

資料

保健所職員による精神科措置入院者への退院後支援の実態調査

カノウチ ケンソウ フジキ マユミ ササキアヤカ イタヤマ ミノル
川内 健三* 藤木眞由美^{2*} 佐々木綾花^{2*} 板山 稔^{3*}

目的 2016年に発生した障害者支援施設の事件をきっかけに精神科措置入院制度のあり方について検討がなされることになった。本研究では保健所職員による措置入院者への退院後支援の実態を明らかにすることを目的とした。

方法 精神保健福祉業務担当の保健所職員を対象とし、全国472保健所に対し郵送による自記式無記名質問紙調査を行った。調査内容は基本属性と文献を基に作成した措置入院者への退院後支援の実施程度3分類（本人支援、家族機能維持、関係者調整）41項目とした。実施程度の回答は「全くできてない」（1点）～「とてもできている」（4点）の4段階とし、得点が高いほど退院後の支援が実施できていることを意味した。基本統計量を算出後、措置入院者への退院後支援実施程度の3分類ごとに、基本属性による比較をMann-Whitney U検定、Kruskal-Wallis検定を用いて行い、有意水準は5%とした。

結果 回収数は609（回収率25.8%）で、そのうち関わったケース数を0と回答した対象者を解析対象から除外し、実施程度41項目を50%以上回答している582票を分析対象とした。対象の平均年齢は40.5±11.3歳、性別は男性18.2%、女性81.4%であった。本人支援に関して、精神保健福祉業務経験年数、精神保健福祉業務へのやりがい、学会、研修会の参加の有無に関して有意差が認められた。家族機能維持に関して、職位、資格の有無、所属保健所の設置主体、精神保健福祉業務へのやりがい、学会、研修会参加の有無に関して有意差が認められた。そして、関係者調整に関して、職位、資格の有無、所属保健所の設置主体、精神保健福祉業務担当職員数に関して有意差が認められた。

結論 退院後支援実施程度3分類と各属性の関連については、支援の経験、やりがい、自己学習への意欲、支援体制が影響していると考えられた。保健所職員が措置入院者への退院後支援を行いやすくするためには、学会・研究会参加の時間を確保すること、関わり続けることへの意義を感じられるようにすること、支援の効果をフィードバックしてもらうこと、そして関係者会議で情報共有する必要性が示唆された。

Key words : 措置入院, 保健所職員, 退院後支援, 精神障がい者

日本公衆衛生雑誌 2023; 70(5): 321-331. doi:10.11236/jph.22-076

I 緒言

2016年7月26日に発生した相模原市の障害者支援施設「津久井やまゆり園」における殺傷事件（以下、相模原事件）は、被告が措置入院退院3か月後に起こした事件であったことが精神保健福祉の分野に大きな衝撃を与えた。

措置入院制度とは入院させなければ自傷他害のお

それがある場合について、これを都道府県知事（または政令指定都市の市長）の権限と責任において精神科病院に強制入院させるものである。措置入院の在院患者数は1998年には4,293人（精神科病院全入院数の1.2%）であったが、2008年は1,803人（同0.6%）、さらに2016年には1,523人（同0.5%）¹⁾と減少した。また、2016年の精神科病院全入院数に対する措置入院数の割合が0.5%¹⁾であることから措置入院の在院患者数や割合は低下傾向であった。そのような状況の中で起こった相模原事件をきっかけに再び措置入院制度が注目され、措置入院制度のあり方について検討がなされることになった。

検討事項の中で、措置入院者の退院後の支援が継

* 東京家政大学健康学部看護学科

^{2*} 目白大学看護学部

^{3*} 長岡崇徳大学看護学部

責任著者連絡先：〒350-1398 狭山市稲荷山2-15-1
東京家政大学健康科学部看護学科 川内健三

続的に行われなかったことが課題として取り上げられた。厚生労働省²⁾は、「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム」報告書において「措置入院者の退院後の医療等の継続的な支援を通じた、地域における孤立の防止」を提言している。具体的には、「措置入院者の退院後の対応としては、帰住先の都道府県や保健所設置市等が、退院後支援計画を引き継ぎ、関係者による支援の調整等を行うことにより、患者に必要な支援を継続的に確保する仕組みとするべきである」と報告しており、措置入院者の退院後の支援を保健所が中心に行う方向で検討されている。しかし、厚生労働省³⁾は「第7回これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」にて「措置入院した患者について、措置解除にあたってあらかじめ保健所等の行政職員が患者との面談について明文化されたルールがあり実施しているのは、都道府県および政令指定都市のうち10%程度である」と報告している。このように措置入院者の退院後の支援について明文化されたルールがほとんど確立されていない中で、保健所職員は試行錯誤しながら支援をしなければならないことが予想される。

2018年厚生労働省より「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について」が通知された⁴⁾。自治体を中心となった、臨床的に退院後支援が必要と判断された精神障がい者に対する標準的な支援の手順が示されている。先行研究では、近隣住民に受け入れられない措置入院者への保健所保健師の介入内容について報告がされていた⁵⁾。報告では住民の理解を促す、本人の見守り体制の構築、病状安定の支援、家族の力をつける、そして本人の良さを住民にみてもらう介入を行っていたと報告されていた。また、事例報告として措置入院者への退院後の支援者間の連携による情報共有⁶⁾や再入院による措置入院者への退院後のアウトリーチの中断⁷⁾が報告されていた。

支援を行う対象である措置入院者においては、症状は一般的な精神障がい者より重症であり、幻覚・妄想、興奮・攻撃性が顕著である他、住所不定、居住地不明、アルコール・薬物の依存や乱用の併存が多く、家族支援、制度利用、金銭管理などの支援の必要性が大きいとの報告もある⁸⁾。

このように、措置入院者の退院後支援は標準的な手順を基に徐々に保健師が実践の中で具体的な支援内容を実践していることについて報告されているが、前述の措置入院者の特性から退院後支援に困難をきたすことが予想される。

措置入院者の特性から、措置入院者は地域で孤立

するリスクが高いと考える。措置入院者が地域で孤立せず、地域住民の一人としてその人らしく生活していくために措置入院者の退院後支援は重要である。実際に措置入院者の退院後支援を行う保健所職員は、様々な困難に遭遇しながら支援を行っていると予想される。しかし、保健所職員が措置入院者の退院後支援を行っている実態については明らかになっていない。

そこで本研究では、保健所職員による措置入院者への退院後支援の実態を明らかにすることを目的とした。

II 方 法

1. 調査対象者

全国の都道府県・政令指定都市・中核市・保健所政令市・特別区の472保健所で精神保健福祉業務を担当する保健所職員を対象とした。

2. 調査方法

本研究では郵送による自己記入式無記名質問紙調査を行った。はじめに、全国保健所長会ホームページ⁹⁾より各保健所の住所を入手した。次に、2020年9月から10月の間に、各々の住所へ所属長への依頼文と、保健所職員への依頼文、調査票、返信用封筒を郵送した。保健所職員用の依頼文、調査票、返信用封筒は担当者が複数いると想定し、1施設につき5部郵送した。さらに不足の際には追加郵送できることやコピーをしてもよいことを説明した。回答者の選択に関しては保健所長に一任した。保健所長より対象の保健所職員に依頼文と調査票、返信用封筒を渡していただいた。対象者は自由意思により調査票に回答し、各自無記名で返信用封筒を用いて返信してもらった。

3. 調査項目

調査項目は基本属性として、年齢、性別、職位(主事、主任主事、主査、係長以上)、保健師経験年数、精神保健福祉士経験年数、精神保健福祉業務経験年数とした。また、保健所の設置主体(都道府県、政令指定都市、中核市、特別区)、所属する保健所の精神保健福祉業務担当職員数、これまで措置入院者の退院後支援に関わったケース数、現在行っている精神保健福祉業務にやりがいを感じるか、措置入院者への退院後支援に関するガイドラインを読んでいるか、精神保健福祉業務に関する学会、研修会に参加しているかも質問した。

措置入院者への退院後支援内容については、河本ら⁵⁾、嶋澤¹⁰⁾の保健師による精神障がい者への地域支援内容に関する先行研究を参考に41項目を作成した。内容的妥当性の検討のために研究者間で質問項

目を1問ずつ、内容と文表現が適切かを検討した。さらに41項目を意味内容の類似した質問項目を集めて構成概念を生成した。構成概念は「本人への地域生活安定のための支援（以下「本人支援」とする）」を23項目、「家族機能の維持（以下「家族機能維持」とする）」を6項目、「関係機関・関係者との調整（以下「関係者の調整」とする）」を12項目の3分類とした。回答は、「とてもできている」（4点）、「できている」（3点）、「あまりできていない」（2点）、「全くできていない」（1点）の4段階リッカート尺度とし、得点が高いほど退院後の支援が実施できている（支援実施程度が高い）ことを意味した。

4. 分析方法

措置入院者への退院後支援実施程度の回答は、基本統計量を算出後、支援内容の構成概念「本人支援」、「家族機能維持」、「関係者の調整」の3分類ごとに、基本属性による比較を2群の場合は Mann-Whitney *U* 検定、3群以上の場合には Kruskal-Wallis 検定を用いて行った。統計解析には EZR Ver1.54¹¹⁾を使用し、有意水準は5%に設定した。

5. 倫理的配慮

本研究は目白大学倫理審査委員会の承認（2020年3月11日 承認番号：19-054）を得て実施した。研究対象者へは、調査票と同封の書面にて、研究の主旨や目的、個人が特定されることがないこと、研究協力は任意であることを明記し、調査票には同意を確認するチェック欄を設けた。

Ⅲ 研究結果

1. 対象者の概要

配付した2,360票のうち、回収数は609票（回収率25.8%）であった。そのうち関わったケース数を0と回答した対象者を解析対象から除外し、実施程度41項目のうち50%以上回答している582票（有効回答率24.7%）を分析対象とした。対象者の平均年齢は40.5（Standard Deviation（以下SD）11.3）歳、性別は男性18.2%、女性81.4%であった。職位は主事33.2%、主任主事19.1%、主査17.9%、係長以上24.1%で、資格の有無は保健師資格のみ61.7%、精神保健福祉士資格のみ17.7%、両資格有11.9%、両資格無8.8%であった。精神保健福祉業務経験年数の平均は8.4（SD8.8）年、所属する保健所の精神保健福祉業務担当職員数の平均は5.5（SD4.5）人、これまで措置入院者の退院後支援に関わったケース数の平均は8.8（SD24.6）件であった。対象者の属性の概要については表1に示した。

2. 措置入院者への退院後支援実施程度の概要

41項目の措置入院者の退院後支援実施程度の概要

表1 対象者の属性の概要

		頻度	%	平均値	標準偏差
N = 582					
年齢	20歳代	133	22.9	40.5	11.3
	30歳代	152	26.1		
	40歳代	143	24.6		
	50歳代以上	147	25.2		
	無回答	7	1.2		
性別	男性	106	18.2		
	女性	474	81.4		
	無回答	2	0.3		
職位	主事	193	33.2		
	主任主事	111	19.1		
	主査	104	17.9		
	係長以上	140	24.1		
	無回答	34	5.8		
資格の有無	保健師のみ	359	61.7		
	精神保健福祉士のみ	103	17.7		
	両方資格有	69	11.9		
	両方資格無	51	8.8		
精神保健福祉業務担当経験年数	3年未満	168	28.9	8.4	8.8
	3~5年未満	85	14.6		
	5~10年未満	110	18.9		
	10年以上	170	29.1		
	無回答	49	8.4		
所属保健所の設置主体	都道府県	406	69.8		
	政令指定都市	43	7.4		
	中核市	110	18.9		
	特別区	12	2.1		
	無回答	11	1.9		
精神保健福祉業務担当職員数	3未満	145	24.9	5.5	4.5
	3以上5未満	132	22.7		
	5以上7未満	119	20.5		
	7以上	176	30.2		
	無回答	10	1.7		
措置入院者の退院後支援に関わったケース数	2未満	98	16.8	8.8	24.6
	2以上4未満	159	27.3		
	4以上10未満	146	25.1		
	10以上	139	23.9		
	無回答	40	6.9		
精神保健福祉業務へのやりがい	感じる	185	31.8		
	やや感じる	321	55.2		
	あまり感じない	63	10.8		
	感じない	7	1.2		
	無回答	6	1.0		
ガイドラインを読んでいるか	はい	541	93.0		
	いいえ	33	5.7		
	無回答	8	1.4		
学会、研修会参加の有無	有	459	78.9		
	無	118	20.3		
	無回答	5	0.9		

表2 措置入院者の退院後支援実施程度の概要

構成概念	質問内容	n	平均値	標準偏差 (SD)	平均値 + SD	平均値 - SD
本人への地域生活安定のための支援	主治医の意見を確認する	581	3.35	0.54	3.89	2.81
	通院治療の状況を把握する	581	3.32	0.54	3.86	2.78
	外来通院での本人と主治医のコミュニケーションを仲介する	576	2.36	0.75	3.11	1.60
	中断していた治療の再開を促す	551	2.85	0.64	3.50	2.21
	生活上必要と判断したサービスを提案し導入する	573	2.91	0.63	3.54	2.28
	利用中の在宅ケアサービスの適切な利用継続を本人に意識づける	571	2.84	0.61	3.45	2.23
	継続した服薬治療の必要性を認識するようはたらきかける	576	3.13	0.53	3.67	2.60
	精神症状による生活上の困難を把握する	577	3.13	0.50	3.63	2.64
	仕事量の調整を本人や関係者を含め、相談しながら行う	561	2.62	0.76	3.39	1.86
	主治医からの具体的な指示を本人に理解してもらうよう働きかける	575	2.78	0.64	3.42	2.14
	精神症状の変化を早期に把握できるよう観察する	580	2.94	0.56	3.50	2.38
	本人にかかわる支援者と連携して本人の病状悪化のサインを共有する	579	3.18	0.55	3.73	2.64
	本人が病状悪化を来す前に早めに受診につなげる	573	2.82	0.64	3.45	2.18
	本人と再度入院になった場合の対処の方法をあらかじめ決めておく	577	2.54	0.78	3.31	1.76
	退院後も本人に病院スタッフにかかわってもらうよう提案する	579	2.79	0.70	3.49	2.09
	精神疾患以外の身体の調子を確認する	581	3.01	0.55	3.56	2.45
	本人の生活習慣を把握する	582	3.05	0.55	3.60	2.50
	本人なりの自立への方向性を見据え本人の強みを活かしてできることを確認する	580	2.82	0.62	3.44	2.20
	本人の希望に即した生活目標を明確化し行動範囲を広げるような居場所や活動を提案する	580	2.78	0.66	3.43	2.12
	世帯の経済的状況や管理状態を具体的に把握する	580	2.77	0.63	3.40	2.14
	本人の金銭管理能力を具体的に把握する	580	2.68	0.63	3.30	2.05
	退院先の住居を調整する	571	2.52	0.77	3.28	1.75
本人の辛さを受け止める	580	3.06	0.52	3.57	2.54	
	小 計		2.88	0.62	3.50	2.26
家族機能の維持	家族の健康課題を見極める	579	2.79	0.63	3.42	2.16
	本人と家族の関係性を見極める	580	3.05	0.49	3.54	2.56
	本人の情報を家族と共有し協力を得る	577	2.96	0.59	3.55	2.37
	家族の支援が本人の回復に必要であると家族に伝える	580	2.96	0.64	3.59	2.32
	本人による家族の負い目を受け止める	568	2.69	0.67	3.36	2.02
	本人と家族の関係性が精神症状に及ぼす影響をふまえて対応する	579	2.99	0.55	3.55	2.44
	小 計		2.91	0.60	3.50	2.31
関係機関・関係者との調整	ホームヘルパーから報告を受けホームヘルパーの相談に応じる	576	2.89	0.75	3.64	2.14
	本人が気軽に参加できる住民の活動に参加してもらう	573	2.53	0.75	3.29	1.78
	本人と関係のある周囲の人々と情報共有する	567	2.41	0.80	3.21	1.60
	本人と関係ある周囲の人々に、本人とのかかわり方を具体的に説明する	565	1.57	0.74	2.31	0.83
	地区の民生委員を含めた近隣住民からの相談を受け、対応する	564	1.63	0.76	2.39	0.87
	本人を受け入れてもらうために、住民に入院中から本人についての話し合いの場に入ってもらう	564	1.56	0.69	2.25	0.87
	病院に仮退院や外泊期間を設けてもらい、住民に本人の様子をみてもらうことで住民の受け入れを徐々に促す	565	1.70	0.75	2.45	0.95
	本人の事を理解している住民から、住民の理解を促すよう働きかけてもらう	570	2.80	0.67	3.48	2.13
	住民による本人の見守りをお願いする	568	1.90	0.70	2.60	1.20
	本人のボランティア参加や社会のルールを守る様子を住民にみてもらう	561	1.46	0.62	2.08	0.84
	住民の苦情を受け止める	562	2.54	0.84	3.38	1.69
何かあった時のために保健所の連絡先を住民に伝えておく	568	2.34	0.94	3.28	1.40	
	小 計		2.11	0.75	2.86	1.36
	全 合 計		2.63	0.66	3.29	1.98

表3 措置入院者の退院後支援実施程度3分類と基本属性の比較

	本人支援				家族機能維持				関係者の調整				P 値			
	n	中央値	最小値	最大値	P 値	n	中央値	最小値	最大値	P 値	n	中央値		最小値	最大値	
性別	男性	101	67	26	92	0.124	104	18	6	24	0.131	101	25	12	43	0.993
	女性	416	66	42	91		457	18	8	24		436	25	12	45	
年代	20代	125	66	42	92		130	17	8	24		129	25	14	43	0.136
	30代	138	67	47	89	0.554	150	18	8	24		143	25	12	37	
	40代	122	66	47	89		135	18	10	24		128	25	12	45	
	50代以上	127	66	26	88		141	18	6	24		133	26	12	44	
職位	主事	180	66	42	92		190	17	8	24		185	25	12	43	<0.001
	主任主事	95	66	47	91	0.412	106	18	12	24		101	25	13	45	
	主査	88	65	26	87		99	18	6	24	0.025	92	24	12	37	
	係長以上	124	67	26	88		136	18	6	24		128	27	12	45	
資格の有無	保健師のみ	324	66	42	91		347	18	6	24		346	26	12	44	0.009
	精神保健福祉士のみ	94	67	47	89	0.556	100	18	8	24		99	24	14	36	
	両方資格有	54	66	49	88		66	18	12	23	0.035	74	27.5	15	43	
	両方資格無	47	66	26	92		50	17	6	24		36	22	12	37	
精神保健福祉業務担当経験年数	3年未満	153	65	26	92		161	18	6	24		158	24.5	12	43	0.370
	3年以上5年未満	75	65	47	88	0.013	83	17	8	24		78	24.5	14	43	
	5年以上10年未満	97	67	49	89		107	18	11	24	0.131	101	26	14	45	
	10年以上	150	67	42	89		165	18	8	24		158	25.5	14	45	
所属保健所の設置主体	都道府県	362	66	26	92		393	18	6	24		376	26	12	45	0.005
	政令指定都市	39	67	42	82	0.837	42	18	8	23		41	25	14	37	
	中核市	96	66	47	88		105	17	8	24	0.046	101	23	12	39	
	特別区	11	67	60	72		12	17	13	23		11	25	22	30	
精神保健福祉業務担当職員数	3人未満	131	66	26	91		143	18	6	24		134	27	12	41	0.010
	3人以上5人未満	117	66	26	92	0.688	129	18	6	24		123	25	12	45	
	5人以上7人未満	105	66	47	88		112	18	8	24	0.047	110	26	12	44	
	7人以上	156	66	42	85		169	17	8	23		162	24	13	37	
措置入院者の退院後支援に係ったケース数	2人未満	87	66	26	91		95	17	6	24		95	17	6	24	0.174
	2人以上4人未満	135	66	42	88	0.172	153	18	8	24		153	18	8	24	
	4人以上10未満	131	65	26	89		140	18	6	24	0.179	140	18	6	24	
	10以上	132	67	49	92		136	18	10	24		136	18	10	24	
希望での精神保健福祉業務担当か	はい	236	66	26	92	0.223	234	18	6	24		241	25	12	45	0.109
	いいえ	275	66	26	91		298	18	6	24	0.491	289	26	12	45	
精神保健福祉業務へのやりがい	感じる	161	67	47	92		183	18	10	24		170	26	12	45	0.057
	やや感じる	289	66	26	89	<0.001	309	18	6	24		297	25	12	45	
	あまり感じない	59	64	26	86		59	17	6	24	0.002	60	25	12	41	
	感じない	4	54.5	47	65		7	15	12	18		6	21	13	30	
ガイドラインを読んでいるか	はい	486	66	26	92	0.064	523	18	6	24		502	25	12	45	0.997
	いいえ	28	64	26	91		32	17.5	6	24	0.442	30	25.5	12	38	
学会、研修会参加の有無	有	412	66	26	92	0.004	444	18	6	24		428	25	12	45	0.055
	無	104	64	26	86		114	17	6	24	0.011	107	24	12	43	

2 群は Mann-Whitney U 検定 3 群以上は Kruskal-Wallis 検定 Steel-Dwass 検定による多重比較 * P<0.05 ** P<0.01

については表2に示した。措置入院者の退院後支援実施程度の中で平均値の得点が3点以上の項目は、「主治医の意見を確認する」3.35 (SD0.54), 「通院治療の状況を把握する」3.32 (SD0.54), 「本人にかかわる支援者と連携して本人の病状悪化のサインを共有する」3.18 (SD0.55), 「継続した服薬治療の必要性を認識するようはたらきかける」3.13 (SD0.53), 「精神症状による生活上の困難を把握する」3.13 (SD0.50), 「本人の辛さを受け止める」3.06 (SD0.52), 「本人の生活習慣を把握する」3.05 (SD0.55), 「本人と家族の関係性を見極める」3.05 (SD0.49), 「精神疾患以外の身体の調子を確認する」3.01 (SD0.55) であった。

また、「病院に仮退院や外泊期間を設けてもらい、住民に本人の様子をみてもらうことで住民の受け入れを徐々に促す」「本人を受け入れてもらうために、住民に入院中から本人についての話し合いの場に入ってもらい」「地区の民生委員を含めた近隣住民からの相談を受け、対応する」「本人のボランティア参加や社会のルールを守る様子を住民にみてもらう」「本人と関係ある周囲の人々に、本人とのかかわり方を具体的に説明する」の得点について、(平均値-標準偏差)が1より低い床効果が認められた。

3. 措置入院者への退院後支援実施程度3分類と基本属性の比較

措置入院者への退院後支援内容を構成する概念の信頼性を示すクロンバックの α 信頼係数は本人支援が0.910, 家族機能維持が0.847, 関係者の調整が0.873であった。措置入院者への退院後支援実施程度3分類と基本属性の比較については表3に示した。

本人支援に関して、精神保健福祉業務経験年数について有意な差が認められ ($P=0.013$), 10年以上群 (Median (以下 Mdn) 67, Minimum (以下 Min) 42, Maximum (以下 Max) 89) は, 3年未満群 (Mdn65, Min26, Max92) に比べ得点が高かった。精神保健福祉業務へのやりがいについても有意な差が認められ ($P<0.001$), やりがいを感じる群 (Mdn67, Min47, Max92) は, 感じない群 (Mdn54.5, Min47, Max65) とあまり感じない群 (Mdn64, Min26, Max86) に比べて得点が高く, やや感じる群 (Mdn66, Min26, Max89) はあまり感じない群に比べて得点が高かった。学会, 研修会参加の有無についても有意な差が認められ ($P=0.004$), 参加有群 (Mdn66, Min26, Max92) は参加無群 (Mdn64, Min26, Max86) に比べ得点が高かった。

家族機能維持に関して、職位について有意差が認められ ($P=0.025$), 係長以上群 (Mdn18, Min6,

Max24) は主事群 (Mdn17, Min8, Max24) に比べ得点が高かった。資格の有無についても有意な差が認められ ($P=0.035$), 両方資格有群 (Mdn18, Min12, Max23) は, 両方資格無群 (Mdn17, Min6, Max24) に比べ得点が高かった。所属保健所の設置主体についても有意な差が認められ ($P=0.046$), 都道府県群 (Mdn18, Min6, Max24) は, 中核市 (Mdn17, Min8, Max24) に比べ得点が高かった。精神保健福祉業務へのやりがいについても有意な差が認められ ($P=0.002$), やりがいを感じる群 (Mdn18, Min10, Max24) は, 感じない群 (Mdn15, Min12, Max18), あまり感じない群 (Mdn17, Min6, Max24) に比べ得点が高かった。学会, 研修会参加の有無についても有意な差が認められ ($P=0.011$), 参加有群 (Mdn18, Min6, Max24) は参加無群 (Mdn17, Min6, Max24) に比べ得点が高かった。

関係者の調整に関して、職位について有意な差が認められ ($P<0.001$), 係長以上群 (Mdn27, Min12, Max45) は主事群 (Mdn25, Min12, Max43), 主任主事群 (Mdn25, Min13, Max45), 主査群 (Mdn24, Min12, Max37) に比べ得点が高かった。資格の有無について有意な差が認められ ($P=0.009$), 両方資格有群 (Mdn27.5, Min15, Max43) は精神保健福祉士のみ群 (Mdn24, Min14, Max36) に比べ得点が高かった。所属保健所の設置主体についても有意な差が認められ ($P=0.005$), 都道府県 (Mdn26, Min12, Max45) は中核市 (Mdn23, Min12, Max39) に比べ得点が高かった。精神保健福祉業務担当職員数についても有意差が認められ ($P=0.010$), 3人未満群 (Mdn27, Min12, Max41) は7人以上群 (Mdn24, Min13, Max37) に比べ得点が高かった。

IV 考 察

はじめに、退院後支援実施程度3分類と各属性の関連について考察する。そして、それらの関連を踏まえて、措置入院者への退院後支援を行う保健所職員が支援をしやすくする方法を検討する。

1. 本人支援実施程度と各属性との関連

本人支援に関して、精神保健福祉業務経験年数3年未満に比べ10年以上であること, 精神保健福祉業務にやりがいをより感じていること, そして学会・研修会に参加している保健所職員が措置入院者の退院後支援を実施できていると回答していた。

精神保健福祉業務経験年数と措置入院者の退院後支援内容実施程度の関連については、精神保健福祉業務10年以上の保健師は、対象者本人への支援をす

る上で、本人、家族、近隣それぞれの立場から状況を把握し、多角的な視点から関係構築を行い支援に活かしているとの報告がある¹²⁾。本研究の精神保健福祉業務経験年数10年以上の保健所職員も多角的な視点から対象者と関係を構築することで本人支援を実施できていると感じていると考えられる。

やりがいの高さと精神障がい者への退院後支援については、「手帳登録数を把握している」「年間訪問数を把握している」状況にある保健師は、「精神障がい者支援にやりがいを感じている」意識が高いとの報告がある¹³⁾。これは所属保健所の支援状況全体を把握している保健師は精神障がい者支援にやりがいを感じている意識が高いという意味だと考えられる。本研究の対象者は本人支援の中の質問項目「主治医の意見を確認する」「通院治療の状況を把握する」から全体の把握というより、支援対象者個人の治療状況を把握することに関し意識が高い結果から、本人支援においてやりがいを感じているという同様の結果が得られたと考える。学会、研修会参加と措置入院者の退院後支援実施程度の関連については、研修会参加によって患者の回復過程や対応技術を学べたとの報告がある¹⁴⁾。対象者理解、支援方法の理解が進むことで自分の支援実施内容に自信が持つことができ、措置入院者への退院後の本人支援実施程度が高くなっているのではないかと考える。また、支援対象が異なるものの研修会参加によって介入技術の向上につながった報告^{15,16)}があり、本研究においても研修会の参加によって支援の質の向上につながり、それが措置入院者への退院支援実施程度向上に影響したと推察される。

2. 家族機能維持実施程度と各属性との関連

家族機能維持に関して、職位が主事より係長以上であること、保健師と精神保健福祉士の資格があること、所属保健所の設置主体が中核市より都道府県であること、精神保健福祉業務にやりがいをより感じていること、そして学会・研修会に参加している保健所職員が措置入院者の退院後支援を実施できていると回答していた。

職位に関しては、先行研究では保健師がキャリアを積むことが、専門職務遂行能力を向上させるとの報告があり¹⁷⁾、本研究の結果はこれを実証する結果が現れたと考えられる。資格に関しては、措置入院など非自発的入院患者の家族に対して、身体的暴力が3分の1あった¹⁸⁾との報告があり、家族関係調整の困難さが予想される。家族関係調整が困難な状況に対して、実践に対する自信のなさ、経験の少なさ、そして十分な専門的養成を受けていないことが実施程度に影響していると推察される。実践に対す

る自信のなさ、経験の少なさ、専門的養成を受けていないことは、保健師や精神保健福祉士の資格がないことと関連している可能性がある。また、それらの要因を持つ職員を配置せざるをえない背景には、保健所設置数削減による管轄区域の拡大によってケースロードの増加など業務量が増加したこと¹⁹⁾が影響していると考えられる。所属保健所の設置主体に関しては、精神障がい者の家族へ十分な支援が行き届かない要因として、相談できる場所などサービスへのアクセスの困難さが影響していると報告されている²⁰⁾。都道府県保健所は中核市に比べ精神保健福祉業務担当職員数が少ない人員配置になっている傾向がある²¹⁾こと、管轄区域が広いことからサービスへのアクセスがさらに困難になることが予想される。そのため都道府県保健所の職員が積極的に家族機能維持の支援を実施した結果が現れたのではないかと考える。保健所職員が積極的に家族機能維持支援を行っているのは、措置入院を含め保健所が困難ケースと認識した精神障がい者は、親族の協力が得られれば医療に繋がりやすい²²⁾ことを認識していることが背景にあるのではないかと推察される。さらに、精神保健福祉法第23条に基づく警察官通報については、措置入院の権限は都道府県知事に位置付けられている。措置入院の受け入れを中核市の事案であっても実際は都道府県が行っているために²³⁾、措置入院者の退院後支援も都道府県保健所の実施率が高くなっているのではないかと考える。やりがいに関しては、先行研究では「所属保健所にロールモデルがいる」状況にある保健師は、「精神障がい者支援にやりがいを感じている」意識が高いとの報告がある¹³⁾。本研究では、ロールモデルについては確認していないが、学会、研究会参加によって事例などから知見を得る場合はロールモデルの部分に近いものと考えられる。学会、研修会参加の有無について、看護師と保健師の研修会での学びの報告において気軽に相談できる関係構築に繋がったとの報告がある¹⁴⁾。本研究の対象者も学会、研修会で学ぶことによって病院だけでなく、訪問看護や他のサービスなどの地域資源との連携がしやすくなり、措置入院者への退院後の家族関係調整実施程度が高くなっているのではないかと考える。

3. 関係者の調整実施程度と各属性との関連

関係者の調整について、職位がより高いこと、精神保健福祉士のみの資格より保健師、精神保健福祉士両方の資格があること、所属保健所の設置主体が中核市より都道府県であること、そして精神保健福祉業務担当職員数が7人以上より3人未満である保健所の職員が措置入院者の退院後支援を実施できて

いと回答していた。

措置入院者は医療保護入院者と比較して、同居者や近親者がいないという特性がある²⁴⁾。そのため、関係機関との連携がとくに重要になってくる。職位に関しては、これまで培ってきた保健活動の経験を活かし、管理職の立場で計画策定に参画することによって、関係機関や住民との共同に関する具体的な意見を具申しやすかった²⁵⁾可能性が考えられる。資格の有無に関しては、家族機能維持と同様に実践に対する自信のなさ、経験の少なさ、専門的養成を受けていないことが関係調整の実施程度に影響していると推察される。それらの要因は保健師資格がないことと関連している可能性があると考ええる。所属保健所の設置主体に関しては、都道府県保健所は中核市に比べ精神保健福祉業務担当職員数が少ない人員配置になっている傾向がある²¹⁾こと、管轄区域が広いことから積極的に関係機関との調整を行わなければ支援が行き届かなくなるため、実施程度が高くなったのではないかと考える。さらに、家族機能維持支援と同様に、精神保健福祉法第23条に基づく警察官通報については、措置入院の権限は都道府県知事に位置付けられている。措置入院の受け入れを中核市の事案であっても実際は都道府県が行っているために²³⁾、措置入院者の退院後支援も都道府県保健所の実施率が高くなっているのではないかと考える。精神保健福祉業務担当職員数に関しては、担当職員数が7人以上より3人未満のほうが実施程度が高くなっていたのは、担当職員数が少ないからこそ、関係機関との協力によって技術的支援やアドバイス、アウトリーチ支援の強化²⁵⁾を図ろうとしているのではないかと推察される。精神保健福祉業務経験年数と関係者の調整については、精神保健福祉業務経験年数毎の精神障がい者への対応で、経験年数10年以上の保健師は近隣苦情・相談への対応を精神障がい者への理解を深める好機と位置づけ、近隣苦情・相談を寄せた者の精神障がい者への理解を深めるために活用していると報告されている²⁶⁾。措置入院退院者を住民に受け入れてもらうことに関して、措置入院退院者を関係者に受け入れてもらうよう意図的に働きかけることが必要だと考える。さらに、精神障がい者が地域で暮らすことの理解が得られるように地元自治会に働きかけることと、地域における措置入院歴の少なさが関連していたとの報告があり²⁷⁾、措置入院退院者を関係者に受け入れてもらう関りは重要だと考える。本研究では精神保健福祉業務経験年数と関係者の調整に有意差が出なかった。それは、本研究では支援の対象が前述⁸⁾の特性のある措置入院者であるからこそ、経験年数の長い

保健所職員であっても本人との関わりに困難があったことが影響していると考ええる。さらに経験年数の若い保健所職員が他の職員と相談しながら支援を行うことができていた可能性も考えられる。

措置入院者への退院後支援実施程度において床効果がみられた項目については、対象者を住民に受け入れてもらうための関わりであった。そのような関わりは、精神症状の悪化による大声や妄想的言動によって近隣住民とのトラブルが生じ²²⁾、住民や対象者自身が住民との関係構築を拒むことがあるために、保健所職員は実施ができていないと感じているのではないかと考える。

また、精神障がい者に対応した社会資源の設置率は地域によってばらつきがあるとの報告²⁸⁾があり、社会資源設置率までを考慮した調査の必要がある。

4. 措置入院者への退院後支援を行う保健所職員への実践上の示唆

学会・研修会に参加しやすい環境を整えるためには学会・研修会参加の時間確保が重要である。また、地域活動を促進するための保健師の地域活動態度の特徴として、専門知識や技術、情報獲得のための継続的自己学習の意欲があることが指摘されており²⁹⁾、組織の文化として、自己学習の意欲を促進する働きかけも必要になると考える。そして、研修会で学んだ知識を実践に活かせる環境を提供することも求められる。

精神保健福祉業務のやりがいについて、精神障がい者支援にかかわる保健師は対象者にかかわり続ける重要性を認識し、「対象者の人生にかかわる人の一人になる」ことに保健師としての意義を見出していたとの報告がある³⁰⁾。措置入院退院者を支援する中で、正解のない支援、実現困難だと感じるものがあっても、関わり続ける一人の人であることの重要性を認識することが、精神保健福祉業務へのやりがいに繋がるのではないかと考える。対象者にかかわり続ける重要性を認識できるためには、事例検討会や研修会に参加し、様々な事例やその事例に対する支援方法、支援者の考え、そして事例に関する先輩や他の参加者の助言に触れることも一案と考える。

そして、保健所で精神保健福祉業務に従事する職員の中で保健師、精神保健福祉士以外の配置職種の割合が15.1%を占めている¹⁹⁾ことから、保健師や精神保健福祉士の資格がない職員でも積極的に支援を行える環境作りを行う必要がある。また、経験年数の少なさや十分な専門的養成を受けていない職員に関しても同様に積極的に支援を行える環境作りを行う必要がある。資格の有無や経験年数、専門

的養成受講の有無にかかわらず保健所職員が積極的に関われるようになるためには、先輩や他職種などから助言を得られる環境を作る必要がある。地域生活支援において自発的に支援を求めない対象者への対応について、保健師は現場での対応の仕方を先輩保健師から教えてもらう、複数機関での支援によって支援の幅を作る、精神科医の診立てやお墨付きをもらっているとの報告がある³¹⁾。本研究の対象者も資格の有無にかかわらず保健所職員が積極的に支援を行えるようになるために、先輩や他機関、医師からの支援を得られるための環境を作ること、自分が行っている支援に承認を得られることで自分の支援に自信を持ち、対象者に積極的に関われるのではないかと考える。また、保健所職員の経験年数に関する支援については、経験年数期別の課題を設定して職場内の実践を通じた継続教育プログラムを実施すること¹⁷⁾も保健所職員の支援に効果的だと考える。

また、措置入院事例の退院後支援計画作成について、保健所職員の調査において人員体制の強化、具体的には専任職員の配置・増員による強化を求めるとの報告があり³²⁾、専門職員の増員によって措置入院者への退院後支援実施程度の向上に繋がることが期待される。

対象者を住民に受け入れてもらうための関わりについては、近隣で迷惑行為が確認された統合失調症患者への支援について、関係者会議を開催し、本人や家族また近隣住民がどんな困りごとを感じているのかといった情報共有をしたとの報告がある⁶⁾。情報共有し困難を解決するために関係者間で役割分担や目指す方向性の共通認識を持つことで、近隣住民も対象者の本来の姿や今後の方向性を理解でき、対象者を受け入れやすくなるのではないかと考える。また、精神障がい者と近隣住民との交流、とくに一般住民と比べ精神障がい者に受容的態度を持つと言われている民生委員や自治会長と連携することで、精神障がい者に対する近隣住民の肯定的な意識や態度が高まるとの報告もある³³⁾。よって、民生委員や自治会長と連携しながら精神障がい者と近隣住民との交流を増やしていくことも必要だと考える。

「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」において中核市も措置入院者の退院後支援の実施主体に位置付けられている⁴⁾。中核市保健所の退院後支援の実施率を上げていくには、都道府県保健所との役割分担について見直していくことも必要だと考えられた。

5. 本研究の限界

本研究の限界として、調査票の回収率が25.8%にとどまったこと、本研究に協力した対象者は措置入

院者の退院後支援に関心の高い保健所職員であった可能性を否定できないことから本研究の結果が、保健所職員の現状を十分に反映していないと考えられる。実施程度についてもケースロード数や職場での相談体制、地域資源との連携など職場要因が影響すると考えられるが、本研究では考慮していない。さらに、退院支援項目と回答者の属性の関連は探索的な検討の結果得られたもので疑陽性の可能性があるため今後の検証が必要である。

本研究は対象者の主観的情報を用いて実態を明らかにしたが、今後は、支援の実施によって、措置入院退院者の地域生活移行の円滑さや安定した生活になったか、対象者の生活の改善を考慮して研究を行うことが重要である。

また、今回の措置入院者の退院後支援内容に関する質問項目は先行文献を基に作成したが、すべての支援内容を網羅していないことが推察される。そのため、具体的な支援方法についてインタビュー調査も必要と考える。

V 結 語

保健所職員による措置入院者への退院後支援の実態を明らかにすることを目的に精神保健福祉業務担当の保健所職員を対象とし質問紙調査を行った。その結果、保健所職員による措置入院者への退院後支援の実態として、以下の特徴が認められた。対象者を住民に受け入れてもらうための関わりに関して床効果がみられたこと、本人支援に関しては精神保健福祉業務担当経験年数、精神保健福祉業務へのやりがい、学会、研修会の参加の有無が、家族機能維持に関しては職位、保健師、精神保健福祉士の資格の有無、所属保健所の設置主体、精神保健福祉業務へのやりがい、学会、研修会の参加の有無が関連していた。関係者の調整に関しては職位、保健師、精神保健福祉士の資格の有無、所属保健所の設置主体、精神保健福祉業務担当職員数が措置入院者の退院後支援実施程度に関連していることが明らかになった。この結果を踏まえ、学会・研究会参加の時間を確保し研修会で学んだ知識を実践できる環境を提供すること、関わり続けることへの意義を感じられるよう事例検討会等に参加すること、さらに、保健所職員自身の支援の効果をフィードバックしてもらえ環境を整えることが必要だと考える。さらに経験年数期別の課題を設定して継続教育プログラムを実施すること、専任職員の配置・増員をすること、中核市保健所と都道府県との役割分担の見直しも必要だと考える。そして、関係者会議で近隣住民と情報共有する必要性が示唆された。

ご多忙にもかかわらず、調査にご協力いただきました保健所職員の皆様に心より感謝申し上げます。本研究に関して開示すべきCOI状態はありません。

受付	2022. 7.19
採用	2022.12. 7
J-STAGE早期公開	2023. 2.10

文 献

- 厚生労働省. 精神保健福祉資料 630調査. 2016. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630> (2022年7月15日アクセス可能).
- 厚生労働省. 相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム報告書. 2016. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000145258.pdf> (2022年7月15日アクセス可能).
- 厚生労働省. 第7回これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会 措置入院に係る医療等の充実に関する参考資料. 2017. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000149871.html> (2022年7月15日アクセス可能).
- 厚生労働省. 「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」について. 2018. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1 (2022年7月15日アクセス可能).
- 河本裕香, 榊原 文. 近隣住民に受け入れられない措置入院者が地域で暮らせるようにするための保健所保健師の介入. 保健師ジャーナル 2019; 75: 170-175.
- 鎌田洋子, 清水美枝子, 佐藤敦子, 他. 家族・地域の理解を得るためのコーディネーターとしての保健師の役割 統合失調症患者を地域で見守り, 支援した症例の活動報告. 日本看護学会論文集: 精神看護 2015; 45: 266-269.
- 阪上浩文, 泊 寛仁, 舩元和矢, 他. 精神障害者アウトリーチ推進事業から見えてきたもの 支援者と対象者の認識の相違. 日本精神科看護学術集会誌 2015; 58: 250-251.
- 杉山直也, 長谷川花, 野田寿恵, 他. 資料 精神科救急入院患者レジストリを用いた措置入院者の臨床特徴の緊急解析. 精神医学 2017; 59: 779-788.
- 全国保健所長会. 保健所一覧. 2019. <http://www.phcd.jp/> (2022年7月15日アクセス可能).
- 嶋澤順子. 市町村に所属する保健師による精神障害者地域生活支援の内容. 日本公衆衛生看護学会誌 2016; 5: 250-258.
- Kanda Y. Investigation of the freely-available easy-to-use software “EZR” (Easy R) for medical statistics. Bone Marrow Transplant 2013; 48: 452-458.
- 新村順子, 宮崎美砂子, 石丸美奈. 精神障害者の個別支援における保健師が感じる困難とその対処 精神保健福祉業務の経験年数による比較. 日本地域看護学会誌 2016; 19: 55-62.
- 長澤ゆかり, 山口 忍, 綾部明江, 他. 市町村保健師の精神障がい者支援に関する意識と精神保健福祉活動状況との関連. 日本公衆衛生看護学会誌 2017; 6: 159-167.
- 岩崎優子, 山崎不二子. 精神障害者の地域生活支援の強化を目的とした精神科病院と行政における看護職員相互派遣研修の学びと研修の評価. 日本精神保健看護学会誌 2020; 29: 80-87.
- 大松尚登, 鉢舩真都佳, 堀 泰雄, 他. 当院における精神科看護経験の有無による高齢せん妄患者に対する看護の比較. 富山県立中央病院医学雑誌 2019; 42: 135-142.
- 前田修子, 滝内隆子, 小松妙子. 訪問看護師を対象とした感染管理の連携・指導に関する研修会の評価 研修会参加前後における知識・技術の修得状況の変化から. 日本在宅ケア学会誌 2010; 13: 85-92.
- 佐伯和子, 和泉比佐子, 宇座美代子, 他. 行政機関に働く保健師の専門職務遂行能力の発達 経験年数群別の比較. 日本地域看護学会誌 2004; 7: 16-22.
- 遠田大輔, 和久田洋平, 竹内陽子. 精神科救急病棟における家族への身体的暴力があった非自発的入院患者の実態調査. 日本精神科看護学術集会誌 2020; 61: 258-262.
- 岡田隆志. 都道府県の保健所における精神保健福祉業務の専従職員配置に関する調査. 日本公衆衛生雑誌 2020; 67: 609-619.
- 岡田隆志. 【ケアラー支援; 新たな家族支援のあり方を考える】[実践報告] 県型保健所で取り組む家族支援 地域包括ケアシステム構築のために. 精神保健福祉 2019; 50: 163-165.
- 赤澤正人, 竹島 正, 立森久照, 他. 保健所における精神保健福祉業務の現状と課題. 日本公衆衛生雑誌 2014; 61: 41-51.
- 吉岡京子, 黒田眞理子, 蔭山正子. 近隣苦情・相談において保健師が困難ケースと認識した精神障害者の特徴 医療につながった者とつながらなかった者の比較. 日本公衆衛生看護学会誌 2017; 6: 28-36.
- 松岡太郎. 中核市保健所の課題と可能性についての研究報告書. 2020. http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2020_file10.pdf (2022年10月16日アクセス可能).
- 遠田大輔, 中西清晃, 日野昌力, 他. 石川県立高松病院における措置入院患者の臨床の特徴 医療保護入院患者との比較. 北陸神経精神医学雑誌 2017; 31: 34-40.
- 吉岡京子, 藤井 仁, 塩見美抄, 他. 保健医療福祉計画の実行段階における住民との協働に関連する要因の解明. 日本公衆衛生雑誌 2021; 68: 876-887.
- 吉岡京子, 黒田眞理子, 蔭山正子. 精神障害者の近隣苦情・相談の実態とその対応において保健師が感じる困難: 精神保健福祉業務経験年数による比較. 日本地域看護学会誌 2017; 20: 69-78.
- 伊藤悦子, 守田孝恵. 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. 山口医学 2020; 69: 13-23.
- 藤井克徳. 脆弱な地域生活支える制度基盤. 2013.

- https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/daw/wz_survey.html (2022年 9月 2日アクセス可能).
- 29) 矢野知恵. 行政保健師の地域活動態度の特徴. 日本公衆衛生看護学会誌 2014; 2: 12-19.
- 30) 坪井りえ, 飯田苗恵, 大澤真奈美, 他. 市町村の福祉部門において精神障害者の個別援助活動に携わる保健師のジレンマ: ジレンマを構成する要素とその関係性に焦点を当てて. 日本地域看護学会誌 2013; 15: 32-40.
- 31) 糊澤直美. 自発的に支援を求めない事例への関わりきっかけ作りから支援関係に至るプロセス研究. 作業療法 2018; 37: 285-294.
- 32) 日本公衆衛生協会. 平成29年度地域保健総合推進事業 精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業. 2017. http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiihoken/pdf/2017_H29_09.pdf (2022年 9月 2日アクセス可能).
- 33) 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: 136-146.
-