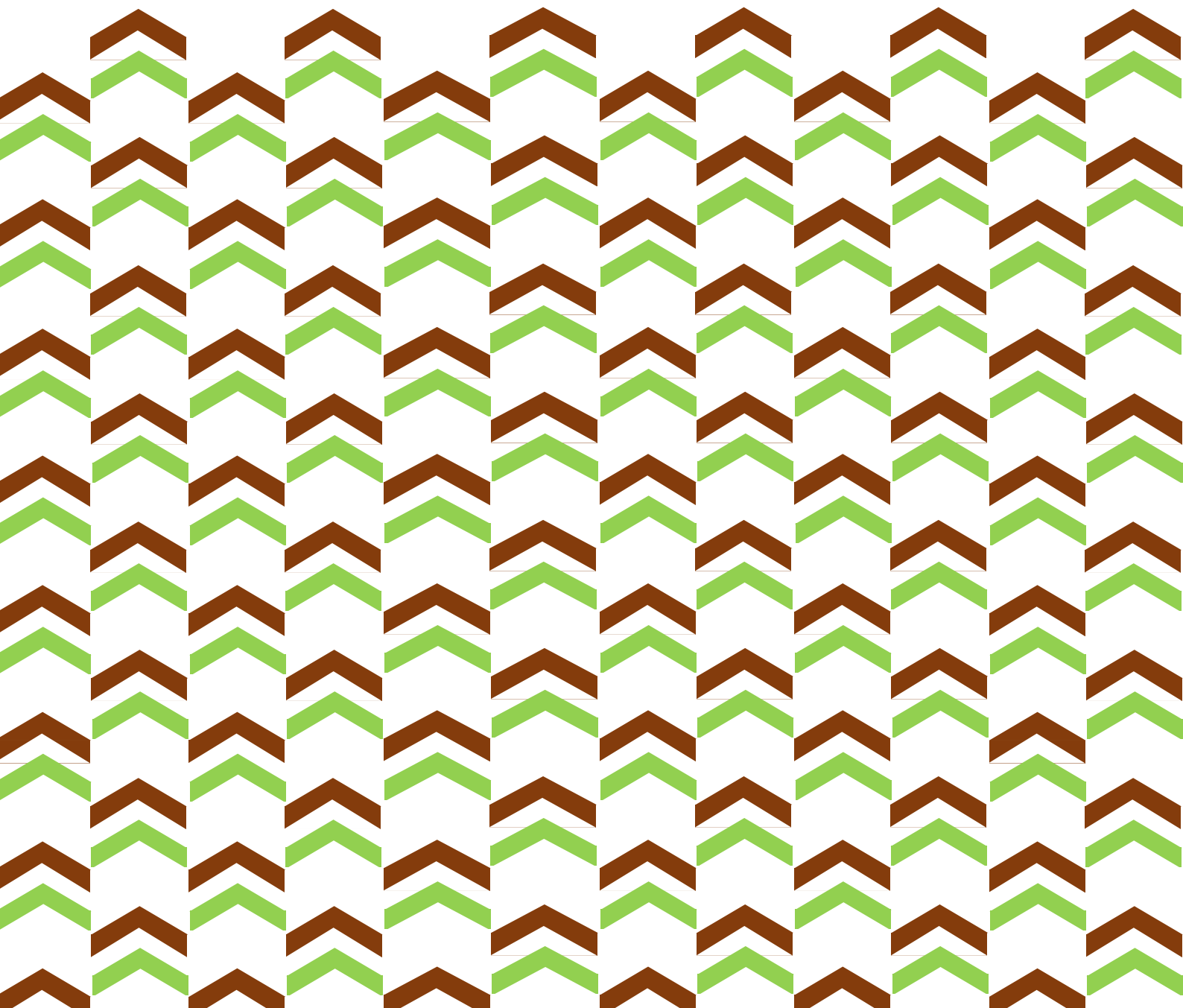


仙台市における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

「地域における支援体制のあり方」中間報告書



仙台市精神保健福祉審議会作業部会



はじめに

国では「入院医療中心から地域生活中心」の政策理念のもと、その実現にむけ精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムを各自治体において整備するよう求めている。このシステムは、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保されたものとして考えられており、精神障害者が安心して地域生活を送るために必要な基盤として位置付けられる。

こうした国の動向を踏まえ、仙台市では、平成30年度に仙台市精神保健福祉審議会（以下、「審議会」という）を保健・医療・福祉関係者による協議の場として位置づけ、「仙台市における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向けた検討を開始した。

具体的には、重度の精神障害があっても地域での生活を可能とする支援体制に係る検討（地域における支援体制のあり方）と、精神科病院で長期間の入院を余儀なくされている精神障害者の退院を促進するための支援体制に係る検討（精神障害者の地域移行の推進）という2つの大テーマを設け、その下に6つの小テーマを設定し、順次協議を進めていくこととした。

小テーマの内、令和元年度は、「アウトリーチ支援に係る事項」、令和2年度は「措置入院者等の退院後の医療等の継続支援に係る事項」について、審議会の下に設置した作業部会に具体的な検討が付託された。

この2つの小テーマに関する検討内容を「地域における支援体制のあり方」中間報告としてとりまとめ、精神障害者の地域における支援を推進するために重要となる取組みの方向性と今後検討が必要となる課題について示す。

目 次

第1章 アウトリーチ支援に係る事項	…P1
1 仙台市におけるアウトリーチ支援の現状	
2 アウトリーチ支援における課題	
3 アウトリーチ支援の推進のあり方	
第2章 措置入院者等の退院後の医療等の継続支援に係る事項	…P6
1 仙台市における措置入院制度の運用に係る現状	
2 措置入院者等の退院後の医療等の継続支援における課題	
3 措置入院者等の退院後の医療等の継続支援の推進のあり方	
第3章 「地域における支援体制のあり方」中間まとめ	…P12
精神保健福祉審議会作業部会委員名簿	…P13
巻末資料	…P14
巻末資料1（アウトリーチ支援に係る事項）	
巻末資料2（措置入院者等の退院後の医療等の継続支援に係る事項）	

第1章 アウトリーチ支援に係る事項

1 仙台市におけるアウトリーチ支援の現状

アウトリーチは、支援者側から対象となる精神障害者の生活の場等に赴いて支援を提供する手法であり、精神疾患の特性等により自発的に相談支援や社会資源の利用が困難である精神障害者に対して、特に必要とされるアプローチである。

近年、アウトリーチ支援はさまざまな機関により行われており、代表的なものとしては、精神科訪問看護¹、指定特定相談支援事業者による計画相談支援²、保健所による訪問指導³等があげられる。アウトリーチ支援の実施機関の増加に伴い、アウトリーチの実施件数は増加傾向にあると考えられるが、これらの多くは、精神障害者からの申請に基づく、個別給付⁴によるサービスである。

本来アウトリーチ支援が必要な対象としては、例えば、精神疾患が疑われる未受診者（以下、「未受診者」という）、精神医療の受療中断者（以下、「中断者」という）、長期入院の後退院した者や入院を繰り返す者（以下、「頻回入院者等」という）があげられる。これらの者は、自ら支援を求めなかったり、あるいは拒絶する場合も多く、前述の申請や同意を基本とする個別給付によるアウトリーチ支援を受けることは全く、あるいは、ほとんどできない。これらの者の状態や事態の改善に役立つアウトリーチ支援が実施されていくためには、どのようなことが課題となっているのだろうか。

また、十分な量と質を担保したアウトリーチ支援を単一機関で担うことは難しいことから、保健・医療・福祉の連携による多機関協働による支援が求められる。こうした多機関協働支援体制⁵の構築にあたり、どのようなことが必要となってくるのだろうか。

アウトリーチ支援がより積極的に行われ、未受診者や中断者、頻回入院者のような難しい状況に置かれている精神障害者が、地域の中で質の高い生活を送っていけるよう、作業部会では以下の2テーマを設け、具体的な検討を行うこととした。

[作業部会における検討テーマ]

検討テーマ1 保健・医療・福祉の連携による多機関協働支援体制の構築のあり方

検討テーマ2 支援対象者の状態に応じた、効果的なアウトリーチ支援のあり方

(対象者例：未受診者、中断者、頻回入院者等)

¹ 精神科訪問看護とは、精神科医療機関の医師の指示に基づき入院中の患者以外の精神障害者の居宅に看護師等が訪問し、患者又は家族に対して看護又は社会復帰指導等療養上の必要な指導を行う医療行為である。

² 指定特定相談支援事業者による計画相談支援とは、市町村が指定する相談支援事業者が、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスを利用する者について、ケアマネジメントのプロセスに沿って本人の意思と同意のもとに計画を作成し、その計画に沿った支援を実施し、定期的なアウトリーチ支援によるモニタリングの実施や計画の見直し等を行う支援である。

³ 保健所による訪問指導とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第47条の規定に基づき、保健所が行う精神障害者の早期発見、早期治療および社会適応を援助するための活動である。

⁴ ここでいう個別給付とは、障害者総合支援法に規定する障害福祉サービス等のように障害者の個々の障害程度や勘案すべき事項（社会活動や介護者、居住等）の状況を踏まえ、申請に基づき個別に支給が決定されることを示す。

⁵ ここでいう多機関協働支援体制とは、精神障害に伴う生活上の課題を解決するために、複数機関の連携、協働により保健・医療・福祉等の機能を総合的に提供する支援体制を示す。

2 アウトリーチ支援における課題

(1) アウトリーチ支援における問題の所在

アウトリーチ支援が特に必要とされる対象者への支援を行っていく上で、どのようなことが問題になっているのか調べるために各区障害高齢課および各支所保健福祉課、障害者相談支援事業所（旧精神の事業所）⁶を対象にアウトリーチ支援の実施状況等を調査した。

どのような条件下であればアウトリーチ支援がより積極的に行われるのか、また、多機関協働支援体制による支援が行われやすくなるのかという観点から結果を整理したところ以下 6 点のことが明らかとなった。

- ① 医療機関との連携が行われている者の方が、支援方針の確立および多機関協働支援体制の構築がなされているケースが多いこと
- ② 支援方針が確立されている者の方が、多機関協働支援体制によるアウトリーチ支援が行われやすいこと
- ③ 支援方針が確立されている者の方が、より頻回で、より長時間のアウトリーチ支援が行われやすいこと
- ④ 障害高齢課・保健福祉課、障害者相談支援事業所は、未受診者⁷、中断者⁸、頻回入院者等⁹に対するアウトリーチ支援に費やすことができる時間は極めて限られていること
- ⑤ 障害高齢課・保健福祉課、障害者相談支援事業所は、アウトリーチ支援のさらなる効果的な実践のため、支援における重要な視点や支援技法を幅広く習得する機会を必要としていること
- ⑥ 障害高齢課・保健福祉課、障害者相談支援事業所は、多機関が協働し、支援を行うことの必要性や有効性を認識しているが、その体制の構築、維持、発展に関して課題を抱えていること

(2) アウトリーチ支援がより積極的に行われるために必要なこと

前項の調査の結果から、支援方針の有無がアウトリーチ支援の実施や多機関協働支援体制の構築に大きな影響を及ぼしている可能性が示された。

ここで言う「支援方針あり」とは、一定のアセスメント¹⁰に基づく見立てがあり、目指すべき支援の方向性に沿った支援を計画的、戦略的に実施しているものを意味する。こうした支援は、臨床実践の中で、以下のような過程を経て行われることとなる。

⁶ 障害者相談支援事業所とは、仙台市障害者相談支援事業を行う事業所であり、障害者の相談支援業務のほか、障害者虐待防止に係る業務および障害を理由とする差別の解消に係る業務を行う。現在は市内 16 の事業所に委託し、いずれの事業所も障害種別を問わず相談支援を提供することとしているが、平成 17 年に成立した障害者自立支援法以前は、身体・知的・精神のいずれかの障害種別に特化して支援を行うよう体制を敷いていた。

⁷ 調査上、未受診とは、統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害、躁病エピソード、双極性感情障害がある者およびその疑いがある者で、精神科を未受診の者とした。

⁸ 調査上、中断者とは、統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害、躁病エピソード、双極性感情障害がある者およびその疑いがある者で、本来受診すべき日から、受療することなく 3 か月以上経過している者とした。

⁹ 調査上、頻回入院者等とは、統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害、躁病エピソード、双極性感情障害がある者およびその疑いがある者で、過去 2 年間で退院した者のうち、入院期間が 1 年以上であった者、または過去 2 年間で 2 回以上の入院をした者とした。現に入院中の者については、令和元年度中に退院の見込みがある者とした。

¹⁰ アセスメントとは、ケースワークの援助過程のうち、援助者が収集した情報をもとに、相談者の状態や相談者を取り巻く環境、ニーズなどについて評価をする段階をいう。

- ① 相談の受理（事例の把握）：未受診者、中断者、頻回入院者等を把握した際には、生活破綻のリスクが極めて高い者であるとの認識に基づき対応を検討する。
- ② 情報収集、関係構築：見立てに必要な情報（対象者の病状や人となり、経過、生活状況、周辺環境等）を収集するための試みと、安全や尊厳、権利や文化を尊重する支援態度に基づき介入し、良好な関係性を構築する。
- ③ アセスメント、見立て：収集した情報をもとにアセスメントを行い、病状を含めた人物像や現在の状況に至る文脈に関して見立てを図る。
- ④ 支援方針の設定：見立てに基づき、安定的な生活を送るために必要なサポートや環境の改善等の支援のゴールを見通し、そこを見据えた介入の計画・戦略を練る。
- ⑤ 支援方針に基づくチームビルディング、継続的関与：支援方針に基づき必要なサポートや環境改善のための効果的な関わり、資源の調達、多機関協働支援体制の構築を図る。
- ⑥ 見立ての更新、支援方針の修正：継続的な関与を通じて、新たに収集した情報に基づき見立てを更新し、支援方針の修正を図ることを繰り返し、その精度を高めていく。

確からしい支援方針を確立し、精神障害者が置かれている状況の改善に役立つ効果的な支援を実施するためには、在宅ケアにおける精神医療、保健、福祉に関して一定以上の知識や臨床経験が必要となる。

以上より、アウトリーチ支援における課題を以下4点に整理した。

- 課題1 アウトリーチ支援における視点の共有や支援のノウハウ、スキルを平準化すること
- 課題2 アウトリーチ支援に関するスーパーバイズ体制を強化すること
- 課題3 アウトリーチ支援における精神医療的視点および継続的な関与を確保すること
- 課題4 多機関協働支援体制を強化すること

次項では、以上4点の課題について、具体的な取組みの方向性を述べる。

3 アウトリーチ支援の推進のあり方

(1) アウトリーチ支援における視点の共有や支援のノウハウ、スキルを平準化するための取組み

支援方針が確立されているとアウトリーチによる支援や多機関協働による支援が行われやすいことが明らかとなった。この背景には、第一に支援方針の基となる正確なアセスメントや見立てによって、関わり方向性が明確になることがあると考えられる。第二に支援方針が確立することで、他機関との連携において、支援の方向性を一致させることに好影響を与え、多機関協働支援が促進されることが考えられる。

支援方針の確立にあたっては、情報を収集する取組みが積極的に行われることと併せて、得られた情報から、支援の対象である精神障害者の人物像を描き出そうと意識することが重要となる。その者がどのような人物で、どのような考え方をするのかを意識することによって、情報は互いに結びつき、一貫した仮説として組み立てられる。新たな情報が得られる都度、人物像に関する理解には補強や修正が施され、仮説はより実態に近づいていく。仮説の確からしさが増すことで、支援を受け入れやすい切り口や問題状況を共有しやすくなる関わり方、問題解決に最適な支援内容や提供手順などに具体的な見通しを持つことができる。

そしてこのような見通しを基に、必要な社会資源や機関を明らかにすれば、なぜ協力を求めたいのか、どういう協力を求めたいのかを当該機関等と十分に共有することができる。協力を求められた機関も協働の意義や根拠を理解しやすく、協力する意思も表明しやすくなると考えられる。

以上を踏まえ、支援にあたる者の習熟度に応じて関連する臨床能力を段階的に向上させていくために必要な事柄（例：支援に臨む姿勢、関係性の構築、ストレンクス・アプローチ¹¹とリスクアセスメントの両立、バーンアウト¹²を予防するチーム支援の手法等）について、学ぶ機会を設ける必要がある。

(2) アウトリーチ支援に関するスーパーバイズ体制を強化する取組み

アウトリーチ支援の実践が行われるようになるにつれ、より高度な支援技術の習得が求められる。現状では、自己研鑽やOJT、研修、精神保健福祉指導医¹³や専門相談支援機関（精神保健福祉総合センターなど）による技術指導などが技術習得の機会として活用されている。今後は支援の必要性が高いにも関わらず、支援を拒否する、支援を自ら求めないといった特徴を持つ者（未受診者や中断者など）について、実際の事例に即した、より実践的なアドバイスや示唆が得られる機会を拡充していくことが求められる。

現状では、各支援機関の人員体制などによって、支援経験豊富な指導者レベルの職員が確保できず、OJTなどはレベルが保てない、あるいは成立しないといった問題を抱えているところもある。また、障害高齢課・保健福祉課、障害者相談支援事業所のいずれにおいても障害者総合支援法に規定される法定事務事業に費やす時間のためにアウトリーチ支援などに活用できる時間的余裕は殆どない。この限られた時間の中で、如何に支援を工夫して実践するかが問われている。

以上を踏まえ、保健・医療・福祉の統合的、多角的な視点から具体的な事例についてスーパーバイズを受けることができる機会を確保、拡充することを検討する必要がある。これにより、支援の方向性を見定める精度の向上、支援の幅の拡大や支援の質の向上を期待できる。

¹¹ スtrenクス・アプローチとは、障害者の希望の実現等のため、障害者が持つ強み（ストレンクス）に着目し、活用していくという支援の一手法である。

¹² バーンアウトとは、「燃え尽き症候群」と言われており、それまでひとつのことに没頭していた人が、あたかも燃え尽きてしまったように意欲を喪失し、社会的に適応できなくなる状態のことである。

¹³ 精神保健福祉指導医とは、法第47条に規定されており、保健所支所において、市民の精神保健福祉相談、指導（こころの健康相談）にあたるほか、精神保健福祉相談員や保健師等に対する技術的助言指導を行う。

(3) アウトリーチ支援における精神医療的視点および継続的な関与を確保するための取組み

医療機関と連携をしている場合（例：治療中断後間もない、頻回な入退院を繰り返すなど）には、支援方針が確立されていることが多いことが示された。この背景には、障害高齢課・保健福祉課、障害者相談支援事業所が持つ精神障害者の地域生活に関する情報に医療機関の持つ情報が加わり、統合された本人理解がなされていることがあると考えられる。

支援方針によって、各機関の役割分担が明確になり、各々が見通しを持って支援を行えるため、多機関協働支援体制がより容易に構築、維持しうるとともに、精神障害者の状態に応じた適切な医療と社会資源の活用により、幅と厚みのある包括的な生活支援が可能となる。

上記のような支援を医療機関の関与が乏しい、または全くない未受診者や中断者が利用できるようにするためには、治療契約上の問題（治療の意思のない者に治療を施すことができるのか）、診療報酬上の問題（受診の意思のない者に医療サービスを提供しても診療報酬点数として評価されない）、医療機関と地域支援者との間の日頃のネットワークの強化などといった課題の解決が必要となる。

以上を踏まえ、未受診者や中断者が措置入院などの非自発的な医療の対象に陥らず、地域の中で本人の希望に沿ったその人らしい生活の実現がなされるよう、医療機関と地域支援者との連携によって提供される包括的な支援機能や構造を設ける必要がある。

(4) 多機関協働支援体制を強化するための取組み

支援の必要性が高いにも関わらず、支援を拒否する、支援を自ら求めないといった特徴を持つ者に対するアウトリーチ支援は、支援方針が確立されていたとしても年単位の長期にわたることが珍しくない。そのため、引継ぎや相談記録を綿密にしても、担当職員入れ替えによって、支援方針のずれや変更などが生じ、一貫した支援方針が保ちづらくなることは十分に起こりうる。ときには、支援の対象となる精神障害者との信頼関係が損なわれ、支援自体が途切れてしまうこともある。

こうした事態を避け、精神障害者の多様なニーズに対応するためには、支援方針を共有する多機関が協働で支援する体制を築くことが、有効な対策のひとつとなる。多機関協働支援体制の利点は、複数機関による多角的・重層的アセスメントによって、支援の視点が広がり、支援の幅や厚みが増すことが期待できることにある。また、支援の担い手が増加するため、突発的な事態も含め支援を適時適切に提供しやすくなること、支援頻度を高められること、特定職員、特定機関での抱え込み防止になることもメリットとして挙げられる。その一方で、支援の一貫性を維持するために必要な情報共有に時間がかかること、時間経過や状況の進展に従って支援の方向性が変化した際、適時適切に対応しづらいといったことが課題となりうる。

このようなデメリットを回避して、多機関協働支援体制のメリットを十分に活かすためには、支援の中心となる機関が「支援方針に沿って、協働する各機関に役割を分担依頼するとともに、それぞれの機関からもたらされる情報を集約して支援方針の適否を確認しながら、支援全体を統合する」役割（イニシアティブ）を果たす必要がある。しかし、担当職員の異動などによる入れ替えにより、力量や経験の十分ではない者が担当せざるを得ない等の事情により、支援の中心となる機関がこうした役割を果たし続けることが難しい場合も少なくない。

以上を踏まえ、支援の中心となる機関を継続的にサポートし、イニシアティブが発揮できるようバックアップをする機能や機関を設けることが重要となる。

第2章 措置入院者等の退院後の医療等の継続支援に係る事項

1 仙台市における措置入院制度の運用に係る現状

措置入院とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「法」という）に基づき、自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある精神障害者を、公権力により強制的に入院させる制度である。

具体的には、都道府県知事（指定都市の市長）が、原則として法第22条から第26条の3に規定する申請・通報・届出を受け、法第27条に基づく調査の上、2名以上の精神保健指定医¹⁴の診察を経て、精神障害のため自傷他害の恐れがあると診察結果が一致した場合に、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院¹⁵に入院させるという流れをとる。

仙台市では、平成8年の大都市特例の施行により、宮城県より事務が移譲され運用を開始した。過去5年間（平成27年度～令和元年度）では、延277名（実人数255名）の者に措置入院を命じている。

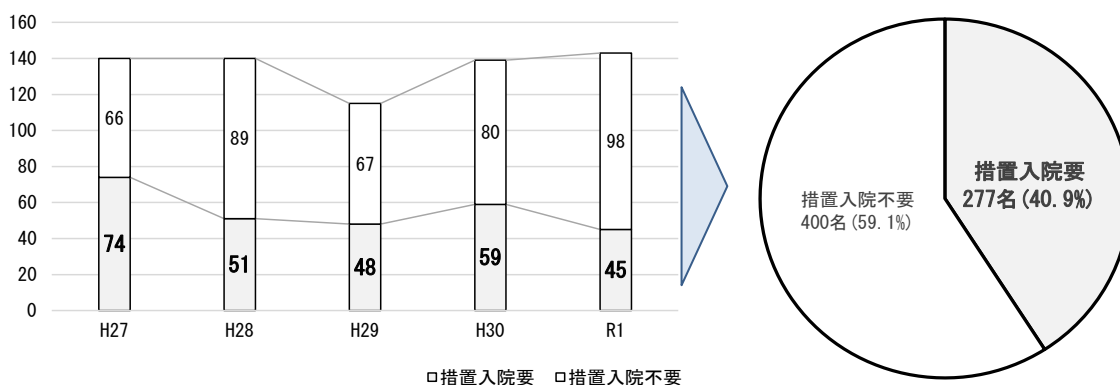


図1 過去5年間の措置入院者数の推移と割合

精神障害¹⁶の特徴のひとつは「疾患と障害の併存」と言われている。このことから、生活を安定させる上で退院後も引き続き適切な医療が継続されることが重要である。しかし、医療との関係を良好に保つことができず、再び措置入院になる者が一定数存在している（過去5年間の措置入院者255名（実人数）のうち16.1%の者が複数回の措置入院を経験していた）。

再び措置入院のような強制的な入院を経験することなく、充実した地域での生活を送るためには、どのようなことが関係しており、どのようなことが必要となるのか。作業部会では以下の2テーマを設け、具体的な検討を行うこととした。

[作業部会における検討テーマ]

検討テーマ1 措置入院者等の置かれている立場や想いを尊重するための支援のあり方

検討テーマ2 措置入院者等の地域における支援のあり方

¹⁴ 法第18条に規定されており、一定の臨床経験等の要件を満たす医師の申請に基づき、法第19条の4に規定する職務（措置入院の必要性の判定、行動の制限を必要とするかの判定等）を行うのに必要な知識および技能を有すると認められる者を、厚生労働大臣が精神保健指定医として指定するもの。

¹⁵ 法第19条の8に規定されており、国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人以外の者が設置した精神科病院のうち、厚生労働大臣の定める基準に適合するものの全部または一部を、その設置者の同意を得て、都道府県が設置する精神科病院に替わる施設として都道府県知事が指定するもの。

¹⁶ ここでいう「精神障害」とは、障害者基本法第2条第1項に規定する「障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるもの」とする。

2 措置入院者等の退院後の医療等の継続支援における課題

(1) 措置入院者等の退院後の医療等の継続支援における問題の所在

措置入院者等が退院後に医療等の支援を継続的に受けていくためにどのようなことが問題になっているのか調べるために以下のとおり調査を実施した。

a. 措置入院経験者を対象としたフォーカス・グループインタビュー

精神科病院への入院を一方的に強制される措置入院には、当事者の意向が介在する余地はない。そのため、警察での保護、行政機関による移送、精神科病院での行動制限などは、いずれも法に定める適正な手続きに則って行われてはいるものの、当事者にとっては、不本意な体験を強いられる場面となっていることは十分に考えられる。

この不本意な体験が、退院後の医療等の継続支援にどのような影響を及ぼしているかを明らかにするためには、実際に措置入院を経験した当事者の思いを知る必要がある。そこで、過去に措置入院を経験した精神障害者5名を対象に、措置入院で感じたことや変化したこと等をテーマにフォーカス・グループ・インタビュー（以下、「FGI」という）を実施した。

まとめると、以下の9点のことが挙げられた。

- ① さまざまな場面で自由を制限され、心身に大きな負担がかかったり、社会経済活動上の不利益を被った
- ② 支援者の誠実で真摯な態度による関わりが、心理的な支えになった
- ③ 支援者の配慮に欠く対応によって不信感が強くなり、支援を受けることに拒否的な気持ちを抱いた
- ④ 家族等の病気に対する理解が十分ではなく、精神科での治療を反対されたり、症状に基づく行動で関係性に不和が生じた
- ⑤ 病気のことだけでなく、経済的な問題や仕事の問題、住居の問題など生活上の困りごとに対しても解決に向けた支援を受けることができた
- ⑥ 行政や訪問看護による訪問支援を受け、孤立せずに、病状のことを含む生活全般に渡って相談することができた
- ⑦ 同じ経験をした人の話を聴くことで、勇気付けられたり、新たな気付きにつながった
- ⑧ 病気であることを十分に認識することができず、不安定な通院や服薬を繰り返していた
- ⑨ 周囲に精神疾患・精神障害について理解をしてもらうことで、希望や生き甲斐が生まれ、前向きに医療や福祉の支援を受けることができた

b. 措置入院者等の支援に携わる支援者を対象とした FGI

精神科医療機関、障害者相談支援事業所、障害高齢課・保健福祉課、精神保健福祉総合センターにおいて、措置入院者等の支援に携わる支援者6名を対象に、措置入院者等への支援の実施上重要と考えている事柄などをテーマに FGI を実施した。

まとめると、以下の4点のことが挙げられた。

- ① 精神症状やそれに伴う生活上の問題のみに着目しても、支援は深まらず、当事者とその家族の現在に至る背景を捉えていくことが大切である
- ② 措置入院者の場合、通院や服薬の継続、精神状態といった医療的な部分に焦点が当てられがちになるが、支援を行う上で、重視すべきは、当事者の望む生活を実現していくことにある
- ③ 支援者と当事者、その家族の間で支援の目的について十分な共有がなされていないことは、支援が途切れてしまう要因になり得る
- ④ 支援機関同士の連携において、見立てや支援方針の共有がなされ、互いに役割の重なり合いが意識されなければ、支援機関同士の連携は当事者やその家族にとって有益なものになり得ない

c. 措置入院者の支援等に関する状況調査

過去3年分（平成29年度～令和元年度）の措置入院者のうち、支援の実施主体が他自治体である者、措置解除後に他の入院形態でそのまま入院を継続している者を除いた計123名について、各区障害高齢課および宮城総合支所保健福祉課の担当職員を対象に退院後の支援の継続状況等を調査した。

その結果、以下の6点のことが明らかとなった。

- ① 退院後の通院治療の継続状況と非自発的入院の間に有意な関連があり、定期的に通院する者は、非自発的入院なしの人数が有意に多く、通院が不安定、あるいは中断した者は非自発的入院ありの人数が有意に多いこと
- ② 過去に措置入院歴のある者は、治療が不安定・中断になりやすいこと
- ③ 退院後の世帯状況について、全体では、半数以上の者が家族と同居していた。また、通院治療が不安定となった者、あるいは中断に至った者については、66%の者が家族と同居していたこと
- ④ 支援機関が多い者は、通院治療が不安定・中断になりにくいこと
- ⑤ 入院日数が60日未満の者に比べて、91日から180日の者の方が、治療が不安定・中断になりにくいこと
- ⑥ 服薬が不安定、あるいは断薬をする者は、通院治療が不安定・中断になりやすいこと

(2) 措置入院者等が医療等の支援を継続して受けていくために必要なこと

前項の各調査の結果を踏まえ、措置入院者等が退院後も医療等の支援を継続的に受けるためには、支援者側が次の3点の課題に取り組む必要があると考えられた。

a. 措置入院者等やその家族の支援に係る援助理念・技術、支援態度を獲得すること

措置入院者の支援等に関する状況調査から、過去に措置入院歴がある場合には、その後の通院治療が不規則になりやすい傾向があることが明らかとなり、また、退院後の通院が規則的に行われていない場合には、その後に非自発的入院に至ることが有意に多いことが示された。

不本意な入院体験と不規則な通院治療との間には、どのような関係があるのだろうか。治療を安定して続けられないという背景には、病気という認識が持ちにくい精神疾患・精神障害の本質的な特徴や、投薬治療に対する患者自身の体感や治療反応性の問題などが影響していることは十分に考えられる。しかし、不本意な入院を強いられた体験は、治療上の必要性があるとしても本

人にとっては、心身の負担や経済的損失、社会的不利益にもつながる大きな問題となっていた。支援者にとって、当事者の抱える負担や損失を軽視せず、治療との両立に努めていくことが、その後の不規則な通院治療や、再度の不本意な入院体験を予防するために必要であろう。この点、措置入院経験者を対象とした FGI の中でも指摘されていたことを踏まえ、予防のためには、支援者が誠実で真摯な態度で関わることが重要であると考えられる。この誠実で真摯な態度の背景には、当事者が不本意な入院に至るまでの生活状況や経過、その中でどのような想いを抱えてきたのか理解しておくこと、精神状態や服薬のみに注目するのではなく、当事者の望む生活を実現するための支援の一環として医療を位置付ける視点を持つことの 2 つが重要になると考えられる。

こうしたことは、当事者に対してだけではなく、その家族に対しても当てはまることである。今回の措置入院者の支援に関する状況調査では、半数以上の者が家族と同居していた¹⁷。通院治療が不規則あるいは中断した者に限ると、家族との同居率は 6 割以上となっていた。精神疾患は一般的には慢性疾患であるため、比較的長期間の療養を要し、状態によっては、身体的な介助や精神的な補助が必要となることは珍しくはない。こうしたことから同居する家族は、当事者にとって身近な支え手であることが期待される。しかし、家族には精神疾患についての知識が十分でなかったり、長期間にわたる当事者へのサポートの中で疲弊していく場合もあり、当事者との関係が常に良好に保たれるとは限らない。措置入院経験者を対象とした FGI の中でも、家族の精神疾患に関する理解不足が述べられ、家族との関係性の不和や治療継続のしにくさにもつながりえることが指摘されていた。EE 研究¹⁸で実証されたように、病気の再発予防のためには、家族の対応が極めて重要であり、支援者は、より適切に家族が関わることができるよう援助することを求められる。しかし、その際に家族の望ましくない関わりを矯正しようとするだけでは充分ではない。長い経過の中で家族の対応が、「なるべくしてなってしまう」という側面への理解が必要である。そうした理解のもとに、支援者は家族に対して、精神疾患・精神障害に関する正しい知識や望ましい対応などを、いつ、どのような状況で、どのように伝えるべきか十分に吟味する必要がある。

こうした手順を経ることで、当事者やその家族との信頼関係が構築され、当事者が希望する生活を送るために必要な医療を含めた支援を提供する意味やそれを利用する意義についての共有が可能になっていくものと考えられる。

b. 多様な支援者が入院早期から関わるための支援体制を構築すること

さて、退院後に支援する機関が多い場合や入院日数が一定期間の長さ（91 日から 180 日）である場合には、その後の通院治療が不規則になりにくい可能性があることが調査から示された。この理由の一つとしては、疾患の治療だけではなく、経済的な問題や仕事の問題、住居の問題や家族関係の問題等に一定の調整期間が必要であったためと考えられる。措置入院経験者を対象とした FGI の中でも当事者は様々な問題を抱えていたことが示され、これらの問題の解決に道筋をつけていく過程の中で、支援者との信頼関係が構築され、退院後の生活の安定につながったことが指摘されていた。生活に関連するさまざまな問題を解決するためには、精神保健医療福祉分野

¹⁷ 国の調査（厚生労働省「精神障害者社会復帰ニーズ等調査」（平成 15 年））によれば、外来通院の中の精神障害者の 76.8%が家族と同居しており、単身生活は 17.9%であった。

¹⁸ EE 研究とは、統合失調症患者に対して、家族の感情表出（Expressed Emotion: EE）が統合失調症の病状の再燃との間に関連があるということを示したものである。患者に対する批判や敵意、情緒的巻き込まれの度合いが高い高 EE 家族は、低 EE 家族に比べ、患者の再発率が有意に高いとするものである。

の支援者の対応だけでは充分ではない。多領域の専門職やピアサポーター¹⁹、ピア家族相談員²⁰のほか、地域住民、地域の社会資源（お店や学校、公共施設、町内会、ボランティア組織など）が活用されることが必要である。

さらに、多様な資源の活用にあたっては、措置入院者等の支援に携わる支援者を対象としたFGIでも指摘されたように、支援者間で、見立てや支援方針の共有がなされていることが重要である。安定した一定の方向性をもったメッセージが支援にあたる者達から共通して届けられなければ、当事者の混乱や不調につながりかねないからである。これらの配慮の中で当事者の生活に即した支援が行われるようになれば、孤立することなく、さまざまな相談が可能な環境で地域生活を送ることができるようになることが期待できる。

なお、ここで興味深いことは、FGIによる措置入院経験者同士の交流において、不本意な体験を強いられたという共通項が深い相互理解や共感を生み出しただけではなく、「勇気づけられた」、「自分自身の新たな気づきにつながった」とする声が寄せられたことである。このことは、強制入院という不本意な体験を共有できる場面が、当事者の回復にとって重要なものになり得る可能性を示していると考えられる。

c. 精神疾患・精神障害に関する知識を当事者や家族を含めた多くの市民が学ぶこと

調査からは、通院治療が不規則になりやすい者では、服薬の不安定さや服薬自体をしていない者が多くみられることが示された。病気の認識を持ちにくいということは、措置入院経験者たち自身が指摘していることでもあり、これを前提とした知識や対処法の提供などの当事者やその家族に対する心理教育については、より積極的に行われる必要がある。

また、精神疾患・精神障害に対する社会の偏見や無関心は強く、当事者自身も内なる偏見を抱いていることも珍しくない。病気の認識を持ちにくいということに加え、社会的な偏見により一層病気であることを受け入れ難い心理が働いているものと考えられる。

これらを踏まえ、家族を含めた当事者を取り巻く周囲の精神疾患・精神障害に対する適切な理解や対応が促進されていくことも求められる。当事者自身の知識獲得に加え、周囲の理解促進により、仕事に就きにくい、通院治療がうけにくいといったことを起きにくくすることで、当事者の病気を受け入れ難い気持ちが軽減されることが期待できる。

次項では、以上3点の課題について、具体的な取組みの方向性を述べる。

¹⁹ ピアサポーターとは、精神障害当事者が、自らの疾病体験に基づき、他の精神障害者の相談相手になったり、同じ仲間として社会参加や地域での交流、問題解決等を支援する活動を行う者をいう。

²⁰ 仙台市では、平成30年度より精神障害者家族支援事業を実施しており、精神障害者の家族に研修等を提供し、ピア家族相談員として育成をしている。ピア家族相談員は、精神障害者家族としての経験を基盤として、その当事者性を活かした支援を他の精神障害者家族に提供することで、心身の負担軽減、孤立の防止を図る。

3 措置入院者等の退院後の医療等の継続支援の推進のあり方

前項で示した課題を解決するため、以下3点の取組みを行うことが推奨される。

(1) 措置入院者等やその家族の支援に係る援助理念や技術、支援態度を獲得するための取組み

支援者は、措置入院者等やその家族の支援にあたり、彼らの立場に立脚した物事の見方や捉え方を深く理解することが求められる。そのためには、現在の精神状態のみに着目することなく、多様な背景や経過、その中で抱えていた思いがあること、それらが互いに影響し合い、現在の状況に至っているという認識を持つことが重要である。

以上を踏まえ、機会を捉えたOJTや研修を実施するほか、措置入院等の強制入院を経験した当事者やその家族の生の声を聴く機会を設けることが必要である。

(2) 支援の早い段階から多様な支援者が関わるための連携体制を構築するための取組み

歴史的に精神障害者の支援に携わる機関としては、精神科医療機関、保健所、精神保健福祉センター、障害者相談支援事業所、障害福祉サービス事業所などが代表的なものとして挙げられる。これらの機関は、長い支援経験を通じて、互いに制度的な成り立ちや役割、得手不得手などはある程度理解しているが、当事者にとってより有益な支援を提供する観点からは、見立てや支援方針の共有など、さらなる連携強化が必要である。また、前項で述べた精神医療保健福祉分野以外の専門職、ピアサポーターやピア家族相談員、地域住民、地域の社会資源との連携に関しては、支援実践が十分に蓄積されていないと考えられる。

以上を踏まえ、支援にあたる者がお互いの立場や考え方を理解するために、それぞれに所属する組織を超えて、よりよい支援のあり方について意見を交換したり、支援を行う上での苦労や悩みを共有する機会を設けることが必要である。

(3) 多くの市民が精神疾患・精神障害に関する正しい知識と対応について学ぶための取組み

治療の継続のしにくさの背景には、病気であることを認識しにくい精神疾患・精神障害の特徴に加え、精神疾患・精神障害に対する社会的な偏見や無関心が影響していると考えられる。偏見や無関心は、よく知らないこと、自分には関係しない異質なことという考えに基づくとすれば、精神障害になる可能性が誰にでもあること、回復可能で早期の対応が大切であることなどを一般的な知識、社会的な常識として若い時期から身に付けていく必要がある。こうした知識が体系的に提供される機会があれば、精神疾患・精神障害に対する社会の態度や、自らが精神的不調に陥った際の対処行動にも良い変化をもたらすことが期待できる。

以上を踏まえ、できるだけ若年の段階から多くの市民が精神障害に対する正しい知識や適切な対応を学ぶ機会を設けていくことが求められる。

第3章 「地域における支援体制のあり方」中間まとめ

これまで審議会では、自発的に援助を求めない者や拒否する者に対して、どのように医療や生活支援を提供していくのか（アウトリーチ支援に係る事項）、さらに措置入院等を経験した者が、退院後に再び強制的な医療の対象にならないために、どのように医療や生活支援を継続していくのか（措置入院者等の退院後の医療等の継続支援に係る事項）について検討を行ってきた。

国が示す「精神障害者にも対応した地域包括ケア」を実現するためには、様々な取組みを講じていくことが求められるが、検討を行った上記2つの事項は、地域における支援体制を考える上で特に重要なテーマである。

精神障害は疾患と障害状態が併存している点に特徴があり、当事者が地域の中でその人らしく安心して生活していくためには、継続的な医療と生活支援が重要である。しかしその一方で、精神障害は病気であることを認識しにくい点にも特徴がある。そのため、本人の意思に基づかない、入院治療を強制せざるを得ないこともあるが、入院を強制されることは、当事者の精神医療に対する否定的な感情を強めることにもなりかねない。また、入院によって地域生活が突然中断されることで、生活問題への対処や社会的な役割を果たすことができなくなる場合もある。さらには、家族の精神障害に対する理解が十分でなかったり、当事者をサポートすることに家族が疲弊し、両者の関係に不和が生じることもある。加えて、支援者の当事者に向き合う姿勢や援助理念、援助技術の未熟さが、当事者を傷つけ、支援から遠ざけてしまうことや、支援者間の連携不足や社会の偏見などが支援の効果を減らしてしまうことも起こり得る。

これらに対応し、解決策を見出すことが、当事者のその人らしい安心した地域生活の実現につながる。解決策の前提には、当事者主体の考え方、つまり当事者自身が自分の希望に沿って十分な情報を提供され、納得の上で選択し、支援者はその選択を支え、希望の実現に向けて支援を行うという考え方が置かれている必要がある。入院を強制せざるを得ない場合があることは否定できないが、それが当然であるという前提で支援が行われることは適切ではない。そのような状況を生み出さないために、当事者との信頼関係をどのように構築し、維持するのか、当事者の希望を達成するために分野を超えた支援ネットワークをどのように作り上げるのか、当事者がその人らしく安心して暮らしていくために社会全体の偏見をどのように改めていくのかが問われている。仙台市には、具体的な事業を設けてこれらの課題に実効性をもって取り組むことを求めたい。

また、当事者主体の考え方において、重要なもうひとつの要素となるピアサポートのあり方については、「ピアサポートの活用に係る事項」として今年度中に検討を行う。ピアサポートは、当事者間の支え合いを通じて、仲間同士の連帯を促進し、地域で生活する希望や意欲、安心感を高めることなどに効果があるとされている。当事者のその人らしい安心した地域生活の実現にとって、ピアサポートにどのような役割が期待され、その推進のためにどのような取組みが必要となるのか十分に議論を尽くしたい。

なお、3つの事項（アウトリーチ支援に係る事項、措置入院者等の退院後の医療等の継続支援に係る事項、ピアサポートの活用に係る事項）についての検討がすべて完了したところで改めて、地域における支援体制のあり方について総括する。

精神保健福祉審議会作業部会委員名簿

令和元年度 アウトリーチ支援に係る事項

	委 員 名	所 属
座長	西尾 雅明	東北福祉大学総合福祉学部社会福祉学科
副座長	佐久間 篤	東北大学病院精神科
委員	小坂 馨	双葉ヶ丘地域包括支援センター
委員	小林 和恵	宮城野区障害高齢課
委員	小松 宗夫	国見台病院
委員	佐藤 喬二	精神保健福祉総合センター
委員	佐藤 文香	青葉病院
委員	澁谷 庸起子	武者クリニック
委員	高梨 直樹	ほっとすぺーす
委員	真山 京子	訪問看護ステーション デューン仙台

令和2年度 措置入院者等の退院後の医療等の継続支援に係る事項

	委 員 名	所 属
座長	西尾 雅明	東北福祉大学総合福祉学部社会福祉学科
副座長	佐久間 篤	東北大学病院精神科
委員	片寄 篤志	向日葵ライフサポートセンター
委員	君市 祐子	精神保健福祉総合センター
委員	佐藤 健太郎	太白区障害高齢課
委員	佐藤 博俊	仙台市立病院精神科
委員	長谷 諭	宮城県立精神医療センター
委員	早坂 恵美	遠見塚地域包括支援センター
委員	山下 はる奈	シャロームの会
委員	渡部 裕一	原クリニック

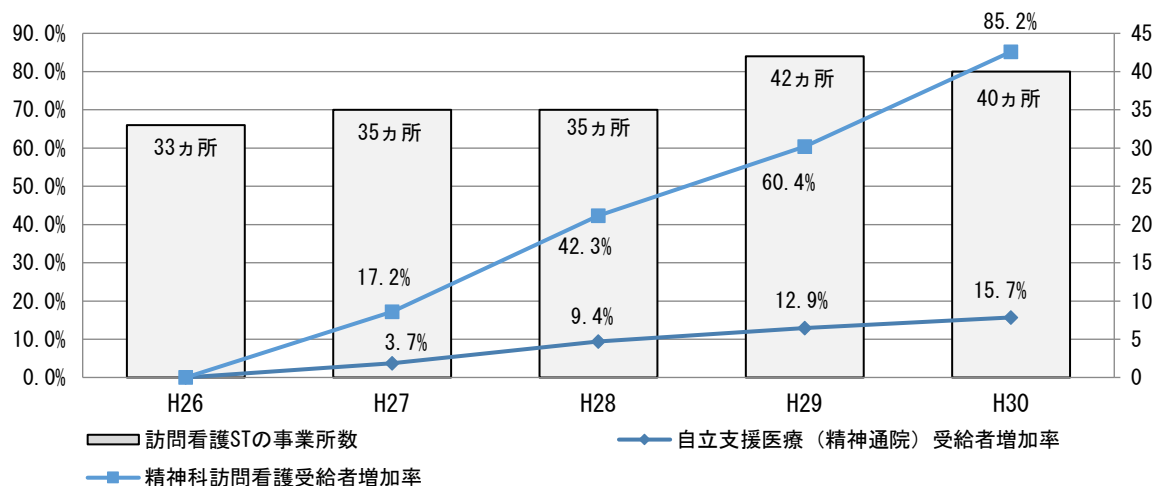
卷 末 資 料

巻末資料 1 (アウトリーチ支援に係る事項)

1 仙台市におけるアウトリーチ支援の現状

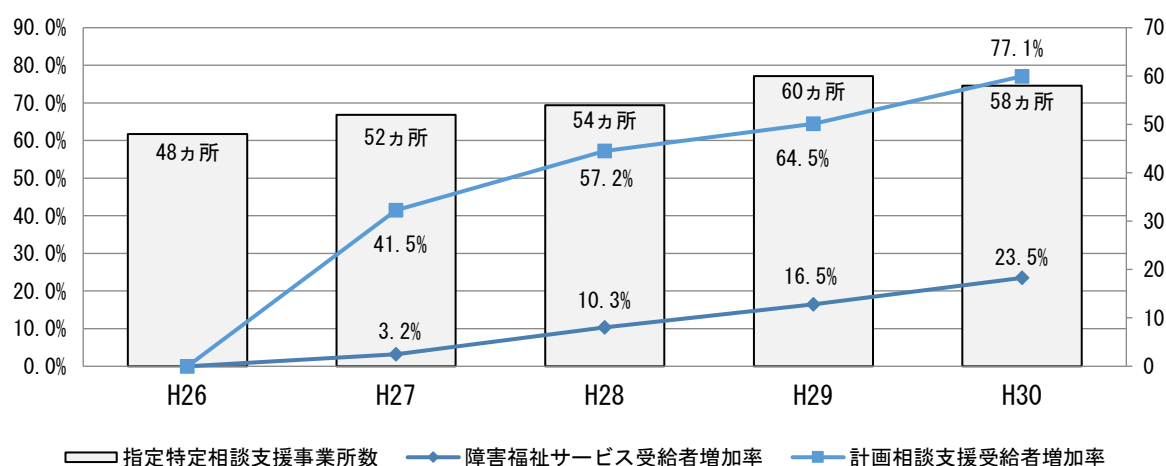
(1) 個別給付等によるアウトリーチ支援

① 精神科訪問看護に関する受給者数等の推移



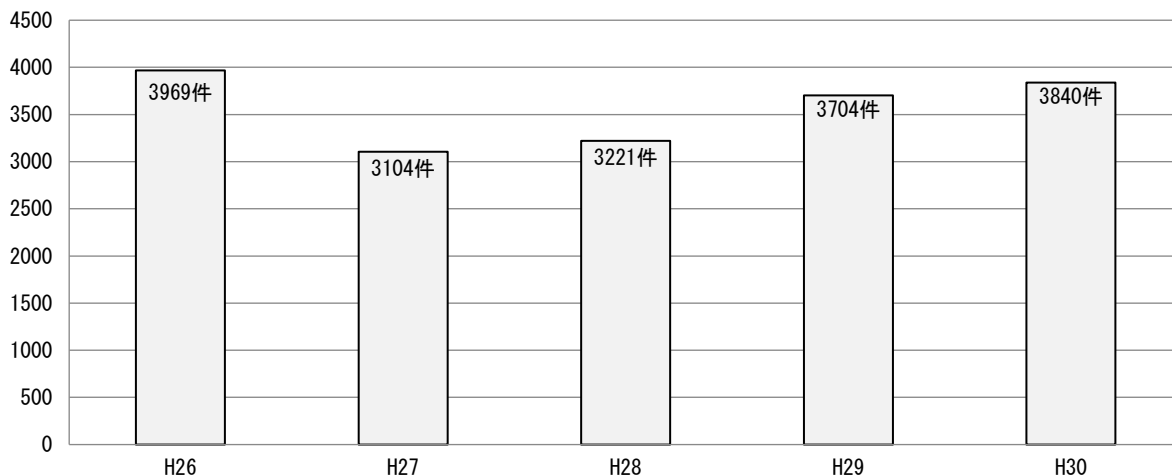
- ・ 自立支援医療(精神通院)の精神科訪問看護受給者数の平成26年度比増加率は、平成30年度で85.2%であった。
- ・ 自立支援医療(精神通院)の受給者数の平成26年度比増加率は、平成30年度で15.7%であった。
- ・ 精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションは、平成26年度～平成30年度の5年間で33カ所から40カ所へと増加した。

② 指定特定相談支援事業者による計画相談に関する受給者数等の推移



- ・ 指定特定相談支援事業者による計画相談支援受給者数の平成30年度77.1%であった。
- ・ 障害福祉サービス受給者数の平成26年度比増加率は、平成30年度23.5%であった。
- ・ 指定特定相談支援事業者数の平成26年度から平成30年度の5年間で48カ所から58カ所へと増加した。

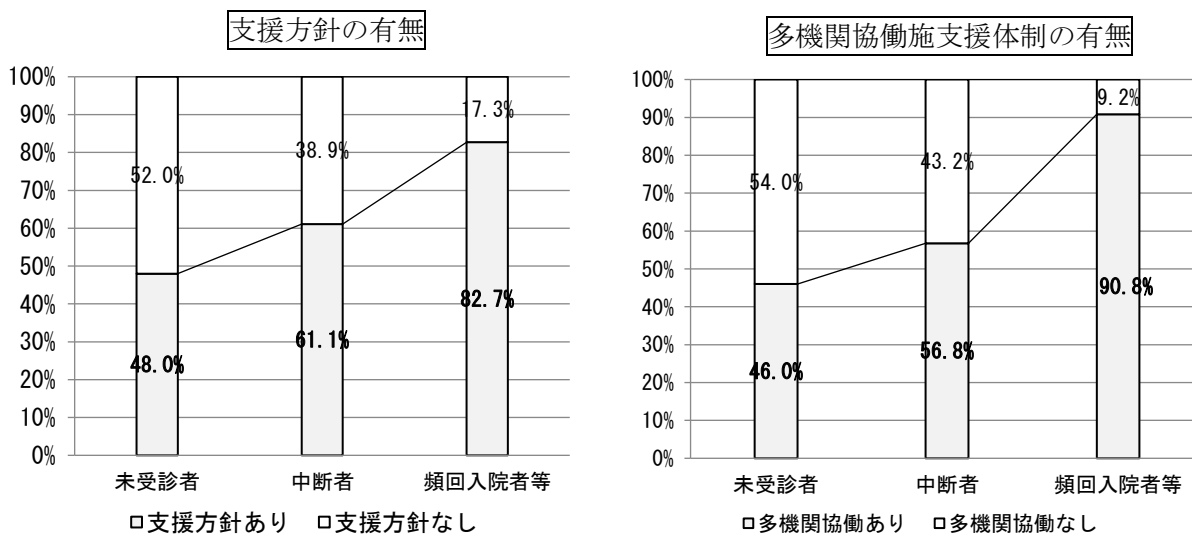
③ 保健所による訪問指導件数の推移



- ・保健所による訪問支援の平成 27 年度は一時的に訪問指導件数が減少しているが、平成 28 年度～30 年度は増加傾向にある。
- ・平成 27 年度～平成 30 年度の前年度比増加率は平均 7.5%であった。

(2) 精神障害者のアウトリーチ支援に関する調査

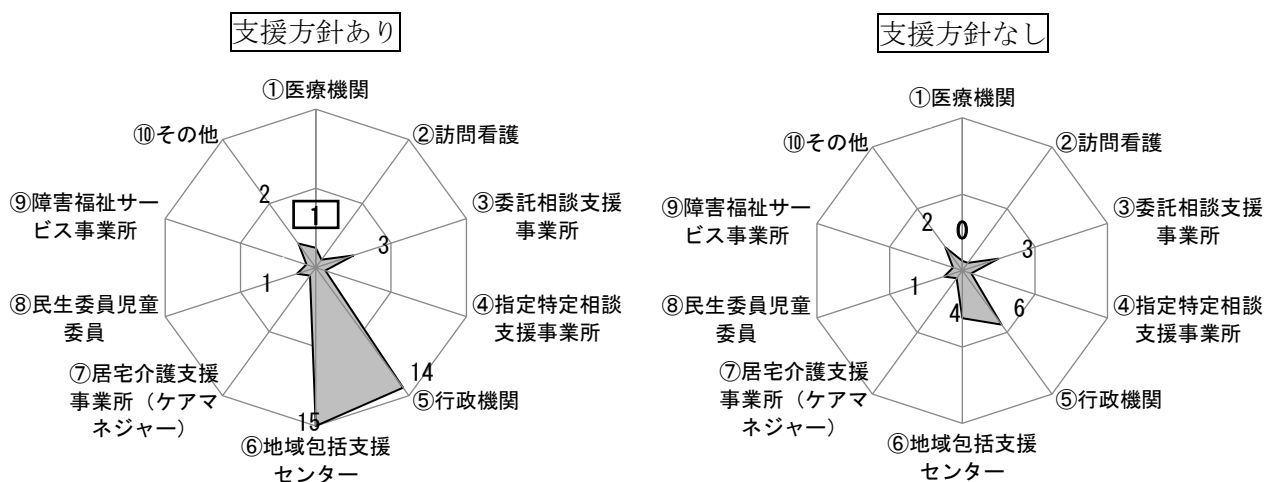
① 対象者別の支援方針および多機関協働支援体制の有無



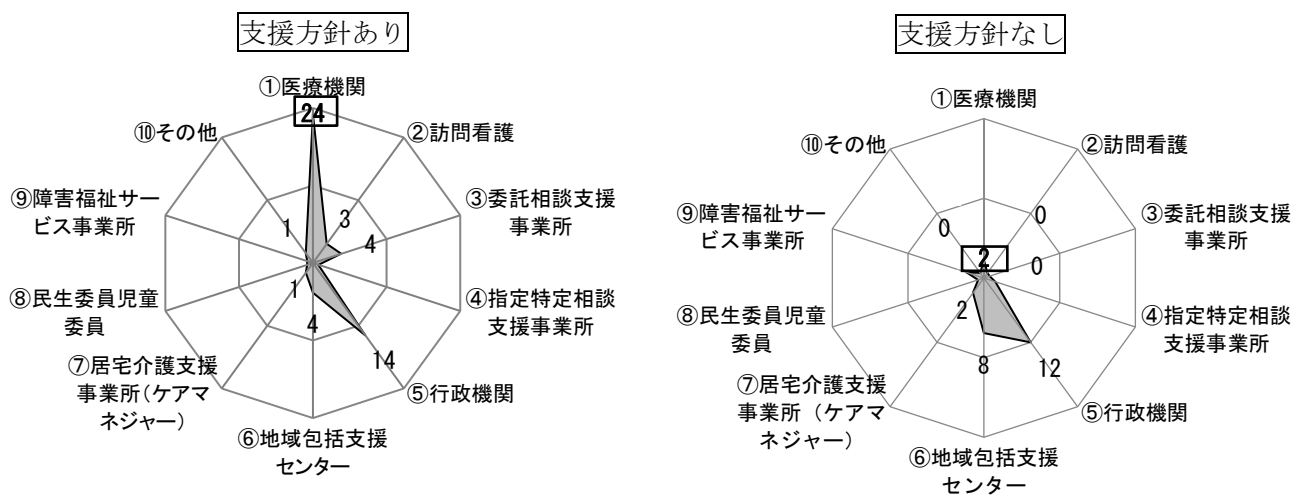
- ・支援方針が確立されている者および多機関協働支援体制による支援が実施されている者は、頻回入院者等＞中断者＞未受診者の順で高い割合を占めていた。

② 対象者別の支援に係る連携機関

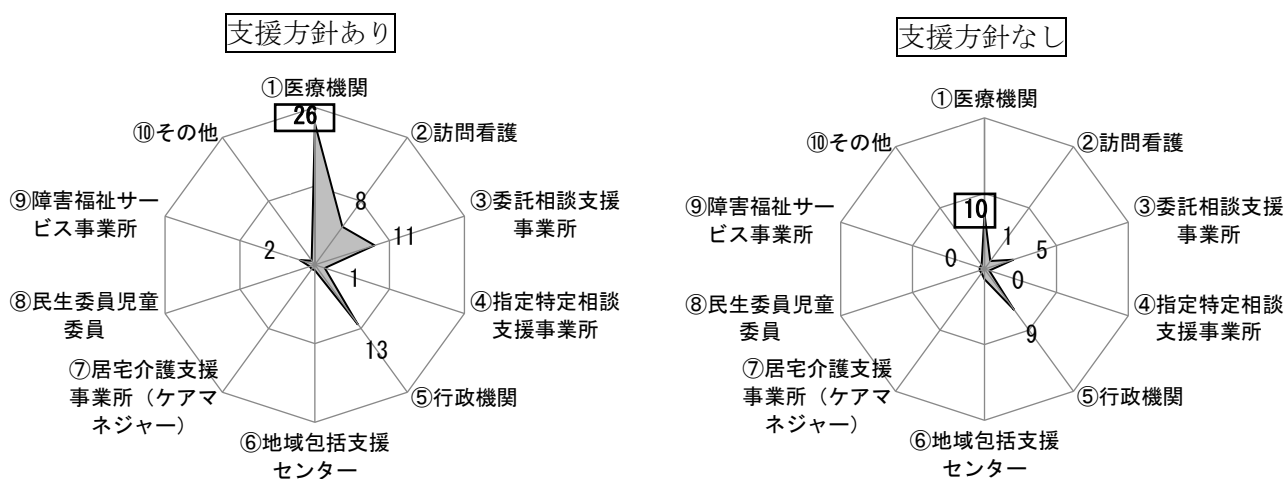
a. 未受診者



b. 中断者

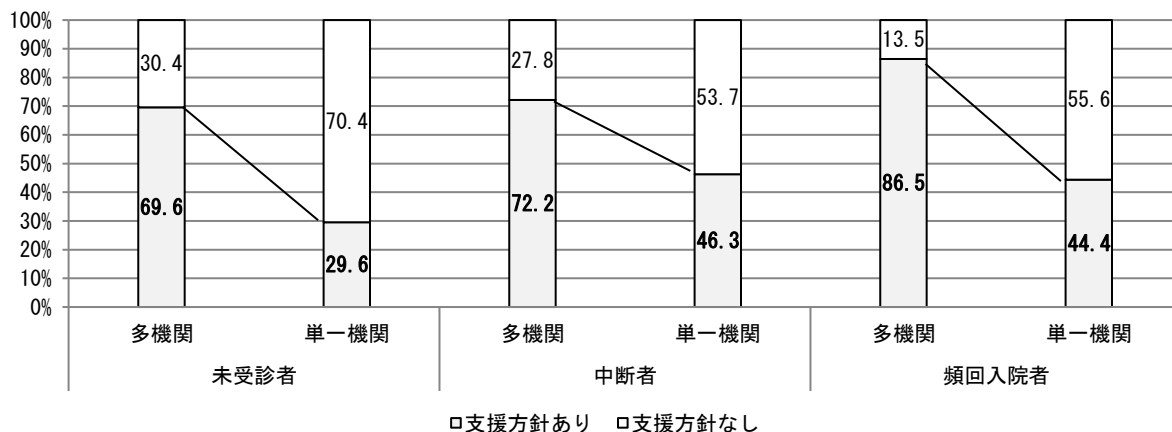


c. 頻回入院者等



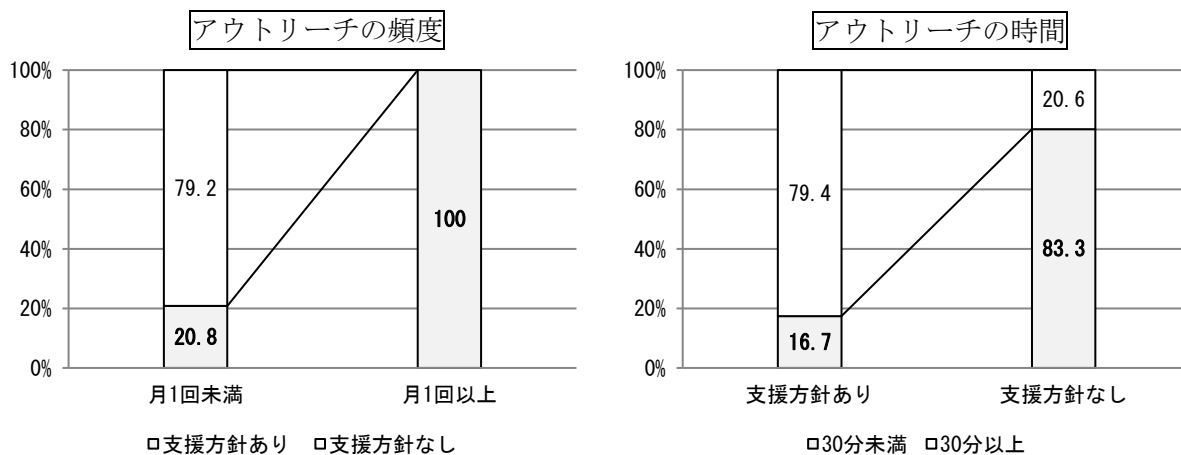
- ・ いずれの対象者も「支援方針あり」の方が医療機関との連携が多かった。
- ・ 医療機関との連携は、頻回入院者等＞中断者＞未受診者の順で多かった。

③ 多機関協働支援体制と単一機関での支援方針の有無



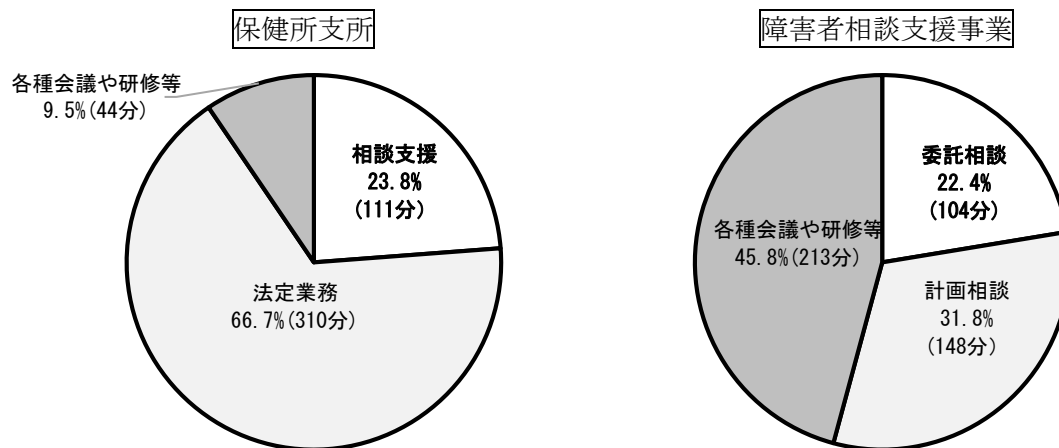
・いずれの対象においても支援方針が確立されている方が多機関協働支援体制によるアウトリーチ支援が行われやすい。

④ 支援方針別のアウトリーチ支援の頻度等



・支援方針が確立されている者の方が、より頻回で、より長時間のアウトリーチ支援が行われやすい。

⑤ 保健所支所および障害者相談支援事業所の業務時間に割合



・保健所支所が、1日のうち相談支援に充てることができるのは勤務時間の23.8%、障害者相談支援事業所は22.4%（個別給付である計画相談は除く）であった。

⑥ アウトリーチ支援の効果的な実践のため今後習得すべき視点や支援技法

カテゴリー	回答例
包括的アセスメントと見立ての技術	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の生活歴・生育歴・家族状況をまるごとアセスメントする力や視点 ・ストレングスアセスメント、リスクアセスメントの習得
本人や家族との関係性の築き方	<ul style="list-style-type: none"> ・本人との関係性の築き方。動機付け面接の技法。支援に拒否的なケースへの関わり方 ・本人や家族との信頼関係を構築する技術
未治療者、中断者の支援の視点とアプローチ方法	<ul style="list-style-type: none"> ・支援や関わりを完全に拒絶している方への視点や支援技法 ・治療中断のリスク、緊急性の判断のためのアセスメント方法
チームアプローチの技法	<ul style="list-style-type: none"> ・支援依頼や情報提供の仕方、他部署・他機関の役割や文化についての知識等 ・多職種・多機関連携での支援を行うに当たって、チームアプローチの留意点や技法
精神保健福祉及び関連分野についての知識習得	<ul style="list-style-type: none"> ・医学的な知識、疾病に関する知識の積み重ね ・精神保健福祉の関連分野（障害、高齢、母子等）に関する知識
地域との連携、インフォーマルな資源の把握と活用	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の共助文化の有無、本人や家族の暮らし易さに影響するハード・ソフトの資源等 ・福祉サービスはもちろん、地域での資源をより知っておきたい

⑦ 多機関協働支援体制の有効性

カテゴリー	回答例
多角的アセスメントの実践	<ul style="list-style-type: none"> ・重層的なアセスメントの実施、見立ての共有、支援方法の相談により視点や視点の幅が広がる ・それぞれの立場を活かしながら多角的なアセスメント、支援ができる
支援の継続性の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・支援拒否のあるケースについて、関わりを切らずことなく関われる ・担当者の交替による影響を緩和し、長期的な視点での支援の継続がしやすくなる
支援の質の向上と量の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・支援頻度が多くなる。本人に対しての見守りの目が多くなる ・支援を複数機関で分業することで一定の回数、質の支援を持続的に提供しやすくなる
緊急時の対応のしやすさ	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時に対応しやすくなる ・緊急時に業務上の予定等で即時対応が難しい場合、初動対応を依頼できる
支援者の支え合いによる心身の負担の軽減	<ul style="list-style-type: none"> ・複数機関で関わることで、マンパワー不足の解消ができる ・困難ケースを抱え込まず支援者同士が支え合うことで支援者のメンタルヘルス対策になる

⑧ 多機関協働支援体制の構築、維持、発展に係る課題

	カテゴリー	回答例
共通	情報共有のあり方	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有に時間がかかったり、支援者によって持つ情報の差が出る場合がある。 ・定期的な情報共有の機会を逸してしまわないよう留意する
	イニシアティブの所在と役割分担の設定	<ul style="list-style-type: none"> ・多機関協働で行う場合どの機関がイニシアティブをとり、マネジメントを行うのか。 ・各機関ができることや業務内容と周囲が求めていることのずれが生じることがあり、役割分担が上手くいかないケースがある。
	支援方針の統一	<ul style="list-style-type: none"> ・支援期間が長くなる程、定期で方針を確認し手段の目的化が起こらないように要注意。 ・機関によって、課題の捉え方や優先順位にばらつきがある。
方針有	担当変更時の体制維持	<ul style="list-style-type: none"> ・担当者が異動や退職で代わると引継ぎが行われたとしても対応方針等に少しずつ変化が起こる。本人との関係性も薄くなり、関係構築にも一定の時間を要する。
	マンパワーの不足	<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援事業所のマンパワー不足。計画相談業務に占める割合が依然として多く、受療中断者等に支援を行う時間を確保することが難しい。
方針無	アセスメント・見立て	<ul style="list-style-type: none"> ・一定アセスメントをして、「ここをやってほしい」という所まで整理しないと協働に了承を得られないことがある。アセスメント部分から一緒に関わってもらえると良い。
	関与可能な機関の制限	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者の把握が難しい。 ・本人や家族が拒否をしているためつながっている機関がほとんどない。

「精神障害者のアウトリーチ支援」に関する調査

所属： _____

記入者名： _____

問1～問14につきまして、令和元年6月末時点の状況についてお答えください。

地域支援係・保健係における精神障害者のアウトリーチ支援の現状についてお尋ねします。

問1 以下の対象者について、地域支援係・保健係において、支援をしている又は現に支援は行われていないが把握はしている人数を記入してください。

- ◆統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害、躁病エピソード、双極性感情障害がある者及びその疑いがある者で、以下（ア）～（ウ）の状態に該当し、精神疾患の特性により自ら支援を求めることができず、地域支援係・保健係による積極的な関与を要する者。

	支援方針あり （※4）	支援方針なし （※5）
（ア） 精神医療の受療中断者（※1）	人	人
（イ） 精神疾患が疑われる未受診者	人	人
（ウ） 長期入院の後退院した者（※2）や入院を繰り返す者（※3）	人	人

※1 本来受診すべき日から、受療をすることなく3か月以上経過している者。

※2 過去2年間に退院した者の内、入院期間が1年以上の者（（ア）に該当する者は除く）。

※3 過去2年間で2回以上の入院をしたもの。現に入院中の者については、令和元年度中に退院の見込みがあるもの（（ア）に該当する者は除く）。

※4 一定のアセスメントに基づく見立てがあり、目指すべき支援の方向性に沿った支援を計画的・戦略的に実践しているもの（単に「月1回訪問する」「本人の援助希求を待つ」等は「支援方針あり」に含めない）。

※5 ※4に該当しないもの。

問2 上記対象者のうち、「支援方針なし」の者について、支援方針が定まらない主な理由をお答えください（自由記述）。

問3 地域支援係・保健係において精神障害者のアウトリーチ支援に従事している職員一人当たりの担当ケース数をお答えください。

◆上記対象者： _____ 人 / 上記対象者以外の者： _____ 人

問4 上記対象者について、地域支援係・保健係における対象者1人あたりの1ヶ月間での平均的なアウトリーチ支援の実施回数をお答えください（本人と接触できない場合も含む）。

- ① 1回未満 ② 1～2回 ③ 2～3回 ④ 3～4回 ⑤ 4～5回
 ⑥ 5回以上 ⑦該当なし（※）

※問1において、回答が0人の項目は⑦を選択する。

	支援方針あり	支援方針なし
(ア) 精神医療の受療中断者		
(イ) 精神疾患が疑われる未受診者		
(ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者		

問5 上記対象者について、地域支援係・保健係における1回あたりの平均的な訪問時間数をお答えください（移動時間は除く）。

- ① 30分未満 ② 30～45分 ③ 45～60分 ④ 60～75分
 ⑤ 75～90分 ⑥ 90分以上 ⑦ 該当なし（※）

※問1において、回答が0人の項目は⑦を選択する。

	支援方針あり	支援方針なし
(ア) 精神医療の受療中断者		
(イ) 精神疾患が疑われる未受診者		
(ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者		

問6 上記対象者について、地域支援係・保健係におけるアウトリーチ支援で提供しているサービス内容をお答えください（頻度の多い順に3つまで回答）。

- ① 薬の受け取り、デリバリー ② 病気と服薬を利用者が自己管理するための支援（※1）
- ③ 個別の指示的療法（※2） ④ 危機介入（※3） ⑤ 入院期間中の継続支援（※4）
- ⑥ 住居サービスに関する支援（※5） ⑦ 日常生活の支援（※6）
- ⑧ 身体的健康に関する支援（※7） ⑨ 経済的サービスに関する支援（※8）
- ⑩ 就労支援 ⑪ 家族支援（※9） ⑫ 社会ネットワークの回復と維持のための支援（※10）
- ⑬ その他 ⑭ 該当なし（※11）

※1 心理教育、服薬管理、薬の仕分け等

※2 症状や薬の副作用に関する苦痛、日常生活や将来への不安、対人関係のストレス等について傾聴するとともに、苦痛に対処するために役立つ情報を提供する等

※3 精神医療の受療中断者・未治療者への受療支援、精神症状の再発やライフイベントに伴う心理的危機等への迅速な訪問等

※4 治療計画や退院計画への参画、入院中の権利擁護、退院に向けた在宅サービスの調整等

※5 住居検索、物件や保証人の確保、不動産会社や大家との交渉、引っ越しや生活物品の確保等

※6 買い物や料理、掃除や洗濯、公共交通機関の利用等

※7 身体面の相談・助言・スクリーニング、健康診断や身体科受診の調整、性教育等

※8 年金や生活保護等の利用相談、公的機関へ同行しての申請手続き援助、金銭管理についての相談・助言、後見制度や権利擁護事業の利用等

※9 家族への心理教育、家族自身の悩みについての相談・助言、関係修復の試み、育児支援等

※10 友人との交際やグループ活動参加への支援、スポーツや映画等の余暇活動への同行等

※11 問1において、回答が0人の項目は⑭を選択する。

	支援方針あり	支援方針なし
(ア) 精神医療の受療中断者		
(イ) 精神疾患が疑われる未受診者		
(ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者		

問7 上記対象者の更なる状況の改善、事態の進展を図る上で、どのような関わりが必要と考えているか、【支援方針のあり・なし】のそれぞれについてお答えください（関与の頻度、支援内容等）。

【支援方針あり】

【支援方針なし】

精神障害者のアウトリーチ支援の技術習得等の方法についてお尋ねします。

問8 地域支援係・保健係において、精神障害者のアウトリーチ支援に従事している職員の支援の実施上、重要な視点の獲得や支援技法を習得する方法についてお答えください（自由記述）。

問9 地域支援係・保健係において、精神障害者のアウトリーチ支援に従事している職員のうち、精神障害者のアウトリーチ支援に特化した研修の受講歴がある人数をお答えください。また、受講歴がある場合、研修の名称と主催者をお答えください。

◆ _____ 人（受講者数） / _____ 人（アウトリーチ従事者数）

研修の名称	主催者
例) 多職種による包括型アウトリーチ研修	国立精神・神経医療研究センター

問10 上記対象者のアウトリーチ支援をより効果的に実践していく上で、今後習得すべき視点や支援技法をお答えください（自由記述）。

多機関協働体制による精神障害者のアウトリーチ支援の現状についてお尋ねします。

問 11 上記対象者のうち、多機関での協働支援体制によるアウトリーチ支援で対応している者の人数をお答えください（問 1 でご回答いただいた人数の内数）。

	支援方針あり	支援方針なし
(ア) 精神医療の受療中断者	人	人
(イ) 精神疾患が疑われる未受診者	人	人
(ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者	人	人

問 12 上記対象者に係る多機関協働での支援体制によるアウトリーチ支援について、どのような機関と連携をしているかお答えください（頻度の多い順に 3 つまで回答）。

- ① 医療機関 ② 訪問看護 ③ 委託相談支援事業所 ④ 指定特定相談支援事業所
 ⑤ 行政機関 ⑥ 地域包括支援センター ⑦ 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
 ⑧ 民生委員児童委員 ⑨ 障害福祉サービス事業所 ⑩ その他 ⑪ 該当なし（※）

※問 1 において、回答が 0 人の項目は⑪を選択する。

	支援方針あり	支援方針なし
(ア) 精神医療の受療中断者		
(イ) 精神疾患が疑われる未受診者		
(ウ) 長期入院等の後退院した者や入院を繰り返す者		

問 13 上記対象者の支援に係る多機関での協働支援体制を構築・維持・発展させるにあたって、課題と感じていることを【支援方針のあり・なし】のそれぞれについてお答えください（自由記述）。

【支援方針あり】

【支援方針なし】

問 14 多機関での協働支援体制により、上記対象者を支援するメリットをお答えください（自由記述）。

調査は以上になります。

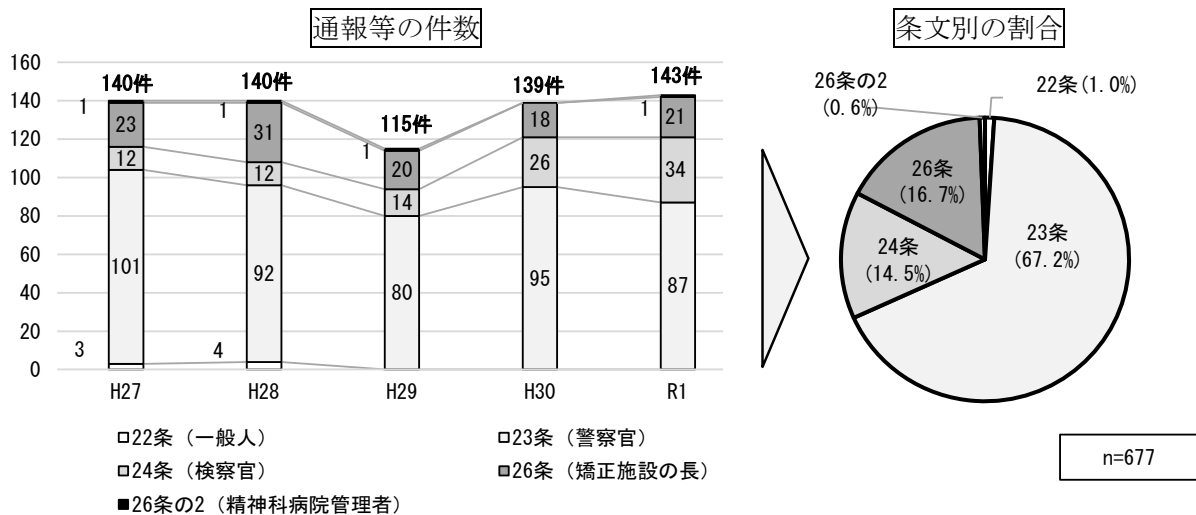
ご協力ありがとうございました。

巻末資料 2（措置入院者等の退院後の医療等の継続支援に係る事項）

1 仙台市における措置入院制度の運用等について

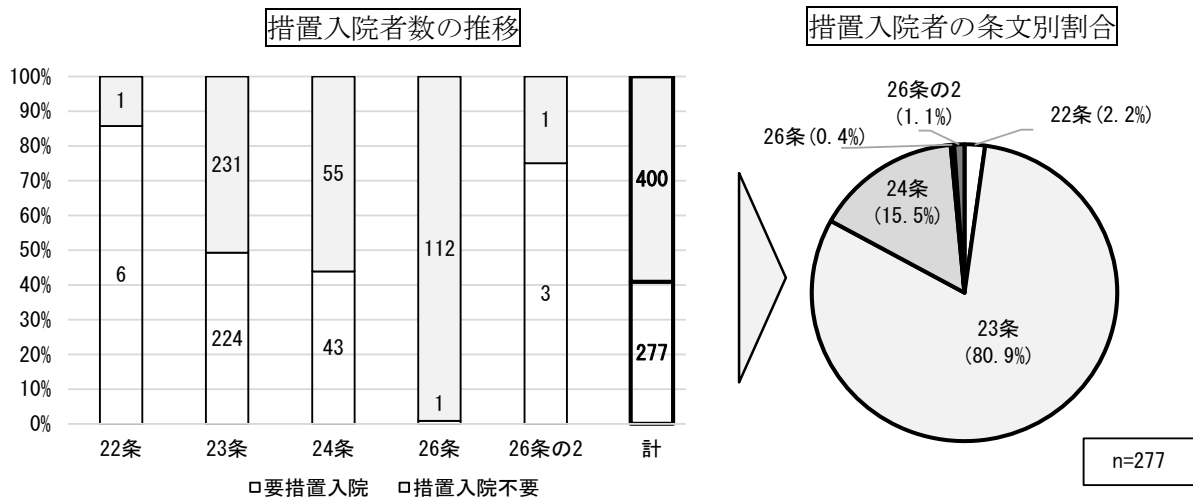
（1）仙台市における措置入院の傾向について

① 条文別通報等の件数の推移と割合



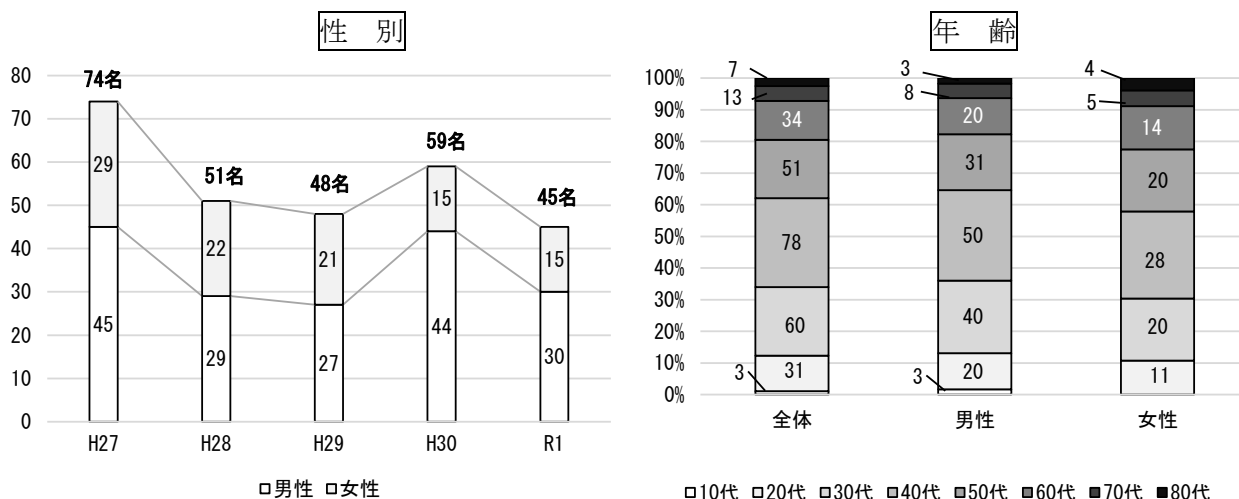
- ・ 通報等件数は過去5年間で計677件（延件数）あり、115件から143件の間で推移。
- ・ いずれの年度においても、23条通報（警察官）が最多であり、全体の約7割を占めていた。

② 条文別の措置入院者数と割合



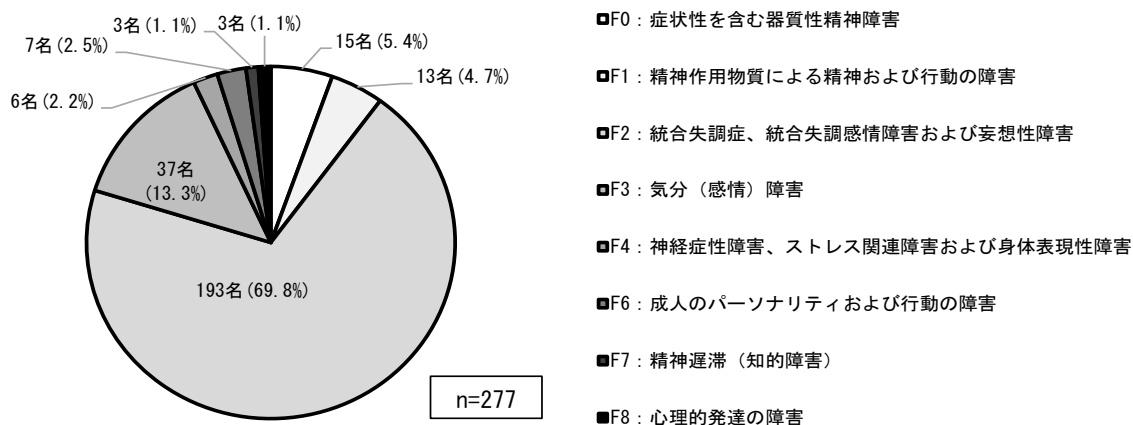
- ・ 過去5年間の措置入院者数は延277名（実人数は255名）であった。通報等がなされた677件のうち、約4割程度の者が措置入院となった。
- ・ 措置入院者277名のうち、約8割が23条通報（警察官）から措置入院に至った。

③ 措置入院者の性別と年齢構成



- 措置入院者数は過去5年間で45名～74名の間で推移。性別で比較すると、いずれの年度においても男性の措置入院者が多く、全体では女性の約1.7倍であった。
- 措置入院者の年齢は、全体で40代(28.2%)、30代(21.7%)、50代(18.4%)の順で多かった。年齢構成に関して、男女で大きな違いはなかった。

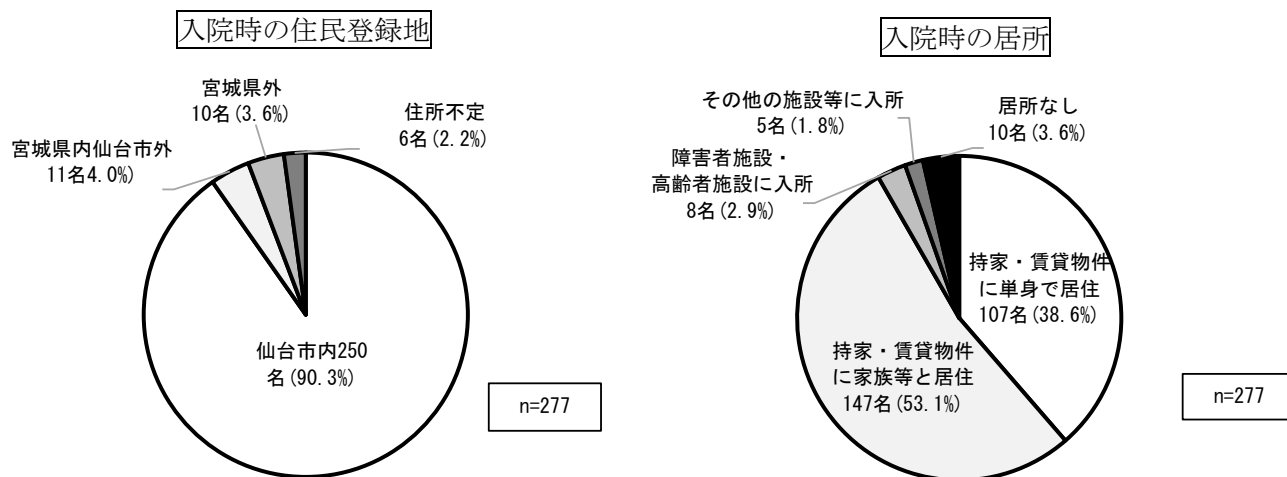
④ 措置入院者の診断(ICD-10²¹コード)



- 過去5年間の措置入院者の法27条に基づく診察(一次)における診断(ICD-10コード)は、F2(統合失調症、統合失調感情障害および妄想性障害)が193名(69.8%)と最多であった。次いでF3(気分(感情)障害)が37名(13.3%)と多かった。

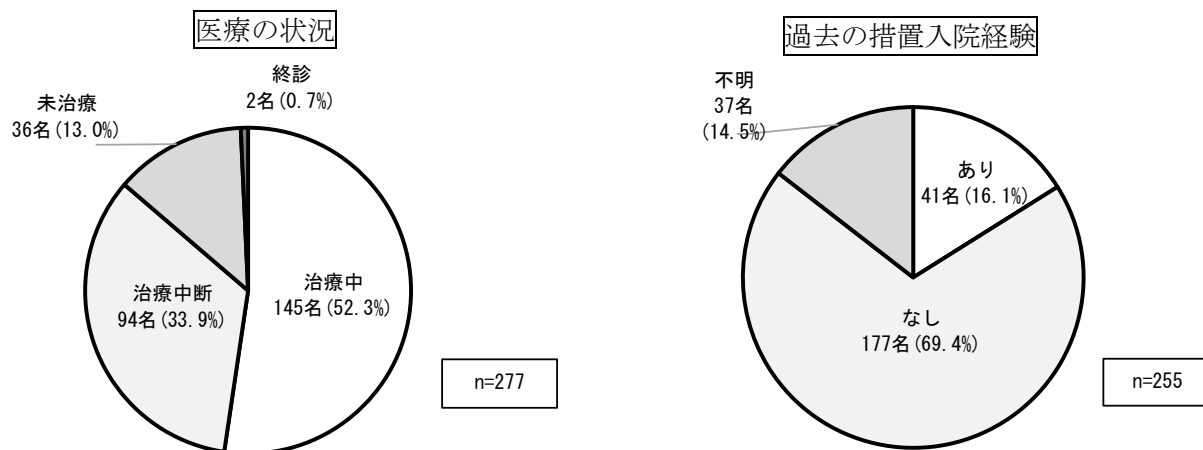
²¹ ICD-10コードとは、「疾病および関連保険問題の国際統計分類(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem)」といい、疾病、障害及び死因の統計を国際比較するため、WHO(世界保健機関)から勧告された統計分類。ICD-10コードは、アルファベットと数字で構成され、疾病や障害の部位、原因などを表し、F00からF99が「精神および行動の障害」を示す。

⑤ 措置入院者の入院時の住民登録地と居所



・過去5年間の措置入院者のうち、約9割が入院時に仙台市内に住民登録をしている者であった。
 ・過去5年間の措置入院者の入院時の居所は、「持家又は賃貸物件に家族等と同居」している者が147名(53.1%)と最多であり、次いで「持家又は賃貸物件に単身で居住」をしている者が107名(38.6%)と多かった。

⑥ 措置入院時の医療の状況と過去の措置入院経験



・過去5年間の措置入院者の入院時の精神科医療の状況については、「治療中」の者が145名(52.3%)と最も多く、次いで「医療中断」の者が94名(33.9%)と多かった。
 ・過去5年間の措置入院者のうち、41名(16.1%)は複数回の措置入院を経験している者であった。

(2) 措置入院に関連する法律（抜粋）

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）

[診察及び保護の申請]

第 22 条 精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請をするには、次の事項を記載した申請書を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

- 一 申請者の住所、氏名及び生年月日
- 二 本人の現在場所、居住地、氏名、性別及び生年月日
- 三 症状の概要
- 四 現に本人の保護の任に当たっている者があるときはその者の住所及び氏名

[警察官の通報]

第 23 条 警察官は、職務を執行するに当たり、異常な挙動その他周囲の事情から判断して、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と認められる者を発見したときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

[検察官の通報]

第 24 条 検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、又は裁判（懲役、禁錮又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判を除く。）が確定したときは、速やかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。ただし、当該不起訴処分をされ、又は裁判を受けた者について、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 33 条第 1 項の申立てをしたときは、この限りでない。

2 検察官は、前項本文に規定する場合のほか、精神障害者若しくはその疑いのある被疑者若しくは被告人又は心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の対象者（同法第 2 条第 2 項に規定する対象者をいう。第 26 条の 3 及び第 44 条第 1 項において同じ。）について、特に必要があると認めるときは、速やかに、都道府県知事に通報しなければならない。

[保護観察所の長の通報]

第 25 条 保護観察所の長は、保護観察に付されている者が精神障害者又はその疑いのある者であることを知ったときは、速やかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。

[矯正施設の長の通報]

第 26 条 矯正施設（拘留所、刑務所、少年刑務所、少年院、少年鑑別所及び婦人補導院をいう。以下同じ。）の長は、精神障害者又はその疑いのある収容者を釈放、退院又は退所させようとするときは、あらかじめ、左の事項を本人の帰住地（帰住地がない場合は当該矯正施設の所在地）の都道府県知事に通報しなければならない。

- 一 本人の帰住地、氏名、性別及び生年月日
- 二 症状の概要
- 三 釈放、退院又は退所の年月日
- 四 引取人の住所及び氏名

[精神科病院の管理者の届出]

第 26 条の 2 精神科病院の管理者は、入院中の精神障害者であつて、第 29 条第 1 項の要件に該当すると認められるものから退院の申出があつたときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

[心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報]

第 26 条の 3 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 2 条第 5 項に規定する指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は、同法の対象者であつて同条第四項に規定する指定入院医療機関に入院していないものが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と認めるときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。

[申請等に基づき行われる指定医の診察等]

第 27 条 都道府県知事は、第 22 条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。

- 2 都道府県知事は、入院させなければ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ことが明らかである者については、第 22 条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察をさせることができる。
- 3 都道府県知事は、前 2 項の規定により診察をさせる場合には、当該職員を立ち合わせなければならない。
- 4 指定医及び前項の当該職員は、前 3 項の職務を行うに当たつて必要な限度においてその者の居住する場所へ立ち入ることができる。
- 5 第 19 条の 6 の 16 第 2 項及び第 3 項の規定は、前項の規定による立入りについて準用する。この場合において、同条第 2 項中「前項」とあるのは「第 27 条第 4 項」と、「当該職員」とあるのは「指定医及び当該職員」と、同条第 3 項中「第 1 項」とあるのは「第 27 条第 4 項」と読み替えるものとする。

[診察の通知]

- 第 28 条 都道府県知事は、前条第一項の規定により診察をさせるに当つて現に本人の保護の任に当たっている者がある場合には、あらかじめ、診察の日時及び場所をその者に通知しなければならない。
- 2 後見人又は保佐人、親権を行う者、配偶者その他現に本人の保護の任に当たっている者は、前条第一項の診察に立ち会うことができる。

[判定の基準]

- 第 28 条の 2 第 27 条第 1 項又は第 2 項の規定により診察をした指定医は、厚生労働大臣の定める基準に従い、当該診察をし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かどうかの判定を行わなければならない。

[都道府県知事による入院措置]

- 第 29 条 都道府県知事は、第 27 条の規定による診察の結果、その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と認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。

- 2 前項の場合において都道府県知事がその者を入院させるには、その指定する二人以上の指定医の診察を経て、その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と認めることについて、各指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。
- 3 都道府県知事は、第 1 項の規定による措置を採る場合においては、当該精神障害者に対し、当該入院措置を採る旨、第 38 条の 4 の規定による退院等の請求に関することその他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。
- 4 国等の設置した精神科病院及び指定病院の管理者は、病床（病院の一部について第 19 条の 8 の指定を受けている指定病院にあつてはその指定に係る病床）に既に第 1 項又は次条第 1 項の規定により入院をさせた者がいるため余裕がない場合のほかは、第 1 項の精神障害者を入院させなければならない。

- 第 29 条の 2 都道府県知事は、前条第 1 項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、第 27 条、第 28 条及び前条の規定による手続を採ることができない場合において、その指定する指定医をして診察をさせた結果、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と認めるときは、その者を前条第 1 項に規定する精神科病院又は指定病院に入院させることができる。

- 2 都道府県知事は、前項の措置をとつたときは、すみやかに、その者につき、前条第 1 項の規定による入院措置をとるかどうかを決定しなければならない。
- 3 第 1 項の規定による入院の期間は、72 時間を超えることができない。
- 4 第 27 条第 4 項及び第 5 項並びに第 28 条の 2 の規定は第 1 項の規定による診察について、前条第 3 項の規定は第 1 項の規定による措置を採る場合について、同条第 4 項の規定は第 1 項の規定により入院する者の入院について準用する。

- 第 29 条の 2 の 2 都道府県知事は、第 29 条第 1 項又は前条第 1 項の規定による入院措置を採ろうとする精神障害者を、当該入院措置に係る病院に移送しなければならない。

- 2 都道府県知事は、前項の規定により移送を行う場合においては、当該精神障害者に対し、当該移送を行う旨その他厚生労働省令で定める事項を書面で知らせなければならない。

- 3 都道府県知事は、第1項の規定による移送を行うに当たっては、当該精神障害者を診察した指定医が必要と認めたときは、その者の医療又は保護に欠くことのできない限度において、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限を行うことができる。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第28条の2の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準

第1

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号。以下「法」という。)第29条第1項の規定に基づく入院に係る精神障害者であり、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旨の法第18条第1項の規定により指定された精神保健指定医による判定は、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。

日本国憲法

[個人の尊重、生命・自由・幸福追求の権利の尊重]

第13条 すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

[法定手続の保障]

第31条 何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない。

警察官職務執行法

[保護]

- 第3条 警察官は、異常な挙動その他周囲の事情から合理的に判断して次の各号のいずれかに該当することが明らかであり、かつ、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由のある者を発見したときは、取りあえず警察署、病院、救護施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない。
 - 一 精神錯乱又は泥酔のため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼすおそれのある者
 - 二 迷い子、病人、負傷者等で適当な保護者を伴わず、応急の救護を要すると認められる者(本人がこれを拒んだ場合を除く。)
- 2 前項の措置をとった場合においては、警察官は、できるだけすみやかに、その者の家族、知人その他の関係者にこれを通知し、その者の引取方について必要な手配をしなければならない。責任ある家族、知人等が見つからないときは、すみやかにその事件を適当な公衆保健若しくは公共福祉のための機関又はこの種の者の処置について法令により責任を負う他の公の機関に、その事件を引き継がなければならない。
- 3 第1項の規定による警察の保護は、24時間をこえてはならない。但し、引き続き保護することを承認する簡易裁判所(当該保護をした警察官の属する警察署所在地を管轄する簡易裁判所をいう。以下同じ。)の裁判官の許可状のある場合は、この限りでない。
- 4 前項但書の許可状は、警察官の請求に基づき、裁判官において已むを得ない事情があると認められた場合に限り、これを発するものとし、その延長に係る期間は、通じて5日をこえてはならない。この許可状には已むを得ないと認められる事情を明記しなければならない。
- 5 警察官は、第1項の規定により警察で保護をした者の氏名、住所、保護の理由、保護及び引渡の時日並びに引渡先を毎週簡易裁判所に通知しなければならない。

2 措置入院経験者を対象とした FGI

(1) FGI の質問項目

大項目	小項目
<p>①あなたは、措置入院の経験をどのように感じていますか。</p> <p>[補足質問] 措置入院の経験で良かったことはありますか。残念だったのはどのようなことですか。</p>	<p>○措置入院のきっかけとなることについては、どのように感じましたか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あなたはどのようなことがきっかけで措置入院をすることになったのですか。 ・当時体調の他生活面で困っていたことはありましたか。 <p>○警察に保護され、措置入院が決定するまでの間は、どのように感じましたか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その時の周囲の人の対応はいかがでしたか。 ・安心できるサポートはありましたか。 <p>○病院への移送については、どのように感じましたか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その時の周囲の人の対応はいかがでしたか。 ・安心できるサポートはありましたか。 <p>○措置入院中は、どのように感じましたか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・何か困ったことはありましたか。 ・支えとなったことは、どのようなことでしたか。 <p>○措置入院から退院した後で何か感じたことはありますか。</p>
<p>②措置入院になったことで、どのような変化がありましたか。</p> <p>[補足質問] 措置入院の経験から影響を受けたことはありますか。</p>	<p>○あなた自身にどのような変化がありましたか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あなたの病気への意識や対処法について、気持ちの変化はありましたか。あるとすればどのようなことですか。 ・今後強制的な入院とならないように取り組んでいることや努力・工夫をしていることはありますか。あるとすればどのようなことですか。 ・あなたの家族への想いについて、気持ちの変化はありましたか。あるとすればどのようなことですか。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ あなたは家族にどのように関わってほしいですか。 ➢ あなたは家族にどのようなことを理解してほしいですか。 ・医療や福祉の支援を受けること等について、気持ちの変化はありましたか。あるとすればどのようなことですか。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 自分にはどのような支援が必要だと思いますか。 ➢ あなたは支援者にどのようなことを理解してほしいですか。 <p>○あなたを取り巻く環境にどのような変化がありましたか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族のあなたへの関わり方に変化はありましたか。あるとすればどのようなことですか。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ あなたはそのことをどのように感じていますか。 ・友人や近所の人、学校や職場関係等周囲の人との関わりに変化はありましたか。あるとすればどのようなことでしたか。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ あなたはそのことをどのように感じていますか。 ・医療や福祉の支援(者)、その体制に何か変化はありましたか。あるとすればどのようなことでしたか。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ あなたはそのことをどのように感じていますか。

(2) FGI から見える退院後の医療等の継続支援を受けていくにあたっての重要なポイント

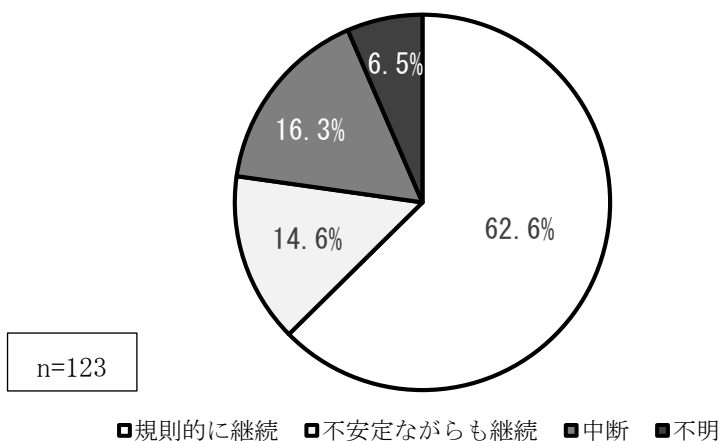
重要な事柄	インタビュー内容（一部割愛、要約）
①さまざまな場面で自由を制限され、心身に大きな負担がかかったり、社会経済活動上の不利益を被った	<ul style="list-style-type: none"> ・警察に保護され、手錠無しで、独房のようなところに入れられ、自由を拘束された。 ・病院に連れていかれたとき、何人もの病院スタッフが待ち構えており、そのまま身体拘束と導尿をされ、それが2週間続いた。2週間何もできずにきつかった。やられた方の身にもなってもらいたい ・措置入院中全く外出ができず、外との連絡も取ることができなかった。ローンの支払いができず、カードがブラックになった。また、請け負っていた映像の制作が流れてしまい、他者に迷惑をかけることとなった。
②支援者の誠実で真摯な態度による関りが、心理的な支えになった	<ul style="list-style-type: none"> ・措置入院中、周囲の支援者が温かい態度で接してくれたことが良かった。病院で孤立していたところを作業療法士が私に声を掛け、皆の輪に入れてくれた。 ・ケースワーカーに大分助けられた。どのようなスタッフに巡り会うかにより、入院生活は変わってくる。 ・入院した病院に偶然先輩が働いており、本を借りてきてくれたり、話し相手になってくれ支えになった。
③支援者の配慮に欠く対応によって不信感が強くなり、支援を受けることに拒否的な気持ちを抱いた	<ul style="list-style-type: none"> ・警察には靴も履かせられず、そのまま保護された。扱い方が同じ人間としてどうかと思う。 ・移送の際には、ちょっとしたことを尋ねても車のドアを強く締める等行政職員の対応が冷淡であった。 ・薬の説明を看護師から受けた際に「“お馬鹿な脳”になっているから、それを治すために薬を飲むんだよ」と言われた。そのようなことを言われ、腹立たしくなり「薬をやめたい」と思った。
④家族等の病気に対する理解が十分ではなく、精神科での治療を反対されたり、症状に基づく行動で関係性に不和が生じた	<ul style="list-style-type: none"> ・措置入院後、家族の私に対する拒否感が強く、電話をしてもすぐに切られてしまう状態だった家族に対して、措置入院ということがなぜ起こったのか、今後どのような形で回復するのか等、未来を説明してくれるようなことがあればよかった。 ・家族から精神科に通院することに抵抗があると言われ、1年半くらい精神科にかかることができなかった。結果として治療が遅くなってしまった。 ・症状が重かった時に家で暴れてしまい、措置入院当初は家族が恐怖を感じ、退院後一緒に住むことはできないという話まで出ていた。
⑤病気のことだけでなく、経済的な問題や仕事の問題、住居の問題等生活上の困りごとに対しても解決に向けた支援を受けることができた	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の住まいを探す必要があったが、ケースワーカーがよく動いてくれ、現在の住まいもその人のお陰で住んでいる。措置入院は、とても傷つくことばかりだが、良い方向に考えれば、今のような新しい一歩を踏み出すチャンスになったと思う。 ・躁状態で選挙に立候補し、供託金を支払ってしまったが、ケースワーカーが返還の手続きをしてくれた。 ・障害者手帳や自立支援医療等の制度を知らなかったが、行政の職員が申請について助言をしてくれた。
⑥行政機関や訪問看護による訪問支援を受け、孤立せずに病状のことを含む生活全般に渡って相談することができた	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後行政の職員が訪問してくれており、私もそれを楽しみにしており、精神的な支えになっている。 ・2週間に1回でも訪問によるケアを受け、話を聞いてもらっていたら、措置入院にまでならなかったかもしれない。 ・訪問看護を受けているが、体調面の相談のほか、就職の相談もしており、非常に心強く思っている。 ・訪問看護を受けているが、いつも来てくれる安心感があり、何回も会っていると通じ合う部分もあり、大変助かっている。

<p>⑦同じ経験をした人の話を聴くことで、勇気付けられたり、新たな気づきにつながった</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自分だけではなく、他の人の措置入院経験を聞いて、勇気づけられた。措置入院前の症状に基づく行動で友人が遠ざかってしまったが、一から作り上げていくことに勇気が出た。 ・措置入院という稀有な経験をした方の話を聞いて、自分の新たな気づきにつながった。 ・同じ経験をした人達が集まって話をしていることが、とても貴重なことと思う。今回の機会に感謝したい。
<p>⑧病気であることを十分に認識することができず、不安定な通院や服薬を繰り返していた</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・初診の段階での診断名が心身症だった。初診の段階で双極性感情障害であるなら、そのように言ってもらいたかった。心身症は重い病気ではないという認識の下、無理をした結果、措置入院となった。 ・若い頃は自分自身病気と思っておらず、服薬するのが嫌で薬を飲まないことが多かった ・以前は統合失調症ということをも自分自身で全く認めていなかった。そのため、服薬もしていなかった。
<p>⑨周囲に精神疾患・精神障害について理解をしてもらうことで、希望や生き甲斐が生まれ、前向きに医療や福祉の支援を受けることができた</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・措置入院後家族とは良好な関係を築けている。美味しいものを食べる等の和む時間を過ごすことができている。 ・母親が私の病気にアレルギーをもっており、以前は遠くの病院に行くよう言われたり、近所にばれたらどうするかといったことを言われていたが、措置入院を機に考え方が変わった。今は、母親に少しでも更生した自分をみてほしいので、頑張って就職を果たしたい。 ・措置入院後、福祉と医療に守られながら、そこに居るだけで自分が認めもらえるような環境になった。 ・障害者雇用が円滑に進むように、精神障害は薬でコントロールすれば怖い病気ではないことを社会に向けて行政が啓発してほしい。

3 措置入院者の支援等に関する状況調査

(1) 調査結果

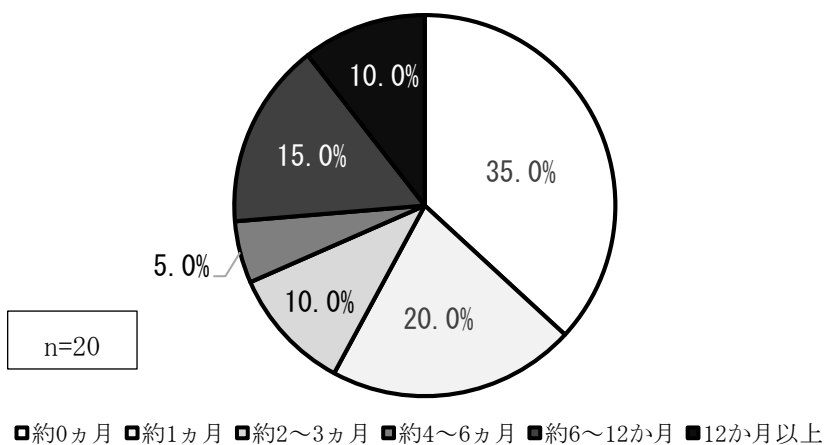
① 措置入院から退院した後の通院状況の割合



・措置入院からの退院後通院治療を中断した者は、16.3%であった。

・措置入院から退院後の通院状況は、「定期的に通院」、「中断」、「不安定ながらも継続」の順に割合が大きかった。

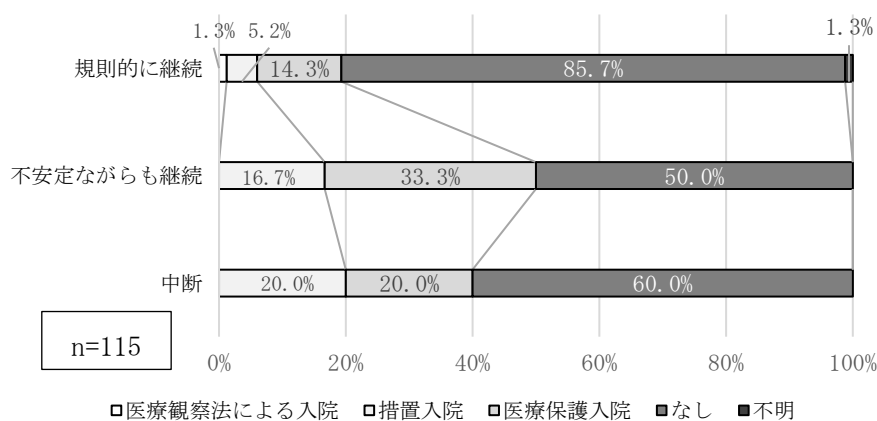
② 退院から中断までの期間



・退院後通院治療を中断した者の中断までの期間は0ヵ月の者の割合が最も大きかった。

・退院後通院治療を中断した者の半数以上が1ヵ月以内に中断に至っていた。

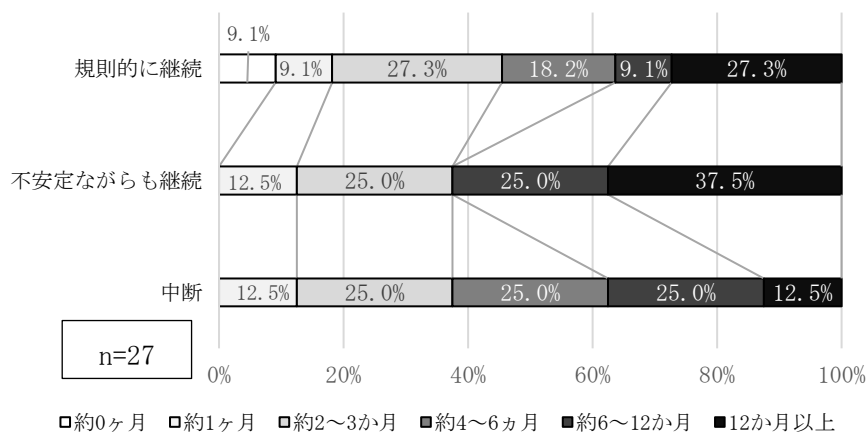
③ 通院治療の継続状況と非自発的入院との関係



・退院後通院治療を中断した者の4割が再び非自発的入院を経験していた。

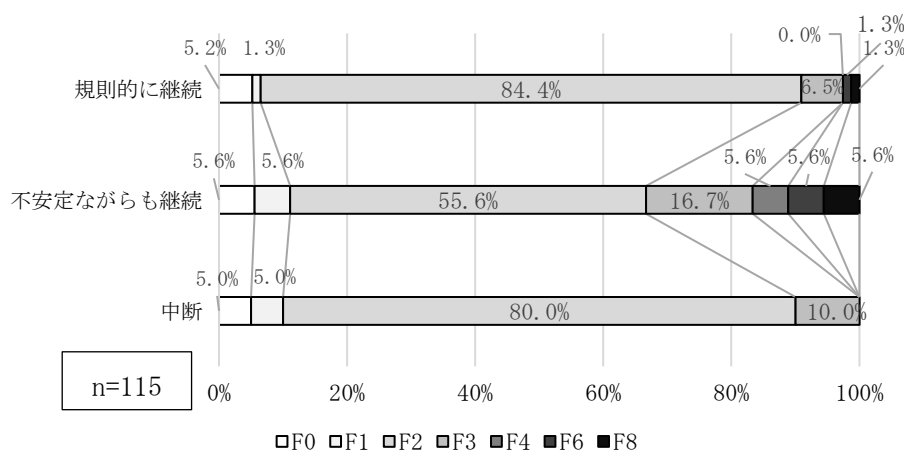
・退院後通院治療を不安定ながらも継続している者および中断した者は、通院治療を定期的に継続している者に比較し、非自発的入院となる割合が大きかった。

④ 通院治療の継続状況と非自発的入院までの在宅期間との関係



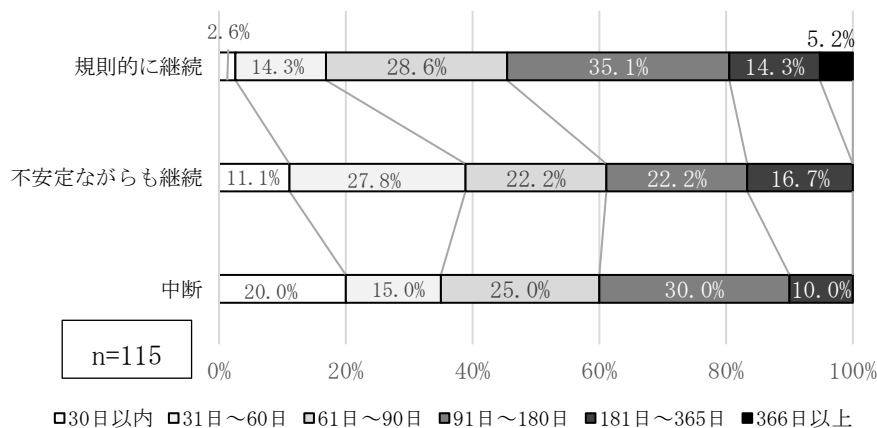
・退院後通院治療を中断した者のうち、非自発的入院となった経過がある者の6割以上が、退院後の在宅期間が6ヶ月未満であった。

⑤ 通院治療の継続状況と診断との関係 (ICD-10)



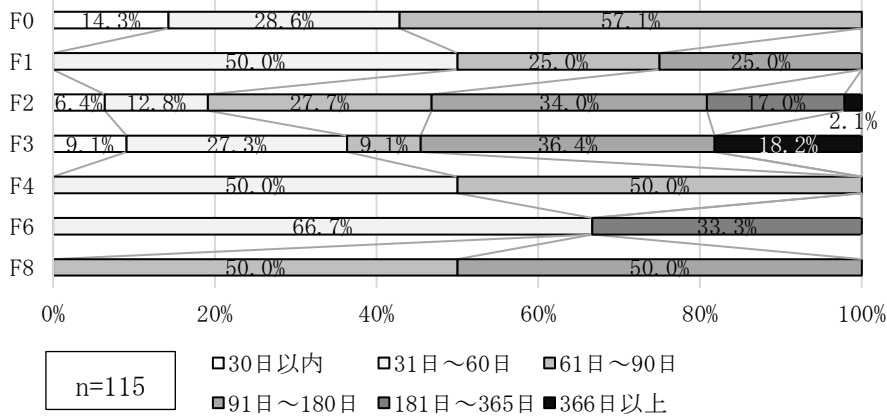
・退院後通院治療を中断した者の8割はF2(統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害)の診断であった。次いでF3(気分(感情)障害)の割合が大きかった。

⑥ 通院治療の継続状況と入院期間の関係



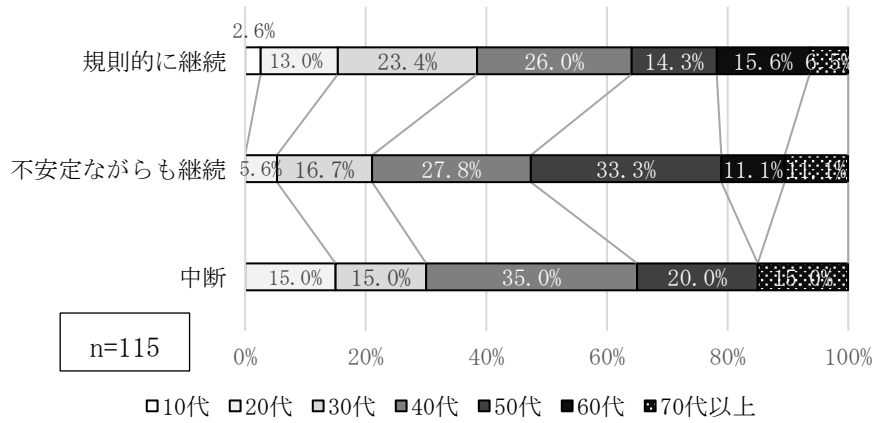
・退院後通院治療を中断した者は、「91日~180日」の入院期間が最も割合として大きかった。
 ・退院後通院治療を中断した者は、通院治療を定期的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、30日以内入院期間の割合が大きかった。

⑦ 診断と入院期間との関係



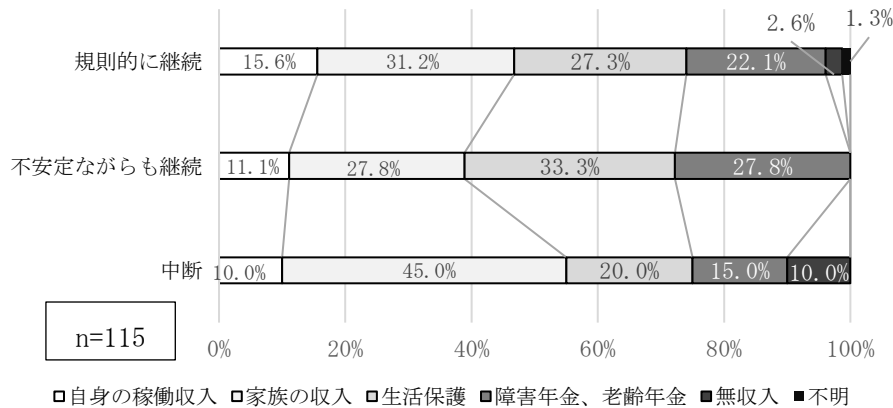
・F2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）およびF3（気分（感情）障害）の者の5割以上が91日以上入院をしていた。

⑧ 通院治療の継続状況と年齢の関係



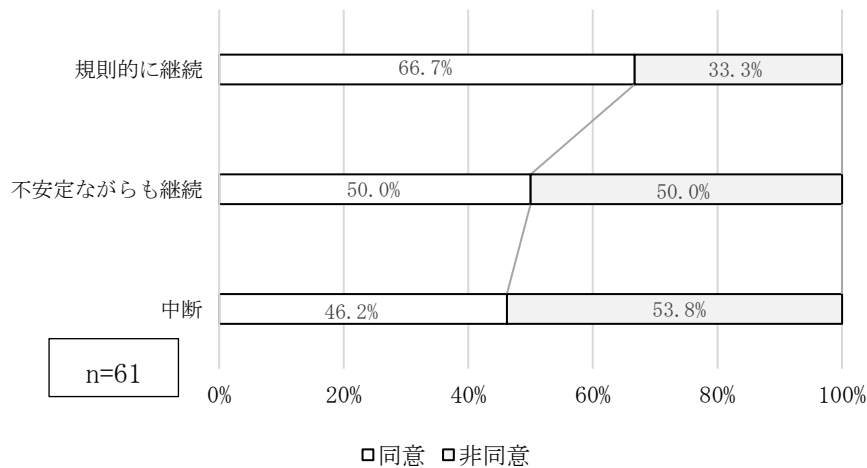
・退院後通院治療を中断した者は、「40代」、「50代」の順で割合が大きく、その他「20代」、「30代」「70代」はいずれも15.0%であった。

⑨ 通院治療の状況と生活維持のための収入との関係



・退院後通院治療を中断した者は、家族の収入で生活を維持している割合が最も大きかった。
 ・退院後通院治療を中断した者は、通院治療を定期的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、家族の収入で生活を維持している割合が大きかった。

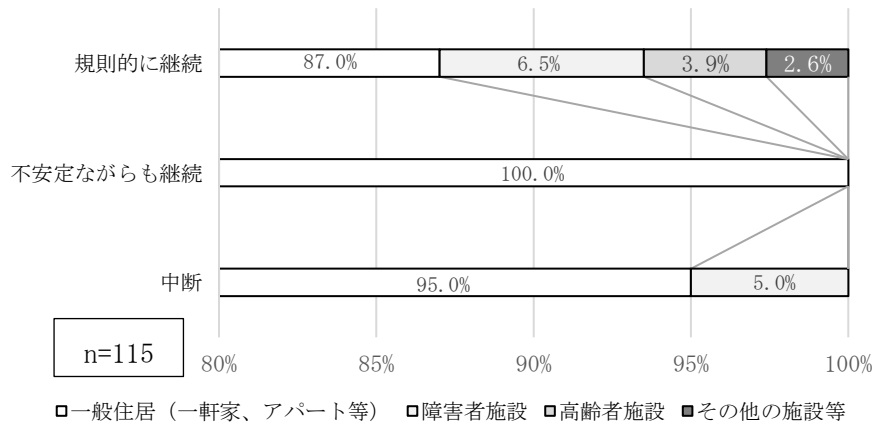
⑩ 通院治療の状況と退院後支援ガイドラインに基づく支援に対する同意との関係



・退院後通院治療を中断した者は、退院後支援ガイドラインに基づく支援に対して非同意の割合が大きかった。

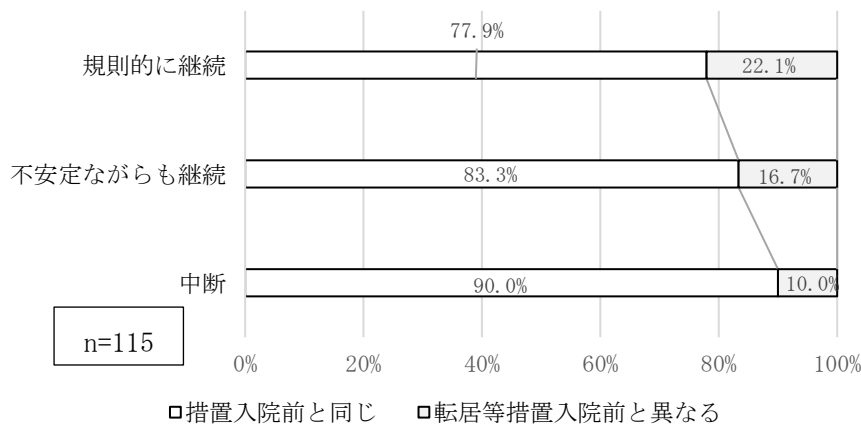
・退院後通院治療を中断した者は、通院治療を定期的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、退院後支援ガイドラインに基づく支援に対して非同意の割合が大きかった。

⑪ 通院治療の継続状況と退院後の住居との関係



・退院後通院治療を中断した者は、9割以上が一般住居 (一軒家、アパート等) に退院をしていた。

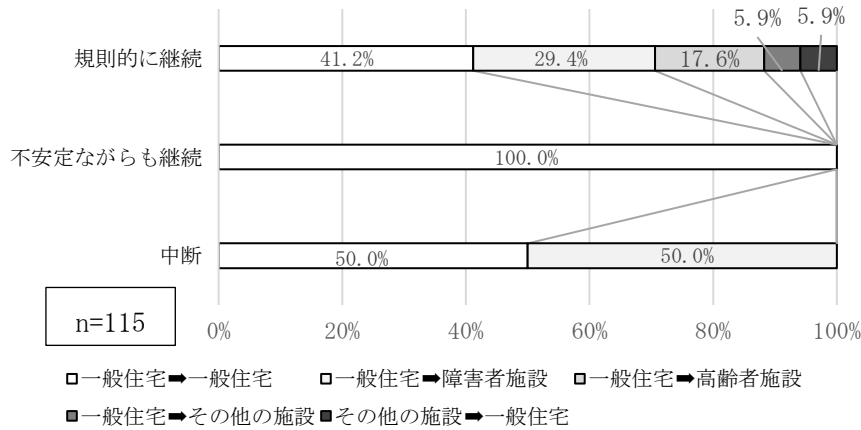
⑫ 通院治療の継続状況と退院後の居所設定との関係



・退院後通院治療を中断した者は、9割が措置入院前と同じ居所に退院していた。

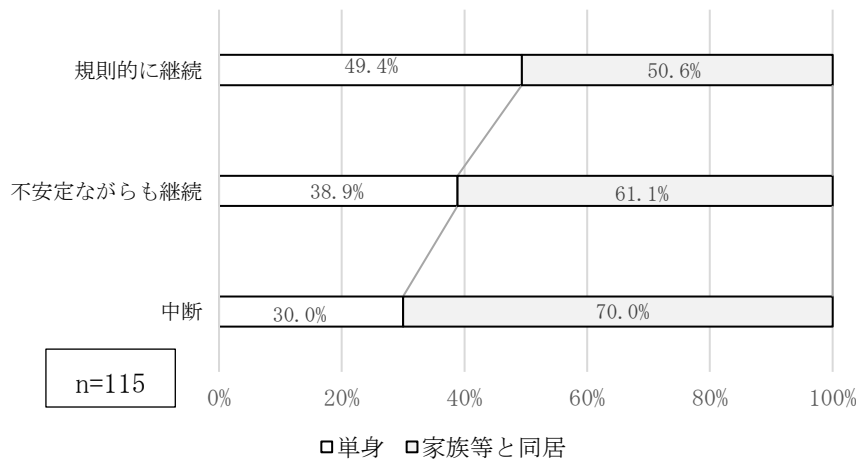
・退院後通院治療を中断した者は、通院治療を定期的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、措置入院前と同じ居所に退院している割合が大きかった。

⑬ 通院治療の継続状況と退院後の居所設定が措置入院前と異なる者との関係



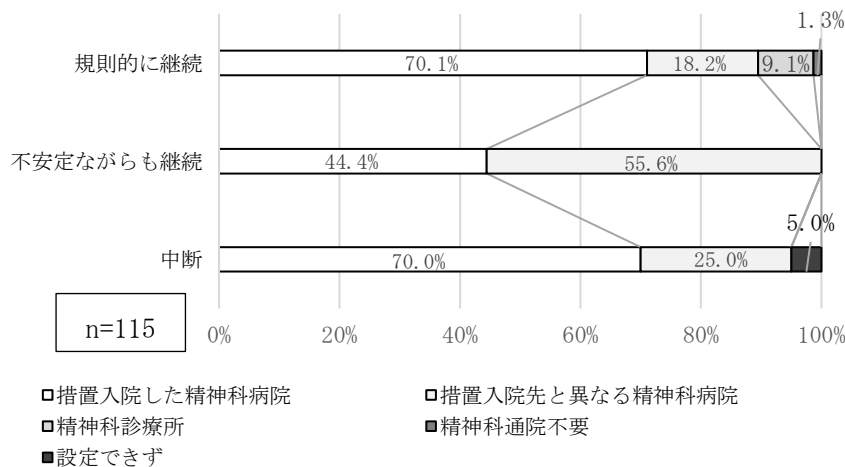
・退院後通院治療を中断した者のうち、居所設定が措置入院前と異なる者は、一般住宅から一般住宅へ転居した者、一般住宅から障害者施設に転居した者が同じく5割であった。

⑭ 通院治療の継続状況と退院後の世帯状況との関係



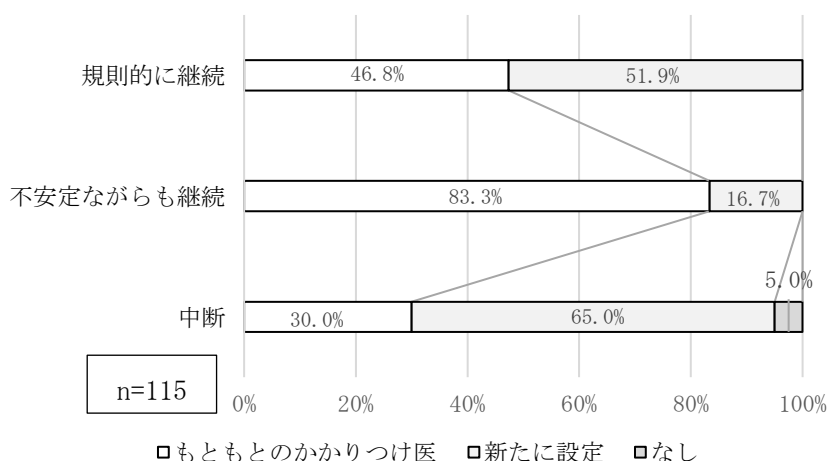
・退院後通院治療を中断した者は、7割が退院後家族等と同居していた。
・退院後通院治療を中断した者は、通院治療を定期的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、家族等と同居している割合は大きく、単身世帯の割合は小さかった。

⑮ 通院治療の継続状況と退院後の通院先との関係



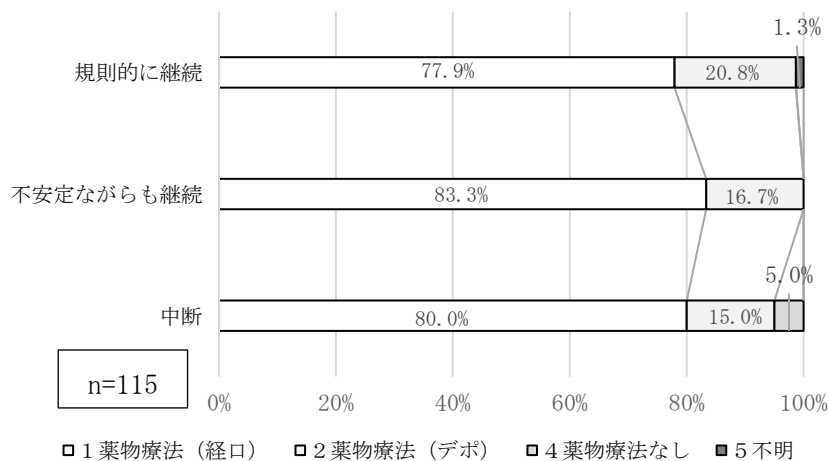
・退院後通院治療を中断した者は、7割が措置入院をした精神科病院を通院先として設定していた。

⑩ 通院治療の継続状況と通院先の詳細との関係



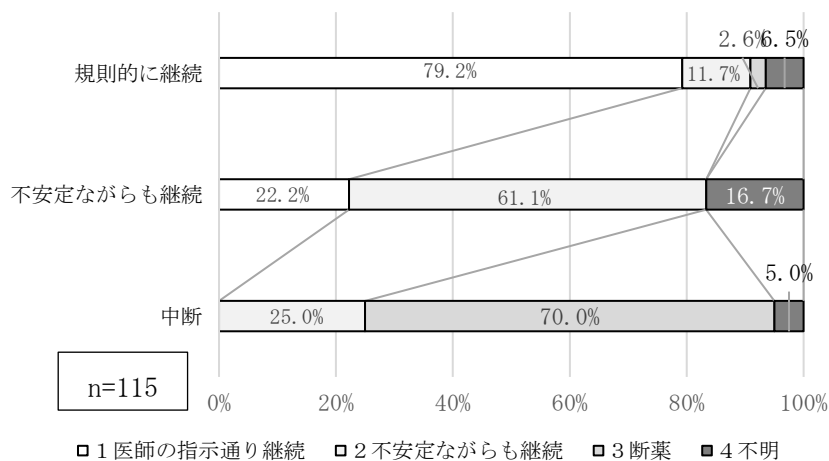
- 退院後通院治療を中断した者は、6割以上が通院先を新たに設定しており、最も割合が大きかった。
- 退院後通院治療を中断した者は、通院治療を規則的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、通院先を新たに設定している割合が大きかった。

⑪ 通院治療の継続状況と主な治療内容との関係



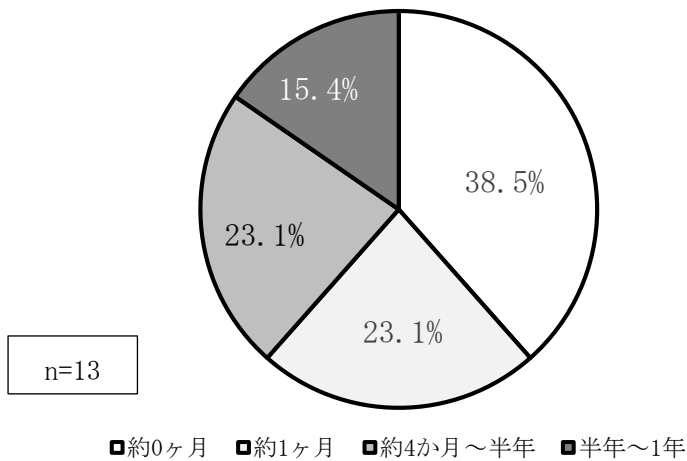
- 退院後通院治療を中断した者は、8割が主な治療内容として、薬物治療（経口）が選択されていた。
- 退院後通院治療を中断した者は、通院治療を規則的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、主な治療内容の割合に大きな差はなかった。

⑫ 通院治療の継続状況と薬物治療の継続状況との関係



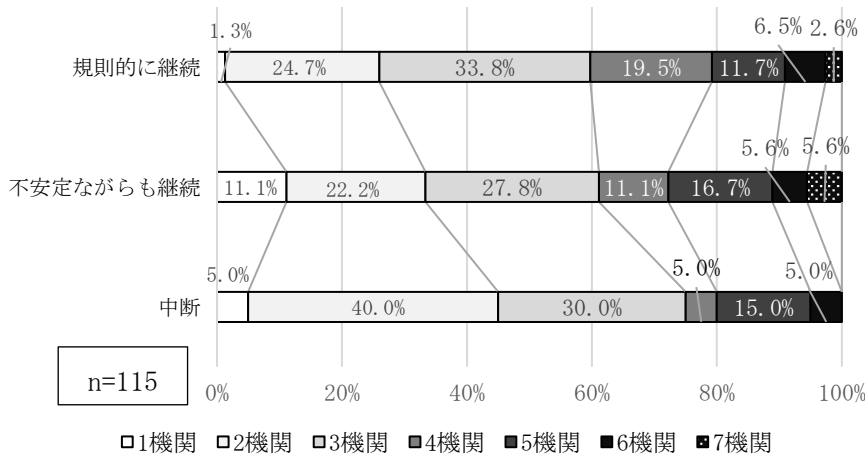
- 退院後通院治療を中断した者は、7割が断薬をした経過があった。
- 退院後通院治療を中断した者は、通院治療を規則的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、断薬した経過のある者の割合が大きかった。

⑱ 中断者の退院から断薬までの期間



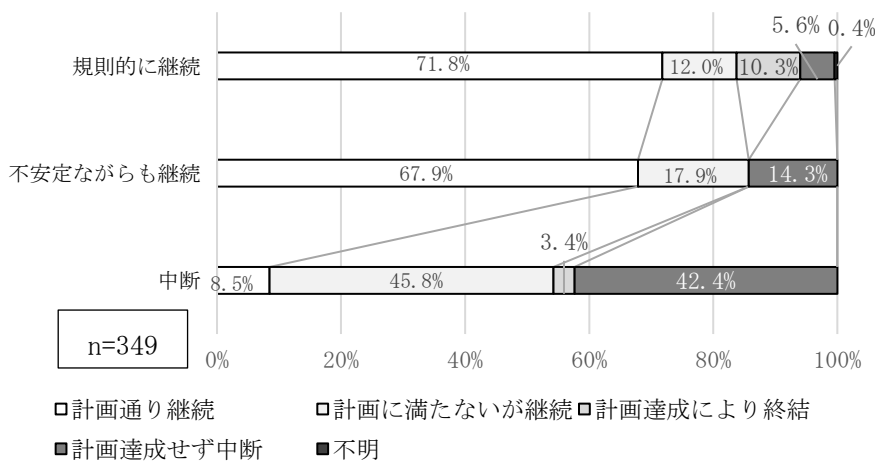
- 退院後通院治療を中断した者のうち断薬の経過がある者の断薬までの期間は、0カ月の割合が最も大きかった。
- 退院後通院治療を中断した者のうち断薬の経過がある者の6割以上が1か月以内には断薬に至っていた。

⑳ 通院治療の継続状況と退院時の支援体制との関係



- 退院後通院治療を中断した者の退院時の支援体制は、2機関の割合が最も大きかった。
- 退院後通院治療を中断した者は、通院治療を定期的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、退院時の支援体制が3機関未満の割合が大きかった。

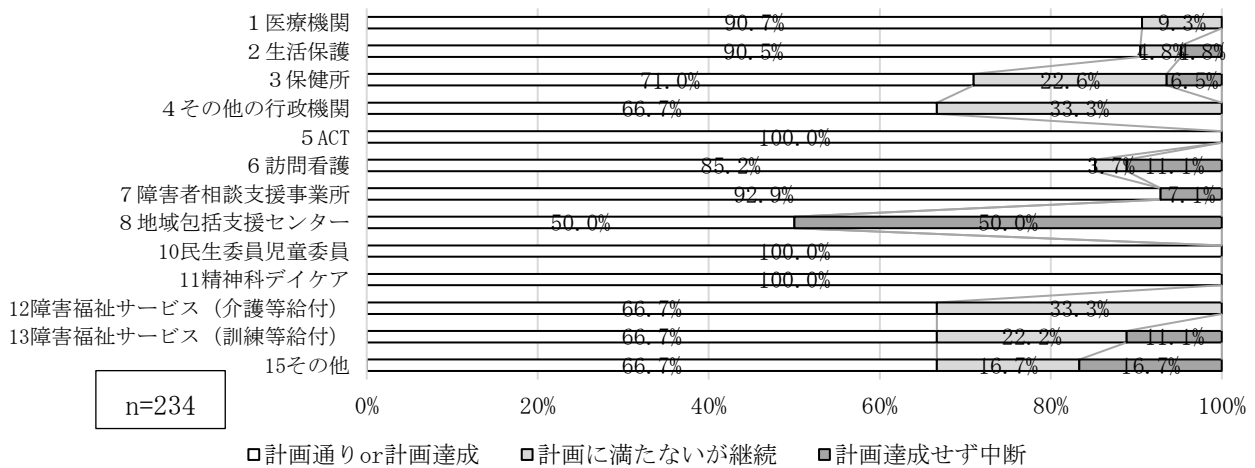
㉑ 通院治療の継続状況と退院後の支援の継続状況との関係



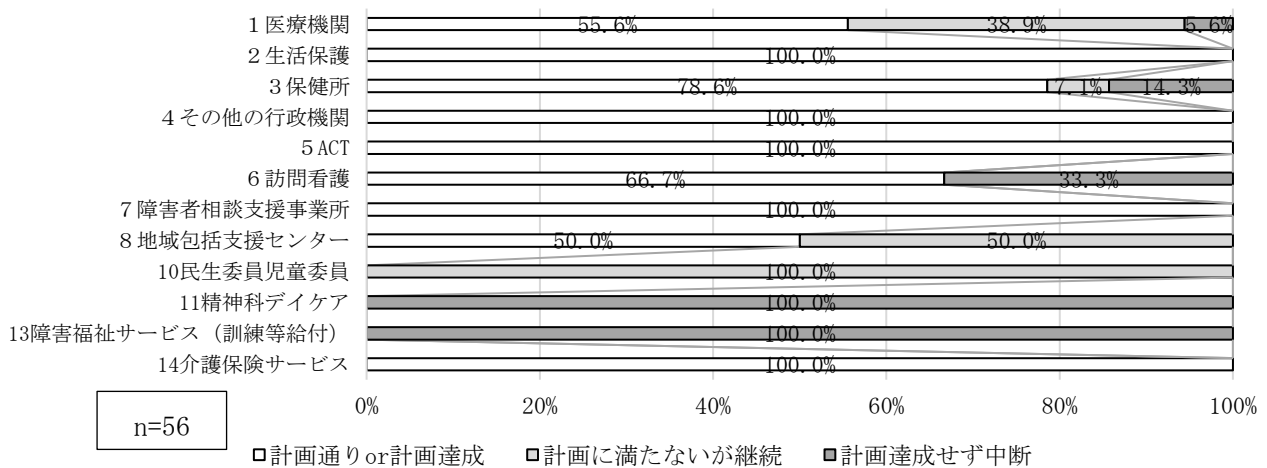
- 退院後通院治療を中断した者の退院後の支援の継続状況は、「計画に満たないが継続」、「計画達成せず中断」の順で割合が大きい。
- 退院後通院治療を中断した者は、通院治療を定期的に継続している者および不安定ながらも継続している者に比べ、「計画に満たないが継続」、「計画達成せず中断」の割合が大きかった。

② 通院治療の継続状況と退院後の機関別での支援の継続状況との関係

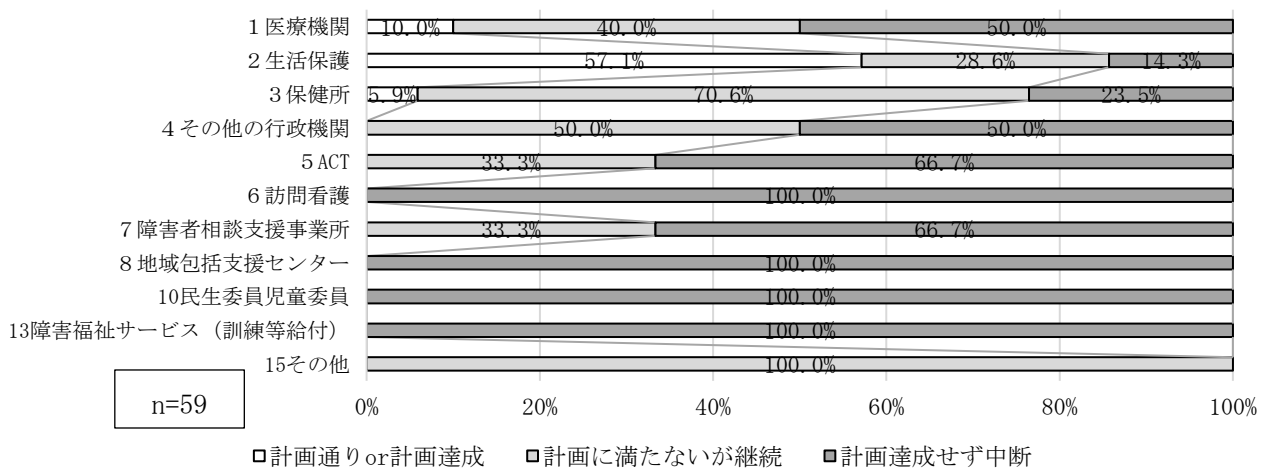
[退院後通院治療を定期的に継続している者]



[退院後通院治療を不安定ながらも継続している者]



[退院後通院治療を中断した者]



⑳ 通院治療の継続状況と非自発的入院との関係 (χ^2 検定²²、N=114)

		非自発的入院の有無		
		1あり	2なし	合計
通院治療の継続状況	1 規則的に通院を継続	人	16	60
		%	21.05	78.95
	2 不安定ながらも通院を継続	人	9	9
		%	50.00	50.00
	3 中断	人	8	12
		%	40.00	60.00
合計			33	81

**...P<0.01

*...P<0.05

- ・通院治療の継続状況と非自発的入院の関係について、両者に統計的に優位な差がみられた ($\chi^2(2, N=114)=7.370, p=0.025$)。
- ・残差分析の結果、規則的に通院継続する者は、非自発的入院なし ($p<0.01$) の人数が有意に多く、不安定ながらも通院を継続する者は、非自発的入院あり ($p<0.05$) の人数が有意に多かった。

㉑ 通院治療の継続状況と関連する要因との関係 (ロジスティック回帰分析²³、N=114)

	オッズ比	信頼区間下限	信頼区間上限	p値	説明
過去の措置入院歴の有無[T.1]	9.6	1.15	80.3	0.037 *	過去に措置入院歴がない場合と比べて、措置入院歴があると、オッズ比が9.6で、中断・不安定となる可能性が高い。
今回の入院日数_カテゴリ-2 [T.61-90]	0.1	0.01	1.22	0.071	
今回の入院日数_カテゴリ-2 [T.91-180]	0.05	0	0.69	0.025 *	入院日数60日未満と比べて、91日～180日の場合には、オッズ比が0.05で、中断・不安定となる可能性が低い。
今回の入院日数_カテゴリ-2 [T.180+]	0.62	0.04	8.96	0.72	
支援機関数	0.42	0.2	0.87	0.02 *	支援機関数が1増えると、オッズ比0.42で、中断・不安定となる可能性が低い
退院後の通院先[T.2]	2.88	0.58	14.4	0.2	
退院後の通院先[T.3]	0	0	Inf	0.99	
退院後の通院先[T.4]	0	0	Inf	1	
服薬の継続状況[T.2]	129	13.8	1200	0.00002 **	服薬状況について、医師の指示どおりに服薬と比べて、不安定で継続の場合には、オッズ比129で、中断・不安定となる可能性が高い。
服薬の継続状況[T.3]	1210	45.9	31900	0.000021 **	服薬状況について、医師の指示どおりに服薬と比べて、断薬の場合には、オッズ比1210で、中断・不安定となる可能性が高い。

**...P<0.01

*...P<0.05

- ・通院治療の継続状況を目的変数、関連する要因を説明変数とするロジスティック回帰分析を行い、以下のような結果が示された。
 - 過去に措置入院経験のある者は、治療が不安定・中断になりやすい
 - 入院日数が60日未満の者に比べて、91日から180日の者の方が、治療が不安定・中断になりにくい
 - 支援機関の多い者は、通院治療が不安定・中断になりにくい
 - 服薬が不安定、あるいは断薬する者は、通院治療が不安定・中断になりやすい

²² χ^2 検定とは、名義尺度から得られた質的なデータにおいて、標本で得られた相違が母集団においても相違として認められるかについて推測する統計的検定である。

²³ ロジスティック回帰分析とは、複数の変数から分析を行う多変量解析の一種であり、質的確率を予測する統計的検定である。

㊸ 質問項目および回答要領

質問項目	回答要領	備考
措置入院日	和暦で入力	
措置解除日	和暦で入力	
措置解除後の援護の実施者	プルダウンリストから選択 仙台市 他自治体	「他自治体」を選択した場合は、 退院後支援ガイドラインに基づく支援実施(Z列)以外の項目は入力不要です。
退院日	和暦で入力	他の入院形態に切り換えした場合は、切り替えをした入院形態での退院日を入力してください(例:措置入院→任意入院と切り換えをした場合には、任意入院から退院した日を入力します。他精神科病院へ転院した場合も同様に取り扱います)。 本票記入時点で一度も退院することなく入院が継続している場合は空欄とし、以降の項目の入力は不要です。
入院日数(自動計算)	—	このセルは自動で入院日数を計算しています。
措置入院時の住居	プルダウンリストから選択 1 一般住居(一軒家、アパート等) 2 障害者施設 3 高齢者施設 4 その他の施設 5 不定 6 不明	2 障害者施設:グループホーム、宿泊型自立訓練施設、救護施設等 3 高齢者施設:グループホーム、老健、特養、養護老人ホーム、有料老人ホーム等 4 その他の施設:無低、自立準備ホーム、セーフティーアパート、精神科以外の病院等
措置入院時の世帯状況	プルダウンリストから選択 1 単身 2 家族等と同居 3 不明	施設等への入居の場合は「1 単身」を選択してください。
生活維持のための主な収入	プルダウンリストから選択 1 自身の稼働収入 2 家族の収入 3 生活保護 4 障害年金、老齢年金 5 不明	生活維持のための収入ルートが複数ある場合でも、主なものを一つだけ選択してください。
退院時の支援体制 1~15	プルダウンリストから選択 1 医療機関 2 生活保護 3 保健所	支援機関・メニューは15種類選択できます。入力すべき支援機関・メニューがないセルには「16 なし」を選択してください。

	<p>4 その他の行政機関</p> <p>5 ACT</p> <p>6 訪問看護</p> <p>7 障害者相談支援事業所</p> <p>8 地域包括支援センター</p> <p>9 ピアスタッフ</p> <p>10 民生委員児童委員</p> <p>11 精神科デイケア</p> <p>12 障害福祉サービス(介護等給付)</p> <p>13 障害福祉サービス(訓練等給付)</p> <p>14 介護保険サービス</p> <p>15 その他</p> <p>16 なし</p>	
退院時の支援体制—その他の具体的な内容	直接文字を記入	<p>支援体制で「その他」を選択している場合、その具体的な内容を記入してください。</p> <p>そのほか複数ある場合は、カンマもしくは読点で区切ってすべて記入してください。</p>
退院後支援ガイドラインに基づく支援実施	<p>プルダウンリストから選択</p> <p>1 同意</p> <p>2 非同意</p> <p>3 対象とせず</p> <p>4 実施期間外</p> <p>5 他都市担当</p>	「4 実施期間外」は、平成 30 年 9 月以前の措置入院が該当します。
退院後の居所設定	<p>プルダウンリストから選択</p> <p>1 措置入院前と同じ</p> <p>2 転居等措置入院前と異なる</p> <p>3 不明</p>	
退院後の住居	<p>プルダウンリストから選択</p> <p>1 一般住居(一軒家、アパート等)</p> <p>2 障害者</p> <p>3 高齢者施設</p> <p>4 その他の施設</p> <p>5 不定</p> <p>6 不明</p>	<p>2 障害者施設: グループホーム、宿泊型自立訓練施設、救護施設等</p> <p>3 高齢者施設: グループホーム、老健、特養、養護老人ホーム、有料老人ホーム等</p> <p>4 その他の施設: 無低、自立準備ホーム、セーフティーアパート、精神科以外の病院等</p>
退院後の世帯状況	<p>プルダウンリストから選択</p> <p>1 単身</p> <p>2 家族等と同居</p> <p>3 不明</p>	施設等への入居の場合は「1 単身」を選択してください。

退院後の通院先	プルダウンリストから選択 1 措置入院した精神科病院 2 措置入院先と異なる精神科病院 3 診療所 4 通院不要 5 設定できず 6 不明	
通院先の詳細	プルダウンリストから選択 1 もともとのかかりつけ医 2 新たに設定 3 なし 4 不明	「3なし」は、上記で「4 通院不要」または「5 設定できず」を選択した場合となります。
主な治療手段	プルダウンリストから選択 1 薬物療法（経口） 2 薬物療法（デポ） 3 薬物療法（経皮） 4 薬物療法なし 5 不明	退院後（通院時）の主な治療手段をひとつだけ選択します。
通院治療の継続状況	プルダウンリストから選択 1 安定して継続 2 不安定ながらも継続 3 中断 4 不明	退院後～R2.12末の期間で1回でも通院が不安定になった場合には「2 不安定ながらも継続」を、中断があった場合には「3 中断」を選択します。 <u>不安定な通院から中断に至った者については「3 中断」を選択します。</u> なお、ここで言う「中断」とは「 <u>本来受診すべき日から受療することなく3か月以上経過した</u> 」とします。 複数回の措置入院歴を有する者については、直近の措置入院に関しては、上記の要領で、それ以前の措置入院に関しては、次の措置入院日までの状況について入力します（例：2回の措置入院経験を有する者であれば、1回目の措置入院については、2回目の措置入院日までの状況について入力する）。
安定した通院期間（月）	数字を入力	上記で「2 不安定ながらも継続」「3 中断」を選択した場合、通院が不安定になるあるいは中断するまでに安定して通院を継続していた月数を入力します。

		<p>家族等の代理受診は安定した通院に含みません。</p> <p>「約」と「ヶ月」は自動で入力されます。</p>
退院から中断までの期間（月）	数字を入力	<p>上記で「3 中断」を選択した場合退院した日（E 列）から中断するまでの月数を入力します。</p> <p>なお、ここで言う「中断」とは「<u>本来受診すべき日から受療することなく3 か月以上経過した</u>」とします。</p>
服薬の継続状況	<p>プルダウンリストから選択</p> <p>1 医師の指示通り継続</p> <p>2 不安定ながらも継続</p> <p>3 断薬</p> <p>4 不明</p>	<p>退院後～R2. 12 末の期間で1 回でも服薬が不安定になった場合には「2 不安定ながらも継続」を、断薬があった場合には「3 断薬」を選択します。<u>不安定な服薬から断薬に至った者については「3 断薬」を選択します。</u></p> <p>なお、ここで言う「断薬」とは「<u>完全に服薬をしない状態</u>」とします。</p> <p>複数回の措置入院歴を有する者については、直近の措置入院については上記の要領で、それ以前の措置入院については、次の措置入院日までの状況について入力します（例：2 回の措置入院経験を有する者であれば、1 回目の措置入院のついては、2 回目の措置入院日までの状況について入力する）</p>
安定した服薬期間（月）	数字を入力	<p>上記で「2 不安定ながらも継続」「3 断薬」を選択した場合、服薬が不安定になる、あるいは断薬するまでに安定して医師の指示通りに服薬を継続していた月数を入力します。</p> <p>家族等が水薬を本人の同意なく服薬させるといったことは安定した服薬に含めません。</p> <p>「約」と「ヶ月」は自動で入力されます。</p>
退院から断薬までの期間（月）	数字を入力	<p>上記で「3 断薬」を選択した場合退院した日（E 列）から断薬するまでの月数を入力します。</p> <p>なお、ここで言う「断薬」とは「<u>完全に服薬をしない状態</u>」とします。</p>

		「約」と「ヶ月」は自動で入力されま す。
非自発的入院の有無	プルダウンリストから選択 1 医療観察法による入院 2 措置入院 3 医療保護入院 4 なし 5 不明	退院後～R2. 12 末の期間で1回でも非 自発的入院があった場合には、入院形 態を選択します。 複数回の措置入院歴を有する者につ いては、直近の措置入院に関しては、 上記の要領で、それ以前の措置入院に 関しては、次の措置入院日までの状況 について入力します（例：2回の措置 入院経験を有する者であれば、1回目 の措置入院のついては、2回目の措置 入院日までの状況について入力す る）。
非自発的入院までの在宅期 間（月）	数字を入力	上記で「1 医療観察法による入院」「2 措置入院」「3 医療保護入院」を選択 した場合、非自発的入院をするまでの 在宅期間の月数を入力します。 「約」と「ヶ月」は自動で入力されま す。
支援の継続状況	プルダウンリストから選択 1 計画通り継続 2 計画に満たないが継続 3 計画達成により終結 4 計画達成せず中断 5 不明 6 なし	支援機関・メニューそれぞれについて 退院時点で想定した計画の頻度・程度 で支援が行われたかどうかを退院後 ～R2. 12 末の期間で入力します。 <u>退院時支援ガイドラインに基づく支 援計画に限りません。</u> 複数回の措置入院歴を有する者につ いては、直近の措置入院に関しては、 上記の要領で、それ以前の措置入院に 関しては、次の措置入院日までの状況 について入力します（例：2回の措置 入院経験を有する者であれば、1回目 の措置入院のついては、2回目の措置 入院日までの状況について入力す る）。
中断した場合の支援期間 （月）	数字を入力	上記で「4 計画達成せず中断」を選択 した場合、支援中断までの月数を記入 します。 「約」と「ヶ月」は自動で入力されま す。

4 措置入院者等の支援に携わる支援者を対象とした FGI

(1) FGI の質問項目

大項目	小項目
<p>(1) 措置入院者やその家族が抱えている思い</p> <p>○質問内容 「措置入院者やその家族の抱えているどのような思いや背景が、支援の受け入れに影響していると思いますか。」</p>	<p>[措置入院者が抱えている思い]</p> <ul style="list-style-type: none"> 措置入院者が支援を受け入れること、あるいは、支援を受けることに積極的になれなかったり、拒否的になることに対して、どのような思いや背景が影響していると思いますか。 実際の措置入院者の支援において、こうした背景や思いをどのように模索・理解し、どのように当事者やその家族と共有していますか。 <p>[措置入院者の家族が抱えている思い]</p> <ul style="list-style-type: none"> 措置入院者の家族が支援を受け入れること、あるいは、支援を受けることに積極的になれなかったり、拒否的になることに対して、どのような思いや背景が影響していると思いますか。 実際の措置入院者の家族の支援において、こうした背景や思いをどのように模索・理解し、措置入院者の背景や思いも踏まえつつ、どのように家族や当事者と共有をしていますか。 <p>※背景や思いの例：これまでの精神科での治療経験、その他の支援を受けた経験、社会経済活動、生活問題、家族間の関係性、地域との関係性等</p>
<p>(2) 支援者の関わり</p> <p>○質問内容 「措置入院者やその家族に関わる際にどのようなことを大切にしていますか。」</p>	<p>[措置入院中の関わり]</p> <ul style="list-style-type: none"> 措置入院中に当事者や家族にどのように関わりますか。 特に支援を受けることに積極的ではなかったり、拒否的な者にどのように関わりますか。 その際に大切にしていることはどのようなことで、その理由は何ですか。 <p>[退院後の関わり]</p> <ul style="list-style-type: none"> 措置入院者が退院した後に当事者やその家族にどのように関わりますか。 特に支援を受けることに積極的ではなかったり、拒否的な者にどのように関わりますか。 その際に大切にしていることどのようなことですか。 措置入院中の関わりと何か違いはありますか。あるとすればどのようなことで、その理由は何ですか
<p>(3) 支援チームの形成</p> <p>○質問内容 「措置入院者やその家族に支援を行うにあたって、組織内外の支援チームを形成していく際にどのようなことを大切にしていますか。」</p>	<p>[措置入院中の支援チームの形成]</p> <p>○組織内の支援チームの形成</p> <ul style="list-style-type: none"> 措置入院中に当事者やその家族の支援にあたって、自身が所属している組織内でどのように支援チームの形成を行いますか。 特に支援を受けることに積極的ではなかったり、拒否的な者の支援にあたり、どのように支援チーム形成を行いますか。 その際に大切にしていることはどのようなことで、その理由は何ですか。 <p>○組織外の支援チームの形成</p> <ul style="list-style-type: none"> 措置入院中に当事者やその家族の支援にあたって、組織外の関係機関とどのように支援チーム形成を行いますか。

	<ul style="list-style-type: none"> ・特に支援を受けることに積極的ではなかったり、拒否的な者の支援にあたり、どのように支援チーム形成を行いますか。 ・その際に大切にしていることはどのようなことで、その理由は何ですか。 <p>[退院後の支援における支援チームとの連携]</p> <p>○組織内の支援チームとの連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・措置入院者が退院した後に当事者やその家族の支援にあたって、自身が所属している組織内で形成した支援チームとの連携をどのように進めていきますか。 ・特に支援を受けることに積極的ではなかったり、拒否的な者の支援にあたり、どのように連携を進めていきますか。 ・その際に大切にしていることはどのようなことで、その理由は何ですか。 <p>○組織外の支援チームとの連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・措置入院者が退院した後に当事者やその家族の支援にあたって、組織外で形成したチームの連携をどのように進めていきますか。 ・特に支援を受けることに積極的ではなかったり、拒否的な者の支援にあたり、どのように連携を進めていきますか。 ・その際に大切にしていることはどのようなことで、その理由は何ですか。
--	--

(2) FGI から見える措置入院者等の医療等の支援継続に影響を及ぼす要因

重要な事柄	インタビュー内容（一部割愛、要約）
<p>①精神症状やそれに伴う生活上の問題のみに着目しても、支援は深まらず、現在に至る当事者とその家族の背景を捉えていくことが大切である</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・支援を振り返り、措置入院となる前から関わっていた人でも、本心が語られていなかったり、精神症状に対してどのように対処しているか等聞いていなかった人も多くいる。 ・生活歴の中から病気のことに限らず、当事者の人となりを理解し、本人の内に秘めた想いを引き出したり、汲み取りながら関わることが重要である。 ・その人の生活の中で培われた人との関わり方や価値観などが重要である。 ・家族が苦勞してたどり着いたやり方を否定することなく、そうした経過に敬意を払うことを心掛けている。
<p>②措置入院者の場合、通院や服薬の継続、精神状態といった医療的な部分に焦点が当てられがちであるが、支援を行う上で、重視すべきは、当事者の望む生活を実現していくことにある</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・支援にあたり、目的を説明する際に、最初にテーマにするのは「自己実現」としている。今よりも生活に張りが出たり、質が高くなるよう協力すると説明する。 ・目標に向かっていく上で、課題を整理する際に、到達目標に向けて、必要であれば治療もあるという話をする。 ・生活の中でメリットや糧があることが通院の継続に好影響を及ぼす。 ・本当は健常者として生きていきたい、落ち着いたら治療をやめたいという人も多く、治療を受けて回復するイメージの共有が難しいことがある。 ・家族として「このように育ってほしかった」という願いや希望が、当事者が病気になることで変わってしまったと捉え、気持ちの切り替えが難しい場合がある。 ・家族が措置入院前に大変な思いをすることで、入院後に改めて頑張る気持ちが持てないことがある。
<p>③支援者と当事者、その家族の間で支援の目的について十分な共有がなされていないことは、支援が途切れてしまう要因になり得る</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ルーチンの訪問では、何のために訪問をしているのか支援者 - 当事者お互いが目的を共有できなくなる。そうしたことは真が途切れる要因となる。 ・生活者として本人を見ていく姿勢を持ち、“治療を継続する患者”というだけではなく、どういう生活をしたいかということに着目していける支援者でありたい。 ・支援者として一貫して変わらぬ姿勢は、本人のためになることを提案していくことである。
<p>④支援機関同士の連携において、見立てや支援方針の共有がなされ、互いに役割の重なり合いが意識されなければ、支援者同士の連携は当事者やその家族にとって有益なものになり得ない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院中に当事者に最も関わる医療機関スタッフと見立てを共有することが非常に重要であると感じている。 ・支援者の内、誰が何の役割で入るのか、はじめから整理できていることは多くない。重なり合う役割があると思う。 ・病院側からの支援依頼の際に、見立てや事前情報をもらえるとやりやすいが、そうしたことがなされない場合は一からのスタートとなり、困難さを感じる

