

令和 2 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金

(障害者政策総合研究事業)

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を 推進する政策研究

(19GC2003)

令和 2 年度 総括・研究分担報告書

研究代表者：藤井千代

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

令和 3 (2021) 年 3 月

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

令和2年度 総括・研究分担報告書

目 次

I. 総括研究報告

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究・・・・・・・・・・1

研究代表者 藤井 千代

II. 研究分担報告

1. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究・・・・・・・・・・7

研究分担者 野口 正行

2. 精神科外来機能強化に関する研究・・・・・・・・・・69

研究分担者 川副 泰成

3. 措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究・・・・・・・・・・103

研究分担者 椎名 明大

4. 措置通報および措置入院の実態に関する研究

その1 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究：

(1) 2020年9月18日における患者登録の状況・・・・・・・・・・177

(2) 社会機能から見た措置入院患者のサブクラス分類の試み・・・・・・・・191

(3) 退院時のケア会議実施状況と退院後のサービス利用状況・・・・・・・・215

その2 (1) 措置入院者における COVID-19 陽性/疑似例への対応の実態調査・・・・225

(2) 他科との協働を要する精神科治療例および措置入院 COVID-19

陽性/疑似例への対応の実態調査

精神科医療機関における COVID-19 受け入れ体制構築の糸口・・・・・・・・233

研究分担者 瀬戸 秀文

5. 精神医療審査会のあり方に関する研究・・・・・・・・・・241

研究分担者 松田 ひろし

6. 精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究

－入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究－・・・・・・・・・・275

研究分担者 藤井 千代

7. 精神保健医療福祉制度の国際比較・・・・・・・・・・291

研究分担者 佐竹 直子

III. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・301

I . 総括研究報告

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究

総括研究報告書

研究代表者：藤井千代（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
分担研究者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）、川副泰成（総合病院国保旭中央病院）、
椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）、
松田ひろし（全国精神医療審査会連絡協議会）、佐竹直子（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院）

要旨

本研究の目的は、地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、エビデンスに基づいた効果的な精神保健医療福祉サービスを地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことである。今年度は初年度に引き続き、地域精神保健医療福祉体制の機能強化に関連する、①自治体による精神障害者支援のあり方、②精神科外来の機能強化、③措置入院の適正化、④退院後支援のあり方、⑤権利擁護のあり方、⑥精神科医療の国際比較 に関する課題について調査研究を実施した。COVID-19 感染拡大に伴い、年度当初は研究遂行に遅れが生じたものの、一部研究計画を変更し、COVID-19 感染拡大下においても実施可能な調査を実施することができた。本研究により、精神障害にも対応した地域包括ケアの具現化に貢献できる地域精神保健医療福祉サービス提供及び権利擁護のあり方の提言につなげることができるものと考えられる。

【研究目的】

本研究の目的は、地域精神保健医療福祉制度の充実により精神障害者が地域で安心して自分らしく生活できるようにするため、エビデンスに基づいた効果的な精神保健医療福祉サービスを地域でより効果的に展開するための具体的かつ実現可能な提言を行うことである。

2021（令和3）年3月には、厚労省より「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」報告書が発出され、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）の対象は精神障害の有無にかかわらず住民全体であり、精神障害者や精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた者等

（以下、「精神障害を有する方等」）の地域生活を支えるものであること、地域共生社会の実現を目指すうえでは「にも包括」の構築推進が欠かせないこと等が示された。

本研究班は、この「にも包括」を構成する要素として挙げられている要素のうち、主として地域精神保健及び障害福祉、精神医療に関する課題に対応している。精神医療に関しては、包括的支援マネジメントの普及による多職種・多機関連携の推進や、平時の対応の充実に関すること、精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等により危機的な状況に陥った場合の適切な対応のあり方として、特に措置入院に関連する課題について扱う。さらには精神障害を有する方等の権利擁護のあり方、

国際的な視点から見た我が国の精神医療のあり方など、多角的な検討を行い、今後の地域精神保健福祉の機能強化に資するエビデンスを蓄積することを目指す。

本研究班は、上記の課題に対応するため、以下の 7 つの分担研究班で課題の検討状況を共有しつつ、調査研究を実施した。各分担研究班の構成は以下の通り。

- ・ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究（野口正行）
- ・ 精神科外来機能強化に関する研究（川副泰成）
- ・ 措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究（椎名明大）
- ・ 措置通報及び措置入院の実態に関する研究（瀬戸秀文）
- ・ 精神医療審査会のあり方に関する研究（松田ひろし）
- ・ 精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究（藤井千代）
- ・ 精神保健医療福祉制度の国際比較（佐竹直子）

【今年度の成果】

各研究班が、以下の関連課題について連携しつつ、調査・研究を実施した。

1) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究（野口分担班）

「にも包括」構築を推進するにあたっては、中心的な役割を果たすことが期待されている自治体の現状を把握し、「にも包括」構築の際の課題を明らかにすることが必要である。今年度、野口分担班においては、全国の市区町村（N=1741）及び精神保健福祉センター（N=69）を対象に、専門職配置状況、精神保健業務の現状、普及啓発活動・企画調整業務の実施状況、今後の精神保健業務推進体制とそれに伴う課題、機関間の連携と役割分担等に関する調査を実施した。1267 市区町村（回

答率 72.8%）、65 センター（回答率 94.2%）より回答を得て、調査の結果は厚生労働省が実施する「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会」に資料として提供した。中核市については、保健所と保健センターの両方を有することから一般的な市町村とは異なる課題があると考えられたため、全国の中核市（N=60）を対象として追加調査を行い、54 中核市（回答率 90%）より回答を得て、中核市特有の精神保健業務遂行に係る課題を検討した。これらの調査結果を踏まえて、研究班内で精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの概念整理を行った。これにより、自治体の精神保健は、市町村を中心として、それを保健所や精神保健福祉センターが支援する重層的支援体制を基本とすることを確認し、それぞれの機関における今後の具体的な業務内容について検討を行った。期待される機能を遂行するための課題として、精神保健福祉法第 47 条に規定される精神保健に関する相談指導について、現状では精神保健については市町村の努力義務にとどまっていることが適切であるかどうかの検討が必要であると考えられた。さらに、いずれの機関も業務の増大に伴い人員体制の強化が重要であることが確認された。

来年度以降、厚生労働省の検討会で議論された内容と報告書を踏まえて、自治体職員、特に市町村職員を想定読者とした「にも包括」の手引きを作成し、人材育成のための研修についての提言を行う予定である。

2) 精神科外来機能強化に関する研究（川副分担班）

本分担研究班では、包括的支援マネジメント（Intensive Case Management; ICM）の実装による効果を検証するため、石川県立高松病院において精神科救急病棟に入院した者に対して「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援を継続している。ICM を実施するための体制構築と ICM の実践を通じて病

院内外の連携が強化され、スタッフのモチベーション向上に効果があることが示唆されており、来年度以降に ICM 導入の効果につき検証する予定である。包括的支援マネジメント (intensive case management) の効果については、コクランレビューで示されているものの本邦ではこれまで検証されておらず、学術的にも貴重なデータとなることが期待される。

現在診療報酬の算定基準としても活用されている ICM 導入基準 (intensive case management screening sheet; ICMSS) は、もともと外来において ICM 導入を検討することを前提として作成されたものであるため、入院に適したカットオフポイントを定める必要がある。このため 2016 年に収集したデータの二次分析を実施し、ICMSS 各項目の重みづけを行い、新たなカットオフポイントの提案を行った。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点からは、ひきこもり等の地域課題に対応するため、精神科医による往診・訪問診療の充実が期待されている。今年度、本分担研究班では、現在積極的に往診・訪問診療を実施している医療機関へのインタビューおよびアンケート調査、サービス利用者の特徴と支援プロセス調査より、現行制度における往診・訪問診療の課題を検討した。また、医療と福祉の連携強化に関して、医療から福祉への情報提供のあり方を検討するため、障害福祉サービス事業所において精神障害者支援に従事している精神保健福祉士を対象としたインタビューを実施し、福祉関係者が必要としている医療からの情報提供のあり方を示した。今年度の結果を踏まえて、来年度は医療―福祉連携促進のための情報提供シートを作成する。

3) 措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究 (椎名分担班)

本分担研究班では精神保健福祉法に基づく措置入院の適正化に関する研究を実施してい

る。措置入院業務の適正化にあたっては、自治体、医療機関、警察それぞれの相互理解が必要であることが研究班のこれまでの研究成果により示されたことから今年度は、警察庁及び各県警、府警、警視庁の協力を得て、措置入院業務に関する警察官への意識調査を実施したところ 47 都道府県警すべてより回答を得ることができた (N=241)。警察官の多くは精神保健福祉法を意識して業務に当たっていた。保健所に対しては人員配置の薄さや迅速性に欠けることを、指定医に対しては保護ないし逮捕時の被通報者の状態像が軽視されていることを懸念する声が多かった。警察官にとっては、保健所及び指定医との相互理解を通じた連携の強化が重要である可能性が示唆された。

さらに、措置入院の適正化にあたっては、精神保健指定医が適正な措置診療を行うために必要とされる知識及び技術を効率的に習得できる修練方法の開発が必要と考えた。本年度においては、現存する資料に基づいて措置診療に当たり留意すべき事項をまとめ、それらを受講者に提示し、架空事例に基づいて措置診療のシミュレーションを行う形での研修を、千葉大学医学部附属病院と栃木県立岡本台病院との協働で企画し、これを開催した。この試みは研究という体裁を採っておらず、成果を検証できる段階には至っていない。しかし、座学とケースシミュレーション、グループディスカッション等を含めた総合的な研修を行うことが効率的な修練につながるのではないかと感触を得ている。次年度以降は、精神保健指定医が習得すべき知識及び技術の可視化を行いつつ、それらを効率的に習得させるための研修会の実施と成果検証につなげたいと考えている。

4) 措置通報及び措置入院の実態に関する研究 (瀬戸分担班)

措置入院の適正化を行うにあたっては、措置入院後の患者の経過や措置解除の判定基準

について客観的な指標に基づいて検討することが必要である。しかしながら、これまで措置入院患者の入院から措置解除に至る経過において、操作的な評価尺度を用いた精神症状・社会機能の改善度モニタリングは行われてこなかった。このため本分担研究班では、上記のような課題に対応するため措置入院となった精神障害者の前向きコホート調査を実施している。

対象は、2016年6月1日から2019年9月30日までの間の連続した1年間に研究協力医療機関に措置入院となった者である。措置入院時、措置解除時および退院時に、年齢、性別、診断、症状、状態像、転帰、処方などを調査中である。また精神症状・社会機能を1ヶ月おきに措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度（Personal and Social Performance Scale；PSP）を用いて評価している。

対象者のプロフィールと入院期間を2020年9月18日の時点における集計結果から検討したところ、2010年に実施された後ろ向きコホート研究と比較して警察官通報が多かったものの、年齢、性別には差異はなかった。診断はF2統合失調症圏が多く、F3気分障害、F1精神作用物質障害、F0器質性精神障害が続いていた。措置入院期間は平均73.9日±標準偏差103.7日（中央値50日）、全入院期間は122.5±179.2日（74日）であった。最終的に501例（95.8%）が措置入院した病院を退院しており、入院継続中は22例（4.2%）にとどまっていた。措置入院患者の入院時社会機能をPSPに基づいて潜在クラス分析によりサブクラス分類を行ったところ、社会機能が中等症とされた者が最も措置入院継続期間が長く、それよりPSPの評点が重症であっても軽症であっても措置入院継続期間は短くなることが示唆された。

措置入院者の退院時のケア会議実施状況と退院後のサービスの利用状況については、全507例のうち、273例がケア会議を実施していた。ケア会議への参加者は、保健所職員が

最多であり、1年後のサービス利用状況では保健師の訪問などの行政の直接サービスが継続されているケースが多いことも判明した。ケア会議の重要性については、ある程度理解されているものの、実施状況は53.8%にとどまっていた。また、本人が参加しないケア会議があることについても今後検討が必要である。サービス利用状況については、訪問看護や保健師訪問などの在宅サービス利用者が多いことが示唆された。

今年度は、COVID-19の全国的な拡大を受け、全国の措置入院（後方ならびに側方移送や緊急措置含む）患者を扱う医療施設を対象に、措置入院者におけるCOVID-19陽性/疑似例への対応の実態についても調査を実施した。2020年7月30日から2020年9月14日までを調査期間とし、COVID-19の体制整備や受け入れ状況を把握するために、全国の精神科に関わる医療機関の医師にwebアンケート調査を行い、248機関の回答を得た（回収率16.5%）。うち措置入院を受け入れている202機関を対象に医療スタッフや感染症対策の現状、措置入院中のCOVID-19陽性/疑似例への対応の準備実態、措置入院のCOVID-19陽性/疑似例発生ならびに対応の実態を調査した。単科病院においてはソフト面の充実と感染症専門看護師の加算ならびに感染防止対策加算の算定が喫緊の課題と考えられた。体制を充実させる事により、院内マニュアルが整備され、措置入院例COVID-19陽性/疑似例への受入がスムーズとなると考えられる。COVID-19感染症拡大に歯止めがかからない中、総合病院のみならず、単科病院においても対応が求められ、軽症例であれば対応可能である事が示唆された。今後は単科精神科病院であっても、COVID-19のみならず、身体合併症への対応できる体制の充実が求められる。

5) 精神医療審査会のあり方に関する研究 （松田分担班）

本分担研究班は、精神医療審査会の活動状

況をモニタリングし、精神障害者の権利擁護に関する制度的改革を提案することを目的としている。

630 調査によれば、2018 年度には、全国の 67 審査会、221 合議体に 1,532 人の合議体委員が任命されていた。同年度内に 1,855 回の合議体が開催され、1 合議体当たり平均 148.9 件の書類審査が行われていた。退院請求は 3,730 件が新規に受理され、2,515 件が審査終了、処遇改善については 846 件が受理され、544 件が審査終了と報告されていた。退院請求、処遇改善請求とも約 93%が請求棄却という裁定であったが、棄却率の低い自治体はいくつかあった。退院請求の受理から審査結果通知までの日数は平均 33.6 日であり、書類審査に対する請求審査の件数は平均 1.2%であった。代理人による退院等の請求は 23 都道府県で 318 件（請求受理件数の 6.9%）と報告され、代理人による請求審査のなかった 24 自治体では、それがあった 23 自治体に比べて請求の棄却率が高かった。審査件数の増加に伴って合議体委員が増え、代理人弁護士による退院等の請求も漸増してきたとはいえ、わが国の精神医療審査会制度には審査様態や審査基準のばらつきが存在し、その人権擁護機能にはなお限界があることが課題として再認識された。

今年度は上記調査の分析に加えて、これまでに全国の精神医療審査会事務局から本研究班に報告された要検討事例 137 件を分析した。その結果、医療保護入院の同意者をめぐる問題、非自発的入院の対象に関する問題、未成年者の入院に関する問題、任意入院者の退院請求審査に関する問題などの課題が抽出された。虐待加害者など入院同意者の適格性、書類審査における非自発的入院の妥当性確認、精神科病院内での人権侵害事案を防止し、医療内容の不備を正すための処遇審査のあり方、代理人弁護士の活動への対応といった重要な論題が浮き彫りになった

以上の論題に対処し、審査会運営マニユア

ルの改定を目指す議論を喚起するために、来年度は合議体委員を対象とした大規模な全国調査を実施する予定である。

6) 精神障害者の意思決定及び意思表明支援に関する研究（藤井分担任）

今年度は、研究協力自治体において、昨年度までに検討した「個別相談員（仮）」が実施する精神科病院への訪問等による精神科病棟入院者への権利擁護活動の試行を実施する予定であったが、COVID-19 感染拡大により実施困難となった。このため研究計画を変更し、COVID-19 感染拡大下においても実施可能な権利擁護の取り組みのあり方を検討することとした。権利擁護のための個別相談は、対面の他、電話や手紙、メール、FAX でも可能であると考えられるが、入院者と個別相談員がお互いの顔が見える状態でリアルタイムの会話ができることのメリットは大きいものと考えられる。そこで今年度の研究では、感染防止とお互いの顔が見えることを重視し、タブレット端末を用いたオンライン面会を新たな権利擁護のための個別相談の手段として用いることの是非やそのメリット、デメリット、留意点等を明らかにすることを目的とした活動を行った。

大阪精神医療人権センターおよび大阪精神科病院協会所属の精神科病院 6 施設より協力を得て、研究協力病院に入院中の人にオンライン面会を提供できる体制を構築した。オンライン面会のための機材としては、タブレット端末（iPad）の Face Time を利用することとした。2021 年 3 月までにすべての研究協力病院に対して研究実施手順等の説明を終え、オンライン面会希望の受付を開始した。オンライン面会の受付開始が年度末に近かったことから、現在までにオンライン面会を利用した入院者は 1 名（計 3 回）である。今後利用者等への調査を行い、オンライン面会のあり方につき検討を深めることとする。

7) 精神保健医療福祉制度の国際比較（佐竹分担任）

これからの日本の精神保健医療福祉制度を検討するときに、地域中心の精神保健医療福祉システムの構築は重要である。システムの国際比較による情報をもとに今後の日本のシステムの在り方を検討する必要がある、今年度はイングランドの地域精神保健システムについてその変遷と現在のシステムについて、特に New Long Stay 防止、医療、行政、福祉サービスの連携、精神疾患予防についての対応について調査した。

イングランドの精神保健システムは、脱施設化以来その時々のコミュニティーのニーズに合ったサービス提供への変換が行なわれている。2010 年代、財政問題やメンタルヘルスの需要の増加、メンタルヘルスニーズの多様化などにより、精神科 2 次医療中心で展開していたメンタルヘルスケア・サポートを、プライマリケアや地域の中の様々なリソースと協働し対応する必要が生じ、包括ケアの導入になっていることは、わが国において「にも包括」をこれからの政策理念として重視していることと似通っている。ただし、イングランドの場合には、severe mental illness を中心としたケアマネジメントが必要な患者層へのサービスが基盤としてあるものの、日本の場合この部分に関しては地域差が大きく、ケア全体のキーマネージャーがケースごとに医療や福祉に点在している状況であり、システムとしての安定感に欠くことが課題であると考えられる。

また、精神科救急に関連することとして、イングランドでは受療拒否の救急ケースについては、行政、警察との連携が充実しており、特に警察との連携は専門部署の設置や、情報開示についての管理体制が確立されていることは参考となる点が多い。また、強制的な介入を減らすための試みや、救急医療が必要なケースと救急以外でも対応できる本人にとっての「緊急」のトリアージなど、本人や

その周囲のニーズで医療介入が必要以上に増加しないような試みも今後日本の精神科救急でも検討すべきことと思われた。

わが国で「重度かつ慢性」とされるような症状や生活障害が重度のケースは、イングランドにおいては脱施設化後の発症患者については地域ケアの中で大半がフォローされており、今後わが国においても地域ケアのさらなる充実によりこの層に関しての地域対応が可能になると予測される。

これまでわが国の精神保健医療福祉施策は主として severe mental illness への対応を前提としたものであったが、今後はより幅広い精神疾患を対象とし、また身体科やかかりつけ医との連携など、広くメンタルヘルスサービスを盛り込んでいく必要があると考えられた。

【結論】

今年度は、年度当初より COVID-19 感染拡大により全国の自治体や医療機関はその対応に追われ、研究計画の一部変更を余儀なくされた。保健所を対象とする調査など一部の研究は実施を断念したが、計画の修正及びオンライン会議の活用により対応できており、研究の進捗状況は順調である。本研究の遂行により、「にも包括」の具現化に貢献できる地域精神保健医療福祉サービス提供のあり方や法改正への提言、より質の高い地域精神保健医療福祉サービスのあり方の提案につなげることができると思われる。

Ⅱ．研究分担報告書

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究

研究分担者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）

研究協力者：大江 浩（富山県新川厚生センター）、岡本秀行（川口市保健所疾病対策課）、熊谷直樹（東京都立中部総合精神保健福祉センター）、熊取谷 晶（京都府健康福祉部障害支援課）、河本次生（埼玉県立精神保健福祉センター社会復帰部）、佐々木英司（埼玉県発達障害総合支援センター）、篠崎安志（横浜市青葉区役所高齢・障害支援課）、中川浩二（和歌山県福祉保健部福祉保健政策局障害福祉課）、中村征人（愛知県瀬戸保健所健康支援課）、波田野準也（青森市保健所保健予防課）、前沢孝通（前沢病院）、柳 尚夫（兵庫県豊岡健康福祉事務所）、山田 敦（川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害者更生相談所南部地域支援室）、山本 賢（埼玉県飯能市健康福祉部）

要旨

令和2年度は、厚生労働省にて「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」のための資料作成のため、全国の市区町村、中核市、精神保健福祉センターに対して実態調査を行った。またこの調査および厚労省が実施した保健所および都道府県等本庁主管課への調査を基にして、第3回および第8回の上記検討会において資料の説明を行った。資料の内容としては、①精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの概念整理を行った。②自治体の精神保健が、市町村を中心として、それを保健所、精神保健福祉センターが支援する重層的支援体制を基本とすることを確認した。③それぞれの機関における今後の具体的な業務内容について検討を行い、期待される機能を遂行できるための課題として、自治体における精神保健のしかるべき位置づけをすることと、人員体制の強化が重要であることを強調した。

A.研究の背景と目的

令和2年度には厚生労働省の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」が行われた。本検討会は令和2年3月から令和3年3月にかけて9回行われた。本研究班では本検討会が行われる前から「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）の概念整理、アウトリーチ支援、地域移行支援、協議の場の運営、包括的支援体制の推進などについてガイド暫定案を作成するなど、「にも包括」に関する自治体の役割について検討を行ってきた。

こうした経緯を踏まえて、本検討会では、自治体の精神保健について、まず「にも包括」の概念整理を行い、それに基づいて自治体各機関の役割の検討を行った。

最初に自治体の精神保健の方向性と現状と課題を整理するため、市区町村と精神保健福祉センターへの調査を行い、それらを基にして、第3回検討会において、「自治体の精神保健」、「市町村と精神保健福祉センターの方向性と課題」の資料作成および検討会での説明を行った。

また第8回検討会では再度、自治体の精神

保健についての検討が行われた。この検討に際しては、中核市への調査を行い、その結果も踏まえて、市町村、保健所、精神保健福祉センターの重層的支援体制についての検討を行い、資料作成と検討会での説明を行った。

B.方法

1. 実態調査

① 市区町村調査

目的：市区町村の精神保健関連業務に係る人員体制及び精神保健関連業務の実施状況を把握するとともに、市区町村が精神保健関連業務を実施するにあたっての困難や今後の方向性について現場からの意見を集約し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築における市区町村等の役割を検討するための基礎資料とした。

対象：全国の1,741市区町村

調査方法：厚生労働省より、各都道府県に研究班が作成した調査票を送付し、各都道府県から各市町村に調査票と依頼文書を送付するように依頼した。各都道府県は各市町村からの回答を集約して厚生労働省に提出した。研究班においてデータを集計・分析を行った。

調査期間：令和2年6月17日より7月15日。

調査項目：専門職配置状況、COVID-19に関連した精神保健業務の現状、市区町村業務における精神保健の関連性、普及啓発活動・企画調整業務の実施状況、保健所・精神保健福祉センターとの業務連携状況、精神保健業務における対応の困難さとその内容、精神保健業務の困難さ軽減のための方策、今後の精神保健業務推進体制とそれに伴う課題、精神保健福祉業務に関する市区町村・保健所・精神保健福祉センターの役割分担。

② 中核市調査

目的：業務運営要領改正に向けた中核市における精神保健福祉業務の実施状況を把握するとともに、精神保健関連業務を実施するにあたって中核市固有の課題を把握し、中核市における「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築に向けた実施体制を検討するための基礎資料とした。

対象：全国の中核市60ヶ所

調査方法：研究班より各中核市に研究班が作成した調査票を送付し、各中核市からの回答を研究班が集約して厚生労働省に提出した。研究班においてデータを集計・分析を行った。

調査期間：令和2年10月16日より10月30日。

調査項目：業務運営要領に合わせた運営状況、警察官通報に対する関与の状況、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進に向けた体制について、地域共生社会の実現に向けた、精神保健福祉業務と多分野多領域との連携について。

③ 精神保健福祉センター調査

目的：本調査は、第3回精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会において、精神保健福祉センターが現在有している機能と役割と人員体制を把握するとともに、今後のセンターが果たすべき役割とそれに必要な項目をどのようにセンターがとらえているかを把握する目的で実施した。

対象：全国の69精神保健福祉センター

調査方法：研究班より、各センターに研究班が作成した調査票と依頼状を送付した。各センターは回答を研究班に提出した。全国精神保健福祉センター長会にも事前に研究につ

いて承認を得て、センター長会のメーリングリストにおいても、研究協力の依頼を行った。研究班においてデータを集計・分析を行った。

調査期間：令和 2 年 6 月 17 日より 7 月 10 日。

調査項目：専門職配置状況、COVID-19 に関連した精神保健業務の現状、市区町村業務における精神保健の関連性、普及啓発活動・企画調整業務の実施状況、保健所・精神保健福祉センターとの業務連携状況、今後の精神保健業務推進体制とそれに伴う課題、精神保健福祉業務に関する市区町村・保健所・精神保健福祉センターの役割分担。

2. 検討会での資料提出

① 第 3 回検討会資料

上記の調査結果をもとにして、第 3 回検討会において、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと自治体の精神保健」、「市町村の現状と課題」「精神保健福祉センターの現状と課題」の 3 つの資料を作成し、説明を行った。

② 第 8 回検討会資料

第 3 回検討会で議論が十分できなかった保健所、精神保健福祉センターの役割を含めて、「自治体の精神保健」の資料を作成し、説明を行った。

C. 結果／進捗

1. 調査

① 市区町村調査（資料 1）

回答数：1,267（回答率 72.8%）

市町村の業務における精神保健の関連性については、自殺対策（720 か所、57.9%）、虐待（577 か所、46.4%）、生活困窮者自立支援・生活保護（511 か所、41.1%）、母子保健・子育て支援（500 か所、40.2%）、高齢・介護・認知症対策（500 か所、40.2%）などで、多

くの市町村が精神保健に「大いに関係がある」と回答した。

精神保健福祉相談の困難さについては、半数近くの市町村が「対応に苦慮している」と回答した。特に、受診拒否（964 か所、77.6%）、ひきこもり（845 か所、68.0%）、虐待（648 か所、52.1%）、アルコール・薬物（450 か所、36.2%）、発達障害（409 か所、32.9%）などで特に対応が困難であるという回答が得られた。

それらを解決するために市町村が必要と考える対応としては、「人員体制の充実」（1001 か所、80.5%）、「保健所からのバックアップ」（970 か所、78.0%）、「精神医療の充実」（956 か所、76.9%）や「精神医療との連携」（757 か所、60.9%）、「精神保健福祉センターからのバックアップ」（535 か所、43.0%）などが挙げられた。具体的な支援の例としては、「保健所からのバックアップ」の中では「個別支援の協働」（935 か所、96.4%）が一番多かった。「精神科医療の充実」については、「精神科医による訪問・往診」（694 か所、72.6%）が最多であった。「精神医療との連携強化」については、「医療スタッフと地域のスタッフとの顔の見える関係づくり」（615 か所、81.2%）が最多であった。

各事業における役割分担としては、「認知症や高齢者の精神保健」（932 か所、75.0%）、「心の健康づくりに関する普及啓発」（896 か所、72.1%）「自殺対策事業の普及啓発」（857 か所、68.9%）。「相談支援事業所との連携」（819 か所、65.9%）、「発達障害者支援」（797 か所、64.1%）などを市町村が中心であると考える市町村が多かった。

② 中核市調査（資料 2）

回答数：54（回答率 90.0%）

現在の市町村や保健所の運営要領の下での業務運営で「対応に苦慮している」と回答した中核市保健所が 44 か所（81.5%）と多数を占めた。具体的には「職員の配置」（33 か

所、75.0%)や「地域精神保健福祉における保健所の役割」(30 か所、68.2%)が多かった。

警察官通報については、関与している保健所が多数(49 か所、90.7%)であったが、具体的には「情報提供」(40 か所、74.1%)や「事前調査への関与」(24 か所、44.4%)が多かった。関与することによるメリットとしては、「早期の状況把握による早期支援が開始できる」(34 か所、69.4%)、「措置入院が不要となった後のフォローアップを円滑にできる」(33 か所、67.3%)との回答が最多であった。

③ 精神保健福祉センター調査 (資料 3)

回答数：65 (回答率 94.2%)

優先的に実施している業務としては、「依存症」(47 か所、72.3%)、「ひきこもり」(36 か所、55.4%)、「自殺対策」(35 か所、53.8%)が多かった。

業務量の見通しについては、「依存症対策」(61 か所、93.8%)や「自立支援医療(精神通院)」(57 か所、87.7%)や「精神障害者保健福祉手帳」(60 か所、92.3%)の判定業務などの業務量の増加をはじめ、ほとんどの業務で業務量が増加する見通しであると回答したセンターがほとんどであった。

今後の役割分担としては、「ギャンブル依存」(49 か所、75.4%)、「薬物依存」(48 か所、73.8%)、「ゲーム依存」(45 か所、69.2%)など依存症患者への回復支援や「自死遺族支援」(44 か所、67.7%)、「福祉サービス事業者の人材育成」(41 か所、63.1%)、「精神保健福祉資料や ReMHRAD の分析」(33 か所、50.8%)の優先度が高いと答えたセンターが多かった。

人員体制については、常勤選任の精神科医が在籍するセンターは 48 か所(73.8%)であり、およそ 4 分の 1 のセンターでは、常勤専任精神科医が不在であった。最近 5 年間の人員体制については、常勤専門職は「変わり

ない」と答えたセンターが多数(32 か所、49.2%)であったが、減少したセンターも(11 か所、16.9%)あった。

2. 検討会での資料提出

① 第 3 回検討会

i. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと自治体の精神保健」(資料 4)

「にも包括」の概念整理と、自治体の役割について整理を行った。「にも包括」の充実により、事前の予防的対応が充実し、事後的に緊急対応が必要になる事例が減少することが期待できる。自治体において予防対応のリソースを充実させることで、「にも包括」の効果的なシステム構築を図ることが期待できることを示した。

自治体の精神保健は相談支援と企画立案と大きく二つに区別できる。自治体の機能というと、企画立案機能が注目されやすいが、相談支援機能も重要であり、実際に多くの自治体が苦勞している現状がある。このことから、企画立案と相談支援のバランスをとった形での体制整備が望ましいことも示した。

しかし、現状では自治体のスリム化もあり、十分な対応が難しい状況であることを指摘した。

ii. 「市町村の現状と課題」(資料 5)

前述の調査結果を踏まえて、市町村の体制と課題について整理した。

母子保健、高齢者対策、生活困窮者支援、自殺対策やひきこもりなど市町村での重要な業務は精神保健との関連が深い。しかし、市町村は精神保健相談では困難さを抱えており、特に受診拒否やひきこもりなど医療機関へのアクセスが難しい事例の対応に困難を抱えている。これに対する保健所や精神保健福祉センターによる重層的支援体制や精神医療機関による訪問等の体制が必要であることを提示した。

また市町村では、精神保健相談が精神保健

福祉法では努力義務にとどまること、社会福祉法改正によって、福祉サービス等については一体的な推進が可能になるめどがついたが、「にも包括」では法的根拠もなく、そのめどが立ちにくいこと、こうした法的根拠の不足のために、人員体制整備や予算確保が困難であることから、法的整備の必要性を提案した。また市町村も保健と福祉に分かれており、その連携や整理が必要であることも提案した。

iii. 「精神保健福祉センターの現状と課題」(資料6)

センターの業務としては、困難事例への技術支援を行いながら、その経験を研修などの人材育成、企画立案への助言などに連動させるとともに、依存症、ひきこもり、自殺対策などの新しい課題などについての知識や支援技法の自治体内への普及などが、多職種を擁する専門機関としての精神保健福祉センターの機能として特徴づけられることを報告した。

ただし、現在の人員体制は、平均的なセンターの職員数は医師1名、職員数も13名程度と少ない。事業が増えても、それを会計年度任用職員の増加でカバーするなど人員体制が脆弱であり、この点の強化と専門機関としての自治体内での位置づけが必要であることを指摘した。

② 第8回検討会(資料7)

「にも包括」の概念整理と自治体の重層的支援体制についての整理を行った。「にも包括」は、「心の健康づくりや生活支援の視点を重視した地域ベースの精神保健医療福祉へ」シフトすることを目指す。「にも包括」構築により、安定した地域生活を送ることができる住民が増え、危機対応まで対応が遅れる事例が減少することが期待される。「にも包括」の対象は全世代、全住民で、障害のあるなし、軽重を問わずすべての住民をカバーするも

のであり、①国民一人ひとりのメンタルヘルスリテラシーの向上、②支援ニーズに応じて、精神保健相談・医療・福祉等の支援を提供できる体制、③集中的・包括的な支援が必要な精神障害を有する人々への地域支援体制の三段階をすべて整備することが大切である。

このためには、市町村の保健部門を中心とし、市町村内部で福祉部門等との横断的連携体制を核としながら、保健所や精神保健福祉センターとの重層的支援体制を構築することが骨格になる。その中で、制度縦割りの支援体制をつなげていくことが重要になる。

それぞれの機関の役割としては、市町村で住民向けの普及啓発を行うこと、保健部局に精神保健相談窓口を設置すること、福祉部局による精神障害者への既存の地域生活支援を充実させることが考えられる。また市町村によっては、市町村規模が小さいこと、精神科医療機関が管内にないことなどから、市町村単独では体制整備ができないこともある。その場合には、保健所が中心となって体制構築を担うが必要になる。精神保健福祉センターは多職種を抱える専門機関として、困難事例への技術支援を行い、それを研修等の人材育成、企画立案への助言などと連動させること、また依存症、ひきこもり、アウトリーチなどのように、新しい支援知識や技法を導入することを役割とした。

また自治体の専門職に要請される視点・技能としては、臨床的視点だけではなく、公衆衛生的視点も重要である。両方の視点を持った有能な人材を確保し、育成することが必要である。この点については計画的・系統的な人材確保・育成・配置が必要であるとした。

このような体制が可能となるためには、精神保健福祉法で市町村の精神保健相談の義務化、「にも包括」の法的根拠を明確にすることが必要であることを指摘した。また自治体において精神保健を優先度に見合った形で位置づけること、必要な専門職等の人員体制の確保・育成・配置と予算措置を行うことが

重要であることを指摘した。

D. 考察

市町村、中核市保健所、精神保健福祉センターへの調査では、精神保健の相談や企画立案についての実態とともに、人員体制などについても把握することができた。

市町村については、様々な相談を受ける中で、精神保健についての相談をすでにかなり受けていること、そして相談支援の困難さを抱えていることが分かった。またその困難な部分が、医療契約が困難な人たちの相談が多いため、現行の精神科医療体制のままでは支援は十分ではないことも明らかになった。市町村としては、このような困難さに対しては、訪問が可能な精神科医の存在が必要であると回答しており、市町村のニーズに見合った形での精神科の在宅医療の体制の充実は今後の課題であろう。

ただし、医療契約が困難な精神障害者や精神障害が疑われる人に対しては、通常の医療機関による治療が行いにくいのも事実である。このような人に対しては、市町村・保健所・精神保健福祉センターという自治体の精神保健機関による重層的支援体制が必要となる。

このような状況を考え、研究班では市町村が精神保健相談の窓口として対応し、それを保健所・精神保健福祉センターの重層的支援体制によってサポートする体制が適切であると考えた。その一方で、この体制が円滑に機能するためには、法的整備、人員確保、人員体制の課題など検討すべき点が多いことも明らかになった。特に人員体制の問題は、全国の市町村、保健所、精神保健福祉センターが共通して抱える課題であり、市町村を中心とした重層的支援体制が機能するためには、解決すべき課題であると言える。

これまで自治体の精神保健について系統的に検討されることが少なく、自治体が抱える課題についてもほとんど知られていなか

ったのが現状である。今年度の研究班では、今後の「にも包括」構築を進めるうえで、自治体の精神保健の方向性を示すとともに、自治体を持つ大きな課題について、明確化できたことも大きな成果であったと考えられる。

来年度以降の課題について述べる。第一に、今年度の成果を基に自治体のそれぞれの機関が具体的にどのような動きをすることが「にも包括」構築につながるのかについて、手引きを作成することが課題になる。第二に、平成 28 年度から懸案となっている運営要領改定案の検討も課題である。第三に、「にも包括」の概念整理もまだ十分ではない。この点の検討を行いながら、それぞれの自治体機関がどのような動きをすることが「にも包括」構築に資するのかを明確化することも継続課題である。しかしながら、自治体の状況は地域によって非常にばらつきが大きく、全国一律という形での提示は困難である。それゆえ、地域事情に合った形でのシステム構築が必要である。研究班としては、第四に、各自治体の精神保健担当者や政策立案者が全国の標準的なモデルを視野に入れながらも、地域条件を考慮して、それぞれの地域に適切な形に落とし込むことを目標にしていく。そして、全国一律の「にも包括」の決定版を示すよりも、自治体の担当者がそれぞれの地域ニーズを確認しながら、自分たちでその地域に適した「にも包括」を作り出すためのヒントが得られるような成果物を出していくことが求められる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

なし

市区町村の精神保健福祉業務に関する調査の概要

実施主体

令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者:藤井千代)
分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」(研究分担者:野口正行)

調査目的

市区町村の精神保健関連業務に係る人員体制及び精神保健関連業務の実施状況を把握するとともに、市区町村が精神保健関連業務を実施するにあたっての困難や今後の方向性について現場からの意見を集約し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」構築における市区町村等の役割を検討するための基礎資料とすること。

調査対象

全国の市区町村(N=1741)

回答数

1267(回答率72.8%)(2020年7月15日時点)

調査方法

厚生労働省より各都道府県に研究班が作成した調査票を送付し、各都道府県から各市区町村に調査票と依頼文書を送付するよう依頼。各都道府県は、各市町村からの回答を集約して厚生労働省に提出、研究班においてデータの集計・分析を実施した。調査期間は、2020年6月17日～7月15日。

調査項目

専門職配置状況、COVID-19に関連した精神保健業務の現状、市区町村業務における精神保健の関連性、普及啓発活動・企画調整業務の実施状況、保健所・精神保健福祉センターとの業務連携状況、精神保健業務における対応の困難さとその内容、精神保健業務の困難さ軽減のための方策、今後の精神保健業務推進体制とそれに伴う課題、精神保健福祉業務に関する市区町村・保健所・精神保健福祉センターの役割分担

1

市区町村における精神保健福祉業務

●COVID-19感染拡大の影響と考えられる過度の不安の訴え、家庭の問題について悩み、子育てや教育における不安等の精神保健に関する相談の有無

人口規模	コア	コアでない	回答割合(あつた/なかった/不明)	
1:人口1万人未満	N=336	2:人口1.5万人	N=530	約40%あつた
3:人口5-10万人	N=188	4:人口10-30万人	N=151	約40%あつた
5:人口30万人以上	N=62	中核:中核市・保健所設置市	N=54(再掲)	約40%あつた

●市区町村における業務とメンタルヘルス問題の関連(以下の業務の中で、精神保健(メンタルヘルス)に関する問題がどの程度あると思うか) N=1267

業務	大いにある	多少ある	あまりない	全くない	わからない
自殺対策	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
虐待(児童、高齢者、障害者)	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
生活困窮者支援・生活保護	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
母子保健、子育て支援	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
高齢・介護、認知症対策	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
配偶者等からの暴力(DV)	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
成人保健	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%

●普及啓発の実施状況 N=1267

活動	単独で実施	保健所と共同で実施	精神福祉センターと共同で実施	保健所及び精神保健福祉センターと共同で実施	実施していない
一般市民を対象とした講演会・研修会	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
支援者を対象とした講演会・研修会	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
ホームページを活用した普及啓発	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
パンフレット・広報紙等を活用した普及啓発	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
心の健康推進員・ゲートキーパー等の育成	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%

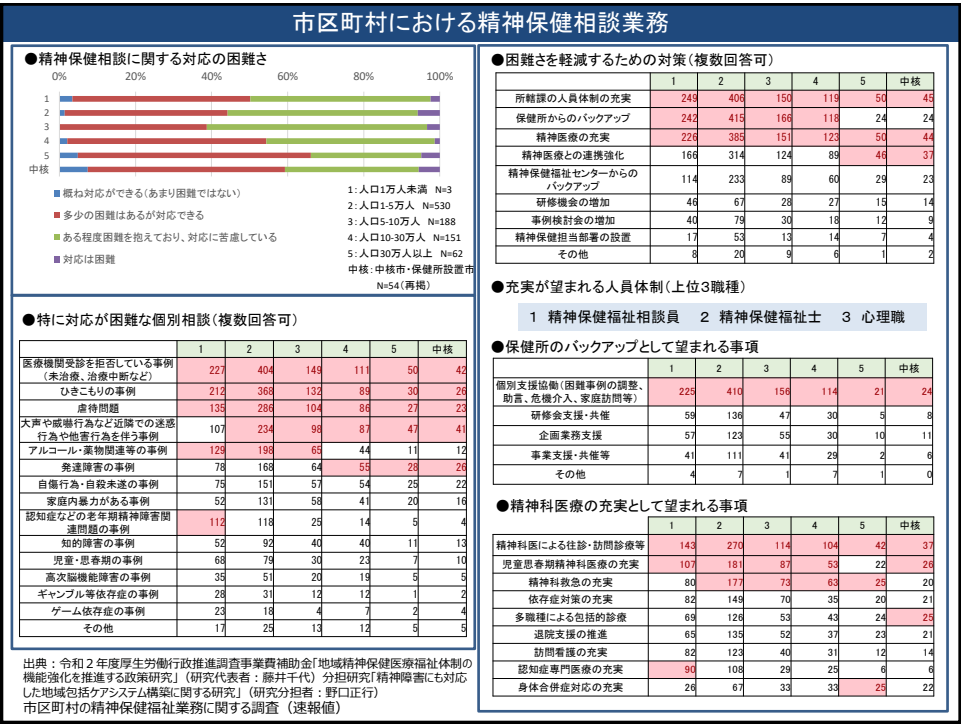
●企画調整業務の実施状況 N=1267

業務	単独で実施	保健所と共同で実施	精神福祉センターと共同で実施	保健所及び精神保健福祉センターと共同で実施	実施していない
精神科医療機関数の把握	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
精神障害者数、入院日数、入退院数の把握	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
精神保健福祉資料を活用した分析	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%
障害福祉サービス施設、サービス利用精神障害者数の把握	約40%	約40%	約10%	約5%	約5%

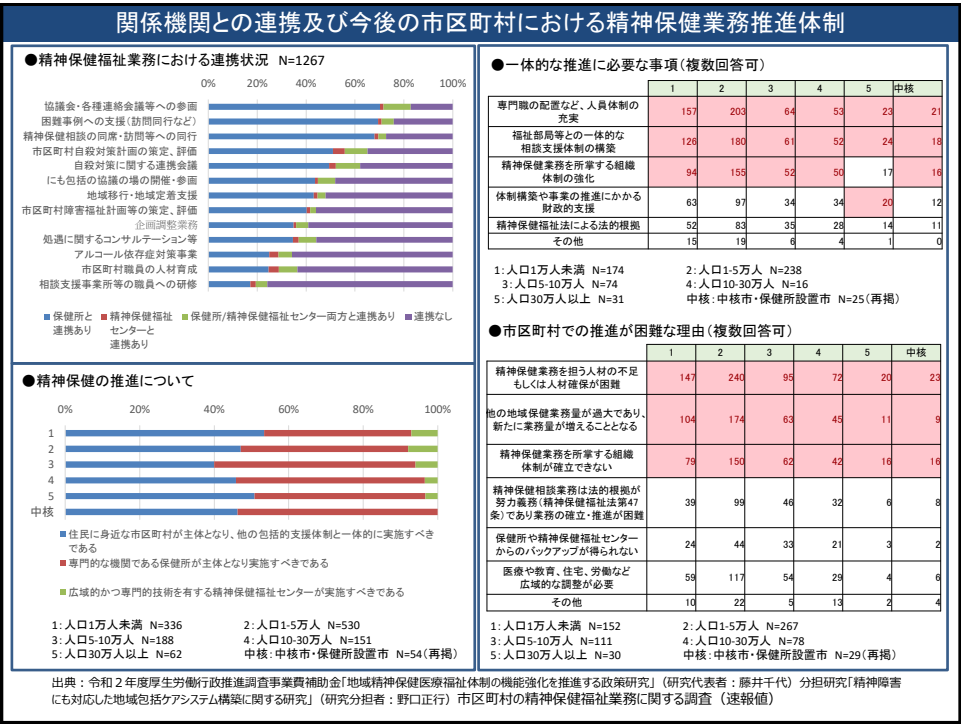
出典：令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者：藤井千代)
分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」(研究分担者：野口正行)
市区町村の精神保健福祉業務に関する調査(速報値)

2

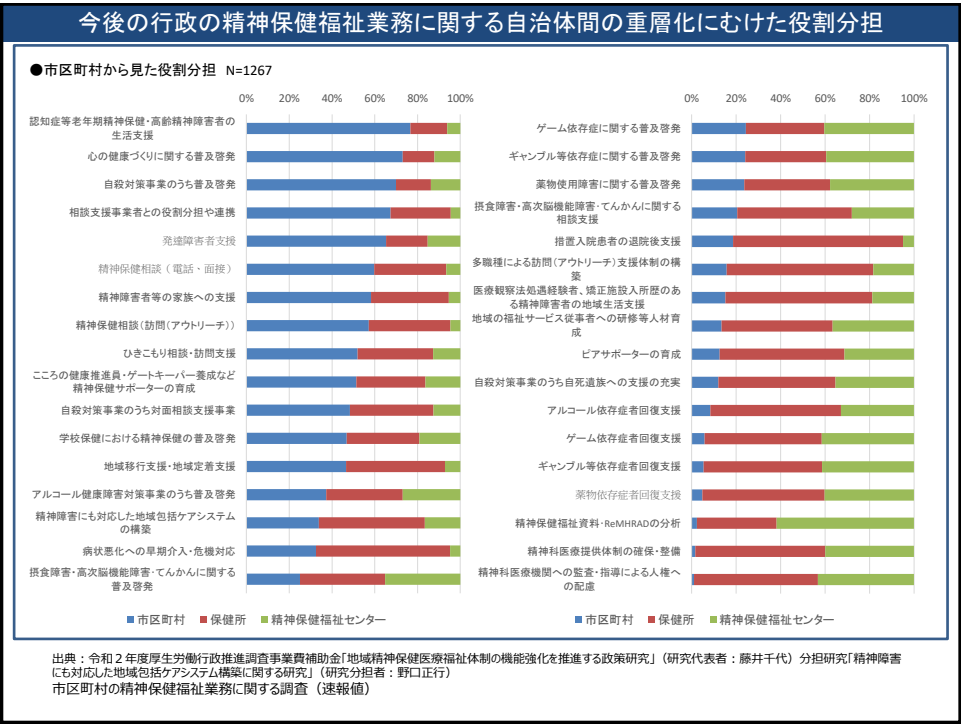
14



3

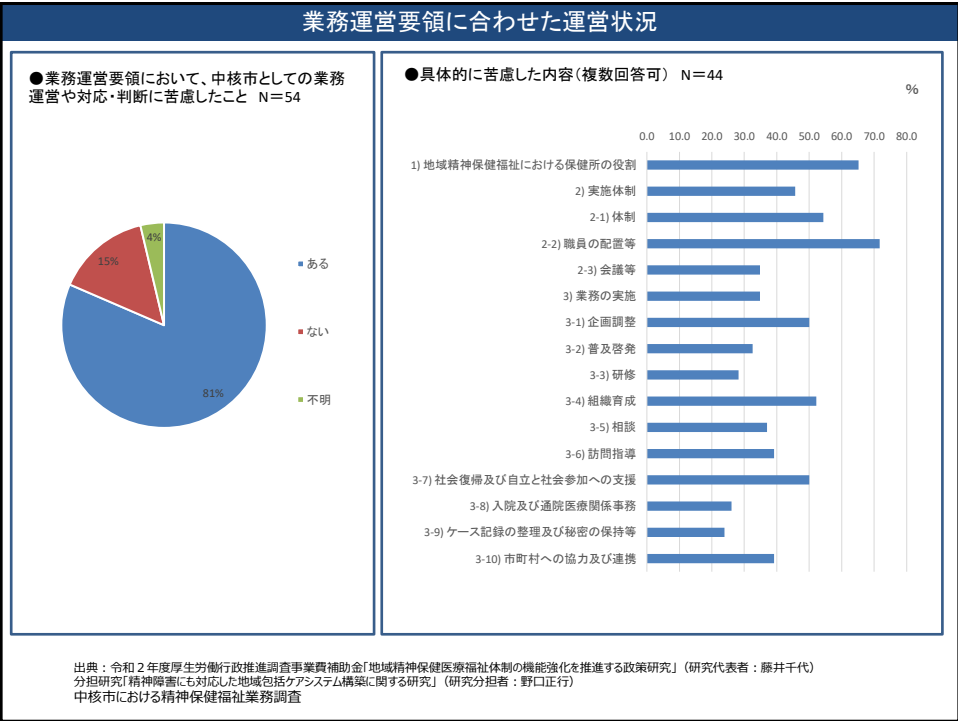


4

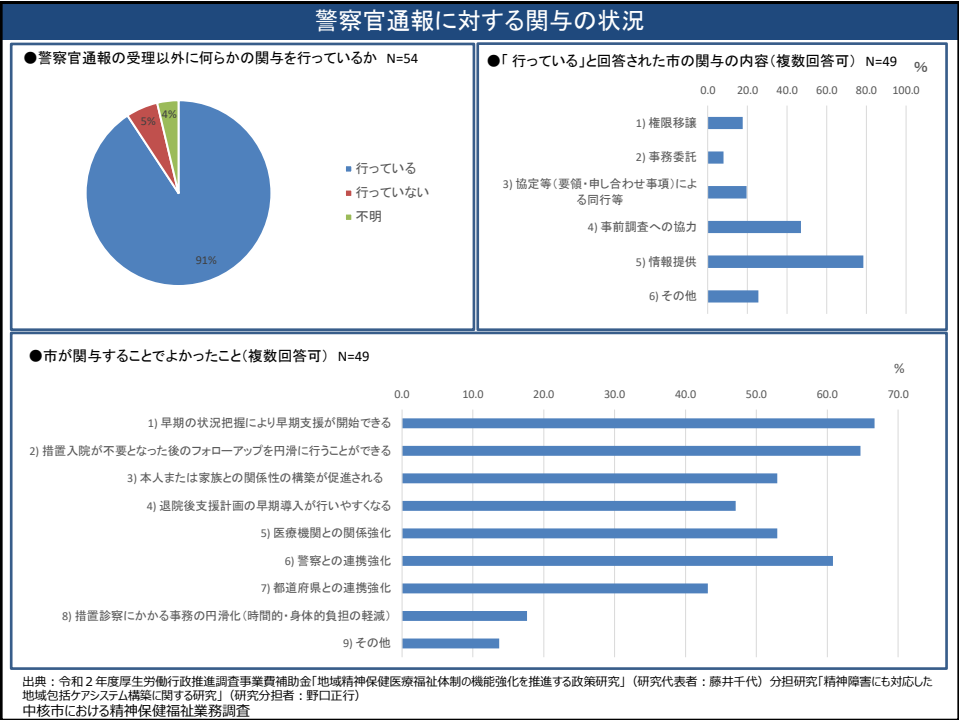


業務運営要領改正に向けた中核市における精神保健福祉業務調査の概要	
実施主体	令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者:藤井千代) 分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」(研究分担者:野口正行)
調査目的	業務運営要領改正に向けた中核市における精神保健福祉業務の実施状況を把握するとともに、精神保健 関連業務を実施するにあたって中核市固有の課題を把握し、中核市における「精神障害にも対応した地域包 括ケアシステム」構築に向けた実施体制を検討するための基礎資料とすること。
調査対象	全国の中核市60ヶ所(N=60)
回答数	54(回答率90.0%)(2020年12月1日時点)
調査方法	研究班より各中核市に研究班が作成した調査票を送付し、各中核市からの回答を研究班が集約して厚生労働 省に提出した。研究班においてデータを集計・分析を実施した。調査期間は、2020年10月16日より10月30日。
調査項目	業務運営要領に合わせた運営状況、警察官通報に対する関与の状況、精神障害にも対応した地域包括ケア システムの構築推進に向けた体制について、地域共生社会の実現に向けた精神保健福祉業務と多分野領域 との連携について

1



2



3

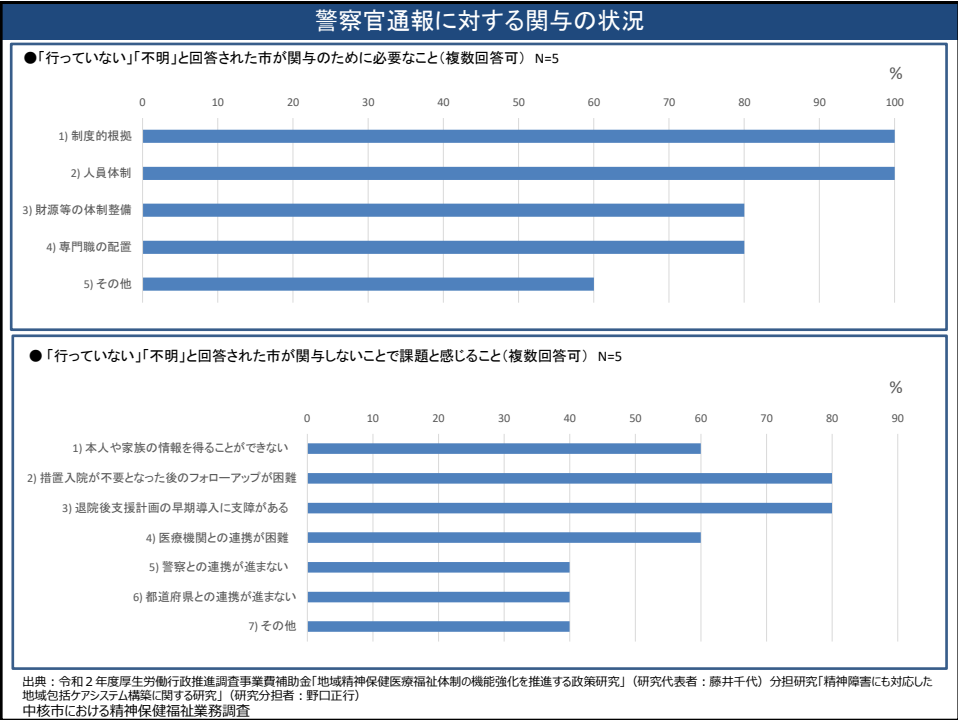
警察官通報に対する関与の状況

●市の関与内容に応じた業務上のメリット(複数回答可)

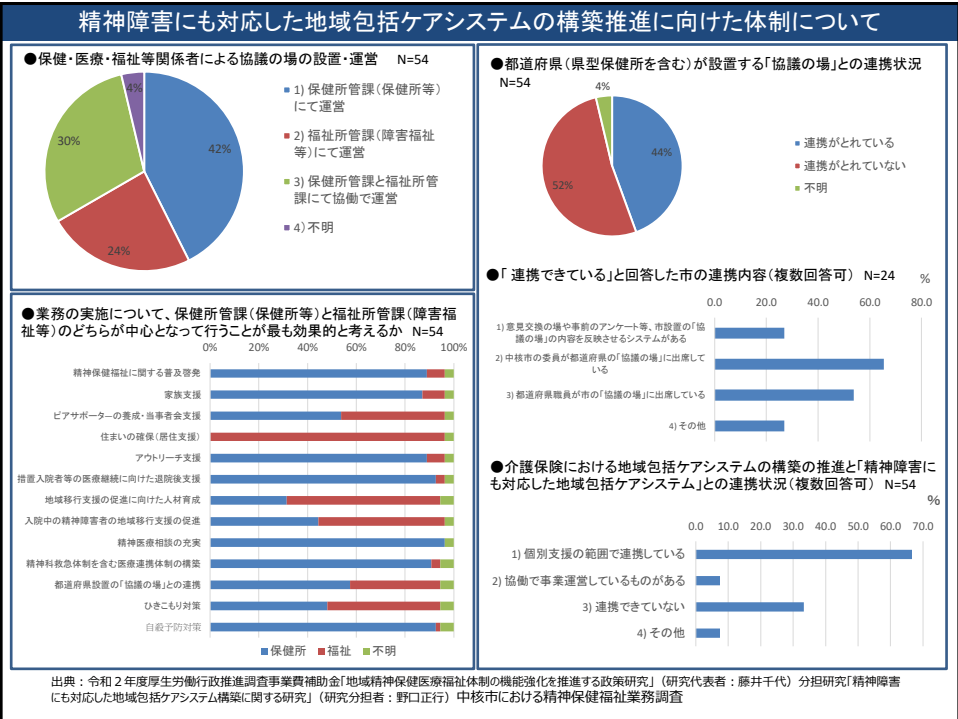
	1) 早期の状況把握により早期支援が開始できる	2) 措置入院が不要となった後のフォローアップを円滑に行うことができる	3) 本人または家族との関係性の構築が促進される	4) 退院後支援計画の早期導入が行いやすくなる	5) 医療機関との関係強化	6) 警察との連携強化	7) 都道府県との連携強化	8) 措置診察にかかる事務の円滑化(時間的・身体的負担の軽減)	9) その他
1) 権限移譲 N=9	66.7	77.8	77.8	55.6	66.7	66.7	33.3	55.6	33.3
2) 事務委託 N=4	100.0	100.0	75.0	100.0	100.0	75.0	75.0	50.0	50.0
3) 協定等(要領・申し合わせ事項)による同行等 N=10	100.0	80.0	80.0	60.0	70.0	80.0	50.0	20.0	20.0
4) 事前調査への協力 N=23	66.7	79.2	62.5	50.0	50.0	75.0	45.8	16.7	16.7
5) 情報提供 N=40	65.0	67.5	50.0	45.0	50.0	57.5	45.0	15.0	15.0
6) その他 N=12	76.9	61.5	69.2	53.8	53.8	76.9	53.8	38.5	46.2

出典：令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者：藤井千代) 分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」(研究分担者：野口正行)
中核市における精神保健福祉業務調査

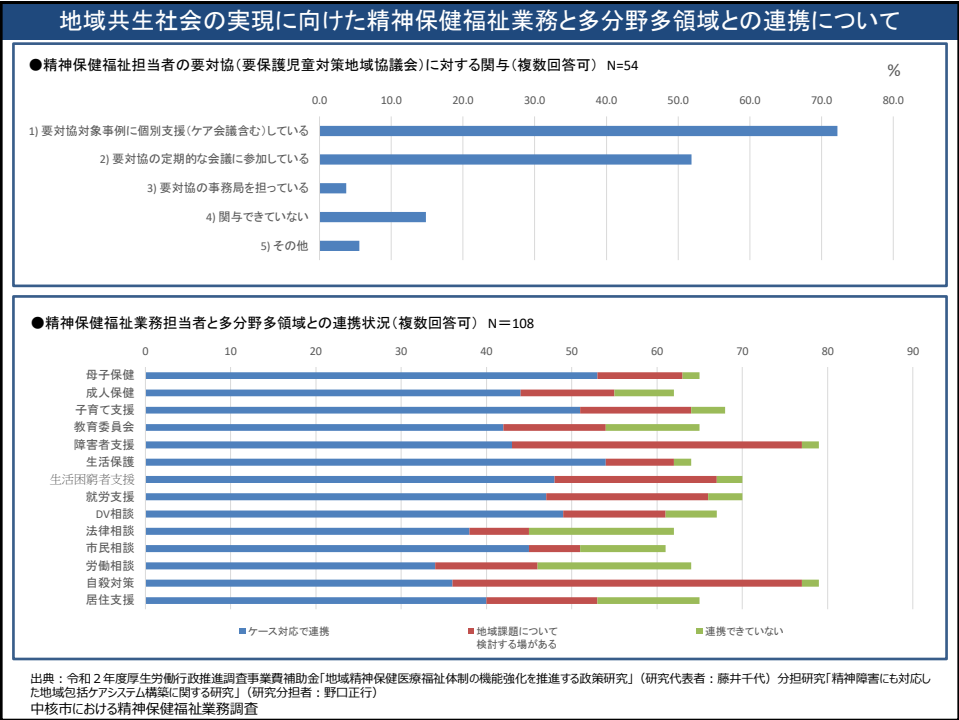
4



5



6



精神保健福祉センターの業務に関する調査の概要

実施主体

令和2年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者: 藤井千代) 分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」(研究分担者: 野口正行)

調査目的

第3回精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会において、精神保健福祉センターが現在有している機能と役割と人員体制を把握するとともに、今後のセンターが果たすべき役割とそれに必要な項目をどのようにセンターがとらえているかを把握する目的で実施した。

調査対象

全国の精神保健福祉センター(N=69)

回答数

65(回答率94.2%)(2020年7月10日時点)

調査方法

研究班より、各センターに研究班が作成した調査票と依頼状を送付した。各センターは回答を研究班に提出した。全国精神保健福祉センター長会にも事前に研究について承認を得て、センター長会のメーリングリストにおいても、研究協力の依頼を行った。研究班においてデータを集計・分析を行った。調査期間は、2020年6月17日～7月9日

調査項目

専門職配置状況、COVID-19に関連した精神保健業務の現状、市区町村業務における精神保健の関連性、普及啓発活動・企画調整業務の実施状況、保健所・精神保健福祉センターとの業務連携状況、今後の精神保健業務推進体制とそれに伴う課題、精神保健福祉業務に関する市区町村・保健所・精神保健福祉センターの役割分担。

1

精神保健福祉センターの人員体制と業務量

●令和2年4月1日時点の貴センターの人員体制 N=65

	常勤職員 (センターのみに勤務している)	常勤職員 (センター以外も兼務している)	再任用職員 がいる	会計年度の非常勤職員 がいる	それ以外の非常勤職員 がいる	左記に該当しない
精神科医	48	21	0	9	23	0
その他の医師	1	3	0	0	2	32
保健師	61	4	12	20	6	2
看護師	13	0	5	18	2	22
公認心理師等心理職	54	5	2	33	6	1
精神保健福祉士	44	2	5	37	4	6
作業療法士	20	1	1	5	0	26
その他の専門職	14	3	2	11	3	19
事務職	62	7	18	47	4	1
その他の職種	6	0	1	10	2	14

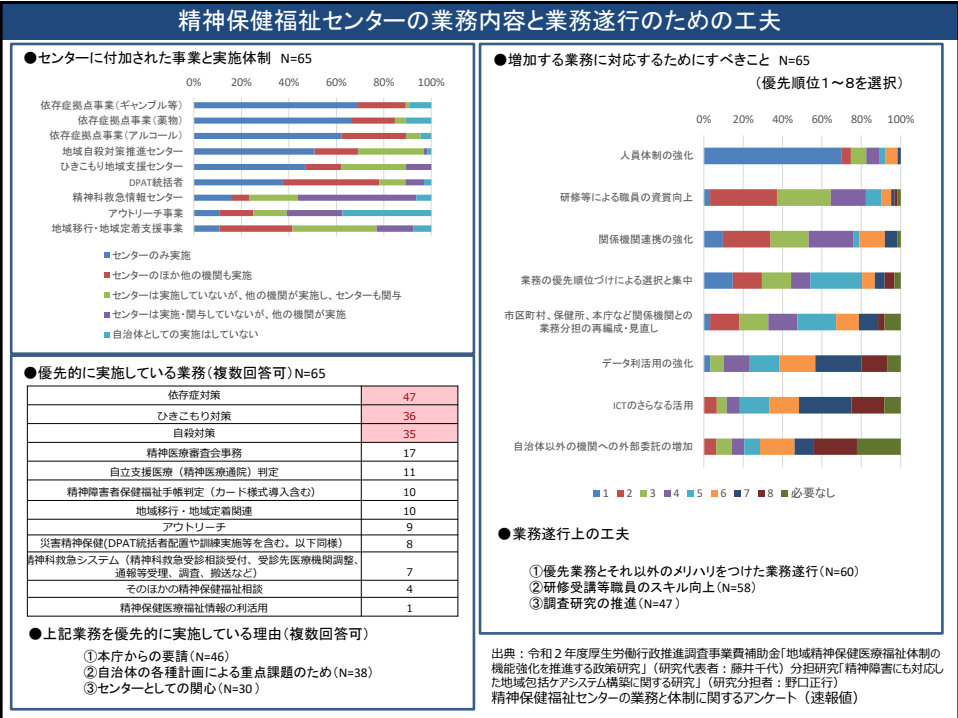
●最近5年間の人員体制の傾向 N=65

●今後の業務量の見通し N=65

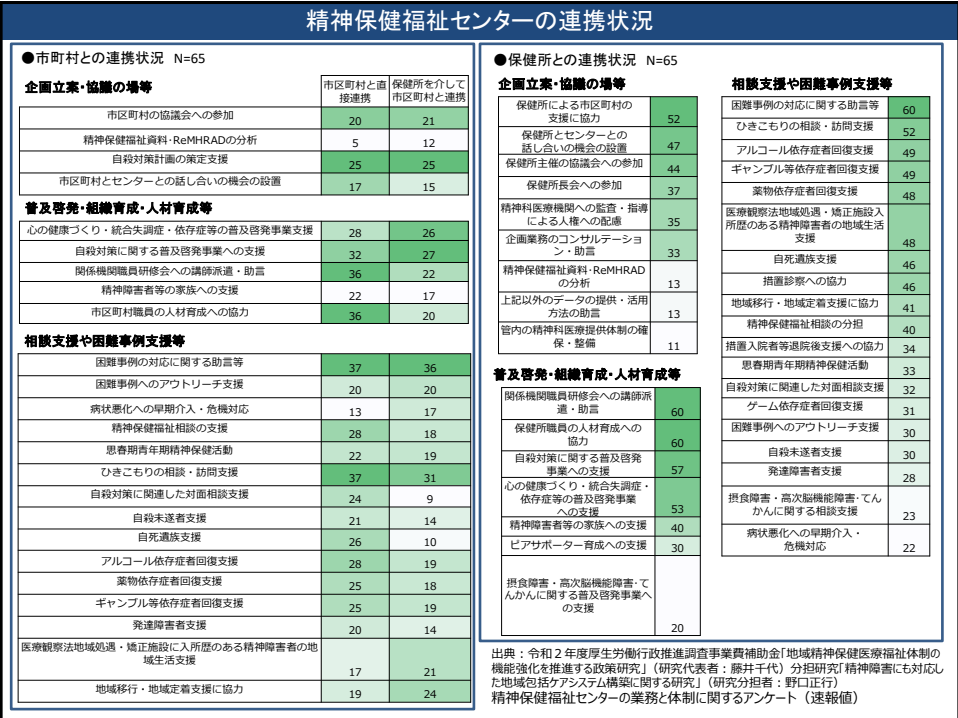
●増員が望まれる職種

①精神保健福祉士 (N=47)
②精神科医 (N=44)
③保健師 (N=43)

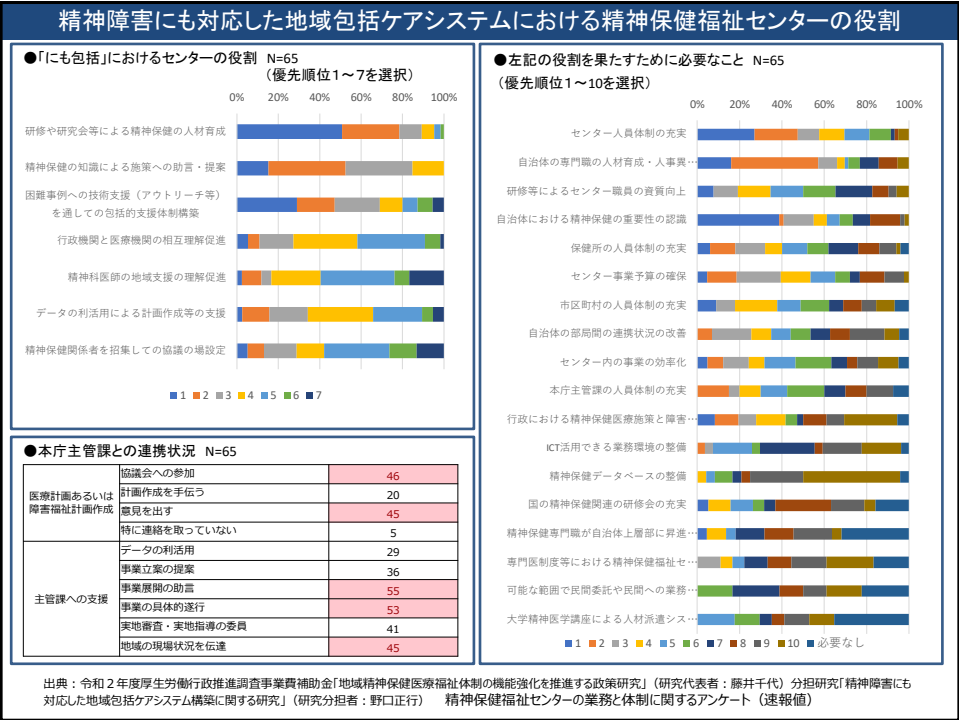
2



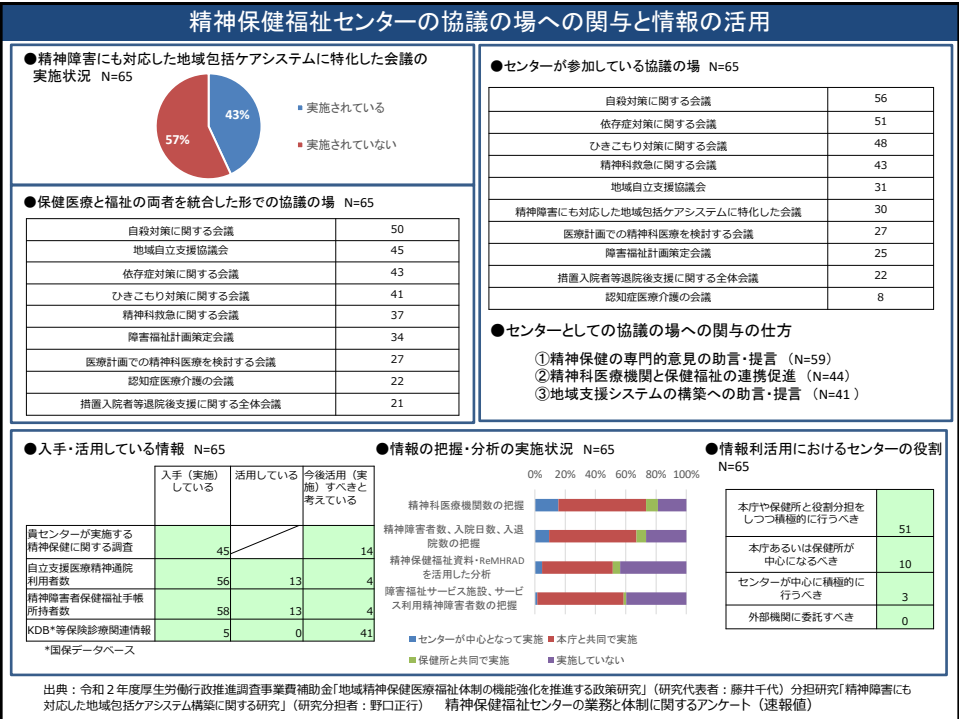
3



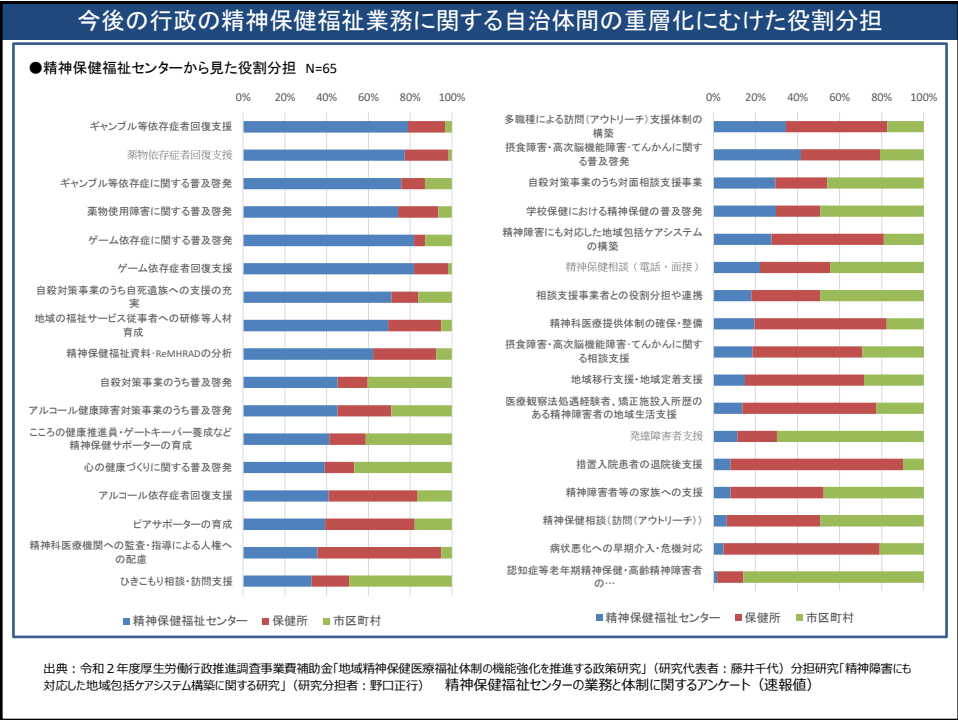
4



5



6



精神障害にも対応した地域包括ケアシステム と自治体の精神保健

令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業
「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」
(研究代表者： 藤井千代)
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する研究」
(分担研究者 野口正行)

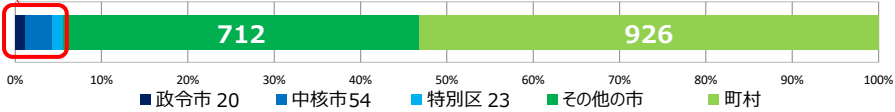
1

1

全国の自治体数

自治体数 47都道府県及び1,741市区町村(2018年10月現在)

「にも包括」構築推進事業実施主体候補自治体：47都道府県 + 109保健所設置市町村
(20+60+23+6=109) (8.9%)

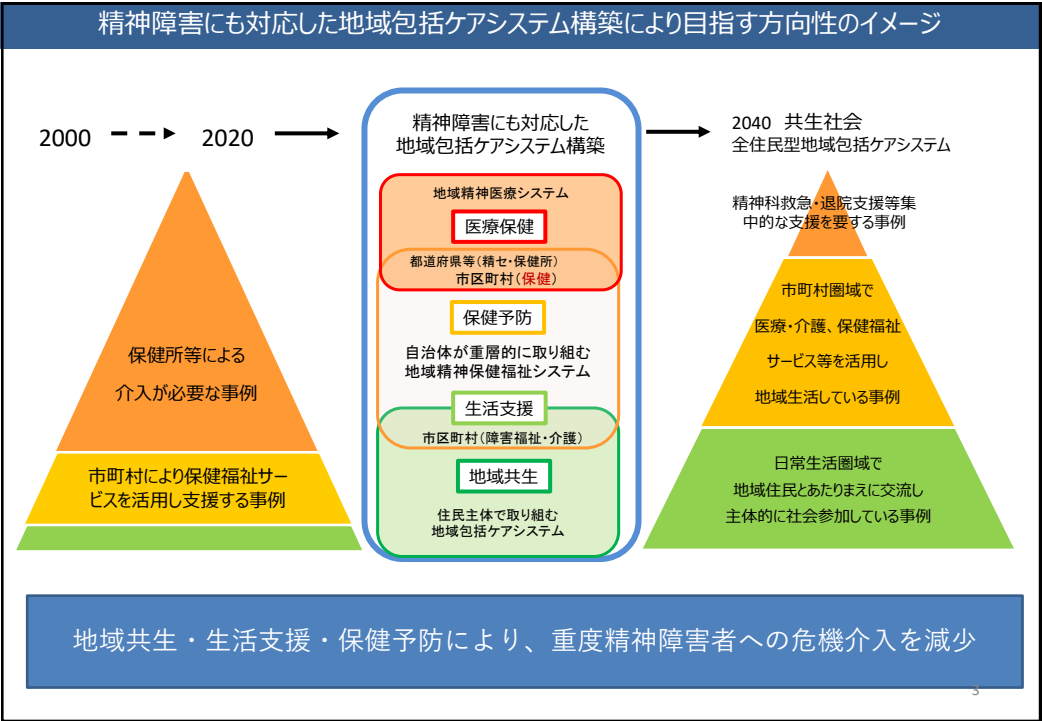


専門機関設置状況	自治体数	精神保健福祉センター	保健所	児童相談所	更生相談所	権利擁護センター	福祉事務所	保健センター	虐待防止センター
都道府県	47	○	360	○	○	○	○ 町村部所管	—	—
市区町村	政令市	○	26	○	○	○	○	○	○
	中核市	—	54	2	—	—	○	○	○
	特別区	—	○	○	—	—	○	○	○
	その他の市	—	6	—	—	—	○	○	○
	町村	—	—	—	—	—	—	○	○

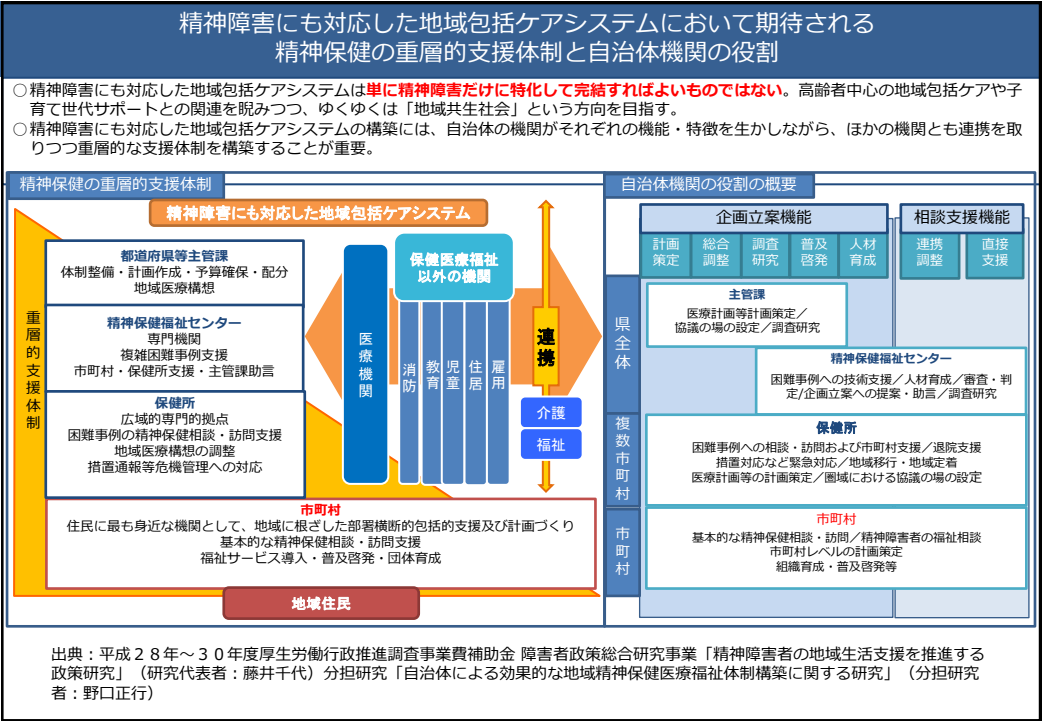
※都道府県、政令市には精神保健福祉センターが設置され、また都道府県、政令市、中核市、特別区、一部の市には保健所が設置されている。
※都道府県、政令市、中核市、特別区では、公衆衛生医、精神保健福祉相談員の任用がある。
※都道府県、政令市、中核市、特別区では、福祉職採用（社会福祉士や精神保健福祉士等）がある。
※保健所未設置の市及び町村部には、公衆衛生医及び福祉職（保育士を除く）の配置は極めて少ない。

2

2



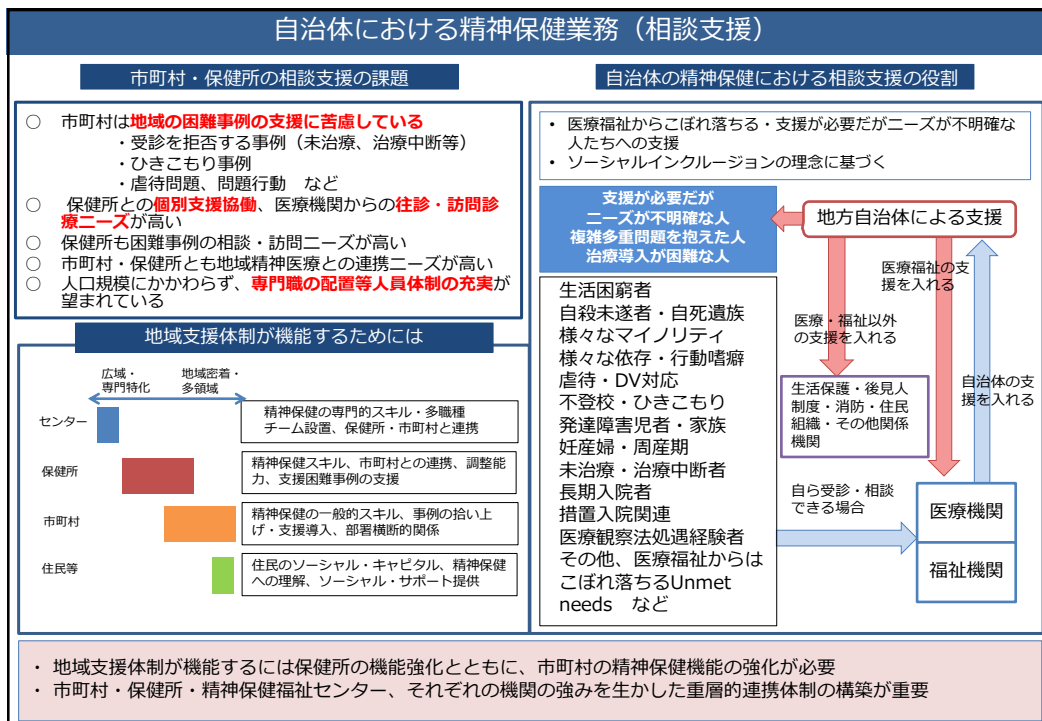
3



4



5



6

市町村における精神保健福祉法・総合支援法の狭間問題

○精神保健福祉法

第47条（相談指導等）

3 市町村は前2項の規定により都道府県が行う精神障害者に関する事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて精神障害者の福祉に関し、精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、及びこれらの者を指導しなければならない。（義務規定）

4 市町村は、前項に定めるもののほか、必要に応じて精神保健に関し、精神障害者及びその家族等その他の関係者からの相談に応じ、及びこれらの者を指導するよう努めなければならない。（努力義務規定）

第49条（事業の利用の調整等）

市町村は、精神障害者から求めがあったときは、（中略）当該精神障害者が最も適切な障害福祉サービス事業の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行うものとする。（略）

○障害者総合支援法第77条地域生活支援事業

第77条（基幹相談支援センター）

2 基幹相談支援センターは、地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、前条第1項第3号及び第4号に掲げる事業並びに身体障害者福祉法第9条第5項第2号及び第3号、知的障害者福祉法第9条第5項第2号及び第3号並びに精神保健福祉法第49条第1項に規定する業務を総合的に行うことを目的とする。

7

7

地域のニーズに対応するための企画立案

自治体による企画立案のためのアプローチ

公衆衛生的視点

自治体精神保健は個別ケースマネジメントと地域マネジメントをつなぐ

臨床的視点

全体の量的把握
全体計画作成

支援ニーズ量と支援提供量のマッチング

地域包括ケア

困難事例への直接支援
地域の質的把握

困難事例支援を通じた地域ネットワーク構築

支援ニーズに応じ、利用可能なリソースを活用した効果的な提供体制の構築

企画立案・調整

* 精神保健システムの見取り図
医療計画・障害福祉計画等

* 施策立案・予算化・進行管理

* 各種協議の場
障害福祉、依存症、自殺、アウトリーチ、地域移行、ひきこもり、てんかん、その他

* 調整業務
各種団体等との意見調整

* 各種審査業務
精神医療審査会、自立・手帳審査会その他の審査会
実地指導・実地審査

* データ管理・解釈
精神保健福祉資料、ReMHRADの活用

* 支援ニーズ・リソース等調査研究

【企画立案業務の課題】

○ 地域のニーズ、リソースの把握と課題分析をどう行うか
⇒量的データと支援経験の統合

○ 制度縦割化した事業をどう効果的につなげるか（ひきこもり、依存症、自殺等）
⇒重複した領域の整理と重み付け
⇒国の政策レベルでの整理も必要

○ 部署横断的に関係部署が連携できる工夫

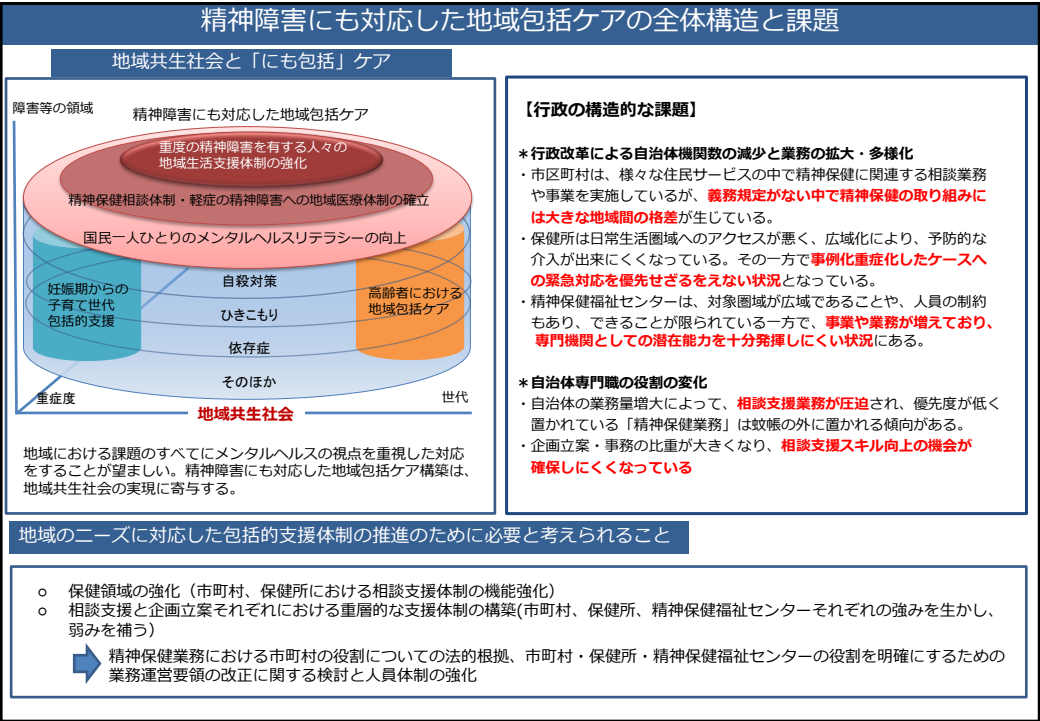
○ 専門性をもった職員の人事配置と育成
⇒データの整理・解釈・活用ができる職員の育成

○ 協議の場の戦略的・効率的な整理と活用

8

8

28



市町村の現状と課題

全国精神保健福祉相談員会
飯能市（埼玉県）
山本 賢

1

説明の要旨（1）

市区町村による取組を深化させるために ～保健所未設置の市町村の実践から～

- 精神保健及び精神障害者の福祉に関する取組は、「特別」なことではなく、市区町村が主体となり、誰もがあたり前に利用できる「市民サービス」として提供体制を整備することが重要。
- 地域住民への普及啓発、精神保健教育、福祉教育、人権教育を効果的に実施し、精神障害のある方の意思が尊重され、包摂された地域社会の実現を図ることが重要。
- 2025年、2040年までを見通し、先行する福祉領域の地域包括ケアシステムと連動・統合することが必要。

2

参考
<p style="text-align: center;">地域保健対策の基本的な在り方について 1993年</p>
<p style="text-align: center;">公衆衛生審議会総合部会</p>
<p>(略)</p>
<p>3. 市町村、都道府県及び国の役割</p>
<p>(3) 市町村の役割</p>
<p>・保健や福祉のような住民に身近なサービスについては、市町村が主体性をもって一元的に実施することを基本方針とすべき。</p>
<p>・このため市町村の役割は、窓口機能ときめ細かなサービスの総合的な提供・住民に、最も身近で基礎的な自治体がサービス提供の主体となることにより、自主的な住民参加が期待される。</p>
<p>4. 今後の改革方策</p>
<p>(1) 市町村における保健サービスの実施体制の整備</p>
<p>・精神障害者の社会復帰（中略）のうち、身近で頻度の高い保健サービスは、市町村においても保健所の協力のもとに実施することが必要。</p>
<p>1993年（平成5年） 障害者基本法</p>
<p>1994年（平成6年） 地域保健法</p>
<p>2000年（平成14年） 精神保健福祉法</p>

3

参考
<p style="text-align: center;">平成27年9月25日 社会保障審議会障害者部会資料 2015</p>
<p style="text-align: center;">地域精神保健業務を担う行政機関 (2)市町村(市町村保健センター)</p>
<p style="text-align: center;">概要</p>
<p>■設置主体:市町村</p> <p>■法的根拠:地域保健法、(精神保健福祉業務に関するもの)精神保健福祉法、障害者総合支援法</p> <p>■財源:一般財源</p> <p>■業務:住民に対する健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業(精神保健に関するもの)</p> <p>・平成18年自立支援法施行により、市町村が精神障害者に対する相談支援事業を行うこととなる。</p> <p>・主に企画調整、普及啓発、相談指導、社会復帰及び自立と社会参加への支援、入院及び自立支援医療費(精神通院医療)関係事務などを行う。</p> <p>■市町村数:1,718市町村(平成27年4月1日現在)</p> <p>(市:790 [うち、政令指定都市:20市、中核市:45市、特例市:39]、町:745 村:183)</p> <p>■市町村保健センター設置数:2,477か所<平成27年4月1日現在></p> <p>■人員配置:特に規定はないが、相談支援従事者研修の受講者や、精神保健福祉相談員を配置することが望ましいこととしている。</p>
<p style="text-align: center;">相談や訪問支援の仕組み</p>
<p>◆相談</p> <p>・精神保健福祉相談の実施については、保健所の協力と連携の下で地域の実情に応じた体制で業務を行う。</p> <p>・相談内容:障害者総合支援法の障害福祉サービスの利用に関する相談を中心に、精神保健福祉に関する基本的な相談。</p> <p>◆訪問</p> <p>・特に法律等による規定はないが、行政サービスの一環として保健師等の訪問による精神保健福祉に関する指導・支援が行われている。</p>

16

4

説明の要旨（2）

失われた30年 ～市区町村による取組を深化させるための対応策～

これまでに示されてきた「あるべき」姿

地域包括ケアシステム構築のために
取り組むべき課題

●保健や福祉のような住民に身近なサービスについては、市町村が主体性をもって一元的に実施することを基本方針とすべき。

○精神保健相談体制（基盤整備）
住民に身近な市町村により、引き続き行政サービス（精神保健関連サービスと障害福祉関連サービス等）提供体制を強化する。（法的根拠、財源確保、人員確保）

●市民は、精神保健に関する正しい知識を得ることにより、自らの心の健康の保持増進に取り組み、メンタルヘルス不調を感じた際には、早期に受診行動を起こすことができる。（重症化を予防する）

○精神保健教育の実施
学校保健（教育行政）と連動し、ストレス対処や精神疾患の正しい理解をすすめる、援助希求や早期受診にむけた行動変容を促し、重症化を予防する。

●市民は、精神障害者及びその福祉に関して正しい理解をすすめることにより、相互理解を深め、誰ひとりとして地域から排除されない社会で安心して暮らすことができる。

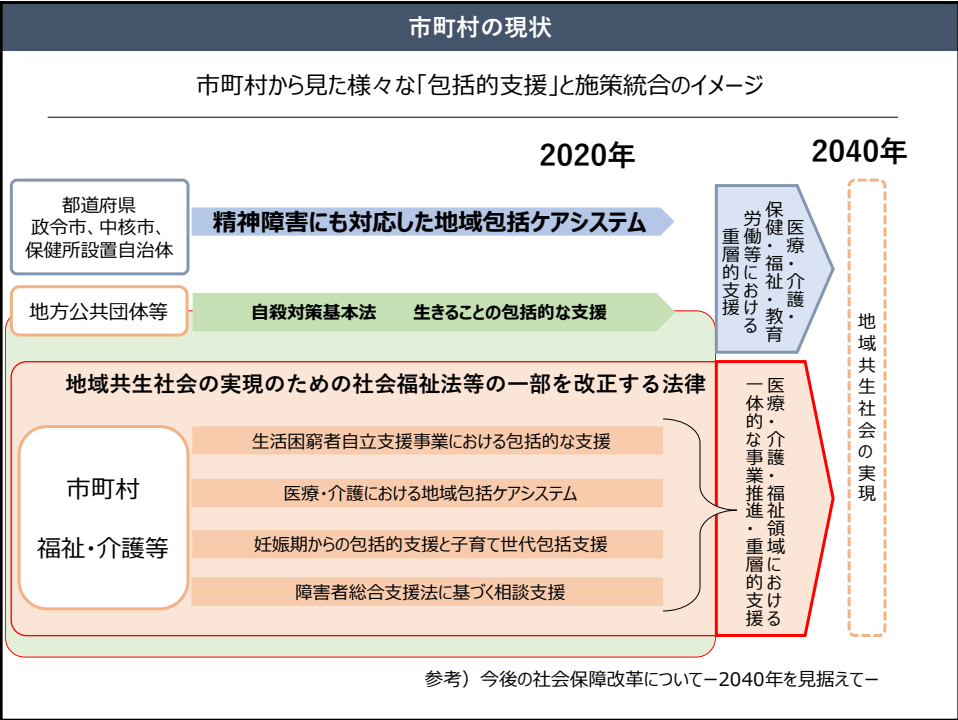
○福祉教育による地域の互助の強化
当事者参画により、精神障害の理解のための福祉教育を実施することにより、精神障害への正しい理解をすすめる（普及啓発）とともに住民との相互理解を図る。

5

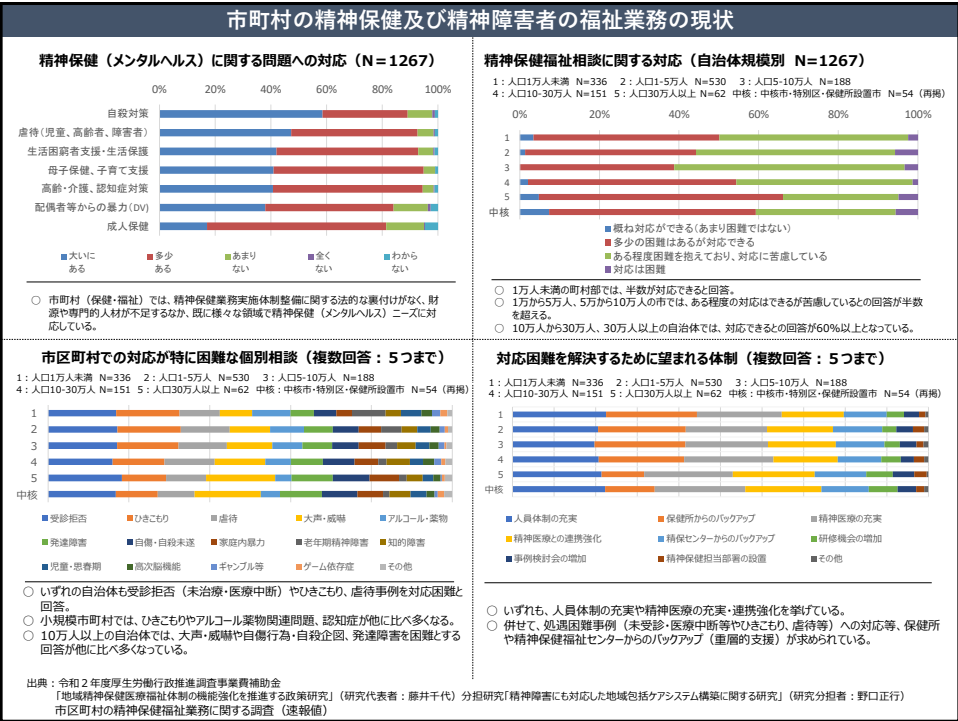
精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築事業と市町村が取り組む様々な包括的支援の比較					
	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム	妊娠期からの切れ目のない支援 子育て世代包括支援	生活困窮者自立支援 における包括的な支援	地域包括ケアシステム	地域共生社会の実現 に向けた包括的支援
根拠法令等	※補助事業（H29～） ※障害福祉計画	子ども・子育て支援法（H24） ※子ども子育て支援計画	生活困窮者自立支援法（H25）	地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（H30） ※介護保険事業計画	改正社会福祉法（H29） ※地域福祉計画
厚労省所管	社会・援護局	子ども家庭局	社会・援護局	老健局、保険局	社会・援護局
実施主体	都道府県 政令市、中核市、特別区、保健所設置市	市町村	市（特別区を含む）及び福祉事務所を設置する町村 都道府県	市町村	市町村
包括的連携	医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育	家庭、学校、地域、職場、その他の社会のあらゆる分野	福祉関係課（保護担当、地域福祉担当、高齢、障害、児童） 保健医療、住宅、商工、教育、税務、保険・年金、水道、市民生活、人権	○医療・介護連携推進等 ○地域共生社会実現に向けた取組の推進等	地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築 ①断らない相談 ②参加支援、 ③地域づくりに向けた
整備方針等	「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指す	子ども及びその保護者が置かれている環境に応じて、子どもの保護者の資質に基づき、多様な施設又は事業者から、良質かつ適切な教育及び保育その他の子ども・子育て支援が総合的かつ効果的に提供されるよう、その提供体制を確保すること。	生活困窮者の尊厳の保持を図りつつ、生活困窮者の就労の状況、心身の状況、地域社会からの孤立の状況その他の状況に応じて、包括的かつ早期に行われなければならない。 地域における福祉、就労、教育、住宅その他の生活困窮者に対する支援に関する業務を行う関係機関（以下単に「関係機関」という。）及び民間団体との緊密な連携その他必要な支援体制の整備に配慮して行われなければならない。	1)自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進 2)医療・介護の連携の推進等 3)地域共生社会の実現に向けた取組の推進等 ・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り	「全ての人が地域、暮らし、生きがいと共に創り高め合う地域共生社会を実現する」「断らない相談支援」などの包括支援や多様な地域活動の普及・促進について、新たな制度の創設の検討を含め、取組を強化する」 経済財政運営と改革の基本方針 2019（骨太の方針 令和元年6月21日 閣議決定）
法的根拠なし 精神・障害保健課					
地域共生社会の実現のための社会福祉法一部改正 地域福祉課、基盤整備課、総務課（老健局）、医療介護連携政策課、政策統括官付情報化担当参事官室					

6

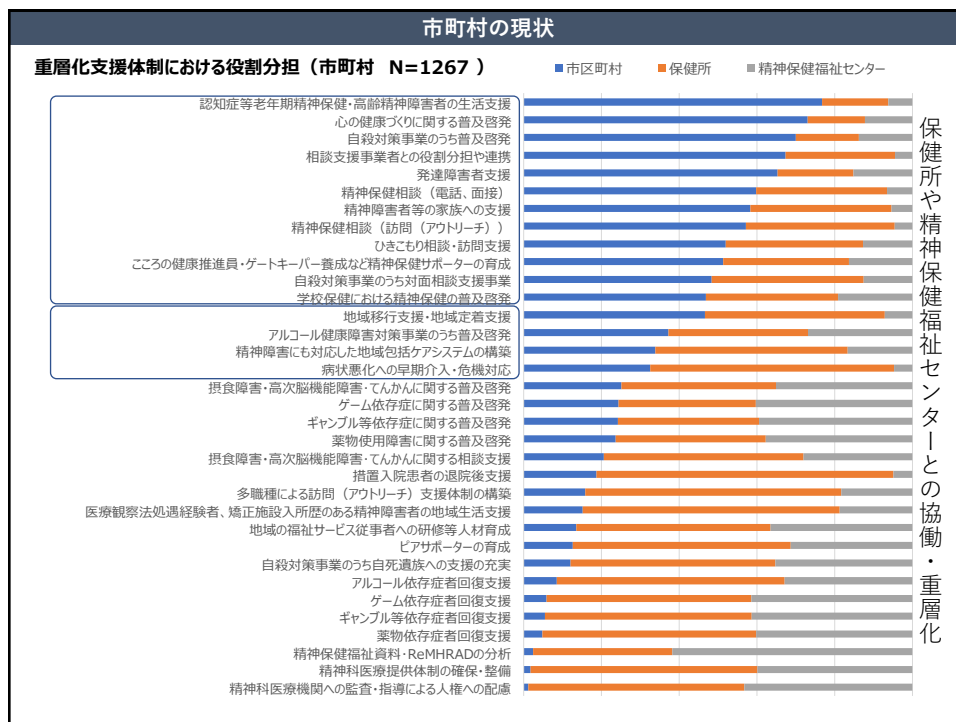
6



7



8



9

市町村の現状（精神保健や精神障害者の福祉と関連する主な施策・事業等）	
<p>精神保健福祉法</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医療保護入院にかかる市長同意 ○精神保健福祉手帳（申請・交付窓口） ○精神障害についての正しい知識の普及 ○相談指導等 <ul style="list-style-type: none"> ・障害福祉の福祉に関すること ・<u>精神保健に関すること（努力義務）</u> ○事業の利用調整等 ○<u>成年後見制度審判の請求（努力義務）</u> ○後見等を行うものの推薦等 ○精神保健診療事前調査への協力 <p>自殺対策基本法</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市町村自殺対策計画策定 ○調査研究等の推進及び体制の整備 ○心の健康の保持に係る教育及び啓発の推進等 ○医療提供体制の整備、自殺発生回避のための体制整備 ○自殺者の親族等への支援 ○民間団体の活動支援 <p>アルコール健康障害対策基本法</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地域の状況に応じた施策を策定・実施する責務 ○<u>正しい知識の普及（努力義務）</u> ○健康診査・保健指導等、相談指導、団体支援 	<p>障害者総合支援法・児童福祉法</p> <ul style="list-style-type: none"> ○障害福祉計画 ○介護給付費等の支給に関する審査会 ○協議会（精神保健福祉部会・地域移行部会等） ○意思決定支援 ○<u>地域生活支援事業（市町村必須事業）</u> <ul style="list-style-type: none"> ・理解促進研修・啓発事業 ・自発的活動支援事業 ○<u>相談支援事業</u> <ul style="list-style-type: none"> ・基幹相談支援センター等機能強化事業 ・住宅入居等支援事業 ・障害者相談支援事業 ・成年後見制度利用支援事業 ・成年後見制度法人後見支援事業 ・地域活動支援センター機能強化事業 ・障害者支援協議会（自立支援協議会） ・地域生活支援拠点 ○自立支援医療申請窓口 ○障害児福祉計画 ○児童発達支援センター <p>障害者虐待防止法</p> <ul style="list-style-type: none"> ○<u>障害者虐待防止センター（市町村必須事業）</u> ○通報・届出、相談 ○事実確認、立入調査、養護者支援等
○他に母子保健・子育て支援、健康増進、医療・介護等、生活困窮者自立支援、高齢者虐待防止等	

10

市町村の現状：埼玉県内の実践（精神保健）													
○狭山保健所管内の精神保健(メンタルヘルス) 相談関連事業実施状況													
出典) 狭山保健所管内精神保健福祉担当者会議資料一部改編													
	管内人口 (万人)	PSW 常勤 (人)	随時 相談	子ども の心	思春期	ひき こもり	こころの 健康 相談	AL 依存症	気分 障害	DC/ ピア サポート	自殺 未遂者 支援	自殺 遺族 支援	その他
狭山 保健所	77.9	3	○	○		○ ☉ 家族	☉	☉					措置診察関連業務 措置入院者退院後支援
所沢市	34.4	7	○		○		○		○ ☉	☉		☉	○アウトリーチ支援 ☉発達障害支援 ☉強迫性障害支援 ☉高次脳機能障害 支援
狭山市	15.2	3	○				○			☉			
入間市	14.8	4	○			○	○			☉			○もの忘れ相談
飯能市	7.9	3	○				○	☉	○ ☉	☉			☉AL節酒指導
日高市	5.6	5	○				○		☉	☉			
※管内の精神科病院は13病院（2,362床） ※管内の警察署は3署 ※管内5市はすべて保健所未設置市													
○相談事業 ☉グループ相談事業													

11

市町村の課題
<p>市町村の強み</p> <ul style="list-style-type: none"> 市町村合併によって組織が専門化したり、専門職員が増えたりすることによって体制が充実した市町村がある。 住民及び職員のCIVIC PRIDESが醸成されている。「我が町の健康は、私たちが衛る」「困ったときはお互い様」 職員は、自らの業務についてセーフティネット機能を意識化し取り組んでいる。 <ul style="list-style-type: none"> 障害種別に関わらず支援ニーズがある方に寄り添い、地域の互助や関係機関とのネットワークを活用し支援できる。 住民サービスへのアクセシビリティがよい。 住民互助（町内会レベル～日常生活圏域）の取組が盛ん。 小回りの利く行政。 <ul style="list-style-type: none"> 地域の特性を生かした事業運営(地域性) 住民ニーズの把握から対応まで一貫性を持って対応(即応性) <ul style="list-style-type: none"> 行政職、保健師等専門職がそれぞれの視点で地域を把握している。 庁内連携と町内連携、地域情報の把握 互いのネットワークを生かせる形での庁内調整が行われる。 障害福祉の社会資源のみならず、地域資源（インフォーマルサービス）に関する情報や人的ネットワークもある。 例）自治体や民生委員による地域福祉活動、商工関係者の協力、見守り支援等 他の領域のノウハウが共有・活用される <ul style="list-style-type: none"> 介護による生活支援体制整備事業、サポーター養成など 国保によるインセンティブ活用による事業化 保健所等との重層連携により役割（入口・出口）を分担することができる（受診受療と退院・地域生活支援） 保健所等との重層連携により、協働することができる。（退院後支援、啓発・健康教育事業、地域づくりなど） 都道府県(保健所)等の職員と違い、専門職の異動リスクは少ない

12

市町村の課題

市町村の弱み

- ・自治体規模は様々で、財政力に伴い行政サービスは格差がある。
- ・医療、介護、教育、交通、災害対応等の分野において、住民一人当たりの行政コストは増大している。
- ・少子高齢社会・人口減少社会における世帯構造の変化、家族機能の脆弱化による支援ニーズは増加傾向にある。
- ・様々な業務を限られた職員数で対応しており、業務量が過多となっている。
- ・法令等により設置が義務付けられている専門職員については一定程度配置されているものの、任意設置の専門職員については、市町村によって配置状況にばらつきが見られる。
- ・人口規模が小さな市町村においては、依然として専門職員が不足している。
- ・精神保健福祉法に精神保健相談の法的根拠がないため、業務実施の根拠や財源が薄く、専門職も少ない。
 - ・地方交付税算定基礎に反映されない。
 - ・精神保健福祉相談員任命市町村は少ない。
 - ・精神保健福祉士の配置は政令市・中核市等保健所設置市を除きほとんどない。
 - ・保健師活動は他の領域への取組（母子保健等）が優先される。
- ・法的根拠が薄く人員体制も脆弱であるため、保健所や相談支援事業所等へ精神保健活動を依存してしまう
- ・福祉部局などに専門職がない場合、精神保健への対応力は脆弱となる。
 - ・アセスメント、プランニングができない。もしくは、ノウハウがなく対応ができない
 - ・医療機関との連携が少ない
 - ・保健所や精神保健福祉センター職員との連携機会が少ない。
 - ・担当者への負担が大きい。もしくは負担を感じるほど取り組まない
- ・精神障害者のなかには、「身近すぎて相談しにくい」「理解のある職員がいないので相談できない」「担当者が忙しすぎて相談するのが申し訳ない」「職員と相談したが解決しない」「相談を受けてもらえない」などの声もある

13

市町村の弱み、課題に対する対応策

保健所や精神保健福祉センター等都道府県に望まれるバックアップの例

○個別支援連携

ケースレビュー

アセスメントやプランニングへの助言（危機介入、児童・思春期、パーソナリティ障害等）

専門性が求められる個別支援・複合ニーズを抱える事例への訪問支援の協働

（受診拒否等援助希求の無いケース、薬物やギャンブルなどアディクション、虐待、8050などの家族支援等）

精神科救急の受診を繰り返す事例など医療調整が必要なケースへの関与

処遇に関するコンサルテーションなど

○人材育成

各種研修の企画運営への助言・協力、研修会への講師派遣

グループスーパーバイズの実施、ケースカンファレンスへの職員派遣 など

○企画業務への支援

協議の場の運営への助言、参画（職員派遣）

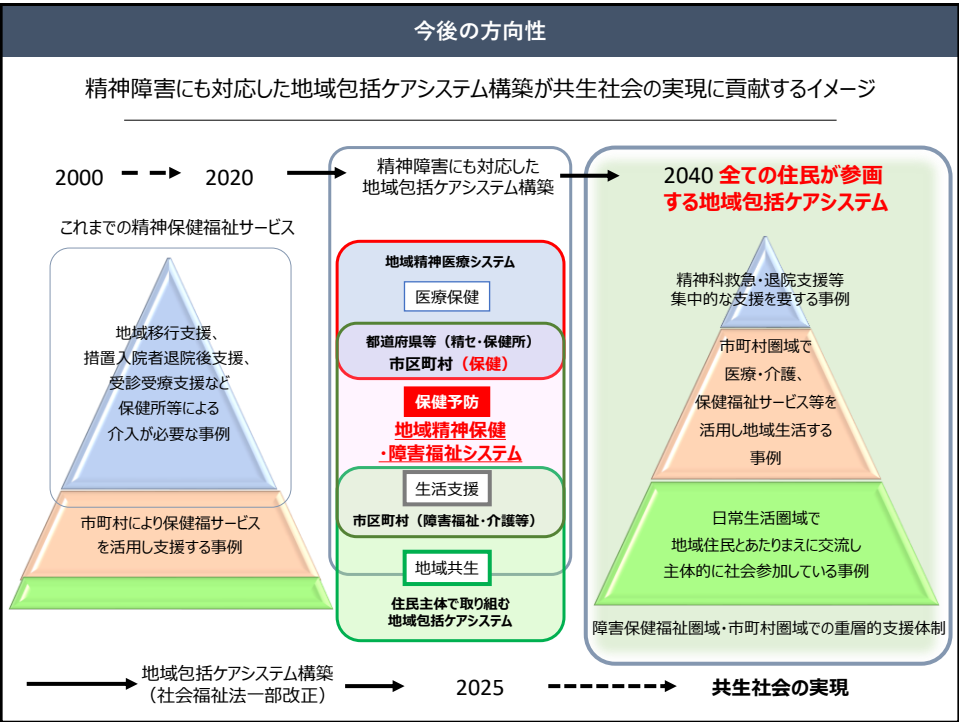
地域分析など必要なデータの提供

医療関係者等との調整

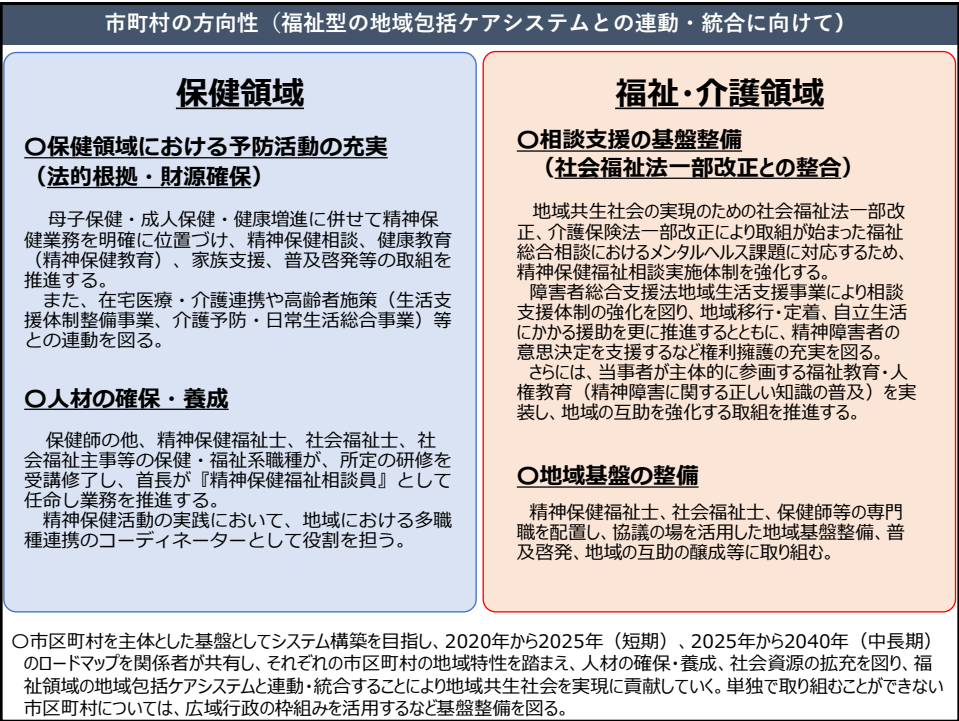
広域調整が必要な業務の調整

事業企画立案に向けた助言、ノウハウの提供

14



15



16

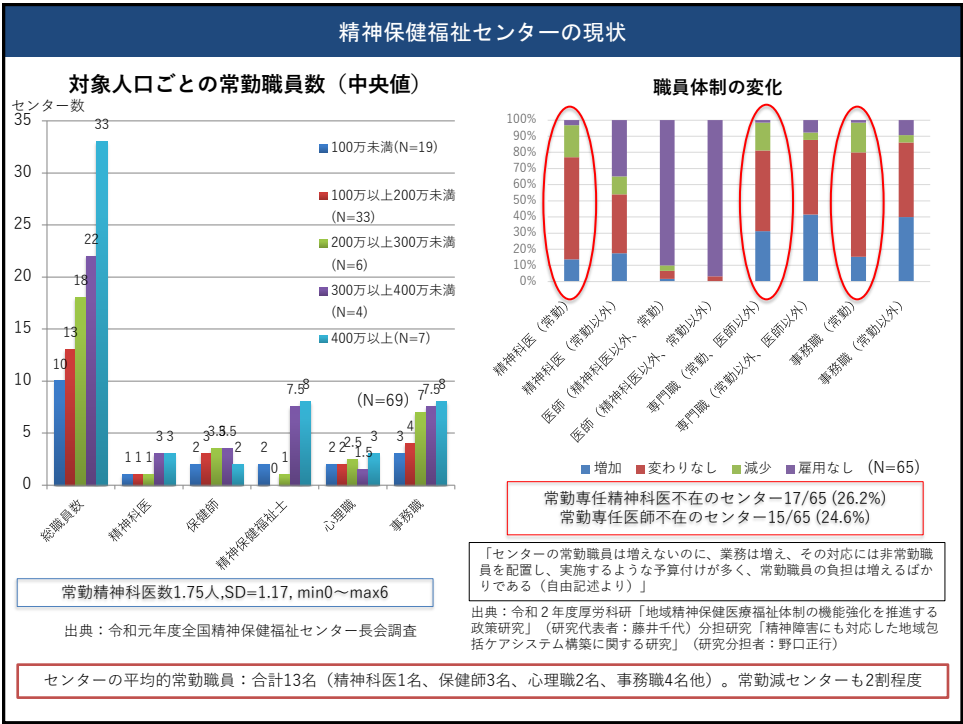
精神保健福祉センターの現状と課題

全国精神保健福祉センター長会
厚労科研 地域包括ケア分担班
野口 正行

1

精神保健福祉センター	
精神保健福祉センターとは	精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑困難なものを行うとともに、精神医療審査会の事務並びに障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の申請に関する事務のうち専門的な知識及び技術を必要とするものを行う施設であって、都道府県(指定都市を含む)における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならない（精神保健福祉センター運営要領 H8.1.19 健医発第57号）
設置根拠	都道府県および政令市に必置（精神保健福祉法第6条）
設置状況	都道府県49（東京都3） 政令市20 合計69箇所
業務内容	精神保健福祉センター運営要領（上記）に記載

2



3

今後の業務量の見通し

業務領域	増加	変わらない	減少
審査業務・判定	59	6	0
精神保健福祉相談	44	21	0
人材育成	43	22	0
保健所・市区町村への技術指導・援助	40	25	0
企画立案	28	37	0
普及啓発	25	39	1
調査研究	15	48	2
組織育成	13	48	4

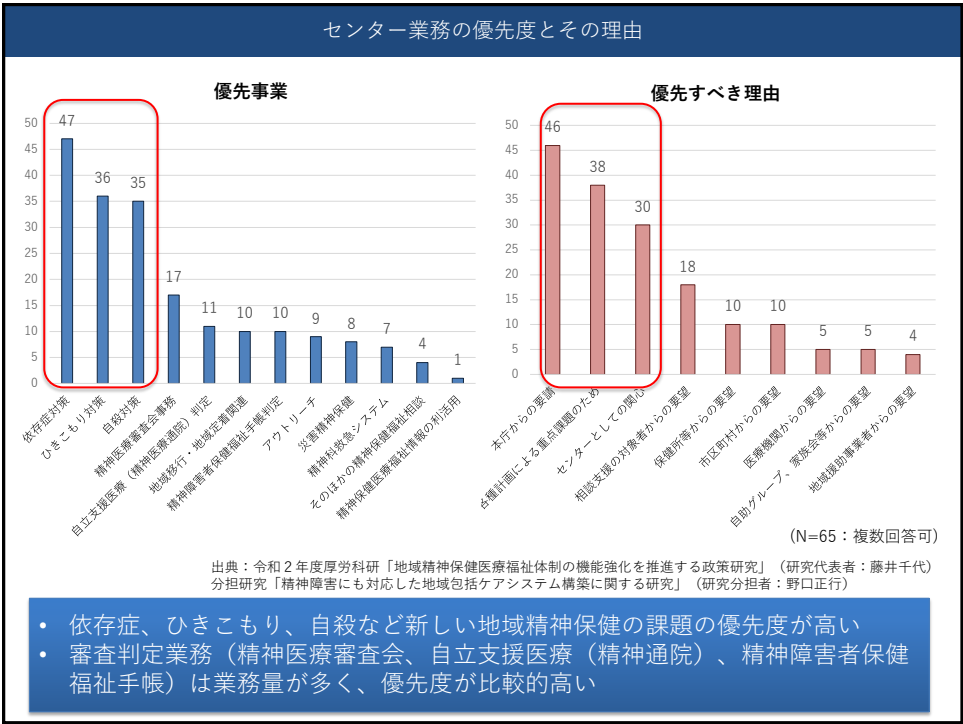
事業	増加	変わらない	減少
依存症対策	61	4	0
精神障害者保健福祉手帳判定	60	5	0
自立支援医療（精神医療通院）判定	57	8	0
新型コロナウイルス感染症関連相談や関係機関支援	56	7	1
ひきこもり対策	49	16	0
災害精神保健	47	18	0
精神医療審査会事務	42	23	0
自殺対策	37	26	2
そのほかの精神保健福祉相談	27	38	0
精神保健医療福祉情報の利活用	24	39	1
アウトリーチ	21	35	2
地域移行・地域定着関連	18	42	2
精神科救急システム	11	51	0

N=65

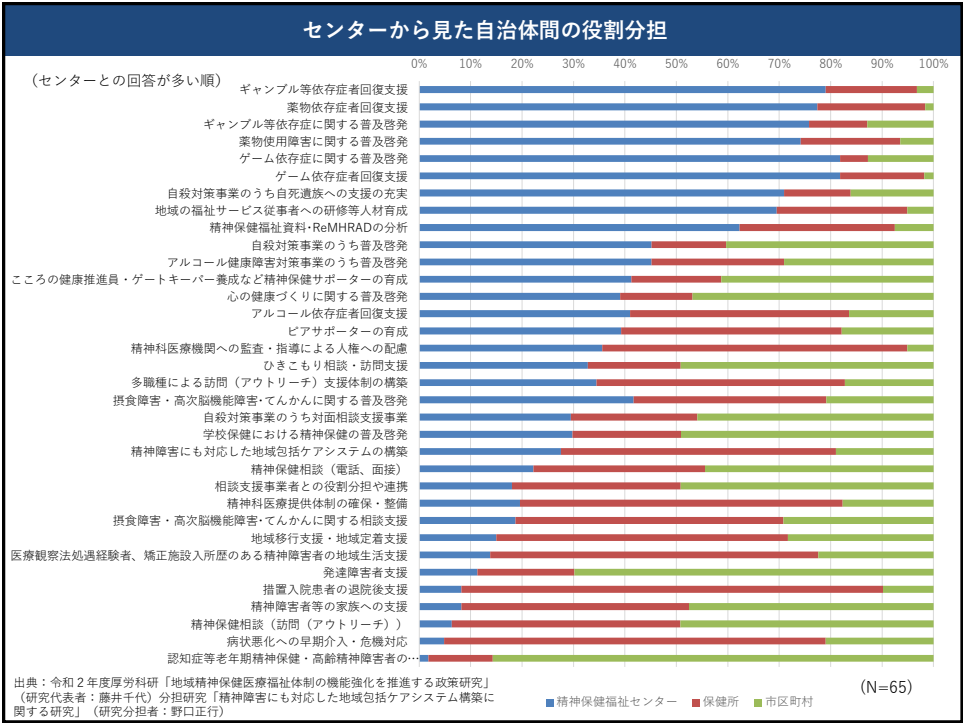
セル数値はセンター数
赤色は数が多いセルを、
緑色は数が少ないセルを示す。
色が濃いほどその傾向が強いことを示す。

出典：令和2年度厚労科研「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者：藤井千代）分担研究「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究」（研究分担者：野口正行）

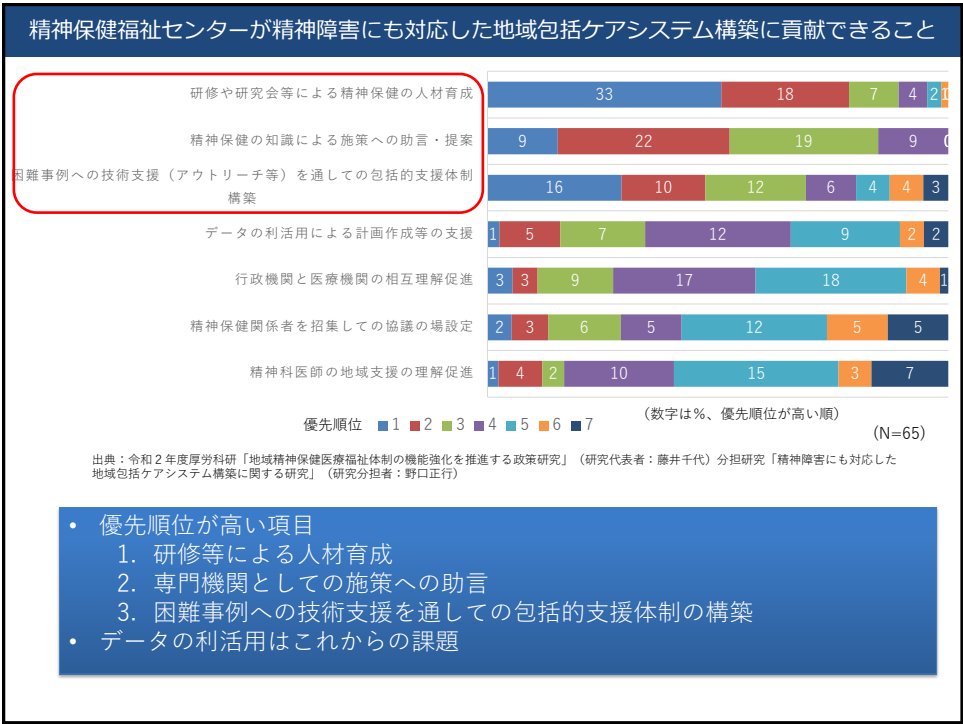
4



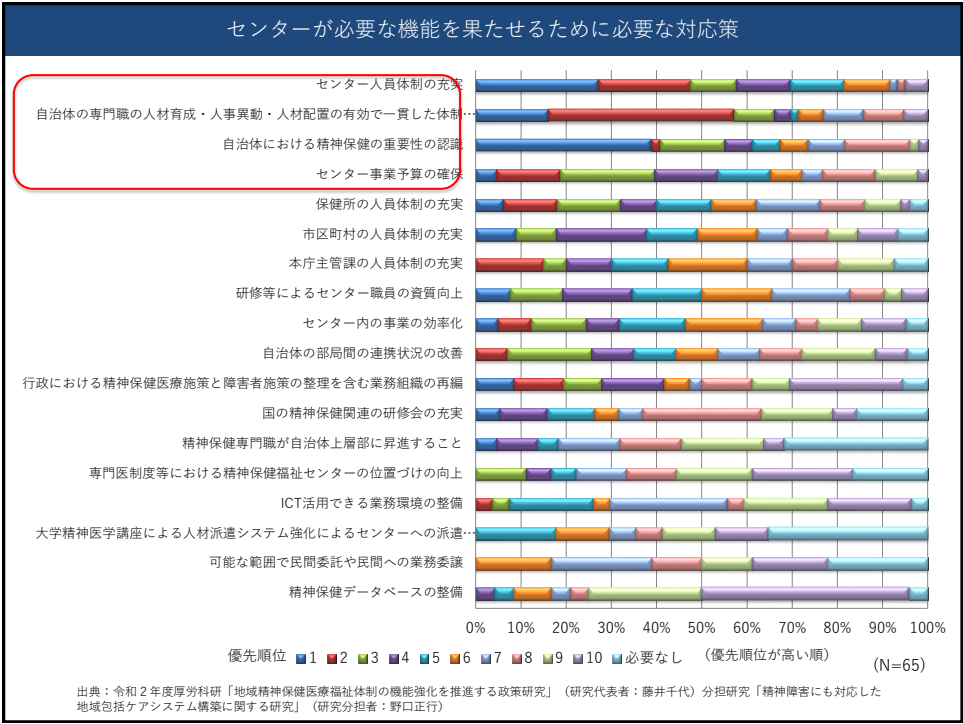
5



6



7



8

精神保健福祉センターの強みと弱み

強み

- 専門多職種（精神科医、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等）で構成されている
- 相談・企画立案・審査判定・人材育成など多彩な機能を有する
- 市区町村、保健所、自治体本庁とのつながりがある
- 依存症や自殺対策等で自治体の拠点機能を担うことが多い

弱み

- 自治体の中での位置づけが明確でなく、人員配置や予算で専門機関としての機能確保が担保されていない
- 人員配置基準がないため、精神科医も0から1人のセンターが多く、他の専門職も事業を兼任しており、人員体制が脆弱
- 支援の範囲が広域なため、支援に偏りが生じやすい
- 審査判定業務の増大等で相談支援業務が圧迫されている

地域包括ケア充実の視点から上記の特徴を再検討することが必要

9

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの観点から見た精神保健福祉センター

- 市区町村・保健所・センターの重層的支援体制による自治体の精神保健業務遂行により、地域密着・多領域・専門性・多職種の特徴を補完
- 自殺対策、依存症、ひきこもり、多職種アウトリーチなど、新しい課題についての知識、技術などを自治体内で普及・人材育成を行う
- 専門性に基づく経験と知識を生かした協議の場や企画立案への助言

多職種・専門性を活用した市区町村・保健所への技術支援により、新しい課題への支援スキルや知識の開発・普及、人材育成、企画立案を支援

精神保健福祉センターによる重層的支援のイメージ

センターが前面に出て活動するというよりも、自治体の精神保健全体の機能が活性化するためにバックアップ

各機関の機能・特徴

広域・専門特化

センター

地域密着・多領域

保健所

市区町村

住民等

バックアップ

精神保健の専門的スキル・多職種チーム設置、保健所・市町村と連携

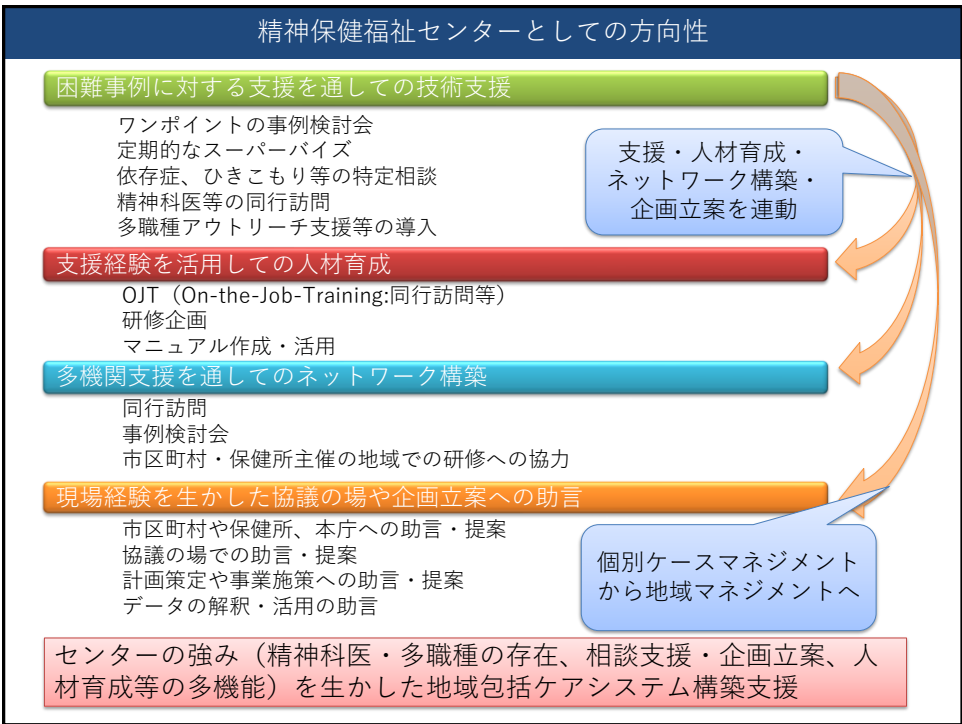
精神保健スキル、市区町村との連携、域内調整、支援困難事例の支援

精神保健の一般的スキル、事例の一次相談・支援導入、部署横断的關係

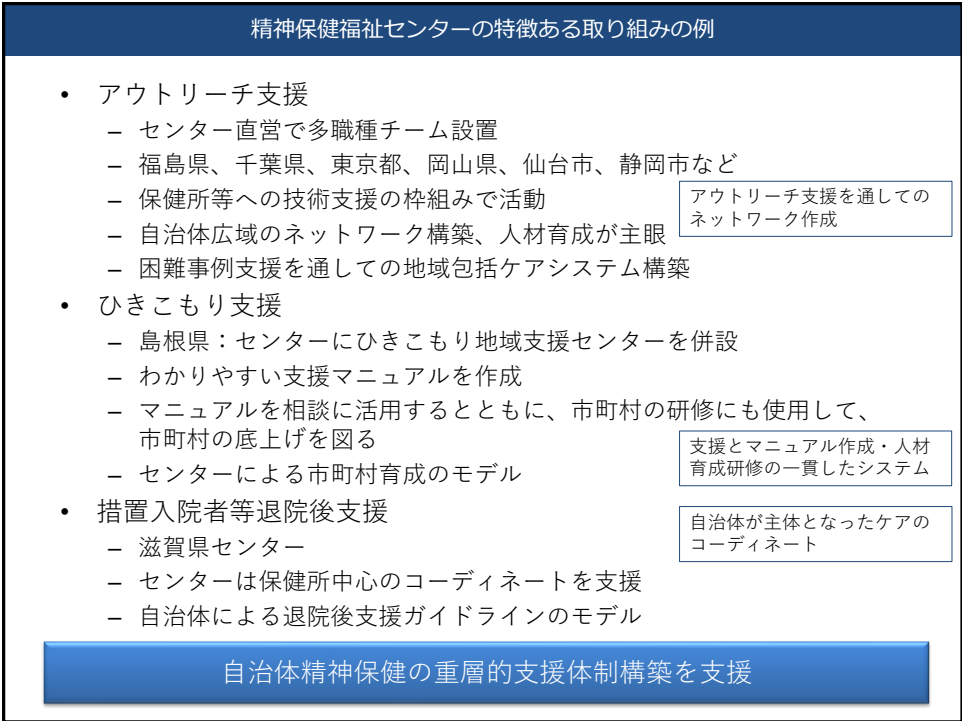
住民のソーシャル・キャピタル、精神保健への理解、ソーシャル・サポート提供

10

42



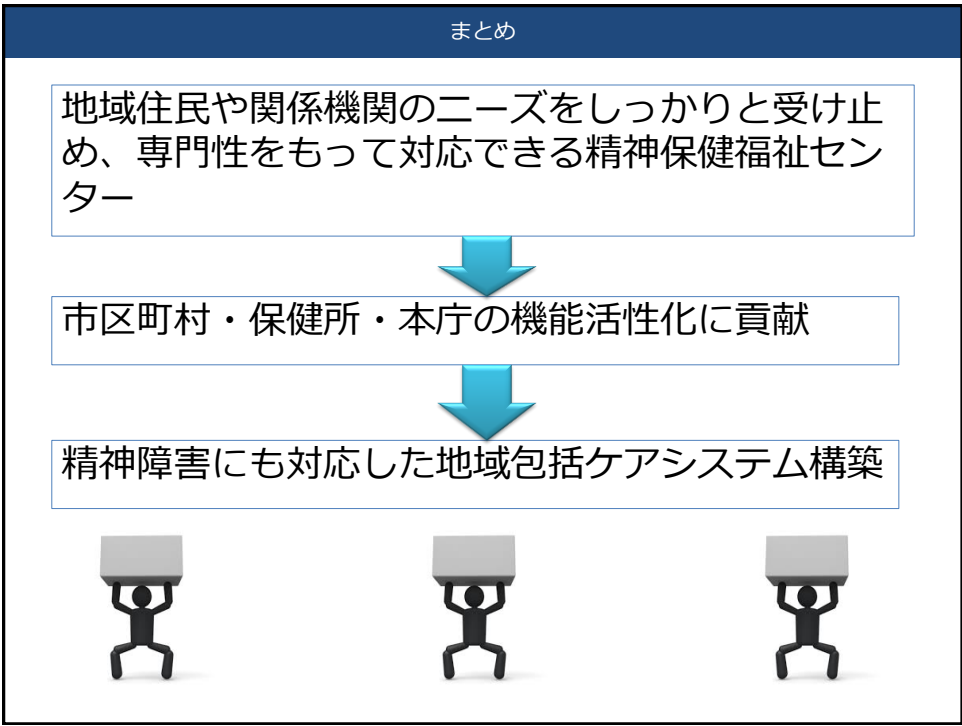
11



12

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けたセンターの課題と必要な対応策	
課題	<ol style="list-style-type: none">自治体内での専門機関としての位置付けが不明確専門機関として必要な人員体制・予算が確保されていない<ol style="list-style-type: none">精神科医が不在のセンターも2割相談支援・企画立案・審査判定機能の偏り
対応策	<ol style="list-style-type: none">精神保健の重層的支援体制における専門機関としての位置付け専門機関として必要な人員体制の明確化と配置・予算措置<ol style="list-style-type: none">精神科医の確保（可能なら複数）保健師・精神保健福祉士・心理技術者等の確保人事異動での長期在籍・専門性が高い職員の育成配置必要な事業や資質向上のための予算確保相談支援・企画立案・審査機能のバランスをとった業務配分
精神保健専門機関としての体制強化が求められる	

13



14

自治体の精神保健

令和元年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者政策総合研究事業
「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」
(研究代表者： 藤井千代)
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関する研究」
分担研究者
全国精神保健福祉センター長会
野口 正行

1

心の健康づくりや生活支援の視点を重視した地域ベースの精神保健医療福祉へ

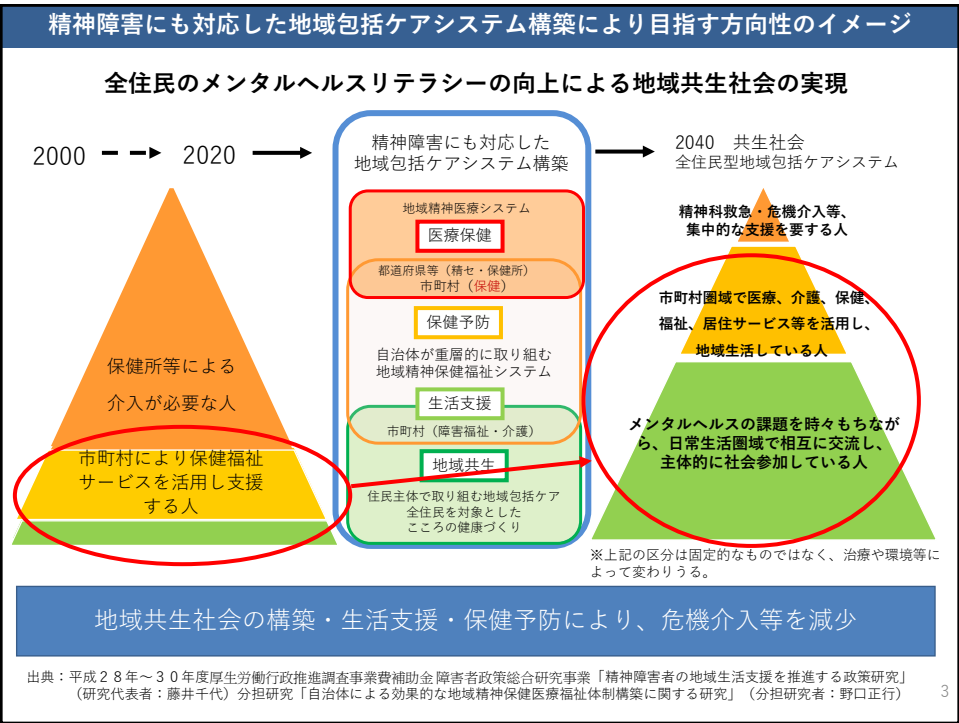
- ひきこもり、虐待、孤独死、複雑多重問題など、多領域に内在するメンタルヘルスリスクへの対応の必要性の増加
- 医療や支援が必要な人に、適切な医療・支援が届いていない
- 精神障害者のリカバリー・エンパワメントのための支援の不足



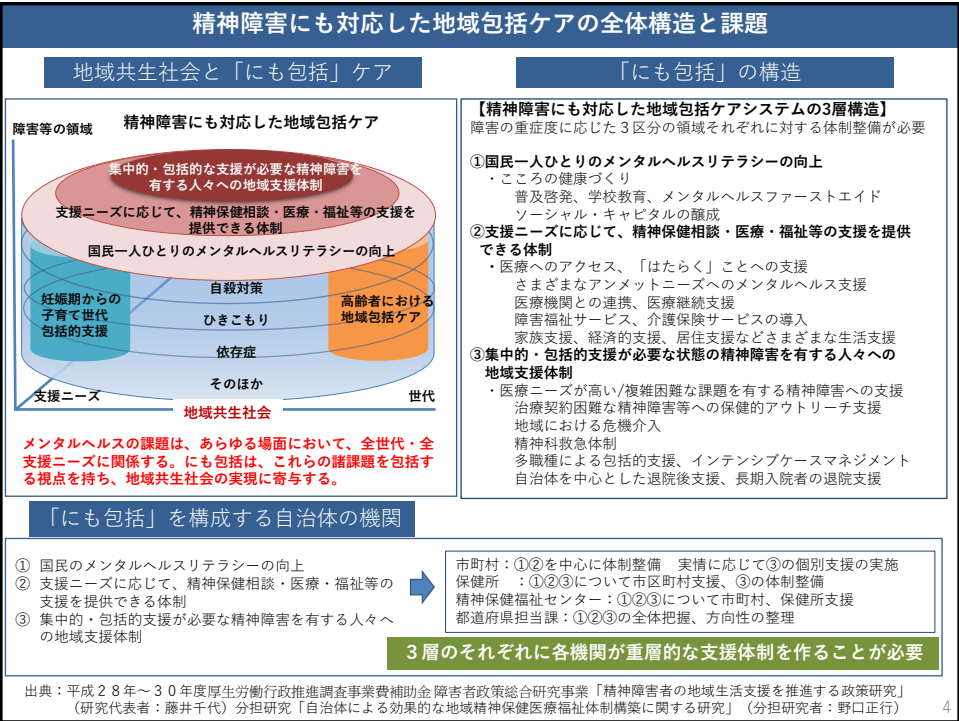
- 住民に身近な市町村を中心として、保健所・精神保健福祉センター等が協働し、相互補完的・重層的支援体制を構築する。
- ・ 地域住民のメンタルヘルスリテラシーの向上
- ・ 精神保健相談体制を基盤とし、本人や家族等の生活ニーズに応じて精神科医療・福祉・介護その他の支援が身近な場所で適時適切に受けられる体制（「待つ」支援のみならず「出向く」支援も強化）
- ・ 必要に応じて、本人の希望を重視した専門性の高い支援、集中的・包括的な支援、救急医療を含む危機介入が受けられる体制

自治体がリーダーシップを発揮し、民間医療福祉等機関と連携して上記の仕組みをつくる。

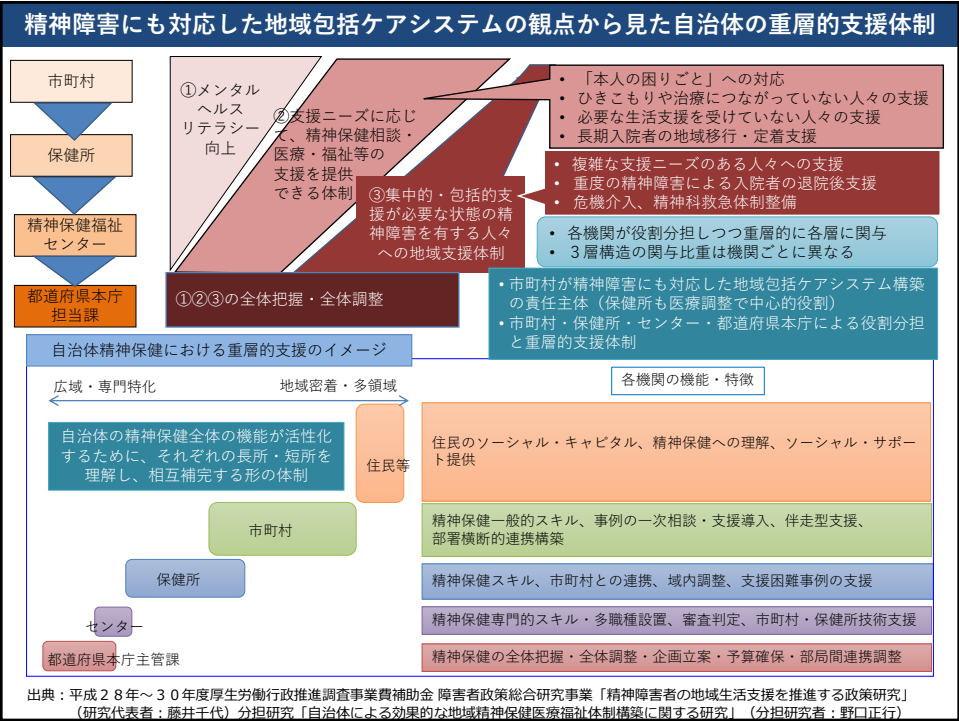
2



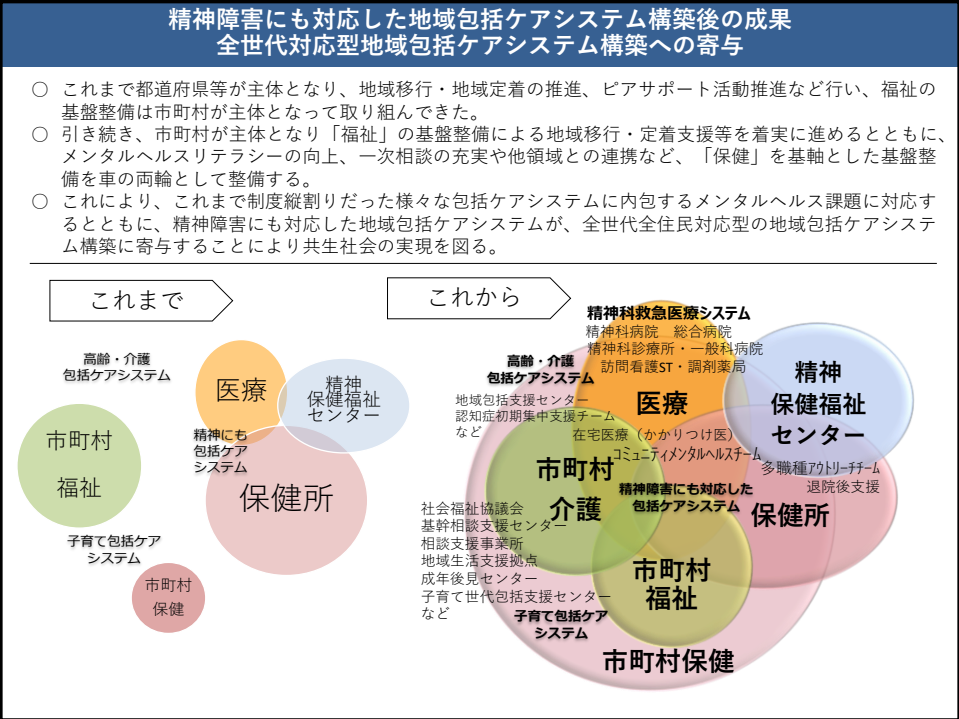
3



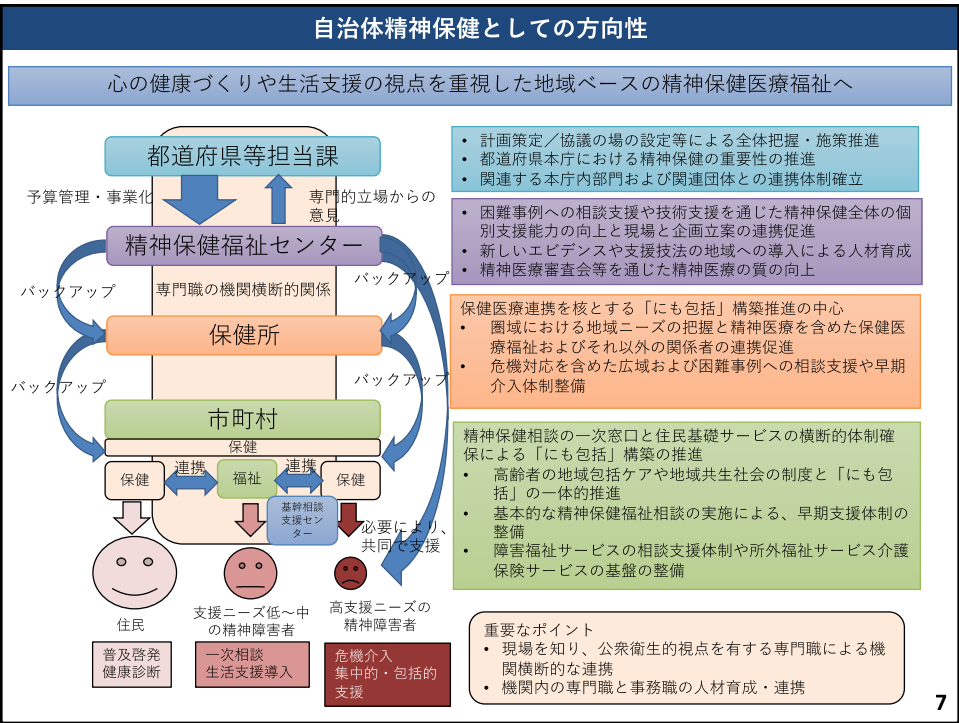
4



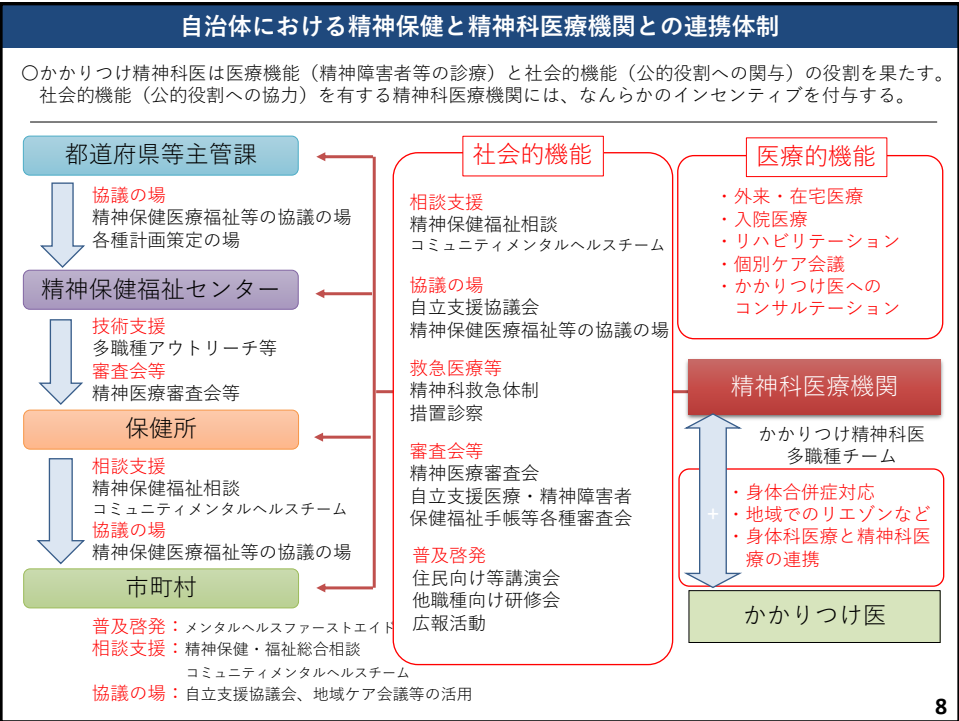
5



6



7



8

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築における市町村（保健と福祉）の取組

○共生社会の実現に向けて、市町村ではさまざまな包括的支援が開始されているが、結果として「制度縦割り」となっている。

○精神障害者の地域移行については、これまで都道府県・保健所を中心に実施されてきたところであるが、今後は、市町村が主体的に障害福祉サービスの適切な活用を図りさらに推進することが求められている。（福祉基盤の強化）

○さまざまな包括的支援の背景には、住民のメンタルヘルスリスクへの介入が課題となっており、市町村における包括的支援業務については精神保健に関する基盤を確立することにより、身体的な健康増進に併せて、すべての住民の精神的健康の向上に向けた精神保健業務を開始するとともに、「福祉」により顕在化する住民課題に内包するメンタルヘルスリスクに一体的な対応を行うことが可能となる。このことにより、全住民型の地域包括ケアシステムへの統合を図り地域共生社会の実現に貢献するもの。

○精神保健の取組強化と福祉の充実

共生社会の実現に向けた様々な包括的支援を連動

○当面の具体的な取組

I 「精神保健」による、住民のこころの健康増進と重症化予防

○住民基礎データの活用によりすべての市民に精神保健サービスを提供

- ・普及啓発：メンタルヘルスファーストエイドの手法等により実施
- ・こころの健康相談

II 保健部局に精神保健相談窓口（一次相談窓口）を設置

○住民の様々な健康課題・福祉的生活課題（虐待、ひきこもり、孤立等）の顕在化後の対処（事後的アプローチ）から予防的アプローチに転換、早期介入による重症化予防

- ・福祉総合相談（重層的支援体制事業）と連動した包括的支援におけるアセスメント機能を担う
- ・訪問支援（保健所や診療所、相談支援事業所、ピアサポーター等との連携した多職種による訪問支援チーム設置）
- ・伴走型アウトリーチ支援と複雑困難事例への保健所・精神保健福祉センター等が実施するアウトリーチ支援の協働

III 福祉部局による精神障害者への地域生活支援の充実

- ・障害福祉計画により精神障害者の生活基盤の更なる整備、自立支援協議会等「協議の場」で基盤を強化
- ・福祉総合相談（重層的支援体制事業）により把握した生活ニーズに対する適切な障害福祉サービス等の利用支援・地域移行・定着、自立生活援助の更なる活用、地域生活支援拠点機能強化、ピアサポーター養成等による生活支援

○市町村は、2025年までに重層的支援体制整備事業と連動した精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構築

○国・都道府県等は、市町村が取り組む体制整備を支援

9

保健所としての方向性

○「にも包括」の構築における保健所の役割

- ・包括ケアシステムの構築を進めていくためには、障害福祉サービスの実施主体である市町村の関与は不可欠である一方、精神科医療は圏域や県単位での体制になっている。精神科救急医療など必要な精神医療体制確保、アウトリーチや地域移行支援の推進等ができるためには、保健所のマネジメントが必要である。
- ・特に人口が少ない小規模市町村などについては、保健所が市町村支援を重層的に行うことにより、「にも包括」構築を行う。
- ・精神保健相談については、市町村では対応困難な事例の個別支援を市町村と協力しつつ行う。さらに困難な個別支援については精神保健福祉センターの協力を得る。
- ・圏域における精神保健ニーズの把握と支援体制構築を行う。

○中核市保健所における「にも包括」構築

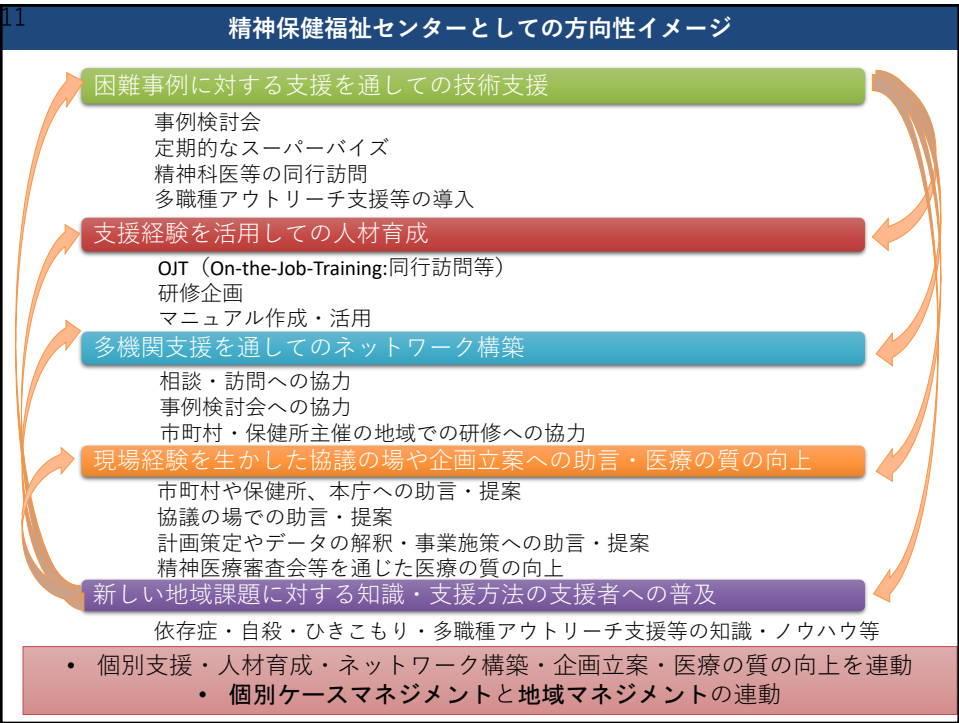
- ・保健センターが住民の身近な場所で精神保健相談の一次窓口となり、保健所がそれを支援する2層構造とする。
- ・中核市が23条通報に対応して、その後の地域支援にも関わることで、措置対応した精神障害者に対する適切な地域生活支援を行う。

○政令市における「にも包括」構築

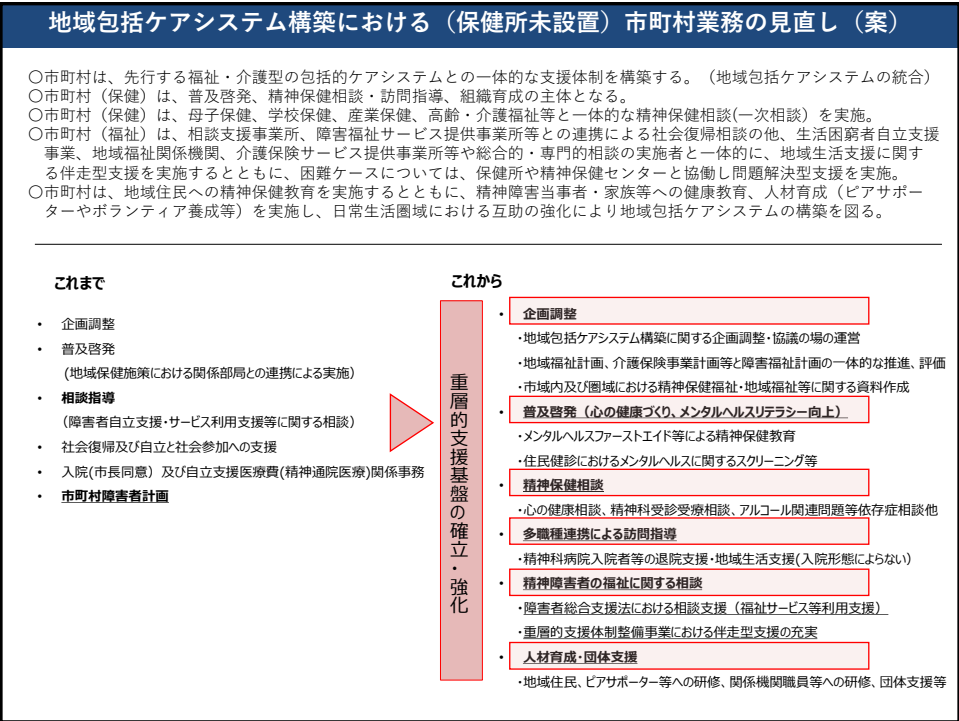
- ・精神保健相談を身近な相談窓口が担い、それを保健所が支援し、精神保健福祉センターが専門的機関として支える重層的支援体制の構築が重要である。
- ・企画立案についても、相談支援と同様の重層的体制が必要である。

10

49



11



12

地域包括ケアシステム構築における都道府県型保健所業務の見直し（案）

○普及啓発、組織育成、精神保健相談・訪問指導（一次相談及び社会復帰相談）については、身近な市町村での実施体制を構築するため事務移管し、保健所は市町村支援を実施する。

○保健所は、法定受託事務（措置関連業務）を担うとともに、これまで精神保健福祉センターが実施してきた研修のうち、管内医療機関、障害福祉関係機関等の支援者を対象とした研修、当事者・家族等を対象とした研修により人材育成を行うことにより、管内市町村の支援体制構築にむけた支援を実施する。

○保健所は、圏域もしくは管轄地域における医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画を総合的に推進する。

○保健所は、管内の精神科医療機関における適切な医療の確保に向けた取組を推進する。

これまで

- 企画調整
- 普及啓発（⇒市町村に事務移管）**
(心の健康づくり、精神障害の正しい理解、教室等)
- 研修（市町村、関係機関、施設職員等）
- 組織育成（⇒市町村に事務移管）**
(患者会、家族会、自助グループ、ボランティア団体等)
- 相談（⇒一部を市町村に事務移管）**
(心の健康相談、受診・受療相談、社会復帰相談等)
- 訪問指導（⇒一部を市町村に事務移管）**
- 警察官通報・精神保健診察等措置業務
- 入院等関係事務
- 市町村支援

これから

- 企画調整
- 圏域の医療計画、介護保険事業計画、障害福祉計画の策定各計画の推進、評価
- 管内精神科医療体制整備に関する資料作成
- 市町村支援**
- 教育研修
- 技術指導・技術援助(個別支援連携、体制整備等)
- 精神保健専門相談(特定相談の一部を含む)**
- 様々な依存症相談、思春期・青年期、妊娠期・産褥期、自殺未遂者、急性発症・増悪の精神疾患、自傷他害等
- 訪問指導**
- 警察官通報・精神保健診察、措置入院者退院後支援等業務
- 精神科医療機関への指導等
- 精神科入院退院届出事務
- 精神科医療機関への実地指導

重層的支援体制を担う保健所機能強化

13

地域包括ケアシステム構築における精神保健福祉センター業務の見直し（案）

○精神保健福祉センターは、総合的技術センターであり、中核的機能の機能強化を図る。重層支援体制の構築に向けて、企画立案・調査研究、技術指導・技術援助、精神医療審査会運営機能等に業務を重点化する。

○精神保健福祉センターは、精神保健福祉相談員養成研修の他、拠点機能として専門的援助技術に関する研修を実施する。

○精神保健福祉センターが実施してきた普及啓発、組織育成の一部は、保健所に事務移管する。

○相談支援（依存症、ひきこもり、自殺関連など）については、センターでノウハウを蓄積するとともに、身近な地域での相談支援の普及を図るため、保健所や市町村での相談ができるように、研修等による人材育成、体制整備を行う。なお、デイケアや社会復帰に関する機能については、地域の実情を踏まえて見直しを図る。

○審査会機能の強化を図り、精神医療の質の改善に一層寄与する。

これまで

- 企画立案
- 技術指導及び技術援助
- 教育研修
- 普及啓発（⇒保健所・市町村に一部事務移管）**
- 調査研究
- 資料の収集、分析及び提供
- 精神保健福祉相談（⇒人材育成・体制整備を行う）**
- 組織の育成（⇒一部を保健所・市町村に事務移管）**
- 精神医療審査会の審査に関する事務
- 精神障害者通院公費負担及び精神障害者保健福祉手帳の判定など

これから

- 企画業務
- 調査研究、資料の収集・分析、提供**
- 本庁・保健所、市町村業務を支援
- 教育研修
- 技術指導・技術援助**
- 精神医療審査会**
- 主管課との業務連携**
- 精神科救急医療体制整備、DPAT運営への支援等
- 精神保健特定相談
- 依存症相談、災害メンタルヘルス、ひきこもり
- 自殺未遂者支援、自死遺族相談
- アウトリーチ等
- 専門性の高い広域向けの普及啓発**
- 精神障害者通院公費負担及び精神障害者保健福祉手帳判定業務

総合的な技術支援拠点としての機能強化

14

51

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと自治体の精神保健のまとめ

「にも包括」の概念整理

○「にも包括」構築は地域共生・生活支援・保健予防により、住民のメンタルヘルスの向上と多くの精神障害者が安定した地域生活を送ることができるようになり、結果的に危機介入を減少させることを目指す。

○「にも包括」は、あらゆる場面において、全世代・全重症度を包括するものとして、①国民のメンタルヘルスリテラシーの向上、②支援ニーズに応じて、精神保健相談・医療・福祉等の支援を提供できる体制、③集中的・包括的支援が必要な精神障害を有する人々への地域支援体制の3層構造すべての体制整備を必要とする。

自治体の精神保健のあり方

○これを行うため、自治体は、市町村を「にも包括」構築の責任主体としつつ、各機関が役割を持ち協働し、相互補完的・重層的支援体制を構築する。

○精神科医療については、保健所を中心とした圏域の体制整備を行う。
自治体は精神保健を基盤とし、個別支援を通じて上記の3層構造における医療福祉を含む関係機関と包括的ネットワークを作り、地域課題に対応する。

○社会的機能を有する精神科医療機関との連携を促進し、精神保健業務の強化を図る。

15

15

今後の方向性と人材育成に係る課題

○精神保健福祉に関わる専門職の人材：個別支援から地域課題を抽出し、その解決に向けて企画立案・広域調整・資源開発ができる人材、臨床的視点と公衆衛生的視点の双方を有し、統合できる人材が求められる。

○市町村：①個別支援のスキル、②包括的ケアシステムに内在するメンタルヘルス課題解決を図るため、保健所や精神保健福祉センターとの協働により、精神保健施策の企画を立案し、地域の実情に合わせた事業推進をできるスキルが必要。

○圏域および都道府県等：①市町村等と連携しながら困難事例等の個別支援へのサポートができるスキル、②圏域における連携が図れる、あるいは都道府県等におけるシステムづくりを行うことができるスキルが必要。

○人材確保・育成：精神保健福祉相談員研修など研修のほか、OJT、事例検討、人事異動などを通じた計画的・系統的な人材確保・育成・配置の方針と仕組みが「にも包括」推進には必要

自治体の精神保健福祉を担う人材に必要な2つの視点

公衆衛生的視点

全体の量的把握
全体計画作成

支援ニーズ量と支援提供量のマッチング

自治体精神保健は個別ケースマネジメントと地域マネジメントをつなぐ

臨床的視点

困難事例への直接支援
地域の質的把握

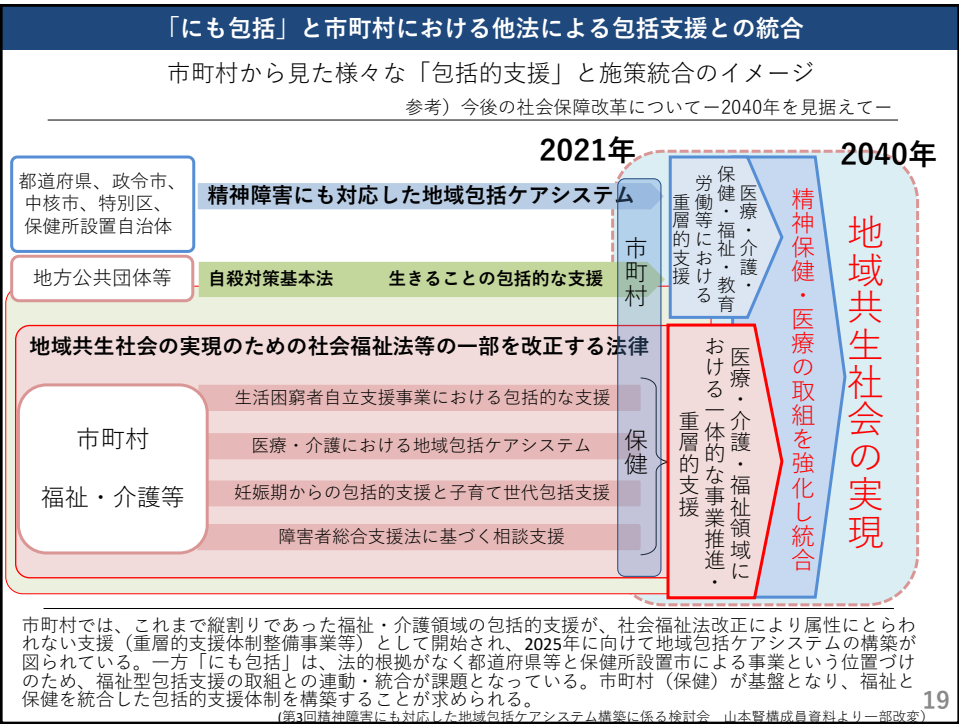
地域包括ケア

困難事例支援を通じた地域ネットワーク構築

支援ニーズに応じ、利用可能なリソースを活用した効果的な提供体制の構築

16

52



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと法体制整備のまとめ

現状と課題

- 市町村における福祉・介護領域においては、社会福祉法一部改正により、相談者の属性、世代、相談内容に関わらない、重層的支援体制整備事業が開始された。
- 「にも包括」構築推進は法的根拠がなく、しかも都道府県等と保健所設置市による事業という位置づけで一般の市町村の事業とはなっていないため、福祉型包括支援の取り組みとの連動・統合が課題となっている。
- 現行の精神保健福祉法は精神障害者の医療及び保護に関する条文が中心であり、保健予防や地域生活支援などの視点はあまりない。
- 精神保健が児童虐待、ひきこもり、高齢者の認知症や精神障害等の地域共生社会を構築する上で直面する課題に対して、横断的に包括し、統合するための位置づけ・法整備がなされていない。

方向性

- 「にも包括」が地域共生社会に資するものとして、自治体の精神保健に位置付けられるためには、「にも包括」の視点から精神保健医療福祉を包括・統合する法整備・予算体系再編も必要ではないか。
- 精神保健福祉法については、心の健康づくりについて強化することと市町村等による精神保健相談の義務化について検討する必要があるのではないか。
- 地域保健法についても、市町村や保健所の精神保健業務についての記載の充実が必要ではないか。

20

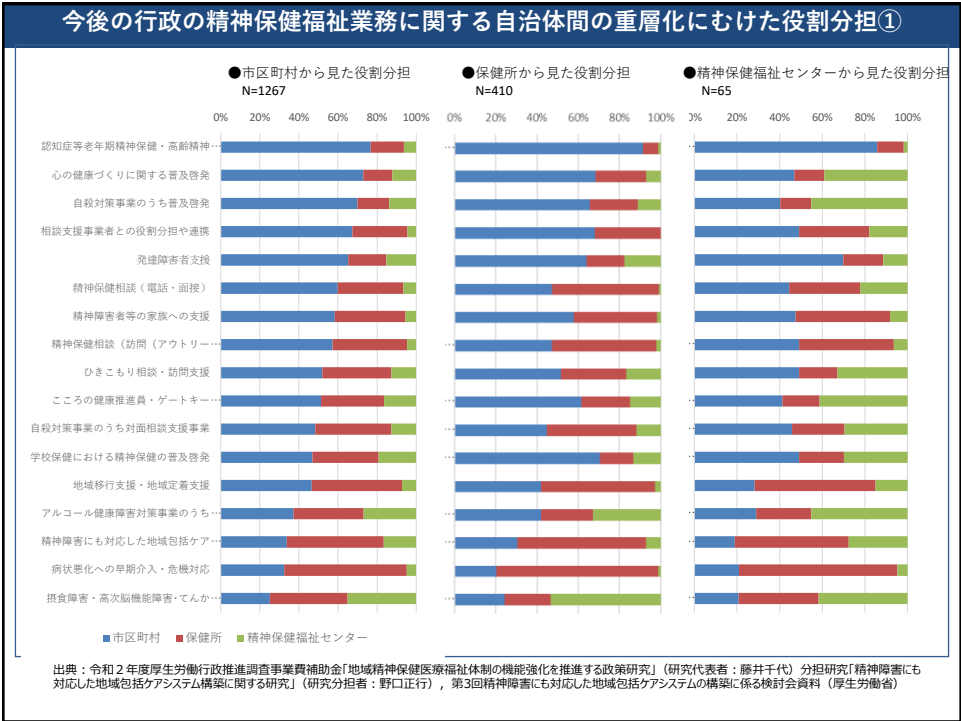
21 精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に向けた自治体精神保健の課題と必要な対応策	
課題	
<div><div>1. 自治体における精神保健の位置付け・法的根拠が不明確</div><div>・精神保健の優先順位がその重要性に比して低い</div><div>・市町村の精神保健業務の義務規定がないなど、「にも包括」の法的根拠がない</div><div>2. 専門職の確保が困難</div><div>・精神保健のスキルとノウハウを持った専門職の確保と育成と配置が十分でない</div><div>・保健所での医師確保や精神保健福祉センターでの精神科医確保が困難</div><div>3. 相談支援・企画立案のバランスがとれていない</div><div>・市町村では業務の位置づけがあいまいなため、保健所では、感染症対応や精神医療緊急対応への対応が優先されるため、相談支援が十分にできない</div><div>・個別支援、協議の場の運営、計画策定が連動していない</div><div>4. 市町村・保健所・センター・都道府県等主管課の連携体制が不十分</div></div>	
対応策	
<div><div>1. 自治体における精神保健の位置づけ・法的根拠の整備を行う</div><div>・自治体全体として精神保健の重要性に関する適切な認識と位置づけ</div><div>・市町村の精神保健業務を義務化し、「にも包括」の根拠となる法整備を行う</div><div>2. 必要な専門職等の人員体制の確保・育成・配置と予算措置</div><div>・精神科医師など医師、保健師、精神保健福祉士等の確保・育成・配置を行うこと</div><div>3. 相談支援・企画立案のバランスをとった業務配分と各業務の連動性確保</div><div>・相談支援からのボトムアップと企画立案のトップダウンのシステム構築を連動させる</div><div>4. 精神保健の重層的支援体制</div><div>・役割分担と重層的支援体制の両方の視点が重要：お互いの長所と短所を理解した適切な協力体制</div></div>	

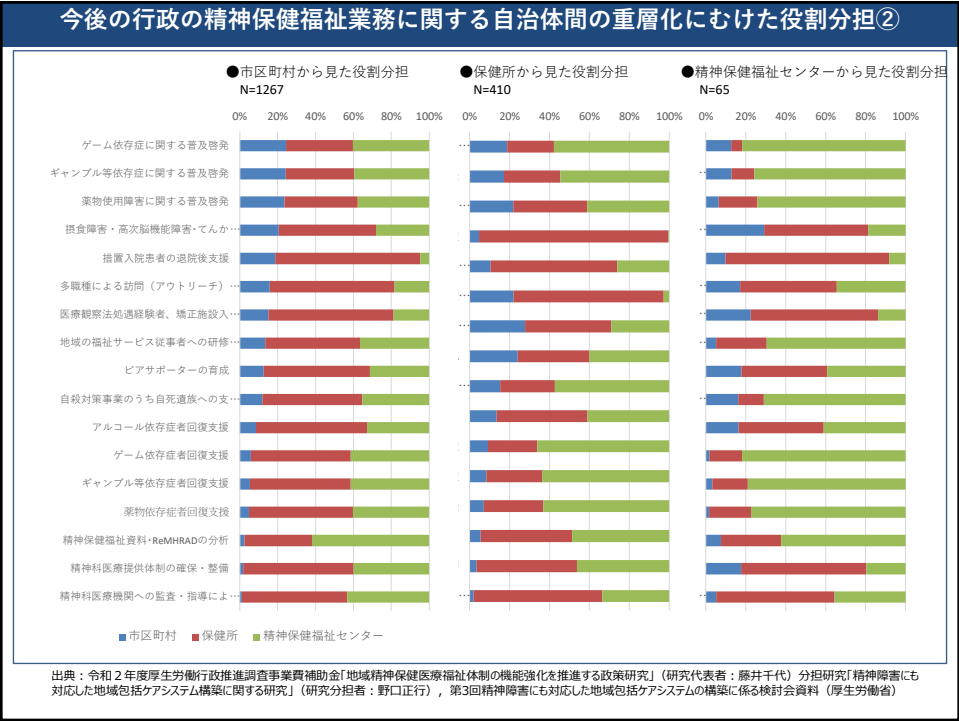
21

参考資料	
22	

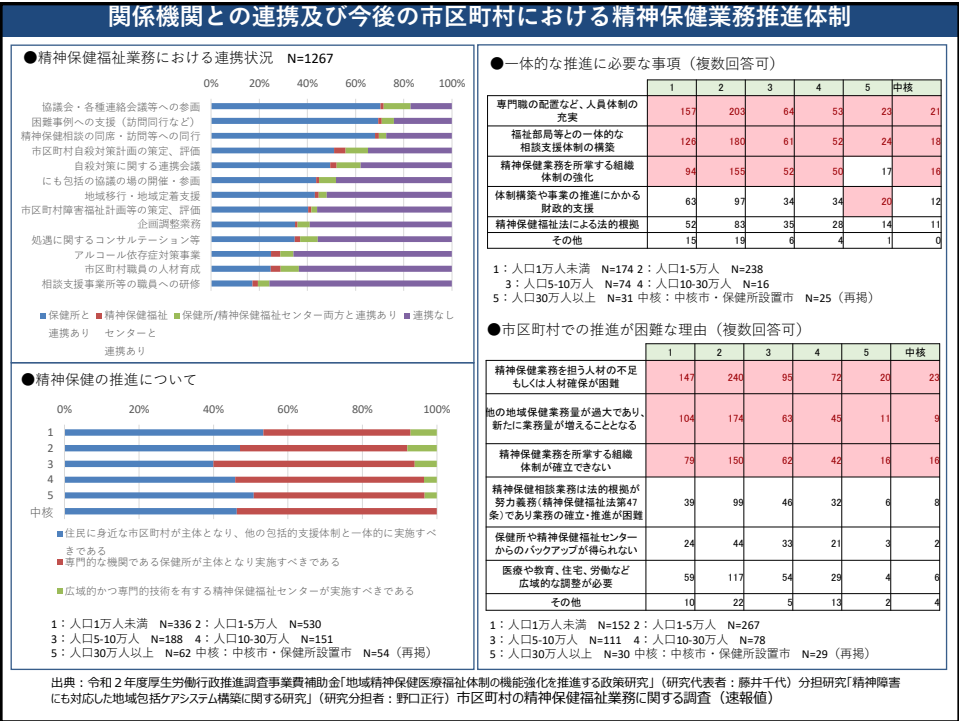
22

自治体の精神保健の調査結果から

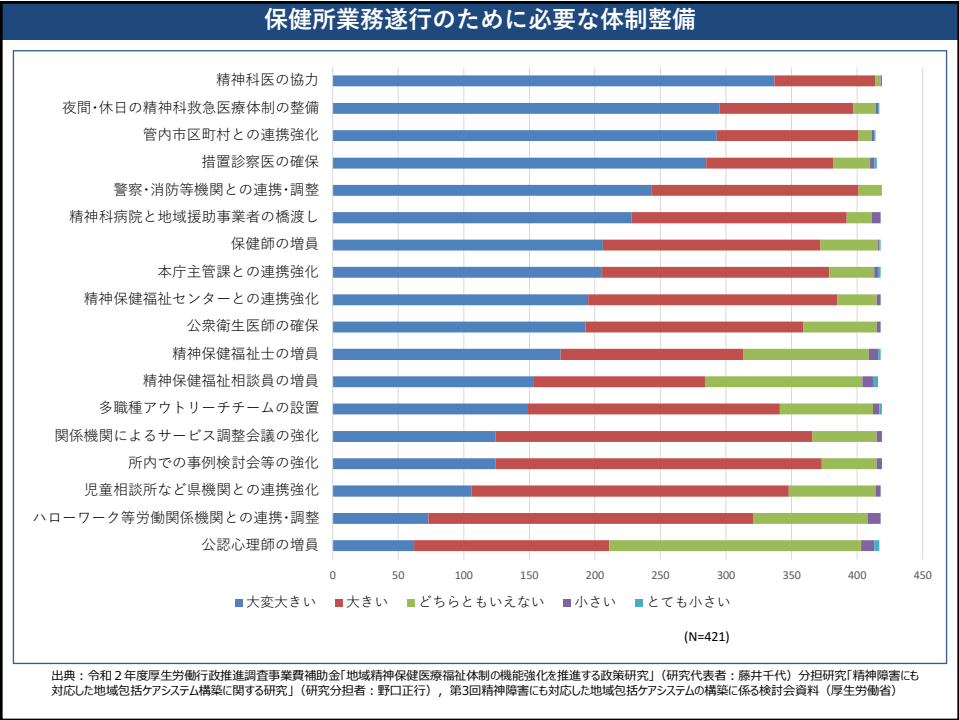




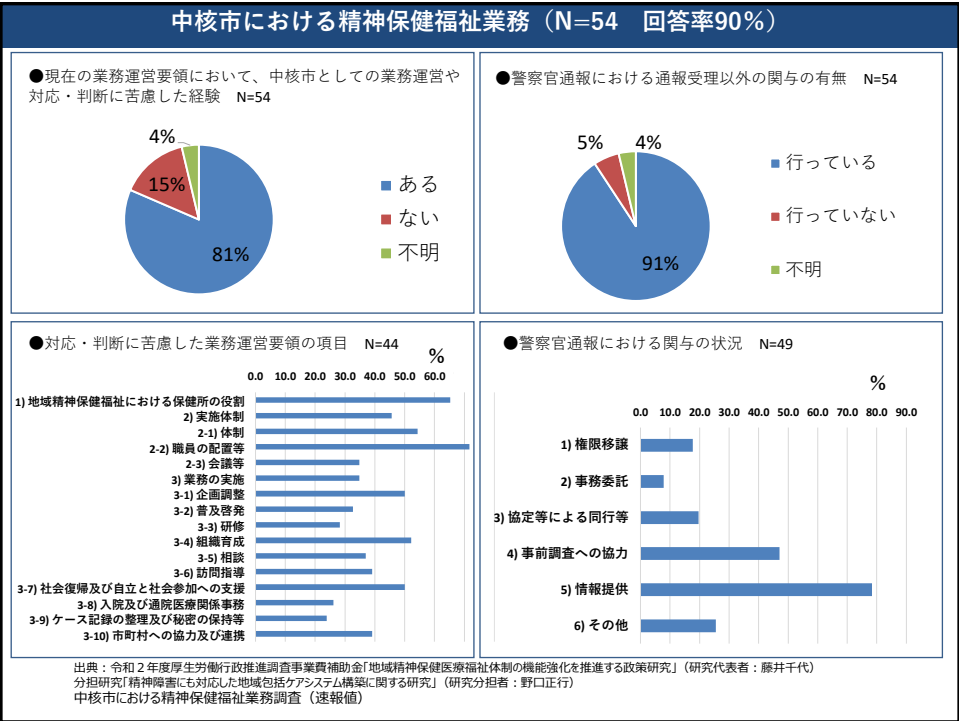
25



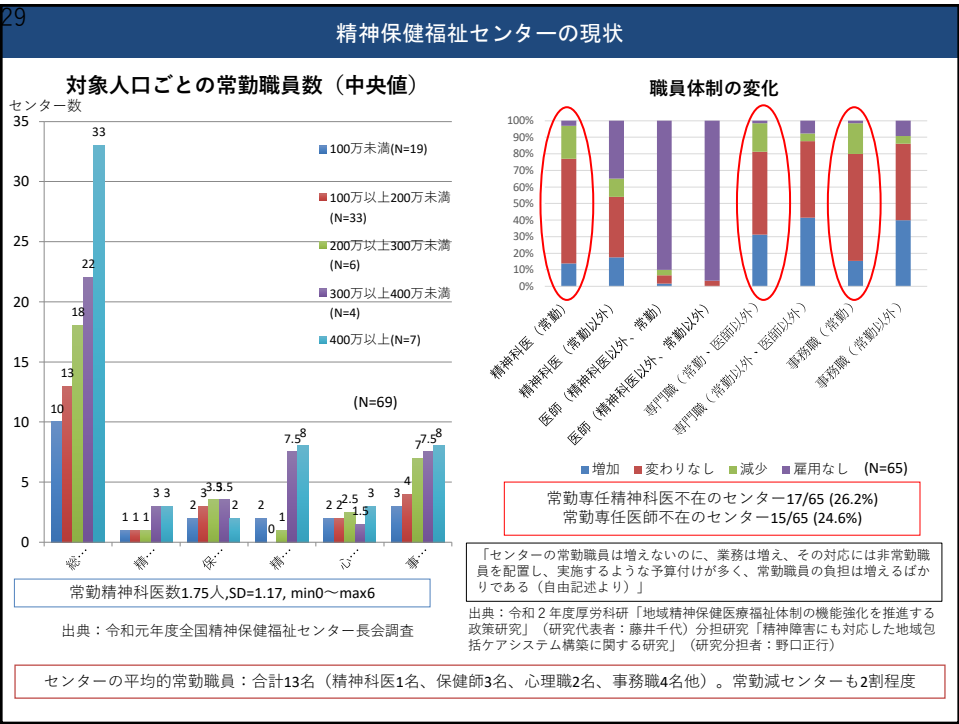
26



27



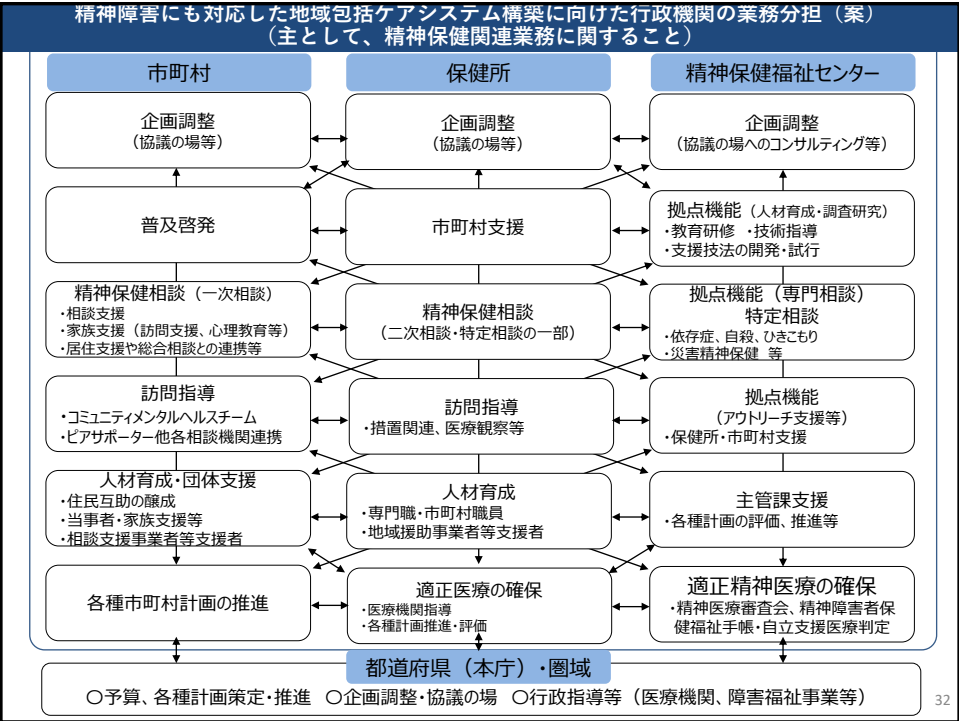
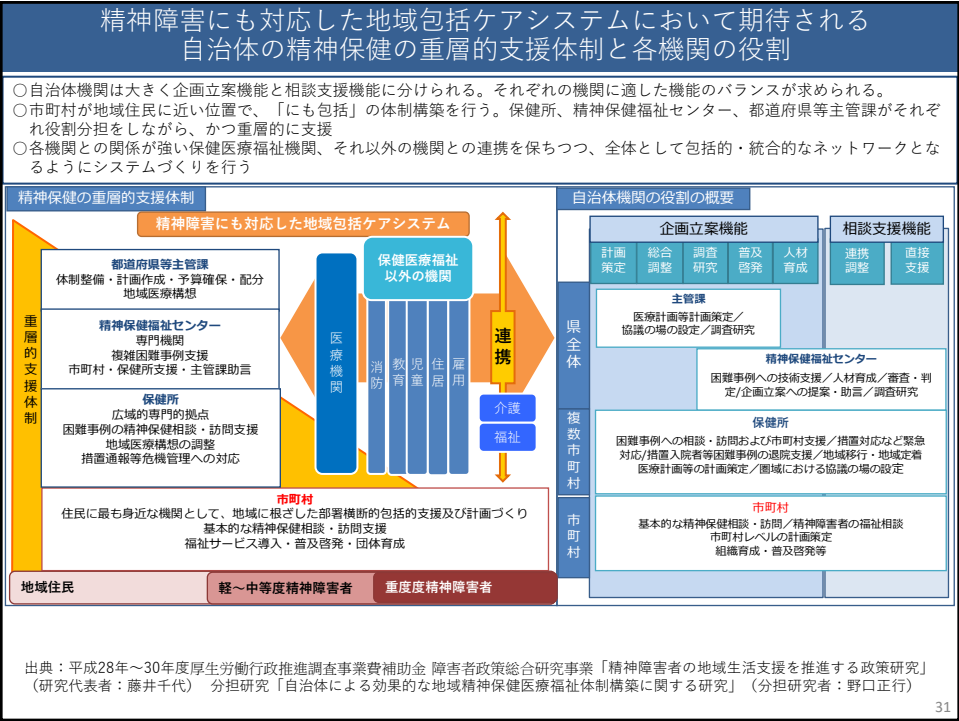
28



29

自治体の精神保健の今後の方向性と課題

30



地域包括ケアシステム構築における自治体精神保健福祉業務の見直し（案）				
	市町村 ー精神保健福祉の第一線機関ー	保健所 ー圏域の精神保健医療の中心機関ー	精神保健福祉センター ー総合的専門的技術拠点ー	都道府県、政令市主管課
普及啓発 住民全体 への支援	◎精神保健相談（義務化） ◎継続的な見守り・伴走型支援 ◎健康増進事業・自殺対策事業 ・生活困窮者自立支援事業等との 連動、庁内多分野連携 ◎健診（うつスクリーニングなど） ◎早期支援のための普及啓発 （MHFA等） ◎心の健康教育・リテラシー向上 （住民組織、中学生等）	◎普及啓発（自死遺族、依存 症） ◎精神保健教育・リテラシー向上 ・学校保健との連携構築 （高等教育、大学等） ◎産業保健との連携構築	◎資料収集・データ分析及び 提供 ◎エビデンスのある支援技法 の試行と普及 ・依存症、ひきこもり、自殺、 アウトリーチ等 ・精神保健教育の普及等 ◎技術援助 （広域多分野調整的） ◎人材育成 ・スーパーバイズ ・精神保健福祉相談員等研修 ◎精神医療・保健・福祉等 サービスの質の向上のため の取組 ・精神医療審査会 ・精神障害者保健福祉手帳・ 自立支援医療（精神通院） 判定	【企画】 ◎精神保健の重要性についての 庁内での周知 （部局横断的な活動等） ・精神保健基盤強化 ・庁内体制構築 ・普及啓発事業予算の確保 ◎地方精神保健福祉審議会等による協議 ◎データ分析・事業評価
医療機関 との連携	◎精神保健相談（義務化） ◎医療機関に関する情報提供 ◎受診支援 ◎医療継続支援 ◎長期在院者への支援 ・市町村長同意に関する支援 ・1年以上入院者への支援等 ◎個別ケア会議	◎圏域保健医療の協議の場 ◎未治療者等への訪問支援、必要 に応じた受診支援 ◎保健医療ネットワーク構築 ◎個別ケア会議（事例検討会） ◎複雑困難事例のマネジメント ◎通報対応、措置診察 ◎ガイドラインに基づく退院後支援 ◎地域移行・地域定着支援	◎複雑困難事例の支援 ◎保健所・市町村支援	◎精神科救急医療体制整備 ◎疾患や課題別の治療および 相談拠点の設置 ◎圏域ごとの精神保健医療の課題 と方向性の確認 ◎精神医療審査会と実地指導 ・実地審査の連携
福祉・介護 その他	◎障害福祉サービス利用支援 ◎医療・福祉・介護等連携体制 構築 ◎居住支援	◎地域精神保健福祉体制整備 ◎関係団体等との調整 ◎市町村支援バックアップ	◎複雑困難事例の支援 ◎保健所・市町村支援	◎精神保健と福祉の統合 ・都道府県：保健医療関係計画 の策定、進捗管理 ◎医療計画、介護保険事業計画、 障害福祉計画の整合性の確保
アウト リーチ	◎都道府県の実情に合わせて、市町村や障害者福祉圏域に自宅等 への訪問支援を行う専門職等から構成されるチーム（コミュニティヘル プチーム）や保健的アウトリーチチームの設置		◎複雑困難事例等への アウトリーチ支援 ◎スーパーバイズ	◎予算確保 ◎実施状況の把握
家族支援	◎都道府県の実情に合わせて、市町村もしくは保健所主体で 家族支援事業の実施 ◎家族会支援		◎保健所や市町村による保健 的アウトリーチ、家族支援 体制構築支援 ◎ピアサポートを担う人材育 成8陽性者研修	
ピアサ ポーター	◎都道府県の実情に合わせて、市町村もしくは保健所主体で ピアサポーター養成、活動支援等の実施（相談支援事業所等への 配置促進）			

33

市町村の課題に対する対応策
<p>保健所や精神保健福祉センター等都道府県に望まれるバックアップの例</p> <p>○個別支援連携</p> <p>ケースレビューによるケースの共有 アセスメントやプランニングへの助言 （危機介入事例、児童・思春期、パーソナリティ障害、ひきこもり等） 専門性が求められる個別支援・複合ニーズを抱える事例への訪問支援の協働 （受診拒否等援助希求の無いケース、薬物やギャンブルなどアディクション、虐待、8050等の家族支援等） 未治療・医療中断、救急受診を繰り返す事例など医療調整を要するケースへの協働 処遇に関するコンサルテーションなど</p> <p>○市町村等職員への支援、人材育成</p> <p>各種研修の企画運営への助言・協力、研修会への講師派遣 ケースカンファレンスへの職員派遣、グループスーパーバイズの実施など</p> <p>○企画業務への支援</p> <p>協議の場の運営への助言、参画（職員派遣） 地域分析など必要なデータの提供 医療関係者等との調整 広域調整が必要な業務の調整 事業企画立案に向けた助言、ノウハウの提供</p>
(第3回精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会 山本賢構成員資料より) 34

34

保健所としての課題

○各自治体での取り組みの推進が図れるような仕組みづくり

- 「にも包括」を進めるの法整備やインセンティブ制度などが十分でない。

○保健所がリーダーシップを発揮できるよう人材の確保

- 保健所では、救急対応や自殺対策等、目の前にある問題解決や事業に追われ、精神保健の体制整備が後回しになっている現状がある。また新型コロナウイルス感染症対応が優先されており、精神保健の優先度が低くなっている。

○中核市保健所における23条通報の対応について

- 措置通報に係る業務について、立ち合い、調査、診察などの権限移譲に加えて、措置不要後の47条対応など、中核市の関与について法的根拠や業務の範囲、役割と責任の所在が不明瞭であり、中核市の実施状況に大きな差がある。
- 経由事務のみの中核市は、対象者に対して早期に関与する機会を失っている。

○政令市保健所の精神保健活動について

- 政令市における精神保健活動についての実態把握と課題整理が必要である。

35

35

中核市の精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

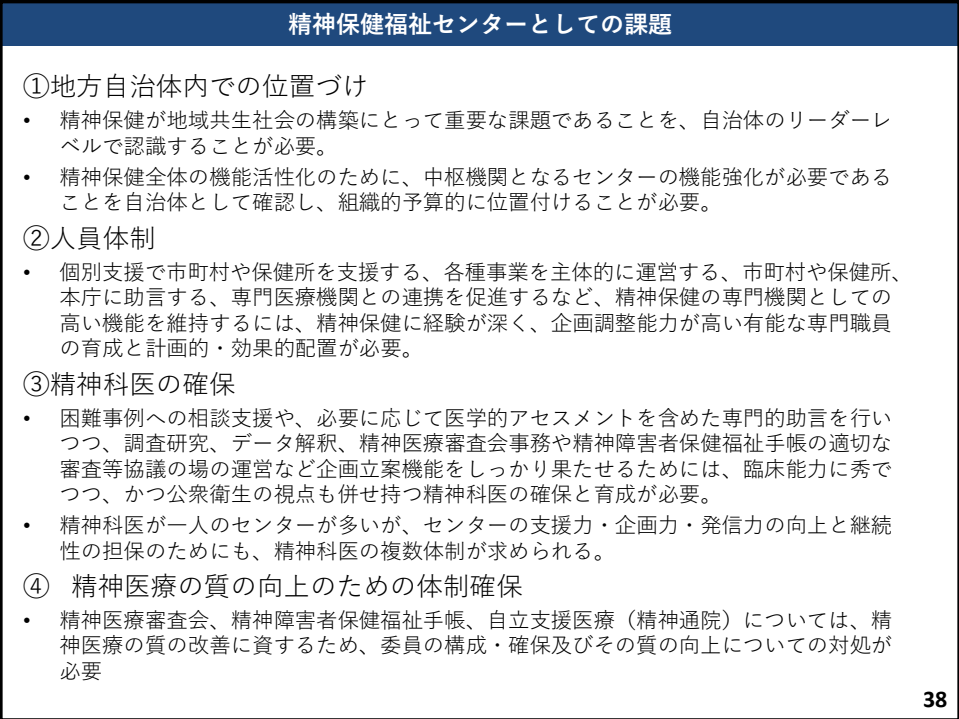
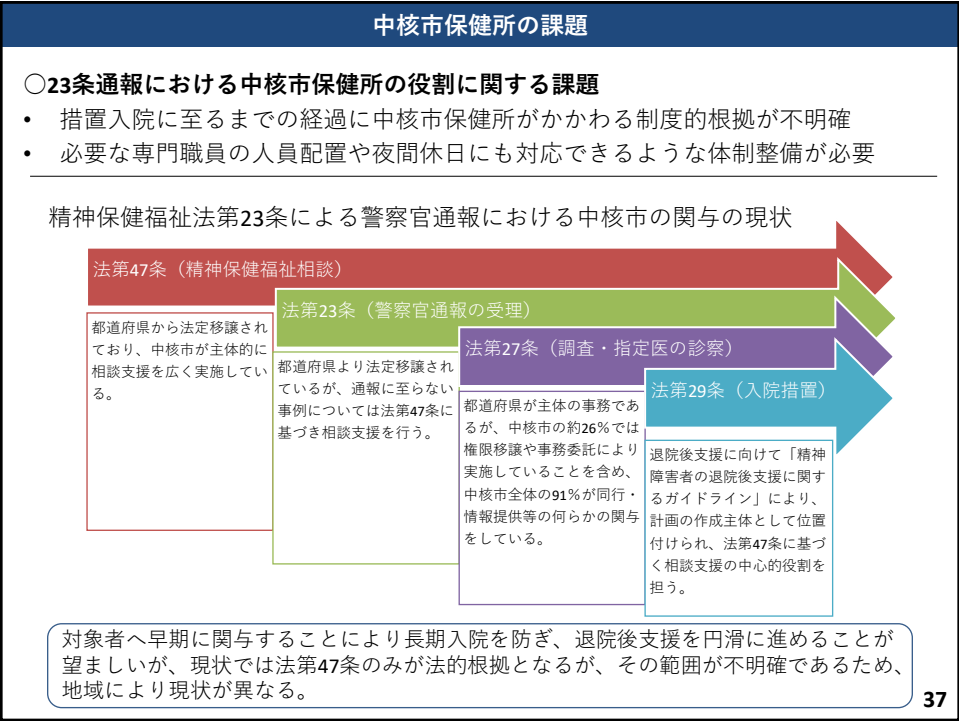
【特徴】○市保健所は、母子保健・障害福祉・高齢者福祉分野等との協働や連携がしやすい状況である。
○市保健所は、医療・保健分野において、日常生活圏域内でも関与が強くなる。

【重要】○市保健所は保健センター及び福祉事務所と2層の関係になっている。
○中核市の協議の場で話し合われたことを3層の都道府県の協議の場へのフィードバックしていく。

市町村精神保健機能を保健センターに配置し、重層的な支援体制を構築

36

62



精神保健福祉センターとしての方向性

○相談支援

- 市町村や保健所で支援困難な事例をセンターが医師を含む多職種により支援する（多職種によるアウトリーチ支援等）
- 依存症相談拠点、ひきこもり地域支援センター、自殺対策推進センターなどを活用して相談を受けつつ、市町村や保健所や専門医療機関と連携した支援を行う。

○人材育成

- ・ 個別支援とケア会議を通じて市町村・保健所等の専門職のOJTを行う。
- ・ ノウハウとネットワークを活用することで、事例検討会、研修実施、マニュアル作成等を行う。
- ・ 理念や新しい支援技術を地域ニーズに即した形で普及し、市町村や保健所等の支援技術向上・人材育成に資する。

○企画立案

- ・ 地域ニーズを反映させる形で、保健所や本庁の協議の場の運営を支援する。
- ・ 現場の支援状況を考慮した形でデータの解釈を行い、保健所や本庁の各種会議、調査研究、事業化、予算編成や計画作成等の企画立案業務への助言を行う。
- ・ 市町村支援については、保健所、本庁と連携しつつ、企画立案に関する技術援助を行う

○人權擁護

- 精神医療審査会等を活用しつつ、都道府県による実地審査・実地指導と連携しつつ精神医療の質の向上を図る。

○調査研究

- ・ 市町村、保健所、本庁などと連携することにより、地域精神保健に関する調査研究を行うことにより、地域課題の把握を行う。
- ・ 国内外のエビデンスを取り入れ、地域事情を考慮した形で都道府県等内での普及を目指す。

○精神保健の専門機関として、都道府県における相談支援・人材育成・企画立案・人権擁護・調査研究を担保する役割を担い、精神保健の底上げを図る。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業について

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業の見直し（案）		
○精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築にむけた自治体機能強化事業（仮称）		
種別	事業内容の例	実施主体の例
Ⅰ 基盤整備事業		
1) 精神科医療体制強化	・精神科救急医療体制強化事業 ・身体合併症等連携システム構築 ・精神医療相談事業 等	都道府県等
2) 福祉基盤の強化	・「協議の場」による福祉基盤の強化 ・ピアサポーター養成・活用 ・地域移行・定着、自立生活援助等障害福祉サービスの提供体制整備、 ・地域生活支援拠点機能強化	保健所・市町村
3) 保健基盤の構築・強化	・「協議の場」によるメンタルヘルス基盤の整備による住民のメンタルヘルスリテラシー向上	保健所・市町村
	・多職種連携による訪問支援体制の構築事業 ・多職種アウトリーチ支援事業	精神保健福祉センター ・保健所・市町村
	・ピアサポーターによる啓発事業 ・メンタルヘルスサポーター養成事業	保健所・市町村
市町村必須事業化	・精神保健相談体制構築事業 ・家族支援体制構築事業	市町村
4) 総合相談機能強化 市町村必須事業化	・福祉総合相談と精神保健の連携構築 ・居住支援と精神保健の連携構築 ・在宅医療と精神保健の連携構築	市町村 ※厚労内部の調整？
41		

41

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業の見直し（案）		
○精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築にむけた自治体機能強化事業（仮称）		
種別	事業内容の例	実施主体の例
Ⅱ 基盤整備のための人材育成事業		
1) 精神保健福祉相談員養成	市町村・保健所等における従事者養成研修	精神保健福祉センター
2) ピアサポート専門員養成	相談支援に従事するピアサポーター養成 地域で多様な活動をするピアサポーター養成	精神保健福祉センター ・保健所
3) 支援機関職員対象	精神保健福祉基礎研修 ・社会福祉協議会職員、ヘルパー等	精神保健福祉センター
	ケースマネジメント研修 ・相談支援専門員、介護支援専門員 ・市町村総合相談従事者 等	保健所・市町村
	メンタルヘルスファーストエイダー養成 ・保健所職員、市町村職員、教職員等	精神保健福祉センター 保健所
Ⅲ 市民に向けた普及啓発等		
1) メンタルヘルスリテラシー向上	メンタルヘルスサポーター養成（MHFA）	保健所・市町村
2) ピアサポーター養成 市町村必須事業化	仲間とゆったり活動するピアサポーター養成 （社会復帰相談指導事業の発展形）	市町村
3) 家族支援	メリデン版訪問家族支援 心理・家族教育による家族相談員養成	精神保健福祉センター 保健所・市町村
42		

42

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業の見直し（案）		
○精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築にむけた自治体機能強化事業（仮称）		
種別	事業内容の例	実施主体の例
Ⅳ 長期在院者等支援事業		
1）退院意欲喚起事業	友愛訪問事業	保健所・市町村
	外出支援事業	（地域援助事業者）
	福祉サービス説明会実施事業	市町村
2）地域交流等事業	地域生活体験事業	保健所・市町村
	地域交流事業	（地域援助事業者）
3）医療、保健、福祉等関係機関職員の相互理解・連携促進研修事業	多職種訪問支援事業	精神保健福祉センター 保健所・市町村

43

<div>「にも包括」の法的整備</div> <div></div>

44

にも包括構築から見た精神保健福祉法に関する課題

○精神保健福祉法

- 精神障害者の精神科入院治療が中心となった規定内容であり、「にも包括」の視点を十分に含んでおらず、「にも包括」の根拠にはならない
 - 心の健康づくりの視点到乏しい
 - 相談支援など早期の対応が後回しになっている
 - 市町村の精神保健相談が努力義務に留まっている（第47条）

○関連する法律

- 「にも包括」に関係している法律を精神保健の視点から結びつけ統合する、「にも包括」の根拠となる法律がない
 - 障害者総合支援法：3障害の生活支援サービスを規定
 - 介護保険法：介護保険サービスに関わる内容
 - 医療介護総合確保推進法：地域包括ケアシステムの構築と整備
 - 地域保健法：保健所や市町村の保健活動を規定し、自治体の精神保健にとっても重要
 - 健康増進法：健康診断、保健指導、受動喫煙の防止など
 - 自殺対策基本法：保健所の役割が明確ではない。
 - アルコール問題対策基本法
 - 社会福祉法：
 - 障害者虐待防止法

○「にも包括」の構築を見据え、地域共生社会に向けた全世代全障害型の体制整備のためには法整備や各種指針の見直し、必要な財政的方策等も検討が必要

45

45

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築事業と市町村が取り組む様々な包括的支援					
	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム	妊娠期からの切れ目のない支援 子育て世代包括支援	生活困窮者自立支援 における包括的な支援	地域包括ケアシステム	地域共生社会の実現 に向けた包括的支援
根拠法令等	※補助事業（H29～） ※障害福祉計画	子ども・子育て支援法（H24） ※子ども子育て支援計画	生活困窮者自立支援法（H25）	地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（H30） ※介護保険事業計画	改正社会福祉法（H29） ※地域福祉計画
厚労省所管	社会・援護局	子ども家庭局	社会・援護局	老健局、保険局	社会・援護局
実施主体	都道府県 政令市、中核市、特別区、保健所設置市	市町村	市（特別区を含む）及び福祉事務所を設置する町村 都道府県	市町村	市町村
包括的連携	医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育	家庭、学校、地域、職域、その他の社会のあらゆる分野	福祉関係課（保護担当、地域福祉担当、高齢、障害、児童） 保健医療、住宅、商工、教育、税務、保険・年金、水道、市民生活、人権	○医療・介護連携推進等 ○地域共生社会実現に向けた取組の推進等	地域住民の複合化・複雑化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築 ①断らない相談 ②参加支援、 ③地域づくりに向けた
整備方針等	「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一人として、安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指す	子ども及びその保護者が置かれている環境に応じて、子どもの保護者の選択に基づき、多様な施設又は事業者から、良質かつ適切な教育及び保育その他の子ども・子育て支援が総合的かつ効果的に提供されるよう、その提供体制を確保すること。	生活困窮者の尊厳の保持を図つつ、生活困窮者の就労の状況、心身の状況、地域社会からの孤立の状況その他の状況に応じて、包括的かつ早期に行われなければならない。 地域における福祉、就労、教育、住宅その他の生活困窮者に対する支援に関する業務を行う関係機関（以下単に「関係機関」という。）及び民間団体との緊密な連携その他の必要な支援体制の整備に配慮して行われなければならない。	1)自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進 2)医療・介護の連携の推進等 3)地域共生社会の実現に向けた取組の推進等 ・市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り	「全ての人が地域、暮らし、生きがいと共に創り高め合う地域共生社会を実現する」「断らない相談支援」などの包括支援や多様な地域活動の普及・促進について、新たな制度の創設の検討を含め、取組を強化する」 経済財政運営と改革の基本方針 2019（骨太の方針 令和元年 6 月 21 日 閣議決定）
法的根拠なし 精神・障害保健課					
地域共生社会の実現のための社会福祉法一部改正 地域福祉課、基礎整備課、総務課（老健局）、医療介護連携政策課、政策統括官付情報化担当参事官室 ⁴⁶					

(第3回精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係る検討会 山本賢構成員資料より一部改変)

46

67

精神科外来機能強化に関する研究

研究分担者：川副泰成（総合病院 国保旭中央病院）

研究協力者：岩上洋一（特定非営利活動法人じりつ）、上島雅彦（竹田総合病院）、岡部正文（一般社団法人ソラティオ）、香山明美（みやぎ心のケアセンター）、菊入恵一（田宮病院）、齋藤研一（社会福祉法人会津療育会）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、鈴木孝典（高知県立大学社会福祉学部）、田村綾子（聖学院大学人間福祉学部人間福祉学科）、長谷川直実（大通公園メンタルクリニック）、三澤孝夫（駒澤大学）、村井千賀（石川県立高松病院）、山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

要旨

包括的支援マネジメントの実装による効果を検証するため、石川県立高松病院において精神科救急病棟に入院した者に対して「包括的支援マネジメント実践ガイド」に基づく支援を継続している。ICMを実施するための体制構築とICMの実践を通じて病院内外の連携が強化され、スタッフのモチベーション向上に効果があることが示唆されており、来年度以降にICM導入の効果につき検証する予定である。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する観点からは、ひきこもり等の地域課題に対応するため、精神科医による往診・訪問診療の充実が期待されている。現在積極的に往診・訪問診療を実施している医療機関へのインタビューおよびアンケート調査、サービス利用者の特徴と支援プロセス調査より、現行制度における往診・訪問診療の課題を検討した。また、医療と福祉の連携強化に関して、医療から福祉への情報提供のあり方を検討するため、障害福祉サービス事業所において精神障害者支援に従事している精神保健福祉士を対象としたインタビューを実施し、福祉関係者が必要としている医療からの情報提供のあり方を示した。今年度の結果を踏まえて、来年度は医療一福祉連携促進のための情報提供シートを作成する。

A.研究の背景と目的

現在構築が進められつつある「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「にも包括」）は、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムであり、地域共生社会の実現のためには欠かせないものとされている¹⁾。「にも包括」の構成要素としては、「地域精神保健及び障害福祉」「精神医療の提供体

制」「住まいの確保と居住支援」「社会参加」「当事者・ピアサポーター」「精神障害を有する方等の家族」「人材育成」が挙げられている。このうち精神医療については、メンタルヘルス上の課題を抱える地域住民の支援や普及啓発から、中重度の精神障害をもつ人への治療に至るまで、「にも包括」のあらゆる側面で重要な役割を担うことが期待される。

これまでに我々は、包括的支援マネジメントを実践している医療機関の協力を得て、包括的支援マネジメントの対象者の特徴や、包括的支援マネジメントで提供されるサービス

内容やサービス量の見える化を行うとともに、その効果についても示してきた。ここでいう包括的支援マネジメントとは、さまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメント（intensive case management; ICM）を指す。また、医療機関からのアウトリーチの必要性とそのあり方についても検討を重ねてきた。

今年度は、昨年度から実施している石川県立高松病院における ICM の取り組みの経過を記述的に報告するとともに、昨年度までに収集したデータの二次分析により、ICM 導入基準の見直しを行った。さらに、精神医療と障害福祉サービスの連携の方法について検討した。また、自ら医療機関を受診することが困難な精神障害者への支援や、ひきこもり等メンタルヘルス上の課題が関係することが多いと考えられる地域住民の「困りごと」への対応のあり方を検討するため、アウトリーチ支援の実践を積極的に実施している医療機関に対し、特に医師の往診、訪問診療の実態についてのインタビュー調査、アンケート調査、支援プロセス調査等に加え、診療報酬改定に関する意識調査についても実施した。

B.方法

1) ICM 実施医療機関調査

本研究は、「包括的支援マネジメント実践ガイド」²⁾に基づき、新たに ICM を実装した医療機関の入院患者を対象とした縦断的な観察研究である。研究対象者は、2019 年 7 月 1 日から 2020 年 10 月 31 日までに、調査対象機関の急性期病棟に入院した患者である。導入基準は、①2019 年 7 月から 9 月に当該病棟に入院となった者、②精神科の主診断を有する者、③同意撤回のない者とした。除外基準は、

①20 歳未満の者、②65 歳以上の者、③認知症が主診断の者、④てんかんが主診断の者、⑤入院中に転院する可能性の高い者、⑥高松病院で外来治療を受けない者とした。調査時期は、初回調査を実施する入院（index admission）の入院時（T1.0）、index admission の退院時（T2.0）、index admission 退院後から 1 年経過時（T3.0）とし、予後調査は、T2.0 から T3.0 の間で、ケースマネジメントが不要となった場合においても実施する（表 1）。高松病院では入院時に BPRS を測定し、本人同意に基づいて生活の質を測る Euro-QOL 5D-L³⁾、および日常生活上の活動量/範囲を表す（Frenchay Activities Index ; FAI）⁴⁾のアンケートを実施している。データは「包括的支援マネジメント実践ガイド」に示された様式から転帰することにより収集した。

調査の実施に先立ち、石川県立高松病院倫理委員会の承認を得た。

2) 入院患者における ICMSS の利用方法の検討

現在診療報酬の算定基準としても活用されている ICM 導入基準（intensive case management screening sheet; ICMSS）は、もともと外来において ICM 導入を検討することを前提として作成されたものである。外来ケースマネジメントでは 14 項目（措置に関する項目を除く）のうち、1 つでも「有」と判断された項目があった場合に ICM の必要性を考慮する尺度となっている⁵⁾。しかしながら、入院患者において ICM 導入の必要性を検討する場合に ICMSS のカットオフ値を直接用いた場合には、大多数の患者に当てはまる可能性もある。そこで、退院後に ICM を必要とする入院患者、特に集中的なかかわりを要すると予想される患者を判別するためには、異なるカットオフポイントの作成や運用を提案することが望ましいと考えられる。

本研究では、2016 年 10 月 1 日～7 日に国

保旭中央病院精神科外来または救命救急センター外来で同科医師の診察を受けたか、デイケアまたは多職種アウトリーチ支援を利用した者及び2016年12月10日～16日に医療法人社団ほっとステーションの外来で医師の診察を受けたか、デイケア等の治療活動または訪問支援を受けた者1064名のうち、ICMが提供されていなかった687名と、ICMが提供され、2カ月間のサービス提供時間が120分を超えていた者を分析対象とした。

分析にはICMSS(表2)の各項目を用いた。ただし、ICMの必要性の判断に強く関連する要因⁶⁾で、かつ客観的な情報が比較的容易に入手可能な4項目については、1つでも「有」となる場合はICMの必要性を検討すべきであると考えられるため、下記の4項目(コア項目)を除いた11項目を用いてカットオフポイントの分析を実施した。

【コア項目】

(過去1年以内)

- #03 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある
- #06 家族への暴力、暴言、拒絶がある
- #07 その他の警察・保健所介入歴がある
- #11 直近の入院は措置入院である

本研究の実施にあたっては、国保旭中央病院倫理委員会及び医療法人社団ほっとステーション倫理委員会の承認を得ている。

3) 医師の往診・訪問診療に関する調査

①往診・訪問診療に関するインタビュー調査

機縁法により選定した、精神科医師による往診・訪問診療(以下、「アウトリーチ支援」)を積極的に実施している精神科医療機関(岡崎クリニック、錦糸町クボタクリニック、しっぽふぁーれ、ちはやクリニック、西川病院、虹クリニック、御荘診療所、三家クリニック、大和診療所)の精神科医に対し、2020年6月、zoomにより1グループ3名、計3回のグループインタビューを実施した。

②往診・訪問診療に係る診療報酬の算定状況と診療報酬改定についての意識調査

日本精神神経科診療所協会の会員医療機関およびACT全国ネットワークの会員医療機関に対し調査票を配布し、回答を求めた。2020年6月30日までの回答のあった633医療機関を対象として集計を行った。

③精神科における往診、訪問診療、訪問支援に関する実態調査

機縁法により選定した医療機関12施設において、以下の基準をすべて満たす患者を対象として調査を実施した。

- i. 2018年6月1日以降に調査協力機関において新規に医師による訪問系支援(精在管、在医総管、往診他)に導入された者
 - ii. 20歳以上の者
 - iii. オプトアウトの手続きにより自身に関連する情報の収集を拒否しなかった者
- 調査項目は以下の通り(別紙1参照)。

➤ 支援対象者について

- ・基本属性：生年月日、性別、診断名
- ・研究協力機関および他医療機関での過去の外来受診歴、入院回数、精神科訪問看護、障害福祉、介護福祉等のサービス利用状況

➤ 支援プロセスについて

- ・訪問系支援開始時の導入経緯
- ・訪問系支援で算定した診療報酬の種別
- ・調査期間中の毎月の医師およびコメディカルスタッフの訪問回数、ケア会議の回数、外来受診回数、予約があるにも関わらず外来受診をしなかった事象(mis-appointment)の有無とあった場合の回数
- ・ICMSS各項目

本研究の実施にあたっては、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得ている。

4) 精神科医療と障害福祉サービスの連携に関するインタビュー調査

2021年1月、障害福祉サービス事業所に勤務する精神保健福祉士6名に対し、zoomを用いて、障害福祉サービス利用者について精神科医療機関からの情報提供があると望ましいと考えられる情報について意見交換を行った。

C.結果／進捗

1) ICM 実施医療機関調査

①包括的支援マネジメント実装前の体制整備(図1)

実装にあたって、ICTを活用しながら、必須項目の評価の実施と多職種による多角的な評価・検討を通して、潜在的なニーズの見落としや職種間での目標の相違による不利益を軽減し、より適切な連携支援体制を図った。

〈入院医療体制構築〉

- i. 定型的な評価や記録様式を定めた(評価・記録の標準化、職種間の共通視点の設定)。
- ii. 電子カルテ内に定められた様式での記録を行えるよう調整(情報共有の効率化)。
- iii. 退院時ケースマネジメント導入基準評価と対象者のニーズアセスメントの実施(適切な時期の支援開始、治療過程で得られた関係性や情報の活用)。
- iv. 退院に向けた支援開始前に定型的な会議を設け、多職種間での情報と目標の共有を図る(多角的評価と職種間での支援の統一)。
- v. 多職種間で支援の役割分担やスケジュールの明確化と共有(支援開始後の効率化)。
- vi. 精神科救急から退院支援される患者全てに対する同一の方法での支援(チーム医療としての支援の標準化)。

〈外来医療体制構築〉

- i. 外来通院者における包括的支援マネジメント対象者の確定後、担当看護師を決め、対象患者用のファイルを作成した。
- ii. 担当看護師が拡大ケア会議(院外支援者を含めた会議)に参加し、本人、家族、地域の支援者等に自己紹介をする。
- iii. 外来スタッフルーム内のICM対象患者用のスケジュールボードにて、受診とケア会議のスケジュールを管理した。
- iv. 定期的なケア会議参加と計画書準備を業務化した。
- v. 週1回の外来カンファレンスを開催し、多職種での支援状況、対象者の経過を共有の場を設けた。

②ケースマネジメント対象者

調査期間中に当該病棟に入院をした患者は201名であった。現時点では、このうち45名について診療録調査を完了した。この45名の入院時の主要な結果を、速報値として表3に示した。男性19名(42.2%)、女性26名(57.8%)、平均年齢は42.0±13.2歳であった。診断名はF2(統合失調症)が最も多く、次いでF3(気分障害)が多かった。7割以上が医療保護入院者で、53.3%に入院時の行政介入があった。

入院時のICMSSで半数以上の患者が該当した項目は、多い順に「A1_6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある」「B2_自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)」「D10_自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」「C6_家族への暴力、暴言、拒絶がある」「D8_定期的な服薬ができていなかった」「C7_警察・保健所介入歴がある」であった(図2)。入院時に家族と同居をしていた者は41名

(78.6%)、単身者は4名(8.9%)、就業は6名(13.3%)であった。外来医療サービスの利用者数は、デイケアが3名(6.7%)、訪問が9名(20.0%)、その他が2名(4.4%)、障害福祉サービス利用者数は11名(24.4%)であった。過去に入院については、31名(68.9%)に入院経験があり、総入院日数の中央値は299.4日(最小値30,最大値1900)であった。

2) 入院患者における ICMSS の利用方法の検討

コア項目を除く ICMSS の11項目のロジスティック回帰分析の結果を表4に示す。重みづけ案パターン1(OR \geq 5=3点、OR \geq 2=2点、それ以外1点)とパターン2(有意差が出た項目を一律に2点)の2案それぞれの感度、特異度、カットオフ、および受信者動作特性曲線を表5-6、図3-4に示す。これらの分析に基づき、各項目について重みづけを行い、ICMSSを表7-8のように改編した。

3) 医師の往診・訪問診療に関する調査

①往診・訪問診療に関するインタビュー調査

インタビュー調査で得られた情報より、未治療・治療中断(ひきこもりを含む)ケースの相談・受診経路、未治療・治療中断ケースに訪問による医療の提供を行う場合の課題を図5-6に示した。

未治療・治療中断ケース以外に精神科医による往診・訪問診療が必要なケースとしては、

- ・ 精神症状の悪化等の危機介入
- ・ 自力で通院していたが、高齢化、身体合併症等により通院が困難となった場合
- ・ 服薬管理や受診同行をしていた家族が高齢化や施設入所、死亡等により援助できなくなった場合
- ・ 身体科に入院中の患者の対診

が挙げられた。

往診・訪問診療に関しては、その他に以下のような意見もあった。

- ・ 長期入院になるようなケースでも、訪問

診療で支えつつ、訪問看護や障害福祉サービスにもつないでだんだん医療が引いていくことを目指すことは可能。しかしそのためには長期間を要する。

- ・ 医師が地域で支えるイメージを持つうえでも、往診・訪問診療は医師への教育的な意義もある。特に初期教育の中で地域精神科医療に触れることが重要。
- ・ 医師が地域に出ていくことを促進するためには、在医総管の施設要件を満たすことが困難な診療所でも訪問診療が可能となるような制度を検討してほしい。
- ・ ひきこもりケース等を保健所、市町村だけで継続的にかかわることは、マンパワーの面から困難であり、医療機関からの訪問が必要。
- ・ 入院が必要な人もいるが、最初から入院ありきではなく、地域で支えることを前提とした制度とすべき。
- ・ オンライン診療では治療的なかわりが難しいケースは多い。オンラインのニーズはあり、適応を選べば支援方法のひとつとなりうるが、対面の重要性は不変。
- ・ 保健所は、ハイリスク妊産婦加算等の母子保健領域では熱心だが、精神科への協力(精在管「イ」「ロ」の合同カンファ等)は得られにくい。
- ・ 行政からの要請による訪問は、診療報酬を算定できない活動が多い。
- ・ 高齢化等による訪問ニーズも増えているが、ニーズにすべて応えようとすると、地域システムが育たない可能性もあり、注意が必要。
- ・ 認知症初期集中支援チームのように、行政に医師がかかわる仕組みをつくるべき。保健所よりも、基礎自治体と動くシステムが望ましい。

②往診・訪問診療に係る診療報酬の算定状況と診療報酬改定についての意識調査

日本精神神経科診療所協会および ACT 全

国ネットワーク所属の医療機関 1586 施設に調査票を郵送した。633 施設から回答が得られ（回答率 39.9%）、うち有効回答は 628 であった（有効回答率 99.2%）。

精神科在宅患者支援管理料（以下、「精在管」）を算定している医療機関は 46 施設（7%）であり、在宅療養支援診療所の届出をしている医療機関は 43 施設（7%）であった。在宅療養支援診療所の届出をしていない理由としては、「医師が 24 時間往診する体制が作れない」が 46%と最多であり、次いで「24 時間連絡がとれる体制が作れない」（58.6%）、「病院との連携体制が作れない」（13.3%）、「自院内の他部署の協力が得られない」（6.5%）であった。

職員配置、診療報酬算定状況、令和 2 年度診療報酬改定に関する意見については、精在管の算定または在宅療養支援診療所の届出をしている医療機関 63 施設に回答を求め、61 施設から回答を得た。

61 施設において、訪問を行っている医師の人数は、常勤医師は平均 1.2（±0.6）名、非常勤医師は 0.4（±0.9）名であった。訪問を行っている医師の週当たり平均勤務時間は 32.3 時間であり、在籍している医師以外の専門職の 1 施設当たりの平均人数は、看護師 3.9 名、ソーシャルワーカー 2.4 名、作業療法士 0.9 名、心理職 2.2 名、その他 1.5 名であった。

2019 年 10 月から 12 月までの精在管、在宅時医学総合管理料、往診の算定人数を表 9 に示す。「往診のみ」の利用者に関して、精在管も在宅時医学総合管理料も算定しなかった理由としては、「初回訪問であったため」が 56%で最多であり、次いで「定期的な訪問診療にする必要がなかった」（50%）、「定期的な訪問診療が望ましいと思われたが、何らかの理由で訪問診療とすることができなかった」（21%）であった。

令和 2 年度診療報酬改定で、精在管「ハ」が廃止によって生じる問題は、表 10 の通りである。

精在管「ハ」廃止後の対応策は、表 11 に示

す通りである。訪問診療・往診を行うにあたり、現在の診療報酬で対応が困難な点については表 12 に示した。

③精神科における往診、訪問診療、訪問支援に関する実態調査

調査対象者は 64 名であった。・性別は、男性 30 名（46.9%）であり、・支援状況は、支援中（24 カ月未満）が 29 名（45.3%）、支援中（24 カ月以上）が 28 名（43.8%）、支援終了が 7 名（10.9%）であった。罹病期間は、223.4 ±184.5 カ月（最短 23 カ月、最長 731 カ月）であった。年齢分布および主診断を図 7-8 に示す。

重複診断は、20 名（31.3%）に認められた（人格障害 5 名、知的障害 6 名、発達障害 2 名、認知症 7 名）。身体合併症ありは 19 名（30.0%）、精神保健福祉手帳は 24 名（37.5%）、療育手帳は 3 名（4.7%）が取得していた。要支援/要介護の認定を受けている者は 7 名（10.9%）であり、居住形態としては、単身 19 名（29.7%）、家族同居 44 名（68.6%）、施設入所 1 名（1.6%）であった。

入院に関しては、初診以降の入院歴は平均 1.67±2.45 回（最小 0 回、最大 12 回）であった。当該医療機関における訪問診療開始以前の入院歴については、支援開始前 1 年間に精神科への入院歴がある者は 10 名（15.6%）、身体科への入院歴がある者は 6 名（9.4%）であった。当該医療機関における訪問開始以前のサービス利用歴については、表 13 に示す。

当該医療機関における訪問開始の理由については、図 9 に示す通りであり、ひきこもりが 35 名（54.7%）と最多であった。

厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」平成 25 年度～27 年度 総合研究報告書⁷⁾に示された「重度かつ慢性」の基準案に則り、問題行動評価表の 1-27 の項目のいずれかが「月に 1-2 回程度」以上に評価された者を「行動障害あり」、能力障害評価で 4 以上に評価され

た者を「能力障害あり」と定義し、訪問支援開始時点と訪問支援終了時の状態につき評価した。結果は表 14 に示す通りであった。医療サービス以外のサービス利用状況については表 15 に示す。

訪問開始から 24 カ月経過時点までの支援プロセスが確認できた 28 名について、職種別の 1 カ月ごとの訪問回数の変化を図 10、診療報酬別の医師の 1 カ月ごとの訪問回数を図 11 に示す。24 カ月の支援期間において、精神科入院を経験した者は 3 名（10.7%）、身体科入院を経験した者は 3 名（10.7%）であった。

4) 精神科医療と障害福祉サービスの連携に関するインタビュー調査

障害福祉サービスにおいて実際に精神障害者に支援提供している精神保健福祉士 6 名へのインタビュー調査から、医療から福祉への情報提供が望まれる事項として挙げられた項目は以下の通りである。

身体機能・身体疾患等の情報

- ・ 視力、聴力、認知機能、筋力等のコミュニケーションや日常生活に必須の身体機能情報
- ・ 悪性腫瘍など、生命にかかわる疾患に関する情報
- ・ 糖尿病や高血圧など、身体管理や服薬管理が必要な疾患の情報
- ・ 感染症（白癬等も含む）情報
- ・ 身体疾患治療のための通院頻度や通院方法

処方されている薬剤についての情報

- ・ 身体疾患に対する薬剤を含む、本人が使用中の薬剤情報
- ・ 処方薬名を並べるのではなく、何に対する薬か、飲み忘れてはいけない薬か、多少飲み忘れがあっても気にしなくてもよい薬か、薬に関する声掛けの要否、本人に薬についてどのように説明されている

かなど、支援の際に役立つ情報があるといい

治療目標、医療・支援上の着眼点

- ・ 受けている医療の情報（通院頻度、デイケア、訪問看護、身体合併症等）
- ・ 1 年後にはデイケアから就労支援事業所に移行したい等、具体的な治療目標
- ・ 本人の医療への信頼度、治療へのモチベーション（しぶしぶ通院しているのか、積極的に治療参加しているのか、等）、本人が精神障害についてどのように受け止めているのか
- ・ 医療機関が把握している本人の障害福祉サービス利用に関するモチベーション
- ・ 関わり方のコツ・留意点
- ・ クライシスプランがあれば共有
- ・ 再入院リスク
- ・ 看護サマリーの写し

その他

- ・ 訪問看護ステーションへの情報提供と同等の内容だけでもあると助かる
- ・ 医療機関と連絡をとる際の窓口となる担当者氏名、連絡方法
- ・ 重複障害の有無

情報提供の時期としては、以下のような意見があった。

- ・ サービスの更新時期
- ・ 入院中の方に関しては、サービス利用を検討しはじめる時期など（短期の入院で退院される方については、福祉側で情報を集めるゆとりがないことが多く、本人との信頼関係を構築する時間も限られているため、病院からの早めの情報提供が必要）
- ・ 大きく病状や処方等が変わったとき

また、情報提供書を記載する職種としては、精神科医（主治医）は必須であり、精神保健福

祉士等、医師以外の専門職も記載できることが望ましいとされた。

D.考察

石川県立高松病院における ICM の実践については、COVID-19 の感染拡大に伴いケア会議の実施等に困難が生じたものの、順調にデータ収集が進んでいる。令和 3 年度の前半までに、退院後 1 年時点のデータを収集できる予定であり、患者の転帰について ICM 導入前と導入後の比較を行う予定である。高松病院においては ICM を実施するための体制構築と ICM の実践を通じて病院内外の連携が強化され、スタッフのモチベーション向上に効果があったとの意見が高松病院からの研究協力者から出されている。令和 3 年度には、ICM 実施による入院関連アウトカムや院外資源との連携状況の変化につき検討するとともに、ICM 利用者の主観的評価や、地域援助事業者等からの病院との連携に関する評価などを実施し、ICM の効果について多角的に検討を行う予定である。

現在、精神科退院時共同指導料を算定するにあたっては、ICMSS のいずれかの項目に該当することが必要とされている。しかし前述のように、ICMSS は元来外来患者を対象とした導入基準として開発されたことから、入院患者に適用する場合には各項目の重みづけを行い、より基準を明確にする必要があると考えられた。今回、コア項目を除く 11 項目について、ロジスティック回帰分析の結果から 2 パターンの重みづけの方法を検討し、いずれの場合でも ICM 導入にあたってのカットオフ値は妥当であると考えられた。今後入院ケースを追加し、より妥当な重みづけの方法を検討することが望ましい。また、ICMSS は ICM 導入を検討するうえで有用ではあるが、最終的な判断は、当事者や地域における支援者も交えた多職種による話し合いで決定するものである。実臨床においては、ICMSS を評価するのみの表面的なアセスメントとならな

いよう留意することが重要である。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書¹⁾においては、精神障害の有無や程度にかかわらず地域で暮らすすべての人が、精神医療を含め必要な時に適切な医療を受けられるものとして確保していく必要がある、とされている。今後、住民にとって最も身近な自治体である市町村が「にも包括」の中心的役割を担うことも考慮すると、市町村や保健所における精神保健相談や訪問支援への精神科医療機関の協力が強く期待されていると考えられる。実際、本研究班の別の分担研究班（精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究）で実施した市町村を対象とした調査においては、市町村が精神科医療の充実として最も望むことは精神科医による往診・訪問診療であることが示されている⁸⁾。

今回の研究で医師の往診・訪問診療に関するインタビューに協力いただいた医療機関は、いずれも自治体からの往診等の要請に積極的に応じてきた医療機関であるが、インタビューからは、現行の診療報酬の枠組みで精神科医が往診・訪問診療を実施することの難しさが浮き彫りにされた。

平成 30 年診療報酬改定においては、これまで算定要件や施設要件の厳しさから算定が困難であることが指摘されていた「精神科重症患者早期集中支援管理料」に代わって「精神科在宅患者支援管理料」（精在管）が新設され、「ハ」については「イ」「ロ」に相当しない場合でも算定が可能となった。令和 2 年診療報酬改定においては「ハ」が廃止され、「イ」または「ロ」を 6 か月間算定してもなお、訪問診療が必要な場合に算定可能な「管理料 3」が新設されることとなった。また精在管を算定できるのは通算で最長 2 年までとの期限も設けられた。

本研究の調査結果からは、精在管「ハ」は「受診経験のないひきこもり状態の人」や「精神病圏の疾患だが入院経験のない人」など入

院を経てはいないが、地域生活において困難を抱えるケースの支援に算定されていたことが示されていた。ひきこもり等の今日的な地域課題への対応では、精神科医療が適切に関与することが必要な状況も多いことは市町村調査からも明らかであり⁸⁾、「にも包括」構築推進のためには、精神科医療機関が積極的に地域課題への対応に協力できるようにするための仕組みを検討することが求められる。また本研究の調査結果からは、往診・訪問診療の対象者の7割以上が「重度かつ慢性」の基準に該当していることが示された。相当に重度の障害を有する者を対象としているにもかかわらず、24カ月転帰において精神科入院を経験した者は約1割にとどまっており、適切な訪問支援により重度の障害がある場合でも地域生活を維持しうることが示唆された。一方で、障害の改善の程度は限定的であることも示され、障害がありながらも地域生活を継続させるために継続した訪問支援が必要とされる一群が存在するものと考えられる。そのような群に対しては、最長2年間とされる現行の精在管では対応が困難であるものと推察され、地域のニーズに対応するための新たな仕組みが必要であると思われる。しかしながら、その検討のためにはさらなるエビデンスが必要と考えられるため、来年度以降、訪問診療を2年以上の長期間継続的に利用している者について、その特性や転帰等を調査する予定である。

訪問支援の支援プロセスについては、特に医師の訪問回数の推移に注目したい。24カ月間を通じて医師の訪問は1.5回程度で推移している。留意すべきは、診療報酬が「不算定」である医師の訪問が全期間を通じて一定割合認められることである。ひきこもり等のケースでは、自宅に訪問しても本人が診療を拒否し、診療報酬が算定できない場合もある。精神科医療機関と自治体との連携体制を強化していくうえでは、現行制度においては地域のニーズに対応しようとした場合に医療機関が

不採算となる状況も少なからず生じていることを認識したうえでシステム構築をしていく必要があると思われる。

医療と福祉の連携については、従前からの課題としてしばしば指摘されるところであるが、未だ十分な連携ができているとは言い難い。ICMにより、医療と福祉の連携が一定程度促進されることは期待できるものの、今の段階では多くの精神障害者にICMを提供することは困難である。理想的にはいわゆる「顔の見える連携」を構築することが望ましいことは論をまたないが、現状では医療と福祉の情報連携も十分ではないことを考慮すると、まずは情報連携を円滑に行うための仕組みを整備することも重要であろう。今年度実施したインタビューからは、地域援助事業者側は医療からの情報提供があることが望ましいと認識していることが示され、特に福祉側がアセスメントをすることが困難な医療情報を求める意見が多く出された。来年度は、今年度のインタビュー結果を踏まえて医療から福祉への情報提供シート案を作成し、その実行可能性につき検討する予定である。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書—誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域共生社会の実現を目指して—。令和3年3月18日
- 2) 川副泰成：平成30年度研究分担報告書 多職種連携による包括的支援マネジメント

- トに関する研究. 平成 30 年度厚生労働省
科学研究費補助金 精神障害者の地域生
活支援を推進する政策研究 研究報告書
(代表 藤井千代), 2019.
- 3) 池田俊也, 白岩健, 五十嵐中, 他: 日本語
版 EQ-5D-5L におけるスコアリング法の
開発. 保健医療科学 64:47-55, 2015.
 - 4) 末永英文ら: 改訂版 Frenchay
Activities Index 自己評価表の再現性と
妥当性. 日本職業災害医学会会誌 48:
55-60, 2000.
 - 5) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y,
Nayuki K, Aoki T, Hasegawa N, Fujii
C: Development and evaluation of
Intensive Case Management Screening
Sheet in the Japanese population. Int J
Ment Health Syst 5:13:22, 2019.
 - 6) 山口創生, 川副泰成, 名雪和美, 青木勉,
藤井千代: 精神科医療機関におけるケー
スマネジメントサービス利用者と非利用
者の特性の比較: 探索的外来患者調査.
精神医学 61(1):81-91, 2019.
 - 7) 安西信雄: 平成 25~27 年度 厚生労働
科学研究費補助金 障害者対策総合研究
事業「精神障害者の重症度判定及び重症
患者の治療体制等に関する研究」(代
表: 安西信雄) 総合研究報告書, 2016.
 - 8) 野口正行: 令和 2 年度研究分担報告書 精
神障害にも対応した地域包括ケアシステ
ム構築に関する研究. 令和 2 年度厚生労
働省科学研究費補助金 地域精神保健医
療福祉体制の機能強化を推進する政策研
究 研究報告書 (代表 藤井千代), 2021.

表Ⅰ 調査項目と調査時期

	入院時	退院時	退院後 1 年時
インテークに関わる項目（基礎情報）	○	○	○
インテークに関わる項目（家族関係・利用中のサービス・制度）	○	○	○
インテークに関わる項目（ケースマネジメント導入基準シート）	○	○	○
包括的支援マネジメント アセスメントに関わる項目	○	○	○
包括的マネジメント支援計画に関わる項目	○	○	○
転帰に関わる項目（ケースマネジメント継続・居住・就労等状況）			○

図Ⅰ 包括的支援マネジメント実装前の体制整備

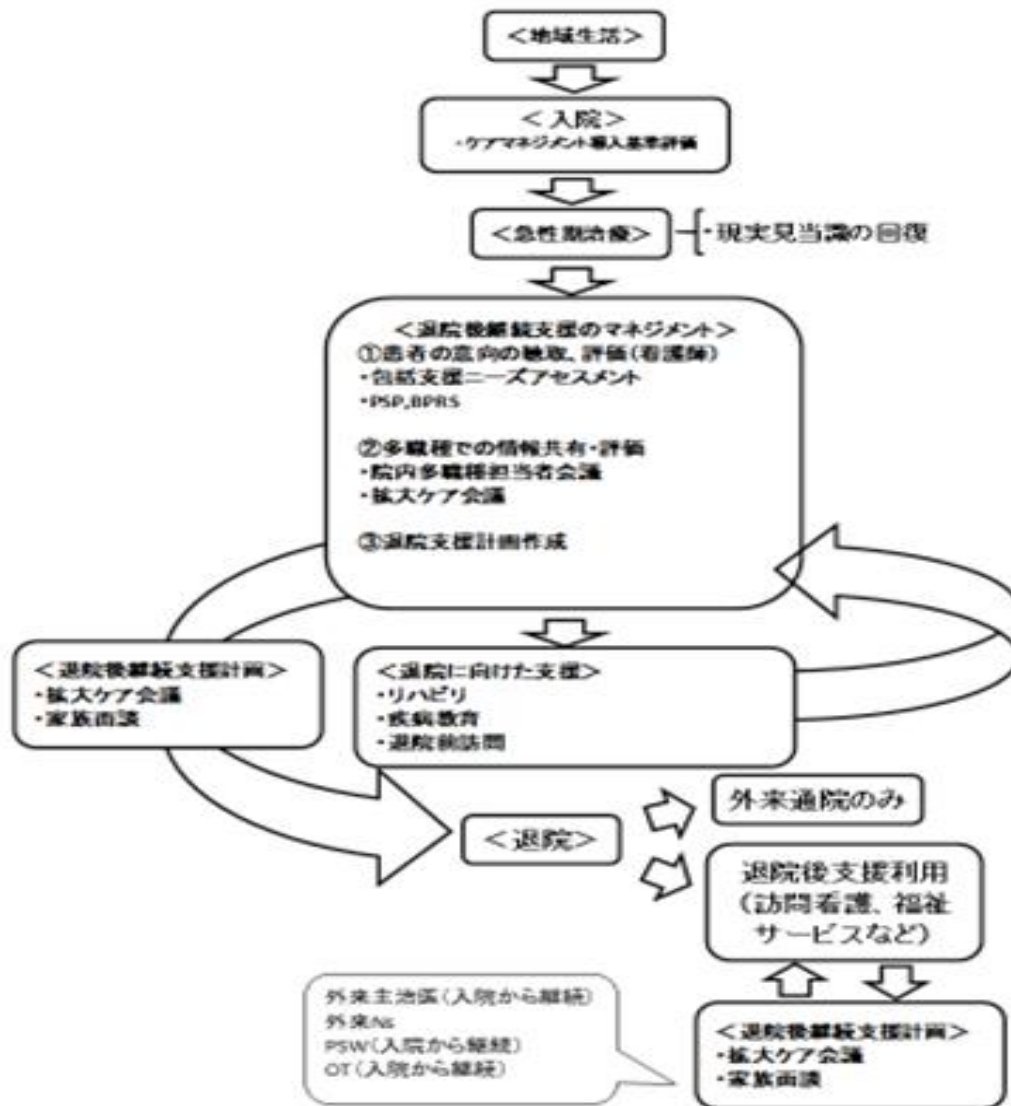


表2 Intensive Case Management Screening Sheet (ICMSS)
包括的支援マネジメントスクリーニングシート

ID : _____ 記入日 : _____年____月____日 記入者 : _____				
ケースマネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい				
#01	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#02	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#03	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#04	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#05	自傷や自殺を企てたことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#06	家族への暴力、暴言、拒絶がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#07	その他の警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#08	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#09	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#11	直近の入院は措置入院である	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

得点計算

各項目の点数：「不明」「無」= 0, 「有」= 1

合計点数：#11を除いた各項目の点数を足しあげる

図2 包括的支援マネジメント導入基準該当項目（入院時）n=45

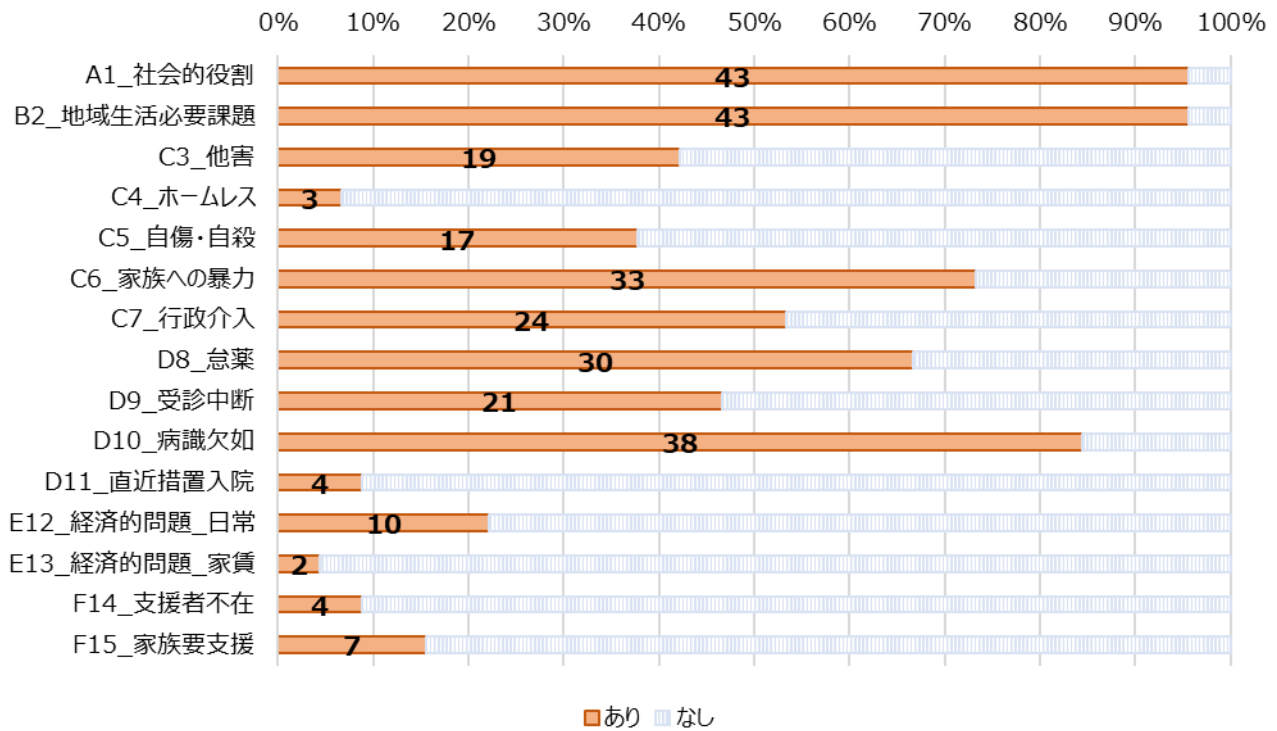


表3 入院時調査結果

		入院時調査：45名（100.0%）	
項目		n (mean)	% (SD)
性別	男性	19	42.2
	女性	26	57.8
年齢		42.0	13.2
診断（Fコード）	F2 統合失調症	20	44.4
	F3 気分障害	19	42.2
	F4 神経症	1	2.2
	F7 知的障害	2	4.4
	F8 発達障害	3	6.7
管理の必要な身体疾患	あり	13	28.9
	なし	32	71.1
入院形態	任意入院	8	17.8
	医療保護入院	32	71.1
	応急入院	1	2.2
	緊急措置・措置入院	4	8.9
入院時の行政介入	なし	21	46.7
	あり	24	53.3
過去の入院の有無	なし	14	31.1
	あり	31	68.9
入院合計日数（n=31）	中央値（最小値，最大値）	299.4	(30, 1900)
	3か月未満	8	25.8
	6か月未満	10	32.3
	1年未満	6	19.4
	1.5年未満	4	12.9
	2年未満	1	3.2
	3年未満	0	0.0
	3年以上	2	6.5
BPSD（n=44）	合計点数	41.1	10.5
	～20点	0	0.0
	21～30点	7	15.9
	31～40点	19	43.2
	41～50点	9	20.5
	51～点	9	20.5
PSP	総合得点	42.8	18.6
	0～20点	5	11.1
	21～40点	14	31.1
	41～60点	17	37.8
	61～80点	8	17.8
	81点以上	1	2.2
住居	家族同居	41	91.1
	1人暮らし	4	8.9
	グループホーム	0	0.0
仕事	なし	39	86.7
	あり	6	13.3
生活保護受給		1	2.2
マネジメント	相談支援	11	24.4
	介護保険	0	0.0
	医療観察法	0	0.0
医療サービス	デイケア	3	6.7
	訪問	9	20.0
	その他	2	4.4
障害福祉サービス（障害者総合支援法）	利用あり	11	24.4

表 4 II 項目のロジスティック回帰分析の結果

	n= 837	Odds Ratio	P>z	重みづけ案 パターン 1 OR 使用	重みづけ案 パターン 2 P 値使用
#01	6 か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	0.8	0.336	1	1
#02	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	5.6	0.000	3	2
#04	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	15.3	0.001	3	2
#05	自傷や自殺を企てたことがある	4.2	0.000	2	2
#08	定期的な服薬ができていなかったことが2 か月以上あった（初発の場合は「無」）	2.7	0.049	2	2
#09	外来受診をしないことが2 か月以上あった（初発の場合は「無」）	1.9	0.226	1	1
#10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	0.9	0.798	1	1
#12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	5.7	0.000	3	2
#13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	0.9	0.939	1	1
#14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	4.9	0.000	2	2
#15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	1.3	0.403	1	1
	_cons	0.0	0.000		
合計得点				20	17

重みづけ案 パターン 1: OR>=5 = 3 点、OR>=2 = 2 点、それ以外 1 点

重みづけ案 パターン 2: 有意差が出た項目を一律に 2 点

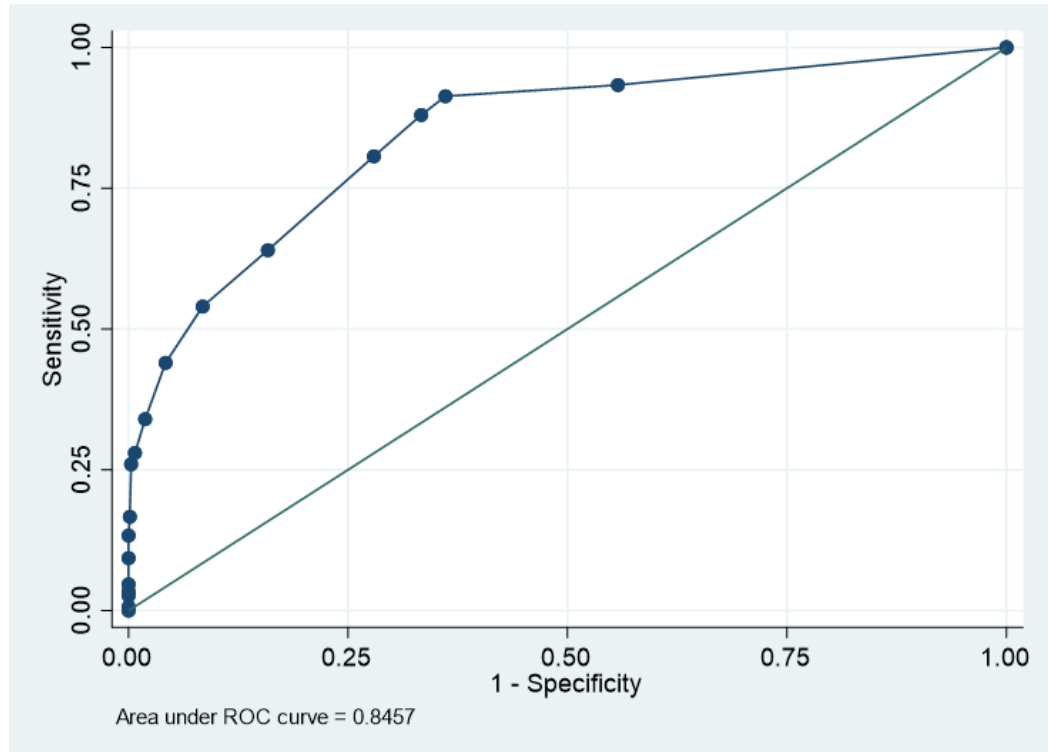
表 5 感度と特異度とカットオフ

			Correctly		
Cutpoint	感度	特異度	Classified	LR+	LR-
(≥ 0)	100.0%	0.0%	17.9%	1.000	
(≥ 1)	93.3%	44.3%	53.1%	1.674	0.151
(≥ 2)	91.3%	63.9%	68.8%	2.530	0.136
(≥ 3)	88.0%	66.7%	70.5%	2.640	0.180
(≥ 4)	80.7%	72.1%	73.6%	2.886	0.268
(≥ 5)	64.0%	84.1%	80.5%	4.034	0.428
(≥ 6)	54.0%	91.6%	84.8%	6.396	0.502
(≥ 7)	44.0%	95.8%	86.5%	10.423	0.585
(≥ 8)	34.0%	98.1%	86.6%	17.968	0.673
(≥ 9)	28.0%	99.3%	86.5%	38.472	0.725

n = 837, AUC = 0.846, Distance = 0.340

カットオフ値 = 3/4 (4 点以上を「要 CM」)

図 3 Receiver Operating Characteristic curve (ROC) : 受信者動作特性曲線



AUC = 0.7 - 0.8 : acceptable

0.8 - 0.9 : excellent

more than 0.9 : outstanding

(Mandrekar, Journal of Thoracic Oncology, 2010)

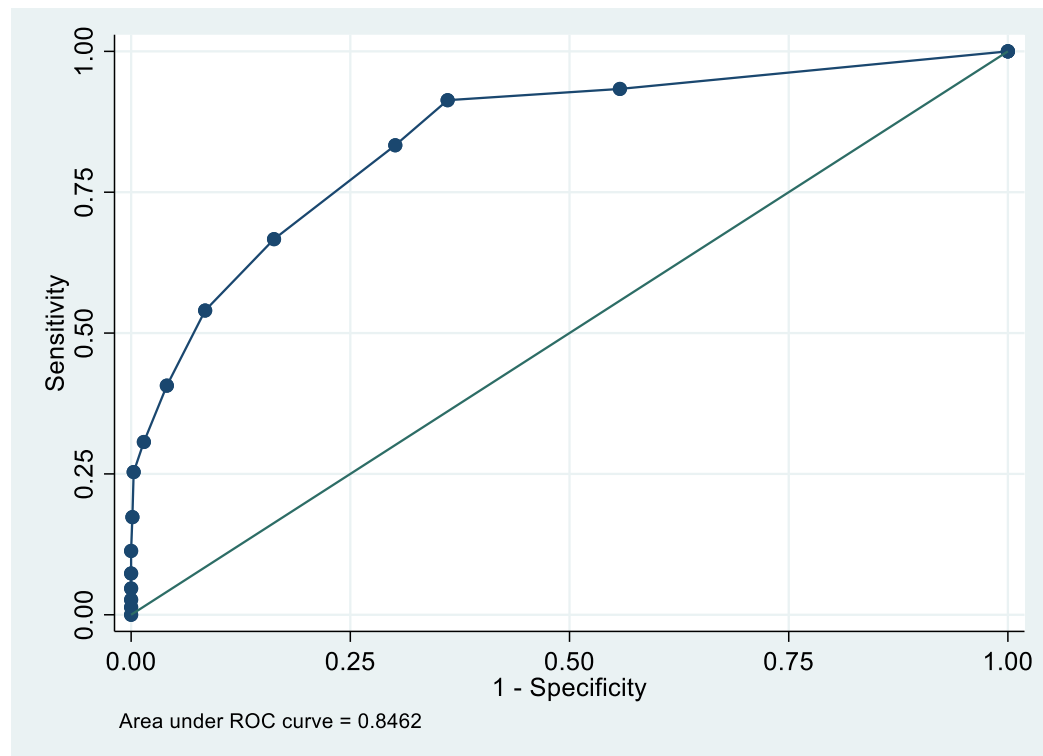
表 6 感度と特異度とカットオフ

Cutpoint	感度	特異度	Correctly Classified	LR+	LR-
(≥ 0)	100.0%	0.0%	17.9%	1.000	
(≥ 1)	93.3%	44.3%	53.1%	1.674	0.151
(≥ 2)	91.3%	63.9%	68.8%	2.530	0.136
(≥ 3)	83.3%	69.9%	72.3%	2.766	0.239
(≥ 4)	66.7%	83.7%	80.7%	4.089	0.398
(≥ 5)	54.0%	91.6%	84.8%	6.396	0.502
(≥ 6)	40.7%	95.9%	86.0%	9.978	0.619
(≥ 7)	30.7%	98.5%	86.4%	21.068	0.704
(≥ 8)	25.3%	99.7%	86.4%	87.020	0.749
(≥ 9)	17.3%	99.9%	85.1%	119.079	0.828

n = 837, AUC = 0.846, Distance = 0.344

カットオフ値 = 2/3 (3 点以上を「要 CM」)

図 4 Receiver Operatorating Characteristic curve (ROC) : 受信者動作特性曲線



AUC = 0.7 - 0.8 : acceptable

0.8 - 0.9 : excellent

more than 0.9 : outstanding

(Mandrekar, Journal of Thoracic Oncology, 2010)

表 7 重みづけ案 パターンⅠの結果を利用した調査票

ID : _____ 記入日 : _____年____月____日 記入者 : _____				
ケースマネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい				
コア項目				
#03	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#06	家族への暴力、暴言、拒絶がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#07	その他の警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#11	直近の入院は措置入院である	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
3点項目				
#02	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#04	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
2点項目				
#05	自傷や自殺を企てたことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#08	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
1点項目				
#01	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#09	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

コア項目以外は地域生活を知る者やその他の客観情報を踏まえて評価することを推奨。

表8 重みづけ案 パターン2の結果を利用した調査票

ID : _____ 記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入者 : _____				
ケースマネジメント導入基準：特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい				
コア項目				
#03	家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#06	家族への暴力、暴言、拒絶がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#07	その他の警察・保健所介入歴がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#11	直近の入院は措置入院である	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
2点項目				
#02	自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#04	行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#05	自傷や自殺を企てたことがある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#08	定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#12	日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#14	支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
1点項目				
#01	6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#09	外来受診をしないことが2か月以上あった（初発の場合は「無」）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#10	自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#13	家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
#15	同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

コア項目以外は地域生活を知る者やその他の客観情報を踏まえて評価することを推奨。

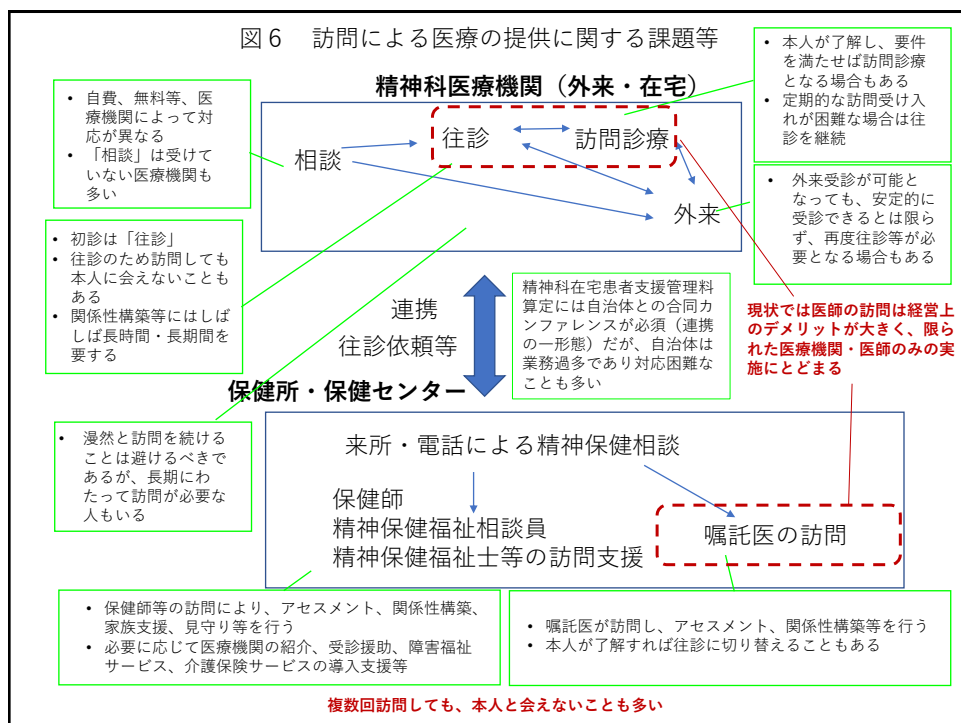
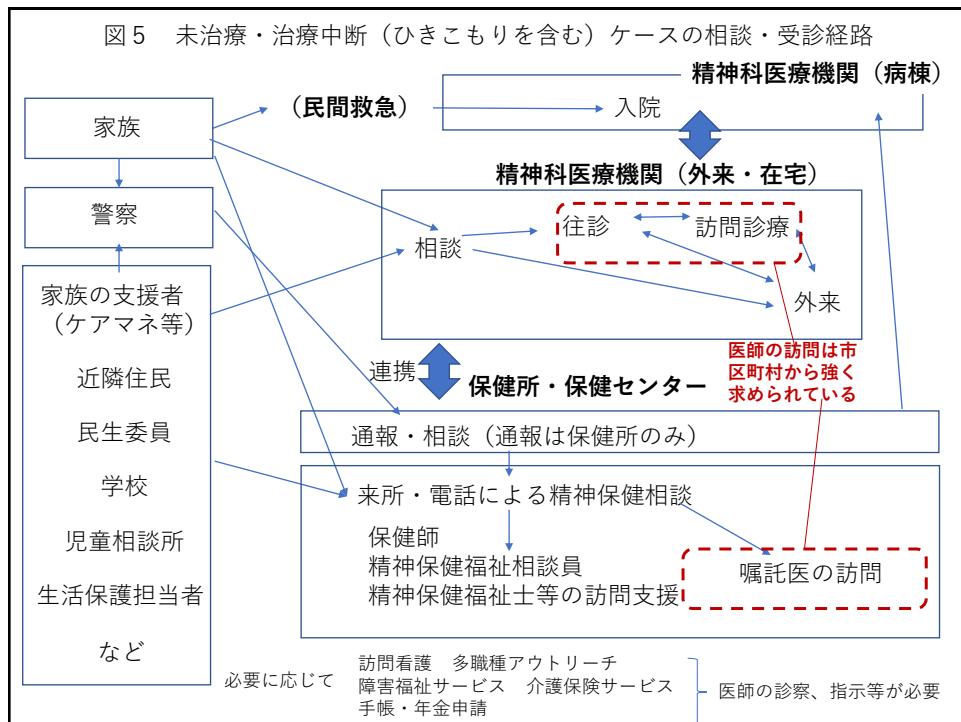


表 9 診療報酬算定状況 n=61

	n	算定機関数	算定した実人数		延べ訪問回数	
① 精在管「イ」の算定人数	60	1	12.00	-	24.00	-
② 精在管「ロ」の算定人数	61	7	2.14	0.40	32.86	13.97
③ 精在管「ハ」の算定人数	61	39	28.95	5.72	85.08	17.09
④ 在宅時医学総合管理料の算定人数	61	30	73.70	17.55	198.77	42.51
⑤ 往診の算定人数	61	39	14.72	5.80	27.72	15.57

表 10 精在管「ハ」の廃止によって生じる問題 n=61

	あてはまる	
	n	%
① 精在管「イ」「ロ」は施設基準が厳しいため算定が困難であり、訪問診療を継続できなくなる	24	39.3%
② 精在管「イ」「ロ」は行政との連携が難しいため算定が困難であり、訪問診療を継続できなくなる	23	37.7%
③ 精在管「イ」「ロ」は患者の状態や背景事情により算定が困難であり、訪問診療を継続できなくなる	19	31.1%
④ 未受診、治療中断の患者に必要な精神医療を提供することが難しくなる	30	49.2%
⑤ 高齢、身体疾患により受診困難な精神障害者に必要な精神医療を提供することが難しくなる	24	39.3%
⑥ COVID-19 等の感染症が疑われる精神障害者に訪問診療を提供することが難しくなる	7	11.5%
⑦ 地域精神医療への貢献に対する精神科医療機関のモチベーションが低下する	32	52.5%
⑧ その他	7	11.5%

表 11 精在管「ハ」廃止後の対応策 n=61

	あてはまる	
	n	%
① 往診で対応する	27	44.3%
② 精在管「ロ」を算定できるようにする	10	16.4%
③ 在医総管を算定できるようにする	23	37.7%
④ 家族の代理受診で対応する	9	14.8%
⑤ オンライン診療で対応する	3	4.9%
⑥ 訪問看護や行政職員による受診同行を依頼する	9	14.8%
⑦ 有効な対応策はない	12	19.7%
⑧ その他	3	4.9%

表 12 訪問診療・往診を行うにあたり、現在の診療報酬で対応が困難な点 n=61

	あてはまる	
	n	%
① 精在管「イ」「ロ」または在医総管が算定できない場合、往診では経営が成り立たない	29	47.5%
② 精在管「イ」「ロ」は算定要件が厳しすぎる	39	63.9%
② 精在管は2年までしか算定できないため、長期の訪問診療が必要な患者に対応できない	43	70.5%
③ 月2回以上の訪問診療を行った場合の加算がないため、病状の不安定な患者に対応できない	21	34.4%
④ 急性期における週2回以上の訪問に対して、在宅精神療法が評価されていない	24	39.3%
⑤ 精神科医とコメディカルスタッフの合同の訪問が評価されていない	32	52.5%
⑦ 特に対応困難な点はない	3	4.9%
⑧ その他	0	0.0%

図7 年齢分布 n=64

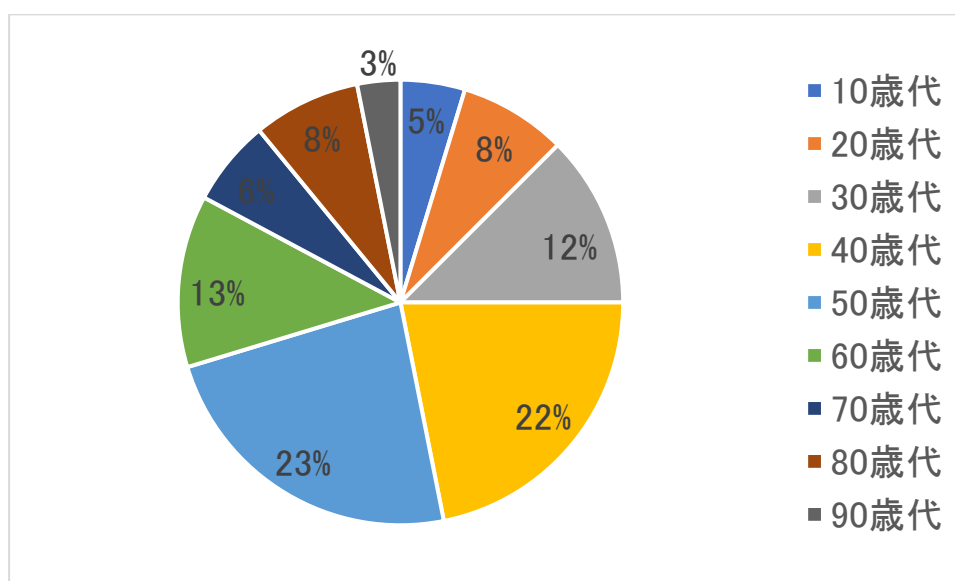


図8 主診断 n=64

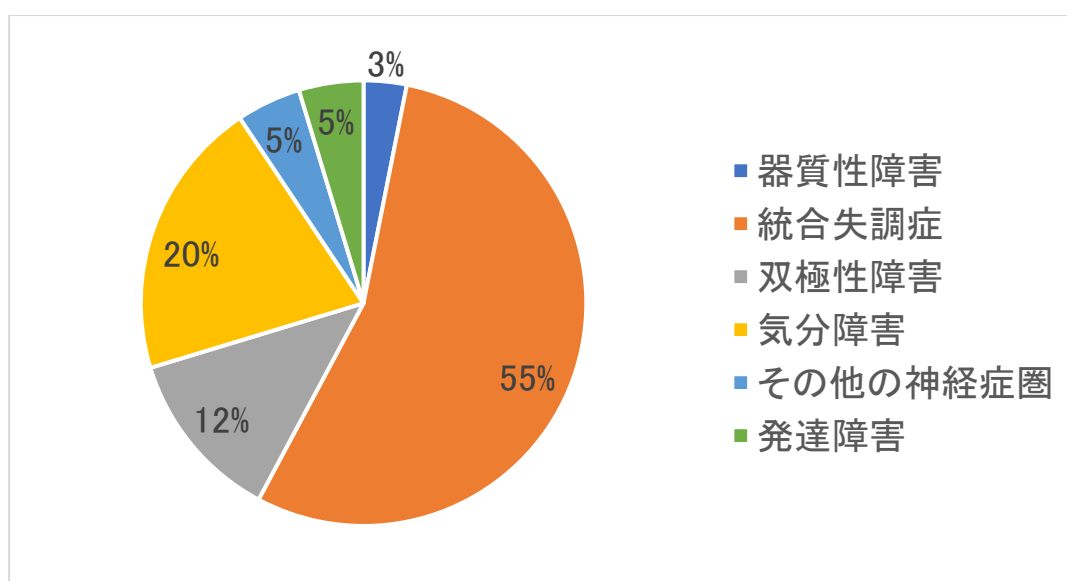


表 13 当該医療機関における訪問開始以前のサービス利用歴 n=64

	通所による支援						訪問支援					
	本人の通所（通院）			家族相談			本人への訪問			家族相談		
	なし	あり	不明	なし	あり	不明	なし	あり	不明	なし	あり	不明
行政・保健	50	7	7	36	14	14	46	13	5	47	10	7
	78%	11%	11%	56%	22%	22%	72%	20%	8%	73%	16%	11%
医療機関	28	35	1	25	29	10	48	16	0	50	10	4
	44%	55%	2%	39%	45%	16%	75%	25%	0%	78%	16%	6%

	通所による支援			訪問支援		
	なし	あり	不明	なし	あり	不明
障害福祉サービス	57	6	1	57	5	2
	89%	9%	2%	89%	8%	3%
介護保険サービス	59	4	1	57	6	1
	92%	6%	2%	89%	9%	2%

図 9 当該医療機関における訪問開始の理由(複数回答可) n=64

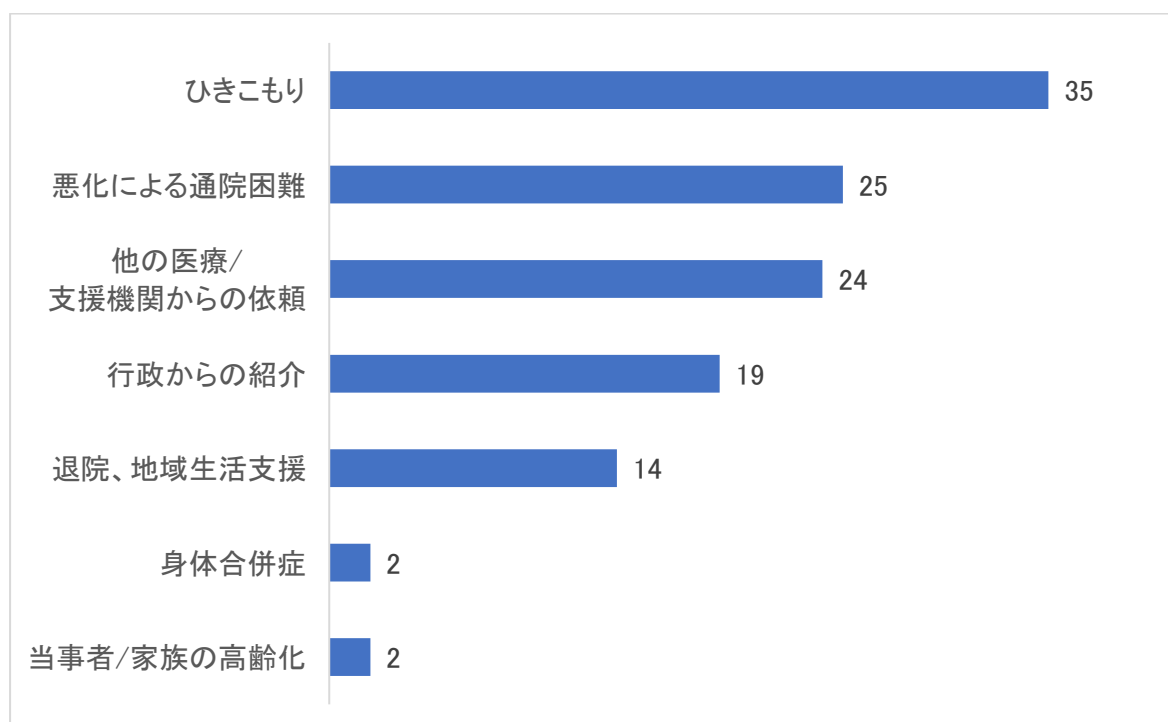


表 1 4 問題行動・能力障害の変化 n=64

	訪問開始時点		訪問終了時点	
	n	%	n	%
行動障害あり	47	73.4	42	65.6
能力障害あり	47	73.4	42	65.6

表 1 5 医療以外のサービス利用状況 n=64

	訪問開始時点		訪問終了時点	
	n	%	n	%
障害福祉サービス	8	12.5	9	14.1
社会福祉協議会の利用	0	0.0	1	1.6
生活保護	13	20.3	14	21.9
成年後見制度の利用	1	1.6	1	1.6
介護保険	7	10.9	9	14.1
ホームヘルプサービス	8	12.5	13	20.3
精神保健福祉手帳	20	31.3	26	40.6
障害年金受給	17	26.6	27	42.2

図10 職種別の1カ月ごとの訪問回数 n=28

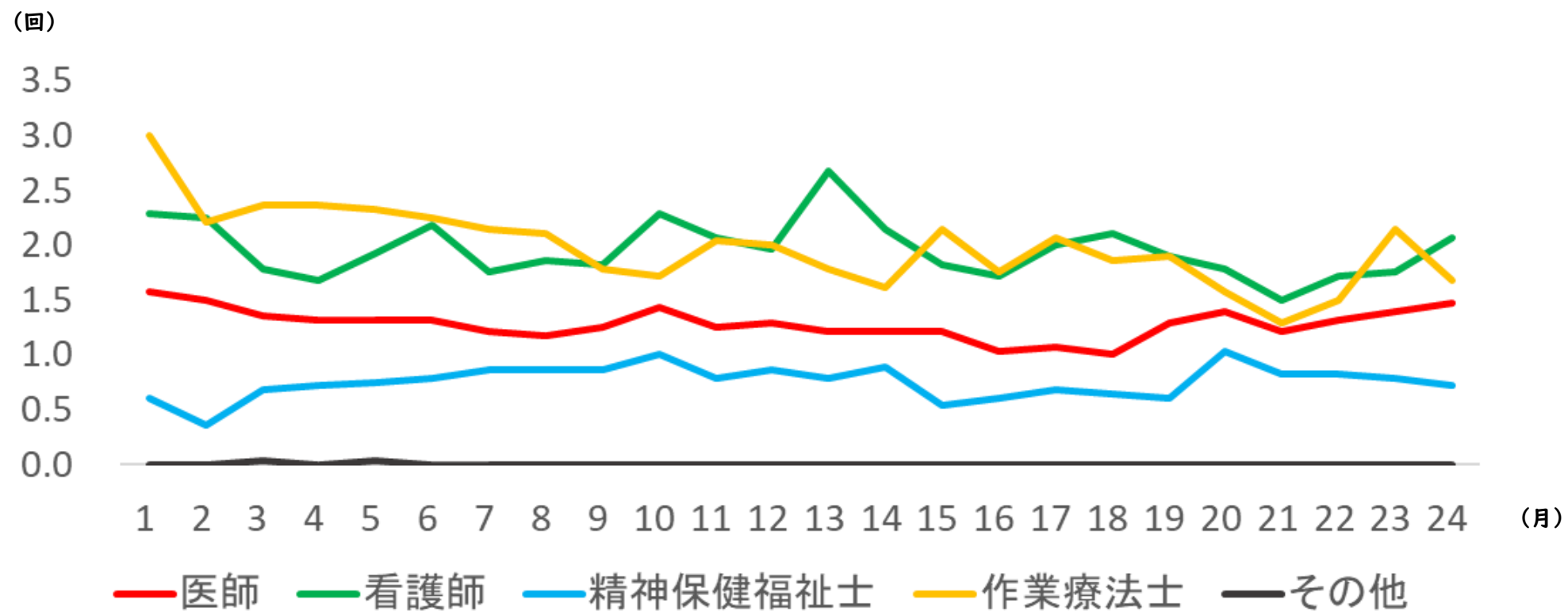
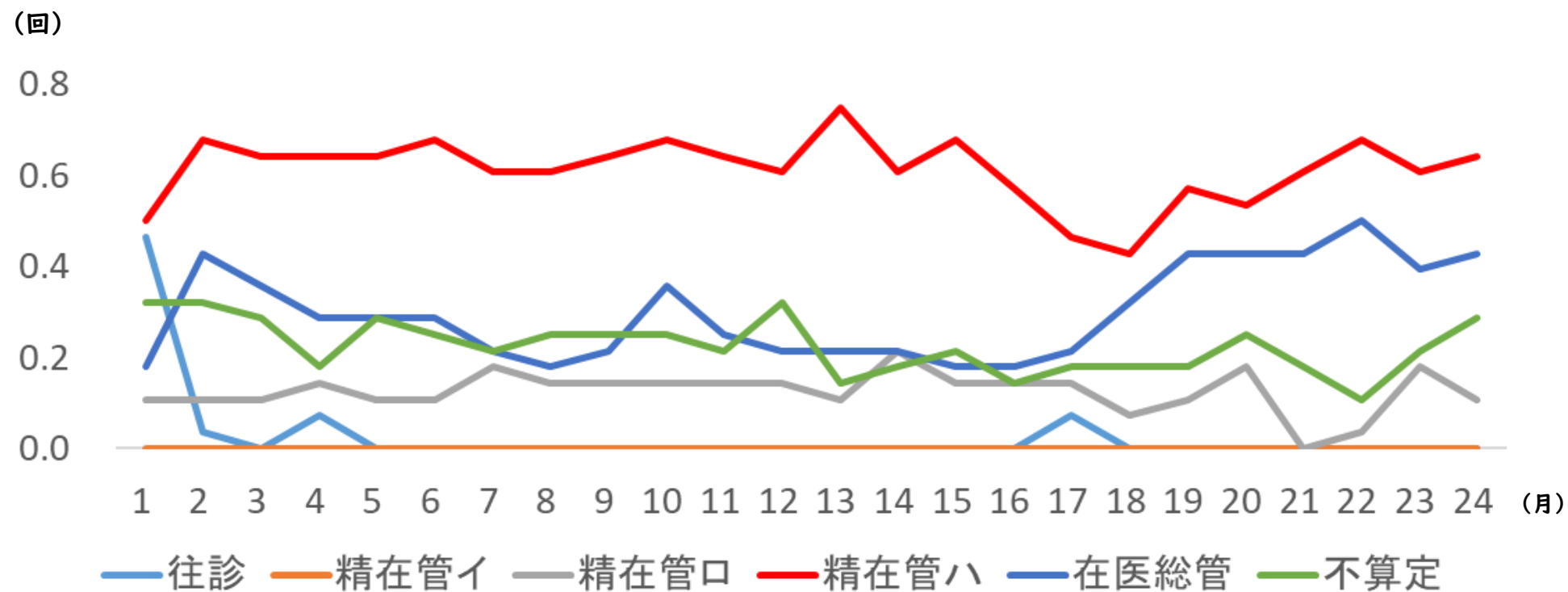


図 11 医師の1カ月ごとの訪問回数（診療報酬別）n=28



精神科における医師の往診、訪問診療に関する実態調査 調査票

【本研究の対象者】

2018年6月1日以降、新規に（※1）医師を含むスタッフの訪問系支援（※2）を開始した方、5名

※1：以前にも訪問系支援を行っていたが、3か月以上支援が中断し、再開された方を含みます。

※2：往診、精在管、在医総管等を指します（訪問看護のみの開始は含みません）。

I. 記入日：西暦 **年** **月** **日**

II. 利用者 ID： （ID は任意のもので大丈夫です）。

III. 利用者属性、背景情報

1. 性別：1) 男性 2) 女性

2. 年齢：_____歳代

3. 支援開始日：西暦_____年_____月_____日

4. 住居：1) 単身 2) 家族同居 3) 施設利用

5. ICD による主診断（1つのみ回答）：

1) F0 器質性精神障害圏 2) F1 物質依存圏 3) F2 統合失調症圏

4) F31 気分障害圏（双極性） 5) F32 気分障害圏（うつ病圏）

6) F4 神経症圏 7) F5 身体関連性障害圏 8) F6 人格障害圏 9) F7 知的障害圏

10) F8 発達障害圏 11) F9 児童の行動障害圏 12) G10 てんかん圏

13) その他（_____）

6. 重複診断：1) なし 2) あり

6-1：重複診断が有りの場合：

1) F6 人格障害圏 2) F7 知的障害圏 3) F8 発達障害圏 4) 認知症

5) その他（_____）

7. 身体合併症：1) なし 2) あり

7-1：身体合併症が有りの場合：

1) 糖尿病 2) 高血圧 3) 水中毒 4) 腸閉塞 5) 反復性肺炎 6) 循環器/心疾患

7) 脳血管疾患 8) 糖尿病 9) 慢性肺/呼吸器疾患 10) 悪性腫瘍

11) 脊柱管狭窄症、骨折など整形疾患 12) 神経疾患 3) その他（_____）

8. 手帳：1) なし 2) 精神保健福祉手帳 3) 身体障害手帳 4) 療育手帳

7-1 精神保健福祉手帳が有の場合：_____級

9. 要介護度：1) なし 2) 要支援 3) 要介護

9-1 要支援もしくは要介護が有の場合、その程度：_____

Ⅳ. これまでの治療・支援歴

1. はじめて精神科医療機関の外来受診をした（初診）時期：おおむね西暦_____年_____月

2. 精神科医療機関への入院歴：

2-1 初診以降、調査時点までのすべての入院回数_____回

2-2 支援開始時点から過去1年間の入院：1) なし 2) あり

2-3 支援開始時点から過去1年間の入院があった場合の入院期間：

1) 1回目：西暦_____年_____月～西暦_____年_____月

2) 2回目：西暦_____年_____月～西暦_____年_____月

3) 3回目：西暦_____年_____月～西暦_____年_____月

※3 過去1年間に3回以上入院があった場合には、個別にご相談ください。

3. 支援開始時点から過去1年間の身体科への入院歴：1) なし 2) あり

4. 貴院での支援開始以前のサービス利用歴（網掛け部分の選択肢のいずれかに○）

	通所による支援		訪問による支援	
4-1 行政・保健 ^{a)} (精神保健相談等)	当事者本人	家族からの相談	当事者本人	家族からの相談
	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明
4-2 医療機関	当事者本人	家族からの相談	当事者本人	家族からの相談
	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明	1)なし 2)あり 3)不明
4-3 障害福祉 サービス	当事者本人		当事者本人	
	1)なし 2)あり 3)不明		1)なし 2)あり 3)不明	
4-4 介護保険 サービス	当事者本人		当事者本人	
	1)なし 2)あり 3)不明		1)なし 2)あり 3)不明	

a) 精神保健相談での電話による支援は「通所による支援」に含めてください。

Ⅴ. 訪問系支援開始時点から24カ月間の支援プロセス

1. 訪問系支援開始の経緯（複数回答可）：

1) 長期入院や慢性化した重症精神障害をもつ人の退院支援、地域生活支援のため

2) ひきこもりで外出が難しいため

3) 病状悪化等により通院が困難になったため

4) 行政からの紹介

4) -1 紹介元：①保健所 ②精神保健福祉センター ③役所の生活保護担当部署

④警察 ⑤児童相談所 ⑥学校 ⑦基幹相談支援センター

⑧地域包括支援センター ⑨その他（_____）

5) 他の医療機関、障害福祉サービス事業所等からの依頼

5) -1 紹介元：①他の医療機関（在宅支援診療所、精神科病院精神科、診療所他）

②訪問看護ステーション

③障害者総合支援法下の事業所等

※4 地域活動支援センター、就労継続支援 A 型、B 型、生活訓練事業所など、また、総合支援法の事業に移行しなかった作業所等も含みます)

④その他 ()

6) 身体合併症のケアが必要であるため

7) 当事者や家族の高齢化によってこれまで可能だった通院が困難になったため

2. 支援開始時点および 24 か月後または支援終了時点の「重度かつ慢性」基準を用いた評価

	支援開始時点 b)	支援開始 24 か月後または支援終了 時点 c) ※「支援開始 24 か月後」か「支援終了」のどちらかに○
2-1 行動障害	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
2-2 能力障害	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
2-3 身体合併症	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり

b)および c)はその時点の情報についてご記入ください。

c)について、支援を終了した方は終了時点の情報についてご記入ください。

2-1 問題行動評価表の 1-27 の項目のいずれかが「月に 1-2 回程度」以上に評価された場合、「あり」に○

2-2 能力障害評価で 4 以上に評価された場合、「あり」に○

※5 「問題行動評価表」および「能力障害評価」は調査票と一緒に送付されている「2.支援プロセス調査票_障害程度資料」

2-3 以下に示す精神症状に伴う身体症状もしくは管理が必要な身体疾患を入院治療が必要な程度に有する場合、「あり」に○

- ・水中毒 ・腸閉塞 ・反復性肺炎 ・循環器/心疾患 ・脳血管疾患 ・糖尿病
- ・慢性肺/呼吸器疾患 ・悪性腫瘍 ・脊柱管狭窄症、骨折など整形疾患
- ・神経疾患 など

3. 支援開始時点および 24 か月後時点のサービス、制度利用の変化

	支援開始時点 b)	支援開始 24 か月後 または支援終了 時点 c) ※「支援開始 24 か月後」か 「支援終了」のどちらかに○
3-1 障害福祉サービスの利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-2 社会福祉協議会の利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-3 生活保護の受給	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-4 成年後見制度の利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-5 介護保険サービスの利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり
3-6 ホームヘルプサービスの利用	1)なし 2)あり	1)なし 2)あり

3-7 精神保健福祉手帳交付の有無と等級	1)なし 2)あり (____級)	1)なし 2)あり (____級)
3-8 障害年金受給の有無と等級	1)なし 2)あり (____級)	1)なし 2)あり (____級)

b)およびc)はその時点の情報についてご記入ください。

c)について、支援を終了した方は終了時点の情報についてご記入ください。

4. 支援開始から24か月間の精神科入院歴（時点ではない点にご留意ください）

4-1 1回目：西暦____年____月～西暦____年____月

4-2 2回目：西暦____年____月～西暦____年____月

4-3 3回目：西暦____年____月～西暦____年____月

4-4 4回目：西暦____年____月～西暦____年____月

4-5 5回目：西暦____年____月～西暦____年____月

4-6 6回目：西暦____年____月～西暦____年____月

※6 24か月間に6回以上精神科医療機関への入院があった場合には、個別にご相談ください。

5. 支援開始から24か月間の身体科での入院：1) なし 2) あり

5-1 身体科への入院歴がありの場合、その回数：（____回）

6. 支援開始から24か月間の医療中断（※7）：1) なし 2) あり

※7 医療中断は「3か月間医療機関とコンタクトを取っていない状態」と定義します。

VI. 支援開始24ヶ月後時点での転帰：1) 支援継続（※8） 2) 終了（※9）

※8 外来、訪問診療、訪問看護等、自機関（法人）での支援を指します。

※9 終了に合意したわけでないが、3か月以上中断後に支援が再開していない場合を含みます。

1. 終了していた場合、その時期：西暦____年____月（中断の場合には最後の支援日を記入）

2. 終了していた場合、その理由：

①転居 ②転医（他の在宅医療機関、訪問看護ステーション、他の外来医療機関）

③入院 ④施設入所 ⑤本人の拒否 ⑥家族の拒否 ⑦死亡

⑧その他（____）

Ⅶ. 訪問支援 開始から 24 カ月間（もしくは支援終了、支援中断まで）のひと月ごとの支援回数

1. 支援開始からの月数	医師の訪問							コメディカルスタッフの訪問				外来受診回数		15. 医療中断の有無	16. ケア会議回数 (※8)
	2. 訪問回数	診療報酬の算定回数						9. Ns	10. PSW	11. OT	12. その他	13. 家族	14. 当事者		
		3. 往診	精在管			7.在医 総管	8.算定 せず								
			4. イ	5. ロ	6. ハ										
1	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
2	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
3	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
4	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
5	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
6	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
7	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
8	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
9	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
10	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
11	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
12	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回

※8 ケア会議は「ご本人、他機関支援者を含む 3 名以上の会議」と定義します。

例：本人、訪問スタッフ、他機関のスタッフ 3 人でヘルパー利用について話し合う会議等

次ページもあります！

1. 支援開始からの月数	医師の訪問							コメディカルスタッフの訪問				外来受診回数		15. 医療中断の有無	16. ケア会議回数 (※8)
	2. 訪問回数	診療報酬の算定回数						9. Ns	10. PSW	11. OT	12. その他	13. 家族	14. 当事者		
		3. 往診	精在管			7.在医 総管	8.算定 せず								
			4. イ	5. ロ	6. ハ										
11	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
12	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
13	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
4	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
5	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
6	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
7	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
8	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
9	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
10	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
11	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回
12	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	回	1) なし 2) あり	回

※8 ケア会議は「ご本人、他機関支援者を含む3名以上の会議」と定義します。

例：本人、訪問スタッフ、他機関のスタッフ3人でヘルパー利用について話し合う会議等

ご協力ありがとうございました

措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究

研究分担者：椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

研究協力者：浅見隆康（群馬県こころの健康センター）、五十嵐禎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、伊豫雅臣（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、稲垣 中（青山学院大学 国際政治経済学部）、今井敦司（東京都立松沢病院）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、大塚達以（宮城県立精神医療センター）、鎌田 雄（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、佐藤愛子（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、杉山直也（沼津中央病院）、瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）、新津富央（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、西中宏史（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、平田豊明（木村病院）、平林直次（国立精神・神経医療研究センター）

要旨

当分担班では精神保健福祉法に基づく措置入院の適正化に関する研究を実施している。本年度においては、措置通報において中核的役割を果たす警察官に対するアンケート調査を行うとともに、措置診察にあたり必要とされる知識及び技術の効率的な習得に向けた研究を行った。警察官の多くは精神保健福祉法を意識して業務に当たっていた。保健所に対しては人員配置の薄さや迅速性に欠けることを、指定医に対しては保護ないし逮捕時の被通報者の状態像が軽視されていることを懸念する声が多かった。警察官にとっては、保健所及び指定医との相互理解を通じた連携の強化が重要である可能性が示唆された。また、若手指定医に対しては座学と事例演習を含めた研修会の実施により措置診察に関する知識・技術を効率的に習得させることが望まれた。

A.研究の背景と目的

平成 28 年 7 月 26 日、相模原市の障害者支援施設に元職員が侵入し、入所者を刃物で刺し、19 名が死亡し、27 名が負傷するという事件が発生した。

この事件の被疑者が事件前に犯行を予告する手紙を各所に送付したことで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」という。）による措置入院となっていたこと、被疑者が事件前に大麻を使用していたことが後に明らかになったこと、被疑者がいわゆる優生思想に基づく深刻な障害者差別の発想をもって犯行に及んだことが推定されたこと等により、この事件は今日の我が国

における精神保健福祉施策のあり方について多くの議論を呼ぶこととなった。

厚生労働省は事件の検証および再発防止策検討チームを結成し、平成 28 年 9 月 14 日に中間とりまとめを、12 月 8 日に最終報告書を発表した。その内容には、措置入院制度に関する実態把握および改善のための方策の検討、とりわけ措置入院の対象となった患者の退院後支援の体制作りの必要性についての提言が盛り込まれた。

本研究班は、直接的には、事件発生を受けて、措置入院制度運用の現状分析及び今後の改善策の考案を目的として、平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策

総合研究事業(精神障害分野))「精神障害者の地域生活支援を推進する政策(研究代表者：藤井千代)」の分担研究として、平成 28 年 12 月 21 日に交付決定されたものの後継に当たる。

すなわち本研究は時系列的には相模原事件を受けて開始されたものといえるかもしれない。他方、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」という。）による措置入院制度の抱える種々の課題については従前から再三指摘されていた。例えば、措置通報件数は近年、特に警察官通報において大きく増加している。これに対し、措置診察対象者や新規措置入院者はさほど伸びておらず、警察等の認識と保健所や精神保健指定医の判断との間の乖離がうかがわれる。次に、措置入院患者は医療保護入院患者に比べて、ソーシャルサポートの乏しさが顕著である。すなわち、措置入院患者の多くは一般精神保健医療福祉で支えきれなかった患者であり、措置解除後の支援体制が十分でないことが多い。そのため転帰不明となる例も多く、このことが一部患者の頻回措置入院につながっている可能性がある。そして措置入院に携わる精神科医師の多くは、頻回措置患者や措置診察を受けたが措置不要となった患者への手当が必要と考えている。措置入院医療の質の向上を図る取組みも継続的に行われてきた。

本研究の当初の主な目的は、上記のような先行研究を整理するとともに、新たなデータを収集して、現行制度運用の実態把握を行うことであった。しかしその後厚生労働省内で法改正の議論が具体化するに及び、改正法を想定した運用ガイドライン作りも求められることになった。

厚生労働省は、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書を平成 29 年 2 月 17 日に公表した。その提言内容等に基づき、政府は精神保健福祉法改正法案を第 193 回通常国会に提出した。法案は参議院先議となり、附帯決議付きで可決されたが、会期末のため継続審議となった。そして第

194 回臨時国会で衆議院が解散されたのに伴い、廃案となった。

こうして立法は頓挫したものの、措置入院制度をはじめとする我が国の精神保健福祉に様々な課題があることに変わりはない。厚生労働省はまず現行の精神保健福祉法下での運用の適正化を図ることを企図し、我々は作成途上だったガイドラインの内容を見直し、現行制度下でも適応可能でかつ精神医療保険福祉の向上に資すると思われる部分を抽出することを計画した。

我々は厚生労働省、各自治体、警察庁等との協議を重ね、措置入院運用にかかる論点整理を行った。また、措置入院患者に限らず精神科病院から退院した患者に対する行政による地域生活支援のあり方について、作成途上だったガイドラインを叩き台としてさらに議論を重ねた。

それらの結果を下敷きにして、厚生労働省は、平成 30 年 3 月 27 日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「措置入院の運用に関するガイドライン」について（厚生労働省障発 0327 第 15 号。以下「運用ガイドライン」という。）」及び厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「地方公共団体による精神障害者の退院後支援のガイドライン」について（厚生労働省障発 0327 第 16 号。以下「退院後支援ガイドライン」という。）」が発出された。ちなみに、同通知内に示された両ガイドラインは行政文書としての性質上、研究班ガイドラインと一部記述が異なっている。

上記の経緯により両ガイドラインが発出されたことにより、措置入院制度改革は一定の進捗を見た。その一方で、当初厚生労働省が目指していた精神保健福祉法改正に向けた動きは頓挫する形になっていた。

この状況を踏まえ、我々は一昨年度においては、運用ガイドライン及び退院後支援ガイドラインに関する研修会を開催し、両ガイドラインの普及を図るとともに利点及び問題点の抽出に努めた。また、相模原事件以前から

たびたび問題視されていたにもかかわらず両ガイドラインでも中核的に取り上げられることのなかった、司法と精神医療の狭間に陥りがちないわゆる「グレーゾーン事例」に関する考察を進めるための研究を行った。

そして昨年度はその研究をさらに進めるとともに、ガイドラインの普及状況の調査を行い、措置通報で中心的な役割を果たしている全国の警察官に対するアンケート調査を計画した。しかし新型コロナウイルス感染症の世界的拡大に伴い、一部の研究計画を中断せざるを得なくなった。

本年度においては、昨年度から繰り越して警察官に対するアンケート調査を実施するとともに、措置診察を行う精神保健指定医に対する教育研修のあり方について考察を深めることを企図したところである。

本研究の総合的な目的は、これまで 60 年以上にわたり運用されてきた措置入院制度のあり方について、現状分析と改善のための方策を検討することである。

B.方法

本年度我々は下記の 3 つの研究を実施することとした。

（１）措置入院制度運用の実務に携わる警察官に対するアンケート調査

我々は一昨年度の研究において、精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集に基づく調査票を送付し、全国の精神保健指定医に対して措置入院制度及びグレーゾーン事例に対する処遇に関する意見の収集を試みた。その結果、多くの指定医が警察関係者をはじめとする非医療従事者との認識の齟齬を指摘していた。そこで我々は、グレーゾーン事例に対する全国の警察官の認識について調査する必要性を感じたものである。

本研究においては、業務として精神障害者に接する機会のある警察官が、精神障害者の定義や、精神保健福祉法による措置入院の取

扱いについて、どのように感じているかを調べることを目的とした。

調査対象は、現職の警察官であって、業務として精神障害者に接する機会のある者である。年齢、性別は問わないが、警察官の資格要件上、高校卒業が要件とされる。

我々は調査票を警視庁及び全国の都道府県警に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、精神保健福祉法による措置入院にかかる業務についての経験等であり、別紙 1 に示す通りである。

調査票に研究の目的その他所定の情報を開示し、記入された調査票の返送をもって回答内容の提供にかかる同意とみなした。

返送された紙媒体のデータを電子化し、統計処理ソフト等を用いて解析することとした。本研究は探索的研究と位置づけ、解析手法については調査時点では確定させなかった。

（２）措置診察技法の習得に関する全国の精神保健指定医に対する調査

前段の通り精神科臨床におけるグレーゾーン事例に関する議論が続く中で、実際に精神保健指定医がどのように措置診察を行い、精神障害による自傷他害のおそれを判断すれば良いのかについては、未だ十分な検討がされていない。現在の精神科臨床において、精神保健指定医が措置診察を実施するに当たり踏まえておく点を整理し、それを若手精神科医師に効率的に習得させるための教材が必要である。

教材作りの準備として、まずは現在措置診察にあたっている精神保健指定医に対するアンケート調査を行い、措置診察の実際及び措置診察に関する教育の実状等に関する意見を聴取し、措置診察手順のエキスパートコンセンサスと措置診察研修のニーズを明らかにすることを目的とした。

調査対象は、全国の精神保健指定医である。年齢、性別は問わないが、精神保健指定医の資格要件上、対象はすべて概ね 30 歳以上とな

る。

我々は調査票を全国の精神科病院、警視庁及び全国の都道府県警に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、措置診察にかかる教育・研修の経験やニーズに関するもので、別紙2に示す通りである。

調査票に研究の目的その他所定の情報を開示し、記入された調査票の返送をもって回答内容の提供にかかる同意とみなした。

返送された紙媒体のデータを電子化し、統計処理ソフト等を用いて解析することとした。本研究は探索的研究と位置づけ、解析手法については調査時点では確定させなかった。

（3）措置診察技法の習得に関する若手指定医に対する研修会の実施

上記研究と並行して、我々は、適正な措置診察にあたり必要とされる知識及び技術を効率的に習得できる修練方法の開発が必要と考えた。現時点では修練に当たり重視すべき項目の洗い出しができていない段階ではあるが、本年度においても現存する資料に基づいて措置診察に当たり留意すべき事項をまとめ、それらを受講者に提示し、架空事例に基づいて措置診察のシミュレーションを行ってもらふことを企図した。

このため我々は、千葉大学医学部附属病院及び栃木県立岡本台病院で協働し、措置診察に関する研修会を企画し、これを開催した。

研修会は、講義（別紙3）と事例検討（グループディスカッション。別紙4）、そしてグレーゾーン事例提供（別紙5）の三部構成とした。

研修会の受講者は主として精神保健指定医資格取得後5年未満の者とした。ただし、本年度は試行であるため、精神保健指定医資格取得後5年以上の者や、精神保健指定医資格を持たない医師、医師以外のコメディカルスタッフにも事例検討以外の部分の傍聴を許可した。

受講者に対しては、研修会以前及び以後に

おいて記名式アンケート調査を行った。

【倫理的配慮】

我々は本年度の研究内容を精査し、いずれも臨床研究法及びその関連法規の規制の範囲には含まれないことを確認した。他方、我々は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に則って各々の研究を実施することとした。

我々は研究（1）（2）について、それぞれ「精神科臨床における「グレーゾーン事例」の検証に関する研究 フェーズ3(3661番)」、「措置診察技法の習得を促す教材開発に関する研究：フェーズ1(1145)」として、研究計画を千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会に提出し、各々令和2年2月4日、令和2年12月14日にそれぞれ承認を得たうえで研究を遂行した。

C.結果／進捗

（1）措置入院制度運用の実務に携わる警察官に対するアンケート調査

我々は全国の警察署47都道府県の自治体警察に調査票を送付した。その結果、令和2年7月に、すべての都道府県から最低4通以上、総計241通の回答を得て、これらを解析対象とした。なお以下の結果において、自由記載内容については文意の明確化や簡素化等の目的で若干の改変を加えている。

回答者の平均在職年数は18.7±7.9年、そのうち生活安全課での勤務年数は9.9±6.2年であった。

回答者の多くが精神保健福祉法を意識する機会が多いと答えていた（図1）のに対し、医療観察法を意識する機会は比較的稀と答えていた（図2）。

保護した者を措置通報するか否かについて判断に迷うことは、比較的稀とする回答が多かった（図3）。判断に迷う具体例としては下記のようなものが挙げられた。

- ・「当初は不穏だったが、保護した後に状態が落ち着いた場合」同内容36件
- ・「飲酒酩酊状態の者」同内容29件（保健

所や病院に対応を断られることが多いとのコメント複数)

- ・「性格異常が疑われる者」同内容 29 件 (知的障害、発達障害、認知症についても、精神障害と見なしていないコメント複数)
- ・「自傷他害に該当するか判断に迷う」同内容 22 件
- ・「保健所が措置診察に消極的なため」同内容 12 件
- ・「過去に措置不要と判断されたことがある者」同内容 11 件
- ・「措置診察まで時間がかかり、当事者や警察・保健所の負担が大きい」同内容 10 件 (病院に直接連絡して医療保護入院を依頼する方が迅速とのコメント複数)
- ・「家族の状況や意向を勘案して判断に迷うことがある」同内容 8 件
- ・「法律上の義務なので通報するが、ほとんど措置診察してもらえない」同内容 5 件
- ・「過去の履歴が不明で判断のための情報が乏しい場合」同内容 5 件
- ・「現在は落ち着いているが、保護を解除すると不穏になると予想される場合」同内容 5 件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「警察と保健所で自傷他害の捉え方が異なる」
- ・「地域で問題を起こして住民が不安に思っており、引受人もいない場合」
- ・「当該都道府県では、行政が診察医を確保しておらず、措置入院以外に事案解決方法がない場合にしか通報していない」
- ・「即時の通報が義務であるが、それでは現場の運用が立ちゆかない」
- ・「被保護者が演技をしているように見える」
- ・「23 条通報は法律に定められた警察官の義務なので、たとえば家族が医療保護入院を希望している場合でも、通報の要件がある場

合は必ず通報する」

- ・「通報せずに保護を解除して事故・事件につながるのを懸念」

精神障害のため自傷他害のおそれがある者について、保護しないまま措置通報する場合の具体例としては、下記のようなものが挙げられた。

- ・「逮捕や任意同行による取調中に精神障害が疑われた場合」同内容 54 件
- ・「臨場したときには落ち着いており保護要件を満たさない」同内容 20 件
- ・「被通報者が自宅に閉じこもっている」同内容 18 件
- ・「救急搬送時など、救命救急を優先する場合」同内容 9 件
- ・「保護者が同行しているなど、適当な監護者がいる場合」同内容 17 件
- ・「警察署への搬送が困難なため措置診察機関に直接搬送」同内容 8 件
- ・「精神科病院入院中の者の通報」同内容 7 件
- ・「保護しないと行政が通報を受理しない」同内容 5 件
- ・「被害届がなく、保護要件を満たさない」同内容 2 件
- ・「措置通報と保護は、根拠法令が違うため、保護を前提とはせずには々非々で判断する」同内容 2 件
- ・「自治体や保健所からの応援要請による場合」同内容 2 件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「警察署に搬送してから通報することを求められているが、移動に時間がかかる場合は現場からの通報を受理してほしい」
- ・「入院患者が暴れた場合、退院のうえ警察署に保護してから通報するよう行政から求められるが、非効率的であり、措置不要となった場合に処遇困難となる」

- ・「逮捕後に暴れた場合、措置通報しても措置診察してもらえない」
- ・「精神科病院管理者以外の医師でも措置通報を可能とすべきではないか」
- ・「自宅に臨場した際には落ち着いており、行政からは「保護していないので対応しない」と言われたため、時間をかけて説得し任意入院させた」
- ・「制度的には措置通報できる案件ではあるが、その後の対応に苦慮するというため、保護継続中の者のみ 23 条通報している」
- ・「現場や来署中に明らかな精神障害が認められる場合は、通報を優先する」
- ・「既往歴や通院先が明確で、家族等が被保護者を入院させたい旨の希望があった場合」
- ・「「特異事案連絡票」（保護に至らなかった場合）という様式で保健所に連絡をしている」

そして、保健所とのやりとりにおいて、対応に苦慮した具体的内容を問うたところ、下記のような回答が挙げられた。

- ・「夜間休日に対応してくれない」 同内容 57 件
- ・「行政の対応に長時間を要する」 同内容 56 件。特に、行政が面接した時点では落ち着いているため措置診察に回らないという回答多数
- ・「措置通報を嫌がられる、医療保護入院で処理したがる」 同内容 28 件
- ・「電話でのやりとりのみで行政職員が直接面接しに来ない」 同内容 26 件。特に保護した時点での状況がうまく伝わっていないとの回答多数
- ・「移送やその後の対応などを警察に依存している」 同内容 25 件
- ・「納得しがたい理由で措置診察不要と判断される」 同内容 17 件
- ・「通報と相談の齟齬（通報ではなく相談でと言われた/相談したのに通報以外応じら

- れないと言われた/通報したのに通報に当たらないと言われた等)」 同内容 12 件
- ・「担当者不在、意識の低さ、担当者による格差」 同内容 11 件
- ・「当事者が少しでも飲酒していると対応を断られる」 同内容 9 件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「対応が女性のみ」 同内容 7 件
- ・「診察不要とされ病院に搬送したら措置入院相当と言われた」 同内容 7 件
- ・「家族状況等保護時点では判明していない情報を求められる」 同内容 6 件
- ・「警官に襲いかかる、家族を殴って出血させる、線路に走り込むといった行為があっても、措置診察を受けさせなかった」 同内容 5 件
- ・「警察署で保護していないと通報を受理してくれない」 同内容 5 件
- ・「当事者家族に安易に警察への相談を差し向ける」 同内容 4 件
- ・「事前調査で必要と判断されたのに措置診察が実施されない」 同内容 3 件
- ・「通報後の当事者の処遇を警察が知ることができない」 同内容 2 件
- ・「入院先が見つからない」 同内容 2 件
- ・「措置不要と判断されたらどうするのかと問われたが、警察は義務として通報しているので話がかみ合わない」
- ・「保健所職員が面接のうえ、診察不要と判断されたため、家族に説明して保護を解除したところ、間もなく他害行為をして逮捕された」
- ・「収容されれば誰でも暴れると言われ通報を受理されなかった」
- ・「措置診察不要と判断しておいて、不穏になったら再度通報するよう言われた」
- ・「余病の鑑別が先と言われたが、病院に搬送したら不穏のため診察を断られた」
- ・「厚労省のガイドラインとは無関係に自治

体の方針で動くと言われた」

- ・「行政職員が家族に対し、入院中に命を落とすことがあるなどことさらに不安を煽る説明をしたため、家族が入院を拒否するようになった」
- ・「措置入院は被保護者の経歴に傷がつく等と言って対応を渋られた」
- ・「保健所は当事者の背景事情から通報を忌避しているが、警察としては通報義務があり安易に通報を回避できない」
- ・「保護時点での不穏を軽視し、今落ち着いているからと安易に診察不要とする」
- ・「身体合併症や新型コロナウイルス感染の疑いがある当事者に対応できない」
- ・「他県の者を通報した際、情報取得に長時間を要した」
- ・「なぜ逮捕しなかったのかと逮捕ありきで話をする」
- ・「措置入院しない場合、その後の対応を一切行わない」
- ・「アルコール関連障害者は飲酒が常態であり、酩酊時には一切診察しないというのは無理があるのではないか」
- ・「調査にあたり家族の同伴を強要された」
- ・「通院歴・入院歴がない際に病院側が受け入れに対し難色を示す」
- ・「保護時の状況をよく聴取するようになった」「相談窓口ができた」「電話インテークカードを作成した」等、以前より改善したという意見複数

精神保健指定医とのやりとりについては、回答者の半数弱が経験したことがあると回答した（図 4）。指定医とのやりとりにおいて、対応に苦慮した具体的内容を問うところ、下記のような回答が挙げられた。

- ・「診察時点で落ち着いているからと措置不要とされた」同内容 9 件
- ・「自傷他害のおそれが疑われても要措置にならなかった」同内容 8 件
- ・「性格の問題だから措置不要と言われた」

同内容 8 件

- ・「かかりつけ医に判断や事後の治療を丸投げする」同内容 8 件
- ・「当番の指定医が診察に消極的、診察を拒否する」同内容 6 件
- ・「当事者家族に対する指定医の態度が極めて失礼だった」同内容 6 件
- ・「指定医毎の判断にばらつきがある」同内容 6 件
- ・「保護時点での状況がうまく伝わっていない」同内容 3 件
- ・「指定医が警察の説明を聞かない（保健所が診察同席を拒否）」同内容 3 件
- ・「指定医の臨場が遅い」同内容 2 件
- ・「治療可能性がないから措置不要とされた」同内容 2 件
- ・「警察批判をされた」同内容 2 件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「検察庁が通報してきたら入院させてやると言われた」
- ・「妊娠を理由に対応を断られた」
- ・「次に同じようなことがあれば入院させるというが、次があったからでは遅い」
- ・「発達障害は精神障害ではない、治療効果がなければ措置入院できない等、法令と異なる条件を持ち出された」
- ・「必要性のわからない微細な質問をされた」
- ・「警察官が席を外したところで指定医が暴行を受け、警察官が責められた」
- ・好意的な意見（医師の判断を伝えてもらえるので助かる、警察の話をちゃんと聞いてもらえる、指定医の判断基準はばらつきが少ない）複数

さらに、措置入院にならなかった場合の精神科病院、保健所、家族とのやりとり等について、対応に苦慮した具体的について問うところ、以下のような回答が挙げられた。

- ・「措置不要でも医療につなげる必要があるのに保健所が対応しない」同内容 87 件
- ・「家族の安全確保に苦慮した」同内容 29 件
- ・「引き取り手がない」「家族が引き取りを拒否」同内容 28 件
- ・「家族の理解が悪く受診や入院を拒否」同内容 20 件
- ・「措置入院にならなかったことで家族から非難された」同内容 18 件
- ・「措置不要とされた後も通報が繰り返された」同内容 13 件
- ・「入通院先が見つからない」同内容 10 件
- ・「自宅や他の病院等への搬送を警察に委ねられた」同内容 8 件
- ・「医療保護入院にあたり経済的心配がある」同内容 6 件
- ・「恨まれるのを恐れて家族が医療保護入院に同意しない」同内容 3 件
- ・「入院させなかったことで近隣住民から苦情を受けた」同内容 3 件
- ・「近隣の被害予防に苦慮した」同内容 2 件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「措置不要とされたまま粗暴行為が続き一家で転居を余儀なくされた」
- ・「病院が診てくれないと家族から苦情を受けた」
- ・「措置診察不要と判断された後、自殺に至った」
- ・「措置診察不要と判断され、保護を解除したらすぐに別の事件を起こし、検察官通報により措置入院となった」
- ・「措置診察不要と判断され、医療保護入院したが、その後当事者から家族が脅迫を受けた」
- ・「家族相談を受けた保健所が措置入院手続きを進めないまま死傷事件が発生した」
- ・「家庭内トラブルで措置不要となったが、家族保護のため一昼夜の警戒を有した」
- ・「家族や近隣が行政の支援を諦めて抱え込

み潰れてしまう事態が起きている」

- ・「措置不要とされた後に当事者の引き取りを求められた」
- ・「措置不要となったことを行政が警察に情報提供しない」
- ・「指定医の診察もなく措置不要とされては当事者家族は納得できない」
- ・「病院までの移送手段の調整に時間を要した」
- ・「パーソナリティやアルコールなど、診断上の理由で措置不要と診察されると他の医療機関につなげることが困難」
- ・「法改正により保護者規定がなくなったことで、不要措置と判断されて引き取り手のないまま事件を起こす事例が散見される」
- ・「暴力性があるが犯罪には及ばない当事者の処遇に苦慮する」
- ・「大陸由来の国民性とされ入院不要と判断された」
- ・「暴れたら 110 番して措置入院につなげるというが、暴れる前に医療につなげられないものか」
- ・「措置診察すら行わない現状を是正してほしい」
- ・「保健師は病院に連絡手配したのみで、警察が病院に同行し医師に説明した」「家族等の関係者が非難された」
- ・「家族が相談に行くと警察に相談するよう言われたらい回しになっている」
- ・「警察が当事者を病院に連れていくよう行政に言われたが、それは警察の本来業務ではない」
- ・「家族への説明や手続きについては保健所に一元化すべき」
- ・「道路に飛び出す等の行為があり通報したが、指定医診察で病気ではないと判断され、通報に対する苦言を言われた」
- ・「入院にならず、帰りの車中で当事者が暴れた際、警察署前に当事者を置いていかれた」
- ・「既に保護解除した当事者の身柄を警察で

引き取るよう言われたが、法的根拠がなく
引き取りようがない」

- ・「当事者の生活実態が不明で説明に苦慮した」
- ・「入院先の確保を警察に求められる」
- ・「措置不要にすると警察官が責めるというが、警察としては措置不要の合理的説明を受けられないことに不満がある」
- ・「警察を通すよう保健所に指示されたところ、家族が言うので保健所に連絡したところ、家族から連絡させるよう言われた」

他方では、特に苦慮していないという下記内容の回答もあった。

- ・「行政職員から当事者に任意入院を勧めたり生活保護申請を援助したり支援してくれた」
- ・「措置入院にならなような場合は事前に保健所と対応を話し合っている」
- ・「確実に措置入院になる事案しか通報していない」
- ・「措置不要となった場合、ほとんどは医療保護入院になるので、特に対応には困らない。家族もそれで不満はない」
- ・「保健所職員が全件臨場し、再説明を行ってくれる」
- ・「医療保護入院等が必要な場合は可能な範囲内で保健所の支援を受け、対応の必要性がない場合は、家族等に引渡している」
- ・「保健所職員が医療保護入院等に向けて、病院及び家族との調整を積極的に行ってくれる」
- ・「保健所との情報共有、連携の強化を図った」

警察官が精神保健医療福祉等について学ぶ機会については、ほとんどの回答者が稀であると回答した（図 5）。機会があれば研修会等に参加したいかという問いに対しては、半数強が参加を希望していた（図 6）。

その他の意見については、内容に基づき、

「現行法規への疑問 10 件」「行政の意識や担当職員の資質への不満 15 件」「行政の体制拡充への要望 10 件」「夜間・休日の対応や時間短縮への要望 13 件」「通報への対応への要望 18 件」「移送に関する疑問・要望 11 件」「病院・医師に対する要望 17 件」「行政に対するその他の要望 11 件」「連携及び情報共有 12 件」「いわゆるグレーゾーン関係 14 件」「地域格差 3 件」「警察側の課題等 5 件」「全般的な印象など 9 件」「感謝の声 5 件」「その他 3 件」にまとめた。以下順に示す。

○現行法規への疑問：

- ・「たとえ勘当されていても家族がいれば市町村長同意の医療保護入院はできないという実状は不合理である」
- ・「経済的理由で医療保護入院を断念する家族が多いため、公費による補助ができないものか」
- ・「措置入院に至らない者で、自傷他害がある者の受入れ体制の整備の必要性を強く感じる」
- ・「児童相談所のように、保健所も精神障害者の一時保護制度をつくり、警察から身柄付通報を行えるようにして、同所で慎重に入院、治療方法をじっくり判定すべきではないか」
- ・「一般人通報が形骸化している。保健所が家族から相談を受けた場合、もっと積極的に一般人通報として扱ってもよいのではないか」
- ・「家族が入院を希望していても、本人が入院を拒んでいる事例が多く、結果として、家族のみが負担になっている。任意入院が基本ではあるが、医療保護入院を積極的に活用してもらいたい」
- ・「一般人通報がもっと機能すれば精神障害者を医療につなげる機会が増えるのではないか」
- ・「警察官通報の時期や方法が厳格過ぎるき

らいがある。精神障害が疑われる段階で動くことはできないか」

- ・「保健所の権限強化が必要」
- ・「他害のおそれのある者に対しては、惨事を防ぐため強い対応が望まれる」

○行政の意識や担当職員の資質への不満

- ・「各保健所の対応がまちまちで、自治体からの指導も難しく、警察からの申し入れや個別の話し合いで解決を図っている状況」
- ・「行政職員の誤った説明により、警察の権限で措置入院させていると誤解されたことがあった」
- ・「保健所がきちんと積極的に動いてほしい」
- ・「親身に対応している行政職員や医師もいるが、一部は責任を負わないための言い訳に終始しているようにも見える」
- ・「警察に通報すれば入院させてもらえると誤った教示を行う行政職員がいて困る」
- ・「ガイドライン発出後、自治体に何度も申し入れを行っているが、担当者は動こうとする様子は一切ない」
- ・「夜間や連休の場合はとりあえず警察で何とかしろという態度が行政にはこびっている」
- ・「精神保健福祉担当者に当事者意識がない」
- ・「担当者の教育をきちんと行ってほしい」
- ・「保健所の意識改革が必要」
- ・「せっかくガイドラインをつくってもらっても、行政職員はまったく活用しようとしておらず、措置入院者をかたくなに増やさないことが地域の精神医療文化になっっているように感じる」
- ・「精神障害者の保護等に関して、警察官と保健師の危機意識の温度差が大きい」
- ・「精神疾患を持っている対象者の家族や、近隣の居住者が一番迷惑を受けており、110番通報するなど、本当になんとかしてほしいと警察を頼ってきているので、本当

に困っている人がいることを理解してほしい」

- ・「保健所へ連絡しても参考として受け取るだけで何ら調査や指導を行うことがないため、精神保健福祉法第47条について説明したところ、法を理解していない職員もいるうえ、これから毎日回答を求めてくるのかと返答されたことさえあり、仕事をする上でそのような対応でいいのかと困惑する」
- ・「保健所が全く職責を果たしていない。一般人の相談には警察を呼ぶよう伝え、警察が保護しない限り動けないと言い、入院先の手配や病院への搬送まで警察に要望してくる。果ては事件が起きても仕方ないなどと言う」

○行政の体制拡充への要望

- ・「保健所職員の人員不足のせいか、「男性がいない、人手が足りない」の回答から対応に時間を要する」
- ・「警察で取り扱う被保護者は、家族、本人ともに、日常の限界を感じて通報等をしてくる事がほとんどである事から、緊急的な措置が不能であったとしても、一時的な隔離措置が出来るような、体勢がとれるよう人員や組織を充実させてほしい」
- ・「行政が24時間体制を整えてほしい」
- ・「数十年来、夜間休日の体制が整っておらず、通報をしたところで現地調査は行われず、救急情報センターの介在はあるものの、連絡、調整、病院搬送をすべて警察で行っている状況で、一度の搬送に最低でも3名の警察官が同行し、人員及び車両の不足により管内治安維持の低下に繋がっているのが現状である」
- ・「特に児童虐待事案など、保健所の人員拡充（24時間体制）が望まれる」
- ・「行政の男性職員の増員、護身術の修得を願いたい」
- ・「当事者家族の希望がなければ行政の調査

や支援が行われないのが現状だが、近隣住民や警察からの情報提供であっても、それらが開始できるよう体制の拡充が必要と思う」

- ・「保健所の担当職員が女性のみ」
- ・「精神保健福祉に関係する保健所の職員の体制が弱く、切迫した事案への対応が困難な状態と認められるので、体制の強化が望まれる」
- ・「警察、行政、医療機関で情報の共有化認識の差がありすぎる」

○夜間・休日の対応や時間短縮への要望

- ・「行政の体制の強化・拡充（特に夜間・休日）が必要」
- ・「措置通報から指定医診察までの時間を短縮することが急務」
- ・「警察業務としてはできるだけ速やかに要保護者をしかるべき相手に引き渡すことが求められているのに、措置通報に関しては長時間が浪費されているように感じられる」
- ・「執務時間外で措置通報を行った場合、通報時間から保健所職員の到着までが3時間以上かかることも多く、保護時に自傷他害の症状があっても、保健所職員が面接する際には、その症状が見受けられないことがあるので、保健所の当直体制の確立や早期臨場などの対策を取ってもらいたい」
- ・「通報をしてから措置入院の決定までの時間がもっと短縮できないか」
- ・「休日や夜間についても人員体制を確保してほしい」
- ・「当事者家族のためにも、特に夜間において、通報後速やかに措置診察につなげてほしい」
- ・「通報から措置入院までに要する時間が長時間に渡る」
- ・「通報後の手続きに時間がかかり、措置診察時点では落ち着いていて入院の必要がなくなっていることが多い」

- ・「行政職員が臨場する頃には当事者は落ち着いてしまっている。勤務に当番制や宿直性を取り入れて迅速に動いてほしい」
- ・「夜間・休日の体制が強化されることが望まれる」
- ・「行政の夜間休日の対応が遅い」
- ・「保健所に24時間対応窓口かホットラインを設けられないか」

○通報の対応への要望

- ・「警察による保護は、必要性が認められるときに適当な引取方に引継ぐための仕組みであるので、きちんと引き継いでもらいたい」
- ・「保健所は一般人通報を活用せずなぜ家族に対して警察経由の通報を促すのか」
- ・「幻覚や妄想がなくても自傷他害のおそれのある者がおり、きちんと診察を受けさせてほしい」
- ・「保護を伴わない警察官通報に対し保健所の対応は非常に消極的」
- ・「必ずしも診察を行わないにせよ、通報は受理してほしい」
- ・「被通報者がほとんど措置診察も受けられずに医療保護入院になっている現状は法的に見ても不自然ではないか」
- ・「警察官の面前による行為がない場合でも、近隣住民等からの法第22条に基づく診察及び保護の申請があった場合は、保健所も早急に対応してもらいたい」
- ・「警察が通報した際に、警察の電話内容だけで判断せず、調査義務があるので、確実な調査をお願いしたい」
- ・「措置診察の結果、医師の判断により、入院不要となるのであれば理解できるが、措置診察すら実施されない事例が多すぎると感じる」
- ・「通報に対する措置診察の割合が極端に低いので、厚労省から指導助言を行ってほしい」
- ・「保健所に受診支援で連絡しても、被保護

者の家族との電話での聴取のみで来署しない、若しくは病院にも来ない場合が散見される」

- ・「夜間救急の体制が非常に悪く、警察官通報を行っても、対象者を確認することなく、措置診察の必要がないと判断するなど、精神科救急としての機能が全く果たされていない」
- ・「初期の対応が警察に求められることが多く、保健所や県が医療に繋げる前にシャットダウンしてしまい、困惑するケースが多い。せめて 23 条通報した件は診察をして医師の診察を受けさせてほしい。現場が一番苦労していると思う」
- ・「警察官通報した者の中には、病院にかかっていない者も多いので、できるかぎり、医者への診察は受けられるようにしてもらいたい」
- ・「通院歴がない者は精神科の受診を拒む者が多く、自傷他害のおそれがない時は説得するしかない状況なので、ケースによっては指定医が訪問診療することがあってもいいのではないかな」
- ・「保護時、自傷他害のおそれが認められたが、措置診察時、被保護者が、猫をかぶったかのように急に大人しくなり、措置診察不要と判断されたことがこれまで幾度となくあった。保護時の状況をもっと入院させるべきか否かの判断材料に反映してもらいたい」
- ・「精神病症状を隠匿することで精神病を見逃されている患者もいるのではないかな」
- ・「警察はあくまでも一時保護施設であるため、引渡先がないことに苦慮している」

○移送に関する疑問・要望

- ・「行政に移送体制（車両及び職員）を整備してもらいたい」
- ・「移送は本来保健所の業務であり、人員や男性の比率を増やす等して保健所で行ってもらいたい」

- ・「病院への移送方法を警察まかせにしないで欲しい」
- ・「被保護者の病院への搬送について、保健所は、警察が搬送して当たり前との考えがある」
- ・「保健所の担当者の意識改革及び病院への搬送等に対する体制強化が必要と判断される」
- ・「保健所の調査で、措置非該当であるも、医療に服させる必要があるという場合、警察が医療機関まで対象者を搬送している事実がある。法的根拠は、警察官職務執行法第 3 条第 1 項第 1 号の強制的な保護の継続による医療機関での受診か、家族の支援要請を受けた警察法第 2 条第 1 項の任意規定を用いていると思われるが、この搬送行為は警察がすべきものなのか。警察は精神保健福祉に関して主管する機関ではなく、警察の保護はあくまで精神保健福祉機関に引き継ぐまでの一時的な措置であり、医療機関に対象者を搬送するのは、まさに、精神障害者の医療及び保護を行うという精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の根本的な行為であると考えられることから、病院への搬送は、主幹となる精神衛生福祉機関がすべきであると考えられる。精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が施行されて久しいが、いまだに保健所から「私たちには法的根拠がないので警察でお願いします。」と医療に服させる必要がある者を返され、警察が主体となって医療保護入院につなげている現状はいかなるものか」
- ・「移送業務を警察に頼りすぎている」
- ・「保健所に移送を断られて困惑する家族の話をよく耳にする」
- ・「警察で事案を取扱う際は、家族の方と直に接し、困っている状況を目の当たりにする。保健所が搬送できないと言われたら、警察が搬送する他なく、現状警察が搬送することが当たりの状態になっている」
- ・「移送業務をほぼ警察に丸投げ状態で、知

事の権限で何とかしようという意思を感じない」

- ・「依然として保健所主導の移送だけは拒んでいる状態であることから、相互理解の上、明確な協力体制が確立されるよう尽力したいと考える」

○病院・医師に対する要望

- ・「行政、病院の体制の増強が必要」
- ・「措置診察をする指定医や措置入院を受け入れる病床が足りない」
- ・「精神科の入院施設は常時満床なので、病院施設の拡充も必要」
- ・「措置入院に対応する病院を増やしてほしい」
- ・「措置入院を受け入れる医療体制の整備が重要」
- ・「通報事案が増加し、一般市民に被害が及ぶ危険性がある以上、体制の不備や病床不足については早急に改善するべきであることから、各方面から働きかけをしてもらいたい」
- ・「入院先の確保（特に夜間）」
- ・「精神科の病室を増やして欲しい病院によって受け入れ度合いに差があるので改善して欲しい」
- ・「イレギュラーであるが、同一人物の病名が診察した病院ごとで違う時があった。今後の対応に困る時があった」
- ・「精神科医によって入院させる、させないの判断が分かれることが理解できない」
- ・「夜間や休日にあつては精神科の通院が当番病院として指定されているが、警察が診察を依頼してもベッドの空きがないと診療を受けることすら断ってくる病院もあり、何のための当番であるのかわからない」
- ・「満床を避け受け皿の確保に努めてほしい」
- ・「精神障害者が夜間に怪我をした際に受け入れ先がない」
- ・「当事者家族が入院を希望したとしても、

病院がすぐに対応できないことが多い」

- ・「通報しても、指定医の確保に時間がかかると言われ、医療保護入院になる事例がある」
- ・「精神障害者等が必要な時に入院ができる医療体制を整えてほしい」
- ・「警察が自傷他害のある精神錯乱者を保護する場合、医療の専門家ではないことから、警察官職務執行法上の保護の要件に該当して自傷他害のおそれがある場合には、それが統合失調症などの病気によるものなのか、本人の性格に起因する人格障害なのかに関わらず、精神錯乱者として保護するが、医師が措置診察を実施する場合において、警察の保護の判断はどの程度考慮・影響するものなのかを伺いたい」

○行政に対するその他の要望

- ・「保健所は積極的に精神障害者や精神錯乱者の家族等への助言や受診援助を行い、家族等の負担を減らしてもらいたい。そうすることで精神障害者や精神錯乱者と家族、保健所、医療機関と信頼関係が生まれ、事案発生時に速やかに家族へ引き渡しできたり、入院にもつなげることができると思う」
 - ・「本来は警察よりも精神障害の担当が初動などもっと機能を発揮すべき」
 - ・「一般人通報を受理せずに警察官通報につなげる事例が散見される」
 - ・「退院してもすぐまた措置通報を繰り返す事例がある。再発予防を強化できないか」
- 「精神障害があるように見えても措置不要の判断がなされると何らの治療も受けずに帰宅となるのはいかなものか」
- ・「福祉関係者が、精神障害者を受診や入院させる方法について、「警察に通報して保護してもらう。」と家族に教示している場合がある。保護は一時的な危険防止のための制度で、精神障害者を受診や入院を目的したものではなく主旨が違うと思ってい

る。精神障害者を医療につなげるには精神保健福祉法上の相談、指導、医療保護入院のための移送制度等を積極的に活用すべきと思われる」

- ・「警察が家族から相談を受けることも多く、緊急性がない場合は、必要な助言をしたうえで保健所への相談を促すとともに、警察からも保健所に情報提供しているが、実際には保健所が積極的に対応して入院につながる事例は殆どないと感じており、結局警察からの通報待ちになっている」
- ・「早い段階で医療につなげられる仕組みがあればよいと思う」
- ・「精神保健福祉に関して警察からの疑問を気軽に照会できる部署があるとありがたい」
- ・「退院の判断について、退院してすぐに入院する者が後を絶たないため、治療や体制がしっかりとれた段階で判断してほしい」
- ・「精神保健福祉法第 47 条の都道府県等による相談指導等について、積極的な行政の介入、必要な支援を望む」

○連携及び情報共有

- ・「一昨年、指定医や担当県職員と措置診察のあり方について会議を重ねる機会があり、関係機関が顔を合わせて話し合い、共通認識を持つことの重要性を思い知らされた」
- ・「お互いの立場や職責を理解するために腹を割った話し合いが必要」
- ・「関係機関の交流の必要性」
- ・「顔の見える関係の構築」
- ・「行政・警察の相互連携を深めることが重要」
- ・「連携して対応していきたい」
- ・「それぞれの立場役割でできることがあると思うので、協力して対応にあたっていきたい」
- ・「警察としては行政とうまく連携したいが、行政から警察への情報提供はほとんど

ない」

- ・「地域によっては警察と保健所の関係が悪い」
- ・「警察としては家族や近隣住民の保安の責任があるので、逮捕の上で通報した場合はその後の情報を共有させてもらいたい」
- ・「措置入院させた者の退院情報等を共有できないか」
- ・「現在、警察と保健所での交流が活発なため、良い関係であります。組織と組織ではなく、人と人でつながっている面がある。人事異動で人が代わった場合には、警察と保健所の関係が変化する可能性もある」

○地域格差

- ・「地域によって警察官通報の対応窓口が異なることで、たらい回しになる事例がある」
- ・「都道府県と中核市の判断が割れることで処遇が宙に浮いてしまうことがある」
- ・「地域や担当者による差が激しく、改めてガイドラインや基準を周知する必要がある」

○いわゆるグレーゾーン関係

- ・「入院、退院、トラブルを繰り返す者に対する有効な解決策がないのが現状」
- ・「パーソナリティ障害のため、投薬等による治療の効果が見込めないと診断され、措置入院の対象者から除外されてしまうため、パーソナリティ障害者も措置入院の対象として指針を出してほしい」
- ・「いわゆるグレーゾーンに該当する当事者が多く、入院は不要とされ、家族も疲弊している」
- ・「精神異常と性格異常の見極めが難しい」
- ・「現時点では措置通報の必要まではないような事例をいかに診察につなげるかが課題」
- ・「自傷他害のおそれはないが、他者に迷惑

をかける言動を為す者への対応に苦慮している。特に家族等がいない者の場合に困る」

- ・「パーソナリティ障害や知的障害などは措置入院させないというが、警察から見たらいずれも保護の対象である。どうにかならないものか」
- ・「知的障害者の暴力は行政の支援対象から外れてしまい、家族と警察のみでは解決に向かわない」
- ・「グレーゾーン事例の当事者家族には司法より医療を頼りたい人が多いのではないか」
- ・「通報までは至らないがトラブルになっている精神障害者について保健所に情報提供してもほとんど対応されていない」
- ・「パーソナリティの問題などでは、措置診察ができなくても、何らかの方法で医療につなげる対策を講じてほしい」
- ・「保健所職員も対象者がパーソナリティ障害者であると、措置入院が見込めないため、事前調査の段階で措置診察の対象者から除外されてしまっていると思料される」
- ・「人権上、尊重しなければならないことがあるのは、充分理解しているが、入院させないとあぶない者を入院させることができない現状があり、家族の安全確保など現場の警察官の負担が大きい」
- ・「明確な自傷他害のおそれがあるとはいえずとも、長期間に渡り近隣トラブルや役所などへの攻撃的なクレームを続けている者や、長時間の徘徊をするなどして自身の身の安全を守れない者については、放置すれば事故や事件につながりかねないのではないか」

○警察側の課題など

- ・「警察は個々人の誇りと使命感に頼っているが、ヒューマンパワーが不足している」
- ・「警察改革により警察の業務範囲も拡大傾向にある」
- ・「警察の負担やリスクが多機関に比べてあ

まりにも大きすぎる」

- ・「現職ではじめて精神障害について認識した」
- ・「警察も通報した後のことは関知しないという風潮がある」

○全般的な印象など

- ・「精神障害者の取扱いが増えているように感じる」
- ・「各機関がもっと親身に対応することで処遇困難者を減らせるのではないかな」
- ・「近年の精神病床削減の影響で精神障害者の凶悪事件が増えているのではないかな。病状の軽い段階から良好な関わりを持つことで事件化を予防できるのではないかな。精神医療従事者にもその社会的責任があるのでないかな」
- ・「個の時代、高齢化社会において、グレーゾーンが増えることが予想される。対応方針の明確化が必要である」
- ・「通報後に保健所から取下げを持ちかけられることがあるが、その場合、通報書は作成するのか、通報自体がなかったことにされるのか判然としない」
- ・「本人の人権と他害の危険のどちらを重視するかが難しい問題だと思う（警察の立場では危害を加える前に入院させたいと思うが、自分の家族が同じようになったら、入院させる自信はあまりない）」
- ・「家庭内暴を伴う認知症高齢者の事例が増えており、施設入所も断られるので対応に苦慮している」
- ・「一般人の精神障害に対する理解の程度は非常に低いと思われ、啓発が重要である」
- ・「精神障害の認識が医療現場と一般人の間で離れている」

○感謝の声

- ・「精神医療従事者の大変さを日々痛感している」
- ・「保健師の方々には、日夜迅速な対応をし

ていただき、非常に良い協力体制が築けているものと感じる。現体制に感謝するとともに、より良い関係を作っていけたらと思う」

- ・「保健所に対する不満はあるものの、日常から精神障害者に接し対応している保健所に対する感謝の気持ちもある」
- ・「保健所の体制が更新されてから対応が早くなり助かっている」
- ・「行政は非常に協力的で助かっている」

○その他

- ・「このようなアンケートにより現場の警察官の意見を聞いてもらえることを光栄に思う」
- ・「今後、さらに相互理解を深めるためにも、このようなアンケートは大変有意義なものだと思う」
- ・「このようなアンケートは現場の警察官からの意見を届けられるので、もっと実施してほしい」

我々は、回答者の職務経験年数と各回答内容との相関を統計学的に検証した。その結果、精神保健指定医とのやりとりを経験したことのある回答者は、そうでない回答者より、生活安全課での勤務年数が長いことが示された（分散分析、 10.69 ± 6.413 年対 9.00 ± 5.815 年、自由度 1、 $F=4.285$ 、 $P=0.040$ ）。

（２）措置診察技法の習得に関する全国の精神保健指定医に対する調査

我々は調査票を全国精神科病院に送付すべく手配した。しかし、新型コロナウイルス感染症の問題により研究の進捗が遅れ、報告書執筆時点でまだ結果の集約には至っていない。

（３）措置診察技法の習得に関する若手指定医に対する研修会の実施

我々は令和 2 年 11 月 27 日 18 時～19 時 30 分にかけて研修会を実施した。内容は、「措置診察の知識に関する講義（30 分）」「事例提示（5 分）」「グループでのディスカッション（20 分）」「発表（5 分）」「グレーゾーン事例提示（10 分）」「解説（10 分）」「まとめと質疑応答（10 分）」である。

参加者は若手指定医である受講者が 17 名、それ以外の聴講者が 16 名の、計 33 名である。

受講者に対する研修前後でのアンケート結果を比較したところ、措置診察の実施に関する自信（Wilcoxon's signs rank test, $P = 0.001$ ）、措置診察を行う手続きに関する理解（Wilcoxon's signs rank test, $P < 0.001$ ）、要措置と不要措置を判別する基準に関する理解（Wilcoxon's signs rank test, $P < 0.001$ ）のいずれにおいても、研修後で改善が見られた（図 7～9）。

D. 考察

本年度においては、昨年度までの研究を踏襲しつつ、措置入院に関する業務の一部を担う警察官の見解を収集するとともに、精神保健指定医が措置診察技術を向上させるための方法論についての研究を開始した。

今般のアンケート結果から、多くの警察官が日常業務の中で精神医療体制について意識していることが判明した。他方で、警察官は医療観察法に関してはあまり日常的に意識していない様子もうかがわれた。これは医療観察法の申立権が検察官に限定されているためであると思われる。しかし臨床現場からは、重大な他害行為をしたのではないかと疑われる事例が検察官に送致されず、警察官によって措置通報されることがしばしばあるとの声が聞かれている。このことについて定量的に検証した研究は我々の知る限り存在しない。警察官は逮捕または保護した者の処遇について判断するに当たり、事件の重大性についても事実上の判断も求められていると考えられる。このため、警察官が医療観察法制度につ

いて熟知しておくことは、職務遂行において意義があることと我々は考えるものである。

保護した者を措置通報するか否かで判断に迷うことについては、比較的稀という者が多かったが、回答が分かれた。個別回答では保護した時点で落ち着いている場合に判断に迷うという意見が多かった。また、アルコール中毒、パーソナリティ障害、知的障害、発達障害について、措置入院の対象とされない、すなわち精神障害と考えていないと思われる回答が多かった。これらの診断は精神保健福祉法に基づく措置入院の対象たり得ることが「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準（昭和六十三年四月八日厚生省告示第百二十五号）において明示されているが、臨床現場ではこの告示はあまり意識されていないようである。また、保健所の消極的な姿勢や、措置診察まで時間がかかることから、通報を逡巡することもあるようである。さらに一部地域では、警察・保健所・地域住民の間で措置入院や措置通報義務の解釈について齟齬を生じている可能性が示唆される。

一方、ガイドライン制定時に問題となった、保護されないまま警察官通報が行われる状況については、保護要件と通報要件との乖離を挙げる回答が多かった。この点は警察官職務執行法と精神保健福祉法との齟齬に基づくもので、現行法令下では不可避であるといえる。実務上は保護した後で通報することを原則とすべきであろうが、一部地域の保健所が例外を認めていないことに対する不満も聞かれた。そもそも保護していないことのみを理由に通報を受理しないのは法令違反であるという見方もある。このような警察官職務執行法と精神保健福祉法との齟齬に対して柔軟に対応し、警察と保健所との連携を構築している地域と、齟齬が大きいままになっている地域との格差がうかがわれた。

保健所に対する警察官の不満は多岐に渡っている。一部の自治体ではあからさまに措置

入院を忌避しているという指摘があり、また移送や受診援助などを警察に依存しているとする批判もあった。調査まで時間がかかり、被通報者との面接を行わない等の理由で被通報者の状態が正確に伝わっていないのではないかと懸念も聞かれた。なお、一部回答者は保健所職員に女性が多いことに苦言を呈しているところであるが、そこには警察官の現場感覚と現代的な価値観との間の乖離があるように思われる。なお、一部の回答者は警察の問題意識を保健所にうまく伝えるための仕組みを整備したことで対応が改善したと述べており、大いに参考にすべきであろう。

警察官は精神保健指定医と直接やりとりをすることもあるが、したことがないという回答がほぼ半数を占めた。実務経験年数が長いほど経験するのは当然であるが、直接やりとりする機会を活用することにより、警察官と指定医の相互理解を深めることにつなげることができるかもしれない。この点は指定医側からの歩み寄りも必要であろう。

その指定医に対する警察官の不満については、自傷他害のおそれがあると考えている被通報者を措置入院させない判断に対するものが多い。警察官にとって見れば当然の不満であろう。特に、保護した時点では不穏だったのに診察時点では落ち着いているからという理由で措置不要とすることに対する疑念が大きいようである。このことについては、実際に指定医の判断が誤っている場合もあり、警察官の直感と被通報者の病状との間に乖離がある場合もありうから、一概に誰が正しいとは決めかねる。いずれにせよ保健所に比べると指定医に対する不満は少なく、好意的な意見も散見される。前述の通り警察官と指定医との間で意見交換を積極的に行うことの重要性が示唆される。

措置入院にならなかった事例に対する懸念は、当然ながら当事者家族の安全を問題視する声が大きかった。具体的に挙げられた事案はいずれも極端なものであり、発生頻度は高

くないと思われるものの、憂慮すべき事態といえる。一方で地域によっては措置不要の判断がなされた後は行政が受療支援を適切に行っているようである。実際のところ、確実に措置入院になる事例しか措置通報しないという地域もあり、そのような運用には賛否が分かれるのではないかと。

警察官にとって精神保健医療福祉に関する研修を受ける機会はかなり限られていることがわかった。過半数の警察官が研修の受講を希望していることは銘記しておくべきであろう。研修を希望しない警察官は、多忙なのか、あるいは精神保健医療福祉の習得は自身の職責と異なると考えているのかもしれない。

その他の意見についても、これまで述べてきたような内容が多数を占めている。保健所の体制が警察に比べて薄いこと、通報しても措置診察が行われないこと、指定病床が足りないことなど、警察官から見て措置入院が必要と思われる事例が速やかに入院に至らないことに対する不満や懸念が最も強いようである。なお、グレーゾーン関係については、前述の通り、パーソナリティ障害や知的障害は措置入院の対象でないという認識が警察官の間でも支配的になっている様子がうかがわれた。

最後に、一部地域では警察と保健所の連携体制が機能していることも明らかになった。またこのようなアンケートの実施を評価する声も散見された。

警察官に対するアンケートを通じて、これまで散発的に聞かれていた現場の声がある程度まとまった形で可視化されるに至った。警察官の一番の懸念である保健所の体制拡充については一朝一夕に解決することは期待できない。他方で警察・保健所・指定医の相互理解や連携強化については、各地域でさらなる推進が求められていると言える。

今般のアンケートに対する回答には、警察官のいわば本音がかなり記載されていたよう

に思われる。今後も同様の、あるいはより精緻な内容のアンケート調査を行うことで、措置入院に関与する警察官以外の関係者が、警察官の職責や行動理念、現場感覚などについての理解が深まることが期待できる。

一方、本年度においては、精神保健指定医が措置診察に当たり必要とされる知識や技術の明確化とその効率的な習得方法の確立が研究テーマとして立案された。その端緒として現職の精神保健指定医に対して措置診察技法の習得に関する経験や望ましい修練方法に関するアンケート調査を実施する予定であったが、年度内の実査は叶わなかった。

他方で、本年度は若手指定医に対する研修会を実施して、措置診察に当たっての心構えや基礎知識を身につけさせる取組みを試行してみた。この試みは研究という体裁を採っておらず、成果を検証できる段階には至っていない。しかし、座学とケースシミュレーション、グループディスカッション等を含めた総合的な研修を行うことが効率的な修練につながるのではないかと感触を得ている。次年度以降は、精神保健指定医が習得すべき知識及び技術の可視化を行いつつ、それらを効率的に習得させるための研修会の実施と成果検証につなげたい。

E.健康危険情報

なし。

F.研究発表

1.論文発表

- 1) うつ病による被害妄想等の強い影響による犯行が心神喪失と認定された事件 精神科医のコメント. 椎名明大. 季刊刑事弁護 104,134-135.2020 年 10 月
- 2) 司法精神科病棟の機能分化：英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD)事業からの示唆. 菊池亜希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 川野稔明, 五十嵐禎人. 日本

社会精神医学雑誌 30(1) 20 - 34 2021 年
1 月

- 3) Identifying factors associated with criminal responsibility by analyzing court trial verdicts. Akihiro Shiina, Aiko Sato, Masaomi Iyo, Yoshito Igarashi. International Journal of Law and Psychiatry. (in press)

2.学会発表

- 1) 椎名明大「措置入院の告知を巡る諸問題～患者、指定医、行政、司法の認識のズレに注目して～」第 116 回日本精神神経学会学術総会 2020 年 9 月 28 日
- 2) 椎名明大「精神鑑定と公認心理師」一般社団法人公認心理師の会 2020 年度 Web 研修会 WS5 司法・犯罪・嗜癖部会ワークショップ「精神鑑定に求められる公認心理師の役割」2020 年 11 月 8 日
- 3) 椎名明大「措置入院ガイドラインの実施状況把握に関する研究」第 16 回日本司法精神医学会大会 2020 年 11 月 12 日

- 4) 椎名明大「幻覚妄想状態で入院させられた後に院内で重大な他害行為に至った事例」第 14 回千葉司法精神保健研究会 2020 年 12 月 9 日

- 5) 椎名明大「鑑定入院のこれまでとこれから」日本弁護士連合会刑事法制委員会意見交換会 2021 年 1 月 22 日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし。

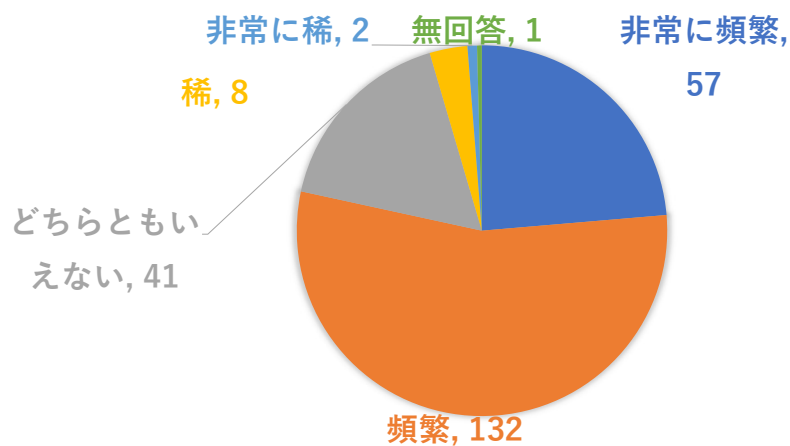
2.実用新案登録

なし。

3.その他

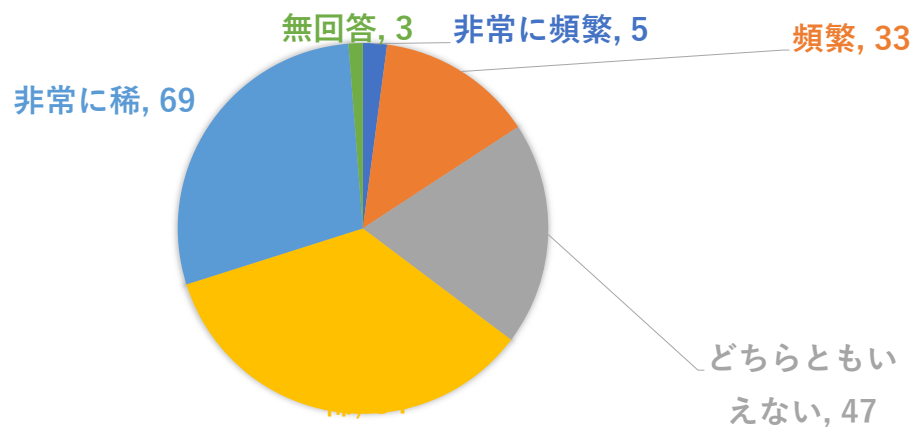
なし。

図1 あなたは日常業務の中で、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」を意識する機会はどの程度ありますか？



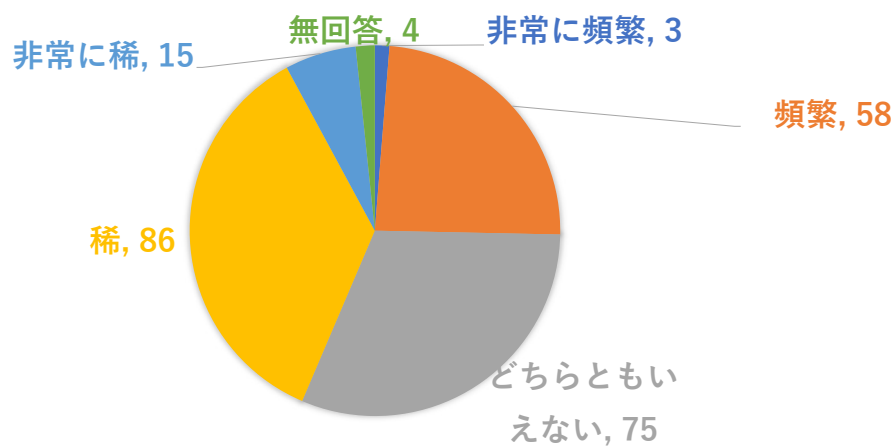
1

図2 あなたは日常業務の中で、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」を意識する機会はどの程度ありますか？



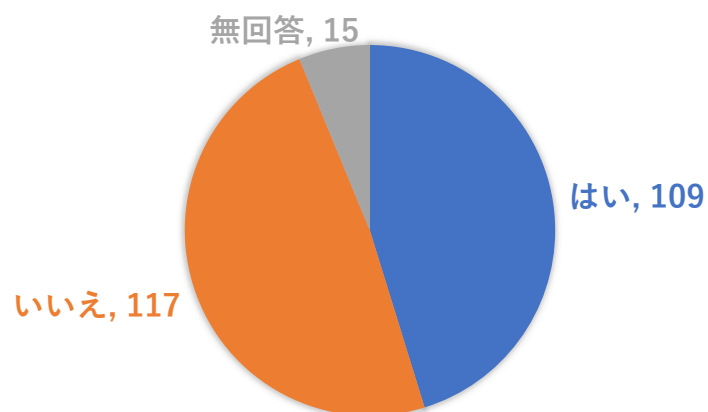
2

図3 保護した者を措置通報するか否かについて、判断に迷うことはどの程度ありますか？



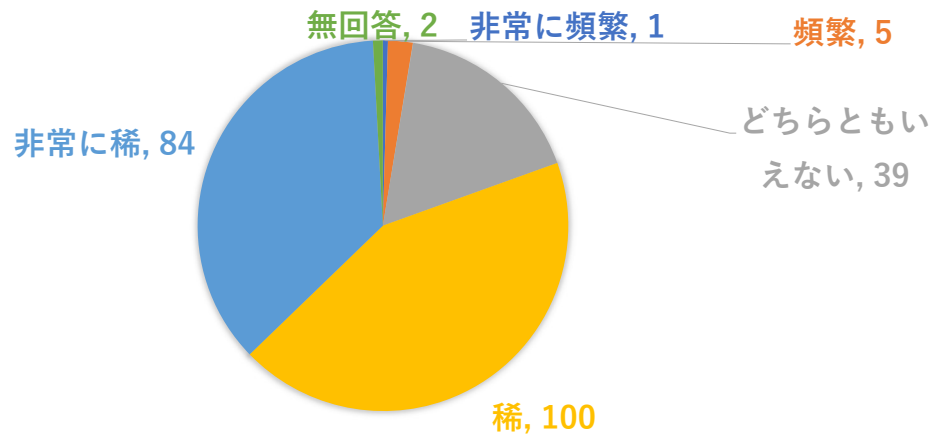
3

図4 精神保健指定医とのやりとりをしたことがありますか。



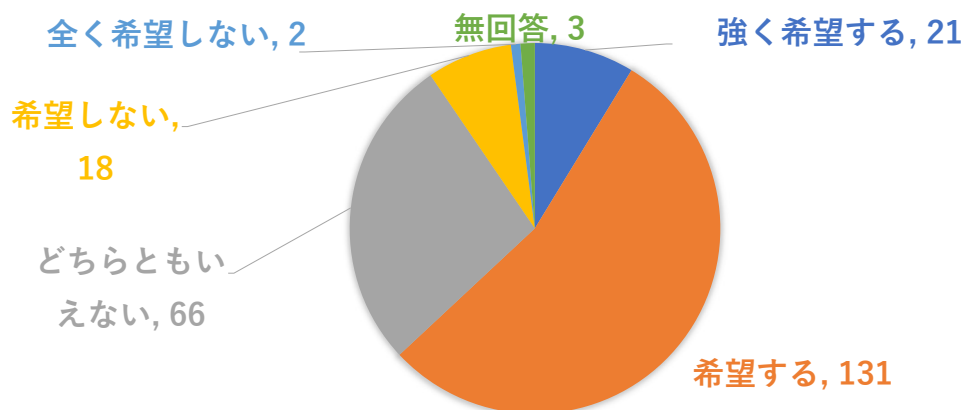
4

図5 あなたは、精神医療、精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等について学ぶ機会がどの程度ありますか？



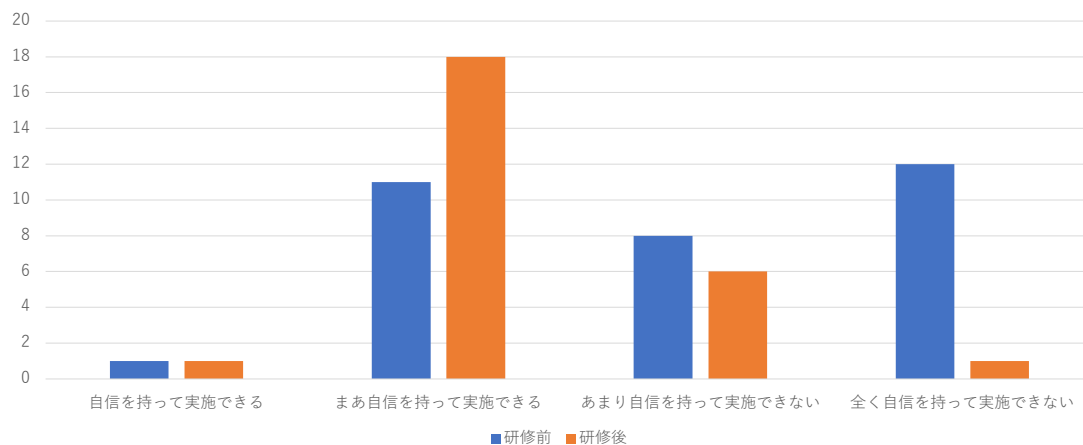
5

図6 あなたは、精神医療、精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等に関する講習会や研修会等に参加する機会があれば、参加したいと思いますか？



6

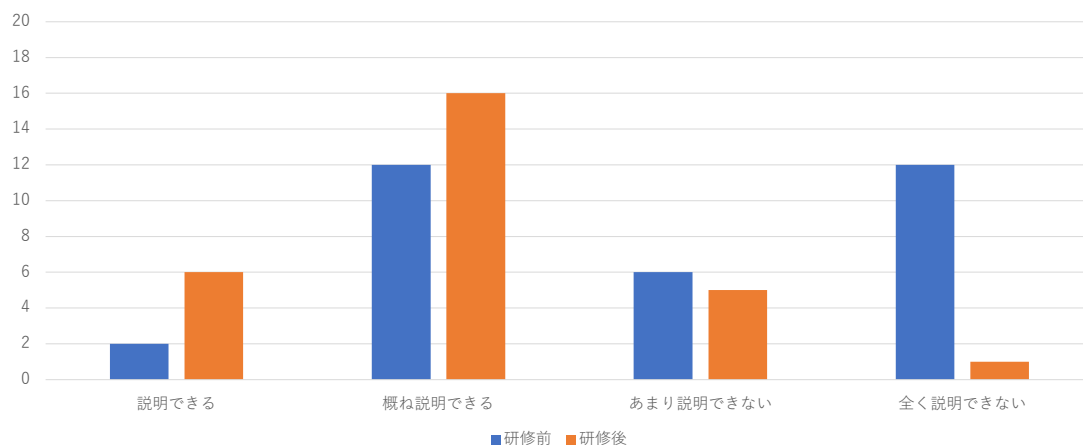
図7 措置診察を自信を持って実施できますか？



P=0.001 (Wilcoxon's signs rank test)

7

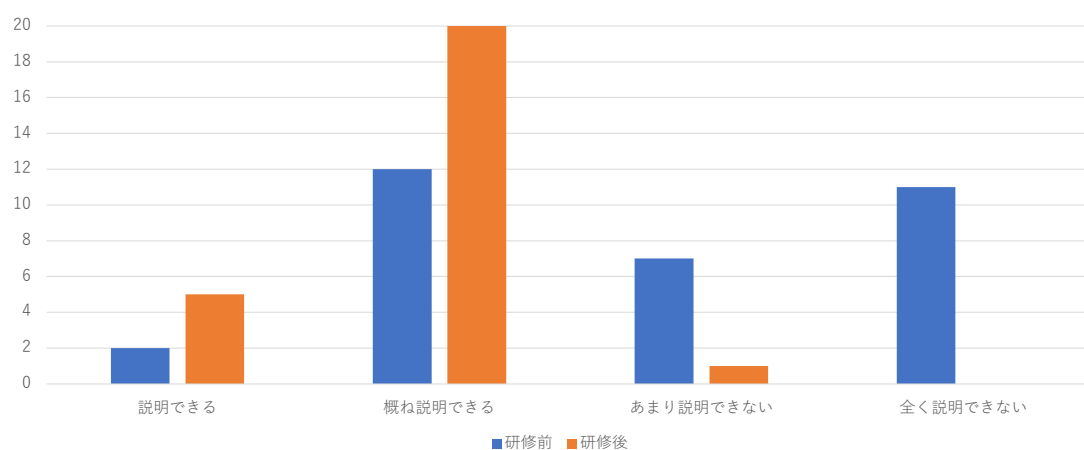
図8 措置診察を行う手続きについて説明できますか？



P<0.001 (Wilcoxon's signs rank test)

8

図9 措置診察を行う際に、要措置と不要措置を判別する基準について説明できますか？



P<0.001 (Wilcoxon's signs rank test)

調査票

以下の Q1～9 の質問につき、あてはまる選択肢を○で囲むか、回答をご記入ください。

法律について

Q1. あなたは日常業務の中で、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」を意識する機会はどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

Q2. あなたは日常業務の中で、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」を意識する機会はどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

Q3. 保護した者を措置通報するか否かについて、判断に迷うことはどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

・判断に迷うことがある場合、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

精神障害者への対応について

Q4. 精神障害のために自傷他害のおそれがある者について、保護しないまま措置通報することがありますか？

はい ・ いいえ

・「はい」の場合、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

Q5. 措置通報が行われると、保健所等による調査を経て精神保健福祉法第 27 条に基づく診察（措置診察）が行われることになります。

その際の関係機関との連絡調整についてお伺いします。

5-1. 保健所との連絡調整について、対応に苦慮した事例がありましたら、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

5-2-1. 精神保健指定医との連絡調整をしたことがありますか。

はい ・ いいえ → 「はい」の場合 5-2-2 へ。「いいえ」の場合 5-3 へ。

5-2-2 精神保健指定医との連絡調整について、対応に苦慮した事例がありましたら、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

5-3. 措置入院にならなかった（不要措置）場合、精神科病院や保健所、家族との連絡調整について、対応に苦慮した事例がありましたら、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

精神医学に関する学習の機会について

Q6. あなたは、精神医療や精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等について学ぶ機会がどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

Q7. あなたは、精神医療や精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等に関する講演会や研修会に参加する機会があれば、参加を希望しますか？

強く希望する 希望する どちらともいえない 希望しない 全く希望しない

Q8. その他、精神保健福祉に関してご意見等がありましたら、何でも自由に記載してください。

Q9. あなた自身についてお答えください。

継続勤務年数 _____ 年

うち生活安全部門勤務年数 _____ 年

ご協力ありがとうございました

調査票

下記の各設問に対し、当てはまるものを○で囲んでください。

自由記載欄については、ご意見があればご自由に記載してください。

1. あなた自身について

回答者であるあなたについておうかがいします。回答内容は統計処理のためだけに使用されます。回答したくない設問には回答しなくても構いません。

(1) あなたの年齢をお答えください。(_____ 歳)

(2) あなたの主な勤務先として最も近いものを下記から一つだけ選んでください。

- A. 国公立系の精神科病院（総合病院・単科病院を含む）
- B. 民間の精神科病院（総合病院・単科病院を含む）
- C. 病床を持たない総合病院の精神科
- D. 精神科クリニック
- E. 大学（附属病院を含む）、その他の教育機関、研究所
- F. 保健所・精神保健福祉センター・その他の行政機関
- G. 上記いずれでもない

(3) あなたの主な業務内容に最も近いものを下記から一つだけ選んでください。

- A. 精神科臨床業務（精神科一般臨床）
- B. 精神科臨床業務（精神科救急）
- C. 精神科臨床業務（司法精神医療）
- D. 精神科臨床業務（その他の専門領域_____）
- E. 教育・研究業務
- F. 行政的業務
- G. 運営・管理的業務
- H. 上記いずれでもない（_____）

(4) 主に勤務している都道府県を教えてください。

都・道・府・県

(5) 精神科医師としてのおおよその臨床経験年数を教えてください。

年

(6) 精神保健指定医としてのおおよその臨床経験年数を教えてください。

年

(7) あなたは措置診察（緊急措置診察を除く）をこの一年間におおよそ何件実施し

ましたか？

件

(8) あなたは緊急措置診察をこの一年間におおよそ何件実施しましたか？

件

(9) あなたはこれまでに総計おおよそ何件措置診察（緊急措置診察を含む）を実施
しましたか？最も近いものを下記から一つだけ選んでください

A. 実施経験なし

B. 1～10 件程度

C. 11～50 件程度

D. 51～100 件程度

E. 101～500 件程度

F. 501～1000 件程

G. 1001 件以上

H. わからない、その他（_____）

(10) あなたはこれまで、下記の方法で措置診察関連技法（措置診察に関する診断書
の作成を含むが、措置入院後の患者の治療は含まない。以下同じ。）に関する
教育を受けましたか？

- | | |
|---|--------|
| A. 国や自治体の研修で学んだ（指定医資格取得及び更新等のため必須となっている研修は除きます） | はい・いいえ |
| B. 大学・学会・病院等の研修で学んだ | はい・いいえ |
| C. 上司や先輩から教わった | はい・いいえ |
| D. 文献（教科書、ガイドライン、論文等）を読んで勉強した | はい・いいえ |
| E. 上司等の措置診察場面を見学した | はい・いいえ |
| F. 措置診察の前に事前資料に基づき上司等に助言を求めた | はい・いいえ |
| G. 措置診察を行う際にもう一人の指定医の診察を見学した | はい・いいえ |
| H. 作成した措置入院診断書を上司等に査読してもらった | はい・いいえ |
| I. 自分が措置診察した事例に関する事例検討会に参加した | はい・いいえ |
| J. 措置入院した患者の診療を通じて学んだ | はい・いいえ |
| K. その他（具体的に記入してください） | はい・いいえ |

2. 措置診察技法に関する教育について

あなたは、精神科医師が措置診察関連技法を学ぶにあたり、下記の方法についてどの程度賛成しますか？それぞれ9段階で評価してください。

- (1) 国や自治体による研修（指定医資格取得及び更新等のため必須となっている研

修は除きます)

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(2) 大学・学会・病院等による研修

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(3) 上司や先輩からの教え

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(4) 文献（教科書、ガイドライン、論文等）

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(5) 上司等の措置診察場面を見学できる機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(6) 措置診察の前に事前資料に基づき上司等の助言を得る機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(7) 措置診察を行う際にもう一人の指定医の診察を見学する機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(8) 作成した措置入院診断書を上司等に見てもらう機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(9) 自分が措置診察した事例に関する事例検討会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(10) 措置入院した患者の診療にあたる機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(11) その他（具体的に記入してください）

3. その他、措置診察関連技法を学ぶことの是非、必要性、課題、具体的な方法等について、ご意見があれば記載してください。

4. 今後、我々は措置診察技法の習得等に関する研究をさらに進めるにあたり、より詳細な内容のアンケートを予定しています。回答にご協力いただける場合は、下記にメールアドレスを記入してください。（記入されたメールアドレスは当研究班の研究遂行目的にのみ使用されます。またいつでも撤回が可能です。なお、記入いただいた場合でもアンケートの対象にならない場合がありますので、ご了承下さい）
-

ご協力ありがとうございました。

措置診察の新イロハ

Assessment of the Need for Administrative Involuntary Hospitalization

講師 椎名明大

(千葉大学社会精神保健教育研究センター特任准教授)

本講義の内容:

1. 日本の精神保健福祉の歴史
2. 相模原事件と精神保健福祉法改正
3. 措置入院運用ガイドライン
4. 措置診察と措置要否の判定

日本の精神保健福祉の歴史



措置入院の歴史



精神衛生法(1950年)

- 都道府県知事は、申請(一般人)または通報(警察官、検察官、矯正保護施設の長)のあった者等に対し、精神衛生鑑定医2名の診察に基づき、当該診察をした者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその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があると判断された場合は、その者を入院させる。(法23～29条)
 - 精神衛生鑑定医:精神科臨床に3年以上の経験を有する者を厚生大臣が指定(第18条)
 - 指定病院:都道府県立病院に準じるものとして都道府県が指定(第5条)
 - 精神障害者:精神病患者(中毒性精神病患者を含む。)精神薄弱者及び精神病質者(第3条)

→病床不足と経済的な貧しさゆえに放置されていた患者の収容を主眼(高柳、2007)

1961年改正

- 措置患者の入院に要する費用について、都道府県5割、国5割であったものを、都道府県2割、国8割に変更する。
- 措置入院費は健康保険の例による
- 「今回の改正は、措置入院費に対する国庫負担率の引上げ等により、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(以下「措置要件該当者」という。)はできるだけ措置入院させることによって、社会不安を積極的に除去することを意図したものであること」

→措置入院比率の上昇

- 1964年には全入院者の37.5%が措置入院となる
- 毎年2～3万床ずつ民間精神病床が増加

1965年改正

- 保護を行った者以外（職務質問、捜査、逮捕等）も警察官通報の対象とする（第24条）
- 保護観察所の長に通報義務を課す（第25条の2）
- 措置要件のある入院患者が退院を申し出た際に病院長に通報義務を課す（第26条の2）
- 都道府県知事に届出がなくとも措置診察させる権限を付す（第27条第2項）
- 緊急措置を新設する（第29条の2）
 - 精神衛生鑑定医1名の診察で入院可能
 - 「他人を殺傷し、自殺を企図し、自傷の行為に及び、又は著しい程度に暴行を行なう等現実には危険を生ずる状態にあること」（1965年8月25日発衛第184号）
 - 入院期間は48時間まで

→ライシャワー事件による改正であったため、治安対策的な改正が目立った（高柳、2007）

精神保健法（1987年）

- 宇都宮病院事件を契機に、精神障害者の人権保障の不備を国際人権連盟等から糾弾され、政府は精神衛生法の改正法案を国会に提出した。
- 精神保健指定医、精神医療審査会、精神障害者地域生活支援事業といった制度が創設された。
- 緊急措置入院の期間が最大48時間から72時間に変更された。

1993年改正

精神衛生法

精神保健法

精神保健福祉法



- 精神障害者の定義を広げ、「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」と改めた。
(その後、国際疾病分類の改定等に伴い、現在の定義に至る。)

精神保健福祉法(1995年)

精神衛生法

精神保健法

精神保健福祉法



- 障害者基本法の理念を受けて精神障害者福祉に関する条項を設置した。
- 措置入院及び通院公費負担制度にかかる医療費を医療保険優先に切り替えた。

本講義の内容:

1. 日本の精神保健福祉の歴史
2. 相模原事件と精神保健福祉法改正
3. 措置入院運用ガイドライン
4. 措置診察と措置要否の判定

相模原事件1

- 2016年7月、相模原市の障害者支援施設に元職員が侵入し、刃物により、入所者19人を死亡、27人を負傷させた。
- 本件被疑者は、同年2月に衆議院議長等に対し犯罪予告を行っていたことから、相模原市は被疑者を**緊急措置入院**させた。指定医による診断名は「**躁病**」であった。
- 緊急措置入院の3日後に**措置診察**が行われた。そこでの診断名は第一指定医によると「**大麻精神病および非社会性パーソナリティ障害**」、第二指定医によると「**妄想性障害および薬物性精神病性障害**」であった。なお、入院時点において被疑者の**尿中から大麻成分が検出**された。被疑者によると大麻の使用歴は1年前から週1回から月1回程度とのことであった。

相模原事件2

- 措置入院先の医療機関では、診断確定のため薬物療法を行わず経過観察する方針となった。入院後13日で精神症状は完全に消滅したため、「**大麻使用による精神および行動の障害**」の診断名で**措置症状消退届**を提出した。
- 措置解除の時点では退院後は家族同居となる予定であったが、被疑者は実際には独居していた。外来通院は途切れがちであった。家族や福祉事務所職員と面談する機会が何度かあり、そこでは特異な言動は見られなかったという。
- **退院後4ヶ月後、事件発生**。被疑者の尿中からは**大麻成分が検出**された。

事件の考察と影響

- 本件は、精神障害者による他害行為としても、薬物依存者による犯罪としても、あるいは措置入院を経た患者による他害行為としても、極めて特異な経過を辿ったもの。軽々に一般化することは慎むべき。
- 通常、大麻中毒のみで体系化された妄想や高度の気分高揚、暴力性を生ずることは稀。一方で、双極性障害のような内因性精神障害が薬物療法なしで数週間以内に寛解するということも考えづらい。報道によると、鑑定人は被告人を自己愛性パーソナリティ障害と診断したという。
- **措置入院の運用実態**については、**自治体間格差が大きく**、一部では精神科救急と一体化していることが指摘されている。措置入院の対象となる**患者の多くが、いわゆる処遇困難者**であり、家族や地域のサポートを得づらい環境にあることに鑑みれば、**措置入院を退院した患者のフォローアップ体制の充実**は、本件に関わらず、大きな課題であるといえる。

精神保健福祉法改正案とその後

政府が事件の検証および再発防止策検討チームを結成

2016年9月14日に中間報告、12月8日に最終報告書を発表
(措置入院の実態把握/改善方策/退院後フォローアップ体制)

精神保健福祉法改正法案を第193回通常国会に提出

第194回臨時国会での衆議院解散に伴い廃案

2018年3月、現行の措置入院制度の運用の適正化及び患者の退院後支援の強化を目的とするガイドラインを発出

措置診察にかかる申請及び通報等

条文	申請・通報等主体	申請・通報等の要件	必要性
22条	一般人	精神障害者(又はその疑い、以下同じ)を知ったとき	裁量的
23条	警察官	精神障害のために自傷他害のおそれがある者を発見したとき	必要的
24条	検察官	精神障害のある被疑者又は被告人を釈放(不起訴又は確定判決)するとき	必要的
24条2項	検察官	その他必要があるとき	必要的
25条	保護観察所長	保護観察に付されている者が精神障害者であることを知ったとき	必要的
26条	矯正施設長	精神障害の収容者を釈放させるとき	必要的
26条の2	精神科病院管理者	精神障害のために自傷他害のおそれがある患者から退院の申出があったとき	必要的
26条の3	医療観察法指定通院医療機関管理者及び保護観察所長	医療観察法通院対象者が精神障害のために自傷他害のおそれがあると認めたとき	必要的
27条2項	都道府県知事	入院させなければ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があることが明らかである者については、通報等がなくても指定医に診察させることが可能	裁量的

措置入院における手続き

警察

- 保護または逮捕等
- 措置通報

保健所

- 通報の受理
- 事前調査

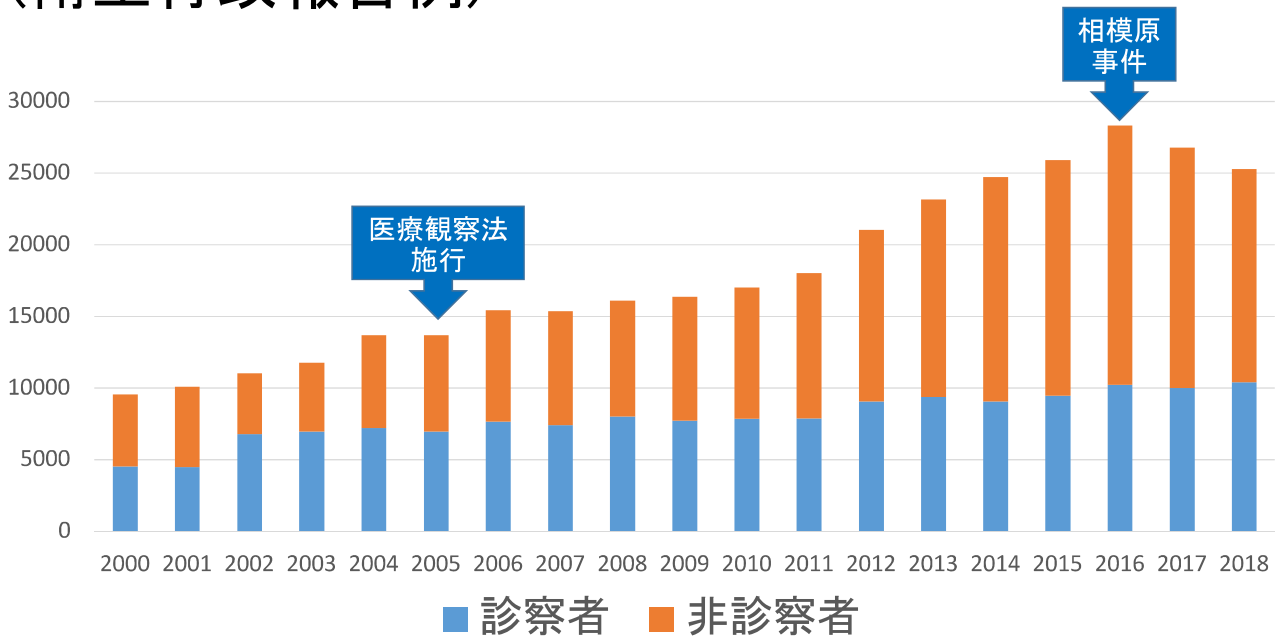
指定医

- 措置診察
- 措置診察に関する診断書の作成

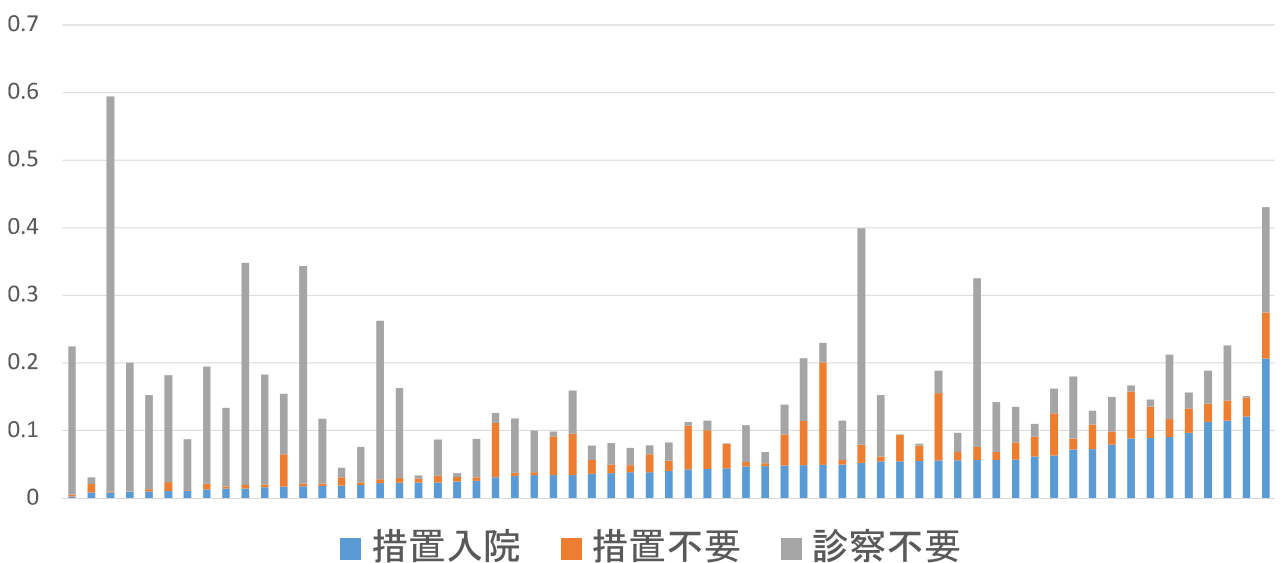
分担班における当初の議論

- 相模原事件に特化した対策を立てても実効性が乏しい。あくまでも精神障害者施策全般を俯瞰した考察が必要。
- 措置入院制度運用の地域間格差は、各自治体の歴史・文化・実情に依るところが大きい。一概に格差の是正が適切とは言い切れない。他方、標準的な運用と乖離する理由と妥当性について検証が必要。
- 「出口（措置解除後の支援）」論のみでは均衡を欠く。「入口（措置入院の対象とすべきか否か、警察・検察・矯正施設との棲み分け、医療保護入院との棲み分け、不要措置患者への手当）」論も検討すべき。
- 措置入院患者のうち濃厚な支援が必要な患者の割合はいかほどか。措置入院患者に限定するのは不均衡ではないか。措置解除即退院となる事例は個別性が高くマニュアル通りの支援が困難ではないか。

近年の措置通報件数の年次推移 (衛生行政報告例)



自治体別人口千人当たり警察官通報数 (平成27年度衛生行政報告例)



措置入院制度における「地域間格差」

- データの正確性の問題
- 被通報者が保護・逮捕等されていない場合の対応
- 自治体の相談支援体制や精神科医療へのアクセスの整備状況
- 自治体と警察との連携体制
- 措置入院制度運用に対する自治体の考え方

警察からの連絡を23条通報扱いした経験 (自治体アンケート)

不明・無回答

10件以上

なし

1-9件

本講義の内容:

1. 日本の精神保健福祉の歴史
2. 相模原事件と精神保健福祉法改正
3. 措置入院運用ガイドライン
4. 措置診察と措置要否の判定

措置入院運用ガイドライン 目次

- | | | |
|---|--|--|
| <p>I. 本ガイドラインの趣旨</p> <p>II. 警察官通報の受理</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 警察官通報の趣旨 2. 警察官通報の受理 <p>III. 警察官通報の受理後から措置診察まで</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事前調査の実施 2. 事前調査時に確認すべき事項 3. 措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合 4. 措置診察が不要となった後の支援 5. 措置診察の要否判断を保留とすることが考えられる場合 6. 刑事手続等との関係 7. 外国人の被通報者の取扱い | <p>IV. 措置診察</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 指定医の選定 2. 指定医の確保 3. 一次診察と二次診察の運用 4. 措置診察の場所 5. 措置診察又は措置入院のための移送 6. 都道府県等の職員の立会い 7. 措置診察に必要な立入り 8. 診察の通知 9. 診察時の都道府県等からの情報提供 10. 措置診察 11. 措置入院が不要となった後の支援 | <p>V. 緊急措置入院の運用</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急措置入院の要件 2. 緊急措置入院後の対応 <p>VI. 措置入院の実施</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 措置入院の決定 2. 措置入院者に対する告知 3. 措置入院先病院に対する情報提供 <p>VII. 措置解除</p> <p>VIII. 地域の関係者による協議の場</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域の関係者による協議の場の設置 2. 協議の場における情報の取扱い等 <p>IX. 運用マニュアルの整備、研修の実施</p> |
|---|--|--|

警察官通報の受理

- 警察官通報の受理に当たり、所要の事項(相談ではなく、警察官通報であること、等)について確認する。
- 警察官通報の要件に該当しない場合であっても、警察官から支援についての相談があった場合には積極的に対応することが望ましい。
- 該当するケースは少ないと考えられるが、被通報者が保護・逮捕等されていない状態でも通報が行われる場合がある。
 - 身体的な診療を優先して病院に搬送された場合
 - 病院内又は児童相談所等の職員等から警察に通報された場合
 - 被通報者を監護できる者がいるなど、保護の必要がない場合
- 警察が被通報者を視認していない場合は、通報を要しない(例外あり)。
- 被通報者が精神科病院に入院中の場合は、通報を要しない(病院からの110番通報や外出中の通報を除く)。

警察官通報の受理から措置診察まで

- 被通報者について、原則として、職員に被通報者との面接を行わせ、事前調査を行った上で措置診察の要否を決定する。事前調査は可能な限り複数名、かつ専門職で行うことが望ましく、措置診察の要否の判断は組織的に判断することが適当。
- 本来実施すべき事前調査や措置診察を行わず、あえて家族等の同意を求めるなど、ことさらに医療保護入院に誘導するような取扱いを避ける。(厚労省ガイドラインからは削除)
- 以下の場合、措置診察を行わないことが想定される。判断に迷う場合は措置診察を行う。
 - 担当医の見解から明らかに措置診察不要と判断できる場合
 - 精神障害ないし自傷他害のおそれを疑う根拠となる具体的言動がない場合
 - 被通報者の所在が不明又は通報を受理した自治体に所在していない場合
 - 身体科救急受診を要する程度の身体症状、外傷等がある場合
 - 酩酊により精神科的診察が困難な場合(例外あり)
- 被通報者が重大な他害行為を行った後で警察官通報された場合、その者は医療観察法の申立ての対象となる可能性がある。

措置診察（運用ガイドラインから）

- 同一の医療機関に所属する者を措置診察の指定医として選定しないことを原則とする。
- 指定医の所属先の病院に被通報者を措置入院させることは避けるよう配慮。
- 指定医の確保体制についてある程度の取決めを行っておくことが望ましい。
- 一次診察と二次診察を分けて行うか同時に行うかは、いずれでも差し支えない。ただし最終判断は、各指定医が個別に行わなければならない。
- 二次診察を行う指定医に一次診察の診断書を提供することは望ましくない。
- 措置診察を行う場所に関しては、被通報者の状況等に応じ、搬送が少なくすむよう必要な配慮を行うことが望ましい。
- 自治体職員を指定医の診察に立ち会わせなければならない。
- 措置診察にあたり、措置診察を行う指定医に対し、事前調査の情報を必要十分な範囲で具体的に伝達する。
- 浪費や自己の所有物の損壊等のような行為は自傷行為に当たらない。他害行為は、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。
- 措置入院が不要になった場合であっても、必要な場合には相談指導等を積極的に行う。

入院先の指定医が措置診察を行うこと （自治体アンケート）

ない

ある

やむを得ない場合のみ

一次診察と二次診察を同時に行うか (自治体アンケート)

柔軟に対応

同時診察が
原則

別々に診察
が原則

緊急措置入院の運用

- 夜間及び休日であっても可能な限り通常の手続を採るよう努める。
- 緊急措置入院は**通常**の措置症状よりも**自傷他害のおそのれ**の**程度が著しい場合**でなければならない。
- 緊急措置入院の場合もできる限り事前調査を行うよう努める。
- 緊急措置入院後、速やかに措置入院の要否について決定しなければならない。その際、**措置診察の指定医選任に当たり、当該緊急措置入院の要否判断を行った指定医を除外する必要はない。**
- 緊急措置診察において判断材料となった情報のすべてを後に措置診察を行う指定医にも提供するべきである。

措置入院の実施

- 2名の指定医の診察の結果が、**要措置で一致した場合**には、国等の設置した**精神科病院又は指定病院に入院させる**
 - 国等の設置した精神科病院及び指定病院の管理者は、既に別の措置入院者又は緊急措置入院者がいるため、指定病床の余裕がない場合のほかは、措置入院者を入院させなければならない。
- 措置入院を行う場合には、措置入院者に対し、**所定の様式により書面で告知する**
- **措置入院先に、事前調査及び措置入院に関する診断書等の情報を提供する**（厚労省ガイドラインからは削除）
 - これらの資料を提供するに当たっては、**病院が患者等から診療記録等の開示を求められた場合には、開示の判断に当たって都道府県等に確認を行うようあらかじめ伝達しておくことが適当と考えられる。**
 - 措置入院に関する診断書を第三者に提供するにあたり、**自治体は作成した指定医の同意を得る必要はない。**
 - 指定医の氏名をはじめ、患者以外の第三者の個人情報が含まれているため、これを直接病院に提供することの是非については、各都道府県等における個人情報の取扱いに関する条例等に従う必要がある。
 - 例えば、第三者に関する個人情報を削除した文書を作成し、措置入院先病院に情報提供するという運用が考えられる。

本講義の内容：

1. 日本の精神保健福祉の歴史
2. 相模原事件と精神保健福祉法改正
3. 措置入院運用ガイドライン
4. 措置診察と措置要否の判定

措置診察と措置要否の判定

- 措置要否の判定基準については、昭和63年4月7日厚生省告示第125号で示された事項から現在に至るまでほとんど改正がなされていない。
- この告示と措置診察の実態との乖離については暗黙の了解になっているのが現状である。

措置診察に先立って行うこと （推奨について検討中）

事前準備

措置診察

事後対応

- 行政職員等による**事前調査資料を精読**し、内容に疑義や不自然な箇所がないか検討する
- 被診察者の病歴や精神状態についてイメージを掴み、**病態仮説を構築する**
- 措置診察に至った**経緯**について行政職員等に確認する
- 措置診察に至るまでの**被診察者の応対**について行政職員等に確認する
- 被診察者の**家族や知人との人間関係**について行政職員等に確認する
- 警察官が来訪している場合には、被診察者が**保護または逮捕等された時点での状態**について確認する
- その他の関係者が来訪している場合にはあらかじめ面談し**情報収集**に努める
- 措置診察中の被診察者による**突発的な暴力のリスク**について検討する

措置診察で行うべきこと（推奨について検討中）

- 被診察者の顔貌、姿勢、着衣、態度等を観察する
- 生育歴、生活歴、身体的既往歴、家族歴、これまでの**司法との関わり（逮捕、保護、補導、受刑等）**を聴取する
- 現在の生活状況や家族関係、社会・経済的状況について聴取する
- 現病歴、アルコール・たばこ・違法薬物使用歴について聴取する
- **措置診察に至る経緯について被診察者の認識**を確認する
- 現在の精神症状の有無・程度について精査する
- 被診察者の**自己の病状に対する理解の程度、治療の必要性に関する認識**を問う
- **精神症状が被診察者の言動に及ぼしている影響の有無・程度**を考察する
- 他害行為があったとされる場合、**当該行為についての被診察者の認識**を問う

措置診察後に行うこと（推奨について検討中）

- 診察の終了を行政職員と確認する
- **措置入院の診断書をその場で作成し提出する**
- 第二指定医の場合、**第一指定医の見解を問うたり、第一指定医の診断書を見たりしてはならない**
- 指定医2名の同時診察の場合、診察後に意見交換をしても良いが、**結論について合議で決めてはならない**
- 措置不要の判断をする場合、その後の被診察者の処遇について、行政職員にアドバイスをしてもよい

措置入院の要否判断

- 「診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその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がある」(法29条)
- 緊急措置入院の場合.....「その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害する**おそれが著しい**」(法29条の2)
 - 既に他害行為が発生している場合に限ると解されている(異論あり)

措置入院のための要件

1. 精神障害者であること
 2. 都道府県職員の立ち会いの下であること
 3. 知事の指定する指定医2名以上の診察があること
 4. 措置入院の判定の基準に合致していること
 5. 診察した2名以上の診察の結果が一致していること
 6. 都道府県の設置する精神科病院または指定病院に入院させること
- (山本、2007)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準

- 診察を実施した者について、入院させなければ**その精神障害のために**、次の表に示した病状又は状態像により、**自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為**(以下「**自傷行為**」という。)又は殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為(以下「**他害行為**」といい、**原則として刑罰法令に触れる程度の行為**をいう。)を引き起こす**おそれがある**と認めた場合に行うものとする。
- 自傷行為又は他害行為のおそれの認定に当たっては、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等を考慮するものとする。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準①

病像または状態像	自傷行為又は他害行為のおそれの認定に関する事項	原因となる主な精神障害の例示
抑うつ状態	悲哀感、焦燥感、絶望感等の一般的な抑うつ感情、思考面での集中困難、思考制止、行動面での運動制止等がみられ、これに抑うつ的な内容の錯覚、幻覚、妄もう想を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、自殺念慮、自傷念慮、心中念慮等を抱く結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	躁うつ病圏 統合失調症圏 症状性又は器質性精神障害 心因性精神障害 等
躁状態	爽快感、易怒的、刺激的な昂揚感等の躁的感情、自我感情の肥大、思考面での観念奔逸、行動面での運動興奮等がみられ、これに躁的な内容の誇大等の妄もう想を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、思考及び運動の抑制が減弱又は欠如し、傲慢そんな態度が度を越す結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	躁うつ病圏 統合失調症圏 症状性又は器質性精神障害 等
幻覚妄想状態	幻覚、妄想がみられ、これに幻覚、妄想に対する自覚、洞察の欠如を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、現実検討能力に欠け、恐慌状態や興奮状態に陥りやすい結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	統合失調症圏 中毒性精神障害 躁うつ病圏 症状性又は器質性精神障害 等
精神運動興奮状態	欲動や意志の昂進又は抑制の減弱がみられ、これに思考の減裂傾向を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、多動興奮状態に陥りやすい結果、突発的に自傷行為又は他害行為を行うことがある。	統合失調症圏 中毒性精神障害 躁うつ病圏 心因性精神障害 症状性又は器質性精神障害 等

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準②

病像または状態像	自傷行為又は他害行為のおそれの認定に関する事項	原因となる主な精神障害の例示
昏迷状態	意志発動性が強く抑制されているために、精神的にも身体的にも外界にほとんど応答できない状態がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、対人接触等の日常社会活動のみならず、摂食、排泄、睡眠等の生命維持に必要な活動を行うことができない結果、又は突発的な衝動行為を行う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	統合失調症圏 心因性精神障害 躁うつ病圏 中毒性精神障害 等
意識障害	周囲に対して適切な注意を払い、外界の刺激を的確に受けとつて対象を認知し、必要な思考及び判断を行つて行動に移し、それらのことの要点を記憶に留めておくという一連の能力の全般的な障害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、見当識の障害を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	中毒性精神障害 症状性又は器質性精神障害 心因性精神障害 等
知能障害	先天性若しくは幼少時発症の脳障害により知能の発達が障害された状態又は成人後に生ずる器質的脳障害により知能が低下している状態にあり、周囲との意志の疎通や外界に対する感情の表出等の障害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、突発的な衝動行為等を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	知的障害 症状性又は器質性精神障害 等
人格の病的状態	知能にほとんど欠陥はないが、人格構成要素の不均衡又は人格全体の異常等のために、本人が悩み又は他人が悩まされ、そのため個人あるいは社会に対立するに至るような人格の病的状態がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、周囲との意志の疎通や外界に対する感情の表出又は内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する適応障害が顕著な場合、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	精神病質 統合失調症圏 症状性又は器質性精神障害 に伴う人格変化 中毒性精神障害 けいれん発作後の人格変容 等

未解決の論点

- **逸脱行動のすべて**を措置入院の対象とすべきか？
 - 私有地の徘徊/自己の財物の破壊/迷惑電話/路上に臥床
- **すべての精神障害**が措置入院の対象となりうるのか？
 - 薬物依存者の違法薬物使用/知的障害者の一過性の興奮/パーソナリティ障害者による性犯罪

→警察官も、知的障害・発達障害・パーソナリティ障害は措置入院の対象外という認識(椎名、未公表データ)
- 要措置判断に**治療可能性基準**を考慮すべきか？
 - 認知症患者の暴力/知的障害者の窃盗
- 要措置判断に**責任能力判断**を考慮すべきか？
 - 妄想性障害による器物損壊
 - 「処罰すべきだから措置不要」は暴論！

結局何を求められているのか？

1. 被診察者に**精神科診断をつける**こと(ただし、困難な場合は状態像のみでも許容される)
2. 既に発生した**自傷・他害行為**と被診察者の**精神障害との関係性を明らかに**すること
3. 被診察者を**放置した場合に何が起きるのかを予測**すること(その期間は**3日**を目安とする)
4. 被診察者の**自傷・他害行為を防ぐために**、行政処分である**措置入院が必要か判断**すること

要措置とすべきでない例

- 精神障害とは言いがたい(例:先輩に命令されて逆らえない気持ちで暴力を振るった)
- 自傷・他害行為とは言いがたい(例:汚い格好で徘徊している)
- 自傷・他害行為が精神障害によるものではない(例:統合失調症慢性期の患者の万引き)
- にわかには病状再燃が予想されない(例:勾留中に服薬を再開して現在は落ち着いている)
- 明らかに入院が必要ない(例:てんかん発作による事故であることを自覚し、通院を約束)

措置不要の根拠とはならない例

- 完全責任能力で受刑したが、満期釈放後もなお妄想が残存し、相手に復讐する意志がある
- 路上で大暴れして警察官数名に取り押さえられたが、診察時点では落ち着いている
- 縊死を図り、蘇生後「お金がないから入院はしません。もうすっきりしたのでバカなまねはしません」と述べている
- 妄想に基づき父を殺そうとした少年

医療観察法との相克

- 「**医療観察法の適応だから措置不要**」という判断はナンセンス！
 - 特に**少年**はもとより**医療観察法の対象外**
→逆送を推奨するのは暴論！（医学的には法の不備という考え方もある）
- 結果的に医療者から見て「なぜ医療観察法の申立てを行わないのか？」と思う事例は存在
 - 他害行為の捉え方（弄火）、刑事捜査の可否、被害者感情など、医療者が明るくない判断要素も

→将来的には警察・検察・簡易鑑定人経験者・指定入院医療機関職員等との相互理解による解決を図るべき

付録：措置入院後の対応

- 患者本人に措置入院命令を受けた経緯についての理解を問う
- 措置入院に関する診断書を保健所から入手する
- 要措置と判断された理由を理解し、患者に伝える
 - 疑義がある場合……行政処分に対する審査請求/退院請求/措置症状消退届の提出
- 措置解除のために達成すべき事項について患者とよく話し合う

まとめと質疑応答



事例1(演習)

- 28歳女性
- 同胞2名中第1子。下に弟がいる。
- 母は宗教家。躁うつ病で通院歴がある。

生育歴

- 幼少期からコミュニケーションが苦手だった。弟の面倒をよく見ていた。学校では友達は少なかったが、いじめ等はなかった。成績は中の下。
- 小学4年生の時に両親が離婚し、弟とともに母の元で育った。
- 地元の中学に進学したが、勉強についていけなくなった。
- 地元の高校に進学したが、1学期で中退。
- 高卒後は家を出てアルバイトなどして過ごしていた。

生活歴及び現病歴

- 18歳頃から気分の波を自覚するようになり、実家に戻った。
- 母の勧めで近医精神科を受診、うつ病の診断を受けた。
- 翌年、インターネットで知り合った男性と交際を始めた。この頃通院を中断。
- 半年後に結婚し、夫と同居して1男を儲けた。
- 息子が1歳になる頃から、些細なことで怒るようになり、夫と喧嘩したり、児に手を上げようとするのがでてきた。
- 母とは折り合いが悪かったため、夫・児とともに夫の実家で静養することになった。

生活歴及び現病歴2

- 22歳頃、夫の勧めで精神科を受診し、以後通院治療を受けていた。同院によると診断は統合失調症で、入院歴もあるという。夫によると、その際は本人が「神の声が聞こえるからここで天に召される」と言って路上に横たわったため、救急車を呼んだのだという。
- 退院後は比較的落ち着いていたが、夫とその親族との関係が次第に悪くなり、2年ほどで離婚に至った。
- その後、親権や面会交流のことで元夫側とかなり揉めていたらしい。結局児は元夫が引き取ることになった。

生活歴及び現病歴3

- 26歳頃、高速道路を逆走して逮捕、通院先に搬送され、1ヵ月ほど入院した。そこで担当医と折り合いが悪くなり、退院後は通院を中断した。
- 翌年、息子との面会の件で元夫と口論になった。本人によると元夫が変態で息子を幽閉しているのだという。またその際本人は元夫から殴られたと主張しているが、元夫は否認している。

事件

- そのことで本人は何度も元夫に電話を掛け、またナイフを持って元夫宅に押しかけて「お前達を殺して自分も死ぬ」と脅した。
- 夫から警察に通報があり、本人は脅迫容疑で逮捕された。

逮捕後

- 取調べでは本人は号泣し、「こんなことするつもりはなかった」「元夫があまりにもつれなかったから、辛さをわかってほしかった」と後悔の念を述べつつも、「元夫には悪魔が憑いている」「息子だけでも救わなければならない」と供述していた。
- そのうちに次第に興奮して、警察官に対して「あんた達も息子を悪魔に捧げるつもりでしょう！」と恫喝し、殴りかかろうとした。
- 警察官は措置通報を行った。

診察時現症

- 意識は清明と思われる。表情は硬いが、話に応じてころころ変わる。整容は乱れている。
- 泣いたり笑い出したりと、感情の起伏が激しい。
- 幻聴に耳を傾ける様子はない。
- 「悪魔と言ったのはあくまでも例え。悪魔だから、あははは！」
- 「母親の呪われた血が私の中に入っている。息子にも継がれてしまった。息子を殺して私も死ぬしかない」

側副情報

- 母: 自分は本人に迷惑を掛けたかもしれないけど、自分も大変だった。本人はもう家を出たのだから、自分は今後面倒を見るつもりはない。
- 元夫: 今回は家族共々怖い思いをした。本人は病気でかわいそうだが、反省してないのなら刑務所にでも入れてもらうしかない。息子は自分が育てる。本人に会わせるつもりはない。
- 警察官: 最初はさめざめと泣きながら後悔を述べていたが、突然興奮して暴れ出した。かなり力が強く、制圧に苦労した。取調べに堪えないので、入院させてもらいたい。

ディスカッション

- これからディスカッションに入ります。
- こちらで司会者(参加者名簿で★がついている先生)は指定させていただきました。
- 司会者を中心に、まず、書記、発表者を決めてください。
- 記録は、それぞれのチームにgoogleスライドを用意してありますので、スライド1枚の中にまとめてください。(岡本台病院チームには、後にチャットでURLをお伝えします。)
- 発表時には事務局で画面共有をいたします。

ディスカッション

- ディスカッションのテーマは以下です。
- 措置診察で本人に聞くべきことは？
- 診断の見立ては？
- 措置入院の要否判断に必要な情報は？
など

事例2（グレーゾーン）

- 地方公務員の父親と専業主婦の母親の間に生まれる。同胞2名中第1子。弟は地元の魚市場に勤務。精神疾患の既往を持つ親族は知られていない。

生育歴1

- 幼少期は人見知りが強く、友達と話すことが少なく孤立していたという。学校の成績はほどほどだが、徒競走が得意で、体を動かすのが好きだった。幼少期に川崎病を疑われ1ヶ月間入院したが、結局後遺症を残さず治癒した。その際痙攣発作を起こし、2年ほど抗てんかん薬を服用していたが、以後発作はないため治療終了となっていた。

生育歴2

- 2つ下の弟と同じ小学校に通い、弟の面倒をよく見ていた。当初は大人びた子だったという。小学4年生のときに周囲に急き立てられて学級委員をやらされた。本人は乗り気になって頑張っていたが、クラスメート同士の対立やいじめ問題などがあり、本人がとぼっちりで責められることが多かった。先生は好意的だったが、そのことでますます一部のクラスメートから無視されたり辛辣な言葉をかけられたりするようになったという。学級委員は1学期継続した。その6月頃から、手の甲を出血するまで何度も引っ搔いてしまう自傷行為が出現した。当初父母は自傷と考えておらず、小児科、皮膚科で処置を受けたが、本人は通院を嫌がっていた。

生育歴3

- 地元の中学校に進学したが、仲の悪かったクラスメートと一緒にになり、また新しい友人もできなかった。5月、発表の際に手が震えて舌がもつれ、失笑を買うという体験をして、学校に行くのが怖くなった。一時は治まっていた手背の自傷行為が再発し、そのうちにおろし金で手背をこすって自傷するようになり、皮膚が化膿して、皮膚科通いを余儀なくされた。皮膚科医師は本人の傷について自傷を疑い、母と同席の場で本人を問い詰めるということがあった。この時本人は顔面蒼白で、まったく反応しなかったという。その皮膚科で治療を断られ、母は本人を別の皮膚科に連れて行った。

生育歴4

- 夜には普通にしていたが、翌朝ベッドから出なくなり、初めて学校を休んだ。以後、不登校となった。本人によると、「何もかも否定されたように感じて嫌になった。学校も病院も怖い人がいっぱいいて、誰からも責められているように感じた。ベッドの中しか安心できる場所がなかった」という。自宅ではほとんどベッドから起きられず、食事も母にベッドまで運ばせていた。母とは会話できていたが、父や弟に対しては「目が怖い」と言って拒絶的になった。
- 不登校について母が学校に相談に行ったところ、校医から統合失調症の可能性を示唆され、精神科受診を促されたが、母は受け入れなかった。その後1年間状況は変わらなかった。

生活歴1

- 15歳を迎えた頃から、自傷が激しくなり、カッターナイフで手背を傷つけたり、父のネクタイで首を絞めようとする行為が出現した。父が本人を無理やり近医精神科に連れていき受診させた。初診時面接では本人はほとんど喋らなかったが、「周りが怖い」「目が気になる」「いなくなりたい」等の発言から、担当医は精神病性障害の発症を否定できないとして、経過観察のため入院を提案した。精神病性障害の疑いで本人は医療保護入院となった。

生活歴2

- 入院中はほとんど自床で過ごし、促してもレクリエーションなどにはまったく参加しなかった。他患者との交流は殆ど見られなかった。抗精神病薬や気分安定薬が処方されたが、状態に変化はなかった。また錐体外路症状が出やすかったため、最終的には少量の抗てんかん薬のみが継続投与された。面接ではあまり話そうとしなかったが、幻聴や作為体験のような症状については否定した。面会時には、母に抱きついて胸に頬ずりするなど退行した様子が見られた一方で、父に対しては「入院させて厄介払いした」と拒絶的・攻撃的になった。面会が終わると過呼吸を起こしたり、手背を叩く自傷が見られたりした。また看護師がドアを開けた隙に飛び出して無断離院しようとする事があった。担当医は「統合失調症ではない。社交不安障害と、おそらくパーソナリティ障害。入院は退行による甘えを助長するだけで治療的でない」と判断し、退院を促したが、父は「自宅で首を吊ったらどうするんだ」と抵抗し、入院が長期化した。結局、母が連れて帰って面倒を見ると言い、5ヶ月で退院となった。

生活歴3

- その後も自宅ではほとんど引きこもって過ごした。外来通院は断続的だった。ときに自室で首を吊ろうとしたり、腕を包丁で激しく切りつけたりして、緊急受診となることがあり、その際は短期間の入院が行われた。状態像に変化はなく、本人は誰とも話そうとしなかった。18歳となり、父の口利きで、バスで30分ほどのところにある親戚の農家で働いてみることになった。本人は抵抗したが、3ヶ月だけという約束で受け入れた。しかし、出勤初日に作業中に過呼吸発作を起こして救急搬送された。その後1週間続けたが、翌週には畑の真ん中で倒れているところを発見され、救急搬送された。搬送先の病院では、解離性昏迷の診断で、帰宅させようとしたが、本人は動かず、結局近くの精神科病院に搬送されて医療保護入院となった。

生活歴4

- 同院の担当医とはほとんど口を利かなかったが、筆談に応じた。「子供の頃に帰りたい。今は何もできない」「皆に責められている。陰口を叩かれている」「いてはいけないと思ってしまう。私がいけないほうが皆幸せになる。それが恨めしい」「症状はわがままで甘えだと思っている」等、少しずつだが自身の心境を書き綴るようになった。自傷は続いていたが、行動療法的アプローチが行われ、本人が静穏にしていれば処遇を拡大していく方針が採られた。このときの入院では顕著な問題行動は出現せず、4ヶ月ほどで退院となった。薬物療法は行われなかった。
- その後も状況はあまり変化せず、自傷や解離を起こしては入院するということを繰り返し、引きこもりの生活が続いた。入院回数は計20回に及んだ。

生活歴5

- 33歳時、本人から、「家を出て自立したい」との申し出があり、グループホームを併設している他の精神科病院への転医希望があった。父母、担当医も了解し、本人は転医した。新しい通院先ではまず外来通院、心理検査等を施行したうえで、グループホーム入所の手続を進める方針となった。
- 心理検査結果では、精神内界の顕著な混乱を認め、精神病水準と判断された。知能指数は84と算定された。細部への注意が強く全体を見られない、他者の気持ちを推測するのが苦手であり、発達障害の可能性も示唆された。
- 担当医は本人を発達障害、解離性障害、神経症性障害と診断し、自律と自己決定を促した。本人は当初は乗り気だったが、じきに負担を強く感じるようになり、また担当医に向けて攻撃的発言を繰り返すようになった。「自己決定と言ったって、結局自分を追い出そうとしている父親の発想と同じ」だと思ったという。

生活歴6

- 転医して4ヶ月後、些細な事で母と口論になり、本人は自宅を飛び出した。隣町で空き地をフラフラ歩いているところを警察に保護された。警察官通報は行われず、父母及び警察官付き添いで通院先に搬送され、医療保護入院となった。
- この時の入院でも行動療法的アプローチが行われた。また、作業療法士により、描画や音楽、箱庭等を用いた芸術療法も実施された。作業療法士及び臨床心理士の見立てでは、内的なエネルギーが高いが、それをどう表現するかについて自信がなく、内側で爆発させてしまう。自意識過剰で他人の目を過度に気にしている。父との葛藤が強く、また弟に対する劣等感も強い。精神病圏ではない、とのことであった。薬物療法として抗精神病薬が投与されたが、本人は頑なに拒否し、薬を隠して捨てることが多く、結局中止となった。

生活歴7

- 入院中、軽微な自傷や解離などがあったが、大きな問題はなく、3ヶ月で退院となった。父はグループホームに入所させることを希望したが、空きがなく、当面は自宅から精神科デイケアに通いながら入所施設を探す方針となった。
- 精神科デイケアに対して本人は拒否的だったが、「座っているだけでいい」と言われ、何とか通所していた。他患者との交流は見られなかった。自宅では相変わらず自床から出ないことがほとんどだった。

生活歴8

- 退院後2ヶ月後、深夜に父の寝室に忍び込み、包丁で胸を突き刺すという事件を起こした。父は軽症で、本人を取り押さえて警察を呼んだ。取調べでは「父がいる限り、自分は自宅で過ごすことができず、グループホームや病院に押し込まれてしまう。自分を厄介払いしようとしている父のことが許せなかった」と述べたとされている。だが後日医療者との面談では犯行動機を明らかにしておらず「よく憶えていない」としか陳述しなかった。事件は検察に送致されたが、父母は本人に対して処罰よりも治療を望んだ。検察官は本人を心神喪失による不起訴処分とし、医療観察法の申立ても行わず、検察官通報を行った。

措置診察

- 措置診察を担当した指定医は、境界性パーソナリティ障害の診断で、犯行は父への恨みによるものであり了解可能、措置不要と判断した。結局、保健所職員とともに父母が本人を通院先病院に連れていき、医療保護入院となった。
- 入院時の話し合いでは、父はもはや本人と一緒に住むことはできないと断言し、母も同調した。担当医はグループホームへの退院を前提に治療を進めることを提案し、本人に対する経済的・精神的支援を父母に約束させた。この話し合いには本人は参加していない。
- 入院後しばらくは保護室処遇が続いた。手背を叩いたり引っ掻いたりする自傷をするたびに、短期間の身体拘束が行われた。少量の抗精神病薬が投与されたが、効果なしとして中止され、気分安定薬に切り替えられた。
- 2ヶ月で隔離解除となった。離院のおそれがあるため、外出は許可されなかった。担当医が個別に面接した際には、本人もグループホームへの入所を拒否しなかった。

その後

- しかし、入院3ヶ月後、グループホームへの体験入所の前夜、本人は共用トイレのトイレトペーパーにライターで火を点けてぼやを起こした。消防経由で警察に通報され、本人は逮捕された。取り調べでは、「遠くに追いやられてしまうのが嫌でやった」と供述したという。事件後、本人はその夜に留置場で自傷を繰り返し、勾留に耐えられないとの判断で警察官通報され、別の精神科病院に緊急措置入院となった。指定医の診断は解離性障害であった。
- 翌日、措置診察が行われた。2名の指定医のうち1名は境界性パーソナリティ障害、1名は急性一過性精神病性障害であった。退院させれば他害行為のおそれが高いとの判断は一致したため、本人は措置入院となった。その後、起訴や医療観察法の申立てなど、検察による動きはないままとなっている。

エキスパートによる講評1

- **考えられる診断**
 - 解離性障害 (F44)
 - パーソナリティ障害 (F6)
 - 広汎性発達障害 (F84)

エキスパートによる講評2

- 前思春期の挫折体験を機に不登校となり、自傷を繰り返し社会的引きこもりを深めていった事例である。診断として解離性障害、情緒不安定性パーソナリティ障害、広汎性発達障害等が考えられる。経過が長く、病態も複雑なため、診断を一元的に確定することは困難であるが、いずれにせよ精神病性障害ではないだろう。
- 本件での他害行為は状況的に了解が可能であり、これまでの本人の行動とも整合しているため、精神障害との関連性は否定的であるように見える。ここで警察が身柄を確保して犯罪事実の取調べを行ったのは妥当であるといえる。しかし、逮捕された後の本人が解離をきたしたことがその後の判断を困難にしている。解離状態での行為をどう考えるかは専門家の間でも見解の相違がある。

エキスパートによる講評3

- 本事例は別の病院に措置入院となった。診断や行為時の刑事責任能力については議論があるものの、措置診察時点では解離を伴う激しい不穏があり、精神障害による自傷他害のおそれがあるとの判断に疑いはない。本事例のように司法手続が宙に浮いてしまうことの問題はさておき、一旦は措置入院下で改めて病状評価を行うことは必要であろう。その後病状の安定を待って司法手続が再開されることが望ましく、そこで必要があれば医療観察法の申立てがなされるべきであろう。

まとめと質疑応答



措置通報および措置入院の実態に関する研究

その1 (1)

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究： 2020年9月18日における患者登録の状況

研究分担者：瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者：朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター，慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科），岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター），牛島一成（沼津中央病院），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（東北大学 大学院医学系研究科 精神神経学分野），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），奥野栄太（国立病院機構・琉球病院），木崎英介（大泉病院），来住由樹（岡山県精神科医療センター），椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門），島田達洋（栃木県立岡本台病院），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野貢（石川県立高松病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター），富田真幸（大泉病院），中西清晃（国立精神・神経医療研究センター），中濱裕二（長崎県精神医療センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），松尾寛子（長崎県精神医療センター），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（八幡厚生病院），横島孝至（沼津中央病院），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）

【趣旨】措置解除に際しては、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼす恐れがなくなることが必要である。しかしながら、この基準は曖昧であり、精神保健指定医の間で判定に食い違いが見られる可能性は否定できない。

これまで、措置入院患者の入院から措置解除に至る経過において、操作的な評価尺度を用いた精神症状・社会機能の改善度モニタリングが行われたことはなく、措置解除の判定基準について客観的な指標をもとに検討されたことはなかった。

また、措置解除に関連して、措置入院からの退院後、早期に治療が中断され、措置入院を反復する『頻回措置入院患者』が問題視されてきたが、この実態についても検討されたことはなかった。

これらの問題点を明らかにすることを目的として、「措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究」を行った。

今回、この報告書では、2020年9月18日における患者登録の状況を報告した。この調査における新規の患者登録は、同日までに終了した。ただ調査手順の都合上、同日以降も患者の定期的な精神症状の評価、措置解除、退院の登録ならびに退院1年後、2年後、3年後の結果について、追加登録がなされている。このため今回は、入院時評価については最終集計である。措置入院期間、全入院期間および転帰については、2020年9月18日における中間報告

である。

【方法】2016年6月1日から2019年9月30日までのうち連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。措置入院時、措置解除時および退院時に、年齢や性別、診断、症状、状態像、転帰、処方などを調査した。また精神症状・社会機能を1ヶ月おきに措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度（PSP）を用いて評価した。PSP評価により、精神症状・社会機能について、「①措置入院時の重症度」「②入院後の改善度」「③措置解除時、および退院時の重症度」を明らかにした。

あわせて、措置解除判定基準に関する予備的な検討を行った。これについては、研究協力者の大塚が、別にとりまとめた。

このようにして、措置入院患者の症状の改善度や措置解除判定基準について検討することとした。あわせて、頻回措置入院患者の疫学的背景と、そのような患者とその他の措置入院患者の間の差異を評価した。また、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰についても検討を行うこととして、本稿では、その転帰を検討する集団のプロフィールを明らかにすることとした。

【結果】患者登録は、最終的に523例（男性324例、女性200例、男女比1.6対1）が登録された。年齢は平均45.7歳±標準偏差15.2歳であった。通報種別は警察官通報472例（90.2%）、検察官通報29例（5.5%）などが多かった。精神科治療歴は治療歴なし98例（18.7%）、治療歴あり419例（80.1%）などであった。通報者による自傷他害の評価は、対人他害あり387例（74.0%）、対物他害あり284例（54.3%）、自傷あり150例（28.7%）などであった。診断は、F2統合失調症320例（61.2%）、F3気分障害77例（14.7%）、F1精神作用物質障害31例（5.9%）、F0器質性精神障害29例（5.5%）などが多かった。また90例（17.2%）に従病名が付されていた。

入院時の症状では、幻聴236例（45.1%）、妄想366例（70.0%）、易怒性・被刺激性亢進379例（72.5%）、焦燥・激越162例（31.0%）、衝動行為396例（75.7%）、興奮332例（63.5%）が指摘されており、状態像は幻覚妄想状態333例（63.7%）、精神運動興奮状態309例（59.1%）などが多かった。これまでの問題行動では、傷害164例（31.4%）、暴行307例（58.7%）、器物損壊219例（41.9%）、脅迫129例（24.1%）、暴言278例（53.2%）、などが指摘されており、今後おそれのある問題行動も、ほぼ同率か、それ以上の頻度で指摘されていた。

2020年9月18日の時点で、全例の措置入院期間は平均73.9日±標準偏差103.7日（中央値50日）、全入院期間は122.5±179.2日（74日）であった。なお、全例の措置入院期間には、措置入院の途中で制度的な移送等により転院した110例（同51.2±43.3日（42日））のデータが含まれる。

転帰について2020年9月18日の時点において、退院501例（95.8%）、入院継続中22例（4.2%）であった。

【結論】

「措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究」における患者プロフィールと入院期間について、2020年9月18日の時点における集計結果を検討した。2010年後向きコホート研究と比較して、警察官通報が多かったが、年齢、性別には差異はなかった。診断はF2統合失調症圏が多く、F3気分障害、F1精神作用物質障害、F0器質性精神障害が続いていた。措置入院期間は平均73.9日±標準偏差103.7日（中央値50日）、全入院期間は122.5±179.2日（74日）であった。最終的に501例（95.8%）が措置入院した病院を退院しており、

入院継続中は 22 例（4.2%）にとどまっていた。

A. 研究の背景と目的

2014 年『630 調査』によると、2013 年 6 月 1 日から同 30 日まで 1 ヶ月間に 562 名の精神障害者が措置入院となっており、1 年後の 2014 年 6 月 1 日に 42 名が措置入院継続しており、差し引き 520 名（92.9%）が措置解除されたことがうかがわれる 1)。

措置解除に際しては、入院を継続しなくてもその精神障害のために自身を傷つけまたは他人に害を及ぼす恐れがなくなることが要求されるが、この基準は曖昧であり、精神保健指定医の間で判定に食い違いが見られる可能性が否定できない。しかし、これまで措置入院患者の入院から措置解除に至る経過において、操作的な評価尺度を用いた精神症状・社会機能の改善度モニタリングが行われたことはなく、措置解除の判定基準については、専門家の見解レベルでの検討は行われているものの、客観的な指標をもとに検討されたことはなかった。

また、措置解除に関連して、措置入院からの退院後、早期に治療が中断され、措置入院を反復する『頻回措置入院患者』が問題視されてきたが、この実態についても検討されたことはなかった 2)。

そこで本研究では、2016 年 6 月 1 日から 2019 年 9 月 30 日までのうち連続した 1 年間に研究協力施設に措置入院となった患者の精神症状・社会機能を措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度を用いて概ね 1 ヶ月おきに評価してゆくことにより、「①措置入院時の重症度」「②入院後の改善度」「③措置解除時、および退院時の重症度」を評価して、措置解除判定基準に関する予備的な検討を行うとともに、頻回措置入院患者の疫学的背景と、そのような患者とその他の措置入院患者の間に症状の改善度や措置解除時の精神症状、社会機能に、どのような差異が存在するか、ある

いは措置入院からの退院 1 年後、2 年後、3 年後の社会転帰についても検討を行うこととした。

今回、この報告書では、このうち、今年度の締め切りとして設定した、2019 年 11 月 11 日における患者登録の状況を報告する。調査手順の都合上、同日以降も追加登録がなされているため、今回は中間報告である。

B. 方法

2016 年 6 月 1 日から 2019 年 9 月 30 日までのうち、連続した 1 年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。

研究協力施設およびその施設ごとの患者登録期間は、次の通りとなった。

名称	登録期間
宮城県立精神医療センター	2016 年 6 月 1 日から 2017 年 5 月 31 日まで
栃木県立岡本台病院	
石川県立高松病院	
八幡厚生病院	
肥前精神医療センター	
長崎県精神医療センター	
琉球病院	2017 年 12 月 1 日から 2018 年 11 月 30 日まで
井之頭病院	2018 年 1 月 1 日から 2018 年 12 月 31 日まで
沼津中央病院	2018 年 2 月 1 日から 2019 年 1 月 31 日まで
大泉病院	2018 年 10 月 1 日から 2019 年 9 月 30 日まで
岡山県精神科医療センター	

調査項目は、措置入院時、1 ヶ月ごと、措置

解除時、退院時ごとに、次の通りとした。

措置入院時は、「性別」「生年月日」「措置入院となった年月日」「過去の治療歴（精神科治療歴の有無）、精神科初診時期、措置入院の既往、および入院歴」「申請・通報・届出時に問題視された自傷行為、他害行為（対人）、他害行為（対物）」「措置入院に際しての申請形式」

「入院時診断（主たる精神科診断、従たる精神科診断、身体合併症）」「これまでの重大な問題行動、今後おそれある問題行動」「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動、状態像」とした。

措置解除時は、「措置解除時診断（主たる精神科診断、従たる精神科診断、身体合併症）」「措置解除年月日」「措置解除後の処置」「措置解除時点の経口薬処方」「措置解除日前の4週間以内に使用された持続性抗精神病注射薬（以下、デポ剤）の種類と合計投与量」「措置解除直後に退院した場合には、その時点でのケア会議実施状況ならびに参加者」とした。

退院時は、「退院年月日」「退院時点の経口薬処方」「退院日前の4週間以内に使用されたデポ剤の種類と合計投与量」「退院時点でのケア会議実施状況ならびに参加者」とした。

退院1年後、2年後、3年後は、「生存の有無（死亡の場合は死亡日、および死因）」「治療継続の有無、および最終受診日」「再入院の有無（再入院の場合、再入院年月日、および入院形態）」「措置解除時あるいは退院時にケア会議実施状況」「調査時点前1ヶ月における各種サービスの利用状況」とした。

精神症状・社会機能については、①措置入院患者の入院時の精神症状・社会機能の重症度、②入院後の精神症状・社会機能の改善度、③措置解除時、および退院時の精神症状・社会機能の重症度、を明らかにすることを目的として、措置入院時、措置解除・退院に至るまで概ね1ヶ月おき、そして措置解除時、退院時に、操作的な評価尺度として、日本語版 PSP（個人的・社会的機能遂行度尺度、Personal and Social Performance Scale）を用いて評価

した。

あわせて、措置解除判定基準に関する予備的な検討を行った。これについては、研究協力者の大塚が、別にとりまとめた。

このようにして、措置入院患者の症状の改善度や措置解除判定基準について検討することとした。あわせて、頻回措置入院患者の疫学的背景と、そのような患者とその他の措置入院患者の間の差異を評価した。また、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰についても検討を行うこととして、本稿では、その転帰を検討する集団のプロフィールを明らかにすることとした。

（倫理的配慮）

この研究の対象者に対して、研究の意義と研究計画、プライバシー保護に関して十分な配慮がなされることなどを記載したポスターを掲示し、研究対象者とならないとの申し出があった場合には対象外とすることとして調査を行った。

以上のことを含む研究計画書について、研究代表者が所属する長崎県精神医療センター倫理委員会にて審査を受け、2016年4月15日に承認を受けた。

なお、この研究は臨床試験登録をおこなっており、UMIN 試験 ID:000022500 である。

C.結果／進捗

1 属性

（1）年齢・性別

2020年9月18日の時点で、523例（男性324例、女性200例、男女比1.6対1）が登録された。

年齢は平均45.7歳±標準偏差15.2歳であった。年齢層ごとの分布は、10歳台は16例（3.1%、男性13例、女性3例）、20歳台は65例（12.4%、男性35例、女性30例）、30歳台は104例（19.9%、男性62例、女性42例）、40歳台は135例（25.6%、男性86例、女性49例）、50歳台は107例（20.5%、男性64例、女性43例）、60歳台は62例（11.9%、

男性 40 例、女性 22 例)、70 歳台は 24 例 (4.6 %、男性 15 例、女性 9 例)、80 歳台は 10 例 (1.9 %、男性 8 例、女性 2 例)であった。

ここで、前年度の報告書において、「年齢層ごとの分布は、20 歳台は 45 例 (8.9 %、男性 30 例、女性 15 例)、30 歳台は 76 例 (15.1 %、男性 49 例、女性 27 例)、40 歳台は 129 例 (25.6 %、男性 72 例、女性 57 例)、50 歳台は 118 例 (23.4 %、男性 73 例、女性 45 例)、60 歳台は 74 例 (14.7 %、男性 50 例、女性 24 例)、70 歳台は 42 例 (8.3 %、男性 27 例、女性 15 例)、80 歳台は 20 例 (4.0 %、男性 16 例、女性 4 例)であった。」と記載した。ただ、今年度の集計において、昨年度データにおいても 20 歳未満が 16 名いることが判明した。あらためて集計作業を見直すと、端数切り捨ての関数 (Truncate) を用いるべきところ、四捨五入の関数 (Round) を用いていたことが判明した。このため、年齢層については、上記の用に差異が生じた。前年度において誤りがあるため、上記報告により訂正とした。なお、平均や標準偏差には変更はない。

機関ごとの登録数は、次の通りであった。

名称	登録数
宮城県立精神医療センター	74
栃木県立岡本台病院	197
石川県立高松病院	25
八幡厚生病院	22
肥前精神医療センター	20
長崎県精神医療センター	52
琉球病院	10
井之頭病院	35
沼津中央病院	15
大泉病院	56
岡山県精神科医療センター	17

(2) 通報種別

申請・通報・届出の区分は、一般人申請 (第 22 条) 7 例 (1.3 %)、警察官通報 (第 23 条) 472 例 (90.2 %)、検察官通報 (第 24 条) 29

例 (5.5 %)、矯正施設長通報 (第 25 条) 11 例 (2.1 %)、精神病院管理者届出 (第 26 条の 2) 3 例 (0.6 %)、空白 1 例 (0.2 %)であった。なお、前年度の報告書において、条文番号の注釈が 2014 年改正以前のものが付されており、この機会に訂正する。

2 精神科治療歴

精神科治療歴は、治療歴あり 419 例 (80.1 %)、治療歴なし 98 例 (18.7 %)、治療歴不明 5 例 (1.0 %)、治療歴未記入 1 例 (0.2 %)であった。

治療歴あり群の詳細は、入院歴あり 273 例 (523 例の 52.2 %)、入院歴なし 173 例 (同 33.1 %)、入院歴不明 9 例 (同 1.7 %)であった。

そして入院歴あり群の詳細は、措置入院歴あり 123 例 (523 例の 23.5 %)、措置入院歴なし 166 例 (同 31.7 %)、措置入院歴不明 25 例 (同 4.8 %)、措置入院歴空白 3 例 (同 0.6 %)であった。

3 通報者による自傷他害の評価

申請・通報・届出を行った者が、自傷他害について、どのような問題意識を有していたかの評価について、対人他害、対物他害、自傷の 3 つに区分して、それぞれの区分ごとに示した。

対人他害について、「あり」387 例 (74.0 %)、「なし」120 例 (22.9 %)、「不明」8 例 (1.5 %)、「未記入・空白」8 例 (1.5 %)であった。

対物他害については、「あり」284 例 (54.3 %)、「なし」202 例 (38.6 %)、「不明」23 例 (4.4 %)、「未記入・空白」14 例 (2.7 %)であった。

自傷は、「あり」150 例 (28.7 %)、「なし」345 例 (66.0 %)、「不明」16 例 (3.1 %)、「未記入・空白」12 例 (2.3 %)であった。

4 診断

診断は、主病名の国際疾病分類第 10 版

(ICD-10) 精神障害のカテゴリーごとに区分した。

F0 (器質性精神障害) 29 例 (5.5%)、F1 (精神作用物質障害) 31 例 (5.9%)、F2 (統合失調症) 320 例 (61.2%)、F3 (気分障害) 77 例 (14.7%)、F4 (神経症性障害) 10 例 (1.9%)、F6 (パーソナリティ障害) 16 例 (3.1%)、F7 (精神遅滞) 13 例 (2.5%)、F8 (発達障害) 19 例 (3.6%)、F9 (児童思春期精神障害) 6 例 (1.1%)、(空白) : 2 例 (0.4%) であった。

また、重複診断の有無について、主病名のみのもの 433 例 (82.8%) であり、従病名を有するもの 90 例 (17.2%) であった。

5 入院時の症状

(1) 意識

措置入院に関する診断書において、意識にチェックがあったのは 30 例 (5.7%)、無印 493 例 (94.3%) であった。下位項目では複数回答で、意識混濁 5 例 (1.0 %)、せん妄 17 例 (3.3 %)、もうろう 14 例 (2.7 %)、その他 1 例 (0.2 %) などであった。その他には、「軽度意識混濁」1 例の記載があった。

(2) 知能

知能へのチェックは 53 例 (10.1%) にあり、無印 470 例 (89.9%) であった。下位項目では軽度 34 例 (6.5 %)、中等度 11 例 (2.1 %)、重度 8 例 (1.5 %) であった。

(3) 記憶

記憶へのチェックは 57 例 (10.9%) にあり、無印 466 例 (89.1%) であった。下位項目では記銘障害 25 例 (4.8 %)、見当識障害 33 例 (6.3 %)、健忘 29 例 (5.5 %)、その他 3 例 (0.6 %) などであった。その他のうち 2 例に注記があり、「記憶喪失」1 例、「全般に」1 例であった。

(4) 知覚

知覚へのチェックは 256 例 (48.9%) にあ

り、無印 267 例 (51.1%) であった。下位項目では幻聴 236 例 (45.1 %)、幻視 82 例 (15.7 %)、その他 14 例 (2.7 %) などであった。その他には、「右半身がしびれやすい」1 例、「幻視様のことありと」1 例、「幻聴の可能性あるも確認できず」1 例、「視線を感じる」1 例、「身体に対する幻覚 (体感幻覚)」1 例、「体感幻覚」5 例、「体感幻覚、幻臭」1 例、「体感幻覚、皮膚の異常」1 例、「独語」1 例、「不詳」1 例などの記載があった。

(5) 思考

思考へのチェックは 426 例 (81.5%) にあり、無印 97 例 (18.5%) であった。下位項目では妄想 366 例 (70.0 %)、思考途絶 29 例 (5.5 %)、連合弛緩 138 例 (26.4 %)、減裂思考 172 例 (32.9 %)、思考奔逸 51 例 (9.8 %)、思考制止 15 例 (2.9 %)、強迫観念 10 例 (1.9 %)、その他 26 例 (5.0 %) などであった。その他の記載は、「まわりくどさ」1 例、「迂遠、保続」1 例、「拒絶」1 例、「強いこだわり、ファンタジー」1 例、「欠如」1 例、「固定観念」1 例、「誇大妄想」1 例、「思考散乱」1 例、「思考伝播」2 例、「思考伝播、思考剥奪、思考吹入」1 例、「自殺念慮」1 例、「人格変化」1 例、「全般に応答は頼りなく途切れがち」1 例、「多弁」1 例、「脱抑制」1 例、「短絡思考」1 例、「独語 空笑」1 例、「独語、現実検討能力の低下」1 例、「独語空笑」1 例、「独断的思考」1 例、「二極化思考」1 例、「認知障害」1 例、「被害念慮」2 例、「病識欠如」1 例であった。

(6) 感情・情動

感情・情動へのチェックは 441 例 (84.3%) にあり、無印 82 例 (15.7%) であった。下位項目では感情平板化 41 例 (7.8 %)、抑うつ気分 76 例 (14.5 %)、高揚気分 90 例 (17.2 %)、感情失禁 30 例 (5.7 %)、焦燥・激越 162 例 (31.0 %)、易怒性・被刺激性亢進 379 例 (72.5 %)、その他 17 例 (3.3 %) などであ

った。その他の記載は、「希死念慮」2例、「気分不安定」1例、「拒否持続」1例、「強度の不安」1例、「恐怖感」1例、「孤立感」1例、「自殺念慮」1例、「情動欠如」1例、「多弁」2例、「脱抑制」1例、「悲観的思考」1例、「不安」2例、「不機嫌、拒絶」1例、「不眠」1例であった。

(7) 意欲

意欲へのチェックは453例(86.6%)にあり、無印70例(13.4%)であった。下位項目では衝動行為396例(75.7%)、行為心迫38例(7.3%)、興奮332例(63.5%)、昏迷9例(1.7%)、精神運動制止8例(1.5%)、無為・無関心20例(3.8%)、その他11例(2.1%)などであった。その他の記載は、「意欲の減退、食欲の減退」1例、「拒絶、衝動性、緘黙」1例、「緊張病症状、カタトニア」1例、「自殺企図、自傷」1例、「意欲低下」1例、「易怒性」1例、「拒否」1例、「拒否的」1例、「異食」1例、「多動」2例などであった。

(8) 自我意識

自我意識へのチェックは43例(8.2%)にあり、無印480例(91.8%)であった。下位項目では離人感7例(1.3%)、させられ体験26例(5.0%)、解離12例(2.3%)、その他4例(0.8%)であった。その他の記載は、「軽度から中等度の混濁状況」1例、「作為体験」1例、「自我漏逸」1例、「緘黙」1例であった。

(9) 食行動

食行動へのチェックは21例(4.0%)にあり、無印502例(96.0%)であった。下位項目では拒食10例(1.9%)、過食4例(0.8%)、異食2例(0.4%)、その他8例(1.5%)であった。その他の記載は、「栄養失調ほとんど食事摂取できていない」1例、「アルコール多飲」1例、「食べていない」1例、「食思不振」1例、「食欲低下」1例、「体重減少」1例、「吐食」1例、「不食」1例であった。

(10) その他の重要な症状

その他の重要な症状は、てんかん発作13例(2.5%)、自殺念慮91例(17.4%)、物質依存34例(6.5%)、その他26例(5.0%)であった。

依存物質の記載は「アルコール」18例、「アルコール、抗不安薬」1例、「ガス吸引」1例、「シンナー、アルコール、ブロン常用」1例、「ベンゾジアゼピン」1例、「ベンゾジアゼピン系」1例、「過量服薬し自殺企図(車で練炭自殺し全焼、本人脱出)」1例、「覚醒剤」3例、「覚醒剤使用の既往あり」1例、「睡眠薬」1例、「睡眠薬、アルコール、覚醒剤、大麻」1例、「病識欠如」1例、「不眠、音声過敏」1例、「有機溶剤」1例、「有機溶剤、アルコール」1例であった。

それ以外の、その他の重要な症状の記載は、「ヒステリー発作」1例、「家から飛び出す危険行為、衝動的行動」1例、「虚言」1例、「空笑」1例、「自殺企図」2例、「自傷行為」1例、「失語」1例、「食欲の減退、不眠」1例、「他者への攻撃性」1例、「対話性独語」1例、「独語、病識欠如」1例、「買い物依存」1例、「被害妄想」1例、「病識欠如」2例、「不安、ムズムズ感、不眠」1例、「不眠」5例、「不眠、被害念慮、家族への殺意」1例、「母に対する暴行」1例、「迷惑行為」1例、「〇〇癌末期」1例であった。

(11) その他の問題行動

措置入院に関する診断書では、症状欄の最後に、その他の問題行動にチェックする欄がある。章立てとしては、次段の重大な問題行動の最後も考えられるが、調査の順番に合わせ、ここに記した。

その他の問題行動は、暴言278例(53.2%)、徘徊76例(14.5%)、不潔行為22例(4.2%)、その他160例(30.6%)であった。

それ以外の、その他の問題行動の記載は、「アパート入居のすすめを拒否し、ホームレス状態になっている」1例、「ガス吸引行為」

1 例、「ストーカー行為、名誉毀損」1 例、「トラブル」1 例、「下半身裸」1 例、「家宅侵入」1 例、「家宅侵入、物を燃やす行為」1 例、「過量服薬」1 例、「介護抵抗」1 例、「危険な行為」1 例、「危険運転行為」1 例、「器物損壊」10 例、「器物損壊、家宅侵入」1 例、「器物損壊、暴力」1 例、「器物損壊、隣人への他害行為」1 例、「器物破損」2 例、「奇異な行動」1 例、「希死念慮」1 例、「拒絶、暴行、傷害」1 例、「強制わいせつ」1 例、「脅迫」1 例、「興奮」1 例、「公然わいせつ」1 例、「作話」1 例、「殺人のおそれ」1 例、「自殺企図」11 例、「自殺企図頻回」1 例、「自傷」3 例、「自傷行為」3 例、「自分の顔を叩く」1 例、「社会迷惑行為」1 例、「傷害」1 例、「衝動行為」1 例、「衝動行動」1 例、「親への暴力」1 例、「刃物で他者を脅す」1 例、「刃物による警察官を脅迫」1 例、「刃物の所持」1 例、「刃物を身近に置く危険行為、多弁、不眠」1 例、「窃盗」2 例、「粗暴行為」6 例、「他害になりうる危険行為」1 例、「他害のおそれ」1 例、「他害行為」1 例、「大声をあげる」1 例、「脱衣、暴力」1 例、「独語」1 例、「廃屋への侵入行為」1 例、「飛び出し行為、暴力」1 例、「病識欠如、迷惑行為など」1 例、「浮浪者生活」1 例、「物を隣の家へ投げ込む」1 例、「母の頸を絞める」1 例、「母への暴言、自殺念慮」1 例、「母への暴力」1 例、「放火」4 例、「暴行」9 例、「暴行、器物損壊」2 例、「暴行、拒否」1 例、「暴力」27 例、「暴力 脅し」1 例、「暴力 脅迫」1 例、「暴力、アルコール依存→脅迫」1 例、「暴力、自傷、器物損壊」1 例、「暴力、大量服薬」1 例、「暴力行為」4 例、「暴力行為 器物破損」1 例、「暴力行為、器物損壊」1 例、「暴力行為など」1 例、「万引き」1 例、「無賃乗車」1 例、「無免許運転」1 例、「迷惑メール」1 例、「迷惑行為」5 例、「面識のない女性の車を追いかける迷惑行為」1 例、「妄想に左右された他害行為」1 例、「問題行動 器物破損」1 例、「抑制のない衝動行為」1 例、「乱暴、暴力行為」1 例、「連続飲酒」1 例、「弄火」1 例、「浪費」1 例、「縊

首、自殺企図」1 例であった。

(1 2) 現在の状態像

現在の状態像は、幻覚妄想状態 333 例 (63.7 %)、精神運動興奮状態 309 例 (59.1 %)、昏迷状態 9 例 (1.7 %)、統合失調症等残遺状態 54 例 (10.3 %)、抑うつ状態 54 例 (10.3 %)、躁状態 56 例 (10.7 %)、せん妄状態 10 例 (1.9 %)、もうろう状態 8 例 (1.5 %)、認知症状態 15 例 (2.9 %)、その他 28 例 (5.4 %) であった。

その他の現在の状態像の記載は、「混乱状態」2 例のほかは、いずれも各 1 例で、「アルコール依存」、「アルコール依存症」、「易興奮 衝動制御困難」、「感情不安定な状態、気分易変性」、「急性錯乱状態」、「拒絶状態」、「興奮、易怒状態 場当たりの暴言、虚言」、「現実検討能力欠如」、「混合状態」、「混合状態の疑い」、「錯乱状態」、「自閉症による自傷他害を伴う」、「重度の高次脳機能障害」、「精神運動興奮後の落ち着いた状態」、「精神遅滞」、「退行の疑い」、「脱抑制」、「知的障害」、「転換困難」、「発達障害」、「反応性の抑うつや拒絶、解離性症状」、「不安焦燥状態」、「本人の陳述のみで詳細不明部分多いが自立した社会生活にリスクあり」、「滅裂状態」、「妄想状態」であった。

6 入院時の重大な問題行動

措置入院に関する診断書では、これまでの問題行動（以下、行動名に「A」を付記）、今後おそれのある問題行動（同じく「B」）との略号が用いられている。たとえば「殺人A」は、これまでに殺人があるケース、「暴行B」は、今後、暴行のおそれがあるケース、という意味である（ただ、詳細は考察で述べるが、「これまでの」が今回の措置診察に至る過程で生じたとは、必ずしも限定されていない）。

これまでの問題行動のうち、医療観察法に規定される重大な他害行為にあたるものは、殺人A7 例 (1.3 %)、放火A15 例 (2.9 %)、

強盗A3例(0.6%)、強制性交A1例(0.2%)、強制わいせつA10例(1.9%)、傷害A164例(31.4%)であった。また、今後おそれのある問題行動のうち、医療観察法に規定される重大な他害行為にあたるものは、殺人B39例(7.7%)、放火B53例(10.5%)、強盗B9例(1.8%)、強制性交B5例(1.0%)、強制わいせつB15例(3.0%)、傷害B278例(55.2%)であった。

一方、医療観察法に規定されていない、広義の触法行為において、これまでの問題行動は、暴行A307例(58.7%)、恐喝A38例(7.3%)、脅迫A126例(24.1%)、窃盗A36例(6.9%)、器物損壊A219例(41.9%)、弄火・失火A17例(3.3%)、家宅侵入A69例(13.2%)、詐欺等A9例(1.7%)であった。今後おそれのある問題行動では、暴行B378例(72.3%)、恐喝B54例(10.3%)、脅迫B146例(27.9%)、窃盗B40例(7.6%)、器物損壊B263例(50.3%)、弄火・失火B33例(6.3%)、家宅侵入B99例(18.9%)、詐欺等B11例(2.1%)であった。

自傷行為などでは、これまでの問題行動は、自殺企図A110例(21.0%)、自傷A121例(23.1%)、その他A54例(10.3%)であった。今後おそれのある問題行動では、自殺企図B141例(27.0%)、自傷B156例(29.8%)、その他B51例(9.8%)であった。

その他の重大な問題行動として自由記載されている内容は、「迷惑行為」19例、「徘徊」3例、「威力業務妨害」2例のほか、「かさを振り回す等 危険な行為」、「ストーカー行為」、「ストーカー行為、名誉毀損」、「異食」、「逸脱行為、衝動行為」、「危険運転」、「危険行為」、「危険行為、衝動行為」、「強制わいせつ未遂」、「興奮、迷惑行為」、「警察への虚偽の通報」、「交通事故」、「交番での異常言動」、「公然わいせつ」、「支離滅裂とする言動、希死念慮」、「銃刀法違反」、「銃刀法違反、逸脱行為」、「銃砲刀剣類所持」、「道路に物を投げる」、「包丁持ち出し行為」、「放尿」、「暴走」、「無賃乗車」、

「迷惑行為、業務妨害」、「問題行動」が、各1例であった。

7 入院期間

入院期間については、措置入院期間および全入院期間を求め、移送例については措置入院期間のみ求めた。なお、2020年9月18日において入院継続していた例については、その時点における各入院期間を求めた。

なお、観察期間の開始は、最も長いケースでは2016年6月から、最も短いケースでは2018年9月からである。2020年9月18日の時点では、観察期間は最短2年(2018年9月から2020年9月)、最長4年3ヶ月(2016年6月から2020年9月)となった。

入院期間は、図1に示した。全例の措置入院期間は平均73.9日±標準偏差103.7日(中央値50日)、移送例の移送前病院における措置入院期間は、同じく51.2±43.3日(42日)であった。また全例の全入院期間は122.5±179.2日(74日)であった。

8 転帰

転帰は、図2に示した。

2020年9月18日において、措置入院時評価を行ったものは524例であった。

このうち、同日時点で措置解除時評価が行われているもの403例、措置入院継続中10例、都道府県の制度に基づく後方移送109例、措置入院のまま転院1例であった。

措置解除時評価を行った403例のうち、直後に退院したのは119例で、内訳は通院75例、転医28例、その他15例、死亡0例、未記入1例であった。その他としては治療終了や帰国、逮捕、医療観察法申し立てなどであった。

2020年9月18日の時点で、他の入院形態で入院継続しているのは12例、退院しているのは268例であった。この268例と他形態で入院継続している12例をあわせた280例において、直後の入院形態は任意入院99例、医

療保護入院 181 例、他科入院 0 例であった。この退院した 268 例と、都道府県の制度に基づく後方移送 109 例、措置入院のまま転院 1 例の、あわせて 378 例で、退院時評価が行われていた。

2020 年 9 月 18 日の時点で調査継続 22 例で、内訳は、措置入院継続中 10 例と、措置解除時評価を行った 403 例のうち他の入院形態で入院継続中 12 例であった。

PSP 評価については、措置入院時、毎月 1 回、措置解除時、退院時あわせて 3020 件の評価が行われていた。

処方については、措置解除時、退院時あわせて 781 件の処方内容が報告されていた。

このようにして、2020 年 9 月 18 日の時点では、入院中の調査終了（退院）501 例（95.8%）、調査継続中 22 例（）となった。

D. 考察

1 属性について

（1）年齢・性別

2020 年 9 月 18 日時点での登録 523 例では、前述のように、平均 45.7 歳±標準偏差 15.2 歳、男女比 1.対 1（男性 324 例、女性 200 例）であった。

ここで、2010 年度に措置解除された患者についての後ろ向きコホート研究では登録 1421 例、44.3±14.4 歳、男性 940 例、女性 481 例であった。今回の対象と比較して、措置入院時か措置解除時かの差異は考慮しつつ、年齢 ($F=0.897 < F_{0.01}(522, 1421)=1.128$, n.s.) で差はなかった性別 (Fisher 直接検定(両側) $p=0.0774$, n.s.) で、5%の確率では有意差ではないが、有意確率は 7.7%と、幾分、今回で、女性が多い傾向が見受けられた。

（2）通報種別

2020 年 9 月 18 日時点での登録 523 例では、通報種別は、警察官通報が 472 例 (90.2%) と大多数を占めていた。

2010 年後向きコホート研究 1421 例では、

警察官通報 1216 例 (85.6%) と、警察官通報かそれ以外かで比較すると、今回の前向きコホートで警察官通報が多かった (Fisher 両側 $p=0.0064$)。

2 精神科治療状況について

精神科治療歴は 419 例 (80.1%) に認められ、入院歴は 273 例 (52.2%)、措置入院歴は 123 例 (23.5%) に認められた。精神科治療歴はあるが入院歴はないのは 146 例 (27.9%) にとどまっていた。治療歴がないのは 98 例 (18.7%) にとどまり、多くは何らかの治療歴を有していた。

2000 年度の措置診察を受けた事例での調査では、措置入院歴を有する割合は、一般人申請 11.0%、警察官通報 8.8%、検察官通報 13.2%、保護観察所長通報 0.0%、矯正施設長通報 14.1%、精神病院管理者 24.2%、知事等職務診察 17.1%などとなっていた。

2010 年度の後向きコホート研究では、全 1423 例のうち、治療歴あり 1052 例 (73.9%)、後ろ向きコホート研究では措置入院歴あり 273 例 (19.2%) と、治療歴あり (Fisher 両側, $p=0.0051$)、措置入院歴あり (Fisher 両側, $p=0.0363$) とともに、今回の方が多かった。

この差異について、どのような要因が影響しているのかは、この調査からは明らかではない。ただ、前回 2010 年の後ろ向きコホート研究では措置解除に至ったケースのみを対象としているが、今回の前向きコホート研究ではすべての措置入院を対象としていることなど、対象の違いには留意を要するかもしれない。

3 自傷他害の評価

通報者による自傷他害の評価は、対人他害 387 例 (74.0%)、対物他害 284 例 (54.3%)、自傷 150 例 (28.7%) であった。

ここで、2010 年度の後向きコホート研究では、全 1423 例において、対人他害あり 1006 例 (70.7%)、対物他害あり 702 例 (49.3%)、自傷あり 519 例 (36.4%) と、出現の割合は、

ほぼ同様であった。

なお、この研究では、通報申請届出をした者が、その通報等の時点で、どのような自傷他害行為を問題視したかについて、人に対する他害行為（危害を加える、脅す、など）、人以外に対する他害行為（物を壊す、財産を侵害する、など）、自傷行為の3つに区分して、示すこととしている。

このようにしたのは、自傷他害行為といっても、殺人から盗み、落書きまで、多様な問題行動があり、それを簡潔に区分することには困難を伴うからである。もちろん検察官通報であれば、行為を厳密に法律に適用し、罪名が記載されている。人を傷つけたという結果が発生した行為であっても、傷害なのか、殺人未遂なのか、過失傷害なのか、業務上過失なのか、あるいは暴力行為処罰法違反にあたるのか、といった区分をすることは、安定した基準に基づいて評価されているため、比較的、容易である。しかし、警察官通報の場合には、こうした行為の情報がすべて集まっていないことも多い。他の申請通報届出では、さらに情報が少ないことも、少なくない。こうしたことから、自傷他害を詳細に区分することは不可能であると考えられた。

また、そこまで詳細に区分しなくても、自傷他害のどの範疇の問題かが明らかになれば、対策の大枠を考慮することはできるとも思われた。

こうしたことから、標記のように、対人他害、対物他害、自傷の3つに区分したものである。

4 診断について

診断については、病名欄の ICD-10 カテゴリーごとに集計した。

主診断では、F2 統合失調症圏が多く、F3 気分障害、F1 精神作用物質障害、F0 器質性精神障害が続いていた。また F8 発達障害、F6 パーソナリティ障害、F7 知的障害も散見された。

ここで、2010 年の後ろ向きコホート研究の措置解除時診断に比して、今回は F1 精神作用物質障害と F6 パーソナリティ障害が少なく、F3 気分障害と F8 発達障害が多かった 3)。

ここで、今回の調査は措置入院時、2010 年の調査は措置解除時であることに留意を要する。時期により「見立て」が変更されることは、臨床上、よくあることでもあり、その見立てが変更されていることの影響は、考慮する必要がある。

今回においても、措置解除時診断の情報は得てはいるが、110 例において移送により措置解除時診断がないことから、全例の措置解除が済んでいない現段階においては、措置解除時点での診断の比較は見合わせ、504 例全例の評価が行われた措置入院時診断と比較を行ったものである。

重複診断について、従診断は 90 例 (17.2%) に認められた。従診断としてあげられるのは F1 精神作用物質障害、F7 知的障害、F8 発達障害が多かった。

重複診断については、2010 年度の後向きコホート研究では、全 1423 例において、1270 例 (89.2%) には主診断のみであり、153 例 (10.8%) で従診断が付されていた。ただ、これについては、今回調査は入院時診断、2010 年度は措置解除時評価との差異があることに留意を要する。

5 入院時の症状について

精神症状では、幻聴、妄想、滅裂思考、易怒性・被刺激性亢進、焦燥・激越、衝動行為、興奮などの指摘が多かった。これは、病的体験や衝動性の亢進を示すものと考えられた。

6 入院時の重大な問題行動について

入院時の重大な問題行動は、重大な問題行動も、殺人、傷害、暴行、脅迫、器物損壊、自殺企図、自傷など、病的体験や衝動性の亢進から生じる逸脱行動が多かった。

なお、殺人は、A7 例に対して B41 例とな

っているが、このAについては過去いずれかの時点に生じたものか、診断書の記載からは判然としない。つまり、今回の入院時に生じたものか、ずっと以前にそのような問題行動があったものを指摘されたにとどまるものか、明らかではない。また未遂を含むかどうかなどの詳細も、このチェックからは、あきらかではない。もちろん、診断書においては具体的な事情を記載されているとは考えられるが、個人情報管理の問題もあり、この研究では、その記載にはこの研究ではアクセスしないこととしているため、詳細は不明である。

また、同様に「今後おそれのある」についても、いつまでにおそれがある行為なのか、措置診察からどのくらいの期間を見越しての評価かは、やはり特定されていないことに留意する必要がある。

7 入院期間について

入院期間については、前述のように、観察期間の開始は、最も長いケースでは2016年6月から、最も短いケースでは2018年9月からである。2019年11月11の時点では、観察期間は最短1年2ヶ月、最長3年6ヶ月となっている。

措置入院期間は平均 73.9 日 ± 標準偏差 103.7 日（中央値 50 日）で、全入院期間は同 122.5 ± 179.2 日（74 日）であった。

なお、昨年の報告書では、措置入院期間は平均 68.0 日 ± 標準偏差 82.6 日（中央値 53 日）で、全入院期間は同 110.1 ± 145.2 日（85 日）と報告した。措置入院期間、全入院期間とも延長しているが、これは観察期間が1年間、延長したことにより入院継続した事例の入院期間が平均、標準偏差に影響したもので、特に標準偏差の値が大きくなっていることは、そのことを示していると考えられる。

後ろ向きコホート研究では措置入院期間は平均 88.2 日（中央値 43.6 日）、全入院期間 141.3 日（71.4 日）となっていた。ここで後

ろ向きコホート研究には、10年以上の長期措置入院ケースが複数含まれる。また観察期間は最短1年半、最長3年半であり、措置入院期間、全入院期間では差異が生じていると思われる3)。

移送例の移送前病院での措置入院期間は、同 51.2 ± 43.3 日（42 日）であった。これは、これまでに示されていない資料である。ただ、移送例の大半は栃木県立岡本台病院のものであり、この値については栃木県の事情の影響も考えられる。

8 転帰について

2020年9月18日の時点において、退院が確認されているのは501例（95.8%）、入院継続中22例（4.2%）であった。

転帰について判明している範囲でも、通院、他の入院形態で入院継続、転院、帰郷や帰国、さらに逮捕や医療観察法申し立てなど、さまざまであった。

ここで、移送例の結果への影響について、転帰では措置解除403例となっているが、移送例が1例も措置解除されていないとは考えられない。

現実には、「移送当日に、移送先医療機関の医師により措置症状消退届が提出された」などのコメントが付されているケース、1年後評価や2年後評価において、移送例が移送元に受診しているケースなどもある。加えて、調査担当者の見解として、移送が主に患者の地域的事情を考慮して行われていること、また移送元では、移送例の選択について、移送先に依頼しやすいケースを選んで移送しているとのコメントもあった。

これらの事情の多くを考慮すると、少なくともケースが措置解除されていると思われる。あり得ない想定だが、仮に移送など110例が全例入院継続していたとして、このデータだけからは、退院は391例（74.8%）、入院継続中132例（25.2%）と推定されるが、実際には措置解除は、もう少し高い比率で行われて

いると考えられる。

なお、この調査においては、移送例は移送にて調査終了しているため、2020年9月18日の時点の退院例に加えられておらず、この点、念のために付言する。

逆に、ほぼ措置解除されていると考察した場合には、退院率は95.8%に近いのではとも考えられる。

9 まとめ

「措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究」における患者プロフィールと入院期間について、現時点における集計結果を検討した。

2010年後ろ向きコホート研究と比較して、警察官通報が多かったが、年齢、性別には差異はなかった。診断はF2 統合失調症圏が多く、F3 気分障害、F1 精神作用物質障害、F0 器質性精神障害が続いていた。

措置入院期間は平均 73.9 日 ± 標準偏差 103.7 日（中央値 50 日）で、全入院期間は同 122.5 ± 179.2 日（74 日）であった。最終的に 501 例（95.8%）が措置入院した病院を退院しており、入院継続中は 22 例（4.2%）にとどまった。移送 110 例を考慮する必要はあるが、観察期間内（最短 2 年、最長 4 年 3 ヶ月）に大多数は退院に至っていた。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表 準備中

2.学会発表

1) H. SETO, A. Inagaki, T. Shimada, T. Otsuka, C. Fujii, J. Ohta, H. Iwanaga, K. Nakanishi, H. Nakamura, J. Watanabe, M. Tomita, E. Kizaki, T. Yokoshima, Y. Kishi, E. Okuno, A. Yoshizumi : PROSPECTIVE COHORT STUDY OF PATIENTS WITH MENTAL ILLNESS

HOSPITALIZED COMPULSORILY BY PREFECTURAL GOVERNORS, STATUS OF PATIENTS REGISTRATION, 20TH World Psychiatric Association World Congress of Psychiatry, VIRTUAL CONGRESS, 2021 年 3 月 10 日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得 なし

2.実用新案登録 なし

3.その他

文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所. 精神保健福祉資料 平成 24 年度 6 月 30 日調査の概要 3. 精神科病院入退院患者等の状況 (3), 平成 23 年 6 月入院患者数 (年齢階級・入院形態別) pp123, (5) 平成 24 年 6 月 1 日残留患者数 (年齢階級・入院形態別) pp125, 2013 https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630/assets/pdf/h24_60.pdf (last accessed on 15 Feb 2020)
- 2) 大塚達以, 宮川熱志, 長谷諭, 成田政章, 光森陽子, 足立健一, 大野高志, 小高晃. 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 24(3)291, 2015
- 3) 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研究 (その 1) 措置解除された患者の長期転帰に影響する因子について. 臨床精神医学 47(3) 1005-1015, 2018

図 1 入院期間

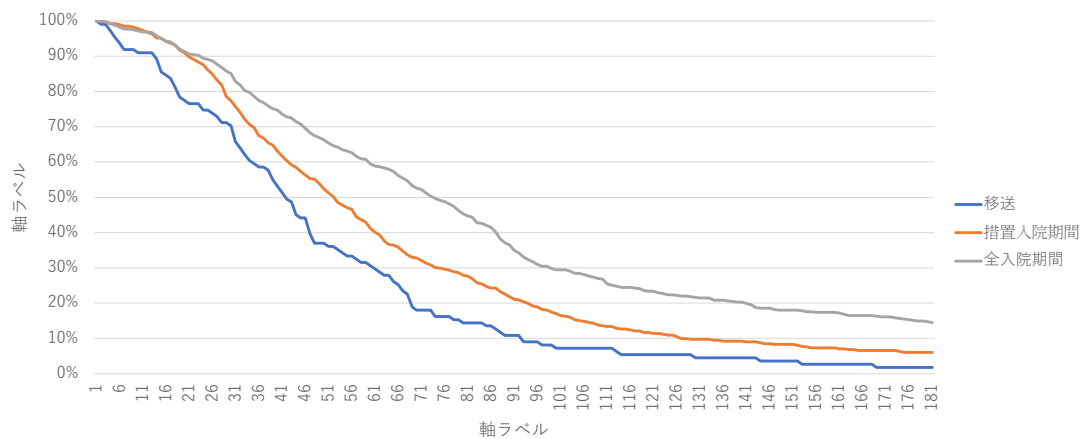
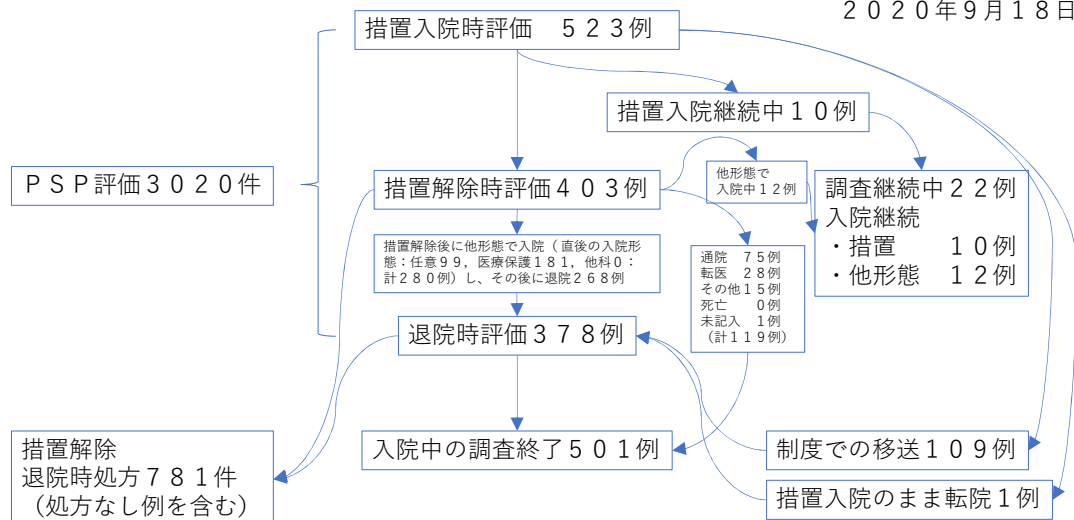


図 2 調査状況 措置入院から退院まで

2020年9月18日現在



措置通報および措置入院の実態に関する研究

その1 (2)

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究： 社会機能から見た措置入院患者のサブクラス分類の試み

研究分担者：瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者：朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），稲垣 中*（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター，慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科），岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター），牛島一成（沼津中央病院），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（東北大学大学院医学系研究科 精神神経学分野），小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），奥野栄太（国立病院機構・琉球病院），木崎英介（大泉病院），来住由樹（岡山県精神科医療センター），佐藤智絵（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科），椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門），島田達洋（栃木県立岡本台病院），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野 貢（石川県立高松病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター），富田真幸（大泉病院），中西清晃（国立精神・神経医療研究センター），中濱裕二（長崎県精神医療センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），松尾寛子（長崎県精神医療センター），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（八幡厚生病院），横島孝至（沼津中央病院），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）

*執筆担当：稲垣 中

要旨

【目的】措置入院患者の入院時社会機能を Personal and Social Performance Scale (PSP) に基づいてサブクラス分類する。【対象と方法】2016年5月16日～2020年9月18日に岡本台病院，宮城県立精神医療センター，大泉病院，長崎県精神医療センター，井之頭病院，高松病院，八幡厚生病院，肥前精神医療センター，岡山県精神科医療センター，沼津中央病院，琉球病院に措置入院となった者の入院時 PSP 評点を潜在クラス分析により分類し，分類された各サブクラスが措置入院継続期間に及ぼす影響について検討した。【結果】対象患者の性別は男性 323 名，女性 200 名，平均年齢は 45.7 歳であった。精神科主診断は統合失調症圏が 320 名，気分障害が 77 名，その他が 126 名であった。PSP を構成する 4 項目の平均評点は，a)セルフケアが 3.7 点，b)社会的に有用な活動が 4.1 点，c)個人的・社会的関係が 4.3 点，d)不穏な・攻撃的な行為が 4.7 点であり，潜在クラス分析によって対象患者は a)～d)の平均点が 5.6～5.9 点の最重症群（24 名），4.7～5.1 点の重症群（172 名），3.5～4.2 点の中等症群（203 名），1.4～3.1 点の軽症群（9 名），a)のみ 2.5 点でそれ以外は 4.3～5.4 点のセルフケア以外重症群（67 名），d)のみ 4.8 点でそれ以外は 2.0～2.9 点の不穏のみ重症群（48 名）に分類された。措置入院継続期間と性別，年齢，各サブクラスの関連を Cox 回帰分析により検討したところ，24 歳以下の者は措置入院継続期間が 45～54 歳の者より有意に短く（ハザー

ド比 1.61) , 逆に 65 歳以上の者は有意に長く (同 0.613) , 中等症群と比べて重症群 (同 1.46) と軽症群 (同 2.77) は措置入院継続期間が有意に短かった。また、不穏のみ重症群 (同 1.46) と最重症群 (同 1.57) は有意差こそないものの措置入院継続期間が短い傾向があった。

【考察】潜在クラス分析により社会機能が中等症とされた者が最も措置入院継続期間が長く、それより PSP の評点が重症であっても軽症であっても措置入院継続期間は短くなることが示唆された。

A.研究の背景と目的

厚生労働省公表の衛生行政報告例によれば、令和元年度のわが国では 7,217 人の精神障害患者が措置入院となっている¹⁾。措置入院となる際には、精神障害のために自身を傷つける、あるいは他人に害を及ぼす恐れがあることが要求され、措置解除に際しては、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなることが要件とされるが、措置入院開始から措置解除に至るまでの期間 (措置入院継続期間) については個人差が大きく、比較的短期間で措置解除となる者も存在すれば、極めて長期にわたって措置入院が継続される者も存在し²⁾、同じ措置入院患者と言っても、その中には転帰が異なる複数のサブクラスが含まれている可能性がある。

そこで、今回われわれは現在進行中の『措置入院患者の前向きコホート研究』と呼ばれる研究に登録されたデータを利用して、入院時の社会機能に基づいた潜在クラス分析を行って、対象患者のサブクラス分類を試みるとともに、それぞれのサブクラスが措置入院継続期間に及ぼす影響について検討を行った。

B.方法

『措置入院患者の前向きコホート研究』は協力施設に措置入院となった全患者を対象とする現在進行中の前向きコホート研究である。入院時に対象患者は『措置入院に関する診断書』と診療録の記載に基づいて、①性別、②生年月日、③措置入院年月日、④入院時点の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑤措置入院に際しての申請等の形式、⑥精神科治療歴、⑦措置要件、⑧精神症状、問題行動、状

態像などの概要などについて登録されるとともに、『個人的・社会的機能遂行度尺度 (Personal and Social Performance Scale: PSP)』による社会機能に関する評価を行った。登録完了後、対象患者は概ね月 1 回のペースで PSP の評価を受け、措置解除の際には PSP 評価と併せて、『症状消退届』と診療録の記載に基づいて、⑩措置解除時の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑪措置解除年月日、⑫措置解除後の処置に関する意見、⑬措置解除時処方に関する情報が、退院時には⑭退院年月日、⑮退院後の帰住先、⑯退院時処方に関する情報が登録された。

PSP とは、Morosini ら³⁾によって作成された精神障害者の社会機能の評価尺度で、「セルフケア」、「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」、「不穏な・攻撃的な行為」の 4 つの下位項目より成るプロフィール型評価尺度としてのパートと、Global Assessment of Functioning (GAF: 機能の全体的評定尺度)⁴⁾のように、1 点 (最低レベル) から 100 点 (最高レベル) の範囲で社会機能を包括的に評価するインデックス型評価尺度である「PSP 総得点」のパートから構成されている。4 つの下位項目はそれぞれアンカーポイントに基づいて、症状なし (1 点) から最重度 (6 点) までの 6 段階で評価される。PSP 総得点は 4 つの下位項目の評点から操作的に 1~10 点、11~20 点、・・・、91~100 点の 10 点刻みの 10 カテゴリに分類され、1 桁目の点数は評価者が判断することになっている。PSP には Morosini らによる原版以外にも複数の版が存在するが、本研究では UBC 社版 PSP の日本語版⁵⁾を採用した。本来の PSP は対象者の

直近 4 週程度の状態に基づいて評価されることになっているが、臨床現場の実態としては、過去 4 週の症状に基づいて措置解除が決定されるとは考えにくいので、本研究では直近 2 週の状態を評価することとした。また、措置入院に関連した判断と独立した PSP 評価を行うために、本研究では事前に訓練を受けた看護師、あるいは後期研修医によって評価が行われた。

今回の報告では対象患者を入院時の PSP の各下位項目の評点に基づく潜在クラス分析によるサブクラス分類を行った上で、その臨床的妥当性を検証するために、それぞれのサブクラスが措置入院継続期間に及ぼす影響を Log-rank 検定、および強制投入法による Cox 回帰分析によって検討した。なお、潜在クラス分析では解析対象となったそれぞれのデータはどれか 1 つのサブクラスに決定されるのではなく、各サブクラスに属する確率を持っていると見なされるようになっているが、今回の検討では、便宜上、潜在クラス分析から導き出された複数のサブクラスのうち、最も帰属確率が高いサブクラスに属しているものとして扱った。また、本研究は現在進行中なので、解析には 2020 年 9 月 18 日までに登録されたデータを使用した。統計ソフトとしては、潜在クラス分析には Latent GOLD®5.1 を、それ以外の解析には Easy R (EZR) ⁹⁾ を使用し、p 値が 5%未満の場合には有意差あり、10%未満の場合には傾向差ありと見なした。本研究を実施するにあたっては、研究グループの長である瀬戸秀文が研究開始当時所属していた長崎県精神医療センター内の研究倫理審査委員会による承認（承認日：2016 年 4 月 15 日）を得るとともに、UMIN 試験 ID: 000022500 として開始前に臨床試験登録を行った。

C.結果

1) 背景因子（表 1）

本研究には男性が 323 人（61.8%）、女性が

200 人（38.2%）の合計 523 人の措置入院患者が登録された。対象患者の平均年齢（標準偏差：最小～最大）は 45.7（15.2: 15～89）歳であった。

入院施設の内訳は、栃木県立岡本台病院が 197 人（37.7%）、宮城県立精神医療センターが 74 名（14.2%）、大泉病院が 56 人（10.7%）、長崎県精神医療センターが 52 人（9.9%）、井之頭病院が 35 人（6.7%）、石川県立高松病院が 25 人（4.8%）、八幡厚生病院が 22 人（4.2%）、国立病院機構肥前精神医療センターが 20 人（3.8%）、岡山県精神科医療センターが 17 人（3.3%）、沼津中央病院が 15 人（2.9%）、国立病院機構琉球病院が 10 人（1.9%）であった。

入院時の ICD-10 精神科主診断の内訳は、統合失調症圏が 320 人（F2: 61.2%）と最も多く、以下、気分障害（F3: 77 人, 14.7%）、アルコール・薬物関連障害（F1: 31 人, 5.9%）、器質性精神障害（F0: 29 人, 5.5%）、発達障害（F8: 19 人, 3.6%）、パーソナリティ障害（F6: 16 人, 3.1%）、精神発達遅滞（F7: 13 人, 2.5%）、神経症性障害（F4: 10 人, 1.9%）、行動・情緒障害圏（F9: 6 人, 1.2%）の順に多かった。身体合併症は 59 人（11.3%）に存在した。

措置入院の際の申請等の形式は警察官通報（精神保健福祉法第 23 条: 472 人, 90.3%）が大半を占め、以下、検察官通報（第 24 条: 29 人, 5.5%）、矯正施設長通報（第 26 条: 11 人, 2.1%）、親族又は一般人申請（第 22 条: 7 人, 1.3%）、精神科病院管理者届出（第 26 条の 2: 3 人, 0.6%）の順に多かった。

措置要件の内訳は自傷が 150 人（28.7%）、他害（対人）が 387 人（74.0%）、他害（対物）が 284 人（54.3%）で（重複あり）、措置要件が自傷行為のみの者は 42 人（8.0%）であった。

今回の措置入院より前に精神科治療歴を有していた者は 420 人（80.3%）、精神科入院歴を有していた者は 274 人（52.4%）、措置入院歴を有していた者は 123 人（23.5%）であっ

た。

措置入院時 PSP の各下位項目の評点が「顕著」以上であった者は、「セルフケア」が 320 人 (61.2%), 「社会的に有用な活動」は 389 人 (74.4%), 「個人的・社会的関係」は 411 人 (78.6%), 「不穏な・攻撃的な行為」は 481 人 (92.0%) であった (図 1)。各下位項目の平均点 (標準偏差) は「セルフケア」が 3.7 (1.3) 点, 「社会的に有用な活動」が 4.1 (1.1) 点, 「個人的・社会的関係」が 4.3 (1.0) 点, 「不穏な・攻撃的な行為」が 4.7 (0.9) 点であった。平均 PSP 総得点 (標準偏差: 最小～最大) は 25.6 (10.7: 1～95) 点であり, 貧弱な社会機能を意味する PSP 総得点が 30 点以下の者は 356 人 (68.1%) であった (図 2)。

523 人のうち, 観察期間中に 405 人が措置解除となり, 残り 118 人は措置入院が継続, あるいは措置入院が継続されたまま転院となっていた。523 人の延べ措置入院継続期間は 34,986 日であった。

2) 潜在クラス分析の結果

対象患者が 1 つのサブクラスのみから構成されると考えるモデル (1 クラスモデル) から全部で 15 のサブクラスから構成されると考えるモデル (15 クラスモデル) まで, 15 通りの潜在クラス分析の結果を表 2 に示した。

それぞれの潜在クラス分析の適合度指標である Bayesian information criterion (BIC) は 6 クラスモデルで最小 (BIC=5227.9931) となっており, 同じく, Akaike's information criterion (AIC) は 11 クラスモデルで最小 (AIC=4982.1476) となっていたが, 第一に通常は AIC 値と BIC 値では BIC 値を優先するとされていること, 第二に p 値が 0.1～0.2 となっているモデルを採用することが好ましいとされていること, 第三に潜在クラスの数が多すぎると, 結果の解釈が困難なことから, 本研究では 6 クラスモデルを採用した。

表 3 に 6 クラスモデルにおけるサブクラスごとに各項目の応答確率を示した。今回の解

析では PSP 下位項目の評点に基づいて, 便宜上, 各サブクラスを以下のように命名した。

① クラス 1 : 中等症群 (図 3 a)

クラス 1, すなわち「中等症群」には全体の 38.8% に相当する 203 人が属し, PSP 総得点の平均値 (標準偏差) は 33.0 (7.1) 点であった。PSP 下位項目の平均評点は「セルフケア」が 3.49 点, 「社会的に有用な活動」が 3.73 点, 「個人的・社会的関係」が 3.77 点, 「不穏な・攻撃的な行為」が 4.15 点と, いずれも顕著 (4 点) に近いレベルにあった。

② クラス 2 : 重症群 (図 3 b)

クラス 2, すなわち「重症群」には全体の 32.9% に相当する 172 人が属し, PSP 総得点の平均値は 18.5 (4.9) 点であった。各下位項目の平均評点は「セルフケア」が 4.73 点, 「社会的に有用な活動」が 4.97 点, 「個人的・社会的関係」が 4.94 点, 「不穏な・攻撃的な行為」が 5.08 点と, 4 項目とも重度 (5 点) に近いレベルにあった。

③ クラス 3 : セルフケア以外重症群 (図 3 c)

クラス 3, すなわち「セルフケア以外重症群」には全体の 12.8% に相当する 67 人が属し, PSP 総得点の平均値は 21.0 (5.2) 点であった。各下位項目の平均評点は「セルフケア」のみが 2.46 点と 2 点 (軽度) と 3 点 (明らか) の中間にあったものの, その他の 3 項目は「社会的に有用な活動」が 4.35 点, 「個人的・社会的関係」が 4.86 点, 「不穏な・攻撃的な行為」が 5.38 点と重度 (5 点) に近いレベルにあった。

④ クラス 4 : 不穏のみ重症群 (図 3 d)

クラス 4, すなわち「不穏のみ重症群」には全体の 9.2% に相当する 48 人が属し, PSP 総得点の平均値は 27.8 (6.4) 点であった。各下位項目の平均評点は「不穏な・攻撃的な行為」

のみが 4.83 点と重度（5 点）に近かったものの、その他の 3 項目は「セルフケア」が 2.01 点、「社会的に有用な活動」が 2.30 点、「個人的・社会的関係」が 2.92 点と、軽度（2 点）と明らかな（3 点）の中間にあった。

⑤ クラス 5：最重症群（図 3e）

クラス 5、すなわち「最重症群」には全体の 4.6%に相当する 24 人が属し、PSP 総得点の平均値は 9.3（6.1）点であった。各下位項目の平均評点は「セルフケア」が 5.60 点、「社会的に有用な活動」が 5.85 点、「個人的・社会的関係」が 5.88 点、「不穏な・攻撃的な行為」が 5.88 点と、いずれも最重度（6 点）に近いレベルにあった。

⑥ クラス 6：軽症群（図 3f）

クラス 6、すなわち「軽症群」には全体の 1.7%に相当する 9 人が属し、PSP 総得点の平均値は 59.1（15.1）点であった。PSP の下位項目の平均評点は「セルフケア」が 1.36 点、「社会的に有用な活動」が 2.43 点、「個人的・社会的関係」が 3.07 点、「不穏な・攻撃的な行為」が 2.67 点と、他の 5 つのクラスよりも軽症であった。

3) 各サブクラス間の比較

ここでは、これら 6 つのサブクラスの性別、年齢、ICD-10 による主診断、身体合併症の有無、治療歴、申請等の形式、措置要件、重大な問題行動について比較を行った。

まず、性別と年齢については不穏のみ重症群は比較的男性が少なく（47.9%）、軽症群は平均年齢がやや高かった（50.8 歳）。ICD-10 主診断に関しては、セルフケア以外重症群と不穏のみ重症群はアルコール・薬物関連障害がやや多く（それぞれ 10.6%、10.4%）、最重症群は気分障害がやや多く（25.0%）、また、セルフケア以外重症群と最重症群は発達障害の占める割合（それぞれ 7.6%、8.3%）がやや多かった。中等症群（13.8%）、不穏のみ重症

群（16.7%）では身体合併症が見られる者が多かった（表 4）。

治療歴に関しては、不穏のみ重症群、最重症群では治療歴あり（それぞれ 68.8%、70.8%）、入院歴あり（42.6%、41.7%）の者がやや少なかった。措置要件に関しては、最重症群は自傷である者が比較的多く（52.5%）、中等症群は他害（対人）の者が比較的少なく（70.1%）、中等症群、不穏のみ重症群は他害（対物）の者が比較的少なかった（46.0%、47.7%：表 5）。

『措置入院に関する診断書』の「重大な問題行動」ではこれまでの問題行動を「A」、今後おそれある問題行動を「B」と表示するが、中等症群以外では 320 人のうち「強盗 B」が症状ありとコードされた者は 1 人もいなかったが、中等症群では 4.4%が症状ありとコードされていた。また、中等症群以外では「窃盗 B」、「弄火又は失火 B」、「家宅侵入 A」、「家宅侵入 B」を症状ありとコードされた者はそれぞれ 0～8.3%、0～8.3%、0～12.5%、8.3～17.9%であったのに対し、中等症群ではそれぞれ 11.3%、8.9%、17.7%、26.1%であった。

「暴行 A」について、不穏のみ重症群では 70.8%が症状ありとされていたが、その他の群では 22.2～62.5%にとどまっていた（表 6、表 7）。

4) Log-rank 検定（図 4）

クラス 1 からクラス 6 までの 6 つのサブクラスの措置入院継続期間を Log-rank 検定によって比較した。その結果、中等症群の措置入院継続期間の中央値が 64 日（95%信頼区間：57～84）で最も長く、以下、セルフケア以外重症群（中央値：60 日、95%信頼区間：50～71 日）、不穏のみ重症群（57 日、31～70 日）、最重症群（57 日、31～83 日）、重症群（55 日、51～62 日）、軽症群（37 日、16～NA 日）の順に長く、重症群は中等症群よりも有意に措置入院継続期間が短かった（Bonferroni 検定、 $p=0.041$ ）。

5) Cox 回帰分析 (表 8)

ここでは性別、年齢、および 6 つの潜在クラスを独立変数、措置入院継続期間を従属変数とした強制投入法による Cox 回帰分析を行った。年齢については 24 歳以下、25～34 歳、35～44 歳、45～54 歳、55～64 歳、65 歳以上の 6 つの年齢階級に分け、45～54 歳を参照群 (reference) とした。性別に関しては女性を、6 つの潜在クラスに関してはサンプルサイズが最も大きい中等症群 (クラス 1) を参照群とした。

Cox 回帰分析の結果、中等症群と比較して重症群 (ハザード比: 1.459, 95%信頼区間: 1.125～1.893), 軽症群 (2.767, 1.193～6.416) は措置入院継続期間が有意に短く、45～54 歳の者と比較して 24 歳以下の者 (1.610, 1.090～2.378) は措置入院継続期間が有意に短く、65 歳以上の者 (0.6130, 0.4039～0.9304) は措置入院継続期間が有意に長かった。また、統計学的に有意ではなかったものの、不穏のみ重症群 (1.463, 0.9904～2.161), 最重症群 (1.568, 0.9752～2.520) は中等症群よりも措置入院継続期間が短い傾向 ($p<0.10$) が見られた。

D. 考察

『措置入院患者の前向きコホート研究』において得られたデータを潜在クラス分析によって解析した結果、研究対象である措置入院患者は、①PSP を構成する 4 つの下位尺度の平均点が 3.5～4.2 点の中等症群 (203 名), ②4.7～5.1 点の重症群 (172 名), ③5.6～5.9 点の最重症群 (24 名), ④1.4～3.1 点の軽症群 (9 名), ⑤「セルフケア」の平均のみ 2.5 点と軽症であったものの、それ以外の 3 項目が 4.3～5.4 点と重症であったセルフケア以外重症群 (67 名), ⑥「不穏な・攻撃的な行為」のみ 4.8 点と重症であったものの、それ以外は 2.0～2.9 点と比較的軽症であった不穏のみ重症群 (48 名) の 6 つのサブクラスに分類できた。ただし、上記のサブクラスは潜在クラ

ス分析によって機械的に分類されたに過ぎず、これらの分類法が臨床的意義を有しているかどうかは全く別の問題である。そこで、今回の検討ではこれらの 6 つのサブクラスの間に措置入院継続期間というアウトカムの面で有意な差が存在し、質的に異なる集団と見なせるかについて検討を行った。

まず、Log-rank 検定では中等症群の措置入院継続期間が 64 日と最長で、以下、セルフケア以外重症群 (60 日), 不穏のみ重症群 (57 日), 最重症群 (57 日), 重症群 (55 日), 軽症群 (37 日) の順に長く、重症群は中等症群と比較して措置入院継続期間が有意に短いことが示された。また、各サブクラスに性別、年齢を加えた Cox 回帰分析を行ったところ、中等症群と比べて重症群 (ハザード比 1.459) と軽症群 (2.767) は措置入院継続期間が有意に短く、有意差こそないものの、不穏のみ重症群 (1.463), 最重症群 (1.568) も措置入院継続期間が短い傾向が認められた。したがって、クラス 1 からクラス 6 のサブタイプには一定の臨床的意義が見られると考えられる。

とは言え、本来の潜在クラス分析では解析対象である各データは特定のサブクラスに決定されるのではなく、例えば、「患者 A はクラス 1 に 29.03%, クラス 2 に 0.54%, クラス 3 に 70.03%, クラス 4 に 0.23%, クラス 5 に 0.16%, クラス 6 に 0.01%」といったように、それぞれの潜在クラスに帰属確率を持つと見なされることになっている。便宜上、今回の検討では 6 つのサブクラスのうち、最も帰属確率が高いサブクラスに確定的に属しているとし、Log-rank 検定、および Cox 回帰分析を行ったが、一口に「帰属確率が最も高いサブクラス」と言っても、75%以上の高い帰属確率で分類された場合と 50%未満の比較的低い帰属確率で分類された場合ではサブクラス分類の信頼性に大きな差があり、Log-rank 検定や Cox 回帰分析の結果にも疑問の余地が出てくる可能性がある。

そこで、今回の検討では第一の感度分析と

して、オリジナルの 523 人から帰属確率が 75%未満の 72 人を除外した 451 人に検討対象を限定した Cox 回帰分析を別途実施した（表 9）。その結果、中等症群と比較して重症群（ハザード比 1.547）、不穏のみ重症群（1.731）、最重症群（1.776）、軽症群（3.649）は措置入院継続期間が有意に短いといったような、523 人を対象とした base case 解析と同様の結果が得られたので、今回の検討で得られた措置入院患者を 6 つのサブクラスに分類する手法の頑健性は高いと考えられる。

ところで、『措置入院患者の前向きコホート研究』では、ICD-10 による精神科主診断や通報の種別、精神科治療歴、措置要件、精神症状、問題行動、状態像などといったさまざまな情報も収集してあるので、PSP の 4 つの下位項目のみならず、これらも潜在クラス分析のモデルに加えるべきと考える者がいるかもしれない。しかしながら、例えば、措置要件の自傷、他害（対人）、他害（対物）と PSP の「不穏な・攻撃的な行為」の間には明らかに関連があると考えられることをはじめ、PSP を構成する下位項目と関連があると思われる調査項目が少なくないことに注意が必要である。もともと、潜在クラス分析では実際に観測された顕在変数の背後に潜在変数が存在すると見なして解析を行うが、各顕在変数は互いに独立しているものと仮定している。しかしながら、精神科主診断や通報の種別、精神科治療歴、措置要件、精神症状、問題行動、状態像などは PSP の下位項目と関連があると考えられるので、それらの独立性は怪しく、上記の仮定に抵触する可能性がある。このため、今回の潜在クラス分析では変数として PSP の 4 つの下位項目と性別と年齢しか投入しなかったが、この手法の是非については異論の余地があるかもしれない。特に問題となりうるのが、セルフケア以外重症群や不穏のみ重症群ではアルコール・薬物関連障害が、最重症群や軽症群では気分障害がやや多く、セルフケア以外重症群と最重症群では発達障

害の占める割合がやや多く、検討対象患者の診断のばらつきが解析結果に影響を及ぼした可能性があることである。この問題に対処するために、帰属確率が 75%以上、かつ、統合失調症圏の患者 272 人に限定した Cox 回帰分析を第二の感度分析として実施した（表 10）。結果としては、中等症群と比較して重症群（ハザード比 1.533）、軽症群（2.997）は措置入院継続期間が有意に短く、不穏のみ重症群（1.489）、最重症群（1.573）は措置入院継続期間が短い傾向が見られるなど、base case 解析と同様の結果が得られたので、今回の検討で観察された措置入院患者を 6 つのサブクラスに分類する手法の頑健性はやはり高いものと考えられた。

次に問題となるのが、6 つのサブクラスの措置入院継続期間に有意な差があるとは言うものの、それは単に PSP 総得点の差が反映されているに過ぎないのではないかという疑問である。中等症群の平均 PSP 総得点は 33.0 点、重症群は 18.5 点、セルフケア以外重症群は 21.0 点、不穏のみ重症群は 27.8 点、最重症群は 9.3 点、軽症群は 59.1 点であったが、これらの 6 つのサブクラスを PSP 総得点が 1～10 点の群、11～20 点の群、21～30 点の群、31～40 点の群、41～50 点の群、51 点以上の群に置き換えた場合に同様の結果が得られるようであれば、今回観測された 6 つのサブクラスに注目する必然性は乏しいことになる。しかしながら、実際に予備的分析として 6 つのサブクラスを PSP 総得点に基づく 6 つの群に置き換えて Cox 回帰分析を行ったところ、31～40 点の群と比較して、11～20 点の群は有意に措置入院継続期間が短い（ハザード比 1.507）ことが示されたものの（表 11）、社会機能が重症であっても、軽症であっても措置入院継続期間が短くなるという傾向を base case 解析ほど明確に示すことはできなかった。したがって、今回の潜在クラス分析で観察されたサブクラスは PSP 総得点の高低とは質的に異なる概念であると考えられた。

今回の検討では、中等症群の措置入院継続期間が最も長く、それよりも社会機能が重症であっても、軽症であっても措置入院継続期間が短いという結果が得られた。社会機能が軽症の患者の措置入院継続期間が短いことは臨床的常識に照らしても納得できることであるが、社会機能が重症の患者の措置入院継続期間が中等症の患者よりも短いことは矛盾しているように見える。この背景には重症の患者の多くがいわゆる急性精神病に相当する患者で、薬物反応性が良好である一方、社会機能が中等症であるにも関わらず措置入院になった中等症群にはそれなりの社会的問題が絡んでいることが関連しているのかもしれない。すでに述べた通り、中等症群は「強盗 B」,「家宅侵入 A」,「家宅侵入 B」,「弄火又は失火 B」が症状ありとされていた者が相対的に多かった。523 人の対象者のうち、「強盗」,「家宅侵入」,「弄火又は失火」がこれまでに見られた、すなわち「A」とコードされた者はそれぞれ 3 人、69 人、17 人であったのに対して、これまでこれらの問題が見られなかったにもかかわらず、今後出現する可能性があると判断された者、すなわち「A」ではないが、「B」とコードされた者はそれぞれ 6 人、32 人、16 人存在した。このような問題行動に対する危惧が措置解除の判断に及ぼす影響について検討してゆく必要があるであろう。

なお、今回行った base case 解析（表 8）、2つの感度分析（表 9、表 10）、および PSP 総得点に基づく予備的分析のいずれにおいても 24 歳以下の群は 45～54 歳の群よりも措置入院継続期間が短く（ハザード比はそれぞれ 1.610, 1.648, 1.727, 1.583）、65 歳以上の群は 24 歳以下の群よりも措置入院継続期間が長かった（同 0.6130, 0.6374, 0.6410, 0.6343）。一般に 2 回目以降の精神病エピソードにある患者は初回エピソード患者より治療反応が不良であるとされており^{7,8)}、また、今回の検討対象の 6 割強が統合失調症圏患者だったことが今回の検討対象であった若年者の措置入院

継続期間が短く、高齢者のそれが長いという結果をもたらした可能性がある。

今回の潜在クラス解析の結果、措置入院患者は軽症群、中等症群、不穏のみ重症群、セルフケア以外重症群、重症群、最重症群の 6 つのサブクラスへの分類が可能であり、各サブクラスは措置入院継続期間という臨床アウトカム面で異質な存在であることが示唆されたが、今回の所見は措置入院患者への介入を効率的に行うためのシステムや新たな診療報酬の算定システムを開発する際に応用することが可能と思われる。また、今回の所見から派生した新たな臨床疑問として、例えば、措置入院から退院に至るまでの期間（入院期間）や退院後の再入院に至るまでの期間（無入院期間）、退院から治療中断に至るまでの期間（治療継続期間）などといったその他の臨床アウトカムがこれら 6 つのサブクラスとの関連について検討することも有益と思われる。加えて、今回の検討対照は措置入院患者に限定されていたが、医療保護入院や任意入院、あるいは医療観察法入院などといった措置入院以外の入院形態においても、同様の結果が得られるか検討することが望まれる。

現在、本研究班は措置入院患者の入院期間や退院後の無入院期間、治療継続期間の検討を準備中であり、本論文の執筆者は多数の医療保護入院患者と任意入院患者が登録されている別の入院コホート研究のデータを用いて、入院期間に関する今回と同様の趣旨の検討を実施中である。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

- 1.論文発表
- 2.学会発表

G. 知的財産権の出願・登録状況

- 1.特許取得
なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

文献

- 1) 厚生労働省. 衛生行政報告例/令和元年度
衛生行政報告例/統計表/年度報 第1章
精神保健福祉/1/精神障害者申請・通報・
届出及び移送の状況, 申請通報届出経路・
処理状況・都道府県—指定都市(再掲)別.
(2021年3月24日アクセス)
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001148807&tclass2=000001148808&tclass3=000001148810&tclass4val=0>
- 2) 瀬戸 秀文, 稲垣 中, 島田 達洋, 大塚
達以ほか: 長期措置入院している精神障
害者の現状把握に関する研究. 臨床精神
医学 48: 637-648, 2019.
- 3) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L,
Ugolini S, et al.: Development,
reliability and acceptability of a new
version of the DSM-IV Social and
occupational functioning assessment
scale (SOFAS) to assess routine social
functioning. Acta Psychiatr Scand 101:
323-329, 2000.
- 4) American Psychiatric Association (高橋
三郎, 大野 裕, 染矢俊幸・訳): DSM-
IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医
学書院, 東京, 2002.
- 5) 稲田俊也, 山本暢朋, 相澤 玲, 稲垣
中: 日本語版 PSP (個人的・社会的機能
遂行度尺度) 評価トレーニングシート
Ver.1.0. 社団法人日本精神科評価尺度研
究会, 2011.
- 6) Kanda Y: Investigation of the freely-
available easy-to-use software 'EZR' for
medical statistics. Bone Marrow
Transplant 48 (3): 452-8, 2013.
- 7) Jäger M, Riedel M, Messer T, Laux G,
et al.: Psychopathological
characteristics and treatment response
of first episode compared with multiple
episode schizophrenic disorders. Eur
Arch Psychiatry Clin Neurosci 257 (1):
47-53, 2007.
- 8) Takeuchi H, Siu C, Remington G,
Fervaha G, et al.: Does relapse
contribute to treatment resistance?
Antipsychotic response in first- vs.
second-episode schizophrenia.
Neuropsychopharmacology 44 (6):
1036-1042, 2019.

表 1 対象患者の背景因子

男性／女性	323 (61.8%)	／200 (38.2%)
平均年齢（標準偏差：最小～最大）	45.7	(15.2: 15～89)
医療機関		
栃木県立岡本台病院	197	(37.7%)
宮城県立精神医療センター	74	(14.2%)
大泉病院	56	(10.7%)
長崎県精神医療センター	52	(9.9%)
井之頭病院	35	(6.7%)
石川県立高松病院	25	(4.8%)
八幡厚生病院	22	(4.2%)
国立病院機構肥前精神医療センター	20	(3.8%)
岡山県精神科医療センター	17	(3.3%)
沼津中央病院	15	(2.9%)
国立病院機構琉球病院	10	(1.9%)
ICD-10 精神科主診断		
F2（統合失調症圏）	320	(61.2%)
F3（気分障害）	77	(14.7%)
F1（アルコール・薬物関連障害）	31	(5.9%)
F0（器質性障害）	29	(5.5%)
F8（発達障害）	19	(3.6%)
F6（パーソナリティ障害）	16	(3.1%)
F7（精神発達遅滞）	13	(2.5%)
F4（神経症性障害）	10	(1.9%)
F9（行動・情緒障害圏）	6	(1.2%)
身体合併症あり	59	(11.3%)
通報の種別		
警察官通報（第 23 条）	472	(90.3%)
検察官通報（第 24 条）	29	(5.5%)
矯正施設長通報（第 26 条）	11	(2.1%)
親族又は一般人申請（第 22 条）	7	(1.3%)
精神科病院管理者届け出（第 26 条の 2）	3	(0.6%)
措置要件		
自傷	150	(28.7%)
自傷のみ	42	(8.0%)
他害（対人）	387	(74.0%)
他害（対物）	284	(54.3%)
精神科治療歴		
精神科治療歴あり	420	(80.3%)
精神科入院歴あり	274	(52.4%)
措置入院歴あり	123	(23.5%)

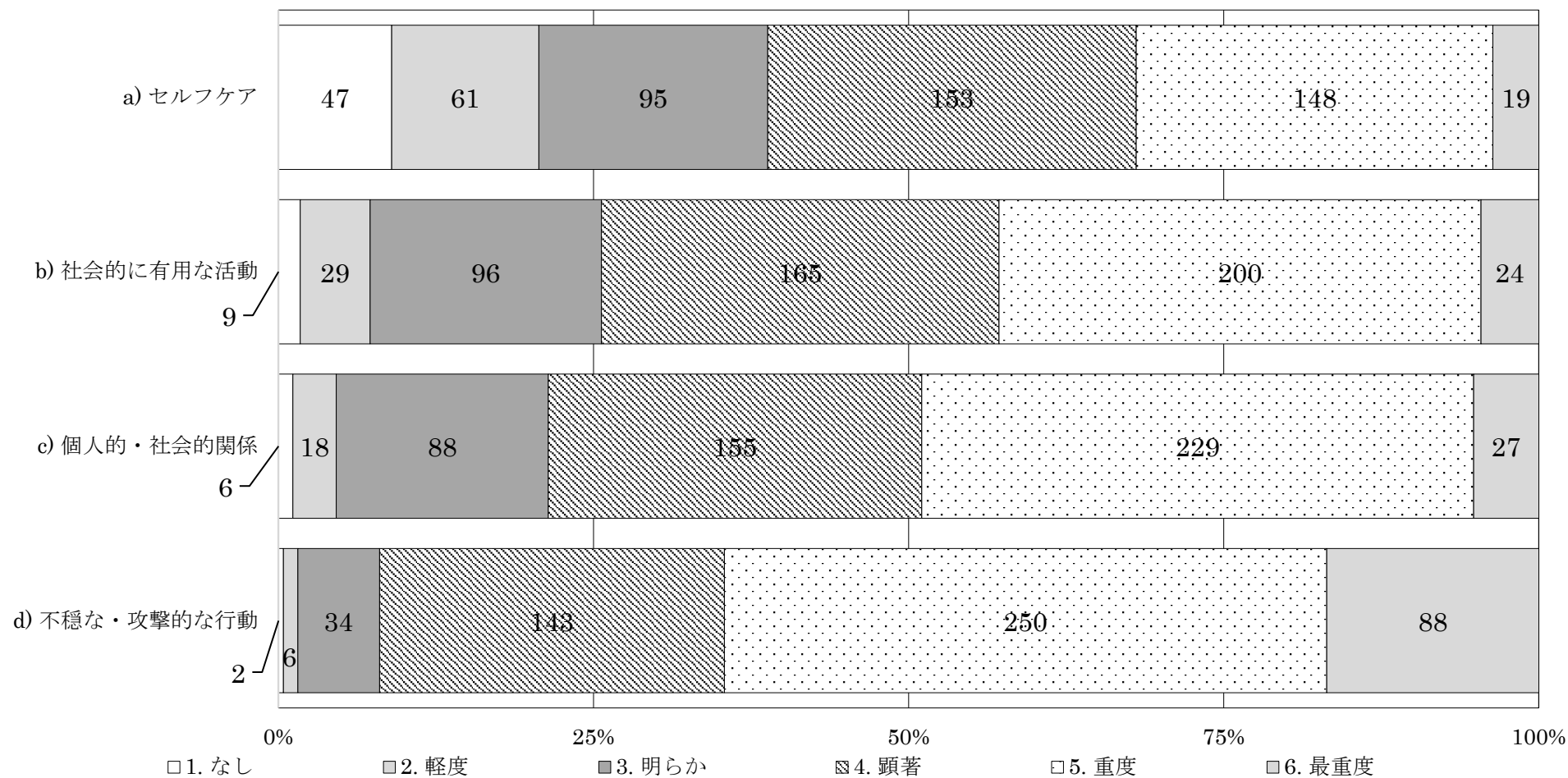


図1 措置入院時のPSPプロフィール

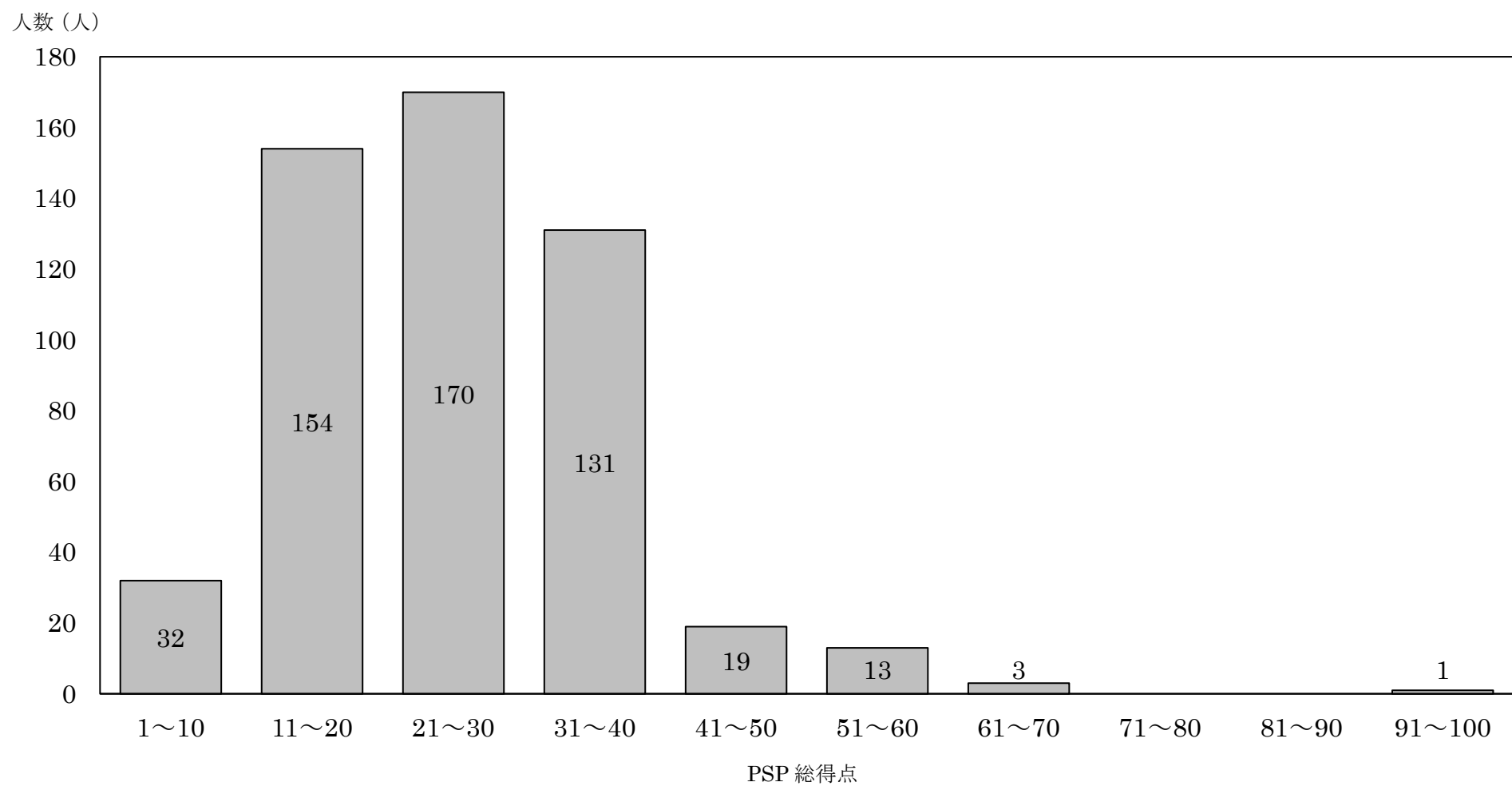


図2 措置入院時 PSP 総得点の分布

表2 クラス数の増加とモデル適合度

	BIC	AIC	L ²	自由度	p 値
1 クラス	6012.3533	5927.1617	1457.5230	503	1.1×10 ⁻⁹³
2 クラス	5454.7572	5348.2677	868.6290	498	1.6×10 ⁻²²
3 クラス	5381.6634	5253.8760	764.2373	493	4.9×10 ⁻¹⁴
4 クラス	5314.4199	5165.3345	665.6958	488	1.4×10 ⁻⁷
5 クラス	5287.0086	5116.6253	606.9866	483	0.00010
6 クラス	<u>5227.9931</u>	5036.3119	516.6732	478	<u>0.11</u>
7 クラス	5235.1507	5022.1716	492.5329	473	0.26
8 クラス	5251.6268	5017.3498	477.7111	468	0.37
9 クラス	5253.5520	4997.9771	448.3384	463	0.68
10 クラス	5268.4943	4991.6215	431.9828	458	0.80
11 クラス	5280.3183	<u>4982.1476</u>	412.5089	453	0.91
12 クラス	5304.7338	4985.2652	405.6265	448	0.92
13 クラス	5324.4791	4983.7125	394.0738	443	0.95
14 クラス	5348.9578	4986.8933	387.2546	438	0.96
15 クラス	5369.5727	4986.2104	376.5717	433	0.98

BIC: Bayesian information criterion, AIC: Akaike's information criterion

表3 応答確率

	クラス1 中等症群	クラス2 重症群	クラス3 セルフケア 以外重症群	クラス4 不穏のみ 重症群	クラス5 最重症群	クラス6 軽症群
クラスサイズ	37.88%	33.71%	11.69%	10.38%	4.03%	2.31%
人数（人）	203	172	67	48	24	9
応答確率						
a) セルフケア						
1点	2.70%	0.00%	21.41%	36.84%	0.00%	70.76%
2点	10.78%	0.05%	30.34%	33.54%	0.00%	23.15%
3点	30.78%	1.54%	30.74%	21.83%	0.00%	5.42%
4点	45.95%	27.11%	16.28%	7.43%	0.50%	0.66%
5点	9.75%	67.84%	1.23%	0.36%	38.64%	0.01%
6点	0.04%	3.46%	0.00%	0.00%	60.86%	0.00%
b) 社会的に有用な活動						
1点	0.00%	0.00%	0.00%	14.36%	0.00%	9.89%
2点	0.51%	0.00%	0.01%	42.88%	0.00%	38.81%
3点	32.49%	0.03%	4.94%	41.58%	0.00%	49.45%
4点	60.01%	6.39%	55.57%	1.18%	0.01%	1.84%
5点	6.98%	90.10%	39.40%	0.00%	15.43%	0.00%
6点	0.00%	3.48%	0.08%	0.00%	84.56%	0.00%
c) 個人的・社会的関係						
1点	0.36%	0.00%	0.00%	8.47%	0.00%	5.69%
2点	3.01%	0.00%	0.00%	18.74%	0.00%	15.37%
3点	28.47%	0.13%	0.32%	46.93%	0.00%	46.97%
4点	56.00%	10.01%	15.53%	24.46%	0.01%	29.88%
5点	12.14%	85.86%	81.80%	1.40%	12.25%	2.09%
6点	0.01%	4.00%	2.34%	0.00%	87.74%	0.00%
d) 不穏な・攻撃的な行為						
1点	0.11%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	14.73%
2点	1.40%	0.00%	0.00%	0.03%	0.00%	26.45%
3点	14.19%	0.33%	0.04%	1.37%	0.00%	37.59%
4点	52.72%	11.83%	3.83%	23.87%	0.08%	19.62%
5点	30.61%	67.10%	54.23%	65.06%	11.42%	1.60%
6点	0.97%	20.75%	41.90%	9.66%	88.50%	0.01%

表4 各サブクラスの背景因子の比較（その1）

	クラス 1 中等症群	クラス 2 重症群	クラス 3 セルフケア以外重症群	クラス 4 不穏のみ重症群	クラス 5 最重症群	クラス 6 軽症群
人数	203	172	67	48	24	9
男性	127 (62.6%)	111 (64.5%)	42 (62.7%)	23 (47.9%)	14 (58.3%)	6 (66.7%)
平均年齢（標準偏差）	46.8 (14.4)	45.3 (14.8)	43.7 (17.5)	43.9 (16.2)	46.0 (14.6)	50.8 (18.9)
ICD-10 主診断						
F0	13 (6.4%)	10 (5.8%)	4 (6.1%)	1 (2.1%)	1 (4.2%)	0 (0.0%)
F1	6 (3.0%)	13 (7.6%)	7 (10.6%)	5 (10.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
F2	134 (66.3%)	103 (59.9%)	35 (53.0%)	29 (60.4%)	14 (58.3%)	5 (55.6%)
F3	30 (14.9%)	22 (12.8%)	9 (13.6%)	8 (16.7%)	6 (25.0%)	2 (22.2%)
F4	3 (1.5%)	3 (1.7%)	1 (1.5%)	1 (2.1%)	1 (4.2%)	1 (11.1%)
F6	8 (4.0%)	3 (1.7%)	2 (3.0%)	2 (4.2%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)
F7	2 (1.0%)	9 (5.2%)	1 (1.5%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
F8	4 (2.0%)	7 (4.1%)	5 (7.6%)	1 (2.1%)	2 (8.3%)	0 (0.0%)
F9	2 (1.0%)	2 (1.2%)	2 (3.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
身体合併症あり	28 (13.8%)	15 (8.7%)	4 (6.0%)	8 (16.7%)	2 (8.3%)	2 (22.2%)

表5 各サブクラスの背景因子の比較（その2）

	クラス 1 中等症群	クラス 2 重症群	クラス 3 セルフケア以外重症群	クラス 4 不穏のみ重症群	クラス 5 最重症群	クラス 6 軽症群
治療歴あり	166 (81.8%)	142 (85.0%)	55 (82.1%)	33 (68.8%)	17 (70.8%)	7 (77.8%)
入院歴あり	109 (54.2%)	94 (56.6%)	36 (54.5%)	20 (42.6%)	10 (41.7%)	5 (62.5%)
措置入院歴あり	44 (23.3%)	48 (30.8%)	11 (17.2%)	14 (29.2%)	5 (20.8%)	1 (12.5%)
申請等の形式						
警察官通報	1 (0.5%)	3 (1.7%)	2 (3.0%)	0 (0.0%)	1 (4.2%)	0 (0.0%)
検察官通報	6 (3.0%)	1 (0.6%)	3 (4.5%)	1 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
矯正施設長通報	183 (90.6%)	157 (91.3%)	58 (86.6%)	44 (91.7%)	22 (91.7%)	8 (88.9%)
親族又は一般人申請	11 (5.4%)	9 (5.2%)	4 (6.0%)	3 (6.2%)	1 (4.2%)	1 (11.1%)
精神科病院管理者届出	1 (0.5%)	2 (1.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
措置要件						
自傷	50 (26.5%)	54 (32.9%)	16 (25.0%)	14 (29.8%)	12 (54.5%)	4 (44.4%)
自傷のみ	17 (9.7%)	9 (5.6%)	5 (7.8%)	5 (11.1%)	4 (18.2%)	2 (25.0%)
他害（対人）	136 (70.1%)	139 (82.2%)	54 (80.6%)	36 (78.3%)	18 (78.3%)	4 (50.0%)
他害（対物）	87 (46.0%)	118 (72.8%)	41 (67.2%)	21 (47.7%)	13 (59.1%)	4 (50.0%)

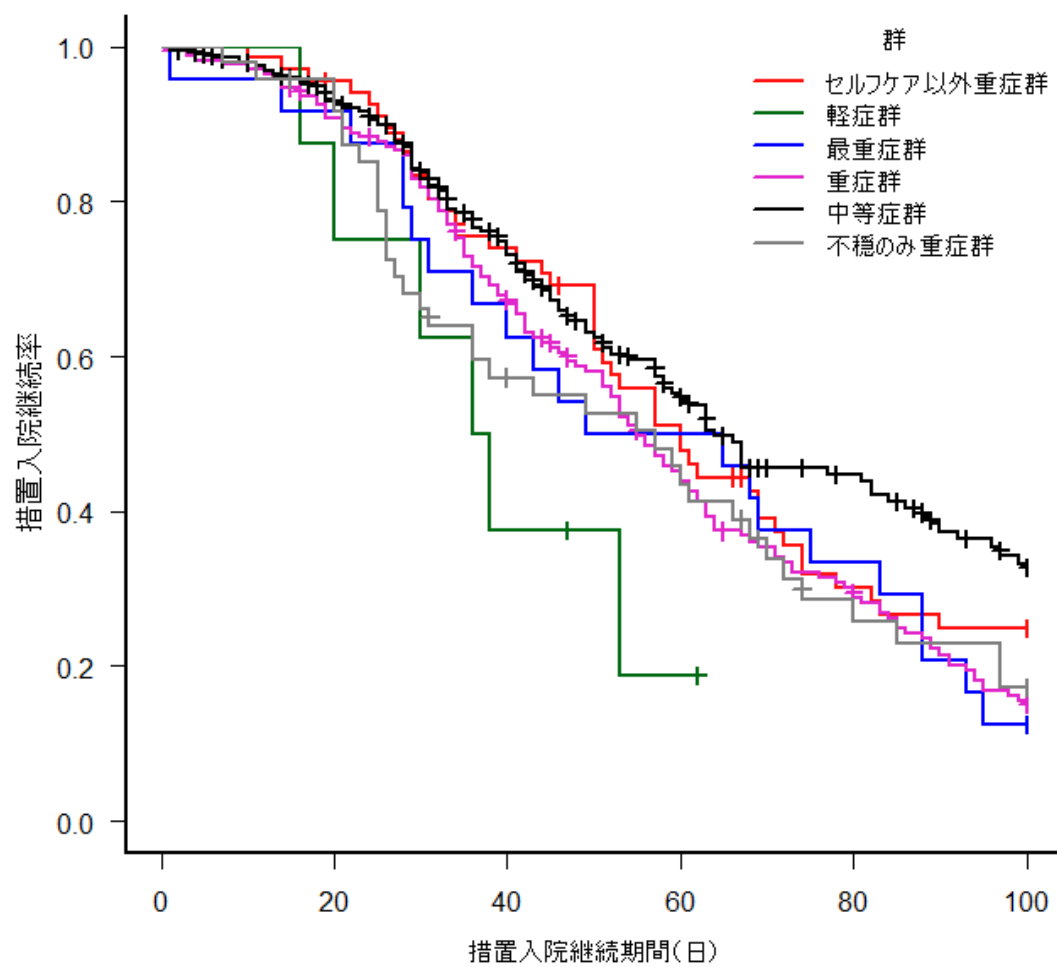
注：欠損値を除外して解析を行っているため、母数は必ずしも一致しない。

表6 各サブクラスの入院時の「重大な問題行動」の比較（その1）

	クラス 1 中等症群	クラス 2 重症群	クラス 3 セルフケア以外重症群	クラス 4 不穏のみ重症群	クラス 5 最重症群	クラス 6 軽症群
殺人 A	4 (2.0%)	3 (1.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
殺人 B	14 (6.9%)	13 (7.6%)	8 (11.9%)	6 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
放火 A	8 (3.9%)	4 (2.3%)	1 (1.5%)	1 (2.1%)	1 (4.2%)	1 (%)
放火 B	12 (5.9%)	9 (5.2%)	6 (9.0%)	2 (4.2%)	1 (4.2%)	0 (0.0%)
強盗 A	3 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
強盗 B	9 (4.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
強制性交等 A	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
強制性交等 B	4 (2.0%)	0 (0.0%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
強制わいせつ A	5 (2.5%)	5 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
強制わいせつ B	9 (4.4%)	5 (2.9%)	1 (1.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
傷害 A	51 (25.1%)	57 (33.1%)	28 (41.8%)	18 (37.5%)	8 (33.3%)	2 (22.2%)
傷害 B	114 (56.2%)	90 (52.3%)	44 (65.7%)	27 (56.2%)	12 (50.0%)	4 (44.4%)
暴行 A	114 (56.2%)	103 (59.9%)	39 (58.2%)	34 (70.8%)	15 (62.5%)	2 (22.2%)
暴行 B	149 (73.4%)	119 (69.2%)	52 (77.6%)	37 (77.1%)	18 (75%)	3 (33.3%)
恐喝 A	16 (7.9%)	8 (4.7%)	9 (13.4%)	2 (4.2%)	3 (12.5%)	0 (0.0%)
恐喝 B	25 (12.3%)	12 (7.0%)	12 (17.9%)	3 (6.2%)	2 (8.3%)	0 (0.0%)
脅迫 A	58 (28.6%)	38 (22.1%)	12 (17.9%)	11 (22.9%)	5 (20.8%)	2 (22.2%)
脅迫 B	70 (34.5%)	41 (23.8%)	16 (23.9%)	13 (27.1%)	4 (16.7%)	2 (22.2%)

表 7 各サブクラスの入院時の「重大な問題行動」の比較（その 1）

	クラス 1 中等症群	クラス 2 重症群	クラス 3 セルフケア以外重症群	クラス 4 不穏のみ重症群	クラス 5 最重症群	クラス 6 軽症群
窃盗 A	20 (9.9%)	8 (4.7%)	3 (4.5%)	3 (6.2%)	2 (8.3%)	0 (0.0%)
窃盗 B	23 (11.3%)	11 (6.4%)	2 (3.0%)	2 (4.2%)	2 (8.3%)	0 (0.0%)
器物損壊 A	96 (47.3%)	67 (39.0%)	32 (47.8%)	16 (33.3%)	7 (29.2%)	1 (11.1%)
器物損壊 B	121 (59.6%)	79 (45.9%)	35 (52.2%)	19 (39.6%)	8 (33.3%)	1 (11.1%)
弄火又は失火 A	8 (3.9%)	5 (2.9%)	2 (3.0%)	0 (0.0%)	2 (8.3%)	0 (0.0%)
弄火又は失火 B	18 (8.9%)	9 (5.2%)	4 (6.0%)	0 (0.0%)	2 (8.3%)	0 (0.0%)
家宅侵入 A	36 (17.7%)	18 (10.5%)	7 (10.4%)	6 (12.5%)	2 (8.3%)	0 (0.0%)
家宅侵入 B*	53 (26.1%)	23 (13.4%)	12 (17.9%)	8 (16.7%)	2 (8.3%)	1 (11.1%)
詐欺等の経済的問題行動 A	3 (1.5%)	3 (1.7%)	3 (4.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
詐欺等の経済的問題行動 B	3 (1.5%)	4 (2.3%)	3 (4.5%)	0 (0.0%)	1 (4.2%)	0 (0.0%)
自殺企図 A	41 (20.2%)	32 (18.6%)	10 (14.9%)	12 (25%)	10 (41.7%)	5 (55.6%)
自殺企図 B	54 (26.6%)	43 (25.0%)	17 (25.4%)	12 (25.0%)	10 (41.7%)	5 (55.6%)
自傷 A	49 (24.1%)	40 (23.3%)	13 (19.4%)	12 (25.0%)	6 (25.0%)	1 (11.1%)
自傷 B	66 (32.5%)	45 (26.2%)	20 (29.9%)	15 (31.2%)	8 (33.3%)	2 (22.2%)



$p=0.0132$ (Log-rank 検定)
 中等症群 < 重症群 ($p=0.041$, Bonferroni 検定)

図4 各サブクラスの措置入院継続期間

表 8 各潜在クラスが措置入院継続期間に及ぼす影響 (Cox 回帰分析)

因子	ハザード比 (95%CI)	p 値
男性	0.8648 (0.6936～1.078)	0.196900
サブクラス		
クラス 1 (中等症群)	1 (reference)	
クラス 2 (重症群)	1.459 (1.125～1.893)	0.004385
クラス 3 (セルフケア以外重症群)	1.129 (0.7910～1.611)	0.504200
クラス 4 (不穏のみ重症群)	1.463 (0.9904～2.161)	0.055910
クラス 5 (最重症群)	1.568 (0.9752～2.520)	0.063420
クラス 6 (軽症群)	2.767 (1.193～6.416)	0.017720
年齢		
～24 歳	1.610 (1.090～2.378)	0.016820
25～34 歳	0.9851 (0.7016～1.383)	0.930700
35～44 歳	0.8277 (0.6115～1.120)	0.220800
45～54 歳	1 (reference)	
55～64 歳	0.8012 (0.5555～1.155)	0.235300
65 歳～	0.6130 (0.4039～0.9304)	0.021510

表9 各潜在クラスが措置入院継続期間に及ぼす影響 (Cox 回帰分析) : 感度分析①

因子	ハザード比 (95%CI)	p 値
男性	0.8221 (0.6504～1.039)	0.101200
サブクラス		
クラス 1 (中等症群)	1 (reference)	
クラス 2 (重症群)	1.547 (1.180～2.028)	0.001607
クラス 3 (セルフケア以外重症群)	1.119 (0.7361～1.702)	0.597900
クラス 4 (不穏のみ重症群)	1.731 (1.148～2.609)	0.008783
クラス 5 (最重症群)	1.776 (1.040～3.032)	0.035360
クラス 6 (軽症群)	3.649 (1.572～8.471)	0.002587
年齢		
～24 歳	1.648 (1.081～2.512)	0.020130
25～34 歳	0.9640 (0.6740～1.379)	0.840700
35～44 歳	0.9270 (0.6758～1.272)	0.638500
45～54 歳	1 (reference)	
55～64 歳	0.7629 (0.5178～1.124)	0.171000
65 歳～	0.6374 (0.4062～1.000)	0.050090

*: ここでは帰属確率が 75%以上であった 451 人に限定した解析を行った。

表 10 各潜在クラスが措置入院継続期間に及ぼす影響 (Cox 回帰分析) : 感度分析②

因子	ハザード比 (95%CI)	p 値
男性	0.8789 (0.6989～1.105)	0.269600
サブクラス		
クラス 1 (中等症群)	1 (reference)	
クラス 2 (重症群)	1.533 (1.160～1.998)	0.001572
クラス 3 (セルフケア以外重症群)	1.088 (0.7360～1.610)	0.671300
クラス 4 (不穏のみ重症群)	1.489 (0.9978～2.221)	0.051280
クラス 5 (最重症群)	1.573 (0.9568～2.585)	0.074150
クラス 6 (軽症群)	2.997 (1.289～6.969)	0.002587
年齢		
～24 歳	1.727 (1.152～2.589)	0.008217
25～34 歳	0.9587 (0.6779～1.356)	0.811200
35～44 歳	0.8191 (0.6011～1.116)	0.206200
45～54 歳	1 (reference)	
55～64 歳	0.7538 (0.5158～1.102)	0.144400
65 歳～	0.6410 (0.4174～0.9843)	0.042130

*: ここでは帰属確率が 75%以上であり, かつ ICD-10 精神科主診断が F2 (精神病性障害) であった 279 人に限定した解析を行った。

表 11 PSP 総得点が措置入院継続期間に及ぼす影響 (Cox 回帰分析) : 予備的分析

因子	ハザード比 (95%CI)	p 値
男性	0.8504 (0.6826～1.059)	0.148400
PSP 総得点		
1～10 点	0.8858 (0.5567～1.409)	0.608800
11～20 点	1.507 (1.115～2.037)	0.007695
21～30 点	1.292 (0.9510～1.756)	0.101300
31～40 点	1 (reference)	
41～50 点	0.9023 (0.4095～1.988)	0.798700
51 点～	1.322 (0.6522～2.681)	0.438500
年齢		
～24 歳	1.583 (1.0740～2.334)	0.020180
25～34 歳	0.9849 (0.6999～1.386)	0.930400
35～44 歳	0.8455 (0.6244～1.145)	0.277900
45～54 歳	1 (reference)	
55～64 歳	0.8576 (0.5974～1.231)	0.404800
65 歳～	0.6343 (0.4165～0.966)	0.033910

措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究

その1 (3)

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究： 退院時のケア会議実施状況と退院後のサービス利用状況

研究分担者：瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者：朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター，慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科），岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター），牛島一成（沼津中央病院），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（東北大学 大学院医学系研究科 精神神経学分野），小口芳世（聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室），奥野栄太（国立病院機構・琉球病院），木崎英介（大泉病院），来住由樹（岡山県精神科医療センター），佐藤智絵（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科），椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門），島田達洋（栃木県立岡本台病院），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野 貢（石川県立高松病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター），富田真幸（大泉病院），中西清晃（国立精神・神経医療研究センター），中濱裕二（長崎県精神医療センター），中村 仁*（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），松尾寛子（長崎県精神医療センター），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（八幡厚生病院），横島孝至（沼津中央病院），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）

*執筆担当：中村 仁

要旨

【目的】ガイドラインが示される以前の措置入院となった精神障害者の退院時のケア会議の実施状況と退院後のサービスの利用状況について精査し、これまでの傾向について検討することを目的とした。

【方法】2016年6月1日から2020年9月18日まで、調査対象施設ごとに1年間ずつの調査期間を設定し、調査期間に措置入院した患者を対象とした。調査対象施設は宮城県立精神医療センター、栃木県立岡本台病院、石川県立高松病院、八幡厚生病院、肥前精神医療センター、長崎県精神医療センター、琉球病院、井之頭病院、沼津中央病院、大泉病院、岡山県精神医療センターとした。退院時のケア会議実施状況は、前6施設は退院後1年時、後5施設では退院時に確認した。また退院後1年時のサービス利用状況を調査した。

【結果】先行6施設における退院後1年時調査では、計385例が対象となり、後発5施設では、122例が研究の対象となった。全507例のうち、273例がケア会議を実施しており、前回報告書より1.7%微増していた。ケア会議への参加者は、保健所職員が一番多かった。また、1年後のサービス利用状況では保健師の訪問などの行政の直接サービスが継続されているケースが多いことも判明した。

【考察】ケア会議の重要性については、ある程度理解されており、半数で実施状況は 53.8%にとどまっている。また、本人が参加しないケア会議があることについても今後検討が必要である。サービス利用状況については、訪問看護や保健師訪問などの在宅サービス利用者が多い。しかし、精査が不十分であり今後も継続した検討が必要である。

A.研究の背景と目的

これまで措置入院者の退院後の支援については、入院先医療機関に委ねられていた。しかし 2018 年 3 月に発出された「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」(以下「ガイドライン」)により、措置入院者に対しても、以下の 5 つの骨子として退院後の支援体制が整備された。①地方公共団体が措置入院後に関与すること。②患者と地方公共団体の双方による意思の確認が行われ、同意すること。③患者を共通の評価項目でアセスメントを行うこと。④それを基に多職種・多機関連携によるアプローチを行うこと。⑤退院支援会議(ケア会議)を実施することが明記された。しかし、従前、措置入院ののちに退院した患者については、退院時点でケア会議が行われたか、また退院後にどの程度のサービスを受けているかといった状況は、明らかではなかった。

このため、本研究では、ガイドラインが示される以前に措置入院した患者の、退院時点でのケア会議の実施状況と退院後のサービスの利用状況について調査し、これまでの傾向について明らかにすることを目的とした。

B.方法

1. 対象

この研究では、2016 年 6 月 1 日から 2020 年 9 月 18 日まで、調査施設ごとに 1 年間ずつの調査機関を設定し、調査機関に措置入院した患者を対象とした。調査対象施設は、宮城県立精神医療センター、栃木県岡本台病院、石川県立高松病院、八幡厚生病院、肥前精神医療センター、長崎県精神医療センター、琉球病院、井之頭病院、沼津中央病院、大泉病院、岡山県精神科医療センターとした。退院

時のケア会議実施状況は、前 6 施設は、退院後 1 年、後 5 施設では、退院時に確認した。また、退院後 1 年時のサービス利用状況を調査した。

2. 調査内容

上記 11 機関に対し、医師記録や看護記録などカルテに記載してある事項に関して所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。調査状況については、図 1 に示した。

(1) 基本情報

①生年月日、②性別、③年齢、④措置入院日、⑤措置解除日、⑥退院日

(2) 退院 1 年後評価

①入院の有無・入院形態・入院回数
②他精神科病院での入院の有無・入院回数・措置入院の有無
③自病院での入院あるいは通院継続の有無・受診なしの理由
④生存確認
⑤ケア会議実施の有無・参加者
⑥サービス利用の有無・利用サービス内容

3. 調査の方法

11 機関に対し、毎月調査票を送付し、転記の上、返送を求めるものとした。

(倫理的配慮)

本研究を実施するにあたっては、研究グループの長である瀬戸秀文が研究開始当時所属していた長崎県精神医療センターの倫理委員会による承認(承認日:2016 年 4 月 15 日)を得るととともに、UMIN 試験 ID:000022500 として開始前に臨床試験登録を行った。

C.結果

1. ケア会議の実施状況

ケア会議の実施状況として先行 6 施設における退院後 1 年調査では、計 385 例が対象となり、後発 5 施設では、122 例が研究の対象となった。全 507 例のうち、ケア会議を実施したと回答した対象者は、273 例(53.8%)であった。これらは図 2 に示した。2019 年 11 月 30 日時点、本調査の全対象者の入院期間の中央値は 70 日(最小値:1 日、最大値 1007 日)であった。

2. ケア会議の参加者

退院時にケア会議を実施した 273 例の参加者について精査した。参加者については、複数回答とした。参加者のうち保健所の職員が 205 例に参加している。次に本人 227 例、家族が 177 例、行政職員 141 例、相談支援事業所 60 例、施設職員 35 例、警察 3 例、不明 4 名、その他 72 例となっている。その他の内訳として障害者自立支援センター職員、地域定着生活支援センター、地域包括支援センター、弁護士、退院後に通院する医師・精神保健福祉士、ACT 職員、児童相談所、教諭、教育委員会、職場の上司、社会福祉協議会、市町村社会福祉課、家庭裁判所調査官、訪問看護ステーションが上がっている。また、全 273 例のうち 227 例で患者本人が参加している結果となった。これらは、図 3 に示した。

3.退院後 1 年におけるサービスの利用状況

退院後 1 年におけるサービス利用状況として 449 例が回答した。受けていたと回答してあるものが 129 例 (28.7%)、受けていないが 47 例 (10.5%) であった。また、不明が 228 例 (50.8%)、未記入が 43 例 (9.6%)、その他 2 例 (0.4%) であった。これらについては、図 4 に示している。サービスを利用していた 129 例の内訳として保健師訪問などの行政の直接サービスが 64 例、訪問看護 69 例、相談支援事業所などの相談系サービス 25 例、就労

継続支援事業所などの就労系サービス 20 例、グループホームなどの住居系サービス 20 例、デイケア 18 例、地域活動支援センターなどの日中系サービス 4 例、その他福祉サービス 5 例、その他 13 例となっている。その他の内訳として ACT、AA(自助グループ)、支援学校、社会福祉協議会による金銭管理、市役所、周辺住民へのフォロー、ヘルパー、配食サービス、入院中の利用している結果となった。サービス状況については、図 5 に示している。

D.考察

1. 本調査データについて

本調査は、2016 年に開始された調査であるが、退院時のケア会議の開催状況と退院後 1 年時の支援の状況においては、ガイドラインの施行の影響を少なからず受けている事例がある。しかし、整備途中である場合の支援方法の曖昧さや、ガイドラインを施行していても、事例によっては従来の支援を採用している場合もあり、ガイドライン施行の影響を受けた事例を、厳密に明らかにすることは困難であった。

一方で、本調査対象者は、少なくとも 2017 年までに入院がなされた事例であり、入院期間の中央値は 70 日(最小値:1 日、最大値 1007 日)であるため、大半の事例がガイドライン施行前、もしくは遅くても支援体制の整備中に退院をしていると考えられた。このため、本調査研究は、概ねガイドラインの施行前の状況を反映していると理解し得るであろう。

2. ケア会議の実施状況からみた措置入院者の特性

ケア会議の実施状況をみると実施したものが 273 例であり、53.8%と約半数で実施されていた。

参加者については、保健所(205 例:75%)や行政機関(141 例 52%)の参加が多い結果となった。家族の参加も 273 例のうち 177 例(65%)

と多く、患者本人が不在のケア会議が 46 例であったことが示された。警察の関与も 3 件とごく一部にとどまっていた。

杉山らは措置入院者の特徴(支援ニーズに関連する項目)として①定期的な服薬ができなかった。本人が外来受診しなかった。近隣でのトラブルがある。警察もしくは保健所の介入があるなどの治療の困難性。②日用品が準備できない。入院費の相談などがあるなどの経済的な問題。③帰る場所がない。家族が退院を望まないなどの家族・支援者状況の 3 つをあげている。本調査結果では、ケア会議参加者に行政機関が高率であること、本人不在のケア会議が行われ、家族の参加が多いことが明らかになり、行政の介入を必要とし、本人の支援の同意が得られにくい傾向にあり、家族が本人や家族自身の支援を希望するという、先行研究を追認する特性が見出されたと言えよう。したがってガイドラインの想定する支援が重要になる対象であることが示唆された結果となった。

3. サービス利用状況からみた措置入院者支援

退院 1 年後におけるサービス利用状況として 129 例(28.7%)が利用していたと回答しており、64 例(50%)が行政の直接的なサービスを利用していた。ここからは、措置入院者の退院後の地域サービス利用率は、重症精神障害者のサービス利用率よりも低く、ガイドラインの施行以前から支援者の半数が行政機関であることが明らかになった。行政機関の支援内容については、保健師の訪問が考えられる。杉山らは措置入院者の特性(支援ニーズに関連する項目)で治療の困難性の一つに近隣でのトラブルがあるとの調査結果が出ていることから近隣との付き合いなどの日常生活上の困りごとを、問題行動やトラブルという形で表現し、なおかつ治療同意が得られにくいために、警察もしくは行政機関が支援の中心的役割を果たさざるを得ない構図になっ

ていることが窺えた。

次に訪問看護や ACT、配食サービス、ヘルパーなど在宅サービスを利用している事例が多くなっていた。また、就労継続支援事業所のような就労系、デイケア、地域活動支援センターのような日中系のサービスの通所サービスを利用している事例は少ない状況であった。ここから措置入院者は、入院直後より主体的に支援者となることができず困りごとを抱える状況に陥りやすいように思われた。そして安定した地域生活が送れないために自傷他害行為の方法で援助希求を行い、結果的に孤立してしまうことが考えられ、退院の際、病院を含む地域との支援体制の構築が必要であると考ええる。しかし、病院から地域サービスの利用へ、行政から任意の支援への切り替えへの橋渡しが円滑に行われていない可能性が窺え、具体的な橋渡しの方策が示される必要があるのではないかと思われた。

4. 措置入院者消退届の帰住先と行政の直接サービス利用状況について

措置入院者消退届の帰住先と行政の直接サービス利用状況についても精査を行った。家族との同居や単身で行政からの直接サービスの利用状況に有意差はみられなかった。よって、家族と同居のために行政の直接サービスが行われていないとは言えず、同居の有無が行政の直接サービスに影響してないと考えられた。しかし、措置入院者消退届の帰住先の記入は、都道府県で指導内容が異なる。そのため、その他の群で行政からの直接サービスが多いこととなっている。ただ、措置解除後、即退院とならない事例は、行政からの直接サービスを多く受けている可能性も否定できない。また、消退届の帰住先については、あくまでも帰住先であり、家族との交流などについては、考慮されていないことも併せて考えておく必要がある。尚、2019 年度報告書において、なし群の総和だけで消退届の総数を超えていた。この点、明らかな誤りであり、この

点、訂正する。なお、この訂正に基づいて再計算・修正を行ったところ、結論に影響はなかった。

以上を踏まえると、地域で困りごとを抱えやすい措置入院者に対し、患者特性を理解すること（アセスメント）や支援者の共通認識を図ること（ケア会議の重要性）が改めて示唆された。今後は、措置入院者のサービス利用状況の構図について考察を深め、多職種・多機関でのいわゆるケースマネジメントが十分機能するような具体的方策を検討する必要がある。具体的には、患者本人と支援者双方の共同意思決定をもとに、どの職種やどの機関がコーディネータとなり、患者と家族、患者と支援者、家族と支援者、支援者と支援者の橋渡しを行うかを決めておくことであると考えられる。それにより、患者が安心と希望をもって地域生活を送れることに繋がると思われた。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

準備中

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

文献

- 1)厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知：「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」 pp9-14,2018

- 2)杉山直也,長谷川花,野田寿恵,他「精神科救急入院患者レジストリを用いた措置入院屋の臨床特徴の緊急解析」精神医学 59(8)pp779-788,2017

- 3)山口創生,古家美穂、吉田光爾他「重症精神障害者における退院後の地域サービスの利用とコスト：ネステッド・クロスセクショナル調査」精神障害とリハビリテーション 19(1)pp52-62,2015

調査状況 措置入院から退院まで

2020年9月18日現在

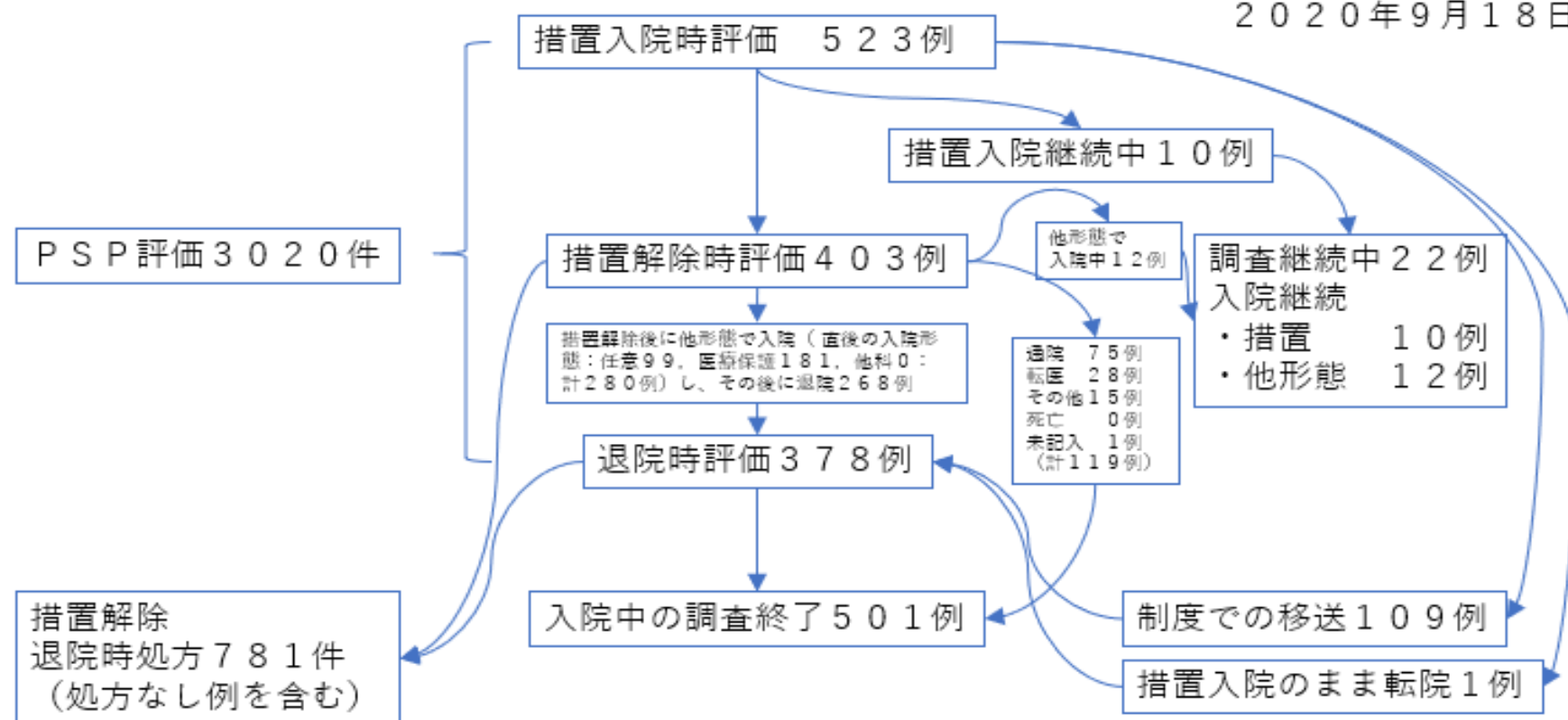


図1 調査状況

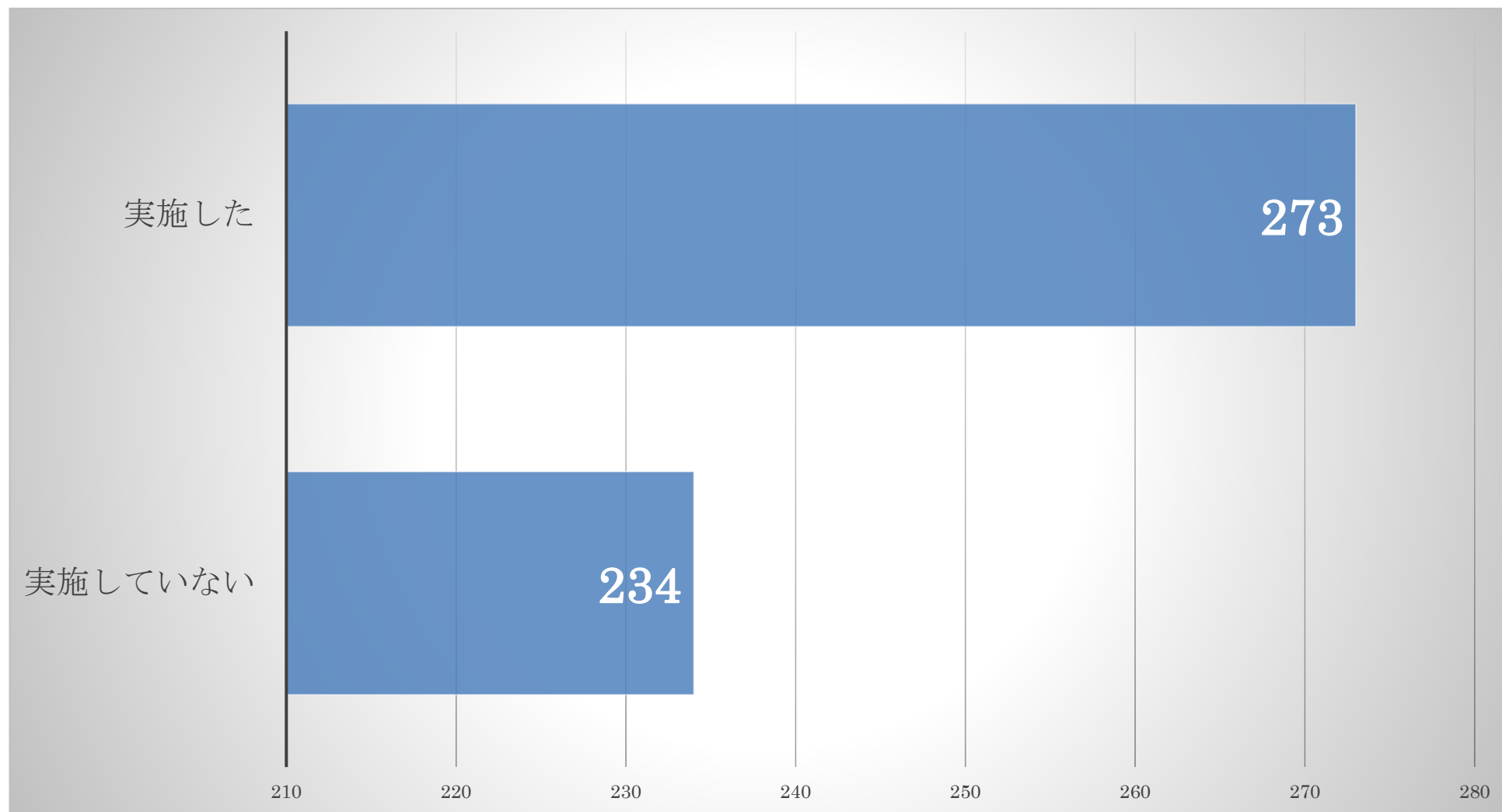


図 2 ケア会議の実施状況

ケア会議参加者

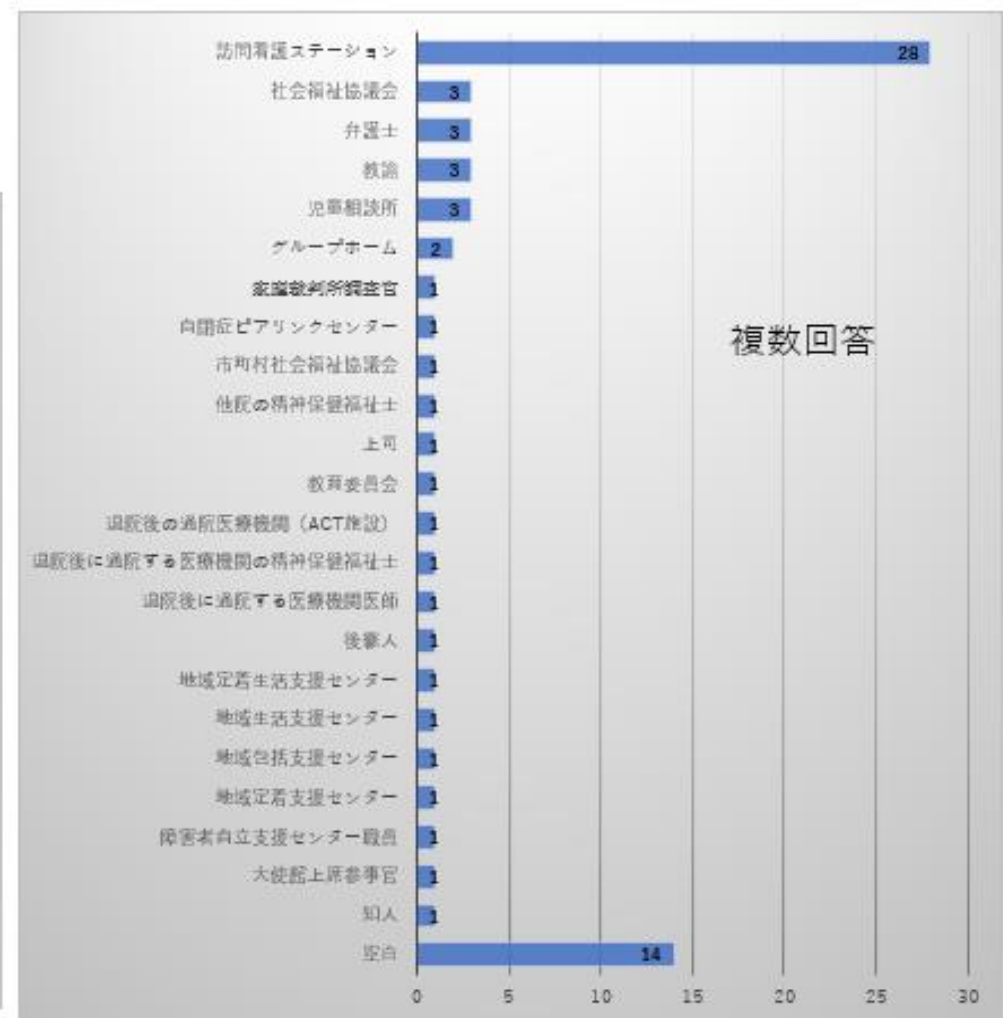
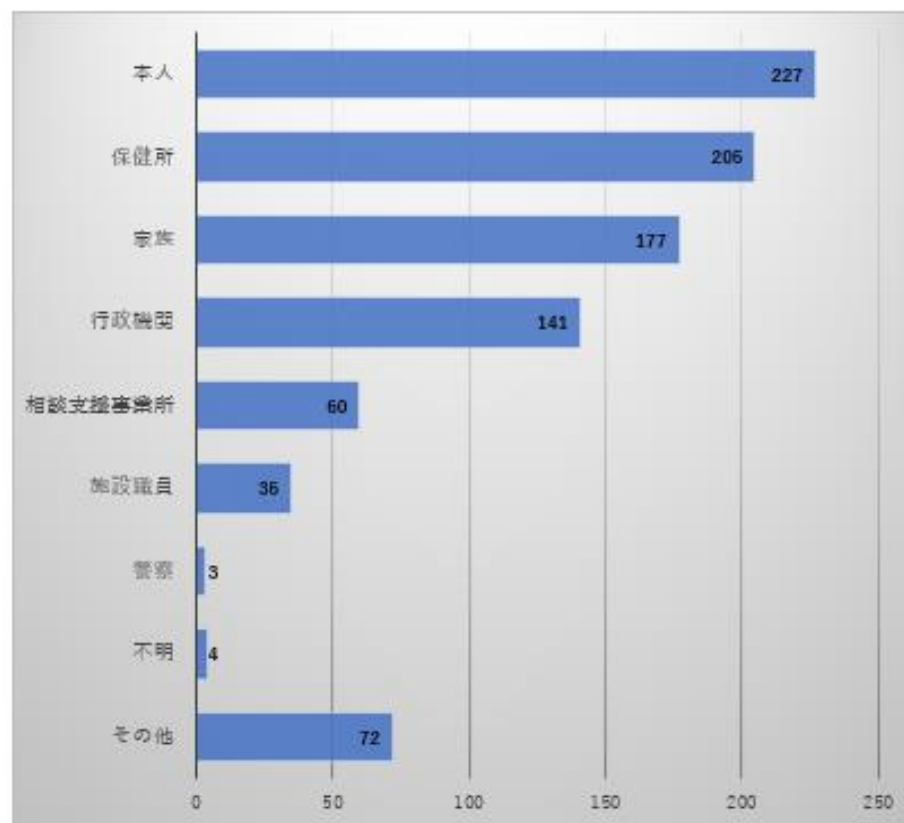


図 3 ケア会議参加者

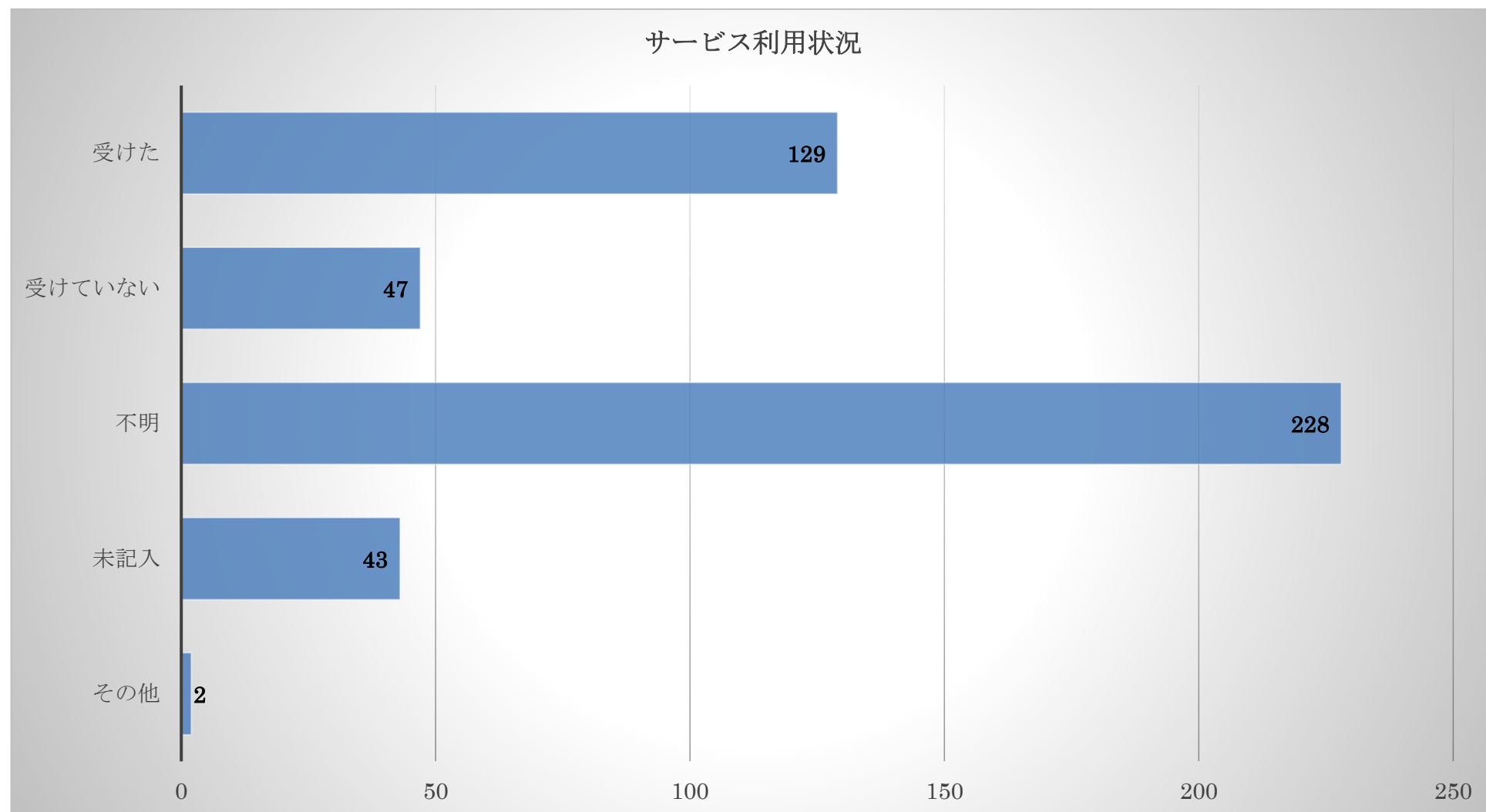


図 4 退院 1 年後のサービス利用状況

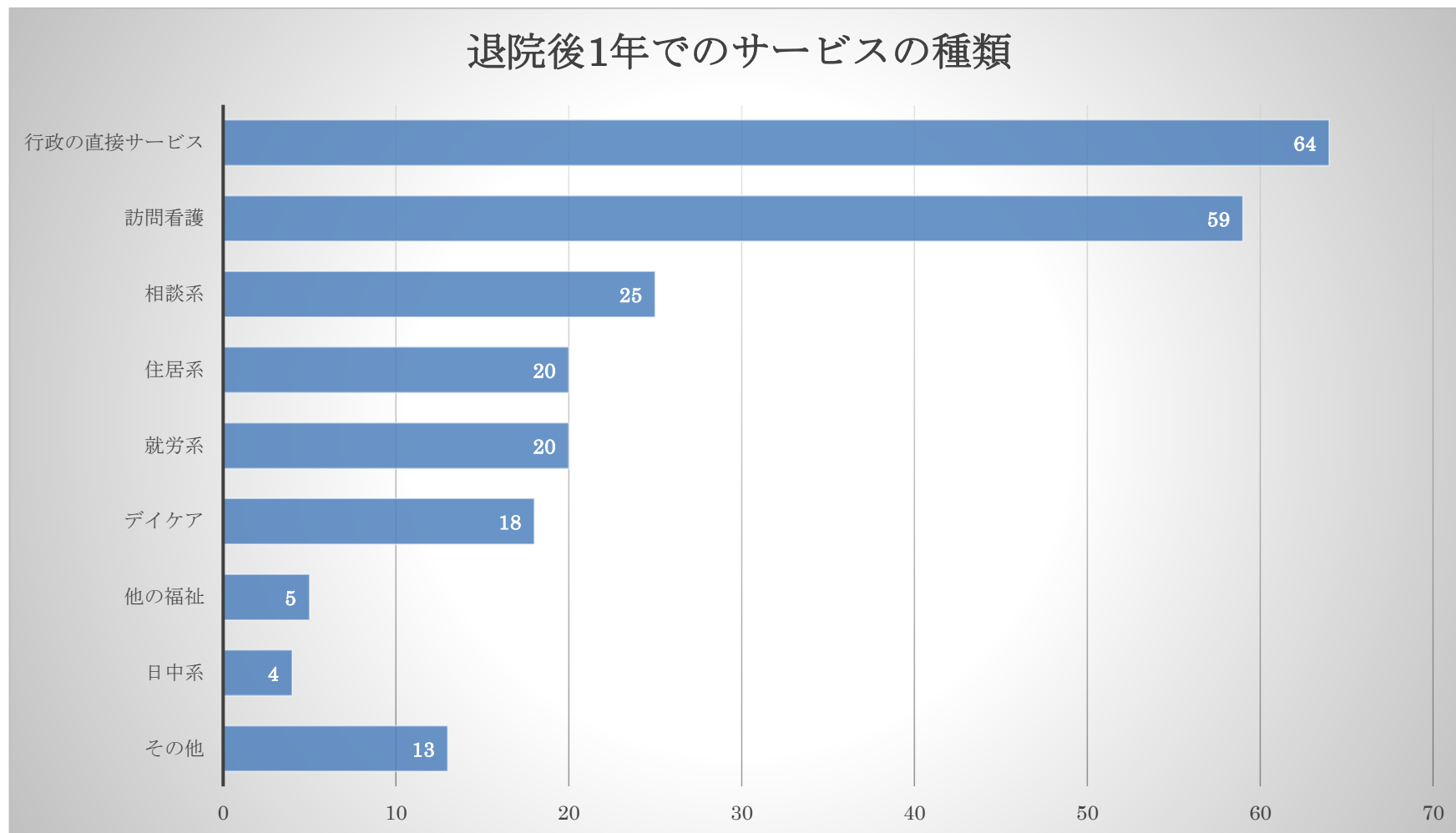


図 5 退院 1 年後でのサービス利用の種類

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その2 (1)

措置入院者における COVID-19 陽性/疑似例への対応の実態調査

研究分担者：瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター大宰府病院）

研究協力者：稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／同保健管理センター）、小口芳世*（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター）、椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、中西清晃（国立精神・神経医療研究センター）

(* 論文執筆者)

要旨

【目的】全国の措置入院（後方ならびに側方移送や緊急措置含む）患者を扱う医療施設を対象に、措置入院者における COVID-19 陽性/疑似例への対応の実態を把握する事を目的とした。

【方法】2020 年 7 月 30 日から 2020 年 9 月 14 日までを調査期間とし、COVID-19 の体制整備や受け入れ状況を把握するために、全国の精神科に関わる医療機関の医師に web アンケート調査を行い、248 機関の回答を得た（回収率 16.5%）。うち措置入院を受け入れている 202 機関を対象に医療スタッフや感染症対策の現状、措置入院中の COVID-19 陽性/疑似例への対応の準備実態、措置入院の COVID-19 陽性/疑似例発生ならびに対応の実態を調査した。

【結果】単科病院 159、総合病院精神科 43 という内訳となった。主に単科病院では内科医、放射線技師、臨床検査技師の不足に加えて、多くの医療機関において感染症専門看護師が配置されておらず、感染防止対策加算も算定されていない状況であった。医療機関所属自治体の受入手順の整備状況は単科・総合共に一定の準備はされているが、単科病院においては疑似例において一部脆弱な状況であった。マニュアルは単科病院において未整備が目立ち、入院中発生例への対応は 4 割強にとどまった。また陽性/疑似例への受入の未体験が対応不可に繋がる可能性が示唆された。2020 年 8 月調査時点で院内での COVID-19 発生例や受入例は少ない一方で、単科病院の COVID-19 措置入院例ではそのまま入院継続となる例がみられた。単科病院において他機関からの支援を少なからず受けていた。

【考察】単科病院においてはソフト面の充実と感染症専門看護師の加算ならびに感染防止対策加算の算定が喫緊の課題と考えられた。体制を充実させる事により、院内マニュアルが整備され、措置入院例 COVID-19 陽性/疑似例への受入がスムーズとなると考えられる。COVID-19 感染症拡大に歯止めがかからない中、総合病院のみならず、単科病院においても対応が求められ、軽症例であれば対応可能である事が示唆された。

【結論】本体制は、COVID-19 の問題に留まらず、身体合併症連携を考える際にも重要な事項となり、議論を重ねていく必要がある。

A.研究の背景と目的

2019 年に最初の症例が報告された新型コロナウイルス (COVID-19) 感染症は時間と共に急速に全世界に拡大し、2020 年 3 月には WHO によるパンデミック宣言がなされた。2021 年 4 月時点においても未だ収束は見通せず、予断を許さない状態が続いている。

精神科の臨床現場では精神障害者の COVID-19 陽性あるいは疑似例が散見されており、措置入院患者における事例も生じている。一部の自治体では COVID-19 陽性/疑似例への対応は比較的円滑との情報もあるが、全国的な均てん化には至っていない。

そこで今回、全国の措置入院（後方ならびに側方移送や緊急措置含む）患者を扱う医療施設を対象に、措置入院者における COVID-19 陽性/疑似例への対応の実態を把握する事を目的とした。

COVID-19 感染の再燃ならびにそれに準ずる事態が起きた場合の措置入院対策を整備する事は、精神医療を行う上で喫緊かつ重要な課題であり、本調査の結果はその体制づくりのための基礎資料となり得る。

B.方法

2020 年 7 月 30 日から 2020 年 9 月 14 日までを調査期間とし、措置入院者における COVID-19 の体制整備や受入状況を把握する目的で、全国の精神科に関わる医療機関の医師に Web アンケート調査 (Google フォーム) を行った。アンケートは研究班の班員で慎重に議論を重ねて、厚生労働省からの意見や要望も取り入れながら、パイロットスタディを行い、feasibility を検証しながら作成した。調査対象機関は 1506 機関で、日本精神科病院協会 1195 機関、自治体病院協議会 139 機関、国立病院機構 30 機関、公立病院精神科協会 13 機関、大学病院 90 機関、精神科を一般に開放している職域病院 5 機関、精神科救急入院料を算定する機関 168 機関という内訳で重複を除いた。宛先不明の 3 機関を除いた 1503

機関のうち、248 機関の回答を得た（回収率 16.5%）。

設問を 3 つのパートに分けた。1 つ目は調査対象医療施設の医療スタッフ（内科医師、放射線技師、臨床検査技師）の勤務状況と感染症対策の現状（感染症専門看護師の勤務の有無、感染防止対策加算の算定状況、感染症研修会への参加状況）とした。2 つ目は措置入院中の COVID-19 陽性/疑似例への対応の準備実態とした。具体的には、医療機関所属自治体における陽性/疑似例が発生した場合の受入手順の整備状況、入院中陽性/疑似例発生例への対応準備状況、入院中陽性/疑似例発生例への対応可能性、陽性/疑似例非発生・非受入機関における他機関からの受入要請への対応を調査した。3 つ目は措置入院の COVID-19 陽性/疑似例発生ならびに対応の実態である。内容は、COVID-19 の発生状況、COVID-19 の受入後の対応、COVID-19 の対応マニュアルの有用度、疑似例における他機関からの支援状況を調査した。

本調査を行うにあたり、回答者へ研究概要（研究課題名、研究機関名ならびに研究責任者名の明記、研究期間、研究目的、研究方法）、研究協力の任意性と撤回の自由、個人情報の保護（回答者に所属施設や属性を求めず、患者情報も収集しない事、情報の漏洩防止に配慮する）研究結果の公表や開示の可能性、研究対象者にもたらされる利益（不利益はなし）、研究終了後の資料等の取扱い（データの厳重管理とアンケートに使用する Google フォームを 2021 年 3 月 31 日をもって消去する事）、費用負担と謝金（いずれもなし）、その他（倫理申請、研究資金の出所、連絡先の開示）について Web 上で説明文書として公開し、同意を頂いた対象者にアンケート調査を行った。回答者は主に精神科医且つ医療機関の長や診療部長相当の職に準ずる方を想定した。

回答に際しては、択一選択肢ならびに複数回答可能な選択肢を付した質問を用意した。原則、すべての設問に回答頂く事を目標とし

たが、空白は無回答として、データを粗集計した。

なお、今回の調査は、「他科との協働を要する精神科治療例および措置入院 COVID-19 陽性/疑似例への対応実態調査」として、措置入院・措置入院以外の身体合併症例や措置入院以外の COVID-19 例に対しても併せて調査を行っている。

(倫理的配慮)

聖マリアンナ医科大学病院、福岡県立精神医療センター大宰府病院において付議不要の判断を受けた。

C. 結果

本アンケートの回答者、即ち、措置入院を受け入れている所属機関の内訳は単科精神病院（以下単科）が 159 機関、総合病院精神科（以下総合）が 43 機関となった。なお、単科と総合を分けた基準を示す。設問 17 における「貴施設は総合病院である」を選択した施設が 43 で、それ以外を 159 とした。

1. 調査対象医療施設の医療スタッフの勤務状況（表 1～表 4）

内科医が常勤（精神科医師が内科的な問題について対処している場合は内科医師とみなす）しているか否かについて、単科では常勤 80 機関（50.3%）、非常勤 57 機関（35.8%）、不在 21 機関（13.2%）、無回答 1 機関（0.6%）であった。総合では常勤 42 機関（97.7%）、無回答 1 機関（2.3%）であった。

次に放射線技師について、単科では常勤・非常勤を問わず、「勤務している」と回答したのは 127 機関（79.9%）、「勤務していない」は 28 機関（17.6%）、「わからない」は 1 機関（0.6%）、無回答 3 機関（1.9%）、総合では常勤・非常勤を問わず、「勤務している」と回答したのは 41 機関（95.3%）、「わからない」は 1 機関（2.3%）、無回答 1 機関（2.3%）となった。

臨床検査技師においても同様に、単科では常

勤・非常勤を問わず、「勤務している」と回答したのは 129 機関（81.1%）、「勤務していない」は 30 機関（18.9%）、総合では 100%の機関が「勤務している」と回答した。

2. 感染症対策の現状（表 5～7）

感染症専門看護師の勤務状況は、単科では常勤・非常勤を問わず、「勤務している」と回答したのは 22 機関（13.8%）、「勤務していない」は 132 機関（83.0%）、「わからない」は 2 機関（1.3%）で無回答が 3 機関（1.9%）、総合では常勤・非常勤を問わず、「勤務している」と回答したのは 38 機関（88.4%）、「勤務していない」は 3 機関（7.0%）、「わからない」は 1 機関（2.3%）で無回答は 1 機関（2.3%）であった。

平時の対象施設において院内感染対策に係る研修会（e ラーニング等を含む）への職員の参加状況については、「事務職員を含むすべての常勤職員に研修会の参加を義務付けている」と回答したのは単科 118 機関（74.2%）、総合 37 機関（86.0%）、「診療に従事している職員には研修会の参加を義務付けている」は単科 24 機関（15.1%）、総合 5 機関（11.6%）、「研修会の参加を任意としている」は単科 17 機関（10.7%）、総合 1 機関（2.3%）という結果であった。

感染防止対策加算の算定状況は、単科では「算定している」が 57 機関（35.8%）、「算定していない」が 86 機関（54.1%）、「わからない」の回答が 16 機関（10.1%）、総合では「算定している」が 33 機関（76.7%）、「わからない」の回答が 10 機関（23.3%）となった。

3. 措置入院中の COVID-19 陽性/疑似例への対応の準備実態

<医療機関所属自治体における陽性/疑似例が発生した場合の受入手順の整備状況（表 8～9）>

陽性例において、「都道府県（自治体）調整本部で受入体制構築」と回答した機関は単科

58 機関 (36.5%)、総合 22 機関 (51.2%)、「平時の身体合併症システム（平時の身体合併症を伴う措置入院患者への受入体制システム）を利用」は単科 3 機関 (1.9%)、総合 1 機関 (2.3%)、「整備中（準備段階を含む）」は単科 28 機関 (17.6%)、総合 7 機関 (16.3%)、「ない」は単科 43 機関 (27.0%)、総合 8 機関 (18.6%)、「わからない」は単科 23 機関 (14.5%)、総合 5 機関 (11.6%)、「無回答」は単科 4 機関 (2.5%)、総合はなかった。

疑似例において、「都道府県（自治体）調整本部で受入体制構築」と回答した機関は単科 38 機関 (23.9%)、総合 13 機関 (30.2%)、「平時の身体合併症システムを利用」は単科 10 機関 (6.3%)、総合 10 機関 (23.3%)、「整備中は単科 31 機関 (19.5%)、総合 7 機関 (16.3%)、「ない」は単科 43 機関 (27.0%)、総合 10 機関 (23.3%)、「わからない」は単科 30 機関 (18.9%)、総合 7 機関 (16.3%)、「無回答」は単科 5 機関 (3.1%)、総合はなかった。

<入院中陽性/疑似例発生例への対応準備状況（表 10～11）>

本設問では、措置入院中に COVID-19 陽性/疑似例が発生した場合、参照する施設内のマニュアル類があるのかを問う。なお、マニュアル類にはマニュアルやフロー図、申し合わせ等を含むものとした。

陽性例では、「COVID-19 感染のための院内マニュアル」と回答した機関は単科 65 機関 (40.9%)、総合 26 機関 (60.5%)、「既存の院内感染マニュアル」は単科 14 機関 (8.8%)、総合はなし、「作成中（準備段階を含む）」は単科 35 機関 (22.0%)、総合 4 機関 (9.3%)、「ない」は単科 42 機関 (26.4%)、総合 12 機関 (27.9%)、「わからない」は単科 1 機関 (0.6%)、総合 1 機関 (2.3%)、「無回答」は単科 2 機関 (1.3%)、総合はなしであった。

疑似例では、「COVID-19 感染のための院内マニュアル」と回答した機関は単科 64 機関 (40.3%)、総合 37 機関 (58.1%)、「既存の院

内感染マニュアル」は単科 20 機関 (12.6%)、総合はなし、「作成中（準備段階を含む）」は単科 31 機関 (19.5%)、総合 4 機関 (9.3%)、「ない」は単科 40 機関 (25.2%)、総合 12 機関 (27.9%)、「わからない」は単科 2 機関 (1.3%)、総合 1 機関 (2.3%)、「無回答」は単科 2 機関 (1.3%)、総合 1 機関 (2.3%) であった。

<入院中陽性/疑似例発生例への対応可能性（表 12～13）>

本設問では、措置入院中に COVID-19 陽性/疑似例が発生した場合、対象の施設での対応がどの選択肢に近いのかを問う。

陽性例では、「すべて対応可」と回答した機関は単科 3 機関 (1.9%)、総合 21 機関 (48.8%)、「何らかの対応可（無症状、症状が軽微、人工呼吸不要例）」は単科 68 機関 (42.8%)、総合 7 機関 (16.3%)、「対応不可（転院を要するを含む）」は単科 84 機関 (52.8%)、総合 13 機関 (30.2%)、「わからない」は単科 3 機関 (1.9%)、総合 2 機関 (4.7%)、「無回答」は単科 1 機関 (0.6%)、総合はなしであった。

疑似例では、「すべて対応可」と回答した機関は単科 3 機関 (1.9%)、総合 22 機関 (51.2%)、「何らかの対応可（無症状、症状が軽微、人工呼吸不要例）」は単科 92 機関 (57.9%)、総合 8 機関 (18.6%)、「対応不可」は単科 53 機関 (33.3%)、総合 11 機関 (25.6%)、「わからない」は単科 9 機関 (5.7%)、総合 2 機関 (4.7%)、「無回答」は単科 2 機関 (1.3%)、総合はなしであった。

<陽性/疑似例非発生・非受入機関における他機関からの受入要請への対応（表 14）>

本設問では措置入院中の患者に陽性/疑似例が発生していない且つ他院からも受け入れていない医療機関（単科 146 機関、総合 38 機関）において、今後、他院から受入要請があった時に受け入れる準備はできているか否かを問う。

単科において、「できている」と回答したの

は 16 機関 (11.0%)、「できていない」は 130 機関 (89.0%) であった。一方で総合では「できている」と回答したのは 13 機関 (34.2%)、「できていない」は 25 機関 (65.8%) であった。

4. 措置入院中の COVID-19 陽性/疑似例発生ならびに対応の実態

<COVID-19 の発生状況 (表 15) >

本設問は、これまでに措置入院中の患者において、COVID-19 陽性例あるいは疑似例が発生したかを陽性例と疑似例を分けずに、あてはまる選択肢を選ぶという回答方法である。

「発生した」について、単科では 8 機関 (5.0%)、総合では 3 機関 (7.0%)、「発生していないが他院から受け入れた」は、単科で 3 機関 (1.9%)、総合で 2 機関 (4.7%)、「発生していないし他院からも受け入れていない」は、単科で 146 機関 (91.8%)、総合で 38 機関 (88.4%)、無回答は単科で 2 機関 (1.3%)、総合ではみられなかった。

<COVID-19 の受入れ後の対応 (表 16) >

本設問では、措置入院中の患者に COVID-19 陽性/疑似例が「発生した」あるいは「発生していないが他院から受け入れた」と回答した医療機関が受入後、陽性/疑似例についてどのような対応をされたかを陽性例、疑似例分けて問う。

結果は図 5 に示した。

<COVID-19 の対応マニュアルの有用度 (表 17) >

本設問では、「COVID-19 の受入れ後の対応」に回答頂いた医療機関を対象に、COVID-19 陽性/疑似例について、対象施設のマニュアル類が役に立ったかを陽性例、疑似例分けて問う。

「役立った」と回答した機関は単科で 4 (36.4%)、総合で 4 (80.0%)、「どちらかと言えば役立った」が単科で 4 (36.4%)、総合で

1 (20.0%)、「現時点でマニュアルなし」が単科で 3 (27.3%)、総合はなしであった。その他の選択肢「どちらとも言えない」「どちらかと言えば役立たなかった」「役立たなかった」「わからない」「その他」の回答はいずれも選択されなかった。

<COVID-19 疑似例における他機関からの支援状況 (表 18) >

本設問では、COVID-19 疑似例発生時に他医療機関からの支援を受けたかを問う。

「(十分な支援/支援を) 受けた」と回答したのは、単科 8 機関 (72.7%)、総合 1 機関 (20.0%)、「どちらともいえない」は、単科はなしで総合 2 機関 (40.0%)、「支援を受けられなかった」は単科 1 機関 (9.1%) で総合はなし、「支援は必要なかった」は単科 2 機関 (18.2%)、総合 2 機関 (40.0%)、「わからない」の回答はいずれも選択されなかった。

D. 考察

本調査は、わが国で COVID-19 が発生してから、半年程度時点の調査報告である。このため、現時点の現状や課題とは異なる状況があることに留意する必要がある。

本調査を行うにあたり、全国の単科・総合病院精神科医療施設からの Web アンケート回収率は 16.5%であり、その中で措置入院を受け入れている 202 機関から回答を得た。対象機関の選定にあたり、措置入院をアクティブに受け入れている医療機関を当初対象としたかったが、実際、同定不可能である事や医療機関の個人情報伏せて回収しているため、方法に記載したような流れで対象施設に周知した上で、措置入院患者を受け入れている施設から回収するのが限界であった。したがって、低い回収率ではあるものの、サンプル推計の精度を高める取り組みとして妥当と考えている。また、措置入院を受け入れている機関は 202 であったが、救急入院料を算定している医療機関 157 機関には配布しており、そ

れ以外にも良心的な医療機関に回答頂いた可能性が示唆される。

1. 調査対象医療施設の医療スタッフの勤務状況

内科医師の常勤数は単科 50.3%と総合 97.7%で大きな隔たりが生じていた。厚生労働省の資料¹⁾によると、平成 29 年 10 月 1 日時点での単科における医師常勤率は 73.2%、対して総合においては 79.4%となっている。単科における常勤医師は殆どが精神科医である事が考えられるため、必然的に内科医師の常勤率は低いものになる。診療放射線技師について、同様の資料¹⁾では単科で 563.6 人、総合で 44191.8 人であり、実に 80 倍弱の隔たりがあるが、単科も 8 割弱、放射線科技師が勤務している。臨床検査技師では、単科で 953.5 人、総合では 54006.7 人であるが、単科において 8 割弱、勤務している。しかしながら、パラメディカルの勤務は常勤と非常勤が混在しており、内科医師常勤数も少ないことから、単科において COVID-19 含む身体合併症へのソフト面は依然、脆弱と考えられる。

2. 感染症対策の現状

感染症看護専門看護師の勤務状況を見ると、総合 88.4%に対して、単科では 13.8%にとどまった。精神科において、感染症対策のソフト面の脆弱性が明示された。

医療機関において、院内感染対策は必須であり、診療報酬の観点からも研修会への参加は、ソフト面では脆弱であっても必要であると考え。現在の COVID-19 感染拡大の現状では尚更と言える。各医療機関とも、基本的に研修会への参加を徹底している事は診療報酬の規定の効果として示されていると思われる。一方で感染防止対策加算は、特に単科において低い算定率となっている。単科は算定を要望しているものの、算定要件を満たす事が難しく、実際の算定につながっていないケースがあると推測される。また、単科では体

制の面から元々、算定を要望していない医療機関もあるものと思われる。

3. 措置入院中の COVID-19 陽性/疑似例への対応の準備実態

<医療機関所属自治体における陽性/疑似例が発生した場合の受入手順の整備状況>

自治体により COVID-19 受入手順がどのように整備されているかについて、各医療機関の認識を尋ねた設問である。陽性例と疑似例を比較すると、疑似例において「わからない」「整備中」という割合が増えている。本調査は 2020 年 8 月時点で行ったものであり、当時の検査体制の観点からも陽性例にも増して、疑似例という曖昧な例への対応が困難である事がうかがわれる。

<入院中陽性/疑似例発生例への対応準備状況>

対応マニュアルの整備状況として、陽性例・疑似例共に、調査時点では単科で 4 割、総合で 6 割程度となっている。特に単科では半数以上の医療機関で COVID-19 対策のための院内マニュアルがなく、その要因としては、先に述べたソフト面の脆弱性（いわゆる内科医、放射線技師や検査技師の不足）、感染症の不十分さ（専門看護師の不足、診療体制が構築できず感染防止対策加算も不算定）、モチベーションの問題等も加わり、マニュアルが調査時点でないという事に繋がっている可能性が示唆される。まずは単科において、感染症専門看護師の配置促進が急務ではないかと考えられる。

<入院中陽性/疑似例発生例への対応可能性>

陽性例において、単科ではレスピレーターを使用しなければ対応が可能である事が示されている。一方で、疑似例において、総合において 2.5 割対応不能という見解が示されている。感染症専門看護師の配置や内科医師常勤、感染対策マニュアルの整備等の要因が関係す

るものと推測される。

＜陽性/疑似例非発生・非受入機関における他機関からの受入要請への対応＞

上記のような条件の医療機関においては単科・総合双方において、1割-3割の受入対応ができない事が示唆された。

4. 措置入院中の COVID-19 陽性/疑似例発生ならびに対応の実態

＜COVID-19 の発生状況＞

2020 年 8 月時点の調査であるため、発生例や発生していないが他院から受け入れたケースは多い水準ではない事が示されている。

＜COVID-19 の受入後の対応＞

単科では他院転院がいる一方で、「措置入院のまま入院継続する」例も半数以上みられた。軽症例のため、単科において対応が可能であった事が推測される。総合では「措置入院のまま入院継続する」が全例であった。

＜COVID-19 の対応マニュアルの有用度＞

少数例での回答なので明確な事は言えない。実際にマニュアルを使用していないと有用度は分からないものと推測される。

＜COVID-19 疑似例における他機関からの支援状況＞

同様に少数例であるため、明確な事は言えないが、単科においては他機関からの支援は有り難いものと推測される。

今回の調査において、措置入院患者固有の課題と共に、精神科で COVID-19 を受け入れるためには様々な取り組むべき課題があると考えられた。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

- 1.論文発表
準備中
- 2.学会発表
演題申請中

G. 知的財産権の出願・登録状況

- 1.特許取得
なし
- 2.実用新案登録
なし
- 3.その他
なし

文献

- 1) 厚生労働省：平成 29 年（2017 年）医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/17/dl/09gaikyo29.pdf>（最終閲覧：2021 年 4 月 29 日 18:20）

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その2 (2)

他科との協働を要する精神科治療例および措置入院 COVID-19 陽性／疑似例への対応の実態調査 精神科医療機関における COVID-19 受け入れ体制構築の糸口

研究分担者：瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター大宰府病院）

研究協力者：朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／同保健管理センター），岩永英之（国立病院機構肥前精神医療センター），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（東北大学大学院医学系研究科），奥野栄太（国立病院機構琉球病院），小口芳世（聖マリアンナ医科大学病院），小池純子*（国立精神・神経医療研究センター），椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門），島田達洋（栃木県立岡本台病院），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），中西清晃（国立精神・神経医療研究センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），山田直哉（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター）

(* 論文執筆者)

要旨

【目的】措置入院者の COVID-19 の対応について、単科精神科病院と総合病院精神科の受け入れに関する意見をもとに現状を明らかにし、望ましい体制構築に向けた糸口を模索することを目的とした。

【方法】2020 年 7 月 30 日から 2020 年 9 月 14 日までを調査期間とし、COVID-19 の体制整備や受け入れ状況を把握するために、全国の精神科に関わる医療機関の医師に web アンケート調査を行い、248 機関の回答を得た（回収率 16.5%）。設問の 1 つである措置入院者の COVID-19 陽性/疑似例等への対応に関する意見について、67 機関（総合病院 13 機関、単科精神科病院 53 機関）の回答について KJ 法を用いて分析した。

【結果】はじめに単科精神科病院と総合病院精神科にわけて分析を行い、現状を示す概念図を作成した。単科精神科病院では 124 個のコードから最終的に〔現状と理想の距離からの決断〕〔行政間連携システムの未完備〕〔病院間連携システムの未完備〕〔療養環境整備課題の山積〕〔見越せない先行きへの不安〕〔現実的な解決策の考案〕の 6 個のカテゴリーが抽出された。総合病院精神科においては、23 個のコードから〔精神症状重症度の共有不足〕〔総合・単科の役割の明確化の必要性〕〔総合病院内役割の明確化の必要性〕〔総合病院間役割明確化のメリット〕〔自力で取り組む意識〕の 5 個のカテゴリーが抽出された。

【考察】単科精神科病院の、集団を基盤とした施設特性に影響する要因が、消極的な COVID の受け入れ姿勢につながることが示唆された。総合病院精神科においては、身体の重症と精神の軽症の混在が、受け入れの際の課題になると推察された。これに対し、行政のイニシアチブによって単科精神科病院と総合病院双方の役割を明確化し、行政が自治体全体の COVID 受

け入れ体制を整理することにより、体制を構築することが可能になると考えられた

【結論】本体制は、COVID-19 の問題に留まらず、身体合併症連携を考える際にも重要な事項となり、議論を重ねていく必要がある。

A.研究の背景と目的

2019 年に COVID-19 が世界的に猛威を振るい、わが国でも感染者数が激増し、緊急事態宣言が発令されたことは記憶に新しく、いまだ終息を見ることがない。厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（G-MIS）を用いて、医療提供体制の整備を行う状況が続いている。

そのような中で、精神障害者の COVID-19 陽性あるいは疑似例が散見されており、措置入院患者における事例の発生が確認された。COVID-19 陽性/疑似例への対応フローは整備されつつあるが均てん化には至っておらず、単科精神科病院や総合病院精神科における対応状況や、苦慮している事項などは明らかになっていない。

そこで本研究では、精神科医療機関における措置入院者の COVID-19 の対応に関する実態調査のうち、措置入院者の COVID-19 陽性/疑似例等への対応に関する意見をもとに、望ましい体制構築に向けた糸口を模索することを目的とした。

B.方法

措置入院者 2020 年 7 月 30 日から 2020 年 9 月 14 日までを調査期間とし、COVID-19 の体制整備や受け入れ状況を把握する目的で、全国の精神科に関わる医療機関の医師に web アンケート調査を行った。その 248 機関の回答を得た（回収率 16.5%）。設問の 1 つである措置入院者の COVID-19 陽性/疑似例等への対応に関する意見について、67 機関（総合病院 13 機関、単科精神科病院 53 機関）の自由記載回答について KJ 法を用いて分析した。

（倫理的配慮）

聖マリアンナ医科大学病院、福岡県立精神医療センター大宰府病院において付議不要の

判断を受けた。

C.結果

自由記載に書かれた文章を 1 文ごとにわけ、すべてのデータを、KJ 法によって分析した。下記、抽出されたカテゴリーは〔 〕、サブカテゴリーは< >で表記した。

1. 単科精神科病院における意見（表 1）

124 個のコードを 18 のサブカテゴリーに振り分けた。この 18 項目について、類似性を認めた項目を 3 段階に分けて分類した。最終的に〔現状と理想の距離からの決断〕〔行政間連携システムの未完備〕〔病院間連携システムの未完備〕〔療養環境整備課題の山積〕〔見越せない先行きへの不安〕〔現実的な解決策の考案〕の 6 個のカテゴリーが抽出された。

以下に、カテゴリーの説明を記載する。

〔現状と理想の距離からの決断〕

本カテゴリーは、< 消極的な受け入れ姿勢の黙示>< 他機関対応への期待>< COVID 受け入れの断念>< 相応の受け入れの開始>のサブカテゴリーから形成され、各機関の COVID-19 事例に対する受け入れ姿勢が示された。最もコード数の多いカテゴリーであった。

〔行政間連携システムの未完備〕

ここでは都道府県行政に対し< PCR 検査体制の不十分さ>と< 行政のマネジメント体制の不十分さ>という検査体制と受け入れ医療機関等の整備に関する 2 つの視点の不備が抽出された。

〔病院間連携システムの未完備〕

本カテゴリーは< 受け入れ対象選別の曖昧

さ><医療崩壊時の支援体制の未完備>で構成された。自機関や他機関での受け入れ対象が不明瞭であることや、自機関での医療崩壊が発生した時にいかなる手立てがあるのかわからない状況であることが表されていた。

〔療養環境整備課題の山積〕

本カテゴリーは、単科精神科病院において COVID-19 を受け入れるにあたっての課題を示す<感染リスクを高める施設特性><人員の不足><専門知識の不足><物品の不足>の4つのサブカテゴリーで構成された。多くの単科精神医療機関では、COVID-19 の集団感染を容易に引き起こしやすい、集団生活を基盤とした療養病床の構造となっていることは、診療報酬の算定入院料別病床数¹⁾からも明らかである。これに伴って、身体合併症の受け入れが困難になる人員体制や知識の準備不足などの要素が提示された。

〔見越せない先行きへの不安〕

本カテゴリーは、単科精神科病院固有の施設特性から派生して起こり得る事態への不安等が明らかになっている。サブカテゴリー数は<クラスター発生の懸念><COVID 事例発生の懸念><医療継続のリスク><経営破綻のリスク><受け入れ先がないことへの失望>の5つであった。

〔現実的な解決策の考案〕

<相応対象の受け入れへの諦念>は、COVID-19 の発生状況や他機関の受け入れ状況を考慮したときに、自機関で COVID-19 を受け入れることへの諦めに似た覚悟とも言える決意のコードをカテゴライズした。

2. 総合病院精神科における意見（表2）

23 個のコードを 11 のサブカテゴリーに分けた。先と同様に、類似性を認めた項目を3段階に分けて分類したところ、〔精神症状重症度の共有不足〕〔総合・単科の役割の明確化の必

要性〕〔総合病院内役割の明確化の必要性〕〔総合病院間役割明確化のメリット〕〔自力で取り組む意識〕の5つのカテゴリーが抽出された。

〔精神症状重症度の共有不足〕

<精神重症度の判定の困難性><感染予防と精神症状対応の両輪の困難性>の2つのサブカテゴリーから構成された。精神障害者の場合、身体科に入院をする患者と異なり、症状の重症度と入院の必要性はかならずしも一致しない。このため、入院中であった精神障害者の身体治療を引き受ける際に、精神障害の重症度をいかに理解すべきか、あるいはどの程度の治療的配慮を要するかの判断が困難であることが示された。また、精神障害によって自律的に COVID-19 の治療行動、予防行動がとれない場合に、身体治療と精神症状への対応の両者を同時に行うことの難しさもあった。

〔総合・単科の役割の明確化の必要性〕

本カテゴリーは、<精神病床における身体合併対応の限界><一般病床における精神症状対応の限界>の2つのサブカテゴリーが統合された。精神科病床では、呼吸器管理を要するほど重度の COVID-19 を受け入れることには困難があり、重症の COVID-19 を受け入れている医療機関では、精神障害があるがゆえに、自律的な感染予防行動ができないなどの状況への対応に苦慮していた。このため、重症度に合わせた役割分担が望まれていた。

〔総合病院内役割の明確化の必要性〕

ここでは、<過度な鎮静対応の必要性><精神科における対応力向上の必要性>の2つのサブカテゴリーで構成された。ここでは、総合病院の中での身体科と精神科の役割分担の曖昧さが示された。

〔総合病院間役割明確化のメリット〕

本カテゴリーは、<身の丈に合った対応の

必要性><身体・精神の2軸での対応策検討の必要性><自治体全体マネジメントに向けた情報共有の必要性>であった。このカテゴリーは、〔総合病院内役割の明確化の必要性〕と対比する形で、総合病院と総合病院の間の役割分担の必要性についての意見である。医療機関それぞれが、自機関に見合った重症度の患者を受け入れる必要とともに、どのような特性の患者を受け入れるかのマネジメントの重要性が抽出された。

〔自力で取り組む意識〕

ここでは<コロナ受け入れへの使命感><専門職スキル向上への意欲>の2つのサブカテゴリーで構成された。総合病院精神科では、そもそも一定の身体疾患を受け入れる体制自体は整っている。このため、医療を求めている患者を受け入れる意欲や万全な医療体制を講じるために、必要な準備を行う意気込みが表現されていた。

3. COVID-19 受け入れ実態の概念図(図1)

本研究で見出されたカテゴリーを、図1に図式化した。単科精神科病院には、精神科病院固有の集団での療養生活を前提とした施設構造や人的、物的資源の課題としての〔療養環境整備課題の山積〕がある。そのために〔見越せない先行きへの不安〕を招き、大半の機関でCOVID-19の受け入れに消極的姿勢を示した。また、自機関でどの程度の重症度のCOVID-19を引き受けるかが不明瞭であることや、医療崩壊など最悪の事態に対する支援体制が準備されていないことも、受け入れの消極さを強めたと思われる。他方、一部の単科精神科病院では〔現実的な解決策の考案〕のもとに、自機関での受け入れ相当の患者を引き受けていた。

総合病院精神科は、そもそも身体科の治療や、他科との連携体制が一定程度あることが前提となっている。このため〔自力で取り組む意識〕があり、そこから総合病院内、総合病

院間の役割分担を明確にし、公的機関を含めて連携体制の構築を必要としていた。そのうえで、調査時点では、精神症状の重症度評価の困難さや、身体症状の重症と精神障害への対応を両輪で求められることを課題として認識していた。

D.考察

本調査は、わが国でCOVID-19が発生してから、半年程度時点の調査報告である。このため、現時点の現状や課題とは異なる状況があることに留意する必要がある。一方で、精神科においてCOVID-19を受け入れるうえでの課題が明らかになったと言えよう。

1. 単科精神科病院における課題

周知のとおり、COVID-19の感染を防ぐためには、身体的な距離を保つことや定期的な換気、一時的な隔離処遇が求められる²⁾。しかし単科精神科病院固有の施設特性は、これに反して、多床室が基本であり、食堂で食事をし、浴室が1つであるなど、感染防止の妨げになる構造になっている。精神科の施設特性に関しては、田口³⁾の報告にも同様の記載があり、単科精神科病院全国区的に共通する課題でもあり、世界的な課題としても挙げられている⁴⁾⁷⁾。ハードそのものの問題があるとする、単科精神科病院におけるCOVID-19の受け入れは、慎重に判断を下す必要がある。

しかしCOVID-19の受け入れの対応の問題が、COVID-19であるからこそその特異な問題であるかと言えば、そうとも言えないように思われる。わが国の精神科病床に入院する患者の約4割は65歳以上であり、55歳以上を含めると約5割に及ぶ⁸⁾。また、精神科療養病棟、認知症病棟、15:1基本入院料の病床が、全体の8割ほどを占めている⁹⁾。このような現行精神科医療病床、および利用者特性を考慮すると、COVID-19に関わらず、いずれ感染症を含む身体合併症の対応を迫られることが予測される。COVID-19の受け入れ体制整

備を契機に、合併症医療体制全般の受け入れ体制のあり方の議論も深めていくことが望まれる。

2. 精神科に期待される役割

本結果からは、精神科の施設特性だけでなく、精神障害者側の特性が、精神障害を持つ COVID-19 の受け入れに対し、消極的態度を示す要因に影響することも見出された。

精神障害者で COVID-19 により精神科病院に入院した患者特性については、福田ら⁹⁾による東京都立松沢病院の報告がある。診断名は認知症、統合失調症、知的障害者で 77% を占めており、平均年齢は 60±22 歳、医療保護入院を含む強制入院者数は 60 名であった。すなわちこれらの者は、治療への意思を持ちにくく、患者自らが自律した予防・治療行動をとりにくい特性を持ち、医療者は感染拡大予防へのケアや、隔離拘束実施の検討を余儀なくされる特性を持つと思われる¹⁰⁾。このような特性を持ち合わせる COVID 事例に対しては、総合病院や感染症病棟の身体科の医療体制下であると、対応に時間を取られたり、厳密なゾーニングができなくなるなどの困難が生じ得る。したがって、COVID-19 の重症度を考慮しつつも、精神科に対応の役割が期待されると考えられた。

3. 行政のイニシアチブの重要性

本結果の概念図からは、自治体との協働体制があると、各医療機関が受け入れの意思を持ちやすい傾向が示唆された。単科精神科病院の多くが消極的な受け入れ姿勢を示していることに対し、総合病院は単科精神科病院での対応力を求めている。このような現状に総合病院は、〔行政間連携システムの未完備〕を問題点として追求している。したがって、自治体がイニシアチブを取り、医療機関の機能を評価し、各医療機関の役割を共有し、自治体全体で COVID 受け入れ体制を構築するマネジメントが図れると、受け入れ姿勢の消極

さは軽減するのではないかと考えられた。

また、国のイニシアチブも必須である。精神障害者特性に示されたことでもあるが、自律した予防・治療行動がとりにくい患者には、そもそも規定されている隔離拘束や入院形態の要件を拡大解釈した使用を必要とする可能性がある。加えて、COVID-19 の治療のために、精神症状の重症度の共有が求められているが、精神障害の重症度は、何をもって重症というかの評価が難しい。このような制度や人権や指標に関わる課題は、国からの指針の発出や法的解決が求められると考えられた。

ここまで検討した単科精神科病院、総合病院精神科、行政の課題や本質的な協働体制を構築することは、精神科医療における合併症医療体制にも通じる事項であり、継続した議論が必要になると考えられた。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

準備中

2.学会発表

演題申請中

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

文献

- 1) 厚生労働省：精神保健医療福祉の現状。
第 1 回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会，参考資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/122000>

- 00/000607971.pdf (最終閲覧 : 2021 年 4 月 15 日 17:00)
- 2) World Health Organization ; Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public . <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> (最終閲覧日 2021 年 4 月 15 日)
 - 3) 田口寿子, 樋口美佳, 小林桜児ほか: 神奈川県立精神医療センターにおける新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) への取り組み—医療提供体制の構築と院内感染防止対策について—. 精神経誌. 122 (12): 910-929, 2020
 - 4) Zhu Y., Chen L., Ji H. The risk and prevention of novel coronavirus pneumonia infections among inpatients in psychiatric hospitals. *Neurosci Bull.* 2020;36(3):299–302.
 - 5) Barnett, B., Esper, F., Foster C.B. Keeping the wolf at bay: Infection prevention and control measures for inpatient psychiatric facilities at the time of COVID-19. *Gen Hosp Psychiatry.* 2020;66:51–53.
 - 6) Paletta, A., Yu, D., Li, D. et al. : COVID-19 pandemic inpatient bed allocation planning – A Canada-wide approach. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021 March-April; 69: 126–128. Published online 2020 Dec 26. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.12.015
 - 7) Angelino, F., Lyketsos, G., Ahmed, M. et al.; Design and Implementation of a Regional Inpatient Psychiatry Unit for Patients who are Positive for Asymptomatic SARS-CoV-2. *Psychosomatics* 2020;61:662–671
 - 8) 厚生労働省 : 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について. 第 1 回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会, 参考資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000607970.pdf> (最終閲覧 : 2021 年 4 月 15 日 17:00)
 - 9) Gold, A., Strous, R., Appelbaum, P.; COVID-19 and involuntary hospitalisation: navigating the challenge. *www.thelancet.com/psychiatry* Vol 7 July , 572-573, 2020
 - 10) 福田 陽明, 邊土名 智代, 今井 淳司ほか : 東京都立松沢病院における新型コロナウイルス感染症 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) 患者の受け入れについての中間報告. 精神経誌. 122 (10): 749-756, 2020
 - 11) Russ, MJ., Sisti, D., Wilner, P. ; When patients refuse COVID-19 testing, quarantine, and social distancing in inpatient psychiatry: clinical and ethical challenges. *J Med Ethics* 2020;46:579–580. doi:10.1136/medethics-2020-106613

表1 措置入院COVID陽性／疑似例等への対応_単科精神科病院

カテゴリー	サブカテゴリー	n
現状と理想の距離からの決断	消極的な受け入れ姿勢の黙示	25
	他機関対応への期待	9
	COVID受け入れの断念	8
	相応の受け入れの開始	2
行政間連携システムの未完備	PCR検査体制の不十分さ	13
	行政のマネジメント体制の不十分さ	8
病院間連携システムの未完備	受け入れ対象選別の曖昧さ	10
	医療崩壊時の支援体制の未完備	8
療養環境整備課題の山積	感染リスクを高める施設特性	7
	人員の不足	5
	専門知識の不足	3
	物品の不足	3
見越せない先行きへの不安	クラスター発生の懸念	6
	COVID事例発生の懸念	3
	医療継続のリスク	3
	経営破綻のリスク	2
	受け入れ先がないことへの失望	2
現実的な解決策の考案	相応対象の受け入れへの諦念	7
		124

表2 措置入院COVID陽性／疑似例等への対応_総合病院

カテゴリー	サブカテゴリー	n
精神症状重症度の共有不足	精神重症度の判定の困難性	5
	感染予防と精神症状対応の両輪の困難性	4
総合・単科の役割の明確化の必要性	精神病床における身体合併対応の限界	3
	一般病床における精神症状対応の限界	2
総合病院内役割の明確化の必要性	過度な鎮静対応の必要性	2
	精神科における対応力向上の必要性	2
総合病院間役割明確化のメリット	身の丈に合った対応の必要性	1
	身体・精神の2軸での対応策検討の必要性	1
	自治体全体マネジメントに向けた情報共有の必要性	1
自力で取り組む意識	コロナ受け入れへの使命感	1
	専門職スキル向上への意欲	1
		23

図1 精神科医療の現状と課題

この図は、精神科医療の現状と課題を示しています。左側には「総合病院精神科」の役割と意識が、右側には「単科精神科病院」の現状と課題が示されています。

総合病院精神科の側面：

- 総合病院間役割明確化のメリット
- 総合病院内役割の明確化
- 自力で取り組む意識
- 総合病院精神科

単科精神科病院の側面：

- 単科・総合の役割明確化の必要
- 精神症状重症度の共有不足
- 現状と理想の距離からの決断
- 単科精神科病院

中央の課題と関係性：

- 療養環境整備課題の山積
- 見越せない先行きへの不安
- 病院間連携システムの未整備
- 行政間連携システムの未整備
- 現実的な解決策の考案

矢印は、これらの課題と意識のつながりを示しています。例えば、療養環境整備課題の山積は、見越せない先行きへの不安につながり、これが現状と理想の距離からの決断へとつながります。また、病院間連携システムの未整備は、行政間連携システムの未整備と関連しています。

精神医療審査会のあり方に関する研究

研究分担者：松田ひろし（柏崎厚生病院・全国精神医療審査会連絡協議会会長）

研究協力者：平田豊明（全国精神医療審査会連絡協議会専務理事），内田博文（九州大学法学部），太田順一郎，（岡山市こころの健康センター），岡崎伸郎（国立仙台医療センター），河崎建人（水間病院），姜 文江（法律事務所ヴェント），篠原由利子（佛教大学），白川教人（横浜市こころの健康相談センター），鈴木孝典（高知県立大学），千葉 潜（青南病院），辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター），本多義治（七山病院），前沢孝通（前沢病院），松原三郎（松原病院），三木恵美子（横浜法律事務所），森 豊（伊達法律事務所），山下俊幸（京都府立洛南病院），八尋光秀（西新共同法律事務所），吉澤雅子（東京弁護士会），四方田 清（順天堂大学）

研究要旨

【目的】精神医療審査会の活動状況をモニタリングし、精神障害者の権利擁護に関する制度的改革を提案すること。今年度は、これまでに集積した要検討事例を分析し、検討課題や提案事項を類型化した。

【方法】(1)令和元年（2019年）度精神保健福祉資料（630調査）および衛生行政報告例から2018年度の精神医療審査会関連データを抜粋して集計し、審査会活動の動向を分析した。(2)平成24年（2012年）度から令和2年（2020年）度までの間に全国の精神医療審査会事務局から本研究班に報告された要検討事例137件を分析した。(3)令和3年（2021年）2月24日、全国精神医療審査会連絡協議会総会において本研究の結果を中間報告した。

【結果】(1)630調査によれば、2018年度には、全国の67審査会、221合議体に1,532人の合議体委員が任命されていた。同年度内に1,855回の合議体が開催され、1合議体当たり平均148.9件の書類審査が行われていた。退院請求は3,730件が新規に受理され、2,515件が審査終了、処遇改善については846件が受理され、544件が審査終了と報告されていた。退院請求、処遇改善請求とも約93%が請求棄却という裁定であったが、棄却率の低い自治体はいくつかあった。退院請求の受理から審査結果通知までの日数は平均33.6日。書類審査に対する請求審査の件数は平均1.2%であった。代理人による退院等の請求は23都道府県で318件（請求受理件数の6.9%）と報告され、代理人による請求審査のなかった24自治体では、それがあった23自治体に比べて請求の棄却率が高かった。(2)要検討事例137件を分析し、医療保護入院の同意者をめぐる問題、非自発的入院の対象に関する問題、未成年者の入院に関する問題、任意入院者の退院請求審査に関する問題など、いくつかの課題が抽出された。(3)2020年2月に始まったCOVID-19の感染拡大により、例年行ってきたシンポジウムの開催は見送られ、オンライン形式で本研究の中間報告を行うにとどまったが、全国から延べ148人の視聴があった。

【考察】(1)630調査等の分析によれば、審査件数の増加に伴って合議体委員が増え、代理人弁護士による退院等の請求も漸増してきたとはいえ、わが国の精神医療審査会制度には審査様態や審査基準のばらつきが存在し、その人権擁護機能にはなお限界がある。(2)要検討事例

の分析からは、虐待加害者など入院同意者の適格性、書類審査における非自発的入院の妥当性確認、精神科病院内での人権侵害事案を防止し、医療内容の不備を正すための処遇審査のあり方、代理人弁護士の活動への対応といった重要な論題が浮き彫りになった。(3)2020年3月に生じた精神科病院における患者虐待事件は、精神医療審査会の存在理由を問う事案であり、再発防止には審査会の機能強化が喫緊の課題である。

【結論】以上の論題に対処し、審査会運営マニュアルの改定を目指す議論を喚起するために、大規模な全国調査の実施を提案した。

A. 研究の背景と目的

精神医療審査会制度の創設から34年を経て、その存在は、精神保健福祉関係者に広く認知された。政令市の増加もあって、合議体数、委員数とも増加し、退院等の請求審査件数も増加し続けてきた。

しかし、合議体の審査は書類審査が主体で、退院等の請求審査では9割以上が請求棄却となっている。このため、精神医療審査会が患者の人権擁護と適正な医療の確保という本来の機能を十分に果たしているのかを疑問視する声が依然としてある。

2020年3月には、精神科病院の職員による患者の虐待事件が報道され、類似の事案が潜在しているのではないかとという疑念とともに、精神医療審査会制度の限界も語られている。

本研究は、精神医療審査会制度に対するこうした批判に応えるために、全国の精神医療審査会の活動実態をモニタリングし、審査会の機能を高めるための方策を提案することを目的として行われてきた。

B. 研究方法

(1) 精神保健福祉資料(630調査)等の分析

2019年6月末時点でわが国の精神保健福祉に関するデータを収集した資料(以下「630調査」)および2019年度の衛生行政報告例の中から、精神医療審査会に関するデータを抜粋して、精神医療審査会活動の動向を分析した。

(2) 要検討事例の分析

当研究班は、2012年度から、資料1に示した様式を用いて、全国の精神医療審査会活動で問題となった事例の報告を事務局に要請してきた。2020年度までのおよそ9年間に137件の報告が集積された(1件の報告に複数の事例や検討案件が含まれることもあった)。

研究協力員間の討論に加え、研究代表者が所属する国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の協力のもと、K-J法に準ずる形で、報告に含まれる論題や提案をいくつかのパターンに類型化した。

(3) 研究報告会の開催

2021年2月24日、ZOOMを用いたオンライン形式により開催された全国精神医療審査会連絡協議会総会の中で、以上の研究結果を中間報告した。延べ148人がこれを視聴した。

(倫理面への配慮)

今回の研究には事例検討が含まれていたが、事例報告に際しては十分な匿名化を要請したほか、分析に際しては精神医療審査会名や審査に係る年月を削除した票を用いて、個別の事例が特定されないように配慮した。また、研究方法や内容については、研究代表者の所属機関における倫理審査会の承認を経た。

C. 研究結果

1. 630調査結果等の分析

令和元年(2019年)の630調査結果²⁾および衛生行政報告例¹⁾に掲載された2018年度

分のデータから、精神医療審査会に関するものを抜粋して集計し、いくつかの分析を加えた。

なお、630 調査と衛生行政報告例のデータは一致しないので、書類審査件数以外のデータについては、項目が詳細な 630 調査の結果に基づくこととした。

（１）合議体委員の構成等

630 調査によれば、2018 年度における全国 67 の精神医療審査会には、221 の合議体が設置されており、予備委員を含めて 1,532 人の合議体委員が知事らによって任命されていた。委員の種別は、医療委員が 807 人（52.7%）、法律家委員が 338 人（22.1%）、保健福祉委員が 387 人（25.3%）であった。同年度内に合計 1,855 回（1 精神医療審査会平均 8.4 回）の合議体が開催されていた。

合議体委員構成等を都道府県別（表 1-1）および政令市を除く都道府県と政令市別（表 1-2）に表示した。

（２）書類審査の状況

衛生行政報告例によれば、2018 年度の書類審査件数は全国で合計 276,224 件と報告されているから、1 回の合議体当たりの書類審査件数は全国平均で 148.9 件（前年度 207.2 件）ということになる。

自治体別の書類審査件数等を表 1-1（都道府県別）及び表 1-2（政令市別掲）に示した。また、図 1 に 67 の審査会別の書類審査件数、図 2 に 1 合議体当たりの書類審査件数を示した。

（３）退院請求等の審査状況

630 調査の結果のうち、退院請求の審査状況に関する 2018 年度のデータを表 2-1 から表 2-8 まで、処遇改善請求の審査状況に関するデータを表 3-1 から表 3-8 までに自治体別（47 都道府県別および 67 審査会別）に示した。

（ア）不審査決定率

表 2-1 によれば、2018 年度は、全国で 3,730 件の退院請求が新規に受理され、前年度からの繰り越し案件 247 件と併せた 3,977 件が審査の対象となったが、表 2-7 によれば、このうち 1,125 件（30.8%）が請求取り下げや請求要件消失などのために不審査決定となっていた。

処遇改善請求では、表 3-1 に示されたように、846 件が新規に受理され、前年度からの繰り越し案件 63 件を含めた 909 件が審査対象となったが、このうち 253 件（27.8%）が不審査決定となっている。

すなわち、退院請求および処遇改善請求の審査対象事例のうち 3 割ほどが不審査決定に終わっている。ただし、都道府県別、審査会別にばらつきがある。

図 3 に、退院請求および処遇改善請求の受理件数の多い順に、受理件数と審査件数を 67 の精神医療審査会別に図示した。審査件数が受理件数を上回る審査があるのは、前年からの繰り越し件数が多い審査会があるためである。

（イ）審査結果

表 2-5 によれば、2018 年度に退院請求の審査が開始されたのは 2,551 件であったが、結果が判明しているのは 2,515 件であった。このうち 2,431 件（93.1%）が現状維持（すなわち請求棄却）となっており、入院形式の変更（期限付きを含む）が 117 件（4.6%）、退院が 52 件（2.1%）、処遇改善が 5 件（0.2%）となっていた。退院請求の受理から審査決定に至るまでの流れを図 4 に図示した。

処遇改善請求の審査結果は、表 3-5 のように、577 件が審査に付され、結果が判明している 544 件のうち、508 件（93.4%）が処遇は適正（すなわち請求棄却）とされ、処遇改善決定は 36 件（6.6%）であった。処遇改善請求の受理から審査決定に至る流れを図 5 に示した。

また、図 6 に、退院請求と処遇改善請求の

審査結果（結果判明分）の内訳の比率を図示した。双方とも 93%以上が請求棄却の結果に終わっている。ただし、その比率には地域差があり、表 2-5 および表 3-5 に見るように、大阪府や滋賀県、栃木県、兵庫県などでは、請求棄却率が低いことがわかる。

（ウ）審査日数

表 2-7 および表 2-8 によれば、退院請求の受理から審査結果の通知までの平均期間は 33.6 日、不審査決定までは 18.4 日であった。表 3-7 および表 3-8 によれば、処遇改善請求では請求受理から審査結果通知まで平均 27.2 日、不審査決定までは 18.5 日であった。

図 7 に退院請求の審査日数を 67 審査会別に図示した。表 2-8 では、審査日数が、請求受理から意見聴取まで、意見聴取から審査まで、審査から結果通知までと 3 区分されているが、各区分日数の合計値は請求受理から結果通知までの日数と一致しない。630 調査が個票ベースで積み上げられているためと思われる。図 7 では請求受理から結果通知までの合計日数を優先し、3 区分の日数を比例配分して示した。

（４）書類審査件数に対する請求審査件数

図 3 に見るような請求審査の地域差を論ずるに当たって、請求審査の実件数のみを取り上げるのは公平性を欠く。在院患者数や新規入院件数を分母とした請求審査件数の比率を比較する必要がある。

図 8 に書類審査 1,000 件に対する退院等の請求審査件数を 67 審査会別に示した。全国平均では 11.6 件、すなわち、書類審査に対する請求審査の比率は 1.16%ということになる。例外はあるものの、大まかには、政令市と西日本に高い傾向が見て取れる。

（５）代理人による請求の審査状況

表 2-3 および表 3-3 によれば、2018 年度は、代理人による退院等の請求は 23 都道府県で

318 件（請求受理件数 4,576 件の 6.9%）と報告されている。代理人による請求がなかった県は 24 と、ほぼ同数に割れた。なお、代理人の内訳分類はないが、精神医療審査会運営マニュアルが原則として指定するように、ほぼ全例が弁護士と推測される。

図 9 に、代理人による請求の受理件数の多い順に都道府県を並べて図示した。福岡県が突出し、大阪府、広島県、東京都と続いた。

図 10 および図 11 は、代理人請求のあった 23 自治体となかった 24 自治体との間で、請求審査の結果を比較したものである。図に見るように、代理人請求のない自治体において請求の棄却率が高いことが示されている。ただし、統計的有意差は確かめられていない。

代理人請求が個別の審査結果に及ぼす影響について検討するには、自治体別の比較ではなく、個票ベースで比較する必要があるが、今年度はデータが公開されなかった。

2. 要検討事例の分析

これまで本研究班の要請に対して全国の精神医療審査会事務局から報告された要検討事例は、2012 年度から 2018 年度にかけて 120 件、毎年 1 回の報告要請から随時相談受け付け体制となった 2019 年度は 10 件、2020 年度は 7 件、併せて 137 件が集積されていた。

これらの報告に含まれる論題や提案を K-J 法に準じて分類したところ、以下のように類型化された。

（１）医療保護入院の同意者について

- ・虐待の加害者であることが明白あるいは濃厚な家族等は、医療保護入院の同意者としての適格性を欠くのではないか。
- ・虐待加害者以外に同意権限のある家族等がいない場合は、首長同意の対象とすべきではないか。
- ・同意権限のある家族等がいても同意・不同意の意思表示がない場合は、首長同意の対象とすべきではないか。

- ・同意権限のある家族等が複数いるが、入院同意に関する意見が対立して調整が困難の場合は、首長同意の対象とすべきではないか。
- ・現行の首長同意は形式的な同意にすぎないので、入院可否を実質的に判断し、入院者の権利擁護の義務を負い、退院促進への協力や退院等の請求権限を有する公的機関の同意による医療保護入院制度を検討すべきではないか。

（２）非自発的入院の対象について

- ・精神科的な治療を必要としない寝たきり等の状態で意思表示が困難な患者は、医療保護入院をはじめとする精神科への非自発的入院の対象とすべきではないのではないか。
- ・アルコールや薬物等への依存症、パーソナリティ障害、発達障害など、一般に判断能力が保たれる精神障害を主病名とする患者は、一定の精神症状または問題行動が現認される限定的な期間を超えて非自発的入院を継続すべきではないのではないか。
- ・知的障害、認知症など、一般に入院治療を行っても改善が見込まれない精神障害を主病名とする患者についても同様なのではないか。

（３）未成年者の入院について

- ・年齢等からは同意能力（概ね 14 歳以上の判断能力）があると認められる未成年者が精神科への入院に同意する場合は、未成年者本人の意思に基づく任意入院とすべきではないか。
- ・年齢等からは同意能力がないと認められる未成年者（概ね 14 歳未満）が精神科への入院を希望（ないし同意）する場合は、任意入院とすべきであるが、本人に代わり親権者の同意を必要とすべきではないか。

（４）任意入院者からの退院請求審査について

- ・任意入院者であっても、退院制限されることがあるので、退院請求があれば、任意入院の妥当性を含めて審査の対象とすべきではないか。

（５）退院等の頻回の請求審査について

- ・意見聴取の手続きを省略できる再請求の上限期間を 6 か月より短くした方がよいのではないか。
- ・審査会の審査結果にその理由を丁寧に説明する意見を附帯することは、頻回請求を抑制するのに有用ではないか。

（６）処遇改善請求の範囲について

- ・薬物療法の内容や治療プログラムに対する改善要請を処遇改善請求の対象としてもよい。
- ・職員の接遇（暴力や虐待を除く）に対する改善要請を処遇改善請求の対象としてもよい。
- ・病院の設備・環境・食事に対する改善要請を処遇改善請求の対象としてもよい。

（７）代理人弁護士への資料開示について

- ・代理人弁護士から関係書類の資料開示を求められた場合、個人情報保護法令との調整をどうすべきか。
- ・関係資料（関係者の意見書、合議体委員の意見聴取報告書、入院届等）の開示範囲と開示への同意はどうあるべきか。
- ・開示の条件（文書作成者の同意、入院者への直達回避など）をどうすべきか。
- ・開示の方法（閲覧のみ、コピー容認）をどうすべきか。

（８）代理人弁護士による意見聴取への立会について

- ・代理人弁護士による弁護活動の一環として、関係者に対する現地意見聴取への立会を認めてもよい。
- ・関係者の範囲と同意をどうすべきか。

(9) 現地意見聴取のあり方について

- ・遠隔地に入院中の患者からの退院等の請求審査を迅速化するために、オンライン面接による意見聴取を認めてもよいか。
- ・新型コロナ感染防止のためにオンライン面接による意見聴取を認めてもよいか。
- ・現地意見聴取の参加者から意見聴取の録音を求められた場合、審査会委員による自由な調査活動の妨げになることを理由に拒否できるか。

(10) 病院側の対応について

- ・退院、入院形態の変更や処遇改善の審査結果の場合、その結果が実現したかどうかの確認に非協力的な病院に対して、実地指導担当部局への通知を行うべきか。
- ・審査会開催前に請求要件が消失した場合、そのことを速やかに審査会事務局に通知するよう病院に義務付けるべきか。

3. 全国精神医療審査会連絡協議会総会における本研究の中間報告

わが国においては2020年2月に始まった新型コロナウイルス(COVID-19)の感染拡大のため、本研究班の調査・研究活動も大きな制約を受けた。例年であれば、2月に開催される全国精神医療審査会連絡協議会(全審連)総会において本研究に関連するシンポジウムを開催し、本研究の内容を速報するとともに、シンポジストや参加者による意見交換や討論を行ってきた。

今年度はCOVID-19の感染拡大状況により、今年度のシンポジウム開催は見送られ、2021年2月24日、オンライン形式で開催された全審連総会において本研究の中間報告を行うにとどめることを余儀なくされた。そのような制約下にあっても、延べ148人の視聴者があり、本研究に関連する事項についても、若干の意見交換が行われた。

D. 考察

1. 精神医療審査会活動の動向

(1) 審査件数と合議体の増加

近年、わが国の精神科病院では、精神科救急入院料病棟(重症患者受け入れの指標として6割以上の非自発的入院が義務付けられている)の増加や人口の高齢化に伴う認知症患者の増加等の要因によって、新規の医療保護入院件数が増加している。これに伴って、精神医療審査会における審査件数も増加してきた。

近年の衛生行政報告例から審査件数の年次推移を図12に表示したが、書類審査件数は最近20年間で倍増、請求審査の件数も3倍に増加していることがわかる。特に2019年度は、請求審査件数が急増している。

こうした審査件数の増加に対応するために、政令市の増加とも相まって、図13に示したように、精神医療審査会の合議体と合議体委員の数が増加している。また、図14に見るように、非医療委員の比率も漸増傾向にある。

(2) 審査会機能の限界と地域差

一方、わが国の審査会では、依然として書類審査に多くの時間が割かれている。退院等の請求も増加しているとはいえ、図8で示したように、書類審査件数の1.2%にすぎず、請求審査にしても請求棄却という審査結果が9割を超えている。また、非医療委員の比率が漸増しているとはいっても、合議体委員の種別では、審査対象となることもある医療委員が過半数を占めている。そして、増大する医療保護入院の入院適応を厳密に審査するような方向での制度的改革もなされていない。

こうした現況のため、精神医療審査会の人権擁護機能に対しては、人権擁護団体などから懐疑的な意見が表明されてきた。

また、審査会や合議体の間で審査様態や基準にばらつきがあることも推測されている。例えば、書類審査の様態や返戻の基準、処遇改善請求を受理および審査する基準、退院や

処遇改善の決定通知から、それが実現されるまでの期間や確認の有無などにおいて、地域差のあることが推測される。

（３）弁護士活動の進展

こうした現状の一方で、代理人弁護士による退院請求等の支援活動が年々増加していることは、患者の人権擁護の観点から見て、評価されるべきであろう。今年度の研究においても、図 9～11 に見るように、弁護士の関与が適正な審査に寄与している可能性のあることが示された。

とはいっても、代理人弁護士による退院等の請求は、なお 6.9%にとどまっており、地域差も明瞭である。

2. 要検討事例の分析にみる精神医療審査会制度の諸課題

要検討事例の分析からは、精神医療審査会制度をめぐる様々な検討課題が抽出された。審査会運営における実務的な問題や病院側の対応の問題などについては、類型化が困難な個別事例も少なからずあった。

（１）虐待加害者による入院同意

多様な問題点が浮き彫りになる中で、虐待加害者が医療保護入院の同意者となることの問題点は、入院制度の根幹に関わる論題といえよう。本研究班では、虐待加害者による入院同意は、遺産相続や離婚などをめぐる係争事例に準じて不適格であるとの意見が優位であった。しかし、臨床実務の上では、虐待の事実確認が必ずしも容易ではない現実もある。

（２）非自発的入院の対象

書類審査に当たって非自発的入院の対象をどう確認するかという論題も、認知症や依存症、発達障害の診断群の増加に伴って、重要性を増している。判断能力の減弱を伴う病態に非自発的入院の対象を限定すべきであるという意見が優位の半面で、緊急避難や依存症

の治療導入のための非自発的入院を認めるべきであるとする意見も臨床現場では根強い。

今後は、緊急避難的な入院であることを論証する書類記載の在り方やその後も非自発的入院の継続が必要であるかどうかを確認する仕組みなど、入り口論と継続論とを分けて論ずる必要があろう。その上で、非自発的入院の開始と継続に関する基準を絶えず明確にして行くべきである。

（３）処遇改善請求

処遇改善請求に関しては、病院職員による虐待やハラスメント行為に対してこの制度が有効に機能しているのかという論題と、審査過程で判明した診断・治療の不適切さやケースワークの不備といった医療内容の問題にどう対処すべきかという論題とが抽出された。

前者の論題には、そもそも虐待等の事例が審査対象事案として上がってくるのか（患者が処遇改善請求の制度を有効・適切に活用できる条件が整っているのか）という問題と、虐待行為等の事実をどう認定するのかという 2 つの難題が含まれる。後者の論題に関しては、医療内容の適正さを審査するための厳密な基準が作りにくいという問題がある。

人権擁護と退院促進を図る観点に立つならば、今後は、処遇改善の対象を行動制限等に狭く限定することなく、医療内容や職員の対応に関する案件にまで拡張するとともに、患者がこの審査請求権を有効・適切に活用するための条件を整備して行くべきであろう。

（４）代理人弁護士への対応

代理人弁護士による退院等の請求が増加するにしたがって、弁護士への資料開示のあり方や意見聴取への立ち合いなどの論題が重要性を増している。昨年度の本研究においても、この案件に対する精神医療審査会による対応が様々であることが裏付けられた³⁾。

今後は、これらの論題に関しても、人権擁護機能を強化する方向で、精神医療審査会運

営マニュアルの改定を検討すべきであろう。

調査の実施を提案した。

3. 精神医療審査会の機能強化に向けた大規模調査の提案

2020 年 3 月に生じた兵庫県の精神科病院における患者虐待事件は、精神医療審査会にとっても、その存在理由を問う深刻な衝撃となった。本制度は、1980 年代に明るみに出た精神科病院における人権侵害事件を防止する観点から 1987 年に創設されたにもかかわらず、それから 30 年余を経てもなお同質の問題の存在が明らかとなったためである。

このような事案を防止するだけでなく、それを生み出す土壌を改良するためにも、精神医療審査会の機能強化は喫緊の課題である。そのための方法論の検討をはじめ、前述した審査基準のばらつきや事例分析から抽出された諸課題の克服に向けた議論を喚起するために、本研究班は、全国の精神医療審査会委員および事務局を対象としたアンケート調査の実施を提案する。

さらに、その結果を参照しつつ、精神医療審査会の運営マニュアルを改定し、その法的位置づけを通知から省令へと格上げすることを提案したい。

E. 結論

630 調査等の公開データを用いて、わが国の精神医療審査会活動の動向を分析し、これまでに全国の精神医療審査会から寄せられた要検討事例の分析を通じて審査会制度の諸課題を抽出した。それらを通じて、審査会運用のばらつき、医療保護入院同意者の適格性、書類審査における非自発的入院対象の確認、処遇改善請求対象の拡張、代理人弁護士による弁護活動への対応などの重要な論題を浮き彫りにした。精神科病院内での人権侵害事件の防止をはじめ、本研究が指摘した重要な論題に対処する議論を喚起し、精神医療審査会運営マニュアルの改定を目指して、精神医療審査会委員と事務局を対象とするアンケート

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

2021 年度以降に発表の予定。

2. 学会発表

令和 2 年度全国精神医療審査会連絡協議会総会において本研究の一部を発表した⁴⁾。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 引用文献等

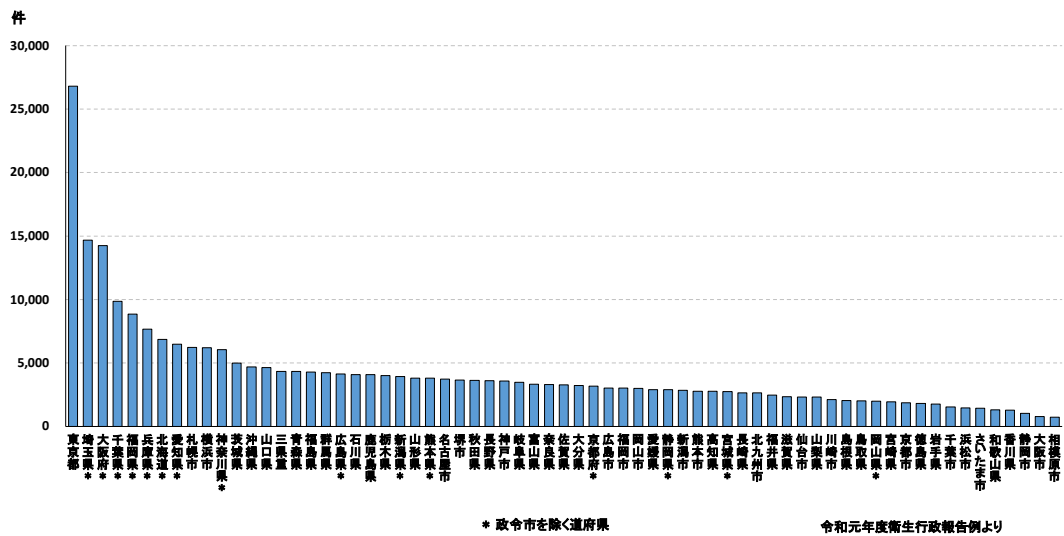
- 1) 衛生行政報告例（e-Stat で検索）：
http://search.yahoo.co.jp/r/_ylt=A2RCHM.k3qBeRBEAflIDTwX./SIG=187mga4a9/EXP=1587701860/**https%3A//www.e-stat.go.jp/stat-search/files%3Fpage=1%26query=%25E7%25B2%25BE%25E7%25A5%259E%25E5%258C%25BB%25E7%2599%2582%25E5%25AF%25A9%25E6%259F%25BB%25E4%25BC%259A%26layout=dataset%26toukei=00450027%26tstat=000001031469%26metadata=1%26data=1
- 2) 精神保健福祉資料：<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/keyword.html>
- 3) 松田ひろし、平田豊明、森豊、太田順一郎ほか：令和元年度（2019 年度）厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書。2020 年
- 4) 全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.47. 2021 年

年度検討事例

精神医療審査会

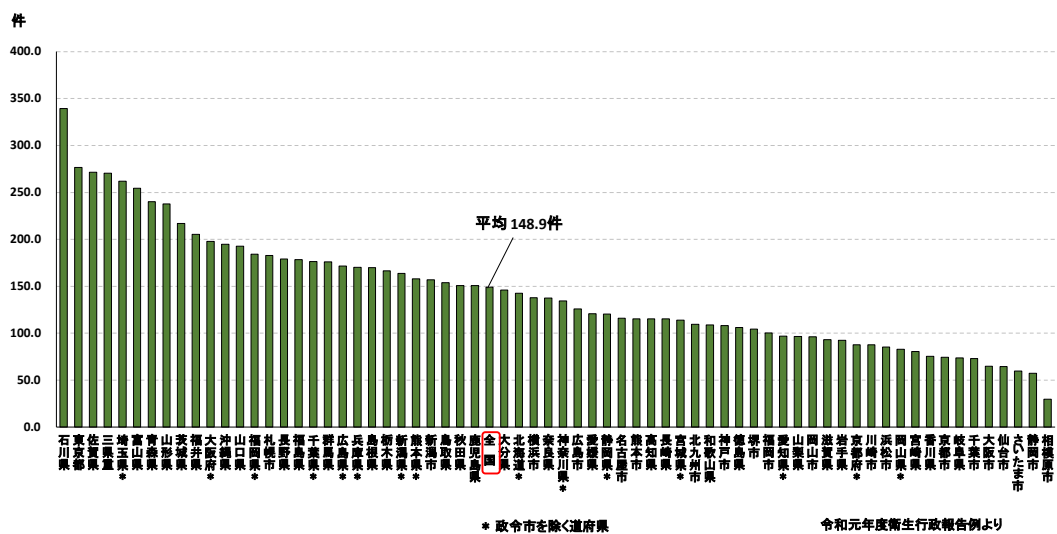
事例概要	年齢	____0歳代	性別	(男・女)	
	主病名			従病名	
	入院形式	① 措置入院 ② 医療保護入院 ③ 任意入院 ④ その他 ()			
	今回の入院日	____年____月			
	これまでの経過				
審査経過	審査開始の契機	① 退院等の請求 (退院・処遇改善) ② 書類審査 ③ その他 ()			
	審査手続開始日	____年____月			
	審査過程で問題となった事項				
	帰結				
	疑義ないし提案事項				

図1 書類審査件数(政令市別掲)
～2018年度～



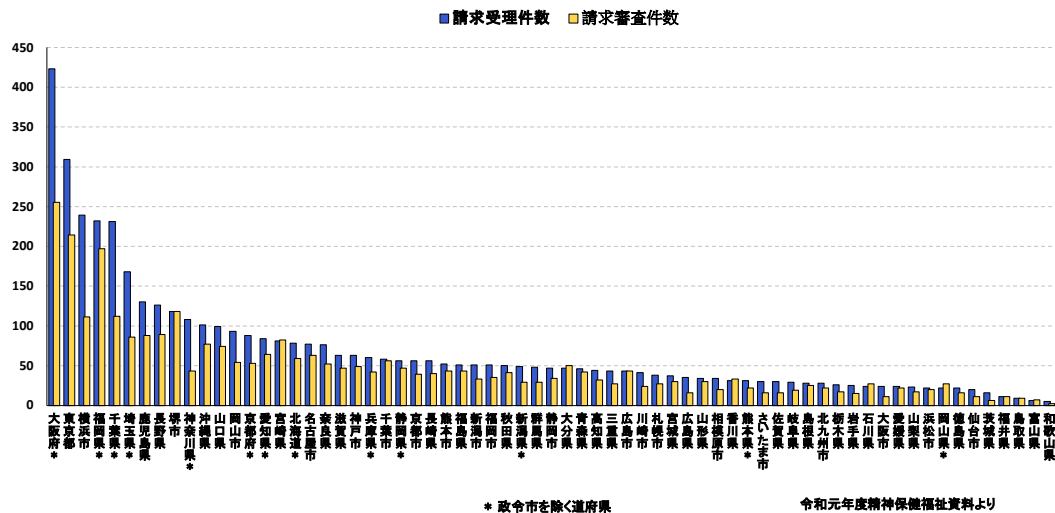
1

図2 1合議体開催当たりの書類審査件数(政令市別掲)
～2018年度～



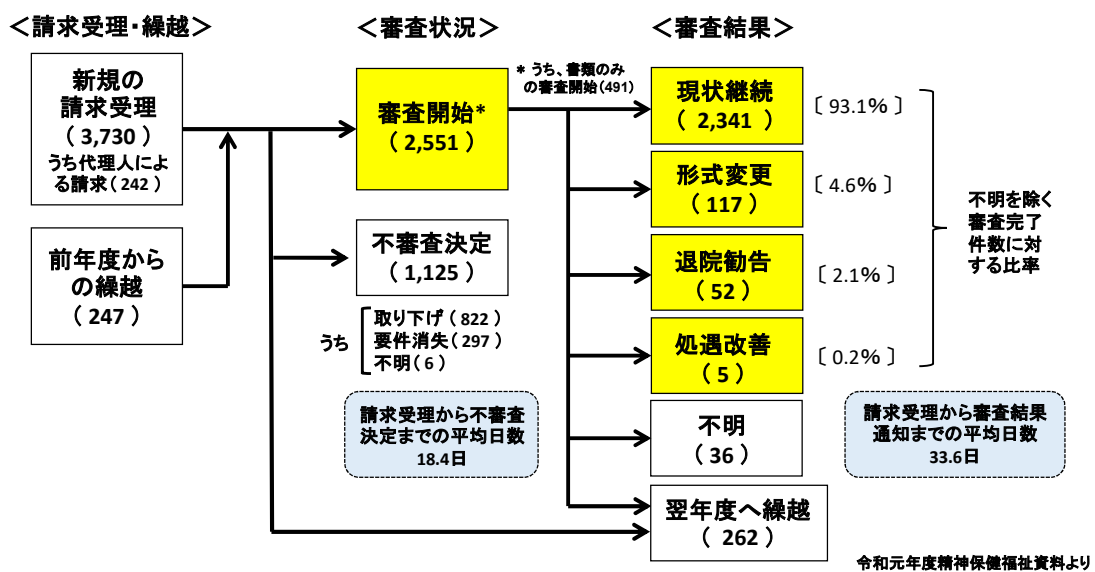
2

図3 退院請求等の受理件数と審査件数(政令市別掲)
～2018年度～



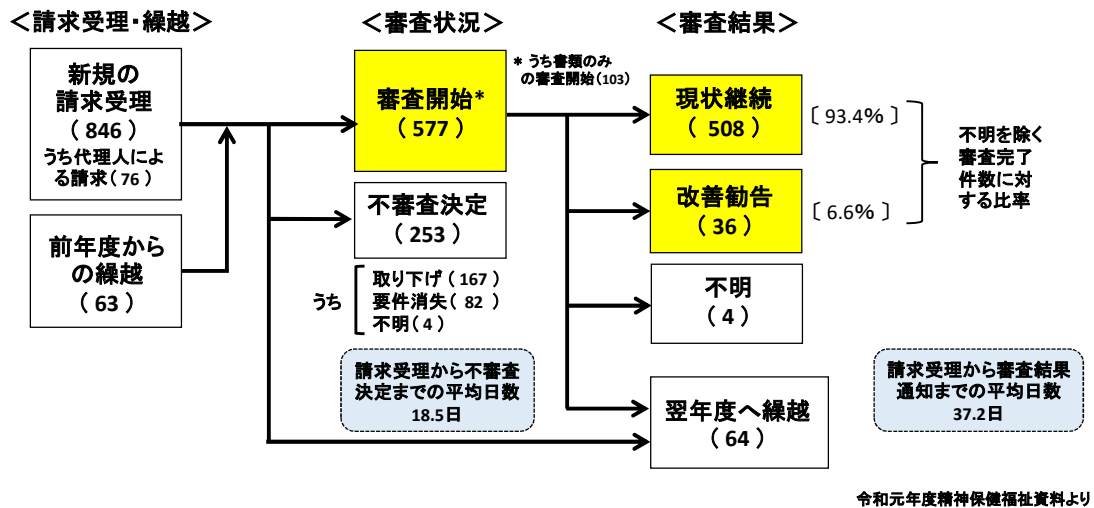
3

図4 退院請求の審査状況(2018年度)



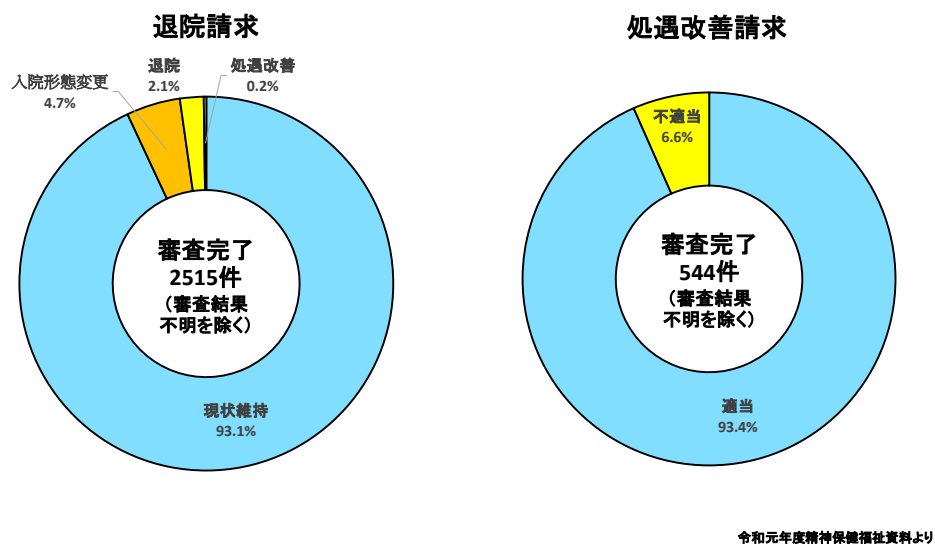
4

図5 処遇改善請求の審査状況(2018年度)



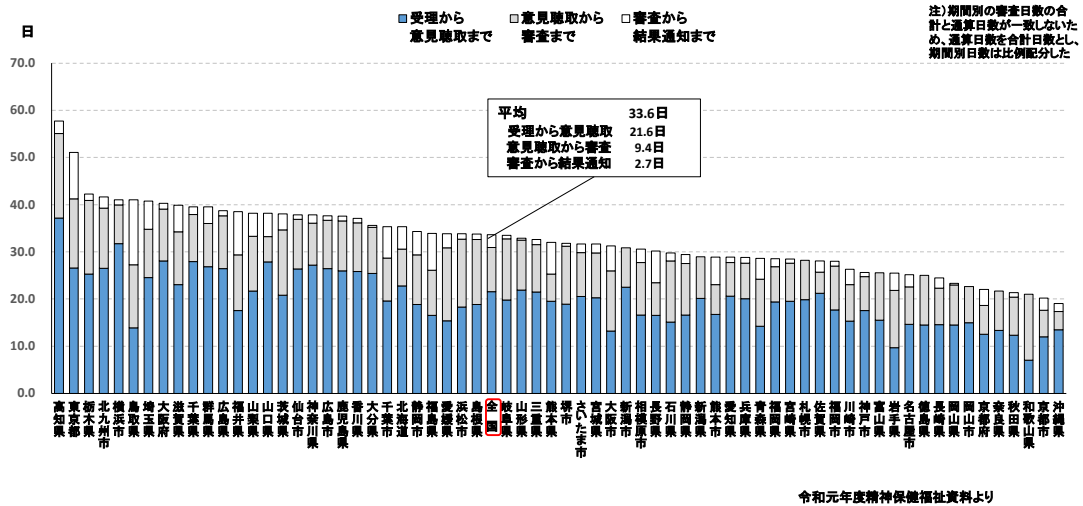
5

図6 退院請求等の審査結果
～2018年度～



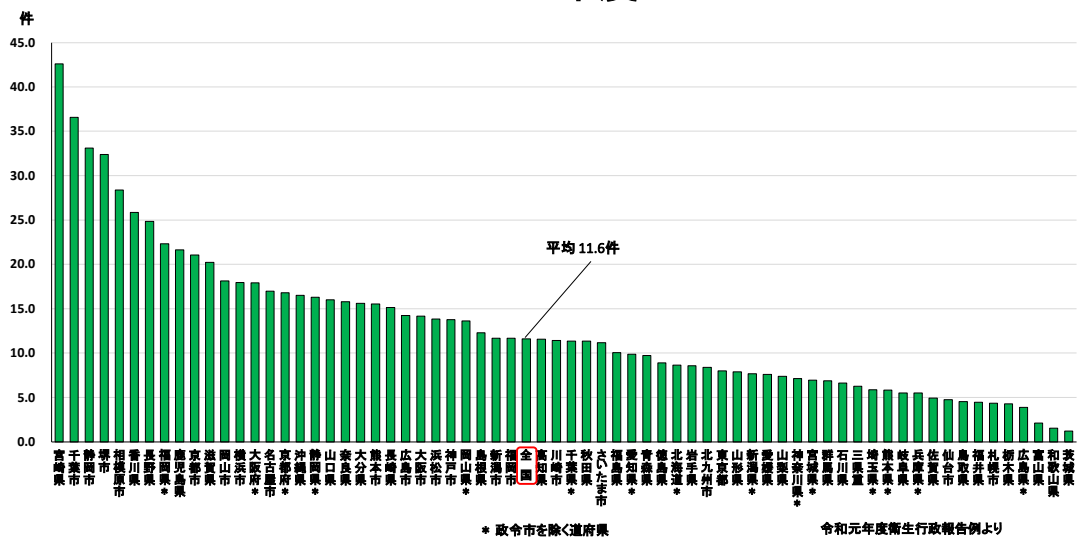
6

図7 退院請求の受理から結果通知までの日数(政令市再掲)
～2018年度～



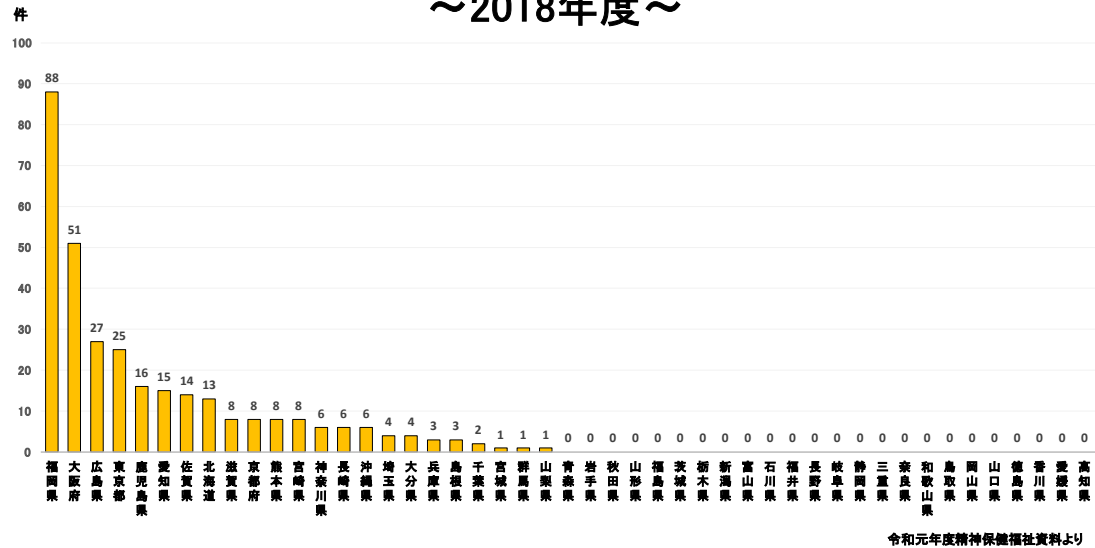
7

図8 書類審査1000件あたりの請求審査件数(政令市別掲)
～2018年度～



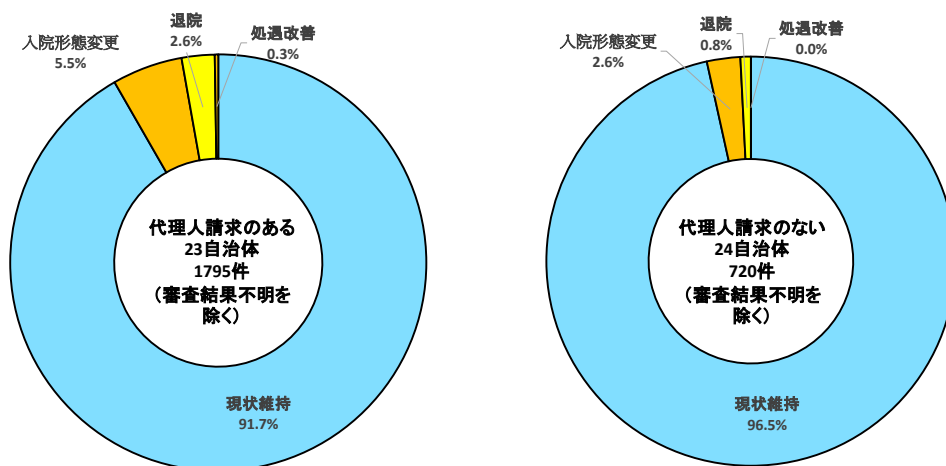
8

図9 代理人による退院請求等の受理件数(都道府県別)
～2018年度～



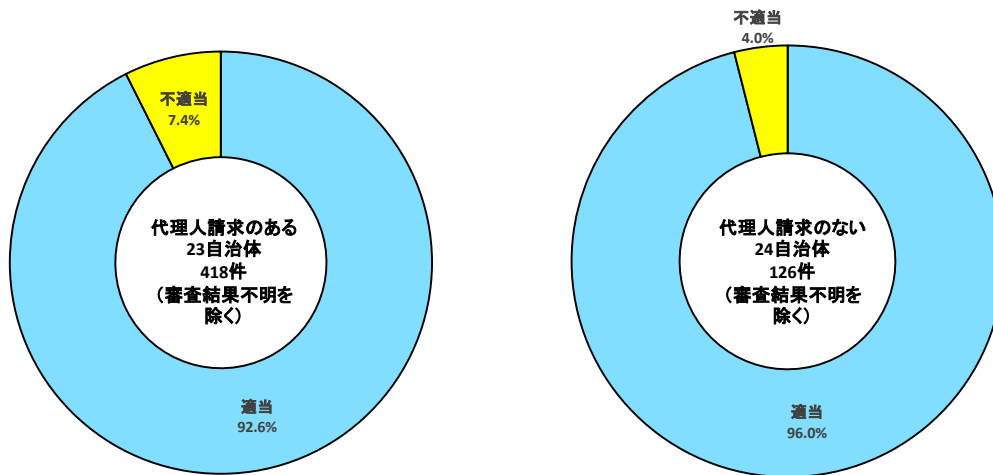
9

図10 退院請求の審査結果比較
～2018年度～



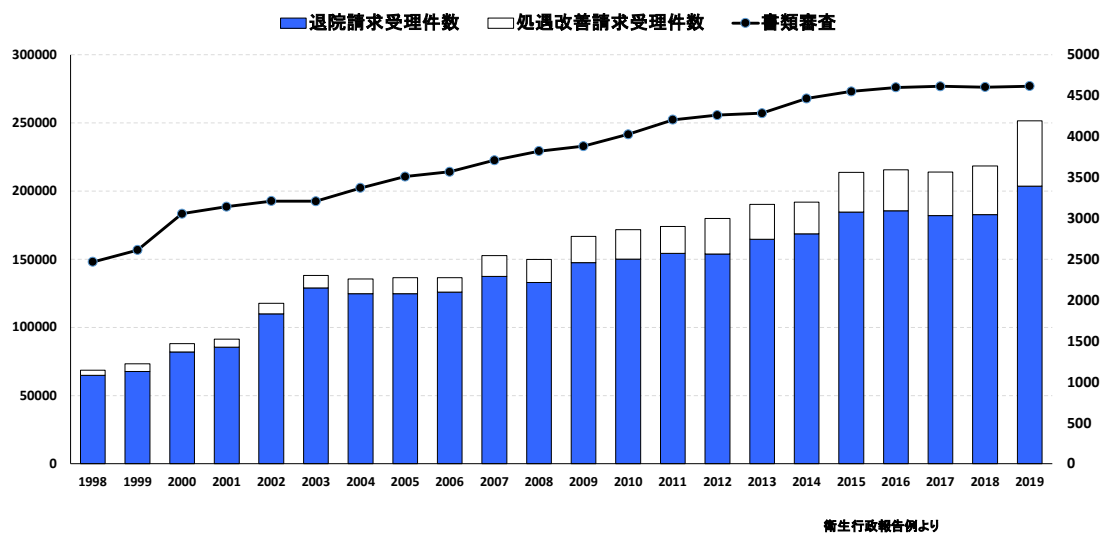
10

図11 処遇改善請求の審査結果比較
～2018年度～



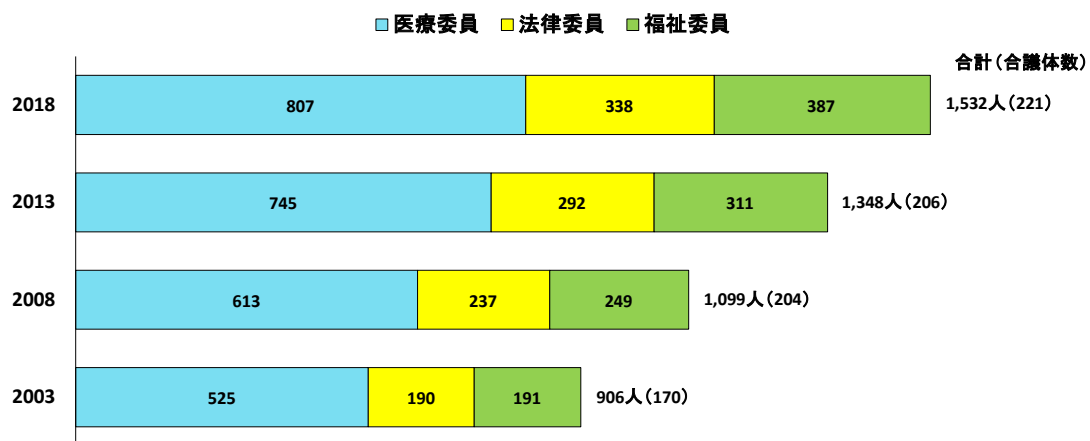
11

図12 書類審査件数および退院等請求受理件数の推移



12

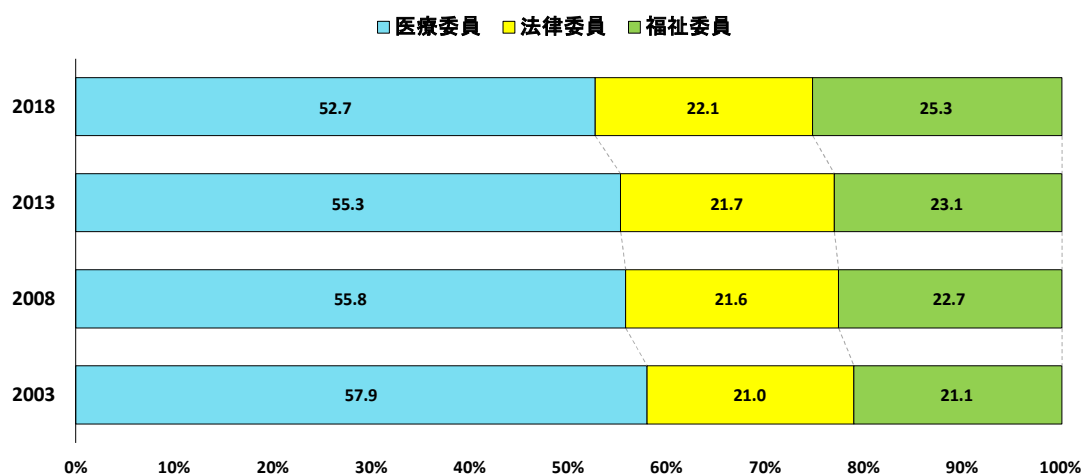
図13 合議体委員の構成



衛生行政報告例より

13

図14 合議体委員の構成比率



衛生行政報告例より

14

表1-1 合議体・書類審査 2018年度(都道府県別)

都道府県名	合議体の数	全合議体の構成						合議体の開催数	書類審査件数				合議体1回当たりの書類審査件数
		医療委員	うち予備委員	法律家委員	うち予備委員	保健福祉委員	うち予備委員		総数	医療保護入院届	医療保護入院定期病状報告書	措置入院定期病状報告書	
北海道	7	20	0	11	4	11	3	82	13,046	8,982	4,016	48	159.1
青森県	3	14	5	3	0	11	8	18	4,322	3,018	1,293	11	240.1
岩手県	4	13	0	6	1	4	0	19	1,754	1,289	452	13	92.3
宮城県	7	24	3	9	2	9	2	60	5,044	3,296	1,724	24	84.1
秋田県	5	12	0	5	0	5	0	24	3,618	2,325	1,292	1	150.8
山形県	1	10	0	5	0	7	0	16	3,803	2,749	1,049	5	237.7
福島県	4	25	13	10	6	11	7	24	4,277	2,665	1,593	19	178.2
茨城県	2	7	1	5	2	3	1	23	4,986	3,303	1,619	64	216.8
栃木県	3	8	0	6	3	5	2	24	3,990	2,313	1,569	108	166.3
群馬県	4	17	6	4	0	7	2	24	4,221	2,749	1,457	15	175.9
埼玉県	7	23	2	11	4	13	6	80	16,086	10,727	5,288	71	201.1
千葉県	8	23	0	10	1	10	2	77	11,387	7,076	4,227	84	147.9
東京都	8	24	24	8	8	8	8	97	26,800	21,689	5,001	110	276.3
神奈川県	12	43	7	18	6	22	10	138	15,034	10,469	4,547	18	108.9
新潟県	6	21	3	9	1	10	2	42	6,746	4,013	2,725	8	160.6
富山県	3	9	0	5	0	3	0	13	3,304	1,916	1,353	35	254.2
石川県	2	8	2	4	2	4	2	12	4,071	2,873	1,164	34	339.3
福井県	3	12	3	4	1	4	1	12	2,460	1,839	617	4	205.0
山梨県	3	10	1	4	1	4	1	24	2,309	1,624	678	7	96.2
長野県	4	14	2	7	3	7	3	20	3,581	2,534	988	59	179.1
岐阜県	4	12	12	8	8	8	8	47	3,460	2,355	1,097	8	73.6
静岡県	9	24	0	11	0	13	0	59	5,360	3,872	1,452	36	90.8
愛知県	9	31	4	15	6	16	7	69	10,188	7,624	2,444	120	147.7
三重県	4	12	0	5	1	9	5	16	4,325	2,808	1,485	32	270.3
滋賀県	4	14	2	5	1	5	1	25	2,323	1,542	772	9	92.9
京都府	5	17	0	7	0	7	0	61	5,008	3,609	1,387	12	82.1
大阪府	13	42	4	17	4	22	8	119	18,645	13,260	5,342	43	156.7
兵庫県	8	24	0	9	1	10	2	78	11,215	8,117	3,073	25	143.8
奈良県	4	12	0	4	0	4	0	24	3,295	2,413	875	7	137.3
和歌山県	3	12	3	3	0	7	1	12	1,303	891	412	-	108.6
鳥取県	2	6	0	4	0	4	0	13	1,996	1,351	643	2	153.5
島根県	1	20	7	3	0	10	0	12	2,036	1,239	787	10	169.7
岡山県	9	38	11	14	5	16	7	55	4,964	3,284	1,672	8	90.3
広島県	9	27	0	12	3	9	0	48	7,128	4,606	2,414	108	148.5
山口県	3	9	0	5	2	4	1	24	4,623	2,544	2,076	3	192.6
徳島県	3	9	0	3	0	4	1	17	1,802	1,433	355	14	106.0
香川県	3	9	0	5	2	6	3	17	1,276	906	331	39	75.1
愛媛県	2	25	19	2	0	4	2	24	2,893	1,945	937	11	120.5
高知県	2	18	8	5	1	11	2	24	2,765	1,691	1,059	15	115.2
福岡県	9	29	3	16	6	15	6	102	14,458	9,866	4,479	113	141.7
佐賀県	2	6	0	5	1	5	1	12	3,255	1,956	1,260	39	271.3
長崎県	3	16	7	5	2	7	4	23	2,644	1,708	921	15	115.0
熊本県	4	14	2	13	3	10	2	48	6,552	4,324	2,149	79	136.5
大分県	3	9	0	4	1	4	1	22	3,207	1,746	1,444	17	145.8
宮崎県	2	14	0	6	0	4	0	24	1,926	1,381	538	7	80.3
鹿児島県	3	15	6	4	1	9	6	27	4,069	2,448	1,607	14	150.7
沖縄県	2	6	0	4	0	6	0	24	4,669	3,418	1,220	31	194.5
計	221	807	160	338	93	387	128	1,855	276,224	189,786	84,883	1,555	148.9

表1-2 合議体・書類審査 2018年度(政令市別掲)

都道府県名	合議体 の数	全合議体の構成						合議体の 開催数	書類審査**				1合議体当 り書類審査 件数
		医療委員	うち 予備委員	法律家委 員	うち 予備委員	保健福祉 委員	うち 予備委員		総数	医療保護 入院届	医療保護入 院定期病状 報告書	措置入院 定期病状 報告書	
北海道*	4	12	0	7	3	6	2	48	6,841	4,788	2,016	37	142.5
札幌市	3	8	0	4	1	5	1	34	6,205	4,194	2,000	11	182.5
青森県	3	14	5	3	0	11	8	18	4,322	3,018	1,293	11	240.1
岩手県	4	13	0	6	1	4	0	19	1,754	1,289	452	13	92.3
宮城県*	3	10	1	5	2	4	1	24	2,732	1,860	851	21	113.8
仙台市	4	14	2	4	0	5	1	36	2,312	1,436	873	3	64.2
秋田県	5	12	0	5	0	5	0	24	3,618	2,325	1,292	1	150.8
山形県	1	10	0	5	0	7	0	16	3,803	2,749	1,049	5	237.7
福島県	4	25	13	10	6	11	7	24	4,277	2,665	1,593	19	178.2
茨城県	2	7	1	5	2	3	1	23	4,986	3,303	1,619	64	216.8
栃木県	3	8	0	6	3	5	2	24	3,990	2,313	1,569	108	166.3
群馬県	4	17	6	4	0	7	2	24	4,221	2,749	1,457	15	175.9
埼玉県*	5	17	2	8	3	8	3	56	14,654	9,875	4,914	65	261.7
さいたま市	2	6	0	3	1	5	3	24	1,432	1,052	374	6	59.7
千葉県*	5	15	0	5	0	5	0	56	9,856	5,930	3,850	76	176.0
千葉市	3	8	0	5	1	5	2	21	1,531	1,146	377	8	72.9
東京都	8	24	24	8	8	8	8	97	26,800	21,689	5,001	110	276.3
神奈川県*	4	13	1	6	2	6	2	45	6,042	3,932	2,104	6	134.3
横浜市	4	17	5	5	1	8	4	45	6,188	4,525	1,655	8	137.5
川崎市	2	7	1	3	1	4	2	24	2,099	1,492	604	3	87.5
相模原市	2	6	0	4	2	4	2	24	705	520	184	1	29.4
新潟県*	4	14	2	4	0	4	0	24	3,922	2,533	1,381	8	163.4
新潟市	2	7	1	5	1	6	2	18	2,824	1,480	1,344	0	156.9
富山県	3	9	0	5	0	3	0	13	3,304	1,916	1,353	35	254.2
石川県	2	8	2	4	2	4	2	12	4,071	2,873	1,164	34	339.3
福井県	3	12	3	4	1	4	1	12	2,460	1,839	617	4	205.0
山梨県	3	10	1	4	1	4	1	24	2,309	1,624	678	7	96.2
長野県	4	14	2	7	3	7	3	20	3,581	2,534	988	59	179.1
岐阜県	4	12	12	8	8	8	8	47	3,460	2,355	1,097	8	73.6
静岡県*	3	9	0	3	0	3	0	24	2,888	1,983	889	16	120.3
静岡市	3	9	0	5	0	4	0	18	1,027	833	179	15	57.1
浜松市	3	6	0	3	0	6	0	17	1,445	1,056	384	5	85.0
愛知県*	5	16	1	7	2	8	3	37	6,477	4,940	1,468	69	175.1
名古屋市	4	15	3	8	4	8	4	32	3,711	2,684	976	51	116.0
三重県	4	12	0	5	1	9	5	16	4,325	2,808	1,485	32	270.3
滋賀県	4	14	2	5	1	5	1	25	2,323	1,542	772	9	92.9
京都府*	3	9	0	3	0	3	0	36	3,155	2,515	639	1	87.6
京都市	2	8	0	4	0	4	0	25	1,853	1,094	748	11	74.1
大阪府*	11	35	3	13	2	18	6	107	17,868	12,499	5,341	28	167.0
大阪市	2	7	1	4	2	4	2	12	777	761	1	15	64.8
堺市	3	9	1	5	2	6	2	35	3,644	2,846	794	4	104.1
兵庫県*	5	15	0	5	0	5	0	45	7,655	5,287	2,354	14	170.1
神戸市	3	9	0	4	1	5	2	33	3,560	2,830	719	11	107.9
奈良県	4	12	0	4	0	4	0	24	3,295	2,413	875	7	137.3
和歌山県	3	12	3	3	0	7	1	12	1,303	891	412	0	108.6
鳥取県	2	6	0	4	0	4	0	13	1,996	1,351	643	2	153.5
島根県	1	20	7	3	0	10	0	12	2,036	1,239	787	10	169.7
岡山県*	3	19	10	5	2	9	6	24	1,983	1,118	859	6	82.6
岡山市	6	19	1	9	3	7	1	31	2,981	2,166	813	2	96.2
広島県*	5	15	0	5	0	5	0	24	4,110	2,430	1,603	77	171.3
広島市	4	12	0	7	3	4	0	24	3,018	2,176	811	31	125.8
山口県	3	9	0	5	2	4	1	24	4,623	2,544	2,076	3	192.6
徳島県	3	9	0	3	0	4	1	17	1,802	1,433	355	14	106.0
香川県	3	9	0	5	2	6	3	17	1,276	906	331	39	75.1
愛媛県	2	25	19	2	0	4	2	24	2,893	1,945	937	11	120.5
高知県	2	18	8	5	1	11	2	24	2,765	1,691	1,059	15	115.2
福岡県*	4	12	0	4	0	4	0	48	8,834	5,863	2,897	74	184.0
北九州市	2	8	2	5	3	5	3	24	2,622	1,904	705	13	109.3
福岡市	3	9	1	7	3	6	3	30	3,002	2,099	877	26	100.1
佐賀県	2	6	0	5	1	5	1	12	3,255	1,956	1,260	39	271.3
長崎県	3	16	7	5	2	7	4	23	2,644	1,708	921	15	115.0
熊本県*	2	7	1	6	0	5	1	24	3,786	2,229	1,504	53	157.8
熊本市	2	7	1	7	3	5	1	24	2,766	2,095	645	26	115.3
大分県	3	9	0	4	1	4	1	22	3,207	1,746	1,444	17	145.8
宮崎県	2	14	0	6	0	4	0	24	1,926	1,381	538	7	80.3
鹿児島県	3	15	6	4	1	9	6	27	4,069	2,448	1,607	14	150.7
沖縄県	2	6	0	4	0	6	0	24	4,669	3,418	1,220	31	194.5
全 国	221	807	160	338	93	387	128	1,855	276,224	189,786	84,883	1,555	148.9

* 政令市を除く道府県

** 平成30年度衛生行政報告例による

表2-1 退院請求審査(受理件数と入院形態内訳) 2018年度(都道府県別)

都道府県名	前年度からの繰り越し 件数(※1)	退院請求の新規受理件数								
		総数	請求形態別の受理件数			入院形態の内訳				
			書面	口頭(電話含む)	その他	任意入院	医療保護入院	応急入院	措置入院	緊急措置入院
北海道	4	83	83	0	0	0	73	0	10	0
青森県	0	46	46	0	0	0	20	0	26	0
岩手県	0	21	21	0	0	2	17	0	2	0
宮城県	5	37	37	0	0	0	34	0	3	0
秋田県	1	46	46	0	0	0	42	0	4	0
山形県	3	34	34	0	0	1	26	0	7	0
福島県	0	42	42	0	0	0	41	0	1	0
茨城県	0	15	15	0	0	0	7	0	8	0
栃木県	0	25	25	0	0	1	19	0	5	0
群馬県	4	47	47	0	0	1	32	0	14	0
埼玉県	0	159	132	27	0	1	115	0	43	0
千葉県	5	223	220	2	1	4	159	0	60	0
東京都	26	203	202	1	0	3	155	0	45	0
神奈川県	25	351	351	0	0	3	243	0	105	0
新潟県	4	69	69	0	0	0	55	0	14	0
富山県	1	6	6	0	0	0	6	0	0	0
石川県	1	23	23	0	0	0	20	0	3	0
福井県	1	11	11	0	0	0	9	0	2	0
山梨県	0	23	23	0	0	0	22	0	1	0
長野県	6	97	97	0	0	1	67	0	29	0
岐阜県	1	24	24	0	0	0	22	0	2	0
静岡県	6	109	109	0	0	1	90	0	18	0
愛知県	9	136	136	0	0	0	122	0	14	0
三重県	3	35	35	0	0	0	28	0	7	0
滋賀県	3	48	48	0	0	1	36	0	11	0
京都府	9	121	120	1	0	0	100	0	21	0
大阪府	37	425	425	0	0	1	379	0	45	0
兵庫県	8	100	100	0	0	0	93	0	7	0
奈良県	9	66	66	0	0	0	59	0	7	0
和歌山県	0	5	5	0	0	0	5	0	0	0
鳥取県	1	8	8	0	0	0	8	0	0	0
島根県	1	20	20	0	0	0	15	0	5	0
岡山県	0	107	107	0	0	0	99	0	8	0
広島県	0	71	71	0	0	1	52	0	18	0
山口県	9	74	74	0	0	0	73	0	1	0
徳島県	1	19	19	0	0	0	19	0	0	0
香川県	8	31	31	0	0	0	21	0	10	0
愛媛県	3	21	21	0	0	0	17	0	4	0
高知県	0	43	43	0	0	0	39	0	4	0
福岡県	21	280	280	0	0	7	242	0	31	0
佐賀県	0	26	21	5	0	0	17	0	9	0
長崎県	1	31	30	1	0	0	26	0	5	0
熊本県	6	61	61	0	0	0	48	0	12	1
大分県	2	40	40	0	0	1	35	0	4	0
宮崎県	3	68	68	0	0	0	58	0	10	0
鹿児島県	12	110	109	1	0	0	105	0	5	0
沖縄県	8	90	90	0	0	2	71	0	17	0
計/平均	247	3730	3691	38	1	31	3041	0	657	1

※1 受理日の日付が平成30年3月31日以前のもの(空欄、不明は含まない)

表2-2 退院請求審査(受理件数と入院形態内訳) 2018年度(政令市別掲)

都道府県名	前年度からの繰り越し件数	退院請求の新規受理件数								
		総数	請求形態別の受理件数			入院形態の内訳				
			書面	口頭(電話含む)	その他	任意入院	医療保護入院	応急入院	措置入院	緊急措置入院
北海道*	0	49	49	0	0	0	42	0	7	0
札幌市	0	34	34	0	0	0	31	0	3	0
青森県	0	46	46	0	0	0	20	0	26	0
岩手県	0	21	21	0	0	2	17	0	2	0
宮城県*	0	17	17	0	0	0	16	0	1	0
仙台市	0	20	20	0	0	0	18	0	2	0
秋田県	0	46	46	0	0	0	42	0	4	0
山形県	0	34	34	0	0	1	26	0	7	0
福島県	0	42	42	0	0	0	41	0	1	0
茨城県	0	15	15	0	0	0	7	0	8	0
栃木県	0	25	25	0	0	1	19	0	5	0
群馬県	0	47	47	0	0	1	32	0	14	0
埼玉県*	0	132	132	0	0	0	94	0	38	0
さいたま市	0	27	0	27	0	1	21	0	5	0
千葉県*	0	179	178	0	1	3	122	0	54	0
千葉市	0	44	42	2	0	1	37	0	6	0
東京都	16	203	202	1	0	3	155	0	45	0
神奈川県*	1	94	94	0	0	0	60	0	34	0
横浜市	5	194	194	0	0	3	146	0	45	0
川崎市	0	36	36	0	0	0	18	0	18	0
相模原市	0	27	27	0	0	0	19	0	8	0
新潟県*	1	29	29	0	0	0	25	0	4	0
新潟市	0	40	40	0	0	0	30	0	10	0
富山県	0	6	6	0	0	0	6	0	0	0
石川県	0	23	23	0	0	0	20	0	3	0
福井県	0	11	11	0	0	0	9	0	2	0
山梨県	0	23	23	0	0	0	22	0	1	0
長野県	5	97	97	0	0	1	67	0	29	0
岐阜県	1	24	24	0	0	0	22	0	2	0
静岡県*	0	54	54	0	0	0	48	0	6	0
静岡市	0	41	41	0	0	0	30	0	11	0
浜松市	2	14	14	0	0	1	12	0	1	0
愛知県*	0	78	78	0	0	0	69	0	9	0
名古屋市	2	58	58	0	0	0	53	0	5	0
三重県	1	35	35	0	0	0	28	0	7	0
滋賀県	1	48	48	0	0	1	36	0	11	0
京都府*	1	74	73	1	0	0	64	0	10	0
京都市	1	47	47	0	0	0	36	0	11	0
大阪府*	10	312	312	0	0	0	285	0	27	0
大阪市	0	21	21	0	0	1	10	0	10	0
堺市	0	92	92	0	0	0	84	0	8	0
兵庫県*	0	51	51	0	0	0	45	0	6	0
神戸市	0	49	49	0	0	0	48	0	1	0
奈良県	2	66	66	0	0	0	59	0	7	0
和歌山県	0	5	5	0	0	0	5	0	0	0
鳥取県	0	8	8	0	0	0	8	0	0	0
島根県	1	20	20	0	0	0	15	0	5	0
岡山県*	0	18	18	0	0	0	15	0	3	0
岡山市	0	89	89	0	0	0	84	0	5	0
広島県*	0	28	28	0	0	0	17	0	11	0
広島市	0	43	43	0	0	1	35	0	7	0
山口県	5	74	74	0	0	0	73	0	1	0
徳島県	0	19	19	0	0	0	19	0	0	0
香川県	0	31	31	0	0	0	21	0	10	0
愛媛県	0	21	21	0	0	0	17	0	4	0
高知県	0	43	43	0	0	0	39	0	4	0
福岡県*	0	212	212	0	0	3	191	0	18	0
北九州市	1	26	26	0	0	1	23	0	2	0
福岡市	1	42	42	0	0	3	28	0	11	0
佐賀県	0	26	21	5	0	0	17	0	9	0
長崎県	0	31	30	1	0	0	26	0	5	0
熊本県*	1	26	26	0	0	0	18	0	8	0
熊本市	2	35	35	0	0	0	30	0	4	1
大分県	0	40	40	0	0	1	35	0	4	0
宮崎県	1	68	68	0	0	0	58	0	10	0
鹿児島県	2	110	109	1	0	0	105	0	5	0
沖縄県	0	90	90	0	0	2	71	0	17	0
計/平均	63	3730	3691	38	1	31	3041	0	657	1

* 政令市を除く道府県

表2-3 退院請求審査(請求者の内訳等) 2018年度(都道府県別)

都道府県名	退院請求の新規受理件数						意見聴取の有無			
	総数 (再掲)	請求者の内訳					意見聴取有 りの件数 ※2	内訳		
		本人	家族等	市区町村長	本人の代理 人	家族等の代 理人		対面での 意見聴取	書面のみ	その他 ・種別不明
北海道	83	71	2	0	10	0	61	51	10	0
青森県	46	46	0	0	0	0	46	17	0	29
岩手県	21	20	1	0	0	0	21	12	0	9
宮城県	37	36	0	0	1	0	33	29	3	1
秋田県	46	46	0	0	0	0	47	43	4	0
山形県	34	33	1	0	0	0	28	24	4	0
福島県	42	41	1	0	0	0	42	32	5	5
茨城県	15	14	1	0	0	0	7	7	0	0
栃木県	25	22	3	0	0	0	13	13	0	0
群馬県	47	45	1	0	1	0	51	32	0	19
埼玉県	159	154	3	0	2	0	93	84	4	5
千葉県	223	218	4	0	1	0	129	102	15	12
東京都	203	183	5	0	14	1	166	157	8	1
神奈川県	351	345	1	0	5	0	257	194	17	46
新潟県	69	67	2	0	0	0	73	45	8	20
富山県	6	6	0	0	0	0	7	7	0	0
石川県	23	21	2	0	0	0	26	22	4	0
福井県	11	10	1	0	0	0	12	11	0	1
山梨県	23	22	0	0	1	0	14	14	0	0
長野県	97	91	6	0	0	0	81	60	21	0
岐阜県	24	24	0	0	0	0	25	24	0	1
静岡県	109	105	4	0	0	0	91	79	11	1
愛知県	136	121	2	0	13	0	122	104	18	0
三重県	35	35	0	0	0	0	30	30	0	0
滋賀県	48	41	3	0	4	0	51	36	5	10
京都府	121	115	0	0	6	0	117	92	4	21
大阪府	425	387	7	0	31	0	441	249	83	109
兵庫県	100	98	0	0	2	0	92	69	13	10
奈良県	66	65	1	0	0	0	54	47	7	0
和歌山県	5	5	0	0	0	0	2	2	0	0
鳥取県	8	8	0	0	0	0	9	8	0	1
島根県	20	19	0	0	1	0	21	17	1	3
岡山県	107	105	2	0	0	0	78	72	4	2
広島県	71	45	1	0	25	0	61	44	3	14
山口県	74	74	0	0	0	0	61	45	16	0
徳島県	19	17	2	0	0	0	15	10	5	0
香川県	31	31	0	0	0	0	39	33	3	3
愛媛県	21	20	1	0	0	0	21	17	4	0
高知県	43	43	0	0	0	0	43	32	0	11
福岡県	280	197	6	0	77	0	270	153	77	40
佐賀県	26	15	0	0	11	0	15	13	2	0
長崎県	31	29	0	0	2	0	33	25	2	6
熊本県	61	52	3	0	6	0	57	50	4	3
大分県	40	36	1	0	3	0	42	23	13	6
宮崎県	68	61	1	0	6	0	71	41	20	10
鹿児島県	110	88	9	0	13	0	85	75	10	0
沖縄県	90	83	1	0	6	0	98	8	83	7
計/平均	3730	3410	78	0	241	1	3251	2354	491	406

※2 平成30年4月1日から平成31年3月31日の間の実施を対象

表2-4 退院請求審査(請求者の内訳等) 2018年度 (政令市別掲)

都道府県名	退院請求の新規受理件数						意見聴取の有無			
	総数	請求者の内訳					意見聴取有りの件数	内訳		
		本人	家族等	市区町村長	本人の代理人	家族等の代理人		対面での意見聴取	書面のみ	その他・種別不明
北海道*	49	46	1	0	2	0	36	28	8	0
札幌市	34	25	1	0	8	0	25	23	2	0
青森県	46	46	0	0	0	0	46	17	0	29
岩手県	21	20	1	0	0	0	21	12	0	9
宮城県*	17	17	0	0	0	0	21	18	2	1
仙台市	20	19	0	0	1	0	12	11	1	0
秋田県	46	46	0	0	0	0	47	43	4	0
山形県	34	33	1	0	0	0	28	24	4	0
福島県	42	41	1	0	0	0	42	32	5	5
茨城県	15	14	1	0	0	0	7	7	0	0
栃木県	25	22	3	0	0	0	13	13	0	0
群馬県	47	45	1	0	1	0	51	32	0	19
埼玉県*	132	127	3	0	2	0	77	70	2	5
さいたま市	27	27	0	0	0	0	16	14	2	0
千葉県*	179	176	3	0	0	0	100	77	11	12
千葉市	44	42	1	0	1	0	29	25	4	0
東京都	203	183	5	0	14	1	166	157	8	1
神奈川県*	94	92	1	0	1	0	105	57	2	46
横浜市	194	191	0	0	3	0	110	96	14	0
川崎市	36	35	0	0	1	0	22	22	0	0
相模原市	27	27	0	0	0	0	20	19	1	0
新潟県*	29	28	1	0	0	0	33	24	2	7
新潟市	40	39	1	0	0	0	40	21	6	13
富山県	6	6	0	0	0	0	7	7	0	0
石川県	23	21	2	0	0	0	26	22	4	0
福井県	11	10	1	0	0	0	12	11	0	1
山梨県	23	22	0	0	1	0	14	14	0	0
長野県	97	91	6	0	0	0	81	60	21	0
岐阜県	24	24	0	0	0	0	25	24	0	1
静岡県*	54	52	2	0	0	0	43	36	7	0
静岡市	41	40	1	0	0	0	33	29	3	1
浜松市	14	13	1	0	0	0	15	14	1	0
愛知県*	78	72	1	0	5	0	69	62	7	0
名古屋市	58	49	1	0	8	0	53	42	11	0
三重県	35	35	0	0	0	0	30	30	0	0
滋賀県	48	41	3	0	4	0	51	36	5	10
京都府*	74	69	0	0	5	0	79	57	1	21
京都市	47	46	0	0	1	0	38	35	3	0
大阪府*	312	283	7	0	22	0	346	188	50	108
大阪市	21	18	0	0	3	0	12	12	0	0
堺市	92	86	0	0	6	0	83	49	33	1
兵庫県*	51	49	0	0	2	0	42	36	6	0
神戸市	49	49	0	0	0	0	50	33	7	10
奈良県	66	65	1	0	0	0	54	47	7	0
和歌山県	5	5	0	0	0	0	2	2	0	0
鳥取県	8	8	0	0	0	0	9	8	0	1
島根県	20	19	0	0	1	0	21	17	1	3
岡山県*	18	18	0	0	0	0	18	13	3	2
岡山市	89	87	2	0	0	0	60	59	1	0
広島県*	28	18	0	0	10	0	18	17	1	0
広島市	43	27	1	0	15	0	43	27	2	14
山口県	74	74	0	0	0	0	61	45	16	0
徳島県	19	17	2	0	0	0	15	10	5	0
香川県	31	31	0	0	0	0	39	33	3	3
愛媛県	21	20	1	0	0	0	21	17	4	0
高知県	43	43	0	0	0	0	43	32	0	11
福岡県*	212	159	5	0	48	0	203	91	72	40
北九州市	26	13	0	0	13	0	22	21	1	0
福岡市	42	25	1	0	16	0	45	41	4	0
佐賀県	26	15	0	0	11	0	15	13	2	0
長崎県	31	29	0	0	2	0	33	25	2	6
熊本県*	26	24	2	0	0	0	28	24	1	3
熊本市	35	28	1	0	6	0	29	26	3	0
大分県	40	36	1	0	3	0	42	23	13	6
宮崎県	68	61	1	0	6	0	71	41	20	10
鹿児島県	110	88	9	0	13	0	85	75	10	0
沖縄県	90	83	1	0	6	0	98	8	83	7
計/平均	3730	3410	78	0	241	1	3251	2354	491	406

* 政令市を除く道府県

表2-5 退院請求審査(審査結果) 2018年度(都道府県別)

都道府県名	審査完了した退院請求											
	総数	審査結果の内訳										
		現状維持	% ※3	入院形態 変更	% ※3	入院形態変更 (指定期間内)	% ※3	退院	% ※3	処遇改善	% ※3	不明
北海道	53	49	92.5	2	3.8	2	3.8	0	0.0	0	0.0	0
青森県	39	39	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
岩手県	11	11	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
宮城県	32	32	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
秋田県	38	38	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
山形県	26	22	84.6	2	7.7	0	0.0	2	7.7	0	0.0	0
福島県	33	33	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
茨城県	6	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
栃木県	12	9	75.0	0	0.0	1	8.3	2	16.7	0	0.0	0
群馬県	24	19	79.2	5	20.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
埼玉県	83	69	83.1	9	10.8	2	2.4	3	3.6	0	0.0	0
千葉県	116	102	96.2	3	2.8	0	0.0	1	0.9	0	0.0	10
東京都	124	107	86.3	9	7.3	7	5.6	1	0.8	0	0.0	0
神奈川県	163	152	93.3	2	1.2	8	4.9	0	0.0	1	0.6	0
新潟県	47	46	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
富山県	7	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
石川県	20	0		0		0		0		0		20
福井県	11	11	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
山梨県	11	10	90.9	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
長野県	79	79	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
岐阜県	16	16	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
静岡県	82	82	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
愛知県	116	114	98.3	2	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
三重県	22	19	86.4	3	13.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
滋賀県	34	24	70.6	5	14.7	2	5.9	0	0.0	3	8.8	0
京都府	87	83	96.5	2	2.3	0	0.0	1	1.2	0	0.0	1
大阪府	266	218	82.0	13	4.9	0	0.0	34	12.8	1	0.4	0
兵庫県	68	63	94.0	2	3.0	0	0.0	2	3.0	0	0.0	1
奈良県	53	51	96.2	2	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
和歌山県	2	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
鳥取県	8	6	75.0	1	12.5	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0
島根県	18	18	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
岡山県	67	62	92.5	3	4.5	2	3.0	0	0.0	0	0.0	0
広島県	38	36	94.7	2	5.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
山口県	60	60	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
徳島県	15	15	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
香川県	36	31	86.1	3	8.3	2	5.6	0	0.0	0	0.0	0
愛媛県	21	21	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
高知県	30	29	96.7	0	0.0	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0
福岡県	232	216	94.3	5	2.2	7	3.1	1	0.4	0	0.0	3
佐賀県	15	15	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
長崎県	25	24	96.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0	0	0.0	0
熊本県	50	47	94.0	3	6.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
大分県	35	33	94.3	0	0.0	0	0.0	2	5.7	0	0.0	0
宮崎県	56	51	91.1	5	8.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
鹿児島県	83	83	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
沖縄県	81	81	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
計/平均	2551	2341	93.1	84	3.3	33	1.3	52	2.1	5	0.2	36

※3 総数から「不明」を除いた件数に対する比率

表2-6 退院請求審査(審査結果) 2018年度 (政令市別掲)

都道府県名	審査完了した退院請求											
	総数	審査結果の内訳										
		現状維持	% ※3	入院形態 変更	% ※3	入院形態変更 (指定期間内)	% ※3	退院	% ※3	処遇改善	% ※3	不明
北海道 *	29	25	86.2	2	6.9	2	6.9	0	0.0	0	0.0	0
札幌市	24	24	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
青森県	39	39	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
岩手県	11	11	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
宮城県 *	20	20	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
仙台市	12	12	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
秋田県	38	38	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
山形県	26	22	84.6	2	7.7	0	0.0	2	7.7	0	0.0	0
福島県	33	33	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
茨城県	6	6	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
栃木県	12	9	75.0	0	0.0	1	8.3	2	16.7	0	0.0	0
群馬県	24	19	79.2	5	20.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
埼玉県 *	67	56	83.6	6	9.0	2	3.0	3	4.5	0	0.0	0
さいたま市	16	13	81.3	3	18.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
千葉県 *	89	81	96.4	3	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5
千葉市	27	21	95.5	0	0.0	0	0.0	1	4.5	0	0.0	5
東京都	124	107	86.3	9	7.3	7	5.6	1	0.8	0	0.0	0
神奈川県 *	48	40	83.3	1	2.1	7	14.6	0	0.0	0	0.0	0
横浜市	79	76	96.2	1	1.3	1	1.3	0	0.0	1	1.3	0
川崎市	22	22	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
相模原市	14	14	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
新潟県 *	24	23	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
新潟市	23	23	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
富山県	7	7	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
石川県	20	0		0		0		0		0		20
福井県	11	11	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
山梨県	11	10	90.9	1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
長野県	79	79	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
岐阜県	16	16	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
静岡県 *	39	39	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
静岡市	28	28	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
浜松市	15	15	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
愛知県 *	66	64	97.0	2	3.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
名古屋市	50	50	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
三重県	22	19	86.4	3	13.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
滋賀県	34	24	70.6	5	14.7	2	5.9	0	0.0	3	8.8	0
京都府 *	52	51	98.1	1	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
京都市	35	32	94.1	1	2.9	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1
大阪府 *	206	171	83.0	2	1.0	0	0.0	33	16.0	0	0.0	0
大阪市	9	6	66.7	1	11.1	0	0.0	1	11.1	1	11.1	0
堺市	51	41	80.4	10	19.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
兵庫県 *	34	30	90.9	1	3.0	0	0.0	2	6.1	0	0.0	1
神戸市	34	33	97.1	1	2.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
奈良県	53	51	96.2	2	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
和歌山県	2	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
鳥取県	8	6	75.0	1	12.5	0	0.0	1	12.5	0	0.0	0
島根県	18	18	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
岡山県 *	15	14	93.3	1	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
岡山市	52	48	92.3	2	3.8	2	3.8	0	0.0	0	0.0	0
広島県 *	14	13	92.9	1	7.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
広島市	24	23	95.8	1	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
山口県	60	60	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
徳島県	15	15	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
香川県	36	31	86.1	3	8.3	2	5.6	0	0.0	0	0.0	0
愛媛県	21	21	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
高知県	30	29	96.7	0	0.0	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0
福岡県 *	180	167	94.4	3	1.7	7	4.0	0	0.0	0	0.0	3
北九州市	22	22	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
福岡市	30	27	90.0	2	6.7	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0
佐賀県	15	15	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
長崎県	25	24	96.0	0	0.0	0	0.0	1	4.0	0	0.0	0
熊本県 *	24	22	91.7	2	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
熊本市	26	25	96.2	1	3.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
大分県	35	33	94.3	0	0.0	0	0.0	2	5.7	0	0.0	0
宮崎県	56	51	91.1	5	8.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
鹿児島県	83	83	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
沖縄県	81	81	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
計/平均	2551	2341	93.1	84	3.3	33	1.3	52	2.1	5	0.2	36

* 政令市を除く道府県 ※3 総数から「不明」を除いた件数に対する比率

表2-7 退院請求審査(不審査決定件数と審査日数) 2018年度(都道府県別)

都道府県名	不審査決定した退院請求						次年度への 繰り越し件 数※4	要した日数※5				
	総数	新規受理 件数（再掲）	新規受理件 数に対する 不審査率 （％）	内訳				内訳(日)				
				取り下げ	要件消失	不明		受理から 意見聴取まで	意見聴取から 審査まで	審査から 結果通知まで	受理から 結果通知まで	受理から不審 査決定まで
北海道	24	83	28.9	17	7	0	10	23.5	8.0	4.9	35.3	18.4
青森県	7	46	15.2	7	0	0	0	20.2	14.1	6.3	28.6	10.6
岩手県	9	21	42.9	9	0	0	1	9.6	12.2	3.6	25.5	6.1
宮城県	10	37	27.0	9	1	0	0	20.8	9.8	1.9	31.6	15.8
秋田県	8	46	17.4	5	3	0	1	13.3	8.6	1.1	21.4	6.1
山形県	8	34	23.5	8	0	0	3	23.5	11.4	0.4	32.9	14.5
福島県	6	42	14.3	0	0	6	2	20.2	11.7	9.5	33.8	12.2
茨城県	8	15	53.3	8	0	0	0	19.5	13.0	3.2	38.0	10.4
栃木県	11	25	44.0	9	2	0	2	25.2	15.6	1.4	42.3	12.5
群馬県	19	47	40.4	12	7	0	8	26.8	9.1	3.5	39.5	37.4
埼玉県	63	159	39.6	51	12	0	13	25.3	10.6	6.2	40.7	16.5
千葉県	82	223	36.8	51	30	1	19	28.2	10.0	1.6	39.5	15.4
東京都	79	203	38.9	53	26	0	26	27.0	14.9	10.0	51.1	18.9
神奈川県	183	351	52.1	134	49	0	26	28.5	9.4	1.8	37.8	22.0
新潟県	20	69	29.0	13	7	0	6	20.5	9.0	0.0	28.9	20.2
富山県	0	6	0.0				0	15.7	10.1	0.0	25.5	-
石川県	0	23	0.0				4	17.8	15.3	2.0	29.8	-
福井県	0	11	0.0				1	17.6	11.8	9.2	38.5	-
山梨県	7	23	30.4	7	0	0	5	21.6	11.6	4.9	38.2	52.6
長野県	24	97	24.7	14	10	0	0	18.3	7.7	7.5	30.1	10.7
岐阜県	4	24	16.7	0	4	0	5	19.3	12.7	0.8	33.5	22.5
静岡県	21	109	19.3	19	2	0	14	17.2	11.2	2.0	29.4	13.0
愛知県	24	136	17.6	22	2	0	5	21.3	7.4	1.2	28.9	13.7
三重県	10	35	28.6	6	4	0	6	20.5	9.7	1.0	32.6	14.2
滋賀県	13	48	27.1	8	5	0	4	24.0	11.8	5.9	39.9	26.3
京都府	40	121	33.1	25	15	0	0	12.7	6.3	3.4	22.0	20.0
大阪府	159	425	37.4	106	53	0	37	31.6	12.4	1.4	40.3	18.8
兵庫県	30	100	30.0	17	13	0	8	21.1	8.0	1.3	28.8	16.5
奈良県	20	66	30.3	18	2	0	2	13.0	8.2	0.0	21.7	13.0
和歌山県	3	5	60.0	3	0	0	0	7.0	14.0	0.0	21.0	9.7
鳥取県	0	8	0.0				0	13.7	13.3	13.6	41.0	-
島根県	3	20	15.0	0	0	3	0	19.0	14.0	1.2	33.8	13.3
岡山県	38	107	35.5	29	9	0	2	14.7	8.6	0.3	23.3	14.6
広島県	16	71	22.5	16	0	0	3	26.4	11.2	1.1	38.7	18.1
山口県	23	74	31.1	15	8	0	0	34.9	6.7	6.2	38.1	31.5
徳島県	4	19	21.1	3	1	0	1	13.4	9.8	0.0	25.0	12.8
香川県	3	31	9.7	3	0	0	0	27.0	10.8	1.0	37.1	15.5
愛媛県	2	21	9.5	2	0	0	1	16.1	16.2	3.1	33.8	14.0
高知県	12	43	27.9	12	0	0	1	40.6	19.5	2.9	57.7	28.0
福岡県	41	280	14.6	33	8	0	22	24.5	9.5	2.1	28.5	16.4
佐賀県	7	26	26.9	7	0	0	4	20.5	4.3	2.3	28.1	18.9
長崎県	8	31	25.8	4	4	0	0	14.6	7.8	2.2	24.4	10.1
熊本県	12	61	19.7	11	1	0	5	21.0	6.3	7.3	32.0	20.7
大分県	7	40	17.5	7	0	0	0	30.3	11.7	0.5	35.6	23.4
宮崎県	10	68	14.7	10	0	0	5	22.7	9.4	1.0	28.4	14.4
鹿児島県	33	110	30.0	27	6	0	7	28.4	11.6	1.1	37.5	17.1
沖縄県	14	90	15.6	8	6	0	3	24.3	7.0	3.0	19.0	10.8
計/平均	1125	3730	30.2	822	297	6	262	23.7	10.3	2.9	33.6	18.4

※4 次年度への繰り越しは、受理日、意見聴取日、審査日、通知日、不審査決定日の並びがいずれも逆転しておらず、加えて①、②のいずれかを満たす件数

①受理日から意見聴取日、審査日、通知日または不審査決定日の途中で、年度が替わるもの(平成31年4月1日以降の日付となるもの)

②通知日または不審査決定日が空欄である

※5 要した日数は、該当する両日が年度内に入り、かつ順序が逆転していないもので集計する。

表2-8 退院請求審査(不審査決定件数と審査日数) 2018年度 (政令市別掲)

都道府県名	不審査決定した退院請求						次年度への繰り 越し件数	要した日数				
	総数	新規受理件数 (再掲)	新規受理件数に 対する不審査率 (%)	内訳				内訳(日)				
				取り下げ	要件消失	不明		受理から 意見聴取まで	意見聴取から 審査まで	審査から 結果通知まで	受理から 結果通知まで	受理から不審査 決定まで
北海道＊	13	49	26.5	7	6	0	8	23.5	8.0	4.9	35.3	18.4
札幌市	11	34	32.4	10	1	0	2	20.1	8.5	0.0	28.2	14.7
青森県	7	46	15.2	7	0	0	0	20.2	14.1	6.3	28.6	10.6
岩手県	9	21	42.9	9	0	0	1	9.6	12.2	3.6	25.5	6.1
宮城県＊	1	17	5.9	0	1	0	0	20.8	9.8	1.9	31.6	15.8
仙台市	9	20	45.0	9	0	0	0	27.7	11.1	1.0	37.8	17.3
秋田県	8	46	17.4	5	3	0	1	13.3	8.6	1.1	21.4	6.1
山形県	8	34	23.5	8	0	0	3	23.5	11.4	0.4	32.9	14.5
福島県	6	42	14.3	0	0	6	2	20.2	11.7	9.5	33.8	12.2
茨城県	8	15	53.3	8	0	0	0	19.5	13.0	3.2	38.0	10.4
栃木県	11	25	44.0	9	2	0	2	25.2	15.6	1.4	42.3	12.5
群馬県	19	47	40.4	12	7	0	8	26.8	9.1	3.5	39.5	37.4
埼玉県＊	52	132	39.4	40	12	0	13	25.3	10.6	6.2	40.7	16.5
さいたま市	11	27	40.7	11	0	0	0	21.9	9.9	1.9	31.6	7.2
千葉県＊	62	179	34.6	40	23	0	17	28.2	10.0	1.6	39.5	15.4
千葉市	20	44	45.5	11	7	1	2	20.5	9.5	7.0	35.3	11.5
東京都	79	203	38.9	53	26	0	26	27.0	14.9	10.0	51.1	18.9
神奈川県＊	53	94	56.4	30	23	0	4	28.5	9.4	1.8	37.8	22.0
横浜市	106	194	54.6	91	15	0	19	35.1	9.1	1.2	41.0	26.3
川崎市	12	36	33.3	6	6	0	2	15.2	7.6	3.3	26.3	7.2
相模原市	12	27	44.4	7	5	0	1	16.8	11.3	2.9	30.6	18.2
新潟県＊	9	29	31.0	6	3	0	0	20.5	9.0	0.0	28.9	20.2
新潟市	11	40	27.5	7	4	0	6	24.0	8.9	0.0	30.8	29.5
富山県	0	6	0.0				0	15.7	10.1	0.0	25.5	-
石川県	0	23	0.0				4	17.8	15.3	2.0	29.8	-
福井県	0	11	0.0				1	17.6	11.8	9.2	38.5	-
山梨県	7	23	30.4	7	0	0	5	21.6	11.6	4.9	38.2	52.6
長野県	24	97	24.7	14	10	0	0	18.3	7.7	7.5	30.1	10.7
岐阜県	4	24	16.7	0	4	0	5	19.3	12.7	0.8	33.5	22.5
静岡県＊	10	54	18.5	9	1	0	7	17.2	11.2	2.0	29.4	13.0
静岡市	10	41	24.4	10	0	0	5	19.5	10.9	5.1	34.3	16.1
浜松市	1	14	7.1	0	1	0	2	18.8	14.8	1.2	33.8	11.0
愛知県＊	14	78	17.9	12	2	0	3	21.3	7.4	1.2	28.9	13.7
名古屋市	10	58	17.2	10	0	0	2	15.5	8.5	2.7	25.1	19.7
三重県	10	35	28.6	6	4	0	6	20.5	9.7	1.0	32.6	14.2
滋賀県	13	48	27.1	8	5	0	4	24.0	11.8	5.9	39.9	26.3
京都府＊	24	74	32.4	18	6	0	0	12.7	6.3	3.4	22.0	20.0
京都市	16	47	34.0	7	9	0	0	11.4	5.3	2.5	20.2	26.6
大阪府＊	109	312	34.9	72	37	0	31	31.6	12.4	1.4	40.3	18.8
大阪市	12	21	57.1	6	6	0	0	13.3	12.9	5.3	31.2	18.2
堺市	38	92	41.3	28	10	0	6	21.2	13.7	0.7	31.8	16.9
兵庫県＊	20	51	39.2	9	8	0	7	21.1	8.0	1.3	28.8	16.5
神戸市	13	49	26.5	8	5	0	1	19.1	7.8	1.0	25.6	13.6
奈良県	20	66	30.3	18	2	0	2	13.0	8.2	0.0	21.7	13.0
和歌山県	3	5	60.0	3	0	0	0	7.0	14.0	0.0	21.0	9.7
鳥取県	0	8	0.0				0	13.7	13.3	13.6	41.0	-
島根県	3	20	15.0	0	0	3	0	19.0	14.0	1.2	33.8	13.3
岡山県＊	2	18	11.1	2	0	0	1	14.7	8.6	0.3	23.3	14.6
岡山市	36	89	40.4	27	9	0	1	15.5	7.9	0.0	22.6	14.9
広島県＊	0	28	0.0	0	0	0	0	26.4	11.2	1.1	38.7	18.1
広島市	16	43	37.2	16	0	0	3	26.9	10.4	1.0	37.6	18.1
山口県	23	74	31.1	15	8	0	0	34.9	6.7	6.2	38.1	31.5
徳島県	4	19	21.1	3	1	0	1	13.4	9.8	0.0	25.0	12.8
香川県	3	31	9.7	3	0	0	0	27.0	10.8	1.0	37.1	15.5
愛媛県	2	21	9.5	2	0	0	1	16.1	16.2	3.1	33.8	14.0
高知県	12	43	27.9	12	0	0	1	40.6	19.5	2.9	57.7	28.0
福岡県＊	24	212	11.3	20	4	0	22	24.5	9.5	2.1	28.5	16.4
北九州市	6	26	23.1	4	2	0	0	26.0	12.5	2.3	41.6	10.7
福岡市	11	42	26.2	9	2	0	5	18.8	10.0	1.1	28.0	19.5
佐賀県	7	26	26.9	7	0	0	4	20.5	4.3	2.3	28.1	18.9
長崎県	8	31	25.8	4	4	0	0	14.6	7.8	2.2	24.4	10.1
熊本県＊	3	26	11.5	2	1	0	1	21.0	6.3	7.3	32.0	20.7
熊本市	9	35	25.7	9	0	0	4	18.7	7.0	6.6	28.9	24.1
大分県	7	40	17.5	7	0	0	0	30.3	11.7	0.5	35.6	23.4
宮崎県	10	68	14.7	10	0	0	5	22.7	9.4	1.0	28.4	14.4
鹿児島県	33	110	30.0	27	6	0	7	28.4	11.6	1.1	37.5	17.1
沖縄県	14	90	15.6	8	6	0	3	24.3	7.0	3.0	19.0	10.8
計/平均	1125	3730	30.2	822	297	6	262	23.7	10.3	2.9	33.6	18.4

*政令市を除く道府県

表3-1 処遇改善請求審査(受理件数と入院形態内訳) 2018年度(都道府県別)

都道府県名	前年度からの繰り越し件数(※1)	平成30年4月から平成31年3月の1年間で受理した処遇改善請求								
		新規受理件数	請求形態別の受理件数			入院形態の内訳				
			書面	口頭(電話含む)	その他	任意入院	医療保護入院	応急入院	措置入院	緊急措置入院
北海道	0	33	32	1	0	0	29	0	4	0
青森県	0	0	0	0	0					
岩手県	0	4	4	0	0	0	3	0	1	0
宮城県	0	0	0	0	0					
秋田県	0	4	4	0	0	0	3	0	1	0
山形県	0	0	0	0	0					
福島県	0	9	9	0	0	0	9	0	0	0
茨城県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
栃木県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
群馬県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
埼玉県	0	39	36	3	0	1	34	0	4	0
千葉県	0	66	63	3	0	1	48	0	17	0
東京都	16	106	106	0	0	2	83	0	21	0
神奈川県	6	71	71	0	0	3	59	0	9	0
新潟県	1	27	27	0	0	0	23	0	4	0
富山県	0	0	0	0	0					
石川県	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
福井県	0	0	0	0	0					
山梨県	0	0	0	0	0					
長野県	5	29	29	0	0	0	19	0	10	0
岐阜県	1	5	5	0	0	0	5	0	0	0
静岡県	2	16	16	0	0	2	13	0	1	0
愛知県	2	25	25	0	0	0	24	0	1	0
三重県	1	8	8	0	0	0	5	0	3	0
滋賀県	1	15	15	0	0	1	12	0	2	0
京都府	2	23	23	0	0	1	18	0	4	0
大阪府	10	140	140	0	0	13	120	0	7	0
兵庫県	0	23	23	0	0	0	21	0	2	0
奈良県	2	10	10	0	0	0	10	0	0	0
和歌山県	0	0	0	0	0					
鳥取県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
島根県	1	8	8	0	0	0	4	0	4	0
岡山県	0	8	8	0	0	2	6	0	0	0
広島県	0	7	7	0	0	0	5	0	2	0
山口県	5	25	25	0	0	0	25	0	0	0
徳島県	0	3	3	0	0	0	3	0	0	0
香川県	0	0	0	0	0					
愛媛県	0	3	3	0	0	0	3	0	0	0
高知県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
福岡県	2	31	31	0	0	2	26	0	3	0
佐賀県	0	4	3	1	0	0	3	0	1	0
長崎県	0	25	25	0	0	1	20	0	4	0
熊本県	3	22	22	0	0	0	18	0	4	0
大分県	0	7	7	0	0	0	6	0	1	0
宮崎県	1	13	13	0	0	0	12	0	1	0
鹿児島県	2	20	20	0	0	0	18	0	2	0
沖縄県	0	11	11	0	0	2	4	1	4	0
計/平均	63	846	838	8	0	32	696	1	117	0

* 政令市を除く道府県

表3-2 処遇改善請求審査(受理件数と入院形態内訳) 2018年度(政令市別掲)

都道府県名	前年度からの繰り越し件数	処遇改善請求の新規受理件数								
		受理総数	請求形態別の受理件数			入院形態の内訳				
			書面	口頭 (電話含む)	その他	任意入院	医療保護入院	応急入院	措置入院	緊急措置入院
北海道*	0	29	28	1	0	0	25	0	4	0
札幌市	0	4	4	0	0	0	4	0	0	0
青森県	0	0	0	0	0					
岩手県	0	4	4	0	0	0	3	0	1	0
宮城県*	0	0	0	0	0					
仙台市	0	0	0	0	0					
秋田県	0	4	4	0	0	0	3	0	1	0
山形県	0	0	0	0	0					
福島県	0	9	9	0	0	0	9	0	0	0
茨城県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
栃木県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
群馬県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
埼玉県*	0	36	36	0	0	1	32	0	3	0
さいたま市	0	3	0	3	0	0	2	0	1	0
千葉県*	0	52	52	0	0	1	35	0	16	0
千葉市	0	14	11	3	0	0	13	0	1	0
東京都	16	106	106	0	0	2	83	0	21	0
神奈川県*	1	14	14	0	0	0	13	0	1	0
横浜市	5	45	45	0	0	2	39	0	4	0
川崎市	0	5	5	0	0	0	3	0	2	0
相模原市	0	7	7	0	0	1	4	0	2	0
新潟県*	1	16	16	0	0	0	15	0	1	0
新潟市	0	11	11	0	0	0	8	0	3	0
富山県	0	0	0	0	0					
石川県	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0
福井県	0	0	0	0	0					
山梨県	0	0	0	0	0					
長野県	5	29	29	0	0	0	19	0	10	0
岐阜県	1	5	5	0	0	0	5	0	0	0
静岡県*	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0
静岡市	0	6	6	0	0	0	5	0	1	0
浜松市	2	8	8	0	0	2	6	0	0	0
愛知県*	0	6	6	0	0	0	6	0	0	0
名古屋市	2	19	19	0	0	0	18	0	1	0
三重県	1	8	8	0	0	0	5	0	3	0
滋賀県	1	15	15	0	0	1	12	0	2	0
京都府*	1	14	14	0	0	0	11	0	3	0
京都市	1	9	9	0	0	1	7	0	1	0
大阪府*	10	111	111	0	0	13	96	0	2	0
大阪市	0	3	3	0	0	0	0	0	3	0
堺市	0	26	26	0	0	0	24	0	2	0
兵庫県*	0	9	9	0	0	0	7	0	2	0
神戸市	0	14	14	0	0	0	14	0	0	0
奈良県	2	10	10	0	0	0	10	0	0	0
和歌山県	0	0	0	0	0					
鳥取県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
島根県	1	8	8	0	0	0	4	0	4	0
岡山県*	0	4	4	0	0	1	3	0	0	0
岡山市	0	4	4	0	0	1	3	0	0	0
広島県*	0	7	7	0	0	0	5	0	2	0
広島市	0	0	0	0	0					
山口県	5	25	25	0	0	0	25	0	0	0
徳島県	0	3	3	0	0	0	3	0	0	0
香川県	0	0	0	0	0					
愛媛県	0	3	3	0	0	0	3	0	0	0
高知県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
福岡県*	0	20	20	0	0	0	19	0	1	0
北九州市	1	2	2	0	0	0	2	0	0	0
福岡市	1	9	9	0	0	2	5	0	2	0
佐賀県	0	4	3	1	0	0	3	0	1	0
長崎県	0	25	25	0	0	1	20	0	4	0
熊本県*	1	5	5	0	0	0	4	0	1	0
熊本市	2	17	17	0	0	0	14	0	3	0
大分県	0	7	7	0	0	0	6	0	1	0
宮崎県	1	13	13	0	0	0	12	0	1	0
鹿児島県	2	20	20	0	0	0	18	0	2	0
沖縄県	0	11	11	0	0	2	4	1	4	0
計/平均	63	846	838	8	0	32	696	1	117	0

*政令市を除く道府県

表3-3 処遇改善請求審査（請求者の内訳等） 2018年度（都道府県別）

都道府県名	処遇改善請求の新規受理件数						意見聴取の有無			
	新規受理 件数（再 掲）	請求者の内訳					意見聴取有 りの件数 ※2	内訳		
		本人	家族等	市区町村長	本人の 代理人	家族等の 代理人		対面での 意見聴取	書面のみ	その他 ・ 種別不明
北海道	33	30	0	0	3	0	27	24	3	0
青森県	0						0			
岩手県	4	4	0	0	0	0	4	2	0	2
宮城県	0						0			
秋田県	4	4	0	0	0	0	4	4	0	0
山形県	0						0			
福島県	9	8	1	0	0	0	9	6	2	1
茨城県	1	1	0	0	0	0	0			
栃木県	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
群馬県	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1
埼玉県	39	36	1	0	2	0	27	19	1	7
千葉県	66	65	0	0	0	1	37	28	7	2
東京都	106	90	6	0	9	1	89	86	2	1
神奈川県	71	70	0	0	1	0	57	41	6	10
新潟県	27	26	1	0	0	0	28	14	3	11
富山県	0						0			
石川県	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
福井県	0						0			
山梨県	0						0			
長野県	29	29	0	0	0	0	28	20	8	0
岐阜県	5	5	0	0	0	0	6	5	0	1
静岡県	16	16	0	0	0	0	14	11	3	0
愛知県	25	23	0	0	2	0	21	18	3	0
三重県	8	8	0	0	0	0	7	6	1	0
滋賀県	15	11	0	0	4	0	16	10	4	2
京都府	23	21	0	0	2	0	19	14	0	5
大阪府	140	118	2	0	20	0	145	92	23	30
兵庫県	23	22	0	0	1	0	20	14	5	1
奈良県	10	10	0	0	0	0	7	6	1	0
和歌山県	0						0			
鳥取県	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
島根県	8	6	0	0	2	0	9	7	0	2
岡山県	8	8	0	0	0	0	8	7	1	0
広島県	7	5	0	0	2	0	5	5	0	0
山口県	25	25	0	0	0	0	24	18	6	0
徳島県	3	3	0	0	0	0	2	2	0	0
香川県	0						0			
愛媛県	3	3	0	0	0	0	3	3	0	0
高知県	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
福岡県	31	18	2	0	11	0	31	17	8	6
佐賀県	4	0	1	0	3	0	1	1	0	0
長崎県	25	21	0	0	3	1	25	18	0	7
熊本県	22	20	0	0	2	0	20	17	3	0
大分県	7	5	1	0	1	0	7	5	1	1
宮崎県	13	11	0	0	2	0	14	10	2	2
鹿児島県	20	17	0	0	3	0	22	19	3	0
沖縄県	11	9	2	0	0	0	11	2	7	2
計/平均	846	753	17	0	73	3	752	555	103	94

※2 平成30年4月1日から平成31年3月31日の間の実施を対象

表3-4 処遇改善請求審査(請求者の内訳等) 2018年度(政令市別掲)

都道府県名	処遇改善請求の新規受理件数						意見聴取の有無			
	新規受理 件数(再掲)	請求者の内訳					意見聴取有りの 件数	内訳		
		本人	家族等	市区町村長	本人の代理人	家族等の代理人		対面での 意見聴取	書面のみ	その他 ・種別不明
北海道*	29	28	0	0	1	0	23	20	3	0
札幌市	4	2	0	0	2	0	4	4	0	0
青森県	0						0			
岩手県	4	4	0	0	0	0	4	2	0	2
宮城県*	0						0			
仙台市	0						0			
秋田県	4	4	0	0	0	0	4	4	0	0
山形県	0						0			
福島県	9	8	1	0	0	0	9	6	2	1
茨城県	1	1	0	0	0	0	0			
栃木県	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
群馬県	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1
埼玉県*	36	33	1	0	2	0	27	19	1	7
さいたま市	3	3	0	0	0	0	0			
千葉県*	52	51	0	0	0	1	30	21	7	2
千葉市	14	14	0	0	0	0	7	7	0	0
東京都	106	90	6	0	9	1	89	86	2	1
神奈川県*	14	14	0	0	0	0	15	5	0	10
横浜市	45	44	0	0	1	0	34	28	6	0
川崎市	5	5	0	0	0	0	2	2	0	0
相模原市	7	7	0	0	0	0	6	6	0	0
新潟県*	16	16	0	0	0	0	17	9	2	6
新潟市	11	10	1	0	0	0	11	5	1	5
富山県	0						0			
石川県	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
福井県	0						0			
山梨県	0						0			
長野県	29	29	0	0	0	0	28	20	8	0
岐阜県	5	5	0	0	0	0	6	5	0	1
静岡県*	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0
静岡市	6	6	0	0	0	0	4	2	2	0
浜松市	8	8	0	0	0	0	8	7	1	0
愛知県*	6	5	0	0	1	0	4	3	1	0
名古屋市	19	18	0	0	1	0	17	15	2	0
三重県	8	8	0	0	0	0	7	6	1	0
滋賀県	15	11	0	0	4	0	16	10	4	2
京都府*	14	12	0	0	2	0	15	10	0	5
京都市	9	9	0	0	0	0	4	4	0	0
大阪府*	111	94	2	0	15	0	121	78	13	30
大阪市	3	3	0	0	0	0	0			
堺市	26	21	0	0	5	0	24	14	10	0
兵庫県*	9	8	0	0	1	0	6	4	2	0
神戸市	14	14	0	0	0	0	14	10	3	1
奈良県	10	10	0	0	0	0	7	6	1	0
和歌山県	0						0			
鳥取県	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
島根県	8	6	0	0	2	0	9	7	0	2
岡山県*	4	4	0	0	0	0	4	4	0	0
岡山市	4	4	0	0	0	0	4	3	1	0
広島県*	7	5	0	0	2	0	5	5	0	0
広島市	0						0			
山口県	25	25	0	0	0	0	24	18	6	0
徳島県	3	3	0	0	0	0	2	2	0	0
香川県	0						0			
愛媛県	3	3	0	0	0	0	3	3	0	0
高知県	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
福岡県*	20	14	0	0	6	0	19	7	7	5
北九州市	2	0	0	0	2	0	2	2	0	0
福岡市	9	4	2	0	3	0	10	8	1	1
佐賀県	4	0	1	0	3	0	1	1	0	0
長崎県	25	21	0	0	3	1	25	18	0	7
熊本県*	5	5	0	0	0	0	6	5	1	0
熊本市	17	15	0	0	2	0	14	12	2	0
大分県	7	5	1	0	1	0	7	5	1	1
宮崎県	13	11	0	0	2	0	14	10	2	2
鹿児島県	20	17	0	0	3	0	22	19	3	0
沖縄県	11	9	2	0	0	0	11	2	7	2
計/平均	846	753	17	0	73	3	752	555	103	94

*政令市を除く道府県

表3-5 処遇改善請求審査（審査結果） 2018年度（都道府県別）

都道府県名	平成30年4月から平成31年3月の1年間で審査完了した処遇改善請求					
	審査完了件数	審査結果の内訳				
		処遇は適当である	%※3	処遇は適当でない	%※3	不明
北海道	25	20	80.0	5	20.0	0
青森県	0					
岩手県	2	2	100.0	0	0.0	0
宮城県	0					
秋田県	4	4	100.0	0	0.0	0
山形県	0					
福島県	7	5	71.4	2	28.6	0
茨城県	0					
栃木県	1	0	0.0	1	100.0	0
群馬県	0					
埼玉県	24	14	93.3	1	6.7	9
千葉県	34	31	100.0	0	0.0	3
東京都	68	67	100.0	0	0.0	1
神奈川県	31	27	90.0	3	10.0	1
新潟県	14	14	100.0	0	0.0	0
富山県	0					
石川県	1	0		0		1
福井県	0					
山梨県	0					
長野県	27	27	100.0	0	0.0	0
岐阜県	3	3	100.0	0	0.0	0
静岡県	13	13	100.0	0	0.0	0
愛知県	19	17	100.0	0	0.0	2
三重県	5	5	100.0	0	0.0	0
滋賀県	13	11	84.6	2	15.4	0
京都府	14	14	100.0	0	0.0	0
大阪府	96	75	83.3	15	16.7	6
兵庫県	17	16	100.0	0	0.0	1
奈良県	7	7	100.0	0	0.0	0
和歌山県	0					
鳥取県	1	1	100.0	0	0.0	0
島根県	7	7	100.0	0	0.0	0
岡山県	7	7	100.0	0	0.0	0
広島県	5	5	100.0	0	0.0	0
山口県	24	23	95.8	1	4.2	0
徳島県	1	1	100.0	0	0.0	0
香川県	0					
愛媛県	3	3	100.0	0	0.0	0
高知県	0					
福岡県	24	19	95.0	1	5.0	4
佐賀県	1	1	100.0	0	0.0	0
長崎県	15	14	93.3	1	6.7	0
熊本県	18	18	100.0	0	0.0	0
大分県	6	3	60.0	2	40.0	1
宮崎県	12	10	90.9	1	9.1	1
鹿児島県	21	18	100.0	0	0.0	3
沖縄県	7	6	85.7	1	14.3	0
計/平均	577	508	93.4	36	6.6	33

※3 総数から「不明」を除いた件数に対する比率

表3-6 処遇改善請求審査(審査結果) 2018年度(政令市別掲)

都道府県名	審査完了した処遇改善請求					
	審査完了件数	審査結果の内訳				
		処遇は適当である	%※3	処遇は適当でない	%※3	不明
北海道*	21	16	76.2	5	23.8	0
札幌市	4	4	100.0	0	0.0	0
青森県	0					
岩手県	2	2	100.0	0	0.0	0
宮城県*	0					
仙台市	0					
秋田県	4	4	100.0	0	0.0	0
山形県	0					
福島県	7	5	71.4	2	28.6	0
茨城県	0					
栃木県	1	0	0.0	1	100.0	0
群馬県	0					
埼玉県*	24	14	93.3	1	6.7	9
さいたま市	0					
千葉県*	27	27	100.0	0	0.0	0
千葉市	7	4	100.0	0	0.0	3
東京都	68	67	100.0	0	0.0	1
神奈川県*	3	2	100.0	0	0.0	1
横浜市	22	19	86.4	3	13.6	0
川崎市	2	2	100.0	0	0.0	0
相模原市	4	4	100.0	0	0.0	0
新潟県*	10	10	100.0	0	0.0	0
新潟市	4	4	100.0	0	0.0	0
富山県	0					
石川県	1	0		0		1
福井県	0					
山梨県	0					
長野県	27	27	100.0	0	0.0	0
岐阜県	3	3	100.0	0	0.0	0
静岡県*	1	1	100.0	0	0.0	0
静岡市	4	4	100.0	0	0.0	0
浜松市	8	8	100.0	0	0.0	0
愛知県*	3	3	100.0	0	0.0	0
名古屋市	16	14	100.0	0	0.0	2
三重県	5	5	100.0	0	0.0	0
滋賀県	13	11	84.6	2	15.4	0
京都府*	10	10	100.0	0	0.0	0
京都市	4	4	100.0	0	0.0	0
大阪府*	81	63	84.0	12	16.0	6
大阪市	0					
堺市	15	12	80.0	3	20.0	0
兵庫県*	5	4	100.0	0	0.0	1
神戸市	12	12	100.0	0	0.0	0
奈良県	7	7	100.0	0	0.0	0
和歌山県	0					
鳥取県	1	1	100.0	0	0.0	0
島根県	7	7	100.0	0	0.0	0
岡山県*	4	4	100.0	0	0.0	0
岡山市	3	3	100.0	0	0.0	0
広島県*	5	5	100.0	0	0.0	0
広島市	0					
山口県	24	23	95.8	1	4.2	0
徳島県	1	1	100.0	0	0.0	0
香川県	0					
愛媛県	3	3	100.0	0	0.0	0
高知県	0					
福岡県*	17	13	100.0	0	0.0	4
北九州市	2	2	100.0	0	0.0	0
福岡市	5	4	80.0	1	20.0	0
佐賀県	1	1	100.0	0	0.0	0
長崎県	15	14	93.3	1	6.7	0
熊本県*	6	6	100.0	0	0.0	0
熊本市	12	12	100.0	0	0.0	0
大分県	6	3	60.0	2	40.0	1
宮崎県	12	10	90.9	1	9.1	1
鹿児島県	21	18	100.0	0	0.0	3
沖縄県	7	6	85.7	1	14.3	0
計/平均	577	508	93.4	36	6.6	33

*政令市を除く道府県

※3 総数から「不明」を除いた件数に対する比率

表3-7 処遇改善請求審査（不審査決定件数と審査日数） 2018年度（都道府県別）

都道府県名	不審査決定した処遇改善請求						次年度への 繰り越し件 数※4	要した日数※5				
	不審査決定 件数	新規受理 件数（再 掲）	新規受理件数 に対する不審 査率（％）	内訳				内訳(日)				
				取り下げ	要件消失	不明		受理から 意見聴取まで	意見聴取から 審査まで	審査から 結果通知まで	受理から 結果通知まで	受理から 不審査決定まで
北海道	5	33	15.2	3	2	0	3	26.4	7.7	8.9	42.2	19.8
青森県	0	0					0	-	-	-	-	-
岩手県	2	4	50.0	2	0	0	0	9.0	19.0	5.5	33.5	6.0
宮城県	0	0					0	-	-	-	-	-
秋田県	0	4	0.0				0	14.8	7.3	1.0	23.0	-
山形県	0	0					0	-	-	-	-	-
福島県	1	9	11.1	0	0	1	1	21.2	12.2	7.1	36.1	3.0
茨城県	1	1	100.0	1	0	0	0	-	-	-	-	2.0
栃木県	0	1	0.0				0	18.0	21.0	1.0	40.0	-
群馬県	1	1	100.0	1	0	0	0	-	-	-	-	31.0
埼玉県	12	39	30.8	10	2	0	3	24.8	11.5	7.3	40.3	14.7
千葉県	22	66	33.3	14	7	1	5	27.4	10.3	2.0	41.3	18.5
東京都	42	106	39.6	30	12	0	13	26.9	15.4	10.4	52.7	18.4
神奈川県	37	71	52.1	26	11	0	7	31.2	10.2	1.9	38.1	23.1
新潟県	10	27	37.0	5	5	0	2	21.8	11.9	0.0	33.8	12.6
富山県	0	0					0	-	-	-	-	-
石川県	0	1	0.0				0	31.0	5.0	2.0	38.0	-
福井県	0	0					0	-	-	-	-	-
山梨県	0	0					0	-	-	-	-	-
長野県	7	29	24.1	3	4	0	0	16.5	9.2	7.6	28.4	17.6
岐阜県	2	5	40.0	1	1	0	1	12.7	9.7	0.3	28.0	37.5
静岡県	4	16	25.0	3	1	0	1	16.4	11.4	2.4	27.4	16.3
愛知県	6	25	24.0	6	0	0	2	15.6	9.4	2.8	27.2	14.3
三重県	2	8	25.0	1	1	0	2	24.0	9.3	0.6	29.5	15.0
滋賀県	2	15	13.3	1	1	0	1	29.4	10.9	6.0	39.3	20.0
京都府	11	23	47.8	7	4	0	0	11.7	7.8	3.5	22.1	23.6
大阪府	35	140	25.0	25	10	0	17	34.4	13.0	1.5	44.6	17.1
兵庫県	5	23	21.7	3	2	0	0	24.8	7.3	1.4	27.2	19.4
奈良県	5	10	50.0	5	0	0	0	9.4	10.5	0.0	21.8	9.8
和歌山県	0	0					0	-	-	-	-	-
鳥取県	0	1	0.0				0	26.0	3.0	8.0	37.0	-
島根県	2	8	25.0	0	0	2	0	21.5	11.3	1.1	34.7	16.5
岡山県	0	8	0.0				0	12.9	14.4	0.7	28.0	-
広島県	0	7	0.0				0	25.8	9.4	3.6	38.8	-
山口県	6	25	24.0	1	5	0	0	37.3	5.8	6.0	37.9	42.8
徳島県	1	3	33.3	1	0	0	1	13.0	6.0	0.0	22.0	16.0
香川県	0	0					0	-	-	-	-	-
愛媛県	0	3	0.0				0	18.7	17.0	3.0	38.7	-
高知県	0	1	0.0				1	40.0	-	-	-	-
福岡県	9	31	29.0	4	5	0	0	25.7	5.8	1.8	26.9	21.6
佐賀県	2	4	50.0	2	0	0	1	15.0	6.0	1.0	22.0	5.5
長崎県	10	25	40.0	3	7	0	0	12.9	8.3	2.2	23.9	14.4
熊本県	4	22	18.2	4	0	0	3	18.8	9.3	8.2	35.5	8.8
大分県	1	7	14.3	1	0	0	0	34.0	12.2	0.0	44.0	25.0
宮崎県	2	13	15.4	2	0	0	0	21.7	8.0	1.1	29.0	18.5
鹿児島県	0	20	0.0				0	24.9	10.3	1.0	32.8	-
沖縄県	4	11	36.4	2	2	0	0	21.5	7.0	2.9	22.9	7.0
計/平均	253	846	29.9	167	82	4	64	25.2	11.0	4.1	37.2	18.5

※4 次年度への繰り越しは、受理日、意見聴取日、審査日、通知日、不審査決定日の並びがいずれも逆転しておらず、加えて①、②のいずれかを満たす件数

①受理日から意見聴取日、審査日、通知日または不審査決定日の途中で、年度が替わるもの（平成31年4月1日以降の日付となるもの）

②通知日または不審査決定日が空欄である

※5 要した日数は、該当する両日が年度内に入っており、かつ順序が逆転していないもので集計する。

表3-8 処遇改善請求審査(不審査決定件数と審査日数) 2018年度(政令市別掲)

都道府県名	不審査決定した処遇改善請求						次年度への繰り 越し件数※4	要した日数※5				
	不審査決定件数	新規受理 件数（再掲）	新規受理件数に對 する不審査率 （％）	内訳				内訳(日)				
				取り下げ	要件消失	不明		受理から 意見聴取まで	意見聴取から 審査まで	審査から 結果通知まで	受理から 結果通知まで	受理から 不審査決定まで
北海道＊	5	29	17.2	3	2	0	3	26.4	7.7	8.9	42.2	19.8
札幌市	0	4	0.0				0	22.0	7.3	0.0	29.3	-
青森県	0	0					0	-	-	-	-	-
岩手県	2	4	50.0	2	0	0	0	9.0	19.0	5.5	33.5	6.0
宮城県＊	0	0					0	-	-	-	-	-
仙台市	0	0					0	-	-	-	-	-
秋田県	0	4	0.0				0	14.8	7.3	1.0	23.0	-
山形県	0	0					0	-	-	-	-	-
福島県	1	9	11.1	0	0	1	1	21.2	12.2	7.1	36.1	3.0
茨城県	1	1	100.0	1	0	0	0	-	-	-	-	2.0
栃木県	0	1	0.0				0	18.0	21.0	1.0	40.0	-
群馬県	1	1	100.0	1	0	0	0	-	-	-	-	31.0
埼玉県＊	11	36	30.6	8	1	0	3	24.8	11.5	7.3	40.3	14.7
さいたま市	3	3	100.0	2	1	0	0	-	-	-	-	5.7
千葉県＊	17	52	32.7	11	6	0	3	27.4	10.3	2.0	41.3	18.5
千葉市	5	14	35.7	3	1	1	2	27.5	5.3	9.9	42.3	15.4
東京都	42	106	39.6	30	12	0	13	26.9	15.4	10.4	52.7	18.4
神奈川県＊	12	14	85.7	8	4	0	0	31.2	10.2	1.9	38.1	23.1
横浜市	21	45	46.7	17	4	0	5	33.8	9.6	1.2	35.6	27.8
川崎市	2	5	40.0	1	1	0	1	13.5	6.0	4.0	23.5	2.0
相模原市	2	7	28.6	0	2	0	1	20.6	11.0	4.8	35.8	29.0
新潟県＊	6	16	37.5	4	2	0	0	21.8	11.9	0.0	33.8	12.6
新潟市	4	11	36.4	1	3	0	2	27.6	12.8	0.0	42.0	25.8
富山県	0	0					0	-	-	-	-	-
石川県	0	1	0.0				0	31.0	5.0	2.0	38.0	-
福井県	0	0					0	-	-	-	-	-
山梨県	0	0					0	-	-	-	-	-
長野県	7	29	24.1	3	4	0	0	16.5	9.2	7.6	28.4	17.6
岐阜県	2	5	40.0	1	1	0	1	12.7	9.7	0.3	28.0	37.5
静岡県＊	1	2	50.0	0	1	0	0	16.4	11.4	2.4	27.4	16.3
静岡市	2	6	33.3	2	0	0	0	16.5	7.0	5.8	29.0	11.0
浜松市	1	8	12.5	1	0	0	1	15.0	13.3	1.0	27.0	6.0
愛知県＊	2	6	33.3	2	0	0	1	15.6	9.4	2.8	27.2	14.3
名古屋市	4	19	21.1	4	0	0	1	13.8	10.4	3.3	26.9	19.5
三重県	2	8	25.0	1	1	0	2	24.0	9.3	0.6	29.5	15.0
滋賀県	2	15	13.3	1	1	0	1	29.4	10.9	6.0	39.3	20.0
京都府＊	5	14	35.7	4	1	0	0	11.7	7.8	3.5	22.1	23.6
京都市	6	9	66.7	3	3	0	0	11.3	6.3	1.8	19.3	31.2
大阪府＊	26	111	23.4	19	7	0	14	34.4	13.0	1.5	44.6	17.1
大阪市	3	3	100.0	2	1	0	0	-	-	-	-	18.0
堺市	6	26	23.1	4	2	0	3	17.9	17.0	1.0	33.1	18.8
兵庫県＊	4	9	44.4	2	2	0	0	24.8	7.3	1.4	27.2	19.4
神戸市	1	14	7.1	1	0	0	0	23.6	6.4	1.1	26.2	9.0
奈良県	5	10	50.0	5	0	0	0	9.4	10.5	0.0	21.8	9.8
和歌山県	0	0					0	-	-	-	-	-
鳥取県	0	1	0.0				0	26.0	3.0	8.0	37.0	-
島根県	2	8	25.0	0	0	2	0	21.5	11.3	1.1	34.7	16.5
岡山県＊	0	4	0.0				0	12.9	14.4	0.7	28.0	-
岡山市	0	4	0.0				0	15.7	8.7	0.0	24.3	-
広島県＊	0	7	0.0				0	25.8	9.4	3.6	38.8	-
広島市	0	0					0	-	-	-	-	-
山口県	6	25	24.0	1	5	0	0	37.3	5.8	6.0	37.9	42.8
徳島県	1	3	33.3	1	0	0	1	13.0	6.0	0.0	22.0	16.0
香川県	0	0					0	-	-	-	-	-
愛媛県	0	3	0.0				0	18.7	17.0	3.0	38.7	-
高知県	0	1	0.0				1	40.0	-	-	-	-
福岡県＊	3	20	15.0	0	3	0	0	25.7	5.8	1.8	26.9	21.6
北九州市	1	2	50.0	1	0	0	0	17.0	13.0	2.0	34.0	10.0
福岡市	5	9	55.6	3	2	0	0	19.3	5.5	1.0	19.8	27.0
佐賀県	2	4	50.0	2	0	0	1	15.0	6.0	1.0	22.0	5.5
長崎県	10	25	40.0	3	7	0	0	12.9	8.3	2.2	23.9	14.4
熊本県＊	0	5	0.0	0	0	0	0	18.8	9.3	8.2	35.5	8.8
熊本市	4	17	23.5	4	0	0	3	16	10	8	33.7	8.8
大分県	1	7	14.3	1	0	0	0	34.0	12.2	0.0	44.0	25.0
宮崎県	2	13	15.4	2	0	0	0	21.7	8.0	1.1	29.0	18.5
鹿児島県	0	20	0.0				0	24.9	10.3	1.0	32.8	-
沖縄県	4	11	36.4	2	2	0	0	21.5	7.0	2.9	22.9	7.0
計/平均	253	846	29.9	167	82	4	64	25.2	11.0	4.1	37.2	18.5

* 政令市を除く道府県

※4 次年度への繰り越しは、受理日、意見聴取日、審査日、通知日、不審査決定日の並びがいずれも逆転しておらず、加えて①、②のいずれかを満たす件数

① 受理日から意見聴取日、審査日、通知日または不審査決定日の途中で、年度が替わるもの(平成31年4月1日以降の日付となるもの)

② 通知日または不審査決定日が空欄である

※5 要した日数は、該当する両日が年度内に入り、かつ順序が逆転していないもので集計する。

精神障害者の意思決定及び意思表示支援に関する研究

—入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究—

研究分担者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、岡安 努（社会福祉法人共友会）、桐原尚之（全国「精神病」者集団）、工藤正志（秋田緑ヶ丘病院）、佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院）、中島公博（五稜会病院）、福田晶子（鈴鹿厚生病院）、細井大輔（大阪精神医療人権センター）、松長麻美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、山本めぐみ（浅香山病院）、山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、八尋光秀（西新共同法律事務所）

要旨

今年度は、研究協力自治体において、昨年度までに検討した「個別相談員（仮）」が実施する精神科病院への訪問等による精神科病棟入院者への権利擁護活動の試行を実施する予定であったが、COVID-19 感染拡大により実施困難となった。このため研究計画を変更し、COVID-19 感染拡大下においても実施可能な権利擁護の取り組みのあり方を検討することとした。権利擁護のための新たな個別面談の手段として、NPO 法人大阪精神医療人権センターと大阪精神科病院協会の協力により、タブレット端末を用いたオンライン面会を実施した。大阪精神科病院協会所属の精神科病院 6 施設をフィールドとして、研究協力病院に入院中の人にオンライン面会を提供できる体制を構築した。オンライン面会のための機材としては、タブレット端末（iPad）の Face Time を利用することとし、今年度末に実際の運用が開始された。今後利用者等への調査を行い、オンライン面会のあり方につき検討を深める予定である。

A.研究の背景と目的

2019（令和元）年度の本分担研究班の報告書において、入院中の精神障害者の権利擁護のあり方につき、当事者によるグループミーティングにおける協議内容及び研究協力者からの意見を踏まえて具体的な提案をとりまとめた。この提案に基づき、今年度は協力自治体において個別相談の試行を実施する予定であった。しかしながら、COVID-19 の感染拡大の影響により自治体は COVID-19 対応に追われ、研究協力が困難となったため、協力自治体における個別相談の試行は断念せざるを得ない状況であった。

このため、やむを得ず当初の研究計画を変更し、COVID-19 感染拡大下においても実施可能な権利擁護の取り組みのあり方を検討することとした。権利擁護のための個別相談は、対面の他、電話や手紙、メール、FAX でも可能であると考えられるが、入院者と個別相談員がお互いの顔が見える状態でリアルタイムの会話ができることのメリットは大きいものと考えられる。そこで今年度の研究では、感染防止とお互いの顔が見えることを重視し、タブレット端末を用いたオンライン面

会を権利擁護のための新たな個別相談の手段として用いることの是非やそのメリット、デメリット、留意点等を明らかにすることを目的とした活動を行った。

オンラインによる面会は感染リスクを回避できるというメリットが考えられる反面、カメラやマイク越しの面会となることや、機材の操作が必要となることなど、対面による相談とは異なる状況も発生する。しかし今後、オンラインによる面会が新たな権利擁護活動の選択肢となれば、距離的、時間的な制約、また感染症を含め対人交流が困難な状況下においても入院者へのアクセスが可能となり、権利擁護を目的とした相談活動の普及や継続性の担保につながるものと考えられる。本研究の実施により、オンライン面会のメリットやデメリット、実施の際の留意点等を明らかにすることは、今後の権利擁護活動の選択肢を広げることにつながるものと期待される。

B.方法

精神科病棟に入院中の person に対する権利擁護活動に関して 30 年以上の実績を有する NPO 法人大阪精神医療人権センター（以下、「人権センター」）にオンライン面会による相談活動の試行を依頼した。また、大阪精神科病院協会に研究の主旨と内容を説明し、協力病院を推薦いただいた。同協会から推薦を受けた 6 病院に研究協力病院としてオンライン面会の受け入れを依頼した。

オンライン面会に用いる機材は、利便性や価格等を考慮して 10.2 インチ iPad（第 7 世代）とし、Face Time を利用した。研究の流れは図 1 の通り。オンライン面会の実施に先立ち、オンライン面会の相談を担当するスタッフに対し、オンライン面会の意義、実際の手順、オンライン面会で想定される留意点等につき zoom で情報提供及び意見交換を行った。

各研究協力病院には 1～2 名の連絡窓口担当者を指名していただき、研究班との連絡

や、オンライン面会の日程調整、チラシ・ポスターによる院内へのオンライン面会の周知、必要機材の管理等を依頼した。Face Time がまだ十分に普及していないことを考慮し、操作の補助ツールとして、簡易な説明図を用意した（図 2～4）。病院スタッフ、本人向けの Q&A を作成し、円滑にオンライン面会が実施できるよう工夫した。また、協力病院の入院者に配布するオンライン面会のチラシについては、研究協力者及び研究協力病院の意見を踏まえて作成した。

本研究は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施している。

C.結果／進捗

研究協力病院は、榎坂病院、大阪さやま病院、久米田病院、七山病院、ねや川サナトリウム、浜寺病院であった。

研究協力病院に配布したチラシは別紙の通り。

令和 3 年 3 月までにすべての研究協力病院に対して研究実施手順等の説明を終え、オンライン面会希望の受付を開始した。オンライン面会の受付開始が年度末に近かったことから、現在までにオンライン面会を利用した入院者は 1 名（計 3 回）である。

オンライン面会を希望する入院者から人権センターに連絡が入り、人権センターの担当者が協力病院の研究窓口担当者と面会日時の調整を行った。当該日時には協力病院のスタッフがタブレット端末を準備し、相談員からのコールを受けた。Face Time による接続を確認した後、病院スタッフがオンライン面会を希望する入院者にタブレット端末を手渡し、病院スタッフの立ち合いなしで入院者と相談員が面会した。1 回の面会時間は初回から慣れるまでの面会は 10～15 分、慣れてきたら 30 分程度と想定していたが、実際には 1 回目 30 分、2 回目 40 分、3 回目 30 分であった。なお、入院者 1 名に対し、相談員は 2 名でオンライン面会を行った。相談員

の2名はそれぞれのタブレット端末からアクセスしている。

D.考察

今年度は COVID-19 感染拡大下でも実施可能な権利擁護活動について検討し、オンライン面会の試行を開始することができた。対面での面会以外の方法としては電話相談が一般的であるが、お互いの表情が確認できず、音声のみのやりとりとなるため、対面と比較して信頼関係の構築がより困難となることに加え、入院者に電話代の負担が生じるというデメリットもある。オンライン面会は、お互いの顔が見えない状態で音声のみのやり取りとなる電話相談と比較し、個別相談員の顔を見ながら話をすることができることが最大のメリットであると考えられる。個別相談員も、相手の表情を確認しながら話をすることができるため、入院者の感情の動きや思いが伝わりやすく、沈黙にも対応しやすくなり、信頼関係の構築をしやすいたことが期待される。また、Face Time 等の無料のアプリを活用することにより、入院者が通信料を負担することなく相談が受けられることもメリットとして挙げられる。入院者がスマートフォンを所持している場合は、スマートフォンを用いたオンライン面会も可能ではあるが、タブ

レット端末と比較してスマートフォンは画面がかなり小さくなるという欠点がある。

また、COVID-19 感染が終息した後であっても、対面での面会と併用することによって個別相談員の負担軽減につながったり、個別相談員の居住地域外の病院への権利擁護活動にも参加できるなど、権利擁護活動の幅を広げることができる可能性もあるものと考えられる。一方、機器や通信トラブルが生じた場合の対応等、オンライン面会特有の課題もある。

来年度以降、利用者や個別相談員、病院スタッフへのアンケート調査により、オンライン面会のメリット、デメリットを明らかにし、権利擁護活動の一形態として位置づけるうえでの課題とその対応策を検討していく予定である。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

オンライン面会活動の流れ

精神科病院（研究協力機関）

研究窓口担当の方には、クオカード5000円/月を謝礼としてお渡しいたします



患者さん

オンライン面会を希望

面会日時を連絡
Face Timeで
オンライン面会



- ・ チラシを院内に置いていただく
- ・ タブレットの保管・充電
- ・ 面会日時の調整と患者さんへの面会日時の伝達
- ・ オンライン面会の場所の確保
- ・ オンライン面会希望者にタブレットを手渡す（必要に応じて接続の支援、本人が希望した場合のみオンライン面会に立ち会い）
- ・ オンライン面会利用者にアンケートを渡す
- ・ オンライン面会についての病院スタッフアンケートへの回答

大阪精神医療人権センター（研究協力機関）



- ・ オンライン面会を希望した患者さんとの日程調整
- ・ Face Time等を用いた面会の実施
- ・ 相談員アンケートへの回答

タブレット（10.2 インチiPad（第7世代）SIM付）、
チラシを送付

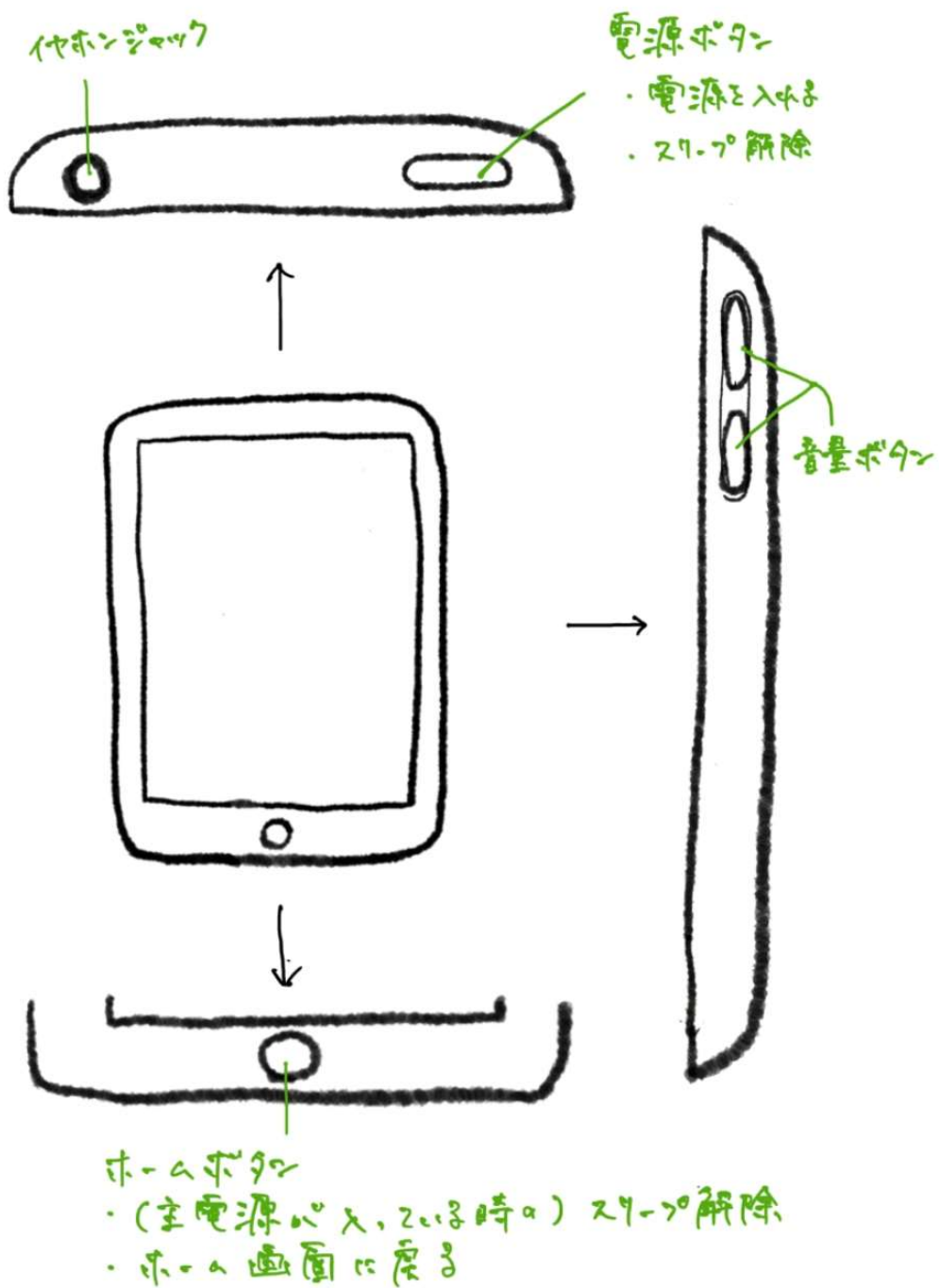
国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所（研究実施主体）

- ・ 倫理申請
- ・ 必要機材の準備
- ・ 利用者、相談員、病院スタッフアンケートの実施と分析
- ・ 連絡調整、班会議の開催
- ・ 報告書作成



- ・ オンライン面会利用者へのアンケートは、病院スタッフから利用者さんに渡す。回答は任意で、アンケートに協力いただける利用者さんには、回答用紙を同封の返信用封筒に入れて返送していただく。

iPad基本操作



注意!

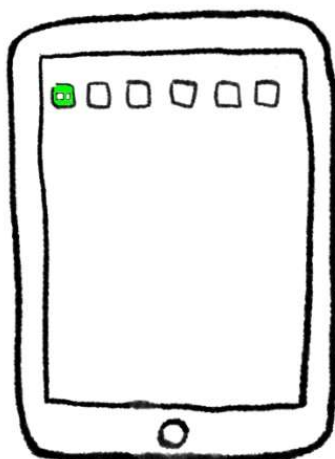


今回のiPadはSIMカード入りなので、スリープ中に通信待機状態でバッテリーを消費します。(スマホと同じようなものと見なして下さい)です。そのため充電を必ずする必要があります。

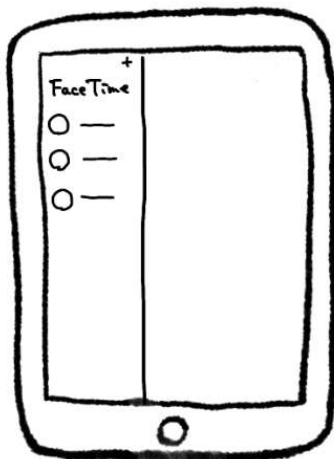
Face Timeのかけ方



- ① ホームボタンを押し、
パスワードを入力して
ロックを解除します。



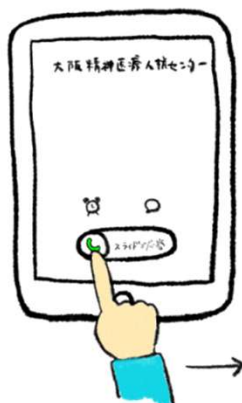
- ②  をタップして。
FaceTime
FaceTimeを開きます。



- ③ Xメニュー右上の＋マークをタップし、
入力画面にわいてい相手先の
名前 or X-アドレスを入力します。
候補から選ぶ。タップすると発信
または。 できます。
履歴があれば左に並ぶので
履歴をタップすると発信できます。

その他、面会中に「不明点」などありましたら、
大阪府精神医療人権センターまで
FaceTime への電話で「連絡」下さい。

Face Timeでの通話のしかた



＜通話を始める＞

大阪精神医療人権センターから着信があったら、受信着信マークを押さえて、横にスライドさせます。



相談員の顔に映り、ご自身の顔が右側に映ります。
お話を始められます。



＜通話を終了する＞

画面をタップすると、左下からXメニューが出てきます。
一番右の(X)をタップすると通話に終了します。

その他、お困りのことがありましたら、
担当スタッフさんに必ずお知らせください。

オンライン面会に関する Q&A 病院スタッフ編

Q. 研究窓口担当者の役割をおしえてください。

A. 研究窓口担当者様には、以下のことをお願いいたします。

- ・ 大阪精神医療人権センター（以下、「人権センター」）との面会日時の調整。
（患者様（以下、「相談者様」）から人権センターにオンライン面会を希望するお電話をいただいた場合、人権センターより研究窓口担当者様あてに面会日時の調整のためのお電話またはメールを差し上げます。）
- ・ オンライン面会用 iPad（iPad スタンドを含む）の保管・充電と、面会時の病棟スタッフへの iPad 及び相談者アンケートの受け渡し。
- ・ 病棟へのチラシ・ポスターの設置や貼付。
- ・ クオカードの保管、オンライン面会時の支援を担当されたスタッフに 3000 円分のクオカードを手渡し、日付を記録する。

Q. オンライン面会の際に病院スタッフの立ち合いは必要ですか？

A. 相談者様が自ら立ち合いを希望された場合のみお願いいたします。相談者様から立ち合いを希望する旨の意思表示がない場合は、スタッフ様は面会前後の支援のみとしていただき、立ち合いはご遠慮いただきますようお願いいたします。

Q. オンライン面会を行うにあたって、病院スタッフはどのようなお手伝いをする必要がありますか？

- ① オンライン面会の予定時間までに研究窓口担当者様から iPad と相談者アンケートを受け取り、予定時間の少し前に iPad の電源を入れて、人権センターからの連絡をお待ちください。
- ② 人権センターとオンライン通話ができることを確認していただき、相談者様に iPad をお渡しください。
- ③ 面会が終了しましたら、相談者様より iPad を受け取り、電源を切って研究窓口担当者様にお返しください。相談者様には、iPad をお返しいただく際に、相談者アンケートをお渡しください。
- ④ また、オンライン面会中に通信トラブルが生じた場合など、相談者様からスタッフ様に援助を求められた場合の対応をお願いいたします。
- ⑤ iPad は、こまめに充電をしていただければ幸いです。

Q. 相談者アンケートは、病院スタッフが収集するのですか？

A. いいえ、スタッフ様は相談者様にアンケートをお渡しするのみです。アンケートには返信用封筒がついていますので、相談者様に、「できればアンケートに記入してこの封筒に入れ、封をして投函してください。アンケートに答えるかどうかは〇〇さんの自由です。」とお伝えください。ご自身で封書を投函できない方については、お手数ですが、スタッフ様が代理で投函をお願いいたします。

Q. iPad の通信トラブルなど、オンライン面会中に何らかの不都合が発生した場合、どうすればよいでしょうか？

A. 人権センター（電話番号 XXXXXXXXXX）までお電話いただきますようお願いいたします。

Q. iPad の操作がよくわかりません。

A. iPad の操作についての簡易マニュアルをご確認ください。わかりにくい場合、国立精神・神経医療研究センターの問い合わせ窓口（iPad に関するお問い合わせ）までご連絡ください。

Q. iPad を紛失したり破損、故障したりした場合、どうすればよいでしょうか？

A. 新しい iPad と交換しますので、国立精神・神経医療研究センターの問い合わせ窓口（iPad に関するお問い合わせ）までご連絡ください。紛失や破損、故障に関して、病院側に何らかの責任が生じることはございません。

Q. オンライン面会で話された内容を、病院スタッフが知ることはできますか？

A. オンライン面会中で話されたことについては、相談者ご本人が希望される場合を除き、病院側にお伝えすることは差し控えておりますのでご了承ください。

Q. オンライン面会では、相談員はどのような支援をしてくれるのでしょうか？

A. 相談員は、精神科に入院中の方の悩みごとや困りごとを聞き、一緒にその悩みを考え、困りごとを解決するために必要な情報を提供します。相談の具体例は、リーフレット「精神科に入院中の方へ」をご覧ください。

Q. ご家族がオンライン面会を希望された場合には対応してもらえますか？

A. 申し訳ございませんが、ご家族のみのオンライン面会には対応しておりません。ご本人がご家族とご一緒にオンライン面会を希望された場合は対応いたします。

Q. iPad を研究協力以外の用途に使うことはできますか？

A. 研究協力以外の用途にもご利用いただけますが、オンライン面会の方を優先していただきますようお願いいたします。

Q. 研究協力の謝礼についておしえてください。

A. 研究窓口担当者様には、謝礼として 5,000 円分のクオカード/月をお渡しします。オンライン面会時の支援を担当いただいたスタッフ様には、その都度 3,000 円分のクオカードをお渡しします。その他、オンライン面会時の支援を担当いただいたスタッフ様に、後日オンライン面会についてのアンケートまたはヒアリングをお願いする予定ですが、その際にも 1 回のご協力につき 3,000 円分のクオカードをお渡しいたします。

Q. メールや FAX での問い合わせはできますか？

A. どちらも可能です。連絡先は以下の通りです。担当者が不在の場合は、ご用件を承り、改めて担当者から折り返しお電話を差し上げます。

連絡先：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部

(iPad に関するお問い合わせ)

担当：松長麻美

Email: [REDACTED]

電話: [REDACTED]

FAX: [REDACTED]

(研究に関するお問い合わせ)

担当：藤井千代

Email: [REDACTED]

電話: [REDACTED]

FAX: [REDACTED]

※お急ぎの場合は、携帯 [REDACTED] (藤井携帯) までお問合せください。

オンライン面会に関する Q&A 相談者ご本人さま編

Q オンライン面会とは、何ですか？

A 精神科に入院している方（相談者）が、インターネット端末（タブレット等）を利用し、病院スタッフの立ち合いなく、大阪精神医療人権センターが派遣する相談員2名とオンラインで面会を行う事を言います。相談者から申込があれば、精神科に入院している方であれば、誰でも利用できます。

Q オンライン面会では、相談員はどのような支援をしてくれるのでしょうか？

A 相談員は、精神科に入院中の方の悩みごとや困りごとを聞き、一緒にその悩みを考え、困りごとを解決するために必要な情報を提供します。相談の具体例は、リーフレット「精神科に入院中の方へ」をご覧ください。

*相談員（精神科アドボケート）は、認定NPO法人大阪精神医療人権センターに所属しています。大阪精神医療人権センターは、精神科に入院中の方の権利や自由を伝えるための活動を行っており、精神科病院から独立した機関です。

Q 病院スタッフに相談内容が漏れることはないのでしょうか？

A 相談員は、守秘義務がありますので、病院スタッフに相談内容が漏れることはありません。ご安心ください。

Q タブレットを使ったことがないのですが、大丈夫でしょうか？

A タブレットの使い方は、難しくありませんし、病院スタッフのサポートも受けることができます。是非、一度オンライン面会を利用してください。

Q 病院スタッフに言いたいことを代わりに伝えてくれますか？

A 相談員は病院スタッフに伝えたいことを一緒に整理し、お手伝いしますし、希望があれば、病院スタッフに代わりに伝えることもできます。相談員に一度ご相談ください。

Q タブレットを使って家族と面会してもいいですか？

A タブレットは、原則として大阪精神医療人権センターとの面会用ですが、家族との面会にも利用していただくことも可能です。ただし、利用日時や条件は病院スタッフの方と調整していただく必要がありますので、ご了承ください。

Q オンライン面会中に、困ったことが起きたらどうすればいいですか？

A 病院スタッフに相談してください。通信状況等によりオンライン面会ができないこと

もありますが、その際には、別途日時を調整することになります。

Q. オンライン面会ができるのは、1 回限りですか？

A 回数制限は、特にありません。ただ、スケジュール調整等で希望に添えないこともあります。まずはオンライン面会をお申し込みください。

Q オンライン面会は、一回何分ぐらいでしょうか？

A 時間制限は特にありませんが、10～25分程度のことが多いです。

Q. アンケートには必ず答えなければいけませんか？

A アンケートに答えるかどうかは、あなたの自由です。答えなくても何も不利益はありません。可能であればアンケートにご協力いただけると嬉しいです。

Q. オンライン面会してくれた相談員さんと、直接会うことはできますか？

A はい、会うことも可能です。ただ、スケジュール等との関係や、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、希望に添えない場合もありますので、まずは相談員又は大阪精神医療人権センターの事務局に相談ください。

Q. 相談員さんの顔は見たいのですが、自分の顔は見られたくありません。それでも大丈夫ですか？

A はい、問題ありません。

Q. 通信料金は自分で払うのですか？

A 通信料金の負担はありません。

Q. オンライン面会で話しているときに、盗聴されるような危険はないですか？

A オンライン面会では、FaceTime（フェイスタイム）を利用しており、盗聴がないように最善を尽くします。

Q. 急に都合が悪くなった場合はキャンセルしてもいいですか？キャンセルはいつまでにすればいいですか？

A キャンセルは自由です。直前のキャンセルも問題ありません。まずはお気軽に申し込ください。

Q. 病棟の友達と一緒にオンライン面会をしてもらうことはできますか？

A はい、問題ありません。

Q. 家族と一緒にオンライン面会をしてもらうことはできますか？

A はい、問題ありません。ただ、家族との間で意見の対立やトラブルがあるとき、オンライン面会では、その調整が難しいことが多く、希望に添えないこともありますので、あらかじめご了承ください。

Q. 誤ってタブレットを壊してしまうのではないかと心配です。もし壊したりしたら、弁償しなくてはいけませんか？

A 誤ってタブレットを壊してしまっても、弁償の必要はありません。

Q. 自分や家族のスマホを使ってオンライン面会をすることはできますか？

A 病院スタッフとの調整が必要になります。まずは、病院スタッフ又は大阪精神医療人権センターの事務局に相談ください。

オンライン面会をご利用いただけるのは以下の病院です

研究協力病院

大阪さやま病院
久米田病院
浜寺病院

榎坂病院
七山病院
ねや川サナトリウム

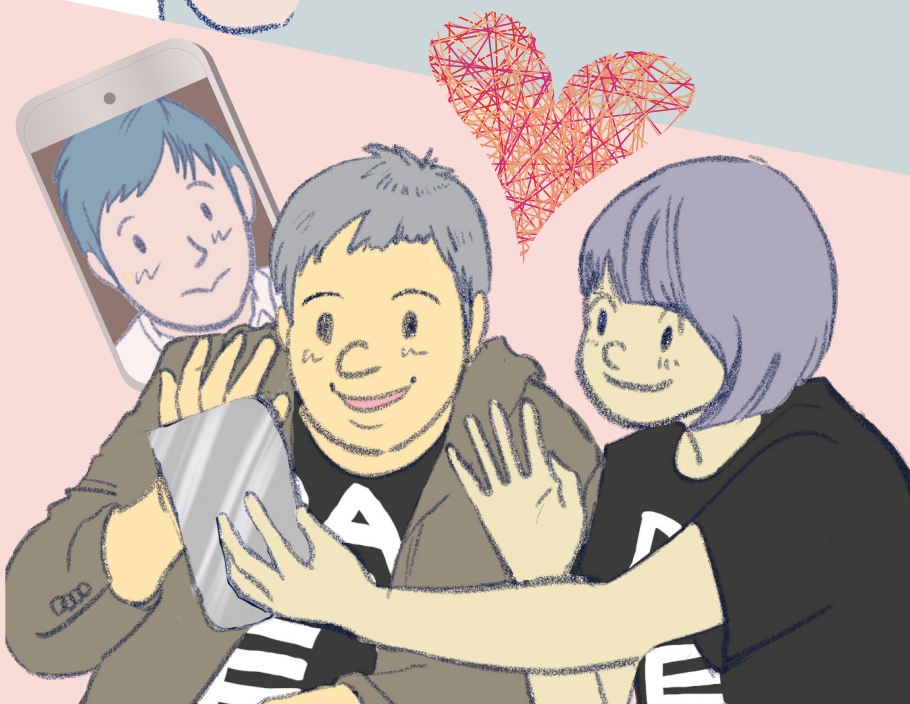
大阪精神医療人権センターによる
オンラインでの相談受付

お困りごとを
おききします

大阪精神医療人権センターでは、精神科に入院中の方から、手紙・電話による相談を受け付けていますが、今回新たに「オンライン面会」の受付を開始しました。（※現在、新型コロナウイルスの影響に鑑み、面会活動を中止しています。）

入院中のお困りごとや悩んでいることがあれば、お気軽にご連絡ください。大阪精神医療人権センターの相談員（精神科アドボケイト）2名が、オンラインで相談をお受けします。

オンライン面会とは、タブレット等インターネット端末を利用し、精神科アドボケイトと顔を見ながら会話（面会）できることをいいます。



対応可能な日時：平日のうち、月曜・金曜
13時から16時まで（要予約）

日程調整の上、オンライン面会の実施日を決定します。

認定 NPO 法人大阪精神医療人権センター



06-6313-0056

（月・金 11:00～15:30、水 11:00～17:00）

Eメール：advocacy@pearl.ocn.ne.jp

相談は**無料**です。

お気軽にお問い合わせください。

電話による相談をご希望の方へは無料でテレホンカードをお渡しています。



* 病院職員の方の立ち合いは、相談者本人が希望する場合を除いて、ご遠慮してもらっています。

オンライン面会の申し込み方法

① 日程調整をしますのでお電話をください

はい、人権センターです。
お電話ありがとうございます。
病院と日程調整をしますね。



オンライン面会は
無料で利用できるのか！



② 面会の日が決定したらお知らせします。

以下の病院では、タブレット端末を無料で借りることができます。

大阪さやま病院 榎坂病院
久米田病院 七山病院
浜寺病院 ねや川サナトリウム



オンライン面会
きまりましたよ！

③ 様々なお困りごとの相談ができます。

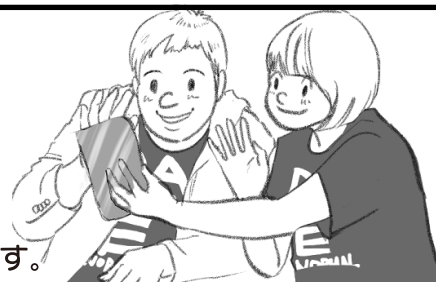
- ☐ 外出や外泊をしたいのですが誰に相談すればいいですか。
- ☐ 入院費や生活費のことで困っています。どうすればいいですか。
- ☐ 薬のことについて知りたいときはどうすればいいですか。
- ☐ 退院したいけれど、誰に相談すればいいですか。
- ☐ 病院内の人間関係のことで悩んでいます。
- ☐ 退院後の生活について一緒に考えてほしいです。
- ☐ 弁護士と話がしたいです。
- ☐ その他、困っていることがあればご相談にのります。



お困りごとがあれば
いつでも相談
できます。

④ テレビ電話でお話をおうかがいします。

病院職員の方の立ち合いは、
相談者本人が希望する場合を除いて、
ご遠慮してもらっています。
おはなしをおききして、できることを一緒に考えます。



この画面は
テレビ電話です。

精神保健医療福祉制度の国際比較

研究分担者：佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院）

要旨 これからの日本の精神保健医療福祉制度を検討するときに、地域中心の精神保健医療福祉システムの構築は重要である。システムの国際比較による情報をもとに今後の日本のシステムの在り方を検討する必要がある、今年度はイングランドの地域精神保健システムについてその変遷と現在のシステムについて、特に New Long Stay 防止、医療、行政、福祉サービスの連携、精神疾患予防についての対応について調査した。

A.研究の背景と目的

我が国のこれからの精神保健福祉において、その方向性を検討するために海外の精神保健医療福祉のシステムとの比較や、先進的な制度について学ぶことは重要であると思われる。昨年度は、欧米の先進国における精神科病床数について調査した。今年度は当初精神疾患患者数の変移、精神科病床の平均在院日数、精神科薬物治療における多剤大量処方についての国際比較を検討していたが、各国、また国内でも州や県において統計上の定義や医療システムに違いがあり比較は困難と判断した。

そこで今年度は、欧米諸国における精神保健医療福祉システムにおいて、New Long Stay 防止、医療、行政、福祉サービスの連携、精神疾患予防についての取り組みについての調査することとした。今回は調査国をイングランド1国に限定し、これまでの精神医療システムの変遷、近年の精神科医療政策などについて情報収集を行い、来年度の研究もあわせて今後日本における地域中心の精神保健医療福祉制度の構築において必要と思われる提言を行う。

B.方法

調査方法としては、現地精神医療関係者へ

のインタビューと、イングランド NHS(National Health Service)による医療政策についての情報収集を行った。

1. South London and Maudsley NHS の赤沼のぞみ医師へのインタビュー

1回目：2020年10月23日

2回目：2021年2月5日

2. 2014以降 NHS が発表した医療政策の情報収集

NHS Five year forward view (2014)

The Five Year Forward View for Mental Health (2016)

The NHS Long Term Plan (2019)

NHS Mental Health Implementation Plan (2019)

Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults (2019)

C.結果／進捗

イングランドの精神医療モデルは、以下のような変遷を経て現在に至る。

【精神医療の脱施設化の変遷】

イングランドの精神医療は、1940年代の大規模精神病院(Asylum)への精神障害者の収容から、50年代には外来医療と小規模

の精神病院が地域に作られ収容されていた障害者の地域移行が始まった。90年代には現在精神科2次医療の core service と呼ばれる Community Mental Health Team

(CMHT) と、ケア付き住居などのレジデンシャルケア、さらに Care Program Approach(CPA)の導入がなされ、90年代後半に Asylum が閉鎖となった。

2000年代に入ると、1990年代に導入された CMHT が、Home Treatment Team や Assertive Outreach Team, Early Intervention Team など機能分化されたチームに変換されていき、患者の状態に応じて専門チームに紹介されるシステムへと変化した。さらに2010年代に入りそれまで core service 支えてきた患者を地域のよりサービス密度の低い福祉サービスを利用し生活できるよう自立を促す取り組みがなされるようになった。

【近年のイングランドの医療政策と精神科医療政策】

2010年代に入り、イングランドの医療政策において精神医療が重点事項として取り上げられるようになった。

NHS Five year forward view (2014)

2014年 NHS(National Health Service) は、NHS サービスの5か年展望を打ち出した。疾病予防と早期介入、医療サービスの2次医療からプライマリケアや地域ケアサービスなど NHS 以外のサービスへの移行、精神保健ケアの向上が主な展望として挙げられた。これらの背景として医療費のひっ迫があり、病院医療が中心の NHS とそれ以外のケア提供者、GP やヘルスケアのボランティア団体、地域の民間ケアサービスなどとの競合、協調により、新たに統合された Multispecialty Community Provider として機能することを目指すこととなった。また予防医療への転換において、全国民の身体的な健康とともにメンタルヘルスの向上の重要性

も認識されるようになった。

The Five Year Forward View for Mental Health (2016)

2014年の NHS Five year forward view を受けて、2016年に精神医療の5か年展望が出された。重点ポイントとして精神科救急・危機介入の拡充、メンタルヘルスと身体ケアの融合、メンタルヘルスにおける mental wellness と疾患予防があげられた。

The NHS Long Term Plan (2019)

2014年の Five year forward view の5年後に、NHS はそれをさらに発展させた10年の長期展望を出した。医療費の削減、NHS の赤字の拡大や人員不足などを背景に、必要なサービスを明確化させ、そこに必要な予算を投じるために打ち出した政策である。

精神疾患がガンや心血管疾患などとともに7つの重要臨床領域の一つとなり、また予防に重点を置いた国民全体の健康維持に焦点があてられた。また、周産期、小児・思春期のメンタルヘルスの充実、精神科 Core service からプライマリケアや地域サービス利用への移行、精神病患者の身体ケアの充実、うつや不安障害などへの心理療法の拡充などが重点項目として挙げられ、メンタルヘルスに関する予算増額も打ち出した。

NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24 (2019)

NHS Long Term Plan を受けて、メンタルヘルスサービスについての実行計画が打ち出された。Long term plan で重点項目として挙げられた、周産期、小児・思春期メンタルヘルスをはじめ、精神科救急や危機介入都総合病院におけるコンサルテーションリエゾン、急性期入院治療、慢性期及び司法入院治療、自殺対策、ゲーム依存、うつや不安、不眠などの mental wellness に関する介入、重症精神障害者に対する包括的な地域ケア、高齢者メンタルヘルスなど、多様化するメンタルヘルスに関するニーズに対応するために、1年ごとの具体的な数値目標を含む目標設定

を行った。

【Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults】

NHS が 2019 年 9 月出した、地域精神医療に関する政策提言で、これまで Core service が主体となって展開してきた地域精神医療を、プライマリケアと福祉、行政サービスを加えて統合された新しいケア複合体で包括的なサービス提供を実施するシステム導入に関するものである。すでに 12 の NHS がテストケースとして導入しており、プライマリケアと 2 次医療の機能分化や連携方法についていくつかのパターンがある。

これらの取り組みは、精神科 2 次医療の負担軽減のため様々地域資源との協働を計る、それまで Severe Mental Illness(SMI)が中心だった精神科医療へのニーズの拡大に対応する手段として、また SMI に対する身体ケアの充実が主な目的である。これまで医療モデルの CPA を用いたリスクマネジメントの重点を置いたケアマネジメントで福祉との連携にあまり重点を置いていなかった介入から、医療、福祉、行政など多機関連携で本人中心のケアモデルが導入されることにより、本人の日常・社会生活レベルの改善を図ることができ、そのために様々なサービスの連携に重点を置いた工夫が必要となる。

また、プライマリケアとの連携が重視され、CMHT の介入の必要がない精神疾患への関与はプライマリケアで行われるなど、治療に関しての機能分化も推進される。そのため、キャッチメントエリアは、プライマリケアのエリア（人口 3～5 万人程度）を基本に構成され、より慢性で複雑なニーズがある場合に、いくつかのプライマリキャッチメントエリアを合わせたエリアで 2 次医療と統合されたサービス展開となる。

D.考察

イングランドの精神保健システムは、脱施

設化以来その時々のコミュニティーのニーズに合ったサービス提供への変換がこまめに行なわれてきた。長期入院の精神障害者の地域移行のために CMHT を中心としたケアマネジメントと医療の包括型サービスの充足により、医療サービス中心の地域ケアが続き、地域に様々な福祉サービスがあるにもかかわらず、医療サービス側で福祉や行政との連携はあまり意識されてこなかった。2010 年代に入り、財政問題やメンタルヘルスの需要の増加、メンタルヘルスニーズの多様化などにより、精神科 2 次医療中心で展開していたメンタルヘルスケア・サポートを、プライマリケアや地域の中の様々なリソースと協働し対応する必要が生じ、包括ケアの導入になっているところは、日本の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と同じような展開になっていると考えられる。一方で、イングランドの場合には、SMI を中心としたケアマネジメントが必要な患者層に Core Service が基盤にあるが、日本の場合この部分に関しては地域差が大きい、ケア全体のキーマネージャーがケースごとに医療や福祉に点在し、システムとしての安定感に欠く状態と考えられる。

また、地域中心のシステム展開として不調時の救急対応および受療拒否に対する介入は重要なポイントであるが、イングランドの場合も地域格差があった 24 時間の精神科救急対応の充実、総合病院の救急との連携などに取り組んでいる点は、日本の状況と似ている。一方で、受療拒否の救急ケースについては、行政、警察との連携は充実しており、特に警察との連携は専門部署の設置や、情報開示についての管理体制が確立されており、参考となる点が多い。また、強制的な介入を減らすための試みや、救急医療が必要なケースと救急以外でも対応できる本人にとっての「緊急」のトリアージなど、本人やその周囲のニーズで医療介入が必要以上に増加しないような試みも今後日本の精神科救急でも検討

すべきことと思われた。

New Long Stay の対象は、イングランドの場合触法歴、パーソナリティ障害、薬物依存などの併存ケースが多い。日本も同じような傾向はみられるが、日本の「重度かつ慢性」患者にある統合失調症などの症状や生活障害が重度のケースは、脱施設化後の発症患者については地域ケアの中で大半がフォローされており、今後日本の地域ケアの充実によりこの層に関しては十分に地域対応が可能になると予測される。

地域サービスについてはよりサービス密度の低い支援で生活が可能になるように、医療モデルから本人の地域生活を中心にした支援を積極的に推進することが、本人にとっても地域全体にとってもメリットを生むと考えられる。それによって不要となった予算を新しいサービスに転換し、多様なニーズにこたえることが可能となる。

今回の調査で、イングランドの精神保健医療福祉の包括型のケアシステムから、今後の日本における「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構築について様々なヒントが得られた。日本の制度は主に SMI に対するものであるが、今後広く精神疾患を対象とした、また身体ケアとの連携、日本のかかりつけ医との連携など広くメンタルヘルスサービスを盛り込みながら、「メンタルヘルスに対応した」包括ケアへの発展も考えていくべきだと感じた。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

1. NHS Five Year Forward View
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
2. The Five Year Forward View for Mental Health <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>
3. The NHS Long Term Plan
<https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>
4. NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24
<https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-mental-health-implementation-plan-2019/20-2023/24>
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf>
5. The community mental health framework for adults and older adults <https://www.england.nhs.uk/publication/the-community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults/>
Taskforce-FYFV-final.pdf

参加者：藤井千代、佐藤さやか、山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所） 佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院）

質問1：治療が必要な状態で受診が難しいケースについての介入はイングランドではどのようなになっているのか？

回答：患者の状況によってさまざまな介入がある

精神症状による犯罪行為があれば警察が介入することになるが、他害行為にはいわゆる「迷惑行為」も含まれるため、警察の介入対象は日本より多い。他害行為には暴言や威嚇なども含まれる。

社会的住居（社会的弱者のための住居や公的住宅）に住む単身生活者の場合、housing officer にそのケースに関する苦情や情報が入るとそこから受診につながる。公共住宅の場合には自治体職員である housing officer が本人にまずコンタクトをとる（First contact）。公営住宅も同様の流れになる

First contact から、状態によっては警察介入となる。警察官が逮捕し精神障害のための保護、アセスメントが必要判断された場合（警察官通報；Mental Health ACT 135 条）、Place of safety に身柄を移す。自宅にいて警察官介入にならなかった場合には 136 条により裁判官承認があつて Place of safety に移しアセスメントをすることが可能になる。警察官が臨場して保護には至らない場合は、警察官が報告書を提出し、その内容によっては精神科医が介入することがある。

また、自ら医療介入を求めて single point of access と呼ばれる精神科医療（2 次医療）トリアージのためのコールセンターに相談をする、または GP に相談し精神科医療への紹介を相談するなどのアクセスがある。直接病院へ入院するのは最終手段であり、またできる限り本人の同意を尊重する。

緊急対応の窓口サービスとして以下のものがある。

①CAT crisis assessment team：他害がない、あつても本人の同意が取れる緊急ケースに対応する医療チームで、警察や救急隊からのオファーに対して精神科看護師が医療、保護、救急外来、レスパイト施設の必要性についてアセスメントを現地で行う

②COS crisis outreach service：home treatment team に付随したアウトリーチチームで、24 時間稼働。警察は帯同しない。

これらのサービスは医療が考えるクライシスと本人が求めるクライシスに違いあり、当事者にとってのクライシスのニーズは医療者が考えているより軽症の場合が多いため、重装備の救急にすべてが集中しないために設置されている。

質問2：警察や行政との連携において情報管理はどのようなになっているのか？

個人情報の取り扱いについては The Caldicott Principles の 7 つの条件が個人情報を取

り扱う場合に共有されており、警察が情報を求めるときには情報管理窓口（Caldicott guardian）に申請し、どのような情報が取り扱われているかのモニタリングがある。また医療サイドから警察に情報を求めるときには Police Liaison Officer にコンタクトを取り、利用目的が明確であれば本人の同意がなくても NHS からの相談、詳細な情報交換が可能になる。また、3 か月に 1 回地域の警察、精神科医療、救急、自治体職員による地域関係者会議があり、情報交換を行っている。

また、逮捕者の精神的な介入については、Criminal justice mental health team の Custody 看護師もしくは医師が、診察が必要か、誰かの同席が必要か、一時釈放の有無、hospital diversion の必要性についてアセスメントを行うことになっている。

質問 3：イングランドでは New long stay に対してどのような対策を講じているか？

慢性期の長期入院患者の対応はイングランドでは苦慮してきた。脱施設課後に発症した患者は治療法の改善などもあり長期化しにくくなっており、入院長期化患者は Asylum に長期入院していた患者が多くを占めていた。

①住居サービスや住居サービスとのコラボ

Asylum（精神科療養施設）の閉鎖（～1998）による脱施設化により、大半の患者は 6-20 床以下のケア付きのグループホーム（管理者が看護師などの専門職）に入居した。ナースィングホームで対応が困難な重症例は、NHS トラストが運営する住居施設（看護サービス付き）に入所し、それらの施設は 2000 年代には NHS から民営化と経営主体を変更した。

2010 年代になりそれまでの 24 時間型の住居から 24 時間ケア付きではなく夜間 on call などの自立を促す住居へ住居施設のスタイルが変わってきた。

これらのサービス展開の中でも一部移行が難しい患者グループ(Legacy group)があり、例えば高齢者医療の対象になっても精神疾患だけで認知症がないために高齢者医療福祉に移行できないケースや、難治症例などがこれにあてはまる。SLaM(South London and Maudsley NHS)では 2015 年にこの Legacy group の脱施設化に取り組んだ。約 200 名の慢性患者の脱施設化のための予算を確保し、person centered 非医療型モデルで、医療的なケアを減らしフラット型の住居でケアアクティビティを充実化するような試みを実施した。この財源確保のために low level の病棟を閉鎖したため、新たな長期入院化しやすい患者層のケアが困難な状況になった。例えば犯罪歴がある、パーソナリティ障害、薬物依存、発達障害などの問題も抱える患者の入院が長期化しやすい傾向にあり、このグループの入院治療を行う場所が減ってしまうという問題が生じた。

また、認知症にならない老年期の精神障害者が済むグループホームは、運営母体が NHS から慈善団体などへの運営母体の変更、サービス内容も医師、看護師などの医療スタッフの常駐から派遣型、さらに規模を縮小したり、住居者のニーズに合わせた転換、例えば身体的ケアのニーズが生じた場合には身体ケア中心のサービスに移行するなど、同じ施設が様変わりしながら閉鎖もしくはその時代に必要とされる住居施設に変換されている。

質問4：SMIに対する認知行動療法はどのようなになっているのか？

幻聴や妄想に対する認知行動療法は、1クール12～20回のセッションが2次医療の中で提供されている。また、Community Mental Health Team(CMHT)のケアコーディネーターがCBTを実施するGoals studyも実施されたが、ケアコーディネーターのケースロードとCBTのスキルが問題となった。また、2次医療でassistant psychologistによるCBTを行うモデルや、プライマリケア実施できるモデルの構築なども検討されている。

質問5：精神科医療と福祉のコラボレーションはどのようなになっているのか？

2019年にNHSが出したCommunity Mental Health Framework for Adults and older Adultsがこれからのモデルになる。医療、行政、福祉サービス、住居サービスなどの事業体が地域でアライアンスを形成し、統合されたサービス提供を行うシステムが提唱された。

- ・各事業体の財源は独立しているがすべての財源を一元化して意思決定を共有する
- ・資格者とサポートワーカーの共同
- ・サポートワーカーがアライアンスの他のサービスとの協働をマネジメント
- ・医療以外のサービス（ケアサービス）は自治体のソーシャルワーカーによるCare

ACTのアセスメントに基づき、実際のマネジメントは本人が指定した人でも可能というシステムで統合されたサービス提供を行う。目的としてはone stopのサービス提供を廃止し細切れのサービスを一元化することで、CPAがこれまで行っていたやや漫然としたサービス提供を避け、期限付きのサービスを本人の状況にあわせて使いながら医療と福祉の共存、協調を行うことが目的である。

赤沼先生との情報交換会 2回目

2021.2.5

参加者：藤井千代、佐藤さやか、山口創生（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所） 佐竹直子（国立精神・神経医療研究センター病院）

I Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults

質問1：この政策が作成された背景は？

2014年に作成されたFive years forward viewが契機となっている。これが作成された一番大きな理由は財源不足で、それまでのシステムでは財政的な破綻が生じてしまうため変換が必要だった。「疾患予防と早期介入」「地域とプライマリケアへの移行」「精神保健ケアの向上」が重点として挙げられた。2012年に保健、福祉、民間サービスを統合する法律が制定され、NHSのサービスは統合と予防に重点を置くことを目指すこととなった。

それまで身体医療保健に比べ劣っていた精神保健分野が同等に扱われることも重点目標

となった。例えば精神科 NHS トラストには身体医療トラストで導入されていた DPC のような包括医療費支払制度も導入されていないなど身体医療との格差があったが、メンタルヘルスの問題に焦点が当てられ、全国民のメンタルヘルスの向上 (Prevention for all mental wellness) と、精神障害者の身体ケアの充実化などが目標として挙げられた。当時精神障害者に対するプライマリケアの提供が希薄で、薬物使用や喫煙、肥満などから生じる身体疾患への介入の重要性が指摘された。さらに、24 時間の精神科救急医療提供の拡充や、コンサルテーションリエゾンの充実など精神科専門治療の充足も課題となった。

さらに、2019 年に出された NHS Long Term Plan で、メンタルヘルスが NHS の医療全体における重点項目の一つとなり、医療と福祉の統合、プライマリケアと 2 次医療の共同により精神科 2 次医療に取り組むべきことは CMHT と医療ケア付き住居などのコアサービスに限定化されることとなった。

質問 2 : プライマリケアと 2 次医療の共同とは？

現在全国何か所かでトライアルがあり、今後ナショナルモデルが確立する。プライマリケアネットワーク（人口約 4 万人の医療区）3 つで 1 機関としてアライアンスに参加する。

①Hub ・ ・ 精神科ナースがプライマリケアでメンタルヘルスのキーワーカーとなり、アウトリーチも行う。精神科医はすべての地区で 1 名が S V としてバックアップを行う。

ニーズが高くケースロードが増加傾向にあるが、一方でプライマリケアで診るべきか 2 次医療に紹介すべきかケースのトリアージをするコントローラーが必要で、その業務の負担が大きくなる。

②SLaM NHS モデル

CMHT にプライマリケアを配置し、サポートワーカー対応でよければ 1 次、看護師のケアコーディネーターが必要であれば 2 次医療に振り分ける。

③Cambridgeshire and Peterborough NHS モデル

プライマリケア診療所 (GP surgery) に 2 次医療の精神科医・看護師が出張して、プライマリケア主体で動き、2 次医療スタッフがバックアップする

質問 3 : Framework にあるアセスメントの一本化とは？

同じメンタルヘルスの問題を抱えていても、プライマリケア、iact, 2 次医療にいくとそれぞれアセスメントがあり、また転居などで地域が変わるとそこでも新たにアセスメントがあるため利用者の不満が強い。そのためアセスメントを共有(asset based assessment)し、アセスメントの重複を避けや連続化したケアを受かられることを目指していく。

質問 4: この新しい取り組みで本来の 2 次医療のコアサービスへの財源カットになる懸念があるという話があるが、それについては？

今回 NHS mental Health Implementation Plan 2019/20-2023/24 で重点項目として挙

げられた加重配分で予算が減る一方で、CMHT へ母子への関与を依頼されることが増えるため、コアサービスのケースロードが増加してしまう問題が生じる。3 次医療と違いケースロードのコントロールができないため、通常ケアコーディネーター1 人で 25 ケースが理想的なケースロードのところ 50 ケース近くまで増えてしまっている。

質問 5：サービスが統合化される中で、ステークホルダーが増え問題になることはないのか？

統合化されたアライアンスの中でいろいろなサービス受給の可能性は増えるが、ステークホルダーが増えるわけではない。2 次医療サービスを受ける人は CMHT のケアコーディネーターが **named worker**（中心的なコーディネーター）となり、**Care ACT** を利用する人は行政のソーシャルワーカーが **named worker** となりケアプランのレビューを行う。

質問 6：アライアンスとは具体的にはどういうものか？

アライアンスは医療、行政、福祉、ボランティア団体などのシステムの統合で、財政統合ではない。医療提供サービスグループ **CCG**(clinical commissioning group)が、行政、福祉サービスと **ICS**(Integrated Care System)を構築し、医療・福祉を統合したサービス提供を行う。

イングランドにおいて福祉サービスはこれまでも十分に機能していたが、医療サービスはあまり接点がなく、唯一行政のソーシャルワークのサービスしか把握できていなかった。就労や生活支援、住居などのサービスは、地域の小さなセクターが運営しており、二次医療の提供するコアサービスとは別々に稼働していた。

2014 年ケアアクトが制定され、必要な人がケアを受ける権利が認められたことも影響し、今後アライアンスの中で医療、福祉の共同がより強化されると考えられる。**Social prescribing worker** と呼ばれる地域ケアの情報を提供する人によって地域に存在するサービス情報を本人に提供するサービスが地域サービスと当事者をつなぐ役割を担うこととなる。

質問 7：CPA(Care Process Approach)は今後どうなるのか？

2017 年には 1 度廃止案が出たが、今は不透明な状態。CPA が形骸化している面があり、NHS トラストによってはすでに使用していないところもある。一方でサービスレベルに地域格差があり、まだ CPA が必要なトラストもある。

II 医師偏在問題

質問 8：イングランドでも精神科医の地域偏在はあるのか？

医師偏在は存在する。様々な症例や治療の経験ができる都市部への集中がみられるため、研修医枠を地域格差がないように設定するなど工夫がされている。また、精神科医は他の科

に比べて人気が低く精神科医を増やすため英国医師会が Choose psychiatry campaign など精神科医を増やすキャンペーンを実施している。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌 (原著)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
椎名明大	うつ病による被害妄想等の強い影響による犯行が心神喪失と認定された事件 精神科医のコメント	季刊刑事弁護	104	134-135	2020
菊池亜希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 川野稔明, 五十嵐禎人	司法精神科病棟の機能分化：英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆	日本社会精神医学雑誌	30(1)	20-34	2021
Akihiro Shiina, Aiko Sato, Masaomi Iyo, Yoshito Igarashi	Identifying factors associated with criminal responsibility by analyzing court trial verdicts	International Journal of Law and Psychiatry	77	101702	2021

令和 3 年 3 月 3 / 日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反の管理状況については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 ・ 地域・司法精神医療研究部長
- (氏名・フリガナ) 藤井 千代 ・ フジイ チヨ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3年 3月 24日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長) —

機関名 岡山県精神保健福祉センター

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 野口 正行

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益
ては以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 岡山県精神保健福祉センター 所長
(氏名・フリガナ) 野口 正行 (ノグチ マサユキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 地方自治体の行政機関のため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和3 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 総合病院国保旭中央病院
所属研究機関長 職 名 病院長
氏 名 野 村 幸 博

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の
ては以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 副院長兼地域精神保健センター長
(氏名・フリガナ) 川 副 泰 成 (カワソエ・ヤスナリ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月 2 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 徳久 剛史

次の職員の令和 2 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等
ては以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会精神保健教育研究センター・特任准教授
- (氏名・フリガナ) 椎名 明大・シイナ アキヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	千葉大学大学院医学研究院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

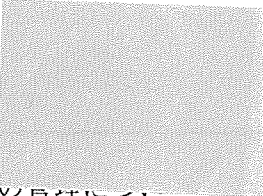
厚生労働大臣 殿

令和 3 年 5 月 21 日

機関名 福岡県立精神医療センター
太宰府病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 小嶋 享二



次の職員の令和 2 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医長
- (氏名・フリガナ) 瀬戸秀文・セトヒデフミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	福岡県立精神医療センター 太宰府病院倫理委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項) なし

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における C O I の管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 倫理審査で一括して審査のため)
当研究機関における C O I 委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 太宰府病院倫理委員会)
当研究に係る C O I についての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係る C O I についての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2021年 5月7日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 全国精神医療審査会連絡協議会

所属研究機関長 職 名 会 長

氏 名 松 田 ひ ろ し

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 障害者政策総合研究事業
- 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 全国精神医療審査会連絡協議会 ・ 会長
 (氏名・フリガナ) 松田 ひろし ・ マツダ ヒロシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合はその理由: 策定中 (会議開催回数が少ないため時間がかかっています))
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 3 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長) —

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 水澤 英洋

次の職員の令和2年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益
ては以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 病院 第一精神診療部・第五精神科医師
(氏名・フリガナ) 佐竹 直子 ・ サタケ ナオコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。