

原 著

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伊藤悦子, 守田孝恵¹⁾

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻博士後期課程 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

山口大学大学院医学系研究科地域・老年看護学¹⁾ 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 保健師, 警察官通報, 再発予防支援, 地元自治会, ツール

和文抄録

【目的】保健所の警察官通報体制及び精神保健担当保健師（以下、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となった精神障害者の措置入院歴との関連から、保健師が行う再発予防支援を提示することを目的とした。

【方法】県型保健所の統括保健師371人及び保健師569人を対象に郵送無記名自記式質問紙調査を行った。調査票は統括保健師と保健師への2種類とし、内容は統括保健師へは「保健所の管内状況、通報体制、通報実績」、保健師へは「基本属性、再発予防支援36項目」とした。分析は、措置入院歴ありの件数を従属変数、再発予防支援36項目を独立変数とした重回帰分析を行い、有意差のあった項目と属性との関連を群間比較で検討した。

【結果】有効回答率は統括保健師49.6%、保健師79.8%であった。措置入院歴ありの件数と再発予防支援の5項目に関連が見られ、「地元自治会に理解を得る」、「患者と支援者が共有するツールを用いて支援する」得点が高いほど措置入院歴ありの件数は少なかった。一方、「支援者と制度趣旨や基準を共有する」、「患者の病気理解の程度を把握する」、「医療機関へ患者の退院後の意向を伝える」得点が高いほど措置入院ありの件数は多かった。再発予防には

患者の自己管理支援が必要と考えられた。これら5項目全てにおいてOn the Job Training (以下、OJT) あり群が有意に高得点を示した。警察官通報には被通報者が警察に保護されていない通報（以下、保護なし通報）が48.4%の保健所に見られた。

【結論】保健師が行う再発予防支援は、地元自治会に働きかけ精神障害者が地域で暮らすことの理解を得ること、患者と支援者が共有するツールを用いること、患者の自己管理支援のための連携であった。警察官通報の現状として保護なし通報が存在し、その見解が保健所間で統一されていない課題があった。

I. はじめに

わが国において、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、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のものである¹⁾。措置診察にかかる申請・通報には、一般人からの申請（法第22条）、警察官からの通報（法第23条、以下、警察官通報）、検察官からの通報（法第24条）、保護観察所の長からの通報（法第25条）、矯正施設の長からの通報（法第26条）、精神科病院の管理者からの届出（法第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（法

第26条の3)がある。その中で警察官通報が最も多く、厚生労働省の2017年度衛生行政報告例によると申請・通報届出件数26,782件のうち警察官通報件数は18,942件(70.7%)を占めており、1999年の法改正時5,245件であったものが、3.6倍に急増している²⁾。

措置入院制度の時機を得た適用は、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国公立・指定病院に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³⁾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⁴⁾、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。

警察官通報件数が増加したのは、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、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警察力を投入していくことが肝要との考え方が示されたことで警察の通報への意識が高まったことが影響していると考えられる⁵⁾。また、それ以外の要因の一つとして、措置入院を繰り返す者が存在しており、竹島らの調査⁶⁾では1回以上の措置入院歴があった者が4.9%存在した。一般的に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⁷⁾。再入院には家族の問題や社会環境の問題もあるが、多くは服薬中断によるもの⁸⁾とされている。措置入院患者は、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服薬指導を行うことが求められている⁹⁾。

これまでの措置入院制度に関する研究は、行政資料に基づく制度運用に関するもの¹⁰⁾、精神保健指定医の判断基準に関するもの¹¹⁾、措置入院患者の特徴に関するもの¹²⁾、¹³⁾等が多く見られた。警察官通報を保健所が受理した後、措置入院に至る経過は、「事前調査」、「精神保健指定医2名による措置診察」、「措置入院病院への移送」である。それらを担当する全国県型保健所の担当者のうち77.4%という高い

割合を占めているのが保健所保健師(以下、保健師)¹⁴⁾である。保健師の措置入院制度に関する研究として警察官通報対応に関するものがあり、緊急かつ切迫した場面における初期介入として、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、今後の介入の足がかりをつくる支援が明らかにされていた¹⁴⁾。しかし、措置入院後から退院後に至る支援については、個々の保健師が苦慮しながら行っている現状がみられ¹⁵⁾、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、本研究では全国県型保健所の警察官通報体制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となった精神障害者の措置入院歴との関連から、保健師が行う再発予防支援を提示することを目的とした。

本研究の意義としては、保健師が行う警察官通報対応から再発予防に至るまでの継続した支援を具体化することにより、地域における予防活動のあり方を提示でき、ひいては、精神障害者の基本的人権を尊重することができる一助になると考えた。

本研究における再発予防支援とは、精神障害者が警察官通報による措置入院を二度と繰り返さずに地域で生活するための連携した活動と定義する。

II. 方法

1. 調査対象者

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。

2. 調査方法

郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。対象となるすべての保健所の統括保健師宛に、保健師分も含めて、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。調査票の返送をもって調査への同意を得たとみなした。

3. 調査期間

調査は、2018年2月～3月に実施した。

4. 質問内容

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内容

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

基本属性と再発予防支援項目で構成した。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。再発予防支援項目は対象者の地域特性が偏らないために、既存統計資料から人口10万対に換算した通報件数、措置入院該当者数、診察不要件数、保健師数並びに人口密度によるデータベースを作成し、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。得られた4つのクラスターの中から知縁により複数の保健所を選出し、同意の得られた9か所の保健所保健師に「警察官通報となった精神障害者への再発予防支援」について、面接調査を実施しその結果を質的記述的に整理した36項目とした。

5. 分析方法

記述統計により、保健所の管内状況、警察官通報体制、平成28年度実績、保健師の基本属性、再発予防支援項目を集計した。再発予防支援36項目については、5段階ごとに集計し割合を算出した。次いで、措置入院歴ありの件数を従属変数とし、再発予防支援36項目を独立変数とした重回帰分析を行った。有意差のあった項目については、属性と群間比較を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。

6. 倫理的配慮

対象者には、研究への参加は自由とし、アンケートは無記名、個人が特定できないこと、参加の有無によって不利益を被らないこと並びにデータ管理と活用の説明文を同封し、質問紙の回収をもって同意

を得たとした。本研究は、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の承認を得た（2017年12月27日付 番号478）。

Ⅲ. 結果

1. 保健所における警察官通報体制及び実績

371保健所の統括保健師を対象にし、有効回答数は184人（49.6%）であった。

統括保健師の回答から、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1）。措置診察の要否を決定する「事前調査」をすべて保健所が実施している割合は84.8%、入院病院までの「移送業務」は83.7%、「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

表1 保健所の管内状況

	n=184		
	回答数	総数	1保健所平均
管内人口(人)	184	30,415,096	165,299
管内市町村数	184	819	4.5
管内精神科病院数	183	527	2.9
管内警察署数	184	397	2.2
精神保健担当者(人)	180	723	4.0
内 保健師(人)		573	79.3%
訳 保健師以外(人)		150	20.7%

表2 保健所の警察官通報体制

項目	n=184	
	件数	%
事前調査		
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
精神保健指定医の確保		
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
措置入院病院の確保		
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
移送		
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
N.A	1	0.5

表3 保健所の平成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	180	4,445 (100%)	24.7
受理後 事前調査結果	措置診察要	1,794 (40.4%)	10.0
	措置診察不要	2,651 (59.6%)	14.7
措置診察結果	措置入院該当	1,183 (26.6%)	6.6
	措置入院非該当	611 (13.8%)	3.4
再掲	保護なし通報 ^(注)	173	785 (17.7%)
	措置入院歴あり	153	216 (4.9%)
再掲	保護なし通報を受理している保健所	89 (48.4%)	
	保護なし通報を受理していない保健所	95 (51.6%)	

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
 保護なし通報の割合は0%~88.5%(中央値0.0%)であった

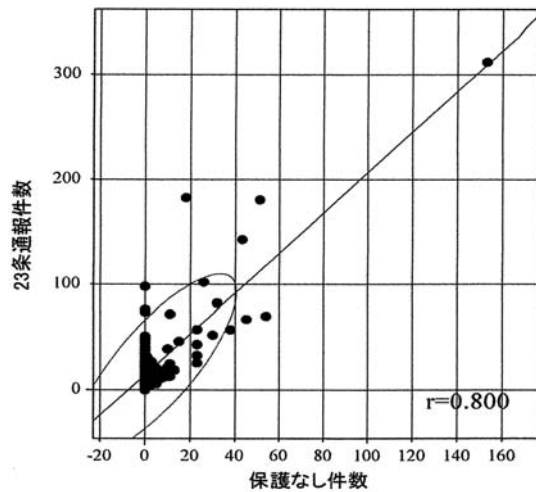


図1 保護なし通報件数と23条通報件数との相関
 《相関係数と回帰直線》
 $r = 0.7998$ (0.7388~0.8479) () は95.0%信頼区間
 相関係数の有意性 $P = 0.00000$ [$t = 17.425$ $n = 171$]
 《Xを基準にYを回帰》
 回帰直線 $Y = a + bX = 14.3378 + 1.92811X$

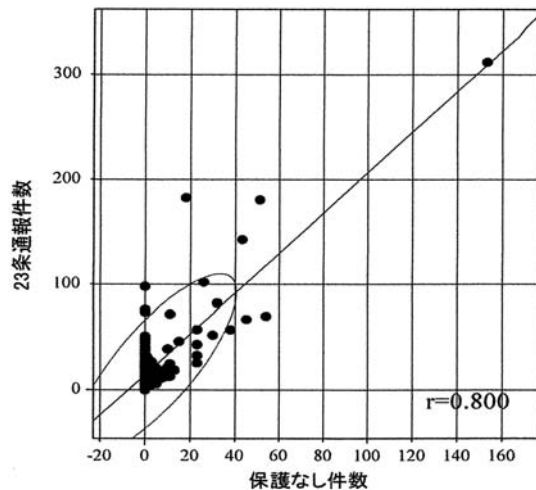


図2 保護なし通報件数と措置診察不要件数との相関
 《相関係数と回帰直線》
 $r = 0.8881$ (0.8518~0.9160) () は95.0%信頼区間
 相関係数の有意性 $P = 0.00000$ [$t = 25.271$ $n = 171$]
 《Xを基準にYを回帰》
 回帰直線 $Y = a + bX = 4.18669 + 1.97669X$

あり、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2割程度にみられた(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。警察官通報件数のうち、保護なし通報が785件(17.7%)、措置入院歴のある者が216件(4.9%)含まれていた。保護なし通報を受理している保健所は89件(48.4%)、受理しない保健所は95件(51.6%)と二分されていた(表3)。さらに、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(図1、図2)。

2. 精神保健担当保健師の再発予防支援の状況

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

表4 精神保健担当保健師の基本属性

保健師経験年数 n=413 平均値±SD 14.2±11.9		
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)
	N.A	2(0.4)
性別	女性	420(92.5)
	男性	23(5.1)
	N.A	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
	N.A	11(2.4)
	専門学校	200(44.1)
保健師資格を取得した教育機関	短期大学	27(5.9)
	大学	220(48.5)
	大学院	3(0.7)
N.A	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 結核・感染症	198(43.6)
	任 特定疾患	149(32.8)
	内 訳 その他	158(34.8)
N.A	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)
	N.A	12(2.6)
通報に関するOJTの有無	ある	215(47.4)
	ない	219(48.5)
	N.A	20(4.4)

表5 精神保健担当保健師が実施している再発予防支援の状況

項目	実数(人) n=454					割合(%)					対象者への関与		支援内容		
	a. してない	b. あまりしてない	c. どちらとも	d. 少ししている	e. している	a. してない	b. あまりしてない	c. どちらとも	d. 少ししている	e. している	直接的	間接的	生活	病気	支援体制
1 支援者と措置入院制度の趣旨や通報基準を共有する	13	40	55	132	206	2.9	9.0	12.3	29.6	46.2		○		○	
2 支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する	8	11	29	115	283	1.8	2.5	6.5	25.8	63.5		○		○	
3 支援者と患者のQOL(将来の希望)を共有する	7	27	61	159	193	1.6	6.0	13.6	35.6	43.2		○	○		
4 支援者とあらかじめ危機の予兆を共有する	7	18	71	161	191	1.6	4.0	15.8	35.9	42.6		○		○	
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	42	49	176	165	3.4	9.4	11.0	39.4	36.9		○	○		
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	49	53	178	153	3.1	11.0	11.9	39.8	34.2		○			○
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	66	123	151	92	3.4	14.8	27.5	33.8	20.6		○		○	
8 入院早期から支援者による地域支援チームを作る	50	105	113	132	44	11.3	23.6	25.5	29.7	9.9		○			○
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	108	97	68	29	32.1	24.3	21.8	15.3	6.5	○		○		
10 支援者と協働してクライシスプランを作る	97	116	87	106	40	21.7	26.0	19.5	23.8	9.0		○		○	
11 服薬を確認するための体制をつくる	53	69	86	161	78	11.9	15.4	19.2	36.0	17.4		○		○	
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	110	70	60	10	43.7	24.8	15.8	13.5	2.3	○		○		
13 支援者と分担して定期的に誰かが患者を訪問する	18	31	56	172	168	4.0	7.0	12.6	38.7	37.8		○			○
14 支援者とタイムリーに危機予知を連絡し合う	14	36	59	177	158	3.2	8.1	13.3	39.9	35.6		○		○	
15 患者の入院中に家族を支援する	18	61	76	199	91	4.0	13.7	17.1	44.7	20.4	○		○		
16 患者の入院中に近隣住民の不安を取り除く	115	117	119	74	18	26.0	26.4	26.9	16.7	4.1	○		○		
17 関係者と連携し近隣の相談体制を充実させる	72	93	135	103	43	16.1	20.9	30.3	23.1	9.6		○	○		
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	90	71	97	104	19.0	20.1	15.9	21.7	23.3		○	○		
19 出かける場づくりなど日中活動を支援する	74	86	78	145	62	16.6	19.3	17.5	32.6	13.9		○	○		
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	73	98	150	84	9.2	16.4	22.0	33.6	18.8		○			○
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	108	73	63	9	43.0	24.3	16.4	14.2	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	81	45	23	7	64.9	18.2	10.1	5.2	1.6	○		○		
23 患者が主体性を育む関わりをする	25	58	104	161	95	5.6	13.1	23.5	36.3	21.4	○		○		
24 入院中の患者にいつもの生活の満足度を把握する	116	103	107	83	35	26.1	23.2	24.1	18.7	7.9	○		○		
25 入院中の患者に普段の人間関係を把握する	79	85	96	123	62	17.8	19.1	21.6	27.6	13.9	○		○		
26 入院中に患者の病気の理解の程度を把握する	57	64	77	134	113	12.8	14.4	17.3	30.1	25.4	○			○	
27 入院中に患者の服薬への認識を確認する	61	57	60	129	138	13.7	12.8	13.5	29.0	31.0	○			○	
28 入院中の患者に自身の悪化兆候をたずねる	80	70	83	123	87	18.1	15.8	18.7	27.8	19.6	○			○	
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	24	38	152	215	3.6	5.4	8.5	34.2	48.3	○			○	
30 判断に迷うときは職場内で相談できる	6	5	7	40	388	1.3	1.1	1.6	9.0	87.0		○			○
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	20	34	55	141	195	4.5	7.6	12.4	31.7	43.8		○			○
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	12	27	69	159	179	2.7	6.1	15.5	35.7	40.1		○			○
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	31	92	137	158	5.9	7.0	20.7	30.9	35.6		○		○	
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	41	75	149	151	6.3	9.2	16.9	33.6	34.0		○	○		
35 地域活動を促進する事業の予算化などを考える	137	81	116	73	38	30.8	18.2	26.1	16.4	8.5		○			○
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	42	99	149	137	3.6	9.5	22.3	33.6	30.9		○			○

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。基本属性8項目については表4に示した。回答した保健師の年代は20代が32.4%、保健師資格を取得した教育機関は大学が48.5%と最も多かった。精神保健業務のみを担当している者は40%にとどまり、結核・感染症業務、特定疾患業務などを兼務している者が59.5%を占めていた。通報に関する研修を受講したことがある者は18.3%と2割未満であり、職場にOJTありと回答した者は47.4%と半数に届かなかった(表4)。

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。それらの特徴として、「支援者と患者の病状・治療方針・経過を共有する」、「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」など患者の病状や症状の変化を支援者間で共有するものであった。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」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」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」16.2%であった(表5)。

3. 精神保健担当保健師による再発予防支援と措置入院歴ありの件数との関連

再発予防支援と措置入院歴との関連をみるために、各保健所における人口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6)。

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。

次に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($P<0.05$)であり、「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、精神保健業務専任($p<0.05$)とOJTあり($p<0.05$)であった(表7)。

表6 人口10万対措置入院の既往件数を従属変数、再発予防支援項目の得点を独立変数とする重回帰分析(ステップワイズ法)

項目	β	SE(β)	std β	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 $adjR^2=0.0675$

* $P<0.05$

** $P<0.01$

n=376

表7 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	あり	なし	検定	兼任	専任	検定	あり	なし	検定	あり	なし	検定	全て保健師以外	夜間休日 は保健師 以外	全て 保健師 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)	8 (5.6)	5 (2.3)	U=24415.0 P=0.99682	8 (3.0)	5 (2.7)	U=22946.5 P=0.42851	1 (1.2)	12 (5.4)	1 (1.094)	8 (3.8)	U=19518.5 P=0.00598**	10 (2.9)	2 (3.0)	1 (2.9)	H=2.991 P=0.22412
	2あまりしていない	20 (13.8)	5 (6.4)	6 (5.8)	9 (7.7)	16 (7.2)	24 (10.9)		35 (9.9)	14 (7.7)		5 (6.0)	35 (9.9)	5 (6.0)	22 (10.3)		29 (8.4)	5 (7.5)	6 (17.6)	
	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)	6 (7.2)	32 (15.0)		20 (9.3)	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)	17 (20.5)	65 (30.5)		59 (27.6)	20 (29.9)	9 (26.5)	
	5している	64 (44.1)	39 (50.0)	44 (42.3)	59 (50.4)	104 (46.8)	101 (45.9)		119 (45.2)	87 (47.8)		54 (65.1)	148 (42.0)	54 (65.1)	86 (40.4)		113 (52.8)	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 (33.9)	H=8.738 P=0.03299*	U=2524.0 P=0.31188	117 (44.7)	77 (42.5)	U=23629.0 P=0.94781	29 (34.9)	160 (45.7)	U=12892.5 P=0.09222	76 (35.7)	107 (50.7)	U=18842.5 P=0.00239**	12 (34.3)	19 (28.4)	12 (34.3)	H=9.550 P=0.00814**
	2あまりしていない	38 (26.0)	17 (22.1)	25 (24.0)	30 (26.1)	59 (26.8)	51 (23.2)	60 (22.9)	50 (27.6)	60 (23.3)	83 (23.7)	9 (10.8)	60 (17.1)	33 (15.5)	35 (16.6)		34 (16.0)	5 (14.3)		
	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 (16.5)	25 (13.8)	34 (13.0)	26 (14.4)	18 (21.7)	38 (10.9)	34 (16.0)	22 (10.4)		8 (3.8)	2 (0.9)	3 (8.6)	
	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)	7 (2.7)	3 (1.7)	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)	
	5している	3 (2.1)	2 (2.6)	0 (0.0)	5 (4.3)	5 (2.3)	5 (2.3)	95 (42.8)	95 (43.6)	124 (47.7)	67 (36.6)	30 (36.6)	155 (44.2)	U=13171.5 P=0.20775	80 (37.7)	105 (49.5)	U=19913.5 P=0.03224**	146 (42.6)	32 (47.8)	13 (38.2)
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)	34 (44.2)	47 (45.2)	44 (37.6)	H=2.511 P=0.47336	U=23943.0 P=0.84006	124 (47.7)	67 (36.6)	U=20735.5 P=0.01513**	23 (28.0)	82 (23.4)	U=14029.0 P=0.59880	19 (6.9)	35 (16.5)	U=19736.0 P=0.02199*	45 (13.1)	5 (7.5)	7 (20.6)	H=2.469 P=0.29104
	2あまりしていない	37 (25.7)	20 (26.0)	21 (20.2)	30 (25.6)	55 (24.8)	53 (24.3)	59 (22.7)	49 (26.8)	59 (22.7)	49 (26.8)	12 (14.6)	60 (17.1)	29 (13.7)	40 (18.9)		85 (24.8)	15 (22.4)	8 (23.5)	
	3どちらとも	20 (13.9)	12 (16.6)	21 (20.2)	19 (16.2)	35 (15.8)	36 (16.5)	44 (16.9)	29 (15.8)	44 (16.9)	29 (15.8)	13 (15.9)	49 (14.0)	35 (16.5)	27 (12.7)		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)	28 (10.8)	34 (18.6)	4 (4.9)	5 (1.4)	8 (3.8)	1 (0.5)		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)	36 (16.2)	21 (9.6)	37 (14.1)	20 (11.0)	10 (12.0)	45 (12.8)	10 (12.0)	53 (15.1)		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 P=0.00397**	U=19866.5 P=0.00061**	37 (14.1)	20 (11.0)	U=20187.0 P=0.00471**	10 (12.0)	53 (15.1)	U=14029.0 P=0.59880	19 (6.9)	35 (16.5)	U=19736.0 P=0.02199*	45 (13.1)	5 (7.5)	7 (20.6)	H=2.469 P=0.29104
	2あまりしていない	18 (12.4)	7 (9.1)	13 (12.5)	26 (22.2)	41 (18.5)	23 (10.5)	46 (17.6)	18 (9.9)	46 (17.6)	18 (9.9)	12 (14.5)	63 (17.9)	37 (17.4)	36 (17.0)		50 (14.5)	9 (13.4)	5 (14.7)	
	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)	47 (17.9)	29 (15.9)	31 (37.3)	98 (27.9)	68 (31.9)	60 (28.3)		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 (23.9)	58 (26.1)	74 (33.8)	75 (28.6)	59 (32.4)	75 (28.6)	59 (32.4)	20 (24.1)	92 (26.2)	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)	57 (21.8)	56 (30.8)	4 (4.8)	23 (6.6)	60 (28.3)	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=2.681 P=0.44850	U=23972.0 P=0.85833	30 (7.7)	8 (4.4)	U=19864.0 P=0.00220**	7 (8.4)	34 (9.7)	U=12892.5 P=0.09222	13 (6.1)	14 (6.6)	U=20053.5 P=0.04540*	24 (7.0)	2 (3.0)	2 (5.9)	H=3.364 P=0.18597
	2あまりしていない	17 (11.7)	3 (3.8)	10 (9.6)	11 (9.6)	18 (8.2)	23 (10.5)	25 (9.6)	16 (8.8)	25 (9.6)	16 (8.8)	9 (10.8)	65 (18.6)	31 (14.6)	42 (19.8)		33 (9.6)	4 (6.1)	4 (11.8)	
	3どちらとも	25 (17.2)	21 (26.9)	13 (12.5)	15 (13.0)	35 (15.9)	39 (17.7)	35 (15.9)	22 (12.1)	35 (15.9)	22 (12.1)	31 (37.3)	116 (33.1)	81 (36.2)	65 (30.7)		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)	89 (34.1)	60 (33.0)	31 (37.3)	116 (33.1)	81 (36.2)	65 (30.7)		107 (31.1)	29 (43.9)	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 (28.7)	76 (41.8)	75 (28.7)	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

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あり ($p<0.01$) であり、「患者の病気理解を把握する」は、年代が若い ($p<0.01$)、保健師資格を大学・大学院で取得 ($p<0.01$)、精神保健業務専任 ($p<0.01$) 並びにOJTあり ($p<0.05$) であり、「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、精神保健業務専任 ($p<0.01$) とOJTあり ($p<0.05$) であった(表7)。OJTありと回答したものは、措置入院既往件数と関連のあった5項目すべてに関連していた。

IV. 考 察

1. 警察官通報の現状と課題

警察官通報件数が増加したのは、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、2000年警察庁からの警察本来の相談業務に警察力を投入していくこと考え方が示され、警察官職務執行法において精神錯乱のために保護した事例の通報が警察から積極的に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⁵⁾。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、うち事前調査の結果、措置診察不要件数は10,335件(54.6%)になっている。今回の調査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¹⁶⁾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。当該調査は単年度調査の為その原因は明らかにされていないが措置入院制度が50年以上経て都道府県・政令指定都市間で運用に差が生じていることの懸念が示されていた。今回の調査では、回答保健所の少ない都道府県があり都道府県比較はできなかったが、保健所間での警察官通報件数、措置診察不要件数は大きな差がみられた。さらに、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あった。

保護なし通報とは、被通報者が警察に保護・逮捕等されていない状況で通報されるものである¹⁷⁾。昭

和40年の法改正以前は警察官職務執行法の規定によって保護された事例のみ通報されることとされていたが、現実には、犯罪の被疑者を逮捕した後に当該被通報者に精神障害のために自傷他害のおそれがあると認められ通報される事例も多く含まれていたことから、同改正により実態に即した形として、発見した時は通報しなければならないに改められた¹⁾。しかし、保護解除後や逮捕釈放後の通報は「保護の必要性がない状態」になり通報条件が満たされていないと言われている¹⁸⁾。今回、保護なし通報を受理している保健所が48.4%、受理していない保健所は51.6%と二分されており、このような必要性の明らかでない保護なし通報は、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と思われた。保護なし通報の必要性について、都道府県を超えて議論することが必要と考えられた。

2. 措置入院歴に関連する保健所保健師の再発予防支援の実態

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¹⁹⁾と言われている。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²⁰⁾、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²¹⁾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²²⁾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言われている民生委員²³⁾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、患者と支援者が共有しながら、患者が服薬や危機管理等を自己管理できるように支援するものである。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～」²⁴⁾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」²⁵⁾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²⁶⁾、ツールは患者中心の支援に欠かせない²⁷⁾とされている。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」、「患者の病氣理解を把握する」、「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。しかし、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も指摘されていた²⁸⁾。支援者の連携は重要ではあるが、患者への関わりが少なくその意志が反映されない支援は、患者の自己管理支援を中心に据えた連携にな

りにくく、今回の結果が示すように再発を促す連携になるおそれが危惧された。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されている中、患者が服薬や危機管理を自己管理できる支援を中心にした連携が必要と考えられた。

3. 本研究の限界と今後の展望

本研究では、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は提示できたが、保健所の回収率は49.6%であるため標本として偏りがあることが考えられる。また、OJTに関する質問項目は詳細に欠けていたため回答者の意図するOJTが異なった可能性がある。今後はツールの開発や地元自治会への関与などについてOJTを活用した介入研究を行い、再発予防支援内容を実証していく必要があると考える。

V. 結 論

警察官通報により措置入院となった精神障害者の措置入院歴との関連から、保健師が行う再発予防支援は、地元自治会に働きかけ精神障害者が地域で暮らすことの理解を得ること、ツールを用いて患者の自己管理能力を高めること、支援者の連携は患者の自己管理支援を中心に置くことであった。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あった。

引用文献

- 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. 援護局障害保健福祉部長通知 H30年3月. <http://www.m.chiba-u.ac.jp/class/shakai/jp/syukaifukki/doc/02.pdf#search=%27%E6%8E%AA%E7%BD%AE%E5%85%A5%E9%99%A2%E3%81%AE%E9%81%8B%E7%94%A8%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%B3%27> (参照2019-10-19)
- 2) 厚生労働省. 平成29年度衛生行政報告例. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&ts>

- tat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001120396&tclass2=000001120397&tclass3=000001120398 (参照2019-10-17)
- 3) 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.
 - 4) 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.
 - 5) 竹島 正. 措置入院の状況について. 公衆衛生情報 2012; 8: 28-31.
 - 6) 竹島 正. 地域における危機介入 - 措置入院制度の事前調査を手がかりに -. 精神医学 2004; 46: 571-577.
 - 7) 西園正久ら. いわゆる「再発」と再発研究の問題点. 臨床精神医学 1974; 3: 891-900.
 - 8) 植植雅俊. 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: 76-80.
 - 9) 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 2018; 21: 38-42.
 - 10) 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に関する研究. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 分担研究報告書 2002; 13-55. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200200302A0001.pdf>. (参照2020-1-26)
 - 11) 吉住 昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院及び措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 分担研究報告書 2002; 57-146. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200200302A0003.pdf>. (参照2020-1-26)
 - 12) 森山公夫, 森真喜雄, 岡江 晃, 他. 触法精神障害者の精神医学的評価に関する研究. 厚生労働科学研究 2002; 117-138.
 - 13) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 他. 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート調査 (その1). 臨床精神医学 2018; 47: 323-333.
 - 14) 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; 1-33.
 - 15) 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～. 1999; 30: 25-33.
 - 16) 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費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 分担研究報告書 2003; 19-63. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200300261A0002.pdf>. (参照2020-1-26)
 - 17) 竹島 正, 小山明日香, 立森久照, 他. 精神保健福祉法による通報実態から見た触法精神障害者の地域処遇上の課題-全国の都道府県・政令指定都市へのアンケート調査をもとに-. 日本社会精神医学会誌 2012; 21: 22-31.
 - 18) 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費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 分担研究協力報告書 2004; 103-106. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=200400545A0006>. (参照2020-1-26)
 - 19) 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.
 - 20) 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.
 - 21) 磯村聰子, 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: 6-13.
 - 22) 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.
 - 23) 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.
 - 24) 茨城県. いばらき県版 こころの生活支援手帳-地域連携パス-. <https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/shofuku/seishin/documents/kokorosienanaichirashi.pdf> (参照2018-11-27)
 - 25) Renzo De Stefani, Jacopo Tomasi. イタリア精神医療への道. 花野真栄 (訳). 日本評論社.

東京, 2015 ; 62-65.

- 26) 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.
- 27) 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.
- 28) 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.

Recurrence Prevention Activities by Public Health Nurses for People with Mental Disorders of Involuntary Admission by the Police Operations

Etsuko ITO and Takae MORITA¹⁾

Health Sciences, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan 1) Community/Gerontological Nursing, Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

SUMMARY

The objective of this study was to create a relationships between recurrence prevention activities by public Health Nurses (PHN) and people with mental disorders' history of hospitalized involuntarily to police operations.

Self-administered survey questionnaire were mailed to 371 supervising PHN and 569 PHN specialized in mental health. The survey items included fact-finding 36 questions about recurrence prevention activities.

The result of multiple regression analysis show higher scores for "obtaining neighborhood associations' understanding" and "providing support using tools shared by patients and supporters" were affected by a lower number of patients with history of involuntary admission by the prefectural governor, whereas this number increased as "common understanding system objectives and criteria with supporters," "comprehending patients' degree of understanding of their disease," and "informing medical institutions of patients' intentions after being discharged" scores increased.

In intergroup comparison, the group with on-the-job training showed significantly higher scores in all five items.

In order for PHNs to reduce hospitalization history, it was important to gain the understanding of neighborhood associations and to use tools that encourage patient self-care.

