

- エ 関与する人員が不足している
- オ 市町村には明確な役割がなく、何をしたらよいか不明
- カ 医療観察法制度に関する情報が少ない
- キ 医療観察法制度への理解が不十分である
- ク 医療観察法制度に係る研修等がない（少ない）
- ケ 地域処遇を行う上で、各機関のネットワークが構築されていない
- コ 通常の事例とは違う特別な対応をすべきではない
- サ その他（直接回答欄にご記入ください）

（１１）医療観察法の処遇終了後の関与について、該当する記号を回答欄にご記入ください。

- ア ケア会議の方針に基づいて関与する
- イ 市町村の相談事例として継続する
- ウ 事例に応じて関与する
- エ 関与はしない
- オ その他（直接回答欄にご記入ください）

（１２）医療観察法の地域処遇を進めるにあたり、どんな社会資源と人材が必要と感じますか。該当する記号をそれぞれ３つ回答欄にご記入ください。

<社会資源>

- ア 指定通院医療機関
- イ 都道府県の広域支援
- ウ 精神保健福祉センターの支援
- エ 市町村の直接サービス
- オ 相談支援事業所
- カ 通所型の社会資源
- キ 入所通過型の社会資源
- ク グループホームなどケア付き住居
- ケ ホームヘルパー
- コ 訪問看護
- サ セルフヘルプ活動
- シ その他（直接回答欄にご記入ください）

<人材>

- ス 医師
- セ 保健師
- ソ 看護師
- タ 精神保健福祉士

- チ 臨床心理技術者
- ツ ホームヘルパー
- テ その他（直接回答欄にご記入ください）

ご協力ありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（主任研究者：中島 豊爾）

分担研究

措置入院制度の運用実態に関する研究

平成 19 年度

分担研究報告書

平成 20（2008）年 3 月

分担研究者 吉住 昭

独立行政法人国立病院機構花巻病院

1. 措置入院制度の適正なモニタリングのための文書管理システム作成について

研究協力者：

竹島 正（国立精神神経センター精神保健研究所）
立森 久照（国立精神神経センター精神保健研究所）
瀬戸 秀文（長崎県立精神医療センター、肥前精神医療センター臨床研究部
社会精神医学）執筆担当者

開発担当者：

坂本 郁也（株式会社エム・オー・エム・テクノロジー）
志村 進（株式会社エム・オー・エム・テクノロジー）
夏迫 智章（株式会社エム・オー・エム・テクノロジー）

研究要旨

措置入院制度の適正なモニタリングは、制度の適正な運用にあたり、必要なものであるが、現在はすべての事務処理が、紙による文書で行われている。モニタリングを容易にするために、措置入院制度に関連するいくつかの文書について、電子化による文書管理システムを構築するなどの方策を講じておく必要がある。

このため、事前調査票、措置入院に関する診断書、措置症状消退届について、段階を踏んで、電子化の作業を行うこととした。

今年度は、その第1ステップにあたり、以後のステップでの拡張を視野に置きつつ、スタンダードアロンPCにおいて動作するフォームを作成した。

今後、第2ステップにおいては、患者のID管理やデータクリーニング、セキュリティの方策を講じることとした。そして、患者の個人情報情報を安全に扱う体制を整えた後、第3ステップとして、いくつかの都道府県・政令指定都市において、実際に利用を試行することとする

このようにして、最終的には、全都道府県・政令指定都市において、措置入院制度の実務に普及させていくことが考えられる。

なされているところであると思われる。

A. 研究目的

措置入院制度は、精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、「法」という。）に基づき、2名の精神保健指定医により、自傷・他害の恐れが認められた精神障害者を、知事・政令市長の行政処分として、本人の同意にかかわらず、指定病院に入院させる制度であり、人権への制約が著しいことから、多くの都道府県・政令指定都市では、慎重にその適用が

ただ、措置入院制度は、個々の患者への適正な医療を図り、過剰な制約を受けないようにするだけでなく、どのような患者がどの程度、この制度の適用になり、どのようにして解除されているかという運用の動向も把握する必要がある。これまでの調査では、全国的には措置通報^{1.3.6)}、措置診察^{2.4.8)}、措置解除^{5.9)}のいずれについても、かなりの地域差があることが判明している。また昨今、措置入院件

数も増加傾向にあることから、運用動向が変化してきている可能性がある。このような変化は、定期的にモニタリングされ、制度の適正な運用に活かされるべきである。

しかし、現状では、措置入院制度の動向をモニタリングしようにも、関係する一連の手続きは、ほとんど紙の診断書等によってのみ管理されており、具体的な内容の把握は容易ではない。ひとたび全体の動向を把握しようとしても、事前調査票、措置入院の診断書、定期病状報告書、消退届を収集し、集計のために電子化する手順が必要不可欠である。

また、このうち、事前調査票については、各都道府県・政令指定都市ごとに、まちまちであり、様式も統一されておらず、従って調査項目も一様ではない。このことを踏まえ、この研究班では、適正な事前調査のありかたについて検討を重ね、様式についても提案しており^{7.10-12)}、普及を図る必要がある。

今後、このようなモニタリングを容易にするために、措置入院制度に関連するいくつかの文書について、電子化による文書管理システムを構築するなどの方策を講じておく必要がある。

B. 研究方法

1 概要

(1) 対象となる文書

今回、文書管理システムの作成対象とする文書は、次の通りである。

なお、措置入院制度関連の文書としては、このほか定期病状報告書があるが、これについては各都道府県・政令指定都市において、個別の患者に対して、精神医療審査会が治療内容の審査という形でモニタリングがはかられていることから、今回の文書管理システムでは、作成の対象としていない。

a 事前調査票

措置入院に関する通報を受けた保健所にお

いて、法第27条の調査を行う際に作成される様式である。現在は、各都道府県・政令指定都市において、それぞれ独自の様式が用いられているが、今回の作成に当たっては、適正な事前調査について前述のガイドラインに沿ったものであり、この各自治体に、使用を提案するものとなる予定である。

b 措置入院に関する診断書

措置入院についての診察を行う2名の精神保健指定医が、それぞれ作成する診断書である。現在は、各都道府県・各指定都市精神保健福祉主管部（局）長あて厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知「精神病院に入院する時の告知等に係る書面及び入院の届出等について」（平成18年9月29日・障精発第09290005号）により、様式が定められている

c 措置症状消退届

各精神科病院において、その病院に措置入院している患者の症状が消退していると認められたときに作成される文書である。現在は、措置入院に関する診断書と同様の通知により、様式が定められている。

(2) 基本的な構想

基本的な構想については、研究協力者らの説明を受けて、システム開発者が概念図（図1）を作成したので、この概念図によって説明する。

措置入院制度での文書は、事前調査データ票、措置入院に関する診断書、措置症状消退届であるが、この3種とも、基本的には同様の動作が想定できるため、便宜上、事前調査データ票の動きが図示されている。

措置入院の通報が行われると、保健所では、事前調査が行われ、並行して事前調査データ票に入力がなされる。

作成されるソフトウェアにおいて、印刷ボタンにより、事前調査票が印刷され、同時に登録ボタンにより、関連データが統計用デー

データベースに保管されるという形式で作成されるものである。

そして、統計用データベースを用いて、その都度、必要に応じた処理を行う、というものである。

なお、時間的、予算的制約から、今年度以降、次のように段階を踏まえて、作成にあたることとした。

a 第1ステップ

まず、最初の段階として、開発担当者において、スタンドアロンPCにおいて、3つの様式を入力し、かつ印刷ができる入力フォームを作成する。

研究協力者は、印刷用シートを作成し、開発担当者に提供する。

簡単なクエリを作成するための、検索条件については、今後協議する。

この段階での成果物は、以下、第2ステップ、第3ステップの構想に対して、拡張可能な形式で、作成される必要があることに留意する。

b 第2ステップ

ア ID化

ID化の検討を行う必要がある。つまり、ひとたび措置通報が行われた場合には、保健所が事前調査を行い、措置入院の診察が行われ、しばらくして後に、措置症状消退届が提出されることとなる。

この場合、同一患者に1つのIDを振るのか、1回の措置通報から診察、措置症状消退届までの一連のセットに、1つのIDを振るのか、それともあえて、これらにはIDを振らず、必要な場合には名寄せで対応するのか、という問題が生じる。

つまり、一度、措置通報、入院を経て措置解除された患者が、退院後、再度、同一年に措置通報を受けたような場合、どのように処理するか、という問題である。

この問題に関しては、同一保健所でなければ、気付かない場合もあり、あるいは同一年

度でも他の都道府県・政令指定都市で措置入院の通報を受けた場合、気付かれないことと比較して、同一保健所で通報を受けた場合に限り、把握されてしまうことから、必ずしも名寄せを行う必要はないのかも知れない。同一人物が年度をまたいで措置入院を繰り返すような場合、多数回のデータをどのように扱うのか、あるいは別データとして扱うのか、あらかじめ定めておく必要がある。

また、1回の措置通報では、措置診察が行われるかどうか、その場合の指定医の判断はどうか、緊急措置診察が行われるかどうか、措置入院となった場合には、措置症状消退届の提出がなされるかどうか、によって、作成される書類の数が、事前調査書1枚に対して、措置入院に関する診断書1枚から3枚、措置症状消退届0枚か1枚、という組み合わせとなる。これらについて、ID番号の管理が行えない場合も十分に考えられ、名寄せが必要となる場合も十分にあり得る。

もちろん、氏名や生年月日が間違いなく入力されていれば、名寄せはさほど、困難ではない。しかし、疾病の性質上、氏名不詳の場合もあり、またすべての職員がPCに慣れているわけでもなく、漢字氏名では異字体が使用される場合などもあり、また最終的に提出された文書において、肉筆にて訂正された事項に、どこまで電子データが対応できるかという問題もある。

データクリーニングの点からは、生年月日と診察日から、自動的に年齢を計算する、などのオプションをつけることが望ましい。しかし、生年月日が判然としない場合に、どのように対応するかという問題がある。

診断についても、データクリーニングの点からは、ICD-10コードを入力することで、自動的に入力されるというオプションは望ましいところではある。しかし残念ながら、ICD-10コードはいまだすべての医師に周知さ

れているわけでもない。また、情報がきわめて限られている場合に、ただちに特定不能の精神障害としてF99をコードするよりは、たとえば精神運動興奮状態、幻覚妄想状態など、従来から用いられる状態像を表記して、暫定診断とする、という方法は、広く行われており、このような手だては難しい。

イ セキュリティ

個人情報扱うこととなるので、セキュリティ対策を講じる。

具体的な手順は未定であるが、少なくとも、PCにおいて、既に入力された診断書を参照する際には、パスワードの入力を要するなど、アクセス制限を行う必要がある。

また、保健所等で活用されている各PCから、都道府県・政令指定都市単位でファイルを収集する際には、オフラインで送付する場合には紛失や誤配、ネット経由ではこれらに加えてのぞき見やハッキングなどのリスクにもさらされるため、暗号化とそれに対応した復号への手順を考えておく必要がある。

特に、消退届は、措置入院患者を受け入れている精神科病院から提出を受ける形となるため、入力箇所が最も拡散することとなり、データを集める際には、暗号化を考慮せざるを得ない。

ｃ 第3ステップ

将来的な構想として、どこで、どのように使うこととするのかは、考えておく必要がある。最初は、研究班内部で、使い勝手の調査をすることとして、いくつかの関係箇所に配布することとなる。しかし、この結果、使い勝手もよいということになれば、最終的には、あまねく保健所、措置診察を担当する精神保健指定医、措置入院患者が入院している精神科病院に配布して、これらの文書作成の際に利用いただき、定期的に都道府県・政令指定都市あてに、電子データ送信を依頼することも考えられる。

(3) 使用するソフトウェア

予算は限られており、この制約の下で開発を進める必要がある。すると、現在、本邦で普及しているほとんどのPCにおいて、ほぼ標準的にインストールされているソフトウェアを用いて作成するか、ランタイムアプリケーションを用いるか、いずれかの選択肢しかない。ただ、最終的に多くの人に利用されることを考慮すると、既に普及しているソフトウェアを用いる場合には、改めて操作法の説明をする必要がない。また、保守の点からも、より汎用されているソフトウェアを用いる方が、予算的な制約に対応しやすい。

以上の特性を備えたソフトウェアは、現時点ではMicrosoft Excel以外に、選択肢はない。Microsoft Excelには、Excel2003とExcel2007が販売されている。現時点ではExcel2003の普及度が圧倒的に高く、Excel2007はExcel2003の後継ソフトとの位置づけからマクロ等は対応しており、開発者側でも習熟の点からExcel2003の方が利用しやすいなどの事情があり、今回はExcel2003にて作成されることとなった。

なお、Excelでのみ動作させる場合には、個々の部署でデータを二次的に利用して集計することには、強い制約が生じる。このため、Excelでデータを入力し、集計を行う場合には、Microsoft Accessを動作させることとした。Accessにおいては、データ検索用のクエリを作成し、必要に応じて、データの書き出しや検索が行えるような仕組みとすることとした。

また、予算の制約を少しでも緩和するため、印刷用シートは、研究者自身が作成し、システム開発者に提供することとした。

2 今年度における研究

今年度においては、時間的、予算的制約から、前述の第1ステップにかかる事項を実施する。

3 倫理面への配慮

この研究で、今年度実施することとしている第1ステップにおいては、コンピュータソフトを作成するという段階にとどまっており、患者の個人データを直接扱うわけではなく、倫理的な問題は発生しない。

なお、今後第2ステップ、第3ステップに進むにつれ、個人情報扱うこととなり、このことについては、セキュリティの項目で詳述したとおりである。

C. 結果

今年度は、方法に示したうち、第1ステップを実施した。

図1、図2に、今回作成した第1ステップの段階を図示した。

図3に事前調査データ票、図4に措置入院に関する診断書、図5に措置症状消退届の入力フォーム試作品のスクリーンショットを示した。

D. 考察

研究目的でも述べたように、このモニタリングシステムは、どのような患者がどの程度、措置通報がなされ、診察を受け、措置入院した後、どのように解除されているかという運用の動向を把握することで、措置入院制度の患者への適正な運用を図ることを目的としている。

現状では、措置入院制度の動向をモニタリングしようにも、関係する一連の手続きは、ほとんど紙の診断書等によってのみ管理されており、具体的な内容の把握は容易ではない。ひとたび全体の動向を把握しようとしても、事前調査票、措置入院の診断書、定期病状報告書、消退届を収集し、集計のために電子化する手順が必要不可欠である。また、事前調査票については、各都道府県・政令指定都市ごとに、様式も統一されておらず、まちまちで、

従って調査項目も一様ではない。このことを踏まえ、この研究班では、適正な事前調査のありかたについて検討を重ね、様式についても提案した。

今年度の作業では、その第一歩として、電子化のための入力フォームを作成した。これは、現時点では、診断書等が簡便な方法で電子化できることで集計を容易とする下地となるにすぎないが、この手順は将来、集計を行う時点で、必ず、効果を発揮することが期待される。また、少なくとも氏名や住所等は行政担当者が代理入力することも可能となり、指定医の業務を軽減する効果も期待される。

今回は、定期病状報告書について、電子化の手順を行わなかったが、今後は、このことも検討する必要がある。

その上で、最終的には、全都道府県・政令指定都市の措置入院制度の実務に普及させ、普及した上で、改めて医療観察法施行後の措置入院制度の実態調査を行い、現在の精神保健福祉資料（630調査）によって判明しなかった措置入院制度のより詳細な実態を明らかにしていく必要がある。

E. 結論

措置入院制度のモニタリングを容易にするために、措置入院制度に関連するいくつかの文書について、電子化による文書管理システムを構築するなどの方策を講じておく必要がある。

今年度に行った診断書電子化についての準備作業について、報告した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

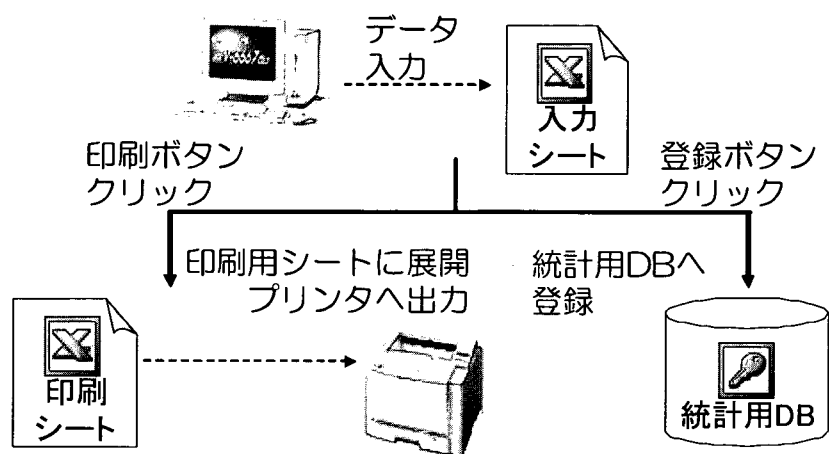
I. 文献

- 1) 竹島正、浦田重治郎、立森久照、三宅由子：措置通報に対する都道府県・政令指定都市の対応状況に関する研究、pp9-37、厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究。平成13年度総括・分担研究報告書。2002
- 2) 吉住昭、藤林武史、瀬戸秀文：措置入院およ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－検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について－。pp63-116、厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究。平成13年度総括・分担研究報告書。2002
- 3) 竹島正、立森久照、三宅由子、小山智典、宮田裕章、長沼洋一：措置通報に対する都道府県・政令指定都市の対応状況に関する研究、pp13-55、厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究。平成14年度総括・分担研究報告書。2003
- 4) 吉住昭、藤林武史、瀬戸秀文：措置入院およ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－検察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について－。pp57-96、厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究。平成14年度総括・分担研究報告書。2003
- 5) 浦田重治郎：措置入院患者の医療と社会復帰に関する研究。pp147-154厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究。平成14年度総括・分担研究報告書。2003
- 6) 竹島正、立森久照、三宅由子、小山智典、宮田裕章、長沼洋一：措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究、pp19-63、厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究。平成15年度総括・分担研究報告書。2004
- 7) 竹島正、立森久照、三宅由子、ほか：措置通報に対する都道府県・政令指定都市の対応状況に関する研究－措置診察要否判断の事前調査ガイドラインのあり方に関する研究－、pp65-76、厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究。平成15年度総括・分担研究報告書。2004
- 8) 吉住昭、藤林武史、瀬戸秀文：措置入院およ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－一般人の申請・保護観察所長、矯正施設長の通報・精神病院管理者の届出ならびに知事等の職務により措置入院に関する診察を受けた事例を中心に－。pp77-107、厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究。平成15年度総括・分担研究報告書。2004
- 9) 浦田重治郎、瀬戸秀文、立森久照：措置入院患者の医療と社会復帰に関する研究。pp135-145、厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究。平成15年度総括・分担研究報告書。2004
- 10) 竹島正、三宅由子、小山明日香、田島美幸：措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究 分担研究報告書1：事前調査ガイドライン案に関する調査。pp9-90、厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究。平成16年度総括・分担研究報告書。2005
- 11) 竹島正、立森久照、長沼洋一：措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究。pp11-48、厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支

援に関する研究. 平成17年度総括・分担
研究報告書. 2006

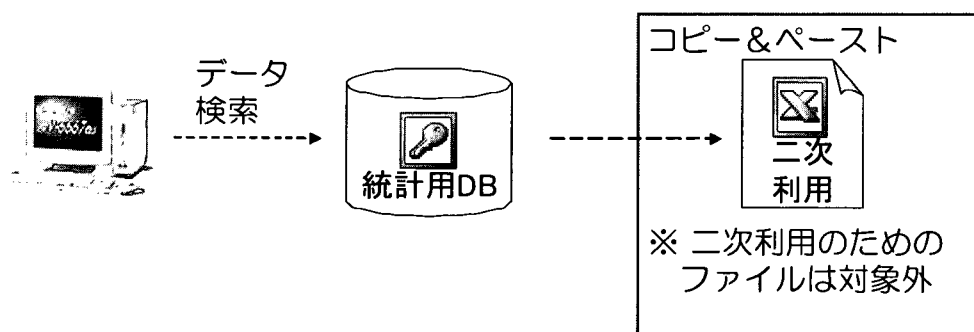
- 12) 竹島正、立森久照、長沼洋一、角野文彦、
山下俊幸：措置入院制度の適正な運用と
行政の役割に関する研究. pp17-60、厚生
科学研究費補助金・措置入院制度の適正
な運用と社会復帰支援に関する研究. 平
成18年度総括・分担研究報告書. 2007

図1 第1ステップのイメージ (1) データ入力



- 『事前調査データ票』『措置入院に関する診断書』『措置入院者の症状消退届』も同様。

図2 第1ステップのイメージ (2) データ検索



- 『事前調査データ票』『措置入院に関する診断書』『措置入院者の症状消退届』も同様。

2. 精神保健福祉資料をもとにした精神保健福祉法第24条の運用実態の分析

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

立森久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

【目的】地域における危機介入の重要な手段ともなっている精神保健福祉法第24条（警察官通報）の運用実態を分析し、「改革ビジョン」推進の資料とする。【研究方法】平成12（2000）年度から同17（2006）年度の精神保健福祉資料に掲載の措置入院制度の運用状況についてのデータをもとに、平成11（1999）年度から同16（2005）年度までの第24条（警察官通報）の運用実態を分析した。【結果および考察】警察官通報は '99年度と '00年度の間で大きく増加しており平成11年改正法の施行時に起こった変化、すなわち警察からの通報実態の変化が影響していると考えられた。また通報件数の増加は '03年度から '04年度の間にも起こっており、この背景について明らかにする必要があると考えられた。地域によって警察官通報への対応システムは異なった発展をしてきていると考えられるため、各都道府県のトリアージシステムが健全に機能しているかどうか評価できる、電子化され研究者が適切に関与したモニタリングシステムが必要と思われた。【結論】地域における危機介入の重要な手段ともなっている第24条（警察官通報）の運用実態を分析し、全国および地域別の推移と特徴を明らかにした。また第24条（警察官通報）を含む措置入院制度を適正に運用していくための電子化され、研究者が適切に関与したモニタリングシステムの必要性について述べた。

A. 目的

厚生労働省においては、平成16年9月に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」という）を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めることとした。「改革ビジョン」は、施策の基本的方向に「入院形態ごとの入院期間の短縮と適切な処遇の確保」を挙げ、「措置

入院や医療保護入院で入院した患者については、行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを確認しつつ、早期に退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みを検討する」としている。本研究においては、精神保健福祉資料をもとに、地域における危機介入の重要な手段ともなっている精神保健福祉法第24条（警察官通報）の運用実態を分析し、「改革ビジョン」推進の資料とする。

B. 研究方法

1. 使用データ

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課（現精神・障害保健課）では、毎年6月30日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神科医療施設、精神科デイケア、社会復帰施設等、および精神保健福祉医療関連の都道府県の業務状況の資料を収集し、その概要を「精神保健福祉資料」として毎年公表している。

本研究では平成12（2000）年度から同17（2006）年度の精神保健福祉資料に掲載の措置入院制度の運用状況についてのデータを使用した。この部分について精神保健福祉資料では調査の前年度の実績を問うているため、平成11（1999）年度から同16（2005）年度までの状況を分析したことになる。措置入院制度の運用状況は「措置入院等の状況」として調査され、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）が回答している。その調査内容は平成12（2000）年度から同17（2006）年度調査の間で多少変化をしているが、例として平成17年度調査の調査票から本研究に使用した部分を一部改変の上抜粋したものを付録1に示した。

また人口100万対の数値を算出するために、総務省統計局「国勢調査」各年10月1日の集計値及び推定値の総人口を使用した（<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm#03>）。

2. 分析方法

平成11（1999）年度から同16（2005）年度までの、精神保健福祉法第24条（警察官通報）について以下の集計を行った。

- 1) 各年度の通報数（以下、通報数と称す）、措置診察実施数（以下、診察数と称す）、

措置入院数

- ・全国の通報数、診察数、措置入院数の年次推移
 - ・地域別の人口100万対の通報数、診察数、措置入院数の年次推移
 - ・地域別の通報数、診察数、措置入院数、の'99年度比の年次推移
 - ・地域別の通報数、診察数、措置入院数、の前年度比の年次推移
 - ・地域別の通報数に占める診察数の割合（診察数/通報数）の年次推移
 - ・地域別の通報数に占める措置入院数の割合（措置入院数/通報数）の年次推移
 - ・地域別の警察官通報に基づく診察数に占める措置入院数の割合（措置入院数/診察数）の年次推移
- 2) 各年6月1カ月間の警察官通報に基づく措置入院者の状況
 - ・地域別の各年6月措置入院者数、翌年6月1日までの症状消退届提出数の年次推移
 - ・地域別の各年6月措置入院者における翌年6月1日時点での症状消退届提出割合の年次推移
 - ・地域別の各年6月措置入院者のうち翌年6月1日までに症状消退届が提出された者の直後の転帰
- ただし、2) 各年6月1カ月間の警察官通報に基づく措置入院者の状況については、この調査項目は平成15（2003）年度調査において新設されたため、平成14（2002）年から同16（2004）年の3年分のみの集計である。また'04年度は東京都の数値が不明のため、'04年度の関東地方および全国の数値には東京都が含まれていない。
- 集計に用いた地域名およびそこに含まれる都道府県については付録2に示した。ただし、2) 各年6月1カ月間の警察官通報に基づく措置入院者の状況については、それぞれの件

数が少ないために、北海道地方は東北地方に、沖縄地方は九州地方にそれぞれ併合して集計を行った。

なお、分析過程でデータの誤りが強く疑われた一部の都道府県の数値は都道府県への照会結果に基づき修正した数値を分析に使用した。

(倫理面への配慮)

本研究は、すでに一般に公開されている統計資料を二次的に分析したものである。その内容には個人を特定可能な情報は含まない。なお研究の実施にあたり、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課から「精神保健福祉資料」のデータを二次的に分析することの許可を得た。

C. 研究結果

1. 全国および地域別の通報数、診察数、措置入院数の年次推移 (表 1 ~ 10、図 1 ~ 10)

全国の '99年度の通報数、診察数、措置入院数(カッコ内は人口100万対件数)はそれぞれ5,176件(40.9)、3,412件(26.9)、2,545件(20.1)であり、5年後の '04年度にはそれぞれ10,391件(81.4)、5,839件(45.7)、4,154件(32.5)に増加していた。通報数は '99年度と '00年度の間の増加が最も大きく '03年度と '04年度の間の増加が続いて大きかった。診察数は '99年度と '00年度の間の増加が大きかった。措置入院数は '99年度から '00年度の増加が最も大きかった。人口100万対では、通報数は '99年度から '00年度、'03年度から '04年度の間の増加が大きかった。診察数では '99年度から '00年度の間の増加が大きかった。措置入院数では '99年度から '00年度、'01年度から '02年度の増加が大きかった。

診察数/通報数は低下傾向にあり '99年度と '04年度はそれぞれ65.9%、56.2%であった。措置入院数/通報数も低下傾向にあり '99年度

と '04年度はそれぞれ49.2%、40.0%であった。措置入院数/診察数はおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ74.6%、71.1%であった。

地域別では、北海道は '99年度の通報数、診察数、措置入院数はそれぞれ117件、25件、22件、5年後の '04年度はそれぞれ280件、22件、21件であって、通報数は増加しているものの診察数、措置入院数は横ばいであった。人口100万対では、通報数は全国に比べて少なく、'99年度から '00年度、'03年度から '04年度に増加しているものの '04年度においても49.6であった。診察数、措置入院数はきわめて少なく、かつ増加は見られず、'04年度においてそれぞれ3.9、3.7であった。診察数/通報数は地域別で最も低くしかも低下傾向にあり '99年度と '04年度はそれぞれ21.4%、7.9%であった。措置入院数/通報数も地域別で最も低くしかも低下傾向にあり '99年度と '04年度はそれぞれ18.8%、7.5%であった。措置入院数/診察数は '99年度と '04年度はそれぞれ88.0%、95.5%であって最も高かった。

東北地方は '99年度の通報数、診察数、措置入院数はそれぞれ201件、131件、79件であったが、5年後の '04年度にはそれぞれ424件、257件、159件に増加していた。人口100万対では、通報数は全国に比べて低く、'99年度から '00年度、'03年度から '04年度に増加しているものの '04年度においても43.7であった。診察数、措置入院数も全国に比べて低く '99年度から '00年度、'01年度から '02年度、'03年度から '04年度に増加しているものの '04年度においてそれぞれ26.5、16.4であった。診察数/通報数はおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ65.2%、60.6%であった。措置入院数/通報数もおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ39.3%、37.5%であった。措置入院数/診察数もおおむね横ばいであって '99年度と '04

年度はそれぞれ60.3%、61.9%であった。

関東地方は '99年度の通報数、診察数、措置入院数はそれぞれ2,782件、1,893件、1,503件であったが、5年後の '04年度にはそれぞれ4,699件、3,145件、2,306件に増加していた。通報数、診察数、措置入院数とも '99年度から '00年度に大きく増加していた。人口100万対では、通報数は全国に比べて高く '99年度から '00年度に著しく増加しており '04年度は114.0であった。診察数、措置入院数も全国に比べて高く、'99年度から '00年度に著しく増加していたが、他の期間はおおむね横ばいであって '04年度においてそれぞれ76.3、55.9であった。診察数/通報数は全国より高くおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ68.0%、66.9%であった。措置入院数/通報数は全国より高くやや減少しており '99年度と '04年度はそれぞれ54.0%、49.1%であった。措置入院数/診察数はやや減少しており '99年度と '04年度はそれぞれ79.4%、73.3%であった。

中部地方は '99年度の通報数、診察数、措置入院数はそれぞれ434件、169件、139件であったが、5年後の '04年度にはそれぞれ1,458件、443件、317件に増加していた。通報数、診察数は '99年度から '00年度、'03年度から '04年度の増加が大きく措置入院数は '99年度から '00年度、'00年度から '01年度、'03年度から '04年度の間で増加していた。人口100万対では、通報数は全国に比べて低かった。'99年度から '00年度よりも '03年度から '04年度の増加が大きく '04年度は67.0であった。診察数、措置入院数は全期間をとおして緩やかに増加し '04年度においてそれぞれ20.4、14.6であった。診察数/通報数は全国に比べて低く '99年度と '04年度はそれぞれ38.9%、30.4%であった。措置入院数/通報数も全国に比べて低くかつ減少傾向にあり '99年度と '04年度はそれぞれ32.0%、21.7%であっ

た。措置入院数/診察数はやや減少しており '99年度と '04年度はそれぞれ82.2%、71.6%であった。

近畿地方は '99年度の通報数、診察数、措置入院数はそれぞれ679件、542件、319件であったが、5年後の '04年度にはそれぞれ1,545件、895件、541件に増加していた。通報数は '99年度から '00年度、'03年度から '04年度の間が増加が大きかった。診察数は '99年度から '00年度、措置入院数は '99年度から '00年度、'02年度から '03年度の増加が大きかった。人口100万対では、通報数は全国に比べて低いものの '99年度から '00年度と '03年度から '04年度の間が増加が大きく '04年度は67.9であった。診察数、措置入院数は '99年度から '00年度、'02年度から '03年度に増加しており '04年度においてそれぞれ39.3、23.8であった。診察数/通報数は全国に比べて高かったが '02年度から '04年度にかけて減少しており '99年度と '04年度はそれぞれ79.8%、57.9%であった。措置入院数/通報数は低下傾向にあり '99年度と '04年度はそれぞれ47.0%、35.0%であった。措置入院数/診察数はおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ58.9%、60.4%であった。

中国地方は '99年度の通報数、診察数、措置入院数はそれぞれ293件、269件、174件であったが、5年後の '04年度にはそれぞれ653件、498件、356件に増加していた。通報数は '03年度から '04年度の増加が最も大きく '99年度から '00年度、'02年度から '03年度も増加していた。診察数、措置入院数は '99年度から '00年度、'02年度から '03年度の間が増加が大きかった。人口100万対では、通報数は '99年度から '00年度、'02年度から '03年度、'03年度から '04年度に増加が大きく '04年度は84.9であった。診察数、措置入院数も '99年度から '00年度、'02年度から '03年度において増加が大きく '04年度は

それぞれ64.7、46.3であった。診察数/通報数は全国より高く '99年度から '03年度までは横ばいであったが '04年度は大きく減少していた。'99年度と '04年度はそれぞれ91.8%、76.3%であった。措置入院数/通報数はおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ59.4%、54.5%であった。措置入院数/診察数もおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ64.7%、71.5%であった。

四国地方は '99年度の通報数、診察数、措置入院数はそれぞれ149件、81件、58件であったが、5年後の '04年度にはそれぞれ302件、84件、62件であった。通報数は '99年度と '00年度、'03年度と '04年度の間で増加していた。診察数、措置入院数は通報数の増加にともなって '00年度、'01年度に増加しているもののその後減少しており '04年度は '99年度とほぼ同数であった。人口100万対では、通報数は '99年度から '00年度に大きく増加し、その後減少と増加があり '04年は73.5に増加していた。診察数、措置入院数はおおむね横ばいであって '04年度はそれぞれ20.4、15.1であった。診察数/通報数は '03年度までは全国よりやや低いくらいであったが '04年度に大きく減少し '99年度と '04年度はそれぞれ54.4%、27.8%であった。措置入院数/通報数も同様の傾向を示し '99年度と '04年度はそれぞれ38.9%、20.5%であった。措置入院数/診察数はおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ71.6%、73.8%であった。

九州地方は '99年度の通報数、診察数、措置入院数はそれぞれ488件、273件、228件であったが、5年後の '04年度にはそれぞれ933件、455件、362件に増加していた。通報数は '99年度から '00年度、'03年度から '04年度の間、診察数は '99年度から '00年度、'02年度から '03年度の間、措置入院数は '99年度から '00年度、'01年度から '02年度の間増加が大きかった。人口100万対では、通

報数は '99年度から '00年度、'03年度から '04年度に増加しており '04年度は69.5であった。診察数、措置入院数はおおむねゆるやかに増加し '04年度はそれぞれ33.9、27.0であった。診察数/通報数はおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ55.9%、48.8%であった。措置入院数/通報数はやや減少傾向にあり '99年度と '04年度はそれぞれ46.7%、38.8%であった。措置入院数/診察数はおおむね横ばいで全国よりやや高く '99年度と '04年度はそれぞれ83.5%、79.6%であった。

沖縄地方は '99年度の通報数、診察数、措置入院数はそれぞれ33件、29件、23件で、5年後の '04年度にはそれぞれ97件、40件、30件であった。通報数の増加とともに '00年度から '01年度にかけては診察数、措置入院数が増加したがその後減少して '04年度には通報数と診察数、措置入院数の差が拡大した状態となっていた。人口100万対では、通報数は '99年度から '01年度に大きく増加しそのあとは横ばいとなり '04年度は71.4であった。診察数、措置入院数は '99年度から '00年度に大きく増加したもののその後減少し '04年度はそれぞれ29.4、22.1であった。診察数/通報数は低下しており '99年度と '04年度はそれぞれ65.9%、56.2%であった。措置入院数/通報数は大きく低下しており '99年度と '04年度はそれぞれ69.7%、30.9%であった。措置入院数/診察数はおおむね横ばいであって '99年度と '04年度はそれぞれ79.3%、75.0%であった。

2. 各年6月1カ月間の精神保健福祉法

第24条に基づく措置入院者の状況(表11~14、図11~14)

全国の '02年6月、'03年6月、'04年6月の措置入院件数はそれぞれ404件、386件、310件であったが '04年6月の数値には東京都は含まれていない。地域別では各地域に共通した傾向は認められなかった。全国で、翌

年6月1日まですなわち措置入院後のおおむね1年以内に症状消退届の出された割合は、'02年6月、'03年6月、'04年6月の措置入院についてそれぞれ84.9%、92.5%、90.6%であって1年以内にほとんどが措置解除されていた。地域別では九州・沖縄地方の'02年6月の50.7%が最も低く'03年6月、'04年6月と増加していた。このほかはほとんどが80%以上であった。症状消退届の出された直後の転帰は、全国では'02年6月は入院継続62.4%、通院医療22.2%、'03年6月は入院継続58.5%、通院医療24.4%、'04年6月は入院継続69.4%、通院医療22.4%であった。地域別別では中国・四国地方で通院医療の割合が高く'02年6月、'03年6月、'04年6月についてそれぞれ34.3%、35.4%、40.0%であった。

D. 考察

本研究では平成11(1999)年度から同16(2005)年度までの状況を分析したが、平成11(1999)年は精神保健福祉法の改正年に当たる。この改正では医療保護入院等のための移送の規定が設けられ、平成12年3月31日の厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知「精神障害者の移送に関する事務処理基準について」において措置入院のための移送は都道府県知事の責務として行われることが明記された。すなわち本研究の分析は平成11(1999)年精神保健福祉法改正後の精神保健福祉法第24条(警察官通報)の運用実態の変化を示すものである。警察官による通報は平成11年法改正前の平成元年から6年は3千件台、平成7～8年は4千件台であってやや増加傾向にあったと推測されるものの'99年度と'00年度の間のような大きな増加はない。このため'99年度と'00年度の間大きな増加は平成11年改正法の施行時に起こった変化、すなわち警察からの通報実態の変化による影響が考えら

れる。通報件数の増加は'03年度から'04年度の間にも起きているが、この背景については特に増加の多かった都道府県等を対象にヒアリング調査を行うこと等によって究明する必要がある。いずれにしても通報件数の推移とその内容について、全国、地域別、都道府県等を単位にモニタリングしていく必要がある。

地域別の精神保健福祉法第24条の運用実態では大きな違いがあった。例えば人口100万対の通報数は'99年度の全国で40.9、地域別で低いのは中部地方の20.1、東北地方と北海道地方の20.5であり、最も高いのは関東地方の69.3であった。'04年度では全国で81.4、地域別で低いのは東北地方の43.7、北海道地方の49.6、最も高いのは関東地方の114.0であった。このように地域別の人口100万対通報数はそれぞれ増加傾向にあるものの、その発生頻度には大きな地域差が見られた。また地域別の診察数/通報数は'99年度の全国で65.9%、低いのは北海道地方の21.4%、中部地方の38.9%であり、高いのは中国地方の91.8%、沖縄地方の87.9%であった。'04年度では全国で56.2%、北海道地方は7.9%ときわめて低く、最も高いのは中国地方の76.3%であった。診察数/通報数は通報件数の増加に伴って減少傾向にあることは各地域で共通しているものの、そもそもの診察数/通報数に大きな差があることは注意を要する。地域によって警察官通報を必要とする事例の発生頻度に差がある可能性はあるとしても、地域の精神保健福祉行政、精神保健医療サービスの提供体制等がそれぞれの都道府県等にそれぞれ特徴のあるトリアージシステムを発展させ、その結果がこれらの数字に表れている可能性は高いと思われる。このため必ずしも各都道府県等がそれぞれ全国値に近く必要はないと思われるが、各都道府県のトリアージシステムが健全に機能しているかどうか評価するモニタリングシステムが必要と

思われる。特に最近では精神科救急体制や通報対応の集約を行う都道府県等も出てきており、これらのシステムがどのような効果を生み出していくかを全国の中で評価することが必要と考えられる。

各年6月1カ月間の精神保健福祉法第24条に基づく措置入院者の状況では、全国で、翌年6月1日まですなわち措置入院後のおおむね1年以内に症状消退届の出された割合は、'02年6月、'03年6月、'04年6月の措置入院についてそれぞれ84.9%、92.5%、90.6%であって1年以内にほとんどが措置解除されていた。地域別では九州・沖縄地方の'02年6月の50.7%が最も低かったものの'03年6月、'04年6月と増加していた。このことは精神保健福祉法第24条（警察官通報）の運用実態のモニタリングを入院した患者のその後の状況をもとに行うには1年以内に症状消退届の出された割合では全く不十分であって、例えば月単位の動向を把握できるようにすることが望ましいと考えられた。いずれにしても「改革ビジョン」をもとに「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていく上で、精神保健福祉法第24条（警察官通報）等の措置入院制度の運用実態をモニタリングすることは必要不可欠であって、そのためには本分担研究で進めているような電子化による制度運用のモニタリングシステムを国と都道府県等の間に整備し、研究者がその分析に関与し、その結果を制度運用の改善に活かしていくシステムを構築する必要がある。

E. 結論

地域における危機介入の重要な手段ともなっている第24条（警察官通報）の運用実態を分析し、全国および地域別の推移と特徴を明らかにした。また第24条（警察官通報）を含む措置入院制度を適正に運用していくため

の電子化され、研究者が適切に関与したモニタリングシステムの必要性について述べた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし