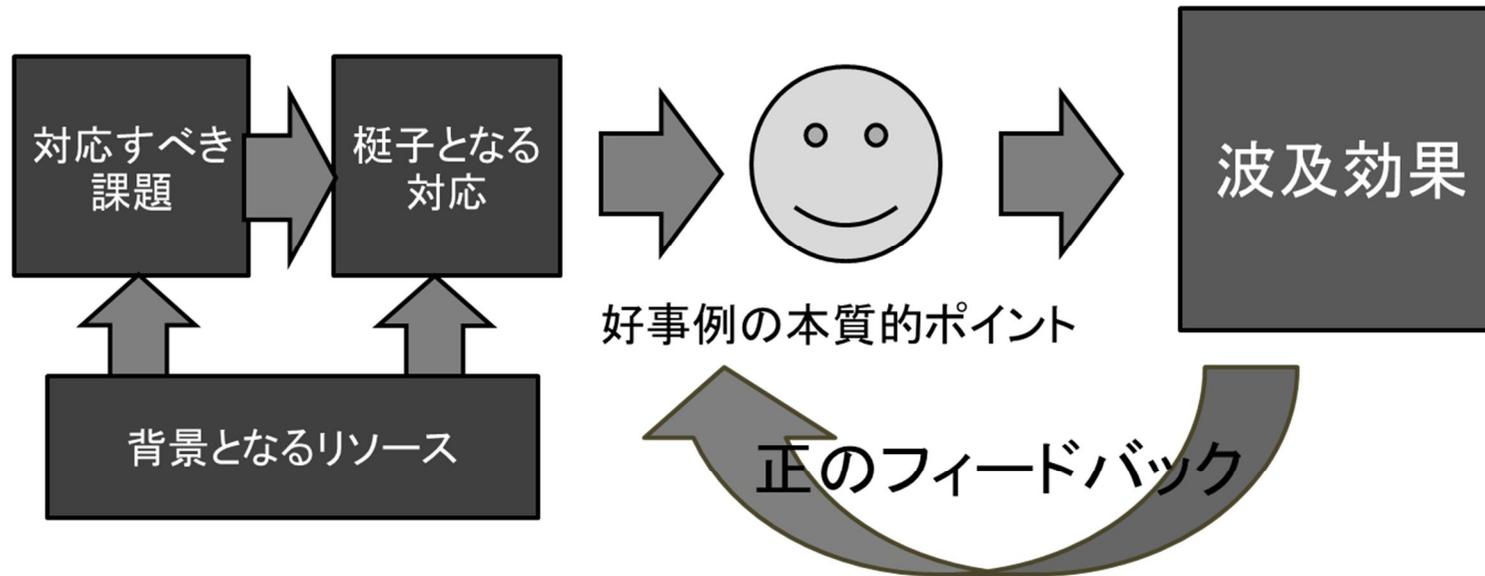


図2 好事例の基本骨格



左の三つの要素によって好事例の本質的ポイントが成立し、その波及効果が事業展開を強化する自己強化型の好循環ループが生じ、事業の成立・維持が可能になっていないか？

## 表1 好事例候補

- |      |   |
|------|---|
| レベル3 | • 包括支援体制の整備 <ul style="list-style-type: none"><li>- 神奈川県川崎市</li><li>- 大阪府豊中市</li><li>- 埼玉県小鹿野市</li><li>- 出雲市圏域</li><li>- 帯広圏域</li></ul>                                 |
| レベル2 | • 協議の場の設定 <ul style="list-style-type: none"><li>- 富山県砺波厚生センター</li><li>- 富山県新川厚生センター</li></ul>   |
| レベル1 | • アウトリーチ事業:精神保健福祉センター <ul style="list-style-type: none"><li>- 東京都立精神保健福祉センター(3センター)</li><li>- 仙台市精神保健福祉総合センター</li><li>- 千葉県精神保健福祉センター</li><li>- 岡山県精神保健福祉センター</li></ul> |
- アウトリーチ事業:保健所・市町村
    - 和歌山県
    - 東京都八王子市
    - 東京都新宿区
    - 埼玉県所沢市
  - 地域移行支援
    - 兵庫県豊岡保健所
    - 兵庫県洲本保健所
    - 岡山県倉敷市
  - 措置入院者も含めた退院後支援
    - 群馬県精神保健福祉センター
    - 滋賀県精神保健福祉センター
    - 千葉市保健所
    - 岡山県美作保健所

## 市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗の Web データベースの開発に関する研究

研究分担者：○吉田光爾（昭和女子大学 人間社会学部 福祉社会学科）

協力：株式会社アクセライト

### 要旨

**目的：**市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる＝「見える化」する Web データベースを、他データベースとの関連も踏まえながら構築する。

**方法：**分担研究者が別途担当している、厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業(精神障害分野)『精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究』における市区町村による精神保健医療福祉資源整備進捗の Web データベースシステムの構築に関する研究成果を活用し、より洗練された形での「見える」化システムを開発する。

**結果：**前述のデータベースシステムを活用・発展させ、ウェブデータベースは『Regional Mental Health Resources Analyzing Database』(ReHMRAD)を開発した

(<https://remhrad.ncnp.go.jp/>)具体的には地域精神医療資源分析データベース)。市区町村の各社会資源の整備状況（全国平均値と比較した場合の多寡、圏域ごとの資源整備状況）を表示する。また『精神保健福祉資料』（いわゆる 630 調査）と関連させた 1 年以上入院者の元住所地、ならびに入院先自治体を表示するシステムも同時に整備した。

**考察：**現在、このデータベースは WAMNET 由来の福祉事業所情報に依拠しているが、2018 年度から「障害福祉サービス等情報公表制度」が施行されるため、このデータとの連動を検討していく。また 630 調査での精神科訪問看護を行っている訪問看護ステーションの情報の掲載など、追加機能を実装する予定である。

### A. 研究の背景と目的

精神保健医療福祉の支援体制整備については、精神疾患が五大疾病として医療計画に位置付けられたこと、障害者総合支援法に基づく障害福祉計画の作成が求められることなど、市区町村・都道府県がその計画を主体的に立てることが求められている。しかし、自治体がこうした計画を構築するにあたり参照できるための各種統計資料は散在しており、地域特性・地域リソースを反映した統合的な資料としてまとまってはいない。また、特に障害者総合支援法を中心にサービスの提供者として市区町村への期待が高まる一方で、各種の統計資料は都道府県単位で成果がまとめられていることが多く、サービスの提供・計画の

策定と、情報・課題の把握の間にギャップが存在する。そこで各市区町村が全国や各都道府県内の他の自治体との比較・参照の中で、それぞれの精神保健医療福祉のサービスの整備状況を把握することができるシステムを開発することは、今後の精神保健医療福祉の支援体制整備を促進する効果があると考えられる。特に結果のフィードバックの即応性・既存の統計資料を活用することなどを踏まえ、こうした資料参照のシステムは ICT 技術・Web システムを活用してデータベース構築することが適当と考えられる。

分担研究者である筆者は、厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業(精神障害分野)『精神障害者の地域生活支援の在り

方とシステム構築に関する研究』における市区町村による精神保健医療福祉資源整備進捗の Web データベースシステムの構築に関する研究で、福祉資源の整備状況に関する web システムを構築した。( URL: <http://mental-health-welfare.jp/> )

しかし、本システムは、当該自治体の精神保健医療福祉の整備状況に関する情報を、全国平均値との比較でみることはできるものの、他の特定の自治体との比較で検討できるものではなかった。また表示方法もレーダーチャート形式を使っているが、同一県内の他の市区町村の情報を空間的に把握できるものではなかった。

そこで本研究では、当該研究をひきつぎつ、市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況についてより視覚的に「見える」システムを構築するための検討・開発を行った。

## B.方法

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

### 1)当該データベースに収集・結合される情報

#### 福祉事業所に関する情報(既存)

社会福祉資源に関する情報として、独立行政法人福祉医療機構による Web サイト (WAMNET) の 2017 年度データ提供を受け、以下の事業所数を市町村ごとに把握した。

- ・相談支援事業者数(計画相談)
- ・相談支援事業者数(地域移行)
- ・相談支援事業者数(地域定着)
- ・居宅介護
- ・重度訪問介護

- ・行動援護
- ・重度障害者等包括支援
- ・同行援護
- ・短期入所(ショートステイ)
- ・療養介護
- ・生活介護
- ・自立訓練(機能訓練)
- ・自立訓練(生活訓練)
- ・就労移行支援(一般型)
- ・就労移行支援(資格取得型)
- ・就労継続支援(A型)
- ・就労継続支援(B型)
- ・施設入所支援
- ・共同生活援助
- ・宿泊型自立訓練

#### 市区町村から収集する情報

なお上記の情報は公開されている既存のデータベースから把握可能であるが、活動を把握する指標としては十分ではなく自治体から独自に入手する必要のある情報が存在する。それらについて、2016 年度における以下の情報を 2017 年 1 月に郵送質問紙調査により市区町村より収集した。(1736 件配布・回収: 981 件、回収率: 60.48%)

- ・自立支援医療給付件数
- ・精神障害者保健福祉手帳給付数(等級別)
- ・計画相談件数
- ・地域移行件数
- ・地域定着件数
- ・地域活動支援センター 型事業者数
- ・地域活動支援センター 型事業者数
- ・地域活動支援センター 型事業者数
- ・居住サポート事業の有無
- ・(自立支援)協議会の設置有無

#### 精神科病棟に 1 年以上入院している者の状況について(既存)

2017 年度『精神保健福祉資料』(いわゆる 630 調査)からデータ提供の協力を得、精神科病

棟に1年以上入院している者の

- ・入院前の元住所
- ・入院先の病院の住所地

の情報を取得した。

上記の変数を用いたうえで、どのような新たなWeb閲覧システムが構築可能かを検討した。

## C.結果

### 1)WEB データベースの仕様(案)

本ウェブデータベースは『Regional Mental Health Resources Analyzing Database』(ReHMRAD:地域精神医療資源分析データベース)という名称のもと、以下の形で整備した。なお、これらのシステムは国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のホームページに掲載・公表予定である。

#### 現在の社会資源の多寡の表示(実数)

当該データベースに登録されている各社会資源の実数を市区町村単位で表示する(図1)。

#### 現在の社会資源の多寡の表示(人口10万人あたり)

当該データベースに登録されている各社会資源の多寡を人口10万人あたりの数値に変換し、市区町村単位で表示する(図2)。なお全国平均値を基準とし、各市区町村の多寡を色別に表示できるようにした。

#### 現在の社会資源の多寡の表示(圏域別)

上記の情報を市区町村単位のみではなく、二次医療圏域ごとに表示できるようにした。(図3)

#### 社会資源の位置情報のプロット

各福祉事業所の位置情報をもとに、実際の事業所の所在地を地図上にプロット表示できるようにした。ただしプライバシー保護の観点からグループホームなどは正確な所在地を表示することが不相当と考えられたため、表示の拡大と位置情報の精度には制限を加える

こととした。(図4・図5)

### 1年以上入院患者の現在入院地

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)」「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究」(山之内班)では現在、630調査の改定をおこなっている。そこでは1年以上入院患者の現住所を個票で把握する予定であるため、本研究班はそれと連動し、特定の自治体に元住所のある1年以上入院患者の現在入院地をグラフ上で表示した。

具体的には、以下の様式で表示している。

#### (1)指定した自治体に元住所がある患者の、入院先医療機関がある自治体の表示

指定した自治体の元住所がある患者(指定自治体の住民)の、入院先医療機関がある自治体の表示を視覚化するシステムを構築した(図6・図7)。これにより、自自治体の住民が、いったいどこの医療機関に入院しているのかを、具体的に把握することができる。図7では江戸川区を例にあげたが、江戸川区の1年以上入院患者住民は、市川市・船橋市など千葉県の西部に入院しており、彼らの退院促進を考える上では、これらの自治体と連携しなければならないことがわかる。

#### (2)指定した自治体内の医療機関に入院している患者の、元住所地の表示

指定した自治体内の医療機関に入院している患者の退院先(入院前住所地)を視覚化するシステムを構築した(図6・図8)。これにより、自自治体の医療機関に入院している患者が、本来どこの自治体に退院すべきかを、具体的に把握することができる。

図8では八王子市を例にあげたが、八王子市の医療機関に入院している1年以上入院患者住民は、都内の全域より集まっており、彼らの退院促進を考える上では、都全体の問題として取り組まなければならないことがわかる。

また上記の各表示については65歳以上/65

歳未満で表示を分けられるようにし、また結果を Microsoft Excel ファイルでダウンロード可能にした(図9)。例では世田谷区をあげたが、世田谷区内の医療機関に1年以上入院している患者は65歳未満の比率が高いが、区外(八王子市など)には65歳以上の患者が多く入院しており、退院促進を考える際の年齢層と課題を、区域・年齢層ごとに検討しなければいけないことがわかる。

これらにより、各自治体の退院支援ニーズを把握することができると同時に、連携すべき自治体情報も確認・検討することができる。

#### 市区町村から収集した情報

本情報については、現在表示するシステムの実装にむけて準備中である。

#### D. 考察

##### 1) 今後の課題：「障害福祉サービス等情報公表制度」の活用

現在、本データベースは WAMNET 由来の福祉事業所情報に依拠している。しかし、WAMNET データを所管している独立行政法人福祉医療機構に確認したところ、データは都道府県による情報提出に依存しており、更新頻度は自治体によって異なり、データの精度には課題が残る。これについては2018年度より、「障害福祉サービス等情報公表制度」により、指定障害福祉サービス等事業者は、サービス等提供開始時及び毎年度各都道府県等において定める時点において、都道府県等に対し、障害福祉サービス等事業所情報の報告を行うこととなり、データの精度が高まることが期待されている。本情報収集においても、『主たる対象とする障害の種類』が含まれていることから、引き続き連動してデータベースを構築していくことを検討する。

##### 2) 今後の追加機能とフィードバックについて

本システムについては以下の機能を追加す

ることを検討している。

##### 各自治体のみ所持している情報について

精神障害者保健福祉手帳数や、地域生活支援事業の実施有無についてはすでにデータを収集しているため機能を近日中に実装する。

##### 「630 調査」における訪問看護ステーションのデータ表示

2017 年度より、630 調査では精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの事業所情報(住所地・体制など)について調査集計している。このデータ表記について本システムを用いて表示することを検討する。

##### 各自治体へのフィードバック

本システムは Web での公開となっているが必要なことは、各自治体に、これらの情報について認知・活用してもらうことである。そのため、2018 年度の(1)各自治体のみ所持している情報の調査、630 調査の1年以上入院患者の状況などの集計を含めて、各自治体に情報をフィードバックすることを検討する。このことは現在の1年以上入院患者の状況などについて、自治体の課題意識を高める効果もあると考えられる。

2018 年度にはこれらの追加機能の実装を検討し、都道府県・市区町村などが障害福祉計画を作成する際の参考となる必要なデータを提供するシステム構築を模索していく。

#### E. 健康危険情報

なし

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### 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

図1 福祉事業所(精神)の社会資源量(実数)

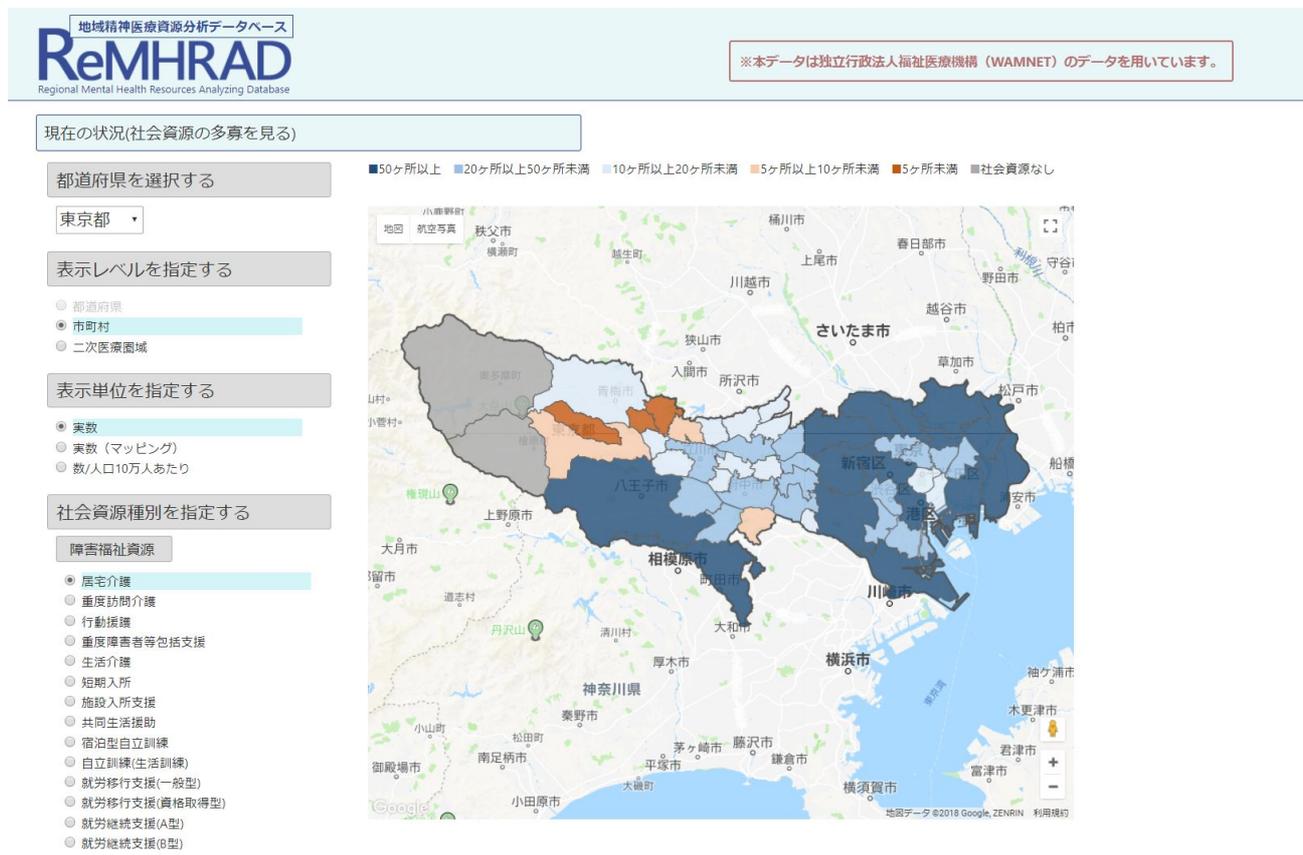


図2 福祉事業所(精神)の社会資源量(人口10万あたり)

現在の状況(社会資源の多寡を見る)

都道府県を選択する

東京都

表示レベルを指定する

- 都道府県
- 市町村
- 二次医療圏域

表示単位を指定する

- 実数
- 実数（マッピング）
- 数/人口10万人あたり

社会資源種別を指定する

障害福祉資源

- 居宅介護
- 重度訪問介護
- 行動援護
- 重度障害者等包括支援
- 生活介護
- 短期入所
- 施設入所支援
- 共同生活援助
- 宿泊型自立訓練
- 自立訓練(生活訓練)
- 就労移行支援(一般型)
- 就労移行支援(資格取得型)
- 就労継続支援(A型)
- 就労継続支援(B型)

■+100%以上 ■+75%以上100%未満 ■+50%以上75%未満 ■+25%以上50%未満 ■+全国平均値0%以上25%未満  
 ■+0%以上-25%未満 ■-25%以上-50%未満 ■-50%以上-75%未満 ■-75%以上 ■社会資源なし

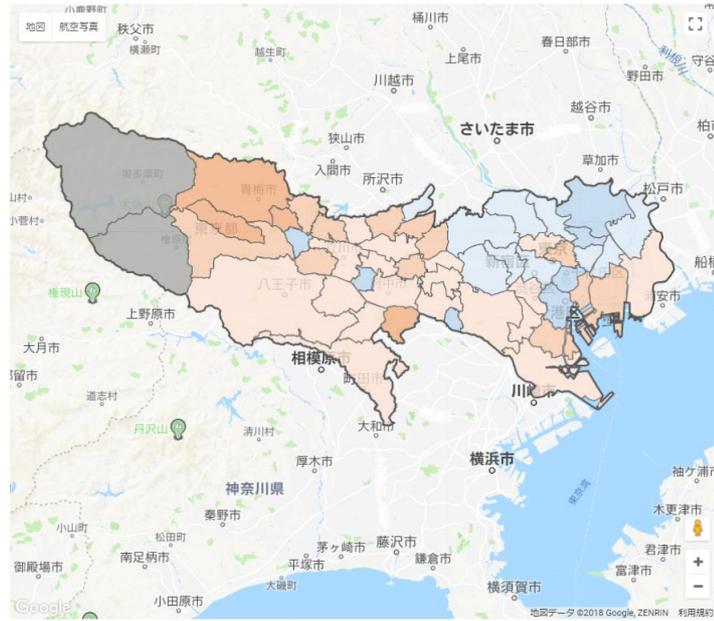


図3 福祉事業所(精神)の社会資源量(圏域毎)

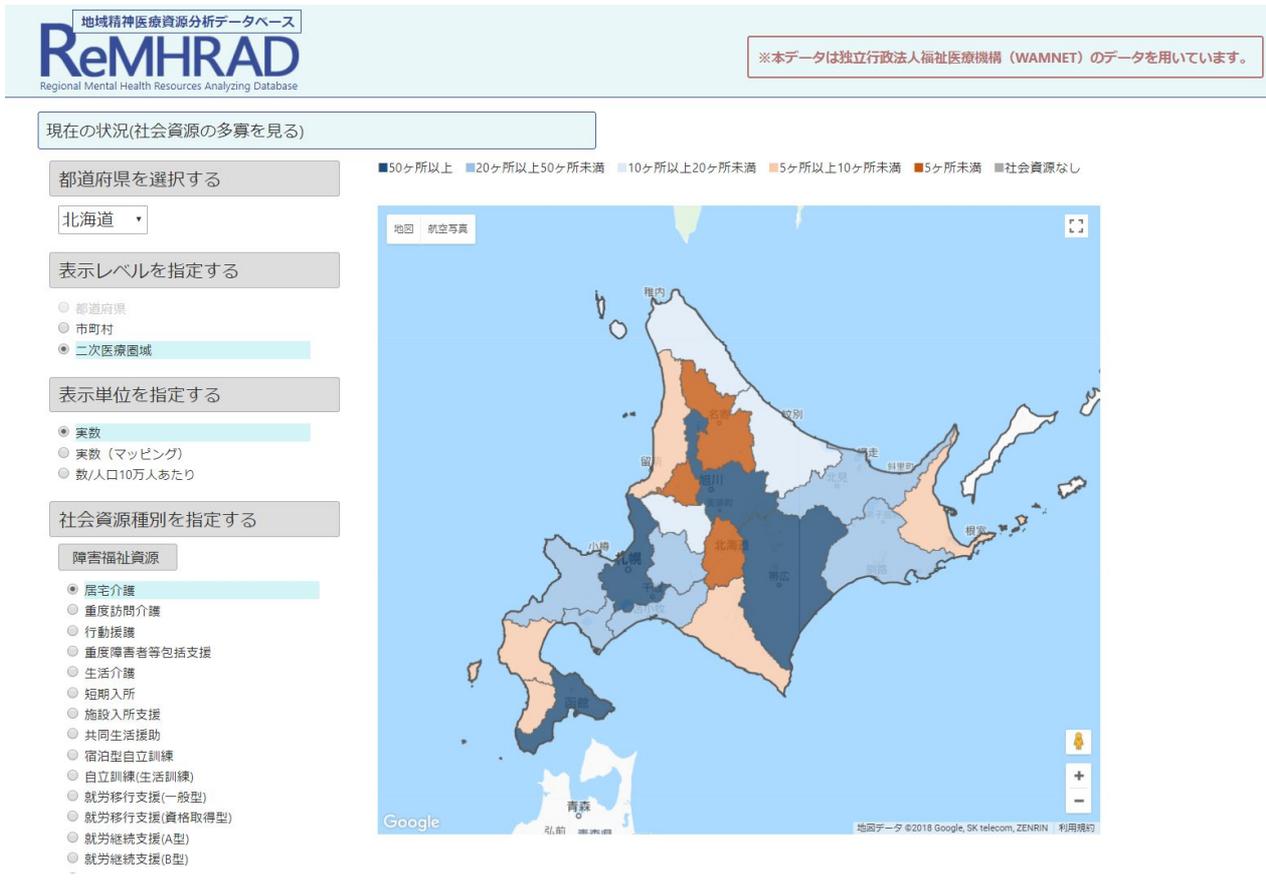


図4 福祉事業所(精神)の社会資源量(プロット)

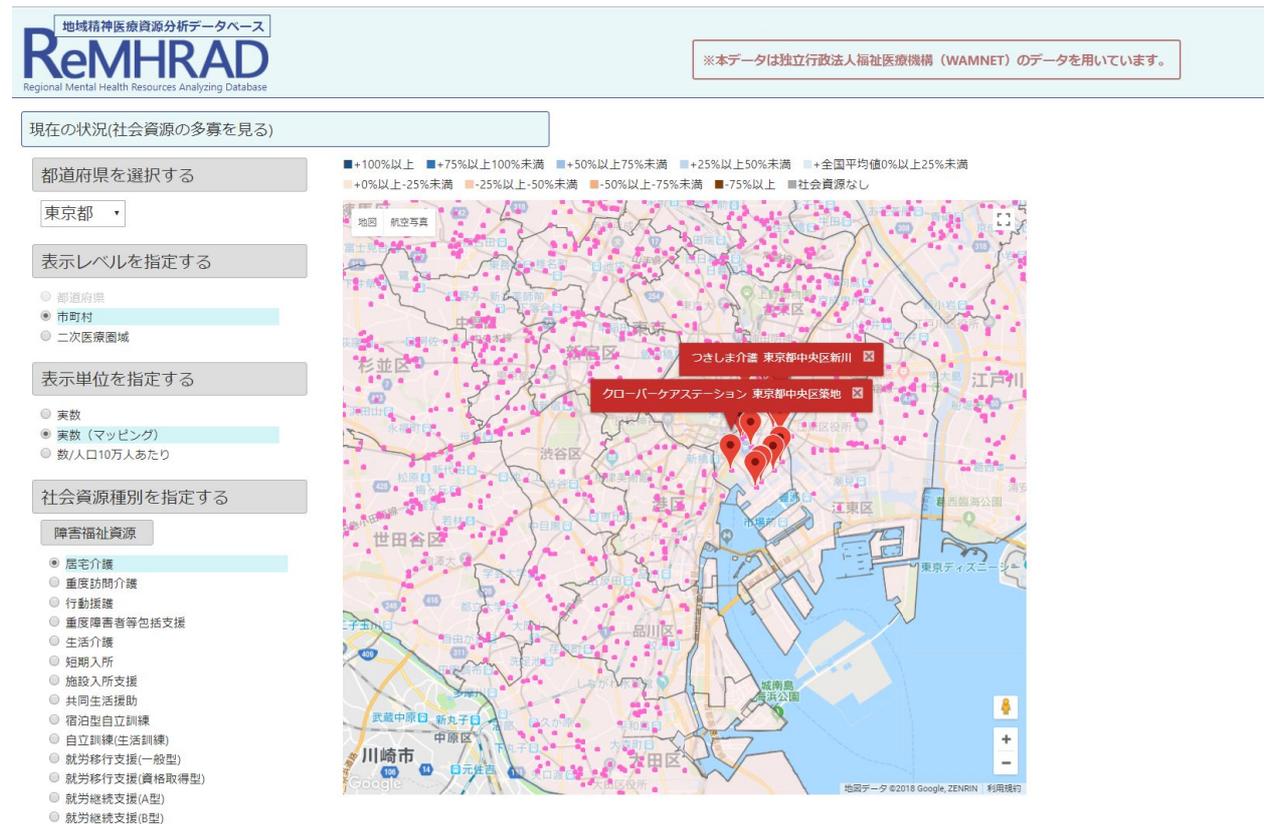
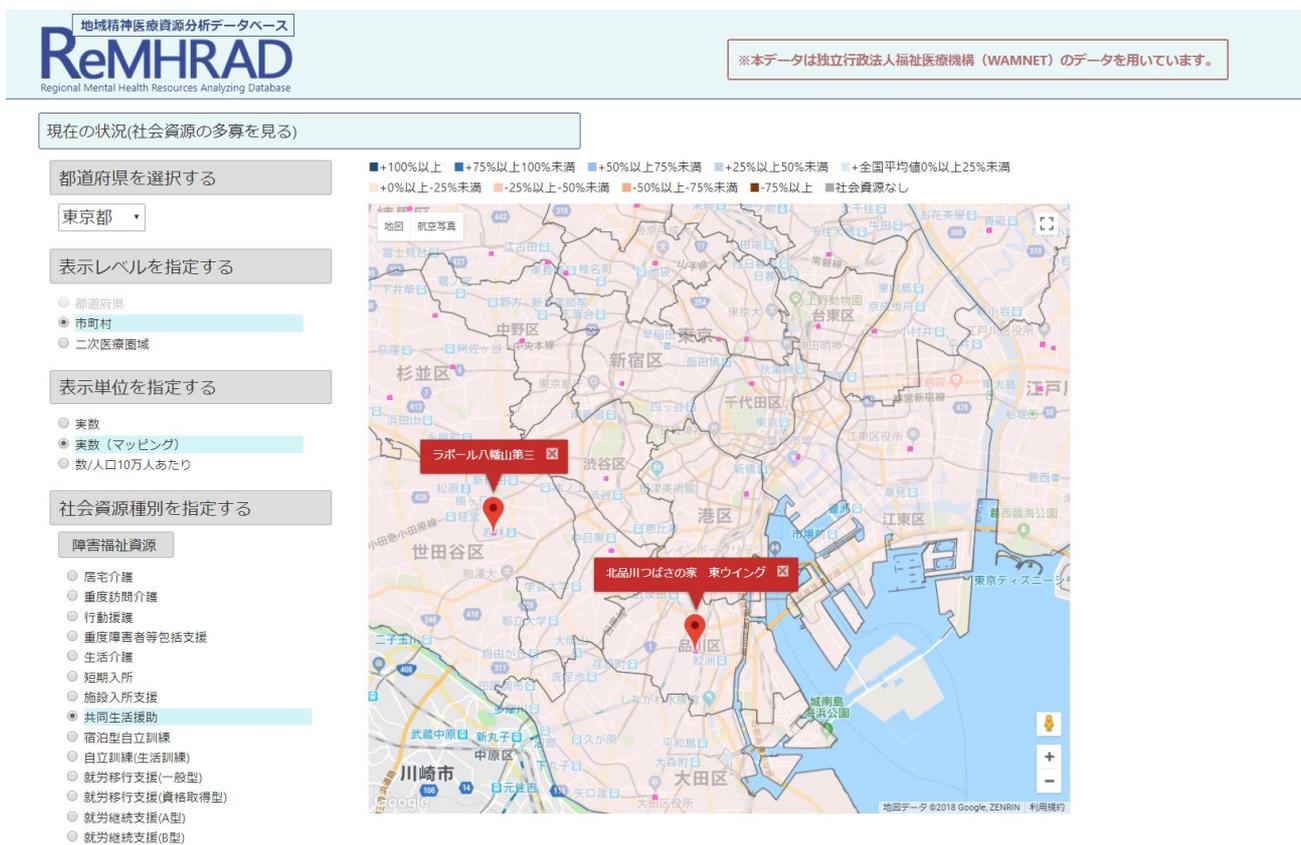


図5 福祉事業所(精神)の位置情報の配慮(共同生活援助)

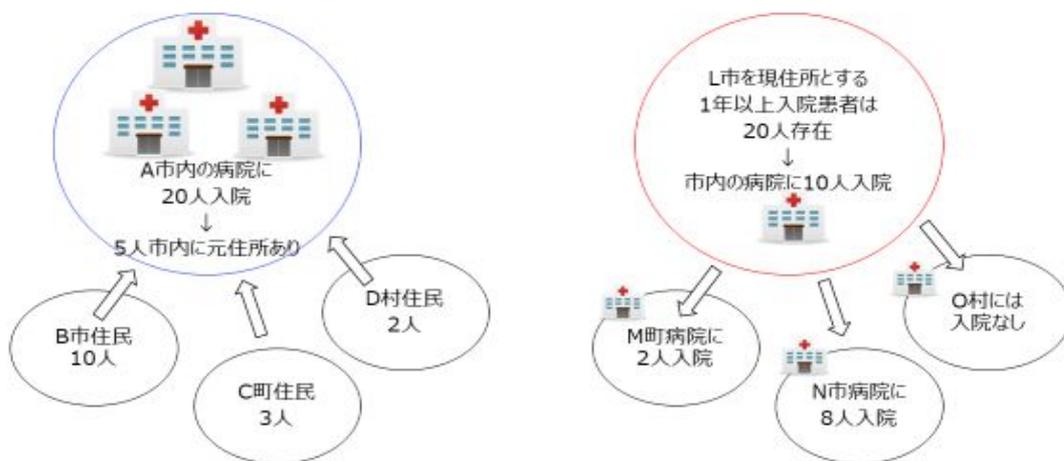


詳細な住所地情報を除き、また地図の拡大に制限をかける

図6 1年以上入院患者に関する状況の「見える化」

### 1年以上入院患者に関する状況の「見える化」

- 1) 指定した自治体内の医療機関に入院している患者は、もともとどこの住民(元住所地=想定される退院先)か?
- 2) 指定した自治体に元住所地がある患者の、入院先(医療機関)がある自治体はどこか?



自治体が地域移行・地域定着に取り組むときには、患者が「越境」している可能性がある。どの自治体・医療機関と連携しなければならないかを可視化して把握できるようにする。

図7 自自治体の住民(1年以上入院患者)はどこに入院しているか(例:江戸川区)

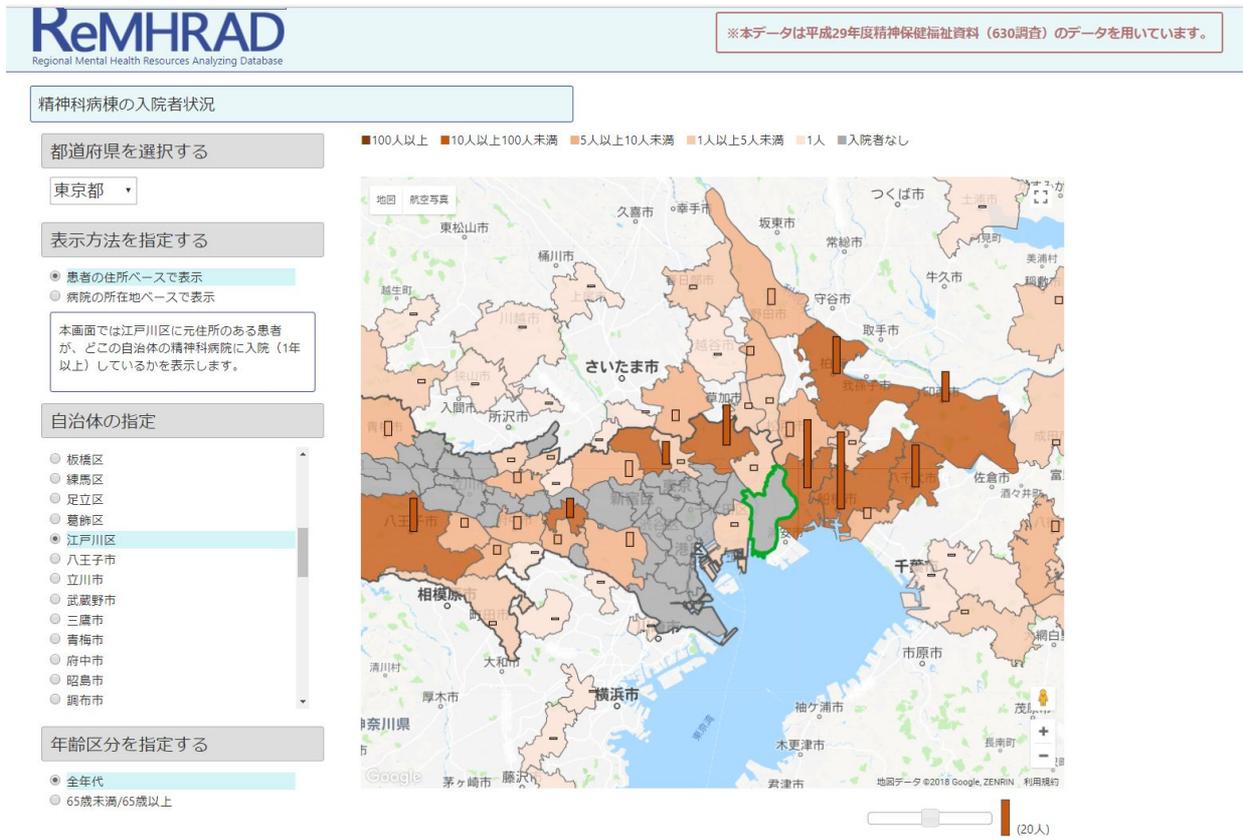


図8 自自治体の住民(1年以上入院患者)はどこに入院しているか(例:八王子市)

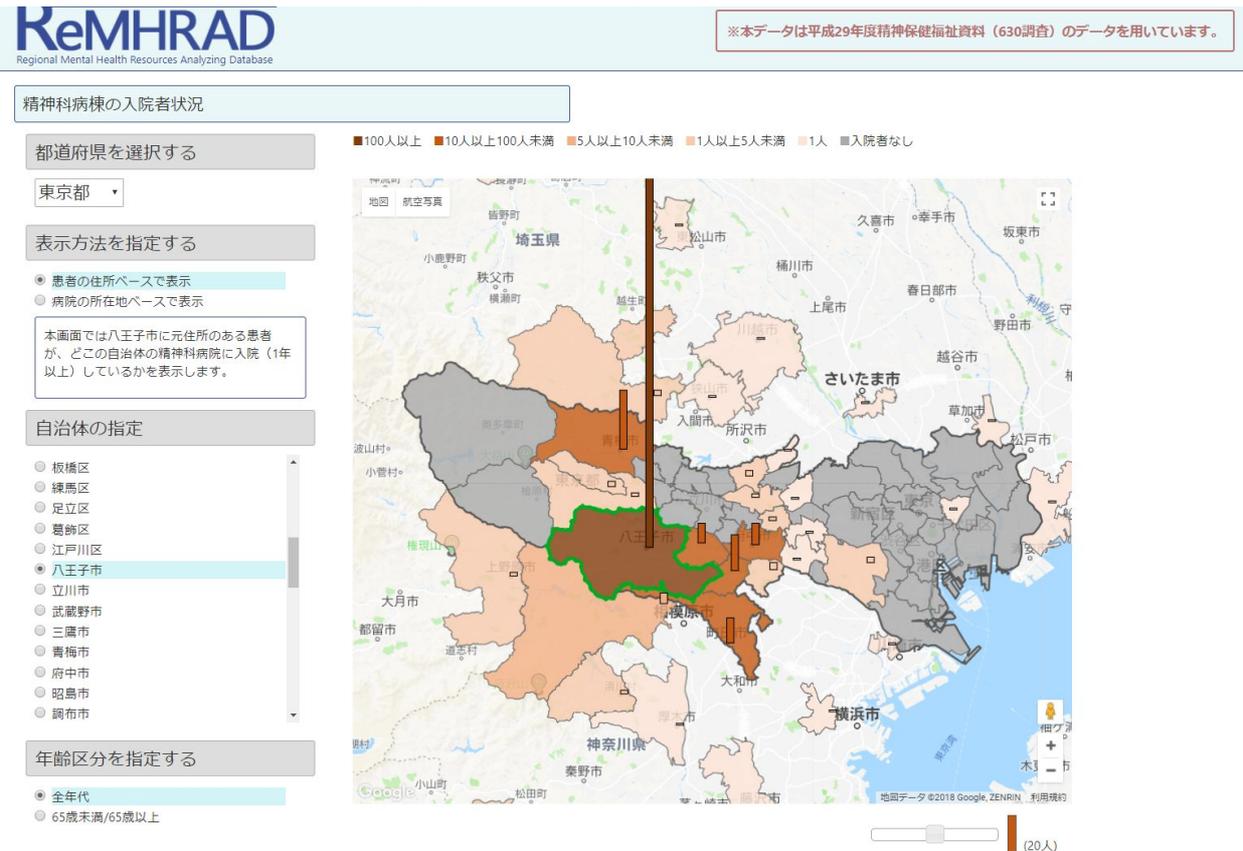


図9 自治体の1年以上入院患者はどこに入院しているのか(年齢構成別)(例:世田谷区)

都道府県を選択する

東京都

表示方法を指定する

- 患者の住所ベースで表示
- 病院の所在地ベースで表示

本画面では世田谷区に元住所のある患者が、どここの自治体の精神科病院に入院(1年以上)しているかを表示します。

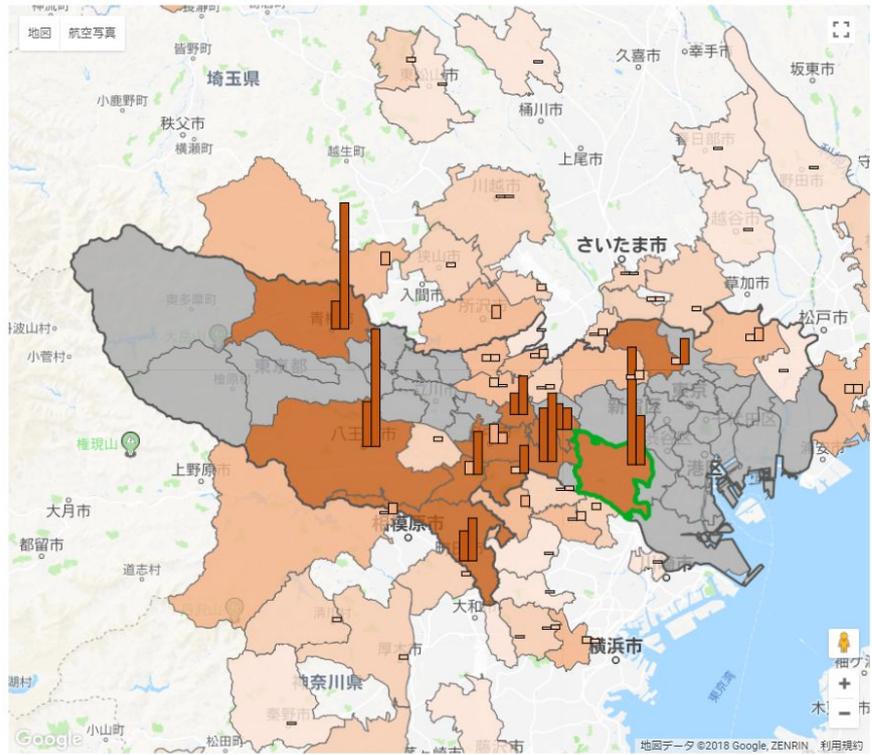
自治体の指定

- 墨田区
- 江東区
- 品川区
- 目黒区
- 大田区
- 世田谷区
- 渋谷区
- 中野区
- 杉並区
- 豊島区
- 北区
- 荒川区
- 板橋区

年齢区分を指定する

- 全年代
- 65歳未満/65歳以上

■100人以上 ■10人以上100人未満 ■5人以上10人未満 ■1人以上5人未満 ■1人 ■入院者なし



(20人)

病院住所	入院者数(人)	入院者数(65歳未満/人)	入院者数(65歳以上/人)
東京都 世田谷区	78	55	23
東京都 八王子市	76	21	55

excel出力

## 措置入院者の地域包括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： 相澤 明憲（弓削病院）、浅見 隆康（群馬県こころの健康センター）、東 美奈子（訪問看護ステーション Relisa 所長）、新垣 元（新垣病院）、今井 淳司（東京都立松沢病院）、稲垣 中（青山学院大学）、伊豫 雅臣（千葉大学大学院）、遠藤 悦夫（品川保健センター）、遠藤 謙二（千曲荘病院）、遠藤 哲一郎（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）、大塚 達以（宮城県立精神医療センター）、大槻 知也（埼玉県川口保健所）、大屋 美輝（日本精神保健福祉士協会）、川副 泰成（国保旭中央病院）、菊池 安希子（国立精神・神経医療研究センター）、吉川 隆博（東海大学）、木本 達男（岡山市こころの健康センター）、金田一 正史（千葉県精神保健福祉センター）、熊取谷 晶（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）、榊 明彦（成増厚生病院）、佐々木 英司（埼玉県草加保健所）、紫藤 昌彦（紫藤クリニック）、島田 達洋（栃木県立岡本台病院）、杉山 直也（沼津中央病院）、瀬戸 秀文（長崎県精神医療センター）、田所 淳子（高知県中央東福祉保健所）、田中 究（兵庫県立ひょうごこころの医療センター）、田村 綾子（聖学院大学）、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）、津田 多佳子（川崎市精神保健福祉センター）、中島 公博（五稜会病院）、長野 敏宏（御荘診療所）、中原 由美（福岡県粕屋保健福祉事務所）、成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター）、野口 正行（岡山県立精神保健福祉センター）、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）、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）、平田 豊明（日本精神科救急学会）、平林 直次（国立精神・神経医療研究センター病院）、廣江 仁（社会福祉法人養和会）、本田 浩子（東京都福祉保健局）、増茂 尚志（栃木県精神保健福祉センター）、松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター）、武藤 岳夫（肥前精神医療センター）、村上 優（国立病院機構榊原病院）、柳 尚夫（豊岡健康福祉事務所）、山岡 功一（神経科浜松病院）、山縣 正雄（埼玉県立精神医療センター）、山本 賢（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）

### 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 29 年度においては、前年度の研究を引き継いで、措置入院制度運用に関する現状把握と分析、措置入院制度運用に関する自治体向けガイドライン、措置入院者に対する医療及び退院後の地域生活支援に関するガイドラインの作成等を試みた。

### 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である。

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。しかし、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健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。

このように、本年度の研究計画には途上で修正があったものの、大きな目的意識は変わらない。前年度に引き続き、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、とりわけその医療の内容と、措置入院後の患者の地域生活支援等について、現状分析と改善のための方策を検討することが、本研究の目的である。

## B.方法

上記の目的を達成するために、前年度において既に下記の研究項目を一部遂行していたところである。今年度はそれらの研究項目を進め、一定の成果を上げることを目指した。なお、各研究項目の詳細については前年度の報告書に譲る。

- (1) 診断書調査
- (2) 自治体ヒアリング
- (3) 自治体アンケートの分析
- (4) 措置入院運用にかかるチェックポイント作成
- (5) 措置入院患者の退院後継続支援に係るガイドライン作成
- (6) 措置入院に係る診療ガイドライン作成
- (7) 精神科救急における薬物乱用関連問題に関する診療ガイドライン作成
- (8) 退院後支援ニーズアセスメント作成
- (9) 措置入院者の転帰等に関する後向き調査

(10) 精神障害者に対するアンケート調査  
上記に加えて、今年度は新たに下記の研究計画を立案した

(11) 精神障害者に対するヒアリング調査  
措置入院者の退院後支援を中心とする、新たな精神保健福祉体制の構築について、機縁法を用いて抽出した精神科入院歴のある患者若干名を対象に、対面でのインタビュー調査を行い、意見を聴取した。インタビューに先立ち、研究目的、内容、対象者の個人情報保護、同意しなくても不利益を受けないこと等を書面により説明し、研究対象者本人の同意を得た。

(12) 精神障害者の家族に対するヒアリング調査

措置入院患者の退院後支援を中心とする、新たな精神保健福祉体制の構築について、機縁法を用いて抽出した精神科入院歴のある患者の家族を対象に、対面でのインタビュー調

査を行い、意見を聴取した。インタビューに先立ち、研究目的、内容、対象者の個人情報保護、同意しなくても不利益を受けないこと等を書面により説明し、研究対象者本人の同意を得た。

(13) 精神科臨床における「グレーゾーン事例」の検証に関する研究

精神科臨床現場において、「グレーゾーン事例」と言われる事例がどのようなものかを明らかにし、「精神科臨床グレーゾーンモデル事例集」を開発することを目的とした。機縁法により抽出した研究協力者10名とともに分担研究者が架空事例を作成し、各事例を分担研究者等がさらに改変して、モデル事例を作成する。各モデル事例について協力者によりそれらが「グレーゾーン事例」としての特徴を有しているかどうかの評価を行った。結果をまとめるとともに研究協力者による講評を行い、精神科臨床グレーゾーンモデル事例集として確立させることを企図した。

統計解析

本研究により得られた定量的データについては、IBM社のSPSS Statistics 24による統計解析を行った。

倫理的配慮

今年度の研究において、研究(11)(12)を除き患者個人情報を取得することはない。また、患者に対する介入を伴うものはない。研究(11)(12)については、前述のとおり研究対象者のインフォームドコンセントを得たうえで各研究を実施した。

上記各研究内容のうち、(1)については「措置入院者の属性等に関する全国調査研究(受付番号2515)」、(2)については「措置入院制度運用の実態把握等に関する分析研究(受付番号2562)」、(9)については「措置入院患者の転帰把握等に関する全国調査研究(受付番号2612)」、(10)については「精神医療ユーザーに対する措置入院等に関するアンケート調査研究(受付番号2610)」、(11)については「精神障害当事者の精神保健

医療福祉改革に対する意見についてのインタビュー調査研究（受付番号 2723）」、（12）については「精神障害当事者家族の精神保健医療福祉改革に対する意見についてのインタビュー調査研究（受付番号 2789）」、（13）「精神科臨床における「グレーゾーン事例」の設定に関する研究（受付番号 2774）」として、各々千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会を受審し、それぞれ研究の実施を承認されている。

### C.結果／進捗

今年度の研究計画の進捗については下記の通りである。

#### （1）診断書調査

措置入院に関する診断書 4,833 枚（2,429 名）及び措置症状消退届 2,404 枚のデータが収集された。解析結果については、別紙 1 に示す通りである。

#### （2）自治体ヒアリング

本年度においても一部自治体のヒアリングを行ったが、総体として前年度の報告に矛盾する所見は見いだされなかった。したがって、結果は前年度と同じであり、下記の通り要約可能である。

##### 1) 措置入院制度の運用について

- ・統計上の警察官通報には、必ずしも措置診察を目的としたものがないものが含まれる。
- ・措置入院自体を必要悪と捉え極力適用を避ける運用がなされている自治体と、精神科救急におけるアクセス手段としての側面を重視して措置入院を積極的に活用している自治体との間で、運用の地域間格差が大きくなっている。詳細は、別紙 2 に示す通りである。

##### 2) 措置入院患者の地域生活支援について

- ・一部の自治体では既に措置入院患者に対するきめ細かい対応を行っている。
- ・措置入院後早期に患者情報を整理し、支

援の方向性を検討することが重要である。退院前に関係機関が病院に集まり、患者本人も交えて支援体制を相談することになる。

##### 3) 今後の課題について

- ・重度精神障害者に対する行政主導の連携の推進、情報共有等のメリットは大きい。
- ・必要に迫られて取組みを始めた自治体では運営に苦労している。
- ・人の出入りが激しい大規模自治体では、退院した患者を地域で継続的に支援するのが困難になっている。
- ・支援対象者の重症度や医療必要度には個別性が高いため、ケースロードの算出が難しい。
- ・患者個人情報支援チームで共有するにあたり、法令の担保が必要ではないか。
- ・特定の支援チームに専属の人員を配置するのは、弊害が大きい。地域に合わせて包括的な支援体制を構築するべきである。

##### （3）自治体アンケートの分析

45 都道府県、18 政令指定都市がアンケート結果の情報提供に同意した。結果については、別紙 3 に示す通りである。

##### （4）措置入院運用にかかるチェックポイント作成

複数回に渡る議論が行われ、措置入院運用にかかる論点整理がなされた。続いて、警察庁及びいくつかの自治体における都道府県警の職員を研究協力者として指定し、主に警察官通報にかかる措置入院制度運用の適正化に関するガイドラインを作成した。

完成した研究班ガイドラインを別添 1 に示す。

この研究結果を踏まえ、平成 30 年 3 月 27 日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「措置入院の運用に関するガイドライン」について（厚生労働省障発 0327 第 15 号）が発出された。なお、同通知内に示さ

れたガイドラインは行政文書としての性質上、研究班ガイドラインと一部記述が異なっている。

(5) 措置入院患者の退院後継続支援に係るガイドライン作成

上記の自治体ヒアリング及び後述する精神障害者及びその家族からのヒアリング等の結果も踏まえ、措置入院患者の退院後支援についてのあるべき方策について議論が行われた。

精神保健福祉法改正法案が廃案となり、厚生労働省はまず現行の精神保健福祉法下での運用の適正化を図ることを企図した。これに合わせ、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健福祉の向上に資すると思われる部分を抽出した。その結果完成したが、別添 2 に示す「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」である。

この研究結果を踏まえ、平成 30 年 3 月 27 日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「地方公共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）」が発出された。なお、同通知内に示されたガイドラインは行政文書としての性質上、研究班ガイドラインと一部記述が異なっている。

(6) 措置入院に係る診療ガイドライン作成

指定病院等が措置入院患者に対し行うべき評価、チーム医療、地域移行に向けた取組み等について議論が行われた。本年度においては、平成 30 年度の診療報酬改定を見据えて質の高い医療とそれに係る評価を可視化することを目指した。研究結果の一部は診療報酬改定に採用された。最終成果物である診療ガイドラインの完成に向けて議論を重ねているところである。

(7) 精神科救急における薬物乱用関連問題に関する診療ガイドライン作成

本研究項目については、他の政策研究との調整の関係上、本年度以降は厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究（主任研究者：杉山直也）」の分担研究「薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究（分担研究者：松本俊彦）」に引き継がれた。なお、分担研究者は上記分担研究の研究協力者として引き続き研究に参画している。

(8) 退院後支援ニーズアセスメント作成  
欧米で広く用いられている The

Camberwell Assessment of Need (CAN) の日本語版を基礎として、日本の状況を反映した項目をいくつか追加することにより、措置入院患者の退院後支援ニーズアセスメントを可能とするツールの開発を試みた。項目を追加することについては、CAN の原著者の許可を得ている。結果として、別添 2 の参考様式 4 に示される「退院後支援のニーズに関するアセスメント」の各項目を確定し、各項目の評価マニュアルも作成した（別添 2 の参考様式 5）。

今後このツールの有効性及び可用性についてパイロットスタディを行うことを検討中である。

(9) 措置入院者の転帰等に関する後向き調査

全 292 施設から調査票を回収した。うち 187 施設において計 409 事例のデータを収集した。平成 26 年 6 月 30 日現在の措置入院患者数は 1728 名であるため、把握率は 23.7%となる。解析結果については別紙 4 に示す通りである。

(10) 精神障害者に対するアンケート調査

精神疾患の既往を有する者 35,505 名に対して調査票を送付し、精神科入院歴を有しかつ調査に協力する意思を示した 379 名の回答を得た。解析結果については別紙 5 に示す通りである。

(1 1) 精神障害者に対するヒアリング調査  
改正法に基づいて当初作成していた「措置入院者等の退院後支援ガイドライン」について、精神科入院歴を有する精神障害者 3 名からヒアリングを行った。結果は下記の通りである。

1) 個別ケース検討会議について

- コミュニケーションをしっかりとった上での会議であれば、取り組み自体は良いと思う。
- 信頼関係のできていないスタッフとは話せない。説明もなく隔離・拘束されるような状況からのスタートでは、信頼関係を築くのは難しい。薬を減らすか増やすかの話しもしないような医師、看護師や、ほとんど接点のない精神保健福祉士など、信頼関係の築けていないスタッフしかいない会議に参加するのは、まるで敵陣に乗り込むようなもので、容認できない。
- 支援全般に言えることだが、スタッフや家族の中に、当事者サイドに立っている人がいるかどうか重要である。
- 一般的に、病院は精神障害者本人よりも家族の発言を信用しがちである。しかし家族との関係性が良くない場合や、家族が関わるとかえってこじれてしまうような場合もある。そのような場合には、家族に限定せず、友人など、本人が信頼できる人が会議に加わるようにした方が良い。
- 退院後にわざわざ集まるのは大げ

さすぎるのではないか。必要ときに相談できる相手がいてくれることが重要である。

- ケース会議に警察が参加すべきかどうかは、ケースバイケースだと思う。

2) 支援ニーズのアセスメントについて

- 多様な課題について考える必要があるということが目に見えてわかるのは、精神障害者本人にとっても良いと思う。
- 例えば金銭管理など、入院時にはできなさそうに見えても、病状悪化前にはできていたこともある。本来の精神障害者本人の状態について十分に事前情報を得たうえでアセスメントすることが必要。
- 病院のスタッフだけではなく、地域の支援者も交えてアセスメントした方が良いのではないか。
- 本人をよく知る人、本人が信頼している人は、必ずしも家族とは限らない。本人がアセスメントしてほしいと希望する人がいれば、その人にアセスメントをしてもらうという方法もある。
- 入院前は必要なかったが、退院後には必要となるであろう支援など、ニーズに関する状況の変化がわかるようにしてはどうか。

3) 退院後の支援計画について

- ニーズがあるのに支援者がいないということもあるのではないか。
- 不安なことや課題についてどうやって支援してくれるのかについて、イメージできるように十分話し合うべきである。単に計画だけを見せられても具体的に何が助けになるのかイメージができないだろう。
- 入院中はあまり動かないので体力

が落ちており、普通の生活に戻るのに時間がかかる。体力的な面での助言など、支援があると良い。

- 支援の計画に本人が同意しない場合があるということは理解できる。監視のようにならないようにしなければならない。
- このような支援の計画は一般的にはあった方が良いが、必要ない人もいるのではないか。
- クライシスプランについては、本人が連絡してほしい相手を記載する欄も作った方が良い。

#### 4) 情報共有について

- 措置診察に係る事前調査の情報や措置入院者の診断書を入院先の精神科病院に提供することについては、普通そうするものだと思う。
- 転居先への情報提供は、本人の同意を前提にするべき。入院前に地元でトラブルになっていたような場合、転居して新しくやりなおしたいと思う人がいるかもしれない。せっかく社会復帰を目指しているのに転居先で最初から「前に問題を起こした人」と見られるのは当事者にとって非常に苦痛である。家族と本人の関係性が良好なら、本人の了解がなくてもせめて家族の了解はとるべき。
- 情報を提供することで、非自発的入院が避けられるような場合はあるかもしれない。しかし、当事者の立場としては、やはり本人の同意なしで情報提供することを容認するわけにはいかない。
- 支援ができないのに情報だけ提供するのであれば、それは事件を防止するために当事者を監視すると思われても仕方がない。気持ちの上で抵抗が強い。

#### 5) 代弁者について

- 自分の場合は、友人が助けてくれたので、必要性は感じなかった。家族との関係が良い人や、助けてくれる友人がいる場合は、代弁者は必要ないと思う。
- 助けてくれる人がいない場合は、代弁者がいた方が良い。本人が選べるようになっていれば良い。
- 代弁者との相性があると思うので、何度か会ってみて、合わなかったら他の人を紹介してもらえらる仕組みがあると良い。
- 精神状態が悪い時は、混乱のため自分で判断できなくなることがある。もし自分が具合が悪くなったら誰に判断してほしいか、事前の意思表示であらかじめ決めてあった場合、その人に代弁者を頼めると良い。
- 代弁者は法律の専門家である必要はない。しかし法律の相談が必要などときには援助が受けられることが望ましい。

なお、インタビュー対象の精神障害者からは、自分の意見がすべての障害者を代弁するものではないとの指摘があった。

以上の結果を踏まえ、我々は先述の「措置入院者等の退院後支援ガイドライン」の内容を一部修正した。

#### (12) 精神障害者の家族に対するヒアリング調査

改正法に基づいて当初作成していた「措置入院者等の退院後支援ガイドライン」について、精神科入院歴を有する精神障害者の家族3名からヒアリングを行った。結果は下記の通りである。

##### 1) ガイドライン全般について

- 概ね本人の人権に配慮した記載になっていると思う。

- 措置入院だけではなく、他の入院形態でも退院後支援をしてもらえないようにならないか。
  - 自治体が責任を持つ体制はよいと思う。
  - 措置入院となっても、その後それほど濃厚な支援が必要ではない人もいる。そのような場合には、監視のように捉えられてしまうのではないか。
  - 今までこのような仕組みがなかったことがおかしいと思う。
  - 家族への支援を義務づけてほしい。
  - きちんと支援がされているかどうか、評価するようにすべき。
- 2) 支援ニーズのアセスメントについて
- このようなことを主治医に聞いてほしかった。生活のことをなかなか聞いてもらえないので、アセスメントを必ずすることになるのはよいと思う。
  - 家族の意見もきいてほしい。
  - 入院中は正確なアセスメントは難しいのではないか。
  - 性的な問題については、聞く必要はないのではないか。答えづらい人が多いと思う。
  - きちんとアセスメントしてくれるのであれば、良い方法だと思う。
  - 困りごとを相談できるきっかけになるとよい。
  - 会議にアセスメント表そのままを出すのは、プライバシーの問題もあり、よくないのではないか。まとめの表などを作ってはどうか。
- 3) 退院後の支援計画について
- 病院では、このような計画を全員に作っているのだと思っていた。作っていないところもあると知ってショック。
  - 家族支援も支援計画の中に入れてほしい。
  - 支援計画がその通りに実行できているかどうかは、誰が確認するのか。
  - 本人が支援計画の作成に同意しない場合でも計画を作成する主旨は理解できたが、実際に支援するのは難しいのではないか。結局家族の負担になることを懸念する。
  - 緊急時に往診してくれるような仕組みがほしい。
  - 1年より長く自治体の支援が必要な人もいるのではないか。
  - 緊急時に「連絡してほしい人」に家族が含まれている場合、本当の緊急時には連絡をもらえないと困る。
- 4) 個別ケース検討会議について
- 本人や家族の希望をきいてもらえるのはよい。
  - 会議のときだけでなく、普段も病気の説明や、治療計画について話してほしい。
  - 警察が入ることはイメージしにくい。しかし必要な人もいるのだろうと思う。家族への暴力など、警察を頼るしかないこともある。
  - 本人がいると話にくいこともある。本人とは別に話をする機会を作してほしい。
  - 家族が妄想の対象になっている場合、家族への面接を別にするなど、工夫していただくとよい。
  - 原則的に家族も会議に参加するのは、結局家族の負担を増やすことにならないか。本人を支援したくないわけではなく、距離をおいて、冷静になりたいときもある。家族の状況に応じて配慮をしてもらえるとよい。

## 5) 情報共有について

- 転居の時の情報共有を本人の同意なしで行えるというのは、どうしても相模原事件対策ではないかと考えてしまう。
- 原則的には、本人や家族の同意に基づいて情報共有をしてほしい。
- 会議での情報共有では、守秘義務のない人が入る場合の対策を考えた方がよいのではないか。
- ずっと本人を支えてきた家族に対しても、個人情報だからという理由で病状の説明してもらえないことがある。個人情報保護が大事なのはわかるが、時と場合によると思う。もう少し柔軟な対応をしてもらえないものか。

以上の結果を踏まえ、我々は先述の「措置入院者等の退院後支援ガイドライン」の内容を一部修正した。

### (13) 精神科臨床における「グレーゾーン事例」の検証に関する研究調査

10名の精神医療者が研究協力者として参画に同意した。分担研究者を含め計11名により、全32事例のグレーゾーンモデル事例が作成された。それぞれに対して2ラウンドのデルファイラウンドを実施するとともに講評が行われた。研究内容の詳細は、グレーゾーン事例集の前書きとして示す予定の「精神科臨床におけるグレーゾーン事例集 作成の経緯(案)」(別紙6)に示す通りである。本研究は現在進捗中であり、来年度も継続予定である。

## D. 考察

本年度は、昨年度に引き続き、現行の措置入院制度に関して俯瞰的に現状分析を行いつつ、今後必要な制度改正や運用の見直しについて政策提言を行うことを目標とした。研究経過中に精神保健福祉法の改正法案が国会に

提出されたが、廃案となった。そのため、本年度の研究成果物として何を想定するかについて、厚生労働省の関係職員とも議論を行った。

本年度の研究結果が昨年度における考察結果を大きく変えることはなかった。すなわち、措置入院制度運用の地域間格差は、各自治体の歴史・文化・実情に依るところが大きい。各地域において精神科医療の最適化を目指して現在の運用に至っているところもあるため、一概に格差の是正が適切とはいえない。また統計情報自体が必ずしも地域の実態を示しているとも言い切れない。他方では、国の法律に基づく行政処分である以上、徒な地域間格差を放置することが妥当とはいえない。

今般、研究班として措置入院制度運用及び精神障害者の退院後支援に係るガイドラインを作成し、両者を踏まえて厚生労働省から通知が発出されたことにより、措置入院制度をはじめとする精神保健医療福祉の質の一定の向上が見込まれる。来年度においてはその効果と弊害を検証するとともに、ガイドラインの普及と改善を目的としたモニタリング、研修等を実施することが必要である。

## E. 健康危険情報

なし。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

今年度の研究成果の一部は現在論文を投稿中ないし投稿準備中である。

その他、本研究に間接的に関連する内容の下記論文が出版されている。

- Akihiro Shiina, Tomihisa Niitsu, Aiko Sato, Soichiro Omiya, Takako Nagata, Aika Tomoto, Hiroyuki Watanabe, Yoshito Igarashi, Masaomi Iyo. Effect of educational intervention on attitudes toward the

concept of criminal responsibility.

World Journal of Psychiatry. 2017,  
7(4):197-206.

- Akihiro Shiina, Aika Tomoto,  
Soichiro Omiya, Aiko Sato, Masaomi  
Iyo and Yoshito Igarashi. Differences  
between British and Japanese  
perspectives on forensic mental  
health systems: A preliminary study.  
World Journal of Psychiatry.  
2017,7(1):8-11.

## 2.学会発表

今年度の研究成果の一部は下記学会で発表  
された。

- 椎名明大 「措置入院制度運用の地域  
間格差と措置解除患者のフォローアッ  
プ体制構築等に関する研究」 平成  
29年6月24日 第113回日本精神  
神経学会学術総会 シンポジウム47  
「措置入院制度の現状と今後の課題」
- 椎名明大 「措置入院制度の現状と改  
革の方向性」 平成29年11月2日  
第25回日本精神科救急学会学術総会  
シンポジウム2「精神科救急医療の立  
場から措置入院制度を考える」
- 椎名明大 「ガイドラインについて」  
平成29年12月2日 第33回法と精  
神医療学会第大会 シンポジウム「精  
神保健福祉法の改正について -非自  
発入院制度の検討を踏まえて-」
- 椎名明大、小塩靖崇、藤井千代 「精  
神科入院経験者の実感と要望に関する  
アンケート調査研究」 平成30年3  
月2日 第37回日本社会精神医学会  
大会
- Akihiro Shiina. Impact of the New  
“Medical Treatment and  
Supervision Act” : A Forensic  
Mental Health Legislation in Japan.  
July 10, 2017. XXXVth International

Congress on Law and Mental Health

## 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。

## 別紙 1：診断書調査解析結果

### 目的

措置入院者に係る診断書及び措置症状消退届を収集分析することを通じて、措置入院制度の全国的な運用実態及び地域間格差を明らかにすることを目的とした。

### 方法

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

調査対象は、平成 27 年度末までに提出された診断書を各 50 事例ずつである。措置入院に関する診断書については、1 事例につき、緊急措置診察に係る診断書、措置診察に係る診断書 2 通の最大計 3 通を収集した。なお、該当期間における事例が 50 に満たない場合は、該当事例のすべてを対象とした。

調査票を文末に示す。

### 結果

#### 事例数等

全国の 32 都道府県及び 17 政令市から回答があった（図 1）。

収集された診断書データは、措置入院に関する診断書として 4,833 枚（2,429 事例）及び措置症状消退届として 2,404 枚である。措置入院に関する診断書の内訳は、措置診察が 4,030 枚、緊急措置診察が 803 枚である（図 2）。

#### 措置入院に関する診断書データ

措置事例の内訳として、緊急措置診察が行われたのは 876 事例で、うち 707 事例（80.7%）が緊急措置入院を必要と判断された。そして緊急措置入院の後に措置診察が行われ措置入院に移行したのは 535 事例で、130 事例が措置不要と判断された。緊急措置入院者を母数とした要措置率は 80.5% である。なお 42 事例においては診察の有無ないし診察結果が不明であった。他方、緊急措置入院を経ずに措置診察が行われたのは 1,553 事例であった。うち 1,084 事例が要措置と判断され、430 事例が措置不要と判断された。要措置率は 71.6% である。なお 39 事例においては診察結果が不明であった（図 3）。

収集された事例を通報種別で分類すると、警察官通報が 1,973 事例と全体の 81.2% を占めた。検察官通報は 268 事例、一般人による申請が 114 事例、矯正施設長通報が 51 事例、

精神科病院からの届出が 12 事例、県知事等による診察命令が 11 事例であった(図 4)。

各事例の年齢については、平均 45.35 歳、標準偏差 15.543 であった(図 5)。

各事例の性別については、男性 1,491 事例、女性 935 事例であった。3 名が性別不明であった(図 6)。

各事例の住居地は、入院先と同じ保健所管内が 2,127 事例と全体の 89.1%を占めたが、入院先と別の保健所管内が 144 事例、他の自治体に住所を有する事例が 117 事例あった。なお 41 事例で当該データが欠損していた(図 7)。

各事例の職業については、無職が 1,804 事例と全体の 74.8%を占めた。有職者は 367 事例、家事労働が 43 事例、学生が 54 事例、不明が 145 事例であった。なお 16 事例で当該データが欠損していた(図 8)。

各事例における過去の入院歴については、初回入院が措置入院だったのが 147 事例、医療保護入院が 325 事例、任意入院が 196 事例、その他の入院形態が 10 事例であった。732 事例が不明、150 事例が入院歴なし、869 事例において当該データが欠損していた。また前回入院が措置入院だったのが 176 事例、医療保護入院が 346 事例、任意入院が 232 事例、その他の入院形態が 8 事例であった。540 事例が不明、164 事例が入院歴なし、963 事例において当該データが欠損していた(図 9)。

各事例における過去の入院回数については、平均 2.08 回、標準偏差 4.588 で、約 1,000 事例が初回入院であるのに対し、20 回を超える事例もあるなど、ばらつきが大きく、べき分布を示した(図 10)。

各事例の精神科主診断を見ると、F2(統合失調症群)が 1,328 事例と全体の約半数を占めた。F0(脳器質性障害群)127 事例、F1(物質関連障害群)183 事例、F3(気分障害群)321 事例、F4(神経症性障害群)133 事例、F5(生理的障害群)3 事例、F6(パーソナリティ障害群)132 事例、F7(知的障害群)44 事例、F8(発達障害群)57 事例、F9(その他の精神障害)20 事例であった。G4(てんかん)が 1 事例、精神科診断を明示しない状態像診断が 33 事例、精神科診断なしと判断されたのが 31 事例、その他の診断が 6 事例であった。11 事例において当該データが欠損していた。主診断を重複診断とした事例はなかった(図 11)。

各事例の精神科副診断を見ると、副診断なしが 1,395 事例で最多であった。また 618 事例において当該データが欠損しており、合わせて約 8 割の事例で副診断が明示されていなかった。個々の副診断については、F0(脳器質性障害群)26 事例、F1(物質関連障害群)85 事例、F2(統合失調症群)が 31 事例、F3(気分障害群)21 事例、F4(神経症性障害群)34 事例、F5(生理的障害群)7 事例、F6(パーソナリティ障害群)42 事例、F7(知的障害群)95 事例、F8(発達障害群)36 事例、F9(その他の精神障害)8 事例であった。G4(てんかん)が 6 事例、精神科診断を明示しない状態像診断が 14 事例、その他の診断が 1 事例であった。重複診断も 10 事例見られた(図 12)。

措置入院に関する診断書に身体合併症についての記載があるか否かを集計したところ、524 枚の診断書に記載が認められた。他方で 4,091 枚では身体合併症なしと判断されていた

た。218枚の診断書において当該データが欠損していた(図13)。

要措置の判断について、診察種類別にまとめたところ、緊急措置診察にかかる診断書においては、623枚が要緊急措置入院、169枚が緊急措置入院不要と判断されており、要緊急措置率は79.0%であった。一次診察においては要措置が1,768枚で措置不要が460枚と、要措置率は79.0%であった。2枚の診断書において当該データが欠損していた。二次診察においては要措置が1,591枚で措置不要が204枚と、要措置率は88.5%であった。5枚の診断書において当該データが欠損していた(図14)。

診察日を診断書ごとに集計したところ、平日が4,115枚で休日が712枚であった。6枚の診断書で当該データが欠損していた(図15)。

診察時間帯を診断書ごとに集計したところ、時間内が3,253枚、時間外が1,571枚であった。9枚の診断書で当該データが欠損していた(図16)。

診察時間帯を診察種別ごとに分類したところ、緊急措置診察の診断書のうち93枚が平日日中に作成されていたのに対し、88.4%にあたる710枚は夜間もしくは休日に作成されていた。一次診察においては、診断書のうち72.1%にあたる1,626枚が平日日中に作成されており、夜間もしくは休日に作成された診断書は628枚であった。また二次診察においては、診断書のうち73.2%にあたる1,300枚が平日日中に作成されており、夜間もしくは休日に作成された診断書は476枚であった(図17)。

措置診察の行われた勤務帯ごとに要措置判断を確認したところ、平日日中においては要措置と判断した診断書が2,566枚、措置不要と判断した診断書が449枚で、要措置率は85.1%であった。4枚の診断書で当該データが欠損していた。他方、夜間もしくは休日においては、要措置と判断した診断書が1,427枚、措置不要と判断した診断書が384枚であり、要措置率は78.8%であった。3枚の診断書で当該データが欠損していた(図18)。

措置診察の行われた場所について、緊急措置診察、一次診察、二次診察に分けて集計したところ、緊急措置診察では医療機関での診察が769枚と95.8%を占めた。ほかに警察署が8枚、その他が26枚であった。一次診察では医療機関での診察が1,310枚で59.0%であり、警察署が769枚、拘置所が8枚、刑務所が49枚、行政機関が40枚、その他が46枚であった。二次診察では医療機関での診察が1,207枚で67.2%であり、警察署が474枚、拘置所が8枚、刑務所が33枚、行政機関が37枚、その他が37枚であった(図19)。

続いて、これまでのデータについて自治体間格差の有無程度を確認する目的で分析を行った。その結果、被診察者の年齢分布(図20)、性別比(図21)、被診察者の職種(図22)、酒診断分類(図23)、副診断分類(図24)については、比較的地域差が少ないように見受けられた。対して、被診察者の住所地に関しては、一部の大規模自治体において圏外の住民を措置診察する機会が多くなっており、被診察者の約2割が当該自治体の住民でないという自治体もある(図25)。身体合併症については、一部の自治体で未記入の診断書が多数を占めており、また身体合併症を有する者の割合も5%未満から20%以上まで自治体ごとにばらつきがある(図26)。被診察者の過去の精神科入院回数については、過去の入院回数が不明で

ある者を除くと、入院歴のない者の割合に 2 倍程度のばらつきがある(図 27)。措置診察の場所に関しては、ほとんどの事例で医療機関で診察を行っている自治体から、警察署での診察の割合が高い自治体まで、大きなばらつきがある(図 28)。

#### 措置症状消退届データ

措置症状消退者の年齢については、平均 46.09 歳、標準偏差は 15.261 であった(図 29)。

措置症状消退者の性別については、男性 1,571 事例、女性 832 事例であった。1 名が性別不明であった(図 30)。

措置症状消退者における措置入院日数の平均値は 118.19 日、標準偏差は 579.339 であった。ヒストグラムは概ね対数正規分布を示した(図 31)。

措置症状消退届の提出から実際の措置解除までにかかった日数については、平均 3.48 日、標準偏差 5.099 であった。大多数で即日措置解除となっていた(図 32)。

措置症状消退者の居住地は、有効データの 88.2%に当たる 1,774 事例において入院先病院と同じ保健所圏内であった。112 事例が入院先病院と同じ自治体の別の保健所圏内、101 事例が別の自治体、25 事例が不明であった。392 事例において当該データが欠損していた(図 33)。措置解除と同時に退院となった 631 事例に限って集計したところ、入院前の居住地と退院先が同一なのが 476 事例、同じ保健所区内で転居したのが 67 事例、同一の自治体内で他の保健所圏内に転居したのが 12 事例、他の自治体に転居したのが 19 事例、不明が 16 事例であった。なお 41 事例が無効回答であった(図 34)。

措置症状消退者における精神科主診断については、F2 が 1,533 事例で全体の約 7 割を占めた。F0 が 92 事例、F1 が 206 事例、F3 が 305 事例、F4 が 73 事例、F5 はなく、F6 が 88 事例、F7 が 32 事例、F9 が 15 事例、G4 が 4 事例、その他が 1 事例、状態像診断が 3 事例あった(図 35)。

措置症状消退者の副診断については、副診断なしが 1042 事例、欠損が 1000 事例だった。副診断の内訳は、F0 が 31 事例、F1 が 72 事例、F2 が 14 事例、F3 が 15 事例、F4 が 26 事例、F5 が 3 事例、F6 が 50 事例、F7 が 97 事例、F8 が 31 事例、F9 が 8 事例、G4 が 7 事例、重複診断が 5 事例、状態像診断が 3 事例であった(図 36)。

措置症状消退者における身体合併症があった者は 293 事例で、全体の 12.8%を占め、身体合併症のない者は 1,989 事例であった。なお 122 事例については記載がなかった(図 37)。

措置解除後の処遇については、医療保護入院が 1,165 事例で最多であり、全体の約半数を占めた。任意入院が 552 事例、通院が 464 事例、転医が 146 事例、他科転科が 8 事例、死亡が 8 事例、その他が 55 事例となっていた(図 38)。

措置症状消退者の帰住先については、家族同居が 691 事例、単身が 341 事例、施設入所が 47 事例、その他が 585 事例となっていた。なお 22 事例においてデータが欠損していた(図 39)。

措置症状消退者に対する訪問看護の方針については、1,246 事例で記載がなく、661 事例

が必要なしとされた。必要ありとされたのは 324 事例であり、169 事例は記載から必要性の判断が不能であった。なお 4 事例においてデータが欠損していた(図 40)。

措置症状消退者に対する障害福祉サービスの方針については、1,319 事例で記載がなく、679 事例が必要なしとされた。必要ありとされたのは 239 事例であり、163 事例は記載から必要性の判断が不能であった(図 41)。

措置症状消退届からわかる措置症状消退者における措置入院日数について、自治体毎に比較してみると、平均在院日数は 32.92 日から 613.57 日まで大きな格差を認めた(図 42)。

## 考察

今回の調査では、全国のほとんどの自治体から協力を得て、措置診察の対象となった患者や、措置症状が消退した患者の属性を調べるとともに、それらの自治体間格差について一定の考察を加えた。

被診察者のうち約 1 割が地元に住していない者であること、同様に約 1 割が措置症状消退後は他の圏域ないし自治体に移住することになることから、これらの者に対する退院後フォローのあり方について検討を要することがわかる。措置症状が消退した以上、患者本人の望まない自治体によるフォローアップを続けることは倫理的に妥当とは言い難い。一方で、退院直後若しくは退院後半年以内において多くの患者が病状再発、再入院に至っていることが多くの先行研究で指摘されていることを考えると、このようなハイリスクな時期に居住地を移さねばならない患者に対する何らかの手当が必要ではないかという考え方もある。現行法下ではそのような事態に対して自治体や病院ができることは多くない。法改正の是非も含めて幅広く議論することが必要であろう。

措置入院者のうちまったく未治療な者はせいぜい 4 分の 1 程度であり、多くが入院歴を有していたり、外来治療を中断していたりということが先行研究で示されている。今回の結果からは、措置入院者は、入院歴のない患者と多数の入院を繰り返している患者とに二分されていることがわかる。また、精神保健福祉法上の入院のうち 1%にも満たない措置入院であるのに、措置診察を受けた者の 1 割近くが前回の入院形態も措置入院であるという事実は、措置入院を繰り返す患者が一定数いることを示唆している。そもそも措置入院が必要になる事態に陥らないためには、一般精神保健医療福祉の拡充が何より重要であるし、措置入院が初回入院となった患者に対しては、二度とそのような非自発的入院を必要とすることのないよう、手厚い医療が提供されるべきである。そうすることにより、措置入院の繰り返しを避けることで、患者本人の社会的予後の改善はもとより、自治体の財政にも良い影響をもたらすことができるだろう。

被診察者における主診断では、統合失調症圏は 5 割という結果であった。退院時の診断は統合失調症圏の割合が増えており、現在でも措置入院の中心的な対象は統合失調症圏であることがわかる。とはいえその割合は年々減っているとされており、措置入院医療も統合

失調症モデルだけでは立ちゆかなくなっているとも言われる。特に相模原事件で耳目を集めた物質関連障害に関しては、措置解除後即退院になることが多いという点からも、措置入院中にどのような治療を行い、退院後の医療につなげていくのかを、より明確化することが求められている。

措置入院制度運用における自治体間格差に関しては、被診察者に占める圏外患者の割合や、身体合併症を有する者の割合、過去の入院歴などにおいてかなりのばらつきがある。また、措置診察の場所に関しては、警察署が主流の自治体と、病院での診察がほとんどである自治体との間で、大きな差異が認められた。これらの違いの意味するところは必ずしも定かでなく、今後の検討が必要であろう。

また、措置症状消退者における措置入院日数に関しても、大きな自治体間格差が見られた。これはおそらく措置入院患者数との関連があると思われる。すなわち、措置入院の発生自体が稀な自治体においては、よほどの事情がない限り措置入院にならないため、一度措置入院になるとなかなか退院できない。逆に措置入院や緊急措置入院が頻発している自治体では、これらが所謂精神科救急と一体化しているため、早期に措置解除につなげる方策が定着しているかもしれない。

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



消退届調査票

No	措置入院開始年月日 (西暦)	消退届の届出年月日 (西暦)	措置入院日数 (開始日から消退届の届出日まで の泊数)	措置症状消退届 の提出日から措置 解除決定まで の日数(即日退 院の場合は0を 記入。不明の場 合は「不明」と記 入。)	性別 男: 1 女: 2	年齢(数字をそ のまま記入)	住所 通報を受理した保健所と同一の圏域: 1 県内の異なる圏域: 2 県外: 3 不明: 4	(措置解除と同時に病院から退院となった者のみ記入)住所変更		主たる精神障害 ICDコードのみ全 析そのまま転写 (ICD記載のない場 合は診断名をそのま ま転写)	従たる精神障害 ICDコードのみ全 析そのまま転写 (ICD記載のない場 合は診断名をそのま ま転写)	身体合併症 なし: 1 あり: 2	措置解除後の処置 任意: 1 医療保護: 2 他科: 3 通院: 4 転医: 5 死亡: 6 その他: 7	退院後の居住先 家族と同居: 1 単身: 2 施設: 3 その他: 4	訪問指導等に關 する意見	障害福祉サービ スに関する意見
								なし(1を記入)	入院時住所と同一の保健所設置自治体(都道府県、 政令市、中核市、特別区)内の移動: 1 入院時住所とは異なる県内の保健所設置自治体(都 道府県、政令市、中核市、特別区)への移動: 2 入院時住所とは異なる都道府県への移動: 3 不明: 4							
1			0													
2			0													
3			0													
4			0													
5			0													
6			0													
7			0													
8			0													
9			0													
10			0													
11			0													
12			0													
13			0													
14			0													
15			0													
16			0													
17			0													
18			0													
19			0													
20			0													
21			0													
22			0													
23			0													
24			0													
25			0													
26			0													
27			0													
28			0													
29			0													
30			0													
31			0													
32			0													
33			0													
34			0													
35			0													
36			0													
37			0													
38			0													
39			0													
40			0													
41			0													
42			0													
43			0													
44			0													
45			0													
46			0													
47			0													
48			0													
49			0													
50			0													

図1: 回答者属性

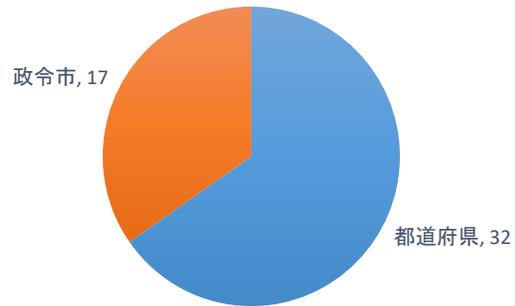


図2: 診断書の内訳

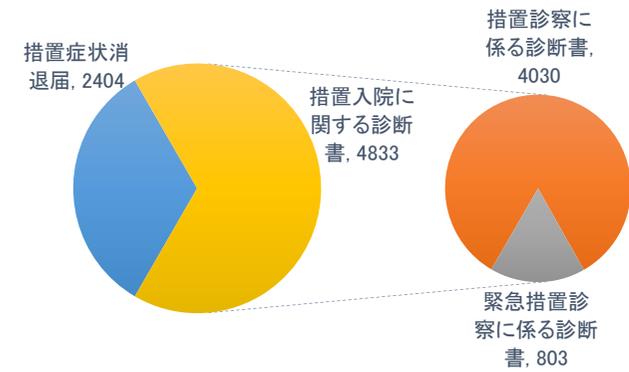


図3: 措置事例内訳

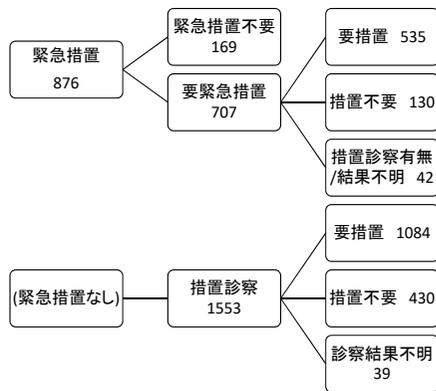


図4: 措置通報種別(事例ベース)

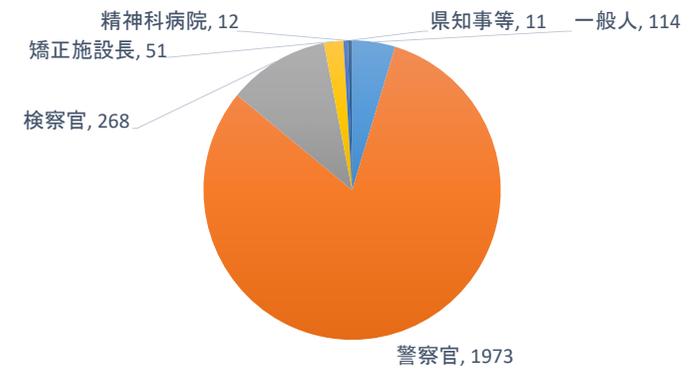


図5: 被診察者年齢(事例ベース)

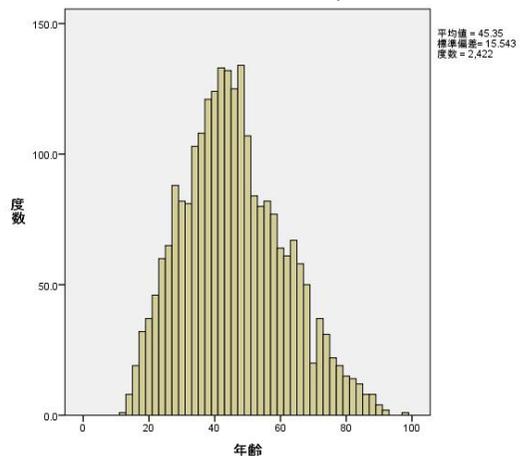


図6: 被診察者性別(事例ベース)

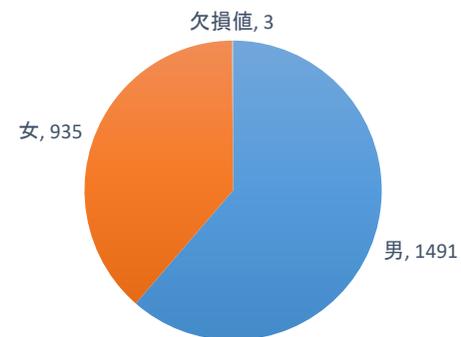


図7: 被診察者住所(事例ベース)

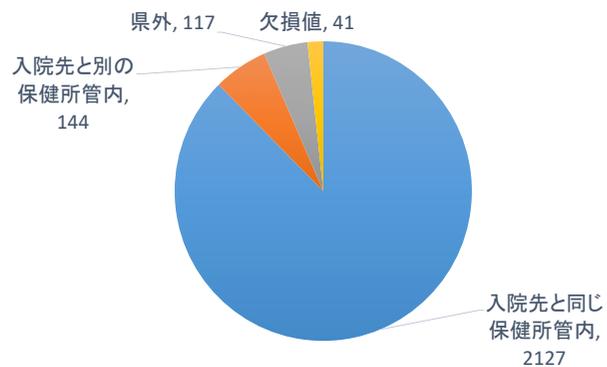


図8: 被診察者職業(事例ベース)

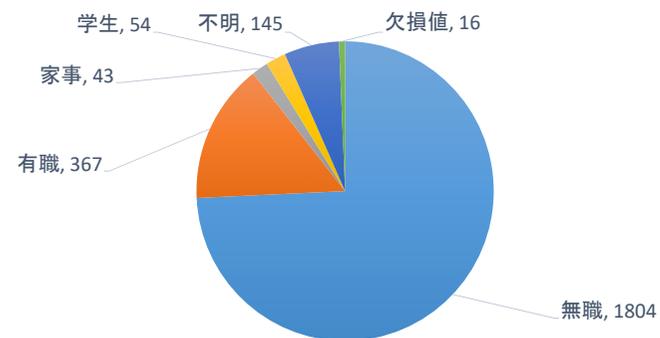


図9:被診察者の過去の入院形態(事例ベース)

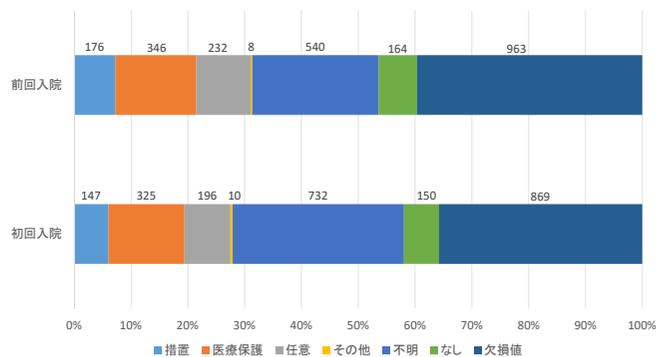


図10:被診察者の過去の入院回数(事例ベース)

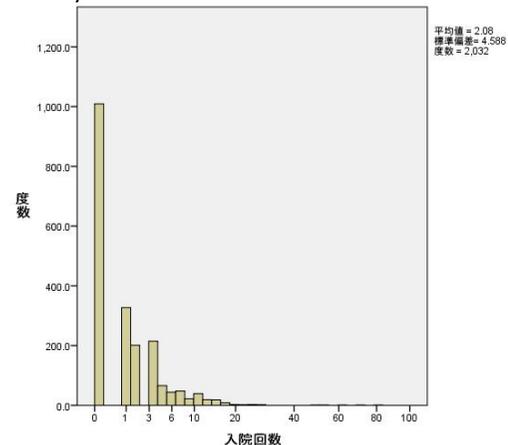


図11:被診察者主診断分類(事例ベース)

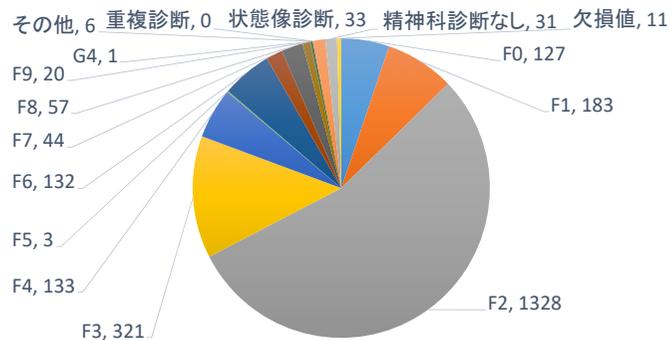


図12:被診察者副診断分類(事例ベース)

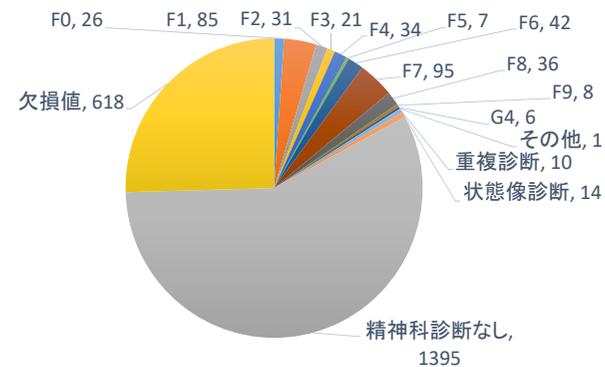


図13: 被診察者身体合併症(診断書ベース)

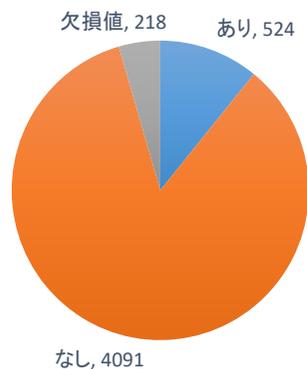


図14: 診察種別要措置判断(診断書ベース)

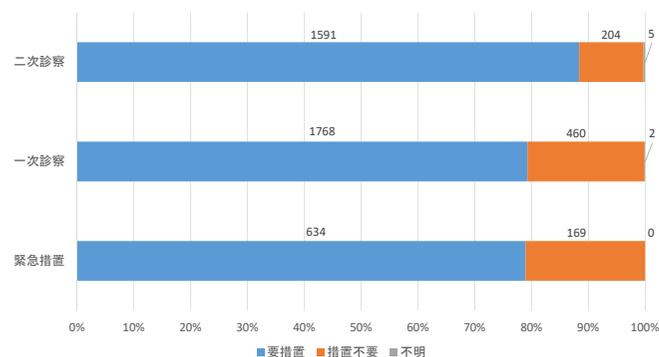


図15: 措置診察日(診断書ベース)



図16: 措置診察時間帯(診断書ベース)



図17:措置診察時間帯(診察種別、診断書ベース)

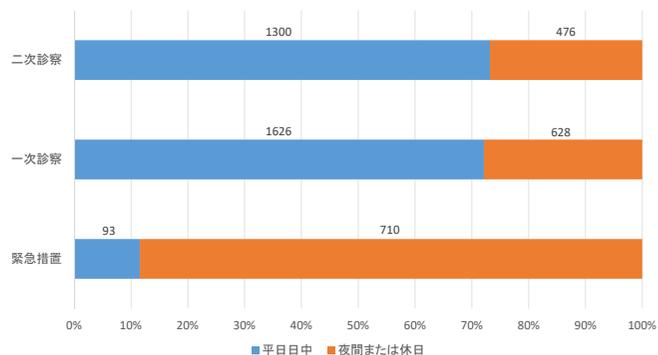


図18:勤務帯別要措置判断(診断書ベース)

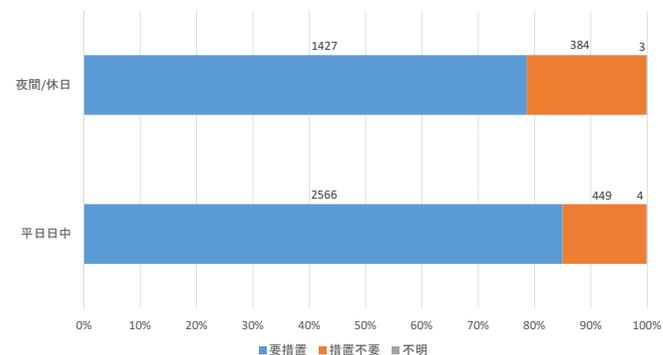


図19:措置診察場所(診察種別、診断書ベース)

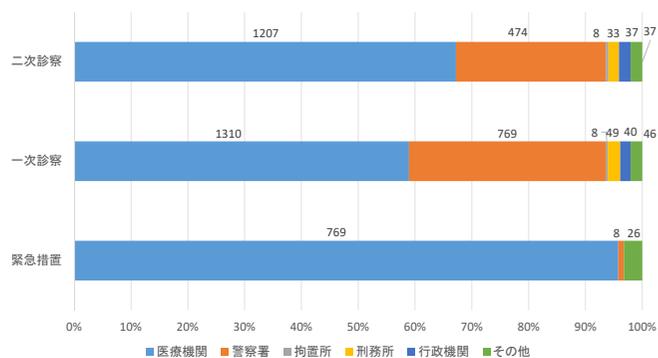


図20:自治体ごと被診察者年齢階級(事例ベース)

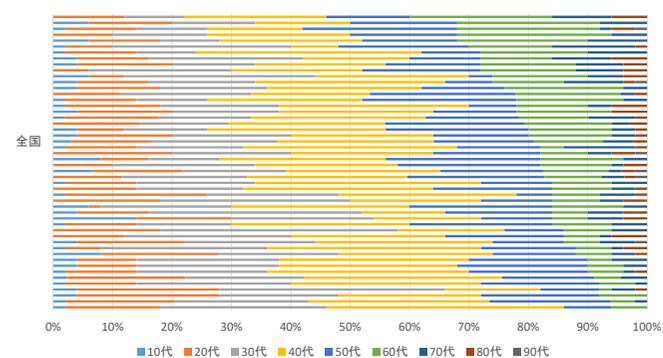


図21:自治体ごと被診察者性別比(事例ベース)

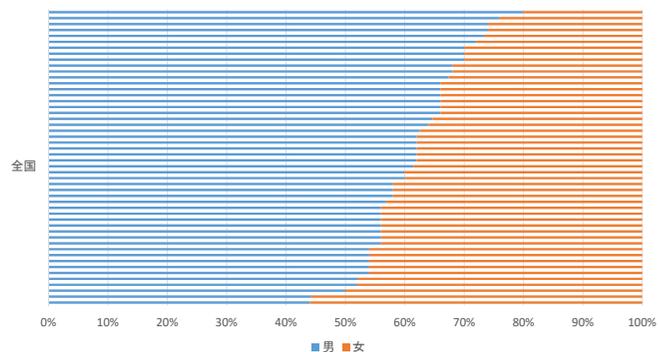


図22:自治体ごと被診察者職種(事例ベース)

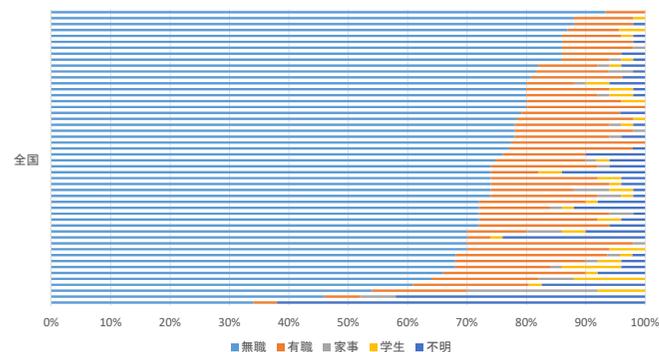


図23:自治体ごと被診察者主診断分類(事例ベース)

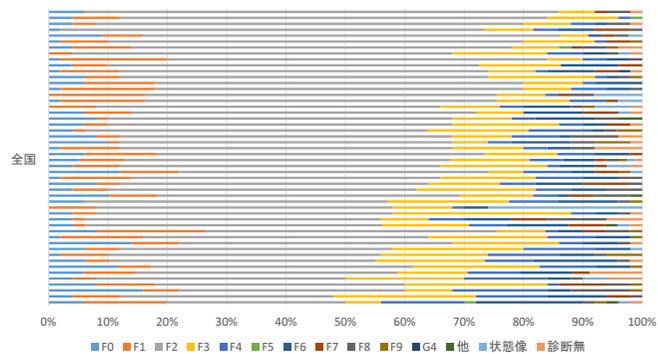


図24:自治体ごと被診察者副診断分類(事例ベース)

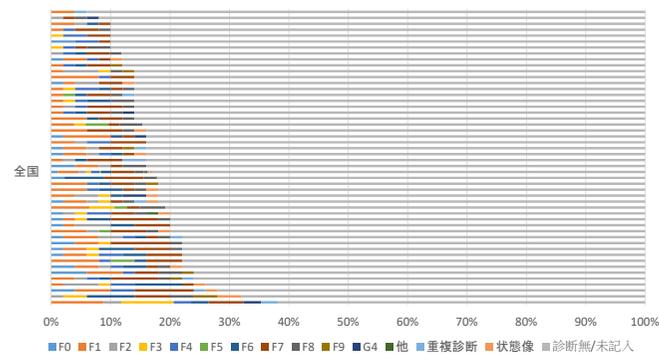


図25: 自治体ごと被診察者住所地(事例ベース)

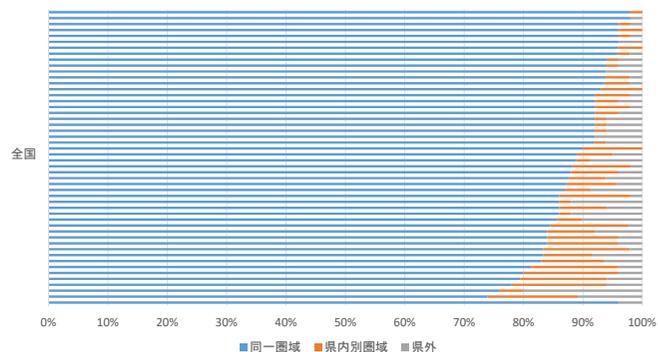


図26: 自治体ごと被診察者身体合併症有無(事例ベース)

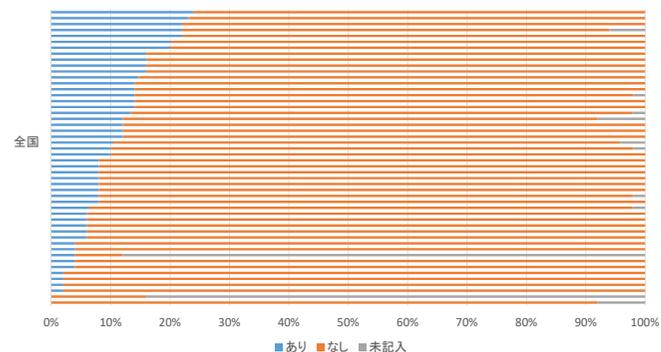


図27: 自治体ごと被診察者過去の入院回数(事例ベース)

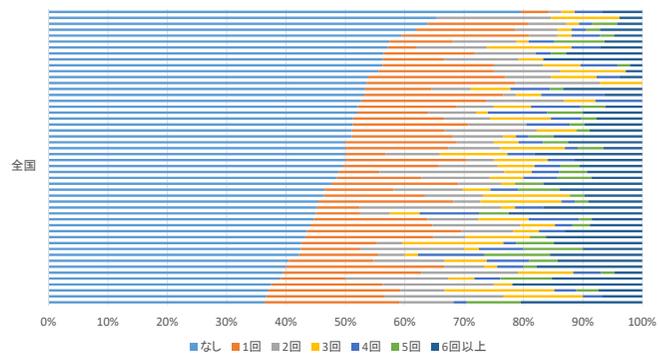


図28: 自治体ごと措置診察の場所(事例ベース)

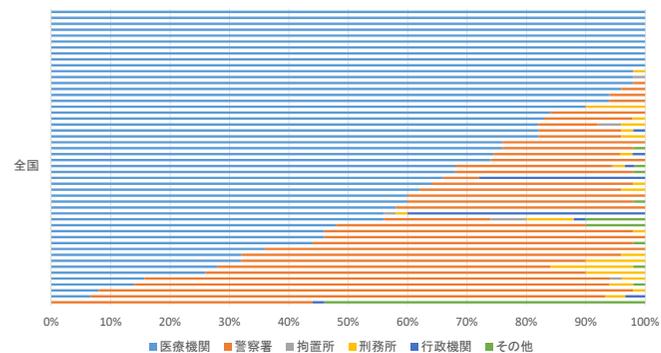


図29: 措置症状消退者の年齢

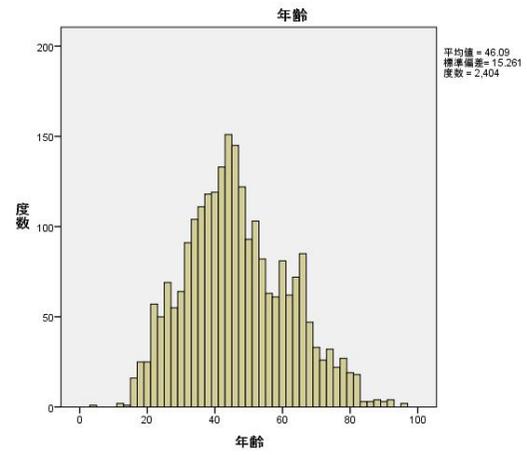


図30: 措置症状消退者の性別

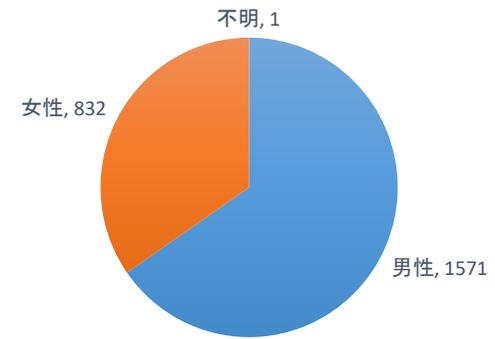


図31: 措置症状消退者の措置入院日数

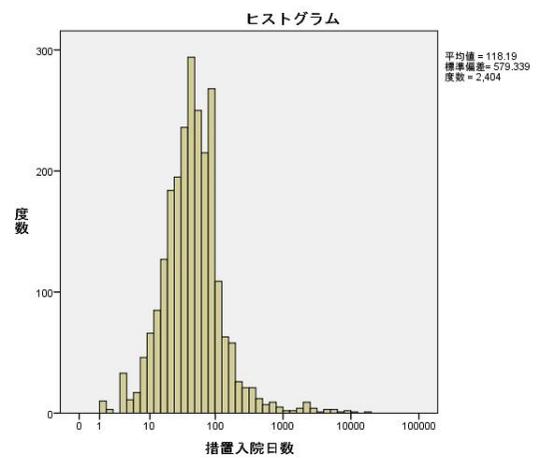


図32: 措置症状消退届提出から措置解除までの日数

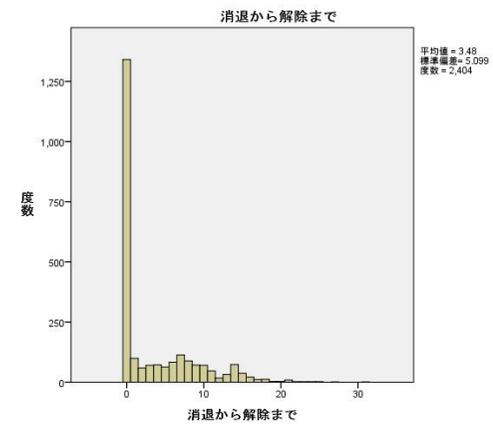


図33: 措置症状消退者の住所

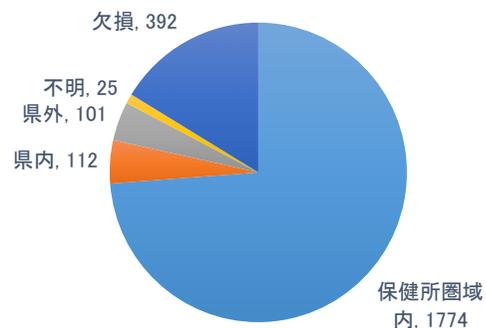


図34: 措置解除と同時に退院した事例における退院時の住所変更

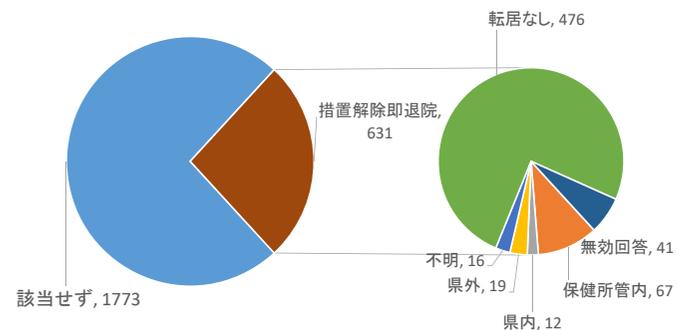


図35: 措置症状消退者の主診断分類

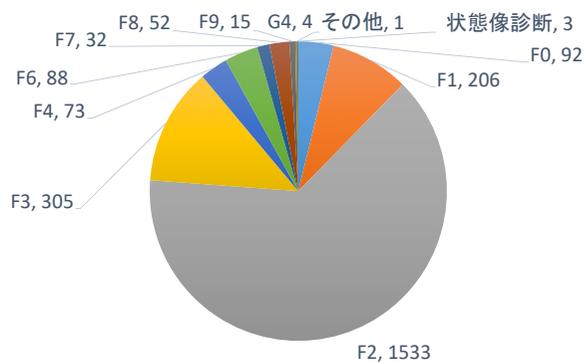


図36: 措置症状消退者の副診断分類

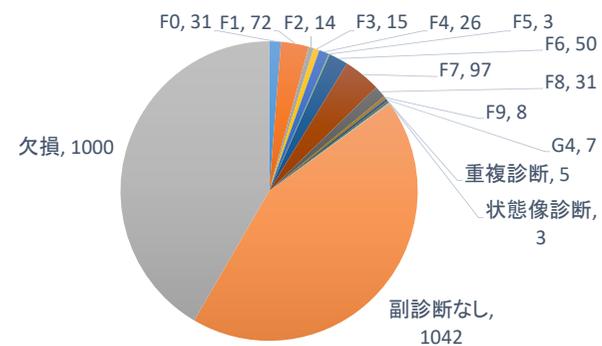


図37:措置症状消退者の身体合併症

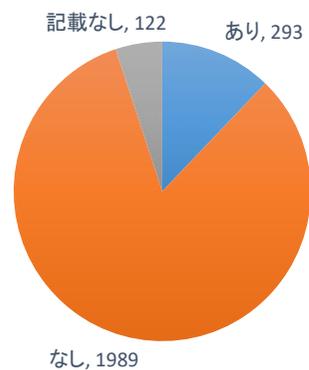


図38:措置解除後の処遇

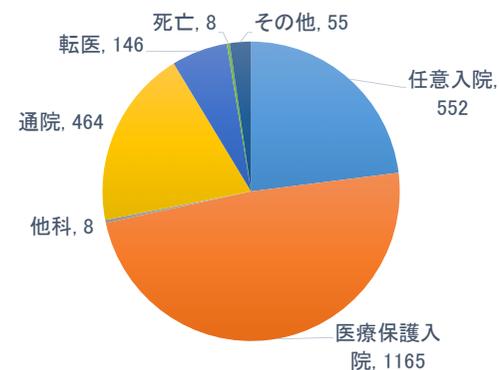


図39:措置症状消退者の帰住先

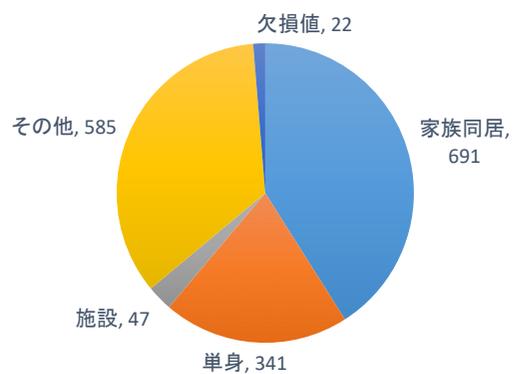


図40:措置症状消退者に対する訪問看護の方針

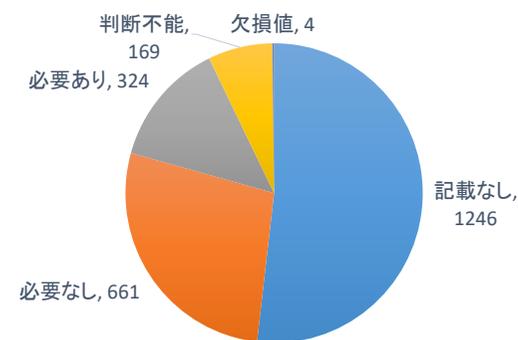


図41: 措置症状消退者に対する障害福祉サービス

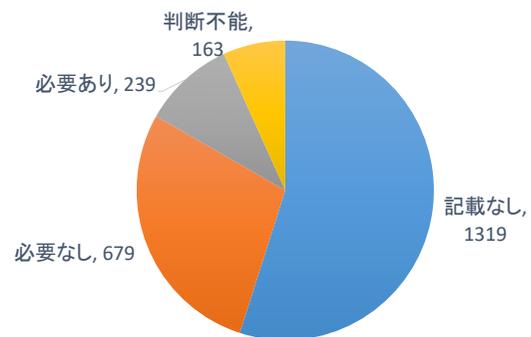
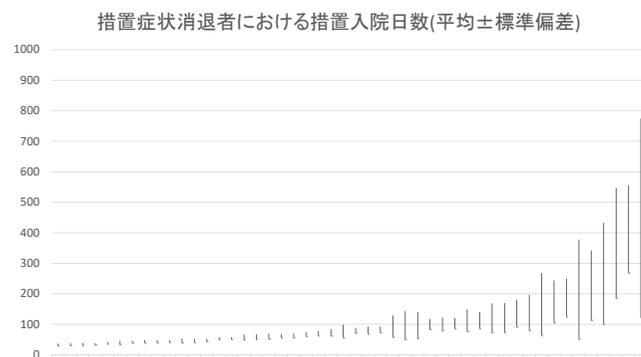


図42: 在院日数の自治体間格差



別紙 2：警察官通報から措置入院に至るまでの運用における地域差に関連する要

因の検討 診断書調査解析結果

## 研究の背景と目的

措置入院制度の運用は、関連する通知、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。）の逐条解説等に基づいて行われているものの、通報の受理、措置診察の要否判断に係る業務の取り扱いに関する国としてのガイドラインはなく、自治体が独自にマニュアルを整備するなど、地域の実情に応じた対応が行われてきた。

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 万人あたりの警察官通報数、通報後に措置診察に至る割合及び警察官通報から措置入院となる割合等には大きな地域差があることが指摘された（図 1,2）。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、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、精神障害者の同意なしに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。

本研究の目的は、警察官通報から措置入院に至るまでの運用における地域差の要因と、地域差是正のために必要な対応策について検討することである。

## 方法

警察官通報数、通報後に措置診察に至る割合及び警察官通報から措置入院となる割合の地域差が生じる要因に関して検討するため、以下の手順で情報を収集した。

### 1) 自治体アンケートによる定量的検討

厚生労働省により実施された都道府県及び政令指定都市を対象とした措置入院制度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。）により、全国の警察官通報及び措置入院制度運用の実態を把握した。自治体アンケートのデータ取得及び解析に関しては、千葉大学大学院医学研究院の倫理委員会の承認を得て実施した（「措置入院制度運用の実態把握等に関する分析研究（2562）」）。

### 2) アンケートの自由記載及び自治体ヒアリングによる定性的検討

自治体アンケートにおける、措置入院制度運用の地域差に関する自由記載の意見を集約した。また、機縁法により選定した自治体職員に対してヒアリングを実施し、措置入院制度運用の地域差が生じている要因に関する意見を聴取した。なお、結果の公表に際しては、ヒアリングを実施した自治体名を公表しないことを確約している。

### 3) 警察ヒアリングによる定性的検討

警察に研究協力を依頼し、研究班会議において、警察庁及び県警本部職員と、措置入院制度運用の地域差及び状況改善のための対応策に関して意見交換を実施した。

## 結果

### 1) 自治体アンケートによる定量的検討

厚生労働省により実施された都道府県及び政令指定都市を対象とした措置入院制度運用に関するアンケートにおいて、研究班へのデータ提供について同意の得られた45都道府県及び18政令指定都市の警察官通報受理の運用状況について検討した。

警察官からの事前相談及び連絡（警察官通報であると明示されないもの）について、どのようなものを警察官通報として扱うかを記載したマニュアル等の整備に関しては、マニュアルがあると回答した自治体は63自治体中1自治体のみ（2%）であった（図3）。マニュアルのない自治体においては、警察官の判断であるとした自治体が54%と最多であったが、現場職員の判断ないしは保健所の判断等、警察官の判断によらない自治体もあった（図3）。警察官からの事前相談や連絡を、警察官通報として扱った経験のある自治体は25自治体（39.7%）であった（図4）。

措置診察の手順について、自治体が作成し、実際に利用したマニュアルの有無に関しては、マニュアルがあると回答した自治体は63自治体中50自治体（79.4%）であった。一方で、措置診察医（指定医）確保の取決めのある自治体は、平日日中は17自治体（27.0%）、平日夜間は15自治体（23.8%）、休日日中は18自治体（28.6%）、休日夜間は17自治体（27.0%）とであった。いずれの時間帯においても、措置診察医確保の取決めの有無と措置診察率との相関は、統計学的に有意ではなかった。

警察官通報の件数及び警察官通報の際の被通報者の状況については、2016年7月1日～9月30日の警察官通報の件数と、その期間における通報を受理した時点で警察官による被通報者の身柄の保護を伴わない通報の有無、有の場合はその件数につき調査した。警察官通報の総数に占める保護を伴わない通報の割合は、31自治体（49.2%）では0%であり、保護を伴わない通報の割合が最も多い自治体では85.7%であった。保護を伴わない通報の割合のヒストグラムを図5に示す。ただし、この結果に関しては、警察官通報として各自治体が計上した数値に、後述する「警察から自治体への相談や連絡」が含まれている可能性が否定できない。また、「被通報者の身柄の保護を伴わない通報」についても、「被通報者を一度も

保護していない場合]、「被通報者を一旦保護したが、通報後に保護を解除した場合」等、いくつかの異なる状況が混在している可能性がある。

## 2) アンケートの自由記載及び自治体ヒアリングによる定性的検討

自治体アンケートの自由記載及び自治体ヒアリングにより、措置診察率のばらつき及び事前調査や措置診察に関して対応が困難となる状況に関する意見を集約した。主要な意見から、以下の点が課題として抽出された。

### ① 警察官通報数の計上方法に関する課題

衛生行政報告例の警察官通報として、「警察から自治体への相談や連絡」が計上されている自治体がある。

### ② 被通報者が保護・逮捕等されていない場合の対応に関する課題

自治体職員が事前調査を実施する段階で、被通報者が警察に保護・逮捕等されていない場合がある。その場合、通報を受けて事前調査する際に困難を生じる可能性がある。

### ③ 被通報者が精神科病院に入院治療中である場合の対応に関する課題

通報の段階で、被通報者が既に精神科病院に入院治療中である場合がある。このような場合には、被通報者に必要な医療と保護が提供されており、措置診察や措置入院の必要性が認められないと考えられる。

④ 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場合の対応に関する課題

警察官が、被通報者の家族等から「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」状況に係る相談を受けたのみであるなど、本人を視認していない場合でも警察官通報がなされることがある。その場合、自治体において措置診察の必要性を合理的・客観的に判断することが困難である。

### ⑤ 措置診察の要否判断の際に重視する事項の違いに関する課題

警察官通報に関しては、医療への迅速なアクセスを重視し、原則として診察を実施することを前提に事前調査を実施している自治体がある一方で、措置診察自体が被通報者にとって強制性を伴うことなどから、そのような対応をなるべく抑制的に行うことを重視して、できるだけ措置診察を行わないような運用としている自治体もある。

### ⑥ 警察官、指定医の判断基準に関する課題

警察官通報や、措置入院の要否判断に関しては、警察官や指定医の判断基準にばらつきがみられるとの指摘がある。

## 3) 警察ヒアリングによる定性的検討

警察ヒアリングにおいては、以下の問題提起がなされた。

### ① 自治体の相談支援体制及び精神科医療へのアクセスに関する課題

警察においては、地域に密着して24時間体制で活動していることから、夜間・休日を問

わず、地域の精神障害者の自傷他害行為等に係る通報や相談等を受けることが多い。

これらのうち、警察官通報の要件に該当するものについては通報し、該当しないものについては法第47条の相談を行うこととなるが、自治体によっては相談指導、医療機関の紹介などが適切に行われない場合がある。

#### ② 被通報者が保護・逮捕等されていない場合の対応に関する課題

被通報者の身体的治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、通報が行われることがある。警察官が行う精神錯乱者の保護は、警察官職務執行法（以下、「警職法」という。）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。

#### ③ 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場合の対応に関する課題

警察官が被通報者について、「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」状況を視認していない場合であっても、次のような場合等は通報することがある。

- ・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
- ・視認した現場の状況や、家族等からの聞き取り等の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

#### ④ 自治体職員の判断基準に関する課題

警察官通報の受理、措置診察の要否判断に関して、自治体職員の判断基準にばらつきがみられるとの指摘がある。

## 考察

警察官通報数、通報後に措置診察に至る割合及び警察官通報から措置入院となる割合の地域差が生じる要因を検討するにあたっては、1)データの正確性、2)警察官通報受理の段階、3)措置診察の要否判断（自治体職員による判断）の段階、4)措置入院の要否判断（指定医による判断）の段階、のそれぞれについて検討する必要がある。

#### 1) データの正確性に関する課題

要因検討にあたり、まず着目すべきは、データの正確性に関することである。自治体アンケート及び自治体へのヒアリングから、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」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、自治体への相談や情報提供を警察官通報として扱うかどうかの判断方法が、自治体によって異なっていることや、自治体と警察の間の意思の疎通が不十分であることも関係すると考えられる。

このような見かけ上の地域差を是正するためには、自治体が警察から精神障害者についての連絡を受けた際に、法第 23 条に基づく警察官通報であるのか、法第 47 条の相談であるのかを、自治体と警察の双方で確認することが必要である。

## 2) 警察官通報受理の段階に関する検討

本来であれば、上記のような見かけ上の警察官通報件数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、警察官通報受理の段階に関して、以下の事項については、見かけ上の地域差が是正された場合であっても、なお地域差が生じる要因となっている可能性がある。

### ① 被通報者が保護・逮捕等されていない場合の対応に関すること

被通報者が警察に保護・逮捕等されていない場合の対応について、地域差が生じている可能性がある。

警察官が、精神障害のために自傷又は他害のおそれがあると認められる者を発見した場合には、被通報者が保護・逮捕等されていることが多いと考えられるが、警察においては、被通報者の身体的治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には、被通報者が保護・逮捕等されていない状態でも通報することがある。

一方で、事前調査時に被通報者が警察に保護・逮捕等されていない状況においては、自治体による事前調査がより困難となり、警察が保護・逮捕等していないことをもって自傷他害のおそれがないと考え、診察不要との判断に傾く可能性が高いものと推察される。先行研究においても、自治体職員は、警察が本人の保護を継続している場合は警察が保護を維持するだけの必要性がある、すなわち自傷他害のおそれのある可能性が高いとの認識が生じることにより、措置診察が必要であるとの判断に傾く傾向があると指摘されている 1、2)。このため、被通報者が保護・逮捕等されていない通報が多い地域においては、診察率が低くなる可能性が高いと考えられる。

こうした状況を改善するためには、警察において、どのような場合に保護・逮捕等されていない状態でも通報することがあるかについて、自治体と警察の双方が共通の認識を持つとともに、事前調査を実施する際に、必要に応じて自治体と警察が連携できるようにすることが必要である。

### ② 被通報者が精神科病院に入院治療中である場合の対応に関すること

被通報者が精神科病院に入院治療中である場合の対応について、地域差が生じている可

能性がある。

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を除き、通報の段階で被通報者が既に精神科病院に入院治療中である場合には、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 に基づく届出により検討されることから、原則として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。

これらについて、自治体と警察の双方が共通の認識を持つ必要がある。

③ 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場合の対応に関すること

警察が、被通報者の家族からの相談を受けたのみであり、本人を視認していない場合の対応について、地域差が生じている可能性がある。

警察官が、被通報者を視認していない場合には、「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。

- ・ 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
- ・ 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

こうした状況を改善するためには、自治体と警察の双方が、どのような場合に本人を視認していない状態での通報があるかについて共通の認識を持つとともに、事前調査を実施する際に、必要に応じて自治体と警察が連携できるようにすることが必要である。

④ 自治体の相談支援体制及び精神科医療へのアクセスに関する課題

警察においては、地域の精神障害者に係る相談を受けることも多く、精神科医療を必要としている住民に対し自治体が適時適切な相談支援を行ううえでは、警察からの相談や情報提供に適切に対応することが重要である。警察と自治体の連携体制が十分であり、精神保健福祉法第 47 条に基づく自治体の相談支援が適切に提供され、必要な精神科医療へのアクセスが確保されている場合には、警察等からの相談等の段階で支援が提供され、結果として警察官通報が少なくなることも考えられる。したがって、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が、警察官通報の地域差に関連してい

る可能性がある。

平成 27 年度の地域保健・健康増進事業報告によれば、都道府県における「相談」の延べ件数（人口 10 万人あたり）を見ると、最も相談件数の多い県は 1178.2 件、最も少ない県は 41.6 件（全国平均 227.4 件、中央値 175.0 件）であった。人口 10 万人あたりの「相談」の延べ件数と警察官通報の相関は統計学的に有意ではなく（ $r=-0.197$ ）、「相談」内容の詳細については不明であるため、各自治体の相談支援の実施状況と警察官通報との関連を検討することは困難である。しかし、自治体による相談支援体制及び精神保健福祉法第 34 条に規定される移送を含む精神科医療へのアクセスのあり方に関しては、地域精神保健における重要な課題とされているところであり 3)、警察官通報への影響の観点からも、より正確な実態把握と対応策の検討が必要である。

なお、法第 47 条に基づく警察と自治体間での情報共有のあり方については、個人情報保護の観点等を含めた検討が必要であると考えられる。

#### ⑤ 警察官通報受理の手続き等に関する課題

自治体からは、警察官が警察官通報とする判断基準に個人差があるとの指摘があり、一方で警察からは、自治体職員の、警察官通報の受理、措置診察の要否判断の基準にばらつきがあると指摘されている。

これらは、警察官通報に係る運用の地域差と直接関連するとは言い難いものの、対策を講じる必要がある課題である。この状況を改善するためには、警察官通報において自治体が確認すべき事項、通報受理の手続きを明確にし、それらの項目について自治体職員のみならず警察官へも周知を図ることが有用であり、また自治体においては、措置診察の要否を組織的に判断することができる体制を確保することが適当であると考えられる。自治体職員と警察官の双方が参加する警察官通報に関する研修の開催なども検討すべきであろう。

警察官通報及び通報後に措置診察に至る地域差の是正のためには、以上の点を中心に、厚生労働省が警察庁等との協議を通じてガイドラインを整備し、自治体職員のみならず警察官にも周知を図るとともに、双方が参加する研修を開催することにより、警察官通報受理に係る地域差の是正を図ることができると考えられる。また、各地域において、自治体、精神科医療関係者、警察等の関係機関による協議の場を設け、自治体職員と警察官の意見交換を行うことにより、双方の認識をすり合わせていくことも重要であろう。

#### 3) 措置診察の要否判断の段階に関する検討

自治体アンケートの自由記述及び自治体へのヒアリングからは、自治体職員が措置診察の要否判断に際して重視する事項が、自治体によって異なる可能性が指摘されたが、この点に関しての検証はできていない。措置診察医確保の体制の整備状況については、措置診察率との関連は明らかでなかった。

したがって、この段階で生じる地域差についての考察は困難であるが、ガイドラインで措置診察の要否判断の基準を可能な限り具体的に示すことにより、地域差を可能な限り減らしていくことが必要であると考えられる。

#### 4) 措置入院の要否判断の段階に関する検討

自治体ヒアリングにおいては、指定医間の判断にばらつきがあるとの指摘があった。しかし、指定医間の判断のばらつきについては未検証であり、実際に指定医個人の判断のばらつきの大きさについては不明である。また指定医個人の判断のばらつきは、警察官通報があったもののうち措置入院となった者の割合や数の地域差との関連を示唆するものではない。

指定医による措置入院の要否判断の段階で生じる地域差に関しては、指定医の判断に警察官通報や措置診察の要否判断のばらつきが影響を与えている可能性があり、措置診察に至るまでの判断にばらつきが大きい状態での検討は困難である。

しかしながら、精神障害者の同意なしに法律に基づいて行われる行政処分である措置入院の要否について、最終的に判断するという大きな権限を有した指定医の役割が極めて重いことは論を俟たない。指定医の判断のばらつきが地域差の要因であるかどうかにかかわらず、指定医の資質の確保・向上のため、今後、研修等のさらなる充実が必要不可欠であろう。

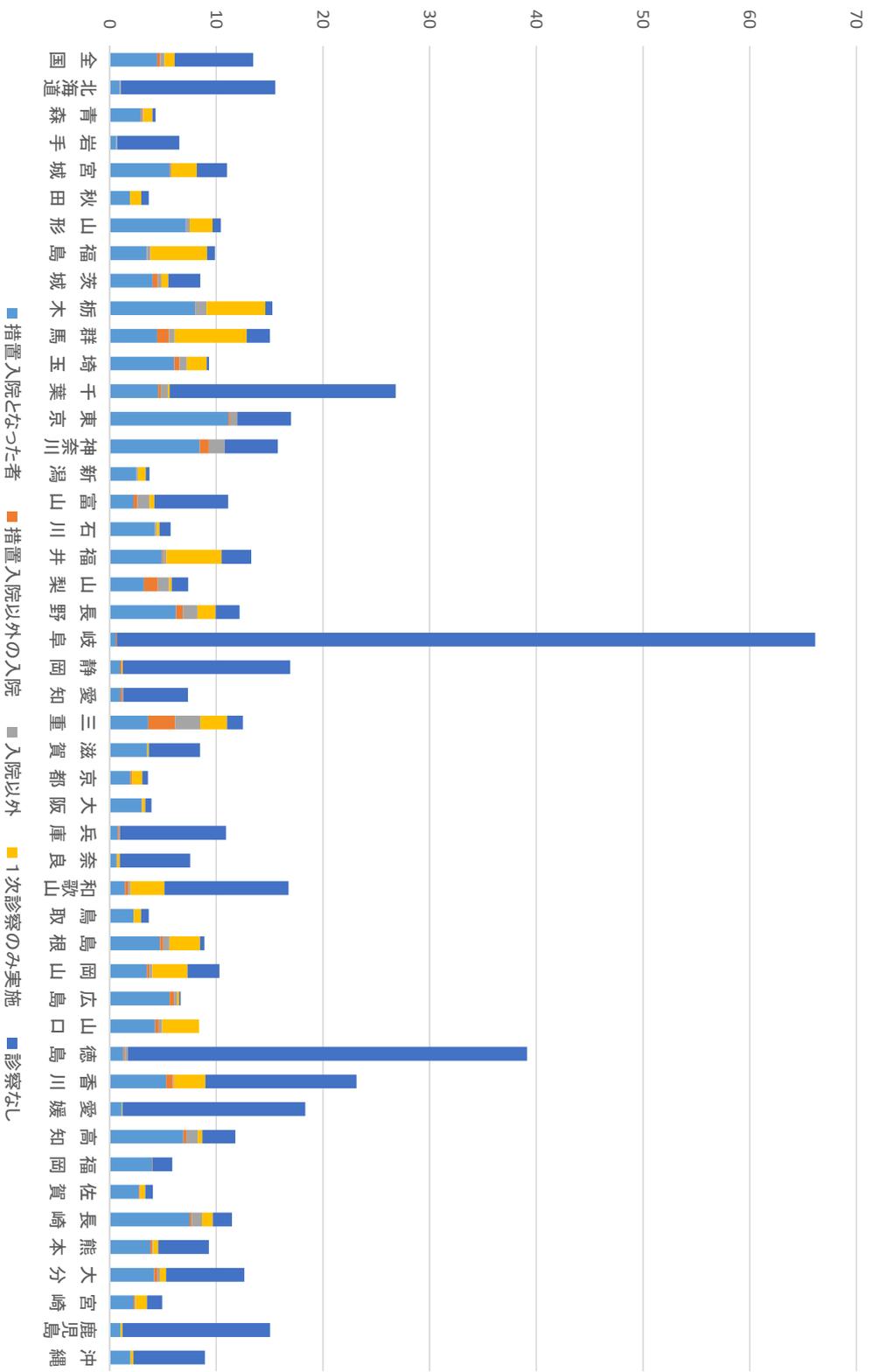
#### 結語

自治体アンケート、自治体ヒアリング及び警察ヒアリングにより得られた情報に基づき、警察官通報から措置入院に至るまでの運用における地域差の要因検討を行った。見かけ上の地域差を生じさせる原因となっているデータの計上方法のばらつきについては、比較的容易に対策を講じることのできるものであり、早急に対応すべきである。その他の要因に関しては、国が措置入院制度の運用ガイドラインを示し、継続的な研修等を通じて普及を図ること、各地域において、自治体、精神科医療関係者、警察等の関係機関による協議の場を設けること等を通じて警察・自治体双方が連携していくことにより対応する必要があると考えられる。

また、緊急な医療を必要とする精神障害者を医療につなげるという警察官通報の役割が増大する中で1、2)、措置入院に至らなかった者についての医療アクセス確保は重要性を増してきていると考えられる。今般、精神科医療が必要な精神障害者に対する地域の相談支援体制の充実が求められているが、自治体における業務の増大や、人的資源の確保の難しさ等、様々な要因により十分な体制がとれていない地域も少なくない。今後、精神保健福祉法第47条の運用をはじめとする地域の相談支援体制、必要な精神科医療へのアクセスのあり方等について、予算措置を含め、早急に検討を進めることが重要である。

文献)

1. 吉住昭：医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法による対応に関する研究（その2）医療観察法導入後における精神保健福祉法第24条に基づく警察官通報の現状について。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇および社会推進に関する研究。平成23年度分担研究報告書，pp69-107, 2012
2. 吉住昭：医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法による対応に関する研究（その1）医療観察法導入後における精神保健福祉法第24条に基づく警察官通報の現状に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇および社会推進に関する研究。平成24年度分担研究報告書，pp69-91, 20132-31, 2012
3. 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報告書。2017.02.<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029.html>>



図表 図1 H26年度 都道府県別(人口10万対)警察官通報件数と対応状況 (政令市を有する都道府県に関しては、政令市を除いた警察官通報件数及び人口による)

出典: 衛生行政報告例, 国勢調査

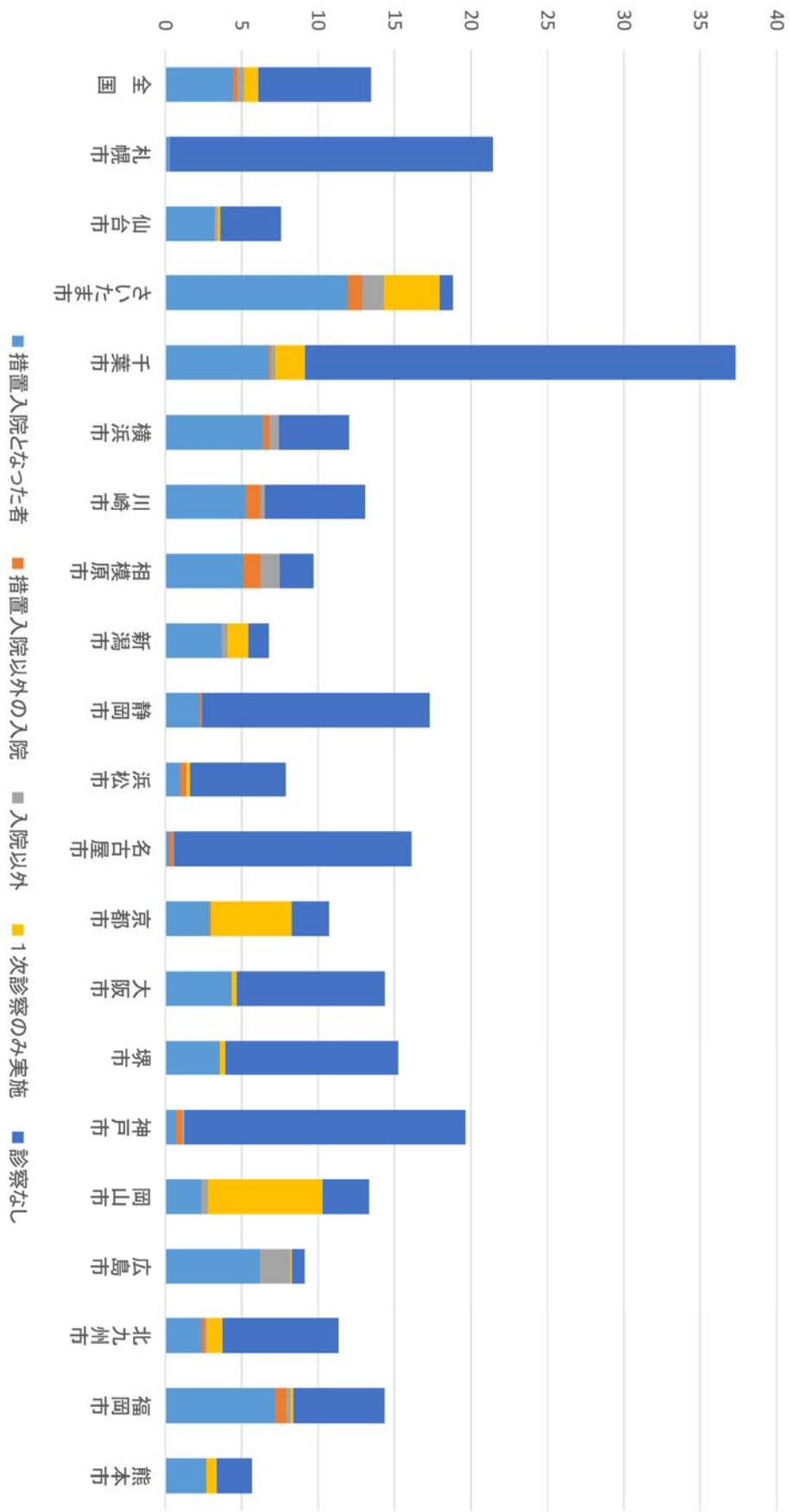


図2 H26年度 政令市別(人口10万対)警察官通報件数と対応状況

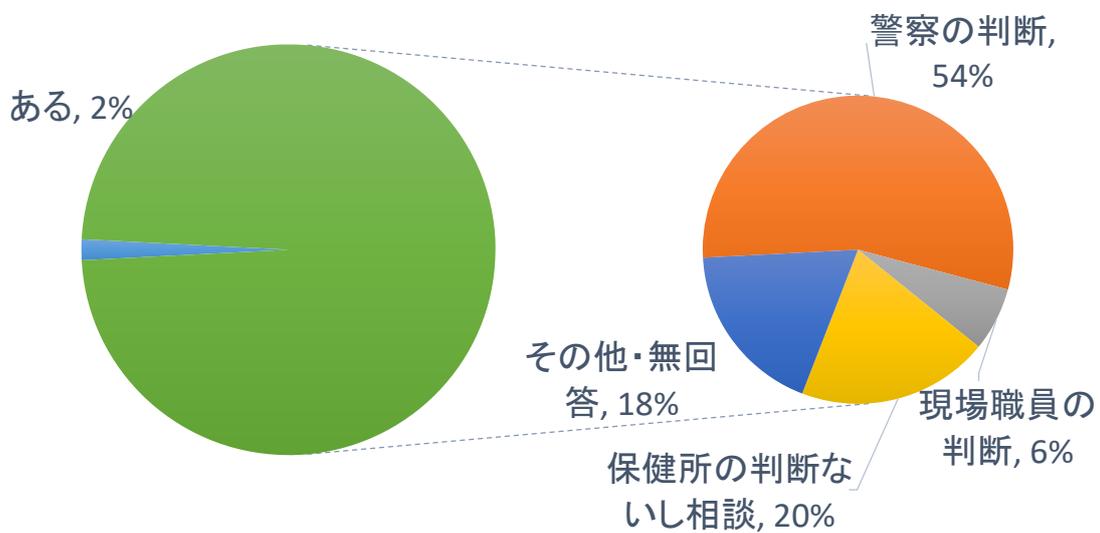


図3 通報受理マニュアル有無と警察官通報かどうかの判断方法

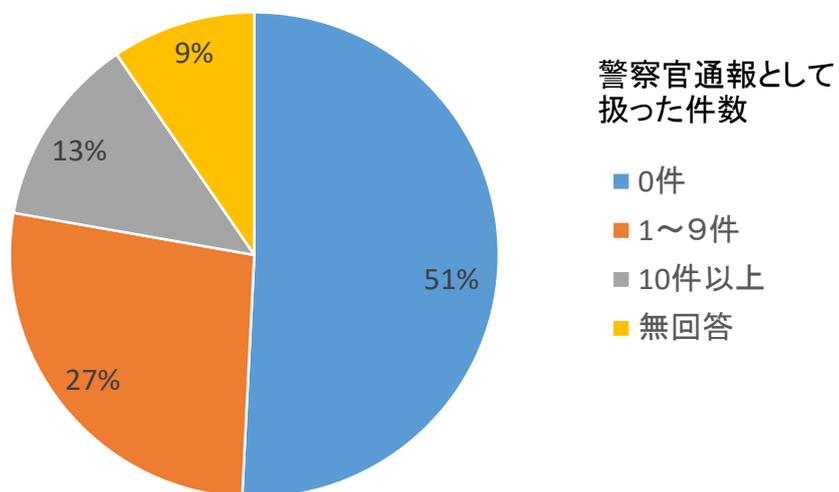


図4 警察からの連絡を警察官通報として扱った経験 (2016年7月1日～9月30日)

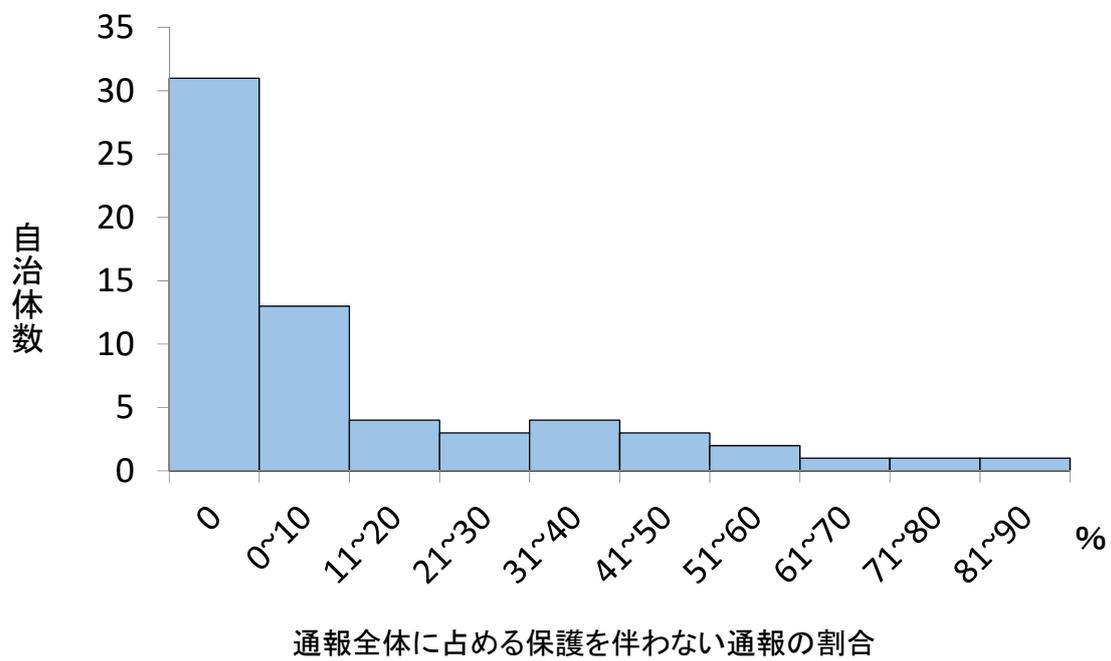
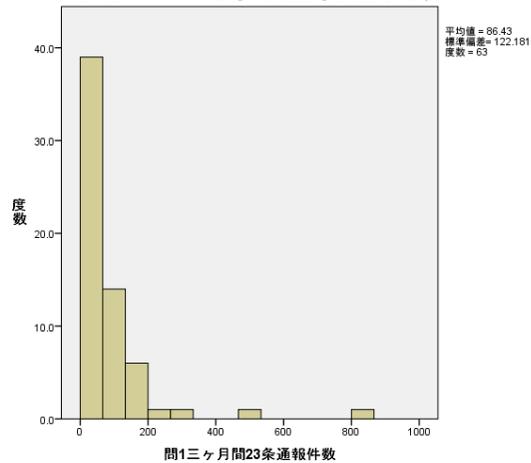


図5 保護を伴わない通報の割合別自治体数

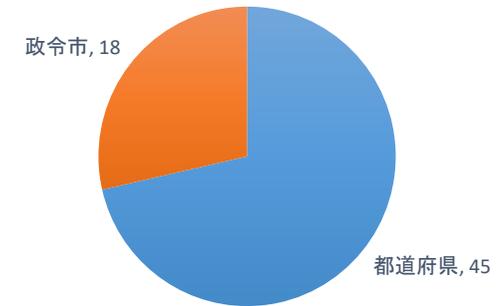
## 別紙3: 自治体アンケート 結果

個々の質問項目については、関連する自由記載を参照し、文意を汲んで一部の回答に修正を行い、あるいは選択肢を再編集した。多重回答については、文意を汲んで最も代表的な選択肢に統一した。自由記載の内容に対しては、視認性及び自治体名の匿名化等に配慮して最小限度の修正を行った。措置通報等に関する数値は平成27年度衛生行政報告例(ただし福島県のみ平成26年度)のデータを用いた。

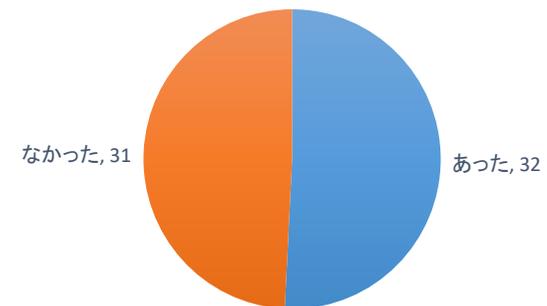
### 3ヶ月間の23条通報件数



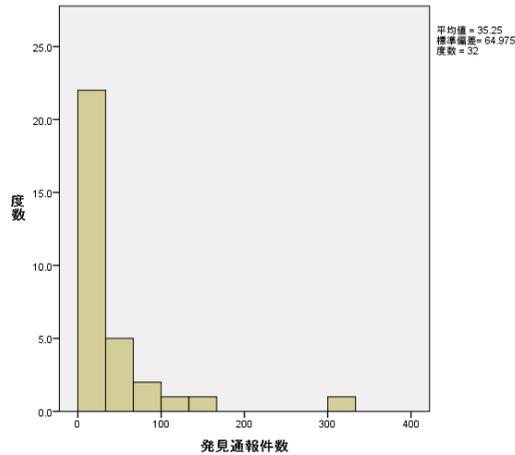
### 回答者属性



### 被通報者の身柄の保護を伴わない通報の有無



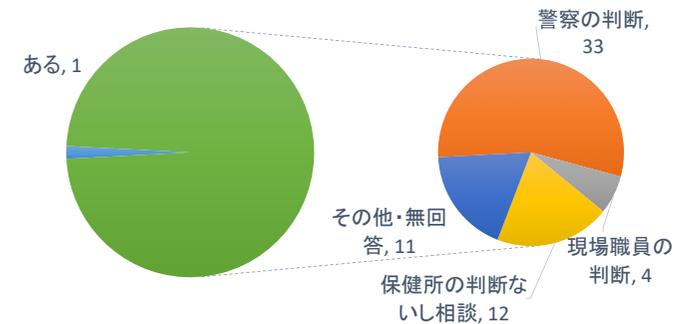
## 被通報者の身柄の保護を伴わない通報の件数



## 通報受理に関する自由記載

- ・(緊急)措置診察の実施が必要と保健所長が判断した事案は通報があったものとして扱い、通報書の提出を警察に求めている。
- ・通報受理者が通報者に対し通報の意図を確認し、情報提供としての参考通報である場合は23条通報として取り扱わず、相談記録票への記録を行う。
- ・原則、23条通報と明示されるものに限り扱う。ただし、事例により保健所長の判断により決定する。
- ・23条通報するかしないかの判断の主体は警察官(署)であり、連絡等を23条通報として扱うことは原則ない。一方で、事後的な通報が出された際に、精神保健福祉法の通報の趣旨からみて本来事後的に相当するものがあつた場合(例:保護等していない事例)は、その都度伝えている。
- ・原則として、警察官に保護されている状態での通報とするよう依頼している。
- ・通報か否かを明確にさせていただくよう警察に依頼している。
- ・通報と明示されず且つ措置診察を実施しなかった事案についても、事後に通報書の送付があれば、通報件数にカウントしている。
- ・通報時に身柄の保護、警察官が現認した状態か、自傷他害のおそれのある状態か否か等について確認はしている。
- ・飲酒や身体合併症を有するケースについては、それらへの対応を優先し、改めて通報するよう申し入れている。

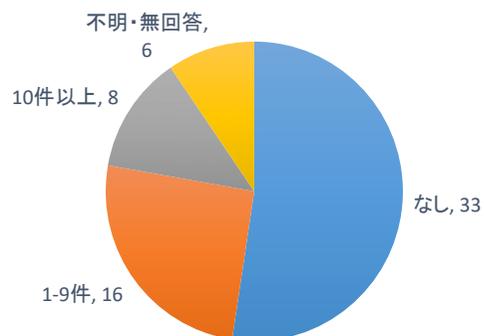
## 通報受理マニュアル有無



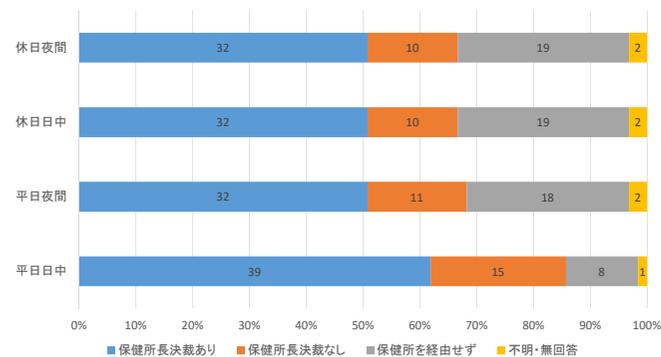
## 警察と23条通報の処理について相談することに関する自由記載

- ・警察から相談等として連絡があつた場合には、各保健センター相談員と警察が相談の上、最終的に警察が23条通報するかどうかを判断する。
- ・警察の意向、現場職員とその上司の判断、対象者の主治医の意見等を勘案し、保健所長等の判断で決定している。
- ・事前相談というシステムがない。
- ・警察官からの相談を受け、助言。警察官が判断。
- ・事前相談や連絡のうち、保健所長の判断で通報として扱う場合は、必ず通報書を提出してもらっている。
- ・事前相談や連絡では23条通報として取り扱わない。通報書によって通報されたものに対応している。
- ・一報を受けた際に相談が通報か確認しすすめている。口頭で受理した場合も、必ず書面での提出を求めている。
- ・判断に迷う場合などに相談を受けた際には法の解釈に基づき、回答している。
- ・警察署が電話連絡の時点で通報か相談・連絡かを区別している。
- ・警察官から電話連絡があつた段階で、相談が通報かを確認し対応している。警察が通報にするか判断に迷う際には、保健所保健師が状況判断し助言している。
- ・警察から相談等として連絡があつた場合には、精神保健福祉相談員や事務職が警察と相談の上、最終的に警察が23条通報する。
- ・警察官から相談として連絡があつたものは、保健所現場職員と警察官が相談して、最終的には警察官が23条通報するかどうかを判断している。
- ・日常的な相談として対応はしているが、個別の23条通報とするかどうかは警察官職務執行法第3条に基づく警察の判断としている。
- ・最終的に23条通報するかは警察の判断であるが、相談があつた際に自傷他害のおそれの有無を確認し、通報としない場合は精神保健福祉相談として対応する。

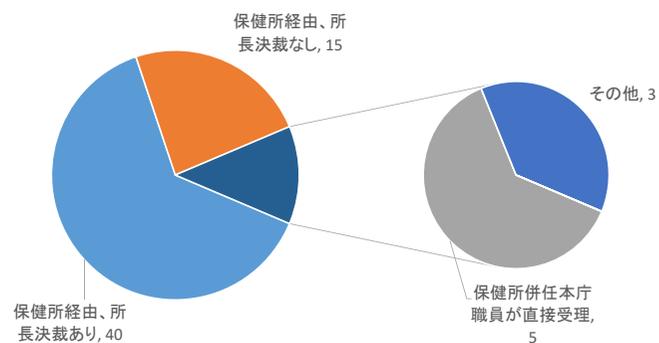
## 警察からの連絡を23条扱いとした経験



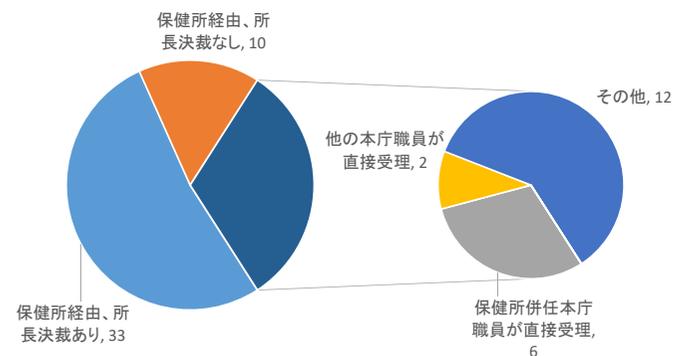
## 措置通報の受理手続



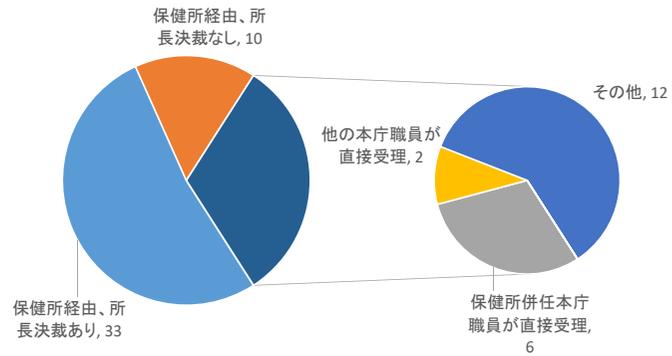
## 措置通報の受理手続(平日日中)



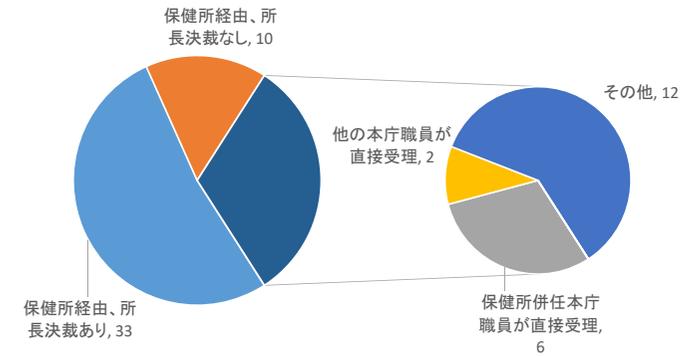
## 措置通報の受理手続(平日夜間)



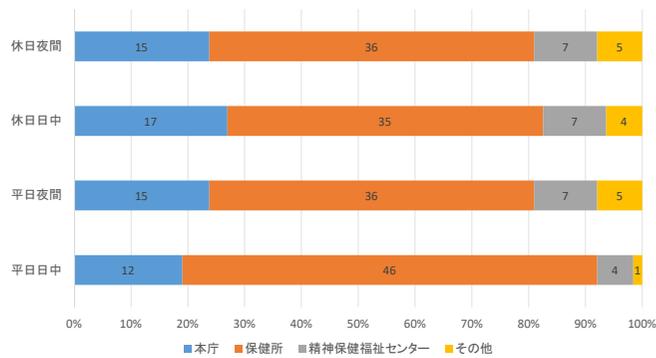
## 措置通報の受理手続(休日日中)



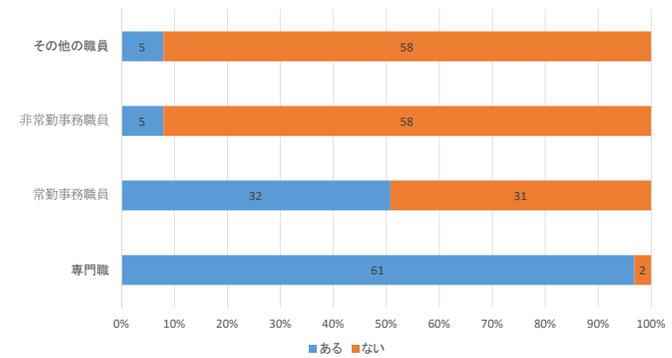
## 措置通報の受理手続(休日夜間)



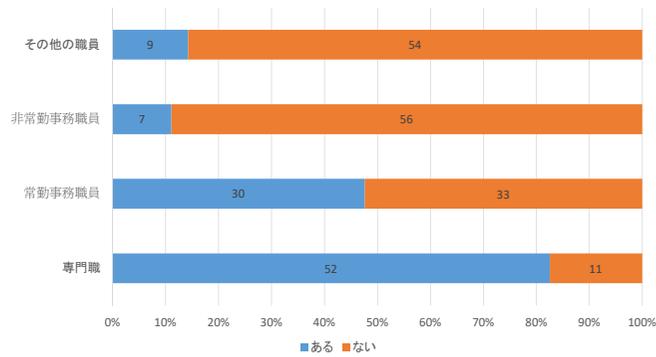
## 措置通報を受理する職員



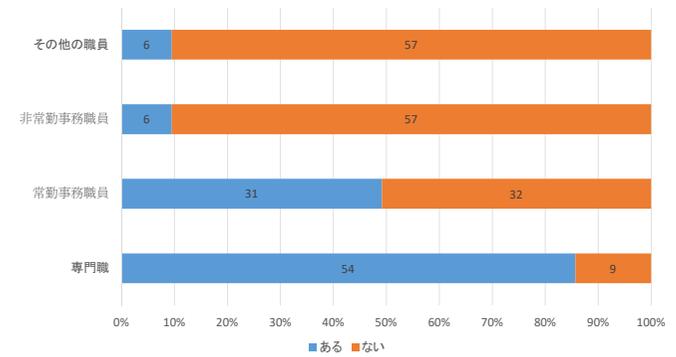
## 事前調査を行う職種(平日日中)



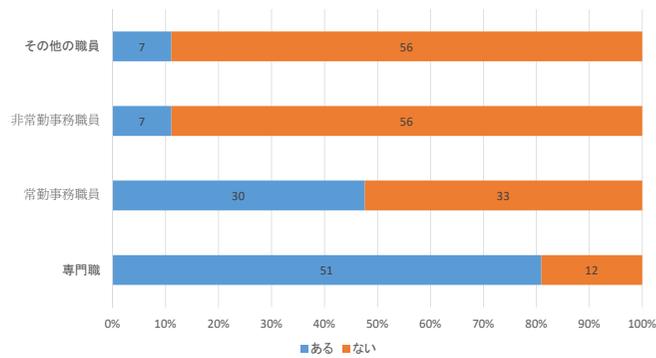
## 事前調査を行う職種（平日夜間）



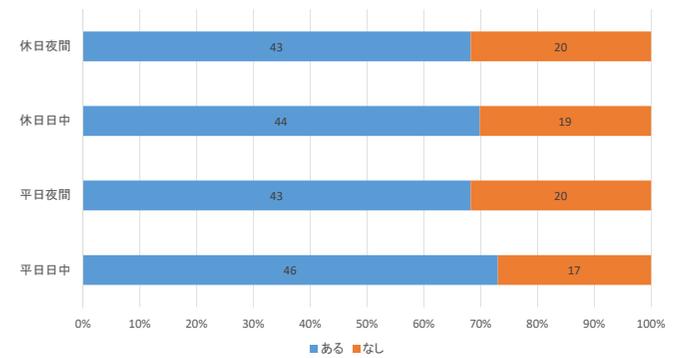
## 事前調査を行う職種（休日日中）



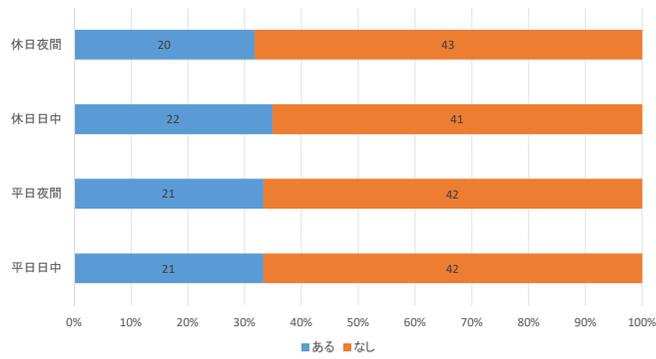
## 事前調査を行う職種（休日夜間）



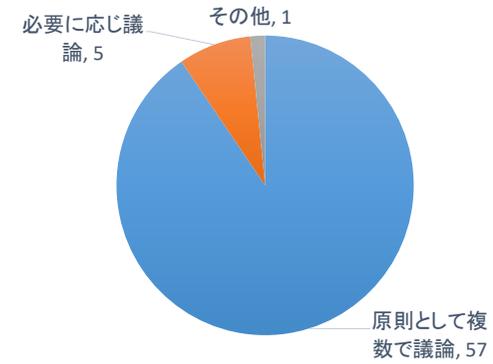
## 措置診察実施手順マニュアル



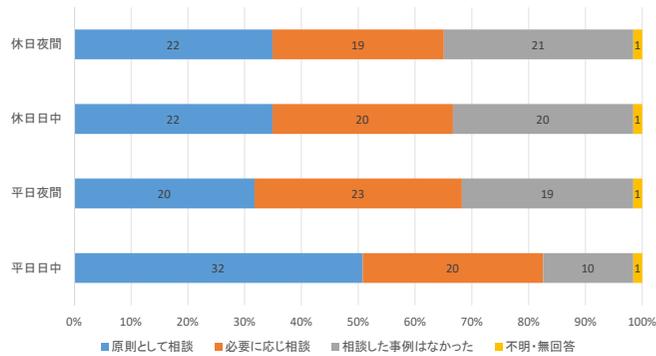
## 措置診察実施要否マニュアル



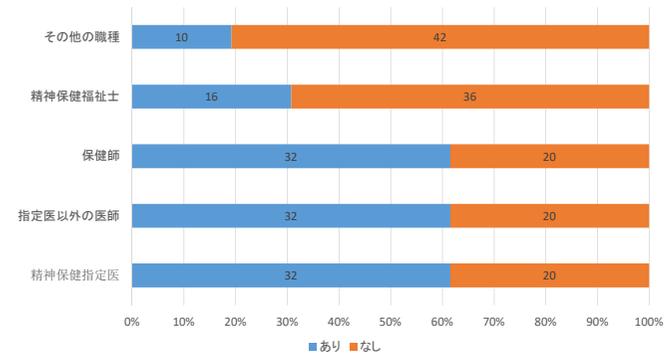
## 措置診察要否判断について複数の職員で議論するか



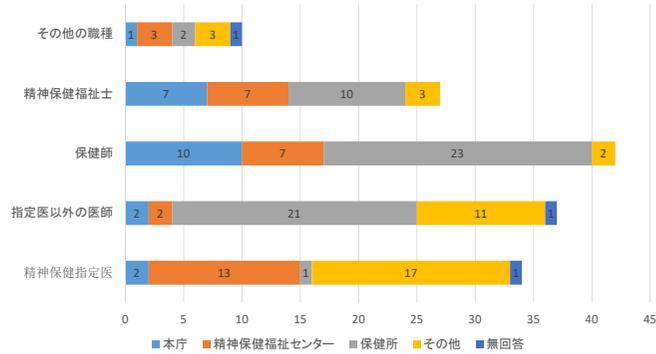
## 措置診察要否について専門家への相談



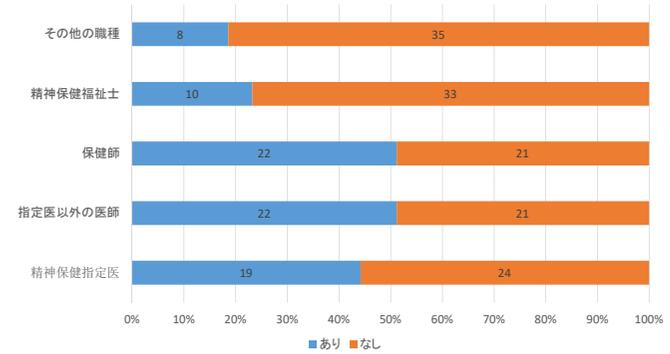
## 措置診察要否について相談した専門家の職種(平日日中)



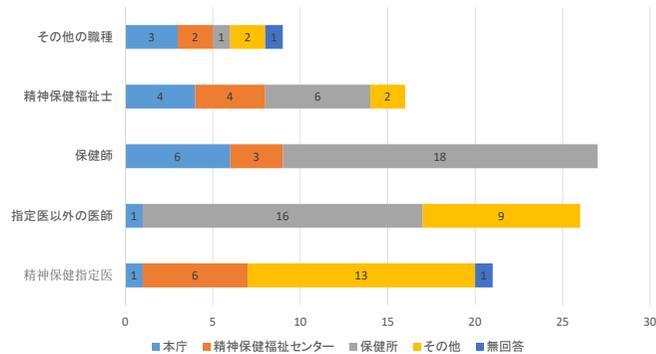
### 措置診察要否について相談した専門家の所属(平日日中)※複数回答



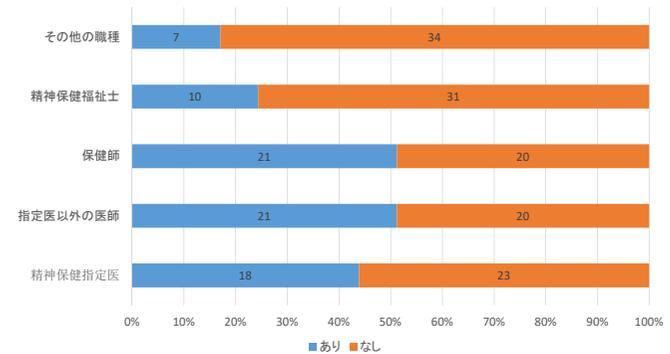
### 措置診察要否について相談した専門家の職種(平日夜間)



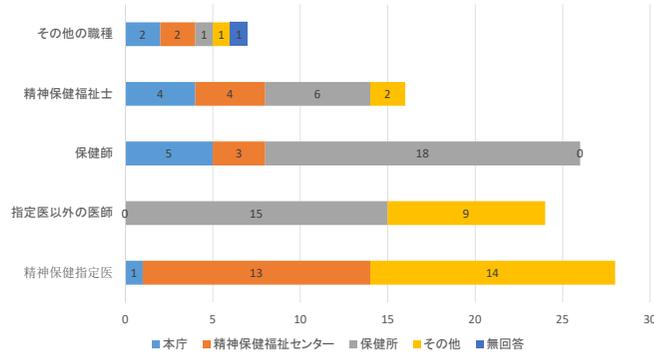
### 措置診察要否について相談した専門家の所属(平日夜間)※複数回答



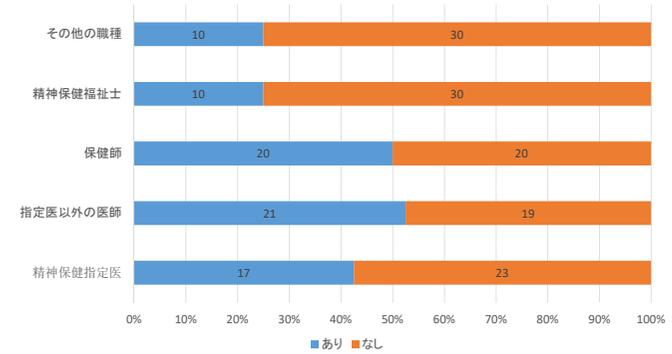
### 措置診察要否について相談した専門家の職種(休日日中)



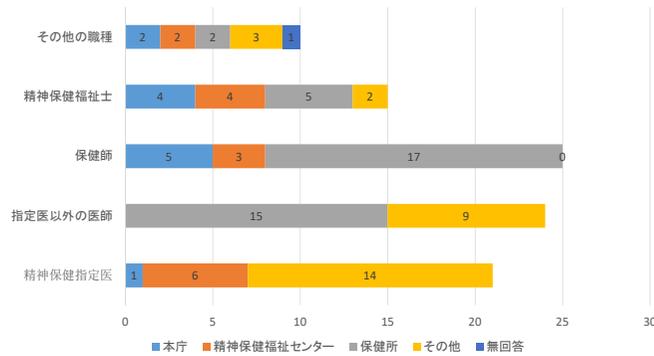
## 措置診察要否について相談した専門家の所属(休日日中)※複数回答



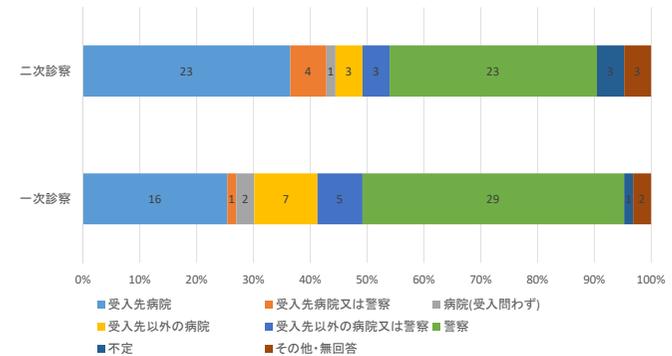
## 措置診察要否について相談した専門家の職種(休日夜間)



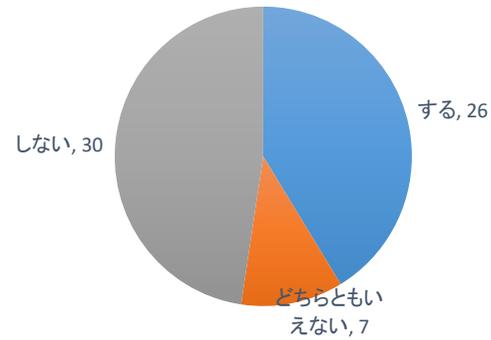
## 措置診察要否について相談した専門家の所属(休日夜間)※複数回答



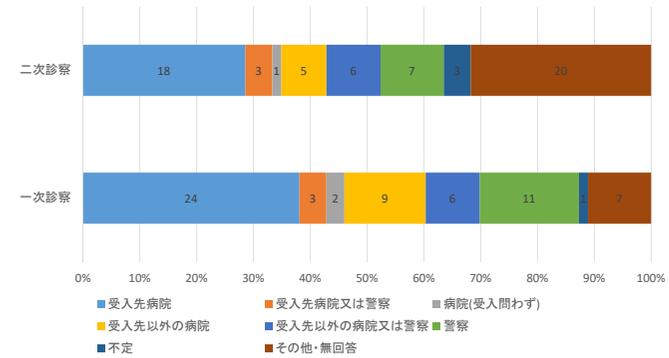
## 措置診察場所(平日日中)



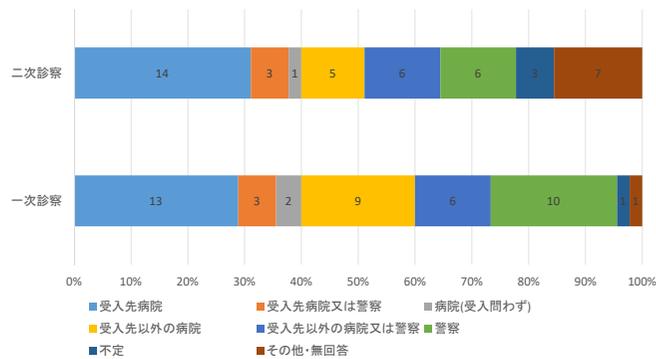
## 受入先医療機関を平日昼の措置診察場所とするか



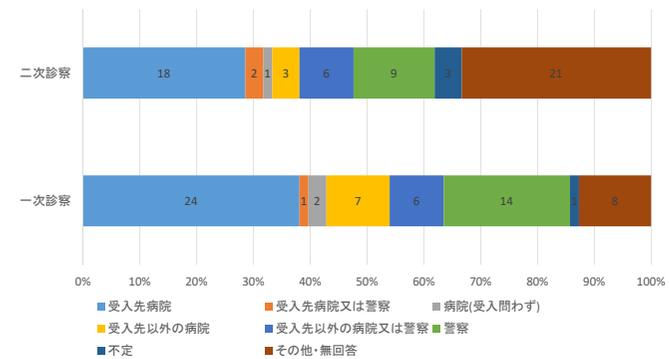
## 措置診察場所(平日夜間)



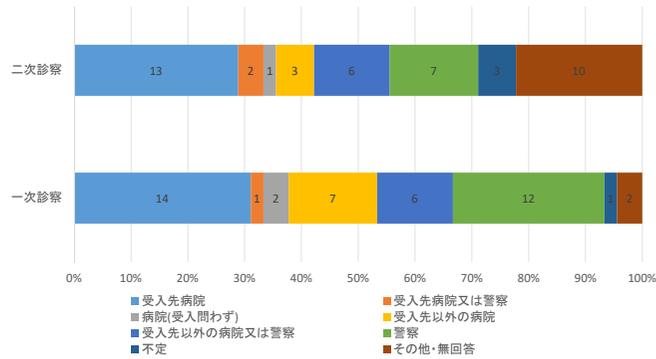
## 措置診察場所(平日夜間) ※緊急措置のみの自治体を除く



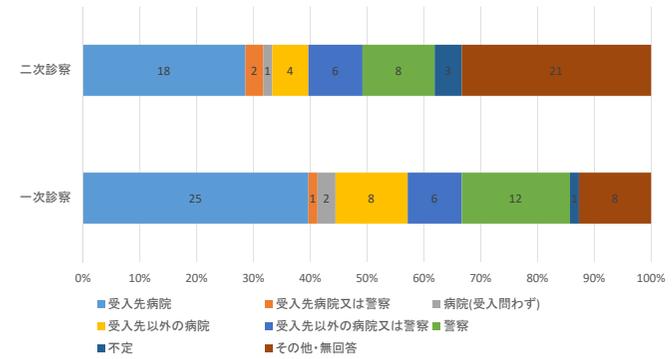
## 措置診察場所(休日日中)



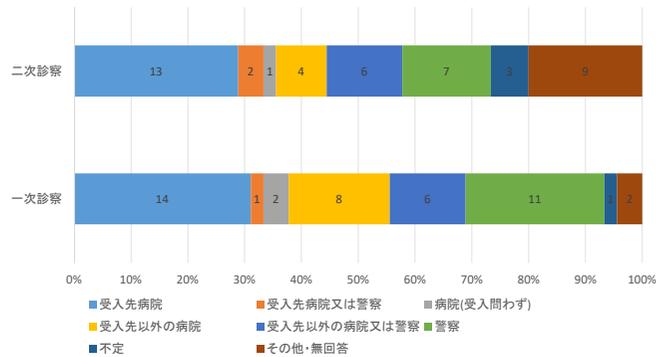
## 措置診察場所(休日日中) ※緊措のみの自治体を除く



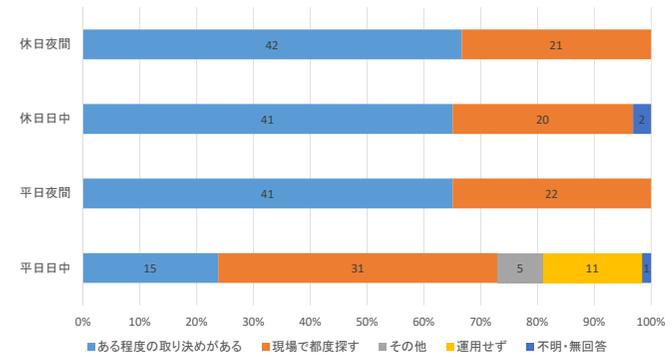
## 措置診察場所(休日夜間)



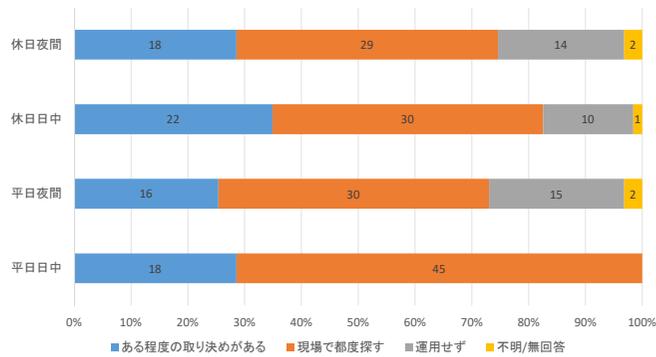
## 措置診察場所(休日夜間) ※緊急措置のみの自治体を除く



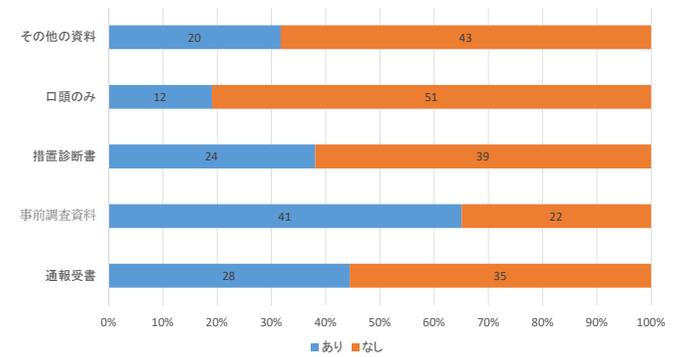
## 緊急措置診察指定医確保



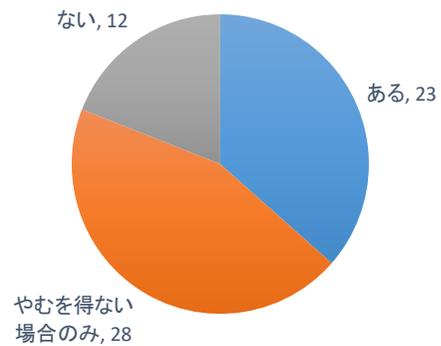
## 通常措置診察指定医確保



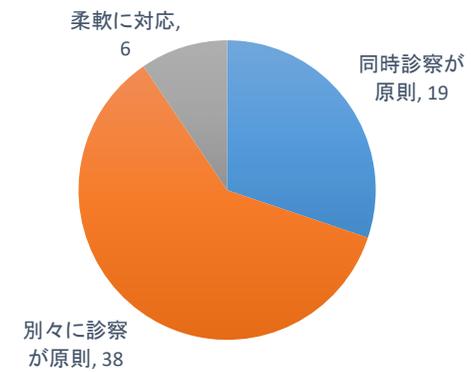
## 指定病院等への情報提供



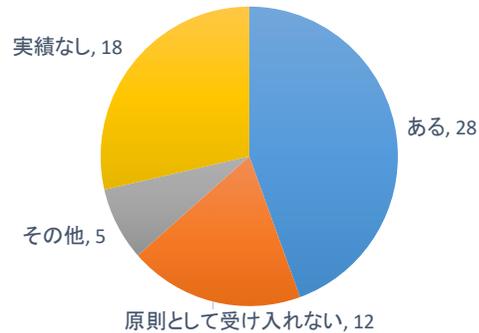
## 入院先の指定医が措置診察



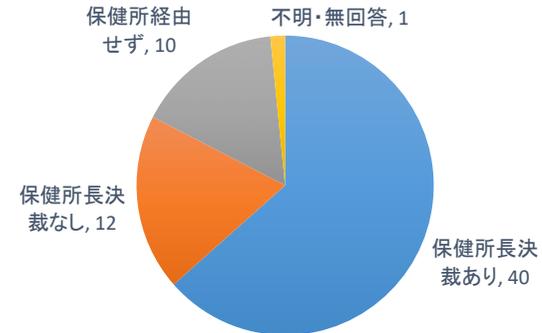
## 一次診察と二次診察を同時実施



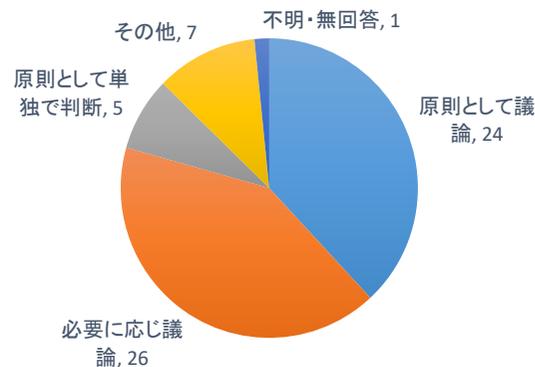
## 他自治体による措置入院患者の受入れ



## 措置解除手続



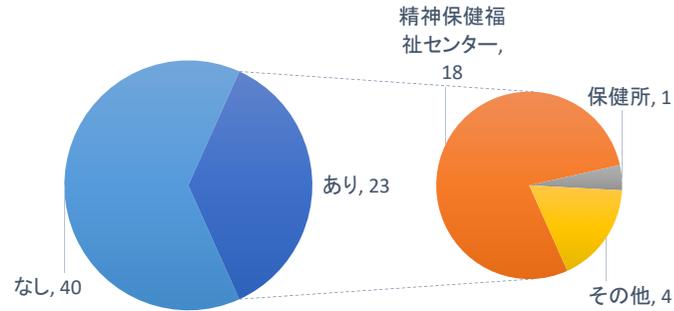
## 措置解除の判断について複数で議論



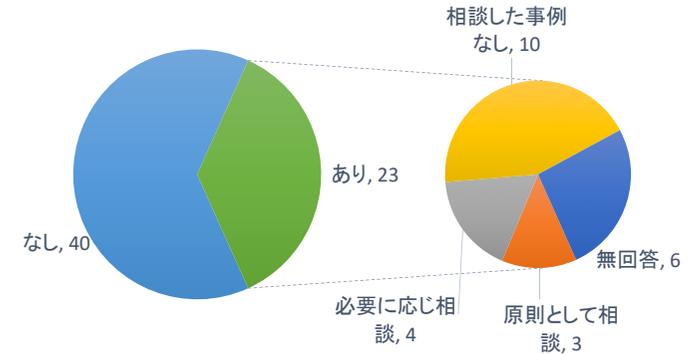
## 措置解除にかかる判断についての自由記載

- 措置解除の権限は保健所長に委任しており、保健所内で決定される。措置解除前にケア会議が開催されるケースが多く、事前に関係機関が措置解除後の対応を協議している。そのため、消退届が提出された時点で、措置解除の決定を行っている。
- 議論できる環境にはあるが、措置症状消退の判断については、精神保健指定医による医療的判断のもとに行われるため、現在の体制では、実務上、保健所がその判断に対して異議を唱える環境ではない。
- 措置症状消退届が提出される前から、必要に応じ主治医、入院先と措置解除に向けて保健所内での情報共有を行った上で消退届が提出される。受理後は保健所長の決裁を受けた上で、措置解除を行っている。必要に応じ議論した上で、決裁権者である保健所長が判断している。
- 症状消退届を受理する前に、必要に応じて病院と措置解除について協議している。
- 環境はあるが、指定医の判断に従うものと考えていたため、複数職員での協議は行っていない。担当職員が受理し、センター長に決裁を求めていた。
- 電話により消退の一報が入れば、その後の処遇等を確認し、その場で方向性を固めることとなるが、最終的な「判断」は事務を委任している保健所長が行う。この電話連絡時や保健所までの決裁において、周囲の職員と話し合うこともある。
- 措置解除の判断にあたっては、原則として、解除前に精神科病院から状況報告を受け支援内容の確認等を行っているため、あらためての議論はしていない。
- 全件、精神保健指定医が確認している。
- 措置解除は措置症状消退届の記載内容に基づき、本庁担当課長の決裁で決定しており、措置解除の判断に係る議論は特にしていない。

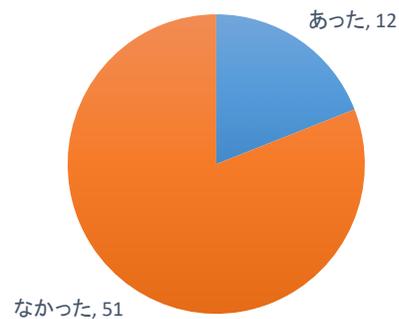
## 措置解除決定に当たり精神科医の意見を聴取できる体制(所属)



## 措置解除決定に当たり精神科医の意見を聴取できる体制(相談頻度)



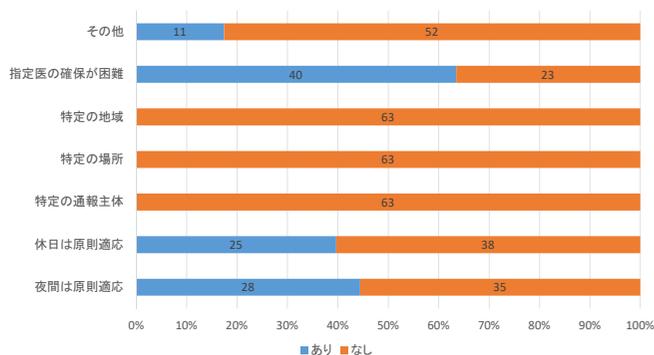
## 措置解除決定に当たり関係機関に相談した事例の有無



## 措置解除判断に迷う事例についての自由記載

- ・ 実地審査では「措置不要」との意見が出されたが、措置入院先から出された病状意見書では措置継続との意見が出た。
- ・ 「措置入院は必要だが、行動化が激しいため対応困難であり、転院が必要」という相談を入院先から受けていたが、症状消退届が出されたため、結局措置解除とした。
- ・ 措置入院後、数日間で症状消退届が提出され、通院フォローの体制が確保されていない事例。
- ・ 措置入院先の主治医(指定医)は症状消退を判断しているものの、同院の相談員等が把握している本人の状態像との間に差が見られた。
- ・ 保護室に隔離された状態で、症状消退届が提出された。
- ・ 重大な他害行為等を行った事例について、精神障がい起因しているのか判別の難しいいわゆるグレーゾーン。
- ・ 治療反応性が乏しく措置入院要件を満たすか疑問を感じた。
- ・ 措置解除後退院するケースで、事前のケア会議等での退院後調整がなされていないものがあった。
- ・ 保健所には精神科医がいないため、措置症状消退届が提出されても医療的な是非の判断ができない。
- ・ 厚生労働省事務指導監査では「消退届けが提出されたら速やかに措置解除するよう。」指導されており、速やかに措置解除せざるを得ない。保健所は、消退届を受理し措置解除が適切かどうかの判断というより、保健・福祉サービスの必要性の調整役になると思われる。
- ・ 本人、家族ともに病識を欠くことで、任意入院、医療保護入院が不可であり、措置解除後の治療中断が容易に想定できる場合。
- ・ 措置入院を繰り返す事例、単身生活で地域のサポートが期待できない事例、病識が無い事例、家族の力(理解、支援)がない。
- ・ 本来司法の範疇で対応した方が良いケースが精神保健福祉法で対応されていると感じる事例の場合、解除に関する迷い(疑問)がある。(自傷他害の恐れが消失すれば解除せざるを得ないが、退院後、精神保健福祉法上の対応では限界がある)
- ・ 急性一過性精神状態の診断で措置入院となったが、本人ならびに家族が治療を拒否したため、薬物治療を実施できない状況であった。本人、家族からの退院請求が強く、治療の必要性はあるものの、自傷の危険は低くなったとの判断で症状消退届の提出があったが、措置入院後概ね3か月後の診察を実施し、「要措置」となったため措置解除を不適切と判断した事例があった。
- ・ 消退届の記載が具体的ではなく、病院に修正を依頼した。
- ・ 定期病状報告において深刻な措置症状が報告された後、短期間で症状消退届の提出があった事例。
- ・ 入院期間が2〜3週間と短い事例。
- ・ 措置解除後に任意入院や通院となる事例。
- ・ 単身者の場合又は家族との折り合いが悪い事例。
- ・ 転居を予定している事例。
- ・ 病識に乏しく通院の継続が不安視される事例。

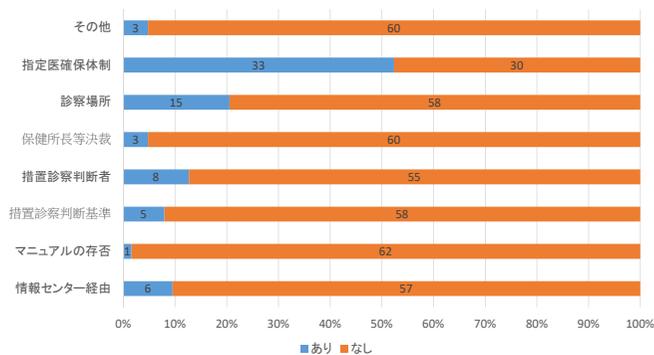
## 緊急措置の適応となる状況



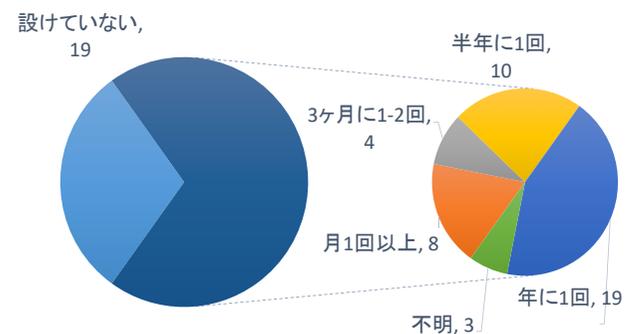
## 緊急措置入院を適応すべきその他の理由

- ・ 被通報者に家族がいる事が判明しているが、家族と連絡が取れない場合や、被通報者の症状が激しく、2名の指定医の診察を受けることが難しい場合、被通報者の身元が判明しない場合。
- ・ 保護の任にあっている者がいるにも関わらず法28条の通知ができない場合。
- ・ 急速を要し、長時間の移送に耐えられない場合。
- ・ 一次診察の結果、要措置となった者が、二次診察を行うまでの間に症状が急激に悪化し、本人の保護のために緊急な入院が必要と判断した場合。
- ・ 症状が急迫し、自傷他害行為が正に行われようとしている場合。
- ・ 症状によって適用の判断をしている。
- ・ 精神保健福祉法第28条の手続き(診察の通知)を採ることができない場合(明らかに現に保護の任に当たっている者が存在するが、連絡がとれない場合等)。
- ・ 対象者の状態像、体制(医師が確保できない、措置診察ができて移送車両がない)など。
- ・ 対象者の病状(興奮状態や薬物の疑いがある場合等)に応じ、複数の診察及び移送が可能であるかを確認。
- ・ 精神保健福祉法第28条に基づく診察の通知を行うことができない場合。
- ・ 緊急措置入院を想定していない保健所もある(入院先が圏域外になることが多く、後日指定医を圏域外で確保することが困難なため)。
- ・ 被通報者の状態が悪く急を要する場合など。

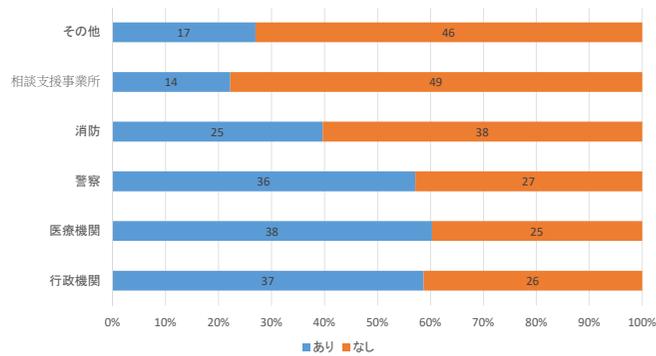
## 緊急措置入院と通常の措置入院の運用の違い



## 関係機関の意見交換の機会



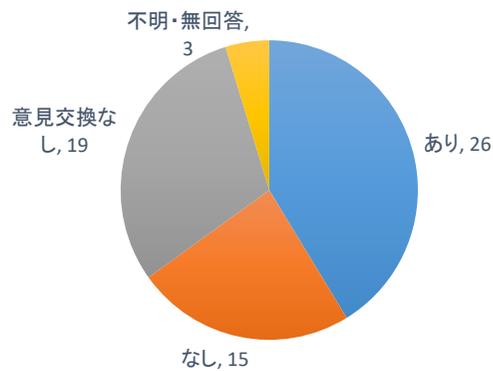
## 意見交換の参加機関



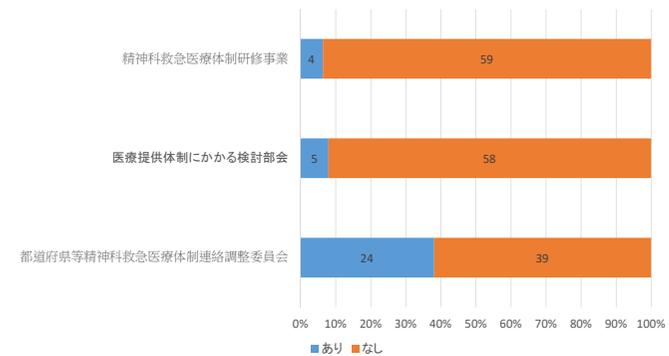
## 参加機関についての自由記載

- 障害者相談支援センター、社会福祉協議会、地域包括支援センター等
- 精神障害者生活支援センター、基幹相談支援センター等
- 病院協会、診療所協会、中核市保健所など
- 医師会
- 精神保健福祉協会
- 精神科救急情報センター
- 一般救急の代表
- 総合病院の精神科医師
- 精神科救急情報センター
- 家族連合会
- 訪問看護ステーション、居宅介護事業所、学校の関係職員、本庁本課
- 県精神科病院協会
- 当事者団体・家族会・学識経験者等
- 検察庁、刑務所、保護観察所
- 精神保健福祉士協会
- 心のケアセンター
- 民生委員、ピアサポーターなど
- 大学教授、裁判所、検察庁、弁護士
- かかりつけ医、社会福祉協議会、訪問看護ステーション
- 医師会・精神科病院協会

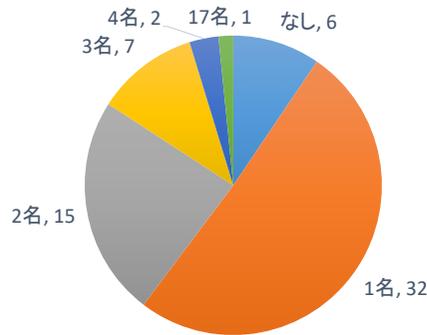
## 困難事例の事後検討



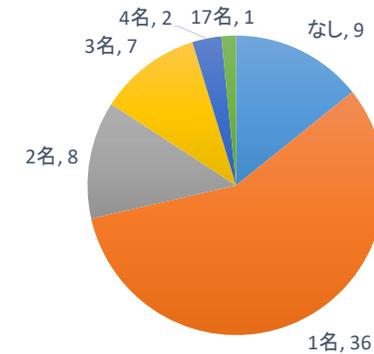
## 意見交換の場



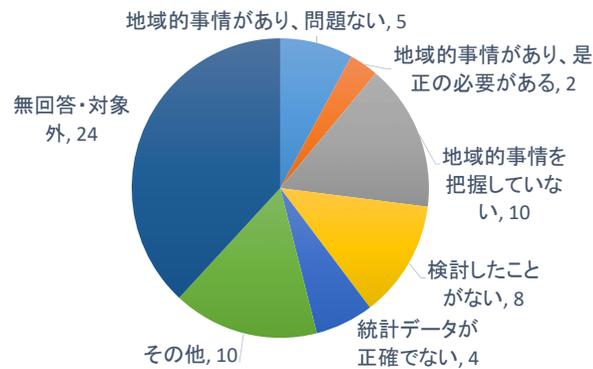
## 精神保健福祉センター所属の精神科医師数



## 精神保健福祉センター所属の指定医数



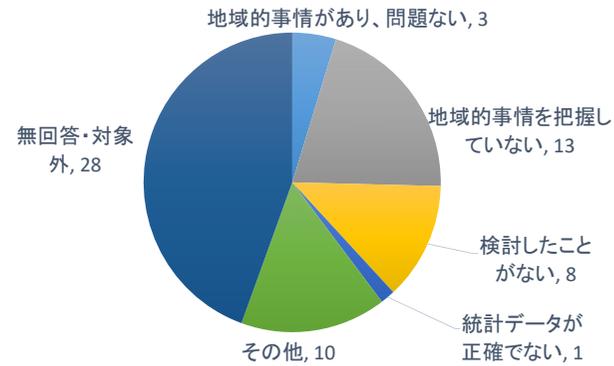
## 措置診察率の地域間格差



## 措置診察率についての自由記載

- 措置診察の実施に先立って、受診(または受診予定)先病院の指定医や、かかりつけ医の意見を踏まえて診察要否を判断する運用をとっており、関係医療機関の協力も得られている。
- 警察官の判断は、人による判断のばらつきが大きく、警察の人事異動で通報件数が大きく左右されるという現実もある。そのため、各保健所では年に1回程度、警察署の担当課との協議の場を設け、23条通報すべき精神症状などの認識を共有するよう努めている。そのため、措置診察の必要性が低い方の通報は少なく、結果として、全国より高い措置診察率になっているものと思われる。
- 機構や通報対応体制、医療機関や警察等の状況が各自治体で大きく異なる。
- 警察からは被通報者の身柄の保護を伴わない通報が多い一方、保健所では「自傷他害のおそれ」を敬慎に判断していることから、23条通報を受理しても措置診察に結びつく割合が低くなっていると考えている。
- 23条通報の中には、軽微なケースで措置入院までの必要がなく、警察官の搬送により医療機関を受診するケースや家族等に身柄が引き渡され自宅に帰るケースが多く、こうしたケースでも後日通報書が送付されている。
- 23条通報書を使用し、23条通報に該当しない、いわゆる「情報提供」が含まれているため。
- 夜間・休日昼間は情報収集等に限界があり、原則診察することにしていない。夜間・休日昼間の通報が半数以上を占めているため、診察率が高くなっていると考え、データに誤りがある。
- 緊急性は低い保健所の支援が必要な事例等についての情報提供も、個人情報保護の観点から23条通報書を活用していることから、通報件数に占める措置診察実施の割合が低くなっている。
- 警察との検討会を行っている。
- 23条通報であっても文書通報や明らかに自傷他害のないものがあり、23条通報として疑義のあるものが含まれている。
- 警察からの通報内容の多くが、自傷他害の事実及びおそれの確認があいまいで、受診・通院歴の有無のみで判断されている。
- 身柄の保護されていない状況下における警察官からの通報が全国に比べ非常に多い。
- 通報書のみ警察署から送られてくる場合(すでに身柄は警察の保護下でない)があり、各種調査において、その件数を計上していない。
- 警察官通報の基準が曖昧すぎる。
- 夜間帯もしくは休日の通報が多く、生活安全刑事課の担当でない場合も多く、通報を行う警察官によって23条通報の取扱いについて認識が大きく違っている。
- 精神保健福祉法に理解の乏しい警察官である場合、対応が保身的な方面に大きく傾いているため、自傷他害性のない事例であったり、精神障害が疑える状態ではない者も23条通報には含まれてきている。
- 高齢化や一人暮らしなど家族力の弱さがあり、病状悪化の対応(受診支援)としてすぐに家族や隣人より警察通報となるケースも含まれてしまっている。
- 一部地域では、既に帰宅してしまった方を対象とした通報が行われている一方、当該地域では警察署等で保護下にある対象者以外の通報は発生しない。
- 通報等件数、診察実施件数について、通常の措置診察(一次二次)を実施した件数で報告している。
- 事象の発生後、通報まで時間を要しているものや、保護される状況にないものも多く、通報後の調査時には、自傷他害のおそれが認められないため、措置診察を要しないと判断した事案が多数あった。

## 要措置率の地域間格差



## 要措置率についての自由記載

- 23条通報する警察官が措置診察の必要性が低い方を通報していないことに起因する。
- 23条通報は、治療中断や未治療の精神障害者が精神科医療につながる契機となる役割も実質的に果たしている。そのため、事前調査で措置入院となる見込みが低くても診察を実施し、精神科医療につなげるケースが少なからず存在する。
- 保健所において「自傷他害のおそれの有無」を厳格に判断していることから。
- 34条移送制度を運用していることが影響している可能性もある。
- 必要性を認めた事例のみ措置診察を実施している。結果として入院となる割合が高かった。
- 報告したデータに誤りがあった。
- 指定医により措置症状の捉え方や措置入院制度についての考え方が統一されていない。
- 措置入院非該当となった場合であっても、医療保護入院になるケースも多い。
- 要措置率は低いですが、措置入院以外の入院となった割合は相対的に高くなっているようである。
- 措置診察を要しないと判断した事案が多数となっているため、結果的に措置診察実施数が少なくなり、措置入院となった割合が高くなった。

## 別紙 4：措置入院者の転帰等に関する後向き調査研究

### 背景

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フォローアップの体制作りの必要性についての提言が盛り込まれた。これを受けて政府は、措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられ、社会復帰につながるよう、地方公共団体が退院後支援を行う仕組みを整備することを目的の一つとして掲げ、精神保健福祉法改正案を国会に提出した。

国会審議の過程では、措置入院経験者に対する自治体による退院後フォローアップ体制の是非について議論されたほか、措置入院制度運用の全国的なばらつきや、措置入院中の医療の質の問題等も指摘された。

結局この改正法案は衆議院の解散に伴い廃案となった。他方、厚生労働省は現行法下でも可能な精神保健医療福祉改革について、その内容を平成 30 年 3 月に通知として示した。

精神保健福祉法における措置入院制度はこれまで 60 年以上にわたって運用され、その間に抜本的な改革がなされることはなかった。このため、次第に制度運用における地域間格差、措置入院医療を担う指定病院の質のばらつきが大きくなってきており、それらの適正化の必要性が叫ばれてきていたところである。

年間の新規措置入院者数や各年 6 月 30 日時点での全国の措置入院者数については厚生労働省が毎年全数調査を実施している。例えば平成 26 年 6 月 30 日現在の措置入院者数は 1503 名、平成 26 年 6 月に新たに措置入院者患者数は 643 名であり、その何割が 1 年以内に退院しているかも判明している(630 調査)。しかし、彼らがどのような医療を受けていたか、また彼らの入院 1 年ないし 2 年後の状況については把握されていない。

分担研究者が平成 22 年に千葉県で実施した先行研究では、新規措置入院患者の 9 割以上が措置入院後半年で措置解除されているが、そのうち約 3 分の 1 が医療保護入院による入

院を継続している一方、約 4 分の 1 では他院に転院しており、転帰が必ずしも把握できていない状況が示された（2010、椎名）。

措置解除された患者はもはや行政処分の対象外であり、その転帰を把握することは本来誰の責任でもない。いたずらに予後を追跡することは精神障害当事者にとっては迷惑ではないかとの推測も成立する。一方で、措置入院患者の多くは地域生活を維持するための社会資源を十分に供給されていない（2010、椎名；2017、杉山）という事実に鑑みると、そのような患者の予後が把握できていないということは、少なからぬ患者が必要な医療や支援を受けられていない可能性を示唆するものでもある。

先般の措置入院制度改正に係る議論では、行政がイニシアチブを取って措置入院患者の退院後支援を実施することが検討された。実際に平成 30 年 3 月の厚労省通知でも措置入院患者を対象とした退院後支援の実施が推奨されている。行政が医療機関、保健福祉施設等と連携して退院後支援を積極的に行うことにより、措置入院患者のうち退院後の転帰が医療機関で把握できない者の割合は減少することが予想される。

## 目的

本研究の目的は下記の二点である。まず、従前の精神保健福祉制度下における措置入院患者の転帰について医療機関がどの程度把握しているかを確認することを目的とする。もう一つの目的は、各措置入院患者が先般の制度改正で想定されていた支援をどの程度提供されているかについて医療機関側の認識を収集分析することである。

## 対象と方法

### 対象

本研究の対象は、全国の精神科病院のうち、精神保健福祉法による措置入院患者を受け入れている国公立病院及び指定病院である。

各施設において、平成 26 年 6 月 30 日現在において措置入院していた患者の全数（ただし、当該患者が 5 名を超える場合は、5 名を最大とする）について、文末に示す調査票の記載を求めた。具体的には、当該患者の 1 年後すなわち平成 27 年 6 月 30 日現在および 2 年後すなわち平成 28 年 6 月 30 日現在での転帰、当該患者の措置解除後の処遇、キーパーソンの存否、退院後の居所、当該患者に措置入院中に実施した支援内容、当該患者に退院後に実施した支援内容、当該患者の支援に当たっての他施設との協働の有無、である。

### 方法

上記選択基準に従って抽出された調査対象たる施設に対し、郵送により調査票を送付し、返送を求めた。

調査票の返送をもって対象者たる施設管理者の研究協力に対する同意を得たものとみなした。

結果を集計分析した。

#### 倫理的配慮

本研究では患者に対する介入を含まない。収集するデータは各施設において既に存在するデータであり、本研究で新たにデータを取得することは想定されない。本研究では患者個人を特定するおそれのある情報を収集しない。

本研究の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、研究計画の承認を得た（受付番号 2612、千大医総第 237 号、平成 29 年 6 月 6 日承認）。

#### 結果

結果は下記の通りである。

#### 把握率

全 939 施設に調査票を送付し、計 292 施設から回答を得た。施設回収率は 31.1%である。

回答した 292 施設中、105 施設では該当期間に措置入院患者が存在しなかったとの回答を得た。187 施設において該当事例が 1 名だったのに対し、30 施設においては 5 名以上の該当事例があった（図 1）。以上、合計 409 事例のデータを収集した。平成 26 年 6 月 30 日現在の措置入院患者数は 1503 名である（630 調査）ことから、把握率は 27.2%となる。

#### 転帰

平成 22 年 6 月 30 日時点で措置入院中であった患者 409 名のうち 15 名の無回答を除く 394 名について、1 年後の転帰を見たところ、「貴院に入院中」が 151 名(38.3%)、「貴院に通院中」が 92 名(23.4%)、「他院に入院中」が 5 名(1.3%)、「他院に通院中」が 22 名(5.6%)、「死亡」が 11 名(2.8%)、「転帰不明」が 104 名(26.4%)、「その他」が 9 名(2.3%)となっていた。

1 年後転帰をより詳細にみると、「貴院で措置入院を継続している」が 81 名(20.6%)、「措置解除後、貴院で他の入院形態で入院を継続している」が 59 名(15.0%)、「いったん退院したが、調査時点では貴院の精神病棟に入院している」が 11 名(2.8%)、「退院後、貴院に通院を継続している」が 89 名(22.6%)、「転院や他院入院、通院中断等のイベントがあったが、調査時点では貴院に通院を継続している」が 3 名(0.8%)、「措置入院のまま他院に転院し、調査時点でも入院中である（入院形態問わず）」が 2 名(0.5%)、「措置解除後に他院に転院し、調査時点でも入院中である（入院形態問わず）」が 2 名(0.5%)、「他院の身体科病棟に入院している（経緯を問わず）」が 1 名(0.3%)、「貴院入院中に他院に転院し、その後退院し、調査時点では他院に通院している」が 3 名(0.8%)、「貴院退院後、他院外来に紹介し、調査時点では他院に通院している」が 18 名(4.6%)、「貴院退院後、貴院外来に通院した後、退院外来に紹介し、調査時点では他院に通院している」が 1 名(0.3%)、「死亡が確認されている」が 1 名(0.3%)となっていた。

る（理由問わず）」が11名(2.8%)、「退院時点で通院先は決定しておらず、調査時点での転帰は不明である」が4名(1.0%)、「措置入院のまま他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」が8名(2.0%)、「措置解除後に他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」が20名(5.1%)、「退院と同時に他院外来に紹介したが、調査時点での転帰は不明である」が46名(11.7%)、「退院後貴院に通院していたが、他院外来に紹介し、調査時点での転帰は不明である」が10名(2.5%)、「退院後貴院に通院していたが、通院を中断し、調査時点での転帰は不明である」が13名(3.3%)、「貴院入院中に離院し、調査時点での転帰は不明である」が1名(0.3%)、「退院とともに治療不要の判断に基づき医療を終了した」が2名(0.5%)、「その他」が9名(2.3%)となっていた。なお、選択肢のうち「貴院の身体科病棟に入院している」「いったん退院したが、調査時点では他院の精神科病棟に入院している（入院形態問わず）」は該当患者がいなかった。

続いて当該患者409名のうち15名の無回答を除く394名について、2年後の転帰を見たところ、「貴院に入院中」が127名(32.3%)、「貴院に通院中」が83名(21.1%)、「他院に入院中」が4名(1.0%)、「他院に通院中」が17名(4.3%)、「死亡」が17名(4.3%)、「転帰不明」が137名(34.9%)、「その他」が8名(2.0%)となっていた。

2年後転帰をより詳細にみると、「貴院で措置入院を継続している」が57名(14.5%)、「措置解除後、貴院で他の入院形態で入院を継続している」が55名(14.0%)、「いったん退院したが、調査時点では貴院の精神科病棟に入院している」が15名(3.8%)、「退院後、貴院に通院を継続している」が80名(20.4%)、「転院や他院入院、通院中断等のイベントがあったが、調査時点では貴院に通院を継続している」が3名(0.8%)、「措置入院のまま他院に転院し、調査時点でも入院中である（入院形態問わず）」が2名(0.5%)、「いったん退院したが、調査時点では他院の精神科病棟に入院している（入院形態問わず）」が2名(0.5%)、「貴院入院中に他院に転院し、その後退院し、調査時点では他院に通院している」が1名(0.3%)、「貴院退院後、他院外来に紹介し、調査時点では他院に通院している」が14名(3.6%)、「貴院退院後、貴院外来に通院した後、他院外来に紹介し、調査時点では他院に通院している」が2名(0.5%)、「死亡が確認されている（理由問わず）」が17名(4.3%)、「退院時点で通院先は決定しておらず、調査時点での転帰は不明である」が3名(0.8%)、「措置入院のまま他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」が7名(1.8%)、「措置解除後に他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」が27名(6.9%)、「退院と同時に他院外来に紹介したが、調査時点での転帰は不明である」が57名(14.5%)、「退院後貴院に通院していたが、他院外来に紹介し、調査時点での転帰は不明である」が16名(4.1%)、「退院後貴院に通院していたが、通院を中断し、調査時点での転帰は不明である」が23名(5.9%)、「貴院入院中に離院し、調査時点での転帰は不明である」が1名(0.3%)、「退院とともに治療不要の判断に基づき医療を終了した」が3名(0.8%)、「その他」が8名(2.0%)となっていた。なお、選択肢のうち「貴院の身体科病棟に入院している」「措置解除後に他院に転院し、調査時点でも入院中である（入院形態問わず）」、「他院の身体科病棟に入院している（経緯を問わず）」

は該当患者がいなかった。

1年後及び2年後の転帰について、その他の具体的な転帰の内容としては、警察に勾留中、服役中、電話相談のみ受けている、老健施設入所中、通院中断後転医、出身国に帰国、といった回答があった。

転帰のまとめを図2に示す。

措置解除時点での処遇については、「自院に入院継続」が245名(61.7%)、「措置解除と同時に退院」が75名(18.9%)、「措置解除と同時に転院」が13名(3.3%)、「措置解除していない、または措置入院のまま転院」が57名(14.4%)、「死亡退院」が7名(1.8%)であった。無回答等が12名であった(図3)。

退院後の居所については、「家族同居」が147名(36.0%)、「単身」が77名(18.9%)、「施設入所」が51名(12.5%)、「転院」が31名(7.6%)、「居所不明(退院後の居所が確認されていない。無断離院を含む)」が2名(0.5%)、「退院していない(入院中)」が95名(23.3%)、「不明」が5名(1.2%)であった。無回答等が1名であった(図4)。

キーパーソンの存否については、「家族がキーパーソン」が293名(72.0%)、「家族以外の者(非専門家)がキーパーソン」が9名(2.2%)、「専門職の支援者がキーパーソン」が32名(7.9%)、「キーパーソンは不在」が41名(10.1%)、「キーパーソンの有無は不明」が6名(1.5%)であった。無回答等が2名であった(図5)。

#### サービスの実施状況

当該患者に対して、措置入院中に実施された支援の取組みの内容については、下記の通りであった。すなわち、措置入院中の院内多職種チーム会議を実施したのは319名(78.2%)、措置入院中における自治体職員による関わり(訪問、連絡調整、カンファレンス等)を実施したのは243名(59.9%)、措置解除の判断における診察した精神保健指定医以外との相談・議論を実施したのは222名(56.3%)、措置解除の判断における院外の専門家との相談・議論を実施したのは127名(32.5%)であった(図6)。

当該患者に対して退院後に実施された支援の取組みの内容については、下記の通りであった。すなわち、精神科訪問看護・指導については、実施したのは58名(16.9%)、実施を検討したが実際には行われなかったのは32名(9.3%)、実施の必要性を認めなかったため実施されなかったのは85名(24.7%)、退院後に自院に通院していないのは142名(41.3%)、不明が27名(7.8%)であった。無回答等が65名であった。また、精神科デイ・ケアまたはナイト・ケア等については、実施したのは35名(10.2%)、実施を検討したが実際には行われなかったのは32名(9.3%)、実施の必要性を認めなかったのは102名(29.7%)、退院後に自院に通院していないのは147名(42.9%)、不明が27名(7.9%)であった。無回答等が66名であった(図7)。退院後の地域の通所型精神保健福祉サービスの利用については、利用したのが44名(12.9%)、利用しなかったのが296名(87.1%)であり、無回答等が69名であった。入所型精神保健福祉サービスの利用については、利用したのが30名(8.8%)、利用しなかったのが311名(91.2%)であり、無回答等が68名であった(図8)。

退院後における他施設との連携については、下記の通りである。すなわち、自治体との協働については、実施したのが 249 名(63.7%)、実施しなかったのが 142 名(36.3%)であり、無回答等が 18 名であった。他の医療機関の協働については、実施したのが 102 名(26.1%)、実施しなかったのが 289 名(73.9%)であり、無回答等が 18 名であった。訪問看護事業所との協働については、実施したのが 42 名(10.8%)、実施しなかったのが 348 名(89.2%)であり、無回答等が 19 名であった。警察との協働については、実施したのが 54 名(13.8%)、実施しなかったのが 337 名(86.2%)であり、無回答等が 18 名であった。麻薬取締関係部局との協働については、実施したのが 2 名(0.5%)、実施しなかったのが 389 名(99.5%)であり、無回答等が 18 名であった。その他の支援者との協働については、実施したのが 71 名(18.2%)、実施しなかったのが 320 名(81.8%)であり、無回答等が 18 名であった(図 9)。

## 考察

今回の調査では、措置入院患者の 1 年後及び 2 年後の転帰を入院先の医療機関が把握しているかを調べるとともに、現行法制下における措置入院患者に対する支援内容についての調査を行った。

ある日に入院していた措置入院患者のうち、1 年後においては約 2 割が、2 年後においては 3 割が、その入院先では転帰が把握できなくなっている。この結果は、以前千葉県で行われた先行研究結果とも概ね整合するものである。

ただし、ここでいう転帰不明とは、必ずしも悪い予後を意味しない。例えば、精神科救急医療に積極的に取り組んでいる病院では、措置入院患者を多数受け入れて、精神症状の早急な改善を図り、措置解除した段階で社会復帰準備のため患者の居住地に近い精神科病院に転院させる運用を採ることが多い。この場合、転院先からその後の患者の転帰を元の病院に情報提供することはほとんどない(患者がそれを望まなければ、みだりな情報提供は守秘義務違反に当たるおそれがある)。したがって精神科救急医療に積極的な病院であればあるほど、患者の長期的な予後は把握していないという事態が起こりうる。実際に 1 年で 2 割、2 年で 3 割の転帰不明の患者のうち、相当数は、他の病院やクリニックに通院しながら順調な社会生活を営んでいるものと思われる。

1 年後の転帰が不明とされた 104 名の内訳を見ると、「退院と同時に他院外来に紹介したが、調査時点での転帰は不明である」46 名、「退院後貴院に通院していたが、他院外来に紹介し、調査時点での転帰は不明である」10 名の計 56 名(51.9%)は、その時点でいずれかの医療機関に通院している可能性が高い。他方で、「措置入院のまま他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」8 名、「措置解除後に他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」20 名の計 28 名(25.9%)は、その後も退院できずにいる可能性がある。そして、「退院時点で通院先は決定しておらず、調査時点での転帰は不明である」4 名、「退院後貴院に通院していたが、通院を中断し、調査時点での転帰は不明である」13 名、「貴院入院

中に離院し、調査時点での転帰は不明である」1名の計18名(16.7%)は、実際に医療を中断しているおそれが高いと言える。「退院とともに治療不要の判断に基づき医療を終了した」2名、「その他」9名に関しては個別性が高く考察は困難である。

また、2年後の転帰が不明とされた137名の内訳を見ると、「退院と同時に他院外来に紹介したが、調査時点での転帰は不明である」57名、「退院後貴院に通院していたが、他院外来に紹介し、調査時点での転帰は不明である」16名の計73名(53.3%)は、いずれかの医療機関に通院している可能性が高い一方、「措置入院のまま他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」7名、「措置解除後に他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」27名の計34名(24.8%)は、退院できていない可能性があり、また「退院時点で通院先は決定しておらず、調査時点での転帰は不明である」3名、「退院後貴院に通院していたが、通院を中断し、調査時点での転帰は不明である」23名、「貴院入院中に離院し、調査時点での転帰は不明である」1名の計27名(19.7%)はおそらく医療中断例であろう。「退院とともに治療不要の判断に基づき医療を終了した」3名と「その他」8名の詳細は不明である。

以上のことから、仮に医療中断が確実視される事例、退院できていないと思われる事例、そして死亡事例を予後不良と捉えるならば、1年後では、「貴院で措置入院を継続している」81名、「措置解除後、貴院で他の入院形態で入院を継続している」59名、「いったん退院したが、調査時点では貴院の精神病棟に入院している」11名、「措置入院のまま他院に転院し、調査時点でも入院中である（入院形態問わず）」2名、「措置解除後に他院に転院し、調査時点でも入院中である（入院形態問わず）」2名、「他院の身体科病棟に入院している（経緯を問わず）」1名、「死亡が確認されている（理由問わず）」11名、「退院時点で通院先は決定しておらず、調査時点での転帰は不明である」4名、「措置入院のまま他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」8名、「措置解除後に他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」20名、「退院後貴院に通院していたが、通院を中断し、調査時点での転帰は不明である」13名、「貴院入院中に離院し、調査時点での転帰は不明である」1名の計213名(52.1%)が予後不良に該当しうることになる。また同様に2年後では、「貴院で措置入院を継続している」57名、「措置解除後、貴院で他の入院形態で入院を継続している」55名、「いったん退院したが、調査時点では貴院の精神病棟に入院している」15名、「措置入院のまま他院に転院し、調査時点でも入院中である（入院形態問わず）」2名、「いったん退院したが、調査時点では他院の精神病棟に入院している（入院形態問わず）」2名、「死亡が確認されている（理由問わず）」17名、「退院時点で通院先は決定しておらず、調査時点での転帰は不明である」3名、「措置入院のまま他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」7名、「措置解除後に他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である」27名、「退院後貴院に通院していたが、通院を中断し、調査時点での転帰は不明である」23名、「貴院入院中に離院し、調査時点での転帰は不明である」1名の計209名(51.1%)が予後不良と推測される。ただしこれらはあくまで推測であり、他院に転院後に退院した者もいれば、無断離院した者もいるかもしれないし、また離院したからといって必ず状態が悪くなるとは限ら

ない。

いずれにせよ、1年で2割、2年で3割が転帰不明となっている現状、そして措置入院患者は1年後においても2年後においても過半数が入院または死亡している可能性があるという事実が今回の調査結果から浮かび上がってきた。このデータはそれ自体で解釈することには慎重であるべきであり、今後同様の調査を行った際に比較対象としての価値を持つことになろう。

続いて、措置入院者に対する支援や連携については、まずキーパーソンが家族である者が7割を超え、また退院後は家族と同居することになる者が3割に及んだ。この結果は先行研究と概ね一致しているが、一般の精神科入院患者よりは家族との関わりがある患者の割合が低い結果になっている。措置入院者の社会的孤立を示すデータといえるだろう。措置入院者に対する院内多職種チーム会議は8割近い事例で実施されており、自治体との関わりや院内での相談・議論も過半数で行われている。対して院外の専門家との相談・議論は3割に留まる。個人情報保護の問題や処遇決定にかかる責任の所在など、解決すべき課題があるが、特殊な事例については院外の専門家の知恵を借りるなど、連携体制の構築が求められているともいえる。

退院後に精神科デイ・ケア等を実施した事例は実に1割に満たない。精神科訪問看護指導も2割以下である。これらの取組みがなじむか否かはケースバイケースであるが、退院直後のリスクの高い時期において入院先病院からの密接な働きかけを維持する点で両者は重要であるように思われる。

地域の精神保健福祉サービスの利用についても、入所型も通所型も概ね1割の利用に留まった。措置入院者は一般の精神科入院患者に比べて若年で身体的自立度が高いため、福祉サービスの対象には比較的なりづらいかもしれない。

多施設との協働については、自治体とは6割で協働しているが、その他の機関との協働はいずれも2割程度に留まっている。一方で警察との協働事例が1割以上あり、地域の安全確保と本人の治療の両立に苦慮している様子が窺われる。

なお今回の調査は回答者の負担に配慮して一施設あたりの対象者を5名までに絞った。このため、措置入院患者の多い施設における回答内容が相対的に過小評価されていることに留意が必要である。

## 結語

措置入院患者の1年後及び2年後の転帰を把握しているか否かについて、また措置入院患者に対する院内外の連携体制について調査を行った。結果1年で2割、2年で3割の事例において、入院先病院からは転帰が追えない状況になっていることが判明した。

今後同様の調査を繰り返し行うことにより、措置入院制度改正の影響を定量的に評価することが可能になると思われる。

## 措置入院患者の転帰の把握等に関する調査

この調査は、措置入院患者の転帰、フォローアップ体制についての現状を把握するために行うものです。貴院の措置入院患者について、問 1 及び問 2 について、ご回答ください。

調査対象は、2014 年 6 月 30 日時点において、貴院に精神保健福祉法による措置入院中となっていたすべての患者です。ただし、貴院の対象患者が 5 名を超える場合は、患者氏名の 50 音順に 5 名を対象としてください。

質問票は、貴院で措置入院患者を担当している精神保健福祉士の方にご回答いただくことを想定して作成しておりますが、どなたにご回答いただいても差し支えありません。

### 問 1

調査対象について、診療録を参照のうえ、

- A) 2015 年 6 月 30 日時点
- B) 2016 年 6 月 30 日時点

での転帰を、下記の選択肢 1-1 から 7-1 までのうち、それぞれ一つだけ選んでください。

## 選択肢

### (1) 貴院に入院中の場合

1-1 貴院で措置入院を継続している

1-2 措置解除後、貴院で他の入院形態で入院を継続している

1-3 いったん退院したが、調査時点では貴院の精神病棟に入院している

1-4 貴院の身体科病棟に入院している

### (2) 貴院に通院継続している場合

2-1 退院後、貴院に通院を継続している

2-2 転院や他院入院、通院中断等のイベントがあったが、調査時点では貴院に通院を継続している

### (3) 他院に入院中であることが判明している場合

3-1 措置入院のまま他院に転院し、調査時点でも入院中である（入院形態問わず）

3-2 措置解除後に他院に転院し、調査時点でも入院中である（入院形態問わず）

3-3 いったん退院したが、調査時点では他院の精神病棟に入院している（入院形態問わず）

3-4 他院の身体科病棟に入院している（経緯を問わず）

(4) 他院に通院中であることが判明している場合

4-1 貴院入院中に他院に転院し、その後退院し、調査時点では他院に通院している

4-2 貴院退院後、他院外来に紹介し、調査時点では他院に通院している

4-3 貴院退院後、貴院外来に通院した後、退院外来に紹介し、調査時点では他院に通院している

(5) 転帰が不明の場合

5-1 退院時点で通院先は決定しておらず、調査時点での転帰は不明である

5-2 措置入院のまま他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である

5-3 措置解除後に他院に転院したが、調査時点での転帰は不明である

5-4 退院と同時に他院外来に紹介したが、調査時点での転帰は不明である

5-5 退院後貴院に通院していたが、他院外来に紹介し、調査時点での転帰は不明である。

5-6 退院後貴院に通院していたが、通院を中断し、調査時点での転帰は不明である

5-7 貴院入院中に離院し、調査時点での転帰は不明である

5-8 退院とともに治療不要の判断に基づき医療を終了した

(6) 死亡している場合

6-1 死亡が確認されている（理由問わず）

(7) その他

7-1（転帰を具体的にご記載ください）

※貴院に通院中の選択肢を選ぶ場合、調査時点の前後で受診歴があることをご確認ください。

※他院に入院中又は通院中を選ぶ場合、調査時点で患者の転帰が推測可能であることをご確認ください。

例1：他院に転院後、調査時点の前後で転院先とのカンファレンスや転院先の医師からの情報提供等があり、入院中であることが明らかな場合→他院に入院中

例2：調査時点の半年前に他院に転院し、その後患者に関する情報を得ていない場合→転帰は不明

問2

調査対象について、診療録を参照のうえ、その地域生活支援について下記の選

択肢それぞれについて、実施の有無を回答してください。実施の有無を確認する時期は各項目に記載されている通りです。

なお、診療録で確認ができなくても、回答者の知りうる範囲で実施されたことが確からしい場合には「実施した」を選択してください。他方、回答者の知りうる範囲で実施の有無が明らかでなく、診療録から実施したことが確認できない場合は「実施しなかった」を選択してください。

回答にあたり、調査対象の関係者に事実確認をする必要はありません。

(1) 措置入院中の院内多職種チーム会議

1-1 実施した

1-2 実施しなかった

(2) 措置入院中における、患者のキーパーソンの確認

2-1 家族がキーパーソン

2-2 家族以外の者（非専門家）がキーパーソン

2-3 専門職の支援者がキーパーソン

2-4 キーパーソンは不在

2-5 上記のいずれとも言えない（例：複雑な家族関係、キーパーソン間の争い等）

2-6 キーパーソンの有無は不明

(3) 措置入院中における、自治体職員(保健所職員等)による関わり(訪問、連絡調整、カンファレンス等)

3-1 行われた

3-2 行われなかった

(4) 入院中(措置解除後も含む)における、退院後の居所の確認

4-1 退院後は家族と同居することを確認した

4-2 退院後は単身となることを確認した

4-3 退院後は施設に入所することを確認した

4-4 貴院から直接退院はせず、他院に転院することを確認した

4-5 退院後の居所が確認されていない(無断離院を含む)

4-6 貴院から退院した事実がない(例:入院中、死亡退院等)

4-7 不明

(5) 措置解除の判断における、診察した精神保健指定医以外との相談・議論

5-1 実施した

5-2 実施しなかった

(6) 措置解除の判断における、院外の専門家(医師、保健師、その他)との  
相談・議論

6-1 実施した

6-2 実施しなかった

(7) 措置解除後の任意入院又は医療保護入院による入院継続

7-1 貴院に入院継続した

7-2 措置解除後即退院した

7-3 措置解除と同時に転院となった

7-4 措置解除していない、または措置入院のまま転院となった

7-5 死亡退院

7-6 不明

(8) 退院後の貴院による精神科訪問看護・指導

8-1 実施した

8-2 実施を検討したが、実際には行われなかった

8-3 実施の必要性を認めなかったため、実施されなかった

8-4 退院後に貴院に通院した事実がない（転院した場合を含む）

8-5 不明

(9) 退院後の貴院による精神科デイ・ケアまたはナイト・ケア等

9-1 実施した

9-2 実施を検討したが、実際には行われなかった

9-3 実施の必要性を認めなかった

9-4 退院後に貴院に通院した事実がない（転院した場合を含む）

9-5 不明

（10） 退院後における、地域の精神保健福祉サービスの利用(通所型)

10-1 行われた

10-2 行われなかった

（11） 退院後における、地域の精神保健福祉サービスの利用(入居型)

11-1 行われた

11-2 行われなかった

（12） 自治体（保健所・精神保健福祉センター・その他の行政機関）との協働

（実際のケア提供のほか、カンファレンス、情報共有、相談等の取り組み全般を

指す。実施した時期を問わない。以下同じ）

12-1 実施した

12-2 実施しなかった

（13） 他の医療機関との協働

13-1 実施した

13-2 実施しなかった

（14） 訪問看護事業所との協働

14-1 実施した

14-2 実施しなかった

(15) 警察との協働

15-1 実施した

15-2 実施しなかった

(16) 麻薬取締関係部局との協働

16-1 実施した

16-2 実施しなかった

(17) 上記いずれも当てはまらない支援者との協働

17-1 実施した

17-2 実施しなかった

ご協力ありがとうございました。

図1 施設ごとの該当患者数

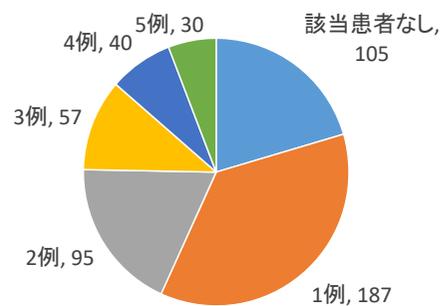


図2 措置入院患者の転帰

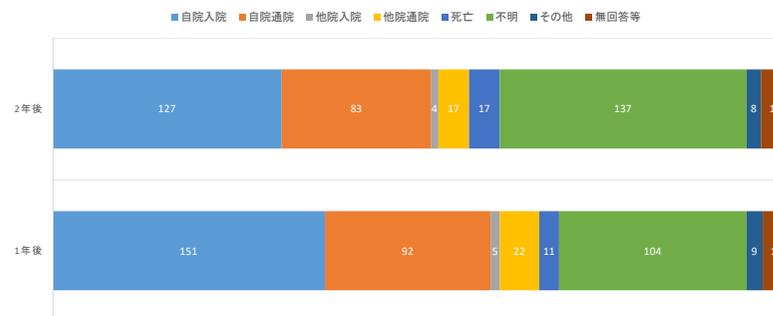


図3 措置解除後の処遇

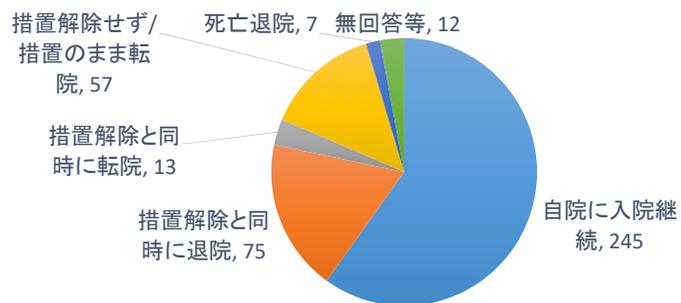


図4 退院後の居所

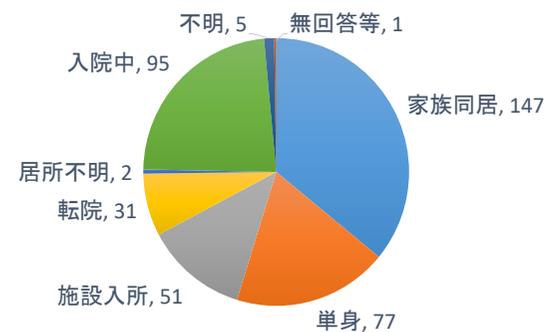


図5 キーパーソンの存否

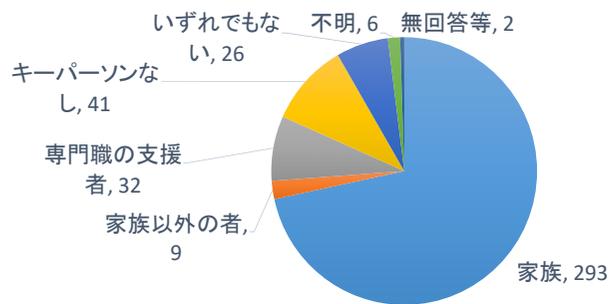


図6 措置入院中に実施した支援等

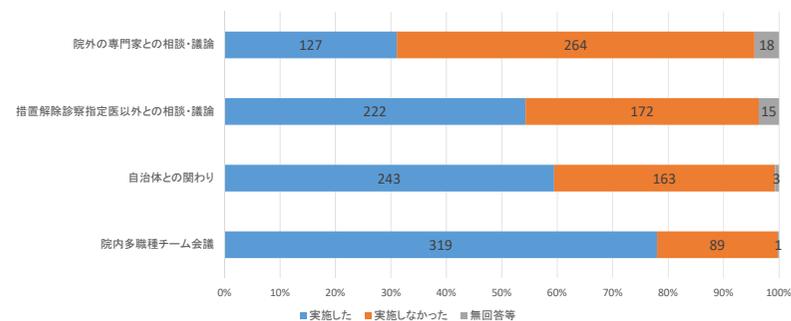


図7 退院後に実施した支援等

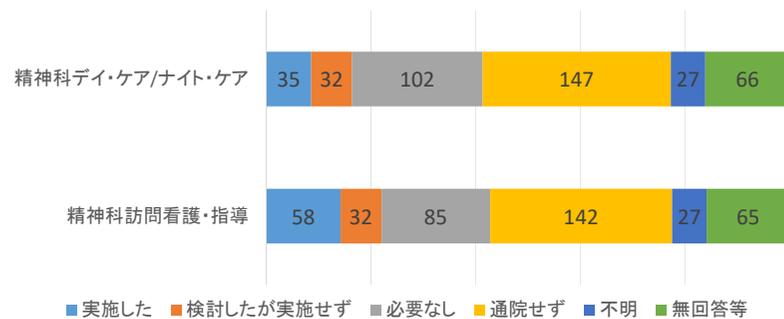


図8 地域の精神保健福祉サービスの利用

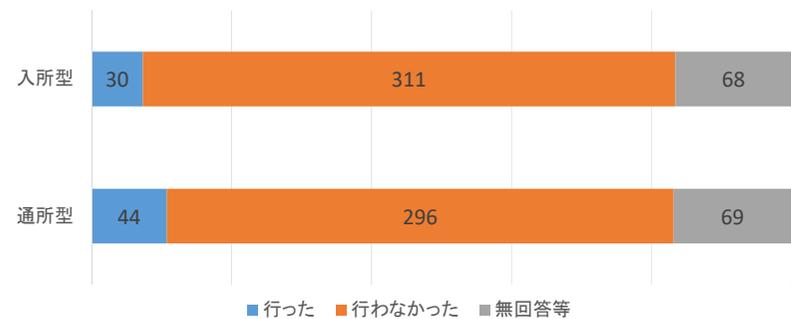
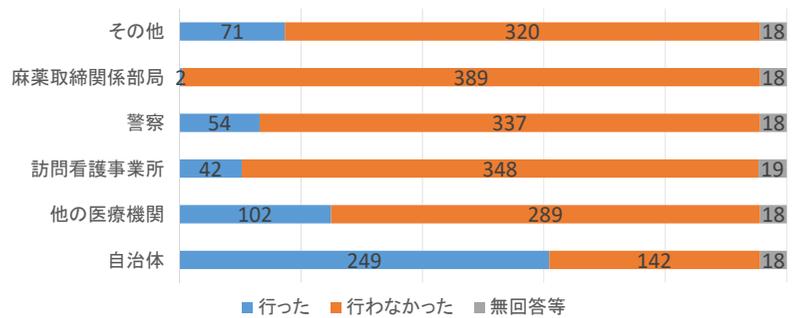


図9 他施設との協働



## 別紙 5：精神科入院経験者の実感と要望に関するアンケート調査研究

椎名明大(千葉大学社会精神保健教育研究センター)・小塩靖崇(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)・佐藤愛子(千葉大学大学院医学研究院精神医学)・杉山直也(沼津中央病院)・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)

### 背景

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フォローアップの体制作りの必要性についての提言が盛り込まれた。これを受けて政府は、措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられ、社会復帰につながるよう、地方公共団体が退院後支援を行う仕組みを整備することを目的の一つとして掲げ、精神保健福祉法改正案を国会に提出した。

国会審議の過程では、措置入院経験者に対する自治体による退院後フォローアップ体制の是非について議論されたほか、措置入院制度運用の全国的なばらつきや、措置入院中の医療の質の問題等も指摘された。

精神保健福祉法における措置入院制度はこれまで 60 年以上にわたって運用され、その間に抜本的な改革がなされることはなかった。このため、次第に制度運用における地域間格差、措置入院医療を担う指定病院の質のばらつきが大きくなってきており、それらの適正化の必要性が叫ばれてきていたところである。

結局この改正法案は衆議院の解散に伴い廃案となった。他方、厚生労働省は現行法下でも可能な精神保健医療福祉改革について、その内容を通知等で示すことを検討しているという。その中には措置入院医療の質の向上も含まれている。

一方、実際に措置入院その他の精神医療を受けることになる精神障害者が、これまでどのような処遇を受けてきたのか、またどのような支援を望んでいるのかについては、未だ十分に調査されたとは言えない状況である。精神医療改革における最大のステークホルダーは

精神障害当事者であり、彼らの意見を無視して精神医療のあり方を議論しては、目指すべき方向性を見誤るおそれがある。

精神障害当事者に対する調査研究は、欧米では頻繁に行われているが、我が国ではこれまであまり例がない。

本研究では、先の国会で想定されていた精神保健福祉法改正及びこれに伴う措置入院制度改革の内容を踏まえ、そこで謳われている措置入院患者に対する支援の内容について、これまで精神科入院を経験した患者に対する提供実績があるのか否か、また精神障害当事者がそのような支援を今後望んでいるのか否かについて、当事者の見解を知ることが目的とした。

## 対象と方法

本調査は市場調査を業務としている株式会社日本リサーチセンター(以下「調査会社」という。)との契約に基づき実施した。

我々は、調査会社に対し、研究内容の説明を含む質問票の下書きを送付した。

調査会社は、同社の運営するウェブアンケート登録システムである「サイバーパネル」<http://www.nrc.co.jp/monitor/cyber201.html> に自ら登録している者の約 20 万人のデータベースを検索し、登録者の中からその基本情報に精神疾患の既往歴を有する者に対してアンケートの依頼を行った。

アンケートはすべてウェブ上で回答者が質問票への回答を入力する形式で行われた。アンケートにかかる費用負担はないこと、ただし通信費は回答者の負担になること、回答者は調査会社から所定の報酬を受け取る権利を有することが、調査会社から事前に説明された。

アンケートの実施に当たっては、我々の作成した質問票の記載に基づき、本研究の趣旨、回答は任意でかつ匿名であること、調査結果が公表されること等について文書による説明が行われた。

アンケートにおける質問項目は、文末に示す通りである。

スクリーニング質問として、精神科治療歴、精神科入院歴の有無を問い、精神科入院歴を有する者のみを調査対象とした。スクリーニング質問の最後に、以降の研究協力の同意有無を確認し、同意の回答が送信されたことを以て同意が得られたものと判断した。

質問 1 では、精神保健福祉法及び医療観察法についての知識の有無を問うたうえで、精神保健福祉法による措置入院と医療観察法制度それぞれについての賛否を問うた。この質問項目は、筆頭著者らによる先行研究で精神科外来通院患者に対して行われたものと同一である(文献 1)。

質問 2 では、回答者が経験したことがある精神科入院形態について、多岐選択式、複数回答可として選択させた。

質問 3 では、回答者の直近の入院について、入院形態を尋ねたうえで、そのときの入院における医療者による説明の理解度や入院の必要性に関する理解等、患者としての認識につ

いて問うた。

質問 4 では、回答者の直近の入院において行われた支援について、今般の精神保健福祉法改正で措置入院に導入が予定されている仕組みに類似する内容を項目立てし、それらが回答者に対して以前に行われていたかどうかを尋ねた。

質問 5 では、回答者が再び入院することになった事態を想定してもらい、質問 4 で尋ねた支援の各項目を受けることについての賛否を問うた。

実査は平成 29 年 4 月 27 日から同年 5 月 31 日にかけて行われた。

結果は調査会社によって集計された。そのうえで識別番号等の情報を削除し匿名化された回答データが、Microsoft Excel のワークシート形式で我々に送付された。集計された結果に対し、我々は IBM SPSS STATISTICS ver. 24 を用いて統計解析を行った。

#### 倫理的配慮

前述の通り、本研究は匿名によるアンケート調査である。調査項目に患者個人情報に含まれていない。回答者の情報は調査会社によって管理されており、我々は誰が本研究に参加したかを知ることはできない。

本研究の実施に先立ち、筆頭著者は、「精神医療ユーザーに対する措置入院等に関するアンケート調査研究」として本研究計画を千葉大学大学院医学研究院における倫理審査に付し、その承認を受けた(受付番号 2610、千大医総第 189 号平成 29 年 4 月 27 日)。また、本研究は「精神医療サービス等に関するアンケート」として UMIN 臨床研究データベースに登録されている(UMIN000027316)。

本研究は、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(研究代表者:藤井千代)」の分担研究「措置入院患者の地域包括支援のあり方に関する研究(研究分担者:椎名明大)」の一環として行われ、同補助金の交付を受けている。

筆頭著者及び共著者に、上記以外に起こりうる利益の衝突は存在しない。

## 結果

### 回答者

調査会社によると、「サイバーパネル」に登録されている者のうち、基本情報に精神疾患の既往を有する者は 35,505 名であり、その病名内訳は、うつ病 9,644 名、睡眠障害(不眠症) 6,082 名、自律神経症 5,189 名、パニック症候群 3,404 名、躁うつ病 1,672 名、過食症 1,579 名、社会不安障害(SAD) 1,378 名、拒食症 1,222 名、強迫性障害(OCD) 1,005、統合失調症 925 名、心的外傷後ストレス障害(PTSD) 892 名、全般性不安障害 815 名、注意欠陥多動性障害(ADHD) 446 名、その他の精神疾患 1,252 名とのことであった。

調査会社から上記の全数 35,505 名に対してアンケートの回答を依頼した。

実査期間内にアンケートに回答し、スクリーニング質問において精神科入院歴を有しておりかつ研究協力への同意が得られたことにより調査会社から回答結果が送付されてきた

者は、379名であった。これらを解析対象とした。

#### スクリーニング項目

回答者が過去に治療を受けたことのある診療科として回答したものは、「精神科・神経科・心療内科」が379名(100%)であり、「内科」358名(94.5%)、「歯科」347名(91.6%)、「外科」256名(67.5%)、「その他の診療科」169名(44.6%)、「小児科」158名(41.7%)、「産科・婦人科」136名(35.9%)と続いた。「上記のどれも当てはまらない」と答えた回答者や、回答しなかった者はなかった(図1)。

回答者が過去に入院したことのある診療科は、「精神科・神経科・心療内科」が379名(100%)であり、「内科」135名(35.6%)、「外科」116名(30.6%)、「産科・婦人科」72名(19%)、「その他の診療科」52名(13.7%)、「小児科」16名(4.2%)、「歯科」12名(3.2%)と続いた。「どの科にも入院したことがない」と答えた回答者や、回答しなかった者はなかった(図2)。

回答者379名の全員が研究協力への同意をしたことが確認された。

#### 質問1

精神保健福祉法について「よく知っている」と回答した者は50名(13.2%)、「多少知っている」と回答した者は194名(51.2%)、「知らない」と回答した者は134名(35.4%)であった。1名が回答しなかった。なお、知っていると回答した者の割合は、先行研究における精神科外来通院患者のそれよりも高めだった(図3)。

医療観察法が施行されたことを「知っていた」と回答した者は79名(20.8%)、「知らなかった」と回答した者は297名(78.4%)であった(3名の未回答者はグラフから除外)。なお、知っていたと回答した者の割合は先行研究における精神科外来通院患者のそれよりも高めだった(図4)。

措置入院に対する賛否については、「賛成」149名(39.3%)、「やや賛成」110名(29%)、「どちらともいえない」106名(28%)、「やや反対」10名(2.6%)、「反対」4名(1.1%)という結果であった。回答しなかった者はなかった。なお、賛否の割合は、先行研究における精神科外来通院患者のそれとほぼ同様だった(図5)。

医療観察法に対する賛否については、「賛成」159名(42%)、「やや賛成」92名(24.3%)、「どちらともいえない」106名(28%)、「やや反対」12名(3.2%)、「反対」3名(0.8%)という結果であった(3名の未回答者はグラフから除外)。なお、なお、賛否の割合は、先行研究における精神科外来通院患者のそれとほぼ同様だった(図6)。

#### 質問2

回答者が入院したことのある入院形態は、精神保健福祉法による措置入院または緊急措置入院(以下「措置入院等」という。)が45名(全回答者中の11.9%、以下同じ)、精神保健福祉法による医療保護入院(以下「医療保護入院」という。)が35名(9.2%)、精神保健福祉法による任意入院(以下「任意入院」という。)が98名(25.9%)、精神保健福祉法による応急入院(以下「応急入院」という。)が11名(2.9%)、医療観察法による指定入院医

療機関への入院（以下「医療観察法入院」という。）が7名（1.8%）、医療観察法による鑑定入院（以下「鑑定入院」という。）が4名（1.1%）、その他の形態による精神科への入院が129名（34.0%）、入院形態はわからないとする回答が102名（26.9%）であった。この質問に回答しなかった者はいなかった（図7）。

#### 質問3

回答者の直近の精神科入院形態については、措置入院等が30名（7.9%）、医療保護入院が19名（5.0%）、任意通院が88名（23.2%）、応急入院が6名（1.6%）、医療観察法入院が5名（1.3%）、鑑定入院が3名（0.8%）、その他の形態による精神科への入院が126名（33.2%）、入院形態はわからないという回答が102名（26.9%）であった。この質問に回答しなかった者はいなかった（図8）。

回答者の直近の精神科入院に際して、入院の必要性や退院の条件について、説明を受けて、その内容を理解し、納得したか否かについては、「説明を受け、内容を理解し、納得できた」と回答した者が206名（54.4%）、「説明を受け、内容を理解したが、納得いかなかった」と回答した者が41名（10.8%）、「説明は受けたが、内容は理解できなかった」と回答した者が16名（4.2%）、「説明を受けていない」と回答した者が53名（14.0%）、「わからない、憶えていない」と回答した者が62名（16.4%）であった。1名が回答しなかった（図9）。

直近の精神科入院時点において、回答者が自傷他害のおそれを自覚していたか否かについては、入院しなければ自分もしくは他人を傷つけるおそれのある状況だったと思うと回答した者が122名（32.2%）、思わないと回答した者が197名（52.0%）、「わからない、憶えていない」と回答した者が58名（15.3%）であった。2名が回答しなかった（図10）。

直近の精神科入院中に本人の同意なく行われた治療や処遇の有無については、「あった」と回答した者が75名（19.8%）、「なかった」と回答した者が263名（69.4%）、「わからない、憶えていない」と回答した者が40名（10.6%）であった。1名が回答しなかった（図11）。

今考えて直近の精神科入院が本人にとって必要だったと思うか否かについては、必要だったと思うと回答した者が248名（65.4%）、必要だったとは思わないと回答した者が45名（11.9%）、どちらともいえないと回答した者が84名（22.2%）であった。2名が回答しなかった（図12）。直近の入院が措置入院であると回答した者に限ると、必要だったと思うと回答した者は19名（67.9%）、思わないと回答した者は6名（21.4%）であった。

直近の精神科入院における治療や処遇の満足度については、「満足している」が89名（23.5%）、「やや満足している」が100名（26.4%）、「どちらともいえない」が101名（26.6%）、「やや不満である」が34名（9.0%）、「不満である」が52名（13.7%）であった。3名が回答しなかった（図13）。

#### 質問4

回答者が直近の精神科入院において種々の形態の支援を受けたか否かについては、複数職種による話し合いが96名（25.3%）、入院中の外泊が79名（20.8%）と比較的多かったが、質問項目のすべてでそのような支援を受けていないという回答が多数派であった。結果を

図 14 に示す。

#### 質問 5

今後精神科に入院した場合に回答者が受けたい支援の内容については、入院中並びに退院後の行政職員による面会に関しては「どちらともいえない」の回答がそれぞれ 168 名 (44.3%)、175 名 (45.8%) と比較的多かったが、いずれの項目でも賛成が反対を圧倒的に上回っていた。結果を図 15 に示す。

#### クロス集計

直近の入院に対する満足度を「満足している」「やや満足している」を「満足」、「どちらともいえない」「やや不満である」「不満である」を「不満足」に二値変換し、これと、直近の非同意医療に対する明確な説明の有無との相関を調べたところ、Fisher の正確確率法で  $P=0.090$  と有意差を認めなかった。しかし、直近の入院で非同意医療が行われたか否かで層別化したところ、非同意医療があったと回答した群においては、Fisher の直接確率法で  $P=0.016$  と統計学的有意差を認めた。すなわち、非同意医療があったと感じた患者においては、非同意医療に対する明確な説明があった方が満足度が高いという結果が得られた。

次に、患者の各質問項目について、過去に経験した入院形態や直近の入院形態別にクロス集計して解析してみたところ、下記の結果が明らかになった。なお、直近の入院形態については、任意入院・医療保護入院・措置入院以外の入院形態を回答した者はそれぞれ若干名にとどまったため、解析から除外した。

措置入院制度の賛否について、賛成寄り(賛成またはやや賛成)、中立(どちらともいえない)、反対寄り(反対又はやや反対)に 3 分割して解析したところ、措置入院を経験したことのある患者の方が否定的な意見を有していた(図 16。カイ二乗検定、自由度 2、カイ二乗値 9.004、 $p=0.011$ )。入院時の説明に対する理解については、措置入院者の方が任意入院者よりも説明を受け理解し納得したと回答した者の割合が低かったが、医療保護入院者ではさらにその割合が低かった(図 17)。直近の入院が措置入院であると回答した者に限ると、入院時点で自傷他害のおそれを自覚していた者が 14 名 (46.7%)、自覚していなかった者が 13 名 (43.3%) と拮抗した(図 18)。直近の入院形態別に分析してみると、患者の同意によらない治療があったと答えた者の割合は、医療保護入院者において最も高く、任意入院者では低かった(図 19)。

入院の必要性の自覚については、医療保護入院者が最も低めだったが、すべての入院形態において過半数が今考えると入院は必要だったと理解していた(図 20)。入院の満足度については、任意入院・医療保護入院・措置入院の入院形態間に目立った差はみられなかった(図 21)。

入院中に行われた支援についてクロス集計した結果から、下記の結果が明らかとなった。多職種による診察の実施率は、入院形態間に目立った差はみられなかった(図 22)。主治医以外の医師との面接の実施率は、任意入院が最も低く、措置入院で比較的高かったが、統計学的有意差はなかった(図 23)。患者の同意に基づかない医療に対する明確な説明の有無に

については、入院中にそのような医療を受けたか否かでクロス集計したが、統計学的有意差はなかった(図 24)。退院後の支援についての相談や、退院前の施設訪問の実施率は、入院形態別では医療保護入院が最も低かった(図 25、図 26)。他方で、外泊の実施率は医療保護入院で最も高かった(図 27)。また病状悪化時についての事前相談は、医療保護入院で高く、措置入院で低かった(図 28)。

各種の支援に対する賛否についてのクロス集計結果の概要は下記のとおりである。すなわち、主治医以外の医師との面接を希望する割合は措置入院者で高かったが、統計学的有意差はなかった(図 29)。外部専門家の来訪を希望する割合は逆に措置入院者で比較的だったが、統計学的有意差はなかった(図 30)。入院中の行政官による面会については、入院形態ごとの賛否はほぼ等しかった(図 31)。対して、退院後の行政官による面会については、措置入院者で賛成の割合が低かったが、その差は統計学的に有意ではなかった(図 32)。患者の同意によらない医療に対する説明の賛否については、そのような医療を受けたか否かでは回答に大きな差はなかった(図 33)。

#### 回帰分析

直近の入院に対する満足度を「満足している」「やや満足している」を「満足」、「どちらともいえない」「やや不満である」「不満である」を「不満足」に二値変換し、これを従属変数として、質問 4 の各項目について「経験あり」「経験なし」を独立変数として、ロジスティック回帰分析(Wald による変数増加法)を実行したところ、「退院後の支援についての相談 (B=0.886, SE=0.317, Wald=7.819, df=1, P<0.005, Exp(B)=2.427)」「病状悪化時の対処についての事前相談 (B=0.847, SE=0.375, Wald=5.107, df=1, P<0.024, Exp(B)=2.322)」の二項目が有意差をもって満足度と関連していると考えられた。

#### 考察

今回のアンケート結果から、下記のことが浮かび上がる。

##### 回答者属性

調査対象は精神科入院歴を有する者であるところ、そのほとんどが内科及び歯科での治療歴を有しており、また約 3 分の 1 が内科入院歴を有していた。今回の調査では対象の年齢層を収集していないが、この結果は一般人の受療率よりは高いものと思われ、精神科入院歴を有する者は一定の割合で身体合併症を有していることを示すものと言える。

##### 回答者の精神保健福祉法等に関する知識

今回の調査対象は、先行研究における精神科外来患者よりも高い割合で、精神保健福祉法についてよく知っているという回答した。多少知っているという回答も含めると、その割合は先行研究における一般人のそれを上回った。精神科に入院した際に医療者や家族から教わったり、自分で調べたりして、精神保健福祉法の知識を身につけた者が少なからずいる可能性がある。このことは、医療観察法に対する認知度は精神科外来患者とさほど変わらないことからもうかがい知れる。ちなみに今回の調査で医療観察法に基づく入院もしくは鑑定入院

を経験したことがあると回答した者はそれぞれ若干名にとどまっている。

その一方で、調査対象が必ずしも精神保健福祉法について十全な理解を有していたかは疑問である。というのは、調査に対し直近の精神科入院形態が「その他の入院形態」であると回答した者が 126 名もいたのである(図 8)。この質問項目の選択肢では、他に任意入院、医療保護入院、措置入院、応急入院、医療観察法による入院、医療観察法による鑑定入院、とおおよそ考え得る入院形態を網羅しており、これら以外の入院が精神科でなされることは極めて稀であるはずである。さらに他に入院形態「不明」という選択肢も準備したにも関わらず、実際に回答者の約 3 分の 1 もの患者が「その他の入院形態」を選択した。このことは、少なからぬ患者が自身の直近の入院形態について誤解している可能性を示唆する。あるいは病棟の医療者が入院患者に対し十分な説明を行っていない、もしくは精神保健福祉法によらない精神科への入院を乱発しているという可能性も理論的には考えられる。ただこれらの仮説は分担研究者の臨床実感にはそぐわない。やはり精神科に入院した患者は少なからぬ割合において、自身の入院形態に深く注意を払っていないということが考えられる。

いずれにせよ、直近の入院形態を「その他の入院形態」もしくは「不明」と回答した回答者は、自身の入院過程についても正確に理解していない可能性がある。このため、以後の解析では、主に直近の入院形態を「措置入院」「医療保護入院」「任意入院」と回答した者に限定して副次的解析を試みた。応急入院、医療観察法による入院、医療観察法による鑑定入院のいずれかを選択した回答者はごく少数に留まっていたため、以後の解析からは除外した。

#### 制度に対する賛否

措置入院制度に対する賛否については、今回の調査対象は先行研究とほぼ同じ回答分布を示した。しかし、実際に措置入院経験した者はそうでない者に比べてより制度に対して否定的な意見を有していた。この結果は先行研究と一致している(文献 1)。この事実は重要である。

精神科入院患者全体で見ると、その多くは後で振り返ると入院が必要だったと受け入れており、入院に対する満足度も低くはない。すなわち、精神科入院医療に携わる医療者の思いは、時間はかかっても患者に届いていると考えられる結果が得られている。これは諸外国の先行研究結果とも一致している(文献 2、3)。しかしながらこのことは、措置入院者には必ずしも妥当しないということになるのである。

#### 直近の入院に対する理解

回答者の過半数は自身の直近の入院が必要であったことを肯定している(図 12)。この結果は直近入院形態によらず一定である(図 20)。措置入院患者においては、ほぼ半数が、自身が入院時点で自傷他害の危機にあったことを認めている(図 18)。これらの結果は、たとえ入院時に同意能力を欠く状態にあったとしても患者は後で振り返れば非自発的入院が必要であったと受け入れることができていることを示している。また、入院自体に対する満足度もさほど低くない(図 13)。この結果は諸外国の先行研究結果とも概ね一致するものである(文献 1、2)。

ただ、入院形態別に見ると、医療保護入院者において最も受入が悪い。すなわち、医療保護入院者は、自身が自傷他害の危機にあり入院が必要であったとは考える割合が低く(図 18、20)、その多くが入院時の説明に納得していない(図 17)。これらの差異はいずれも統計学的有意差には至っていないため慎重な解釈が必要だが、医療保護入院者の多様性と関係しているかもしれない。すなわち、任意入院者は同意能力を保持して入院に納得しているのが当然であり、また措置入院者の多くはその性質上比較的若年で認知機能障害が軽く権利意識も高い可能性がある。これに対し、医療保護入院者は診断も多岐に渡り、入院に至るいきさつも様々であるため、総体としては入院の性質が見えづらくなっている可能性がある。なお、任意入院者の 1 割強が入院の説明に納得しておらず、また同様に 1 割強が本人の同意によらない医療を受けたと回答している(図 19)。これは字義的には了解しがたい結果であるが、患者の受け止め方と医療者による説明や医療提供との齟齬が一部に見られているという結果を示すものであろう。

なお、入院や治療に関する明確な説明の有無は、患者の入院に対する満足度と必ずしも相関していない。日本では多くの患者が治療方針決定を医療者に委ねることが多く、所謂 shared decision-making が十分に浸透しているとは言いがたい。そのこと自体の是非はさておき、患者本人の同意に寄らない医療があったと回答した群においては、それらの治療に関する明確な説明があったか否かで満足度が異なるという点は示唆的である。つまり、患者が治療に納得していない場合、医療者から見れば患者が治療に関する理解力を持っていないように感じられる場合こそ、丁寧な説明が必要なのである。それにより患者満足度を向上させ、その後の医療の継続性を確保することを通じて患者の予後をも改善させることができるのではないか。

#### 入院中に行われた処遇

今回の調査では、法改正を睨んで作成されたガイドラインに記載されている各種支援や医療の内容を個別に抜き書きして、その実施実績を問うたものである。結果として、ほとんどの項目で精神科入院経験者は支援を受けていないと回答するという、医療者からするといささか心外な結果が出た(図 14)。

個別に見ていくと、多職種による診察については回答者の 25%、外泊については 20%が、実施されたと回答していた。軽症の場合は外泊を行わないこともあろうし、また日常的に接する看護師等の関わりを多職種診療として認識しなかったとしても不思議はない。他方で、入院中に他施設の専門家や行政官が面会に来たと回答した者はいずれも 3%程度に留まった。これはおそらく実態に近い数値と思われる。実際には個人情報保護の問題やヒューマンリソース上の課題があり、入院先病院以外に所属する者が患者と直接接触する機会を持つことは困難であろう。セカンドオピニオンや精神科医療内容のピアレビューを行う機会を増やすことは、医療の質を上げるためには有用であると思われるが、実現は容易ではない。

また特に、患者本人の同意によらない医療を提供するに当たっては、その必要性を吟味した上で患者に丁寧に説明するのが当然であると考えられるのだが、当の患者のうちそのよ

うな説明を受けたと感じている者は1割に過ぎない。もっとも、回答者の中にはそもそも入院中に自らの同意によらない医療を受けなかった者も多数いたであろう。そこで、非同意医療の有無別に回答をグループ化して集計した。すると、非同意医療の有無に拘わらず説明を受けていないと感じた者の割合は同様だった(図 24)。非同意治療なしまたは不明の群の回答は棄却すべきかもしれないが、実際に自身の同意によらない医療を受けたと感じている患者の9割が、そのことに対する明確な説明がなかったと感じているのであって、この事実は医療者としては重く受け止めなければならないだろう。そして、実際に非同意医療を受けたと回答した者の中でも、非同意医療に関する明確な説明を受けたと回答した者の方が入院に対する満足度が高いという結果が出た。これは当然と言えば当然のことながら、医療者は単に患者に真に必要な医療を提供するのみならず、その必要性について患者が理解できる言葉で説明を尽くすことが重要だということを示しているといえる。

今回聞いた項目のうち、患者満足度と有意な相関を認めた項目は、退院後の支援についての相談と、病状悪化時の対処についての事前相談の2つであった。これらは入院の目的が退院して社会生活を営めるようにすることであることを考えれば至極当然であると言える。特に後者はクライシスプランの事前作成として、近年世界的にも注目されている治療戦術の一つである。入院環境下において、退院後の生活や病状悪化因子についてあらかじめ患者・医療者間でイメージを共有し、生活支援や危機介入のための方策を事前に話し合っておくことにより、患者にとってその入院が意義あるものであったという実感につながったのではないか。

#### 入院経験者が望む処遇

最後に、今回の調査では、今後もしまた入院することになったらどのような支援が望まれるかを精神科入院経験者に問うた。結果は、例示したすべての項目について、賛成が反対を大幅に上回るという結果が出た(図 15)。この結果は、今般検討されている精神保健医療福祉改革の内容が、少なくともその理念の面では精神科入院患者の支持を受けていることを示していると解釈できる。

もっとも、多職種による診療やセカンドオピニオンサービス、退院後の支援についての相談、病状悪化時の対処についての事前相談などは、従前の精神科医療はもとより、身体科医療においてももはや定跡ともいうべきものであって、そもそも反対する余地がない、あるいは今更議論していること自体が時代遅れであるとの見方もできる。実際、このようなサービスは既に積極的に退院支援に取り組んでいる多くの精神科病院で提供されているものである。

とりわけ、入院中のいわゆるケア会議の実施と、クライシスプランの作成に関しては、これらを実施した方が患者の満足度が高いという結果が今回の調査から得られている。患者満足度向上の面から見ても、今般の措置入院医療改革で打ち出されたこれらの取り組みは重要であり、方向性としては正しいと考えてよいであろう。

ただし、各項目を個別に見ていくと、幾つか注意すべき点が浮かび上がる。まず、外部専

門家が入院患者の治療内容を評価するという取組みは、特に措置入院のような強制力の強い処遇を受けている患者の人権擁護のために重要であると一般的には考えられるのであるが、今回の調査結果は必ずしもそのような理念を反映していない。措置入院者は主治医以外との面接は希望している(図 29)が、外部専門家の来訪にはむしろ消極的である(図 30)。これらの入院形態別の差異に統計学的有意差はなく、結果の示す意味は不明と言わざるを得ないが、措置入院者が真に望む処遇については慎重な検討が必要であろう。

改正法案でも議論の焦点となった退院後支援について、今回の調査では「退院後の行政官の面会」といういささか硬い表現を用いて精神科入院経験者に賛否を問うた。結果は、賛成が反対を大きく上回るものであった(図 15)。ただし、この項目と、入院中の行政官の面会については、他の項目とは異なり「どちらともいえない」という回答が多かったことに注意が必要である。患者の一部は、行政官が彼らの処遇に関わることを俄に察しかねているのかもしれない。特に退院後の行政官の面会については、措置入院者において、賛成の割合が少なくなっている(図 32)。統計学的有意差はないものの、措置入院患者の一部は、退院後にまで行政官に関わって欲しくないと考えている可能性がある。彼らに有効な支援を提供するためには、入院当初から積極的な関与と真摯な説明を行い、患者の信頼を獲得することが重要であろう。

#### 本研究の限界

本研究は web ベースの匿名のアンケート調査であるため、その信頼性には一定の留保がつく。調査会社のデータベースを活用しているため、二重回答や組織票などの疑いは生じないものの、標本把握までも調査会社に自ら登録した上で今回の調査に協力した者であるため、そのような調査に興味のない患者の意見は結果に反映されていない。

今回の調査対象は、精神科病棟に入院歴を有する者であるため、一般人もしくは精神科外来通院患者よりは比較的精神症状が重い者を含んでいた可能性がある。他方では、調査対象は調査会社に自ら登録した者であるため、現在それなりの社会生活を送っている者に限定されているともいえる。

調査は択一式の自記式アンケートのみで、自由記載やインタビューなどは行われていないため、各回答が回答者のどのような気持ちを反映したのかを推測するには一定の限界がある。この点は同時並行的に行われた他の研究で補完される見込みである。

また、直近の入院形態を「その他の入院形態」と選択した者が多かったことから推測すると、回答者のうち相当数の者が、精神保健福祉法による入院制度や自身の入院経験を必ずしも正確に理解していない可能性がある。

本研究にはこのような種々の限界がある。それでもなお、あらかじめ定められたプロトコルに従って 35,000 名あまりに及ぶ精神疾患の既往を持つ登録者の中から精神科入院歴を有する者を抽出して 300 例以上の回答を得たこと、また類似の調査が我が国ではこれまでほとんど行われてこなかったことを勘案すると、調査対象の代表性には一定の留保がつくとはいえ、その結果を誠実に解釈することは今後の精神保健医療福祉を考える上で重要な示

唆を与えるものであると考えるものである。

## 結語

今回の研究結果から、下記の事実が明らかとなった。

入院経験者の多くが入院の必要性を受け入れており、措置入院制度自体についても賛意を示していた。患者の多くは、医療者の説明や支援が不足していると感じていた。患者の多くは退院後支援に期待していると思われた。その一方で、その内容について患者・医療者間での具体的なイメージの共有が重要であると考えられた。

## 参考文献

文献1 椎名明大、五十嵐禎人、伊豫雅臣 「精神障害者の司法精神医学の認識に関する研究」 司法精神医学 9(1):2-13, 2014.

文献2 Christoph Lauber, Luis Falcató, Wulf Rössler. Attitudes to compulsory admission in psychiatry. THE LANCET 355(10):2080, 2000.

文献3 Donoghue BO. Involuntary admission from the patients' perspective. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 45:631-638, 2010.

## 付録 アンケートにおける質問項目

### 質問1

(1) 「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）」という法律について知っていますか。【よく知っている/多少知っている/知らない】

(2) 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律（医療観察法）」が平成17年に施行されたことを知っていますか。【知っていた/知らなかった】

(3) 「措置入院」とは、精神障害のために自分や他人を傷つけるおそれがある患者さんを精神科病院に入院させる制度です。あなたはこの制度についてどう思いますか。【賛成/やや賛成/どちらともいえない/やや反対/反対】

(4) 「医療観察法」とは、精神障害のために重大な事件を起こしてしまった患者さんに対して手厚い精神医療を提供し、再び事件を起こすことなく社会復帰を促すための仕組みです。あなたはこの仕組みについてどう思いますか。【賛成/やや賛成/どちらともいえない/やや反対/反対】

質問2 あなたが経験したことのある入院の形態を、以下の中から選んでください。（いくつでも）【精神保健福祉法による措置入院または緊急措置入院/精神保健福祉法による医療保護入院/精神保健福祉法による任意入院/精神保健福祉法による応急入院/医療観察法に

よる指定入院医療機関への入院/医療観察法による鑑定入院/その他の形態による精神科への入院/入院形態はわからない】

### 質問 3

(1)あなたが一番最近精神科に入院した時の入院形態は、次のうちのどれですか。【精神保健福祉法による措置入院または緊急措置入院/精神保健福祉法による医療保護入院/精神保健福祉法による任意入院/精神保健福祉法による応急入院/医療観察法による指定入院医療機関への入院/医療観察法による鑑定入院/その他の形態による精神科への入院/入院形態はわからない】

(2)あなたが一番最近精神科に入院した際、入院の必要性や退院の条件について、説明を受けて、その内容を理解し、納得しましたか。【説明を受け、内容を理解し、納得できた/説明を受け、内容を理解したが、納得いかなかった/説明は受けたが、内容は理解できなかった/説明を受けていない/わからない、憶えていない】

(3)あなたが一番最近精神科に入院した際、あなたは入院しなければ自分もしくは他人を傷つけるおそれのある状況だったと思いますか。【思う/思わない/わからない、憶えていない】

(4)あなたが一番最近精神科に入院したときの治療や処遇について、あなたの同意を得ずに行われたものがありましたか。(たとえば、強制的に薬を飲まされたり注射をされたりした、あなたが求めても外出や電話が許可されなかった、個室に隔離された、体を拘束された、など)【あった/なかった/わからない、憶えていない】

(5)今考えて、あなたが一番最近精神科に入院したときの入院は、あなたにとって必要だったと思いますか。【思う/思わない/どちらともいえない】

(6)今考えて、そのときの入院における治療や処遇の内容に、あなたは満足していますか。【満足している/やや満足している/どちらともいえない/やや不満である/不満である】

質問 4 あなたが一番最近精神科に入院していた期間に、次のような支援を受けたことがありましたか。あるものをすべて選んでください。(いくつでも)

(1)あなたの治療方針について、医師だけでなく、看護師や精神保健福祉士など複数の職種を交えた話し合いをした

(2)主治医以外の医師があなたを診察して、入院の必要性などをチェックした

(3)あなたの同意によらない治療や処遇については、その必要性について職員から明確な説明を受けた

(4)あなたが入院中の治療や処遇に納得いかない場合、病院外の専門家があなたの話を聞きに面会に来た

(5)行政官(自治体や保健所等の職員)が入院施設を訪問して、あなたと話をした

(6)退院後に必要となる支援の内容や程度について、入院中に話し合いをした

(7)入院中に外出や外泊を行って、退院後に利用する予定の施設(病院、入所施設、通所施

設など)を訪問した

(8)入院中に外泊して、退院後の生活について職員と検討した

(9)退院後に病状が悪化した場合にどのように対処したら良いか、職員と話し合っ  
て計画を立てた

(10)退院後、行政の職員(自治体や保健所に所属する保健師など)があなたに定期的  
に面会に来た

質問5 あなたがもしもまた精神科に入院することになった場合、下記のような支援を受け  
ることに、あなたは賛成ですか、反対ですか。【賛成/どちらともいえない/反対】

(1)あなたの治療方針について、医師だけでなく、看護師や精神保健福祉士など複数の職種  
を交えた話し合いをする

(2)主治医以外の医師があなたを診察して、入院の必要性などをチェックする

(3)あなたの同意によらない治療や処遇については、その必要性について職員から明確な説  
明をする

(4)あなたが入院中の治療や処遇に納得いかない場合、病院外の専門家があなたの話を聞き  
に面会に来る

(5)行政官(自治体や保健所等の職員)が入院施設を訪問して、あなたと話を  
する

(6)退院後に必要となる支援の内容や程度について、入院中に話し合いをする

(7)入院中に外出や外泊を行って、退院後に利用する予定の施設(病院・クリニック、入所  
施設、通所施設)などを訪問する

(8)入院中に外泊して、退院後の生活について職員と検討する

(9)退院後に病状が悪化した場合にどのように対処したら良いか、職員と話し合っ  
て計画を立てる

(10)退院後、行政の職員(自治体や保健所に所属する保健師など)があなたに定期的  
に面会に来る

図1 治療歴

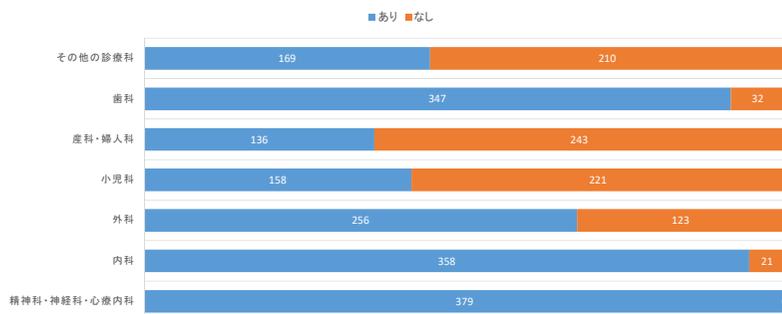


図2 入院歴

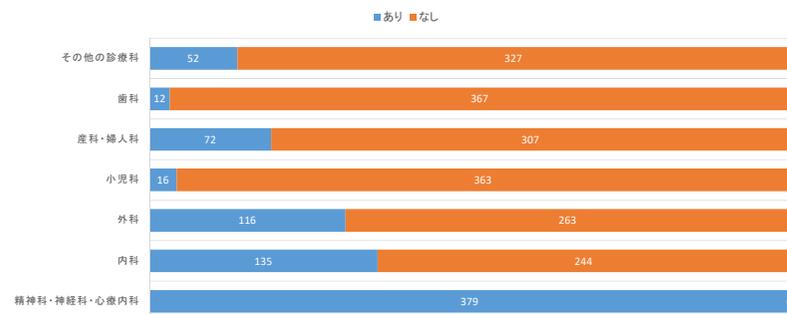
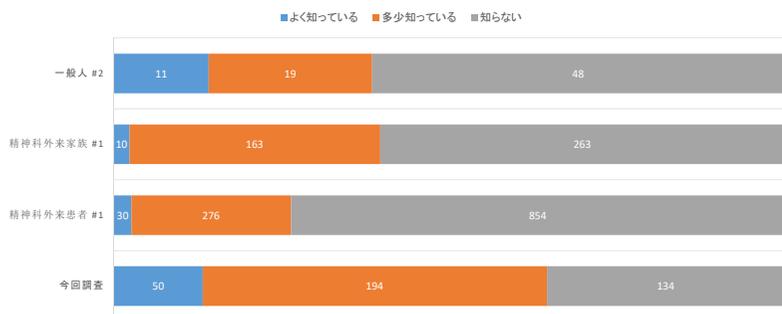
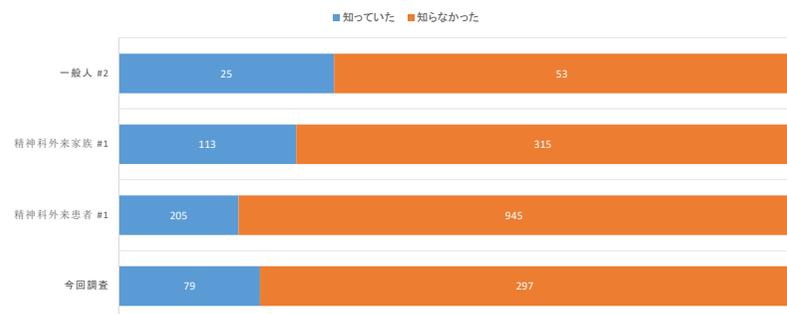


図3 精神保健福祉法についての知識



#1 椎名ら 司法精神医学9(1):2-13,2014  
 #2 Shiina et al. Royal College of Psychiatrist International Congress 2015

図4 医療観察法の認知度



#1 椎名ら 司法精神医学9(1):2-13,2014  
 #2 Shiina et al. Royal College of Psychiatrist International Congress 2015

図5 措置入院制度に対する賛否

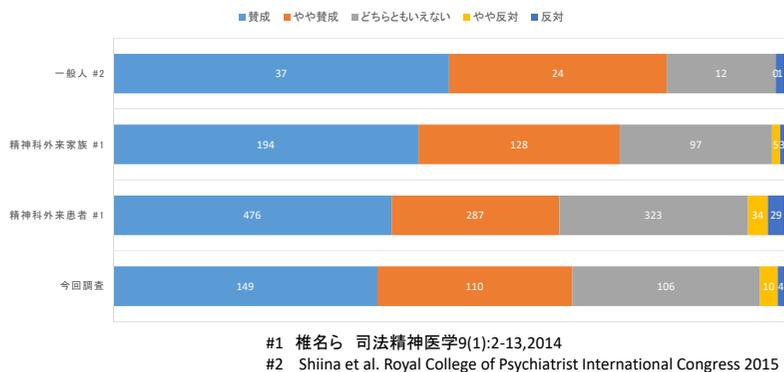


図6 医療観察法制度に対する賛否

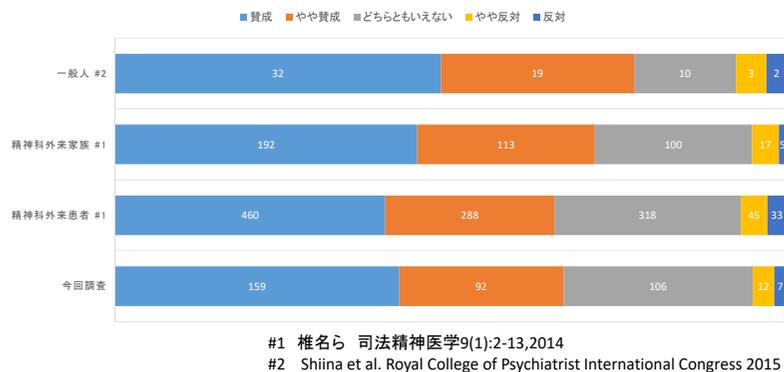


図7 経験したことがある入院形態

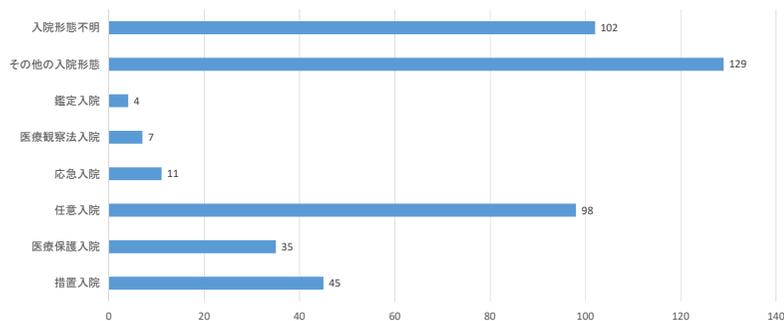


図8 直近の入院形態

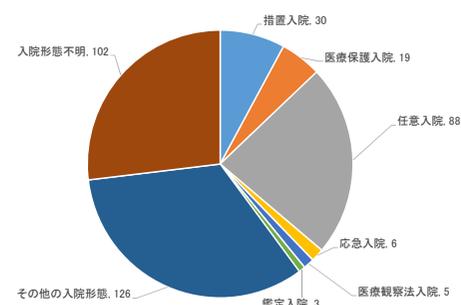


図9 入院時の説明についての理解

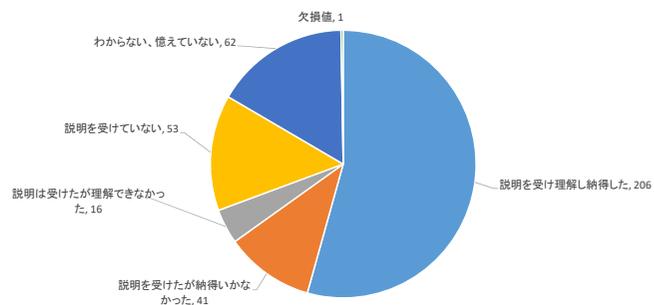


図10 直近の入院時に自傷他害の危機にあったと思うか

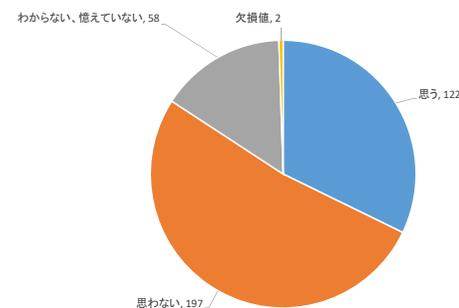


図11 直近の入院中の治療で同意していないものがあつたか

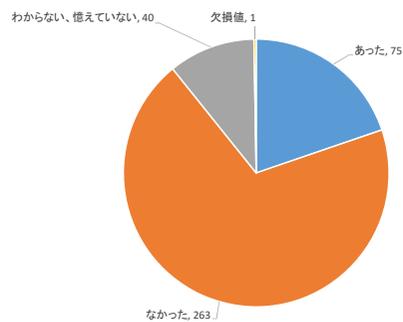


図12 今考えて直近の入院は必要だったと思うか

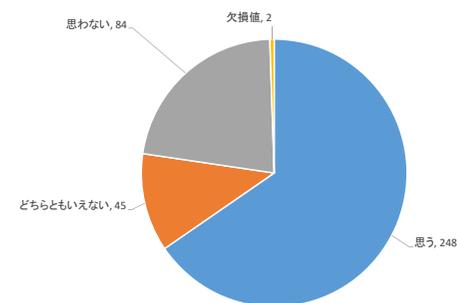


図13 直近の入院に対する満足度

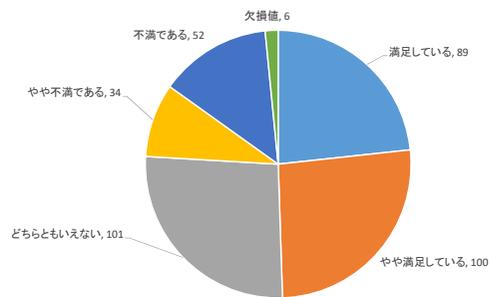


図14 直近の入院中に行われた処遇等

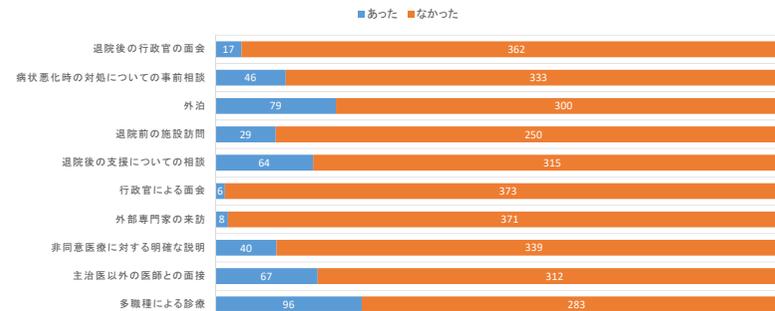


図15 処遇等に関する意見

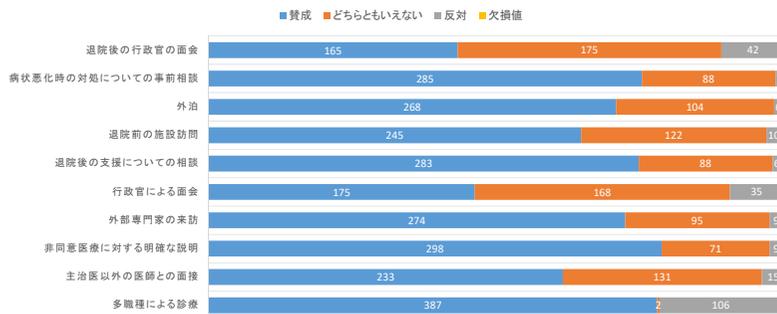


図16 措置入院制度に対する賛否(措置入院歴有無別)

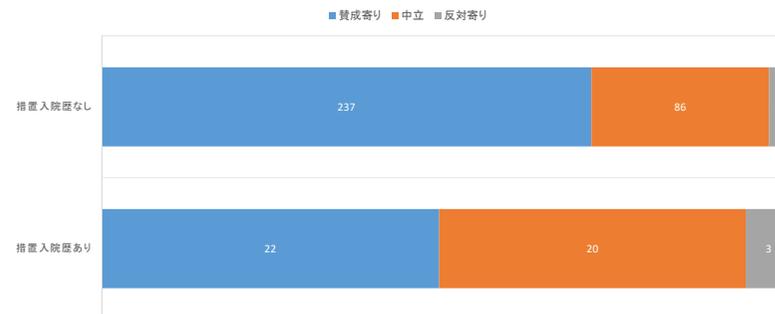


図17 入院時の説明に対する理解(直近入院形態別)

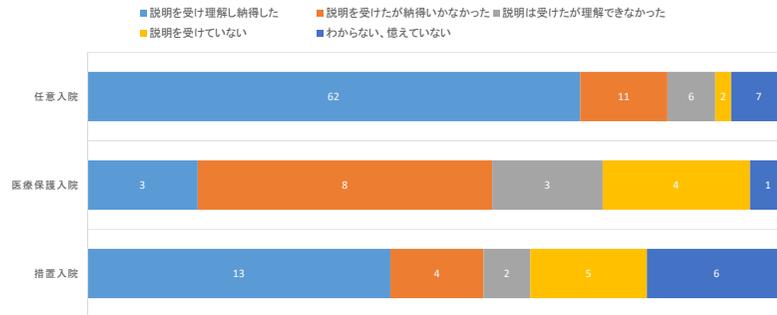


図18 自傷他害の危機の自覚(直近入院形態別)

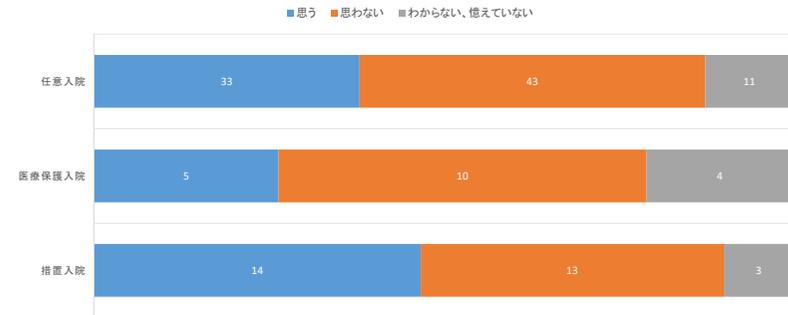


図19 非同意治療の有無(直近入院形態別)

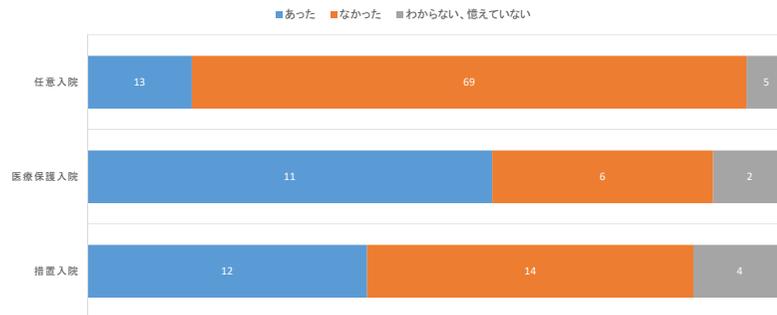


図20 入院の必要性の自覚(直近入院形態別)



図21 入院の満足度(直近入院形態別)

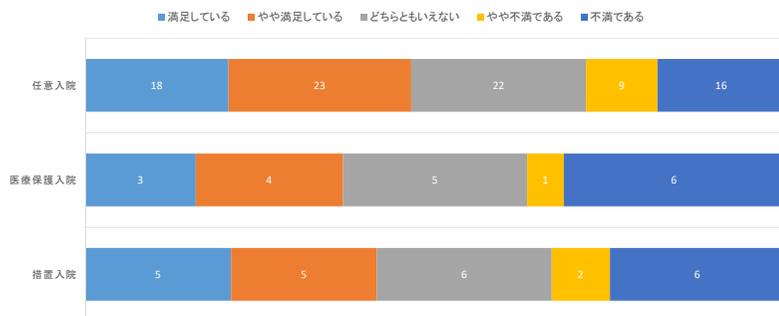


図22 多職種による診察(直近入院形態別)

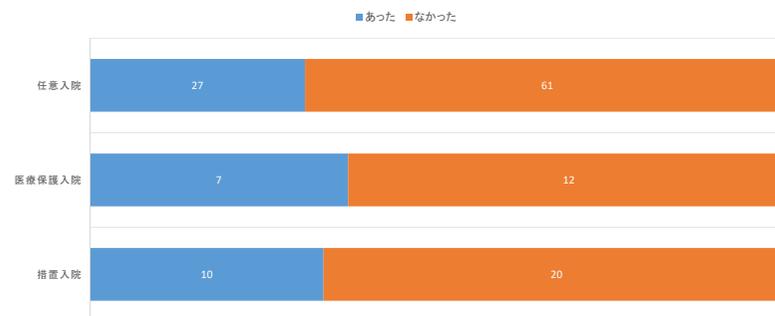


図23 主治医以外の医師との面接(直近入院形態別)

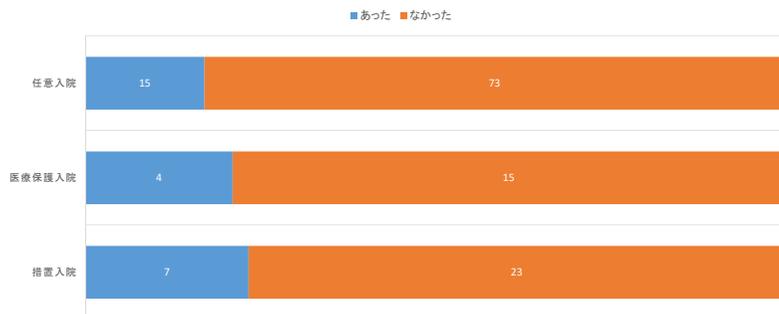


図24 非同意医療に対する明確な説明(非同意治療有無別)



図25 退院後の支援についての相談(直近入院形態別)

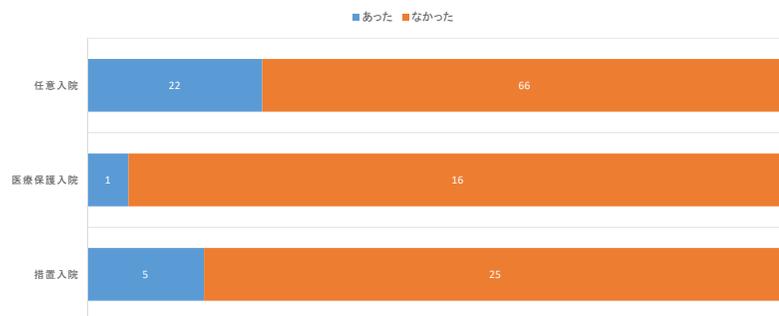


図26 退院前の施設訪問(直近入院形態別)

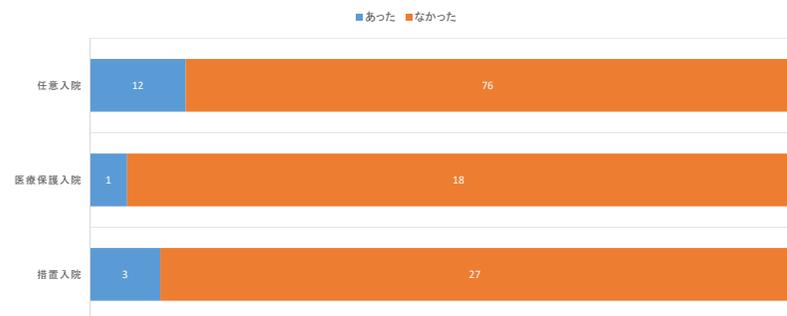


図27 外泊(直近入院形態別)

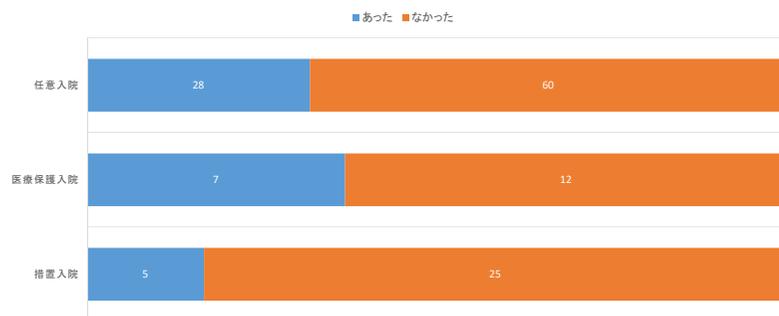


図28 病状悪化時についての事前相談(直近入院形態別)

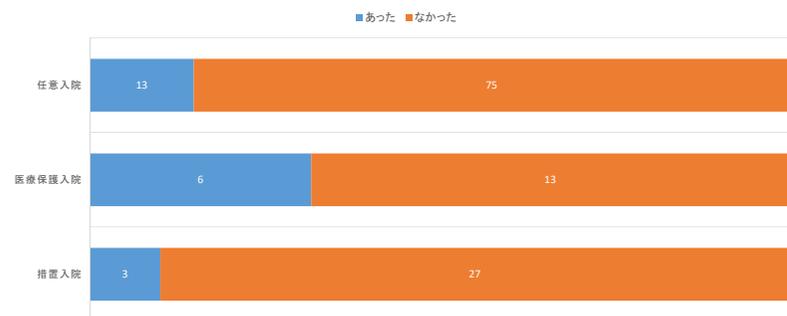


図29 主治医以外の医師との面接の賛否(直近入院形態別)

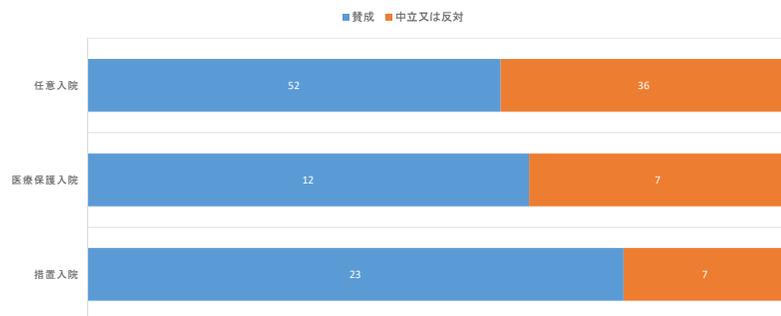


図30 外部専門家の来訪の賛否(直近入院形態別)

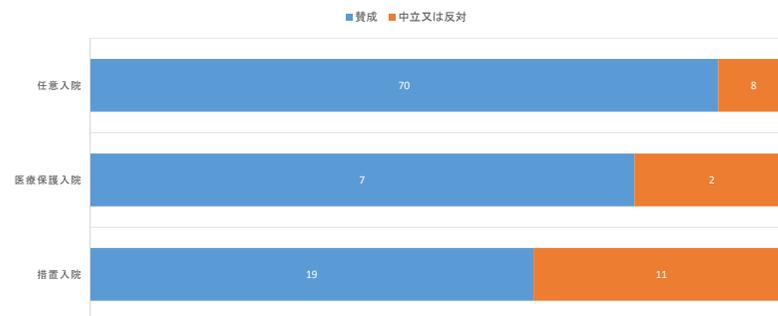


図31 行政官による面会の賛否(直近入院形態別)

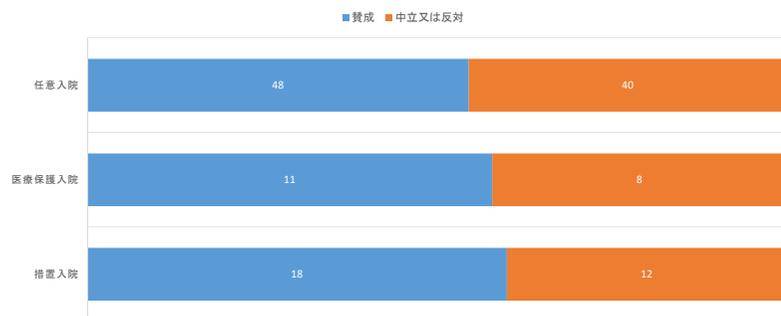


図32 退院後の行政官の面会の賛否(直近入院形態別)

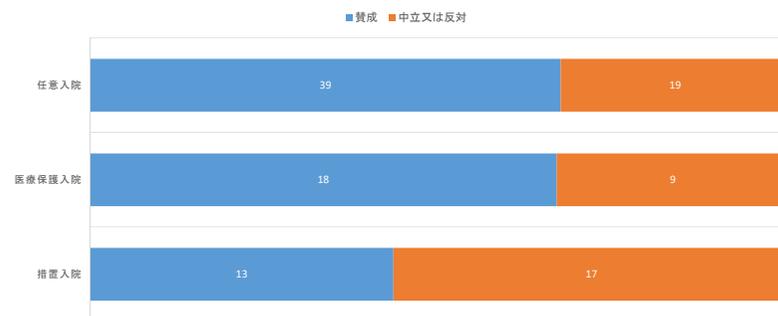
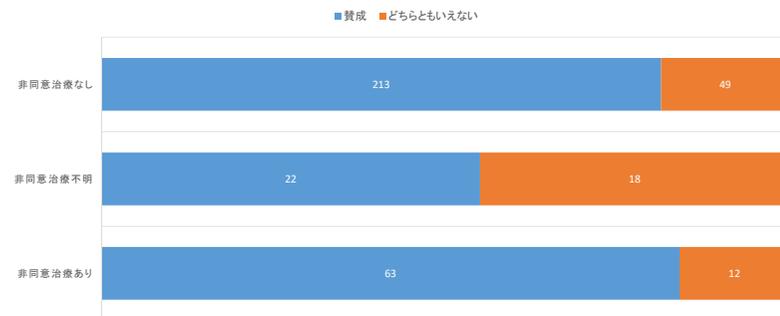


図33 非同意医療に対する説明の賛否(非同意治療有無別)



## はじめに

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、入所者を多数殺害するという事件（以下「相模原事件」という。）が発生した。

政府は相模原事件の検証および再発防止策検討チームを結成し、同年 12 月 8 日に最終報告書(以下「相模原事件報告書」という。)を発表した。その内容を受けて厚生労働省はさらに、「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(以下「あり方報告書」という。)を平成 29 年 2 月 17 日に公表し、措置入院制度改革をはじめとする精神保健医療福祉改革を検討していると聞いている。

上記の流れの中で、厚生労働省は、措置入院制度運用の現状分析及び今後の改革に関する学識経験者の意見集約を目的とした研究班の創設を企図した。そこで平成 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)」の分担研究者として筆者が推薦を受け、新たな分担研究班「措置入院患者の退院後における地域包括支援のあり方に関する研究(以下「本研究」という)」を立ち上げることになった。

本研究の研究課題の一つに、「グレイゾーン事例」の明確化とグレイゾーンモデル事例集の作成が挙げられる。

「グレイゾーン事例」とは、相模原事件報告書で初めて公式に用いられた言葉で、「他害のおそれが精神障害によるものか判断が難しい事例」を指す。相模原事件報告書では、「本チームの議論では、緊急措置診察や措置診察の時点で他害のおそれが精神障害によるものか判断が難しい事例(以下「グレイゾーン事例」という。)があることについて、都道府県知事等や警察などの関係者が共通認識を持つべきではないかとの意見が出された。」と記述されている。

また、相模原事件報告書では、措置入院の適切な運用が図られるために、「都道府県や市町村、警察、精神科医療関係者等の関係者の相互理解を推進する必要がある」としており、そのため、「これらの関係者が地域で定期的に協議する場を設置することなどにより、その相互理解を図っていくことが必要である」としている。そしてその具体的な協議の内容として「措置診察に至るまでの地域における対応方針、通報等に基づく移送のあり方、具体的な犯罪情報を把握した場合の情報共有のあり方等」を挙げている。他方では、「グレイゾーン事例のうち、医療・福祉による支援では対応が難しいものについて他害防止の措置を執れるようにすることについては、人権保護等の観点から極めて慎重でなければならない」として、

グレーゾーン事例に対して行政がいたずらに介入することに対する警鐘を鳴らしている。

さらに、上記の内容を受けて、あり方報告書でも、「緊急措置診察や措置診察の時点で他害のおそれが精神障害によるものか判断が難しい事例（グレーゾーン事例）があることについて、都道府県又は政令指定都市や警察などの関係者が共通認識を持つべきである」と記述されている。

我々はこの記述内容に賛成の立場を採る。その一方で、グレーゾーン事例について、学術的・実務的背景の異なる関係者が共通認識を持つことは、非常に難しいことではないかと危惧している。

そもそも、「グレーゾーン」という言葉自体、白でも黒でもない、曖昧さがあることを示すものである。曖昧なものに対して共通認識を持つことの困難さは言うまでもないであろう。

したがって、「グレーゾーン事例」と言われても、聞く者によってイメージする事例はまったく異なってくる可能性が高い。そうなると、グレーゾーン事例への対応について議論する際に、関係者間で話が噛み合わず、有意義な議論がしづらいという問題が起きることが予想される。

このような問題を回避するためには、「グレーゾーン事例」に該当するようなモデル事例を複数収載した事例集をあらかじめ用意しておくことが有用ではないかと我々は考えた。複数の専門家がグレーゾーン事例に該当すると判断したモデル事例を提示することにより、いわば「グレーゾーン事例の典型例」のイメージを具体化することができる。また、モデル事例集を作成する際に専門家が議論を重ねることにより、グレーゾーン事例にしばしば随伴する諸要素の類型化を図ることができる。さらに、こうして作られたモデル事例集は、関係者が実際の事例に関与する前に、グループディスカッションを通じて理解を深めるための教材として活用することもできる。

そこで我々は、グレーゾーン事例に対する関係者の共通認識を促し、関係者がグレーゾーン事例に対する具体的なイメージを抱く助けとなり、またグレーゾーン事例への対応について議論・教育を行うための実用的なツールとして、「精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集」の作成を試みた。

## 作成手順

我々は、まず精神科臨床および司法精神医療に精通した研究協力者を複数選別し、各々に説明を行ったうえで同意を受けて、グレーゾーン研究グループを結成した。

次に、各研究協力者に対し、グレーゾーンモデル事例集の叩き台となる事例報告の提出を求めた。この事例報告は、各研究協力者の臨床経験に基づいて作成された、創作物である。作成にあたっては、事例報告の一部に研究協力者が実際に経験した事例の内容を含めつつ、細部を改変し、総体としては架空の人物に関する経過報告となるよう配慮した。

さらに、提出された各事例報告に対し、筆者及び一部の研究協力者が、提出された原稿が原形をとどめない程度の改変を加えた。そうすることにより、いずれの事例報告も、どの研究協力者が見ても、どの実在の患者に基づいて作成されたかが判別できないようになっていることを確認した。

上記の方法により、全部で 32 例の事例報告が完成した。

続いて、我々は、各研究者に対して、それぞれの事例を熟読し、事例報告として矛盾・不整合・現実的でない記述内容等がないかどうか確認を求めた。その際に指摘された事項については筆者が改変を加え、再確認を求めた。

そうすることにより、32 例の事例報告はいずれも、いずれの研究協力者から見ても、実在していてもおかしくない事例であることが確認された。

さらに、各研究者に対して、事例ごとに 2 回のデルファイラウンドが行われた。

このデルファイラウンドでは、事例ごとに 3 つの質問がなされた。すなわち、「このモデル事例を通読したうえで、下線部の時点で「他害のおそれが精神障害によるものかについて、判断が難しい事例」に該当すると思いますか？この問でいう精神障害は「非社会性パーソナリティ障害」を除くすべての精神障害を指します。」「このモデル事例は、全般的に、本人の同意によらない医療の対象にすべきだと思いますか？」「このモデル事例に対する最善の処遇を考える際、全般的に、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？」という 3 つの問いに対して、「はい(該当する、すべきである、思う)」「どちらともいえない」「いいえ」の 3 分法での回答を求めた。さらに、各事例に対して該当する精神科診断の回答も求めた。

精神科診断は原則として ICD-10 に準拠するものとした。

1 回目のデルファイラウンドの結果を公表するとともに、研究協力者を一堂に会して、各事例についての講評を行った。

そしてその講評結果を筆者がまとめたうえで、2 回目のデルファイラウンドを実施した。すなわち、研究協力者に対して先の 3 つの質問を繰り返し、回答を求めた。

その結果をまとめ、事例報告と講評を付してモデル事例を完成させた。

## 本研究の限界

この事例集はあくまでも精神医療に携わる側が事例報告を持ち寄って作成したものであり、「医療側から見たグレーゾーン」という様相を呈していることは否めない。畢竟、本来は司法がよりイニシアチブを発揮すべきなのに医療機関でのマネジメントが求められて対応に苦慮したような事例の割合が高くなっており、逆に本来は積極的に行うべきだった精神医療が提供されなかったような事例は、本モデル事例集には収載しきれていない。司法、警察等、医療分野以外の関係者から見たグレーゾーン事例の集積及び検討も、今後行う必要がある。

# 椎名班別添 1・2

## 目次

別添1 措置入院の運用ガイドライン・・・・・・・・・・・・・・・・・・134

別添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・・・・・・・・159

別添 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

院という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は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、当該申し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（国立病院機構榊原病院 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 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の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
- リ. 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のないよう留意する。

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（国立病院機構榊原病院 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 (男・女)	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 基本情報*	自立支援医療： 無 有 不明 申請予定 精神障害者保健福祉手帳： 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定 療育手帳： 無 有 (等級 ) 不明 申請予定 身体障害者： 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定 障害年金受給： 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定 障害支援区分： 無 有 (区分 ) 不明 申請予定 要介護認定： 無 有 ( ) 不明 申請予定 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 <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) <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 (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 (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		大正
氏名	様 (男・女)	昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)
生年月日		
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 <sup>※</sup>	●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 <sup>※</sup>	平成 年 月 日	
退院後の生活に関する本人の希望 <sup>※</sup>		
家族その他の支援者の意見 <sup>※</sup>	氏名 : 続柄 : 連絡先 :	
退院予定日	平成 年 月 日 未定	
入院継続の必要性 <sup>※</sup>	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 基本情報 <sup>※</sup>	自立支援医療 : 無 有 不明 申請予定 精神障害者保健福祉手帳 : 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定 療育手帳 : 無 有 (等級 ) 不明 申請予定 身体障害者 : 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定 障害年金受給 : 無 有 ( 級 ) 不明 申請予定 障害支援区分 : 無 有 (区分 ) 不明 申請予定 要介護認定 : 無 有 ( ) 不明 申請予定 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 <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) <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 (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 <sup>※</sup>				
退院後生活環境相談 担当者／相談員氏名 <sup>※</sup>				

## 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 (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 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	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"/>								
A2経済的援助：生活保護等の経済的援助の必要性	<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"/>								
A4子供の世話：18歳以下の子供の養育	<input type="checkbox"/>								
A5介護：高齢者、障害者の介護	<input type="checkbox"/>								
B1食事：料理、外食、適切な食事の購入	<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"/>								
B3セルフケア：入浴、歯磨き等の清潔保持	<input type="checkbox"/>								
B4 電話：電話の有無、電話使用の可否	<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"/>								
B6金銭管理：金銭の管理と計画的な使用	<input type="checkbox"/>								
B7 基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力	<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"/>								
C2交流：家族以外との社会的交流	<input type="checkbox"/>								
D1 精神症状：幻覚、妄想、思考障害等	<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"/>								
D3 心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	<input type="checkbox"/>								
D4 性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等	<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"/>								
E2 治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	<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"/>								
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"/>								
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"/>								
F4 他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	<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"/>								
その他 ( )	<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

# 退院後支援のニーズに関するアセスメント 評価マニュアル

- ・ 評価項目は、退院後の状況を想定して評価すること。
- ・ 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、あるいは適切でない場合は「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しており、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/ 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

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 （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 まとめ			

## 精神科デイ・ケア等の機能と転帰に関する大規模調査

研究分担者 五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門）

研究協力者 馬屋原健（日本精神科病院協会）、松原良次（日本精神科病院協会）、窪田彰（日本精神科診療所協会）、肥田裕久（日本精神科診療所協会）、原敬造（日本デイケア学会）、佐々木一（日本デイケア学会）、山内慶太（慶應義塾大学看護医療学部）

### 要旨

精神科デイ・ケア等の現状での活動を整理し、今後のあり方を考える基礎資料とするため、大規模調査を実施する。調査は2構成であり、横断調査である調査Aは、スタッフを対象に調査を実施した。871施設20744人の調査票を回収し、現時点までに集計した一次集計の一部を報告する。その集計の過程で、利用者の78.4%が1年を超える長期利用者であること、またさまざまな疾患や目的が混在するグループが多くを占めていることが明らかになった。これらより今後の二次集計の課題として、長期利用に関する医療のリハビリテーションの必要性の検討、社会機能回復に特化した目的別専門プログラムの実態の検討、疾患別・目的別の実態からみる今後の精神科デイ・ケア等のニーズ分析を実施する予定である。また、新規利用者調査である調査Bは、125施設381人から同意を得て、H29年4月より半年ごとに計4回、18ヶ月のフォローアップ調査を開始した。

### A.研究の背景と目的

精神科デイ・ケア等の機能の分化が進んでいる。精神科病院では、入院患者の高齢化およびその地域移行から、急性期治療へのシフトが進んでいる。入院患者の地域への移行は、入院治療の継続としての精神科デイ・ケアの重要性を大きくするものとなった。また、統合失調症の軽症化も短期入院から精神科デイ・ケアや就労支援事業の利用を加速させるものとなっている。

気分障害や不安障害については、復職や再就労といった社会機能回復へのニーズの高まりから、都市部の医療機関を中心に、目的別専門プログラムが実施されている。また発達障害や一部依存症については、平成30年度診療報酬改定において、疾患別等専門プログラム加算が新設されるなど、評価の対象となっている。

このように機能分化が進む精神科デイ・ケ

アの将来構想を作成するために、精神科デイ・ケアの現状での活動実態を把握する大規模な調査を実施している。今後の精神科デイ・ケアの位置づけを明確化し、重要かつ必要不可欠な政策的視点を整理した上で、新たな提言を行う。そして、精神科デイ・ケアを中心とした精神科医療供給体制を考える際に、精神科医療機関を含めた医療機関や障害福祉施設等との連携のあり方の視点を加えて提言を行う。

### B.方法

本調査は調査A：基礎調査、調査B：新規利用者調査の2つの調査で構成される。調査の実施にあたり、日本うつ病リワーク協会（旧：うつ病リワーク研究会）倫理審査委員会の承認(No.201601)を得て、個人情報の取り扱いに十分配慮し実施した。

対象は、本調査への協力団体である日本精神科病院協会、日本精神科診療所協会、日本

デイケア学会、日本うつ病リワーク協会の会員医療機関を中心に、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科ナイト・ケア（以下、精神科デイ・ケア等）実施施設を対象とし、重度認知症デイ・ケアは対象外とした。

本調査における用語の定義は以下の通りである。「単位」は、厚生局に届け出している精神科デイ・ケア等の単位とした。「(デイ・ケア等の)グループ(以下、GP)」は、疾患別、年代別、目的別等に集団を形成し、そのグループごとに異なった内容の精神科デイ・ケア等を実施している場合、その集団ごとの支援を「グループ(GP)」とした。

#### 調査A：基礎調査

調査Aは横断調査であり、精神科デイ・ケア等を実施する施設のスタッフに対し、郵送による調査を実施した。平成28年12月に調査票を発送し、平成29年2月に回収した。調査対象日は、施設の概要や精神科デイ・ケア等の実施状況を調査する施設調査では、平成28年11月末日とした。利用者の背景や利用状況などを調査する患者調査は、平成28年12月15日、あるいは当該日に精神科デイ・ケア等を実施しなかった場合は前後1日のうち任意の日とした。

調査項目は、施設調査では病院区分等施設基本情報、当該施設の関連サービス、精神科デイ・ケア等届出状況、従事するスタッフ配置、デイケアのグループ数、実施状況、実施プログラムと目的、直近3ヶ月の利用者数等とした。患者調査は、年齢、性別、居住状況、疾患および治療情報、他に利用中のサービス、利用計画、利用状況、経済的支援サービス利用状況、精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)<sup>1)</sup>評価等とした。

#### 調査B：新規利用者調査

調査Bは縦断調査であり、調査Aの回答施

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

スタッフに対する調査票は、調査Aと同様の調査項目とし、利用者本人については、CIM:Community Integration Measure<sup>2)</sup>による地域生活環境の主観的評価を毎調査時に、CSQ-8J: Client Satisfaction Questionnaire<sup>3)</sup>による満足度調査を利用終了時に実施した。

#### C.進捗

##### 調査A：基礎調査

調査票は1780施設に送付し、施設調査の回収数は871施設、回収率は48.9%であった。患者票は、20744件を回収した。平成30年4月現在、一次集計中であり、現時点までに集計した施設調査の結果を表1-6、患者調査の結果を表7-36に示す。

今後は一次集計を進めるとともに、今後は以下の3点について二次集計を実施することとする。

##### 長期利用の必要性について

調査日時点で1年を超えて利用している利用者は78.4%(表19)であり、現在の精神科デイ・ケア等の利用者の大多数は長期利用者であった。長期利用者の背景、特に病状の重症度との関係を明らかにし、精神科デイ・ケア等による医療のリハビリテーションの必要性を実証する。具体的には、1年未満と1年超等の利用の期間により利用者を分け、治療歴や入院歴等の病歴など臨床的特徴の違

い、調査日現在の社会生活の評価（LASMI スコア等）さらに、障害福祉、介護保険、経済的支援サービスとの併用状況を明らかにする。

#### 社会機能回復に特化した目的別専門プログラムの実態

H30 年度診療報酬改定時に新設された疾患別等専門プログラム加算を勘案し、目的別専門プログラムについて検討する。特に社会機能回復に特化した目的別プログラムに焦点を当て、就労・就学支援、復職・再就労支援、ひきこもり・孤立支援を対象として、目的別専門プログラムの実態を明らかにする。

#### 疾患別・目的別デイケアからみる日本の精神科デイ・ケア等のニーズ分析

本調査では、あらかじめ調査票で設定した目的別 GP により分類する方法で検討した。しかし、表 3 の GP の目的分類で見たときの結果からは、混在型 GP が施設票ベースでは 37.9%と一番多く、本調査票の分類によりすべてを当てはめることは困難であると思われる。患者票ベースの GP の目的別分類は集計中であるが、ここでも多数が混在型 GP に属することが推測される。

そこで本調査で定義した GP の概念を取り除き、患者票による利用者の背景や精神科デイ・ケア等の利用の実態から、利用者を統計学的にいくつかの集団に類型化し、その類型化された個々の集団の特徴を明らかにすることにより、疾患別あるいは目的別の実態やニーズを明らかにする。

方法は、潜在クラス分析により、利用者を類型化する。解析には、患者票の設問より、年齢、性別、居住、就業状況、主傷病、治療歴（初診からの期間）、入院歴、精神科デイ・ケア等の利用期間、1 週間の利用状況、終了目的、発病前就労期間、発病後就労期間、LASMI による 5 つの評価（対人関係、

労働または課題の遂行、持続性・安定性、自己認識）等を用いる。

#### 調査 B：新規利用者調査

平成 29 年 4 月 1 日～5 月 31 日に新規に利用を開始した 125 施設 381 人より調査協力の同意を得た。施設形態別の内訳は、病院利用者は 197 人(51.7%)、診療所利用者は 178 人(46.7%)、精神保健福祉センター利用者は 6 人(1.6%)であった。利用開始から半年ごとに計 4 回、18 ヶ月間のフォローアップ調査を実施し、平成 30 年末までに回収予定である。

#### D. 考察

本調査は、精神科デイ・ケア等の現状を整理し、今後のあり方を考える基礎資料を作るための調査である。精神科デイ・ケア等を実施するすべての施設を対象とした調査 A は、871 施設 20744 人という予想を上回る回収状況であった。協力団体そして各施設においても今後のあり方についての強い関心があることが推測される。最終年度では、大規模基礎調査となる調査 A、新規利用者の利用の実態や転帰を検討する調査 B を整理した上で、今後の精神科デイ・ケア等のあり方への提言を行う。

#### E. 健康危険情報

なし。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし。

##### 2. 学会発表

日本デイケア学会第 22 回年次大会秋田大会（シンポジウム）、2017 年 10 月（秋田）

#### 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。

preliminary validation. Arch Phys Med Rehabil. 82(4), 429-434,2001.

3) 立森久照、伊藤弘人: 日本語版 Client Satisfaction Questionnaire 8 項目版の信頼性及び妥当性の検討. 精神医学 41:711-717, 1999.

文献

1) 岩崎晋也、宮内勝、大島巖、他：精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)の開発 信頼性の検討（第1報）.精神医学 36:1139-1151、1994.

2) McColl MA, Davies D, Carlson P, Johnston J, Minnes P: The community integration measure: development and

～ 図表 ～

表1 医療施設区分と病床数

	精神科病床数		
	回答施設数	病床数	平均
精神科病院	489	123,688	252.9
総合病院	45	4,009	89.1
その他	9	1,067	118.6
大学附属病院	12	575	47.9
有床診療所	2	0	0.0
無床診療所	-	-	-
精神保健福祉センター	15	0	0.0
無回答			
計	572	129,339	-

表2 精神科デイ・ケア等届出単位数

(有効回答871)

	回答施設数	割合(%)
1単位	793	91.0
2単位	50	5.7
3単位	21	2.4
4単位	5	0.6
5単位	1	0.1
6単位	1	0.1
計	871	100.0

表3 GPの目的分類 (GPの目的分類有効回答：1149、定員有効回答：1030)

		GP数	%	定員合計	%	定員平均	SD
疾患別	物質依存	34	3.0	873	2.7	28.2	19.0
	発達障害	29	2.5	418	1.3	18.2	17.1
	統合失調症	22	1.9	622	1.9	28.3	14.6
	気分・不安障害	11	1.0	181	0.6	18.1	8.7
	パーソナリティ障害	1	0.1	5	0.0	5.0	-
	摂食障害	0	0.0	-	-	-	-
目的別	混在型	436	37.9	15,837	48.4	38.8	18.9
	生活機能維持	215	18.7	6,717	20.5	35.2	17.7
	復職支援	125	10.9	2,850	8.7	25.4	17.6
	就労・就学支援	82	7.1	1,397	4.3	20.0	14.9
	病状悪化予防	48	4.2	971	3.0	23.7	25.1
	ひきこもり・孤立支援	17	1.5	268	0.8	17.9	24.0
	再就労支援	13	1.1	263	0.8	21.9	24.5
年代別	高齢者	27	2.3	514	1.6	24.5	18.1
	児童・思春期	19	1.7	314	1.0	20.9	18.1
	青年期	18	1.6	335	1.0	23.9	22.9
その他	52	4.5	1,156	3.5	26.3	17.5	
計	1,149	100.0	32,720	100.0			

表4 精神科デイ・ケア等における医師の役割

	最も重要と思われる 医師の役割 (有効回答: 1,223)		次に重要と思われる 医師の役割 (有効回答: 1,179)	
	GP数	%	回答GP数	%
利用者の医学的状態の評価	907	74.2	124	10.5
デイケア実施における責任者	157	12.8	165	14.0
スタッフに対する指導助言	55	4.5	366	31.0
デイケア計画・立案における責任者	34	2.8	64	5.4
薬物療法に関するコーディネーター	31	2.5	316	26.8
ケース会議等に参加	24	2.0	114	9.7
デイケアのチームリーダー	11	0.9	20	1.7
その他	4	0.3	10	0.8
計	1223	100.0	1179	100.0

表5 医師やスタッフが実施する支援（複数回答）

(有効回答: 1168)

	実施 GP数	実施 割合	実施回数 回/月	実施時間 分/回
スタッフ会議	1,136	97.3	9.1	48.8
他機関の関係者を交えたケア会議	479	41.0	2.4	59.7
利用者本人を加えたケア会議(SDM)	429	36.7	3.3	51.0
デイ・ケア等スタッフによる訪問支援 (自宅・職場・その他)	323	27.7	9.8	77.6
デイ・ケア等スタッフによる 個別の同行支援	308	26.4	3.6	100.5

表6 GPの目標（複数回答）

(有効回答: 1268)

	回答数	%
対人関係の改善	1,136	89.6
基本的な生活習慣の習得	1,037	81.8
作業能力・持続性の向上	919	72.5
身体機能維持・向上	909	71.7
病識を身に付ける	849	67.0
社会資源の利用	801	63.2
その他	279	22.0

表7 性別と性別

性別 男性	12951人	63.0%
女性	7590人	37.0%
年齢	平均51.5歳	SD14.8

表8 利用者の居住場所 (有効回答: 20572)

	n	%
自宅、賃貸住宅(家族と同居)	9749	47.4
自宅、賃貸住宅(1人暮らし)	6431	31.3
障害者グループホーム	3105	15.1
その他	631	3.1
有料老人ホーム・軽費老人ホーム・サ高住	340	1.7
障害者自立訓練施設	316	1.5
計	20572	100.0

表9 利用者の居住状況 (有効回答: 20578)

	n	%
単独世帯	10220	49.7
夫婦と未婚の子のみの世帯	3853	18.7
その他の世帯	2650	12.9
ひとり親と未婚の子のみの世帯	2013	9.8
夫婦のみの世帯	1141	5.5
三世帯世帯	701	3.4
計	20578	100.0

表10 利用者の就労状況 (有効回答: 20380)

	n	%
失職(就労経験あり、就業不可)	9576	47.0
失職(就労経験あり、就業可)	3448	16.9
無職(就労経験なし)	3286	16.1
休職中	1518	7.4
その他	809	4.0
定年退職	560	2.7
パート・アルバイト	511	2.5
専業主婦	368	1.8
学生	155	0.8
正規雇用	149	0.7
計	20380	100.0

表11 心神喪失者等医療観察法医療

(有効回答: 18632)

	n	%
対象者	114	0.6
非対象者	18366	98.6
過去において 対象者であった	152	0.8

表12 主傷病

(有効回答: 20692)

	n	%
F2	12492	60.4
F3	3951	19.1
F1	1150	5.6
F4	850	4.1
F0	712	3.4
F8	564	2.7
F7	457	2.2
G40	210	1.0
F6	147	0.7
F9	136	0.7
F5	23	0.1
計	20692	100.0

表13 その他の精神疾患の傷病

(有効回答: 18737)

	n	%
なし	13308	71.0
F3	1097	5.9
F7	952	5.1
F2	657	3.5
F4	587	3.1
G40	545	2.9
F8	453	2.4
F0	428	2.3
F1	421	2.2
F6	112	0.6
F9	108	0.6
F5	69	0.4
計	18737	100.0

表14 身体合併症 (複数回答)

(有効回答: 20744)

	n	%
高血圧症	2769	13.3
糖尿病	2279	11.0
消化器疾患	1718	8.3
脂質異常症	1716	8.3
その他	1431	6.9
筋骨格系疾患	970	4.7
循環器疾患	948	4.6
呼吸器疾患	618	3.0
泌尿器疾患	527	2.5
内分泌疾患	355	1.7
腎疾患	279	1.3

表15 入院歴

(有効回答: 20486)

	n	%
あり	15348	74.9
なし	5138	25.1
計	20486	100.0

表16 入院歴がある場合、

一年以上の入院歴

(有効回答: 14962)

	n	%
あり	6681	44.7
なし	8281	55.3
計	14962	100.0

表17 精神科での入院歴がある場合、

入院中の精神科デイ・ケア等の実施

(有効回答: 14520)

	n	%
実施した	3604	24.8
実施しない	10916	75.2
計	14520	100.0

表18 直近の入院の主たる理由

(有効回答: 14677)

	n	%
精神症状が強い	9576	65.2
自分の希望	1054	7.2
迷惑行為・他害行為	972	6.6
自傷行為・自殺企図	717	4.9
その他	557	3.8
身体合併症の治療	405	2.8
セルフケアに著しい問題	387	2.6
家族が入院を希望	376	2.6
病識がない	346	2.4
食事や衛生管理	173	1.2
治療・服薬への抵抗	114	0.8
計	14677	100.0

表19 調査日現在の利用期間

(有効回答: 20671)

	n	%
1年を超えている	16209	78.4
1年を超えていない	4462	21.6
計	20671	100.0

表20 利用開始から1年を超えている場合、  
その主たる理由

(有効回答: 15646)

	n	%
本人の希望	5697	36.4
症状が不安定	4630	29.6
行先がない	1349	8.6
見通しが立たない	1263	8.1
症状が重度	1222	7.8
家族の依頼	518	3.3
参加が不規則	488	3.1
その他	479	3.1
計	15646	100.0

表21 H28.11.27～12.3の7日間の利用時間

利用時間合計	平均23.1時間	SD13.0
--------	----------	--------

表22 H28年11月に利用した精神科デイ・ケア等

(複数回答)

(有効回答: 20252)

	n	%
精神科デイ・ケア	16518	81.6
精神科ショート・ケア	5196	25.7
精神科デイ・ナイト・ケア	3832	18.9
精神科ナイト・ケア	640	3.2

表23 精神科デイ・ケア等に関する患者の意向確認の頻度

(有効回答: 20488)

	n	%
その他	10330	50.4
月に1回程度	3467	16.9
2ヶ月に1回程度	3066	15.0
週に1回程度	1592	7.8
月に2回程度(2週に1回程度)	1221	6.0
意向を確認していない	812	4.0

表24 精神科デイ・ケア等を終了とする  
ための目標項目

(有効回答: 20123)

	n	%
生活維持能力	5803	28.8
症状の回復	5113	25.4
その他	2754	13.7
対人関係能力	2558	12.7
意欲の回復	1712	8.5
業務遂行能力	1110	5.5
病識	648	3.2
服薬の遵守	337	1.7
薬物等の中止	88	0.4

表25 精神科デイ・ケア等を実施する主な目的(2つまで選択)

(有効回答: 20634)

	n	%
症状や再発のサインへの対処スキルの獲得	9441	45.8
自己存在感を培う場所確保のため	6722	32.6
家事等、日常生活技能の習得	4600	22.3
疾病と治療についての理解	4106	19.9
就学・就労支援	3184	15.4
レクリエーションのため	2717	13.2
復職支援	2124	10.3
友人作りのため	2008	9.7
その他	1487	7.2
服薬アドヒアランスの向上	913	4.4

表26 現在の主治医 (有効回答: 20129)

	n	%
自院に主治医がいる	18149	90.2
他院に主治医がいる	1980	9.8

表27 精神科医によるデイケア診察以外の精神療法などのタイミング

(有効回答: 20509)

	n	%
デイ・ケア等の実施日	13010	63.4
デイ・ケア等の実施日とは別の日	4789	23.4
デイ・ケア等の実施日と実施日以外の両方	2515	12.3
その他	195	1.0

表28 同時間帯にいくつかのプログラムを設けている場合、どのように選択・決定しますか

(有効回答: 20597)

	n	%
プログラムは1種類のみである	4015	19.5
あらかじめ用意された数種のプログラムから、来院時に本人がその都度決定	11364	55.2
1ヶ月単位・1週間単位などで、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定	1851	9.0
来院時に、専門職が本人の意向を踏まえてその都度決定	1164	5.7
1ヶ月単位・1週間単位などで、本人が決定	1026	5.0
その他	813	3.9
1ヶ月単位・1週間単位などで、専門職が決定	276	1.3
来院時に専門職がその都度決定	88	0.4
計	20597	100.0

表29 精神科デイケア等以外に利用している診療やサービス(複数回答)

(有効回答: 20144)

	n	%
薬物療法	19150	95.1
精神療法等の精神科専門療法	11234	55.8
訪問看護	4374	21.7
障害福祉サービス	3773	18.7
訪問看護(訪問看護ステーション)	2057	10.2
介護保険サービス	775	3.8

表30 精神障害者福祉手帳 (有効回答: 18279)

	n	%
手帳をもっていない	6792	37.2
1級	1251	6.8
2級	8760	47.9
3級	1476	8.1

表31 障害支援区分 (有効回答: 20250)

	n	%
把握していない	6454	31.9
申請なし	10680	52.7
非該当	1181	5.8
区分1	211	1.0
区分2	866	4.3
区分3	672	3.3
区分4	162	0.8
区分5	21	0.1
区分6	3	0.0

表32 障害福祉サービス（複数選択）

（有効回答: 20472）

	n	%
把握していない	1974	9.6
ない	12146	59.3
計画相談支援	2464	12.0
共同生活援助	2341	11.4
就労継続支援B型	1508	7.4
居宅介護	994	4.9
地域生活支援事業	577	2.8
自立支援（生活訓練）	403	2.0
基本相談支援	321	1.6
生活介護	310	1.5
地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）	250	1.2
施設入所支援	220	1.1
就労移行支援	200	1.0
その他	183	0.9
短期入所	168	0.8
就労継続支援A型	131	0.6
同行援護	84	0.4
自立支援（技能訓練）	57	0.3
行動援護	51	0.2
重度訪問介護	7	0.0
重度障害者等包括支援	6	0.0
療養介護	5	0.0

表33 要介護区分

（有効回答: 20453）

	n	%
把握していない	1961	9.6
申請なし	13934	68.1
非該当	3503	17.1
要支援1	270	1.3
要支援2	121	0.6
要介護1	363	1.8
要介護2	175	0.9
要介護3	87	0.4
要介護4	30	0.1
要介護5	9	0.0

表34 介護保険サービス（複数回答）（有効回答: 20390）

	n	%
把握していない	1486	7.3
ない	17759	87.1
訪問介護	605	3.0
訪問看護	266	1.3
通所介護	194	1.0
通所リハビリテーション	114	0.6
福祉用具貸与	104	0.5
その他	75	0.4
短期入所生活介護	51	0.3
訪問入浴介護	35	0.2
住宅改修	21	0.1
短期入所療養介護	20	0.1
訪問リハビリテーション	14	0.1
夜間対応型訪問介護	5	0.0

表35 利用している経済的支援サービス（複数回答）

（有効回答: 20372）

	n	%
自立支援医療（精神通院医療）	19163	94.1
障害者年金	9078	44.6
生活保護	5501	27.0
傷病手当金	850	4.2
身体障害者手帳	641	3.1
その他	632	3.1
療育手帳（知的障害者）	626	3.1
重度心身障害者医療費助成制度	591	2.9
民間保険	140	0.7
自賠責保険	46	0.2
労災保険	29	0.1
ひとり親補助	25	0.1
自立支援医療（更生医療）	16	0.1
自立支援医療（育成医療）	10	0.0
団体長期障害所得補償保険(GLTD)	9	0.0

表36 LASMI 得点

	有効回答	平均	SD
D (Daily living) / 日常生活	20402	1.11	0.81
I (Interpersonal relations) / 対人関係	20484	1.21	0.75
W (Work) / 労働または課題の遂行	20461	1.48	0.84
E (Endurance & Stability) / 持続性・安定性	20373	2.67	0.94
R (self Recognition) / 自己認識	20500	1.36	0.89

## 精神科デイ・ケア等医療機関における就労支援に関する基礎的研究

研究分担者：佐藤さやか<sup>1)</sup>

研究協力者：小塩靖崇<sup>1)</sup>，御園恵将<sup>1)</sup>，細谷章子<sup>1)</sup>，武田裕美<sup>2)</sup>，森田三佳子<sup>2)</sup>，相澤欽一<sup>3)</sup>，坂田増弘<sup>2)</sup>，藤井千代<sup>1)</sup>

- 1) 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部
- 2) 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター病院
- 3) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター研究部門

### 要旨

本研究の目的は 1) 同一地域の医療機関および就労支援機関の連携に関する実態、2) 精神科デイケアにおける就労支援開始後 5 年間の利用者数等の推移、の 2 点を検討することであった。

1) は独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター（National Institute of Vocational Rehabilitation : NIVR）との共同研究として立案された。同一ハローワークの管轄内にある就労支援機関と医療機関に NIVR から声かけを行い、就労支援のための地域プラットフォームの形成を試みた。この地域プラットフォームに NIVR は精神障害者に対する効果的な就労支援について研修や助言を提供し、その連携実態について調査を行い、NCNP は利用者の就労転帰などのアウトカムを調査し、フィードバックする、という計画であった。NIVR の倫理申請に基づき、NIVR 実態調査に同意した機関に重ねて本研究（NCNP アウトカム研究）の同意を求めた。しかし全国 3 地域で NIVR 実態調査に同意した医療機関のうち NCNP アウトカム研究に同意したのは 5 機関にとどまり、多くがクリニックであった。参加機関に負担が大きいことが予想されたため、データ収集には至らなかった。

2) では半日の利用を 1 単位（=1 回）として 1 か月の利用回数が 16 回（平均で週 4 回）以下のものを「Light User」（以下 LU）と定義し、国立精神・神経医療研究センター病院デイケアの 2012 年 4 月から 2017 年 9 月までの実利用者数、実 LU 数、1 か月の診療報酬点数をひと月ごとに集計を行った。また半年ごとの就労者数とスタッフ数も集計し、これらの指標の推移について検討した。この結果、就労支援やアウトリーチ支援が活発になるにつれて就労者や実利用者が増加するが、これに伴いスタッフの負担も増すこと、もともとデイケアで停滞していた若年層利用者が就労して卒業していくと、就労目的かつ濃厚な支援が必要なケース（=LU）が増加し、これらのケースを支援することでスタッフの業務量は増加するが、診療報酬は減少していくこと、つまり手間暇をかけて望ましい支援をすることが医療経済的には評価されない、という状況が明らかとなった。

本研究のうち 1) の結果からは地域の精神障害者就労支援に関するプラットフォーム作りとその維持について誰が音頭を取るのが望ましいのかという点について改めて課題が浮き彫

りになった。個々の支援機関や医療機関が中心になるのではなく、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの一部として自治体を中心となった運営が望ましいと考えられた。

また2)の結果からは、デイケアで地域移行のための望ましい支援を実施し続けるとスタッフの業務量の増加と診療報酬の減少が生じる可能性が明らかとなった。このような状況が放置されてはいかにデイケア支援者に熱意があっても取り組みを普及させるのは困難と思われ、問題をクリアするためにも精神科デイケアからの就労支援など卒業を促す取り組みに対して診療報酬による手当があることが期待される。

## A.研究の背景と目的

本研究分担任では我が国の医療機関や地域の就労支援機関における就労支援の内容や利用者の臨床像、各機関の連携等について実態調査を行い、地域ケア時代における精神障害者に対する就労支援の望ましいあり方について検討するための基礎的資料を得ることを目的としている。今年度は1)同一地域の医療機関および就労支援機関の連携に関する実態、2)精神科デイケアにおける就労支援開始後5年間の利用者数等の推移、の2点について調査、検討を試みた。

## B.方法

### 【研究1】

同一地域の医療機関および就労支援機関の連携に関する実態調査

### 研究デザイン

本研究は前向きコホート研究であり、研究参加機関（医療機関）は最大で全国3地域から4機関を想定した。

### 2.対象者

各医療機関において就労支援を希望している当事者最大5名程度

### 調査方法

本研究は独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター（National Institute of Vocational Rehabilitation：以下NIVR）との共同研究

として立案された。NIVRの地域連携に関する実態調査は1)地域の就労支援プラットフォームの構築、2)研修、3)スーパーバイズによって構成されていた。研究協力機関への研究参加の呼びかけについてはNIVR側の要請があり、NIVR主催の説明会で先にNIVR実態調査について同意が得られた機関に、NCNPアウトカム調査への参加を呼び掛けた。つまり、NCNP独自での研究協力機関のリクルートはできないしくみであった。これはNIVR自体調査の倫理申請時に申請書内にNCNPが同時にリクルートすることが記述されていなかったためである。

### 尺度

#### 1) 医師評価

- ・精神症状（Brief Psychiatric Rating Scale：BPRS）日本語版<sup>1)</sup>
- ・全般的機能（The Global assessment of functioning）<sup>2)</sup>

#### 2) 医療機関スタッフ評価

- ・対人スキル尺度（Social Skills Scale for Workplace：SSS-W）<sup>3)</sup>
- ・認知機能尺度（Vocational Cognitive Rating Scale：VCRS日本語版）<sup>3)</sup>
- ・就労関連指標  
（地域の支援機関利用状況・就労率・就労日数・総賃金）

- ・簡易版サービスコード票

#### 3) 利用者の自記式評価

- ・利用者属性
- ・就労に対する動機づけ<sup>4)</sup>

## 手続き

各医療機関において就労支援を希望している者最大 5 名程度を対象に、他者評価および自記式質問紙への回答を依頼する。調査時点は調査開始時および 12 か月後の 2 時点とする。

## 倫理的配慮

研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より承認を得た (A2017-009)。

## 統計解析 / 分析方法

得られたデータのうち、精神症状・全般的機能・対人スキル尺度・認知機能尺度・就労関連指標・簡易版サービスコード・就労に対する動機付けについては、地域特性(あるいは病院及びクリニック)の影響を考慮した mixed effect modeling を用いて検討を行う。分析の過程で、連続変数をカテゴリ化(精神症状・全般的機能のカットオフ値など)した上で分析が必要になった場合には、ノンパラメトリック検定を実施する。

### 【研究 2】

精神科デイケアにおける就労支援開始後 5 年間の利用者数等の推移の検討

## 研究デザイン

国立精神・神経医療研究センターデイケア(以下センターデイケア)において 1) 集団を対象としたプログラムベースの支援から個人を対象としたケースマネジメントに基づく支援への変更、2) デイケア専属の就労支援専門員の配置、の 2 点を実施した 2012 年から 2017 年までの 5 年間の諸指標についてデータを収集し、時系列に沿ってまとめる後方視的観察研究であった。

## 対象者

後述の研究期間にセンターデイケアに 1 度でも通所したことがある利用者。なお、本研究は機関単位の諸指標(実利用者数など)をまとめたもので、個人情報には触れていない。

## 尺度

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

## 期間(研究スケジュールなど)

2012 年 4 月から 2017 年 9 月の諸指標について後方視的にデータ収集を行った。

## 倫理的配慮

本分析は日報、デイケア独自データベース、電子カルテ上の記録からデータを収集しており、各利用者の個人情報には触れていないため、倫理申請は行っていない。

## 統計解析 / 分析方法

上記の尺度の中で実利用者数、実 LU 数、診療報酬額について 1 月ごとに集計を行った。また半年ごとの就労者数とスタッフ数も集計し、対応する図表を作成した。さらに診療報酬と実利用者数および実 LU 数の相関係数について算出した。

## C. 結果 / 進捗

### 【研究 1】

NIVR による研修事業の説明は 1 つの HW

が管轄する4地域で実施された(仙台市、千葉市、墨田区、枚方市)。このうち3地域でNCNPのアウトカム調査についても協力を呼び掛けた。説明会への参加機関は合計86機関であった。内訳は就労支援機関69機関(墨田区20機関、仙台市23機関、枚方市26機関)、医療機関17機関(墨田区5機関、仙台市4機関、枚方市8機関)であった。このうちNCNPアウトカム調査に同意が得られたのは就労支援機関18機関(墨田区6機関、仙台市5機関、枚方市7機関)、医療機関5機関(墨田区0機関、仙台市0機関、枚方市5機関)であった。また同意が得られた5つの医療機関のうち4つが小規模クリニックであった。

#### 【研究2】

2012年4月から2017年9月までの1か月ごとの実利用者数、実LU数、診療報酬の合計点数および半年ごとの就労者数とスタッフ数(常勤換算値)について図1および表1に示す。

これらの表を見ると、デイケア専任の就労支援専門員を配置し、就労支援に取り組み始めた平成24年4月から実利用者数は右肩上がり増加しており、これに伴い診療報酬も伸びていた。最初の半年間の活動の成果を反映して、2012年9月から2013年9月までの1年間では2四半期に渡って、20名以上の就労者を出していた。しかし、2013年10月以降は徐々に就労者数が減少に転じている一方、スタッフ数は増加していた。同期間に実LU数が実利用者数に占める割合がコンスタントに80%を超えるようになっており、それと合わせるように診療報酬が減少に転じていた。2017年上半期では、もっとも月額合計の診療報酬点数が高かった平成25年度上半期と比べて月平均の実利用者数がほぼ変わらないにも関わらず、1か月の診療報酬点数は300000点以上減少していた(つまり1

月で300万円以上の減収であった)。診療報酬と実利用者数および診療報酬と実LU数についてスピアマンの相関係数を算出した結果、両変数について有意な相関がみられたが、実利用者数よりも実LU数のほうがより強く有意な負の相関がみられた(実利用者数： $r=-.46$ ,  $p=0.000$ ；実LU数： $r=-.76$ ,  $p=0.000$ )。

#### D.考察

##### 【研究1】

以上の進捗から、当初の予定通りに研究協力機関、特に医療機関のリクルートを行うことができず、データ収集を開始することが困難であった。

方法で述べたように、今回の研究計画ではNIVR実態調査について同意が得られた機関に、重ねてNCNPアウトカム調査への参加を呼び掛けるリクルート方法であった。最初のアクションが就労支援を主たる研究対象とするNIVRからの呼びかけであったため、医療機関を巻き込むことが困難であったと考えられる。NIVRと同時にNCNPからも研究協力に関心が高く、協力体制が取れそうな医療機関に声掛けを行うことが望ましかったと思われるが、NIVR側の倫理申請上の制約で実施が難しかった。

また、少数ながらNCNPアウトカム研究に同意が得られた医療機関のほとんどがクリニックであり、おそらくはNIVR実態調査に加えてNCNPのアウトカム研究にも参加することは負担が大きいと思われた。

今回のリクルートでは地域の精神障害者就労支援に関するプラットフォーム作りとその維持について誰が音頭を取るのかが望ましいのかという点について改めて課題が浮き彫りになった。仮にNCNP側が先にアクションを取る方法をとったとしても今度は就労支援機関の参加が低調になることが予想される。おそらくは個々の支援機関や医療機関が中心に

なるのではなく、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの一部として自治体を中心とした運営が望ましいのではないかと推察される。

#### 【研究 2】

本分析の結果から、精神科デイ・ケアが従来の集団を対象としたプログラムベースの支援から個別のケースマネジメントをベースとした支援に切り替え、就労支援やアウトリーチ支援を行うことによって生じる変化の大枠がつかめるように思われる。すなわち支援を開始して半年間程度は助走の期間であり、少しずつ就労者数が増えはじめるが、実利用者数や実 LU 数には大きな変化はなく、診療報酬にも影響がない。しかし活動が軌道に乗り出すと一年程度で背中を一押しすれば就労できる利用者はどんどん就職していく。就労実績の向上に伴い、実利用者数が増え、中でも就労支援だけを目的とする LU が増えていく。LU は前半に就労した利用者のような関わりでは就労の実現や維持が難しいケースが多く、スタッフの業務量も増加し、実際に増員となっているが診療報酬が減少していく。つまり、手間暇をかけて望ましい支援をすることが医療経済的には評価されない、という状況が見て取れる。

90 年代以降の複数の調査で重い精神障害をもつ人の就労率は多く見積もっても概ね 15-20%程度にとどまっている<sup>5)6)</sup>。2003 年の日本精神科病院協会（以下日精協）によるサービスニーズ等調査では「働いていない」と答えた人の 32.6%が「仕事をしたいが見つからない」と回答している<sup>6)</sup>。このような状況にも関わらず、10 年余り後に実施された障害者職業総合センターによる全国 3875 のデイケアを対象とした就労支援の実施状況に関する調査では「就労支援を日常的に実施している」と答えたのは 386 機関(全体の約 10%)にすぎなかった<sup>7)</sup>。

このように社会参加やリハビリテーションを後押しすべき機関であるはずの精神科デイ・ケアが時代に合わせて変化する当事者ニーズに応えきれていない原因の 1 つとして、医療経済的に見合わない診療報酬制度が挙げられよう。こうした実感はこれまでもデイケア支援者から経験談として語られることはあったが、本研究のデータのように数的な根拠も合わせて行政に働きかけていくことが有用であると思われる。

#### E.健康危険情報

なし

#### F.研究発表

##### 1.論文発表

なし

##### 2.学会発表

なし

#### 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

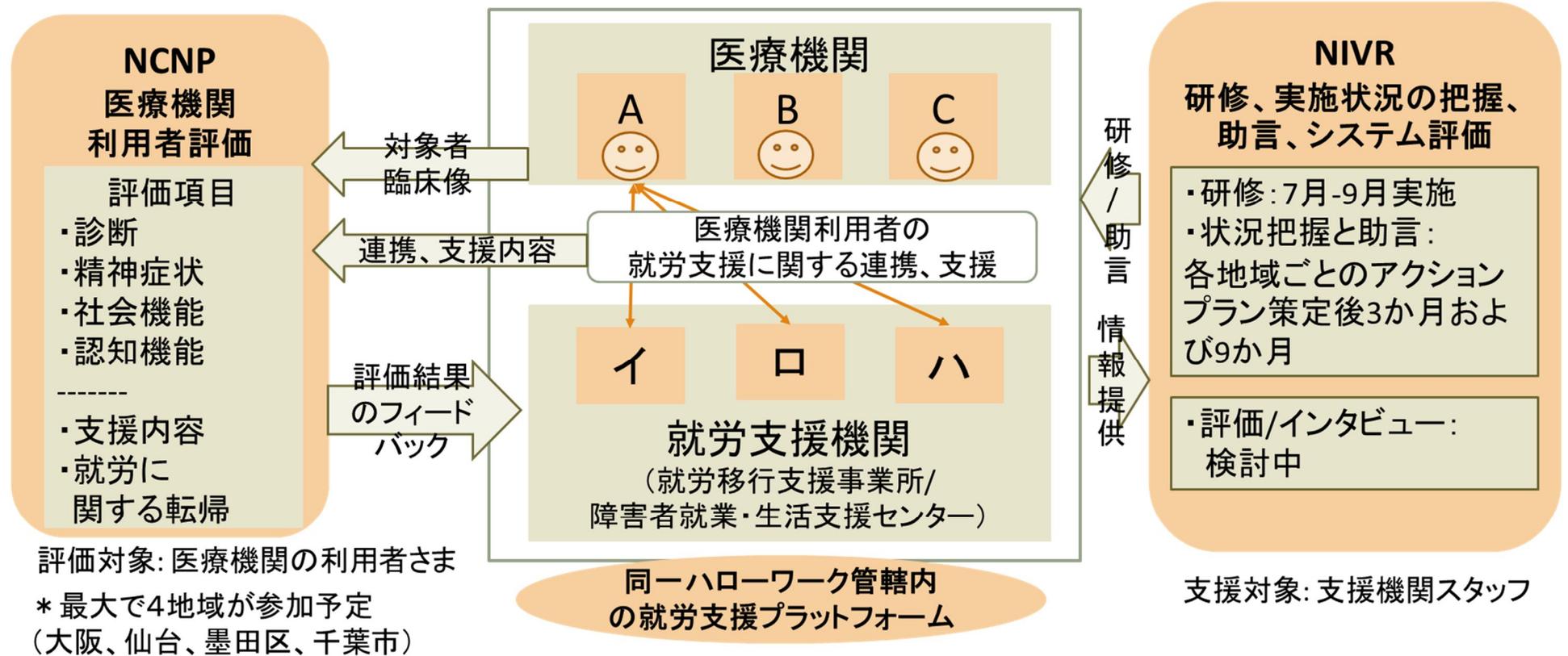
#### 文献

- 1) 宮田量治、藤井康男、稲垣中、稲田俊也、八木剛平：BPRS 日本語版の信頼性の検討．臨床評価，23，357-367，1995．
- 2) 高橋三郎、大野裕、染谷俊幸（訳）：DSM- 精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，1996．
- 3) 佐藤さやか：精神障がい者への就労支援現場で使用可能な評価法の開発と基礎的資料の整備．平成 25-27 年度科学研究費助成事業研究成果報告書，2016．
- 4) Natsuki Sasaki, Sayaka Sato, Sosei Yamaguchi, Michiyo Shimodaira, &

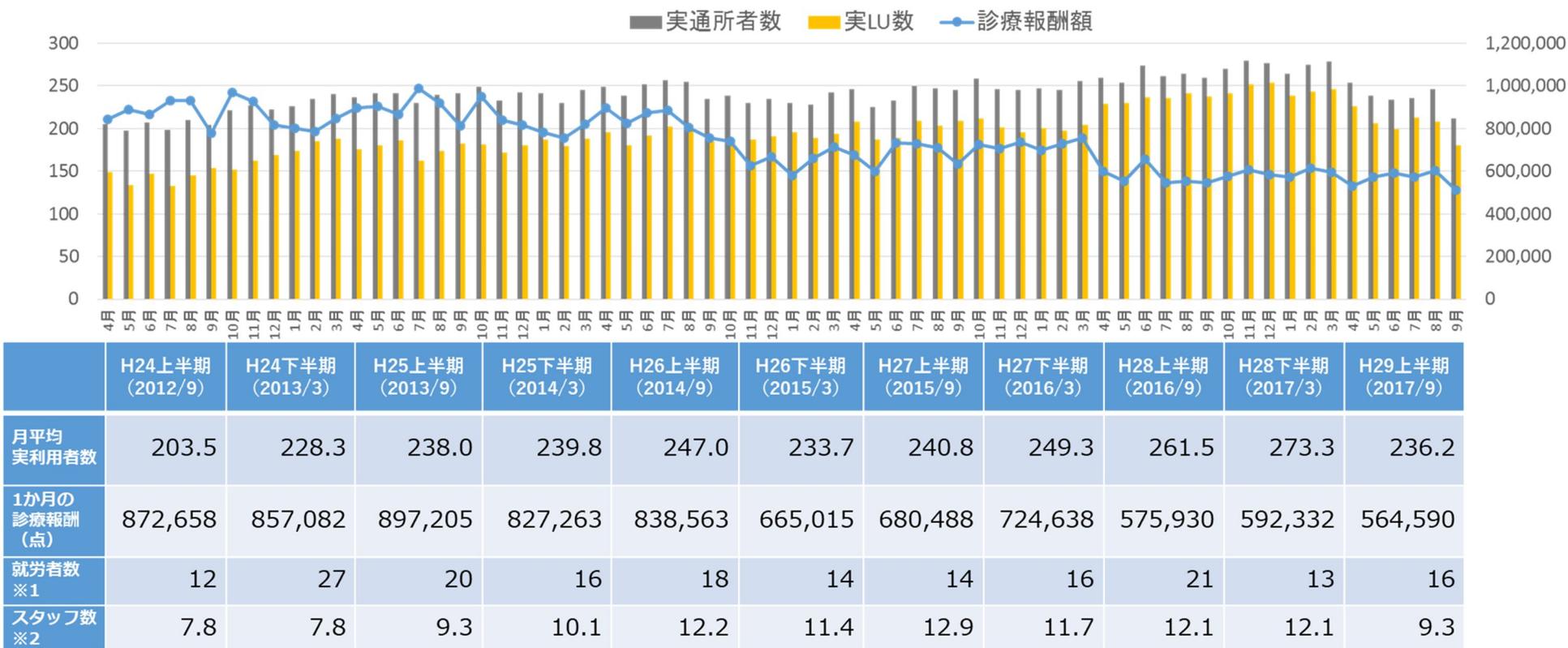
Norito Kawakami : Development of a scale to assess motivation for competitive employment among persons with severe mental illness . PLoS ONE in submitted

- 5) 全家連保健福祉研究所：精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93 ( ) 全家族調査編．保健福祉研究所モノグラフ No5 , 全国精神障害者家族連合会 1993
- 6) 日本精神科病院協会：精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書．日本精神科病院協会 2003
- 7) 障害者職業総合センター：医療機関における精神障害者の就労支援の実態についての調査研究．障害者職業総合センター 2012

表1 研究1で目指した地域における就労支援システム



# 図表 1 NCNP病院デイケアにおける就労支援開始後の利用者数ほかの推移



※1 新規就労者および復職者の合計 ※2 常勤換算値（スタッフ全員の1週間の合計勤務時間を37.5で除した値）

## 多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究

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：岩上洋一（特定非営利活動法人じりつ）、上島雅彦（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（田宮病院）、齋藤研一（社会福祉法人会津療育会）、鈴木孝典（高知県立大学）、田村綾子（聖学院大学）、名雪和美（総合病院国保旭中央病院）、長谷川直実（医療法人社団 ほっとステーション）、前沢孝通（前沢病院）、三澤孝夫（国際医療福祉大学）、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）

### 要旨

医療機関において提供されている包括的支援マネジメント（ICM）について、対象患者の臨床特性とマネジメント担当者により提供されているサービスの実態を明らかにするため、精神科診療所において1週間の全受診患者にスクリーニング調査を実施してICMあり群・なし群に分け、ICMあり群については2ヵ月間のサービスコード表によるプロセス調査を行った。

ICMあり群（233例）はなし群（316例）に比較して物質使用障害が多く、入院歴が多く、機能障害がより重症であり、重複障害及び身体疾患の合併が多かった。ICMあり群に2ヵ月間に提供されたサービスの支援対象者1人当たり合計時間は平均905分、1対1換算で平均1568分だった。サービス提供日数は22.2日、対面サービスに限ると17.3日だった。内外の調整業務のみならず、患者本人に対する直接支援にかかる時間が長かった。

昨年度及び今年度の調査の結果を踏まえ、ICMを医療機関に普及させるためのガイドライン骨子及びICMに使用するツール類の原案を作成した。来年度は、ツール類の実行可能性を検証し、ガイドラインを作成する。

### A.研究の背景と目的

平成28年1月から平成29年2月まで、1年余にわたって実施された「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。例えば、365日24時間体制で多職種によって提供される「ACT（Assertive Community Treatment）」や、利用者のストレングスに着目しながらアセスメントとプランニングを実施する「ストレングスモデル」

などは、包括的支援マネジメントの例であると考えられる。

包括的支援マネジメント（以下、ICM（intensive case management）という。）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 ACT に関しては、入院日数が減少することや、高い患者満足度が得られることが知られている。しかしながら、ACT は導入基準が厳密に定められており、マネジメント担当者 1 人あたりの担当患者数は 10 人以下、365 日 24 時間体制など、現在わが国の一般的な精神科医療機関で実施するには困難も多い。一方、中重度の精神障害者に必要に応じて ICM を提供し、再入院の予防などの効果を上げている精神科医療機関は少数ながら存在することが知られているものの、ICM が必要な精神障害者の属性や、ICM の支援内容の詳細については明らかになっていない。

昨年度の研究においては、総合病院国保旭中央病院において調査を実施し、ICM 実施患者の臨床特性と支援内容の詳細を明らかにした。今年度は、同様の調査を、病床を持たない精神科診療所で実施した。また、調査を実施した医療機関において実施している ICM を参照し、包括的支援マネジメントガイドラインの原案を作成した。

## B.方法

本調査の対象となった医療法人社団 ほととステーションは、精神科診療所を母体として、精神科デイケア、障害者グループホーム、生活訓練事業、就労支援等を運営している。医療観察法指定通院医療機関でもあり、積極的なアウトリーチを含む ICM の提供により、依存症患者や服役経験者を含む、中重度の精神障害者の地域生活を支えている。

1) ICM を利用している通院患者の臨床的特性に関する調査（調査 1）

（対象）同診療所外来に通院中の患者で、以下の選択基準を全て満たし、除外基準のいず

れにも該当しない者。

選択基準：①2016 年 12 月 10 日～16 日に同診療所外来で同科医師の診察を受けた者、デイケア等の治療活動を利用した者、及び医療機関の職員による訪問支援を受けた者、②同年 10 月 1 日時点で 6 ヶ月以上同科に通院を継続してきたか、または通算で 1 年以上同科または他の精神科医療機関で通院もしくは入院の治療が継続して来た者、③情報公開方式による説明が行なわれた後、不参加あるいは参加中止の申し出がなかった者。

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

（方法）介入を伴わない横断研究。上記の 1 週間に対象患者について、CM の有無（アウトカム）と基本属性や機能状態（曝露）について調査し、CM の利用者と非利用者の変数を比較する。全ての情報は医師並びに精神保健福祉士（以下、PSW）等の担当者（ケアマネジメント担当者。以下、CMer）が記入する。利用者の基本属性については、別紙 1、2 の通り。

全般的機能については、Global assessment of functioning (GAF)、および Personal and Social Performance scale (PSP)により評価した。

（ICM の定義）以下の(a)～(e)を満たす場合に ICM を実施していると判定する。

(a)精神保健福祉士(PSW)等の 1 名の専門職（マネジメント担当者；CMer）が、通院医療の利用者の地域生活を包括的に支援することを、利用者自身（被後見者等の場合は後見人等）が十分認識している。

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

(c)CMer の支援には、所属する医療機関以外

(他機関)が提供するものを含む、複数のサービスの調整等が含まれている。

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

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

(統計解析) ICM実施の有無を従属変数、基本属性や機能状態の程度を独立変数とするロジスティック分析等を実施する。

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

(対象) 同診療所外来に通院中の患者で、以下の選択基準を全て満たし、除外基準のいずれにも該当しない者。

選択基準: 研究 1 の選択基準と同一の①及び②、③前述の判定基準に基づいて ICM を実施していると判定された者、④主治医がほっとステーション所属の医師であること、⑤  $GAF \leq 40$  かつ ICM 導入基準に 3 つ以上当てはまる者、⑥本研究の参加について繰り返し説明を受けた後、理解の上で本人の自由意思による同意が得られた者。

除外基準: 研究 1 の除外基準と同一の①～④

(方法) 介入を伴わない前向き観察研究。  
2017 年 5 月 15 日～7 月 14 日の 2 ヶ月間サービスコード票調査 (別紙 3) を記入することによって、どのようなサービスが提供されているかを把握する。サービスコード表調査とは、マネジメント担当者が対象者を支援した際に、毎回、どのようなサービスを提供したかについてサービス内容をコード化したカテゴリーを選択し、サービス提供時間などを記入するものである (別紙 3)。収集したサービスコード表より、各利用者に実施されたサービス量をサービス内容ごとに算出した。

(倫理的配慮) 調査 1、調査 2 のいずれも、

医療法人社団ほっとステーション倫理審査委員会において実施の承認を得た。

## C. 結果

### 1) ICM を利用している通院患者の臨床的特性 (調査 1)

対象者選定フローを図 1 に示す。ICM あり群 (233 例) は ICM なし群 (316 例) に比較して物質使用障害 (ICM あり群 16%、ICM なし群 7%) が多く、GAF 値、PSP の各領域の評価がいずれも有意に重症だった (図 2、表 1)。ICM あり群では重複診断を有する者が有意に多く (ICM あり群 24%、ICM なし群 9%)、身体疾患を合併している者も有意に多かった (ICM あり群 9%、ICM なし群 3%)。ICM あり群と ICM なし群の基本属性については図 3 に示す。生活状況では役割遂行、自傷・他害の有無など、「外来受診をしないことが 2 か月以上あった」「直近の入院は措置入院である」以外の項目で有意に課題が多かった (図 4、5)。

### 2) 通院患者に実施されている ICM の実態 (調査 2)

図 6 に対象者の選定フローを示す。2 ヶ月間で 1 人当たりサービスを提供した合計時間の平均は 905 分、職員一人当たり換算した場合は平均 1568 分であった。移動時間は 162 分、サービス提供日数は 22.2 日、対面サービスに限ると 17.3 日であった。このうち、診療報酬外のサービスが 83% を占めていた。

内容別の延べ時間では服薬・症状の自己管理の援助 (精神症状) が多く (38%)、次いで関係性の構築・不安の傾聴 (21%)、日常生活自立支援 (16%) であった (図 7)。図 8 に、サービス提供時間のヒストグラムを示す。

## D. 考察

ほっとステーションは、札幌市の中心部に

位置する精神科診療所であり、精神科デイケア、障害者グループホーム、生活訓練事業、就労支援等を実施する、いわゆる多機能型精神科診療所である。医療観察法に基づく指定通院医療機関であり、物質関連障害の患者や触法精神障害者など、支援ニーズが非常に高い患者に数多く対応していることが特徴のひとつである。

同クリニックでは、ICM あり群に物質使用障害の患者が有意に多かったが、これは昨年度調査を実施した旭中央病院には認められなかった傾向である。物質使用障害の患者は、医療継続にあたって困難を生じることが知られており、ICM の必要性は高いと推察されるが、旭中央病院では通院患者全体に占める物質使用障害の患者が少ないことから、有意差が認められなかったものと推察される。

ICM 導入基準からは、ICM あり群には生活上の課題に困難を抱える者、暴力の既往、行政介入歴、家族支援が期待できない者が多い状況が認められており、旭中央病院における調査結果と同様の傾向が認められた。

ICM のサービス提供時間は、1 対 1 換算で 1568 分/2 ヶ月であり、旭中央病院の 346 分/2 ヶ月と比較して長時間のサービスを提供していた。これは、図 8 に示した通り、2000 分/2 ヶ月以上という長時間のサービスを、診療報酬外のサービスとして提供している支援対象者が含まれていることが影響したものと考えられる。

サービス内容では、危機介入を含む、服薬・症状の自己管理の援助に最も多くの時間を費やしていた。これは、当該診療所に通院する者に行動障害を有する者が多く、支援対象者がトラブル等を引き起こした際でも入院による治療は適応ではないことから、地域での危機介入に長時間を費やさざるを得ない実態を反映しているものと考えられた。これらの介入の 83%は診療報酬外のサービスであり、多くの課題を抱える精神障害者を地域で

支える上では、現在の診療報酬体系では不十分であることが示唆される。次年度は、長時間の診療報酬外のサービスを提供した支援対象者の臨床特性や、サービス内容の詳細について、別途検討する予定である。

#### <ICM 実施ツール及びガイドライン骨子の作成>

昨年度及び今年度の調査結果を踏まえ、ICM を医療機関に普及させるためのガイドライン骨子及び ICM に使用するツール類の原案を作成した（別添 1）。来年度は、医療機関においてツール類の実行可能性を検証し、包括的支援マネジメントガイドラインを作成する予定である。

#### E.健康危険情報

なし

#### F.研究発表

1.論文発表 なし

#### 2.学会発表

藤井千代，川副泰成：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における医療と行政の役割。第 113 回日本精神神経学会学術総会，愛知，2017.6.23.

#### 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

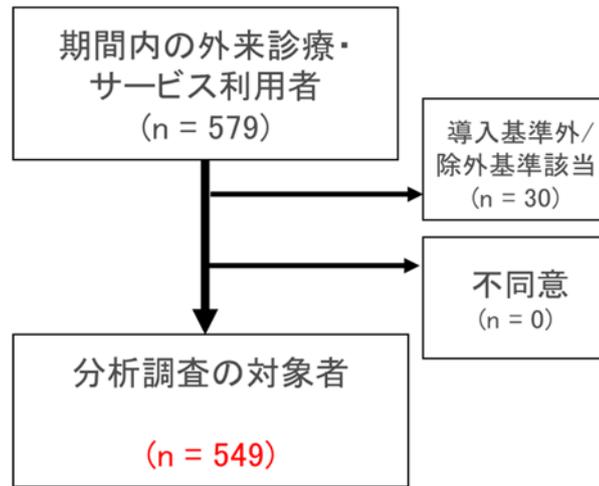


図1 対象者の選定フロー（調査1）

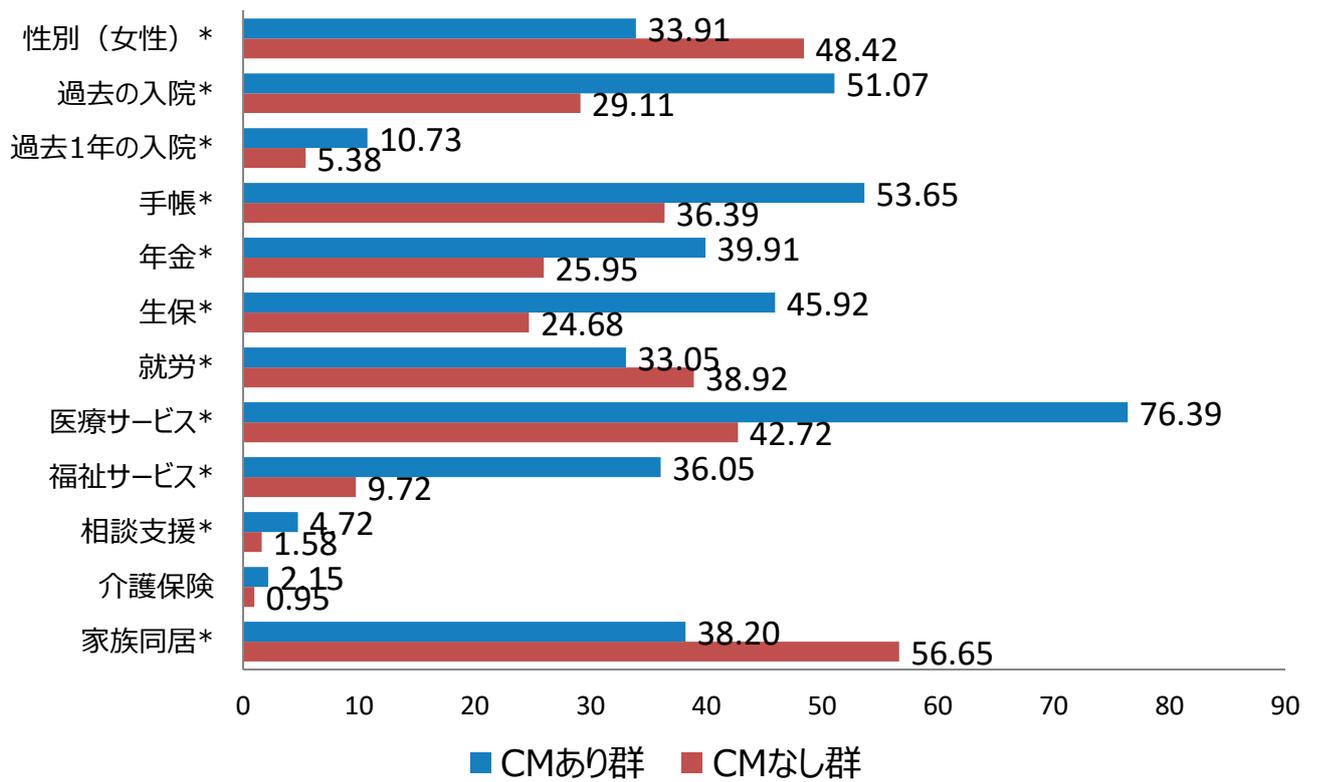


$\chi^2 = 39.120, P < 0.001$

図2 診断

表1 年齢と機能

	ICMなし群 (n = 316) (内部医師 231)		ICMあり群 (n = 233) (内部医師 165)		
GAF	65.18	11.87	60.22	12.71	$t = 3.978, P = 0.001$
PSP セルフケア	0.99	0.96	1.44	0.98	$t = 4.514, P < 0.001$
社会的に有利な活動	1.35	1.07	1.68	1.20	$t = 2.866, P = 0.004$
個人的・社会的関係	1.30	0.97	1.82	1.01	$t = 5.248, P = 0.001$
不穏な・攻撃的な行動	0.35	0.67	0.58	0.81	$t = 2.959, P = 0.003$
総合得点	67.22	12.50	60.83	13.44	$t = 4.856, P < 0.001$
年齢	45.08	14.22	42.63	11.76	$t = 2.147, P = 0.032$



\*p<0.001

図3 ICMの有無と基本属性の割合

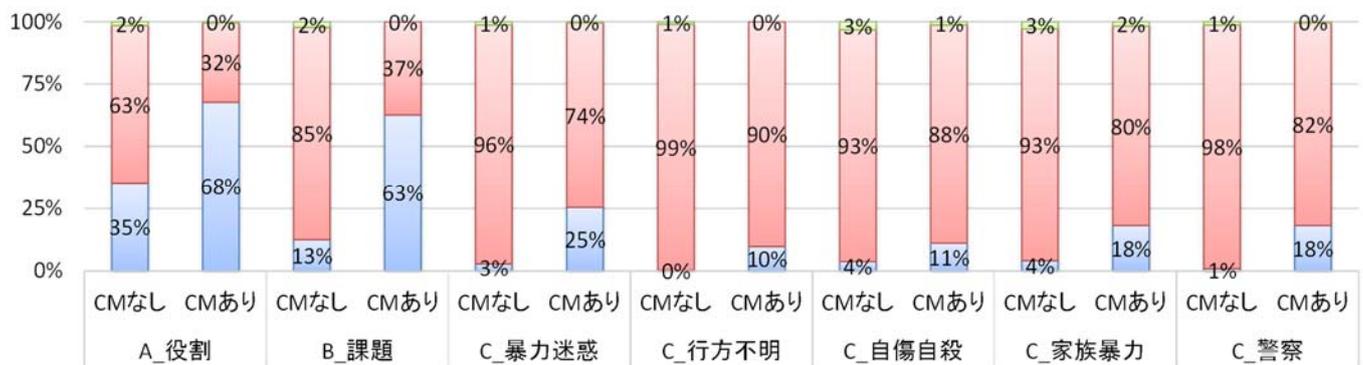


図4 地域生活の困難度1

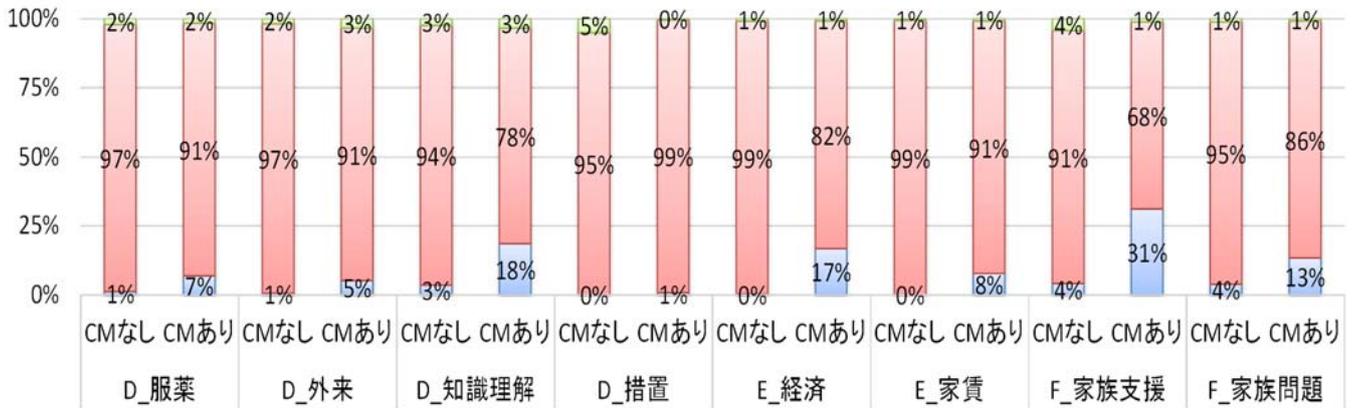


図5 地域生活の困難度2

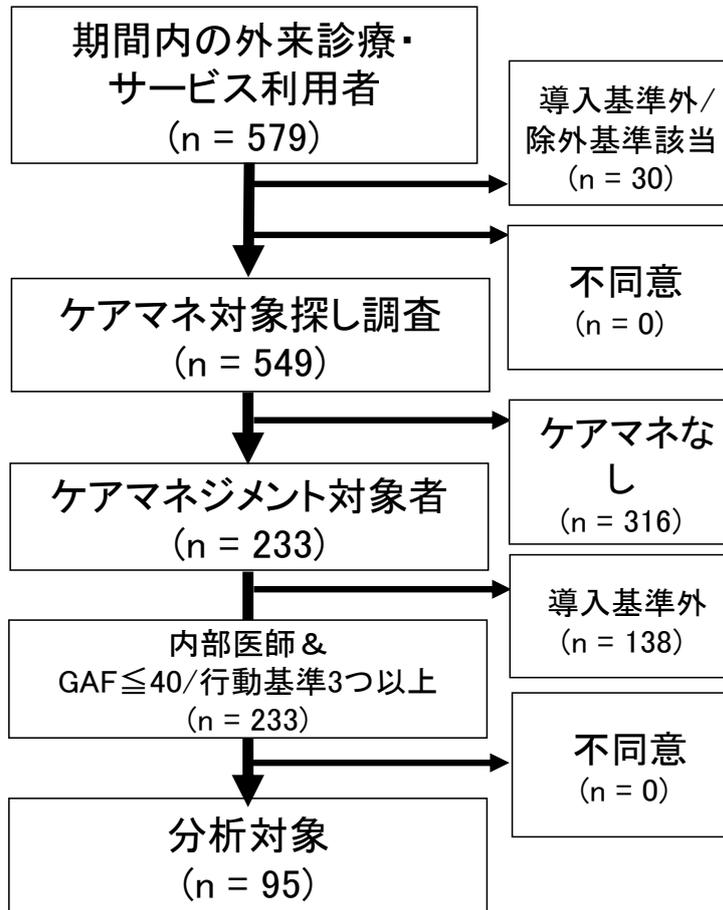


図6 対象者の選定フロー（調査2）

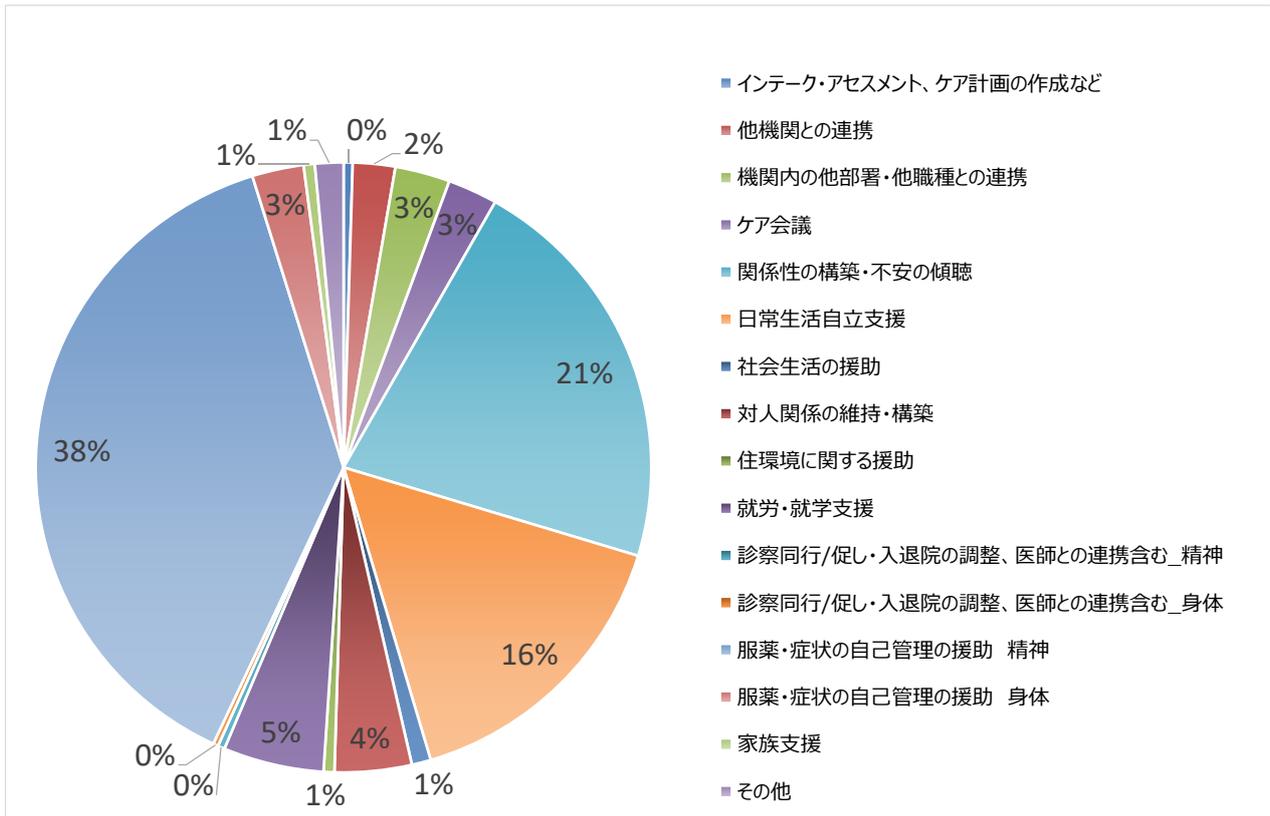


図7 各サービスコードの割合（1対1換算サービス提供時間）

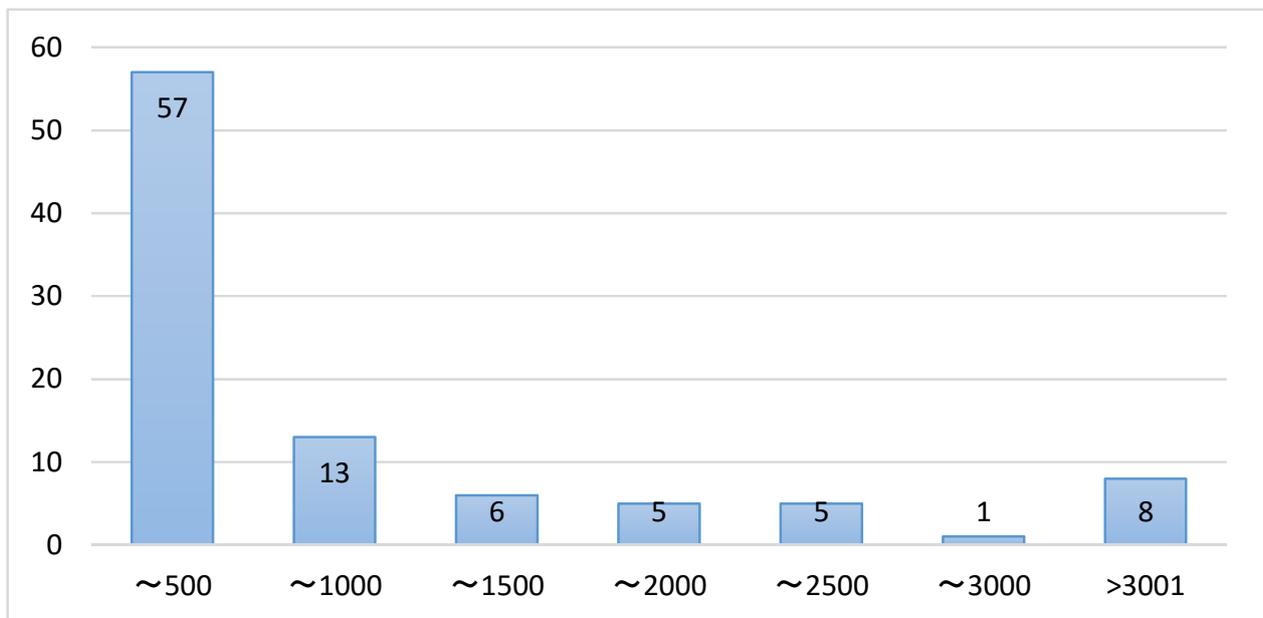


図8 サービス量の分布（1対1換算サービス提供時間）



## 外来患者ケアマネジメント スクリーニングシート（ケースマネージャー用）

※ことわりのない場合は、当てはまるもの 1 つに✓をつけてください。

※**1 つでも欠損（空欄）があるとデータとして使えなくなりますので、1-31 の全ての選択肢についてご回答ください。**

ID : _____	記入日 : _____年____月____日	記入者 : _____		
<b>【 I 】 対象者の基本属性：情報が無い場合には「無」に✓をつけてください。</b>				
6. ケアマネージャー：1) <input type="checkbox"/> 無    2) <input type="checkbox"/> 本来は必要であるがマンパワーの問題等で現在は無    3) <input type="checkbox"/> 有 →「有」の場合：ケアマネージャーの所属 1) <input type="checkbox"/> 訪問看護    2) <input type="checkbox"/> デイケア    3) 外来相談室    4) <input type="checkbox"/> その他 ケアマネジメント導入日：_____年____月____日				
7. アセスメント表：1) <input type="checkbox"/> 無    2) <input type="checkbox"/> 有	8. ケア計画表：1) <input type="checkbox"/> 無    2) <input type="checkbox"/> 有			
9. 年齢：（____才）	10. 性別：1) <input type="checkbox"/> 女性    2) <input type="checkbox"/> 男性			
11. 過去の入院回数：_____回（うち過去1年：_____回）	12. 直近の入院：_____年____月____日～_____年____月____日			
13. 現住地の市区町村：_____	14. 精神保健福祉手帳：1) <input type="checkbox"/> 無    2) <input type="checkbox"/> 有（____級）			
15. 障害年金受給：1) <input type="checkbox"/> 無    2) <input type="checkbox"/> 有（____級）	16. 生保受給：1) <input type="checkbox"/> 無    2) <input type="checkbox"/> 有			
17. 仕事（最賃以上）：1) <input type="checkbox"/> 無    2) <input type="checkbox"/> 就労継続 A 型    3) <input type="checkbox"/> 特例子会社    4) <input type="checkbox"/> 一般企業や NPO 法人等				
18. 雇用形態：1) <input type="checkbox"/> 正規職員    2) <input type="checkbox"/> 非正規職員（アルバイト、パート、派遣社員、契約社員等）				
19. 日常的（週1回以上）に利用している医療サービス：1) <input type="checkbox"/> 無    2) <input type="checkbox"/> 有 →「有」の場合（複数回答）： <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他（_____）				
20. 日常的（週1回以上）に利用している日中の地域福祉サービス：1) <input type="checkbox"/> 無    2) <input type="checkbox"/> 有 →「有」の場合（複数回答）： <input type="checkbox"/> 就労継続 B 型 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 生活訓練 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> その他（_____）				
21. 住居形態：1) <input type="checkbox"/> 家族同居    2) <input type="checkbox"/> 一人暮らし    3) <input type="checkbox"/> グループホームなどの地域施設    4) <input type="checkbox"/> その他（_____）				
追加項目： <input type="checkbox"/> 相談支援事業を利用している <input type="checkbox"/> 介護保険を利用している				
<b>【 II 】 ケア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</b>				
A	17. 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	18. 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	19. 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
	20. 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
	21. 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
	22. 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	23. その他の警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
	24. 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
	25. 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
	26. 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
E	27. 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
	28. 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
	29. 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
F	30. 支援をする家族がない（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
	31. 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

※**1 つでも欠損（空欄）があるとデータとして使えなくなりますので、1-31 の全ての選択肢についてご回答ください。**

## ケアマネージャー/生活支援員 サービス・コード票

利用者 ID :	支援日 : 年 月 日	担当者名 :	院外支援の合計移動時間 : 分
----------	-------------	--------	-----------------

☆サービスを提供した場合は、該当する欄に必要事項をご記入ください☆

	活動内容	活動場所	① 計 時間	①のうち 診療報 酬内	①のうち 夜間/休 日対応	スタッフ 人数	スタッフの内訳					
							Ns	PSW	OT	心理	他	Dr
1	インテーク・アセスメント、ケア 計画の作成など 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
2	他機関との連携 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
3	機関内の他部署・他職種との 連携 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
4	ケア会議 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
5	関係性の構築・不安の傾聴 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
6	日常生活自立支援 (家事・食事・金銭管理・余暇等) 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
7	社会生活の援助 (移動・銀行・役所の利用等) 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
8	対人関係の維持・構築 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
9	住環境に関する援助 (アパート探し、大家との調整) 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
10	就労・就学支援 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
11	診察同行/診察の促し・入退院 の調整 (主治医との連携含む) 利用者 (1.あり 2. なし) 対象症状(1.精神 2. 身体)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
12	服薬・症状の自己管理の援助 利用者 (1.あり 2. なし) 対象症状(1.精神 2. 身体)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
13	家族支援 家族 (1.あり 2. なし) 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
14	その他 <input type="checkbox"/> 危機介入 (内容 : ) 利用者 (1.あり 2. なし)	<input type="checkbox"/> 院外	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 院内 <sup>(^)</sup>	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人
		<input type="checkbox"/> 電話/メール	分	分	分	名	人	人	人	人	人	人

入院中に対応した場合は、院内と 院内<sup>(^)</sup> の両方に✓をいれてください。

## 包括的支援マネジメントの進め方（ガイドライン骨子）

### 1. 支援対象者

- 地域生活を送る上で、医療、福祉、その他のサービスによる包括的支援が必要であると認められる精神障害者のうち、本人が包括的支援マネジメントサービスを受けることに同意した者。
- 入院中の患者、外来患者のいずれも支援の対象となる。
- 本人、家族その他の支援者（※ 1）の希望、医療スタッフ、福祉関係者、行政職員（保健師等）からの提案を受け、主治医が支援対象者を決定（※ 2）する。

（※ 1）「家族その他の支援者」とは、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。

（※ 2）様式 1 の「包括的支援マネジメント導入基準」の各項目に 3 つ以上該当した場合、包括的支援を必要とする可能性が高くなる。警察・保健所等、行政の介入歴がある場合は、特に包括的支援が必要となる可能性が高いことに留意する。

### 2. マネジメント担当者と支援チーム構成員の選任

- 支援対象者 1 名につき、1 名のマネジメント担当者を選任する。
- 1 名のマネジメント担当者の受け持ち患者上限は 20～25 人以内とすることが望ましい。他の職務と兼任する場合は、他の職務の業務量を考慮し、受け持ち患者数を決定する。
- マネジメント担当者は、精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、看護師、作業療法士、公認心理師についても、マネジメント担当者として選任することが考えられる。
- 支援チームは、主治医及びマネジメント担当者を必須構成員とする。支援対象者のニーズに応じて、精神保健福祉士、看護師、作業療法士、公認心理師、薬剤師、栄養士、ピアスタッフ等を支援チームに含むことを考慮する。すでに行政機関や地域援助事業者等の支援を受けている支援対象者については、医療機関外の担当者が早期から支援チームの構成員としてアセスメントや支援に参加することも想定される。

### 3. アセスメント

- アセスメントは、支援チームで実施する。
- マネジメント担当者が、インテークシート（様式 1）を作成する。この段階では、不明の項目があっても差し支えない。
- 主治医は、医師用シート（様式 2）を記入し、支援チームと共有する。
- 支援チームの話し合いにより、支援ニーズアセスメント（様式 3）を実施する。
  - 領域 A～F の各項目のアセスメント基準については、「支援ニーズアセスメント評価マニュアル」を参照のこと。
  - スタッフ評価と本人評価に乖離がある項目については、支援ニーズに関する本人の考えを十分に確認すること。

- 支援チームの話し合いにより、総合アセスメント（様式 4）を実施する。
  - 入院中又は直近に入院歴がある場合は、「入院中の状態」について記入する。
  - 医学的所見は、身体疾患に関する所見を含む。
  - 領域 A～F について、支援ニーズアセスメントに基づき、支援ニーズ及び課題を整理する。
  - 各領域について、本人の希望を、可能な限り本人の言葉で記入する。
  - ストレngthsを本人とともに検討する。

#### 4. 支援ネットワークの構築

- アセスメントに基づき、医療機関において本人の支援を担当するスタッフ、医療機関外の担当機関（担当者）につき検討する。
- 既に利用している障害福祉サービス、介護サービス等があれば、原則として継続するが、必要に応じて見直しを検討する。
- 行政介入歴がある場合など、必要に応じて行政との連携を考慮する。
- インフォーマルサービスの活用についても考慮する。

#### 5. チームミーティング

- 本人の病状や課題、支援ニーズ等については、支援チーム内で日常的に共有し、意見交換を行う。
- 治療・支援方針については、支援チームの話し合いにより決定する。頻度や参加者については、臨床的な必要性に応じてマネジメント担当者が柔軟に設定し、ミーティングの開催について支援関係者に連絡をとる。
- 支援計画の作成及び見直しの際のミーティングには、本人が参加することを原則とする。可能な限り、家族その他の支援者が参加できるように配慮する。
- 状況に応じて、インターネットを用いたミーティングの活用を考慮する。

#### 6. 支援計画の作成

- 本人と支援チームが話し合い、支援計画（様式 5）を作成する。
- サービス等支援計画など、他の計画が作成されている場合には、既存の計画で対応できていない課題及び支援ニーズについての計画を作成する。
- 計画作成にあたっては、本人が居住する地域で利用できるサービス・社会資源一覧（様式 7）を活用する。

#### 7. クライシスプランの作成

- クライシスプラン（様式 6）の作成に先立ち、本人に対し、疾病や治療に関する情報提供（心理教育）を行う。
- 自分で対処する場合のプランのみとするか、周りの人の支援を必要とする場合のプランについても作成するかは、臨床的な必要性と本人の希望に応じて決める。
- 本人と支援チームが話し合い、クライシスプランを作成する。
- クライシスプランは、本人が目にしやすい場所に貼っておくように助言する（例：居室の壁、お薬カレンダーの横、冷蔵庫、トイレのドアなど）。
- クライシスプランは、数か月に 1 回程度の見直しを行うことが望ましい。

## 8. マネジメント担当者の役割

- マネジメント担当者は、本人の外来受診日等に、本人と月に 1 回以上の面談を行い、支援チーム内で情報を共有する。
- 支援関係者に、医療その他の支援サービスの利用状況を確認し、必要な連絡調整を行う。
- 介護保険サービスにおけるケアマネジャーや、障害福祉サービスにおける相談支援専門員等、ケアマネジャーが医療サービス以外に指定されている場合であっても、マネジメント担当者は医療サービスの連携窓口として、他のサービスのケアマネジャーと密に連携しつつ、サービス全体の調整役を担う。
- 必要に応じて、アウトリーチによる支援の提供や他機関との連携を行う。
- 定期的又は必要に応じて、ミーティングを開催する。

## 9. モニタリングと評価

- モニタリング経過記録（様式 8）により、支援実施状況をモニタリングする。
- 支援計画は一定期間ごとに見直し、本人とともに計画の実施状況を評価する。

## 10. 支援の継続/終了の判断

- 支援継続の必要性については、本人の希望を重視し、6 ヶ月毎に支援チームで検討する。
- 本人から支援終了の申し出があった場合は、原則として支援を終了する。ただしその場合でも、病状の増悪によって終了を申し出る場合もあることに留意し、病状評価を慎重に行ったうえで、必要に応じて再アセスメントを実施する。
- 本人からの支援終了の申し出にもかかわらず、支援チームが支援継続の必要があると判断した場合には、十分な時間をかけて本人の考えを傾聴したうえで、本人に支援継続の必要性につき、丁寧に説明し、本人の理解と納得が得られるように努める。そのうえでなお本人が支援終了を希望する場合には、包括的支援マネジメントについては終了とするが、本人が医療その他の必要な支援を継続できるよう、保健所等の行政機関や家族その他の支援者との協力体制を見直すなど、十分な対策を講じる。

**様式 1 (補助) インテークシート/フェイスシート**

フリガナ		性別	
利用者氏名		生年月日 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 ( )		
緊急時の連絡先	電話： (氏名： )		
主な通所の手段	<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 <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 主治医名	
その他の診断			
現在の仕事	<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"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( ) → 級 → 級 → 級 → 級		
年金	<input type="checkbox"/> 障害基礎 or 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"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
その他の制度・サービスの利用	要介護認定： 要支援 1 / 2, 要介護 1 / 2 / 3 / 4 / 5 ( 年 月まで) 障害支援区分： 非該当, 区分 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 ( 年 月まで)		
	<input type="checkbox"/> 相談支援事業 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療観察法の対象 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 精神科訪問看護 <input type="checkbox"/> その他の医療サービス ( )		
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 生活訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続 A 型 <input type="checkbox"/> 就労継続 B 型 <input type="checkbox"/> その他の福祉サービス ( )		
これまでの経緯			

## 家族等の関係

氏名	年齢	続柄	本人との関係性	住居地
エコマップ				

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	□ 不明	□ 無	□ 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）	□ 不明	□ 無	□ 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	□ 不明	□ 無	□ 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	□ 不明	□ 無	□ 有
	5. 自傷や自殺を企てたことがある	□ 不明	□ 無	□ 有
	6. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	□ 不明	□ 無	□ 有
D	7. その他の警察・保健所介入歴がある	□ 不明	□ 無	□ 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」）	□ 不明	□ 無	□ 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」）	□ 不明	□ 無	□ 有
	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	□ 不明	□ 無	□ 有
E	11. 直近の入院は措置入院である	□ 不明	□ 無	□ 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	□ 不明	□ 無	□ 有
	13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	□ 不明	□ 無	□ 有
F	14. 支援をする家族がない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	□ 不明	□ 無	□ 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）	□ 不明	□ 無	□ 有

様式 2. 包括的支援マネジメント 医師用シート

患者名 _____ 記入日：_____年__月__日 医師名：_____	
<b>【Ⅰ】 診断</b>	
1.1. 精神科主診断*	診断名： _____ F <input type="checkbox"/>
1.2. 精神科副診断	診断名： _____ F <input type="checkbox"/>
1.3. 精神科副診断	診断名： _____ F <input type="checkbox"/>
2.1. 重複診断*	<input type="checkbox"/> 精神作用物質使用 <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 認知症
2.2. 管理が必要な 身体疾患*	代表的な身体疾患： ( _____ ) ( _____ ) ( _____ )
<b>【Ⅱ】 機能等評価</b>	
3.1. Global Assessment of Functioning (GAF) *	_____ 点
3.2. その他の尺度 ( _____ )	_____ 点
3.3. その他の尺度 ( _____ )	_____ 点
<b>【Ⅲ】 医師の所見</b> 0=支援（治療）の必要なし, 1=問題があるが、効果的な支援（治療）を受けている, 2=問題があり、効果的な支援（治療）を受けていない, 9=不明	
	<b>0 1 2 9 特記</b>
D1* 精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <u>機能・症状</u>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/> <u>治療・処方</u>
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"/>
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"/> <u>行動障害</u>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
O1 ( _____ )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>総合評価（生活面での特記を含む）*</b>	

\*記載が必要な項目

**様式 3. 包括的支援マネジメント ニーズアセスメント（現状のアセスメント）**

評価日 _____（次回予定日 _____）	本人氏名 _____	支援マネージャー氏名 _____
------------------------	------------	------------------

直近の退院日\*： \_\_\_\_\_ 直近の行政機関等（例：警察/保健所）の介入日\*：  無  有： \_\_\_\_\_

\*直近3年について記載

評価項目	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	本人				スタッフ				特記事項 ※ストレングス（強み・できること）を含む
		0	1	2	9	0	1	2	9	
A1	住居：退院後の居住先	<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"/>								
A3	親しい関係者：家族、パートナー等との関係性	<input type="checkbox"/>								
A4	子供の世話：18歳以下の子供の養育	<input type="checkbox"/>								
A5	介護：高齢者、障害者の介護	<input type="checkbox"/>								
B1	食事：料理、外食、適切な食事の購入	<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"/>								
B3	セルフケア：入浴、歯磨き等の清潔保持	<input type="checkbox"/>								
B4	電話：電話の有無、電話使用の可否	<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"/>								
B6	金銭管理：金銭の管理と計画的な使用	<input type="checkbox"/>								
B7	基礎教育：読み書き、計算等の基礎学力	<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"/>								
C2	交流：家族以外との社会的交流	<input type="checkbox"/>								
D1	精神病症状：幻覚、妄想、思考障害等	<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"/>								
D3	心理的苦痛：不安、抑うつ、悩みごと等	<input type="checkbox"/>								
D4	性的な問題：性嗜好の問題、性機能障害等	<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"/>								
E2	治療・支援への動機づけ/疾病の自己管理	<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"/>								
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"/>								
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"/>								
F4	他者に対する安全：暴力、威嚇行動等	<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"/>								
O1	その他 1（ _____ ）	<input type="checkbox"/>								
O2	その他 2（ _____ ）	<input type="checkbox"/>								

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

様式 4. 総合アセスメント（今後の可能性も含めたアセスメント）

入院中の状態			
医学的所見： 精神・身体の状態			
地域生活			
A: 環境要因	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
B: 生活機能 （活動）	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
C: 社会参加	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
D: 心身の状態	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
E: 支援継続に関 する課題	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
F: 行動に関する 課題	ニーズ・課題	希望	ストレングス（強み、できること）
その他			
アセスメントの まとめ			

**様式 5. 包括的支援マネジメント 支援計画**

作成日 ____年__月__日	次回見直し予定時期： ____年__月__日	本人氏名 _____	支援マネージャー氏名 _____
-----------------	------------------------	------------	------------------

私の長期の目標（主語を「私」にすること）	今回の支援計画における短期目標
----------------------	-----------------

**支援ニーズアセスメント / 総合アセスメントの項目からの具体的な課題と解決**

No	総合アセスメント ニーズ課題	具 体 策				評価*
		何を（ご自身）	何を（支援者）	期間や順番	他の関係者（機関名・担当者名・連絡先）	
1						
2						
3						
4						
5						

\* 支援計画見直し時に、利用者と一緒に評価する：達成できたものには「○」、現在取組中のものは「△」、取り組み中止/サービス提供困難等は「×」



様式 6 (選択可) . 緊急受診・相談面接のプラン



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：

自分でわかるサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの方が気づくサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・



サインに気づいたときにすること：

自分がすること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの方がすること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

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



**まわりの人の支援を必要とする程度のも【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 7. (補助) 利用できるサービス・社会資源一覧

(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		

様式 8. アセスメント・支援計画 モニタリング経過記録

本人氏名 \_\_\_\_\_

支援マネージャー \_\_\_\_\_

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、場所および特記
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				

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、場所および特記
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				
年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院直後 <input type="checkbox"/> 退院後__ヵ月後	<input type="checkbox"/> 支援ニーズアセスメント <input type="checkbox"/> 総合アセスメント <input type="checkbox"/> 支援計画	<input type="checkbox"/> 作成/更新 <input type="checkbox"/> 微修正 <input type="checkbox"/> モニタリング (内容の確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個別面接 <input type="checkbox"/> ケア会議等 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>参加者</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 ( 名) <input type="checkbox"/> 同僚・上司 ( 名) <input type="checkbox"/> 友人 ( 名) <input type="checkbox"/> ケースマネージャー <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 当該医療機関職員 ( 名) <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)				

## 訪問看護における多職種アウトリーチに関する研究

研究分担者：萱間真美（聖路加国際大学）

研究協力者：上野桂子（一般社団法人 全国訪問看護事業協会）、江原良貴（財団法人江原積善会 積善病院）、寺田悦子（株式会社 円グループ）、仲野栄（一般社団法人 日本精神科看護協会）、三家英明（医療法人 三家クリニック）、廣川聖子（首都大学東京）、木戸 芳史（三重県立看護大学）、小高恵実（上智大学）、原田尚子（上智大学）、渡邊碧（上智大学）、村方多鶴子（静岡県立大学）、角田秋（聖路加国際大学）、福島鏡（聖路加国際大学）、中嶋秀明（聖路加国際大学）、青木裕見（聖路加国際大学）、高妻美樹（聖路加国際大学）、生田深香（聖路加国際大学）、瀬戸屋希（聖路加国際大学）

### 要旨

【目的】本研究は、精神科重症患者早期集中支援管理料（以下、管理料）の運用実態と、制度改定に関するニーズの把握、および自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態を把握するために、以下を目的とした。

1.管理料算定の実施状況やサービス提供体制、算定にあたってのニーズを明らかにすること。2. 都道府県や市区町村で独自に実施されているアウトリーチ支援の実態を明らかにすること。

【方法】管理料の届出医療機関に対し、実施状況やサービス提供体制、困難や課題について半構造的インタビューを実施した。また、算定している医療機関に対し、算定までの経緯、対象者の状況、支援内容等についてカルテ調査を行い、制度の活用状況を把握した。さらに、精神科医療機関を対象に管理料を知っているかどうか、届出の有無、現在の算定要件のうち緩和されれば算定したいと思う項目等について自記式アンケート調査を行なった。自治体独自のアウトリーチ支援に関する調査では、自治体独自にアウトリーチ支援を実施している4自治体にインタビュー調査を依頼し、制度の名称や期間、利用期限、利用者数、サービス内容、事業を実施した評価等を調査した。

【結果】精神科重症患者早期集中支援管理料の届出状況は、全国で26施設であり、算定ケース数は5ケースであった。また、管理料算定要件のうち、緩和されれば算定したいと思う項目としては、「入退院を繰り返す者の入院期間の要件」「1年以上入院して退院した者の入院期間の要件」が挙げられていた。

【考察】本管理料は平成30年度の診療報酬改定で「精神科在宅患者支援管理料」に改定され、算定要件が変更となった。届出機関数推移や実施状況のモニタリングを継続し、制度の活用方法について検討する必要がある。また、自治体独自のアウトリーチ事業についても、新たな事業のもとで、支援がどのように継続、発展していくのか、引き続き調査を行う予定である。

## A.研究の背景と目的

精神科医療は「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が示される中、地域移行が進展しつつある。厚生労働省は平成23年度から25年度にわたって「精神障害者アウトリーチ推進事業」を展開し、24道府県37機関に多職種アウトリーチチームを設置することで、未治療者・治療中断者・長期入院及び入退院を繰り返す対象者に対してアウトリーチサービスを提供したが、これにより入院（再入院）抑制や症状や社会機能の改善に対して一定の効果が示された<sup>1)</sup>。これを踏まえ、平成26年度の診療報酬改定では、精神疾患をもつ患者の地域移行と地域定着の一層の推進を目指して、病状が不安定な患者への多職種チームによる在宅医療の評価である「精神科重症患者早期集中支援管理料」（以下、管理料）として一般制度化された。

この診療報酬制度は、長期入院患者、又は入退院を繰り返し病状が不安定な患者に対して、退院後早期に、精神保健指定医、看護師又は保健師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種が、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療及び精神科訪問看護を実施するとともに、急変時等に常時対応できる体制を整備し、多職種が参加する定期的な会議を開催することを評価するものであるが、実際の実施状況やサービス提供体制、対象者へのケア内容、実施にあたっての課題等については明らかになっていない。

そこで本研究は、管理料運用実態と、制度改定に関するニーズの把握、および自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態を把握するために、以下を目的とした。

【1.】管理料算定の実施状況やサービス提供体制、算定にあたってのニーズを明らかにすること。

【2.】都道府県や市区町村で独自に実施されているアウトリーチ支援の実態を明らか

にすること。

## B.方法

本研究は、研究目的に沿って下記の4つの調査を実施した。

【1-1】管理料の実施体制に関するインタビュー調査

【1-2】管理料算定患者のカルテ調査

【1-3】管理料に関するニーズ調査

【2】自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態調査

1-1)管理料の実施体制に関するインタビュー調査

(1)調査対象

各地方厚生局から公示されている「精神科重症患者早期集中支援管理料」届出済(平成29年7月現在)の機関から、サービスを提供しているチームを検索した。その結果、今年度新たに6医療機関が該当し、各施設のサービス提供部署の責任者あるいは担当者を対象とした。インタビューは平成29年8月～30年3月にかけて実施した。

(2)調査方法

新規届出施設のうち、同意の得られた施設の対象者へ、インタビューガイドを用いた半構造的面接法により、インタビューを行った。「精神科重症患者早期集中支援管理料」の実施状況やサービス提供体制、サービス利用者へのケア内容、実施にあたっての困難や課題についてインタビューを行い、結果はコーディングしたのち、類似した内容を整理し、算定要件ごとに、現状と要望を整理した。

調査 1-2)管理料算定患者のカルテ調査

(1)調査対象

管理料による支援が終了したケースのうち、もっとも支援を要した1ケースについて、支援担当者に、以下についてカルテからの記載を依頼した。

(2)調査内容・基本属性:性別、年齢、婚姻状況、世帯状況、経済状況等

・状況:対象者の類型、診断名、精神科病床への入院歴、服薬管理状況、処方内容、精神障害者保険福祉手帳の有無、自立支援医療費(精神通院)申請の有無、退院直後から導入したその他のサービス、対象者の状況及び支援提供に至る経緯、等

・精神症状及び社会機能:機能の全体的評価尺度(GAF:Global Assessment of Functioning)

・支援内容:実施日及び時間、ケア内容、診療報酬算定上の位置付け、担当職種、加算

#### 調査 1-3) 管理料に関するニーズ調査

##### (1) 調査対象

私立精神科病院、自治体病院、多機能型診療所を対象に、自記式質問紙にて、平成 29 年 8 月に下記の内容を調査した。

##### (2)調査方法

精神科重症患者早期集中支援管理料を知っているか、届出の有無、届出をしていない理由、今後の届出の意向、現在の算定要件のうち緩和されれば算定したいと思う項目、現在の算定要件の他に算定しやすくなる条件や加算の項目、往診および精神科訪問看護・指導料の実施の有無、等について郵送調査(自記式アンケート)を行なった。

#### 調査 2) 自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態調査

##### (1) 調査対象

平成 26 年度地域保健総合推進事業 改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究 報告書(分担事業者 中原 由美(福岡県嘉穂・鞍手保健所)の報告書より、自治体独自にアウトリーチ支援を行った実績のある自治体

##### (2)調査方法

現在のアウトリーチ支援の実施の有無をインタビュー調査した。そのうち、今年度も継続

して実施している 4 自治体に詳細なインタビュー調査を依頼した。なお、インタビューでは下記の内容を調査した。

調査内容:制度の名称、期間、利用期限、利用者数、サービス内容、サービス提供者、事業を実施した評価等

調査 1-1、1-2、2 は、担当者へ書面による同意を得たのち実施した。調査 1-3 は、質問紙の返送をもって同意とみなした。

なお、本研究における調査は、聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

承認番号:16-A057, 15-A034, 17-A039

## C 結果

### 調査 1-1 管理料の実施体制に関するインタビュー調査

#### 1) 届出機関の概要と算定ケース数

平成 29 年 7 月現在「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出をしている施設は 26 施設であり、今年度新規に届け出た医療機関は 6 施設であった。今年度、算定を取りやめていた施設が 1 施設あったため、算定施設は昨年度の調査

から 5 施設増加し、合計 26 施設であった。年次ごとの施設数変化について、図1に示す。

#### 2) 管理料実施体制の状況

今年度新規に管理料を届け出た 6 医療機関へ行った実施体制に関するインタビュー結果を下記に示す。

## 「精神科重症患早期集中支援管理料」に関するインタビュー調査結果

「精神科重症患早期集中支援管理料」を今年度新規に届け出た施設に対し、届出までの経緯と、運用条件に関する具体的なインタビューを担当部門の担当者または責任者に行った。意見のあった項目について、□内に意見の要約、( )内に回答のあった施設数を示す。

### 1. 届出するに至った理由や経緯

届出を検討するに至った理由や議論について以下のように要約される。

- 地域移行の受け皿として機能していくため
- ケアの質の担保
- 精神保健福祉士の診療所からの訪問が認められなくなったため
- 精神保健福祉士単独訪問に必要なため
- 以前からアウトリーチを実施していたため

届け出に至った理由は、地域医療に熱心に取り組んでおり、本算定料で求められている地域支援を以前から実施していたため、という施設が1施設あった。また、地域移行の受け皿として機能していくためが1施設、ケアの質の担保のためという施設が1施設、精神保健福祉士が訪問するためが2施設あった。運用のしやすさや費用面から本管理料ではなく在宅時医学総合管理料で算定しているが、精神保健福祉士が単独訪問できるように本管理料の届出を行った診療所があった。

### 2. 実施状況(対象者の人数や特徴、チームの運営体制)

チームの運営体制や支援の実施状況、算定の対象者の状況は以下のように要約される。

#### 1) 保険医療機関が単独で実施か、または訪問看護ステーション(特別の関係である・特別の関係でない)との連携

- 同法人の訪問看護ステーション(3施設)
- 特別な関係ではない訪問看護ステーション(2施設)

保険医療機関が単独で実施している施設は3施設、他法人の訪問看護ステーションなどと連携している施設が2施設あった。

2) 月 1 回以上の訪問診療及び週 2 回以上の精神科訪問看護の実施状況

- 月 1 回以上の往診と週 2 回以上の訪問を必要とする方は多いが、本管理料ではなく在総管で算定している
- 悪くなると来てくれるため、2 週間に 1 回の訪問看護で間に合ったケースがある
- 月 1 回以上の訪問診療と週 2 回以上の訪問看護は実施可能
- 週 1 回以上の訪問が必要。退院から 1 年以上とするのが望ましい

全ての施設で、月 1 回以上の訪問診療、週 2 回以上の訪問看護について、実施する準備が整っていたものの、在総管での算定をしている、対象ケースがない、等の理由で、本管理料の算定ケースはない状況であった。

3) 対象患者

**1 年以上精神病床に入院して退院した者又は入退院を繰り返す者**

< 意見 >

- 入院期間の短縮化が進み手厚いケアが必要であるが、入院期間の基準を満たせない
- 1 年以内で退院する方が多ので、3 ヶ月以上とすることが望ましい

1 年以上精神病床に入院して退院した者という対象者の枠組みについて、入院期間の短縮化により、1 年以上入院しているという基準を満たせないという施設や、3 ヶ月以上を基準とすることが望ましいという意見が報告された。

4) 施設基準

**常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤精神保健福祉士又は常勤作業療法士の 4 名から構成される専任のチームが設置されていること(いずれか 1 人は専従)**

< 現状 >

- 医師 (2 名)・看護師 (6 名)・精神保健福祉士 (2 名)・作業療法士 (3 名)(診療所と訪問看護を合わせて)
- 精神保健福祉士 (専従)・医師・看護師・保健師
- 精神保健福祉士 (専従)・医師 (1 名)・看護師 (1 名)・精神保健福祉士 (1 名)・作業療法士 (1 名)・心理士 (1 名)
- 主治医・看護師・精神保健福祉士
- 医師 (1 名)・看護師 (1 名)・精神保健福祉士 (1 名)・作業療法士 (0.2)

届け出施設の多職種チームは、医師・看護師・精神保健福祉士いずれか1名が専従であることがほとんどであった。診療所と訪問看護を合わせてチームを構成していた施設が1施設あった。

### 多職種会議の実施状況

現状

- 実施なし（2施設）
- 以前から実施していた
- 多職種連携会議を定期的実施
- 退院前カンファレンスや自宅訪問の実施

多職種会議を実施していない施設は2施設であった。以前から多職種会議を実施していた施設、定期的実施している施設、退院前カンファレンスや自宅訪問を実施している施設がそれぞれ1施設ずつであった。

### 24時間往診及び看護師又は保健師による精神科訪問看護が可能な体制について

<意見>

- ACTの基準を満たす訪問看護ステーションのため、以前から実施
- クリニックは24時間体制をしておらず、訪問看護ステーションのオンコール体制
- 往診はやっていないが、訪問看護は24時間体制
- 往診および訪問看護の24時間対応

この要件については、以前から実施していた施設が1施設、訪問看護のオンコール体制が1施設、訪問看護の24時間体制が1施設、往診および訪問看護の24時間体制が1施設あった。

## 地域の精神科救急医療体制の確保への協力等

### < 意見 >

- 県から「精神科救急医療体制協力会員」として認定を受けている
- 近隣の医療機関への入院依頼や、退院後のフォローを依頼される
- 常勤医師が精神科救急システムのオンコール当番、措置診察を行っている

地域の精神科救急医療体制の確保では、県からの認定を受けている施設が 1 施設、近隣の医療機関との連携が 1 施設、常勤医による精神科救急システムのオンコール当番が 1 施設あった。

## 要望や提案

各施設から聞かれた当該制度に関する要望を以下にまとめる。

### < 意見 >

- 同一日複数回訪問を算定できるようにしてほしい
- ACT の併用の許可
- コストパフォーマンスが低い
- クリニックから行きたいがしぼりがある
- 複数名訪問において、看護師が一人いなければならない制限が厳しい
- 専従スタッフの確保が難しい
- 24 時間体制が難しい
- グループホームに入ると本管理料は対象外となるので、在宅でのケースが少ない
- 6 ヶ月という期間が短い

各施設から聞かれた要望や提案として、同 1 日複数回訪問の算定、ACT の併用の許可、コストパフォーマンスが低い、クリニックからの訪問をしたいという意見があった。チーム体制の維持について、専従要件や 24 時間体制が厳しいという意見が報告された。また、対象者が少ないという意見や、算定期間については、対象者は濃厚なケアが必要であり 6 ヶ月は短いという意見が報告された。

## 調査 1-2: 管理料算定患者のカルテ調査

### 1) 管理料算定患者の状況

今年度、本管理料による支援が提供されていたのは、3 施設 5 ケースであり、それぞれの施設で最も支援を要したケースについて調査を実施した。調査の対象となった対象者 3 名の概要を表 1 に要約した。

対象者の年代は 20 代から 50 代と幅広く、全て男性であった。診断名は、全員が統合失調症で、糖尿病を合併している者が 1 名であった。1

年以上の入院者が 1 名、入退院を繰り返す者が 2 名であった。入退院歴は 2 回から 9 回で、2 ケースで期限の 6 カ月まで支援が提供され、全てのケースで支援終了後も地域生活を続けていた。

### 2) カルテ調査結果

「精神科重症患早期集中支援管理料」の算定が終了したケースについて、カルテ調査を行ったケースごとに示した。

ID:1

基本情報
<p>診断名:統合失調症 性別:男性 年齢:50代          類型:入退院を繰り返す者 GAF:(算定開始時)35</p>
算定導入の経緯
<p>20代に発症し、暴力行為による3回の措置入院の既往がある。現在は、月に1度、m-ECTの治療のため1泊の任意入院を2年ほど継続しているが、治療中断するリスクがある。浪費が見られ直近の入院中に自己破産し生活保護を申請した。新居に引っ越しをした経緯もあり、退院後も継続した支援が必要であった。退院時、易怒性は改善されず、精神科訪問看護や往診が必要な病状であった。本患者が算定要件に当てはまり算定するに至った。</p>
支援経過
<p>支援者は、X-8年前より関わりを開始していた。本人のプライドが傷ついたり、医療者側が指導的に関わったりすることにより、易怒性が高まるため、訪問支援では本人の話を聞き尊重した関わりをした。本人へ指導的な関わりが必要な場合、スタッフ間で連携をとり関わった。退院時から現在まで、病状の改善は見られなかった。患者には働きたいという希望があり、病状と相談しながら本人が納得できる関わりを行い、今後について話し合いをするときには、本人を含めたカンファレンスも実施した。入院時からクライシスプランにも取り組み、退院後も訪問で継続して紙面を用いて本人と話し合いを行っていた。</p> <p>訪問支援のみでなく、易怒性が出現すると、スタッフに1時間以上電話をすることがあった。信頼しているスタッフと話しをすることで、その都度症状は落ち着いた。</p> <p>m-ECTの継続した治療が必要であるが、治療中断のリスクがあるため、訪問時に自宅から病院へ同行することがあった。</p> <p>両親への暴力行為があり、両親は本人との関わりを拒否している。そのため、連絡が必要な場合は仲介役となることがあった。両親と医療者は、電話や面会を行っている。</p> <p>継続した訪問支援や往診が必要な病状であり、限度の6ヶ月間算定する予定であったが、医師の往診の日程調整が困難となり4ヶ月目で算定終了となった。</p>
算定料に期待したこと・メリット
<p>往診により、医師に生活環境をみてもらえることで、チームが共通認識をもつことに役に立った。また、措置入院の既往があることから保健所が関わっていたが、算定することで保健所の職員が積極的に関わりを持つことができた。</p> <p>本患者は、地域生活を送るにあたり手厚い支援が必要であるため、労力の一部が診療報酬となるのであれば報われる。</p>
支援の転帰
<p>GAF:(算定終了時)35 移行したサービス等:精神科訪問看護          精神科訪問看護に移行後も、継続的に支援を受けて地域生活を維持している。多職種カンファレンスは算定終了後も継続している。</p>

○ : Ns    : PSW    : OT □ : Dr ■ : 他						
<b>1ヶ月目</b>						
1	2	3	4	5	6	7
○						
8	9	10	11	12	13	14
○						
15	16	17	18	19	20	21
○						
22	23	24	25	26	27	28
○						
29	30	31				
○						

<b>網掛 : 多職種会議 支援回数 : × (回数)</b>						
<b>2ヶ月目</b>						
1	2	3	4	5	6	7
○						
8	9	10	11	12	13	14
○						
15	16	17	18	19	20	21
○						
22	23	24	25	26	27	28
○						
29	30	31				
○						

<b>3ヶ月目</b>						
1	2	3	4	5	6	7
○						
8	9	10	11	12	13	14
○						
15	16	17	18	19	20	21
○						
22	23	24	25	26	27	28
○						
29	30	31				
○						

<b>4ヶ月目</b>						
1	2	3	4	5	6	7
○						
8	9	10	11	12	13	14
○						
15	16	17	18	19	20	21
○						
22	23	24	25	26	27	28
○						
29	30	31				
○						

往診と職種会議はその都度調整して実施した。

<b>基本情報</b>
<p>診断名:統合失調症 性別:男性 年齢:20代          類型:1年以上精神病床に入院して退院した者 GAF:(算定開始時)35</p>
<b>算定導入の経緯</b>
<p>地域でトラブルを起こし入院となった後、家族が同居を拒否したことで、本人の希望があったため独居で退院の方針となった。独居での退院を支援するに当たり、手厚い支援体制が必要となったため、管理料を導入して支援体制を整えることになった。</p>
<b>支援経過</b>
<p>【退院前】</p> <p>障害福祉課や保護司、主治医、病院のスタッフでの話し合いを、退院前に2回実施し、情報共有を行った。退院後の障害福祉サービス導入をスタッフから本人に勧めたが、本人の「いない」という希望が強く、本管理料による訪問のみで退院となった。</p> <p>【支援開始後】</p> <p>訪問のペースは週3回で開始となった。訪問時は、本人の希望で金銭管理(1週間に1回決まった時間にお金を渡す)を実施した。また、極度の節約から食生活に偏りがあったため、食生活のバランスについても話し合ったが、状況は変わらなかった。</p> <p>昼間の過ごし方は、本人なりのペースがあったため、話を聞いて見守っていた。「疲れてくると身体が重くなる」「上下階の住人の物音が気になる」という話は聞かれたが、頻回に聞かれることはなかったため様子を見ていた。目立った精神症状はなかったが、突発的に過量服薬をすることが1度みられたため、精神症状や本人の様子は注意して観察していた。</p> <p>【支援終了時】</p> <p>6ヶ月間管理料による支援を提供し、地域生活を継続することができた。管理料による支援が終了になるに当たり、訪問看護を週2に減らす話が出た際、アパートの家主より、以前に住民トラブルがあったため、週3回の訪問支援は実施してほしいと希望があった。本人と話し合い、週2回の訪問看護、週1回のホームヘルプ(主に部屋の掃除)を導入することでご本人も納得され、管理料による支援が終了となった。</p>
<b>算定料に期待したこと・メリット</b>
<p>受療中断が予想されるケースだったので、頻回な訪問や月1回の往診が管理料に含まれていることで、家族や外部機関の安心に繋がった。何かあったときに医師が家に来てくれることが保障されている点は大きい。</p>
<b>支援の転帰</b>
<p>GAF:(算定終了時)40 移行したサービス等:ホームヘルプ</p> <p>訪問看護を週2回に減らした分、ホームヘルプを週1回利用し、支援者が自宅に来る日数は管理料算定時と変わらない体制で支援している。管理料算定終了後も地域生活を継続している。</p>

○ : Ns    : PSW    : OT □ : Dr ■ : 他						
網掛 : 多職種会議    支援回数 : × (回数)						
1 ~ 6 ヶ月目						
1	2	3	4	5	6	7
○						
8	9	10	11	12	13	14
○						
15	16	17	18	19	20	21
○						
22	23	24	25	26	27	28
○						
29	30	31				
○						

看護師と精神保健福祉士が輪番で週 3 回の訪問を実施し、訪問頻度や体制は、算定期間中変わらなかった。

多職種会議は月に 1 度 調整して実施した。

ID : 3

<b>基本情報</b>
診断名：統合失調症、糖尿病、骨折後 性別：男性 年齢：40 歳代 類型：入退院を繰り返す者（通算入院回数 9 回） GAF : (算定開始時) 35 点 独居 CP 換算 600 mg
<b>算定導入の経緯</b>
デイケアに通っており、30 歳ごろより就労継続支援 B 型利用。幻覚妄想の増悪を繰り返しており、自宅から飛び降り骨折し大学病院から転院してきた。入院中にクロザリルを導入。刺激や負担を避けて、安定した在宅生活を送ることが望ましいため導入した。
<b>支援経過</b>
<b>【支援開始時】</b> 訪問診療：2 週間に 1 回、20~30 分/回 主治医である院長が訪問 診察と薬の指導 訪問看護：週 2 回 1 回 45 分、訪問看護ステーションの看護師と病院 PSW が訪問。服薬支援、身体状況観察、皮膚疾患への軟膏処置、排便コントロール（クロザリル内服の影響）、過飲水、糖尿病への対応、趣味の話などもする。クロザリル内服中のため、午前訪問で採血し、医師の往診での診察後、午後に処方薬を届けるために再度訪問した。その他、行っていた支援は、調子が悪い時のサインと対処方法について、食事療法、運動療法、困りごとへの助言 など。 ホームヘルパー：40 分/回、ゴミ出し前日に分別、部屋掃除の段取りを支援  新聞が届かない、自転車のタイヤがパンクしたなど、日常生活で起こる出来事でパニックになるため、毎日支援者や家族が関われる体制を作った。
<b>算定料に期待したこと・メリット</b>
毎日誰かが関われる体制を作ることができた。
<b>支援の転帰</b>
GAF : (算定終了時) 43 点 移行したサービス等：ホームヘルプ クロザリル 300 200 mg に減量。 会話の疎通、思考力が回復し、安心して生活でき、再発せず、ゆっくり回復してきた。 6 ヶ月間の支援が終了したのちも、必要なサービスを残すこととし、2 週間に一度の往診、週 2 回の訪問看護、週 1 回のホームヘルプ、週 1 回の就労支援継続 B 型、週末は実家に帰省することで、毎日誰かが関われる体制を作っている。本人の希望することができるようになるための支援を継続している。

○:Ns, :PSW, :OT, :Dr, 他(ヘルパー)						
網掛：多職種会議 支援回数：×(回数)						
1~5ヶ月目						
月	火	水	木	金	土	日
■	○△	生活訓 練	○ ○		← 実家 →	
■	○	生活訓 練	○ ○		← 実家 →	
■	○△	生活訓 練	○ ○		← 実家 →	
■	○	生活訓 練	○ ○		← 実家 →	

6ヶ月目						
月	火	水	木	金	土	日
■	○△	就労B 型	○ ○		← 実家 →	
■	○	就労B 型	○ ○		← 実家 →	
■	○△	就労B 型	○ ○		← 実家 →	
■	○	就労B 型	○ ○		← 実家 →	

PSW は月 2 回の頻度で看護師と同行訪問実施。

カンファレンスは週 1 回定例実施、他部門との月 1 回の共同会議でも報告。

### 調査 1-3 管理料に関するニーズ調査

私立精神科病院 294 施設、自治体病院 16 施設、多機能型診療所 24 施設の計 334 施設より回答が得られた（有効回答率 25.8%）。調査を実施した結果、「精神科重症患者早期集中支援管理料」について知っている施設は 8 割以上であったが、施設基準の届出をしている施設は全体の 5.2%にとどまっていた。施設基準を届出していない理由としては、24 時間往診・24 時間精神科訪問看護の実施が難しいこと、チームの人材確保が難しいこと、24 時間連絡対応体制をとることが難しいこと、等への回答が多かった。特に診療所では、保健所・保健センターとの月 1 回以上の会議の実施が難しい、算定要件を満たす患者がいらない、等の回答も多かった。

今後の「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出の意向については、11.5%が施設内の状況が整えば届出したい、また 55.1%が施設基準要件・算定要件が緩和されれば届出

したいと回答しており、要件緩和によって届出施設が増える可能性が示唆された。

緩和されれば算定したい患者要件としては「入退院を繰り返す者の入院間隔、入院形態」「1 年以上入院して退院した者の入院期間」「通院が困難な者の要件」、また施設要件としては「24 時間往診・訪問看護の確保」「スタッフの専従」「24 時間連絡対応体制の確保」等への回答が多かった。診療所・自治体病院では患者要件に関する回答が多い傾向が見られ、また自治体病院では施設要件に関する回答も多い傾向が見られた。

算定しやすくなる条件・加算については「算定期間が延長できる要件の緩和」「訪問回数・頻度に応じた加算」「家族に対する支援への算定・加算」「訪問する職種の組み合わせによる加算」等への回答が多かった。項目ごとの詳細な調査結果を下記に示す。

#### 1) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の認知度

「精神科重症患者早期集中支援管理料」を知っているか尋ねたところ、275 施設(82.3%)が「知っていた」、59 施設(17.7%)が「知らなかった」と回答した。知っていた割合を施設種別にみると、私立精神科病院では 82.3%、多機能型診療所が 75.0%、自治体病院が 93.8%であった。(図 2)

#### 2) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準届出状況

「精神科重症患者早期集中支援管理料の施設基準の届出」をしていると回答した施設は、全体で 17 施設(5.2%)であった。届出している割合を施設種別にみると、私立精神科病院が 2.8%、多機能型診療所が 25.0%、自治体病院が 18.8%であった。(図 3)

#### 3) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準を届出していない理由

「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準を届出していない施設に、その理由を尋ねたところ、最も多かったのは「24 時間往診または 24 時間精神科訪問看護の体制をとることが難しい」(280 施設, 89.2%)であった。次いで、「チームの人材確保(常勤の精神保健指定医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士)が難しい(65.3%)」、「24 時間連絡対応の体制をとることが難しい(49.0%)」、「月 1 回以上の保健所又は精神保健福祉センター等との会議を実施することが難しい(42.0%)」、「診療報酬が見合わない(37.3%)」、「週 1 回以上の多職種カンファレンスを実施することが難しい(36.3%)」、「算定要件を満たす患者が少ない(19.4%)」、「算定期限(6 ヶ月)以降の支援につなげることが難しい(13.4%)」、「地域の精神科救急医療体制整備事業に参加していない(10.8%)」であった(図 4)。また、「在宅時医学総合管理料(在総管)・施設入居時等医学総合管理料(施設総管)を算定しており、必要性を感じない」と回答したのは 1.9%、「近隣の病院・診療所・自治体の実施しており、必要性を感じない」は 1.0%であった。

#### 4) 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出意向

今後、「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準を届出したいと思いませんか、との問いに、「施設内の状況が整えば届出したい」と回答したのは 36 施設(11.5%)、「施設基準要件・算定要件が緩和されれば届出したい」と回答したのは 173 施設(55.1%)であり、「届出したいとは思わない」と回答したのは 102 施設(32.5%)であった。また、「施設内の状況が整えば届出したい」「施設基準要件・算定要件が緩和されれば届出したい」の両方に回答した施設が 3 施設(1.0%)あった。(図 5)

#### 5)緩和されれば算定したい要件

現在の算定要件のうち、どの項目の要件が緩和されれば算定したい、あるいは算定しやすいと思うか、患者要件および施設要件のそれぞれについて複数回答で尋ねた。

患者要件で回答が多かったのは入院に関する項目で、「入退院を繰り返す者の入院期間の要件」が 127 施設(48.7%)、「1年以上入院して退院した者の入院期間の要件」が 126 施設(48.3%)、「入退院を繰り返す者の入院形態の要件」が 114 施設(43.7%)であった。次いで、「通院が困難な者の要件」(43.7%)、「GAF 得点」(26.8%)、「診断名の要件」(19.2%)であった。(図 6-1)

施設要件で最も回答が多かったのは「24 時間往診・24 時間精神科訪問看護・指導の確保」(83.4%)であった。次いで、「スタッフのいずれか 1 名以上が専従であること」(56.1%)、「24 時間連絡対応の体制の確保」(49.7%)、「月 1 回以上、保健所又は精神保健福祉センター等と共同して会議を開催すること」(43.2%)、「常勤精神保健指定医、常勤看護師又は常勤保健師、常勤 PSW 及び OT の各 1 名以上からなる専任のチームを設置すること」(42.6%)、「週 1 回以上の多職種カンファレンス」(39.9%)、「月 1 回以上の訪問診療」(34.8%)、「週 2 回以上の精神科訪問看護及び精神科訪問看護・指導」(22.0%)、「地域の精神科救急医療体制整備事業への参加」(9.1%)であった。(図 6-2)

#### 6)算定しやすくなる条件および加算

現在の算定要件の他に、どのような条件や加算があれば算定したい、あるいはより算定しやすいと思うかを尋ねたところ、最も回答が多かったのは「算定期間(現行 6 か月)が延長できる要件の追加」(63.4%)であった。次いで「訪問回数・頻度に応じた加算」(61.9%)、「家族に対する支援への算定または加算」(53.5%)、「訪問する職種の組み合わせによる加算」(44.3%)、「以下の職種がスタッフに含まれること」(22.7%)で、挙げられたスタッフの職種の内訳は、臨床心理技術者(公認心理師)67.2%、薬剤師 60.3%、ピアスタッフ 39.7%であった。(図 7)

#### 7)往診・精神科訪問看護実施の状況

往診を実施している施設は対象施設全体の 41.8%、精神科訪問看護を実施している施設の割合は 89.2%であった。(図 8-1, 図 8-2)

## 調査2：自治体独自のアウトリーチ支援に関する実態調査

調査協力が得られた4自治体へインタビューを実施した。調査結果を表2に示す。

サービスの対象者は、未受診・治療中断者としていた自治体が2ヶ所、地域で対応困難となっているケースとしていた自治体が1ヶ所、服薬・通院は可能だが家にこもりがちで社会性が低い者としていた自治体が1ヶ所であった。サービス提供主体は、保健所が2ヶ所、県の施設が市の保健所をバックアップしてサービスを提供していた自治体が1ヶ所、自治体内数箇所にある地域リハビリテーションセンターからのサービス提供が1ヶ所であった。

利用期限は、1ヶ所の自治体で6ヶ月の期限を設けていたが、ほとんどの自治体で利用期限は定めていなかった。

また、会議頻度はチームによって様々であり、3ヶ所の自治体で定期的なチーム内での会議を実施していた。対象者に関わる外部機関との会議は、2ヶ所の自治体で定期的に会議を実施していた。

制度や支援に対する効果の指標は、全ての自治体で「なし」と回答されていた。

### D 考察

#### 1. 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出・算定

##### 1) 精神科重症患者早期集中支援管理料の算定状況

精神科重症患者早期集中支援管理料の届出状況は、全国で26施設であり、算定ケース数も平成29年度は5ケースと、依然として少ない状態であった。本管理料を活用していた施設では、地域でトラブルを起こし退院後独居への移行に困難があるケースや、退院後の治療中断が高いことが予想されるケースで活用されており、頻回な訪問や往診が支援に含まれることにより、利用者や地域の支援

者・家族の安心感に繋がって、退院や地域生活の継続を可能にしていた。治療継続が困難で家族が不安を抱えやすいケースや、病院外の機関との密な連携が必要なケースで、本制度が活用できることが示唆された。

##### 2) 次年度以降の活用に向けて

今年度実施した精神科重症患者早期集中支援管理料ニーズ調査から、本管理料を算定しやすくなる条件・加算として「算定期間が延長できる要件の緩和」が挙げられた。本管理料は平成30年度の診療報酬改定で「精神科在宅患者支援管理料」に改定され、算定期間に関する記述が削除されたほか、対象者として「自治体で作成する退院後支援計画において支援を受ける期間にある措置入院後の患者」が追加となった。この改定にともない、届出機関数が増加することが予想され、届出機関数推移や実施状況のモニタリングを継続し、制度の活用方法について検討する必要がある。

##### 2.自治体独自のアウトリーチ支援

自治体独自のアウトリーチ支援は、自治体の状況に合わせ、様々な対象者へ、自治体に合った方法で展開されていた。情報共有の方法も様々であったが、多くの自治体で定期的な会議の機会を持ち、外部機関との会議を実施している自治体も半数あった。平成30年度より、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」が開始予定であり、アウトリーチ事業もこの制度の中で展開されることになる。事業を実施する自治体では、どのような枠組みの中で、どのような対象者に支援を実施しているのか、引き続き調査が必要である。また、今回調査を実施した全ての自治体で、アウトリーチ事業の効果指標は設定されていなかった。今後、事業を評価するためにも、事業利用によって、本人や家族、周囲、自治体にどのような効果があっ

たのかを把握していくことは重要であり、新しい制度についても、効果指標の検討は重要な検討事項といえる。新しい制度のもとで、自治体独自のアウトリーチ事業がどのように継続、発展していくのか、引き続き調査を行う予定である。

#### **E.健康危険情報**

特に報告されていない

#### **F.研究発表**

##### 1.論文発表

なし

##### 2.学会発表

なし

#### **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

#### 引用文献

1) Kayama M, Kido Y, Setoya N, Tsunoda A, Matsunaga A, Kikkawa T, Fukuda T, Noguchi M, Mishina K, Nishio M, Ito J. (2014). Community outreach for patients who have difficulties in maintaining contact with mental health services: longitudinal retrospective study of the Japanese outreach model project. *BMC psychiatry*, 14(1), 311.

【図1】 管理料 届出施設数の推移

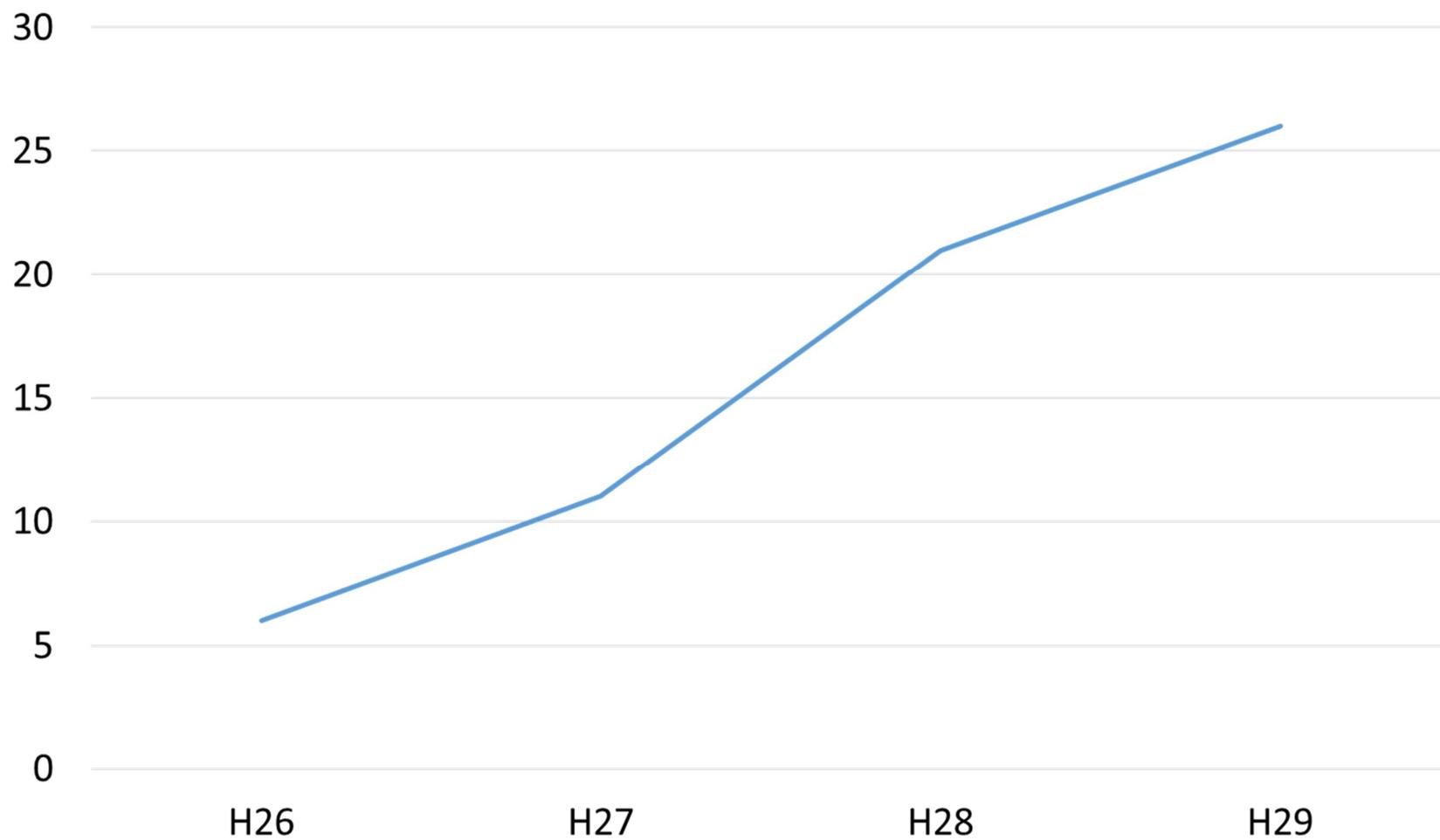


表1 支援終了ケースの概要 (N=3)

ID	年代・性別	診断名	類型	入退院回数	経過	算定期間	算定終了後に導入したサービス
1	50,M	統合失調症	繰り返し	3	地域生活継続	4ヶ月	精神科訪問看護
2	20,M	統合失調症	長期	2	地域生活継続	6ヶ月	ホームヘルプ
3	30,M	統合失調症 糖尿病	繰り返し	9	地域生活継続	6ヶ月	往診、 精神科訪問看護、 ホームヘルプ

表2 自治体独自のアウトリーチ事業の実施状況

	川崎市	静岡県	群馬県	兵庫県 但馬
開始年	H20～	H28～	H16～	H28～
対象	対応困難ケース	未受診 治療中断者	未受診 治療中断者	家にこもりがち 社会性が低い者
サービス提供主体	地域リハビリテーションセンター	保健所が連携医療機関と協働で訪問	群馬県こころの健康センターが市保健所をバックアップ	保健所
利用期限	なし	あり (6ヶ月)	なし	なし (検討中)
24時間対応	なし	なし	あり	なし
アウトリーチチーム内の会議頻度	2～3回/週	随時	不定期	2回/週
外部機関との会議頻度	1回/月	2回/年	不定期	なし
効果の指標	なし	なし	なし	なし

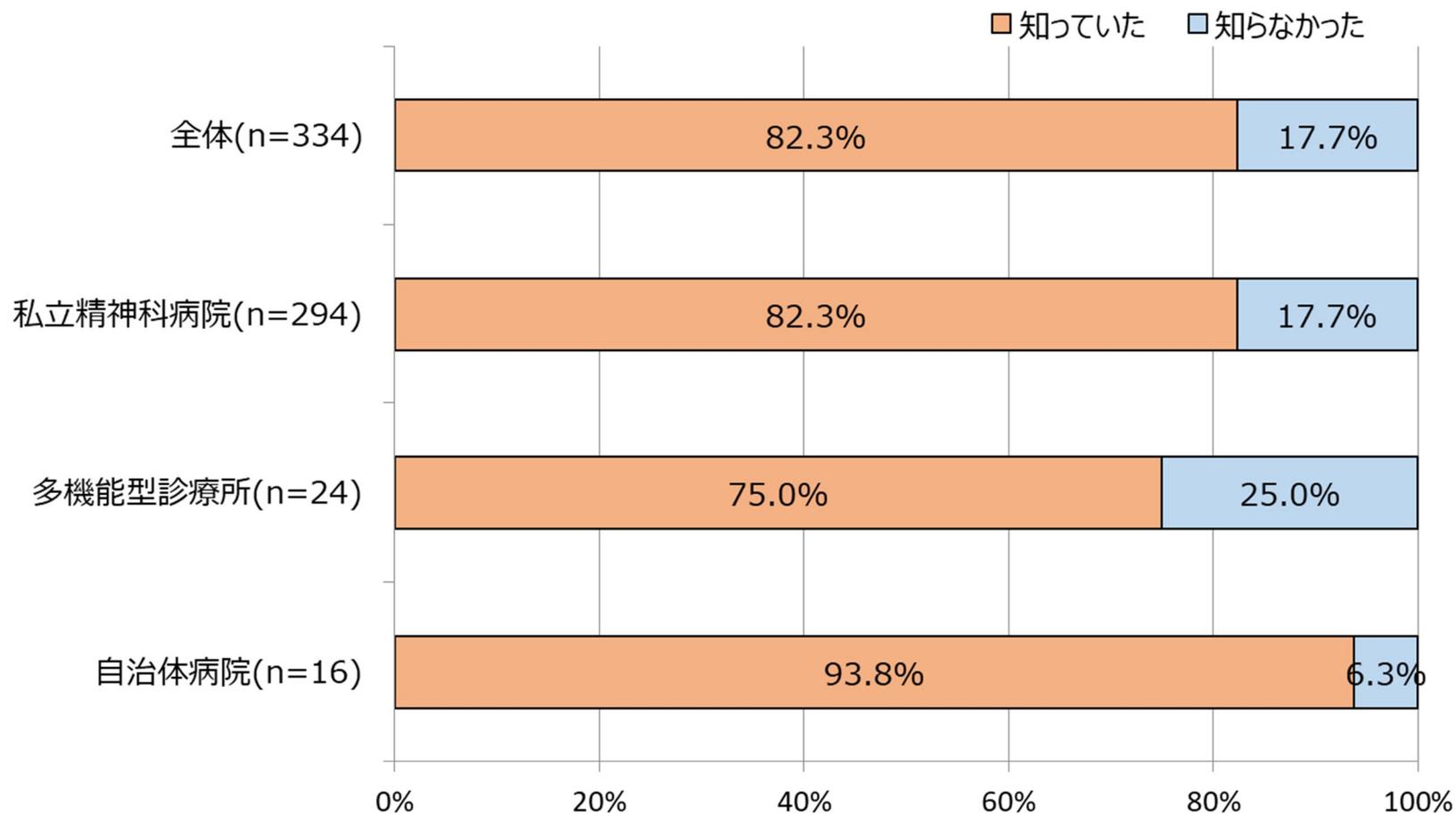


図2 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の認知度

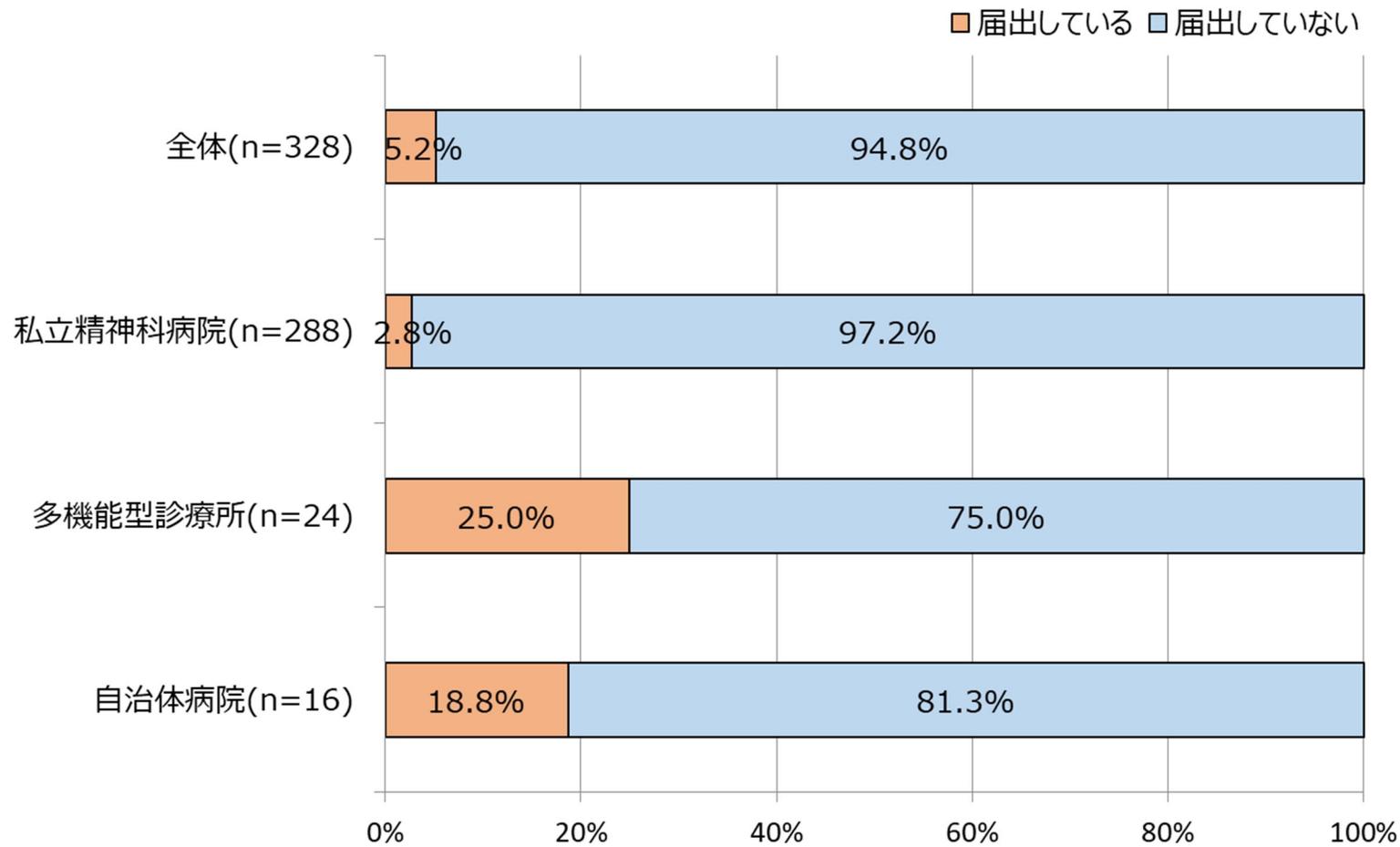


図3 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準届出状況

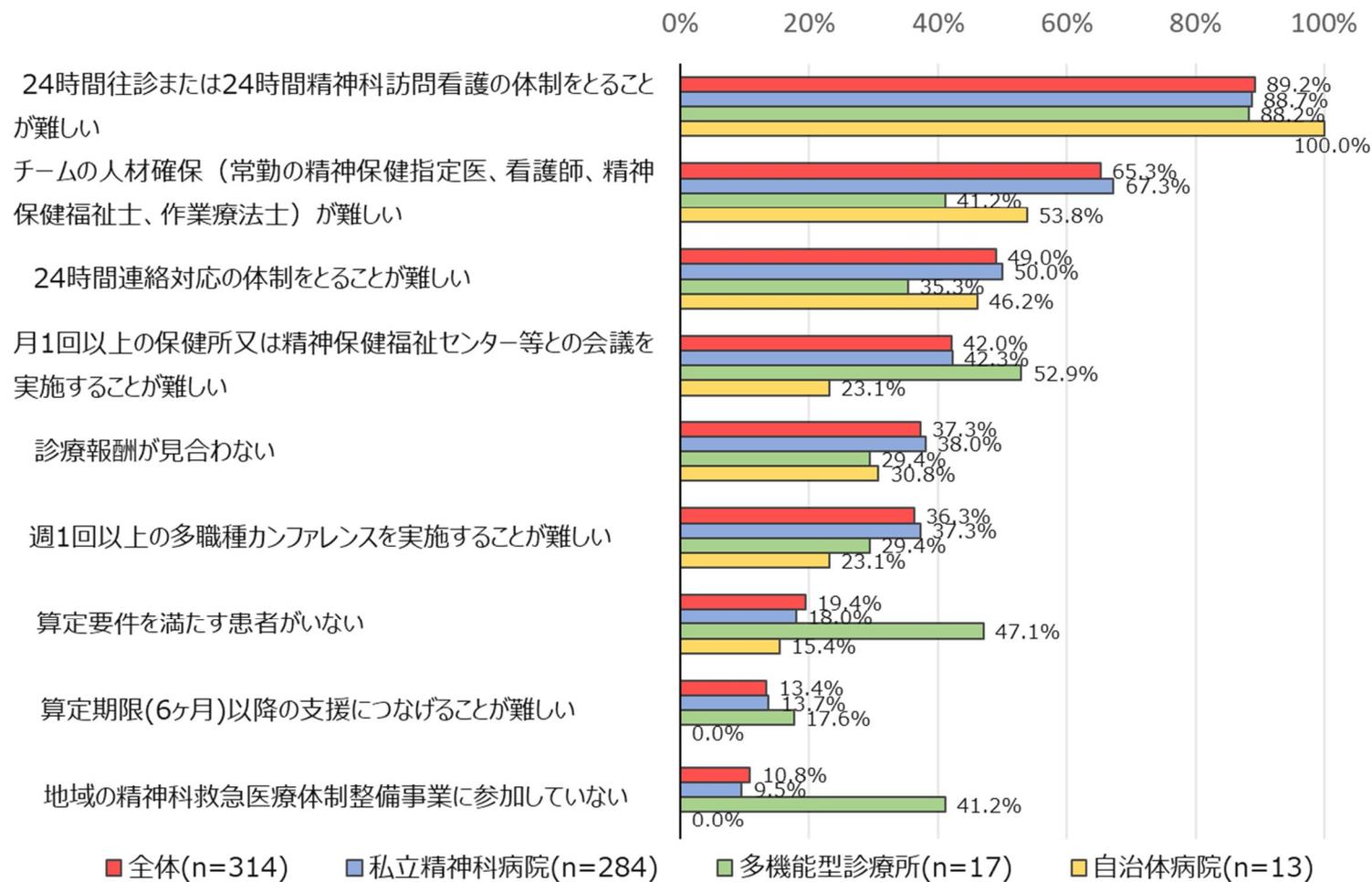


図4 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の施設基準を届出していない理由

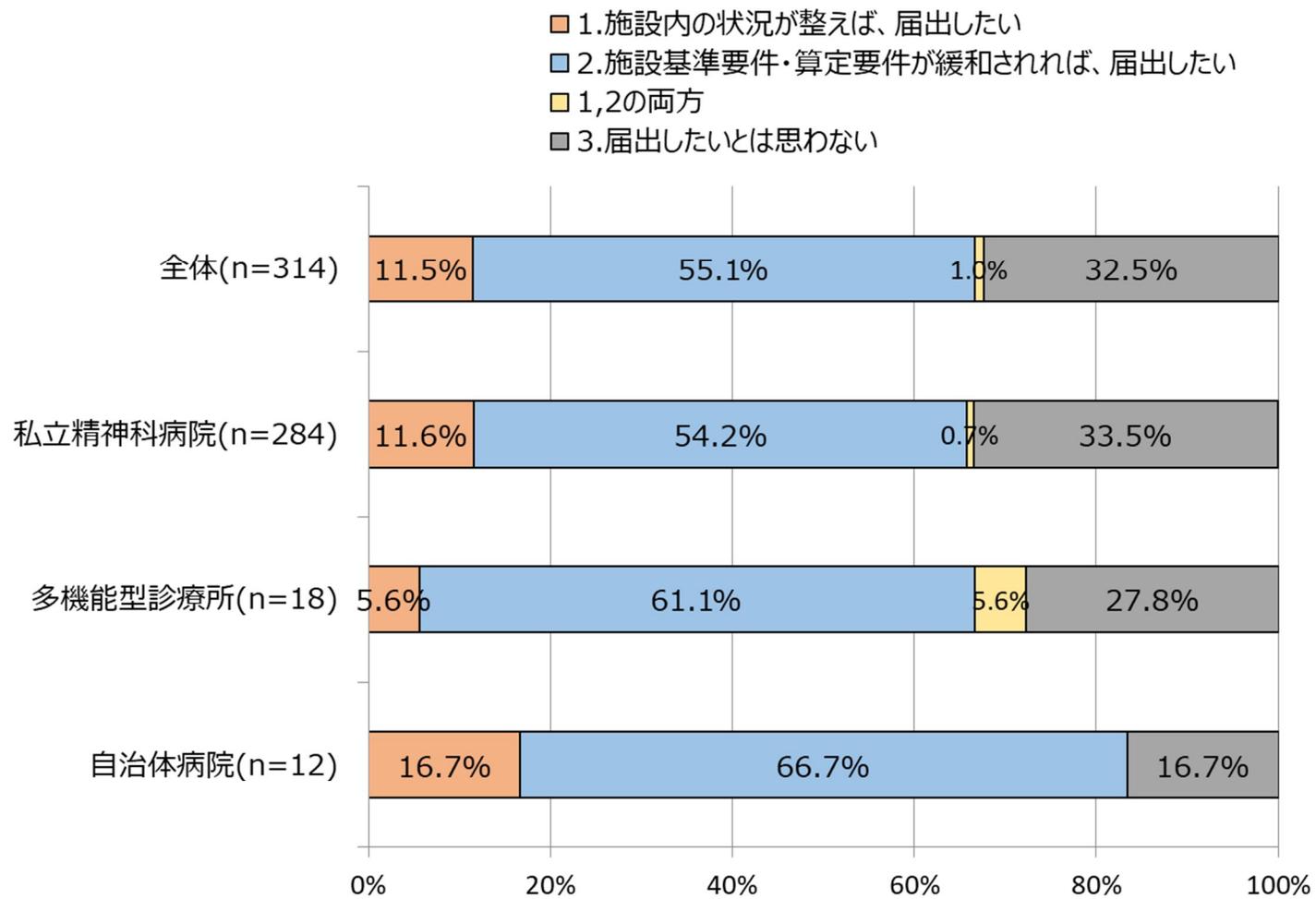


図5 「精神科重症患者早期集中支援管理料」の届出意向

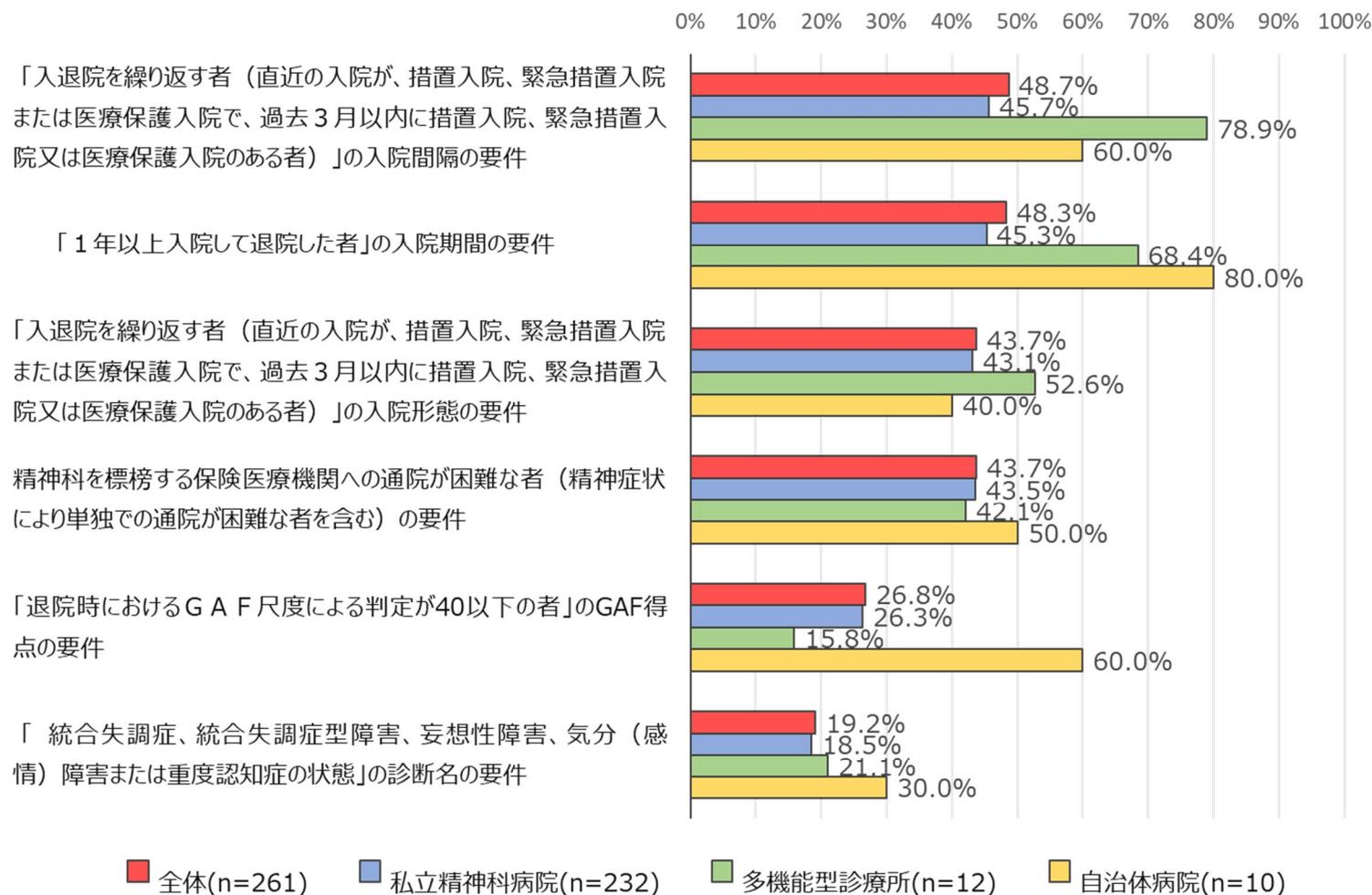


図6-1 緩和されれば算定したい要件（患者要件）

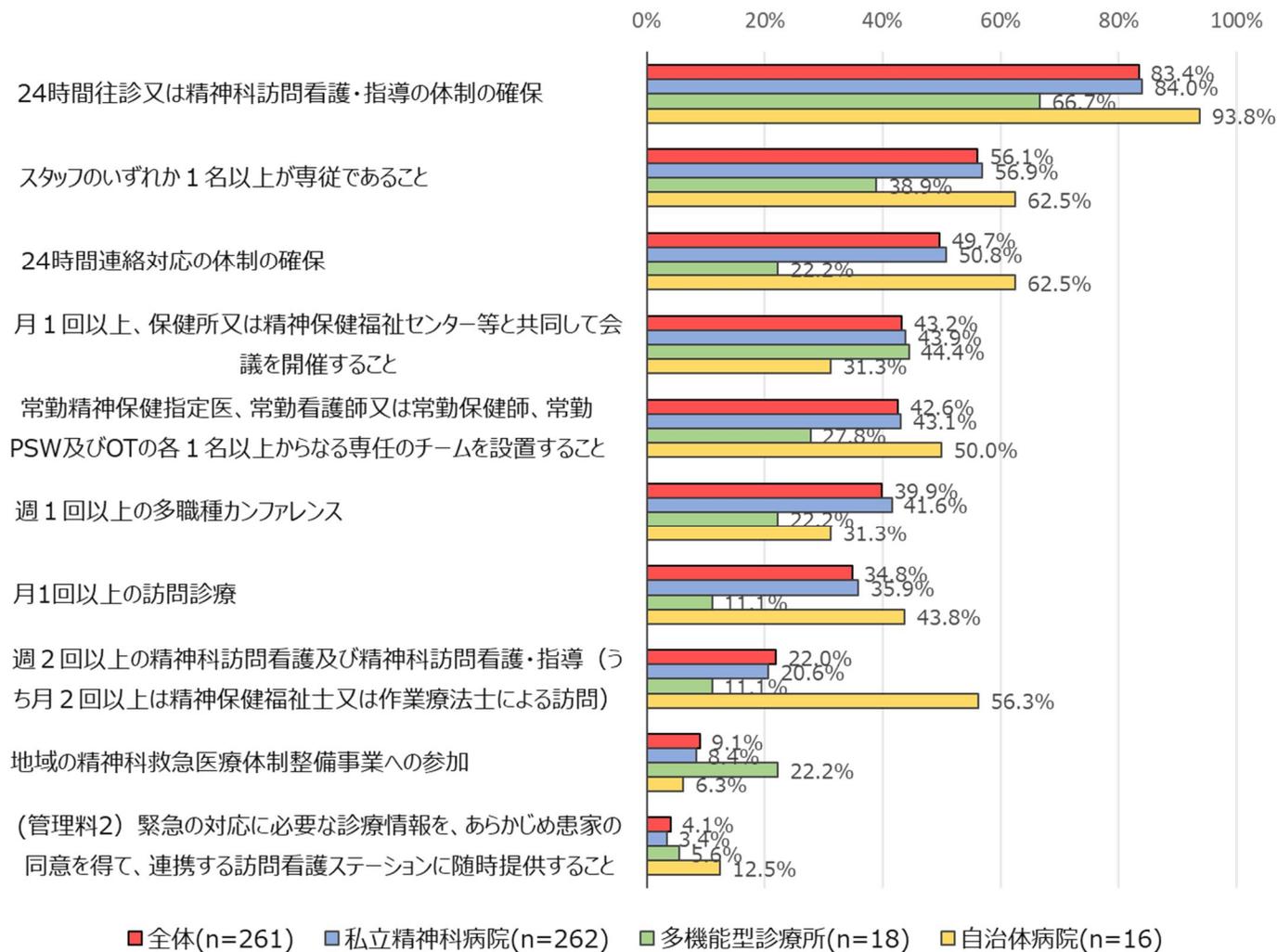


図6-2 緩和されれば算定したい要件（施設要件）

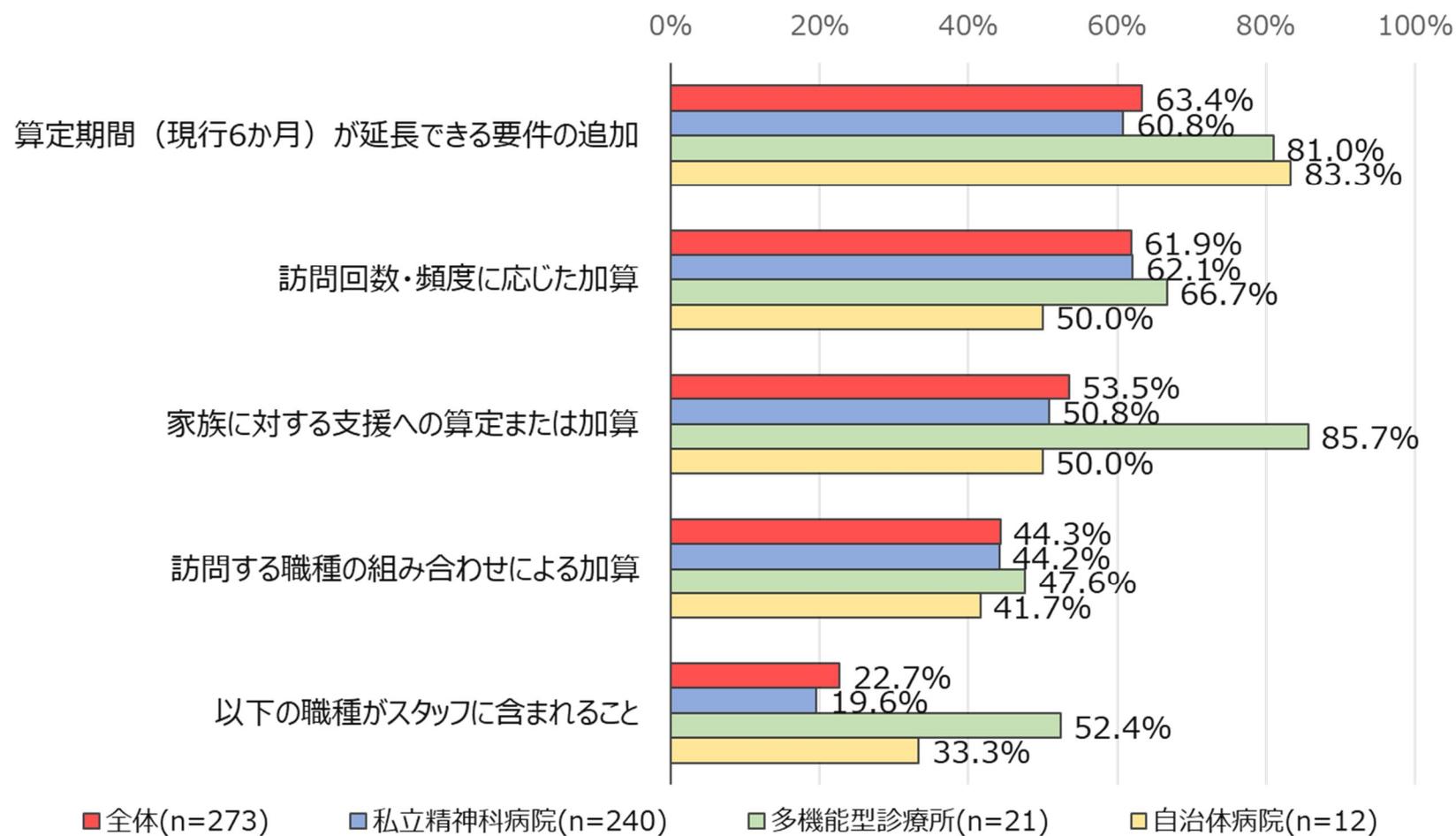


図7 算定しやすくなる要件および加算

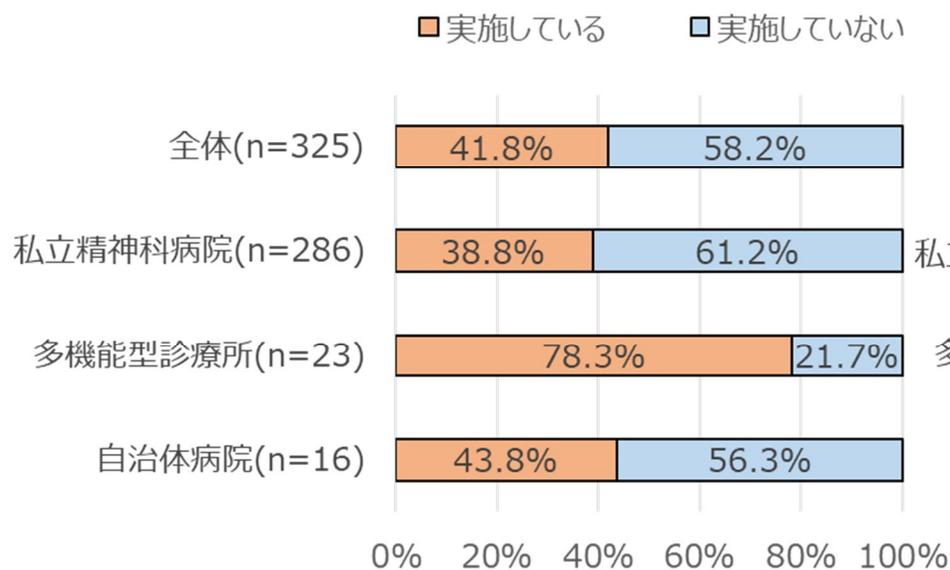


図8-1 往診の実施割合

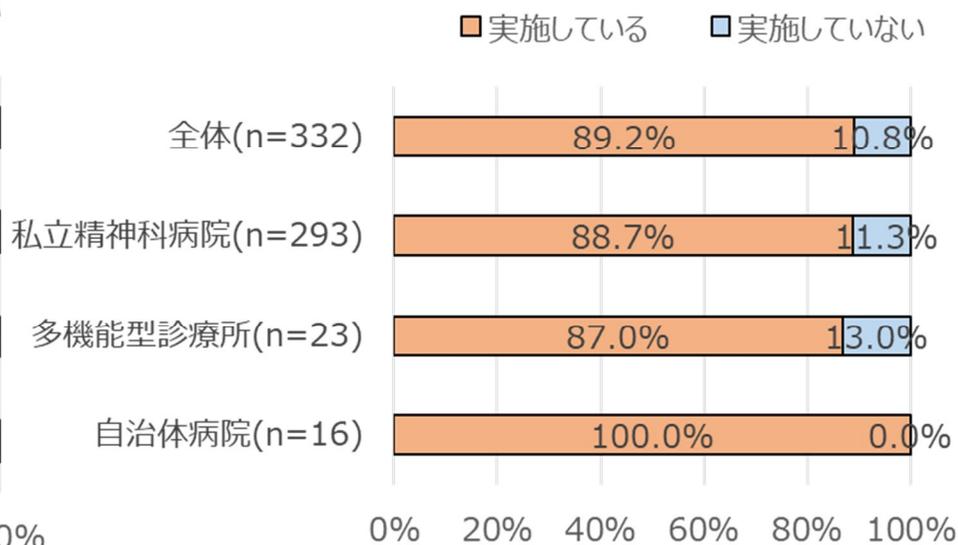


図8-2 精神科訪問看護の実施割合

### **3 章 . 研究成果の刊行に関する一覧**



## 研究成果の刊行に関する一覧表

### 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Akihiro Shiina, Tomihisa Niitsu, Aiko Sato, Soichiro Omiya, Takako Nagata, Aika Tomoto, Hiroyuki Watanabe, Yoshito Igarashi, Masao mi Iyo	Effect of educational intervention on attitudes toward the 35 concept of criminal responsibility	World Journal of Psychiatry	7(4)	197-206.	2017
Akihiro Shiina, Aika Tomoto, Soichiro Omiya, Aiko Sato, Masaomi Iyo and Yoshito Igarashi	Differences between British and Japanese perspectives on forensic mental health systems: A preliminary study	World Journal of Psychiatry	7(1)	8-11	2017
藤井千代	行政と医療機関の連携によるアウトリーチ支援	日本精神科病院協会雑誌	36(4)	8-13	2017
杉山直也, 長谷川花, 野田寿恵, 瀬戸秀文, 島田達洋, 椎名明大, 藤井千代	精神科救急入院患者レジストリを用いた措置入院者の臨床特徴の緊急解析.	精神医学	59(8)	779-788	2017
佐藤さやか, 伊藤孝子, 吉田統子, 細谷章子, 松長麻美, 山口創生, 武田裕美, 大島真弓, 坂田増弘, 藤井千代, 伊藤順一郎	精神科デイケアにおけるアウトリーチ支援が地域移行に与える効果予備的検討	精神医学	59(11)	1055-1065	2017
福島鏡, 木戸芳史, 角田秋, 萱間真美	多職種アウトリーチチームが提供するケアの特徴 - 臨床心理士に焦点をあてた分析 -	聖路加看護学会誌	21(1)	18-25	2017