

24条通報時の救急対応に関する被通報者、家族への調査について

群馬県こころの健康センター

群馬県精神科救急情報センター

○河合久代、向田律子、勅使川原洋子、赤田卓志朗

1 はじめに

群馬県では、平成13年4月に精神保健福祉センター（現、こころの健康センター）内に精神科救急情報センター（以下、情報センター）が設置された。平成16年1月から、それまで各保健所で行っていた精神保健福祉法（以下、法）第24条通報等に伴う事前調査から措置入院までの移送業務を情報センターが一元化して行う体制となり人員が配置され組織が拡充された。平成16年4月から本稼働し、平成17年4月の組織再編で4グループ体制となり、こころの健康センター職員は精神科救急情報センター業務と精神保健福祉センター業務の2つの業務を担うこととなった。

情報センターでは、県内全域の法第24条から26条の2までの通報・届出に一括して対応している。特に法第24条通報については、365日24時間体制で、午前8時30分から午後10時までは、情報センター職員3人（保健師1人、事務職2人）と移送従事看護師2人の1チームで警察署等へ出向き、面接による事前調査から始まる移送業務に対応している。午後10時から翌朝8時30分までの間は、職員は警察署等へは出向かずに電話の聴き取りによる事前調査を行い、搬送は警察に依頼している。

このような通報から入院決定までの一連の救急対応においても、被通報者やその家族に対しては、法に則った手続き等を口頭や文書により行い、できるだけ理解されるように説明を行っているが、それらが当事者である被通報者及び家族にどのくらい理解されているのか把握していなかった。そのため、今回、説明等がどこまで理解されているかを、法第24条による通報で入院となったもので同意のあった被通報者とその家族にアンケート調査を行ったのでその概要を報告したい。

2 群馬県の通報等実績 通報等実績は次のとおりである。

表1 通報等件数の推移

	通報総件数	23条	24条	25条	26条	26条の2
H18年度	260	0	188	9	62	1
H17年度	240	0	156	16	67	1
H16年度	249	0	189	20	39	1

表2 措置診察実施状況

	通報総件数	診察実施	結果				診察不実施
			措置	医療保護	任意	帰宅等	
H18年度	260	173	58	85	4	26	87
H17年度	240	142	48	60	5	29	98
H16年度	249	162	43	75	3	41	87

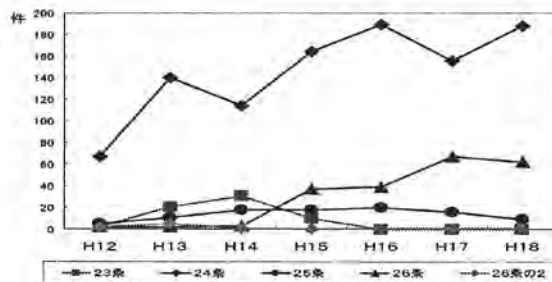


図1 通報等件数の推移(H12～H18)

3 アンケート調査

- (1) 目的 通報から入院決定までの救急対応の中で、被通報者及びその家族に対する法に則った手続きとして行っている口頭や文書による説明が、どの程度理解されているかを把握し、説明等のあり方を検討する。
- (2) 対象・方法 平成18年度中に法第24条通報により入院し、退院に向けての支援会議時に本調査に同意のあった18事例。支援会議終了後、聞き取りによりアンケート調査を行った。
- (3) 結果 アンケート調査を実施した被通報者18人の属性及び家族の回答者内訳については表3～8のとおり。

表3 年齢区分(人)

10代	20代	30代	40代	50代	60代	70以上	計
1	5	7	1	3	0	1	18

表4 性別(人)

男	女	計
14	4	18

表5 通報内容(件)

保護・自傷	家庭内				家庭外				その他	計
	迷惑	物損	暴力	傷害	迷惑	物損	暴力	傷害		
3	0	2	4	0	6	0	3	0	0	18

表6 入院形態(件)

措置入院	医療保護入院	計
7	11	18

表7 疾患診断(ICD分類)(人)

F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G	計
1	0	11	2	2	0	0	0	2	0	0	18

表8 家族アンケート回答者(人)

親	配偶者	兄弟姉妹	その他	計
13	2	2	1	18

〈問1〉「警察署に行くことになったのを覚えているか」：【本人】「はい」14人(77.8%)であった。
 〈問2〉「情報センター職員から事前調査の実施についての説明を受けたか」：【本人】「はい」と回答した者は8人(44.4%)、「いいえ」「覚えていない」は10人であった。【家族】「はい」11人(61.1%)、「いいえ」「覚えていない」7人であった。「はい」と回答したほとんどが、精神科的疾患が疑われるか否か確認するためのものであることがわかったと回答している。

〈問3〉「措置診察実施決定の説明を受けたか」：【本人】「はい」5人(27.8%)、「いいえ」「覚えていない」13人であった。【家族】「はい」13人(72.2%)、「いいえ」「覚えていない」5人であった。「はい」と回答した者は、聞き取り調査の結果による決定であること、強制的な診察であることがわかったと回答している。また、「混乱し慌てていてわからなかった」との回答もあった。

〈問4〉「移送の説明を覚えているか」：【本人】「はい」7人(38.9%)、「いいえ」「覚えていない」10人であった。【家族】「はい」15人(83.3%)、「いいえ」「覚えていない」3人であった。

〈問5〉「措置診察開始の説明を受けたか」：【本人】「はい」8人(44.4%)、「いいえ」「覚えていない」8人であった。【家族】「はい」11人(61.1%)、「いいえ」「覚えていない」7人であった。

〈問6〉「措置入院決定の説明を受けたか」：【本人】「はい」4人(57.1%)、「いいえ」「覚えていない」2人であった。「はい」と回答した者は、「強制力のある入院であることがわかった」としている。【家族】「はい」6人(85.7%)、「いいえ」1人であった。「はい」の全員が、強制力のある入院であることを理解していた。

〈問7〉今回入院したことについて：【本人】「よかった」「まあまあよかった」は13人(72.2%)、「あまりよくなかった」「よくなかった」は4人(22.2%)であった。その理由として、『入院して今までなおらなかったモヤモヤや電波がとれた』『イライラがなくなった』『少しは気持ちが落ち着いたような気がする』『休める環境でよかった』『時間がとれてゆっくり考えられた。落ち着けた。もとの状態に戻れた』『自分のことをよく考えることができた』『入院期間が長かった』『昔の嫌なことを思い出した』等の回答があった。【家族】「よかった」「まあまあよかった」は15人(83.3%)、「あまりよくなかった」「よくなかった」は2人(11.1%)であった。その理由として、『病名がはっきりし、きちんと治療ができて本人も家族も安心できる』『親切だった』『病名もはっきりしてよくなった』『ホッとした』『病気が回復して気持ちも安定してきた』『治療できてよかった。経過を詳しく説明してもらえた』『しっかりと話しを聞いてもらえた』『支援会議を開いてもらえた。話し合えた』『病気とわかってよかった』とプラスの評価の反面、『あまり入院してもらいたくなかった』等の意見もあった。

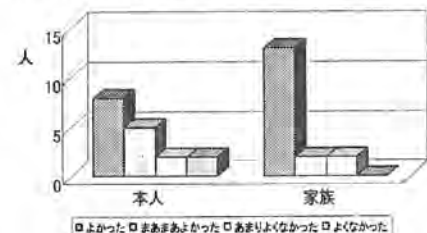


図2 入院の受け止め

4 まとめ

全体的な傾向として、被通報者本人は説明を「受けていない・覚えていない」との回答が半数以上であり、反対に、家族は「受けた」と回答しているものが多かった。これは、通報時は本人の病状が悪く混乱した状態にあり、理解力も低下していた可能性が大きいと思われた。そのような状態の中でも「受けた」と回答しているものもいることから、本人に説明を行うことの大切さと難しさを実感した。

また、入院したことを本人・家族とも概ねよかったと捉えていることから、病状が悪くても治療に結びつかない状況から、通報という手段からの強制入院であっても、適切に治療されることは本人・家族にとって有益であったと考えられた。

今回少数を対象とした調査であったが、その理解の一端を知ることができた。慌ただしい救急対応の中で、できる限りわかりやすい説明を心がけてきたが、被通報者の状態に合わせた簡易でわかりやすい表現の工夫や、文書等を利用することで少しでも理解を得られるように心掛けていきたい。

精神科医療機関における精神障害者の権利擁護
—大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会報告から—

大阪府こころの健康総合センター
○吉原明美 川本正明 松浦玲子
大阪府吹田保健所 今井千代美

1. はじめに

平成 12 年、大阪府精神保健福祉審議会は大和川病院事件を契機として「精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上」について意見具申を行った。大阪府は意見具申の具体化として平成 13 年「大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会」を設置し、平成 15 年「大阪府精神障害者権利擁護システム事業」として「精神医療オンブズマン」制度を創設した。精神医療オンブズマンが病床を持つ府内の精神科医療機関を訪問し、その活動報告について「大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会」で検討し精神科医療機関での処遇の向上を図っていくものである。大阪府こころの健康総合センターはその事務局を担っており、これまでの検討内容及び課題を報告する。

2. 精神医療オンブズマン（以下オンブズマン）

(1) オンブズマンについて

大阪府がオンブズマン訪問活動を養成研修も含めて大阪精神医療人権センターに委託して実施している。同人権センターの研修修了後適任者を研修生としてオンブズマン訪問の実績を積んだ上で推薦し、大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会が選任する。同協議会発行のオンブズマン証を携行する。

(2) オンブズマンの活動内容

精神医療オンブズマン運営要綱を定め、医療機関との相互理解のもと、入院中の精神障害者の権利擁護を図るために医療機関を訪問し、一定時間滞在して病棟をはじめ療養環境を視察するとともに、入院患者からの相談・要望などの聴き取りを行っている。相談の内容によっては医療機関から説明を聴き、改善に向けた意見も述べることもある。オンブズマンは市民の視点で活動することが基本で、訪問活動の結果は、大阪精神医療人権センターから大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会へ提出される。

(3) オンブズマンの訪問実績（オンブズマンは延べ数で研修生も含む）

平成 15 年度	15 病院	オンブズマン 78 人	オンブズマンの属性 当事者、家族、医療・福祉系学生及び教員、医療関係者、社会復帰施設関係者、弁護士、一般市民等
平成 16 年度	7 病院	オンブズマン 40 人	
平成 17 年度	20 病院	オンブズマン 109 人	
平成 18 年度	13 病院	オンブズマン 73 人	

3. 大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会（以下連絡協議会）

(1) 連絡協議会について

大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会規約に規定され精神障害者の人権尊重を基本とした医療の提供と処遇の向上及び精神障害者の自立と社会復帰への支援に寄与するため、府内の行政機関、医療機関、権利擁護機関の賛同の基に設置された。委員は学識経験者ほか各構成団体から推薦され現在 15 名である。

(2) 検討経過

平成 15 年度	6 回 (10 病院)	制度全体の具体的な枠組みを創りつつ事業進捗を見守った
平成 16 年度	6 回 (6 病院)	訪問報告の検討は 3 回で他の 3 回は制度運営について検討した
平成 17 年度	6 回 (16 病院)	連絡協議会での検討内容を医療機関に伝える方法を検討した
平成 18 年度	6 回 (16 病院)	検討内容をどうまとめるか、どのように活用していくか検討した

(3) 主な検討内容（多く報告された内容）

①保護室 隔離室

隔離しないといけない状況、最も重症な時の沈静のための空間としての保護室については法的な問題というよりも環境改善が望まれる内容が報告された。「保護室にあっても人間としての尊厳に配慮という意味で最低限のプライバシー保障と辛さを和らげるアメニティは確保する必要はある」という点は確認された。

②任意入院者の入院病棟、処遇に関して

「閉鎖病棟内の個別開放」については、可能な限り開放処遇することが大切という内容が確認された。任意入院者が閉鎖病棟にいることで人権侵害がおこりやすいのではないかという指摘もあり、法には触れないが、「任意入院は原則開放処遇」という視点で継続的に検討していく事とした。

③プライバシー保護

ベッドサイドのカーテン設置と病室のポータブルトイレの改善が多く報告された。カーテンが取り付けられても事故にはつながっていない病院が多い。患者の状態にもよるが、プライバシーへの配慮という意味で設置するのが望ましいのではないか。病室のポータブルトイレについても、今すぐにカーテンが設置できなくても移動式のスクリーンとかの工夫を病院に伝える必要がある。等の意見があった。

④病棟のアメニティ

エアコン、入浴回数、浴室の蛇口やシャワーの数の少なさ等が報告されているが、トイレの数不足が多く報告された。ポータブルトイレが常態化されるのは望ましい状態といえず、何床に何個というような基準もない中で、具体的な結論には至らなかった。「精神科病院を一般他科病院に近づけるのか、日常生活をすべて求めるのか、どこをスタンダードに議論するか」等課題は残っている。

⑤その他

服薬指導、金銭管理、院内権利擁護委員会、使役あるいは院内作業等、院内での診察・主治医、長期入院者の問題と退院に向けた取組み、職員の態度といった多岐にわたる報告について検討された。

(4) 連絡協議会運営について

①検討の方向性

病院を訪問して市民の視点で療養環境を視察するが、個別の病院が適切かどうかではなくオンブズマンの報告をもとに共通する課題を深めていく事が重要である。但し行政が対応すべき課題は大阪府に対し意見を述べていく事とした。

②検討内容の整理

多様な問題を重大な問題も小さな問題も検討内容の重要性を判断し問題点が薄れないよう、人権侵害のレベルに応じて分類し解決の方向性及び方法を示す一覧表を各年度ごとに作成した。

③検討内容の活用と病院への伝え方

原則は委員が所属団体に持ち帰り共有する事だが、精神科医療機関が連絡協議会の検討内容の報告を受けて院内での検討や取組み等に活用される事を期待し、医療機関ごとに検討経過をまとめ送付した。

4. まとめ

平成15年から実施している事業であるが、オンブズマンも連絡協議会も構成機関すべて包含した精神障害者権利擁護システムを作り機能させていく事が真の意図といえる。連絡協議会は市民の視点で活動したオンブズマン報告について、法には触れないが人権上配慮が必要な事柄を一つ一つ確認し議論を深めていく作業を積み重ねて医療機関に伝えているが、医療機関の意見を集める事が充分に出来ているとはいえず、医療機関と連絡協議会との意見のやり取りを進めていく事が当面の課題と考えている。今後この連絡協議会が構成機関相互の連携のもと、精神障害者の権利擁護について協議できるテーブルとして活用される事を関係者は期待しており、事務局としてはその役割を果していかなければならない。

川崎市精神保健福祉センターにおける支援困難事例への取り組み

～平成18年度から平成19年度7月までのまとめ～

川崎市精神保健福祉センター・地域支援担当

○ 桜井亮平・岡村宮子・丸山とき子・野木岳・伊藤真人・井上俊宏・大川義則

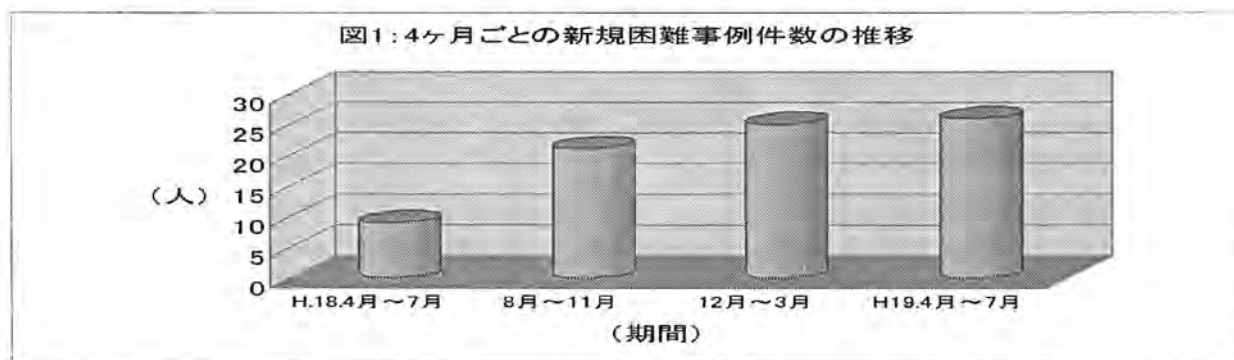
1 はじめに

人口約140万の政令指定都市である川崎市の精神保健福祉センターは組織改編に伴い、平成18年度から①市内7区の保健福祉センター（福祉事務所と保健所が統合した組織）より依頼のあった支援困難事例への支援、②医療観察法対象者への地域生活支援、③精神科救急業務協力、④各区の精神保健カンファレンスへの参加、⑤自立支援法関連業務を柱とする「地域支援担当」部門を立ち上げた。「地域支援部門」はDr、OT、NS、SW、CPの多職種チームから構成されており、各区保健福祉センターをはじめ、病院、相談支援事業所など地域の関連機関へのコンサルテーションを主業務として支援困難事例に対応している。

本発表では平成18年度4月から平成19年度7月末現在の支援困難事例85名のまとめを行い、地域リハビリテーションのシステム作りについて考えていきたい。

2 支援困難事例のニーズ

部門立ち上げの年度当初の依頼件数は少なかったが、毎月、保健福祉センターによる精神保健カンファレンスに当部門が参加することで、支援困難事例を共有した。その結果、依頼される事例は増加し、当部門の業務が地域のニーズに見合ったものであることを図1は示している。



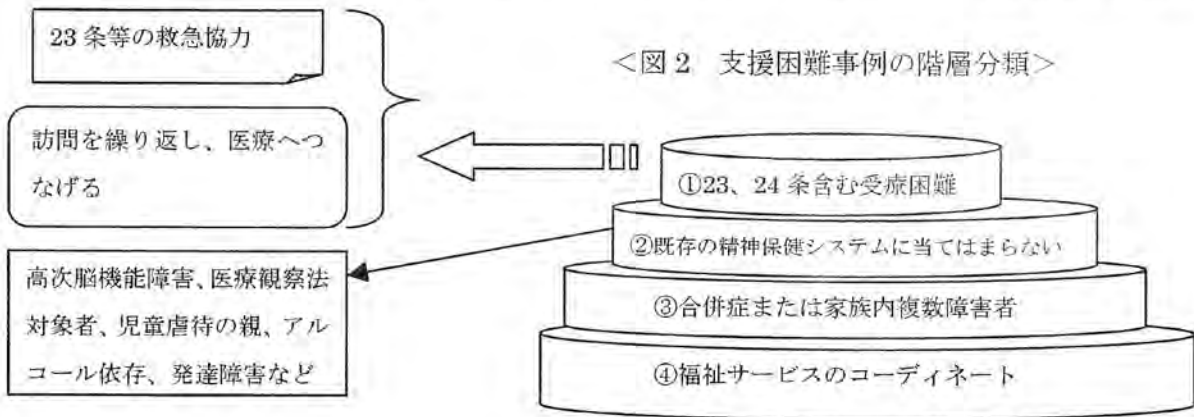
* 各期間の累計+H.17年度末継続4名=85名

3 支援困難事例の内訳

「支援困難事例」は保健福祉センターや相談支援事業所から「単独の機関では支援が困難」として依頼された事例を指している。平成19年度7月末で男性46名、女性39名の計85名（うち医療観察法対象者5名）であった。地区別に見ると、精神保健福祉センターの所在地に近い区から依頼された事例が4割強と突出していた。診断別に見ると統合失調症が5割以上を占めているが、その他に10以上の診断名があった。また、未受診、ひきこもり、児童虐待の親などの事例も多く見られた。医療観察法対象者のアフターフォロー事例（2名）もある。

4 支援困難事例の階層分類

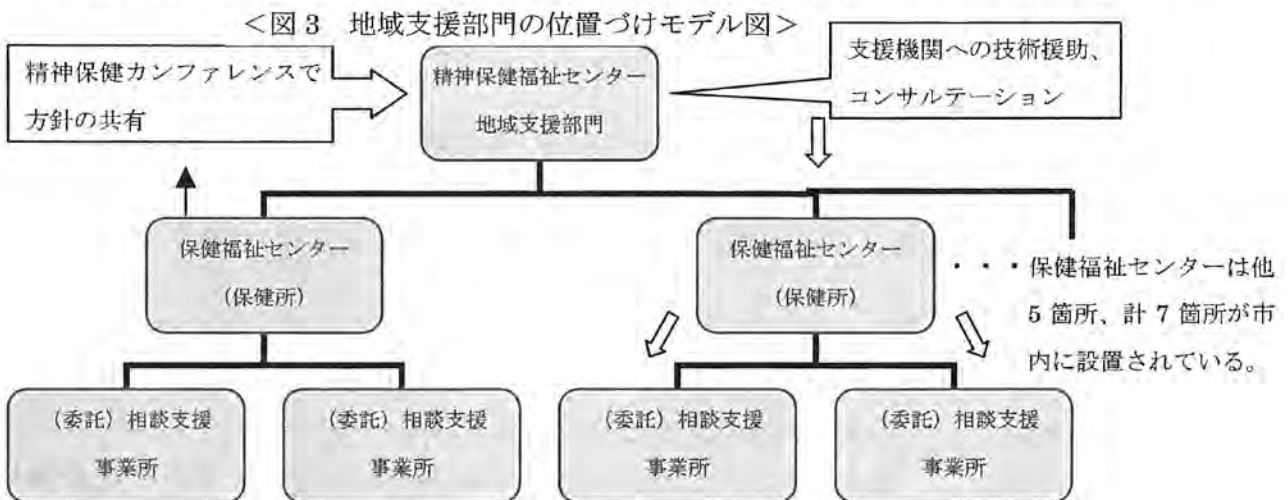
以下に支援困難事例のイメージ図を記す。上の層ほど緊急性が高く、職員1人に対する対象人数も少なくなる。下の層ほど支援体制を作ることで、ある程度多くの障害者をケアできるものと思われる。



* 厳密に区分できない事例もあるが、内訳は①27名、②30名、③11名、④17名である。

5 地域支援部門の位置づけ

地域支援部門は「二次的」をキーワードに、支援機関を支援することをねらいとしている。保健福祉センターは救急から居宅支援、生活支援など多岐にわたる相談に追われている。その相談を整理して、相談支援事業所との機能分化を進め、効率的な支援体制を作ることが当部門の目標である。



6 地域支援部門の成果と今後の展望

医療の継続につながったのが6名、福祉サービス等の関係機関体制づくりを進められたのが20名、24条(または23条)による入院が10名、継続39名、退籍5名、医療観察法対象者5名となっている。

一定の成果を残したと言えるが、地区別の内訳では当部門の所在地に近い区に突出しているという偏りが見られた。当部門のアプローチ手法のアプローチは緊急時に即応できるスタッフ体制と移動手段・時間を含めた機動性が求められるため、地理的な要因が支援機関との連携に影響する。今後は現行の精神保健福祉センター(南部)・リハビリテーション医療センター(中部)、北部リハビリテーションセンター(平成20年新設予定)とで人口140万都市・川崎を3分割した福祉圏域それぞれに専門的相談支援体制を兼ね備える「地域リハビリテーションシステム」を作り上げることが望ましい。

ホステルショートステイ事業による危機介入について
—地域生活を維持するための新たな取り組み—

東京都立中部総合精神保健福祉センター宿泊訓練科

○鹿野 朗・水野佳子・河野広子・大谷知子・酒井修二・村山朋子

齋藤 幸・長崎厚志・植田さおり・安藤公美・大村 滋・森 美緒

坂井正勝・児玉佳代子・福島美紀・藤本 豊

1 はじめに

都立中部総合精神保健福祉センター（以後、センターと略記）ホステルには、福祉職、心理職、保健師、看護師、作業療法士といった多様な専門職が配置されており、利用者に対して多角的なアプローチが可能となっている。この特性を活かし、地域生活に移行した入所訓練利用者（以後、OB と略記）に対して、1年間のアフターケアサービスとしての一時泊（1週間まで）やショートステイ（2週間まで）を活用し、社会的危機からある程度の病状悪化まで広く対応し成果を挙げている。

このことについては、すでに河野らが第42回開催の同研究協議会において報告したところであるので、今回はOBを除くショートステイ申し込み者の利用状況などを分析することにより、OB以外の精神障害者に対するショートステイによる危機介入について考察する。

2 調査対象・方法

(1) 調査対象

平成18年度にショートステイの申し込みのあった全ケースと実際に利用したケース（OBを除く）。

(2) 調査方法

ショートステイ利用に関する電話相談録、ショートステイ申込書及び相談録。

(3) 調査項目

①利用状況、②年齢、性別、③紹介経路、④診断名、⑤利用理由、⑥合併症の有無

3 調査結果

(1) 利用状況

利用申し込み件数 59件（利用を取り下げた件数は13件）

実際に利用した件数 46件（うち、2回利用したケースは6件、3回利用したケースは1件）

(2) 年齢、性別

利用申し込み者は女性が多く、年齢をしてみると、下は21歳から上は62歳までと幅があった。年代別では20歳代が30.4%、40歳代が26.1%と利用者の半数以上を占めている。

(3) 紹介経路

本人からの申し込みが58.7%と突出しており、家族の19.5%と合わせると8割近くを占めている。保健所や福祉事務所などの関係機関は合わせて13.1%程度であった。

(4) 診断名

ICD-10分類による診断名では、統合失調症等のF2分類が61%と圧倒的に多い。その他、気分[感情]障害のF3分類が8.7%、神経症圏のF4分類及び人格障害のF5分類、発達障害のF8が6.5%、器質性精神障害のF0分類及び知的障害のF7分類が4.3%、精神作用物質使用による障害のF1分類

が2.2%と多様である。

(5) 利用理由

利用申し込み理由を見てみると、「休息・休養」が42.3%と圧倒的に多く、次いで「家族内葛藤の回避」が23.7%、「生活リズムの乱れ」が6.8%というように「緊急避難的な場所」としての利用が7割を占め、制度上の利用は13%程度であった。

(6) 合併症の有無

利用者の26.1%は何らかの合併症を有しており、身体的管理が必要な利用者も見られた。

4 考察

ホステル入所訓練者の8割方は男性であるが、ショートステイ利用者は60.9%と女性が多く、年齢や診断名にも幅が見られた。女性利用者は家族と同居していることが多く、家事労働などからの疲れを癒すための「休息・休養」として本人からの申し込みが多い。しかし、家族と同居しているケースは家庭内葛藤も背景にあることが多く、一概に「休息・休養」ということで片付けられない状況もあることから、ケースによっては危機介入を検討することも必要と思われた。

一方、男性利用者のほとんどは単身者であり、特に、40～50歳代の利用が多い。利用目的も生活上のストレスや生活の立て直しといった休養や生活要因による理由が主であり、危機介入というより保護的環境を提供することで問題解決が図られるケースが多いように思われた。

「家庭内葛藤の回避」や「生活リズムの乱れ」、「対人関係トラブル回避」など、ショートステイを「緊急避難的な場所」として利用しているケースは、20～30歳代の利用が圧倒的に多く、男女の差もほとんど見られなかった。なお、診断名は多岐にわたっており、紹介経路は家族や関係機関であることが多かった。

現在、OB以外のショートステイ利用者に対しては、病状が安定していることを利用条件の一つとしていることから積極的な支援サービスは行っていない。しかし、今回の調査から、「緊急避難的な場所」としての利用が7割に及ぶ結果から、地域ニーズとして今後ともこうした利用は増加していくことが予測される。また、ケースによっては地域や関係機関等と連携を図りながら危機介入を行うことも考えられる。

今後こうした地域ニーズに応えるためには、多様な精神疾患に対応するためのケアマネジメントの質の向上を図ることはもちろんのこと、関係機関と密接に連携を図りながら、ショートステイを入院予防のための「やわらかい危機介入」として弾力的に運用していくことが必要であろう。

ただし、今後、弾力的な運営を図る上での課題がいくつかある。一つには、定期的な利用を繰り返している利用者により、緊急に利用したい者や新規に利用したい者が利用できない弊害も生じてきており検討が必要である。次に、ホステルは医療機関ではないため、身体的管理が必要な合併症を有している利用者への対応は困難である。身体的管理が必要なケースに対応するためにはセンター内の外来機能を充実させるなどの検討が必要である。

5 まとめ

精神障害者をとりまく保健医療福祉施策は、入院治療から外来治療を中心とした地域での治療とケアの時代へと変化しており、今後とも地域支援の必要性は高まるばかりである。

今後は、地域支援機能をさらに強化し、多様な専門職配置のメリットを活かし、アウトリーチ的手法を活用するなど、区市町村支援及び複雑困難事例等への支援を図っていくことが課題となるであろう。

地域支援型短期入院（休息入院）利用者への援助

東京都立中部総合精神保健福祉センター

○久保直子・岩間敏栄・牧野良明

石黒雅浩・小川一夫

東京都精神医学総合研究所 田上美千佳

1. はじめに

平成17年度より、退院促進や地域定着支援を視野にいれた休息入院事業をセンター医療科病室の役割として開始した。休息入院の目的は、現行の精神科救急医療体制では入院適用となりにくい微小再燃が発生した場合に、早急な医療的介入と休息の場の提供を行い、状態悪化の防止と生活の立て直し及び地域関係者への支援（支援関係者とのケア会議・訪問）等のケアマネジメントを図ることである。今回、事業開始から2年間の利用状況を分析し、特にその援助内容を明らかにした。

2. 休息入院事業概要

- (1) 対象：都内23区に在住し、医療機関に通院中で地域関係機関による支援を受けている精神障害者で微小再燃を来した方。
- (2) 入院の条件：①入院治療への同意が得られていること（任意入院）、②主治医もしくは顧問医の同意が得られていること、③緊急に治療を要する身体合併症がないこと、④安静が保持できること（任意入院の同意が得られる程度の安静保持）。
- (3) 入院期間：概ね2～3週間を目処とする。

3. データ収集方法ならびに分析方法

平成17年度から18年度の休息入院者全ての退院サマリーより、対象者の背景、入院に至る経緯ならびに状態像、援助内容について抽出し、データベースにして集計した。

4. 結果

- (1) 17年度（16名）、18年度（15名）、計31名（男性11名・女性20名）
 - (2) 平均年齢 40.3歳（男性35.2歳・女性43.1歳）
 - (3) 疾病分類：統合失調症（16名）、統合失調症＋精神遅滞（2名）、躁うつ病（1名）、うつ病（4名）、気分変調症（1名）、統合失調感情障害（1名）、癲癇性精神病（1名）、薬物性精神病（1名）、アスペルガー障害（3名）、境界型人格障害（1名）
 - (4) 保険種別：生活保護（17名）、健本（1名）、健家（2名）、国本（9名）、国家（2名）
 - (5) 平均利用（入院）期間 16.4日（17年度：15.4日・18年度：17.4日）
 - (6) 入所経路：自宅アパートから（22名）、グループホームから（3名）、当センター生活訓練施設から（5名）、病院からの転院（1名）
 - (7) 入院に至る経緯ならびに状態像：関係機関からの紹介（28名）と多いが、ネットなどで検索して、自ら希望し入院した例もあった。（以下、1ケースにつき複数項目に該当する場合は複数記載）
- ①身体状態：頭痛、嘔気、貧血、食欲低下、便秘、痩せ、体重増加（肥満）、腰痛、胃痛、易疲労、歩行不安定等の体調不良、睡眠時無呼吸発作。
 - ②精神状態：抑うつ気分、自責感、意欲低下、自信の低下、引きこもり、拒薬、過剰服薬、怠薬、幻聴、亜昏迷、体感幻覚、自殺未遂（リストカット、腹部を刺す）、不眠（昼夜逆転、日中の眠気）、寂寥感、不安、多訴、情動不安定、躁状態、夜間せん妄、失見当識、夜間徘徊。
 - ③生活状態：通院不規則、通院中断、対人関係トラブル（近隣者苦情、家族からの暴力）、身辺整理が出

来なくなった（不潔等ADLの低下）、生活リズムの乱れ（閉居がち、昼夜逆転）、食生活の乱れ（偏食、過食、間食）、作業所などへの通所困難、仕事の負担、金銭面での問題（浪費、アパートの家賃滞納、借金等）、センター退所準備での不安、家族の事情（家族の過干渉、家族の入院、家族の死）。

（8）援助内容（1ケースにつき複数支援記載）

- ①精神面・身体面への援助：身体症状と精神症状の見極め（内科や専門外来の受診等）、食事や睡眠の観察、補液での体調回復・脱水の改善、不安の軽減に向けての援助（傾聴、支持、共感等）、休息室の提供による休息の確保（場合により行動制限等）、自信の回復を図る、行動の振り返り、内面の自己直面、医師による薬物調整（薬の増量、デポ剤の検討）とその観察。
- ②服薬自己管理への援助：頓服薬の使用法の調整、定時薬の一時的看護室管理（大量服薬、飲み忘れ、拒薬の改善目的）、自己管理方法の再調整（確実な服用の確認後、自己管理の再開。薬箱の色づけ、服薬カレンダーの活用等）。
- ③生活への援助：a. 地域関係者カンファレンス：役割調整と再構築、経済基盤の確認、地域支援の拡大、情報提供。b. 日常生活面：日中のリズムの確保（デイケアや作業所へ繋げる）、生活リズムの立て直し、生活スキルの評価、ADL援助（保清、排泄介助等）、通常利用者のプログラムへの参加、定期的な作業所やデイケアへの通所、自宅訪問（掃除、ゴミだしなどの日常生活援助）、自宅外泊訓練。c. 食事・運動面：栄養指導（間食チェックによる自覚促し、食事調達の工夫）、散歩などの運動指導。d. 金銭面：金銭管理指導（借金問題への介入も含む）。e. 対人関係面：家族調整、対人関係調整。f. 居住面：アパート転宅、グループホームの入居検討。g. 関係者からの支援・調整：保健師の訪問回数の増加、ヘルパーや訪問看護の導入、職員同行による行動範囲の拡大、宗教関係者との連携。h. その他：貴重品管理、他科受診の一本化、電話相談の活用（特に夜間）。

（9）転帰：軽快（25名）、不変（4名、うち希望退院2名）、悪化（1名）、死亡（1名）

5. 考察

休息入院の援助内容を検討した結果、短期間に身体・精神・生活面への多岐に渡る援助が行われていた。特に地域関係者カンファレンスは今後の支援を再構築する上で必須の援助として、全ケースで行われていた。休息入院の意義は、短期間にケアマネジメントを行い、地域生活を寸断せず、スムーズに地域へ戻る事ができるという点にある。また、地域関係者と援助内容や役割分担を確認・再調整することにより、安定した地域生活へと繋げていくことができる。

すなわち休息入院の力点は、単に「休息を保障して病状の回復を図る」のではなく、地域生活を身近で支えてくれている家族や地域関係者との話し合いの場を持ち、その後のよりよい支援体制を築く機会にするとある。これは、区市町村が中心となって推進する地域生活支援体制をバックアップするものであり、これはセンターが担うべき重要な役割でもある。当センターでの援助内容の明確化は、精神科病院での休息入院の援助を検討する上でも、有意義なものであると考える。

6. まとめ・今後の課題

利用者が地域生活を継続していく上で、地域関係者カンファレンスを実施し、地域関係者との連携、支援拡大を図り、地域関係者を支援していくことになる休息入院事業の意義は大きい。ただし短期入院になるため、入院利用契約をする上で、利用目的を利用者、地域関係者、当センターが共通理解し、課題を整理・明確にして治療・援助を行う必要がある。今後、地域ネットワークの再構築に対する評価の在り方が課題となる。

精神医療審査会への退院等請求の現状と精神保健福祉センターの役割について

神奈川県精神保健福祉センター

○大曾根しのぶ、寺田勝昭、桑原寛

藤井由美子（元精神保健福祉センター調査・社会復帰課長）

1 はじめに

精神医療審査会は平成11年の精神保健福祉法改正により「審査会の独立性を保障すること及び専門性を持った職員がその事務を取り扱うことが望ましい」という理由により平成14年度から精神保健福祉センター（以下センター）で審査会事務をおこなっている。当センターでは平成18年度より専門職が審査会事務を担当することになり、今回、平成16年から3年間の退院等請求のデータを分析し請求の現状と事務局としてセンターに求められる専門性等について考察した。

2 方 法

平成16年度から平成18年度の3年間に退院等の請求を行った281件について、請求にかかわる資料等を基に、請求者の性別、年齢、入院先、入院年月日、入院形態、保護者、請求の理由、処理経過などを分析した。

3 結 果

（1）請求者について

請求者の性別は、男性178人（63.3%）、女性103人（36.7%）であった。年齢構成は、10歳代7件（2.5%）、20歳代50件（17.7%）、30歳代82件（29.2%）、40歳代50件（17.7%）、50歳代42件（14.9%）、60歳代17件（6.0%）、70歳以上8件（2.8%）、不明26件（9.2%）であった。

また、入院形態をみると措置入院83件（29.5%）、医療保護入院191名（68.0%）、任意入院7件で（2.5%）であった。

（2）請求者の入院先

当センターの管轄する地域には精神科病院・精神科指定病床のある病院が29病院あり、そのうち25病院の入院者から請求があった。また、本県の精神科救急医療システムにより措置入院者は管轄外の病院に入院することもあるため、県域外の7病院（30件）から請求があった。

（3）保護者

医療保護入院者191人の保護者の続柄は、配偶者22件（11.5%）、親100件（52.3%）、同胞20件（10.5%）、子9件（4.7%）、後見人3件（1.6%）、市長・町長15件（7.8%）、不明22件（11.5%）であった。（不明のなかには33条2項の入院のまま退院したものを含む）

（4）請求の処理経過について

請求のあった281件のうち審査を行ったものが122件、取り下げや退院等で要件喪失等となったもの（以下取り下げ等）が159件であった。審査を行わなかった案件については事前調査や資料収集前に取り下げ等もあり、情報が不十分であるため、以下は資料が整っている措置入院65件、医療保護入院169件の計234件についての分析である。

請求の時期については、措置入院65件のうち入院10日以内の請求は26件（40.0%）、1ヶ月以内に49件（75.4%）の人が請求を出していた。一方、医療保護入院では169件のうち入院10日以内の請求は31件（18.3%）、1ヶ月以内の請求は83件（49.1%）と、約半数であった。入院期間が6ヶ月を過ぎて請求があったのは39件（23.1%）で、最も入院期間が長期の人は15年2ヶ月であった。

請求の取り下げ率（要件喪失を含む）は入院期間1ヶ月以内に請求した人132人のうち84人が取り下げ等となっており取り下げ率は63.6%であった。入院期間が1ヶ月以上では取り下げ率は36.

9%であり、入院期間が長期の人の請求の取り下げ率は低い。

審査結果は、退院相当が3件、入院形態の変更が8件、現在の入院形態での治療（処遇）継続が111件であった。

請求受理から審査結果通知までの平均日数は平成16年度が62.5日、平成17年度が67.5日、平成18年度が49.4日であった。（統計は各年度に請求受理したものの平均日数であり、衛生行政統計とは異なる）

（5）請求の理由

234件の退院等の請求理由については「病気ではない・治った」が52件（22.2%）と最も多く、「入院させられた」、「治療や病院の対応に不満がある」がそれぞれ47件（20.1%）、「退院してやりたいことがある」「自由がない」「入院治療は必要でない（通院でよい）」などに分類できる。

4 考 察

請求者の年齢を見ると、半数近くは40歳未満の比較的若い年齢層である。入院形態別では措置入院の7割近くが40歳未満であるのに対し、医療保護では40歳以上と以下の人数の差は少なかった。若い年齢層からの請求が多いという結果は先の報告と一致しており、やはり発病後間もないため外部に訴えるエネルギーがあると考えられる。医療保護入院では40歳以上の中高齢者からの請求も若年層と同程度あり、この点は過去の報告と異なるが、同一の長期入院者や入退院を繰り返している者からの複数請求や、うつ病等統合失調症以外の疾患で初回入院となっている者等があるためではないかと考えられる。

請求者の入院期間では入院後1ヶ月以内に請求を行うものが半数以上であるが、入院1ヶ月以内の取下げ率は63.6%であった。これは、入院当初は病状が不安定なために請求を行なうも、1ヶ月程度で一定の落ち着きや治療や退院の方向性が出るためと考えられる。逆に入院1ヶ月以上の者は急性期を超えたが退院の方向が出ないため請求しているとすると、審査に時間がかかっても自ら取下げることはないのであろう。

請求者の入院先は県域29病院のうち25病院であった。請求がなかった病院は主として認知症、高齢者が多い、専門病院であるという特徴が見られる。請求の多い病院では3年間に32件、少ないところは1件が2病院である。各病院には入院患者がいつでも電話ができるよう、また電話の近くに当センターや人権擁護委員会等の電話番号を掲示するように保健所の実地指導が行われておりその結果、各病院から当センターに請求を出すことは制限されていないことがわかった。

請求受理から審査結果通知の日数がかかる理由としては、平成17年度までは審査会に2回付議するために最低でも30日を要していたことがある。そのため、平成18年度からは請求受理後直ちに事前調査を行ない、意見聴取の調整を行なうようにした。その結果日数は短縮の傾向にある。

5 まとめ

センターで精神医療審査会事務を担当して5年が経過した。当センターにも多くの措置・医療保護患者の不満や苦情の訴えが電話や手紙で届いている。今回3年間の請求者の声を分析することで事務局としては請求に迅速に対応し、また、電話での相談には真摯に耳を傾けることが求められていることを再確認した。また、審査を迅速に行なえるよう、予備委員を置くなど今後、工夫をする必要がある。更には保健所の実地指導・実地審査との連携をどう行なうかなど、精神科病院に入院している患者の人権についての意識化に向けて発信する役割等があるのではないだろうか。

- 参考文献
- 1) 国吉浄子他；「精神医療審査会への退院請求および処遇改善請求の分析～請求者の訴えに耳をすませて・・・わかったこと～」平成17年度全国センター協議会会報
 - 2) 山崎敏雄他；「措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究」平成16年度～18年度 研究報告書

定期病状報告書からみた福岡市における医療保護入院者の現状

福岡市精神保健福祉センター
水戸川真子 溝口義人

1 はじめに

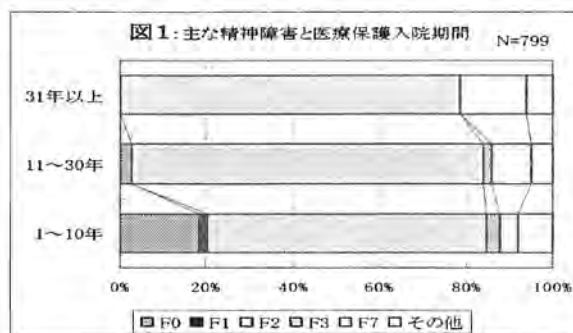
医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(第38条の2)に基づき、入院者の症状等を定期的に報告している。今回我々は、定期病状報告書を用い、福岡市内の精神科病院で医療保護入院(以下、入院と記載)を1年以上継続している者の現状を調査した。

2 対象と方法

1) 対象: 2006年4月1日～2007年3月31日までの1年間に、福岡市に提出された入院者の定期病状報告書(計799件)。定期病状報告書を用いるに当たっては、あくまで今後の精神保健福祉施策に資することを目的とし、個人情報管理には充分配慮した。

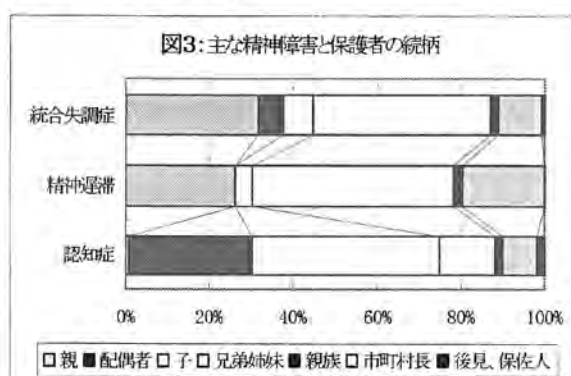
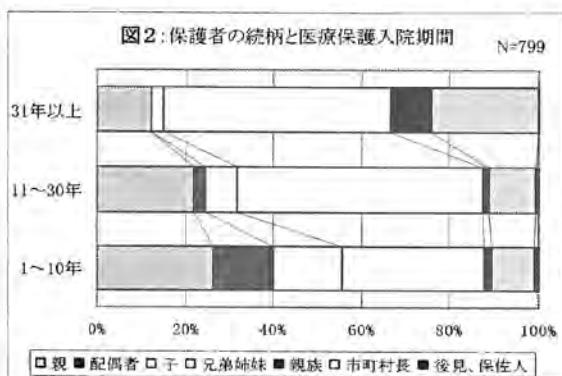
	人数(人)	割合(%)	平均年齢(歳)	平均入院年数(年)
F0: 症状性を含む器質性精神障害	119	14.9	76.54	2.82
F1: 精神作用物質使用による精神および行動の障害	12	1.5	57.75	3.58
F2: 統合失調症	543	68.0	53.56	8.61
F3: 気分(感情)障害	21	2.6	62.38	4.33
F7: 精神遅滞	46	5.8	57.72	12.76
その他	58	7.2	61.97	6.26
合計	799	100.0	58.13	7.63

2) 方法: 定期病状報告書から以下の項目を表計算ソフト(Excel 03)に入力し集計分析を行った。* 報告書提出時の年齢・病名(主たる精神障害, 従たる精神障害)・入院日・報告書提出日・保護者の続柄の5項目。なお本文中の入院期間(年数)は入院日から報告書提出日までの「今回の入院期間(年数)」を意味する。



3 調査結果

1) 入院継続者のうち、統合失調症(F2)は68.0%、症状性を含む器質性精神障害(F0)は14.9%、精神遅滞(F7)は5.8%であった(表1)。入院の長期化に伴い、統合失調症と精神遅滞の占める割合が増大した(図1)。また入院の長期化に伴い、保護者が親・配偶者である者の割合が減少し、兄弟姉妹である者が増加した(図2)。さらに、入院の長期化に伴い、市町村長同意の割合が増加した(図2)。全体では、市町村長が保護者である者が10.1%を占めた。市町村長が保護者である者は統合失調症の者では10.3%であるが、精神遅滞の者では19.6%であった(図3)。

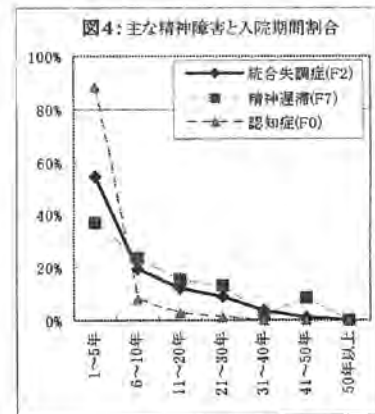


	1～5年	6～10年	11～20年	21～30年	31～40年	41～50年	50年以上	合計(人)	平均入院年数(年)	平均入院年数※初回入院(年)
統合失調症(F2)	295	107	66	49	19	6	1	543	8.61	11.21
精神遅滞(F7)	17	11	7	6	1	4	0	46	12.76	23
認知症(F0)	99	9	3	1	0	0	0	112	3.09	3.06
合計	411	127	76	56	20	10	1	701		

主たる精神障害	従たる精神障害	1～5年	6～10年	11～20年	21～30年	31～40年	41～50年	50年以上	合計(人)	平均入院年数(年)
統合失調症(F2)	記載なし	255	96	56	41	18	5	1	472	8.58
統合失調症(F2)	精神遅滞(F7)	17	2	5	3	1	0	0	28	9
合計		272	98	61	44	19	5	1	500	9.09

2) 平均入院年数は精神遅滞が12.76年と最も長く、統合失調症は8.61年、認知症3.09年だった(表2)。図4に示すように、認知症、統合失調症、精神遅滞の順に入院が長期化する傾向があった。

定期病状報告書から、複数回の入院による累積入院期間を知ることはできない。入院が初回である者の平均入院年数を調査した結果、統合失調症は11.21年、精神遅滞は23年、認知症は3.06年であり、初回入院者においても認知症、統合失調症、精神遅滞の順に入院が長期化していた(表2)。



3) 精神遅滞の者の入院が長期化する要因のひとつとして、

病気さらに入院治療の必要性に対する本人の理解力の低下が考えられる。そこで統合失調症者と従たる精神障害として精神遅滞が併存する統合失調症者の各々の入院年数を比較した(表3)。平均入院年数は統合失調症者で8.58年、統合失調症に精神遅滞が併存した者では9年と非常に近い値であった。また両群の入院年数に統計的な有意差はなかった(ANOVA; p=0.82)。

4 考察

医療保護入院継続者のうち、統合失調症(F2)、器質性精神障害(F0)、精神遅滞(F7)のいずれかに分類される者は約90%であった。このうち、統合失調症あるいは精神遅滞の者は、他の精神疾患の者と比較して入院がかなり長期化していた。入院の長期化に伴い、保護者の続柄は親・配偶者から兄弟姉妹へと移行する傾向があった。また、入院長期化に伴い市町村長同意の割合が増加した。市町村長が保護者である医療保護入院中の精神障害者に長期在院者が多いことは度々報告されている。市町村長が保護者である入院中の患者については、外泊や退院先の確保等を含む入院中の援助が不足しており、入院の長期化の要因となる可能性も指摘されている。

今回の調査結果では、他の報告と同様に精神遅滞の者の医療保護入院が長期化していた。一方、統合失調症者と従たる精神障害として精神遅滞が併存する統合失調症者の入院年数に差はなかった。さらなる検討が必要であるが、精神遅滞という病名そのものが単純に医療保護入院の長期化の要因のひとつとはならない可能性も示唆された。精神科病院長期在院者については知的障害者のほうが統合失調症者より退院しやすいという報告もある。長期在院者の退院には退院先の受け入れのほか、対人障害や現実検討能力低下等の精神症状も関与する。認知症をはじめとする知的障害者については、入院形態を決定する際の、本人の同意能力の判定を巡って議論が続いている。

今回の調査では、入院長期化に伴い、市町村長が保護者となる者の割合が増加していた。また、特に精神遅滞の者の入院が長期化していた。市町村長同意による医療保護入院者の退院を促進する上で、行政が入院中に保護義務を十分に果たす体制の確立が期待されている。長期入院患者への退院援助が効果的になされるためにも、精神遅滞をはじめとする各精神疾患での入院長期化の要因を把握する必要がある。