

## 法律相談区市町村支援事業の取り組みについて — 平成20年度から5年間のまとめ —

東京都立中部総合精神保健福祉センター

○林 智子・田中さゆり

井上 悟・益子 茂

### 1 はじめに

近年、障害者の権利擁護はますます重要な課題になってきており、相談や支援に携る行政や関係機関職員にも様々な法律知識が求められている。当センターでは、平成16年度から実施してきた本人や家族から直接相談を受ける「精神障害者のための権利擁護法律相談」を4年間で終了し、平成20年度からは地域で相談を受けている関係機関を支援するための「法律相談区市町村支援事業」を実施している。この5年間の事業をとおして見えてきたことを報告したい。

### 2 5年間の経過

#### (1) 相談の進め方

地域の関係機関から相談の依頼を受けると、法律担当職員が状況や問題を整理し、関係機関には相談内容を資料にまとめてもらい、事前に弁護士に送付している。当日は、検討のポイントを明確にした上で、この分野に造詣の深い弁護士を助言者として迎えて各関係機関が参加する事例検討会の形式で実施している。なお、個人情報の保護には十分留意して行っている。

#### (2) これまでの実績と相談内容の傾向

平成20年4月から平成24年3月までの実績は、表-1の通りである。弁護士による専門相談は5年間で198件となった。毎月第1, 3火曜日実施。実質稼働日は5年間で97日であった。実施した事例検討会、198件の相談内容別実績を、表-1に示す。

表-1 法律相談内容実績

相談内容	件数
財産管理・金銭管理	16
家族・親族との関係（虐待を含む）	31
近隣・知人との人間関係（苦情も含む）	20
医療支援・医療サービス	26
福祉制度・福祉サービスに関する問題	19
行政サービスに関する問題	36
成年後見制度	24
就職・資格上の制限	2
人権・権利擁護等	24
合 計	198

表-2 相談機関別件数

相談機関	件数
保健所・精神保健センター	151
福祉機関	9
学校関連機関	0
医療機関	18
相談機関	0
公的機関	16
その他（包括含む）	4
合 計	198

（\*表-1は最優先の問題事項を抽出している。）

表-1からは、「行政サービスに関する問題」の相談が一番多く、近隣などからの苦情が本人に直接ではなく、本人に関わっている関係機関への苦情としてあがってくる例が増えており、それに対応する関係機関職員のメンタルヘルスも含めた相談となっている。次いで「家族・親族との関係（虐待を含む）」、「医療支援・医療サービス」、「成年後見制度」、「人権・権利擁護等」の順に多いことがわかる。「家族・親族との関係（虐待を含む）」では経済的虐待（搾取）の相談が多かった。「医療支援・医療サービス」「人権・権利擁護等」では、未治療の対象者を医療につなげることの困難な事例が多

かった。病状によっては近隣からの苦情への対応も併せての相談となっている。保護者になる人がいない場合に、保護者をどうすべきかの相談もあり、保護者の選任や区市町村長同意の医療保護入院も含めての相談となっている。「福祉制度・福祉サービスに関する問題」では、生活保護受給者、福祉施設入所者等への支援や対応に困難を感じての相談が寄せられている。

相談内容として「成年後見制度」の直接の相談は24件だが、「虐待」、「医療支援・医療サービス」、「福祉制度・福祉サービス」、「財産管理・金銭管理」の相談の中で、結果として成年後見制度の利用につながっていく事例は非常に多く見られた。

### 3 事例検討会の中で見えてきたこと

地域では多様な住民のニーズに応えるために、一つの事例に複数の機関が関わり、各機関がさまざまなサービスを展開している。しかし、時に相反するニーズにはさまれ困難を感じたり、精神障害者の人権擁護や医療支援を進めていく際、自らの立脚点をどこに求めるかに疑問を感じた機関が専門相談に申し込んできている様子がうかがわれた。この事業は相談を申し込んだ機関以外にもその事例に関わっている多くの機関が出席できるようになっている。そのため、「相談」という枠組みより「事例検討会」という形式をとることが多かった。その結果、助言者や参加者がそれぞれその専門の立場からの見立てやさまざまな関わりについての意見を述べることにより、当事者や地域住民の現状が浮き彫りになり、幅広く実際の支援計画を検討することが出来た。そして各出席機関は、弁護士、センターの医師、ほか多くの医療・保健福祉関係職種の参加する場で、事例について多面的な共通理解を深められた。

例えば、精神障害者に対する不安から地域の住民が当該者の入院を望む場合もある。しかし、人権擁護の観点から検証し、行政や各機関の職権をもってすれば何でもできるわけではないこと等、介入できる範囲と早急に対応すべき事項などを法律の視点から整理し直した。その結果、それぞれの機関の役割や責任の範囲を確認しあい、当事者の人権に配慮した適切な医療の導入を進めるための、円滑な連携を促すことにつながった。また、相談内容に含まれる複雑に絡み合ったニーズを整理しつつ、それぞれの機関の役割を相互に確認し、法律的側面、医療的側面、保健福祉的側面等の専門的側面から検討することは、事例に関わる地域機関職員に一定の対応の見通しと、限界点を指し示すことになり、結果、担当者のメンタルヘルスにも大きく寄与するところがあった。

### 4 専門相談の意義

直接住民から相談を受ける地域の相談機関では、法律的な視点で相談内容を整理していくことの必要性を感じながらも、特に精神障害者に対する権利擁護やコンプライアンスの管理という視点では検討できる体制が十分とは言い難い場合も多いと思われる。また、複数の機関が関わっている問題の場合にはそれぞれの立場が微妙に異なることもあり、関係機関が相互に理解を深め連携していくために一堂に会して支援の方針を検討する場も必要といえる。

「精神障害者に対して、その人権に配慮しながら、適切な支援を行う。」という共通の目的のもとで行われる当事業の意義は、以下のようにまとめられる。

- ① それぞれの機関の立場を明確にし、法的な責任の範囲や介入の限界を確認する。
- ② それぞれの機関の役割を相互に確認し、地域（場合によっては、都も含めた）での、より円滑な連携や効果的なネットワークを促す。
- ③ さらに一定の対応の見通しや限界点を知るとは、担当職員のメンタルヘルスに大きく寄与するところもあった。

## 滋賀県の措置入院者等の治療中断防止支援にかかる調査について ～保健所の実態調査からみえてきたこと～

滋賀県立精神保健福祉センター

○葛原 史博、門田 雅宏、後藤 則子  
西田 大介、佐藤 周、辻本 哲士

### 1. はじめに

滋賀県では、平成 21 年度に精神科救急情報センター（以下、情報センター）を設置した。精神保健福祉法に基づく法第 23 条申請および法第 24 条通報の措置入院者等（以下、措置入院者等）の対応に関しては、平日昼間は各保健所が夜間・休日は情報センターが対応している。

当県の措置入院者等に関する対応は増加傾向にあるが、治療終了後の地域での生活を視野に入れた支援の実態が不明であるため、緊急性、医療体制、治療後の生活支援等について、関係機関の実情を把握し、地域生活支援を含めた治療中断防止支援のあり方を検討した。

### 2. 調査対象と方法

#### (1) 対象

平成 23 年度の措置入院者等の対象となった事例とした。

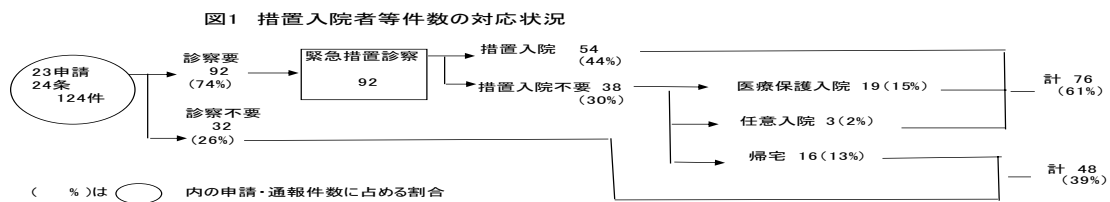
#### (2) 方法

情報センターに保管する個人患者ファイルの基礎情報（申請・通報日、指定医の診察の有無、入院措置の処遇等）および居住地を管轄する保健所が保管する個人患者ファイルより、調査票に関する必要な項目（退院日、入院時・退院時カンファレンスの有無、退院後の保健所の支援状況（支援の有無、支援内容、通院の有無、再入院の有無、主たる支援機関の状況等））を抽出した。

### 3. 結果

#### (1) 措置入院者等の対応状況（図 1 参照）

措置入院者等の対象は 124 件のうち、措置入院者は 54 件（44%）であった。また、入院した措置入院者に医療保護・任意入院者を加えると、76 件（61%）を占め、診察不要および帰宅者は 48 件（39%）であった。



措置入院者の疾患名別は、統合失調症圏は 35 件（65%）、気分（感情）障害圏は 7 件（13%）、発達障害関連は 5 件（9%）、薬物関連は 4 件（7%）、解離・適応障害は 3 件（6%）であった。

#### (2) 保健所の実態調査

##### ①措置入院者の入院・退院時、退院後における支援状況（表 1 参照）

措置入院者の 54 件において、保健所の入院時カンファレンスへの参加は 0 件であった。措置入院者のうち、退院した 37 件において、保健所の退院時の参加は約 6 割であった。

##### ②措置入院者等で入院し退院した事例の保健所の支援状況（図 2 参照）

措置入院者等で入院し退院した 52 件において、保健所の支援としては、電話が約 6 割と一番多

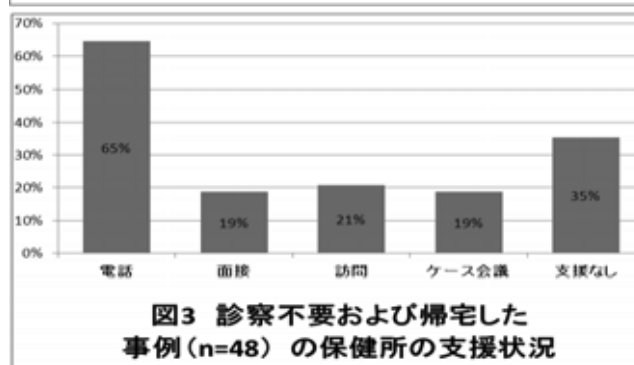
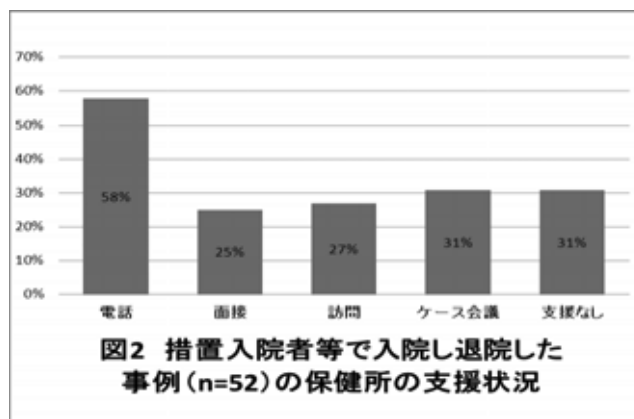
く、電話以外は横並びの結果となった。

### ③診察不要および帰宅した事例の保健所の支援状況（図3参照）

診察不要および帰宅した48件において、保健所の支援としては、電話が約6割と一番多く、次に支援なしが約3割の結果となった。

表1 措置入院者の入院・退院時、退院後における支援状況

項目	措置入院者 (件数)	割合
<b>入院件数</b>	<b>54</b>	
保健所の入院時カンファレンスの参加があった	0	0%
<b>退院件数</b>	<b>37</b>	
保健所の退院時カンファレンスの参加があった	21	57%
保健所による支援があった	27	73%
通院先の医療機関があった	27	73%
※何らかの理由により再入院した	5	14%
支援機関による支援があった	24	65%



## 4. 考察

### (1) 措置入院者等の対応状況からみえてきたこと

措置・医療保護・任意入院者は約6割であった。措置入院者の疾患別でみると、統合失調症圏、気分（感情）障害圏で約8割を占めている。これは、精神病状による自傷他害のおそれのある精神障害者に対して、措置診察の有無を判断しているため、当然の結果だと考える。診察不要および帰宅者は4割を占め、どのような事例が措置入院者等の対象になっているのか、精査の必要性を感じた。

### (2) 保健所の調査からみえてきたこと

措置入院者の入院・退院時、退院後の支援状況については、保健所のカンファレンスへの参加状況は、入院時は皆無で、退院時は約6割という状況であった。医療機関における入院治療の状況は、退院後に地域で支援する上で必要な情報であり、カンファレンスの参加は重要であると考えられる。

また、「保健所による支援があった」「通院先の医療機関があった」「支援機関による支援があった」は、それぞれ約7割を占めたが、残りの約3割は医療および福祉サービスが提供されないまま退院しているものと考えられる。医療機関における退院に向けた支援状況について、実態の把握が課題といえる。

措置入院者等で入院し退院した事例と診察不要および帰宅した事例について、保健所の支援の多くは電話であった。また、支援なしの事例がそれぞれ3割強を占めているが、入院治療の有無による地域生活支援の相違点について精査の必要性を感じた。

### (3) 治療中断防止支援のあり方

今回の調査結果では、措置入院者事例において、入院から退院における十分な支援が提供されているとはいえない結果といえる。退院時カンファレンスは開催されているが、保健所との連携状況は不明である。関係機関による一定の支援は実施されていると考えられるが、保健所以外の関係機関の支援の実態が不明であるため、これを把握した上で措置入院者等の治療中断防止支援のあり方を明らかにしていきたい。



## 静岡県内の医療機関における認知行動療法実態調査

静岡県精神保健福祉センター

○ 杉森加代子 内田 勝久 齊藤真紀

### 1 はじめに

全国的に認知行動療法（以下 CBT）の取り組みが推進されつつあるが、静岡県内の医療機関における普及状況についての調査はこれまで行われていなかった。そこで県内の精神科を標榜する医療機関に対し CBT の普及実態を把握し、実情や課題を明らかにすることを目的に調査を実施したので報告する。

### 2 調査方法・回収率

【第1段階】平成24年10月～11月に、精神科を標榜する県下の147医療機関を対象に、趣意書と調査票（CBT実施の有無）を送付しFAXにより返答をもらった。その結果128機関から回答が得られ、回収率は87.1%だった。なお、CBT実施については、厚生労働省（以下厚労省）の示す診療報酬の算定基準を満たしている場合と、算定基準は満たさないがCBTと考えている場合とを区別して調査した。

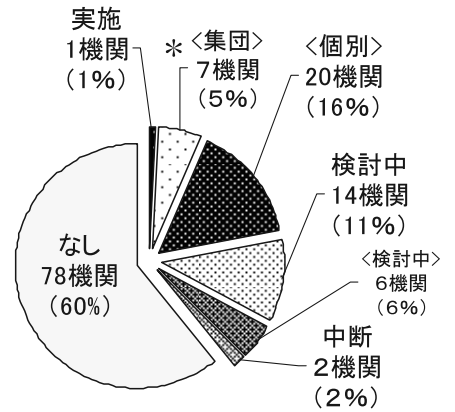
【第2段階】第1段階で「CBTを実施」もしくは「実施を検討中」と回答した48機関に対して、更に実情と課題を具体的に記入してもらった調査票を送付し回答をもらった（平成24年12月～平成25年2月）。40機関から回答が得られ、回収率は83.3%であった。

### 3 調査結果

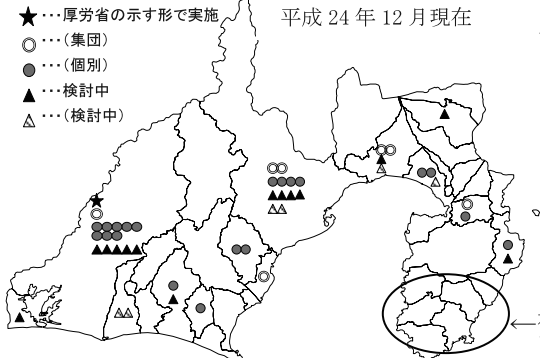
#### (1) CBTの実施状況

何らかの形でCBTを実施している機関は28機関で全体の22%、今後なんらかの形で実施を検討している機関は20機関で全体の17%だった。また、実施したが中断した機関が2機関あった。

	機関数
厚労省の示す形で実施している	1
厚労省の形ではないが集団を実施している	7
厚労省の形ではないが個別を実施している	20
厚労省の示す形で実施を検討中	14
厚労省が示すものではないが実施を検討中	6
実施した（もしくは検討した）が中断	2
実施なし（今後も実施の予定なし）	78
計	128



#### (2) 県内における CBT 実施箇所の分布図



\* 集団：CBTを同時に複数の対象者に対し行う形式  
個別：CBTを一人ずつ行う形式

なんらかの形でCBTを実施している・実施を検討している機関を市町別に表示したところ、元来医療機関が少ない賀茂圏域を除き概ね均等に分布していた。

#### (3) 実施していない・もしくは中断した理由

約60%にあたる機関が未実施であったが、その理由として6割以上の機関が「時間がとれないため」をあげていた。さらに「採算がとれないため」、「実施者側の知識・経験不足」を、それぞれ3割以上の機関が理由にあげていた。ただ「その他」の記述から、CBTの枠組みとしては実施していないものの、

実際の診療の中ではその要素や技法を取り入れながら実施している機関があることが示唆された。

[80 機関 (中断 2 機関・実施なし 78 機関) が複数回答]

- ・通常の精神療法の中に取り入れているためあえて実施していない。
- ・専門スタッフがいない
- ・人員不足

理由	機関数	割合
診療時間内で時間がとれない	50	63%
診療報酬の算定要件が厳しく採算がとれない	28	35%
実施者側の知識・経験不足	24	30%
CBTを受けたいという希望がない	10	13%
CBTに関してそれほど関心がない	9	11%
その他	9	11%
CBTとこれまでの治療方法と効果に差がない	7	9%
CBTの効果がなかった	0	-

(4) 実施している医療機関 (28 機関) が感じている CBT のメリット

CBT のメリットについて、自由記述から①構造化されているため方法等が分かりやすい (取り組む課題が明確、整理しやすい、目標と進捗状況が双方にとって分かりやすい等)、②患者自身の主体性を引き出せる (本人が意識化しやすい、自己コントロール感があり達成感を得られやすい、自動思考に気づくと自律的におこなってもらえる等) が大きく 2 つあげられた。また集団で実施している機関では①②に加え、個人では気づけないことに気づけるといった、③集団での効果もあげることができると思われた。

(5) 実施している医療機関 (28 機関) が感じている課題

第 2 段階の調査で回答のあった、個別で実施している 16 機関のうち 8 機関が「時間がとれない」、7 機関が「患者のモチベーションの維持の困難さ」を課題にあげていた。「採算がとれない」ことも 5 機関があげ、自由記述でも「マニュアルどおりの定型的な進み方は困難と感じる」「厚労省の示す形が足かせになって保険点数は請求していない」「発達障害、人格障害を合併している人も多いため決められた形では抵抗がある」と厚労省が示す形の実施に対しては困難さを抱えながら対応をしている様子が窺われた。一方、回答のあった、集団で実施している 6 機関では「スタッフの確保」と「主治医との連携」をそれぞれ 3 機関ずつ課題としてあげていた。個別での実施とは違った集団での運営の課題があるようであった。次に「時間がとれない」(2 機関) であり、個別で実施している機関で一番多かった「患者のモチベーション維持の困難さ」は 1 機関だけであった。上述のメリットのところでも「③集団での効果」があげられているように、個別よりも集団で実施したほうがモチベーションの維持には有効なことが窺われた。

#### 4 考察

静岡県内の医療機関の 4 割弱がなんらかの形で CBT を実施・検討しており、元来医療機関が少ない賀茂圏域を除くとそれらの機関は概ね均等に分布していた。厚労省の示す CBT の実施は県内で 1 機関のみであり、その実施に課題を感じている機関が多かった。そしてその理由として「診療時間内で時間がとれない」、「診療報酬の算定要件が厳しく採算がとれない」、「実施者側の知識・経験不足」が大きな割合を占めていた。ただ、「実施なし」と回答した機関の中でも、要素や技法を取り入れた診療は実施されていることが示唆され、実際には今回の調査以上に CBT が普及している可能性が窺われた。

今回、多くの機関が課題であげた実施のための時間が確保できないことや、採算がとれない点について、各医療機関が個別に対応することは難しいと思われる。しかし、それらの次に多い実施者側の CBT の知識・経験不足に関しては、実施者の CBT についての研修会への参加等の形で補っていける可能性もあると思われる。

今後、当センターが担う役割を鑑みながら、今回の結果を踏まえた取り組みを検討していきたい。その際には、実施している医療機関が感じる CBT のメリット (①構造化②患者の主体性③集団の効果等) について確認することが重要と考える。

## 精神科入院患者の自殺率について

新潟県精神保健福祉センター 新潟市こころの健康センター  
 ○阿部俊幸 福島 昇

### 1 目的

平成18年度から23年度まで6年間の新潟県内精神科入院患者（以下「入院患者」と略）の自殺について、入院患者全体および疾病分類別の自殺率を同期間の県平均の自殺率と比較した。

### 2 方法

各精神科病院が所管の新潟市保健所を含む県内13保健所に報告し、県障害福祉課または新潟市こころの健康センターに集約された事故報告を、それぞれ県精神保健福祉センター所長または市こころの健康センター所長が閲覧し、そのうち自殺とみなされる57人について、性、年齢、疾病分類（ICD-10）、入院形態（任意、医療保護、措置）、自殺場所（ただし院外の場合は外出・外泊許可の有無）、発生推定または発覚の時刻、手段、トイレのフックまたは自室のカーテンレールを用いた縊死の有無（再掲）の8項目を所定のExcelファイルに入力し分析した。一連の作業は個人情報保護に留意し、手順を定めて行った。全件数を同期間の精神保健福祉年度報告のべ入院患者数で除して年間の自殺率（入院患者10万対）を算出し、同期間における県の自殺数と各年10月1日現在の県推計人口による自殺率を母比率として、Poisson分布による有意確率を統計電卓DA Statsで算出した。さらに精神保健福祉年度報告で入院患者数が把握できる8疾病分類については各分類ごとに同様の有意確率を算出し、多重比較法であるHolm法により全体としての有意水準を5%とする調整を行って県平均と比較した。

### 3 自殺者の基本属性

57人の平均年齢は46.9±16.8歳、男女比は1：0.65であった。疾病分類名は56人で記載があり、F2が最も多く28人（49%）を占めた。

### 4 結果

同期間の県平均の自殺率29.3（人口10万対）に対し、入院患者の自殺率は150.7で有意に高かった（表1）。疾病分類別ではF6、F3、F2、F0の4分類が有意に高かった（表2、図）。手段別ではトイレのフックを用いたものが3件、自病室のカーテンレールは6件で、計9件は全件数の16%を占めた。

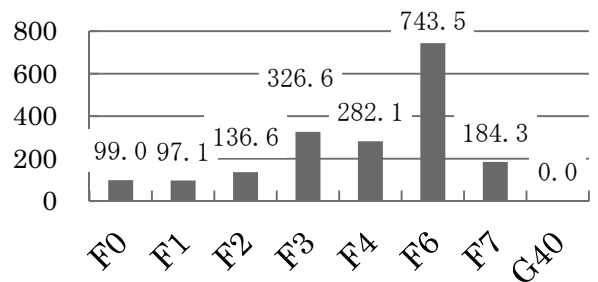
表1 入院患者と県平均の自殺率（人口10万対）

	対象者数	自殺数	自殺率	P値	有意
入院患者	37,816	57	150.7	<0.0001	*
県平均	14,343,139	4,205	29.3		

表2 疾病分類別自殺率

	対象者数	自殺数	自殺率	P値	有意
F0（器質性）	9,095	9	99.0	0.0035	*
F1（精神作用物質）	1,030	1	97.1	0.5213	
F2（統合失調症）	20,501	28	136.6	<0.0001	*
F3（気分障害）	3,674	12	326.6	<0.0001	*
F4（神経症性障害）	709	2	282.1	0.0377	
F6（パーソナリティ障害）	269	2	743.5	0.0059	*
F7（知的障害）	1,085	2	184.3	0.0821	
G40（てんかん）	501	0	0.0	1.0000	

図 疾病分類別自殺率



## 5 考察

本調査における入院患者の自殺率 150.7 は、県平均の 29.3 の約 5 倍と有意に高かった。しかし、一般的により病状が重く、家族等の支援機能もより弱い者が入院すると考えられるにもかかわらず、さきに調査した当県の精神通院自立支援医療受給者の自殺率<sup>1)</sup>261.5 に比べ低かったことは、入院の自殺予防への寄与、すなわち、悪化リスクへの暴露の減少、服薬等により厳密な管理、生活習慣の改善、綿密な病状観察等、医療そのものの寄与に加えて、近い範囲に治療者や他の患者の目があり自殺手段も限定されることの効果を示唆していると考えられる。

精神科入院患者の自殺に関する先行調査は、杉田の日本精神病院協会（当時）会員病院の調査<sup>2)</sup>、杉山らの日本医療機能評価機構の認定病院患者安全推進協議会会員病院の調査<sup>3)</sup>、森の愛知県精神科病院協会の調査<sup>4)</sup>、大類らの日本精神科病院協会および自治体病院協議会加盟の精神病床を有する病院の調査<sup>5)</sup>が挙げられる。これらのうち自殺率が算出されているのは、杉田の調査で患者 10 万対 152.3、森の調査で同 129、大類らの調査で同 154.5 であり、今回の結果である同 150.7 はそれらの値に近い。また、疾病分類別では、杉田らの調査は当時の呼称で精神分裂病が同 143 と本調査の F2（同 136.6）と同様だが、躁うつ病は同 461 で本調査の F3（同 326.6）より高い。また、森の調査では F2 が同 119 と本調査より低く、F3 は同 330 で本調査と同様であった。ただし、これらはいずれも病院に対するアンケートで、有効回答率は順に 57.2%、64.2%、92.7%、22.2%と、本調査と同様に単一の県内の精神科病院を対象とした森のものを除き高くない。対して、本調査は新潟県および政令指定都市である新潟市の精神保健福祉法事務処理要領を根拠とする知事ならびに市長への報告の閲覧であるため、精神科病院協会会員以外も含む県内全ての精神科病院、およびいわゆる総合病院精神科病床を網羅している点に特徴がある。しかし、自殺か事故か判別が難しいものも含め、各例の人口動態統計上の死因分類との一致は確認しておらず、性、年齢といった要因の交絡も調整していない。加えて結果は当県の地域性を反映したものである可能性も高く、他の都道府県にそのまま適用することは難しい。

入院患者の自殺は患者にとって不幸な転帰であるとともに、病院にとっても事後対応や治療者の心理的負担を考えれば、避けるべき事故であることはいうまでもない。本演題で示した疾病分類別の自殺率のほか、年齢階級別では特に若年者で県平均との差が大きいこと、手段別ではトイレのフック、自病室のカーテンレールを用いたものが一定の割合を占めた反面、薬物、ガスが無かったこと等、その特徴の一端が明らかとなった<sup>6)</sup>ことは、今後の入院患者の自殺予防の参考になるものと思われる。

## 6 まとめ

入院患者の自殺率は、県平均より有意に高く、疾病分類別では F0、F2、F3、F6 の 4 分類が有意に高かった。

### 文献および参照サイト

- 1) 阿部俊幸：精神通院自立支援医療受給者の自殺率について．平成 24 年度第 47 回全国精神保健福祉センター研究協議会抄録
- 2) 杉田多喜男：精神科医療における自殺とその予防対策 日本精神病院協会会員病院の自殺実態調査から 日本精神病院協会雑誌, 2001, 20(5)：452-482.
- 3) 杉山直也, 岩下覚, 河西千秋ほか：わが国の医療施設における自殺事故の大規模調査 I -精神科医療施設における自殺事故. 精神神経学雑誌, 2008, 110(11)；1038-1044
- 4) 森隆夫：愛知県内精神科病院の実態調査に基づく自殺リスク要因の評価. 精神神経学雑誌, 114(12)；1414-1419, 2012
- 5) 大類真嗣, 廣川聖子, 赤澤正人ほか：精神科医療機関における自殺の経験および自殺予防に役立っていると考えられる取り組み. 精神神経学雑誌, 114(12)；1420-1427, 2012
- 6) 新潟県精神保健福祉センター, 新潟市こころの健康センター：精神科入院患者自殺調査報告書, 2013 ([http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML\\_Article/1015/420/nyuunn,0.pdf](http://www.pref.niigata.lg.jp/HTML_Article/1015/420/nyuunn,0.pdf))



成人の発達障がいの現状と課題  
～精神保健福祉センターにおける精神保健福祉相談から～

鳥取県立精神保健福祉センター 精神福祉主事 ○白岩有里  
大塚月子 馬淵伊津美 上原俊平 小杉裕美 原田豊

1 はじめに

近年、精神保健福祉相談の中で、成人の発達障がいに関する相談が増加傾向にある一方、地域や社会の中での発達障がいに対する理解はまだまだ充分とはいえない。今回は、成人の発達障がいに関する課題や支援のあり方について検討するため、当センターにおける平成24年度精神保健福祉相談から現状と課題を分析した。

2 対象と方法

当センターにおける平成24年度の面接相談件数は、実679件(延3,799件)である。うち、20代、30代、40代の面接相談件数は、各々実159件、120件、126件、計405件であり、このうち「発達障がいもしくは発達障がい傾向が認められる※」と診断された件数は各121件(76.1%)、58件(48.3%)、42件(33.3%)、計221件(54.6%)であった。この221件を対象に、精神保健福祉相談記録等から相談内容や職歴、過去の診断や療育等の有無について調査し分析を行った。(※ICD-10におけるF84.5アスペルガー症候群もしくはF84.9特定不能の広汎性発達障害に該当するものとした)

3 結果

(1) 相談件数

対象221件のうち、男性は136件(61.5%)、女性は85件(38.5%)であった。また、新規相談は103件(46.6%)、継続相談は118件(53.4%)であった。

(2) 就労状況、職歴等(図1)

平成25年3月末時点での就労の状況は、無職が113件(51.1%)と最も多く、以下、正規雇用48件、福祉サービス事業所への通所等の福祉就労27件、アルバイト21件、学生10件などであった。また、過去の職歴の有無については、「職歴あり」が158件(71.5%)、「職歴なし」が62件(28.1%)であった。

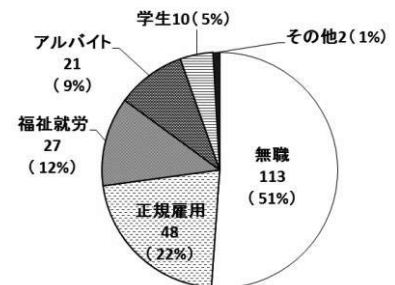


図1 就労の状況 (件)

(3) 最終学歴および過去の診断、療育支援等

最終学歴は、中学校卒業が5件、高校中退・高校卒業等が74件、高等部卒業が2件、高校卒業以降の進学(大学や専門学校等の中退、休学等を含む)が135件、不明が5件であった(図2)。

また、20代における過去の診断・療育等の既往有無については、①中学校卒業までに何らかの発達障がいの診断を受け、かつ療育・支援等を受けていたもの、5件(4.1%)、②中学校卒業までに診断を受けたが、療育等の支援は受けなかったもの、6件(5.0%)、③中学校卒業まで診断、療育等を受けていないもの、110件(90.9%)と、9割以上の事例が、中学校卒業までに発達障がいの存在に気づかれず、支援を受けていない状況にあった。

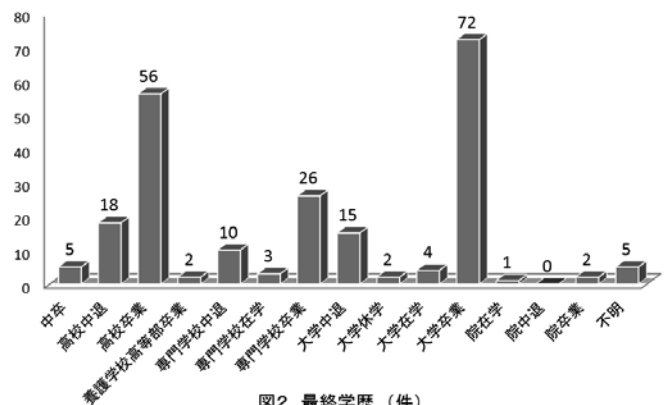


図2 最終学歴 (件)

(4) 初回相談時の主訴および面接体系等

初回相談時における面接体系は、本人のみ65件、本人及び家族60件、家族のみ93件であった。なお、この他、精神鑑定が1件、司法鑑定(起訴前鑑定)が2件であった。

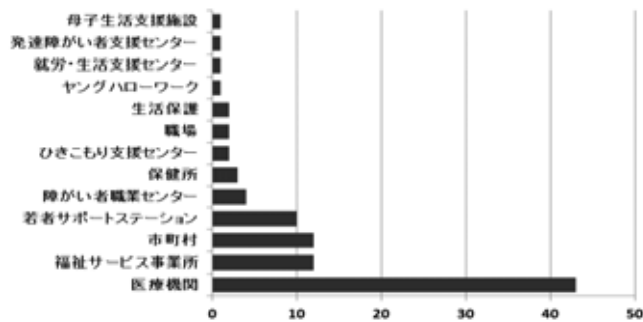
初回相談時の主訴(重複あり)を20代、40代で比較すると、20代で最も多かったものは、ひきこもり32件、次に学校不適応・学校不登校が22件、家庭内暴力が13件であったが、40代では強迫症状・こだわり等が9件、病気や治療について7件、抑うつ6件、ひきこもり6件であった。

なお、20代の初回相談時の面接体系が家族のみの場合の初回相談時の主訴は、ひきこもり15件、学校不適応・学校不登校が14件、家庭内暴力10件などであった(表1)。

また、合併する精神疾患は、統合失調症11件、うつ病9件、摂食障害3件、強迫神経症3件等が認められた。

(5) 連携機関

連携している機関(重複あり)は、図3のとおりであった。



	20代	40代
ひきこもり	32 (15)	6
学校不適応・学校不登校	22 (14)	
家庭内暴力	13 (10)	1
抑うつ	12 (3)	6
職場内不適応	11	2
対人不安・対人恐怖・視線恐怖	8 (3)	4
自殺未遂・自殺企図・自殺意欲	8 (4)	2
制度の相談・診断希望	7 (1)	2
病氣、治療について		7
統合失調症・躁鬱・幻覚妄想・適応障害	6 (3)	3
仕事が続かない・仕事が見つからない	5	1
ギャンブル依存・浪費・借金	4 (1)	2
リストカット・大量服薬	3	
強迫症状・こだわり	2 (1)	9
司法鑑定	2	
傷害事件・警察保護	2 (2)	
家庭内不和・夫婦間トラブル・DV関連		4
社会復帰		3

( )は、初回来所時面接体系が家族のみの相談

連携機関からの紹介で相談に至っている場合もあれば、本人の症状の安定に伴い、紹介に至る場合もある。症状が安定してくると、対象者の

のニーズは変化していく。そのニーズは様々であり、連携機関も様々となる。一般就労支援が必要な若年層は、若者サポートステーション、障害者就労が必要な人は、福祉サービス事業所、障害者職業センター、ひきこもりの人は、ひきこもり生活支援センター、抑うつ、幻覚妄想などの精神症状が見られる人は、精神科医療機関、子育てや経済的な不安のある人は、市町村、母子生活支援施設などと連携を持つ。一方で、家庭内暴力の場合等では、継続して当センターでじっくりと家族相談を行うこととなる。

4 考察

平成24年度内に、当センターにて相談面接等を行った20代から40代のうち、「発達障がいもしくは発達障がい傾向が認められる」と診断された221件を対象に調査を行った。今後の成人の発達障がいの支援については、

(1) 予防的観点からの関わり：

20代の対象のうち約9割の人は、不適応反応が起きるまで、発達障がいと気づかれていなかった。しかし、高校卒業までに、不適応(不登校、いじめ、集団不適応、対人トラブル等)が生じていた人が7割弱もあった。今後、保健福祉、教育関係者に、発達障がいに関する知識をより一層深めてもらい、なんらかの不適応が生じた場合には、その状態へのアプローチだけでなく本人の特性にも着目し、適切な診断や支援等につなげることが重要であり、そのことがその後の二次障害の予防にとって大切と考えられる。加えて、思春期から青年期の発達障がい者などを対象とした相談機関の充実も必要である。

(2) 適切な相談の視点からの関わり：

家庭内暴力などの相談は、家族相談のみの場合も少なくないが、家族のみの相談には、医療機関は十分な対応ができない。また、仮に医療機関を受診しても、大半の人は医療機関の治療介入を必要とせず、医療機関以外の相談機関が必要となる。これらの家族からのみの相談にも対応できる相談機関・医療機関の充実が求められる。

(3) 社会参加、地域連携の視点からの関わり：

連携機関は、その人のニーズに応じて実に多様である。新たに発達障がいに関し特化した専門機関を作るまでもなく、既存の様々な機関が互いに連携を取りながらニーズに応じていくことで十分に対応は可能と思われる。そのためにも、各機関において、発達障がいに関する正しい理解と知識をさらに深め、他機関の機能を理解し、求められるニーズに対し適切に対応していくことが望ましい。

当センターとしても、今後、これら支援の充実に対し、研修会、事例検討会などを実施していきたい。

参考文献

- 1) 小谷由佳 大塚月子 川口栄 上原俊平 原田豊：高等学校在学中のアスペルガー症候群の生徒への支援と課題。第54回鳥取県公衆衛生学会発表集, p74-76, 2011.
- 2) 原田豊 川口栄 角田智玲 他：鳥取県における社会的ひきこもりの背景と課題—精神保健福祉センターおよび各福祉保健局におけるひきこもり相談から—。鳥取県医誌 34, p64-70, 2006.

厚生労働省 平成 24 年度障害者総合福祉推進事業

「精神医療相談窓口および精神科救急情報センターの実施体制に関する調査」を実施して

○河本次生<sup>1)</sup>、濱谷 翼<sup>1)</sup>、井上英和<sup>1)</sup>、吉田太郎<sup>1)</sup>、大竹智英<sup>1)</sup>、塚本哲司<sup>1)</sup>、関口隆一<sup>1)</sup>、杉山 一<sup>1)</sup>  
 検討委員会委員：白石弘巳<sup>2)</sup>、杉山直也<sup>3)</sup>、佐藤雅美<sup>4)</sup>、澤野文彦<sup>3)</sup>、西村由紀<sup>5)</sup>  
 調査協力者：平田豊明<sup>6)</sup>、川畑俊樹<sup>7)</sup>、橋本都子<sup>6)</sup>、鴻巣泰治<sup>1)</sup>  
 1)埼玉県立精神保健福祉センター、2)東洋大学ライフデザイン学部、3)沼津中央病院、4)東京武蔵野病院、  
 5)特定非営利活動法人メンタルケア協議会、6)千葉県精神科医療センター、7)京都府立洛南病院

1 はじめに

精神科救急医療体制整備事業における精神医療相談事業および精神科救急情報センター（以下、併せて受診前相談事業とする）の実態を把握し、地域の実情に見合う実効的な受診前相談機能が実現できるような一定の方針を示し、受診前相談に対応する相談員の質を保つための仕組み等を構築するための取り組みを行ったので報告する。

2 方法

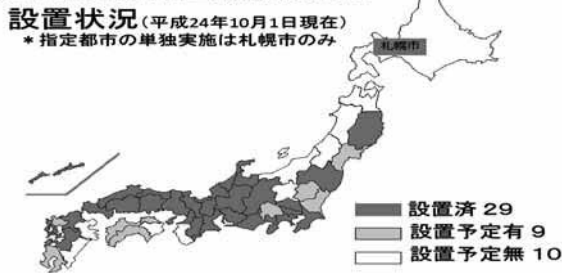
日本精神科救急学会医療政策委員会委員等により検討委員会を組織し、専門的知見や現状を踏まえた議論を行いつつ、以下に示すⅠからⅢについて調査研究を行い実効性のある成果物を作成することとした。

- Ⅰ 各都道府県および指定都市の精神科救急医療体制整備事業主管課を対象に、受診前相談事業の実施体制および精神科救急医療体制整備事業の概要等に関するアンケート調査の実施。
- Ⅱ Ⅰで判明した実情を踏まえつつ、受診前相談事業の実施体制に関するマニュアル試案を作成する
- Ⅲ 受診前相談事業に従事する相談員の研修プログラムおよび教材について検討する。また、研修プログラム及び教材のあり方を検証するため、精神科救急情報センターの相談員等を対象とした「精神科救急情報センタートリアージ平準化推進会議」を開催する。

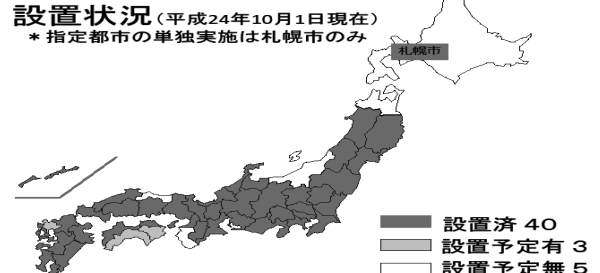
3 結果

Ⅰ 受診前相談事業の実施体制等に関する調査

①24時間精神医療相談窓口



②精神科救急情報センター



③一般住民向けの相談電話回線を設置しているのは 34 自治体であったが、内 1 自治体は電話番号を非公開としていた。また 6 自治体については、一般住民向けの相談電話回線を設置していない。

④トリアージの基準や対応手順が明文化されていたのは 25 自治体のみであり、15 自治体では明文化されていなかった。相談員が精神科医のコンサルテーションを常時受けられるのは 30 自治体で、一部の時間帯のみ受けられるのが 6 自治体、全く受けることができない自治体も 4 あった。相談員の研修体制については、定期的に研修を実施している 18 自治体、不定期に実施している 6 自治体、未実施は 16 自治体であった。

⑤精神科救急情報センターが対応している事例範囲は、「365 日 24 時間、外来レベルから措置入院までのすべての精神科救急事例に対応している」自治体はなく、「夜間については 365 日、休日については 24 時間、外来レベルの精神科救急医療相談から措置業務までのすべての精神科救急事例に対応している」は 1 自治体のみ。「365 日 24 時間、措置入院以外の精神科救急医療事例に対応している」のは 11 自治体、「夜間については 365 日、休日については 24 時間、措置入院以外の精神科救急医療事例に対応している」のは 12 自治体であった。



⑥平成 23 年度における全精神科救急情報センターで対応した相談件数は 86,493 件であった。相談件数は 9 件～13,601 件、人口万対相談件数は 0.1 件～34.6 件（平均 6.5 件）と自治体間で大きな差があった。トリアージの結果「精神科救急事例」と判断された事例の割合についても 0.6%～100%（平均 14.6%）と大きな差があった。なお、対応結果を把握していない自治体が 14 あった。

⑦トリアージの結果「精神科救急事例」と判断したものの、医療機関紹介できなかった事例は確認できただけでも約 1,000 件に上っていた。

⑧一般科救急情報センターとの連携は 7 自治体にとどまっていた。

⑨事業実績のデータ管理がされている自治体は 33 あり、その内事業実績の一部をホームページ等情報公開している自治体数は 11 であったのに対し、情報公開を行っていない自治体は 22 に及んだ。一方データ管理がされていない自治体も 6 あった。

⑩精神科救急医療体制整備事業に関して、医療連携に係る研修会等運営事業を予算化していたのは 3 自治体のみであり、予算化していない 1 自治体を加え 4 自治体で当該研修会を開催していた。搬送体制について予算化しているのは 29 自治体、予算化していなかったのは 18 自治体であった。身体合併症救急医療確保事業について予算化していたのは 10 自治体であったが、実施していたのは予算化していない 1 自治体を加えた 9 自治体であった。身体合併症等後方搬送事業について予算化していたのはわずか 1 自治体であり、マイクロ救急体制確保事業については予算化し実施している自治体はなかった。

⑪精神科救急医療施設等の施設数の合計は 1,086 施設で、内訳は病院群輪番型 1,029 施設、常時対応型 27 施設、身体合併症対応施設 30 施設であった。1 自治体が輪番病院群を導入しておらず、常時対応型は 17 自治体のみ、身体合併症対応施設は 13 自治体のみが指定しているにすぎなかった。

## II 受診前相談事業の実施体制に関するマニュアルの作成

前述した「受診前相談事業の実施体制等に関する調査」結果を踏まえ、受診前相談事業の実施体制に関するマニュアル（試案）を作成した。

## III 受診前相談事業に従事する相談員の研修プログラムおよび教材の検討

①検討委員会において受診援助相談事業に従事する相談員を対象とした、初期研修プログラムおよび教材について検討を行った。

②研修プログラム及び教材のあり方を検証するため、精神科救急情報センターの相談員等を対象とした「精神科救急情報センタートリアージ平準化推進会議」を開催した。

## 4 考察

①各自治体による受診前相談事業の多様な運営形態と、その機能のばらつきが明らかとなったことから当該事業の平準化を図る必要がある。

②受診前相談事業の平準化を図るためには、事業評価尺度の開発、統計項目の統一化、用語の定義化などが必要である。

③受診前相談事業に従事する相談員を対象とした、「受診前相談事業トリアージ研修会（仮称）」の定期的な実施が必要である。

## 5 結論

受診前相談事業の目的は、精神症状の急性増悪に対する迅速な危機介入と、精神障害者の地域生活支援である。現行の精神科救急医療体制整備事業においては、受診前の相談事業として「精神医療相談事業」と「精神科救急情報センター」が併記されている。前者がカウンセリング機能を、後者が関係機関との調整機能を主に担うとされているが、両者の機能を厳密に区別できないことを考慮して、制度上も両者を統合し、都道府県に複数箇所設置できるよう、「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」を見直すことが検討されるべきである。

受診前相談機関を拡大する方策としては、精神科救急入院料算定医療機関の認可要件に受診前相談機能を加えることが考えられる。

受診前相談事業の質の平準化を図るには、標準的な実施体制に関する指針を示すことが必要であり、受診前相談事業に従事する相談員の質を担保するためには、研修認定制度の創設を検討すべきである。



## 鳥取県における措置入院制度の運用状況

～平成24年度の実績及び13年度、18年度との比較から～

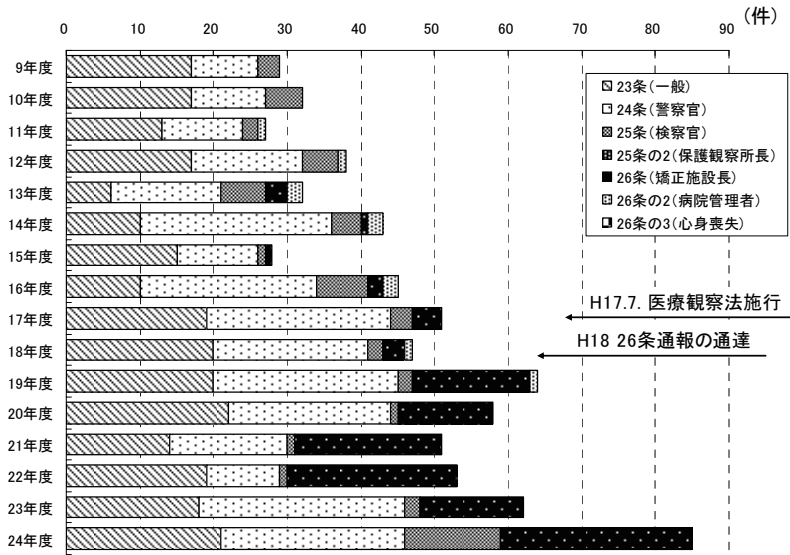
鳥取県立精神保健福祉センター

○原田 豊、馬淵伊津美、山下善大  
大森涼子、加藤美由紀、大塚月子

鳥取県の措置入院の現状と今後の課題を検討するために、平成24年度に県内の保健所に申請、通報又は届出（以下、通報等）のあった85件について、通報内容、診療の要否のための調査状況、指定医診察の結果及びその後の経過について、平成13年度、18年度のデータと比較しながら分析を行った。

\*\*\*\*\*

鳥取県における措置通報件数の推移(衛生行政報告例より)



### (1) 平成24年度通報等件数

平成24年度に保健所に通報等のあったものは85件で、13年度より57件、18年度より38件増加していた。通報別では、最も多いのは26条(矯正施設長通報)による26件で、ついで24条(警察官通報)25件、23条(一般申請)21件であった。26条によるものは、13年度1件、18年度3件であったが、24年度は26件と急増していた。これは平成18年に法務省矯正局長から「被収容者の釈放に関する訓令の運用について(依頼通知)」が出されており、それに従い保健所への通報が増えてきたためと考えられる。平成17年度の医療観察法の施行による影響は認められない。

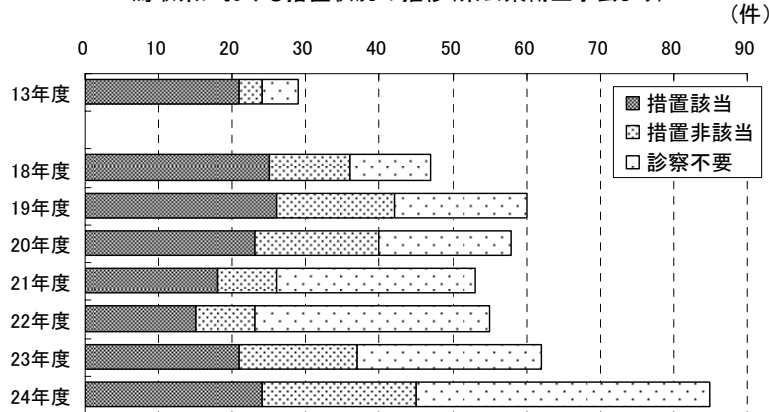
### (2) 平成24年度通報等による保健所調査結果

保健所の調査により「指定医診察必要」と判断されたものは45件、「診察不要」と判断されたものは40件であった。「診察不要」と判断された40件は、「(調査の時点で)自傷他害の恐れはない」と判断したもの39件であり、うち、「精神症状がない、あるいは精神症状が落ち着いているために自傷他害の恐れはない」と判断したものが26件、「妄想等何らかの精神症状はあるが自傷他害行為を行う可能性は低い」として診察不要と判断したものが13件であった。この13件のうち3件については、診察不要の判断の後、1件は医療保護入院、2件は任意入院になっていた。残りの1件は、「自傷他害行為は認めるが精神症状によるものでない」と判断したものであった。

「診察不要」と判断された40件のうち、半数以上の23件は26条通報によるもので、すべて「自傷他害の恐れはない」と判断されていた。

「診察不要」と判断された40件のうち、半数以上の23件は26条通報によるもので、すべて「自傷他害の恐れはない」と判断されていた。

鳥取県における措置状況の推移(県公衆衛生学会より)



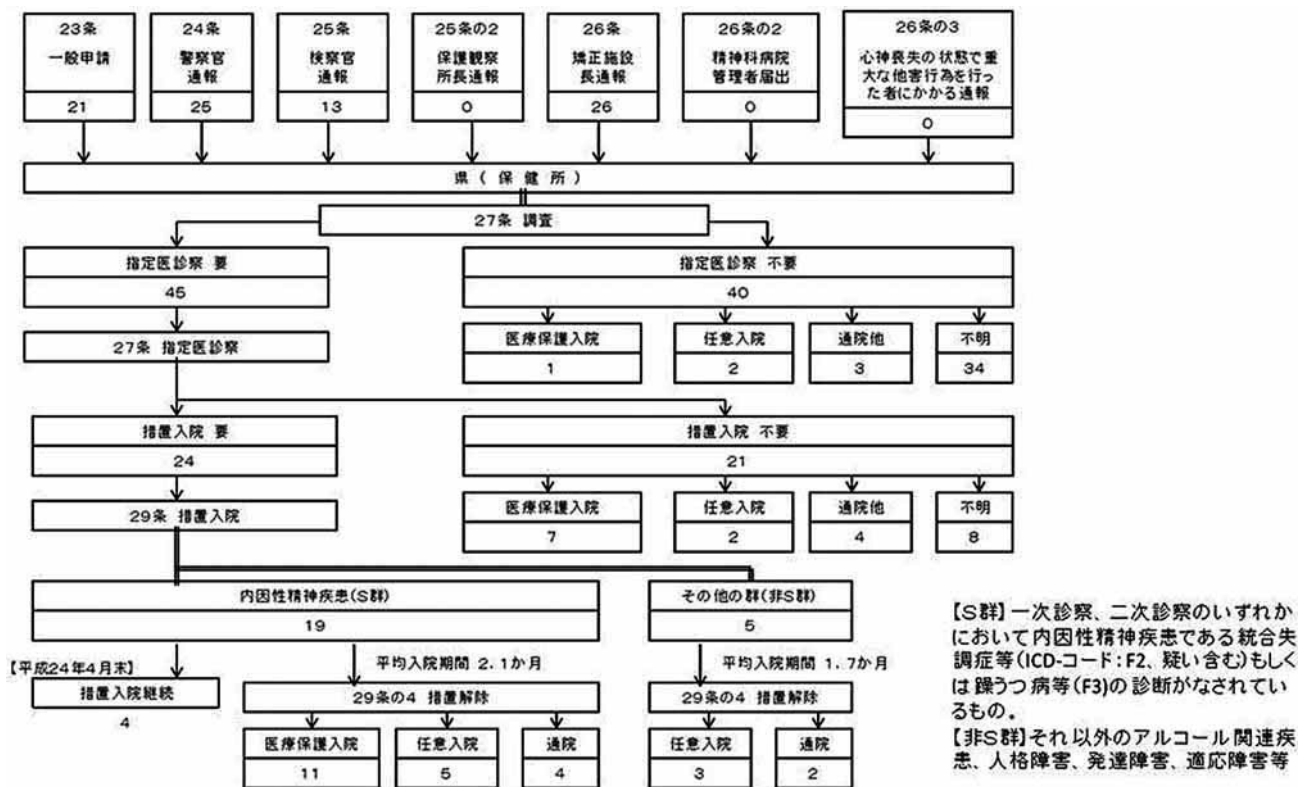
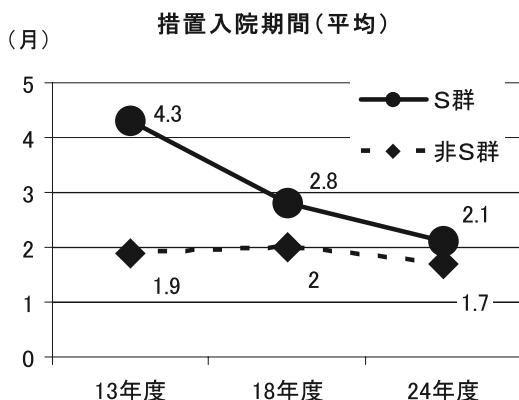
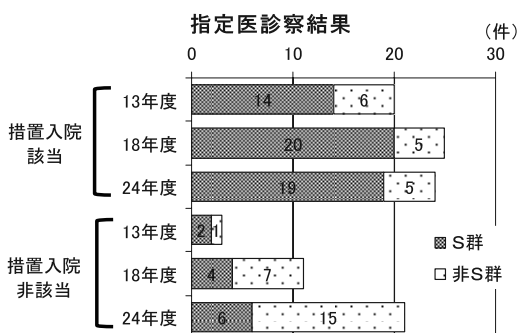


図 平成24年度の通報等の件数とその後



(3) 指定医診察結果

指定医診察が行われた45件の診断はS群25件(55.6%)、非S群20件(44.4%)であった。措置入院該当24件、非該当21件であり、通報等の件数は13年度より50件以上増加しているが、該当は、13年度20件、18年度24件とほぼ横ばいで推移している。該当24件では、S群19件、非S群5件とS群が多く、非該当21件では、S群6件、非S群15件と非S群が多い。近年、非S群が多くなってきている背景には、環境要因に対する不適応から自傷他害行為に至る事例、発達障害が疑われる事例が増えていることが影響していると考えられた。非該当となったもののその後の状況は、S群6件は、医療保護入院3件、通院3件、非S群15件は、医療保護入院4件、任意入院2件、通院1件、治療不要5件、不明3件であった。

(4) その後の経過

措置入院となった24件は、平成25年4月末現在、措置解除が20件、措置継続が4件であり、解除後の状況は、入院形態の変更20件、通院治療が9件であった。措置入院の期間は、S群の入院期間は平均2.1±2.3か月、非S群は、平均1.7±1.2か月と、平成13年度、18年度ともに、非S群の方が短期で解除に至る事例が多いが、S群も近年短期に解除の方向になってきている。

【おわりに】

鳥取県における措置入院制度の運用状況について分析を行った。今後も引き続き分析を行い、適正な運用がなされるよう検討を行っていききたい。

## 北九州市における医療保護入院に至る受診経路に関する考察（第1報）

—医療保護入院者の入院届（第1項）の分析から—

北九州市立精神保健福祉センター

○矢ヶ部 陽一 白石 晃一 猪原 弘行 三井 敏子

### 1. はじめに

精神医療審査会において医療保護入院者の入院届（第1項）（以下、医療保護入院届とする）や定期病状報告等書類を審査に付する際、精神保健福祉センターの事務局職員がこれらの書類をチェックする業務は、ほぼ全国的に行われていることだろう。

しかし、本届出書類を今後の精神保健福祉施策を考える上での参考資料と捉える視点は、あまり見当たらない。医療保護入院届には心理・社会的プロセスも詳しく記載されており、そこから読み取れる情報は地域精神保健福祉の状況を反映しているものと思われる。

今回、筆者は、この視点から、届出内容を分類・データ化し、集計・分析することにより、精神科受療のプロセスを考えてみたいと思った。

### 2. 調査の方法

#### （1）調査対象

平成24年4月～平成24年9月までに作成された半年間の医療保護入院届を対象（作成日を基準）とした。ただし、ICDカテゴリーのF0に該当する病名の場合は今回の集計から除外している。認知症をはじめとする器質性精神障害患者の受診経路は、他の精神障害とは性質が異なっており、同一の内容分析には適さないと考えたからである。

#### （2）調査手続き

医療保護入院届には、受診経路を示す既存の項目はないため、文脈を読み込んで分類する項目が必要となる。分類項目作成にあたっては、受診に至る直前に関わった機関や介入者を想定し、担当チームにて数回協議を重ね、その結果、11項目を作成した。

また、自殺対策の観点から特徴的な傾向を把握するため、医療保護入院届上の〈その他重要な症状〉の下位項目である〈自殺念慮〉への項目記載も同時に集計するようにした。

#### （3）集計作業

医療保護入院届の「生活歴及び現病歴」や「医療保護入院の必要性」等に筆記されているテキストを文脈的から判断して、11項目別に集計していった。なお、医療保護入院届のテキストから受診プロセスに関わった機関や介入者が明確に読み取れない場合は、「家族」として分類している。

（4）本調査は、精神医療審査会事務を預かる精神保健福祉センターの調査研究業務の一環として行い、発表にあたっては、北九州市役所の了解を得た。

### 3. 結果

データ収集期間の医療保護入院届総数は574名であり、F0を除いた数は357名（62.2%）であった。集計した受診経路内訳及びその中で自殺念慮があったケースの受診経路内訳については、表1・2と図1・2（四捨五入にて算定）に示した。

受診経路の大部分が家族のかかわり（43.7%）であり、次に精神科からの紹介受診（14.8%）、一般科からの紹介受診（16.5%）となっている。精神科、一般科を併せた医療機関からの経路が31.3%を占めている。

自殺念慮を伴うケースにおいては、精神科、一般科を併せた医療機関からの経路が53%を占めており、精神科、一般科ともに各々26.5%であった。

表1 受診経路

受診経路(n=357)	数値	割合
家族	156	43.7%
精神科からの紹介受診	53	14.8%
一般科からの紹介受診	59	16.5%
精神保健福祉相談員	6	1.7%
一般専門職	8	2.2%
精神科救急システム	21	5.9%
警察保護など	17	4.8%
一般救急	3	0.8%
施設経由	9	2.5%
その他(市町村長同意、不明等)	14	3.9%
入院形態変更(任意→医療保護等)	11	3.1%

表2 自殺念慮ケースの受診経路

受診経路(n=49)	数値	割合
家族	18	36.7%
精神科からの紹介受診	13	26.5%
一般科からの紹介受診	13	26.5%
精神保健福祉相談員	0	0.0%
一般専門職	1	2.0%
精神科救急システム	1	2.0%
警察保護など	1	2.0%
一般救急	0	0.0%
施設経由	1	2.0%
その他(市町村長同意、不明等)	0	0.0%
入院形態変更(任意→医療保護等)	1	2.0%

図1 受診経路

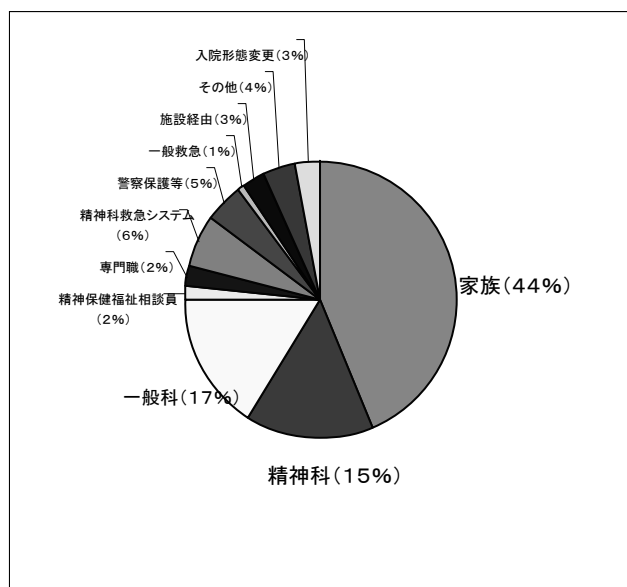
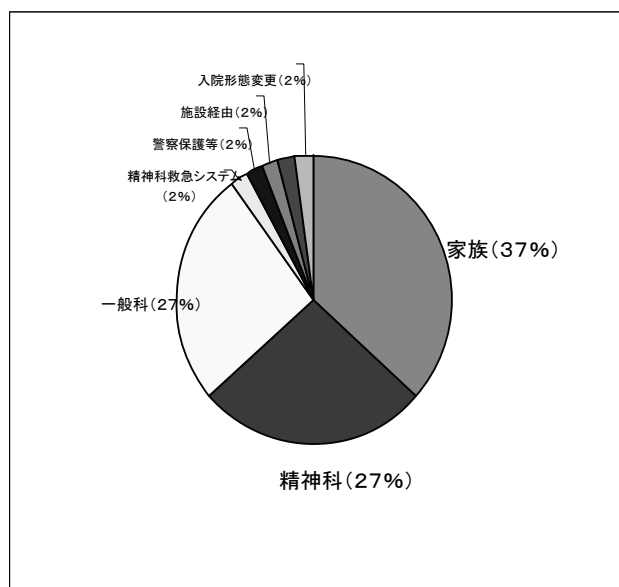


図2 自殺念慮ケースの受診経路



#### 4. 考察

集計結果から、医療機関（精神科・一般科）から医療保護入院に至る受診経路が約三分の一にあたる。このうち、精神科からの紹介受診は15%であったが、一般科からの紹介受診は16.5%とわずかではあるが上回る。自殺念慮ケースの場合にもこの事情は一層明確で、精神科救急システム等の経路数を遥かに超えて、一般科からの紹介受診は26.5%となっており、精神科からの紹介受診と同数であった。

これは、医療保護入院という強制権を伴う特殊な局面において、一般科と精神科という異なる専門分野の連携が存在すること、また、自殺企図という極めて精神科治療が必要とされる状況が一般科で数多く対応されていること等を示す。しばしば、精神科と一般科の溝は深いという認識がもたれがちだが、連携ないしはネットワークは、我々の予想以上に機能していることを示唆するのかもしれない。これは北九州独自の傾向か、他地域ではどうなのか、この異領域間のやりとりがなされる中に当センターがなすべき受療支援活動があるのか等、勘案すべきことが多く含まれている。

本調査は開始したばかりであるが、既存の資料を可能な限り現場に生かす作業として継続し、次回の報告では、データ数を増やし、他の集計項目との関連性等も踏まえて分析を行う予定である。将来的には全国比較も視野に入れたい。



## 三重県における「医療観察制度支援システム」構築に向けた取り組み

三重県こころの健康センター 技術指導課

○三上政和 橋本晴美 出口理恵 中井芳 羽根正樹 山崎 恵

### 1 はじめに ～現状と課題～

本県では、医療観察制度のスタート時に関係機関に向けて協力依頼を行ったこともあり、医療観察対象者（以下「対象者」という。）への支援を拒否する機関もなく、協力的な関係のなかで制度の運営がされてきた。ケア会議は、精神科病院・訪問看護ステーション・精神保健福祉センター・保健所・市町・相談支援事業所・障がい福祉サービス事業所・社会福祉協議会など、多くの機関の参加により実施されている。

しかし、ケア会議がうまく運営されている反面、年1回開催される運営連絡協議会が、関係機関による形式的な「顔合わせ」の場となっていたことや、通院医療機関同士・障がい福祉サービス事業所同士で話し合いをする横のつながりの場がない、などの課題が挙げられていた。

また、対象者への個別支援の面でも、医療観察の期間中は非常に手厚い支援が行われるが、処遇終了と同時に手厚い支援が途切れることの問題や、保護観察所の関与がなくなり関係機関だけで対象者を支援していくことの不安の声が聞かれるようになった。

これらの課題を改善するため、津保護観察所とこころの健康センターが協力して、医療観察制度がよりうまく機能するための取組を実施した。

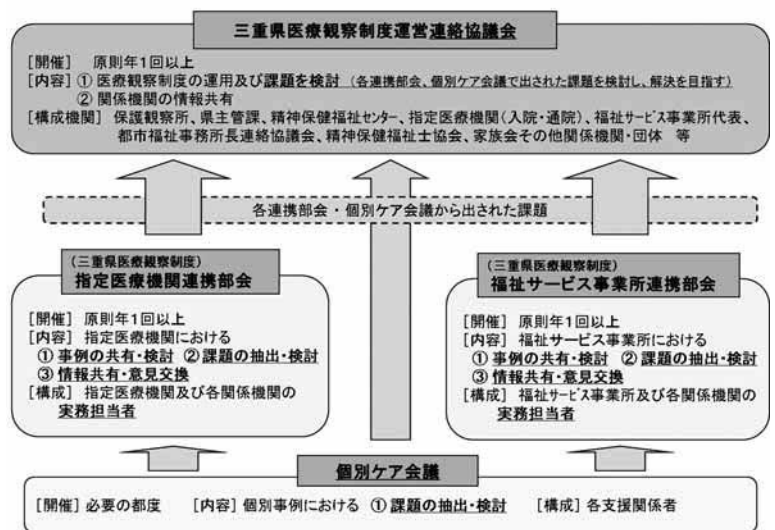
### 2 取り組み内容

#### (1) 連携体制の構築

関係機関の横の連携を深めるために、実務担当者による「指定医療機関連携部会」「福祉サービス事業所連携部会」を設置した。医療観察制度の現状や課題を、支援を行う実務者レベルで話し合う場である。

また、年1回開催の運営連絡協議会を「2つの連携部会と個別ケア会議で出された課題を検討・解決する場」と位置付け、活発な意見交換を求めようにした。(図1 連携体制図)

図1 三重県における医療観察制度支援システム(連携体制)



#### (2) 個別支援システムの構築

県内の障がい福祉サービス事業所から、対象者を受入れ、サービスを提供していくための課題として、『医療観察法の通院・地域処遇が約3年で終了した後、地域だけで支援していくこと（「手厚い支援」が途切れること）に不安がある』という意見が出された。この課題を少しでも解消するため、次の2点に取り組んだ。

##### ① 医療観察期間中に支援をステップダウンさせていく仕組みの導入

通院処遇中の「手厚い支援」が、処遇終了後に急に途切れることを防ぐため、通院処遇中から終了を見据えて支援を少しずつ減らしていく。「支援のステップダウン」を意識して関わることで、終了時の「地域へのつなぎ・フォロー」の負担をできるだけ小さくして、スムーズに地域での支援に移行できる仕組みを導入した（処遇終了前には、終了後と同じサービス内容にする）。

② 地域版クライシスプラン（通称：みえぷら）の作成・導入

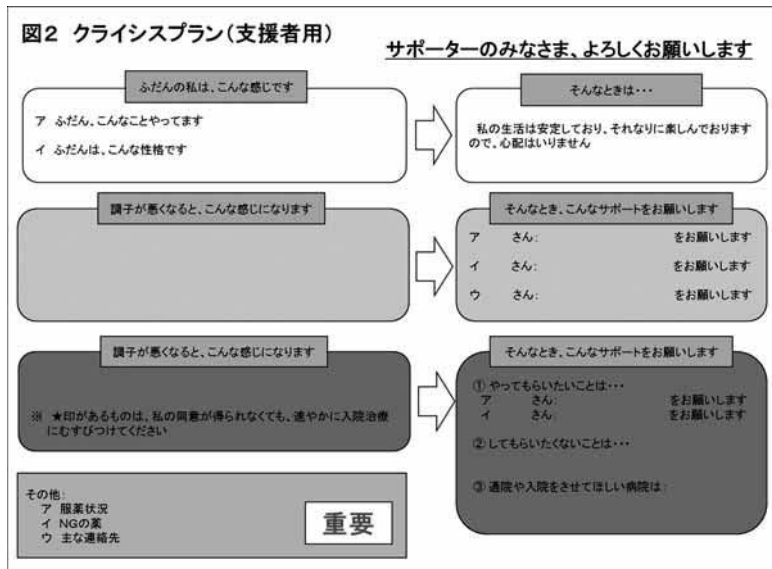
通院処遇終了後、本人が生活しやすくなることと、地域の支援者も支援しやすくなるよう、通院処遇期間中に「地域版クライシスプラン」を作成することとした。作成にあたっては、多くの機関からワーキンググループに参加してもらい、検討を行った。

（構成員：保護観察所、県庁担当課、こころの健康センター、入院・通院の指定医療機関、福祉サービス事業所、PSW協会、精神障がい当事者等）。

内容は、WRAP（元気回復行動プラン）の考え方を取り入れ、本人が元気なとき（青）を中心に作成し、注意が必要なとき（黄）、調子が悪いとき（赤）の状態や、その際の自分なりの対処法を記載しておけるようにした。

視覚的にもわかりやすくなるように3色に分けた。また、本人用と支援者用（サポーター用）の2種類を作成し、本人と支援者がクライシスプランを共有できるようにした。

（図2 クライシスプラン支援者用）



3 結果

平成 24 年度の医療観察制度運営連絡協議会において取組を報告・提案した結果、全てを合わせて「三重県における医療観察制度支援システム」とし、平成 25 年度から運用していくことになった。

福祉サービス事業所連携部会は「準備会」として計 2 回開催されている。入所・通所の福祉サービス事業所に加え、地域移行支援や計画相談の普及も図るため相談支援事業所へも参加を求めた。その結果、実務者による本音を出し合う活発な意見交換が行われている。最近では対象者が通所等の福祉サービスを受けることは当たり前ようになってきた。地域移行支援の導入も進んでおり、入院処遇中から民間の相談支援事業所が支援を開始するケースも増えてきた。

地域版クライシスプラン（みえぷら）は、モデルケースとして 2 名に先行導入していたが、現在ではさらに対象者を拡大して実施している。これまでに作成した対象者からは「漠然としていた自分の病気への対応が一目でわかってよい」と好評である。ケア会議の場でも、定期的に「みえぷら」の見直しの必要がないか、対象者と支援者が一緒に話し合いを行っている。今年度「みえぷら」を作成した対象者が初めて処遇終了となったが、地域機関が引き続き支援を継続していくことに不安の声が出されなかったことも「みえぷら」作成の成果の一つと言えるのではないだろうか。

4 まとめ

今回の取組は、保護観察所とセンターの職員が、三重県の医療観察制度の現状をどうすればさらによくなるか、という議論を頻繁に行っていたことから始まった。

保護観察所は「仕組みづくり」や「施策提案」に単独で取り組むことは難しい。協力して一緒に取り組む機関が必要である。また、福祉サービス事業所を運営する法人への「働きかけ」なども困難であり、橋渡し役となる機関が必要である。精神保健福祉センターはこれら両方の機能を備えた機関として、保護観察所への支援を通して地域機関との連携を図るなど、その役割を担うことが重要と考える。その結果として、精神障がいへの理解促進にもつながっていく。

「三重県における医療観察制度支援システム」の運営により、これからも多くの課題が抽出され、それが少しずつ解消されていくことで、対象者本人が地域で生活しやすくなることや、支援者の不安・負担の軽減につながることを期待している。

## 精神科病院に入院が必要な自殺未遂者の傾向について ～医療保護入院届けの分析から～

滋賀県立精神保健福祉センター

○西田 大介 西田 典子  
熊越 祐子 辻本 哲士

### 1. はじめに

滋賀県の自殺既遂者数は近年 300 名前後で推移し、人口動態統計によると平成 23 年は 309 人、平成 24 年は 282 人となっている。警察庁統計によると毎年、自殺既遂者のうち約 3 割が自殺未遂歴ありとなっている。滋賀県内で平成 23 年に自損行為による消防出動件数は 694 件であり、救急車を使わず、直接、医療機関へ受診する者等を含めると実際の自殺未遂者は、相当数になると考えられる。自殺対策において自殺未遂者対策は大きな課題となっている。滋賀県の救急告示病院への調査<sup>1)</sup>（以下救急告示病院調査）等によると、自殺未遂により受診する者の大半は、治療終了後は帰宅か 1～2 泊の短期入院となっている。その中に、精神科への入院治療が必要な者が含まれており、救急告示病院等のスタッフはその判断に苦慮しているのが現状である。今回、精神科に入院治療が必要な自殺未遂者の状態とどのような患者であるかを明らかにするため、滋賀県精神医療審査会に提出される医療保護入院届けのうち、自傷行為や希死念慮が関係している届けを抽出し、傾向について分析を行ったので報告する。

### 2. 方法

1) 対象：平成 23 年度の滋賀県精神医療審査会に提出された医療保護入院届け 1,381 件のうち、自殺未遂または希死念慮を伴い滋賀県内精神科病院に入院となった 186 名

倫理的配慮としてデータは個人が特定されないよう量的なデータとして収集した。

2) 調査内容：(1)基本情報：性別、年齢、主たる精神障害、従たる精神障害、身体合併症  
(2)自殺関連項目：自殺未遂の方法、希死念慮、精神症状

### 3. 結果

#### 1) 性別・年齢（表 1）

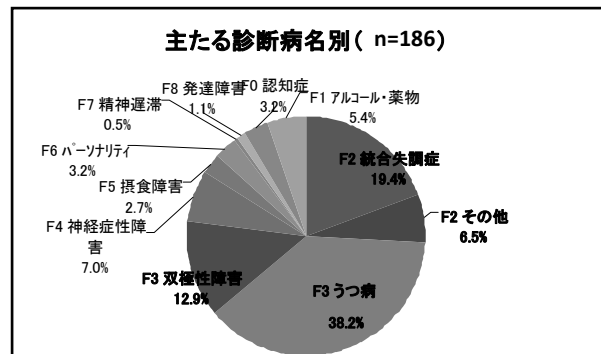
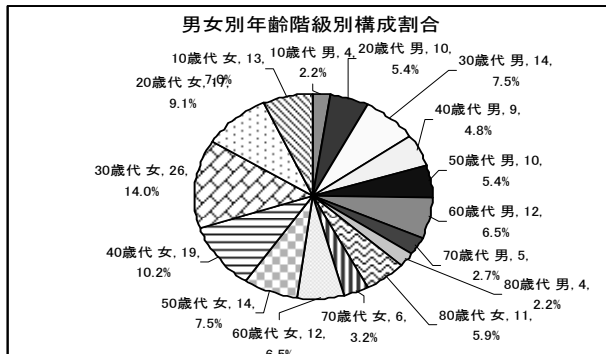
男性 68 名（36.6%）女性 118 名（63.4%）であった。年齢階級別では、30 歳代が 40 名（21.5%）と最も多く、次いで 40 歳代が 28 名（15.0%）、20 歳代が 27 名（14.5%）であった。

#### 2) 診断病名別（表 2）

ICD-10 分類では、F3 気分障害圏が最も多く、うつ病が 71 名（38.2%）、双極性障害 24 名（12.9%）であった。次いで F2 統合失調症圏で、統合失調症が 36 名（19.4%）、その他の F2 圏が 12 名（6.2%）であった。F2 統合失調症圏と F3 気分障害圏を合せると 76.7%であった。

表 1 性別・年齢階級別数（n=186）

表 2 主たる精神障害別数（n=186）



#### 3) 年齢と主たる診断病名（表 3）

10 歳代では、突出して多いものはなかった。20 歳代では、F4 神経症圏が 7 名と全年代の半数以上を



占めた。30歳代40歳代ではF2統合失調症圏が多く、50歳代以降ではうつ病が多くなり、50歳代では54.1%、60歳代では66.6%、70歳代では45.5%、80歳代では60.0%を占めた。

4) 自殺企図の方法と診断病名の関係

自殺企図の方法では、過量服薬49名(26.3%)で最も多く、縊首27名(14.5%)、飛び降り・飛び込み19名(10.2%)、切傷(リストカット)18名(9.7%)の順であった。また、周りの人に止められるなど、自殺未遂の行為に至らず入院した人が40名(21.5%)いた。企図方法と診断病名の関係では、縊首や飛び降りなどの致死性の高い方法は、約8割がF2統合失調症圏とF3気分障害圏が占めていたが、その他の企図方法については、診断病名との関連はなかった。

5) 精神症状 (表4)

精神症状の記載については、自殺念慮131名(70.4%)、抑うつ気分117名(62.9%)、焦燥・激越77名(41.3%)、衝動行為70名(37.6%)、妄想58名(31.1%)であった。1名あたりの精神症状の記載数についてみると、3つ以上の精神症状がある人が167名(89.7%)と複数ある人が多くを占めた。

表3 年齢階級別主たる診断病名 (n=186)

診断病名	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代
F0 認知症	0	0	0	0	0	0	2	4
F1 アルコール・薬物	1	2	2	3	2	0	0	0
F2 統合失調症	4	5	12	10	3	2	0	0
F2 統合失調症以外	3	0	1	0	1	5	2	0
F3 うつ病	3	10	8	7	13	16	5	9
F3 双極性障害	1	1	6	6	5	1	2	2
F4 神経症性障害	3	7	2	1	0	0	0	0
F5 摂食障害	0	1	4	0	0	0	0	0
F6 パーソナリティ障害	2	0	3	1	0	0	0	0
F7 精神遅滞	0	0	1	0	0	0	0	0
F8 発達障害	0	1	1	0	0	0	0	0

表4 記載されている精神症状

医療保護入院時の精神症状(重複あり) ※10名以上の症状のみ									
精神症状	自殺念慮	抑うつ気分	焦燥・激越	衝動行為	妄想	思考制止	易怒性・被刺激性亢進	幻聴	精神運動制止
人数	131	117	77	70	58	41	36	36	33
精神症状	興奮	拒食	健忘	強迫観念	解離	知能障害	感情平板化	もうろう	記憶障害
人数	25	14	14	13	13	12	12	11	10
精神症状の記載されている数 ※不明3名あり									
精神症状の数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
人数	5	11	34	50	42	22	10	3	6

4. 考察

救急告示病院調査の自殺企図者は、男性30.3%女性69.7%であったのに対して、本調査では、男性が36.6%であり、男性の割合が高かった。年齢別では、救急告示病院調査では40歳代までが82.8%、本調査では40歳代までが60.2%で、本調査は比較的高い年齢傾向を示した。これらは、50歳代以降の男性のうつ病による入院事例が多いこと等が反映として考えられる。

企図方法をみると、救急告示病院調査では、過量服薬45.5%、リストカット28.8%、縊首12.1%、飛び降り4.5%であったのに対し、本調査では、過量服薬36.6%、縊首14.5%、飛び降り6.4%等であった。救急告示病院に搬送される自殺企図者、精神科病院に医療保護入院になる自殺未遂者とも企図方法は様々であることがわかった。縊首や飛び降りなどの致死性の高い方法については、8割がF2統合失調症圏とF3気分障害圏であったことから、これらの精神疾患に対する自殺未遂者支援がより重要であると考えられる。自殺未遂の行為に至る前に入院となった人が40名(21.5%)あり、自殺未遂の行為まで至らなくても自殺の危険度の高さ(具体的計画性がある・自殺念慮が継続している等)を精神科医師が判断し、医療保護入院に至っていると考えられる。

医療保護入院届けに記載があった精神症状から、自殺念慮、抑うつ気分、焦燥・激越、衝動行為、妄想のある割合が高く、このような精神症状が継続している場合には、精神科病院での入院治療を検討していく必要があると考えられる。1人あたりの精神症状が記載されている数については、3つ以上の精神症状がある人が167名(89.7%)あり複数の精神症状から再企図のリスクを総合的に判断し、精神科病院での入院治療について検討していく必要があると考えられる。

5. おわりに

今後は、本調査結果も参考にし、救急告示病院等を受診した自殺未遂者のうち、精神科に入院が必要な患者のアセスメント方法と救急告示病院と精神科医療機関との連携の方法について検討していきたい。

〔引用文献〕 1) 平成21年度報告書 滋賀県自殺企図者等の対応に関する調査研究事業 平成22年3月