

## A 病院殺人事件後の惨事ストレス対策

北海道立精神保健福祉センター

○阿部 浩美 長島 史子 舘巖 晶子 田邊 等

### 1 はじめに

平成X年Y月、精神科医師常勤1名の自治体病院（以下A病院とする）外来診察室にて、精神科医師が通院中の患者に刺殺されるという凄惨な事件が起きた。管轄保健所は、A病院職員のこころのケア対策が必要と判断し、当センターに対策の企画への助言や実際の支援の技術協力を要請してきた。当センターは、管轄保健所とともにA病院に対し、職員のこころの健康相談、健康管理者向け学習会、院内職員研修会等を実施したので、これらの対策の概要を報告し、若干の考察を加える。

### 2 対策の概要（経過）

対策の時期と内容を表1に示す。

表1 対策の時期と内容

時期	実施機関	内容
X年Y月Z日		A病院外来診察室において精神科医師刺殺
	管轄保健所	A病院看護管理者より事件後の看護師のメンタルヘルスの問題を把握 惨事ストレス対策協議 ・ 職員の健康管理について自治体・A病院と対応調整 ・ ハイリスク者及び病院職員全体へのメンタルヘルス対策の実施
Y月Z日 +19day	管轄保健所	管轄保健所より、精神保健福祉センターへ技術支援要請
Y月Z日 +47day +50day	管轄保健所	こころの健康相談一次面接（2日間） （対応者：管轄保健所保健師） ・ 対象：精神科勤務職員24名 ・ 内容：個別面接相談、IES-R実施、心理教育
Y月Z日 +56day +78day	管轄保健所 精保センター	こころの健康相談二次面接（2日間） （対応者：管轄保健所保健師、精神保健福祉センター医師、保健師） ・ 対象：一次面接においてIES-R25点以上で二次面接に同意した者11名と面接相談希望者2名の計13名 ・ 内容：個別面接相談・診断、心理教育 健康管理者向け学習会（+56day） 講義「援助職のメンタルヘルス～惨事ストレスとPTSD～」，質疑応答、意見交換 ・ 出席者 6名
Y月Z日 +121day	管轄保健所	通知文「こころの健康に関する相談結果について」（管轄保健所長→A病院長宛） ・ 相談結果及び惨事ストレスによる二次被害防止の提言
Y月Z日 +169day	管轄保健所 精保センター	院内職員研修会 講演「援助職のメンタルヘルス～惨事ストレスと職員のこころのケア～」 ・ 受講者 71名、アンケート実施（事件後の主観的健康観等）
Y月Z日 +183day	精保センター 管轄保健所	通知文「A病院惨事ストレス対策について」 （精神保健福祉センター長→管轄保健所長→A病院長宛） ・ 院内研修会アンケート結果及び今後の職員のこころのケアへのコメント

### 3 結果

#### (1) こころの健康相談一次面接

##### ① 対象及び属性

惨事ストレスの要支援者として病院管理者と調整の結果、精神科勤務職員24名を対象とした。属性は、女性が21名、男性が3名、年代は「40代」が9名(37.5%)、「50代」7名(29.2%)、「30代」6名(25.0%)であった。事件当日の勤務種別は「日勤」が16名(66.7%)、救命処置等の事件への直接関与「あり」は13名(54.2%)であった。

##### ② 一次面接結果

面接時の発言で多かった内容は、事件と関係する物（包丁、靴、ストレッチャー）や患者対応への恐怖や不安、病院・病棟の体制や人間関係の不満で、いずれも約6割の職員から聞かれた。次いで、医師刺殺のショック・悲しみが4割の職員から、その他当日何かもつとできたのではないかという自責感が聞かれた。また、惨事ストレスに対する知識の不足が確認された。職員は、外部からの支援者だから話せるという様子でためらうことなく話をし、話せたことに満足したとの感想も聞かれた。一方で身近な人と話題にしないようにしているとの発言も聞かれた。

IES-R の合計得点、再体験(侵入症状)I、回避症状A、過覚醒症状Hの各点数(0-1-2-3-4採点法)を算出した結果、精神科勤務職員全員(24名)のIES-R得点の平均は27.8点、最小値4点、最大値54点であった。飛鳥井

(1999)に従ってIES-R得点25点以上をPTSDハイリスク者とする15名が該当し精神科勤務職員の62.5%を占め、平均得点は36.3点であった。

IES-R得点25点以上のPTSDハイリスク者のIES-R22項目の回答結果では、【そのことについては感情が強くこみ上げてくることがある】【警戒して用心深くなっている気がする】の2項目は全員が「少し」以上感じていたなど、再体験(侵入症状)、過覚醒症状を感じている者が多かった。一方、【そのことについての感情はマヒしたようである】【そのことについての夢をみる】は5割以上が「全くない」と回答した。

## (2) こころの健康相談二次面接

二次面接の対象は、IES-R得点25点以上のPTSDハイリスク者で面接に同意した者11名と面接相談希望者2名の計13名で、医師の診断では事件直後の急性のストレス障害があったとしても、面接時には回復傾向にあり、PTSDの診断基準に相当しない程度の「ストレス反応」が11名、「回復」が1名、他の1名は「悲嘆反応」であった。一次面接時には大泣きする人もいたが、二次面接では涙ぐむ程度で泣く人はほとんどいなかった。半数以上の職員が一次面接を機に気持ちが楽になった、時間とともに少しずつ改善してきたと発言していた。常勤医が確保されない、患者の状態が心配など、病院・病棟の体制や人間関係の不満については4割の職員から話されていた。

## (3) 院内職員研修会

半年後に、全職員を対象に院内職員研修会を実施し71名の参加があった。講演により、惨事ストレスと職場の望ましい支援、大切な人を喪うということ(悲嘆反応)、事件後の周囲のサポート、セルフケアの必要性について理解を促した。終了後アンケートでは、講演内容の理解度は高く、自由記載は「今の辛さは異常な事態への正常な反応であること、(部下や同僚の)話を良く聞くことが大切とわかった」との記載が多かった。また、自身の気持ちを事件後1か月、3か月、現在(約6か月)と振り返り回答を求めた結果、6か月後の主観的健康観は、約8割の職員が【事件前の気持ちにほぼ戻った】と感じていた。他方、1か月の時期の主観的健康観が【とても大きなダメージを受けた】と感じた者が6か月を経過しても改善の程度は低かった者は回答者全体の15%であった。

## 4 考察

- (1) 保健所が地域の精神保健機関として、事件後の支援を判断し調整したことで、惨事ストレスに対し、保健所、精神保健福祉センターが支援に入ることができた。ストレスに対するレジリエンスは、安心感をもたらす社会的サポートにより促進されるが、センターの医師等が支援にはいり、心情を安心して話せる構造を提供し、事後にも外部機関に支援を求めることができるメッセージを提供できたことは、支援対象にも病院管理者にも適切なサポートとなった。
- (2) 院内職員研修後の簡易アンケートでは、惨事ストレスの心理教育で安心できたことが読み取れたが、他方で、6か月経過しても主観的健康観の改善の程度が低かった者は15%いた。支援を精神科勤務職員に限定したために、全てのハイリスク者をカバーしきれなかった可能性がある。
- (3) 被害者は、常勤医1名の精神科のリーダーとして長年、病棟、外来の運営に尽力し、信頼され愛着をもたれていた。IES-R得点25点以上のPTSDハイリスク者には当日勤務していない者が6名いたが、面接では、事件の起きた場所で引き続き勤務することの恐怖感、今後への不安、故人の喪失感を多く語った。直接的な外傷体験のないIES-R高得点者には、悲嘆の遷延や、職場のリーダーが確保されない体制のために周囲からサポートされていない不安や不満が影響している可能性がある。

表2 IES-R得点の状況

	合計得点	I	A	H
精神科病棟全員(24名)	27.8	9.6	11.0	6.2
得点25点以上(15名)	36.3	13.0	13.4	8.4
直接関与あり(13名)	29.2	10.3	12.5	6.2

表3 診断結果

診断名	人数
ストレス反応	11
悲嘆反応	1
健康範囲(病的所見無し)	1

## 東日本大震災における宮城県精神保健福祉センターの支援者支援活動 ～県行政職員等へのメンタルヘルス支援の取組～

宮城県精神保健福祉センター

○小原聡子 工藤淳（現東部児童相談所） 東梅明美（現宮城県リハビリテーション支援センター）  
鈴木友理子（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所）、深澤舞子（同左）

### 1. はじめに

東日本大震災では活動に従事する様々な分野の支援者のメンタルヘルス問題が早期から懸念され、取組が行われてきた。このような状況の下、宮城県では県精神保健福祉センター（以下、当センター）を中心として県関係部署が連携し、被災者支援の重要な担い手である県行政職員や教職員へのメンタルヘルス支援を初めて行った。今回は平成23年4月からほぼ3年間にわたったこの活動の概要を報告する。

### 2. この取組が始まるまで

#### (1) 当センターの状況と連携の始まり

当センターは県北部に位置し、発災後のライフラインの停止により外部通信等が困難となった。一方で心のケアチームの調整等の業務では本庁担当課との緊密な連携が求められたため、一時本庁で勤務することとなった（H23年3月17日～同年3月31日）。この間に多数の県内外の災害支援専門家と出会い、連携することができた。国立精神・神経医療研究センターの鈴木友理子先生もその一人である。鈴木先生から過去の震災後の知見を教えて頂いたことや当センターの震災対応においても行政職員の疲弊を目の当たりにしていたことなどから支援者ケアの必要性を強く認識した。当センターでは支援者向けのパンフレット等を複数配布したが、県職員向けには知事部局職員厚生課（以下、厚生課）と連携して行った。その中で、厚生課も職員の疲弊による不調者の増加を懸念していたため、当センター、鈴木先生らと連携し職員の心身の状態を把握する目的で健康調査を実施することとなった。

#### (2) 関係機関のニーズ

演者は震災前から宮城県警察（以下、県警）の被害者支援アドバイザーを務めていた。警察職員は業務上惨事ストレスのリスクが高いこともあり、H23年4月中旬に鈴木先生と共に県警厚生課との情報共有の場をもった。その中で県警としても職員の長期的なメンタルヘルスを懸念していることが確認された。また、被災地では学校そのものが甚大な被害を受け、その後学校が避難所となった地域も多く、教職員が避難所運営に携わらざるを得ない状況が長期化していた。そのため、教育庁としても教職員の疲弊やメンタルヘルス問題を危惧していた。

### 3. 取組の経過

#### (1) 第1回

当センターが主催し、H23年4月28日に厚生課、市町村課、教育庁福利課、県警厚生課らを参集して職員のメンタルヘルス対策の情報共有および検討の場を持った。各部署の職員対応や外部支援等の報告に加え、鈴木先生からは過去の震災時の行政職員の健康調査結果を元にした長期的な影響が報告された。また、当センターからは被災者の心のケア活動や急性期後の支援者ケアの課題を伝えた。意見交換では「心配はあるが、初めての状況なのでどうしてよいか分からない」「専門の人に助言してもらえるのは助かる」など、今後の見通しへの不安や具体的な取組が知りたいとの声が共通して出された。また、各部署ではそれまでの外部支援を自分達の事業に活かしていない状況があり、各部署共に長期的・全体的な視点での検討や助言を必要としていた。そのため、参加者の希望によりこの集まりを継続することとした。なお、会の目的

としては被災者支援の担い手である行政職員と教職員のメンタルヘルス対策についての情報共有と専門的助言とし、実際の事業等のノウハウを共有し、互いに役立てていくこととした。また、必要時アドバイザーが各部署の事業へ助言を行うことも確認された。

(2) 第2回から第6回まで (H23年5月～H23年10月)

この間はほぼ毎月開催された。各部署が実施した健康調査後のフォロー体制やその人員確保、面談を希望しないハイリスク者への対応、メンタルヘルス事業の長期的な見通し等が検討された。第3回に厚生課から健康調査結果が報告されると、それらをモデルに他の部署も健康調査を中心にメンタルヘルス対策を組み立てていくという流れができた。なお、この期間の途中からこの会の名称を「支援者支援対策会議」(以下、会議)とし、厚生課がとりまとめ役となった。

(3) 第7回から終了まで (H24年1月～H26年3月)

この間はほぼ半年毎に開催された。H23年12月までには主な部署が健康調査を終えたが調査のみならず、研修や体制整備等メンタルヘルス事業全般について様々な検討がなされ、共有された。その後各部署でのメンタルヘルス対策事業が軌道に乗ってきたことから、参加者の同意の下、この会議はH26年3月で終了となった。

4. 各機関に共通する震災後の職員メンタルヘルス事業の経過 (図1)

図1

時期	I 期	II 期	III 期
体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>各部署独自の取組</li> <li>外部機関による単発の支援</li> </ul> ※既存のシステムが機能していた部署もあり	<ul style="list-style-type: none"> <li>既存のシステムが再開 例)延期していた定期健康診断の実施 等</li> <li>新たなメニューの導入 例)メンタルヘルスの項目を入れた健康調査の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新たなメニューや資源を既存のシステムに統合 例)メンタルヘルスの項目を入れた定期健康診断、相談窓口の充実</li> </ul>
内容	啓発・心理教育 (主に資料配付) (メンタルセルフチェックを含む)  外部支援チームの巡回 (必要な職員を医療等につなげる)	(資料配付・研修)  健康調査の実施 相談窓口の確保 (ハイリスク者のフォロー)	(相談窓口の設置) (定期的なメンタルヘルス調査) (組織としてのメンタルヘルス対策の充実)

※各時期の長さは部署ごとに異なる。

5. 取組の背景と当センターの役割

この会議は当初正式な枠組はなく、当センターの声掛けだけで始まったが、このような部署を越えた連携は画期的なことであった。この会議が実現した背景としては、震災前からのネットワークと震災業務による新たな連携、外部専門家の支援、各部署の職員メンタルヘルスへの強い危機感、先行した取組などがあったと思われる。当センターの果たした役割としては、各部署つまり現場のニーズの把握とそのニーズに合わせて専門家と現場をつなぎ、タイムリーに情報を共有する場を作ったことと思われた。

6. 今後に向けて

この取組では災害後の行政職員のメンタルヘルス事業を支援してきたが、それらが一時的ではなく、通常の福利厚生事業の充実につながったことが重要であった。東日本大震災の復興はまだ途上であり、長期におよぶことが明らかである。そのため、当センターとしても引き続き支援者のメンタルヘルス対策に取り組んでいく必要性を感じている。

## 秋田県における医療保護入院の実態に関する調査

秋田県精神保健福祉センター  
 ○木村 久仁子 大須賀 まみ  
 小林 恵里子 伏見 雅人

### 1 はじめに

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、法）の改正に伴い、精神科病院の管理者には、医療保護入院者の退院促進に関する措置を講ずる義務が新たに課せられることとなった。その効果が発現するには今しばらくの時間を要するであろうが、法改正に伴う変化を確認するために、まずは改正前の秋田県（以下、当県）における医療保護入院の実態を把握する必要があると考え、改正前に提出された医療保護入院届・定期病状報告書に基づく調査を行ったので報告する。

### 2 方法

平成 23 年度～平成 25 年度の精神医療審査会で審査された入院届、定期病状報告書を対象として、次の 4 点について調査し、ICD カテゴリー別、年齢別に検討した。

- (1) 入院届の届出件数、平均年齢。
- (2) 定期病状報告書の届出件数、平均年齢、今回の医療保護入院の入院期間。
- (3) 医療保護入院者の 1 年後の定期病状報告書の提出の有無と、実入院者に占める定期病状報告書が提出されなかった者の割合（入院後 1 年時点の退院率）。
- (4) 平成 23 年度、24 年度に入院届の審査を受けた入院者のうち、以前に入院歴のある者、そのうち今回の入院日から過去 3 ヶ月以内に入院していた者（入院形態は問わない）の人数と、のべ入院者数に占めるそれぞれの割合（入院経験率、再入院率）。

なお、本調査は精神医療審査会の事務局であ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、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。

### 3 結果

(1) 入院届について、届出件数、平均年齢を表 1 に示した。ICD カテゴリー別に見ると、いずれの年度も F0、F2、F3 の順に多く、この 3 つで約 90%を占めていた。また、いずれの年度も、入院者の 50%以上が 65 歳以上であった。

(2) 定期病状報告書について、届出件数、平均年齢、今回の入院の医療保護入院の平均入院期間を表 2 に示した。ICD カテゴリー別に見ると、いずれの年度も F2、F0、F7 の順に届出件数が多かった。F2 は平均入院期間も長く、8 年を越えていた。

(3) 入院 1 年後の定期病状報告書の提出の有無と、そこから導かれる 1 年後の退院率について表 3 に示した。平均年齢は、いずれの年度も、入院が継続していた群の方が高かった。ICD カテゴリー別に見ると、いずれの年度も F0、F2、F7 で退院率が低かった。年代別では、いずれの年度も 50 歳代、60 歳代、70 歳代の退院率が低く、80%を下回っていた。

(4) 今回の入院以前に入院歴のある者、そのうち今回の入院日から過去 3 ヶ月以内に入院歴のある者について、表 4 にまとめた。

表 1 入院届のまとめ

	H23	H24	H25
届出件数(件)	1795	1927	1987
平均年齢(歳)	63.4	63.7	64.9

表 2 定期病状報告書のまとめ

	H23	H24	H25
届出件数(件)	1298	1261	1284
平均年齢(歳)	66.3	66.5	66.7
平均入院期間(年)	6.2	6.3	6.2

表 3 入院 1 年後の退院率

	H23	H24
A 定期病状報告書なし(人)	1320	1395
B 定期病状報告書あり(人)	293	304
C 入院者数合計(人)	1613	1699
退院率 A/C×100(%)	81.8	82.1

ICD カテゴリー別に見ると、入院経験率はF2、F3、F7が高く、3ヶ月以内の再入院率はF1、F2、F7が高かった。年齢別に見ると、30歳代、40歳代、50歳代の入院経験率が、75～80%と高い。3ヶ月以内の再入院率は、いずれの年度でも20歳代が比較的高い傾向が認められた。

(5) 表5は、(1)～(4)の結果を元にICD カテゴリー別にまとめたものである(入院届出件数が、平成23年度～25年度の平均で30件以下のICD カテゴリーは除いた)。

F0は入院届の届出件数が多く、入院が1年以上継続しやすいが、平均入院期間や再入院率はそれほど高くない。一方F2は、届出件数が多い上、入院期間が長くなりがちな者、入院を繰り返す者が多いことがわかる。また、F7については、届出件数が少ないものの、それ以外についてはF2と同様の傾向が見られた。F1とF3は、どちらも他のICD カテゴリーより1年後の退院率が高かったが、入院経験率や3ヶ月以内の再入院率には違いが見られた。

#### 4 考察

入院後1年時点の退院率は、第4期障害福祉計画においても精神科病院から地域生活への移行が進められているかどうかを確認する指標の一つとされ、目標とされる退院率は、平成30年6月時点で91%となっている。今回の調査で得られた当県の医療保護入院者の退院率は約82%であり、今後上昇させるための措置が期待される。さらに、精神保健福祉資料(平成24年度6月30日調査の概要)によると、当県は家庭復帰による退院率が低く、施設等への入所や死亡による退院率が高い。高齢化率が高く、医療保護入院時の平均年齢が60歳を越えている本県では、これらは避けがたい傾向とも言えるが、退院が実際に地域生活に結びついている者の割合は今回の調査では把握しきれなかった。より具体的に実態を把握するためには、保健所等と連携しての調査も必要と考えられた。

また、入院者の半数以上が過去に入院歴のある者で、約25%は前回の退院から3ヶ月以内に再入院していることがわかった。再入院の中には、身体疾患の治療のための一時的な転院、特定の治療を受けるための他院精神科への転院等も含まれ、全てが病状悪化や再発を理由とするものではない。とは言え、法改正に伴う施策により長期の入院者が減少する一方で、短期間で再入院を繰り返す者が増えればそれは必ずしも患者にとって有益な施策とは言えない。再入院率の推移についても今後の経過を見守っていききたい。

これらについてICD カテゴリー別に考えると、入院届出件数の多いF0、F2は、1年後の退院率に大きな違いはないが入院経験率や再入院率は大きく異なる。退院促進の仕方も当然異なるであろう。さらに、入院届出件数は少ないが、F7についても退院に向けた取り組みの工夫が必要であることがわかった。数量的なデータの推移に加え、法改正により定期病状報告書に新たに設けられた「退院に向けた取組の状況」欄にも注意を向ける必要があると考えられた。

#### 5 まとめ

今回の調査により、法改正前の当県の医療保護入院の実態について概要を把握した。今後も同様の調査を継続し、今回の結果との比較検討を行っていききたい。

表4 過去の入院歴と3ヶ月以内の入院歴、再入院率

	H23	H24
A 過去に入院歴のある者(人)	1052	1104
B 今回の入院から過去3ヶ月以内に入院歴のある者(人)	450	470
C のべ入院者数(人)	1795	1927
入院経験率 A/C×100 (%)	58.6	57.3
3ヶ月以内の再入院率 B/C×100 (%)	25.1	24.4

表5 ICD カテゴリー別のまとめ

	F0	F1	F2	F3	F7
入院届出件数(件)	877.7	79.7	615.3	221.0	45.7
1年後の退院率(%)	81.7	87.3	77.4	93.9	78.6
平均入院期間(年)	3.2	2.5	8.2	4.2	7.0
入院経験率(%)	39.8	53.3	79.6	65.5	81.3
3ヶ月以内の再入院率(%)	22.0	23.7	28.7	20.2	45.1

\*数値は各年度の平均値

## 自立支援医療費（精神通院医療）支給認定における、抗不安薬又は睡眠薬のうち、いずれかが3剤以上処方されている診断書への対応について

相模原市精神保健福祉センター \*北里大学医学部精神科学 \*\*ふじみクリニック  
○関 峻也 武子泰史 福田好晃 奥亜希子 新井紘太郎  
小池尚志 宍倉久里江 鈴木志麻子\* 鈴木勇一\*\*

### 1 目的

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「自立支援医療費の支給認定について」（以後、「国通知」とする）の一部改正（2012）より、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定時に、申請者から提出される診断書の投薬内容に同一種類の向精神薬が3種類以上処方されている場合、都道府県・政令指定都市が指定自立支援医療機関から理由を求める旨の項目が追加された。

相模原市では国通知に従い、自立支援医療診断書に抗不安薬又は睡眠薬のうち、いずれかが3剤以上の記載があった場合に、その理由について医療機関に疑義照会している。本発表では、平成24年度から行っている疑義照会の取り組みについて報告する。

### 2 方法

#### （1）対象

平成24年4月1日から平成26年3月31日までの、本市の自立支援医療（精神通院）の支給認定9,891件を対象にした。

#### （2）支給認定時の疑義照会

国通知において「同一種類の向精神薬」の基準に明確な定めがないことから、本通知が抗不安薬・睡眠薬の処方実態に関する報告（厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム，2011）に基づいていることを踏まえ、本市では「抗不安薬又は睡眠薬のうち、いずれかを3種類以上処方している」場合には、指定自立支援医療機関から疑義照会という形で理由を求めた。不適正な事例が認められる場合は、過去の投薬状況を確認し、治療方針等を十分に審査した上で支給認定を行った。

薬剤の処方理由の追記を求めるということは、診断書作成医の診療内容を批判していると採られかねないという認識が当初からあったので、あくまで国の通知に従っての確認であることを強調するよう心がけて疑義照会を行った。

#### （3）支給認定後の対応

支給認定の際、同一種類の抗不安薬又は睡眠薬のうち、いずれかが3種類以上処方されている事例について、今後も引き続き確認が必要であると判断した場合は、指定自立支援医療機関から診療録等の提出を求め、支給認定期間中の治療状況を把握することとし、投薬状況が不適切と思われる場合については、指定自立支援医療機関から治療（抗不安薬又は睡眠薬の処方）に関する理由書の提出を求め、必要に応じ改善に向けた助言や指導等を実施することにした。

### 3 結果

#### （1）疑義照会の結果

支給認定前の疑義照会の結果は図1のとおりであった。自立支援医療（精神通院）支給認定の3.39%、疑義照会全体の31.22%に同一種類の抗不安薬・睡眠薬3種類以上の処方が認められた。再照会となる事例で代表的なものは、3剤以上処方する理由が不明瞭（医学的な理由が記載されていない）なものであった。また、処方薬依存である状態が推測されるほど、大量の睡眠薬が処方されている事例が1件あつ

たが、支給認定時の委員による医療機関への状況確認で対応した。

支給認定後の対応を要するような、深刻あるいは不適正な事例は見られなかった。

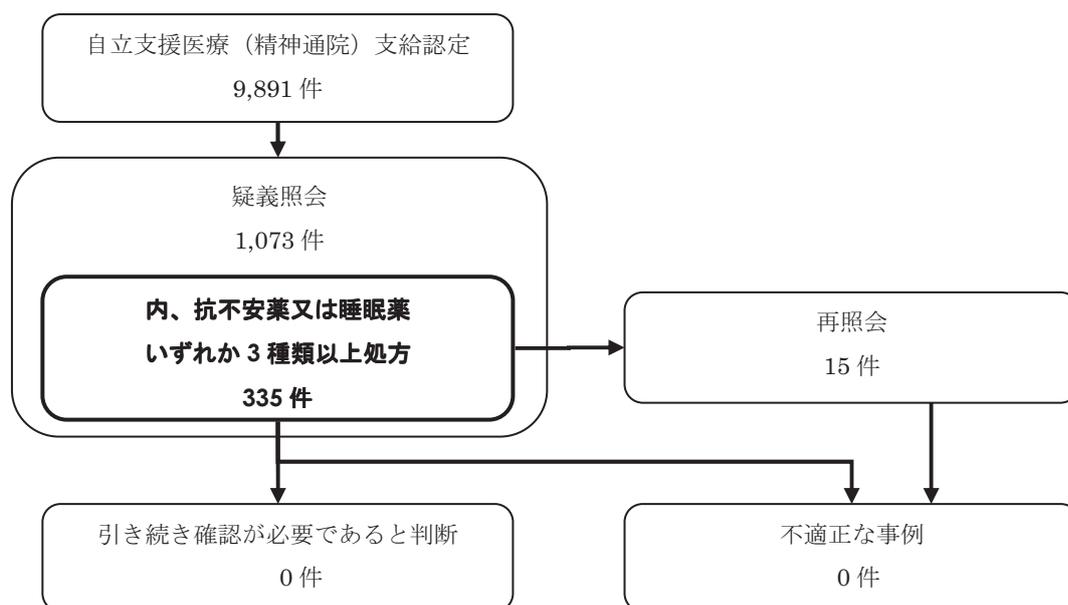


図 1. 支給認定の疑義照会

## (2) 抗不安薬・睡眠薬 3 種類以上の処方理由の比較

同一種類の抗不安薬または睡眠薬の 3 種類以上処方の理由を求める疑義照会に対する回答を集計したところ、中途覚醒、早期覚醒などの頑固な不眠症の症状があるためという理由が最も多く、次いで現在薬剤治療中のためやむを得ずといった理由や、パニック、幻覚妄想などの症状を繰り返しているため等の理由が多かった。また、前医より引き継いでいる処方であり、患者もその処方へのこだわりが強いといった記載も見られた。

いずれのケースでも半数以上は、今後減薬を考えているということが回答に書き添えられていた。

## 4 考察

自立支援医療費の支給認定における、同一種類の抗不安薬・睡眠薬 3 種類以上の処方について、本市が行ってきた医療機関への疑義照会の取り組みについて検討してきた。その結果、支給認定件数全体の 3.39%に同一種類の抗不安薬・睡眠薬が 3 種類以上処方されていた。

全疑義照会件数の 3 分の 1 以上にも及ぶ事務量の増大や、処方理由の確認という、医師の診療内容により踏み込んだ照会をすることによる、本市に対する心証悪化等、疑義照会を行っていく上での懸念材料はいくつかあったが、実施したことで、漠然と想像されていた処方医の考え方が把握できたとともに、多くの処方医は、できるだけ単剤に近づけることが望ましいという方向性は理解しながらも、やむを得ず現在の処方となり、今後減薬を目指していることが表明されている例が多いことがわかった。

3 剤以上の処方理由としては、頑固な不眠が第一に挙げられ、不眠を改善させるため薬の増量、種類の増加が行われたものの、なかなか減量するには至らないことが示されているが、疑義照会を行うことにより処方薬の多種・多剤について問題であることは喚起され、薬物減量の方向性は理解されてきているものと思われる。

平成 26 年 10 月 1 日からの診療報酬改定による診断書処方内容への影響を評価する意味でも、今後とも、同様の取り組みを続けていくことは意義があるものと考えている。

## 北九州市における医療保護入院の疾患的動向

～医療保護入院届の通年分析から～

北九州市立精神保健福祉センター

○矢ヶ部 陽一 猪原 弘行 三井 敏子

### 1. はじめに

精神保健福祉センターにおいては、精神医療審査会事務局業務を担っており、医療保護入院者の入院届（以下、医療保護入院届とする）や定期病状報告書等を審査に付するために予備的業務を実施している。これらの届出書には、精神症状や医療保護入院の必要性に加えて、精神科治療に関わる個人の病歴や生活歴等の記載も含まれ、地域精神保健福祉活動にとっても重要な情報だといえる。しかし、これまで精神保健福祉施策を考える資料としてあまり捉えられてこなかったと思われる。

そこで北九州市では、医療保入院届の分析を通して、医療保護入院の実態と傾向について調査を行い、今後の施策について示唆を得ることを試みたい。

### 2. 調査の対象と方法

#### (1) 調査対象

平成24年4月～平成25年3月に作成された精神保健福祉法第33条1項の医療保護入院届1,127件を調査対象として分析した。

#### (2) 集計項目と分析方法

医療保護入院届の基礎的な調査項目として、「性別」、「年齢」、「主たる疾患」、「入院回数（精神科病院の入院履歴）」について集計した。

分析においては、主たる疾患と年齢階級、入院回数群に対してクロス集計を実施した。

#### (3) 倫理的配慮

本調査は、精神医療審査会を預かる北九州市立精神保健福祉センターの調査研究の一環として実施しており、北九州市役所の承認を得ている。また、個人が特定できないように調査項目はすべて数値化もしくはコード化して集計するようにした。

### 3. 結果

#### (1) 主たる疾患と年齢階級

表1は、主たる疾患と年齢階級のクロス集計表である。F4（神経病性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害）～F9（小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害）は、医療保護入院総数としては少ないため一群として分類することにした。

主たる疾患の構成として、F0（症状性を含む器質性精神障害）は438(38.9%)であり、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）は47(4.2%)、F2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）は451(40.0%)、F3（気分（感情）障害）は132(11.7%)、F4～F9は59(5.2%)という結果であった。

そして、特に構成割合が高いF0(38.9%)とF2(40.0%)の年齢階級については、F0は70代146(33.3%)、80代179(40.9%)であり、70代～80代でF0全体の78.9%を占めた。また、F2については30代88(19.5%)、40代79(17.5%)、50代83(18.4%)、60代99(22.0%)で高い割合を示し、30代～60代に至る年代で77.4%を占めていた。

N=1127

	全体			20歳未満		20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代		70歳代		80歳代		90歳以上	
F0	438	38.9%	100%	1	0.2%	0	0.0%	5	1.1%	15	3.4%	12	2.7%	38	8.7%	146	33.3%	179	40.9%	42	9.6%
F1	47	4.2%	100%	0	0.0%	1	2.1%	8	17.0%	6	12.8%	9	19.1%	13	27.7%	5	10.6%	4	8.5%	1	2.1%
F2	451	40.0%	100%	8	1.8%	34	7.5%	88	19.5%	79	17.5%	83	18.4%	99	22.0%	46	10.2%	12	2.7%	2	0.4%
F3	132	11.7%	100%	0	0.0%	2	1.5%	10	7.6%	21	15.9%	21	15.9%	42	31.8%	28	21.2%	8	6.1%	0	0.0%
F4~F9	59	5.2%	100%	19	32.2%	6	10.2%	9	15.3%	11	18.6%	8	13.6%	4	6.8%	1	1.7%	1	1.7%	0	0.0%
合計	1127	100%	100%	28	2.5%	43	3.8%	120	10.6%	132	11.7%	133	11.8%	196	17.4%	226	20.1%	204	18.1%	45	4.0%

表1 主たる疾患と年齢階級のクロス集計

## (2) 主たる疾患と入院回数群

表2は、主たる疾患と入院回数群のクロス集計表である。入院回数群の構成としては、初回入院群 432(38.2%)、1～5回群 446(39.6%)、6～10回群 112(9.9%)、11回以上群 110(9.8%)、不明 27(2.4%)であった。

特徴的な点は、F0の初回入院が246(56.9%)であり、初回入院に占めるF0の値が高かったことである。また、F2は入院回数が多数である群において割合が高く、6～10回群では83(74.1%)、11回以上群では71(64.5%)であった。6回以上の入院回数群では、F2が占める割合が高くなっている。

N=1127

	初回入院		1～5回群		6～10回群		11回以上群		不明	
F0	246	56.9%	164	36.8%	8	7.1%	19	17.3%	1	3.7%
F1	25	5.8%	14	3.1%	5	4.5%	2	1.8%	1	3.7%
F2	90	20.8%	193	43.3%	83	74.1%	71	64.5%	14	51.9%
F3	43	10.0%	57	12.8%	14	12.5%	13	11.8%	5	18.5%
F4~F9	28	6.5%	18	4.0%	2	1.8%	5	4.5%	6	22.2%
合計	432	100%	446	100%	112	100%	110	100%	27	100%
入院回数群 構成比	432	38.3%	446	39.6%	112	9.9%	110	9.8%	27	2.4%

表2 主たる疾患と入院回数群のクロス集計

## 4. 考察

## (1) 精神保健福祉資料(平成24年度630調査)との比較

平成24年度630調査では、わが国の医療保護入院全数に占めるF0の割合は31.1%であり、F2の割合は54.2%である。一方、本調査における同割合は、F0は38.9%、F2は40.0%である。(表1)

比較すると、本市の医療保護入院はF0の割合が若干高く、F2の割合が幾分か低い。この背景には、本市は政令指定都市の中で最も高齢化率が27.2%(平成26年3月31日現在)と高く、それだけ認知症治療のニーズがあると考えられる。

また、同630調査による医療保護入院の年齢階級の割合は、20歳未満が0.9%、20歳以上40歳未満が8.6%、40歳以上65歳未満が37.9%、65歳以上75歳未満が20.8%、75歳以上が31.8%であった。

本調査結果の年齢階級は60歳以上が55.6%であり、同630調査では65歳以上は52.6%となっている。年齢区分が異なるために単純な比較はできないが、全国値との特徴的な差はみられなかった。

## (2) 北九州市の医療保護入院の動向と課題

本市の医療保護入院の特徴としては、全国調査と比して、多少F0の割合が高く、F2の割合が低い。また、比較検討はできないが、F0の年齢は70～80代が多く、初回入院の割合が高い。さらに、F2の年齢は30代～60代が多く、複数回入院の割合が高かったことである。(表1、表2)

630調査による1996年から2011年データのマクロ動向分析において、わが国の統合失調症等の在院患者は減少し、逆に認知症等の在院患者は増加していることが明らかにされている。本市においても、今後は、進展する高齢化と精神科治療の必要性を踏まえた医療・保健・福祉連携による認知症施策のあり方や、また同様に統合失調症がある方の高齢化と入退院の反復等の課題を伴った地域移行支援等の対策が重要であろう。

## 栃木県精神科救急情報センターにおける相談の受理状況

～精神科救急の課題についての一考察～

栃木県精神保健福祉センター

○五月女 修 堀江 由美 鈴木 祐美 渡辺 公一  
大賀 悦朗 稲葉 宏之 増茂 尚志

### 1 はじめに

本県では、精神科救急医療システムの見直しにより、平成 25 年 4 月から民間精神科 16 病院の協力を得て、精神科救急の輪番体制が開始された。それに併せて、平成 25 年度から精神科救急情報センター（以下、情報センター）についても、県立病院からの移管を受けて精神保健福祉センターが所管することとなった（情報センターの開始は、平成 12 年 4 月）。

今回は、平成 25 年度の情報センターにおける相談の受理状況、精神科救急医療機関への振分と診察結果を報告し、そこから見える課題と今後の検討すべき方向性について考えていきたい。

### 2 精神科救急情報センターの概要

現在、情報センターは、『精神科救急医療相談電話（以下、相談電話）』と『関係機関用専用電話（以下、振分電話）』の 2 本の電話で運用を行っており、対象、業務内容等は次のとおりである。

	相談電話（平成 25 年 4 月新設）	振分電話
対象	本人、家族等	医療機関、救急隊、保健所等
業務内容	電話による緊急的な医療相談	診察依頼等に対する対応医療機関の振分等
稼働時間	平日 17 時～22 時	平日 17 時～翌 8 時 30 分
	休日 10 時～22 時	休日 8 時 30 分～翌 8 時 30 分

※ 休日とは、土日祝日（年末年始を含む）のこと。

### 3 精神科救急情報センターにおける相談の受理状況

#### （1）電話種別・性別・依頼元別件数

平成 25 年度の相談件数は、2 つの電話を合わせて 896 件。相談対象者の男女別の件数をみると、女性が男性に比べ 30 件（3.4%）ほど多かった。依頼元別の件数は、家族からが 285 件（31.8%）と最も多く、次に本人が 225 件（25.1%）、保健所が 200 件（22.3%）となっており、この 3 つで全体の約 8 割を占めていた。なお、保健所からの相談のほとんどは、緊急措置通報に係る診察依頼（以下、緊急医療）であった。

	電話種別			性別			依頼元							
	相談	振分	合計	男	女	不明	本人	家族	知人	医療機関	救急隊	警察署	保健所	その他
件数	548	348	896	423	453	20	225	285	19	49	89	15	200	14
割合 (%)	61.2	38.8	100	47.2	50.6	2.2	25.1	31.8	2.1	5.5	9.9	1.7	22.3	1.6

#### （2）相談対象者年齢階層別件数

年齢階層別の件数は、30 歳代が 204 件（22.8%）と最も多く、次に 20 歳代が 186 件（20.8%）、40 歳代が 142 件（15.8%）であった。また、最年長は 93 歳、最年少は 9 歳であった。

#### （3）相談対象者居住地別件数

居住地別の件数は、県内が 772 件（86.2%）。一方、県外は 38 件（4.2%）で、その内容はお盆・年末年始などの帰省中や旅行中に病状が悪化し、相談に至ったケースが多かった。

	県内	県外	不明	合計
件数	772	38	86	896
割合 (%)	86.2	4.2	9.6	100

#### （4）月別件数

月別件数は、12 月がもっとも多く 95 件、逆に少ないのは 11 月の 56 件であった。

	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
件数	71	83	74	83	88	69	63	56	95	76	65	73	896

#### （5）依頼内容別件数

依頼内容別の件数は、相談が 317 件（35.4%）、診察が 311 件（34.7%）とほぼ同数で最も多く、次に緊急

医療が 197 件(22.0%)であった。

(6) 曜日別平均件数

曜日別の件数は、平日夜間で最も多いのは木曜日で 1.82 件、休日の夜間と日中は土曜日でそれぞれ 2.20 件、2.40 件であった。

※ 夜間：17 時～翌 8 時 30 分、日中：8 時 30 分～17 時とする。

	依頼内容					
	相談	診察	入院	緊急医療	その他	合計
件数	317	311	52	197	19	896
割合 (%)	35.4	34.7	5.8	22.0	2.1	100

曜日区分	平日夜間						休日夜間				休日日中				全体
	月	火	水	木	金	小計	土	日	祝日	小計	土	日	祝日	小計	
平均件数	1.81	1.50	1.55	1.82	1.65	1.66	2.20	1.40	1.95	1.83	2.40	2.04	2.24	2.22	1.84

4 精神科救急医療機関への振分状況等

(1) 精神科救急医療機関への振分状況と診察結果

全 896 件中、診察に繋がったものが 358 件。内、緊急医療が 189 件で、すべて基幹病院に振り分けた。また、精神科救急医療は 169 件で、内 42 件(24.9%)を輪番病院に振り分けた。なお、緊急医療以外は、輪番病院を優先としているが、振り分けできなかった理由を分析すると、“輪番病院の開設時間外”が 75 件で最も多く、次に“遠距離のため移動困難”が 13 件と続いていた。

※ 本県の精神科救急医療は、常時対応の基幹病院と輪番病院で構成している。輪番体制は県内 1 圏域で、輪番病院の参画可能な範囲での協力としており、輪番病院が必ず毎日確保されているわけではない。

	診察に繋がったもの	診察結果内訳							
		緊急医療			精神科救急医療				
		緊急措置	不要措置	小計	外来	任意	医療保護	来院せず	小計
基幹病院	316	106	83	189	98	0	26	3	127
輪番病院	42	-	-	-	20	1	18	3	42
合計	358	106	83	189	118	1	44	6	169

(2) 精神科救急輪番体制の確保状況 (平成 25 年 4 月 29 日以降)

平日夜間は 224 日のうち、何らかの形で輪番病院が確保されていたのが 177 日。休日日中は 113 日のうち、69 日であった。

なお、日曜・祝日の日中と休日の夜間については、対応可能な輪番病院はまだ少ない状況であった。

	平日	休日	
	夜間	日中	夜間
対象日数	224	113	113
輪番確保日数	177	69	1

5 考察

・相談の受理件数 896 件を人口万対にすると、4.5 件(県外も含む)となる。これに対して、埼玉県立精神保健福祉センターが平成 24 年度に実施した全国調査<sup>1)</sup>の全国平均は 6.5 件となっており、本県を 2.0 件上回っている。年度や自治体間での条件が異なるため、単純な比較はできないが、本県の精神科救急医療相談には、なお少なからず潜在的な需要があると考えられる。これまでのリーフレットや HP による PR の外に、どのような周知方法が有効であるか検討し、情報発信の強化に取り組む必要がある。

・相談件数は、平日夜間よりも、休日が多く、特に土曜日は終日多い傾向にある。一方、現在の輪番病院確保状況をみると、休日は日中で約半分、夜間に関してはほとんど確保がされておらず、いわゆる需給のミスマッチ状態となっている。今後の方向性としては、これらの需要の多い曜日や時間帯における輪番病院の確保について、検討を進めることが重要である。

6 おわりに

今後も、このような相談実績の集計・分析を行い、その中からみえる実態や課題等について、医療機関や関係機関等との情報共有を図り、協働して本県の精神科救急医療や情報センターのさらなる充実のための方策を検討していきたい。

<sup>1)</sup> 埼玉県立精神保健福祉センター：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」、平成 25 年 3 月

## 川崎市における精神科救急医療の現状について

川崎市精神保健福祉センター

○後藤 将志 遠山 雄太 多田 利光 伊藤 真人  
山田 敦（川崎市健康福祉局精神保健課）

### 1 はじめに

高齢化率の上昇に伴う認知症のBPSDや危険ドラッグの蔓延等、社会情勢の変化に伴う相談内容の多様化と精神科通院患者の増加に伴って、本市においては精神科救急医療へのニーズは多様化・複雑化してきている。

このような現状の中、精神保健福祉法第23条に基づく警察官通報（以下、「23条通報」）において、明らかに措置診察の実施要件に該当しない、または、救急医療を要しないために不実施となった事例が平成24年度以降、増加が認められてきた。

これらの事例は、23条通報に至る以前にかかりつけ医や地域精神保健相談機関等との迅速な相談や連携支援を図る等、日常的に適切な地域支援を行うことで、より一層人権に配慮した適切な行政救急運用に近づけるはずである。

本稿では、川崎市における過去5年間の23条通報状況を調査するとともに、そのうち平成25年度の通報事例については、措置要件に該当せず不実施となったケースについてその内容を精査し、川崎市における精神科救急医療の現状について報告する。

### 2 対象・調査方法

川崎市域で平成21年度から平成25年度までの5年間の23条通報（771件）について、対応状況を調査するとともに、平成25年度の23条通報のうち、不実施となった事例（71件）については、その不実施理由と転帰を集計した。加えて、平成25年度の実施・不実施事例の診断属性等を比較した。

### 3 川崎市の精神科救急の現状

#### （1）精神保健福祉医療の基礎的データ

##### 川崎市の概要

人口（平成25年10月1日 現在）	1,448,196人				市の面積	142.7km <sup>2</sup>
年齢区分別の人口（割合）	0～14歳	188,019	（約13%）	男 96,136	女 91,883	
	15～64歳	983,224	（約68%）	男 515,102	女 468,122	区 7
	65歳以上	262,850	（約18%）	男 116,886	女 145,964	保健所 7
	年齢不詳	14,103	（約1%）	男 8,037	女 6,066	警察署 8

##### 精神障害患者の現状（平成25年3月末日 現在）

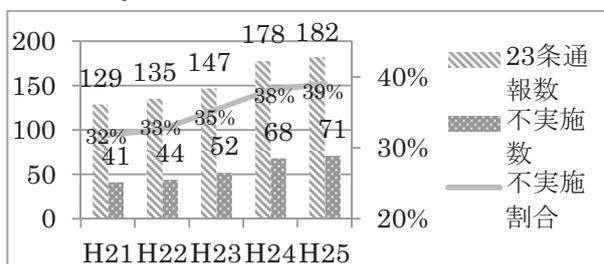
精神障害者保健福祉手帳交付者数	8,188人	
入院者数（年間延べ数）	措置入院	90人
	医療保護入院	8,611人
	任意入院	5,950人
自立支援医療公費負担患者数	17,412人	

##### 新規患者数

H24.4～H25.3	
措置入院	91
医療保護入院	1,450
任意入院	1,596
計	3,137

#### （2）法23条通報の概況

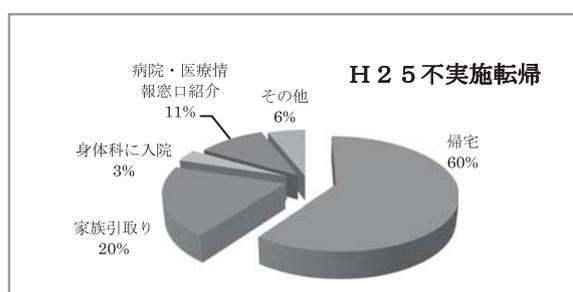
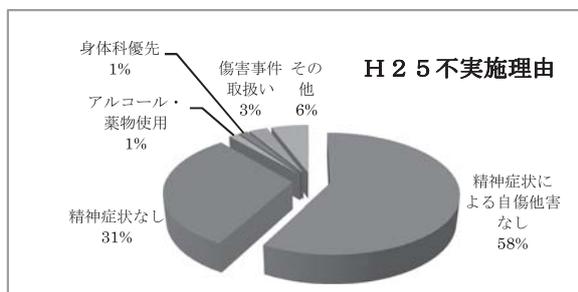
通報件数が増加する一方で、不実施率も上がっており、措置診察の実施要件に該当しない事例が増加している。



23条通報の対応状況	H21	H22	H23	H24	H25
診察不実施	41	44	52	68	71
措置不要（要入院医療）	14	12	15	14	14
措置不要（要入院外医療）	8	10	11	14	16
措置不要（医療不要）	4	1	0	1	1
要措置	62	68	69	81	80
計	129	135	147	178	182
診察における措置の割合（%）	70.4%	74.7%	72.6%	73.6%	71.4%

(3) 不実施理由とその転帰

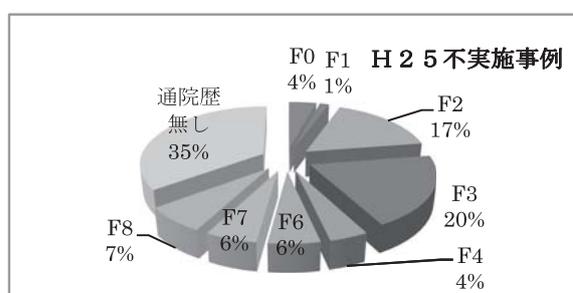
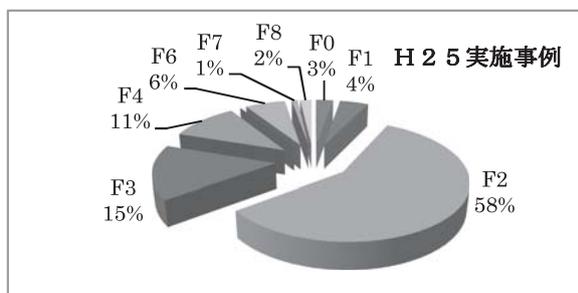
23条通報事例の中には重篤かつ持続的な精神症状を伴わない状態の通報が多く含まれていた。具体には比較的軽度の自傷他害行為はあるが、それが必ずしも精神症状に基づく行為ではない、一過性の反応による情動不穏が約6割を占めるといった状況であった。また、不実施事例のうち転帰の約1割は入院医療を要する状態にあることを確認した。



(4) 診断名 (ICD-10)

実施事例はF2が半数以上を占めているが、不実施事例では多様な診断に分散された。

また、不実施事例の35%が医療につながらない実態があり、日ごろからの地域精神保健相談機関等との迅速な相談や連携支援の必要性を確認した。



	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	不明	計
実施	3	5	64	17	12	0	7	1	2	0	111
不実施	3	1	12	14	3	0	4	4	5	25	71
合計	6	6	76	31	15	0	11	5	7	25	182

4 まとめにかえて

通報状況を調査する中で、精神科救急の23条通報の中には、措置診察の実施要件に該当しない事例が約4割認められ、更に不実施事例のうち約1割は入院医療が必要なことが確認できた。

精神科医療を必要とする人が必要な時・場所で、適切な治療を受けることができるように、不実施事例を更に精査し、地域で適切な医療へつなげていく体制を構築する必要がある。

この体制整備は精神科救急だけで当然完結できるものではなく、精神科救急はあくまでひとつの社会資源として捉え、日ごろからかかりつけ医等との緊密な連携・機能分化を推進し、精神科医療をトータルで考えていく仕組みを整えていかなければならない。

精神科救急システムを適切かつ有効に機能させるためにも、精神科救急医療の体制整備と並行して、コミュニティメンタルヘルス等の早期予防と、地域リハビリテーションや他職種連携によるアウトリーチの充実を図るなど、地域精神保健をベースとしたケア体制を推進していく必要があると考える。

## 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

～精神科医療機関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 平岡 千夏

高木 久美子 辻本 哲士

### 1. はじめに

滋賀県の措置入院者等の対応件数は、年々増加しているが、退院後の地域での生活支援の実態は明らかではない。平成 25 年度に保健所における地域生活支援の実態調査<sup>1)</sup>を行い、約 3 割の入院者は「入院時以外カンファレンス、通院治療、医療・福祉サービス」が提供されないまま退院していることがわかっていく。

今回、精神科救急医療施設における退院支援体制の現状や地域の支援機関等との連携状況を調査し、再入院を繰り返している事例の特徴について報告する。

### 2. 調査方法

#### (1) 対象者

平成 23 年度の入院処遇対象 72 事例。内訳は、措置入院 49 件 (68%)、緊急措置入院 1 件 (1%)、医療保護入院 20 件 (28%)、任意入院 2 件 (3%)。

#### (2) 調査期間

平成 26 年 5 月～6 月。

#### (3) 内容

県内の 10 精神科救急医療施設に対し、質問紙調査を依頼した。仮説として、「入院時以外のカンファレンス、通院治療、医療・福祉サービス」のそれぞれ 3 つの支援が脆弱になると、再入院を引き起こしているのではないかと考えた。

### 3. 結果 (入院処遇対象者の入院中・退院後の支援状況等 表 1 参照)

退院後に再入院している事例は、72 事例中 24 件 (33%) で、2 回以上再入院している事例は 7 件 (10%) であった。

入院初期における保健所との連絡調整は 72 事例中、有りは 26 件 (36%)、無し・不明は 46 件 (64%) であった。

入院時カンファレンスは 72 事例中、有りは 58 件 (81%)、うち院内スタッフのみの参加は 57 件であった。入院時以外カンファレンスは 72 事例中、無しは 18 件 (25%)、有りは 54 件 (75%) で、有りのうち外部機関の参加有りは 28 件であった。再入院となった 24 事例中、入院時以外カンファレンス無しは 4 件であった。

通院治療は 72 事例中、無しは 7 件 (8%)、有りは 65 件 (92%) で、有りのうち自院通院有りは 48 件であった。再入院となった 24 事例中、通院治療無しは 2 件であった。

医療・福祉サービスは 72 事例中、無しは 32 件 (44%)、有りは 40 件 (56%) であった。再入院となった 24 事例中、医療・福祉サービス無しは 9 件であった。

入院前の通報・申請歴は 72 事例中、有りは 11 件 (15%) であった。再入院となった 24 事例中、入院前の通報・申請歴の有りは 6 件で、再入院 2 回以上は 7 事例中、有りは 3 件であった。退院後の通報・申請歴は 72 事例中、有りは 8 件 (11%) であった。再入院となった 24 事例中、退院後の通報・申請歴の有りは 6 件であった。

入院前の入院歴は 72 事例中、有りは 38 件 (51%) で、再入院となった 24 事例中、入院前の入院歴の有りは 13 件で、再入院 2 回以上は 7 事例中、有りは 7 件であった。退院後の入院歴は 72 事例中、有りは 24 件 (35%) で、再入院 2 回以上は 7 事例中、退院後の入院歴の有りは 7 件であった。

退院時の主診断名は72事例中、F2（統合失調症圏）は41件（57%）、F3（気分障害圏）は14件（19%）で、退院時の従診断名がある事例は72事例中21件で、うちF7（精神遅滞）は8件（38%）であった。

4. 考察

入院処遇事例は、精神科救急の対象であり、措置入院・医療保護入院といった強制入院が適用する精神症状状態を持ち合わせていた。

入院初期段階においては、保健所を含めた外部機関との連携は、習慣化していなかった。

入院時カンファレンスと入院時以外カンファレンスを比較すると、入院時以外カンファレンスにおいて、地域の支援機関等との連携は図っていた。しかし、25%は入院時以外カンファレンスが未実施であるため、退院時支援がどのような方法で行われているのかを確認していく必要がある。

通院治療において、退院後も引き続き同一医療機関で治療する割合が高いのは、措置対応時点で未治療・治療中断等であったため、かかりつけ医が存在せず、入院治療によって主治医が出来た影響と考える。

再入院を繰り返している事例ほど、入退院前後の通報・申請歴の割合が高くなることから、通報・申請歴と入院回数に関連性は高いと考えられる。

入院前に入院回数が5回以上あった15事例中、7事例は今回の退院後にも再入院しており、リピーター事例の支援強化が望まれる。

主診断名が、統合失調症圏または気分障害圏で従診断名に精神遅滞を合併している事例が、再入院になりやすいことから、今後は知的障害の特性に応じた関わりが必要と思われる。

5. まとめ

今回の調査から、「入院時以外カンファレンス、通院治療、医療・福祉サービス」の支援の脆弱性が、再入院を引き起こしている要因かどうかは、更に精神科病院側支援の内容等を明らかにする必要がある。

再入院を繰り返している事例の特徴として、入院処遇事例は3人に1人は再入院しており、①主診断名が統合失調症圏または気分障害圏で、従診断名が精神遅滞の障害を合併している②入退院前後に通報・申請歴がある③入退院前後に入退院歴を繰り返しているといった特徴があった。

（引用文献）1) 第49回全国精神保健福祉センター研究協議会「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～」

表1 入院処遇対象者の入院中・退院後の支援状況等

項目	すべて	割合	措置入院(件数)	割合	措置入院外(件数)	割合	再入院(件数)	割合	再入院2回以上(件数)	割合	
入院件数	72		49	68%	23	32%	24	33%	7	10%	
入院初期における保健所との連絡調整	有	26	36%	20	41%	6	26%	8	33%	1	14%
	無	30	42%	20	41%	10	43%	10	42%	2	29%
	不明	16	22%	9	18%	7	30%	6	25%	4	57%
入院時カンファレンス	有	58	81%	41	84%	17	74%	20	83%	5	71%
	院内	57	98%	40	98%	17	100%	20	100%	5	100%
	院内外	1	2%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%
入院時以外カンファレンス	有	54	75%	37	76%	17	74%	20	83%	6	86%
	院内	26	46%	13	35%	13	76%	9	45%	3	50%
	院内外	28	54%	24	65%	4	24%	11	55%	3	50%
通院	有	65	92%	44	90%	21	91%	22	92%	6	86%
	自院	48	76%	37	84%	11	52%	19	86%	6	100%
	他院	17	26%	7	16%	10	48%	3	14%	0	0%
医療・福祉サービス	有	40	56%	32	65%	8	35%	15	63%	6	86%
	無	32	44%	17	35%	15	65%	9	38%	1	14%
	不明	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
退院時の主診断名	(F0)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	(F1)	8	11%	6	12%	2	8%	1	4%	0	0%
	(F2)	41	57%	31	63%	10	43%	15	63%	5	71%
	(F3)	14	19%	7	14%	7	30%	5	21%	0	0%
	(F4)	2	3%	0	0%	2	9%	1	4%	0	0%
	(F5)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	(F6)	1	1%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%
	(F7)	1	1%	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%
	(F8)	5	7%	3	6%	2	9%	2	8%	2	29%
	(G4)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	その他	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	不明	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
退院時の従診断名	(F0)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	(F1)	3	15%	2	20%	1	9%	1	13%	0	0%
	(F2)	1	5%	1	10%	0	0%	0	0%	0	0%
	(F3)	1	5%	0	0%	1	9%	0	0%	0	0%
	(F4)	2	10%	2	20%	0	0%	0	0%	0	0%
	(F5)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	(F6)	2	10%	1	10%	1	9%	1	13%	0	0%
	(F7)	8	38%	3	30%	5	45%	5	63%	2	100%
	(F8)	3	14%	1	10%	2	18%	1	13%	0	0%
	(G4)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	その他	1	5%	0	0%	1	9%	0	0%	0	0%
	不明	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
入院前の通報・申請歴	有	11	15%	10	20%	1	4%	6	25%	3	43%
	無	61	85%	39	80%	22	96%	18	75%	4	57%
	不明	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
入院前の入院回数	1回	11	15%	9	18%	2	9%	1	4%	0	0%
	2回	4	6%	3	6%	1	4%	1	4%	0	0%
	3回	5	7%	2	4%	3	13%	3	13%	0	0%
	4回	3	3%	3	6%	0	0%	1	4%	1	14%
	5回以上	15	21%	11	22%	4	17%	7	29%	6	86%
	無	32	46%	21	43%	11	48%	10	42%	0	0%
	不明	2	3%	0	0%	2	9%	1	4%	0	0%
退院後の通報・申請歴	有	8	11%	6	12%	2	9%	6	25%	2	29%
	無	64	89%	43	88%	21	91%	18	75%	5	71%
	不明	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
退院後の入院回数	1回	14	60%	9	60%	5	56%	14	58%	0	0%
	2回	1	4%	1	7%	0	0%	1	4%	1	14%
	3回	2	8%	1	7%	1	11%	2	8%	2	29%
	4回	3	12%	2	13%	1	11%	3	13%	3	43%
	5回以上	1	4%	0	0%	1	11%	1	4%	1	14%
	不明	3	12%	2	13%	1	11%	3	13%	0	0%
	無	31	43%	24	49%	7	30%	0	0%	0	0%
不明	17	22%	10	20%	7	30%	0	0%	0	0%	
退院平均日数	112日		140日		48日		118日		168日		