

む)、自治体立病院(都道府県立、市町村立、国保立、地方独立行政法人立を含む)、公的病院(日本赤十字社、済生会、厚生連、社会保険立を含む)、それに民間病院に分けて、Ⅰ～Ⅲの各群別にその構成比を示したのが図6である。精神科ベッド数の比率は民間病院が9割以上を占める現状からすれば、国公立病院および公的病院の措置入院比率は高いといえるが、措置入院先が民間病院主体であることに変わりはない。各群間での有意差はない。

(3) 性別

性を図7に示した。全回答数の81.9%を男性が占めるが、在院期間が長いほど男性の比率が高い。

(4) 平均年齢

各群の平均年齢を図8に示した。全体の平均年齢は49.8歳であるが、やはり、在院期間が長いほど平均年齢は高く、Ⅲ群では他群に比して有意に高い。

(5) 主たる病名

主たる病名の構成比を図9に示した。全体では統合失調症圏が84.7%を占めた。わが国の精神科入院患者の平均診断構成に比しても統合失調症圏の比率が高い。Ⅲ群で特にその傾向が顕著である。Ⅱ群ではF1群(物質使用障害群)の比率が高い。また、F3群(気分障害群)はⅠ、Ⅱ、Ⅲ群の順に比率が下がる。

(6) 従たる病名(重複あり)

131例(14.2%)に従たる病名がある。各群別の比率を図10に示した。また、従診断の内訳は図11に示した通り、F7群(知的障害群)とF6群(人格障害群)で過半数を占めていた。

(7) 平均入院回数

各群別の平均入院回数(回答数は643例)を図12に示した。Ⅲ群がⅡ群より少ないのは、1回の入院期間が長いためと思われる。

(8) 隔離の必要度

全体の42.8%が隔離を頻繁に、もしくは時々必要としていた。図13に示したように、長期在院ほど隔離の必要度が高くなっていた。

(9) 注意の必要度

注意の必要度は、看護の巡回頻度などに代表されるが、全体の93.3%に嚴重なもしくは随時一応の注意が必要とされていた。図14に示したように、嚴重な注意を要する比率は、長期在院群ほど高くなっていた。

(10) 介助の必要性

日常生活活動性(ADL)に反比例する介助の必要性も、図15に示したように、長期在院群ほど高くなっていた。

(11) 問題行動(重複あり)

今回の措置入院以前の問題行動のうち、自殺企図と自傷行為を除いた比率を図16に示した。全体では、医療観察法の該当と推測される殺人・放火・性犯罪・強盗・傷害を入院の契機としたケースが全ケースの約7割に及んでいた。特にⅢ群では、殺人の比率が有意に高かった。

(12) 現在の状態像(重複あり)

図17に現在の状態像の構成比を示した。幻覚妄想状態や精神運動興奮状態、躁状態などの活動型症状が4分の3近くに及んだが、反面で統合失調症残遺状態とされる活動低下症状も3割のケースに認められていた。特にⅢ群ではその比率が高かった。

(13) 保護者

保護者の選任状況を図18に示した。在院の長期化につれて、一親等親族の比率が低下し、同胞および首長の比率が高くなっている。「保護者なし」、および「その他」の選択肢が少なくないのは、措置入院のため保護者の選任が必須でないことによると思われる。

(14) 診察時の特記事項

主治医による特記事項の欄には、具体的な症状が記載されている。重症の精神病状態のために治療関係の構築が困難であることを窺わせる記述が多く、非自発入院による治療継続が必要であることは伝わってきた。しかし反面で、措置入院の必要性に関しては、「病識を欠き、攻撃衝動の制御が弱いため、自傷他害のおそれが高い」という一般論的な説明以上に、具体的で説得力のある記載は少なかった。

(15) その他の項目

「仮退院」の項目の回答例は44例(4.8%)にあり、平均仮退院日数は4.5日であった。これには、身体合併症の治療による仮退院期間が含まれると推測された。

「その他の重要な症状」(重複あり)の項目では、てんかん発作が19例(2.1%)、自殺念慮が36例(3.9%)、物質依存が79例(8.6%)、その他が29例(3.1%)であった。

入院中の「問題行動」(重複あり)としては、暴言が最も多く343例(37.2%)に認められたほか、認知症症状を背景とした徘徊が90例(9.8%)、同じく不潔行為が54例(5.9%)、その他が172例(18.7%)であった。

「精神医療審査会の意見」の項目に対する有回答884例のうち、883例は「現在の入院形態での入院が適当と認められる」とあり、「他の入院形態への移行が適当と認められる」が1例のみであった。

「都道府県の措置」では、916例(99.3%)が要措置で、措置解除が1例、その他が2例、無回答が3例であった。

D. 考察

1. 措置入院患者状況調査の総括

(1) 指定病院の機能

指定病院の状況を見ると、病床規模(239.6)、機能分化の状況(精神一般病棟83.1%、精神療養病棟60.0%)、看護基準(14.2)、平均在院日数(381.8)などであり、一般精神科病院との間で大きな差はなかった。

年間の措置入院患者数の平均は1.4人であるが、最大47人と病院によって措置入院者数には大きな差があることが認められた。退院・処遇改善請求は、平均で1.9件と予想よりも高い数字が示された。

(2) 措置入院患者個別調査

①措置入院患者の男女比は約4対1で男性が高いが、今後は女性の比率が増えて行くものと予想される。疾病では、統合失調症が76.5%と最も高くF3(7.1%)との間に大きな開きがある。注目すべきは19.6%に身体合併症が伴われていることである。

②通報の種類では、24条(警察官通報)が71.4%と最も多く、25条検察官通報(10.5%)、26条矯正施設長通報(8%)とは大きな開きがある。措置入院の原因となった問題行動では、暴行(31.8%)、傷害(18%)、器物破損(6.5%)の順で、自殺企図・自傷の割合は比較的低かった(7.9%)。

③措置入院の治療状況を見ると、85%において隔離が行われ、19.7%において身体拘束が行われており、入院当初の病状の不安定さが示されている。薬物療法以外の治療内容では、ECTが6.9%認められている。

④退院・処遇改善請求は、併せて20.7%あり、一般病院の請求割合に比較して明らかに高い。そして、弁護士等、本人・家族以外の関与は23.6%にもものぼっている。

⑤入院期間をみると、2年以上の長期間に及んでいる割合は41.6%もあり、今後この原因を地区別、病院設立主体別に分けて検討する必要がある。その理由については、病状不安定が98.7%と最も高いが、その具体的な内容については、病識欠如(87.1%)、幻覚妄想(67.4%)、暴力行為(45.5%)となっている。しかし、その程度については不明のままである。

⑥措置解除者の状況を見ると、F2の割合が65.7%と、入院時の76.5%に比較して低い、また、過去の入院回数も0回が50.4%であり、入院者の35.2%に比較して明らかに高い。

⑦措置解除後も入院を継続している事例は全体の17.8%であるが、医療保護入院となる場合が77.8%と最も高い。その理由では、病状不安定(68.5%)が高いが、家族の受け入れ困難が40.2%と高い。

⑧再入院例では、退院時の入院形態との関係が指摘される。特に、措置入院のまま退院した事例の割合が高い(61.5%)ことについては、治療内容よりも、本人側の病状に起因する可能性が高い。また、再入院以前に受けていた医療では、外来通院は75%において行われているものの、デイケアの利用は90%においてなく、訪問看護の利用も68.8%においてない状況である。このような地域医療対策の

遅れが、再入院に至った理由として、服薬中断(35.1%)を示す結果につながっているものと思われる。

2. 精神医療審査会活動の推移

1987年に精神医療審査会制度が発足してから25年を経た。この間、精神科在院患者数は微減したにすぎないが、年間の入退院件数は医療保護入院と任意入院を双璧に年々増加し、平均在院日数は約500日から300日へ、およそ200日も短縮している。これに伴って、医療保護入院関連の書類審査件数も増加してきたが、措置入院件数はほぼ横ばいを続けている。

(1) 書類審査および退院等審査件数の推移

近年に絞って、厚生労働省が提示する定期病状報告書審査件数の推移を示したのが図19である。医療保護入院届の件数が表示されていない点に不備があり、2010年度の審査件数が今回の調査に比して少ない点に疑問が残るが、この図からも、医療保護入院件数の増加が推測できる。

図20は、同じく厚生労働省データに基づく退院・処遇改善請求審査件数および書類審査件数に対する比率(%)の推移である。請求審査の方は、書類審査に比べると、近年増加してはいることがわかる。年々増加が予測される医療保護入院届を分母に加えると、書類審査に対する請求審査件数の比率はむしろ減少している可能性がある。その要因は何であろうか。

(2) 不審査件数と審査日数

最も考えられる要因は、受理件数に対する不審査(請求取り下げおよび請求要件消失)件数の増加である。資料3に示した今回の調査結果によれば、退院および処遇改善の請求受理件数3,682に対して不審査件数は1,121(30.4%)に上る。全体の3割以上が不審査に終わっているのである。これには、図21に示したような地域差もある。

その因子として予測されるのは請求受理から結果通知までに要する時間(ここでは審査

日数と呼ぶ)であろう。今回の調査では、平均31.6日であったが、図22に示すように、やはり地域差がある。

不審査率を縦軸、審査日数を横軸にとって、各審査会をプロットしたのが図23であるが、緩い正の相関を示していることがわかる。すなわち、審査日数が長いと不審査率が高くなる傾向が示されている。近似線から最も遠い大阪市を除くと、図24のように、さらに相関は強くなる。

退院請求等の審査は、近代国家が非自発入院者に保証する不服請求権であり、セカンド(およびサード)オピニオンの取得機会でもある。それは、入院者の権利擁護にとどまらず、入院治療の水準を向上させる機会ともなる¹²⁾。したがって、精神医療審査会は、不審査率を一定水準以下に抑えておくために迅速な審査に努めるべきである。

審査日数の長短に影響するのは、事務局の体制と合議体委員のスケジュール調整である。図21、22で不審査率が高く審査日数の長い審査会には、事務局体制を強化し、代替委員を確保するなどの改善措置が求められよう。

3. 措置入院の長期化要因

これまでの議論³⁾⁴⁾⁵⁾によれば、措置入院の長期化要因は、医学的要因と非医学的要因に二分される。

(1) 医学的(絶対的)措置入院適応例

医学的要因による長期措置入院を代表する例は、隔離や拘束が解除できないほど自他への攻撃性のコントロールが困難な精神病的状態が長期間にわたって断続し、あらゆる治療法(通電療法やクロザピン療法も含めて)に反応しないようなケースである。このようなケースは措置入院の絶対適応例といえよう。

今回の調査でいえば、図13(隔離の必要度)、図14(注意必要度)、図16(過去の問題行動)、図17(現在の状態像)の中で、「幻覚妄想状態」や「精神運動興奮状態」のために「隔離を多用」し、「常に厳重な注意が必要」で、「過去に重大な他害行為が(複数回)ある」よう

なケースである。今回の調査では、長期在院者である第Ⅲ群のうちでも3割(100例)以内と推計される。

このような絶対的措置入院適応例が現実にとどれくらいいるのか、隔離や注意の必要度といった職員側の主観的な基準ではなく、もっと客観的な尺度(例えば、最近1年間の隔離、身体拘束、注射、通電療法の回数など)を定めた上で、一度きちんと調査すべきであろう。その上で、医療観察法並みの医療資源を投入できる諸条件(診療報酬上の加算や措置入院指定病院基準の見直し、専門ユニット新設など)を整備すべきである。そうでなければ、医療観察法医療との比較で、著しくバランスを欠くこととなる。

(2) 非医学的(相対的)措置入院適応例

一方、病状的には前記の難治例ほど重症とはいえないが、措置入院とする以外に入院治療が維持できないケースもある。相対的措置入院適応例とも呼ぶべきこのようなケースには、行動病理の目立つケース(活動群)と目立たないケース(非活動群)の2つのタイプがある。

① 活動群

前者の代表例は、絶対的措置入院適応例の条件のうち、過去や現在の行動上の問題が精神病性障害よりも知的障害や人格障害、もしくは発達障害に起因すると診断される症例である。このような事例が重大な他害行為に及んだ場合、処遇上最も重要なのは刑事責任能力の吟味であるが、医療観察法以降も、このようなケースが司法ではなく医療的に処遇される場合があり、議論が絶えないところである。

長期措置入院事例の中にこのようなタイプのケースがどれくらい紛れ込んでいるのか、絶対的措置入院適応例に準じて調査した上で、司法側に意見を言うべきである。

② 非活動群

一方、行動病理の目立たない長期措置入院例の代表は、医療保護入院に変更した場合、それが維持できないケースであろう。例えば、確定保護者(配偶者や選任済みの保護者)の

同意能力に問題があるため入院に同意しないケース、あるいは、医療費の支払いに同意しないケースである。

こうしたケースの中には、措置入院から医療保護入院に変更した直後に退院し、すぐに通院を中断して、ほどなく措置入院で再入院となるようなケースも含まれよう。保護者の同意能力に問題があれば首長同意に変更する選択肢もあるが、市町村や裁判所によっては、変更が困難な事例もある。

また、図13から図17の中で、行動病理の目立たないケース群の中には、かつての「経済措置」(医療費支払いの困難を主たる理由として開始もしくは継続される措置入院)に近い相対的措置入院適応例が相当数紛れ込んでいるものと推測される。

これら非活動群の問題を解決する方策については、後述する。

4. 保護者制度の見直しについて

保護者制度の再検討は、今回の研究テーマのひとつであったシンポジウム開催のテーマに重なる。措置入院の開始や継続に保護者の同意は不要であるが、措置入院の解除や地域移行をめざす場合には、保護者制度の問題は避けて通れない。

今回の札幌シンポジウムでは、保護者制度の問題点として、家族の側から見た負担の過重という問題点と並んで、医療保護入院の実務の側から見た保護者の同意能力の問題が指摘された。典型的には、前項で述べたように、確定保護者が医学的必要性に反して医療保護入院に同意しない場合である。もうひとつは、虐待やDV(家庭内暴力)の加害者が保護者となる場合である。

保護者制度の再検討に関する全般的議論は本研究の目的を外れるので、ここでは、長期措置入院の要因としての保護者問題、すなわち、確定保護者が医学的必要性に反して医療保護入院に同意しないために措置入院が長期遷延している場合に限って論究する。

DV加害者が確定保護者となるケースも同

様であるが、これらのケースでは、病院側が精神医療審査会に対して、保護者の変更もしくは医療機関の変更を申し立てることができるよう制度改変できないかという提案をしたい。この申し立てを受けた精神医療審査会は、患者、保護者、病院の意見を聴取した上、転院先候補や首長との交渉を行い、保護者の変更（首長も含む）の場合は家庭裁判所に申し立て、転院の場合は措置入院命令者（知事もしくは政令市長）に勧告するというものである。

これによって、保護者の同意能力に問題がある場合は、保護者を変更して措置入院から医療保護入院に変更することができる。また、患者や保護者が病院の治療方針や医療内容に不服がある場合には、入院先を変更して措置入院を解除することも可能となる。後者の場合は、病院側の負担も軽減することができよう。

5. 措置入院者の権利擁護と地域移行のために

本研究の最終目的は、措置入院者の権利擁護と退院促進、地域移行を促進するためには、どんな方策が必要かを提案することである。

（1）措置入院の長期化の抑制

措置入院者の権利擁護は、まずは、漫然とした長期の措置入院をできるだけ抑制することから始めるべきであろう。措置入院制度の最大の問題点は、どこで措置入院を終了するか判断基準が曖昧な点である。措置入院継続の要否判定は、入院直後は3ヶ月、それ以降は6ヶ月ごとの精神保健指定医の判断と精神医療審査会による書類審査のほか、入院者や家族等による随時の退院請求、さらに、通常は1年に1回程度の行政当局による実地審査の機会になされている。

しかし、措置入院継続の判定基準は必ずしも明確ではない。地域によってばらばらといっても過言ではない。図4が、それを物語っている。5年以上の長期にわたって自傷他害のおそれが継続するケースが特定の地域に偏るという現象は、医学的には起きにくい現象だからである。

長期措置入院の抑制のためには、第1に、「経済措置」を減らすために、医療保護入院費用の家族負担を解消もしくは軽減することである。家族の負担を考慮すると、現実には、これが最も有効な方策と思われる。第2は、入院時と同様に、措置入院継続の要否判定も2人の精神保健指定医が行うように制度を手直しすることである。そして、第3は、先に述べた保護者制度の手直しである。保護者の同意能力に問題があって医療保護入院に変更できないケースの解決手段となる。

（2）措置入院者の地域移行促進

措置入院が医療保護入院に変わっただけでは、「措置入院からの退院」にはなっても、地域移行にはつながらない。措置入院者の地域移行と地域定着を促進する方策としては、医療観察法が明瞭なモデルを提示する。

医療観察法は、その対象行為の再発防止と対象者の社会復帰を2大目標としており、それを達成するために、病院内の多職種チーム編成と標準的な治療プログラムの施行を規定している。また、地域スタッフとの連携の元で、1年半後を目安とした退院と在宅ケアの継続（通院処遇）を義務づけている。措置入院者の地域移行も、これに準じて行えるよう、制度的手直しに着手すべきである。

全ての措置入院者に医療観察法医療と同等の医療を提供することは現実的ではないから、まずは、対象を絞るべきであろう。具体的には、医療観察法の対象とはならないまでも、それに準じた重大な他害行為のあったケース、次に、措置入院が反復したケース、そして、措置入院期間が1年半を超えた（4回目の定期病状報告書が提出された）ケース、などがその例である。

これらのいずれかに該当するケースに対して、措置入院の当初もしくは入院が長期化した時点で、院内の多職種と地域機関（保健所、市町村、精神保健福祉センターなど）の職員からなるチームが編成され、地域移行に向けたプログラムを立案・実行する。また、医療観察法と同様、病院内外のスタッフに患者や

家族を加えた合同ミーティングが数ヶ月間隔で開催されることとし、これには、精神医療審査会委員も加わって、措置入院継続の要否と今後の治療計画について評価するものとする。こうした会議に要する費用は、措置入院を命じた都道府県や政令市が予算化すべきである。

以上のようなプログラムが、入院形式の変更後および退院後も継続されるならば、措置入院者の地域移行と地域定着は着実に進展するであろう。また、医療観察法の対象となるような重大な他害行為を未然に防止することにも貢献できる。医療観察法の対象者の中には、措置入院経験者が相当数含まれていることを忘れてはならない。そして、ここで提案したプランに要する費用などは、医療観察法医療に係る費用に比べれば、はるかに小さいことを、人々は銘記すべきである。

E. 結論

1. 医療機関の調査によれば、措置入院を受け入れる病院の医療機能は他の精神科病院と格差はないが、措置入院患者の受け入れ数には著しいばらつきがあった。措置入院患者の85%に隔離、19.7%に身体拘束が施行され、2年以上の長期在院者が41.6%に上っていた。一方、退院・処遇改善請求率は20.7%と通常の入院患者より高かった。また、措置解除後に再入院した患者の多くが、デイケアや訪問看護を施行されないまま通院を中断していた。

2. 平成23年度の調査によれば、退院・処遇改善請求の受理から審査結果の通知までの日数が長いほど、不審査の比率が高くなる傾向にあった。精神科入院患者の権利擁護の観点からも、精神医療審査会事務局体制の強化など、審査プロセスの迅速化が図られるべきである。

3. 措置入院の解除基準が不明確のため、長期の措置入院者数には医学的に説明できない地域差が生じている。措置入院から医療保護入院への移行を促進するために、医療保護入院費用の家族負担の軽減や保護者選任制度

の見直し、2人の精神保健指定医による措置入院継続の要否判定制度などが検討されるべきである。

4. 長期の措置入院者の中には、殺人など重大な他害行為の履歴があり、治療と処遇に多大の労力を要する重症患者が含まれているが、医療観察法医療に比べると、医療資源や権利擁護の面で著しい格差が生じている。この格差を是正するための制度的手直しが急務である。

5. 措置入院者の地域移行と地域定着を促進するためには、一定の要件を満たす措置入院者に対して、医療観察法医療に準じたチーム医療と治療プログラムの施行、精神医療審査会の関与などが制度化されるべきである。これが実現すれば、医療観察法の対象行為を未然に防止することもできる。

(今回の調査およびシンポジウム開催に際しては、全国精神保健福祉センター長会、全国精神医療審査会事務局、および全国精神医療審査会連絡協議会事務局より多大のご協力を頂きました。ここに記して謝意を表します。)

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 松原三郎：中期的な見地からみた精神科医療と診療報酬のあり方. 日精協誌 28(4) : 253-254 (2009)
- 2) 松原三郎：精神保健福祉法一法に基づいた入院手続きと処遇. 精神科専門医のためのプラクティカル精神医学 : 622-633, 中山書店 (2009)
- 3) 松原三郎：精神科救急病棟が持つべき機能について. 医療福祉建築 165 : 6-7, (2009)
- 4) 松原三郎：精神科医療と国民経済. 精神保健福祉白書 : 134, 中央法規 (2009)
- 5) 長尾卓夫：精神医療福祉の動向. 精神医学 52(1) : 4-5 (2010)

2. 学会発表

- 1) 平成 21、22、23 年度全国精神医療審査会
連絡協議会シンポジウムにて口頭発表。
- 2) 平成 21、22、23 年度全国精神医療審査会
連絡協議会定期総会にて口頭発表。

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

I. 引用文献

- 1) 金子晃一, 伊藤哲寛, 平田豊明, 川副泰成編: 精神保健福祉法—その理念と実務. 53-69, 星和書店, 東京, 2002
- 2) 平田豊明: 精神医療審査会. 山内俊雄編: 司法精神医学 5; 司法精神医療. 276-286, 中山書店, 東京, 2005
- 3) 山崎敏雄他: 措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究. 平成 16 年度厚生労働科学研究「措置入院制度の適正な運用に関する研究」報告書. 2005
- 4) 山崎敏雄他: 措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究 (第 2 報). 平成 17 年度厚生労働科学研究「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」報告書. 2006
- 5) 山崎敏雄他: 措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究 (第 3 報). 平成 18 年度厚生労働科学研究「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」報告書. 2007

図1 措置入院件数 2010年度
(緊急措置入院からの移行を識別)

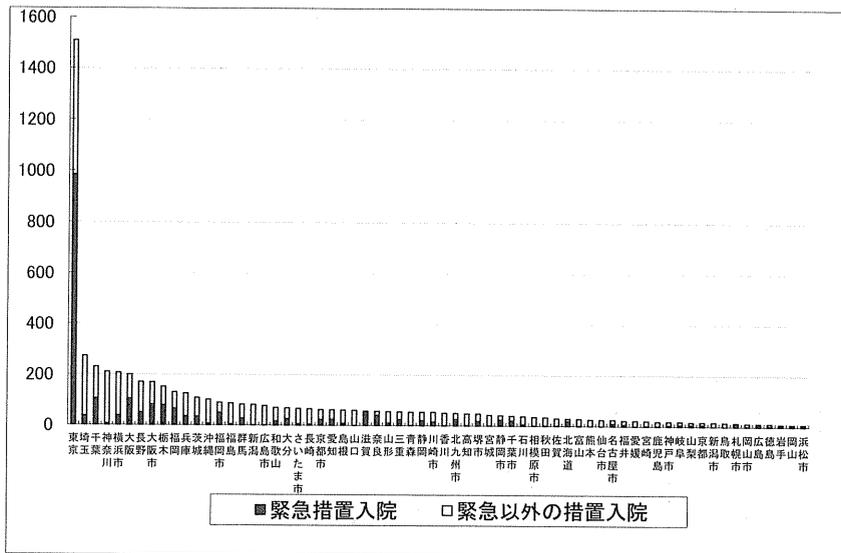


図7 性別

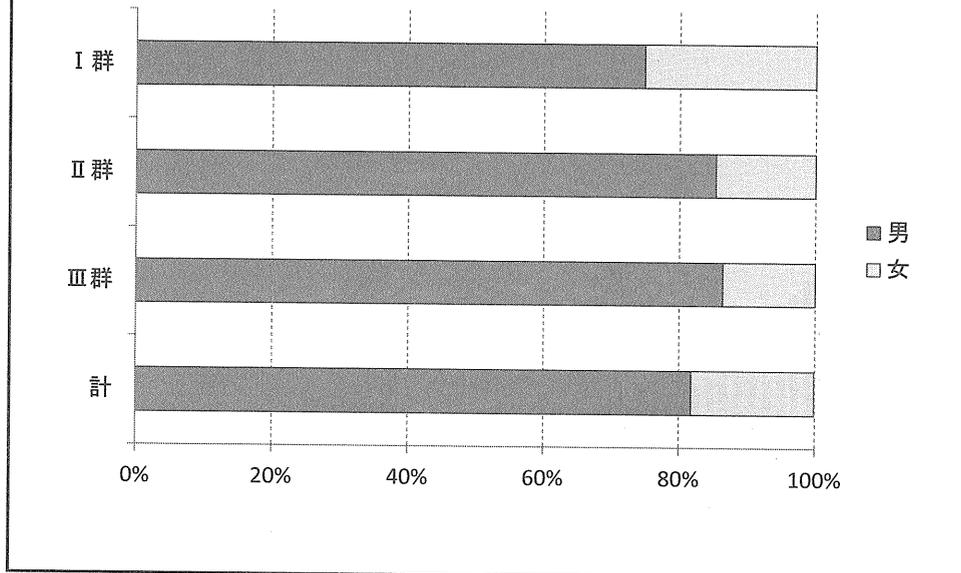


図8 平均年齢

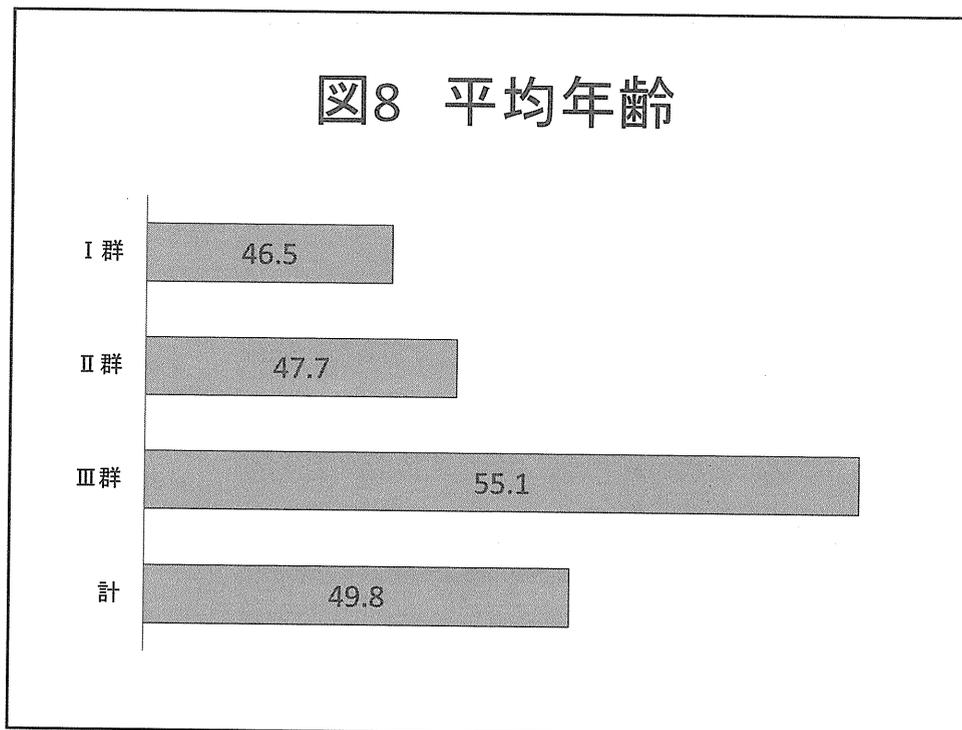


図9 主たる病名

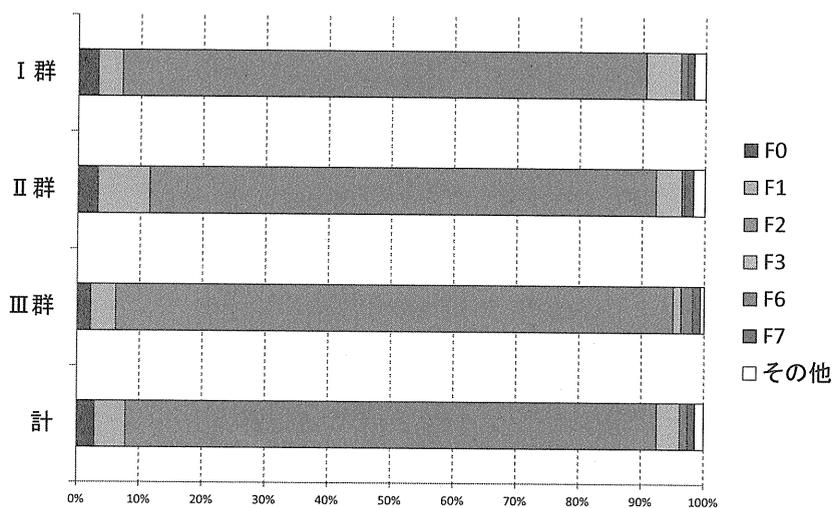


図10 従たる病名の有無

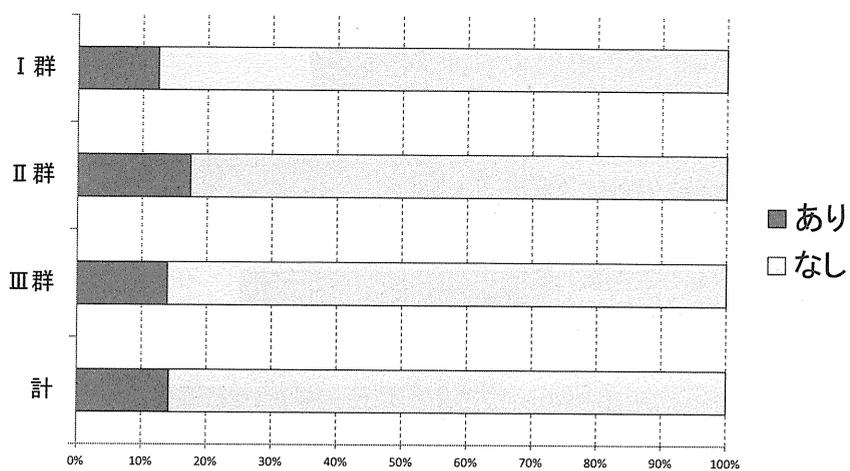


図11 従たる病名の内訳

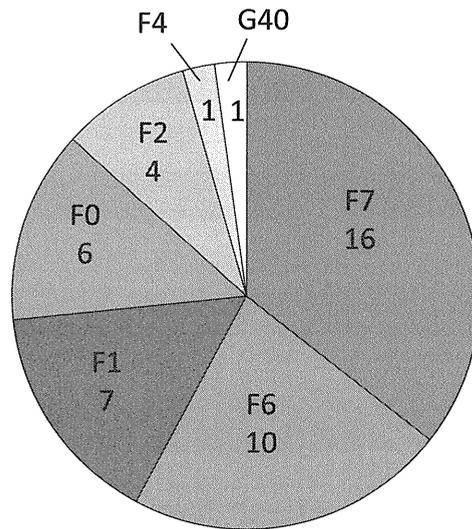


図12 平均入院回数

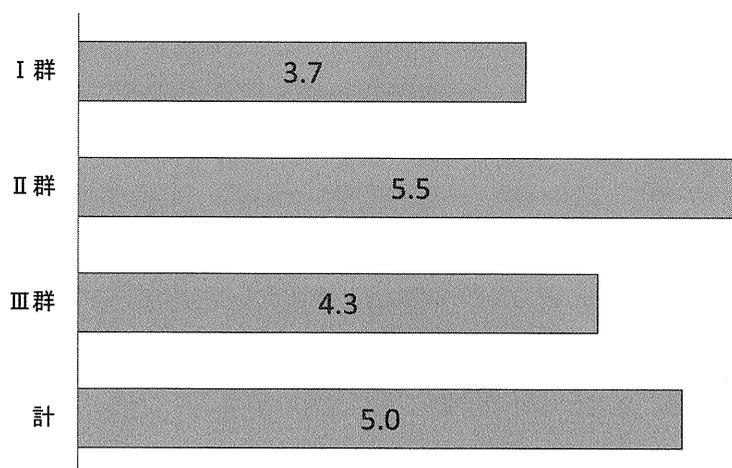


図13 隔離の必要度

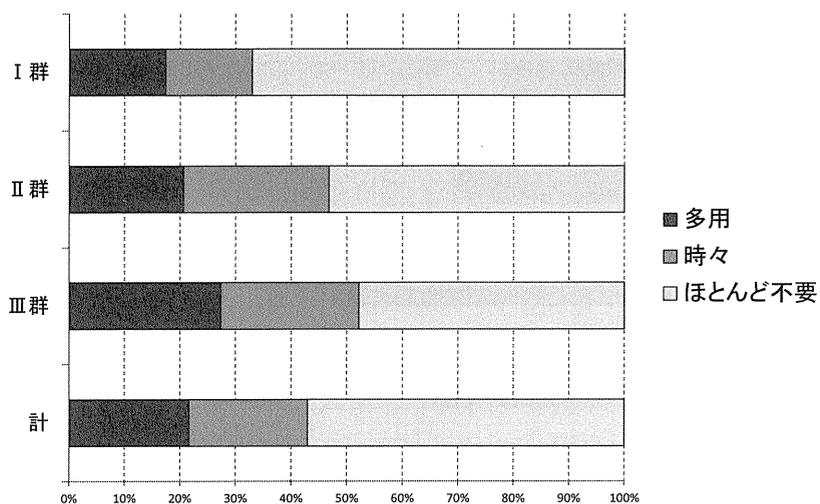


図14 注意必要度

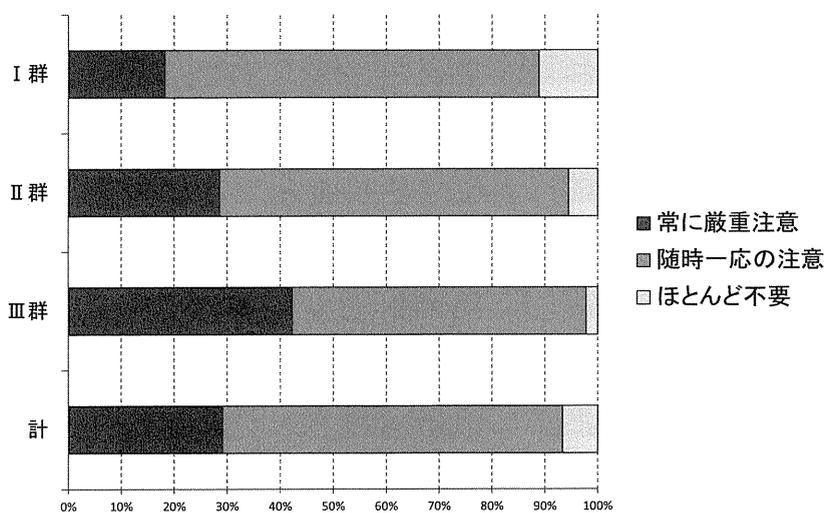


図15 介助必要性

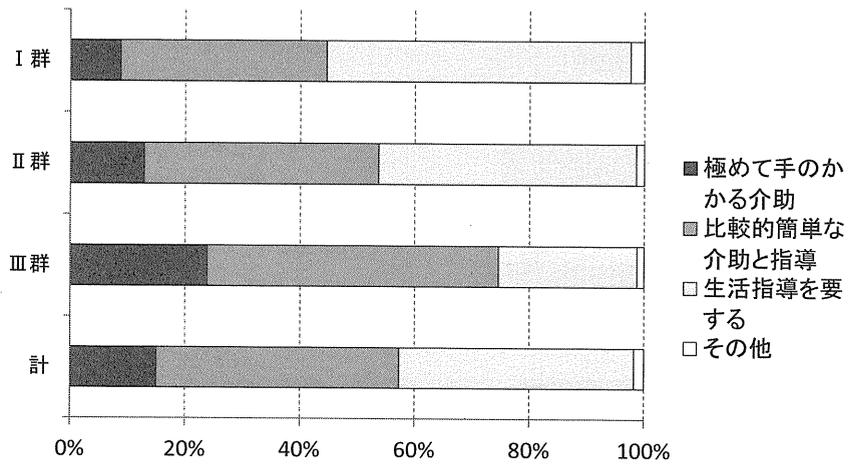


図16 過去の問題行動

自殺企図・自傷を除く

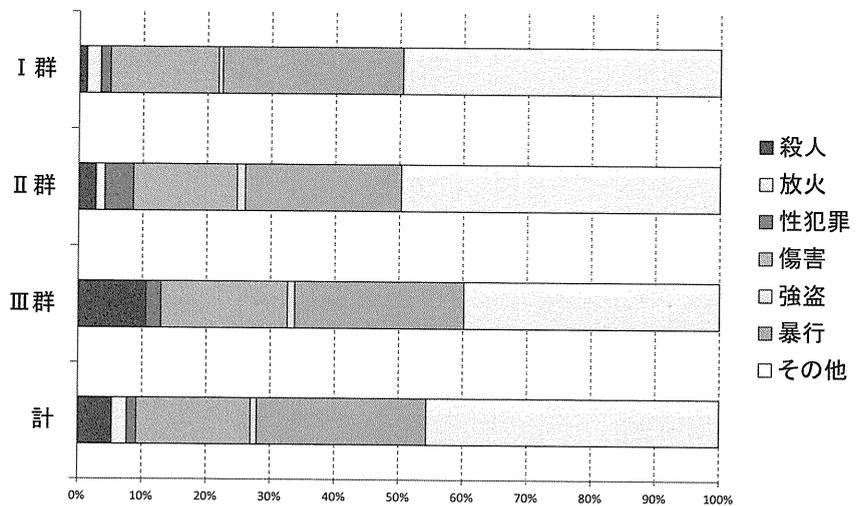


図17 現在の状態像(重複あり)

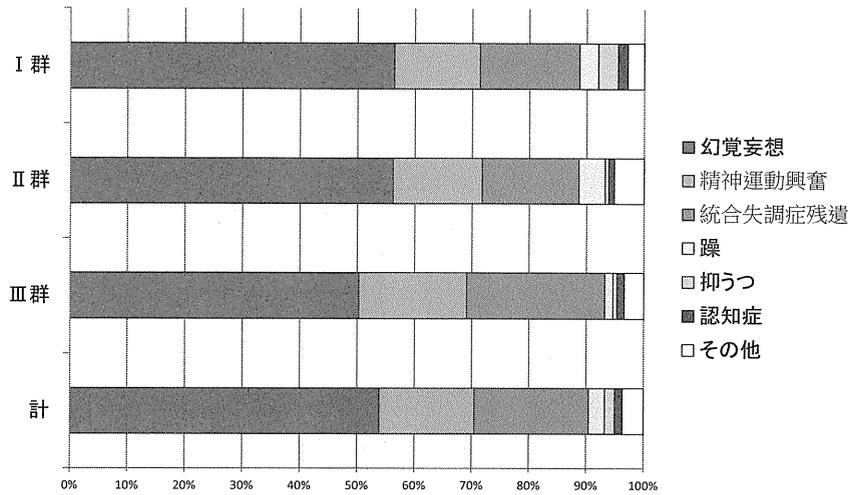


図18 保護者

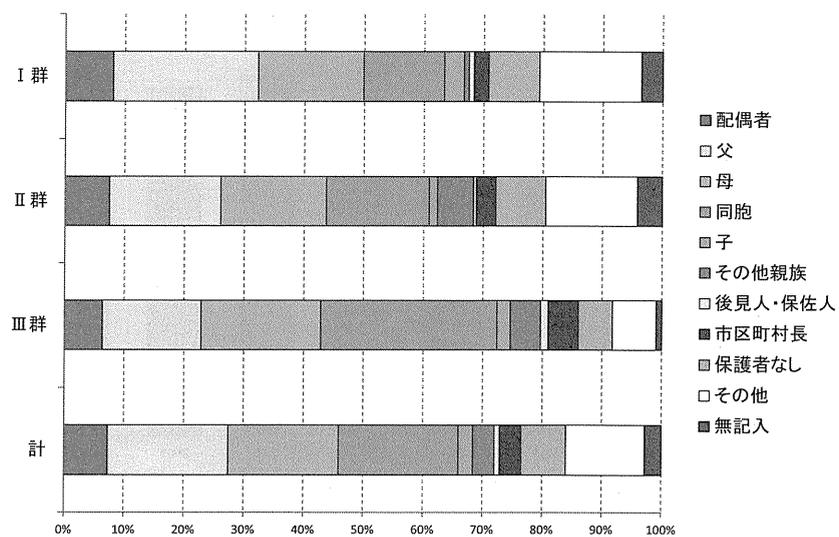


図19 書類審査件数の推移

■ 医療保護入院 □ 措置入院

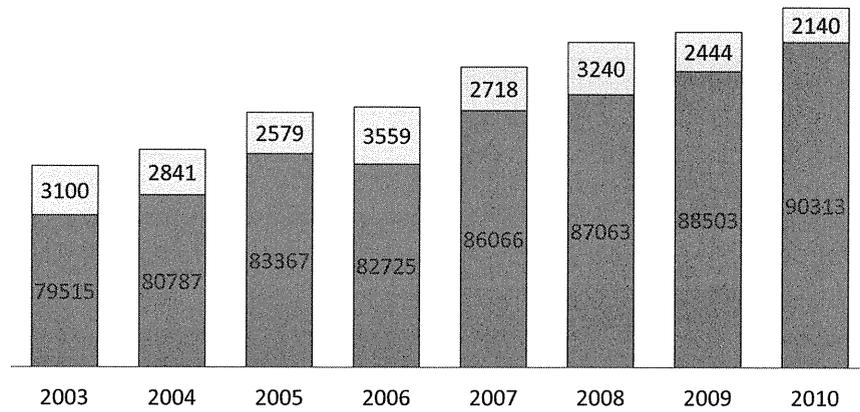


図20 請求審査件数および対書類審査比率(%)の推移

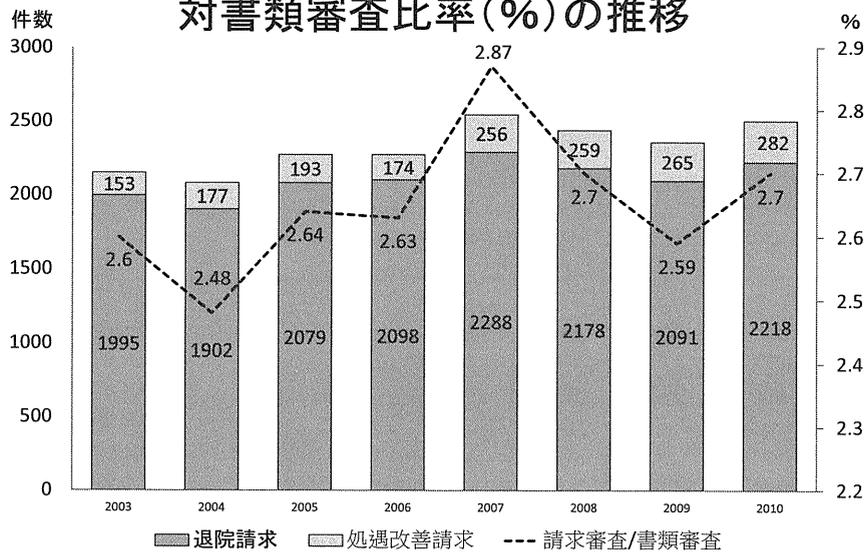


図23 通知日数と不審査率の相関

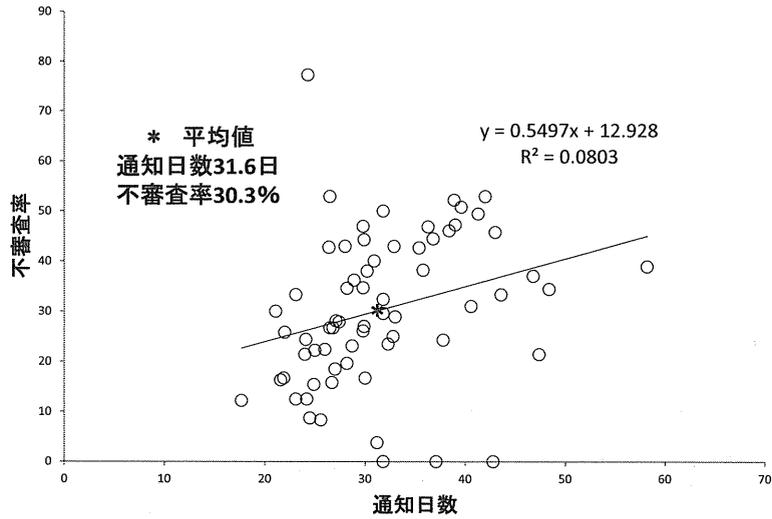
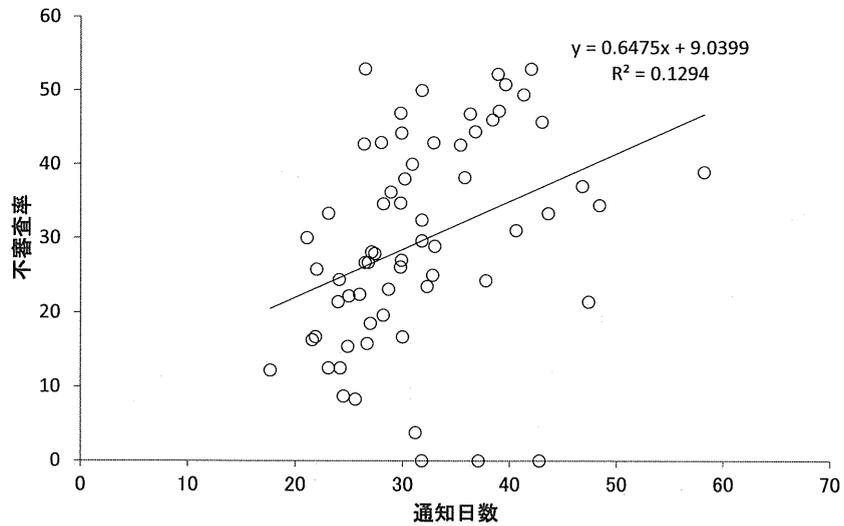


図24 通知日数と不審査率の相関
(大阪市を除く)



資料 1

精神医療審査会活動に関するデータ

(都・道・府・県・市) 精神医療審査会

平成 22 年度の精神医療審査会活動等に関する以下のデータをご記入願います。

1. 合議体の構成

(1) 合議体数 _____ 合議体

(2) 合議体委員構成

医療委員 _____ 人

法律委員 _____ 人

有識者委員 _____ 人

2. 合議体開催数

(1) 全体会開催数 _____ 回

(2) 合議体開催数 _____ 回

3. 書類審査件数と審査結果

	審査件数	承認	返戻*	不承認
医療保護入院届				
医療保護入院者定期病状報告書				
措置入院者定期病状報告書				
計				

*注：返戻とは、1 回目の審査で疑義照会や修正依頼をしたのちに承認したもの。返戻の後に不承認となったものは「不承認」の欄に件数を記入して下さい。返戻の件数が記録になれば、空欄で構いません。

4. 退院請求等の状況

(1) 電話相談件数 _____ 件

(2) 請求受理件数 _____ 件

(3) 請求受理から結果通知までの内訳

ア) 退院請求 *注：「現状」は現在の入院を継続、「変更」は入院形式の変更

入院形式	受理件数	不審査件数		審査件数		審査結果		
		取り下げ	要件消失	書面審査	現状*	変更*	退院	
医療保護								
措置								
任意								
その他								
計								

イ) 処遇改善請求 *「現状」は現状を承認、「改善」は処遇改善勧告

入院形式	受理件数	不審査件数		審査件数		審査結果	
		取り下げ	要件消失	書面審査	現状*	改善*	
医療保護							
措置							
任意							
その他							
計							

(4) 請求受理から結果通知までの平均日数 _____ 日 (小数点以下 1 桁)

5. 措置入院件数 (お手数ですが、本庁にご確認願います)

(1) 総件数 _____ 件

(2) うち緊急措置入院からの移行件数 _____ 件

ご協力ありがとうございました!