

警察官通報により措置入院した精神障害者  
に対する保健所保健師の再発予防支援

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

伊藤 悦子

警察官通報により措置入院した精神障害者  
に対する保健所保健師の再発予防支援

目 次

序章 緒言

|                     |    |
|---------------------|----|
| 第1節 研究背景 .....      | 1  |
| 第2節 研究目的と意義 .....   | 6  |
| 第3節 論文構成と研究概要 ..... | 7  |
| 序章文献 .....          | 10 |

第1章 警察官通報後の保健師の支援の実態

|                      |    |
|----------------------|----|
| 第1節 背景及び目的 .....     | 13 |
| 第2節 研究方法 .....       | 14 |
| 第3節 結果 .....         | 17 |
| 1. 保健所の警察官通報体制 ..... | 18 |
| 2. 保健師の再発予防支援 .....  | 19 |
| 第4節 考察 .....         | 26 |
| 1. 保健所の通報体制 .....    | 26 |
| 2. 保健師の再発予防支援 .....  | 28 |
| 第5節 結論 .....         | 30 |
| 第1章文献 .....          | 31 |

第2章 全国の保健所における通報体制と保健師の再発予防支援

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 第1節 背景及び目的 .....         | 33 |
| 第2節 研究方法 .....           | 34 |
| 第3節 結果 .....             | 36 |
| 1. 保健所における警察官通報体制 .....  | 36 |
| 2. 保健師の再発予防支援の状況 .....   | 40 |
| 3. 再発予防支援36項目の構成因子 ..... | 45 |

|   |    |
|---|----|
| 第4節 考察 .....                                    | 48 |
| 1. 保健所における警察官通報体制 .....                         | 48 |
| 2. 警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の<br>再発予防支援 .....  | 49 |
| 第5節 結論 .....                                    | 52 |
| 第2章文献 .....                                     | 53 |
| <br>  |    |
| 第3章 警察官通報された精神障害者の措置入院歴と保健師の再発予防<br>支援との関連      |    |
| 第1節 背景及び目的 .....                                | 55 |
| 第2節 研究方法 .....                                  | 56 |
| 第3節 結果 .....                                    | 58 |
| 1. 警察官通報体制による都道府県の特徴 .....                      | 58 |
| 2. 都道府県の特徴による違いと再発予防支援との関連 .....                | 63 |
| 3. 保健師の再発予防支援と警察官通報された精神障害者の<br>措置入院歴との関連 ..... | 64 |
| 第4節 考察 .....                                    | 69 |
| 1. 都道府県のクラスター別に見た再発予防支援 .....                   | 69 |
| 2. 措置入院歴に関連した再発予防支援 .....                       | 70 |
| 第5節 結論 .....                                    | 72 |
| 第3章文献 .....                                     | 73 |
| <br>  |    |
| 終章 警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の<br>再発予防支援        |    |
| 第1節 本研究結果の総括 .....                              | 75 |
| 第2節 本研究結果の活用と今後の展望 .....                        | 77 |
| 終章文献 .....                                      | 79 |
| <br>  |    |
| 資料  |    |
| 第2章・第3章質問紙 .....                                | 81 |

# 序 章



# 序章

## 緒言

### 第1節 研究背景

#### 1. 精神保健福祉法第29条に基づく措置入院制度

わが国において、昭和25（1950）年から行われている措置入院制度は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）第29条の規定により、都道府県知事及び政令指定都市の長が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のある精神障害者に対し、適時適切な医療及び保護を提供するために強制的に入院させる行政処分である<sup>1)</sup>。措置入院のタイムリーな適用は、危機介入の重要な手段であり、適正な運用の確保は極めて大切であるが、制度自体は本人の同意にかかわらず行政処分として入院させることであり、人権への制約が著しく、適用は慎重に行うべきもの<sup>2)</sup>とされている。

措置入院は2人以上の精神保健指定医が診察した結果、措置入院該当と認めることが必要となっている。措置診察を申請・通報・届出する方法として、一般人からの申請（第22条）、警察官からの通報（第23条、以下、警察官通報）、検察官からの通報（第24条）、保護観察所の長からの通報（第25条）、矯正施設の長からの通報（第26条）、精神科病院の管理者からの届出（第26条の2）、心神喪失者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）がある。

各々の申請・通報・届出件数は、厚生労働省平成28（2016）年度衛生行政報告例<sup>3)</sup>によれば、一般人からの申請299件（1.1%）、警察官からの通報20,711件（73.1%）、検察官からの通報1,943件（6.9%）、保護観察所の長からの通報14件（0.0%）、矯正施設の長からの通報5,339件（18.8%）、精神科病院の管理者からの届出39件（0.1%）、心神喪失者の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報1件（0.0%）となっている。

この中で7割以上を占める警察官通報は、平成11(1999)年の法改正時5,245件であったものが、年々増加し平成28(2016年)年には約4倍に増加していた。警察官通報件数が増加した背景には、平成11(1999)年の法改正に伴い、医療保護入院等のための移送(精神保健福祉法第34条)が新設され、措置入院措置を採る精神障害者に対しても措置入院に係る病院に移送しなければならないと制度化されたこと、および平成12(2000)年警察庁「警察安全相談業務に係る関係機関、団体との連携について」に、警察本来の業務として取り組むべき相談業務に力を入れていくことが肝要との考え方が示されたことで、警察官が警察官職務執行法第3条第1項に基づき保護した事例の通報が積極的に行われるようになったと言われている<sup>4)</sup>。

警察官通報までの過程では、緊急車両など衆目を集める場面が多く、プライバシーの保護や個人情報保護が難しいこと、家族や近隣住民に大きな不安を与えるなど深刻な課題があり<sup>5)</sup>、被通報者の生命保護、人権擁護にとどまらず、家族や近隣住民の安全安心と基本的人権を守ることも含めて警察官通報の対応は慎重を期すべきものである。

警察官通報が増加したことにより、通報件数と措置診察件数の間に乖離が生じ、措置診察割合(措置診察件数/警察官通報件数)は平成11(1999)年68.2%であったものが、平成28(2016年)年42.6%に減少した。また、措置診察割合や措置入院該当割合(措置入院該当件数/警察官通報件数)は、竹島ら<sup>6)</sup>の調査によると都道府県により大きな差がみられていた。

欧米諸国では、精神障害者の多くは、精神科病院に収容され劣悪な医療環境と人権を軽視した取扱いを受けていたが、20世紀後半になり、精神科治療の進歩と人権擁護の観点により、精神科病院からの脱施設化の動きが広まった<sup>7)</sup>。1978年には、イタリアにおいて法180号が成立し、精神科病院をなくし地域で治療を受けられる体制の法整備ができた<sup>8)</sup>。1980年代に入りアメリカでは、強制精神科外来治療(Involuntary psychiatric outpatient treatment)を認める法律が整備され、その後、オランダ、イギリス、カナダ、オーストラリアにおいても強制通院制度(Community Treatment Order: CTO)が整備された。精神障害者

は、市民が通常生活するコミュニティ（地域）で外来治療、就労支援をはじめ、必要に応じて訪問看護、ACT（Assertive Community Treatment：包括型地域生活支援プログラム）などのサービスを受けられるようになり、旧来の精神科病院に長期に収容されるより、コミュニティケアを受ける方が良いということが専門家と障害者の共通の理解になっている<sup>9)</sup>とされている。

わが国においても、平成16（2004）年には、「入院医療中心から地域生活中心へ」という以後10年間の基本的方策を示した精神保健医療福祉の改革ビジョン<sup>10)</sup>が打ち出されたが、目標とする精神病床約7万床の減少は、平成26（2014）年には33.8万床と約2万床の減少<sup>11)</sup>にとどまっております。引き続き効果的な改革を目指して、平成26（2014）年に改正精神保健福祉法が施行された。平成30（2018）年には、藤井ら<sup>11)</sup>の研究をふまえた「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」が発行された。その中において、行政処分として行う措置入院は、退院の決定も都道府県知事が行うことから、保健所を中心に入院中に退院後支援に関する計画を作成し、必要な医療・福祉・介護等の支援を実施することが望ましいとされた。

## 2. 措置入院患者の再入院を予測する要因と再発予防

精神科医療における再入院を予測する要因についての研究では、「過去に入院歴がある」<sup>12)</sup>、「入院前の就業がある」<sup>13)</sup>、「患者の年齢が25歳未満である」<sup>14)</sup>、「身体合併症がある」<sup>15)</sup>などが挙げられている。措置入院患者の再入院については、大塚ら<sup>16)</sup>の調査では、措置入院し退院後外来通院となった67例について、1年間の経過を診療録で後方視的に調査した結果、再入院は17例(25.4%)、そのうち措置入院が1例(1.5%)であった。再入院の要因として、年齢、性別、平均入院日数、精神科治療歴、未婚率には有意差はなかったが、統合失調症の割合が高く、入院歴がある方が再入院率は高い傾向が認められていた。また、本人の同意を得ない状態で非自発的に入院した精神障害者の再入院に関する要因として遠田ら<sup>17)</sup>は、精神科救急病棟に非自発的に入院した患者541名を対象に診療録による後方視的調査を実施した結果、再入院率は退院後3か月

で 17.3%、1 年で 37.6%であった。再入院に関与した項目として、「年齢（退院時）が低い」、「精神科初診年齢が低い」、入院中や退院後の家族協力の欠如を反映している可能性がある「家族の面会頻度が少ない」、「入院中に心理教育を実施していない」、経済的な福祉介入が得られる一方で病院にアクセスしやすい「障害年金の受給がある」ことを報告していた。小山ら<sup>18)</sup>の調査では、精神科急性期治療病棟を退棟した 266 名中、再入院率は退院後 1 か月 6.3%、3 か月 9.8%、6 か月 24.1%で過去に入院歴がある患者の再入院率が有意に高かった。警察官通報された者の措置入院歴に関する調査では、竹島ら<sup>19)</sup>が、警察官通報された者で、過去に 1 回以上の措置入院歴があった者が 4.9%存在したことを報告していた。

過去の入院歴については、再入院例ほど治療が困難となり、家族からも孤立し地域生活の維持が難しくなる<sup>20)</sup>と言われており、精神障害者の再入院を防ぐためには、日常生活の改善につながるケース・マネジメント、危機時の介入、患者への心理教育、家族への心理教育など患者の日常生活や社会的機能を改善する<sup>21)</sup>ことが、再入院率の減少に役立つと報告されていた。

措置入院患者の再入院を予防する上では、病気・治療など患者本人への関わりだけでなく、家族環境、社会的な環境など地域で暮らす生活者としての関わりが必要と考えられた。

### 3. 地域精神保健福祉活動

昭和 40（1965）年の精神衛生法の改正により、保健所は地域精神保健の第一線機関に位置づけられた。その役割は、地域における精神障害者の早期治療、社会復帰、社会経済活動への参加と地域住民の精神的健康の増進であった<sup>22)</sup>。保健所保健師（以下、保健師）は、家庭訪問、精神保健福祉相談、デイケア、家族会の育成、共同作業所や社会適応訓練事業の拡大、関係機関との連携活動、管内の精神保健福祉に関する実態調査など幅広い業務を担ってきた<sup>23)</sup>。

平成 6（1994）年保健所法の改正により地域保健法が成立し、同年 12 月に地域保健対策の推進に関する基本的な指針<sup>24)</sup>が定められ、住民に身

近なサービスは市町村が担い、広域的専門的サービスを保健所が担うことが示された。平成 11（1999）年の精神保健福祉法改正により精神保健福祉業務の一部が市町村に移管され、平成 18（2006）年障害者自立支援法が施行されたことにより、精神保健福祉サービスの提供が市町村に一元化された。保健所は、精神障害者の地域生活に関与する機会が減少<sup>25)</sup>し、措置入院に関する対応、精神科病院への実地指導、地域医療計画策定など医療に関わる支援が多くなった<sup>26)</sup>とされている。

保健師が対象とする精神障害者は、市町村の困難事例、自傷他害行為のおそれを伴う者、拒薬や支援拒否等による病状悪化の者<sup>27)</sup>など緊急性を伴い危機介入を要する者<sup>28)</sup>が多くなった。

保健師の精神障害者に対する生活危機対応には、主治医との連携、支援者を巻き込む協働や連携、個別アプローチを通して地域全体への波及効果を意識した支援のネットワークづくり等<sup>29)</sup>がある。地域医療連携において、精神障害者が退院後に地域で暮せるための地域連携パスとして、手帳を活用した事例報告がなされていた。この手帳は、当事者が話し合いながら共に治療を決定していく Shared Decision Making（以下、SDM）を推進していくツールである。手帳は、単なる情報を提供するものではなく、患者が自ら作り上げ、疾病をコントロールできる感覚、自己効力感が得られ、レジリエンスが高められる配慮がされているもの<sup>30)</sup>とされている。自治体によっては、手帳を精神障害者の地域移行支援を進める上での地域連携パスとして、患者・家族をサポートする支援ネットワークを構築するためのツールとして活用されていた<sup>31)</sup>。

保健所が対応している措置入院患者は、例えば、幻聴や被害関係妄想により共同住宅での近隣住民について「隣人に通帳が盗まれた」など連日警察に訴え、一方、隣人は「家にごみを入れる」、「チャイムを頻回にならす」などの迷惑行為により精神的に追い詰められる状況になる<sup>32)</sup>など一般的に重症度が高く、治療上複雑なニーズを抱えていることが少なくないため、医療機関と地域の行政機関が密に連絡を取り合い退院後の継続した指導を行うことが求められていた<sup>33)</sup>。

警察官通報を保健所が受理した後、措置入院に至るまでには、措置診察の可否を決める「事前調査」、措置診察を行う「精神保健指定医の確

保」、「措置入院病院の確保」、措置入院病院への「移送」がある。それらを担当する全国の県型保健所（以下、保健所）の担当者のうち 77.4%を占めているのが保健師<sup>34)</sup>と報告されていた。保健師の警察官通報対応に関する研究では、緊急かつ切迫した初期介入の場面における危機状態の評価、対象者が落ち着きを取り戻すための支援、今後の早期治療、早期社会復帰に向けての介入の足がかりをつくる支援が保健師の役割として明らかにされていた。しかし、措置入院した後から退院後の社会復帰、再発予防に至る支援については、個々の保健師が事例ごとに試行錯誤しながら行っている現状<sup>36)</sup>は報告されていたものの、再び警察官通報による措置入院にならないための支援を明らかにしたものは見当たらなかった。

## 第 2 節 研究目的と意義

### 1. 研究目的と意義

本研究では、全国の保健所の警察官通報及び保健師の再発予防支援の実態を明らかにし、警察官通報により措置入院した精神障害者が再び警察官通報による措置入院を繰り返さないための保健師の再発予防支援を明らかにすることを目的とした。

本研究の意義は、明らかにした再発予防支援を関係者に普及することにより、警察官通報対応を担当する保健師が通報時から再発予防支援を実践することが可能となり、基本的人権に制限が加えられる措置入院の再発防止、地域で問題行動を起こしている精神障害者の通報の未然防止に貢献できると考えた。

### 2. 用語の定義

本研究では、「再発」については、症状の再燃により再び警察官通報により措置入院となることと定義した。「再発予防」については、直接的な個別支援およびネットワーク形成などの地域活動と定義した。

### 第3節 論文構成と研究概要

本研究では、警察官通報により措置入院した精神障害者が再び措置入院しないための保健師の支援を明らかにするために以下の各研究を段階的に行い、本論文を構成した。研究の概念図を図3に示した。

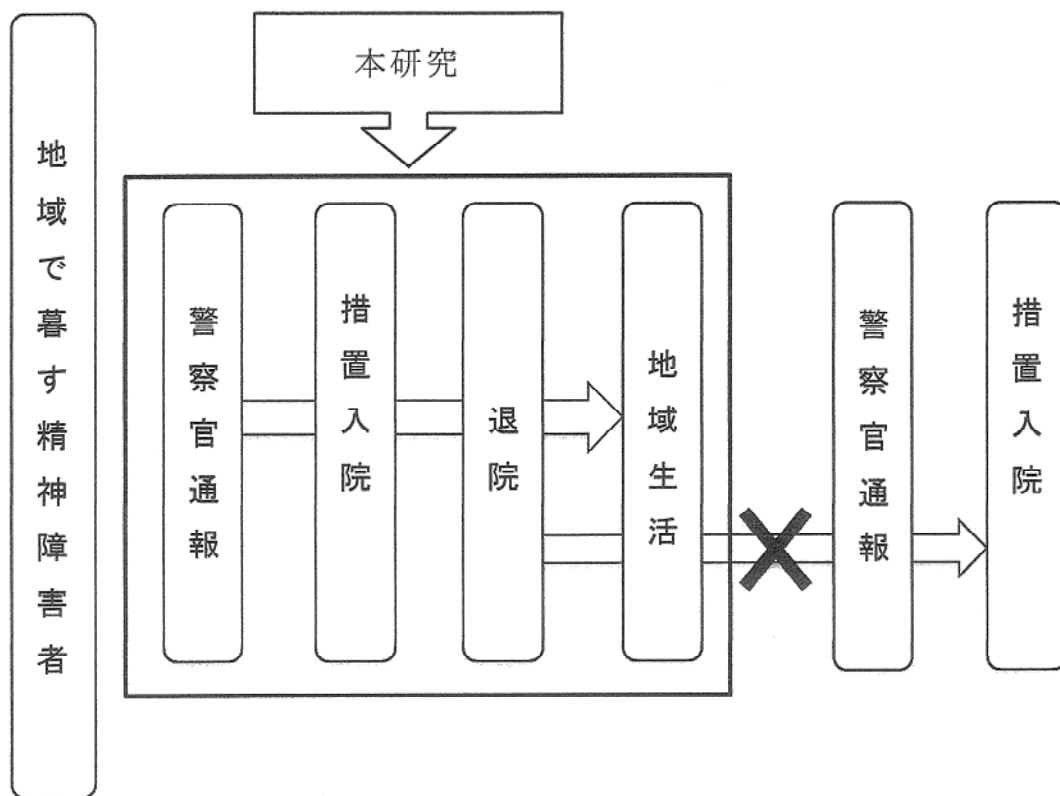
序章では、研究背景、研究目的と意義、並びに論文構成と研究概要を述べる。

第1章では、保健所における通報対応および警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援の実態を把握するために、精神保健を担当する保健師数名を対象に半構成的面接調査「警察官通報後の保健師の支援の実態（研究1）」を実施する。対象者は、警察官通報対応は都道府県により違いがあると言われていることから、都道府県を類型化し各類型から選定する。面接調査結果を質的記述的に分析した上で、警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援項目を作成する。

第2章では、第1章で作成した再発予防支援項目について、全国の保健所の統括保健師および精神保健担当保健師を対象に郵送無記名自記式質問紙調査による「全国の保健所における警察官通報体制と保健師の再発予防支援（研究2）」を実施し、警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援の実態を把握し、構成因子を明らかにする。

第3章では、第2章の調査結果を用いて「警察官通報された精神障害者の措置入院歴と保健師の再発予防支援との関連（研究3）」を実施する。その結果から、通報体制による再発予防支援の特性を明らかにした上で、再発予防支援と措置入院歴との関連を分析し、警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援を明らかにする。

終章では、研究1から研究3までを総括し、警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援に関する知見を述べ、今後の展望を述べる。



警察官通報対応から再発予防支援を実践することにより、再発予防、ひいては地域で迷惑行為等を起こしている精神障害者の通報を未然に防止できる

その効果の仮定

- ・ 措置入院の再発防止となり、措置入院の減少 1,015 件<sup>※</sup>
- ・ 地域で迷惑行為等起こしている精神障害者の危機回避、通報の未然防止となり、警察官通報の減少 20,711 件

※ 2016 年度警察官通報件数 20,711 件 × 措置入院歴有の割合 (4.9%)

図 1 本研究の着眼点



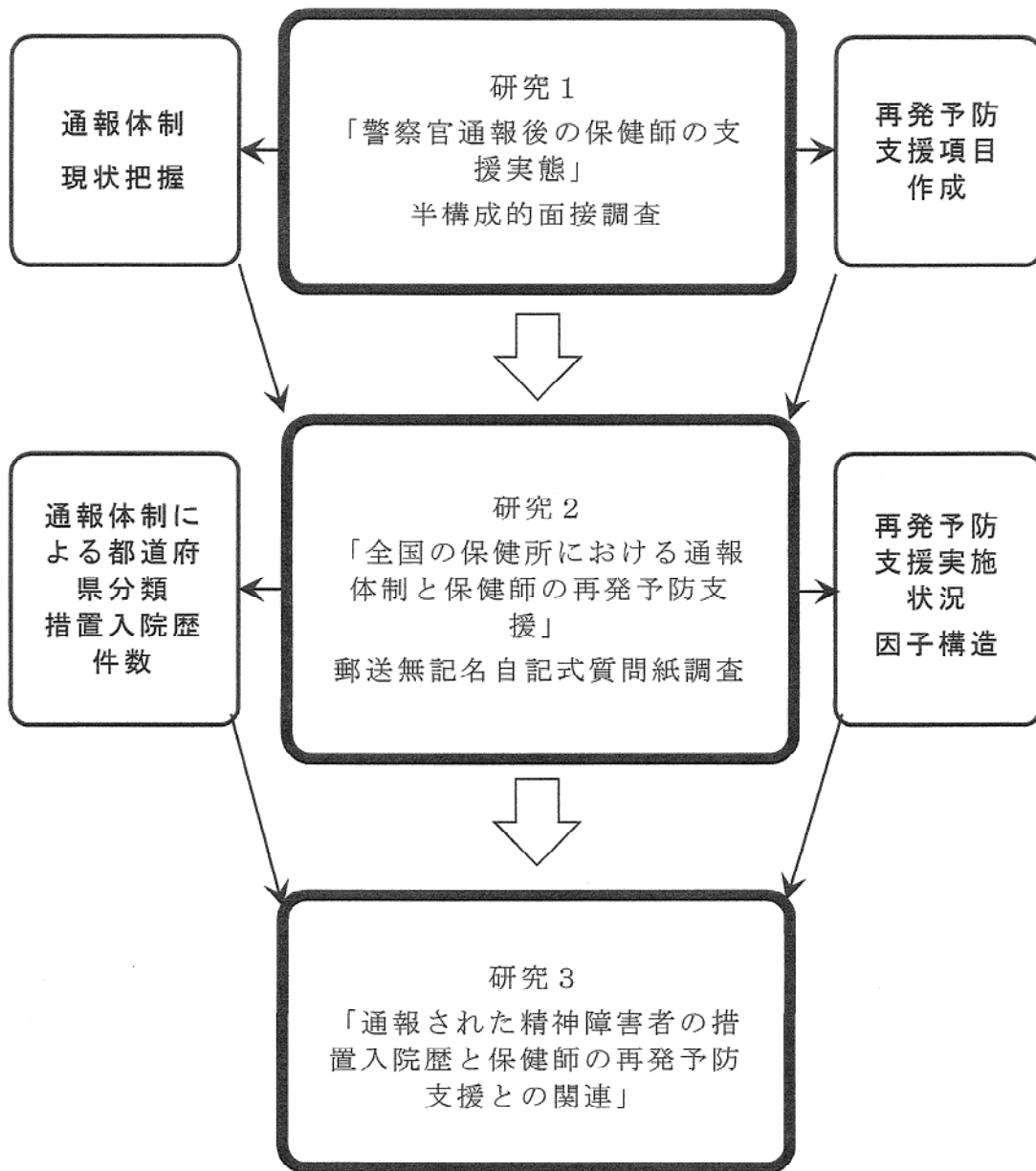


図2 論文の構成

## 序章文献

- 1)厚生労働省. 措置入院の運用に関するガイドラインについて. 2018.
- 2)瀬戸秀文, 吉住昭. 医療観察法施行前後の措置入院の変化. 臨床精神医学 2014;43(9):1325-1334.
- 3)厚生労働省. 平成 28 年度衛生行政報告例. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469> (参照 2019-9-20)
- 4)竹島正, 河野稔明. 措置入院の状況について. 公衆衛生情報 2012;8:28-31.
- 5)玉置彰宏, 海野匡, 中村真一, 他. 神奈川県内の警察官通報等にかかる業務の現状と課題. 神奈川県精神医学会誌 2009;58:49-57.
- 6)竹島正, 立森久照, 三宅由子, 他. 措置入院制度の適正な運用に関する研究-都道府県の対応に関する研究-. 平成 14 年度厚生労働科学研究;13-55.
- 7)佐々木一, 佐竹直子. 精神医療の提供実態に関する国際比較研究. 平成 21 年度厚生労働科学研究;53-135.
- 8)水野雅文. イタリアの精神科入院制度. 臨床精神医学 2015;44(3):401-406.
- 9) Medeiros h, McDaid D, et al. MHEEN II Policy Briefing 4. Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities. MHEEN network 2008.  
[https://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN\\_policy\\_briefs\\_4\\_Balanceofcare\(LSERO\).pdf#search=%27MHEEN+%E2%85%A1Policy+Briefing+4.Shifting+care+from+hospital+to+the+community+in+Europe%27](https://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN_policy_briefs_4_Balanceofcare(LSERO).pdf#search=%27MHEEN+%E2%85%A1Policy+Briefing+4.Shifting+care+from+hospital+to+the+community+in+Europe%27) (参照 2019-10-1)
- 10)中原由美. 精神保健福祉法改正後の保健所の役割と課題. 公衆衛生 2016;80(11):805-811.
- 11)厚生労働省. 精神科医療の現状について. 第 1 回精神保健福祉士の養成のあり方に関する検討会資料 2018.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf>. (参照 2020-1-18)

12) 藤井千代. 厚生労働行政推進調査事業障害者政策総合研究事業「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」.

[www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/r20-11.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/r20-11.pdf) (参照 2019-11-17)

13) 小山明日香, 石田重信, 丸岡隆之, 他. 精神科急性期治療病棟退棟患者の特徴と患者の再入院を予測する要因. 臨床精神医学 2004;33(11):1501-1507.

14) 築場玲子, 藤田利治, 甲斐祥一, 他. 精神科医療保護入院後の退院者の再入院及び受療中断に関する追跡調査. 厚生指標 1998;45:10-16.

15) 眞崎直子, 藤田利治, 甲斐祥一, 他. 精神科医療保護入院後の退院患者の再入院とその関連要因. 日本公衆衛生雑誌 1997;44:372-382.

16) 前掲 13)

17) 大塚達似, 宮川熱志, 長谷諭, 他. 措置入院患者の再入院に関わる要因の検討～退院後 1 年間の追跡調査～. 日本社会精神医学会雑誌 2015;24(3):291.

18) 遠田大輔, 中西清晃, 杉角俊信, 他. 精神科救急病棟入院患者の再入院に関連する要因の検討. 精神科救急 2014;17:123-130.

19) 前掲 12)

20) 前掲 6)

21) 西園昌久. いわゆる「再発」と再発研究の問題点. 臨床精神医学 1974;3(9):891-900.

22) 宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香, 他. 再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態. 日本精神保健看護学会誌 2014;23:70-80.

23) 曾根啓一編集. 我が国の精神保健福祉 (精神保健福祉ハンドブック) 平成 29 年度版. 日本公衆衛生協会

24) 畑下博世, 坪倉繁美, 川井八重, 他. 障害者自立支援法施行後の精神保健福祉活動における保健所の役割. 日本健康医学会雑誌 2014;22(4):287-293.

25) 厚生労働省. 地域における保健師の保健活動に関する指

針. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000144644.pdf> (参照 2019-4-28)

26) 畑下博世, 坪倉繁美, 川井八重, 他. 障害者自立支援法施行後の精神保健

- 福祉活動における保健所の役割. 日本健康医学会雑誌 2014;22(4):287-293.
- 27)柳尚夫. 精神障害者の支援における保健所の役割. 地域リハビリテーション 2015;10(12):872-876.
- 28)浅沼奈美. 「人として当たり前」に街で暮らすを支える、生活の場での協働. 日本社会精神医学会雑誌 2015;24(2):169.
- 29)全国保健所長会「精神保健福祉研究班」. 保健所精神保健福祉業務における危機介入手引き.  
[http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2006\\_10b.pdf](http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2006_10b.pdf) (参照 2019-11-27)
- 30)徳永美加子. 在宅精神障害者の生活危機に対する保健師の判断. 病院・地域精神医学 2003;46(3):294-295.
- 31)熊地美枝. 統合失調症発症早期の方へ手帳を活用した心理教育の実践—SDMの推進をめざして—. 日本精神保健看護学会誌 2015;24(2):75-80.
- 32)茨城県(茨城県土浦保健所保健指導課). いばらき県版 こころの生活支援手帳-地域連携パス-のご案内.  
<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/shofuku/seishin/documents/kokorosienanaichirashi.pdf> (参照 2019-11-27)
- 33)渡辺倫子. 保健所における退院支援活動の取組. 保健師ジャーナル 2014;70(4):294-300.
- 34)瀬戸秀文. 措置入院医療ガイドライン作成の経緯と内容. 精神科救急 2019;21:38-42.
- 35)前野有佳里. 24条通報対応における保健師のケア実践行動指標の開発. 九州大学学術情報リポジトリ 2013.
- 36)前掲 33)
- 37)広瀬良子. 精神障害者の危機対応～保健所における移送対応から～. 地域保健 1999;30(8):25-33.

# 第 1 章

# 第1章

## 警察官通報後の保健師の支援の実態

### 第1節 背景及び目的

精神保健福祉法第29条で規定されている措置入院制度は、都道府県知事の命令により自傷他害のおそれのある者を強制入院させる行政処分であり、基本的人権への制約が著しいものである。措置入院の申請・通報の中で最も件数の多いのが警察官からの通報であり、年々増加しているが、措置診察実施率、措置入院率は都道府県によって大きな差<sup>1)</sup>が見られていた。

通報の対応部署は、先行研究によると74.6%が保健所で行われ<sup>2)</sup>、保健所内で対応している者の77.4%が保健師であった<sup>3)</sup>。通報対応業務を担当する保健師は、「診察の要否調査」、「精神保健指定医への診察依頼」、「措置診察の立会い」、「措置入院のための移送」等法律に基づく法定事務を実施する一方で、通報を機会に入院中から社会復帰を前提とした指導を行い、再発防止や未然防止につながる地域精神保健活動に取り組んでいた。先行研究では、通報対応時の保健師の援助内容及び看護技法<sup>4)</sup>や被通報者の不安を軽減し安全に措置診察へ向かうためのケア等の行動指標<sup>5)</sup>の実際が明らかにされていた。一方、再発予防支援については、通院医療機関にとどまらず相談支援事業者など幅広い「地域のネットワーク」の形成と活用<sup>6)7)</sup>、地域で生活支援施策を担う「市町村保健師との協働」<sup>8)</sup>、看護が継続されること<sup>9)</sup>や良質な精神医療の継続により再入院を防ぐ<sup>10)</sup>など「医療機関との連携」の必要性などが個々の取り組み事例として報告されていた。

そこで、第1章では、保健所における精神保健担当保健師を対象に面接調査を実施し、通報対応および警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健所保健師の再発予防支援の実態を把握することを目的とした。

本研究で用いる「再発予防支援」は、直接的な服薬管理等の個別支援およびネットワーク形成等地域活動を支援することと定義した。支援の期間は、警察官通報受理後から入院中、退院後の再発予防までの一連の期間とした。

## 第2節 研究方法

### 1. 研究デザイン

警察官通報対応及び保健師の支援の実態を把握するため、質的記述的研究方法を用いた。

### 2. 調査対象

#### (1) 調査対象者のサンプリング

警察官通報の特徴によって都道府県を類型化するために、既存の都道府県統計資料から警察官通報件数、診察不要件数、措置入院該当件数、保健所保健師数、人口密度を用いて分析用データベース（表1）を作成し、47都道府県を対象に、階層的クラスター分析をWard法で行った。変数をZ得点化し、個体間の距離は平方ユークリッド距離で測定し、樹形図から最も解釈可能な非類似距離でクラスター数を求め、I～IVのクラスターごとに調査対象者を選定した。（図1）

#### (2) 調査対象者の収集方法

調査対象者は、地域精神保健活動について専門誌もしくは学会発表している保健所の保健師に対し、クラスターごとに依頼した。

選定手順として、①選出した保健所の保健師もしくは統括保健師に電話にて趣旨説明を行い、調査の内諾を得た。②内諾の得られた後、保健所長あてに調査依頼文書を郵送した。③後日、保健師若しくは統括保健師に電話して所長決済を確認した後に、具体的なインタビューの日程調整等を行った。

### 3. 研究期間

平成28（2016）年10月～平成29（2017）年9月

### 4. 調査方法

選定した対象者と日程調整をし、対象者の職場内の会議室または面談室を借用して、インタビューガイドを用いた半構造化面接を個別に実施した。

## 5. 調査項目

- ①基本属性：所属部署、年齢、性別、保健師経験年数、担当業務
- ②保健所実績と通報対応体制：平成 28 年度の通報申請機関別通報件数及び措置入院患者数、診察不要率、再入院者数、管内人口密度、輪番体制、移送車や拘束帯の整備、所内協力体制等
- ③警察官通報により措置入院となった精神障害者に対する保健師の再発予防支援に関する項目：
  - ア 服薬を中断された方はどうして中断したと思われますか。
  - イ その時の保健師の支援はどうでしたか。
  - ウ 保健師と他の支援者との連携状況はどうですか。  
(家族、入院病院スタッフ、訪問看護師、診療所主治医、地域支援相談員、社会復帰事業所スタッフ、市町村保健師、民生委員等)
  - エ 再発を防ぐ保健所管内の地域支援体制はどうあったらよいと思いますか。

## 6. 分析方法

対象者の了解を得て ICレコーダーに録音し、逐語録を作成し、逐語録を精読の上、精神障害者が通報に至らずに地域生活を維持するために保健所保健師が実施している再発予防支援を述べている部分に留意してコードを作成して分類しサブカテゴリをつけ、最終的なカテゴリを抽出した。さらに、地域看護学の研究者及び精神保健活動の経験が豊富な保健師で内容を確認して再発予防支援項目を作成した。

## 7. 倫理的配慮

本研究は、「ヘルシンキ宣言（2013年10月フォルタレザ修正）」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号）」並びに「日本看護協会倫理綱領」における倫理指針を遵守して実施した。本研究への参加を強制するものではなく、参加しない場合の不利益がないこと、同意の撤回はいつでも可能であること、逐語録作成時に個人情報を取り除き匿名化すること、研究成果の公表について対象者に文書と口頭で説明し同意書に署名を得た。本研究で得られたデータは、個人情報が漏れ



ることのないように厳重に管理した。なお、研究実施に際し、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得た（承認：平成 28 年 7 月 19 日 第 374 号）。

表 1 クラスタ分析に用いた変数

|       | 警察官<br>通報数※1<br>(人口10万対) | 診察<br>不要数※1<br>(人口10万対) | 措置入院<br>該当数※1<br>(人口10万対) | 保健所<br>保健師数※2<br>(人口10万対) | 人口<br>密度※3 |
|-------|--------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| 全 国   | 13.0                     | 6.2                     | 4.5                       | 2.9                       | 343.4      |
| 北海道   | 15.7                     | 14.7                    | 0.5                       | 4.2                       | 70.2       |
| 青 森   | 2.6                      | 0.4                     | 1.8                       | 3.8                       | 142.4      |
| 岩 手   | 7.3                      | 5.9                     | 1.0                       | 3.6                       | 87.1       |
| 宮 城   | 8.5                      | 3.0                     | 3.7                       | 3.1                       | 322.3      |
| 秋 田   | 2.1                      | 0.3                     | 0.8                       | 5.7                       | 93.3       |
| 山 形   | 8.2                      | 0.7                     | 6.0                       | 4.4                       | 125.4      |
| 福 島   | 10.8                     | 0.4                     | 3.7                       | 4.3                       | 147.2      |
| 茨 城   | 8.6                      | 1.9                     | 4.6                       | 2.6                       | 487.2      |
| 栃 木   | 15.5                     | 0.7                     | 9.4                       | 3.8                       | 313.3      |
| 群 馬   | 15.0                     | 1.4                     | 4.3                       | 1.9                       | 315.6      |
| 埼 玉   | 11.0                     | 0.3                     | 7.1                       | 1.6                       | 1894.2     |
| 千 葉   | 25.8                     | 20.0                    | 4.3                       | 2.3                       | 1205.5     |
| 東 京   | 17.6                     | 4.3                     | 10.6                      | 1.0                       | 6015.7     |
| 神奈川   | 15.0                     | 5.3                     | 7.2                       | 0.9                       | 3745.4     |
| 新 潟   | 5.4                      | 0.3                     | 3.7                       | 3.2                       | 188.7      |
| 富 山   | 8.6                      | 5.8                     | 2.4                       | 5.0                       | 257.4      |
| 石 川   | 5.2                      | 1.4                     | 3.5                       | 4.4                       | 279.5      |
| 福 井   | 12.3                     | 2.4                     | 4.8                       | 6.0                       | 192.4      |
| 山 梨   | 8.4                      | 1.2                     | 3.3                       | 4.7                       | 193.3      |
| 長 野   | 14.7                     | 1.6                     | 8.6                       | 3.3                       | 158.7      |
| 岐 阜   | 30.9                     | 30.3                    | 0.6                       | 2.8                       | 195.9      |
| 静 岡   | 16.7                     | 13.0                    | 2.3                       | 2.1                       | 483.9      |
| 愛 知   | 9.7                      | 8.8                     | 0.6                       | 1.7                       | 1434.8     |
| 三 重   | 8.9                      | 1.1                     | 3.5                       | 3.1                       | 321        |
| 滋 賀   | 11.7                     | 4.0                     | 3.8                       | 3.2                       | 351.2      |
| 京 都   | 9.2                      | 1.2                     | 3.0                       | 2.8                       | 571.4      |
| 大 阪   | 8.6                      | 3.9                     | 3.9                       | 2.6                       | 4669.7     |
| 兵 庫   | 11.1                     | 9.7                     | 0.7                       | 2.6                       | 665.6      |
| 奈 良   | 6.0                      | 4.6                     | 1.2                       | 3.5                       | 379.5      |
| 和歌山   | 20.1                     | 12.7                    | 2.0                       | 5.5                       | 212        |
| 鳥 取   | 4.0                      | 0.9                     | 2.2                       | 7.1                       | 167.8      |
| 島 根   | 10.4                     | 0.0                     | 6.3                       | 7.7                       | 107        |
| 岡 山   | 12.7                     | 3.0                     | 3.2                       | 4.3                       | 273.5      |
| 広 島   | 10.2                     | 0.4                     | 7.6                       | 1.7                       | 337.4      |
| 山 口   | 8.7                      | 0.1                     | 4.6                       | 3.8                       | 237.4      |
| 徳 島   | 40.8                     | 38.8                    | 1.3                       | 7.5                       | 189.4      |
| 香 川   | 21.3                     | 11.5                    | 3.9                       | 3.7                       | 530.7      |
| 愛 媛   | 15.4                     | 14.0                    | 1.2                       | 4.6                       | 252.1      |
| 高 知   | 10.3                     | 2.0                     | 6.6                       | 8.1                       | 107.6      |
| 福 岡   | 10.6                     | 4.9                     | 4.3                       | 2.5                       | 1019       |
| 佐 賀   | 5.1                      | 0.8                     | 3.3                       | 6.0                       | 348.3      |
| 長 崎   | 10.3                     | 1.4                     | 7.1                       | 5.4                       | 347.5      |
| 熊 本   | 6.9                      | 2.8                     | 3.0                       | 3.6                       | 245.4      |
| 大 分   | 15.0                     | 7.6                     | 4.7                       | 6.2                       | 188.7      |
| 宮 崎   | 5.4                      | 1.5                     | 2.7                       | 6.4                       | 146.7      |
| 鹿 児 島 | 18.6                     | 17.5                    | 1.0                       | 5.2                       | 185.7      |
| 沖 縄   | 8.1                      | 5.0                     | 2.5                       | 5.4                       | 611.9      |

※1) 平成 25 年度厚生労働省衛生行政報告例

※2) 平成 25 年 5 月 1 日現在保健所常勤保健師数 保健師活動調査

※3) 平成 25 年総務省 HP 住民基本台帳に基づく人口

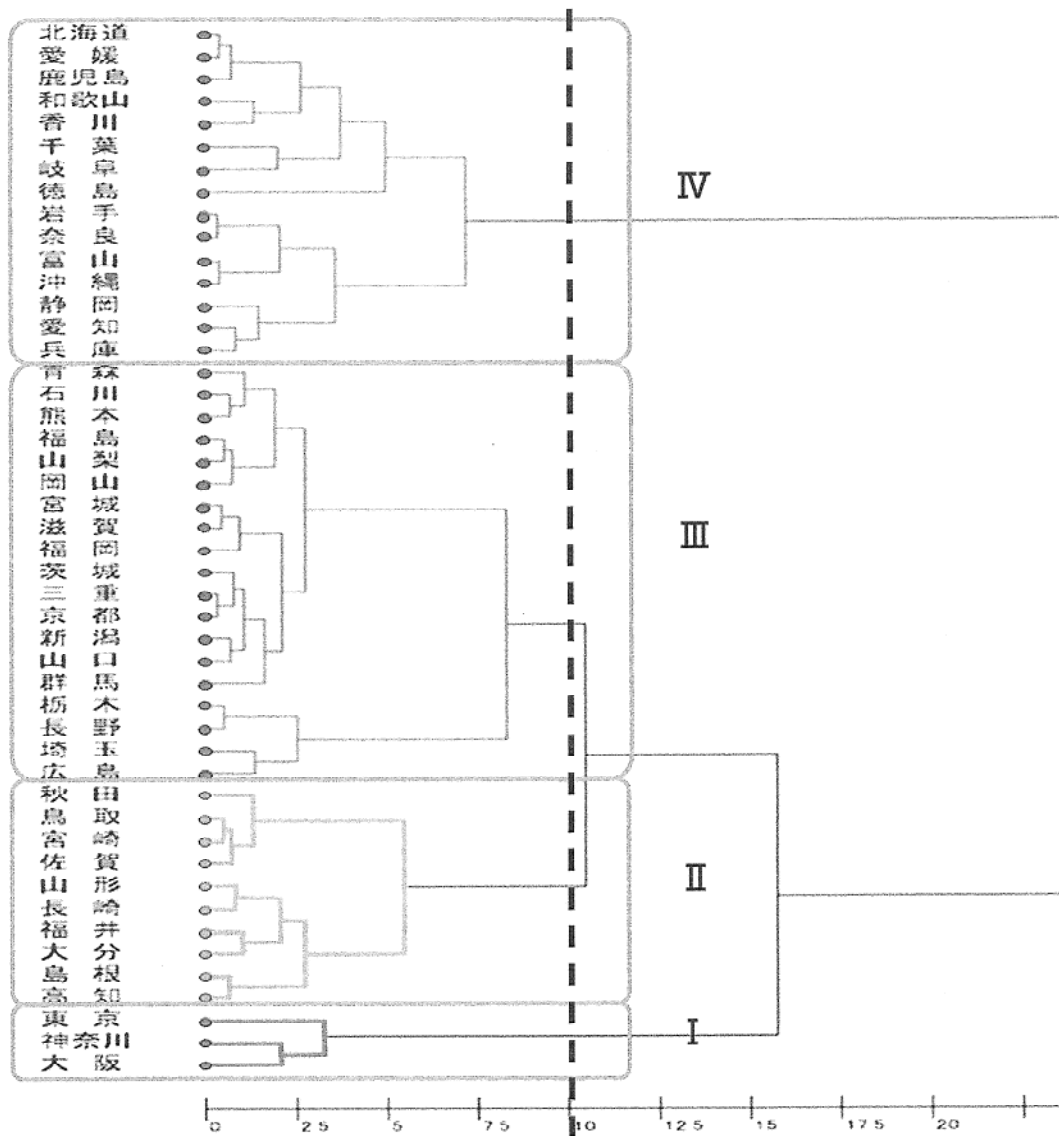


図1 警察官通報に関する都道府県統計によるクラスター

### 第3節 結果

警察官通報の特徴によって都道府県を類型化してサンプリングした9保健所（表1）の精神保健担当保健師にそれぞれの職場にて面接調査を実施し、保健所の通報対応及び保健師の再発予防支援の実態を把握した。

## 1. 保健所の警察官通報体制

警察官通報の受理は、平日日中は保健所の担当部署で行っているが、夜間休日については、保健所担当部署内で当番制を敷いている保健所が 3 か所、特定の役職一人が担当している保健所が 3 か所、保健所以外で実施している保健所が 2 か所、担当係で対応している保健所が 1 か所であった。

事前調査の実施は、平日日中は全て保健所で実施している。夜間休日は、保健所職員 2 人体制で実施している保健所が 7 か所、保健所以外で実施している保健所が 2 か所あった。

措置診察を実施する精神保健指定医の確保については、平日日中は、保健所で対応が 7 か所、保健所以外で実施する保健所が 2 か所であった。夜間休日は、保健所で担当が 6 か所、保健所以外が担当するのが 3 か所であった。

措置入院病院を確保するのは、日中平日は保健所で対応が 7 か所、保健所以外で実施する保健所が 2 か所であった。夜間休日は、保健所で担当が 6 か所、保健所以外が担当するのが 3 か所であった。

移送は、保健所で実施しているのが D 保健所、F 保健所、G 保健所、H 保健所の 4 保健所だが D 保健所以外は警察の協力が得られ、警察官が運転する警察車両で搬送し、保健所職員 1 名が同乗し、1 名は保健所公用車で随行していた。D 保健所は、平成 11 (1999) 年の精神保健福祉法改正により第 34 条移送が新設されて以降、警察署は保健所が移送すべきと警察車両を出さなくなったため、全て公用車で実施しているとのことであった。しかし、公用車は 2 列車両で後部座席との距離も近く暴れる被通報者を安全に搬送するのは難しく、職員の安全確保も十分でないため、大きなストレスなので、本庁と協議をして、次年度から警備保障会社に委託して警備員 1 名が同乗する予定になったとのことであった。A 保健所は自前の救急車両で搬送し、E 保健所、I 保健所は本庁の集中管理の上で、タクシー会社への委託方法をとっており、B 保健所と C 保健所は保健所で県が委託契約を結んでいるタクシー会社に委託していた (表 2)。

表2 保健所別通報体制

| 項目                | 区分   | I型                                       |  | II型                          |                               | III型                         |                                     | IV型                          |                              |                              |
|-------------------|------|--|--|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
|                   |      | A保健所                                     | B保健所   | C保健所                         | D保健所                          | E保健所                         | F保健所                                | G保健所                         | H保健所                         | I保健所                         |
| 受理                | 平日日中 | HC<br>課対応                                | HC<br>課対応                                    | HC<br>課対応                    | HC<br>課対応                     | HC<br>担当対応                   | HC<br>班対応                           | HC<br>課対応                    | HC<br>係対応                    | HC<br>課対応                    |
|                   | 夜間休日 | HC外対応                                    | 課長<br>当番なし                                   | 当番制                          | 主幹<br>当番なし                    | HC外対応                        | 当番制                                 | 当番制                          | 係対応                          | 次長<br>当番なし                   |
| 調査決定              | 平日日中 | 所長                                       | 所長   | 所長                           | 所長                            | 所長                           | 所長                                  | 所長                           | 所長                           | 所長                           |
|                   | 夜間休日 | HC外対応                                    | 所長   | 所長                           | 所長                            | HC外対応                        | 所長                                  | 所長                           | 所長                           | 所長                           |
| 事前調査              | 平日日中 | HC<br>課対応                                | HC<br>課対応                                    | HC<br>課対応                    | HC<br>課対応                     | HC<br>担当対応                   | HC<br>班対応                           | HC<br>課対応                    | HC<br>係対応                    | HC<br>課対応                    |
|                   | 夜間休日 | HC外対応                                    | HC<br>2人                                     | HC<br>2人                     | HC<br>2人                      | HC外対応                        | HC<br>2人                            | HC<br>2人                     | HC<br>2人                     | HC<br>2人                     |
| 診察決定              | 平日日中 | HC対応                                     | 所長   | 所長                           | 所長                            | 所長                           | 事後                                  | 所長                           | 所長                           | 所長                           |
|                   | 夜間休日 | HC外対応                                    | 所長   | 所長                           | 所長                            | HC外対応                        | 事後                                  | 所長                           | 所長                           | 所長                           |
| 精神保健<br>指定医<br>確保 | 平日日中 | HC外対応                                    | HC<br>課対応                                    | HC<br>課対応                    | HC<br>課対応                     | HC<br>担当対応                   | HC<br>班対応                           | HC<br>課対応                    | HC<br>係対応                    | HC外対応                        |
|                   | 夜間休日 | HC外対応                                    | HC<br>2人                                     | HC<br>2人                     | HC<br>課人                      | HC外対応                        | HC<br>2人                            | HC<br>2人                     | HC<br>2人                     | HC外対応                        |
| 措置入院<br>機関確保      | 平日日中 | HC外対応                                    | HC<br>課対応                                    | HC<br>課対応                    | HC<br>課対応                     | HC<br>担当対応                   | HC<br>班対応                           | HC<br>課対応                    | HC<br>係対応                    | HC外対応                        |
|                   | 夜間休日 | HC外対応                                    | HC<br>2人                                     | HC<br>2人                     | HC<br>2人                      | HC外対応                        | HC<br>2人                            | HC<br>2人                     | HC<br>2人                     | HC外対応                        |
| 移送                | 平日日中 | HC外対応<br>(本庁救急<br>車)                     | タクシー<br>(県委託)                                | タクシー<br>(県委託)                | HC<br>公用車<br>来年度警備<br>委託      | タクシー<br>(県委託)                | HC<br>警察協力                          | HC<br>警察協力                   | HC<br>警察協力                   | HC外対応<br>(タクシー)              |
|                   | 夜間休日 | HC外対応<br>(本庁救急<br>車)                     | タクシー<br>(県委託)                                | タクシー<br>(県委託)                | HC<br>公用車<br>来年度警備<br>委託      | HC外対応                        | HC<br>警察協力                          | HC<br>警察協力                   | HC<br>警察協力                   | HC外対応<br>(タクシー)              |
| 保健所の特徴            |      | 管内精神科<br>病院数2<br>担当保健師<br>数1             | 管内精神科<br>病院数1<br>担当保健師<br>数5                 | 管内精神科<br>病院数0<br>担当保健師<br>数5 | 管内精神科<br>病院数7<br>担当保健師<br>数3  | 管内精神科<br>病院数6<br>担当保健師<br>数1 | 管内精神科<br>病院数3<br>担当保健師<br>数8        | 管内精神科<br>病院数7<br>担当保健師<br>数2 | 管内精神科<br>病院数2<br>担当保健師<br>数2 | 管内精神科<br>病院数5<br>担当保健師<br>数6 |
| 類型の特徴             |      | I型<br>人口密度多<br>く、保健師が<br>少ない。措置<br>入院が多い | II型<br>人口密度が少なく、保健師が多い。通<br>報件数および診察不要件数が少ない |                              | III型<br>通報件数少なく、診察不<br>要件数少ない |                              | IV型<br>通報件数多く、診察不要件数が多く<br>措置入院が少ない |                              |                              |                              |

注) HC: Health Center (保健所)

## 2. 保健師の再発予防支援

保健師が警察官通報により措置入院になった精神障害者に対する再発予防支援の実態について、9人の保健所保健師に各々の職場の面談室を借用して、個別に半構造化面接を実施した。所要時間は60分から90分であった。

調査対象者9人の経験年数は、30～34年が5人と最も多く、次いで15～19年が3人、225～29年が1人であった。年代は、50代が5人と最も多く、

次いで40代が3人、30代が1人であった。役職は主任級5人、課長級3人、次長級1人であった。年代や役職は異なっていたが、警察官通報対応を中心に実施している者であった。

9名の調査対象者への調査終了後、それぞれに再発予防支援の語りから逐語録を作成し、再発予防に関する記述について、地域保健活動の豊富な経験がある大学院生と地域看護学の研究者にスーパーバイズを受けながら、226コードを抽出し、内容の類似性から97サブカテゴリに集約した。さらに内容の検討をして36のカテゴリを抽出した(表3)。

以下、サブカテゴリを「」、カテゴリを<>で示す。

再発予防支援として、「支援者とよく打合せを行う」、「通報基準を統一している」などの項目は、<支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準を共有する>とした。「退院前に病院で開催される退院支援会議では、退院後のサービス調整を行う」、「警察に報告・連絡・相談をこまめに行う」からは、<支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する>とした。「退院支援会議に地域の支援チームが集い、本人の意向を確かめた上でサービス調整を行う」からは、<支援者と患者のQOLを共有する>とし、「退院支援会議では、定期訪問する訪問看護やヘルパーと本人の悪化兆候を共有する」からは、<支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する>とした。「保健所は精神疾患が絡む事例検討を保健所主催の会議を利用して行う」、「再発患者の再発要因を事例ごとに保健所と病院で検討する」からは、<支援者と事例検討を行い、支援の方向性を共有する>とした。「退院支援会議で訪問看護と主治医との連携を図る」、「保健所は市の障害担当保健師の相談に乗る」からは、<支援者と事例検討を行い、支援者の困りごとや困難感を共有する>とした。「退院支援会議では、定期訪問する訪問看護やヘルパーが本人の変化を連絡する方法を確認する」、「保健所は関係者や病院や警察から本人の調子について情報を得るシステムがある」からは、<支援者が速やかに悪化兆候を保健所に知らせる体制をつくる>とし、「保健所は退院前に、服薬中断や医療中断、訪問拒否等の状況の悪化を防ぐために支援チームを組織する」、「退院前に病院ケースワーカーと保健所と一緒に地域支援者を選ぶ」からは、<入院早期に支援者による地域支援チームを作る>とした。「本人の自己実現に向けた計画を立てる」、「ケースを思いやる」からは、<患者の自己実現を反映した退院支援計画を作成する>

とし、「退院前に退院後の悪化を想定した対応をとっていく」からは、＜支援者と協力してクライプラン（悪化時の症状と対応策）を作る＞、「服薬継続のために訪問する」、「病院は退院前に保健所へ連絡する」からは、＜服薬を確認するための体制をつくる＞、「入院中に退院後の生活を考えて自分を振り返る」  
「関係者も理解できる場やツールを病院が実施できるようにする」からは、＜退院後の生活を患者と支援者が共有するツール（例えば手帳など）を用いて支援する＞とした。「保健所は訪問看護の情報提供書で状況確認する」、「保健所は関係機関と連携して受診支援や治療継続支援を行う」、「通報後の精神障害者には訪問頻度を決めて訪問している」からは、＜支援者と分担して定期的に誰かが患者を訪問する＞とし、「病院ケースワーカーが公的なネットワーク会議に参加し状態悪化を予想した対応につながる」からは、＜支援者とタイムリーに危機予知を連絡し合う＞、「本人の入院中に家族へ病気の理解や服薬指導等している」からは、＜患者の入院中に家族を支援する＞、「地域情報を社会福祉協議会はつかんでいるので近隣苦情に対応する」からは、＜患者の入院中に近隣住民の不安を取り除く＞とし、「コミュニティソーシャルワーカーと連携して近隣苦情に対応している」からは、＜関係者と連携し近隣の相談体制を充実させる＞とした。「管内の社会資源や繋ぎ方を詳しく書いた冊子を毎年作り配布している」からは、＜管内の精神保健福祉に関する社会資源を詳しく紹介した冊子を対応窓口となる関係機関に配布する＞、「孤立している人の再発が多く孤立感の解除のために日中活動につなげる、あるいはそこにつなげるまで訪問看護やヘルパーの訪問サービスを入れる」からは、＜出かける場づくりなど日中活動を支援する＞とし、「地域活動している人たちへ精神障害者の理解促進、啓発活動を行う」、「警察の行動を会議ではめる」からは、＜事例の問題から地域の課題として、事業の見直しや病院指導・会議に反映する＞とした。「精神障害者が地域で暮すことへの理解がえられるよう地元自治会に働きかける」からは、＜精神障害者が地域で暮すことへの理解が得られるよう地元自治会に働きかける＞とし、「精神障害者が地域で暮すことへの理解が得られるよう地元小中学校に働きかける」からは、＜精神障害者が地域で暮すことへの理解が得られるよう地元小中学校に働きかける＞とした。「当事者のピア活動やグループ活動がある」からは、＜患者が主体性を育む関わりをする＞とし、「措置入院後2か月目には必ず面会し、患者の疾

病理解、服薬管理、人間関係など知る」からは、＜入院中の患者にいつもの生活の満足度を把握する＞、「入院中に患者の普段の人間関係を把握する」からは、＜入院中に患者の普段の人間関係を把握する＞、「入院中に本人の病気の理解をする」からは、＜入院中に患者の病気の理解の程度を把握する＞とした。「退院支援会議では、サービス調整をして服薬支援方法を決め、本人の同意を得る」からは、＜入院中に患者の服薬への認識を確認する＞とし、「入院中の患者に自身の悪化兆候をたずねる」からは、＜入院中の患者に自身の悪化兆候をたずねる＞、「退院後の訪問などで患者の症状の変化を継続的に把握する」からは、＜退院後の訪問などで患者の症状の変化を継続的に把握する＞とした。「判断に迷うときは上司に相談して迅速に対応する」からは、＜判断に迷うときは上司に相談して迅速に対応する＞、「人格障害など治療以外の周囲のサポートが必要でこれからの支援と思うが不全感がある」からは、＜職場で事例検討し保健師としての振り返ることができる＞、「大変でない時も病院と事例検討会を定期的を開催する」、「疾患の理解、障害の特徴をケース会議で理解していく」、「警察を含めた事例検討会を開催し、精神科医のアドバイスにより共通認識する」からは、＜個別事例を重ね、地域の課題をアセスメントする力をつける＞とした。「措置診察不要の人へは受診支援する」からは、＜措置診察に立会する経験等を積重ね、悪化兆候をアセスメントする力をつける＞、「保健所は病院に意見が言える」、「根拠となる法律に基づいて、ここまでは出来ないと提示して協力し合う」からは、＜医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える＞とした。「保健所は研究費とか一緒にやる予算を確保する」、「保健所は課題を県や全国に発信する」、「保健所は所長以下一緒になって体制を作り上げる」からは、＜地域活動を促進する事業の予算化などを考える＞とし、「支援者が互いの役割を尊重し信頼できるようにする」、「相談事業所が警察に通報前に連絡を依頼できる関係をつくる」からは、＜支援者との仲間意識を醸成する言動や関わりを持つ＞とした。

カテゴリーの特徴は、「入院早期から支援者による地域支援チームを作る」、「入院中に退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを持って支援する」、「入院中の患者に服薬への認識を確認する」など入院中から地域支援を開始しているものや「患者の自己実現を反映した退院支援計画を作成する」、

「患者が主体性をもつ関わりをする」など患者本人の自己実現に向かうプランづくりを支援するもの、「訪問看護やヘルパーの訪問サービスを続けながら、通院・デイケア・作業所・サロンの地域活動支援センターへ出かけられる」など出かける場の用意、「関係者と連携して近隣の相談体制を充実させる」、「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける」、「地元小中学校に働きかける」など関係機関と協働した近隣相談対応の体制づくりなど医療面に限らず、生活安全・福祉等生活全般を支援するものであった。さらに、「悪化兆候を保健所が把握できる情報収集システムの構築」等保健所に期待するものや「措置診察に立会する経験を積重ね悪化兆候をアセスメントする力を付ける」など保健師の力量形成に関するものが含まれていた。これら 36 カテゴリについて、最終的に地域看護研究者および保健師のスーパーバイズを受け、保健所保健師の再発予防支援項目を 36 項目とし分析の妥当性を確保した。

表 3 カテゴリ抽出例「2. 支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する」

| サブカテゴリ                        | コード   |
|-------------------------------|---|
| 病院主催の退院調整会議で、退院後のサービス調整を行っている | 個々に退院支援会議に参加している                                  |
|                               | 病院のカンファレンスや退院調整会議に出向いている                          |
|                               | 退院後のサービス調整を行っている                                  |
|                               | 退院前の会議に参加する                                       |
| 支援者と役割分担をしながら、丸投げではなく一緒に支援する  | 役割分担をしても、丸投げしないで一緒にやる形をとっている                      |
|                               | 一緒に関わると孤立している人を救う手段がちよつと見えてくる                     |
|                               | 地域サービスでフォローできる間は支援者が行っている                         |
| 警察には、報告(お礼)・連絡・相談をこまめに行う      | 警察へはよく行き、患者の近況とお礼を伝えるようにしている                      |
|                               | 必ず、お巡りさん有難う、これからもよろしくと報告する                        |
|                               | 治療したらこんなに良くなりましたよと警察に伝える                          |
| 市障害担当保健師とは日頃から情報共有を行っている      | 市障害担当保健師とは日頃から、こんなんだ、あんなだとか言っていて、今度一緒に行ってほしいと頼まれる |
|                               | 事が起きそうな時、相談に乗っている                                 |



表4 警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健所保健師の再発予防支援選定のカテゴリ化

| サブカテゴリ [98]   | カテゴリ[36]                                  |
|---|---|
| <p>警察と保健所は互いに協力し合い相談し合っている</p> <p>支援者とよく打ち合わせを行う</p> <p>警察での通報基準が統一されている</p> <p>警察から相談で受け受診支援か通報か決めていく</p> <p>支援者との良い関係</p> <p>警察を教育する 知識を与えて満足感を与える</p> <p>精神科救急医療システムを知らない警察官いる</p>   | 1.支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準を共有する                 |
| <p>退院前に病院で開催される退院支援会議では、退院後のサービスの調整を行う</p> <p>警察に報告・連絡・相談をこまめに行い、感謝を伝える</p> <p>警察への事後報告は必ず行いお礼を伝える</p> <p>地域支援者は役割を分担しながら、丸投げではなく一緒に支援する</p> <p>相談事業所は受診支援などキメ細かな対応を取る</p> <p>警察とは仲良くやってる</p> <p>市の障害担当保健師とは日頃から情報共有、同伴訪問を行っている</p>   | 2.支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する                  |
| <p>退院支援会議に地域の支援チーム(訪問看護、ヘルパー、相談支援事業所、生保ケースワーカー等)が来い、本人の意向を踏かめたとうえでサービス調整を行う</p>   | 3.支援者と患者のQOL(将来の希望)を共有する                  |
| <p>退院支援会議では、定期訪問する訪問看護やヘルパーと本人の悪化兆候を共有する</p>  | 4.支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する                     |
| <p>保健所は精神疾患が絡む事例検討を保健所主催の会議を利用して行う</p> <p>保健所間の情報交換を行う</p> <p>再発患者の再発要因を事例ごとに保健所と病院で検討する</p> <p>関係機関と事例検討を行う</p> <p>保健所主催の会議を活用し、警察・消防・市役所・医療機関とのネットワークを作る</p> <p>関係者会議がある</p>  | 5.地域の支援者と事例検討を行い支援の方向性を共有する               |
| <p>退院支援会議で訪問看護と主治医との連携を図る</p> <p>保健所は困難事例の検討会に専門医、県PSW、警察を呼んでいる</p> <p>保健所は市の障害担当保健師の相談に乗る</p>  | 6.支援者と事例検討を行い、支援者の困り事や困難感を共有する            |
| <p>退院支援会議では、定期訪問する訪問看護やヘルパーが本人の変化を連絡する方法を確認する</p> <p>保健所は関係者や病院や警察から本人の調子について情報を得るシステムがある</p> <p>保健所へは悪化してからの連絡が多いので警察との緊急連絡が取れるような体制を取っておく</p> <p>何でもすぐ保健所に連絡できるようにしている</p>  | 7.支援者が速やかに悪化兆候を保健所に知らせる体制をつくる             |
| <p>退院前に病院ケースワーカーと保健所担当者が二人三脚のように一緒に地域支援者を選ぶ(地域支援者の選定は病院だけ保健所だけでなく一緒に行う)</p> <p>保健所は退院前に、服薬中断や医療中断、訪問拒否等状況の悪化を防ぐために支援チームを組織する</p> <p>退院支援会議は本人の退院が見えてきた頃に病院主導で開催する</p> <p>保健所と病院、保健所と警察生活安全課で食事をする等交流を図ることがある</p> <p>保健所長と警察署長は互いに年度初めに挨拶に行く</p> <p>県警主催の県下の生活安全課と保健所の会議がある</p> <p>市は特定健診で一杯で精神には関わらない</p> | 8.入院早期から支援者による地域支援チームを作る                  |
| <p>本人の自己実現に向けた計画をたてる</p> <p>家族も警察も主治医も保健所も一緒に話をする機会がある</p> <p>ケースを悪いやん気持ちは保健師にはある</p>   | 9.患者の自己実現を反映した退院支援計画を作成する                 |
| <p>退院前に退院後の悪化を想定した対応を取っておく</p> <p>再発防止 治療継続はきちっとやっついていかないといけない</p>  | 10.支援者と協働してクライシスプラン(悪化時の症状と対応策)を作る        |
| <p>病院は退院時期を保健所へ連絡する</p> <p>服薬継続のために訪問する、誰かに管理を依頼する、病院につなぐ</p>   | 11.服薬を確認するための体制をつくる                       |
| <p>入院中に退院後の生活を考えて自分振り返る 関係者も理解できる場やツールを病院が実施できるようにする</p> <p>関係者の顔の見える関係がある</p> <p>心の手帳は患者をよく知る病棟看護婦に一緒に付けてもらいたい</p> <p>退院支援パーツに組み入れて欲しい</p>   | 12.退院後の生活を患者と支援者が共有するツール(例えば手帳など)を用いて支援する |
| <p>保健所は訪問看護の情報提供書で状況確認する</p> <p>保健所は家族や地域支援者の相談に随時応じて、必要時は訪問も行う</p> <p>保健所は、関係機関と連携して受診支援や治療継続支援を行う</p> <p>退院後の精神障害者を訪問頻度を決めて訪問している</p> <p>訪問看護やヘルパーは定期的に訪問し本人に寄り添った支援をする</p> <p>病院との連携によるアウトリーチを行う</p> <p>現場に行くとかうもああ来てくれたって言ってくれますから</p>  | 13.支援者と分担して定期的に誰かが患者を訪問する                 |

|   |   |
|---|---|
| 病院のPSWが公的ネットワーク会議に入り状態悪化を予想した対応につながる<br>発達系の人は繰り返しやすい 難しい   | 14.支援者とタイムリーに危機予知を連絡し合う                       |
| 本人の入院中に家族へ病気の理解や服薬指導等している   | 15.患者の入院中に家族を支援する                             |
| 地域情報を社会福祉協議会はつかんでいるので近隣事情に対応する  | 16.患者の入院中に近隣住民の不安を取り除く                        |
| CSWと連携して近隣事情に対応している   | 17.関係者と連携し近隣の相談体制を充実させる                       |
| 管内の社会資源やつなぎ方を詳しく書いた冊子を毎年作り配布している  | 18.管内の精神保健福祉に関する社会資源を詳しく紹介した冊子に対応窓口となる関係機関に配布 |
| 訪問看護やヘルパーの訪問サービスを続けながら、通院・デイケア・作業所・サロンのな地域活動支援センターへ出かけられる<br>孤立している人の再発が多く孤立感の解除のために日中活動につなげる、あるいはそこにつなげるまで訪問看護やヘルパーの訪問サービスを入れる<br>地域支援センターに日常生活にちょっとプラスのサービス活動があり地域活動が活発である<br>地域の中に居場所がある | 19.出かける場づくりなど日中活動を支援する                        |
| 地域活動している人たちへ精神障害者の理解促進、啓発活動を行う<br>警察の行動を会議でほめる<br>病院間の連携など精神のネットワークがある  | 20.事例の問題から地域の課題として、事業の見直しや病院指導・会議等に反映する       |
| 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける   | 21.精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける        |
| 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元小中学校に働きかける  | 22.精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元小中学校に働きかける       |
| 当事者のピア活動やグループ活動がある  | 23.患者が主体性を育む関わりをする                            |
| 措置入院後2か月目には必ず面会し、患者の疾病理解、服薬管理、人間関係などを知る   | 24.入院中の患者にいつもの生活の満足度を把握する                     |
| 入院中の患者に普段の人間関係を把握する   | 25.入院中の患者に普段の人間関係を把握する                        |
| 入院中に本人は病気の理解をする   | 26.入院中に患者の病気の理解の程度を把握する                       |
| 退院支援会議では、サービス調整をして服薬支援方法を決め、本人の同意を得る  | 27.入院中に患者の服薬への認識を確認する                         |
| 入院中の患者に自身の悪化兆候をたずねる   | 28.入院中の患者に自身の悪化兆候をたずねる                        |
| 退院後の訪問などで患者の症状の変化を継続的に把握する  | 29.退院後の訪問などで患者の症状の変化を継続的に把握する                 |
| 判断に迷うときは上司に相談して迅速に対応する  | 30.判断に迷うときは職場内で相談できる                          |
| 人格障害など治療以外の周囲のサポートが必要（これからの支援と思うが不全感あり）   | 31.職場で事例検討し保健師としての活動を振り返ることができる               |
| 大変でない時も病院と事例検討会を定期的に開催する<br>疾患の理解 障害の特徴をケース会議で理解していく<br>事後通報入っていないこと目からうろこでした<br>治って帰られるとうれしい<br>警察含めて事例検討会を開催する。精神科医のアドバイスで共通認識する  | 32.個別事例を重ね、地域の課題をアセスメントする力をつける                |
| 通報対応は一子相伝みたいな。職人技である<br>措置診察不要になった人は受診支援する  | 33.措置診察に立会する経験等を積重ね、悪化兆候をアセスメントする力をつける        |
| 入院期間が急性期3か月間では自立できていない人も、病院は地域関係者の意見も聞いて自立して退院させる<br>保健所は病院に意見を言える<br>根拠となる法律に基づいて、「ここまでできます」っていうことを提示して、協力し合う<br>病院の判断で保健所まで関わりは不要と判断される   | 34.医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える                 |
| 保健所は研究費とか一緒にやる予算を確保する<br>保健所は課題を県や全国に発信する<br>保健所は所長以下一纏になって体制を作り上げる<br>移送がストレスだったので、7/17から来年度から委託 警備員1名を派遣同行する体制となる   | 35.地域活動を促進する事業の予算化などを考える                      |
| 保健所は病院とはツーカーの間である<br>支援者が互いの役割を尊重し信頼し合えるようにする<br>相談事業所が警察に通報前に連絡を依頼できる関係をつくる<br>看護師と交換人事あり。措置入院までの経過を保健所に来て初めて知ったと言っていた   | 36.支援者との仲間意識を醸成する言動や関わりをもつ                    |

## 第4節 考察

### 1. 保健所の通報体制

#### (1) 通報の受理

通報の受理は、国のガイドライン<sup>11)</sup>によると警察官からの通報であること、被通報者の所在、精神障害による自傷他害行為の確認となっており、素直に受理して差し支えないと受け取れるが、多くの保健所の担当者が事前調査で内容調査を行う前に、まず、通報を受けた段階で、警察官に事実確認をし、これまでの対応を話し合い、強制入院に相応しいかなど法の趣旨に則った対応を協議して受理する努力をしていた。今回、通報の受理は、平日日中は全ての保健所が担当課(班・係)で対応していたが、夜間休日はI型A保健所とIII型E保健所は保健所以外の精神保健福祉センター(緊急コールセンター)で集中対応していた。夜間休日を保健所で実施している場合は、担当課で当番制を敷いているところがある中で、B保健所、D保健所、I保健所は役職のある保健師が担当していた。受理に関しての警察官との応酬、受理後に事前調査の担当者を選定し、上司への報告を行う上で役職が担当する方が適当と判断されていた。一方で、個人にかかる負担も大きく複数で対応することの検討も必要と考えられた。

また、A保健所では、17時以降の夜間休日はすべて保健所以外の精神保健福祉センター(緊急コールセンター)の対応となっており、翌平日に保健所へ通報の報告がされていた。他の保健所が夕方の通報受理を行うと夜中まで対応しているのに比べて職務に対するストレス等負担が少ないと考えられた。また、日頃から受療支援しているケースについては、他の保健所では、警察官通報を受けた際に、事情を聴く中で通報ではなく情報提供として扱い、支援者による受療支援を継続することも行っていたが、そのようなことはあまり行わず、連絡会議等で通報基準等の確認を図っていた。通報要件の共有は、会議等による制度趣旨や基準の周知徹底と共に、事例毎の協議を重ね、警察官との措置入院制度の共通認識を醸成することで、住民への人権を配慮した対応が可能になっていくと考えられた。

#### (2) 事前調査

事前調査は、通報受理と同様に平日日中は全ての保健所が担当課で対応

していたが、夜間休日はA保健所とE保健所は保健所以外で集中対応し、それ以外の保健所では2人体制で実施していた。事前調査は、保健所が措置診察の要否を決める重要なものである。国のガイドラインでは、事前調査時に確認すべきこととして、自傷他害の問題行動、警察官からの通報に至る経緯、家族や主治医等関係者からの情報等が示されている。竹島ら<sup>12)</sup>は、事前調査は可能な限り現地に赴くこと、本人または保護者等との面接を原則とした上で、「精神障害を疑うに足る状態」と「自傷他害のおそれ」の有無を明らかにすることを主張している。今回、すべての保健所で事前調査は2人で対応しており、うち1名は保健師であることが多かった。萱間ら<sup>13)</sup>は、地域精神保健活動における保健師の機能として、個人へのケア「personal care」と生活基盤を整備する「地域作り」並びにその両者の重複する「コーディネートおよび連絡調整機能」があると述べている。多くの情報を収集し確認をしながら、本人や家族へのケアを遂行する事前調査においては、保健師の機能を十分に発揮できると考えられた。さらに、面接や関係者からの情報収集活動を支援ネットワークとして退院後の生活基盤作りに活かすことも可能であり、事前調査を保健師が担う意義があると考えられた。

### (3) 精神保健指定医の確保および措置入院病院の確保

精神保健指定医の確保及び措置入院病院の確保については、A保健所E保健所に加えてI保健所も保健所以外の本庁で対応となっていた。その理由として、精神保健指定医の人数が少なく居住地は保健所管轄外のことも多く、精神保健指定医の管理は本庁の一括管理のためとのことであった。保健所で対応する場合は、特に夜間休日は、精神保健指定医がなかなか決まらずに苦慮していた。菊池ら<sup>14)</sup>の調査では、一次診察のための精神保健指定医を確保するために連絡した人数は平均3人(1人から10人)、所要時間は88分(10分から200分)であり、通報対応に要した総時間の平均は307分(120分から630分)であった。指定医の確保にかなりの時間を要していた。山野井ら<sup>15)</sup>は、通報対応の所要時間の平均が4.5時間、最大21時間であったことを報告しており、かなりの時間と労量を要する実態が伺えた。そのことは被通報者にとってもその間、警察署の保護室等で待機させられることになっており、自傷他害のおそれのある状態の被通報者を

早く落ち着いた環境につなげる速やかな対応が望まれた。

#### (4) 移送

平成 11 年の精神保健福祉法改正<sup>16)</sup>により、緊急に入院を必要とするにもかかわらず、精神障害の為同意に基づいた入院を行う状態にないと判定された精神障害者を都道府県知事の責任により適切な病院に移送する移送制度が創設され、措置入院病院までの移送についても準用された。措置診察を実施した精神保健指定医が認めた場合は被通報者の行動制限を行えるが、措置診察のための移送では行動制限を加えることはできないことになっている<sup>17)</sup>。移送の対象となる者<sup>18)</sup>は家族全員が病んでいる、地元住民と年中トラブルを起こしているなど支援困難な事例が多く、暴力を受ける<sup>19)</sup>ことも起きている。今回、移送を日中平日は保健所以外でタクシー会社に委託する保健所が 4 か所、都道府県所有の救急車で対応する保健所が 1 か所、保健所が警察の協力を得て実施するのが 3 か所、保健所の公用車で対応する保健所が 1 か所と保健所による体制の違いがみられ、被通報者と職員の安全の確保など人権の擁護に関しては、都道府県により差があると考えられた。

## 2. 保健師の再発予防支援

再発予防に関する記述全般では、通報対応後入院中から、地域支援サービスの調整をはじめており、患者本人の自立を支援するために、本人の自己実現に向かうプランづくりを支援していた。地元への退院が可能になるように地域の社会福祉協議会と協働した地域の相談体制づくりを実施し、支援者との情報共有と役割分担をしていた。支援者との協働活動を支援するうえで、顔の見える関係づくり、社会資源の不足しているものの充実を図る地域の中の居場所づくりなども実施していた。本人の調子がわかる情報の収集システムづくりに努力していた。保健所保健師の少ない保健所では、通報業務がシステム化されており、悪化兆候が保健所に早く連絡が入りやすくなっていた。支援者と家族や地元関係者と協力する体制づくり、医療機関に対する意見が言いやすい環境を作っており、医療機関との連携が密接にある保健所としての強みを発揮していたと考えられた。保健師が比較的多く、通報件数が少ない保健所では、警察との連携が日頃から密接

にあり、通報以前の情報提供や相談が多い中、受療支援に際しても警察の協力を得ていた。通報後、入院して早々からの支援をしており、支援者と患者の自己実現を含めた支援につなげようとしていた。支援者との協働活動をしやすいとする上で、困難事例の検討会やケースの状況確認の検討会、病院との定期検討会など年間 60 回以上開催していた。警察署とのケース会議を年間 20 回以上開催している保健所もみられた。いずれの保健所も支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準、患者の病状・治療方針・経過などを共有した協働に努めていると考えられた。一方、当事者のピア活動を支援することや地元自治会に働きかけ精神障害者が地域で暮らしやすいことについては、市町村の自立支援協議会などへ参加するなど市町村との協力により積極的に実施している保健所とそうではない保健所がみられた。保健所の役割に関しては、地域精神保健の第一線機関としての実績から、支援者の活動を尊重し、支援者の要望する事業への予算配分や支援者が医療機関へ要望する事項の補足などを必要に応じて実施していた。入院早期からの地域支援チーム体制づくり、支援者との仲間意識の醸成、地域活動を促進する事業の予算化など保健所の再発予防支援の役割として期待されていると考えられた。

地域においてすべての人々の健康を護り地域の健康度を底上げしてきた<sup>20)</sup>といわれている保健師だが、県型の保健所数が減り<sup>21)</sup>、保健所に所属する保健師の人数も減る<sup>22)</sup>中で、精神障害者が継続して地域で生活できるための課題として小野田ら<sup>23)</sup>は、人員不足、連携のムラ、地域住民への理解が不十分、3 か月で早期退院という国の体制等を報告していた。課題が多い中、警察官通報対応は、都道府県知事の権限移譲を受け保健所が行政処分を行うものである。住民の基本的な人権を擁護する重要な責任を伴うものであり、その多くを保健師が担っている現状があることは、公衆衛生看護の専門性を十分に発揮した対応を期待されていると考えられた。

## 第5節 結論

警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援の実態を把握するために、保健所における精神保健担当保健師を対象に、「警察官通報後の保健師の支援の実態（研究1）」を実施した。

その際、警察官通報の対応に都道府県間の差があることを踏まえ、既存の資料を用いてクラスター分析により都道府県を4類型に分類し、各類型から選出した9名の保健師に面接調査を実施した。

その結果、保健所の通報体制は移送など被通報者と職員の安全の確保など人権の擁護に関しては、都道府県により相違がみられた。

再発予防支援については、地域看護学の研究者および保健師のスーパーバイズを受け、質的記述的に226コード、97サブカテゴリ、36のカテゴリを抽出し、再発予防支援36項目を作成した。警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健所保健師の再発予防支援として、医療面の支援だけでなく、生活の満足度など生活全般について、患者自身が主体性を持って関わられるように関係者が協働して支援していた。また、患者だけでなく家族や地元自治会への働きかけなどにより患者が暮らしやすくなる地域づくりを行っていた。

都道府県知事の権限移譲を受け、保健所が行政処分を行う警察官通報対応は、住民の基本的な人権を擁護する重要な責任を伴うものであり、その多くを保健師が担っていることは、公衆衛生看護の専門性を十分に発揮する必要があると考えられた。

## 第1章文献

- 1) 竹島正. 措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究. 平成 14 年度厚生労働科学研究 2003;13-55.
- 2) 三宅由子, 立森久照, 竹島正, 他. 都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用システムに関する研究. 平成 13 年度厚生労働科学研究 2002;39-54.
- 3) 前野有佳里他. 24 条通報対応に関わる保健師の現状. 日本公衆衛生雑誌 2012;62(10):438.
- 4) 山本智津子. 保健師による精神障害者への初回訪問時の看護援助に関する研究. 科学研究費助成事業研究成果報告書 2012;1-6.
- 5) 前野有佳里. 24 条通報対応における保健師のケア実践行動指標の開発, 九州大学学術情報リポジトリ 2013;1-33.
- 6) 田村ひろみ. 措置入院患者の入院後の経過と退院に向けた支援のあり方. 日本公衆衛生雑誌 2013;
- 7) 森川恵一, 守内昭夫, 富士光恵, 他. 金津保健所における警察官通報事例への対応と問題点. 北陸神経精神医学会雑誌 1994;2(2):74.
- 8) 前掲 4)
- 9) 濱坂浩子, 花園久代, 守内昭夫, 他. 精神障害者の緊急事例への保健所の対応と今後の課題, 日本公衆衛生雑誌 1994;53(1):993.
- 10) 窪山泉, 分島徹, 藪山玉夫, 他. 警察官通報. 日本社会精神医学会雑誌 1996;4(2):213
- 11) 厚生労働省. 措置入院の運用に関するガイドラインについて H30.3
- 12) 竹島正, 立森久照, 長沼洋一, 他. 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究. 平成 16 年度~平成 18 年度厚生労働学研究総合研究報告書 2007;15-35.
- 13) 萱間真美, 金川克子. 精神障害者の地域ケアにおける看護婦・保健婦の機能. 日本看護科学会誌 1996;16(2):376-377.
- 14) 菊池実代, 大井真由美, 野村洋子, 他. 通報業務における指定医確保時間の短縮に向けた保健所保健師の取組み. 日本公衆衛生雑誌 2013;10:479.
- 15) 山野井尚美, 岡本美由紀, 野山幸子, 他. 保健所における精神緊急対応の課題. 日本公衆衛生雑誌 2012;10:424.
- 16) 厚生労働省. 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領 (平成 24 年 3 月改正) .  
[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb9397&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb9397&dataType=1&pageNo=1) (参照 2019-4-20)
- 17) 小菅正博. 精神障害者の危機対応-移送の基準と危機対応の原則-. 地域保健



1999;30(8):5-24.

18) 広瀬良子. 精神障害者の危機対応-保健所における移送対応から-. 地域保健  
1999;30(8):25-33.

19) 石川英里. 行政保健師への市民からの暴言・暴力に関する研究: 実態と行政  
機関の対応方針の分析. 科学研究費補助金研究成果報告書 2016.  
<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei02.pdf> (参照 2020-1-  
18)

20) 平野かよ子. 公衆衛生を基盤とする保健師活動. 保健の科学  
2006;53(10):762-775.

21) 全国保健所長会. 保健所数の推移 (厚生労働省健康局健康課地域保健室調  
べ). <http://www.phcd.jp/03/HCsuii/> (参照 2020-1-18)

22) 日本看護協会. 保健師に関する情報.  
<https://www.nurse.or.jp/home/statistics/pdf/toukei02.pdf> (参照 2020-1-  
18)

23) 小野田咲, 長江美代子. 精神障がい者が継続して地域で生活できるための支  
援活動の現状と課題. 日本赤十字社豊田看護大学紀要 2011;6(1):21-29.

## 第 2 章

## 第2章 全国の保健所における通報体制と 保健師の再発予防支援

### 第1節 背景及び目的

平成29年厚生労働省患者調査<sup>1)</sup>によると、V精神及び行動の障害における入院患者総数は252,000人、外来患者総数は260,900人であった。形態別入院患者割合をみると任意入院53.0%、医療保護入院45.9%、措置入院0.6%、その他0.3%であった。非自発的入院である医療保護入院は近年増加傾向にあるが、措置入院については大きな変化はみられていない。その一方、措置入院を申請する警察官通報は増加傾向にあり、警察官通報された者の4.9%に措置入院の既往<sup>2)</sup>がみられた。再入院例ほど治療が困難となり、精神疾患自体の重篤化ばかりでなく、家族の引き取り拒否、住む場所の欠如、経済的問題など地域生活の継続が難しくなると言われている<sup>3)</sup>。再発予防として服薬中断に対する患者への心理教育<sup>4)</sup>や継続した訪問看護による効果<sup>5)</sup>が報告されている。しかし、再発予防には本人のみならず近隣住民等に対する地域支援も必要となるが、それらは事例報告<sup>6)</sup>としての報告であった。

欧米諸国では、20世紀後半になり、精神科治療の進歩と人権擁護の観点により、精神科病院からの脱施設化の動きが広まった。精神障害者は精神科病院から退院し、市民が通常生活するコミュニティで外来精神科医療、就労支援をはじめとする持続的なアクセスサービスを受けられるようになった<sup>7)</sup>。

わが国では、保健所が精神保健行政における第一線機関として、精神障害者の早期治療の促進ならびに社会復帰及び自立と社会経済的活動への参加の促進に努めてきた<sup>8)</sup>。そのための相談事業や訪問事業は保健師が主に担当してきた。保健師は国の公衆衛生行政を担当する専門職として位置付けられており、地域に潜在するニーズを早期に発見し、予防的意義の高い活動を展開することを目的として担当地区活動を実施している<sup>9)</sup>。イギリスで行われている精神病早期支援サービス (Early Intervention Service)<sup>10)</sup>は、精神病症状の早期発

見、早期治療、発症後 2～5 年間の集中的・包括的・継続的な治療を目的に、看護師、心理士、ソーシャルワーカーなど多職種から構成されたチームのアウトリーチ活動が中心となっているが、この活動に近くて活用可能な既存のシステムとして保健師の活動があると考えられている。

本研究では、第 1 章において全国 9 か所の保健所の保健師に半構成的面接調査を実施し、保健所における通報対応及び保健師の再発予防支援の実態を把握し、再発予防支援 36 項目を作成した。

そこで、第 2 章では、全国の保健所における警察官通報体制および再発予防支援 36 項目の実態を把握し、保健師の再発予防支援の因子構造を明らかにすることを目的とした。

## 第 2 節 研究方法

### 1. 研究デザイン

郵送無記名自記式質問紙調査

### 2. 調査対象

全国の保健所 419 か所のうち、通報業務を保健師が担当していない 5 都道府県の保健所 48 か所を除き、42 都道府県 371 保健所の統括保健師各 1 名とした 371 名及び精神保健を担当する全ての保健師（保健所当たり平均 3 名と仮定して約 1,200 名）とした。

### 3. 調査期間

調査は、平成 30（2018）年 2 月～3 月に実施した。

### 4. 調査方法

郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。調査協力依頼状、同意説明文、調査票 A・1 部（統括保健師）、調査票 B・5 部（保健師）、返信用封筒（小）5 枚、送付先を記入した料金後納の返信用封筒（大）を統括保健師あてに送

付した。統括保健師には、調査票Aの記入と調査票Bを該当の保健師に配布・回収することを依頼した。精神保健担当保健師は、調査票Bを記入した後、返信用封筒（小）に入れ封をしたものを統括保健師に提出する。統括保健師は調査期限までに回収した調査票AおよびB全てを返信用封筒（大）に入れ封をした後、研究者へ返送した。

## 5. 調査項目

### (1) 統括保健師への質問内容（調査票A）

保健所所在地（都道府県名）、本所・支所別、保健所の管内人口、管内市町村数、管内精神科病院数、管内警察署数、精神保健担当者数（うち保健師数）、通報体制、通報実績の9項目とした。通報体制は事前調査、精神保健指定医の確保、措置入院病院の確保、移送の4項目で構成した。通報実績は、平成28年度（平成28年4月～平成29年3月）の警察官通報件数、措置診察不要件数、措置入院該当件数、保護なし通報件数、措置入院歴が1回以上ある被通報者数とした。

### (2) 保健師への質問内容（調査票B）

基本属性と第1章で作成した再発予防支援36項目で構成した。基本属性は、保健師経験年数、年代、性別、職位、保健師資格を取得した教育機関、担当業務、通報に関する研修受講経験、OJTの有無の8項目とした。再発予防支援36項目については、「実施していない」から「実施している」までを5件法での回答とした。

## 6. 分析方法

再発予防支援項目の5段階（1:全くしていない 2:あまりしていない 3:どちらともいえない 4:少ししている 5:している）で得られた回答をそれぞれ1から5に数値化し、項目ごとに記述統計を算出した。質問内容の適切性及び整合性について確認するために、質問項目における天井効果・フロア効果の有無、項目間相関、G-P分析（Good-Poor Analysis）、I-T相関（Item-Total Analysis）係数の確認を行った。いくつかの項目で該当する項目がみられたが、項目の内容を吟味しいずれの項目も再発予防支援を測定する上で不可欠なものと考え除外せずすべての項目を分析対象とした。再発予防支援36項

目について探索的因子分析（最尤法・プロマックス回転）を施行した。抽出された因子の解釈は地域看護学を専門とする研究者と行い、妥当性の確保に努めた。信頼性は、Cronbach's  $\alpha$  係数、因子間相関は Pearson の相関係数を用いた。統計ソフトは StatFlexVer.7 を用いた。

## 7. 倫理的配慮

本研究は、「ヘルシンキ宣言（2013年10月フォルタレザ修正）」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号）」並びに「日本看護協会倫理綱領」における倫理指針を遵守して実施した。本研究への参加を強制するものではなく、参加しない場合の不利益がないこと、同意の撤回はいつでも可能であること、逐語録作成時に個人情報を取り除き匿名化すること、研究成果の公表について対象者に文書で説明し、調査紙の提出を持って研究への同意を得た。本研究で得られたデータは、個人情報が漏れることのないように厳重に管理した。なお、研究実施に際し、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得た（承認：平成29年12月27日 第478号）。

## 第3節 結果

### 1. 保健所における警察官通報体制

全国県型保健所371保健所の統括保健師を対象に郵送無記名自記式調査を実施した。有効回答数は184人（49.6%）であった。

保健所における警察官通報体制の主なものには、措置診察の要否を決定する「事前調査」、措置診察を実施するための「精神保健指定医の確保」、措置入院する病院を確保する「措置入院病院の確保」、措置入院病院まで被通報者を搬送する「移送」がある。事前調査をすべて保健所が実施している割合が多かったのは、事前調査84.8%、移送83.7%であった。精神保健指定医の確保は78.3%、措置入院病院の確保は76.1%であり、これらは、事前調査や移送に比べて、夜間休日あるいは全てを精神科救急医療センター等

保健所以外で対応している保健所が多く、2割程度は保健所以外で実施されていた（表1）。

|                   | 件数  | %    |
|-------------------|-----|------|
| <b>事前調査</b>       |     |      |
| 全て保健所で実施          | 156 | 84.8 |
| 夜間休日は保健所以外で対応     | 27  | 14.7 |
| 全て保健所以外で対応        | 1   | 0.5  |
| <b>精神保健指定医の確保</b> |     |      |
| 全て保健所で実施          | 144 | 78.3 |
| 夜間休日は保健所以外で対応     | 21  | 11.4 |
| 全て保健所以外で対応        | 19  | 10.3 |
| <b>措置入院病院の確保</b>  |     |      |
| 全て保健所で実施          | 140 | 76.1 |
| 夜間休日は保健所以外で対応     | 25  | 13.6 |
| 全て保健所以外で対応        | 19  | 10.3 |
| <b>移送</b>         |     |      |
| 全て保健所で実施          | 154 | 83.7 |
| 夜間休日は保健所以外で対応     | 22  | 12.0 |
| 全て保健所以外で対応        | 7   | 3.8  |
| 無回答               | 1   | 0.5  |

保健所管内の状況は、1保健所当たりの平均では、管内人口165,299人、管内市町村数4.5、管内精神科病院数2.9、管内警察署数2.2、精神保健担当者数4.0人であり、担当者の79.3%が保健師であった（表2）。

平成28年度警察官通報件数は4,445件、一保健所当たり24.7件、月平均2件程度であった。そのうち事前調査において措置診察が不要となった者が59.6%を占め、措置入院該当は26.6%にとどまっていた。

平成28年度警察官通報件数のうち、措置入院歴のある者は216件（4.9%）であった。警察官通報の中には、被通報者が身体的治療を優先して病院に搬送された場合や被通報者を監護できる者がいる等警察が保護をしない場合などによる警察官の保護下でない通報（以下、保護なし通報）が存在する。本調査では、保護なし通報は785件（17.7%）であった。保護なし通

報を受理している保健所は 85 件(47.5%)、受理しない保健所は 94 件(52.5%)と 2 分されていた (表 3)。

さらに、警察官通報件数と保護なし通報件数は有意な正の相関がみられた ( $r=0.510$ ) (図 1)。診察不要件数と保護なし通報件数においても有意な正の相関がみられた ( $r=0.701$ ) (図 2)。

表 2 1 保健所あたりの管内状況 n=184

|             |           | 回答数 | 件数          | 1 保健所あたり |
|-------------|-----------|-----|-------------|----------|
| 管内人口 (人)    |           | 182 | 30,135,677  | 165,581  |
| 管内市町村数      |           | 182 | 819         | 4.5      |
| 管内精神科病院数    |           | 181 | 524         | 2.9      |
| 管内警察署数      |           | 182 | 394         | 2.2      |
| 精神保健担当者 (人) |           | 178 | 716         | 4        |
| 内<br>訳      | 保健師 (人)   | 178 | 567 (79.3%) | 3.2      |
|             | 保健師以外 (人) | 178 | 149 (20.7%) | 0.8      |

注) ( )内の割合は精神保健担当者数に対する割合を示した

表 3 平成 28 年度警察官通報実績 n=184

|                       |                      | 回答数     | 件数              | 1 保健所平均 |
|-----------------------|----------------------|---------|-----------------|---------|
| 警察官通報受理数              |                      | 179     | 4,433 ( 100% )  | 24.7    |
| 受<br>理<br>後<br>内<br>訳 | 事前調査結果               | 措置診察要   | 1,782 ( 40.2% ) | 10.0    |
|                       |                      | 措置診察不要  | 2,651 ( 59.8% ) | 14.7    |
|                       | 措置診察結果               | 措置入院該当  | 1,181 ( 26.6% ) | 6.6     |
|                       |                      | 措置入院非該当 | 601 ( 13.6% )   | 3.4     |
| 再<br>掲                | 保護なし通報 <sup>注)</sup> | 172     | 785 ( 17.7% )   | 4.5     |
|                       | 措置入院歴あり              | 172     | 216 ( 4.9% )    | 1.4     |
| 再<br>掲                | 保護なし通報を受理している保健所     |         | 85 47.5%        |         |
|                       | 保護なし通報を受理していない保健所    |         | 94 52.5%        |         |

注) ( )内の割合は警察官通報受理件数に対する割合を示した

注) 保護なし通報とは、通報時点ですでに帰宅するなど警察官の保護下でない通報のことをいう



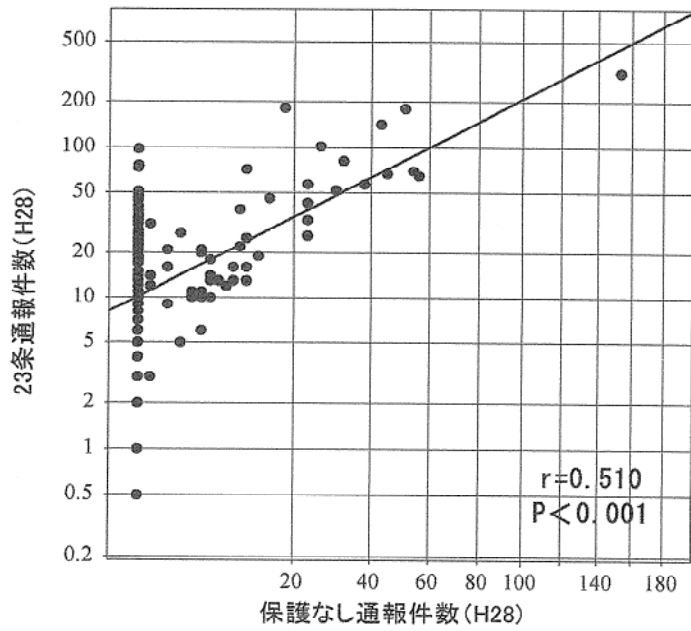


図1 保護なし件数と23条通報件数との相関

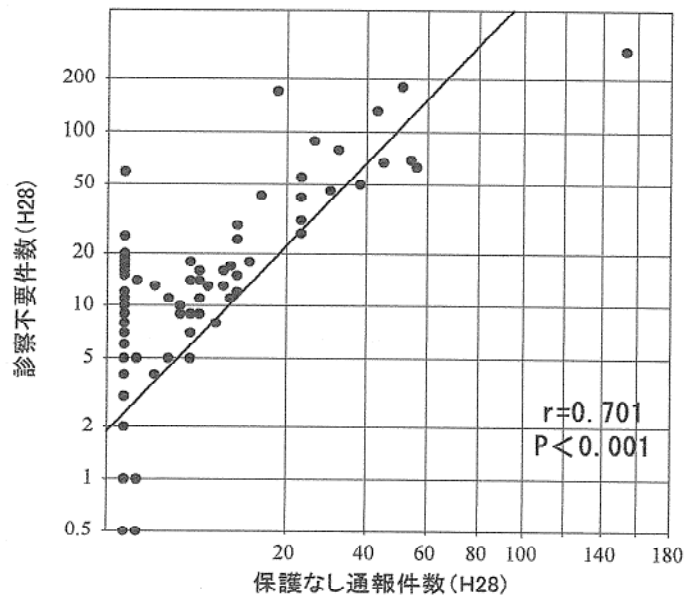


図2 保護なし件数と診察不要件数との相関

## 2. 保健師の再発予防支援の状況

### (1) 保健師の基本属性

精神保健担当保健師の対象数は、統括保健師が回答した「所属する精神保健担当保健師」569人を対象とし、回答のあった461人のうち記載の不備があった者を除いた454人(79.8%)を有効回答とした。

回答した保健師の年代は20代が147人(32.4%)と最も多く、次いで50代121人(26.7%)、40代105人(23.1%)であった。

性別では、女性420人(92.5%)、男性23人(5.1%)であった。

職位は、スタッフ303人(66.7%)と最も多く、次いで係長級93人(20.5%)であった。

保健師資格を取得した教育機関は、大学が220人(48.5%)と最も多く、次いで専門学校200人(44.1%)であった。

精神保健業務のみを担当している専任者は183人(40.3%)、結核・感染症業務、特定疾患業務などを兼務している者が270人(59.5%)であった。

通報に関する研修を受講したことがある者は83人(18.3%)であり、ない者が359人(79.1%)であった。

通報に関するOJTがあると回答した者は215人(47.4%)、ないと回答した者が219人(48.5%)であった(表4)。

### (2) 再発予防支援項目の実施状況

再発予防支援36項目のうち、「実施している」と「少し実施している」を合わせた実施している割合が50%以上を占めた項目は、「支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する」398人(89.3%)、「支援者と分担して定期的に誰かが訪問する」340人(86.5%)、「支援者とタイムリーに危機予知を連絡し合う」335人(85.5%)など22項目(61.1%)と過半数を占めた。

一方、実施している割合が低かったのは、「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元小中学校に働きかける」30人(6.7%)、「退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する」70人(15.8%)、「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける」72人(16.2%)、「患者の自己実現を反映した退院支援計画を作成する」97人(21.8%)などであった。(表5)

表4 保健師の基本属性

| 項目                | n=454         | 実数(%)     |
|-------------------|---------------|-----------|
| 年代                | 20代           | 147(32.4) |
|                   | 30代           | 79(17.4)  |
|                   | 40代           | 105(23.1) |
|                   | 50代           | 121(26.7) |
|                   | 無回答           | 2(0.4)    |
| 性別                | 女性            | 420(92.5) |
|                   | 男性            | 23(5.1)   |
|                   | 無回答           | 1(0.2)    |
| 職位                | スタッフ          | 303(66.7) |
|                   | 係長級           | 93(20.5)  |
|                   | 課長補佐級         | 42(9.3)   |
|                   | 課長級           | 5(1.1)    |
|                   | 部長級以上         | 0         |
|                   | 無回答           | 11(2.4)   |
| 保健師資格を取得した教育機関    | 専門学校          | 200(44.1) |
|                   | 短期大学          | 27(5.9)   |
|                   | 大学            | 220(48.5) |
|                   | 大学院           | 3(0.7)    |
|                   | 無回答           | 4(0.9)    |
| 精神保健業務の専任状況(複数回答) | 専任            | 183(40.3) |
|                   | 兼任            | 270(59.5) |
|                   | 兼任内<br>結核・感染症 | 198(43.6) |
|                   | 特定疾患          | 149(32.8) |
|                   | 訳<br>その他      | 158(34.8) |
| 無回答               | 1(0.2)        |           |
| 通報に関する研修受講経験      | あり            | 83(18.3)  |
|                   | なし            | 359(79.1) |
|                   | 無回答           | 12(2.6)   |
| 通報に関するOJTの有無      | ある            | 215(47.4) |
|                   | ない            | 219(48.5) |
|                   | 無回答           | 20(4.4)   |
| 保健師経験年数           | n=413 平均値±SD  | 14.2±11.9 |

表5 再発予防支援項目と回答状況

| 項目  | 各項目の分布       |               |              |              |              |
|---|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
|   | a.<br>してない   | b.<br>あまりしてない | c.<br>どちらとも  | d.<br>少ししている | e.<br>している   |
| 1 支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準を共有する                       | 13 ( 2.9 )   | 40 ( 8.8 )    | 55 ( 12.1 )  | 132 ( 29.1 ) | 206 ( 45.4 ) |
| 2 支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する                        | 8 ( 1.8 )    | 11 ( 2.4 )    | 29 ( 6.4 )   | 115 ( 25.3 ) | 283 ( 62.3 ) |
| 3 支援者と患者のQOL(将来の希望)を共有する                        | 7 ( 1.5 )    | 27 ( 5.9 )    | 61 ( 13.4 )  | 159 ( 35.0 ) | 193 ( 42.5 ) |
| 4 支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する                           | 7 ( 1.5 )    | 18 ( 4.0 )    | 71 ( 15.6 )  | 161 ( 35.5 ) | 191 ( 42.1 ) |
| 5 地域の支援者と事例検討を行い、支援の方向性を共有する                    | 15 ( 3.3 )   | 42 ( 9.3 )    | 49 ( 10.8 )  | 176 ( 38.8 ) | 165 ( 36.3 ) |
| 6 支援者と事例検討を行い、支援者の困り事や困難感を共有する                  | 14 ( 3.1 )   | 49 ( 10.8 )   | 53 ( 11.7 )  | 178 ( 39.2 ) | 153 ( 33.7 ) |
| 7 支援者が速やかに悪化兆候を保健所に知らせる体制をつくる                   | 15 ( 3.3 )   | 66 ( 14.5 )   | 123 ( 27.1 ) | 151 ( 33.3 ) | 92 ( 20.3 )  |
| 8 入院早期から支援者による地域支援チームを作る                        | 50 ( 11.0 )  | 105 ( 23.1 )  | 113 ( 24.9 ) | 132 ( 29.1 ) | 44 ( 9.7 )   |
| 9 患者の自己実現を反映した退院支援計画を作成する                       | 143 ( 31.5 ) | 108 ( 23.8 )  | 97 ( 21.4 )  | 68 ( 15.0 )  | 29 ( 6.4 )   |
| 10 支援者と協働してクライシスプランを作る                          | 97 ( 21.4 )  | 116 ( 25.6 )  | 87 ( 19.2 )  | 106 ( 23.3 ) | 40 ( 8.8 )   |
| 11 服薬を確認するための体制をつくる                             | 53 ( 11.7 )  | 69 ( 15.2 )   | 86 ( 18.9 )  | 161 ( 35.5 ) | 78 ( 17.2 )  |
| 12 退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する                | 194 ( 42.7 ) | 110 ( 24.2 )  | 70 ( 15.4 )  | 60 ( 13.2 )  | 10 ( 2.2 )   |
| 13 支援者と分担して定期的に誰かが患者を訪問する                       | 18 ( 4.0 )   | 31 ( 6.8 )    | 56 ( 12.3 )  | 172 ( 37.9 ) | 168 ( 37.0 ) |
| 14 支援者とタイムリーに危機予知を連絡し合う                         | 14 ( 3.1 )   | 36 ( 7.9 )    | 59 ( 13.0 )  | 177 ( 39.0 ) | 158 ( 34.8 ) |
| 15 患者の入院中に家族を支援する                               | 18 ( 4.0 )   | 61 ( 13.4 )   | 76 ( 16.7 )  | 199 ( 43.8 ) | 91 ( 20.0 )  |
| 16 患者の入院中に近隣住民の不安を取り除く                          | 115 ( 25.3 ) | 117 ( 25.8 )  | 119 ( 26.2 ) | 74 ( 16.3 )  | 18 ( 4.0 )   |
| 17 関係者と連携し近隣の相談体制を充実させる                         | 72 ( 15.9 )  | 93 ( 20.5 )   | 135 ( 29.7 ) | 103 ( 22.7 ) | 43 ( 9.5 )   |
| 18 管内の精神保健福祉に関する社会資源を詳しく紹介した冊子に対応窓口となる関係機関に配布する | 85 ( 18.7 )  | 90 ( 19.8 )   | 71 ( 15.6 )  | 97 ( 21.4 )  | 104 ( 22.9 ) |
| 19 出かける場づくりなど日中活動を支援する                          | 74 ( 16.3 )  | 86 ( 18.9 )   | 78 ( 17.2 )  | 145 ( 31.9 ) | 62 ( 13.7 )  |
| 20 事例の問題から地域の課題として、事業の見直しや病院指導・会議等に反映する         | 41 ( 9.0 )   | 73 ( 16.1 )   | 98 ( 21.6 )  | 150 ( 33.0 ) | 84 ( 18.5 )  |
| 21 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける          | 191 ( 42.1 ) | 108 ( 23.8 )  | 73 ( 16.1 )  | 63 ( 13.9 )  | 9 ( 2.0 )    |
| 22 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元小中学校に働きかける         | 289 ( 63.7 ) | 81 ( 17.8 )   | 45 ( 9.9 )   | 23 ( 5.1 )   | 7 ( 1.5 )    |
| 23 患者が主体性を育む関わりをする                              | 25 ( 5.5 )   | 58 ( 12.8 )   | 104 ( 22.9 ) | 161 ( 35.5 ) | 95 ( 20.9 )  |
| 24 入院中の患者にいつもの生活の満足度を把握する                       | 116 ( 25.6 ) | 103 ( 22.7 )  | 107 ( 23.6 ) | 83 ( 18.3 )  | 35 ( 7.7 )   |
| 25 入院中の患者に普段の人間関係を把握する                          | 79 ( 17.4 )  | 85 ( 18.7 )   | 96 ( 21.1 )  | 123 ( 27.1 ) | 62 ( 13.7 )  |
| 26 入院中に患者の病気の理解の程度を把握する                         | 57 ( 12.6 )  | 64 ( 14.1 )   | 77 ( 17.0 )  | 134 ( 29.5 ) | 113 ( 24.9 ) |
| 27 入院中に患者の服薬への認識を確認する                           | 61 ( 13.4 )  | 57 ( 12.6 )   | 60 ( 13.2 )  | 129 ( 28.4 ) | 138 ( 30.4 ) |
| 28 入院中の患者に自身の悪化兆候をたずねる                          | 80 ( 17.6 )  | 70 ( 15.4 )   | 83 ( 18.3 )  | 123 ( 27.1 ) | 87 ( 19.2 )  |
| 29 退院後の訪問などで患者の症状の変化を継続的に把握する                   | 16 ( 3.5 )   | 24 ( 5.3 )    | 38 ( 8.4 )   | 152 ( 33.5 ) | 215 ( 47.4 ) |
| 30 判断に迷うときは職場内で相談できる                            | 6 ( 1.3 )    | 5 ( 1.1 )     | 7 ( 1.5 )    | 40 ( 8.8 )   | 388 ( 85.5 ) |
| 31 職場で事例検討し、保健師としての活動を振り返ることができる                | 20 ( 4.4 )   | 34 ( 7.5 )    | 55 ( 12.1 )  | 141 ( 31.1 ) | 195 ( 43.0 ) |
| 32 個別事例を室ね、地域の課題をアセスメントする力をつける                  | 12 ( 2.6 )   | 27 ( 5.9 )    | 69 ( 15.2 )  | 159 ( 35.0 ) | 179 ( 39.4 ) |
| 33 措置診察に立会する経験等を積み重ね、悪化兆候をアセスメントする力をつける         | 26 ( 5.7 )   | 31 ( 6.8 )    | 92 ( 20.3 )  | 137 ( 30.2 ) | 158 ( 34.8 ) |
| 34 医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える                   | 28 ( 6.2 )   | 41 ( 9.0 )    | 75 ( 16.5 )  | 149 ( 32.8 ) | 151 ( 33.3 ) |
| 35 地域活動を促進する事業の予算化などを考える                        | 137 ( 30.2 ) | 81 ( 17.8 )   | 116 ( 25.6 ) | 73 ( 16.1 )  | 38 ( 8.4 )   |
| 36 支援者との仲間意識を醸成する言動や関わりをもつ                      | 16 ( 3.5 )   | 42 ( 9.3 )    | 99 ( 21.8 )  | 149 ( 32.8 ) | 137 ( 30.2 ) |

項目ごとに平均値と標準偏差から天井効果、床効果を検討したところ 19 項目に天井効果がみられた。床効果がみられた項目は無かった。項目間の相関係数をみると r 値が 0.7 を超えた項目が、4 と 5、23 と 24、24 と 25、24 と 26、26 と 27 であった。I-T 分析では、合計得点との相関係数が 0.6 未満の項目は、1、12、18、19、21、22、30、31、33、35 であった。各項目の GP 分析を行ったところ全ての項目で得点が高い群の得点が高く問題となる項目は無かった。

支援内容について、生活全般に関わるものを生活、病気や治療に関するものを病気、支援者のネットワークなどを支援体制として区分した。生活に関するものが、「支援者と患者の QOL を共有する」、「地域の支援者と事例検討を行い、支援の方向性を共有する」、「患者の自己実現を反映した退院支援計画を作成する」、「退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する」、「患者の入院中に家族を支援する」など 15 項目 (41.7%) であった。病気・治療に関するものが、「支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する」、「支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する」、「支援者と協働してクライスプランを作る」、「入院中に患者の服薬への認識を確認する」など 12 項目 (33.3%) であった。支援体制に関するものは、「支援者と事例検討を行い、支援者の困りごとや困難感を共有する」、「入院早期から支援者による地域支援チームを作る」、「支援者と分担して定期的に誰かが患者を訪問する」、「地域活動を促進する事業の予算化などを考える」など 9 項目 (25%) であった (表 6)。

表6 再発予防支援項目と項目分析,支援内容

| 項目  | 項目分析      |           |        |           | 支援内容 |        |                  |
|---|-----------|-----------|--------|-----------|------|--------|------------------|
|   | 平均値±標準偏差  | 項目間相関     | I-T分析  | GP分析平均値の差 | 生活   | 病<br>気 | 支<br>援<br>体<br>制 |
| 1 支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準を共有する                       | 4.1 ± 1.1 | 0.06~0.48 | 0.4198 | 1.17      |      |        | ○                |
| 2 支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する                        | 4.5 ± 0.9 | 0.06~0.71 | 0.5362 | 1.04      |      |        | ○                |
| 3 支援者と患者のQOL(将来の希望)を共有する                        | 4.1 ± 1.0 | 0.1~0.71  | 0.5673 | 1.36      |      |        | ○                |
| 4 支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する                           | 4.1 ± 0.9 | 0.08~0.59 | 0.5863 | 1.27      |      |        | ○                |
| 5 地域の支援者と事例検討を行い、支援の方向性を共有する                    | 4.0 ± 1.1 | 0.14~0.81 | 0.5495 | 1.46      |      |        | ○                |
| 6 支援者と事例検討を行い、支援者の困り事や困難感を共有する                  | 3.9 ± 1.1 | 0.15~0.81 | 0.5296 | 1.43      |      |        | ○                |
| 7 支援者が速やかに悪化兆候を保健所に知らせる体制をつくる                   | 3.5 ± 1.1 | 0.05~0.47 | 0.5516 | 1.45      |      |        | ○                |
| 8 入院早期から支援者による地域支援チームを作る                        | 3.0 ± 1.2 | 0.11~0.50 | 0.5972 | 1.67      |      |        | ○                |
| 9 患者の自己実現を反映した退院支援計画を作成する                       | 2.4 ± 1.3 | 0.07~0.58 | 0.5659 | 1.73      |      |        | ○                |
| 10 支援者と協働してクライシスプランを作る                          | 2.7 ± 1.3 | 0.15~0.58 | 0.5368 | 1.79      |      |        | ○                |
| 11 服薬を確認するための体制をつくる                             | 3.3 ± 1.3 | 0.0~0.1   | 0.5803 | 1.87      |      |        | ○                |
| 12 退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する                | 2.1 ± 1.1 | 0.46~0.1  | 0.3929 | 1.20      |      |        | ○                |
| 13 支援者と分担して定期的に誰かが患者を訪問する                       | 4.0 ± 1.1 | 0.16~0.6  | 0.5369 | 1.37      |      |        | ○                |
| 14 支援者とタイムリーに危機予知を連絡し合う                         | 4.0 ± 1.1 | 0.0~0.4   | 0.6474 | 1.58      |      |        | ○                |
| 15 患者の入院中に家族を支援する                               | 3.6 ± 1.1 | 0.15~0.44 | 0.5867 | 1.43      |      |        | ○                |
| 16 患者の入院中に近隣住民の不安を取り除く                          | 2.5 ± 1.2 | 0.14~0.54 | 0.5405 | 1.58      |      |        | ○                |
| 17 関係者と連携し近隣の相談体制を充実させる                         | 2.9 ± 1.2 | 0.11~0.29 | 0.5139 | 1.64      |      |        | ○                |
| 18 管内の精神保健福祉に関する社会資源を詳しく紹介した冊子を対応窓口となる関係機関に配布する | 3.1 ± 1.5 | 0.13~0.29 | 0.4234 | 1.60      |      |        | ○                |
| 19 出かける場づくりなど日中活動を支援する                          | 3.1 ± 1.3 | 0.15~0.4  | 0.4986 | 1.63      |      |        | ○                |
| 20 事例の問題から地域の課題として、事業の見直しや病院指導・会議等に反映する         | 3.4 ± 1.2 | 0.18~0.42 | 0.5693 | 1.81      |      |        | ○                |
| 21 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける          | 2.1 ± 1.2 | 0.05~0.55 | 0.4295 | 1.32      |      |        | ○                |
| 22 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元小中学校に働きかける         | 1.6 ± 1.0 | 0.06~0.30 | 0.3079 | 0.77      |      |        | ○                |
| 23 患者が主体性を育む関わりをする                              | 3.6 ± 1.1 | 0.14~0.46 | 0.6168 | 1.73      |      |        | ○                |
| 24 入院中の患者にいつもの生活の満足度を把握する                       | 2.6 ± 1.3 | 0.16~0.72 | 0.6059 | 1.98      |      |        | ○                |
| 25 入院中の患者に普段の人間関係を把握する                          | 3.0 ± 1.3 | 0.11~0.75 | 0.5979 | 2.02      |      |        | ○                |
| 26 入院中に患者の病気の理解の程度を把握する                         | 3.4 ± 1.4 | 0.0~0.16  | 0.624  | 2.10      |      |        | ○                |
| 27 入院中に患者の服薬への認識を確認する                           | 3.5 ± 1.4 | 0.16~0.89 | 0.6134 | 2.16      |      |        | ○                |
| 28 入院中の患者に自身の悪化兆候をたずねる                          | 3.2 ± 1.4 | 0.15~0.76 | 0.5942 | 2.08      |      |        | ○                |
| 29 退院後の訪問などで患者の症状の変化を継続的に把握する                   | 4.2 ± 1.0 | 0.14~0.54 | 0.5916 | 1.47      |      |        | ○                |
| 30 判断に迷うときは職場内で相談できる                            | 4.8 ± 0.6 | 0.01~0.37 | 0.3719 | 0.45      |      |        | ○                |
| 31 職場で事例検討し、保健師としての活動を振り返ることが出来る                | 4.0 ± 1.1 | 0.11~0.46 | 0.4256 | 1.27      |      |        | ○                |
| 32 個別事例を重ね、地域の課題をアセスメントする力をつける                  | 4.1 ± 1.0 | 0.1~0.41  | 0.5126 | 1.25      |      |        | ○                |
| 33 措置診察に立会する経験等を積み重ね、悪化兆候をアセスメントする力をつける         | 3.8 ± 1.2 | 0.11~0.47 | 0.4687 | 1.36      |      |        | ○                |
| 34 医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える                   | 3.8 ± 1.2 | 0.13~0.47 | 0.662  | 2.04      |      |        | ○                |
| 35 地域活動を促進する事業の予算化などを考える                        | 2.5 ± 1.3 | 0.11~0.38 | 0.4203 | 1.51      |      |        | ○                |
| 36 支援者との仲間意識を醸成する言動や関わりをもつ                      | 3.8 ± 1.1 | 0.12~0.46 | 0.5754 | 1.45      |      |        | ○                |

### 3. 再発予防支援 36 項目の構成因子

警察官通報により措置入院となった精神障害者に対する保健所保健師の再発予防支援 36 項目について、質問内容の適切性及び整合性について確認するために、項目分析を行い、いくつかの項目で該当する項目がみられたが、項目の内容を吟味し、いずれの項目も再発予防支援を測定する上で不可欠なものと考え除外せずすべての項目を分析対象とした。

探索的因子分析（最尤法・プロマックス回転）を行い、共通因子の抽出を試みた。因子数は初期の固有値 1 以上の基準に従って決定し 4 因子を抽出した。因子の解釈は、プロマックス回転後の因子行列に着目し、因子負荷量が 0.35 以上でかつ 2 因子にまたがって 0.35 以上の負荷を示さない項目に基づいて行った。その結果、十分な因子負荷量を示さなかった「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元小中学校に働きかける」、「入院中に患者の服薬への認識を確認する」、「措置診察に立会する経験等を積み重ね、悪化兆候をアセスメントする力をつける」、「支援者との仲間意識を醸成する言動や関わりをもつ」の 4 項目を除外し、再度、最尤法・プロマックス回転による因子分解を行った。プロマックス回転後の最終的な因子パターンと因子間相関を表 7 に示した。回転前の 4 因子で 32 項目の全分散を説明する割合は 42.2%であった。

第 1 因子は、「患者の入院中に近隣住民の不安を取り除く」0.803、「関係者と連携し近隣の相談体制を充実させる」0.67、「支援者と協働してクライスプランを作る」0.632、「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける」0.61、「事例の問題から地域の課題として、事業の見直しや病院指導、会議等に反映する」0.577、「退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する」0.544 など 17 項目で構成され、共通して含まれる因子として、警察官通報による自傷他害行為を起こした精神障害者に対する近隣住民の不安を取り除き、精神障害者が主体性を育み、地域で生活できるための【地域生活維持の環境整備】と解釈した。

第 2 因子は、「支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する」0.981、「支援者と患者の QOL（将来の希望）を共有する」0.786、「支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する」0.752、「支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する」0.752、「支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準を共有する」0.566

など9項目で構成され、早期に危機回避できるような【危機予知の連絡体制構築】と解釈した。

第3因子は、「入院中に患者の病気の理解の度を把握する」0.912、「入院中に患者に自身の悪化兆候をたずねる」0.882、「入院中に患者に普段の人間関係を把握する」0.88、「入院中の患者にいつもの生活の満足度を把握する」0.663の4項目で構成され、措置入院した患者に対する【入院中からの患者理解】と解釈した。

第4因子は、「支援者と事例検討を行い、支援者の困り事や困難感を共有する」0.892、「地域の支援者と事例検討を行い、支援の方向性を共有する」0.789の2項目で構成され、円滑な連携のために支援者との【共通理解を促す事例検討】と解釈した。Cronbach's  $\alpha$  係数は全体で0.9199、第1因子0.8644、第2因子0.8475、第3因子0.9015、第4因子0.8942であり、共に0.8以上で内的整合性がみられた。

以上、警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健所保健師の再発予防支援に関しては、【地域生活維持の環境整備】、【危機予知の連絡体制整備】、【入院中からの患者理解】、【共通理解を促す事例検討】の4因子32項目で構成された。



表7 再発予防支援項目因子分析の結果

(n=454)

| 項目                                   | 因子1      | 因子2    | 因子3    | 因子4    | 共通性    |
|--------------------------------------|----------|--------|--------|--------|--------|
| <b>第1因子【地域生活維持の環境整備】</b>             |          |        |        |        |        |
| 患者の入院中に近隣住民の不安を取り除く                  | 0.803    | -0.257 | -0.028 | -0.014 | 0.713  |
| 関係者と連携し近隣の相談体制を充実させる                 | 0.670    | -0.073 | -0.135 | 0.033  | 0.473  |
| 支援者と協働してクライシスプランを作る                  | 0.632    | -0.035 | -0.063 | -0.019 | 0.405  |
| 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける  | 0.610    | -0.189 | -0.083 | 0.059  | 0.418  |
| 事例の問題から地域の課題として、事業の見直しや病院指導・会議等に反映する | 0.577    | 0.043  | -0.088 | 0.033  | 0.344  |
| 退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する        | 0.544    | -0.159 | -0.044 | 0.011  | 0.324  |
| 患者の自己実現を反映した退院支援計画を作成する              | 0.540    | -0.025 | 0.051  | 0.031  | 0.296  |
| 個別事例を重ね、地域の課題をアセスメントする力をつける          | 0.520    | 0.076  | -0.063 | -0.088 | 0.288  |
| 地域活動を促進する事業の予算化などを考える                | 0.519    | -0.083 | -0.062 | -0.009 | 0.280  |
| 医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える           | 0.510    | 0.030  | 0.175  | 0.010  | 0.292  |
| 出かける場づくりなど日中活動を支援する                  | 0.494    | -0.025 | 0.126  | -0.109 | 0.272  |
| 患者が主体性を育む関わりをする                      | 0.484    | 0.201  | 0.064  | -0.122 | 0.293  |
| 服薬を確認するための体制をつくる                     | 0.439    | 0.174  | -0.006 | 0.026  | 0.223  |
| 職場で事例検討し、保健師としての活動を振り返ることができる        | 0.430    | -0.051 | -0.045 | 0.110  | 0.201  |
| 管内の社会資源を紹介した冊子を関係機関に配布する             | 0.416    | -0.060 | 0.020  | 0.030  | 0.178  |
| 患者の入院中に家族を支援する                       | 0.399    | 0.111  | 0.186  | -0.034 | 0.207  |
| 入院早期から支援者による地域支援チームを作る               | 0.381    | 0.154  | 0.045  | 0.161  | 0.197  |
| <b>第2因子【危機予知の連絡体制構築】</b>             |          |        |        |        |        |
| 支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する               | -0.197   | 0.981  | -0.039 | -0.031 | 1.003  |
| 支援者と患者のQOL(将来の希望)を共有する               | -0.035   | 0.786  | -0.043 | 0.032  | 0.621  |
| 支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する                  | -0.044   | 0.752  | 0.003  | 0.056  | 0.570  |
| 支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準を共有する              | -0.080   | 0.566  | -0.010 | 0.058  | 0.330  |
| 判断に迷うときは職場内で相談できる                    | 0.065    | 0.498  | -0.031 | -0.174 | 0.284  |
| 支援者とタイムリーに危機予知を連絡し合う                 | 0.219    | 0.433  | 0.089  | 0.051  | 0.246  |
| 支援者と分担して定期的に誰かが患者を訪問する               | 0.271    | 0.366  | 0.002  | -0.031 | 0.208  |
| 退院後の訪問などで患者の症状の変化を継続的に把握する           | 0.301    | 0.365  | 0.071  | -0.096 | 0.238  |
| 支援者が速やかに悪化兆候を保健所に知らせる体制をつくる          | 0.256    | 0.364  | -0.114 | 0.176  | 0.243  |
| <b>第3因子【入院中からの患者理解】</b>              |          |        |        |        |        |
| 入院中に患者の病気の理解の程度を把握する                 | -0.146   | 0.110  | 0.912  | 0.039  | 0.866  |
| 入院中の患者に自身の悪化兆候をたずねる                  | 0.026    | -0.092 | 0.882  | 0.012  | 0.787  |
| 入院中の患者に普段の人間関係を把握する                  | 0.023    | -0.088 | 0.880  | 0.045  | 0.785  |
| 入院中の患者にいつもの生活の満足度を把握する               | 0.217    | -0.050 | 0.663  | -0.059 | 0.493  |
| <b>第4因子【共通理解を促す事例検討】</b>             |          |        |        |        |        |
| 支援者と事例検討を行い、支援者の困り事や困難感を共有する         | 0.088    | -0.007 | 0.025  | 0.892  | 0.804  |
| 地域の支援者と事例検討を行い、支援の方向性を共有する           | 0.043    | 0.098  | 0.055  | 0.789  | 0.638  |
|                                      | 固有値      | 5.328  | 3.604  | 2.997  | 1.591  |
|                                      | 寄与率(%)   | 16.6   | 11.3   | 9.4    | 5.0    |
|                                      | 累積寄与率(%) | 16.6   | 27.9   | 37.3   | 42.2   |
| 因子間相関                                | 第1因子     | -      | -0.432 | -0.376 | -0.226 |
|                                      | 第2因子     |        | -      | -0.146 | -0.247 |
|                                      | 第3因子     |        |        | -      | 0.133  |
|                                      | 第4因子     |        |        |        | -      |

Cronbach's  $\alpha$  係数: 全体0.9199, 第1因子0.8633, 第2因子0.8475, 第3因子0.9015, 第4因子0.8942

因子抽出法: 最尤法 回転: プロマックス回転

## 第4節 考察

### 1. 保健所における警察官通報体制

#### (1) 警察官通報件数および措置診察不要件数と保護なし通報

今回、保健所により警察官通報件数、措置診察不要件数、保護なし通報件数は大きな差がみられ、警察官通報件数と措置診察不要件数は、保護なし通報件数と有意な正の相関がみられた。保護なし通報は、被通報者が身体的治療のため病院に搬送された場合や監督できる家族等がいる場合などが想定されており<sup>11)</sup>、いずれも保護されていない状況では事前調査は困難となり、措置診察不要となっていると考えられたが、措置入院制度の趣旨と照合した場合に通報の妥当性を検討する必要性が考えられた。

警察官通報件数が増加したのは、平成11(1999)年の法改正に伴い措置入院患者の移送が制度化されたことにより、警察から積極的に通報が行われるようになり、警察官通報件数と措置診察件数の間に大きな格差が生じてきたと言われている<sup>12)</sup>。平成29(2017)年度衛生行政報告例によると全国の警察官通報件数は18,942件であり、うち措置診察不要件数は10,335件(54.6%)になっていた。本研究においても措置診察不要割合は59.6%と6割近くを占めていた。また、警察官通報件数と措置診察件数の間の格差については、竹島らの2003年度調査<sup>13)</sup>において、措置診察実施率(措置診察実施数/警察官通報数)、措置入院率(措置入院数/警察官通報数)は、都道府県・政令指定都市によって大きな差がみられていた。本調査結果においても状況の変化はみられていなかった。

本調査における保健所間の警察官通報件数、措置診察不要件数は大きな差がみられ、保護なし通報を受理している保健所47.5%、受理していない保健所52.5%と二分されている状況であった。このような対応の相違のある保護なし通報は、本人の同意を得ないままの情報提供となり個人情報保護やプライバシーの保護に反する状況を招きかねない<sup>14)</sup>と言われており、保護なし通報の必要性について、都道府県を超えて議論し全国の保健所で統一した対応が必要と考えられた。

精神保健福祉法の趣旨からして最も重視されるべき強制権の発動についてその目的を分かりにくくしているとの指摘<sup>15)</sup>もあるように、法文の

解釈は難しく、措置入院の運用に関するガイドライン<sup>16)</sup>における保護なし通報に関する記載についての解釈は分かりにくく、通報されることの人権への影響については一切触れられていなかった。諸外国から隔たった非自発的入院制度をもつわが国に対して海外の研究者からは、強制的な医療としてのハードルが低すぎ人権の保護が十分でないと批判されている<sup>17)</sup>。通報対応を担当する部署内から関係者の見解を統一し被通報者の人権擁護に努める必要性が考えられた。

## (2) 警察官通報体制

警察官通報を受理した後の主な保健所の対応は、措置入院のための診察の可否を調査する「事前調査」、措置診察を行う精神保健指定医を確保する「精神保健指定医の確保」、措置入院先の病院を確保する「措置入院病院の確保」、入院先まで患者を搬送する「移送」である。今回の調査結果では、日中平日、夜間休日の全てを保健所で実施している割合は、事前調査が84.8%、移送が83.7%と8割を超える保健所が全てを実施していた。精神保健指定医の確保は78.3%、措置入院病院の確保は76.1%と先の2項目に比べて、保健所以外で対応する割合が高くなっていた。全て保健所以外で対応する割合も1割を超えていた。通報対応に要する時間についての先行研究<sup>18)</sup>では、通報業務に要する時間は平均5時間（最長10時間）、措置診察（1次）の精神保健指定医を確保する時間が平均88分（最長220分）、精神保健指定を確保するまでの連絡回数は平均3回（最大10回）、通報受理時間帯は夜間休日が約6割となっていた。1保健所の例ではあるが、精神保健指定医の確保は困難な状況が伺えた。都道府県によっては精神科救急システムを利用し、精神科救急情報センターが一括して精神保健指定の確保や措置入院病院の確保を行うなど警察官通報増大に伴う通報対応を自治体全体で取り組んでいると考えられた。

## 2. 警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援

再発予防支援36項目のうち、「実施している」と「少し実施している」を合わせた実施している割合が50%以上を占めた項目は、22項目（61.1%）と過半数であったことから、調査項目は、再発予防支援項目であることの

妥当性が示唆されたと考えられた。また、Cronbach's  $\alpha$  係数は4因子全てで0.85以上であったことから、指標としての信頼性が確保されたと考えられた。

第1因子である【地域生活維持の環境整備】とは、警察官通報により措置入院となった精神障害者が退院後、元の生活に戻れるために近隣住民の理解を得ることを意味している。しかし、警察官通報による自傷他害行為を起こした精神障害者に対し同じ地域で暮らす住民の中には、精神障害者に対して「何をしでかすかわからない」、「身の危険を感じる」など精神障害者の行動は理解できず恐ろしいというイメージを持つ者がおり<sup>19)</sup>、不安を抱える住民への対応は課題が大きい。精神障害者が地域で生活し続けるために有効な地域ケアとして、磯村<sup>20)</sup>は「精神障害者が近隣住民との気軽な付き合いや頼み事等の日常的な援助や自治会活動へ参加するなどの近隣交流により、住民の不安が緩和される。自治会や民生委員との関係構築、地域組織が精神障害者を見守る体制づくり」を挙げている。かつて、精神保健法の時代、保健所は精神保健の第一線機関としてデイケアや家族会の育成など直接的支援を実施しており、当時の保健師は、精神障害者も地域住民の一人であることを念頭に置いた上で関係者と連携を取りながら活動を続けたことにより、精神障害者が共に暮らすことへの市民や関係者の理解が得られるようになったと言われている<sup>21)</sup>。一般住民と比べて精神障害者に受容的態度を持つと言われている民生委員<sup>22)</sup>や自治会長と連携しながら、地元自治会を基盤とした近隣交流を促し、住民の精神障害者への肯定的な意識や態度を醸成することは重要と考えられた。

第2因子である【危機予知の連絡体制整備】とは、多機関の支援者が連携して、患者の危機を早期に予知し再発を予防することを意味している。精神医療改革として、2013年度から各都道府県が策定する医療計画に従前の4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に加え、精神疾患が5疾病目に追加された。その中で、精神疾患に関する医療計画の目指すべき方向として、精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分化と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる地域医療連携推進体制が示された。今後、さらに地域医療構想に基づく在宅医療体制の確保充実が進むに連れ、精神疾患に

おける連携の重要性も増していくと考えられた。警察官通報による措置入院となった精神障害者において、再び自傷他害行為に至る通報を受けないために、早期に危機を把握し通報に至る前に対応できる多機関多職種連携は重要と考えられた。

第3因子である【入院中からの患者理解】とは、患者が自らの病気の理解の程度等をどのように把握しているかを患者と共に理解することであり、その上で、患者自らの危機に対する自己管理能力を支援する必要があると考えられた。精神保健福祉の実践においては、精神障害者の背景や希望などを考慮して、支援内容や治療方針を決定することが求められている<sup>23)</sup>。また、精神障害者が心身安定した状態を維持しながら社会生活を営むためにセルフケアを高める支援は重要とされており<sup>24)</sup>、患者が危機状況の回避や早期対応を自己管理できるように支援することは重要である<sup>25)</sup>と考えられた。

第4因子【共通理解を促す事例検討】とは、再発予防に効果的な支援について、事例を通して関係者が共通認識した上で各々の能力を高め効果的な連携を行うことを意味している。OJTは、職場において、具体的な業務を通じて能力を育成させるプリセプターシップ、スーパーバイズなどの形態と事例検討会や共同研究などの技法があるが、特に実際にあった事例を用いて検討するケースカンファレンスは保健師の成長に有効であるとされている<sup>26)</sup>。今回、OJTがあると回答した者は約半数あり、今後、OJTの活用を検討する必要があると考えられた。

今回の因子間相関をみると、全体的に高い相関ではなかったが、中では第1因子と第2因子の相関が高かった。警察官通報により措置入院となった精神障害者が退院後、元の生活に戻れるための【地域生活維持の環境整備】が整うことは重要であり、そのためには、多機関の支援者が連携して、患者の危機を早期に予知し再発を予防する【危機予知の連絡体制構築】がなされることが重要と考える。また、因子間相関で次に高かったのは、第1因子と第3因子であり、【地域生活維持の環境整備】と【入院中からの患者理解】は相互に影響し合うと考えられた。警察官通報による措置入院を繰り返さないためには、まず患者自身が病気の理解や服薬の理解をし、自己管理できる力を備えることが重要であり、そのことを支援する一

方で患者が生活する近隣の受け入れ態勢を同時に支援していくものと考えられた。第4因子は他の因子との相関はあまり高くはなかったが、【地域生活維持の環境整備】や【危機予知の連絡体制構築】ひいては【入院中からの患者理解】向上へ影響すると考えられることから、【共通理解を促す事例検討】を保健所保健師が意識的に行うことが患者の再発予防に重要と考えられた。

## 第5節 結論

本章では、全国の保健所の統括保健師及び精神保健担当保健師に対する質問紙調査を実施し、警察官通報により措置入院した精神障害者を対象とした保健師の再発予防支援の因子構造を分析した。その結果、保健師の再発予防支援の因子構造として、精神障害者が退院後に地域生活が継続できるための【地域生活維持の環境整備】、市町村や相談支援事業所や医療機関等の支援者との【危機予知の連絡体制構築】、環境整備や危機予知体制や危機管理の自己管理状況など【入院中からの患者理解】、支援者と共通認識を持ち力量形成につとめる【共通理解を促す事例検討】を開催することが導出された。

また、警察官通報には保護なし通報が存在しており、その見解が保健所間で統一されていない課題がみられた。

## 第2章文献

- 1)厚生労働省. 患者調査平成29年(2017).  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/d1/01.pdf>(参照 2019-10-19)
- 2)竹島正,立森久照,三宅由子他. 措置入院制度の適正な運用に関する研究—措置通報に対する都道府県の対応に関する研究—. 平成14年度厚生労働科学研究 2002;13-55.
- 3)西園昌久. いわゆる「再発」と再発研究の問題点. 臨床精神医学 1974;3(9):891-900.
- 4)柘植雅俊. アドヒアランスを考慮した再発防止の取り組み. 日本精神科看護学会誌 2008;51(2):76-80.
- 5)萱間真美. 精神分裂病に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術. 看護研究 1999;28(1):41-51.
- 6)金地喜世子,角井良子,木村千代子他. 精神障害者が住みやすい地域づくりを目指して. 地域環境保健福祉研究 1998;2(1):1-4.
- 7)The past and Future of mental health services:an interview with Leona Bachrach. Psychiatric Services 2000;51:1511-1512.
- 8)山岸若菜. 精神病早期支援における保健所の役割. 心と社会 2009;40(4):94-98.
- 9)平野かよ子. 公衆衛生を基盤とする保健師活動. 保健の科学 2006;48(3):164-168.
- 10)前掲 8)
- 11)厚生労働省. 措置入院の運用に関するガイドラインについて.  
[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1)  
(参照 2019-6-17)
- 12)竹島正,河野稔明. 措置入院の状況について. 公衆衛生情報 2012;8:28-31.
- 13)竹島正,立森久照,三宅由子,他. 措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究. 平成15年度厚生労働科学研究 2003;19-63.
- 14)山下俊幸. 保護なし24条通報の現状と課題. 平成16年度厚生労働科学研究;103-106.

- 15) 武井満, 芦名孝一, 今井航平, 他. 精神科救急と精神保健福祉法. 臨床精神医学 2014;43(5):597-603.
- 16) 前掲 11)
- 17) 佐々木一, 佐竹直子. 精神医療の提供実態に関する国際比較研究. 平成 21 年度厚生労働科学研究 2010;53-135.
- 18) 菊池実代, 大井真由美, 野村洋子, 他. 通報業務における指定医確保時間の短縮に向けた保健所保健師の取り組み. 日本公衆衛生雑誌特別附録 2013;479
- 19) 小山明日香. 精神障害およびひきこもり事例についての一般地域住民の認識. 日本社会精神医学会雑誌 2012;21(3):436.
- 20) 磯村聡子, 守田孝恵. 精神障害者の近隣交流の特徴: 地域組織との関係から. リハビリテーション連携科学 2015;16(2):136-146.
- 21) 田所美智子. 保健所の役割—地域で精神障害者が安心して暮らせるために—. 病院・地域精神医学 2009;51(2):116-118.
- 22) 白石弘巳, 中谷陽二. 民生委員の精神障害者援助の現状と今後の課題. 日本社会精神医学会雑誌 1998 ; 7 : 82.
- 23) 山口創生, 種田綾乃, 下平美智代, 他. 精神障害者支援における Shared Decision making の実施に向けた課題. 精神リハ誌 2013;17:182-192.
- 24) 山下真裕子. 精神障がい者の地域生活におけるセルフケアの概念分析. 日本看護科学会誌 2017;37:209-215.
- 25) 宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香, 他. 再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態. 日本精神保健看護学会誌 2014;23:70-80.
- 26) 兼平朋美, 守田孝恵. 精神保健活動における保健師の家庭訪問スキルを向上させる「ケースシート」を用いた事例検討の効果. 山口医学 2017;66(2):75-87.



## 第 3 章

## 第3章

# 警察官通報された精神障害者の措置入院歴と 保健師の再発予防支援との関連

### 第1節 背景及び目的

措置入院制度は、危機介入の重要な手段であり、適正な運用の確保は極めて大切であるが、制度自体は本人の同意にかかわらず行政処分として入院させることであり、人権への制約が著しく適用は慎重に行うべきである<sup>1)</sup>とされている。また、警察官通報までの過程では、緊急車両など衆目を集める場面が多く、プライバシーの保護や個人情報の保護が難しいこと、家族や近隣住民に大きな不安を与えるなど深刻な課題があり<sup>2)</sup>、被通報者の生命保護にとどまらず、家族や近隣住民の安全安心と基本的人権を守ることも重要になってくる。慎重を期す必要がある警察官通報対応だが、増加傾向<sup>3)</sup>にあり、通報件数や措置入院該当者数などは都道府県により大きく異なっていた。警察官通報の対応の8割近くを担っている保健所<sup>4)</sup>において中心的に対応している保健所保健師の研究として緊急かつ切迫した場面における初期介入としての危機状態の評価、対象者が落ち着きを取り戻すための支援、今後の早期治療、早期社会復帰に向けての介入の足がかりをつくる支援が明らかにされていた<sup>5)</sup>。しかし、都道府県・政令指定都市間における通報対応の相違に言及した研究は見当たらず、措置入院後から退院後の社会復帰、再発予防に至る支援については、個々の保健師に任されている現状がみられ<sup>6)</sup>、再び警察官通報による措置入院にならないための初期対応から継続する具体的な支援は明らかにされていなかった。

そこで、本章では、第2章で明らかになった再発予防支援36項目の実態、因子構造、保健所の通報対応の実態から、通報体制の違いによる再発予防支援のあり方を検討した上で、措置入院歴あり件数を目的変数とし、再発予防支援36項目を説明変数とした重回帰分析を実施し、保健所保健師の再発予防支援を提示することを目的とした。

## 第2節 研究方法

### 1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙調査

### 2. 調査対象

全国県型保健所 419 か所のうち、通報業務を保健師が担当していない 5 都道府県の保健所 48 か所を除き、42 都道府県 371 保健所の統括保健師各 1 名及び精神保健を担当する全ての保健師とした。

### 3. 調査期間

調査は、平成 30（2018）年 2 月～3 月に実施した。

### 4. 調査方法

郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。調査票の配布・回収手順は対象となるすべての保健所の統括保健師宛に、保健師分の調査協力依頼状、同意説明文、質問紙と返信用封筒を郵送し、調査票の配布及び返送の取りまとめを依頼した。

### 5. 調査項目

質問紙は統括保健師と精神保健担当保健師への 2 種類とした。

#### (1) 統括保健師への質問項目（調査票 A）

保健所所在地（都道府県名）、本所・支所別、保健所の管内人口、管内市町村数、管内精神科病院数、管内警察署数、精神保健担当者数（うち保健師数）、通報体制、通報実績の 9 項目とした。通報体制は事前調査、精神保健指定医の確保、措置入院病院の確保、移送の 4 項目で構成した。通報実績は、平成 28 年度（平成 28 年 4 月～平成 29 年 3 月）の警察官通報件数、措置診察不要件数、措置入院該当件数、保護なし通報件数、措置入院歴が 1 回以上ある被通報者数とした。

#### (2) 保健師への質問項目（調査票 B）

基本属性と第 1 章で作成した再発予防支援 36 項目で構成した。基本属

性は、保健師経験年数、年代、性別、職位、保健師資格を取得した教育機関、担当業務、通報に関する研修受講経験、OJTの有無の8項目とした。再発予防支援36項目については、「実施していない」から「実施している」までを5件法での回答とした。

## 6. 分析方法

保健所の通報体制の違いによる地域特性を明らかにするために、既存の都道府県統計資料から警察官通報件数、診察不要件数、措置入院該当件数、保健所保健師数、人口密度の5項目および本調査で得た事前調査、精神保健指定医の確保、措置入院病院の確保、移送、精神保健担当者数、精神保健業務専任の有無の6項目を用いて、階層的クラスター分析をWard法で実施し、都道府県を通報体制により類型化した。類型間の再発予防支援による違いを第2章で求めた4因子の因子得点を用いて一元配置分散分析で確認した。

次に、警察官通報された精神障害者の措置入院歴と保健師の再発予防支援の関連について、警察官通報された者のうち措置入院歴が1回以上あった者（以下、措置入院歴あり）の件数を従属変数とし、4因子得点を独立変数とした重回帰分析と再発予防支援36項目を独立変数とした重回帰分析を実施した。有意差のあった項目については、属性との群間比較を2群間ではMann-Whitney検定、3群以上はKruskal-Wallis検定を用いて解析した。統計ソフトはStatFlexVer.7を用いた。

## 7. 倫理的配慮

本研究は、「ヘルシンキ宣言（2013年10月フォルタレザ修正）」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号）」並びに「日本看護協会倫理綱領」における倫理指針を遵守して実施した。本研究への参加を強制するものではなく、参加しない場合の不利益がないこと、同意の撤回はいつでも可能であること、逐語録作成時に個人情報を取り除き匿名化すること、研究成果の公表について対象者に文書で説明し、調査紙の提出を持って研究への同意を得た。本研究で得られたデータは、個人情報が漏れることのないように厳重に管理した。なお、研究実施に際し、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認

を得た（承認：平成 29 年 12 月 27 日 第 478 号）。

### 第 3 節 結果

#### 1. 警察官通報体制による都道府県の特徴

第 1 章では、措置診察の実施率や措置入院率が都道府県により大きな差がみられていることから、再発予防支援に関する面接調査対象者のサンプリングにおいて偏りを少なくするために、既存の資料から、警察官通報件数、診察不要件数、措置入院該当件数、保健所保健師数、人口密度を変数として階層的クラスター分析を実施した。

本章では、平成 28（2016）年度都道府県資料から、警察官通報件、措置入院該当者数、診察不要とした件数、保健所保健師の配置人数（以上いずれも人口 10 万対）、人口密度、並びに、本調査結果から、保健所の通報体制である事前調査、精神保健指定医の確保、措置入院病院の確保、移送の 4 項目及び担当者数（人口 10 万対）、精神保健業務以外の業務がありを 1 点、なし（専任）を 2 点として変数とした。通報体制の 4 項目については、「全て保健所に対応する」「夜間休日は保健所以外に対応する」「全て保健所以外に対応する」を 1 点～3 点で回答を求め、その平均値とした。これらを分析用データベースとし（表 1）、階層的クラスター分析を Ward 法で行った。変数を Z 得点化し、個体間の距離は平方ユークリッド距離で測定し、樹形図（図 1）から最も解釈可能な非類似距離でクラスター数を求めた後、クラスター毎に変数の平均値（表 2）を概観した結果、保健所における警察官通報体制の特徴から都道府県は、Ⅰ「保健所以外の対応型」、Ⅱ「夜間休日は保健所以外の対応型」、Ⅲ「夜間休日の一部以外は保健所対応型」、Ⅳ「保健所対応型」の 4 つに分類され、それぞれの通報体制（表 3）、管内施設状況（表 4）、1 保健所当たりの通報実績（表 5）に相違がみられた。

表1 クラスタ分析に用いた都道府県別警察官通報件数、診察不要件数、措置該当者数、保健所保健師数、人口密度、警察官通報体制、精神保健業務の専任の有無

|     | 警察官<br>通報数 <sup>※1</sup><br>(人口10万対) | 診察<br>不要数 <sup>※1</sup><br>(人口10万対) | 措置入院<br>該当者数 <sup>※1</sup><br>(人口10万対) | 保健所<br>保健師数 <sup>※2</sup><br>(人口10万対) | 人口<br>密度 <sup>※3</sup> | 事前調査 <sup>※4</sup> | 指定医<br>確保 <sup>※4</sup> | 入院病院<br>確保 <sup>※4</sup> | 移送 <sup>※4</sup> | 担当者数 <sup>※5</sup><br>(人口10万対) | 専任 <sup>※6</sup> |
|-----|--------------------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------------|------------------|
| 北海道 | 15.7                                 | 14.7                                | 0.5                                    | 4.2                                   | 70.2                   | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 11.2                           | 1.1              |
| 青森  | 2.6                                  | 0.4                                 | 1.8                                    | 3.8                                   | 142.4                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 6.5                            | 1.3              |
| 岩手  | 7.3                                  | 5.9                                 | 1.0                                    | 3.6                                   | 87.1                   | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 3.3                            | 1.1              |
| 宮城  | 8.5                                  | 3.0                                 | 3.7                                    | 3.1                                   | 322.3                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 4.9                            | 1.7              |
| 秋田  | 2.1                                  | 0.3                                 | 0.8                                    | 5.7                                   | 93.3                   | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 3.9                            | 1.4              |
| 山形  | 8.2                                  | 0.7                                 | 6.0                                    | 4.4                                   | 125.4                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 2.1                            | 1.8              |
| 福島  | 10.8                                 | 0.4                                 | 3.7                                    | 4.3                                   | 147.2                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 7.2                            | 1.7              |
| 茨城  | 8.6                                  | 1.9                                 | 4.6                                    | 2.6                                   | 487.2                  | 1.9                | 2.0                     | 2.0                      | 2.0              | 1.5                            | 1.3              |
| 栃木  | 15.5                                 | 0.7                                 | 9.4                                    | 3.8                                   | 313.3                  | 2.0                | 2.4                     | 2.0                      | 2.0              | 2.5                            | 1.4              |
| 埼玉  | 11.0                                 | 0.3                                 | 7.1                                    | 1.6                                   | 1894.2                 | 2.0                | 2.0                     | 2.0                      | 2.0              | 0.8                            | 1.8              |
| 東京  | 17.6                                 | 4.3                                 | 10.6                                   | 1.0                                   | 6015.7                 | 2.0                | 3.0                     | 3.0                      | 3.0              | 35.9                           | 1.5              |
| 神奈川 | 15.0                                 | 5.3                                 | 7.2                                    | 0.9                                   | 3745.4                 | 2.0                | 3.0                     | 3.0                      | 3.0              | 3.3                            | 1                |
| 富山  | 8.6                                  | 5.8                                 | 2.4                                    | 5.0                                   | 257.4                  | 1.0                | 3.0                     | 3.0                      | 1.0              | 8.4                            | 1                |
| 石川  | 5.2                                  | 1.4                                 | 3.5                                    | 4.4                                   | 279.5                  | 1.0                | 3.0                     | 3.0                      | 1.0              | 0.8                            | 2                |
| 福井  | 12.3                                 | 2.4                                 | 4.8                                    | 6.0                                   | 192.4                  | 1.9                | 3.0                     | 3.0                      | 1.9              | 1.1                            | 1.2              |
| 長野  | 14.7                                 | 1.6                                 | 8.6                                    | 3.3                                   | 158.7                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 6.2                            | 1.1              |
| 岐阜  | 30.9                                 | 30.3                                | 0.6                                    | 2.8                                   | 195.9                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 1.5                            | 1.8              |
| 静岡  | 16.7                                 | 13.0                                | 2.3                                    | 2.1                                   | 483.9                  | 1.5                | 1.5                     | 1.5                      | 1.5              | 3.7                            | 1.5              |
| 愛知  | 9.7                                  | 8.8                                 | 0.6                                    | 1.7                                   | 1434.8                 | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 1.8                            | 2                |
| 三重  | 8.9                                  | 1.1                                 | 3.5                                    | 3.1                                   | 321                    | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 2.4                            | 1.4              |
| 滋賀  | 11.7                                 | 4.0                                 | 3.8                                    | 3.2                                   | 351.2                  | 2.0                | 2.0                     | 2.0                      | 2.0              | 0.9                            | 1.8              |
| 大阪  | 8.6                                  | 3.9                                 | 3.9                                    | 2.6                                   | 4669.7                 | 2.0                | 3.0                     | 3.0                      | 3.0              | 1.1                            | 2                |
| 兵庫  | 11.1                                 | 9.7                                 | 0.7                                    | 2.6                                   | 665.6                  | 2.0                | 2.2                     | 2.4                      | 1.8              | 3.9                            | 1.2              |
| 奈良  | 6.0                                  | 4.6                                 | 1.2                                    | 3.5                                   | 379.5                  | 2.0                | 2.7                     | 2.7                      | 3.0              | 4                              | 1.3              |
| 和歌山 | 20.1                                 | 12.7                                | 2.0                                    | 5.5                                   | 212                    | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 3.5                            | 1.5              |
| 鳥取  | 4.0                                  | 0.9                                 | 2.2                                    | 7.1                                   | 167.8                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 2.9                            | 1.5              |
| 島根  | 10.4                                 | 0.0                                 | 6.3                                    | 7.7                                   | 107                    | 1.1                | 1.1                     | 1.1                      | 1.1              | 4.3                            | 1.9              |
| 岡山  | 12.7                                 | 3.0                                 | 3.2                                    | 4.3                                   | 273.5                  | 1.1                | 1.1                     | 1.1                      | 1.1              | 6.9                            | 1.1              |
| 広島  | 10.2                                 | 0.4                                 | 7.6                                    | 1.7                                   | 337.4                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 1.3                            | 1.6              |
| 山口  | 8.7                                  | 0.1                                 | 4.6                                    | 3.8                                   | 237.4                  | 1.0                | 1.0                     | 1.3                      | 1.0              | 3.8                            | 1.1              |
| 徳島  | 40.8                                 | 38.8                                | 1.3                                    | 7.5                                   | 189.4                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 4.6                            | 1.8              |
| 香川  | 21.3                                 | 11.5                                | 3.9                                    | 3.7                                   | 530.7                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 7.1                            | 1                |
| 愛媛  | 15.4                                 | 14.0                                | 1.2                                    | 4.6                                   | 252.1                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 2.6                            | 2                |
| 高知  | 10.3                                 | 2.0                                 | 6.6                                    | 8.1                                   | 107.6                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 5.2                            | 1.7              |
| 福岡  | 10.6                                 | 4.9                                 | 4.3                                    | 2.5                                   | 1019                   | 1.0                | 1.5                     | 1.7                      | 1.0              | 2.6                            | 2                |
| 佐賀  | 5.1                                  | 0.8                                 | 3.3                                    | 6.0                                   | 348.3                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 1.4                            | 1.8              |
| 長崎  | 10.3                                 | 1.4                                 | 7.1                                    | 5.4                                   | 347.5                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 9.6                            | 1.3              |
| 熊本  | 6.9                                  | 2.8                                 | 3.0                                    | 3.6                                   | 245.4                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 2.3                            | 1.3              |
| 大分  | 15.0                                 | 7.6                                 | 4.7                                    | 6.2                                   | 188.7                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 2.7                            | 1.5              |
| 宮崎  | 5.4                                  | 1.5                                 | 2.7                                    | 6.4                                   | 146.7                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 2.3                            | 1.7              |
| 鹿児島 | 18.6                                 | 17.5                                | 1.0                                    | 5.2                                   | 185.7                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 5.4                            | 1.6              |
| 沖縄  | 8.1                                  | 5.0                                 | 2.5                                    | 5.4                                   | 611.9                  | 1.0                | 1.0                     | 1.0                      | 1.0              | 2.9                            | 2                |

注1) 平成28年度厚生労働省衛生行政報告例

注2) 平成28年5月1日現在保健所常勤保健師数 保健師活動調査

注3) 平成28年総務省HP 住民基本台帳に基づく人口

注4) 事前調査、指定医確保、入院病院確保、移送は、1:全て保健所で実施、2:夜間休日は保健所以外で実施、3:全て保健所以外で実施で回答されたものの平均値

注5) 担当者数は、保健所からの回答人数の合計を保健師数で除した平均値

注6) 専任は、1=兼務業務がある 2=専任であると回答されたものの平均値

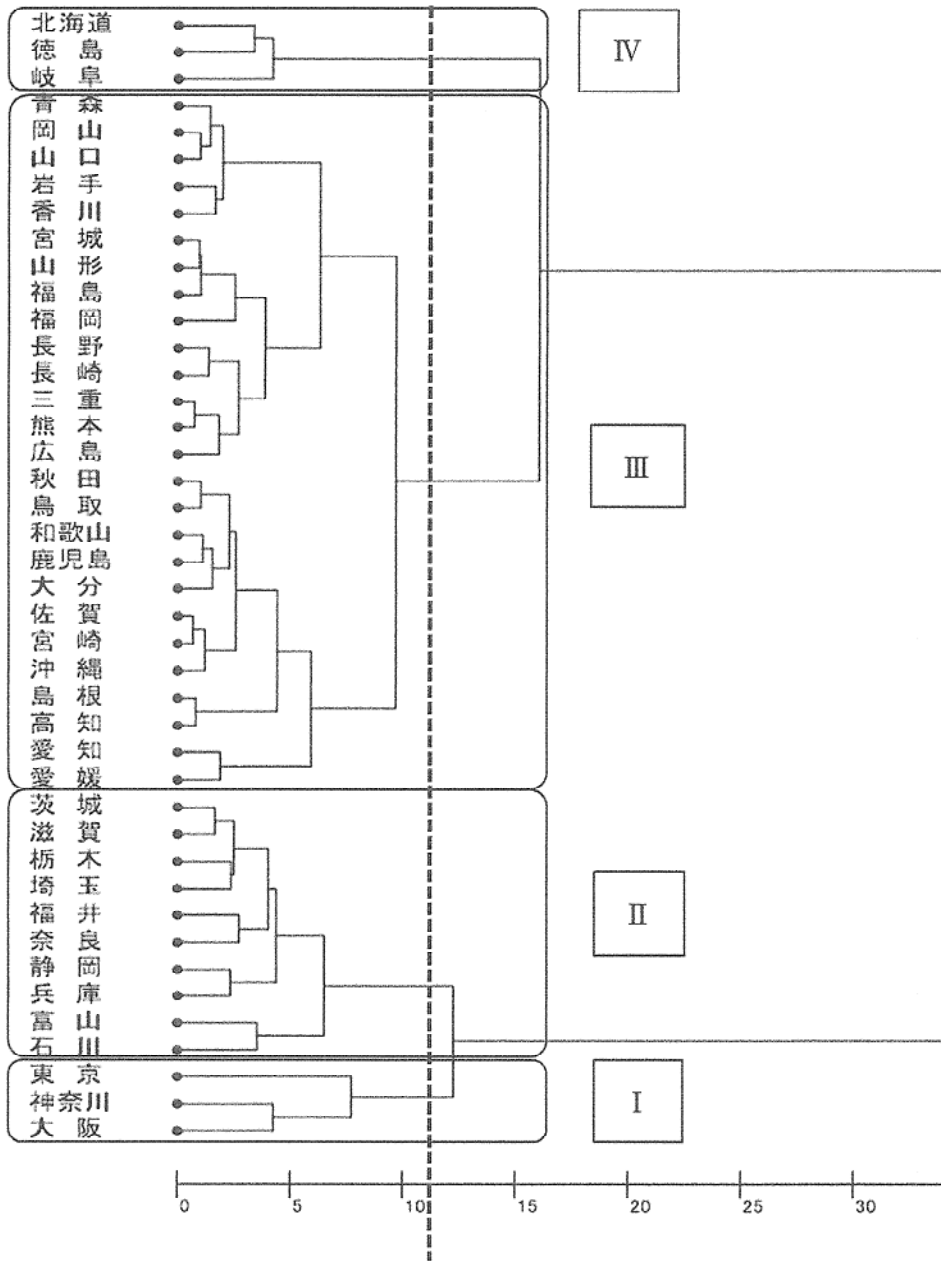


図1 警察官通報に関する統計および通報体制によるクラスター

表2 クラスタ別に見た変数の平均値\*

|                     | n=42   |       |       |      |
|---------------------|--------|-------|-------|------|
|                     | I      | II    | III   | IV   |
| 警察官通報数<br>(人口10万対)  | 8.8    | 7.4   | 25.8  | 12.3 |
| 診察不要数<br>(人口10万対)   | 2.9    | 4.2   | 22.1  | 11.8 |
| 措置入院該当数<br>(人口10万対) | 4.6    | 2.0   | 2.4   | 0.3  |
| 保健所保健師数<br>(人口10万対) | 1.3    | 2.1   | 5.9   | 2.1  |
| 人口密度                | 2934.6 | 449.4 | 361.0 | 65.4 |
| 事前調査                | 1.4    | 1.1   | 1.4   | 0.5  |
| 指定医確保               | 2.0    | 1.3   | 1.5   | 0.5  |
| 入院病院確保              | 2.0    | 1.4   | 1.5   | 0.5  |
| 移送                  | 2.0    | 1.2   | 1.4   | 0.5  |
| 担当者数<br>(人口10万対)    | 6.3    | 2.3   | 9.6   | 3.1  |
| 専任                  | 1.1    | 1.0   | 2.1   | 0.7  |

※) 人口規模を反映した加重平均とした

表3 クラスタ別に見た保健所における通報体制

|                |              | n=184   |     |                  |      |                      |       |        |           |
|----------------|--------------|---------|-----|------------------|------|----------------------|-------|--------|-----------|
|                |              | I       |     | II               |      | III                  |       | IV     |           |
|                |              | 保健所外対応型 |     | 夜間休日は<br>保健所外対応型 |      | 夜間休日の一部以<br>外は保健所対応型 |       | 保健所対応型 |           |
|                |              | 件数      | %   | 件数               | %    | 件数                   | %     | 件数     | %         |
| 事前<br>調査       | 全て保健所で実施     | 1       | 20  | 9                | 28.1 | 123                  | 100.0 | 22     | 100.0 *** |
|                | 夜間休日は保健所以外で* | 3       | 60  | 23               | 71.9 | 0                    | 0.0   | 0      | 0.0       |
|                | 全て保健所以外で対応   | 1       | 20  | 0                | 0.0  | 0                    | 0.0   | 0      | 0.0       |
| 指定<br>医の<br>確保 | 全て保健所で実施     | 0       | 0   | 2                | 6.3  | 119                  | 96.7  | 22     | 100.0 *** |
|                | 夜間休日は保健所以外で* | 0       | 0   | 16               | 50.0 | 4                    | 3.3   | 0      | 0.0       |
|                | 全て保健所以外で対応   | 5       | 100 | 14               | 43.8 | 0                    | 0.0   | 0      | 0.0       |
| 院病<br>院の<br>確保 | 全て保健所で実施     | 0       | 0   | 1                | 3.1  | 116                  | 94.3  | 22     | 100.0 *** |
|                | 夜間休日は保健所以外で* | 0       | 0   | 18               | 56.3 | 7                    | 5.7   | 0      | 0.0       |
|                | 全て保健所以外で対応   | 5       | 100 | 13               | 40.6 | 0                    | 0.0   | 0      | 0.0       |
| 移送             | 全て保健所で実施     | 0       | 0   | 9                | 28.1 | 123                  | 100.0 | 21     | 95.5 ***  |
|                | 夜間休日は保健所以外で* | 0       | 0   | 21               | 65.6 | 0                    | 0.0   | 0      | 0.0       |
|                | 全て保健所以外で対応   | 5       | 100 | 2                | 6.3  | 0                    | 0.0   | 0      | 0.0       |
|                | 無回答          | 0       | 0   | 0                | 0.0  | 0                    | 0.0   | 1      | 4.5       |

\*\*\* Kuraskal-Wallis 検定にて P<0.001



表4 クラスター別の管内施設状況

|          |         | n=42             |                      |        |     |
|----------|---------|------------------|----------------------|--------|-----|
| 単位       | I       | II               | III                  | IV     |     |
|          | 保健所外対応型 | 夜間休日は<br>保健所外対応型 | 夜間休日の一部以<br>外は保健所対応型 | 保健所対応型 |     |
| 都道府県数    | 件       | 3                | 10                   | 26     | 3   |
| 回答保健所数   | 件       | 5                | 32                   | 130    | 21  |
| 回答保健師数   | 人       | 5                | 70                   | 303    | 73  |
| 管内人口     | 人       | 6,320            | 848                  | 355    | 387 |
| 管内市町村数   | か所      | 3.4              | 4.2                  | 4.7    | 6.9 |
| 管内精神科病院数 | か所      | 2.6              | 3.4                  | 3.4    | 2.9 |
| 管内警察署数   | か所      | 2.0              | 2.3                  | 2.2    | 2.8 |

表5 クラスター別1保健所当たりの通報実績

|           |                      | I       |       | II               |      | III                  |       | IV     |           |           |
|-----------|----------------------|---------|-------|------------------|------|----------------------|-------|--------|-----------|-----------|
|           |                      | 保健所外対応型 |       | 夜間休日は<br>保健所外対応型 |      | 夜間休日の一部以<br>外は保健所対応型 |       | 保健所対応型 |           |           |
| 警察官通報受理数  |                      | 27.8    | 100%  | 24.4             | 100% | 17.6                 | 100%  | 67.6   | 100% ***  |           |
| 受理後<br>内訳 | 事前調査結果               | 措置診察要   | 24.0  | 86.3%            | 15.3 | 62.7%                | 9.5   | 54.0%  | 2.6       | 3.8%      |
|           |                      | 措置診察不要  | 3.8   | 13.7%            | 9.1  | 37.3%                | 8.1   | 46.0%  | 65.0      | 96.2% *** |
|           | 措置診察結果               | 措置入院該当  | 8.5   | 30.6%            | 9.7  | 39.8%                | 6.5   | 36.9%  | 2.3       | 3.4% *    |
|           |                      | 措置入院非該当 | 15.5  | 55.8%            | 5.6  | 23.0%                | 8.6   | 48.9%  | 0.3       | 0.4%      |
| 再掲        | 保護なし通報 <sup>注)</sup> | 3.3     | 11.9% | 1.1              | 4.5% | 2.0                  | 11.4% | 28.3   | 41.9% *** |           |
|           | 措置入院歴あり              | 0.0     | 0.0%  | 1.7              | 7.0% | 1.5                  | 8.5%  | 0.8    | 1.2%      |           |

注) ( )内の割合は警察官通報受理件数に対する割合を示した

Kuraskal-Wallis検定にて

\* P<0.05

\*\* P<0.01

\*\*\*P<0.001

I型は、東京、神奈川、大阪の3都府県5保健所で構成され、警察官通報数は人口10万対8.8件とII型に次いで少なかった。診察不要件数は2.9件と最も少なく、措置入院該当件数は4.6と最も多かった。人口密度は最も多く、人口10万対の保健師数は1.3と最も少なかった。精神保健担当者は人口10万対6.3人とIII型に次いで多かった。精神保健以外の業務を担当しない専任の割合は1.1であり、他の業務を兼ねている1に近かった。通報対応は、事前調査は全て保健所

と夜間休日は保健所以外で実施するもみられたが、他の体制については、保健所以外で対応していた。措置入院歴のある者はいなかった。Ⅰ型は概ね全てを保健所以外で対応していたので「保健所以外で通報対応型」と命名した。

Ⅱ型は、茨城、滋賀、兵庫、栃木、埼玉、福井、奈良、静岡、富山、石川の10県32保健所で構成され、通報対応は夜間休日対応を保健所以外で実施する傾向にあった。担当者数が2.3人と最も少なく、専任は少なかった。措置入院歴有の件数は、保健所当たり1.7人と最も高かった。「夜間休日は保健所以外の通報対応型」と命名した。

Ⅲ型は、青森、岡山、山口、山形、福島、長崎、大分、秋田、佐賀、宮崎、鹿児島、沖縄、鳥取、島根、高知、岩手、和歌山、愛媛、愛知、宮城、三重、熊本、香川、福岡、長野、広島の26県130保健所で構成され、警察官通報件数25.8件、診察不要件数22.1件、措置入院該当者数2.4件であった。保健所保健師数と担当者数が最も多く、専任多かった。通報体制は夜間休日の一部を除き保健所で対応していた。「夜間休日の一部以外は保健所の通報対応型」と命名した。

Ⅳ型は、北海道、徳島、岐阜の3道県21保健所73保健師で構成され、警察官通報件数が12.3件とⅢ型に次いで多く、診察不要も11.8件とⅢ型に次いで多かった。保護なし通報は28.3件と最も多かった。人口密度は最も低かったが、市町村は多く、保健所保健師数は2.1人であった。管内精神科病院も少ない中、警察官通報対応はすべて保健所で実施していた。措置入院歴有は0.8件とⅠ型に次いで少なかった。「保健所通報対応型」と命名した。

## 2. 都道府県の特徴による違いと再発予防支援の関連

通報体制の違いにより都道府県は4つに分類されそれぞれに特徴が見いだされた。通報体制の違いによる4つの類型において、再発予防支援の4因子との関連を一元配置分散分析にて確認した。その結果、いずれも以下の結果となり、有意な差は認められなかった(表6)。

因子1では、Ⅰ型の因子得点の平均値は-0.775, Ⅱ型-0.0807, Ⅲ型-0.1635, Ⅳ型0.4151であり、Ⅳ型以外はマイナスの値を示した。F値1.517, P値0.21187であり、有意差は認められなかった。因子2では、Ⅰ型の因子得点の平均値は0.0696, Ⅱ型-0.0194, Ⅲ型-0.0069, Ⅳ型-0.1587であり、Ⅰ型以

外はマイナスの値を示した。F 値 0.086, P 値 0.96755 であり、有意差は認められなかった。因子 3 では、I 型 0.0057, II 型 0.1458, III 型 0.0803, IV 型 -0.2078 であり、IV 型はマイナスの値を示した。F 値 0.432, P 値 0.73044 であり有意差は認められなかった。因子 4 はでは、I 型の因子得点の平均値は 0.017, II 型 0.082, III 型 0.1885, IV 型 -0.3081 を示した。F 値 1.370, P 値 0.25368 であり有意差は認められなかった。

表 6 都道府県 4 類型の再発予防支援の因子得点比較

|                          |      | I       | II               | III                  | IV      | 検定        |
|--------------------------|------|---------|------------------|----------------------|---------|-----------|
|                          |      | 保健所外対応型 | 夜間休日は<br>保健所外対応型 | 夜間休日の一部以<br>外は保健所対応型 | 保健所対応型  |           |
| 因子1<br>【地域生活維持<br>の環境整備】 | n    | 5       | 31               | 118                  | 20      | F=1.517   |
|                          | Mean | -0.775  | -0.0807          | -0.1635              | 0.4151  | P=0.21187 |
|                          | SD   | 1.1176  | 1.5352           | 1.3307               | 0.9894  |           |
| 因子2<br>【危機予知の連<br>絡体制構築】 | n    | 5       | 31               | 118                  | 20      | F=0.086   |
|                          | Mean | 0.0696  | -0.0194          | -0.0069              | -0.1587 | P=0.96755 |
|                          | SD   | 0.949   | 1.055            | 1.3823               | 1.2547  |           |
| 因子3<br>【入院中からの<br>患者理解】  | n    | 5       | 31               | 118                  | 20      | F=0.432   |
|                          | Mean | 0.057   | 0.1458           | 0.0803               | -0.2078 | P=0.73044 |
|                          | SD   | 1.5533  | 1.0183           | 1.1636               | 1.1514  |           |
| 因子4<br>【共通理解を促<br>す事例検討】 | n    | 5       | 31               | 118                  | 20      | F=1.370   |
|                          | Mean | 0.017   | 0.082            | 0.1885               | -0.3081 | P=0.25368 |
|                          | SD   | 1.0874  | 0.9025           | 1.0236               | 1.161   |           |

### 3. 保健師の再発予防支援と警察官通報された精神障害者の措置入院歴との関連

警察官通報された精神障害者の措置入院歴と保健師の再発予防支援の関連について、措置入院歴ありの件数を従属変数とし、第 2 章で求めた保健所保健師の再発予防支援の 4 因子の因子得点を独立変数にした重回帰分析を実施した。その結果、決定係数調整後  $adjR^2$  は 0.0059 と低く、標準偏相関係数 ( $std\beta$ ) は、因子 1 は 0.0162、因子 2 は 0.0457、因子 3 は -0.0288、因子 4

は-0.0077といずれとも有意な差は認められなかった(表7)。

次に、措置入院歴ありの件数を従属変数に、再発予防支援36項目を独立変数にした重回帰分析を実施した結果、次の5項目に有意差を認めた(表8)。標準偏相関係数( $\text{std}\beta$ )は、「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける」-0.1341。「患者の病気理解を把握する」0.1446。「医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える」0.1239。「退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する」-0.1104。「支援者と制度趣旨・基準を共有する」0.1043であった。「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける」と「患者の病気理解を把握する」は1%水準で有意差がみられ、「医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える」、「退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する」、「支援者と制度趣旨・基準を共有する」は5%水準で有意差を認めた。

措置入院歴ありの件数が少なかったことに関連していたのは、「退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する」と「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける」の2項目であった。一方、多かったことに関連していたのは、「支援者と制度趣旨・基準を共有する」、「患者の病気理解を把握する」、「医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える」の3項目であった。

これら有意差の認められた5項目と属性との群間比較を2群間ではMann-Whitney検定、3群以上はKruskal-Wallis検定を用いて解析した。属性との関連において有意差が認められたものは、措置入院歴ありの件数が少なかった「患者との共有ツールで生活支援する」では、受け入れ病院の確保を保健所以外で実施している( $P<0.01$ )、OJTあり( $P<0.01$ )並びに年代が高い( $P<0.05$ )であった。「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける」では、精神保健業務以外の感染症や難病業務などを持たない精神保健業務専任であること( $p<0.05$ )、通報対応に関するOJTがあること( $p<0.05$ )のほうが、有意に地元自治会に働きかけていた(表9)。

一方、措置入院歴ありの件数が多かった「支援者と制度趣旨・基準を共有する」は、研修受講の経験がある( $p<0.01$ )とOJTがある( $p<0.01$ )ことが有意に共有していた。「患者の病気理解を把握する」は、年代が若いこと

( $p < 0.01$ )、保健師資格を大学・大学院で取得していること ( $p < 0.01$ )、精神保健業務の専任であること ( $p < 0.01$ ) 並びに OJT があること ( $p < 0.05$ ) のほうが有意に病気理解をしていた。「医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える」は、精神保健業務の専任であること ( $p < 0.01$ ) と OJT があること ( $p < 0.05$ ) であった。

表7 人口10万対措置入院歴ありの件数を従属変数に4因子を説明変数にした重回帰分析結果 (ステップワイズ法)

|                        | $\beta$   | SE( $\beta$ ) | std $\beta$ | t-val   | df  | P-val   |
|------------------------|-----------|---------------|-------------|---------|-----|---------|
| 因子1<br>【地域生活維持の「環境整備」】 | 0.01701   | 0.07052       | 0.0162      | 0.2412  | 420 | 0.80952 |
| 因子2<br>【危機予知の連絡体制構築】   | 0.05079   | 0.07051       | 0.0457      | 0.7203  | 420 | 0.47173 |
| 因子3<br>【入院中からの患者理解】    | -0.03513  | 0.0693        | -0.0288     | -0.5069 | 420 | 0.61248 |
| 因子4<br>【共通理解を促す事例検討】   | -9.87E-03 | 0.07006       | -0.0077     | -0.1409 | 420 | 0.88804 |

< 回帰の適合度指標 >

重相関係数  $R=0.0602$  決定係数  $R^2=0.0036$

決定係数調整後  $adjR^2=0.0059$

表8 人口10万対措置入院歴ありの件数を従属変数に再発予防支援36項目  
を説明変数にした重回帰分析結果 (ステップワイズ法)

| 項目   | $\beta$ | SE( $\beta$ ) | std $\beta$ | t-val   | P-val     | 相関係数 |      |      |      |   |
|--|---------|---------------|-------------|---------|-----------|------|------|------|------|---|
|  |         |               |             |         |           | 21   | 26   | 34   | 12   | 1 |
| 21 精神障害者が地域で暮らすことの理解が<br>得られるよう地元自治会に働きかける | -0.1266 | 0.04835       | -0.1341     | -2.6178 | 0.00921** | 1    |      |      |      |   |
| 26 患者の病気理解を把握する                            | 0.1208  | 0.04414       | 0.1446      | 2.7359  | 0.00652** | 0.13 | 1    |      |      |   |
| 34 医療機関に対して退院後の地域生活に<br>対する意向を伝える          | 0.1181  | 0.05054       | 0.1239      | 2.3362  | 0.02002*  | 0.20 | 0.37 | 1    |      |   |
| 12 退院後の生活を患者と支援者が共有する<br>ツールを用いて支援する       | -0.1047 | 0.0484        | -0.1104     | -2.1633 | 0.03116*  | 0.31 | 0.09 | 0.16 | 1    |   |
| 1 支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準<br>を共有する              | 0.1088  | 0.0535        | 0.1043      | 2.0335  | 0.04272*  | 0.16 | 0.16 | 0.21 | 0.11 | 1 |

< 回帰の適合度指標 >

重相関係数  $R=0.2828$  決定係数  $R^2=0.0800$

決定係数調整後  $adjR^2=0.0675$

\* $P<0.05$

\*\* $P<0.01$

表9 措置入院既往件数と関連の見られた再発予防支援と保健師属性との関連 (U=Mann-Whitney H=Kruskal-Wallis)

| 項目                                     | 年代        |           |           |           |           | 保健師資格を取得した教育機関 |            |            | 精神保健業務の専任   |            |           | 通報対応に関する研修の受講経験 |           |            | 通報対応に関するOJT |            |            | 受け入れ病院の決定   |                    |                 |           |             |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------|------------|------------|-------------|------------|-----------|-----------------|-----------|------------|-------------|------------|------------|-------------|--------------------|-----------------|-----------|-------------|
|  | 20代       | 30代       | 40代       | 50代以上     | 検定        | あり             | なし         | 検定         | 兼任          | 専任         | 検定        | あり              | なし        | 検定         | あり          | なし         | 検定         | 全て保健所       | 夜間休日<br>は保健所<br>以外 | 全て<br>保健所<br>以外 | 検定        |             |
|  |           |           |           |           |           |                |            |            |             |            |           |                 |           |            |             |            |            |             |                    |                 |           |             |
| 1 支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準を共有する              | 1全くしていない  | 4 (2.8)   | 1 (1.3)   | 3 (2.9)   | 5 (4.3)   | H=2.660        | 8 (3.5)    | 5 (2.3)    | U=24415.0   | 8 (3.0)    | 5 (2.7)   | U=22946.5       | 1 (1.2)   | 12 (3.4)   | U=11064.5   | 4 (1.9)    | 8 (3.8)    | U=19518.5   | 10 (2.9)           | 2 (3.0)         | 1 (2.9)   | H=2.991     |
|  | 2あまりしていない | 20 (13.8) | 5 (6.4)   | 6 (5.8)   | 9 (7.7)   | P=0.44708      | 16 (7.2)   | 24 (10.9)  | P=0.99682   | 26 (9.9)   | 14 (7.7)  | P=0.42851       | 5 (5.0)   | 35 (9.9)   | P=0.00025** | 18 (8.4)   | 22 (10.3)  | P=0.00598** | 29 (8.4)           | 5 (7.5)         | 6 (17.6)  | P=0.22412   |
|  | 3どちらとも    | 16 (11.0) | 6 (7.7)   | 18 (17.3) | 14 (12.0) |                | 33 (14.9)  | 22 (10.0)  |             | 34 (12.9)  | 21 (11.5) |                 | 6 (7.2)   | 47 (13.4)  |             | 20 (9.3)   | 32 (15.0)  |             | 42 (12.2)          | 7 (10.4)        | 6 (17.6)  |             |
|  | 4少ししている   | 41 (28.3) | 27 (34.6) | 33 (31.7) | 30 (25.6) |                | 61 (27.5)  | 68 (30.9)  |             | 76 (28.9)  | 55 (30.2) |                 | 17 (20.5) | 110 (31.3) |             | 59 (27.6)  | 65 (30.5)  |             | 103 (29.9)         | 20 (29.6)       | 9 (26.5)  |             |
|  | 5している     | 64 (44.1) | 39 (50.0) | 44 (42.3) | 59 (50.4) |                | 104 (46.3) | 101 (45.9) |             | 119 (45.2) | 87 (47.8) |                 | 54 (65.1) | 148 (42.0) |             | 113 (52.8) | 86 (40.4)  |             | 161 (46.7)         | 33 (49.3)       | 12 (35.3) |             |
| 12 退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する       | 1全くしていない  | 71 (48.6) | 34 (44.2) | 49 (47.1) | 39 (33.8) | H=8.738        | 90 (40.9)  | 102 (46.4) | U=22924.0   | 117 (44.7) | 77 (42.5) | U=23629.0       | 29 (34.9) | 160 (45.7) | U=12852.5   | 76 (35.7)  | 107 (50.7) | U=18842.5   | 163 (47.7)         | 19 (28.4)       | 12 (34.3) | H=9.550     |
|  | 2あまりしていない | 38 (26.0) | 17 (22.1) | 25 (24.0) | 30 (26.1) | P=0.03299*     | 59 (26.3)  | 51 (23.2)  | P=0.31188   | 60 (22.9)  | 50 (27.6) | P=0.94781       | 26 (31.3) | 83 (23.7)  | P=0.09222   | 62 (29.1)  | 45 (21.3)  | P=0.00239** | 76 (22.2)          | 20 (29.9)       | 14 (40.0) | P=0.00844** |
|  | 3どちらとも    | 24 (16.4) | 10 (13.0) | 15 (14.4) | 20 (17.4) |                | 33 (15.0)  | 35 (15.9)  |             | 44 (16.8)  | 25 (13.8) |                 | 9 (10.8)  | 60 (17.1)  |             | 33 (15.5)  | 35 (16.6)  |             | 57 (16.7)          | 8 (11.8)        | 5 (14.3)  |             |
|  | 4少ししている   | 10 (6.8)  | 14 (18.2) | 15 (14.4) | 21 (18.3) |                | 33 (15.0)  | 27 (12.3)  |             | 34 (13.0)  | 26 (14.4) |                 | 18 (21.7) | 38 (10.9)  |             | 34 (16.0)  | 22 (10.4)  |             | 42 (12.3)          | 15 (22.4)       | 3 (8.6)   |             |
|  | 5している     | 3 (2.1)   | 2 (2.6)   | 0 (0.0)   | 5 (4.3)   |                | 5 (2.3)    | 5 (2.3)    |             | 7 (2.7)    | 3 (1.7)   |                 | 1 (1.2)   | 9 (2.6)    |             | 8 (3.8)    | 2 (0.9)    |             | 4 (1.2)            | 5 (7.5)         | 1 (2.9)   |             |
| 21 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける | 1全くしていない  | 66 (45.8) | 24 (44.2) | 47 (45.2) | 44 (37.6) | H=2.511        | 95 (42.8)  | 95 (43.6)  | U=23943.0   | 124 (47.7) | 67 (36.6) | U=20735.5       | 30 (36.6) | 155 (44.2) | U=13171.5   | 80 (37.7)  | 105 (49.5) | U=19913.5   | 146 (42.6)         | 32 (47.8)       | 13 (38.2) | H=0.424     |
|  | 2あまりしていない | 37 (25.7) | 20 (26.0) | 21 (20.2) | 30 (25.6) | P=0.47336      | 55 (24.3)  | 53 (24.3)  | P=0.84006   | 59 (22.7)  | 49 (26.8) | P=0.01513*      | 23 (28.0) | 82 (23.4)  | P=0.20775   | 60 (28.3)  | 39 (18.4)  | P=0.03224*  | 85 (24.8)          | 15 (22.4)       | 8 (23.5)  | P=0.80902   |
|  | 3どちらとも    | 20 (13.9) | 12 (15.6) | 21 (20.2) | 19 (16.2) |                | 35 (15.3)  | 36 (16.5)  |             | 44 (16.9)  | 29 (15.8) |                 | 12 (14.6) | 60 (17.1)  |             | 29 (13.7)  | 40 (18.9)  |             | 55 (16.0)          | 9 (13.4)        | 9 (26.5)  |             |
|  | 4少ししている   | 19 (13.2) | 9 (11.7)  | 13 (12.5) | 21 (17.9) |                | 32 (14.4)  | 30 (13.8)  |             | 28 (10.8)  | 34 (18.6) |                 | 13 (15.9) | 49 (14.0)  |             | 35 (16.5)  | 27 (12.7)  |             | 52 (15.2)          | 7 (10.4)        | 4 (11.8)  |             |
|  | 5している     | 2 (1.4)   | 2 (2.6)   | 2 (1.9)   | 3 (2.6)   |                | 5 (2.3)    | 4 (1.8)    |             | 5 (1.9)    | 4 (2.2)   |                 | 4 (4.9)   | 5 (1.4)    |             | 8 (3.8)    | 1 (0.5)    |             | 5 (1.5)            | 4 (6.0)         | 0 (0.0)   |             |
| 26 患者の病氣理解を把握する                        | 1全くしていない  | 16 (11.0) | 6 (7.8)   | 14 (13.5) | 21 (17.9) | H=13.333       | 36 (16.2)  | 21 (9.5)   | U=19866.5   | 37 (14.1)  | 20 (11.0) | U=20187.0       | 10 (12.0) | 45 (12.8)  | U=14029.0   | 19 (8.9)   | 35 (16.5)  | U=19756.0   | 45 (13.1)          | 5 (7.5)         | 7 (20.6)  | H=2.469     |
|  | 2あまりしていない | 18 (12.4) | 7 (9.1)   | 13 (12.5) | 26 (22.2) | P=0.00397**    | 41 (18.5)  | 23 (10.5)  | P=0.00064** | 46 (17.6)  | 18 (9.9)  | P=0.00471**     | 10 (12.0) | 53 (15.1)  | P=0.59080   | 29 (13.6)  | 33 (15.6)  | P=0.02193*  | 50 (14.5)          | 9 (13.4)        | 5 (14.7)  | P=0.29104   |
|  | 3どちらとも    | 25 (17.2) | 11 (14.3) | 24 (23.1) | 16 (13.7) |                | 39 (17.6)  | 36 (16.4)  |             | 47 (17.9)  | 29 (15.9) |                 | 12 (14.5) | 63 (17.9)  |             | 37 (17.4)  | 36 (17.0)  |             | 60 (17.4)          | 13 (19.4)       | 4 (11.8)  |             |
|  | 4少ししている   | 45 (31.0) | 26 (33.8) | 35 (33.7) | 28 (23.5) |                | 58 (26.1)  | 74 (33.8)  |             | 75 (26.6)  | 59 (32.4) |                 | 31 (37.3) | 96 (27.9)  |             | 68 (31.9)  | 60 (28.3)  |             | 106 (30.8)         | 18 (26.9)       | 10 (29.4) |             |
|  | 5している     | 41 (28.3) | 27 (35.1) | 18 (17.3) | 26 (22.2) |                | 48 (21.6)  | 65 (29.7)  |             | 57 (21.8)  | 56 (30.8) |                 | 20 (24.1) | 92 (26.2)  |             | 60 (28.2)  | 48 (22.6)  |             | 83 (24.1)          | 22 (32.8)       | 8 (23.5)  |             |
| 34 医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える          | 1全くしていない  | 11 (7.6)  | 3 (3.8)   | 4 (3.8)   | 10 (8.7)  | H=2.661        | 15 (6.8)   | 13 (5.9)   | U=23972.0   | 20 (7.7)   | 8 (4.4)   | U=19864.0       | 4 (4.8)   | 23 (6.6)   | U=12930.5   | 13 (6.1)   | 14 (6.6)   | U=20053.5   | 24 (7.0)           | 2 (3.0)         | 2 (5.5)   | H=3.364     |
|  | 2あまりしていない | 17 (11.7) | 3 (3.8)   | 10 (9.6)  | 11 (9.6)  | P=0.44350      | 18 (8.2)   | 23 (10.5)  | P=0.85833   | 25 (9.6)   | 16 (8.8)  | P=0.00220**     | 7 (8.4)   | 34 (9.7)   | P=0.10447   | 13 (6.1)   | 26 (12.3)  | P=0.04540*  | 33 (9.6)           | 4 (6.1)         | 4 (11.8)  | P=0.18597   |
|  | 3どちらとも    | 25 (17.2) | 21 (26.9) | 13 (12.5) | 15 (13.0) |                | 35 (15.9)  | 39 (17.7)  |             | 52 (16.9)  | 22 (12.1) |                 | 9 (10.8)  | 66 (18.6)  |             | 31 (14.6)  | 42 (19.8)  |             | 64 (18.6)          | 6 (9.1)         | 5 (14.7)  |             |
|  | 4少ししている   | 46 (31.7) | 20 (25.6) | 40 (38.5) | 43 (37.4) |                | 82 (37.3)  | 66 (30.0)  |             | 89 (34.1)  | 60 (33.0) |                 | 31 (37.3) | 116 (33.1) |             | 81 (38.2)  | 65 (30.7)  |             | 107 (31.1)         | 29 (43.8)       | 13 (38.2) |             |
|  | 5している     | 46 (31.7) | 31 (39.7) | 37 (35.6) | 36 (31.3) |                | 70 (31.8)  | 79 (35.9)  |             | 75 (26.7)  | 76 (41.8) |                 | 32 (38.6) | 112 (32.0) |             | 74 (34.9)  | 65 (30.7)  |             | 116 (33.7)         | 25 (37.9)       | 10 (29.4) |             |

\* P<0.05  
\*\* P<0.01

## 第4節 考察

### 1. 都道府県のクラスター別に見た再発予防支援

今回、警察官通報体制により都道府県を類型化し、特徴を明らかにするために、変数として、既存の平成28(2016)年度都道府県資料から、警察官通報件、措置入院該当者数、診察不要とした件数、保健所保健師の配置人数、以上いずれも人口10万対の割合とした。変数には人口密度も加えた。さらに、今回の調査結果から、保健所の通報体制である事前調査、精神保健指定医の確保、措置入院病院の確保、移送の4項目及び担当者数(人口10万対)、精神保健業務以外の業務がありを1点、なし(専任)を2点として変数に加えた。通報体制の4項目については、「全て保健所に対応する」「夜間休日は保健所以外に対応する」「全て保健所以外に対応する」を1点～3点で回答を求め、その平均値とした。その結果、4つのクラスターを選出しそれぞれの特徴から、Ⅰ型「保健所以外で通報対応型」、Ⅱ型「夜間休日は保健所以外の通報対応型」、Ⅲ型「夜間休日の一部以外は保健所の通報対応型」、Ⅳ型「保健所通報対応型」と命名した。Ⅰ型は人口10万対措置診査不要件数が3.8と最も少なかった、回答保健所が5件と少ない中ではあるが、通報対応の殆ど全てを保健所以外で行っているため被通報者の情報が少ないことが考えられ、事前調査での診察不要件数を少なくしている可能性はある。Ⅱ型は人口10万対措置入院該当者数が最も多く、警察官の保護下でない保護なし通報が最も少なかった。負担の多い夜間休日の対応を保健所以外で実施しているため、通報基準等を関係者と共有することがしやすくなっていると思われた。Ⅲ型は最も多い都道府県数で構成されており、夜間休日の一部以外は保健所に対応しているため、平均的な実績であったと思われた。Ⅳ型は、警察官通報件数が群を抜いて多く、診察不要も最も多く、措置入院該当が最も少なく、保護なし通報が最も多かった。全てを保健所で実施しているため、日頃から警察署との連携は密であると思われるが、保護なし通報の受理による影響が多いと思われ、Ⅱ型のように保護なし通報が少なくなると診察不要が減少し、措置入院該当が増えていくと思われた。保護なし通報の受理を検討すべきと思われた。

類型による特徴は明らかになったが、保健所保健師が行う再発予防支援



の4因子の因子得点と類型との関連にはいずれも有意差は認められなかった。警察官通報の体制による違いによって、保健所保健師の再発予防支援は影響されるものではないと考えられた。

## 2. 措置入院歴に関連した再発予防支援

今回の結果において、措置入院歴の少ないことに関連する支援項目の一つが、「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかけること」であった。精神疾患の再発防止のためには、患者に対して、薬物療法に加えて日常生活上の体験や回復過程に応じた心理社会的アプローチが有効であり、入院中から退院後の継続した自己管理支援が重要<sup>7)</sup>とされている。一方、同じ地域で暮らす住民の中には、精神障害者に対して「何をしでかすかわからない」、「身の危険を感じる」など精神障害者の行動は理解できず恐ろしいというイメージを持つ者がおり<sup>8)</sup>、不安を抱える住民への対応が課題である。精神障害者が地域で生活し続けるために有効な地域ケアとして、磯村<sup>9)</sup>は「精神障害者が近隣住民との気軽な付き合いや頼み事等の日常的な援助や自治会活動へ参加するなどの近隣交流により、住民の不安が緩和される。自治会や民生委員との関係構築、地域組織が精神障害者を見守る体制づくり」を挙げている。保健所は、これまで精神保健の第一線機関としてデイケアや家族会の育成など直接的支援を実施しており、保健師は、精神障害者も地域住民の一人であることを念頭に置いた上で関係者と連携を取りながら活動を続けてきた。そのことで精神障害者が共に暮らすことへの市民や関係者の理解が得られるようになった<sup>10)</sup>とされている。特に一般住民と比べて精神障害者に受容的態度を持つとされている民生委員<sup>11)</sup>や自治会長と連携しながら近隣交流を促すことは、家族や近隣に大きな不安を与える警察官通報により措置入院となった精神障害者に対しても住民の肯定的な意識や態度を醸成する上で重要と考えられた。

次に措置入院歴の少ないことに関連する支援項目は、「退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援すること」であった。ツールとは、2000年から開始された結核患者に対する日本版DOTS（直接服薬確認療法）にて患者が服薬状況を記入する「DOTS手帳」や難病患者が大

規模地震や風水害等の災害に対する備えとして緊急持ち出し品リストや使用薬剤等を記載する「災害支援手帳」のように、患者と支援者が話し合いながら治療や災害対応などの内容を決定していくものである。手帳の内容を作成する過程を通して、患者自身のセルフマネジメントに活用でき、関係する支援機関や関係者へのメッセージも組み込まれるなど、手帳は単に情報提供するものではなく、患者自ら作り上げ疾病をコントロールできる感覚、自己効力感が得られ、レジリエンスが高められることが期待されると言われている<sup>12)</sup>。精神保健領域においては、「いばらき県版こころの生活支援手帳～地域連携パス～」<sup>13)</sup>やイタリアトレント精神保健局で用いられている「SHARED CARE PATHWAYS」<sup>14)</sup>のように、入院中に患者本人が、サポーターリスト・希望と目標・クライシスプラン・薬のこと・週間スケジュール・セルフモニタリングシートなどを書き込み、病院や地域の支援者がそれを共有しながら患者を支援しているものがある。これらツールは、患者の自己管理能力を高め社会参加や自己効力感の向上につながり<sup>15)</sup>、ツールは患者中心の支援に欠かせない<sup>16)</sup>と言われている。一般的に重症度が高く治療上複雑なニーズを抱えることが少なくない措置入院患者に対する退院後の継続した服薬指導には、患者と医療機関と地域の支援者がツールを用い密に連絡を取り合うことが有効な支援であると考えられた。

一方、措置入院歴が多いことに関連する支援項目は、「支援者と制度趣旨・基準を共有する」、「患者の病気理解を把握する」、「医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える」の3項目であり、実施率は75.8%、55.5%、67.6%と過半数の実施がみられた。患者や住民の意志が直接反映されないと社会的入院を促進させる可能性があること<sup>17)</sup>が指摘されており、支援者の連携は重要ではあるが、患者への直接的な関わりが少ない支援は、患者の自己管理支援を中心に据えた連携になりやすく再発を促す連携になるおそれが危惧された。しかし、自発的な任意入院を患者が選択できることは再発予防と考えられ、今後、地域医療構想に基づく在宅医療体制の確保充実が進むに連れ、連携の重要性は増していくと言われている中、患者が自己管理できるために支援者が支援の方向性を共有して連携することが重要と考えられた。

措置入院歴に関連した再発予防支援項目と保健師属性との関連をみると

ころ、措置入院歴ありの件数が少なかった「患者との共有ツールで生活支援する」では、受け入れ病院の確保を保健所以外で実施している、通報対応に関する OJT がある、年代が高いことであった。「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける」では、精神保健業務以外の感染症や難病業務などを持たない精神保健業務専任であること、OJT があることであった。一方、措置入院歴ありの件数が多かった「支援者と制度趣旨・基準を共有する」は、研修受講の経験があると OJT があることが有意に共有していた。「患者の病気理解を把握する」は、年代が若いこと、保健師資格を大学・大学院で取得していること、精神保健業務の専任であること並びに OJT があることが有意に病気理解をしていた。「医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える」は、精神保健業務の専任であることと OJT があることであった。通報に関する OJT は全ての項目において、OJT ありと回答した者に有意に実施割合が高かった。しかし、今回の結果では OJT があると回答した者は 47.4%と半数に満たなかった。支援者との共通理解を促すためにも通報に関する OJT が必要と考えられた。

## 第 5 節 結論

保健所の警察官通報体制により都道府県は 4 つクラスターに分類されたが、地域支援との関連において有意差は認められなかった。再発予防支援は警察官通報体制の相違により影響されないものと考えられた。

措置入院歴ありの件数が少なかったことに関連していた再発予防支援は、「退院後の生活を患者と支援者が共有するツールを用いて支援する」と「精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける」の 2 項目であった。一方、多かったことに関連していたのは、「支援者と制度趣旨・基準を共有する」、「患者の病気理解を把握する」、「医療機関に対して退院後の地域生活に対する意向を伝える」の 3 項目であった。これら 5 項目全てにおいて OJT ありと回答した者の実施割合が有意に高かった。通報に関する OJT の実施が必要と考えられた。

### 第3章文献

- 1) 瀬戸秀文, 吉住昭. 医療観察法施行前後の措置入院の変化. 臨床精神医学 2014;43:1325-1334
- 2) 玉置彰宏, 海野匡, 中村真一, 他. 神奈川県内の警察官通報等にかかる業務の現状と課題. 神奈川県精神医学会誌 2009;58:49-57.
- 3) 竹島正. 措置入院制度の適正な運用に関する研究 - 措置通報に対する都道府県の対応に関する研究 -. 厚生労働科学研究 2002.
- 4) 三宅由子, 立森久照, 竹島正. 都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用システムに関する研究. 平成13年度厚生労働科学研究 2002. 39-61.
- 5) 前野由佳里. 24条通報対応における保健師のケア実践行動指標の開発. 九州大学学術情報リポジトリ 2015.
- 6) 広瀬良子. 精神障害者の危機対応～保健所における移送対応から～. 地域保健 1999;30(8):25-33.
- 7) 宇佐美しおり. 再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態. 日本精神保健看護学会誌. 2014;23:70-80
- 8) 小山明日香. 精神障害を有する人に対する一般地域住民のイメージ. 日本社会精神医学会雑誌 2011;20:116-127.
- 9) 磯村聡子, 守田孝恵. 精神障害者の近隣交流の特徴: 地域組織との関係から. リハビリテーション連携学会誌 2015;16:6-13.
- 10) 田所美智子. 保健所の役割—地域で精神障害者が安心して暮らせるために—. 病院・地域精神医学 2009;51:116-118.
- 11) 白石弘巳, 中谷陽二. 民生委員の精神障害者援助の現状と今後の課題. 日本社会精神医学会雑誌 1998;7:82.
- 12) 熊地美枝. 統合失調症発症早期の方へ手帳を活用した心理教育の実践—SDMの推進をめざして—. 日本精神保健看護学会誌 2015;24(2):75-80.
- 13) 茨城県土浦保健所. こころの生活支援手帳を活用して
- 14) Servizio di salute mentale di Trento. SHARED CARE PATHWAYS2 -An instrument for a real and verifiable sharing of care pathways-.
- 15) 山下真裕子. 精神障がい者の地域生活におけるセルフケアの概念分析. 日本看護科学会誌 2017;37:209-215.

- 16) 山口創生、種田綾乃、下平美智代, 他. 精神障害者支援における Shared Decision making の実施に向けた課題. 精神リハ誌 2013;17:182-192.
- 17) 柳尚夫. 保健所に求められる法や社会保障制度の大きな変化への対応. 公衆衛生 2016;80:2-10.
- 18) 大西雅彦. 医療・福祉資源が急速に充足した都市部地域における地域連携の模索と課題. 老年精神医学雑誌 2014;25(4):439-446.

# 終章

## 終章

# 警察官通報により措置入院した精神障害者 に対する保健師の再発予防支援

### 第1節 本研究結果の総括

本研究は、全国の保健所における警察官通報の実態を把握し、警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援を明らかにすることを目的として実施した。

第1章では、警察官通報による措置入院の再発防止に向けた再発予防支援の現状を明らかにするために、保健所において警察官通報を担当する保健師を対象に、「警察官通報後の保健師の支援の実態（研究1）」を実施した。対象者の選定は、警察官通報体制に都道府県間の相違があることから、既存の資料を用いてクラスター分析により都道府県を分類し、各類型から選出した9名の保健師に半構成的面接調査を実施した。結果、通報体制は全て保健所で実施している保健所から大部分を保健所以外の本庁等で集中管理している保健所があり、体制の違いがみられた。保健師の再発予防支援については、地域看護学の研究者および精神保健活動の経験が豊富な保健師のスーパーバイズを受け、質的記述的方法により、逐語録から226コード、97サブカテゴリ、36のカテゴリを抽出し、再発予防支援36項目を作成した。警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健所保健師の再発予防支援として、医療面の支援だけでなく、生活の満足度など生活全般について、精神障害者自身が主体性を持って関わられるように関係者が協働することを支援していた。また、精神障害者だけでなく家族や地元自治会への働きかけなどにより精神障害者を理解する地域づくりを行っていた。保健所が行政処分を行う警察官通報対応は、住民の基本的な人権を擁護する重要な責任を伴うものであり、その多くを保健師が担っていることは、公衆衛生看護の専門性を十分に発揮する必要があると考えられた。

第2章では、全国の保健所における通報体制と保健師の支援を把握し、保健師の再発予防支援36項目の構造を分析するために「全国の保健所における通

報体制と保健師の再発予防支援（研究2）」を実施した。371保健所の統括保健師371人および精神保健を担当する保健師へ調査を依頼した。統括保健師の有効回答数は184人（49.6%）であった。保健師については、統括保健師が回答した所属する保健師数569人のうち、有効回答数は454人（79.8%）であった。記述統計、探索的因子分析により因子構造を明らかにし信頼性と妥当性を検証した。その結果、保健師の再発予防支援は、精神障害者が退院後に地域生活が継続できるための【地域生活維持の環境整備】、市町村や相談支援事業所や医療機関等の支援者と【危機予知の連絡体制構築】、環境整備や危機予知体制や危機管理の自己管理状況など【入院中からの患者理解】、支援者と共通認識を持ち力量形成に努める【共通理解を促す事例検討】の因子構造が示された。4因子の累積寄与率は42.2%であった。Cronbach's  $\alpha$  係数は各因子と共に0.8以上で内的整合性がみられた。また、支援項目のうち50%以上が実施している項目が6割以上あり因子構造の妥当性はあると考えられた。

第3章では、地域特性を考慮した再発予防支援を検討した上で、保健師の再発予防支援と警察官通報された精神障害者の措置入院既往歴との関連をみるために「警察官通報された精神障害者の措置入院歴と保健師の再発予防支援との関連（研究3）」を実施した。地域特性を考慮するために、警察官通報に関する既存データに今回の調査結果である通報体制を加えてクラスター分析を実施し、4つのクラスターを選定した。それぞれの通報体制、管内施設状況、通報実績に相違はみられたが、いずれも再発予防支援の各因子とは有意な関連はみられなかった。再発予防支援は警察官通報体制の相違による影響はないものと考えられた。

次に、再発予防支援項目36項目を説明変数にし、措置入院歴ありの件数を目的変数に重回帰分析を実施した結果、措置入院歴あり件数が少なかったことに関連した再発予防支援は、精神障害者を理解する自治会のサポート体制および精神障害者の自己管理と支援者の共通認識を促すツールを用いた支援であった。一方、措置入院歴あり件数が多かったことに関連した再発予防支援は、支援者間の制度理解や病気理解であったことから、再発予防のためには精神障害者の自己管理支援を中心にした連携が重要と考えられた。

これらから、警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援は、通報体制に関わらず、精神障害者を理解する自治会のサポート



を得た地域生活の環境整備とツールを用いた危機予知の連絡体制を構築することであり、通報時から支援者と環境整備や危機予知の共通理解に努め、入院中から精神障害者を理解することであった。

また、保健師にとってOJTは再発予防支援に効果的であることが明らかになった。

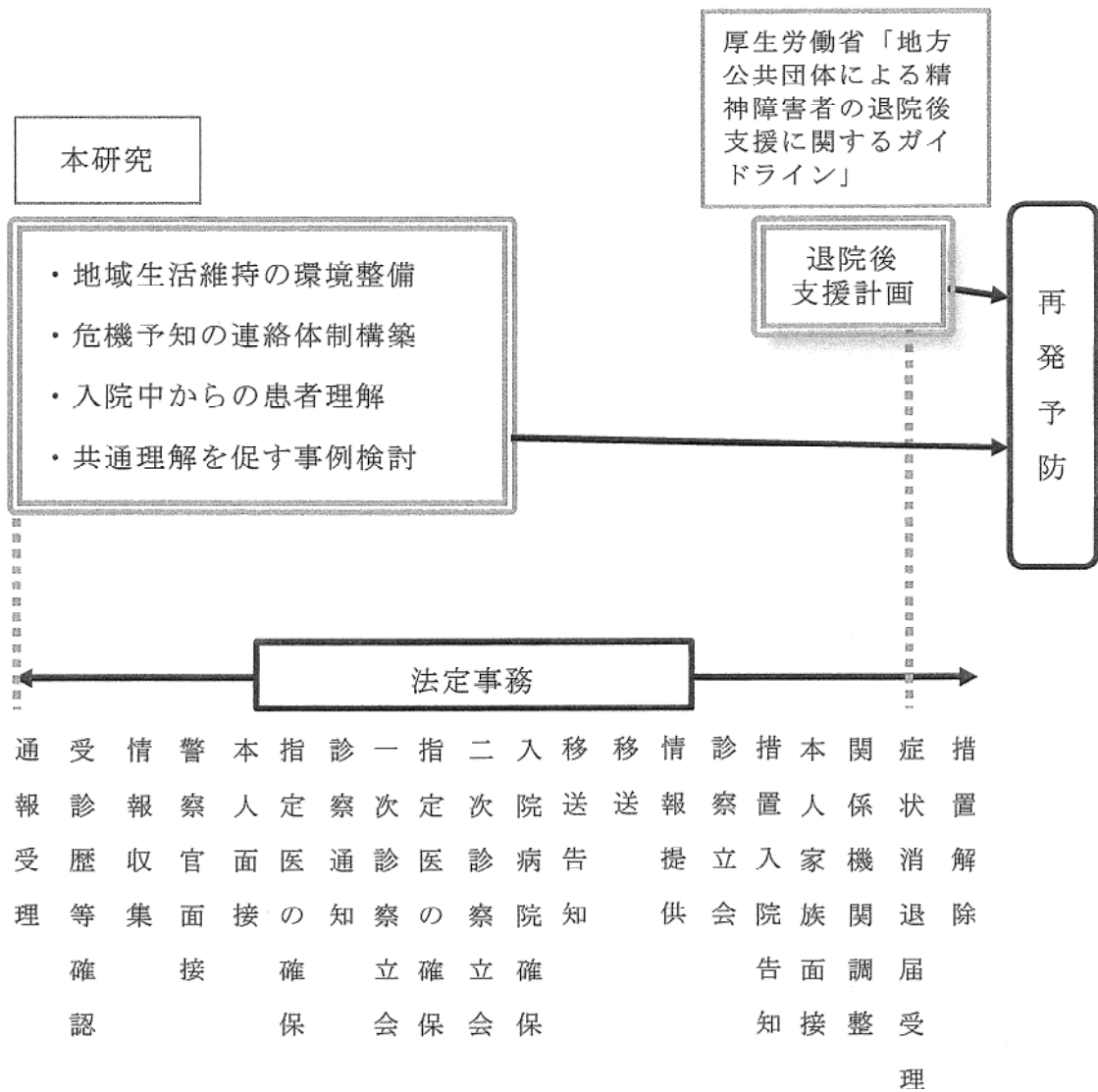


図1 本研究で明らかになった警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健所保健師の再発予防支援

## 第2節 本研究結果の活用と今後の展望

これまでの一連の研究によって、警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健師の再発予防支援は、通報体制に関わらず、精神障害者を理解する自治会のサポートを得た地域生活の環境整備とツールを用いた危機予知の連絡体制を構築することであり、通報時から支援者と環境整備や危機予知の共通理解に努め、入院中から精神障害者を理解することであった。

保健師は昭和16(1941)年保健婦規則の制定により、主に保健所や市町村の行政機関で活動しており、個人と社会環境を視野に入れた活動<sup>1)</sup>を展開してきた。近年では、健康問題が多様化・複雑化し、地域保健に関する法律が変化中、従来は行政保健師の多くが保健部門に配置されていたが、福祉部門などへの少人数の分散配置<sup>2)</sup>が進んできた。保健所の保健師は広域的専門的な分野を担当するようになり、感染症、精神保健など緊急を要するものが増えてきた。現実の保健福祉活動では法定業務がトップダウンで示される基準に沿って事業を展開する場面も多い<sup>3)</sup>とも言われている。しかし、公衆衛生看護活動の基本は、住民が自ら考え自ら健康であろうとすることを支援し、健康に害あるものを予防する活動<sup>4)</sup>であり、行政保健師には、住民の健康を護る能力、住民の力量を高める能力、政策や社会資源を創出する能力が必要<sup>5)</sup>と言われている。今回、明らかになった警察官通報により措置入院した精神障害者に対する保健所保健師の再発予防支援は、公衆衛生看護活動が再発予防に効果的であることを示した。

措置入院制度の運用は保健所が行政処分を行うことであり、その場面において、保健師が責任を持って役割遂行していくことが必要と考えられた。職場での業務を通じたOJTにおいて、一つ一つの実践を積み重ねることで、保健師のスキルの向上<sup>6)</sup>やアイデンティティの確立<sup>7)</sup>が図られると言われている。支援者を含めた事例検討を重ねることで支援者との共通理解が深まり、措置入院の再発予防だけでなく、広く精神障害者支援に貢献できると考えた。

今後、再発予防支援を踏まえた通報の法定事務見直しや保健師のOJTについて、都道府県主管課および関係部署に提言することにより、通報対象者に留まらず、広く精神障害者支援としての実用化に貢献していきたい。

## 終章文献

- 1) 半澤節子. 保健婦のアセスメント～ストレングスモデルを取り入れて～. 精神科臨床サービス 2001;1(1):294-297.
- 2) 藤田美江, 宮崎美砂子, 石丸美奈. 行政保健師の現任教育に関する国内文献の検討. 千葉看護学会会誌 2013;19(1):27-34.
- 3) 平野かよ子. 公衆衛生における保健師のアイデンティティ. 公衆衛生 2015;79(1):14-17.
- 4) 平野かよ子. 公衆衛生を基盤とする保健師活動. 保健の科学 2006;48(3):169-174.
- 5) 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子, 他. 今特に強化が必要な行政保健師の専門能力. 日本地域看護学会誌 2007;9(2):60-67.
- 6) 兼平朋美, 守田孝恵. 精神保健活動における保健師の家庭訪問スキルを向上させる「ケースシート」を用いた事例検討の効果. 山口医学 2017;66(2):75-87.
- 7) 金藤亜希子, 中谷久恵, 大塚美樹. 行政機関に勤務する新任保健師の職業的アイデンティティの構成要素. 広島大学保健ジャーナル 2017;14:1-10.

# 資料

平成 30 年 月 日

保 健 所 長 様

研究責任者 伊藤 悦子

(山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程)

指導教員 守田 孝恵

(山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学教授)

### 調査研究へのご協力について (依頼)

早春の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は、保健所保健師を経験した後、現在、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程におきまして、下記研究を進めております。

通報対応を担当する保健師は、「診察の要否調査」、「精神保健指定医への診察依頼」、「措置入院のための移送」等法定事務を実施する一方で、通報を機会に入院中から社会復帰を前提とした地域精神保健活動との一体的な指導を行い、再発防止や未然防止につながる地域精神保健活動を平常時に取り組んでいます。

しかし、救急対応が業務の中心とならざるを得ず、退院後のフォローなどは十分にできない状況があります。通報に関する研究では、通報対応時の看護技法や行動指標は明らかにされていますが、通報対応以外の平常時の関与については、保健所単位での連絡会開催や職員の増加による通報減少の報告に留まっていました。

そこで、この研究は、多機関多職種と連携して展開する地域精神保健活動の充実に向け、警察官通報の再発防止や未然防止につながる保健師の地域支援を評価できる尺度の開発を目的としました。

調査にあたっては、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会において、医学系研究実施計画書、同意説明文の内容と研究実施の適否に関して、倫理的・科学的妥当性の観点から審査を受け、保健学専攻長から研究実施の許可を得て実施するものです。

つきましては、お忙しいところ誠に恐縮に存じますが、貴所属の保健師の皆様のご協力につきまして、ご配慮をいただきますようお願い申し上げます。

### 記

#### 1. 研究課題

警察官通報による措置入院患者の再発防止のための保健所保健師による地域連携尺度の開発

#### 2. 調査対象者

全国の県型保健所（支所を含む）422 か所における統括保健師（保健師の代表者お一人）及び精神保健業務を担当している保健師の皆様

#### 3. 調査期間

平成 30 年 2 月～3 月

#### 4. 方法

統括保健師の方を通じて、統括保健師の方に調査票 A、精神保健担当の保健師の皆様全員に調査票 B と研究同意文書をお配りします。ご同意いただける方は必要事項をご記入のうえ、個別に封筒に封入し統括保健師の方へご提出いただき、統括保健師の方にはお手数をおかけしますが、取りまとめの上研究責任者へ同封の封筒によりご返送していただく。

連絡先：伊藤悦子

電 話： [REDACTED]

FAX： [REDACTED]

E-mail： [REDACTED]

平成 30 年 月 日

統括保健師（保健師代表者） 様

研究責任者 伊藤 悦子

（山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程）

指導教員 守田 孝恵

（山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学教授）

### 調査研究へのご協力について（依頼）

早春の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は、保健所保健師を経験した後、現在、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程におきまして、下記研究を進めております。

通報対応を担当する保健師は、「診察の要否調査」、「精神保健指定医への診察依頼」、「措置入院のための移送」等法定事務を実施する一方で、通報を機会に入院中から社会復帰を前提とした地域精神保健活動との一体的な指導を行い、再発防止や未然防止につながる地域精神保健活動を平常時に取り組んでいます。

しかし、救急対応が業務の中心とならざるを得ず、退院後のフォローなどは十分にできない状況があります。通報に関する研究では、通報対応時の看護技法や行動指標は明らかにされていますが、通報対応以外の平常時の関与については、保健所単位での連絡会開催や職員の増加による通報減少の報告に留まっていました。

そこで、この研究は、多機関多職種と連携して展開する地域精神保健活動の充実に向け、警察官通報の再発防止や未然防止につながる保健師の地域支援を評価できる尺度の開発を目的としました。

調査にあたっては、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会において、医学系研究実施計画書、同意説明文の内容と研究実施の適否に関して、倫理的・科学的妥当性の観点から審査を受け、保健学専攻長から研究実施の許可を得て実施するものです。

つきましては、ご多忙中誠に恐縮に存じますが、何卒調査へご協力をいただきますようお願い申し上げます。

#### 記

##### 1. 研究課題

警察官通報による措置入院患者の再発防止のための保健所保健師による地域連携尺度の開発

##### 2. 調査対象者

全国の県型保健所（支所を含む）422 か所における統括保健師（保健師の代表者おひとり）及び精神保健業務を担当している保健師の皆様

##### 3. 調査期間 平成 30 年 2 月～3 月

##### 4. 送付資料

- （1）統括保健師の方へ：調査の依頼状（本紙）、研究同意文書（アンケート調査へのご協力のお願ひ）、調査票 A、返信用封筒（大）
- （2）精神保健担当保健師の方々へ：ファイルに調査一式 5 部（支所へは 2 部）
- （3）保健所長（所属長の方）へ：クリップ止めにて一式

##### 5. 統括保健師の方へのお願ひ

調査票 A にご回答いただくとともに、対象となる精神保健担当の保健師の方々へ調査票 B の配布と回収の上、返信用封筒（大）にて 3 月 23 日（金）（消印有効）までにご返送をお願いいたします。なお、精神保健業務にも携わっておられる場合は調査票 B のご回答も併せてお願いいたします。

おって、精神保健担当保健師の方への調査一式が不足の場合は連絡先へご一報いただければ追加発送しますのでよろしくお願い申し上げます。

連絡先：伊藤悦子

電話：[REDACTED] FAX：[REDACTED]

E-mail：[REDACTED]

## 調査票 A

### 統括保健師(保健師代表者)の方にお尋ねします

調査票Aは、この用紙のみです。内容は、保健所の今年度の通報体制に関するものと過去2年間の通報実績になっています。いただきました貴重なデータは安全に保管し保健所や個人が特定できないよう厳重に配慮いたします。ご多忙なところ誠に恐縮ですが各々の該当する欄に☑を記入していただくか、必要事項のご記入をお願いします。  
 なお、支所がある保健所におかれましては、本所と支所の各々で管轄する体制及び実績のご記入をお願いします。

#### I 保健所の体制について

1. 保健所所在地(都道府県名) \_\_\_\_\_ 都道府県
2. 本所・支所別  本所                       支所
3. 管内人口 \_\_\_\_\_ 人
4. 管内市町村数 \_\_\_\_\_ 市町村
5. 管内精神科病院 \_\_\_\_\_ 病院
6. 管内警察署数 \_\_\_\_\_ 警察署
7. 精神保健担当職員数(うち保健師数) \_\_\_\_\_ 人(うち常勤保健師 \_\_\_\_\_ 人、非常勤保健師 \_\_\_\_\_ 人)
8. 警察官通報体制について
  - (1) 事前調査  すべて保健所に対応     夜間や休日は集中対応\*     すべて集中対応

\*「集中対応」とは、通報対応を管轄保健所ごとではなく本庁等で一括実施する体制の意で使用しています

  - (2) 措置診察の医師確保  すべて保健所に対応     夜間や休日は集中対応     すべて集中対応
  - (3) 入院先病院の確保  すべて保健所に対応     夜間や休日は集中対応     すべて集中対応
  - (4) 移送  すべて保健所に対応     夜間や休日は集中対応     すべて集中対応
  - (5) 通報書に「保護なし通報(既に本人は帰宅する等通報時点で警察の保護下でないもの)」が含まれている  
 日常的に含まれている     時々含まれている     あまり含まれていない     含まれていない

#### II 通報実績について

|                                      | (1) 平成27年度 | (2) 平成28年度 |
|--------------------------------------|------------|------------|
| 1. 通報件数(精神保健福祉法第22条～26条総数)           |            |            |
| 2. 上記のうち、警察官による23条通報について             |            |            |
| (1) 23条通報件数 総数                       |            |            |
| (2) (1)のうち、措置診察不要件数                  |            |            |
| (3) (1)のうち、措置該当件数                    |            |            |
| (4) (1)のうち、保護なし通報の件数                 |            |            |
| (5) (1)のうち、措置の既往者の件数                 |            |            |
| 3. 受診支援等で23条通報にならずに済んだと思われる件数は何件でしたか |            |            |

調査票Aは以上ですが、今一度、すべての項目に回答されているかご確認ください。  
 お忙しい中誠にありがとうございました。  
 最終的に調査票Bの返信用封筒(小)と共に、返信用封筒(大)にて、3月23日(金)までにご投函をお願い申し上げます。

精神保健担当保健師 様

研究責任者 伊藤 悦子  
(山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程)  
指導教員 守田 孝恵  
(山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学教授)

調査研究へのご協力について (依頼)

早春の候、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

私は、保健所保健師を経験した後、現在、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程におきまして、下記研究を進めております。

通報対応を担当する保健師は、「診察の要否調査」、「精神保健指定医への診察依頼」、「措置入院のための移送」等法定事務を実施する一方で、通報を機会に入院中から社会復帰を前提とした地域精神保健活動との一体的な指導を行い、再発防止や未然防止につながる地域精神保健活動を平常時に取り組んでいます。

しかし、救急対応が業務の中心とならざるを得ず、入院中からの関係性の構築や退院後のフォローなどは十分にできない状況があります。通報に関する研究では、通報対応時の看護技法や行動指標は明らかにされていますが、通報対応以外の平常時の関与については、保健所単位での連絡会開催や職員の増加による通報減少の報告に留まっています。

そこで、この研究は、多機関多職種と連携して展開する地域精神保健活動の充実に向け、警察官通報の再発防止や未然防止につながる保健師の地域支援を評価できる尺度の開発を目的としました。

調査にあたっては、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会において、医学系研究実施計画書、同意説明文の内容と研究実施の適否に関して、倫理的・科学的妥当性の観点から審査を受け、保健学専攻長から研究実施の許可を得て実施するものです。

つきましては、ご多忙中誠に恐縮に存じますが、何卒調査へご協力をいただきますようお願い申し上げます。

記

1. 研究課題

警察官通報による措置入院患者の再発防止のための保健所保健師による地域連携尺度の開発

2. 調査対象者

全国の県型保健所（支所を含む）422 か所における統括保健師（保健師の代表者おひとり）及び精神保健業務を担当している保健師の皆様

3. 調査期間

平成 30 年 2 月～3 月

4. 送付資料

- ・調査の依頼状（本紙）・研究同意文書（アンケート調査へのご協力をお願い）
- ・調査票 B
- ・返信用封筒（小）

5. 精神保健担当保健師の方へのお願い

調査票 B にご回答いただき、回答用封筒に封入の後、統括保健師の方へ 3 月 23 日（金）までにご提出をお願いいたします。

連絡先：伊藤悦子

電 話： ██████████

FAX： ██████████

E-mail： ██████████



## 調査票B

### 精神保健担当保健師の方にお尋ねします

調査票Bは、次の3部構成になっています。

I 回答いただく保健師さんの属性について

II 警察官通報による措置入院の再発を防止する上での地域支援尺度(プロトタイプ)36項目

III 地域支援項目の信頼性・妥当性を検討するためのもの

以上、お手数ですが各々の該当する欄に☑を記入していただくか、必要事項のご記入をお願いします。

#### I 属性について

1. 保健師経験年数(平成29年4月1日現在)\*産休・育休期間は除きます ( ) 年
2. 年代  20代  30代  40代  50代以上
3. 性別  女性  男性
4. 職位  スタッフ  係長級  課長補佐級  課長級  部長級以上
5. 保健師資格を取得した教育機関  
 専門学校  短期大学  大学  大学院

6. 担当業務(複数回答)

精神(通報対応\*) 精神(通報対応以外) 結核 感染症 特定疾患 その他

\*本研究での通報対応とは、精神保健福祉法第23条(警察官通報)の対応とします

(内容 \_\_\_\_\_)

7. 地域支援につなげる通報対応に関する研修受講の有無  ある  ない
8. 地域支援につなげる通報対応に関する職場でのOJTの有無  ある  ない
9. あなたは最近6か月くらいの間に次のようなことをどの程度経験しましたか。  
 項目ごとに、下記の5段階の中から該当する番号欄に☑を記入してください。

1:ない 2:まれにある 3:ときどきある 4:しばしばある 5:いつもある

| 項目                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| ① こんな仕事もうやめたいと思うことがある            |   |   |   |   |   |
| ② 我を忘れるほど仕事に熱中することがある            |   |   |   |   |   |
| ③ こまごまと気配りをするのが面倒に感じることもある       |   |   |   |   |   |
| ④ この仕事は私の性分に合っていると思うことがある        |   |   |   |   |   |
| ⑤ 同僚や顧客の顔を見るのも嫌になることがある          |   |   |   |   |   |
| ⑥ 自分の仕事がつまらなく思えてしかたのないことがある      |   |   |   |   |   |
| ⑦ 1日の仕事が終わると「やっと終わった」と感じることもある   |   |   |   |   |   |
| ⑧ 出勤前、職場に出るのが嫌になって、家にいたいと思うことがある |   |   |   |   |   |
| ⑨ 仕事を終えて、今日は気持ちの良い日だったと思うことがある   |   |   |   |   |   |
| ⑩ 同僚や顧客と何も話したくなくなるようなことがある       |   |   |   |   |   |
| ⑪ 仕事の結果はどうでもよいと思うことがある           |   |   |   |   |   |
| ⑫ 仕事のために心にゆとりがなくなったと感じることがある     |   |   |   |   |   |
| ⑬ 今の仕事に心から喜びを感じることもある            |   |   |   |   |   |
| ⑭ 今の仕事は私にとってあまり意味がないと思うことがある     |   |   |   |   |   |
| ⑮ 仕事が楽しくて、知らないうちに時間が過ぎることがある     |   |   |   |   |   |
| ⑯ 体も気持ちも疲れ果てたと思うことがある            |   |   |   |   |   |
| ⑰ われながら、仕事を上手にやり終えたと思うことがある      |   |   |   |   |   |

以上で調査票BのIは終了ですが、調査票BのII, IIIが裏面に続きます。  
引き続きご回答をお願いします。

警察官通報による措置入院患者の再発防止のための地域支援尺度(プロトタイプ)36項目について、普段「あなたが実施していること」と「重要と思うこと」について、それぞれ下記の5段階の中から該当する番号欄に☑を記入してください。

- 【実施】 1:全くしていない 2:あまりしていない 3:どちらともいえない 4:少ししている 5:している  
 【重要】 1:重要と思わない 2:あまり重要と思わない 3:どちらともいえない 4:少し重要と思う 5:重要と思う

II. 地域支援について \*質問の主語は「あなたは(保健所保健師は)」です

| 項目  | 実施している |   |   |   |   | 重要と思う |   |   |   |   |
|---|--------|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|
|   | 1      | 2 | 3 | 4 | 5 | 1     | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準を共有する                       |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 2 支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する                        |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 3 支援者と患者のQOL(将来の希望)を共有する                        |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 4 支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する                           |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 5 地域の支援者と事例検討を行い、支援の方向性を共有する                    |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 6 支援者と事例検討を行い、支援者の困り事や困難感を共有する                  |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 7 支援者が速やかに悪化兆候を保健所に知らせる体制をつくる                   |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 8 入院早期から支援者による地域支援チームを作る                        |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 9 患者の自己実現を反映した退院支援計画を作成する                       |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 10 支援者と協働してクライシスプラン(悪化時の症状と対応策)を作る              |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 11 服薬を確認するための体制をつくる                             |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 12 退院後の生活を患者と支援者が共有するツール(例えば手帳など)を用いて支援する       |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 13 支援者と分担して定期的に誰かが患者を訪問する                       |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 14 支援者とタイムリーに危機予知を連絡し合う                         |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 15 患者の入院中に家族を支援する                               |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 16 患者の入院中に近隣住民の不安を取り除く                          |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 17 関係者と連携し近隣の相談体制を充実させる                         |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 18 管内の精神保健福祉に関する社会資源を詳しく紹介した冊子を対応窓口となる関係機関に配布する |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 19 出かける場づくりなど日中活動を支援する                          |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 20 事例の問題から地域の課題として、事業の見直しや病院指導・会議等に反映する         |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 21 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元自治会に働きかける          |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 22 精神障害者が地域で暮らすことの理解が得られるよう地元小中学校に働きかける         |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 23 患者が主体性を育む関わりをする                              |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 24 入院中の患者に普段の生活の満足度を把握する                        |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 25 入院中の患者に普段の人間関係を把握する                          |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 26 入院中に患者の病気の理解の程度を把握する                         |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 27 入院中に患者の服薬への認識を確認する                           |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 28 入院中の患者に自身の悪化兆候をたずねる                          |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 29 退院後の訪問などで患者の症状の変化を継続的に把握する                   |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 30 判断に迷うときは職場内で相談する                             |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 31 職場で事例検討し、保健師としての活動を振り返る                      |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 32 個別事例を積重ね、地域の課題をアセスメントする力をつける                 |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 33 措置診察に立会する経験等を積重ね、悪化兆候をアセスメントする力をつける          |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 34 医療機関に対して、患者の退院後の地域生活に対する意向を伝える               |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 35 地域活動を促進する事業の予算化などを考える                        |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |
| 36 支援者との仲間意識を醸成する言動や関わりをもつ                      |        |   |   |   |   |       |   |   |   |   |

Ⅲその他は、地域支援項目の信頼性・妥当性を検討するための質問項目です。お手数ですが各々の該当する欄に☑を記入していただくか、必要事項のご記入をお願いします。

### Ⅲ その他

- あなたの地域では、患者や利用者に関わる医療介護福祉職間の連携は良いと思いますか。  
 悪い  どちらかと言えば悪い  どちらかと言えば良い  良い  とても良い
- あなたの地域で、患者や利用者について困ったことがある時に、助けになってくれる人が、あなたの身の回りには、すぐに思いっただけで何人いらっしゃいますか。 ( )人
- あなたは、多施設多職種対象の集まり(カンファレンス・講演・交流会)に昨年1年間に何回参加されましたか。  
 なし  1回  2回  3~5回  6~9回  10回以上
- あなたの地域での、「患者や利用者に関わる医療介護福祉職間の連携」を評価する質問です。  
 項目ごとに、下記の5段階の中から、該当する番号欄に☑を記入してください。

1:そう思わない 2:あまりそう思わない 3:どちらでもない 4:少しそう思う 5:そう思う

| 項目                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| ① 患者と一緒にみている他の施設の関係者に、知りたいことを気軽に聞ける      |   |   |   |   |   |
| ② 一緒にみている患者のことで連絡をとる時に、躊躇せずに連絡ができる       |   |   |   |   |   |
| ③ 一緒にみている患者のことで、連絡のとりやすい時間や方法が分かる        |   |   |   |   |   |
| ④ 一緒にみている患者のことで連絡をとる時に、担当者にすぐつながる        |   |   |   |   |   |
| ⑤ 患者に関わる職種の一般的な役割がだいたい分かる                |   |   |   |   |   |
| ⑥ 患者に関わる地域の他の職種の困っていることがだいたい分かる          |   |   |   |   |   |
| ⑦ 患者に関わる自分以外の職種の動き方が実感をもって分かる            |   |   |   |   |   |
| ⑧ 患者に関わる自分以外の職種のできることが分かる                |   |   |   |   |   |
| ⑨ 地域で患者に関わっている人の、考え方や方針が分かる              |   |   |   |   |   |
| ⑩ 地域で患者に関わっている施設の理念や事情が分かる               |   |   |   |   |   |
| ⑪ 地域で患者に関わっている人の、性格、つきあい方が分かる            |   |   |   |   |   |
| ⑫ 地域で患者に関わっている人の、名前と顔が分かる                |   |   |   |   |   |
| ⑬ 患者に関わるいろいろな職種が、直接会って話す機会がある            |   |   |   |   |   |
| ⑭ 普段交流のない多職種で話し、新しい視点や知り合いを得る機会がある       |   |   |   |   |   |
| ⑮ 地域連携に関して、課題や困っていることを共有し、話し合う機会がある      |   |   |   |   |   |
| ⑯ この地域には多職種で話し合える雰囲気がある                  |   |   |   |   |   |
| ⑰ 患者に関わることで、気軽に相談できる人がいる                 |   |   |   |   |   |
| ⑱ 患者に関わることで困ったことは、誰に聞けばいいのかだいたい分かる       |   |   |   |   |   |
| ⑲ 患者に関わることで困った時には、まず電話してみようと思う人がいる       |   |   |   |   |   |
| ⑳ 患者に関わることで困った時に、相談できる場(メーリングリストや集まり)がある |   |   |   |   |   |
| ㉑ 地域で患者を往診してくれる医師が分かる                    |   |   |   |   |   |
| ㉒ 地域で患者をよくみている訪問看護ステーションが分かる             |   |   |   |   |   |
| ㉓ 地域で患者をよくみているケアマネジャーが分かる                |   |   |   |   |   |
| ㉔ 地域で患者の訪問服薬指導をよく行っている薬局がだいたい分かる         |   |   |   |   |   |
| ㉕ 地域で患者が利用できる介護サービスがだいたい分かる              |   |   |   |   |   |
| ㉖ 患者が在宅で利用できる地域の医療資源やサービスが分かる            |   |   |   |   |   |

以上で、調査票Bは終了です。

今一度、すべての項目に回答されているかお確かめの上、  
 本調査票を添付の返信用封筒(小)に入れ、封印後、3月23日(金)までに統括保健師の方へお渡してください。  
 長時間にわたりご協力をいただき、誠にありがとうございました。

【自由記載欄】 ご意見等ございましたらご記入ください

研究責任者:伊藤 悦子

所 属:山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程

連絡先: [REDACTED]

電 話: [REDACTED] FAX: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

## 謝 辞

本研究は、私の 38 年間の保健所保健師活動の中で消化できずにいたことから生まれました。法定事務である通報対応は、入職時は事務職が担当しており、国際障害者年に精神衛生係が創設され保健師が配属となり、保健師が担うようになりました。近年、増加する通報が他の業務を圧迫する中、地域活動が後手になりました。近年、増加する通報が他の業務を圧迫する中、地域活動が後手になりがちとなり通報対応を保健師が担うことに戸惑いを覚えました。今回、法定事務の遂行に伴って実施可能な保健師の再発予防支援を明らかにし、公表することができました。通報対応を保健師が担う意義を確認できたことを嬉しく感じています。

本研究において、面接調査にご多忙にも関わりませず懇切丁寧なご対応と貴重なお話をしてくださいました保健所の皆様、郵送自記式質問紙調査にご協力くださいました保健師の皆様、関係者の皆様に、厚くお礼申し上げます。

本研究を遂行するにあたり、博士前期課程から現在に至るまでの長期間に亘り懇切なるご指導を賜りました山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座 守田孝恵教授に衷心より感謝申し上げます。本論文の審査において、温かなご指導と貴重なご助言を多く賜りました、主査 伊東美佐江教授、副査 安達圭一郎教授、研究過程で統計学的見地からご助言をいただきました、市原清志特命教授に心より感謝申し上げます。

また、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域看護学の先生方、博士後期課程の学生の皆様には、常日頃より、温かい励ましと熱心なご指導ご助言を賜り、厚くお礼申し上げます。

本研究の成果が警察官通報の対象者に留まらず、広く精神障害者支援としても実用化できるように、また、保健所保健師の地域精神保健活動の一助になるようこれからも精進して参りたいと思います。

最後に、これまで支援していただきました職場の皆様、辛抱強く私を見守ってくれた友人、家族に感謝の意を表します。

令和 2 (2020) 年 3 月

伊藤 悦子