

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を 推進する政策研究

総合研究報告書

研究代表者：藤井 千代

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域精神保健・法制度研究部 部長)

要旨

本研究は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の構築を促進するため、複数の調査研究を通じて、制度・実践・人材育成等の多方面から課題を明らかにし、今後の施策の方向性を検討したものである。

精神科病院、総合病院精神科、診療所等の医療機関は、単なる医療提供の場にとどまらず、地域支援と連携する「地域のハブ」としての機能強化が求められており、法制度との接続や地域資源との協働を前提とした、柔軟で包括的な医療の提供が必要であると考えられた。また、精神科救急における高規格病棟の必要性評価、措置診察において求められるスキルの明確化、入院者訪問支援事業の実践知の蓄積など、現場の知見を制度に翻訳する実証的アプローチは、制度と理念の乖離を埋め、制度改善に資する重要な視座を提供している。とりわけ、従来の形式的な指標に依拠するのではなく、患者の状態像や支援ニーズを踏まえた指標群の構築は、今後の政策立案において有用な手がかりとなる。さらに、「にも包括」を担う人材の育成と継続的な学習支援の重要性が確認され、単発の研修にとどまらず、実地の支援活動を振り返り、他者との対話を通じて実践力を高める教育アプローチや、支援者の動機づけや自己効力感に配慮した仕組みの整備が求められている。

本研究の成果は、精神保健医療福祉政策の枠を超え、地域医療のなかで精神保健をいかに位置づけ、他の支援とどう結びつけるかを再考する契機となり得る。今後は、支援の質の向上と制度の持続可能性を両立させるために、現場と制度の接点を意識した政策検討が重要となる。精神保健医療福祉をめぐる政策は、「制度」「理念」「実践」とのつながりを見直すべき重要な局面を迎えており、関係者による協働と対話を通じた継続的な検討が、これまで以上に求められている。

研究分担者：

野口 正行

(岡山県精神保健福祉センター)

来住 由樹

(岡山県精神医療センター)

椎名 明大

(千葉大学社会精神保健教育研究センター)

杉山 直也

(国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター)

佐竹 直子

(国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国府台病院)

り、地域共生社会を実現するにあたっては欠かせないものであるとされる。このため、「にも包括」を推進するうえでの課題は広範囲にわたり、地域住民に対する普及啓発、メンタルヘルス不調のある者への早期のケア、緊急対応が必要とされる場合の医療を含む支援への速やかなアクセスの確保、救急医療体制、入院から退院後支援に至るまでの包括的ケア、身体合併症対応、権利擁護まで幅広く検討する必要がある。

本研究班では、「にも包括」構築を推進していくうえで検討が必要な課題について、以下の6つの分担班で調査研究を実施している。

A. 研究目的

2022(令和4)年12月、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律が成立し、それに伴い精神保健福祉法の一部が改正された。改正精神保健福祉法においては、新たに「精神障害者等に対する包括的支援の確保」に係る条文(第46条)が定められた。法第46条には、法に定められる相談援助は、精神障害の有無及びその程度にかかわらず、地域の実情に応じて、精神障害者等(精神障害者及び日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱えるもの(精神障害者を除く。))として厚生労働省令で定める者をいう。)の心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として行われなければならないと明記されている。これにより、「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」)の構築が一層進むことが期待されている。

「にも包括」とは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労など)、地域の助け合い、普及啓発(教育など)が包括的に確保されたものとされている。すなわち、既に精神医療福祉等のサービスを利用している者のみならず、メンタルヘルス不調を有する者を含む地域住民全体を対象としたシステムであ

- ・ 自治体における包括的ケアの推進に関する研究(野口正行)
- ・ 地域における精神科医療機関の役割に関する研究(来住由樹)
- ・ 地域における危機介入のあり方に関する研究(椎名明大)
- ・ 総合病院精神科の機能に関する研究(佐竹直子)
- ・ 精神科救急医療体制に関する研究(杉山直也)
- ・ 精神障害者の権利擁護に関する研究(藤井千代)

以下に分担班ごとの研究成果を示す。研究遂行にあたっては、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守し、各分担研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得ている。

自治体における包括的ケアの推進に関する研究(野口正行)

2022(令和4)年12月に改正精神保健福祉法が成立し、第46条に「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」)の理念の実現に向け、精神障害者等に対する包括的支援の確保が法的に明記された。また同条および第47条第5項の規定により、精神障害者のほか、「精神保健に課題を抱える人」も市町村及び都道府県による相談支援を行う

ことが求められることになった。

この法制化に先立ち、2020（令和 2）年度から開催された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」にて、全国の市町村のさまざまな相談において、精神保健に関連がある相談内容を受けていること、そしてその対応に苦慮している市町村が多数であることが報告され、自治体の精神保健の重要性が改めて再確認された。また一方で、市町村の人員体制などの課題も明確化された。2021（令和 3）年度から開催された「地域で安心して暮らせるための精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」でも、これらの議論がさらに深められ、市町村を中心とした体制づくりとそれを都道府県がバックアップする重層的支援体制が基本的構造として確認された。このような動きは改正法に盛り込まれている。

その一方で、専門職の配置、財源の確保、精神科医療機関との連携、保健所・精神保健福祉センターからの市町村に対するバックアップ体制の確保に課題があることが再確認された。このため、市町村には精神保健に関する相談支援を積極的に担うための具体的かつ実効的な方策が求められることとなった。これを検討するために、2023（令和 5）年 2 月より、「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」が開催された。本検討チームでは、精神保健福祉相談員の講習会のあり方の見直しを行うこととなり、従来の 200 時間を超えるカリキュラムから必要な項目を厳選し、22 時間にまで絞り込んだ。このカリキュラムの中で、講義部分の 14 時間について、研究班にて e-learning 動画を作成することにより、全国で行われる講習会の内容を標準化するとともに、各自治体が講義日程を確保し、講師を選定するための負担軽減も図ることとした。

研究方法

<精神保健業務に関する市区町村調査>

改正精神保健福祉法において、精神障害者に加えて日常生活を営む上での精神保健に関

する課題を抱える者の精神保健に関する相談等が市町村の業務として位置づけられたことを踏まえて、現在の市区町村の精神保健福祉士や精神保健福祉相談員の配置状況、業務内容、求められるスキル等を把握することを目的として、2024（令和 6）年 2～3 月、全国の市区町村（N=1741）を対象とした調査を実施した。調査では、市区町村における精神保健福祉相談員の任用・配置状況、精神保健福祉相談員の役割、重層的支援体制整備事業の実施状況とメンタルヘルス課題の有無などについて質問した。

<精神保健福祉相談員講習会の資料作成>

講習会資料の内容の詳細について研究班内で検討を行った。研究協力者の岡田隆志が中心となり、全国精神保健福祉相談員会から選ばれた研究班員による作成チームを編成し、講義の担当者を決めて、動画の作成を行った。「講義 5 精神疾患の基礎知識」については、全国精神保健福祉センター長会の地域包括ケア委員会が、精神保健福祉センターで行われている研修会資料を基にして動画の作成を行った。作成にあたっては、作成チームによる合議を行い、研究班にて確認を行いつつ、必要な修正を行った。

動画作成に先立ち、上記作成チームにおいてシラバスを作成した。シラバスでは、動画に含めるべき内容を項目としてリスト化し、それを踏まえて動画資料を作成した。なお、シラバスは、視聴動画をない場合にも、それぞれの自治体間で講習内容の標準化がなされるように、講義に含めるべき項目についても記載することとした。

各講義はおよそ 20 分程度の長さとし、受講者が業務の合間などの時間に視聴しやすい長さにするように心がけた。「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」の報告書を受けて、講義の対象は、保健師等の「精神保健福祉に関する相談支援を行う自治体職員」を念頭に置いた。なお、基礎的な内容も含めて、視聴動画は保健師等の専門職以外の事務職員等にとつ

でもわかりやすい内容となるように心がけた。精神保健のリーダー的な存在の育成については、上述の検討チームでは今後の課題とされたことから、このような専門職は今回の視聴動画の対象とはしていないが、内容的にはある程度ベテランの専門職の視聴にも耐えるものとした。

それぞれの講義の最初にはポイントを明示し、講義の最後にはまとめを記載した。実際の相談支援のスライドでは、複数の事例を提示し、視聴していくことで、事例に対する考え方を学ぶことができるようにした。

パワーポイント資料に基づいて動画の録音を行い、最終的に岡田の所属する福井県立大学研究室によるチェックを行い、最終動画を作成した。

研究結果

＜精神保健業務に関する市区町村調査＞

813 の市区町村から回答を得た（回答率 46.7%）。結果の概要を別紙 1 に示す。

＜精神保健福祉相談員講習会の資料作成＞

最終的なカリキュラムに基づいた講義のシラバスを別紙 2 に示す。シラバスに基づいた自己チェックリストを別紙 3 に示す。

動画は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部のホームページにアップし、全国から動画視聴ができるようにした。

(https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/seminar/12_3.html)

考察

人材育成の方法としては、精神保健福祉相談員の講習会は 1966（昭和 41）年に講義科目と時間数が定められて以来、長年変更がなかったが、今回抜本的な見直しを行うことができた。講習会の受講する対象として想定されるのは、精神保健の相談支援に関わる保健師とされており、この講習により保健師に一定の精神保健相談の知識が得られ、今後の実際の相談支援の基礎となることが期待される。

もっとも研修受講だけでは相談支援の能力が向上するわけではなく、市町村の他の保健師からの助言、都道府県からの支援等が必要であることは言うまでもない。

今後の課題としては、中堅からリーダー的な保健師の育成が挙げられる。これについては一回の研修で育成できるものではなく、実際の相談支援を行いながら、事例検討会、スーパービジョン、OJT（On-the-Job-Training）などを通して、自治体として計画的体系的に育成していくことが必要である。また市町村保健師の育成に対しては都道府県も、圏域単位で複数市町村の保健師と一緒に研修を行うなど、都道府県の育成システムやその後の事例対応でも協働で行うなどが必要になるだろう。

一方で、都道府県の精神保健福祉相談員の育成も同様の課題であると言える。これについても、個別支援を実際に行いながら、都道府県としての計画的育成と人員配置を行う必要がある。この人材育成システムのあり方についても、今後検討すべき課題である。

もう一つは市町村に対する都道府県の支援のシステムの課題もある。都道府県の保健師は 2020（令和 2）年からの新型コロナウイルス蔓延により、精神保健に関する相談支援がしばらく困難になったことが言われている。もともと都道府県の保健師は措置通報対応などに追われて個別支援を行う余裕がなくなっていたという声もある。都道府県の精神保健福祉相談員の人材育成も、市町村の精神保健福祉相談員と一体的に検討していく必要がある。

地域における精神科医療機関の役割に関する研究（来住由樹）

「にも包括」構築においては、精神科医療機関の参画が不可欠である。令和 3（2021）年 3 月に厚生労働省より発出された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書¹¹においては、「にも包括」における精神医療の提供体制は、精神障害の有無や程度にかかわらず地域で暮らす

すべての人が、精神医療を含め必要な時に適切な医療を受けられるものとして確保していく必要があることが明記された。精神科医療機関がそのような体制を確保するためには、外来・在宅医療機能の強化が必要であることは論をまたない。令和 4（2022）年度に本研究班で検討した結果、かかりつけ精神科医（かかりつけ精神科医療機関）に求められる機能としては、診療機能、連携機能、地域での役割の 3 軸で捉えることが適当と考えられた。

診療機能としては、

- ① 多様な精神疾患への対応（自院対応または連携対応）
- ② 多職種による包括的医療の提供
- ③ ケースマネジメント（包括的支援マネジメント）の提供体制
- ④ 緊急対応、夜間休日対応
- ⑤ 一般的な身体管理
- ⑥ 身体合併症への対応（自院対応または連携対応）
- ⑦ アウトリーチ（訪問診療、訪問看護等）
- ⑧ 入院先の確保
- ⑨ 入院後のフォローアップ体制（自院患者の退院後の受入等）

等が求められると考えられた。

連携に関しては、

- ① 障害福祉サービス
- ② 介護保健サービス
- ③ 他の精神科医療機関
- ④ 身体科医療機関
- ⑤ 調剤薬局
- ⑥ 行政機関（保健所、市町村、精神保健福祉センター、児童相談所、警察、矯正施設等）
- ⑦ 教育機関（学校、教育センター、特別支援学校等）
- ⑧ その他の地域資源

等が考えられた。

地域での役割に関しては、

- ① 地域保健活動：嘱託医、精神保健相談、措置診察、普及啓発への協力、認知症サポート医 等

② 協議の場への参加

③ 精神科救急体制整備事業への参加や夜間休日当番への参画
等が考えられた。

上記を踏まえて、本研究班では精神科病院の診療機能のうち、入院前・直後からの包括ケアの提供の観点から、現在の精神科病棟機能において、十分な対応が困難なニーズへの対応のあり方について検討するとともに、2024（令和 6）年の診療報酬改定において、精神科地域包括ケア病棟入院料が新設されたことを受け、この入院料を算定する病棟もしくはそれに準じる職員配置を行っている病棟での入院治療を必要としている患者像を明らかにすることを目的として調査を行った。またこれまでその診療機能が十分に明らかにされていなかった精神科診療所についても、診療機能や地域貢献の実施状況等について調査を実施した。

研究方法

＜精神科地域包括ケア病棟（仮称）の実態と転帰に関する後ろ向きコホート調査＞

対象：2021 年 4 月 1 日～2022 年 3 月 31 日に岡山県精神科医療センター13 対 1 入院基本料病棟および木村病院精神療養病棟を退院した全ての患者。除外基準は下記の通り。

除外基準

- ① 入院 1 週間以内の計画外退院
- ② 検査入院
- ③ Covid19 での入院
- ④ Covid19 病床確保のための転院・転棟

調査項目：

- ① 基本属性（入院時・退院時）
- ② 入院中・退院時・退院 1 年後のケアの内容
- ③ アウトカム評価として、入院時、退院時、退院後 1 年時の、ICMS(包括的支援マネジメント導入基準)、CGI-I (臨床全般改善度)、GAF(機能の全体的評価)を収集した。

得られたデータは集計し、ICMS は退院時

と退院 1 年後の生活課題の有無を比較した。

＜精神科地域包括ケア病棟（仮称）を退院した患者の長期転帰に関する調査＞

対象：2012 年 4 月 1 日～2016 年 3 月 31 日に岡山県精神科医療センターの 13 対 1 入院基本料病棟より退院し、5 年間経過した者。適格基準および除外基準は以下の通り。

適格基準

- ① 精神疾患の診断(F0～F9)
- ② 退院時 20 歳以上

除外基準

- ① 鑑定入院
- ② 主診断が認知症

調査項目：

- ① 基本属性（入院時）
- ② 包括的ケアの支援内容（多職種アセスメント会議の実施状況、人員配置、治療内容）
- ③ アウトカム指標として、入院日数、退院後 5 年間の地域滞在日数、退院後 5 年間の再入院回数などを収集した。

得られたデータを Current event free survival 曲線に基づき、追跡可能であった対象における 5 年間の地域定着率を算出した。また、退院時 GAF に基づく機能障害別に、重度群(GAF: 0～50)、中等度・軽度群(GAF: 51～100)に分け、各群における 5 年間の地域定着率を算出および比較した。さらに、再入院回数、地域生活日数の 5 年間の推移についても調査した。

＜精神科地域包括ケア病棟の入院患者の実態に関する調査＞

対象：2024 年 10 月 1 日時点で、調査機関（岡山県精神科医療センター、木村病院）の地ケア病棟に入院していた者。除外基準は下記の通り。

- ① 入院 1 週間以内に計画外で退院あるいは転棟した者
- ② 検査入院した者
- ③ ベッド調整の目的で一時的に地ケア病棟に入院した者

調査項目：

- ① 入院関連情報（入院開始日、入院形態、転棟状況、入院日数）
- ② 基本属性および入院前の状況（診断、状態像、重複診断、身体疾患、LAI/クロザピン使用、強度行動障害、CGI-S、GAF、年齢、性別、障害年金受給、精保受給、住居、入院前のケースマネジメント・医療・福祉の利用状況、入院前の就労・就学、入院経路、過去の精神科入院）
- ③ 包括的支援マネジメントの必要度（ICMSS: Intensive case management screening sheet）
- ④ 小児期逆境体験
- ⑤ 日常生活能力
- ⑥ 看護ケア必要度（メニンガー患者分類表）
- ⑦ 社会的機能（SBS: Social behavior scale）

得られたデータについて、基礎的な記述統計を行った。また、地ケア病棟と救急・急性期病棟への入院合計日数が 180 日以上との患者と 180 日未満の患者に層別化し、比較分析を行った。

＜精神科診療所の診療機能に関する調査＞

対象：

日本精神神経科診療所協会に所属している全国の精神科診療所（N=1,608）

調査方法：

調査 1）

2024（令和 6）年 5 月に、同年 4 月の診療状況等に関する調査票（別紙 4）を郵送し、オンラインまたは郵送にて回答を求めた。

調査 2）

2025（令和 7）年 1 月に、2024（令和 6）年 12 月の診療状況等に関する調査票（別紙 5）を郵送し、オンラインまたは FAX にて回答を求めた。

研究結果

＜精神科地域包括ケア病棟（仮称）の実態と

転帰に関する後ろ向きコホート調査＞

岡山県精神科医療センターの結果を別紙6、木村病院の結果を別紙7に示した。

精神科地域包括ケア病棟（仮称）への入院経路は、岡山県精神医療センターにおいては「急性期病棟からの転棟」（44.3%）、「頻回入院による生活の立て直し」（25.0%）の割合が高かった。木村病院では「急性増悪」（43.3%）、「急性期病棟からの転棟」（20.0%）、「他院・地域からの要請」（20.0%）の順であった。

対象者主診断は、両医療機関ともに統合失調症の割合が最も高かった。また約8割が1年以内に入院を経験していた。入院形態は任意入院と医療保護入院が9割以上を占めていた。

入院中に提供された主な治療・支援内容（月に1回以上の実施）は、両機関でMHSWの面接が70.0%以上となっていた。実施の割合が50.0%を超えた支援内容には「運動プログラム」「集団作業療法」「家族調整」「個別作業療法」が挙げられた。また、入院中からケースマネジメント担当者が選任されており、外来においてもケースマネジメントの担当者が選任されており、外来担当者が入院中のケースマネジメントの担当者と同じである割合は、岡山県精神医療センターで70.2%、木村病院で80.0%であった。

退院後1年以内には、両医療機関の対象ともに約6割が再入院をしていた。ただし、退院時と退院後1年のICMSを比較すると、統計上の有意な改善が見られた。項目は、岡山県立精神医療センターで「6か月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題」「自分一人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題」「家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等」「家族への暴力・暴言・拒絶」「その他の警察・保健所介入歴」「定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上」であった。木村病院では、「自傷や自殺を企てたこと」「家族への暴力・暴言・拒絶」「その他の警察・保健所介入歴」「定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上」であった。

＜精神科地域包括ケア病棟（仮称）を退院した患者の長期転帰に関する調査＞

岡山県精神科医療センター13対1入院基本料病棟（西2病棟）の取り組みの概要を別紙8に示した。適格基準、および除外基準に該当した患者の総数は347名であった。対象者は女性が166名（47.8%）、主診断は統合失調症の患者の割合が最も高かった（64.1%）。過去の入院回数は 3.5 ± 10.2 回、入院日数の総計は 268.9 ± 635.1 日、クロザピン治療は40名（11.5%）に提供されていた。西2病棟における包括ケアの取り組み開始前後の当該病棟の入退院推移および退院先を別紙9に示した。退院先は、家族同居が50%、単身生活が30%であった。

退院後の患者の地域滞在状況、入退院状況の全体像を別紙10に示した。対象者の地域滞在率は、退院211日目に85.3%、5年後には96.0%であった。分析対象者をGAF得点別に「中～軽度」「重度」「機能不全」の3群に振り分けた分析では、退院1～188日までの退院率に差が示され、1.5～5年の地域滞在率に差はなかった。

＜精神科地域包括ケア病棟の入院患者の実態に関する調査＞

調査結果を別紙11に示す。

調査対象者は110名（岡山県精神科医療センター：56名、木村病院：54名）であった。平均年齢は47.5歳（SD: 18.2）で、主診断は統合失調症圏の患者が82名（74.5%）と最も多かった。最も多く観察された状態像は、幻覚妄想状態（61名、55.5%）、精神運動興奮状態（42名、38.2%）、統合失調症等残遺状態（27名、24.5%）であった。強度行動障害がある者が17名（15.5%）であった。0～7で点数が高いほど重症であることを示すCGI-Sは平均5.6（SD: 1.0）、0～100で点数が高いほど機能が高いことを示すGAFは平均26.6（SD: 8.9）であった。入院前に就労も就学もしていなかった者は104名（94.5%）であった。

入院状況については、調査時点で、地ケア病棟と救急・急性期病棟への合計入院日数が

年間 180 日以上であった患者は 61 名 (55.5%) であり、過半数であった。地ケア病棟に直接入院せず、他病棟から転棟してきた者は 30 名 (27.3%) で、転棟理由のほとんどは自院の救急・急性期病棟の入院算定期間を超過したためであった。

ICMSS については、合計スコアは平均 6.1 (SD: 2.7、0~14 で点数が高いほど包括的支援マネジメントの必要性を表す) であった。対象者の過半数に当てはまった項目として、多い順に「1: 6 か月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある」(109 名、99.1%)、「2: 自分一人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある」(106 名、96.4%)、「10: 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」(99 名、90.0%)、「3: 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある」(59 名、53.6%) であった。

小児期逆境体験 (ACE) スコアは、0~10 で点数が高いほど小児期逆境体験が多いことを示すが、平均 0.7 (SD: 1.4) となった。ただし、本項目を評価する際、対象者の小児期に関する資料がない場合が多く、対象者から小児期の経験を聴き取る必要があったが、聞きにくく答えにくい内容であるため、必ずしも正確な評価となっていない可能性がある。

日常生活能力については、全ての項目において、大半の対象者 (76.4%~95.5%) が軽度もしくは明らかな問題を抱えていると評価された。中でも“明らかな問題あり”に該当する対象者が過半数となった項目は、「金銭管理」(64 名、58.2%)、「服薬の管理」(64 名、58.2%) であった。

看護必要度 (メニンガー患者分類表) については、「看護師と 1 対 1 で行動する」58 名 (52.7%)、「1 対 1 で毎日指導する」29 名 (26.4%)、「離院自傷他害の可能性が高い」46 名 (41.8%) など、手厚い看護ケアの必要性が示された。

SBS は、点数が高いほど社会的機能が低く評価されたことを示すが、点数の高い項目には、「社会との適切な接触」(0~4: 平均 1.94、

SD 1.55)、「会話内容の一貫性」(0~4: 平均 1.55、SD 1.37)、「身だしなみ・清潔度」(0~4: 平均 1.39、SD 1.37) があった。

地ケア・救急・急性期病棟入院 180 日以上群と 180 日未満群の比較分析については、年齢、診断、強度行動障害の有無、入院前の就労・就学状態などに群間に差はなかった。しかし、状態像のうち統合失調症等残遺状態に関しては、180 日以上群の方が当てはまる対象者の割合が有意に多かった (180 日以上群 37.7% 対 180 日未満群 8.2%)。CGI-S および GAF に関しても、180 日以上群の方が有意に重症 (5.9 対 5.3) で、機能が低い (23.9 対 29.9) が示された。

ICMSS においては、ほとんどの項目で群間差は見られなかったが、「15: 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている」の項目のみ有意差があった (49.2% 対 18.4%)。

ACE スコアについては、有意な群間差はなかった。

日常生活能力については、「服薬の管理」(明らかな問題あり: 68.9% 対 44.9%) および「公共交通機関の利用」(明らかな問題あり: 59.0% 対 32.7%) において、180 日以上群の方がより問題を抱えていることが示された。

看護必要度 (メニンガー患者分類表) については、「隔離または抑制 (身体拘束)」は 180 日以上群の方が有意に少なかった (21.3% 対 46.9%) が、「個人衛生」では 180 日以上群の方が直接介助や声掛けの必要性が高く、必要なケアの内容が異なることが示唆された。

SBS については、ほとんどの項目で群間差は見られなかったが、「社会との適切な接触」(2.39 対 1.37)、「コミュニケーション」(1.36 対 0.86)、「身だしなみ・清潔度」(1.66 対 1.06) については、180 日以上群の方が、有意に機能が低く評価された。

<精神科診療所の診療機能に関する調査>

449 の診療所から回答を得た。回答率は 27.9% であった。結果を別紙 1 2 に示す。調査 2 は、787 の診療所から回答を得た。回答率は 48.9% であった。調査 2 の結果は別紙 1 2 に

示す。

調査2に関して、ロジスティック回帰分析において、コメディカルスタッフ数が多いほど、予約外初診を受ける可能性が高く ($p = 0.027$)、時間外対応 (時間外対応加算 $1 \cdot 2 \cdot 3$ 、問い合わせへの常時対応、連携による時間外対応) ができる可能性が高い ($p < 0.001$) ことが示された。また、ピアソンの相関により、コメディカルスタッフ数が多いほど、地域貢献実施数が多かった ($p < 0.001$)。

初診における診療時間が 60 分未満であっても差支えないと考えられる状況について、自由記述の回答の内容分析を行ったところ、以下の通りであった。

- ・専門職によるインテークの活用

精神保健福祉士、看護師・公認心理師などによる診察前の面談により、診療の質を確保しつつ診察時間を短縮できる、など

- ・病態が安定・背景事情が複雑ではないケース

病歴が短い、症状が軽度／安定している、背景事情が複雑ではなく状況把握に時間を要しないケースなどは 60 分を要しない、など。

- ・複数回に分けた情報収集、関係性構築

初診を必要最小限の情報収集と治療方針の決定に絞り、再診で関係性を構築しつつ追加情報を得るなどの柔軟な対応が望ましい、など

- ・時間的制約下での効率化

物理的に 60 分以上確保することが困難であり、60 分以内で診療が終えられるよう工夫している、など

- ・60 分以上の初診を評価することの意義への疑問

医師に十分なスキルがあれば 60 分以上の診療を要さないことが多い、時間が長ければ良質な診療とは限らない、やみくもに診療時間を長くとることの弊害もある、など

初診待機日数について、中央値 (14 日) を基準に、それを超える場合を 1、以下を 0 としたロジスティック回帰分析の結果、初診 (通院) のうち診療時間が 60 分以上である割合が高い診療所ほど、待機日数が長くなる傾向が示された ($p = 0.066$)。その他の項目については待機日数との有意な関連は認められなかった。また、初診待機日数は都道府県によって有意に異なり ($p = 0.00014$)、都道府県の違いは中程度以上の効果量 ($\eta^2 = 0.108$) を有していた。

予約外で初診を受ける状況について、自由記述の回答からは、

- ・もともと予約制ではない
- ・初診を受ける時間がある/キャンセルが出た場合
- ・患者が予約なしで直接来院した場合
- ・他施設、他機関からの紹介
- ・警察・救急隊要請への緊急対応
- ・薬切れ、引きこもりなど、特定の事情がある場合

などがあることが示された。

初診待機日数を減らすための対策の実施状況について、自由記述の回答の内容分析を行ったところ、以下の通りであった。

- ・コメディカルスタッフの増員・配置、タスクシフト

コメディカルスタッフによるインテークや初診後のフォローにより、初診の診療時間を確保するなど

- ・予約枠・受付体制の再設計

初診専用日、当日救急枠の設置など、あらかじめ新患枠を確保する運用を行う、連携機関からの予約を優先的に受けるなど

- ・事前トライアージ

WEB 問診、電話相談の段階で来院前に情報を集め、専門職が緊急性を判断するなど

- ・連携による受け皿拡大

近隣病院や行政等と連携し、病院と診療所が役割分担する、地域の診療所ネットワークで初診を受ける体制を構築するなど

・ICT/AI 活用と情報発信

Web で空き情報を速やかに告知する、AI 音声入力で診療録入力時間を短縮するなど

・診療報酬改定によるインセンティブ強化

初診の診療報酬を上げ、初診日から3カ月程度は高く据え置くなど、初診を受けることによるインセンティブをつけるなど

時間外対応に関する自由記述の回答の内容分析を行ったところ、以下の通りであった。

・精神科救急システム・精神科救急情報センターへの協力

ミクロ救急システムへの参加、精神科救急情報センターへの携帯電話登録など

・連携による対応

診療所協会で精神科救急輪番体制、年末年始、連休中の輪番や指定医待機事業を行っている、グループ病院で対応している、持ち回りによる22時までの1次救急対応、訪問看護ステーションとの連携など

・警察・行政機関からの依頼への対応

警察からの照会や保健所・市役所障害福祉課からの問合せに対応（本人同席や同意を要件とする場合もある）など

・医師個人の携帯電話への対応

必要と考えられる機関や患者、家族等に携帯番号を知らせており、診療時間外でも携帯に直接かかってきた場合には対応するなど

・留守電転送、メール、LINE等の活用

留守電転送・メール等により、緊急時には対応する、院内に緊急連絡先の電話番号を掲示しているなど

・ケースバイケース

考察

本研究では、「にも包括」の構築に向けて、精神科医療機関が果たすべき機能と役割を多角的に検討するため、地ケア病棟および精神科診療所の診療機能と地域貢献の実態について実証的に検討した。調査の結果、「にも包括」の理念を体現するには、精神科医療機関が単に医療提供の場として機能するのみならず、ケースマネジメントの担い手として多職種や地域資源との連携を前提とした柔軟かつ包括的な支援機能を備えることが不可欠であることが示唆された。

地ケア病棟に関する複数の調査からは、長期化・重度化した精神疾患をもつ人々に対し、従来の急性期医療とは異なるアプローチが求められていることが明らかとなった。特に、長期に入院している者の多くが深刻な機能障害や日常生活能力の低下、服薬管理困難等の課題を抱えており、退院後の地域生活継続のためには、入院早期からの包括的支援マネジメントおよび退院後の継続的支援が必須であることが確認された。また、調査対象となった病院では、退院後もケースマネジメント担当者が継続支援を行っていた。そのような支援を提供することにより医療と地域支援の有機的連携が実現する可能性を示しており、今後このような体制の標準化が望まれる。

精神科診療所に関する調査では、コメディカルスタッフの配置やタスクシフト、地域連携の工夫が、初診受け入れ体制や時間外対応、地域貢献活動の拡充に寄与している可能性が示された。とりわけ、「60分以上の初診時間」に対する形式的な評価が、必ずしも実質的な診療の質と一致しないことへの現場からの指摘は注目に値する。精神科診療所が柔軟かつ持続的に「地域の身近な精神科医療機関」としての機能を果たし得るよう、多職種による医療の提供が可能となるよう制度的支援が必要であると考えられた。

本研究の結果から、精神科医療機関の「地域における役割」を、医療機関単体の診療機能のみに還元するのではなく、多機関連携による包括的支援の提供が可能となるような制

度設計が望まれているものと考えられた。「にも包括」構築の鍵は、地域支援と医療の連続性・双方向性を担保する仕組みと、それを担える人材・制度的支援にあることといえる。

地域における危機介入のあり方に関する研究 (椎名明大)

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）」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）」を発出した。しかしながら、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は、依然多くの課題が山積している。本研究では、精神保健指定医が適切な措置診察に必要な知識及び技術を効率的に習得するための方法論及び教材の必要性に鑑み、措置入院の要否判断の基準についてエキスパートコンセンサスを確立させること、措置診察の標準化、均てん化を図るための研修のあり方の検討を行うとともに、ガイドラインの運用状況についてのモニタリングを行うこととした。

研究方法

＜措置入院の要否判断基準等に関するエキスパートコンセンサスの成立に向けた全国精神保健指定医に対するアンケート調査＞

措置診察の手順や措置入院の要否判断基準に関する各種論点についてベテラン精神保健指定医の意見を集約しエキスパートコンセンサスを示すことを目的として実施した。

対象は、先行研究において後続研究への参加の内諾を得た精神保健指定医である。研究対象者に研究の説明文書及び調査票を記載した URL を付記した電子メールを送信し、URL 上で調査票への回答を求め、調査票の返送をもって研究参加への同意と見なした。回答内容を集計し、統計解析を行った。

調査票は二部構成である。第一部について

は、措置診察前に行うこと 27 項目、措置診察の開始にあたり行うこと 15 項目、措置診察において行うこと 36 項目、措置診察後に行うこと 9 項目、措置入院に関する診断書の記載事項について 15 項目の計 102 項目である。第一部では、措置診察で行うべき手順や考え方についての各項目について、その妥当性を 9 段階のリッカートスケールで評価してもらった。そして、各項目について、平均値が 6.5 以上のものを第一選択（うち過半数が 9 を評点したものを最高の推奨）、3.5 以上 6.5 未満のものを第二選択として評価した。3.5 未満のものは非推奨として評価した。第二部については、被診察者の行為 9 項目、身体状態 4 項目、精神障害と現症との組み合わせ 11 項目、治療可能性に疑義のある病態 6 項目、刑事訴追との関係 3 項目、他の入院形態との関係 7 項目、他の法律との関係 5 項目、自傷行為 2 項目、社会的状況 6 項目、時間軸に関する推定 4 項目の計 57 項目である。第二部では、措置入院の適応となるか議論のある要素について、措置入院の適否を 5 段階のリッカートスケールで評価してもらった。第二部は評価の重み付けはせず、各項目の平均値と標準偏差を求めた。加えて、第一部、第二部とも評価項目としてふさわしくないと判断した場合は「非該当」と評点することを許容し、回答者の 5% 以上が非該当と評点した項目については評価項目としてなじまないものとして棄却した。

＜措置診察の知識及び技術の習得を目指した若手精神科医向けの研修会の実践とその成果検証＞

適切な措置診察の実施にかかる知識や技術を若手精神保健指定医に伝授するための方法論を確立する目的で研究を実施した。本研究においては先行研究の結果を踏まえて制作された教材に基づいて若手精神科医師に対する研修会を実施し、プレテスト・ポストテスト等を用いてその教育効果を検証した。

対象は、医師免許取得後 4 年以上経過しており、精神保健指定医資格を有する、または指定医資格取得を目指す者であって、指定医

資格更新研修を未受講の者である。

2022（令和 4）年度は、研修会参加前後において、措置入院に関する知識を問うテストを受けるとともに、Academic Motivational Scale に回答した。回答内容を集計し、統計解析を行った。

2023（令和 5）年度は、ミシガン大学の National Center for Research to Improve Postsecondary Teaching and Learning で開発された MOTIVATED STRATEGIES FOR LEARNING QUESTIONNAIRE (MSLQ) を試用した。MSLQ は学生の学習意欲及び学習戦略を定量的に測定するための磁気式評価尺度であり、PART-A 31 項目と PART-B 81 項目からなる。本年度は学習意欲を測定する PART-A のみを使用した。PART-A においては、被験者は 31 項目の質問に対し 7 分法のリッカートスケールで回答することにより、学習意欲が価値成分である「内発的目標指向性」「外発的目標指向性」「課題価値」、期待値成分である「学習制御信念」「学習とパフォーマンスに対する自己効力感」、感情成分である「試験不安」の 6 つの下位項目に分類されることになる。2023（令和 5）年度は、探索的研究の位置づけとし、統計学的解析は行わなかった。

2024（令和 6）年度は、研究者 3 名により作成した「精神保健福祉法に基づく措置入院制度に関するテスト（措置テスト）」、Academic Motivational Scale（以下「AMS」という。）及び Motivated Strategies for Learning Questionnaire（Part A のみ。以下「MSLQ-A」）の評点により評価を行った。また、対象者の臨床経験等の属性情報及び措置診察に対する自信等についても自記式アンケートを行うこととした。得られたデータを統計ソフト等により解析した。主要評価項目は措置テストの評点の変化、副次的評価項目は AMS 及び MSLQ-A の合計点及び各カテゴリー評点の変化、措置診察に対する自信の変化とした。

<自治体による退院後支援ガイドラインの実

施状況に関する全国調査>

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（各保健所等につき 1 名）を対象として、退院後支援ガイドライン実施状況に関するアンケート調査を行った。回答内容を集計し、統計解析を行った。

研究結果

<措置入院の要否判断基準等に関するエキスパートコンセンサスの成立に向けた全国 の精神保健指定医に対するアンケート調査>

78 通の回答を得た。回答率は 55.3%であった。第一部については、全 102 項目中、重複していた 3 項目について 2 回目の設問の回答は棄却し、また回答者の 5%以上が非該当と評点した 2 項目を棄却し、残る 97 項目について解析を行った。うち 59 項目が第一選択（うち 39 項目が最高の推奨）、35 項目が第二選択、残る 3 項目が非推奨となった。第二部については、全 57 項目中 13 項目において、回答者の 5%以上が非該当と評点された。この結果を踏まえて、措置診察に関する研修資料を作成した。

<措置診察の知識及び技術の習得を目指した若手精神科医向けの研修会の実践とその成果検証>

2022（令和 4）年度については、2023（令和 5）年 2 月 23 日に千葉大学医学部附属病院内において 4 時間に渡る研修会を実施した。計 13 名が対象として研修会に参加した。13 名中、精神保健指定医は 7 名、非指定医は 6 名であった。対象の年齢は 35.7 ± 6.2 、医師としての臨床経験は 6.9 ± 1.1 年であった。対象のうち措置診察を経験したことのある者は 3 名で、その回数は 7.7 ± 4.0 回、研修前における措置診察技術に対する自己評点は 74.0 ± 14.4 点であった。

研修会受講前において措置診察を自信をもって実施できると回答した者は 1 名、措置診察を行う手続きについて説明することができると回答した者は 2 名、措置診察を行う際に

要措置と不要措置を判別する基準について説明できると回答した者は4名であった。対象が研修会受講前に受験したテストの平均点は62.7±9.0点であった。

対象の研修会受講前におけるAMSの得点は、Intrinsicが34.5±8.0（うちto knowが12.8±2.9、toward accomplishmentが11.8±3.1、to experience stimulationが9.8±2.9）、Extrinsicが36.9±9.6（うちIdentifiedが15.5±3.9、Introjectedが9.5±3.1、External regulationが11.9±4.2）、Amotivationが6.3±2.9であった。

研修会は、ビデオ教材による事前学習を行ったうえで当日の対面参加型研修を行う形式で行われた。当日においては、「措置入院制度改革」「措置入院の要諦」「措置診察のポイント」「措置入院の要否判断」の4つの講義を行ったうえで、先行研究で制作された「精神科臨床におけるグレーゾーン事例集」に収載された架空事例を元に一部脚色した事例を用いて演習を行った。事例は2つ用意し、各々についてスモールグループに分かれて措置診察で確認すべき点及び措置入院の要否判断について議論を行った。さらに事例の1つについては措置入院に関する診断書の試作も行った。最後に「よりよい措置入院のために」の講義を行い、若干の総合討論を経て研修会を終えた。その後、参加者はポストテストを受験し、事後アンケートに回答した。

研修会受講後において措置診察を自信をもって実施できると回答した者は4名、措置診察を行う手続きについて説明することができると回答した者は9名、措置診察を行う際に要措置と不要措置を判別する基準について説明できると回答した者は12名であった。

対象が研修会受講後に受験したテストの平均点は79.2±7.3点であった。

対象の研修会受講前におけるAMSの得点は、Intrinsicが39.0±9.7（うちto knowが14.0±3.6、toward accomplishmentが13.0±3.3、to experience stimulationが12.0±3.7）、Extrinsicが39.8±9.4（うちIdentifiedが16.4±3.3、Introjectedが

11.0±2.9、External regulationが12.5±5.0）、Amotivationが6.8±3.5であった。

研修会の満足度及び難易度に関するアンケート結果は下記のとおりである。すなわち、事前学習動画の満足度については、「とても満足した」が7人、「まあ満足した」が4人、「普通」が2人だった。講義部分の満足度については、「とても満足した」が10人、「まあ満足した」が3人だった。ディスカッション部分の満足度については、「とても満足した」が9人、「まあ満足した」が4人だった。研修会の難易度については、「難しかった」が6人、「普通」が7人だった。

2023（令和5）年度は、2024（令和6）年2月3日（土）13時～17時において「令和5年度 措置診察実践セミナー」を開催した。参加人数は7名であった。

参加者におけるMSLQ Part-Aの結果については、内発的目標指向性は4.54±1.28（算術平均±標準偏差、以下同じ）、外発的目標指向性は2.92±1.07、課題価値は5.12±1.33、学習制御信念は4.43±1.24、学習とパフォーマンスに対する自己効力感3.46±0.94、試験不安は3.29±1.28であった。

2024（令和6）年度については、2025（令和7）年2月1日（土）13時～17時、「令和6年度 措置診察実践セミナー」を開催した。前回同様、参加者には事前学習用ビデオの視聴を必須としたうえで、改良した資料（別紙13）を用いて研修を行った。

参加人数は5名で、うち2名が指定医だが、いずれも措置診察の経験はなかった。年齢は35.2±3.9歳（平均±標準偏差、以下同じ）、医師としての経験年数は7.4±2.7年であった。全員が措置診察を自信をもって実施できないと回答した。また措置診察を行う手続きや、措置診察を行う際に要措置と不要措置を判別する基準について、説明できると回答した者は各1名だった。

研修前の措置テストの評点は9.8±1.6点であった。

研修前のAMSの評点は、to knowが19.0±5.1点、toward accomplishmentが

13.6±5.6 点、to experience stimulation が 13.8±7.4 点で、内発的動機づけの合計点は 46.4±17.3 点であった。また identified が 18.8±4.7 点、introjected が 11.4±7.6 点、external regulation が 12.6±17.0 点で、外発的動機づけの合計点は 42.8±18.0 点であった。なお無動機は 6.6±2.9 点であった。

研修前の MSLQ Part-A は、内発的目標指向性が 4.0±1.2、外発的目標指向性が 2.8±1.2、課題価値が 4.2±4.3、学習制御信念が 4.9±1.0、学習とパフォーマンスに対する自己効力感が 2.8±1.3、試験不安が 3.6±1.9 であった。

5 名全員が研修を完遂したが、うち 1 名は事後評価に回答しなかった。

研修後は 4 名中 2 名が措置診察を、自信をもって実施できると回答した。措置診察を行う手続きについては 1 名ができると回答し、措置診察を行う際に要措置と不要措置を判別する基準については 4 名全員が説明できると回答した。

事後評価を行った 4 名における研修後の措置テストの評点は 14.5±0.6 点であった。

研修後の AMS の評点は、to know が 16.5±6.1 点、toward accomplishment が 16.5±6.8 点、to experience stimulation が 14.5±6.1 点で、内発的動機づけの合計点は 47.5±18.6 点であった。また identified が 20.0±3.3 点、introjected が 10.8±6.7 点、external regulation が 15.0±5.6 点で、外発的動機づけの合計点は 45.8±14.3 点であった。なお無動機は 7.0±4.2 点であった。

研修後の MSLQ Part-A は、内発的目標指向性が 4.7±0.6、外発的目標指向性が 2.5±1.6、課題価値が 4.6±0.4、学習制御信念が 4.7±0.5、学習とパフォーマンスに対する自己効力感が 3.4±1.6、試験不安が 3.5±1.2 であった。

<自治体による退院後支援ガイドラインの実施状況に関する全国調査>

2023 (令和 5) 年 2 月 14 日に全国の保健所に調査票を郵送し、339 件の調査票を回収した。回答率は 72.4%である。

質問「ガイドラインに基づく退院後支援に

関するガイドラインや手引き等を定めていますか」に対する回答は、「はい」281 票、「いいえ」56 票、「わからない」2 票であった。

質問「ガイドラインや手引きを定めている場合、初回の策定年度は何年ですか」に対する回答は「平成 27 年以前」9 票、「平成 29 年」4 票、「平成 30 年」124 票、「平成 31 年 (令和元年)」77 票、「令和 2 年」50 票、「令和 3 年」5 票、「令和 4 年」2 票、「わからない」10 票であった。

質問「最新版は第何版でいつ改訂したものですか」に対する回答は、「平成 27 年以前」1 票、「平成 28 年」1 票、「平成 29 年」1 票、「平成 30 年」12 票、「平成 31 年 (令和元年)」36 票、「令和 2 年」25 票、「令和 3 年」13 票、「令和 4 年」9 票、「令和 5 年」5 票であった。

質問「貴保健所には退院後支援を実施する体制がありますか」に対する回答は、「ある」325 票、「ない」5 票であった。

質問「その体制は「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」に基づいていますか」に対する回答は、「はい」325 票、「いいえ」9 票であった。

質問「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」に対する回答を別紙 14 に示す。

考察

本研究は 3 か年にわたり、措置入院制度の適正な運用を支える基盤として、措置診察に関する判断基準の整理とその教育的実装、さらには退院後支援体制の運用実態の把握を試みた点で実践的かつ政策的な意義を有する。

まず、措置診察の標準化と判断基準の明確化に関しては、2022 (令和 4) 年度に実施された全国の指定医を対象とした調査において、診察手順および要否判断に関する具体的な項目群の妥当性評価が行われ、エキスパートコンセンサスとしての指針が一定程度提示された。診察開始前の情報収集の重要性や、自傷他害の評価における被診察者の認識の確認、診断書の速やかな作成とその記載の質に関する示唆など、実務に資する知見が多く得られ

た。一方で、第二部の判断要素に関する評価については、設問の曖昧さや文脈の理解に起因する評価のばらつきがみられ、エビデンスの外的妥当性には課題が残った。特に、「刑事事件性の有無」と措置の要否判断の混同や、特定の精神障害に対する対応方針の揺らぎは、措置入院制度に対する根本的な理解の差異や、実務における判断の構造的偏りを示唆するものであり、今後の制度運用上の大きな課題といえる。

このような状況に対し、若手精神科医を対象とした研修プログラムは、措置診察に求められる知識や技術を定量的・定性的に可視化し、研修参加者の自信や理解の向上に寄与することが示唆された。2022（令和4）年度以降、事前学習ビデオと対面研修を組み合わせた形式を継続しながら、講義、グループ討議、診断書作成演習等を通じた実践的な研修を実施した。2024（令和6）年度においては、措置診察未経験者を対象としながらも、研修後には判断基準の理解が深まり、一定の参加者において自信の獲得が確認された点は注目される。また、AMSやMSLQなどの評価尺度を用いた動機づけや自己効力感の分析を通じて、体系的教育が心理的側面にもポジティブな影響を及ぼす可能性があるものと考えられた。一方で、受講者の中には実務に結びつく報酬や評価制度が不在であるがゆえに外発的動機づけが低く、学んだ技術の活用可能性に対する不安を抱く傾向もみられた。この点は、現行制度の中で措置診察を担う人材をどのように育成・支援するかという制度設計上の論点ともつながっており、研修と制度を一体的に整備する必要性を示しているともとらえられる。

さらに、措置診察の教育においては、座学にとどまらず、経験学習、ロールプレイ、フィードバックの導入といった省察的実践の要素が効果的であることも、全国調査や研修の参加者からの反応を通じて示唆された。今後は指定医が判断の結果について事後に振り返り、より高精度な臨床判断へとつなげていくための教育的支援が求められる。

措置診察後の退院後支援体制に関しては、2022（令和4）年度に実施した全国調査から、自治体によるガイドラインの形式的整備が概ね進んでいる一方で、支援の内容や継続性、実質的な運用のばらつきが一定程度存在することが示唆された。支援の対象とならない者への対応や、地域資源の多寡による支援の格差といった構造的課題への対応は、適正な制度運用の観点から今後も継続的にモニタリングを行い、各自治体へのフィードバックと実践的な支援を通じて、より公平で効果的な支援体制の構築を目指す必要がある。

総合病院精神科の機能に関する研究（佐竹直子）

精神科医療の在り方が問われる中で、「にも包括」の構築は、わが国の精神保健医療福祉政策における重要な柱として位置づけられている。その構築にあたっては、地域の実情に応じた柔軟な精神科医療資源の配置と連携体制の確立が不可欠である。その中でも、身体合併症対応や精神科救急などを含む、多岐にわたる機能を有する総合病院精神科の役割の明確化と機能強化は、地域のニーズが増す中さらに重要となってきた。

しかしながら、総合病院精神科は現在、特に有床施設を中心に減少傾向が続いており、その存続自体が危ぶまれている。加えて、総合病院精神科の機能は地域や施設によって大きく異なり、その多様性ゆえに「にも包括」における明確な位置づけがこれまで困難であったという課題もある。

こうした状況をふまえ、本研究では、総合病院精神科の「にも包括」における役割を明らかにし、今後目指すべき方向性を検討することを目的として、多角的な視点から調査を実施した。本研究で得られた知見は、今後の制度設計や政策提言の基礎となる実証的エビデンスとなることが期待される。

研究方法

<総合病院精神科の類型化>

日本総合病院精神学会では 2002（令和4）

年より総合病院精神科基礎調査（以下「基礎調査」）を2年ごとに実施し、精神科を有する全国約500の総合病院に協力を依頼している。本研究では基礎調査の2020（令和4）年のデータを分析した。

対象施設：

2020（令和4）年の基礎調査では、精神科を有する全国の総合病院751施設にWeb調査を依頼した。基礎調査に回答した388施設のうち70施設は特定機能病院であった。また25施設は診療形態についての設問の「入院の有無」に対する回答がなく、精神科の病床を有するか判別不可能であった。したがって、388施設の基礎調査の回答のうち、特定機能病院ではなく、かつ、有床無床の区別が可能な297施設のデータを分析に用いた。

調査内容：

調査内容は、病院施設の特徴（施設規模、病院機能、治療プログラムなど）、精神科の診療体制、診療統計からなる。

調査期間：2020年11月～21年3月

統計解析／分析方法：

有床総合病院精神科（以下、有床）と無床総合病院精神科（以下、無床）の違いを明確にするために、それぞれの変数について、名義変数の場合には χ^2 検定を、連続量で表される変数はt検定を行い、比較した。のちに述べるが、有床と無床では明らかにその病院の規模や病院が持つ機能が異なると考えられたため、有床の群と無床の群で、各々Two-step cluster analysisを行い、総合病院精神科の類型化を図った。Two-step cluster analysisには、「救急医療体勢」「精神科リエゾンチーム加算」「緩和ケア診療加算」「認知症ケア加算」「地域医療支援病院の指定」「災害拠点病院の指定」の有無、「総合入院体制加算」の取得状況、「リエゾン活動」「地域の精神保健活動」の有無、「精神科救急」の実施体制、「身体合併症管理加算」「児童・思春期専門外来」「児童・思春期専門病棟」「アルコール依存症専門外来」「アルコール依存症専門病棟」「認知症専門外来」「認知症専門病棟」「身体合併症専門外来」「身体合併症専門病棟」「緩和ケア専門外来」「緩和

ケア専門病棟」「ECT」「クロザピン治療プログラム」「リワーク」の有無の変数を投入した。有床と無床それぞれで、抽出されたクラスターの特徴を把握するために、名義変数の場合には χ^2 検定を、連続量で表される変数はt検定を行い、クラスターごとに比較した。多重比較となるため、検定の有意水準を0.1%未満とした。

<インタビュー調査による実態調査>

インタビューガイドを作成し、3名のインタビュアーがインタビュー調査を実施した。インタビューの内容は「最近のGHPの変化（診療報酬改定とともに）」「病病、病診連携の状況」「地域システムにおける連携（福祉、行政）」「院内ニーズ（院内他科、救急からのニーズ）」「院内での精神科の立ち位置」「医師確保の問題」をテーマとした。

調査対象者：

（個別インタビュー）GHPの精神科診療部/科長10名（有床6名、無床2名）、精神科病院施設長（自治体精神科病院 施設長1名、民間精神科病院 院長1名）

（グループインタビュー）全国精神保健福祉相談員会（以下、全精相）相談員7名

調査実施期間：2022年7月～11月

<有床総合病院精神科を対象とする実態調査>

研究協力機関となった各医療機関において、精神科に勤務する医師が、対象者に関する情報を調査用フォームに記入し、データを収集した。

研究対象：有床の総合病院精神科の精神科病棟に入院していた患者

研究対象施設：日本国内の有床の総合病院精神科10施設

調査項目：診断名、ICDによる診断分類、年齢、性別、身体合併症の有無、身体合併症の病名、入院の目的、転院・転棟の有無、入院経路、入院形態、調査日時点の在院日数、入院時のGAF得点

研究対象期間：2022年中の任意の1日

分析方法：10施設において収集したデータ

(N = 359) の記述統計を算出した。また、入院の目的については質的に分類し、コード化した。

＜周産期メンタルヘルスに関する調査＞

2023(令和5)年度は、GHPがあることで、地域の中で周産期メンタルヘルスがうまく機能すること(グッド・プラクティス)を提示することを目的に、総合病院精神科医学会(以下、JSJGHP)の周産期メンタルヘルス委員会のメンバーと意見交換を行った。

2024(令和6)年度は、全国のNICUのある産婦人科施設医療施設を対象に、周産期メンタルヘルスサービスに関する実態調査を行った。同時に産科・周産期医療施設を有する総合病院精神科施設にも、同様の実態調査を行った。調査実施期間は、2024年10月24日～2024年12月8日。

産婦人科施設医療施設の調査は、日本産婦人科医会の協力を得て、日本全国のNICUのある産婦人科施設として産婦人科医会に登録されている477施設を対象にweb調査への参加を依頼した。総合病院精神科施設の調査は、日本総合病院精神科医学会の協力を得て、同学会員を対象にweb調査への参加を依頼した。

＜意思決定支援に関する調査＞

総合病院精神科医学会の会員を対象に調査を実施した。日本国内のGHPに勤務していて、精神科医療に従事する者を調査対象とし、現在、GHPの精神科医療に従事していない者は除外した。

調査内容は、1) 所属している組織に関する質問：多職種チームによる意思決定支援の有無、意思決定支援を行っている場合の意思決定支援に参加する職種、院内で、多職種による意思決定支援を行うことのあるチームや枠組み、意思決定支援に関して、法的・倫理的な側面について助言を受けられる体制の有無、院内の意思決定支援に関する研修会の有無、意思決定支援に関わる多職種チームを院内に立ち上げる予定の有無、2) 回答者個人の意思

決定支援への関与についての質問：職種、意思決定支援への関与の有無、意思決定支援に関わっている領域、立場、過去1年間で何件程度の意思決定支援に関与したか、意思決定支援についての研修の受講の有無、を選択肢式の設定で調査し、回答を得た。そのほか、意思決定支援を実施するにあたり、制度等で改善してほしいことや総合病院精神科が行う意思決定支援に関しての意見など、記述回答を得た。調査期間は2023年2月15日～3月15日であった。

研究結果

＜総合病院精神科の類型化＞

まず、総合病院精神科の有床と無床とで、病院施設の特徴(施設規模、病院機能など)、精神科の診療体制、治療プログラムについて比較した。

病院施設の特徴のうち、「救命救急センターの設置の有無」「精神科リエゾンチームの配置」

「精神科リエゾンチーム加算」「緩和ケアチームの配置」「認知症ケアチームの配置」「地域の精神保健活動の有無」「都道府県精神科救急医療体制への参加の有無」「身体合併症に対する都道府県のシステムへの関与の有無」「身体合併症管理加算」について、「あり」と回答した施設は、有床の方が多かった($p<0.001$)。有意差を認めなかったのは「緩和ケアチーム加算の有無」「認知症ケアチームの配置」であった。地域の精神保健活動を行っている場合に、「措置診察の対応の有無」「医療観察法通院処遇の有無」で、「あり」と回答した施設は、有床の方が多かった($p<0.001$)。救急体制と身体合併症関連においては「身体合併症に対する都道府県のシステムへの関与の有無」「身体合併症管理加算の有無」において、「あり」と回答した施設は、有床の方が多かった($p<0.001$)。施設規模については、病床数は有床が平均504.9床に対し無床が402.1床で、有床の方が規模が大きい($p<0.001$)ことが示唆された。

診療体制について、常勤の精神科医師数は、有床が平均4.9人に対し無床が平均1.3人、

常勤の精神保健指定医数は、有床が 3.4 人に対し無床が 0.9 人、常勤の精神保健福祉士の数は、有床が 2.9 人に対し無床が 1.0 人、常勤の公認心理師の数は、有床が 1.9 人に対し無床が 1.0 人、常勤の精神科作業療法士の数は、有床が 1.4 人に対し無床が 0.0 人で、有意差を認めた($p<0.001$)。有床が無床より診療体制が充実していることが示唆された。

治療プログラムにおいては、「身体合併症専門病棟」「ECT」「クロザピンプログラム」について「あり」と回答した施設は、有床総合病院精神科の方が多かった ($p<0.001$)。

これらの結果から、有床総合病院精神科と、無床総合病院精神科とで、異なる機能や特徴を有しており、有床総合病院精神科と無床総合病院精神科で別々に類型化を行うことが妥当と考えられた。そこで、有床、無床のそれぞれで Two-step cluster analysis を行った。その結果、有床では多機能型 ($n=69$) と機能限定型 ($n=68$)、無床でも多機能型 ($n=89$) と機能限定型 ($n=61$) のいずれも 2 クラスターに類型化された。それぞれのクラスターの特徴を見たところ、まず有床では、多機能型は「救命救急センターの設置」、「精神科リエゾンチームの配置」、「精神科リエゾンチーム加算」、「緩和ケアチームの配置」、「緩和ケア診療加算」、「身体合併症に対する都道府県のシステムへの関与」、「身体合併症管理加算」、「身体合併症専門病棟」、「緩和ケア専門外来」について、「あり」と回答した施設が、機能限定型に比べて有意に多かった ($p<0.001$)。総合入院体制加算については、多機能型では総合入院体制加算 1, 2, 3 の順に多く「とっていない」と答えた施設わずかに 5 施設であったのに対して、機能限定型では「とっていない」と答えた施設が最も多く、続いて、総合入院体制加算 3, 2, 1 の順に多かった ($p<0.001$)。病院の規模や人員の配置においても、全病床数は多機能型が平均 626.0 床、機能限定型が平均 402.5 床、常勤医師数は多機能型が平均 165.5 床、機能限定型が平均 89.1 人で、有意差が見られた。常勤の精神科医師の数、常勤の精神保健指定医の数、常勤の精神保健福

祉士の数、常勤の公認心理師の数、常勤の精神科作業療法士の数については有意差はなかった。

無床では、多機能型は「救命救急センターの設置」、「精神科リエゾンチームの配置」、「精神科リエゾンチーム加算」、「緩和ケアチームの配置」、「緩和ケア診療加算」、「認知症ケアチームの配置」の有無、「地域医療支援病院」の承認の有無、「災害拠点病院の指定」「リエゾン活動」「緩和ケア専門外来」の有無において、「あり」と回答した施設が、機能限定型に比べて有意に多かった ($p<0.001$)。総合入院体制加算については、総合入院体制加算をとっている無床施設は 0 であったが、多機能型では総合入院体制加算 2, 3 の順に多く「とっていない」と答えた施設わずかに 16 施設であったのに対して、機能限定型では「とっていない」と答えた施設が 57 施設と最も多く、続いて、総合入院体制加算 3 が 3 施設、総合入院体制加算 2 をとっている施設が 1 施設であった ($p<0.001$)。病院の規模や人員の配置においても、全病床数は多機能型が平均 486.0 床、機能限定型が平均 264.7 床、常勤医師数は多機能型が平均 132.2 人、機能限定型が平均 51.1 人、常勤の精神科医師の数は多機能型が平均 1.6 人、機能限定型が平均 0.8 人、常勤の精神科専門看護師数は多機能型が平均 0.3 人、機能限定型が平均 0.1 人、常勤の公認心理師の数は多機能型が平均 1.4 人、機能限定型が平均 0.3 人で、有意差が見られた。常勤の精神保健指定医の数、常勤の精神保健福祉士の数、常勤の精神科作業療法士の数については有意差はなかった。

上記の結果について、別紙 15 に示す。

<インタビュー調査による実態調査>

GHP の精神科診療部/科長のインタビュー

〈最近の GHP の変化〉

- ・さまざまな加算はありがたいが、結局は一般身体科の診療報酬と比較すると精神科の診療報酬とはかなり差がある（有床）。
- ・診療報酬の改善が追い風となった（有床）。

- ・精神科リエゾンが業務の中心になっており、地域医療に貢献している（無床）。
 - ・医療者のメンタルヘルスにコミットメントを行うようになった（無床）
- 〈病病、病診連携の状況〉
- ・認知症と気分障害の患者が精神科ではなく一般クリニックからが多い（有床）。
 - ・病病連携は精神科病院のみならず、一般病院からのニーズもある（有床）。
 - ・ECTや身体合併症に関してのケースが多い（有床）。
 - ・他の精神病院からの身体合併症対応は身体科がダイレクトに対応することが可能、精神症状が重症時には身体、精神両方に相談がある（有床）
 - ・院内で継続しているリエゾンコンサルテーションのスキルや文化を地域に広げていくよう工夫している（無床）。
 - ・依頼してきている精神科医の顔を知っていることも患者の受け入れをスムーズに行うために重要（無床）。
- 〈地域システムにおける連携（福祉、行政）〉
- ・複雑な例や地域での処遇混乱例について福祉と関わることもある（有床）。
 - ・児童相談所の嘱託医、保健所の嘱託医、措置鑑定も行っている（有床）。
 - ・措置鑑定（一次鑑定）、警察署に行っでの一次鑑定を行っている（無床）
 - ・対象症例に関して地域と情報連携を行う（無床）。
 - ・精神疾患を持つ妊婦、産婦人科医が必要と認めた妊婦、患者自身の希望を対象に、精神科がチーム医療に加わるとハイリスク妊産婦加算が取れる（無床）。
- 〈院内ニーズ（院内他科、救急からのニーズ）〉
- ・コンサルテーションとして精神科から身体科に伺う（有床）。
 - ・せん妄の対応、身体合併症、緩和ケア、うつ、小児虐待例、産後うつ、自殺企図など様々なニーズがある（有床）。
 - ・緩和ケアを期待されている（有床）。

- ・救急救命センターからの自殺企図者への対応（有床）。
- 〈院内での精神科の立ち位置〉〈医師確保の問題〉
- ・中心的な立場ではなく、端に位置する（有床）。
 - ・精神科は撤収した方が良いのではという意見もある（有床）。
 - ・看護師など医師以外の職員が、常勤の精神科医の存在を強く求めていると感じられる（無床）。

精神科病院施設長のインタビュー

- ・身体疾患を併発している初診患者（認知症も含め）の身体評価をお願いしたい
- ・専門性の高い身体合併症（対応のニーズはある
- ・初期臨床研修制度が始まって、精神科のない総合病院でも精神科で研修をした医師が増えてきており、身体合併症の治療の受け入れは増えており、総合病院精神科と使い分けをしている
- ・摂食障害や ECT など地域の精神科専門病院と、総合病院精神科と機能分化し連携している

全精相相談員 7 名のグループインタビュー

- ・総合病院精神科は地域偏在性があり、総合病院精神科がない地域では、その機能が見えにくいところがある
- ・身体合併症や摂食障害や周産期など身体管理が必要なケースをお願いしている
- ・夜間精神科病院では対応が難しい場合が多く、24 時間対応の総合病院精神科の存在が助かる

インタビュー調査の結果から、地域ニーズへの対応状況と、精神科の 持続可能性 を阻害する現状を別紙 16 に示した。

<有床総合病院精神科を対象とする実態調査>

10 施設において収集したデータ（N = 359）の記述統計を算出し、入院の目的については質的に分類したうえでコード化した（別紙

17)。

それぞれの入院の目的は、【薬物調整と服薬管理（クロザピンプログラムを含む）】【m-ECT】【希死念慮・自殺企図】【自殺企図関連の合併症】【電解質異常、低栄養など、全身状態の管理（先行する精神疾患のために全身状態が悪化）】【先行する身体疾患に精神症状が合併】【先行する精神疾患に身体疾患が合併】【器質性疾患との鑑別と管理】【精神科急性期症状】【措置対応】【セカンドオピニオン】【（本人の）レスパイト】【家族関係の調整（家族のレスパイトも含む）】【虐待からの保護または介入】【ケースワーク】【リハビリ】【薬物中毒】の、17のコードにまとめた。

【m-ECT】「薬物調整と服薬管理（クロザピンプログラムを含む）」「m-ECT」の2つのコードは、メインコードの「身体管理が必要な精神科専門治療」にまとめた。「希死念慮・自殺企図」「自殺企図関連の合併症」の2つのコードはメインコードの「精神科救急・自殺企図」にまとめた。「電解質異常、低栄養など、全身状態の管理（先行する精神疾患のために全身状態が悪化）」「先行する身体疾患に精神症状が合併」「先行する精神疾患に身体疾患が合併」「器質性疾患との鑑別と管理」の4つのコードは、メインコードの「身体合併症治療・身体管理」にまとめた。「精神科急性期症状」「措置対応」の2つのコードは、メインコードの「精神科急性期症状」にまとめた。「セカンドオピニオン」「（本人の）レスパイト」「家族関係の調整（家族のレスパイトも含む）」「虐待からの保護または介入」「ケースワーク」「リハビリ」「薬物中毒」の7つのコードは、メインコードの「その他」にまとめた。

最終的に、「身体管理が必要な精神科専門治療」「精神科救急・自殺企図」「身体合併症治療・身体管理」「精神科急性期症状」「その他」の5つのメインコードに分類した（別紙17）。

<周産期メンタルヘルスに関する調査>

2023（令和5）年度に実施した意見交換では、JSGHPの周産期メンタルヘルス委員会のメンバーのそれぞれが、周産期メンタルヘル

スの活動をする中で感じている、GHPの機能や役割は、(1) ハイリスクアプローチの視点、(2) ポピュレーションアプローチの視点、の2つの視点から、別紙18のように集約できた。

2024（令和6）年度に実施した調査の結果を別紙20に示す。結果の概要は以下の通り。

1. 周産期施設

日本産婦人科医会の協力を得て、177施設（37.2%）から回答を得た。その内訳は、大学病院が48施設（27.1%）、自治体病院が29施設（16.4%）、国立病院が12施設（6.8%）、公的病院が50施設（28.2%）、民間病院が35施設（19.8%）、そのほかが3施設（1.7%）であった。病床数は平均562.9（標準偏差241.0）床、年間の分娩件数は平均519.2（標準偏差360.1）件であった。回答のあった177施設のうち、「精神科がある」と答えた施設は、134（75.7%）施設で、うち、64施設（「精神科がある」と答えた施設のうちの49.2%）が精神科病床を有していた。特定妊婦の受け入れ状況については「受け入れている」と回答した施設は44（全体の24.9%）、「受け入れなし」と回答した施設は5施設（全体の2.8%）、未回答の施設は128施設（全体の72.3%）であった。ハイリスク分娩管理加算の算定の有無は、45施設（全体の25.4%）が「算定あり」、6施設（全体の3.4%）が「算定なし」、と回答し、126（全体の71.2%）で未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料1については、9施設（全体の5.1%）が「算定あり」、25施設（全体の14.1%）が「算定なし」、143施設（80.8%）が未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料2の算定の有無については1施設（0.5%）が「算定あり」、32施設（18.1%）が「算定なし」、144施設（81.4%）が未回答であった。

院内に精神科がある施設においては、産科通院中の精神科への依頼は平均25.5件/年で、産科入院中の精神科依頼件数は平均16.5件/年であった。産前の精神科病棟入院の有無については、回答のあった67施設のうち、「あり」と答えた施設が44施設（65.7%）であっ

た。産後の精神科病棟入院の有無については、回答のあった 67 施設のうち、「あり」と答えた施設が 41 施設（61.2%）であった。

院内に精神科がない場合に、連携している精神科医療機関の有無を尋ねたところ、回答のあった 43 施設中 16 施設（37.2%）が「あり」と回答した。連携している精神科医療機関がない場合のメンタルヘルスの問題を抱える妊婦に対する対応は、近隣の精神科医療機関に紹介すると答えた施設が 24（88.9%）施設と最も多く、次いで、「精神科のある総合病院に紹介する」と回答した施設が 18 施設（66.7%）、「院内助産師がメンタルヘルスケアのチームを組んで対応する」、と回答した施設が 4 施設（14.8%）であった。

産科と精神科・小児科、行政との連携については、「院内における周産期メンタルヘルスに関する多職種チームがある」と回答した施設が 81 施設（45.8%）で、その構成メンバーは、助産師、産科医、精神科医、小児科医、臨床心理士/公認心理師などが挙げられた。院内における周産期メンタルヘルスに関する定期的なミーティングや児童虐待に関する定期的なミーティングの有無についても類似の傾向にあった。保健センターなど、行政との連携については、「行政との周産期メンタルヘルスに関する連携がある」と答えた施設は、146 施設（82.5%）にものぼったが、行政と定期的なミーティングがあると答えた施設は 36 施設（24.7%）にとどまった。行政との連携についての活動内容は、具体的には、「定期的な会議ではなく、必要時にケース会議を開く」という回答があった。

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスを行うことのメリットとして、「ワンストップで対応が可能なこと」、「精神科入院が必要なケースへの対応が可能なこと」、「産科主治医と精神科主治医の連携が容易なこと」、「24 時間相談対応が可能なこと」、「集学的な医療が可能なこと」、「継続ケアが可能なこと」などが挙げられた。一方で、総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点として、「周産期メンタルヘルスに

関心・理解のある精神科医が少ないこと」、「周産期特有の症状や病態の理解が得られにくいこと」、「地域によっては総合病院へのアクセスが悪い」など、「地域格差があること」、「既存の産科救急システムでは精神科救急に対応しない（対応できない）病院が多いこと」、「精神科側の窓口が複数あり対応が異なること」、「精神科に怖いイメージやスティグマを持つ妊婦がいること」、「担当が変わる（総合病院精神科に紹介されることで産科の主治医もかわる）ことに難色を示す妊婦もいること（医療の継続性の問題）」などが挙げられた。

周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望として、「連携指導料の算定要件の緩和」、「産科が 1 か月健診後も保険で診療できる体制の構築」、「周産期メンタルヘルス医療について専門の人材の確保」などが挙げられた。

2. 総合病院精神科

日本総合病院精神科医学会の協力を得て、178 施設から回答を得て、回答施設の重複などを除外し、有効回答数は 137 であった。その内訳は、大学病院が 53 施設（38.7%）、自治体病院が 29 施設（21.2%）、国立病院が 10 施設（7.3%）、公的病院が 27 施設（19.7%）、民間病院が 18 施設（13.1%）であり、病床数は平均 650.7（標準偏差 237.2）床であった。そのうち、88 施設（64.2%）が精神科病床を有していた。

ハイリスク分娩管理加算の算定の有無は、21 施設（全体の 15.3%）が「算定あり」、7 施設（全体の 5.1%）が「算定なし」、と回答し、109（全体の 79.6%）が未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料 1 については、16 施設（全体の 11.7%）が「算定あり」、17 施設（12.4%）が「算定なし」、104 施設（75.9%）が未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料 2 の算定の有無については 8 施設（5.8%）が「算定あり」、25 施設（18.2%）が「算定なし」、104 施設（75.9%）が未回答であった。

精神科病床があると答えた施設は、88 施設（全体の 64.2%）であり、そのうちの 74 施

設（精神科病床がある施設のうちの 64.2%）は精神科閉鎖病棟を有していた。

過去 1 年間の産前（妊婦）の精神科病棟入ケースについて、61 施設（全体の 69.3%）が「あり」と回答しており、産後 1 年以内の女性の精神科病と入院についても 62 施設（全体の 70.5%）が「あり」、と回答した。

精神科と産科・小児科、行政との連携については、「院内における周産期メンタルヘルスに関する多職種チームがある」と回答した施設が 47 施設（全体の 34.3%）で、その構成メンバーは産科医、精神科医、助産師、看護師、小児科医、臨床心理士/公認心理師、社会福祉士などが挙げられた。院内における周産期メンタルヘルスに関する定期的なミーティングや児童虐待に関する定期的なミーティングの有無についても類似の傾向にあった。保健センターなど、行政との連携については、行政との周産期メンタルヘルスに関する連携があると答えた施設は、107 施設（全体の 78.1%）にものぼったが、行政と定期的なミーティングがあると答えた施設は 34 施設（全体の 31.8%）であった。行政との連携についての活動内容は、具体的には「要保護児童対策地域協議会への参加」や「保健所管内の産婦人科医療機関精神科医療機関・行政が集まるミーティングに参加している」、などの回答もあった。

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスを行うことのメリット（記述式回答）として、「情報共有が容易なこと」、「専門的なケアを提供できる」こと、「児童虐待予防に貢献できること」、「産科医師や助産師の負担軽減になること」、「地域医療に貢献できること」、などが挙げられた。

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点（記述式回答）は、「精神科医の人手不足・知識不足」、「夜間休日の精神科救急の体制が不十分なこと」、「連携を図ってもそれに見合った報酬が見えないこと」、などがあげられた。「周産期特有の症状や病態の理解が得にくいこと」や、「精神疾患の病名がつくだけで大学病院に集

まること」、「精神科が関与する必要のないケースも関与を求められる」などの問題も挙げられている。

周産期メンタルヘルスチームの加算、周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望（記述式回答）については、「精神科救急体制、産後ケア入院の体制作り」、「常勤の精神科医を確保できる診療報酬の算定」、「情報提供に対する加算」、「リエゾンナースの介入に加算」、「補助金制度の導入」、「専門教育の実施」などが挙げられた。

<意思決定支援に関する調査>

アンケートに対する参加の同意を得られた 224 名のうち、28 名は総合病院精神科に勤務していないため除外し、196 名の対象から回答を得た。回答者の職種は、精神科医 158 名（80.6%）、心理職（臨床心理士・公認心理師）24 名（12.2%）、看護師 8 名（4.1%）、精神社会福祉士 4 名（2%）、助産師 1 名（0.5%）、薬剤師 1 名（0.5%）であった。

意思決定支援の実態について、まず、「多職種連携チームによる意思決定支援が行われているか」という設問には、196 名中 148 名（75.5%）が、「行われている」と回答した。

この 148 名について、どのような領域で意思決定支援が行われているかを明らかにするために、意思決定支援が行われると推察される領域を挙げ、意思決定支援が行われているかを尋ねた結果、「緩和ケアの領域」で 138 名（93.2%）、「臓器移植の領域」で 64 名（43.2%）、「周産期・不妊治療の領域」で 87 名（58.8%）、「救急医療/集中治療の領域」で 99 名（66.9%）、「精神疾患を持つ人の身体疾患治療の領域」129 名（87.2%）、「認知症を持つ人の身体疾患治療の領域」で 132 名（89.2%）、「知的障害・発達障害を持つ人の身体疾患治療の領域」で 117 名（79.1%）、「認知症、精神疾患、知的障害・発達障害を持つ人の精神科治療の領域」で 107 名（72.3%）が、多職種連携チームによる意思決定支援が行われている、と回答した。

次に、「次にあげるようなチームや枠組みで

多職種による意思決定支援を行うことはありますか？」という設問に対して、「緩和ケアチーム」では 129 名 (87.2%)、「精神科リエゾンチーム」では 94 名 (63.5%)、「認知症ケアチーム」では 82 名 (55.4%)、「診療科を主とした多職種」では 130 名 (89.0 %)、「入院病棟を主とした多職種」では 137 名 (92.6%)、「外来部門を主とした多職種」では 107 名 (72.3%)、「対象患者に関わる任意の多職種」では 113 名 (76.4%) が、意思決定支援が行われていると回答した。

さらに、意思決定支援に関する助言を受けられる体制としてどのようなものがあるのかを明らかにするために、「法的な助言を受けられる体制」「倫理的な側面への助言を受けられる体制」「医療倫理コンサルテーション部門」の有無を尋ねたところ、「法的な助言を受けられる体制」では 90 名 (45.9%)、「倫理的な側面への助言を受けられる体制」 132 名 (67.3%)「医療倫理コンサルテーション部門」では 136 名 (69.4%) が「あり」と回答した。また院内で意思決定支援の研修会があるかという設問に対しては 110 名 (56.1%)が「ある」と回答した。

精神科リエゾンチームが意思決定支援にどのように関与しているかを明らかにするために、精神科リエゾンチームによる意思決定支援と院内で行われる意思決定支援の内容（緩和ケアの領域、臓器移植の領域、周産期・不妊治療の領域、救急医療・集中治療の領域、精神疾患を持つ人の身体疾患治療の領域、認知症を持つ人の身体疾患治療の領域、知的障害・発達障害を持つ人の精神科治療の領域、認知症・知的障害・発達障害を持つ人の精神科治療の領域）の関連を検証した。「精神科リエゾンチームが意思決定を行うことがある」と回答した 94 名 のうち、「緩和ケアの領域」で 91 名、「精神疾患を持つ人の身体疾患治療の領域」で 90 名、「認知症を持つ人の身体疾患治療の領域」で 88 名、「知的障害・発達障害を持つ人の身体疾患治療の領域」で 83 名「院内で意思決定支援を行っている」と回答した。一方で、「精神科リエゾンチームが院内にはない

（当該チームが院内にはない）」と回答した 42 名のうち、「緩和ケアの領域」で 37 名、「認知症を持つ人の身体疾患治療の領域」で 36 名、「精神疾患を持つ人の身体疾患治療の領域」で 32 名が、「院内で意思決定が行われることがある」と回答した。

考察

本研究では、総合病院精神科（General Hospital Psychiatry: GHP）の機能と課題について、多面的な実態調査を通じて検討を行った。その結果、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の中で、GHP が果たしている実質的な役割と、その持続可能性に関する構造的課題が示唆された。

初年度の調査では、GHP の機能は「救急（身体・精神）対応」「身体合併症・身体管理」「リエゾン精神医療」に集約される多機能性を有し、地域の精神科医療の中核として重要な役割を担っていることが明らかとなった。特に有床 GHP では、身体疾患との合併や急性期対応が主な入院ニーズであり、入院患者の半数以上が身体管理を要するケースである。一方、機能限定型の施設であっても、地域で唯一の精神科医療資源である場合もあり、機能の限定性が即ち不要性を意味しないことに留意が必要である。

また、GHP は、保健所との連携や措置診察など、公的役割を担う場面も多く、精神科診療所や単科病院とは異なる公共性・多様性を有していることも特徴のひとつである。こうした役割の多様性は、「にも包括」の実践において欠かすことのできない特性であり、地域の中核機関としての再定義が求められる。

2 年目以降の調査では、GHP の具体的な機能として、「周産期メンタルヘルス」および「意思決定支援」の領域に注目し、それぞれにおける GHP の貢献が明らかになった。周産期メンタルヘルスにおいては、緊急対応可能な体制を持ち、入院を含む高度医療を提供できる数少ない存在としての役割に加え、地域との連携・教育的機能を担う点でも GHP が中核的な存在であることが示された。意思決定

支援においても、緩和ケアチームやリエゾンチーム、認知症ケアチームなど多職種による支援体制が整備され、精神疾患や認知症を有する身体疾患患者の治療選択に重要な役割を果たしている。

一方で、特に周産期メンタルヘルスの分野では、いくつかの課題も明らかとなった。第一に、人材確保の困難さがある。精神科医や産科医、助産師、看護師、心理師など、専門的知識と技能を有する人材の不足が深刻であり、安定的な支援体制の維持に支障をきたしている。第二に、治療の継続性が課題となっている。連携医療機関間の紹介や転院によって、治療関係が中断されるリスクがある。第三に、制度設計と現場実態の乖離が挙げられる。たとえば、ハイリスク妊産婦連携指導料の活用は依然として限定的であり、GHPの活動が診療報酬で十分に評価されていない現状がある。

さらに、スティグマや精神疾患への偏見が支援の連続性を妨げる要因となっており、丁寧なアセスメントと継続的支援の体制整備が急務である。GHPは、重症例への対応のみならず、地域における研修・教育・コンサルテーションのハブとしての機能も期待されており、「にも包括」の担い手として、今後さらにその役割が強化される必要がある。

本研究を通じて、GHPの多機能性と地域に根差した実践が精神科医療の要であることが実証的に示された。しかし現行制度では、それに見合った制度的評価・支援は依然として不十分である。GHPは、単なる「身体合併症に対応できる精神科」ではなく、地域精神科医療の多機能拠点であり、今後の「にも包括」政策の中核として再定義されるべきである。精神医療政策のみならず、地域医療政策全体の中で、GHPの存在意義を再確認し、その持続可能性を支える制度設計が強く求められる。

精神科救急医療体制に関する研究（杉山直也）

精神科における救急医療サービス、いわゆる精神科救急は、1995（平成 7）年に都道府県が実施する事業として体制整備が開始され、

現在ではほぼ国内全域で体制構築された。しかしながら、整備が徐々に進んだ各地の医療体制には地域差が大きく、均一でないことが課題とされている。また、精神科救急のニーズは時代ごとに多様化し、医療体制の在り方は常に見直される必要がある。

このような持続的な体制整備のためには、緊急性の高い患者の特徴を把握したうえで、精神科救急医療体制のサービス対象となる患者像を同定し、医療体制の相応性を検証していく必要がある。その方策として、精神科救急医療の特性をカバーし、疾患カテゴリーを問わずあらゆるニーズに活用できる重症度評価の手順を確立することが求められる。

研究方法

<高規格病棟を必要とする患者像に関する調査>

昨年度までに、一般社団法人日本精神科救急学会による精神科救急医療ガイドライン 2003 年版、2009 年版、2015 年版を参考に作成された、過去の厚生労働研究成果（H29-精神-一般-002、19GC1011）における患者調査票をもとに、協力研究者らエキスパートにより構成される研究会議で入念な協議を行い、新興感染症や災害等、新たな時代の要請にも合致するよう、新たな調査票を作成した。

対象：2022 年 12 月 8 日から 2023 年 1 月 31 日に全国 161 医療機関の精神科救急性期医療入院料病棟（高規格病棟）に入院した患者。

方法：質問紙を用いた横断調査を実施した。質問紙には、年齢、主病名、状態像やケア目的に関する項目（基本要件、緊急に医療的介入を要する具体的な因子、具体的な入院目的に関する因子・通院等では難しい理由）、および高規格病棟の必要性に関する項目が含まれ、研究対象者を診察した精神科医が回答した。データの偏りを防ぐため 1 医療機関から収集するデータは最大 30 名分とした。曝露変数は、年齢、主病名、状態像やケア目的に関する 32 の二値変数から構成された。結果変数は、高規格病棟の必要性であり、0 から 10 の連続

量として扱われた。高規格病棟の必要性に関する予測因子のうち変数重要度が高い項目を特定するために Random Forest による変数重要度分析を行い、感度分析として重回帰分析を行った。

<エキスパートコンセンサス調査>

対象：調査時点において一般社団法人日本精神科救急学会の代議員の任にあるエキスパート（117名）。

調査方法：ウェブサイトを用いたアンケート形式の横断調査を実施した。対象者には案内はがきを郵送して協力を求めた。質問項目として、以下を設定した。

①回答者の属性：

医師資格の有無、勤務場所（病院・診療所・その他）、現在精神科救急業務に従事しているかどうか

②高規格病棟への入院必要性への影響度：

初発、再燃・再発、介護・支援者の危機、他害、自傷、自立不全、不合理な拒否や援助希求の欠如、その他の社会生活機能不全、療養への専念が必要な状況、専門職による24時間体制のケアが必要な状況、確実な投薬管理が必要な状況（通院では見込めない）、特定の治療（mECT、心理教育、治療プログラム等）を行う予定、精緻な診断や迅速な治療効果判定が必要な状況、家人のレスパイト等による家庭機能の保全が必要な状況、特化型設備（保護室等）による安全性確保が必要な状況

③疾患名・疾患カテゴリーを重視する程度：

F0～F9 および、F0 の場合認知症かどうか、F3 の場合双極症かどうか

④該当した場合の影響がどの程度重大あるいは深刻であるかの困難度：

精神科重複診断がある、消防（救急隊）・他医療機関経由、キーパーソン不在・関与拒否、整備事業によるトリアージにて来院、妊婦・産褥婦、身元不明・住所不定・未保険、被災者・災害支援者、日本語不可・滞在許可のない外国籍、虐待・DV・犯罪等被害者、遠隔地ケース・他院離院中、保健所・警察介入、2 次以上急性期身体合併症、新興感

染症など法定伝染病、身体障害者認定・指定難病認定、クロザピン（導入・悪化・副作用）、深刻な履歴あり、医療観察法通院処遇者

上記調査において得られた結果を踏まえ、高規格病棟必要度評価のための項目と、その重みづけにつき検討した。

結果

<高規格病棟を必要とする患者像に関する調査>

国 161 医療機関のうち 81 医療機関から回答（回答率 50.3%）。全国 47 都道府県のうち 40 の医療機関が参加した（図 1）。参加医療機関 81 機関のうち、人口 50 万人以上が条件となる政令指定都市に所在する医療機関は 22 機関（27.1%）だった。データは、2022 年 11 月 8 日から 2023 年 1 月 31 日までに高規格病棟に入院した 2,164 人の患者から収集され、高度急性期病棟の必要性（n=7）、年齢（n=54）、診断（n=42）に関するデータが欠落している患者を除外した後、2,064 人の参加者がこの分析に含まれた（図 2）。

図 1．対象医療機関所在都道府県（グレー）

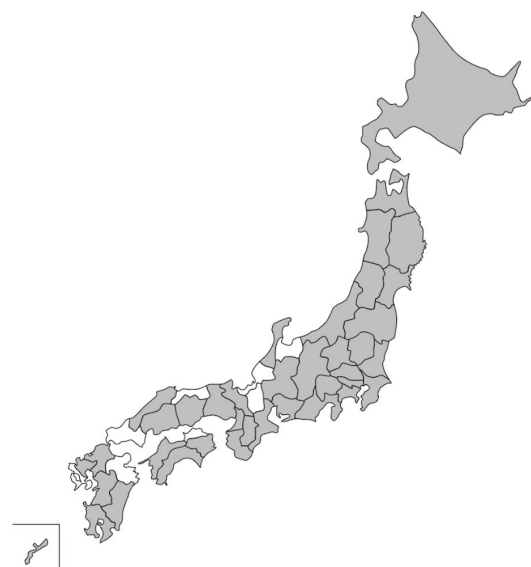
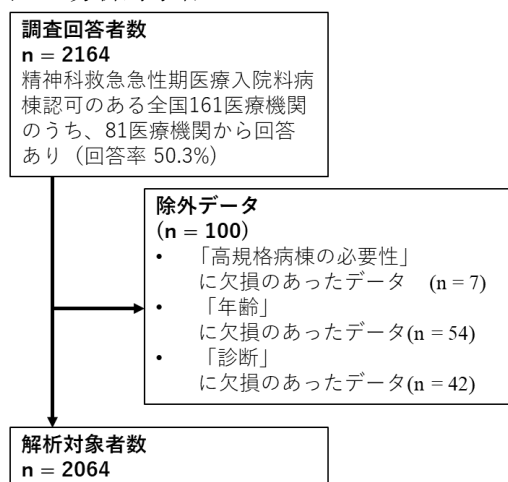


図2. 分析対象者



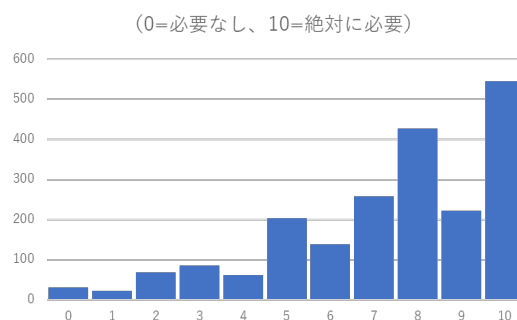
記述統計において、ICD-10 に基づく最も一般的な診断は、F2(39.8%)、次いで F3(26.0%)が多かった。F0のうち認知症は 9.0%、F8は 4.0%、F9は 1.5%であった。また、入院機時点での行動制限開始は、隔離が 48.4%、身体拘束は 7.3%であった。

暴露因子うち該当率が高かったのは、横断面における「社会や家庭への深刻な影響」(71.7%)と「医学的な重症」(70.6%)、将来予測としての「入院治療が必須（さもなくば症状するか長引く）」(68.1%)であった。

結果変数としての高規格病棟の必要性に関しては、平均が 7.4、中央値は 8.0 であった。

高規格病棟の必要性に関するスコアが高いほど、回答数割合は増加した（0=必要なしは 1.5%、10=絶対に必要は 26.4%）。(図 3)

図3. 高規格病棟の必要性



ランダムフォレストモデルを使用した高規格病棟の必要性の予測因子の相対的な重要性は、高い順に「入院治療が必須（さもなくば症状が悪化するか長引く）」(983.7)、「専門職による 24 時間体制のケア」(718.6)、「医学的な重症」(714.0)、「特化型設備による安全性確保」(511.3)、「確実な投薬管理」(457.4)、「他害」(390.9)、「その他の社会生活機能不全」(309.0)、「不合理な拒否や援助希求の欠如」(241.4)、「自傷」(196.2)、「精緻な診断や迅速な治療効果判定」(186.7)、「社会や家庭への深刻な影響」(183.6)、「入院治療で改善する自立不全」(177.2)、「療養への専念（仕事、家事等の役割から離れること等）」(176.5)、「F2」(168.5)、「F2」(151.5)、「70歳以上」(147.6)、「家人のレスパイト等による家庭機能の保全」(144.6)、「初発」(137.3)、「再発・再燃」(131.1)、「F3」(124.7)、「特定の治療（mECT、Clozapin、心理教育、治療プログラム等）」(122.0)、「介護・支援者の危機」(109.3)、「F4」(90.3)、「F0」(83.1)、「F1」(80.4)、「F7」(79.5)、「認知症」(68.6)、「F8」(66.6)、「20歳未満」(62.6)、「F6」(23.0)、「F5」(21.3)、「時間軸不明」(19.8)であった（図 4）。

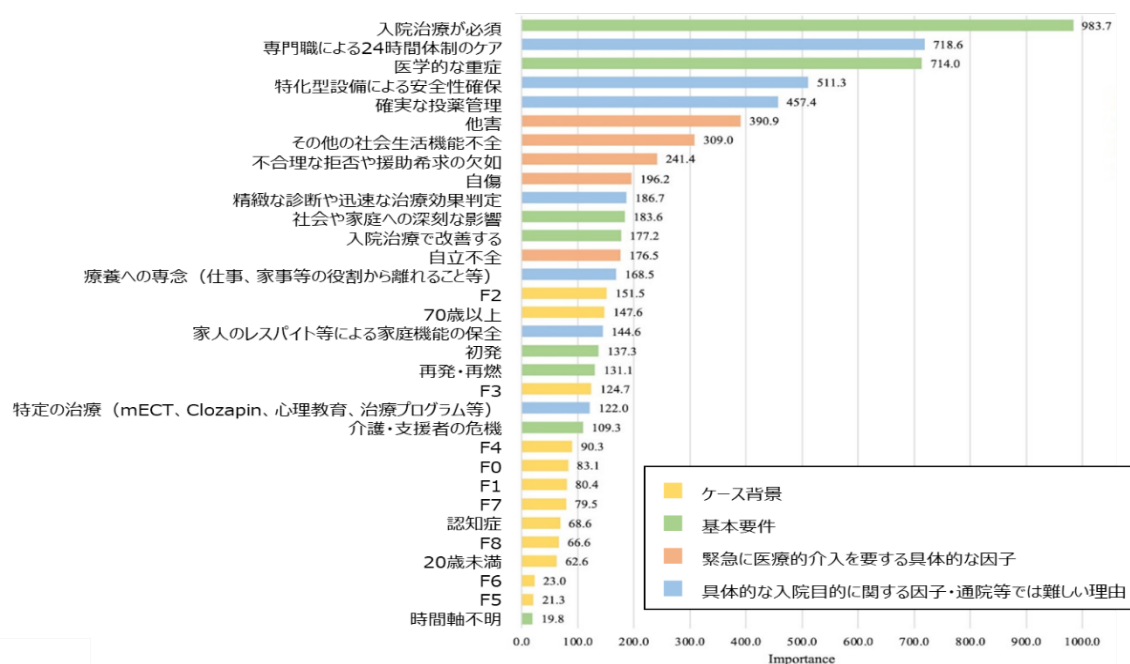


図4. 高規格病棟の必要性に関与する要因ランキン

重回帰モデルに基づいた予測変数と高精度ユニットの必要性との関連性について、32の曝露変数のうち、3変数(F0、F2、およびF3)はVIF>10であり、ブリューシュ・パガン検定によって不均一な分散が検出された。したがって、分析はF0、F2、およびF3を除外して実行された。暴露変数のうち、「医学的な重症性」(b=0.63、p<0.001)、「入院治療が必須(さもないと症状するか長引く)」(b=1.10、p<0.001)、他害(b=0.76、p<0.001)、自傷(b=0.45、p<0.001)、不合理な拒否や援助希求の欠如(b=0.25、p=0.03)、「その他の社会生活機能不全」(b=0.45、p<0.001)、「専門職による24時間体制のケア」(b=0.88、p<0.001)、「確実な投薬管理」(b=0.45、p<0.001)、「特化型設備による安全性確保」(b=0.67、p<0.001)、および「特定の治療」(b=0.72、p<0.001)は、高規格病棟の必要性と積極的かつ有意に関連していた。

一方、年齢と主病名に関する項目は、変数重要度の順位が約半分以下であり、重回帰分析においても高規格病棟の必要性と有意な関連は見られなかった。

<エキスパートコンセンサス調査>

日本精神科救急学会の代議員117名のうち88名から回答を得た(回答率75.2%)。結果を別紙21に示す。

評価に使用する項目については、今後臨床場面で活用することを考慮し、評価者の主観が大きく影響する項目(「恣意性項目」とする)を可能な限り排除した。恣意性項目を除き、再集約した項目を別紙22に示す。

考察

本研究は、高規格病棟の必要性を客観的かつ実用的に評価するための指標を明らかにし、精神科救急医療体制の整備に資する科学的知見を提供することを目的として実施された。

2022(令和4)～2023(令和5)年度にかけて実施された2,000件超の全国調査では、診断名や年齢といった形式的な属性よりも、

患者の状態像(臨床プロフィール)や入院のケア目的が、高規格病棟の必要性を判断する上でより大きな影響を与えることが明らかとなった。これは、診療報酬制度において従来重視されてきた「診断名」や「入院形態」といった指標の限界を示唆するとともに、現場の実態との乖離を浮き彫りにする結果といえる。

さらに2024(令和6)年度には、これらの成果をもとに精神科救急の実務を担うエキスパートを対象とした調査を実施し、現場の臨床判断と統計的分析結果との整合性を検証するとともに、制度的に活用可能な指標群の構築に向けた基礎資料を得た。特に、「高規格病棟の必要性」に関する27項目についての影響度評価から、臨床上重要と考えられる11項目が抽出されたことは、今後のスコアリングツールの開発に向けた実践的な出発点となる。また、医療・福祉の連携の困難さや支援体制の脆弱性といった構造的背景も評価の対象とすることで、「高規格病棟でなければ対応が困難」とされる複雑なケース像の可視化が可能となった点は、臨床現場の経験知をエビデンスとして翻訳した意義深い成果である。

一方で、こうした成果は、現行制度に内在する矛盾が存在することを示唆している。すなわち、精神科救急急性期医療入院料の施設基準では一定数以上の非自発入院が求められているのに対し、精神保健福祉法の改正では非自発入院の縮減が方向づけられており、この制度間の齟齬は整合性に課題を残す。また、本研究の結果は、診断名や入院形態に基づく現在の加算要件が、現場の判断と一致しない場合があることを示唆しており、今後の制度設計においては、より実態に即し、科学的根拠に基づいた評価指標の導入が望まれる。

本研究で得られた知見は、制度的議論における実証的な基盤を提供するとともに、今後の精神科救急医療の質の向上に資するものである。今後は、今回抽出された指標群の妥当性を検証しつつ、現場で実際に活用できるスコアリングシステムの開発と普及に向けた取

り組みが求められる。

精神障害者の権利擁護に関する研究（藤井千代）

精神科病院に入院中の者（以下、「入院者」）に関して、第三者がその権利を擁護する仕組みの構築については、2013（平成 25）年の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」）の改正法附則第 8 条において、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あ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検討規定が設けられた。また衆参両院の附帯決議でも、代弁者制度の導入など実効性のある支援策について早急に検討を行い、精神障害者の権利擁護の推進を図ることの必要性が指摘されている。これらを踏まえ、国はこれまでモデル事業や調査研究等を通じて、支援のノウハウを蓄積してきた経緯がある。

令和 1～3 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「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」（研究代表者：藤井千代）の分担研究「精神障害者の意思決定及び意思表明支援に関する研究—入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究—」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った。そのような仕組みを実装するためには、実際に入院者の支援を行うアドボケイト（個別相談員）の確保が重要であることから、本研究ではアドボケイト養成に係る研修のあり方を検討した。

国の動向としては、2022（令和 4）年 6 月 9 日に、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書が公表された。この報告書においては、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、精神科病院の理解のもと、精神科病院に入院する

患者を訪問し、相談に応じることで、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要とされた。また実際に支援にあたる者については、実施主体である都道府県等が、経歴等を踏まえて選任することが適当であること、国で標準化された研修の内容を示した上、都道府県等が実施する研修の受講を必須とすべきであることなどが示された。同年 12 月 10 日には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律が成立した。これにより、精神保健福祉法についても一部改正され、市町村長同意による医療保護入院者等を対象に、外部との面会交流の機会を確保し、その権利擁護を図るため、都道府県知事等が行う研修を修了した入院者訪問支援員が、患者本人の希望により、精神科病院を訪問し、本人の話を丁寧に聴くとともに、必要な情報提供等を行う「入院者訪問支援事業」が創設された。また、附帯決議においては、「入院者訪問支援事業が、精神科病院に入院している精神障害者の権利擁護のためのアドボケイトとして機能するよう、入院者訪問支援員の研修など事業の実施体制の整備に万全を期すこと。」とされた。

これを受け、本研究班では、入院者訪問支援員養成のための研修内容とその実施方法について検討する他、事務局を対象とした研修の骨子となる資料を作成してきた。さらに附帯決議への対応を念頭に置き、訪問支援員のフォローアップのあり方について検討した。訪問支援員のフォローアップ方法としては、訪問支援員同士の交流の機会を持つことが有効であると考えられたため、類似の活動として、大阪精神医療人権センターで活動中の個別相談ボランティアに着目し、個別相談ボランティア活動経験者の交流会でのディスカッション内容を質的に分析することにより、今後の交流のあり方についての示唆を得ることとした。なお、個別相談ボランティアとは、精神科病院に入院中の方の立場に立った権利擁護活動であり、ボランティア養成講座を受講

した当事者、家族、看護師、精神保健福祉士（PSW）、弁護士等様々な立場のスタッフが、入院者からの希望に基づいて、2名1組で精神科病院を訪問している。入院者訪問支援事業の制度設計の際には、この個別相談ボランティアの取り組みから多くの示唆を得ている。

併せて本研究班では、入院者の人権擁護に関して重要な役割を担っている精神医療審査会活動のモニタリングや関係者の意見交換などを行った。

研究方法

<入院者訪問支援員養成研修資料の作成>

アドボケイトに関する研修の実施経験が豊富な大阪精神医療人権センターの協力者を中心としたワーキンググループにて研修プログラム案及び研修資料案を作成し、研究班会議及びメールでの意見交換により、案に対する研究協力者間の意見交換を行い、プログラム及び資料を確定した。その際には、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書、改正精神保健福祉法及び厚生労働省が作成した入院者訪問支援事業に関する資料等との整合性に留意した。

<入院者訪問支援員フォローアップ研修資料の作成>

大阪精神医療人権センターの協力者および当事者を中心としたワーキンググループにて講義資料と演習資料、事務局研修用資料を作成し、研究班会議及びメールでの意見交換により、案に対する研究協力者間の意見交換を行いつつ、フォローアップ研修資料を作成した。

<個別相談ボランティア交流会の分析>

2024(令和6)年11月9日に行われた大阪精神医療人権センターの実施する個別相談ボランティアの経験者が参加する交流会において、1グループ(5人+ゲスト2人)のディスカッション内容を、参加者の許可を得て録音した。

録音データの逐語録は匿名化し、質的に分析した。分析の際には、質的分析ソフトのMAXQDAを使用した。逐語録の内容について、要約的なコードに言い換えるコーディングの作業をし、得られたコードを上位概念のサブカテゴリーに分類し、さらに上位概念のカテゴリーを形成した。参加者には、質的分析の実施とその結果を報告書に記載することについて了解を得ている。

<精神医療審査会活動のモニタリング>

2023(令和5)年度の精神保健福祉資料および衛生行政報告例から2022(令和4)年度の精神医療審査会関連データを抜粋して集計・可視化し、審査会活動の動向を分析した。

研究結果

<入院者訪問支援員養成研修資料の作成>

研修内容の骨子を以下に示す。

入院者訪問支援員養成研修 講義(動画)：

① 入院者訪問支援事業について

入院者訪問支援事業が創設された背景
根拠法令

事業の概要(事業の実施主体、枠組み、支援者、支援内容の概要など)

よくある質問

② 入院者訪問支援事業の意義と目的

権利擁護(アドボカシー)とは何か、なぜ必要か

アドボカシーは、専門職(病院職員など)、家族、友人、ピア、利害関係のない第三者(入院者訪問支援員など)等が、様々な立場でそれぞれの強みを活かして担うもの

アドボカシーの原則(独立性、エンパワメント支援、当事者主導、守秘、当事者参画、平等など)

アドボカシーで必要とされる関わり

③ 入院者訪問支援員の役割

訪問支援員の特徴(入院者の立場に立つ、支

援員の価値観を押しつけない、本人から頼まれたことを実行するのではなく本人の力を発揮させるようにする、できない約束はしない、など)

訪問支援員の役割の基本（できること、できないこと）

実際の支援の原則

情報提供のあり方

④ 入院している人が体験すること

入院治療が考慮される状況と入院治療について解説

入院形態、行動制限等の知識

病院における権利擁護の取り組み

話を聴くうえでのポイント

⑤ 入院者訪問支援の実践

入院者訪問支援の流れ

相談における留意点

一般的なコミュニケーション

精神障害を念頭に置いたコミュニケーション
面会の引き出し

対応に悩む場面

⑥ 精神保健の現状と課題

精神科入院関連の統計情報

権利擁護に係る課題

精神障害者に対するスティグマ

⑦ 入院者訪問支援員が知っておくべき資源

訪問支援員が資源を知ることの意義

訪問支援員からの情報提供の意義

相談支援員が知っておくべき資源

⑧ 精神障害者の人権

人権の一般的知識、基本的な考え方

障害者権利条約

障害の社会モデルとインクルージョン

入院者訪問支援事業の機能

入院者訪問支援員養成研修 演習：

① チェックイン（アイスブレイク）

自己紹介等。

② 入院者訪問支援員の役割についての考え方（個人ワークとグループワーク）

事前に提出されたアンケート結果に基づき、訪問支援員の役割が通常の支援場面における支援者の役割とは異なるとについて理解する。

③ 出合いのデモンストレーションとロールプレイ（デモプレイ、シナリオロールプレイ、グループワーク）

シナリオに沿ったロールプレイを行い、グループワークで感想を共有することを通じ、初回の出合いのイメージをつかむ。

④ シンポジウム（入院経験者、病院管理者、活動参加者、自治体関係者からの報告とグループワーク）

シンポジストの報告とグループワークを通じ、入院者訪問支援事業の意義や訪問支援員の役割を再確認する。

⑤ 対応に悩むケースのデモンストレーションとロールプレイ（デモプレイ、シナリオロールプレイ、グループワーク）

ロールプレイとグループワークを通じて訪問支援員の役割や支援の姿勢、言葉かけのあり方について理解する。

⑥ チェックアウト（支援員としてやりたいこと、やれること、やらなければならないこと）

研修について振り返り、訪問支援員としてのミッションを自覚する。

入院者訪問支援員養成研修については、まず研究班の主催で2023（令和5）年5月27～28日の2日間、大阪においてすべて対面で実施した。グループワークのファシリテーターは、主として大阪精神医療人権センターのス

タッフに依頼した。大阪府、和歌山県、岡山市から参加した17名に修了証を発行した。この研修で使用した講義資料について、さらに研究協力者からの意見を踏まえて若干の修正を加え、各自治体において活用可能な研修動画(E-learning 教材)を完成させた(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiihokukatsu_00004.html)。

事後、国で実施する養成研修においてはファシリテーターの確保が必要となるため、2023(令和5)年8月21日に国が実施したファシリテーター研修に、研修動画および演習資料を提供し、当日は主として本研究班の研究協力者が講師およびファシリテーターを務めた。

国が実施する入院者訪問支援員養成研修は、2023(令和5)年9月4日(大阪)、同年12月4日(東京)、2024(令和6)年1月15日(大阪)で実施され、いずれの研修においても本研究班で作成した動画および演習用教材が使用された。国の研修に参加が困難であった東京都からの要望により、3月26日に、研究班主催の入院者訪問支援員養成研修を追加で実施し、東京都から23名が受講した。

<入院者訪問支援員フォローアップ研修資料の作成>

フォローアップ研修資料は別紙23~26の通りである。別紙23~25は演習で活用することを想定した資料であり、別紙26は研修資料を用いた実際の研修の流れと、研修で使った主たる映写スライドの一部である。

研修は、2024(令和6)年7月26日(第1回)および2025(令和7)年1月31日(第2回)に東京で実施した。研究には、各自治体における行政担当者と事業担当者の双方が参加するよう呼びかけ、第1回研修には、12自治体から計30名が参加した。第2回研修には、7自治体から計18名が参加した。

<個別相談ボランティア交流会の分析>

個別相談ボランティアの交流会(グループスーパービジョン)のグループワークの内容を分析したところ、別紙27のような結果が得られた。

<精神医療審査会活動のモニタリング>

2023(令和5)年4月における全国67の精神医療審査会には、合計224の合議体が設置されており、予備委員を含めて1,607人の合議体委員が知事および政令指定都市市長によって任命されていた。委員の種別は、医療委員が841人(52.3%)、法律家委員が356人(22.2%)、保健福祉委員が410人(25.5%)であった。同年度内に合計1,931回(1精神医療審査会平均28.8回)の合議体が開催されていた。

衛生行政報告例から、近年の書類審査件数、退院請求および処遇改善請求の審査件数の推移を確認したところ、書類審査の件数が27万7千件ほどで推移しているのに対して、請求審査の件数が増加していることが明らかとなった。

2023(令和5)年度精神保健福祉資料から、2022(令和4)年度における退院請求の審査状況に関するデータを取得したところ、以下の通りであった。

(ア) 不審査決定および代理人による請求の状況

2022(令和4)年度は、全国で4,133件の退院請求が新規に受理され、前年度からの繰り越し案件350件と併せた4,483件が審査の対象となったが、このうち1,413件(31.5%)が請求取り下げや請求要件消失などのために不審査決定となっていた。

代理人による請求は265件(全受理件数の6.4%)で、前年度の271件(同6.5%)よりも減少していた。

(イ) 審査結果

2022(令和4)年度に退院請求の審査が完了したのは2,668件であったが、結果が判明しているのは2,666件であった。このうち

2,460 件 (92.3%) が現状維持 (すなわち請求棄却) となっており、入院形態の変更が 109 件 (4.1%)、期限付きの入院形態変更が 56 件 (2.1%)、退院が 38 件 (1.4%)、処遇改善が 3 件 (0.1%) となっていた。現状維持の比率 92.3% は前年度の 93.0% より減少し、処遇改善を除く現状維持以外の裁定の比率は 7.6% で、前年度の 7.0% よりも増加していた。

(ウ) 審査日数

退院請求の受理から審査結果の通知までの平均期間は 38.339.7 日 (前年度は 34.9 日)、不審査決定までは 20.222.6 日 (同 18.4 日) で、いずれも前年度より 4~5 日延長していた。

処遇改善請求の審査状況に関する審査会別データについては以下の通り。

(ア) 不審査決定率および代理人による請求の状況

7814 件が新規に受理され、前年度からの繰り越し案件 78 件を含めた 859862 件の請求のうち 293 件 (34.10%) が不審査決定となっていた。

代理人による請求は 56 件 (全受理件数の 6.5%) で、前年度の 68 件 (同 8.4%) よりも減少していた。

(イ) 審査結果

処遇改善請求は、480 件が審査に付され、審査結果が判明している 456 件のうち 423 件 (92.8%) が処遇は適当 (すなわち請求棄却) とされ、処遇不適当 (すなわち処遇改善勧告) は 33 件 (7.2%) であった。審査件数は前年度の 547 件より減少したが、処遇不適当の件数は前年度の 26 件よりも増加し、比率も 5.1% から 7.2% に増加した。

(ウ) 審査日数

処遇改善請求では請求受理から審査結果通知まで平均 39.5 日 (前年度 33.5 日)、不審査決定までは 22.5 日 (同 18.1 日) で、いずれも前年度より延長していた。

考察

本研究は、精神科病院に入院中の人々の権利擁護のため創設された「入院者訪問支援事業」の定着と質的向上を支える実践のあり方を、多角的に検討するものであった。2022 (令和 4) 年度には独立アドボカシーの理念に基づき、外部支援者による訪問支援を担う人材の育成に向けた研修資料の整備に着手し、翌年度には改正精神保健福祉法で制度化された入院者訪問支援事業の開始にあわせ、国が実施する研修プログラムへの教材提供という形で成果を実装へとつなげた。そして 2024 (令和 6) 年度には、研修の実践的な深化とフォローアップ体制の構築、ならびに支援員の語りから得られる実践知の分析を通じて、制度運用における定着と文化形成への貢献を目指した。

本研究で作成した研修教材は、知識伝達にとどまらず、支援者が自らの関わりを省察し、他者と学び合うことを重視する設計となっており、対話的学習の場を創出している。特に、あえて支援場面における不確実性や葛藤を題材とする演習構成や、正解のない応答をめぐって視点を交換するプロセスは、支援員同士の相互エンパワメントと実践文化の醸成に寄与するものと考えられる。

また、長年にわたり個別相談活動に携わってきた支援者の交流会の質的分析からは、病院文化の多様性や制度的制約の中で揺れ動く支援の現実、さらには支援員自身のモチベーションの維持や支援活動をめぐる葛藤といった経験知が豊かに描き出された。こうした知見は、制度として新たに発足した入院者訪問支援事業の今後の運用、特に支援員の継続的な学びやネットワーク形成を支える枠組みの検討において、貴重な手がかりとなる。

一方、精神科病院における権利擁護の仕組みは、訪問支援だけで完結するものではなく、院内でのフォーマルアドボカシー、家族や当事者によるインフォーマル・ピアアドボカシーなど、多様な担い手によって支えられてい

る。今回の研究で得られた知見は、こうした複数のアドボカシーの形態が相互に補完し合いながら、入院中の人々の声を丁寧にすくい上げ、制度と現場をつなぐ媒介として機能することの重要性を再確認するものであった。

さらに、精神医療審査会に関するモニタリングの結果からは、委員の構成・確保、請求審査の実施状況、審査基準の地域差など、制度的実効性を左右する課題が複数明らかとなった。特に、権利行使の障壁の除去の必要性や、代理人弁護士による請求を通じた審査の質的变化に関する知見は、今後の政策課題として継続的に検討される必要がある。

本研究は、制度創設から実装、実践知の共有というプロセスに関与することを通じて、入院者の権利擁護に向けた理念と制度設計の橋渡しを行う試みともいえる取組みであった。今後は、研修内容の見直しや支援員ネットワークの基盤整備、審査制度との接続と整合性の検討など、現場実践と制度設計を往還する視点を持ちながら、支援の理念と制度の運用が乖離せず、ともに発展していくための仕組みづくりが求められる。

結論

本研究では、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）の構築を促進するにあたり、関連する調査研究を多面的に展開し、その課題と今後の方向性を検討した。

本研究を通じて、現場で求められる支援機能は、個別医療の専門性や技術の提供にとどまらず、法制度との接続や地域資源との協働を通じた、より広義の包括的かつ柔軟な対応であることが明確となった。精神科病院、総合病院精神科、診療所といった医療機関の役割も、医療提供の場にとどまることなく、地域支援との連続性と相互作用を前提とした「地域のハブ」としての機能強化が求められている。

また、現行制度と理念、実践の間に横たわるギャップを埋めるためには、それらを媒介

する仕組みづくりが必要であると考えられた。例えば、精神科救急における高規格病棟の必要性評価、措置診察に必要なスキルの明確化、入院者訪問支援の実践知の可視化など、現場の知見を制度に翻訳する実証的アプローチは、今後制度をよりよいものに見直していくうえでも重要である。

さらに、「にも包括」を担う人材の育成とその後のフォローアップのあり方も大きな課題である。一回の研修では涵養し得ない実践力やリーダーシップを育てるためには、地域に根ざした事例検討やOJT、他機関との協働的学習の仕組みが求められる。また、措置診察やアドボケイトといった、支援者がジレンマを抱えやすい領域では、動機づけや自己効力感に配慮した教育プログラムと、適切な評価および支援の双方が求められる。

本研究で得られた知見は、精神保健医療福祉政策の枠組みを超えて、地域医療の現場で精神保健をどう位置づけ、他の支援と連携させていくかを再考する機会を提供するものと考えられる。今後は、関係者が対話を重ねながら、支援の質の向上と制度の持続可能性の両立をめざした協働の仕組みづくりが重要である。精神保健医療福祉をめぐる政策は、「制度」と「理念」と「実践」とのつながりを見直すべき重要な局面を迎えており、そこに向けた継続的な議論と協働がこれまで以上に求められている。

研究発表

原著論文

- 1) Shiina A, Niitsu T, Iyo M, Fujii C. :
Need for education of psychiatric evaluation of offenders with mental disorders: A questionnaire survey for Japanese designated psychiatrists. World J Psychiatry. 2024 May 19;14(5):726-734.
- 2) Iwanaga M, Yamaguchi S, Hashimoto S, Hanaoka S, Kaneyuki H, Fujita K,

Kishi Y, Hirata T, Fujii C, Sugiyama N.: Ranking important predictors of the need for a high-acuity psychiatry unit among 2,064 inpatients admitted to psychiatric emergency hospitals: a random forest model.Front Psychiatry. 2024 Feb 8;15:1303189.

知的所有権の取得状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

特になし

別紙 1

精神保健福祉相談員の配置部署 (配置ありの31自治体対象)

	1万人以下 N=1	1-5万人 N=4	5-10万人 N=2	10-30万人 N=7	30万人以上 N=17	合計	%
障害福祉担当部署	1	4	3	4	6	18	58.1
保健センター・地域保健担当部署	0	0	1	3	7	11	35.5
その他福祉関連担当部署（高齢・子ども・生活困窮等）	0	0	1	0	2	3	9.7
教育関係担当部署	0	0	1	0	0	1	3.2
人事関係担当部署	0	0	0	0	0	0	0.0
直営の基幹相談支援センター	0	0	0	0	2	2	6.5
保健所（保健所を有する自治体のみ選択可）	0	0	0	3	14	17	54.8
精神保健福祉センター（政令市のみ選択可）	0	0	0	0	3	3	9.7
その他	0	0	0	0	2	2	6.5

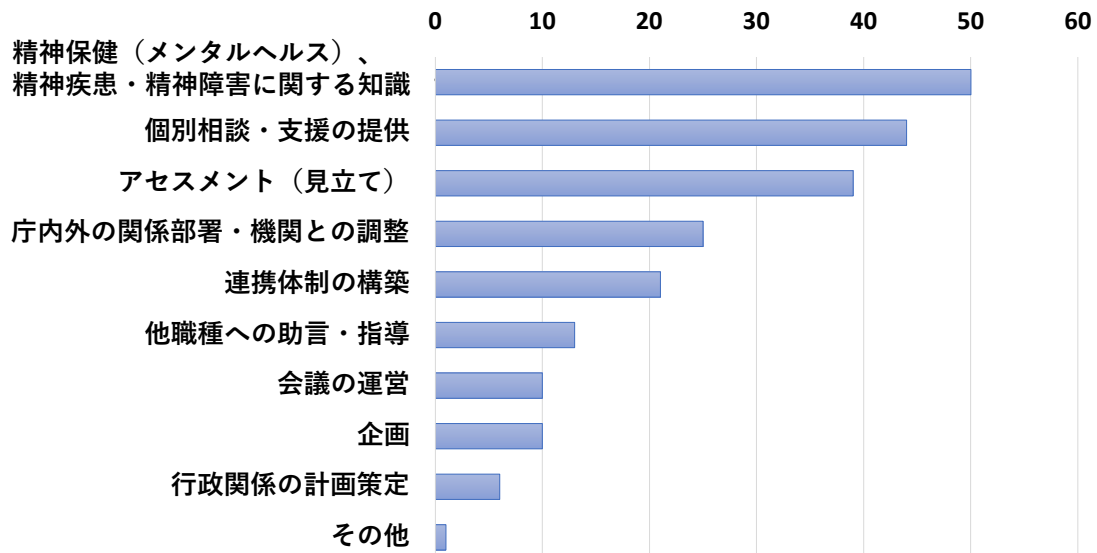
1

精神保健福祉相談員が担っている役割

	1万人以下 N=1	1-5万人 N=4	5-10万人 N=2	10-30万人 N=7	30万人以上 N=17	合計	%
精神疾患・障害によって医療を受けている者等への医療機関内外での相談や支援、地域移行・地域定着支援等	1	2	2	7	17	29	93.55
医療に加えて福祉の支援を必要とする者等への日常生活や社会生活への支援等	1	3	2	6	16	28	90.32
医療は受けていないが精神保健（メンタルヘルス）課題がある者への潜在的ニーズの発見、医療の導入、回復への支援、アウトリーチ等	0	1	3	5	17	26	83.87
精神疾患・障害や精神保健（メンタルヘルス）課題が明らかになっていないが、支援を必要とする可能性のある者への情報提供、理解の促進、潜在的ニーズの発見、介入等	0	2	1	4	16	23	74.19
マネジメント、コーディネート、コンサルテーション、ネットワーク等との庁内の連携・協働における調整	0	2	2	3	15	22	70.97
マネジメント、コーディネート、コンサルテーション、ネットワーク等との庁外他機関との連携・協働における調整	0	2	2	3	15	22	70.97
職員への精神保健医療福祉に関する助言、指導	0	1	2	4	14	21	67.74
住民の意識への働きかけや、精神保健の保持・増進に係る普及・啓発	0	1	0	3	14	18	58.06
精神保健医療福祉に関する事業等の企画	0	2	0	3	14	19	61.29
市町村長同意の医療保護入院者への訪問	0	1	1	2	11	15	48.39
医療保護入院の市町村長同意に関する病院からの相談への対応	0	1	2	3	13	19	61.29
自立支援医療、障害者手帳申請、障害福祉サービス支給決定関連業務	0	1	2	3	10	16	51.61
精神保健福祉関連の協議の場の企画・運営	0	1	0	2	13	16	51.61
その他	0	1	0	3	2	6	19.35

2

精神保健福祉相談員に求められるスキル



3

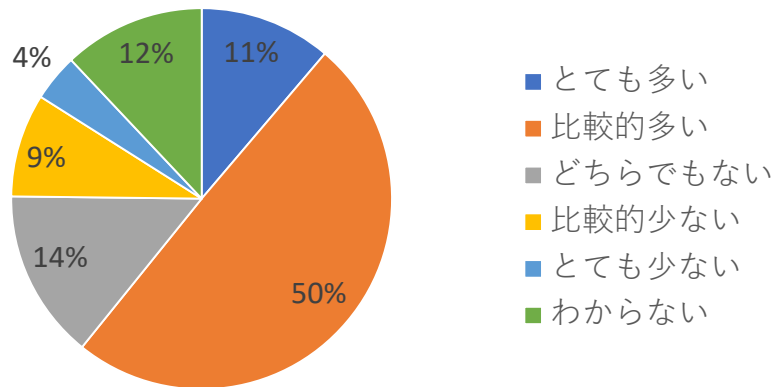
各職種の精神保健業務の実施状況

		全体		相談員配置群		PSW配置群	
		n=813		n=31		n=200	
		n	%	n	%	n	%
保健師 看護師	個々の当事者に関するアセスメント、直接的な支援	636	78.2	26	83.9	142	71.0
	支援に関わる庁内・庁外関係者との連絡調整、助言・指導	645	79.3	27	87.1	147	73.5
	精神科医療導入の援助	578	71.1	26	83.9	131	65.5
	市町村長同意の医療保護入院者に関する手続き	377	46.4	15	48.4	72	36.0
	市町村長同意の医療保護入院者への訪問	342	42.1	14	45.2	71	35.5
	精神保健福祉関連業務の企画	470	57.8	20	64.5	107	53.5
	障害福祉サービス関連業務	267	32.8	16	51.6	74	37.0
	自立支援医療・障害者手帳申請関連業務	186	22.9	11	35.5	40	20.0
	関係機関との連携構築	580	71.3	25	80.6	126	63.0
	協議の場の運営	379	46.6	21	67.7	83	41.5
その他医療職	個々の当事者に関するアセスメント、直接的な支援	241	29.6	10	32.3	77	38.5
	支援に関わる庁内・庁外関係者との連絡調整、助言・指導	234	28.8	10	32.3	75	37.5
	精神科医療導入の援助	193	23.7	7	22.6	59	29.5
	市町村長同意の医療保護入院者に関する手続き	98	12.1	3	9.7	29	14.5
	市町村長同意の医療保護入院者への訪問	93	11.4	4	12.9	22	11.0
	精神保健福祉関連業務の企画	128	15.7	4	12.9	46	23.0
	障害福祉サービス関連業務	187	23.0	8	25.8	64	32.0
	自立支援医療・障害者手帳申請関連業務	132	16.2	8	25.8	42	21.0
	関係機関との連携構築	218	26.8	10	32.3	71	35.5
	協議の場の運営	157	19.3	7	22.6	49	24.5
一般職員	個々の当事者に関するアセスメント、直接的な支援	286	35.2	7	22.6	64	32.0
	支援に関わる庁内・庁外関係者との連絡調整、助言・指導	362	44.5	10	32.3	79	39.5
	精神科医療導入の援助	209	25.7	10	32.3	40	20.0
	市町村長同意の医療保護入院者に関する手続き	378	46.5	12	38.7	91	45.5
	市町村長同意の医療保護入院者への訪問	177	21.8	3	9.7	34	17.0
	精神保健福祉関連業務の企画	315	38.7	12	38.7	62	31.0
	障害福祉サービス関連業務	700	86.1	22	71.0	143	71.5
	自立支援医療・障害者手帳申請関連業務	721	88.7	26	83.9	157	78.5
	関係機関との連携構築	545	67.0	19	61.3	100	50.0
	協議の場の運営	484	59.5	20	64.5	92	46.0

4

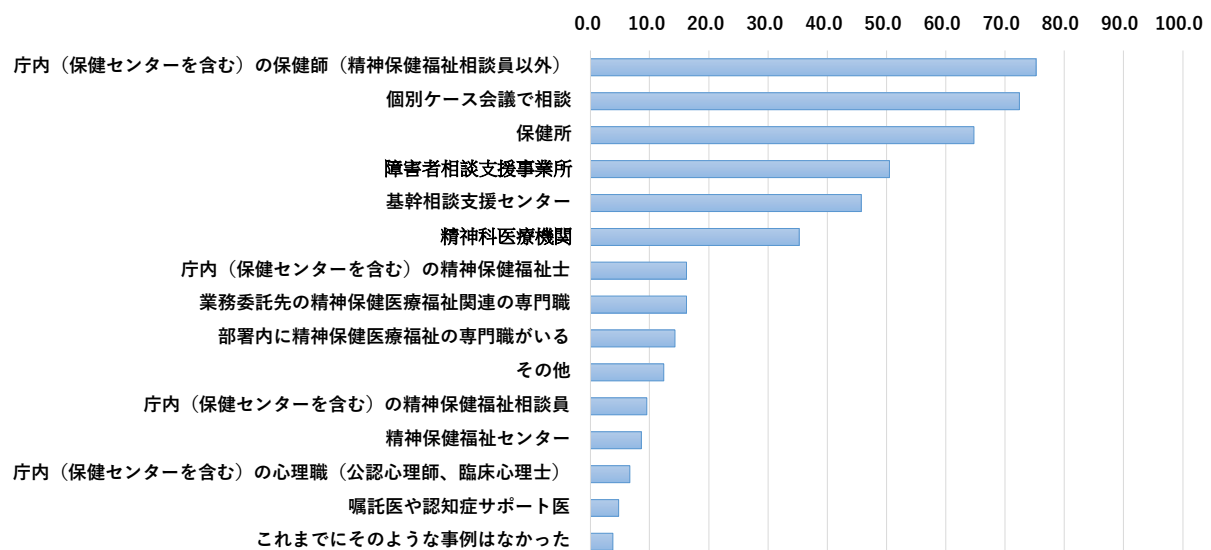
重層的支援体制整備事業におけるメンタルヘルス課題等に関する支援

(N=105)



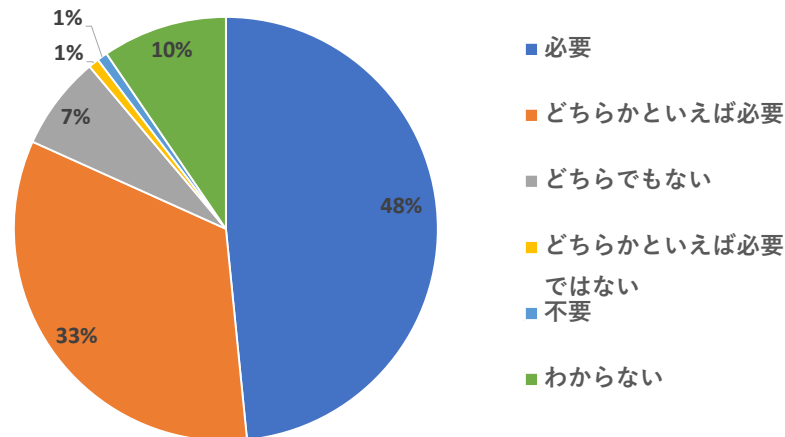
5

重層的支援体制整備事業におけるメンタルヘルス課題等の相談先



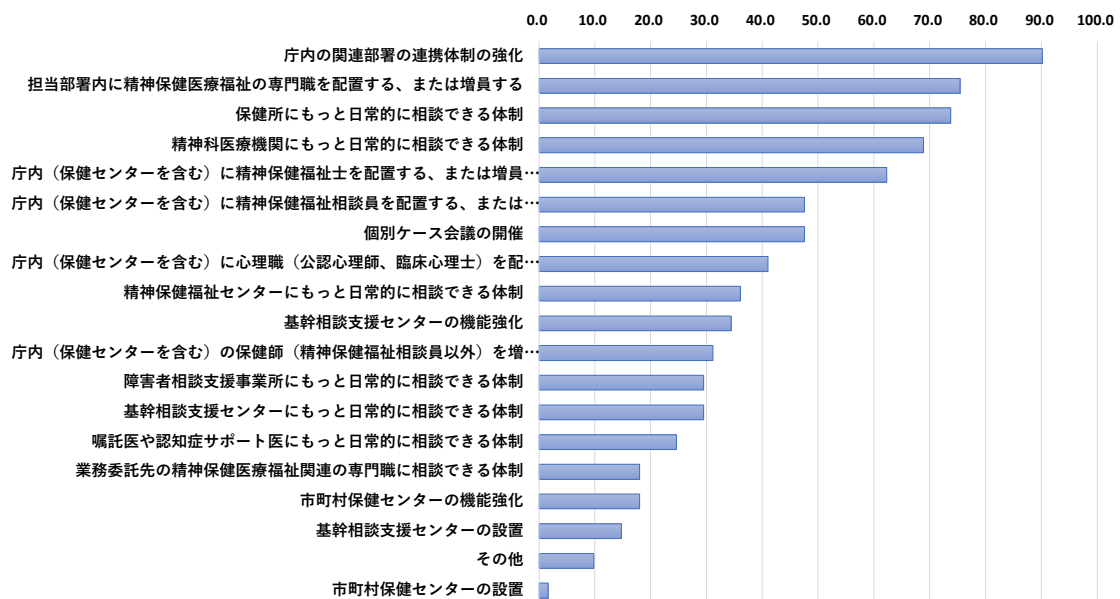
6

重層的支援体制整備事業におけるメンタルヘルス 課題等に対応できる体制整備の必要性



7

望まれる体制整備



8

重層的支援体制整備事業の実施と精神保健福祉相談員の役割

		全体		実施している		実施予定		実施していない	
		n=31		n=13		n=10		n=8	
		n	%	n	%	n	%	n	%
精神保健福祉 相談員	個々の当事者に関するアセスメント、直接的な支援	25	80.6	12	92.3	9	90.0	4	50.0
	支援に関わる庁内・庁外関係者との連絡調整、助言・指導	21	67.7	11	84.6	6	60.0	4	50.0
	精神科医療導入の援助	22	71.0	12	92.3	6	60.0	4	50.0
	市町村長同意の医療保護入院者に関する手続き	15	48.4	7	53.8	7	70.0	1	12.5
	市町村長同意の医療保護入院者への訪問	13	41.9	7	53.8	4	40.0	2	25.0
	精神保健福祉関連業務の企画	18	58.1	10	76.9	5	50.0	3	37.5
	障害福祉サービス関連業務	18	58.1	8	61.5	7	70.0	3	37.5
	自立支援医療・障害者手帳申請関連業務	16	51.6	8	61.5	6	60.0	2	25.0
	関係機関との連携構築	25	80.6	12	92.3	8	80.0	5	62.5
	協議の場の運営	18	58.1	9	69.2	6	60.0	3	37.5

9

精神保健福祉相談員の役割と求められるスキル (調査結果を踏まえて)

役割

- ・ 精神疾患・精神障害によって医療・福祉を利用している者への相談支援
- ・ メンタルヘルス課題がある者、潜在的ニーズがある者の発見、情報提供、理解の促進、支援、医療導入等
- ・ 庁内外の関係機関・関係者との連携・協働



求められるスキル

- ・ 精神保健、精神疾患、精神障害に関する知識
- ・ アセスメント（見立て）ができること
- ・ 個別相談、支援、必要に応じた医療導入ができること
- ・ 庁内外の関係機関・関係者との連携・協働ができること

10

精神保健福祉相談員養成講習会に求められる内容

• 精神保健、精神疾患、精神障害に関する知識

メンタルヘルスの基礎知識（ストレス脆弱性、トラウマなど）

主な精神疾患とその治療に関する基礎知識

利用できる制度・サービス、関連法規、精神保健医療福祉施策の動向、権利擁護

• アセスメント（見立て）ができること

疾病性と事例性、緊急性の見方、ニーズアセスメント

世帯全体のアセスメント

• 個別相談、支援、必要に応じた医療導入ができること

メンタル不調への対応、コミュニケーションの基本

事例検討

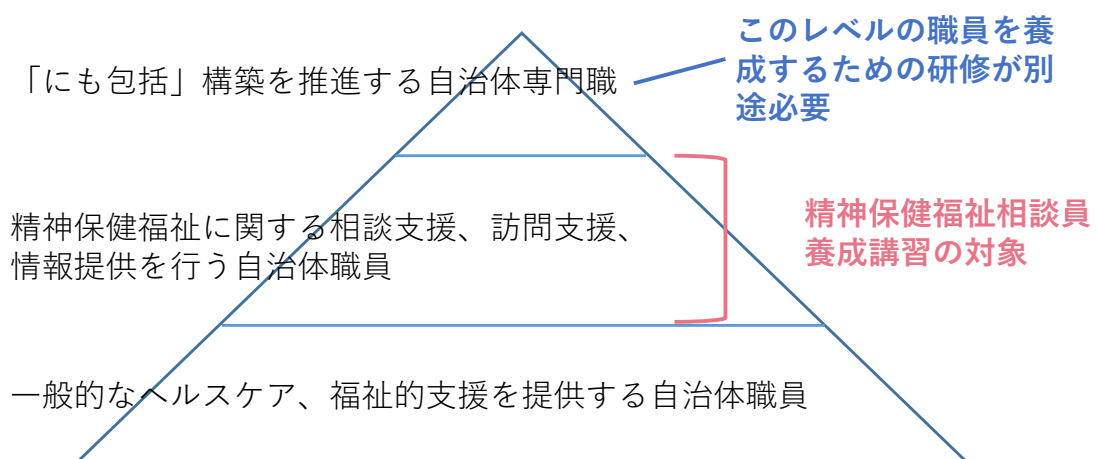
• 庁内外の関係機関・関係者との連携・協働ができること

関係機関の業務と役割に関する知識

事例検討

11

精神保健福祉相談員講習の位置づけ



- 精神保健福祉相談員養成講習修了者を増やすことで、市町村の精神保健福祉相談の充実、「にも包括」を担える職員への過剰な業務の集中を軽減させる
- 「にも包括」を担える職員の養成を同時並行で進める必要がある

12

【科目】	1 精神保健福祉の理念	時間数 1
【目的】 (大項目) (中項目)	精神保健福祉相談員に必要な価値や倫理を理解する 精神保健福祉の理念を理解する	
【内容】	①精神保健福祉の基本的枠組み及び視点 ②精神障害者の人権及び権利擁護 ③国連障害者権利条約	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 精神障害者の人権及び権利擁護、福祉に関する理念や考え方について、医学モデルとは異なる理念の重要性を含めて理解する	「精神保健福祉の基盤となる考え方」 ➤ 地域共生社会の実現と精神保健福祉行政 ・地域共生社会 ➤ 精神保健福祉に関する基本的な考え方 ・精神保健及び精神障害者福祉 ・ICF ・ノーマライゼーション ・ソーシャルインクルージョン ・生活モデル (視聴動画:科目1講義1)	
	「精神障害者の権利擁護と自治体政策の基本的枠組み」 ➤ 精神障害者の人権と権利擁護 ・精神障害者の人権に関する日本及び世界の動き ・権利擁護の範囲と内容 ➤ 自治体における精神保健医療福祉政策の基本的枠組み ・「精神保健医療福祉施策の改革ビジョン」の政策理念、施策の方向性 ・「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の政策理念と施策の方向性 (視聴動画:科目1講義2)	
	「精神保健福祉相談に求められる専門的視点」 ➤ 相談支援の目標 ・リカバリー ➤ 相談支援で心がける姿勢 ・エンパワメント・アプローチ ➤ 相談支援で心がける視点 ・本人中心 ・ストレングス ・パートナーシップ ・権利擁護 ・多層的な視点 (視聴動画:科目1講義3)	

【科目】	2 精神保健医療福祉の現状及び課題	時間数 1
【目的】 (大項目) (中項目)	精神保健福祉相談員に必要な価値や倫理を理解する 精神保健医療福祉の現状及び課題を理解する	
【内容】	①精神科医療の動向 ②精神保健福祉施策の動向	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 精神科医療及び精神保健福祉に関連する課題等を含む動向を理解する ◆ 国及び自治体における精神保健医療福祉施策を理解する	「精神保健医療福祉施策の動向」 ・精神保健福祉法 ・精神保健医療福祉の改革ビジョン ・障害者制度改革 ・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 ・精神障害にも対応した地域包括システムの構築 (視聴動画:科目2講義1)	
	「精神科医療の現状と精神保健医療福祉の課題」 ➤ 精神科医療受療者の概況 ・精神科入院患者数の推移及び特徴 ・精神科通院患者数の推移及び特徴 ➤ 我が国の精神保健医療福祉の課題 ・精神疾患・障害に対する偏見・差別の解消 ・障害者の尊厳や権利に関する意識の向上 ・本人が望む精神科医療の提供の実現 ・地域生活に必要なサービスの整備、アクセスの向上 (視聴動画:科目2講義2)	
	「『にも包括』構築に向けた自治体の役割」 ➤ 課題解決に向けて取り組む「にも包括」 ・精神障害にも対応した地域包括システムの構築 ➤ 市町村及び都道府県における業務 ・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 ・保健所及び市町村精神保健福祉業務運営要領 ・精神保健福祉センター運営要領 ➤ 各行政機関が目指す役割 - 市町村の役割 - 保健所の役割 - 都道府県、精神保健福祉センターの役割 (視聴動画:科目2講義3)	

【科目】	3 精神保健医療福祉に関する法律	時間数 1
【目的】 (大項目) (中項目)	精神保健福祉相談員に必要な価値や倫理を理解する 精神保健医療福祉に関する法律及び自治体の役割を理解する	
【内容】	関係法令及び自治体の役割	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 精神保健福祉法、障害者基本法、地域保健法、社会福祉法、医療観察法等の関係法令に基づいた自治体の役割を理解する	「精神保健福祉法の概要」 ➤ 精神保健福祉法を学ぶ意義 ➤ 精神保健福祉法の目的 ・ 障害者基本法及び障害者総合支援法との関連 ・ 精神保健福祉法の対象と国・地方公共団体の責務 ➤ 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 ➤ 精神保健福祉法の構成 ・ 各章の概要 ➤ 保健及び福祉 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 相談及び援助 ・ 精神保健福祉相談員 (視聴動画:科目3講義1)	
	「精神保健福祉法の入院制度と人権擁護」 ➤ 精神保健福祉法による入院制度 - 精神保健指定医 - 入院形態 - 精神科救急医療体制 ➤ 人権擁護に関連した規定 - 精神医療審査会 - 医療保護入院者退院支援委員会 - 入院者訪問支援事業 - 精神科病院における虐待防止 (視聴動画:科目3講義2)	
	「地域保健活動に必要な精神保健医療福祉に関する法律や制度」 ➤ 地域保健法との関連 - 地域保健の推進に関する基本的な指針 ➤ 社会福祉法との関連 - 重層的支援体制整備事業 ➤ 医療観察法との関連 - 医療観察法の目的と手続きの流れ ➤ 障害者総合支援法との関連 - 障害福祉サービス等 ➤ 精神保健／相談支援と関連する様々な法制度 (視聴動画:科目3講義3)	

【科目】	4 精神保健福祉相談員の役割	時間数 2
【目的】 (大項目) (中項目)	地域精神保健福祉活動に必要な知識を習得する 精神保健福祉相談員の役割を理解する	
【内容】	①自治体における精神保健福祉業務 ②精神保健福祉相談員の役割及び意義 ③ライフステージ別の課題 ④支援提供における留意点	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 自治体が担う精神保健福祉に関する業務を理解する ◆ 精神保健福祉相談員の役割を理解する ◆ 各ライフステージで生じる身体的・精神的・経済的な課題等を理解する ◆ 支援が必要な人や、支援する際配慮が必要な人について、支援提供における留意点等を理解する	「総論」 ➤ 自治体における精神保健福祉業務 ・地域共生社会の実現に向けた精神保健福祉業務への取り組み ➤ 地域包括ケアシステムにおける精神保健福祉相談員の役割 (視聴動画:科目4講義1)	
	「市町村における精神保健業務の実践」 ➤ メンタルヘルスに関する普及啓発 ・心のサポーター養成 ・精神保健教育 ➤ ライフステージにおけるメンタルヘルス課題と精神保健相談 ・多面的な見立ての視点(事例性・即応性・疾病性・緊急性) ・精神保健相談における精神保健福祉相談員の役割 (視聴動画:科目4講義2—1、2—2)	
	「市町村における精神障害者福祉業務の実践」 ➤ 市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援 ・就労支援、生活支援、居住支援、権利擁護 ➤ 市町村圏域における地域包括ケアシステムの統合化 ・協議会(自立支援協議会) ・重層的支援体制整備事業 (視聴動画:科目4講義3)	
	「都道府県における精神保健福祉業務の実践」 ➤ 適切な医療の確保に向けた精神医療との連携 ・都道府県本庁、精神保健福祉センター、保健所の役割 ・都道府県と医療機関、市町村との連携 ➤ 市町村支援、人材育成による体制整備 ・市町村支援、人材育成 (視聴動画:科目4講義4)	
	「個別支援の実践」 ➤ 事例をもとにした実践の紹介 ・早期の相談支援、医療調整 ・訪問支援、危機介入 ・地域移行、地域定着支援 (視聴動画:科目4講義5)	
	「地域包括ケアシステムの構築にむけて」 ➤ 個別支援の課題から地域の課題の抽出 ➤ 協議の場の活用 (視聴動画:科目4講義6)	

【科目】	5 精神疾患の基礎知識	時間数 2
【目的】 (大項目) (中項目)	地域精神保健福祉活動に必要な知識を習得する 精神疾患の基礎知識を習得する	
【内容】	①主な疾患の概要及び治療法等 ②精神障害リハビリテーション	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 主な精神疾患の診断名、原因、症状、治療法等を理解する ◆ 精神障害リハビリテーションの導入から経過、その効果について理解する	「精神疾患の概要」「精神疾患総論」 ➤ 精神疾患の疫学 ・ 外来患者数、入院患者数、平均在院日数 ➤ 発病や経過に影響する要因 ・ 心因性(心的外傷後ストレス障害等) ・ 内因性(統合失調症、双極性障害) ・ 発達障害(自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症等) ・ 器質性(脳炎、パーキンソン病等) ・ 物質誘発性(精神作用物質、その他の薬剤等) ・ 身体疾患による(内科疾患等) ➤ 複数のタイプにまたがるメンタルヘルスの問題 (視聴動画:科目5講義1)	
	「統合失調症」、「気分障害」、「発達障害」、「依存症」、「不安を特徴とする精神疾患群」 ➤ 疫学 ➤ 症状 ➤ 診断 ➤ 治療 ➤ 経過・予後 (視聴動画:科目5講義 2-1～2-5)	
	「精神科医療機関の役割」 ➤ 精神科医療機関の種類 ・ 単科精神科病院、総合病院精神科、精神科診療所 ➤ 精神科医療機関の機能(診断、治療) ➤ 入院が必要な時の判断 ➤ 精神障害者の入院形態 ・ 任意入院、医療保護入院、応急入院、措置入院、緊急措置入院 ➤ 精神科医療機関と自治体等との連携 (視聴動画:科目5講義 3)	

【科目】	6 精神保健福祉の相談支援	時間数 4
【目的】 (大項目) (中項目)	地域精神保健福祉活動に必要な知識を習得する 精神保健福祉の相談支援を理解する	
【内容】	①相談支援の目的及び方法 ②相談支援のプロセス ③多職種連携及び多機関連携 ④当事者及び家族との協働	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 相談支援の目的及び当事者主体の重要性について理解する ◆ 当事者及び家族等と協働しながら相談支援を行うことの意義を理解する ◆ 必要な支援につなぐりにくい対象を含め当事者及び家族等への支援方法を理解する ◆ 事例をもとに、当事者の意思を尊重しながら相談支援を行う際に必要な知識や技術を理解する ◆ 事例をもとに、精神保健に関する複合的な課題を抱える住民の相談支援に対応できるよう、多職種連携及び多機関連携における相談支援に必要な技術を理解する	「精神保健福祉法での相談に係る条文の確認」 ➤ 精神保健福祉法 ➤ 障害者総合支援法 ➤ 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領 (視聴動画:科目6講義1)	
	「相談支援の基本」 ➤ 行政相談の原則と特徴 ・行政相談の原則 ・精神保健福祉相談の特徴 ➤ 保健活動として行う相談 ・保健師活動における健康相談 ➤ 相談実践に必要な基本的な心構え ・全住民を対象とする、相談者への心的状況への配慮、家族支援 (視聴動画:科目6講義2)	
	「相談形態の違いと特徴」 ➤ 相談支援の技術 ・傾聴、受容、共感 ➤ 相談支援の形態と特徴 - 来所による相談 - 訪問による相談 - 電話による相談 - メールによる相談 (視聴動画:科目6講義3-1、3-2)	
	「相談支援のプロセス」 ➤ 精神保健福祉の相談支援に求められる機能 ・都道府県(保健所)、市町村の役割と機能 ➤ 相談支援におけるアセスメントのポイント - 相談内容に応じた相談の進め方(事例) (視聴動画:科目6講義4、5-1、5-2)	

	「多職種・多機関連携」 ➤ 連携の目的と必要性 ➤ 連携を円滑にすすめるためのコツ ・自治体における連携の困難さ ・連携の進め方 ・相談支援における多職種・多機関連携(事例) (視聴動画:科目6講義6-1~6-3) 「当事者及び家族との協働」 ➤ 当事者・家族等との関係性の構築 ・精神障害者及びその家族が経験する差別や偏見 ・当事者、家族の意思を尊重した相談支援 ➤ ピアサポーター・家族等との協働 ・当事者及び家族等の団体の育成、支援 ・当事者及び家族等の団体との協働(事例) (視聴動画:科目6講義7-1~7-3)
--	---

【科目】	7 精神保健医療福祉に関する制度とサービス	時間数 3
【目的】 (大項目) (中項目)	地域精神保健福祉活動に必要な知識を習得する 精神保健医療福祉に関する制度及びサービスを理解する	
【内容】	①各制度の概要及びサービスの機能 ②各関係機関及び専門職の役割と機能	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 各制度の概要やサービスの機能及び活用方法を理解する ◆ さまざまな関係機関及び専門職の役割を理解する	「関係機関との連携及び協働の必要性」 ➤ 連携および協働の考え方 ➤ 制度やサービスを活用する意義 (視聴動画:科目7講義1)	
	「精神保健医療福祉に係る行政機関」 ・市町村、保健所、精神保健福祉センター、都道府県・政令市 主管課の機能と役割 ・自治体による重層的な支援体制 (視聴動画:科目7講義2)	
	「精神保健医療に係る医療機関」 ➤ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割 - 包括的支援マネジメント ➤ 多様な課題を支える多職種・多機関による支援 - 直接支援、アウトリーチ支援、往診・訪問診療 - 精神科デイ・ケア、精神科訪問看護 - 精神科救急医療体制、退院後生活環境相談員 ➤ 措置入院者の退院後支援 - 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 (視聴動画:科目7講義3-1、3-2)	
	「相談支援及び障害福祉に係る関係機関」 ➤ 障害者総合支援法におけるサービス - 自立支援給付(障害福祉サービス、相談支援) - 地域生活支援事業 ➤ 障害者総合支援法における各職種による支援 - 相談支援専門員、サービス管理責任者等 ➤ 急性期症状における相談支援の実際(事例) (視聴動画:科目7講義4-1、4-2)	
	「母子保健、児童福祉及び高齢者福祉に係る関係機関」 ➤ 母子保健・児童福祉に係る関係機関 - 保健センター、地域子育て支援拠点 - こども家庭センター、児童相談所 ➤ 高齢者福祉に係る関係機関 - 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 ➤ 母子保健・児童福祉・高齢者福祉に関連する多機関連携による支援の実際(事例) (視聴動画:科目7講義5-1、5-2)	

	「その他支援機関等」 ➤ 生活保護制度・生活困窮者自立支援制度に係る関係機関 - 生活保護制度、福祉事務所 - 生活困窮者自立支援制度、相談支援員等 ➤ インフォーマル組織 - 自助グループ等 ➤ 8050世帯など世帯全体を支える関係機関による支援の実際（事例） （視聴動画：科目7講義6-1、6-2）
--	---

精神保健福祉相談員講習会 視聴動画(科目1～7) チェックリスト

講習会の修了後、各科目の到達目標の達成度を評価できるよう、チェックリストをご活用ください。

	科目	講義	【チェック項目】	視聴日
価値・倫理	【精神保健福祉の理念】			
	1	1	☐ 精神保健福祉に関する理念や基盤とする考え方について説明できる。	(/)
		2	☐ 精神障害者の人権と権利擁護について説明できる。 ☐ 自治体における精神保健福祉政策の基本的枠組みを理解している。	(/)
		3	☐ 精神保健福祉相談に求められる視点を理解している。	(/)
	【精神保健医療福祉の現状及び課題】			
	2	1	☐ 精神科医療及び精神保健福祉に関連する政策の動向を理解している。	(/)
		2	☐ 精神科医療の現状を理解している。 ☐ 近年の精神保健医療福祉の課題を理解している。	(/)
		3	☐ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向けた自治体の業務と役割を理解している。	(/)
	【精神保健医療福祉に関する法律】			
	3	1	☐ 精神保健福祉法の目的と構成を理解している。 ☐ 相談及び援助における自治体の役割に関する規定を理解している。	(/)
2		☐ 精神保健福祉法に基づく入院制度を理解している。 ☐ 精神障害者の人権擁護に関する規定や制度を理解している。	(/)	
3		☐ 地域保健活動に必要な精神保健医療福祉に関連する法律や制度を理解している。	(/)	
知識・技術	【精神保健福祉相談員の役割】			
	4	1	☐ 地域共生社会の実現に向けた精神保健福祉業務への取り組みを理解している。 ☐ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」における精神保健福祉相談員の役割を理解している。	(/)
		2-1 2-2	☐ 市町村におけるメンタルヘルスに関する普及啓発や精神保健教育の取り組みについての実践方法を理解している。 ☐ 各ライフステージで生じる身体的・精神的・経済的な課題等を理解している。 ☐ メンタルヘルスに課題のある者やその家族等からの相談支援の際に必要な見立ての視点を理解している。	(/)
		3	☐ 精神障害者福祉業務における様々な地域資源(就労・生活支援・居住等)の把握、活用の取り組みを理解している。 ☐ 市町村圏域における地域包括ケアシステムの統合に向けた取り組みの必要性について説明できる。	(/)
		4	☐ 精神科医療との連携に必要な都道府県の業務及び役割を理解している。 ☐ 市町村支援及び人材育成に関する実践方法を理解している。	(/)
		5	☐ 精神保健福祉に関する相談支援及び訪問支援等における精神保健福祉相談員の見立ての視点や留意点を理解している。 ☐ 精神保健医療福祉に関連する領域の支援機関と連携体制を構築する必要性について説明できる。	(/)
		6	☐ 個別の相談支援を起点とした地域課題の抽出までの一連の考え方について説明できる。 ☐ 協議の場を活用した市町村と都道府県等による重層的な支援体制構築の取り組み方を理解している。	(/)

【精神疾患の基礎知識】				
5	1	☐ 主な精神疾患の診断名、原因、症状、治療法等を理解している。 ☐ 精神疾患の治療およびリハビリテーションにおける包括的視点の重要性を理解している。	(/)	
	2-1	☐ 統合失調症の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。	(/)	
	2-2	☐ 気分障害の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。		
	2-3	☐ 発達障害の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。		
	2-4	☐ 依存症の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。		
	2-5	☐ 不安を特徴とする精神疾患群の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。		
3	☐ 精神科医療機関の種類や役割を理解している。 ☐ 精神障害者の入院形態について説明できる。	(/)		
【精神保健福祉の相談支援】				
6	1	☐ 自治体が行う相談支援の目的を理解している。 ☐ 自治体が行う相談支援の根拠法令や条文を理解している。	(/)	
	2	☐ 自治体が行う相談の原則について説明できる。 ☐ 相談支援の基本となる当事者主体の重要性について説明できる。	(/)	
	3-1	☐ 信頼関係を構築するための相談支援の技術を理解している。	(/)	
	3-2	☐ 面接、電話等の相談支援の形態ごとの利点や留意点について説明できる。		
	4	☐ 自治体に求められる精神保健福祉に関する相談支援の機能を理解している。 ☐ 相談支援におけるアセスメントのポイントについて説明できる。	(/)	
	5-1	☐ 事例をもとに、必要な支援につながりにくい当事者及び家族へのアプローチ方法を含む相談支援のプロセスを理解している。	(/)	
	5-2			
	6-1	☐ 複合的な課題を抱える住民の相談支援における多職種・多機関連携の必要性について説明できる。 ☐ 多職種・多機関連携における精神保健福祉相談員の役割を理解している	(/)	
	6-2			
	6-3			
	7-1	☐ 当事者及び家族等と協働するためには関係性の構築が重要であることを理解している。 ☐ ピアサポートの概念を理解したうえで、ピアサポーター等との協働のポイントについて説明できる。 ☐ 当事者の意思を尊重しながら行う相談支援及び当事者等との協働に必要な視点を理解している。	(/)	
	7-2			
7-3				
【精神保健医療福祉に関する制度とサービス】				
7	1	☐ 関係機関との連携及び協働の必要性について説明できる。	(/)	
	2	☐ 精神保健医療福祉に係る行政機関の役割及び機能を理解している	(/)	
	3-1	☐ 精神保健医療福祉に係る各制度の概要やサービスの機能と専門職の役割を理解している。 ☐ 事例をもとに、精神保健医療の制度やサービスの活用方法を理解している。	(/)	
	3-2			
	4-1	☐ 障害者総合支援法における関係機関や職種の役割と連携について理解している。 ☐ 急性期症状を呈する者を支援するために必要な関係機関との連携のポイントを理解している。	(/)	
	4-2			
	5-1	☐ 母子保健、児童福祉及び高齢者福祉に係る課題に対応した関係機関の役割を理解している。 ☐ 母子保健の支援事例をもとに、様々な世代を支える関係機関との連携のポイントを理解している。	(/)	
	5-2			
6-1	☐ 生活保護制度と生活困窮者自立支援制度の概要と職種の役割を理解している。 ☐ 8050世帯への支援事例をもとに、世帯全体を支える関係機関との連携のポイントを理解している。	(/)		
6-2				
受講 (年度)		受講者氏名 []	所属長確認 []	

「地域における精神科医療機関の役割に関する実態調査」調査票

問 1 貴機関の属性について教えてください。

1)	医療機関の所在地	() 都 道 府 県
2)	運営主体区分	☐ 国公立 ☐ 民間
3)	医療機関種別	☐ 診療所 ☐ 精神科病院 ☐ 一般病院
4)	病床の有無	☐ 有床 ☐ 無床

問 2 外来の人員配置について教えてください

(精神科医は病院全体の人数、それ以外は病棟/デイケア/他科/介護福祉等関連施設の専従者を除く)

1)	精神科医師数	常勤 () 人 非常勤 () 人
1-1)	1) のうち、精神保健指定医数	常勤 () 人 非常勤 () 人
2)	看護師数	常勤 () 人 非常勤 () 人
2-1)	精神科認定看護師が外来業務に関与することがありますか	() ある () ない
2-2)	精神看護専門看護師が外来業務に関与することがありますか	() ある () ない
3)	精神保健福祉士	常勤 () 人 非常勤 () 人
4)	公認心理師	常勤 () 人 非常勤 () 人
5)	作業療法士	常勤 () 人 非常勤 () 人
6)	理学療法士	常勤 () 人 非常勤 () 人
7)	言語聴覚士	常勤 () 人 非常勤 () 人
8)	ピアサポーター	常勤 () 人 非常勤 () 人
9)	その他 ()	常勤 () 人 非常勤 () 人

問 3 貴院において、一般的な初診までのおよその待機期間を教えてください。(緊急対応を除く)

約 () 日

問 4 下記の外来業務について、令和 6 年 4 月の実施状況を教えてください。*灰色は、診療報酬算定項目

1)	当日の緊急新患の診察	☐ あり ☐ なし
2)	病状悪化時の当日の再診	☐ あり ☐ なし
3)	救急車での救急搬送	☐ あり ☐ なし
4)	警察からの搬送	☐ あり ☐ なし
5)	警察官同伴での受診・警察からの紹介	☐ あり ☐ なし
6)	標榜診察時間を 30 分以上過ぎてからの診察	☐ あり ☐ なし
7)	時間外加算/時間外特例加算/深夜加算休日加算いずれかの算定	☐ あり ☐ なし
8)	地域連携・休日診療料の算定	☐ あり ☐ なし
9)	夜間休日救急搬送医学管理料の算定	☐ あり ☐ なし
10)	オンライン診療料の算定	☐ あり ☐ なし

問 4（続き）下記の外来業務について、令和 6 年 4 月の施状況を教えてください。* 灰色は、診療報酬算定項目

11)	糖尿病・高血圧・高脂血症等、生活習慣病の診療	☐ あり ☐ なし
12)	身体科他院（一般病院の場合、同一病院の他科を含む）への診療情報提供	☐ あり ☐ なし
13)	生活習慣病管理料の算定	☐ あり ☐ なし
14)	外来栄養食事指導料の算定	☐ あり ☐ なし
15)	精神保健福祉士による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
16)	看護師による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
17)	公認心理師による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
18)	作業療法士による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
19)	その他の専門職による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
20)	療養生活継続支援加算の算定	☐ あり ☐ なし
21)	療養生活環境整備指導加算の算定	☐ あり ☐ なし
22)	措置入院後継続支援加算の算定	☐ あり ☐ なし
23)	継続外来支援・指導料の算定	☐ あり ☐ なし
24)	精神科退院時共同指導料 1 の算定	☐ あり ☐ なし

問 5 訪問診療等の実施について、令和 6 年 4 月の実施状況を教えてください。* 灰色は、診療報酬算定項目

1)	往診料の算定	☐ あり ☐ なし
2)	在宅患者訪問診療料の算定	☐ あり ☐ なし
3)	精神科在宅患者支援管理料の算定	☐ あり ☐ なし
4)	在宅時医学総合管理料の算定	☐ あり ☐ なし
5)	精神科訪問看護指導料の算定	☐ あり ☐ なし
6)	精神科訪問看護指示料の算定	☐ あり ☐ なし
7)	精神科オンライン在宅管理料の算定	☐ あり ☐ なし
8)	診療報酬算定外の医師による院外の診療	☐ あり ☐ なし
9)	診療報酬算定外の精神保健福祉士による院外の相談・面接	☐ あり ☐ なし
10)	診療報酬算定外の公認心理師による院外の相談・面接	☐ あり ☐ なし
11)	診療報酬算定外のその他の専門職による院外の相談・面接	☐ あり ☐ なし

問 6 下記の地域連携について、令和 6 年 4 月の実施状況を教えてください。* 灰色は、診療報酬算定項目

1)	下記の機関に対し意見書/診断書を記載しましたか。あてはまる機関を選択してください。（複数可）
	☐ 学校等の教育機関 ☐ 職場/障害者職業センター/ハローワーク等の就労関係機関 ☐ 障害福祉サービス事業者 ☐ 介護保険サービス事業者 ☐ 保健所/児童相談所/生活保護担当者等の行政機関
2)	下記の機関と正式な文書以外の協議（対面/電話/オンライン/メール/FAX 等による協議。地域ケア会議を含む）を実施しましたか。あてはまる機関を選択してください。（複数可）
	☐ 学校等の教育機関 ☐ 職場/障害者職業センター/ハローワーク等の就労関係機関 ☐ 障害福祉サービス事業者 ☐ 介護保険サービス事業者 ☐ 保健所/児童相談所/生活保護担当者等の行政機関

ご協力ありがとうございました

精神科診療所の機能に関する調査

問1. 貴院が所在する都道府県をおしえてください。()

問2. 貴院に勤務するスタッフの数をおしえてください。

- | | | |
|---------------|----------|-----------|
| ・ 精神科医師数 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ うち、精神保健指定医数 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ 看護師数 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ 精神保健福祉士 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ 公認心理師 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ 作業療法士 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ ピアスタッフ | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ その他の専門職 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |

問3. 貴院における初診待機日数は、何日程度ですか。約 () 日

問4. 貴院において、初診待機日数を減らすための対策として、どのような方法が考えられますか。

- | | | | | |
|--|------|-----|----------|------|
| ・ 精神科医の雇用 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 精神科医以外の医師の雇用 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 診療時間の延長 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 診療日数の増加 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 初診にかかる時間の削減 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 再診患者の診療間隔の延長 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 再診患者を他院に紹介する | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ メディカルスタッフによる診療の補完 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ その他、初診待機日数を減らすための対策があればおしえてください。(自由記述) | () | | | |

問5. 貴院においては、「過去 6 か月間の「初診日に 30 分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数
(合計)／勤務する医師数 ≥ 60 」の基準を満たすことは可能ですか。

現在でも可能 工夫により可能 不可能 わからない

問6. 2024 年 11 月の通院・在宅精神療法の算定状況につきおしえてください。

通院精神療法のべ算定数 () 件

このうち、

- | | |
|-----------------------------|-------|
| 初診料+60 分以上の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 初診料+30 分以上 60 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 初診料+30 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 再診料+30 分以上 60 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 再診料+20 分以上 30 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 再診料+10 分以上 20 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 再診料+5 分以上 10 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |

このうち、

初診料+30分以上60分未満の通院精神療法算定数（ ）件

再診料+30分以上60分未満の通院精神療法算定数（ ）件

再診料+30分以上60分未満の通院精神療法算定数（ ）件

再診料+20分以上30分未満の通院精神療法算定数（ ）件

再診料+10分以上20分未満の通院精神療法算定数（ ）件

再診料+5分以上10分未満の通院精神療法算定数 () 件

- ・ 本人が長時間の診療を望まない
- ・ 紹介元から十分な情報が得られている
- ・ 事前に家族等からの相談を受けていた
- ・ 事前に別の機関（保健所、学校等）で本人からの相談を受けていた
- ・ 病状等の影響により長時間の診察が本人の負担となる
- ・ その他

ある場合、どのようなケースであれば予約外に初診を受けていますか。(複数回答可)

- ・ 予約の段階で、早急な診察が必要と判断されたケース
- ・ 早急に診断書が必要と判断されたケース
- ・ 知人からの依頼
- ・ 他院からの紹介
- ・ 行政機関からの依頼
- ・ 学校からの依頼
- ・ 企業からの依頼
- ・ その他（ ）

精神科医 精神科医以外の専門職 受付スタッフ その他（ ）

・ 精神科救急医療確保事業における外来対応施設：	実施中	実施予定	実施不可能	実施検討中	事業自体がない
・ 時間外対応加算 1 の届出：	届出済	届出可能	届出検討中	届出不可能	
・ 時間外対応加算 2 の届出：	届出済	届出可能	届出検討中	届出不可能	
・ 時間外対応加算 3 の届出：	届出済	届出可能	届出検討中	届出不可能	

問11. 精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制はありますか。あてはまるものを選択してください。

- ・ 原則常時対応している
- ・ 公的機関からの問い合わせであることが文書などで確認できれば原則常時対応している
- ・ 公的機関の問い合わせであることが確認でき、本人同意があれば原則常時対応している
- ・ 今後、原則常時対応できる体制を構築することは可能
- ・ 原則常時対応することはできない
- ・ その他（ ）

問12. 複数の診療所との連携により、時間外対応を実施していますか。

実施している そのような体制があれば協力できる そのような体制があっても協力不可能

問13. 上記以外の方法で時間外対応を実施されている場合、その内容を具体的におしえてください。

（ ）

問14. 貴院の医師は、以下のいずれかの業務に従事されていますか。該当するものを選択してください。(複数選択可)

- ・ 措置診察
- ・ 精神医療審査会委員
- ・ その他の指定医業務（具体的に ）
- ・ 学校・教育委員会活動
- ・ 保健所・保健センター嘱託医
- ・ 福祉事務所嘱託医
- ・ 児童相談所嘱託医
- ・ 認知症サポート医
- ・ 国や自治体が開催する会議への参加
- ・ その他行政機関における活動（具体的に ）
- ・ 嘱託産業医活動
- ・ 普及啓発活動（具体的に ）
- ・ その他の地域貢献（ ）

ご協力ありがとうございました

岡山県精神科医療センター 入院の経緯と対象者属性

別紙 6

対象患者の年齢・性別 平均年齢39.0歳（中央値40） 女性43，男性42，欠3

入院の経緯

急性期病棟からの転棟39（44.3%）
頻回入院による生活の立て直し22（25.0%）
急性増悪12（13.6%）
他院・地域からの要請3（3.4%）
地域定着のための計画入院3（3.4%）
その他9（10.2%）

地ケア病棟・88人

入院形態

任意 34（38.6%）
医保 51（58.0%）
措置 2（2.3%）
応急 1（1.1%）

主診断

F1 5（5.7%）
F2 47（53.4%）
F3 12（13.6%）
F4 4（3.4%）
F6 1（1.1%）
F7 3（3.4%）
F8 16（18.2%）

前回の入院から3ヶ月以内の再入院59（67.0%）

入院前1年間の入院回数

0回 20（22.7%）
1回 25（28.4%）
2回 22（25.0%）
3回 10（11.4%）
4回以上 10（11.4%）

副診断あり

F7 4（3.4%）
F8 6（6.8%）

身体合併症あり 7（8.0%）

1

岡山県精神科医療センター 入院中の治療・ケア

主な入院中の治療・支援 （月1回以上実施）

MHSW面接68（77.3%）
運動プログラム65（73.9%）
集団作業療法60（68.2%）
家族調整51（58.0%）
個別作業療法37（42.0%）
心理面接28（31.8%）
外泊訓練・退院前訪問27（30.7%）
クライシスプラン作成24（27.3%）
疾病教育19（21.6%）
栄養指導19（21.6%）
住居支援18（20.5%）
同伴外出18（20.5%）
服薬指導14（16.0%）

院外スタッフの訪問136（40.9%）

行政（市町村、児相など）12（33.3%）
障害福祉サービス関係21（58.4%）
その他医療機関関係11（30.6%）
その他福祉機関関係7（19.4%）
住居支援者5（13.9%）
弁護士等3（8.4%）
介護保険関係2（5.6%）

院外からの訪問が多い

入院中ケースマネジメント

ケースマネジメント担当者選任85（96.6%）
院内多職種会議開催64（72.7%）
（うち患者参加あり45）
院内多職種＋院外支援者の会議50（56.7%）
（うち患者参加あり43）

2

岡山県精神科医療センター 退院後のケアと退院後転帰

退院後のケア（複数回答）

ケースマネジメント担当者選任 57(64.8%)
 （入院時と同じ担当者40）
 相談支援・計画相談利用 37(42.0%) **他機関との連携重視**
訪問看護 53(60.2%)（平均5.0回/月）
 その他の機関からの訪問 11(12.5%)
 デイケア 24(27.3%) 成年後見制度 12(13.6%)
 障害福祉（住居） 16(18.2%) 障害福祉（訪問） 27(30.7%)
 障害福祉（自立支援） 17(19.3%)
 経済支援 26(29.5%) 行政の支援 18(20.5%) 教育支援 8(9.1%)

退院後転帰

退院後1年間の再入院あり 57(64.8%)
 CGI-I(症状改善度)
 非常によくなった 1(1.1%)
 よくなった 13(14.8%)
 少しよくなった 37(42.0%)
 変わらなかった 25(28.4%)
 少し悪くなった 9(10.2%)
 悪くなった 3(3.4%)

■ICMSの変化

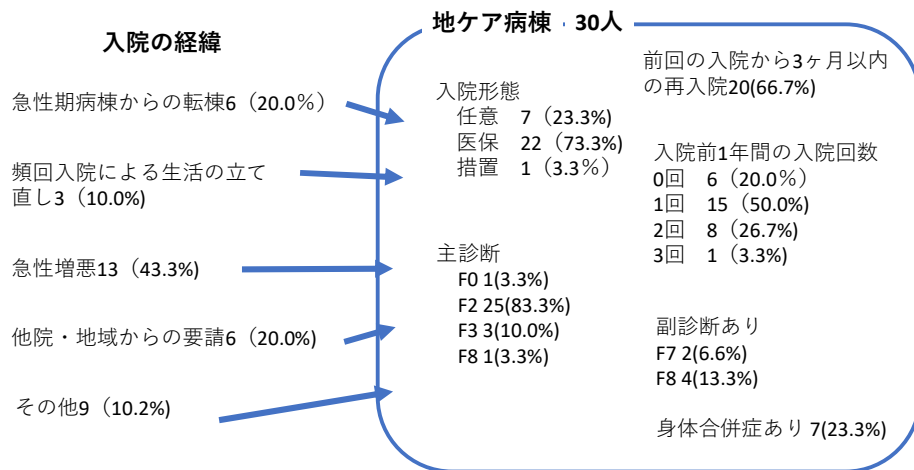
	退院時(n=88)		退院後1年時点(n=88)		P
	あり	%	あり	%	
6か月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題	71	80.7	54	61.4	<0.01
自分一人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題	74	84.1	65	73.9	<0.05
家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等	26	29.5	17	19.3	<0.05
行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになった	13	14.8	7	8.0	0.057
自傷や自殺を企てたこと	23	26.1	11	12.5	<0.01
家族への暴力、暴言、拒絶	31	35.2	17	19.3	<0.01
その他の警察・保健所介入歴	30	34.1	13	14.8	<0.01
定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上	15	17	6	6.8	<0.05
外来受診をしないことが2か月以上	9	10.2	4	4.5	0.095
自分の病気の知識や理解に乏しい、治療の必要性の理解ない	50	56.8	37	42.0	<0.01
直近の入院は措置入院	1	1.1	2	2.3	0.56
日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに経済的な問題	9	10.2	4	4.5	0.059
家賃の支払いに経済的な問題	4	4.5	3	3.4	0.564
支援をする家族がいない	18	20.5	16	18.2	0.157
同居家族が支援を要する困難な問題	17	19.3	18	20.5	0.564
	Mean	SD	Mean	SD	
合計スコア	4.4	2.6	3.1	2.5	<0.01

木村病院 入院の経緯と対象者属性

別紙 7

対象患者の年齢・性別：平均年齢46.1歳（中央値48） 女性16, 男性14

スタッフ配置：確認中



1

木村病院 入院中の治療・ケア

主な入院中の治療・支援
(月1回以上実施)

MHSW面接21(70.0%)
 集団作業療法26(86.7%)
家族調整15(50.0%)
 心理面接2(6.7%)
外泊訓練・退院前訪問11(12.5%)
 疾病教育1(3.6%)
 住居支援7(23.3%)
 同伴外出2(6.7%)
 服薬指導1(3.6%)

院外スタッフの訪問18(60.0%)

行政（市町村、児相など）6(20.0%)
 障害福祉サービス関係11(36.7%)
 その他医療機関関係4(13.3%)
 その他福祉機関関係4(13.3%)
 住居支援者5(13.9%)
 介護保険関係3(10.0%)

院外からの訪問が多い

入院中ケースマネジメント

ケースマネジメント担当者選任30(100%)
院内多職種会議開催15(50.0%)
 (うち患者参加あり8)
院内多職種＋院外支援者の会議17(56.7%)
 (うち患者参加あり12)

2

木村病院 退院後のケアと退院後転帰

退院後のケア（複数回答）

ケースマネジメント担当者選任15(50.0%)
 （入院時と同じ担当者12）
 相談支援・計画相談利用10(33.3%)
訪問看護13(43.3%)
 （平均5.3回/月）
 訪問診療 1(3.3%)
 その他の機関からの訪問3(10.0%)
 障害福祉（住居）8(26.7%)
 障害福祉（訪問）6(20.0%)
 障害福祉（自立支援）4(13.3%)
 経済支援7(23.3%)

他機関との連携重視

退院後転帰

退院後1年間の再入院あり18(60.0%)
 CGI-I(症状改善度)
 非常によくなった5(16.7%)
 よくなった12(40.0%)
 少しよくなった6(20.0%)
 変わらなかった4(13.3%)
 少し悪くなった2(6.7%)
 悪くなった1(3.3%)

■ICMSの変化	退院時(n=30)		退院後1年時点(n=30)		P
	あり	%	あり	%	
6か月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題	29	96.7	26	86.7	0.083
自分一人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題	29	96.7	26	86.7	0.083
家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等	8	26.7	6	20	0.317
行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになった	2	6.7	2	6.7	1.000
自傷や自殺を企てたこと	9	30	5	16.7	<0.05
家族への暴力、暴言、拒絶	10	33.3	5	16.7	<0.05
その他の警察・保健所介入歴	14	46.7	7	23.3	<0.05
定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上	9	30	5	16.7	<0.05
外来受診をしないことが2か月以上	6	20	4	13.3	0.157
自分の病気の知識や理解に乏しい、治療の必要性の理解ない	17	56.7	18	60	0.564
直近の入院は措置入院	1	3.3	3	10	0.157
日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに経済的な問題	0	0	0	0	1.000
家賃の支払いに経済的な問題	0	0	0	0	1.000
支援をする家族がいない	5	16.7	5	16.7	1.000
同居家族が支援を要する困難な問題	8	26.7	8	26.7	1.000
	Mean	SD	Mean	SD	
合計スコア	4.9	2.2	4	2.1	<0.01

岡山県精神科医療センター西2病棟の取組

西2病棟の基礎情報

2004(H16)年開設
男女混合閉鎖病棟56床
15:1看護基準
医師3名(指定医1名)

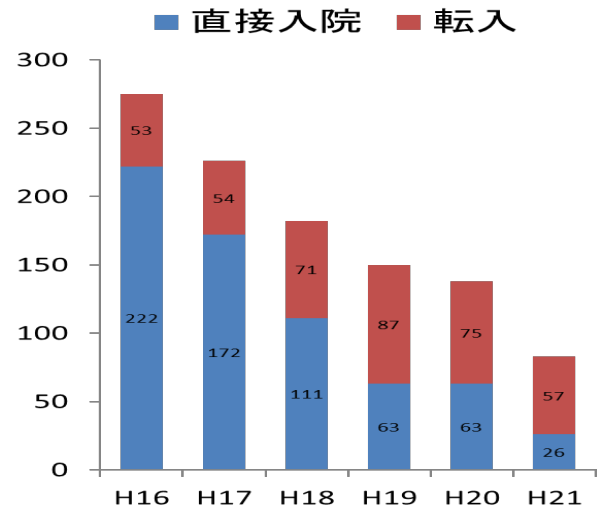
西2病棟に受け入れる患者の特徴

多職種による包括的ケア・地域連携を必要とする症例
退院3ヶ月以内の再入院症例
入院3ヶ月を超える症例
クロザピン導入、mECT

2009(H21)年時点の課題

長期入院者の蓄積
新規入院受入減
平均在院日数の増加

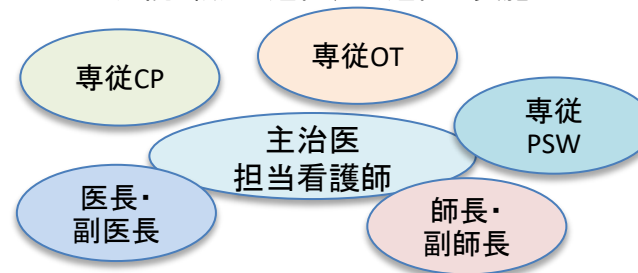
2010(平成22)年以降



包括的ケアの提供

多職種アセスメント会議

入院・転入4週目、12週目に実施



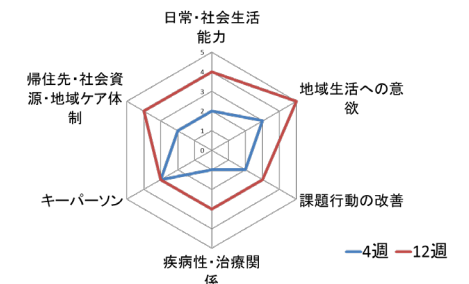
専門職同伴での外出

自宅訪問	9%	買い物	12%
院外レク	9%	施設見学	12%
福祉サービス手続き	1%	他科受診	3%
家族の葬儀や墓参り		免許更新	

人員配置

看護師 18名→29名
(看護基準は15:1)
精神保健福祉士 0名→2名
作業療法士 0名→2名
臨床心理士 0名→1名

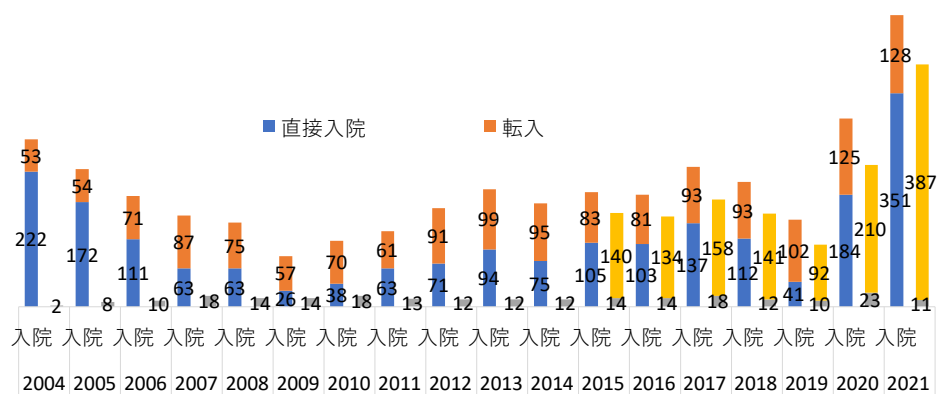
評価システム



その他

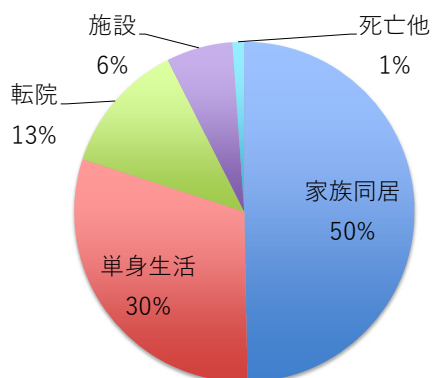
地域連携の重視
自助グループ活動

入退院数の推移



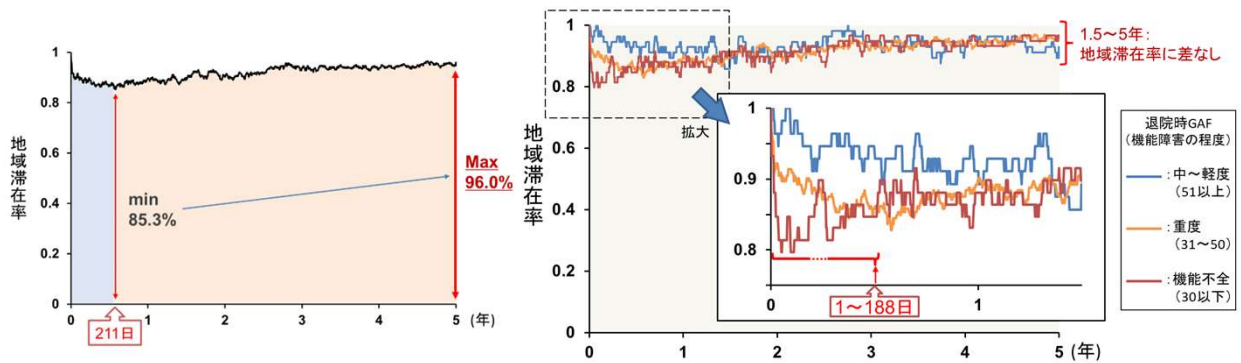
1

退院先



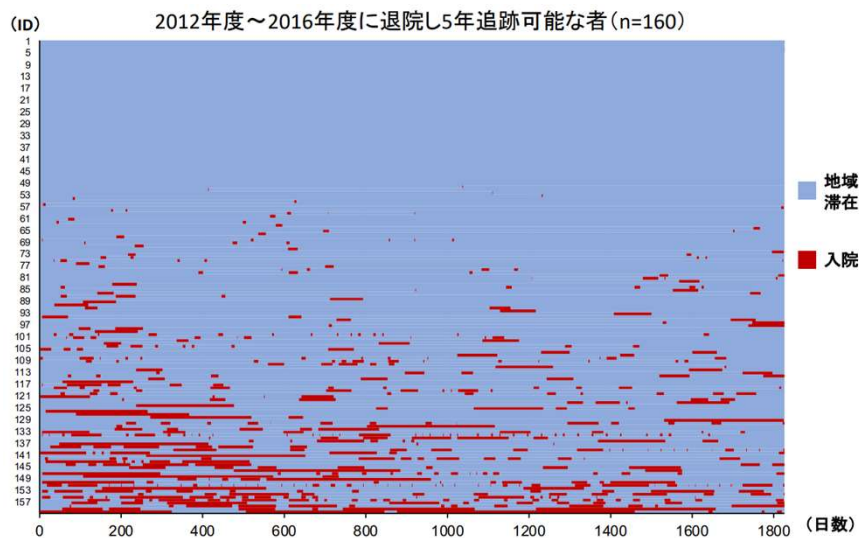
2

地域滞在率の推移 (2012年度～2015年度に退院した患者：347名)



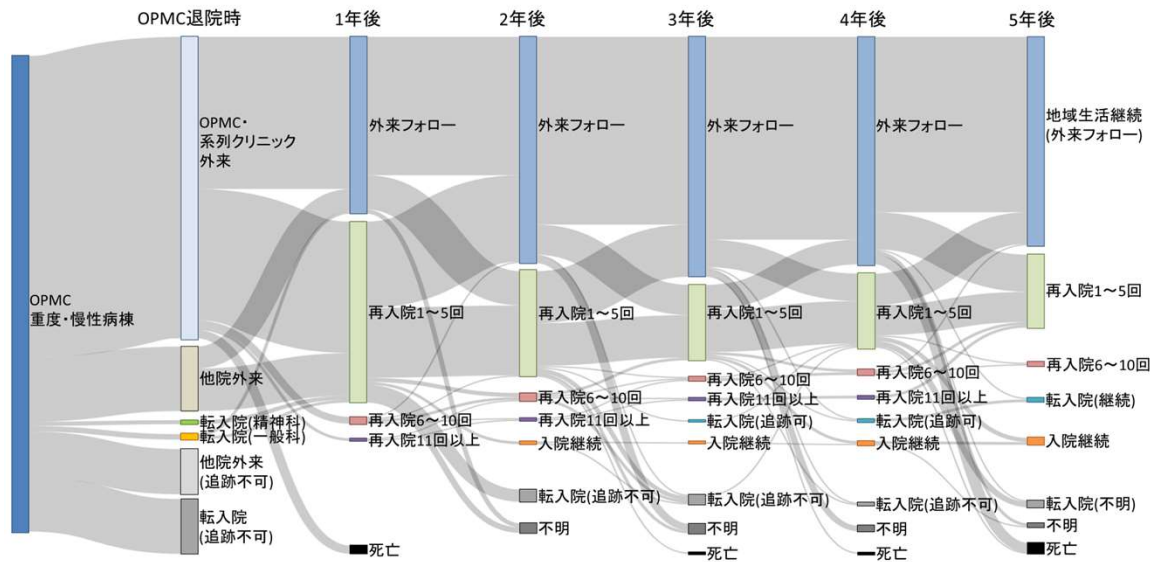
1

退院後5年間の入退院状況



2

対象者の転帰



対象者の属性(1)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
年齢 (平均, SD)	47.5	18.2	42.2	15.8	52.9	19.0	49.4	17.9	44.9	18.4	0.196
性別(男性)	41	37.3%	27	48.2%	14	25.9%	19	31.1%	22	44.9%	0.199
主診断											0.065
F0:器質性精神障害	5	4.5%	1	1.8%	4	7.4%	2	3.3%	3	6.1%	
F1:精神作用物質使用	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	
F2:統合失調症圏	82	74.5%	42	75.0%	40	74.1%	50	82.0%	32	65.3%	
F3(F30/F31以外):気分障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
F30/F31:気分障害(躁病エピソード・ 双極性障害)	9	8.2%	3	5.4%	6	11.1%	3	4.9%	6	12.2%	
F4:神経症性障害圏	3	2.7%	3	5.4%	0	0.0%	1	1.6%	2	4.1%	
F5:生理的障害及び身体的要因に関連 した行動症候群	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
F6:人格障害圏	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
F7:知的障害	3	2.7%	2	3.6%	1	1.9%	3	4.9%	0	0.0%	
F8:心理的発達障害	7	6.4%	4	7.1%	3	5.6%	1	1.6%	6	12.2%	
F9:小児期及び青年期に通常発症する 行動及び情緒の障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
救急・地ケアの入院日数 (平均, SD)	758	1899	173	235	1364	2573	1319	2415	59	55	<0.001
(中央値、四分位範囲)	174	40-504	69	12-224	299	124- 1505	399	234- 1257	41	7-101	
救急・地ケアの合計入院日数が年間180日 以上	61	55.5%	26	46.4%	35	64.8%	61	100.0%	0	0.0%	<0.001

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

1

対象者の属性(2)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
現在の入院形態											0.660
任意	25	22.7%	15	26.8%	10	18.5%	12	19.7%	13	26.5%	
医療保護	82	74.5%	39	69.6%	43	79.6%	47	77.0%	35	71.4%	
措置	3	2.7%	2	3.6%	1	1.9%	2	3.3%	1	2.0%	
緊急措置	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
応急	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
入院形態の変更あり	25	22.7%	11	19.6%	14	25.9%	18	29.5%	7	14.3%	
変更前の入院形態(母数:入院形態変更あり)											0.338
任意	8	32.0%	3	27.3%	5	35.7%	5	27.8%	3	42.9%	
医療保護	7	28.0%	3	27.3%	4	28.6%	5	27.8%	2	28.6%	
措置	8	32.0%	3	27.3%	5	35.7%	6	33.3%	2	28.6%	
緊急措置	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
応急	2	8.0%	2	18.2%	0	0.0%	2	11.1%	0	0.0%	
他病棟からの転棟あり	30	27.3%	22	39.3%	8	14.8%	17	27.9%	13	26.5%	1.000
転棟前の病棟(母数:転棟あり)											NA
自院の救急・急性期病棟	30	100.0%	22	100.0%	8	100.0%	17	100.0%	13	100.0%	
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
転棟理由(母数:転棟あり)											1.000
転棟前の病棟で算定外のため	27	90.0%	20	90.9%	7	87.5%	15	88.2%	12	92.3%	
その他	3	2.7%	2	9.1%	1	12.5%	2	11.8%	1	7.7%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

2

対象者の属性(3)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
状態像 (複数選択可)											
なし	3	2.7%	2	3.6%	1	1.9%	2	3.3%	1	2.0%	1.000
幻覚妄想状態	61	55.5%	34	60.7%	27	50.0%	37	60.7%	24	49.0%	0.302
精神運動興奮状態	42	38.2%	20	35.7%	22	40.7%	20	32.8%	22	44.9%	0.270
昏迷状態	6	5.5%	4	7.1%	2	3.7%	3	4.9%	3	6.1%	1.000
統合失調症等残遺状態	27	24.5%	6	10.7%	21	38.9%	23	37.7%	4	8.2%	0.001
抑鬱状態	11	10.0%	9	16.1%	2	3.7%	4	6.6%	7	14.3%	0.306
躁状態	5	4.5%	5	8.9%	0	0.0%	2	3.3%	3	6.1%	0.802
せん妄状態	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
もうろう状態	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
認知症状態	7	6.4%	1	1.8%	6	11.1%	4	6.6%	3	6.1%	1.000
その他	4	3.6%	4	7.1%	0	0.0%	2	3.3%	2	4.1%	1.000
重複診断 (複数選択可)											
なし	81	73.6%	37	66.1%	44	81.5%	45	73.8%	36	73.5%	1.000
精神作用物質使用	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	0	0.0%	2	4.1%	0.382
知的障害	14	12.7%	7	12.5%	7	13.0%	8	13.1%	6	12.2%	1.000
発達障害	15	13.6%	13	23.2%	2	3.7%	9	14.8%	6	12.2%	0.919

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

3

対象者の属性(4)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
管理が必要な身体疾患 (複数選択可)											
なし	94	85.5%	51	91.1%	43	79.6%	50	82.0%	44	89.8%	0.376
循環器・心疾患	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
脳血管疾患	3	2.7%	0	0.0%	3	5.6%	3	4.9%	0	0.0%	0.325
末梢血管疾患	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
糖尿病	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
肝疾患	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
腎疾患	2	1.8%	0	0.0%	2	3.7%	2	3.3%	0	0.0%	0.575
慢性肺・呼吸器疾患	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
消化器潰瘍性疾患	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
認知症	6	5.5%	1	1.8%	5	9.3%	3	4.9%	3	6.1%	1.000
麻痺	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
膠原病	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
HIV	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
悪性腫瘍(原発、リンパ腫・白血病含む)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
悪性腫瘍(転移性)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
喫煙	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
デボ/LAIの使用	21	19.1%	9	16.1%	12	22.2%	12	19.7%	9	18.4%	1.000
クロザピンの使用											0.861
なし	81	73.6%	34	60.7%	47	87.0%	44	72.1%	37	75.5%	
なし・利用歴あり	4	3.6%	3	5.4%	1	1.9%	2	3.3%	2	4.1%	
あり	25	22.7%	19	33.9%	6	11.1%	15	24.6%	10	20.4%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

4

対象者の属性(5)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
強度行動障害											
あり	17	15.5%	2	3.6%	15	27.8%	13	21.3%	4	8.2%	0.103
ありの場合 強度行動障害スコア (平均, SD)	16.3	11.3	20.0	12.7	15.8	11.5	17.9	12.6	11.0	1.2	0.299
ありの場合 医療度判定スコア (平均, SD)	32.6	11.7	20.0	14.1	34.3	10.7	32.7	12.8	32.3	8.3	0.950
CGI-S (平均, SD)	5.6	1.0	5.1	1.0	6.1	0.8	5.9	0.9	5.3	1.1	0.006
GAF得点 (平均, SD)	26.6	8.9	27.3	9.0	25.8	8.9	23.9	9.1	29.9	7.7	<0.001
障害年金受給											
あり	68	61.8%	42	75.0%	26	48.1%	41	67.2%	27	55.1%	0.270
1級 (母数:障害年金受給あり)	16	23.5%	6	14.3%	10	38.5%	15	36.6%	1	3.7%	0.005
2級 (母数:障害年金受給あり)	52	76.5%	38	90.5%	14	53.8%	26	63.4%	26	96.3%	
生保受給あり	31	28.2%	15	26.8%	16	29.6%	20	32.8%	11	22.4%	0.325
住居											0.943
家族、パートナー等と同居	55	50.0%	22	39.3%	33	61.1%	32	52.5%	23	46.9%	
独居	34	30.9%	18	32.1%	16	29.6%	18	29.5%	16	32.7%	
グループホーム	13	11.8%	13	23.2%	0	0.0%	6	9.8%	7	14.3%	
宿泊型自立訓練施設	2	1.8%	2	3.6%	0	0.0%	1	1.6%	1	2.0%	
その他	5	4.5%	1	1.8%	4	7.4%	3	4.9%	2	4.1%	
入院前のケースマネジメント(複数選択可)											
なし	61	55.5%	24	42.9%	37	68.5%	33	54.1%	28	57.1%	0.899
総合支援法の相談支援事業・計画相談	30	27.3%	21	37.5%	9	16.7%	18	29.5%	12	24.5%	0.710
介護保険	12	10.9%	4	7.1%	8	14.8%	6	9.8%	6	12.2%	0.924
医療観察法(の対象)	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
行政	9	8.2%	8	14.3%	1	1.9%	7	11.5%	2	4.1%	0.291

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

5

対象者の属性(6)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
入院前の医療サービス(複数選択可)											
なし	64	58.2%	29	51.8%	35	64.8%	39	63.9%	25	51.0%	0.242
デイケア	10	9.1%	6	10.7%	4	7.4%	6	9.8%	4	8.2%	1.000
訪問看護	42	38.2%	25	44.6%	17	31.5%	20	32.8%	22	44.9%	0.270
その他	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
入院前の地域福祉サービス(複数選択可)											
なし	86	78.2%	40	71.4%	46	85.2%	49	80.3%	37	75.5%	0.707
就労継続A型	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
就労継続B型	6	5.5%	4	7.1%	2	3.7%	3	4.9%	3	6.1%	1.000
就労移行支援	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	1	1.6%	1	2.0%	1.000
生活訓練	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
自立生活援助	2	1.8%	2	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.1%	0.382
居宅介護	5	4.5%	3	5.4%	2	3.7%	3	4.9%	2	4.1%	1
生活介護	5	4.5%	5	8.9%	0	0.0%	4	6.6%	1	2.0%	0.503
地域移行支援	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
地域定着支援	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
地域活動支援センター	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
その他	4	3.6%	2	3.6%	2	3.7%	2	3.3%	2	4.1%	1
入院前の就労・就学											0.122
就労も就学もしていない	104	94.5%	52	92.9%	52	96.3%	60	98.4%	44	89.8%	
就学していた	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	0	0.0%	2	4.1%	
一般企業等で就労していた	4	3.6%	3	5.4%	1	1.9%	1	1.6%	3	6.1%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

6

対象者の属性(7)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
今回の入院の経路											0.469
自院	64	58.2%	39	69.6%	25	46.3%	31	50.8%	33	67.3%	
他院(精神)からの紹介	28	25.5%	11	19.6%	17	31.5%	18	29.5%	10	20.4%	
他院(一般)からの紹介	6	5.5%	3	5.4%	3	5.6%	3	4.9%	3	6.1%	
行政からの紹介	8	7.3%	2	3.6%	6	11.1%	5	8.2%	3	6.1%	
福祉事業所からの紹介	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	
介護事業所からの紹介	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	
その他	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	2	3.3%	0	0.0%	
過去の精神科入院回数の合計 (平均, SD)	7.8	8.2	9.5	9.1	5.7	6.5	6.8	6.2	8.9	9.9	0.177
過去1年の入院回数の合計 (平均, SD)	1.6	2.6	2.6	3.3	0.6	0.7	0.9	1.5	2.5	3.4	0.001

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

7

ICMSS

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
合計スコア:1-15(11を除く)で「あり」と答えた項目の合計数 (平均, SD)	6.1	2.7	6.3	2.9	5.8	2.4	6.5	2.6	5.6	2.6	0.064
1. 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある	109	99.1%	55	98.2%	54	100.0%	61	100.0%	48	98.0%	0.912
2. 自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)	106	96.4%	52	92.9%	54	100.0%	61	100.0%	45	91.8%	0.078
3. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	59	53.6%	32	57.1%	27	50.0%	37	60.7%	22	44.9%	0.146
4. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	21	19.1%	17	30.4%	4	7.4%	12	19.7%	9	18.4%	1.000
5. 自傷や自殺を企てたことがある	28	25.5%	20	35.7%	8	14.8%	15	24.6%	13	26.5%	0.990
6. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	51	46.4%	31	55.4%	20	37.0%	30	49.2%	21	42.9%	0.639
7. その他の警察・保健所介入歴がある	41	37.3%	26	46.4%	15	27.8%	23	37.7%	18	36.7%	1.000
8. 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	33	30.0%	15	26.8%	18	33.3%	18	29.5%	15	30.6%	1.000
9. 外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	24	21.8%	11	19.6%	13	24.1%	14	23.0%	10	20.4%	0.929
10. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	99	90.0%	48	85.7%	51	94.4%	55	90.2%	44	89.8%	1.000
11. 直近の入院は措置入院である	11	10.0%	5	8.9%	6	11.1%	8	13.1%	3	6.1%	0.371
12. 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	15	13.6%	7	12.5%	8	14.8%	11	18.0%	4	8.2%	0.223
13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	10	9.1%	7	12.5%	3	5.6%	7	11.5%	3	6.1%	0.524
14. 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	33	30.0%	18	32.1%	15	27.8%	22	36.1%	11	22.4%	0.180
15. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)	39	35.5%	14	25.0%	25	46.3%	30	49.2%	9	18.4%	0.002
*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値:180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載											

8

ICMSS追加項目

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/ %	平均/n	SD/ %	平均/n	SD/ %	平均/n	SD/ %	平均/n	SD/ %	p
16# うつ病、精神疾患、自殺者未遂をした人と生活している	10	9.1 %	6	10.7 %	4	7.4 %	8	13.1 %	2	4.1 %	0.192
17# アルコール中毒や薬物中毒(処方薬を含む)を患っている人と生活している	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	NA
18# 収監された、あるいは実刑判決を受けた人と生活している	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	NA
19# 家族から、罵られたり、侮辱されたり、けなされたりする、あるいは愛されていない	10	9.1 %	9	16.1 %	1	1.9 %	6	9.8 %	4	8.2 %	1.000
20# 家族から、叩く、殴る、蹴るなどの危害や肉体的な暴力を加えられる	1	0.9 %	1	1.8 %	0	0.0 %	1	1.6 %	0	0.0 %	1.000
21# 望まない性的接触(愛撫、あるいは口内/肛門/膣内の性交/挿入など)を強制される	2	1.8 %	2	3.6 %	0	0.0 %	2	3.3 %	0	0.0 %	0.575

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値:180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

9

小児期逆境体験(ACE)スコア

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	p
ACEスコア (0-10) (平均, SD)	0.7	1.4	0.8	1.7	0.6	0.8	0.9	1.4	0.5	1.3	0.131
(中央値、四分位範囲)	0.0	0.0 - 1.0	0	0.0 - 1.0	0	0.0 - 1.0	0.5	0.0 - 1.0	0	0.0 - 1.0	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値:180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

ACE質問票 *ACEスコア:「はい」の合計数

- 十分な食事が与えられない、衣服が汚れている、あるいは守ってくれる人や世話してくれる人がいないと感じた
- 離婚、育児放棄、死亡などの理由で、親をなくした
- うつ病、精神疾患、自殺者未遂をした人と生活していたことがある
- アルコール中毒や薬物中毒(処方薬を含む)を患っている人と生活していたことがある
- 家にいる親や大人が、お互いに突き飛ばしたり、殴ったり、叩いたり、あるいは危害を加えたり、脅したりしたことがある
- 収監された、あるいは実刑判決を受けた人と生活したことがある
- 家にいる親や大人が、あなたを罵ったり、侮辱したり、けなしたことがある
- 家にいる親や大人が、あなたを叩く、殴る、蹴るなどの肉体的な暴力を加えたことがある
- 家族の誰からも愛されている、あるいは特別な存在だと思われたことがないと感じる
- 自分が望まない性的接触(愛撫、あるいは口内/肛門/膣内の性交/挿入など)を強制されたことがある

10

日常生活能力

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
1. 整容と衛生 に問題あり	84	76.4%	38	67.9%	46	85.2%	48	78.7%	36	73.5%	0.800
軽度の問題あり	43	39.1%	21	37.5%	22	40.7%	25	41.0%	18	36.7%	
明らかな問題あり	41	37.3%	17	30.4%	24	44.4%	23	37.7%	18	36.7%	
2. 金銭管理 に問題あり	99	90.0%	48	85.7%	51	94.4%	54	88.5%	45	91.8%	0.190
軽度の問題あり	35	31.8%	24	42.9%	11	20.4%	15	24.6%	20	40.8%	
明らかな問題あり	64	58.2%	24	42.9%	40	74.1%	39	63.9%	25	51.0%	
3. 家事・料理・買い物 に問題あり	100	90.9%	49	87.5%	51	94.4%	57	93.4%	43	87.8%	0.235
軽度の問題あり	48	43.6%	32	57.1%	16	29.6%	24	39.3%	24	49.0%	
明らかな問題あり	52	47.3%	17	30.4%	35	64.8%	33	54.1%	19	38.8%	
4. 安全管理 に問題あり	92	83.6%	40	71.4%	52	96.3%	51	83.6%	41	83.7%	0.210
軽度の問題あり	40	36.4%	25	44.6%	15	27.8%	18	29.5%	22	44.9%	
明らかな問題あり	52	47.3%	15	26.8%	37	68.5%	33	54.1%	19	38.8%	
5. 公共機関の利用 に問題あり	91	82.7%	41	73.2%	50	92.6%	55	90.2%	36	73.5%	0.011
軽度の問題あり	39	35.5%	26	46.4%	13	24.1%	19	31.1%	20	40.8%	
明らかな問題あり	52	47.3%	15	26.8%	37	68.5%	36	59.0%	16	32.7%	
6. 服薬の管理 に問題あり	105	95.5%	51	91.1%	54	100.0%	56	91.8%	49	100.0%	0.001
軽度の問題あり	41	37.3%	33	58.9%	8	14.8%	14	23.0%	27	55.1%	
明らかな問題あり	64	58.2%	18	32.1%	46	85.2%	42	68.9%	22	44.9%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

11

メニガー患者分類表(1)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
メニガー患者分類表											
I. 管理											0.008
1対1で付き添う	10	9.1%	10	17.9%	0	0.0%	5	8.2%	5	10.2%	
個室に保護する(刺激回避のため)	23	20.9%	10	17.9%	13	24.1%	6	9.8%	17	34.7%	
注意深く観察する	11	10.0%	2	3.6%	9	16.7%	7	11.5%	4	8.2%	
常に気にしている	7	6.4%	4	7.1%	3	5.6%	6	9.8%	1	2.0%	
頻回に観察する	13	11.8%	6	10.7%	7	13.0%	11	18.0%	2	4.1%	
通常の確認	46	41.8%	24	42.9%	22	40.7%	26	42.6%	20	40.8%	
II. 食事											0.077
介助または経管栄養	8	7.3%	3	5.4%	5	9.3%	6	9.8%	2	4.1%	
部屋に配膳する	40	36.4%	28	50.0%	12	22.2%	16	26.2%	24	49.0%	
食堂で食べる(監視必要)	19	17.3%	2	3.6%	17	31.5%	13	21.3%	6	12.2%	
食堂で食べる(監視不要)	43	39.1%	23	41.1%	20	37.0%	26	42.6%	17	34.7%	
III. 個人衛生											0.008
直接介助	26	23.6%	9	16.1%	17	31.5%	16	26.2%	10	20.4%	
声をかけて行動を促したり、できているかどうか確認する	49	44.5%	20	35.7%	29	53.7%	33	54.1%	16	32.7%	
自分で行える	35	31.8%	27	48.2%	8	14.8%	12	19.7%	23	46.9%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

12

メニガー患者分類表(2)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
IV. 活動											0.023
病室のみ	27	24.5%	13	23.2%	14	25.9%	10	16.4%	17	34.7%	
病棟のみ	48	43.6%	16	28.6%	32	59.3%	34	55.7%	14	28.6%	
スケジュール通りの活動、病棟外に出るときは看護師同伴	27	24.5%	21	37.5%	6	11.1%	14	23.0%	13	26.5%	
病棟内外で規則的な活動や余暇活動ができる	8	7.3%	6	10.7%	2	3.7%	3	4.9%	5	10.2%	
V. 責任のレベル											0.139
看護師と1対1で行動する	58	52.7%	24	42.9%	34	63.0%	28	45.9%	30	61.2%	
集団で行動する	45	40.9%	25	44.6%	20	37.0%	30	49.2%	15	30.6%	
1人で行動できる	7	6.4%	7	12.5%	0	0.0%	3	4.9%	4	8.2%	
VI. 指導											0.198
1対1で毎日指導する	29	26.4%	25	44.6%	4	7.4%	14	23.0%	15	30.6%	
1対1で週に3回程度指導する	18	16.4%	6	10.7%	12	22.2%	12	19.7%	6	12.2%	
必要時またはグループ指導	26	23.6%	10	17.9%	16	29.6%	11	18.0%	15	30.6%	
指導は特に行っていない	37	33.6%	15	26.8%	22	40.7%	24	39.3%	13	26.5%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

13

メニガー患者分類表(3)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
VII. 危険性											0.059
離院自傷他害の可能性が高い	46	41.8%	17	30.4%	29	53.7%	21	34.4%	25	51.0%	
離院自傷他害の可能性が中程度	28	25.5%	9	16.1%	19	35.2%	21	34.4%	7	14.3%	
離院自傷他害の可能性は少ない	14	12.7%	8	14.3%	6	11.1%	9	14.8%	5	10.2%	
明らかな危険はない	22	20.0%	22	39.3%	0	0.0%	10	16.4%	12	24.5%	
VIII. 与薬											0.852
拒薬	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	1	1.6%	1	2.0%	
1日に4回以上の与薬	31	28.2%	25	44.6%	6	11.1%	17	27.9%	14	28.6%	
1日の4回未満の与薬	70	63.6%	28	50.0%	42	77.8%	38	62.3%	32	65.3%	
自己管理または頓服薬のみ与薬	7	6.4%	2	3.6%	5	9.3%	5	8.2%	2	4.1%	
IX. 身体的問題											0.444
ベッド上のケア、身体症状による隔離	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	
身体障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
特別ケアが必要な身体合併症	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	2	3.3%	0	0.0%	
通常のケアで足りる身体合併症	22	20.0%	8	14.3%	14	25.9%	11	18.0%	11	22.4%	
身体的問題はなし	85	77.3%	47	83.9%	38	70.4%	47	77.0%	38	77.6%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

14

メニガー患者分類表(4)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
隔離または抑制(身体拘束)	36	32.7%	23	41.1%	13	24.1%	13	21.3%	23	46.9%	0.008
電気ショック療法	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
特別な検査	10	9.1%	10	17.9%	0	0.0%	4	6.6%	6	12.2%	0.485
看護師との時間を頻回に要求する	30	27.3%	25	44.6%	5	9.3%	16	26.2%	14	28.6%	0.953
暴力的行為	19	17.3%	17	30.4%	2	3.7%	10	16.4%	9	18.4%	0.985
破壊的行為	14	12.7%	12	21.4%	2	3.7%	7	11.5%	7	14.3%	0.879
グループへの参加	49	44.5%	24	42.9%	25	46.3%	25	41.0%	24	49.0%	0.519
65歳以上または8歳以下	23	20.9%	7	12.5%	16	29.6%	13	21.3%	10	20.4%	1.000
看護師同伴で病院以外の場所での会合や面接に出かける	9	8.2%	7	12.5%	2	3.7%	4	6.6%	5	10.2%	0.731
看護師同伴で病院内・病棟以外での会合や面接に出かける	11	10.0%	11	19.6%	0	0.0%	5	8.2%	6	12.2%	0.701
3職種以上の多職種カンファレンス	44	40.0%	33	58.9%	11	20.4%	22	36.1%	22	44.9%	0.457
個別作業療法	15	13.6%	15	26.8%	0	0.0%	9	14.8%	6	12.2%	0.919
心理療法	10	9.1%	10	17.9%	0	0.0%	6	9.8%	4	8.2%	1.000
外部機関との連絡調整の開始	32	29.1%	29	51.8%	3	5.6%	18	29.5%	14	28.6%	1.000

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

15

SBS(1)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
合計点 (0-78) (平均, SD)	17.02	10.80	16.39	11.32	17.67	10.30	17.93	11.28	15.88	10.16	0.323
コミュニケーション (0-4)	1.14	1.12	0.89	1.07	1.39	1.12	1.36	1.18	0.86	0.98	0.018
会話内容の一貫性 (0-4)	1.55	1.37	1.39	1.47	1.70	1.24	1.57	1.4	1.51	1.34	0.810
会話の奇妙さ (0-4)	1.23	1.15	1.29	1.23	1.17	1.06	1.13	1.1	1.35	1.2	0.329
社会との適切な接触 (0-4)	1.94	1.55	1.27	1.47	2.63	1.31	2.39	1.58	1.37	1.3	<0.001
敵意に満ちた交流 (0-4)	0.67	0.92	0.89	1.04	0.44	0.72	0.57	0.87	0.80	0.98	0.210
関心をひく振るまい (0-4)	0.50	0.92	0.70	1.16	0.30	0.50	0.56	0.94	0.43	0.89	0.466
自殺・自傷の企図と行動 (0-4)	0.33	0.78	0.45	0.85	0.20	0.68	0.30	0.72	0.37	0.86	0.631
パニック、恐怖症 (0-4)	1.05	1.04	1.39	1.04	0.70	0.92	1.00	1.05	1.12	1.03	0.541
過活動性 (0-4)	0.66	1.02	0.73	1.02	0.59	1.02	0.56	0.87	0.80	1.17	0.223
独語、空笑 (0-4)	0.87	1.35	0.66	1.18	1.09	1.48	0.90	1.39	0.84	1.31	0.803

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

16

SBS(2)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
妄想の行動化 (0-2)	0.43	0.75	0.43	0.74	0.43	0.77	0.46	0.77	0.39	0.73	0.621
奇妙な姿勢、動き (0-4)	0.58	1.15	0.52	1.19	0.65	1.12	0.62	1.24	0.53	1.04	0.678
ひんしゆく・マナー (0-4)	0.90	1.08	1.00	1.18	0.80	0.98	0.95	1.09	0.84	1.09	0.585
破滅的行動 (0-3)	0.40	0.81	0.52	0.81	0.28	0.81	0.41	0.86	0.39	0.76	0.888
抑うつ (0-3)	0.32	0.65	0.41	0.65	0.22	0.63	0.31	0.65	0.33	0.66	0.904
性的逸脱行動 (0-4)	0.09	0.35	0.11	0.31	0.07	0.38	0.05	0.28	0.14	0.41	0.160
身だしなみ・清潔度 (0-4)	1.39	1.37	1.11	1.30	1.69	1.38	1.66	1.39	1.06	1.28	0.023
動きの鈍さ (0-4)	0.69	1.04	0.39	0.98	1.00	1.01	0.75	1.09	0.61	0.98	0.479
異常な活動性の低さ (0-4)	0.65	0.95	0.41	0.89	0.91	0.96	0.75	1.03	0.53	0.84	0.223
集中力 (0-2)	0.77	0.66	0.68	0.66	0.87	0.65	0.84	0.71	0.69	0.58	0.263
社会的適応を妨げる行動 (0-4)	0.85	1.31	1.16	1.51	0.54	0.99	0.79	1.24	0.94	1.41	0.549

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

別紙 1 2

人員配置

	配置ありの 診療所数	%		配置ありの 診療所数	%
精神科医師(常勤)	448	99.8%	公認心理師 常勤	125	27.8%
精神科医師(非常勤)	179	39.9%	公認心理師 非常勤	190	42.3%
精神保健指定医(常勤)	421	93.8%	作業療法士 常勤	40	8.9%
精神保健指定医数(非常勤)	151	33.6%	作業療法士 非常勤	19	4.2%
看護師 常勤	237	52.8%	理学療法士 常勤	1	0.2%
看護師 非常勤	183	40.8%	理学療法士 非常勤	4	0.9%
精神科認定看護師の関与あり	9	2.2%	言語聴覚士 常勤	2	0.4%
精神科専門看護師の関与あり	15	3.6%	言語聴覚士 非常勤	0	0.0%
精神保健福祉士 常勤	149	33.2%	ピアサポーター 常勤	5	1.1%
精神保健福祉士 非常勤	60	13.4%	ピアサポーター 非常勤	10	2.2%

※初診までの待機日数 平均:10.7(±6)日 中央値:11日

1

診療機能(緊急対応)

	N	%
※当日の緊急新患の診察	187	42.1
※病状悪化時の当日の再診	397	89.0
※救急車での救急搬送	84	18.8
※警察からの搬送	43	9.6
※警察官同伴での受診・警察からの紹介	114	25.6
※標榜診察時間を30分以上過ぎてからの診察	204	46
時間外加算/時間外特例加算/深夜加算休日加算いずれかの算定	194	43.9
地域連携・休日診療料の算定	23	5.2
夜間休日救急搬送医学管理料の算定	4	0.9

※ 診療報酬対象外

2

診療機能(身体合併症対応)

	N	%
糖尿病・高血圧・高脂血症等、生活習慣病の診療	251	56.7
身体科他院(一般病院の場合、同一病院の他科を含む)への診療 情報提供	375	85.0
生活習慣病管理料の算定	38	8.6
外来栄養食事指導料の算定	9	2.0

3

診療機能(アウトリーチ)

	N	%
往診料の算定	97	22.0
在宅患者訪問診療料の算定	96	21.8
精神科在宅患者支援管理料の算定	19	4.3
在宅時医学総合管理料の算定	40	9.2
精神科訪問看護指導料の算定	85	19.5
精神科訪問看護指示料の算定	245	55.8
※医師による院外の相談・面接	50	11.3
※精神保健福祉士による院外の相談・面接	46	10.5
※公認心理師による院外の相談・面接	42	9.5

※ 診療報酬対象外

4

診療機能(多職種によるケア)

	N	%
※精神保健福祉士による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	142	32
同上：電話相談	6	1.4
※看護師による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	148	33.4
同上：電話相談	28	6.3
※公認心理師による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	201	45.5
同上：電話相談	1	0.2
※作業療法士による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	32	7.2
同上：電話相談	2	0.5
※他の専門職による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	48	10.9
同上：電話相談	5	1.1
療養生活継続支援加算の算定	65	14.8
療養生活環境整備指導加算の算定	27	6.2
措置入院後継続支援加算の算定	11	2.5
継続外来支援・指導料の算定	208	47.7
精神科退院時共同指導料1の算定	13	3

※ 診療報酬対象外

5

連携機能

	N	%
意見書/診断書の記載_学校等の教育機関	191	42.5
意見書/診断書の記載_職場/障害者職業センター/ハローワーク等の就労関係機関	367	81.7
意見書/診断書の記載_障害福祉サービス事業者	263	58.6
意見書/診断書の記載_介護保険サービス事業者	246	54.8
意見書/診断書の記載_保健所/児童相談所/生活保護担当者等の行政機関	257	57.2
※正式な文書以外の協議の実施_学校等の教育機関	126	28.1
※正式な文書以外の協議の実施_職場/障害者職業センター/ハローワーク等の就労関係機関	188	41.9
※正式な文書以外の協議の実施_障害福祉サービス事業者	211	47.0
※正式な文書以外の協議の実施_介護保険サービス事業者	163	36.3
※正式な文書以外の協議の実施_保健所/児童相談所/生活保護担当者等の行政機関	221	49.2

※ 診療報酬対象外

6

措置診察実践セミナー

2025年2月1日（土）13時～17時
 千葉大学医学部本館 第3講義室
 主催：千葉大学社会精神保健教育研究センター
 千葉大学大学院医学研究院精神医学

本日の日程

	セッション	内容	備考
13:00~13:15	オープニング	開会のあいさつ・アイスブレイク	
13:15~13:30	講義 1	措置入院制度改革と直近の法改正	
13:30~13:45	講義 2	措置診察におけるチェックポイント	
13:45~14:00	講義 3	措置入院の要否判断	
14:00~14:15	演習 ①	措置診察の評価（典型事例）	グループディスカッション
14:15~14:30	休憩		
14:30~14:45	演習 ②	措置診察の評価（問題事例）	グループディスカッション
14:45~15:30	演習 ③	措置診察の実践（ビデオ教材）	グループディスカッション
15:30~15:45	休憩		
15:45~16:00	講義 4	精神医療審査会における診断書の審査	
16:00~16:15	演習 ④	措置診断書の作成	セルフワーク
16:15~16:45	討論	措置診察のリアル～総合討論	パネルディスカッション
16:45~17:00	クロージング	閉会のあいさつ・修了証授与	

利益相反及び倫理的配慮

- 本研修会は「厚生労働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」の助成金を受けて行われる研究の一環として行われています。
- 上記以外に開示すべき利益相反はありません。
- 本研究は千葉大学大学院医学研究院の倫理審査の承認を得て行われています。

アイスブレーキング

- 皆様の所属とお名前、措置診察に関する経験、本研修会に求めるもの、好きな食べ物を教えてください

講義1

措置入院制度改革と 直近の法改正



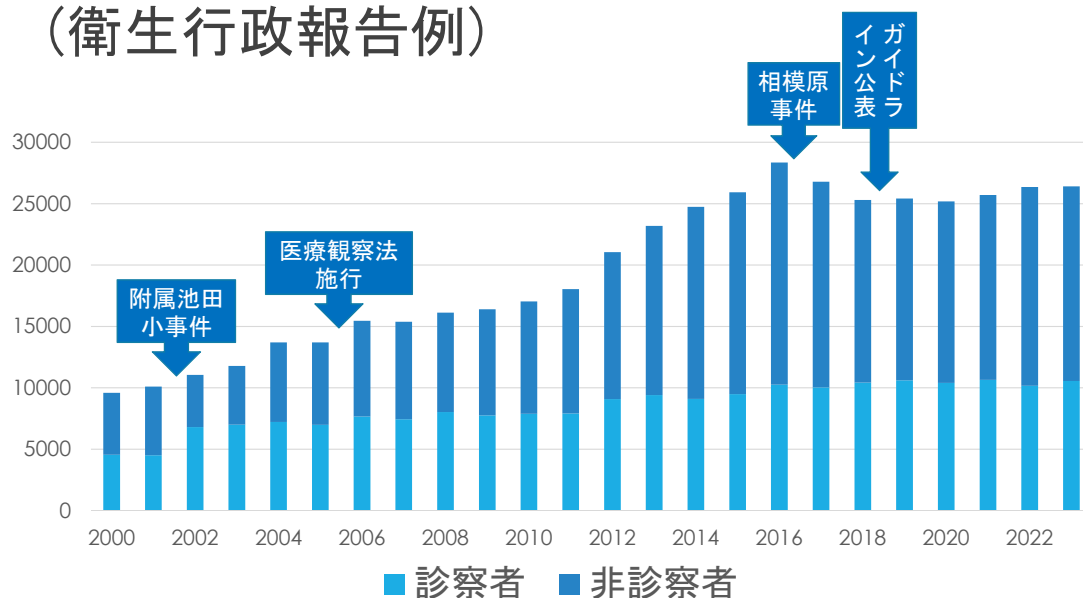
措置入院制度改革の背景

- 2016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、入所者を次々と殺害するという事件が発生。被疑者の措置入院歴や大麻使用歴、優生思想等が議論の俎上に載った。
- 政府は事件の検証および再発防止策検討チームを結成し、同年12月8日に発出した最終報告において措置入院者の退院後フォローアップを提言した。
- 当研究班では措置入院制度運用の実態把握を行うとともに、精神保健福祉法改正を想定した運用ガイドライン作りを担った。
- 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が、議論が紛糾し、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。
- 厚生労働省は現行法令下で可能な措置入院制度改革として、研究班の研究成果に基づき、2018年3月に「措置入院の運用に関するガイドライン」「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を策定した。

研究班における当初の議論

- 相模原事件に特化した対策を立てても実効性が乏しい。あくまでも精神障害者施策全般を俯瞰した考察が必要。
- 措置入院制度運用の地域間格差は、各自治体の歴史・文化・実情に依るところが大きい。一概に格差の是正が適切とは言いきれない。他方、標準的な運用と乖離する理由と妥当性について検証が必要。
- 「出口（措置解除後の支援）」論のみでは均衡を欠く。
「入口（措置入院の対象とすべきか否か、警察・検察・矯正施設との棲み分け、医療保護入院との棲み分け、不要措置患者への手当）」論も検討すべき。
- 措置入院患者のうち濃厚な支援が必要な患者の割合はいかほどか。措置入院患者に限定するのは不均衡ではないか。措置解除即退院となる事例は個別性が高くマニュアル通りの支援が困難ではないか。

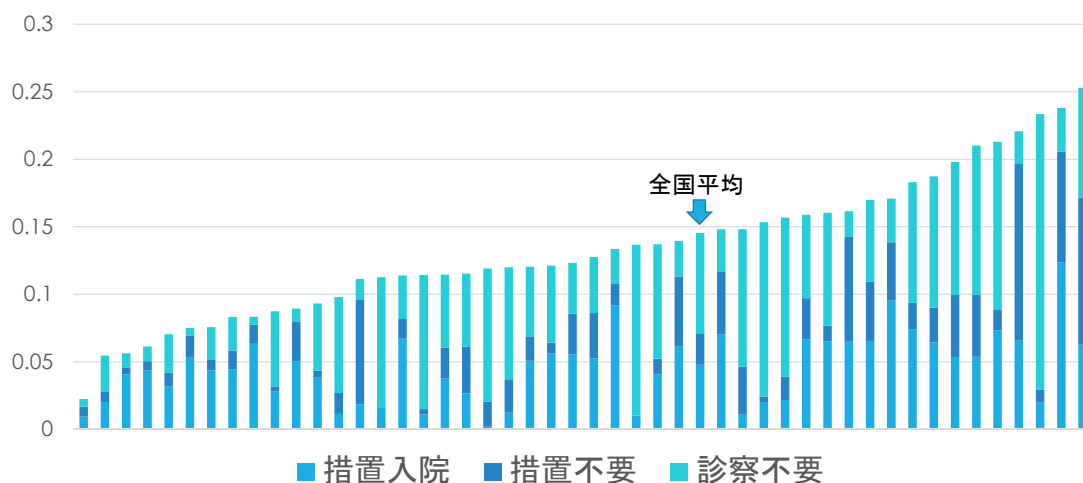
近年の措置通報件数の年次推移 (衛生行政報告例)



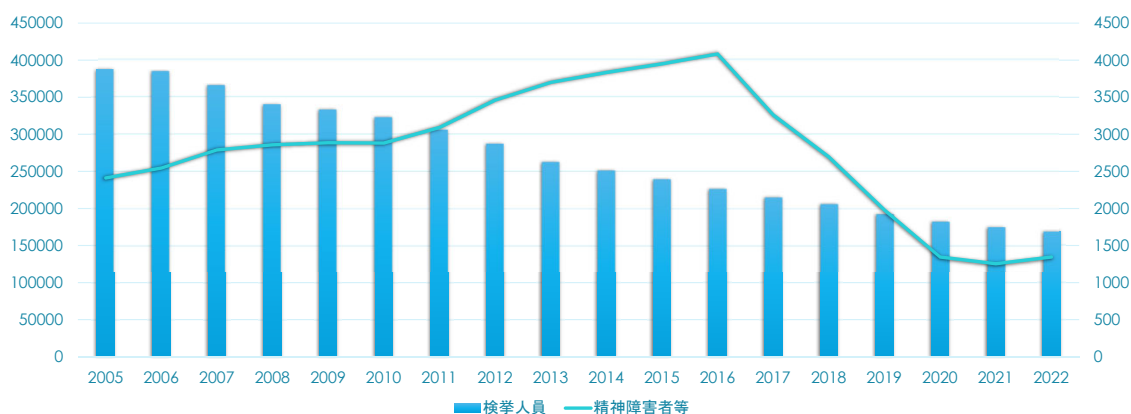
措置入院制度における「地域間格差」

- データの正確性の問題
 - 相談が通報として計上されていた？
- 被通報者が保護・逮捕等されていない場合の対応
 - いわゆる「発見通報」→措置診察が不可能
- 自治体の相談支援体制や精神科医療へのアクセスの整備状況
 - 通報しなければ医療に繋がらない？
- 自治体と警察との連携体制
 - 協力的？ 敵対的？
- 措置入院制度運用に対する自治体の考え方
 - 治安維持のための制度であり適応は最小化すべき V.S. 精神科救急医療のために活用すべき

自治体別人口千人当たり警察官通報数 (令和5年度衛生行政報告例からの概算)



犯罪検挙人数とそのうちに占める精神障害者等（犯罪白書）



2018年ガイドラインの要旨（再掲）

措置入院の運用に関する ガイドライン

警察官通報を契機とした、措置入院に関する標準的な手続を整理したもの

- I. 警察官通報の受理
 - 保護・逮捕等されていない状況での通報等への対応を明確化
- II. 通報受理後、事前調査と措置診察まで
 - 原則、事前調査の上で措置診察の要否判定
 - 措置診察を行わない場合を明確化
- III. 地域の関係者による協議の場
 - 都道府県等は地域の関係者による協議の場を年1～2回程度設けることを推奨

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

- I. 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨
 - 現行法下で実施可能な、自治体を中心とした退院後支援の具体的な手順を整理。（法第47条の相談支援業務の一環）
- II. 退院後支援に関する計画の作成
 1. 支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画
 - 自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認めた者
 - 本人の同意が得られない場合は、計画は作成しない
 - 本人と家族その他の支援者が参画できるように働きかける
 2. 計画作成の時期
 - 原則、入院中に作成
 - 計画作成を理由に措置入院を延長することは認められない
 3. 計画の内容
 - 本人の希望や必要な支援が継続されなかった場合の対処方針を記載
 - 支援期間は退院後半年以内を基本として設定
 4. 会議の開催
 - 本人と家族その他の支援者の参加が原則

障発0327第15号平成30年3月27日

障発0327第16号平成30年3月27日

直近の精神保健福祉法改正の概要（一部）

- 家族が虐待等の加害者である場合の対応（2023年4月から）
 - 医療保護入院の同意や退院請求を行うことができる「家族等」からDVや虐待の加害者を除く。
- 入院患者への告知に関する見直し（2023年4月から）
 - 措置入院（緊急措置入院）、医療保護入院の告知を家族に対しても行う。
また**入院理由についても告知**する。
- 新規申請に向けた指定医研修会の有効期間（2023年4月から）
 - 指定医研修会を受講して3年以内であれば指定医申請を可能とする。
- 医療保護入院の期間の法定化と更新の手続き（2024年4月から）
 - 医療保護入院の入院期間を最大6カ月以内とし、一定要件による更新を認める。
- 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合の取扱い（2024年4月から）
 - 家族等の全員が意思表示を行わない場合には、医療機関は市町村長同意の申請ができるようになる。
- 措置入院時の入院必要性に係る審査（2024年4月から）
 - **措置入院時にも精神医療審査会において入院必要性に係る審査が必要**となる。

小括

- 措置入院制度は、法令上は70年以上に渡り大きな変更なく維持されてきた仕組み
- しかし、実際には時代の推移につれて、各地域の文化的背景や精神保健福祉の実状に合わせた運用がなされてきた
- 結果、今日では数値上は著しい地域間格差が生まれている
- 附属池田小事件や相模原事件といった耳目を集める出来事も制度運用に影響した可能性がある
- 措置入院制度改革は法改正を伴わず行われ、賛否両論
- 社会的サポートの薄い患者に対する継続的医療の確保及び地域生活支援という課題は従前から残存している
- 今般の精神保健福祉法改正により、措置入院の適切性がより厳密に評価されるようになる可能性がある

講義2

措置診察における チェックポイント



措置診察のフロー

措置診察前

- 保健所からの診察依頼
- 事前調査資料の受領

措置診察

- 措置診察
- 関係者からの情報収集

措置診察後

- 措置診断書の作成・提出

措置診察エキスパートコンセンサス研究

- 全国の精神保健指定医141名に調査票を配布
- 適切な措置診察の実施手順について、及び措置入院の要否判断について判断を求める
- 措置診察にあたり実施すべき内容について、9検法によるLikert Scaleでの評点を求めた。
- 過半数が9点をつけた項目を**最善の推奨**（Level 1）、95%信頼区間の下限が6.5を上回る場合を**推奨**（Level 2）、3.5を下回る場合を**非推奨**（Level 4）、その他を**実施可能**（Level 3）とした。

措置診察前に行うこと

最善の推奨（Level 1）

- 措置診察を依頼した行政職員と直接電話等で話し情報収集を行う
- 事前調査資料を精読する
- 事前調査資料の疑義について確認する
- 措置診察に至る経緯について確認する
- 診察中における被診察者による突発的な暴力のリスクについて検討する
- 暴力リスクが高い場合はあらかじめ対策を強化する
- 診察に先立ち、措置診察で重点的に聴取・観察すべき項目をあらかじめ整理する

措置診察の開始にあたり行うこと

最善の推奨（Level 1）

- 被診察者による突発的な暴力のリスクに配慮した環境を整える
- 診察中の飛沫感染への対策をあらかじめ講ずる
- 被診察者の氏名を確認する
- 被診察者の生年月日を確認する

推奨（Level 2）

- 被診察者と十分な距離を保つ

要点 → 診察開始前から措置診察は始まっている！

- 事前資料を精読し、被診察者の生活歴から精神科診断、診察時現症までのイメージを持っておく
 - 不自然な点があれば事前もしくは診察前に照会する
※入院歴、前科前歴、違法薬物使用歴、近隣での評判など
- 特に被診察者による突発的な暴力のリスクについて入念に評価し対応を検討しておく
 - 診察場所により対応は変化する
- 被診察者の人定事項を確認しつつ、回答態度から見立てを行う
- 指定医の立場と措置診察の目的を入念に説明する
 - 指定医証は携帯するが、指定医の個人情報被診察者に明かす必要はない

措置診察中に行うこと

最善の推奨（Level 1）

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">・被診察者の顔貌、姿勢、着衣、態度等を観察する・飲酒酩酊、薬物中毒状態の有無、最終飲酒日時等を確認する・被診察者から精神科受療歴、アルコール・タバコ・違法薬物使用歴を聴取する・被診察者の最近の生活状況を聴取する・食事や睡眠、生活リズムについて聴取する・意識障害、思考障害、気分症状、幻覚の有無・程度を確認する・精神運動の程度を確認する・その他の精神症状の有無・程度を確認する | <ul style="list-style-type: none">・本件事件について被診察者の認識を問う・被診察者の自己の状態に対する理解を問う・被診察者が治療の必要性を感じているか否かを問う・過去に治療歴がある場合、治療内容の理解とそれに対する所感を問う・話し足りないこと、追加・訂正したいことがないかを問う・措置診察の終了について行政職員と確認する・措置診察の記録を別途作成する |
|--|--|

要点 → 行うべきは「未来予測」！

- 診察においては一般精神科診断面接に加えて、事件に対する被診察者の認識をつぶさに問う
 - 事前調査資料を見せる必要はないが、資料内容と被診察者の認識との齟齬については入念に確認
 - 資料を安易に信用しない
 - 措置診察での面接内容が予後に影響する可能性？
- 被診察者の自身の病状に対する理解の程度、治療の必要性に関する認識を聴取する
 - 措置診察だからといってただ現症を知れば良いというものではない
 - 行うべきは「未来予測」であり未来を知るためには展望を知ることが必要

措置診察後に行うこと

最善の推奨（Level 1）

- 被診察者の病歴をまとめ、精神科診断をつける
- 精神症状が被診察者の言動に及ぼしている影響の有無・程度を考察する
- 被診察者の自傷・他害のおそれについて考察する
- 措置入院に関する診断書をその場で遅滞なく作成し提出する

要点 →措置入院に関する診断書はその場で提出する

- 身体疾患の除外・鑑別や趣味・嗜好等の聴取については必要に応じて実施する
- 措置不要の判断を行う際には、その後の処遇について考察しておく
 - 「措置以外では処遇困難」という理由では、措置入院の適応にはならない
※一方、処遇困難ゆえに他害行為に至るリスクが高まるのも事実
※法の理念を熟知しておくことは重要だが、原理主義に陥らないように
- 措置入院に関する診断書はその場で提出する
 - 提出し損ねた場合のリスクを懸念する

措置入院後の対応

- 患者本人に措置入院命令を受けた経緯についての理解を問う
- 措置入院に関する診断書を保健所から入手する
- 要措置と判断された理由を理解し、患者に伝える
 - 疑義がある場合……行政処分に対する審査請求/退院請求/措置症状消退届の提出
- 措置解除のために達成すべき事項について患者とよく話し合う

講義3

措置入院の要否判断



措置入院の要否判断

- 「診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある」（法29条）
 - 緊急措置入院の場合.....「その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害する**おそれが著しい**」（法29条の2）
- 既に他害行為が発生している場合に限ると解されている（異論あり）

措置入院のための要件

1. 精神障害者であること
2. 都道府県職員の立ち会いの下であること
3. 知事の指定する指定医2名以上の診察があること
4. 措置入院の判定の基準に合致していること
5. 診察した2名以上の診察の結果が一致していること
6. 都道府県の設置する精神科病院または指定病院に入院させること

（山本、2007）

措置診察と措置要否の判定

- 措置要否の判定基準については、昭和63年4月7日厚生省告示第125号で示されている
- この告示は現在に至るまでほとんど改正がなされていない
- 告示と措置診察の実態との乖離については
暗黙の了解になっているのが現状

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

- 診察を実施した者について、入院させなければ**その精神障害のために、**次の表に示した病状又は状態像により、**自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為**（以下「**自傷行為**」という。）又は殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（以下「**他害行為**」といい、**原則として刑罰法令に触れる程度の行為**をいう。）を引き起こす**おそれがある**と認めた場合に行うものとする。
- 自傷行為又は他害行為のおそれの認定に当たっては、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等を考慮するものとする。

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（表）

病像または 状態像	自傷行為又は他害行為のおそれの認定に関する事項	原因となる主な精神障 害の例示
抑うつ状態	悲哀感、焦燥感、絶望感等の一般的な抑うつ感情、思考面での集中困難、思考制止、行動面での運動制止等がみられ、これに抑うつの内容的錯覚、幻覚、妄もう想を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、自殺念慮、自傷念慮、心中念慮等を抱く結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	躁うつ病圏 統合失調症圏 症状性又は器質性精神障害 心因性精神障害 等
躁状態	爽快感、易怒的、刺激的な昂揚感等の躁的感情、自我感情の肥大、思考面での観念奔逸、行動面での運動興奮等がみられ、これに躁的な内容の誇大等の妄もう想を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、思考及び運動の抑制が減弱又は欠如し、傲慢不遜な態度が度を越す結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	躁うつ病圏 統合失調症圏 症状性又は器質性精神障害 等
幻覚妄想状態	幻覚、妄想がみられ、これに幻覚、妄想に対する自覚、洞察の欠如を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、現実検討能力に欠け、恐慌状態や興奮状態に陥りやすい結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	統合失調症圏 中毒性精神障害 躁うつ病圏 症状性又は器質性精神障害 等
精神運動興奮 状態	欲動や意志の昂進又は抑制の減弱がみられ、これに思考の減裂傾向を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、多動興奮状態に陥りやすい結果、突発的に自傷行為又は他害行為を行うことがある。	統合失調症圏 中毒性精神障害 躁うつ病圏 心因性精神障害 症状性又は器質性精神障害 等

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（表続き）

病像また は状態像	自傷行為又は他害行為のおそれの認定に関する事項	原因となる主な精 神障害の例示
昏迷状態	意志発動性が強く抑制されているために、精神的にも身体的にも外界にほとんど応答できない状態がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、対人接触等の日社会活動のみならず、摂食、排泄、睡眠等の生命維持に必要な活動を行うことができず、又は突発的な衝動行為を行う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	統合失調症圏 心因性精神障害 躁うつ病圏 中毒性精神障害 等
意識障害	周囲に対して適切な注意を払い、外界の刺激を的確に受けとつて対象を認知し、必要な思考及び判断を行つて行動に移し、それらのことの要点を記憶に留めておくという一連の能力の全般的な障害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、見当識の障害を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	中毒性精神障害 症状性又は器質性精神障 害 等
知能障害	先天性若しくは幼少時発症の脳障害により知能の発達に障害された状態又は成人後に生じる器質的脳障害により知能が低下している状態にあり、周囲との意志の疎通や外界に対する感情の表出等の障害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、突発的な衝動行為等を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	知的障害 症状性又は器質性精神障 害 等
人格の病的 状態	知能にほとんど欠陥はないが、人格構成要素の不均衡又は人格全体の異常等のために、本人が悩み又は他人が悩まされ、そのため個人あるいは社会に対し対立するに至るような人格の病的状態がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、意志の疎通や外界に対する感情の表出又は内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する適応障害が顕著な場合、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	精神病理 統合失調症圏 症状性又は器質性精神障 害に伴う人格変化 中毒性精神障害 けいれん発作後の人格変 容 等

表 診断書の項目別 Odds 比					
		Odds 比	Odds 比の 95%信頼区間		有意確率
			下限	上限	
属性	性別（男性）	—	—	—	—
	年齢	—	—	—	—
既往歴	措置入院の既往歴	2.14	1.48	3.10	0.00
問題行動	殺人	4.11	2.14	7.89	0.00
	傷害	2.90	2.25	3.73	0.00
	放火	2.43	1.66	3.58	0.00
	強盗	—	—	—	—
	性的異常行動	—	—	—	—
	微罪	1.89	1.52	2.37	0.00
	自殺企図	4.00	2.74	5.85	0.00
	自傷	2.01	1.47	2.73	0.00
	不潔	—	—	—	—
	精神症状	うつ状態	0.69	0.49	0.96
躁状態		1.98	1.43	2.75	0.00
幻覚妄想状態		3.32	2.67	4.13	0.00
精神運動興奮状態		3.15	2.54	3.89	0.00
昏迷状態		—	—	—	—
意識障害		—	—	—	—
精神遅滞		0.58	0.40	0.85	0.01
痴呆		—	—	—	—
人格障害		—	—	—	—
残遺性人格変化		—	—	—	—
性心理的障害		—	—	—	—
薬物アルコール		—	—	—	—
定数		0.42	—	—	0.00

性別は女性を基準として男性の Odds 比を求めた。年齢は 10 歳ごとを 1 つの層として、層を上下した場合の Odds 比を求めた。それ以外の項目は、精神症状や問題行動がないことを場合を基準として、ある場合の Odds 比を求めた。なお、Odds 比は、指定医が要措置と判断するかどうかについて求めたものであり、現実の危険性の評価ではないことに留意する必要がある。

瀬戸、2007

瀬戸、2007

結局何を求められているのか？

1. 被診察者に**精神科診断をつけること**
(状態像のみでは不足)
2. 既に発生した**自傷・他害行為**と被診察者の**精神障害との関係性**
を明らかにすること
3. 被診察者を**放置した場合に何が起きるのかを予測すること**
(その期間は**3日**を目安とする)
4. 被診察者の**自傷・他害行為を防ぐために**、行政処分である**措置入院が必要か判断すること**

要措置とすべきでない例

状況	具体例
精神障害とは <u>言いがたい</u>	先輩に命令されて逆らえない気持ちで暴力を振るった
自傷・他害行為とは <u>言いがたい</u>	汚い格好で徘徊している
自傷・他害行為が精神障害によるものではない	統合失調症慢性期の患者の万引き
にわかには病状再燃が <u>予想されない</u>	勾留中に服薬を再開して現在は落ち着いている
明らかに入院が <u>必要ない</u>	てんかん発作による事故であることを自覚し、通院を約束

措置不要の根拠とはならない例

状況	具体例
服役後であること	完全責任能力で受刑したが、満期釈放後もなお妄想が残存し、相手に復讐する意志がある
横断像による 他害のおそれの消退	路上で大暴れして警察官数名に取り押さえられたが、診察時点では落ち着いている
横断像による 自傷のおそれの消退	縊死を図り、蘇生後「お金がないから入院はしません。もうすっきりしたのでバカなまねはしません」と述べている
年齢による矯正の優先	妄想に基づき父を殺そうとした少年

要措置判断におけるゆらぎ（自験例を一部改変）

判断	根拠
措置診察不要	・ 受刑中の問題行動はなかった ・ 家族がいる ・ 知的障害
要措置	・ 自分の身を守れない ・ 帰住先がない ・ 外国人で健康保険が使えない
措置不要	・ 診察時点では落ち着いている ・ 医療少年院への入院が妥当 ・ 刑事訴追が妥当

小括

- 複層的な要因についてリスクアセスメント面を行うことが基本となる。
 - 静的要因：年齢、性別、知的能力、過去の他害行為
 - 精神科診断：精神病性障害、気分障害、知的能力障害
 - 症状及び状態像：「Threat/Control-override (TCO) symptoms」脅威／制御・蹂躞症状、陰性症状、精神運動興奮、躁状態
 - 本件事件における被診察者の認識及び言動
 - 診察時点での被診察者の事件に対する振返り
 - 保護要因の検討：主治医、家族、福祉サポート、仕事、友人……
 - 概ね前後3日程度における状況を想定する。
 - 診察時点で落ち着いていることを過大評価しない
 - 特に自殺企図後のカタルシスに注意
 - 社会的状況を考慮することは基本的には避ける。
 - ただし、社会的困窮が他害行為のリスク要因となっている現実もあることに留意
 - その場合は、措置不要の判断後の処遇について予め想定しておくことが現実的
- 診断名など単一の要因で要否判断を決定するものではない
- → 単一要因で措置不要に傾くこともあるが……

医療観察法との相克

- 「医療観察法の適応だから措置不要」という判断はナンセンス！
 - 措置入院させた後でも医療観察法の申立ては可能
 - そもそも措置入院が必要な状態では検察に送致できないことも
- 少年はもとより医療観察法の対象外、逆送を推奨するのは暴論！
→異論はある
→→医学的見地に立つと法の不備と考えたくもなる
- 結果的に医療者から見て「なぜ医療観察法の申立てを行わないのか？」と思う事例は存在
 - 他害行為の捉え方（弄火）、刑事捜査の可否、被害者感情など、医療者が明らかな判断要素も

措置入院後の対応

- 患者本人に措置入院命令を受けた経緯についての理解を問う
- 措置入院に関する診断書を保健所から入手する
- 要措置と判断された理由を理解し、患者に伝える
 - 疑義がある場合……行政処分に対する審査請求/退院請求/措置症状消退届の提出
- 措置解除のために達成すべき事項について患者とよく話し合う

演習①

措置診察の評価 (典型事例)



演習課題 (5分)

- 指定医診察における振舞いについて評価しましょう
- 重要な所見をピックアップしましょう



演習②

措置診察の評価 (問題事例)



演習課題 (10分)

- 指定医診察における振舞いについて評価しましょう
- 他に聞き出すべき事柄をピックアップしましょう



演習③

措置診察の実践 (ビデオ教材)



演習課題 (10分)

- 診察所見をまとめましょう
- 精神科診断について話し合いましょう
- 措置入院の可否について話し合いましょう



講義4

精神医療審査会における 診断書の審査



様式21

措置入院に関する診断書

申請書の形式	1 親族又は一人称（第24条） 2 警察官通報（第25条） 3 保健官通報（第24条） 4 保護観察所長通報（第25条） 5 矯正施設長通報（第26条） 6 精神科施設管理官等（第26条の2） 7 医療機関長通報（第26条） 8 指定医師等（第26条の3） 9 都道府県知事・指定都市市長職監督（第26条の4）		
申請書の送付資料	1 あり 2 なし		
氏名	フリガナ	姓	明治 大正 昭和 平成 （西暦）
住所	都道府県	市区町村	町丁目
職業			
病名	1 法定精神障害 2 法定精神障害 3 身体合併症 ICD-10カテゴリー（ ） ICD-10カテゴリー（ ）		
生活歴及び現病歴 （指定後前年、精神科 受診歴等を記載すること）	（経過） （経過）		
初回入院期間 （入院期間）	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
前回入院期間 （入院期間）	昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
初回から前回までの 入院回数	1 初回 2 2回目 3 その他（ ）		
重大な問題行動（人はこれ を以て、自ら今後おそれ る問題行動）	現在の精神状態、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像（数日のローマ数字及び算用記 号を用いて記述すること） 1 殺人 A B 1 意識障害 2 セン定 3 もうろう 4 その他（ ） 2 放火 A B 3 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 3 強姦 A B 4 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 4 強姦 A B 5 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 5 強姦 A B 6 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 6 強姦 A B 7 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 7 強姦 A B 8 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 8 強姦 A B 9 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 9 強姦 A B 10 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 10 強姦 A B 11 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 11 強姦 A B 12 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 12 強姦 A B 13 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 13 強姦 A B 14 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 14 強姦 A B 15 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 15 強姦 A B 16 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 16 強姦 A B 17 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 17 強姦 A B 18 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 18 強姦 A B 19 加害（高度障害、中等度障害、高度障害） 19 強姦 A B 20 加害（高度障害、中等度障害、高度障害）		

1 飲食行動	2 睡眠	3 排泄	4 その他（ ）
<その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺企図 3 物質依存（ ） 4 その他（ ） <問題行動等> 1 暴行 2 暴行 3 不審行為 4 その他（ ） <現在の状態像> 1 不安定状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等後遺状態 5 とううつ状態 6 躁状態 7 セン定状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他（ ）			
診察時の特記事項			
医学的総合判断 1 要措置 2 措置不要			
以上のように診断する。 平成 年 月 日 精神保健指定医氏名 署名			

（行政庁における記載欄） 診察に当たった者 （医師、看護師、薬剤師等）			
氏名	（男・女）	職別又は職名	年齢 歳
診療場所			
診療日時	平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分		
職員氏名			
行政庁の措置			
行政庁メモ			

標準的な考え方（以倉、2017）

- 病名の記載は必ずしもICDに準拠する必要はない（カテゴリーは2桁が標準）。
- 主たる精神障害には措置診察の原因となった入院治療の対象となる病名を記載する。
- 状態像診断は構わないが、疑い病名は避ける。
- 生活歴及び現病歴については、情報を得るのが困難な場合、少なくとも措置診察に至ったエピソードは記載するようにする。
- 入院期間や入院回数がわからない場合は不明として差し支えない。
- 重大な問題行動でAにチェックがない場合、Bのみのチェックでも構わない。
- 現在の精神症状等については、あくまで診察時に観察された所見をチェックすれば良い。
- 診察時の特記事項では、被診察者の具体的な発言や挙動及び特に重要と考えた所見など、医学的総合判断に至った根拠がわかるよう簡潔に記載する。
- 医学的総合判断は一連の記載から矛盾なく結論が導かれることが必要である。

措置入院に関する診断書の 記載事項について①

EXPERT
CONSENSUS

最善の推奨（Level 1）

- 「主たる精神障害」は、ICD-10（またはICD-11）に基づいて記述する
- 「主たる精神障害」には措置入院の原因となる診断名を記載する
- 「診察時の特記事項」に精神科現症について記載する
- 「診察時の特記事項」に、自傷他害のおそれの判断根拠を記載する

推奨（Level 2）

- なし

措置入院に関する診断書の 記載事項について②

EXPERT
CONSENSUS

実施可能（Level 3）

- ・ ~~（ふさわしい場合）「主たる精神障害」を従来診断に基づいて記述する~~
- ・ ~~「 」に診断名ではなく状態像を記載する~~
- ・ 「主たる精神障害」には、被診察者の最も重度の精神障害を記載する
- ・ “ ” 、被診察者が長期に高密度の医療を受けている診断名を記載する
- ・ 「従たる精神障害」には、同定できた診断名を可能な限り記載する
- ・ “ ” 、措置症状と関係の薄い診断名を記載することは避ける
- ・ 「身体合併症」には、措置入院の可否判断に関わる診断のみを記載する
- ・ “ ” 、集中的・継続的な医療を要する診断名に限り記載する
- ・ 「診察時の特記事項」に、今後のリスクシナリオについて記載する
- ・ リスク評価において自傷と他害を分けて記載する

非推奨（Level 4）

- ・ 「身体合併症」には、すべての診断名を記載する

審査会の現場から

- 医療保護入院者の入院届（黄紙）について
 - 生活歴の記載がまったくない
 - 「隔離が必要だから医療保護」
 - 「病識がないから医療保護」
 - 「家族が受け入れないから医療保護」
 - 虐待をしている家族の同意による入院
 - F4やF6を主診断とする医療保護入院
 - 懲罰的な入院、指定医の倫理感の押しつけによる入院
- 措置入院に関する診断書（赤紙）について
 - 精神症状と自傷他害のおそれとの関係が記載されていない
 - 患者を放置した場合のリスクアセスメントができていない
- 医療保護入院者の定期病状報告書について
 - 重度慢性なので退院支援委員会を開催しない
 - 退院の目処が立たないので退院支援委員会を開催しない

小括

- 最も大事なものは、「なぜ措置入院が必要なのか」
 - 診察時の特記事項に記載するしかない
- 判断の基礎となる精神科診断の根拠、診察時現症を詳細に記載する

演習④

措置診断書の作成



事例提示（1）

- 父は認知症で老人保健施設に入所。元会社役員で、昔は本人を叱咤激励していた。母は死去。兄がいる。
- 幼少期、運動は苦手で、やや病弱な方。成績は中。友人は少なかったという。
- 首都圏の大学に進学。単身生活となったが、2年の夏に帰省してから就学できず、自宅に閉居したまま中退した。
- 20歳の冬頃から「耳元でバカと言われている」「あっちへ行け、家を出ろ、と命令される」等言うようになり、突然パジャマで出歩いたり、目的なく電車で遠くに出かけ深夜に警察に保護されるといった奇行が見られた。
- 母が精神科クリニックを受診させた。統合失調症の診断で抗精神病薬の服用を勧められたが服用は不規則だった。父母は診断に懐疑的で受療を強く促さなかった。

事例提示（1続き）

- 25歳の時に母が白血病に罹患し、数ヶ月で死去。その際、本人は「母が呼んでいる」と言って他県に赴き、入水自殺を図ろうとして警察に保護されたことがある。兄が本人を引き取ったため、措置通報等は行われなかった。
- 兄が服薬を管理し、比較的落ち着いて過ごしていたが、翌年に兄が結婚して家を出ると、父と二人だけになった。
- 30歳頃から通院が完全に途絶えた。父は引退後間もなく脳梗塞を発症し、認知症となり、老人保健施設に入所。本人はほぼ一人暮らしの状況になった。兄も地方に転勤し、連絡が途絶えがちになった。
- 自宅は荒れ、体重は20kg 増えた。歩行中にも独語が目立ち、コンビニの店員に対して「お母さん」と問いかけた。
- 32歳、自宅から火が出ていることに隣家が気付き、119 番通報した。本人は何も話さず、警察官通報が行われた。

診察経過

■ 本人との面接

- ほとんど自発語はなく、質問にも答えなかった。
- 筆談により問診を行ったところ、「燃やせって言われた」と書き記した。
- 出火の原因を問うと、「わからない」とだけ記載した。

■ 警察からの情報

- 本人に事情を聞こうとしたが、一言も口を利いてくれなかった。
- ボヤで消し止められており、事件性も低いと思われ、犯罪としての捜査は困難である。
- 近隣住民の不安が強く、このまま自宅に戻られても困る。

■ 保健所からの情報

- 居住地域では、訪問看護ステーションやデイケアセンターの利用が可能。
- 父は今後も在宅での生活は困難とケアマネージャーから報告を受けている。
- 兄は本人との関係は良好だが自宅への引き取りは拒否している。
- 近隣住民からは以前よりゴミ出しのルール違反などの苦情が出ていた。

演習課題 (15分)

- 措置入院に関する診断書を作成しましょう。



様式21

措置入院に関する診断書

申請者の形式	1 施設又は一般人の住居（第22条） 2 保護観察所（第24条） 3 矯正施設（第26条） 4 医療機関（第28条） 5 指定通院管理医療機関（第29条） 6 指定通院管理医療機関（第29条） 7 指定通院管理医療機関（第29条） 8 指定通院管理医療機関（第29条） 9 指定通院管理医療機関（第29条） 10 指定通院管理医療機関（第29条） 11 指定通院管理医療機関（第29条） 12 指定通院管理医療機関（第29条） 13 指定通院管理医療機関（第29条） 14 指定通院管理医療機関（第29条） 15 指定通院管理医療機関（第29条） 16 指定通院管理医療機関（第29条） 17 指定通院管理医療機関（第29条） 18 指定通院管理医療機関（第29条） 19 指定通院管理医療機関（第29条） 20 指定通院管理医療機関（第29条） 21 指定通院管理医療機関（第29条） 22 指定通院管理医療機関（第29条） 23 指定通院管理医療機関（第29条） 24 指定通院管理医療機関（第29条） 25 指定通院管理医療機関（第29条） 26 指定通院管理医療機関（第29条） 27 指定通院管理医療機関（第29条） 28 指定通院管理医療機関（第29条） 29 指定通院管理医療機関（第29条） 30 指定通院管理医療機関（第29条） 31 指定通院管理医療機関（第29条） 32 指定通院管理医療機関（第29条） 33 指定通院管理医療機関（第29条） 34 指定通院管理医療機関（第29条） 35 指定通院管理医療機関（第29条） 36 指定通院管理医療機関（第29条） 37 指定通院管理医療機関（第29条） 38 指定通院管理医療機関（第29条） 39 指定通院管理医療機関（第29条） 40 指定通院管理医療機関（第29条） 41 指定通院管理医療機関（第29条） 42 指定通院管理医療機関（第29条） 43 指定通院管理医療機関（第29条） 44 指定通院管理医療機関（第29条） 45 指定通院管理医療機関（第29条） 46 指定通院管理医療機関（第29条） 47 指定通院管理医療機関（第29条） 48 指定通院管理医療機関（第29条） 49 指定通院管理医療機関（第29条） 50 指定通院管理医療機関（第29条） 51 指定通院管理医療機関（第29条） 52 指定通院管理医療機関（第29条） 53 指定通院管理医療機関（第29条） 54 指定通院管理医療機関（第29条） 55 指定通院管理医療機関（第29条） 56 指定通院管理医療機関（第29条） 57 指定通院管理医療機関（第29条） 58 指定通院管理医療機関（第29条） 59 指定通院管理医療機関（第29条） 60 指定通院管理医療機関（第29条） 61 指定通院管理医療機関（第29条） 62 指定通院管理医療機関（第29条） 63 指定通院管理医療機関（第29条） 64 指定通院管理医療機関（第29条） 65 指定通院管理医療機関（第29条） 66 指定通院管理医療機関（第29条） 67 指定通院管理医療機関（第29条） 68 指定通院管理医療機関（第29条） 69 指定通院管理医療機関（第29条） 70 指定通院管理医療機関（第29条） 71 指定通院管理医療機関（第29条） 72 指定通院管理医療機関（第29条） 73 指定通院管理医療機関（第29条） 74 指定通院管理医療機関（第29条） 75 指定通院管理医療機関（第29条） 76 指定通院管理医療機関（第29条） 77 指定通院管理医療機関（第29条） 78 指定通院管理医療機関（第29条） 79 指定通院管理医療機関（第29条） 80 指定通院管理医療機関（第29条） 81 指定通院管理医療機関（第29条） 82 指定通院管理医療機関（第29条） 83 指定通院管理医療機関（第29条） 84 指定通院管理医療機関（第29条） 85 指定通院管理医療機関（第29条） 86 指定通院管理医療機関（第29条） 87 指定通院管理医療機関（第29条） 88 指定通院管理医療機関（第29条） 89 指定通院管理医療機関（第29条） 90 指定通院管理医療機関（第29条） 91 指定通院管理医療機関（第29条） 92 指定通院管理医療機関（第29条） 93 指定通院管理医療機関（第29条） 94 指定通院管理医療機関（第29条） 95 指定通院管理医療機関（第29条） 96 指定通院管理医療機関（第29条） 97 指定通院管理医療機関（第29条） 98 指定通院管理医療機関（第29条） 99 指定通院管理医療機関（第29条） 100 指定通院管理医療機関（第29条）		
申請者の住所	1 あり 2 なし		
被診断者（精神障害者）	氏名 (男・女) 生年 月 日 住所 市 区 町 丁目 番 号 郵便 番号		
職業	1 無職		
病名	1 統合失調症 2 なし 3 なし		
生活歴及び現病歴	大学進学に伴い独居を始めたが、2年から自宅に引きこもった。20歳頃から命令性幻聴が出現、徘徊し警察に保護された。近頃精神科を受診し統合失調症の診断を受けたが服薬は不規則だった。25歳の時に母が病死した際、自殺企図を起こした。兄の婚姻や父の認知症発症に伴い30歳頃から通院中断。独居が多くなり、近頃とのトラブルが増えた。今般、自宅から火が出ていることに隣家が気づき、措置通報となった。		
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日 ～ 昭和・平成 年 月 日		
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日 ～ 昭和・平成 年 月 日		
前回から前回までの入院回数	計 0 回		
重大な現病行動	現在の特長症状、その他の重要な症状、現病行動等、現在の状態（該当のローマ数字及び漢字を○で囲むこと）		
1 殺人	A	B	現在の特長症状
2 放火	A	B	1 意識障害 2 せん妄 3 もうろう 4 その他（ ）
3 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
4 強姦性交等	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
5 強姦性交等	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
6 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
7 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
8 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
9 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
10 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
11 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
12 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
13 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
14 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
15 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
16 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）
17 強姦	A	B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ）

1 飲食行動	2 睡眠	3 排泄	4 その他（ ）
<その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺企図 3 物質依存（ ） 4 その他（ ）			
<現病行動等> 1 暴行 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他（ ）			
<現在の状態等> 1 不安状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等改善状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他（ ）			
自覚は乏しいが「感やせて言われた」と命令性幻聴が示唆される。思考はまとまらず自己の状態を認識できない。統合失調症による幻覚妄想状態。放置すれば幻聴に支配され再び火を点けるおそれが高い。			
医学的総合判断 以上のように診断する。			
平成 年 月 日 精神保健指定医氏名 署名			

(行政庁における記載欄) 氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳	
診断場所	平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分
職員氏名	
行政庁の措置	
行政庁メモ	

討論

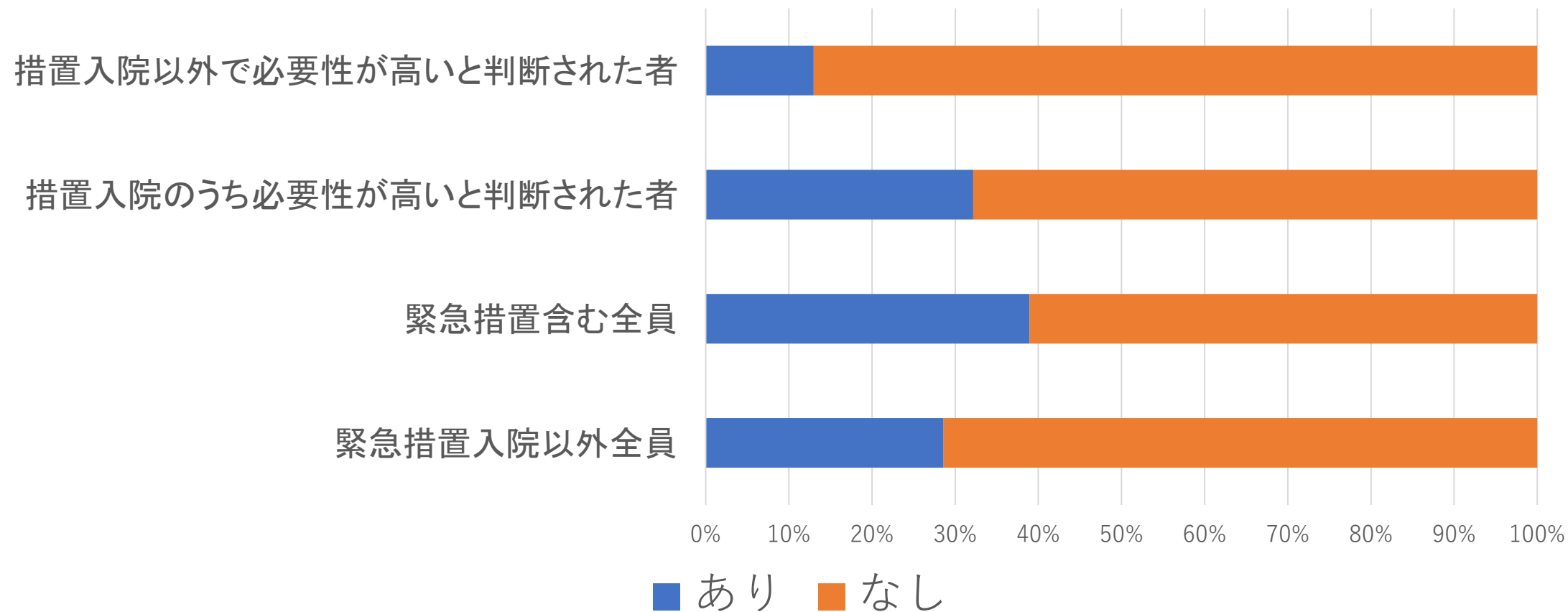
措置診察のリアル
～総合討論



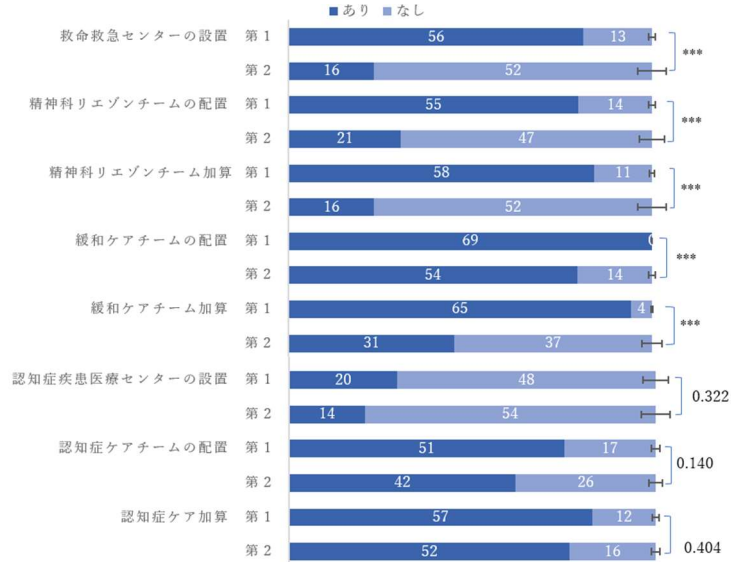
よりよい措置入院診療のために

- 入院後の処遇についてイメージを持つこと
- そのためには入院後の治療を受け持つ経験を積むこと
- その際には措置入院の診断書をきちんと読むこと
- 保健所経由も含め警察に連絡を取り犯罪捜査の進捗を聞く
（教えてくれないことも多いが）

退院後支援の対象



GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

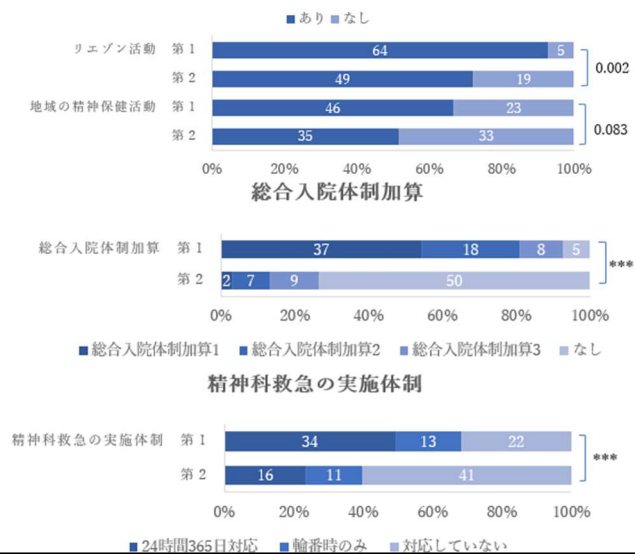
有床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 69$)、第2クラスター($n = 68$)の比較

1

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

有床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 69$)、第2クラスター($n = 68$)の比較

精神科の診療を行っている場合の診療形態

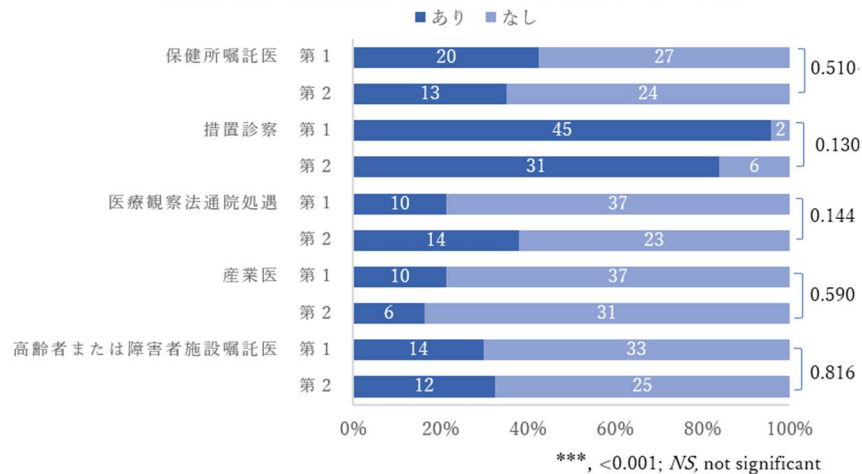


2

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

有床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 69$)、第2クラスター($n = 68$)の比較

地域の精神保健活動を行っている場合、その内容

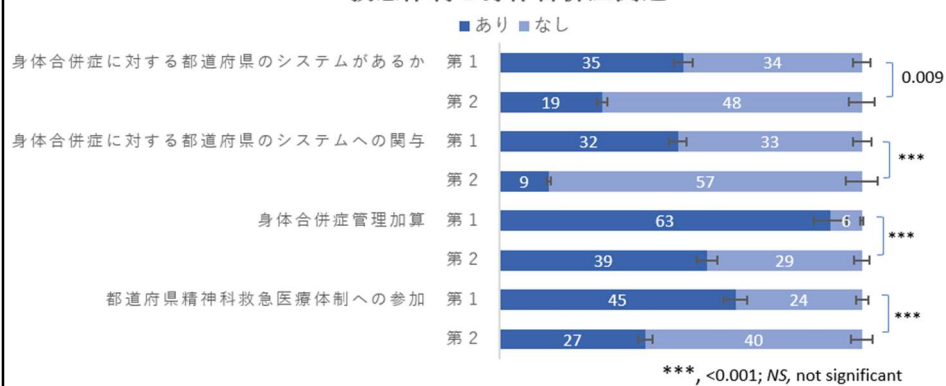


3

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

有床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 69$)、第2クラスター($n = 68$)の比較

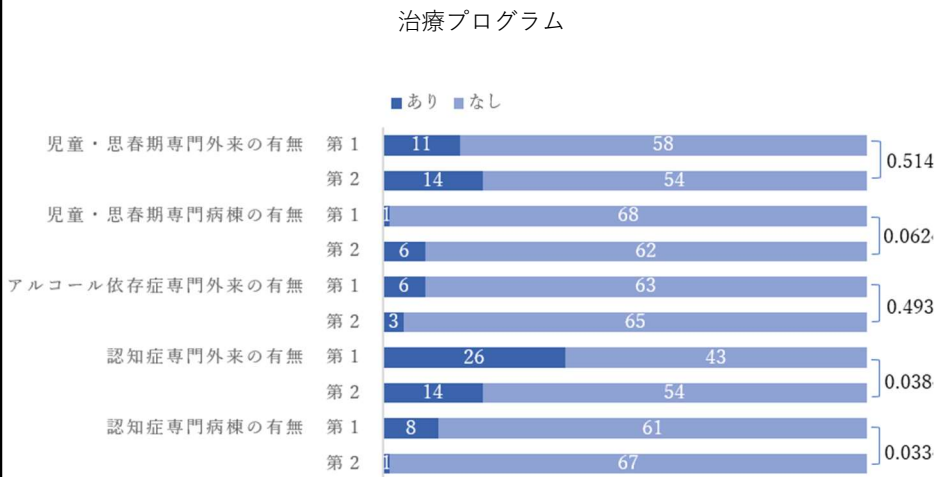
救急体制と身体合併症関連



4

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

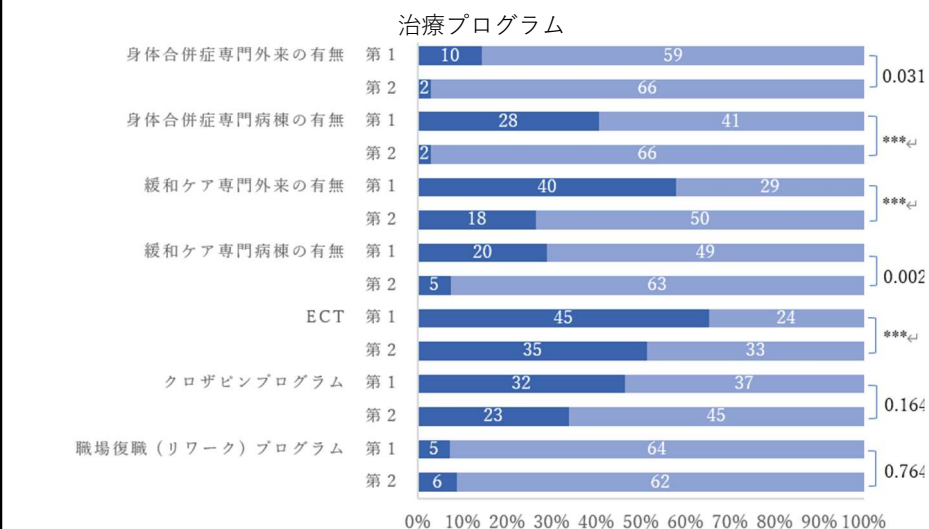
有床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 69$)、第2クラスター($n = 68$)の比較



5

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

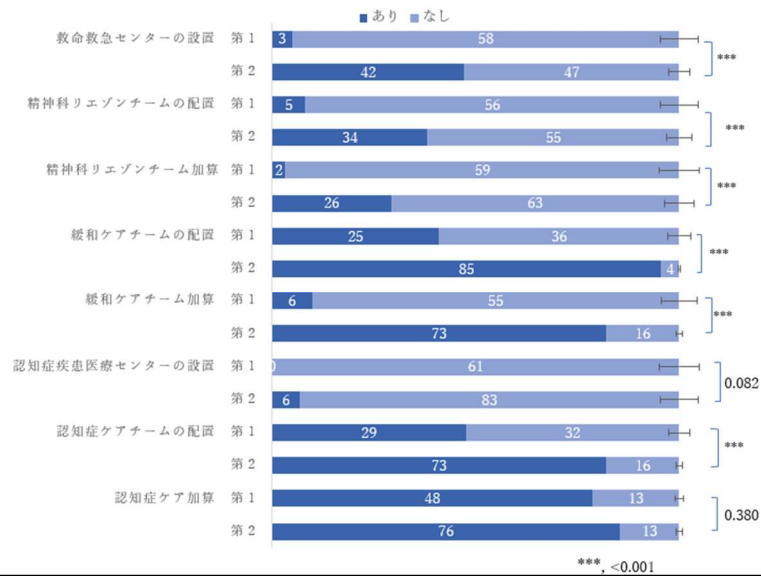
有床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 69$)、第2クラスター($n = 68$)の比較



6

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

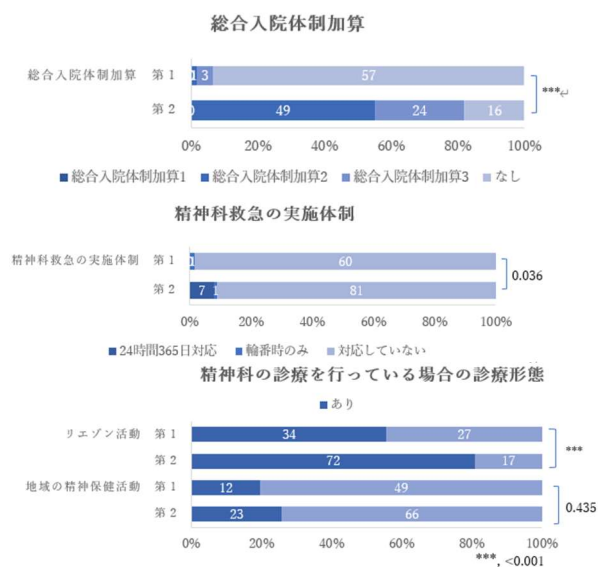
無床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 61$)、第2クラスター($n = 89$)の比較



7

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

無床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 61$)、第2クラスター($n = 89$)の比較

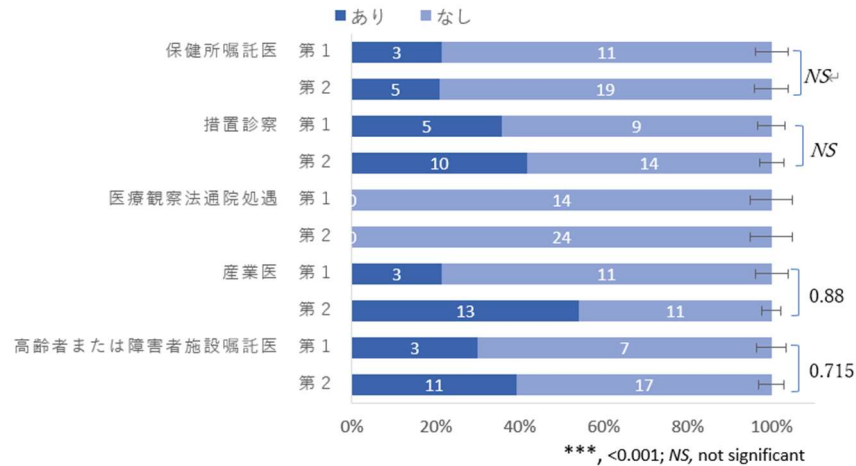


8

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

無床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 61$)、第2クラスター($n = 89$)の比較

地域の精神保健活動を行っている場合、その内容

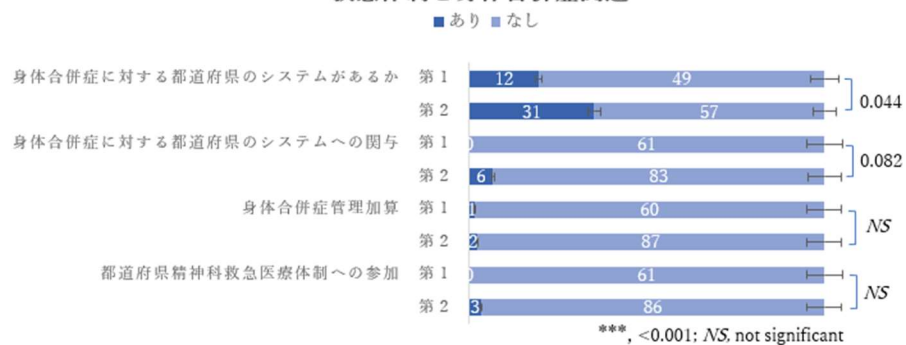


9

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

無床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 61$)、第2クラスター($n = 89$)の比較

救急体制と身体合併症関連

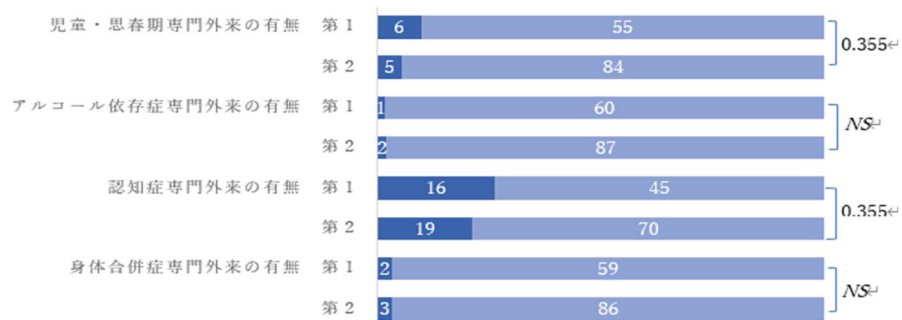


10

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

無床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 61$)、第2クラスター($n = 89$)の比較

治療プログラム

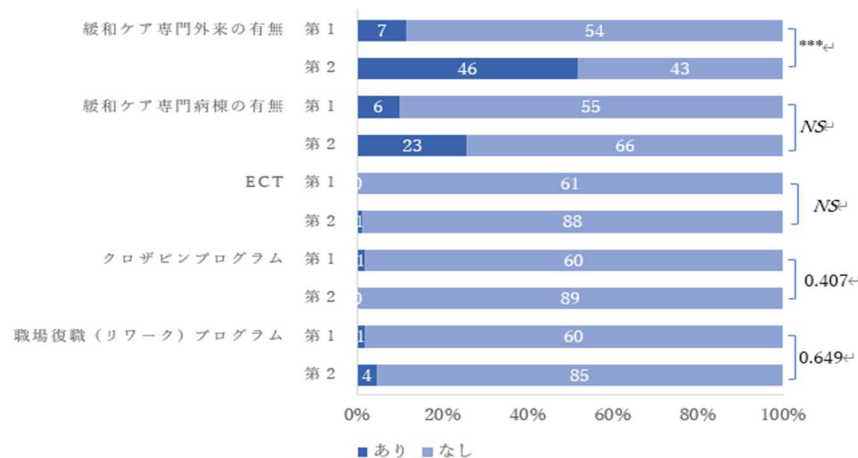


11

GHPの類型化（Two-step cluster 分析）

無床の総合病院精神科の第1クラスター($n = 61$)、第2クラスター($n = 89$)の比較

治療プログラム



12

総合病院精神科の類型化と課題の分析

Two-step cluster分析による類型化の試み（有床と無床に分けて検討）：Two-step cluster分析

結果の概要：有床・無床のいずれも、高機能型GHPと機能限定型GHPの2クラスターに類型化される

有床総合病院精神科（N=137）

無床総合病院精神科（N=150）

多機能型（N=69）

機能限定型（N=68）

多機能型（N=89）

機能限定型（N=61）

救命救急センター設置
コンサルテーションリエゾン
緩和ケア専門外来
多 身体合併症システムへの関与 少
身体合併症専門外来
精神科救急医療体制整備事業参加

救命救急センター設置
コンサルテーションリエゾン
緩和ケアチーム・専門外来
多 認知症ケアチーム 少

総合入院体制加算
加算1 加算2 加算3 なし
多 全病床数 少
多 常勤医師数・精神科医師数 少
多 公認心理師数 少

総合入院体制加算
加算2 加算3 なし
多 全病床数 少
多 常勤医師数・精神科医師数 少
多 公認心理師数 少

いずれの類型（有床GHP）でも約半数で実施
地域の精神保健活動（保健所嘱託医、措置診察、医療
観察法通院処遇、産業医、高齢・障害者施設嘱託医）
mECT、クロザピン
緩和ケアチーム・認知症ケアチームはいずれの類型
（有床GHP）でも大半の病院で設置

- 有床・無床ともに、多機能型と機能限定型を分ける決定要因は病院の規模（病床数、医師数）
- 機能限定型有床GHPは、地域に唯一の精神科病床であることが多く、少数の精神科医で地域精神科医療ニーズに対応している

地域ニーズ・GHPへの期待
(単科・自治体)

身体・精神アセスメント
身体合併症
mECT
クロザピン
夜間対応
周産期
摂食障害
児童
虐待対応

幅広い地域
ニーズに対応

※自殺企図者は直接病院
に搬送されるため、地域
ニーズが見えにくい

有床GHPの機能

身体管理（精神科急性期）
身体合併症
自殺対応
周産期（産科・小児科）
摂食障害
地域連携
認知症・緩和ケア
コンサルテーションリエゾン
災害・夜間対応
虐待対応（小児科）
mECT、クロザピン

High
Low

無床GHPの機能

身体合併症
コンサルテーションリエゾン
自殺対応
一般医とのリエゾン
認知症・緩和ケア
災害
虐待対応（小児科）

High Low

- ・ 身体科との連携が必要なニーズへの対応
- ・ 様々な精神疾患への対応、専門性の高い精神科医療の提供

総合病院精神科のSDGsを阻害する現状

専攻希望者少
地域偏在

精神科医：マンパワー不足で疲弊、
収入面でのデメリット⇒退職
病院：採算性少
(診療単価の低さ)

撤退・縮小

- ・ マンパワー不足の中、地域ニーズへ応えるための診療機能維持に努めているが、院内評価が低く、「燃え尽き」により精神科医が退職
- ・ 院内ニーズは高いが、採算性の観点から精神科撤退・縮小

超広域対応（地元で診られない）
包括ケアにならない
患者への不利益⇒やりがいの低下

地域ニーズに
応えられない

使用したデータ：

総合病院精神科に関する基礎調査（2020）+追加調査を実施した全388施設のうち、特定機能病院ではなく、有床か無床かの区別が可能な287病院
総合病院精神科医師6名、民間精神科病院・公立精神科病院医師各1名、自治体職員8名へのインタビュー調査（2022.9-12月）

別紙17

GHP実態調査：記述統計①

施設ごとのケースの数

施設名	<i>n</i>	%
国保旭中央病院	39	10.9
成田赤十字病院	44	12.3
富山市立富山市民病院	29	8.1
公立置賜総合病院	37	10.3
足利赤十字病院	35	9.7
国立国際医療研究センター 国府台病院	79	22.0
亀田総合病院	23	6.4
岐阜県立多治見病院	13	3.6
大阪赤十字病院	36	10.0
NHO熊本医療センター	24	6.7
合計	359	100.0

1

GHP実態調査：記述統計②

ICD診断カテゴリ

カテゴリ	<i>n</i>	%
F0: 症状性を含む器質性精神障害	55	15.3
F1: 精神作用物質使用による精神及び行動の障害	7	1.9
F2: 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	159	44.3
F3: 気分[感情]障害	95	26.5
F4: 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	15	4.2
F5: 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	8	2.2
F6: 成人の人格及び行動の障害	3	0.8
F7: 知的障害（精神遅滞）	6	1.7
F8: 心理的発達の障害	8	2.2
F9: 小児<児童>期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	1	0.3
欠損値	2	0.6
合計	357	99.4

2

GHP実態調査：記述統計③

合併症の有無と入院の形態

合併症の有無	<i>n</i>	%
あり	202	56.3
なし	153	42.6
合計	355	98.9
欠損値	4	1.1
合計	359	100.0

入院の形態	<i>n</i>	%
任意入院	117	32.6
医療保護入院	222	61.8
措置入院	20	5.6
合計	359	100.0

3

GHP実態調査：記述統計④

総合病院精神科のニーズ

総合病院精神科のニーズ	<i>n</i>	%
有床総合病院精神科でなくても良い	131	36.5
有床総合病院精神科が適している	228	63.5
合計	359	100.0

年齢、GAF得点、在院日数の最小値、最大値、平均値、標準偏差、歪度、尖度

	最小値	最大値	平均値	標準偏差	歪度	尖度
年齢	8	95	55.8	19.5	−0.2	−0.6
GAF得点	5	65	27.0	11.5	0.7	0.7
在院日数	0	1205	66.5	119.0	4.5	29.1

4

GHP実態調査:入院目的のコード化

身体管理が必要な 精神科専門治療	【薬物調整と服薬管理（クロザピンプログラムを含む）】 【m-ECT】
精神科救急 ・ 自殺企図	【希死念慮・自殺企図】 【自殺企図関連の合併症】
身体合併症治療 ・ 身体管理	【電解質異常、低栄養など、全身状態の管理(先行する精神疾患のために全身状態が悪化)】 【先行する身体疾患に精神症状が合併】 【先行する精神疾患に身体疾患が合併】 【器質性疾患との鑑別と管理】
精神科救急・急性 期治療	【精神科急性期症状】 【措置対応】
その他	【セカンドオピニオン】 【レスパイト】 【家族関係の調整（家族のレスパイトも含む）】 【虐待からの保護または介入】 【ケースワーク】 【リハビリ】 【薬物中毒】

別紙 18 周産期メンタルヘルスにおける GHP の機能や役割：JSGHP 周産期メンタルヘルス委員会のメンバーとの意見交換から

	院内での役割/advantage	地域での役割/advantage
ハイリスクアプローチ	・他科（産科・小児科）との連携 ・GHP には、すぐに精神科はでなくても、精神科専門 NS のように、助産師と精神科の間に入れる人がいる ・GHP にはエキスパートがいる	・ハイリスクケースの受け入れ（最後の砦） ・入り口としての価値 ・ワンストップ拠点 （例：未受診妊婦が産科を受診、精神科も併診するなど） ・他科（産科・小児科）との連携 ・GHP にはエキスパートがいる ・単科精神科病院ではできない検査ができる ・地域の精神科医療への安心感を医療従事者に与える（地域の住民・医療者双方に対して）
ポピュレーションアプローチ	・精神科専門 NS がトライアージをする ・重症度の低い方への現場でのケアについて、アドバイスすることで「スクリーニング」と「日常ケア」の双方に働きかける	・診察をせずとも、コンサルテーション・リエゾンを提供 ・地域で講演をすることなど教育的な役割を担う ・精神科診療のノウハウを広める ・広域医療においては多職種連携で中心的役割を担う ・スクリーニングで陽性になった方をどうするかなどのアドバイス、ジャッジメントに、リエゾン的に関わる ・重症度の低い方への現場でのケアについて、アドバイスすることで「スクリーニング」と「日常ケア」の双方に働きかける

GHP の役割や機能に影響を与えるもの：自治体との距離感、自治体側の温度感（熱意）、自治体からの信頼、圏域の広さなどの地域特性

別紙 19.

意思決定支援の実態

多職種連携チームによる意思決定支援が行われているか			
	行われている n (%)	行われていない n (%)	
(N= 196)	148 (75.5)	48 (24.5)	

多職種による意思決定支援が行われているか			
(領域ごとに)	行われている n (%)	行われていない n (%)	院内で当該医療を提供 していない n (%)
(n = 148)			
緩和ケアの領域	138 (93.2)	6 (4.1)	4 (2.7)
臓器移植の領域	64 (43.2)	13.3 (8.8)	71 (48.0)
周産期・不妊治療の領域	87 (58.8)	25 (16.9)	36 (24.3)
救急医療/集中治療 の領域	99 (66.9)	37 (25.0%)	12 (8.1%)
精神疾患を持つ人の身体疾 患治療の領域	129 (87.2)	15 (10.1)	4 (2.7)
認知症を持つ人の身体疾患 治療の領域	132 (89.2)	15 (10.1)	1 (0.7)
知的障害・発達障害を持つ 人の身体疾患治療の領	117 (79.1)	24 (16.2)	7 (4.7)
認知症、精神疾患、知的障 害・発達障害を持つ人の精 神科治療 の領域	107 (72.3)	29 (19.6)	12 (8.1)

多職種によるチームや枠組みで意思決定支援が行われているか				
(チーム・枠組みごとに)	行われている n (%)	行われていな い n (%)	当該チームが 院内にはない n (%)	わからない n (%)
(n = 148)				
緩和ケアチーム	129 (87.2)	7 (4.7)	7 (4.7)	5 (3.4)
精神科リエゾンチーム	94 (63.5)	11 (7.4)	42 (28.4)	1 (0.7)
認知症ケアチーム	82 (55.4)	27 (18.2)	28 (18.9)	11 (7.4)
診療科を主とした多職種	130 (89.0)	5 (3.4)	0(0)	13 (7.6)
入院病棟を主とした多職種	137 (92.6)	5 (3.4)	0(0)	6 (4.1)
外来部門を主とした多職種	107 (72.3)	17 (11.5)	0 (0)	24 (16.2)
対象患者に関わる任意の多 職種	113 (76.4)	8 (5.4)	0 (0)	27 (18.2)

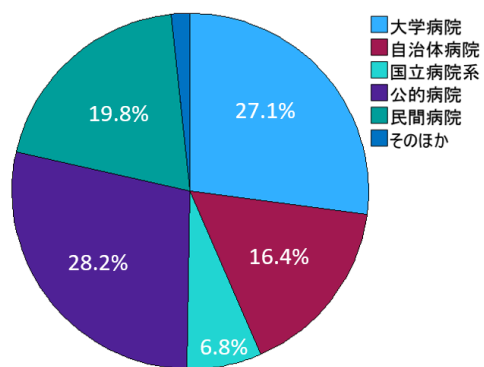
意思決定支援に関する助言を受けられる体制について			
(n = 196)	あり n (%)	なし n (%)	わからない n (%)
法的な助言を受けられる体 制の有無	90 (45.9)	106 (54.1)	0 (0)
倫理的な側面への助言を受 けられる体制の有無	132 (67.3)	64 (32.7)	0 (0)
医療倫理コンサルテーショ ン部門の有無	136 (69.4)	60 (30.6)	0 (0)
意思決定支援の研修会の有 無 (n = 196)	110 (56.1)	86 (43.9)	0 (0)

精神科リエゾンチームによる意思決定支援の有無と院内で行われる意思決定支援の内容の関連

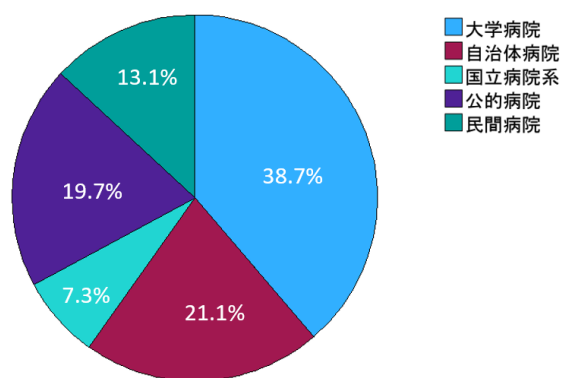
	精神科リエゾンチームによる意思決定支援				χ^2 (df)	p
	意思決定支援を行う		意思決定支援を行わない			
	ことがある	ことはない	はない	わからない		
n (%) =	94 (63.5)	11 (7.4)	42 (28.4)	1 (0.7)		
緩和ケアの領域で意思決定支援が行われているか					234.2(12)	< 0.001
意思決定支援を行っている	91	10	37	0		
意思決定支援を行っていない	3	0	3	0		
院内で当該医療を提供していない	0	1	2	1		
臓器移植の領域で意思決定支援が行われているか					233.5(12)	< 0.001
意思決定支援を行っている	50	3	11	0		
意思決定支援を行っていない	9	2	2	0		
院内で当該医療を提供していない	35	6	29	1		
周産期・不妊治療の領域で意思決定支援が行われているか					239.0(12)	< 0.001
意思決定支援を行っている	64	6	17	0		
意思決定支援を行っていない	17	3	5	0		
院内で当該医療を提供していない	13	2	20	1		
救急医療・集中治療の領域で意思決定支援が行われているか					227.3 (12)	< 0.001
意思決定支援を行っている	68	7	14	0		
意思決定支援を行っていない	22	2	12	1		

院内で当該医療を提供していない	4	2	6	0		
精神疾患を持つ人の身体疾患治療の領域で意思決定支援が行われているか					244.2 (12)	< 0.001
意思決定支援を行っている	90	7	32	0		
意思決定支援を行っていない	4	4	6	1		
院内で当該医療を提供していない	0	0	4	0		
認知症を持つ人の身体疾患治療の領域で意思決定支援が行われているか					228.2 (12)	< 0.001
意思決定支援を行っている	88	7	36	1		
意思決定支援を行っていない	6	4	5	0		
院内で当該医療を提供していない	0	0	1	0		
知的障害・発達障害を持つ人の身体疾患治療の領域で意思決定支援が行われているか					235.2 (12)	< 0.001
意思決定支援を行っている	83	6	27	1		
意思決定支援を行っていない	8	5	11	0		
院内で当該医療を提供していない	3	0	4	0		
認知症・知的障害・発達障害を持つ人の精神科治療の領域で意思決定支援が行われているか					227.5 (12)	< 0.001
意思決定支援を行っている	74	7	25	1		
意思決定支援を行っていない	14	4	11	0		
院内で当該医療を提供していない	6	0	6	0		

周産期施設調査



総合病院精神科調査



調査結果

	周産期施設（N= 177）		総合病院精神科（N= 137）	
病院の概要				
病床数 平均（標準偏差）	562.9（241.0）床		650.7 床（237.2）	
年間分娩件数 平均（標準偏差）	519.2（360.1）件		---	
	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
救急救命センターの有無	116 (65.5%)	61 (34.5%)	103 (75.2%)	34 (24.8%)
小児科の有無	175 (98.9%)	2 (1.1%)	135 (98.5%)	2 (1.5%)
NICU の有無	153 (86.4%)	24 (13.6%)	107 (78.1%)	30 (21.9%)
GCU の有無	128 (72.3%)	49 (27.7%)	78 (56.9%)	57 (41.6%)
			未回答 2（1.5%）	
MFICU の有無	63 (35.6%)	114 (64.4%)	46 (33.6%)	91 (66.4%)
児童精神科の有無	26 (14.7%)	151 (85.3%)	39 (28.5%)	98 (71.5%)
精神科の有無	134 (75.7%)	43 (24.3%)	137 (100.0%)	0 (0.0%)
精神科がある場合				
	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
精神科病床の有無	64（49.2%）	66（50.8%）	88（64.2%）	49（35.8%）
閉鎖病棟の有無	---	---	74（84.1%）	12（13.6%）
	---	---	未回答 2（2.3%）	
精神科がある場合				
	周産期施設（N= 177）		総合病院精神科（N= 137）	
			有床	無床
	いる施設数	いない施設数	平均	平均
	n (%)	n (%)	（標準偏差）人	（標準偏差）人
常勤精神科医	114 (87.7%)	66 (50.8%)	10.6 (7.6) 人	2.0 (2.5) 人
非常勤精神科医	88 (67.7%)	42 (32.3%)	3.5 (4.0) 人	1.4 (2.2) 人
特定妊婦の受け入れ	あり 44 (24.9%)	なし 5 (2.8%)	---	---
	未回答 128（72.3%）			

	周産期施設 (N= 177)		総合病院精神科 (N= 137)	
加算について	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
ハイリスク分娩管理加算の有無	45 (25.4%) 未回答 126 (71.2%)	6 (3.4%)	21 (15.3%) 未回答 109 (79.6%)	7 (5.1%)
ハイリスク妊産婦連携指導料Ⅰの算定の有無	9 (5.1%) 未回答 143 (80.8%)	25 (14.1%)	16 (11.7%) 未回答 104 (75.9%)	17 (12.4%)
ハイリスク妊産婦連携指導料Ⅱの算定の有無	1 (0.5%) 未回答 144 (81.4%)	32 (18.1%)	8 (5.8%) 未回答 104 (75.9%)	25 (18.2%)
院内に精神科がある場合 (n = 64)				
産科から精神科へのコンサルト件数	平均 (標準偏差)		---	---
産科通院中の精神科依頼	25.5 (32.4) 件		---	---
産科入院中の精神科依頼	平均 16.5 (21.8) 件		---	---
	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
精神科病棟入院の有無				
産前の精神科病棟入院の有無	44 (65.7%)	23 (34.3%)	61 (69.3%)	35 (30.7%)
産後の精神科病棟入院の有無	41 (61.2%)	26 (38.8%)	62 (70.5%)	26 (29.5%)
院内に精神科がない施設				
連携精神科医療機関の有無	16 (37.2%)	27 (62.8%)	---	---

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに關与するうえでの問題点や困難な点について

周産期施設の自由記載

問題点・困難な点	詳細
精神科医の不足	興味を持つ精神科医が少ない、夜間休日の対応が困難
管理の難しさ	かかりつけ医に依頼、トリアージが必要、妊婦への対応が苦手
ネットワークの確立	精神科内でのネットワークが必要
患者の希望	地域のクリニックでの健診を希望する患者がいる
診療体制の課題	曜日により担当医が異なる、チーム体制の構築が難しい
初診の困難さ	患者数が多く、初診が難しい
予約の難しさ	すぐに予約が取れる病院が少ない
心理師の業務	心理師の業務内容が明確でない
対応のばらつき	当直帯の対応が医師により異なる、医師間で温度差がある
連携の難しさ	診療科・パラメディカルとの連携が難しい
フォローの困難さ	退院後の継続的なフォローが困難
労力の問題	対応の限界、労力に見合う加算がない
緊急対応の難しさ	夜間休日の緊急対応が困難
カンファレンス	連携のカンファレンス開催が必要
業務負荷	精神科医の負担が大きい
患者の拒絶	精神疾患の病名がつくだけで大学病院に集まる
治療介入の難しさ	周囲の環境変化により治療介入が難しい
病院精神科の敷居	敷居が高く、フットワークが重い
周産期の理解	周産期特有の症状や病態の理解が得にくい
アクセスの悪さ	地域によりアクセスが悪い
救急対応の難しさ	産科救急システムで精神科救急に対応しない病院が多い
連携の方法	かかりつけ精神科クリニックとの連携が必要
理解不足	精神疾患に対する理解不足
対応の異なる窓口	精神科側の窓口が複数あり対応が異なる
転院の拒否	転院を拒否されることが多い
ハードルの高さ	ハイリスク妊産婦連携加算のハードルが高い
精神科医の減少	県内の精神科医が減り、常勤医がいなくなった
薬剤中止の促し	産科に相談なく薬剤中止を促す
継続診療の難しさ	出産後の継続診療が難しい
予約の困難さ	予約が取れないことが多い
精神科のイメージ	精神科に怖いイメージを持つ妊婦がいる
症例数の増加	症例数が増加し対応が難しい
診療時間の長さ	診療の時間が長くなる
関わり方の消極性	精神科が周産期メンタルヘルスへの関わりが消極的
担当の変更	担当が代わることに難色を示す患者がいる
主治医との関係	短期間の受診で主治医との関係を築くのが難しい
長期的な管理	産後の長期的な管理が難しい

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの**問題点や困難な点**について

総合病院精神科の自由記載

問題点	詳細
情報不足	他院からの紹介の場合情報が少なすぎることがある。
社会的問題	社会的問題を精神科的問題にすりかえられやすい。
福祉サポート	高齢者より福祉サポートが乏しい。
人手不足	精神科医の人手不足・知識不足。
負担増加	精神科が関与する必要ないケースも関与を求められる。
治療拒否	軽度な精神障害の既往があるだけで他院での治療が拒否される。
患者協力不足	患者の協力が得られない。
他科の負担	他の精神科病院やクリニックの精神科医が働かない。
対応医療機関	対応医療機関が少ない。
精神科病床	精神科病床がないので重症者に対応できない。
報酬不足	連携を頑張っても報酬が見えない。
連携不足	院内外と連携をとる役割のスタッフが必要。
定期会議不足	定期的なチーム会議が実現していない。
精神科入院不可	当院は精神科病棟がないので精神科入院不可。
救急体制	夜間休日の妊産婦の精神科救急の体制が不十分。
専門外対応	専門外の対応も多く専門性が担保できない。
マンパワー不足	メンタルヘルスに通じたマンパワーの不足。
インセンティブ不足	精神科医または精神科診療部門にインセンティブが乏しい。
治療歴	精神疾患としての治療歴があると精神科対応が必須。
偏見	産科スタッフの精神疾患に対する偏見が強い。
連携困難	他院精神科かかりつけ医との連携が難しい。
精神科医不足	精神科常勤医数の不足。

周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望について

周産期施設の自由記載

要望	理由
メンタルヘルス合併妊婦、褥婦の産科入院管理料	診療報酬を増加させたり、受け入れ人数の多さによって加算をつけたりしないと、なかなか受け入れは進まない。
認定制度	精神科医で周産期メンタルヘルスの理解がある先生の認定制度やその先生の診察では診療報酬が高くなるなどとなればよい。
院内対応	院内の周産期メンタルヘルスケア対応を行った場合や緊急対応の際には診療報酬の追加をすることでよりきめ細かい対応が可能。
地域での診療体制の構築	独自で地域内での診療体制を構築しており、精神疾患に対応可能な総合病院に限られているのが問題。
助産師の活用	周産期メンタルヘルスの中核は助産師で、1 時間程度の面談を行う、時間外に電話訪問・電話対応を行う
院外施設との連携	院外施設との連携と連携先のインセンティブを確保するような制度の整備。
カンファレンス	院外機関とのカンファが診療報酬として算定できると良い。
地方病院の精神科医不足の解消	地方病院の圧倒的精神科医不足、都市部への集中。
算定要件の緩和	総合病院における周産期メンタルヘルス医療の継続的な提供を実現するために、現在の算定要件の緩和を検討。
社会的ハイリスクに加算を	精神的ハイリスクには加算があるが、最も手のかかる社会的ハイリスクには加算がない。
講習修了による加算	精神科やメンタル関連の講習を修了したことによる加算。
保健指導に診療報酬を	メンタルヘルスに問題のある患者にカンファレンスして対応したり、保健指導を行う場合に診療報酬が認められれば、そのスタッフの充実が図れる可能性がある。
小児科医の確保	小児科医が確保できず、周産期診療が困難。
産後の保険診療	産科が 1 か月健診後も保険で診療できる体制を構築して欲しい。
周産期メンタルヘルス救急システムの確立	周産期メンタルヘルス救急システムを確立していただきたい。
臨床心理士の活用と診療報酬の加算	臨床心理士などが初期対応しスクリーニングを行う際だけではなく、フォローアップ（産後も）にも加算がとれるといい。
ケース会議への診療報酬	行政や児童相談所と行うケース会議は負担が大きいにもかかわらず、費用を算定できていない。
精神疾患合併妊婦の評価	精神疾患合併妊婦に対応していることを、もっと評価してもらいたい。
ハイリスク加算の算定要件の緩和	精神科の外勤医がおり、連携を行い、コンサルテーションをしているが、病院として精神科を標榜していないので、ハイリスク加算が全く取れない。

診療報酬の拡充	精神科が周産期メンタルヘルスに積極的に関わった場合の診療報酬の拡充。
専門人材の確保	手間と時間がかかることなので、周産期メンタルヘルス医療について専門の人材を確保できるようにしてほしい。

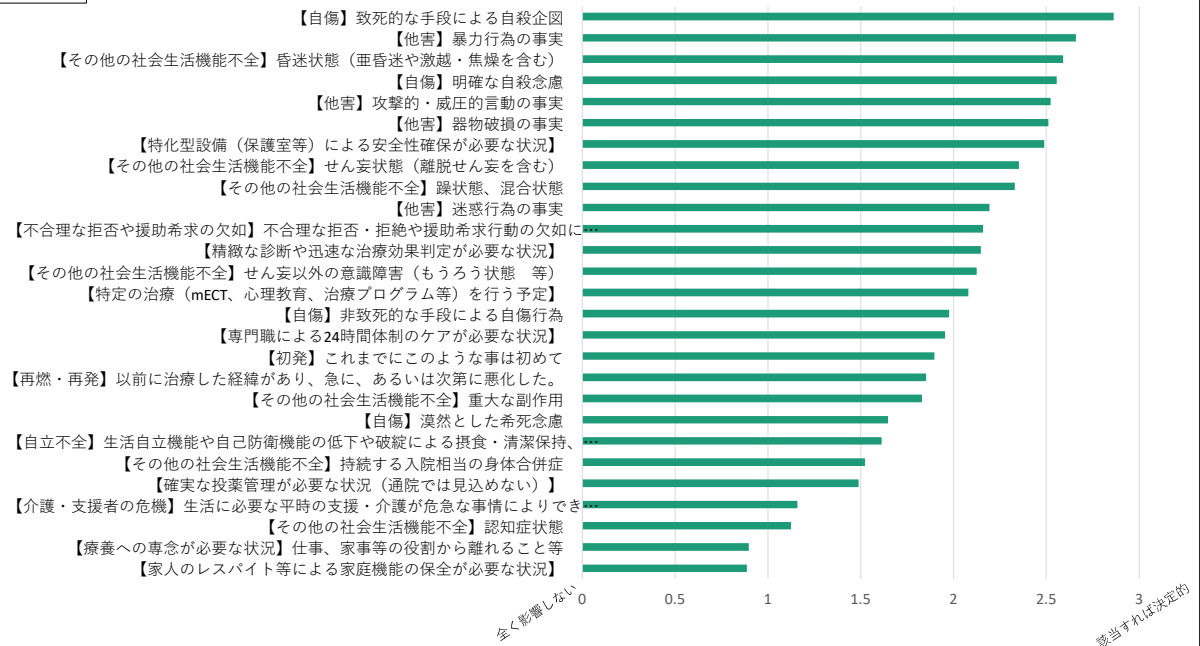
周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望について

総合病院精神科の自由記載

要望	理由
妊産婦の精神科的診療加算を適応しやすく、妥当な加算額設定	精神科側へのメリットが少ない
診療報酬の増額、人員の増員	産科、小児科、精神科の診療報酬が低すぎる
精神疾患合併妊婦もハイリスク妊婦としての診療報酬	精神科医側単独で妊娠した患者を診た場合の報酬が必要
精神科医が関わる場合の診療報酬評価を手厚く	精神科単体での収益貢献がわかりづらい
体制加算のようなものを導入	制度化されると浸透しやすい
精神科救急体制、産後ケア入院の体制作り	妊産婦の精神科医療が必要
少子化対策としての評価	病院機能での差別化
診療報酬の増額	総合病院で診た際の報酬を増やす
診療報酬評価の強化	リエゾン頻回介入、多職種カンファへの評価
診療報酬を取得できるように	家族を含めて診察を行った場合
ハイリスク分娩管理加算の是正	精神科が報われない仕組み
情報提供に対する加算	予防と早期発見のため
リエゾンナースの介入に加算	精神科医師の診察でなくても・・・
補助金制度の導入	患者負担にならない形で
診療報酬の増額	精神科、産婦人科、小児科の連携を進めるため
常勤の精神科医を確保できる診療報酬の算定	県立病院の規模で必要
専門教育の実施	精神保健福祉士、公認心理師等に
診療報酬要件と算定点数の配慮	人員配置が手厚くできるように
診療報酬の明確化	産科と精神科のコスト譲り合いを防ぐ
診療報酬の新規加算	心理師が周産期メンタルヘルスケアチームを率いる場合
スタッフが確保できる診療報酬体系	ハイリスクでなくてもメンタルヘルス介入が加算されるように
周産期メンタルヘルスチームの加算	通常のリエゾンチームとは別に算定できるように

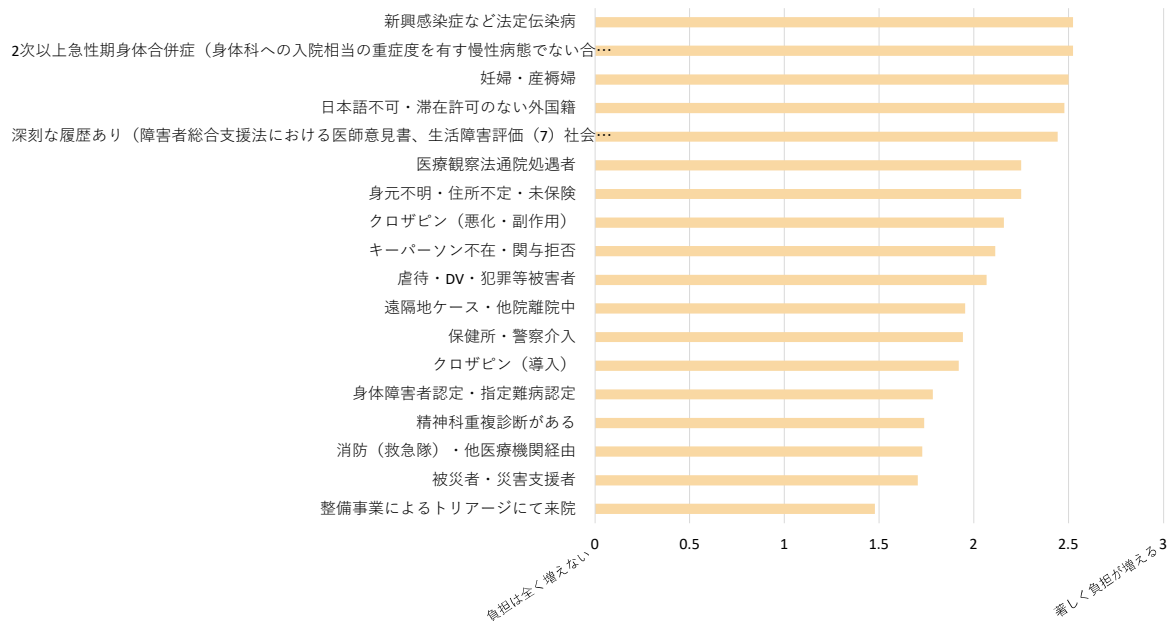
別紙21

影響度



1

困難度



2

別紙22

恣意性項目を除く再集約のプロセス

配点	11項目	※ 旧項目 (※ エキスパートコンセンサス調査から得られた得点 (0: 全く影響しない～3: 該当すれば決定的))
2.5点	1. 自傷・自殺の切迫: (自殺企図の 事実 、自殺の予告や表明の 事実)	2.86 【自傷】致死的な手段による自殺企図 2.56 【自傷】明確な自殺念慮 2.66 【他害】暴力行為の事実 2.52 【他害】攻撃的・威圧的言動の事実 2.51 【他害】器物破損の事実
	2. 他害の 事実 : (暴力行為・威圧的言動・器物破損・迷惑行為の事実)	2.19 【他害】迷惑行為の事実 2.59 【その他の社会生活機能不全】昏迷状態 (亜昏迷や激越・焦燥を含む) 2.35 【その他の社会生活機能不全】せん妄状態 (離脱せん妄を含む) 2.33 【その他の社会生活機能不全】躁状態、混合状態
	3. 昏迷 状態 (亜昏迷、激越焦燥を含む)	2.13 【その他の社会生活機能不全】せん妄以外の意識障害 (もうろう状態 等) 2.16 【不合理な拒否や援助希求の欠如】不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難 2.15 【精緻な診断や迅速な治療効果判定が必要な状況】 2.08 【特定の治療 (mECT、心理教育、治療プログラム等) を行う予定】
2.0点	4. 以下のいずれか (せん妄 状態 、躁・混合 状態 、意識障害)	1.83 【その他の社会生活機能不全】重大な副作用 1.52 【その他の社会生活機能不全】持続する入院相当の身体合併症 1.61 【自立不全】生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難
	5. 不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難の 事実	0.90 【療養への専念が必要な状況】仕事、家事等の役割から離れること等 1.49 【確実な投薬管理が必要な状況 (通院では見込めない)】 2.49 【特化型設備 (保護室等) による安全性確保が必要な状況】
1.5点	6. 鑑定 目的 および入院外では困難な治療手技 (mECT、クロザピン) や検査の実施 目的	1.16 【介護・支援者の危機】生活に必要な平時の支援・介護が危急な事情によりできなくなった。 0.89 【家人のレスパイト等による家庭機能の保全が必要な状況】
	7. 身体管理 目的 (悪性症候群、急性薬物中毒、BMI: 18以下の摂食障害に限る)	1.98 【自傷】非致死的な手段による自傷行為 1.65 【自傷】漠然とした希死念慮 1.95 【専門職による24時間体制のケアが必要な状況】 1.90 【初発】これまでにこのような事は初めて 1.85 【再燃・再発】以前に治療した経緯があり、急に、あるいは次第に悪化した。
1.0点	8. 生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難の 事実	1.13 【その他の社会生活機能不全】認知症状態
	9. 入院外治療での服薬不遵守・静養環境不適などによる増悪の 事実	
0.5点	10. 重度かつ慢性地域生活者への平時支援が急激に不能に陥った 事実	
	11. 家人のレスパイト等による家庭機能の保全 目的	
0点	12. 非致死的な自傷の事実や漠とした希死念慮の表明	
	13. 24時間の見守り目的	
	14. 初発	
	15. 再燃・再発	
	16. 単なる認知症状態	

1

「影響度」 (再集約した11項目) 得点表

基礎点	
2.5点	1. 自傷・自殺の切迫: (自殺企図の 事実 、自殺の予告や表明の 事実) 2. 他害の 事実 : (暴力行為・威圧的言動・器物破損・迷惑行為の事実) 3. 昏迷 状態 (亜昏迷、激越焦燥を含む)
2.0点	1. 以下のいずれか (せん妄 状態 、躁・混合 状態 、意識障害) 2. 不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難の 事実 3. 鑑定 目的 および入院外では困難な治療手技 (mECT、クロザピン) や検査の実施 目的
1.5点	1. 身体管理 目的 (特定の重篤副作用 (※)、摂食障害のるい瘦対応 目的 (BMI: 18以下)) 2. 生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難の 事実
1.0点	1. 入院外治療での服薬不遵守・静養環境不適などによる増悪の 事実 2. 重度かつ慢性地域生活者に対する平時支援の急激な不能の 事実
0.5点	1. 家人のレスパイト等による家庭機能の保全 目的
0点	1. 要保護 2. 初発 3. 再燃・再発

2

「困難度」得点表

係数	
2.5	新興感染症等法定伝染病
	2次以上急性期身体合併症（身体科への入院相当の重症度を有す慢性病態でない合併症） 妊婦・産褥婦
2.0	日本語不可・滞在許可のない外国籍
	深刻な履歴あり （障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価（7）社会的適応を妨げる行動）
	医療観察法通院処遇者
	身元不明・住所不定・未保険
	クロザピン（悪化・副作用）
	キーパーソン不在・関与拒否
	虐待・DV・犯罪等被害者
1.5	遠隔地ケース・他院離院中
	保健所・警察介入
	クロザピン（導入）
	身体障害者認定・指定難病認定
	精神科重複診断がある
	消防（救急隊）・他医療機関経由
1.0	被災者・災害支援者
	整備事業経由

電話相談について考える演習案

はじめに

電話相談の意義

電話相談窓口に連絡してこられる入院者には、それぞれに想い・背景がある。

入院者は、この電話相談窓口が、どのような機関なのか？どこまで、何をしてくれる機関なのか？信用してよいのか？などの不安や緊張の下でかけて来ています。

電話の受け手も、どのような連絡があるのか不安を持ちながら電話を受けていると思われます。その中でも、最低限確認しなければならない事を整理し、入院者の置かれた立場に想いを寄せていくことが求められます。

デモ「退院先を探してほしい 明日面会に来て欲しい」

Point 相談者の背景を理解する、電話相談でできる事、できない事

入院者→入 受け手→受 と表示)

受：はい、人権センター電話相談 ミヤマです。

入：(小さな声で)

すみません、私ニシムラといいます。二病棟に入院してます …退院したいんです。どうしたらいいですか (後半は、ほとんど聞き取れない)

受：すみません…聞き取りにくいのですが…もう一度お願いします…

入：(小さな声で)

あ、はいあの二病棟のニシムラです…退院…あ、もう (ガチャと切れる)

再度電話がかかってくる

受：はい、センター電話相談 ミヤマです。

入：さっき電話したニシムラです…さっきは携帯で電話してたんですけど、近くに人が居て話せなかったんです。なんか、話の中身聞こうとしてるみたいで…

受：そうだったんですね…突然切れて、何があったのかと思ってました、すみません。掛けなおしてもらってありがとうございます。今は大丈夫ですか？

入：うん、さっきも言うたけど、もう入院して5年にもなるし退院したい。 そやけど、家族もおらんし帰る家ももうないんや…。退院先探してくれへんか？

受：そうなんです、病院の先生やソーシャルワーカーさんと退院の事とか相談してますか？

入：退院するところが決まったら退院していいといわれてるねん。

受：5年の入院と伺いましたが、今の入院形態は？

入：医療なんとか入院と聞いている。

受：退院先の事など今までに病院の職員さん、ソーシャルワーカーさんとかにしていますか？

入：ソーシャン？よくわからんね…お金のことは事務員さんに相談してるけど…

受：人権センターでは、病院に訪問させてもらってお話を聞かせてもらうことができます。一度訪問させてもらってじっくりとお話を聞かせてもらえませんか？

入：え！病院に来てくれるんか？ほな、明日来て～な。

受：訪問は、事務局で日時、訪問できるものを調整しますので、いつ訪問に行けるのかはわかりません。決まりましたら、連絡します。

入：ほな、明日来てくれるんやね！まってるわ！

(ガチャと切れる)

受：あ、病院名も何も聞いてなかった…どこに電話したらいいんやろう…

【グループワークでの意見交換の題材】

・初めて電話をかけてくる人の気持ち

「どんなことなんだろう」

「信用してよいのかな？」

「電話してる中身、病院の人に知られたくないな…」 etc

・初回電話で確認すること

・単なる受付ではない。緊急性の判断もしなくてはいけない

・現時点での主訴を大まかに把握する

・入院先の病院名、病棟名

・電話をかけてくれる方時間の流れを意識する(今回の場合：早く来てほしい)

・入院生活の一日の時間の流れを意識する

・長期に及ぶ入院生活の中での一日の時間の意味を意識する

→訪問調整をどの程度の日数で設定しておくか

・限られた時間の中で最低限聞かないといけないこと

・次につなぐことを意識しながらも、聞き取り表を埋めるような聞き方にならないように

(背景：相手の話を聞き続けることもよいのかな)

・電話を受ける上での姿勢(背景：突然公衆電話では切れてしまうときもある)

・公衆電話はコインが落ちて切れてしまうため、焦っておられることも…

・プライバシーの守られない環境下で話したくても話せないこともある

・突然切れたときの対応(かけ直しあったときに引き継ぐ内容など…)も検討しておく。(掛けなおして欲しくない事情もあるかもしれない)

・主訴を聞くこと

(背景:面会に来てほしい(話をしたい)

「退院したい」

「あいに来てほしい」

「何かを変えたい(処遇改善、不適切ケア…)

まとめ

訪問支援に関する情報の共有について考える演習案

入院者＝相談者・申込者

支援員＝面談に行く精神科アドボケイト・面会ボランティア

同行者＝一緒に行く支援員・パートナー

面談＝訪問支援事業でお話をお聞きする場面のこと

(これらの用語については、統一が必要)

1. 演習案

- 1) 面談予定の入院者に関して、事前にどのような情報を知っておきたいですか？
(意見が出た後)なぜその情報を知っておきたいと思ったのですか？
(意見が出た後)精神科アドボケイトの役割と照らし合わせてみて、どうですか？
- 2) 事前にどのようなことを打ち合わせておきたいですか？
(意見が出た後)なぜそのことを打ち合わせておきたいと思ったのですか？
(意見が出た後)精神科アドボケイトの役割と照らし合わせてみて、どうですか？

*現在の支援員養成研修演習②「出会いの場面」において、触れることもできる。

2. 入院者の情報に関する基本的な考え方

1) 情報把握の目的

入院者の希望を実現するため(本人の希望を次に「つなぐ」ため)。

2) 支援員が心に留めておいてほしいこと

真摯にきくことを大切にする(事業の意義)

- ・ この事業の意義は「情報を確認すること」ではなく、「入院者本人の、今この瞬間の生の声をきかせてもらうこと」にある。知らないからこそ生まれる「きかせていただく」姿勢を大切にしたい。
- ・ 支援員側の安心感のための情報共有となってはいけない。
- ・ 面談の目的は、あくまで相談者本人が申込時や面談時に話した要望であり、支援員側の目的ではない。支援員側の思いを押し付けることにならないよう、十分注意する。

情報を(一方的に)持つことによる優位性を意識する

- ・ 入院者は「自分のことなのに知らされていない」状況を経験することがある。例えば、主治医の見解や治療内容など、本人が知らない情報を病院職員等が持っている場合がある。これは、「不公平」「対等ではない」関係を生む。
- ・ 入院者本人が知らない情報を支援員が知っている場合、それが両者の関係性にどのように作用するかを深く考える必要がある。

準備することの重要性とともに準備しすぎることの弊害を意識する

- ・ 問題解決を急ぐための情報共有ではない。
- ・ 思いを押し付けたり、その瞬間の生の声、対話を大切にできなくなるとはいけない。
- ・ 記録を読んで気になること等をもとに、今回の面談で主要な話題になりそうなことについて同行者で確認し、提供できる情報やとりうる対応について考えておくことで不安を軽減することができる。
- ・ しかしながら、対応のしかたなどは準備しすぎず、その場の対話を重視する姿勢を忘れない。細かく打ち合わせしても、その通りにならないことも多くあると捉え、打ち合わせすぎないようにする。

3) 事務局に検討してほしいこと

- ・ 相談者の情報をどこまで共有するかについては、事業のあり方と関わる重要なことであり、実施主体ごとに十分に議論することが望ましい。
- ・ 調整や案内時にこちらが意図せず病院職員等から事前に入院者に関する情報を知られる場合があるが、支援員がまだ会ったことのない入院者の情報を知っていることが、この事業や入院者にどのような影響を与えるかをよく考える。

3. 事務局からの連絡事項

1) 目的

- ・ 入院者との面談がスムーズに面談を進められるようにすること

2) 内容

- (1) 同行者との待ち合わせに関すること
- (2) 入院者と会うための手続きに関すること
- (3) お話を聞かせてもらうために必要なこと

3) 内容のチェックリスト

- ☐ 実施日程
- ☐ 実施場所(病院、病棟名)
- ☐ 待ち合わせ場所と時刻
- ☐ 入院者に関する情報
 - 氏名、相談内容や目的(入院者が申込時にお聞きしたこと、申込理由)など
- ☐ 引継ぎ事項……実施回数(特に、初回かどうか)、2回目以降の場合は前回までのこと
- ☐ 同行者の情報 ※1
 - 氏名、特性(例えば、ピア、PSW、一般市民、家族、看護師)など
- ☐ 役割分担(決まっている場合) ※2
- ☐ 緊急時(同行者と会えないなど)の連絡先や対応
- ☐ その他(その病院での面会申込み方法がある場合など)

※1 同行者の情報の取り扱いについて

当日連絡を取りやすくするために同行者の電話番号等の緊急連絡先を共有することは便利だが、個人情報の共有に対する考え方は人によって異なるため、どこまで共有するかについては、事前に確認や合意を取る必要がある。そのためには(できれば研修や登録よりも前に)、同行者の個人情報に関する方針を検討しておくことが望ましい。また、情報共有に対する不安を軽減するために、誓約書の作成を検討することもできるかもしれない。

※2 同行者の役割分担／リーダーとサブ

同行者はあくまで同等のパートナーであり、待ち合わせ場所で相談してその日の進行役を決めることも可能である。しかし、支援員としての経験が少ない段階では、事前に決めておくことで支援員が安心感を得られ、心の準備がしやすくなることがある。その場合、経験の回数やその日の相談者に過去に会ったことがあるかどうかを基にリーダーを決めることもできる。必ずしも経験が多い人がメインを担当するわけではなく、経験の多い人がサブとなり、必要に応じて対話に加わる場合もある。

<連絡の内容例>

- ① 実施日程：2024年11月25日10:00～11:00
- ② 実施場所：なにわ病院、南1病棟
- ③ 待ち合わせ：9:30 病院バス停留所(北淀川駅から徒歩3分)
- ④ 入院者について
氏名：大阪権一さん
相談内容(目的) 入院してもう3年になる。退院したい
引継ぎ事項 3回目。前回、〇〇についてPSWに相談してみるよう勧めたので、その結果を聞いてほしい。
- ⑤ 同行者について
氏名：西満子さん nishimitsuko@example.com
- ⑥ 役割分担：西さんは前回も訪問されているので、リーダーを依頼しています。
- ⑦ 参加できなくなった場合や当日パートナーとうまく会えないなど、緊急の場合は、事務局に電話して、指示をあおいでください。(電話番号:06-123-4567)
- ⑧ なにわ病院では、病院受付に立ち寄る必要はなく、直接病棟に行き面会申込みをしてください。

※ 事務局は、入院者の要望内容や状況によって、どの支援員に訪問を依頼するかをよく考える必要がある。社会資源に詳しいPSW、入院者の気持ちをよく理解できるピア、精神科のことに詳しくないが当たり前の感覚をもった市民など、支援員の背景もさまざまであり、また性別、年代といった属性もさまざまで、それらの特性を考慮に入れて、依頼する。また、同じような特性の2人でなく、異なった特性をもった2人に同行してもらうことで、より幅広い支援が可能となる。

4. 事前打ち合わせ

1) 目的

- ・ 入院者との面談をスムーズに進められるようにすること
- ・ 訪問する支援員同士が事前に顔を合わせ、話をする事で、不安を軽減すること

2) 方法

- ・ 前日までにオンラインか電話で行うことが望ましい。
- ・ 参加者:面会のリーダー、サブ、(前日までの場合)事務局が参加することもある
*事務局とリーダーのみが打ち合わせ、サブとは当日という場合もある
- ・ 当日待ち合わせてから行う場合は、第三者に聞かれない環境で行う

3) 打ち合わせ内容のチェックリスト

- ☐ 自己紹介(特に、面談対象者とのこれまでの関り)
- ☐ 今回の訪問の目的(相談者が面談に要望していること)の確認
- ☐ 今回の面談で問題となりそうなこと(記録を読んで気になること)のすり合わせ(その通りにはならないが、記録を確認した時点でお聞きしたいと思ったこと)
- ☐ 役割分担(決まっていない場合)
- ☐ 待ち合わせ場所、日時の確認(すでに待ち合わせできている場合を除く)

4) その他

上記の打ち合わせとは別に、初回面会の前、あるいは訪問終了後に次回の調整に関する方針(こういった立場の人で調整するか、同じ人が良いかどうか等)などを決めるための相談が必要になることもある。(事務局内あるいは、事務局+支援員等)

5. 報告

1)目的

- ・ 面談の振り返りを行い、次回の面談につなげること

2) 方法

- ・ 書面・WEB システム等が考えられる。

3)報告内容

- ・ 入院者の氏名
- ・ 面談の日時・場所
- ・ 相談内容(お聞きしたこと)
- ・ 対応内容(伝えたこと、話し合ったこと)
- ・ 引継ぎ事項
- ・ 資料送付等を依頼された場合
- ・ 本人と確認したことで、次回で再確認が必要なことがある場合
- ・ 伝えそびれたことや尋ねそびれたことで、次回に伝えたり尋ねたりできるかもしれない場合
- ・ その他(調整する事務局宛の連絡事項等)

4)留意点

面談内容をどこまで詳しく記録するかについては、支援員によって差がある(差が大きい)と思われる。事務局のほうで、例(面談場面とその記録)を示したり、演習で検討したりするなど、必要な内容が記録として残されるための方策を考えておくことが望ましい。

6. 守秘義務と個人情報保護

- ・ 守秘義務と個人情報保護については、告知や研修、誓約書について実施主体ごとで検討する必要がある。
- ・ 面談前に受け取った情報や当日のメモ、提出した報告の扱い、個人名をいれるかどうかやパスワードの設定、プリントアウトの可否について等も検討し、支援員に徹底する必要がある。

入院者への情報提供について考える演習案

入院者：入院は1月10日のCさん／退院について話をしたい

初回の面談 3月25日(申込は3月15日)

(あいさつ等略)

入院者 C：(非常に困ったという表情で)

早く退院したいんです。そろそろ退院と思っていたのに、どうも延びそうなんです。

支援員 A：そうなんですネ…今回の入院はいつごろからかお聞きしてもいいですか？

入院者 C：1月のはじめなので、もう3か月になるんです。そろそろ退院と思っていたのに…

支援員：(うん、うんとうなづき、話を促す)

入院者 C：そしたら、今後のことを話し合う「なんとか委員会」とかいうのが4月5日にあるから参加してほしいと言われて、退院が延期になるのかな？と心配になって…

それで、前に役所の人から渡されたチラシを思い出して、面談を申し込んだんです。

支援員 A：そうだったんですね、「退院支援委員会」のことかもしれませんね…

入院者 C：あ、そんなのでした。

支援員 A：退院できるのか？と不安なお気持ちになられたんですね…

入院者 C：(何か言いたげな表情)

支援員 A：他に何か気がかりなことなどもおありですか？

入院者 C：あと、、、同じ病室の人が「入院が長くなると住んでいたアパートから追い出される」と言っていて…。そんなことあるんでしょうか？そのことも心配なんです。

支援員 A：なるほど、退院が伸びることの不安と、今のアパートのことが気になっておられるんですね。もう少し、お尋ねしても良いですか？

入院者 C：はい

支援員 A：主治医から退院がどれくらい延びるかやその理由は聞いていますか？

入院者 C：(驚いた表情で)

聞いたことがありません…そんなことを聞いてもいいんですか？？

支援員 B：聞いてもいいですよ。私はCさんの治療のことなので尋ねてもよいと思いました。

これまで主治医や担当のソーシャルワーカーとはどのようなことを話していますか？

入院者 C：主治医からは、寝られているかとか、しんどさは落ち着いたか？とか聞かれることが多いかな。ソーシャルワーカー…？(しばらく考え)委員会のことを知らせてくれた小平(こだいら)さん？

支援員 B：ソーシャルワーカーさんは、アパートの心配や、退院後の暮らしの相談にものってくれる人ですよ。

入院者 C：(しばらく考え)

そういえば「何とか相談員」と言っていたような…。

私は掃除洗濯が苦手だけど、その手伝いをしてくれる人がいるけどどうか？と言っていた気がするなあ…。

(一息ついて)

実は6月20日が父の命日なんです。毎年その日は母と墓参りに行っていたんです。外に出るのが怖かった時も、この日だけは絶対に父に近況報告していたんです。
今年は母がいなくなったので、、、なおさら行きたいと思っていたんです。でも、そんなことを話したら『まだ退院は難しい』と退院が延びそうな気がして・・・結局、言い出せなかったんです。

支援員 A: そうなんですね、そのようなご事情があって退院について不安になられたんですね。

入院者 C: (ホッとしたように)

そうだ、この書類(入院診療計画書と入院のお知らせ)を一緒に見てもらえませんか??

メモ

1月10日 入院。予定入院期間は3か月。

3月15日 退院支援委員会があると聞き、面談申し込みをする。

3月25日 面談当日

4月 5日 退院支援委員会

6月20日 父の命日

ファシリテーター用メモ

進め方／出るかもしれない意見・ファシリから問えることの例

<スライド>

個人ワーク・意見交換

支援員は、このやりとりで

- どのような情報を伝えていますか
- 他にどのような情報を伝えることができますか
そのために、どのような質問ができますか

1. 支援員は、このやりとりでどのような情報を伝えていますか

(問の目的:「情報」は、保健医療福祉サービスだけではないことを確認したい)

例:制度について(退院支援委員会の意味)

職員の役割

相談する権利がある、相談してもいいこと(相談に躊躇している人も多くいる、躊躇されている場合はその理由のおたずねによりできることが見えてくるかもしれない)

2. 他にどのような情報を伝えることができますか、そのために、どのような質問ができますか退院支援委員会に向けて、支援員としてどのような情報提供ができますか？

このシナリオのやり取りで気になったこと、もっと聞きたいと思ったことはありますか？

(問いの目的:セルフアドボカシーにつながる情報提供のためには、さらにお聞きする必要があることを確認したい。)

例 ①「質問をしたら退院が延びる」と思う背景

本人がどういう関係性の中で自分の気持ちを抑えているのかを知ること、本人にできることを一緒に考えられるかもしれない。

② 退院後の暮らしについて

生活のイメージを持つことで、退院後に必要な地域資源(住まい、生活支援など)の話ができるかもしれない。

③ 入院診療計画書(本人と職員のやり取りの確認)

治療計画を把握しているか、話し合いの機会があるか、本人が自分の治療にどう関わっているかを知ること、今後本人にできることを一緒に考えられるかもしれない。

④ 本人の希望(退院 or 外出)

本人にとって現実的で実現可能な第一歩を一緒に探ることができるかもしれない。

⑤ 支援員の役割(同席、代弁、情報整理)

本人の希望に沿ってどのように支援員が関わるかを一緒に考えられるかもしれない

⑥ 精神医療審査会の情報提供(制度への信頼と現実的な活用)

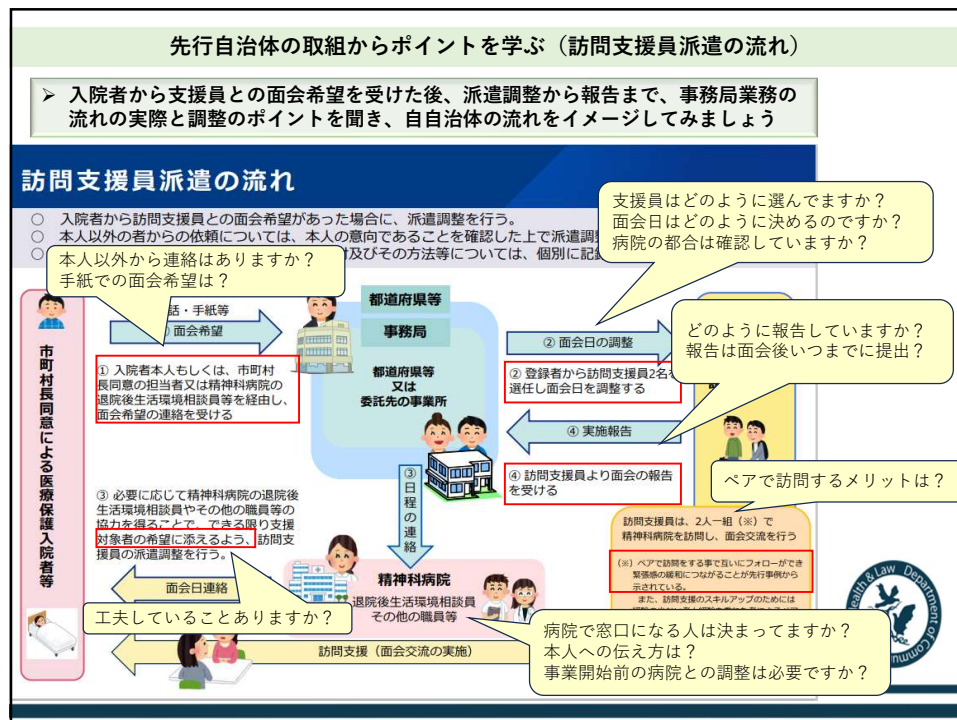
本人にとっての選択肢を増やす情報提供になるが、地域格差や現実の制度的課題(形骸化)も踏まえる必要がある。

フォローアップ研修

自治体職員＋委託先がペアで参加

10:00	(開講式)
10:00～12:00 (120分)	【講義・グループワーク】事業の意義と実施体制の構築
12:00～13:00	(昼休憩)
13:00～13:45 (45分)	【講義・グループワーク】事業開始に向けての準備
13:45～15:45 (120分)	【講義・グループワーク】不測の事態への対応
15:45～16:45 (60分)	【講義・グループワーク】支援員のバックアップとスキルアップ
16:45～17:00 (15分)	研修の振り返り

1



2

入院者訪問支援事業 支援員フォローアップ研修

演習:情報提供について考える

3

演習の目標

1. 情報提供の具体例を確認する
(内容やタイミングについて)
2. 情報提供がゴールではないことを理解する
(対話の切り口として)

4

演習の流れ

場面1 解説とデモプレイ、資料確認



個人ワーク



グループ内で意見交換



全体共有

場面2 シナリオと資料の配布、解説と読み上げ



個人ワーク



グループ内で意見交換



全体共有とまとめ

5

意見交換 場面1

支援員は、このやりとりで

- どのような情報を伝えていますか
- 他にどのような情報を伝えることができますか
- そのために、どのような質問ができますか

6

意見交換 場面2

支援員は、ご本人のお話しに対して

- 他にどのような情報を伝えることができますか
- そのために、どのような質問ができますか

別紙27

A. 支援を取り巻く前提条件・環境

表1 病院ごとの文化と受け止めの違い

入院者がよく電話をかけてくる病院	身体拘束をする代わりに、本人の話を聴いてくれる人に来てもらえることを伝えている 身体拘束や外出制限が多い環境の場合、病院職員が入院時に人権センターのパンフレットを渡してくれる
入院者からの電話が少ない病院	電話の件数が少ない病院に行ってみたら療養環境に問題があった あまり電話がかかってこない病院が心配
コロナ禍後も直接面会が制限されている病院	コロナの影響で直接の面会が制限された コロナ後に面会再開が可能になる病院が少ない

表2 訪問の仕組みの改善の余地

訪問する人が替わることのデメリット	病院都合で期間が空いて別の人が訪問すると患者にとって二重の不安になる 訪問の制度上仕方ないが、訪問する人が替わることは患者にとって不安が大きい
迅速な訪問の実現	月1回の面会を待っている患者にとっては、待っている時間が長い 電話から3日以内に訪問できないと短期入院の方のニーズには応えられない
電話を受けるスタッフへのフォロー	電話相談担当者が、その後の面会での様子を知ることができる仕組みがあるとよい 電話相談の段階では、実際に病院訪問ができるかできないか、明言できないことがもどかしい

1

B. 支援員自身の視点と動機づけ

表3 訪問活動のモチベーション

入院者自身が力を発揮できるようにサポートしたい	後押しをする力、やる気スイッチを押す役割を果たしたい
退院という共通の目標	退院までいけるのは夢ではないと思えた
入院者を理解できたという喜び	患者さんの思いを理解できたときの感動が訪問を続ける原動力になる 患者の行動の理由を理解して共感できたことが訪問を頑張れる原動力になった 入院に至った行動の理由を理解できたことの喜び
2人で訪問することの意義	ペアのパートナーがいることで感情を共有できる

表4 本人の味方であるための悩み

家族との関係性への悩み	家族の話を聞くと、家族調整役ではない葛藤が生まれる 訪問の時間にたまたま家族がいて、入院者が家族と大喧嘩をして大騒ぎになった経験 病棟内で家族に会うと、立ち去ることができず家族の話も聴くことになる 家族から話を聴くと、本人の味方であることに葛藤を感じるときがある 本人の味方でいたいから、家族から聴いた話を忘れたい
他人からの入院者に関する情報	過去に入院者が他人に迷惑をかけた話を聴かなければ、自然な感じで親身になれたのと思う 本人の味方であるために本人の話を聴くが、他の人からの視点の話を聞くと悩ましい

2

B. 支援員自身の視点と動機づけ(つづき)

表5 訪問時の葛藤

主治医がハードルとなる	主治医が退院に賛成しない理由を主張した 訪問して主治医に対して信頼できないと感じた 権限が集中している主治医との衝突や関係作りに苦勞する 患者さん状が急性期の時にそれでも話がしたいと言ったら、医師に治療させないのかと怒られた
病院のスタッフの働き方	担当者が辞める 一生懸命な担当看護師が病棟異動になった 患者に親身になってくれていた精神保健福祉士が退職した 良心的なスタッフが辞めていくように見える 担当のワーカーが替わったことが退院へ向けて物事が動くきっかけだった 担当者の働き方がハード 良心的な担当スタッフが見る度に瘦せていった ワーカーが100人以上担当していると言っていた
本人の病状が不安定など時の対応	症状の波がある中でたまにしか会えないことに限界を感じる 症状の波によって、前回雑談できたのに今回は視野狭窄となっていることもある 病状が安定すれば様々な動きを取れるが、症状がある状態でワーカー共々悩ましい状況となっていた テンションが高いときとほとんど話さないときの調子の波が激しい患者 外出したいという訴えの背景にあることを聴きたかったが症状が重い時の1回の訪問では難しかった 症状が急性期のときだと退院に向けての話や処遇改善の制度を理解してもらえない

3

C. 入院者の視点とエンパワメント

表6 入院者が訪問支援を知ったきっかけ

入院時に病院から渡された案内のパンフレット	入院のしおりと同時にパンフレットを渡してくれる病院からはたくさん電話がかかってくる
作業療法の際のパソコン作業	作業療法の際のパソコン作業で調べたことが、訪問相談を依頼するきっかけになった
電話の横の貼り紙	昔の訪問の広報は電話の横に貼っておく形式だった 公衆電話の前に番号が貼ってある病院と貼ってない病院がある
他の患者からの情報	患者間の口コミが知るきっかけとして機能している 退院した人から訪問者の名刺をもらったことで訪問支援を知った 同じ病室の人からの情報

表7 入院者の訴え

退院したい	入院者は、人権センターに電話したら退院できると思っていた 2週間後に退院が決まっていたけど、早く退院したいと言っていた
薬を飲みたくない	薬を飲みたくないという訴え
外出したい	外出を希望し、無断離院をしないとは約束できないという患者が、「退院」ではなく「外出」にこだわる
希望が通らないことが分かったとがっかりされた	本人の希望が通らないと分かったと、もういいですと言われた

表8 入院者のエンパワメント

入院者をエンパワメントする言葉かけ	個別相談につながる行動自体が一步を踏み出していることになると患者に伝えるようにしている 会ってくれたことへの感謝を患者に伝えるようにしている
入院者本人の力の発揮	入院者は電話やメールをすることへのハードルがあるが、その負担を乗り越えて外につながろうとしている 外から誰かが来てくれるということが退院を諦めない力になった

4

D. 支援のあり方

表9 多職種チームの組み合わせで訪問する意義

多角的な視点で協力する	法律の専門家、医療の専門家、聴く人という組み合わせでアプローチした
みんなで頑張ろうというモチベーションにつながる	退院に向けていろんな人を巻き込むことで、最後にはみんなで頑張ろうとなる
弁護士が訪問することのメリット	弁護士が訪問することの強みがある 弁護士の指摘に対して病院が動いた 弁護士は法や人権の視点から違った見方を提示してくれる
医療専門職が訪問することのメリット	医療専門職が訪問したことで治療内容に違和感があることが分かった 医療専門職の視点から、入院者ができることについてアドバイスした