

令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(障害者政策総合研究事業)

**地域精神保健医療福祉体制の機能強化を
推進する政策研究**

(19GC2003)

令和元年度 総括・研究分担報告書

研究代表者：藤井千代

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

令和2(2020)年3月

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

令和元年度 総括・研究分担報告書

目次

I. 総括研究報告

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

研究代表者 藤井 千代

II. 研究分担報告

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・7

研究分担者 野口 正行

2. 精神科外来機能強化に関する研究

－包括的支援マネジメント－・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・29

－デイ・ケア大規模調査二次分析－・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・45

－精神科在宅患者支援管理料を算定した患者のカルテ調査－・・・・・・・・・・・・55

研究分担者 川副 泰成

3. 措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・63

研究分担者 椎名 明大

4. 措置通報および措置入院の実態に関する研究

その1 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究

(1) 2019年11月11日における患者登録の状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・161

研究分担者 瀬戸 秀文

(2) -《1》措置入院患者の入院時社会機能に関する検討・・・・・・・・・・・・175

研究分担者 瀬戸 秀文

-《2》措置入院中の精神障害者の社会機能の改善度・・・・・・・・・・・・187

研究分担者 瀬戸 秀文

(3) 複数回措置入院歴のある精神障害者の現状把握に関する検討・・・・・・・・・・・・201

研究分担者 瀬戸 秀文

(4) 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	217	研究分担者 瀬戸 秀文
その2 措置入院患者における他科との連携を要する医療の 実態調査アンケートの作成	227	研究分担者 瀬戸 秀文
5. 精神障害者の権利擁護に関する研究	233	研究分担者 松田 ひろし
6. 精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究		
－入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究－	257	
－共同意思決定に関する研究－	269	研究分担者 藤井 千代
7. 精神保健医療福祉制度の国際比較	291	研究分担者 菊池 安希子
Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表	305	

I . 総括研究報告

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

総括研究報告書

研究代表者：藤井千代（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
分担研究者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）、川副泰成（総合病院国保旭中央病院）、椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、瀬戸秀文（長崎県病院企業団長崎県精神医療センター）、松田ひろし（全国精神医療審査会連絡協議会）、菊池安希子（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）

要旨

本研究の目的は、地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、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である。初年度である今年度は、地域精神保健医療福祉体制の機能強化に関連する、①自治体による精神障害者支援のあり方、②精神科外来の機能強化、③措置入院の適正化、④退院後支援のあり方、⑤権利擁護のあり方、⑥精神科医療の国際比較 に関する課題について調査研究を実施した。本研究の遂行により、精神障害にも対応した地域包括ケアの具現化に貢献できる地域精神保健医療福祉サービス提供及び権利擁護のあり方の提言につなげていきたい。

【研究目的】

本研究の目的は、地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、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である。

わが国の地域精神保健医療福祉政策においては、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示された「入院医療中心から地域生活中心」の理念をより強力に推進するため、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「包括ケアシステム」）」という考え方を新たな基軸とし、包括ケアシステム構築推進事業等（以下、「事業」）を開始している。研究代表者はこれまでの研究により、新たな政策理念

推進のため自治体が事業等で参照できる資料の作成、ウェブシステムの開発、措置入院に係るガイドライン及び精神障害者の退院後支援ガイドライン（以下、「ガイドライン」）作成、デイケアやアウトリーチ、包括的支援マネジメント等の外来精神科医療に関する調査等を実施し、研究成果は自治体や医療機関において活用されつつある。今後はさらなる地域精神保健医療福祉制度の機能強化のため、ガイドラインや事業等の実施状況の確認、効果検証を通じてさらに実効性のある精神障害者施策の提言を行う必要がある。また、精神障害者が安心して生活するためには危機介入を適切に行うことも重要であるが、いわゆるグレーゾーン事例への対応等、措置入院に係るガイドラインのみでは対応できない措置入院をめぐる課題が残されている。精神障害者

の権利擁護については、精神医療審査会の実態調査が毎年行われているものの、審査会のあり方を改善するための議論は十分とは言えず、本人の自己決定権を尊重した医療の提供のあり方、障害者権利条約を踏まえた権利擁護のあり方についても検討する必要がある。さらに、これらの検討を行う際には、国際的な動向も重視すべきと考えられる。

本研究班は、上記の課題に対応するため、地域精神保健医療福祉体制の機能強化に関連する、①自治体による精神障害者支援のあり方、②精神科外来の機能強化、③措置入院の適正化、④退院後支援のあり方、⑤権利擁護のあり方、⑥精神科医療の国際比較に関する課題について、以下の7つの分担研究班で課題の検討状況を共有しつつ、調査研究を実施した。各分担研究班の構成は以下の通り。

- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究（野口正行）
- ・ 精神科外来機能強化に関する研究（川副泰成）
- ・ 措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究（椎名明大）
- ・ 措置通報及び措置入院の実態に関する研究（瀬戸秀文）
- ・ 精神医療審査会のあり方に関する研究（松田ひろし）
- ・ 精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究（藤井千代）
- ・ 精神保健医療福祉制度の国際比較（菊池安希子）

【今年度の成果】

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）

厚生労働省は、平成29年2月に「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会

報告書」において、「入院医療中心から地域生活中心」という政策理念に基づく施策をより強力に推進するための新たな政策理念として、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」と略記）」の構築を目指すことを明確化した。にも包括の構築にあたっては、自治体が重要な役割を担うことから、平成28年度から30年度にかけての厚生労働行政推進調査事業「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）「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）では、にも包括の構成要素をレベル1（例：地域移行支援、アウトリーチ支援）、レベル2（協議の場）、レベル3（包括的支援体制の推進）に分ける形で整理を行った。今年度は、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の好事例自治体、自治体との協働により病院構造改革を進める医療機関へのヒアリングを実施し、好事例分析に基づき包括ケア構築のための手引きの改訂作業を実施中である。さらに、「にも包括」が将来的には「地域共生社会」の実現に資するものであり、それを構成する要素となるものであることも確認された。また、質的分析から得られた知見を踏まえて、来年度実施する自治体、医療機関、福祉事業所への調査準備を行っている。厚生労働省では、今年度末より、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」が開始された。本分担研究班で見出された知見は、同検討会における議論に寄与できることが期待される。

2) 精神科外来の機能強化に関する課題（川副班）

精神障害者の地域生活を支えるにあたって重要な医療機能である、包括的支援マネジメント（intensive case management, ICM）、デイケア、アウトリーチについて検討した。

ICMについては、その支援効果につき、ベースライン時と2年後の入院関連アウトカム

の比較により検討した。ベースライン時に支援開始から1年以内の群、2年以内の群、3年以内の群それぞれにおいて、入院回数、入院日数、地域生活日数いずれも支援開始前と比較して有意に改善していた。この結果は、中央社会保険医療協議会の資料の一部として掲載され、令和2年度の診療報酬改定では、入院から地域生活に移行する際、さらには地域生活に移行した後の状態の揺れやすい時期に、ケースマネジメントにより包括的支援を効果的に提供することを目的として、「精神科退院時共同指導料1（イ、ロ）」「精神科退院時共同指導料2」「療養生活環境整備指導加算」が新設された。

ICMの効果については、石川県立高松病院においても検証中である。同院では、精神科救急病棟に入院した53名に対して「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援が開始された。その効果についての検証は来年度以降の実施となるが、支援に携わっている職員へのアンケート結果からは、治療の質の向上や連携促進、アセスメントに役立つとの意見が多かった。

精神科デイケアについては、平成28～30年度に実施した精神科デイケア大規模調査の診療所データを用いて、精神科デイケア（診療所）の類型化、就労関連アウトカムと支援方法との関連等について検討した。潜在クラス分析の結果、生活維持支援及び復職支援のニーズが高いことが示された。また、個別支援・訪問支援実施は、就労関連のポジティブアウトカムにつながる可能性が示唆された。デイケアの長期利用者には病状が不安定な者が多く、そのような患者に対する適切な支援のあり方も今後の検討課題であると考えられた。今後さらに地域生活中心の支援を推し進めていく際には、重度の障害をもつ人々を地域で支えるニーズがこれまで以上に大きくなることが予想され、生活維持支援の必要性も増すと考えられる一方で、障害福祉サービスの充実も進んでいることから、医療で対応すべき

支援について、今後さらに検討していく必要がある。

アウトリーチについては、平成30年度診療報酬改定において、「精神科在宅患者支援管理料（イ、ロ、ハ）」が新設されたことを受け、都内の単科精神科病院において、2019年4月時点で精神科在宅患者支援管理料を算定している全ケースの診療録調査を実施した。ケース数は43ケースで、全てのケースが患者要件の「ハ」によって算定されていた。近年の、認知症の増加、精神障害者の高齢化に伴い、精神症状を有する高齢者の精神科在宅診療のニーズが高まりつつある実態を反映しているものと推察された。このようなケースには、精神科在宅患者支援管理料「ハ」による訪問診療を提供することで、医療保護入院を回避できる可能性もあると考えられ、今後さらなる検証をしていく必要性が示唆されたが、令和2年度診療報酬改定において精神科在宅患者支援管理料「ハ」は廃止となった。来年度以降、精神科在宅患者支援管理料「ハ」の廃止の影響につき調査を実施する予定である。

3) 措置入院の適正化に関する課題（椎名班、瀬戸班）

椎名班では、本年度は措置入院制度をめぐる種々の課題について、有識者を招聘して話題提供を受けるとともに、精神科医師や法学者、弁護士、裁判官といった司法精神保健に携わる職種での議論を行った。昨年度までの研究で作成した「精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集」を活用して事例検討を行うことにより、多職種間で問題認識を共有して議論を深めることができる可能性が示された。また、重度パーソナリティ障害者、発達障害者、触法少年といった特性を持つ者が措置入院の対象となった場合、平成30年3月に厚労省より発出された措置入院制度運用ガイドライン及び退院後支援ガイドラインの標準的な運用になじみづらいことが確認された。現在措置入院の対象者に統合失調症圏を主診

断に持つ者は約半数しかいない。今後の措置入院制度運用の議論に当たっては、従来の統合失調症患者の地域生活支援モデルでは立ちゆかない場面への対応につき、さらなる検討が必要であると考えられた。

瀬戸班においては、「措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究」を実施中である。措置入院の基準には曖昧な点があることは従前から指摘されており、地域間、病院間、あるいは精神保健指定医間で様々な差が存在する可能性も否定できない。このような齟齬は可能な限り小さくすることが望まれるが、これまで、措置入院患者がどのような状態で入院となっているかに関する客観的データは示されてこなかった。本研究は本邦発の前向きコホート研究であり、今後の措置入院制度の運用について検証する際の基礎資料となることが期待される。

4) 退院後支援のあり方に関する課題（椎名班、瀬戸班）

椎名班で実施した退院後支援ガイドラインに基づく支援の実施状況調査では、回答した保健所等の大半で既に支援が開始されていた。その実数は自治体規模その他の事情により大幅な差異があった。現状、措置入院患者以外に対する退院後支援の実績は多いとはいえ、医療保護入院者は実数が多く、多くの自治体が措置入院患者への対応で手一杯になっている現状がうかがわれた。支援対象となった患者の属性としては、統合失調症圏が7割を占める。これは措置入院者における割合よりも高く、標準的な退院後支援になじむ患者を選別して支援対象としている可能性もあるものと考えられた。退院後支援ガイドラインの普及を図るうえではまず標準的な手順を確立させる必要があり、取り組みやすく効果的な支援が可能な患者を当初の対象として選定することは合理的な対応であるといえる。

支援対象者の転帰については、まだ実数が少ないため定量的な評価は尚早であるが、再

入院が減る効果を実感できたというものをはじめ、十全に実施できれば労力に見合った効果が期待できるという意見も散見された。一方で、困難については、極めて多数の意見が寄せられており、各保健所等における苦勞がうかがえる結果となった。大別すると、リソースの不足、当事者の理解の問題、病院との連携の問題、手続きの煩雑さ、疾患特性への戸惑い、支援期間に関する疑問が挙げられる。退院後支援を実施するには人的、時間的、経済的負担が発生するが、行政機関が新たな人員や予算を確保するための法的根拠は乏しいままであり、実効性ある対応が求められる。退院後支援ガイドラインは、従前より地域連携が良好であった自治体にとっては特段の変化はない、もしくは事務作業が増えるだけの結果になったという意見もあった。しかしながら、何らかのガイドラインなしでは退院後支援の取り組みが進み難い地域もあったようであり、今般のガイドライン策定はそのような地域の精神保健福祉の底上げに一定の役割を果たした可能性はあるが、今後さらなる検証を行っていく必要がある。

瀬戸班では、退院後支援ガイドラインが示される前に措置入院となった精神障害者の退院時のケア会議の実施状況と退院後のサービスの利用状況について精査し、これまでの傾向について検討を行った。全484例のうち、252例がケア会議を実施していた。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。また、措置入院者の前向きコホート研究からは、2年間の間に複数回措置入院となっている患者が多く存在し、それらの患者では社会的機能レベルが低い可能性が高く、複数回の措置入院を予防するためには、地域におけるソーシャルサポートなど退院後のフォローアップ体制が重要であることが示唆された。

5) 精神障害者の権利擁護に関する課題

(松田班、藤井班)

松田班は、精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神障害者の権利擁護に関する制度的改革を提案することを研究の目的としている。今年度は弁護士代理人による退院請求活動等の実態調査を実施し、代理人による請求審査のなかった自治体では、代理人による審査請求があった24自治体に比べて請求の棄却率が有意に高いことが示されるなど、本研究の結果からは、弁護士代理人の活動は、入院患者の権利擁護と適正な医療の提供という精神医療審査会の創設理念の実現に寄与するものと考えられた。来年度以降の研究により、精神医療審査会運営マニュアル改定やその扱いに関する議論を深めていく予定である。

精神医療審査会は、精神障害者の権利擁護において重要な役割を担っているが、それだけでは十分とは言い難い。藤井班においては、障害者権利条約の観点から入院中の精神障害者の権利擁護のあり方を検討し、実行可能性のある権利擁護システムについての提言を行うことを目指した。今年度は、精神障害当事者によるグループミーティングにおいて検討された内容を踏まえて、「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案」を作成した。提案では、障害者権利条約との関連性を整理し、自治体が運営する「権利擁護センター(仮)」の設置と、医療機関とは独立した第三者が権利擁護のための役割を担う「個別相談員(仮)」が精神科病院への訪問等による支援を提供する仕組みについて示した。来年度以降に個別相談の試行を実施し、実行可能性につき検証することとしている。さらに藤井班においては、精神科受診歴のある者及び精神科医師の診療に関する意識調査を実施し、精神科における意思決定の実態を把握した。調査結果からは、限られた診察時間の中でいかに十分なコミュニケーションをとるかという課題への具体的な対応法を示す必要性があると考えられ、現在診察

場面でのコミュニケーション促進の一助となる可能性のあるツールとして、「診察サプリ」の精神科臨床での活用可能性につき検討中である。

6) 精神科医療の国際比較に関する課題

(菊池班)

今年度は、英国 NHS Benchmarking Network の実施する、国際的なメンタルヘルス指標ベンチマークプロジェクトに参画し、精神科病床、平均在院日数に関する国際比較を行った。「精神科病床」の定義は国ごとに異なっており、一律に比較することは困難であるが、他の国の精神科病床の定義に近い病床として、今回は13対1以上の看護基準の精神科病床について人口10万人当たりの数を比較した。この病床については、国際比較に参加した国の平均値とほぼ同等であったが、精神科療養病床数は他の欧米諸国と比較して突出して多く、精神障害者の地域生活を支える基盤整備の一層の充実が必要であると考えられた。わが国の司法精神科病床数は非常に少なく、精神科病床を比較する際には、司法精神医療のシステムの違いについても留意する必要があると思われる。

【結論】

今年度末には COVID-19 感染拡大により、全国の保健所や医療機関はその対応に追われることとなった。椎名班において実施した保健所調査は、回答締め切りが感染拡大の初期の時期にかかっており、回収率に影響した可能性がある。また年度末に予定されていた班会議の多くを中止せざるを得ない状況となった。しかし今年度の研究そのものへの影響は限定的であり、研究はほぼ計画通り進行している。本研究の遂行により、精神障害にも対応した地域包括ケアの具現化に貢献できる地域精神保健医療福祉サービス提供及び権利擁護のあり方の提言につなげることができると思われる。

Ⅱ. 研究分担報告書

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究

研究分担者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）

研究協力者：大江 浩（富山県新川厚生センター）、岡本秀行（川口市保健所疾病対策課）、来住由樹（岡山県精神科医療センター）、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支援課）、河本次生（埼玉県立精神保健福祉センター社会復帰部）、佐々木英司（埼玉県発達障害総合支援センター）、篠崎安志（横浜市青葉区役所高齢・障害支援課）、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）、中村征人（愛知県瀬戸保健所健康支援課）、波田野隼也（青森市保健所保健予防課）、前沢孝通（前沢病院）、柳 尚夫（兵庫県豊岡健康福祉事務所）、山田 敦（川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者更生相談所南部地域支援室）、山本 賢（埼玉県飯能市健康福祉部）

要旨

平成 28 年度から 30 年度にかけての「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」では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）の構成要素をレベル 1（地域移行支援、アウトリーチ支援）、レベル 2（協議の場）、レベル 3（包括的支援体制の推進）に分ける形で整理を行った。そのうえで、それぞれの項目のガイド暫定版の作成を行った。令和元年度は、これらのガイドのうち、特に総論において「にも包括」の概念整理とレベル 3 包括的支援体制の推進について検討を行った。その結果、「にも包括」の全体像をより明確化するための総論の記載の充実が必要であることが確認された。またガイドの役割として、それぞれの地域条件を考慮に入れた「ご当地」支援体制の構築が必要であること、したがって、「かくあるべし」という事業の詳細を画一的に事細かに指示するのではなく、それぞれの自治体の地域条件を検討し、それに基づいた地域支援体制を構築することを促すものであることが期待されることも確認された。さらに、「にも包括」が将来的には「地域共生社会」の実現に資するものであり、それを構成する要素となるものであることも確認された。来年度以降は、こうした確認を踏まえつつ、好事例のさらなる収集とそれによるガイドの改訂に取り組む予定である。

A. 研究の背景と目的

平成 28 年度から 30 年度にかけて、「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」を行い、自治体の業務に関して、市町村・保健所・精神保健福祉センターの業務運営要領の改定案を一体的な形で作成するとともに、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）の構成要素をレベル 1（地域移行支

援、アウトリーチ支援）、レベル 2（協議の場）、レベル 3（包括的支援体制の推進）に分ける形で整理を行った。その上で、好事例の自治体の取組に基づき、それぞれの構成要素のガイド暫定版を作成した。

令和元年度は、これらの研究成果に基づき、ガイドの改訂方向の検討を行うとともに、「にも包括」の概念整理を行った。

B. 方法

研究方法（調査方法）

研究方法としては、これまでのガイド暫定版を振り返り、今年度以降に取り組むべき課題について、研究協力者による協議を行った。また協議には、厚労科研藤井班の研究代表者藤井千代（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）厚労科研山之内班研究代表者山之内芳雄（国立精神・神経医療研究センター 精神医療政策研究部）、オブザーバーとして、岩上洋一（社会福祉法人じりつ）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、長野敏宏（御荘診療所）各氏にも参加を依頼し、検討を行った。

期間

令和元年6月2日、8月18日、令和2年1月26日の3回、研究協力者およびオブザーバーに集まっていたいただき、検討を行った。それ以外にもメールによる協議を適宜行った。

倫理的配慮

好事例として上げさせていただいた自治体については、ガイドへの掲載について説明の上、承諾を得た。

統計解析／分析方法

ガイド暫定案の改訂にあたっては、前年度までの自治体班の分析方法を踏襲し、好事例の本質的要素と思われる、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事業継続のポイント、⑥課題、注意点、⑦他の自治体が事業化を行う際のポイントに分けて、好事例の内容を分析した。

なお、本年度は、特に総論やレベル3包括的支援体制の推進について盛り込むべき要素についての検討を行った。

さらには、この検討作業には、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援

事業」（以下、「構築支援事業」）の事務局を担当している、株式会社日本能率協会総合研究所からもオブザーバーの参加を依頼した。それによって、本研究班のガイドと、「構築支援事業」の手引き（「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」）が一体的なものとなることを狙った。

C. 結果／進捗

今年度は、総論およびレベル3包括的支援体制の概念整理についての議論を行った。レベル3については、そもそも精神障害にも対応した地域包括ケアシステムとは何かという、総論での検討事項と内容的にも重なる部分が多く、その切り分けの作業を行った。

それ以外では、レベル1アウトリーチ支援、レベル2協議の場の運営について、以下のような検討を行った。

レベル1のアウトリーチ支援については、昨年度までの好事例分析に基づき、整理された形でパワーポイントを作成した。

レベル2の協議の場の運営については、昨年度までのガイド暫定版をより整理した形のパワーポイントを作成した。

また手引きについても、若干の修正を行い、本研究分担班の議論を盛り込むこととした。

D. 考察

「にも包括」は、概念としては平成29年度に打ち出された。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」（以下、「構築推進事業」）ではメニュー事業としてアウトリーチ支援や協議の場の運営が含まれるものの、全体として「にも包括」はどのようなものなのか、またそれぞれの項目が「にも包括」全体の中でどのような位置を占めるのか、という項目間の関係が明確ではないため、縦割りの事業の単なる羅列として受け取られる恐れがある。しかし、本来は、本事業に含まれる各メニューは、それぞれの局

面から、「にも包括」のジグゾーパズルのピースのように組み合わせさせて全体を形づくるものである。この点では、ガイドの総論やレベル3 包括的支援体制の推進ガイドによって「にも包括」の全体像を把握した上で、レベル1の個別事業を企画することが望ましいと考えられる。ガイドの総論として、こうした明確化を行うことが今後の課題であることが確認された。

また、本ガイドの今後の方向性としては、「社会保障制度改革国民会議報告書」でも指摘されていることであるが、地域により、人口動態、医療や福祉の需要、資源が異なっている。このため、「にも包括」のあり方も、地域ごとに考えていく「ご当地」支援が必要になる。そうすると、本ガイドも、単に各事業の方法を事細かに指図するマニュアルの役割を果たすというよりも、それに基づいてそれぞれの地域での支援体制のあり方について考えるための大まかな方針や里程標を示すものとなると考えられる。

またもう一つ重要であると考えられるのが、「にも包括」の位置付けである。今後、「にも包括」は単に精神障害者だけを取り扱う、それ自体が縦割り化したもう一つの「地域包括ケアシステム」を目指すのでは十分でない。病院医療でも、すでに高齢者のせん妄、がん患者の緩和ケア、自殺未遂者への対応、身体合併症を有する精神障害者の課題など、精神科のみで対応できない課題が多く、総合的な治療が必要であることは認識されている。病院医療に限らず、そもそも自治体の包括的支援体制の推進においては、メンタルヘルスの課題は児童虐待、産後うつ、ひきこもり、独居の高齢者、孤独死、セルフネグレクト、健康無関心層などのさまざまな社会問題と密接に関係している。それゆえ、高齢者の地域包括ケアシステム、母子保健や妊娠期からの子育てを含む包括的支援にも開かれた、地域共生社会の推進とも整合する、本来の意味での包括的支援体制を見据えた形で検

討する必要がある。さらに、基準病床の設定や二次医療圏設定を含む、医療計画に基づく保健医療体制の整備に関することは主として都道府県が行うことを踏まえ、コミュニティレベルでの包括的支援体制を重層的にバックアップする体制も必要である。すでに一部の好事例の自治体ではこのような方向性が自治体のリーダーシップの下で出されていて、自治体の支援方針が精神障害「にも」対応した地域包括ケアシステムを目指していることは注目される。このような点からも、令和元年に出された「地域共生社会」の理念はこのような包括的な支援体制のあり方を指し示していると考えられる。

本年度については、上記の大枠を踏まえて、検討を行ったところである。来年度はさらに好事例を収集しつつ、ガイドの詳細を検討していく予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

1. 厚生労働省：地域共生社会に向けた包括的支援と多様な参加・協働の推進に関する検討会 最終とりまとめ. 令和元年12月26日
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000213332_00020.html
2. 首相官邸：社会制度改革国民会議報告書. 厚生労働省, 平成25年3月
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
3. 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. 株式会社日本能率協会総合研究所, 2019年3月
<http://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/ref.html#sec02>

2020.1.15

厚労科研「精神障害者地域生活推進 政策研究」分担研究「自治体による効果的な精神保健医療福祉体制の構築に関する研究」
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築のためのガイド」改訂に向けて

レベルⅠ：アウトリーチ支援（骨子案0115）

熊谷直樹（東京都立中部総合精神保健福祉センター）

基本コンセプト（熊谷イメージ）

想定読者:○アウトリーチ支援の事業（立ち上げ）を担当する部署の保健師等専門職職員

○精神保健活動や精神障害者支援の経験はあるが、アウトリーチ支援に関しては十分な経験があるわけではない。

想定する状況:○自治体において、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の一環として、構築推進事業などを活用してアウトリーチ支援の事業の開始をするという方向性は確立。

○一定の予算確保ができています。

○実施に向けた具体的な準備が課題。

内容のベース:○「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築」が基本理念。

○「精神保健医療福祉の改革ビジョン」や「アウトリーチ推進事業」、「広域調整等事業」等の国の主導してきた取組の蓄積も参照。

○構築推進事業の「アウトリーチ支援に係る事業」の実施

○ただし、構築推進事業に含まれないが、自治体により実施される精神障害者を対象とした多職種訪問の取組にも言及。

記載の工夫:厚労省の資料等に基づき図表を入れる；箇条書きを行う等により理解しやすい記載につとめる（大江先生がモデル）

本章の構成

- I. はじめに～アウトリーチ支援とは？～
- II. 課題認識(施策上の背景を含め)
- III. 梃子となる解決策～アウトリーチ支援の事業の開始～
- IV. 利用できるリソース
- V. 事業継続のポイント
- VI. 波及効果
- VII. 自治体の取組のポイント～各機関の基本的役割と実施機関に応じた支援のタイプ～
- VIII. 取組上の留意点
- (IX. アウトリーチ支援の取組自治体事例)
- X. おわりに

I. はじめに～アウトリーチ支援とは～

本節のねらい：アウトリーチ支援が十分普及していない現状を踏まえ、まず、アウトリーチ支援の概要を提示し、理解をはかる。

暫定版との関係：①暫定版のIの多くを活用 ②アウトリーチの目的は、個別支援が主で、取組の経過を通じて関係機関の連携体制構築

1. はじめに
 - 未治療・治療中断等で地域生活が困難となった精神障害者事例の支援に望まれること
 - 本章では、主に保健中心型アウトリーチについて取り上げる
2. アウトリーチ支援の理念・目的
 - 未治療・治療中断等の事例に多職種で訪問し地域生活の安定化を図る
 - 問題の解決を入院に頼らず、地域生活の安定化をめざしたうえで、必要に応じて医療へ導入
 - 結果として、関係機関の連携を促進できる
3. アウトリーチ支援の対象者像
 - 地域で暮らす精神障害者（又はその疑い）、地域生活に困難のある状態ながら、契約型サービスのみでは対応が難しい人とその家族
 - 広域調整等事業や構築推進事業の各要綱に基づき例示
 - 図を挿入（重症度×支援の届き具合の2軸）
4. アウトリーチ支援の実施体制と支援プロセス
 - (1)実施体制：多職種（チーム）、実施主体行政機関と窓口機関、関係機関連携
 - (2)支援プロセス：対象者把握、窓口機関受付、会議（評価と支援計画）、支援開始、中間の評価、終了時評価、終了後の状況把握、実施主体機関への報告

Ⅱ. 課題認識(施策上の背景を含め)

本節の狙い：自治体で取組む際に必要となる、アウトリーチ支援の施策上の位置づけと経緯、必要性和根拠を説明。

暫定版との関係：第Ⅱ節の一部を活用。経緯は年表を作成し、簡潔な記述。

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位置づけ
2. アウトリーチ支援にかかる施策の経緯
 - 保健所による受診勧奨・地域精神保健活動の意義と問題点
 - 改革ビジョン以後の動向を簡単に説明(年表を挿入)
3. 自治体で取り組む必要性和根拠
 - ①契約型サービス利用に結び付きにくい事例への対応～行政的介入の必要性
 - ②精神保健福祉法における根拠
 - ③精神障害者地域生活支援広域調整等事業でのアウトリーチ事業
 - ④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かかる事業

Ⅲ. 梃子となる解決策～アウトリーチ支援の事業の開始～

本節の狙い：実施主体の種類によらず、行政機関としてアウトリーチ支援の事業を開始するプロセスを説明。

暫定版との関係：第Ⅲ節の多くを活用

1. 事業開始に向けた流れ(S-PDCA)
 - 実施機関担当者が事業の理念を理解し対象者像や支援プロセスのイメージ
 - 地域ニーズの現状把握
 - 地域の支援および関係機関の現状把握
 - 実施機関内での検討に基づく事業立ち上げ計画
 - 外部関係機関への事業説明と参画の依頼
2. 要点(PD)
 - 多職種訪問体制確保(常勤者中心の直営、非常勤雇用、委託、報償費など)
 - 精神科医との連携
 - 訪問支援の流れ
 - 関係機関への周知と連携体制
3. 事業の振り返り・評価(CA)
 - 事業の実施状況
 - ケースのモニタリング
 - アウトカム関連指標
 - 評価後の対応
4. 実施機関の種類によるタイプについて
 - 都道府県・指定都市(広域、圏域)：保健所設置市区；自ら保健所を持たない市町村
 - 詳しくはⅦ節で紹介

Ⅳ. 利用できるリソース

本節の狙い：アウトリーチ支援の事業の実施において、実施機関担当者が確保すべき ①支援の運営を担う、②連携（事例の紹介元、支援経過での関与、紹介先）、③事業実施を支援する機関とその機能を説明。行政機関についてはⅥとの重複をなるべく避ける。

暫定版との関係：新たに記述。一覧表を作成。

1. リソースとその見つけ方

2. 保健

○保健所 ○市町村保健センター

○精神保健福祉センター

3. 医療

○精神科病院 ○精神科診療所

○一般科医療機関 ○救急

4. 福祉・介護

○障害者福祉：相談支援（委託相談支援、一般相談支援（地域相談支援）；基幹相談支援センター）
自立生活援助、自立訓練、共同生活援助、短期入所；地域生活支援拠点

○高齢者介護：地域包括支援センター、居宅介護支援

○生活福祉：福祉事務所、生活困窮者自立支援事業の自立相談支援、ひきこもり地域支援センター

○児童福祉：児童相談所、子ども家庭支援センター

5. その他

○消防・警察

○ピアサポート・インフォーマルサポート

6. 事業実施を支援する機関

○保健所 ○精神保健福祉センター ○発達障害者支援センター

Ⅴ. 事業継続のポイント

本節の狙い：アウトリーチ支援の事業を、実施自治体の公式の事業として継続させるためのポイントを説明

暫定版との関係：第Ⅲ節 表1の一部を活用

1. 普及啓発・事業周知

○地域住民への精神保健の普及啓発における事業の正しい理解を図る

○連携対象となる関係機関への周知（協議の場の活用）

2. サポート体制

○実施主体の機関の継続的関与

○事業実施支援機関の確保

○困難事例カンファレンス等による問題解決

○技術的・法制的トラブルシューティング

3. 包括的な支援体制に位置付ける

○実施機関の行政計画（障害福祉計画、医療計画等）に位置づけを明記し、計画のモニタリング事項の一つとして扱う。

○各層の協議の場への実施機関、運営機関（代表者、実務担当者）の参加

4. 公式の事業と位置付ける

○条例への記載；実施機関上位者決裁による要綱の決定；行政計画での記載

5. 職員の確保・育成

○実務担当者の確保・研修受講やカンファレンス参加、調査研究等での育成

○特に精神科医師の継続的な協力体制

VI. 波及効果

本節の狙い：アウトリーチ支援の実施による個々の対象への支援効果を通じた、地域精神保健福祉への効果

暫定版との関係：第IV節で紹介した好事例での波及効果の抽出と分類

1. 相互に顔の見える課題を共有しあった、地域連携体制づくり
 - 協議の場の活性化
2. 医療保護入院移送等の非自発的な介入の減少
3. 入院期間の短縮
4. 家族支援の強化
5. 関係機関職員（実施、運営、連携対象）への効果
 - 意識醸成と視野拡大（委託先病院等）
 - 燃え尽き防止（保健所等窓口機関の負担感軽減）
6. 地域住民の理解促進

VII. 自治体の取組のポイントポイント～各機関の基本的役割と実施機関に応じた支援のタイプ～

本節の狙い：自治体及びその機関の役割、自治体の種類ごとのパターンを説明。（IVとの重複を避ける）

暫定版との関係：第IV節の概略

1. 自治体およびその機関の基本的な役割
 - (1)実施自治体の本庁担当部署：事業の企画調整、計画策定・進行管理、体制整備、評価
 - (2)保健所：○事業運営での相談の受付、窓口機関
 - 委託先や担当エリア内市町村・福祉事業所への支援
 - 担当エリア内の連携体制構築・事業モニタリング
 - (3)精神保健福祉センター：○人材育成、保健所や運営機関への技術援助支援、複雑困難事例の相談の受付と必要に応じた事業への紹介、調査研究し本庁へ助言
 - 広域アウトリーチ運営も望ましい。
 - (4)重層的なアウトリーチ支援の体制
2. 自治体の種類等による事業の実施パターン
 - ①都道府県指定都市（センター直営）
 - ②都道府県による圏域ごと（多くは委託）
 - ③保健所設置市・特別区が実施主体となる場合（非常勤、委託、報償費）
 - ④自ら保健所を持たない市町村による取組（委託の例あり）

VIII. 取組上の留意点

本節の狙い: アウトリーチ支援の事業を行う上で支援の質、自治体事業としての公正さ、安全で質の高い支援の実施のため注意すべき事項。Vとの重複を避ける
暫定版との関係: 第Ⅲ節の2.、第Ⅳ節の留意点

1. 委託による実施の場合の自治体の役割
 - 避けたい事態: 医療機関への委託の場合の自院経営との境界があいまいになること(自院入院誘導、自院通院歴ある者優先等)、法的行政的に不適正な対応
 - 対応策: 委託先丸投げにせず、透明性の高い運営に行政機関が参加(保健所が窓口、保健所センター等のカンファレンス、事業運営の本庁も含めた会議、事業計画・報告の提出、協議の場での報告と意見交換)、指導監督
2. 支援の質やモラルの維持・向上
 - 避けたい事態: 支援者の技術水準の低さ、入院支援に頼りがち、対象者家族等と私的な関係
 - 対応策: 研修受講、精神科医師等専門職を交えたカンファレンスの定例化、ケース記録
3. 安全管理
 - 避けたい事態: 支援中の事故(対象者または支援者の負傷・感染等の健康障害、交通事故、暴力被害、自傷・自殺企図等)、接遇トラブル
 - 対応策: ヒヤリハット報告と保健所・センター等の関与した防止対策
4. 職員の燃えつきの防止
 - 避けたい事態: 不適切な支援、実績低迷、不本意な離職
 - 対応策: 運営主体での適切な業務・服務管理に関する実施自治体側の相談助言、研修機会の確保、関係職員や外部の同職種との交流機会

(IX. アウトリーチ支援の取組自治体事例)

本節の狙い: VIIの2. の自治体の種類別に、取材した好事例の事業開始・継続等の要点を示す。(ただし本年度新たな実地調査をしておらず、新たなものを加えられるか)
暫定版との関係: 第Ⅳ節の事例

自治体の種類等による事業の実施パターン(暫定版での自治体事例)

- ①都道府県指定都市での、センター直営の例(例: 岡山県)
- ②都道府県による圏域単位の実施(多くは委託)(例: 和歌山県)
- ③中核市・特別区での実施(非常勤雇用、委託)(例: 八王子市)
- ④自ら保健所を持たない市町村による取組(委託)(例: 尾道市)

X. おわりに

本節の狙い:アウトリーチ支援に関する章の締めくくり
暫定版との関係:第Ⅴ節の「おわりに」を活用

- アウトリーチ支援はわが国では歴史が浅い
- 人材育成、自治体マネジメントの準備も発展途上
- 地域共生の理念と結び付けた、アウトリーチ支援の実施、普及への期待

その他、下記も掲載

参考文献

- 国関連事業の要綱、手引き
- 日本医師会、全国保健所長会等の提言文書、マニュアル、ガイドライン、研究報告書
付録
- 構築推進事業要綱抜粋（アウトリーチ支援に係る事業）
- 広域調整等事業要綱抜粋（アウトリーチ事業、アウトリーチ事業評価検討委員会）

①直面する課題認識(政策的背景)

<行政計画における位置づけ(図1)>

- 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)」
- 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)」
- 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
- 第6期障害福祉計画(2021~2023年度)で圏域の協議の場の活性化に向けた取組、市町村の協議の場の設置推進(予定)

<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)>

- 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」では、**保健・医療・福祉関係者による協議の場が必須**
- 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・公表**→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/>)

<経済財政諮問会議「新経済・財政再生計画改革工程表2018」>

- 「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】**

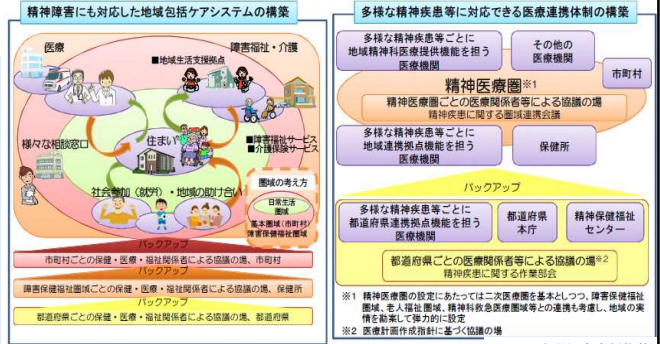


図1 厚生労働省資料抜粋

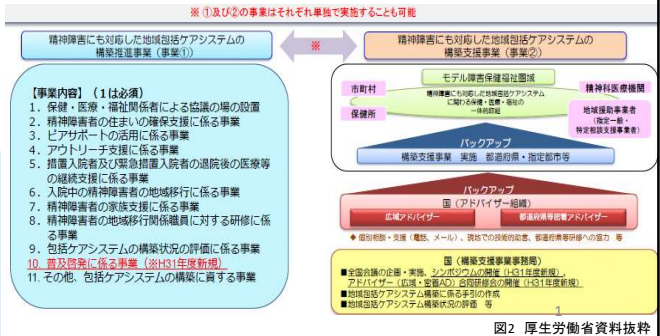
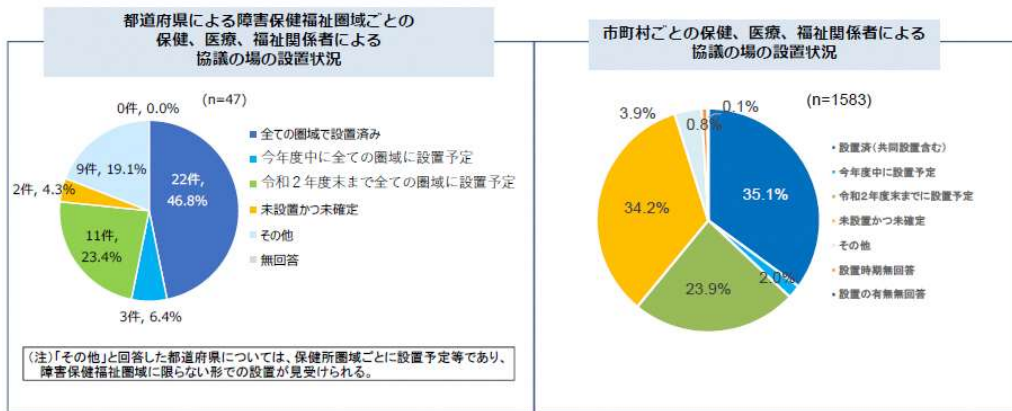


図2 厚生労働省資料抜粋

保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置状況について(参考データ)

障害者部会
2019.11.25

障害保健福祉圏域ごとの保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置状況については、「令和2年度末までに全圏域で設置予定」を含めると76.6%、「その他」と回答した都道府県については、保健所圏域ごとに設置等であり、圏域ごとの設置は進んでいる。一方、市町村については、34.2%が未設置かつ未確定であり、未設置自治体の課題を把握するとともに、「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」等で好事例を周知するなど、協議の場の設置に向けた支援を行う必要がある。



「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築状況調査結果(速報値)
令和元年 10月31日時点

成果目標② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する目標について

障害者部会
2019.11.25

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に関する現状等

- 「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」実施自治体数の増加等、構築に向けた取組は一定程度進んできたところであるが、第5期の成果目標である、長期入院患者数の減少など、目標達成に向けた取組を引き続き、推進する必要がある。
- 保健・医療・福祉関係者による協議の場の圏域ごとの設置については、第5期障害福祉計画期間中にほぼ全圏域で設置される見込みであることから、今後は協議の場の活性化に向けた取組が必要。市町村ごとの協議の場の設置については、引き続き設置に向けた取組を推進していくことが必要。

成果目標(案)

- 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、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された体制について今後も計画的に推進する観点から、地域生活支援連携体制整備を評価する指標として、精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数を成果目標として設定してはどうか。
- 精神病床における1年以上長期入院患者数の減少(65歳以上、65歳未満の内訳)、精神病床における入院後3ヶ月時点・6ヶ月時点・1年時点の退院率の上昇については、引き続き、目標値として設定してはどうか。
- 【成果目標(案)】
- 精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数の上昇(新規)
- 精神病床における1年以上長期入院患者数(65歳以上、65歳未満)を設定する。令和5年度末の全国の目標値は平成30年度と比べて6.6~4.9万人減少になる。
- 精神病床における退院率の上昇:3ヶ月時点69%以上、6ヶ月時点86%以上、12ヶ月時点92%以上とすることを基本とする。

3

別添「精神疾患の医療体制構築に関する現状と見直しについて(案)」を踏まえた指標例案

医療計画の見直し等に関する検討会
2019.11.28

項目	現状	見直し事項	指標例案	注	第1次医療計画(2016年度)		第2次医療計画(2019年度)		第3次医療計画(2022年度)		第4次医療計画(2025年度)		第5次医療計画(2028年度)	
					数値	内容	数値	内容	数値	内容	数値	内容	数値	内容
精神科	精神科病床数	2019年度末	1,234床		1,234	1,234	1,234	1,234	1,234	1,234	1,234	1,234	1,234	1,234
	長期入院患者数	2019年度末	567人		567	567	567	567	567	567	567	567	567	567
	入院後3ヶ月時点退院率	2019年度末	69%		69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%	69%
	入院後6ヶ月時点退院率	2019年度末	86%		86%	86%	86%	86%	86%	86%	86%	86%	86%	86%
地域包括ケア	地域包括ケアシステム構築自治体数	2019年度末	100自治体		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	地域生活支援連携体制整備自治体数	2019年度末	50自治体		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	精神科病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数	2019年度末	100日		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	精神科病床から退院後1年以上長期入院患者数	2019年度末	500人		500	500	500	500	500	500	500	500	500	500

4

参考	協議の場の設置・運営に向けたステップ
1. 庁内検討 <ul style="list-style-type: none"> 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係る市町村と都道府県の障害(児)福祉計画、医療計画、介護保険事業(支援)計画等の目標設定・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 協議の場のコメンター(行政、精神科医療機関・団体、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 <ul style="list-style-type: none"> 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・団体、基幹相談支援センター等のコメンターと「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 <ul style="list-style-type: none"> 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SPDCA(Survey、Plan、Do、Action)の実践 協議の場の取り組みを紹介・発信、関係機関・団体に対する働きかけ 	7

④ 事業継続のポイント

<代表者会議と実務者ワーキングの重層的な継続開催>

- 代表者会議は地域アセスメント、個別テーマ(図7参照)の選定(優先順位を考慮)、取組方針等に重点を置き、年1、2回程度開催
- 実務者ワーキングは包括的マネジメント(図8参照)、事業計画・評価等に重点を置き、年間複数回開催(事例検討やコア会議を適宜開催;診療報酬・障害報酬とも連動)

※行政、精神科医療機関・団体、基幹相談支援センター等が核に
 ※圏域の協議の場は障害保健福祉圏域単位を基本に保健所所管区域等地域の実情に応じて設置
 ※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
 ※小規模市町村では圏域内の市町村合同での協議の場や地域ケア会議等との連動も検討
 ※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

<SPDCAの継続的な実施>

- 調査(Survey)**
⇒既存のデータ・資料の分析、調査(資源把握、当事者・家族・従事者等に対するアンケート調査、関係機関・団体のヒアリング)などを通じた**地域アセスメント**
※関係機関・団体が保有する情報を共有、俯瞰的な現状評価、課題の抽出・共有
- 計画(Plan)**
⇒具体的な取組計画、事業企画
※取組の優先順位、実現可能性(予算、マンパワーも)、スケジュール、当面の目標等を考慮
※企画段階から関係機関・団体との事前調整・意見交換
- 実行(Do)**
⇒効果的・効率的な取組(WG、従事者研修、住民普及啓発、事例検討、実態調査など)
※関係機関・団体との連携・協働による
※各種事業(相談・訪問支援、組織育成、措置対応、認知症対策、発達障害者支援、依存症対策、自殺対策等)ともリンク
- 評価(Check)**
⇒ストラクチャー(資源等)、プロセス(取組等)、アウトカム(成果等)
※関係機関・団体における評価結果(特に**取組成果**)の共有
- 改善(Action)**
⇒評価を踏まえた取組の見直し
※対外的なアピール、関係機関・団体に対する働きかけも

<協議内容例>

手順: 「地域アセスメント」の共有
 ⇒「地域ビジョン(地域のあるべき姿)」と具体的な目標の設定
 ⇒その目標達成への役割分担とロードマップの作成

個別テーマ: 各個別テーマ毎に、上記手順に基づいて実施可能なものから協議

(個別テーマとしては、「地域生活支援事業等の実施について」(障発第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)では、以下のように例示されています)

- 精神障害者の住まいの確保支援に係る事項(共同生活援助事業所の整備を含む。)
- ピアサポートの活用に係る事項(ピアサポーターの養成を含む。)
- アウトリーチ支援に係る事項
- 入院中の精神障害者の地域移行に係る事項(地域移行支援の活用促進を含む。)
- 包括ケアシステムの構築状況の評価に係る事項
- 精神障害者の地域移行関係職員に対する研修に係る事項
- 措置入院者の退院後の医療等の継続支援に係る事項
- その他(包括ケアシステムの構築に資する事項)

図7 「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」抜粋

【包括的マネジメントによる支援のイメージ】

図8 厚生労働省資料抜粋(一部加筆)

参考

取り組みのポイント

- マニュアルや先行事例などの資料からノウハウを学び、関係者間で情報共有する
- ネット公開データ、全国共通の分析ツール・統計資料等を活用した地域診断を行う
- 所内連携、本庁と出先機関の双方向の連携を心がける
- 保健所長と統括保健師が協働する
※精神科病院長・理事長、医師会長等に対しては保健所長からの働きかけ・調整が重要
- 関係機関・団体の活動状況を把握し、弾力的な取組を推進する
- 当事者・家族、地域住民との協働を意識する

※行政、関係機関・団体、住民の連携・協働による、地域のデータ・資料に基づくSPDCAが不可欠

参考

協議の場を進めるポイント（案） “8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や会議体を積極的に活用、関係機関・団体との共催など
- **アドバイス (Advice)**
⇒アドバイザーによる助言(構築支援事業)や先進的な取り組み事例を収集
- **アシスト (Assist) & アテンド (Attend)**
⇒都道府県・保健所が市町村の協議の場の運営を支援、関係機関・団体の活動に寄り添い
- **アナリシス (Analysis) & アセスメント (Assessment)**
⇒公表情報の活用による地域データ・資料を分析、現状と取組結果を評価(ストラクチャー、プロセス、アウトカム)
- **アピール (Appeal)**
⇒対外的に取組を紹介・発信、関係機関・団体に対する働きかけ

10

⑤波及効果

・データ利活用の推進

⇒障害も含めたデータヘルス、人材育成・確保、スキル向上

“見える化”による精神保健医療福祉の**構造改革**の推進も期待

・都道府県・保健所と市町村の連携・協働の普遍化

⇒在宅医療介護連携等にも応用

・組織横断的な取組の促進

⇒精神医療、精神保健、障害福祉、高齢介護、生活困窮、居住支援、障害者雇用など
保健事業と介護予防の一体的実施等にも応用

・公民連携の促進

⇒配食・買物支援、住宅、交通、農福連携、権利擁護など

“地域共生社会”の発展も期待

・地域性・時代性を重視した高度な非定型業務（地域保健対策検討会報告書）の促進

⇒ノウハウの蓄積、職員のモチベーションの向上

“まちづくり”の一環として「協議の場」の運営に期待

11

⑥課題・注意点

<市町村単位、圏域単位、都道府県単位の「協議の場」の運動>

- ・市町村単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場は、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、普及啓発等からなる包括的支援体制の構築を推進
- ・圏域単位の保健・医療・福祉関係者による協議の場は、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
- ・都道府県単位の協議の場は、都道府県関係機関・団体への情報提供と合意形成等を通じて圏域単位、市町村単位の協議の場をバックアップ

※圏域の協議の場では市町村ごとの課題・取組も協議、都道府県の協議の場では圏域ごとの課題・取組も協議、地域で解決不可の課題を抱えない

<「協議の場」事務局の負担軽減>

- ・地域アセスメント方法（地域データ分析、資源把握、課題抽出等）や**具体的取組**内容（WG、従事者研修、事例検討、実態調査、住民普及啓発、事業評価等）の**ノウハウ共有**（圏域間、市町村間）

⇒研修（マニュアル、先行事例の取組）、共有フォルダ・メールリストの活用、人材育成・確保など

- ・地域の实情に応じた具体的取組（地域アセスメントを踏まえて選択）

<実効性を重視> “形式的な会議体にならない”

- ・地域のデータ・資料に基づくSPDCA、短期的な成果を求めすぎない
- ・平素からの関係機関・団体間の“顔の見えるネットワーク”構築が基本

<データ利活用における注意点>

- ① 公的機関によるネット上の公表データや分析ツールを優先的に活用する。
- ② 提示する資料にはデータソースを明らかにする。
- ③ データが持つ意味や限界を理解する。
- ④ 地域間比較、経年比較などをわかりやすく図表化する。
- ⑤ 日頃の取り組みから得られる質的情報も重視する。
- ⑥ 関係機関・団体間で分析データを共有する。

12

⑦自治体で行う場合のポイント

<市町村>

- ・ 精神保健福祉担当部署のリーダーシップによる庁内関係部署及び関係機関・団体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、相談支援センター、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、相談支援センター、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

<都道府県精神保健福祉担当課>

- ・ 都道府県庁部署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
- ・ 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、都道府県内外の先進事例等の収集、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

参考

認識したい行政機関の“強み”

・ 中立・公正な機関

⇒ 関係機関・団体、地域住民からの信頼

・ 各種専門職の配置

⇒ 職能団体（医師会、看護協会、栄養士会、療法士会、介護支援専門員協議会等）との連携

・ 幅広い分野の業務

⇒ 情報・資料の活用、部署横断的取組

・ 管理的業務（立入・指導等）と振興的業務（研修、啓発、相談等）

⇒ 現場を理解した地域の実情に応じた取組

・ セルフヘルプグループや住民組織とのつながり

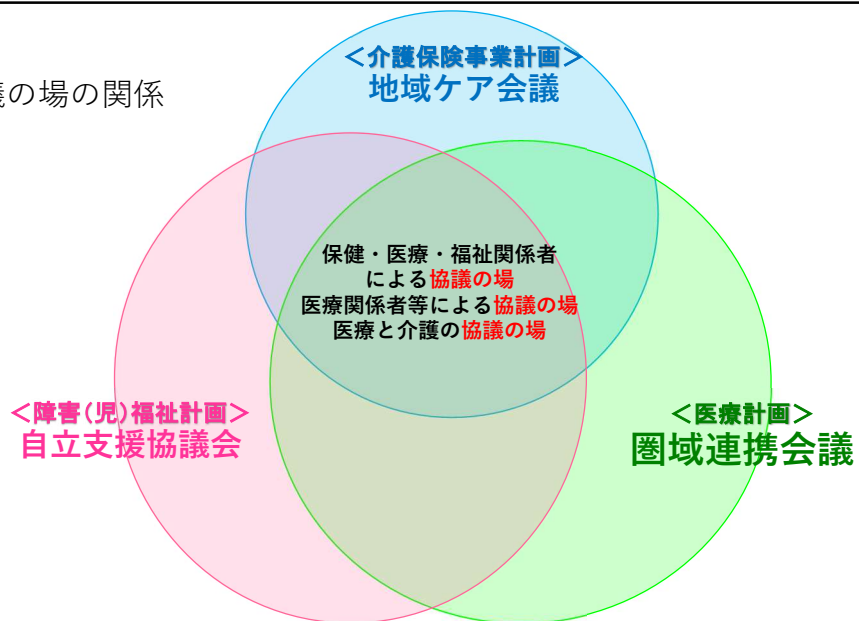
⇒ 効果的な普及啓発

・ 全国・ブロック・都道府県ネットワーク

⇒ 情報やノウハウの共有化

参考

協議の場の関係



※行政計画の一体的推進 ⇒ 都道府県・保健所と市町村の連携・協働による組織横断的取組が不可欠

レベル3 包括的支援体制 の推進の課題

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築における包括的支援体制の 現状認識（都道府県と市町村の狭間）

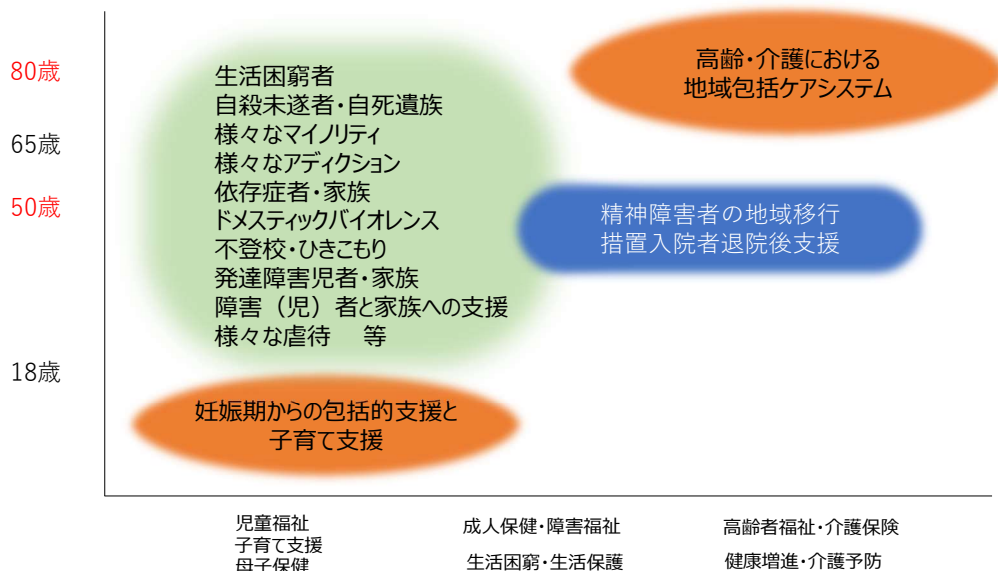
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは「日常生活圏域での構築を想定」とされている。
- 現行補助事業は、他の包括的支援に関する福祉施策と違い、都道府県、政令市、中核市が実施主体であり、多くの自治体では保健所が担っている。
- 障害保健福祉圏域や医療圏など広域を対象とし事業展開するか、市町村支援を踏まえた事業とするかは地域ごとに選択し実施されている。
- 一方、市町村では、地域共生社会の実現に向けて、総合相談体制や地域包括ケアシステム構築に取り組む自治体と取り組めていない自治体とが生じている
- 日常生活圏域における個別支援から地域づくりにむけた取組が実施され、精神障害に限らないさまざまな状態像のケース対応や、複合的な課題のあるケース等へのメンタルヘルス支援が求められている。
- 精神保健福祉法上、「保健」が努力義務であることから、平成14年以降、市町村による取組格差が狭間を生んでいるものである

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築事業と他の包括的支援の比較

	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム	生きることの包括的支援（自殺対策）	妊娠期からの切れ目のない支援、子育て世代包括支援	地域共生社会の実現に向けた包括的支援	地域包括ケアシステム（高齢・介護）
根拠法令等	※補助事業（H29～）	自殺対策基本法（H18）	子ども・子育て支援法（H24）	改正社会福祉法（H29）	地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（H30）
厚労省所管	社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課	社会・援護局 総務課自殺対策推進室	子ども家庭局	社会・援護局 地域福祉課	老健局
実施主体	都道府県 政令市 中核市	国 地方公共団体	市町村	市町村	市町村
包括的連携	医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育	保健、医療、福祉、教育、労働その他の関連施策	家庭、学校、地域、職域、その他の社会のあらゆる分野	地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築 ①断らない相談 ②参加支援、 ③地域づくりに向けた	医療・介護連携推進等（介護保険法、医療法） 地域共生社会実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）
整備方針等	「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	・地域レベルの実践的な取組の更なる推進 ・若者の自殺対策、勤務問題による自殺対策の更なる推進 ・自殺死亡率を先進諸国の現在の水準まで減少することを目指し、平成38年までに平成27年比30%以上減少させることを目標とする	子ども及びその保護者が置かれている環境に応じて、子どもの保護者の選択に基づき、多様な施設又は事業者から、良質かつ適切な教育及び保育その他の子ども・子育て支援が総合的かつ効率的に提供されるよう、その提供体制を確保すること。	経済財政運営と改革の基本方針2019（骨太の方針 令和元年6月21日）閣議決定 「全ての人が地域、暮らし、生きがいを共に創り高め合う地域共生社会を実現する」「断らない相談支援などの包括支援や多様な地域活動の普及・促進について、新たな制度の創設の検討を含め、取組を強化する」	1) 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進 2) 医療・介護の連携の推進等 3) 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等 ・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り

3

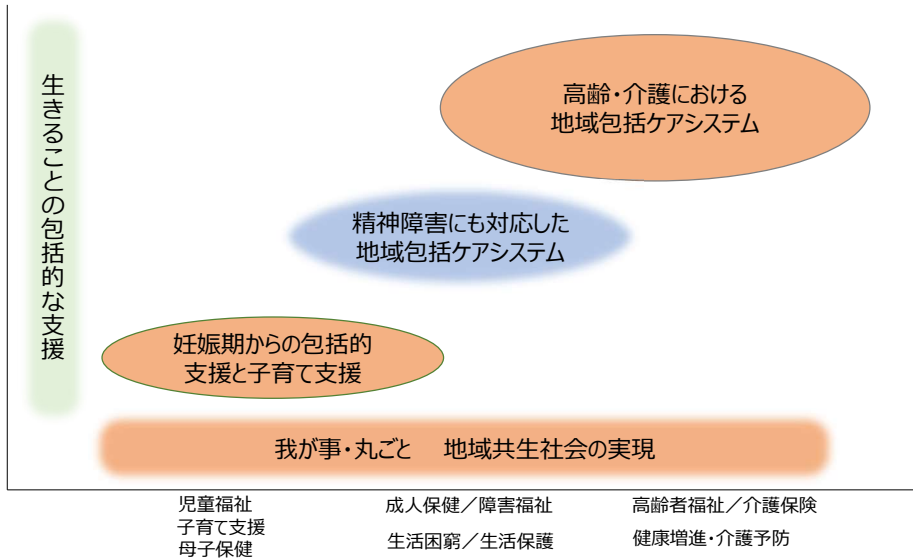
包括的支援に関する現行施策と狭間にあるコミュニティメンタルヘルス課題



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）一部改変

4

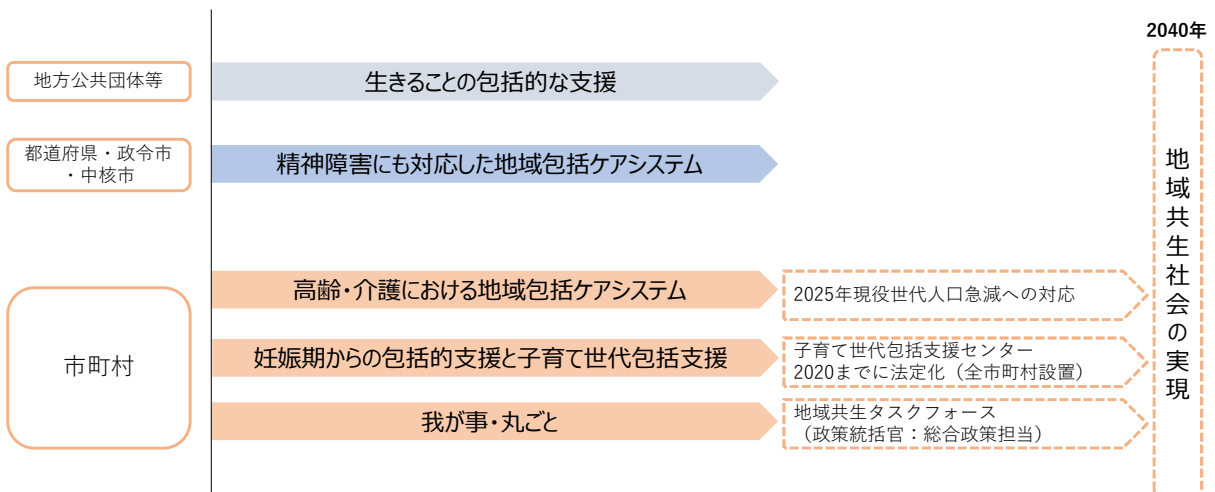
保健福祉政策課題と施策の狭間のイメージ



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）一部改変

5

保健福祉政策課題と施策統合のイメージ 今後の社会保障改革についてー2040年を見据えてーを参考に



6

精神科外来機能強化に関する研究

—包括的支援マネジメント—

研究分担者：川副泰成（総合病院 国保旭中央病院）

研究協力者：岩上洋一（特定非営利活動法人じりつ）、上島雅彦（竹田総合病院）、岡部正文（一般社団法人ソラティオ）、香山明美（みやぎ心のケアセンター）、菊入恵一（田宮病院）、齋藤研一（社会福祉法人会津療育会）、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）、長谷川直実（大通公園メンタルクリニック）、三澤孝夫（国際医療福祉大学医療福祉学部）、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）

要旨

包括的支援マネジメントの支援効果につき、調査開始時（ベースライン）と2年後の入院関連アウトカムの比較により検討した。ベースライン時に支援開始から1年以内の群、2年以内の群、3年以内の群それぞれにおいて、入院回数、入院日数、地域生活日数いずれも支援開始前と比較して有意に改善していた。特にベースライン時に支援開始から1年以内の群における改善が著しいことから、支援の効果は効果開始初期に認められやすく、その後は支援を継続することによりその効果が維持されるものと推測される。石川県立高松病院において精神科救急病棟に入院した53名に対して「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援が開始された。対象者の約22%が入院中であり、その効果についての検証は来年度以降の実施となるが、支援に携わっている職員へのアンケート結果からは、治療の質の向上や連携促進、アセスメントに役立つとの意見が多かった。支援ニーズの高い患者への支援内容の分析からは、地域における支援類型が抽出され、さまざまなタイプのサービスをニーズに応じて提供するためには、多職種により、必要に応じてアウトリーチによる支援を提供できる体制が必要であると考えられた。

A.研究の背景と目的

2018（平成29）年2月に発出された「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押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、マネジメント担当者自身が直接サービスを提供しつつ、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、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のことであり、Cochrane review において効果が示されている intensive case management（ICM）とほぼ

同義である。

我々は、昨年度までの研究班「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「多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究」（研究分担者：川副泰成）において、精神科医療機関の外来患者を対象とした横断調査や業務量分析調査を通して、包括的支援マネジメントが診療報酬でカバーされない状況下での包括的支援マネジメントの潜在的ニーズや実際の支援量についての検証を重ね、包括的支援マネジメントの実装と均てん化を念頭においたツールの開発に取り組んだ成果を「包括的支援マネジメント実践ガイド」¹⁾としてまとめた。今年度は、包括的支援マネジメントの実行可能性や実装にあたっての課題を検討し、予後との関連を検証することを目的として、研究協力医療機関において実践ガイドに基づく包括的支援マネジメントを実施した。また、包括的支援マネジメントによる支援を受けた患者の転帰に関する調査を実施し、その効果を検討した。

B.方法

1) 包括的支援マネジメント 2年後調査

対象：

選択基準：以下の①～③に当てはまる者のうち、包括的支援マネジメントの提供を受け、本研究への参加について同意が得られた者。

①2016年10月1日～7日に国保旭中央病院精神科外来または救命救急センター外来で同科医師の診察を受けたか、デイケアまたは多職種アウトリーチ支援を利用した者及び

2016年12月10日～16日に医療法人社団ほっとステーションの外来で医師の診察を受けたか、デイケア等の治療活動または訪問支援を受けた者②リクルート時点で6ヵ月以上上記病院または診療所に通院を継続してきたか、または通算で1年以上同院または他の精神科医療機関で通院もしくは入院の治療を継続してきた者、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。ほっとステーションの患者については、上記に該当し、かつ主治医がほっとステーション所属の医師であり、GAF \leq 40かつICM導入基準¹⁾に3つ以上当てはまる者を対象とした。

方法：

2019年6月～9月、研究協力医療機関の診療録より、ベースラインから24ヵ月間の入院回数及び合計入院日数を調査した。

本研究は、国保旭中央病院倫理委員会及び医療法人社団ほっとステーション倫理委員会の承認を得て実施した。

2) 包括的支援マネジメント実施医療機関調査

「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援を実装した単科精神科病院（石川県立高松病院）において、以下の調査を実施する。

対象：

- ① 2019年7月1日から2020年3月31日の9ヵ月間に調査対象機関の救急入院病棟に入院し精神科の主診断を有する者。20歳未満の者、65歳以上の者、認知症が主診断の者、てんかんが主診断の者、入院中に転院する可能性の高い者、石川県立高松病院で外来治療を受けない者は除外した。
- ② 石川県立高松病院において、包括的支援マネジメントの実践に携わった病院職員。

方法：

①の対象者に「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援を提供し、初回調査を実施する入院（index admission）の入院時（T1.0）、index admissionの退院時（T2.0）、index admission退院後から1年

経過時 (T3.0) の調査時点において、日常生活状況、各種サービス利用状況、入退院状況、ケースマネジメントの必要性 (Case Management Screening Sheet: ICSS)、機能 (personal and social performance scale: PSP)、症状 (brief psychiatry rating scale: BPRS)、日常生活行動 (Frenchay Activities Index : FAI) を把握し (ただし、FAI については、退院時および外来で取得された情報を用いる)、関連要因やアウトカムに望ましい指標の検討を行う。サービスのプロセスについては、拡大ケア会議 (本人と関係者全員が参加する会議)、ミニケア会議 (本人と高松病院スタッフが参加する会議)、ケースミーティング (本人が参加しない会議)、個別面談、訪問支援の回数及び時間を記録する。また、対象者を地域の他機関に引き継ぐ場合には、その流れを記述データとした収集する

②の対象者に対して、2020年3月、別紙1に示すアンケートを実施した。

(倫理的配慮)

本研究は、石川県立高松病院倫理委員会の承認を得て実施した。

3) 濃厚な支援の見える化と2年後転帰

対象:

上記1)の研究対象者のうち、医療法人社団ほっとステーションに通院し、2017年5月15日~7月14日の2か月のサービス提供時間が平均1500分/月以上であった14名。

方法:

ベースライン及び24か月後の利用者属性、生活状況、全般的機能、サービス利用状況、入院回数、入院日数につき調査した。また、2017年5月15日~7月14日の2ヵ月間に実施されたサービスコード票調査の結果から、支援内容及び支援内容ごとの支援時間を把握した。サービスコード表調査とは、マネジメント担当者が対象者を支援した際に、毎

回、どのようなサービスを提供したかについてサービス内容をコード化したカテゴリーを選択し、サービス提供時間などを記入するものである。

(倫理的配慮)

本研究は、医療法人社団ほっとステーション倫理委員会の承認を得て実施した。

C.結果/進捗

1) 包括的支援マネジメント2年後調査

対象者の選定フローを図1に示す。2年後調査において入院関連アウトカム (入院回数、入院日数、地域日数) を包括的支援マネジメント導入前後で比較したところ、ベースライン時に支援開始から1年以内の群、2年以内の群、3年以内の群それぞれにおいて、入院回数、入院日数、地域生活日数いずれも支援開始前と比較して有意に改善していた (表1)。特にベースライン時に支援開始から1年以内の群における改善が著しかった。

2) 包括的支援マネジメント実施医療機関調査

研究協力医療機関の病床数は400床で、精神科救急医療、子供の心の診療、医療観察法指定通院医療、認知症疾患医療センターなどの指定病院である。そのうち、定床数44床の救急入院病棟において、包括的支援マネジメント実践ガイドに基づく支援を行った。2020年3月31日に時点で、131名の新規入院があり、53名(40.5%)選択基準に該当した (表2)。このうち2020年3月31日時点で入院中の者が12名(22.6%)、外来において追跡中の者が41名(77.4%)である。

アンケートは35名に配布し、全員の回答が得られた (回収率100.0%)。回答者の属性は医師が11名(31.4%)、看護師が17名(48.6%)、精神保健福祉士4名(11.4%)、作業療法士3名(8.6%)であった。包括的支援マネジメントの導入により役立ったと思ったことについては図2に示す。「役立つ」、

「やや役立つ」を合わせると、「アセスメント」が34名(97.2%)で最も高率であり、「院内の多職種連携」が32名(91.4%)、「治療目標の明確化」と「治療やケアの向上」が31名(88.5%)と続いた。負担感については、23名(65.7%)が「負担であった」「やや負担であった」と回答した。

負担感の理由を表3に示した。ケア会議に関わる調整や準備に関わる負担感が圧倒的に多く挙げられた。自由記載の回答は別紙2にまとめた。

3) 濃厚な支援の見える化と2年後転帰

表4にベースライン調査と2年後調査結果の比較を示した。対象者は、男性が9名であり、平均年齢は41.2±12.3歳であった。診断はF1、F2、F8が各2割、過去に平均3.6±4.9回の入院を経験していた。GAFの平均得点は49.8±11.7点であった。11名が生活保護を受給し、11名がグループホームに居住していた。2年後調査では、グループホーム利用者が7名減り、単身アパート生活者が6名増えていた(P<0.05)。それ以外の項目に有意差はみられなかった。

2017年に行われた包括的支援マネジメントの内容を表5、6に示した。多く提供されたサービス内容とサービス提供の総時間は、「服薬・症状の自己管理の援助(精神)」22766分/月、「関係性の構築・不安の傾聴」が9861分/月、「日常生活自立支援」7484分/月、「対人関係の維持・構築」2494分/月であった。支援パターンは、サービスニーズに応じて3パターンに分類できた(図3)。

D. 考察

包括的支援マネジメントの2年後調査からは、支援により入院関連アウトカムが改善することが示唆された。包括的支援マネジメントを開始してからの期間が短い(1年以内)場合には入院日数、入院回数ともにより減少する傾向があり、支援の効果は効果開始初期

に認められやすく、その後は支援を継続することによりその効果が維持されるものと推測される。包括的支援マネジメントをどの程度の期間継続することが適切であるかについては、支援対象者の状態や地域資源の多寡等、さまざまな要因が関連するため、一律に支援期間を定めることは適切ではないと考えられる。令和2年度の診療報酬改定では、入院から地域生活に移行する際、さらには地域生活に移行した後の状態の揺れやすい時期に、ケースマネジメントにより包括的支援を効果的に提供することを目的として、「精神科退院時共同指導料1(イ、ロ)」「精神科退院時共同指導料2」「療養生活環境整備指導加算」が新設された。これにより、退院後の医療を提供する医療機関が入院先病院と異なる場合には、包括的支援マネジメントの提供が促進されることが期待される。来年度は診療報酬改定後の実態調査等を実施し、実装に向けての課題等を検討する予定である。

石川県立高松病院においては、「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援の実践を開始した。対象者の約22%が入院中であり、その効果についての検証は来年度以降に実施する。支援に携わっている職員へのアンケート結果からは、治療の質の向上や連携促進、アセスメントに役立つとの意見が多く、包括的支援マネジメント導入による職員の支援のあり方の改善につながる可能性が示唆された。他方、ケア会議に関わる調整や準備に関わる負担感が大きいこともうかがわれ、外来人員配置の見直しの要望も挙がるなど、現行の人員体制では包括的支援マネジメントを必要とする人すべてにサービスを提供することには困難が伴う可能性も示唆された。

ほっとステーションは、札幌市の中心部に位置する精神科診療所であり、精神科デイケア、障害者グループホーム、生活訓練事業、就労支援等を実施する、いわゆる多機能型精神科診療所である。医療観察法に基づく指定

通院医療機関であり、物質関連障害の患者や触法精神障害者など、支援ニーズが非常に高い患者に数多く対応していることが特徴のひとつである。今回の調査からは、支援ニーズの高い患者への地域における支援類型を抽出することができた。さまざまな種類のサービスをニーズに応じて提供するためには、多職種により、必要に応じてアウトリーチによる支援を提供できる体制が必要であると考えられる。今後これらの入院外サービスにつき、医療経済的な側面からも検討する必要がある。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

- 1) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C : Development and evaluation of

Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population. International Journal of Mental Health Systems 13:22, 2019.4.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 川副泰成: 平成 30 年度研究分担報告書 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. 平成 30 年度厚生労働省科学研究費補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究 研究報告書 (代表 藤井千代), 国立精神・神経医療研究センター, 小平, 2019.

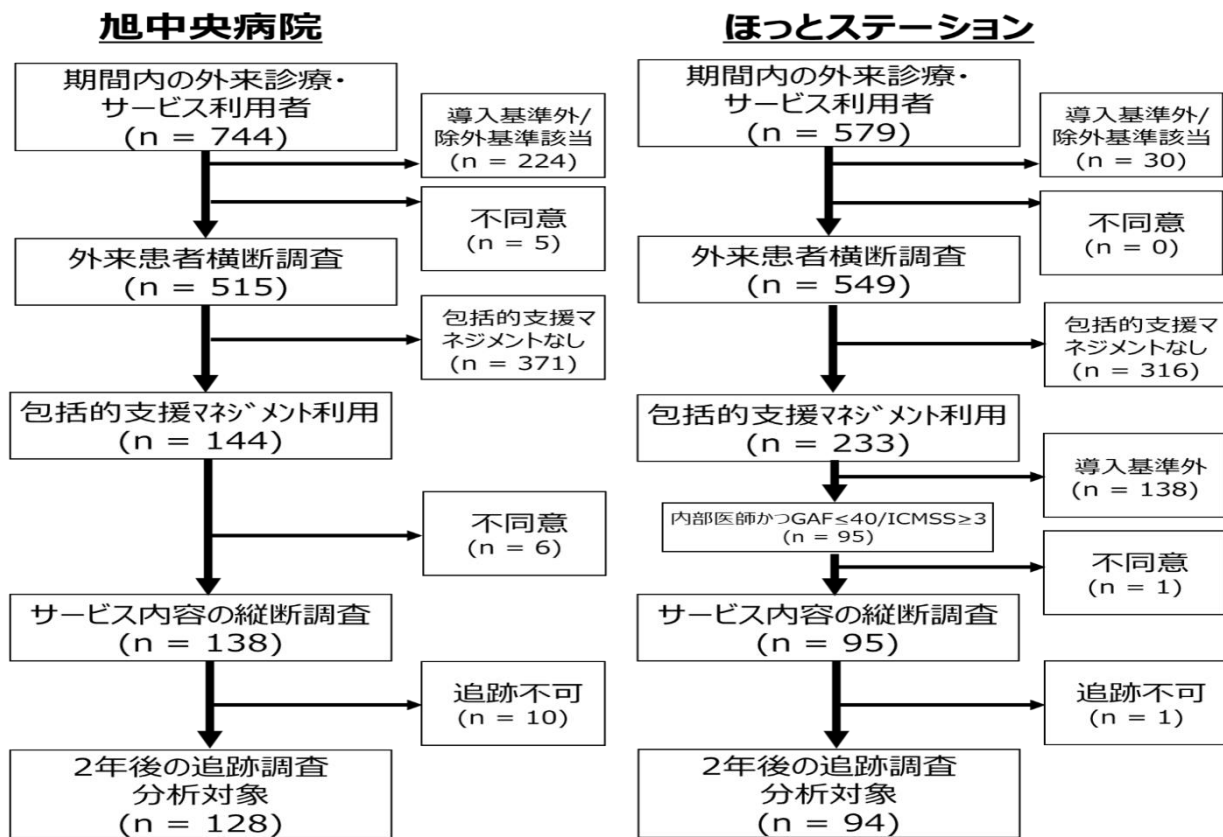


図1 対象者選定フロー

表1 2年後調査における入院関連アウトカムの比較

	n	BL		2年後調査		stats	
		Mean	SD	Mean	SD	t	p
全ケース	222						
入院回数* ¹		0.30	1.01	0.22	0.91	1.902	0.059
入院日数* ^{2,3}		17.20	60.58	12.24	40.67	1.229	0.220
地域生活日数* ⁴		347.80	60.58	352.76	40.67	1.229	0.220
BL時_CM開始後1年以内	48						
入院回数* ¹		0.42	0.68	0.14	0.40	2.819	0.007
入院日数* ^{2,3}		45.63	96.99	6.97	22.02	2.895	0.006
地域生活日数* ⁴		319.38	96.99	358.03	22.02	2.895	0.006
BL時_CM開始後2年以内	79						
入院回数* ¹		0.37	0.66	0.16	0.39	2.885	0.005
入院日数* ^{2,3}		32.46	80.12	10.13	29.96	2.419	0.018
地域生活日数* ⁴		332.54	80.12	354.87	29.96	2.419	0.018
BL時_CM開始後3年以内	103						
入院回数* ¹		0.30	0.61	0.14	0.35	2.872	0.005
入院日数* ^{2,3}		25.52	71.31	8.41	26.68	2.389	0.019
地域生活日数* ⁴		339.48	71.31	356.59	26.68	2.389	0.019

*1 2年後調査における入院回数は過去2年間のデータであるため、「2」で割った値を使用

*2 BL時の過去1年の入院日数は、過去1年の間に入院したことのある人における直近の入院の日数

*3 2年後調査における入院日数は過去2年間のデータであるため、「2」で割った値を使用

*4 地域生活日数：「365-入院日数」

表2 対象者の現状（2020年3月31日時点）

項目	人数	%	人数	%	備考
入院者数	131	100%			
入院中	12	9.2%			
外来追跡中	41	31.3%			
ケア会議を開催し、追跡中			16	39.0%	
調査のみ			17	41.5%	
中断もしくは拒否			8	19.5%	
対象除外者数	78	59.5%			
年齢除外			23	29.5%	
転棟			16	20.5%	
隔離解除同時に退院			15	19.2%	
再入院			10	12.8%	
転院			5	6.4%	
退院後他院へ転院			4	5.1%	
てんかん			1	1.3%	
その他			3	3.8%	同意なし1 通院中断1 OT未処方1

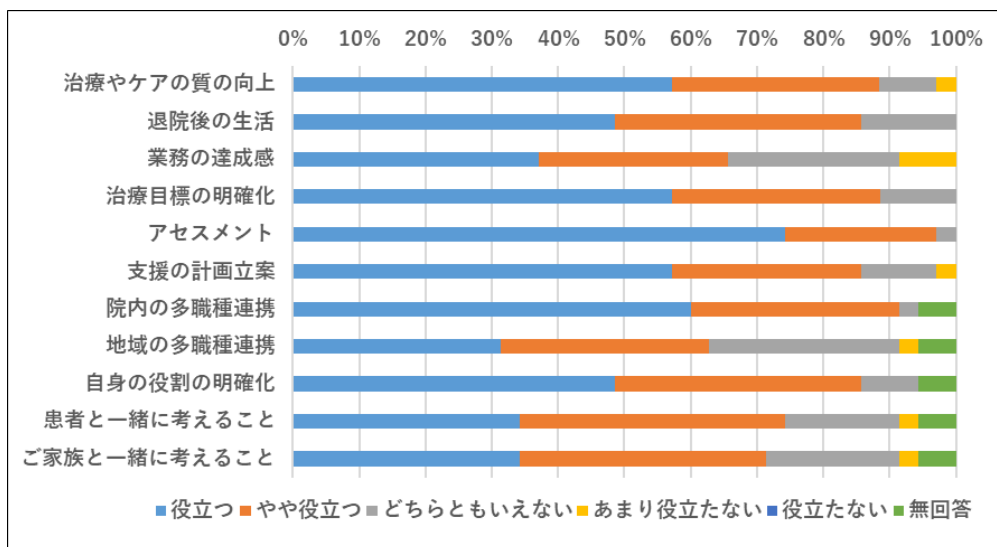


図2 包括的支援マネジメントの実施が役に立ったと思われる事項

表3 包括的支援マネジメントの実施において負担を感じた理由

困難の内容	回答数
ケア会議の日程調整（ケア会議不在時調整を含む）	13
業務量過多、人員不足、時間外勤務	5
多職種と関係性を図ること	3
時間に追われる感覚（計画立案が間に合わないなど）	3
新しいシステムが導入されたこと自体の負担	2
各職種の役割が不明確	1
電子カルテの活用	1

表4 ベースライン調査と2年後調査の比較

項目	BL調査時：14名 (100.0%)		2年後：14名 (100.0%)		P	
	n (mean)	% (SD)	n (mean)	% (SD)		
性別	男性	9	64.3	9	64.3	
	女性	5	35.7	5	35.7	
年齢		41.2	12.3			
診断 (Fコード)	F1 物質使用障害	3	21.4	3	21.4	n.s
	F2 統合失調症	3	21.4	3	21.4	
	F3 気分障害	1	7.1	1	7.1	
	F4 神経症	1	7.1	1	7.1	
	F6 人格障害	1	7.1	1	7.1	
	F8 発達障害	3	21.4	3	21.4	
	F9 小児青年	1	7.1	1	7.1	
過去の入院の有無		11	78.6	5	35.7	n.s
入院回数 (過去)		3.6	4.9			
入院回数 (1年間) *				0.4	0.6	
入院回数 (1年間) 経験者のみ *				0.5	0.0	
入院合計日数 (2年間) 経験者のみ				142.8	65.1	
GAF		49.8	11.7	49.5	15.4	n.s
PSP総合得点		49.3	13.6	51.7	15.1	n.s
	セルフケア	1.8	1.3	2.3	1.1	n.s
	社会的に有利な活動	2.4	1.2	2.4	0.9	n.s
	個人的・社会的関係	2.4	0.9	2.4	0.9	n.s
	不穏な・攻撃的な行動	1.3	1.0	1.1	1.4	n.s
住居	グループホーム	11	78.6	4	28.6	0.034
	単身アパート	1	7.1	7	50.0	
	家族等と同居	2	14.3	2	14.3	
	その他	0	0.0	1	7.1	
仕事	なし	12	85.7	10	71.4	n.s
	一般, NPO	2	14.3	4	28.6	
生活保護受給		11	78.6	11	78.6	n.s
障害者手帳		8	57.1	8	57.1	n.s
障害年金		5	35.7	5	35.7	n.s
マネジメント	相談支援	2	14.3	3	21.4	n.s
	介護保険	1	7.1	2	14.3	
	医療観察法	2	14.3	1	7.1	
医療サービス		14	100.0	14	100.0	n.s
福祉サービス		3	21.4	5	35.7	n.s

*1年間入院回数：2年間入院回数/2

平均：t検定、カテゴリーデータ： χ^2 Fisher

表5 サービス・コードと提供時間

NO.	サービスコード								
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	服薬・症状の自己管理の援助 精神	関係性の構築・不安の傾聴	日常生活自立支援	対人関係の維持・構築	服薬・症状の自己管理の援助 身体	機関内の他部署・他職種との連携	ケア会議	就労・就学支援	他機関との連携
1	3840	628	910	314	140	227	250	142	115
2	3804	67	1547	210	3	100	0	0	5
3	4955	141	90	0	414	90	0	0	27
4	2731	432	1169	418	107	96	120	103	10
5	2317	23	366	180	46	4	23	0	14
6	1622	104	134	0	0	187	360	22	417
7	1357	242	449	0	55	0	210	0	6
8	35	1943	0	65	13	41	0	3	13
9	98	839	0	55	10	119	0	39	35
10	67	2718	83	207	4	1	0	8	13
11	136	964	642	380	16	13	125	463	0
12	767	753	54	540	513	2	0	0	8
13	408	563	1118	20	1	209	1	25	1
14	631	448	925	105	7	15	0	33	0
合計	22766	9861	7484	2494	1325	1102	1088	836	663

表6 1か月のサービス提供平均時間と方法 (1対1換算)

(munites/ month)

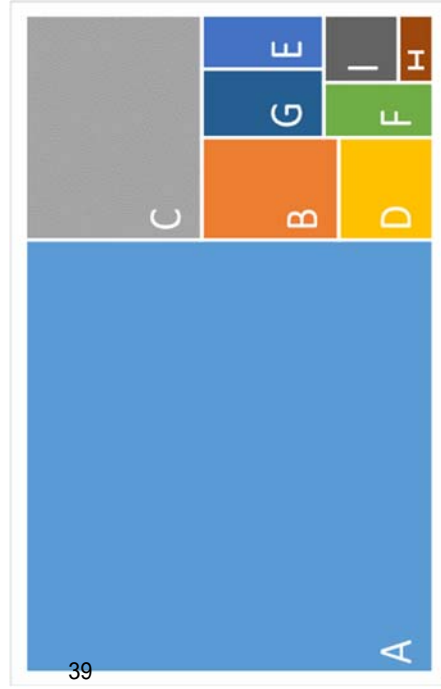
	サービス提供時間				対面日数
	合計 (a+b+c)	a:院外	b:院内	c:電話	
1	6764	2319	4162	284	30
2	5761	3839 *	1916	7	31
3	5734	136	4257	1342	18
4	5574	3582 *	1801	191	30
5	3121	191	1167	1763	31
6	3114	2176 *	931	7	15
7	2991	1683 *	918	391	15
8	2809	1414	1344	52	18
9	2681	195	2447	39	7
10	2480	1326 *	1137	18	17
11	2336	200	1553	584	27
12	2181	1381 *	759	41	23
13	2123	0	2100	24	27
14	1553	345	645	564	27
合計	49221	18784	25134	5303	315

* a > b

図3 サービス提供パターンの分類

サービスコード		C	D	E	F	G	H	I	
A	B	関係性の構築・不安の傾聴	日常生活自立支援	対人関係の維持・構築	服薬・症状の自己管理の援助(身体)	機関内の他部署・他職種との連携	ケア会議	就労・就学支援	他機関との連携

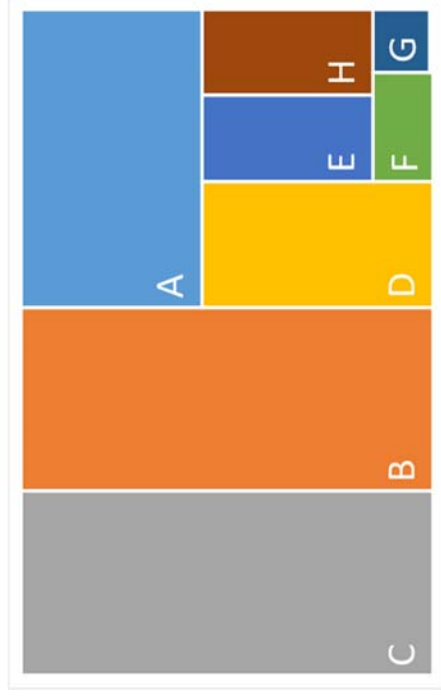
各サービスの提供時間が500分/月以上であるサービスに着目した分類



パターン1：
○精神症状や服薬の自己管理、日常生活自立支援が重点支援



パターン2：
○関係性の構築・不安の傾聴、対人関係の維持・構築支援が重点支援



パターン3：
○1つ1つの支援時間は際立っていないが、全般的に支援を必要とする

地域包括支援システムに関するアンケートのお願い (実施後のフィードバック)



本アンケートは、地域包括支援システムを実際に行っていただいた皆様にご協力をお願いしております。実施してみたご意見・ご感想を教えてくださいたいと思います。なお、個別ケースではなく、実施全体を通してお感じになられたことを、お答えいただきたく思います。ご多忙の折、大変恐縮ですが、何卒よろしくお願い申し上げます。

問 1. 職種を教えてください

病院管理者	医師	看護師 (病棟)	看護師 (外来)
精神保健福祉士	作業療法士	相談支援専門員	その他 ()

問 2. 地域包括システムは、患者さんの治療やケアの質の向上に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 3. 地域包括支援システムは、患者さんの退院後の生活に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 4. 地域包括支援システムは、日々の業務への達成感 (充実感) につながりますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 5. 地域包括支援システムは、患者さんの治療目的・目標の明確化に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 6. 地域包括支援システムは、患者さんのアセスメントに役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 7. 地域包括支援システムは、支援の計画立案に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 8. 地域包括支援システムは、病院内の多職種との連携に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 9. 地域包括支援システムは、地域の多職種との連携に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 10. 地域包括支援システムは、自身の役割の明確化に役立ちますか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 11. 地域包括支援システムは、患者さんと一緒にケアについて考える機会になりましたか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 12. 地域包括支援システムは、ご家族と一緒にケアについて考える機会になりましたか。

そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
------	--------	-----------	-----------	--------

問 13-1. 地域包括支援システムを行ったときに感じた負担感の程度を教えてください。

負担であった	やや負担であった	どちらともいえない	あまり負担ではなかった	負担ではなかった
--------	----------	-----------	-------------	----------

問 13-2. 感じた負担や困難と、改善点を教えてください。

--

問 14. その他、ご意見等をお寄せください。

--

アンケートは以上です。ご協力いただきありがとうございました。

包括的支援マネジメントの導入により感じた負担や困難と改善点（自由記載）

- ・ 計画作成を拡大ケア会議後、電子カルテ上でまとめていたため、事務量が多く、負担であった。そのため、電子カルテを直結し、モニター上で全員情報共有できる仕組みを指導した。
- ・ 一部の精神保健福祉士及び医師の協力が得られなかった。多分これまで本職が担当してきたものを、何故、チームでという方々と、その PSW に賛同する一部の相談支援専門員からは否定的な意見もたくさん頂いた。その理由としては理解が得られていないことや、これまでとは異なる動きがあったことに対するアレルギーのようなものであった。その中の数名は、連携を通し、理解し、積極的に病院看護師と連携するなど、取り組みに対し病院のハードルが下がったとの意見も聞かれた。
- ・ 導入後すぐ(初めのうち)は、慣れない分、時間等要したが、システム化されるとスムーズに行えるようになった。
- ・ 計画立案を行える専門職が増えると良い。
- ・ 事務的な業務が増加した。
- ・ ケア会議やチームカンファレンスの日程調整は、担当ケースが増えてくると大変だと思った。→30 分以内等時間の目安を設ける。各種職が事前に情報を整理したうえでチームカンファをするなど、工夫できると良い。
- ・ 地域支援者との連携が難しい。医療包括ケアにならないように気を付ける必要がある。早い段階で地域支援者と共にアセスメントプランを考えていく必要がある。退院後は地域支援者主導となっていくようにすべきである。
- ・ 受診やケア会議の日程などが急に変更になることがあり、把握できていないことがあった。外来看護師としての役割を果たしていきたいと思いつつも、短い時間で関係性を築いていくことが難しく感じた。
- ・ 拡大ケア会議やアンケート実施など、外来業務の合間をぬって担当する為、ケア会議が重なったりした時に外来業務が手薄となりがちだった。突然病棟からケア会議の連絡があった場合など。
- ・ 多職種連携への連絡など、十分注意を払っていたが、急やケア会議日程変更があった時スタッフに迷惑をかけるときもあった。
- ・ 改善点として、主たるケアマネージャーが OT なのか PSW なのかあいまいな事もあったので、各々の Pt により明確にしてもらえたら良い。アンケート実施もケア会議毎とか 1 ヶ月、3 ヶ月、6 ヶ月なのか、きく人によって異なるので、明確にしてほしい。(たとえば、1 ヶ月の分が少し位ずれても良いのかも含めて)。
- ・ 既存の外来業務にプラスしての業務となるため、業務調整やスタッフの調整等大変だった。師長が対象患者の割振りやケア会議のマネジメントすることで業務を調整できた。
- ・ 受け持ち Ns が準備するものを勤務時間内でできず、残って作業することがある。→計画

- をたてて、ケア会議までに間に合うよう、勤務中にできるよう努力した。
- ・ケア会議に出席できないことがある。→他のスタッフにお願いしたり、前もって出れないと伝えることもあった。
 - ・件数が増えるとスケジュールの把握が大変だった。外来での関わりは時間が短く、新たな関係作りが難しい。
 - ・会議が多くなり、やや負担感がある。
 - ・時間を合わせるのが大変→別の機会に家族などに説明する(当日欠席の場合)、あるいは、他スタッフに代弁して頂く(治療上の説明がない場合)
 - ・書く量が多い。
 - ・転チーム後にすみやかにアセスメントを取らなくては…というあせりがある。
 - ・全ての患者に担当者会議やケア会議を行うと、日によっては1日で数名行わなければならず、病棟を見る人員が少なくなり大変だった。
 - ・担当者会議の日時調整は大変だったと感じた。(担当者の日程が中々合わない)
 - ・会議の日程調整、・患者が、アセスメントをとる際に話が逸れてしまい中々聞きたい部分を聞き出せないことがある。
 - ・期日に追われる不安。
 - ・担当者会議など連携に関わる業務が定着するまで調整業務が困難だった。
 - ・アセスメントのまとめが記入しにくい。
 - ・会議の数などが多くなり、他職種との時間調整に手間がかかる。

その他自由記載

- ・各書式で、本人のニーズや支援内容を可視化することで、誰でもいつでも確認できる点は非常に良かった。これまでの蓄積された支援内容がまとまると、傾向がみえたり、今後の支援に活かせたりするのではないか。
- ・今後診療報酬加算となるのであれば、外来スタッフを通院患者数での配置基準だけで配属するのではない方向で考えてほしい。
- ・自分のアセスメントの聴取の仕方がこれで良いのか不安。
- ・自分が行うことが明確になり行動しやすかったこと。他職種とケアの方向性を合わせられ、病院内スタッフで連携できたと感じられた。一人で負担を背負っていない感じもあったし、他の職種に質問し確認することも出来た。
- ・院内で担当者や患者と行ってきたことが、患者退院後も活かされてほしい。
- ・システムとして稼働後は受け持ちNsが責任をもって支援にあたるようになった。
- ・システム化されたことで、他職種と足並みそろえることができたり、有益な意見交換が出来たりと非常に役立った。院内すべてに浸透していけばと思った。

精神科外来機能強化に関する研究

—デイ・ケア大規模調査二次分析—

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：五十嵐良雄（メディカルケア虎ノ門），大木洋子（東京リワーク研究所），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），窪田 彰（錦糸町クボタクリニック），原 敬造（原クリニック），松原良次（札幌花園病院）

要旨

平成 28～30 年度に実施した精神科デイ・ケア大規模調査の診療所データを用いて、精神科デイ・ケア（診療所）の類型化、就労関連アウトカムと支援方法との関連、重症者への対応について検討を行った。潜在クラス分析の結果、支援類型としては、生活維持支援が 34.2%と最多であり、次いで復職支援（22.7%）であった。個別支援・訪問支援実施の有無と就労関連アウトカムの関連については、就労年齢の対象者について検討したところ、いずれの支援においても、支援ありの利用者に有意に 12 ヶ月以内の就労関連のポジティブアウトカムが見られた。LASMI の「E. 持続性・安定性」の項目と転帰の関連については、2 点以下の利用者は終了の割合が多く、3～5 点では 18 ヶ月後も継続中が多かった。今後さらに地域生活中心の支援を推し進めていく際には、重度の障害をもつ人々を地域で支えるニーズがこれまで以上に大きくなることが予想され、生活維持支援の必要性も増すと考えられる一方で、障害福祉サービスの充実も進んでいることから、医療で対応すべき支援について、今後さらに検討していく必要がある。個別支援や訪問支援といった個別のニーズへの対応を行っているデイ・ケアにおいて、よりよい就労関連アウトカムが得られたことから、社会機能の回復を治療目標とした場合、集団支援のみならず個別支援を提供することが望ましいと考えられる。デイ・ケアの長期利用者には病状が不安定な者が多く、そのような患者に対する適切な支援のあり方も今後の検討課題である。

A. 研究の背景と目的

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が進められる中、地域における精神科デイ・ケアは重要な役割をもつ。「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、精神障害者が地域で安心して生活し続けるための生活能力等の向上のための専門的かつ効果的な外来・デイ・ケア等でのリハビリテーションを行える体制確保を推進するよう求められてい

る。他方、最近の就労継続支援 B 型等、障害福祉サービスの広がりにより、医療の枠組みで提供されるサービスである、精神科デイ・ケアのあり方について再検討していく必要についても指摘されている。

近年、精神科デイ・ケア等においては機能の分化が進んでいる。機能分化が進むデイ・ケア等の将来構想を作成するために、我々は、デイ・ケア等の現状での活動実態を把握する大規模な調査（デイ・ケア大規模調査）

を実施した¹⁾。本研究は、デイ・ケア大規模調査の診療所データの二次分析を行い、診療所における精神科デイ・ケア等のあり方を検討することを目的としている。

B.方法

デイ・ケア大規模調査は、調査A：基礎調査、調査B：新規利用者調査の2つの調査から構成される。精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科デイ・ナイト・ケア、精神科ナイト・ケア等の実施施設を対象とし、重度認知症デイ・ケアは対象外とした。

調査A（基礎調査）

調査Aは横断調査であり、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、デイ・ケア等届出状況、従事するスタッフ配置、デイ・ケア等のグループ数、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)¹⁾評価等とした。

調査B（新規利用者調査）

調査Bは縦断調査であり、調査Aの回答施設から調査協力を募り実施した。対象は、平成29年4月1日から5月31日までの2ヶ月間に、対象施設においてデイ・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 Measure²⁻³⁾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 Questionnaire⁴⁾による満足度調査を利用終了時に実施した。これらの調査により得られたデータのうち、診療所データを用いて、以下の検討を行った。なお診療所には、無床診療所、有床診療所、精神保健福祉センターを含んでおり、本研究ではこれを総合して「診療所」とした。

1) 精神科デイ・ケア（診療所）の類型化

調査Aの患者調査により得られた、対象者の年齢、性別、就労状況、主傷病、治療期間、入院歴、精神障害者福祉手帳取得状況、精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)の項目を用いて、潜在クラス分析による類型化の検討を実施した。潜在クラス分析とは、類型化に活用可能な統計手法であり、異質性を定義するのではなく、同質性をモデルとして定義する手法である。何クラスに分類するかは、統計モデルのあてはまりの良さを評価する情報量規準(AIC, BIC)を用いて判断する。

2) 就労関連アウトカムと支援方法との関連に関する検討

調査Bにより得られた患者票を用いてデイ・ケア開始から12ヶ月までの間の就労や復職といった就労関連アウトカムの有無と個別支援と訪問支援の有無の関連につき検討を行った。対象は就労関連アウトカムとするため、就労年齢のみを抽出して検討した。ま

た、施設票を用いて、個別・訪問支援の有無とスタッフ配置状況に関する検討を行った。施設基準上のスタッフ配置数の基準にばらつきがあるため、「大規模デイ・ケア実施施設」に対象を限定し検討した。さらに、支援（個別・訪問）状況とスタッフ加配数に関する検討を行った。加配数の計算は、その単位内の区分のうち、施設基準上、一番必要人数が多い区分の人数を基準とし、加配数を算定した。なお、専従=1.0、専任=0.5として計算している。

3) 重症者への対応に関する検討

調査 A の患者票を用いて、LASMI の得点とデイ・ケア利用期間との関連、1) により分類された機能と LASMI の得点との関連を検討した。また、B 調査の患者票を用いて、LASMI の得点と転帰の関連を検討した。

本研究は、日本うつ病リワーク協会倫理審査委員会の承認を得て実施した。

C.結果／進捗

1) 精神科デイ・ケア（診療所）の類型化

潜在クラス分析の結果、9クラスに分類された（表 1）。「生活維持支援」に属するクラスで 34.2%であった。その利用者は統合失調症が中心で、入院歴も多く長い人である。次いで「復職支援」が 22.7%であった。気分障害等で休職中の利用者が中心である。「就労・就学支援」が 17.5%で、発達障害や統合失調症を中心とする、入院歴は少ないものの若年層で比較的重度の障害を持つ人たちが利用者の中心である。

2) 就労関連アウトカムと支援方法との関連に関する検討

支援（個別・訪問）の有無と就労関連アウトカムの関連については、就労年齢を 18-59 歳で検討したところ、いずれの支援においても、支援ありの利用者に有意に 12 ヶ月以内

の就労関連のポジティブアウトカムが認められた（表 2）。

支援（個別・訪問）の有無とスタッフ配置状況の検討においては、訪問・個別支援を実施している全ての施設は 3 種以上のスタッフ配置をしていることが明らかとなった（表 3）。支援（個別・訪問）状況とスタッフ加配数に関する検討では、いずれの支援においても、支援を実施している方がしていないグループと比較して、有意にスタッフを加配している傾向が見られた（表 4）。

3) 重症者への対応に関する検討

LASMI の「E. 持続性・安定性」の項目について検討したところ、調査 A の患者票において 4 以上のスコアに該当する利用者は 13.5%であった（表 5）。また、同設問の分布と DC の利用状況を確認したところ、スコア 3 以上は 1 年超え利用者が多い傾向が見られた（表 6）。

1) で実施した潜在クラス分析のクラス分けと同設問の平均値を検討したところ、潜在クラス分析において「重症」と位置付けたクラスのスコアが高かった（表 7）。また、潜在クラス分析により類型化したクラスと同設問の分布を検討したところ、class 2、class 8 以外は 3 点（ここ一年はおおむね「B: 保護的な環境では適応」）が過半数を占めていた（表 8）。

B 調査の対象者 184 人の同設問のスコアの分布を表 9 に示す。A 調査よりも軽症者が対象とみられる B 調査ではあるが、同設問の分布ではその傾向は見られなかった。さらに、同設問スコア別に転帰を検討したところ、2 点以下の利用者は終了の割合が多く、3 点以上は 18 ヶ月後も継続が多かったものの、最高得点である 6 点のスコアの利用者に終了者の割合が高かった（表 10）。

D.考察

本研究は、診療所における精神科デイ・ケ

ア等の現状を整理し、今後のあり方を考えるための基礎資料として有用であると考えられる。潜在クラス分析からは、入院歴が多く、比較的重度の患者が利用する生活維持支援を特徴とするデイ・ケアのニーズが最も多い結果となった。今後、さらに地域生活中心の支援を推し進めていく際には、重度の障害をもつ人々を地域で支えるニーズがこれまで以上に大きくなることが予想され、生活維持支援の必要性も増すものと考えられる。一方で、障害福祉サービスの充実も進んでいることから、医療で対応すべき支援について、今後さらに検討していく必要がある。その際には、地域資源の格差や、身体・知的障害と比較して精神障害においては医療が関与する必要性が高いことなども考慮する必要がある。復職支援のニーズが高いことは、気分障害等で休職中の患者が利用する医療機関として、診療所が選択されることが多いことを反映しているものと考えられる。

精神科デイ・ケアは、従来、集団支援を基本的な支援形態としている。しかし就労・就学や復職・復学など、社会機能の回復を治療目標とした場合、各患者のニーズに応じた支援となるよう集団支援の他個別支援を行うことが多い。本研究の結果からは、個別支援や訪問支援といった個別のニーズへの対応を行っているデイ・ケアにおいて、よりよい就労関連アウトカムが得られることが示唆された。個別支援や訪問支援を行っているデイ・ケアにおいては、多職種の配置がされている傾向

や職員が加配されている傾向があり、集団支援のみのデイ・ケアと比較して、多角的かつ手厚い支援が提供されている可能性がある。

LASMI で評価される重症度からは、デイ・ケアの長期利用者には病状が不安定な者が多いことが示唆された。病状が不安定デイ・ケアを長期に利用している者に対する適切な支援のあり方も、今後の検討課題であり、来年度以降、さらに詳細な分析を実施する予定である。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G.知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 五十嵐良雄: 平成 30 年度研究分担報告書 精神科デイ・ケアの機能と転帰に関する大規模調査 (診療所分) . 平成 30 年度厚生労働省科学研究費補助金 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究 研究報告書 (代表 藤井千代) , 国立精神・神経医療研究センター, 小平, 2019.

表1 潜在クラス分析による精神科デイ・ケア機能分類 (n=5759)

特徴的な機能	特徴的な支援	多い疾患	現在の症状	その他の特徴	class名	class別割合	支援別割合	機能別割合
臨床症状の回復	生活維持支援	統合失調症	—	入院歴多	class1	24.1%	34.2%	59.9%
			重度	入院歴多・長期	class4	10.1%		
	就労・生活支援	混在	—	入院歴少	class3	13.1%	13.1%	
	特定の疾患支援	依存症	—	高齢	class7	4.8%	4.8%	
	居場所確保支援	認知症、気分障害等	—	老年	class8	5.2%	7.8%	
重度			老年（要介護）	class9	2.6%			
社会機能の回復	復職支援	気分障害	軽度	休職中	class2	22.7%	22.7%	40.2%
	就労・就学支援	発達障害、統合失調症等	重度	入院歴少	class5	8.9%	17.5%	
—			若年（無職・学生）	class6	8.6%			

表2 支援方法と就労関連アウトカムとの関連

★就労年齢（18-59歳）n=162 対象

訪問支援と12か月までの就労・復職の有無

	訪問支援なし n = 98		訪問支援あり n = 64		Pearson chi2(1) = 4.758 Pr = 0.029
	n	%	n	%	
12ヶ月までの就労・復職なし	70	71.4	35	54.7	
12ヶ月までの就労・復職あり	28	28.6	29	45.3	

個別支援と12か月までの就労・復職の有無

	個別支援なし n = 104		個別支援あり n = 58		Pearson chi2(1) = 5.118 Pr = 0.024
	n	%	n	%	
12ヶ月までの就労・復職なし	74	71.2	31	53.4	
12ヶ月までの就労・復職あり	30	28.8	27	46.6	

表3 支援（個別・訪問）の有無とスタッフ配置状況

★就労年齢（18-59歳）かつ、大規模デイケア実施施設 n=121 対象

訪問支援とスタッフ配置状況

	訪問支援なし n = 68		訪問支援あり n = 62		Pearson chi2(1) = 10.383 Pr = 0.001
	n	%	n	%	
2種以下配置	12	17.6	0	0.0	
3種以上配置	56	82.4	53	100.0	

個別支援とスタッフ配置状況

	個別支援なし n = 72		個別支援あり n = 56		Pearson chi2(1) = 9.066 Pr = 0.003
	n	%	n	%	
2種以下配置	12	16.7	0	0.0	
3種以上配置	60	83.3	49	100.0	

表4 支援（個別・訪問）の有無とスタッフ加配状況(n=478)

(1)訪問支援実施状況と職員数（加配数）状況

	医師を除く職員加配数				
	mean	median	SD		
訪問支援なし	4.2	2.5	5.2	Mann-Whitney U	p=0.000
訪問支援あり	5.2	4.0	4.2	t検定	p=0.043

(2)個別支援実施状況と職員数（加配数）状況

	医師を除く職員加配数				
	mean	median	SD		
個別支援なし	4.2	2.5	5.1	Mann-Whitney U	p=0.001
個別支援あり	5.4	4.0	4.4	t検定	p=0.032

(3)支援実施状況と職員数（加配数）状況

	医師を除く職員加配数				
	mean	median	SD		
個別・訪問支援 どちらもなし	4.2	2.5	5.3	Mann-Whitney U	p=0.001
個別・訪問支援 どちらかまたは両方あり	5.1	4.0	4.2	t検定	p=0.057

表5 LASMI E-2「持続性・安定性の傾向」の得点分布 (n=6109)

	n	%
0: ここ1年間は「A:適応」	610	10.0
1: ここ1年間は基調は「A:適応」であるが、短期間（1カ月以内）で「B:保護的な環境では適応」「C:不適応」に至る時もあった	703	11.5
2: ここ1年間は基調は「A:適応」と「B:保護的な環境では適応」の間を揺れ動いていた	526	8.6
3: ここ1年間はおおむね「B:保護的な環境では適応」であった	3444	56.4
4: ここ1年間は基調は「A:適応」と「C:不適応」、または「B:保護的な環境では適応」と「C:不適応」の間を揺れ動いていた	635	10.4
5: ここ1年間は基調は「C:不適応」にあるが、短期間（1カ月以内）「A:適応」と「B:保護的な環境では適応」に至るときもあった	108	1.8
6: ここ1年間は「C:不適応」であった	83	1.4

表6 LASMI E-2「持続性・安定性の傾向」とデイ・ケア利用状況

	0点		1点		2点		3点		4点		5点		6点	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1年未満	319	52.7%	404	57.8%	226	43.3%	680	20.0%	248	39.6%	44	41.5%	28	33.7%
1年超～3年未満	119	19.7%	117	16.7%	107	20.5%	805	23.7%	111	17.7%	18	17.0%	14	16.9%
3年超	167	27.6%	178	25.5%	189	36.2%	1917	56.3%	267	42.7%	44	41.5%	41	49.4%

表7 潜在クラス分析による分類と LASMI E-2 スコア

特徴的な支援のネーミング	多い疾患	現在の症状	LASMI E-2. 「持続性・安定性の傾向」(平均)	その他の特徴	class名	class別割合	支援別割合
「重度かつ慢性」の地域定着支援	統合失調症	—	2.8	入院歴多	class1	24.1%	34.2%
		重度	3.4	入院歴多・長期	class4	10.1%	
就労・生活支援	混在	—	2.7	入院歴少	class3	13.1%	13.1%
特定の疾患支援	依存症	—	2.6		class7	4.8%	4.8%
介護保険併用型支援	認知症、気分障害等	—	2.0	老年	class8	5.2%	7.8%
		重度	3.4	老年 (介護保険併用型)	class9	2.6%	
復職支援	気分障害	軽度	1.5	休職中	class2	22.7%	22.7%
就労・就学支援	発達障害、統合失調症等	重度	3.2	入院歴少	class5	8.9%	17.5%
		—	2.9	若年(無職・学生)	class6	8.6%	

表8 潜在クラス分析結果と LASMI E-2 の分布

	class 1		class 2		class 3		class 4		class 5		class 6		class 7		class 8		class 9	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0点	76	5.5%	355	27.4%	34	4.5%	0	0.0%	2	0.4%	15	3.0%	20	7.3%	75	25.3%	2	1.4%
1点	87	6.3%	397	30.6%	74	9.8%	4	0.7%	3	0.6%	28	5.7%	31	11.3%	45	15.2%	1	0.7%
2点	95	6.9%	168	13.0%	71	9.4%	16	2.8%	30	5.9%	50	10.1%	41	15.0%	21	7.1%	0	0.0%
3点	952	68.9%	297	22.9%	503	66.8%	396	68.4%	354	70.0%	333	67.3%	144	52.6%	138	46.6%	109	73.6%
4点	145	10.5%	71	5.5%	57	7.6%	116	20.0%	84	16.6%	53	10.7%	33	12.0%	11	3.7%	18	12.2%
5点	19	1.4%	8	0.6%	12	1.6%	23	4.0%	20	4.0%	11	2.2%	1	0.4%	3	1.0%	6	4.1%
6点	8	0.6%	1	0.1%	2	0.3%	24	4.1%	13	2.6%	5	1.0%	4	1.5%	3	1.0%	12	8.1%

表9 B調査対象者のLASMI E-2スコア分布

	n	%
0点	20	10.9
1点	21	11.4
2点	30	16.3
3点	45	24.5
4点	21	11.4
5点	21	11.4
6点	26	14.1

表10 LASMI E-2スコア別転帰

	0点		1点		2点		3点		4点		5点		6点	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
継続中	4	20.0%	2	9.5%	8	26.7%	15	33.3%	8	38.1%	8	38.1%	4	15.4%
終了	13	65.0%	12	57.1%	13	43.3%	13	28.9%	6	28.6%	7	33.3%	17	65.4%
中止	1	5.0%	6	28.6%	8	26.7%	11	24.4%	4	19.0%	5	23.8%	5	19.2%
不明	2	10.0%	1	4.8%	1	3.3%	6	13.3%	3	14.3%	1	4.8%	0	0.0%

精神科外来機能強化に関する研究

—精神科在宅患者支援管理料を算定した患者のカルテ調査—

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：萱間真美，瀬戸屋希（聖路加国際大学大学院 看護学研究科 精神看護学）

要旨

都内の単科精神科病院 1 施設において、2019 年 4 月時点で精神科在宅患者支援管理料を算定している全ケースの診療録調査を実施した。ケース数は 43 ケースで、全てのケースが患者要件の「ハ」によって算定されていた。居住形態は、介護付き有料高齢者施設に居住している者が最も多く、主診断名は、FO「症状性を含む器質性精神障害」が最多であった。81.4%が合併症を有していた。近年の、認知症の増加、精神障害者の高齢化に伴い、精神症状を有する高齢者の精神科在宅診療のニーズが高まりつつある実態を反映しているものと推察された。このようなケースには、精神科在宅患者支援管理料「ハ」による訪問診療を提供することで、医療保護入院を回避できる可能性もあると考えられ、今後さらなる検証をしていく必要性が示唆された。

A.研究の背景と目的

平成 30 年度の診療報酬の改定では、患者の状況に応じた評価を充実させるべく、「精神科重症患者早期集中支援管理料」は廃止され、新たに「精神科在宅患者支援管理料」

（以下、本管理料）が創設された。本管理料は、従来の精神科重症患者早期集中支援管理料の要件に近い「イ」「ロ」の他に、24 時間連絡体制の確保や、月に 1 回以上の保健所または精神保健福祉センター等と共同して会議を実施することを求められない「ハ」が設定され、これにより精神科における訪問診療の普及が期待されていた。本管理料は、新設されて間もないことから、どのような患者にどのような目的で適用されるのかについての調査が行われていない。本調査は、本管理料を算定した患者の概要および管理料算定に至る経緯を明らかにすることを目的として実施するパイロット調査であり、本管理料を積極的

に算定している単科精神科病院を対象としてその算定状況を調査した。

B.方法

対象：

2019 年 5 月に、調査に同意の得られた都内の単科精神科病院 1 施設にて調査を行った。2019 年 4 月時点で、管理料を算定して支援をしている全てのケースについて、診療録から患者情報の記載を行った。

調査内容：

性別、年齢、婚姻状況、世帯状況、経済状況等、算定した管理料の類型、対象者の診断名、精神科病床への入院歴、服薬管理状況、処方内容、精神障害者保険福祉手帳の有無、自立支援医療費（精神通院）申請の有無、対象者の状況及び支援提供に至る経緯、機能の全体的評価尺度（GAF：Global Assessment

of Functioning)

C.結果／進捗

1) 管理料算定患者の概要

①患者の基本情報

ケース数は43ケースで、全てのケースが患者要件の「ハ」によって算定されていた。性別は、男性が15名、女性が28名であった。患者の年齢は80代以上が最も多く28名であった(図1)。婚姻状況は既婚が12名で、未婚・離婚・死別が30名であった(図2)。GAFの値は全ての患者で測定されていなかった。

居住形態は、介護付き有料高齢者施設に居住している者が最も多く32名であり、賃貸住宅が6名、自宅が5名であった(図3)。

経済状況は、老齢年金を受給している者が最も多く31名で、生活保護および障害者年金が4名、家族の収入で生活している者が3名、無収入が1名であった(図4)。

②患者の疾患

患者の主診断名は、F0「症状性を含む器質性精神障害」が最も多く24名だった。次いでF2「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」F3「気分(感情)障害」F4「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が多く、いずれも6名であった(図5)。主診断発症の年代は、80代が最も多く13名であった(図6)。

特に主診断がF0「症状性を含む器質性精神障害」だった者の副診断については、F2「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多く9名であった。次いでF0「症状性を含む器質性精神障害」F3「気分(感情)障害」が5名、F4「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」が2名、F1「精神作用物質使用による精神及び行動の障害」F7「知的障害(精神遅滞)」が1名、その他が4名であった(図7)。

身体合併症を有する患者は35名であった

(図8)。身体合併症の種類は、循環器疾患が最も多く15名、神経系疾患が11名、内分泌・代謝疾患が10名であった。次いで消化器疾患と筋骨格系疾患が8名、呼吸器系疾患が2名、新生物と皮膚疾患が1名であった(図9)。

2) その他

精神科への入院経験のある患者は16名であった(図10)。患者の服薬管理状況は、スタッフ管理が最も多く21名であり、次いで自己管理が9名であった(図11)。精神障害者保健福祉手帳を有する患者は6名であった。また、自立支援医療費(精神通院)は38名が申請済みであった。なお、訪問時の交通手段は全ての患者が車であり、費用負担者は訪問施設(病院)であった。

3) 管理料算定の経緯

本管理料を活用しているケースとして、高齢者施設で認知症の周辺症状のあるケースや、介護抵抗のある方へ精神科医が本制度を算定して往診し、薬剤調整をするケースが最も多く見られた。その他、定期的な通院が困難なケースへの往診や、近隣の訪問看護ステーションから精神症状があるが治療につながないとして相談があったケース、身体合併症があり退院が困難であるが、地域での単身生活を強く希望しているケースにも活用されていた。

D.考察

今回の調査では、調査対象となった全ての患者に本管理料の「ハ」が算定されていた。多くは認知症の高齢者であり、身体合併症を有する割合が高いことが特徴であった。従来精神科アウトリーチ支援は、統合失調症をはじめとする重症精神障害者への支援提供のあり方が検討されることが多かった。しかし近年では、認知症の増加、精神障害者の高齢化に伴い、精神症状を有する高齢者の精神科在

宅診療のニーズが高まってきているものと推察される。施設に入所中あるいは在宅療養中の高齢者が認知症の周辺症状を呈したり、著しい介護抵抗、精神運動興奮等が認められる場合、精神科外来への受診は困難であり、訪問による精神医療の提供が望まれる。往診や訪問診療が受けられない場合、精神科病院に医療保護入院とならざるを得ない場合も多いものと考えられ、このような事例は、本管理料の「ハ」のよい適応であるといえる。本管理料「ハ」を適切に活用することにより、従来であればやむを得ず医療保護入院となっていたケースであっても、在宅や施設での精神症状への対応ができるようになることも期待できると思われた。しかしながら、本管理料「ハ」は、その運用実態や効果の検証をされ

ることなく、令和2年度の診療報酬改定により、新設から2年で廃止が決定された。来年度以降は、本管理料「ハ」の廃止による影響も含め、精神障害にも対応した地域包括ケアを推進するうえで重要な検討課題である精神科在宅医療のあり方につき、実態調査を基に検討していく。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G.知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 患者の年齢

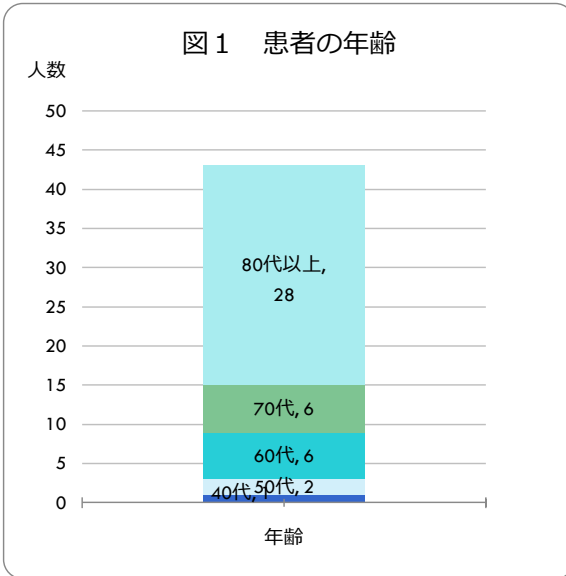


図2 婚姻状況

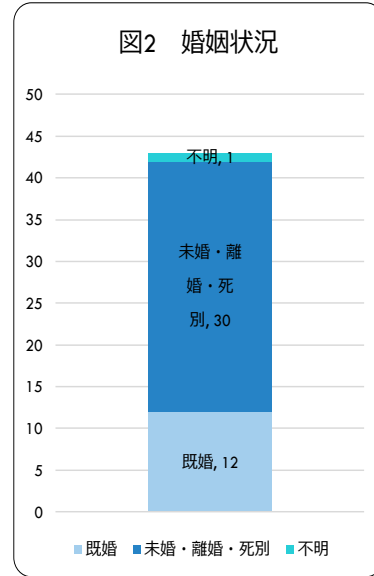


図3 患者の世帯状況

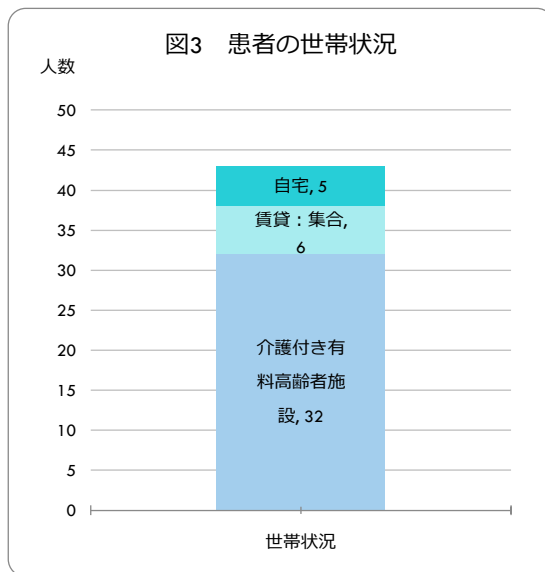


図4 経済状況（複数回答）

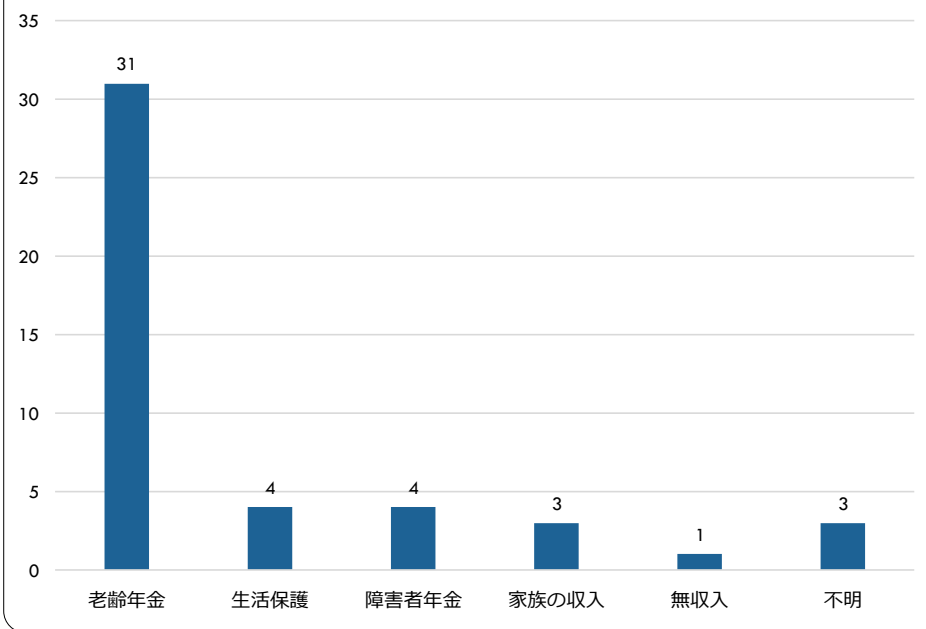


図5 主診断

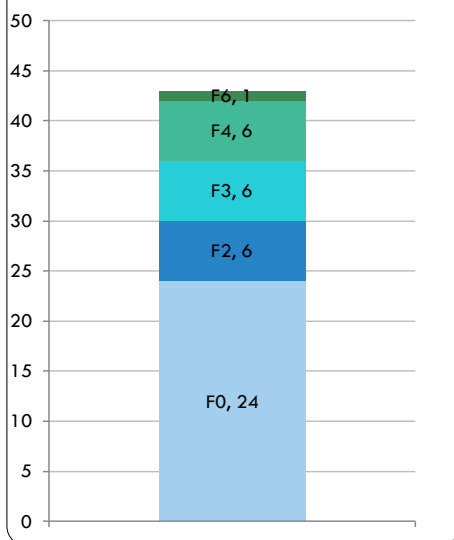


図6 主診断の発症年代

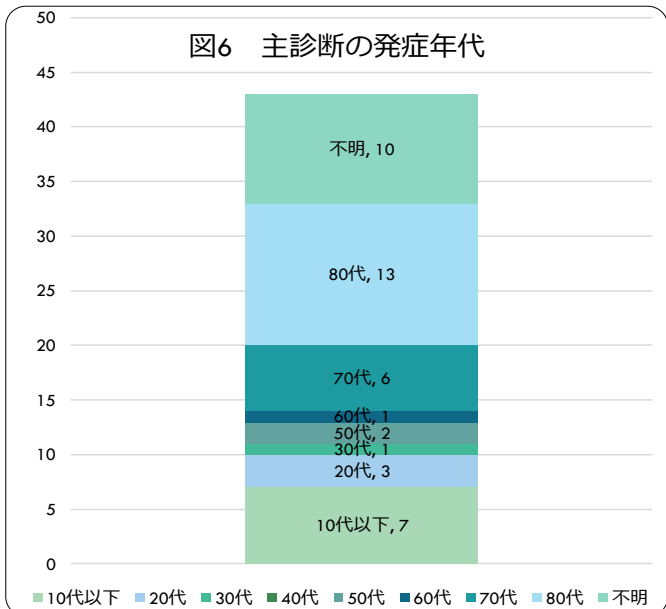


図7 主診断がF0だった者の副診断

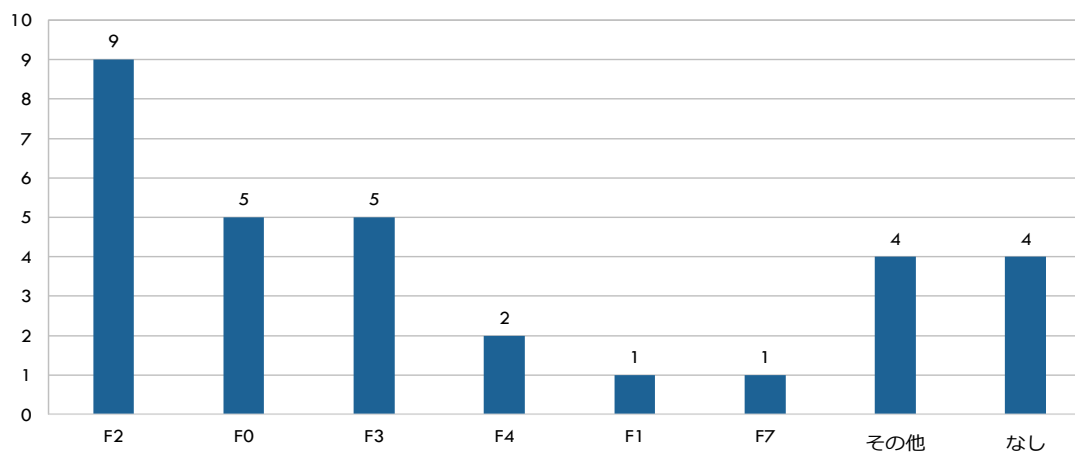


図8 身体合併症の有無

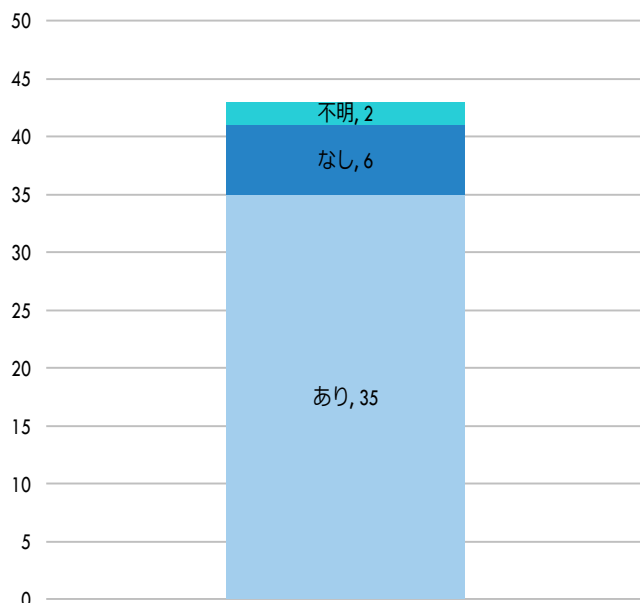


図9 身体合併症の種類

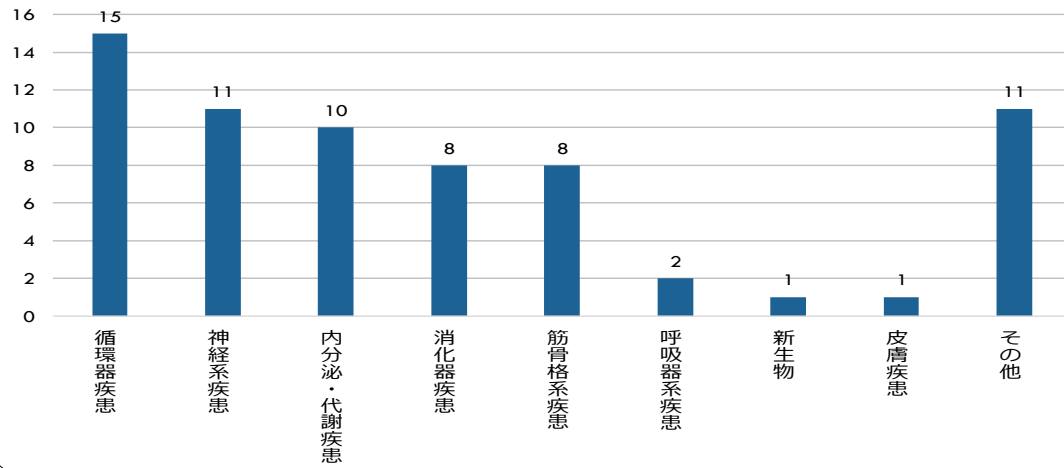


図10 精神科の入院の有無

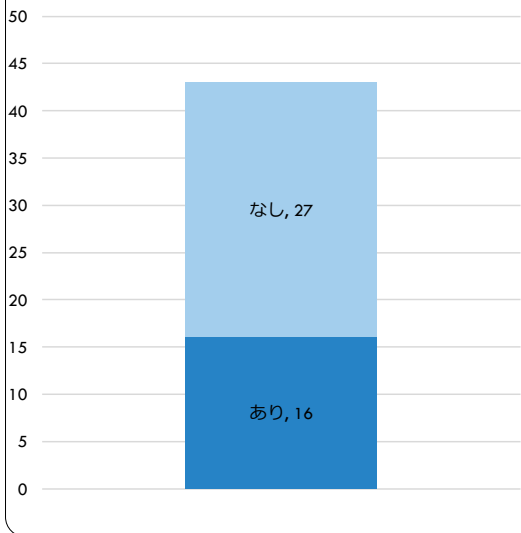
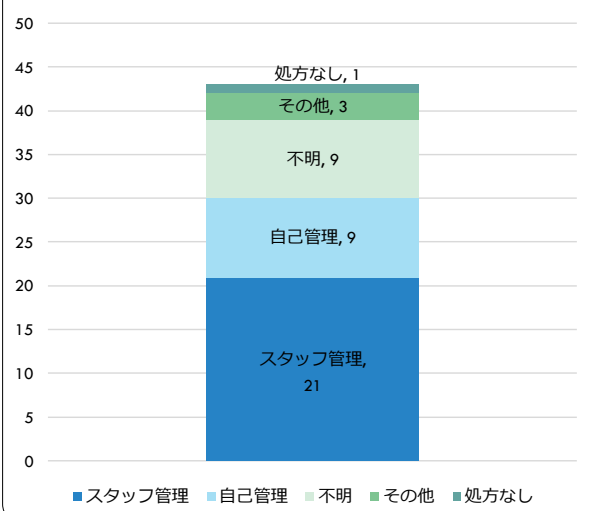


図11 服薬管理状況



措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究

研究分担者：椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

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

要旨

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

A.研究の背景と目的

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

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

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

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

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

改善策の考案を目的として、平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))「精神障害者の地域生活支援を推進する政策(研究代表者：藤井千代)」の分担研究として、平成 28 年 12 月 21 日に交付決定されたものの後継に当たる。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B.方法

上記の目的を達成するために、我々は下記の3つの研究を新たに立ち上げた。

(1) 措置入院制度を巡る種々の課題に関する有識者検討会の実施

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

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

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

(2) 措置入院に関する両ガイドラインの活用状況に関する調査研究

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

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

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

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

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

(3) 措置入院制度運用の実務に携わる警察官に対するアンケート調査

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

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

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

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

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

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

法については調査時点では確定させなかった。

【倫理的配慮】

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

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

C.結果/進捗

(1) 措置入院制度を巡る種々の課題に関する有識者検討会の実施

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

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

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

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

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

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

（2）措置入院に関する両ガイドラインの活用状況に関する調査研究

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

各調査票に記載された数値を単純合計した

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

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

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

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

以上の結果のまとめを図 1 に示す。

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

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

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

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

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

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

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

<過去の治療歴>

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

<今回の入院経緯>

- ・長期入院者。
- ・措置解除までに相当の期間を要した者。

<患者属性>

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

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

<既存のサービスでは不十分>

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

<退院後のリスク想定>

- ・医療中断の可能性が高い者。
- ・服薬中断のハイリスク。

<行動上の問題>

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

<社会的要因>

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

<判断主体>

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

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

<過去の治療歴>

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

<今回の入院経緯>

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

<患者属性>

- ・精神病圏の方で病識が乏しく、入退院を繰り返している者。

<既存のサービスでは不十分>

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

<退院後のリスク想定>

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

<行動上の問題>

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

<社会的要因>

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

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

<判断主体>

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

<その他>

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

れるが、独居生活となる者。

また、その他の判断基準については、下記のような意見があった。

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

の状況把握が困難。自殺のリスク要因が軽減していない）。

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

生活における困難性が高い者）された者。

- ・緊急措置入院を含む措置入院者全員を対象としているが、退院後も行政による積極的な介入が必要と認められる事例を中心に提案している。
- ・緊急措置入院を含む措置入院者のうち、入院先医療機関の担当者が計画作成等について対象者に説明し、退院後支援を受けることに同意した者。
- ・本人が「退院後支援に同意したら退院できる」と誤解される患者がいる。退院後支援の説明を丁寧にしないと後でトラブルになる。
- ・現状では通常の退院支援は行っているが、ガイドラインに沿った退院後支援は行っていない。
- ・医療機関から退院後支援導入の申し出があったもので保健所内での協議の結果、必要と認められた者。
- ・措置入院者のうち、退院後地域で生活し、かつ今後も精神科医療が必要な方
- ・障害福祉課と入院先病院とで退院後支援が必要かの判断をしている。必要な場合は自治体から保健所に連絡がある。
- ・まだ措置入院の例がないが受け入れ病院と相談して提案することになると考えられる。
- ・医療保護入院および任意入院患者のうち、精神科病院から退院後支援導入について相談があった者。

退院後支援に困難を感じる点については、別紙 9 のようなものが挙げられた。

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

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

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

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

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

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

(3) 措置入院制度運用の実務に携わる警察官に対するアンケート調査

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

D. 考察

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

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

英国では日本より 200 年早く司法精神医療

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

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

得ないという問題がある。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

を設ける必要性は高い。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

いずれにせよ、今般の措置入院制度改革で

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

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

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

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

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

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

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

必要である。また支援期間についても今後のエビデンス構築が必要である。

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

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

これまで述べてきたような多種多様な批判

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

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

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

E.健康危険情報

特になし

F.研究発表

1.論文発表

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

2.学会発表

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

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

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

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

参考文献

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

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

図1 警察官通報に対する処置

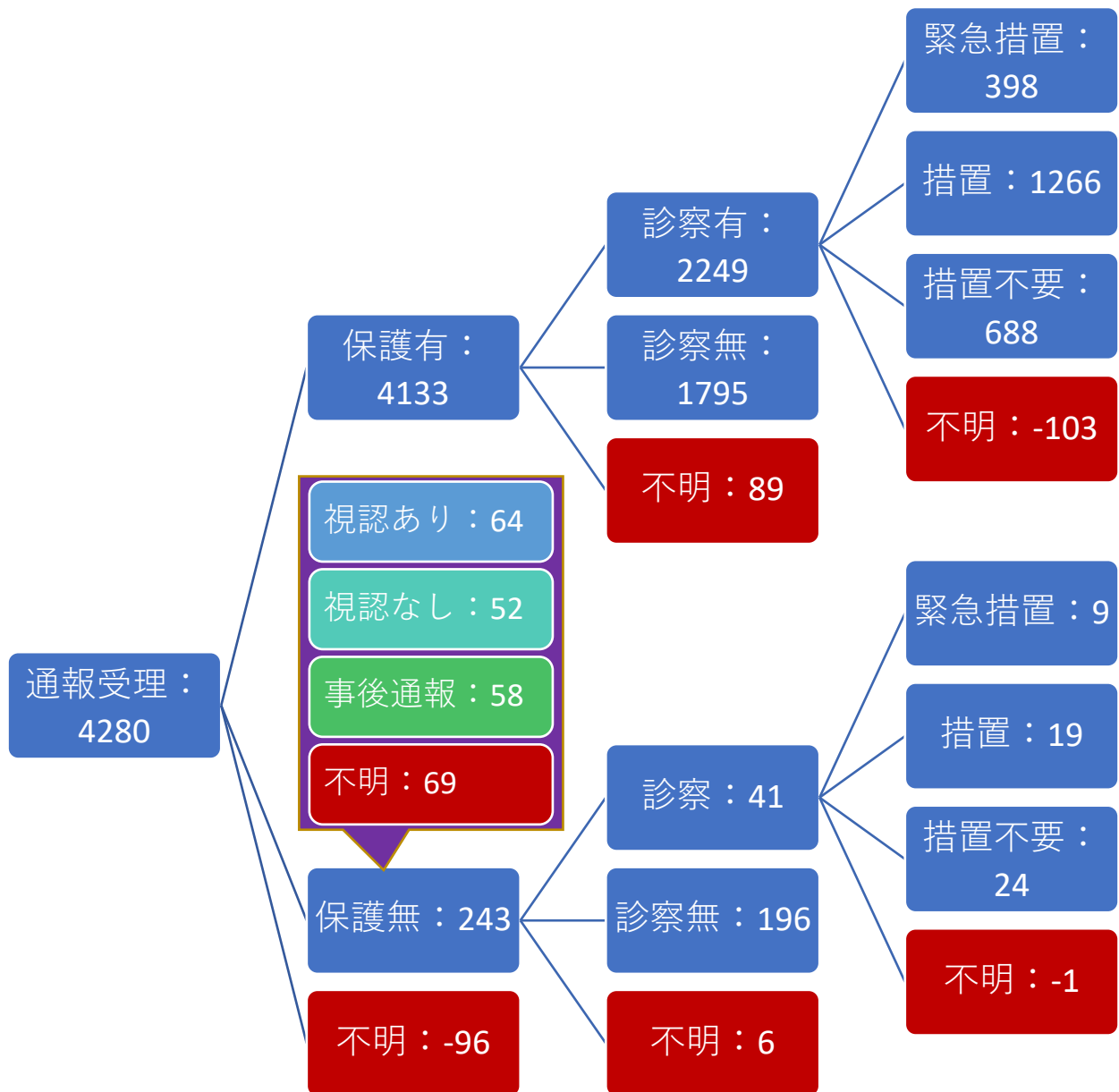


図2 被通報者の身柄の保護を伴わない通報件数

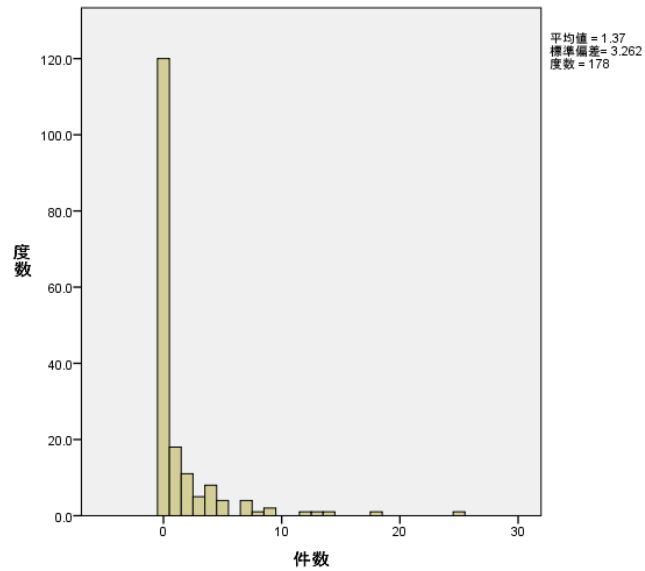


図3 警察との協議の場を持つ機会

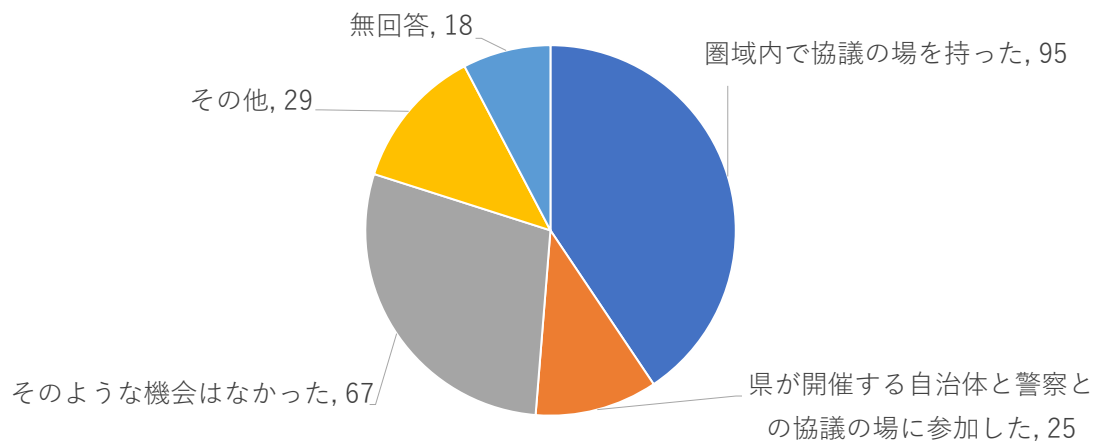


図4 退院後支援の実績

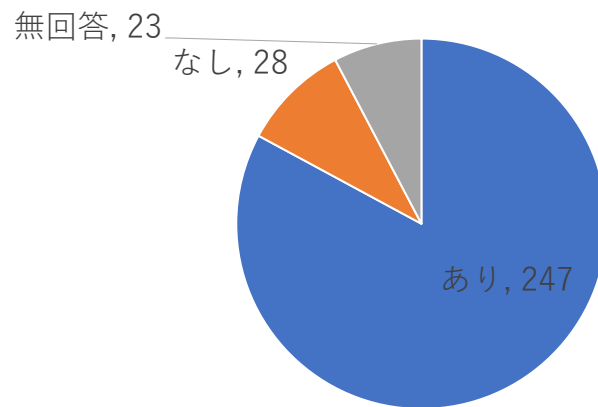


図5 退院後支援について説明した患者数

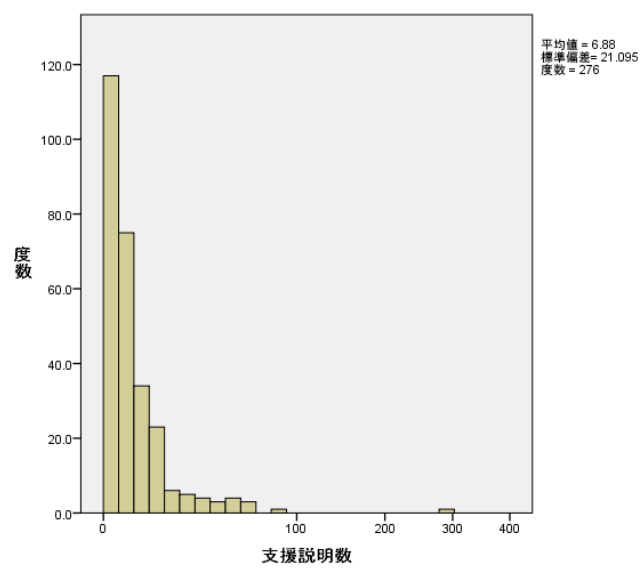


図6 措置入院者以外への退院後支援の説明

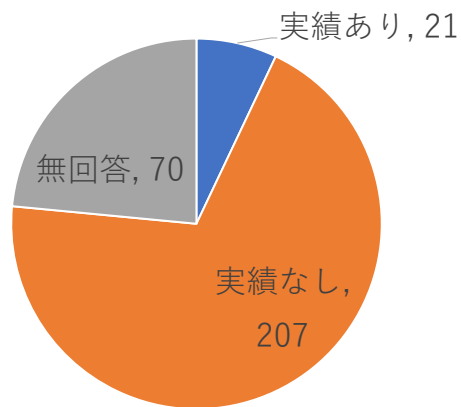


図7 退院後支援に同意した患者数

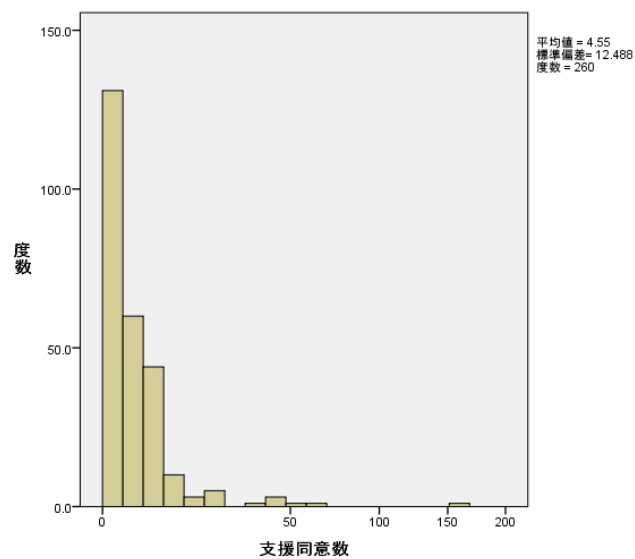


図8 措置入院者以外による退院後支援の同意

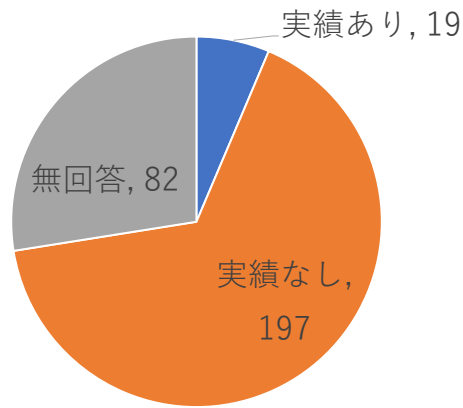


図9 他自治体から退院後支援を引継いだ事例

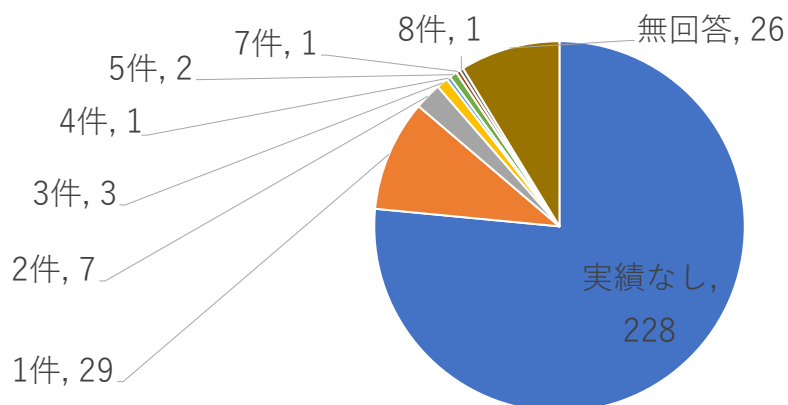


図10 退院後支援の対象

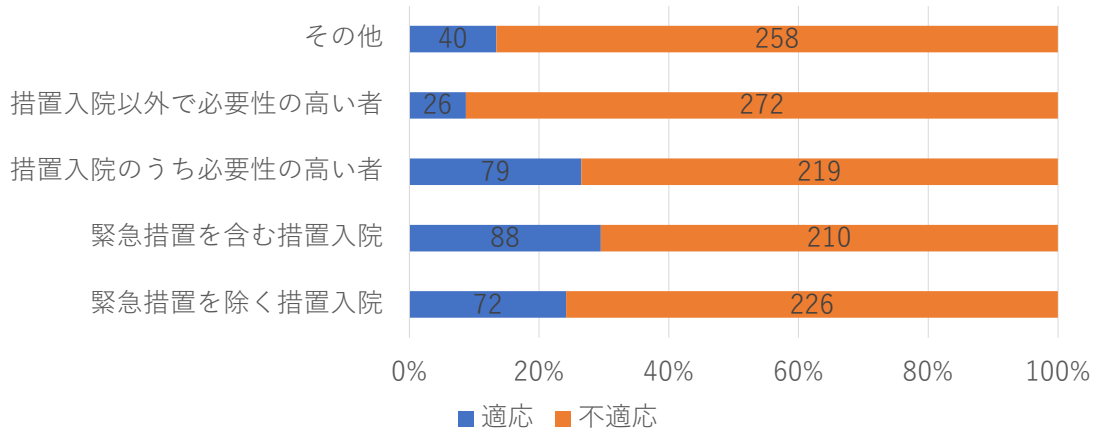


図11 支援対象者が入院した病院との位置関係

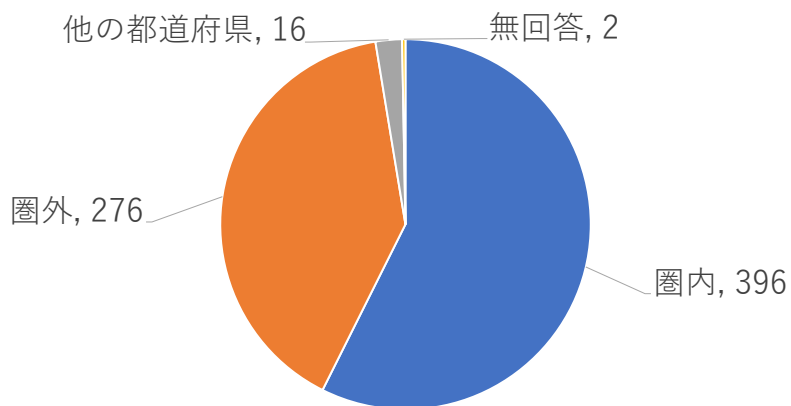


図12 支援対象者の入院形態

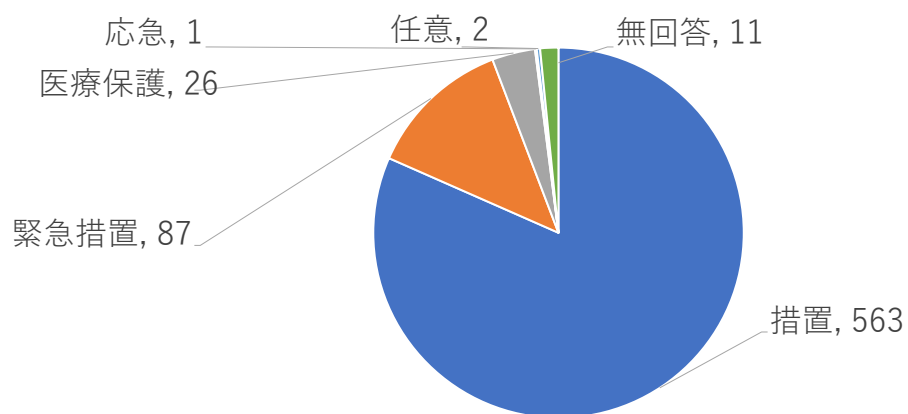


図13 支援対象者が退院した時期

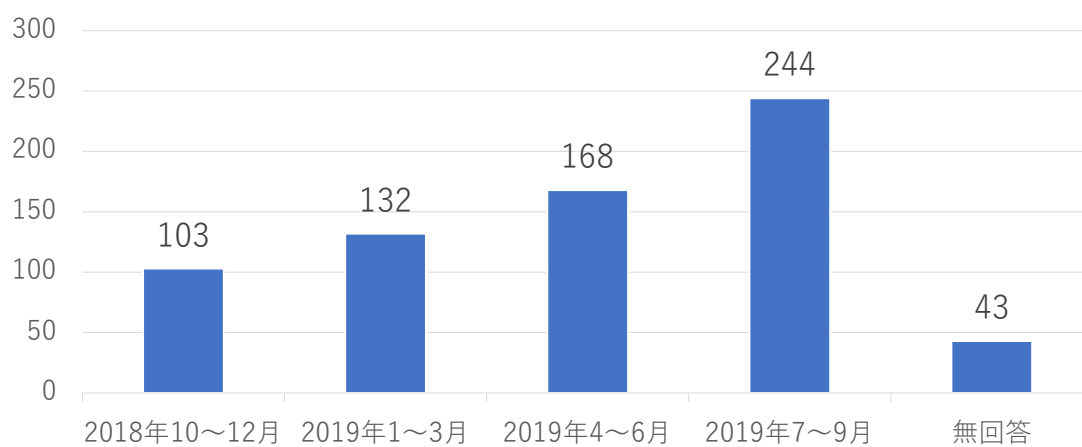


図14 支援対象者の入院期間

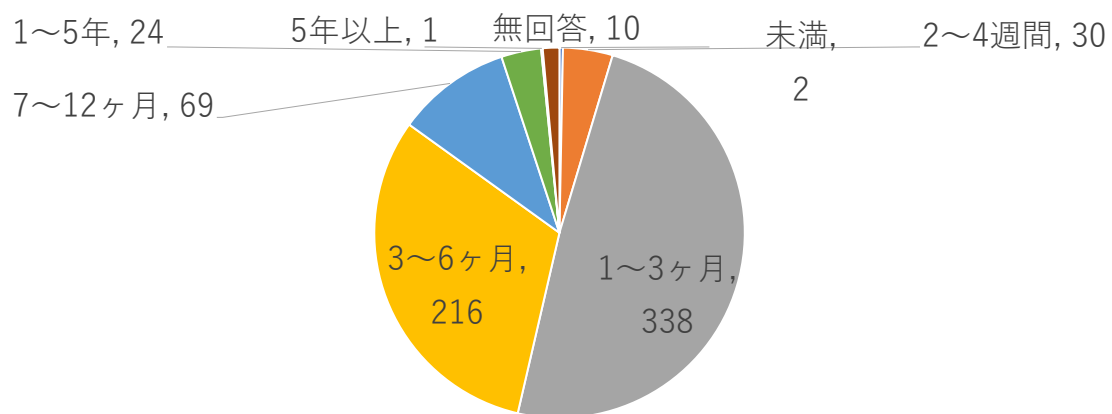


図15 支援対象者の主診断 (ICD-10、Fコード)

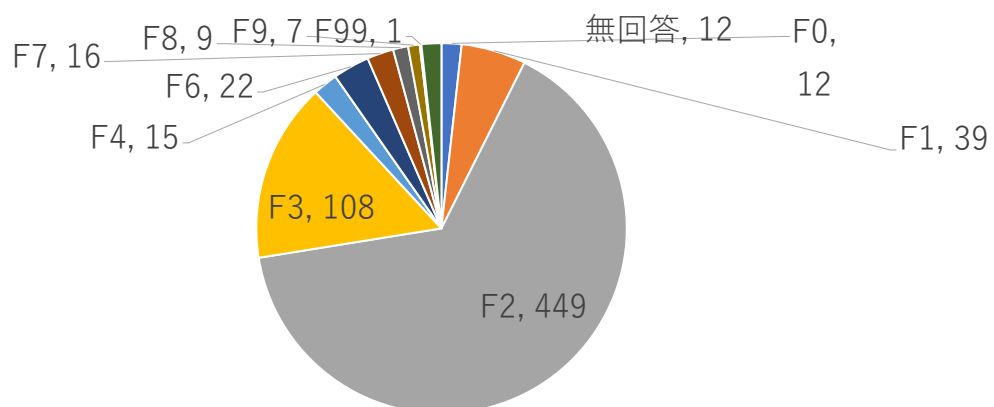


図16 支援対象者の性別

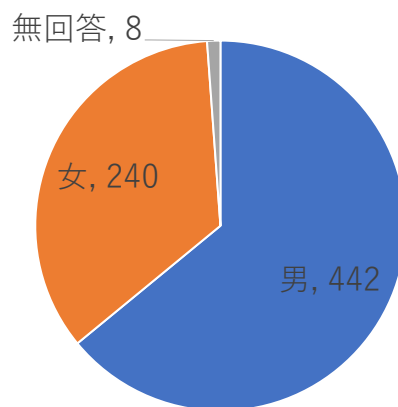


図17 支援対象者の年代

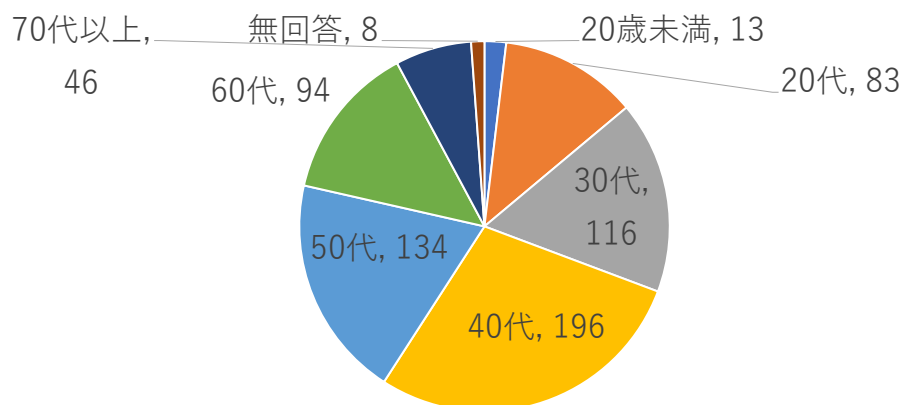


図18 支援対象者の入院中に会議を行った回数

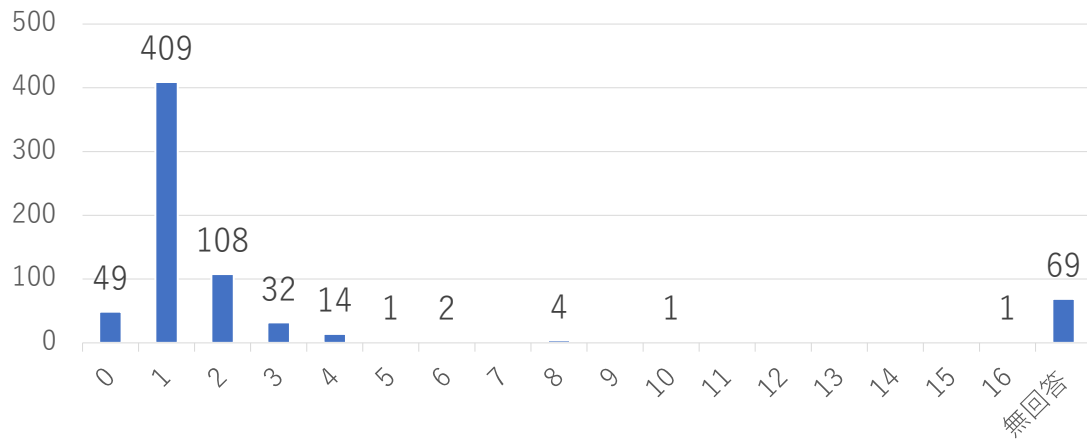


図19 支援対象者の退院後に会議を行った回数



図20 会議への警察の参加

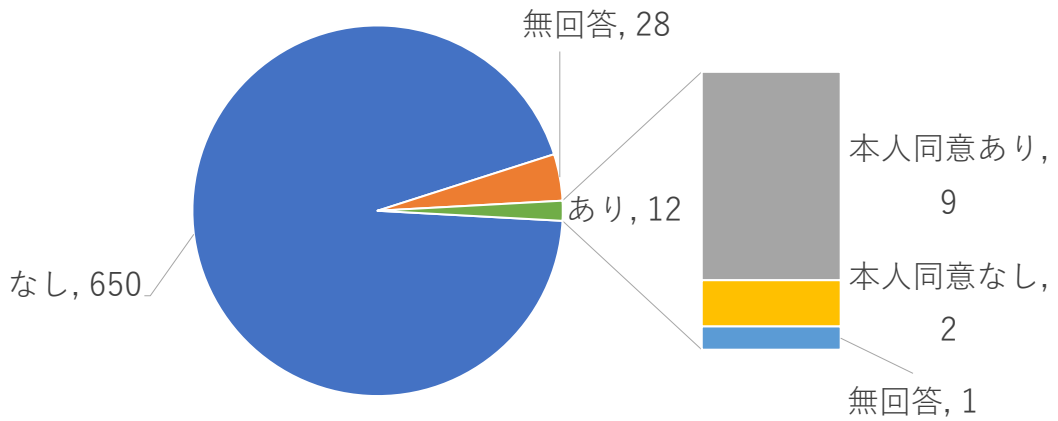


図21 予定支援月数

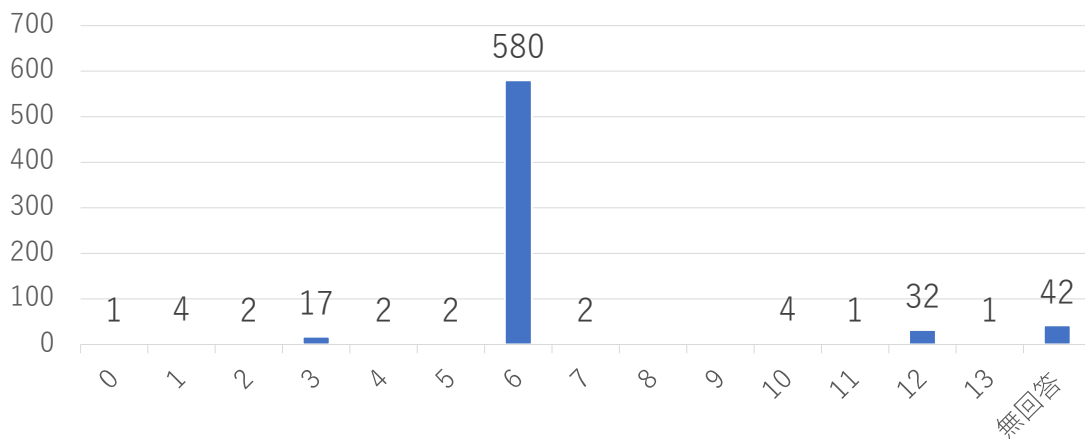


図22 実際の支援月数

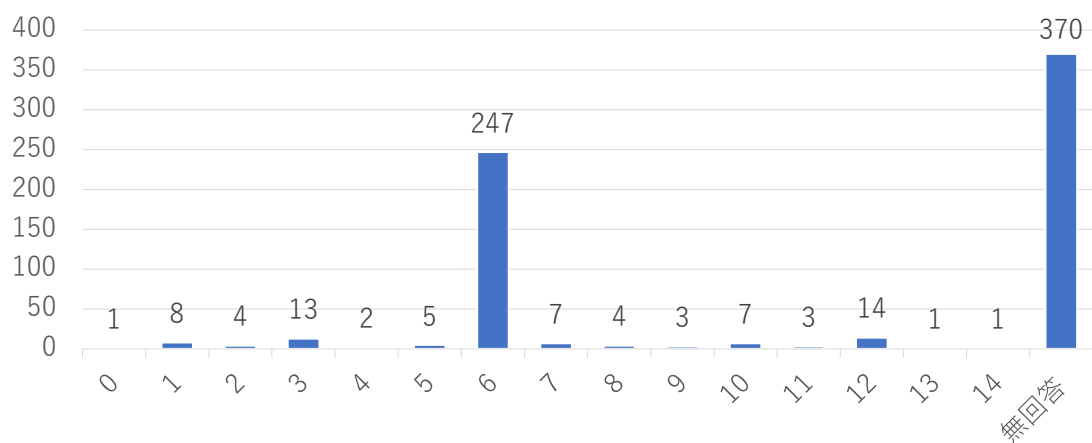


図23 医療機関からのアセスメント表の提出

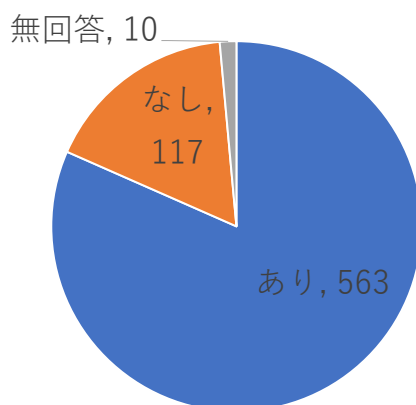


図24 障害福祉サービス等の利用

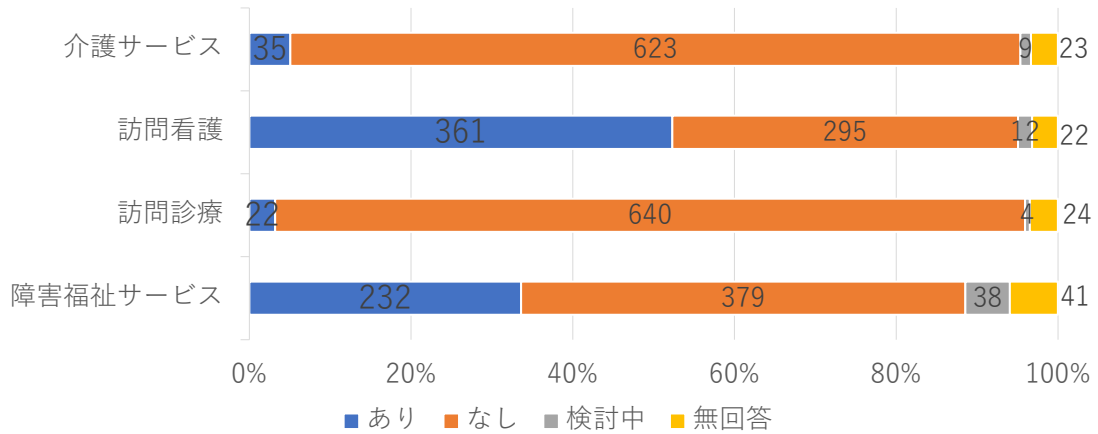


図25 調査時点での支援対象者の状況

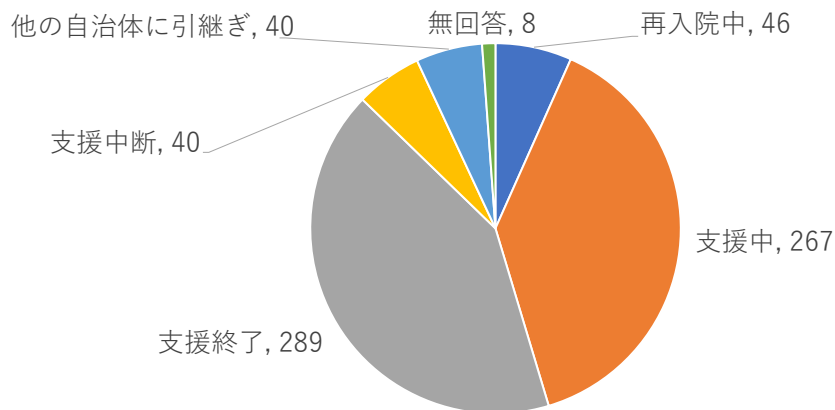


図26 現状と支援中断理由のクロス表

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

図27 再入院回数

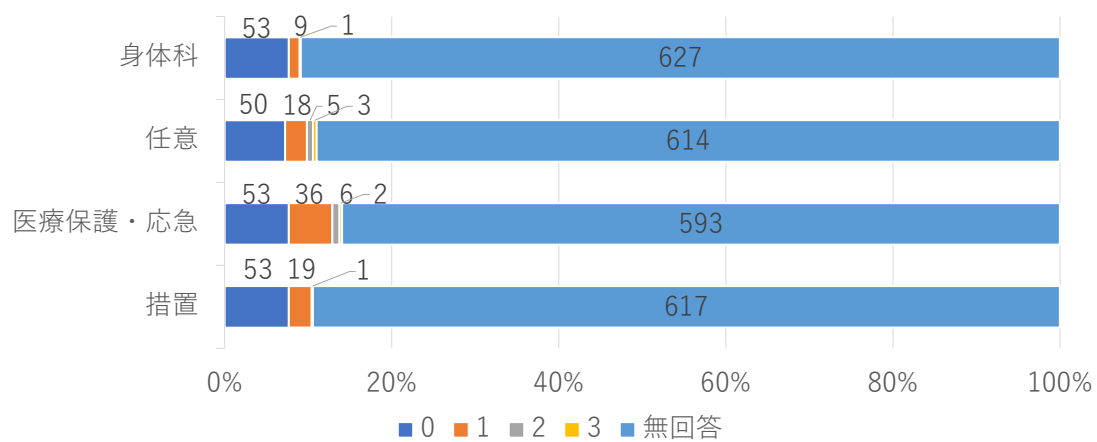
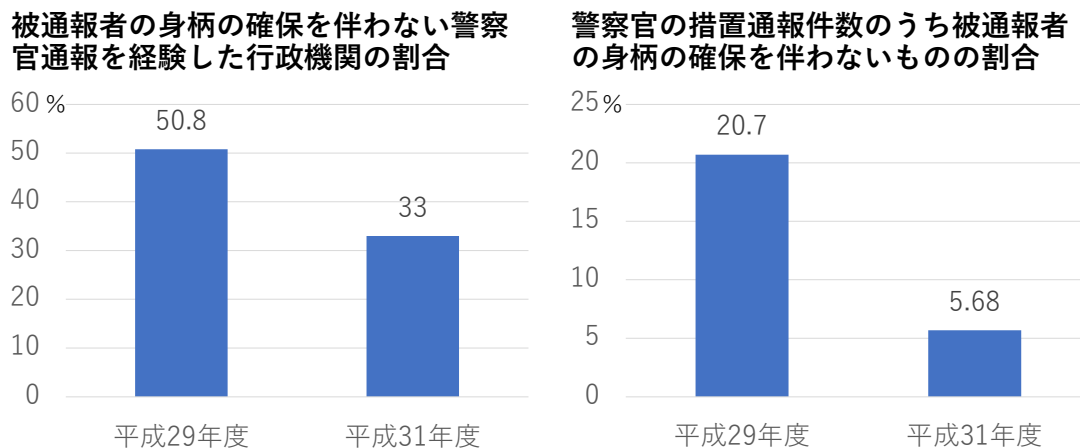


図28 措置入院運用ガイドライン前後の変化



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

退院後支援に関する実態調査

保健所名

都道府県

保健所

問1 平成30年10月1日から令和元年9月31日までの間に退院した患者について、貴保健所が退院後支援に関する説明をした患者は何人いましたか。 人

うち措置・緊急措置入院以外 人

問2 問1の患者のうち、退院後支援を受けることを同意した人は何人いましたか。 人

うち措置・緊急措置入院以外 人

問3 貴保健所による退院後支援の実施状況につき、下記の表にご記入ください。（貴保健所で支援を開始した者のみ。現在入院中で、退院後支援を予定している者、他自治体からの引き継ぎ例は含まない）不明の場合は空欄としてください。

No	入院先病 院の所在 地	入院時の 入院形態	退院時期	入院期間（入院か ら地域への退院ま での通算）	主診断の Fコード （例： F31）	性別	年代	計画作成のため の会議実施回数	会議への 警察参加	（会議への警察 参加ありの場合 のみ） 本人同意	医療機関 からのア セスメン ト表提出	障害福祉 サービ ス利用	訪問診療 利用	訪問看護 利用	介護サー ビス利用	現在の状況	（支援中断 ケースのみ） 中断理由	（転居ケースの み） 転居で中断と なった理由	（終了ケース のみ） 実支援期間 （月）	R1.10.31までの再入院回数 ※入院形態ごとに回数を記入 ※なしの場合は空欄、不明の場 合は「不明」と記載			
																				予定支援 期間 （月）	措置・ 緊 急	医 保・ 任 意	身 体 科
	1: 圏内 2: 圏外 (県内) 3: 圏外 (県外)	1: 措置 2: 緊措 3: 医保 4: 応急 5: 任意	1: H30.10-12 2: H31.1-3 3: H31.4-R1.6 4: R1.7-9	1: 2週間未満 2: 2週間-1か月 3: 1ヵ月-3ヵ月 4: 3ヵ月-6ヵ月 5: 6ヵ月-1年 6: 1年-5年 7: 5年以上		1: 男 2: 女	1: 20歳未満 2: 20代 3: 30代 4: 40代 5: 50代 6: 60代 7: 70代以上	入院中 退院後	1: あり 2: なし	1: あり 2: なし	1: あり 2: なし 3: 検討中	1: あり 2: なし 3: 検討中	1: あり 2: なし 3: 検討中	1: あり 2: なし 3: 検討中	1: あり 2: なし 3: 検討中	1: 再入院中 2: 支援中 3: 支援終了 4: 支援中断 5: 他自治体に引 き継ぎ	1: 同意撤回 2: 行方不明 3: 死亡 4: 転居 5: その他	1: 本人が引き継 ぎに不同意 2: 転居先自治体 が退院後支援未 対応 3: 国外に転居 4: その他					
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							

問4 他自治体からの引き継ぎで、退院後支援を実施している人は何人いますか。 人

問5 (他自治体からの引き継ぎ例がある場合) 引き継ぎにあたり、困難を感じた点があればご記入ください。

問6 貴保健所においては、どのような入院患者に退院後支援を提案していますか。以下のうち、当てはまる選択肢に○をつけてください。（複数選択可）

- 1 措置入院者全員（緊急措置入院以外）
- 2 緊急措置入院を含む措置入院患者全員
- 3 措置入院者のうち、必要性が高いと判断された人：「必要性が高い」の例をお示ください
- 4 措置入院者以外で、必要性が高いと判断された人：「必要性が高い」の例をお示ください
- 5 その他

問7 貴保健所において、退院後支援で困難を感じる点があればご記入ください。

問8 退院後支援の効果をj感じる点があればご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

調査票

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

法律について

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

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

Q2. あなたは日常業務の中で、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」を意識する機会はどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

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

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

・判断に迷うことがある場合、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

精神障害者への対応について

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

はい ・ いいえ

・「はい」の場合、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

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

その際の関係機関との連絡調整についてお伺いします。

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

警察官通報に係る 事例検討（事例23）

はじめに

- 事例検討においては、厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)) 「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」(研究代表者：藤井千代)による研究助成による研究結果を一部引用しています。
- お示しする事例は上記研究で創作された架空事例です。
- 「典型例」「模範解答」ではありません。

年代、性別、主な他害行為類型

- 30代
- 男性
- 殺人

診察時点で判明している事項（1）

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

診察時点で判明している事項（2）

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

診察時点で判明している事項（3）

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

診察時点で判明している事項（4）

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

診察時点で判明している事項（5）

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

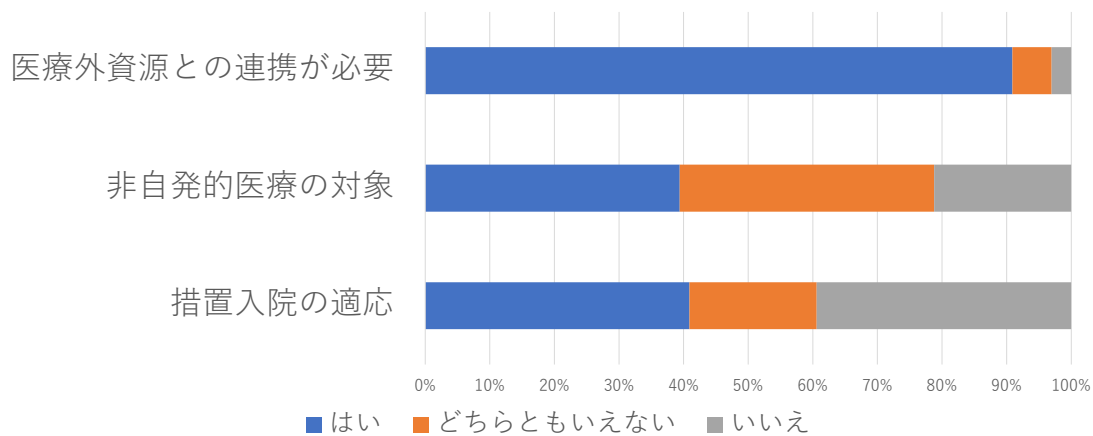
中間ディスカッション

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

指定医アンケートの精神科診断(要約)

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

指定医アンケートの結果



指定医アンケートの意見(一部改変)

【医療的対応が必要】

- 医療観察法の入院医療が妥当 11

【司法的対応が必要】

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

【連携が必要】

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

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

- 医療観察法入院治療を終えたのち改めて起訴され司法に委ねられるべき

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

- 贖罪の機会を与えるべきでは

【病状が不明】

- 詐病も含めて、本人の精神症状がなんであるかがよく把握できない

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

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

【その他】

- 漸次脳器質障害、脳器質変化に向かっている

その後の経過（3） 指定入院医療

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

その後の経過(4)

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

その後の経過 (5)

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

その後の経過 (6)

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

5-2-1. 精神保健指定医との連絡調整をしたことがありますか。

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

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

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

精神医学に関する学習の機会について

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

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

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

強く希望する 希望する どちらともいえない 希望しない 全く希望しない

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

Q9. あなた自身についてお答えください。

継続勤務年数 _____ 年

うち生活安全部門勤務年数 _____ 年

ご協力ありがとうございました

警察官通報に係る 事例検討（事例19）

はじめに

- 事例検討においては、厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野)) 「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」(研究代表者：藤井千代)による研究助成による研究結果を一部引用しています。
- お示しする事例は上記研究で創作された架空事例です。
- 「典型例」「模範解答」ではありません。

年代、性別、主な他害行為類型

- 30代
- 女性
- 脅迫等

他害行為

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

事件前に警察等が把握していた事実

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

面接時の状況

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

家族歴

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

生育歴

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

生活歴及び現病歴（1）

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

生活歴及び現病歴（2）

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

生活歴及び現病歴（3）

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

生活歴及び現病歴（4）

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

他害行為(再掲)

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

面接時の状況（再掲）

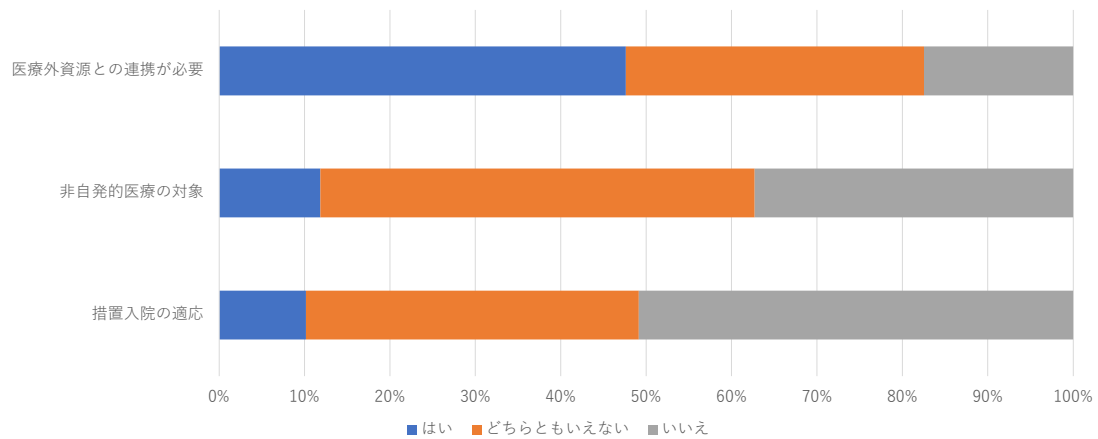
- 本人は愛嬌ある態度で逮捕の契機や交際の状況を淡々と述べた。最近、感情の起伏が激しくなり衝動的になっている、と述べた。それでも、のべつまなく話し続けることはなかった。
- 「私の味方になってくれる人は、今まで一人もいなかったんです」「留置場にいると頭がおかしくなる」「病院に行きたい」と訴えた。「ここにいるのは辛いので消えたい」「何度か過量服薬したことがある」など、自殺を仄めかすような発言も認められた。

中間ディスカッション

指定医アンケートの精神科診断(要約)

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

指定医アンケートの結果



指定医アンケートの意見(一部改変)

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

その後の経過

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

エキスパートによる講評

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

考えられる論点

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

別紙 6

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

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

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

別紙 7

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

参加はしてもらえなかった。

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

を望まず、病状悪化によりうまく支援ができなかった。

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

別紙 9

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

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

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

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

短い入院期間中にケースのアセスメントが必要であること。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

いかない。

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

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

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

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

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

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

問「退院後支援の効果を感じる点があればご記入ください」に対する自由記載

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

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

となったことについては効果を感じる。

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

活を送るための支援へとつなげることができているように感じる。

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

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

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

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

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

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

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

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

者の支援体制を検討、構築することができる。

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

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

措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 (1)

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 2019年11月11日における患者登録の状況

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター）、牛島一成（沼津中央病院）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、大塚達以（宮城県立精神医療センター）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）、奥野栄太（国立病院機構・琉球病院）、木崎英介（大泉病院）、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）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、鈴木 亮（宮城県立精神医療センター）、酢野 貢（石川県立高松病院）、田崎仁美（栃木県立岡本台病院）、朝倉為豪（栃木県立岡本台病院）、戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター）、富田真幸（大泉病院）、中西清晃（石川県立高松病院）、中濱裕二（長崎県精神医療センター）、中村 仁（長崎県精神医療センター）、平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院）、松尾寛子（長崎県精神医療センター）、宮崎大輔（長崎県精神医療センター）、山田直哉（八幡厚生病院）、横島孝至（沼津中央病院）、吉川 輝（岡山県精神科医療センター）、吉住 昭（八幡厚生病院）、芳野昭文（宮城県立精神医療センター）、渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）

【趣旨】措置解除に際しては、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または他人に害を及ぼす恐れがなくなることが必要である。しかしながら、この基準は曖昧であり、精神保健指定医の間で判定に食い違いが見られる可能性は否定できない。

これまで、措置入院患者の入院から措置解除に至る経過において、操作的な評価尺度を用いた精神症状・社会機能の改善度モニタリングが行われたことはなく、措置解除の判定基準について客観的な指標をもとに検討されたことはなかった。

また、措置解除に関連して、措置入院からの退院後、早期に治療が中断され、措置入院を反復する『頻回措置入院患者』が問題視されてきたが、この実態についても検討されたことはなかった。

これらの問題点を明らかにすることを目的として、「措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究」を行った。

今回、この報告書では、このうち、2019年11月11日における患者登録の状況を報告する。調査手順の都合上、同日以降も追加登録がなされており、今回は中間報告である。

【方法】2016年6月1日から2019年9月30日までのうち連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。措置入院時、措置解除時および退院時に、年齢や性別、診断、症状、状態像、転帰、処方などを調査した。また精神症状・社会機能を1ヶ月おきに措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度（PSP）を用いて評価した。PSP評価により、精神症状・社会機能について、「①措置入院時の重症度」「②入院後の改善度」「③措置

解除時、および退院時の重症度」を明らかにした。

あわせて、複数回措置入院患者の特徴に関する予備的な検討を行った。これについては、研究協力者の大塚が、別にとりまとめた。

このようにして、措置入院患者の症状の改善度や措置解除判定基準について検討することとした。あわせて、頻回措置入院患者の疫学的背景と、そのような患者とその他の措置入院患者の間の差異を評価した。また、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰についても検討を行うこととして、本稿では、その転帰を検討する集団のプロフィールを明らかにすることとした。

【結果】 2019年11月11日の時点で、504例（男性317例、女性187例、男女比1.7対1）が登録されていた。年齢は平均45.7歳±標準偏差15.2歳であった。通報種別は警察官通報457例（90.7%）、検察官通報26例（5.2%）などが多かった。精神科治療歴は治療歴なし97例（19.2%）、治療歴あり402例（79.8%）などであった。通報者による自傷他害の評価は、対人他害あり371例（73.6%）、対物他害あり278例（55.2%）、自傷あり145例（28.8%）などであった。診断は、F2統合失調症308例（61.1%）、F3気分障害73例（14.5%）、F1精神作用物質障害30例（6.0%）、F0器質性精神障害29例（5.8%）などが多かった。また86例（17.1%）に従病名が付されていた。

入院時の症状では、幻聴230例（45.6%）、妄想354例（70.2%）、易怒性・被刺激性亢進364例（72.2%）、焦燥・激越155例（30.8%）、衝動行為380例（75.4%）、興奮320例（63.5%）が指摘されており、状態像は幻覚妄想状態323例（64.1%）、精神運動興奮状態298例（59.1%）などが多かった。これまでの問題行動では、傷害156例（31.0%）、暴行294例（58.3%）、器物損壊216例（42.9%）、脅迫123例（24.4%）、暴言269例（53.4%）などが指摘されており、今後おそれのある問題行動も、ほぼ同率か、それ以上の頻度で指摘されていた。

全例の措置入院期間は平均68.0日±標準偏差82.6日（中央値53日）、全入院期間は同110.1±145.2日（85日）であった。なお、全例の措置入院期間には、措置入院の途中で制度的な移送等により転院した110例（同51.2±43.3日（42日））のデータが含まれる。

転帰について2019年11月11日の時点において、退院477例（94.6%）、入院継続中27例（5.4%）であった。

【結論】

「措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究」における患者プロフィールと入院期間について、2019年11月11日の時点における集計結果を検討した。2010年後向きコホート研究と比較して、警察官通報が多かったが、年齢、性別には差異はなかった。診断はF2統合失調症圏が多く、F3気分障害、F1精神作用物質障害、F0器質性精神障害が続いていた。措置入院期間は平均68.0日±標準偏差82.6日（中央値53日）で、全入院期間は同110.1±145.2日（85日）であった。最終的に477例（94.6%）が措置入院した病院を退院しており、入院継続中は27例（5.4%）にとどまっていた。

A.研究の背景と目的

2014年『630調査』によると、2013年6月1日から同30日まで1ヶ月間に562名の精神障害者が措置入院となっており、1年後

の2014年6月1日に42名が措置入院継続しており、差し引き520名（92.9%）が措置解除されたことがうかがわれる¹⁾。措置解除に際しては、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めまたは他人に害を及ぼす恐れがなくなることが要求されるが、この基準は曖昧であり、精神保健指定医の間で判定に食い違いが見られる可能性が否定できない。しかし、これまで措置入院患者の入院から措置解除に至る経過において、操作的な評価尺度を用いた精神症状・社会機能の改善度モニタリングが行われたことはなく、措置解除の判定基準については、専門家の見解レベルでの検討は行われているものの、客観的な指標をもとに検討されたことはなかった。

また、措置解除に関連して、措置入院からの退院後、早期に治療が中断され、措置入院を反復する『頻回措置入院患者』が問題視されてきたが、この実態についても検討されたことはなかった²⁾。

そこで本研究では、2016年6月1日から2019年9月30日までのうち連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者の精神症状・社会機能を措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度を用いて概ね1ヶ月おきに評価してゆくことにより、「①措置入院時の重症度」「②入院後の改善度」「③措置解除時、および退院時の重症度」を評価して、措置解除判定基準に関する予備的な検討を行うとともに、頻回措置入院患者の疫学的背景と、そのような患者とその他の措置入院患者の間に症状の改善度や措置解除時の精神症状、社会機能に、どのような差異が存在するか、あるいは措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰についても検討を行うこととした。

今回、この報告書では、このうち、今年度の締め切りとして設定した、2019年11月11日における患者登録の状況を報告する。調査手順の都合上、同日以降も追加登録がなされているため、今回は中間報告である。

B.方法

2016年6月1日から2019年9月30日ま

でのうち、連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。

研究協力施設およびその施設ごとの患者登録期間は、次の通りとなった。

名称	登録期間
宮城県立精神医療センター	2016年6月1日から 2017年5月31日まで
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	2017年12月1日から 2018年11月30日まで
井之頭病院	2018年1月1日から 2018年12月31日まで
沼津中央病院	2018年2月1日から 2019年1月31日まで
大泉病院	2018年10月1日から
岡山県精神科医療センター	2019年9月30日まで

調査項目は、措置入院時、1ヶ月ごと、措置解除時、退院時ごとに、次の通りとした。

措置入院時は、「性別」「生年月日」「措置入院となった年月日」「過去の治療歴（精神科治療歴の有無）、精神科初診時期、措置入院の既往、および入院歴」「申請・通報・届出時に問題視された自傷行為、他害行為（対人）、他害行為（対物）」「措置入院に際しての申請形式」「入院時診断（主たる精神科診断、従たる精神科診断、身体合併症）」「これまでの重大な問題行動、今後おそれある問題行動」「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動、状態像」とした。

措置解除時は、「措置解除時診断（主たる

精神科診断、従たる精神科診断、身体合併症)」「措置解除年月日」「措置解除後の処置」「措置解除時点の経口薬処方」「措置解除日前の4週間以内に使用された持続性抗精神病注射薬(以下、デポ剤)の種類と合計投与量」「措置解除直後に退院した場合には、その時点でケア会議実施状況ならびに参加者」とした。

退院時は、「退院年月日」「退院時点の経口薬処方」「退院日前の4週間以内に使用されたデポ剤の種類と合計投与量」「退院時点でのケア会議実施状況ならびに参加者」とした。

退院1年後、2年後、3年後は、「生存の有無(死亡の場合は死亡日、および死因)」

「治療継続の有無、および最終受診日」「再入院の有無(再入院の場合、再入院年月日、および入院形態)」「措置解除時あるいは退院時にケア会議実施状況」「調査時点前1ヶ月における各種サービスの利用状況」とした。

精神症状・社会機能については、①措置入院患者の入院時の精神症状・社会機能の重症度、②入院後の精神症状・社会機能の改善度、③措置解除時、および退院時の精神症状・社会機能の重症度、を明らかにすることを目的として、措置入院時、措置解除・退院に至るまで概ね1ヶ月おき、そして措置解除時、退院時に、操作的な評価尺度として、日本語版PSP(個人的・社会的機能遂行尺度、Personal and Social Performance Scale)を用いて評価した。

あわせて、複数回措置入院の特徴について検討した。これについては、研究協力者の大塚が、別にとりまとめた。

あわせて、頻回措置入院患者の疫学的背景と、そのような患者とその他の措置入院患者の間の差異を評価した。また、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰についても検討を行うこととして、本稿では、その転帰を検討する集団のプロフィールを明らかにすることとした。

(倫理的配慮)

この研究の対象者に対して、研究の意義と研究計画、プライバシー保護に関して十分な配慮がなされることなどを記載したポスターを掲示し、研究対象者とならないとの申し出があった場合には対象外とすることとして調査を行った。

以上のことを含む研究計画書について、研究代表者が所属する長崎県精神医療センター倫理委員会にて審査を受け、2016年4月15日に承認を受けた。

なお、この研究は臨床試験登録をおこなっており、UMIN試験ID:000022500である。

C.結果

1 属性

(1) 年齢・性別

2019年11月11日の時点で、504例(男性317例、女性187例、男女比1.7対1)が登録されていた。

年齢は平均45.7歳±標準偏差15.2歳であった。年齢層ごとの分布は、20歳台は45例(8.9%、男性30例、女性15例)、30歳台は76例(15.1%、男性49例、女性27例)、40歳台は129例(25.6%、男性72例、女性57例)、50歳台は118例(23.4%、男性73例、女性45例)、60歳台は74例(14.7%、男性50例、女性24例)、70歳台は42例(8.3%、男性27例、女性15例)、80歳台は20例(4.0%、男性16例、女性4例)であった。

(2) 通報種別

申請・通報・届出の区分は、一般人申請(第23条)7例(1.4%)、警察官通報(第24条)457例(90.7%)、検察官通報(第25条)26例(5.2%)、矯正施設長通報(第26条)10例(2.0%)、精神病院管理者届出(第26条の2)3例(0.6%)、空白1例(0.2%)であった。

2 精神科治療歴

精神科治療歴は、治療歴なし 97 例 (19.2%)、治療歴不明 4 例 (0.8%)、治療歴未記入 1 例 (0.2%)、そして治療歴あり 402 例 (79.8%) であった。

治療歴あり群の詳細は、入院歴あり 261 例 (504 例の 51.8 %)、入院歴なし 133 例 (同 26.4 %)、入院歴不明 8 例 (同 1.6 %) であった。

そして入院歴あり群の詳細は、措置入院歴あり 118 例 (同 23.4%)、措置入院歴なし 119 例 (同 23.6%)、措置入院歴不明 19 例 (同 3.8%)、措置入院歴空白 5 例 (同 1.0%) であった。

3 通報者による自傷他害の評価

申請・通報・届出を行った者が、自傷他害について、どのような問題意識を有していたかの評価について、対人他害、対物他害、自傷の 3 つに区分して、それぞれの区分ごとに示した。

対人他害について、「あり」 371 例 (73.6 %)、「なし」 117 例 (23.2 %)、「不明」 8 例 (1.6 %)、「未記入・空白」 8 例 (1.6 %) であった。

対物他害については、「あり」 278 例 (55.2 %)、「なし」 191 例 (37.9 %)、「不明」 21 例 (4.2 %)、「未記入・空白」 14 例 (2.8 %) であった。

自傷は、「あり」 145 例 (28.8 %)、「なし」 332 例 (65.9 %)、「不明」 15 例 (3.0 %)、「未記入・空白」 12 例 (2.4 %) であった。

4 診断

診断は、主病名の国際疾病分類第 10 版 (ICD-10) 精神障害のカテゴリーごとに区分した。

F0 (器質性精神障害) 29 例 (5.8 %)、F1 (精神作用物質障害) 30 例 (6.0 %)、F2 (統合失調症) 308 例 (61.1 %)、F3 (気分

障害) 73 例 (14.5 %)、F4 (神経症性障害) 10 例 (2.0 %)、F6 (パーソナリティ障害) 16 例 (3.2 %)、F7 (精神遅滞) 12 例 (2.4 %)、F8 (発達障害) 18 例 (3.6 %)、F9 (児童思春期精神障害) 6 例 (1.2 %)、(空白) 2 例 (0.4 %) であった。

また、重複診断の有無について、主病名のみのもの 418 例 (82.9%) であり、従病名を有するもの 86 例 (17.1%) であった。

5 入院時の症状

(1) 意識

措置入院に関する診断書において、意識にチェックがあったのは 30 例 (6.0%)、無印 474 例 (94.0%) であった。下位項目では複数回答で、意識混濁 5 例 (1.0 %)、せん妄 17 例 (3.4 %)、もうろう 14 例 (2.8 %)、その他 1 例 (0.2 %) などであった。その他には、「軽度意識混濁」 1 例の記載があった。

(2) 知能

知能へのチェックは 49 例 (9.7%) にあり、無印 455 例 (90.3%) であった。下位項目では軽度 30 例 (6.0 %)、中等度 11 例 (2.2 %)、重度 8 例 (1.6 %) であった。

(3) 記憶

記憶へのチェックは 57 例 (11.3%) にあり、無印 447 例 (88.7%) であった。下位項目では記銘障害 25 例 (5.0 %)、見当識障害 33 例 (6.5 %)、健忘 29 例 (5.8 %)、その他 3 例 (0.6 %) などであった。その他のうち 2 例に注記があり、「記憶喪失」 1 例、「全般に」 1 例であった。

(4) 知覚

知覚へのチェックは 250 例 (49.6%) にあり、無印 254 例 (50.4%) であった。下位項目では幻聴 230 例 (45.6 %)、幻視 82 例 (16.3 %)、その他 14 例 (2.8 %) など

あった。その他には、「右半身がしびれやすい」1例、「幻視様のことありと」1例、「幻聴の可能性あるも確認できず」1例、「視線を感じる」1例、「身体に対する幻覚（体感幻覚）」1例、「体感幻覚」5例、「体感幻覚、幻臭」1例、「体感幻覚、皮膚の異常」1例、「独語」1例、「不詳」1例などの記載があった。

（５）思考

思考へのチェックは411例（81.5％）にあり、無印93例（18.5％）であった。下位項目では妄想354例（70.2％）、思考途絶28例（5.6％）、連合弛緩133例（26.4％）、滅裂思考186例（36.9％）、思考奔逸49例（9.7％）、思考制止14例（2.8％）、強迫観念9例（1.8％）、その他26例（5.2％）などであった。その他の記載は、「まわりくどさ」1例、「迂遠、保続」1例、「拒絶」1例、「強いこだわり、ファンタジー」1例、「欠如」1例、「固定観念」1例、「誇大妄想」1例、「思考散乱」1例、「思考伝播」2例、「思考伝播、思考剥奪、思考吹入」1例、「自殺念慮」1例、「人格変化」1例、「全般に応答は頼りなく途切れがち」1例、「多弁」1例、「脱抑制」1例、「短絡思考」1例、「独語 空笑」1例、「独語、現実検討能力の低下」1例、「独語空笑」1例、「独断的思考」1例、「二極化思考」1例、「認知障害」1例、「被害念慮」2例、「病識欠如」1例であった。

（６）感情・情動

感情・情動へのチェックは426例（84.5％）にあり、無印78例（15.5％）であった。下位項目では感情平板化40例（7.9％）、抑うつ気分73例（14.5％）、高揚気分85例（16.9％）、感情失禁29例（5.8％）、焦燥・激越155例（30.8％）、易怒性・被刺激性亢進364例（72.2％）、その他16例（3.2％）などであった。その他

の記載は、「希死念慮」2例、「気分の不安定」1例、「拒否持続」1例、「強度の不安」1例、「恐怖感」1例、「孤立感」1例、「自殺念慮」1例、「情動欠如」1例、「多弁」1例、「脱抑制」1例、「悲観的思考」1例、「不安」2例、「不機嫌、拒絶」1例、「不眠」1例であった。

（７）意欲

意欲へのチェックは435例（86.3％）にあり、無印69例（13.7％）であった。下位項目では衝動行為380例（75.4％）、行為心迫37例（7.3％）、興奮320例（63.5％）、昏迷9例（1.8％）、精神運動制止8例（1.6％）、無為・無関心20例（4.0％）、その他11例（2.2％）などであった。その他の記載は、「意欲の減退、食欲の減退」1例、「拒絶、衝動症、緘黙」1例、「緊張病症状、カタトニア」1例、「自殺企図、自傷」1例、「意欲低下」1例、「易怒性」1例、「拒否」1例、「拒否的」1例、「異食」1例、「多動」2例などであった。

（８）自我意識

自我意識へのチェックは43例（8.5％）にあり、無印461例（91.5％）であった。下位項目では離人感7例（1.4％）、させられ体験26例（5.2％）、解離12例（2.4％）、その他4例（0.8％）であった。その他の記載は、「軽度から中等度の混濁状況」1例、「作為体験」1例、「自我漏逸」1例、「緘黙」1例であった。

（９）食行動

食行動へのチェックは21例（4.2％）にあり、無印483例（95.8％）であった。下位項目では拒食10例（2.0％）、過食4例（0.8％）、異食2例（0.4％）、その他8例（1.6％）であった。その他の記載は、「栄養失調ほとんど食事摂取できていない」1例、「アルコール多飲」1例、「食べていな

い」1例、「食思不振」1例、「食欲低下」1例、「体重減少」1例、「吐食」1例、「不食」1例であった。

(10) その他の重要な症状

その他の重要な症状は、てんかん発作 13 例 (2.6%)、自殺念慮 88 例 (17.5%)、物質依存 32 例 (6.3%)、その他 26 例 (5.2%) であった。

それ以外の、その他の重要な症状の記載は、いずれも各 1 例で、「アルコール」、「アルコール、抗不安薬」、「ガス吸引」、「シンナー、アルコール、ブロン常用」、「ベンゾジアゼピン」、「過量服薬し自殺企図（車で練炭自殺し全焼、本人脱出）」、「覚醒剤」、「覚醒剤使用の既往あり」、「睡眠薬」、「睡眠薬、アルコール、覚醒剤、大麻」、「病識欠如」、「不眠、音声過敏」、「有機溶剤」、「有機溶剤、アルコール」、「ヒステリー発作」、「家から飛び出す危険行為、衝動的行動」、「虚言」、「空笑」、「自殺企図」、「自傷行為」、「失語」、「食欲の減退、不眠」、「他者への攻撃性」、「対話性独語」、「独語、病識欠如」、「買い物依存」、「被害妄想」、「病識欠如」、「不安、ムズムズ感、不眠」、「不眠」、「不眠、被害念慮、家族への殺意」、「母に対する暴行」、「迷惑行為」、「〇〇癌末期」であった。

(11) その他の問題行動

措置入院に関する診断書では、症状欄の最後に、その他の問題行動にチェックする欄がある。章立てとしては、次段の重大な問題行動の最後も考えられるが、調査の順番に合わせ、ここに記した。

その他の問題行動は、暴言 269 例 (53.4%)、徘徊 74 例 (14.7%)、不潔行為 22 例 (4.4%)、その他 156 例 (31.0%) であった。

それ以外の、その他の問題行動の記載は、いずれも各 1 例で、「アパート入居のすすめを拒否し、ホームレス状態になっている」、

「ガス吸引行為」、「ストーカー行為、名誉毀損」、「トラブル」、「下半身裸」、「家宅侵入」、「家宅侵入、物を燃やす行為」、「過量服薬」、「介護抵抗」、「危険な行為」、「危険運転行為」、「器物損壊」、「器物損壊、家宅侵入」、「器物損壊、暴力」、「器物損壊、隣人への他害行為」、「器物破損」、「奇異な行動」、「希死念慮」、「拒絶、暴行、傷害」、「強制わいせつ」、「脅迫」、「興奮」、「公然わいせつ」、「作話」、「殺人のおそれ」、「氏名や年齢など不詳」、「自殺企図」、「自殺企図頻回」、「自傷」、「自傷行為」、「自分の顔を叩く」、「社会迷惑行為」、「傷害」、「衝動行為」、「衝動行動」、「親への暴力」、「刃物で他者を脅す」、「刃物による警察官を脅迫」、「刃物の所持」、「刃物を身近に置く危険行為、多弁、不眠」、「窃盗」、「粗暴行為」、「他害になりうる危険行為」、「他害のおそれ」、「他害行為」、「大声をあげる」、「脱衣、暴力」、「独語」、「廃屋への侵入行為」、「病識欠如、迷惑行為など」、「浮浪者生活」、「母の頸を絞める」、「母への暴言、自殺念慮」、「母への暴力」、「放火」、「暴行」、「暴行、器物損壊」、「暴行、拒否」、「暴力」、「暴力 脅し」、「暴力脅迫」、「暴力、アルコール依存→脅迫」、「暴力、自傷、器物損壊」、「暴力、大量服薬」、「暴力行為」、「暴力行為 器物破損」、「暴力行為、器物損壊」、「暴力行為など」、「万引き」、「無賃乗車」、「無免許運転」、「迷惑メール」、「迷惑行為」、「面識のない女性の車を追いかける迷惑行為」、「妄想に左右された他害行為」、「問題行動 器物破損」、「抑制のない衝動行為」、「乱暴、暴力行為」、「連続飲酒」、「弄火」、「浪費」、「縊首、自殺企図」、「(具体的な内容の記載なし)」、「(内容記載なし)」などであった。

(12) 現在の状態像

現在の状態像は、幻覚妄想状態 323 例 (64.1%)、精神運動興奮状態 298 例 (59.1%)、昏迷状態 9 例 (1.8%)、統合

失調症等残遺状態 53 例 (10.5 %)、抑うつ状態 52 例 (10.3 %)、躁状態 53 例 (10.5 %)、せん妄状態 10 例 (2.0 %)、もうろう状態 8 例 (1.6 %)、認知症状態 15 例 (3.0 %)、その他 27 例 (5.4 %) であった。

その他の現在の状態像の記載は、いずれも各 1 例で、「アルコール依存」、「アルコール依存症」、「易興奮、衝動制御困難」、「感情不安定な状態、気分易変性」、「急性錯乱状態」、「拒絶状態」、「興奮、易怒状態、場当たりの暴言、虚言」、「現実検討能力欠如」、「混合状態」、「混合状態の疑い」、「混乱状態」、「錯乱状態」、「自閉症による自傷他害を伴う」、「重度の高次脳機能障害」、「精神運動興奮後の落ち着いた状態」、「精神遅滞」、「退行の疑い」、「脱抑制」、「知的障害」、「転換困難」、「発達障害」、「反応性の抑うつや拒絶、解離性症状」、「不安焦燥状態」、「本人の陳述のみで詳細不明部分多いが自立した社会生活にリスクあり」、「滅裂状態」、「妄想状態」などであった。

6 入院時の重大な問題行動

措置入院に関する診断書では、これまでの問題行動（以下、行動名に「A」を付記）、今後おそれのある問題行動（同じく「B」）との略号が用いられている。たとえば「殺人A」は、これまでに殺人があるケース、「暴行B」は、今後、暴行のおそれがあるケース、という意味である。

これまでの問題行動のうち、医療観察法に規定される重大な他害行為にあたるものは、殺人A 7 例 (1.4 %)、放火A 15 例 (3.0 %)、強盗A 3 例 (0.6 %)、強制性交A 1 例 (0.2 %)、強制わいせつA 10 例 (2.0 %)、傷害A 156 例 (31.0 %) であった。また、今後おそれのある問題行動（同じく殺人B）では、殺人B 39 例 (7.7 %)、放火B 53 例 (10.5 %)、強盗B 9 例 (1.8 %)、強制性交B 5 例 (1.0 %)、強制

わいせつB 15 例 (3.0 %)、傷害B 278 例 (55.2 %) であった。

一方、医療観察法に規定されていない、広義の触法行為において、これまでの問題行動は、暴行A 294 例 (58.3 %)、恐喝A 37 例 (7.3 %)、脅迫A 123 例 (24.4 %)、窃盗A 36 例 (7.1 %)、器物損壊A 216 例 (42.9 %)、弄火・失火A 17 例 (3.4 %)、家宅侵入A 69 例 (13.7 %)、詐欺等A 8 例 (1.6 %) であった。今後おそれのある問題行動では、暴行B 363 例 (72.0 %)、恐喝B 53 例 (10.5 %)、脅迫B 142 例 (28.2 %)、窃盗B 40 例 (7.9 %)、器物損壊B 260 例 (51.6 %)、弄火・失火B 33 例 (6.5 %)、家宅侵入B 99 例 (19.6 %)、詐欺等B 10 例 (2.0 %) であった。

自傷行為などでは、これまでの問題行動は、自殺企図A 106 例 (21.0%)、自傷A 119 例 (23.6%)、その他A 54 例 (10.7%) であった。今後おそれのある問題行動では、自殺企図A 137 例 (27.2%)、自傷A 154 例 (30.6%)、その他A 51 例 (10.1%) であった。

その他の重大な問題行動として自由記載されている内容は、「かさを振り回す等 危険な行為」、「ストーカー行為」、「ストーカー行為、名誉毀損」、「威力業務妨害」、「異食」、「逸脱行為 衝動行為」、「危険運転」、「危険行為」、「危険行為、衝動行為」、「興奮、迷惑行為」、「警察への虚偽の通報」、「交通事故」、「交番での異常言動」、「公然わいせつ」、「支離滅裂とする言動、希死念慮」、「銃刀法違反」、「銃刀法違反、逸脱行為」、「銃砲刀剣類所持」、「道路に物を投げる」、「包丁持ち出し行為」、「放尿」、「暴走」、「無賃乗車」、「迷惑行為」、「迷惑行為、業務妨害」、「徘徊」などであった。

7 入院期間

入院期間については、措置入院期間および全入院期間を求め、移送例については措置入

院期間のみ求めた。なお、2019年11月1日において入院継続例していた例については、その時点における各入院期間を求めた。

なお、観察期間の開始は、最も長いケースでは2016年6月から、最も短いケースでは2018年9月からである。2019年11月11日の時点では、観察期間は最短1年2ヶ月、最長3年6ヶ月となった。

入院期間は、図1に示した。全例の措置入院期間は平均68.0日±標準偏差82.6日(中央値53日)、移送例の移送前病院における措置入院期間は、同じく51.2±43.3日(42日)であった。また全例の全入院期間は110.1±145.2日(85日)であった。

8 転帰

転帰は、図2に示した。

2019年11月11日において、措置入院時評価を行ったものは504例であった。

このうち、同日時点で措置解除時評価が行われているもの386例、措置入院継続中8例、都道府県の制度に基づく後方移送109例、措置入院のまま転院1例であった。

措置解除時評価を行った386例のうち、直後に退院したのは119例で、内訳は通院75例、転医28例、その他15例、死亡0例、未記入1例であった。その他としては治療終了や帰国、逮捕、医療観察法申し立てなどであった。

2019年11月11日の時点で、他の入院形態で入院継続しているのは19例、退院しているのは248例であった。この248例において、直後の入院形態は任意入院96例、医療保護入院171例、他科入院0例であった。この248例と、都道府県の制度に基づく後方移送109例、措置入院のまま転院1例の、あわせて358例で、退院時評価が行われていた。

2019年11月11日の時点で調査が継続されていたのは27例で、内訳は、措置入院継続中8例と、措置解除時評価を行った386

例のうち他の入院形態で入院継続中19例であった。

PSP評価については、措置入院時、毎月1回、措置解除時、退院時あわせて2480件の評価が行われていた。

処方については、措置解除時、退院時あわせて745件の処方内容が報告されていた。

このようにして、2019年11月11日の時点では、入院中の調査終了477例、調査継続中27例となった。

D.考察

1 属性について

(1) 年齢・性別

2019年11月11日時点での登録504例では、前述のように、年齢45.7±15.2歳、男女比1.7対1(男性317例、女性187例)であった。

ここで、2010年度に措置解除された患者についての後ろ向きコホート研究では登録1421例、44.3±14.4歳、男性940例、女性481例であった。今回の対象と比較して、措置入院時か措置解除時かの差異は考慮しつつ、年齢($F=0.8975 < F.01(503,1421) = 1.130, n.s.$)、性別(Fisher直接検定(両側) $p=0.1915, n.s.$)で差はなかった。

(2) 通報種別

2019年11月11日時点での登録504例では、通報種別は、警察官通報が457例(90.7%)と大多数を占めていた。

2010年後ろ向きコホート研究では、警察官通報1216例(85.6%)と、警察官通報かそれ以外かで比較すると、今回の前向きコホートで警察官通報が多かった(Fisher両側 $p=0.0027$)。

2 精神科治療状況について

精神科治療歴は402例(79.8%)に認められ、入院歴は261例(51.8%)、措置入院歴は118例(23.4%)に認められた。精神科治

療歴はあるが入院歴はないのは 133 例

(26.4%) にとどまっていた。治療歴がないのは 97 例 (19.2%) にとどまり、多くは何らかの治療歴を有していた。

2000 年度の措置診察を受けた事例での調査では、措置入院歴を有する割合は、一般人申請 11.0%、警察官通報 8.8%、検察官通報 13.2%、保護観察所長通報 0.0%、矯正施設長通報 14.1%、精神病院管理者 24.2%、知事等職務診察 17.1% などとなっていた。

2010 年度の後向きコホート研究では、全 1423 例のうち、治療歴あり 1052 例

(73.9%) と、治療歴ありは今回の方が多かった (Fisher 両側, $p=0.0095$)。一方、措置入院歴あり 273 例 (19.2%) では、措置入院歴は前回の方が多かった (Fisher 両側, $p=0.0458$)。この差異について、どのような要因が影響しているのかは、この調査からは明らかではない。ただ、前回 2010 年の後向きコホート研究では措置解除に至ったケースのみを対象としているが、今回の前向きコホート研究ではすべての措置入院を対象としていることなど対象の違いには留意を要するかもしれない。

3 自傷他害の評価

通報者による自傷他害の評価は、対人他害 371 例 (73.6%)、対物他害 278 例 (55.2%)、自傷 145 例 (28.8%) であった。

ここで、2010 年度の後向きコホート研究では、全 1423 例において、対人他害あり 1006 例 (70.7%)、対物他害あり 702 例 (49.3%)、自傷あり 519 例 (36.4%) と、出現の割合は、ほぼ同様であった。

なお、この研究では、通報申請届出をした者が、その通報等の時点で、どのような自傷他害行為を問題視したかについて、人に対する他害行為 (危害を加える、脅す、など)、人以外に対する他害行為 (物を壊す、財産を侵害する、など)、自傷行為の 3 つに区分し

て、示すこととしている。

このようにしたのは、自傷他害行為といっても、殺人から盗み、落書きまで、多様な問題行動があり、それを簡潔に区分することには困難を伴うからである。もちろん検察官通報であれば、行為を厳密に法律に適用し、罪名が記載されている。人を傷つけたという結果が発生した行為であっても、傷害なのか、殺人未遂なのか、過失傷害なのか、業務上過失なのか、あるいは暴力行為処罰法違反にあたるのか、といった区分をすることは、安定した基準に基づいて評価されているため、比較的、容易である。しかし、警察官通報の場合には、こうした行為の情報がすべて集まっていないことも多い。他の申請通報届出では、さらに情報が少ないことも、少なくない。こうしたことから、自傷他害を詳細に区分することは不可能であると考えられた。

また、そこまで詳細に区分しなくても、自傷他害のどの範疇の問題かが明らかになれば、対策を検討することはできる。

こうしたことから、標記のように、対人他害、対物他害、自傷の 3 つに区分したものである。

4 診断について

診断については、病名欄の ICD-10 カテゴリごとに集計した。

主診断では、F2 統合失調症圏が多く、F3 気分障害、F1 精神作用物質障害、F0 器質性精神障害が続いていた。また F8 発達障害、F6 パーソナリティ障害、F7 知的障害も散見された。

ここで、2010 年の後ろ向きコホート研究の措置解除時診断に比して、今回は F1 精神作用物質障害と F6 パーソナリティ障害が少なく、F3 気分障害と F8 発達障害が多かった³⁾。

ここで、今回の調査は措置入院時、2010 年の調査は措置解除時であることに留意を要する。時期により「見立て」が変更されるこ

とは、臨床上、よくあることでもあり、その見立てが変更されていることの影響は、考慮する必要がある。

今回においても、措置解除時診断の情報は得てはいるが、110例において移送により措置解除時診断がないことから、全例の措置解除が済んでいない現段階においては、措置解除時点での診断の比較は見合わせ、504例全例の評価が行われた措置入院時診断と比較を行ったものである。

重複診断について、従診断は86例（17.1%）に認められた。従診断としてあげられるのはF1精神作用物質障害、F7知的障害、F8発達障害が多かった。

重複診断については、2010年度の後向きコホート研究では、全1423例において、1270例（89.2%）には主診断のみであり、153例（10.8%）で従診断が付されていた。ただ、これについては、今回調査は入院時診断、2010年度は措置解除時評価との差異があることに留意を要する。

5 入院時の症状について

精神症状では、幻聴、妄想、滅裂思考、易怒性・被刺激性亢進、焦燥・激越、衝動行為、興奮などの指摘が多かった。これは、病的体験や衝動性の亢進を示すものと考えられた。

6 入院時の重大な問題行動について

入院時の重大な問題行動は、重大な問題行動も、殺人、傷害、暴行、脅迫、器物損壊、自殺企図、自傷など、病的体験や衝動性の亢進から生じる逸脱行動が多かった。

なお、殺人は、A7例に対してB53例となっているが、このAについては過去いずれかの時点で生じたものか、今回の入院時に生じたものか、また未遂を含むかどうかなどの詳細は、診断書の記載からは判然としない。

7 入院期間について

入院期間については、前述のように、観察期間の開始は、最も長いケースでは2016年6月から、最も短いケースでは2018年9月からである。2019年11月11の時点では、観察期間は最短1年2ヶ月、最長3年6ヶ月となっている。

措置入院期間は平均68.0日 ± 標準偏差82.6日（中央値53日）で、全入院期間は同110.1±145.2日（85日）であった。

後ろ向きコホート研究では措置入院期間は平均88.2日（中央値43.6日）、全入院期間141.3日（71.4日）となっていた。ここで後ろ向きコホート研究には、10年以上の長期措置入院ケースが複数含まれる。また観察期間は最短1年半、最長3年半であり、措置入院期間、全入院期間では差異が生じていると思われる³⁾。

移送例の移送前病院での措置入院期間は、同51.2±43.3日（42日）であった。これは、これまでに示されていない資料である。ただ、移送例の大半は栃木県立岡本台病院のものであり、この値については栃木県の事情の影響も考えられる。

8 転帰について

2019年11月11日の時点において、退院が確認されているのは477例（94.6%）、入院継続中27例（5.4%）であった。

転帰について判明している範囲でも、通院、他の入院形態で入院継続、転院、帰郷や帰国、さらに逮捕や医療観察法申し立てなど、さまざまであった。

ここで、移送例の結果への影響について、転帰では措置解除386例となっているが、移送例が1例も措置解除されていないとは考えられない。

現実には、「移送当日に、移送先医療機関の医師により措置症状消退届が提出された」などのコメントが付されているケース、1年後評価や2年後評価において、移送例が移送

元に受診しているケースなどもある。加えて、調査担当者の見解として、移送が主に患者の地域的事情を考慮して行われていること、また移送元では、移送例の選択について、移送先に依頼しやすいケースを選んで移送しているとのコメントもあった。

これらの事情の多くを考慮すると、少なくともケースが措置解除されていると思われる。あり得ない想定だが、仮に移送など110例が全例入院継続していたとして、このデータだけからは、退院は367例(72.8%)、入院継続中137例(27.2%)と推定されるが、実際には措置解除は、もう少し高い比率で行われていると考えられる。

なお、この調査においては、移送例は移送にて調査終了しているため、2019年11月11日の時点の退院例に加えられておらず、この点、念のために付言する。

逆に、ほぼ措置解除されていると考察した場合には、退院率は94.6%に近いのではとも考えられる。

9 まとめ

「措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究」における患者プロフィールと入院期間について、現時点における集計結果を検討した。

2010年後向きコホート研究と比較して、警察官通報が多かったが、年齢、性別には差異はなかった。

診断はF2統合失調症圏が多く、F3気分障害、F1精神作用物質障害、F0器質性精神障害が続いていた。

措置入院期間は平均68.0±標準偏差82.6日(中央値53日)で、全入院期間は110.1±145.2日(85日)であった。

最終的に477例(94.6%)が措置入院した病院を退院しており、入院継続中は27例

(5.4%)にとどまった。移送110例を考慮する必要はあるが、観察期間内(1.2年-3.6年)に大多数は退院に至っていた。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

- 1.論文発表 準備中
- 2.学会発表 準備中

G. 知的財産権の出願・登録状況

- 1.特許取得 なし
- 2.実用新案登録 なし
- 3.その他 なし

文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料 平成24年度6月30日調査の概要 3. 精神科病院入退院患者等の状況(3), 平成23年6月入院患者数(年齢階級・入院形態別) pp123, (5) 平成24年6月1日残留患者数(年齢階級・入院形態別) pp125, 2013
https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630/assets/pdf/h24_60.pdf (last accessed on 15 Feb 2020)
- 2) 大塚達以, 宮川熱志, 長谷諭, 成田政章, 光森陽子, 足立健一, 大野高志, 小高晃. 措置入院患者の再入院に関わる要因の検討 退院後1年間の追跡調査: 日本社会精神医学会雑誌 24(3)291, 2015
- 3) 瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋, 他: 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究(その1) 措置解除された患者の長期転帰に影響する因子について. 臨床精神医学 47(3) 1005-1015, 2018

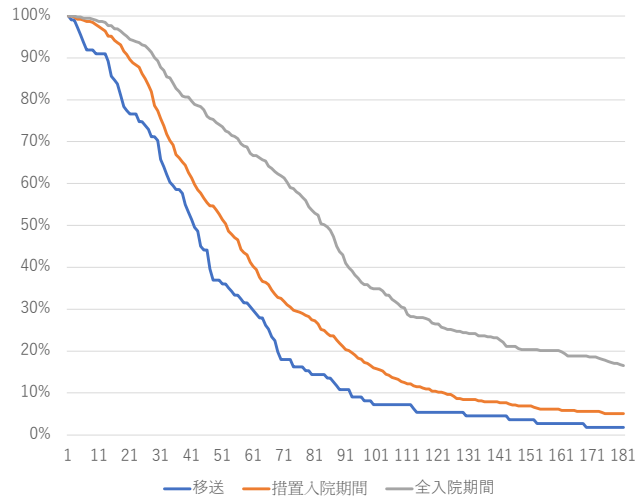
入院期間

入院継続例については、2019年11月1日における入院期間を求めた。

平均±標準偏差（中央値）
 措置入院期間 68.0 ± 82.6日（53日）
 全入院期間 110.1 ± 145.2日（85日）
 移送例の移送前病院における措置入院期間 51.2 ± 43.3日（42日）

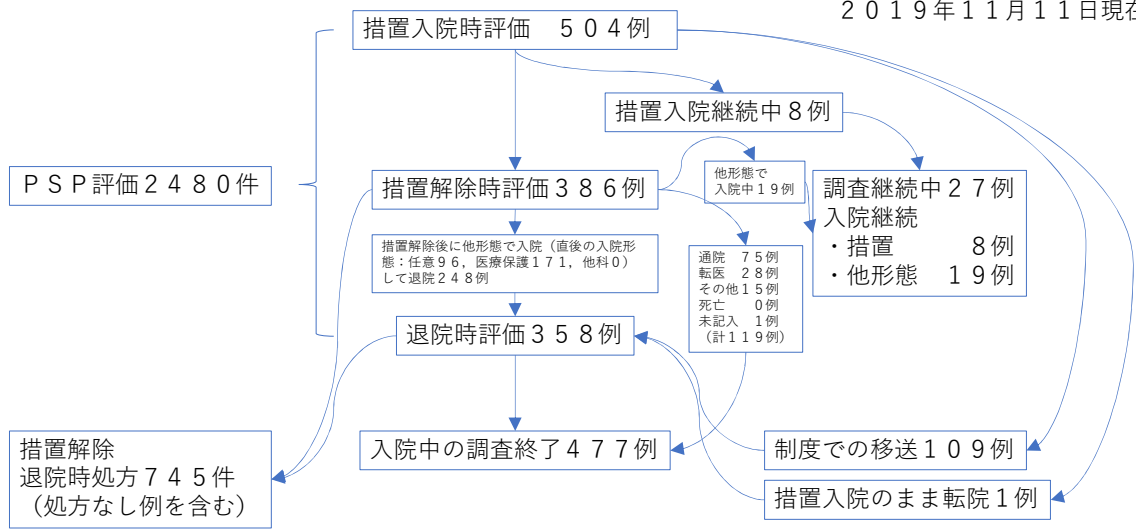
後ろ向きコホート研究
 措置入院期間 88.2日（43.6日）
 全入院期間 141.3日（71.4日）

長期措置入院ケースが含まれる。また観察期間は最短1年半、最長3年半であり、措置入院期間、全入院期間では差異が生じている。



転帰

2019年11月1日現在



措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 (2)

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 《1》措置入院患者の入院時社会機能に関する検討

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：稲垣 中*（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター），岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター），牛島一成（沼津中央病院），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（宮城県立精神医療センター），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），奥野栄太（国立病院機構・琉球病院），木崎英介（大泉病院），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），島田達洋（栃木県立岡本台病院），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野 貢（石川県立高松病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター），富田真幸（大泉病院），中西清晃（石川県立高松病院），中濱裕二（長崎県精神医療センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），松尾寛子（長崎県精神医療センター），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（八幡厚生病院），横島孝至（沼津中央病院），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）

(* 論文執筆者)

要旨

【目的】措置入院患者の措置入院時社会機能について検討する。

【方法】『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2016年6月1日から2019年11月11日までの期間に協力施設に措置入院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の社会機能について検討した。

【結果】対象患者は男性317人，女性187人の合計504人（平均年齢45.7歳）で，対象患者の90.9%を警察官通報，61.3%を統合失調症圏が占め，79.8%が今回の措置入院より前に精神科治療歴を，51.8%が精神科入院歴を，23.8%が措置入院歴を有していた。入院時のPSPの下位項目の平均評点は「セルフケア」が3.71点，「社会的に有用な活動」が4.12点，「個人的・社会的関係」が4.25点，「不穏な・攻撃的な行動」が4.71点で，PSP総得点は25.8点であった。

【考察】措置入院患者の平均的入院時社会機能がPSP総得点25.8点に相当すること，特に措置入院となった発達障害患者の社会機能が低く，「社会的に有用な活動」と「不穏な・攻撃的な行動」が特に重症と考えられることが示された。

A.研究の背景と目的

厚生労働省公表の衛生行政報告例によれば、平成 30 年度のわが国では 7,108 人の精神障害患者が措置入院となったことが示されている¹⁾。措置入院となる際には、精神障害のために自身を傷つける、あるいは他人に害を及ぼす恐れがあることが要求され、一方、措置解除に際しては、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなることが要件とされるが、これらの基準には曖昧な点があり、精神保健指定医間の判断に齟齬が見られる可能性を否定できない。措置入院が都道府県知事・政令指定市長の命令に基づく行政処分的一种であり、その費用が公費によって賄われることを考慮すると、かかる齟齬は医療の公平性や納税者に対する説明責任の点で問題であり、客観的指標に基づく検証が必要と思われる。現在、われわれは『措置入院患者の前向きコホート研究 (Prospective Cohort Study of Patients with Mental Illness Hospitalized Compulsorily by Prefectural Governors: 以下、ProCessors 研究)』と呼ばれる研究を実施しているが、今回われわれは 2019 年 11 月 11 日までにこの研究に登録された患者の入院時社会機能について検討した。

B.方法

ProCessors 研究は協力施設に措置入院となった全ての患者を対象とした現在進行中の前向きコホート研究である。入院の際に対象患者は『措置入院に関する診断書』と診療録の記載に基づいて、①性別、②生年月日、③措置入院年月日、④入院時点の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑤措置入院に際しての申請等の形式、⑥精神科治療歴、⑦措置要件、⑧精神症状、問題行動、状態像などの概要などについて登録されるとともに、『個人的・社会的機能遂行度尺度 (Personal and Social Performance Scale: PSP)』と呼ばれる評価尺度による社会機能の評価を受けた。登

録完了後、対象患者は概ね月 1 回のペースで PSP の評価を受け、措置解除の際には PSP 評価と併せて、『症状消退届』と診療録の記載に基づいて、⑩措置解除時の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑪措置解除年月日、⑫措置解除後の処置に関する意見、⑬措置解除時処方に関する情報が、また、退院時には⑭退院年月日、⑮退院後の帰住先、⑯退院時処方に関する情報が登録された。

PSP とは、Morosini ら²⁾によって作成された精神障害者の社会機能を評価する尺度で、「セルフケア」、「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」、「不穏な・攻撃的な行動」の 4 つの下位項目より成るプロフィール型評価尺度としてのパートと、Global Assessment of Functioning (GAF: 機能の全体的評定尺度)³⁾のように、1 点 (最低レベル) から 100 点 (最高レベル) の範囲で包括的に社会機能を評価するインデックス型評価尺度である「PSP 総得点」のパートから構成されている。4 つの下位項目はそれぞれアンカーポイントに基づいて、症状なし (1 点) から最重度 (6 点) までの 6 段階で評価される。また、PSP 総得点は 4 つの下位項目の評点から操作的に 1~10 点、11~20 点、・・・、91~100 点の 10 点刻みの 10 カテゴリに分類され、1 桁目の点数は評価者が判断するようになっている。PSP には Morosini らによる原版以外に複数の版が存在するが、ProCessors 研究では UBC 社版 PSP の日本語版⁴⁾を採用した。PSP は対象者の直近 4 週間程度の状態を考慮して評価されるのが一般的であるが、臨床現場の実態としては、措置解除決定の際に過去 4 週の症状に基づいて決定されるとは考えにくいと思われたので、本研究では直近 2 週間の状態を評価した。また、措置入院に関連した判断と独立した PSP 評価を行うために、ProCessors 研究では事前に訓練を受けた看護師、あるいは後期研修医により評価した。

今回の報告では ProCessors 研究に 2019 年 11 月 11 日までに登録された患者を対象に、

対象患者の背景因子, 措置入院時の精神症状・状態像の概要, 措置入院時の PSP 評点に関する単純集計, およびクロス集計を行った。検討に際して, 2 群間の比較を行う場合は Wilcoxon の順位和検定を, 3 群以上の群間比較を行う場合は最初に Kruskal-Wallis 検定を行い, 有意差が見られた場合には Steel-Dwass 検定によって改めて群間比較を行った。解析ソフトは JMP 15.0 を使用した。

ProCessors 研究を実施するにあたっては, 研究グループの長である瀬戸秀文が所属する長崎県精神医療センター内の研究倫理審査委員会による承認(承認日:2016年4月15日)を得るとともに, UMIN 試験 ID:000022500 として開始前に臨床試験登録を行った。

C.結果/進捗

1) 背景因子

本研究には男性が 317 (62.9%), 女性が 187 人 (37.1%) の措置入院患者登録がなされた。対象患者の平均年齢(標準偏差:最小~最大)は 45.7 (15.2:15~89) 歳であった。入院施設の内訳は, 栃木県立岡本台病院が 197 人 (39.1%), 宮城県立精神医療センターが 74 名 (14.7%), 長崎県精神医療センターが 52 人 (10.3%), 大泉病院が 48 人 (9.5%), 井之頭病院が 35 人 (6.9%), 石川県立高松病院が 25 人 (5.0%), 八幡厚生病院が 22 人 (4.4%), 肥前精神医療センターが 20 人 (4.0%), 沼津中央病院が 15 人 (3.0%), 国立病院機構琉球病院が 10 人 (2.0%), 岡山県精神科医療センターが 6 人 (1.1%) であった。入院時の ICD-10 による精神科主診断内訳は統合失調症圏が 309 人 (F2:61.3%) と最も多く, 以下, 気分障害 (F3:73 人, 14.5%), アルコール・薬物関連障害 (F1:31 人, 6.2%), 器質性精神障害 (F0:29 人, 5.8%), パーソナリティ障害 (F6:16 人, 3.2%), 発達障害 (F8:18 人, 3.6%), 精神発達遅滞 (F7:12 人, 2.4%), 神経症性障害 (F4:10 人, 2.0%), 行動・情緒障害圏 (F9:6 人, 1.2%) の順に多かった。身体合併症は 58

人 (11.5%) に存在した。措置入院の際の申請等の形式の大半を警察官通報(精神保健福祉法第 23 条:457 人, 90.9%) が占め, 以下, 検察官通報(第 24 条:26 人, 5.2%), 親族又は一般人申請(第 22 条:7 人, 1.4%), 矯正施設長通報(第 26 条:10 人, 2.0%), 精神科病院管理者届出(第 26 条の 2:3 人, 0.6%) の順に多かった。措置要件の内訳は自傷が 145 人 (28.8%), 他害(対人)が 371 人 (73.8%), 他害(対物)が 278 人 (55.3%) で(重複あり), 自傷行為のみで措置入院となったと考えられた者は 40 人 (7.9%), 措置要件に他害(対人), あるいは他害(対物)が含まれていたことが確認できたものが 457 人 (90.7%) であった(一部データ欠損あり)。今回の措置入院より前に精神科治療歴を有した者は 402 人 (79.8%), 精神科入院歴を有した者は 261 人 (51.8%), 今回の入院以前に措置入院歴を有した者は 118 人 (23.8%) であった。

2) PSP 評点

対象患者の措置入院時の PSP 下位項目の症状プロフィールを図 1 に示した。「セルフケア」の平均点(標準偏差)は 3.71 (1.29) 点, 「社会的に有用な活動」は 4.12 (1.04) 点, 「個人的・社会的関係」は 4.25 (0.99) 点, 「不穏な・攻撃的な行動」は 4.71 (0.86) 点であった。措置入院時の PSP 総得点は 21~30 点をピークとするやや左に偏った分布を示し, 貧弱な機能レベルを示す 30 点以下の者は 339 人 (67.3%), 軽度機能障害を示す 71 点以上の者は 1 人 (2.0%) で, 平均 PSP 総得点(標準偏差)は 25.8 (10.5) 点であった(図 2)。

背景因子別に検討したところ, 入院時 PSP 総得点と性別, 年齢階級, 精神科治療歴, 精神科入院歴, 措置入院歴, 通報の種別の間に統計学的有意差はなかった(表 1,2)。措置要件に関しては, 措置入院時に自傷, 他害(対人), 自傷(対物)が見られた患者は見られない患者よりも入院時 PSP 総得点が有意に低かつ

たものの、その差は2.0～5.4点と小さかった。精神科主診断に関しては、発達障害患者の平均入院時 PSP 総得点（18.7点）はそれ以外（23.0～28.8点）よりも数字上点数が低く、統合失調症圏患者（F2: 26.2点）、およびパーソナリティ障害（F6: 28.8点）より有意に点数が低かった（それぞれ $p=0.0083$, $p=0.0398$, Steel-Dwass 検定）。次いで、精神科主診断と PSP 下位項目の症状プロフィールの関連を検討したところ（表3）、発達障害患者の「社会的に有用な活動」、および「不穏な・攻撃的な行動」の評点は他の診断カテゴリより数字上評点が高く、統合失調症患者と比較して、「不穏な・攻撃的な行動」の評点は有意に重症であり（ $p=0.0157$, 同）、「社会的に有用な活動」は重症の傾向が見られた（ $p=0.0992$, 同）。

D. 考察

わが国の精神保健福祉法の規定によると、精神障害のために自身を傷つける、あるいは他人に害を及ぼす恐れがある場合に措置入院が適用されることになっているが、これらの基準には曖昧な点があり、地域間、病院間、あるいは精神保健指定医間で様々な差が存在する可能性も否定できない。措置入院が都道府県知事・政令指定市長の命令に基づく行政処分的一种で、費用のかなりの部分が公費により賄われている関係上、このような齟齬は可能な限り小さくすることが望まれるが、現在のわが国には措置入院患者がどのような状態で入院となっているかに関する客観的データが存在しないのが実情である。本研究はこれらの実情に踏まえて実施された本邦初の前向きコホート研究で、既に報告済みである後ろ向きコホート研究である ReCoMenders 研究^{5,6)}と併せて、今後の措置入院制度の運用について検証する際の基礎資料となることが期待される。

今回の検討対象である504人の措置入院時点の平均 PSP 総得点は25.8点であり、下位項目評点は「不穏な・攻撃的な行動」の平均評

点が4.81点で最も高く、「セルフケア」の3.71点が最も低かった。海外でこれまでに実施された臨床研究⁷⁻¹³⁾（表4）と比較すると、わが国の措置入院患者は社会機能が全体に低く、特に「不穏な・攻撃的な行動」が重症であった。この背景には本研究の対象が自傷・他害のおそれを有する措置入院患者であったことが寄与しているものと推測された。

なお、精神科主診断と PSP 総得点の関係について検討したところ、発達障害患者は PSP 総得点が5～10点程度低いのみならず、症状プロフィール別に見ると、「社会的に有用な活動」と「不穏な・攻撃的な行動」が特に重症で、いずれも統合失調症圏の措置入院患者より有意に重症であると考えられた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 大塚達以, 太田順一郎, 吉住 昭: 長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究. 臨床精神医学 48 (5): 637-648, 2019.

2. 学会発表

- 1) 大塚達以, 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 岩永英之, 中西清晃, 中村 仁, 渡辺純一, 横島孝至, 奥野栄太, 太田順一郎, 吉住昭: 自傷のおそれを伴って措置入院となった患者の実態調査. 第115回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019年6月20～22日.
- 2) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 大塚達以, 岩永英之, 中西清晃, 中村 仁, 渡辺純一, 横島孝至, 奥野栄太, 太田順一郎, 吉住昭: 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究(その3): 措置入院時の精神症状・社会機能について. 第115回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019年6月20

～22日。

- 3) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 大塚達以, 岩永英之, 中西清晃, 中村 仁, 渡辺純一, 横島孝至, 奥野栄太, 太田順一郎, 吉住昭: 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究(その4): 措置解除までの精神症状の改善度について. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20～22 日.
- 4) 瀬戸秀文, 藤井千代, 稲垣 中, 太田順一郎, 島田達洋, 大塚達以, 小口芳世, 岩永英之, 椎名明大, 平林直次, 中西清晃, 中村 仁, 吉住 昭: 精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究(その1) 通報・事前調査について. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20～22 日.
- 5) 瀬戸秀文, 藤井千代, 稲垣 中, 太田順一郎, 島田達洋, 大塚達以, 小口芳世, 岩永英之, 椎名明大, 平林直次, 中西清晃, 中村 仁, 吉住 昭: 精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究(その2) 指定医診察要否判断について. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20～22 日.
- 6) 瀬戸秀文, 藤井千代, 稲垣 中, 太田順一郎, 島田達洋, 大塚達以, 小口芳世, 岩永英之, 椎名明大, 平林直次, 中西清晃, 中村 仁, 吉住 昭: 精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究(その3) 指定医診察例について. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20～22 日.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) 厚生労働省. 衛生行政報告例/平成 30 年度衛生行政報告例/統計表/年度報 第 1 章 精神保健福祉/1/精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況, 申請通報届出経路・処理状況・都道府県—指定都市(再掲)別. (2020 年 3 月 27 日アクセス)
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001132823&tclass2=000001132824&tclass3=000001134083>
- 2) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R: Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 101: 323-329, 2000.
- 3) American Psychiatric Association (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸・訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2002.
- 4) 稲田俊也, 山本暢朋, 相澤 玲ほか: 日本語版 PSP (個人的・社会的機能遂行度尺度) 評価トレーニングシート Ver.1.0. 社団法人日本精神科評価尺度研究会, 2011.
- 5) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋ほか: 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究(その1): 措置解除された患者の長期転帰に影響する因子について. *臨床精神医学* 48: 323-333, 2018.
- 6) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋ほか: 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究(その2): 措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. *臨床精神医学* 48: 335-342, 2018.

- 7) Apiquian R, Elena Ulloa R, Herrera-Estrella M, et al.: Validity of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in schizophrenia. *Schizophr Res* 112: 181-6, 2009.
- 8) Wu BJ, Lin CH, Tseng HF, et al.: Validation of the Taiwanese Mandarin version of the Personal and Social Performance scale in a sample of 655 stable schizophrenic patients. *Schizophr Res* 146: 34-9, 2013.
- 9) Rocca P, Montemagni C, Zappia S, et al.: Negative symptoms and everyday functioning in schizophrenia: a cross-sectional study in a real world-setting. *Psychiatry Res* 218: 284-289, 2014.
- 10) Mucci A, Rucci P, Rocca P, et al.: The Specific Level of Functioning Scale: construct validity, internal consistency and factor structure in a large Italian sample of people with schizophrenia living in the community. *Schizophr Res* 159: 144-150, 2014.
- 11) Suttajit S, Arunpongpaisal S, Srisurapanont M, et al.: Psychosocial functioning in schizophrenia: are some symptoms or demographic characteristics predictors across the functioning domains? *Neuropsychiatr Dis Treat* 11:2471-2477, 2015.
- 12) Pinna F, Fiorillo A, Tusconi M, et al.: Assessment of functioning in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder with the Mini-ICF-APP: a validation study in Italy. *Int J Ment Health Syst* 9:37, 2015.
- 13) Lee SC, Tang SF, Lu WS: Minimal detectable change of the Personal and Social Performance scale in individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 246:725-729, 2016.
- 14) Madhivanan S, Jayaraman K, Daniel SJ, et al.: Symptomatic Remission in Schizophrenia and its Relationship with Functional Outcome Measures in Indian Population. *J Clin Diagn Res* 11: VC05-VC07, 2017.

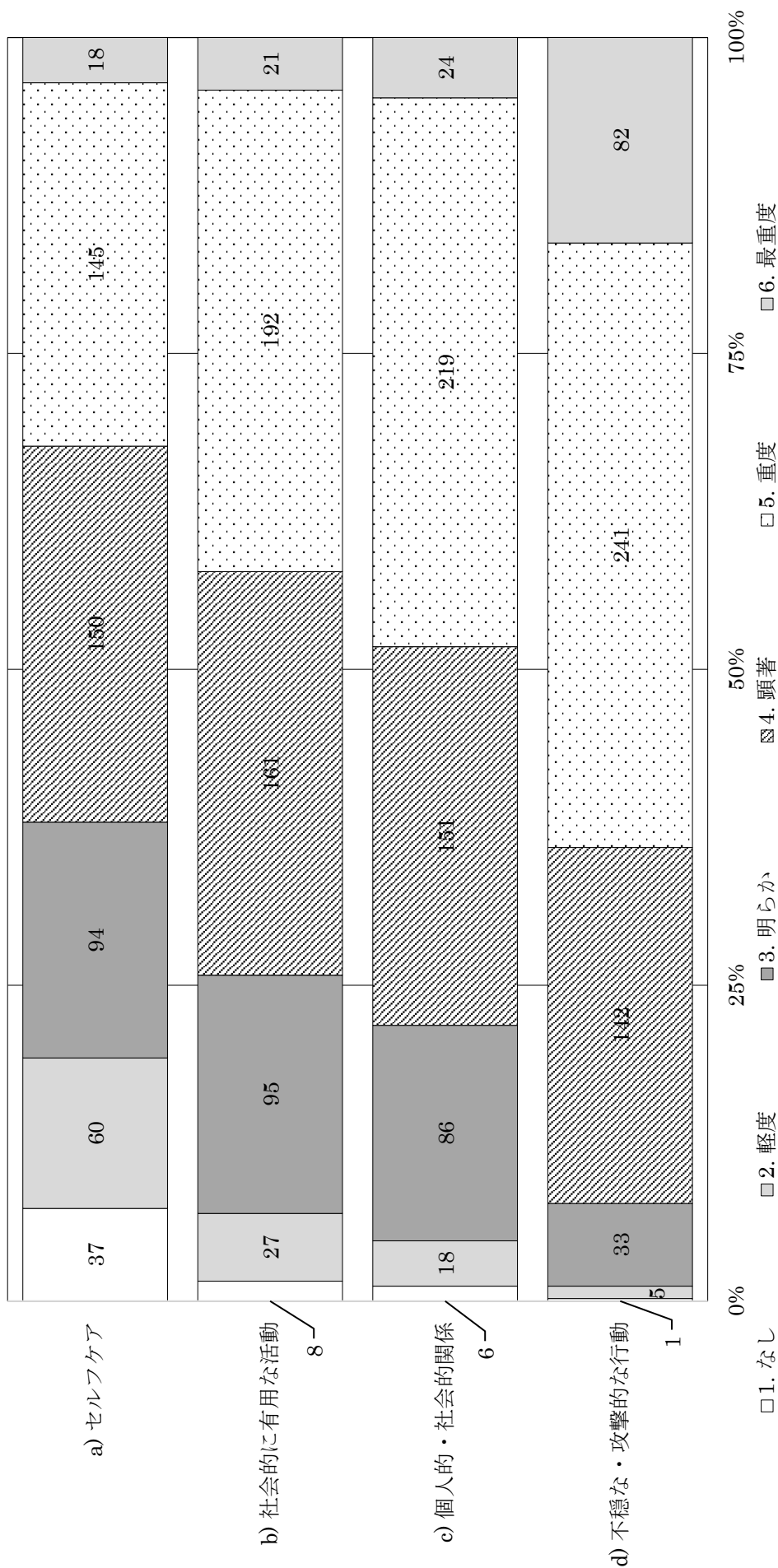


図1 措置入院時のPSPプロフィール

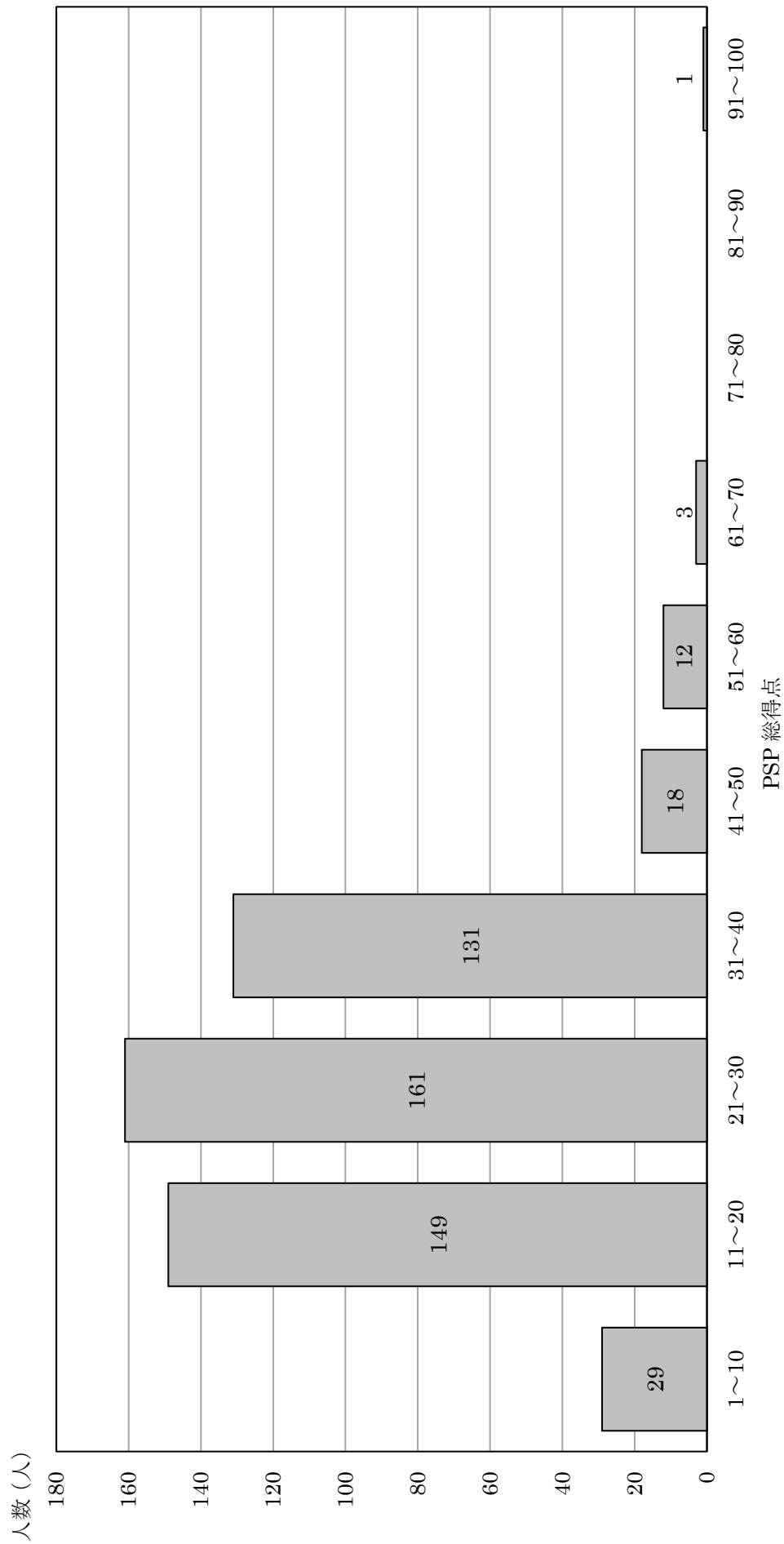


図2 措置入院時 PSP 総得点の分布

表 1 措置入院時の PSP 総得点と背景因子（その 1，平均値±標準偏差）

因子	あり	なし	検定*
性別			
男性	25.7±10.8	26.0±10.1	
治療歴			
治療歴	25.8±10.2	25.8±11.9	
入院歴	25.7±10.3	25.8±10.8	
措置入院歴	25.2±10.4	25.9±10.6	
措置要件			
自傷	24.4±12.1	26.4±9.8	p=0.0121
他害（対人）	24.7±9.8	28.7±11.9	p=0.0006
他害（対物）	23.4±9.2	28.8±11.5	p<0.0001
自傷のみ**	27.3±15.4	25.4±9.9	

*: Wilcoxon の順位和検定

**：措置要件が自傷行為のみの者と措置要件に他害行為を含む者の比較を行った

表2 措置入院時の PSP 総得点と背景因子（その2）

因子	患者数	PSP 総得点 (平均値±標準偏差)	検定
年齢			
29 歳まで	77	24.8±10.4	
30 代	102	25.4±9.7	
40 代	128	24.6±11.5	
50 代	105	26.4±10.5	
60 代以上	92	27.9±10.1	
通報の種別			
警察官通報	457	25.7±10.7	
検察官通報	26	27.2±9.4	
その他	20	26.1±8.0	
ICD-10 精神科主診断			p=0.291*
統合失調症圏 (F2)	309	26.2±10.4	F2>F8**
気分障害 (F3)	73	26.0±10.8	
アルコール・薬物関連障害 (F1)	31	23.0±6.9	
パーソナリティ障害 (F6)	16	28.8±5.8	F6>F8***
発達障害 (F8)	18	18.7±7.8	
器質性精神障害 (F0)	29	25.4±8.3	
その他	28	26.3±16.9	

*: Kruskal-Wallis 検定, **: p=0.0085 (Steel-Dwass 検定), ***: p=0.0398 (Steel-Dwass 検定)

表3 措置入院時のPSP症状プロフィールと精神科主診断：(平均±標準偏差)

精神科主診断	患者数	セルフケア	社会的に有用な活動	個人的・社会的関係	不穏な・攻撃的な行動
器質性精神障害 (F0)	29	3.90±1.18	4.14±0.83	4.34±0.86	4.76±0.79
アルコール・薬物関連障害 (F1)	31	3.80±1.08	4.10±1.16	4.35±0.98	4.93±0.57
統合失調症圏 (F2)	309	3.73±1.27	4.11±1.00	4.26±0.95	4.63±0.88
気分障害 (F3)	73	3.64±1.37	4.07±1.13	4.07±1.11	4.74±0.85
パーソナリティ障害 (F6)	16	3.25±1.29	3.69±1.20	4.13±0.81	4.63±0.72
発達障害 (F8)	18	3.72±1.78	4.67±1.08	4.72±0.89	5.33±0.69
その他	28	3.64±1.45	4.25±1.14	4.25±1.32	4.86±1.04
検定			p=0.0974*		p=0.0113*
群間比較			F8>F2**		F8>F2***

*: Kruskal-Wallis 検定, **: p=0.0992 (Steel-Dwass 検定), ***: p=0.0157 (Steel-Dwass 検定)

表4 過去の臨床研究におけるPSP症状プロフィール(平均±標準偏差)

文献	対象	患者数	総得点	セルフケア	社会的に 有用な活動	個人的・ 社会的関係	不穏な・攻撃 的な行動
Apiquian et al. ⁷⁾	入院	59	52.7±14.8	2.7±1.1	3.8±1.0	3.9±1.1	2.3±1.2
	外来	41	64.5±24.0	1.7±1.1	2.7±1.5	2.5±1.3	1.4±0.9
Wu et al. ⁸⁾	外来	665	50.7±13.8	3.5±0.9	3.6±0.8	3.1±0.9	1.2±0.6
Rocca et al. ⁹⁾	外来	92	55.5±20.4	2.0±1.1	3.7±1.3	3.4±1.1	1.3±0.1
Mucci et al. ¹⁰⁾	外来	895	56.6±16.0	2.0±1.0	3.4±1.2	3.5±1.0	1.6±0.9
Suttajit et al. ¹¹⁾	臨床試験	199	66.7±17.5	2.6±0.9	3.2±1.2	3.3±1.2	2.7±1.0
Pinna et al. ¹²⁾	外来	74	55.7±16.2	1.8±1.1	3.5±1.3	3.4±1.2	1.4±0.8
Lee et al. ¹³⁾	外来	40	62.6±8.9	2.0±0.9	2.8±1.1	2.1±0.9	1.5±0.5
		40	65.7±8.3	1.2±0.5	2.7±0.8	2.4±0.8	1.2±0.5
Madhivanan et al. ¹⁴⁾	寛解	30	65.6±9.3	1.9±0.8	1.5±1.0	2.0±1.1	1.4±0.6
	未寛解	30	50.0±13.0	2.8±1.0	3.5±1.4	3.1±1.0	2.6±1.3
本研究	措置入院	504	26.2±10.0	3.71±1.29	4.12±1.04	4.25±0.99	4.71±0.86

措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 (2)

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 《2》措置入院中の精神障害者の社会機能の改善度

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：稲垣 中*（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター），岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター），牛島一成（沼津中央病院），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（宮城県立精神医療センター），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），奥野栄太（国立病院機構・琉球病院），木崎英介（大泉病院），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），島田達洋（栃木県立岡本台病院），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野 貢（石川県立高松病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター），富田真幸（大泉病院），中西清晃（石川県立高松病院），中濱裕二（長崎県精神医療センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），松尾寛子（長崎県精神医療センター），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（八幡厚生病院），横島孝至（沼津中央病院），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）

(* 論文執筆者)

要旨

【目的】措置入院患者の措置入院中の社会機能の改善度について検討する。

【方法】『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2016年6月1日以降に協力施設に措置入院となり、2019年11月11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。

【結果】対象患者は男性243人、女性142人の合計385人（平均年齢44.1歳）で、対象患者の90.1%を警察官通報、59.2%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、51.9%が精神科入院歴を、24.2%が措置入院歴を有していた。平均措置入院期間は67.5日であった。PSPの下位項目のうち、「セルフケア」は措置入院中に平均3.78点から2.08点まで、「社会的に有用な活動」は4.22点から2.68点まで、「個人的・社会的関係」は4.36点から2.75点まで、「不穏な・攻撃的な行動」は4.85点から2.02点まで、PSP総得点は平均24.1点から60.2点まで、いずれも統計学的有意に改善していた。

【考察】今回の解析の結果、措置入院機関中の社会機能の平均改善度がPSP総合点で36.0点に相当することが示された。

A.研究の背景と目的

厚生労働省公表の衛生行政報告例によれば、平成 30 年度のわが国では 7,108 人の精神障害患者が措置入院となったことが示されている¹⁾。措置入院となる際には、精神障害のために自身を傷つける、あるいは他人に害を及ぼす恐れがあることが要求され、一方、措置解除に際しては、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなることが要件とされるが、これらの基準には曖昧な点があり、精神保健指定医間の判断に齟齬が見られる可能性を否定できない。措置入院が都道府県知事・政令指定市長の命令に基づく行政処分的一种であり、その費用が公費によって賄われることを考慮すると、かかる齟齬は医療の公平性や納税者に対する説明責任の点で問題であり、客観的指標に基づく検証が必要と思われる。現在、われわれは『措置入院患者の前向きコホート研究 (Prospective Cohort Study of Patients with Mental Illness Hospitalized Compulsorily by Prefectural Governors: 以下、ProCessors 研究)』と呼ばれる研究を実施しているが、今回われわれは 2019 年 11 月 11 日までにこの研究に登録された患者の入院時、および措置解除時データを利用して、措置入院期間中の社会機能の改善の程度について予備的検討を行った。

B.方法

ProCessors 研究は協力施設に措置入院となった全ての患者を対象とした現在進行中の前向きコホート研究である。入院の際に対象患者は『措置入院に関する診断書』と診療録の記載に基づいて、①性別、②生年月日、③措置入院年月日、④入院時点の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑤措置入院に際しての申請等の形式、⑥精神科治療歴、⑦措置要件、⑧精神症状、問題行動、状態像などの概要などについて登録されるとともに、『個人的・社会的機能遂行度尺度 (Personal and

Social Performance Scale: PSP)』と呼ばれる評価尺度による社会機能の評価を受けた。登録完了後、対象患者は概ね月 1 回のペースで PSP の評価を受け、措置解除の際には PSP 評価と併せて、『症状消退届』と診療録の記載に基づいて、⑩措置解除時の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑪措置解除年月日、⑫措置解除後の処置に関する意見、⑬措置解除時処方に関する情報が、また、退院時には⑭退院年月日、⑮退院後の帰住先、⑯退院時処方に関する情報が登録された。

PSP とは、Morosini ら²⁾によって作成された精神障害者の社会機能の評価する尺度で、「セルフケア」、「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」、「不穏な・攻撃的な行動」の 4 つの下位項目より成るプロフィール型評価尺度としてのパートと、Global Assessment of Functioning (GAF: 機能の全体的評定尺度)³⁾と同様に、1 点 (最低レベル) から 100 点 (最高レベル) の範囲で包括的に社会機能の評価するインデックス型評価尺度である「PSP 総得点」のパートから構成されている。4 つの下位項目はそれぞれマニュアルのアンカーポイントにしたがって、症状なし (1 点) から最重度 (6 点) までの 6 段階で評価される。PSP 総得点はマニュアルに記載されているアンカーポイントに基づいて、4 つの下位項目の評点から操作的に 1~10 点, 11~20 点, …… , 91~100 点の 10 点刻みの 10 カテゴリーに分類され、1 桁目の点数は評価者が判断するようになっている。PSP には Morosini らによる原版以外に複数の版が存在するが、ProCessors 研究では UBC 社版 PSP の日本語版⁴⁾を採用した。PSP は対象者の直近 4 週間程度の状態を考慮して評価されるのが一般的であるが、臨床現場の実態としては、措置解除決定の際に過去 4 週の症状に基づいて決定されるとは考えにくいと思われたので、本研究では直近 2 週間の状態を評価することとした。また、措置解除・継続の判断とは独立した PSP 評価を行うために、ProCessors 研究

では事前に訓練を受けた看護師，あるいは後期研修医により評価を行った。

今回の中間報告では ProCessors 研究に 2019 年 11 月 11 日までに登録され，かつ，同日までに措置解除された患者を対象に，対象患者の背景因子，措置入院時の精神症状・状態像の概要，措置入院時の PSP 評点に関する単純集計，およびクロス集計を行うとともに，措置入院期間中の社会機能の改善度について検討を行った。検討に際しては，措置入院前後の比較を行う場合は Wilcoxon の符号付順位検定を，2 群間の比較を行う場合は Wilcoxon の順位和検定を，3 群以上の群間比較を行う場合は最初に Kruskal-Wallis 検定を行い，全体として有意差が見られた場合の群間比較に際しては Steel-Dwass 検定を行った。解析ソフトは JMP 15.0 を使用した。

ProCessors 研究を実施するにあたっては，研究グループの長である瀬戸秀文が所属する長崎県精神医療センター内の研究倫理審査委員会による承認(承認日:2016 年 4 月 15 日)を得るとともに，UMIN 試験 ID: 000022500 として開始前に臨床試験登録を行った。

C. 結果／進捗

1) 背景因子

2019 年 11 月 11 日までに 504 人の措置入院患者が ProCessors 研究に登録され，このうち 385 人が研究協力施設内で措置解除された。この 385 人の性別は男性が 243 人 (63.1%)，女性が 142 人 (36.9%) で，平均年齢 (標準偏差: 最小～最大) は 44.1 (14.6: 15～84) 歳であった。入院施設内訳は，栃木県立岡本台病院が 89 人 (23.1%)，宮城県立精神医療センターが 74 名 (19.2%)，長崎県精神医療センターが 51 人 (13.3%)，大泉病院が 46 人 (12.0%)，石川県立高松病院が 25 人 (6.5%)，井之頭病院が 34 人 (8.8%)，八幡厚生病院と肥前精神医療センターがそれぞれ 20 人 (5.2%) ずつ，沼津中央病院が 15 人 (3.9%)，国立病院機構琉球病院が 10 人 (2.6%)，岡山県精神

科医療センターが 1 人 (0.3%) であった。入院時の ICD-10 による精神科主診断内訳は統合失調症圏が 228 人 (F2: 59.2%) と最も多く，以下，気分障害 (F3: 62 人，16.1%)，アルコール・薬物関連障害 (F1: 26 人，6.8%)，器質性精神障害 (F0: 20 人，5.2%)，パーソナリティ障害 (F6: 14 人，3.6%)，発達障害 (F8: 13 人，3.4%)，精神発達遅滞 (F7: 9 人，2.3%)，神経症性障害 (F4: 10 人，2.6%)，行動・情緒障害圏 (F9: 3 人，0.8%) の順に多かった。身体合併症は 38 人 (9.9%) に存在した。措置入院の際の申請等の形式の大半を警察官通報 (精神保健福祉法第 23 条: 347 人，90.1%) が占め，以下，検察官通報 (第 24 条: 21 人，5.5%)，親族又は一般人申請 (第 22 条: 7 人，1.8%)，矯正施設長通報 (第 26 条: 7 人，1.8%)，精神科病院管理者届出 (第 26 条の 2: 3 人，0.8%) の順に多かった。措置要件の内訳は自傷が 130 人 (33.8%)，他害 (対人) が 288 人 (74.8%)，他害 (対物) が 221 人 (57.4%) で (重複あり)，自傷行為のみで措置入院となったと考えられた者は 35 人 (9.1%)，措置要件に他害 (対人)，あるいは他害 (対物) が含まれていたことが確認できたものが 339 人 (88.1%) であった (一部データ欠損あり)。今回の措置入院より前に精神科治療歴を有した者は 311 人 (80.8%)，精神科入院歴を有した者は 200 人 (51.9%)，今回の入院以前に措置入院歴を有した者は 93 人 (24.2%) であった。

措置入院から措置解除に至る期間 (措置入院期間) の中央値 (最小～最大) は 52 (3～857) 日，平均措置入院期間 (標準偏差) は 67.5 (75.2) 日であった。

2) PSP 下位項目評点の改善幅

対象患者の措置入院時，および措置解除時の PSP 下位項目の症状プロフィールを表 1 に示した。4 つの下位項目のうち，「セルフケア」の平均点 (標準偏差) は 3.78 (1.34) 点から 2.08 (1.09) 点まで，「社会的に有用な活

動」は 4.22 (1.09) 点から 2.68 (1.02) 点まで、「個人的・社会的関係」は 4.36 (1.03) 点から 2.75 (1.01) 点まで、「不穏な・攻撃的な行動」は 4.85 (0.82) 点から 2.02 (0.99) 点まで、いずれも統計学的に有意に改善していた (いずれも $p < 0.0001$; Wilcoxon の符号付順位検定)。ただし、「不穏な・攻撃的な行動」の平均改善幅が 2.83 点であったのに対し、その他の 3 項目の平均改善幅は 1.54~1.70 点にとどまった。

3) PSP 総得点の改善幅

措置入院時点の PSP 総得点は 11~20 点をピークとするやや左に偏った分布を示し、貧弱な機能レベルを示す 30 点以下の者は 289 人 (75.1%)、軽度機能障害を示す 71 点以上の者は 1 人で、平均 PSP 総得点 (標準偏差) は 24.1 (10.3) 点であった。一方、措置解除時点の PSP 総得点は 61~70 点をピークとする分布を示し、PSP 総得点が 30 点以下の者は 19 人 (4.9%)、71 点以上の者が 78 人 (20.3%) を占め、平均 PSP 総得点 (標準偏差) は 60.2 (14.7) 点であった。措置入院中に PSP 総得点は統計学的有意に改善しており ($p < 0.0001$; Wilcoxon の符号付順位検定)、その平均改善幅 (95%信頼区間) は 36.0 (34.4~37.5) 点であった (表 1, 図 1)。

背景因子別に見てみると、性別と PSP 総得点の改善幅の間に有意な差はなかったが、警察官通報で措置入院となった患者はそれ以外より改善幅が有意に大きく ($p = 0.0008$, Wilcoxon の順位和検定)、精神科治療歴のある患者 ($p = 0.0383$, 同)、入院歴のある患者 ($p = 0.0079$, 同)、措置入院歴のある患者 ($p = 0.0098$, 同) はそれらのない患者より有意に改善幅が小さかった。措置要件に関しては、他害 (対人)、他害 (対物) の有無と PSP 総得点の改善幅の間に有意な差はなかったが、自傷が見られた患者は自傷の見られなかった患者よりも PSP 総得点の改善幅が有意に大きかった ($p = 0.0171$, 同)。年齢、精神科主診

断に関しても PSP 総得点の改善幅に有意な差は認められなかったが (Kruskal-Wallis 検定)、発達障害患者と器質性精神障害患者の改善幅はやや小さかった (表 2, 表 3, 表 4)。

D. 考察

わが国の精神保健福祉法の規定によると、精神障害のために自身を傷つける、あるいは他人に害を及ぼす恐れがある場合に措置入院が適用され、一方、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなった場合に措置解除が行われることになっているが、これらの基準には曖昧な点があり、地域間、病院間、あるいは精神保健指定医間で様々な差が存在する可能性も否定できないところである。措置入院が都道府県知事・政令指定市長の命令に基づく行政処分の一種で、費用のかなりの部分が公費により賄われている関係上、このような齟齬は可能な限り小さくすることが望まれるが、現在のわが国には措置入院患者がどのような状態で入院となり、どの程度改善した段階で措置解除がなされているかに関する客観的データが存在しないのが実情である。本研究はこれらの実情に踏まえて実施された本邦初の前向きコホート研究で、既に報告済みである後ろ向きコホート研究である ReCoMendors 研究^{5, 6)} と併せて、今後の措置入院制度の運用や措置入院・解除の客観的判断基準を検証する際の基礎資料となることが期待される。

今回の検討対象である 385 人の措置入院時点の平均 PSP 総得点は 24.1 点、各下位項目の評点は「不穏な・攻撃的な行動」の平均評点が 4.85 点で最も高く、「セルフケア」の 3.78 点が最も低かった。海外でこれまでに実施された臨床研究を見る限りでは、全体として、「社会的に有用な活動」と「個人的・社会的関係」の評点は相対的に重症で、「セルフケア」と「不穏な・攻撃的な行動」は相対的に軽症であったが⁷⁻¹¹⁾、本研究における下位項目の評点の分布はこれらと大きく異なっていた。その

背景には本研究の対象が自傷・他害のおそれを有する措置入院患者であったことが寄与しているものと推測され、実際、自傷・他害のおそれの改善した措置解除の時点では先行研究と同様に「社会的に有用な活動」と「個人的・社会的関係」の評点は相対的に重症で、「セルフケア」と「不穏な・攻撃的な行動」の評点は相対的に軽症となっていた。

本研究では措置入院から措置解除までの間に PSP 総得点が平均 36.0 点改善していたことが示された。これまでのわが国では、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなることという曖昧な基準で措置解除がなされていたが、今回、評価尺度の改善幅の形で具体的に示された。一方、これまでに海外で実施された統合失調症を対象とする臨床研究を参照すると、抗精神病薬の投与による平均改善幅は 20.8 点⁷⁾、12.3 点¹¹⁾、6.6～8.8 点¹²⁾、9.16 点¹³⁾、8.3～12.2 点¹⁴⁾、10.7 点¹⁵⁾に留まっていたが、本研究における改善幅はこれらより明らかに大きかった。この背景には、本研究の対象が臨床試験に編入される患者より総じて重症であったため、改善幅が大きくなったものと推測される。

診断と PSP 総得点改善幅の関係に関しては、アルコール・薬物関連障害患者、気分障害、パーソナリティ障害患者、統合失調症圏患者の平均改善幅は 36.2～39.6 点と相対的に大きく、一方、発達障害患者 (32.8 点)、器質性精神障害患者 (28.2 点) の平均改善幅は相対的に小さかった。本稿執筆時点で措置解除に至るまでのデータが回収されていた器質性精神障害患者、パーソナリティ障害患者、発達障害患者、およびその他の患者のサンプルサイズは 13～22 人と少ないことに注意を要するが、数字上、発達障害患者の措置入院時の平均 PSP 総得点が他よりも低く、措置入院中の改善幅も大きいとは言えないことはさらなる検討を要するものと思われる。

ところで、図 1 にも示した通り、措置入院

時と措置解除時の PSP 総得点の分布には明らかな差が認められた。精神症状が極めて重症であるにもかかわらず措置入院とならないことや、逆に精神症状が比較的軽症であるにもかかわらず措置入院となったり、措置入院が継続されたりすることは実務上必ずしも珍しいことではないので、PSP 総得点のみで措置入院・解除の判定を行えないことは自明であるが、集団レベルで措置入院・措置解除の適否を検討する際の指標として PSP を用いることに関しては、医療の質 (Quality of Care) の検証の観点から考慮の余地があるかもしれない。例えば、ある地域の措置解除時の PSP 総得点の分布が他の地域と大きく異なるなどと言った場合には、その原因について検証を行うなどといったことを行うのである。以前から、都道府県・政令指定市間で人口あたり措置入院件数に大きな差が見られることが指摘されてきたが¹⁶⁾、このような格差が発生する原因については十分に明らかにされてはいない。しかしながら、例えば、「措置入院に関する診断書」、「措置入院者の定期病状報告書」、「措置入院者の症状消退届」などを提出する際に PSP の評価も要求し、定期的に一括集計するシステムを設けることができれば、措置入院の運用の妥当性や地域差の要因の検証が可能になるとともに、社会への説明責任も果たせると考える。

最後に今回の中間報告の限界と今後の課題について述べる。

今回の報告では、ProCessors 研究の対象患者のうち、2019 年 11 月 11 日までに措置解除となった 385 名に検討対象を限定したが、検討から除外された 119 人の中に措置入院が長期間継続された患者が多く含まれている可能性があるため、バイアスが発生した可能性が否定できない。実際、今回の中間報告における平均措置入院期間は 67.5 日と、2010 年度に措置解除された患者の約 4 分の 1 が登録された後ろ向きコホート研究である ReCoMendors 研究 (76.6 日) と比較すると

9.1 日も短い。

第二に今回の検討対象がわが国の措置入院患者全体を代表しているかどうかの問題となる。ReCoMendors 研究では協力施設 76 ヶ所と概ね全国規模と言っていると考えられたが、今回の報告では協力施設は 11 ヶ所と少ないので、対象患者の代表性において議論の余地があるかもしれない。しかしながら、今回の調査は確かに施設数こそ少ないものの、大都市圏から農村部まで、また、西は沖縄から東は栃木県まで広範に患者をリクルートしており、しかも、わが国の 1 年あたり措置入院件数 (7,108 人) の 7% に相当する患者が組み入れられているので、結論に大きな影響をもたらすような問題は発生していないであろうと考えている。ただし、この問題については全登録患者の追跡の完了後に再検討を行うなどといった対策が必要であろう。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 大塚達以, 太田順一郎, 吉住 昭: 長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究. 臨床精神医学 48 (5): 637-648, 2019.

2. 学会発表

- 1) 大塚達以, 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 岩永英之, 中西清晃, 中村 仁, 渡辺純一, 横島孝至, 奥野栄太, 太田順一郎, 吉住昭: 自傷のおそれを伴って措置入院となった患者の実態調査. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20 ~ 22 日.
- 2) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 大塚達以, 岩永英之, 中西清晃, 中村 仁, 渡辺純一, 横島孝至, 奥野栄太, 太田順一郎, 吉住昭: 措置入院となった精神障害者の前向

きコホート研究 (その 3) : 措置入院時の精神症状・社会機能について. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20 ~ 22 日.

- 3) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 大塚達以, 岩永英之, 中西清晃, 中村 仁, 渡辺純一, 横島孝至, 奥野栄太, 太田順一郎, 吉住昭: 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 (その 4) : 措置解除までの精神症状の改善度について. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20 ~ 22 日.
- 4) 瀬戸秀文, 藤井千代, 稲垣 中, 太田順一郎, 島田達洋, 大塚達以, 小口芳世, 岩永英之, 椎名明大, 平林直次, 中西清晃, 中村 仁, 吉住 昭: 精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究 (その 1) 通報・事前調査について. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20 ~ 22 日.
- 5) 瀬戸秀文, 藤井千代, 稲垣 中, 太田順一郎, 島田達洋, 大塚達以, 小口芳世, 岩永英之, 椎名明大, 平林直次, 中西清晃, 中村 仁, 吉住 昭: 精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究 (その 2) 指定医診察要否判断について. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20 ~ 22 日.
- 6) 瀬戸秀文, 藤井千代, 稲垣 中, 太田順一郎, 島田達洋, 大塚達以, 小口芳世, 岩永英之, 椎名明大, 平林直次, 中西清晃, 中村 仁, 吉住 昭: 精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究 (その 3) 指定医診察例について. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019 年 6 月 20 ~ 22 日.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし
3.その他
なし

文献

- 1) 厚生労働省. 衛生行政報告例/平成 30 年度衛生行政報告例/統計表/年度報 第 1 章 精神保健福祉/1/精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況, 申請通報届出経路・処理状況・都道府県—指定都市(再掲)別. (2020 年 3 月 27 日アクセス)
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001132823&tclass2=000001132824&tclass3=000001134083>
- 2) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R: Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 101: 323-329, 2000.
- 3) American Psychiatric Association (高橋 三郎, 大野 裕, 染矢俊幸・訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2002.
- 4) 稲田俊也, 山本暢朋, 相澤 玲ほか: 日本語版 PSP (個人的・社会的機能遂行度尺度) 評価トレーニングシート Ver.1.0. 社団法人日本精神科評価尺度研究会, 2011.
- 5) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋ほか: 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究 (その 1): 措置解除された患者の長期転帰に影響する因子について. *臨床精神医学* 48: 323-333, 2018.
- 6) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋ほか: 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究 (その 2): 措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. *臨床精神医学* 48: 335-342, 2018.
- 7) Fu DJ, Turkoz I, Walling D, et al.: Paliperidone palmitate once-monthly maintains improvement in functioning domains of the Personal and Social Performance scale compared with placebo in subjects with schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 192: 185-193, 2018.
- 8) Rocca P, Montemagni C, Zappia S, et al.: Negative symptoms and everyday functioning in schizophrenia: a cross-sectional study in a real world-setting. *Psychiatry Res* 218:284-289, 2014.
- 9) Schreiner A, Bergmans P, Cherubin P, et al.: A prospective flexible-dose study of paliperidone palmitate in nonacute but symptomatic patients with schizophrenia previously unsuccessfully treated with oral antipsychotic agents. *Clin Ther* 36: 1372-1388, 2014.
- 10) Suttajit S, Arunpongpaisal S, Srisurapanont M, et al.: Psychosocial functioning in schizophrenia: are some symptoms or demographic characteristics predictors across the functioning domains? *Neuropsychiatr Dis Treat* 11:2471-2477, 2015.
- 11) Kane JM, Peters-Strickland T, Baker RA, et al.: Aripiprazole once-monthly in the acute treatment of schizophrenia: findings from a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 75: 1254-60, 2014.
- 12) Marder SR, Kramer M, Ford L, et al.: Efficacy and safety of paliperidone

- extended-release tablets: results of a 6-week, randomized, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 62: 1363-1370, 2007.
- 13) Mauri M, Mauri MC, Adami M, et al.: Efficacy and tolerability of paliperidone ER in patients with unsatisfactorily controlled schizophrenia by other antipsychotics: a flexible-dose approach. *Int Clin Psychopharmacol* 30: 329-337, 2015.
- 14) Meltzer HY, Bobo WV, Nuamah IF, et al.: Efficacy and tolerability of oral paliperidone extended-release tablets in the treatment of acute schizophrenia: pooled data from three 6-week, placebo-controlled studies. *J Clin Psychiatry* 69: 817-829, 2008.
- 15) Zhang H, Li H, Liu Y, et al.: Safety and efficacy of paliperidone extended-release in Chinese patients with schizophrenia: a 24-week, open-label extension of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Neuropsychiatr Dis Treat* 12: 69-77, 2016.
- 16) 厚生労働省 web ページ 2019 年 3 月 15 日アクセス)
http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/sankou1_2.pdf (.

表 1 措置入院時, 措置解除時の PSP プロフィール (平均値±標準偏差)

	措置入院時評点	措置解除時評点	改善幅
セルフケア	3.78±1.34	2.08±1.09	1.70*
社会的に有用な活動	4.22±1.09	2.68±1.02	1.54*
個人的・社会的関係	4.36±1.03	2.75±1.01	1.61*
不穏な・攻撃的な行動	4.85±0.82	2.02±0.99	2.83*
総得点	24.1±10.3	60.2±14.7	36.0*

PSP: 個人的・社会的機能遂行度尺度 (Personal and Social Performance Scale)

*: $p < 0.0001$ (Wilcoxon の符号付順位検定)

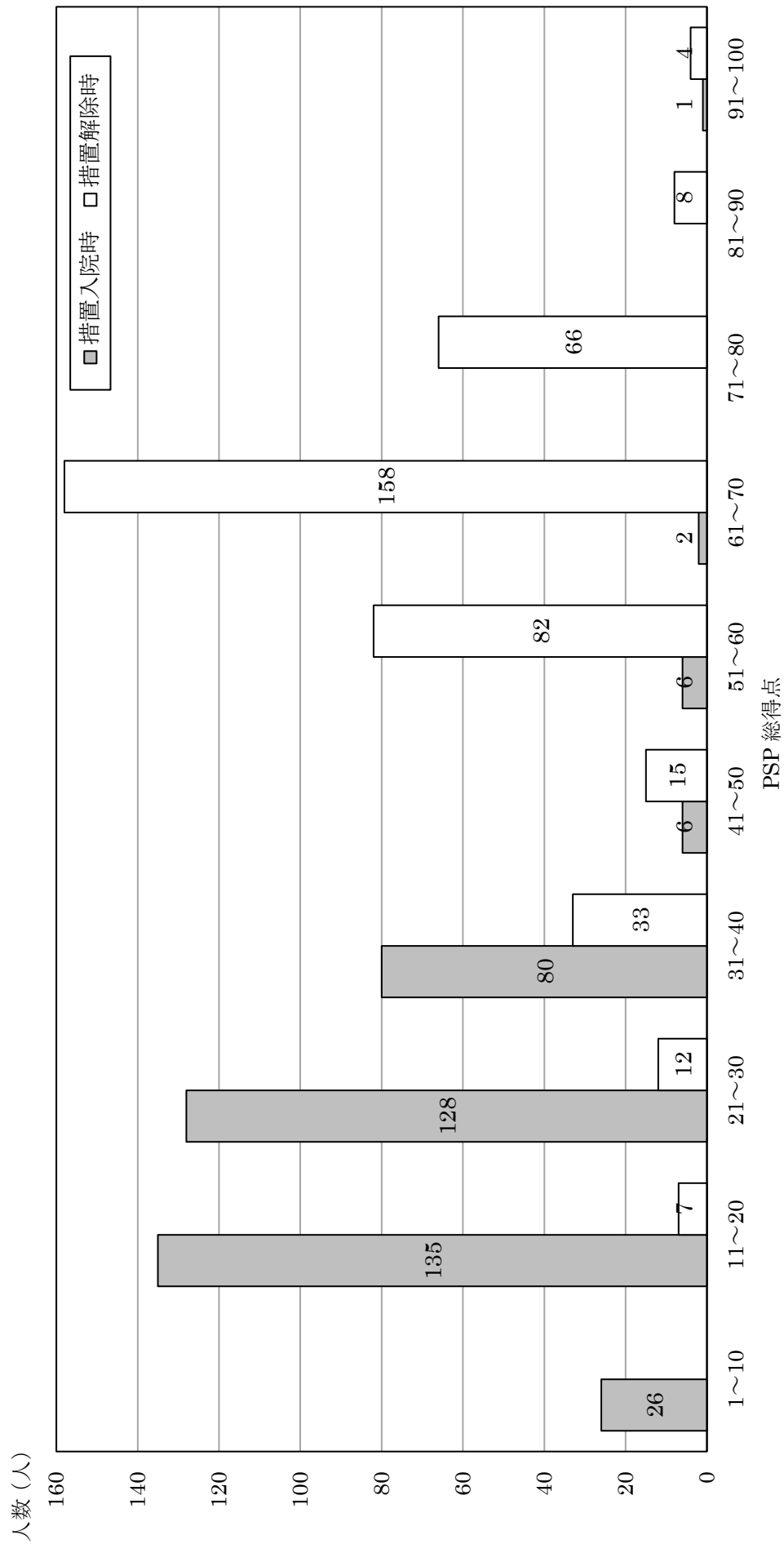


図1 PSP 総得点の分布の変化：措置入院時対措置解除時

表2 措置入院中のPSP総得点改善と背景因子（その1，平均値±標準偏差）

因子	あり	なし	検定*
性別			
男性	35.7±16.0	36.6±14.9	
通報の種別			
警察官通報	37.0±15.2	27.8±16.6	p=0.0008
治療歴			
治療歴	35.5±15.3	38.5±16.7	p=0.0383
入院歴	34.4±14.8	38.1±16.3	p=0.0079
措置入院歴	33.4±14.8	37.8±15.5	p=0.0092
措置要件			
自傷	38.7±16.8	34.5±14.9	p=0.0171
他害（対人）	36.3±15.9	35.6±15.4	
他害（対物）	37.1±14.5	34.8±17.4	
自傷のみ**	36.2±15.5	37.7±17.3	

*: Wilcoxon の順位和検定

**：措置要件が自傷行為のみの者と措置要件に他害行為を含む者の比較を行った

表3 措置入院中のPSP総得点改善と背景因子（その2）

因子	患者数	PSP 総得点改善幅 (平均値±標準偏差)
年齢		
29歳まで	63	33.4±18.0
30代	87	37.3±12.1
40代	103	36.4±16.4
50代	75	36.7±15.6
60代以上	57	35.9±16.1
ICD-10 精神科主診断		
統合失調症圏 (F2)	228	36.2±14.7
気分障害 (F3)	62	39.6±13.1
アルコール・薬物関連障害 (F1)	26	38.1±16.7
パーソナリティ障害 (F6)	14	37.9±17.4
発達障害 (F8)	13	32.8±22.7
器質性精神障害 (F0)	20	28.2±20.4
その他	22	30.8±17.1

表 4 措置入院中の PSP 総得点改善と背景因子 (その 3)

因子	患者数	措置入院時評点 (平均値±標準偏差)	措置解除時評点 (平均値±標準偏差)	改善幅 (平均値±標準偏差)
ICD-10 精神科主診断				
器質性精神障害 (F0)	20	23.5±8.6	51.7±20.4	28.2±20.4
アルコール・薬物関連障害 (F1)	26	22.0±6.8	60.1±15.1	38.1±16.7
統合失調症圏 (F2)	228	24.1±9.7	60.3±13.3	36.2±14.7
気分障害 (F3)	62	24.9±11.0	64.2±11.3	39.6±13.1
パーソナリティ障害 (F6)	14	29.1±5.8	67.1±16.3	37.9±17.4
発達障害 (F8)	13	17.6±6.2	50.5±21.0	32.8±22.7
その他	22	26.2±4.0	57.0±19.8	30.8±17.1

措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 (3)

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 複数回措置入院歴のある精神障害者の現状把握に関する検討

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター）、牛島一成（沼津中央病院）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、大塚達以*（宮城県立精神医療センター）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）、奥野栄太（国立病院機構・琉球病院）、木崎英介（大泉病院）、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）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、鈴木 亮（宮城県立精神医療センター）、酢野 貢（石川県立高松病院）、田崎仁美（栃木県立岡本台病院）、朝倉為豪（栃木県立岡本台病院）、戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター）、富田真幸（大泉病院）、中西清晃（石川県立高松病院）、中濱裕二（長崎県精神医療センター）、中村 仁（長崎県精神医療センター）、平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院）、松尾寛子（長崎県精神医療センター）、宮崎大輔（長崎県精神医療センター）、山田直哉（八幡厚生病院）、横島孝至（沼津中央病院）、吉川 輝（岡山県精神科医療センター）、吉住 昭（八幡厚生病院）、芳野 昭文（宮城県立精神医療センター）、渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）
（* 論文執筆者）

要旨

【背景】措置入院を繰り返すことは、本人自身にとってもまた家族にとって様々な負担があると考えられ、措置入院を繰り返すことを予防することは重要である。これまでも措置入院の再入院率の高さが指摘されており、再入院のリスク因子として過去の入院歴の報告がある。しかし、これまで措置入院の実態調査は限定的であるため措置入院患者の入院前の治療状況や再措置入院率については不明な点が多く、またその関連要因についても十分に検討されてはいない。そこで、平成28年度より研究協力病院（11病院）に措置入院となった患者を対象とした前向きコホート研究（ProCessors研究）を開始し、措置入院患者の実態調査を行っている。

【方法】本報告では、全エントリー患者504例のうち、過去の治療歴の情報がある患者469例を解析対象として、治療歴によって4群（治療歴なし、入院歴なし、措置歴なし、措置歴あり）に分け、過去に措置入院歴がある群を複数回措置入院群として、措置入院に関する診断書および社会機能を評価するPSP得点から得られる情報をもとに、その特徴を抽出し関連する因子の検討を行った。

【結果】過去の措置入院歴についての調査から、全体の約4分の1の患者に過去に措置入院歴があり、そのうち7割強が2年間に2回以上措置入院を繰り返している実態が明らかになった。複数回措置入院群では、男性の割合が多く、自傷行為が少なく人に対す

る他害行為が多く、精神症状では連合弛緩がある割合が高いなどの特徴があったが、その他に措置入院歴あり群で特徴的な項目はなく、措置入院時の状態像については、過去の治療歴による差異は大きくなかった。一方で、PSPの下位項目では、不穏な・攻撃的な行動については4群で同等であったが、それ以外の下位項目である、セルフケア、社会的に有用な活動、個人的・社会的関係の3項目では、いずれも措置入院歴あり群で機能レベルが低い結果となっていた。

【結論】今回の実態調査から、2年間の間に複数回措置入院となっている患者が多く存在し、それらの患者では社会的機能レベルが低い可能性が高く、複数回の措置入院を予防するためには、地域におけるソーシャルサポートなど退院後のフォローアップ体制が重要であることが示唆された。本調査は、研究協力病院における措置入院の実態調査であるため患者に偏りがある可能性は否定できず、調査項目にも限りがあるため再入院に関連した因子を抽出することが難しいなど限界はある。現在、本コホート研究では、対象患者について再入院を含めた退院後の予後調査を行っており、その中で複数回措置入院に関連した因子が抽出されることが期待される。

A.研究の背景と目的

措置入院患者数は年々増加しており、その背景には様々な要因があると考えられるが、措置入院患者において過去の入院歴（措置入院歴）や再入院率の高さが指摘されており、措置入院を繰り返している群が措置入院数の増加の一因である可能性がある。しかし、これまで措置入院の実態についての調査は限定的であり¹⁾²⁾、その詳細については不明な点が多く、複数回措置入院患者の実態について不明な点が多く、その関連要因についても十分には検討が行われていない。

そのような中、平成28年度より開始された措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究（ProCessors研究）³⁾⁴⁾では、全国で11の研究協力病院に措置入院となった患者について検討を行い、措置入院の実態調査を行っている。昨年の中間報告⁴⁾では、全国9つの研究協力病院に措置入院となった436例を対象として、措置入院回数について調査し、98例で過去に措置入院歴があり、そのうち過去2年間に2回以上（調査エンタリー時の措置入院も含めると3回以上）措置入院をしている患者は53例であった。つま

り、半数以上が2年の間に2回以上の措置入院を繰り返しており、これは全体の12.3%であった。これら中間調査の結果からは、約4分の1の患者で2回以上措置入院となっており、悉皆調査ではないため対象者に偏りが生じている可能性はあるものの、措置入院を繰り返している患者群の存在が明らかにされている。

措置入院を繰り返している患者自身にとってもまたその家族にとっても様々な面での負担が大きく、措置入院を繰り返す患者やその家族に対する必要な介入やサポートについて検討することが重要であると思われる。具体的な介入やサポートを検討する上で、措置入院を繰り返している群の実態を知る必要があるが、その頻度も含めてこれまでに実態調査は行われていない。そのため、措置入院を繰り返す群がどの程度存在するのかを調査し、またその特徴を明らかにする必要がある。そこで、今回、研究協力病院に措置入院した患者の措置入院の診断書の情報をもとに、実態調査を行った。

B.方法

研究方法：措置入院となった精神障害者の前

向きコホート研究 (ProCessors 研究)。

対象者：2016年5月16日から2019年9月30日までに研究協力病院（11病院）に措置入院及び緊急措置入院となった患者（504例）のうち、治療歴の情報に欠損がない469例を対象とした。

研究協力病院：栃木県立岡本病院、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、宮城県立精神医療センター、大泉病院、岡山県精神医療センターの11病院。

調査項目：措置入院に関する診断書から得られた、性別、年齢、精神科治療歴（治療歴の有無、過去の精神科入院回数、過去の措置入院回数など）、申請等の形式、入院時点の主たる精神障害、重大な問題行動 AB（自傷の有無、他害対人の有無、他害対物の有無）、現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像、入院時 PSP 得点。

調査期間：2016年5月16日からコホートを開始し、現在追跡調査を継続中。エントリーは2019年9月30日に終了。

倫理的配慮：長崎県精神医療センター内研究倫理審査委員会による承認を得た（承認日：2016年4月15日）。

臨床試験登録：UMIN 試験 ID: 000022500

統計解析／分析方法：対象者を過去の治療歴により4群（治療歴のない群：治療歴なし群、過去に治療歴はあるが入院歴がない群：入院歴なし群、過去に入院歴はあるが措置入院歴がない群：措置入院歴なし群、過去に措置入院歴がある群：措置入院歴あり群）に分け、調査項目につき比較検討を行う。さらに、過去2年間に措置入院となった群の調査

項目上の特徴を抽出する。

なお、本研究では、措置入院を繰り返す患者の背景や臨床的特徴などを抽出していくことを目的としているが、繰り返す入院の定義が曖昧であるため、過去に措置入院歴があり、本調査時点での措置入院も加えて、過去2年間に2回以上措置入院をしている群を複数回措置入院歴あり群と呼ぶこととした。

C.結果／進捗

過去の治療歴別の人数（図1）は、治療なし群が97例、入院歴なし群が133例、措置入院歴なし群は121例、措置入院歴あり群は118例であった。なお治療歴及び入院歴の情報がないものが35例あり、内訳は、治療歴の情報がないもの5例、治療歴はあるが入院歴の情報がないもの8例、入院歴はあるが措置入院歴の情報がないもの22例であった。

性別（図2）：男性の割合は、治療歴なし群は61.9%、入院歴なし群は57.9%、措置入院歴なし群57.0%、措置入院歴あり群72.0%であり、措置入院歴あり群において、他の群に比べて男性の割合が高かった。

年齢（図3）：全体の平均年齢は、45.3±15.3歳であった。各群の平均年齢は、治療歴なし群は48.5±19.2歳、入院歴なし群が43.0±15.7歳、措置入院なし群が44.5±13.5歳、措置入院歴あり群が46.0±12.6歳で、統計学的な有意差は認めなかった。10歳毎の年代別の人数分布では、治療歴なし群では40歳代と60歳代に2峰性にピークがあり

（23.7%、16.5%）、入院歴なし群では30歳代にピークが（27.1%）、措置入院歴なし群では40-50歳代にピークがあり（28.1%、24.8%）、措置入院歴あり群では40歳代にピーク（31.4%）があり30歳代（21.2%）と50歳代（21.2%）が同数であった。

主診断（図4）：全体ではF2が61.3%を占め、4群ともF2の割合が最多であり（60.8%、52.6%、66.9%）、特に措置入院なし群でF2の割合が高かった。主診断においては、措置入院歴あり群に特徴的な診断群はなかった。

措置入院の申請等の形式：全体では警察官通報が425例（90.6%）とほとんどを占めており、4群とも同様の傾向は見られたが、検察官通報は措置入院あり群が7.6%と他の3群に比べて割合が高かった（4.1%、5.3%、4.1%）。

重大な問題行動（図5）：自傷を認めた割合は、治療歴なし群で30.9%、入院歴なし群で36.1%、措置入院歴なし群で27.3%、措置入院歴あり群で18.6%と、措置入院歴あり群では自傷を認める割合が一番低かった。一方他害については、人に対する他害を認めた割合は、治療歴なし群で73.2%、入院歴なし群で72.9%、措置入院歴なし群で69.4%、措置入院歴あり群で83.1%であり、また物に対する他害を認めた割合は、治療歴なし群で48.5%、入院歴なし群で45.1%、措置入院歴なし群で53.7%、措置入院歴あり群で68.6%であり、措置入院歴あり群で他害を認めた割合が高く、特に人に対する他害の割合が高かった。

現在の精神症状：全体では、衝動行為ありの割合が76.1%（71.1%、78.9%、75.2%、78.0%）と最も高く、次に易怒性・刺激性亢進ありの割合が72.7%（67.0%、76.7%、70.2%、75.4%）、妄想ありの割合が69.7%（71.1%、63.2%、73.6%、72.0%）、興奮ありの割合が65.0%（64.9%、66.2%、62.8%、66.1%）、幻聴ありの割合が45.0%（38.1%、39.1%、52.9%、49.2%）の順で割合が高く、4群で有意な差は認めなかった。4群間で、措置入院歴あり群で割合が高かつ

たのは連合弛緩で、36.4%で認められ、他の3群（18.6%、21.8%、25.6%）よりも有意に割合が高かった。

その他の重要な症状：てんかん発作は全体で1.9%と少なかったが、措置入院歴あり群で4.2%と割合が高かった。自殺念慮は全体では17.1%で認められていたが、措置入院歴あり群では7.6%と他の3群よりも割合は低かった（11.3%、26.3%、20.7%）。物質依存は全体では6.4%で、4群とも大きな違いはなかった（6.2%、3.8%、9.1%、6.8%）。

問題行動等：措置入院歴あり群では暴言ありの割合が63.6%と他の3群よりも高かった（52.6%、50.4%、47.9%）。

現在の状態像：幻覚妄想状態は全体では63.8%が呈しており、4群間での差異は認めなかった（61.9%、54.9%、70.2%、68.6%）。精神運動興奮状態であった割合は、全体では60.6%で、4群とも同等の割合であった（62.9%、62.4%、59.5%、57.6%）。

入院時PSP得点（図6）：PSP総得点では、集中的支援や管理が必要な機能レベル（0-30点）の割合は全体では67.2%と高く、4群では入院歴なし群の69.2%、措置入院歴あり群の68.6%、措置入院歴なし群の65.3%、治療歴なし群の64.9%の順であった。一方で、PSPの下位項目の結果について、重度及び最重度の割合は、セルフケアでは、治療歴なし群で25.8%、入院歴なし群で35.3%、措置入院歴なし群で27.3%、措置入院歴あり群で35.6%、社会的に有用な活動では、治療歴なし群で34.0%、入院歴なし群で42.1%、措置入院歴なし群で43.0%、措置入院歴あり群で46.6%、個人的・社会的関係では、治療歴なし群で44.3%、入院歴なし群で46.6%、措置入院歴なし群で47.9%、措置入院歴あり群で

50.0%、不穏な・攻撃的な行動では、治療歴なし群で 63.9%、入院歴なし群で 67.7%、措置入院歴なし群で 60.3%、措置入院歴あり群で 64.4%であった。不穏な・攻撃的な行動が重度及び最重度の割合は入院歴なし群が一番高かったが、他の 3 項目については、措置入院歴あり群で他の 3 群に比べて最も高くなっていた。

精神科入院歴（図 7）：精神科入院回数は、措置入院歴なし群で、1 回が 33.9%、2 回以上が 59.5%、不明が 6.6%であり、本調査の入院日から過去 2 年間に限った入院回数では、なしが 20.7%、1 回が 24.8%、2 回以上が 17.4%、不明が 37.2%であった。また措置入院歴あり群の精神科入院回数は、1 回が 12.7%、2 回以上が 83.1%、不明が 4.2%であり、過去 2 年間に限った入院回数は、なしが 13.1%、1 回が 41.4%、2 回以上が 36.4%、不明が 23.7%であった。さらに、措置入院歴あり群について、過去の措置入院歴については、1 回が 57.6%、2 回以上が 37.3%、不明が 5.1%であり、過去 2 年間に限った場合、なしが 20.3%、1 回が 46.6%、2 回以上が 7.6%、不明が 25.4%であり、半数以上が 2 年間の間に本調査の措置入院も含めて 2 回以上措置入院をしている結果であった。

過去 2 年間に本調査の入院も含め 2 回以上措置入院となった群の特徴：措置入院歴あり群 118 例のうち過去 2 年間の措置入院回数の情報があつた患者数は 88 例（74.6%）であった。そのうち過去 2 年間に措置入院歴がない者は 24 例、1 回が 55 例、2 回以上が 9 例であり、本調査も含めて過去 2 年間に 2 回以上措置入院となっている複数回措置例は 64 例（72.7%）であった。これらの内訳は、男性の割合は 75%、40 歳代が 32.3%と最多で 30 歳代が 26.6%であった。主診断では多い順に、F2 が 60.9%、F3 が 15.6%、F1 が 9.4%、F0 が 7.8%であった。自傷を認めた割

合は 18.8%、人に対する他害を認めた割合は 82.8%、物に対する他害を認めた割合は 75%であった。PSP 総得点では集中的支援や管理が必要な機能レベル（0-30 点）の割合は 71.9%であった。PSP の下位項目の結果について、重度及び最重度の割合は、セルフケアでは 40.6%、社会的に有用な活動では 48.3%、個人的・社会的関係では 53.1%、不穏な・攻撃的な行動では 67.2%であった。

D. 考察

本調査では、全国 11 の研究協力病院に措置入院となった患者 504 例のうち、過去の精神科治療歴の情報のある 469 例を解析対象とし、措置入院に関する診断書および社会機能の評価である PSP からの情報を用いた実態調査を行った。また複数回措置入院となっている患者群の特徴を抽出する目的で、過去の治療歴・入院歴に着目して、4 群に分けて検討を行った。

過去の措置入院歴についての調査から、全体の約 4 分の 1 の患者に過去の措置入院歴があり、7 割強が 2 年間に 2 回以上措置入院を繰り返している実態が明らかになった。小山らの急性期治療病棟退院患者の報告では、退院後 6 ヶ月以内再入院は 24.1%であったとの報告⁵⁾、また内山らの統合失調症退院患者の 1 年以内の再入院率は 33.4%であったと報告⁶⁾し、高木らはスーパー救急病棟に入院となった統合失調症患者の退院後の再入院率を調査し、退院後 1 年以内の再入院率は 31%との報告⁷⁾がある。本調査とは、追跡期間や背景因子が異なるため単純に比較はできないが、2 年以内の再入院率が 7 割を超えていることは非常に高いと考えられ、複数回措置入院患者の特徴について検討する必要がある。

そこで今回、治療入院歴によって 4 群に分けて措置入院歴あり群の特徴について検討を行った。性別では男性の割合が多く、措置要件では自傷行為が少なく人に対する他害行為が多く、精神症状では連合弛緩がある割合が

高いなどの特徴があったが、その他に措置入院歴あり群で特徴的な項目はなく、措置入院時の状態態としては、過去の治療歴による差異はあまりないと考えられた。措置入院の診断書から得られる情報は基本特性に加えて入院時の精神状態や問題行動に限られているため、複数回措置入院となっている患者の特徴を抽出するためには限界がある。これまでの報告から、非自発的入院のリスク因子として、男性、未婚、独居などの社会的関係の希薄さが指摘されており⁸⁹⁾、生活環境やサポートなどの社会的要因なども含めた、様々なレベルでのリスク因子の検討が必要であると思われる。

今回の調査では、措置入院に関する診断書の情報以外に、本人の社会機能を評価することができる PSP による調査も行った。入院時の精神症状を反映する不穏な・攻撃的な行動については4群で同等であり、これについては今回の調査が措置入院患者を対象としているという特性上予想通りと考えられる。一方で、それ以外の下位項目である、セルフケア、社会的に有用な活動、個人的・社会的関係の3項目では、いずれも措置入院歴あり群で機能レベルが低い結果となっており、人とのつながりが希薄で地域社会で孤立し、日常生活におけるサポートを要している可能性がある。これも入院時の調査ということで情報には限界はあるが、複数回措置入院のリスク因子を検討する際に、社会的要因が重要であることが示唆された。

本研究から、複数回措置入院となっている患者群の多くが、措置入院退院後に短い期間で再度措置入院になっている実態が明らかとなった。また複数回措置入院となっている患者では、社会機能レベルが低いことが多く、地域におけるソーシャルサポートなど退院後のフォローアップ体制が重要であることが示唆された。

本報告は、ProCessors 研究のエントリー時の情報に基づく結果をまとめたものであ

り、後方視的な調査であった。現在、本コホート研究では入院患者を追跡し入院期間中及び退院後の予後調査を行っており、前向きコホート研究の中で複数回措置入院に関連した因子が抽出されることが期待される。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 吉住昭、稲垣中、瀬戸秀文、他：医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法による対応に関する研究．（その4）措置入院となった精神障害者の治療転機に関する後ろ向きコホート．厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）重大な他害行為を起こした精神障害者の適切な社会推進に関する研究．平成24年度分担研究報告書．p119-124,2012.
- 2) 吉住昭、瀬戸秀文、稲垣中、他：措置入院となった精神障害者の治療転機に関する後ろ向きコホート研究．（その1-1）警察官通報調査との対比ならびに治療継続状況等に関する検討．厚生労働科学研究補助金（障害者対策総合研究事業）医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究．平成25年度～平成26年度総合研究報告書．pp45-51,2014.
- 3) 瀬戸秀文、稲垣中、島田達洋、他：措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究 その1（1）措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する前向きコホート研究：措置入院中の精神障害者の社会機能に関する検討．厚生労働

- 働行政推進調査事業 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）精神障害者の地域活動支援を推進する政策研究. 平成 30 年度分担研究報告書 .
（ <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDDO0.do?resrchNum=201817040A>）
- 4) 瀬戸秀文、稲垣中、大塚達以、他：措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究 その 1（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. 厚生労働行政推進調査事業 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）精神障害者の地域活動支援を推進する政策研究. 平成 30 年度分担研究報告書.
（ <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDDO0.do?resrchNum=201817040A>）
- 5) 小山明日香、石田重信、丸岡隆之、他：精神科急性期治療病棟退棟患者の特徴と患者の再入院を予測する要因. 臨床精神医学 2004;33(11):1501-1507.
- 6) 内山直樹、池野敬、栗原竜也、他：統合失調症退院患者の再入院に関わる因子の検討. 精神医学 2012;54(12):1201-1207.
- 7) 高木学、吉村文太、耕野敏樹、他：岡山県精神医療センタースーパー救急病棟における統合失調症の治療. 臨床精神薬理 2010;13:943-655.
- 8) van der Post L. F. M., Mulder C. L., and Peen J., et. al.: Social Support and Risk of Compulsory Admission: Part IV of the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. Psychiatr Serv 2012;63(6):577-83.
- 9) Hustoft K., Larsen T. K., and Auestad B., et. al.: Predictors of Involuntary Hospitalizations to Acute Psychiatry. Int J Law Psychiatry 2013;36(2):136-43.

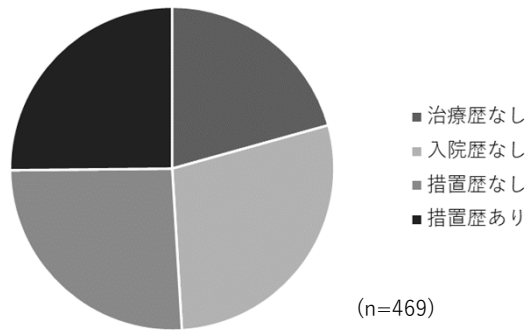


図1 治療・入院歴

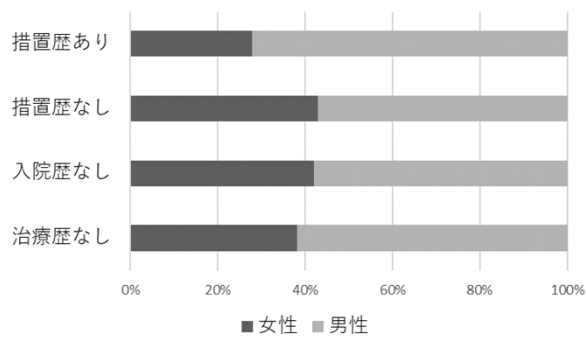


図2 性別 (n=469)

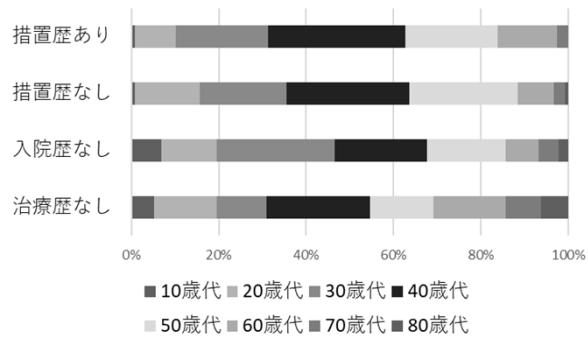


図3 年代 (n=469)

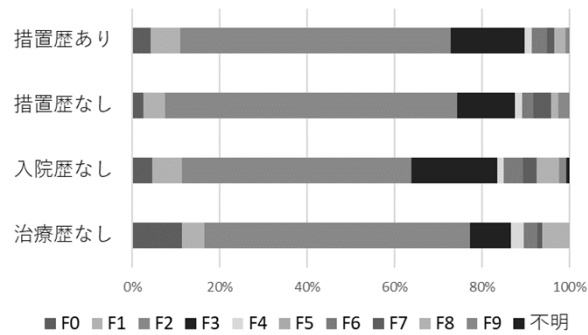


図4 主診断 (n=469)

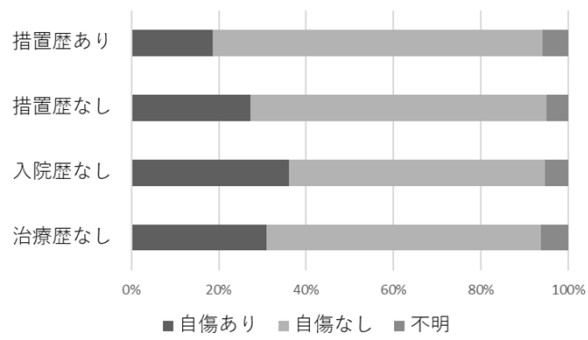


図 5 - 1 自傷行為 (n=469)

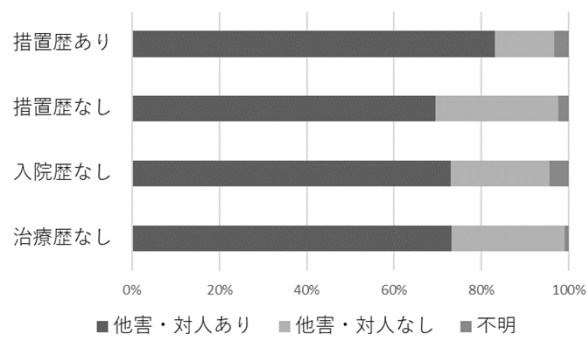


図 5 - 2 他害行為 (対人) (n=469)

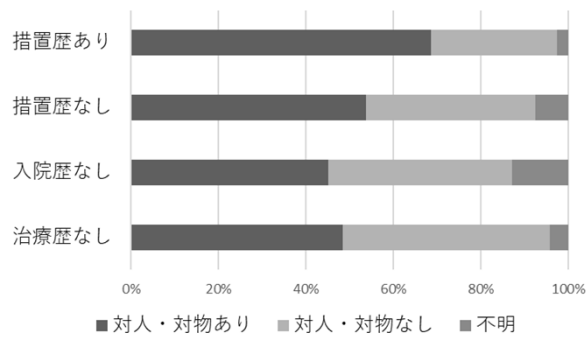


図 5 - 3 他害行為（対物） (n=469)

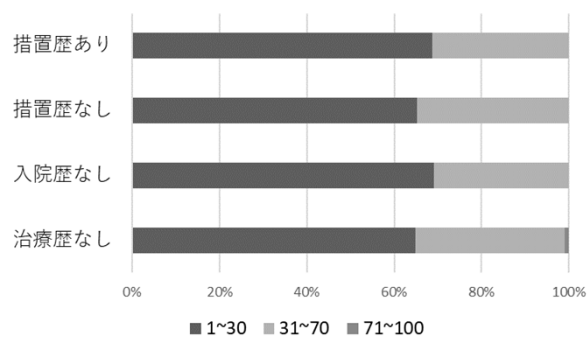


図 6 - 1 入院時PSP総得点 (n=469)

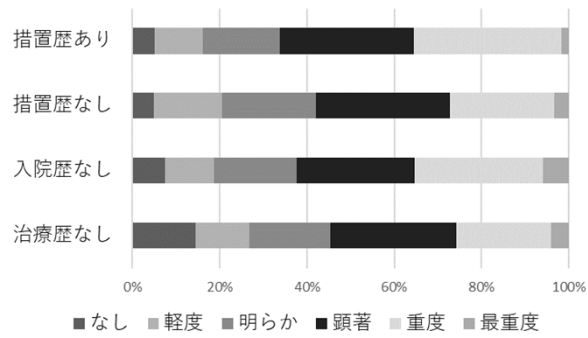


図 6-2 入院時PSP (セルフケア) (n=469)

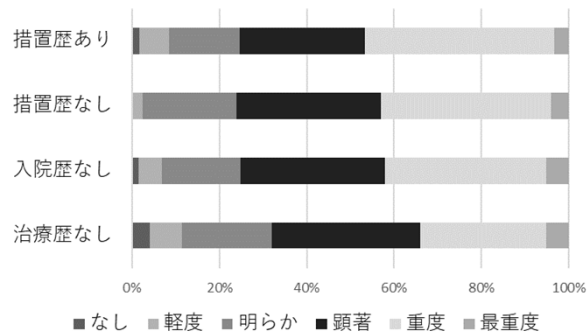


図 6-3 入院時PSP (社会的に有用な活動) (n=469)

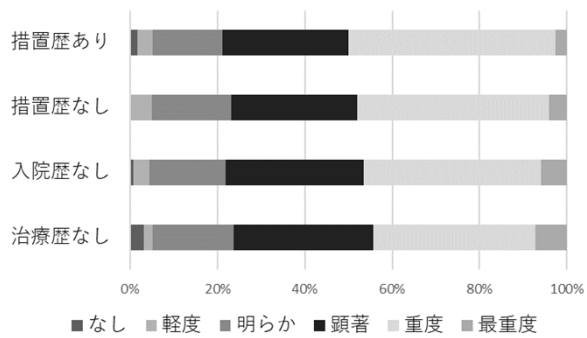


図 6-4 入院時PSP（個人的・社会的関係）（n=469）

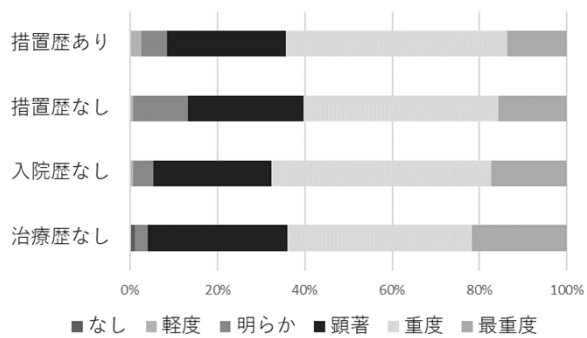


図 6-5 入院時PSP（不穏・攻撃的な行動）（n=469）

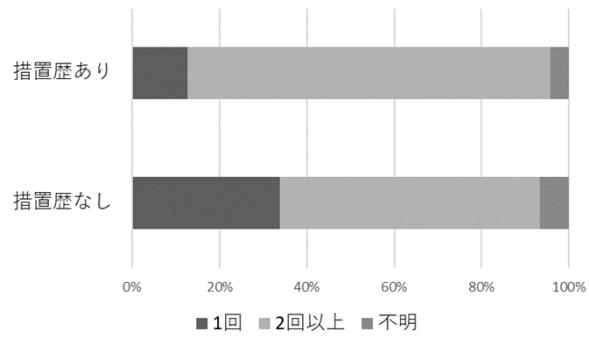


図 7 - 1 過去の入院回数 (n=239)

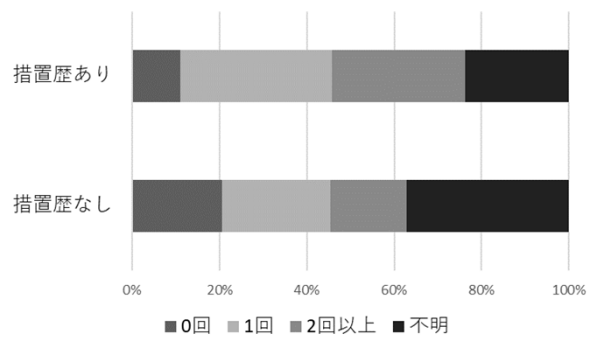


図 7 - 2 過去2年間の入院回数 (n=239)

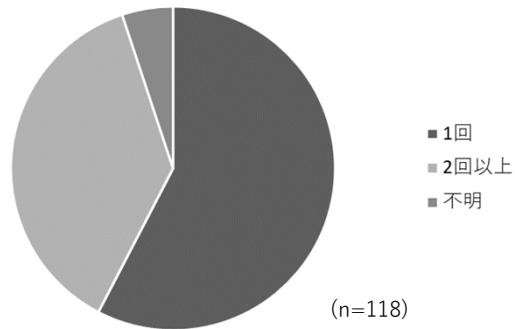


図 7 - 3 過去の措置入院回数

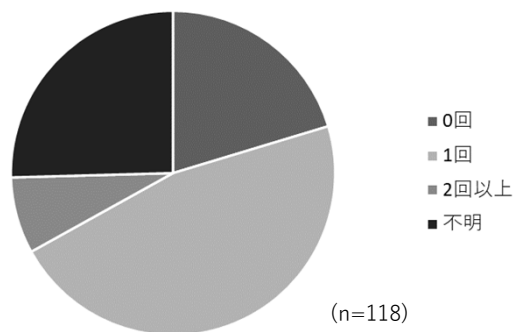


図 7 - 4 過去2年間の措置入院回数

措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 (4)

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 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

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター），岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター），牛島一成（沼津中央病院），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（宮城県立精神医療センター），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），奥野栄太（国立病院機構・琉球病院），木崎英介（大泉病院），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），島田達洋（栃木県立岡本台病院），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野 貢（石川県立高松病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），戸高 聰（国立病院機構・肥前精神医療センター），富田真幸（大泉病院），中西清晃（石川県立高松病院），中濱裕二（長崎県精神医療センター），中村 仁*（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），松尾寛子（長崎県精神医療センター），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（八幡厚生病院），横島孝至（沼津中央病院），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）
(敬称略・五十音順)

(* 論文執筆者)

要旨

【目的】ガイドラインが示される以前の措置入院となった精神障害者の退院時のケア会議の実施状況と退院後のサービスの利用状況について精査し、これまでの傾向について検討を行った。

【方法】2016年6月1日から2019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。

【結果】先行6施設における退院後1年調査では、計378例が対象となり、後発5施設では、106例が研究の対象となった。全484例のうち、252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1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。

【考察】ケア会議の重要性については、ある程度理解されており、前回報告時と比べ、実施状

況は 46%から 52%と増加している結果となった。サービス利用状況は訪問看護や保健師訪問などの在宅サービス利用者が多い。前回の報告時より大きな変化はみられていない。今後も他報告結果、参考文献等をもとに今後も継続した検討が必要である。

A. 研究の背景と目的

これまで措置解除者の退院後の支援については、入院先医療機関に委ねられており、行政の関与は明確には規定されていなかった。2018年3月に示された「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」（以下、「ガイドライン」）では地方公共団体は、措置入院者の退院後支援に関する計画を作成することとなり、その際、計画書の内容に関する会議を入院中に開催し、協議することとなった。しかし、従前、措置入院ののちに退院した患者については、退院時点でケア会議が行われたか、また退院後にどの程度のサービスを受けているかといった状況は、明らかではなかった。

このため、本研究では、ガイドラインが示される以前に措置入院した患者の退院時点でのケア会議の実施状況と退院後のサービスの利用状況について調査し、これまでの傾向について明らかにした。

B. 方法

1. 対象

この研究では、2016年6月1日から2019年9月30日まで、調査施設ごとに1年間ずつの調査機関を設定し、調査機関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、岡山県精神科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年後、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。

2. 調査内容

上記11機関に対し、医師記録や看護記録などカルテに記載してある事項に関して所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。

(1) 基本情報

①生年月日、②性別、③年齢、④措置入院日、⑤措置解除日、⑥退院日

(2) 退院1年後評価

- ①入院の有無・入院形態・入院回数
- ②他精神科病院での入院の有無・入院回数・措置入院の有無
- ③自病院での入院あるいは通院継続の有無・受診なしの理由
- ④生存確認
- ⑤ケア会議実施の有無・参加者
- ⑥サービス利用の有無・利用サービス内容
- ⑦帰住先

3. 調査の方法

11機関に対し、毎月調査票を送付し、転記の上、返送を求めるものとした。

4. 倫理的配慮

長崎県精神医療センター倫理委員会の審査を受け、2016年4月15日に承認を受けた。

5. 臨床試験登録: UMIN 試験 ID:000022500

C. 結果

1. 回答状況

すでに先行して退院後1年時調査を行っていた6施設において、前回報告から45例からの回答を得て、計378例の回答となった。また後発5施設では、51例の回答を得て、106の回答となり、全484例の回答を得た。

2. ケア会議の実施状況と参加者

484 例に対する回答のうち、退院時にケア会議を行った事例は 252 例（52.1%）であった。このケア会議実施者 252 例の会議に参加した者（複数回答）は、保健所の職員が 191 例（252 例の 75.8%）に参加している。次に本人 210 例（同 83.3%）、家族が 165 例（同 65.5%）、行政職員 130 例（51.6%）、相談支援事業所 54 例（21.4%）、施設職員 32 例（12.7%）、警察 1 例（0.4%）、不明 3 名（1.2%）、その他 51 例（20.2%）となっている（図 2）。その他の内訳として障害者自立支援センター職員、地域定着生活支援センター、地域包括支援センター、弁護士、退院後に通院する医師・精神保健福祉士、ACT 職員、児童相談所、教諭、教育委員会、職場の上司、社会福祉協議会、市町村社会福祉課、家庭裁判所調査官、訪問看護ステーションが上がっている。また、210 例で患者本人が参加している結果となった。

3. 退院後 1 年におけるサービスの利用状況

退院後 1 年におけるサービス利用状況として 403 例が回答した。受けていたと回答してあるものが 121 例（30.0%）、受けていないが 38 例（9.4%）であった。また、不明が 197 例（48.9%）、未記入が 42 例（10.4%）あった。サービスを利用していた 121 例の内訳として保健師訪問などの行政の直接サービスが 61 例（50.4%）、訪問看護 57 例（47.1%）、相談支援事業所などの相談系サービス 22 例（18.2%）、就労継続支援事業所などの就労系サービス 19 例（15.7%）、グループホームなどの住居系サービス 18 例（14.9%）、デイケア 15 例（12.4%）、地域活動支援センターなどの日中系サービス 3 例（2.5%）、その他福祉サービス 5 例（4.1%）、その他 13 例（10.7%）となっている。その他の内訳として ACT、AA（自助グループ）、支援学校、社会福祉協議会による金銭管理、市役所、周辺住民へのフォロー、ヘルパー、配食サービス、入院中の利

用している結果となった。

4. 措置入院者消退届の帰住先と行政の直接サービス利用状況について

本年度は、全 484 例について、帰住先とサービスの実施状況を概観した。その結果、同居が 135 例（27.9%）、単身が 52 例（10.7%）、施設が 15 例（3.1%）、その他が 104 例（21.5%）、空白が 180 例（37.2%）であった。また、行政による直接的なサービス利用状況は、同居で 14 名（10.4%）、単身 5 例（9.6%）、施設利用者 0 例（0.0%）、その他 37 例（35.6%）、空白において 5 名（2.8%）であった。

D. 考察

（1）ケア会議について

ケア会議の実施状況をみると半数以上が実施している状況となっている。ガイドラインが示される以前よりケア会議の重要性について認識されていた可能性が高いと考えられる。その一方で、ケア会議を実施していない場合も半数あることがわかっている。ケア会議を実施していない患者については、ケア会議を実施せずに退院となるケース、措置入院のまま転院するケースが考えられる。

参加者については、措置入院の法制度上、保健所（191 例：75.8%）や行政機関（94 例 51.6%）の参加が多い結果となっており、退院時のケア会議に参加していることから退院後の支援になんらかの支援を行っている可能性が高いことが考えられる。家族の参加も 252 例のうち 165 例（65.5%）と多く、家族からの支援の検討もしくは家族支援を行われている可能性が考えられる。しかし、患者本人が不在のケア会議が実施されている場合もあり、本人不在による支援の検討がなされている可能性があることも分かった。警察の関与についても 1 件に留まっている。

前回報告より実施件数は増加しているが、ケア会議の参加者は大きな変動はないものの、ケア会議の実施状況については、前回より 5

ポイント上昇し、半数を超える結果となった。

(2) サービス利用状況について

退院1年後におけるサービス利用状況として121例が利用していたと回答しており、61例(50.4%)が行政の直接的なサービスを利用していることがわかっている。措置入院の法制度上、行政機関が退院後も支援を継続していることが、示唆された。ガイドラインが示される以前より行政機関の関与および支援があっていたことが考えられる。行政機関の関与および支援については、保健師の訪問が考えられる。近隣とのトラブルなど行政機関の関与が必要となりうる患者が多い可能性も考えられる。また、訪問看護を利用している事例も57例あり、その他の内訳にもACTや配食サービス、ヘルパーなど訪問系のサービスを利用していることがわかった。

その一方で就労継続支援事業所のような就労系、デイケア、地域活動支援センターのような日中系のサービスの通所サービスを利用している事例は少ない結果となった。しかし、通所サービス利用については、サービスが充足している地域や不足している地域等の問題もあると思われ、行政機関等の地方公共団体の支援が必要となっている可能性が考えられる。

(3) 措置入院者消退届の帰住先と行政の直接サービス利用状況について

今回、措置入院者消退届の帰住先と行政の直接サービス利用状況についても概観した。家族と同居をしていますが、単身生活であっても、行政からの直接サービスの利用を受けていた。したがって、家族と同居しているために行政の直接サービスが行われていないとは言えず、同居の有無は、行政の直接サービス利用に影響はないと考えられる。しかし、措置入院者消退届の帰住先記入については、都道府県で指導内容が異なるため、その他の群で行政からの直接サービスが多いこととなっ

ているが、措置解除後に即退院とならない事例において行政の直接サービスが多い可能性も考えられる。また、消退届の帰住先については、あくまでも帰住先であり、家族等との関係性などについては、考慮されていないことも併せて考えておく必要がある。

本研究は、先行6施設の調査開始後にガイドラインが発出されたため、先行6施設については1年後調査、後発5施設は、退院時に調査を行っている前提の相違がある。このため、ケア会議の実施状況の確認、利用しているサービス状況を明確にすることを目的としており、それは概ね達成できている。しかし、サービス利用状況の詳細や属性との関連については十分明らかにできておらず、今後、全国のケア会議等サービス利用状況の実態等も考慮しながら、さらなる精査が必要であると考える。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

準備中

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他 なし

文献

1) 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に関するガイドライン」について

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1

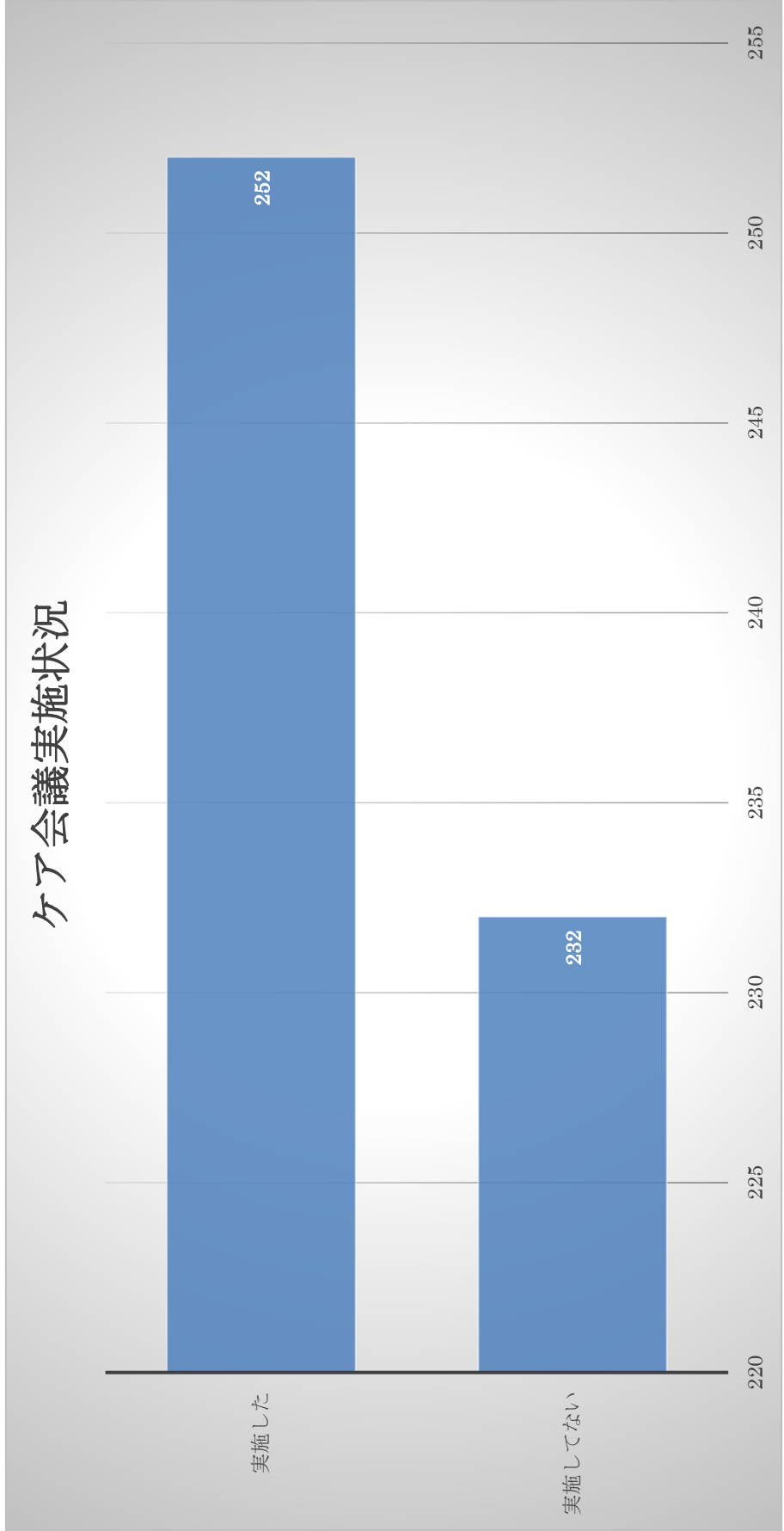
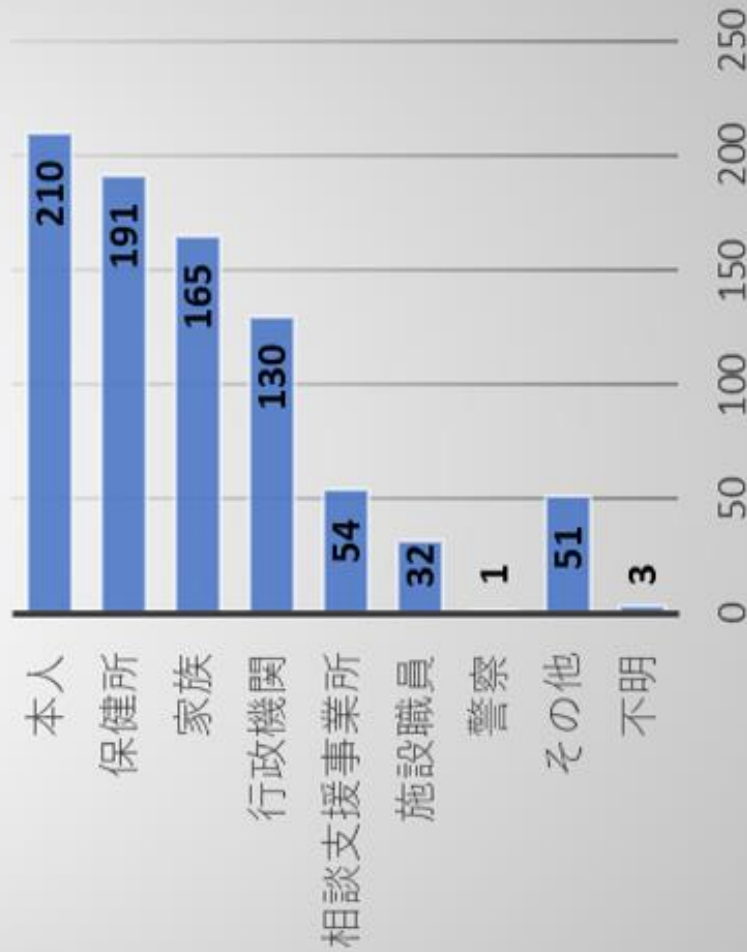


図 2 ケア会議の実施状況

ケア会議参加者



その他の内訳

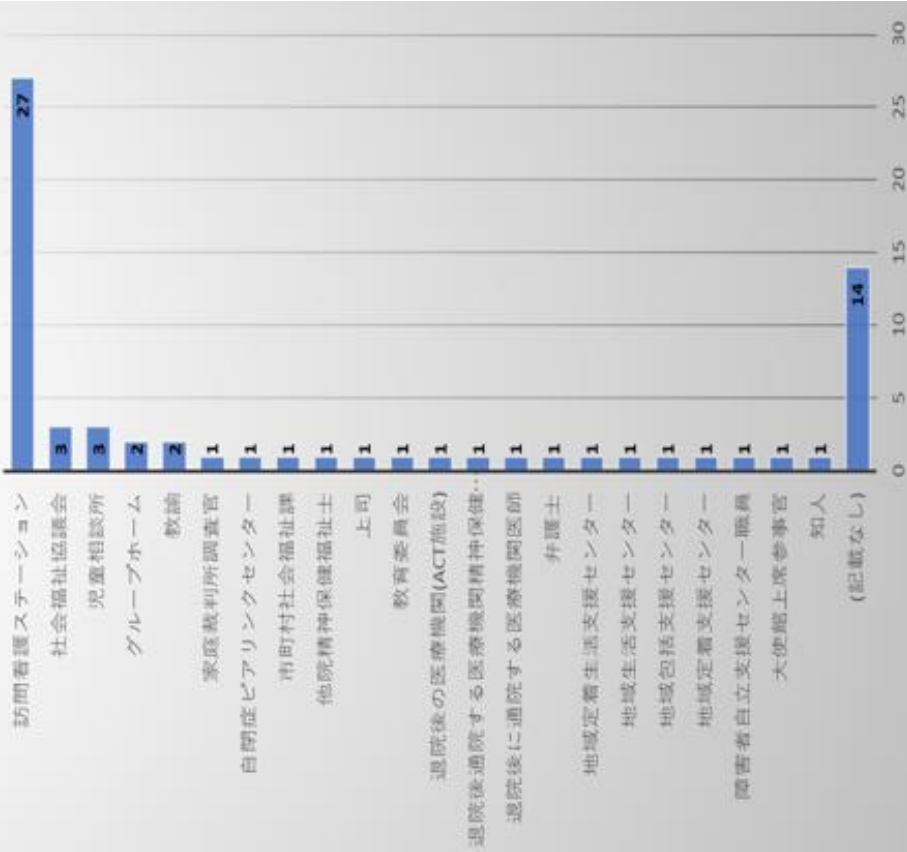


図3 ケア会議参加者

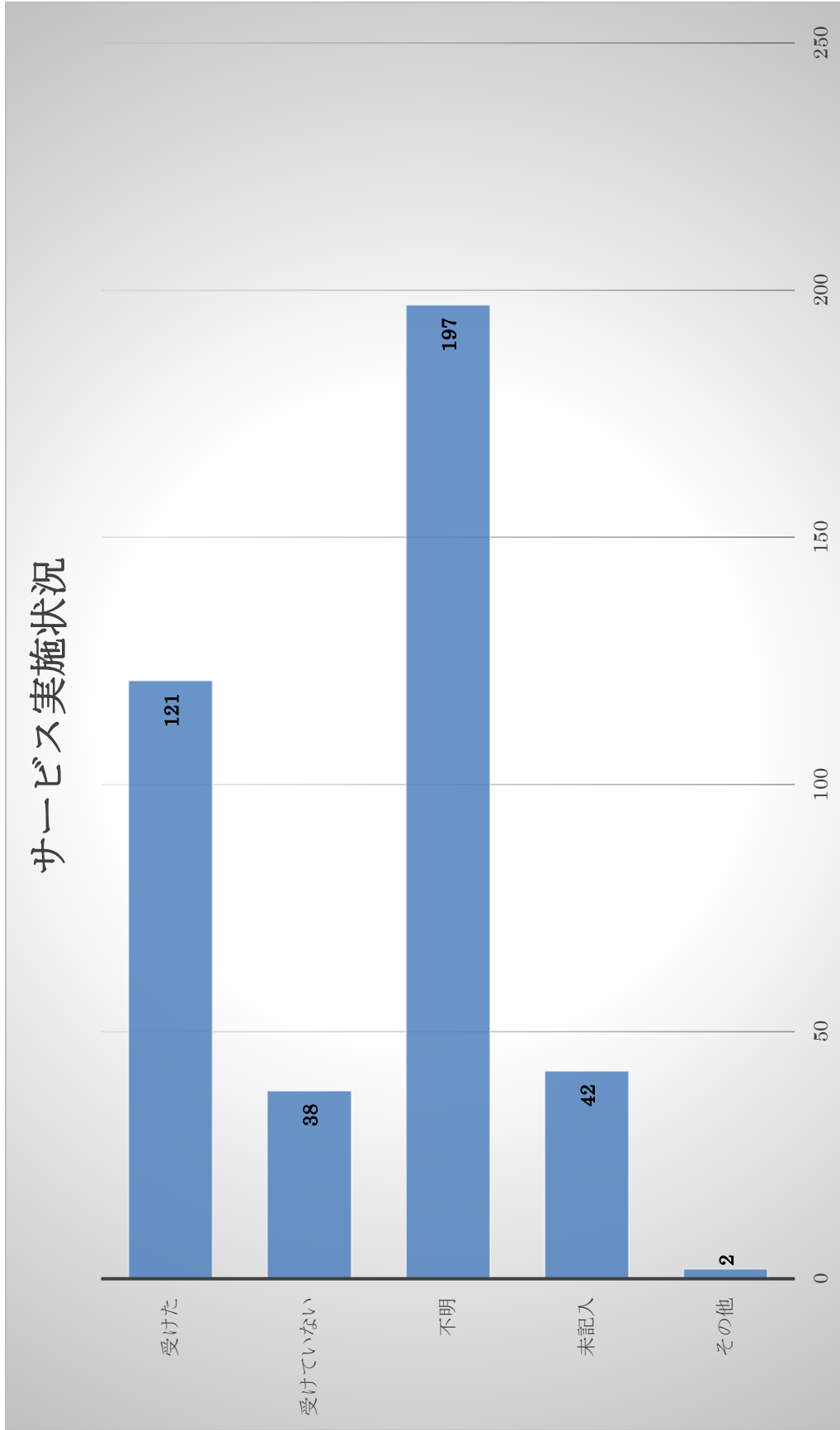


図 4 退院後 1 年後のサービス利用状況

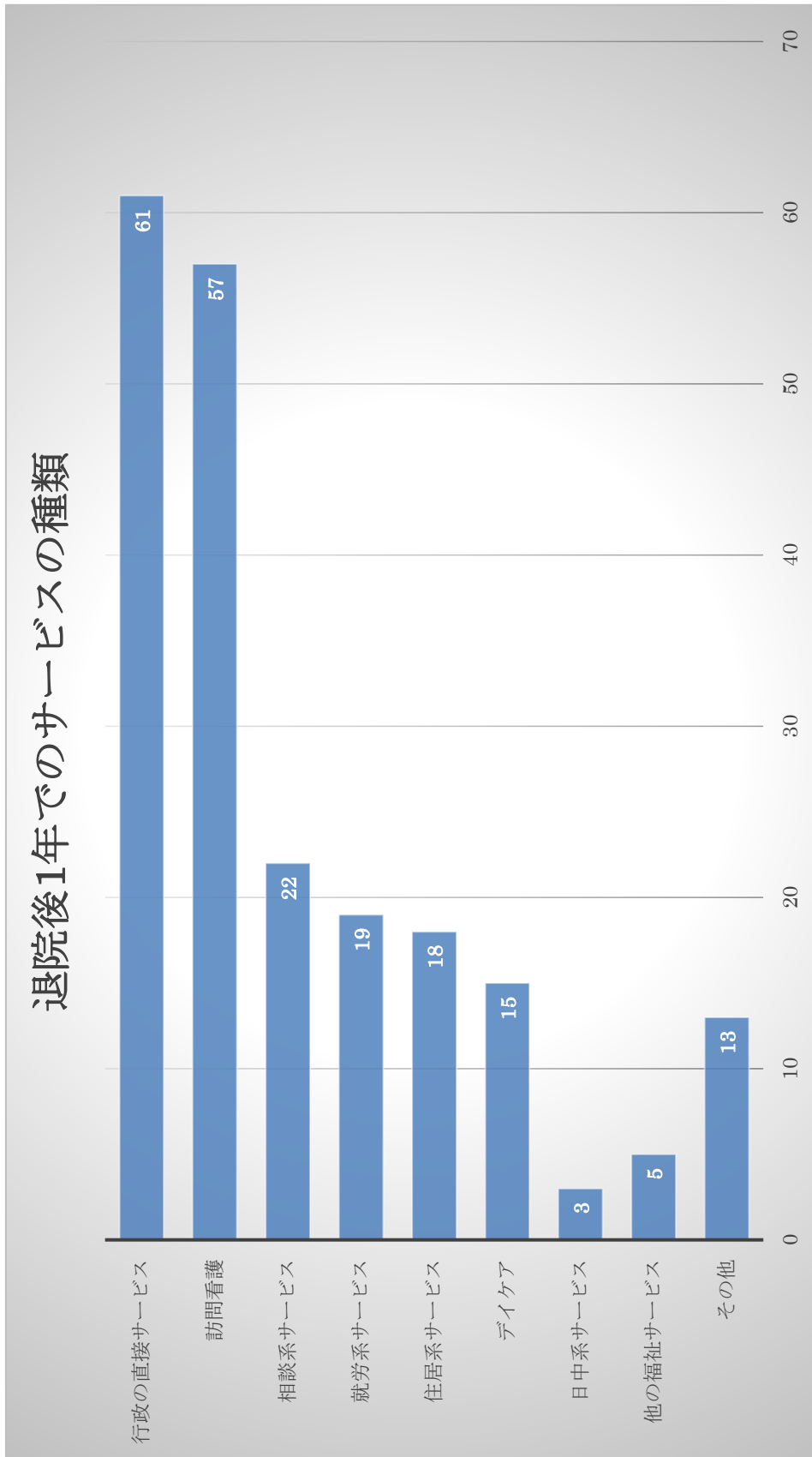


図5 退院後1年でのサービス利用の種類

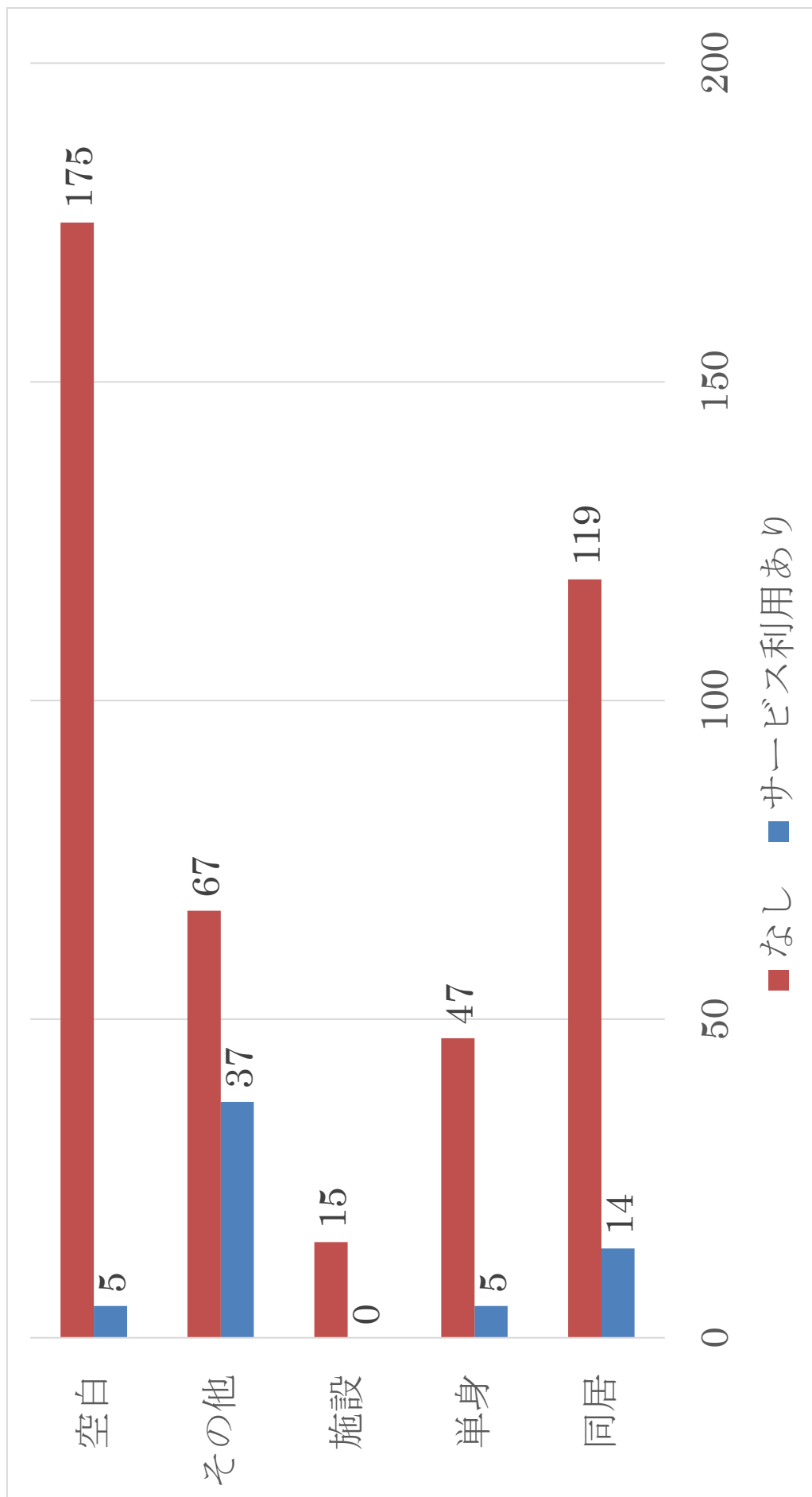


図6 消退届の帰住先と行政の直接サービス利用状況

措置通報および措置入院の実態に関する研究 その2

措置入院患者における他科との連携を要する医療の 実態調査アンケートの作成

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：小口芳世*（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）

(* 論文執筆者)

要旨

【目的】措置入院患者における他科との連携を要する医療の実態を調査する。

【方法】上記調査を行うために直近5年分の措置入院患者において、病院機能別に①他科との協働を要する精神科治療の現状、②身体合併症が生じた措置入院患者の受け入れの現状、生じた身体合併症の内容、身体合併症が生じた際の措置入院患者の処遇に関するアンケートを作成する。また、本アンケートを用いて予備調査を行った上で、対象施設を拡充し本調査を行う方針とした。

【結果】単科精神病院、総合病院精神科、双方の機能を有する病院を対象に①-②に関するアンケートを作成した。なおアンケートの調査内容の確定した上で、今後、本学の倫理委員会に諮る予定である。

【考察】措置入院は社会的に注目されており、ガイドラインが策定されてはいるが、他科との連携を要した場合の措置患者の対応に関しては不明である。先行研究においても受け入れに難渋している否定的見解は6割にのぼる。措置入院患者における他科との連携を要する医療の実態を明らかにして、問題点を把握し、何を整備する必要があるのかを調査していくことが急務である。

A.研究の背景と目的

2018年度、本研究班では、著者が所属する総合病院（大学病院）における措置入院患者の実態調査を行った。2013年度-2019年2月22日までの間に当院に措置入院になった者は8名おり、その一部に他科との協働を要する精神症状の治療や身体合併症加療目的で当院に転院するケースがみられた。

措置入院患者は一般的に精神症状としては自傷他害のおそれがあるとされた重症の患者が多いが、その一方で、身体的に重症となるケースは少なくない。

1997年に厚生省（当時）より委託され日本精神病院協会にて行われた調査によると、「措置患者の身体合併症対応」に関して、その地域において転院先が決定しているかを594の指定病院に問うたところ、「決まっているから困らない」と回答した病院は32%にとどまった¹⁾。

現場では措置入院者に身体合併症が発生した場合の処遇に苦慮している例は他にもあると考えられ、これらの問題を整理するために措置入院患者における他科との連携を要する医療の現状を把握すべく、各医療機関宛への

アンケート調査票を作成するに至った。

B.方法

近年の措置入院患者の動向を探る目的から、対象者を2015年4月1日から2020年3月31日までの5年間に限定した。アンケートはGoogleフォームでWeb回答できるように設定した。回答に際しては、アンケートへの回答を以って同意とみなし、同意撤回はいつでもできるものとした。なお、病院名や個人名が特定できないように配慮をした。

まず、調査対象の病院を機能別に分類した。病院の定義を行う必要があり、先行研究²⁾を参考に3つに分類し、さらにその他を併せて計4つに分けた。次に①他科との協働を要する精神科治療の現状について、設問を設けた。続いて、②身体合併症が生じた措置入院患者の受け入れの現状に関する設問にうつり、生じた身体合併症を先行研究³⁾を参考に、質問項目を設定した。最後に身体合併症が生じた際の措置入院患者の処遇について調査を行った。

10分程度で回答可能な簡単な質問を設置し、回収率の向上を目指した。

今後、2020年5月に開催が予定されている研究班の班会議と6月の第16回日本司法精神医学会 in Kagoshimaで同アンケートを回覧した上で調査内容を確定させる。その後、本学の倫理委員会に諮り承認を得た上で、9月に研究班の班員が所属する施設を対象にした予備調査を行い、実行可能性を探索、必要により修正を図った上で、2020年11月-2021年1月に対象施設を拡充して本調査を施行し、結果をまとめていく予定としている。

C.結果

□調査対象病院の機能別分類

単科精神病院、総合病院精神科、単科ならびに総合双方の機能を有する病院、その他と4つに分類した。先行研究²⁾にならい、総合病院精神科とは「内科・外科を含む複数の診

療科を有し、主として二次救急を含む急性期医療を提供する病院で、精神科病床が全病床の半数以下の施設」、双方の機能を有する病院とは「内科・外科を含む複数の診療科を有し、主として二次救急を含む急性期医療を提供する病院で、精神科病床が全病床の半数を超える施設」と各々定義した。本項の設問では四者択一とした。

① 他科との協働を要する精神科治療の現状

本項は五者択一とした。他科との協働を要する精神科治療として、電気けいれん療法(ECT)を挙げて、麻酔科と連携して行っているケースの他、自科で修正型電気けいれん療(modified Electro Convulsive Therapy ; mECT)を行っている場合や有けいれんのECTを行っている、さらにはECT自体を行っていないことも想定、その他の設問も設けた。

次にクロザピン治療に関する質問を作成し、四者択一とした。「クロザピンの導入から行っている」「他院からのクロザピン継続例のみ対応としている」、そもそも「行っていない」と「その他」とした。

最後に緩和ケアチームの設置の有無に関して調査、「設置している」「設置しているが症例がない」「設置していない」「その他」として、四者択一の質問を設けた。

② 身体合併症が生じた措置入院患者の受け入れの現状

身体合併症が生じた措置入院患者を自院に受け入れるか否かに関しては、「可能な限り受け入れる」、「症例を選んで対応」「受け入れ困難」「わからない」「その他」の五者択一とした。

<生じた身体合併症>

先行研究³⁾を参考に、生じた身体合併症を内科系と外科系に分け、前者では呼吸器系、消化器系、神経系、代謝・内分泌系、腎臓系、血液系、循環器系、膠原病、感染症、その他に、後者では整形外科、消化器・乳腺外科、産婦人科、脳神経外科、胸部外科、形成外科・皮膚科、

泌尿器科、眼科、歯科口腔外科、その他に分類し、複数回答可とした

(診療録を見返す等をせずに記憶の範囲内での回答を想定し、具体的な疾患名が分かる場合は記載して頂くこととした)。

<身体合併症が生じた際の措置入院患者の処遇>

複数回答可とした上で、「当院精神科病棟に入院したままの例があった」「左記以外の選択肢があった」「対象期間中に該当例は生じていない」という選択肢を作成した。なお、「左記以外の選択肢があった」を選択した場合は「転科転床-転入院-他科外来受診のみ」と「措置入院のまま-措置解除-仮退院」のブロックを組み合わせた9通りの中からチェックをつける方式とした。本設問は研究班で出た意見を基に作成した。

D.考察

前回の研究において、聖マリアンナ医科大学の約6年間の期間内に措置入院した患者に他科との協働を要する精神症状の治療や身体合併症加療目的で当院に入院するケースがみられたことから、今回はその実態が病院機能別にどのようになっているかを把握する調査を施行した。先行研究¹⁾において、措置患者への身体合併症対応において、地域における転院先の有無に関する回答は「無いので困っている」が44%、「あるのかないのかわからない」が19%と否定的見解が6割以上にのぼっている。倫理的観点からも通常の患者の身体合併症に対する治療対応と同等の医療水準が担保されるべき筈であるが、その背景の一つとして、精神障害者、殊に措置入院患者の「自傷他害のおそれがある者」という特性に鑑み、受け入れ先が難渋しているものと考えられる。

一方で、措置入院後の継続的な支援の不足に関しては、厚生労働省により2018年にガイドラインが発出されたが、ハードやソフト面で措置入院患者を受け入れるだけの受け皿が地域により十分でない実情がある。さらに

他科との連携を要する医療が必要な場合、精神疾患を有する患者という点でハードルが上がる事は想像に難くない。Knaak⁴⁾らは、多くのプライマリ・ケア提供者は精神疾患患者を扱う事に自信がないと述べている。その理由⁴⁾として、時間がない事や専門サービスへの不十分なアクセス等を挙げており、これらはメンタルヘルスの問題により良く対処する事に関して障壁となっている。すなわち、スティグマにつながる可能性があると考えられ、より避けたいという心理が働くのである⁴⁶⁾。

しかしながら、措置入院患者のように重度な精神障害者にも他科との連携を必要とする医療が生じうる。実際に、精神症状が重度という前提の患者において、身体症状が軽度な場合は精神科病院合併症病棟、身体症状が重度な場合はメディカル精神医学病棟で対応されていると思われるが、このような病棟の数には限りがあり、現行の精神科医療体制で十分に賄われているか否かは不明である。そこで今回、単科精神病院や総合病院精神科、双方の機能を有する病院が現状、どの程度、他科との連携を要する措置入院患者に対応しているかを調査することは、意義深いと考えられ、問題点を探り、何を整備する必要があるのかを調査していく事に価値があるものと考ええる。

他科との連携を要する医療には主に他科との協働を要する医療と身体合併症対応に分けられる。前者は、mECTやクロザピンといったより重症の精神障害者に行う普遍的な医療ツールや措置入院患者が癌の末期に瀕した場合の緩和ケア等の対応は現実的に起こりうるものと推測されるため、調査項目に加えた。後者は身体合併症対応とした上で、受け入れの現状に関して調べた。先行研究¹⁾では措置入院患者を転院させる側の病院を対象にした調査であるが、一方、今回は受け手の病院を対象にその実態を調査していく方向とした。実際の身体合併症の内容も先行研究²⁾を参考に内科系、外科系に分けて調査した。なお、外

科系の中の消化器外科の項目に乳腺外科、耳鼻咽喉科を追記した。最後に、身体合併症が生じた場合の措置入院患者の処遇を問う質問を設置し、精神科病棟のまま入院させることがあるのかやそれ以外の選択肢の場合、どのような状態で転科転床、転入院、あるいは他科外来受診のみとするのかを問う質問を設けた。無論、病院機能別に差異は出てくるものと想定されるが、その実態を把握するのは重要であると考えた。回答に関しては極力、回答者の手間を省くため最低限の内容とした上で、想起する内容の範疇で回答可能な質問項目や記述式の回答を最小限とした。また研究班や学会での意見を基に調査内容を確定させた後に本学の倫理委員会の承認を得るものとし、アンケートそのものの完成度を高める方向とした。さらに予備調査も行い、実現可能性を判断した上で、多施設の協力を得て本調査という流れとした。

2018年度のわが国の診療報酬改訂に伴い、精神科合併症管理加算や精神科措置入院診療加算が算定されるようになった。この背景には各々が重要視されての算定となったと推測される。しかし現実には同時に算定が必要となるケースが少なからず存在し、現状を概観しながら具体的にどう対応していくかは、今後の精神医療を展開していく上で重要なものと位置づけられる。なお、今回の調査結果を第16回日本司法精神医学会大会 in Kagoshimaにて報告予定である。

【謝辞】

なし

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

- 1) 小口芳世：総合病院における措置入院患者の実態調査 第15回日本司法精神医学会大会 in Hanamaki 2019年6月7日-8日

G.知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

文献

- 1) (社)日本精神病院協会：厚生省委託事業 精神障害者の身体合併症の治療体制の整備に関する状況調査事業・平成9年度事業結果報告・(平成10年3月)
- 2) 野口正行, 小林孝文ほか：2012年総合病院基礎調査からみた総合病院精神科の現状-第1報- 総合病院精神医学 26巻2号：182-190, 2014.
- 3) 八田耕太郎, 小林孝文ほか：身体合併症医療の実態と展望：東京都における前向き全数調査から 精神神経学雑誌第112巻第10号：973-979, 2010.
- 4) Knaak S, Patten SP. A grounded theory model for reducing stigma in health professionals in Canada. *Acta Psychiatr Scand.* 2016;134(suppl 446):53-62.
- 5) MacCarthy D, Weinerman R, Kallstrom L, et al. Mental health practice and attitudes of family physicians can be changed! *Perm J.* 2013;17(3):14-17.
- 6) Knaak S, Modgill G, Patten S. Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: a data synthesis of evaluative studies. *Can J Psychiatry.*

2014;59(10 Suppl 1):S19. Available
from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213748/>

精神障害者の権利擁護に関する研究

研究分担者：松田ひろし（柏崎厚生病院・全国精神医療審査会連絡協議会会長）

研究協力者：平田豊明（千葉県精神科医療センター）、内田博文（九州大学法学部）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、岡崎伸郎（国立仙台医療センター）、河崎建人（水間病院）、姜文江（法律事務所ヴェント）、篠原由利子（仏教大学）、白川教人（横浜市こころの健康相談センター）、千葉 潜（青南病院）、辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）、橋本みきえ（西九州大学社会福祉学科）、本多義治（七山病院）、前沢孝通（前沢病院）、松原三郎（松原病院）、三木恵美子（横浜法律事務所）、森 豊（伊達法律事務所）、山下俊幸（京都府立洛南病院）、八尋光秀（西新共同法律事務所）、吉澤雅子（東京弁護士会）、四方田 清（順天堂大学）

研究要旨

【目的】精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神障害者の権利擁護に関する制度的改革を提案すること。今年度は弁護士代理人による退院請求活動等の実態調査に重点を置いた。

【方法】（１）2018年度精神保健福祉資料（630調査）および衛生行政報告例から2017年度の精神医療審査会関連データを抜粋して集計し、審査会活動の動向を分析した。（２）全国の審査会事務局に対して弁護士代理人による退院等請求活動に関する実態をアンケート調査した。（３）全国精神医療審査会連絡協議会総会に繋げて精神医療審査会活動に関するシンポジウムを開催した。

【結果】（１）630調査によれば、2017年度には、全国の67審査会の219合議体で1,759回の審査が行われ、1合議体当たり平均207.2件の書類審査が行われていた。退院請求は3,869件が受理され、3,259件（84.2%）が審査終了、処遇改善については646件が受理され、511件（79.1%）が審査終了と報告されていたが、衛生行政報告例との間や自治体間で報告基準に齟齬があった。退院請求、処遇改善請求とも約94%が請求棄却という裁定であったが、滋賀県や大阪府、栃木県など、棄却率の低い自治体がいくつかあった。退院請求の受理から審査結果通知までの日数は平均33.2日。書類審査に対する請求審査の件数は平均1%未満であった。代理人による退院等の請求は24都道府県で312件（請求受理件数の6.9%）と報告され、代理人による請求審査のなかった23自治体では、あった24自治体に比べて請求の棄却率が有意に高かった。（２）全国67の精神医療審査会事務局に対して、「弁護士代理人による退院等請求活動に関する調査」を依頼したところ、60の審査会（89.6%）から回答を得た。弁護士による請求の利点（請求意図の明確化など）が欠点（日程調整の遅延など）をやや上回る回答があった。意見聴取に立ち会うための日程調整には弁護士に一定の配慮がなされている会もあった。主治医や家族への意見聴取への弁護士の立会については、意見が割れた。関連資料の弁護士への開示については、全面開示が20%あったが、残りは一部非開示ないし条件付き開示で、非開示資料では合議体委員による意見聴取報告書、開示条件としては個人情報保護法令への準拠が最多であった。開示資料のマスキングを行わないとの回答も複数あった。日本弁護士連合会による法律扶助制度については過半数の委員に十分周知されてはいなかった。意見聴取時に弁護士の選任権を告知しているのは57%に留まり、

半数では法律援助制度の告知は行われていなかった。審査会での請求者による意見陳述については、広く容認すべきとする回答が非容認を上回り、これを容易にするために入院先病院での審査会開催という回答もあった。医療委員を非医療委員に置き換えることについては64%が消極的であった。(3)「代理人弁護士による退院請求等の審査をめぐる諸問題」と題してシンポジウムを開催し、147名の参加を得た。今回のアンケート調査の結果に関する基調報告の後、研究協力者から精神医療審査会活動の動向や弁護士活動の意義と課題、弁護士代理人による請求の多い福岡県および大阪府の精神医療審査会事務局から審査会活動の実態と弁護士活動への所感が報告され、参加者を含めて活発な意見交換が行われた。

【考察】(1) 増加し続ける書類審査や請求審査に対して審査会活動の限界がある中で、弁護士代理人による請求の増加は、国連原則や障害者権利条約の理念上は評価される。(2) しかし、弁護士による資料開示請求や主治医等への意見聴取機会の制限、弁護士選任権と法律援助制度の告知の乏しさ、医療委員から非医療委員への置換に対する消極性など、いくつかの障壁も指摘しうる。これらを克服するためには、弁護士選任権の告知を請求受理の時点で行うべきであり、精神医療審査会運営マニュアルを現在の官房通知レベルから政省令へと格上げして、準司法機関としての精神医療審査会の機能に見合う権限を弁護士に付与するなど、抜本的な制度改革が必要である。ただし、これらの改革によって弁護士による請求事案が増えた場合に弁護士会が対応できるかなど、新たな課題が生ずる可能性もある。

【結論】 弁護士代理人の活動が入院患者の権利擁護と適正な医療の提供という精神医療審査会の創設理念の実現に寄与することが示された。今後は、精神医療審査会運営マニュアルの法的格上げや内容の改定に向けた議論を集積すべきである。

A. 研究の背景と目的

精神医療審査会制度は、わが国の精神保健福祉分野における人権擁護の基軸的な制度として、昭和62年(1987年)に新設された。創設から33年を経て、その存在は精神保健福祉関係者には広く認知されたが、合議体の審査は書類審査が主体で面接審査の頻度が諸外国に比べて低く、患者の人権擁護と適正な医療の確保という本来の機能を十分に果たせているとはいえないという批判が絶えない。

本研究は、こうした批判に応えるために、全国の精神医療審査会の活動実態をモニタリングし、審査会の機能を高めるための方策を提案することを目指して行われてきた。今年度は、弁護士代理人による退院請求等に関する活動に焦点を当て、その実態や今後の方向性を探るために、アンケート調査やシンポジウムを開催した。

B. 研究方法

(1) 精神保健福祉資料(630調査)等の分析

2018年6月末時点でわが国の精神保健福祉に関するデータを収集した資料(以下「630調査」)および2018年度の衛生行政報告例の中から、精神医療審査会に関するデータ(2017年度分)を抜粋して、精神医療審査会活動の動向を分析した。

(2) 弁護士代理人による退院等請求活動に関する調査

全国67の精神医療審査会事務局を対象として、2019年12月から2020年1月にかけて、弁護士代理人による退院請求等の活動の実態を把握するためのアンケート調査を実施した(調査票は資料1。ただし、集計結果を書き込んである)。

(3) シンポジウムの開催

前記の調査結果を踏まえ、2020年2月21日、東京都内において、全国精神医療審査会連絡協議会(以下「全審連」)総会に引き続き、弁護士による退院請求等の支援活動をテーマとしてシンポジウムを開催した。

(倫理面への配慮)

今回の研究では、個人情報に触れる機会はなかった。また、本研究に関して特定団体・企業等との利益相反はない。

なお、従来、本研究班が実施してきた全国の精神医療審査会活動における要検討事例の収集と分析については、2019年度から全審連に相談窓口を常設し、同協議会の役員が問い合わせへの見解を協議して回答する体制としたため、今年度は本研究のテーマからは外すこととした。ただし、収集された要検討事例とその対応については、精神医療審査会制度の運用に関わる内容を含むため、今後も随時、本研究班の研究テーマとして取り上げる方針である。

C. 研究結果

1. 630 調査結果等の分析

2018年の630調査結果および衛生行政報告例に掲載された2017年度分のデータから、精神医療審査会に関するものを抜粋して集計し、いくつかの分析を加えた。

(1) 書類審査の状況

衛生行政報告例¹⁾によれば、2017年度の書類審査件数は全国で合計276,810件であった。630調査²⁾によれば、同年の全国219の合議体における合議体開催数は合計1,759回と報告されているから、1回の合議体当たりの書類審査件数は全国平均で207.2件ということになる。図1にこれを都道府県別に示した。政令市は道府県とは独立した精神医療審査会運営をしているので、本来ならば政令市分を別掲とすべきであるが、630調査は都道府県別の集計となっているため、都道府県別の表示となった。

図1では秋田県と山梨県が突出している。630調査では合議体の開催数が1都道府県当たり年平均37.4回のところ、秋田県は4回、山梨県は3回と極端に少ない数値が報告されているため、両県の数値が突出することとなった。

(2) 退院請求等の審査状況

(ア) 報告基準の不一致

630調査によれば、2017年度の全国の退院請求は、3,869件が受理され、うち3,259件(84.2%)が審査終了と報告されている。処遇改善については、646件が受理され、511件(79.1%)が審査終了とされている。

一方、衛生行政報告例によれば、同年度の退院請求は3,033件が受理され、2,796例(92.2%)で審査開始、処遇改善請求は596件が受理され504件(84.6%)が審査に付されたと報告されている(処遇改善請求についての2017年度データは欠損のため2018年度のデータ)。

こうした齟齬が生ずる原因としては、同じ審査会でも630調査と衛生行政報告例とでは報告時点が異なる場合や前年からの繰越審査および次年度への繰越の扱いが異なる場合が考えられる。

自治体間での報告基準にも不一致のある可能性がある。例えば、630調査では、「処理を完了した退院請求」の内訳が百分率表示となっているが、合計が100%に満たない自治体が22道府県(46.8%)ある。審査結果の内訳には全選択肢が網羅されているので、これらの自治体では、100%から全報告数を差し引いた残余は審査未了の事案の比率と解釈するほかない。すなわち、「審査完了」の解釈に「審査開始まで」と「審査終了まで」が混在しているものと思われる。衛生行政報告例のデータにも同様の問題があると推測される。

いずれにせよ、国の公式統計において自治体によって報告基準が異なるのは、統計数値への信頼度を損ねる。2020年度の630調査からは個票に基づいたデータが報告されてくることとなっているので、以上のような報告基

準の不一致が解消されることが期待される。本研究では、内訳の項目が詳細な 630 調査を優先して、以下の分析を進めることとする。

(イ) 不審査決定率

図 2 は、退院請求と処遇改善請求を併せて退院請求等と表示し、630 調査のデータに基づいて、受理件数と審査件数を都道府県別に図示したものである。受理件数よりも審査件数の多い自治体があるのは、審査件数の中に前年度からの繰越を審査した事案の件数が含まれるためと考えられる。

図 2 によると、退院請求と処遇改善請求を併せた請求の受理件数は 2017 年度に 4,545 件あり、3,770 件 (83.5%) が審査に付されていた。受理件数と審査件数の差は不審査決定件数と解されるが、例年は不審査決定率が 3 割近くに上るから、2017 年度の不審査決定率 16.5% は実勢を反映してはいないと思われる。

これは、受理件数の多くが新規受理事案に限定されるのに対して、審査件数には前年からの繰越事案の審査が含まれ、しかも、審査開始事案と審査終了事案の双方が含まれているためと推測される。すなわち、前年からの繰越事案を除いた新規受理事案に絞って審査開始件数を算出すれば、不審査決定率はもっと高くなるものと思われる。

このような事情を勘案する必要があるが、図 2 では、人口の多い東京都、大阪府、神奈川県、埼玉県の 4 都府県で受理件数と不審査件数 (受理件数から審査件数を差し引いたもの) がともに多いことが見て取れる。

(ウ) 審査結果

各自治体から報告された審査事案から審査未了事案を差し引いた事案の審査結果を集積すると、退院請求では合計 2,687 件、処遇改善請求では 426 件であった。この事案に絞って審査結果の内訳を図示したのが図 3 である。

退院請求では、93.9% が現状維持 (請求棄却)、入院形態変更 (期限指定を含む) が 4.5%、入院継続不相当 (退院命令) は 1.3%、処遇改善命令が 0.3% であった。処遇改善請求では、現状維持が 93.7%、処遇不相当 (改善命令) が 6.3% で、いずれも約 94% が請求棄却とい

う裁定であった。

こうした中で、請求棄却率の低い自治体がいくつかあった。

滋賀県では、退院請求審査の結果、棄却が 66.7% と全国最低の比率で、入院形態変更が 25.9%、退院命令はないが、処遇改善命令が 7.4% あった。処遇改善請求の審査でも 40% に改善命令が下されていた。

大阪府では、退院請求の棄却は 74.8% と滋賀県に次いで低く、入院形態変更は 9.6%、退院命令が 7.6%、処遇改善命令が 2.0% であった。処遇改善請求の審査でも改善命令が 17.9% であった。

栃木県では、退院請求の棄却が 78.6%、入院形態変更が 14.3%、退院命令が大阪府に次ぐ 7.1% であった。

このほか、退院請求審査で棄却の比率が低い自治体として、福井県 (85.7%) と東京都 (87.0%) があり、処遇改善請求の審査では兵庫県の棄却率が 76.2% と大阪府よりも低い。

これらの自治体で請求棄却の比率が低いのは、他の自治体に比べてより厳密な審査が行われているためか、あるいは特定の病院に権利擁護や適正医療の面で問題があるためか、いずれかの要因があるものと推測される。

(エ) 審査日数

請求受理から審査結果通知までの日数は、退院請求では平均 33.2 日、処遇改善請求では 27.2 日であった。図 4 に退院請求の審査日数を都道府県別に図示した。2017 年度は高知県が 80.1 日と突出していた。

審査に要する日数のうち、請求受理から意見聴取までに最も時間がかかるが、自治体によっては意見聴取から合議体開催まで、あるいは合議体開催から結果通知までに時間を要することもある。こうした審査日数の内訳は、次年度から 630 調査において自治体別に公開されることになっている。

なお、面積が狭く精神科病院の少ない政令市ほど、都道府県よりも意見聴取の日程調整が容易のため、審査日数も短い傾向にある。次年度からは政令市を別掲表示とすべきである。

(3) 書類審査件数に対する請求審査件数

退院請求等の受理件数や審査件数が図2のように大都市圏に多いのは、人口と精神科病床が多いためでもある。請求審査の多寡を比較するには、書類審査の件数に対する請求審査の比率を比較しなければ公平性を欠く。

図5に書類審査1000件に対する退院等の請求審査件数を都道府県別に示した。例外はあるものの、大まかには西高東低の傾向が見て取れる。ただし、前項と同様、政令市ではこの件数が高い傾向があるので、別掲表示に示さなくてはならない。いずれにしても、書類審査1000件当たりの請求審査件数が全国平均で10件ほど、すなわち1%未満という数字は、わが国の精神医療審査会が書類審査偏重と批判される根拠を提供しているといえよう。

なお、厳密な評価を下すには、母数となる書類審査の内訳を勘案しなくてはならない。退院等の請求は、入院期間とは負の相関があり、入院間もない患者ほど請求する確率が高い。すなわち、医療保護入院から程なく提出される医療保護入院届の審査件数を分母とする退院請求件数の方が、入院から1年以上を経て提出される定期病状報告書を分母とするよりも高い傾向にある。

したがって、図5のデータの母数となる書類審査件数は、書類別に重みを付けなくてはならない。次年度以降は、請求者の入院期間を加味することができるので、図5の作成に当たっては、その数値によって分母の数値を修正すべきである。

(4) 代理人による請求の審査状況

2017年の630調査では、代理人による退院等の請求は24都道府県で312件（請求受理件数4,515件の6.9%）と報告されている。代理人による請求がなかった県は23と、ほぼ同数に割れた。なお、代理人の内訳分類はないが、大半が弁護士と推計される。

図6に、代理人による請求の受理件数の多い順に自治体を並べて図示した。福岡県が突出し、大阪府、鹿児島県、愛知県と続く。いずれも弁護士会による退院請求の支援活動など

が活発な自治体である。

図7および図8は、2017年度に代理人請求のあった24自治体となかった24自治体との間で、請求審査の結果を比較したものである。図7では、代理人による退院請求が受理された24自治体の請求受理1,837件のうち、棄却された事案が92.4%であったのに対して、代理人請求のなかった23自治体の856件では97.3%と統計的有意差（ χ^2 検定で危険率0.0001未満）があった。すなわち、退院請求の棄却率は、代理人による請求のない自治体で有意に高かった。

図8に示した処遇改善請求については、さらに有意差が明瞭であった。すなわち、代理人請求のあった24自治体での請求受理346件のうち棄却率が92.2%であったのに対して、代理人請求のなかった23自治体の80件では100%、すなわち処遇改善請求が全て棄却されていた。棄却率が代理人請求のない自治体で有意に高かったということは、統計的にも確かめられる（Fisherの精密検定で危険率0.0043）。

以上のように、弁護士代理人による請求がある自治体では、ない自治体に比べて請求棄却に終わる確率が低いということがわかった。ただし、請求者の内訳と審査結果のクロス集計データがないので、弁護士代理人が請求することによる効果を個別事例で直接評価することはできなかつた。次年度以降は可能になると思われるので、再度検討したい。

2. 審査会事務局へのアンケート調査の結果

資料1に示した調査票によって全国67の精神医療審査会事務局にアンケート調査を依頼したところ、要請した回答期限内に、60の審査会（89.6%）から回答を得た。この場を借りて、関係各位に謝意を表明したい。

今回の調査票と回答結果を資料1に示した。自由回答欄の回答のうち類似の回答が複数あった場合に、数の多いものを選択して掲載した。その他、特に興味深いと思われた回答に★印を付けて掲載した。

以下に、資料1に沿って、設問の意味と回

答結果について解説する。

(1) 質問1について

まず、弁護士案件に対する全体的質問として、特に留意している事項の有無を尋ねた。

「分からない」が12会（この設問に回答のあった全58会の20.7%）、「特にない」が50.0%、残り約30%が「ある」であった。

その自由回答欄の内容は、委任状の確認等の当然の留意点のほかに、代理人の立会に備えて意見聴取に法律家委員を入れる、弁護士代理人に認められる意見聴取への立会日の調整、資料開示・意見陳述の確認などが散見された。なお、本人と代理人の請求の意向が一致しているか、という回答もあった。

(2) 質問2について

次に、これも全体的な質問として、患者本人の権利擁護や手続上、よかった点、悪かった点を尋ねた。「分からない」と「特にない」が約50%を占め、残り50%が何らかの印象を回答した。複数回答可なので、合計で100%を超えるが、よかった点を挙げた回答（30.0%）の方が悪い点を挙げた回答（26.7%）より、若干多い結果になった。

よかった点としては、本人の請求の趣旨の明確化や本人の安心感は最低限のメリットであるが、さらに資料等が充実していたという点は弁護士活動として重要と思われる。なお、「弁護士案件の発生により審査会の対応方針が明確になった」という回答があり、明確になった対応方針の具体的な内容が知りたいところである。

悪かった点としては、「意見聴取の日程調整で手続期間が延びる」が9会とかなり多く、代理人が付くことによる不可避のデメリットである。その他、「意見聴取で話の割込み・議論等」や「知識・理解に乏しく意味なし」という回答があり、代理人となるべき弁護士に対する研修等の重要性が示された。さらに「請求者について十分把握していない場合がある」という回答は、倫理面での研修の必要性も窺われた。

その他の感想として「医療委員等との見解の調整の必要」という回答があった。しかし、代理人弁護士の主張に対して審査委員5人の合議でどのような判断をするかという点では、弁護士案件でない場合と変わるところはないので、審査手続上特に調整する必要はないと思われる。

「退院が早まり日程調整中に退院となってしまう」という回答もあった。弁護士が代理人として付き、主治医や家族と話しをすると、それだけで退院や処遇改善の方に話しが進む案件が少なくない。福岡県弁護士会の精神保健当番弁護士制度の約25年間の統計では、審査請求自体をするまでもなかった案件が相談申込件数の11.6%、審査請求後審査結果を待つことなく取下げ等した案件が審査請求件数の13.3%あると報告されているが、本調査結果でも同様の弁護士代理人活動の意義が表れたものと考えられる。

(3) 質問3について

弁護士が現地意見聴取に立ち会うための日程調整に関する設問である。

「特に調整せず、既に決まっている日程を伝えるだけ」が32%あったが、その他は、複数の候補日から弁護士に選んでもらったり、その他可能な限り日程調整に応じており、多くの会が弁護士代理人の立会権に一定の理解を示している状況が確認できた。

その場合に問題となるのが、質問2で悪かった点として指摘のあった手続期間が延びるというデメリットであり、その兼ね合いを尋ねたのが質問3-2である。予想に反して、制限日数を設けている会はまったくなく、8割以上が制限を設けていないという回答であった。

質問3と質問3-2を併せると、審査手続期間も考慮して審査会の方で決めた日程に合わせてもらうという会が3割、弁護士の立会権を考慮してその候補日を複数用意している会が3割、さらに審査期間が延びても弁護士の立会権を優先している会が3割に分かれている状況が確認できた。弁護士代理人の立会権の尊重の観点からは、少なくとも選択肢2

の複数候補日から選択できるような運用が望まれるのではなからうか。

(4) 質問4について

患者本人以外の病院管理者や家族等に対する意見聴取に弁護士代理人の立会を認めるかどうかという設問である。

認めないが約 56%、無条件に認めるが約 10%、一定の条件の下に認めるが約 35%であった。その認める条件としては、聴取対象者の同意がある場合というのが 18 会中 8 会であった。

立会を認めない理由として自由回答欄に記載された内容については、弁護士代理人の立会権の意義と合わせて、考察の章において別途検討する。

(5) 質問5について

弁護士代理人から審査会資料の開示請求があった場合の対応を尋ねる設問である。その前提として、そもそも審査会が合議の審査の際にどのような資料を事前準備するのかについても確認する設問にした。そのため質問が分かりにくくなったのか、用意する資料の種類については、18 会からしか回答がなかった。

回答結果は、まず用意する資料の種類として、福岡県の審査会で事務局が用意していた資料に基づいて a から e の選択肢を設けた。複数回答可なので、すべてについて高い割合で用意するという回答が期待されたが、十分に用意されていない資料があると疑われる結果であった。

すなわち、用意する割合が低い数値を拾うと、b-2 の家族等からの意見書が 50%、c の現地意見聴取書も 55%、d の直近 1 年以内の措置入院診断書、医療保護入院届、定期病状報告等が 33%、e の過去の審査会資料が 44%であった。設問の分かりにくさが影響した可能性はあるが、仮にこれらの数値が現状を表しているとすれば、患者に関する重要な情報を抜きに審査していることになりかねず、大きな問題だと思われる。

なお、e の過去の審査会資料について何年分

かという設問には、直近 1 年内在が 60%、5 年内在が 40%であった。入退院歴の長い患者の場合、過去に退院できたときの診療経過等を記載した当時の意見書等が参考になるケースがあり、審査会資料の保管期間である 5 年内の資料を準備する運用の意義は少なくないと思われる。

次に質問 5 の本来の設問である資料開示請求に対する対応については、30 会から回答があり、複数回答可で、すべて開示する会が 20%、開示しない資料がある会が 46%、一定の条件の下に開示する会が 63%であった。

開示しない資料があると回答した会 14 会の内、開示しない資料として多かったのは、c の現地意見聴取書、e の過去の審査会資料が半数近くであった。その他、家族等からの意見書や直近 1 年以内の診断書・入院届、定期病状報告等も挙げられている。

開示する場合の条件として多かったのは 19 会中 5 会が「個人情報保護条例に則る」という回答であった。その他、家族等や病院管理者からの意見書について、作成者の同意や関係を損ねる事項について本人に伝えないという条件や、そもそも意見陳述のためのみに利用するといった条件を付けるという回答があった。

なお、現地意見聴取書等について、病院長の判断を条件としたり、開示時期を審査会当日の弁護士陳述の直前のみという、その対応に疑問の残る回答もあった。資料開示の範囲や条件については、後に別途考察する。

(5) - 2 質問5-2について

質問 5 において開示すると回答した全ての会に対して、部分的にマスキングする箇所を尋ねた設問である。

個人情報に関する事項が挙がっている中で、マスキングはしないと回答した会が 4 会あった。これは、弁護士代理人の活動における資料開示請求の重要性を最大限尊重した運用と評価でき、情報の取扱いに関する弁護士への信頼が前提となっていることから、これに応えるべく弁護士に対する研修等が必要である。

(6) 質問6について

質問6以下は弁護士選任権の告知に関する設問である。

まず、弁護士選任権があると言われても、入院者にとってどこにどうやって連絡すればいいか分からなければ、権利は絵に描いた餅になってしまう。そこで、入院者が簡易迅速に費用の心配もせずに弁護士に依頼できる制度として、日本弁護士連合会が整備した法律援助制度について、審査委員がどの程度知っているかを尋ねた。

「一部しか知らない」と「ほとんど知らない」を合わせると52%で、半数以上がよく知らない状況であった。弁護士会側として広報により努めるべき点であると思われる。

(7) 質問7について

精神医療審査会運営マニュアル⁴⁾(以下「審査会マニュアル」)に規定されている現地意見聴取時における弁護士選任権の告知の実施状況に関する設問である。

設問に回答のあった56会のうち57%、半数以上が告知している。しかし、告知していない会の理由を見ると、審査会マニュアルの規定が明確だとか、現地意見聴取時の告知に意味はないとか必要性に乏しいという回答がある。したがって、本人から審査会に相談や申立てがあった際に告知するという制度に変えてこれを明確に規定すれば、告知率がさらに上がる可能性がある。

審査会への申立時に告知する制度は、入院時に交付する告知書の現在の記載内容からしても重要である。即ち、告知書の中には、弁護士選任権があると明記されていないので、本人が納得できない場合の連絡先として記載されている都道府県知事の連絡先(精神医療審査会)に電話した際に、弁護士選任権があると告知する制度には大きな意義がある。

その際、弁護士選任権があると告知するだけでは、入院者にとってはやはり誰にどうやって連絡すればいいのかわからなかったり、費用が心配になれば、権利行使に萎縮してしまう。そこで質問7-2で、告知の際に弁護士

会等の援助制度についても告知したかという設問を設けた。

結果は「ある」「なし」半数に割れた。告知してこなかった理由としては、「制度の存在を知らなかった」が半数を占めており、上述したとおり弁護士会側の広報活動が必要である。さらに、「審査会の運用としては弁護士会の制度まで告知する必要はない」という回答もあった。こうした運用のあり方については、後に別途考察する。

(8) 質問8について

今後の告知規定の運用についての設問であり、権利告知だけをするが40%であった。この点は、現在の意見聴取時の告知を前提とした設問なので、上述したとおり、申立時の告知に制度を変えた上で、さらに弁護士会等の援助制度を併せて告知する運用とするかどうかをさらに検討すべきと思われる。

(9) 質問9について

現在の審査会マニュアルにおいては、審査会での弁護士の意見陳述権は制限できないのに対し、本人の陳述権は制限できる内容になっていることから、本人の意見陳述についての設問である。

審査会マニュアルどおり、本人に対する意見聴取等で把握できており、それ以上必要がない場合には認めないという対応を選択肢1、これに対して本人が審査会で意見陳述したいというのであれば広く認める対応を選択肢2とした。

マニュアルどおりの1が多いと予想したが、広く認める2の方が若干多い結果であった。できる限り本人が関与して手続を進めることは、障害者権利条約にも適った対応であり、このような対応が当たり前という考え方が今後より強まっていくと思われる。

これを広く認めていくと現実的な問題になってくるのが費用負担等の問題であり、質問9-2を設けた。1の「病院のスタッフが付き添い、病院が交通費を負担する会」はわずか1会だけの小数派であった。これでは本人

が意見陳述したくてもできないケースが出てくるので、支援措置が検討される必要がある。この設問で画期的な回答として、審査会を病院で行っているという回答があった。

(10) 質問10について

最後に医療委員の数に関わる審査会の構成に関する設問である。

この設問に回答のあった56会のうち、1の「検討したが導入しなかった」が32%であり、理由としては、医療委員を減らすことによる意見聴取の日程確保、欠席等の場合の円滑な審査等が挙げられている。2の「まだ検討していない」が23%であるが、その理由として、「減らす特段の理由がない」や、「欠席等の場合の対応困難」という回答は1の理由と共通なので、医療委員を減らすことに消極的な回答と言える。

さらに、選択肢5の「その他」の中にも意見聴取の調整容易とか欠席等の対応という、やはり共通の回答が5会からあった。結局、1及び2、並びに5の中の5会、合計36会、64%が消極的な回答と評価できる。

(10) - 2 質問10-2について

医療委員の代わりに増やした委員の種類と、導入した合議体の数についての設問である。

法律家委員より保健福祉委員の方が増やしやすい傾向が認められる。「取りあえず1合議体だけ」という回答が3会からあった半面、「4合議体の全てで増やした」という回答も2会からあった。

(10) - 3 質問10-3について

導入後の評価に関する設問である。

「特になし」が3会あったが、様々な視点、それぞれの専門性、多角的視点からの審査といった理由を挙げた会も3会あった。なお、医療委員の意見聴取の負担のために元に戻したという会もあった。質問10とも共通する消極的な理由については、後に別途考察する。

3. シンポジウムの概要

2020年2月21日、東京都内において、147名の参加を得て、「代理人弁護士による退院請求等の審査をめぐる諸問題」と題したシンポジウムが開催された⁶⁾。

今回のシンポジウムの登壇者は4名で、それぞれの立場から弁護士による代理人活動に関する発表を行った。

1人目の森豊氏は、基調報告として2019年12月から2020年1月に実施した全国の精神医療審査会に対するアンケート調査の結果を報告した。その内容はCの2に記載した通りである。弁護士案件の経験のない審査会が2割あり、弁護士選任権の告知を行っていない審査会も4割など、弁護士代理人に関する精神医療審査会の意識には審査会による温度差が認められたとの指摘があった。

2人目の平田豊明氏は、まずCの1で示したように、630調査や衛生行政報告例によるデータに基づいて、わが国の精神科入院医療の動向と精神医療審査会活動の現況を報告し、続いて精神科入院患者の権利擁護に関する弁護士活動の意義と課題について考察した。精神科医療にとっての弁護士活動の意義として、「自明性の検証」—精神科医療の「当たり前」を見直す機会²⁾をなど挙げ、弁護士活動の課題として、弁護士要請が急増した場合に現実的に対応が可能かどうか、などを挙げた。

3人目の楯林英晴氏は、精神医療審査会事務局の立場から、2017年度の弁護士代理人による請求が全国で最も多い福岡県における代理人制度について報告を行った。平成30年度実績として、退院請求209件中57件(27.3%)が代理人請求であり、処遇改善請求22件中7件(31.8%)が代理人請求と、この活動に関する先進地域であることが数字で示された。

4人目の籠本孝雄氏は、同様に事務局の立場から、弁護士による請求が福岡に次いで多い大阪府における代理人請求の状況を報告した上で、弁護士代理人のプラス面(本人の安心、本人の言いたいことをまとめてくれる等)とマイナス面(日程調整の問題、病気の理解が不十分、主治医を過度に批判する等)につ

いても触れた。

4人のシンポジストがそれぞれの発表を終えた後、フロアを交えたディスカッションとなった。議論は森氏による基調報告を中心に交わされ、弁護士代理人の本来的役割は何かといった基本的な事項から、PSWと連携した社会復帰後の受け皿調整の不足やこれを弁護士会全体で整備すべきではないかといったさらなる期待、弁護士に対する研修の重要性、精神保健当番弁護士制度経由でない弁護士代理人のケースでは財産上の争いに退院請求が利用されている場合もあるという指摘等がなされた。

D. 考察

1. 精神医療審査会活動の動向

わが国の精神科病院では、図9に見るように、近年、在院患者の総数が漸減し、平均在院日数が短縮し続けている。その主な要因は、病床回転の速い精神科救急入院料病棟（図の凡例では「救急」と表記）と精神科急性期治療病棟（同じく「急性期」と表記）の在院者が増えているためと考えられる。

新規の入院患者の増加に伴って、医療保護入院の入院届が増加するため、衛生行政報告例によれば、図10に見るように、精神医療審査会における書類審査件数は、最近20年間で倍増している。また、新規入院患者の増加は退院請求等の件数も押し上げるため、請求審査の件数も20年間で3倍に増加している。

こうした精神医療審査会の仕事量の増加に対応するために、精神医療審査会の合議体が徐々に増設され、非医療委員の比率も微増傾向にある。しかし、図1および図5に見るように、わが国の審査会は依然として書類審査偏重の傾向にある。書類審査の多い審査会では退院等の請求も多く、事務局体制の整備が追い付かないため、請求受理から審査までに長期間を要している。

また、審査の質を評価する指標として、書類審査での返戻頻度、退院等の請求権の行使を支援する体制、非医療委員による病院訪問や面接の頻度、請求却下の頻度、処遇改善勧

告の頻度などがあげられるが、これらの指標は、自治体や合議体によるばらつきのあることが推測される。

このように、わが国の精神医療審査会制度の機能には様々な課題がある。そうした中で、弁護士代理人による退院請求等の支援活動が年々増加していることは、1991年の国連原則や2006年の障害者権利条約の理念³⁾から見て、評価されるべき事象と思われる。

図7および図8でも示したように、2017年度の630調査の結果分析からも、弁護士代理人による請求のある自治体とない自治体では、請求の却下率に統計的有意差があり、弁護士の関与が適正な審査に寄与している可能性のあることが示された。

ただし、わが国におけるこの分野での弁護士活動にも課題や障壁がある。今回のアンケート調査やシンポジウムでは、その一端が明らかとなったにすぎないが、わが国の精神医療審査会制度が、それらの課題克服に向けて一歩を踏み出したことも確かであろう。

2. 「弁護士代理人による退院等請求活動に関する調査」の回答についての考察

Cの2に記載した今回のアンケート調査結果のうち、精神医療審査会活動における弁護士活動の強化という観点から、特に重要と思われる論点を4点抽出し、以下に考察を加える。

（1）弁護士代理人からの資料開示請求への対応について

審査会マニュアルは、V3(3)イにおいて、弁護士代理人が「意見を述べるうえで必要とするときは資料を開示するものとする。」と規定し、合議体が合議の際に審理の対象とした資料について開示請求権を認めている。

その運用状況は、Cの2(5)に記載したとおり、複数回答可で、「すべて開示する」が20%、「開示しない資料がある」が46%、「一定の条件の下に開示する」が63%であった。

その開示する条件として挙げられた回答内容や開示しない資料として挙げられた回答内

容からすると、審査会の資料には個人情報保護条例の規制が及ぶので、病院管理者や家族からの情報はそれぞれの同意がなければ開示できないという解釈に基づいて対応している会が多いと認められる。

しかし、審査会運営マニュアルが弁護士代理人に資料開示請求権を認めた趣旨は、審査会を精神科病院への入院・入院の継続及び処遇の適法性について独立した公正な第三者機関として医学的及び法的に審査する準司法機関として位置づけ、代理人の資料開示請求権は、その適正手続上、当事者に認められる当然の基本的権利と認められたからである。開示請求者が弁護士代理人に限定されているのは守秘義務との関係でも問題がないと承認されたものである。

そもそも準司法機関に対して医療機関等が提出した資料を弁護士代理人が開示請求することは、その情報本来の目的に適った利用であって、これを行政機関が保有する個人情報の第三者への提供と同一視して制限するという解釈運用には根本的な疑義がある。よって、弁護士代理人に対する審査会資料の開示については、個人情報保護条例において第三者への情報提供が許される例外規定である「法令に基づく提供」に該当するように、審査会マニュアルを単なる官房通達ではなく、「法令」即ち法律あるいは省令で規定する必要がある。

そのような立法措置以前でも、各審査会が、準司法機関としての立場から、本調査ですべて開示すると回答した会と同様に、資料開示を認める運用をすることは可能である。少なくとも、審査会事務局が弁護士代理人に対する資料開示について病院管理者や家族から同意を取り付けるよう努め、代理人活動に事実上支障がない運用が望まれるのではなかろうか。

なお、審査会から資料の開示を受けた弁護士代理人が、当該情報を意見陳述のためのみに利用することは当然の制約である。その他、患者本人の健康に重大な害を及ぼし、または他の人の安全に危険を及ぼすと判断される内容については、本人にもその内容を教えては

ならない場合もありうるので(国連原則 18 の第 4 項及び第 6 項)、そうした点を資料開示の条件とする運用は妥当と解される。

(2) 患者本人以外の意見聴取に対する弁護士代理人からの立会要請への対応について

審査会マニュアルは、V 3(1)ア⑦において、患者本人の現地意見聴取への弁護士代理人の立会権を規定しているが、本人以外の病院管理者や家族等の現地意見聴取への立会については規定がない。しかし、弁護士代理人は本人だけでなく家族や主治医等からも事情を聴取するが、あくまでも任意なので、それらの者が審査会にどのような事実や意見を述べるかを意見聴取に立ち会い確認しておく必要性がある。

C の 2(4)に記載したとおり、これを「認めない」が約 56%と過半数を占め、「無条件で認める」が約 10%、「一定の条件の下に認める」が約 35%で、その条件として聴取対象者の同意を挙げる会が多かった。また、認めない理由としては、「審査会マニュアル上認める規定がない」、「本人の代理人であり本人は立会いできない」、「率直・自由な意見を妨げるおそれ」、「公正・適正な審査の支障」、「守秘性の担保」等が挙げられた。

聴聞立会権の保障(国連原則 18 第 5 項)の観点からは、病院管理者や家族等からの聴取の場合にも弁護士代理人に立会権を認めなければならない(同第 6 項は、患者本人の健康に重大な害を及ぼし、または他の人の安全に危険を及ぼすと判断される場合にも、代理人の立会権を認めている)。審査会マニュアルの解釈としても、弁護士代理人には審査会への意見陳述権が保障され、資料開示請求権と聴聞立会権はこれを実効あらしめる不可欠の権利として同様に保障していると解釈する余地がある。

意見聴取における話の割込み・議論等や率直・自由な意見を妨げるおそれという点は、意見を聴取する審査委員が質問の順番等をコントロールして対応できると考えられるし、公正・適正な審査の支障の点は、逆に弁護士代理

人に立会権を認めてこそ公正・適正な審理を確保できるというべきである。守秘性の担保も、資料開示請求権と同じく代理人が弁護士であることで担保されている。

よって、弁護士代理人の病院管理者や家族等の現地意見聴取への立会権についても、これを審査会マニュアルに明記する改訂が望まれる。そのような改訂以前でも、各審査会がこれを認める運用をすることは可能であるし、少なくとも、審査会事務局が弁護士代理人の立会について病院管理者や家族から同意を取り付けるよう努め、同意が得られなかった場合は、審査委員による意見聴取書を資料開示することで、代理人活動に事実上支障がない運用が望まれるのではなかろうか。

(3) 弁護士選任権の告知について

Cの2(7)で指摘したとおり、現在の審査会マニュアルにおいては、現地意見聴取時に弁護士選任権の告知をすべきこととなっているが、申立て時など早い段階で告知した方が効果的な活動を期待できる。したがって、申立て時に告知すべきとの内容への早急な審査マニュアルの改訂が必要と思われる。

その上で、告知の際に、弁護士会等の援助制度についても情報提供すべきか否かは、各審査会の運用に委ねられるべき事項といえるが、入院者の弁護士選任権を真に保障するためには、簡易迅速かつ費用負担の心配のない弁護士相談制度及び連絡先を情報提供する必要性がある点を十分に考慮すべきである。

ただし、この点については、今回のシンポジウムにおいて平田豊明氏から課題として指摘のあった弁護士会側の受入態勢も整備する必要があるので、審査会と弁護士会との十分な協議に基づいて進める必要がある。

(4) 審査会の構成（医療委員の人数）について

精神保健福祉法の平成17年改正で、従前、3人であった医療委員を2人以上とし、5人目の委員をどの資格者から構成するかは各審査会の裁量に委ねられた。その趣旨は、医療

委員3人で審査会の過半数を構成すると、精神科医同士による同輩審査のために主治医の判断を尊重あるいはやむを得ないと現状を追認してしまう傾向が出てしまう危惧を制度的に払拭したものである。医療委員3人で常に過半数を取れる構成よりも、医療委員を2人とし他の委員3人のうち1人を医療の立場から説得して過半数を獲得させる方が公正であり、議論も活性化すると期待される。

ところが、Cの2(10)に記載したとおり、この改正に伴って医療委員を3人から2人に減らすことについて消極的な会が64%と高い数値を示している。のみならず、その理由として、意見聴取の日程確保、意見聴取の負担、欠席等の場合の円滑な審査等、予備の医療委員の選任によって克服すべき事項が挙げられている現状からすると、上記法改正の趣旨が十分に理解されていないのではないかと思われる。

確かに、シンポジウムにおける会場発言にもあったように、医療委員の確保に苦勞している審査会もあると思われるが、予備委員の配備によって医療委員1人当たりの負担を減らすとともに、精神保健指定医の公的義務を強調して医療委員の確保が図られるべきであろう。その一方で、非医療委員への置き換えについては、公正な第三者機関という審査会の存立意義に関わる点なので、上記改正の趣旨が活かされる運用の普及が求められる。

E. 結論

630 調査等の公開データを用いて、わが国の精神医療審査会活動の動向を分析し、退院等の請求審査における弁護士代理人の活動に関するアンケート調査を実施するとともに、全国精神医療審査会連絡協議会総会において関連シンポジウムを開催した。これらの研究活動を通して、弁護士代理人の活動が入院患者の権利擁護と適正な医療の確保という精神医療審査会の創設理念の実現に寄与することが示された。今後は、弁護士代理人活動に関する事項を含め、準司法機関としての精神医療審査会の運営マニュアルの法的格上げや内

容の改定に向けた議論を集積すべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

2020 年度に発表の予定。

2. 学会発表

2019 年度全国精神医療審査会連絡協議会総会・シンポジウムにおいて、分担研究者および研究協力者が研究成果の一部を発表した。

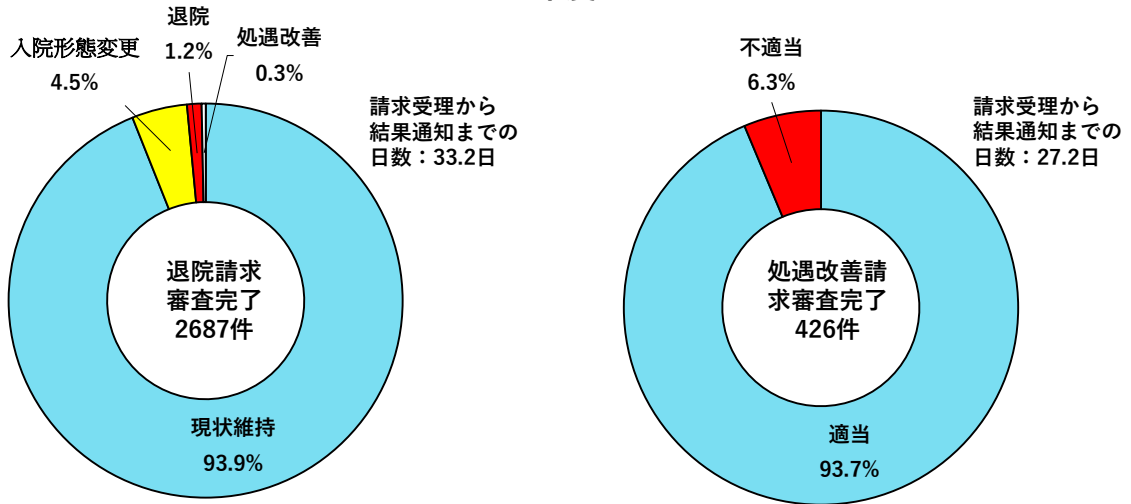
H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献等

- 1) 衛生行政報告例 <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1> (令和 2 年 5 月 11 日 17:00 閲覧)
- 2) 平田豊明：精神科医療における自明性の検証—精神科病院のエントロピー増大をどう食い止めるか.精神科治療学. Vol.38:855-860, 2019
- 3) 池原毅和：精神障害法. 370-379, 三省堂, 東京, 2011
- 4) 精神保健福祉研究会監修：四訂精神保健福祉法詳解. 103-119, 中央法規出版, 2016
- 5) 精神保健福祉資料： <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/keyword.html> (令和 2 年 5 月 11 日 17:00 閲覧)
- 6) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.46, 2020.

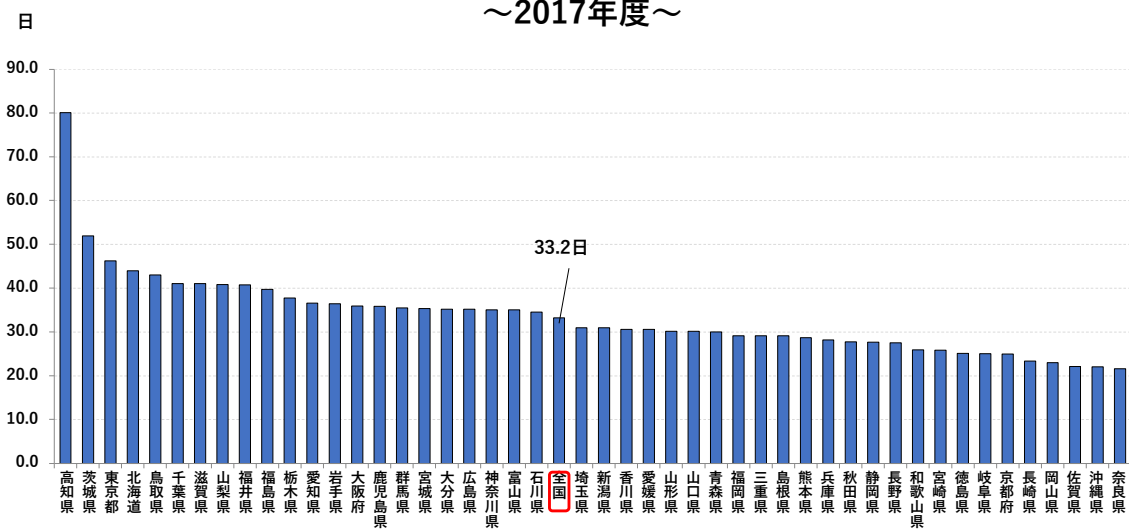
図3 退院請求等の審査結果（年度内決定分）
～2017年度～



平成30年630調査の結果より

3

図4 退院請求の受理から結果通知までの日数
～2017年度～



平成30年630調査の結果より

4

図7 退院請求の審査結果比較（年度内決定分）
～2017年度～

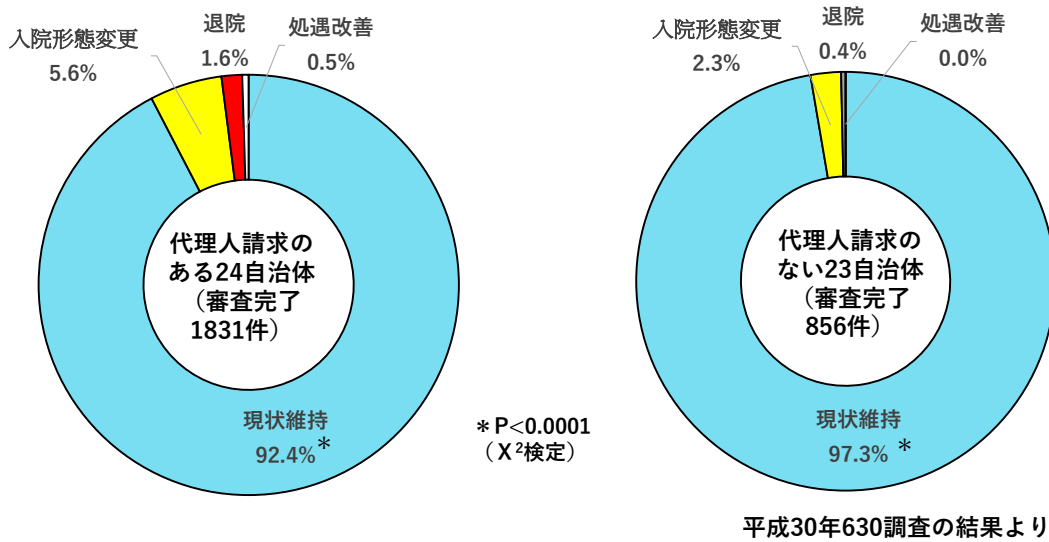


図8 処遇改善請求の審査結果比較（年度内決定分）
～2017年度～

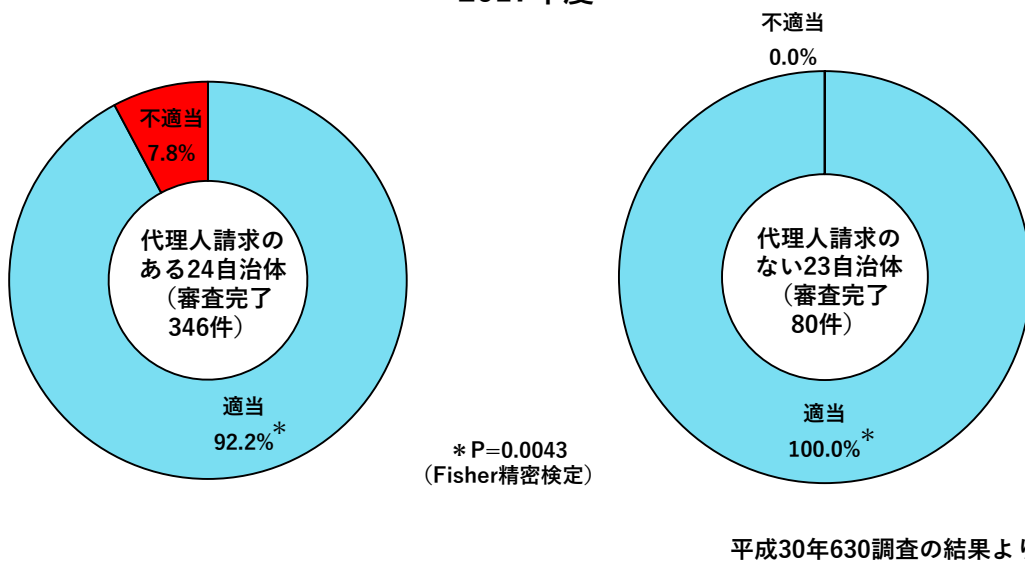
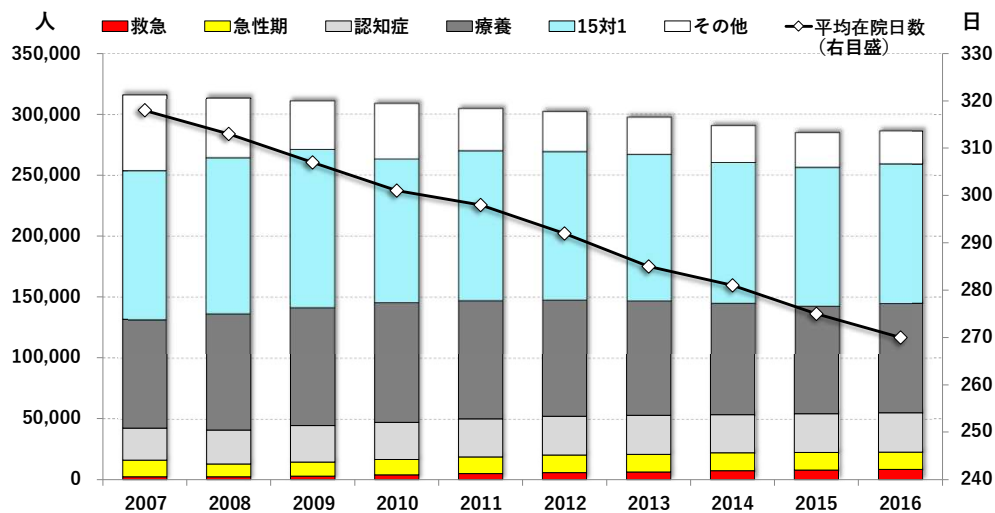
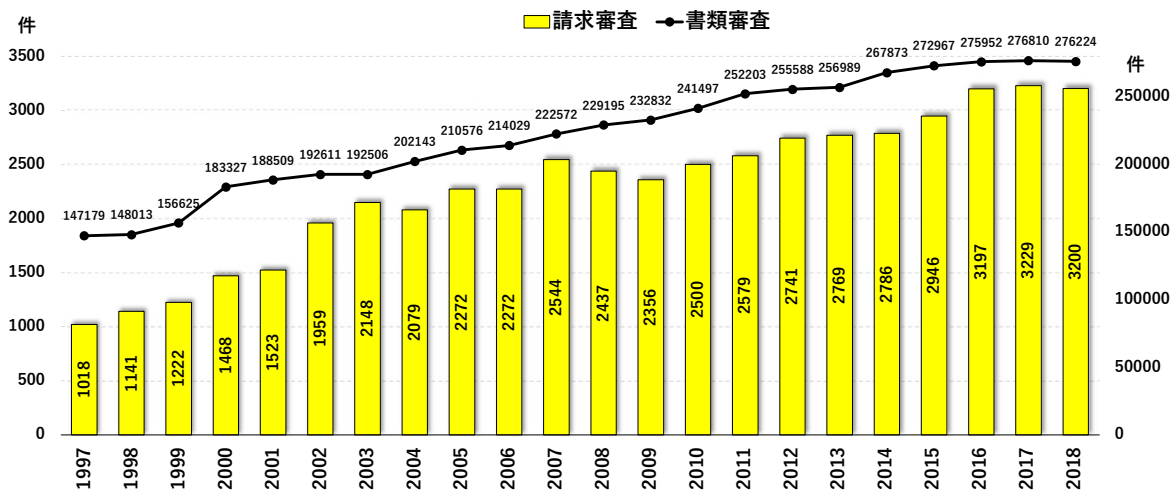


図9 わが国の精神科入院医療の動向
 ～急性型病棟の増加と緩やかな脱入院化～



精神保健福祉資料（630調査結果）から作成。

図10 書類審査件数と請求審査件数の推移



衛生行政報告例（e-STAT）より

「弁護士代理人による退院等請求活動に関する調査」

(審査会名 _____ 精神医療審査会、回答日 20__年__月__日)

【弁護士代理人がついた案件に対する全体的質問】

質問1 弁護士が代理人として付いた案件（以下「弁護士案件」：本人による申立て後、途中から弁護士代理人がついた場合を含む）について、特に留意している点は何がありますか。それは何ですか。

1	弁護士案件がないので分からない。	12会（全58会中20.7%）
2	特にない	29会（全58会中50.0%）
3	ある（ 下記■	） 17会（全58会中29.3%）

■※委任状等の確認 3会 ※意見聴取に法律家委員 5会 ※意見聴取日の調整 4会 ※資料開示の確認 2会 ※意見陳述の確認 2会

★本人と代理人の請求の意向が一致しているか。

質問2 弁護士案件について、患者本人の権利擁護や審査請求の手續上、よかった点、悪かった点がありますか。〔複数回答可〕

1	弁護士案件がないので分からない。	12会（全60会中20.0%）
2	特にない	19会（全60会中31.7%）
3	よかった点（ 下記■1	） 18会（全60会中30.0%）
4	悪かった点（ 下記■2	） 16会（全60会中26.7%）
5	その他感想（ 下記■3	） 6会（全60会中10.0%）

■1※本人の請求の趣旨が明確に 6会 ※加えて資料等が充実 4会、
※本人の安心感 5会

★弁護士案件の発生により審査会の対応方針が明確になった。

■2※意見聴取の日程調整で手續期間が延びる 9会 ※意見聴取で話の割込み・議論等 3会 ※知識・理解に乏しく意味なし 3会

★請求者について十分把握していない場合がある

■3 ※弁護士案件が多くなり、要綱を改訂し、資料開示対応を整理できた。
※刑事当番弁護士のような迅速な対応ができる体制が整っていない

★医療委員等との見解の調整の必要

★退院が早まり日程調整中に退院となってしまう

【弁護士代理人の（本人）意見聴取立会い権】（運営マニュアルV 3 (1)ア⑦）

質問 3 弁護士代理人が患者本人に対する現地意見聴取に立ち会うための、弁護士代理人との日程調整についてお答え下さい。

1	日程調整には応じない（既に決まっている日程を伝えるだけ）	18 会 32%
2	既に決まっている複数の候補日から弁護士代理人に選んでもらう	20 会 36%
3	その他の方法で可能な限り日程調整に応じる →質問 3-2 へ 調整方法（ 下記■ ）	18 会 32%

■ ※特にパターン化した回答はなかったが、代理人の方の複数日程を先に確認し委員側がこれに調整するという回答が複数あった。

質問 3-2 日程調整に応じる場合、審査請求受理日から現地意見聴取日までの日数に制限を設けていますか。

1	制限日数を設け、それを越えた調整はしない（制限日数 日）	0 会
2	制限日数を設けていない	15 会（全 18 会中 83.3%）
3	その他（ 下記■ ）	3 会（全 18 会中 16.7%）

■ ※原則として当該案件を審査する月まで。（困難な場合は臨機応変）
※受理日から結果通知日まで概ね 1 か月内になるように調整。

質問 4 弁護士代理人が現地意見聴取において、依頼者である患者本人以外の聴取対象者（病院管理者、家族等）に対する聴取への立会を希望した場合の対応についてお答え下さい。

1	立会は認めない（理由 下記■1 ）	29 会（全 52 会中 55.8%）
2	認める	5 会（全 52 会中 9.6%）
3	一定の条件の下に認める 条件の内容（ 下記■2 ）	18 会（全 52 会中 34.6%）

■1 ※マニュアル上認める規定がない 5 会

※本人の代理人であり、本人は立会いができない 10 会

※率直・自由な意見を妨げるおそれ、公正・適正な審査の支障 10 会

※守秘性の担保 2会

■2 ※対象者の同意 8会 ※全員(対象者・委員)の同意 2会

※請求内容等により個別判断・審査会が必要と認めた場合 2会

【弁護士代理人の資料開示請求権】 (運営マニュアルV 3 (3)イ但書)

質問5 審査請求に対する審査のために用意する以下の資料 (e の下線部について、用意するのが過去何年分かを記入し、用意する a, b, c, f に○を付けて下さい) について、弁護士代理人から資料開示請求があった場合の対応についてお答え下さい。資料はアルファベットでお答え下さい。 [複数回答可]。

a 退院請求等の手紙・申立書等 14会 (全18会中77.8%)

b 意見書(b-1 本人からの、b-2 家族等からの、b-3 病院管理者からの)

b-1 14会(77.8%)、 b-2 9会(50.0%)、 b-3 13会(72.2%)

c 現地意見聴取書 10会 (全18会中55.6%)

d 直近1年以内の措置入院時の診断書(保健所による調査票)、医療保護入院・応急入院の入院届、定期病状報告 6会 (全18会中33.3%)

e 直近1年(年)以内の当該患者の審査会資料 (a b c f=結果通知書)

8会 (18会44.4%)、1年6会 (10会60.0%) 5年4会 (10会40.0%)

1	すべて開示する →開示する資料について質問5-2へ 6会 (30会20.0%)
2	次の資料は開示しない →開示する資料について質問5-2へ 14会(46.7%) 開示しない資料 (a 2会, b-1 2会, b-2 4会, b-3 3会, c 8会, d 4会, e-6会)
3	一定の条件の下に開示する資料がある→開示する資料について質問5-2へ 資料及び条件の内容 (下記■) 19会 (全30会中63.3%)

■ ※情報開示条例、個人情報開示条例に則る 5会

※b-2, b-3 意見書作成者の同意

※b-2, b-3 関係を損ねる事項について本人に伝えない

※意見陳述の為にのみ使用する

★c, d, e 病院長の判断

★b-2, b-3, d を開示する場合は審査会当日の弁護士陳述の直前のみ

質問5-2 開示する際に、部分的にマスキングするのはどのような箇所ですか。

(下記■)

■ ※請求者以外の個人情報 5会

※家族氏名, 続柄, 生年月日, 住所, 電話, 審査委員, 主治医, 印影 7会

※情報開示条例、個人情報開示条例に則る 6会

★マスキングしない 4会

但し個人情報に留意するよう伝える、本人に直接見せないよう伝える

【弁護士選任権の告知】 (運営マニュアルV 3(1)ア⑥)

質問6 現在、精神医療審査会に対する審査請求において、刑事被告人に対する国選弁護人のような国が弁護人を付する制度はありませんが、弁護士会等(各地の弁護士会あるいは日本弁護士連合会＝日弁連)ではその代替制度として精神障害者に対する法律扶助制度(援助制度)を設けていることを知っていますか。

1	ほとんどの委員が知っている。	16会 (全56会中28.6%)
2	半数以上の委員が知っている。	11会 (全56会中19.6%)
3	一部の委員しか知らない。	25会 (全56会中44.6%)
4	ほとんどの委員が知らない。	4会 (全56会中7.1%)

質問7 患者本人が申立てた案件(以下「本人申立て案件」)について、当該患者本人に弁護士選任権の告知(情報提供)をした案件がありますか。ない場合、告知してこなかった理由は何ですか。

1	ある →質問7-2へ	32会 (全56会中57.1%)
2	ない	24会 (全56会中42.9%)

理由 [複数回答可]

1	運営マニュアルの規定を知らなかった。	7会 (全24会中29.2%)
2	その他 (下記■)	18会 (全24会中75.0%)

■ ※審査会マニュアルの規定が不明確で必ず告知と解さなかった 3会

※告知の必要性が乏しい 4会 ※面接時の告知に意味はない 1会

※かえって患者を混乱させる 2会

※申立の電話相談等の段階で情報提供している 2件

質問7-2 告知の際、弁護士会等の援助制度についても告知した案件がありま

すか。ない場合、告知してこなかった理由は何ですか。

1	ある	16 会 (全 32 会中 50.0%)
2	ない	16 会 (全 32 会中 50.0%)

理由 [複数回答可]

1	弁護士会等の援助制度の存在を知らなかった。	8 会 (15 会 53.3%)
2	その他 (下記■)	7 会 (全 15 会中 46.7%)

■ ※審査会の制度であり審査会として告知の必要なし

※質問がなかった、質問されれば対応

質問 8 今後、弁護士選任権の告知規定の運用についてどのようにお考えですか。

1	弁護士会等の援助制度とともに告知する	9 会 (全 55 会中 16.4%)
2	権利告知だけをする。	22 会 (全 55 会中 40.0%)
3	その他 (下記■)	24 会 (全 55 会中 43.6%)

■ ※今後検討・検討中 11 会

※必要に応じ告知 4 会

※現状どおり(必要乏しい) 1 会

【その他】

質問 9 弁護士代理人が審査会における患者本人の意見陳述を希望する場合の対応についてお答え下さい。(弁護士の意見陳述権：運営マニュアル V 3 (2)ウ)

1	原則として認めない(本人に対する現地意見聴取等で把握できていない意見があると認めた場合のみ認める)	23 会 (全 47 会中 48.9%)
2	広く認める →質問 9-2 へ	24 会 (全 47 会中 51.1%)

質問 9-2 意見陳述する患者本人の審査会の開催場所までの付添いや交通費についてのお考えについてお答え下さい。

1	病院のスタッフが付き添い、病院が交通費を負担する	1 会 (22 会 4.5%)
2	患者本人が代理人弁護士・家族等の付添人を手配し、交通費も負担する	
3	その他(下記■) 12 会 (全 22 会中 54.5%)	2 9 会 (全 22 会中 40.9%)

■ ※入院形態による(措置のみ県による対応を検討)

※今後検討 ※関知しない ★審査会を病院で開催している

質問 10 平成 17 年の法改正で、医療委員の数が 3 人から 2 人以上に改正されまし

たが、医療委員を2人とする変更についてお答え下さい。

1	検討したが導入しなかった（理由 下記■1）	18会（全56会中32.1%）
2	まだ検討していない（理由 下記■2）	13会（全56会中23.2%）
3	検討中である	4会（全56会中7.1%）
4	導入した →質問10-2,3へ	7会（全56会中12.5%）
5	その他（ 下記■3）	14会（全56会中25.0%）

■1 ※意見聴取の日程確保 3会 ※意見聴取の負担が多くなる 3会

※欠席等の場合の円滑な審査 5会

※その他の委員を確保できない

※医学的所見を踏まえた審査

★会長を法律家とすることで各委員のバランスを取っている

■2 ※減らす特段の理由がない、減らすという意見が出ない 5会

※欠席・関係者排除の場合の対応困難、他の委員の確保困難が予想 6会

■3 ※検討の有無等、不明 6会

※意見聴取の調整容易、欠席等の対応、医療委員の予備委員なし 5会

質問10-2 医療委員に変えて増やした委員の種類と導入した合議体の数について教えて下さい。（ 下記■ ）

■ ※法律家委員 2会 保健福祉委員 5会

※1合議体 3会 2合議体 1会 4合議体 2会

質問10-3 導入後の評価について教えて下さい。

（ 下記■ ）

■ ※特になし 3会

※様々な視点、それぞれの専門性、多角的視点からの審査 3会

★医療委員の意見聴取の負担のため元に戻した 1会

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究

—入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究—

研究分担者：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）

研究協力者：太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、岡安 努（社会福祉法人共友会）、桐原尚之（全国「精神病」者集団）、工藤正志（秋田緑ヶ丘病院）、熊倉陽介（東京大学）、小林絵理子（地域精神保健福祉機構）、佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院）、中島公博（五稜会病院）、福田晶子（鈴鹿厚生病院）、細井大輔（大阪精神医療人権センター）、松長麻美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、山本めぐみ（浅香山病院）、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）、八尋光秀（西新共同法律事務所）

要旨

本研究では、障害者権利条約の観点から入院中の精神障害者の権利擁護のあり方を検討し、実行可能性のある権利擁護システムについての提言を行う。今年度は、精神障害当事者によるグループミーティングにおいて検討された内容を踏まえて、「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案」を作成した。提案では、障害者権利条約との関連性を整理し、自治体が運営する「権利擁護センター（仮）」の設置と、医療機関とは独立した第三者が権利擁護のための役割を担う「個別相談員（仮）」が精神科病院への訪問等による支援を提供する仕組みについて示した。来年度以降に個別相談の試行を実施し、実行可能性につき検証する。

A.研究の背景と目的

2006（平成18）年12月13日に国連総会本会議において採択され、2008（平成20）年5月3日に発効された障害者の権利に関する条約（以下、「障害者権利条約」という。）は、障害を理由とした差別の禁止や、障害者の尊厳や権利の尊重を促進することを義務づけた人権条約のひとつである。わが国は、2014（平成26）年1月20日に世界141番目の締結国・機関としてこの条約を批准した。

障害者権利条約の批准に先立ち、2013（平成25）年に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」という。）の改正が行われ、精神障害者

の医療に関する指針の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等が行われた。さらにその附則第8条には、施行後3年を目途として施行の状況等を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置の在り方、さらには精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする旨の検討規定が置かれた。このうち、「精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及

び意思の表明についての支援の在り方」については、2014（平成 26）年度の障害者総合福祉推進事業においてモデル事業が実施され、それに引き続いて 2015（平成 27）年度障害者総合福祉推進事業において、これまでの意思決定支援の検討状況を踏まえたモデル事業が行われた。

他方、障害者権利条約の観点からは、入院中の精神障害者の権利擁護については、少なくとも障害者権利条約の以下の条文を踏まえて、さらなる議論を深めていく必要があると考えられる。

第 12 条第 3 項：法的能力の行使に当たって必要な支援としての機能

第 14 条：身体的自由及び安全を担保するための機能

第 15 条：拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由を担保するための機能

第 16 条：虐待防止のための効果的措置としても機能

第 19 条：地域移行・地域生活のための漸進的措置としての機能

第 22 条：プライバシー尊重の担保としての機能

第 25 条：インフォームド・コンセントを支える支援としての機能

本研究においては、障害者権利条約の観点から入院中の精神障害者の権利擁護のあり方を検討し、実行可能性のある権利擁護システムについての提言を行うこととする。なお、精神障害者の権利擁護と適正な医療の確保を目的として創設された制度としては、精神医療審査会制度があるが、この制度をめぐる課題については、別の分担研究班で検討中であり、本研究では直接的には取り扱わない。

B.方法

精神障害当事者 8 名の協力を得てグループミーティングを実施し、入院中の精神障害者を対象とした権利擁護活動のあり方につき意

見交換を行った。また、2015（平成 27）年度障害者総合福祉推進事業の成果物である、「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」

〔https://www.nisseikyo.or.jp/images/about/katsudou/hojokin/h27_06.pdf〕についての意見を集約した。このグループミーティングで得られた意見を踏まえて、「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案（案）」を作成し、研究協力者からメールにより案に対する意見を提出いただいた。

また、大阪精神医療人権センターにより 20 年以上にわたり権利擁護活動が実施されている大阪府内の精神科病院の院長 4 名へのグループインタビューを行い、同センターによる権利擁護活動についての意見を集約した。大阪精神医療人権センターは、1985（昭和 60）年に、当事者、家族、医療福祉従事者、弁護士、市民による電話及び投書による相談から始まり、1998（平成 10）年には大阪精神病院協会（現在の大阪精神科病院協会）役員会の了承を得て、大阪府の全精神科病院への訪問活動を開始している。現在は、精神科病院の入院者への面会、電話、手紙による権利擁護活動、精神科病院の病棟へ視察し、入院者等から聞き取りを行う活動（大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会事業）、政策提言等を中心とした活動を行っている。

C.結果／進捗

当事者グループミーティング及び研究協力者からの意見を踏まえて作成した「精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案」は、別紙 1、2 の通りである。

「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライ

ン」については、以下のような意見が出された。

1)「アドボケーター」の名称について

- ・ ガイドラインに記されたような活動を行う人を「アドボケーター」とすると、その活動が権利擁護活動全般であるとの誤解を生じかねないため、別の名称に変更する必要があるのではないか。(ガイドラインに示された「アドボケーター」の活動内容は、「医療サポーター」もしくは「療養サポーター」のイメージに近い。また、権利擁護者を表す英語は、「アドボケーター」ではなく「アドボケイト」が一般的。)
- ・ 「アドボケーター」に代わる名称に関しては、カタカナはわかりにくいので避けた方がよいのではないか。

2)病院への情報提供について

- ・ 本人との面会で得られた情報について病院側に伝える際には、本人の了解を得ることを原則とすべきではないか。
- ・ その原則に基づいて同意書、報告書様式も一部修正が必要ではないか。

3)家族同意について

- ・ もともと本人が望んでいなかった非自発的入院の同意者は家族等であり、家族調整自体が本人のニーズである場合もある。
- ・ 家族同意がなくても本人が希望すれば支援を受けられるようにすべきではないか。
- ・ 医療・福祉施設や家族の同意を要件として行われる支援は、本来の意味の「当事者支援」とはいえないのではないか。

4)ケア会議への参加について

- ・ 意思決定支援をするのであれば、本人の希望があれば、ケア会議には入れた方が

よいのではないか。

5)制度の利用促進について

- ・ 「アドボケーター」を利用する際には、本人だけでなく、医療機関の精神保健福祉士が代行できるようにしてはどうか。
- ・ 医療機関、行政、地域援助事業者等に、本人が制度を利用しやすいよう、積極的に周知することを義務づけてはどうか。
- ・ 退院後生活環境相談員が制度についての説明と援助を行うことが適切ではないか。

6)本人との面会について

- ・ 「アドボケーター」に関しては、精神保健福祉法第36条第2項の規定に基づき厚生大臣が定める行動の制限を見直して、面会制限できないようにしてはどうか。また、現行制度下では、病状などの理由で面会に支障をきたすと判断される場合には、医療機関と「アドボケーター」が協議のうえで実施方法を検討し、安全確保に最大限の配慮をするなど調整し、面会できるよう努めるべきではないか。

7)「アドボケーターガイドライン」全般について

- ・ ガイドラインに記されたような活動は、できるだけ本人の希望に沿った医療や支援を提供し、医療の質を向上させるうえでは意義のあるものであるが(モデル事業では、利用者から概ね良い評価が得られている)、誤解が生じない適切な記載にしたほうがよい。また、それで権利擁護が完結するわけではないことに留意する必要がある。
- ・ 「アドボケーター」は、非自発的入院の存続と引き換えに設置するわけではないため、自発的入院か非自発的入院にかかわらず、必要な人に支援が行き届くよ

うにすべきとするスタンスは支持したい。

8)その他

- ・ 制度の利用に際しては、本人と「アドボケーター」の間で契約書がかわされる必要があるのではないか。
- ・ 入院している医療機関や同一法人の職員が「アドボケーター」の任に就くことは禁じるべき。
- ・ 個人情報の取得及び利用は、正しくインフォームド・コンセントが行われている限りにおいて正当化できるが、その際には精神科病院に入院している人が危うい権利状況におかれており、病院関係者との対立的な関係に立たざるを得ない場合があることも考慮したインフォームド・コンセントであるべき。
- ・ 「アドボケーター」が院内で虐待を発見した場合の対応について、ガイドラインに明記すべきとする意見があった。

大阪府内の精神科病院の院長4名へのグループインタビューの結果からは、以下のような意見に集約された。

- ・ 個別相談については、個々の入院患者に丁寧に対応されており、大変よい支援をされている。
- ・ これまでに、個別相談をめぐってのトラブルは経験していないし、トラブルが起きたという情報もない。
- ・ 病院関係者以外の視点からの個別支援が得られることはよいことであると考えられる。そのような取り組みが広がることは本人にとっての利益になるだけでなく、病院にとってもメリットがある。
- ・ 個別支援等の権利擁護活動を行うスタッフの中に当事者や市民ボランティアなども含まれていることで、市民の視点が病院に入るのは望ましいことである。
- ・ 精神科病院への視察、入院者からの聞き

取りの活動については、活動開始当初はその活動の受け入れをめぐって様々な衝突はあったが、お互いに協議を重ね、視察を受け入れる経験を重ねる中で、次第にそれが当たり前のことになっていった。

- ・ 視察で指摘された点から様々な気付きを得ることができ、療養環境の改善につながることも多かった。
- ・ 病院側にとっては、個別支援の受け入れよりも、病棟視察の受け入れのほうがハードルが高いかもしれない。他の地域で実施する際には、その地域の実情に応じた工夫が必要になるのではないか。
- ・ 病棟視察においては、改善すべき点の指摘だけではなく、病院が努力している点、良い点について指摘することも大切なのではないか。

総じて、大阪精神医療人権センターの権利擁護活動については好意的にとらえられており、本人の権利擁護につながるのみならず、病院側の意識の変化や療養環境の改善につながり、病院側のメリットもあると考えられていることが示唆された。

D.考察

今年度は、意思決定支援、意思の表明の支援に関連して、入院中の精神障害者の権利擁護のあり方につき、当事者によるグループミーティングにおける協議内容及び研究協力者からの意見を踏まえて具体的な提案（別紙1、2）にまとめた。この提案は暫定的なものであり、来年度以降さらに内容を精査するとともに、研究協力が得られた地域においてこの提案に基づいた個別支援の試行を実施する過程で見直しを行う必要があると考えられる。個別支援の試行に先立っては、個別相談員（仮）への研修が必須となる。権利擁護活動を担う人材育成については、大阪精神医療人権センターが研修プログラムを開発しており、同センターの活動実績を考慮すれば、同

センターの研修プログラムをベースにした研修を実施することが考えられる。その際には、研修の効果についても検証を行う必要がある。

研究協力者からの意見のうち、以下の点についてはこの提案に盛り込めておらず、さらなる検討が必要である。

- ・ 権利擁護活動と、精神医療審査会での処遇改善請求や退院請求との兼ね合い、組織としての社会福祉協議会の権利擁護支援センターなど既存の公的サービスとの違い。
- ・ 精神障害者に対する権利擁護機能は市町村の義務であることを明確にするため、障害福祉計画や障害者計画等に精神科病院入院者の権利擁護について明記することについての検討。
- ・ 権利擁護センター（仮）の人員体制（精神障害者の権利擁護を主業務とする精神保健福祉士を必置とするか、人選の仕方等）のさらなる検討。
- ・ 権利擁護センターが医療機関に改善要求したにもかかわらず改善されない場合の対応。
- ・ 自ら支援を求められない人への支援方法（入院後一定期間経過した場合には本人からの求めがなくても面会するなど）。
- ・ 総合法律支援法に基づく法律扶助等を充実させる必要性及び個別相談員（仮）が法テラス含む司法救済につなぐ支援の検討。

精神医療審査会との役割の違いや連動、連携、相互補完機能のあり方について検討するにあたっては、現状では精神医療審査会の機能が十分ではないことが問題となる。権利擁護センター（仮）設置をすすめるにあたっては、予算拡充を含めた精神医療審査会の機能強化が必須であると考えられる。

その他、権利擁護センター（仮）に関連する将来的な検討事項として、

- ・ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシ

ステム」において「権利擁護センター（仮）」が権利擁護機能を担うことを明記してはどうか（地域の中に権利擁護機能があることが明記されることは、当事者の地域での暮らしの継続を推進していく観点からも重要）

- ・ 精神科病院職員（特に精神保健福祉士）は院内での権利擁護の役割を積極的に担う必要があることや、権利擁護センター（仮）の窓口につなぐ機能があること、個別相談員を受け入れるための院内における体制整備を行うこと等、精神科病院の役割や責任を明確にする必要があるのではないかと。
- ・ 精神科病院の職員に権利擁護に関する定期的な研修を受けることを義務付ける等、病院の権利擁護機能が有効に働く仕組みの検討。
- ・ 権利擁護センター（仮）機能について、財源や人材の有無等、自治体の事情によって設置状況や機能の質に格差が生じないように、障害者総合支援法等に明記することを検討してはどうか（退院後生活環境相談員及び地域援助事業者は権利擁護を担う職種であることを明記し、両者が定期的に研修を受けることを必須とする、退院後生活環境相談員については定期的に研修を修了することを資格要件とする等）

などが挙げられた。また、司法的な対応が必要なケースについては、権利擁護の枠では対応することができないことにも留意する必要がある。権利擁護活動に関連して、法テラスや当番弁護士制度の活用を充実にも併せて取り組むことが求められる。権利擁護活動を受け入れている複数の精神科病院の院長の意見からは、権利擁護活動は病院と対立関係にあるのではなく、外部の視点が入ることによる病院側のメリットも少なからずあることが示唆されている。権利擁護センター（仮）設置が、入院者本人のみならず病院にとっても

有益なものとなるよう、さらに支援内容や研修のあり方等を検討し、実現可能性を模索していきたいところである。

「入院に係る精神障害者の意思決定及び意思の表明に関するアドボケーターガイドライン」については、病院外からの意思決定支援者が入院医療機関と十分な連携を行う中で患者本人の意思が表明され、意思決定が行われることを支援するための指針であり、医療の質の向上、入院者本人の意向を尊重した医療の提供にとって有益であると考えられる。同ガイドラインは、精神科病院に入院中の精神障害者が最善の利益を享受できることを意図して作成されている。一方で、障害者権利条約においては、成人に関しては、「最善の利益」の原則は第12条に基づく保護措置ではないとされており、「最善の利益」のパラダイムから「意思と選好」のパラダイムへのシフトが求められていることから、意思決定支援において「最善の利益」や「最善の医療」を目指すことをどのように考えるかについては、今後さらに議論を深めていく必要があると思われる。

意思決定支援、意思の表明の支援のあり方

の検討はまだ緒についたばかりと言っても過言ではなく、研究班内の検討においてもさまざまな論点が提示された。同ガイドラインを検討の素材として、精神科医療における意思決定支援、意思の表明の支援に係る課題を再度整理し、よりよい方向性を見出していくプロセスが引き続き必要であると思われる。入院中及び退院後の支援のあり方を考える際には、精神科病院への入院そのものが外傷体験となる可能性や、その人をめぐる多様な社会的障壁等も考慮したうえで、支援者の価値観や理念ではなく本人の価値観や希望に基づく支援を行うべきであるが、具体的な支援のあり方については、国内外の実践例等を踏まえてさらなる検討を重ねる必要がある。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

精神科病棟に入院している人の権利擁護のための個別相談活動に関する提案

1) 権利条約との関連について

以下の条文に則ったかたちで権利擁護のしくみを構築する必要がある。

- ・ 第 12 条第 3 項：法的能力の行使に当たって必要な支援としての機能
- ・ 第 14 条：身体的自由及び安全を担保するための機能
- ・ 第 15 条：拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由を担保するための機能
- ・ 第 16 条：虐待防止のための効果的措置としても機能
- ・ 第 19 条：地域移行・地域生活のための漸進的措置としての機能
- ・ 第 22 条：プライバシー尊重の担保としての機能
- ・ 第 25 条：インフォームド・コンセントを支える支援としての機能

2) 精神保健福祉法との関係、個別相談支援が可能である法的根拠

- ・ 精神保健福祉法でも、非自発的入院者の退院請求権／処遇改善請求権を認めており、入院中の権利擁護に関しては、自発/非自発の別なく必要。（精神保健福祉法では非自発的入院の規定があるが、代弁者をつけることと引き換えに非自発的入院を認めるような論調にならないよう留意。）
- ・ 精神保健福祉法及び厚生省告示第 130 号により、通信・面会については原則として自由に行われるものであるため、入院者が望めば権利擁護活動をしている民間団体等の職員との通信・面会は原則自由にできる。また、人権擁護に関する行政機関の職員、代理人である弁護士との電話や面会は制限されない。
- ・ 障害者総合支援法において、都道府県及び市町村の地域生活支援事業として意思疎通支援事業が位置付けられている（必須事業）。
- ・ 障害者総合支援法において、都道府県及び市町村の地域生活支援事業として障害者虐待防止対策支援が位置付けられている（任意事業）。

3) 個別相談支援を実施する体制

- ・ 都道府県が主体となって、「権利擁護センター（仮）」を運営する。地域の実情に応じて、保健所圏域や市町村単位でのセンターの設置も考慮する。
- ・ 権利擁護センター（仮）は、原則として都道府県等の自治体直営とするが、都道府県等から委託された団体等がその機能を担うことも考えられる。
- ・ 自治体の実情に応じて、県民総合相談センターや、基幹相談支援センター、市町村相談支援事業所（委託相談支援事業所）などの既存の枠組みを活用することも考慮する。
- ・ 都道府県主体の権利擁護センター（仮）は、圏域や市町村単位のセンターをバックアップし、

個別相談支援の実施に係る後方支援、スーパービジョンを含む、継続的な人材育成のための研修の実施、個別相談支援の実施状況を踏まえた課題抽出と分析、その結果を踏まえた実施体制の整備の進捗管理等の機能を持つことが望ましい。

- ・ 都道府県主体の権利擁護センター（仮）には、圏域や市町村単位のセンターのスタッフへの助言や支援を行い、多様な視点で権利擁護を担えるシニアアドバイザー（精神保健医療福祉や司法等に精通する有識者）の配置が望ましい。
- ・ 権利擁護センター（仮）には、医療機関とは独立した第三者として権利擁護機能を果たすための組織基盤（人員及び財源の確保を含む。）が必要となる。

4) 相談者（個別相談員（仮））の立場と役割について

※「個別相談員」の名称については、利用者や病院にとって立場や役割を理解しやすくするために、今後より適切な名称を検討する必要がある。

- ・ 医療機関とは独立した第三者が権利擁護のための役割を担う。
- ・ 個別相談員（仮）は、「最善の利益」を考慮するのではなく、完全に本人の味方という立場で、何を話しても大丈夫という安心感を持ってもらう。
- ・ 本人の立場に立って話を丁寧に聞き、本人の希望を確認する（散歩したい、外出したい、タバコが吸いたい、スタッフにもっと話をきいてほしい、退院したい等）。
- ・ 本人が希望を持つことができるようにエンパワーメントする。
- ・ 本人の権利についてわかりやすく説明する。
- ・ 入院者本人への直接的な役割と、病棟に第三者（外部）からの視点を入れるという間接的な役割がある。

5) 情報提供・守秘義務について

- ・ 病棟スタッフ等への情報提供：生死に関わること以外は、病棟スタッフ、家族を含むいかなる人に対しても、本人の了解なしに本人との会話内容に関する情報提供は行わない。
- ・ 本人への情報提供：病棟スタッフの代理として本人に情報提供（病気や薬に関する情報等）はしない。ただし、本人が希望した場合、本人とともに病棟スタッフから情報提供を受け、本人が理解するための援助を行うことはあり得る。
- ・ 個別相談支援を通じて知り得た本人、その家族又はその関係者の個人情報については、正当な理由なく開示、口外、提供、漏えいしない（個別相談員（仮）を辞めた場合も同様）
- ・

6) 直接支援について

- ・ 支援を提供するまでの流れについては、別紙2参照。
- ・ 訪問による個別相談支援を行う場合は、原則として個別相談員（仮）2名で対応する。
- ・ 病院のスタッフ等、専門職の下請けをする立場ではないことに留意する。
- ・ 退院請求や処遇改善請求制度に関する情報提供を行ったり、代理人が必要と判断された

場合に弁護士会のサービスを紹介する等、直接支援へのつなぎは必要に応じて行う。

- ・ 本人の希望に応じて、本人が病棟スタッフ等に自分の考えや希望を伝える手伝いをしたり、本人に代わって、病棟スタッフに本人の考えや希望等を伝える等の支援を行う。
- ・ 退院後の暮らしも含めた支援の観点から、本人の希望に応じて退院後生活環境相談員や地域援助事業者との連携を図ることも考えられる。
- ・ 話を聞くだけで終わることもあるが、話を丁寧に聞くこともエンパワーメントとしての機能を果たすことになり、重要な活動である。(必要に応じて繰り返し支援する)
- ・ 電話のみ、手紙のみの支援も受け付ける。

7) 個別相談員（仮）の養成について

- ・ 個別相談員（仮）となるには、特定の資格は必須ではないが、所定の個別相談員（仮）研修を受講する必要がある。
- ・ 当事者（ピアサポーター）が個別相談員（仮）として活動できる体制を積極的に構築する。そのため、研修のあり方や活動開始後の個別相談員（仮）のケアについても配慮する。
- ・ 当事者団体がピアサポーターとしての個別相談員（仮）の役割を担うことも考えられる。
- ・ 弁護士、市民ボランティア等さまざまな立場の個別相談員（仮）が協働で役割を遂行できることが望ましい。
- ・ 相談業務開始当初は、経験のある個別相談員（仮）と一緒に訪問する。
- ・ 個別相談員（仮）は、スーパーバイズを含む継続的な研修を受けることが望ましい。

8) 虐待等の問題が疑われた場合の対応について

- ・ 病棟内での虐待が疑われる場合、病棟環境等に問題があることが判明した場合には、権利擁護センター（仮）内で協議し、状況によっては通報するなどケースバイケースで適切な対応をする。
- ・ 個別相談員（仮）個人の判断で動かず、組織的に判断する。通報する場合、通報者の匿名性の担保も必要。

9) 個別相談支援の周知について

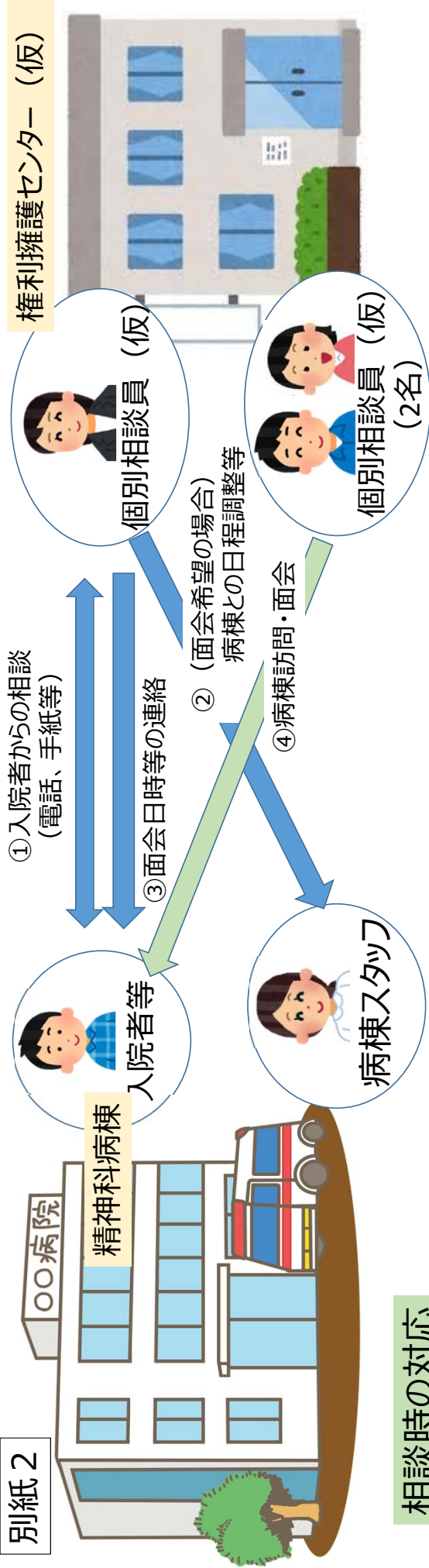
- ・ 精神医療審査会に関する掲示物と同様に、個別相談支援を受けられることについて、精神科病棟内にパンフレットを掲示したり、入院時にパンフレットを渡したりする。
- ・ パンフレットには、個別相談支援の目的、どのような支援が受けられるかといった支援内容、秘密が守られること、どのような枠組みによる活動かといったことをわかりやすく記載する。
- ・ 医療機関、行政、地域援助事業者等に、本人が利用しやすいように積極的に周知を図るよう促す。
- ・ 入院者自身の自発性に任せるモデルだけでは限界があるのではないか。→茶話会方式でピアサポーター等と接する機会を設け、そこから個別相談支援につなげる方法も考えられる。

(病院から患者が電話してくるのを待つモデルだけでは、必要な人に支援が行き渡らない可能性がある。)

10)その他

- ・ 病院側の事情を理解することも必要。
- ・ 本人が費用の負担をすることなく相談できるようにする。
- ・ 本人の病状によっては面会が難しい場合もあることが想定されるが、家族の面会が制限されていない程度の病状であれば、個別相談支援に入れるようにしてはどうか。(理想的には、「人権擁護に関する行政機関の職員」と同等の立場であることが望ましい。)
- ・ 権利擁護センター(仮)の役割を地域の事業所(基幹相談支援センター等)に委託する場合、医療機関と同法人又は関連団体の事業所に委託されることも想定されるため、完全に本人の立場で権利を主張できるような対策が必要。
- ・ 個別相談員(仮)に危険が及ぶ可能性がある場合にどうするかについては要検討。保険の加入なども必要か。

以上



相談時の対応

- ・ 本人の立場に立って、丁寧に話を聞き、本人をエンパワメントする
- ・ 本人の希望の確認 (散歩したい、外出したい、タバコが吸いたい、スタッフにもっと話をきいてほしい、退院したい等)
- ・ 権利についての説明
- ・ 個別相談員 (仮) にできること (できないこと、しないこと) を伝える など

相談後の対応

本人の希望に基づき、

- ・ 必要時に再度相談を受ける
- ・ 本人が病棟スタッフ等に自分の考えや希望を伝える手伝いをする
- ・ 本人に代わって、病棟スタッフに本人の考えや希望等を伝える
- ・ 退院請求や処遇改善請求制度の情報提供
- ・ 代理人が必要と判断された場合は弁護士会等を紹介する
- ・ 病棟スタッフ等ごとのような働きかけをするのか (したのか) 本人に報告する など

※虐待が疑われる場合、病棟環境等に問題があることが判明した場合には、通報を含む対応につきセンター内で協議する

相談の際の留意点

- ・ 本人の了解なしに、相談内容や個人情報、病棟スタッフ等に話さない
- ・ あくまでも「本人の味方」として対応する
- ・ 個別相談員 (仮) は、病棟スタッフ等、専門職の下請けをするわけではないことに留意する

精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究

—共同意思決定に関する研究—

研究分担者：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）

研究協力者：青木裕見（聖路加国際大学大学院看護学研究科），熊倉陽介（東京大学），佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院），高江洲義和（杏林大学医学部精神神経科），松長麻美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所），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），渡邊衡一郎（杏林大学医学部精神神経科）

要旨

精神科臨床においては、単に症状や障害の回復のみならず、パーソナル・リカバリーを重視した治療や支援が重要であり、本人の価値観や希望を反映できる方法として、**shared decision making (SDM：共同意思決定)**の実装が期待されている。今年度、本研究班では、精神科受診歴のある者及び精神科医師の診療に関する意識調査を実施し、精神科における意思決定の実態を把握した。患者調査においては、最も経験する治療方針「主治医がすべて治療方針を決める」という医師主導（パターナリズム）の意思決定であった。患者が希望する治療方針の決定方法も医師主導の意思決定であったが、「話をよく聴いてほしい」という要望も多く、医師が患者と十分にコミュニケーションをとったうえで医師が治療方針を決定するという方法を好む患者が多いことがうかがえた。精神科医師を対象とした調査の結果からは、パターナリズムに分類される治療方針の決定方法をとる割合が内科医師よりも多い可能性が示唆されたが、医師調査の自由記載の結果からは、回答した多くの医師は、診察にあたり患者主体の治療となるよう心掛けていることがうかがえた。限られた診察時間の中でいかに十分なコミュニケーションをとるかという課題への対応は、共同意思決定を促進するうえで重要なポイントであると考えられ、そのための具体的方法やツールの開発が求められる。

A.研究の背景と目的

精神科臨床において、近年では客観的な回復のみならず、パーソナル・リカバリーの重要性が強調されている。パーソナル・リカバリーの構成要素としては、他者とのつながり、将来への希望と楽観、独自性、人生の意義、エンパワメントが挙げられており¹⁾、パーソナル・リカバリーの実現においては本人の希望や意思を尊重した **person-centered care** が欠かせないことは明らかである。そのような中で、意思決定支援のあり方として本

人の価値観や希望を反映できる方法が求められており、特に **shared decision making (SDM：共同意思決定)**の実装が期待されている²⁾。SDMとは、「当事者と医師がともに治療に関する決定を行うプロセス」であり、実際に臨床場面でのSDMを促進するためのシステムやツールの開発や効果検証なども行われているが、現時点での精神科医療においてのSDMの普及状況は明らかになっていない。また日本の精神科臨床において、医師、患者双方が意思決定に関する知識をどの程度

有しており、診療に対して患者がどのような希望を持っているかといった実態についても知られていない。本研究では、精神科医療における患者の意思を尊重した意思決定のあり方の検討およびその普及のための基礎的な情報を得ることを目的とし、インターネットモニターパネルを利用した質問紙調査を実施することとした。また、共同意思決定のためのツールについては、ディジジョンエイドをはじめ、いくつかのツールが開発され、効果検証が行われているものの^{3,4)}、いずれも医療者側からツールを提供する形であり、患者が自発的に使用できるツールについてはあまり知られていない。そこで本研究においては、患者が自らのスマートフォンに自由にダウンロードして使用できる共同意思決定を支援するためのツールの一つとして、精神疾患をもつ人が精神科の診察場面で主治医にききたいことをきき、より良いコミュニケーションをするための「質問促進アプリ（名称：診察サプリー）」[<https://co-production-training.net/wp/wp-content/themes/co-production-training1.1/pdf/%E8%A8%BA%E5%AF%9F%E3%82%B5%E3%83%97%E3%83%AA%E7%B4%B9%E4%BB%8B.pdf>]につき、精神科臨床での活用可能性につき検討することとした。

B.方法

1) 精神科受診歴のある者及び精神科医師の診療に関する意識調査

2019年12月、インターネット調査会社である楽天インサイトの一般モニターに登録している者（患者調査の場合）及びメディカルパネルに登録している医師（医師調査の場合）を対象とし、下記の項目に関する調査を実施した。

【患者調査】

性別、年齢、地域、受診経験のある診療科、

疾患名、受診期間、現在の通院の有無、最終通院時期、通院先種別、精神科入院経験の有無、退院時期、入院先種別、入院形態、治療・支援の内容、治療方針の決定についての希望、実際の治療方針の決定方法、診察での聴取事項、医師—患者関係（STAR-J）、サービス満足度（CSQ-8-J）、精神科・心療内科での診察についての希望

【医師調査】

性別、年齢、所属先種別、所属先地域、精神科専門医および精神保健指定医資格の有無、臨床業務の有無、臨床業務の場、外来・訪問診療1週間当たりの平均患者数、治療方針の決定方法、診察時の聴取事項、治療方針決定時に考慮する情報、意思決定に関する知識、治療方針決定時の考慮事項

患者調査においては、調査時点で20歳以上かつ精神科受診歴を有している者で、診断名が認知症、知的障害、てんかんの者は除外した。医師調査においては、精神科を専門としており、調査時点で臨床業務に携わっている者を対象とした。すべての調査は、インターネット上で行なった。

2) 精神科医療における質問促進アプリの利用体験に関する調査

共同意思決定を支援するためのツールの一つとして、精神疾患をもつ人が精神科の診察場面で主治医にききたいことをきき、より良いコミュニケーションをするための「質問促進アプリ（名称：診察サプリー）」について、アプリ使用前、使用後の2時点で調査を行った。

2020年2月、インターネット調査会社QLifeのメディア利用ユーザーへのメールマガジンおよびバナーを介した告知・募集および提携サイトのアンケートパネルを対象として被検者を募集した。選択基準は、調査時点で20歳以上であり、統合失調症、双極性障

害、躁病の診断で精神科につき1回以上の定期受診をしている者とした。

使用前調査における調査項目は、以下の通り。

性別、年齢、診断名、最終通院時期、居住地、現在の通院の有無および頻度、精神科入院経験の有無、通院頻度、質問促進アプリについての知識、質問促進アプリの使用経験、質問促進アプリを知った経緯、参加動機、受診期間、通院先種別、治療・支援の内容、治療方針の決定についての希望、実際の治療方針の決定方法、診察での聴取事項。

使用后調査における調査項目は、以下の通り。

質問促進アプリの実際の使用状況（使用機能、使用場面、使用方法、使用回数）、質問促進アプリの満足度、質問促進アプリの他者への推奨度、質問促進アプリ使用による主観的効果、質問促進アプリについての改善点や要望、診察での意思決定についての困難や要望、医療スタッフとのコミュニケーションにおける困難や要望。

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. 結果／進捗

1) 精神科受診歴のある者及び精神科医師の診療に関する意識調査

①患者調査

300名より回答を得た。回答者の属性は、男性207名(69%)、平均年齢48.7(±9.5)歳であった。受診期間は平均100.4(±85.0)月、207名(96%)が現在も通院中であり、通院先は診療所が206名(68.7%)と最多であり、次いで精神科病院54名

(18.0%)、総合病院29名(9.7%)、大学病院11名(3.7%)であった。最も希望する治療方針の決定方法、最も経験する治療方針の決定方法は、ともに「主治医がすべて治療方針を決める」が最多であり、それぞれ

33.0%、35.0%であった(表1,2)。外来診療の内容や満足度等については、表3~11に、入院診療の内容や満足度については、表12~24に示した。

精神科・心療内科の診察でこうしてほしいという要望や、困りごとに関する自由記載については、別紙1に列挙した。「特になし」の記載や個人・医療機関が特定される記載、診療に関係しない記載は除外し、誤植と思われる語句には修正を加えた。

②医師調査

100名より回答を得た。回答者の属性は、男性88名(88.0%)、平均年齢48.3(±9.7)歳であった。主たる勤務先は、精神科病院が64%、診療所14%、大学病院11%、総合病院9%、行政機関1%、その他1%であった。62%が精神科専門医であり、83%が精神保健指定医であった。主な調査結果を表25~31に示す。

治療方針の決定に当たり、普段心掛けていることに関する自由記載については、別紙2に列挙した。「特になし」の記載は除外し、誤植と思われる語句には修正を加えた。

2) 精神科医療における質問促進アプリの利用体験に関する調査

20名から研究協力を得た。現在アプリ使用後の調査を終了し、現在調査結果の解析中である。

D. 考察

本研究では、インターネットを用いたアンケートにより精神科診療における意思決定支援の実態を調査した。

患者調査では、最も経験する治療方針が「主治医がすべて治療方針を決める」という医師主導の意思決定であったのみならず、患者が希望する治療方針決定方法として最も多かったのも医師主導の意思決定方法であった。医師が患者の best interests (最善の利

益)を考慮して治療内容を決める意思決定方法(パターナリズム)は、本人の希望や意見が反映されにくいという問題点は従来から指摘されている。一方で、わが国は本来パターナリスティックな文化風土を持ち、医師-患者関係は基本的な信頼関係を基盤とし、患者は治療に関する最終的な決断を専門家に任せるとの傾向にあるとの指摘もあり^{5,6)}、今回の結果からも同様のことがいえそうである。しかしながら、自由記載の記述においては、医師にもっと話を聴いてほしいという趣旨の回答が非常に多く、「主治医がすべて治療方針を決める」にあたっては、医師が自分(患者)の困りごとや置かれている状況、希望、価値観、考え方等、「自分(患者)のことを十分理解したうえで」決めてほしいと考えていることが示唆される。

医師調査の結果からは、治療方針の決定方法として最もよく用いられていたのは、パターナリズムに分類される「自分(医師)が全て治療方針を決めている」であったが

(28.3%)、19.2%の医師は共同意思決定に分類される「複数の治療方法について説明した上で、自分と患者で相談して決めている」と回答している。内科医師534名を対象とした先行研究⁷⁾では、最も多くの医師が用いているのがインフォームド・コンセントタイプの「複数の治療方法について説明した上で、自分が最良だと思う治療方法を説明し患者の同意を得ている」であり(40.8%)、「医師が全て治療方針を決めている」と答えた者は6.4%にすぎず、精神科医師の治療方針決定方法が内科医師とは異なる可能性が示唆された。医師調査の自由記載の結果からは、回答した多くの医師は、診察にあたり患者主体の治療となるよう心掛けていることがうかがえた。

本報告書では記述統計の結果のみを示したが、今後調査結果を詳細に分析し、治療方針決定方法や質問内容と治療満足度や医師-患者関係との関連、医師の属性と治療方針決定

方法との関連等を検討していく予定である。いずれにしても、限られた診察時間の中でいかに十分なコミュニケーションをとるかという課題への対応は、共同意思決定を促進するうえで重要なポイントである。来年度以降、質問促進アプリの利用体験に関する調査の結果も踏まえ、具体的な提案につなげていきたい。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al.: Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 199:445-452, 2011
- 2) 山口創生, 松長麻美, 種田綾乃: インフォームド・コンセントと共同意思決定. *臨床精神医学*, 47(1), 27-35, 2018
- 3) Yamaguchi, S., Taneda, A., Matsunaga, A., et al: Efficacy of a Peer-Led, Recovery-Oriented Shared Decision-Making System: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Serv*, 68(12), 1307-1311, 2017
- 4) 青木裕見, 渡邊衡一郎: うつ病領域における Shared Decision-Making ホームワーク式 SDM のすすめ. *臨床精神薬理*, 20(3), 307-314, 2017
- 5) Annas GJ, Miller FH: The empire of death: how culture and economics affect informed consent in the U.S., the U.K., and Japan. *Am J Law Med* 20:

357-394, 1994

- 6) Slingsby BT: Decision-making models in Japanese psychiatry: transitions from passive to active patterns. *Soc Sci Med* 59:83-91, 2004.
- 7) 久我咲子, 可知悠子, 井上真智子, & 川田智之: Shared decision making を実践する医師の特徴 — 都内 10 区 2 市の診療所内科医に対する郵送調査—. *日本プライマリ・ケア連合学会誌*, 39(4), 209-213, 2016

表1：最も希望する治療方針の決め方 (n = 300)

	n	%
主治医がすべて治療方針を決める	99	33.0
主治医が最良だと思う治療方法のみを説明し、自分(患者)の同意を得る	81	27.0
複数の治療方法について主治医が説明した上で、主治医が最良だと思う治療方法を説明し自分(患者)の同意を得る	63	21.0
複数の治療方法について説明した上で、主治医と自分(患者)で相談して決める	49	16.3
複数の治療方法について説明した上で、判断は自分(患者)に任される	8	2.7

表2：最も経験する(した)治療方針の決め方 (n = 300)

	n	%
主治医がすべて治療方針を決める	105	35.0
主治医が最良だと思う治療方法のみを説明し、自分(患者)の同意を得る	93	31.0
複数の治療方法について主治医が説明した上で、医師が最良だと思う治療方法を説明し自分(患者)の同意を得る	62	20.7
複数の治療方法について説明した上で、主治医と自分(患者)で相談して決める	34	11.3
複数の治療方法について説明した上で、判断は自分(患者)に任される	6	2.0

表3：精神科外来時の診察について (n = 300)

	n	全くない	まれにある	ときどきある	よくある	いつもある
1. 医師は、私個人の目標や治療/支援に対する考えについて、私と話す	300	12.3	12.7	30.0	25.3	19.7
2. 医師と私は、お互いに率直に話す	300	9.7	9.7	25.0	29.0	26.7
3. 医師と私は、信頼し合える関係にある	300	9.7	10.0	26.7	31.7	22.0
4. 医師は、私に本当のことを話していないと思う	300	48.0	22.7	19.7	6.0	3.7
5. 医師と私は、誠実な関係にある	300	10.0	6.3	27.7	33.7	22.3
6. 医師と私は、共通の目標に向かって取り組んでいる	300	10.3	8.0	30.7	30.3	20.7
7. 私が自分や自分の状況にとって大切なことを話しているとき、医師は私に頑固である	300	54.0	19.7	19.7	3.7	3.0
8. 医師と私は、私にとっての良い変化について合意している	300	8.3	9.7	27.3	31.3	23.3
9. 医師は、私に対してせっかちである	300	62.0	15.3	13.7	7.3	1.7
10. 私が言うことやすることにかかわらず、医師は私に好意的である	300	9.7	8.0	28.0	30.0	24.3
11. 私たち(医師と私)は、何に取り組むことが私にとって重要かについて意見が一致している	300	8.7	9.3	31.0	27.7	23.3
12. 私の経験が私にとってどのような意味を持つかについて医師が理解していると信じている	300	9.7	12.0	30.3	29.7	18.3

表4：主治医の診察の質 (n = 300)

	n	%
よくない	16	5.3
まあまあ	122	40.7
良い	101	33.7
大変良い	61	20.3

表5：望んでいた診察が受けられたか (n = 300)

	n	%
全くうけられなかった	8	2.7
そうでもなかった	54	18.0
だいたいうけた	174	58.0
十分にうけた	64	21.3

表6：診察の必要性 (n = 300)

	n	%
全く必要としたものではなかった	7	2.3
いくつかは必要としたもの	63	21.0
だいたい必要としたもの	129	43.0
ほぼすべて必要としたもの	101	33.7

表7：知人が同じ援助を必要としていたら、この診察を推薦するか (n = 300)

	n	%
絶対にしない	13	4.3
しないと思う	59	19.7
すると思う	177	59.0
必ずする	51	17.0

表8：困っていることに対して十分に「時間」をかけた診察を受けたと満足しているか (n = 300)

	n	%
とても不満	21	7.0
どちらでもないか少し不満	89	29.7
ほぼ満足	146	48.7
とても満足	44	14.7

表9：診察を受けたことで、以前よりも自分の問題に対処するのに役立ったか (n=300)

	n	%
悪影響を及ぼした	3	1.0
全く役立たなかった	32	10.7
まあまあ役立った	188	62.7
大いに役立った	77	25.7

表10：全体として診察に満足しているか (n=300)

	n	%
とても不満	12	4.0
どちらでもないか少し不満	62	20.7
ほぼ満足	164	54.7
とても満足	62	20.7

表11：また援助が必要になったとき、診察をもう一度受けたいと思うか (n=300)

	n	%
絶対うけない	8	2.7
うけないと思う	41	13.7
うけると思う	176	58.7
必ずうける	75	25.0

表12：精神科への入院経験の有無 (n=300)

	n	%
ある	61	20.3
ない	239	79.7

表13：入院時の入院形態 (n=61)

	n	%
任意入院	42	68.9
医療保護入院	7	11.5
措置入院	3	4.9
応急入院	2	3.3
医療観察法による入院	1	1.6
わからない	6	9.8

表14：入院中に治療方針を決める際、最も多く行っていた決め方 (n=61)

	n	%
主治医がすべて治療方針を決める	24	39.3
主治医が最良だと思う治療方法のみを説明し、自分(患者)の同意を得る	22	36.1
複数の治療方法について主治医が説明した上で、主治医が最良だと思う治療方法を説明し自分(患者)の同意を得る	9	14.8
複数の治療方法について説明した上で、主治医と自分(患者)で相談して決め	3	4.9
複数の治療方法について説明した上で、判断は自分(患者)に任される	3	4.9

表15：下記の内容について、入院中に主治医から聞かれた頻度 (n=61)

	n	いつも	だいたい	ときどき	いめったに	全くない
1. 症状(障害)に関する悩み	61	23	17	13	4	4
	100.0	37.7	27.9	21.3	6.6	6.6
2. 症状(障害)の社会生活への影響	61	13	19	16	7	6
	100.0	21.3	31.1	26.2	11.5	9.8
3. 治療への希望	61	14	13	19	8	7
	100.0	23.0	21.3	31.1	13.1	11.5
4. 治療への疑問	61	10	13	16	10	12
	100.0	16.4	21.3	26.2	16.4	19.7
5. 治療への理解度	61	9	20	19	6	7
	100.0	14.8	32.8	31.1	9.8	11.5
6. 治療方針に納得しているかどうか	61	11	18	16	8	8
	100.0	18.0	29.5	26.2	13.1	13.1
7. 家族のこと	61	9	15	13	11	13
	100.0	14.8	24.6	21.3	18.0	21.3
8. 仕事のこと	61	11	12	13	8	17
	100.0	18.0	19.7	21.3	13.1	27.9
9. 住まいのこと	61	9	10	12	13	17
	100.0	14.8	16.4	19.7	21.3	27.9
10. 日常生活のこと	61	13	18	14	7	9
	100.0	21.3	29.5	23.0	11.5	14.8
11. ストレスのこと	61	19	14	14	5	9
	100.0	31.1	23.0	23.0	8.2	14.8

表16：精神科への入院時の診察について (n=61)

	n	全 く な い	ま れ に あ る	る と き ど き あ	よ く あ る	い つ も あ る
1. 医師は、私個人の目標や治療／支援に対する考えについて、私と話す	61 100.0	6 9.8	10 16.4	12 19.7	20 32.8	13 21.3
2. 医師と私は、お互いに率直に話す	61 100.0	6 9.8	11 18.0	12 19.7	19 31.1	13 21.3
3. 医師と私は、信頼し合える関係にある	61 100.0	7 11.5	12 19.7	10 16.4	21 34.4	11 18.0
4. 医師は、私に本当のことを話していないと思う	61 100.0	22 36.1	15 24.6	9 14.8	9 14.8	6 9.8
5. 医師と私は、誠実な関係にある	61 100.0	10 16.4	8 13.1	11 18.0	22 36.1	10 16.4
6. 医師と私は、共通の目標に向かって取り組んでいる	61 100.0	10 16.4	7 11.5	12 19.7	19 31.1	13 21.3
7. 私が自分や自分の状況にとって大切なことを話しているとき、医師は私に頑固である	61 100.0	25 41.0	8 13.1	12 19.7	11 18.0	5 8.2
8. 医師と私は、私にとっての良い変化について合意している	61 100.0	7 11.5	6 9.8	19 31.1	18 29.5	11 18.0
9. 医師は、私に対してせっかちである	61 100.0	33 54.1	8 13.1	9 14.8	6 9.8	5 8.2
10. 私が言うことやすることにかかわらず、医師は私に好意的である	61 100.0	6 9.8	13 21.3	12 19.7	19 31.1	11 18.0
11. 私たち（医師と私）は、何に取り組むことが私にとって重要かについて意見が一致している	61 100.0	6 9.8	11 18.0	13 21.3	21 34.4	10 16.4
12. 私の経験が私にとってどのような意味を持つかについて医師が理解していると信じている	61 100.0	5 8.2	13 21.3	11 18.0	20 32.8	12 19.7

表17：入院中の診察の質 (n=61)

	n	%
よくない	6	9.8
まあまあ	27	44.3
良い	18	29.5
大変良い	10	16.4

表18：望んでいた診察は受けられたか (n=61)

	n	%
全くうけなかった	9	14.8
そうでもなかった	11	18.0
だいたいうけた	28	45.9
十分にうけた	13	21.3

表19：入院中の診察の必要性 (n=61)

	n	%
全く必要としたものではなかった	6	9.8
いくつかは必要としたもの	16	26.2
だいたい必要としたもの	22	36.1
ほぼすべて必要としたもの	17	27.9

表20：知人が同じ援助を必要としていたら、この診察を推薦するか (n=61)

	n	%
絶対にしない	10	16.4
しないと思う	12	19.7
すると思う	31	50.8
必ずする	8	13.1

表21：困っていることに対して十分に「時間」をかけた診察を受けたと満足しているか (n=61)

	n	%
とても不満	6	9.8
どちらでもないか少し不満	16	26.2
ほぼ満足	26	42.6
とても満足	13	21.3

表22：診察を受けたことで、以前よりも自分の問題に対処するのに役立ったか (n=61)

	n	%
悪影響を及ぼした	3	4.9
全く役立たなかった	11	18.0
まあまあ役立った	31	50.8
大いに役立った	16	26.2

表23：全体として診察に満足しているか (n=61)

	n	%
とても不満	6	9.8
どちらでもないか少し不満	13	21.3
ほぼ満足	27	44.3
とても満足	15	24.6

表24：また援助が必要になったとき、診察をもう一度受けたいと思うか (n=61)

	n	%
絶対うけない	8	13.1
うけないと思う	10	16.4
うけると思う	29	47.5
必ずつける	14	23.0

表25：外来、訪問診療での治療方針の決め方について、最もよくおこなっている方法 (n=99)

	%
自分（医師）が全て治療方針を決めている	28.3
自分が最良だと思う治療方法について説明し、患者の同意を得ている	24.2
複数の治療方法について説明した上で、自分が最良だと思う治療方法を説明し患者の同意を得ている	27.3
複数の治療方法について説明した上で、自分と患者で相談して決めている	19.2
複数の治療方法について説明した上で、判断は患者に任せている	1.0

表26：下記の内容について、外来、訪問診療で聞く頻度 (n=99)

	n	いつも	だいたい	ときどき	いめったに	いまったくな
1.症状（障害）に関する悩み	99	55	32	10	2	0
	100.0	55.6	32.3	10.1	2.0	0.0
2.症状（障害）の社会生活への影響	99	31	42	25	1	0
	100.0	31.3	42.4	25.3	1.0	0.0
3.治療への希望	99	17	43	35	4	0
	100.0	17.2	43.4	35.4	4.0	0.0
4.治療への疑問	99	17	30	40	12	0
	100.0	17.2	30.3	40.4	12.1	0.0
5.治療への理解度	99	15	30	45	9	0
	100.0	15.2	30.3	45.5	9.1	0.0
6.治療方針に納得しているか	99	16	31	38	14	0
	100.0	16.2	31.3	38.4	14.1	0.0
7.家族のこと	99	15	30	51	3	0
	100.0	15.2	30.3	51.5	3.0	0.0
8.仕事のこと	99	17	50	29	2	1
	100.0	17.2	50.5	29.3	2.0	1.0
9.住まいのこと	99	8	26	46	18	1
	100.0	8.1	26.3	46.5	18.2	1.0
10.日常生活のこと	99	36	41	22	0	0
	100.0	36.4	41.4	22.2	0.0	0.0
11.ストレスのこと	99	31	45	23	0	0
	100.0	31.3	45.5	23.2	0.0	0.0

表27：病棟での治療方針の決め方について、最もよくおこなっている方法 (n=82)

	%
自分（医師）が全て治療方針を決めている	30.5
自分が最良だと思う治療方法について説明し、患者の同意を得ている	29.3
複数の治療方法について説明した上で、自分が最良だと思う治療方法を説明し患者の同意を得ている	25.6
複数の治療方法について説明した上で、自分と患者で相談して決めている	13.4
複数の治療方法について説明した上で、判断は患者に任せている	1.2

表28：下記の内容について、病棟で聞く頻度 (n=82)

	n	いつも	だいたい	ときどき	いめつたにな	いめつたくな
1.症状(障害)に関する悩み	82 100.0	34 41.5	33 40.2	14 17.1	1 1.2	0 0.0
2.症状(障害)の社会生活への影響	82 100.0	13 15.9	35 42.7	28 34.1	4 4.9	2 2.4
3.治療への希望	82 100.0	15 18.3	31 37.8	28 34.1	8 9.8	0 0.0
4.治療への疑問	82 100.0	12 14.6	28 34.1	31 37.8	11 13.4	0 0.0
5.治療への理解度	82 100.0	13 15.9	22 26.8	35 42.7	12 14.6	0 0.0
6.治療方針に納得しているか	82 100.0	14 17.1	23 28.0	35 42.7	10 12.2	0 0.0
7.家族のこと	82 100.0	7 8.5	24 29.3	44 53.7	7 8.5	0 0.0
8.仕事のこと	82 100.0	7 8.5	22 26.8	40 48.8	10 12.2	3 3.7
9.住まいのこと	82 100.0	4 4.9	21 25.6	40 48.8	15 18.3	2 2.4
10.日常生活のこと	82 100.0	17 20.7	34 41.5	26 31.7	5 6.1	0 0.0
11.ストレスのこと	82 100.0	18 22.0	31 37.8	32 39.0	1 1.2	0 0.0

表29：治療方針の決定に当たり、下記の情報をどのくらい参考にしているか (n=100)

	n	いつも	だいたい	ときどき	いめつたにな	いめつたくな
1.症状(障害)に関する悩み	82 100.0	34 41.5	33 40.2	14 17.1	1 1.2	0 0.0
2.症状(障害)の社会生活への影響	82 100.0	13 15.9	35 42.7	28 34.1	4 4.9	2 2.4
3.治療への希望	82 100.0	15 18.3	31 37.8	28 34.1	8 9.8	0 0.0
4.治療への疑問	82 100.0	12 14.6	28 34.1	31 37.8	11 13.4	0 0.0
5.治療への理解度	82 100.0	13 15.9	22 26.8	35 42.7	12 14.6	0 0.0
6.治療方針に納得しているか	82 100.0	14 17.1	23 28.0	35 42.7	10 12.2	0 0.0
7.家族のこと	82 100.0	7 8.5	24 29.3	44 53.7	7 8.5	0 0.0
8.仕事のこと	82 100.0	7 8.5	22 26.8	40 48.8	10 12.2	3 3.7
9.住まいのこと	82 100.0	4 4.9	21 25.6	40 48.8	15 18.3	2 2.4
10.日常生活のこと	82 100.0	17 20.7	34 41.5	26 31.7	5 6.1	0 0.0
11.ストレスのこと	82 100.0	18 22.0	31 37.8	32 39.0	1 1.2	0 0.0

表30：臨床での意思決定の方法について知っているもの (n=100)

	%
インフォームドコンセント	96.0
共同意思決定 (Shared decision making)	76.0
Informed decision making	34.0
どれも知らない	1.0

表31：臨床での意思決定の方法について実践しているもの (n=100)

	%
医師による意思決定	71.0
インフォームドコンセント	82.0
共同意思決定 (Shared decision making)	58.0
Informed decision making	22.0
どれも実践していない	1.0
わからない	4.0

別紙 1

- ・ 人間として扱ってほしい
- ・ 時間がかかるし信頼関係が築けるかがポイント
- ・ 受付看護師の態度が気になることがある（上からの物言いとか決め付け的な反応とか）
- ・ 治療に時間が必要なことは理解するが、取り急ぎの対処と日常的なコントロール方法について、レクチャーしてもらいたい。
- ・ 世間の理解 見た目は分からないが大変辛い
- ・ もっと話を聞いてほしい
- ・ 言いにくい事を文章にするようにして欲しい
- ・ 苦しみから脱却することを手伝って欲しい
- ・ 自分の病状をはっきり教えてほしい
- ・ カウンセリングを安くやって欲しい
- ・ 入院の際は、重症ではないので、外泊を取らせてほしい
- ・ カウンセリングの充実
- ・ 今まさに受診しているクリニックは自由な予約、時間もかからない、待ち時間が短くてとても良いと思っている。他の病院ではこうはいかない。待ち時間が苦痛ではない。
- ・ 完全予約制にも関わらず待合室が混み合う事が多く、なかなか落ち着いて話のできる雰囲気でないのを改善して欲しい
- ・ 薬を数か月分欲しい。毎月通うのは辛い
- ・ 概ね満足しているものの、外来の先生と話す時間が短い。他の患者さんを見ていてもそう思う（割とすぐに診察室から出てきているので）。もっと先生とじっくり話ができないものだろうか。ちなみに、診察のオプションとしてカウンセリングも受けていますが、先生ではなく、同じ病院内の臨床心理士と1時間話しています。保険が効かないので、出費が辛いです。外来の先生がカウンセリングできれば保険が効いていいのですが
- ・ もっと長い時間、相談をしてさせてほしかった。
- ・ 基本は自分の心なので、方向性を見つける方法を最初からなかなか明確にならないことが多い
- ・ うつ病で20日ほど入院したことがあるが、総合病院であったので、他の科の方と同室であったのでこの点がよくなかったと思う。
- ・ 大学病院では時間をかけて診察していただけたけれど、開業医（人により違うと思うが）では診察時間が短く（大学病院に比べ、患者一人にかかる時間が短い）、不満に感じました。
- ・ カウンセリングを充分して欲しい。
- ・ 困っている部分はないが、場合によっては、職場に提出できるような、診断書ではない、今の自分の精神的状況をしたためたような、覚書のようなものがあればうれしい。
- ・ 精神科の疾患があると、他の疾患があった場合、関連性を疑われるので、なかなか診断がつかないことがあり、精神科以外の疾患についても気軽に相談できる場所があるといい（主治医の場合、患者さんがたくさんいて予約時間内で話すのは他に迷惑だと感じるので）
- ・ 患者の話はよく聞いてほしい。昔は病気のことを詳しくない医者もいた。

- ・ 患者を見下さないでほしい
- ・ 完治するように努力して欲しい
- ・ 診察時間の短さ
- ・ カウンセリングを受けたい
- ・ 治療方針について話をすることがあまりない。
- ・ どの段階まで状態がよくなれば通院しなくてもよくなるのかわからない。
- ・ 治療の終わりが見えない。
- ・ フルネームで病院で呼ばれるのにプライバシー面で抵抗があるので、番号か何か別の方法でプライバシーの保護をしてほしい。
- ・ 主治医がカウンセラーに否定的なので、医師とカウンセラーの連携のようなものもあっても良いのではと思う。
- ・ 予約時間が決められているのに、カウンセリングまでは良いが、診察に1時間半以上待たされる。
- ・ 相談時間を長めにとって、ゆっくり診察をしてほしい。
- ・ ひとりひとりの話を聞くのにもう少し時間をさいてほしい
- ・ 意外と精神論の医者が多くて困る
- ・ 三分診療はやめてほしい
- ・ すぐに薬を出すのではなく、じっくり話を聞いてほしい。
- ・ 予約診療だが待ち時間が発生する。待ち時間を少なくして欲しい。
- ・ 待ち時間が長い
- ・ 不安や緊張に対して根本の治療がされているように思えない。
- ・ 患者が多く時間を取れないので話がほとんどできない
- ・ もっと話を聞いて欲しい
- ・ 時待ち時間が非常に長い時期があったが、今はあまり待たない。ある程度仕方ないとは理解しているが、なるべく待ち時間は短い方が好ましい。
- ・ 医師の考える治療法をおしつけるのではなく、インフォームドコンセントが必要だと思います。
- ・ 患者の話をもう少し聞いてほしい
- ・ プライバシーへの配慮
- ・ 圧倒的に診察時間が短い。前回話した内容を医師はほぼ覚えていない。
- ・ 精神科であるため、薬物の処方メインとなることは当然なのだが、できればカウンセリングにける時間をもう少し増やしてほしいと思う。
- ・ 時間はかかったが、最良の医師・薬に出会えたことに感謝です。
- ・ 完治は、難しいと感じていますが日常生活に支障がないレベルになったので満足です
- ・ 外出を自由にさせてほしい
- ・ やたらめったに薬を出さないで、症状が緩和したら断薬、減薬の提案をしてほしい。そして、もっとカウンセリングに時間をかけるべき。
- ・ なかなか言葉で表すのが難しい時がある。

自由記載（精神科・心療内科の診察でこうしてほしいという要望や、困りごと）

- ・ 患者の立場になって診察してほしい
- ・ マニュアルどおりの対応のようで納得できない
- ・ 生活上でのストレスの対処法
- ・ 病名をなかなか断定してくれず、いくつもの病院を転々として、時間が無駄にかかった(適切な治療が始まるまでに少し悪化した)。
- ・ 薬の量をもう少し柔軟に変えて欲しい。(調子の良いときには減らし、調子の悪いときには増やす)
- ・ 良い調子が続いているなら徐々に薬を減らして欲しい。
- ・ 投薬治療を始めるに当たっては、患者自身が「少し症状が改善したような気がした」と判断して医師の判断を仰がずに薬の服用をやめてしまうことの危険性の大きさを十分に説明する必要があると思う。
- ・ 発症から時間が経つに連れて自律神経が弱くなったと感じるので、その対策を研究、指導して欲しい。
- ・ 予約が取りにくい。
- ・ 予約制で待ち時間があまりなく良いと思う
- ・ 本当の心をひき出す能力
- ・ 良くなったり、一時的に悪くなったりもしているが、医師は気長に見守ってくれている
- ・ 薬の量が多め。
- ・ 仕事を続けながら通院する場合は予約が取りにくい。通院している人が多いので仕方がないが、逆に言えば評判の良い医師だと納得していた。ただし、悪くなった時に急に予約するのが難しかった。
- ・ 自分から話すというのが苦手なので、医師のほうから上手く、聞き出すような感じが楽なので、そういう関係でありたい。
- ・ 仕事がない(障害年金だけでは足りない)ので、ワーカーとの相談だけでなく、こういう職場があるよ、通っていた患者で今こういう職場で働いている人がいるという情報が欲しい。
- ・ 外来診察は余り長く話せないこともあるので、メールでの相談なども出来れば良いと思うこともある。
- ・ 完治が望めない
- ・ 混みすぎ。軽い症状なら町医者でも可能にしてほしい。
- ・ こちらの話を真摯に聞いて欲しい。
- ・ 受入患者数が多すぎて早朝から並んで順番取りしたり待合室が混みあったり診察まで待たされたり処方薬の受け取りまでまた待たされたりとにかく一日がかりで疲れ果てて却って精神的によくない。
- ・ 私の主治医みたいに患者の言うことに十分な時間をとってくれる精神科医が増えると良いと思う
- ・ 共感的理解を示して、先生の価値観や臨床経験を押し付けないで欲しい。
- ・ 押し付けないで欲しい
- ・ 薬物治療以外の方法を行いたい
- ・ 回復状況を知りたいです。医師→調子はどうですか。私→いつもと変りないです。医師→では同じおくり出しときます。の繰り返し。
- ・ 寄り添う気持ち

- ・ 患者の気持ちに共感してほしい。自分から話ができない患者もいるので、話を引き出してほしい。
- ・ 診察時間を増やしてほしい
- ・ 待ち時間が憂鬱
- ・ とりあえず薬だけ欲しいから通院してる状態です。
- ・ 何か言ってもごもつともな意見なので期待はしてないです。
- ・ お薬を減らしたいがなかなか難しい
- ・ 医師に不満はないが、心療内科に通っていることへの周囲の偏見が鬱陶しい
- ・ 予約制であるので、急に診察を受けたいときの受け入れができない。急患的な事態に対して受け入れられるように時間の融通をきかせてほしい。
- ・ 精神疾患を脳の病気と捉えるより、心理的な問題として扱ってほしい。
- ・ 薬に頼らない治療についての指導も必要と考える。
- ・ 私の受診したクリニックには複数の医師がいらっしゃいました。基本的には受け持って下さる先生は決まっておき、時間の制限なく話を聞いてくださったので、本当に安心出来ましたし先生への信頼感が持てました。やはり要望としては、急かされることなく、じっくり話せる診療が大切だと思います。
- ・ 自分に合う薬の処方
- ・ 漢方薬を重視する処方が嫌
- ・ 薬が多いような気がする。
- ・ 更年期か調べてほしい
- ・ カウンセリングを受けたい
- ・ 転院しようとしたら「知らない薬だ」と言われたので薬の知識を全国で統一してほしい
- ・ 家族間の問題なのに当の家族が協力的でない場合の手助け。
- ・ 症状をしっかりと聞いて、共感してもらいたい。
- ・ 診察時間が短いためか自分の症状などの話をゆっくり聞いてもらえず薬だけ出されることが多く、もっと自分の話をしっかりと聞いてもらいたかった。
- ・ 病院にもよるのだろうが、診察までの待ち時間がながかった。毎回、1~3時間。
- ・ 新規予約を取りやすくしてほしい
- ・ 話しにくいことは、筆記で記述できると良い。
- ・ 忙しい雰囲気が出ており、ゆっくり話をする感じではない。
- ・ 患者に寄り添う心と、接し方が欲しい。治療方針を断定しないで欲しい
- ・ 以前通っていた総合病院や大学病院の精神科は、一人一人の患者にしっかりと時間を割いて診てくださったが、今通院中の診療所はそうではないので、このような回答となった
- ・ しかし、子育て中で時間のない身としては、近くて、予約が取りやすいのは助かるので、当面は不満を持ちながらも通院するつもりだ
- ・ 看護師さんももっと患者と向き合って欲しい
- ・ 患者に十分に話をする時間がまったく足りない。
- ・ 薬を簡単にだし薬漬けにするだけだった。

- ・ カウンセリング的な要素がもう少し強くていいのかなとは思った。話すだけで気が楽になる事もあるし。
- ・ 医師が横柄な場合がある。
- ・ 薬物療法以外に効果が期待できそうな症状なら薬物療法以外の治療方法を紹介してほしい。
- ・ ドクター以外のナースや医療事務の方の中には、理解のなさそうなかたがいらっしゃる事があり、悲しく感じた事があります。
- ・ もう少し診察時間（話を聞く時間）を設けてほしい。
- ・ 予約しても、長時間待たされることがストレスになった。
- ・ カウンセリングを受けたい
- ・ いい加減な人が開院して患者を囲い込み金儲けの道具にしています。今は精神科への不信感がとても高いので通院すらしておらず、自宅のパソコンで自分の症状を検索して慰めている日々を送っています。
- ・ 安易にBZDを漫然と処方する医師もまだ多いです。医師側の意識改革や啓発も求められています。
- ・ 不安な心境を充分理解してくれていて適切な診断書を書いてくれるので要望や困りごとは一切ありません、信頼しています。
- ・ 服薬の無い生活
- ・ 診察時間が短い
- ・ 待ち時間の短縮
- ・ 仕方ないことだけど、病気の度合に差があって普通の会話ができない人がいたので無駄にストレスと疲労感が出た。
- ・ もう少し悩みを聞いてほしい
- ・ 地域の情報
- ・ ネットによる診察
- ・ 高校生の頃の閉鎖病棟での長期入院治療は精神的負担がかなり大きいので私個人的にはあまり勧められない。
- ・ 自分と同じような症状の人がどのような治療を受けているかのデータが欲しいです。
- ・ ない
- ・ インフォームド・コンセントや処方薬の副作用に対する説明を、必ずして頂きたい。
- ・ 自分自身が話を手短にしてしまう。もう少し踏み込んで話をしたい。
- ・ 待ち時間が長い時がある
- ・ 治療方針を示してほしい
- ・ 特にないが、薬の処方にはくれぐれも慎重であってほしい。
- ・ 地元クリニックが欲しい
- ・ 世間の偏見が嫌だなと感じます。
- ・ 薬の副作用についての説明をしっかりとしてほしい。
- ・ しっかり話を聞いて欲しい。

- ・ 薬を沢山処方されたが薬疹が出て口内炎もすごかったので、薬の飲み合わせや服薬についてしっかり説明して欲しい。
- ・ 診察室の声が聞こえる事があったのでちゃんとプライバシーを守れる様な診察対応、施設の維持をして欲しい。
- ・ もっと一人に対し時間をかけて欲しい。
- ・ 診察時間が短いので、必要に応じて少し伸ばしてもいいと思う。
- ・ いつまで薬を飲まなくてはいけないか不安
- ・ もう少し行きやすい環境があればいいと思う
- ・ 家から遠いです
- ・ あんたが精神科行けと思った医師がいた
- ・ 精神科の主治医は私にたいしていい治療は良い方向に向いている
- ・ 患者数が多いので予約制なのだが、急な変更をすると待ち時間がものすごく長い。柔軟にお願いしたい
- ・ 診察が混んでいる時に対応が雑な時がある。
- ・ 忙しいのは十分理解してはいますが、何時間も待った上に、診察は2・3分程度で薬を処方されると、不安が増します。
- ・ 薬の量は合っているのかとか、症状に合っているのかとか、かと言って混雑しているので聞き治せる雰囲気でもなく。外傷とか目に見える治療ではないので、しっかり話しをした上で治療を決めて欲しいなと思います。
- ・ 他の患者と会わないように待合室などを工夫して欲しい
- ・ 医師とカウンセラーの違いがよくわからない。最近は医師がカウンセラーに丸投げしているように感ずる。
- ・ 精神科の医師のガイドラインのようなものがあるとうわさで聞いています。確かに振り返ってみればそうだったということが多数あり、もっと個人個人に向き合って治療や処方など向かう方向性を示してほしいと思います。
- ・ 患者の言葉を軽く聞き流すのではなく、真剣に耳を傾けて欲しい。そうした中から患者と医師の間で信頼関係が生まれていくものだと思う。
- ・ 待ち時間がしんどい
- ・ 過去の通院の時のカルテと比べて今の私がどのような状態なのか比較して把握してみたい。
- ・ 緊張をほぐすケア
- ・ 薬は麻薬
- ・ 世間話が多いので、世間話をするのが治療の一環なのかどうかが心療内科にとって普通なのかがよく分かりません。もう少し治療の経過具合を確認して下さることと、話したことを毎回忘れないでいてほしいかなということぐらいです。
- ・ 薬を飲む事によって、益々治らなくなってしまう気がする
- ・ 診察での困りごとはないのですが、受け付けのスタッフや、同性の看護師の対応が嫌です。

- ・ 入院時の際に重度症状患者と軽度患者の入院エリアを分けて欲しかった。
- ・ 看護師の理解度が医師と違う。
- ・ 看護師が偉そう。
- ・ 待ち時間が長く苦痛に感じる日がある
- ・ 予約の時間より大幅に遅れることがあると待ち時間だけで疲れてしまう。仕事の休みの日に行っているのに時間を有効活用したい。
- ・ どういった項目に強い医者なのか初診でもわかるようにしてほしい。
- ・ 簡単には治らないと思うが、薬以外でももう少し治す方法を確立してほしい。
- ・ 任意入院をしやすくしてほしい
- ・ 患者の診察室への呼び込みを氏名で呼ばないで欲しい
- ・ セカンドオピニオンを受けにくい
- ・ 患者さんが多く、待ち時間が長い。
- ・ 予約制にして欲しい。
- ・ ただ、原因や現状を聞いたりするだけの診察ではなく、その問題に寄り添った言葉掛けをしてもらえると、もっと医師を信頼出来ると思う。
- ・ 隔離されたとき、怖かった。家族と早くあいたいでした。
- ・ 待つ時間を短くしてほしい
- ・ 投薬量とか種類を症状など細かくヒアリングしてから決めてほしかった
- ・ 時間をもう少しかけて欲しい
- ・ 一対一のセラピーを紹介してほしいが日本にはセラピストが少ない。
- ・ バックアップする内容を、もっと具体的に、話してほしい。
- ・ 治療費を安くしてほしい
- ・ 1人に対する診察時間にゆとりがあると良い
- ・ 一般病棟の看護師の理解度が低い
- ・ 話し合いの時間を十分にとれて薬が合うかどうかじっくり検証できれば良い
- ・ 安心安全
- ・ 予約制なのに長々と、笑いながら話してる患者が自分の前にいるとイライラする
- ・ 患者さんの 気持ちを 引き出して優しく向き合って頂きたいです。
- ・ 体調や調子が悪い時、話をよく聞くだけでなく、肯定したうえでアドバイスしてほしい。
- ・ よく聞き、よく話してくれる先生だったので良かったです。
- ・ 受診するときにプライバシーが保護されるといい。
- ・ 薬に頼らずもっと根本的解決に導いてほしかったです。
- ・ 話を聞いてほしい
- ・ 複数の治療方法について説明してほしい
- ・ 公的な支援について教えたほしい"
- ・ このまま院長先生による診察と薬物療法を続けていても、私のうつ病が回復に向かうのかどうか、疑

問である。が、医療機関を変えて、主治医が変わることには、非常に不安があるので、それはしたくない。

- ・ 只今、生活保護受給者なので、最低限の生活費のなかで遣り繰りしているので、自費負担となるカウンセリングを受けることなどは難しい。正直なところ、今の診察と薬物療法だけ続けていても、回復に向けての手段として限界があるのではないかと感じている。
- ・ 万が一の場合、産業医と連絡とれるようにしてほしい
- ・ 患者の顔も見ずに診察する医師は医師を辞めてほしい
- ・ 薬が効きにくい人には無理して沢山の薬を処方しなくても良いと思う。薬が増えて薬の副作用を和らげるための薬を処方されて閉口した。
- ・ もっと病気に関する知識を世に広め、気づかないで病気を進行させている患者を早期に救えるようにしたい
- ・ 私の場合、会社での過重労働が原因でした。最初に治療に訪れた病院では、原因が曖昧のままでした。ネットとか見ても他に原因は見当たらなかったもので、原因が労働環境であることをはっきり言って欲しかったです。転院して現在も通院している病院では、会社の労働環境が酷いというのは、理解して頂いており嬉しいことではあります。医師と何らかの機関が連携して、会社の不法行為とも言える労働環境を改善できればと思います。

自由記載（治療方針の決定に当たり、普段心掛けていること）

- ・ 分かりやすさ
- ・ エビデンスと患者の希望に配慮する
- ・ 認知症の場合は難しい
- ・ 本人のモチベーションを重要視している
- ・ 患者の希望
- ・ 患者へのわかりやすい説明と理解を促すよう心がけている
- ・ 納得、安心感
- ・ 説明はするようにしている
- ・ もし、主治医を代わってほしい希望があれば、遠慮なく伝えてほしいとは言うことが多いです
- ・ 対象が認知症高齢者のため本人と家族や介護者双方の QOL に配慮している。
- ・ 患者の希望
- ・ 患者さんの要望、希望を聞くが、主治医の考えに任せられることが多い。
- ・ 患者さんに治療方針を説明し、納得されない場合は、患者さんの症状や薬の効果について説明しただけ納得してもらうようにする。
- ・ なるべく丁寧な説明
- ・ 時間的な制限があるので常に意識しているわけではないが、できるだけ患者の意見を聞き治療について説明した上で治療方針を決定しようと心がけている。
- ・ 話を通じない場合は距離を保つかほかに行くように伝える
- ・ 最善の治療
- ・ 一旦選択した方法はいつでも撤回できることを説明している
- ・ 基本的には患者さんと相談している
- ・ 本人や家族の意向、倫理
- ・ 将来を考えた治療
- ・ 患者の脳機能状態・強制治療の程度に応じて、患者希望優先（十分な意思決定能力あり）、保護者の意向優先（意思決定に補助要、医療保護入院など）、強制治療最優先（間違った意思決定能力、措置入院など）で、使い分けています。
- ・ 医師・患者の両者が条件に同意しない限り、治療を継続できない旨、明確に説明すること。
- ・ こちらの知り得た情報やそれに基づく考えを十分に伝え、それを踏まえた患者の意見を尊重する。
- ・ まずエビデンスを示す。その上で、私ならこうするかな、などのエビデンス外での事も伝える。全体に患者も自分の意見を言いやすい雰囲気づくり
- ・ 患者の満足度が上がるような診療を行うようにしている。
- ・ 話をよく聞く
- ・ 患者や家族の気持ちや意見を聞いて、説明後に理解したか確認する
- ・ 患者の希望を確認する。
- ・ 納得させること

- ・ 副作用が少なく安全であること
- ・ 患者の同意、理解を得るようにすること。
- ・ 必ず同居者や介護者の意見、患者の意見を聞いたうえで総合的に判断する。
- ・ 専門用語ではなく、分かりやすい言葉を用いて説明する。
- ・ 患者さんの意向確認
- ・ 現実からかけ離れない限りにおいて患者の意思を優先しようと思っています。
- ・ 記録にのこす
- ・ SDM を実践するようにしている
- ・ 本人の意向を尊重する。本人だけでなく家族の意向も確認する。
- ・ できるだけ患者さんの利益になるようにする
- ・ できるだけ患者の話聞く
- ・ 現在の診療対象が認知症が多いため、患者本人より家族との相談が中心になっている。
- ・ 客観的視点
- ・ わかりやすく説明し可能な限り患者に納得してもらう。
- ・ 患者さんと家族の同意を得る。
- ・ 限られた時間でいかに説明し意識を共有するか
- ・ 本人の納得がいけない治療だと有効性が低下する
- ・ 誠意のない診療は違法性が阻却されない
- ・ 出来るだけ患者の希望を聞く
- ・ 最新のスタンダードを勉強したうえで、自信をもって患者さんや家族に説明している。
- ・ 勤務歴が長いせいか、パターンリズム、独善的になりがちかもしれませんが、コメディカルとはコミュニケーションを十分にとって治療を進めていくのが良いと考えます。
- ・ 患者がどの様に受け取るかを想定した上で話をする
- ・ 患者さんの希望を確認することです。
- ・ 患者本位に治療にあたること。
- ・ 本人の意思を尊重する
- ・ 患者が受け入れやすい方法を選ばせること
- ・ なるべく患者の納得する方法で実施しているが、強制入院の場合は実行できない場合も多い
- ・ 患者が納得すること
- ・ できるだけ患者さんの意思に沿う治療
- ・ 直観を大切にしている。
- ・ 患者の希望を聞く
- ・ 多角的な視点でみて最良の選択をするように心掛けている
- ・ 本人の同意、家族の意向
- ・ 患者の納得を得る。
- ・ いつも悩むことをおろそかにしないようにと思っています

- ・ 結論を急がず、長期的にみてよいものや持続可能なものにするよう心掛けています。
- ・ 時間をかけて説明
- ・ 副作用を十分に説明する。L A I を説明する。
- ・ 長期的展望、患者の希望、学術報告、専門的異見、自身の経験等、多角的視点から治療方針を決める。
- ・ 精神科医は患者の人生の黒子のような存在であるべき
- ・ 患者さんの希望を大切にしますが、意に反する治療をすることがある。
- ・ わかりやすく説明、カルテに記載
- ・ 患者と話し合いながら治療方針を決定していく
- ・ 患者さんと家族に納得のいく方針を話し合うこと
- ・ 患者の理解力、判断能力に注意し、治療の説明の仕方を変えている
- ・ 常に患者さんのためと思って治療しています。
- ・ 臨床経験や専門書などを参考に治療方針を決定する。
- ・ 患者と家族への説明をしっかりと行うこと

精神保健医療福祉制度の国際比較

研究分担者：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）

要旨

わが国の精神保健医療福祉制度の方向性について検討する際には、わが国の人口当たり精神科病床数が諸外国と比較して非常に多いという点が繰り返し指摘されてきた。しかしながら「精神科病床」の定義は国ごとに異なっており、一律に比較することは困難である。今回、1.3対1以上の看護基準の精神科病床について、他の欧米諸国と人口10万人当たりの数を比較したところ、国際比較に参加した国の平均値とほぼ同等であった。しかしながら、精神科療養病床数は他の欧米諸国と比較して突出して多く、精神障害者の地域生活を支える基盤整備の一層の充実が必要であると考えられた。わが国の司法精神科病床数は非常に少なく、精神科病床を比較する際には、司法精神医療のシステムの違いについても留意する必要があると思われる。

A.研究の背景と目的

精神保健医療福祉制度に関する国際比較は、これまで様々な観点から実施されてきた。わが国の精神保健医療福祉制度の方向性について検討する際に、繰り返し指摘されてきたのは、わが国の人口当たり精神科病床数が諸外国と比較して非常に多いという点である。しかしながら、「精神科病床」の定義は国ごとに異なっており（参考資料1）、一律に比較することは適当ではないとの指摘もされてきた。今年度の調査では、精神科に関連する病床の定義を可能な限り一致させたいうえで精神科病床数に関する国際比較を行い、今後の調査の方向性を検討する。

B.方法

英国 NHS Benchmarking Network の実施する、国際的なメンタルヘルス指標ベンチマークプロジェクトに参画する。該当する指標に関して日本のデータを提出することにより、プロジェクト参加国の情報に関して提供を受ける。英国 NHS で収集されている指標の多

くは、日本の該当データがないものであったため、一部の指標について、指標の定義に可能な限り近いデータに関して、「精神保健福祉資料」より抜粋して提供した。

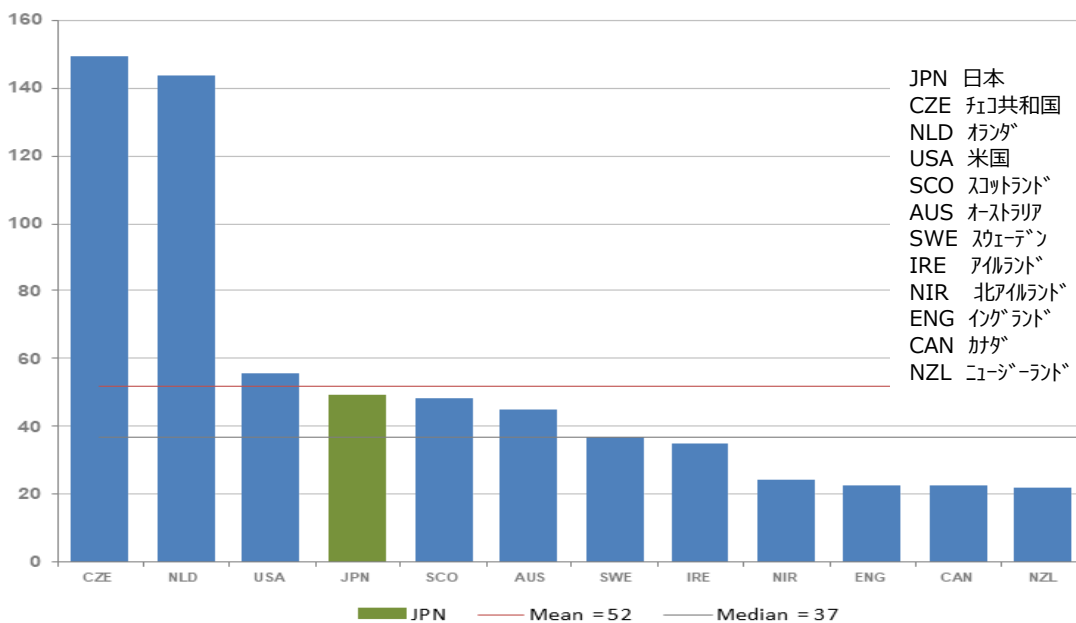
C.結果／進捗

結果を図1～4に示す。なおデータ比較にあたっては、以下の点に留意する必要がある。

オーストラリア：オーストラリアには、病院データ、地域精神保健データ、精神保健のアウトカム評価のためのデータ等があり、データは、州/準州政府によって提供されるサービスに限定される。民間病院の病床やサービスはこのデータには含まれていない。精神病床の約4分の1は民間病院であるが、通常、救急サービス、非自発的入院は扱っていない。

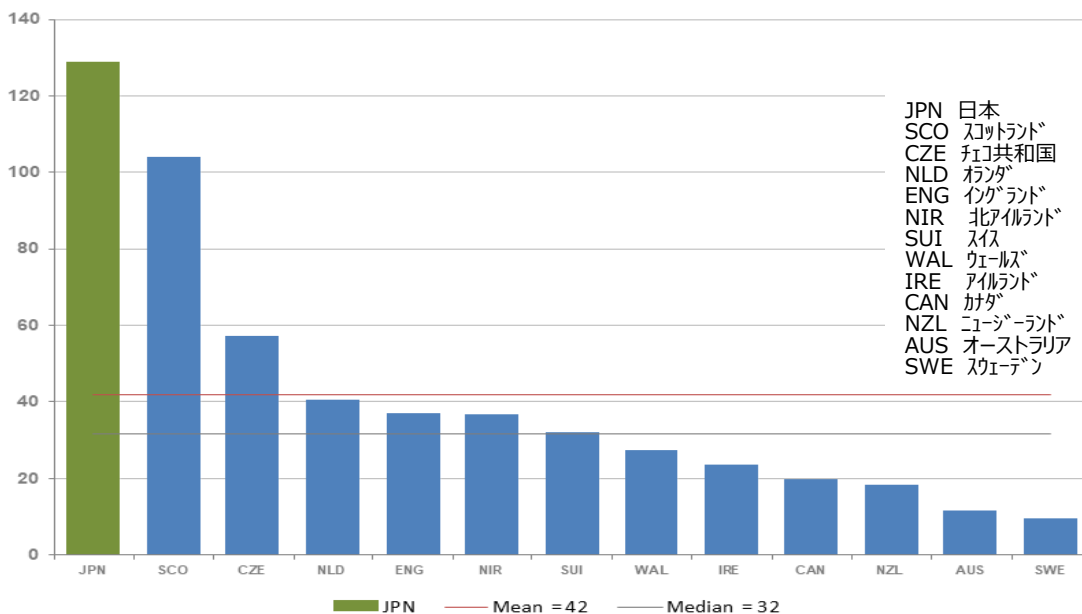
スウェーデン：精神医療サービスの約5%は、民間ベースで提供されている。民間セクターのデータ提供率は低いことに留意。

図1 人口10万人当たりの一般精神科病床の数



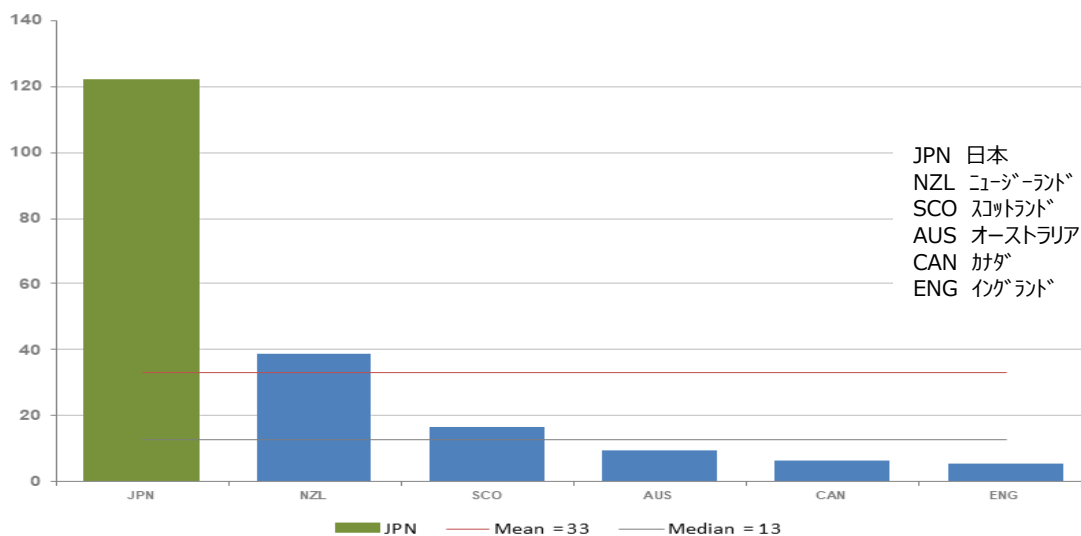
一般精神科病床の定義：労働年齢の成人のための精神科病床。一般的な評価や治療、または摂食障害や周産期のメンタルケア、PICU も含む。高齢者のための病床、長期のリハビリテーション病床、司法精神科病床は含まない。日本のデータの定義：1.3対1以上の看護基準の精神科病床。高齢者を含む。（40%以上が3か月以内に退院する）

図2 一般精神科病床の平均在院日数（外泊を含む）



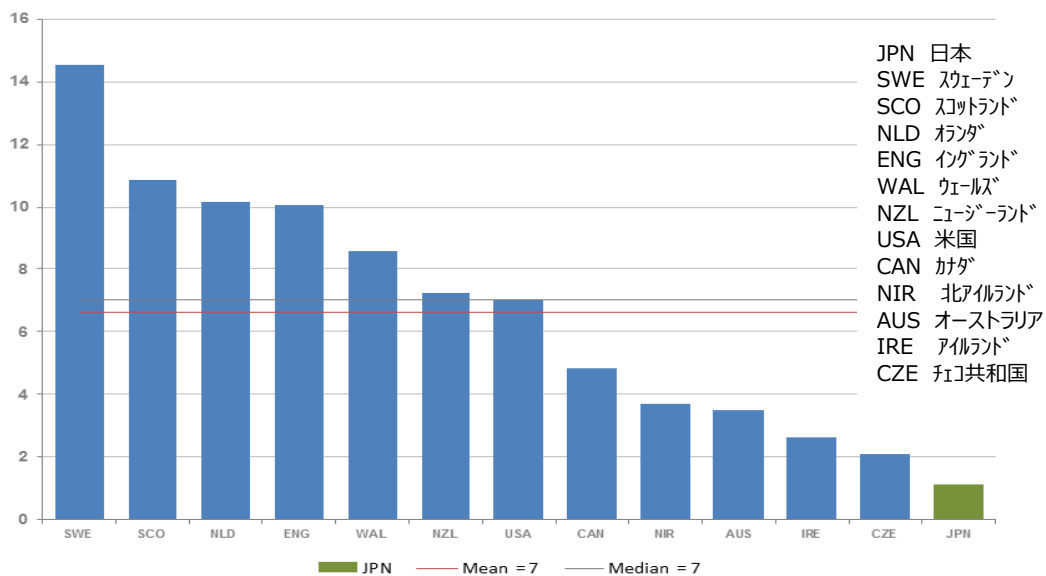
一般精神科病床の平均在院日数の定義：PICU、摂食障害や周産期のメンタルケア病床を除く、労働年齢の成人のための急性期精神科病床の平均在院日数。日本のデータの定義：1.3対1以上の看護基準の精神科病床における平均在院日数。

図3 人口10万人当たりの精神科リハビリテーション病床の数



精神科リハビリテーション病床の定義：長期ケアまたはリハビリテーションのための精神科病床。
日本のデータの定義：30対1以下の看護基準の精神科病床。

図4 人口10万人当たりの司法精神科病床の数



司法精神科病床の定義：触法行為を行った精神障害者のための精神科病床。刑務所から移送された重度精神障害者のための病床を含む。
日本のデータの定義：医療観察法に基づく入院病床。刑務所からの移送は受けていない。

D. 考察

参考資料1からも明らかであるように、わが国と諸外国の「精神科病床」の定義はかなり異なっており、病床の多寡を比較することは容易ではない。わが国においては、精神科病床のうち療養病床の占める割合が高いことは繰り返し指摘されている。今回この点を考慮して一般精神科病床の比較には主として救急・急性期の患者を治療する病棟（看護基準が13対1以上の精神科病床）の病床数を用いたところ、人口当たりの病床数は今回の国際比較に参加した国の平均病床数とほぼ同等であった。他方、長期ケアまたはリハビリテーションのための精神科病床数（日本のデータは30対1以下の看護基準の精神科病床数）を人口当たりで比較すると、日本は他の国と比較して突出して病床数が多いことが明らかであった。

精神保健福祉資料

(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>)によれば、精神科療養病床の約80%は1年以上の長期入院者である。精神保健医療福祉の改革ビジョンにより、「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から約15年が経過しているが、他の欧米諸国と比較して高い支援ニーズを有する精神障害者を地域で支える体制は未だ不十分であるものと推察される。13対1以上の看護基準の精神科病床において比較した場合、平均入院日数が他の欧米諸国と比較して長いことから、同様のことが言えそうである。ただし、平均入院日数が短いことが必ずしも医療の質が高いことを意味するわけではないことには留意する必要がある。現在わが国では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

の構築が進められており、精神障害者の地域生活を支えるための一層の基盤整備を図ろうとしているところであり、今後さらに地域生活中心の医療が推し進められることが期待されている。

ここで注目したいのは、司法精神科病床の数である。人口10万人当たりで比較した場合、わが国は他の欧米諸国と比較して非常に少ないことは図4より明らかである。これは、日本では司法精神医療（医療観察法医療）の歴史が浅く、2005年に医療観察法が施行される前は、重大な他害行為を行った精神障害者が措置入院等の入院形態で一般精神科病棟に入院していたことが関係しているものと推察される。現在の医療観察法入院処遇に相当する患者がどの程度一般精神科病院で入院を継続しているのかについては明らかにされていないが、精神科療養病棟に長期入院となっている患者の一部は、このような背景を持つ患者である可能性はあるものと思われる。精神科病床数を比較する際には、司法精神医療のシステムの違いについても考慮する必要があると考えられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

OECD 保健統計 2019 「精神科病床」の定義等

全ての病院精神科病床（このカテゴリーは、保健医療の機能別の病院ベッドについての表とは別に収集された情報である）

病院精神科病床（HP.1）とは、精神科問題を抱えた患者を入院させている病床をさす。

包含基準

- 精神病院の全ての病床（HP.1.2）
 - 総合病院内の精神科病床（HP.1.1）及び専門病院（精神病院以外）の病床（HP.1.3）。
- （注：可能な限り、1年あたりの利用可能病床の平均数を使用）

情報ソースと方法

オーストラリア

データ・ソース:

- Australian Institute of Health and Welfare（オーストラリア医療福祉研究所）、Mental health services in Australia（オーストラリア精神保健サービス）、<https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/specialised-mental-health-care-facilities> 2019年3月22日現在オンライン情報（1993年以降のデータあり）。
- 2004年の公立病院と政府運営入所サービスのデータは、それぞれ National Public Hospital Establishments database(国立公立病院施設データベース)と Community Mental Health Establishments database(地域精神保健施設データベース)から収集された。定義と報告要件が変わったため、その後（2005年以降）のデータとは異なる可能性がある。2005年以降のデータは National Mental Health Establishments Database（国立精神保健施設データベース）から収集されている。

参照期間：報告されている年は、7月1日から6月31日までの会計年度である（例：2015-2016は2015年として報告される）。

カバー範囲:

- データは、公立病院、公立精神科病院、および私立精神科病院の精神科病床の合計を表す。
- 1993年以降は OECD 定義に沿った定義である。急性期公立病院や私立病院内に他科と併存している精神科病床だけでなく、単科精神科病院の病床を含む。
- 時系列データの中断状況：1992年以前の病床数については、単科精神科病院の病床に限られる。

ベルギー

データ・ソース: Federal Service of Public Health, Food Chain Safety and Environment（公衆衛生・食物連鎖の安全・環境連邦局）、DGGS（総務局）、データマネジメント；中央

機関データベース (CIC).

参照期間：病院リストについては 12 月 31 日現在.

カバー範囲:

-算定に含まれる病床指標:

(A) 神経精神医学

(A2) 神経精神医学科ナイトケア

(K) 児童神経精神医学

(K2) 児童神経精神医学科ナイトケア (S6) 老年精神医学

(T) 神経精神医学治療

(T2) 神経精神医学治療科ナイトケア

(IB) 精神科患者の集中治療

(TG) 神経精神医学的治療を要する高齢患者のためのデイ&ナイトケア

-長期疾患患者のための治療 (1994 年まで)

-A, K および T デイ・ホスピタルの病床は表中の算定に含まれていない.

-2018 に、1988 年以降の病床数の時系列データが、より (現在の) 病床定義にあう形に改定された。

-2000 年以降は、平均病床数を考慮した形に算定が新しくなった。

推計:

-2018 年分も推計値である。というのも、病院構造にまだ小規模の変化が起こるのを待っている状態だからである。

カナダ

データ・ソース:

-Canadian Institute for Health Information (カナダ医療情報研究所) , Canadian MIS Database (カナダ MIS データベース) , 1995 年度-2017 年度.

-2005 年度から 2009 年度のケベック州のデータについては、Eco-Santé Québec より収集。

-2010 年/2011 年から 2017 年/2018 年のケベック州のデータについては、Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, « Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC (AS-478) » から収集。ウェブページは

<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/rapports-statistiques-annuels/>.

カバー範囲:

-OECD カテゴリーに合わせて精神科病床をマッピングした：精神科病院の全病床（プロフィールコード先頭番号が ‘5’ ）は「精神科」に分類された。加えて、総合病院（プロフィールコード先頭番号が ‘1’ ）およびその他の専門病院（プロフィールコード先頭番号が ‘6’ ）の精神科機能センター（プライマリ番号 ‘7127590’ , ‘71276’ ）として報告される病床も「精神科」として分類された。

-精神科病床は 3 つに分類されている：

- 1.治療ケアベッド（「7127590」を除く「71275」の下で報告される病床）
- 2.リハビリテーションケアベッド（「7127590」の下で報告される病床）
- 3.長期ケア病床（「71276」の下で報告される病床）

時系列データの中断状況:

- 2005 年度まで（ケベック州では 2004 年度まで）は、全ての病院の精神科病床ではなく、精神科病院の病床数が示されている。精神科短期滞在型病院および精神科長期滞在型病院の両方の病床数が含まれている。総合病院の精神科病床は除外されている。人員が配置され稼働している病床数だけ報告していた州もあれば、等級化された病床定員だけ報告している州もある。
- 2005 年度以降、ケベック州のデータはカナダ MIS データベースからの収集ができなくなった。そこで、Éco-Santé Québec からのデータが代わりに使用された。ケベック州では、2005 年度以降は、精神科医療用に病床のみがカウントされている。
- 2006 年度以降、ケベック州以外の州では、人員配置がなされ稼働しており、カナダ MIS データベースに報告されている病床のみが精神科として分類され、含まれている。精神科病院の病床は全て、「精神科」に分類されている。加えて、総合病院と専門病院内の精神科機能センター(MIS プライマリ番号 ‘71275’ , ‘71276’)は「精神科」として分類されている。
- 2018 年用の暫定的推計値である。

デンマーク

データ・ソース: The Danish Health Authority（デンマーク保険局）

参照期間:

- 2013 年以降: 公立病院（6 月 30 日）；私立病院（12 月 31 日）
- 2011 年以前は、毎年の参照日は 12 月 31 日だった

Coverage: 全精神科病床。

時系列データの中断状況:

- 1987 年以前は、精神科入所ホームの病床も精神科病床数に含まれていた。1986 年度は、老人ホームに暮らす高齢者のための精神科病床の報告責任が Danish Health System から Danish Social Services に移った。これが 7 年の精神科病床数が減少して見える理由である。
- 公立病院については 2011 年データが欠落している ere is a break in 2011.
- 2012 年から 2014 年のデータは存在しない。

フィンランド

データ・ソース: National Institute for Health and Welfare (THL、国立保健福祉研究所)、施設内医療のケアレジストリ

推計方法: 1994 年以降は 365 日または 366 日あたりの病床日数として算出されている。

時系列データの中断状況: 2000 年。2000 年以降のデータは、2011 年の S H A 定義にあうよ

うに再計算された

フランス

データ・ソース: Ministère des Solidarités et de la Santé - Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). “Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE)”からのデータ。

注: 2013年以降のデータについては、2014年に再調査された(質問紙が検討され改定された他、調査対象とする単位を変更した[法人単位から、地理的区分に変更], 病院活動に関する運営用のデータベースの内容と調査内容が一致するように変更). 調査方針に変更はないが、いくつかの概念と質問項目が変更されたため、2013年データについては時系列データの中断が生じているかもしれない。

参照期間: 12月31日.

カバー範囲:

- データにはフランス首都圏とD.O.M. (海外領土)が含まれている。
- 精神科病床には、総合病院だけでなくその他の病院にある全ての精神科病棟および物質乱用のみを扱う病棟の病床が、医長が精神科医である場合に含められている。医長が精神科医ではない場合、こうした病床は治療用病床ないし長期治療病床としてカウントされている。
- 2013年以降は、地理的区分に基づき全て(公立および民間)の病床が含まれている。

ドイツ

データ・ソース: Federal Statistical Office (連邦統計局), 病院統計 2017 (病院および予防施設やリハビリテーション施設の基本データ), 連邦統計局 2018年の特別シリーズ 12, シリーズ 6.1.1, 表 2.1.3 および既出の特別シリーズ 12, シリーズ 6.1.2 and および連邦統計局による特別算出; <http://www.destatis.de> または <http://www.gbe-bund.de> 参照

参照期間: 年間平均.

カバー範囲:

- 病院精神科病床に含まれるのは、精神科病院の病床(HP.1.2), 総合病院精神科の病床、あらゆる(公立、非営利、民間)の予防施設やリハビリテーション施設の中にある精神科の病床
- ドイツにおける、“精神病院”とは、精神科、精神療法と精神科、精神療法と神経科のみの病院を指すと定義されている

イタリア

データ・ソース: Ministry of Health (保健省) - General Directorate of digitalisation, health information system and statistics デジタル化・保健情報システム・統計総務局 - Office of Statistics (統計局) . www.salute.gov.it/statistiche.

参照期間: 年間平均.

カバー範囲:

- すべての公立、非営利、民間病院が登録されている.
- 総合病院内の精神科病床 (HP.1.1). (イタリアには精神病院および物質乱用専門病院はない)
- 精神科病床には、精神科問題を抱える児童用の病床も含まれる.

日本

データ・ソース: 厚生労働省, “病院調査” .

カバー範囲: 病院の精神科病床. (診療所に精神科病床はない.)

韓国

データ・ソース: Ministry of Health and Welfare (厚生省), 保健福祉統計年鑑

参照期間: 12月31日.

カバー範囲:

- 2013年までは精神科病院の治療病床のみを含めていた.
- 2014年以降: HIRA (健康保険レビュー評価サービス)に精神科病床として含まれている病床は含む

時系列データの中断状況: 2014年.

オランダ

データ・ソース:

2015 以降: 社会会計年次報告 (DigiMV)

2012-2013: 複数データ・ソースと推計の組み合わせに基づく.

- CIZ (介護の適応について評価するセンター). データ種類: 行政データ.
- CAK (介護保険基金および介護保険の会計運用センターを管理する組織). データ種類: 行政データ.
- DTC-MHC. データ種類: 行政データ.
- Trimbos Institute からの報告: 大学病院および総合病院内の精神科病床

-カバー範囲:

-義務的健康保険および介護保険からの払い戻しを受ける機関。大学病院や総合病院内の精神科病床.

定義からの逸脱状況:

遵守している。しかしながら、定義は、シェルター型居住施設内の精神科長期療養病床を含めるか否かについて明瞭ではない。包含基準に基づけば、含まれるべきではないが、除外されているわけでもない。

それ故、我々は、シェルター型居住施設内の病床を含めた場合と含めない場合の両方についてデータを提示した。その結果、病床数全体だけでなく、経過についても劇的に異なる結果

が得られた。

時系列データの中断状況:

-2009年(治癒的精神科治療が健康保険に追加された)

-2015(青少年精神科の管轄が自治体に移行された)

推計方法(該当する場合):

-長期精神科治療: 患者-日数を 365 で割った数(100%稼働と見なして算出)。シェルター型居住施設かその他の長期精神科治療かの違いは、財政基盤に基づく(治療のための精神保健ケアパッケージ B(治療用)や C(治療無し=シェルターにおける居住)がある。前提に基づき算出した最低量である。

-治癒的精神科治療とリハビリ型精神科治療:(義務的健康保険からの財政支出を受けている)精神保健 DTCs。機関別の年内の一日当たりの患者一日数の最大値を機関別の治療病床の最大数の推計値として算出された。合計点はあらゆる施設における推計値の合計である。

過去データ:

データ・ソース:

-1990-2000: 年次調査 Statistics Netherlands (オランダ統計)。

-2001-2002: 総合病院および大学病院における精神科病床については Prismant より収集; 精神科病院における精神科病床については年次調査の Statistics Netherlands より収集。

-2003 移行: NZA (オランダ保険局)。

-参照期間:

-1990-2000: 年間平均。

-2001 以降: 1月1日

-カバー範囲:

-2001 以前: 精神病院の病床および、総合病院と大学病院の精神科病床。

-2002 以降: 精神病院の病床および、総合病院と大学病院の精神科病床; 但し、法務省の精神病院の病床は含まない。

-シェルター型居住施設(いわゆる RIBW-en)のベッドは含まない

定義からの逸脱状況:

-1990-1994: 認可病床数の平均。

-1995-2005: 実際の病床数(平均)。

-2006 以降: 認可病床。

-2012 以降: production data に基づく推計。

時系列データの中断: 1995, 2001 および 2006。データ・ソースおよび包含範囲の変更による中断。

ニュージーランド

データ・ソース: Ministry of Health, Provider Regulation and Monitoring System Reporting Database. 参照期間: 2009年, 2010年, 2011年, 2012年の12月31日現在, 2013年12月9日現在, 2015年1月16日現在, 2016年1月15日現在, 2017年1月5日現在, 23 January 2018年1月23日現在, 2019年2月5日現在.

カバー範囲:

- Health and Disability Services (Safety) 法 2001 (以下、同法)の下で認可されたサービス提供者.
- 同法に定義される病院サービスを少なくとも1つ含むとして認可された施設。但し、高齢者ケアまたは入所型障害者施設を主たるサービス種類とする認可は除く。
- 精神科病床には、同法の下で精神科サービスのみを提供する病院の病床、および過去3年以内に再認可を受けた病院における精神科病床を含む
- 過去3年以内に再認可を受けていない病院の中にも精神科サービスを提供しているところがあるが、その精神科病床はまだ別個に集計はされておらず、全病床に含まれている。
- 病床数データが収集されるのは、初回認可申請時または再認可時（通常は3年に一度）である。

時系列データの中断状況: 2014. 2014年データは、2015年1月16日に収集されている。データは、新しいITシステムへと2013年に移行された。新しいITシステムでは、精神科病床にいくつかの追加情報を付与して収集することができる。しかしながら、精神科病床が全て同定されるにはあと1年かかる予定である。というのも、病床数データのアップデートは認可申請または再認可申請（通常3年に一度）の折になされるからである。

-2014年、2015年、2016年のデータは、新しいITシステムを導入したことによって、精神科病床の同定制度が高まった結果を反映している。-各DHBデータが3年に一度更新されるので、2016年のDHBデータにはその変化が反映されているはずである。

スウェーデン

データ・ソース:

- 2001以前: Federation of Swedish County Councils（スウェーデン郡議会連盟）および The National Board of Health and Welfare（国立保健福祉委員会）、基本年次統計および群議会の統計年鑑（複数課題について）。
- 2001から: Swedish Association of Local Authorities and Regions(スウェーデン地方自治体協会)(旧 The Federation of Swedish County Councils（スウェーデン郡議会連盟）).郡議会と地域における健康と地域開発と公共活動と経済に関する統計（複数課題）。

参照期間:

- 2001より前:12月31日.
- 2001以降: 年間平均. 2001年より「average disposable beds（平均可処分ベッド）」という用語が使われている。
- 2012以降: 「平均可処分ベッド」の新しい定義の使用開始

カバー範囲:

-入院病床の用語変更により、入院病床（精神科病床および介護病床を含む）数の減少数は 2000 年から 2001 年にかけて合計 500 床程度であったと推計される。

時系列データの中断状況: 2001 年と 2012 年.

スイス

データ・ソース: FSO Federal Statistical Office (FSO 連邦統計局), Neuchâtel, 病院統計; 毎年の国勢調査.

推計方法: 2002 年以前は、病院を部分的にしかカバーしていなかったため、修正するための外挿法を用いていた.

英国

データ・ソース:

-イングランド - 保健省。イングランド KH03 より収集;

-北アイルランド - 保健省の病院活動統計 Korner Return Kh03a より収集;

-ウェールズ - NWIS が保持する或いは WG (ウェールズ州保険統計局)から公表されている QS1 データ,

<http://wales.gov.uk/topics/statistics/headlines/health2010/0114/?lang=en>;

-スコットランド - ISD Scotland, NHS National Service Scotland;

[http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Finance/Costs/Files/ISD\(S\)1_Manual.pdf](http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Finance/Costs/Files/ISD(S)1_Manual.pdf).

参照期間: 年間平均

カバー範囲:

-民間部門は含まない.

-データは会計年度に基づく (4 月 1 日から 3 月 31 日). 例. 2008 年 4 月 1 日から 2009 年 3 月 31 日のデータは、2008 年として表記される.

-ウェールズ: 以下の精神科専門領域に基づいた集計:

700 学習障害 Learning Disability

710 成人精神疾患 Adult Mental Illness

711 児童青年精神医学 Child & Adolescent Psychiatry

712 司法精神医学 Forensic Psychiatry

713 精神療法 Psychotherapy

715 老年精神医学 Old Age Psychiatry

時系列データの中断状況:

-イングランド: 2010 年のデータの減少は、方法論の変更によるものである。2010 年度の上四半期以降、KH03 データ収集が四半期ごとになった。病床稼働率の分類が、病棟種類から responsible consultant (責任上級医師) の専門分野別になった。この変更は NHS とのコンサルテーションの結果起こったものである。というのも、1980 年代に設定された病床

分類が、もはや当てはまらなくなっていたからである。

アメリカ合衆国

データ・ソース: American Hospital Association (AHA) (アメリカ病院協会) /毎年の病院調査, 病院統計 (複数課題). アメリカ病院協会の附属機関であるヘルスフォーラム LLC. <http://www.aha.org/>. AHA Hospital Statistics, 2018 Edition より許可を得て転載, 著作権は Health Forum Inc.に帰属する。

カバー範囲: AHA に登録しているアメリカ合衆国内病院. アメリカ合衆国外に所在地がある病院は含まれない:

- 推計値は、病院および精神病院やアルコールその他の化学物質依存症治療施設からのデータに基づく
- アメリカ合衆国の推計値にはデイケアのベッドは含まれない.
- アメリカ合衆国の推計値に含まれるのは、維持されている (つまり、空いていて患者の受け入れ準備が出来ているベッド) 病床である.
- 準備され、入院患者が使用できる状態にあるベッドはすべて施設の病床としてカウントされる。AHA 集計には報告期間内の病床、ベビーベッド、新生児用かご形ベッドの平均が含まれている.

定義からの逸脱状況:

データは OECD 定義に一致している

推計方法: 調査.

時系列データの中断状況: 時系列データに中断はない.

© OECD, OECD Health Statistics 2019. June 2019. <http://www.oecd.org/health/health-data.htm> (翻訳: 菊池安希子)

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

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, Sato A, Iyo M, Fujii C	Outcomes of administrative involuntary hospitalization: A national retrospective cohort study in Japan	World Journal of Psychiatry	9(7)	99-106	2019
Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii C	Development and evaluation of Intensive Case Management Screening Sheet in the Japanese population	International Journal of Mental Health Systems		13-22	2019
瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 大塚達以, 太田順一郎, 吉住 昭	長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究	臨床精神医学	48(5)	637-648	2019

令和 2 年 3 月 25 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 ・ 地域・司法精神医療研究部長
(氏名・フリガナ) 藤井 千代 ・ フジイ チヨ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 2 年 4 月 2 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 岡山県精神保健福祉センター
所属研究機関長 職名 所長
氏名 野口 正行

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 岡山県精神保健福祉センター 所長
(氏名・フリガナ) 野口 正行 (ノグチ マサユキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 地方自治体の行政機関のため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和2年4月8日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 総合病院国保旭中央病院

所属研究機関長 職名 病院長

氏名 野村 幸

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等
ては以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 副院長兼地域精神保健センター長
(氏名・フリガナ) 川 副 泰 成 (カワソエ・ヤスナリ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	石川県立高松病院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 2 年 3 月 30 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人 千葉大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 徳久 眞

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会精神保健教育研究センター・特任准教授
(氏名・フリガナ) 推名 明大・シイナ アキヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学大学院医学研究院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 長崎県病院企業団
 長崎県
 所属研究機関長 職名 院長
 氏名 大塚 俊引

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利
 ては以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医療局 診療部長
 (氏名・フリガナ) 瀬戸秀文 (セト ヒデフミ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

倫理委員が病休また退職した者がおり定足数に達せず倫理委員会の開催が不能であった。また今年度は、過年度に審査済み研究が主であり、特に審査が必要ではなかった。

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由：倫理委員会にてCOI審査を行っている)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：倫理委員会にてCOI審査済み)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
 (国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
 (国立保健医療科学院長)

機関名 全国精神医療審査会連絡協議会

所属研究機関長 職名 会長

氏名 松田 ひろし

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等
 では以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 全国精神医療審査会連絡協議会 ・ 会長
 (氏名・フリガナ) 松田 ひろし ・ マツダ ヒロシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 策定中 (会議開回債が少ないため時間が かかっています))
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立研究開発法人国立精神・神経医療 研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 2 年 3 月 25 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の令和元年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 ・ 司法精神保健研究室長
(氏名・フリガナ) 菊池 安希子 ・ キクチ アキコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称 :)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。