

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 28 ～ 30 年度 総合研究報告書

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

平成 31（2019）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
（ H28 - 精神 - 指定 - 001 ）
平成28～30年度 総合研究報告書

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	・・・・・・・・ 1-256
別添 1	
別添 2	
	研究代表者 藤井 千代
2 章 研究成果の刊行に関する一覧	・・・・・・・・ 257-259

1 章. 総合研究報告書

精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究

総合研究報告書

研究代表者：藤井 千代

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

要旨

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

分担研究者：

野口 正行
(岡山県精神保健福祉センター 所長)

吉田 光爾
(東洋大学ライフデザイン学部 教授)

五十嵐良雄
(メディカルケア虎ノ門 理事長)

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

川副 泰成
(総合病院国保旭中央病院 副院長)

萱間 真美
(聖路加国際大学大学院 看護学研究科教授)

椎名 明大
(千葉大学社会精神保健教育研究センター 特任准教授)

瀬戸 秀文
(長崎県病院企業団長崎県精神医療センター 診療部長)

松田ひろし
(全国精神医療審査会連絡協議会 会長)

A. 研究目的

わが国の精神保健医療福祉政策は、平成 16 年に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で示された通り、「入院医療中心から地域生活中心」という理念に沿う形で展開されてきた。これまでの地域生活中心を目指す施策の展開により、地域における医療・福祉の個々のサービスは充実しつつあり、長期入院患者の数、精神科病床の平均在院日数も徐々にではあるが低下している。しかしながら、精神障害者及びその家族が地域で安心して自分らしい生活をするための支援体制は未だ十分であるとは言い難い。そのため、平成 25 年には、精神保健福祉法改正に伴って「良質

かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が発出され、平成 29 年には「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」において「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が新たな政策理念として示され、「入院医療中心から地域生活中心」の施策をより一層推し進めることが求められている。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. 研究方法

野口分担班では、以下の研究を実施した。

- 1) 市町村、保健所、精神保健福祉センターの業務運営要領改正案の作成

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

改定案を作成した。

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

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

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

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

C. 研究結果

1) 市町村、保健所、精神保健福祉センターの業務運営要領改正案の作成

別添1～3の通り。

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

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

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

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

別添4～8の通り。

D. 考察

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

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

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

B. 研究方法

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

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

Regional Mental Health Resources

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

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

2)ReMHRADの認知・活用状況に関する調査

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

C. 研究結果

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

平成29年度までに整備した

①福祉事業所に関する情報

②精神科病棟1年以上入院者の状況

③救急医療体制の整備状況

に加えて、平成30年度に、

④精神科訪問看護基本療養費を算定している訪問看護ステーションの整備状況

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

を追加した。

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

(<https://rehmrاد.ncnp.go.jp>)。

2)ReMHRADの認知・活用状況に関する調査

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

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

D. 考察

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

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

デイケア等の機能と転帰に関する大規模調査 (分担：五十嵐良雄)

B. 研究方法

五十嵐分担班では以下の研究を実施した。

1) 調査 A (基礎調査)

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

2) 調査 B (新規利用者調査)

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

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

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

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

C. 研究結果

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

1) 病院の精神科デイケアの結果

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

定性以外は期間が長くなるほど得点が高く重症であった。

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

2) 診療所の精神科デイケアの結果

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

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

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

D. 考察

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

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

医療機関における就労支援に関する研究 (分担：佐藤さやか)

B. 研究方法

佐藤分担班では、以下の研究を実施した。

- 1) 医療機関における就労支援の内容や利用者の臨床像の実態調査

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

①施設調査票

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

②利用者に関する調査票

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

調査は平成 28 年 12 月から 2 月にかけて実施した。

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

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

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

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

- ・基本属性：生年月日、性別
- ・病状：診断名、入院歴等
- ・保険・障害福祉サービス利用状況：保険取得状況、利用サービスの種類等
- ・過去と現在の就労状況：職歴、就労時間等
- ・臨床像
- ・全般的機能：Personal and Social Performance Scale
- ・職場における対人スキル：Social Skills Scale for Working place（SSS-W）
- ・作業能力：Vocational Cognitive Rating Scale⁵⁾
- ・就労への意欲：ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度
- ・生活への満足度：WHO-QOL26

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1) 医療機関における就労支援の内容や利用者の臨床像の実態調査

群の等質性の検討

①機関別にみる施設属性

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

②機関別にみる利用者属性

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

機関別にみる過去2年間の支援項目ごとの回数

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

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

機関別、利用者の就労有無の別にみる過去2年間の支援項目ごとの回数

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

①デイケア

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

②就労移行支援事業所

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

③就業・生活支援センター

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

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

機関別にみる支援結果（アウトカム）

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

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

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

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

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

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

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

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

勤務時間に関連する要因の検討

①現在の勤務時間と勤務可能時間の差分等との相関分析

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

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

②現在の勤務時間や勤務可能時間の差分等を目的変数とした回帰分析

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

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

D. 考察

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

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

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

多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究 (分担: 川副泰成)

B. 研究方法

川副分担班では、以下の研究を実施した。

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

査1)

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

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

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

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

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

診断

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

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

ICM の定義は、以下の(a)～(e)を満たす者とした。

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

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

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

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

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

2) 通院患者に実施されている ICM の実態に関する調査 (調査 2)

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

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

除外基準：調査1の除外基準と同一の①～④

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

3) ICM ツール及び実践ガイド開発

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

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

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

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

C. 研究結果

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

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

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

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

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

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

2) 通院患者に実施されている ICM の実態に関する調査 (調査 2)

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

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

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

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

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

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

3) ICM ツール及び実践ガイド開発別添 9 ~ 10 の通り。

D. 考察

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

訪問看護における多職種アウトリーチに関する研究 (分担：萱間真美)

B. 研究方法

萱間分担班では、以下の研究を実施した。

1) 精神科訪問看護実施状況の把握

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

2) 訪問看護におけるケアマネジメントに関する調査

訪問看護師に半構造化面接を実施した。

3) 訪問看護利用者の重症度調査

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

4) 精神科重症患者早期集中支援管理料に関する調査

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

5) 自治体アウトリーチに関する調査

独自にアウトリーチ支援を実施している自治体にインタビュー調査を実施した。

6) 精神科在宅患者支援管理料の実施状況調査

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

7) アウトリーチ支援で活用できるデータ収集システムの開発

精神障害にも対応した地域包括ケアシステ

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

本研究は、聖路加国際大学の倫理委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1) 精神科訪問看護実施状況の把握

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

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

2) 訪問看護におけるケアマネジメントに関する調査

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

3) 訪問看護利用者の重症度調査

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

4) 精神科重症患者早期集中支援管理料に関する調査

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

5) 自治体アウトリーチに関する調査

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

6) 精神科在宅患者支援管理料の実施状況調査

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

7) アウトリーチ支援で活用できるデータ収集システムの開発

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

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

D. 考察

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

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

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

措置入院患者の地域包括支援のあり方に関する研究 (分担：椎名明大)

B. 研究方法

椎名分担班では、以下の研究を実施した。

1) 診断書調査

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

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

2) 自治体ヒアリング

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

3) 自治体アンケートの分析

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

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

4) 措置入院運用に係る運用ガイドライン作成

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

5) 精神障害者の退院後継続支援に係るガイドライン作成

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

6) 措置入院に係る診療ガイドライン作成

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

研究班内で議論を行った。

7) 退院後の支援ニーズに関するアセスメント作成

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

The Camberwell Assessment of Need

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

8) 措置入院者の転帰等に関する後向き調査

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

9) 精神障害者に対するアンケート調査

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

10) 措置入院運用ガイドラインに関する研修会の実施

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

11) 措置入院者等退院後支援ガイドラインに関する研修会の実施

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

12) ガイドラインの普及度に関する全国自治体調査

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

13) 精神科臨床における「グレーゾーン事例」の検証に関する研究

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

本研究は、千葉大学医学研究院の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C. 研究結果

1) 診断書調査

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

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

治体間格差が見られた。

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

2) 自治体ヒアリング

一部自治体のヒアリング結果から、下記の事実が明らかとなった。

① 措置入院制度の運用について

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

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

② 措置入院患者の地域生活支援について

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

③ 今後の課題について

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

これまで自主的にフォローアップを始めた

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

3) 自治体アンケートの分析

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

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

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

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

4) 措置入院運用に係る運用ガイドライン作成

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

5) 精神障害者の退院後継続支援に係るガイドライン作成

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

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

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

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

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

10) 措置入院運用ガイドラインに関する研修会の実施

11) 措置入院者等退院後支援ガイドラインに関する研修会の実施

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

12) ガイドラインの普及度に関する全国自治体調査

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

13) 精神科臨床における「グレーゾーン事例」の検証に関する研究

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

D. 考察

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

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

措置入院の実態把握に関する研究（分担：瀬戸秀文）

B. 研究方法

瀬戸分担班では、以下の研究を実施した。

1) 措置入院中の精神障害者の社会機能に関する研究

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

2) 複数回措置入院歴がある精神障害者の現状把握に関する研究

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

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

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

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

4) 矯正施設長通報例の転帰

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

5) 矯正施設長通報の検討

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

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

6) 矯正施設長通報の事前調査に関する検討

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

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

7) 矯正施設長通報の指定医診察例の検討

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

8) 総合病院における措置入院患者の実態調査

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

9) 措置入院患者の退院後自殺リスクに関する検討

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

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

C. 研究結果

1) 措置入院中の精神障害者の社会機能に関する研究

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

2) 複数回措置入院歴がある精神障害者の現状把握に関する研究

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

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

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

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

4) 矯正施設長通報例の転帰

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

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

5) 矯正施設長通報の検討

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

6) 矯正施設長通報の事前調査に関する検討

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

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

7) 矯正施設法通報の指定医診察例の検討

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

例、措置不要 41 例であった。緊急措置入院となった例はなかった。

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

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

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

8) 総合病院における措置入院患者の実態調査

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

9) 措置入院患者の退院後自殺リスクに関する検討

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

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

D. 考察

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

精神障害者の権利擁護に関する研究（分担：松田ひろし）

B. 研究方法

松田分担班では、以下の研究を実施した。

1) 精神医療審査会事務局に対するアンケート調査

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

2) 隔離・拘束に関する調査

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

C. 研究結果

1) 精神医療審査会事務局に対するアンケート調査

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

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

2) 隔離・拘束に関する調査

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

D. 考察

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

E. 結論

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

自治体による精神障害者支援のあり方につ

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

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

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

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

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

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

F. 研究発表

原著論文

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

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

G. 知的所有権の取得状況

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

別添

精神保健福祉センター運営要領(案)

精神保健福祉センター(以下「センター」という。)は、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。)第六条に規定されているとおり、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものを行うとともに、精神医療審査会の事務並びに障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律(平成 17 年法律第 123 号。以下、「障害者総合支援法」という。)第五十三条第一項及び法第四十五条第一項の申請に関する事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものを行う施設であって、次により都道府県(指定都市を含む。以下同じ。)における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならない。

加えて、平成 25 年度に改正された精神保健福祉法においては、厚生労働大臣により「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 日厚生労働省告示第六十五号。以下、「指針」という。)が定められ、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性とされた。さらには、「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 18 年厚生労働省告示第 395 号。最終改正、平成 29 年厚生労働省告示第 116 号)により、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが明示された。また、生活困窮者自立支援法や平成 27 年に改正された自殺対策基本法等の精神保健と関係の深い多くの法律が成立し、これらの施行における精神保健の連携構築も期待されている。以上の方向性を実現するうえで、センターには、専門性を生かし、地域精神保健福祉の多様な課題における推進役となることが求められる。

1 センターの目標

センターの目標は、地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進から、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のための援助に至るまで、広範囲にわたっている。

この目標を達成するためには、保健所及び市町村が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるよう、積極的に技術指導及び技術援助を行うほか、その他の医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係諸機関(以下「関係諸機関」という。)と緊密に連携を図ることが必要である。

2 センターの組織

センターの組織は、原則として総務部門、地域精神保健福祉部門、教育研修部門、調査研究

部門、精神保健福祉相談部門、精神医療審査会事務部門及び自立支援医療（精神医療通院）・精神障害者保健福祉手帳判定部門等をもって構成する。

職員の構成については、所長のほか、次の職員のように多職種で構成されるものとする。

なお、ここで示す職員の構成は、標準的な考え方を示すものである。

医師(精神科の診療に十分な経験を有する者であること。)

精神保健福祉士

臨床心理技術者（公認心理師等）

保健師

看護師

作業療法士

その他センターの業務を行うために必要な職員

また、その職員のうち精神保健福祉相談員の職を置くよう努めるとともに、所長には、精神保健福祉に造詣の深い医師、精神保健指定医や精神科専門医等を充てることが望ましいこと。

3 センターの業務

センターの業務は、企画立案、技術指導及び技術援助、教育研修、普及啓発、調査研究、資料の収集、分析及び提供、精神保健福祉相談、組織の育成、精神医療審査会の審査に関する事務並びに自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定などに大別されるが、それらは極めて密接な関係にあり、これらの業務の総合的な推進によって地域精神保健福祉活動の実践が行われなければならない。

(1) 企画立案

地域精神保健福祉を推進するため、都道府県の精神保健福祉主管部局及び関係諸機関に対し、専門的立場から、社会復帰の推進方策や医療計画等地域における精神保健福祉施策の計画的推進に関する事項等を含め、精神保健福祉に関する企画立案や意見具申等をする。

(2) 技術指導及び技術援助

地域精神保健福祉活動を推進するため、保健所、市町村及び関係諸機関等に対し、専門的立場から積極的な技術指導及び技術援助を行う。

(3) 人材育成

保健所、市町村、福祉事務所、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを行う事業所

等その他の関係諸機関等で精神保健福祉業務に従事する職員等に、専門的研修等の教育研修を行い、人材の育成・技術的水準の向上を図る。

(4) 普及啓発

都道府県規模で一般住民に対し精神保健福祉の知識、精神障害についての正しい知識や初期対応の方法・支援のあり方、精神障害者の権利擁護等について普及啓発を行うとともに、保健所及び市町村が行う普及啓発活動に対して専門的立場から協力、指導及び援助を行う。

(5) 調査研究

地域精神保健福祉活動の推進並びに精神障害者の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、必要な統計及び資料を収集整備し、調査研究を行い、企画立案に役立てる。また、その成果をもとに都道府県、保健所、市町村等が行う精神保健福祉活動が効果的に展開できるよう資料を提供する。

(6) 精神保健福祉相談

センターは、精神保健及び精神障害者福祉に関する相談及び指導のうち、複雑又は困難なものを行う。また専門性が高く、他の機関で提供しがたい相談を実施する。これには心の健康相談から、精神医療に係る相談、社会復帰相談をはじめ、アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症、思春期、発達障害、ひきこもり、摂食障害等の特定相談等が含まれる。センターは、これらの事例についての相談指導を行うために、多職種による訪問支援（アウトリーチ等）を含め、総合的技術センターとしての立場から適切な対応を行うとともに、必要に応じて関係諸機関の協力を求めるものとする。

(7) 組織育成

地域精神保健福祉の向上を図るためには、地域住民による組織的活動が必要である。このため、センターは、精神障害者の当事者や家族の団体、社会復帰事業団体など都道府県単位の組織の育成に努めるとともに、保健所、市町村並びに地区単位での組織の活動に協力する。

(8) 精神医療審査会の審査に関する事務

精神医療審査会の開催事務及び審査遂行上必要な調査その他当該審査会の審査に関する事務を、精神障害者の人権に配慮しつつ、その適正な医療及び保護を行うため、専門的な機関として行うものとする。

また、法第三八条の四の規定による請求等の受付についても、精神保健福祉センターにおいて行うなど審査の客観性、独立性を確保できる体制を整えるものとする。

(9) 自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定

センターは、法第四十五条第一項の規定による精神障害者保健福祉手帳の申請に対する判定業務及び障害者総合支援法第五十二条第一項の規定による自立支援医療（精神通院医療）の支給認定を行うものとする。

4 その他

(1) センターは、診療機能や、デイケア、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービス等のリハビリテーション機能をもつことが望ましい。診療機能及びリハビリテーション機能をもつに際しては、精神医療審査会事務並びに自立支援医療（精神医療通院）費公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の判定を行うことから、その判定等が公正に行われるよう、透明性及び公平性の確保に配慮する。

(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及び観察等に関する法律(平成一五年法律第百十号)による地域社会における処遇については、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、地域精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、センターにおいても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行う。

(3) センターは、自殺関連問題及び災害・事故・事件等における精神保健対策に関し、医療機関や保健所、市町村など関係機関と連携して支援の中核的役割を担う。

(4) センターは、精神障害者の地域移行・地域定着支援およびアウトリーチ支援を含めた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築について、保健所、市町村、医療機関、相談支援事業所等と連携して、その推進を図る。

(5) 精神保健福祉法第 41 条に規定する「指針」を踏まえ、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築をはじめとして、地域精神保健福祉業務の推進に当たっては、下記に留意するものとする。

①、市町村が住民のこころの健康づくり・精神障害者への障害福祉サービスや介護サービス事業等の基本的なサービスの実施主体となっていることに鑑み、地域精神保健福祉の推進に当たっては、市町村と保健所、センターとが緊密に連携し、相互に補完・協力・支援する等重層的な支援体制を構築する。②自治体の医療計画、障害者計画および障害福祉計画、自殺対策基本法に基づく自殺対策推進計画、アルコール健康障害対策基本法に基づくアルコール健康障害対策推進計画、介護保険事業（推進）計画、健康増進計画、精神保健福祉に関連する法制度等を踏まえて、相互に調和のとれた計画的なサービス提供体制整備に寄与するよう取り組む。

③精神障害者や家族の人権を尊重し、医療機関、障害福祉サービスや介護サービス等の民間

事業者によるサービスの質の向上を図る。

④業務の運営に当たり、精神障害者や家族を含む地域の関係者の意見の反映に努める。

(6)その他、センターは、地域の実情に応じ、障害者等の虐待防止対策や障害者差別解消を含む精神保健福祉の分野における技術的中枢として、必要な業務を行う。

5. 付記

なお、本運営要領は精神保健福祉センターが行う業務範囲を記したものである。このうちすべてのセンターが行うべき必須の事項、および地域事情に合わせて整備すべき事項については、運営要領に係るガイドラインにて別に定める。

保健所及び市町村における精神保健福祉業務について（案）

◆保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領◆

第 1 部 保健所

第 1 地域精神保健福祉における保健所の役割

保健所は、地域精神保健福祉業務(精神保健及び精神障害者福祉の業務をいう。以下同じ。)の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所、市町村、医療機関、障害福祉サービスや介護サービスの事業者等の諸機関及び当事者団体、事業所、教育機関、雇用支援機関等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、市町村や医療機関、障害福祉サービスや介護サービスの事業者の研修・人材育成を実施するとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うものとする。

なお、平成 11 年の精神保健福祉法改正においては、緊急に入院を必要とするにもかかわらず、精神障害のため同意に基づいた入院を行う状態にないと判定された精神障害者を都道府県知事の責任により適切な病院に移送する移送制度の創設、精神科病院に対する指導監督の強化等の改正が行われ、保健所の積極的な関わりが期待されている。

さらに、地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、地域の精神障害者に対する支援施策を市町村が実施することとしており、保健所においては、市町村がこれらの事務を円滑に実施できるよう、専門性や広域性が必要な事項について重層的かつ相補的な形で支援していくことが必要である。今後は、医療機関、障害福祉サービスや介護サービスの事業者、警察、保護観察所、教育や雇用関係機関、生活保護部局や生活困窮者支援部局、住まい事業者、訪問看護ステーション等との連携ももちながら、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」〔「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 18 年厚生労働省告示第 395 号。最終改正、平成 29 年厚生労働省告示第 116 号)に基づく〕の構築を市町村を支援しながら構築することが重要である。

また、平成 17 年には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。)が施行されたが、医療観察法による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、保健所においても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

さらに、平成 18 年には、障害者自立支援法(平成 17 年法律第 123 号。以下「自立支援法」という。現「障害者総合支援法」。)が施行され、身体障害、知的障害及び精神障害に係る各種福祉サービス等の提供主体が市町村に一元化されたところであるが、保健所においても地域精神保健福祉の充実に向け、市町村や障害福祉サービス・介護サービスの従事者等の研

修・人材育成、企画・調整（マネージメント）などの専門的、広域的支援など積極的な役割を果たしていくことが重要である。

平成 24 年の医療法改正で、医療計画の記載事項に精神疾患の治療又は予防に係る事業に関する事項が追加され、地域医療構想の策定・推進にあたっては、一般医療と精神科医療の連携が求められている。また、医療計画は、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画、健康増進計画等との調和が必要である。医療計画に係る圏域連携会議を主催する保健所は、管内市町村と連携し、関連計画の一体的な推進に努める必要がある。

加えて、平成 25 年度に改正された精神保健福祉法においては、厚生労働大臣により「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 日厚生労働省告示第六十五号）が定められ、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性とされた。本指針においては、保健所の役割として、市町村と協力した、相談や訪問等を通じた早期の治療につなげ、精神障害者の急性増悪や精神疾患の再発に迅速かつ適切に対応するための地域の体制の整備、措置入院者(法第二十九条第一項の規定により入院した者をいう)の入院早期から積極的に支援に関与すること、精神科病院、障害福祉サービスや介護サービスの事業者等との協力による、措置入院者の退院に向けた支援の調整などが挙げられた。

さらに、平成 30 年度からは、保健医療計画、障害福祉計画において、精神病床における入院応需と地域移行に伴う基盤整備量の目標を明確にして、基盤整備を押し進めることになった。

なお、精神科病院における長期入院患者の解消を目指した「地域生活への移行」の推進については都道府県障害福祉計画に目標値を示すこととされている重点課題であるが、十分な実績が上げられていないことから、具体的な取組みにおいては保健所がその専門性、広域性を発揮し病院と地域との連携の要となることが求められている。

第 2 実施体制

1 体制

精神保健福祉に関する業務は、原則として、単一の課において取り扱うものとし、精神保健福祉課あるいは少なくとも精神保健福祉係を設ける等、その業務推進体制の確立を図るものとする。

2 職員の配置等

精神保健福祉業務を遂行するには、保健所全職員のチームワークが必要である。この業務を担当するため、医師(精神科嘱託医を含む。)、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者(公認心理師等)、作業療法士、医療社会事業員、事務職等の必要な職員を、管内の人口や面積等を勘案して必要数置くとともに、その職務能力の向上と相互の協力体制の確保

に努めること。

なお、精神保健福祉法第 48 条の規定に基づき、資格のある職員を精神保健福祉相談員として任命し、積極的にその職務に当たらせる。の場合、精神保健福祉士に加え、臨床心理技術者や保健師で精神保健福祉の知識経験を有する者を含めたチームアプローチにも配慮した配置が必要である。なお、精神保健福祉相談員は、精神保健福祉業務に専念できるよう、専任の相談員を複数置くとともに、その他の職員により、体制の充実を図るよう努めるものとする。

3 会議等

(1) 精神保健福祉企画会議など企画に関する所内の連絡調整

管内の精神保健福祉事業の推進計画、月別業務計画等の策定のため、所長及び精神保健福祉業務関係者により構成される所内精神保健福祉企画会議を開催する等の方法を講ずる。

(2) ケース会議など相談指導等に関する所内の連絡調整

相談指導業務等の適正かつ円滑な遂行を図るため精神保健福祉相談指導業務担当者会議又は関係者連絡会議を開催し、ケースの総合的な支援内容の検討及び役割の分担、相互連絡協力等について協議する。

(3) 市町村、関係機関、団体との連絡調整

管内の市町村、福祉事務所、児童相談所、社会福祉協議会、職業安定所、教育委員会、警察、消防等の関係機関や、医療機関、薬局、障害福祉サービスや介護サービスの事業所、医療団体、家族会等の各種団体、あるいは、産業、報道関係等との連絡調整を図る。

精神保健相談、社会復帰、社会参加、就労援助、精神科救急、啓発普及等において、これらの機関等の協力を円滑に行うため、平常より、技術的援助、協力、助言、指導等を積極的に行うほか、精神保健福祉に関する資料等の提供や、打合会を行うなど連絡調整に努める。

(4) 地域精神保健福祉連絡協議会及び実務担当者連絡会議等

地域精神保健福祉連絡協議会を設置する等により、関係機関、市町村、施設、団体の代表者による連絡会議を定期的に行う。また、これと併せて、実務担当者による連絡会議を定期的に行う。

第 3 業務の実施

1 企画調整

(1) 現状把握及び情報提供

住民の精神的健康に関する諸資料の収集、精神障害者の実態(有病率、分布状況、入退院の状況、在宅患者の受療状況、地域における生活状況、福祉ニーズ、就労状況等)及び医療機関、障害福祉サービス事業所、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(平成 17 年法律第 123 号。以下「障害者総合支援法」という。)の障害福祉サービスや地域生活支援事業など、精神保健福祉に関係ある諸社会資源等についての基礎調査又は臨時

特別調査を行い、地区の事情、問題等に関する資料を整備し、管内の精神保健福祉の実態を把握する。

また、これらの資料の活用を図り、精神保健福祉に関する事業の企画、実施、効果の判定を行うとともに、一般的な統計資料についての情報提供を行う。

(2) 保健医療福祉に係る計画の策定・実施・評価の推進

障害者基本法に基づく障害者計画や、医療法に基づく医療計画、自殺対策基本法に基づく自殺対策推進計画、アルコール健康障害対策基本法に基づくアルコール健康障害対策推進計画、介護保険事業（支援）計画、健康増進計画等の策定・実施の推進に当たっては、保健所は、地域における精神保健福祉業務の中心的な行政機関という立場から、その企画立案や、業務の実施、評価及び市町村への協力を積極的に行う。

2 普及啓発

普及啓発は、精神障害の当事者等を積極的に活用し、市町村との連携・役割分担のもと創意工夫し実施する。

(1) 心の健康づくりに関する知識の普及、啓発

地域住民が心の健康に関心を持ち、精神疾患やその初期症状や前兆に対処することができるよう、また、精神的健康の保持増進が保たれるよう、市町村における心の健康づくりに関する知識の普及、啓発に積極的に協力する。

(2) 精神障害に対する正しい知識の普及・精神保健福祉教育の実施

精神障害者に対する誤解や社会的偏見をなくし、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加に対する地域住民の関心と理解を深めるため、市町村と協働し講演会、地域交流会等の開催や、各種広報媒体の作成、活用などにより、地域住民に対して精神障害についての正しい知識の普及を図る。加えて、思春期精神保健における予防教育は、早期受診や共生社会の理念普及につながることから、教育委員会と連携し学校教育において疾病・障害の理解に関する学習機会を設定し、精神障害に対する正しい理解の促進を図る。これらの啓発活動等には、当事者が地域住民に直接語る等で、効果的に理解を広めることに努める。

(3) 家族や障害者本人に対する教室等

統合失調症、アルコール、薬物等の依存症、ひきこもり、発達障害、思春期、青年期、認知症等について、その家族や障害者本人に対する教室等を行い、疾患等についての正しい知識や社会資源の活用等について学習する機会を設ける。

3 研修・人材育成

市町村、医療機関、薬局、障害福祉サービスや介護サービスの事業者、関係機関等の職員、およびピアサポーター等に対する研修を行う。

4 組織育成・支援および連携

保健所は、障害者や家族の自助グループ、ピアサポーターの団体、職親会、ボランティア団

体等の諸活動に対して必要な助言や情報提供等の支援を実施するとともに、市町村単独による実施が困難な場合や広域的に実施することが必要な団体への支援の場合は、市町村とともに積極的に必要な組織を育成する。またそのような組織とも積極的に連携することで地域精神保健体制の充実強化を図る。

5 相談支援

(1) 所内又は所外の面接相談あるいは電話相談の形で行い、相談は随時応じる。従事者としては、医師(精神科嘱託医を含む。)、精神保健福祉相談員、保健師、臨床心理技術者その他必要な職員を配置する。

(2) 相談支援の内容は、心の健康、診療、社会復帰、アルコールや薬物等の依存症、ひきこもり、発達障害、認知症等の相談など、保健、医療、福祉の広範にわたるが、市町村における一次的な相談で対応困難なケースに対して専門的技術的な支援を行う。相談の結果に基づき、病院、診療所、障害福祉サービス事業所や、自助グループ等、福祉事務所、児童相談所、職業安定所その他の関係機関への紹介、医学的指導、ケースワーク、家族支援等を行う。また、複雑困難なケースについては、精神保健福祉センター等に紹介し、又はその協力を得て対応することができる。

なお、障害者総合支援法による障害福祉サービス等の利用を希望する者に対しては、市町村と密接に連携を図り、円滑な利用が行えるようにすること。

6 訪問支援

訪問支援は、本人の状況、家庭環境、社会環境等の実情を把握し、これらに適応した支援を行う。原則として本人、家族に対する十分な説明と同意の下に行うが、危機介入的な訪問など所長等が必要と認めた場合にも行うことができる。訪問支援は、医療の継続又は受診についての相談や勧奨のほか、日常生活への支援、家庭内暴力、いわゆるひきこもりやその他の家族がかかえる問題等についての相談を行う。訪問に当たっては、訪問診療や訪問看護・障害福祉サービスや介護保険サービスの事業者等との連携体制を整備し、ピアサポーターとの協働に努めるなどにより、地域でのアウトリーチ体制構築に発展させることが望ましい。

7 社会復帰及び自立と社会参加への支援

(1) 保健所デイケアその他の集団指導・支援の実施

保健所では、市町村事業として実施が困難なアルコールや薬物等の依存症患者への支援やひきこもり等の家族の支援等、専門的技術を要するデイケアなど集団指導・支援等を実施する。なお、この場合においては、医療機関で行われる精神科デイケアや障害福祉サービスの利用との関係に留意する。

また、医療機関で行われる精神科デイケアや障害者総合支援法に基づく市町村地域生活支

援事業等での実施が十分でない場合に、保健所が補完的にデイケアを実施する。

(2) 関係機関の紹介

医療機関で行われる精神科デイケアや、障害福祉サービスなどの利用の紹介等を行う。

また、社会的自立をめざし訓練から雇用へつながるよう、公共職業安定所等における雇用施策との連携を図る。

(3) 各種社会資源の整備促進及び運営支援

障害福祉サービス事業所等の整備に当たって、地域住民の理解の促進や、整備運営のための技術支援などの協力を行い、保健所が中心となって、市町村、関連機関等との調整を図り、整備の促進を図るとともに、就労援助活動を行う。特に、ピアサポート活動を就労の一形態として、地域で展開する支援を行う。

(4) 精神障害者保健福祉手帳の普及

精神障害者保健福祉手帳関係の申請方法についての周知を図る。

また、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者をはじめとする精神障害者の福祉サービスの拡充のため、市町村、関係機関、事業者等に協力を求める。

(5) 措置入院者を含む退院困難な入院患者の退院に向けた支援及び退院後の支援

保健所は、長期入院者を含めて、病院の努力だけでは退院困難な入院患者の退院支援を行うことが望ましい。また措置入院者など退院や退院後の地域生活維持に困難を来す可能性が高い入院患者については、入院初期から、ほかの支援者の調整や計画の作成など退院後支援に積極的に関与する。これらの退院支援に当たっては、医療機関、障害福祉サービスや介護サービスの事業者、ピアサポーターと協力して、入院患者の退院に向けた支援の調整を行う。また、関係機関と連携し、退院後のケースに応じた必要な支援を行う。

(6) 医療観察法対象者等の社会復帰支援

医療観察法対象者については、保護観察所による地域処遇計画に基づき、保護観察所との連携による支援を行い、処遇終了後も、地域の医療、保健、福祉、労働等各機関との連携のもと、保健所における精神保健福祉業務の中で、治療継続や社会復帰に係る必要な支援を行う。

また、薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の執行猶予に関する法律の対象である薬物依存症者については、保護観察期間だけではなくその終了後も、回復支援施設や更生保護施設、地域の医療、福祉、労働関係機関やその他の民間支援団体等の連携のもと、引き続き薬物依存からの回復と社会復帰支援ならびに家族支援に努める。

なお、複雑困難なケースについては、精神保健福祉センター等に紹介、又はその協力を得て対応する。

8 入院等関係事務

(1) 関係事務の実施

精神保健福祉法では、保健所を地域における精神保健業務の中心的行政機関として、以下の

ような手続事務を委ねている。

ア 措置入院関係(一般人からの診察及び保護の申請、警察官通報、精神科病院の管理者からの届出の受理とその対応、申請等に基づき行われる指定医の診察等への立ち合い)

イ 医療保護入院等関係(医療保護入院届及び退院届の受理と進達、応急入院届の受理と進達)

ウ 定期病状報告等関係(医療保護入院、措置入院)

エ その他関係業務

(2) 移送に関する手続きへの参画

都道府県知事等は、移送を適切に行うため、事前調査、移送等の事務を行うが、これらの事務の実施に当たっては対象者の人権に十分配慮することが必要である。

特に、事前調査における対象者の状況の把握に当たっては、保健所の積極的な関与が求められることから、相談、訪問支援等日常の地域精神保健福祉活動の成果を活用し、迅速かつ的確に行う必要があること。

(3) 関係機関との連携

関係事務を処理するに当たっては、医師、精神保健福祉相談員、保健師等における連携を図ることはもとより、医療関係、社会福祉関係等の行政機関、医療機関、薬局、障害福祉サービス事業所等と密接な連携を保つ必要がある。

特に医療機関から精神保健福祉法に基づく地域援助事業者の紹介のための照会先となる事業者に係る問い合わせがあった場合には、問い合わせ元の医療機関と照会先となる事業者との間の調整等を積極的に行うこと。また、要請があった場合には、必要に応じて医療保護入院者退院支援委員会への出席も検討すること。さらに、医療保護入院者に関しては、必要に応じて市町村に情報提供を行う。

(4) 人権保護の推進

医療及び保護の関連事務は、精神障害者の人権に配慮されたよりよい医療を確保するために重要な事務であるから、適切確実に行うことが必要である。

(5) 精神科病院に対する指導監督

精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療の確保や社会復帰の一層の促進を図るため、精神科病院に対する指導監督の徹底を図る。都道府県知事、指定都市市長が精神科病院に対する指導監督を行う際には、保健所においても、都道府県知事、指定都市市長の行う指導監督に必要に応じて参画すること。参画に当たっては、平均在院日数や一年以上入院患者数等病院の地域移行への現状や成果が評価できる客観的資料(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より出される「精神保健福祉資料」等)を活用すること。

9 相談記録の整理及び秘密の保持等

(1) 相談支援対応に当たっては、対象者ごとの記録を整理保管し、継続的な支援のために活用する。

本人が管轄区域外に移転した場合は、必要に応じ、移転先を管轄する保健所に当該資料等を

送付して、支援の継続性を確保する。

また、主治医からの訪問支援の依頼に対し、訪問先が当該保健所の管轄区域外であるときは、必要に応じて住所地の保健所に連絡するなど、適切な支援が確保されるよう配慮する。

(2) ケースの対応については、患者及び家族の秘密に関する事項の取扱いに十分注意する。

(3) なお、相談に当たっては、市町村、関係機関その他の関係者との連携に留意する。

10 市町村への協力及び連携

地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、在宅の精神障害者に対する支援施策を市町村が実施することとしている。保健所においては、市町村がこれらの事務を円滑にできるよう、専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要である。特に市町村が対応に困難をきたす事例については、市町村と同行で訪問支援を行うなど、重層的かつ相補的な支援を行う技術支援体制を作ることが必要である。また市町村が設置する自立支援協議会に積極的に参画し、精神保健医療福祉ネットワーク構築を推進する。

11 これからの地域精神保健医療福祉の充実に向けての保健所の課題

平成 20 年度より、精神障害者の地域移行に必要な体制の総合調整役を担う地域体制整備コーディネーターや利用対象者の個別指導等に当たる地域移行推進員の配置を柱とした精神障害者地域移行支援特別対策事業を実施し、平成 22 年度からは、精神障害者地域移行・地域定着支援事業として、未受診・受療中断等の精神障害者に対する支援体制の構築と精神疾患への早期対応を行うための事業内容を加え、ピアサポーターの活動費用を計上するなど、精神障害者の地域移行のための取組を進めているところであるが、平成 22 年の障害者自立支援法の改正により、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化が行われた。また、平成 23 年度からは精神障害者アウトリーチ推進事業が開始され、在宅精神障害者の生活を、医療を含む多職種チームによる訪問で支える取組が行われた。本事業が終了後は、「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」において、保健所では未受診者などへのアウトリーチ支援チームの設置を含めたアウトリーチ体制の整備が求められているところである。さらに平成 29 年度からは「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」として、包括的な地域支援体制の構築が目指されることとなった。平成 30 年からはこの事業においてアウトリーチ支援のメニューも追加された。精神障害者に対する障害福祉サービスや相談支援事業の実施に当たり、保健所は、市町村への情報提供、技術的協力、支援を行うことで重層的かつ相補的な支援体制を作ることによって「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指す必要がある。

なお、保健所の管轄区域が広い場合に、保健所から遠隔な区域で市町村の役割分担を充実させる等の連携方策をとることも考慮する。

また、地域の精神保健福祉業務の推進に当たり、精神保健福祉法第 41 条に規定する指針を踏まえ、さらに「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すにあたり、

下記に留意する。

- ① 市町村が住民の心の健康づくりをはじめとする精神保健を含め、精神障害者への障害福祉サービスや介護サービス等の基本的なサービス実施主体であることに鑑み、地域精神保健福祉の推進に当たっては、市町村と、保健所、精神保健福祉センターとが役割分担とともに緊密に連携し、重層的かつ相補的な支援体制を構築する。
- ② 自治体の医療計画、障害者計画および障害福祉計画、自殺対策基本法に基づく自殺対策推進計画、アルコール健康障害対策基本法に基づくアルコール健康障害対策推進計画、介護保険事業（支援）計画、健康増進計画等を踏まえて、相互に調和のとれた計画的なサービス提供体制整備に寄与するよう取り組む。
- ③ 精神障害のある当事者およびその家族の人権を尊重し、医療機関、障害福祉サービスや介護サービス等の民間事業者によるサービスの質の向上を図る。
- ④ 業務の運営に当たり、精神障害のある当事者およびその家族を含む地域の関係者の意見の反映に努める。

12 付記

本運営要領の実施にあたっては、すべての保健所で取り組むべきことと、地域事情に応じて選択できることなどをガイドラインとして別に定めるものとする。

別添 3

第 2 部 市町村（案）

第 1 地域精神保健福祉における市町村の役割

これまでの精神保健福祉行政は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）により、都道府県及び保健所を中心に行われてきたが、入院医療中心から地域生活中心へと施策が展開するなか障害者自立支援法（現・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）の施行により市町村を中心に福祉施策の推進が図られることとなった。また、児童・思春期・周産期におけるメンタルヘルス、アルコール健康障害対策、さらには自殺対策や認知症を含む高齢精神障害者対策などその幅が広がり、住民に身近な市町村の役割は大きくなっている。

市町村における精神保健福祉業務の実施方法については、保健所や精神保健福祉センターの協力と連携の下で、相談支援事業者、地域包括支援センター等と協働し、その地域の実情に応じた心の健康づくり、精神保健相談及び精神障害者の福祉サービスの提供などライフサイクルに応じ包括的にその業務を行うものとする。

なお、中核市及び特別区においては、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成 27 年 3 月 27 日厚生労働省告示第 185 号最終改正）により、精神障害者の相談支援や社会復帰対策のほか、身近で利用頻度の高い保健サービスは、保健センター等において、保健所と一体的に実施することとする。

平成 17 年には、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）が施行されたが、医療観察法による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

平成 18 年には障害の種類によって異なっていた各種福祉サービスについて市町村を実施主体として一元化し、障害者が地域で自立して安心して生活できる体制を整備することを目的とする障害者自立支援法が施行され、他の障害者施策と併せて精神障害者の福祉を推進することとした。

障害者自立支援法改正により、平成 24 年度には相談支援の充実策として、地域移行・地域定着支援の個別給付化等が加わり、同法のさらなる改正に伴う平成 25 年度からの障害者総合支援法施行においても引き継がれている。

加えて、平成 25 年に改正された精神保健福祉法においては、家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合、医療保護入院者について、市町村長にその人権に配慮するための退院請求権が付与されるなど新たに役割が強化された。また、「厚生労働大臣により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 日厚生労働省告示第六十五号）が定められ、入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革の実現に向け、精神障害

者に対する保健・医療・福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性が示された。本指針において市町村は、障害福祉サービスや介護サービスの必要な提供体制を確保するとともに、これらのサービスの利用に関する相談に対応することとされた。

平成27年には、認知症施策推進総合戦略が定められ認知症総合支援事業認知症地域支援推進員の設置及び認知症初期集中支援チームの設置が平成30年度までに全ての市町村で実施されることとされた。これを踏まえて、「介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針」（平成27年3月18日改正。厚生労働省告示第七十号）においては、認知症対策を地域包括ケアシステムの重要な要素とし、市町村地域支援事業において認知症総合支援事業を定め、認知症地域支援推進員設置事業、認知症初期集中支援チームの設置事業、認知症ケア向上推進事業を行うものとされた。なお、認知症に関する地域包括ケア体制は高齢精神障害者のみならず今後の地域精神保健体制づくりの先例とすることが期待される。

平成28年には障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（以下、障害者差別解消法）が施行され、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するためには、日常生活や社会生活における障害者の活動を制限し、社会への参加を制約している社会的障壁を取り除くことが重要とし、障害を理由とする不当な差別的取扱い及び合理的配慮の不提供を差別と規定した。

市町村は、都道府県医療計画による精神疾患の医療体制構築の中で、特に、うつ病対策等住民の心の健康の増進のための啓発、一次予防の実施やライフサイクルに応じたそれぞれの精神障害への対策に関する体制整備に取り組みが求められるとともに、基幹相談支援センターや地域包括支援センターと連携し、普及啓発、早期支援、社会復帰促進、地域生活支援など、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」〔「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18年厚生労働省告示第395号。最終改正、平成29年厚生労働省告示第116号）に基づく〕を構築することが求められている。

第2 実施体制

1 体制

市町村においては、地域の実情に応じて、精神保健福祉業務の推進体制を確保する。障害者施策の重要な課題の一つとして精神障害者の福祉の推進を図るとともに、児童や高齢者等の福祉行政及び母子保健や生活習慣病など保健衛生行政、ならびに教育や労働行政との連携により、市町村の特性を活かし精神保健福祉業務の包括的推進体制の確立を図るものとする。

2 職員の配置等

精神保健福祉業務を担当する職員については、精神保健福祉法第48条の規定に基づき資格のある職員を精神保健福祉相談員として任命し、積極的にその職務に当たらせることが必要である。この場合、精神保健福祉士に加え、保健師や臨床心理技術者等で精神保健福祉

の知識経験を有する者を含めたチームアプローチにも配慮した配置が必要である。また、職員がその職務能力の向上をはかるための研修を受講できるような配慮が必要である。なお、精神保健福祉相談員は、相談支援や訪問指導等精神保健福祉業務に専念できるよう、専任の相談員を複数置くとともに、その他の職員により体制の充実を図り、保健、福祉及び教育、労働等各部局等において精神保健福祉業務を総合的に推進するよう努めるものとする。

3 行政計画の策定

市町村は、以下に掲げる行政計画を策定するとともに、住民の心の健康の増進や精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にむけて、その他の関連する計画との調和を図り精神保健福祉施策を推進する。

障害者基本法第11条第3項に定める障害者計画については、地域社会における共生等その目的達成のため、他の障害者施策とともに精神障害者の特性を踏まえた施策を策定しその推進を図る。なお策定に際しては、障害者基本法第36条第4項の合議制の機関を設置している場合にあってはその意見を、その他の場合にあっては精神障害者やその他の関係者の意見を聴かなければならない。

障害者総合支援法第88条に基づく市町村障害福祉計画については、当該市町村の実情を勘案するとともに、障害者総合支援法に定める協議会を設置した場合、あらかじめ協議会の意見を聴くものとする。併せて住民や都道府県、精神保健福祉センター、保健所及び地域の医療機関、精神障害者やその他の関係機関等の意見を踏まえ、その策定及び推進を図る。なお計画には、現在地域生活を送る精神障害者だけでなく、入院中の患者の地域移行支援と退院後の地域生活支援のための障害福祉サービスや介護サービス（以下、両方に言及するときは「福祉サービス」という。）についても必ず考慮することが必要である。

健康増進法第8条第2項に定める市町村健康増進計画を策定し、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、情報の収集、整理、分析及び提供並びに研究の推進や人材の養成及び資質の向上を図る。健康増進事業者等と連携し、休養、飲酒等について必要な事業を実施するなどメンタルヘルス対策を踏まえ策定し推進する。

自殺対策基本法第13条第2項における市町村自殺対策計画の策定に関しては、健康問題や生活問題等のほか、若年層、働く世代、高齢者等対象毎に様々な要因を総合的に勘案した計画を策定する。また地域における自殺対策にかかる体制の整備、人材の確保、教育や労働行政、生活困窮者自立支援法担当部署との連携等により、現に自殺を減じかつ新たな自殺を予防するとともに、その遺族等への支援について、精神保健福祉センターや保健所と連携し事業を実施するなど自殺対策の推進を図る。

介護保険法第117条に定める市町村介護保険事業計画については、障害福祉計画との調和を図り、高齢精神障害者の居住の場の確保や地域生活を支える介護サービス等の確保に十分配慮する。

4 会議等

企画、相談指導等に関する会議や市町村内の連絡会議など、市町村の特性を活かした体制により会議を開催する等の方法を講じる。保健所が実施する関係機関等による精神保健医療福祉ネットワーク構築のための会議に積極的に参画し、地域課題に関する情報共有、社会資源の開発、事業評価及び地域精神保健福祉の重層的な支援体制整備に係る協議を行う。

市町村は、障害者基本法に定める審議会（条例で定める合議制の機関）等や障害者総合支援法に定める協議会の意見等を踏まえ精神保健福祉施策の推進を図るとともに、精神障害者の地域移行や自殺対策、アルコール健康障害対策、障害者差別の解消等にかかる協議の場等を設置し、それらの取り組みを推進する。

精神障害者の地域生活に係る個別支援については、精神障害者本人を中心とし相談支援事業者や医療機関職員等関係機関を交えたサービス等利用計画策定のための会議、精神科病院等で実施される退院支援委員会や保健所等が実施するアウトリーチ支援に関する個別支援会議等に積極的に参加する。

児童生徒のメンタルヘルス対策に関しては、福祉事務所や教育委員会等が実施する個別支援会議等に関し必要な支援、連絡調整を実施するとともに、児童生徒やその保護者への精神保健教育の実施に努める。特別な支援が必要な児童等がある場合は、当該家族の相談に応じるとともに、教員からの求めに応じて、個別支援計画における支援に関し積極的に協力する。また、若年層の自殺防止対策の一環として、いじめ防止対策推進法に基づくいじめ等の防止のための対策に協力する。

認知症を含む高齢精神障害者に関しては、地域ケア会議等、地域の医療・介護関係者との協議の場を設置し、できる限り住み慣れた地域で生活できるよう在宅支援にむけた連絡調整を実施する。

その他、児童、高齢者、障害者への虐待の対応については、要保護児童対策協議会や虐待防止のための個別支援会議等により、被虐待者の安全確保のための方策及び養護者への支援体制を構築する。また、ドメスティックバイオレンス被害者や若年被害女性等への支援体制を構築する。

医療観察法に基づく地域社会における処遇について保護観察所の求めがある場合、対象者や家族のプライバシーについて特段の配慮を行うとともに、住民理解の促進に努め、ケア会議への参加、障害福祉サービスのあっせん・調整など相談窓口となる。

第3 業務の実施

1 企画調整

地域の実態把握に当たっては、保健所に協力して調査等を行い、保健所の有する資料の提供を受けるとともに、障害者総合支援法に定める協議会等を活用し、当事者等のニーズ及び生活の実態を把握するなど、地域の実態に合わせて精神保健福祉業務の推進を図る。

健康増進法による国民健康調査の結果分析及び保健事業の効果的な実施のための地区診断を実施するなど、住民の精神的健康の保持増進のための実態を把握する。

障害者基本法に定める障害者計画、障害者総合支援法に定める障害福祉計画、健康増進法に定める健康増進計画の他、老人福祉法に定める老人福祉計画、介護保険法に定める介護保険事業計画、高齢者居住安定確保計画、自殺対策基本法に定める自殺対策計画、健康保険法に基づく保健事業計画等保健医療福祉に係る計画の策定・実施・評価のための基礎資料を作成、活用を図り、横断的かつ包括的に精神保健福祉施策が実施されるよう、関連する部局等と企画調整を実施する。

2 普及啓発

普及啓発については、他の地域保健及び福祉施策における精神保健福祉的配慮を含め、関係部局との連携によりきめ細かな対応を図るとともに、保健所との役割分担により、心の健康づくりに関する普及啓発や精神保健教育、精神障害に関する正しい知識の普及、精神障害者本人や家族への教室等必要な事業を実施する。啓発普及にあたっては、効果的に理解を広めるためピアサポーター等と積極的に協働する。

3 相談支援・訪問支援

障害者総合支援法による相談支援体制の整備を図り、精神障害者の障害福祉サービス等の利用に関する相談支援、地域生活支援・就労支援に関する相談支援を行うとともに、精神保健福祉法による基本的な精神保健相談を実施する。

市町村が実施する主な精神保健相談の内容には、心の健康に関する相談、周産期や母子保健における精神保健相談、児童生徒等思春期・青年期の精神保健相談、精神障害の早期発見・早期治療に向けた受診受療に関する相談、精神障害者の生活習慣病に関する相談、アルコール健康障害に関する相談、認知症を含む高齢精神障害者に関する相談等住民に身近な窓口として精神的健康の保持増進のための基本的な相談支援等が含まれる。

精神保健福祉相談員や保健師等は、相談支援事業者や地域包括支援センター等と連携し、原則として精神障害者本人や家族の了解のもと相談支援及び訪問支援を行う。精神障害者の状況、家庭環境、社会環境等を把握し、本人の意向を踏まえ地域生活支援に関する調整を行う。ただし自殺や虐待の恐れ、安否の確認が必要な場合など、市町村長が必要と認めた場合は、本人の同意がない場合でも訪問支援を実施することができる。この場合、本人及び家族等へ十分に説明し理解を得るよう努めるとともに、特に保健所の関与がある者や精神科で治療中の者である場合は、保健所の担当者や主治医等との連絡調整により助言を受けるなど、関係機関と連携を図り対応すること。

より専門性を要する相談でアウトリーチ支援等が必要な場合は、適切な医療を含む支援導入について保健所や精神保健福祉センター等に情報提供を行い、市町村は当該精神障害者等が治療導入後の地域生活を継続できるよう、切れ目のない重層的な支援体制をとるなど、地域の実情に応じて保健所・精神保健福祉センターや相談支援事業者・地域包括支援センター及び精神科医療機関等と連携し相談支援を実施すること。

また、精神保健福祉法第33条第3項により市町村長が同意し入院した精神障害者など精神科病院等に入院中の精神障害者に関しては、本人の意向を尊重しながら医師や退院後生活環境相談員との連携をはかり、診察への立会や面接を実施するなど、当該精神障害者が入院する精神科医療機関等において退院及び地域移行にむけて、地域援助事業者のあっせんや福祉サービス等利用に関する調整を行う。この際、地域移行・地域定着支援についてはピアサポーターと積極的に協働すること。

都道府県知事等の権限による措置入院者等、退院及び退院後の生活に困難を来す入院患者の場合、市町村は、当該精神障害者等が適切な医療をうけ退院後の地域生活を継続できるよう、保健所・精神保健福祉センターや相談支援事業者・地域包括支援センター、精神科医療機関等と連携し、切れ目のない相談支援体制に参画して対応すること。

児童虐待の事例について、児童や虐待者に精神的ケアが必要となる場合は、児童相談所の児童福祉司や市内の児童福祉主管課等に協力し、心の健康相談や福祉サービスの調整等により、世帯全体を勘案した支援を実施すること。

4 組織育成・支援および連携

市町村は、地域精神保健体制の充実にむけ、障害者や家族の自助グループ、ピアサポーターの団体、職親会、ボランティア団体等の育成を図るとともに、その諸活動に対して必要な助言や情報提供等の支援及び協働により事業を実施する。

市町村が単独で実施が困難な場合や広域的に実施することが必要な団体への支援については、保健所や精神保健福祉センターとの協力により必要な組織を育成する。

5 社会復帰及び自立と社会参加、地域生活支援

(1)障害者総合支援法の自立支援給付及び地域生活支援事業の実施

市町村は、精神障害者が自立した日常生活又は社会生活を促進する観点から、必要な障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業等の提供体制を確保する。事業を円滑に実施するため、利用者のニーズに十分に対応できるよう、地域活動支援センターを設置し相談支援事業を実施するなどサービス提供体制を構築するとともにピアサポーターを養成し協働するなど地域生活支援体制を整備する。

(2)障害福祉サービス等の周知、利用の調整等

障害福祉サービス等の申請方法の周知を図るとともに、申請の受理から認定審査及びサービス受給者証の交付などの事務処理の手続を円滑に実施する。

精神障害者の希望に応じ、精神障害者本人のニーズ、その精神障害の状態、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支援、その他の援助の内容等を勘案し、当該精神障害者が最も適切な福祉サービス等の利用ができるよう相談に応じ、必要な助言、その他利用できる市民サービス等に関する情報提供を行う。

また、市町村は、精神障害者から求めがあった場合や、医療機関から地域援助事業者の紹介に係る問い合わせがあった場合には、必要に応じて福祉サービス等の利用についてのあっ

せん又は調整を行うとともに、障害者総合支援法による障害福祉サービス事業者に対し、当該精神障害者の利用の要請等を行う。

(3)地域移行・地域定着支援

精神科医療機関等から地域移行を希望する患者がある場合、市町村は、その入院形態にかかわらず入院中の精神障害者本人や保健所、医療機関からの求めに応じ、居所に関する調整等に協力するとともに、地域援助事業者のあっせん及び福祉サービス等の利用調整により退院支援を行う。市町村は、退院後生活環境相談員等との連携を図るなど、その制度利用を支援するとともに、申請に基づく調査及び勘案事項を整理し、真に必要と判断する場合、特例による給付を検討するなど速やかに支給決定事務を行う。また、相談支援事業者や居住場所を提供した者やピアサポーター等と調整し、地域移行後の再発及び再入院を予防するため地域定着に向けた支援体制を構築する。

(4)成年後見人の育成等

精神保健福祉法第51条の11の2及び3、障害者総合支援法第77条第4項及び第5項に定める成年後見制度の利用に関する方策を講じ、成年後見を行える人材を育成し活用を図るための研修等を実施することにより、精神障害者の権利擁護を図る。育成した成年後見人については、とりわけ精神保健福祉法第33条第3項により市町村長が同意し入院した精神障害者への権利擁護支援などでの積極的な活用を図る。

(5)各種社会資源の整備

社会復帰の促進や生活支援のための事業の実施のためには地域住民の理解と協力が重要であることから、市町村が積極的にその推進を図るとともに、自ら主体的かつ計画的にその整備を図る。特に、精神科医療機関等からの地域移行に関する居住場所の整備については、必要量を勘案し、公営住宅の活用及び「居住支援協議会」との連携により空き住居等を活用するなど、その整備及び調整を図るよう努める。また、ピアサポーターや精神保健福祉ボランティア等の活動が推進されるよう整備する。

(6)精神障害者保健福祉手帳

精神障害者保健福祉手帳の申請方法の周知を図るとともに、申請の受理と手帳の交付などの事務処理の手続を円滑に実施する。

また、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者をはじめとする精神障害者の福祉サービスの拡充のため、関係機関、事業者等に協力を求めるなど積極的支援を行い、諸福祉サービスの充実を図る。

(7) 自立支援医療(精神通院医療)

障害者総合支援法の自立支援医療(精神通院医療)の支給認定の申請の受理と進達を行う。

6 医療保護入院(市町村長同意)に関する業務

精神保健福祉法第33条第3項により医療保護入院が必要な精神障害者に家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思の表示ができない場合においては、精神障害者の居

住地の市町村長が医療保護入院の同意に関する事務を行う。また、入院の同意を行った場合は、当該医療保護入院者の適正な医療を確保するとともに人権を擁護するために、精神保健福祉相談員等を個別支援の担当者と定め、すみやかに本人に面会し、その状態を把握するとともに市町村長が同意者であること及び市町村の担当者への連絡先、連絡方法を本人に伝えるほか、医師や退院後生活環境相談員等と調整を行う。診察への同席や面接等を実施し、適正な医療を確保するとともに、早期退院にむけて個別支援を実施する。さらには必要な場合には、退院等請求権者となるなど人権保護上の役割も求められる。なお、市町村長同意の場合、成年後見人市町村長申立を実施することや、同意事務を行う部署と個別支援を行う部署を分けるなど、人権上の十分な配慮が必要である。

7 相談記録の整理及び秘密の保持

- (1)相談支援その他の個別支援による対応に当たっては、対象者ごとに相談等の記録を整理保管し、継続的な支援のために活用する。
- (2)精神障害者やその家族のプライバシーの保護については、市町村が地域に密着した行政主体であるがゆえに一層の配慮が必要である。
- (3)相談支援・訪問支援に際しては、保健所、関係機関その他の関係者との連携に留意する。本人が当該市町村外に移転した場合は、必要に応じ、移転先の市町村に当該資料等を送付して、支援の継続性を確保する。その際は原則として、本人から情報提供に関する同意を得ること。
- (4)相談記録については、情報公開の対象であり、障害者本人からの開示請求がある場合、法令の規定により適切に開示すること。

8 運営要領の実施にあたり注意すべき事項

都道府県、精神保健福祉センター、保健所との重層的かつ相補的な精神保健福祉業務実施体制を構築するとともに、地域援助事業者（相談支援事業者）や地域包括支援センター、障害福祉サービスや介護サービス提供事業所、精神科医療機関、薬局、その他の関係機関、当事者会や家族会等関係団体との連携により、精神障害にも対応した地域包括ケア体制を構築するなど、地域の実情に応じて、創意工夫により施策の推進を図る。

地域精神保健福祉施策の推進に当たり、精神保健福祉法第41条に規定する指針を踏まえ、さらに「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すにあたり、下記に留意する。

(1)市町村が住民の心の健康づくりをはじめとする精神保健を含め、精神障害者への障害福祉サービスや介護サービス等の基本的な実施主体であることに鑑み、地域精神保健福祉施策の推進に当たっては、市町村と、都道府県、精神保健福祉センター、保健所とが役割分担とともに緊密に連携し、重層的かつ相補的な支援体制を構築する。

(2)都道府県の定める医療計画、障害者計画及び障害福祉計画、介護保険事業支援計画、

健康増進計画、自殺対策推進計画等を踏まえて、相互に調和のとれた市町村計画を策定し、サービス提供体制の整備を図るよう取り組む。

(3) 精神障害者本人及びその家族の人権を尊重し、障害福祉サービスや介護サービス等の民間事業者によるサービスの質の向上を図ること。また、地域精神医療については保健所等の指導に基づき地域包括ケア体制の構築を図る。

(4) 業務の運営に当たり、精神障害者本人及びその家族を含む地域の関係者の意見の反映及び、精神障害者本人やピアサポーターが積極的に普及啓発等の事業に参画できるよう配慮する。

9. 付記

本運営要領の実施にあたっては、すべての市町村で取り組むべきことと、地域事情に応じて選択できることなどをガイドラインとして別に定めるものとする。

別添 4

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（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

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

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム
自治体による地域マネジメントガイド
(暫定版)

総論

平成 30 年 3 月

I. 本ガイドの経緯と目標

II. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは
2. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築により期待されること
3. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を考える際のポイント
4. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における構成要素
5. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と精神障害との関係

III. 本ガイドの目的

IV. 本ガイドの構成と使い方

文献

本ガイドの執筆者一覧

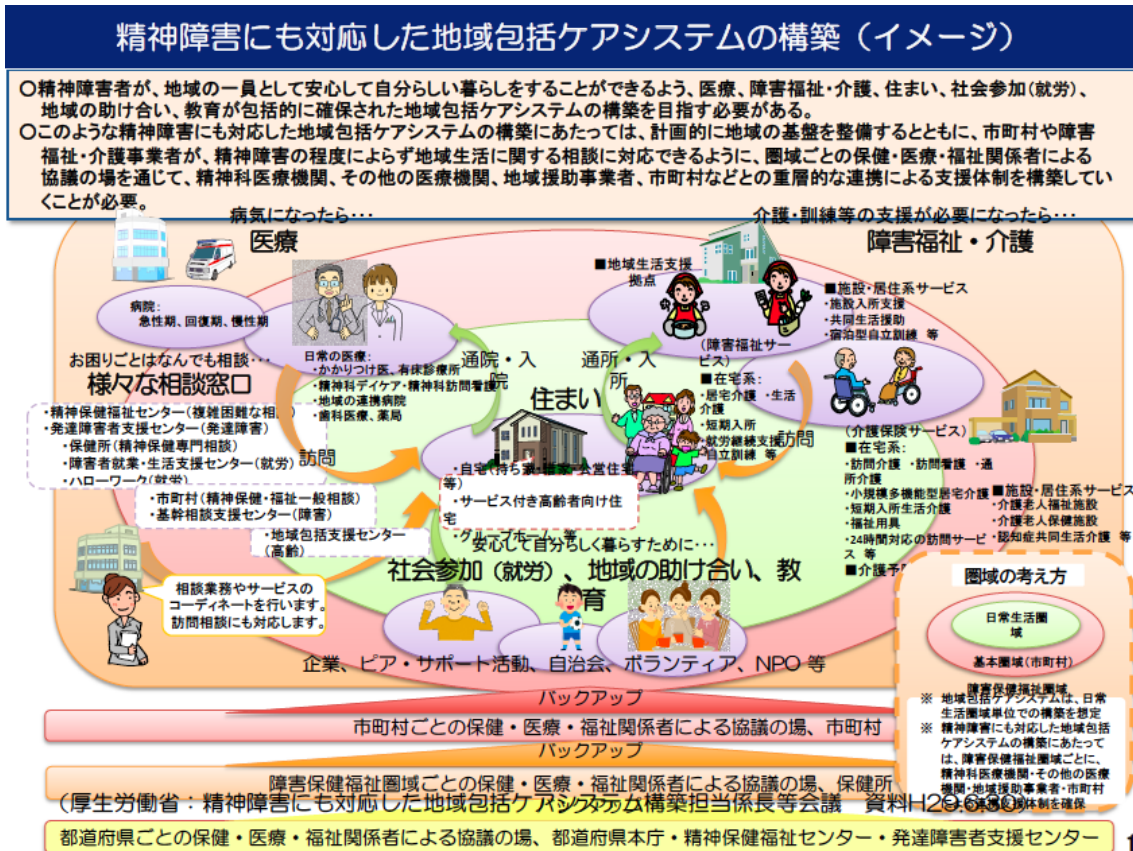
I. 本ガイドの経緯と目標

本ガイドは、「厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者対策総合研究事業（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 独立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 地域・司法精神医療研究部）の分担班「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」（研究分担者 野口正行 岡山県精神保健福祉センター）による平成 28 年度より 3 年間の研究による成果物である。自治体の担当者が、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築する際に、自治体としてどのような動きをすればよいのかについて、ガイドを示すことを目標とした。

II. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、『地域包括ケア』と略す。高齢者の地域包括ケアシステムは特にカッコをつけずに、地域包括ケアと略す。）は、平成 29 年度の厚労省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（厚労省 H29）において提出された（図 1）。すでに高齢者の領域では、医療と介護の領域にまたがり、地域包括ケアの概念が出され、概念の深化が見られている（地域包括ケア研究会）。このたび、「精神障害にも対応した」という限定つきではあるものの、地域包括ケアが精神保健医療福祉にも導入されることは大変重要である。この概念はまだ形成途中の段階にあり、その内容については、今後も検討を積み重ねていく必要がある。あくまでも現時点での整理になるが、ここで簡潔に提示してみたい。

図 1



1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは

精神保健医療福祉では、平成 16 年度の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「入院医療中心から地域生活中心へ」が今後の主導的な理念として位置付けられた。その後、平成 25 年度の精神保健福祉法改正に伴い策定された「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」においても、長期入院者の地域移行支援の推進や治療につながっていない精神障害者へのアウトリーチ支援など、包括的な課題が提起されてきた。こうした検討の積み重ねの上で、精神障害者の地域生活を支えるものとして『地域包括ケア』の概念が提案された。これは、高齢者の地域包括ケアと同様に、精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害者とその家族を中心として、住まい、医療、障害福祉・介護、教育、社会参加、地域の助け合いが包括的に確保されたシステムである。このシステムにおいては、統合失調症や気分障害に限らず、多様な精神障害の地域生活に対応するための基盤整備を行うことが期待されている。なお、高齢者中心の地域包括ケアとの違いについては、「レベル 3 包括的支援体制の推進ガイド」で詳述しているが、精神障害については、専門性が高く、都道府県レベルを中心とし

た体制整備が望ましいため、市町村を中心とした地域包括ケアと比べるとより重層的な支援体制が必要となる。

さらに、『地域包括ケア』は、高齢者の地域包括ケアと同様に、最終的には、住民一人ひとりの暮らしと生きがいを目指すものとして、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与するものであることを確認しておきたい。

2. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築により期待されること

『地域包括ケア』を構築された状態では、どのような効果が期待されるだろうか。このような効果を考えることは目指す将来のイメージを描くのに役立つかもしれない。やや楽観的に過ぎると思われるかもしれないが、以下にイメージを示す。

① ニーズに沿った多様なサービスの創出と連携の強化

『地域包括ケア』では、精神障害者本人や家族のニーズを尊重し、それを中心とした支援を行うことが目指されている。支援提供側の都合よりも、支援を受ける精神障害者のニーズを中心に置いた支援を行い、それが十分ではない場合には、精神障害者のニーズに沿った支援を創出することや、そのニーズを中心にした連携体制が構築・強化されることが期待される。こうした支援体制では、精神障害者は強制的医療への不安を感じる事が少なくなり、強制的医療への不安や恐怖からくる治療中断、病状悪化という悪循環を防ぐことになるかもしれない。

② 精神疾患に起因する問題に対する速やかな対応

住民や保健医療福祉以外の関係者による理解と協力体制が構築された『地域包括ケア』においては、精神障害の発病や再発のサインを周囲の住民、教育関係者、雇用関係者などが早期に気づき、アウトリーチ支援など早期に必要な支援につなぐことができる。このような支援体制では、状態が著しく悪化するまで支援を受けることができず、長期間ひきこもってしまい、社会参加の機会を逸してしまったり、セルフ・ネグレクトの状態となって生活に破綻をきたしたりするなど強制入院に頼らざるをえない状態に陥る精神障害者が少なくなるかもしれない。そのことはひいては措置通報などの予防にも一定の効果が想定されるかもしれない。さらには、より軽い障害の段階で適切な支援を受けられることは、精神障害へのイメージを偏見が少ない方向に大きく変えるかもしれない。

③ 地域住民の精神障害に対する理解の促進

地域住民が精神障害について理解が進むことで、治療を受けることへの躊躇や不安が軽減し、より早期の段階で精神障害者が支援を受けることができるようになる。ま

た治療を受けている精神障害者への偏見が少なくなることで、治療継続への抵抗も少なくなり、治療中断なども減少するかもしれない。

④ 精神障害者の社会参加（就労等）の促進

精神障害者の就労を含めた社会参加は、精神障害者が適切な収入を得て生活を豊かにすることや、社会への貢献感を持つことで自尊心の向上が得られるなどの効果がある。適切な支援を受けることで就労したり、就労継続できる精神障害者が増えることで、メンタルヘルスの課題に対する配慮が職場に浸透する可能性がある。また就労する精神障害者が増えることは、精神障害者に対する社会の偏見改善にも効果的である。

⑤ 精神障害者やその家族が地域で暮らしやすくなる

上記のような状態では、精神障害者やその家族は地域で生活しやすくなるだろう。精神障害を持ちながらも、社会参加が可能となり、地域住民もまた精神障害への偏見が少なくなる。こうした好循環が働くことで、ひきこもり、未治療・治療中断の精神障害者や不必要な強制入院、長期入院の精神障害者の減少などの効果が得られるかもしれない。

⑥ 持続可能な精神保健医療福祉の提供体制が構築できる

以上のようなシステムにおいては、予防がしっかり機能し、疾患の早期段階で適切な支援に結びつくことができる。そして不幸にして状態が悪化して入院等に結びついて、適切で人権に配慮した入院治療を受けることができ、入院後には早期に地域支援を利用可能となり、再発予防と社会参加が可能になる。こうした状態は、結果として支援者の疲弊予防や持続可能な社会保障財政にも結びつくだろう。

もちろん、以上のような状態が簡単に得られるわけではないが、少なくともここで書かれたような好循環を最終的に目指す形で『地域包括ケア』を考え、構築していくことは有用だろう。

3. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を考える際のポイント

- ① 『地域包括ケア』において、第一に重要であるのは、この図の中心に精神障害者が位置していることである。高齢者の地域包括ケアについても強調されているように、『地域包括ケア』も、精神障害者のニーズを中心に据えて、その地域生活を支援することが一番重要な目的となる。支援側の都合に精神障害者を合わせるのではなく、まずは精神障害者のニーズに合わせるために支援をどうすればよいかを考えるという基本理念が中心になる。

- ② 支援者間の有機的なネットワークの重要性も強調されるべきである。精神障害者のニーズに沿った地域生活を支えるためには、様々な支援が役割分担と連携をすることが必要である。これまで保健と医療と福祉は、必ずしもそれらの機関同士が円滑に連携できていたわけではない。いくつかの地域での先駆的な取り組みがあるものの、むしろ機関相互が縦割りの枠の中で動いて来た。そうした機関の壁を超えて協働することの重要性が強調される。
- ③ 精神科病院の位置づけも重要な点である。『地域包括ケア』では、精神科病院も他の機関と協力して支援にあたる支援機関の一つとして位置付けられる。もちろん、精神科病院は精神科外来やデイケア、訪問看護など医療機関として重要な資源と役割を持っているし、精神障害者の精神状態が悪化した時に入院が必要な場合もある。しかし、地域支援の充実により、入院の必要性が低下することはしばしば報告されている。また精神科病院に入院した精神障害者も、適切な病院地域連携によってより円滑な形で退院し、地域生活をその後維持することが可能になる。精神科入院に過度に頼るのではなく、地域支援の適切な連携によって精神障害者の地域生活を支えるのが『地域包括ケア』の一番肝要な目標である。
- ④ 精神障害者や家族も含めた関係者が、地域での支援のあり方や支援の充足度、地域の課題などについて話し合う協議の場を設定・運営することも重要である。協議の場は平成 29 年度からの「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」（以下、「構築推進事業」）でも必須のメニューとして上げられている。この協議のあり方が形式的なものに陥ることなく、かつ関係者に過度の負担を強いるものでもない形で運営するにはどうしたらよいかは重要な課題である。これについては「協議の場」のガイドで取り上げる。

以上を押さえつつ、自治体がどこにどのようにかかわるかについて以下に触れてゆきたい。

4. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」における構成要素

『地域包括ケア』は、精神保健医療福祉を全て含んだ包括的な概念である。具体的に何をどのようにすれば『地域包括ケア』と言える状態になるのかがわかりにくい。それゆえ、これらを構成する要素を区別することから始めたい。

『地域包括ケア』において、最初に保健・医療・福祉を区別することから始めたい。ここで本ガイドが念頭に置いているのは、自治体による精神保健の分野である。精神保健といっても、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。政策立案から、計画

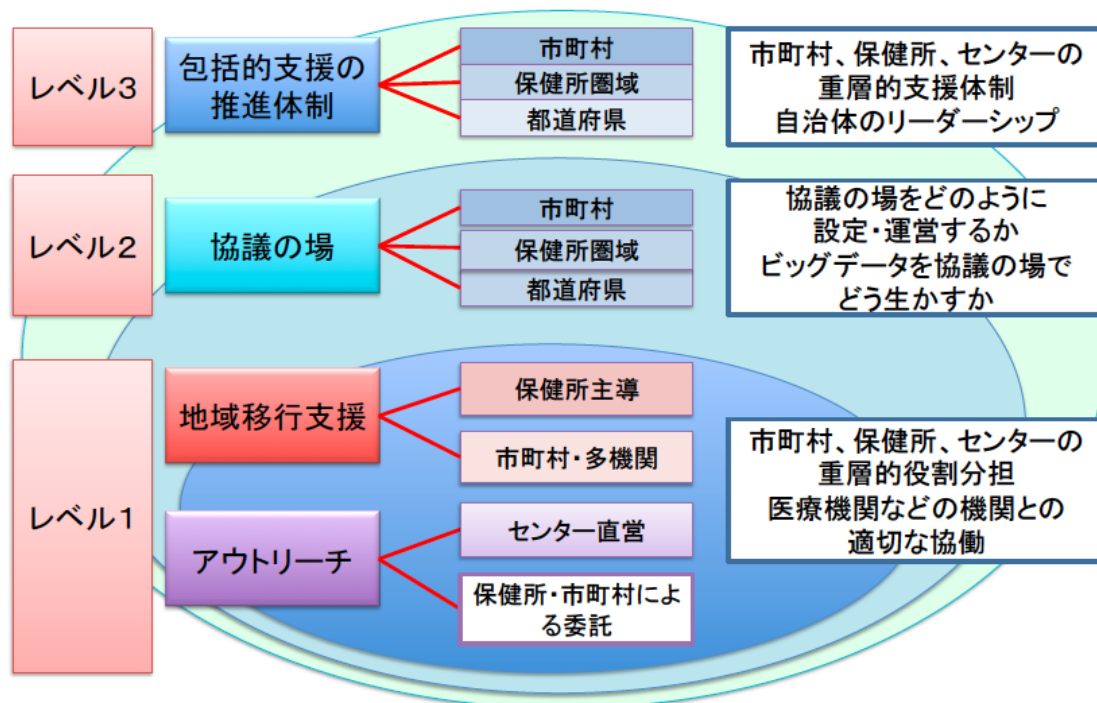
作成、協議の場の設定と運営、研修企画、普及啓発活動、組織育成、措置通報対応、治療契約困難事例への訪問支援、相談支援などを含む。また相談支援の内容も一般的な相談から、自殺対策、ひきこもり、依存症、発達障害など広範囲な領域を含む。このような広い範囲の領域に対して、自治体の側の要素にもかなりのばらつきがある。具体的には、自治体の予算、人員体制、カバーする地理的範囲、圏域の医療機関や福祉サービス機関の充実度、精神障害者の数と種類などが自治体側の要素としてあげられるが、それぞれの自治体でこれらは大きく異なる。

それゆえ、平成 29 年度の本研究班では、こうした精神保健活動を 3 つのレベルに分けて整理することとした。

- ① レベル 1 は個別支援や個別事業に関わる事業である。個別支援についていえば、依存症やひきこもり支援、自殺対策など多岐にわたる。平成 28 から 30 年度の研究分担班では、この中から、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などを取り上げた。これらは「構築推進事業」のメニュー事業から取り上げた。
- ② 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、どのように事業を広げてゆくか、あるいは医療機関や福祉サービス機関なども含めて、どのように質の高い支援を確保するか、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。協議の場は構築推進事業でも必須とされているが、具体的にどのように設置・運営することで充実した協議を行うことができるかは重要な課題である。
- ③ 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、精神保健医療福祉の優先度を適切に位置づけて、予算の割り当て、計画策定、協議の場の設定や各種事業、および組織構成などを通して、支援体制全体を構築するという一方で、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 2 に示す。

図2 精神障害にも対応した地域包括ケアにおける構成要素
自治体の軸

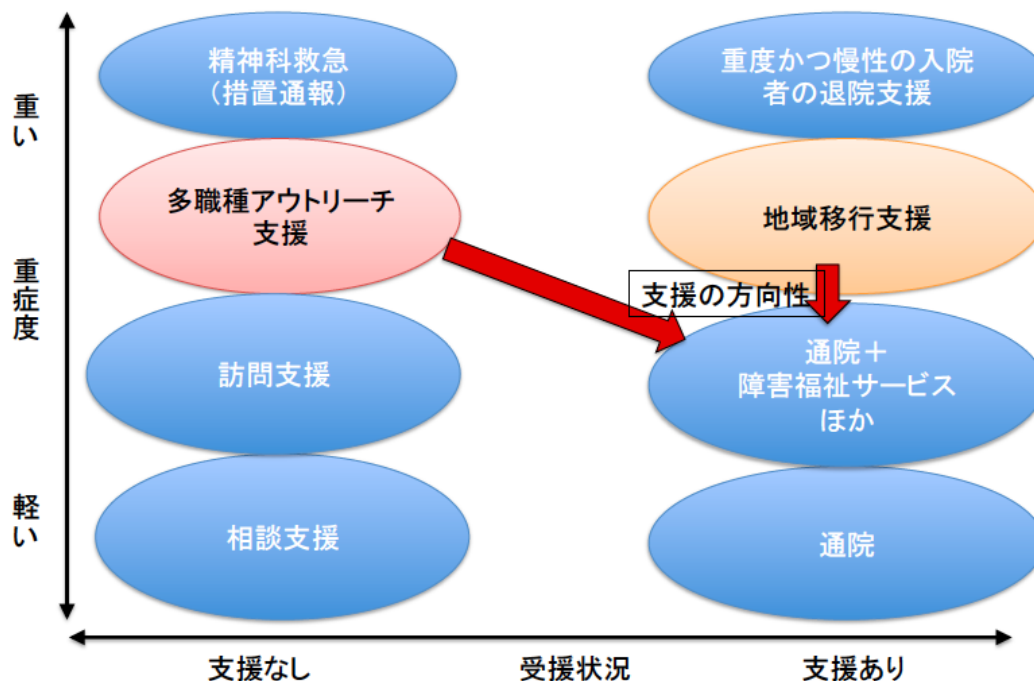


もちろん以上のレベル区分は便宜的なものであり、各階層が明確に区別されているわけではない。またここで取り上げた項目のうち、特にレベル1の例は網羅的なものではなく、他の課題の重要性を低く考えるものではない。ここでは、限られた時間の中でまずは取り組むべき課題の例として上記を取り上げたものであることを注意したい。

5. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と精神障害との関係

『地域包括ケア』で示される図1は、精神障害者を中心にどのような支援の種類があるかを横断的に示したものである。しかし、これらのそれぞれの支援がどのような種類の精神障害者にどのように提供されるのかはこの図では明確ではない。ここでは、自治体の精神保健とのつながりで、医療や福祉など契約型支援につながっているかどうかを横軸に、精神障害の症状および生活障害の重症度を縦軸に置いて、自治体の精神保健活動の役割と、本ガイドに示す、アウトリーチ事業、地域移行支援事業の位置付けについても示したい(図3)。これはレベル1を念頭に置いたものである。

図3 精神障害への支援のマトリクス



医療や福祉の契約型支援につながっている「受援あり」の人の場合、医療や福祉が中心となって支援する人たちになる。軽症の人の順からあげると、支援の場面は、「通院」だけで大丈夫な場合、「通院と障害福祉サービス等」を併用する場合、(もちろん場合によって、訪問看護、デイケア、ナイトケアやそのほかのサービスが組み合わせられる)、そして「急性期入院」の場合になる。地域移行支援の対象となる精神障害者は、入院中であるが、「重度かつ慢性」に該当する人も多いため、ここでは重症度が高い人に位置づけている。

医療や福祉の支援につながることができていない「受援なし」の人が自治体の精神保健が中心になる人たちである。このうち、軽症の人から順にあげると、「相談支援」の対応で可能な人、来所相談だけでは限界があり、「訪問支援」が必要な人、さらに多職種による訪問支援が必要となる人、そして自傷他害の疑いがある人など緊急度が高い「精神科救急」が必要な人に分けることができる。

地域移行支援は、「支援あり」かつ「重い」の人たちが対象となり、この人たちをいかに「通院と障害福祉サービス等」が入っている状態にするかが課題となる。アウトリーチ支援は「支援なし」かつ「重い」人たちをいかにして「通院と障害福祉サービス」(訪問の場合も含む)が入っている状態にするかが課題となる。こうした支援ニーズと受援状態に応じた支援体制を考えることも、「地域包括ケア」の重要な課題となる。

ちなみに、このような支援状態に応じた支援体制を関係者と一緒に考えることが、レベル2「協議の場」の役割となるだろう。また、こうした支援体制をきちんと体制づくりできるような自治体全体の体制、予算編成、人員体制を整えることがレベル3の「包括的支援体制の推進」の役割となる。

なお、ここで上げた『地域包括ケア』の位置づけと全体像については、別の形ではあるが「レベル3 包括的支援体制の推進」でも詳細に取り上げられているので、それも参照いただきたい。また「レベル1 アウトリーチ支援」でも支援の位置づけについて説明を加えているので、こちらも参考にさせていただくことを推奨したい。

以上のように、「地域包括ケア」のレベル、各要素、それぞれの精神障害者の種類との対応を念頭に置いて、本ガイドの使用方法について次に紹介したい。

III. 本ガイドの目的

本ガイドは、上記の形で整理された自治体の精神保健活動をレベルごとに示すことで、「地域包括ケア」をどのように作れば良いか、そしてそれに至るためのステップを知るための手引きを意図している。このガイドの内容は、平成29から30年度にかけて収集した好事例を基にして作成した。しかし、この方法には大きな限界がある。①好事例を系統だって収集するシステムが存在しないため、この好事例収集は網羅的なものではない。②そもそも好事例の基準について確定したものがあるわけではなく、研究班で仮の合意が得られた暫定的なものである。③好事例の分析の枠組みもまだ未確定で、試行錯誤の段階にある。④ガイドのスタイルや内容にもばらつきが大きく、その内容についても時間の制約もあり、完全な合意が得られているわけではない。それゆえ、本ガイドはあくまでも今後改訂されるべきガイドの暫定版として考えていただければ幸いである。これから『地域包括ケア』推進を図る自治体担当者が、アウトリーチ事業、地域移行支援事業、協議の場の設定、包括的支援体制の推進などについて、どのような目的で、どのようなプロセスを踏まえて、またどのような注意点に気をつけながら、事業展開を図ればよいのかについて大まかな指針を示すのが本ガイドの目的である。

IV. 本ガイドの構成と使い方

本ガイドは、レベル1としてアウトリーチ事業、地域移行推進事業、レベル2として、協議の場の設定、レベル3として包括的支援体制の推進を取り上げた。それぞれの項目について、以下のように整理した。

- ① 直面する課題認識
- ② 梃子となる解決策

- ③ 利用できるリソース
- ④ 事業継続のポイント
- ⑤ 波及効果
- ⑥ 課題・注意点
- ⑦ 自治体で行う場合のポイント

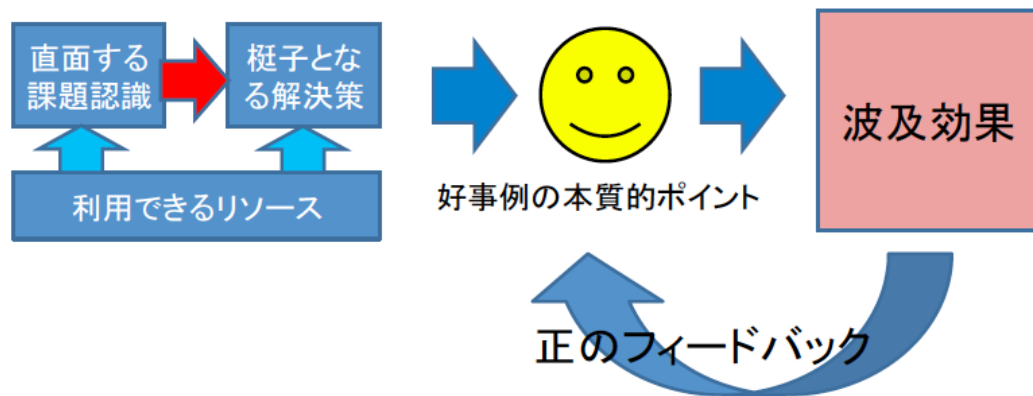
このような構成は、平成29年度の当分担班の成果に基づいている。好事例の紹介が単に、「この自治体ではうまくできました」という外面的な紹介にとどまっているだけでは、地域条件が違う自治体ではうまく事業化できないことが多い。結局は「よそは恵まれているからできたけど、うちではできなかった」という形で終わることが少なくない。これは一つには、そもそもどのような問題意識（直面する課題認識）で事業を考えたのか、どのようなポイントが好事例の成立に重要であったのか（梃子となる解決策）、どのような条件（利用できるリソース）を利用することで事業展開が可能となったのか、など構造的な分析による整理ができていなかったことにも一因があるように思われる。そこで、好事例がどうして好事例と言えるのか、どこに注意した事業展開をすれば好事例のような形が可能になるのかをなるべく見えるように工夫した。それぞれの項目について以下に簡単に説明する。

- ① 「直面する課題認識」が示すのは、そもそもその事業をどうして行う必要があると考えたのか、それをどのように好事例の自治体が認識したのかを示している。この認識がなければ、そもそもその後の好事例化は始まらないという意味で、事業を開始しようと考えている自治体も、この問題意識の共有から始めることが重要になる。
- ② 「梃子となる解決策」は、それぞれの事業を行う際の推進力となったポイントを示している。課題認識があっても、それに対する的確な対応・解決策が大切であるので、ここで書かれた事業展開は、上記の課題認識とセットになったものである。
- ③ 「利用できるリソース」は、ある事業ができるために利用できる資源を説明している。ただし、それは「〇〇があるから、あちらはできたけど、うちにはないからできない」というできない理由を探すためではない。もちろん、このリソースがないために事業が難しい場合もある。この点について言えば、そのリソースを活用できるためには、どのような準備がもう一段階必要であるかを考えていただくための項目であるとも言える。自治体によっては、すでにそのようなリソースがあるかもしれない。その場合には、すでに事業に取り掛かる準備ができていると考えても良いだろう。
- ④ 「事業継続のポイント」は、上記の①から③が事業を開始するために押さえるポイントを示しているのに対し、それをどうやって継続させたらよいのか、という工夫を示している。事業開始も大変であるが、それを継続させるのも同様に大変である。ここは事業を開始しながら、その後の継続についても最初から念頭に置いた事業展開が望ましい。

- ⑤ 「波及効果」には、事業の直接の効果として、例えば34錠移送の減少や退院者数の増加など数値として目に見えるアウトカムももちろん含まれる。しかし、実際には測定可能な効果だけがその自治体や圏域にとって重要な効果であるとは限らない。例えば職員のモチベーション、有用な人材の確保やスキル向上、多機関の良好な協力関係の構築などは数値上の効果判定が難しいが、地域にとっては大変重要な効果である。このような幅広い効果が関係者間で実感され、納得されることが事業存続や継続にとって重要である。また新しく始める自治体にとっても、この事業を始めることでどのような効果が得られるのかが一番興味関心を引くところであるだろう。もちろん、効果の多面的な判定方法を検討することは今後の課題である。
- ⑥ 課題・注意点は、事業を行う際に、陥りやすい落とし穴やそれを避けるにはどうしたらよいか、また未解決な課題は何かなどを示している。これは好事例であっても、まだ形成途上であり、解決すべき課題が少なからず残っていることを示すものでもある。
- ⑦ 自治体で事業化する際のポイントは、以上をまとめたものであり、今後事業に取り組む自治体として留意してほしい点をあげている。

この構成要素のうち、①から③および⑤が好事例の成立要素として重要であると考えられる。この点は図4に示した。このガイドでは、好事例の基本骨格を①「直面する課題認識」②「梃子となる解決策」③「利用できるリソース」の3つ組として考えた。それらが好事例の本質的なポイントを構成し、それが波及効果をもたらす。この効果によって、関係者が好事例の意義を実感でき、納得が得られることで、その後の事業展開に弾みがつくようなプロセスとして想定している。もちろんこれらは想定に基づくものであり、実際の場合と検証を行いながら、修正する必要がある。

図4 好事例の成立のプロセス



好事例では、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が成立し、事業の成立が可能になっていると想定される

本ガイドは、「レベル1 アウトリーチ支援」、「レベル1 地域移行支援」、「レベル2 協議の場」、「レベル3 包括的支援体制の推進」の4つのガイドからなる。これらはそれぞれ独立して活用できるものとなっているので、事業展開を行いたい自治体担当者はそれぞれ自分の関心があるところを読んでいただくことで構わない。

ただ、『地域包括ケア』の全体像や高齢者中心の地域包括ケアとの位置づけ、子育て世代サポートとの関連などについて概略を見るには、まずは「レベル3 包括的支援体制の推進」から読んでいただくことを推奨する。

また「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き」(株式会社 日本能率協会総合研究所)にも事例として、本ガイドの内容をわかりやすい形でまとめた部分があるため、参考にさせていただきたい。

最後に、繰り返しになるが、これらのガイドは暫定版であり、内容、構成ともに今後も改訂をしてゆく必要がある。今後の研究班にて改訂をする予定である。読者の自治体担当者の皆様のご意見を求めたい。

文献

1. 地域包括ケア研究会 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書 2040 年に向けた挑戦…平成 28 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業. 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング, 2017 年 3 月
http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01.html
2. 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン. 平成 16 年 9 月 2 日.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>
3. 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 4 月 1 日.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000046412.html>
4. 厚生労働省：障害福祉サービス等およ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 18 年厚生労働省告示第 395 号）最終改正平成 29 年厚生労働省告示第 116 号
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000163638.html>
5. 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. 平成 29 年 2 月 17 日 参考資料
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029.html>
6. 厚生労働省：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き. 株式会社 日本能率協会総合研究所, 2019 年
(精神障害にも対応した地域包括ケアシステムポータルサイトにて閲覧可能予定)

本ガイドの執筆者一覧

研究分担者： 野口 正行 (岡山県精神保健福祉センター)

執筆者 (五十音順)：青木達之 (医療法人社団青樹会青和病院)、大江 浩 (富山県新川厚生センター)、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)、熊取谷晶 (京都府健康福祉部 障害者支援課)、松山とも代 (大阪府豊中市保健所)、中川浩二 (和歌山県福祉保健部 福祉保健政策局 障害福祉課)、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障害者福祉課)

別添5

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（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

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

レベル3 包括的支援体制の推進ガイド (暫定版)

平成31年3月

- I. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が政策で取り上げられた経緯
- II. 直面する課題認識
 - (1) 行政の構造的な課題
 - (2) 地域における精神保健福祉関連の人材の質的な課題
 - (3) 地域における包括的支援体制構築にむけた支援の現状
- III. 梃子となる解決策：重層的な支援体制の構築の実践例
 - (1) 都道府県
 - (2) 政令市
 - (3) 中核市
 - (4) その他の市町
- IV. 包括的支援体制を構築するために利用できるリソース
- V. 包括的支援体制構築のポイント
- VI. 波及効果
- VII. 課題・注意点
- VIII. 自治体で包括的支援体制を構築する際の主なポイント
 - (1) 都道府県（障害保健福祉圏域）、政令市
 - (2) 中核市（保健所設置市）、特別区（基本圏域）
 - (3) 保健所未設置市町村（基本圏域、日常生活圏域）

文献

協力（順不同）

I. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」が政策で取り上げられた経緯

我が国の精神保健医療福祉については、昭和 54 年精神衛生審議会により保健所機能及び市区町村の位置づけが検討され、昭和 60 年精神保健法により保健所を地域の中核的機関として定めた。また平成 5 年障害者基本法により精神障害は身体障害、知的障害と合わせて初めて障害者として規定された。平成 12 年には「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」が制定され市区町村への一部業務移管がなされた。

平成 16 年 9 月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われた。平成 18 年には障害者自立支援法（現障害者総合支援法）により市区町村は他の障害と同様に精神障害者の障害福祉サービス提供の主体となった。平成 26 年には精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、この理念を支える精神医療の実現に向けて、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性が示された。

平成 29 年 2 月の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」^(※)の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に論じられている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意することと、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与することとされている。（平成 30 年 6 月 27 日第 90 回社会保障審議会障害者部会資料）

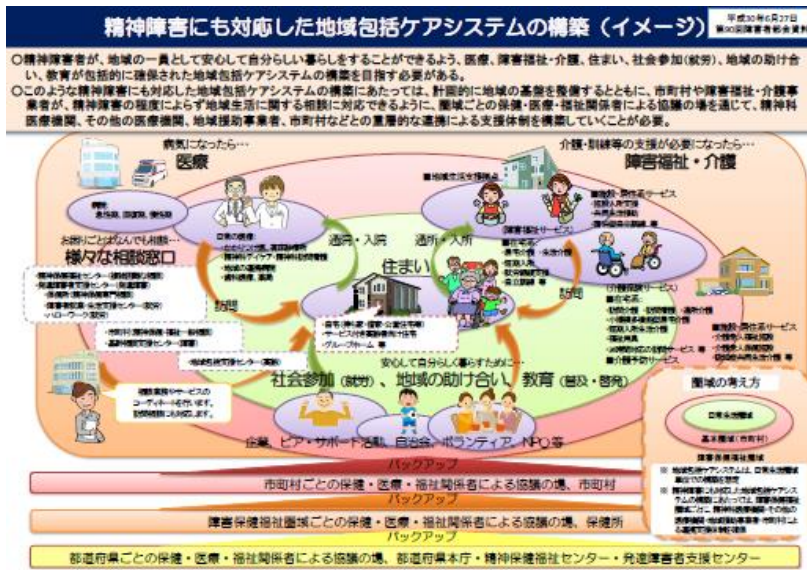
また、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築については、これま

で精神医療保健福祉施策の中心的機関を保健所としてきた経緯から、「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」や同「構築支援事業」は、都道府県、政令市、中核市が実施する事業とされ、障害保健福祉圏域ごとに、精神科医療機関・その他の医療機関・地域援助事業者・市区町村による連携支援体制を確保することが示された。

一方、高齢期の地域包括ケアシステムは、老人保健法、地域保健法による市区町村保健の取組に端を欲し、市区町村に必置とされる地域包括支援センターが中心となり、日常生活圏域毎に整備され 2025 年を目途とした体制整備が進められている。また母子保健領域では、子ども子育て支援法により市区町村で子育て世代包括支援センターの設置がすすめられ、妊娠期からの切れ目のない包括的支援体制の構築が進められている。その他、生活困窮者自立支援法での「総合的な相談支援」、自殺対策基本法での「包括的な生きる支援」など市区町村が実施主体として国庫及び都道府県費補助金を活用し体制整備が進められているところである。高齢、母子、生活困窮、自殺対策のいずれにも、その背景にはメンタルヘルスの課題をもつ住民への相談支援が必要であるにもかかわらず、それぞれが制度縦割りの包括的支援であるという矛盾が生じている。

これまでの経緯等について
平成30年6月27日
第1回障害者部会資料

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部(本部長:厚生労働大臣)で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。平成26年には精神保健福祉法に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において、この理念を支えるための精神医療の実現に向けた、精神障害者に対する保健医療福祉に携わる全ての関係者が目指すべき方向性も示されている。
- 平成29年2月の「**これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会**」報告書では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、**精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」**(※)の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。
 - ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、高齢期におけるケアを念頭に置かれている「地域包括ケアシステム」における、必要な支援を地域の中で包括的に提供し、地域での自立した生活を支援するという考え方を、精神障害者のケアにも応用したものであり、高齢期の「地域包括ケアシステム」とは異なるものであることに留意
 - ※ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築は、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創る「地域共生社会」の実現にも寄与
- 「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向けた取組を各地域が積極的かつ円滑に進められるようにするためには、**国においても同システムの構築に向けた具体的な取組を総合的に展開していくことが必要**である。
このため、「精神障害にも対応した地域包括システム」の構築に向け、各自治体における精神障害に係る障害福祉計画の実現のための具体的な取組をとりまとめた。



II. 直面する課題認識

(1) 行政の構造的な課題

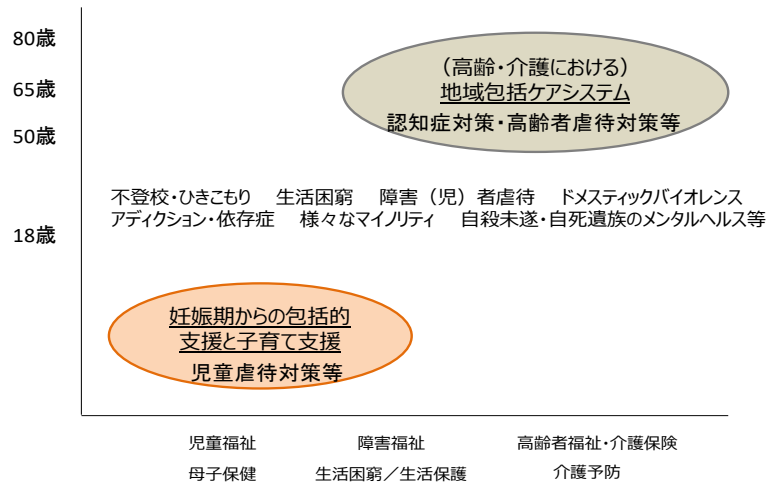
全国的に制度縦割りの包括支援体制の構築が進むなか、都道府県、政令市、中核市が実施する精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築の取組をどのようにすすめるのか課題は大きい。

都道府県では、組織機構改革の流れから保健所設置数が年々減じている。広域を所管する保健所や精神保健福祉センターは日常生活圏域へのアクセスが悪く、医療・介護、福祉等のサービスに繋がらない事例に関与しにくいため、予防的な訪問（介入）が出来ずに事例化重症化したケースへの緊急対応を優先せざるをえない状況となっている。また、地域で重症化したケースへのアウトリーチ支援や精神科病院からの地域移行支援の取組が開始されているが全国的にも実績は少ない。

市区町村については、政令市、中核市、特別区など保健所設置市と、その他の市区町村（保健所未設置市町村）があり、その自治体規模や、人員体制、社会資源の充足率はまちまちであり、地域精神保健福祉行政の取組や成熟度には大きな地域間の格差が生じている。市区町村は、母子、児童、障害、健康増進、高齢・介護、生活困窮などの領域について、様々な住民サービスの中で精神保健に関連する相談業務や事業を実施している。地域包括ケアシステムに関連する事業としては、高齢福祉（介護保険法、医療・介護総合支援法）や母子保健・児童福祉（地域保健法、児童福祉法、子育て支援法）、総合相談（社会福祉法、生活困窮者自立支援法）、自殺対策（自殺対策基本法）などの包括的支援の

取組に着手しているが、多くの財源を国庫や都道府県費による補助金で実施することから、制度縦割りによる狭間が生じている。

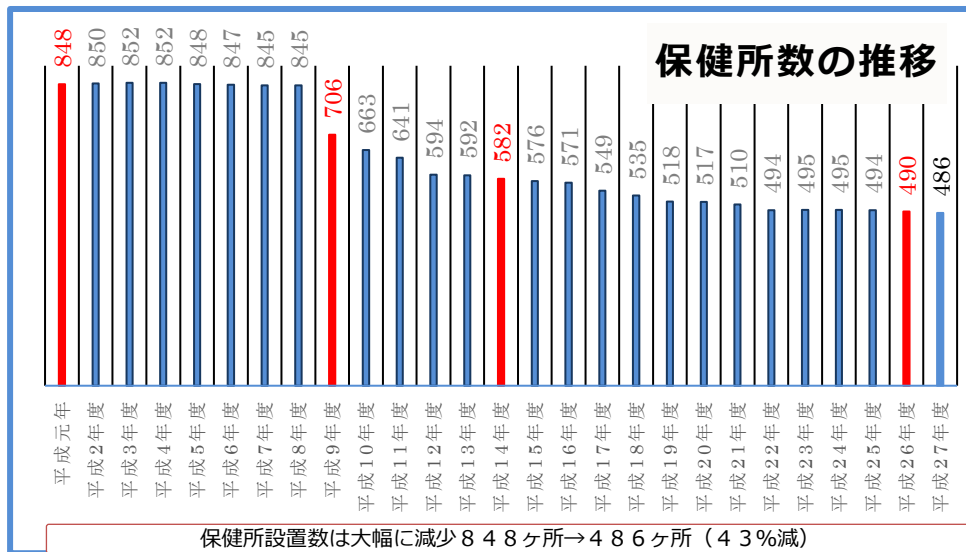
包括的支援に関する現行制度と狭間にあるコミュニティメンタルヘルス課題



市区町村による精神障害者の福祉については、主に障害者総合支援法により義務化され取り組みが進められている。各種障害福祉サービスの利用者数が増加しているが地域移行支援は実績が少ない。また、精神保健福祉法では精神保健相談は努力義務（第47条）であることから、保健所未設置市町村（94%）では、未治療者や医療中断者、社会的引きこもり、福祉ニーズが少ない者など障害福祉サービスを要しない者やサービスにつながりにくい者には相談支援が届きにくい状況がある。その多くは精神保健相談でのアセスメントから支援策につなげることが必要な対象群であるが、都道府県型保健所での対応が遅れたり、支援が届かず地域で潜在化もしくは危機事象として顕在化している。

自治体における精神保健福祉業務に関しては、専門職配置状況、人員体制、予算規模、社会資源整備状況、障害福祉サービス・介護保険サービス提供体制、医療資源、居住資源など地域間格差が課題となっている。

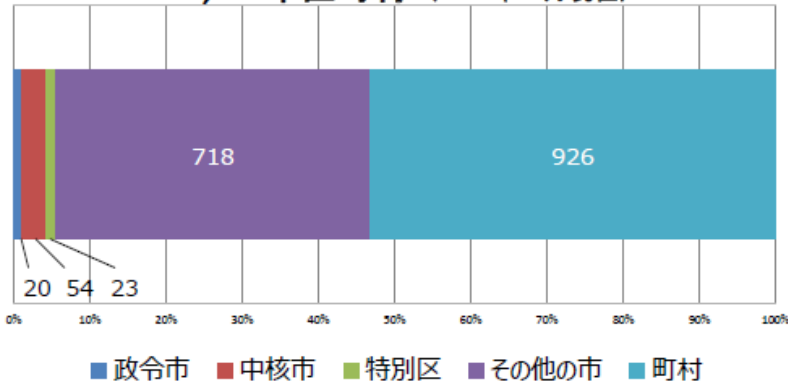
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するための自治体行政による包括的支援体制の構築は、限られた資源を有効に活用する必要がある。都道府県（障害保健福祉圏域レベル）では、市区町村が日常生活圏域で実施する取組と医療圏や障害保健福祉圏域の取組を重層的なものとし、市区町村が実施する「地域包括ケア体制」との整合性をはかり基本圏域での包括的支援体制に裾野を広げていくことが必要となる。



参考

自治体数(47都道府県を除く)

1,741市区町村 (2018年10月現在)



※保健所を設置する自治体数 20+54+23+6=103市 (5.9%)
 ※保健所未設置の自治体数 712+926=1638市(94.1%)

(2) 地域における精神保健福祉関連の人材の質的な課題

保健所設置自治体では、主に公衆衛生医、保健所保健師、精神保健福祉相談員が精神保健業務を担っている。しかしながら精神保健福祉相談員養成研修の開催は全国的にも極めて少なく、保健所設置数の減少に伴い精神保健福祉相談員の任命数も減じており、精神保健福祉相談員未配置保健所も生じている状況である。更には、平成30年12月18日、児童虐待防止対策体制総合強化プラン（いわゆる新プラン）が閣議決定され、今後、児童相談所への保健師配置がす

すめられることから精神保健領域での人材確保への影響も懸念される。

市区町村行政では、政令市、中核市による保健師、精神保健福祉士の採用は増加している。保健所未設置市区町村では、保健師、行政栄養士の採用は増加しているものの精神保健福祉士の採用は少なく、母子保健や生活習慣病対策などの地域保健業務は推進されるが、精神保健対策は取り組めていない自治体が多い。市民への直接支援は地域の障害者相談支援事業所や地域包括支援センター等において、養成研修を修了した相談支援専門員・介護支援専門員などにより福祉的支援体制を整備しているが、特に精神科未治療の者や医療中断している者など精神保健ニーズへの対応、医療調整や精神障害の特性を踏まえた生活支援の経験は不足している。福祉サービス提供では課題解決が図れない精神保健ニーズへの対応、縦割り行政の狭間にある複合的な課題を抱える精神障害の疑いのある事例などが潜在化もしくは危機事象として顕在化するなか、精神保健福祉士の配置が少ない自治体では、精神保健相談のノウハウ不足から介入が遅れ、適切な医療への導入が遅くなり重症化する現状がある。

（3）地域における包括的支援体制構築にむけた支援の現状

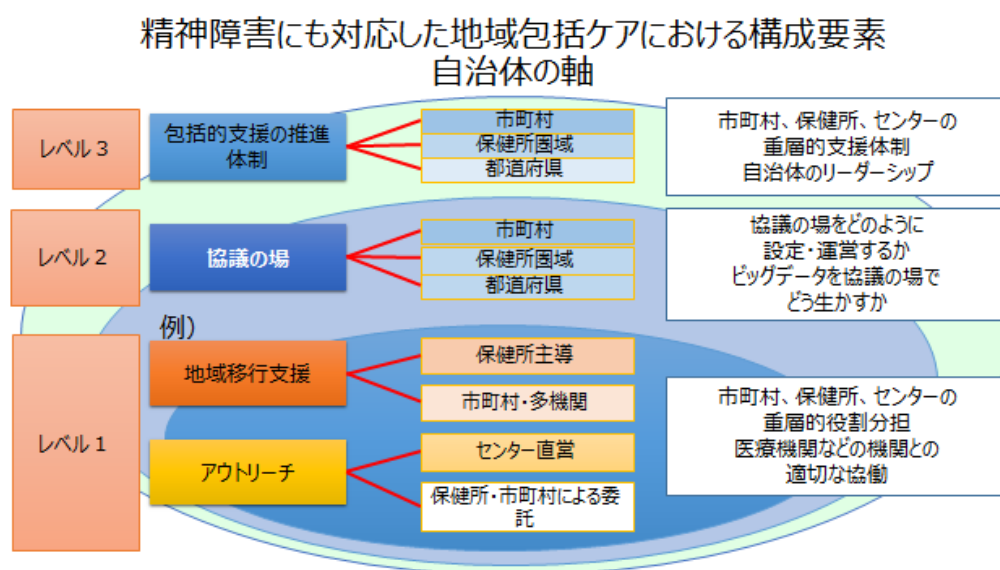
精神障害者本人・家族の生活支援については、相談支援事業所や地域包括支援センター、市区町村、都道府県保健所が重層的に連携を構築し、精神障害があっても地域で安心して暮らすため支援を行う障害者相談支援事業が実施されている。地域では相談支援専門員や介護支援専門員が、障害福祉サービスや介護保険では満たされない精神保健ニーズへの介入に苦慮することがあり、保健所や市区町村の精神保健福祉相談員や保健師が介入し、医療機関調整等に協働している。この際、いわゆる公的福祉サービスだけではなく、住民互助の地域資源の活用、経済的支援、居住に関するサービスなどのインフォーマルな支援を最大限活用したケースマネジメントの技法を有する専門職による支援が頻繁に行われている自治体と、専門職が未配置で対応に苦慮している自治体がある。また、体制整備のための協議の場に精神科ユーザーや精神障害者等当事者家族が参画し、「本人中心支援」「家族支援」「社会資源創設」を推進している自治体もあれば、協議の場の設置がない場合や設置されていても精神科ユーザーや精神障害者等当事者家族の参画がない自治体もある。

地域における包括的支援体制の構築は、日常生活圏域で当事者・家族を支援する主体である市区町村と協働し、保健、医療・介護、福祉、教育、住居、労

働等の多分野多領域の関係者間の相互理解を深め信頼関係を構築し、共通の目標に向かう道筋をつけるプロセスが重要となる。代表者レベルの協議の場や担当者レベルの協議の場への当事者参画、住民参画が重要となる。市区町村では日常生活圏域でのシステム構築をすすめる地域包括ケアシステムや障害者支援協議会を実施しており、その多くは身近な地域ごとにユーザー、家族、住民（自治会や民生委員会選出委員、健康増進推進員等）の参画により意見を反映しているが、都道府県圏域での取組の中で、例えば当事者組織や家族会連合会選出委員を構成員に位置づけられない場合、検討内容が当事者や家族のニーズからかけ離れてしまう懸念もある。

Ⅲ. 梃子となる解決策：重層的な支援体制の構築の実践例

精神障害の有無や程度にかかわらず誰もが安心して暮らすことができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築をすすめるために、都道府県・圏域ごと、市区町村ごとに「協議の場」を設置し、保健・医療・福祉等の関係者による協議を先導して重層的な支援体制の構築を図ることが示されている。また医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画が連動するように共通のアウトカム指標が設定された政策動向を踏まえ、精神障害者の地域移行やアウトリーチ支援を実現するために、各自治体が重層的な連携を構築し包括的支援体制を強化することが求められている。

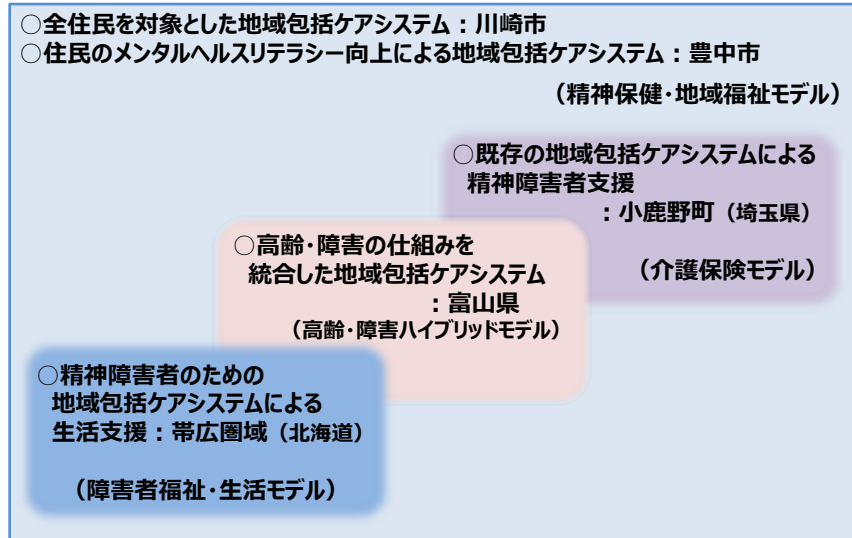


このことについて本研究では、自治体規模による特性を踏まえ好事例調査を行った。レベル3の包括的支援体制の推進に着手し成果を上げている都道府県（北海道十勝圏域、富山県）、政令市（川崎市）、中核市（豊中市）、その他の市町（十勝圏域：帯広市、士幌町、埼玉県小鹿野町）を選定した。

包括的支援体制の推進のための課題解決策として、①多領域多分野多職種の参画による横断的な個別支援連携、②精神障害者本人及び家族等の精神保健ニーズ及び生活支援（福祉）ニーズが集積されている日常生活圏域での関係機関連携、③多機関間連携による重層的な支援体制（都道府県・障害保健福祉圏域、都道府県型保健所・市町村）の3つのタイプが挙げられた。

	【自治体による包括的支援体制の推進の3タイプ】	好事例自治体
1	地域精神保健システムの強化による重層的な包括的支援体制の整備 (精神保健・地域福祉モデル)	川崎市、豊中市
2	精神障害者の地域生活支援体制（協議会）を活用し保健所と市町村協働による包括的支援体制の整備（障害福祉生活モデル、高齢・障害統合モデル）	北海道十勝圏域、富山県
3	高齢者支援・介護保険の取組を活用した包括的支援体制の整備（高齢福祉・介護保険モデル）	小鹿野町

包括的支援体制の構築～好事例自治体～



取組に共通して見られた特徴は、組織の長（保健所長、市町村長）が方針を決定し、行政施策を担う専門職が、地域機関の代表者への働きかけ（仕組みづくりのためのデータ分析、政策方針の提示）、地域機関の担当者への働きかけ（本人・家族ニーズの的確な把握、各相談機関への技術的支援、日常生活圏域での課題の抽出、課題解決にむけた方向性の共有と解決に向けた実践、不足する資源の創出）や連携構築のためのシステム会議について既存の仕組みを活用し（必要な見直しのもと）、支援体制の重層化を実践している。

【重層的な包括的支援体制の推進のための3要素】	
1	当事者・家族のニーズ解決のため、多領域多分野多職種が参画した横断的な個別支援連携
2	当事者・家族のニーズを集積した日常生活圏域での多領域多分野の関係機関連携
3	多機関間連携を地域で包括化する重層的な支援システム構築

いずれの好事例自治体も、既存の保健医療福祉圏域連携会議、障害者支援協議会、地域ケア会議等を活用（一部は見直し、運営方法を改善）し、重層的な

包括的支援体制の推進をすすめている。

包括的支援体制の推進に関する好事例の概要		
1	都道府県	
①	富山県 砺波圏域	「都道府県型保健所による医療・介護、障害を統合した包括的支援体制の整備」 ・地域医療構想、医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画のアウトカム指標の整合性を図り、総合調整のための代表者会議と現場担当者の会議を連動し、既存会議を改善・活用した取組
②	北海道 十勝圏域	「都道府県型保健所による精神障害者支援に関する包括的支援体制の強化」 ・地域移行が進められている帯広市を中心とした管内市町への医療・保健・福祉関係機関の連携強化の取組。
2	政令市	
	川崎市	「全てのライフサイクル」に対応した地域包括ケアシステムの構築 ・川崎版地域包括ケアシステムの核となる「地域みまもり支援センター」設置 ・3圏域に地域リハビリテーションセンターを分散設置しバックアップ体制を構築するなど、組織機構改革による自治体行政機能の強化
3	中核市	
	豊中市	「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の構築 ・市独自の「メンタルヘルス計画」に基づき「全てのライフステージと健康のあらゆる段階」に対応する包括的メンタルヘルス対策の推進と市民のメンタルヘルスリテラシー向上
4	その他市町	
①	帯広市 (北海道)	「障害者ケアマネジメントによる地域生活支援システム」での地域支援体制 ・帯広市自立支援協議会による多機関協働による精神障害者の地域生活支援 ・商工関係団体との交流によるまちづくりの取組。
②	小鹿野町 (埼玉県)	「既存の地域包括ケアシステム」による入院を前提としない精神障害への対応 ・総合診療と高齢者支援における地域包括ケアシステムを活用した精神障害にも対応した地域包括ケア体制

(1) ①都道府県：富山県（砺波圏域）

「都道府県型保健所による医療・介護、障害を統合した包括的支援体制の整備」

・地域医療構想、医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画のアウトカム指標の整合性を図り、総合調整のための代表者会議と現場担当者の会議を連動させた。既存会議の改善・活用による取組

○富山県では、厚生センター（県型保健所）の管轄区域が医療圏、障害保健福祉圏域と同一であり、管内市町村との連携体制が取りやすいという地域特性がある。その中で、中核的機関である厚生センターが、センター長（公衆衛生医）の旗振りのもと、既存の様々な地域連携会議を見直し、再構築し、医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画の策定について各指標の整合性を測り計画策定に取り組んでいる。また、精神障害者施策については、市町村が実施する自立支援協議会を共同運営するとともに、高齢者施策については、地域ケア会議などを支援することにより、日頃から保健所と市町村の連携及び障害介護の制度間連携が図られ、重層的な支援体制を構築している。

②都道府県：北海道十勝圏域

「都道府県型保健所による精神障害者支援に関する包括的支援体制の強化」

・地域移行が進められている帯広市を中心とした管内市町への医療・保健・福祉関係機関の連携強化の取組

○十勝圏域では、既に官民（医療、福祉）が連携協働し精神障害者の生活支援体制が整備されている中、精神科病院からの地域移行に伴う精神科病床の削減が進められている。その一方で、精神運動興奮や衝動性を呈する病状で医療ケアが必要となる者の地域移行は依然として課題となっている。

帯広保健所では、十勝圏域保健医療福祉圏域連携会議に他の公衆衛生関連部会と同階層に精神保健福祉対策部会を設置することで、管内医療機関、精神科医療機関、その他の保健医療福祉関係機関と市町村行政の重層的な支援体制を構築している。精神保健福祉対策部会では、新たな課題としてニューロングステイの予防、地域移行者の再入院予防、医療ケアの必要な方の地域移行に関する検討を開始するとともに、相談支援専門員と医療機関職員（保健師・看護師、精神保健福祉士等）の人材育成（個別支援への同行支援、ケース検討、研修等）により連携強化を図っている。

（2）政令市：川崎市（神奈川県）

「全ての住民（全てのライフサイクル）」に対応した地域包括ケアシステムの構

築

・川崎版地域包括ケアシステムの核となる「地域みまもり支援センター」設置
 ○川崎市では、地域包括ケアシステム構築にあたり「個別支援の強化」と「地域力の向上」を2本柱とし、住民のアクセシビリティの確保を図るべく7つの日常生活圏域に保健衛生部門（旧保健所）と福祉行政部門を統合した総合相談拠点「地域みまもり支援センター」を設置し、互助・共助・公助をそれぞれの地域で相談業務を実施している（地域分散型）。このことにより、住民に身近な総合相談の拠点の整備、見守り支援及びハイリスク者への介入等アウトリーチ支援を実施するとともに、日常生活圏域ごとに多職種多他機関連携によるネットワークが構築されている。併せて市内3圏域にそれぞれ「更生相談所」及び「精神保健福祉センター」を統合した「地域リハビリテーションセンター」を設置し「地域みまもり支援センター」のバックアップ体制を構築した。

（3）中核市：豊中市（大阪府）

「地域包括ケアシステム・豊中モデル」の構築

・市独自のメンタルヘルス計画に基づく「全てのライフステージと健康のあらゆる段階」に対応する包括的メンタルヘルス対策

○豊中市では、市保健所を核とし全国でも珍しい市独自の「豊中市メンタルヘルス計画」を策定した。この計画は、市総合振興計画の分野別計画に位置づけられ、健康増進法や精神保健福祉法、自殺対策基本法、アルコール健康障害対策基本法に基づくメンタルヘルス施策を統合している。子どもの健康な心を育てることやストレス対処方法の普及、こころの不調や疾病の早期発見と適切な医療等の確保、精神疾患に罹患した人のリカバリー、家族の支援と地域づくりなど、すべてのライフステージと健康のあらゆる段階に対応する、市民のメンタルヘルスに関わる総合的な行政計画である。市民のメンタルヘルスリテラシー向上を図るとともに、行政のみならず市民や地域、関係団体、様々な民間主体との協働による包括的メンタルヘルス対策と地域づくりを一体的に推進する方針を示している。

（4）①その他の市町：帯広市（北海道）

「障害者ケアマネジメントによる地域生活支援システム」による包括ケア体制

・帯広市自立支援協議会による多機関協働による精神障害者の地域生活支援

・商工関係団体との交流によるまちづくりの取組

○帯広市では、「地域生活支援」をキーワードとして、帯広市自立支援協議会により個別支援の課題から地域課題の解決に向けるべく「本人参加」「官民協働」による相談支援体制を確立している。

障害者ケアマネジメントの手法により実践され、医療モデルから生活モデルにシフトチェンジした精神障害者の地域生活支援システムでは、社会的入院者の退院促進や重症の精神障害者へのアウトリーチ支援が進められ、精神科病床の削減、ニューロングステイの防止が図られている。同時に、グループホームの整備、不動産関係者や商店街との交流がすすめられている。

十勝圏域の統計によれば、精神科病院入院者の平均在院日数は、全国の 1/3（630 調査、平成 28 年 96 日／年：全国 275 日／年）であり、平成 28 年度国保連データベースシステム（KDB）によれば疾病別一人当たり医療費は、国の総計 27,870 円に対し、20,654 円、国の入院 17,779 円に対し 9,781 円となっている。

②その他の市町：小鹿野町（埼玉県）

「既存の地域包括ケアシステム」による精神障害への対応

・総合診療と高齢者支援における地域包括ケアシステムを活用した精神障害にも対応した地域包括ケア体制

○小鹿野町は、衛生部局と福祉部局を統合した保健福祉センターにより住民主体の健康増進事業及び介護予防事業を展開している。併設する国保町立病院における総合診療及び訪問看護との連携により在宅医療及び地域包括ケアシステムの構築を図っている。町には精神科医療資源は皆無であり、県保健所管内にも入院を受け入れる精神科病院はない。重症の精神障害者の受診受療支援は所管する県保健所と連携し対応するが、入院治療を要する場合、遠方の精神科病院を利用することとなる。また、精神障害者支援を実施する社会資源は、公設の小規模作業所から発展した地域活動支援センター1 か所を有するのみである。その一方で高齢精神障害の方への支援は、既に高齢者支援の仕組みである地域包括ケアシステムの中で保健師及びかかりつけ医たる総合診療医を中心とした多職種連携による個別支援チームにより「住み慣れた地域で安心して暮らしたい」という共通理念のもと、住民ニーズに寄り添うべく個別支援を実践が積み重ねられている。多職種連携の処遇検討の場である「地域ケア会議」と多機関

の資質向上のための「包括ケア会議」を中心に、随時の担当者会議、ケース検討会議などが頻繁に開催されている。

なお小鹿野町では、平成26年度国保連データベースシステム（KDB）によれば75歳以上の一人当たり医療費は、埼玉県平均839,959円のところ709,919円となり、また平成29年度標準化保険料算定額は埼玉県平均99,727円のところ県下最少額の69,815円となっている。

IV. 包括的支援体制を推進するために利用できるリソース

予算や人員配置状況については自治体規模により大きな差異があるが、好事例自治体の取組では包括的支援体制の推進は、自治体規模に限らず地域のリソースの抽出と活用が効果的に行われていることがわかった。好事例自治体の職員は、日常から多領域多機関多職種 of 職員との顔が見える関係づくりが実践されており、その信頼関係のもと地域資源を有効に活用し統合を図っている。また担当者の異動により事業実施方針が変更されることなどが無いよう、地域分析を行い地域課題について担当者間の共有のみならず、所属長による事業実施の方針を定め、中長期的な事業計画のもと庁内検討を踏まえて協議の場で関係機関に対し、組織的に一貫した方針を示し運営している。

	都道府県、政令市、保健所設置市、特別区	その他の市町村
主な人的リソース	<ul style="list-style-type: none"> 保健、医療・介護、福祉、教育、労働等関係機関の代表者、担当者 各職能団体の代表者、担当者 当事者会・家族会等連合体の代表者 大学や研究機関の職員（学識経験者） 	<ul style="list-style-type: none"> 当事者・ピアサポーター（会）、家族（家族会）、精神保健福祉ボランティア等 地域福祉関係者、地域の互助組織（各種住民組織等） 保健、医療・介護、福祉、教育、労働、まちづくり等関係機関の代表者、担当者
アウトカム指標達成のための主な	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療構想 医療計画 障害者計画・障害福祉計画 	<ul style="list-style-type: none"> 障害者計画・障害福祉計画 総合振興計画 地域福祉計画

行政計画等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険事業計画 ・ 自殺対策計画 ・ アルコール健康障害対策計画など ・ 各種統計（NDB、ReMHRAD など） ・ 実態調査、団体長ヒアリング等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険事業計画 ・ 自殺対策計画 ・ 国民健康保険事業計画など関連計画 ・ 各種統計（KDB、ReMHRAD など） ・ 市民意識調査、団体ヒアリング等
システム構築に活用できる既存の会議等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 都道府県精神保健福祉審議会 ・ 保健医療福祉圏域連携会議 ・ 障害者協議会 ・ 保健所管内精神保健福祉担当者連絡会議 ・ 保健所管内精神障害者地域移行推進会議 ・ 精神科医療機関による退院支援委員会等 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別支援会議 ・ 精神科医療機関による退院支援委員会 ・ 地域ケア会議 ・ 自治体内総合相談担当者会議 ・ 障害者協議会（障害者総合支援法） ・ 障害福祉審議会（障害者基本法諮問機関） ・ 国民健康保険事業運営協議会等
システム構築関連の補助金等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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・同構築支援事業 ・ 精神障害者地域生活支援広域調整等事業 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者総合支援法関連 ・ 子育て世代包括支援法関連（妊娠期からの切れ目のない支援） ・ 介護保険関連（地域包括ケアシステム） ・ 生活困窮者対策関連（総合相談） ・ 自殺対策（生きることの包括的支援）

□各会議・事業等の名称は自治体ごとに相違がある

V. 包括的支援体制構築のポイント

	キーワード	ポイント
1	精神保健相談	当事者・家族の精神保健ニーズに対応する個別支援が起点。

		早期訪問支援や退院後支援、家族支援、個別支援会議の開催など
2	日常生活圏域	市区町村が主体の多領域多機関多職種が連携した重層的な支援体制の構築 地域ケア会議などネットワーク会議の開催
3	地区分析	医療計画、障害福祉計画、介護保険事業計画等のアウトカム指標の達成にむけたデータの共有・活用。方針（戦略）・施策（戦術）の立案。 都道府県、政令市、保健所設置市、市区町村の協働。 （協議の場での方針検討、事業実施計画合意形成や各種研修等の実施など）
4	重層化	地域の特性に応じた「地域包括ケアシステム」の理念の共有と実践 協議の場の三重構造化：個別支援連携、関係機関連携、支援システム （1）市区町村（当事者・家族、相談支援事業者・介護支援事業者）等 （2）保健所・市区町村（保健、福祉、介護、教育、住居、労働等）、医療機関 （3）都道府県・圏域、保健所、市区町村、関係機関（代表者）

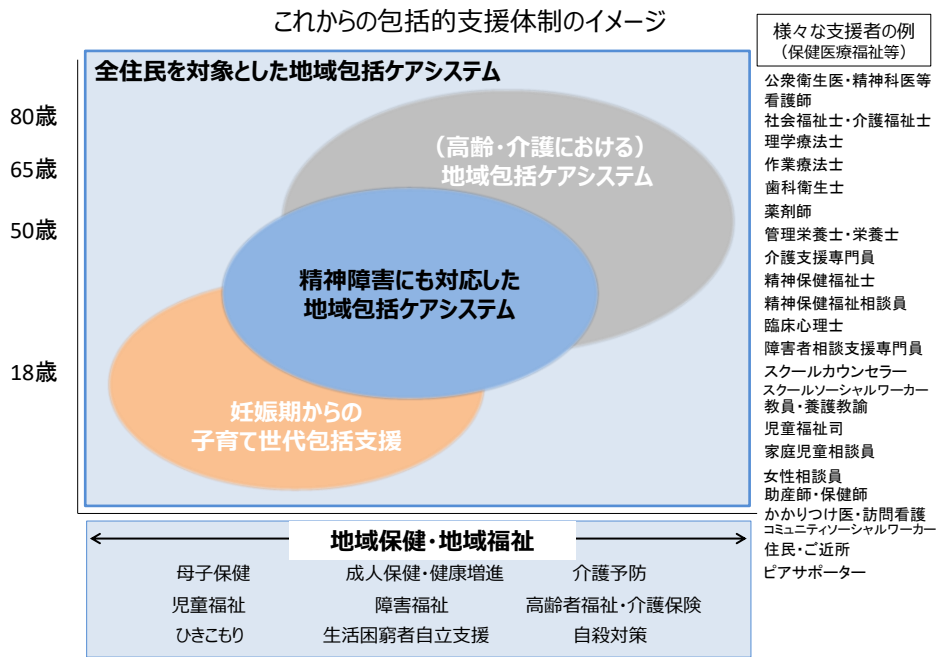
好事例自治体の取組を見ると、日常生活圏域での精神保健相談（個別支援）を起点とし、多職種チームによる訪問支援など多領域多機関多職種の顔が見える連携（ネットワーク会議等の開催）により、個別課題の解決を図るプロセスを経てケースを通じて抽出された地域課題を共有し、研修や新たな支援システムを開発している。

保健所では所長を中心とし、包括的支援体制構築に向けた中長期的ビジョンと事業計画を立案する。初めに地域分析を行い、所属内部で構築推進事業実施にむけて方針案を作成するとともに、地区医師会や管内市町村担当者とのヒアリングや打合を綿密に行う。都道府県・圏域レベルと市町村レベルの目標や目標達成のための具体的施策の実施方針が乖離しないよう、地域性を考慮した包

包括的支援体制の推進にむけた調整を図る。担当者は、精神保健ニーズや精神障害者及び家族等のニーズ、障害福祉サービスや居住等に関する社会資源を日常生活圏域で把握している市町村担当者とともに課題を整理する。それとともに、必要な研修等による人材育成、多領域多機関の代表者会議（例として、保健医療福祉圏域連携会議）や担当者レベルの推進会議（例として、障害者協議会）、市町村が行う障害者支援協議会等を連動させ協議をすすめる。担当者は、人材育成や協議の場の運営があくまで包括的支援体制推進のための手段であり、研修や協議の場を実施することが目的ではないことを常に意識し、形骸化しないよう定量的なデータを元に運営する必要がある。協議の場は、既存の会議（地域ケア会議や障害者協議会、日常生活圏域による個別支援会議等）から抽出された課題や ReMHRAD などを活用した地域分析データ及び当事者・家族等のニーズを踏まえ、組織的戦略的かつ計画的に包括的支援体制の構築を推進することが必要である。市区町村は、保健所が実施する精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業等や協議の場に積極的に参画する。そこで、個別支援や障害者協議会、地域ケア会議等の機会に精神保健課題や精神障害者及び家族等の生活支援ニーズを集約し、課題解決に向けて都道府県・圏域、保健所に調整を図り、障害福祉計画や介護保険事業計画の数値目標や各指標の達成を図ることが必要である。

VI. 波及効果

都道府県・圏域、保健所・市区町村が精神保健及び精神障害者の福祉に関して支援を重層化し包括的支援体制を推進するプロセスにより、多領域多機関が協議の場や研修等に参画し、地域課題の共有がすすめられ、例えば医療につながるににくい様々な世代のメンタルヘルス課題のあるケースへの訪問支援や家族支援などの諸活動が開始されることにより、これまで高齢者のための地域包括ケアシステム、子育て世代の包括ケアシステムなど、制度縦割りの包括支援システムでは狭間におちていた精神保健ニーズへの対応により全世代型の地域包括ケアシステムに展開することができる。



自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(野口班)

VII. 課題・注意点

都道府県、政令市、中核市が主体となり実施する「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」による地域包括ケアシステム構築の目的は、地域生活を行う精神障害者及び家族のニーズを解決するための体制づくりであり、決して膨大な資料の読み上げを行う行政説明や関係者間の情報交換を行うことが目的ではない。多領域多機関で協議するためには、地域課題の抽出、分析、方針の明示、地域包括ケアシステムの全体像を共有する。また各関係機関の役割に関しては、当事者会、家族会、医療機関、相談支援事業所、市区町村（精神保健所管課、障害福祉所管課、その他関係課所）等との綿密な打ち合わせのもと、事業計画を立案し継続的に事業運営をすることが必要である。

精神障害者本人や家族が安心して地域で暮らすことを実現するために、市区町村が既に取り組んでいる日常生活圏域を中心とした地域包括ケアシステム等との違いを常に意識し、もしくは市区町村事業との整合を図り、地域課題を踏まえて重層化した体制とする必要がある。目的なき情報交換会議、形骸化した会議とならないよう、日常生活圏域で個別支援を実施する市区町村と戦略を共有し協議の場を運営し、医療機関や障害者相談支援事業所等との相互の連携強化を図り重層化した支援体制を構築する。

VIII. 自治体で包括的支援体制を構築する際の主なポイント

「精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができる」地域づくりはすべての自治体で、その実情に応じて取り組むものである。自治体の規模、体制や社会資源の状況、これまでの地域精神保健福祉活動の展開は様々であるが、2018年の第7次医療計画、第5次障害福祉計画、第7次介護保険事業（支援）計画により、2024年末時点の共通のアウトカム目標が示されていることから、各自治体では、重層的な包括的支援体制を早期に構築し、必要な支援体制に関する協議をすすめることが必要である。好事例自治体では、既存の事業を発展させることでネットワークを強化している。各自治体に共通するポイント及び各自治体の強みを抽出し、包括的支援体制を構築する際の参考となるものを列挙する。地域包括ケアは一日にしてならず、中長期的なビジョンを持ち計画的に取り組むことが肝要である。

(1) 都道府県（障害保健福祉圏域）、政令市

○主管課による協議の場の設置

- ・ 障害福祉審議会（条例設置、諮問機関）での協議（審議会からの答申）
- ・ 体制整備に関する方針の提示と予算の確保
- ・ 必要性に応じた圏域の見直しや組織機構改革、人員配置
- ・ 都道府県医師会、精神病院協会等関係機関、関係団体への説明会の開催及び協議
- ・ 医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画等行政計画の推進
- ・ 関連行政計画のアウトカム評価の統合と進捗状況管理

○圏域・保健所による協議の場の設置

- ✓ 保健所長のリーダーシップ
 - ・ 保健医療福祉圏域連携会議や在宅医療連携会議等の活用
 - ・ 地元医師会長、精神病院協会長との協議、連携構築
 - ・ 市町村長もしくは所管部課長との協議、連携構築
 - ・ 精神科病院への実地指導権限の活用
- ✓ 担当者による事業計画戦略策定、必要な事業の実施
 - ・ 地域分析（定量的データ； ReMHRAD、NDB、KDB等の活用、プレゼンテーション資料作成）

- ・ 医療機関担当者への趣旨説明と協議、連携構築
- ・ 市町村担当課（保健、福祉、介護、保険、教育、労働等）への趣旨説明と協議
- ・ 市町村担当課（保健、福祉）との協働、連携構築
- ・ 他領域の関係機関職員への支援、研修、人材育成
- ・ 業務の再編、既存会議・事業の見直し、社会復帰関連事業の廃止
（例：当事者会・家族会への支援などは市町村への働きかけ、業務移管）

○精神保健福祉センターによる保健所、市区町村への技術的支援

- ・ 調査研究
- ・ 地域分析（定量的データ； ReMHRAD、NDB、KDB 等进行分析、基礎資料作成、提供）
- ・ 人材育成（支援機関職員研修、ピアサポーター養成研修等）
- ・ 保健所・市区町村への技術的支援
- ・ 地域移行支援事業、アウトリーチ支援事業、家族支援事業、啓発事業等

（2）中核市（保健所設置市）、特別区（基本圏域）

○（1）都道府県・政令市に掲載した主管課及び圏域・保健所の取組内容に準じた取組の実施

○障害福祉審議会（条例設置、諮問機関）での協議（審議会からの答申）

- ・ 必要な障害福祉サービス提供体制の確立

○市保健所と都道府県精神保健福祉センターとの連携構築

✓ 主な事業の例

- ・ アウトリーチ支援事業
- ・ 家族支援
- ・ 地域移行支援事業
- ・ 精神科救急関連事業
- ・ 通報対応・精神保健診察、措置入院者等の退院後支援等における業務連携等

○行政区単位での精神保健福祉連携会議の開催

✓ 主な事業の例

- ・ 精神保健相談体制の確立
- ・ 精神障害者の障害福祉サービス等の整備充実

- ・ 当事者会・家族会への支援
- ・ 普及啓発事業

(3) 保健所未設置市町村（基本圏域、日常生活圏域）

○協議の場の設置

- ✓ 障害福祉審議会（条例設置、諮問機関）での協議（審議会からの答申）
 - ・ 障害者計画及び障害福祉計画の進捗管理、評価
 - ・ 必要な障害福祉サービス提供体制の確立
- ✓ 障害者協議会（自立支援協議会）の活用
 - ・ 個別支援ニーズの集約
 - ・ 精神障害者の福祉相談支援体制の強化
 - ・ 必要な社会資源の創設にむけた取組

○保健部局の取組

- ✓ サービスにつながらない・つながりにくい者やその家族等への支援
 - ・ 訪問支援
 - ・ 精神保健相談（こころの健康相談、ハイリスク者支援）の実施
 - ・ 個別支援カンファレンス
 - ・ ニーズアセスメントとケースマネジメント支援
 - ・ 相談支援事業所、地域包括支援センター等相談機関との協働
 - ・ 医療機関との個別支援連携
- ✓ 啓発事業の実施
 - ・ 精神保健に関する正しい知識の普及
 - ・ メンタルヘルスリテラシーの向上（教育、地区組織等との共催）
 - ・ 家族会等団体への支援（孤立予防、ニーズ把握、具体的支援の検討）

○福祉部局での取組

障害福祉サービスや介護保険サービス提供体制の整備

- ✓ 基幹相談支援センターや障害者相談支援事業所との連携構築
 - ・ 障害者協議会の運営
 - ・ ケースマネジメント会議の開催
 - ・ 相談支援専門員、介護支援専門員との協働
 - ・ 相談支援専門員、介護支援専門員、障害福祉サービス提供事業

所生活支援員等への研修

- ✓ 障害福祉サービス・介護保険サービス提供事業所との連携強化
 - ・ 地域ケア会議、包括ケア会議の活用
 - ・ 精神障害者の生活支援、社会参加の促進
- ✓ 精神障害者の雇用対策、就労支援の促進
 - ・ 職場開拓支援、職場定着支援
 - ・ 労働関係機関、庁内産業振興部局との連携強化
- ✓ 高齢者支援機関との連携
 - ・ 個別支援会議・地域ケア会議、包括ケア会議での支援技能の担保（支援の質の均てん化）
- ✓ ピアサポーターの養成と活動支援
 - ・ ピアサポーター養成講座の実施
 - ・ ピアサポート活動の場（居場所）の提供による交流の場の創設
- ✓ 就労支援
 - ・ ピアスペシャリストの養成
 - ・ 相談支援事業所での採用、ピアサポーターによる精神科病院訪問等の業務実施
- 住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律の運用
 - ・ 生活困窮者自立支援所管課、市営住宅所管課等との協議、連携構築
 - ・ 宅地建物取扱業協会等との連携構築
- 地域の互助とのネットワークの構築
 - 市町村における地区組織、教育、労働・商工関係機関、関係団体等との連携構築
 - ・ 自治会、学校・PTA、子供会等の地区組織への働きかけ
 - ・ 商工会議所との連携
 - ・ 商店街等との交流機会の創出

文献

1. 厚生労働省 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータルサイト
2. 第2回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築担当者会議資料
3. 平成23年度障害者総合福祉推進事業「地域精神保健福祉活動における保健所機能強化ガイドラインの作成」報告書
4. 平成26年度障害者総合福祉推進事業「保健所及び市区町村における精神障害者支援に関する全国調査」報告書
5. 平成28年度障害者政策総合研究事業「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」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）
6. 保健師ジャーナル Vol.73(2017.8) 医学書院
7. 地域保健 2018.1 東京法規出版
8. 精神保健福祉 日本精神保健福祉士協会誌 Vol.50(2019.1) へるす出版

協力（順不同）

- 川崎市中原区見守り支援センター
- 豊中市保健所
- 十勝総合振興局保健環境部帯広保健所
- 北海道立緑が丘病院
- 帯広市障害者福祉課
- 十勝障がい者総合相談支援センター
- 上士幌町役場保健福祉課
- 小鹿野町保健福祉センター保健課
- 国民健康保険町立小鹿野中央病院

別添 6

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（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

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

レベル2 協議の場ガイド （暫定版）

平成 31 年 3 月

I．背景

II．留意点

III．関係機関の役割

IV．協議の場の設置・運営に向けたステップ

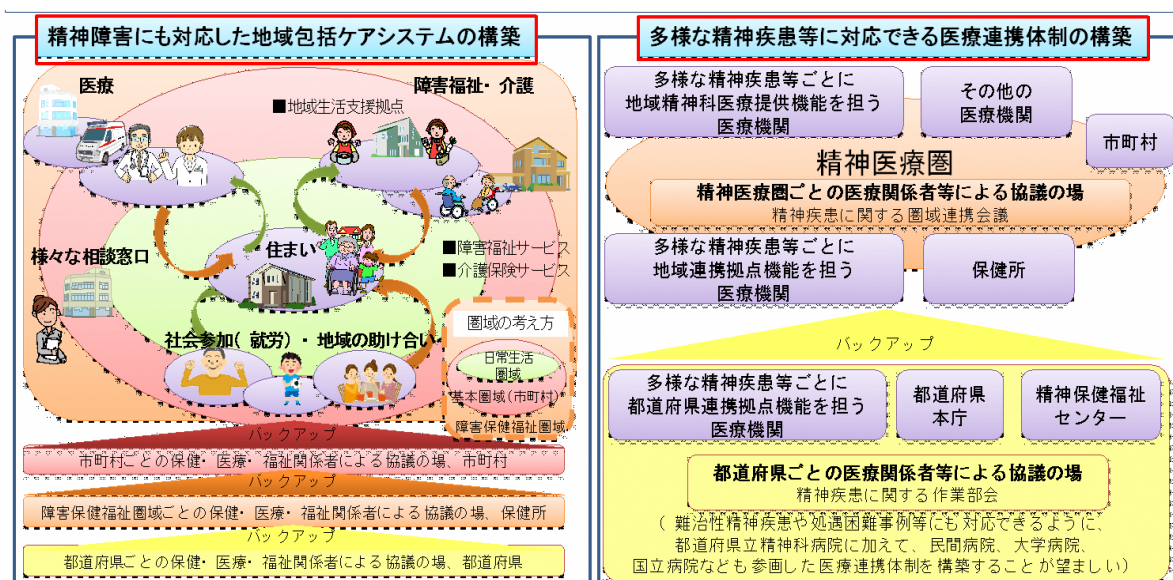
V．参考事例

<参考 精神医療の評価に関するネット公表情報>

I. 背景

第5期障害福祉計画（2018～2020年度）で「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の成果目標として、「保健・医療・福祉関係者による協議の場（市町村ごと、障害福祉圏域ごと）」が掲げられるとともに、第7次医療計画（2018～2023年度）で「多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築」のため、「精神医療圏ごとに医療関係者等による協議の場（精神疾患に関する圏域連携会議）」が掲げられ、都道府県ごとの協議の場がそれぞれバックアップする体制が示された（図1参照）。

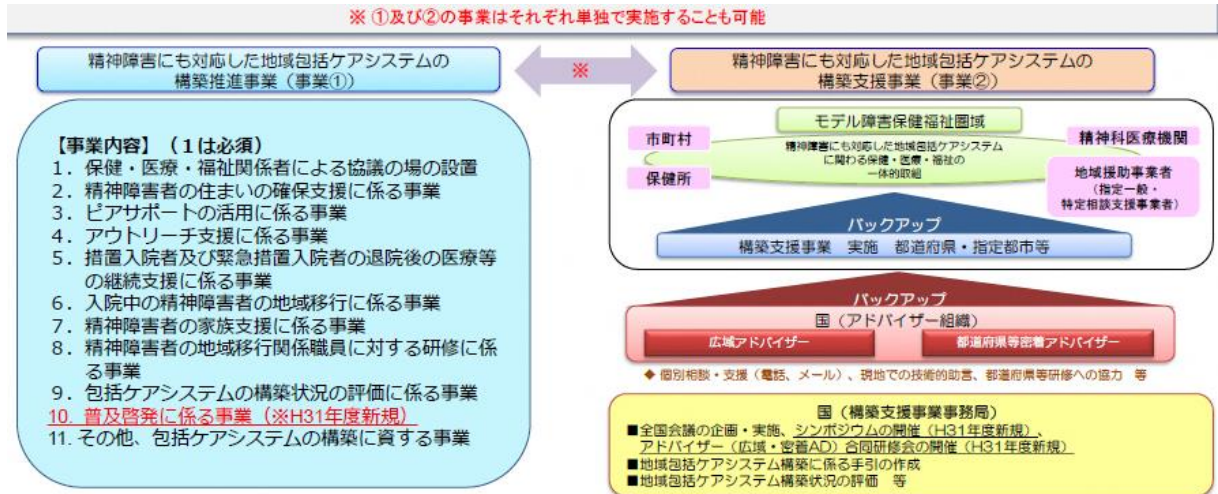
図1 厚生労働省資料抜粋



第5期障害福祉計画（2018～2020年度）、第7次医療計画（2018～2023年度）、第7期介護保険事業（支援）計画（2018～2020年度）は同一の考え方を機軸とし、共通のアウトカム指標（長期入院患者数、退院率）によって政策を推進しており、市町村と都道府県が連携・協働しながら、計画を一体的に推進する必要がある。

2017年度からの「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」（図2参照）では、保健・医療・福祉関係者による協議の場が必須とされ、厚生労働省が協議の場の設置に係る進捗状況を定期的に把握し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル」（<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>）で公表している。

図2 厚生労働省資料抜粋



なお、経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表 2018（2018年12月20日）」では、医療・福祉サービス改革の一つとして「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」（KPI第1階層；「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」の実施自治体数【2021年度までに150自治体】・「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」において実施している事業総数【2021年度までに1,500事業】）、KPI第2階層；精神障害者が精神科病院から退院後1年以内の地域での平均生活日数【増加】が掲げられている。

II. 留意点

1. 市町村単位、圏域単位、都道府県単位の協議の場とを連動させること。

市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場は、障害福祉や介護保険サービス等の提供を通じて、日常生活圏域を基盤とした多機関・多職種による「医療」「障害福祉・介護」「様々な相談窓口」「住まい」「社会参加（就労）」「地域の助け合い」からなる包括的支援体制の構築を推進する。また、障害保健福祉圏域単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場は、精神科医療機関との調整や精神医療情報の提供など、広域的・技術的観点から市町村単位の協議の場を支援するとともに、医療関係者等による協議の場を通じて多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築を推進する（図1参照）。圏域単位の協議の場は、それぞれの地域における医療計画、障害（児）福祉計画、介護保険事業（支援）計画の一体的推進の要であり、都道府県単位の協議の場は、都道府県関係団体の情報提供と合意形成等を通じて圏域単位の協議の場をバックア

ップする。

2. 部署横断的に取り組むこと。

都道府県（保健所）と市町村間で、医療計画（精神疾患）、障害（児）福祉計画、介護保険事業（支援）計画の目標設定及び施策を共有するとともに、平素から、精神保健医療担当部署、医療政策担当部署、障害福祉担当部署、高齢介護担当部署、地域福祉・生活困窮担当部署、教育担当部署、母子保健担当部署、児童福祉担当部署、住宅政策担当部署など、精神保健医療福祉に関わる部署間の意思疎通に努める。例えば、メーリングリストや共有フォルダの活用等も有効である。

3. 協議の場の設置・運営にあたって関係機関・担当者に過度の負担を強くないこと。

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、基本の連携体制（図3参照）を踏まえた上で、協議の場の設置・運営には、既存の精神保健福祉にかかる事業・会議体を活用するとともに、代表者会議と実務者によるワーキング会議による重層的な開催や関係機関・団体との共催の活用など、弾力的な運営を心がける。例えば、実務者会議で支援提供の実質的な協議を行い、代表者会議は、実務者会議が円滑に進むための枠組み設定を行う等の方法もある。また、所内連携によるチームでの取り組みや関係者間での資料の共有化等を通じて事務負担の軽減を図る。

＜既存の事業・会議体の例＞

- ・都道府県 ⇒ 自立支援協議会部会、地域移行・地域定着会議、医療計画（精神疾患）部会、精神保健福祉審議会など
- ・圏域 ⇒ 圏域連携会議、地域移行・地域定着会議、GP 連携会議など
- ・市町村 ⇒ 自立支援協議会部会、地域移行・地域定着会議、地域ケア会議、障害者生活支援連絡会、居住支援協議会など

※主たる協議の場を位置付け、協議テーマに応じて関連事業・会議体を活用する方法もある。

＜開催例＞

- ・代表者の協議の場を年1回、実務者ワーキングを年間複数回、事例検討やコア会議

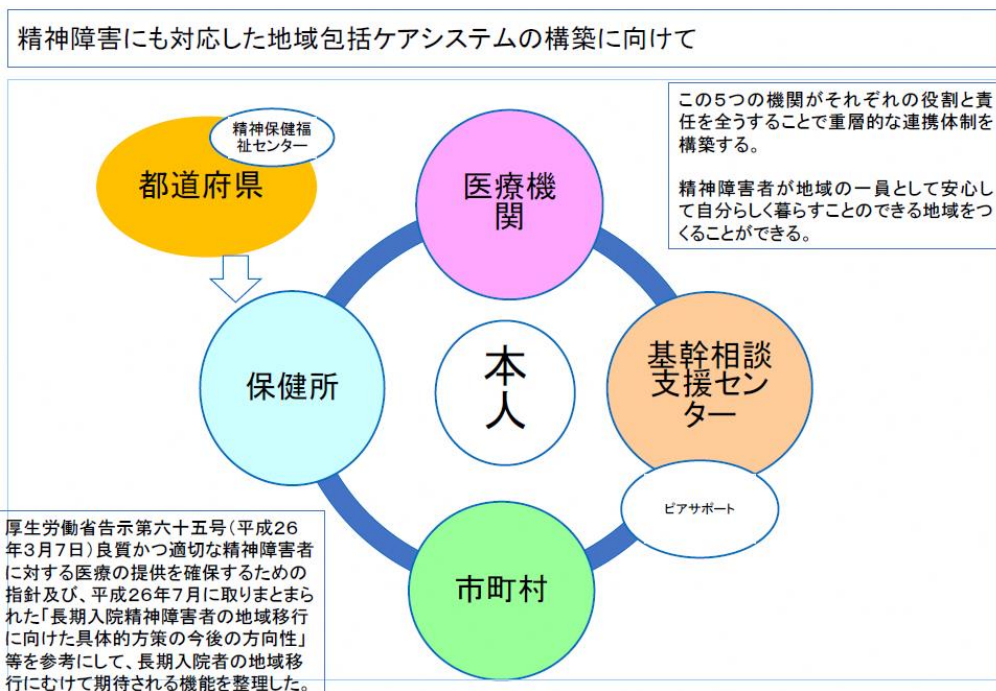
を適宜開催

※圏域では保健・医療・福祉関係者による協議の場と医療関係者等による協議の場を兼ねることも検討する。

※小規模市町村では圏域内の市町村合同での協議の場も検討する。

※地域の実情や協議テーマに応じて圏域の協議の場と市町村の協議の場との合同開催も検討する。

図3 岩上洋一氏資料



4. 協議の場は形式的なものに陥らないこと。

保健・医療・福祉関係者による協議の場では、「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」のメニューである「精神障害者の住まいの確保支援」「ピアサポートの活用」「アウトリーチ支援」「(緊急)措置入院者の退院後の医療等の継続支援」「入院中の精神障害者の地域移行」「精神障害者の家族支援」「精神障害者の地域移行関係職員に対する研修」「包括ケアシステムの構築状況の評価」「普及啓発」等について協議し、医療関係者等による協議の場では、「多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制」について協議する。その際、ネット公表されているデータ・資料等も積極的に活用し、PDCA(Plan、Do、Check、Act)を実践する必要がある、関係機関・団体の連携・協働による「各種資源の

把握及び評価」、「地域のデータ・資料に基づく課題の抽出」、「具体的事業計画（会議、従事者研修、事例検討、実態把握・調査、住民普及啓発等）」、「取り組み成果の共有」、「対外的アピール」などを図る。

＜ネット公表されている有用なデータ・資料＞

- ・精神保健福祉資料（<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/>）
 - ・地域精神保健福祉資源分析データベース（<https://remhrad.ncnp.go.jp/>）
 - ・障害福祉サービス等情報検索（<http://www.wam.go.jp/sfkohyoout/>）
- ※その他、精神医療の評価に関するネット公表データ・資料は巻末参照

データ・資料の具体的な活用方法については、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル」（<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>）に掲載される資料を参考にするほか、必要に応じてそれぞれの地域において活用研修を開催する。

5. 協議の場は多岐にわたる精神保健福祉活動の一環として包括的支援体制につなげること。

協議の場は、精神保健福祉にかかる各種相談・訪問支援、組織育成、措置対応、自殺対策、認知症対策、発達障害者支援など様々な事業とリンクさせ、地域住民も巻き込む有機的な支援ネットワークによる包括的支援体制につなげる。また、それぞれの地域における精神保健医療福祉の優先課題を振り分けて具体的な事業・政策に活かすよう努める。このため、市町村や都道府県（保健所）など自治体内において、平素から部署横断的なコミュニケーションを図り、地域における課題についてある程度共有しておく必要がある。

※詳細はレベル3「包括的支援体制の推進」を参照。

Ⅲ. 関係機関の役割

協議の場の設置・運営にあたって、市町村、保健所、都道府県庁精神保健福祉担当課、精神保健福祉センターの主な役割は以下のごとくである。

市町村

- ・市町村の障害福祉担当課、介護保険事業計画、その他精神保健福祉にかかる行政計画（地域福祉計画、自殺対策推進計画など）の推進のため、精神保健

福祉担当課のリーダーシップによる庁内関係各課及び関係機関との連携体制の構築

- ・ 適切・円滑な障害福祉サービスの給付決定・支給、認知症対策・高齢障害者支援、生活困窮者支援、障害福祉サービス及び介護サービスの計画的な整備
- ・ 精神障害にかかる適切な相談支援体制の整備
- ・ 精神科医療機関、相談支援事業所、保健所等との連携による退院支援、地域移行後の地域定着支援、福祉サービス等の利用調整
- ・ 自立支援協議会と地域ケア会議との連動

保健所

- ・ 保健所のリーダーシップによる圏域内の精神科医療機関、関係団体、相談支援事業所、市町村等との連携体制の構築
- ・ 圏域における精神医療体制を含む包括ケアシステムの構築状況の地域診断・課題の抽出
- ・ 精神科病院実地指導等を通じた精神科病院における取り組みの把握、医療機関に対する協力要請・働きかけ
- ・ 広域的・技術的観点からの市町村への働きかけ、支援・協力
- ・ 精神科医療機関、相談支援事業所、市町村等と連携した退院支援プログラムの実施
- ・ 圏域での人材育成・研修、普及啓発
- ・ 都道府県庁精神保健福祉担当課や精神保健福祉センターとの双方向の連携体制の構築

都道府県庁精神保健福祉担当課

- ・ 都道府県庁部局横断的な都道府県医療計画（精神疾患）、障害福祉計画、介護保険事業支援計画等の進捗管理
- ・ 都道府県精神医療関係団体に対する協力要請・働きかけ
- ・ 精神科病院実地指導等を通じた精神科病院における取り組みの把握、医療機関に対する協力要請・働きかけ
- ・ 都道府県内外の先進事例等の収集
- ・ 保健所・市町村に対する都道府県保有データや情報・資料の提供、技術的な助言・協力

- ・ 都道府県レベルの専門人材育成・研修

精神保健福祉センター

- ・ 都道府県、保健所、市町村に対する技術的支援
- ・ 地域の実情により都道府県精神保健福祉担当課と協働した専門人材育成・研修、精神医療体制を含む包括ケアシステムの構築状況の地域診断・課題の抽出、精神医療関係団体に対する働きかけ・調整

IV. 協議の場の設置・運営に向けたステップ

1. 庁内検討

- ・ 精神保健福祉担当部署がイニシアチブをとって庁内関係部署と「協議の場の設置・運営」について打ち合わせ
- ・ 精神保健医療福祉にかかる市町村及び都道府県の障害（児）福祉計画、医療計画、介護保険事業（支援）計画等の目標値・主要施策を共有
- ・ 必要に応じて行政間（市町村、保健所、都道府県、精神保健福祉センター等）の打ち合わせ
- ・ 協議の場のコアメンバー（行政、精神科医療機関、基幹相談支援センター等）を検討



2. 関係機関・団体との事前打ち合わせ

- ・ 精神保健福祉担当部署がイニシアチブをとって精神科医療機関、基幹相談支援センター等のコアメンバーと「協議の場の設置・運営」について事前打ち合わせ
- ・ 必要に応じて「協議の場」にかかる勉強会を開催



3. 協議の場の設置・運営

- ・ 既存の事業・会議体の活用、弾力的な運営、事務負担の軽減
- ・ 地域のデータ・資料に基づく PDCA の実践
- ・ 協議の場の取り組みを紹介・発信

<協議の場を進めるためのポイント（案） “7つのA” >

アプローチ (Approach)

精神保健福祉担当部署が主体的にカギとなる関係機関と協議、重層的・部署横断的アプローチ

アレンジ (Arrange)

既存の精神保健福祉関連事業・会議体を活用

アドバイス (Advice)

アドバイザーによる助言（精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業）

先進的な取り組み事例を収集

アシスト (Assist)

都道府県（保健所）、精神保健福祉センターが市町村の協議の場の運営を支援

アナリシス (Analysis) & アセスメント (Assessment)

公表情報の積極的活用により地域データ・資料を分析

現状と取り組み結果を客観的評価（ストラクチャー、プロセス、アウトカム）

アピール (Appeal)

対外的に協議の場の取り組みを紹介・発信

V. 参考事例

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援情報ポータル参照

<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/>

○市町村

島根県出雲市 ⇒生活保護部局と連携する体制

静岡県浜松市 ⇒自立支援協議会地域移行・定着専門部会

愛知県名古屋市 ⇒ブロックネットワークと市域全体ネットワーク

東京都江戸川区 ⇒障害者生活支援連絡会

○圏域

静岡県志太榛原圏域 ⇒圏域自立支援推進会議地域移行定着支援専門部会

富山県新川圏域 ⇒精神医療保健福祉関係者連絡会議（圏域連携会議）

鳥取県西部圏域 ⇒精神障がい者地域移行連絡会（実務者会議）・推進会議（代表者会議）

石川県石川中央圏域 ⇒精神障害者地域生活支援事業連絡会

栃木県県北圏域 ⇒市住宅課や宅建協会と連携した住まいの確保支援の協議の場

栃木県両毛圏域 ⇒関係機関の管理者レベルの協議の場

○都道府県

埼玉県 ⇒自立支援協議会精神障害者支援体制整備部会

香川県 ⇒精神障害者地域移行・地域定着支援事業圏域協議会

<参考 精神医療の評価に関するネット公表情報>

○都道府県医療計画ホームページ

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/iryoku_keikaku/index.html

⇒精神医療圏、精神15疾患等の「地域精神科医療提供機能」「地域連携拠点機能」「都道府県連携拠点機能」の医療機関リスト

○医療機能情報

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/teikyouseido/index.html

⇒各医療機関の精神病床の許可病床数、前年度1日平均患者数（入院、外来）、平均在院日数、対応精神疾患、治療内容、職種別従事者数など

○医療介護情報局

<https://caremap.jp/>

⇒地方厚生局ホームページで公表されている届出受理医療機関情報を検索できる

<基本診療料>（略記）

精神病棟入院基本料（精神入院）、精神科応急入院施設管理加算（精応）、精神病棟入院時医学管理加算（精入学）、精神科地域移行実施加算（精移行）、精神科身体合併症管理加算（精合併加算）、精神科リエゾンチーム加算（精リエ）、重度アルコール依存症入院医療管理加算（重アル）、摂食障害入院医療管理加算（摂食障害）、精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（精救急紹介）、精神科救急搬送患者地域連携受入加算（精救急受入）、入退院支援加算（入退支）、認知症ケア加算（認ケア）、精神疾患診療体制加算（精疾診）、精神科急性期医師配置加算（精急医配）

<特掲診療料>（略記）

精神科救急入院料1・2（精救1・2）、精神科急性期治療病棟入院料1・2（精急1・2）、精神科救急・合併症入院料（精合併）、児童・思春期精神科入院医療管理料（児春入）、精神療養病棟入院料（精療）、認知症治療病棟入院料1・2（認治1・2）、地域移行機能強化病棟入院料（移機強）、長期継続頭蓋内脳波検査（長）、長期脳波ビデオ同時記録検査1（脳ビ）、脳波検査判断量1（脳判）、遠隔脳波診断（遠脳）、光トポグラフィ（光ト）、中枢神経磁気刺激による誘発筋電図（中磁誘）、脳磁図（脳磁診）、認知症患者リハビリテーション料（認

リハ)、児童思春期精神科専門管理加算(児春専)、救急患者精神科継続支援料(急精支)、認知療法・認知行動療法1・2(認1・2)、依存症集団療法(依集)、精神科ショート・ケア大規模・小規模(シヨ大・小)、精神科デイ・ケア大規模・小規模(デ大・小)、精神科ナイト・ケア(ナ)、精神科デイ・ナイト・ケア(デナ)、抗精神病特定薬剤治療指導管理料:治療抵抗性統合失調症治療指導管理料(抗治療)、重度認知症患者デイ・ケア料(認デ)、医療保護入院等診療料(医療保護)、精神科在宅患者支援管理料(精在宅援)

※下線部は地域移行やアウトリーチに関連

○経済・財政と暮らしの関係「見える化」ポータルサイト

[http://www5.cao.go.jp/keizai-](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html)

[shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html](http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html)

⇒各種精神医療にかかる年齢調整標準化レセプト出現比(SCR: Standardized Claim Ratio)が公表;都道府県、二次医療圏、市町村単位(医療機関所在地ベース)

※地域移行関連では、「I011 精神科退院指導料、精神科地域移行支援加算」、「A230-2 精神科地域移行実施加算」、「A318 地域移行機能強化病棟入院料」、「I012 精神科訪問看護・指導料」、「I011-2 精神科退院前訪問指導料」など

○NDB オープンデータ

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html>

⇒各種精神医療にかかるレセプト件数が公表;都道府県単位(医療機関所在地ベース)

別添 7

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（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

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

レベル1 地域移行支援ガイド （暫定版）

平成31年3月

- I. 基本的事項
- II. 都道府県及び政令市の役割
- III. 精神保健福祉センターの役割
- IV. 保健所の役割（市型保健所を含む）
- V. 市町村の役割
- VI. 先進事例の紹介

I. 基本的事項

1. 背景と経過

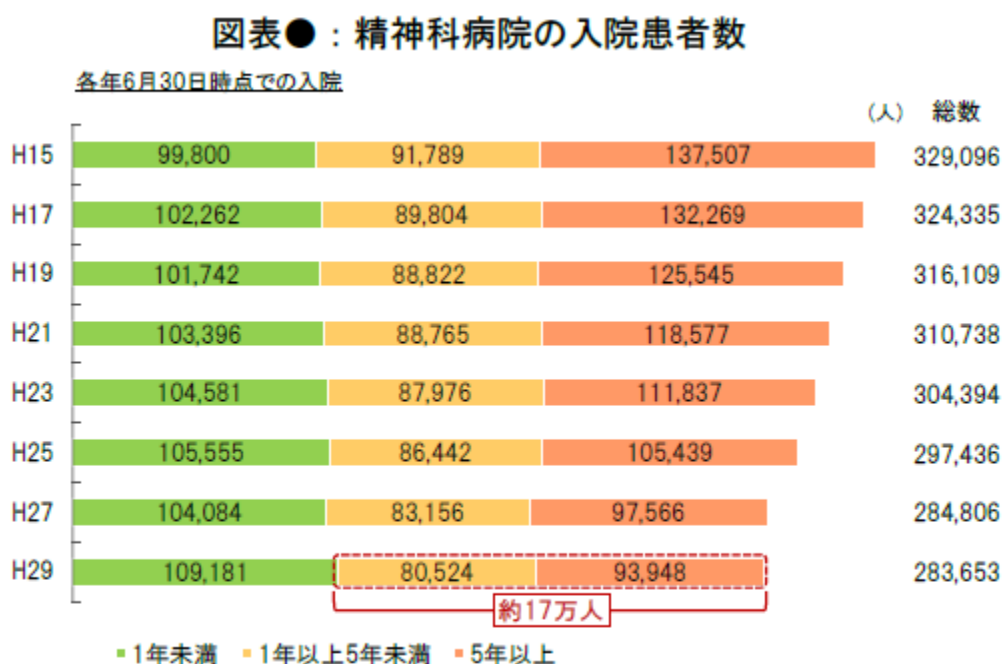
① 日本における長期入院患者の状況

精神科病院への1年以上入院患者は、平成29年で約17万人と平成27年と比較すると6千人程度減少しているが、依然として長期入院患者は多い状況である。（図1）

一方、入院患者の疾病別で見ると統合失調症圏域の患者は減少傾向である。（図2）また、入院患者の年齢区分では、65歳以上が60%を超えており、高齢化が進んでいる。（図3）

その結果、退院先の検討では1年以上入院患者の約30%は死亡退院に、約4割は他院（主に一般科と思われる）への転院でありとなっており、家庭に退院するのは少数である。（図4）

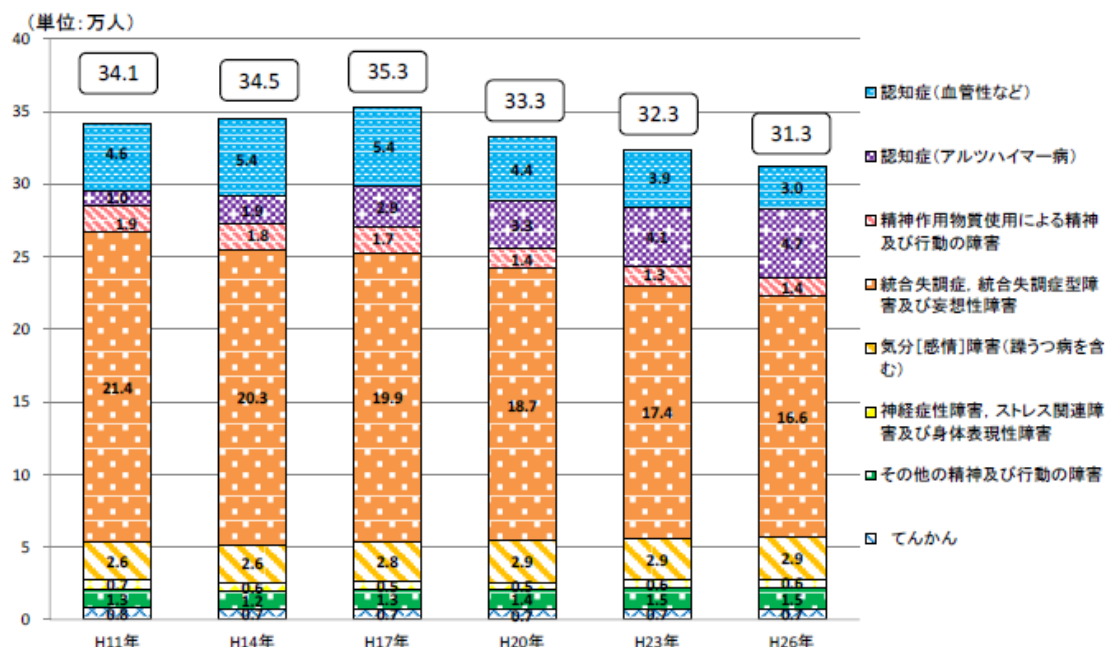
図1



出典：厚生労働省精神・障害保健課調べ

図 2

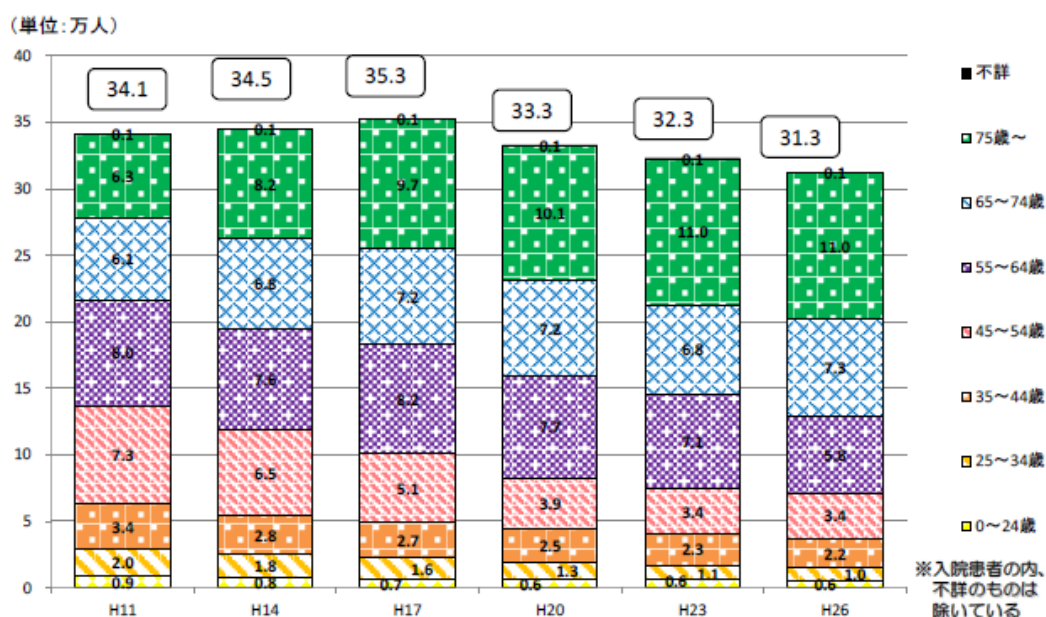
図表●：精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

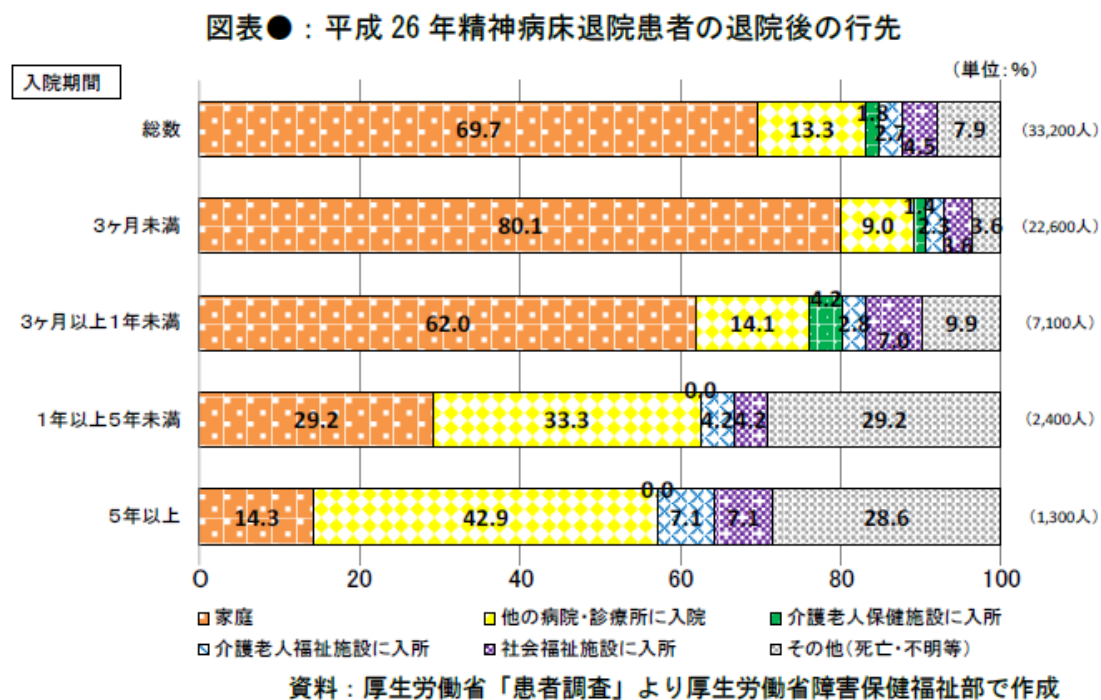
図 3

図表●：精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

図 4



② 地域移行の全国的な実績

地域移行の利用実績は、全国で 500 足らずの状況である。(図 5) また、精神障害者の多くの福祉サービスは、急速に伸びているにも関わらず、地域移行サービスの利用は、ほとんど伸びていない。(図 6)

図 5

地域移行支援・地域定着支援の利用者数の推移（精神障害者）

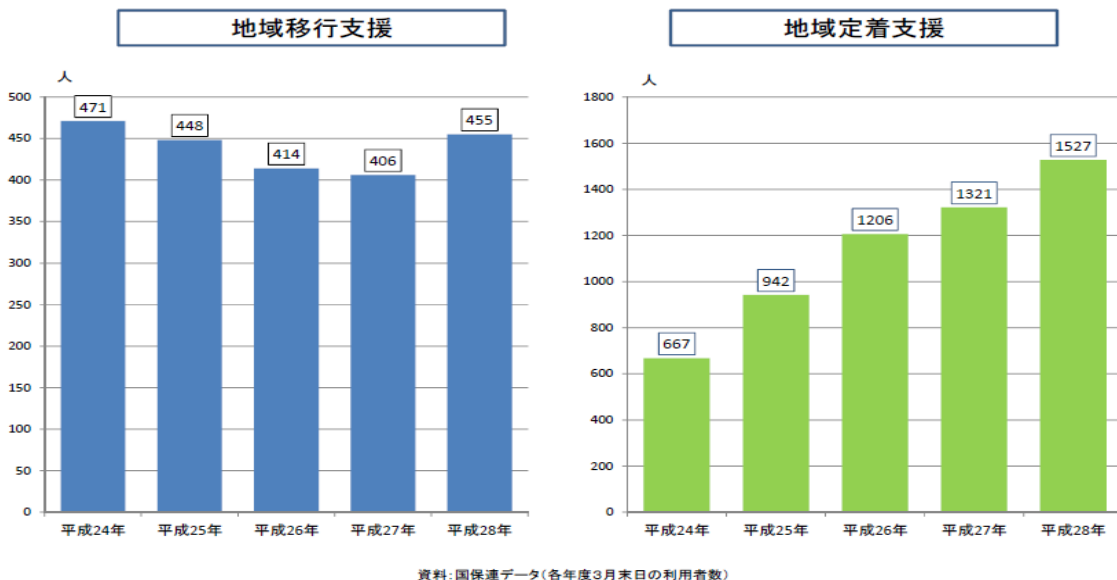
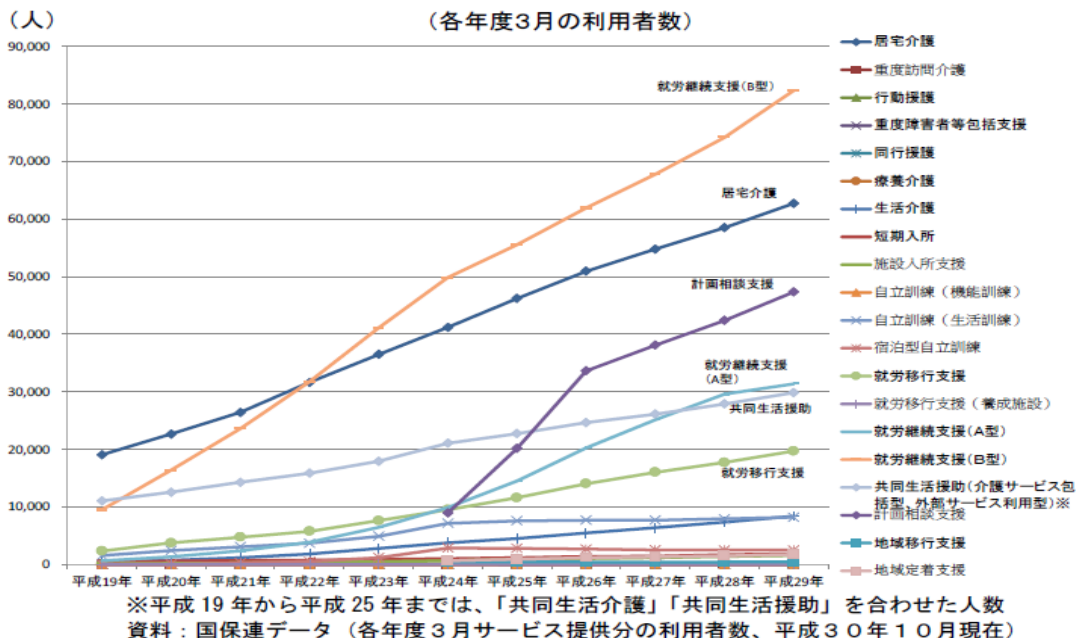


図 6

図表●：精神障害者における障害福祉サービス等別利用者数の推移
（各年度3月の利用者数）



2. 制度の理解と課題

① 入院患者の申請制度

地域移行サービスを申請するのは、長期入院患者本人であり、入院患者に対する情報の伝達や理解促進は、病院の責任であるが、行政の支援も必要である。

② 入院患者の退院意欲喚起の必要性和ピアサポーターの有効性

長期入院患者の多くは、退院への意欲を長い入院生活の間に押し殺していたり、諦めている場合が多く、外部からの働きかけによって、その意欲は再度芽生えてくる。退院意欲を喚起するには、同じ経験を持つピアサポーターによる働きかけが有効である。

③ 相談支援事業所による個別支援

地域移行相談を実施する相談支援事業所は、現状では計画相談によって業務多忙の状況が想定されるため、個別支援の協力者としてのピアサポーターの雇用と活用は必須である。

3. 対象者の考え方と把握法

精神科病床に入院していて、長期入院になる可能性がある患者であれば、すべての患者が利用可能な制度である。具体的には、すでに1年以上になっている患者は入院形態に関わりなく対象であり、3ヶ月以内の短期入院患者以外の多くは、その対象となりえる。直近の入院期間が1年未満であっても、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする方や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる方も対象となる。従って、全国の病院が、環境を整えば退院できると判断している長期入院患者の40%に当たる7万人程度の1年以上入院患者はすべて対象である。特に、退院意欲がなく、家族が退院に協力的でなく、住居がないというような患者は、地域移行の最も適した対象者である。

4. 病院への協力依頼

病院の管理者（病院長、理事長等）に協力依頼をする。病院に入院中の長期入院患者の中で、病院の努力だけではなかなか退院できない患者を退院できるように、保健所と相談支援事業所が取り組むので、協力して欲しいと依頼する。現在入院中の患者の内、病院の努力ではすぐには退院できないが病状は安定している患者のリストの協力を依頼する。当面1年以上入院患者の4割程度が対象と思われる。

※平成 26 年 4 月施行の改正精神保健福祉法で、「退院後生活環境相談員の設置」、「地域援助事業者の紹介」、「医療保護入院者退院支援委員会の整備」は病院管理者の責務となっている。

5. 相談支援事業所への働きかけ

地域相談事業者として許可を得ている事業者の中で、病院との調整を保健所が行うこととピアサポーターの養成は事業所と協力して保健所が行うことを条件に、地域移行・地域定着支援を実際に行う事業所を最低 1 カ所選択し、具体的調整を行う。相談支援事業者が引き受けるのに慎重な場合は、ピアサポーターを雇用・活用することによって、専門職の業務負担の軽減をした上での地域相談を提案する。

II. 都道府県及び政令市の役割

1. 協議の場の設定と自治体としての目標設定

県レベルでも全体の進行管理のために、協議の場の設定が必要である。その協議の前提として、30 年度の障害福祉計画で自治体毎に作成された地域移行目標を達成することの合意をする。

2. 国事業を活用したシステム作りと保健所への支援体制づくり

県内に国事業を活用したモデル地域を設定し、地域での保健所の役割の明確化と県担当部門の支援をすることで、地域移行の成功圏域作りに取り組む。

3. 政令市

保健所で精神保健業務が行われていない自治体も多いことは大きな課題である。この点をどのようにするかについては今後の実態把握を行う必要がある。一つの方向性としては、精神保健福祉センターや市役所の担当部局が、体制作りだけでなく、病院や相談支援事業所への働きかけや個別事例支援の検討まで、直接関わることなどがある。

III. 精神保健福祉センターの役割

1. 病院のデータ分析と長期入院患者の状況分析

都道府県の地域移行支援担当課や保健所と協力して、自治体内の 630 調査デ

ータを活用し、圏域毎の地域移行対象者数などのデータを保健所が把握できるようにすることが望ましい。

2. 地域移行の技術的支援

研修などを通じて、地域移行支援体制作りについての保健所のスキルアップを図る。具体的には、特にピアサポーター養成については、テキストの提供や養成講座講師として協力したり、圏域を越えたピアサポーター同士の交流やフォローアップ研修などが含まれる。

IV. 保健所の役割（市型保健所を含む）

全国保健所長会の「精神障害者にも対応した地域包括ケア事業における保健所マニュアル」が参考となる。

1. 病院を含む地域精神保健福祉分析

県域内の病院毎や市町村別の長期入院患者数を 630 調査データや ReMHRAD(地域精神保健福祉資源分析データベース)等から把握し、地域移行支援が必要と思われる患者数を明確にする。

2. 協議の場の設定と問題解決型の会議運営

管理者が参加する協議会（1 から 2 回／年）と地域移行の個別事例検討を行う実務者会議（1 回／月）を開催する。協議会では、年間の地域移行目標数を定める。また、地域移行における各関係機関の役割を明確にする。実務者会議では、地域移行の推進のために解決が求められる課題（意欲喚起、住居、家族の理解等）の具体的な解決策に対する共通認識を持つとともに、個別事例の支援の進行管理を行う。

3. ピアサポーターの養成や育成

相談支援事業所と協力して、地域移行支援の担い手であるピアサポーターの養成を行う。養成に当たっては、地域の関係機関の協力を得て公募することを原則にする。養成講座終了者の中から就労意欲のある適切な人材を相談支援事業所が非常勤雇用する様に働きかける。

4. 市町村や自立支援協議会への働きかけ

協議の場には、市町村の障害福祉担当部局の参加を求め、地域移行の給付決定がスムーズに進むように働きかける。住居や活動の場や就労支援についての基盤整備を自立支援協議会に提案するように市町村に求める。

V. 市町村の役割

1. 地域移行定着支援を行う相談支援事業所の確保

地域移行は、障害者総合支援法に基づく福祉サービスで、給付の決定等は市町村権限になっている。本サービスの給付への経験が少ない一部の市町村では、支給決定までの期間がかかりすぎるといった事例もあるようであるが、入院患者であることが明らかであれば、支援決定が早急に行われることが、患者の退院意欲継続のためにも必要である。

2. 住まい、活動の場、生活支援の確保

退院後の生活支援のサービス提供は、市町村の責務である。長期入院患者の数などを勘案して、市町村は住まい（主にグループホームや公営住宅やアパート等）や活動の場（地域活動支援センターや就労継続支援等）、そしてホームヘルプサービス等の生活支援を準備することが必要である。

VI. 先進事例の紹介

1. 兵庫県但馬圏域

1) 経過

2014年の精神保健福祉法の改正をきっかけに、県型保健所からの働きかけによって、圏域内病院（公立総合病院1、民間単科精神科病院2）と相談支援事業所（2カ所）との合意によって、保健所が事務局を担いながら、病院、相談支援事業所、市町の参加する年2回の管理者の参加する協議会と毎月の実務者会議（病院からは、看護とPSWの参加）を実施し、地域移行を積極的に行っている。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築事業のモデルとなった圏域である。

2) 実績

圏域人口は約16.5万人で、630調査では2014年の全入院患者は、529人

で、内1年以上入院患者377人であったが、2018年には423人と291人となり、全入院患者が106人、1年以上入院患者で86人減少している。年間地域移行申請数は、20から30件である。

3) 方法

病院からは、地域移行の候補者の名簿を毎月更新提出してもらい、意欲喚起の働きかけとして、病院内での集団での制度の説明会や、個別面接を行って、地域移行支援制度の周知を積極的に行っている。平均在院日数が70日前後の総合病院の精神科病棟においても、入退院を繰り返す事例や、初めての入院事例や家族支援力が低下している事例、さらには措置入院を経ての退院事例では、積極的な地域移行支援の利用を働きかけている。

ピアサポーターの養成講座は、保健所と相談支援事業所の共同実施で、医療機関等の関係機関でのポスター掲示だけではなく、マスコミ等を活用しての情報提供をしての公募形式である。現在2事業所で、12名のピアサポーターが最低賃金以上の時間給での非常勤雇用契約を交わして働いている。

4) 課題

地域移行を活用して精神障害者が多く退院したために、空床が増えたことで、1病院が認知症の入院を積極的に受け入れるようになって、認知症と精神障害者との混合病棟となって、骨折等の事後の増加や、それによる身体科病院への転院が多発している。地域移行に合わせた病床機能転換や減床計画を進めることができなかった。

2. 鹿児島県（始良圏域、鹿児島圏域）

1) 経過

2017年から「精神障害にも対応した地域包括ケア構築支援事業」を実施している。2017年は始良圏域を2018年には中核市である鹿児島市を含む鹿児島圏域をモデル圏域としている。2019年度に全県での実施を目指している。

2) 実績

始良圏域では、県立始良病院を含む2病院と2相談支援事業所で、ピアサポーターを活用した地域移行支援に取り組んだ。鹿児島圏域は、圏域全病院に地域移行支援への協力依頼の研修を行ったところ、20病院中10病院から説明会への院長の参加があり、その10病院から協力申し出があった。2019年2月までに、8病院での意欲喚起が開始されており、10病院から併せて約100名は地

域移行対象者名簿が提出されている。相談支援事業所は2事業所が取り組んでおり、5名のピアサポーターを雇用している。

3) 手法

国事業を活用して、県庁が2年間にわたって国アドバイザーの支援を受けながら、モデル地域での事業運営に保健所をサポートしている。圏域の病院への働きかけは、県庁から県精神科病院協会に働きかけて、高い出席率や院長の出席を得ている。ピアサポーターの養成は、モデル地域ではPSW協会への委託によって、効率的な養成ができています。具体的には、2018年の養成講座には50名以上の参加があり、そのうち20名が就職希望面接を受けています。

4) 課題

始良管内では、2病院の協力で事業スタートしたが、県域内の他の6病院からもピアによる講演依頼や地域移行支援希望が出ており、2相談支援事業所で対応しきれっていない。鹿児島圏域でも同じく、予想以上の病院からの協力が得られたことで、相談支援事業所の対応ができ切れていないことから、2019年度には対応相談支援事業所とピアを増やす必要がある。また、2019年からの全県実施に向けての体制作りが必要であり、その場合に離島での地域移行支援体制についても、体制整備が必要となる。

別添 8

平成28～30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者対策総合研究事業（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

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

レベル1 アウトリーチ支援事業マネジメントガイド （暫定版）

平成 31 年 3 月

I. アウトリーチ支援とは

1. はじめに
2. アウトリーチ支援の理念・目的
3. アウトリーチ支援の対象者
4. アウトリーチ支援の実施体制・支援プロセスの概要

II. アウトリーチ支援と自治体の役割

1. 地域包括ケアシステムにおける位置づけ
2. 自治体に取り組む必要性・根拠

III. 本事業実施に際しての自治体の実施機関でのマネジメント

1. マネジメントの流れ
2. マネジメントの要点
3. 事業の振り返り・評価

IV. 先行事例からみた実施機関ごとの事業の特徴と留意点

1. 精神保健福祉センターによるもの
2. 都道府県による圏域を定めた実施
3. 特別区や保健所設置市（政令指定都市を除く）によるもの
4. 自ら保健所を持たない市町村によるもの

V. おわりに

文献

付録

I. アウトリーチ支援とは

1. はじめに

地域生活をする精神障害者の中には、未治療・治療中断等で地域生活に困難を抱えながら、通常を受診や支援の勧めには応じない人もある。これらの人々においては、時に、ひきこもり状態となったり、大声をあげるなどして近隣住民にとっては“迷惑”ととられる行動がみられたりすることもある。また、これらの人々と暮らす家族も地域社会から孤立しがちであり、困難を抱えながら社会資源の情報も行き届きにくく結果的に支援が遅れる場合が珍しくない。

アウトリーチ支援とは、例えば上記のような状態にあり、直ちに入院が必要なほどではないが病状の悪化がみられ、地域生活に困難をきたしていながら自ら支援を求めようとしない（できない）精神障害またはその疑いある人（以下、「精神障害者等」とする）およびその家族に対し、支援の手を差し伸べ地域生活安定化をはかる、多職種チームによる訪問支援である。本ガイドでのアウトリーチ支援は、未治療・治療中断等で地域生活が困難となった事例を主な対象として生活支援とともに治療への導入も行い、精神科医がチームに参加するかその助言を得られるものとする、「保健中心型アウトリーチ」（日本医師会精神保健委員会（プロジェクト）答申）を指すものとする。

2. アウトリーチ支援の理念・目的

未治療・治療中断等で自ら支援をもとめない人なども含め、精神障害者等が地域でその人らしい安定した生活を送ることができ、回復できることが主要な理念となる。

この理念に基づく事業の目的としては、第一に、未治療・治療中断等で地域生活に困難を抱える地域住民に対し、保健所や区市町村などさまざまな機関と連携して、多職種チームが質の高い訪問支援を行うことにより地域生活の安定化をはかることである。これにより、契約型サービスでは支援に結び付きにくい人にも、こぼれ落ちることないように手を差し伸べることができる。

第二に、地域生活における上記のような困難の発生を予防し、困難や問題が生じた場合にできるだけ速やかに手を差し伸べられる関係機関の連携体制づくりである。このため、本当に必要な場合を除いて、精神科病院へ安易に入院させることを問題の解決策とはしないことを基本とする。強制的な入院によってその場は一旦問題が解決したように見えても、医療不信が悪化し、退院後に治

療中断となることが少なからず経験される。つまり短期的な解決努力が長期的には逆に問題をこじらせることになってしまう。それゆえ、問題解決を入院に安易に求めるのではなく、地域支援のソフトな導入の方法をまず模索することが望ましい。

アウトリーチ支援においては、地域生活の安定化が訪問の主たる目的となり、そこでのアセスメントに応じて本人にとってどのような医療が必要かを考えた支援を行う。

3. アウトリーチ支援の対象者

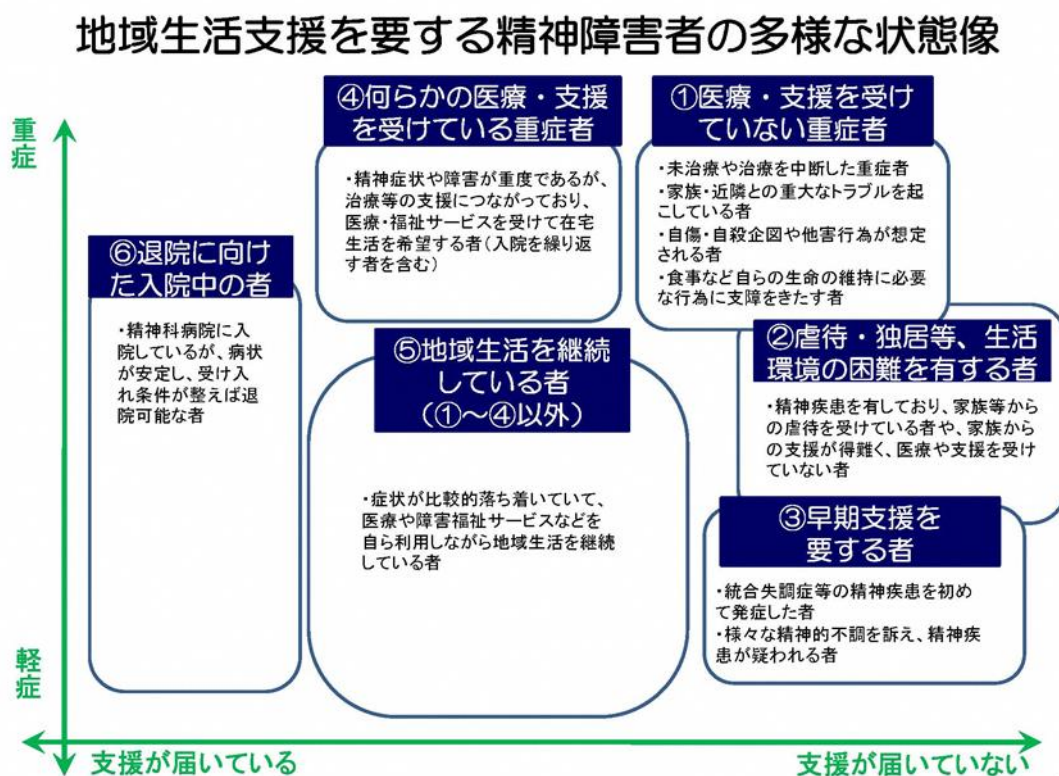
地域で暮らす精神障害者等で、地域生活に困難をきたすおそれのある状態にありながら、自ら支援を求めないなどにより、医療・障害福祉・介護等の契約サービスのみでは対応困難な人およびその家族は広く対象となる。

具体的には、次のような人が考えられる。

- ・ 数か月以上治療中断している人
- ・ 頻回に精神科への入退院を繰り返している人
- ・ 長期入院から退院したばかりの人
- ・ 未治療で精神障害の存在が疑われるが支援の勧めに応じない人
- ・ ひきこもり状態にある人、
- ・ その他、アウトリーチ支援に係る事業（以下、本事業）の実施主体の自治体が対象と認める人。

図1は、地域生活支援を要する様々な状態の精神障害者を、重症度と支援が届いているかで2軸で表現したイメージ図（厚生労働省：第3回新たな地域精神保健医療体制検討チーム資料 2010）であるが、①、②、③の各一部がアウトリーチ支援の対象と考えられる。

図1 地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像



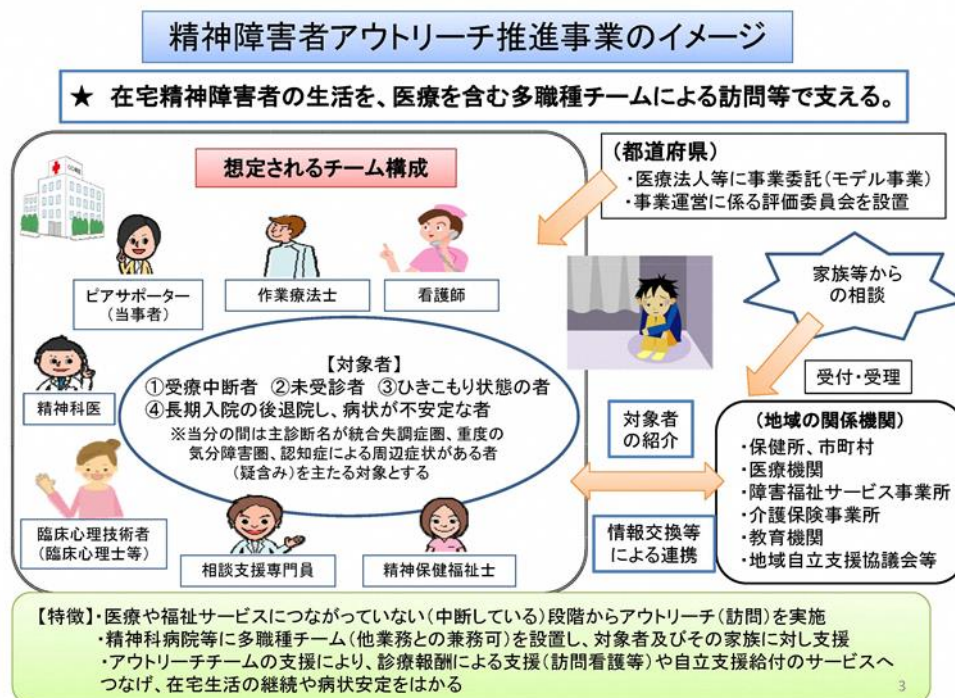
厚生労働省：新たな地域精神保健医療のあり方検討チーム第3回資料(2010)より

4. アウトリーチ支援の実施体制・支援プロセスの概要

(1) 実施体制

後述のようにアウトリーチ支援には、実施主体となる自治体の特徴や実施機関の機能、精神保健福祉関係資源の状況等の地域の実情によりさまざまな形があるが、概ね次のような実施体制が必要である。図1は、国が2011年度から3年間とりくみ全国37箇所を実施された、「アウトリーチ推進事業」の資料におけるものである。

図2 精神障害者アウトリーチ推進事業



厚生労働省：アウトリーチ推進事業の手引き（2011）より

ア．多職種訪問を行うチーム

保健師、精神保健福祉士、精神科医療の経験を積んだ看護師、作業療法士、公認心理師などのうち複数の職種の者からなる。精神科医もこのチームに参加することが望ましい。少なくともチームによる支援に関して定期的に専門的助言を得られるなど、精神科医と連携できる体制が必要である。チームは行政機関職員や委託先医療機関などの固定メンバーによるもののほか、日常的に連携している地域の複数の医療機関や訪問看護ステーション、相談支援事業者などから、保健所等がケースに応じて編成することも考えられる。

イ．保健所等窓口や実施に関与する行政機関

地域における対象ケースの情報を把握しチームに紹介する窓口となる行政機関が必要である。通常はその自治体を担当とする保健所が担うことが望ましい。広域的な調整や専門的な技術援助、特に複雑困難な事例への対応などは精神保健福祉センターが関与するのが望ましい。自治体担当部署は本事業の円滑な実

施のため、予算関連など実施主体の実務を担い、進捗管理を行うほか、実績のとりまとめ、事業評価や関係機関連携のための会議の開催、関係団体や庁内他部署との調整などを行うことが適切である。

ウ．その他関係機関との連携

相談支援事業所や地域包括支援センター、市町村保健センター、福祉事務所、児童相談所、医療機関、警察署などの関係機関は、家族や近隣住民から相談を受けるなどにより本事業による支援が望ましいと思われる事例情報を把握した場合、プライバシー保護に留意しながら、下記(2)の窓口機関に紹介する。本事業での支援を経て、チームから必要に応じてこれらの機関に紹介されることもある。自治体に、窓口機関やチーム代表者ともに、主要な関係機関・医療団体の参加する連携会議があり、本事業についても協議できるならば、このような連携はより円滑になされるであろう。

(2) 支援のプロセスの概要

次のようなプロセスで対象者に支援が提供される。

ア．対象者の把握

対象者本人から窓口機関（保健所等）に本事業の利用を希望する相談が来ることは稀であり、多くは日常生活・社会生活ないし健康上の問題から家族、近隣住民、関係機関が対象者を把握する。警察署や消防署が関与する場合も珍しくない。ここで解決を求められている問題としては、近隣迷惑、徘徊、虐待や家庭内暴力、ひきこもり、受療拒否などさまざまである。

イ．保健所等での受付

あらかじめ設定した本事業の窓口機関（保健所等）が、家族や関係機関など対象ケースを把握した方から受け付ける。本事業に紹介する前に区市町村や保健所等で家族の相談に応じたり、訪問して本人の状態を把握したりなどして情報を収集し、本事業利用の必要性を含めてある程度のアセスメントを行うことが望ましい。

ウ．受入評価会議・支援計画

本事業に関する受入評価会議を、窓口機関（保健所等）とチームメンバーが

参加して開催し、当初の支援計画を検討し決定する。計画の中では、支援の目標、訪問の目的、訪問の方法や担当者、対象者や家族、関係機関の役割なども記載する。支援期間は6カ月間を一区切りとし、保健所等の関係者の会議における検討に基づいて延長できる。保健所等の参加する評価会議は定期的で開催されることが望ましい。

受入評価会議にはチームと密接な関係のある精神科医師が参加することが望ましい。また、受入評価会議には対象者・家族への支援の必要に応じて、他の関係機関からも参加しうるが、個人情報やプライバシーの保護については十分注意する。対象となる精神障害者等や家族も支援計画の検討や決定に参加することが望ましい。

エ．支援開始

個別支援計画に基づき多職種チームによる訪問支援を実施する。初回の訪問は原則として保健所等窓口機関職員が同行するものとする。対象ケースや家族との関係づくりを重視し、訪問支援への同意が得られるように丁寧な説明や支援を行う。チームは定期的にミーティングを実施し、情報の共有化をはかる。ミーティングにおいては、必要に応じて精神科医師や保健所、精神保健福祉センターから助言が得られることが望ましい。

オ．支援の中間的評価

訪問支援を実施し、約3ヵ月を目途に、保健所等も参加してチームは支援の中間的評価のための個別事例検討を行うことが望ましい。新たに得られた情報、病状や生活面での変化、対象ケースや家族のニーズや思いなどにも考慮し、必要に応じて支援計画の修正を行うこともありうる。

カ．支援の終了に向けた評価

支援終了の目安として、訪問支援を通じて、対象ケース本人が必要な医療や障害福祉サービス等に結び付き、本人や家族の抱えていた問題がある程度解決して本事業による支援がなくても、通常の保健医療・介護・障害者福祉等による支援で地域生活が安定する見通しが明確になった場合が考えられる。

訪問支援開始後約6ヵ月後に保健所等も参加して評価会議を行い、支援計画の達成状況を含め、支援期間を延長すべきかどうかを決める。なお、支援終了

の判断を行う際には、終了後の支援を担う医療や障害福祉サービス等の関係機関と丁寧な引継ぎを行う必要がある。

キ．支援終了後の状況把握

支援終了後も保健所等との定期的な評価会議の機会などを活かし、ケースの状況を把握し、必要に応じて支援再開をすべきか検討を行う。

ク．実施主体自治体への報告

新規に支援を開始した時点、支援開始後6か月時点、支援終了時には、チームは実施主体の自治体担当部署に対象者およびその状況、支援結果等について報告するものとする。

II．アウトリーチ支援と自治体の役割

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」におけるアウトリーチ支援の機能

アウトリーチ支援の第一の機能は、個別の事例に対する地域関係機関の連携した支援に結び付け、より質が高く安定した地域生活を実現してゆくことである。医療や障害福祉サービス等にうまく結びつかずさまざまなニーズが満たされていない事例に対して、保健所や相談支援事業所等からの紹介を通じて、多職種チームによる訪問を実施し、病状や生活ニーズのアセスメントを行い、当事者の希望を極力尊重しながら、必要に応じて地域の医療・福祉サービスによる支援に結び付けてゆく。

第二の機能として、上記のような個別事例の支援を通じて、地域における保健・医療・福祉の連携による重層的な支援体制の構築を図ることが挙げられる。第三に、入院医療中心ではなく地域生活支援中心の支援体制を促進する機能である。従来、アウトリーチ支援の対象者はしばしば地域精神保健活動での困難事例とされ、非自発的な介入と非自発的な入院により対応がなされることが珍しくなかった。その結果ますます対象者は地域から排除されがちになるだけでなく、退院後も医療や行政機関に対して拒否的になりがちで治療中断を生じやすくなったり、不必要な長期入院につながったりしがちであった。このような悪循環を生まない、地域生活支援中心の体制を作るうえでアウトリーチ支援は欠かせない。

2. 自治体に取り組む必要性・根拠

（1）自治体に取り組む必要性

アウトリーチ支援事業を行政機関が行う意義や必要性として次のような点がある。まず、医療などの必要な支援を下記のような要因から求めようとしない精神障害者が地域に存在することである。I. で述べたような、自ら支援を求めようとしない事例は、多くの場合、通常の医療や障害福祉サービスなどの契約に基づくサービスでは対応が困難である。このため、そのような事例への訪問支援については、民間事業者だけでは人員体制の確保が難しいほか、本人が支援を拒否した場合に法的根拠のある関与ができず、行政機関が実施する必要性がある。

また、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のうえでは、1. で述べた機能により、自ら支援を適切に求められない精神障害者およびその家族に手を差し伸べ、必要なサービスに結び付けられる体制の整備が行政機関の役割となる。

（2）行政機関が取り組む根拠

アウトリーチ支援に行政機関が取り組む根拠として、次の点が挙げられる。

ア. 精神保健福祉法

第41条に基づく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」のなかでは、保健所の役割として「精神障害者が適切な医療を継続的に受けることができるよう、精神障害者及びその家族に対する相談支援、精神障害者に対する訪問支援並びに関係機関との調整」が挙げられ、精神保健福祉センターについては「保健所と協力した訪問支援等を行う」とされている。また、「居宅等における医療サービスの在り方」において病院及び診療所における「アウトリーチ（医師、看護職員、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種チームによる訪問支援をいう）を行うことのできる体制を整備」が書かれている。同じく第47条に保健所設置自治体には必要に応じて医師によるものや医療機関紹介を含めて精神保健相談を行う義務があり、区市町村には精神保健相談を行う努力の義務のほか精神障害者福祉に関する相談の義務があることが挙げられる。

イ．障害者総合支援法関連

地域生活支援事業における精神障害者地域生活支援広域調整等事業（以下、広域調整等事業）の中に①「アウトリーチ事業」と②「アウトリーチ事業評価検討委員会」が含まれている。広域調整等事業は都道府県・政令指定都市の必須事業とされている。2018年度から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（以下、構築推進事業）は地域生活促進事業の一つに位置づけられ、その中に③「アウトリーチ支援に係る事業」が追加された。いずれも現在の実施主体は、保健所設置自治体である。広域調整等事業および構築推進事業の実施要綱のうち、①～③に関する部分は本章の付録にあるので参照してほしい。

Ⅲ．本事業実施に際しての自治体の実施機関でのマネジメント

1. マネジメントの流れ

（1）担当部署が事業の必要性や自治体が取り組む意義を理解

ア．本事業の理念の理解

事業の企画及び実施計画の立案に際しては、本事業の理念や施策動向等の経緯、地域のニーズや資源の現状および課題を十分理解したうえで行う。さらに、対象者について、疾病に関する部分だけでなく地域生活者としての強みや支援課題の理解に努める。そのため、担当部署職員は、保健所の保健師の訪問に同行するなどして、具体的な対象者イメージを持つように努める。

イ．地域の現状の理解

まず、本事業に関連した地域のニーズを把握し分析する。次のような事項は、本事業のニーズに関連することが考えられる。

- ・ 精神保健福祉相談の動向（特に家族等からの対象者の受診に関する相談、近隣苦情など）
- ・ 保健所保健師の訪問指導
- ・ 精神保健福祉法 23 条に基づく警察官通報を含む精神科救急医療の利用者の推移
- ・ 精神障害者に関連した事件の発生
- ・ ひきこもり問題
- ・ いわゆる「8050 問題」の事例

- ・ 児童や高齢者、障害者の虐待（セルフネグレクトを含む）
- ・ 荒廃住宅（いわゆるゴミ屋敷状態）の問題

さらに、本事業に関連した地域の資源を把握し分析することである。精神科病院、精神科診療所、精神障害者への訪問看護を行う訪問看護ステーション、住民への健康相談に応じる薬局、基幹相談支援センター、地域生活支援拠点、相談支援事業所、居宅介護や自立生活援助などの障害福祉サービスなどが挙げられる。訪問型支援を行っている医療機関、相談支援事業所、ピアサポートを提供できる機関は特に重視する。

（２）自治体の関係部署とともに事業の進め方を検討

まず、当該自治体の関係部署の、本事業推進における役割を明確化する。対象事例の支援や問題解決には地域保健、障害者福祉、高齢者介護、生活福祉、児童福祉、公営住宅等の部署が関与することが珍しくなく、事業の円滑な実施にはこれらとの連携や協力が必要である。これらを促進するために、必要に応じて自治体内に協議や調整の場を設定することも望ましい。

（３）外部の関係機関に事業目的や概要を説明・参画を促す。

訪問支援を行うチームを民間事業者への委託で行う場合、仕様書に基づき事業の理念や目的、事業の概要、委託先事業者の役割、自治体の役割、委託する理由を丁寧に説明し十分な理解を得る。事業実施経過中も定期的に担当部署や保健所等窓口機関は委託先事業所と運営に関する協議を行うべきである。

関係機関・団体への周知や依頼、調整も必要である。これらの対象となる機関・団体としては、実施地域内の他の自治体の保健・医療・介護・福祉担当部署、医療関係の団体、障害者福祉サービス関係、家族会や当事者団体などが考えられる。

（４）自治体マネジメントでの留意点

ア．計画的な取組

上記の１）～３）については、担当部署でよく検討準備し、実施計画(P)を立てて実施し(D)、検証を行って(C)、必要に応じて計画を修正する(A)、PDCA サイクルにより取組むことに留意する。

イ．事業の定着と安定的な実施

自治体の公式の事業実施要綱の制定、精神保健福祉関係の自治体の条例との関連性の明確化、障害福祉計画や医療計画などの自治体の公式の計画に記載するなどが望ましい。

ウ. 事業に関する発信

事業の取組み状況や成果について、定期的に発信し、自治体の関係部署のほか、関係機関・団体、地域住民の理解を進めることも重要である。

2. 事業の実施におけるマネジメントの要点

アウトリーチ支援事業の枠組みと自治体としての実施目標を、構築推進事業、広域調整等事業の各実施要綱を参考に、表1にまとめる。

表 1

	枠組事項	要 点
個別支援	多職種による訪問支援体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ○自治体の事業として多職種による訪問支援ができる専門職人材の確保 ○自治体や機関の役割、状況により、自治体常勤職員を中心とするもの、非常勤雇用、民間機関への委託など ○訪問の拠点となる機関の確保
	精神科医との十分な連携	<ul style="list-style-type: none"> 下記のうちいずれかを精神科医が担う体制を確保。 ○対象者選定、支援計画検討、振り返り、終了などを検討し決定するカンファレンスにおける医学的助言 ○危機等に際して電話で指示 ○チームの一員として同行訪問し医学的アセスメントや治療導入
	多職種による訪問支援の実施	<ul style="list-style-type: none"> ○家族や関係機関からの支援依頼に基づき保健所等の参加するケースカンファレンスで本人または家族を対象者として選定し支援導入 ○初回は保健所等職員と同行訪問しアセスメントし、以後計画的な訪問支援 ○概ね6か月間を支援の区切りとし、保健所等の参加するケースカンファレンスで振り返り。 ○支援終了に際しても、保健所等の参加するケースカンファレンスを実施。 ○新規導入時、6か月時点、終了時に支援状況について実施主体自治体に報告。
	関係機関との連携 関係機関への事業周知	<ul style="list-style-type: none"> 支援が必要な人に届きやすくし、支援経過や終了に向けてさまざまなサービスを利用できるように、自治体が事業周知し連携の促進を行う。 ○ケース把握のための連携 ○支援の必要に応じた連携 ○支援終了に向けた医療福祉等サービスへの導入のための連携

	支援の質やモラルの維持・向上	支援の質を高め、本人や家族の人権を擁護し下記に留意して適正な運営を行う。 ○保健所等が対象者の選定、支援方針の決定や終了の判断に関与 ○委託の場合、必要に応じた指導監督 ○事業実績の情報の公開 ○暴力等のリスクマネジメント ○チームメンバーの研修受講等
地域の体制整備	個別支援を通じた保健医療福祉の連携による重層的な支援体制構築	○保健所・保健センターを中心に医療機関、相談支援事業所や障害福祉サービス等の日常的な連携を促進する仕組みづくり。 ○保健所、精神保健福祉センターや専門医療機関がバックアップする、重層的な支援体制 ○より身近な地域でのアウトリーチ支援の技術普及

3. 事業の振り返り・評価

(1) アウトリーチ支援において評価を行う事項

ア. チームの活動状況

対象者に関するものとして次のような事項がある。

- ・ 対象ケースの数・性別・居住地区・疾患圏、支援開始時の生活状況・受療状況、家族状況、地域生活を困難にする行動、他の支援機関など

支援プロセスに関するものとして次のような事項がある。

- ・ 支援期間、主な支援内容（訪問回数、関係機関調整、訪問により実施した支援内容など）

支援の転帰に関するものとして次のような事項がある。

- ・ 就労や入院を含む社会適応度、地域生活を困難にする行動の状況、対象者の主観的なQOL(生活の質)・支援への満足度、家族等関係者の満足度

イ. 支援の定期モニタリング

現在支援を受けている対象ケースについて、ニーズに応じた支援をおこなうため、病状や生活全般の変化などを定期的にモニターすることが必要である。また、自殺企図や他害行為や措置入院、その他の支援に際した危機的状況の発生については保健所等の協力を得てカンファレンスを行うことが望ましい。

ウ. 事業全体に係るもの

本事業に関連した住民向け普及啓発や関係機関向けの技術普及の取組み状況

を把握し、参加状況や効果、課題を評価する。

地域精神保健医療福祉における関連諸指標の動向にも注意を払う。例えば、第7次医療計画に関する「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」における「精神疾患の医療体制構築に係る指針」の中に記載がある

- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数
- ・ 精神病床における退院後3, 6, 12か月時点の再入院率
- ・ 深夜・休日の初診後の精神科入院者
- ・ 精神保健福祉法23条に基づく警察官通報件数と緊急措置入院・措置入院の件数
- ・ 医療保護入院等にかかる移送の実施件数

などである。

(2) 評価後の対応

自治体担当部署は、事業運営機関とともに、定期的に上記の評価について検討し、意見交換の上、課題を明らかにし、必要に応じて改善策を講じる。

評価検討委員会を設置している場合は、そこにおける協議により課題や改善の方向性を明らかにする。それらを踏まえて自治体担当部署は、本事業以外の取組みも含め、事業の改善や地域精神保健医療福祉の充実をはかる。

IV. 先行事例からみた実施機関ごとの事業の特徴と留意点

ここでは主に実施主体の種類と対象地域に注目して、事業実施の特徴と留意点を述べる。なお、ここで挙げる事例は、構築推進事業の2018年改正実施要綱の施行以前から、もしくはその枠組み外で取り組まれた先行事例である。

1. 精神保健福祉センターによるもの

(1) 取組の概況

未治療・治療中断等の精神障害者に対し、保健所等との連携で医師を含む精神保健福祉センター職員の多職種チームでアウトリーチ支援を行うもの。対象地域は県・市全域など広域であり、保健所・区市町村の精神保健業務（未治療・治療中断等困難事例への支援）で対応困難な事例への支援だけでなく、保健所

等関係機関への技術援助、人材育成、ネットワークづくり等も行い、重層的支援体制の構築を目指すものでもある。

（２）留意点

支援の受付の基準、支援の地域格差、医療機関との連携、評価の方法などの課題がしばしばみられる。①保健所からの依頼の地域差（担当者間の差）がみられたり、②アウトリーチへの紹介に負担感があり、「さっさと入院させた方が楽」と保健所職員が感じている場合もある。これに関連して、③紹介事例のクライテリアが明確でない場合や、④支援の評価方法が定まっていないことも課題となりうる。

保健所間およびセンター内のスキルのばらつきを少なくするための工夫が必要である。例えば、定期異動を踏まえ、センターのサービスの質や技術水準の確保のほか、保健所等担当者の異動による連携の在り方のばらつきを防ぐことも課題であろう。

（３）先行事例（岡山県精神保健福祉センター）

岡山県では地方精神保健福祉審議会決定に基づき 2005 年度より県単独事業でアウトリーチ支援を開始した。2011 年度からは、国の事業で診療所、病院委託を開始し、保健所と医療機関が連携して、その地域でアウトリーチ支援が行えるようになった。精神保健福祉センターでは、多職種アウトリーチチームによる地域支援を中心として、保健所・市町村支援をしつつ精神科病院でのアウトリーチ体制整備を支援し、専門職の人材育成、病院と地域との連携構築などの地域体制づくりを行っていることが特徴である。保健所がゲートキーパー的機能を担い、市町村における未治療・治療中断の精神障害者の情報を把握し、対応に困難をきたす事例がアウトリーチチームに依頼される。依頼があったケースについては、アウトリーチチームに加えて、保健所、市町村、医療機関、福祉サービス機関など、地域の支援者とネットワーク型のチームを作り、対象ケースを支援している。適宜ケア会議を行い、その地域での支援が定着したところで、チームによる支援は終了する。遠方のケースについては、アセスメント訪問と事例検討会を行い、その後必要に応じたフォローアップがされている。アウトリーチチームが保健所等と協働で活動することで、チーム活動の内容の透明性が保たれやすくなり、地域のネットワーク形成や市町村等の人材育成に

も効果が期待される。（表2）

表2

直面する課題認識	家族会の要望もあり、未治療治療中断等の事例への対応に迫られた
課題解決への推進力となった事項	地方精神保健福祉審議会での方針決定 全保健所を対象とした調査により、現場のニーズを把握 国のアウトリーチ推進事業への参加 精神障害者地域生活支援広域調整等事業の活用 実績や支援ニーズを数値化し、保健所等と共有
利用できるリソース	精神保健福祉センター職員（県立施設の廃止に伴う職員の確保；従来から訪問を実施） 保健所保健師（従来から訪問による個別支援を重視） 県内精神科医が訪問活動を積極的に行う風土
継続のポイント	保健所との関係強化 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 保健所からの要望により、アウトリーチチーム単独の訪問から、チームと保健所が連携するネットワーク型のアウトリーチ支援への転換（アウトリーチチームの活動の見える化） ▶ 保健所長会や保健課長会との協議の場を継続して活用 ▶ 措置診察や研修会講師などの協力 ネットワークとアウトリーチを中心的理念とした活動による人材育成 アウトリーチの意義を数値化して示す
取り組みの効果	アウトリーチ支援による入院期間の短縮、GAF スコアの改善 保健所職員の育成や燃え尽き防止 訪問に関する所内職員の意識醸成 保健所や医療機関との連携強化
他の自治体で実施するためのポイント	保健師や精神保健福祉相談員など、訪問スキルのある職員でチームを作り、近いところから訪問支援を始める アウトリーチ支援のあり方について保健所との定期的な意見交換 地域支援に関心がある精神科医の確保 データベースの作成と実績提示による予算確保

2. 都道府県による圏域を定めた事業

（1）取組の概況

未治療・治療中断等のほか、頻回に入退院をする者や長期入院後に退院した者を対象に、自治体内で二次医療圏などエリアを決め、エリアを担当する保健所と連携して多職種チームが訪問支援を行う。病院や訪問看護等を行う法人に

委託し多職種チームを確保する場合が多い。保健所等の参加する運営委員会等で対象事例を選定。保健所、本庁、精神保健福祉センターの参加する評価会議を定期的を開催している。

（2）留意点

圏域内の市町村の障害者福祉、高齢者介護、健康推進の担当部署と保健所が連携をはかり、対象ケースの紹介や生活支援ニーズに応じたサービスへの導入が円滑になされるようにつとめる。

圏域内の精神科病院に委託して行う場合は、通常の診療と本事業による支援を明確にわけ、適正な運営がなされるようにする必要がある。すなわち、事業運営担当職員の業務内容や、対象ケースが自院患者に偏らないようにする。そのため保健所は、対象ケースの決定への関与、初回訪問への同行、支援開始6カ月時点での評価、本事業による支援の終了の決定への関与を行う。

都道府県の保健医療計画に記載し、事業の安定的な運営、計画的な整備・質の向上がなされるように努める。

（3）先行事例（和歌山県）

和歌山県では、もともと精神保健福祉法第34条の移送が多いことが課題になっていたが、2011年度に国の事業である精神障害者アウトリーチ推進事業をきっかけに、未受診・治療中断者を中心としたアウトリーチチームを民間医療機関に委託して、本庁が進捗を管理し、保健所が支援導入を担うという方法で支援を開始した。同事業が終了した後も、さまざまな予算を取得して事業を継続している。保健所と本庁が管理することで、医療機関が自機関で抱え込むことなく、未受診・治療中断者を地域で支える仕組みをつくることができた。（表3）

表 3

直面する課題認識	34条移送が多く、その削減が課題 未治療・治療中断者等の相談が多く、さらに増加傾向 精神障害者関連の事件が地域の問題になる
課題解決への推進力となっ	2011年度からの国の精神障害者アウトリーチ推進事業参加 本庁が最初からしっかり関わり、委託先に丸投げにしなか

た事項	った チームスタッフと保健所、本庁担当者による月1回評価会議を開催
利用できるリソース	県内の全保健所に精神保健福祉士が常勤配置されている 本庁担当者が精神保健福祉士であり、専門的視点から事業の有用性について資料作成が可能 2014年度～地域移行・地域生活支援事業、和歌山県精神障害者地域生活支援体制整備事業 2015年度～地域医療介護確保基金、和歌山県精神障害者受領促進体制整備事業 2016年度～地域移行・地域生活支援事業
継続のポイント	保健所や本庁の担当者による積極的な関与 保健所保健師が医療判断を中心に支援を行うことにより、身体合併症の観察が行える 支援開始時及び必要に応じた保健所職員の同行訪問
取り組みの効果	移送の減少 地域住民が協力的になった 医療が必要と思われた事例でも、生活支援により性急な医療導入の必要がないことがわかった
他の自治体で実施するためのポイント	精神保健福祉士の保健所への配置 本庁の担当者が現場の状況を政策につなげる 多職種チームの構築

3. 特別区や保健所設置市（政令指定都市を除く）における取組

（1）取組の概況

自治体に設置された保健所の精神保健相談や訪問指導の枠組みを活用し、多職種チームが訪問支援を行うもの。対象は、未治療治療中断等で、契約型サービスの利用が困難な事例が主である。保健所・保健センターへの家族等からの相談をもとに、保健所で支援対象を判断して、チームが訪問支援を行う。訪問支援を担う多職種チームは、地元医療機関の精神保健福祉士に依頼したり、自治体が精神保健福祉士を非常勤で雇用したりするほか、地元の医療福祉機関のネットワークで事例に応じて編成して保健師と同行訪問するものもある。協力病院医師による定期的な助言指導を受ける例もある。

（2）留意点

専門医療機関や都道府県の精神保健福祉センターと、日頃から自治体の担当者や直接運営に当たる者が連携をはかり、緊急時の医療導入や広域の調整、人

材の育成などが円滑に行えるようにすること。

措置入院者等の退院後支援に本事業が活用されることも考えられるが、（緊急）措置入院の権限は自治体を所管する都道府県にあるため、都道府県と本事業実施自治体の保健所とが情報共有できる仕組みを整備することが望ましい。

（3）先行事例（八王子市）

八王子市では、2014年度の改正精神保健福祉法施行に伴い、保健所職員が市内17病院を訪問して退院調整機能に関してヒアリング調査を実施し、保健所に期待される役割として、個別支援強化と連携、関係機関ネットワークの推進、とりわけ受診受療に関する「医療導入支援」への期待が高いことが明らかになった。家族対応困難事例関連の事件を契機に地域の困難事例対応が議会から求められていたこともあり、都の補助を活用して2016年に保健所と市内の精神科病院の連携によるアウトリーチの取り組みを開始した（八王子市精神障害者早期訪問支援事業）。保健所の精神保健相談を活用し、未治療、治療中断等で地域生活困難な事例を主な支援対象としている。地元の複数の病院に勤務する精神保健福祉士を保健所に非常勤として雇用し、保健所保健師とともに訪問支援を行っていることが特徴で、病院医師による事例検討やスーパーバイズも実施されている。カンファレンス、カンファレンス後の保健師のマネジメント、事業連絡調整会議、事業運営評価会議などにより、関係者間の合意形成を丁寧に行いながら事業が進められている。（表4）

表4

直面する課題認識	未治療・治療中断等精神保健相談の増加 地域の困難事例の医療導入などに迅速に対応する必要性
課題解決への推進力となった事項	市議会と市が早期支援の必要性を認識していた 市内病院調査で医療導入支援の意義が理解され、都の財政支援、都精神保健福祉センターの技術援助を得られた 4回にわたる病院と保健所の合同準備会で、地域の課題や実際の動き方について丁寧に検討した
利用できるリソース	市内の精神科病院 保健所保健師の日常的な訪問指導 東京都の障害者施策推進包括補助項目「精神障害者アウトリーチ支援事業」による財政的裏付け
継続のポイント	事業実施要綱の整備 精神保健福祉センターのバックアップ

	ケースカンファレンスや事業連絡調整会議、事業運営評価会議などでの関係者による合意形成
取り組みの効果	精神科医療へのアクセス改善、家族支援の強化 多職種の見点が加わったことによるアセスメント力の向上 保健所と病院の連携強化（「顔が見える関係」ができたことで、困難事例や医療中断の問題等、地域の課題を共有しやすくなった） 病院職員の地域生活への理解促進
他の自治体で実施するためのポイント	調査報告などを用いて事業の必要性について関係者間の合意形成を図ること 精神保健福祉センターなどによる技術支援が得られること 保健所が適切な事例を選択でき、医療導入後もフォローできること 地域に理解がある精神保健福祉士に事業に参加してもらえること

4. 自ら保健所を持たない市町村で実施する場合

（1）取組の概況

身近な自治体による福祉やこころの健康づくりの視点での取り組みである。このため事業の実施根拠は、地域保健法にもとづく市町村保健センターの健康づくりの活動であったり、ひきこもり対策推進事業を活用したものであったり地域の実情に応じてさまざまである。多くは訪問看護ステーションや社会福祉法人への委託により事業運営がなされる。

（2）留意点

対象ケースの病状悪化や医療機関へのつながりが必要となる場合にそなえて、実施自治体を担当する保健所による技術援助を受ける。ケースの状態によっては専門医療機関に紹介することが必要であり、企画段階より自治体を担当する保健所のバックアップを日頃から得ておくことも重要である。精神保健福祉センターによる研修に自治体や委託事業者の職員が参加するなど人材育成を行うほか、精神保健福祉センターからの専門的技術援助が必要に応じて得られるような関係づくりも望まれる。

企画にあたっては、財源確保・事業の実施根拠、運営主体となる法人（事業所）の確保なども自治体独自に必要なとなり、市町村幹部のリーダーシップが特に重要である。運営においては、自治体としての業務の範囲を見定め、委託先

のキャパシティを踏まえた支援の密度となるように自治体側の継続的な関与が必要である。

なお、現状では、保健所設置自治体でない市町村は構築推進事業におけるアウトリーチ支援に係る事業の実施主体となることはできない。

（3）先行事例（尾道市）

尾道市では、2018年より「こころサポート事業」として未治療・治療中断等、困難事例に対する多職種アウトリーチを開始した。社会福祉法人の精神保健福祉士1名が委託を受け、ケースごとに保健師その他の支援関係者と多職種チームを結成し、支援を行っている。支援対象者は、周囲との関係づくりや生活に困難があり、社会・医療から孤立している人や精神疾患が疑われる未受診者、医療中断者、自殺未遂者などである。こころサポート事業により、アウトリーチの強みを活かした地域連携の強化ができています。一方で、往診に対応できる医師や、訪問看護師、相談支援専門員は不足しており、山間部や島嶼部のニーズにどう対応するかなどについては今後の検討課題としてあげられている。(表5)

表 5

直面する課題認識	自立支援医療受給者、精神障害者保健福祉手帳所持者の増加 未治療、治療中断、対応困難事例の増加 困難事例への支援強化の必要性
課題解決への推進力となった事項	市健康推進課担当者の問題意識の高さ 副市長の理解 委託先と市との良好な関係
利用できるリソース	精神科病院1か所、精神科クリニック4か所、総合病院精神科2箇所、相談支援事業所14か所 精神科のリソースは多くはないが、連携には積極的
継続のポイント	ネットワーク型で委託後も市の健康推進課が密接に関与している 多職種の支援効果を実感できていること
取り組みの効果	地域で支えるためのしくみ構築により、各担当の負担感軽減 課題の共有ができ、連携体制構築の必要性も共有できた
他の自治体で実施するため	自治体が支援チームにしっかり関与すること 支援の提供を通じた地域の関係者間の連携構築

のポイント	委託先でアウトリーチ業務に携わる職員には、支援・連携構築等に関する高いスキルが求められる
-------	----------------------------------------------

V. おわりに

アウトリーチ支援は、これまで述べてきたように、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいては不可欠な役割を担うものである。

しかしながら、アウトリーチ支援は我が国においては歴史が浅く、医療機関・行政機関とも実践的経験も多くはないのが実情である。このため訪問支援を担える人材の育成、自治体のマネジメントの準備も今後の課題である。

今後とも、地域の実情に応じ、アウトリーチ支援の体制を整備し、精神障害者を含めて誰もが取り残されず、できるだけ本人の望む暮らしを地域で送ることを支援できる体制づくりに取り組んでゆくことが求められる。本ガイドがこれに資することを願うものである。

文献

1. 厚生労働省障害保健福祉部：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要綱（2019年3月改正）（付録参照）
2. 厚生労働省障害保健福祉部：精神障害者地域生活支援広域調整等事業要（2019年3月改正）（付録参照）
3. 厚生労働省精神障害・保健課：地域定着支援の手引き．（2010年3月）
4. 厚生労働省精神障害・保健課：精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き．（2011年4月）
5. 2013年度地域保健総合推進事業：精神障害者アウトリーチにおける保健所の果たすべき役割に関する研究 報告書．（2014年3月）
6. 全国保健師長会調査研究事業：地域包括ケアにおける在宅医療推進事業ガイドライン．（2015年3月）
7. 日本医師会精神保健委員会（プロジェクト）：精神保健委員会（プロジェクト）答申．（2016）
8. 伊藤順一郎（編・監修）：研究から見えてきた、医療機関を中心とした多職種アウトリーチチームによる支援のガイドライン．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．（2015）

9. （精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援事業：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手引き． ver. 1.00 . 2019年3月）
10. 全国保健所長会委員会：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築事業」における保健所マニュアル．（2018年8月）

付録

●「アウトリーチ支援に係る事業」：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実施要綱（2019年3月改正）より

アウトリーチ支援に係る事業

都道府県等は、精神障害者の地域生活を支援するため、多職種による訪問支援（以下「アウトリーチ支援」という。）を行い、支援対象者及びその家族等（以下「対象者」という。）の状態等に応じて、必要な支援が適切に提供される体制の整備に努めること。また、個別の支援を通じて、保健・医療・福祉の連携による重層的な支援体制の構築を図ること。実施主体において、アウトリーチ支援の実施が有効であると判断した対象者に対して実施するものとする。

（対象者の例）

- ・ 精神疾患が疑われる未治療者
- ・ 精神科医療の中断者
- ・ ひきこもりの精神障害者
- ・ 精神科病院への入退院を繰り返す者
- ・ 精神疾患による長期（概ね1年以上）入院後の退院者
- ・ アウトリーチ支援が有効であると実施主体が判断した者

アウトリーチ支援を行うにあたっては、多職種による訪問支援が行える体制を整備すること。その際、精神科医師と十分に連携が図れる体制をとること。

新規導入者の選定、概ね6ヶ月時点における支援内容の評価、終了者の検討については、都道府県等（保健所、精神保健福祉センター等）及び支援者等が参画したケース・カンファレンスを開催すること。

また、新規者、概ね6ヶ月時点での状況、終了者については、事業の実施主体である都道府県等へ報告すること。

- 「アウトリーチ事業」：精神障害者地域生活支援広域調整等事業における地域移行・地域生活支援事業について（2019年3月改正）より

地域移行・地域生活支援事業実施要綱

1 目的

（中略）

4 事業内容

（1）アウトリーチ事業

ア アウトリーチチーム体制の整備

都道府県等は、「特掲診療料の施設基準等（平成20年厚生労働省告示第63号）」に基づく、精神科在宅患者支援管理料の届出を行っている医療機関（以下「届出医療機関」という。）に委託して事業を実施する場合を除き、精神障害者の地域生活を定着させるために、支援対象者の状態に応じた必要な支援が適切に提供される体制として、保健医療スタッフと福祉スタッフ等から構成する多職種による支援体制（アウトリーチチーム）を整備する。

（ア）アウトリーチチームの設置

都道府県等は、アウトリーチチーム（以下「チーム」という。）を以下の機関等に設置するものとする。

- (i) 保健所
- (ii) 精神保健福祉センター
- (iii) 相談支援事業所等（主として精神障害者の対応を行っており、精神科病院、保健所等と十分に連携を図る体制を講じていること）

（イ）チームの人員配置等

チームの設置にあたっては、予め、当該事業を実施する機関にアウトリーチ業務に十分に対応できる人員を確保するとともに、責任者を明確にしておくこと。

- (i) 原則 24時間 365日の相談支援体制をとれること。但し、休日・夜間については電話による相談対応でも可とする。
- (ii) 従事する職種については、保健師、看護師、精神保健福祉士、作

業療法士のいずれかの職員を少なくとも 1 名以上配置するものとし、他に臨床心理技術者、相談支援専門員等の専門職やピアサポーター等の多職種が配置されていることが望ましい。

- (iii) 病院等と兼務する職員や非常勤職員をもって充てても差し支えないが、その場合、本事業による業務と他業務との勤務日数及び時間を明確に区分すること。
- (iv) 精神科医師は常勤医でなくとも（顧問医、非常勤でも）可とするが、電話等による指示及び往診できることや、個別支援会議への出席等、十分に連携の図れる体制であること。
- (v) 専用の事務室を備え、1日1回のミーティングと週1回程度定期的に関係者によるケース・カンファレンスを実施すること。

イ 支援対象者

アウトリーチの対象者は、統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、気分（感情）障害、認知症による周辺症状（BPSD）がある者及びその疑いのある者で以下のいずれかに該当する者（以下「統合失調症等の者」という。）及び統合失調症等の者の家族等とする。なお、その他の精神疾患については本事業の継続的な支援提供の対象者とはせず、チームの判断により他の適切な機関等に、迅速に受け渡すこととする。

（ア）精神疾患が疑われる未受診者

地域生活の維持・継続が困難であり、家族・近隣との間でトラブルが生じるなどの日常生活上の「危機」が発生しており、精神疾患が疑われ、入院以外の手法による医療導入が望ましいと判断される者。なお、対象者が危機と捉えていなくとも、対象者が精神症状の悪化により生活上の困難をきたすと想定される場合も対象とする。

（イ）ひきこもりの精神障害者（疑い例含む）

特に身体疾患等の問題がないにも関わらず、概ね6カ月以上、社会参加活動を行わない状態や自室に閉じこもり家族等との交流がない状態が続いている者で、精神疾患による入院歴又は定期的な通院歴のある者又は症状等から精神疾患、が疑われる者。

（ウ）その他保健所等の行政機関を含めて検討した結果、支援対象ケースとして選定した以下の者。

- ・ 精神科医療機関の受療中断、又は服薬中断等により、日常生活上の危

機が生じている者。

- ・ 精神疾患による長期（概ね1年以上）の入院、又は、入院を頻繁に繰り返し、病状が不安定な者。

ウ チームの活動等

チーム（届出医療機関の委託を含む。以下同じ。）は、支援対象者について、その家族や地域の関係機関からの情報提供等により把握し、必要な支援を行うものとする。

（ア）支援にあたっては、支援対象者に医療が必要であることを繰り返し説明するものとし、医療機関や障害福祉サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とする。また、支援対象者のうち統合失調症等の者の家族等に対しては、統合失調症等の者への対応について助言するとともに、必要な相談に応じるものとする。支援期間及び支援終了時期については、概ね6カ月を目安とするが、個々の状況に応じ、個別支援会議等で十分な協議を行うものとする。

（イ）支援対象地域については、実施する機関等における特性や地理的条件、地域における対象疾患の発生頻度等を踏まえ、訪問による支援が可能な合理的な範囲を予め設定した上で実施すること。

（ウ）保健所及び精神保健福祉センター（以下「保健所等」という。）以外の機関が実施する場合において、訪問の際は保健所保健師等が同行するものとする。

エ ケース・カンファレンスの開催

（ア）支援対象者の選定

保健所等は、家族や地域の関係機関からの情報提供等により把握した内容をもとに事前調査を行い、必要に応じ関係機関と調整のうえ、支援対象者の選定を行うこと。なお、届出医療機関並びに相談支援事業所等においてアウトリーチを実施する場合は、保健所等の行政機関を参画させて支援対象者を選定することとする。但し、その後の訪問診療等により、精神疾患以外と確定した対象者においては、以後、アウトリーチは実施できないものとする。

（イ）支援内容の検討や支援計画の作成

チームは、支援内容の検討や支援計画の作成を行うため、関係者等の参画を求め、当該カンファレンスを開催するものとする。なお、届出医療機関並

びに相談支援事業所等のチームにおいては、保健所等の行政機関の参画による支援計画の作成及び支援内容の評価・検討を行うこと。また、当該会議は、週1回程度定期的に行うが、対象者の状況に応じて開催回数を増やすことは構わない。

(ウ) 支援内容の報告

支援対象者に対して期間内に行った支援内容については、都道府県等が別に定める様式により月毎に都道府県等へ報告するものとし、都道府県等はアウトリーチ事業評価検討委員会（以下「評価検討委員会」という。）において評価及び検証を行うこととする。

(中略)

5 留意事項

(1) アウトリーチにおける留意事項

ア 関係機関等との連携

都道府県等は、本事業の円滑な実施を図る観点から、当該地域における市町村、福祉事務所、医療機関、障害福祉サービス事業所等の関係機関や家族会、障害者団体などとの連携を図り、以下のような協力体制の構築に努めること。

(ア) 支援対象者が生活保護受給者、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（平成十七年法律第百二十三号）に基づくサービスの利用者等といった何らかの福祉サービスとして関わりがあるものである場合に、それらの支援を通して本人の状況を把握する等、関係機関との情報共有ができること。

(イ) 支援対象者において、健康保険や医療費等に関する課題が生じた場合に、適切な支援が受けられるよう関係機関に働きかけること。

(ウ) 当該事業を実施する圏域の市町村が、24時間緊急対応や緊急一時的な宿泊等の障害者の地域生活を支える地域生活支援事業の市町村任意事業である「地域移行のための安心生活支援」を実施することも想定されることから、その場合においても市町村との緊密な連携を図ること。

イ 関係機関への周知

都道府県等は、関係機関に対して本事業を広く周知するとともに、協力施設の拡充及び支援体制の充実等に努めること。

ウ その他

(ア)アウトリーチ支援において、支援の連続性の観点から同一対象者に医療保険、介護保険、自立支援給付等で請求可能な支援が併せて提供された場合が想定されるが、既存制度で請求可能な支援と重複する支援内容については、本事業の補助対象とはならないので留意すること。

(イ)アウトリーチの実施に当たっては、支援者側の一方的な計画によって行うのではなく、支援対象者や家族等との間に信頼関係を構築するよう努めること。また医療機関や関係機関と連携し、地域生活を維持できるような生活全般を視野に入れた支援に努めること。

(ウ)チームは、支援対象者等のプライバシーの尊重に万全を期するものとし、個人情報に関する管理責任者を定めるとともに、支援従事者は正当な理由なくその業務を通じ知りえた個人情報を漏らしてはならないこと。

(エ)都道府県等は、事業の一部を委託する場合、受託者に対し、委託する業務の内容、個人情報の適切な取扱いに関する内容等を契約に盛り込み受託者の義務とするほか、業務が適切に行われていることを定期的に確認することなど必要かつ適切な監督をしなければならない。

(オ)アウトリーチを実施する機関は、チームの活動状況等に関する情報を提供するなど、都道府県等が設置する評価検討委員会に協力するものとする。

「アウトリーチ事業評価検討委員会」：精神障害者地域生活支援広域調整等事業における地域生活支援広域調整会議等事業実施要綱(2019年3月改正)より

1 目的

(中略)

3 事業内容等

(1) アウトリーチ事業評価検討委員会

都道府県等は、アウトリーチ事業の実施に際し、保健・医療・福祉に携る関係者、当事者、家族等から構成するアウトリーチ事業評価検討委員会（以下「評価検討委員会」という。）を設置するとともに、3カ月に1回以上開

催し、以下に掲げる業務を行うものとする。なお、都道府県等の協議会等の既存の組織を評価検討委員会として位置づけることは差し支えない。また、評価検討委員会を運営するに当たっては、保健所及び精神保健福祉センター等の行政機関との連携を図ることとする。

- (ア) アウトリーチチームの活動状況の把握を行う。
- (イ) 支援内容に係る定期的なモニタリング(支援対象者の病状及び生活全般の変化等)を行う。
- (ウ) 事業推進に向けた、行政機関(保健所、市町村、福祉事務所等)、障害福祉サービス事業者、医療機関等の関係機関への事業周知や円滑な実施に向けた調整を行う。
- (エ) 当該事業全体の評価及び検証を行う。なお、地域における支援体制等、実施計画に関する課題が明らかになった場合には、課題解決に向けた方策を検討するよう努めること。

別添 9

包括的支援マネジメント 実践ガイド

厚生労働行政調査推進補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究（H28－精神－指定-001）

1 包括的支援マネジメントの概要

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

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

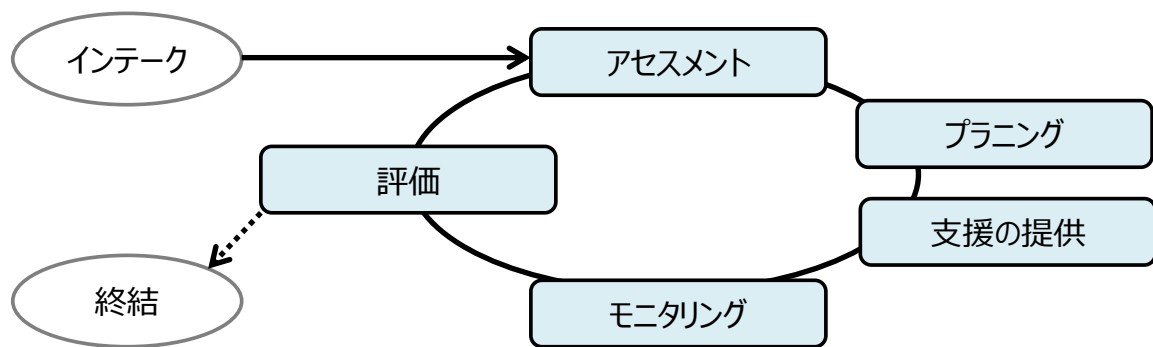


図 1 包括的支援マネジメントの流れ（多職種で実施）

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

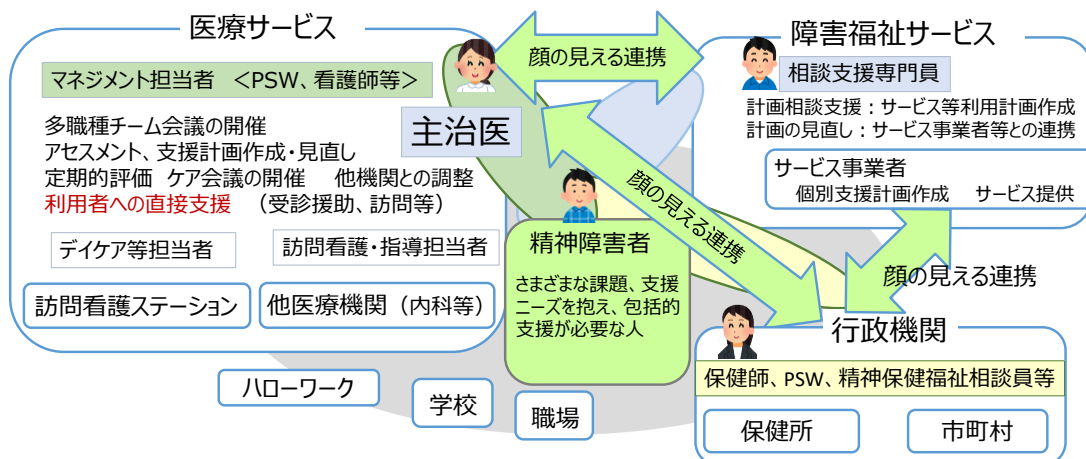


図2 包括的支援マネジメントによる連携構築のイメージ

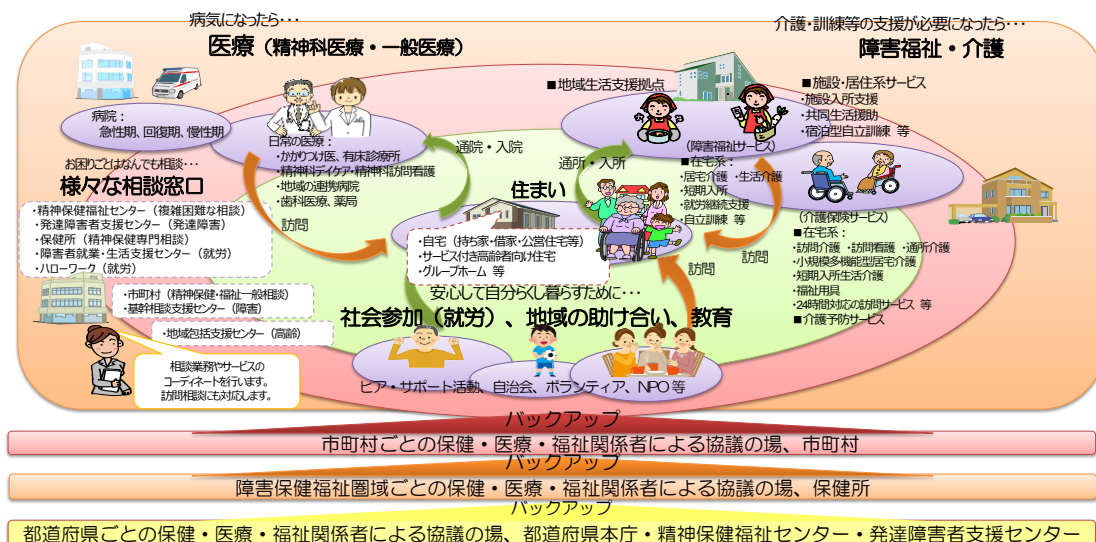


図3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムのイメージ
(厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」資料より)

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

2 包括的支援マネジメントの支援対象者

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

3 包括的支援マネジメント担当者の役割

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

表 1 本人に対する直接支援の例

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

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

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

4 包括的支援マネジメントの進め方

1) 同意の取得と包括的支援マネジメント担当者の選任

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

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

2) 支援チームの構築とケア会議の調整

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

3) インテーク

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

4) 支援ニーズアセスメント

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

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

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

5) ケア会議

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

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

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

6) 支援計画の作成

① 支援計画作成の目的

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

② 支援計画作成の手順

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

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

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

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

③ その他の留意点

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

7) 緊急受診・相談面接のプラン（クライシスプラン）の作成

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

8) モニタリングと評価

① モニタリングとは

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

確にし、次の支援計画に結びつけていくものである。

② モニタリングの実施

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

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

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

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

③ モニタリングの時期

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

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

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

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

9) 支援の終了

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

作成者一覧

研究代表者 藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究分担者 川副 泰成（総合病院 国保旭中央病院）

研究協力者（五十音順）

岩上 洋一（特定非営利活動法人じりつ）

上島 雅彦（一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院）

岡部 正文（一般社団法人 ソラティオ）

香山 明美（みやぎ心のケアセンター）

菊入 恵一（医療法人崇徳会 田宮病院）

齋藤 研一（社会福祉法人会津療育会 会津若松市障がい者総合相談窓口）

小池 純子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

鈴木 浩太（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

鈴木 孝典（高知県立大学社会福祉学部）

田村 綾子（聖学院大学人間福祉学部人間福祉学科）

名雪 和美（総合病院 国保旭中央病院）

長谷川直実（大通公園メンタルクリニック）

前沢 孝通（医療法人孝栄会 前沢病院）

三澤 孝夫（国際医療福祉大学医療福祉学部医療福祉・マネジメント学科）

村井 千賀（石川県立高松病院）

山口 創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

包括的支援マネジメントツール（アセスメント・計画書ツール）

1. インテークシート/フェイスシート

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

2. 包括的支援マネジメント アセスメント

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

3. 包括的支援マネジメント 支援計画

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

4. 緊急受診・相談面接のプラン（クライシスプラン）

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

5: 利用できるサービス・社会資源

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

ノート：

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

様式 1-1. インテークシート/フェイスシート：基礎情報（補助ツール）

フリガナ		性別	
本人氏名		生年月日 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： ）（続柄 ）		
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"/> なし <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> その他（ _____ 級）		
年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害基礎/厚生年金 級 <input type="checkbox"/> その他の年金（ ） 級		
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年金・生活保護等の合計額	円
後見人等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 後見人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
入院	過去の入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 直近の退院日： _____		
行政機関 の介入	過去の行政機関等（例：警察/保健所）の介入 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 直近の介入日： _____		
介護・障害 程度	<input type="checkbox"/> なし 要介護認定：要支援 1 / 2, 要介護 1 / 2 / 3 / 4 / 5（ 年 月まで） <input type="checkbox"/> なし 障害支援区分：非該当, 区分 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6（ 年 月まで）		
これまでの 経緯			

様式 1-2. インテークシート/フェイスシート：家族関係（補助ツール）

家族等の関係

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

現在利用中の通所・訪問系サービスや制度など

サービス利用なし

医療サービス

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

障害福祉系サービス

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

高齢者福祉系サービス

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

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

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

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

様式 2-2. 包括的支援マネジメント 支援ニーズアセスメントシート

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

本人の希望 (本人の言葉でかくこと)

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

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

アセスメントのまとめ (医学的な所見や入院中の状態を含む)

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

記入日：	氏名：
------	-----

生活上の希望または困っていることは何ですか

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

様式 3-1. 包括的支援マネジメント 支援計画シート（基本項目）

作成番号： _____

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

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

モニタリング（初回は不要）

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

CM = ケースマネジメント

ニーズ/課題への対応

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

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

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

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

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

自由記載欄

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

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

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

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

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

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



ふだんの生活の中で、自分で対処できる程度のもの【日常レベル】

調子が悪くなってきたサイン：

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ること：

自分がすること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人がすること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

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

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



まわりの人の支援を必要とする程度のもの【緊急事態】

まわりの人の支援が必要な状況のサイン：

自分でわかるサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人が気づくサイン

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

サインに気づいたときにすべきこと：

自分ができること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人がすること

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

まわりの人にしてほしくないこと

- ・
- ・



緊急時のサポーター（援助者・支援者）や相談先：

名前	連絡先	関係・役割

様式 5. 利用できるサービス・社会資源一覧シート（補助ツール）

（各地区の特性に合わせて改定してください）

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

別添 1 1

措置入院の運用ガイドライン

平成 30 年 3 月

平成 29 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金

「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」

分担研究「措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究」

目次

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

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

I. はじめに

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

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

その結果、警察官通報及び通報後に措置診察や措置入院に至る地域差に係る要因として考えられる点いくつか浮上した。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は避けるべきである。

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と認められた場合には、措置解除を行わなければならない。（第 38 条の 3 第 4 項又は第 38 条の 5 第 5 項）

VIII. 地域の関係者による協議の場

1. 協議の場の設置

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

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

等について、年に 1 ～ 2 回程度を目安に協議を行うことが望ましい。

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

2. 協議の場における情報の取扱い等

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

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

IX. 運用マニュアルの整備

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

X. 研修の実施

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

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

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

XI. 実施状況の適切な把握とガイドラインの見直し

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

XII. おわりに

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

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

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

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

謝辞

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

研究班の構成

【研究代表者】

藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部 部長）

【研究分担者】

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

【研究協力者】（五十音順）

相澤 明憲（弓削病院 病院長）

浅見 隆康（群馬県こころの健康センター 所長）

東 美奈子（訪問看護ステーション Relisa 所長）

新垣 元（新垣病院 理事長）

今井 淳司（東京都立松沢病院）

稲垣 中（青山学院大学 国際政治経済学部 教授）

伊豫 雅臣（千葉大学 精神神経科 教授）

遠藤 悦夫（全国精神保健福祉相談員会 品川保健センター）

遠藤 謙二（千曲荘病院 理事長・院長）

遠藤 哲一郎（全国精神保健福祉相談員会 川口市保健センター）

太田 順一郎（岡山市こころの健康センター長）

大塚 達以（宮城県立精神医療センター）

大槻 知也（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県川口保健所）

大屋 未輝（日本精神保健福祉士協会）

川副 泰成（国保旭中央病院 院長補佐）

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

吉川 隆博（東海大学 健康科学部看護学科 准教授）

木本 達男（全国精神保健福祉相談員会 岡山市こころの健康センター）

金田一 正史（全国精神保健福祉相談員会 千葉県精神保健福祉センター）

熊取谷 晶（全国精神保健福祉相談員会 京都府精神保健福祉総合センター）

小関 清之（医療法人社団斗南会秋野病院 地域連携室長）

神 明彦（成増厚生病院 看護師長）
佐々木英司（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県草加保健所）
紫藤 昌彦（紫藤クリニック 院長）
島田 達洋（栃木県立岡本台病院 医務局長兼診療科長）
杉山 直也（沼津中央病院 院長）
瀬戸 秀文（長崎県精神医療センター 診療部長）
田所 淳子（全国精神保健福祉相談員会 高知県中央東福祉保健所 健康障害課）
田中 究（兵庫県立ひょうごこころの医療センター 院長）
田村 綾子（聖学院大学 人間福祉学科 教授）
塚本 哲司（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県立精神保健福祉センター）
辻本 哲士（滋賀県立精神保健福祉センター 所長）
津田 多佳子（川崎市精神保健福祉センター 担当課長）
中島 公博（五稜会病院 理事長）
長野 敏宏（御荘診療所 院長）
中原 由美（福岡県粕屋保健福祉事務所 保健所長）
成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター 副病院長）
野口 正行（岡山県立精神保健福祉センター長）
橋本 望（岡山県精神医療センター）
長谷川 直美（ほっとステーション 院長）
長谷川 花（沼津中央病院）
波床 将材（京都市こころの健康増進センター 所長）
平田 豊明（日本精神科救急学会 理事長）
平林 直次（国立精神・神経医療研究センター病院 第二精神診療部長）
廣江 仁（社会福祉法人養和会 理事長）
本田 浩子（東京都福祉保健局障害者施策推進部 精神保健医療課計画担当）
増茂 尚志（栃木県精神保健福祉センター 所長）
松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 薬物依存研究部 部長）
武藤 岳夫（肥前精神医療センター 精神科医長）
村上 優（国立病院機構榊原病院 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 1 2

自治体による精神障害者の 退院後支援に関するガイドライン

平成 30 年 3 月

平成 29 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金

「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」

分担研究「措置入院者の地域包括支援のあり方に関する研究」

目次

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

IV. 計画に基づく退院後支援の実施	15
1. 帰住先保健所設置自治体の役割	15
2. 各支援関係者の役割	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
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	16
4. 計画の見直し	16
5. 本人が居住地を移した場合の対応	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
6. 計画に基づく支援の終了及び延長	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
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 ..	19
8. 退院後支援の業務の委託	20
1) 概要	20
2) 業務委託を実施する場合の留意点.....	20
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	20
V. おわりに	21
〈参考：計画の作成の具体的な手順の流れ〉	22

I. はじめに

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

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

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

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

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

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

II. 自治体による精神障害者の退院後支援の趣旨

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

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

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

III. 退院後支援に関する計画の作成

1. 概要

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

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

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

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

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

2. 作成主体

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

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

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

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

3. 支援対象者

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

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

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

4. 計画作成についての本人の同意、本人及び家族その他の支援者の参画

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

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

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

5. 計画作成の時期

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

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

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

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

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

6. 計画の内容

1) 計画の記載事項

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3) 計画に基づく支援期間

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

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

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

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

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

4) 計画内容に関するその他の留意事項

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

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

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

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

7. 会議の開催

1) 概要

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

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

2) 設置主体、事務局

会議の設置主体は、計画の作成主体の自治体である。

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

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

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

3) 参加者

① 本人及び家族その他の支援者の参加

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

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

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

② 弁護士等の代理人の参加

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

③ 支援関係者

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

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

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

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

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

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

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

4) 開催時期

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

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

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

5) 開催方法

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

6) 開催場所

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

7) 協議内容

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

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

8) 会議の事務に関する情報の管理

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

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

9) 会議の記録等の取扱い

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

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

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

10) その他の留意点

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

8. 計画の交付及び支援関係者への通知

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

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

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

9. 入院先病院の役割

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

1) 退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者の選任

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

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

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

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

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

〈入院時の対応〉

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

〈退院に向けた相談支援〉

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

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

〈計画に関する業務〉

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

〈退院調整に関する業務〉

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

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

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

2) ニーズアセスメントの実施

〈概要〉

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

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

〈実施主体〉

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

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

〈内容〉

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

3) 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡

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

4) 計画に係る意見書等の自治体への提出

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

5) 会議への参加

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

10. 地域援助事業者の役割

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

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

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

IV. 計画に基づく退院後支援の実施

1. 帰住先保健所設置自治体の役割

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

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

2. 各支援関係者の役割

1) 帰住先保健所設置自治体への協力

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

2) 計画に基づく支援の実施に関する留意点

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

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

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

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

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

4. 計画の見直し

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

計画の見直しに当たっては、以下のいずれかに該当する場合には会議を開催する。

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

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

5. 本人が居住地を移した場合の対応

1) 概要

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

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

2) 移転元自治体の対応

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

3) 通知内容等

移転元自治体から移転先自治体に通知する内容は、以下のとおりとする。

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

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

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

4) 移転先自治体の対応

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

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

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

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

6. 計画に基づく支援の終了及び延長

1) 計画に基づく支援の終了及びその後の対応

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

また、計画に基づく支援期間が経過する前であっても、

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

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

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

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

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

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

2) 計画に基づく支援期間の延長

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

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

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

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

8. 退院後支援の業務の委託

1) 概要

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

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

2) 業務委託を実施する場合の留意点

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

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

9. 退院後支援の体制整備、実施状況の適切な把握

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

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

V. おわりに

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

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

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

<参考：計画の作成の具体的な手順の流れ>

計画を作成する具体的な手順の流れを以下に示す。

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

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

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

(注)

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

謝辞

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

研究班の構成

【研究代表者】

藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部 部長）

【研究分担者】

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

【研究協力者】（五十音順）

相澤 明憲（弓削病院 病院長）

浅見 隆康（群馬県こころの健康センター 所長）

東 美奈子（訪問看護ステーション Relisa 所長）

新垣 元（新垣病院 理事長）

今井 淳司（東京都立松沢病院）

稲垣 中（青山学院大学 国際政治経済学部 教授）

伊豫 雅臣（千葉大学 精神神経科 教授）

遠藤 悦夫（全国精神保健福祉相談員会 品川保健センター）

遠藤 謙二（千曲荘病院 理事長・院長）

遠藤 哲一郎（全国精神保健福祉相談員会 川口市保健センター）

太田 順一郎（岡山市こころの健康センター長）

大塚 達以（宮城県立精神医療センター）

大槻 知也（全国精神保健福祉相談員会 埼玉県川口保健所）

大屋 未輝（日本精神保健福祉士協会）

川副 泰成（国保旭中央病院 院長補佐）

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

吉川 隆博（東海大学 健康科学部看護学科 准教授）

木本 達男（全国精神保健福祉相談員会 岡山市こころの健康センター）

金田一 正史（全国精神保健福祉相談員会 千葉県精神保健福祉センター）

熊取谷 晶（全国精神保健福祉相談員会 京都府精神保健福祉総合センター）

小関 清之（医療法人社団斗南会秋野病院 地域連携室長）

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

退院後支援に関する計画

平成 年 月 日

※は入院継続時の必須記入項目

〇〇県〇〇課／〇〇市〇〇保健所

フリガナ		大正			
氏名	様 (男・女)	生年月日	昭和	年	月 日 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		生年月日	大正			
氏名	様 (男・女)		昭和	年	月	日生 (満 歳)
平成						
帰住先住所：						
住居形態： 家族同居 独居 グループホーム等 その他 () 不明						
電話番号：						
病名※	●身体合併症がある場合は、その病名を併せて記載すること					
今回の入院年月日※	平成 年 月 日					
退院後の生活に関する本人の希望※						
家族その他の支援者の意見※	氏名： 続柄： 連絡先：					
退院予定日	平成 年 月 日 未定					
入院継続の必要性※	要 (医療保護・任意・転院(精神科/身体科)) 不要 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				
主治医氏名※				
退院後生活環境相談 担当者／相談員氏名※				

クライシスプラン（困ったときの対処）

平成 年 月 日

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

サインかなと思ったら

私のすること	
周りの人にしてほしいこと	
周りの人にしてほしくないこと	

緊急連絡先

① 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

② 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

③ 所属/続柄 _____ 名前 _____ 電話番号 _____

連絡してほしくない人

① 続柄 _____ 名前 _____

② 続柄 _____ 名前 _____

退院後の支援ニーズに関する総合アセスメント

退院後の支援ニーズ・課題に対する本人の希望（どうなりたいか、どのような支援を希望するか）とストレンクス			
A: 環境要因	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（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	ストレンクス（強み、できること）
C: 社会参加	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（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	ストレンクス（強み、できること）
E: 支援継続	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
F: 行動	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
その他	支援ニーズ・課題	本人の希望	ストレンクス（強み、できること）
アセスメントの まとめ			

措置入院に係る診療ガイドライン（案）

I. 措置入院者の受け入れにあたっての留意事項

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

1. 措置入院の目的

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

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

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

2. 人権尊重に関する国際ルール等

1) 国際条約

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

2) 国連決議

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

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

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

3) 障害者総合支援法・障害者差別解消法

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

3. 知事等の命令による行政処分

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

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

4. 公費医療

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

5. 措置入院者の特徴

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

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

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

6. 入院決定者と治療担当者の分離

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

7. 自傷行為と他害行為について

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

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

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

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

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

II. 措置入院者を受け入れる病院の体制等

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

項に適合しなければならない。

1. 措置入院者を受け入れる病院の基準等

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

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

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

2. 人員体制

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

1) 医師及び指定医

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

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

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

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

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

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

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

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

2) 看護師

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

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

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

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

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

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

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

(地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン)

4) その他の人員体制

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

3. 設備

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

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

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

4. 推奨される診療機能

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

- ① 興奮・攻撃性への組織的対応

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

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

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

- ② 自殺ハイリスク者への対応スキル

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

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

スを理解し、適切な対応スキルを会得するべきである。

2) 心理社会的治療

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

① 集団療法

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

② 精神科リハビリテーション

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

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

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

3) 修正型電気けいれん療法

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

なお、自院で実施困難な場合は、医療連携によって対応できる体制を考慮する。

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

4) クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS）

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

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

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

5) 訪問看護サービス

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

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

III.入院医療の実施

1. 入院の受け入れ

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

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

2. アセスメント

1) 精神症状評価

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

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

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

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

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

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

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

2) 行動評価

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

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

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

3) 身体医学的評価

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

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

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

4) 心理社会的評価

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

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

5) 退院後支援のニーズに関するアセスメント

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

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

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

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

(地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン)

3. 本人および家族・キーパーソンの役割

1) 本人

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

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

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

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

2) 家族あるいは家族以外の支援者

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

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

4. 医師の役割

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

1) 医師カンファレンス

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

5. 多職種チームによる医療の提供

1) 看護師

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

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

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

2) 精神保健福祉士（退院後生活環境相談担当者）

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

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

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

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

〈入院時の業務〉

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

〈退院に向けた相談支援業務〉

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

〈計画に関する業務〉

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

〈退院調整に関する業務〉

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

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

及び知識を得て、その資質の向上を図ることが望ましい。

(地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン)

3) 薬剤師

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

4) 臨床心理技術者（公認心理士）

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

5) 作業療法士

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

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

6) ピアサポーター

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

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

7) 保健所職員等の自治体職員

保健師等の保健所職員、都道府県関係課職員や市区町村職員は、必要に応じて入院先医療機関と連携をとり、「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を参照しつつ退院後支援に必要な支援を行う。

8) 多職種カンファレンス

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

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

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

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

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

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

6. 興奮・攻撃性への対応

1) デイエスカレーション法と組織的対応

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

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

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

ディエスカレーションにおける対応のポイント

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

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

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

2) 自殺リスクへの対応

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

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

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

3) 行動制限最小化

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

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

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

7. 臨床検査

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

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

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

1) 血液検査

できる限り入院時点、なるべく早期に実施する。

2) 尿検査および尿中薬物検査（トライエージ®）

一般的な尿検査については血液検査同様ルーチンの検査として実施する。

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

3) 画像検査

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

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

4) 心電図

措置入院の期間中、できる限り入院時点、なるべく早期に実施する。

5) その他の検査

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

6) 心理検査

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

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

8. 精神療法

1) 個人精神療法

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

〈措置入院者の特徴 再掲〉

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

2) 家族支援

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

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

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

9. 薬物療法等

1) 標準的薬物療法

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

2) 持効性注射剤

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

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

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

3) 修正型電気痙攣療法

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

4) クロザピン

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

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

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

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

10. 心理社会的治療

1) 心理教育とクライシスプラン

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

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

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

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

クライシスプランには、次の各項目が含まれる。

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

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

2) 依存症治療プログラム

IV-11-2) 参照

3) 精神科リハビリテーション

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

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

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

11. 薬物使用に関連する精神障害への対応

1) 違法薬物使用を知った際の司法的対応

(保留)

2) 依存症治療プログラム

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

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

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

12. 他科受診

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

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

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

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

13. 仮退院

仮退院は精神保健福祉法第 40 条によって規定される。

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

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

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

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

14. その他、特に留意を要する事項

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

ここで例示する特に留意を要する事項とは、通常¹の精神科診療において標準的ではないものの、遭遇する可能性が高頻度²にあつて、同時に見落としやすいリスクになりやすく、措置入院という特定の医療形態の中で一定の配慮が必須となるような臨床的事項である。診療の中で見落とされることの無いよう確認することが望ましい。

〈特に留意を要する事項〉

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

IV. 措置解除の判断

法第 29 条の 4（入院措置の解除）

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

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

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

1. 判断のプロセス

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

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

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

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

法第 29 条の 5

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

2. 解除までの手続き

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

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

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

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

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

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

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

3. 措置入院者の症状消退届記載上の留意点

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

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

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

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

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

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

V. 退院に向けた自治体との協力

1. 自治体による精神障害者の退院後支援の概要

地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインによれば、入院をした精神障害者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰等の観点からは、そのニーズに応じて、退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援（以下、医療等の支援）が実施されることが望ましい、とされる。

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

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

2. 自治体との協力体制の構築

地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドラインでは、法第47条に基づく相談支援業務の一環として、自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認められる入院中の精神障害者について、退院後に社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促

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

作成主体は支援対象者の退院後の居住地を管轄する保健所設置自治体である。

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

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

3. 退院後の支援に関する計画作成のための会議

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

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

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

4. 退院後の支援に関する計画に係る意見書

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

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

5. 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡

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

るために必要な援助を行うことが望ましい。

6. 退院後の支援に関する計画が作成されない場合の対応

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

退院後支援のニーズに関するアセスメント

医療機関名：

主治医氏名：

退院後生活環境相談担当者/相談員氏名：

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

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

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

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

D 心身の状態に関する評価	
D1 精神症状	薬物療法、個人や集団の精神療法、作業療法等の効果を踏まえた精神症状の有無・程度を評価する。症状に対して適切な医療が提供されていない場合、本人が治療を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない等の理由であれば、この項目で評価する。
D2 身体的健康	身体的健康全般に対し、必要な診療、治療、対応が行われているか評価する。治療を受けているが病状コントロール不良な場合は「2」と評価する。薬物療法の副作用については、この項目で評価する。
D3 心理的苦痛	本人が経験する心理社会的ストレスや適応上の困難、精神症状に伴う心理的苦痛、抑うつ、不安等を評価する。症状に対して適切な医療等が提供されていない場合、本人が治療や支援を拒否しているのであれば「治療・支援への動機づけ」で評価し、医療機関へのアクセス手段がない、カウンセリングが必要であるが医療機関に臨床心理技術者がいない等の理由であれば、この項目で評価する。
D4 性的な問題	性衝動の問題、性生活の満足度、性機能障害（薬の副作用は「身体的健康」で評価）、性同一性障害等を評価する。
E 支援継続に関する課題の評価	
E1 処遇・治療情報	疾患、入院形態、治療計画等につき、情報提供がされているか、本人がそれらの情報を理解しているかの両方を評価する。情報提供の際は本人に理解を促すための配慮が必要である。（平易な言葉で繰り返す、図を用いる等）心理教育が行われているが、本人が病識を獲得していない場合は「2」となる。
E2 治療・支援への動機づけ/ 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

2 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

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
藤井千代	精神障害の特性	水野雅文,藤井千代,佐久間啓,村上雅昭	リカバリーののためのワークブック	中央法規	東京	2018	pp9-14
藤井千代	希望,目標,ニーズ	水野雅文,藤井千代,佐久間啓,村上雅昭	リカバリーののためのワークブック	中央法規	東京	2018	pp94-102
渡邊 理,藤井千代	事前指示	水野雅文,藤井千代,佐久間啓,村上雅昭	リカバリーののためのワークブック	中央法規	東京	2018	pp201-216

雑誌 (原著)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Shiina A, Ojio Y, Sato A, Sugiyama N, Iyomura M, Fujii C	The recognition and expectations of ex-inpatients of mental health services: A web-based questionnaire survey in Japan.	PLoS One	13(10)	e0197639	2018
Sasaki N, Yamaguchi S, Shimodaira M, Sato S, Taneda A, Yoshida K., Ito J	Development and validation of a Japanese Fidelity scale for supported employment.	Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research	45	318-327	2018
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
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	7(4)	197-206	2017
山口創生,川副泰成,名雪和美,青木勉,藤井千代	精神科医療機関におけるケースマネジメントサービス利用者となり非利用者の特性の比較:探索的外来患者調査	精神医学	61(1)	81-91	2019

鈴木浩太, 山口創生, 川副泰成, 名雪和美, 青木勉, 長谷川直美, 藤井千代	包括的支援マネジメントの必要性に関する精神科通院患者の特徴—決定木分析による検討—	臨床精神医学	48(1)	125-131	2019
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
松長麻美, 山口創生, 佐藤さやか, 坂田増弘, 細谷章子, 大島真弓, 武田裕美, 藤井千代, 伊藤順一郎	精神科デイケアにおけるアウトリーチ型サービスの提供によるコストの推移	臨床精神医学	46(6)	795-803	2017
山口創生, 佐藤さやか, 松長麻美, 坂田増弘, 大島真弓, 武田裕美, 藤井千代, 細谷章子, 伊藤順一郎	精神科デイケアにおけるアウトリーチ型ケースマネジメントの実装に関するプロセス調査：サービス量分析	臨床精神医学	46(1)	91-102	2017

雑誌（総説、そのた）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
藤井千代	精神科措置入院に関する診療報酬改定—退院後の医療・支援の充実	精神科治療学	34(3)	307-312	2019
藤井千代	措置入院者の退院後支援に関するガイドライン	精神科臨床Legato	5(1)	58-59,	2019
藤井千代	精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは	精神科	34(3)	254-258	2019
藤井千代	アウトリーチを支える制度 新たなアウトリーチ制度と自治体による退院後支援	精神科臨床サービス	18(4)	406-410	2018
藤井千代	措置入院者の退院後支援	精神科治療学	33(10)	1253-1257	2018
藤井千代	精神障害者に対するアウトリーチ支援の充実	日本精神科病院協会雑誌	37(9)	921-927	2018
藤井千代	措置入院をめぐる課題	精神科	33(3)	236-240	2018
藤井千代	外来医療（地域精神医療）	精神科	32(4)	343-347	2018

藤井千代	統合失調症のリハビリを支える精神保健医療福祉政策を考える	精神保健研究	31	15-20	2018
藤井千代	障害者総合支援法と障害者差別解消法	臨床精神医学	46(4)	397-402	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
藤井千代	措置入院ガイドライン	日本精神科病院協会雑誌	36(11)	42-48	2017
藤井千代	多職種アウトリーチの社会実装	精神保健研究	30	11-16	2017
藤井千代	精神障害者の地域移行	精神科臨床Legato	2(4)	216-218	2016
安間尚徳, 塩澤拓亮, 松長麻美, 佐藤さやか, 藤井千代	統合失調症と心理社会支援 訪問看護師による家族心理教育の提案	精神保健研究	32	5-10	2019
川副泰成	千葉県旭市一帯における精神科医療機関と地域援助事業者との連携	精神科	34(3)	266-271	2019
川副泰成	精神科医療機関における多職種連携によるケースマネジメント	精神科	33(3)	246-251	2018
野口正行	自治体(市町村・保健所・精神保健福祉センター)の重層的な支援体制に基づく地域マネジメント	精神科	33(3)	252-256	2018
野口正行	対象者別のコツ 未受診者に対するアウトリーチ支援	精神科臨床サービス	18(3)	312-315	2018
野口正行	地域精神保健と保健師の今	精神医学	60(6)	657-672	2018
野口正行	関連法規・地域精神保健福祉連携システム・啓発活動 自治体保健行政の役割	精神科治療学	31巻増刊	331-334	2016
五十嵐良雄	今後の精神科医療を考える	精神保健政策研究	25	4-7	2016
五十嵐良雄, 大木洋子	精神科リハビリテーションとしてのリワークプログラム	精神医療	89	20-28	2018
山口創生, 佐藤さやか	統合失調症を含む重い精神障害を持つ人に対する就労支援: 科学的根拠に基づく援助つき雇用	精神科	32(3)	234-242	2018
萱間真美	アウトリーチの基本スキル 医療と福祉との連携のコツ 主体性を高め合うケア会議	精神科臨床サービス	18(3)	255-259	2018
椎名明大	措置入院制度の現状と改革の方向性	精神科救急	21	28-32	2018
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

