

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)

良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を

目指したモニタリング研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 西 大輔

令和5 (2023)年 5月

## 目 次

I. 総括研究報告	
良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究-----	1
西大輔	
II. 分担研究報告	
1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究-----	11
西大輔	
2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究 -----	22
立森久照	
3. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究-----	32
福田正人	
4. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究 -----	72
高瀬顕功	
5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究 -----	93
吉田光爾	
6. 措置通報及び措置入院の実態に関する研究 -----	100
瀬戸秀文	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	270

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）  
良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究  
総括研究報告書

研究代表者：○西 大輔<sup>1)</sup>

研究分担者：立森 久照<sup>2)</sup>、福田正人<sup>3)</sup>、高瀬顕功<sup>4)</sup>、吉田光爾<sup>5)</sup>、瀬戸秀文<sup>6)</sup>

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

2) 国立精神・神経医療研究センター 病院

3) 群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学

4) 大正大学・社会共生学部

5) 東洋大学・ライフデザイン学部

6) 福岡県立精神医療センター 太宰府病院

研究要旨

本研究の目的は精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることである。また、その促進を図るモニタリングの体制と、今後の医療計画および障害福祉計画に資する指標を提案することを目的とした。

本研究班は①第8次医療計画のモニタリング指標および基準病床算定式の提案、②精神保健医療福祉のモニタリング調査（630 調査）の企画・立案・実施・結果公表、③精神科入院患者の重症度の検討、④レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用した、精神医療の提供に関するモニタリング指標の算出、⑤精神保健医療福祉の各データの可視化、⑥措置通報および措置入院の実態に関する調査の実施とデータ解析 という 6 つの課題について各分担研究班において調査研究に取り組んだ。さらに、今年度は各研究班の成果を統合して医療計画指標案に反映させることも念頭に置き、より一層、現実に即した精神保健医療福祉のモニタリングが可能となる成果を出すことを目指した。

本研究で得られた成果が、第8次医療計画の推進 および 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に寄与することを期待したい。

オブザーバー（五十音順）

上ノ山 一寛 日本精神神経科診療所協会  
北村 立 全国自治体病院協議  
桐原 尚之 全国「精神病」者集団  
櫻木 章司 日本精神科病院協会  
辻本 哲士 全国精神保健福祉センター長会  
中島 豊爾 日本公的病院精神科協会  
森 隆夫 日本精神科病院協会

研究協力者（五十音順）

朝倉 為豪 栃木県立岡本台病院  
安西 信雄 帝京平成大学  
稲垣 中 青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター  
岩永 英之 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター  
牛島 一成 沼津中央病院  
臼田 謙太郎 国立精神・神経医療研究センター

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 精神神経学分野
大村 重成	福岡保養院
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	沖縄中央病院
奥村 泰之	臨床疫学研究推進機構
萱間 真美	国立国際医療研究センター 国立看護大学校
木崎 英介	大泉病院
吉川 隆博	東海大学
北村 真紀子	国立精神・神経医療研究センター
来住 由樹	岡山県精神科医療センター
久我 弘典	国立精神・神経医療研究センター
熊倉 陽介	東京大学
黒田 直明	国立精神・神経医療研究センター
小池 純子	国立精神・神経医療研究センター
河野 稔明	川崎市総合リハビリテーション推進センター
椎名 明大	千葉大学社会精神保健教育研究センター
島田 達洋	栃木県精神保健福祉センター
鈴木 亮	地方独立行政法人 宮城県立病院機構 宮城県立精神医療センター
酢野 貢	石川県立こころの病院
瀬戸屋 希	聖路加国際大学 大学院看護学研究科
田口 真源	大垣病院
竹澤 翔	石川県立高松病院
竹島 正	川崎市総合リハビリテーション推進センター
田崎 仁美	栃木県立岡本台病院
戸高 聡	独立行政法人国立病院機構 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	長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
中村 仁	長崎県病院企業団 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
藤井 千代	国立精神・神経医療研究センター
古野 考志	国立精神・神経医療研究センター
牧野 秀鏡	岡山県精神科医療センター
松尾 寛子	元・長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
満留 朱里	医療法人社団翠会 八幡厚生病院
宮崎 大輔	長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター
宮田 量治	山梨県立北病院
村田 昌彦	榊原病院
山田 直哉	田川市役所
杠 岳文	肥前精神医療センター
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	医療法人社団翠会 八幡厚生病院
芳野 昭文	地方独立行政法人 宮城県立病院機構 宮城県立精神医療センター
渡辺 純一	井之頭病院

技術協力

株式会社アクセライト

## A.研究の背景と目的

本研究の目的は精神科と他の診療科との連携、地域の多様な生活支援との連携による良質かつ適切な精神医療の持続的な確保のための要件を明らかにすることである。また、その促進を図るモニタリングの体制と、今後の医療計画および障害福祉計画に資する指標を提案することを目的とした。

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究 (A班：研究代表者/研究分担者 西大輔)

第8次医療計画策定に向けて、都道府県にとって良質であり、活用可能なモニタリング指標、および基準病床算定式を提案することを目的として研究を行った。

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究 (B班：研究分担者 立森久照)

精神保健医療福祉の提供のモニタリングを目的とした全国調査を実施した。

3. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究 (C班：研究分担者 福田正人)

精神疾患の入院医療において、病状および必要な労力人手 effort を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなるための、保険診療の「重症度、医療・看護必要度」に準じた、精神疾患のための重症度指標を確立することを目的とした。

4. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究 (D班：研究分担者 高瀬顕功)

本研究では、レセプト情報・特定健診等情報データベース (NDB) を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。

5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研

究 (E班：研究分担者 吉田光爾)

市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる＝「見える化」する Web データベースを、他データベースとの関連も踏まえながら構築する。

6. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 (F班：研究分担者 瀬戸秀文)
  - 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を行い、退院後3年までの実態を把握することを目的とした。
  - 3) 検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的として調査を行った。
  - 4)、5) 措置入院患者への訪問看護支援と多職種・他機関連携の現状と課題を把握し、円滑な訪問看護体制整備への示唆を得ることを目的とした。
  - 6) 措置診察にかかる指定医招聘システムの実態を明らかにすることを目的とした。
  - 7) 身体合併症を併発した措置入院患者への対応実態を把握し、身体合併症連携体制整備に寄与する基礎資料を得ることを目的とした。

## B.研究方法

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究 (A班：研究代表者/研究分担者 西大輔)

第8次医療計画指標案の検討については、前研究班での提案、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」での議論の結果、研究班内でのエキスパートコンセンサスを踏まえて、第8次医療計画指標案の検討を進めた。基準病床算定式の見直しについても、本研究では前研究班の議論に基づき、新算定式のパラメータの設定および、病床利用率を提案し

た。パラメータ(慢性期患者数へかかる係数  $m$  が認知症以外、同じく慢性期患者数へかかる  $d$  が認知症に対応)の算出にあたり、2029年の人口あたりの慢性期(認知症、認知症以外)の推計入院患者数(X)と一定の水準(A)を比較した。

## 2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究(B班:研究分担者 立森久照)

精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を令和4年度も実施した。調査対象は、これまでと変わりなく全国の精神科医療機関、訪問看護ステーション、および都道府県・政令指定都市の精神保健主幹課である。本調査は毎年実施されてきたものであり、令和4年度調査の調査内容はこれまでに行われてきた同調査の項目をほぼ踏襲した。

本調査は調査を主体となって実施する国立精神・神経医療研究センターにおいて倫理審査の可否を諮り、倫理審査に対象となる調査ではないとの理事長決裁を得て実施した。また、本調査に先立ち自治体に対して事前調査を行った。事前調査の主な目的は以下の3点である。

- ① 医療機関票および訪問看護ステーション票の配布対象施設の把握
- ② 自治体票(非同意入院の入退院届)の活用状況の把握
- ③ ReMHRAD上での市区町村別表示機能の活用状況の把握

## 3. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究(C班:研究分担者 福田正人)

これまでの研究で得られたフィージビリティ・スタディのデータに追加解析を実施し、その結果にもとづいて重症度案を再改

訂することで精神科入院患者の重症度概念を整理し、エキスパート・オピニオンを求め、世界の重症度概念と比較した。

## 4. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究(D班:研究分担者 高瀬頭功)

2013年1月から2021年5月の間に①精神科入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定して、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するための、NDBデータを使用した。

## 5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究(E班:研究分担者 吉田光爾)

厚生労働行政推進調査事業(障害者政策総合研究事業)『医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究における研究』にて開発された市区町村による精神保健医療福祉資源整備進捗のWebデータベースシステムの構築に関する研究成果を発展させ、より洗練された形での「見える」化システムを開発する。

## 6. 措置通報および措置入院の実態に関する研究(F班:研究分担者 瀬戸秀文)

1)、2) 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、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検討した。

3) 全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査への協力を求めた。対象は、2020年4月1日から2020年9月30日までに受理したすべての検察官通報例とした。対象例について、検察官通報書と事前調査書、および

措置入院に関する診断書の内容の調査票への転記を求めた。研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の承認を受けた。

4)、5) 2021年8月から11月に措置入院の退院後に訪問看護を実施している訪問看護ステーション2機関と病院訪問3機関の計5機関の多職種スタッフに対して、訪問看護支援の現状と課題に関するグループインタビューを実施した。

6) 全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、アンケート調査票を発送し、返送かWEBでの回答を求めた。調査票には自治体における措置入院制度と精神科救急医療の関係、指定医招聘システムや招聘時の困りなどの記載を求めた。研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会に呈示し、個人情報扱っていないため審査不要とされた。

7) 身体合併症を併発した措置入院患者への合併症の医療提供体制に関わる実態調査を行うため、研究班内で議論を行った。

### C.結果／進捗

1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究 (A班：研究代表者/研究分担者 西大輔)

第8次医療計画指標は、第7次医療計画の指標を基本としつつ、17の領域に分かれていたストラクチャとプロセスを4領域に整理した(「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」)。また、それぞれの領域においてそれぞれ新規指標を提案した。新算定式では、2029年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数(X)と一定の水準(A)を比較してパラメータを算出した。最終的にパ

ラメータmとdは0から0.1の間の値をとり、各都道府県の値は「 $X \leq A \rightarrow$ パラメータは0」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が0.2未満 $\rightarrow (X - A) / X$ を更に半分した値をパラメータに設定」「 $X > A$ かつ $(X - A) / X$ が0.2以上 $\rightarrow 0.1$ をパラメータ」として、達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならない範囲に設定した。また、病床利用率は前回医療計画時の設定を踏襲して0.95を提案した。

2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究 (B班：研究分担者 立森久照)

事前調査の結果より、対象機関、調査結果の活用状況について把握することができ、令和5年度以降の調査での優先度の高い項目について、検討を行った。また、令和4年度調査は、例年通りの回収率を維持しつつ、より最適な設問、正確な回答が得られるよう調査票を改善することができた。

3. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究 (C班：研究分担者 福田正人)

精神科医療ニーズ(P-M)7項目と精神科心理社会支援ニーズ(P-S)7項目の合計14項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案、およびP-M項目の23下位項目とP-S項目の10下位項目についての評価の手引き案を作成した。P-M項目は「精神的混乱」3項目(自傷・他害・日常生活)と「特別な対応」4項目(静穏化・身体合併症・専門性の高い医療・併存精神疾患)、P-S項目は「当事者の困難」4項目(病気の受け止め・治療の継続・自傷歴他害歴・人生の希望)と「地域生活の困難」3項目(衣食住・身近な支援・近所付き合

い) から構成され、重症度概念の構造を明示した案となった。関連 15 団体に求めたエキスパート・オピニオンについて、7 件の意見が寄せられた。

#### 4. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究 (D 班: 研究分担者 高瀬顕功)

2013 年から 2019 年にかけて、地域平均生活日数は向上しつつあるものの、90 日時点の退院患者割合は低下していた。また、新型コロナウイルス感染拡大下における第 1 回緊急事態宣言の前の期間 (2013 年 4 月から 2020 年 3 月) と、後の期間 (2020 年 5 月から 2021 年 5 月) を比較すると、精神科における月間外来患者延数が、15~19 歳と 20~24 歳において増加していた。

#### 5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究 (E 班: 研究分担者 吉田光爾)

前述の『Regional Mental Health Resources Analyzing Database』(ReMHRAD) (<https://rehmrad.jp>) を引き継ぎ、バージョンアップを行った。ReMHRAD は①第 7 次医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」の表示、②630 調査で把握された精神科病院への在院者の状況、③地域包括ケアのための資源の状況 (訪問看護・障害福祉)、④社会資源マップ、の四つの内容で構成されている。本年度は②および③の経年表示機能の追加、および新たに⑤発達障がいに関する社会資源情報の掲載に関して検討した。自治体関係者と協議しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討していく。

#### 6. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 (F 班: 研究分担者 瀬戸秀文)

1) 患者登録は、最終的に 525 例 (男性

326 例、女性 200 例、男女比 1.6 対 1) となった。観察期間 730 日の時点で、退院後の研究協力施設への通院継続期間は、平均 284.6 日±標準誤差 16.3 日であった。このうち措置解除時の入院継続例 372.1±23.4 日、通院例 317.4±37.4 日、転医例 74.9±38.6 日であった。退院後の研究協力施設への再入院までの期間は、観察期間 730 日で、全 502 例のうち 94 例 (18.7%) で再入院しており、平均 150.2 日±標準誤差 12.2 日であった。このうち措置解除時の入院継続 268 例では再入院 66 例、195.6±18.3 日、通院 77 例では再入院 13 例、192.9±34.5 日などであった。

2) 対象患者の性別は男性 146 人、女性 90 人、退院時平均年齢は 41.7 歳で、約半数 (114 人) の措置解除時の精神科主診断は統合失調症圏であった。退院後の総観察日数は 180,960 日で、その間に 11 人の死亡が確認された。したがって、人年法ベースの死亡リスクは 1,000 人年あたり 22.2 件である。Kaplan-Meier 法に基づく対象患者全体の退院後 1 年死亡率は 2.8%、2 年死亡率は 4.0%、3 年死亡率は 6.2% であり、SMR は退院後 1 年時点で 11.7、2 年時点で 8.05、3 年時点で 8.04 であった。

3) ①検察官通報 566 例 (年齢は平均 48.4 歳±標準偏差 14.7 歳)、男性 456 例、女性 110 例 (男女比 4.1 : 1) であった。事前調査は、うち 513 例 (90.6%) で実施されていた。通報後の転帰は、指定医診察不要は 278 例、診察実施 288 例であった。指定医診察の結果は措置入院 234 例、措置不要 54 例で、調査時点で措置入院中 1 例、措置解除 233 例であった。

②566 例のうち、医療観察法において重大な他害行為と定められている罪名であったのは 118 例で、うち診察実施 65 例、診察

不要 53 例、それ以外の広義の触法行為は 447 例で、うち診察実施 223 例、診察不要 224 例であった。

③566 例のうち、事前調査の項目ごとに指定医診察を診察実施としたか診察不要としたかの判断について検討を行った。幻覚妄想、状況認知判断、生活維持困難が明らかな例や自傷他害行為があれば診察実施と判断されていた。

④回答 37 自治体のうち、34 自治体（24 都道府県・10 政令市）から 288 例の指定医診察例が提出された。男性 237 例、女性 51 例（男女比 4.6 : 1）、平均年齢±標準偏差は 49.8±14.4 歳であった。措置入院期間は、平均 78.3 日±標準偏差 86.5 日、中央値 56 日、措置入院 180 日目の入院継続率 7.3%であった。

4) 訪問看護の連携における現状と課題を KJ 法で分析した結果、円滑な他機関連携を示す【入院中に多職種・多機関と臨機応変に対応】、【治療的連携がスムーズ】、【入院中から訪問看護終結までの流れがある】、【訪問看護の中断がない】【訪問看護開始時の協議の場の不足】、【多機関連携がうまくいかない】、【訪問看護利用継続の困難さ】、【訪問看護の役割の見えにくさ】、【診療報酬以上のケアの必要性和経営との均衡の難しさ】、【危機介入体制の未確立】、【訪問看護中断リスクがある】の категорияが抽出された。

5) <精神・生活障害が不安定な中で地域生活維持支援を行うしんどさ><関係者との症状理解の不一致のジレンマ><受療・訪問看護に対する抵抗への対応の困難さ><自傷他害に至る状況の見極めの難しさ><精神症状の影響を考慮した意思決定支援の困難さ>の 5 つの分類 категорияが抽出された。

6) 54 自治体（67 自治体の 80.6%）から回答があった。うち 53 自治体で指定医招聘に困ったことがあると回答した。何らかのシステムを有するのは 23 自治体、なし 31 自治体で、措置入院を精神科救急の一部と位置づける自治体で有意にシステム導入がなされていた。導入後の自治体からは「探す手間が大幅に削減される」「時に予想外に円滑でないことがある」などのコメントがあった。

7) 単科精神病院、総合病院精神科、行政に勤務あるいは勤務歴を有する研究班関係者を中心に総合病院と単科精神病院の医療連携に関する質問を行う。インタビュー内容を録音し、逐語録を文字起こしをして、文字化したデータを質的に分析する予定である。

## D. 考察

### 1. 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究（A 班：研究代表者/研究分担者 西大輔）

第 7 次医療計画の指標と比較して領域の数を整理したことにより包括的な概念で各指標をカテゴリー化できるようになったため、各指標の位置づけが明確化しやすくなったと考える。また「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるうえで必要な、予防、アウトリーチ等の視点を加えた提案指標になったと考える。新算定式では従来式よりも、患者の年齢構成の変化を考慮し、また都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）をパラメータで調整できることにより、より都道府県の実情に合わせた必要病床数を算出することが可能になると考える。

### 2. 精神保健医療福祉の提供のモニタリン

グに関する研究（B班：研究分担者 立森久照）

昨年度までの調査内容に改定を加えつつ、例年並みの水準で調査の実施、回収、集計を行うことができたと考える。改訂を加えた点としては、自治体への事前アンケート調査を行って、対象医療機関の定義をより明確化することで、調査プロセスの効率化と統一した基準でのデータ収集が進められたと考える。

### 3. 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究（C班：研究分担者 福田正人）

精神科入院患者の重症度についての疾患横断的・医療機関横断的な評価は、世界的にも取り組みが少ないテーマであることが示唆された。今後の課題として、エキスパート・オピニオンの修正提案にもとづく項目と評価の手引きのさらなる改訂、フィールド・スタディにもとづく各項目の重みづけの確定と重症度判定の基準の決定が挙げられた。

### 4. 精神医療の提供体制および実態把握に関する研究（D班：研究分担者 高瀬顕功）

退院患者割合低下の一因として、退院割合が相対的に低い、認知症が主傷病の医療保護入院が増えていることが影響していると考えられる。また、新型コロナウイルス感染拡大が特に若者の精神科医療機関への受診行動へ影響した可能性が示唆された。

### 5. 精神保健医療福祉の可視化に関する研究（E班：研究分担者 吉田光爾）

現在、ReMHRADは上記の構成になっているが、これは開発中のデータベースであり、今後このデータベースがどのように活用されていくかが試されているといえるが、幾つかの検討すべき事項があると考え

られる。

1) 経時的な変化を把握するための表示機能

2) 第8次医療計画指標等も踏まえた全体のレイアウト変更

3) 630調査における退院者の転帰情報

医療計画指標やその他の情報については、我が国の精神保健福祉行政において政策的に何を目指していくかによって、求められる指標が変化していくと考えられる。

### 6. 措置通報及び措置入院の実態に関する研究（F班：研究分担者 瀬戸秀文）

1) 退院後の研究協力施設への入院や治療状況については、後ろ向きコホート研究と大きな相違はない一方で、通院継続期間、再入院までの期間は、観察期間が平準化された今年度の時点において、研究協力施設が措置入院を受け入れた後に地域の医療機関に戻すのか、そのまま研究協力施設での医療を継続しているかの差異、またシステムとしての移送が行われ、その数も110例にのぼることも結果に影響していた。

2) 措置要件が自傷のみである者と退院時PSP総得点が高い者の死亡リスクが相対的に高い可能性が示唆された。

3) ①検察官通報は増加しているが、指定医診察不要とされる例の増加が目立っていた。

②重大な他害行為の割合や精神鑑定の実施状況は2008年度と変化はみられなかった。行為の重大度と鑑定実施の関係では、大半は簡易鑑定であるものの、重大な他害行為で有意に精神鑑定が実施されていた。

③検察官通報例においては、精神症状が明らかな例や問題行動が重篤な例では診察実施されており、指定医診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われている様子が明らかとなった。

④措置入院した患者の大多数は観察期間のうちに措置解除されており、長期措置入院となっていたのはごくわずかであった。医療観察法の申し立てに伴い精神保健福祉法第44条により見かけ上、短期間の措置入院が発生することなどの影響も受けていると思われた。

4) 本研究結果から、訪問看護が患者の状態に応じて他機関と円滑な連携が図れるかどうかには、訪問看護開始当初の協議の場の有無が影響していることが示唆された。

5) 本結果に見る支援の困難さが生じる背景には、措置入院を含む入院期間の短期化と、地域包括支援体制の拡充があると考えられた。

6) 措置診察を行う指定医を求める自治体と、措置診察を行ってよいとする指定医のマッチングがうまくいっていない、という問題であり、この点についてはシステム化により改善が期待できると考えられる。

7) 本研究において、措置入院患者における精神科と身体科の連携方法や連携の際に生じる困難の現状と課題を抽出し、より良好な連携を築くための手法を探索的に洗い出すことができると考えられる。

## E. 結論

医療計画指標については、第7次医療計画の指標を踏襲しつつ17の領域に分かれていたストラクチャとプロセスを4領域に整理し、第7次医療計画の各疾患、各領域の指標は、『診療機能』の中に包括して配置した。また、いくつかの新たな指標を追加案として提案し、特に保健福祉領域の指標の充実を図った。基準病床算定式については、認知症患者とそれ以外の患者の将来推計における調整パラメータ(m及びd)を検討し、2029年の人口あたりの慢性期の

推定入院患者数(X)と一定の水準(A)を比較しパラメータと案をまとめた。また、病床利用率について提案を行った。

令和4年度630調査については、都道府県・政令指定都市への本調査前に行ったアンケート結果を参考に、調査対象施設の定義をより明確化した。また昨年度までの調査結果を踏まえ項目の最適化を行った。また12月末までに調査票の回収が終了し、例年通りの回答率であることが見込まれる。

重症度研究については、昨年度の研究で実施したフィージビリティ・スタディの結果にもとづいて、臨床現場で利用可能な案の作成を行った。具体的には、精神科医療ニーズについては小項目を統合した総合評価を用いることとし、臨床的な判断を加えてこの総合評価項目をグルーピングし、そのうえで精神科医療ニーズと精神科心理社会的支援ニーズについてそれぞれの評価項目間の相関を検討した。その結果に基づき再検討を行い、最終的に精神科医療ニーズ7項目と精神科心理社会的支援ニーズ7項目の合計14項目に縮約することができた。

NDB分析については、大正大学が提供申出者となった、2021年5月診療分までのデータの利用申出について、2021年10月29日に承諾通知を得たものについてコードリスト整備を行った。さらに、2022年12月診療分までデータの利用申出について2022年10月28日に承諾通知を得て倫理審査委員会の承諾を得た。また、NCNPが提供申出者となり、2023年5月診療分までのデータの利用申出を行った。

ReMHRADは各分担研究と連携をして、経年データの表示機能や第8次医療計画指標や「にも包括」における自治体状況

の表示機能の設計等を検討し、データを反映するための準備を行った。また本田班（「地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備に向けた研究」）と連携し、発達障害における地域リソースの表示に関する検討を行った。

措置入院者の前向きコホート研究については、調査期間内に登録された措置入院患者 523 例のうち、退院 2 年後 495 例の回答を受けており、退院 2 年後の治療継続状況ならびに生存状況について、解析を行う予定である。また他のデータについても引き続き検討を行う。

#### F.健康危険情報

なし

#### G.研究発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

- 1.特許取得 なし
- 2.実用新案登録 なし
- 3.その他 なし

#### 引用文献

該当なし

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）  
良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究  
分担研究報告書

良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指した指標に関する研究

研究代表者・研究分担者：○西 大輔<sup>1)</sup>

研究協力者：立森 久照<sup>2)</sup>, 藤井 千代<sup>1)</sup>, 久我 弘典<sup>3)</sup>, 臼田 謙太郎<sup>1)</sup>, 黒田 直明<sup>1)</sup>

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 病院
- 3) 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター

研究要旨

【目的】第 8 次医療計画策定に向けて、都道府県による良質な精神保健医療福祉の提供体制構築に活用可能なモニタリング指標、および基準病床算定式を提案することを目的として研究を行った。

【方法】第 8 次医療計画指標案の検討については、前研究班での提案、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」での議論の結果、研究班内でのエキスパートコンセンサスを踏まえて、第 8 次医療計画指標案の検討を進めた。基準病床算定式の見直しについても、本研究では前研究班の議論に基づき、新算定式のパラメータの設定および、病床利用率を提案した。パラメータ(慢性期患者数へかかる係数  $m$  が認知症以外、同じく慢性期患者数へかかる  $d$  が認知症に対応)の算出にあたり、2029 年の人口あたりの慢性期（認知症、認知症以外）の推計入院患者数 ( $X$ ) と一定の水準 ( $A$ ) を比較した。

【結果】第 8 次医療計画指標は、第 7 次医療計画の指標を基本としつつ、17 の領域に分かれていたストラクチャとプロセスを 4 領域に整理した（「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」）。また、それぞれの領域においてそれぞれ新規指標を提案した。新算定式では、2029 年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数 ( $X$ ) と一定の水準 ( $A$ ) を比較してパラメータを算出した。最終的にパラメータ  $m$  と  $d$  は 0 から 0.1 の間の値をとり、各都道府県の値は「 $X \leq A \rightarrow$  パラメータは 0」「 $X > A$  かつ  $(X - A) / X$  が 0.2 未満  $\rightarrow (X - A) / X$  を更に半分した値をパラメータに設定」「 $X > A$  かつ  $(X - A) / X$  が 0.2 以上  $\rightarrow 0.1$  をパラメータ」として、達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならない範囲に設定した。また、病床利用率は前回医療計画時の設定を踏襲して 0.95 を提案した。

【考察】第 7 次医療計画の指標と比較して領域の数を整理したことにより包括的な概念で各指標をカテゴリー化できるようになったため、各指標の位置づけが明確化しやすくなったと考える。また「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めるうえで必要な、予防、アウトリーチ等の視点を加えた提案指標になったと考える。新算定式では従来式よりも、患者の年齢構成の変化を考慮し、また都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）をパラメータで調整できることにより、より都道府県の実情に合わせた必要病床数を算出することが可能になると考える。

## A.研究の背景と目的

第8次医療計画策定に向けて、都道府県による良質な精神保健医療福祉の提供体制構築に活用可能なモニタリング指標、および基準病床算定式を提案することを目的として研究を行った。指標については各都道府県の精神保健医療福祉行政における体制構築、事業推進等の取組（ストラクチャ・プロセス）と成果（アウトカム）のつながりを理解しやすく、変化のモニタリングが可能な指標の提案が求められていた。そのため、指標の分類の見直しと、データの整理を行い、指標案の整理を行うことを目指した。また、基準病床算定式については、近年の精神病床数のトレンドを踏まえた新たな基準病床算定式を提案する必要があった。

## B.研究方法

### 1) 第8次医療計画指標案の検討

患者の病状に応じ、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備する観点から、『「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」「診療機能」「拠点機能」の段階ごとに、ストラクチャ、プロセス、アウトカムの各指標例を、第7次医療計画における指標例を含めて定めるべきである』という「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」の結果（令和4年6月9日資料 第13回 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会報告書（案）<sup>1)</sup>）を基本方針とした。指標の活用状況の分析、代替可能なデータソースの検討、エキスパートコンセンサスを経て、研究班より第8次医療計画指標案を提案した。具体的なプロセスは以下のとおりであった。

- ① これまでの研究経緯の把握：「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）持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」（研究代表者：竹島正、以降：前研究班）<sup>2)</sup>のを研究班内で共有し、方向性を協議
- ② 第7次医療計画指標例の活用状況の評価：「第16回医療計画の見直し等に関する検討会」（令和元年11月28日）資料の第7次医療計画の「各都道府県における指標例の採用状況」（医政局の調査より）<sup>3)</sup>と前研究班の総括研究報告書<sup>2)</sup>を参照し、第7次医療計画の各指標の各都道府県における採用状況および前研究班提案の指標例案に対する都道府県のアンケート結果を勘案し、各指標の重要度について研究班内で検討
- ③ 第7次医療計画指標例の選択：各都道府県の指標活用状況の調査<sup>2)</sup>より、全ての指標例がいずれかの都道府県で使用されていたこと、また適切な代替指標を悉皆データから算出することが現在利用可能なデータソースからは困難であること、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」<sup>1)</sup>での『第7次医療計画指標を含めて定めるべき』という基本方針に沿って、研究班としても第7次医療計画指標の大部分は残すことが妥当と判断
- ④ 追加指標の選定：各指標案について、各領域の専門家と個別に議論を行い、エキスパートコンセンサスを形成し、特に「普及啓発、相談支援」「地域における支援、危機介入」に関する指標の拡充を図るべく指標案を作成

## 2) 基準病床算定式の見直し

医療計画指標と同様に、基準病床算定式も「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」<sup>1)</sup>にて『近年、精神病床における入院患者数は減少傾向にあることを勘案したものとする必要があった。その際には、政策効果（例：精神科医療の進展、地域における基盤整備の進展）、政策効果以外（例：患者の年齢構成の変化、疾病構造の変化）の両者の影響を勘案できるものとするべきである』（令和4年6月9日資料第13回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会 報告書（案）より）という方針が示され、慢性患者数の推計値を都道府県ごとに補正するパラメータを含む算定式の提案を行った。

### 1. 基準病床算定式の見直しに用いたデータソース

前研究班<sup>2)</sup>が算出した「患者調査」<sup>4)</sup>の特別抽出データを用いた推計患者数（2014年→2017年の入院患者数の変化を踏まえた、2029年までの推計入院患者数）を用いた。その際、患者調査<sup>4)</sup>がサンプリング調査であることを勘案し、対象抽出に伴う誤差を「病院報告」<sup>5)</sup>の精神病床における「1日平均在院患者数」で補正した（補正の方法の詳細については前研究班の報告書を参照<sup>2)</sup>）。変化率の算出は、2014年「患者調査」<sup>4)</sup>と2017年「患者調査」<sup>4)</sup>の間の変化率とし、その変化率を2020年「患者調査」<sup>4)</sup>にかけることで推計入院患者数を算出した。また、在院患者の流出入を勘案した数値を用いるため患者調査<sup>4)</sup>の特別抽出データは、施設所在地ベースのデータ

を用いた。

また、慢性患者数の減少見込みを表すパラメータ（mが認知症以外、dが認知症に対応）を設定する際は、患者調査<sup>4)</sup>の特別抽出データおよび2020年の人口推計<sup>6)</sup>を用いた。また、認知症について人口あたりの数値を求める場合は65歳以上人口を使用した。

## 2. 算出までのプロセス

以下、算出プロセスを記載する。

なお、以下①～③のプロセスは使用したデータの時点は異なるが、算出方法は前研究班と同一である<sup>2)</sup>。

- ① 基準病床算定式の分子となる入院患者数について、患者調査<sup>4)</sup>の特別抽出データ（施設所在地ベース）を用いて推計を行った。入院患者数の推計は4つの入院患者数（急性期、回復期、認知症以外の入院患者（慢性期）、認知症の入院患者（慢性期））\*1に分けて行い、それぞれについて、年齢階級別の増減率を見込んだ将来推計値を算出
- ② 推計には、2014年および2017年の患者調査<sup>4)</sup>の特別集計を用い、「患者調査」<sup>4)</sup>の対象抽出に伴う誤差を補正するために「病院報告」<sup>5)</sup>の1日平均在院患者数を使用
- ③ 2014年「患者調査」<sup>4)</sup>と2017年「患者調査」<sup>4)</sup>の間の変化率を求め、その変化率を2020年「患者調査」<sup>4)</sup>にかけることで2023年、2026年、2029年それぞれの年齢階級別の増減率を見込んだ全国の推計患者数を算出
- ④ 2029年の人口あたりの都道府県ごとの慢性期（認知症、認知症以外）の推計入院患者数（X）と一定の水準（A）

\*1 急性期:3ヶ月未満入院、回復期:3～12

ヶ月未満入院、慢性期:12ヶ月以上入院

\*2を比較

- ⑤ 上記プロセスを経て、全国、都道府県別に推計入院患者数、パラメータ  $m$  及び  $d$ 、病床利用率の値を提案

### C.結果／進捗

#### 1) 第 8 次医療計画指標案の検討

第 7 次医療計画の指標を基本としつつ、17の領域に分かれていたストラクチャとプロセスを 4 領域に整理し、第 7 次医療計画の各疾患、各領域の指標は、『診療機能』の中に包括して配置した。また、いくつかの新たな指標を追加案として提案した（表 1）。具体的にはストラクチャ指標の『普及啓発、相談支援』の領域に「保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数」「都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数」「心のサポーター養成研修の実施回数」、『地域における支援、危機介入』の領域に「在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数」「精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている「施設数」、『診療機能』の領域に「認知症ケア加算を算定した医療機関数」をそれぞれ新規指標として提案をした。プロセス指標は『普及啓発、相談支援』の領域に「保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数」「都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数」「心のサポーター養成研修の修了者数」「かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数」「かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数」、『地域における支援、危機介入』の領域に「在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管

理料を算定した患者数」「精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数」、『診療機能』の領域に「隔離指示件数」「身体的拘束指示件数」、『拠点機能』の領域に「指定通院医療機関の患者数」「てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数」「依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数」「摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数」をそれぞれ新規指標として提案をした。

アウトカム指標は第 7 次医療計画の指標例を踏襲した。

※各指標のデータソースについては表 2 を参照

#### 2) 基準病床算定式の見直し

以下、本研究で行ったパラメータ設定について示す。

パラメータ  $m$  と  $d$  の算出にあたり、2029年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数 ( $X$ ) と一定の水準 ( $A$ ) を比較した。最終的にパラメータ  $m$  と  $d$  は 0 から 0.1 の間の値をとり、各都道府県の値は「 $X \leq A \rightarrow$  パラメータは 0」「 $X > A$  かつ  $(X - A) / X$  が 0.2 未満  $\rightarrow (X - A) / X$  を更に半分した値をパラメータに設定」「 $X > A$  かつ  $(X - A) / X$  が 0.2 以上  $\rightarrow 0.1$  をパラメータ」とした。これは、現状で既にその水準を達成している都道府県があることから、その基準を他の都道府県が達成することは可能だが、その水準と乖離が大きい都道府県がこの数年でその水準に達成することを目標とすると、目標が非現実的で意味を成さない懸念があったこと、また急激に減少させることでそ

\*2 一定の水準 ( $A$ ) は、現在 (2020 年) の人口あたりの入院患者数が上位 10%の都

道府県 (上から 4 番目の都道府県) が達成している値とした。

の地域の精神科医療供給体制に影響が生じることが想定されるため、一定緩やかにすることが必要と考えた。そのため達成目標が現在の指標の値から大きく乖離した非現実的なものにならないように設定した。また、病床利用率については基準病床数に基づいて病床を整備した際に病床が不足することでその県の精神科医療の提供体制に問題が生じないための役割を持つ数値であるとの考えから、前回医療計画時の設定を踏襲して0.95を提案した。具体的なパラメータ値の設定および病床利用率を確定するまでのプロセスは以下の通りである。

- ① 新規算定式でのパラメータ  $m$  及び  $d$  の意味としては、人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が、現時点（2020年）で人口あたりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県の水準に満たない県は、よりその水準に近づける方向で将来推計値を調整（ $m$  が認知症以外、 $d$  が認知症に対応）。
- ② 人口あたりの病床が少なくなりすぎることでその地域の精神科医療に不都合が生じることを避ける観点から、現状でその水準を達成している県の値を基準にするのは合理性があると考えて設定
- ③ 2029年の人口あたりの慢性期の推計入院患者数（ $X$ ）と一定の水準（ $A$ ）を比較し、最終的にパラメータ  $m$  と  $d$  は0から0.1の間の値をとり、各都道府県の値は「 $X \leq A \rightarrow$  パラメータは0」「 $X > A$  かつ  $(X - A) / X$  が0.2未満  $\rightarrow (X - A) / X$  を更に半分した値をパラメータに設定」「 $X > A$  かつ  $(X - A) / X$  が0.2以上  $\rightarrow$  0.1をパラメータ」として、達成目標が現在の値から大きく乖離した非現実的なものにならないように設

定

- ④ 病床利用率については、基準病床数に基づいて病床を整備した際に病床が不足することでその県の精神科医療の提供体制に問題が生じないための役割を持つ数値であるとの考えから、前回医療計画時の設定を踏襲して0.95として提案

※ 本研究班から提案した基準病床算定式は図1を参照

## D. 考察

### 1) 第8次医療計画指標案の特徴

第7次医療計画の17軸を4軸の包括的なカテゴリーに整理し直したことにより、計画上の各指標の役割が明確になった。加えて、精神科医療機関に関する指標に偏らず、より幅広い領域の指標を提案したことは特徴の1つである。令和3年12月の障害者部会で「精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが、制度の狭間に残されることなく、安心して自分らしく暮らすことができるよう、高次脳機能障害や発達障害を含め、多様な障害特性に配慮しながら、『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』の構築に向けた検討を進めるべきである」と示されたように、『にも包括』の方向性をより具体化した医療計画を各都道府県が策定可能とする必要がある。そこで、普及啓発や人材育成を目的とする研修、受診前相談・入院外医療、精神科救急医療体制と一般の救急医療体制との連携等を指標に包摂した。

具体例としてアウトリーチ系の支援として「在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数」「在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数」「精神科訪問看護・指導料を

算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数」「精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数」を新たな指標案に加えている。また「メンタルヘルスやこころの病気への正しい知識と理解を持ち、メンタルヘルスの問題を抱える家族や同僚等に対する、傾聴を中心とした支援方法の習得」を目指した「心のサポーター養成研修」の「実施回数」「修了者数」の指標を入れるなど広く地域住民への普及啓発を行うことで地域住民の理解や支えの広がりについてもモニタリングできる指標を追加したことも特徴の1つである。

さらに、障害者権利条約やこれまでの検討会での具体の方策を踏まえ、精神病床における「隔離指示件数」「身体的拘束件数」を指標案に導入した。一般に医療サービスの質を評価指標で比較するには比較集団間で患者重症度が同等であることが必要である。したがって精神医療サービス環境の地域特性の異なる都道府県や機能の異なる病院間の比較にそのまま用いることはできない。行動制限の量は精神症状の重い患者の割合との相関関係が強いと考えられ、この点の留意が特に必要である。都道府県が行動制限の減少に取り組む上での現状把握と経時変化のモニタリングを目的として活用することが望ましいと考える。

なお、各領域の想定する評価軸は以下の通りである。

<普及啓発・相談支援>

普及啓発や人材育成を目的とする研修等の実施回数、受診前相談・入院外医療の充実

<地域における支援、危機介入>

都道府県等における精神科救急医療体制と

一般の救急医療体制との連携等の指標

<診療機能>

第7次医療計画の指標を中心とした各疾患・各領域における疾患に関する医療機能

<拠点機能>

多様な精神疾患等ごとに地域連携拠点機能を担う医療機関

2) 基準病床算定式の見直し

新規算定式でのパラメータ  $m$  及び  $d$  は、人口あたりの慢性期の入院患者数の将来推計値が、現時点（2020年）で人口あたりの慢性期の入院患者数が十分に少ない県の水準に満たない県は、よりその水準に近づける方向で将来推計値の調整（ $m$  が認知症以外、 $d$  が認知症に対応）を行った。これは人口あたりの病床が少なくなりすぎることによってその地域の精神科医療に不都合が生じることを避ける観点から、現状でその水準を達成している県の値を基準にするのは合理性があると考えた設定である。新算定式では従来式よりも、患者の年齢構成の変化を考慮し、また都道府県ごとの施策の状況（外来医療の整備や福祉・介護等の基盤に基づく受け皿の充実等）をパラメータで調整できることにより、より都道府県の実情に合わせた必要病床数を算出することが可能になると考える。

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 なし

## 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

## 引用文献

- 1) 令和4年6月9日 第13回地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会（資料）地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会報告書
- 2) 竹島正,立森久照：第8次医療計画における算定式と指標例の検討及び精神保健医療福祉のモニタリングの改善について.令和3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）.良質かつ適切な精神医療の提供の指標に関する研究.令和3年度分担研究報告書（1）
- 3) 令和元年11月28日 第16回医療計画の見直し等に関する検討会（参考資料1）各都道府県における指標例の採用状況
- 4) 厚生労働省：患者調査  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>
- 5) 厚生労働省：病院報告  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/80-1.html>
- 6) 総務省統計局：人口推計  
<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/>

表1 本研究班より提案した第8次医療計画指標案

	普及啓発、相談支援	地域における支援、危機介入	診療機能	拠点機能
ストラクチャー	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数	各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神科床を持つ医療機関数	てんかん支援拠点病院数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専任している職員数	● 精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）	各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数
	心のサポーター養成研修の実施回数	DPAT先遣隊登録機関数	● 精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	● 摂食障害支援拠点病院数
	認知症サポート医養成研修修了者数	救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数	● 精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	● 指定通院医療機関数
		精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	● 高次脳機能障害支援拠点機関数
		在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	● 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数	● 認知症疾患医療センターの指定医療機関数
		精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数	● 認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数	
プロセス	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数	認知症疾患医療センターの鑑別診断数
	● 都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数	指定通院医療機関の患者数
	心のサポーター養成研修の修了者数	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数	救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数	● 精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数
	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	● 精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数
		● 精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	● 閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数	
		● 精神疾患の救急車平均搬送時間	● 認知療法・認知行動療法を算定した患者数	
アウトカム	●	精神科床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率		
	●	精神障害者の精神科床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)		
	●	精神科床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上・65歳未満別）		
	●	精神科床における新規入院患者の平均在院日数		

（●は重点指標）

【※】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患（知的障害、発達障害含む）、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん

表2 第8次医療計画指標一覧とデータソース

ID	ストラクチャ(S) プロセス(P) アウトカム(O)	カテゴリ	項目	データソース
1	S	普及啓発、相談支援	保健所保健福祉サービス調整推進会議の開催回数	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告
2	S	普及啓発、相談支援	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援に専従している職員数	「地域保健・健康増進事業報告」の「5(1)精神保健福祉(相談等)」に相談実人員
3	S	普及啓発、相談支援	心のサポーター養成研修の実施回数	こころのサポーターHPや報告書から把握
4	S	普及啓発、相談支援	認知症サポート医養成研修修了者数	※厚生労働省老健局調べ
5	S	地域における支援、危機介入	救急患者精神科継続支援料を算定した医療機関数	NDB
6	S	地域における支援、危機介入	精神科救急医療機関数(病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設)	精神科救急医療体制整備事業の実績報告
7	S	地域における支援、危機介入	DPAT先遣隊登録機関数	※DPAT事務局調べ
8	S	地域における支援、危機介入	救命救急入院科精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数	NDB
9	S	地域における支援、危機介入	精神科救急急性期医療入院料を算定した医療機関数	NDB
10	S	地域における支援、危機介入	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数	NDB
11	S	地域における支援、危機介入	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数	NDB 厚生労働省地方厚生局定例報告
12	S	診療機能	各疾患、領域【※】それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数	NDB
13	S	診療機能	各疾患、領域【※】それぞれについて、外来診療を行っている医療機関数	NDB
14	S	診療機能	精神科救急・合併症入院科又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	NDB
15	S	診療機能	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した医療機関数	NDB
16	S	診療機能	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数	NDB
17	S	診療機能	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数	NDB
18	S	診療機能	認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数	NDB
19	S	診療機能	認知症ケア加算を算定した医療機関数	NDB
20	S	診療機能	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数	NDB
21	S	拠点機能	てんかん支援拠点病院数	てんかん地域診療連携体制整備事業報告書
22	S	拠点機能	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関の数	NDB
23	S	拠点機能	摂食障害支援拠点病院数	摂食障害治療支援センター設置運営事業報告書
24	S	拠点機能	指定通院医療機関数	※心神喪失者等医療観察法の医療機関等の状況
25	S	拠点機能	高次脳機能障害支援拠点機関数	※国立障害者リハビリテーションセンター調べ
26	S	拠点機能	認知症疾患医療センターの指定医療機関数	※厚生労働省老健局調べ
27	P	普及啓発、相談支援	保健所保健福祉サービス調整推進会議の参加機関・団体数	厚生労働省 地域保健・健康増進事業報告
28	P	普及啓発、相談支援	都道府県及び市町村における精神保健福祉の相談支援の実施件数	「地域保健・健康増進事業報告」の「5(1)精神保健福祉(相談等)」に相談実人員
29	P	普及啓発、相談支援	心のサポーター養成研修の修了者数	こころのサポーターHPや報告書から把握

ID	ストラクチャ(S) プロセス(P) アウトカム(O)	カテゴリ	項目	データソース
30	P	普及啓発、相談支援	かかりつけ医うつ病対応力向上研修の修了者数	※各都道府県への問い合わせ
31	P	普及啓発、相談支援	かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数	※各都道府県への問い合わせ
32	P	地域における支援、危機介入	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	NDB
33	P	地域における支援、危機介入	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	NDB
34	P	地域における支援、危機介入	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数	NDB
35	P	地域における支援、危機介入	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数	NDB
36	P	地域における支援、危機介入	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	NDB
37	P	地域における支援、危機介入	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	NDB
38	P	地域における支援、危機介入	精神疾患の救急車平均搬送時間	※消防庁救急搬送人員データ
29	P	診療機能	各疾患、領域【※】それぞれについての入院患者数	NDB
30	P	診療機能	各疾患、領域【※】それぞれについての外来患者数	NDB
31	P	診療機能	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	NDB
32	P	診療機能	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者等受入加算を算定した患者数	NDB
33	P	診療機能	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	NDB
34	P	診療機能	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数	NDB
35	P	診療機能	認知療法・認知行動療法を算定した患者数	NDB
36	P	診療機能	隔離指示件数	630調査
37	P	診療機能	身体的拘束指示件数	630調査
38	P	診療機能	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数	NDB
39	P	診療機能	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	NDB
40	P	拠点機能	認知症疾患医療センターの鑑別診断数	厚生労働省老健局
41	P	拠点機能	指定通院医療機関の患者数	厚生労働省 心神喪失者等医療観察法 指定通院医療機関の指定状況
42	P	拠点機能	てんかん支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数	てんかん地域診療連携体制整備事業報告書
43	P	拠点機能	依存症専門医療機関のうち依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数	事業報告書
44	P	拠点機能	摂食障害支援拠点病院における紹介患者数及び逆紹介患者数	事業報告書
45	O		精神病床における入院後3,6,12ヶ月時点の退院率	NDB
46	O		精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	NDB
47	O		精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上・65歳未満別)	630調査
48	O		精神病床における新規入院患者の平均在院日数	NDB

【※】統合失調症、うつ・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患(知的障害、発達障害含む)、アルコール・薬物・ギャンブル等依存症、PTSD、摂食障害、てんかん

**都道府県ごとの基準病床数**

$$\begin{aligned}
 & \text{当該都道府県の急性期の患者数推計値} + \text{当該都道府県の回復期の患者数推計値} + \\
 & \left[ \text{当該都道府県の慢性期(認知症以外)の患者数推計値} \times (1-m) + \text{当該都道府県の慢性期(認知症)の患者数推計値} \times (1-d) \right] + \\
 & \text{他の都道府県からの流入患者数} - \text{他の都道府県への流出患者数} \\
 \hline
 & \text{精神病床利用率}
 \end{aligned}$$

急性期：3か月未満  
 回復期：3か月以上1年未満  
 慢性期：1年以上

m：認知症以外の慢性期入院病床に係る係数  
 （地域移行を促す基盤整備や治療抵抗性統合失調症治療薬の普及等に関する政策効果）

d：認知症の慢性期入院病床に係る係数（認知症施策の推進等に関する政策効果）

精神病床利用率：現行の算定式と同様に新算定式においても0.95を用いる

図1 本研究班より提案した基準病床算定式と各値の定義

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）  
良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究  
分担研究報告書

精神保健医療福祉の提供のモニタリングに関する研究

研究分担者：○立森久照<sup>1)</sup>

研究協力者：臼田謙太郎<sup>2)</sup>、瀬戸屋希<sup>3)</sup>、河野稔明<sup>4)</sup>、竹島正<sup>4)</sup>、萱間真美<sup>5)</sup>、黒田直明<sup>2)</sup>、古野考志<sup>2)</sup>、北村真紀子<sup>2)</sup>

技術協力：株式会社アクセライト

研究代表者：西大輔<sup>2)</sup>

- 1) 国立精神・神経医療研究センター病院
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 3) 聖路加国際大学大学院看護学研究科
- 4) 川崎市総合リハビリテーション推進センター
- 5) 国立国際医療研究センター 国立看護大学校

研究要旨

本研究班では、精神保健医療福祉の提供のモニタリングを目的とした全国調査を実施した。本報告書の目的は、(1) 調査プロセスの報告、(2) 研究班で検討した次年度調査実施方法の変更・改善点の提示である。後者には、厚生労働省担当課、調査内容に含まれる領域の専門家、研究班メンバーなどで令和4年度調査において、変更、追加、削除する調査項目について検討を重ねた結果の要点も含まれる。

また、今年度は自治体に事前調査を行ったため、その結果を踏まえた検討を行った。本調査は中長期的なモニタリングを目的としている調査であるため、同一項目を定期的に取り集していくことに意義がある。その一方で、精神保健医療福祉に関する法律・施策・調査協力機関の現状・社会的なニーズ等を踏まえた調査を実施する必要がある。そのため本年度は例年の調査内容を踏襲しつつ、主に調査対象施設の明確化、必要性が以前よりは高くなった項目の削除、診療報酬改定等に合わせた用語の修正を行い、調査票の最適化を行うことで、より効率的で、持続可能な調査とすることを主目的とした。

その結果、例年通りの回収率を維持しつつ、より正確なデータの把握が達成できたと考える。また自治体事前調査を行ったことで令和5年度以降の調査での優先度の高い項目について検討した。また、「精神病床を有する医療機関」の調査結果を年度内に

「精神保健福祉資料：<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>」に公表することも達成できた。引き続き、次年度以降も実態に即して調査項目の調整を行い継続した調査を実施していく。

A.研究の背景と目的

本研究班では、精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を毎年実施する。本年度は令和3年度に実施した調査結果の公表と令和4年度調査の準備、自治体に対しての事前調査、データ収集を行った。本報告書の目的は、(1)令和4年度調査の調査プロセスの報告、(2)令和4年度調査の調

査実施方法・内容の変更・改善点の提示、  
(3)調査結果の公開場所の紹介である。

B.方法

精神医療の提供のモニタリングを目的とした全国調査を令和4年度も実施した。調査対象は、これまでと変わりなく全国の精神科医療機関、訪問看護ステーション、および都道府県・政令指定都市の精神保健主

幹課である。本調査は毎年実施されてきたものであり、令和4年度調査の調査内容はこれまでに行われてきた同種の調査の項目をほぼ踏襲した。

本調査は調査を主体となって実施する国立精神・神経医療研究センターにおいて倫理審査の可否を諮り、倫理審査に対象となる調査ではないとの理事長決裁を得て実施した。

また、本調査に先立ち自治体に対して事前調査を行った。事前調査の主な目的は以下の3点である。

- ① 医療機関票および訪問看護ステーション票の配布対象施設の把握
- ② 自治体票（非同意入院の入退院届）の活用状況の把握
- ③ ReMHRAD 上での市区町村別表示機能の活用状況の把握

## C.結果／進捗

### 1) 自治体事前調査

自治体に対する事前調査は2022年8月18日に都道府県および政令指定都市の67自治体にメールで配布した。8月31日までに48自治体から回答を得た（回収率71.6%）。

#### (1) 医療機関票および訪問看護ステーション票の配布対象施設

##### ① 精神病床を有する医療機関票

令和3年度調査の対象施設の選定基準として、「毎年6月30日時点で「医療機関番号を持つ医療機関」を対象に、精神病床が1床以上ある医療機関※矯正施設や福祉施設は除いています。」の回答した自治体が最も多く、35自治体が回答した。また、その他の意見として表1に示す意見があった。

##### ② 精神病床を有しない医療機関

令和3年度調査の対象施設の選定基準として、「毎年6月30日時点で保険医療機関（医療機関番号を持つ医療機関）を対象に全病床が19床以下の医療機関（クリニック・診療所）や外来のみの精神科診療（精神病床

が無床の総合病院等）を行っている医療機関」の回答が最も多く、19自治体が回答した。また、その他の意見として表2に示す意見があった。

##### ③ 訪問看護ステーション票

令和3年度調査の対象施設の選定基準として、「医療保険・介護保険を問わず、すべての訪問看護ステーション」と回答した自治体が最も多く、41自治体であった。また、その他の意見として表3に示す意見が挙げられた。

#### (2) 自治体票（非同意入院の入退院届）の活用状況

自治体票の非同意入院の入退院届に関する公表結果について、「毎年活用している」が16自治体（33.3%）、「数年に一度活用している」が2自治体（4.2%）、「活用したこともあったが、今は活用していない」が4自治体（8.3%）、「活用したことがない」が23自治体（47.9%）、「その他」が3自治体（6.3%）であった（図1）。

活用方法については、「都道府県間の件数の差を確認し、非同意入院の状況を比較検討」「県の基本計画策定時の基礎資料」等が挙げられた。

一方、活用していない理由について、「もともと県内で把握している情報なのであえて比較すること必要はあまり感じていない」、「活用する機会が無かった」、「6月受入分の統計であり、最新情報ではない」等が挙げられた。

#### (3) ReMHRAD 上での市区町村別の表示機能の活用状況

##### ① 政令指定都市の表示方法について

ReMHRAD 上での政令指定都市の表示機能について、「現在のように、市全域と区ごとを選択して表示できる」が最も多く35自治体（72.9%）であった。次いで「市全域の表示のみでよい」が4自治体（8.3%）、「区ごとの表示のみでよい」が0自治体、

「その他」が1自治体(2.1%)であった(図2)。

## ② 在院/退院患者の市区町村別表示機能の活用状況について

ReMHRADの在院/退院患者の市区町村別表示機能については、以下のような具体的な活用例や意見が挙げられた。

- ・医療計画の地域推進方針において、各地域のデータを示すために活用している。
- ・各地域の精神保健関係者会議において、ReMHRADの情報を活用して地域の傾向を共有し、課題等を検討
- ・県内全市町村のデータをまとめて、県と各市町村を比較して活用
- ・市町村別や圏域ごとの状況を把握し、地域診断を行うことで、にも包括の協議の場における共有や各種医療・福祉計画の目標値の設定、評価時の指標としている
- ・現在は市町村を複数選択・表示できないが、県型保健所が圏域のデータをまとめて分析するために、市町村の複数選択表示機能等があると望ましい

## 2) 令和4年度630調査実施プロセス

調査は2022年9月30日に開始した。提出締め切りは、医療機関票と訪問看護ステーション票については2022年11月18日、自治体票については2022年11月30日とした。回収状況を考慮して、締め切りを医療機関票と訪問看護ステーション票については2022年12月2日、自治体票は12月18日まで延長した。また延長した締め切り後に届いた回答も可能な限り集計に含めることにした。

調査対象施設・機関の協力により例年とほぼ同じ数の施設・機関から回答を得ることができた。図3に令和4年度調査の回収数の推移を示した。令和4年度の回収数は、病床を有する医療機関1,545カ所(配布数に対する回答率94.4%)、病床を有しない医療機関5,050カ所、自治体67(47都道府県と20政令指定都市)、訪問看護ステ

ーション9,810カ所であった。ただし、病床を有しない医療機関、訪問看護ステーションは、データクリーニング前の数のため、集計結果報告時には数が変わる可能性がある。

本調査の実施に際し、回答期間の前後も含め、2022年9月9日～2023年3月3日に寄せられた問い合わせは計591件であった(図4)。

問い合わせの時期は11月が最も多く244件(41.3%)、次いで10月が194件(32.8%)、12月が124件(21.0%)となっている。

問い合わせの主体別にみると、病院・診療所からが最も多く245件(41.5%)、次いで自治体が237件(40.1%)、訪問看護ステーションが96件(16.2%)となっていた。

10月と11月は病院・診療所からの問い合わせが半数以上を占め、12月には自治体からの問い合わせが多くなっていた。

問い合わせの方法はメールによる問い合わせが最も多く521件(88.2%)、電話が69件(11.7%)であった(図5)。

内容別に見ると、調査票のアップロードやダウンロードに関する問い合わせが最も多く、215件(36.4%)であった。次いで調査票の内容に関する問い合わせが128件(21.7%)、提出期限についての問い合わせが44件(7.4%)、病床を有する医療機関票のマクロの動作やセキュリティに関する問い合わせが39件(6.6%)、調査対象施設に関する内容が25件(4.2%)であった(図6)。

## 3) 前年度調査からの主な変更(表4)

### (1) 自治体票

令和4年度調査では、①調査対象とする精神科医療機関の明確化、②調査対象とする医療機関数に関する項目の変更を行った。

#### ① 調査対象とする精神科医療機関の明確化

自治体に対して行った事前調査の結果を踏まえ、精神科医療機関票がどの施設に配布されるかの自治体間での差違を更に小さくし、調査結果の解釈性を高めるために調査対象とする医療機関の表記を変更した。また、自治体票で把握される医療機関数もこのより明確な定義に基づいたものになるため、利用しやすくなることが想定される。具体的な条件は、表5に示した。

## ② 調査対象とする医療機関数に関する項目の変更

自治体が把握する調査対象の医療機関数をより明確にするために、精神科もしくは心療内科の診療を行っている医療機関数に関する項目を変更した。本調査で使用する「精神病床を有する医療機関票」と「精神病床を有しない医療機関票」の2種類の調査票の各配布数と合致するように、自治体票で回答する医療機関の項目を変更している。

## (2) 精神科医療機関票

令和4年度調査票では、医療機関機能について、一部の項目を除いておおむね令和3年度調査票と同様の構成となっている。

変更点としては、令和3年度調査にあった同一法人内施設の施設数に関する項目について回答者の負担軽減のために設問を取りやめた。

また、6月30日0時時点の在院患者の項目では、住所地と所在地は「市区町村まで同一（政令市は区内まで同一）」と「異なる」に変更した。同様に、退院患者の転帰の項目についても、住所地と所在地は「市区町村まで同一（政令市は区内まで同一）」と「異なる」に変更した。また、医療機関の医療法区分を回答する設問で、選択肢を「都道府県立病院等」から「国立・都道府県立精神科病院等」に変更した。令和4年度診療報酬の改定を反映させて、「精神科救急入院料」を「精神科救急急性期医療入院料」に変更

し、「重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出」を「依存症入院医療管理加算の届出」に変更した。

なお、精神科医療機関票のうち、精神病床を有する医療機関の調査ではマクロ機能を搭載したMicrosoft Excelファイルを使用している。2022年にMicrosoftのセキュリティ仕様変更があったため、調査実施時に操作の注意喚起をおこなった。

## (3) 訪問看護ステーション票

訪問看護ステーション票については、令和3年度調査と概ね同様の構成となっているが、加算算定に関する項目について、「夜間・早朝訪問看護加算の算定の有無」を「夜間・早朝加算または深夜加算の算定の有無」に変更した。

## 4) 調査結果の公表

令和4年度調査の結果は、病床を有する医療機関の結果を2023年3月28日に国立精神・神経医療研究センターのウェブサイト内「精神保健福祉資料：

<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>に公開した。また令和3年度の調査結果の一部（精神病床を有しない医療機関・自治体・訪問看護）について前研究班より引き継いだデータを公表した。

## D. 考察

1), 2), 3), 4) の結果より、昨年度まで調査内容に改定を加えつつ、例年並みの水準で調査の実施、回収、集計を行うことができたと考える。改訂を加えた点としては、自治体への事前アンケート調査を行って、対象医療機関の定義をより明確化することで、調査プロセスの効率化と統一した基準でのデータ収集が進められたと考える。また、同じく事前調査の結果より来年度調査では自治体票の入退院届の項目は大幅に見直しを行う必要があると考えている。多様な機能がますます求められている精神保健医療福祉の現状把握を可能とするべく調査項目

を検討する必要がある、今後も実態に即して調査項目の調整を行っ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

1.論文発表 なし

2.学会発表 なし

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

表1 自治体事前調査 令和3年度調査の調査対象施設の選定基準（精神病床を有する医療機関 その他意見）

精神病床を有する医療機関票
把握している医療機関のうち、精神科もしくは心療内科を標榜している医療機関であって、うち精神病床を1床以上有するもの（6月30日時点）
4月1日時点で精神科又は心療内科を有する医療機関（医療機関名簿の更新が6か月毎であるため、4月1日時点としている）
県内の全ての精神科病院
毎年6月30日時点で「医療機関番号を持つ医療機関」を対象に、精神病床が20床以上ある病院
精神保健福祉法に規定する精神科病院
心療内科・精神科を標榜しており、精神病床が1床以上ある医療機関
県内にある精神科病院すべて
毎年6月30日時点で、精神病床が20床以上ある医療機関（精神科病院）
毎年6月30日時点で市に医療法上で定める開設届が提出されている精神科または心療内科を標榜している医療機関のうち、稼働中かつ精神病床が1床以上ある医療機関
医療法に基づく開設届が提出されており、6月30日時点で休止や廃止の届出がされていない医療機関のうち、精神病床が1床以上ある医療機関
毎年6月30日時点で「医療機関番号を持つ医療機関」を対象に、診療科目に精神科又は神経科を含む医療機関
開設申請の手続きを行っている、保健所の部署に精神科、心療内科を有する病院について照会を行い、調査対象施設を選定。毎年6月30日時点で「医療機関番号を持つ医療機関」を対象に、精神病床が1床以上ある医療機関

表2 自治体事前調査 令和3年度調査の調査対象施設の選定基準（精神病床を有しない医療機関 その他意見）

精神病床を有しない医療機関票（主なものを抜粋）
把握している医療機関のうち、精神科もしくは心療内科を標榜している医療機関であって、うち精神病床が無床であるもの（6月30日時点）。
4月1日時点で精神科又は心療内科を有する医療機関（医療機関名簿の更新が6か月毎であるため、4月1日時点としている）
毎年6月30日時点で医療機関番号を持つ医療機関のうち、精神科もしくは心療内科を標榜する医療機関（精神病床を有しない）
毎年6月30日時点で、自立支援医療で「精神科」「心療内科」を標ぼうしている精神病床を有しない医療機関
毎年6月30日時点で「医療機関番号を持つ医療機関」を対象に、外来のみの精神科診療を行っている医療機関（診療所等）
6月30日時点で県が指定している指定自立支援医療（精神通院医療）機関
①以外の県内の精神科医療機関
毎年6月30日時点で「医療機関番号を持つ医療機関」のうち、診療所や精神科外来について「精神科」もしくは「心療内科」の診療をおこなっている指定自立支援医療機関を対象としている。※「精神科」もしくは「心療内科」を標榜していない指定自立支援医療機関を含む。
毎年6月30日時点で、全病床が19床以下の医療機関（いわゆるクリニックや診療所（精神科もしくは心療内科を標榜している医療機関に限る））
毎年6月30日時点で市に医療法上で定める開設届が提出されている精神科または心療内科を標榜している医療機関のうち、稼働中で精神病床を有しない医療機関
医療法に基づく開設届が提出されており、6月30日時点で休止や廃止の届出がされていない医療機関のうち、精神病床が無床の医療機関や診療所
毎年6月30日時点で精神科を標榜する医療機関（診療所・クリニック）
毎年6月30日時点で「医療機関番号を持つ医療機関」を対象に、診療科目に精神科又は神経科を含む診療所
毎年6月30日時点で「医療機関番号を持つ医療機関」を対象に、精神病床なしの医療機関

表3 自治体事前調査 令和3年度調査の調査対象施設の選定基準（訪問看護ステーション  
その他意見）

訪問看護ステーション調査票
精神科訪問看護をしている訪問看護ステーション
当該自治体指定居宅サービス事業者のうち実施サービスが訪問看護になっている事業者
介護保険の訪問看護ステーション
毎年6月30日時点で指定を受けている訪問看護
毎年6月30日時点で「当該自治体内に所在する訪問看護ステーション」
令和3年6月30日現在、当該自治体内に住所を有する訪問看護ステーション

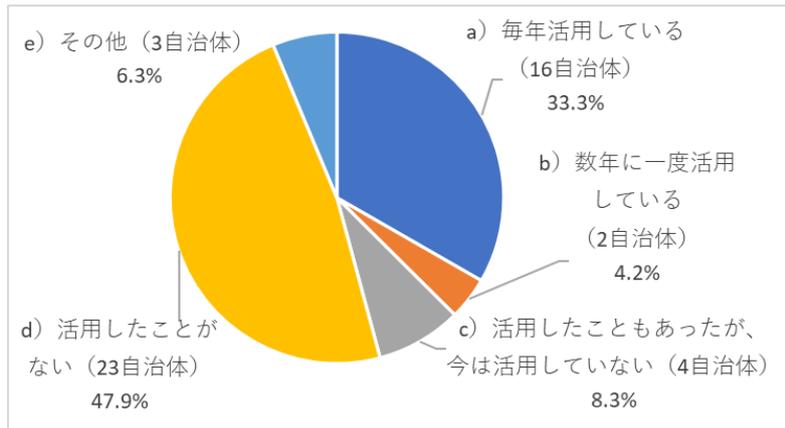


図1 自治体事前調査 自治体票 非同意入院の入退院届の公表結果の活用状況

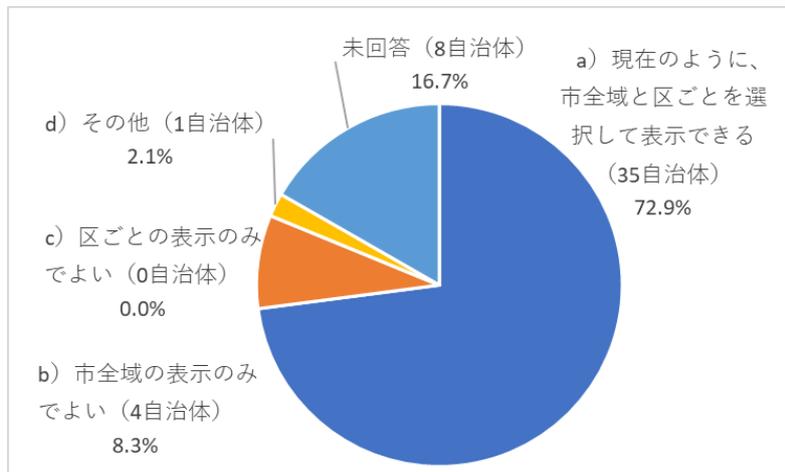


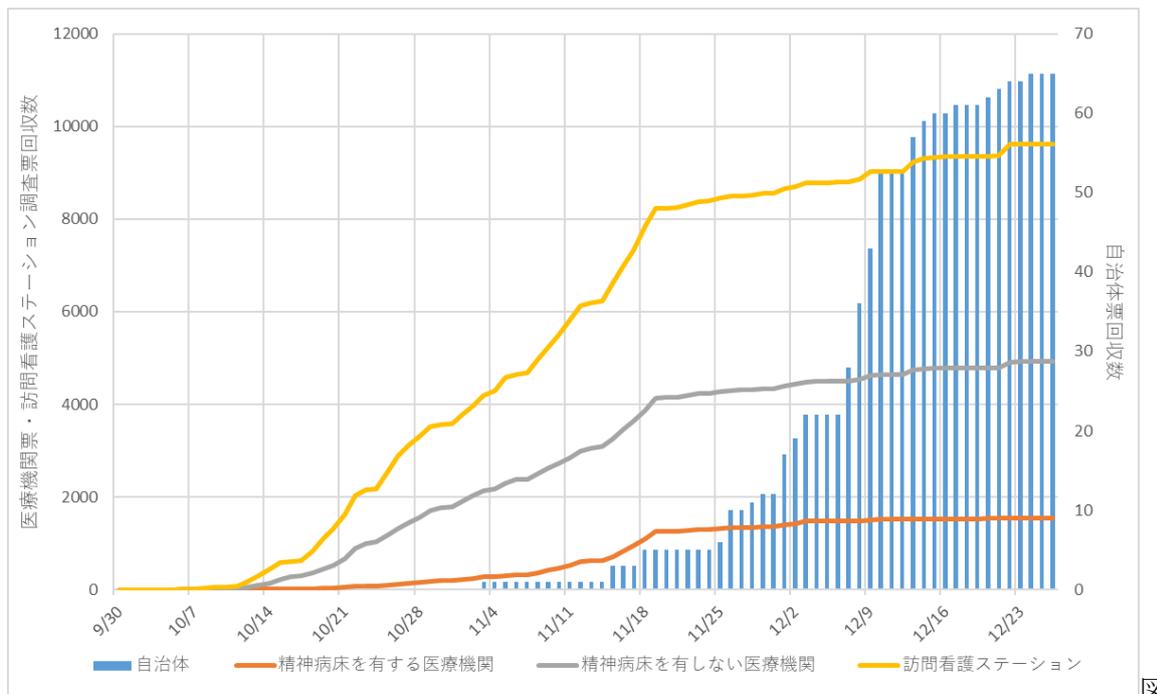
図2 自治体事前調査 ReMHRADの政令指定都市の表示機能について

表 4 令和 3 年度調査からの調査内容の主な変更点

調査票種別	調査項目	変更点	
自治体票	精神科医療機能	削除	精神科もしくは心療内科の診療を行っている病院数
		追加	精神科もしくは心療内科の診療を行っている精神病床を有しない病院数
		変更	「うち,精神病床を有する病院数」を「精神科もしくは心療内科の診療を行っている精神病床を有する病院数」に変更
精神科医療機関票	医療法区分	変更	選択肢のうち,「都道府県立病院等」を「国立・都道府県立精神科病院等」に変更
	届出状況	変更	「重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出」を「依存症入院医療管理加算の届出」に変更
	同一法人内施設	削除	同一法人内施設の施設数
	在院患者の入院前住所	削除	区まで同一か(政令市指定都市限定設問)
		変更	病院所在地と患者住所地について選択肢を「市区町村まで同一(政令指定都市は市内まで同一)」を「市区町村,政令市の区まで同一」に変更
	退院者の退院先住所	削除	区まで同一か(政令市指定都市限定設問)
		変更	病院所在地と退院先住所地について選択肢を「市区町村まで同一(政令指定都市は市内まで同一)」から「市区町村,政令市の区まで同一」に変更
病棟の届出入院料	変更	選択肢のうち,「精神科救急入院料」を「精神科救急急性期医療入院料」に変更	
精神科医療機関票・訪問看護ステーション票	加算算定の有無	変更	「夜間・早朝訪問看護加算の算定の有無」を「夜間・早朝加算または深夜加算の算定の有無」に変更

表 5 令和 4 年度調査の調査対象とする精神科医療機関の条件

<p>調査対象となる医療機関：1 及び 2 に該当する医療機関</p> <p>1. 下記ア～ウかつ精神病床数が 1 床以上の医療機関 【「精神病床を有する医療機関票」の配布対象となる医療機関】</p> <p>2. 下記ア～ウかつ精神病床数が 0 床の医療機関(一般病院,有床診療所,クリニック等を含む) 【「精神病床を有しない医療機関票」の配布対象となる医療機関】</p> <p>ア.令和 4 年(2022 年)6 月 30 日時点で医療法上の許可・届出を行っている イ.健康保険法上の地方厚生局への届出も行っている医療機関番号を持つ ウ.「精神科」もしくは「心療内科」の診療をおこなっていることを都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課が把握している</p>
---



### 3 令和4年度調査の回収数の推移 (電子調査票と紙調査票)

注：自治体票とそれ以外では締め切り日が異なる。当初の締切は、医療機関票と訪問看護ステーション票については2022年11月18日、自治体票については2022年11月30日とした。

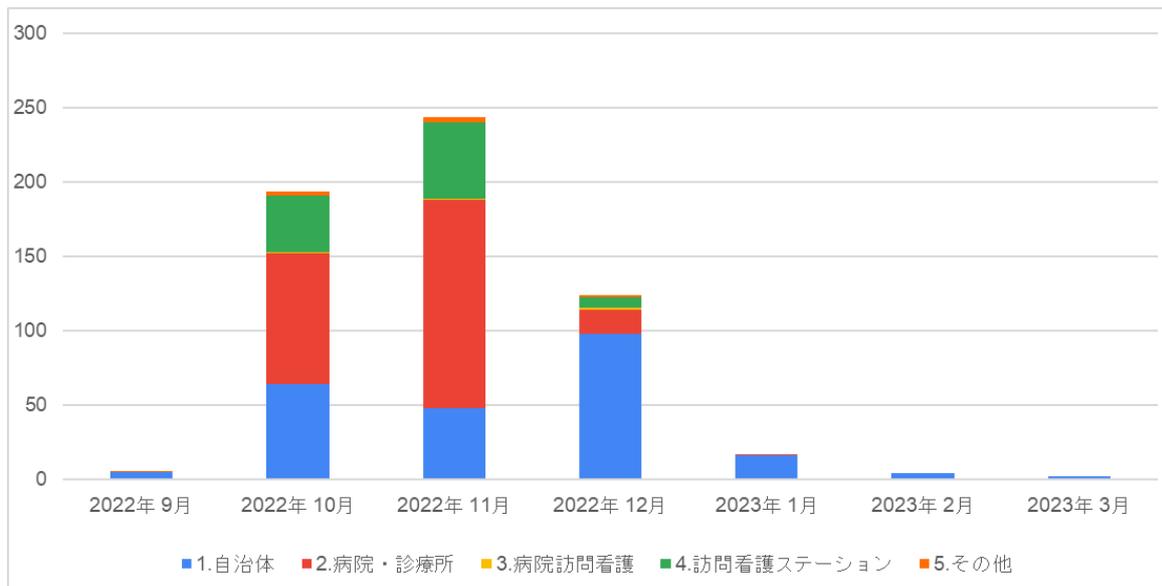


図4 令和4年度調査の問い合わせ件数の推移

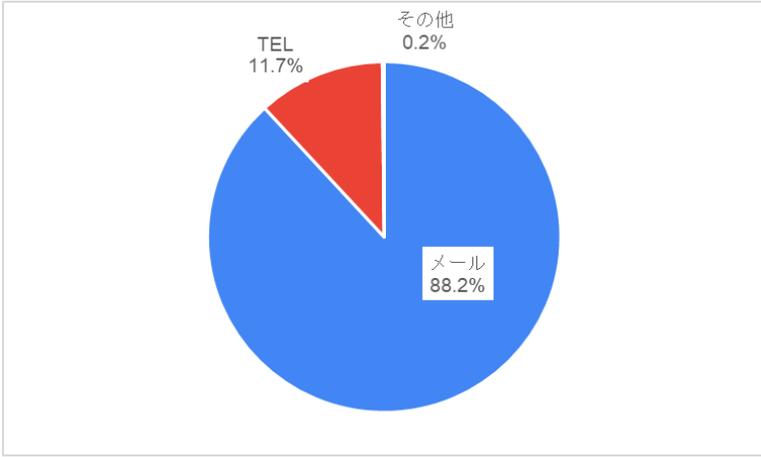


図 5 令和 4 年度調査の問い合わせ手段の内訳

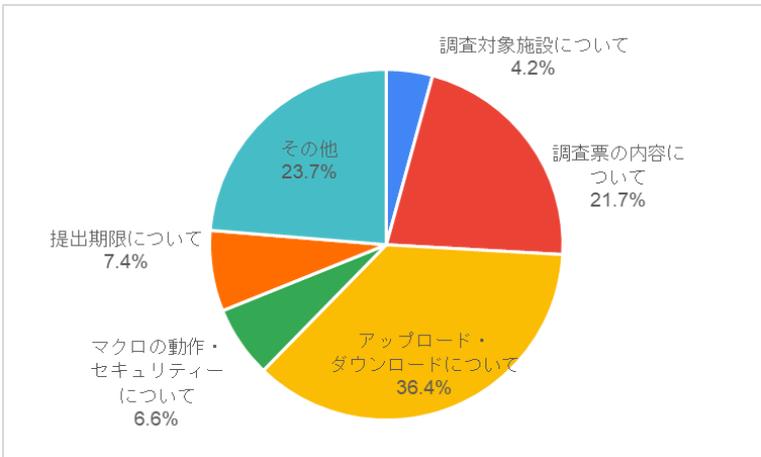


図 6 令和 4 年度調査の問い合わせ内容の内訳

令和4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）

「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」

（研究代表者 西大輔）

分担研究報告書

### 精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究

研究分担者 福田正人（群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学 教授）

#### 研究要旨

**【目的】**精神疾患の入院医療において、病状および必要な労力人手 effort を適切に評価し、良質な医療の促進のインセンティブとなるための、保険診療の「重症度、医療・看護必要度」に準じた、精神疾患のための重症度指標を確立することを目的とした。

**【方法】**これまでの研究で得られたフィージビリティ・スタディのデータに追加解析を実施し、その結果にもとづいて重症度案を再改訂することで精神科入院患者の重症度概念を整理し、エキスパート・オピニオンを求め、世界の重症度概念と比較した。

**【結果】**精神科医療ニーズ（P-M）7項目と精神科心理社会支援ニーズ（P-S）7項目の合計14項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案、およびP-M項目の23下位項目とP-S項目の10下位項目についての評価の手引き案を作成した。P-M項目は「精神的混乱」3項目（自傷・他害・日常生活）と「特別な対応」4項目（静穏化・身体合併症・専門性の高い医療・併存精神疾患）、P-S項目は「当事者の困難」4項目（病気の受け止め・治療の継続・自傷歴他害歴・人生の希望）と「地域生活の困難」3項目（衣食住・身近な支援・近所付き合い）から構成され、重症度概念の構造を明示した案となった。関連15団体に求めたエキスパート・オピニオンについて、7件の意見が寄せられた。

**【考察】**精神科入院患者の重症度についての疾患横断的・医療機関横断的な評価は、世界的にも取り組みが少ないテーマであることが示唆された。今後の課題として、エキスパート・オピニオンの修正提案にもとづく項目と評価の手引きのさらなる改訂、フィールド・スタディにもとづく各項目の重みづけの確定と重症度判定の基準の決定が挙げられた。

**【結論】**精神科医療ニーズ（P-M）7項目と精神科心理社会支援ニーズ（P-S）7項目の合計14項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案を作成した。

## 【研究協力者】(五十音順)

安西信雄 (帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 研究科長・教授)  
大村重成 (医療法人緑心会 福岡保養院 理事長・院長)  
奥村泰之 (一般社団法人 臨床疫学研究推進機構 代表理事)  
吉川隆博 (東海大学 医学部看護学科 教授)  
熊倉陽介 (東京大学 大学院医学系研究科 精神保健学)  
田口真源 (医療法人静風会 大垣病院 院長)  
宮田量治 (地方独立行政法人山梨県立病院機構 山梨県立北病院 院長)  
村田昌彦 (独立行政法人国立病院機構 榊原病院 院長)  
杠 岳文 (独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター 院長)

### A. 研究目的

本研究は、令和2～3年度厚生労働行政推進調査事業・障害者政策総合研究「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」(研究代表者・竹島正)における分担研究「精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究」として行った内容をさらに発展させ、入院患者の適切な医療体制の確保について、重症度の視点から検討を行うものである。

#### 1. 重症度概念の整理

のインセンティブ、の2点であることを明確にした。

第2は精神疾患以外についてすでに用いられている「重症度、医療・看護必要度」におけるA・B・C項目の概念構造の整理で、「重症度、医療・看護必要度」とされる重症度(広義)の概念は、疾患の病状・病態の程度を表す重症度(狭義)[疾患要因]、および看護師の労力人手の程度を表す看護必要度と医師の労力人手の程度を表す医療必要度[医療者要因]、の2つの要素から構成されていることを明らかにした。

#### 「重症度」の概念の目的と構造

##### 【「重症度」指標 策定の目的】

- (1) 現場に必要な「労力人手effort」を適切に評価
- (2) 良質な医療の促進のインセンティブに

##### 【「重症度」の概念】 (①疾患&②医療者 要因)

##### 重症度(広義) 「重症度、医療・看護必要度」

- ① 重症度(狭義) : 疾患の病状・病態の程度
- ② 看護必要度 : 看護師の労力人手の程度  
(医療必要度 : 医師の労力人手の程度)

#### 「重症度」ABC項目の構造

##### 【A項目】「モニタリング及び処置等」

- ・患者の重症度(狭義)を反映する医療行為
- ・その実施に医療者の手間がかかる

##### 【B項目】「患者の状態等」(ADL)

- ・患者の重症度(狭義)の結果生じる状態
- ・その看護に手間をかけることが暗黙の前提

##### 【C項目】「手術等の医学的状況」

- ・患者の重症度(狭義)を反映する手術
- ・手術の実施に医師の時間(医療必要度)

竹島班の取り組みにおいては、重症度の概念について整理を行い、2点を明らかにした。その第一は重症度の指標を確立する目的の明確化で、(1)現場に必要な「労力人手effort」の適切な評価、(2)良質な医療の促進

A・B・C項目においては、疾患要因と医療者要因とが対応していることが前提となっている。つまり、疾患要因が存在すれば、それに対して医療者から適切な労力人手effortが提供されていることが前提となっ

ている。

このことの評価は、身体疾患においてよりも精神疾患において困難が大きいと考えられる。精神疾患においては疾患要因に対して「適切な労力人手 effort」が提供されているかどうかの判定が必ずしも容易ではない場合があるからである。

## 2. 竹島班における重症度案

(作成、エキスパート・オピニオンにもとづく改訂、フィージビリティ・スタディの実施)

精神科入院患者の重症度案として、精神科医療ニーズ (P-M) 22 項目と精神科心理社会支援ニーズ (P-S) 12 項目およびそれらの評価の手引きの案を作成した。

その案について、精神科七者懇談会の 7 団体、精神科医療に関連する職能 5 団体、精神疾患当事者家族の 3 団体にエキスパートオピニオンを求めて改訂を行った。

この改訂案を用いて、研究分担者と研究協力者が関与する精神病床を有する 7 医療機関の 33 病棟において、2021 年 12 月から 2022 年 3 月の期間に、95 名の入院患者を対象に P-M 項目と P-S 項目について連続する 5 日間の評価を実施し、重症度評価の内容的妥当性について評定を求めた。

そのデータを解析した結果、比較的幅広い特性の患者や病状や人員配置について評価が可能であり、重症度について GAF 得点とは別の側面を評価できることが示された。

## 3. 本研究班での取り組み

いっぽうで今後の課題として、P-M 項目について判断基準の明確化や総合評価項目を利用して評価の負担を軽減すること、とくに P-S 項目のうち反応割合が高い項目について重症度の項目として適切であるかを検討すること、妥当性賛同割合が低かった

項目について項目の内容や評価の手引きをさらに検討すること、が挙げられた。

そこで本研究班は、竹島班におけるフィージビリティ・スタディのデータを、上記の課題を念頭において追加解析し、その結果にもとづいて重症度案を再改訂することを通じて、精神科入院患者の重症度概念を整理し、世界における重症度概念と比較することを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. フィージビリティ・スタディの

#### データの追加解析

竹島班で実施したフィージビリティ・スタディで得られたデータについて、複数の下位個別項目で構成される項目について、下位個別項目を統合した総合評価項目を用いた追加解析を行った。

下位個別項目の統合は二通りの方法で行った。ひとつは、下位個別項目を OR で統合し、少なくとも 1 つの下位個別項目で評価された場合に、総合評価項目としても有りとする解析である(「カットオフ値を不使用」)。もうひとつは、下位個別項目を AND で統合して合算し、その合計得点について重症度の指標として適切となる閾値を設定し、その閾値にもとづいて総合評価項目として有りとする解析である(「カットオフ値を使用」)。

こうした総合評価項目について、度数分布、項目間の相関、GAF 得点との相関を検討した。

### 2. 重症度案の再改訂

上記の追加解析の結果にもとづいて、以下の点について重症度案の再改訂を行った。(1)総合評価項目の利用、(2)カットオフ値の

使用／不使用の選択、(3)度数の高い項目の省略（ただし臨床的な意義についての判断にもとづいて省略しないことも検討）、(4)項目間相関の高い項目の統合、(5)再改訂の項目の意義の検討にもとづく項目名称の選択、(6)以上にもとづく精神科入院患者の重症度概念の再整理。

### 3. 再改訂案へのエキスパート・オピニオン

上記で作成した重症度項目およびその評価の手引き案を、精神科七者懇談会の7団体（日本精神神経学会、日本総合病院精神医学会、日本精神科病院協会、国立精神医療施設長協議会、全国自治体病院協議会、日本精神神経科診療所協会、精神医学講座担当者会議）、精神科医療に関連する職能5団体（日本精神科看護協会、日本精神保健福祉士協会、日本作業療法士協会、日本公認心理師協会、公認心理師の会）、精神疾患当事者家族の3団体（全国「精神科」者集団、地域精神保健福祉機構コンボ、全国精神保健福祉連合会みんなねっと）の合計15団体に送付しエキスパートオピニオンを求めた。

### 4. 世界における重症度概念との比較

本研究の検討過程において、海外の最新の知見を収集する必要性が考えられたため、重症度概念についての文献調査を行い、本研究における重症度案と比較した。

## C. 結果

### 1. フィージビリティ・スタディのデータの追加解析

再解析の結果を【資料1】として示した。

カットオフ値を使用する場合、重症度として利用するための反応割合は20%未満が適切と考えると、PM1は1点以上、PM2は

3点以上、PM3は4点以上、PM6は1点以上、PS3は2点以上、PS5は2点以上、PS6は2点以上とすることが必要であった。

総合評価項目間の相関について、カットオフ値の使用／不使用の結果を比較すると、P-M項目についてはカットオフ値不使用よりもカットオフ値使用で相関が小さい場合が多く（つまり個別項目をANDで統合した方が、それぞれの項目が別の意義を有する）、P-S項目についてはカットオフ値の使用／不使用による相関の大小は相関によりまちまちであった。

GAF得点との相関は、カットオフ値不使用よりもカットオフ値使用で相関が小さい場合が多かった（つまり個別項目をANDで統合した方が、GAF得点とは別の側面を反映していた）。

### 2. 重症度案の再改訂

以上の結果を踏まえて再改訂した重症度案を【資料2】として示した。「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」は、「精神科医療ニーズ」（P-M項目）と「精神科心理社会支援ニーズ」（P-S項目）は7項目ずつから構成されている。

P-M項目は「精神的混乱」3項目（自傷・他害・日常生活）と「特別な対応」4項目（静穏化・身体合併症・専門性の高い医療・併存精神疾患）からなり、それぞれ1～4の下位項目からなるが、「日常生活」は11下位項目から構成されており、合計23下位項目からなる。

P-S項目は、「当事者の困難」4項目（病気の受け止め・治療の継続・自傷歴他害歴・人生の希望）と「地域生活の困難」3項目（衣食住・身近な支援・近所付き合い）からなり、それぞれ1～2項目で構成されており、合計10項目からなる。

精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度

精神科医療ニーズ (P-M項目) 【毎日評価】		
P-M ①	自傷	[2項目]
P-M ②	精神的混乱 他害	[4項目]
P-M ③	日常生活	(食事・排泄, 身辺処理, 対人関係) [11項目]
P-M ④	静穏化	(非経口薬物による対応が必要) [1項目]
P-M ⑤	身体合併症	(精神科治療に影響, 精神科治療に関連) [1項目]
P-M ⑥	専門性の高い医療	(向精神薬是正, ECT, クロザピン) [3項目]
P-M ⑦	特別な対応 併存精神疾患	(入院目的の精神疾患治療に困難をもたらす) [1項目]

精神科心理社会支援ニーズ (P-S項目) 【毎月評価】		
P-S ①	病気の受け止め	(病気の理解や治療の合意が難しい) [1項目]
P-S ②	治療の継続	(入院前) [1項目]
P-S ③	当事者の困難 自傷歴・他害歴	(入院前, 入院契機) [2項目]
P-S ④	人生の希望	(退院や社会復帰に積極的になれない) [1項目]
P-S ⑤	衣食住	(経済的自立, 住居の確保) [2項目]
P-S ⑥	地域生活の困難 身近な支援	(家族や支援者が不在, 治療や退院に協力できない) [2項目]
P-S ⑦	近所付き合い	(近隣トラブルによる居住困難) [1項目]

### 3. 再改訂案へのエキスパート・オピニオン

重症度の再改訂案については、日本精神神経学会、日本総合病院精神医学会（診療報酬問題委員会・有床委員会）、日本精神科病院協会、日本精神科看護協会、公認心理師の会、地域精神保健福祉機構コンボからエキスパート・オピニオンが寄せられた。

6 団体のうち 4 団体は、「意見なし」「賛成」あるいはケアレスミスについての指摘であった。残り 2 団体から寄せられた意見は、以下のとおりであった（順不同、文章表現は統一）。

#### 【全体的な内容について】

・「多職種」にピアスタッフを入れても良いのではないかと。

・多職種の頻回の観察など人員配置の施設基準に影響を受ける項目があるため、現時点では、急性期入院患者には対応したものとなっているものの、それ以外の患者に対しても広く適応できる内容となっているかについては懸念がある。

・評価項目のそれぞれの重みづけについてはまだ提示がなされていない。これについては、現状を反映した十分な調査を基に、慎重な検討が必要と考える。

・隔離、身体的拘束については直接的な評価項目はないが、これらの処置について実施せざるを得ない状況にある患者については、正しく「重症」と評価されているか、今後とも検証していく必要があると考える。

#### 【個別の項目について】

##### 〔P-M② 他害 － 3. 暴力〕

身体にさわる、なでまわすは、暴力の項目ではなく迷惑行為の項目で評価するとあるが、暴力ではないのか。

##### 〔P-M② 他害 － 4. 逸脱・迷惑行為〕

項目の定義に「人前で騒ぐ、ひとを驚かせる、廊下を駆け回る、徘徊する」とあるが、混乱というより、理由のある行動だと思う。人前で騒ぐ、ひとを驚かせるは、病院の中ではあまりにも何もすることがなく、このようなことをするのではないかと。また廊下を駆け回る、徘徊するについても同様。逸脱行為ということより、その人に病院の中で役割を与える、グループでディスカッションする、スポーツをするなどで、解消できるのではないかと。

##### 〔P-M③ 日常生活 － 2. 多飲症〕

多職種で対応をすることも、薬の要因を最重要視するべきである。医師が処方を変えるだけで、体内のイオンバランスを崩すほどの水の一気飲みをやめることができる。また、病院内で心地良いことが全く無い場合、水を飲むことくらいしか心地良さを感じることがないということも要因ではないかと。多飲症のひと同士のグループ・ディスカッションで、なぜ水を一気のみするのか、処方薬の比較など、医療者や多職種の専門家が理解することが重要である。

##### 〔P-M③ 日常生活 － 5. 拒絶〕

拒絶をする患者に、強制的な形で何かを行えば、もっと拒絶するのは当たり前である。話を拒絶する場合、周りの入院中の当事者も、何とかコミュニケーションを取ろうと努力する。本人が欲しいものは何かについて、入院前に生活の聞き取りができる場合はそれを進めるなどして、場当たりの多職種による介入ではなくしていくことが必要である。

##### 〔P-M③ 日常生活 － 9. 多訴〕

病院経営やナース配置にも問題があると考えられる。もともと夜に具合が悪くなる人が多いのに、ナースは昼間に多いこと、医師が昼間しかいないことも要因としてある

のではない。マンパワーがあれば解決できる問題も多いはずである。

#### 〔P-M④ 静穏化〕

精神科医療が要因となる身体合併症を避けなければ、医療のせいで死ぬことになる。他科でベッドでの絶対安静時に、色々な身体のモニタリング、体位を変える、足に弾性ストッキングをつけるなどかなり慎重なことが行われているのに、精神科では深部静脈血栓などを防ぐ対応が不十分で、安易に身体拘束などが行われても血圧測定さえ行われていない。血圧を図る程度のことで、本人がどれだけ興奮状態（アドレナリンが出ている状態）かもわかる。その程度の身体管理ができない場合、身体拘束ができる病院とできない病院に分けるべきである。

#### 〔P-M⑥ 専門性の高い医療

－ 向精神薬の処方のは正〕

3種類以上の向精神薬を使っている場合、身体のモニタリング（過鎮静による筋肉の硬直や脱力のための睡眠時無呼吸症候群など）ができないと突然死に至る可能性がある。医療機関であればできるはずである。

#### 〔P-S① 病気の受け止め〕

「精神科病院の中であるために治療を拒む」という評価視点も入れ込むべきである。地域に居れば、短期間の訪問治療を含め、治療を受けられる患者はいる。

#### 〔P-S④ 人生の希望〕

「社会生活に向けた本人の態度を評価する」という言葉はスティグマとなるので、「姿勢」や「取り組み」などに表現に変更すべきである。

#### 〔P-S④ 人生の希望〕

入院が医師や社会の都合で行われ、退院を検討する時に本人が病院にいたいと主張するなど、入院期間の長さに比例して病院に居続けたいという思いを持つ場合がある。

評価基準や判断の留意点に、入院期間を最短にしたか、入院期間に比例してそのような思いを持つ場合があることを加えた方が良い。項目名は「当事者の困難・病院経営の困難－人生の希望・絶望」が良い。

#### 〔P-S⑥ 身近な支援 － 1. 入院時に

家族も支援者も同伴しなかった〕

「拒否する」と「電話でしか取ろうとしない」を同一にするのには疑問がある。「電話でしかとろうとしない」は、「電話では対応する」とすべきでは。

## 4. 世界における重症度概念との比較

世界における重症度概念を文献により調査したところ、Gonzalesら（2022）の総説が現状を総括していた [1]。

この総説は、世界的に広く用いられている「重度精神疾患 serious mental illness (SMI)」をテーマとしている 788 論文を検討したものである。SMI について、定義が明示されていたものは 15%に過ぎず、59%では定義はなく、26%では例が示されるに留まっていた。SMI の属性として挙げられていたのは、精神疾患診断であるものが 37%と大半を占め、第 2 位の機能障害の 9%を大きく上回った。SMI の対象疾患となっていたのは、統合失調症・統合失調感情障害 62%、双極性障害 52%、うつ病 34%、統合失調症以外の精神病性障害 33%であった。

## D. 考察

### 1. 本研究の成果

精神科入院患者の重症度について、2020～21年度の取り組みにもとづいて、フィージビリティ・スタディのデータを追加解析することで、精神科医療ニーズ (P-M) 7項目と精神科心理社会支援ニーズ (P-S) 7項目

目の合計 14 項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案およびその評価の手引き案を作成した。

P-M 項目は「精神的混乱」3 項目（自傷・他害・日常生活）と「特別な対応」4 項目（静穏化・身体合併症・専門性の高い医療・併存精神疾患）からなり、P-S 項目は、「当事者の困難」4 項目（病気の受け止め・治療の継続・自傷歴他害歴・人生の希望）と「地域生活の困難」3 項目（衣食住・身近な支援・近所付き合い）からなっており、重症度概念の構造を明示した案となった。その評価の手引きを、P-M 項目の 23 下位項目と P-S 項目の 10 下位項目について作成した。

この案について関連する 15 団体にエキスパートオピニオンを求めたところ、賛同の意見とともに修正提案を得ることができた。

こうした取り組みについて世界的な状況を文献から確認したところ、重度精神疾患 SMI という概念が広く用いられているが、定義が明確でないことが多く、概念の属性は精神疾患の診断名になっている場合が大半であった。本研究は、精神科入院患者の重症度について疾患横断的・医療機関横断的に評価することを目指したものである点で、世界的にもまだ取り組まれていないことが示唆された。

## 2. 今後の課題

本研究について今後に残された課題は、以下のとおりである。

第一は、重症度案と評価の手引き案のさらなる改訂である。エキスパート・オピニオンの修正提案にもとづいて、項目と手引きの見直しの検討が必要となる。

第二は、各項目の評価の重みづけと、重症

度判定基準の決定である。現在の案では P-M 項目と P-S 項目の 14 項目が列記されるに留まっているが、重症度の評価にあたっては各項目の重みづけを確定し、それにもとづいて重症度判定の基準を決定する必要がある。これらを進めるためには、臨床現場での実行可能性の検討を含むフィールド・スタディが必要となる。

## 3. 精神疾患の重症度からの示唆

精神疾患の重症度評価を確立するこの分担研究の最終的な目的は、「良質」な入院医療の提供に資することである。

この「良質」という意味を突き詰めると、それは「患者の病状や心理社会状況に個別に対応し、当事者の価値観や希望を尊重する医療」、「そうした個別対応に必要な労力人手 effort をかける医療」、「最終的に退院を可能とする医療」である。

これらは、特別な医療ではなく、「現場で目指されているごく当たり前の医療」である。「良質」とは「現場で目指されているごく当たり前」のことを、忠実に実現することであること、しかしそれが臨床の現場で実現するにはさまざまな困難があることが浮き彫りとなった。

### 「良質な」精神科入院医療とは何か？

- ▶ 患者の病状や心理社会状況への「個別的な」対応  
当事者の価値観や希望を尊重する医療
- ▶ 個別的な対応に必要な「労力人手」をかける  
〔精神科的病状〕 精神療法（医師）  
多職種カンファレンス  
〔心理社会状況〕 ケア会議  
（多職種・医療機関外）
- ▶ 退院がアウトカム（入院は「社会的死」）  
現場で目指されているごく当たり前の医療

それらを踏まえて考えると、精神疾患の重症度についての取組みは、「日々の精神科医療は何を行っているか？」を明確にする

ことであり、その背景にあるのは、「人を支援するということはどういうことか?」「そのなかで専門職はどんな役割を果たせるか?」という問題であると感ぜられる。

#### 精神疾患の「重症度」からの示唆

- この取り組みの本質は、「日々の精神科医療は何を行っているか?」を明確にすることである
- その背景にあるのは、「人を支援するということはどういうことか?」「そのなかで専門職はどんな役割を果たせるか?」という問題である
- 「医療者の役割の評価」という意味で、「精神療法」が認められている精神科医療は、内科や外科よりも最先端という側面がある

#### E. 結論

精神科入院患者の重症度について、フォービリティ・スタディのデータ解析にもとづいて、精神科医療ニーズ (P-M) 7項目と精神科心理社会支援ニーズ (P-S) 7項目の合計 14項目からなる「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の再改訂案およびその評価の手引き案を作成した。

P-M項目は「精神的混乱」3項目と「特別な対応」4項目、P-S項目は「当事者の困難」4項目と「地域生活の困難」3項目からなるもので、重症度概念の構造を明示した案となった。

精神科入院患者の重症度について疾患横断的・医療機関横断的に評価することを目指したこうした取り組みは、世界的にも取り組みが少ないものと考えられた。

〔文献〕

[1] Gonzales L *et al.*: Reliability of the term “serious mental illness”: a systematic review. *Psychiatr Serv* 73:1255-1262, 2022.

#### F. 研究危険情報 なし

#### G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

# 精神科入院医療における医療ニーズの評価指標のユーザビリティ についての研究（追加集計）

## 統計解析報告書

### 1. 目的

- 本報告では、一部の項目の集計法を変更した場合について、追加集計を行った。

### 2. 研究法

- 2021 年 12 月から 2022 年 3 月の間に、7 つの精神病床を有する医療機関において調査を実施した。

### 3. 集計法

- 個別項目を、以下のように総合項目として取り扱うよう変更した。

新項目	旧項目（なし=0 点，あり=1 点）
精神的混乱－自傷（0~2 点）	切迫した希死念慮 自殺行動・自傷行為
精神的混乱－他害（0~4 点）	興奮 威嚇的言動 暴力 逸脱・迷惑行為
精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）（0~11 点）	処置を伴う異食，早食い・つめこみ食い，盗食 多飲症 不潔行為 意識障害（せん妄を含む） 拒絶 セルフネグレクト 困惑・昏迷・解離 強迫・不安・儀式的行動，著しいこだわり 多弁・多動・多訴 著しい対人操作性 著しい脆弱性
特別な対応－静穏化（非経口薬物の使用が必要）（0~3 点）	向精神薬の処方のは正 電気けいれん療法の管理 クロザピンの管理
治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）（0~2 点）	自傷・自殺歴 自傷・他害を契機とする入院
地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）（0~2 点）	日用品や入院費の準備ができないほどの経済的困窮 退院後の住居の見通しが無い
地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）（0~2 点）	入院時に家族も支援者も同伴しなかった 家族や地域担当者が退院を望まない治療に協力できない

## 4. 度数分布

- 前述の変更があった項目について欠測した患者を除いて、度数分布と構成割合 (%) を求めた。
- 20%未満の反応割合とする観点から整理すると、PM1 は1点以上、PM2 は3点以上、PM3 は4点以上、PM6 は1点以上、PS3 は2点以上、PS5 は2点以上、PS6 は2点以上とすることが必要となる。

評価項目	N	構成割合 (%)
PM1 精神的混乱－自傷		
0	432	97.5
1	1	0.2
2	10	2.3
PM2 精神的混乱－他害		
0	288	65.3
1	48	10.9
2	53	12.0
3	31	7.0
4	21	4.8
PM3 精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）		
0	168	38.0
1	79	17.9
2	67	15.2
3	44	10.0
4	34	7.7
5	15	3.4
6	19	4.3
7	8	1.8
8	8	1.8
PM6 特別な対応－専門性の高い精神科医療（向精神薬調整，ECT，クロザピン）		
0	364	82.2
1	66	14.9
2	13	2.9
PS3 治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）		
0	305	66.9
1	99	21.7
2	52	11.4
PS5 地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）		
0	235	51.5
1	181	39.7
2	40	8.8
PS6 地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）		
0	230	50.7
1	162	35.7
2	62	13.7

## 5. 項目間の相関

### 5.1. 計算方法

- PM と PS 項目について、項目分類ごとに項目間の相関 (テトラコリック相関係数) を求めた。なお、前述したカットオフ値を使用しない場合 (0 と 0 以外でコーディングする) と、カットオフ値を使用する場合の両者に分けて集計した。

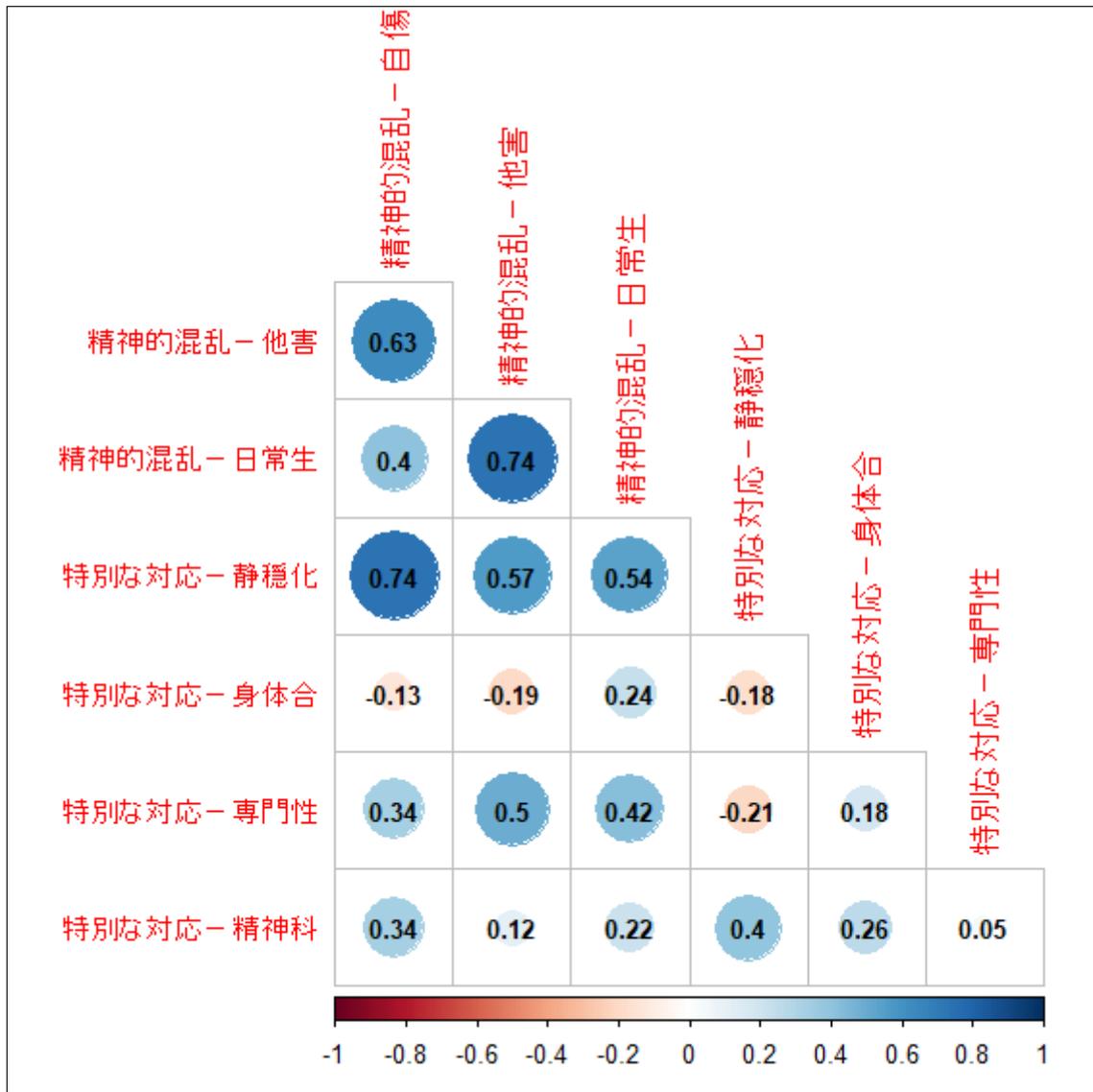
### 5.2. PM 項目の結果概要

- 1) カットオフ値を使用しない場合と比べて、カットオフ値を使用する方が関連の強さが小さいものは、以下の関連であった。
  - 「精神的混乱－自傷」と「精神的混乱－他害」
  - 「精神的混乱－自傷」と「精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）」
  - 「精神的混乱－他害」と「特別な対応－静穏化（非経口薬物の使用が必要）」
  - 「精神的混乱－他害」と「特別な対応－専門性の高い精神科医療（向精神薬調整，ECT，クロザピン）」
  - 「精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）」と「特別な対応－身体合併症（精神科治療に影響／と関連するもの）」
  - 「精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）」と「特別な対応－専門性の高い精神科医療（向精神薬調整，ECT，クロザピン）」
- 2) カットオフ値を使用しない場合と比べて、カットオフ値を使用する方が関連の強さが大きいものは、以下の関連であった。
  - 「精神的混乱－他害」と「特別な対応－身体合併症（精神科治療に影響／と関連するもの）」
  - 「精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）」と「特別な対応－精神科副診断（主診断の治療に影響するもの）」

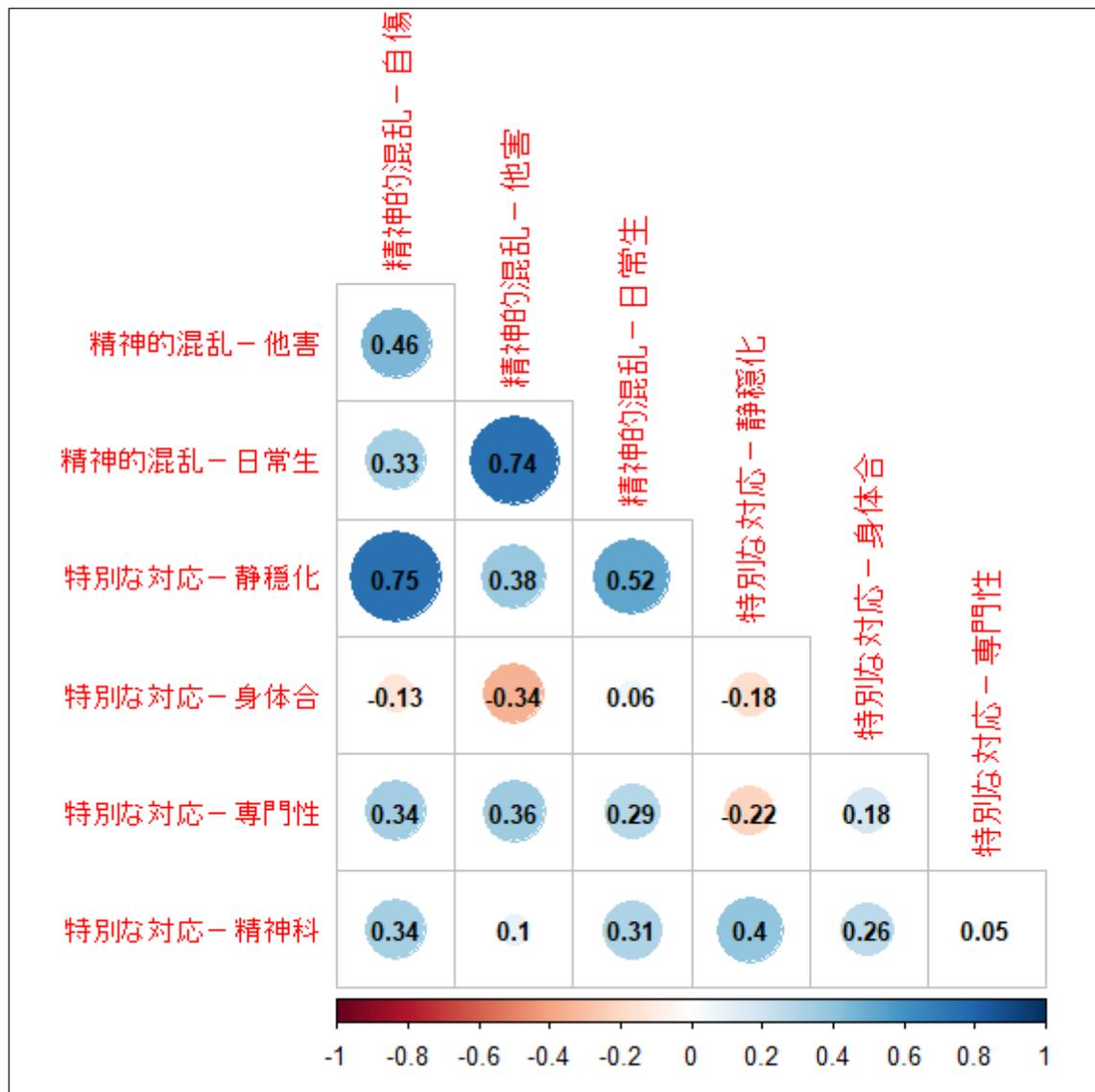
### 5.3. PS 項目の結果概要

- 1) カットオフ値を使用しない場合と比べて、カットオフ値を使用する方が関連の強さが小さいものは、以下の関連であった。
  - 「治療の障害－アドヒアランス（病気の理解や治療の受け入れが乏しい）」と「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」
  - 「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」と「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」
  - 「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」と「地域生活の困難－近隣（地域トラブルの既往）」
  - 「地域生活の困難－本人（退院や社会復帰に消極的）」と「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」
  - 「地域生活の困難－本人（退院や社会復帰に消極的）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
  - 「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
  - 「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」と「地域生活の困難－近隣（地域トラブルの既往）」
- 2) カットオフ値を使用しない場合と比べて、カットオフ値を使用する方が関連の強さが大きいものは、以下の関連であった。
  - 「治療の障害－アドヒアランス（病気の理解や治療の受け入れが乏しい）」と「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」
  - 「治療の障害－アドヒアランス（病気の理解や治療の受け入れが乏しい）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
  - 「治療の障害－継続（入院前の治療継続困難）」と「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」
  - 「治療の障害－継続（入院前の治療継続困難）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
  - 「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」と「地域生活の困難－本人（退院や社会復帰に消極的）」
  - 「治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）」と「地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を望まない治療に協力できない）」
  - 「地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）」と「地域生活の困難－近隣（地域トラブルの既往）」

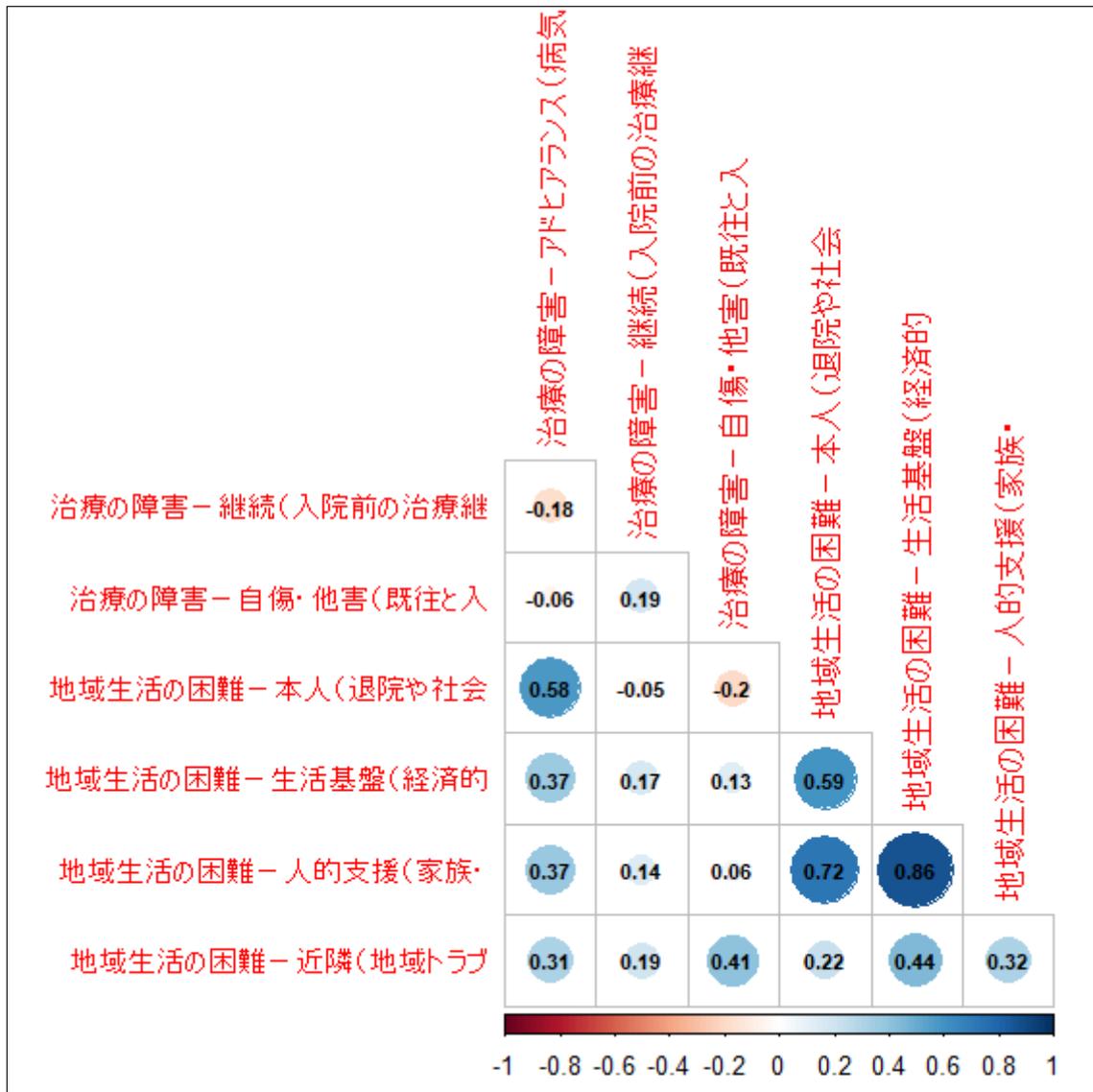
#### 5.4. PM 項目の集計結果 (カットオフ値の不使用)



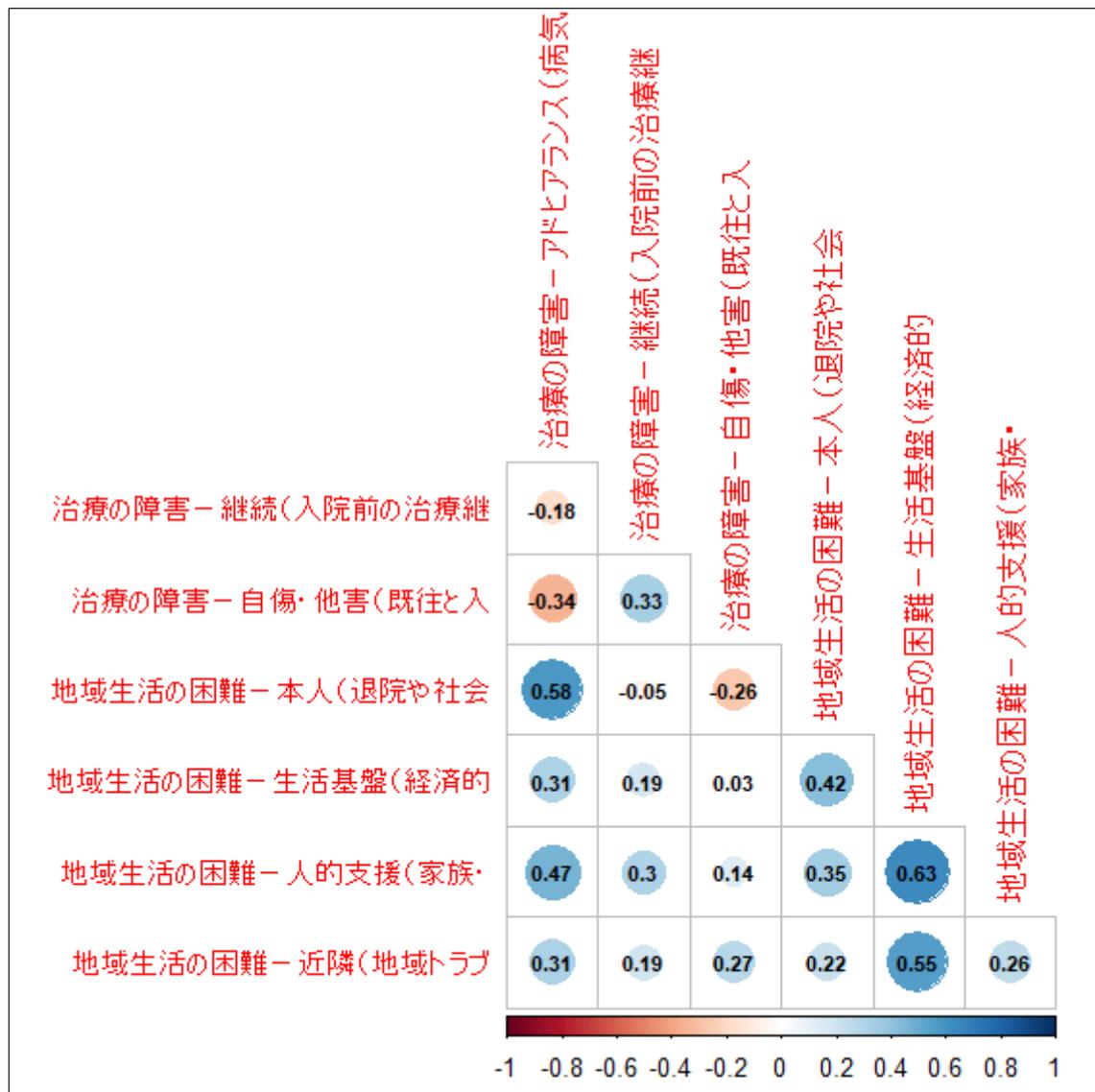
### 5.5. PM 項目の集計結果 (カットオフ値の使用)



### 5.6. PS 項目の集計結果 (カットオフ値の不使用)



### 5.7. PS 項目の集計結果 (カットオフ値の使用)



## 6. GAF スコアとの相関

### 6.1. 計算方法

- 各項目について、GAF スコアとの相関を求めた。
- なお、前述したカットオフ値を使用しない場合 (0 と 0 以外でコーディングする) と、カットオフ値を使用する場合の両者に分けて集計した。

### 6.2. 集計結果

項目 番号	評価項目	相関係数	
		カットオ フ値を不 使用	カットオ フ値を使 用
A1	創傷処置	0.09	
A2	呼吸ケア	-0.11	
A3	点滴ライン同時 3 本以上の管理	NA	
A4	心電図モニターの管理	0.00	
A5	シリンジポンプの管理	NA	
A6	輸血や血液製剤の管理	NA	
A7	専門的な治療・処置	-0.10	
A8	救急搬送後の入院	0.00	
B1	寝返り	-0.28	
B2	移乗	-0.34	
B3	口腔清潔	-0.40	
B4	食事摂取	-0.37	
B5	衣服の着脱	-0.36	
B6	診療・療養上の指示が通じる	-0.32	
B7	危険行動	-0.31	
C1	開頭手術(13 日間)	NA	
C2	開胸手術(12 日間)	NA	
C3	開腹手術(7 日間)	NA	
C4	骨の手術(11 日間)	NA	
C5	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5 日間)	NA	
C6	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5 日間)	NA	
C7	救命等に係る内科的治療(5 日間)	NA	
C8	別に定める検査(2 日間)	-0.09	
C9	別に定める手術(6 日間)	NA	
PM1	精神的混乱－自傷	-0.13	
PM2	精神的混乱－他害	-0.23	-0.14
PM3	精神的混乱－日常生活（食事・排泄，身辺処理，対人関係）	-0.35	-0.23
PM4	特別な対応－静穏化（非経口薬物の使用が必要）	-0.10	
PM5	特別な対応－身体合併症（精神科治療に影響／と関連するもの）	-0.03	
PM6	特別な対応－専門性の高い精神科医療（向精神薬調整，ECT，クロザピ ン）	-0.08	
PM7	特別な対応－精神科副診断（主診断の治療に影響するもの）	0.09	
PS1	治療の障害－アドヒアランス（病気の理解や治療の受け入れが乏しい）	-0.24	
PS2	治療の障害－継続（入院前の治療継続困難）	0.19	
PS3	治療の障害－自傷・他害（既往と入院契機）	0.13	0.31
PS4	地域生活の困難－本人（退院や社会復帰に消極的）	-0.12	
PS5	地域生活の困難－生活基盤（経済的自立，住居の確保）	-0.23	-0.07
PS6	地域生活の困難－人的支援（家族・支援者の不在，家族・支援者が退院を 望まない治療に協力できない）	-0.14	-0.07
PS7	地域生活の困難－近隣（地域トラブルの既往）	-0.09	

資料 2

令和 4 年度 厚生労働行政推進調査（障害者政策総合研究）事業

「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」

（研究代表者：西大輔）

分担研究課題「精神科入院患者の重症度に応じた医療体制の確保に関する研究」

（研究分担者：福田正人）

「精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度」の評価の手引き

第 7.6 版

## **P-M 精神科医療ニーズ**

### **P-M① 精神的混乱－自傷**

1. 切迫した希死念慮
2. 自殺行動・自傷行為

### **P-M② 精神的混乱－他害**

1. 興奮
2. 威嚇的言動
3. 暴力
4. 逸脱・迷惑行為

### **P-M③ 精神的混乱－日常生活**

1. 処置を伴う異食、早食い・つめこみ食い、盗食
2. 多飲症
3. 不潔行為
4. 意識障害（せん妄を含む）
5. 拒絶
6. セルフネグレクト
7. 困惑・昏迷・解離
8. 強迫・不安・儀式的行動、著しいこだわり
9. 多弁・多動、多訴
10. 著しい対人操作性
11. 著しい脆弱性

### **P-M④ 特別な対応－静穏化**

### **P-M⑤ 特別な対応－身体合併症**

### **P-M⑥ 特別な対応－専門性の高い医療**

1. 向精神薬の処方のは正
2. 電気けいれん療法 of 管理
3. クロザピンの管理

### **P-M⑦ 特別な対応－併存精神疾患**

## P-S 精神科心理社会支援ニーズ

**P-S① 当事者の困難－病気の受け止め**

**P-S② 当事者の困難－治療の継続**

**P-S③ 当事者の困難－自傷・他害の既往**

1. 自傷・自殺歴
2. 自傷・他害を契機とする入院

**P-S④ 当事者の困難－人生の希望**

**P-S⑤ 地域生活の困難－衣食住**

1. 日用品や入院費の準備ができないほどの経済的困窮がある
2. 退院後の住居の見通しが無い

**P-S⑥ 地域生活の困難－身近な支援**

1. 入院時に家族も支援者も同伴しなかった
2. 家族や支援担当者が退院を望まないまたは治療に協力できない

**P-S⑦ 地域生活の困難－近所付き合い**

### 精神科入院患者の医療・心理社会支援ニーズにもとづく重症度

精神科医療ニーズ (P-M項目) [毎日評価]			
P-M ①	精神的混乱	自傷	[2項目]
P-M ②		他害	[4項目]
P-M ③		日常生活 (食事・排泄, 身辺処理, 対人関係)	[11項目]
P-M ④	特別な対応	静穏化 (非経口薬物による対応が必要)	[1項目]
P-M ⑤		身体合併症 (精神科治療に影響, 精神科治療に関連)	[1項目]
P-M ⑥		専門性の高い医療 (向精神薬是正, ECT, クロザピン)	[3項目]
P-M ⑦		併存精神疾患 (入院目的の精神疾患治療に困難をもたらす)	[1項目]

精神科心理社会支援ニーズ (P-S項目) [毎月評価]			
P-S ①	当事者の困難	病気の受け止め (病気の理解や治療の合意が難しい)	[1項目]
P-S ②		治療の継続 (入院前)	[1項目]
P-S ③		自傷歴・他害歴 (入院前, 入院契機)	[2項目]
P-S ④		人生の希望 (退院や社会復帰に積極的になれない)	[1項目]
P-S ⑤	地域生活の困難	衣食住 (経済的自立, 住居の確保)	[2項目]
P-S ⑥		身近な支援 (家族や支援者が不在, 治療や退院に協力できない)	[2項目]
P-S ⑦		近所付き合い (近隣トラブルによる居住困難)	[1項目]

**《精神的混乱についての共通事項》 (P-M①, ②, ③)**

・評価の対象

「精神科入院における基本的な治療やケア」を行っていても（要件①）、精神症状にもとづく様々な混乱のために、日常生活における最低限の安全保持・身辺処理・対人関係が妨げられる場合を対象とし（要件②）、精神医学的アセスメントによりその原因となる病態を評価し（要件③）、それにもとづいて「多職種による生物心理社会的対応」を実施した場合（要件④）に評価する。

・多職種による生物心理社会的対応

（ここで多職種とは、医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・公認心理師・薬剤師・管理栄養士など、精神科医療に従事する専門職で、そのうち3職種以上によるものを多職種カンファレンスとする。）

それぞれの患者の病状に即して個別的に、(1)週1回以上の医師を含む多職種カンファレンスで評価と対応立案を行い記録する、(2)多職種カンファレンスにもとづく頻回の観察や見守りやケアを看護を中心に実施し、適切に記録する、(3)多職種カンファレンスにもとづく混乱の病態に焦点をあてた治療を、医師を中心に実施し記録する（精神療法やスキルトレーニングなど）、ことが必要である。これら記録のための様式は別に定める。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし、または日常診療の範囲で対応できた

1点：対応のために多職種カンファレンスにおける検討を要し、それにもとづいて焦点を当てた時間をかけて関わる治療ならびに頻回のケアを実施した

**【判断に際しての留意点】**

本項目を1点と評価した場合、その根拠を具体的に記録し、リスクアセスメントや予防管理、常時観察、頻回のケアなどの混乱への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 看護師もしくは公認心理師もしくは作業療法士

**【評価頻度】** 毎日

**P-M① 精神的混乱－自傷**

**1. 切迫した希死念慮**

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：遺書を書く、自殺手段に言及するなど、自殺の危険性の切迫が、具体的な言動として認められるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 2. 自殺行動・自傷行為

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：状況によっては自殺既遂も考えられるような自殺行動、ないし、自傷行為（頭部で壁やドアを叩き続けるようなもの、何らかの道具を用いたりリストカット・アームカットなど）が実際にあるか、その発生が高く予見されるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## P-M② 精神的混乱－他害

### 1. 興奮

#### 【項目の定義】

(1) 病状要因：刺激への反応性が亢進している、あるいは、著しい気分変動があるため、顕著な怒りの感情表出と行動化が繰り返されるもの。興奮は通常、自制できておらず、そのまま放置すると自傷行為、器物破壊、迷惑行為、対人操作などの行動化が高く予見されるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

### 2. 威嚇的言動

#### 【項目の定義】

(1) 病状要因：言葉による威嚇、攻撃で、相手を言葉で傷つけようとの意図が働いているもの、あるいは、傷つけようとの意図が明確でなくても、用いられる言葉により聞いた者には脅威や強い不安が生じることが明らかなもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

### 3. 暴力

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：叩く・蹴る・殴る・ひっかく・噛むなど、他者に対する身体への攻撃であり、偶発的なものではなく、相手の身体を傷つけようとの意図が働いているもの。蹴る・投げる・落とす・叩く・倒すなどによる他者の所有物（病院の建物・備品等を含む）への攻撃は、暴力の項目で評価するが、身体にさわる、なでまわす、消耗品への攻撃などは、迷惑行為の項目で評価する。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 4. 逸脱・迷惑行為

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：他者への過干渉やおせっかい、巻き込み、力による支配、盗み・ゆすり・たかりなど金品等の不当な移動に関わる行為、病室や廊下やトイレを意図的によごす、備品を勝手に移動する・持ち去る、人前で騒ぐ・ひとを驚かせる、廊下をかけ回る、徘徊する、立ち入り禁止場所へ入る（他患の病室、性別の異なるトイレ内など）などの逸脱・迷惑行為。

ひとの体を触ること、露出（はだかになる、身体の一部を露出する）、あるいは、性交の強要などの性的な逸脱・迷惑行為や、他人の持ち物や共有物（例えば、トイレトーパー、新聞など）、ゴミなどの収集癖（注意されても止められない）で、収集した物品の返却や処分にも抵抗するものも含む。

ひとつの行為について、「暴力」と重複して評価しない。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## P-M③ 精神的混乱－日常生活

### 1. 処置を伴う異食、早食い・つめこみ食い、盗食

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：

異食：通常食べ物とはみなされないもの（例えば、おむつ、新聞紙、トイレトーパーなどを口に含んだり、実際に食べてしまい、異食後の処置が必要となるもの。ただし、自分の毛髪や爪、尿や便を食べる行為は異食に含めず、不潔行為の項目で評価する。

早食い・つめこみ食い：早食いしたり、大量の食べ物を口にほおぼるため、むせこみがある上、窒息のおそれから食事中は常時監視が必要となるもの。

盗食：配膳された他患の給食や残食からの盗食が常にあり、注意してもやめられないも

の。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 2. 多飲症

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：健康の維持に必要な量をはるかに越えた大量の水分を摂取し、多飲症の診断基準（例えば、Sakuma, et al. (2021) による Polydipsia Diagnostic Criteria (PDC) 日本語版など）に該当するもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 3. 不潔行為

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：トイレ以外の場所に排泄するもの、あるいは、排泄物を弄ぶ行為があるもの。その際に、自分の尿や便、帯下（おりもの）などの一部を摂取するもの。おむつ等では管理できない尿失禁、ないし、便失禁のため、患者のからだだけでなく、尿便等で汚染される病室やベッドの清拭が連日必要となるもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 4. 意識障害（せん妄を含む）

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：意識障害あるいは意識障害によると考えられる病状のために、言動のまどまらなさや意思疎通が不良となり、日常生活における最低限の安全保持・身辺処理・対人関係が損なわれるほどのさまざまな混乱を示す。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 5. 拒絶

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：食事摂取、水分摂取、診察・治療を受けることに対して、拒否・拒絶を示し、強制的な形でなければ、実施できないもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 6. セルフネグレクト

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：入浴・更衣・歯磨き・ひげそりなどの整容、及び、身の回りの片付けに関する最低限のセルフケアすら自分では行えず、介護・介助にも抵抗するもの。食事や水分が摂取できない場合は、その原因がおもに意欲低下や無関心によるものであっても、拒絶の項目で評価する。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 7. 困惑・昏迷・解離

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：困惑、昏迷、解離などにより意思決定ができないもの。あるいは、意思決定できなくなるような困惑・昏迷・解離が頻繁に生じるもの。放置すると、自力では食事や水分摂取すら行えないため、食事介助、経管栄養、点滴などの対応を要するもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 8. 強迫・不安・儀式的行動、著しいこだわり

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：自分のやりかたにこだわり、自分の思い通りに行えないことに不満や攻撃性を強めたり、強い不安を呈するもの。また、強迫行為や儀式的行動や不安解消行動に没頭し、その行為の継続のために周囲の者をまきこむ行動や命令などが日常的に認められるもの。また、ひとや物や時間などへのこだわりがあるため、目的のひと（特定のスタッフなど）やものが得られないと納得できず、不満や攻撃性を強めたり、要求が通るまでひとに執拗にまとわりついたり、訴えや確認を繰り返すもの。

(2) 医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 9. 多弁・多動、多訴

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：

・多弁・多動：多弁・多動により、周囲をまきこむ行動が顕著にみられるもの（せわしなく動き回っている／のべつまくなしに話しており、相手がみつからないと移動してまで関わりを求めようとする等）

・多訴：直接の言葉や頻回のナースコールによる訴えで、職員の業務がその対応にほぼ独

占されてしまうもの（スタッフルーム周辺に長時間留まったり、用件に不釣り合いに頻繁にナースコールを使用する）。サーカディアンリズム障害（昼夜逆転等）のため、夜間を中心に、比較的多くの対応が実施される場合（一晩に3回以上の対応）もここで評価する。

## （2）医療者要因

直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 10. 著しい対人操作性

### 【項目の定義】

（1）病状要因：不安や緊張、相手への依存、優越した立場に立ちたいという潜在的な思いなどから、まわりのひとを意のままに動かそうとして、言葉や行為、喜怒哀楽の感情表出などが繰り返され、何らかの介入が必要となるもの。

（2）医療者要因：直近の1週間において、この混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## 11. 著しい脆弱性

### 【項目の定義】

（1）病状要因：ごくささいな出来事や変化によっても精神的不調（症状等の再燃・再発）が生じるため、個別にかかわれる環境（個室等）が用意された上で、担当の職員により、本人の脆弱性を配慮した対応を行う必要があるもの。

（2）医療者要因：直近の1週間において、混乱への多職種による生物心理社会的対応が実施されている。

## P-M④ 特別な対応－静穏化

### 【項目の定義】

#### （1）病状要因

身体的拘束をされていない入院患者の精神症状にもとづく精神運動興奮、衝動性・攻撃性亢進などに対し、急速な非経口薬物静穏化を行わないと、患者の安全が確保できない。

#### （2）医療者要因

非経口薬物静穏化は、①実施前の回避策の実施、②実施時の安全な手法、③実施後のバイタルモニタリング、の3点が必要である。

実施前の回避策は、例えば精神療法による静穏化、4人以上の医師・看護師によるCVPPPにもとづくデスカレーション、経口や貼布製剤による静穏化などである。実施は、筋肉注射・静脈注射・経鼻胃管による鎮静薬の投与による。実施後のバイタルモニタ

リングは2時間以上行い、15分ごとの観察が必要である。

静穏化を実施した日に評価し、前日以前に行った静穏化の継続はここでは評価しない。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし

1点：あり（薬物投与を実際に準備したが、事前の対応で回避できた場合を含む）

**【判断に際しての留意点】**

**【評価者】** 看護師      **【評価頻度】** 毎日

**P-M⑤ 特別な対応－身体合併症**

<共通事項>

精神科身体合併症への対応は、身体合併症を有する精神科入院患者の診療（検査や診断、治療やリハビリテーションなど）に関し、精神科入院における基本的な治療やケアに加えて、精神科医と他診療科の医師（身体合併症担当医と呼ぶ）が緊密な連携をとらなければ、治療計画の作成、病状改善や安定化がはかれないような重篤な身体合併症にかかわるものである。改善には、患者が適切な診断や治療が継続して受けられるように、身体合併症担当医の指示・指導による検査や診断、治療以外にも、頻回の他科受診（他科医師が常勤でない場合など）や一時的転院や一般病床への転棟など、家族の協力や病院スタッフによる支援が必要となる。

なお、身体合併症担当医の役割については、身体合併症についての十分な知識や経験、技術を有する精神科医が確保できる場合、精神科医を身体合併症担当医とすることができる。その場合、ひとりの精神科医が担当医と身体合併症担当医を兼務することはできず、身体合併症担当医としてかかわる当該日には、精神科医としての業務を行なえない（半日単位で切り分けることは可）。

**【項目の定義】**

（1）病状要因：精神科身体合併症は、厚生労働大臣が別表第七の二において規定したものの、およびそれと同等以上の重症度と判断できる「精神科医療において特に注意を要する病態」、と定義する。

<別表第七の二 精神科身体合併症管理加算の対象患者>

- ・呼吸器系疾患（肺炎、喘息発作、肺気腫、間質性肺炎の急性増悪、肺塞栓又は気胸）
- ・心疾患（New York Heart Association の心機能分類のⅢ度、Ⅳ度相当の心不全、虚血性心疾患又はモニター監視を必要とする不整脈）
- ・手術又は直達・介達牽引を要する骨折

- ・ 脊髄損傷
- ・ 重篤な内分泌・代謝性疾患（インスリン投与を要する糖尿病、専門医の診療を要する内分泌疾患又は肝硬変に伴う高アンモニア血症）
- ・ 重篤な栄養障害（Body Mass Index 15 未満の摂食障害）
- ・ 意識障害（急性薬物中毒、アルコール精神障害、電解質異常、代謝性疾患によるせん妄等）
- ・ 全身感染症（結核、後天性免疫不全症候群、梅毒 1 期、2 期又は敗血症）
- ・ 中枢神経系の感染症（髄膜炎、脳炎等）
- ・ 急性腹症（消化管出血、イレウス等）
- ・ 劇症肝炎又は重症急性膵炎
- ・ 悪性症候群又は横紋筋融解症
- ・ 広範囲（半肢以上）熱傷
- ・ 手術、化学療法若しくは放射線療法を要する状態又は末期の悪性腫瘍
- ・ 透析導入時
- ・ 重篤な血液疾患（ヘモグロビン 7 g/dl 以下の貧血又は頻回に輸血を要する状態）
- ・ 急性かつ重篤な腎疾患（急性腎不全、ネフローゼ症候群又は糸球体腎炎）
- ・ 手術室での手術を必要とする状態
- ・ 膠原病（専門医による管理を必要とする状態に限る）
- ・ 妊産婦
- ・ 指定難病

<精神科医療において特に注意を要する病態>（上記の別表七の二に含まれないもの）

- ① リチウム中毒（リチウム血中濃度 2.5mEq/L 以上または、リチウム血中濃度 1.5mEq/L 以上かつ腎性尿崩症の合併、50 歳以上、甲状腺機能障害、クレアチンクリアランス低下のいずれかがある場合）
- ② セロトニン症候群（Sternbach の診断基準：A. セロトニン作動薬の追加投与や投薬の増加と一致して次の症状の少なくとも 3 つを認める 1）精神症状の変化（錯乱、軽躁状態）2）興奮 3）ミオクローヌス 4）反射亢進 5）発汗 6）悪寒 7）振戦 8）下痢 9）協調運動障害 10）発熱, B. 他の疾患が否定される（例えば感染、代謝疾患、物質乱用やその離脱), C. 上に挙げた臨床症状の出現前に抗精神病薬が投与されたり、その用量が増量されていない）
- ③ 重篤な白血球減少症（クロザピン使用中の場合、白血球数 3000/mm<sup>3</sup>未満または好中球数 1500/mm<sup>3</sup>未満、クロザピン以外では、好中球数 1000/mm<sup>3</sup>未満で発熱あり、または好中球数 500/mm<sup>3</sup>未満の場合）
- ④ 脱水症や低栄養等への対応（安静の困難な患者に対し、1 日 12 時間以上の持続的な点滴を行う場合や経管栄養を実施する場合）
- ⑤ 深部静脈血栓症（Wells' score 3 点以上（担がん、下肢麻痺あるいは最近のギプス装

着、3日以上のベッド上安静又は手術後4週以内、深部静脈触診で疼痛、下肢全体の腫脹、下腿周径差>3 cm、患肢の pitting edema) またはDダイマー異常値の場合に画像検査を実施し、弾性ストッキングおよび薬物投与を実施した場合)

(2) 医療者要因：身体合併症を有する患者が、身体合併症担当医に最低週1回以上の頻度で診察を受け、精神科医を含む多職種チームが、その医師により指示・指導された治療やケアを実施する。身体合併症担当医の診察が、週1回以上の頻度で継続する限り、本項目は1点と評価する。身体合併症の回復が困難と診断され、終末期医療の段階にはいった患者は、診察頻度が週1回より低い頻度になっても月1回以上あれば本項目を1点と評価する。

**【選択肢の判断基準】**

0点：なし

1点：定義に該当する重篤な身体合併症あり

**【判断に際しての留意点】**

**【評価者】** 医師      **【評価頻度】** 毎日

**P-M⑥ 特別な対応－専門性の高い医療**

**1. 向精神薬の処方のは正**

**【項目の定義】**

(1) 病状要因：3剤以上の抗精神病薬、3剤以上の抗うつ薬、3剤以上のベンゾジアゼピン受容体作動薬を処方している場合、または抗精神病薬をクロルプロマジン換算1000mg以上処方している場合、2週間おきに減量・減薬するなど多剤処方・大量処方は正を計画的に行っている。

(2) 医療者要因：担当医師がSCAP法などによる処方減単計画（是正完了時の処方内容を含む）をたて、担当の多職種スタッフに周知した上で、処方は正を開始する。また、是正に先立ち、患者・家族への説明と同意取得（文書同意の規定のない処方変更については口頭による同意でよい）を実施する。是正の実施中、医師は、処方変更の進捗を毎週評価する。4週間ごとに患者・家族に対して、処方は正状況を説明する。

**【選択肢の判断基準】**

0点：実施なし

1点：実施あり

**【判断に際しての留意点】**

処方是正の開始2週間前から一定期間（是正終了、もしくは、是正開始12週経過時点のうち、早い方）評価できる。また、処方是正を中止した場合でも、中止後2週間まで評価できる。

処方是正計画を立案し、必要に応じて、困難な病態への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 医師      【評価頻度】 毎日

## 2. 電気けいれん療法の管理

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：適応となる診断を有し、適応となる状況（本橋伸高、他：電気けいれん療法（ECT）推奨事項改訂版. 精神神経学雑誌 115:586-600, 2013 に記載の「急性期 ECT の適応基準」を参照）にある患者に対し、保険診療として認められている電気けいれん療法を実施するもの。

(2) 医療者要因：修正型電気けいれん療法の場合には、上記の本橋らの論文に記載の「定電流短パルス波治療器による modified ECT の治療手順の例」に準拠した形で実施する。mECT は、通常、週2、3回の頻度で、6から12回を1クールとして実施されるが、これ以外に、長いインターバルで低い頻度で実施されるメンテナンス mECT もある。

### 【選択肢の判断基準】

0点：実施なし

1点：実施あり

### 【判断に際しての留意点】

mECT のクール開始1週間前から一定期間（クール終了、もしくは、クール開始8週経過時点のうち、早い方）評価できる。また、mECT を中止した場合でも、中止後2週間まで評価できる。メンテナンス mECT の場合は、前日・当日・翌日の3日間に限り評価できる。

mECT の治療計画を立案し、必要に応じて、困難な病態への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

【評価者】 医師      【評価頻度】 毎日

## 3. クロザピンの管理

### 【項目の定義】

(1) 病状要因：治療抵抗性統合失調症の患者に対し、クロザピンを新たに導入するもの、またはクロザピンが何らかの理由により中断し投与再開するもの。

(2) 医療者要因：クロザリル適正使用委員会の規定にしたがってクロザピン治療を実施するもの。

**【選択肢の判断基準】**

0点：実施なし

1点：実施あり

**【判断に際しての留意点】**

クロザピン投与前2週間から投与開始後、一定期間（維持量が決まり4週間、同じ投与量が維持できた時点か、投与開始後12週経過時点のうち、早い方）評価できる。また、クロザピンを投与中止した場合、中止後4週間まで評価できる。

クロザピンによる治療計画を多職種で立案し、必要に応じて、困難な病態への多職種による生物心理社会的対応を実施する。

**【評価者】** 医師      **【評価頻度】** 毎日

**P-M⑦ 特別な対応－併存精神疾患**

**【項目の定義】**

入院目的の精神疾患とは別に併存精神疾患があり、その併存精神疾患にもとづく病状が入院目的の精神疾患治療に困難をもたらすため、治療を進めるにあたり特別な対応を必要としている。

(1) 病状要因：入院目的の精神疾患とは別に併存精神疾患があり（例：いずれも中等症以上の、知的障害、神経認知障害、発達障害、パーソナリティ障害、物質使用障害が代表的）、それによる病状が入院目的の精神疾患治療に困難をもたらしている（例：混乱が突発し予測できない、治療のために意味のあるコミュニケーションが取れない）。

(2) 医療者要因：入院目的の精神疾患治療を進めるうえでの困難に対応するために、併存精神疾患による病状への対応に多くの配慮と労力と時間を要している。

**【選択肢の判断基準】**

0点：併存精神疾患はない、または併存精神疾患による病状は入院目的の精神疾患治療に困難をもたらすほどではなく特別な配慮や労力や時間は要しない。

1点：併存精神疾患による病状が、入院目的の精神疾患治療に困難をもたらし、特別な配慮と労力と時間を要している。

**【判断に際しての留意点】**

併存精神疾患はICD-10のF分類（1桁）が精神科主診断と異なるものとし（例：統合失調症と中等度精神遅滞）、同じF分類（1桁）のものは含めない（例：アルコール依存

とアルコール離脱)。ここでとりあげる併存精神疾患は、入院目的の精神疾患治療に困難をもたらすもので、対応の必要性がそれに至らないものは評価しない。併存精神疾患による病状への対応にどの程度の配慮と労力と時間を要しているかについて、医師／多職種チームによるアセスメント結果を記録し、スタッフ間で情報共有する。

【評価者】 医師      【評価頻度】 毎日

## **P-S 精神科心理社会支援ニーズ**

### **P-S① 当事者の困難－病気の受け止め**

#### **【項目の定義】**

病気の理解や治療の合意の困難を評価する。知識不足や病識不十分により病気や治療の必要性の理解不足や心理的受容困難が背景にあることが多いが、行動としては治療を受け入れ、治療やプログラム参加が行えている場合は評価しない。また、疲労や昼夜逆転などの理由でプログラムに参加できない場合も評価しない。医療者によるモニターが密な入院環境では治療を受け入れるが、地域社会での生活環境では治療を受け入れないことが明らかかな場合は、この項目で評価する。

#### **【選択肢の判断基準】**

0点：治療やプログラムの多くを受入れ、地域社会での生活継続に結びつくと期待できる。

1点：治療やプログラムの多くを拒み、地域社会での生活継続が期待できない。

#### **【判断に際しての留意点】**

「医療者によるモニターが密な入院環境では治療を受け入れるが、地域社会での生活環境では治療を受け入れないことが明らかかな場合」は、本人の発言、行動、および判定の根拠となる医師・多職種チームによるアセスメント内容を記録する。福祉や介護のサービスの受け入れが乏しく、それが治療やプログラムを引き起こしている場合は評価する。

**【評価者】** 看護師、医師 公認心理師

**【評価頻度】** 入院2か月以内に評価、その後は毎月

### **P-S② 当事者の困難－治療の継続**

#### **【項目の定義】**

今回入院前に精神科において定期的な外来受診や服薬ができなかったことを評価する。

(1) 症状要因：今回の入院前に定期的な受診や服薬を怠っていた

(2) 医療者要因：服薬指導、疾患教育を行い医療の継続を維持する

#### **【選択肢の判断基準】**

0点：外来受診や服薬が不規則であっても、治療継続としての意味は保たれていた。

1点：外来受診や服薬を拒否する、または治療継続としての意味が損なわれるほどに外来受診や服薬が不規則であった。(精神科受診が初めての場合や長期間にわたって精神科受

診歴がなかった場合を含む。)

**【判断に際しての留意点】**

この項で評価される患者は、すでに精神科の医療が行われていたにもかかわらず、医療を受けなくなったことから状態が悪化して入院に至った事例である。外来での治療が継続できなかったことが要因であることを評価する。通院が困難である合理的な事情がある場合は基本的に含まないこととするが、処方薬を長期間入手しない場合は含めることとする。治療開始が最近の場合は1点と評価する。不明の場合は「該当しない」とする。

**【評価者】** 看護師、医師

**【評価頻度】** 入院時1回のみ

**P-S③ 当事者の困難－自傷歴・他害歴**

**1. 自傷歴・自殺歴**

**【項目の定義】**

入院前の過去2年間に救急病院受診を必要とするほど切迫した自傷や自殺行為があった場合に評価する。

(1) 病状要因：過去2年間、あるいは直近の切迫した自傷や自殺行為

(2) 医療者要因：適切なリスク評価と事故防止のための頻回の病状モニタリング、家族等へのより詳細な病状説明。

**【選択肢の判断基準】**

0点：該当しない

1点：該当する

**【判断に際しての留意点】**

この項目では、入院前2年間の自傷・自殺行為のエピソードの有無を入院時に評価する。入院後の希死念慮については「切迫した希死念慮」(P-M①-1)で評価する。不明の場合は「該当しない」とする。

**【評価者】** 医師、看護師 公認心理師

**【評価頻度】** 入院時に1回のみ

**2. 自傷・他害を契機とする入院**

**【項目の定義】**

入院の契機となった理由が自傷・他害である場合。

(1) 病状要因：自傷・他害およびそのおそれが理由とされる、緊急措置・措置入院、医療保護入院など非自発入院である場合。

(2) 医療者要因：入院勧奨に応じない場合、あるいは応じても入院の必要性について十分な理解が得られない場合。

**【選択肢の判断基準】**

0点：該当しない

1点：緊急措置入院、措置入院、あるいは医療保護入院ですでに自傷・他害行為を行いそれが入院の理由となった場合。

(得点の比重を高める意見あり)

**【判断に際しての留意点】**

自傷あるいは他害行為により入院となった患者を入院時に評価する。入院形態は、緊急措置入院、措置入院が多いが、医療保護入院となっている場合もある。緊急措置入院、措置入院は自傷・他害行為が実行された場合だけでなく切迫性が高い場合もあるが、いずれも評価する。医療保護入院では、自傷他害が実行されしかもそれが入院の理由となった場合のみ評価し、自傷他害のおそれ（実行されていない）のみの場合は評価しない。

**【評価者】** 看護師、医師

**【評価頻度】** 入院時に1回のみ

**P-S④ 当事者の困難－人生の希望**

**【項目の定義】**

社会生活に向けた本人の態度を評価する。退院や社会復帰に消極的であることを示す発言があり、退院や社会復帰に向けたプログラム（ケア会議や退院支援委員会への参加、退院準備講座や作業療法への参加など）に参加しない場合に評価する。退院や社会復帰に消極的あるいは不安となることが当然の事情や状況がある場合は評価しない。家族や支援者や病院や地域から、本人の状況を踏まえて提案した具体的な社会復帰方針のいずれにも、同意が得られない場合は評価する。

**【選択肢の判断基準】**

0点：社会生活に向けたプログラムへの一定の参加があり、退院や社会復帰が期待できる。

1点：社会生活に向けたプログラムの多くに不参加で、退院や社会復帰が見通せない。

**【判断に際しての留意点】**

退院や社会復帰に消極的な理由について、判定の根拠となる本人の発言、及び、行動、及び、医師／多職種チームによるアセスメント内容を記録する。

【評価者】 医師、看護師、精神保健福祉士 公認心理師

【評価頻度】 入院2か月以内に評価、その後は毎月

## **P-S⑤ 地域生活の困難－衣食住**

### 1. 日用品や入院費の準備ができないほどの経済的困窮がある

#### **【項目の定義】**

経済的困窮は、収入の少なさ、支出の多さ、借金の有無などの要因が関わるが、入院生活に必要な最低限度の身の回り品（洗濯、整容、おやつなど）が購入できない場合を評価する。入院費が分割払いなどの病院の提案した打開策や手段によっても支払えない場合もこの項目で評価する。生活保護の受給が見込めるあるいはすでに受給できている場合は、経済的困窮ありとは評価しない。病状や行動に問題がなく、単に借金のために退院できない場合は、ここで評価する。

#### **【選択肢の判断基準】**

0点：経済的困窮がない、または経済的困窮はあるが改善を図れる方法がある。

1点：経済的困窮があり、改善が見通せない。

#### **【判断に際しての留意点】**

【評価者】 精神保健福祉士

【評価頻度】 入院2か月以内に評価、その後は毎月

### 2. 退院後の住居の見通しが無い

#### **【項目の定義】**

ホームレスや迷惑行為による追い出しなど、病状がよくなったとしても、住む場所が確保できない場合にこの項目で評価する。高齢者施設への入居が可能でも、具体的な場所が確保できない場合は、この項目で評価する。候補施設等があるのに、本人が入居を拒む場合は、この項目で評価せず、「4. 人生の希望」で評価する。

#### **【選択肢の判断基準】**

0点：住居がある、または現在はないが確保できる見通しがある。

1点：住居がなく、今後確保できる見通しもない。

【判断に際しての留意点】

【評価者】精神保健福祉士

【評価頻度】入院 $n$ か月以内に評価、その後は毎月

## P-S⑥ 地域生活の困難－身近な支援

### 1. 入院時に家族も支援者も同伴しなかった

【項目の定義】

本項目は、単に、同伴なしでひとりで受診したという意味ではなく、家族や支援する立場の者が、本人とのかかわりを躊躇や拒否するため、または医療機関との関りを躊躇や拒否しているため今回の入院時に同伴しなかった、という意味である。家族や支援者の範囲は、個別の事情に応じて判断し、医療のキーパーソンとしての役割を担える身近な方がいないことを評価する。

【選択肢の判断基準】

0点：家族または支援者が同伴した。

1点：家族や支援者が、本人との関りを躊躇または拒否する、または医療機関との関りを躊躇または拒否するもしくは電話でしか取ろうとしない。

【判断に際しての留意点】

家族や支援者の発言により、本人とのかかわりを明確に躊躇または拒否している場合に評価する。時間（深夜で交通手段が確保できなかった、など）や場所（遠方で長距離の移動にたえられない親が同伴できなかったなど）が理由で、同伴しなかった場合は0点と評価する。入院時同伴したものの、それ以降一切の関わりを躊躇または拒否する場合も評価する。

【評価者】看護師、精神保健福祉士

【評価頻度】入院時に $n$ 回のみ（退院時まで修正可能）

### 2. 家族や支援担当者が退院を望まないまたは治療に協力できない

【項目の定義】

治療方針にかかわるキーパーソンの事情や状況を記録する項目である。退院や社会復帰、病院の治療内容への同意に消極的であることを裏付ける発言があり、協力ができない

い

事情や状況があり、退院や社会復帰のプログラム（ケア会議や退院支援委員会への参加、退院準備講座や作業療法への参加など）に参加しない場合に評価する。

**【選択肢の判断基準】**

0点：家族や支援担当者の一定の協力が得られており、退院や社会復帰が期待できる。

1点：家族や支援担当者の協力を得ることが困難で、退院や社会復帰が見通せない。

**【判断に際しての留意点】**

退院や社会復帰に消極的な理由について、判定の根拠となる家族や支援担当者の発言や行動、事情や状況、および医師／多職種チームによるアセスメント内容を記録する。協力を求め得る家族がない場合は1点と評価する。

**【評価者】** 医師、看護師、精神保健福祉士 公認心理師

**【評価頻度】** 入院2か月以内に評価、その後は毎月

**P-S⑦ 地域生活の困難－近所付き合い**

**【項目の定義】**

過去2年間に病状のために近隣住民とのトラブルがあり、そのために警察あるいは保健所介入を要した、トラブルにより元の住居に戻ることが容易でなく地域の支援機関との話し合いが必要、他の住居あるいは施設を探す必要が生じている、のいずれかがある場合に評価する。

（1）病状要因：過去2年間に病状のために近隣住民とのトラブルを起こし、警察や保健所の介入を要した

（2）医療者要因：退院後の地域生活に向けた地域や連携機関との連携と調整が不可欠で、在宅復帰が難しい場合には、他の住居や施設を探すなどのケースワークも必要

**【選択肢の判断基準】**

0点：該当しない

1点：該当する

**【判断に際しての留意点】**

「警察や保健所の介入を要した」とは、近隣住民が警察や保健所に連絡し、警察官や保健所職員が臨場することを意味するもので、受診や保護の有無は問わない。「他の住居や施設を探す必要が生じている」とは、元の住居への退院が容易でなく、地域の支援者ネットワーク会議などを予定すること、あるいは他の住居、施設を新たに探すことを治療方針に掲げることを指す。不明の場合は「該当しない」とする。

【評価者】 医師、看護師、精神保健福祉士 公認心理師

【評価頻度】 入院2か月以内に評価、その後は毎月

令和4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）

「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究」

分担研究

精神医療の提供体制および実態把握に関する研究: NDB に関する報告

分担研究報告書

研究分担者 高瀬顕功（大正大学）

研究協力者 奥村泰之（臨床疫学研究推進機構）、竹島 正（大正大学地域構想研究所）、白田 謙太郎（国立精神・神経医療研究センター）、黒田 直明（国立精神・神経医療研究センター）、西 大輔（国立精神・神経医療研究センター）

#### 研究要旨

【研究目的】本研究では、レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。

【研究方法】2013年1月から2021年5月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定して、診療行為・医薬品・傷病名情報を観察するための、NDB データを使用した。

【結果及び考察】2013年から2019年にかけて、地位平均生活日数は向上しつつあるものの、90日時点の退院患者割合は低下していた。退院患者割合低下の一因として、退院割合が相対的に低い、認知症が主傷病の医療保護入院が増えていることが影響していると考えられる。また、第1回緊急事態宣言の前の期間（2013年4月から2020年3月）と、後の期間（2020年5月から2021年5月）を比較すると、精神科における月間外来患者延数が、15~19歳と20~24歳において増加していた。

【結論】精神医療提供の変化を可視化できる基盤を整備することができた。

#### A. 研究目的

第7次医療計画・第5期障害福祉計画以降「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を背景とした指標や目標値が掲げられることとなり、そのモニタリングが求められてきた。都道府県と市区町村は、疾患別の患者数などの指標について、全国と比較しながら地域の状況をモニタリングすることが推奨されている<sup>1)</sup>。そのため基礎資料の一部が、これまで、レセ

プト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を活用して作成されてきた<sup>2)</sup>。

ここで、NDBとは、厚生労働省保険局が構築しているデータベースであり、日本全国の医療機関で行われている保険診療の請求書（レセプト）が蓄積されているものである。レセプトには、医薬品や入退院の情報等が記録されている<sup>3)</sup>。

本研究では、NDBを活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標

の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。

## B. 研究方法

### データ源

NDB を基に、2013 年 1 月から 2021 年 5 月の間に①精神病床入院、②精神科治療薬処方、③精神科専門療法、④精神科診断、⑤精神科管理に関する算定のある患者を特定した。適格基準に該当する者の、2013 年 1 月から 2021 年 5 月の診療行為（受診状況／精神科入院料／精神科加算／精神科専門療法／精神科管理/検査）／医薬品（精神科治療薬）／傷病名情報（精神科診断／慢性身体疾患診断）を観察した。

### アウトカム指標

2019 年度に精神病床から退院した在院期間が 1 年未満の患者における退院後 1 以内の地域での平均生活日数を算出した。また、2019 年度に精神病床に入院した患者における、特定時点（90 日/180 日/365 日）の退院患者割合を算出した。さらに、入院形態区分と認知症区分ごとに、特定時点の退院患者割合を算出した。

### 入院受療率

2020 年度診療分の情報を基に、年齢区分と認知症区分ごとに、入院受療率（人口 10 万人あたりの 1 日平均在院患者数）を求めた。

### 診療行為/医薬品情報に基づく患者数

2020 年度診療分の情報を基に、表 1 に示す、診療行為/医薬品情報に基づく患者数と医療機関数を求めた。

### 傷病名情報に基づく患者数

2020 年度診療分の情報を基に、表 2 に示

す、傷病名情報に基づく患者数と医療機関数を求めた。

### 月間患者延数

2013 年 4 月から 2021 年 5 月の診療分の情報を基に、通院・在宅精神療法の算定を受けた患者延数を月ごとに求め、人口 10 万対月間外来患者延数を算出した。同様に、精神科関連入院料の算定を受けた患者延数を求め、人口 10 万対月間入院患者延数を算出した。

### 統計解析

各指標について、本研究班で算出した値と前研究班<sup>4)</sup>で算出した値を統合することで、経年変化を確認できるよう可視化した。

### （倫理面への配慮）

NDB の利用申出に関する研究計画は、公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター倫理審査委員会の承認を得た（22H0005）。

## C. 結果

### アウトカム指標

地域平均生活日数について、全国の値と、都道府県のうち上位 2、下位 2 の都道府県の値の推移を図 1 に示す。全国の値は、2013 年から 2019 年にかけて、年々向上していた。都道府県単位で見ると、高知県のように、年ごとの値の差が大きな地域があることも確認された。

精神病床入院から 90 日時点の退院患者割合について、全国の値と、都道府県のうち上位 2、下位 2 の都道府県の値の推移を図 2 に示す。全国の値は、2013 年から 2019 年にかけて、年々低下していた。都道府県単位で見ると、最大値の滋賀県

(70.7%)と、最小値の山口県(48.3%)では、22.4ポイントの差があることが示された。

全国における精神病床への新規入院患者数について、認知症区分と入院形態区分ごとの値の推移を図3に示す。2013年から2019年にかけて、認知症が主傷病の医療保護入院による新規患者数が、23,747人から33,141人に増加していた。一方で、主傷病が認知症以外の任意入院による新規患者数が、158,139人から143,204人に減少していた。さらに、全国における精神病床入院から90日時点の退院患者割合について、認知症区分と入院形態区分ごとの値の推移を図4に示す。2013年から2019年にかけて、認知症が主傷病の医療保護入院における90日時点の退院患者割合が、43.3%から40.1%に低下していた。一方で、主傷病が認知症以外の任意入院における90日時点の退院患者割合が、70.2%から71.3%に向上していた。

#### 入院受療率

入院受療率について、在院日数区分、年齢区分と認知症区分ごとに、全国の値と、都道府県のうち東京都と山口県の値の推移を図5から図7に示す。在院日数1~90日の入院受療率は、年齢と共に上がり、85歳以上がピークであり、2013年度から2020年度の間、98.4から109.1に増加していた(図5)。在院日数91~365日の入院受療率においも、同様の傾向が確認された(図6)。2020年度における在院日数366日以上入院受療率においては、85歳以上の認知症を有する患者が最も高く(313.9)、ついで、65~74歳の認知症を有さない患者(211.2)、75~84歳の認知症を有さない患者(149.0)、75~84歳の認知症を有する患者(134.7)であった(図7)。

在院日数366日以上入院受療率の地域差は、東京都と山口県では、約4倍の差があった(図7)。

#### 診療行為/医薬品情報に基づく患者数

表1に示す42指標の集計結果を精神保健福祉資料のWebサイトに公表した<sup>5)</sup>。ここでは、例として、中枢神経刺激薬(付表4.34)について、可視化したものを図8に示す。中枢神経刺激薬を処方した医療機関数は、2013年から2019年にかけて増加していたものの、2020年に減少に転じていた。中枢神経刺激薬の処方を受けた患者数は、2013年から2019年にかけて増加していたものの、2020年に増加のトレンドが鈍化していた。ADHD治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合は、2013年から2020年にかけて減少していた。都道府県単位で見ると、最大値の鳥取県(61.6%)と、最小値の沖縄県(29.8%)では、31.8ポイントの差があることが示された。

#### 傷病名情報に基づく患者数

表2に示す11指標の結果を精神保健福祉資料のWebサイトに公表した<sup>5)</sup>。ここでは、例として、うつ・躁うつ病(付表5.2)の指標について、可視化したものを図9に示す。通院・在宅精神療法の算定を有するレセプトにうつ・躁うつ病の傷病名を有する人口10万対患者数は、2013年度から2020年度の間、2,068人から2,750人と、1.33倍増加していた。

主傷病に限定した人口10万対患者数は、1,111人から1,375人と、1.24倍増加していた。主傷病に限定した方が、増加の程度が小さかった。主傷病に限定した人口10万対患者数を都道府県単位で見ると、最大値の東京都(1,839人)と、最小値の

香川県 (784 人) では、約 1,000 人の差があることが示された。

入院患者数の変化は、外来患者数と比較すると、小さかった。

#### 月間患者延数

人口 10 万対月間外来患者延数の推移を図 10 に示す。概ね全ての年齢層で、第 1 回緊急事態宣言の間 (2020 年 4 月 7 日から 5 月 25 日) に、外来患者数が顕著に減少していた。第 1 回緊急事態宣言の前の期間 (2013 年 4 月から 2020 年 3 月) と、後の期間 (2020 年 5 月から 2021 年 5 月) を比較すると、15~19 歳と 20~24 歳において、外来患者延数が増加していた (図 11)。

人口 10 万対月間入院患者延数の推移を図 12 に示す。69 歳以下の年齢層で、第 1 回緊急事態宣言の間に、入院患者数が顕著に減少していた。第 1 回緊急事態宣言の前の期間と、後の期間を比較すると、0~19 歳においては、入院患者延数の水準が僅かに下がっていたが、トレンドは変わらなかった (図 13)。20~24 歳においては、水準とトレンドの両者が下がっていた (図 13)。入院患者の減少傾向は、25 歳~69 歳においても観察された。

#### D. 考察

本研究では、NDB を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。

##### アウトカム指標

地位平均生活日数は向上しつつあるものの、90 日時点の退院患者割合は低下していた。退院患者割合低下の一因として、退院割合が相対的に低い、認知症が主傷病の

医療保護入院が増えていることが影響していると考えられる。

##### 診療行為/医薬品情報に基づく患者数

ADHD 治療薬に占める中枢神経刺激薬の処方割合の低下は、厳格な流通管理策が求められない ADHD 治療薬が増加したこと (2009 年 6 月にアトモキセチン、2017 年 5 月にグアンファシンが販売開始)、従前よりも流通管理策が厳格化された

「ADHD 適正流通管理システム」が 2019 年 12 月 2 日より開始され、2020 年 7 月 1 日から必須となったことが影響していると考えられる<sup>6,7)</sup>。

##### 傷病名情報に基づく患者数

患者定義により、患者数は大幅に異なることが示された。うつ・躁うつ病の有病率は 2.78%、精神科への受療率は 20% と推計されているため<sup>8)</sup>、人口 10 万対患者数は約 540 人となる。すなわち、本研究で推計された患者数は、過大評価されている可能性が高い。

疾患によって、患者定義の蓋然性は大きく異なるため、傷病名情報に基づく患者数は参考程度の使用に留めるべきであろう。

##### 月間患者延数

第 1 回緊急事態宣言の前後で、15~24 歳において外来患者延数が増加していた事実は、注視する必要がある。

#### E. 結論

本研究では、2013 年度から 2020 年度診療分の NDB を活用して、精神医療の提供に関する既存のモニタリング指標の算出及び、新規のモニタリング指標を開発することを目的とした。精神医療提供の変化を可視化できる基盤を整備することができた。

## 【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構築のための手引き (2021 年度版) (<https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/guide/r03-cccsguideline-all.pdf>), 2023, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.
- 2) 吉田 光爾: 地域精神保健医療福祉資源分析データベース (<https://remhrad.jp/>), 2023, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.
- 3) 厚生労働省: 匿名レセプト情報・匿名特定健診等情報の提供に関するホームページ ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu-hoken/reseptu/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu-hoken/reseptu/index.html)), 閲覧日: 2023 年 4 月 23 日.
- 4) 高瀬顕功, 奥村泰之, 竹島正, 立森久照, 吉田光爾, 河野稔明, 高橋邦彦, 岡本基: 精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究: NDB に関する報告書 ([https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/202118031A%E3%83%BCbuntan6\\_1.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202118031A%E3%83%BCbuntan6_1.pdf)), 2023, 閲覧日: 2023 年 4 月 23 日.
- 5) 国立精神・神経医療研究センター: 精神保健福祉資料 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>), 2023, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.
- 6) 松本康弘: 大きく変わるコンサータの流通管理システム (<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/di/column/matsumoto/202002/563749.html>), 2020, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.
- 7) 厚生労働省: メチルフェニデート塩酸塩製剤 (コンサータ錠 18mg、同錠

27mg 及び同錠 36mg) の使用にあたっての留意事項について (<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T190909I0030.pdf>), 2019, 閲覧日: 2023 年 4 月 28 日.

- 8) Ishikawa, H., Tachimori, H., Takeshima, T. et al: Prevalence, treatment, and the correlates of common mental disorders in the mid 2010's in Japan: The results of the world mental health Japan 2nd survey. *J Affect Disord* 241: 554-562, 2018.

## F. 研究危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

表 1. 診療行為/医薬品と集計内容の対応

診療行為/医薬品	付表番号	対応
入院における治療抵抗性統合失調症治療薬（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料/クロザピン）	4.1	2
外来における治療抵抗性統合失調症治療薬（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料/クロザピン）	4.2	2
入院・外来における治療抵抗性統合失調症治療薬（治療抵抗性統合失調症治療指導管理料/クロザピン）	4.3	2
精神科電気痙攣療法（閉鎖循環式全身麻酔）	4.4	1,2
認知療法・認知行動療法	4.5	2
児童・思春期精神科入院医療管理料	4.6	1
重度アルコール依存症入院医療管理加算	4.7	2
依存症集団療法	4.8	2
摂食障害入院医療管理加算	4.9	2
精神科救急入院料	4.10	2
精神病床における精神科身体合併症（精神科救急・合併症入院料/精神科身体合併症管理加算）	4.11	1,2
一般病床における精神科身体合併症（精神疾患診療体制加算/精神科疾患患者等受入加算）	4.12	2
精神科リエゾンチーム加算	4.13	1,2
精神疾患診断治療初回加算	4.14	2
救急患者精神科継続支援料	4.15	2
全年齢における精神科関連入院料	4.16	3
20歳未満における精神科関連入院料	4.17	2
高医師配置の精神科関連入院料（精神科救急入院料/精神科救急・合併症入院料/特定機能病院精神病棟入院基本料/精神科急性期医師配置加算）	4.18	3
強度行動障害入院医療管理加算	4.19	3
精神保健福祉士配置加算	4.20	3
精神科退院前訪問指導料	4.21	3
多職種による精神科退院前訪問指導料	4.22	3
精神科訪問診療（在宅精神療法/精神科重症患者早期集中支援管理料/精神科在宅患者支援管理料）	4.23	2
精神科訪問看護（精神科訪問看護・指導料/精神科訪問看護指示料）	4.24	1
一般病床における入院精神療法	4.25	3
全年齢における通院・在宅精神療法	4.26	3
20歳未満における通院・在宅精神療法	4.27	2
10歳未満における通院・在宅精神療法	4.28	3
てんかん指導料	4.29	3
ニコチン依存症管理料	4.30	3
精神科電気痙攣療法	4.31	3

持続性抗精神病薬（持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料/ハロペリドールデカン酸エステル/フルフェナジンデカン酸エステル/リスペリドン/パリペリドン/パルミチン酸エステル/アリピプラゾール水和物）	4.32	3
ADHD 治療薬（メチルフェニデート塩酸塩/アトモキセチン塩酸塩/グアンファシン塩酸塩/リスデキサメフェタミンメシル酸塩カプセル）	4.33	3
中枢神経刺激薬（メチルフェニデート塩酸塩/リスデキサメフェタミンメシル酸塩カプセル）	4.34	3
認知症ケア加算	4.35	2
認知症ケア加算 1	4.36	3
認知症専門診断管理料	4.37	3
かかりつけ医における認知症医療（認知症地域包括診療料/認知症療養指導料/認知症専門医紹介加算/認知症専門医療機関連携加算）	4.38	3
せん妄ハイリスク患者ケア加算	4.39	4
精神科退院時共同指導	4.40	4
療養生活環境整備指導加算	4.41	4
ハイリスク妊産婦連携指導料	4.42	4
精神科訪問看護・指導料	4.43	2

1 = 第 8 次医療計画の重点指標, 2 = 第 8 次医療計画の参考指標, 3 = 前研究班で定義した指標, 4 = 本研究班で定義した指標

表 2. 傷病名と集計内容の対応

傷病分類	ICD-10	付表番号
統合失調症	F20–F29	5.1
うつ・躁うつ病	F30–F39	5.2
認知症	F00–F03, F05.1, G30–G31	5.3
知的障害	F70–F79	5.4
発達障害	F80–F98	5.5
アルコール依存症	F10	5.6
薬物依存症	F11–F16, F18–19	5.7
ギャンブル等依存症	F63.0	5.8
PTSD	F43.1	5.9
摂食障害	F50	5.10
てんかん	G40–G41	5.11

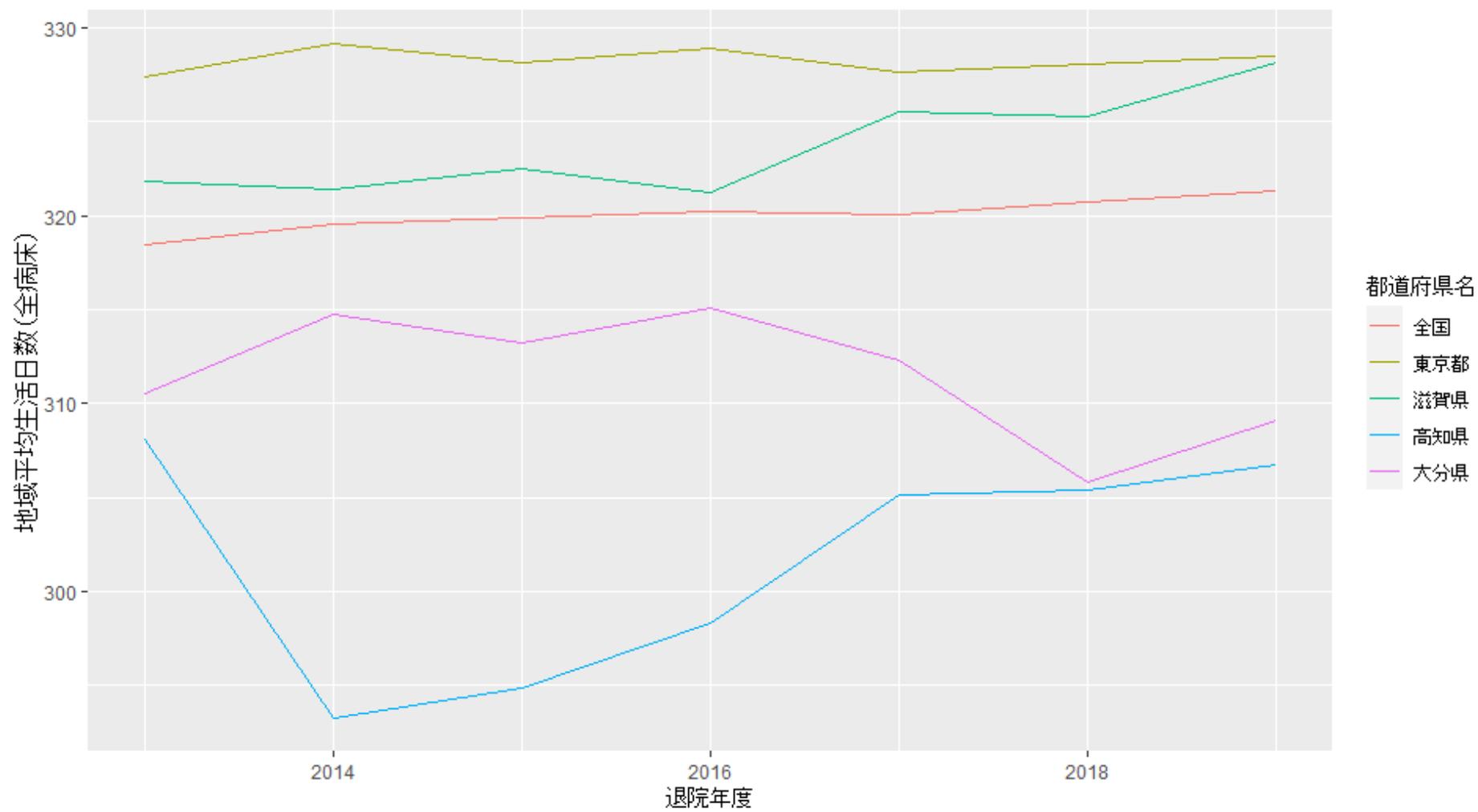


図 1. 地域平均生活日数の推移

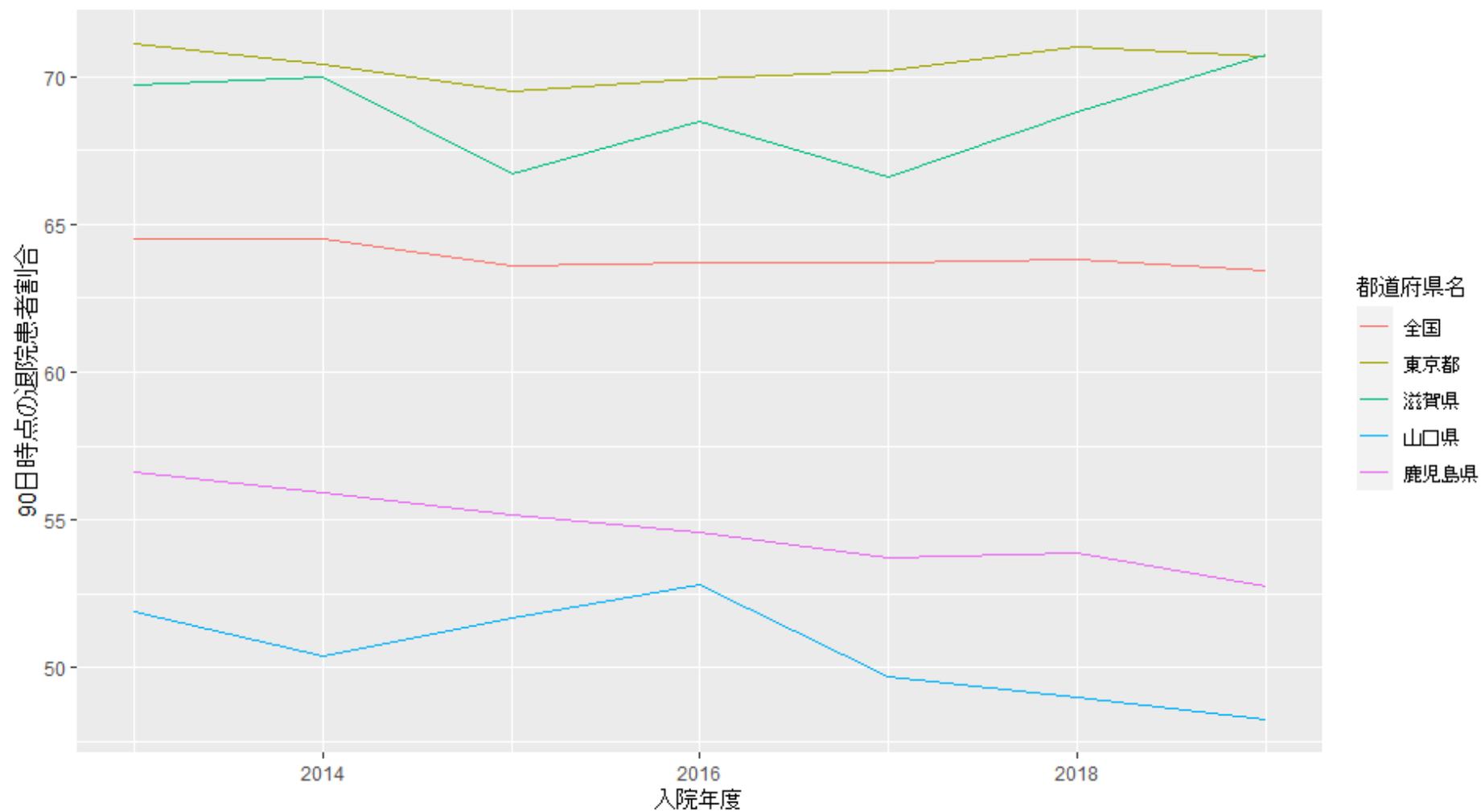


図 2. 精神病床入院から 90 日時点の退院患者割合

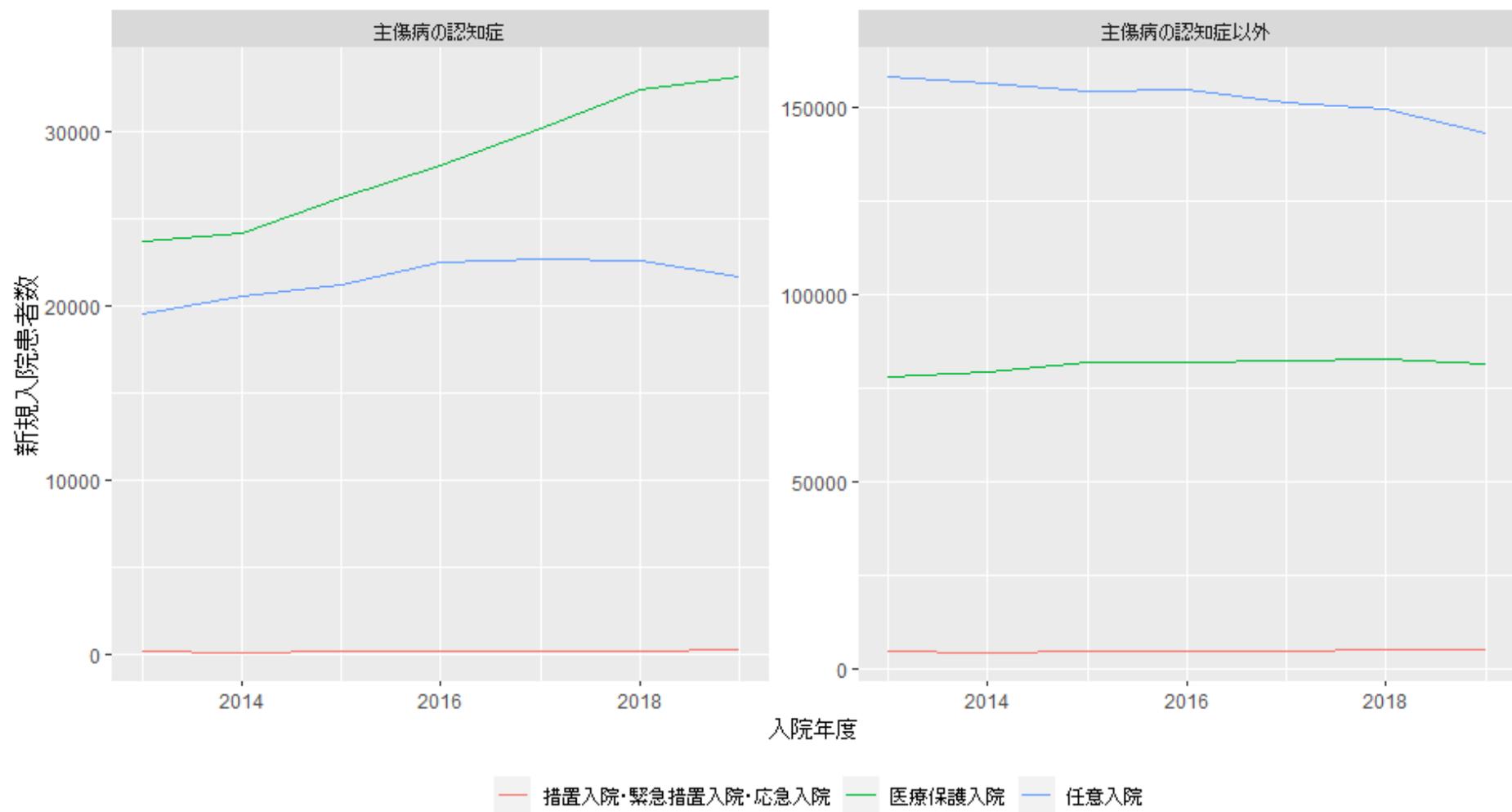


図 3. 認知症区分と入院形態区分ごとの精神病床への新規入院患者数

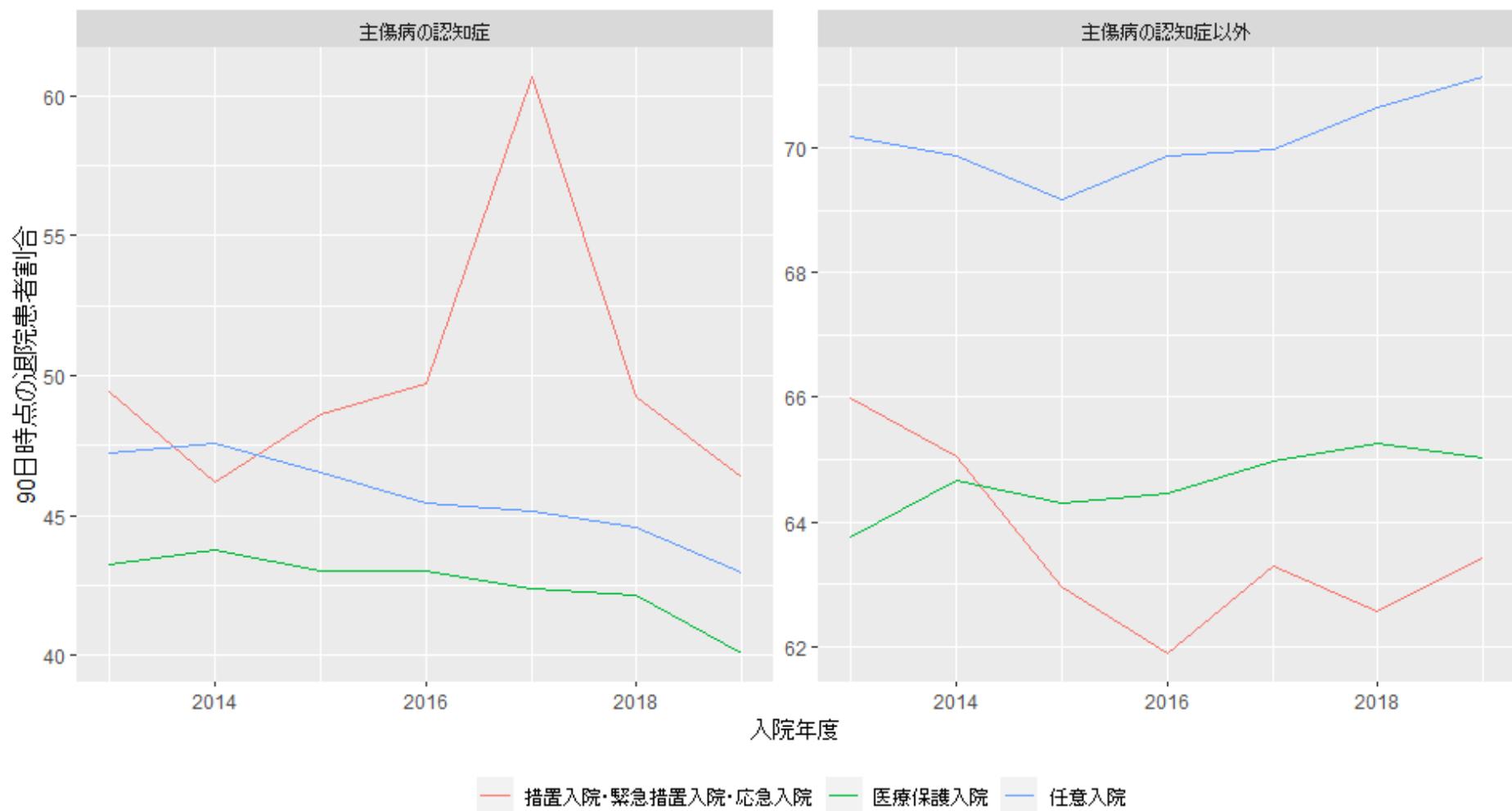


図 4. 認知症区分と入院形態区分ごとの精神病床入院から 90 日時点の退院患者割合

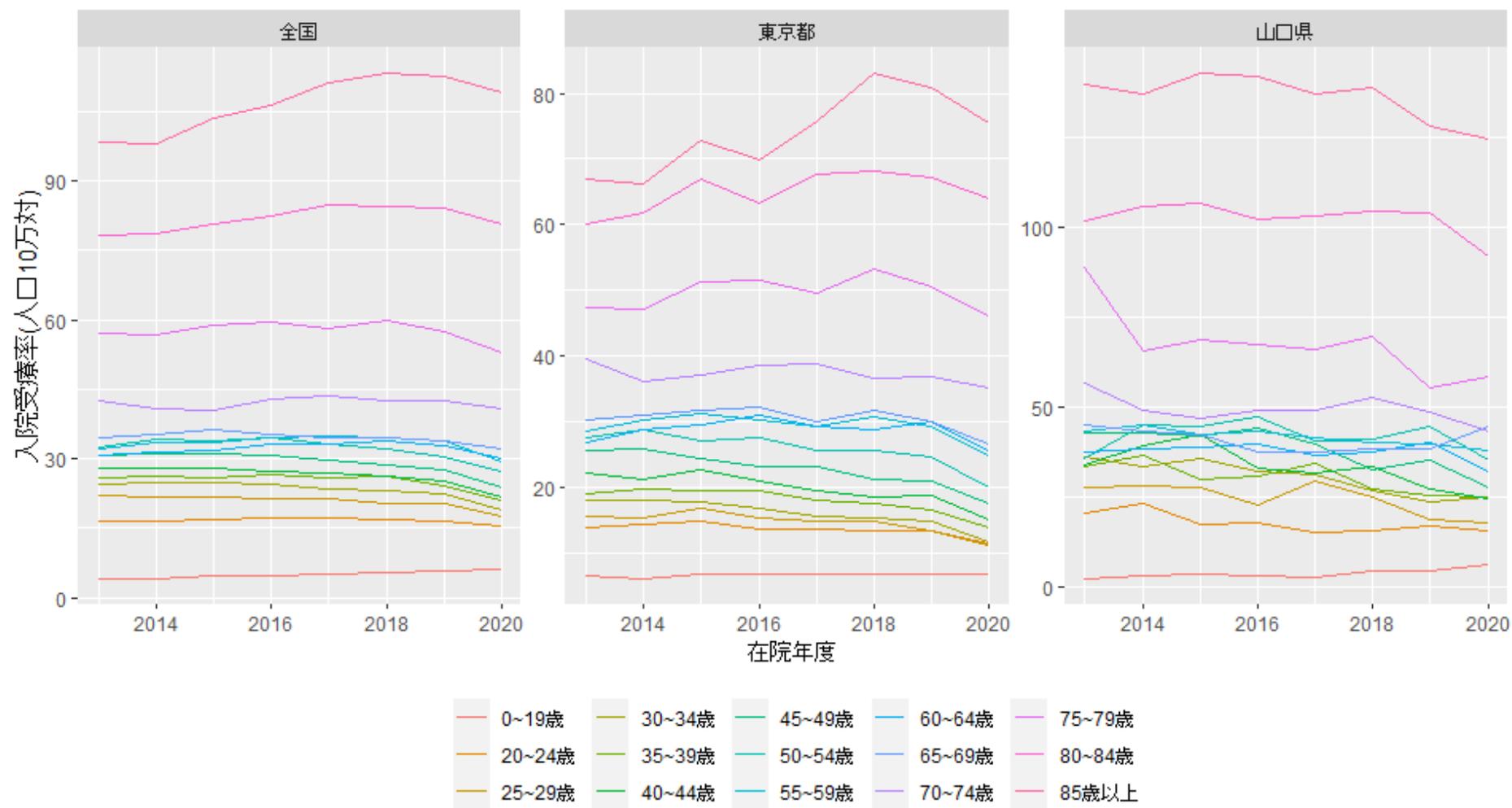


図 5. 年齢区分ごとの在院日数 1~90 日の入院受療率

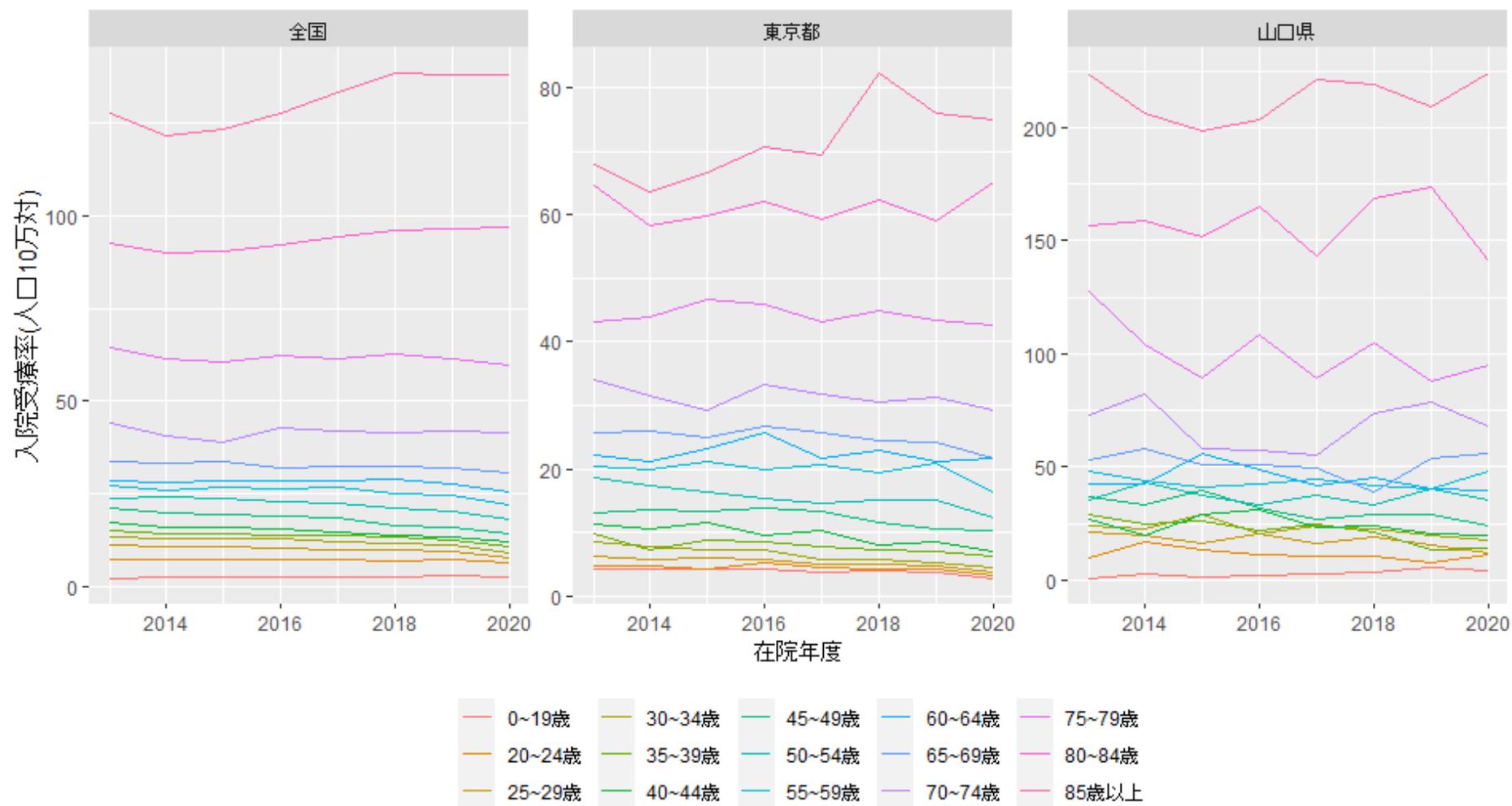


図 6. 年齢区分ごとの在院日数 91~365 日の入院受療率

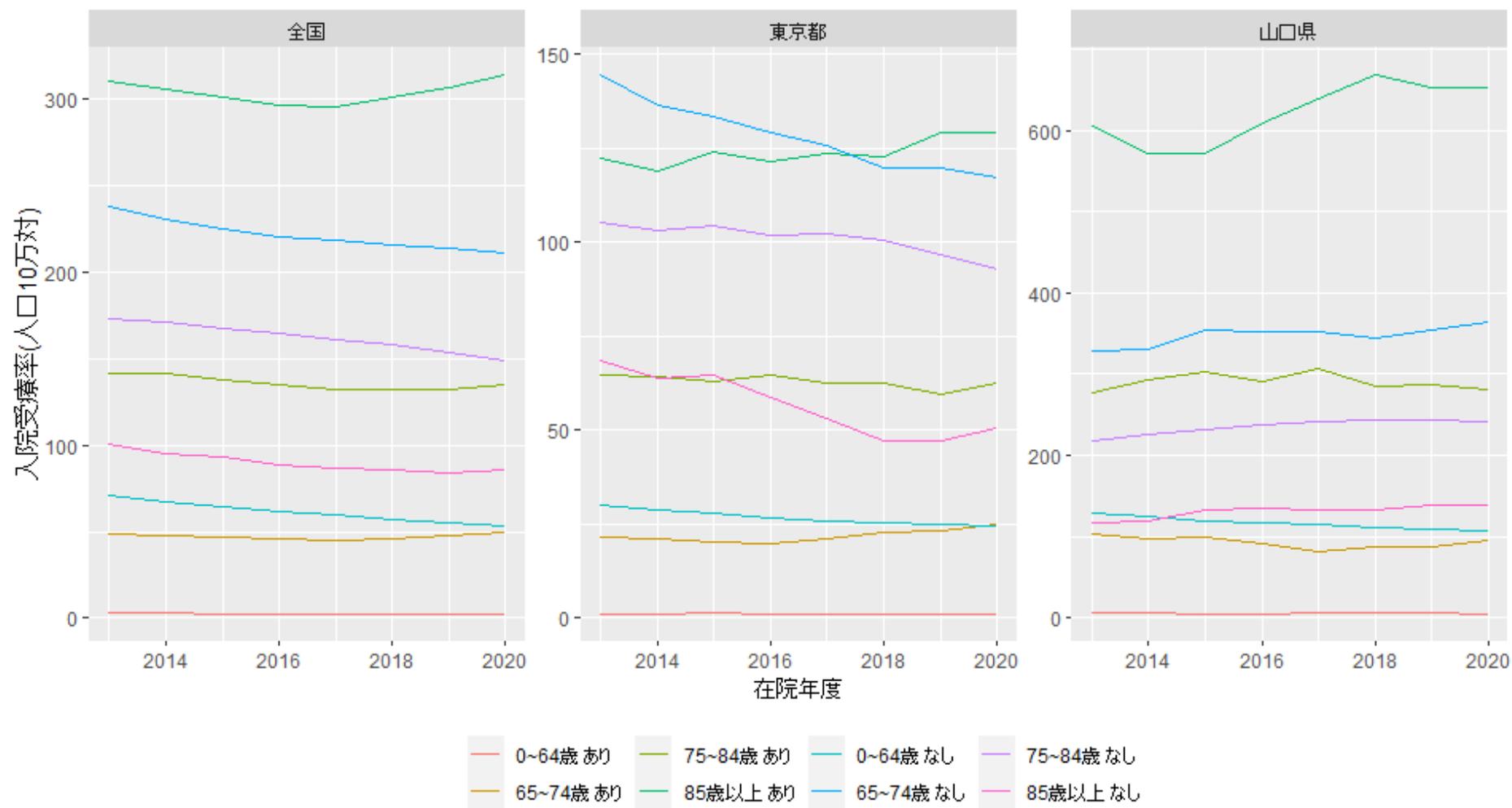


図 7. 認知症区分と年齢区分ごとの在院日数 366 日以上の入院受療率

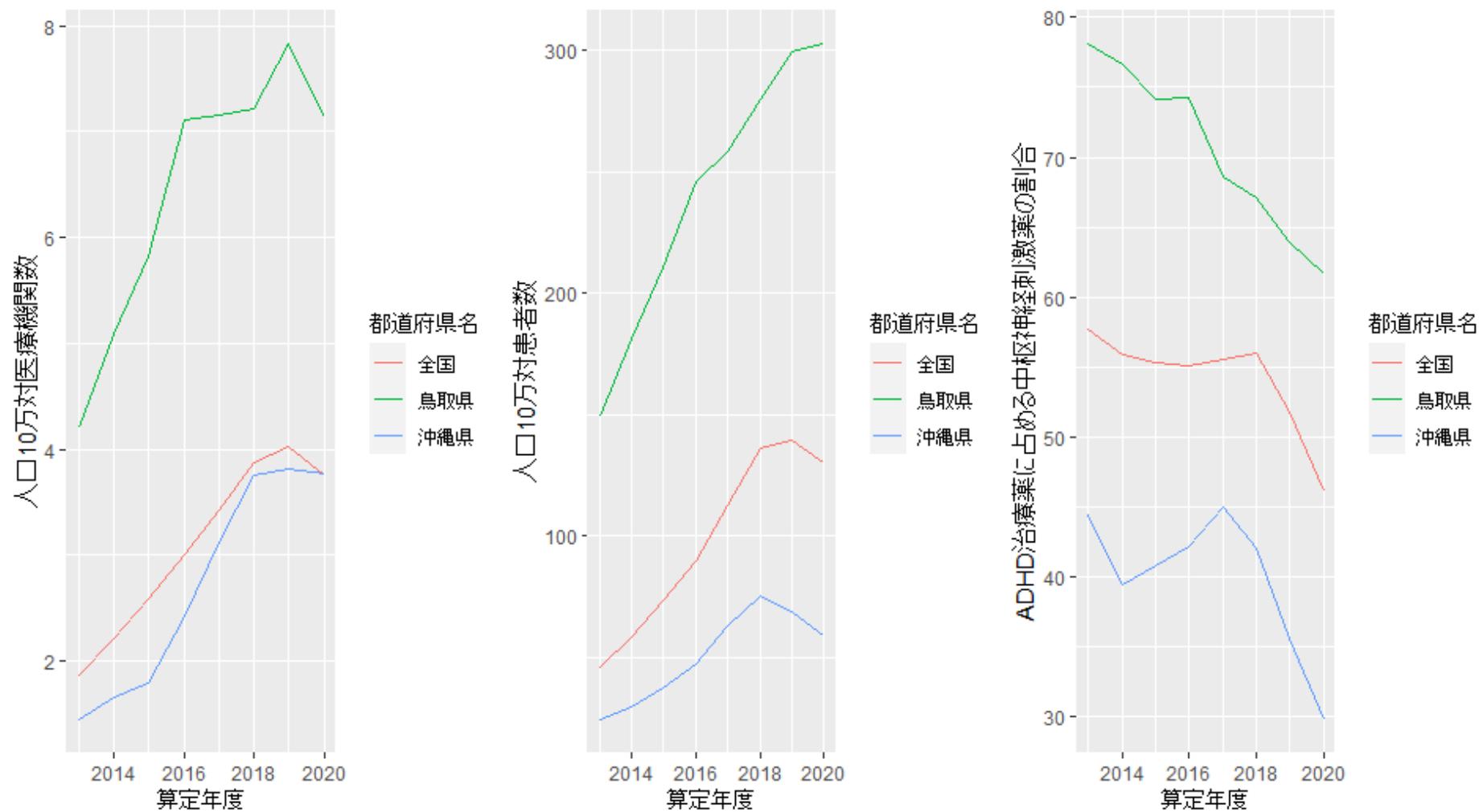


図 8. 中枢神経刺激薬の算定があった医療機関数、人口 10 万対患者数、ADHD 治療薬に占める中枢神経刺激薬の割合

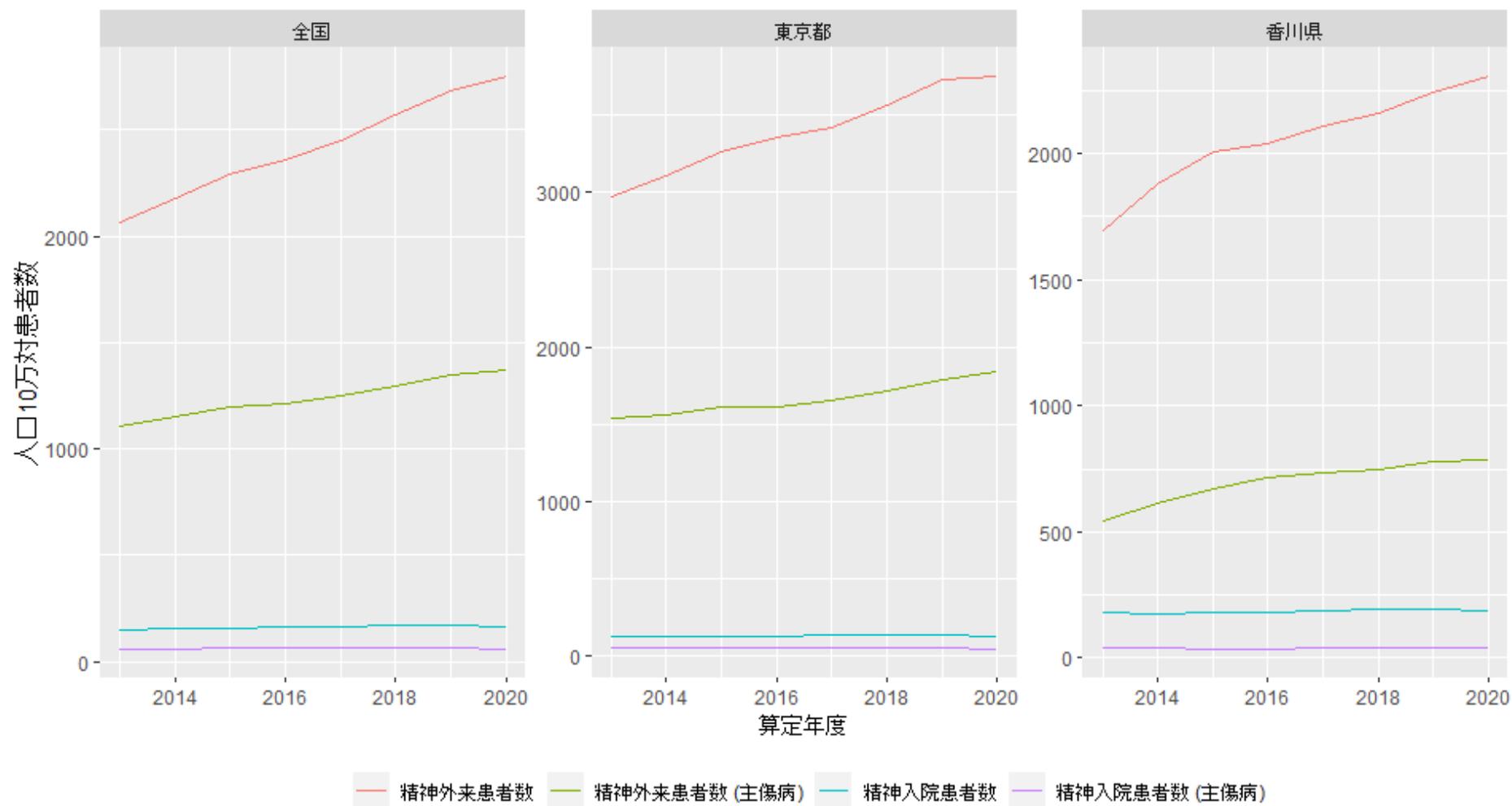


図 9. うつ・躁うつ病の精神科患者数

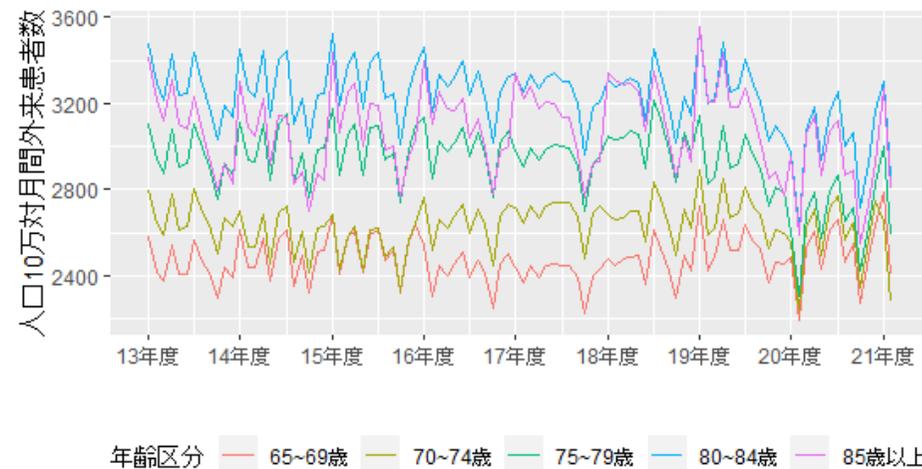
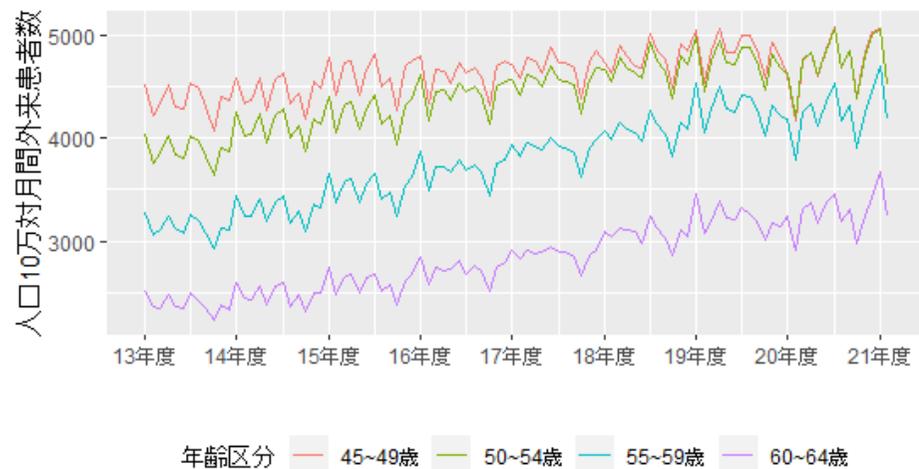
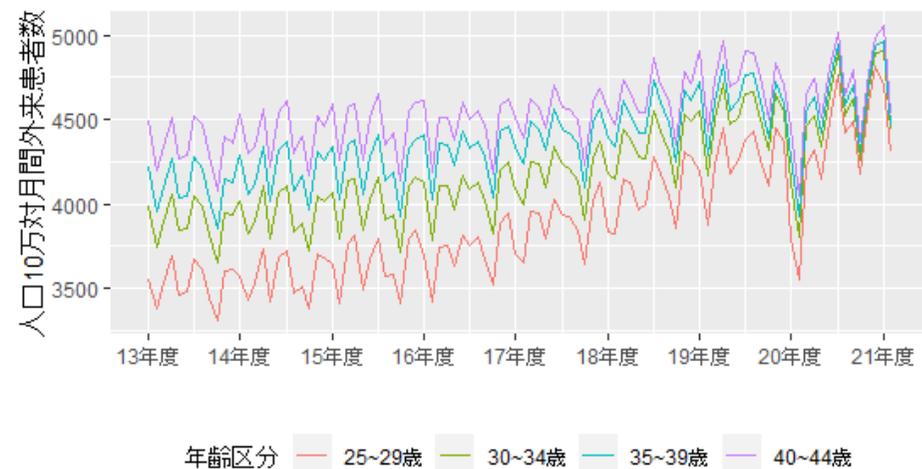
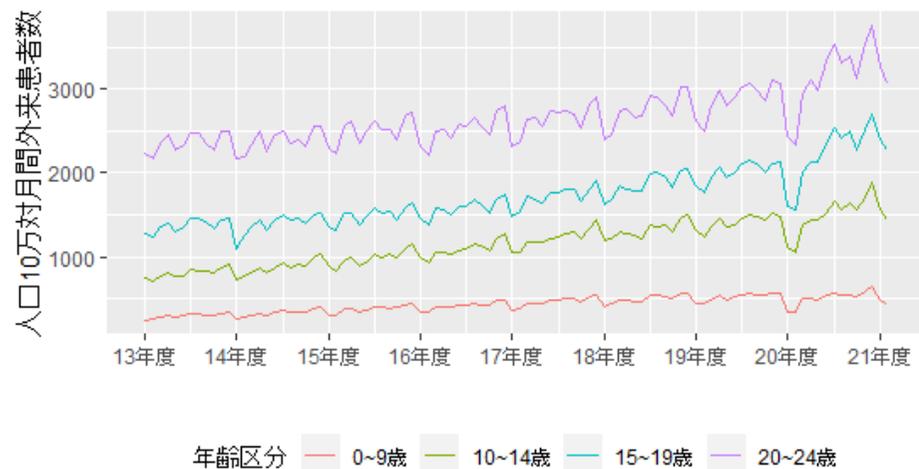
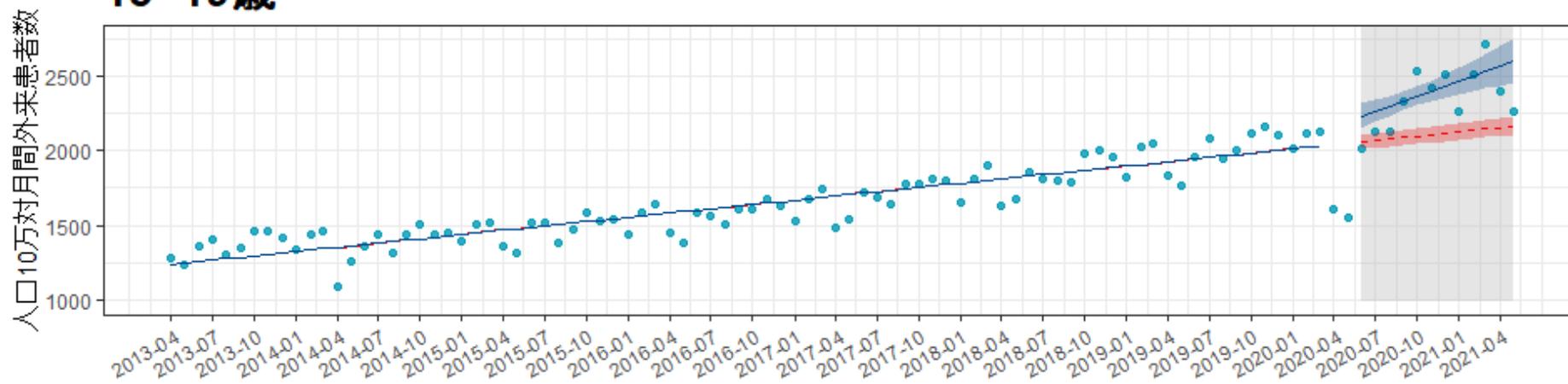


図 10. 外来患者延数

## 15~19歳



## 20~24歳

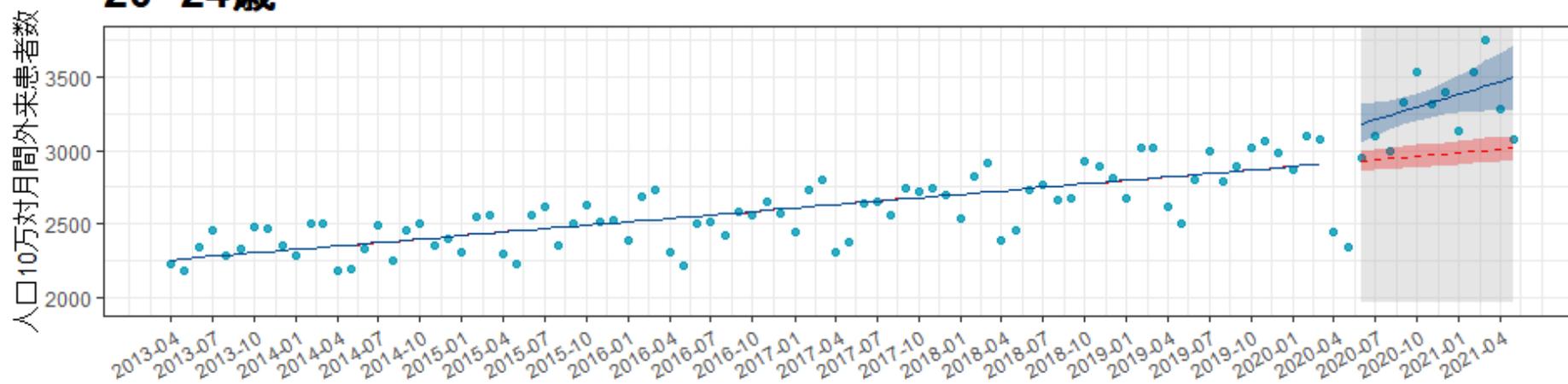
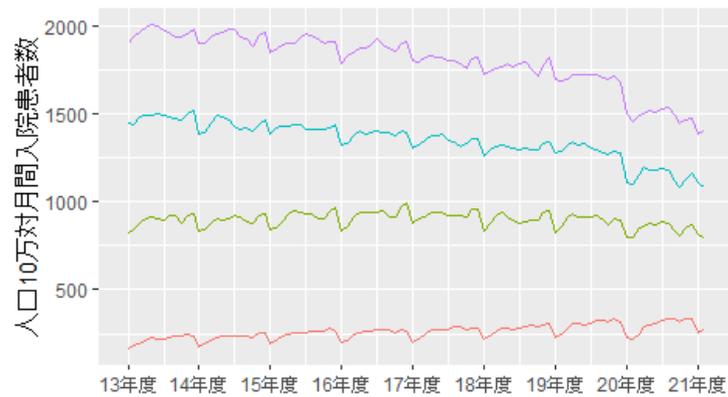
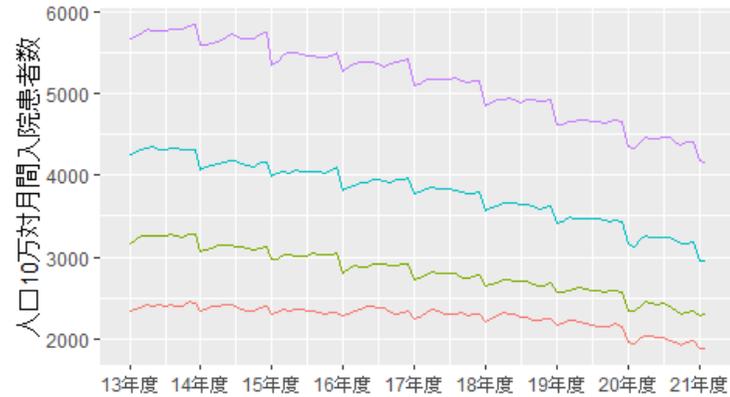


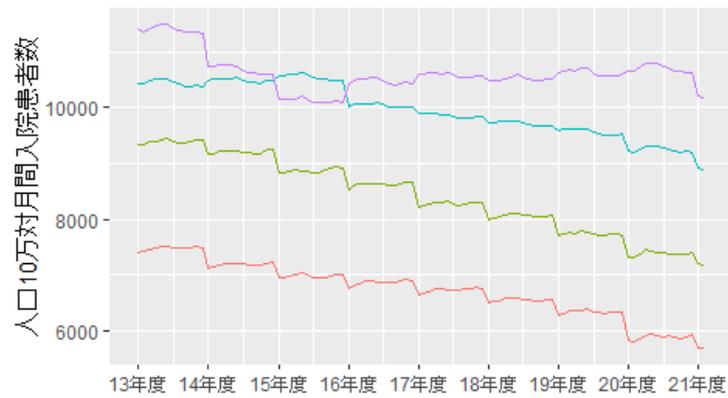
図 11. 15~19歳と20~24歳における外来患者延数



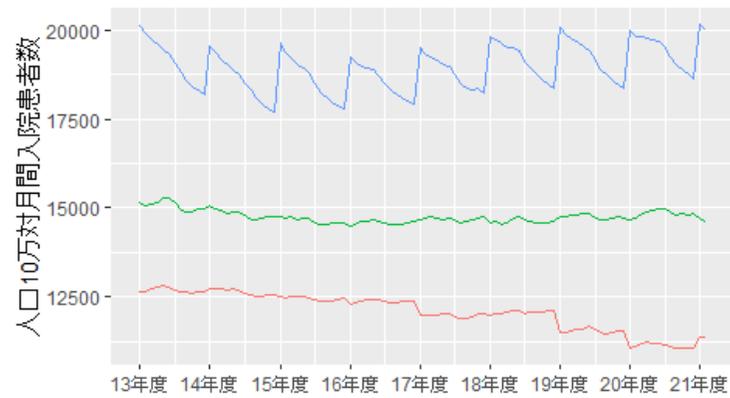
年齢区分 0~19歳 20~24歳 25~29歳 30~34歳



年齢区分 35~39歳 40~44歳 45~49歳 50~54歳



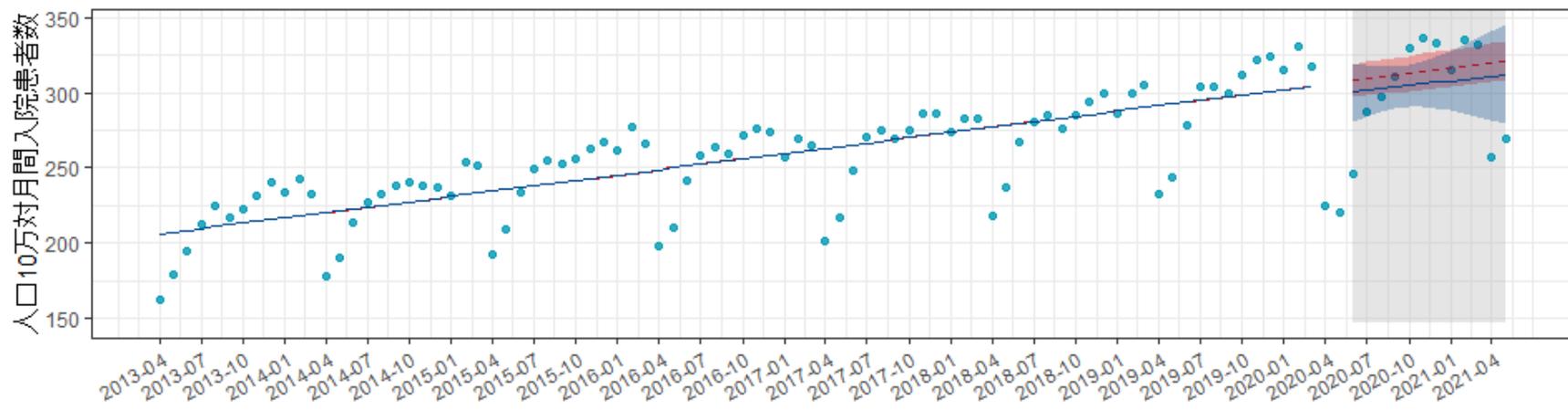
年齢区分 55~59歳 60~64歳 65~69歳 70~74歳



年齢区分 75~79歳 80~84歳 85歳以上

図 12. 入院患者延数

## 0~19歳



## 20~24歳

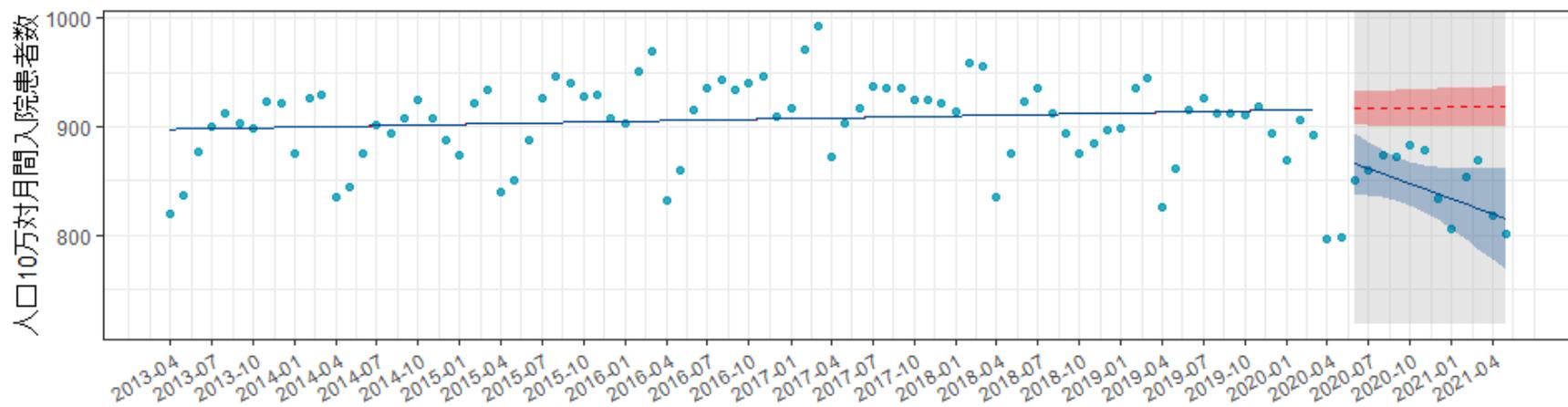


図 13. 0~19歳と20~24歳における入院患者延数

### 精神保健医療福祉の可視化に関する研究

研究分担者：○吉田光爾<sup>1)</sup>

協力：株式会社アクセライト

1) 東洋大学福祉社会デザイン学部

#### 要旨

**目的：**市区町村が精神保健医療福祉システムの整備状況について全国との比較の中で把握できる＝「見える化」する Web データベースを、他データベースとの関連も踏まえながら構築する。

**方法：**厚生労働行政推進調査事業（障害者政策総合研究事業）『医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究における研究』にて開発された市区町村による精神保健医療福祉資源整備進捗の Web データベースシステムの構築に関する研究成果を発展させ、より洗練された形での「見える」化システムを開発する。

**結果：**前述の『Regional Mental Health Resources Analyzing Database』（ReMHRAD）

（<https://rehmrad.jp>）を引き継ぎ、バージョンアップを行った。ReMHRAD は①第7次医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」の表示、②630 調査で把握された精神科病院への在院者の状況、③地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉）、④社会資源マップ、の四つの内容で構成されている。本年度は②および③の経年表示機能の追加、および新たに⑤発達障がいに関する社会資源情報の掲載に関して検討した。自治体関係者と協議しながら、有効に活用されるデータベースとしての在り方を検討していく。

#### A.研究の背景と目的

我が国の精神保健福祉の概況や、精神保健福祉分野の整備状況を論じようとするとき、630 調査や患者調査を中心とした統計資料がこれまで参照されてきた。これらの基礎資料が果たしてきた役割は極めて大きい、いくつかの課題もあると考えられる。

第一に、統計の集計単位が大きいという問題がある。630 調査や患者調査のデータ集計単位はしばしば都道府県単位となっている。精神保健福祉分野の所管業務が市区町村にも付託されるようになっているが、メッシュの細かいデータ提供は不十分であり、市区町村が自分の地域の情報を把握するためにデータ活用することが困難な状況

になっている。他方で、都道府県にとっても情報把握は大雑把になってしまう可能性がある。

第二に、「数表の解読のしにくさ」によって「公開」の意味が無効化されてしまうという問題がある。官庁等の公開データは、主に Microsoft Excel による集計表であるが、集計表の数値の羅列から、意味ある情報を読み取ることは容易ではない。データが活用されず死蔵されれば、本来の公開の意味が損なわれかねない。

第三に、数値の比較可能性の乏しさという問題である。ある指標について、全国平均値がどの程度か、自分の自治体の状況は全国平均と比してどの水準にあるかは、地

域の問題把握や政策立案の上で重要だが、他の自治体と直感的に比較可能な情報の公表はされていない。

第四に、情報の分散化という課題がある。精神保健福祉分野の統計資料については、様々な媒体で閲覧できるようになっているが、情報は分散しており、複数の資料を統合して検討しないと、全体像にたどり着かないなどの課題がある。

総括すると「わが市の市民は何人、どこに長期入院しているのか」「それは全国と比較して多いのか少ないのか」「そのためには何を調べればいいのか」「それを数字の羅列ではなく、知りたい」等のニーズにこたえるには限界があったといえる。

これらの課題に対応するために、著者は、厚生労働科学研究にてWeb上で閲覧できる精神保健福祉上の統計指標を、1) 市区町村単位で、2) 地図データを利用し可視化してわかりやすく、3) 多自治体とも比較可能な形で、4) 各種指標を統合して表示する、データベースシステムを開発し公開している。これを ReMHRAD (Regional Mental Health Resources Analyzing Database/地域精神保健医療福祉資源分析データベース：リムラッド)と呼称している。本稿では、2023年4月時点公開されたバージョンの当該データベースの概要について紹介する。

## B. 方法

厚生労働行政推進調査事業（障害者政策総合研究事業）『医療計画、障害福祉計画の効果的なモニタリング体制の構築のための研究における研究』で開発された ReMHRAD に関する研究成果を活用しつつ、分担研究者と協議の上、より視覚的に把握しやすいデータベースシステムを構築し、また新規のデータが得られたものについては、データのアップデートを行った。

改修については本研究班における班会議

や、2020年11月27日にWeb上で開催された『良質かつ適切な精神保健医療福祉の確保のためのデータの利活用に関する研修』などで意見を収集し、その結果を反映させた。反映させた内容については結果欄で報告する。

なお本年度、本研究で利用されているデータは、既にWebなどで他で公開されているデータの二次利用であり、個人情報や倫理的な観点からの審査案件にはあたらない。

## C. 結果

ReMHRAD は国立精神・神経医療研究センター内にて公開されている Web データベース (<https://remhrad.jp/>)<sup>1)</sup> である。本データベースは①第7次医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」の表示、②630調査で把握された精神科病院への在院者の状況、③地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉）、④社会資源マップの、4つのタブにわかれたコンテンツから構成され、来年度に向けてさらに1つのタブを追加検討をしている。本年度での改修点および改修計画点について以下で述べる。

### 1) 2022年度のアップデート内容

2023年度には以下のアップデートを行った。

#### (1) 既存の指標についてのアップデート

以下のタブについて情報を更新した。

#### ②在院者/退院者の状況（630調査）

630調査で把握された在院者/退院者については2022年度まで情報が更新されたことから<sup>2)</sup>、これについて ReMHRAD 上へ反映させた。

#### ③地域包括ケアのための資源の状況（訪問看護・障害福祉）

630調査で把握された訪問看護ステーションの情報については2021年度まで情報が更新されたことから<sup>3)</sup>、これにつ

いても ReMHRAD 上へ反映させた。

#### ④各社会資源のマッピング

630 調査で訪問看護ステーションの情報が更新されたことから<sup>3)</sup>、これについても 2021 年度までの情報を更新した。また精神科医療機関についての情報を「日本医師会 地域医療情報システム」<sup>4)</sup>をもとに刷新した。

なお①第 7 次医療計画における「精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」については、NDB からのデータの提供の遅延のため 2022 年度内のデータ更新はしていない。(2023 年度に更新予定である)

### (2) 新しい機能についての実装

関係者や研究班内の意見を反映し、以下の機能を実装した。

#### ①経年表記の実装

これまでの ReMHRAD はデータのソースを表記したうえで、最新の情報しか掲載されていない状態で、過去のデータを参照できなかった。しかしデータと使用する際に過去の情報を参照することで、経年変化を把握することができるなどのメリットが存在する。そこでタブ 2 (630 調査による在院者/退院者の状況：図 1) およびタブ 3 (地域包括ケアのための資源の状況：図 2) についてデータが存在する年度についての切り替えスイッチを搭載した。

#### ②発達障がい支援する社会資源に関する表示の検討

厚生労働科学研究「地域特性に応じた発達障害児の多領域連携における支援体制整備」(主任研究者 本田秀夫)と連携し、発達障害に関する社会資源の表示について検討した。各都道府県が発行する「発達障がいの診療を行う診療機関」、「子どものこころの診療機関マップ」、都

道府県が運営する「医療情報ネット」で発達障害(自閉症・学習障害等)の情報から、各都道府県・市町村単位で発達障がい診療する医療機関の情報を表示する(図 3)。現在は試験的にサイトを使用し、データの公開の許可を関係各機関から得られ次第、公開予定である。

### 2) アクセス数について

図 4 に ReMHRAD の PV に関する状況を示す。年間を通して 4000~7000 ビュー/月を確保しており、広く継続的な利用がうかがえる。

## D. 考察

現在、ReMHRAD は上記の構成になっているが、これは開発中のデータベースであり、今後このデータベースがどのように活用されていくかが試されているといえるが、幾つかの検討すべき事項があると考えられる。

### 1) 経時的な変化を把握するための表示機能

ReMHRAD の運用から数年が経過し、また各指標のアップデートも数次にわたっている。今年度はいくつかの指標について過去年度のデータを記を実装したが、幾つかの課題が存在する。

①医療計画指標の経年表記：現在 1 タブ目で掲載している医療計画指標についてはデータソースの年度が、指標によってまちまちになっている。また指標も第七次医療計画の新旧、また新規の第八次医療計画によって異なっている。そのため「年度」「指標」を連続的に比較することが困難な状況になっている。この点についての検討が必要であろう。

②過去との変化量がわかるような表記：現在の経年表記は各年度のデータをそのまま表記したものになっている。しかし過去からの変化量については表示できないため、

これらを検討していくことがデータのわかりやすく示すためには重要であると考えられる。

## 2) 第8次医療計画指標等も踏まえた全体のレイアウト変更

新たな第8次医療計画指標の改定も含め、地域精神保健福祉に関する新たな指標が検討された。これらの新指標を、各自治体が实际的に行政の中で活用できるようにするためには、どのようなWebデザインが効果的なのか、引き続き検討が必要であろう。

### 3) 630調査における退院者の転帰情報

630調査については現在、退院時の転帰（居住）に関する情報を収集されている。退院者が果たしてどのような転帰に至っているReMHRADとの検討の中で、どのように情報を収集するか、またどのような表記の仕方が、自治体にとって意味のある情報となるかを検討する必要があるだろう。

医療計画指標やその他の情報については、我が国の精神保健福祉行政において政策的に何を目指していくかによって、求められる指標が変化していくと考えられる。ReMHRADは、それらの変化に対応し、市民や地方自治体によってそれらの情報をより活用されやすい形で提供する媒体として、引き続きデザインや機能を更新し続けていく必要があると考えられる。

1) 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：地域精神保健医療福祉資源分析データベース（Regional Mental Health Resources Analyzing Database/リムラッド），

<https://remhrad.jp/>

2) NDB分析 20200331 付表 ver1.5.xlsx：持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究HP内、  
(<https://seishin-chikouken.jp/ndb.html>)

3) 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 精神医療政策研究部：精神保健福祉資料（630調査），<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/year.html>

4) 日本医師会：地域医療情報システム、  
(<https://jmap.jp/>)

## 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  
なし

## 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

## H. その他

図 1：新規に追加された機能（経年表示：タブ②）

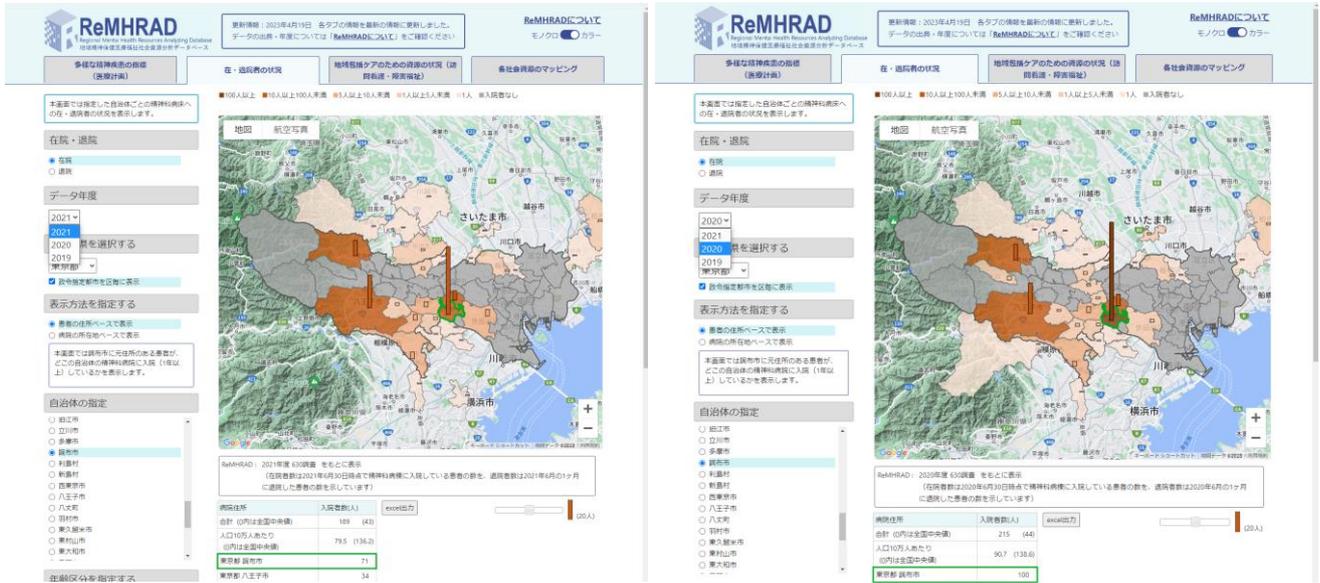


図 2：新規に追加された機能（経年表示：タブ③）

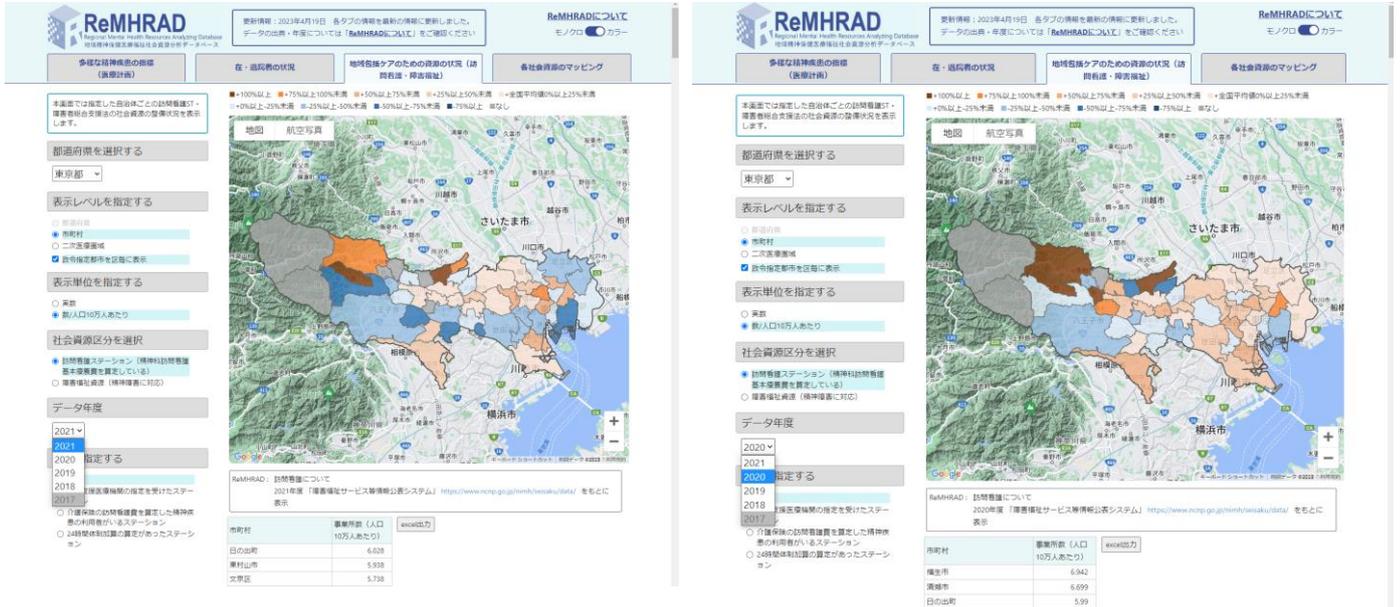


図3：発達障がいに関する社会資源の情報（試作段階）

ReMHRAD  
Regional Mental Health Resources Analyzing Database  
発達障害医療福祉社会資源分析データベース

更新情報：2022年4月4日 各タブの情報を最新の情報に更新しました。  
データの抽出・年度については「ReMHRADについて」もご確認ください

ReMHRADについて  
モノクロ カラー

新しいタブ

多様な精神疾患の強種  
在・退院者の状況  
地域包括ケアのための資源の状況  
(訪問看護・障害福祉)  
各社会資源のマッピング  
発達障害を支援する社会資源

都道府県と市区町村を選択できるようにする  
(Excelには、自治体コード反映済み)。  
現行のReMHRADでは、政令市の各區まで検索できる仕組みになっているが、発達障害タブでは、政令市の区までは検索をしない仕組みにする。※検討

本画面では、指定した自治体の発達障害を支援する社会資源(仮)を所在地情報をもとにマッピングします。

都道府県を選択する  
北海道

社会資源を選択  
医療資源  
 発達障害の診療を行う医療機関  
障害福祉資源  
 発達障害者支援センター

発達障害者支援センターを選択した場合、「都道府県を選択する」の市区町村は選択できない状態にする。  
(都道府県・政令市のみ設置のための)

地図 航空写真  
飛鳥のヒンケリア

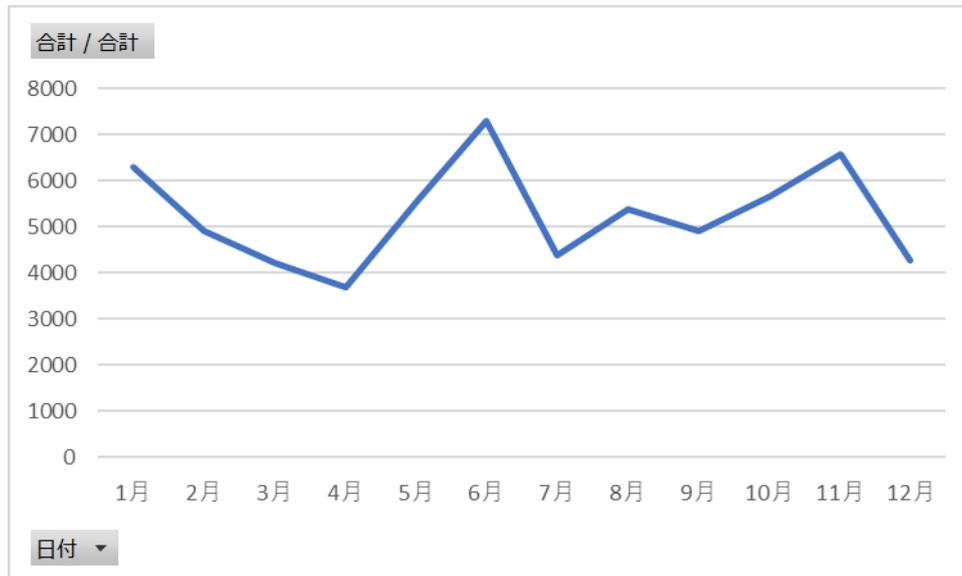
情報収集の優先順位

- ① 各都道府県が発行する「発達障害の診療を行う医療機関」リストからの収集
- ② 「子どものこころの診療機関マップ」に登録されている都道府県については、①との重複を省いた医療機関を収集
- ③ 上記①、②を持たない自治体については、都道府県が運営する「医療情報ネット」で「発達障害(自閉症・学習障害等)」に該当した医療機関情報を収集

※ 「子どものこころの診療機関マップ」に登録されているが、①を持たない都道府県については、「子どものこころの診療機関マップ」からの収集を優先し、その後、重複していない情報を「医療情報ネット」から収集した。

ReMHRAD：各自治体が発行する「発達障害医療機関リスト」  
「子どものこころの診療機関マップ」(こどものこころの診療ネットワーク事業<https://kokoro.ncchd.go.jp/>)  
上記を持たない自治体については、医療情報ネット(医療機能情報提供制度)をもとに表示(2022年12月時点)

図4：ReMHRADの2022年度のアクセス数の推移(単位PV)



## 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

### 退院2年後の治療継続・再入院の状況

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（沖縄中央病院），木崎英介（大泉病院），来住由樹（岡山県精神科医療センター），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（栃木県精神保健福祉センター），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野 貢（石川県立こころの病院），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（元・長崎県精神医療センター），満留朱里（八幡厚生病院），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（田川市役所），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】措置入院に関する知見は、措置入院に関する診断書や措置症状消退届など、行政資料を調査したデータが多い。ただ、こうしたデータでは、措置解除後については、あたかも別の入院であるかのように区別され、入院期間全体を見渡した医療内容、通院医療の状況、再入院、死亡リスクに関する十分なデータは、あまりみられない。このため今回、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い、措置入院患者の医療の動向を措置入院時から1ヶ月ごとの病状変化、措置解除から退院後の経過等を通して観察することとした。

この研究では退院3年後まで追跡を予定しており、このうち退院1年後の治療継続・再入院の状況については、昨年度2021年度の報告書にて報告した。本稿では、退院2年後の治療継続・再入院の状況について、報告した。

なお、2022年度において、過年度に未報告となっていた一部のデータが報告されたため、本稿で言及する範囲においては、最新のデータに更新して報告した。

【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。あわせて、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検討した。

【結果】患者登録は、最終的に525例（男性326例、女性200例、男女比1.6対1）となった。このうち517名が退院に至り、うち502名について、研究協力施設から退院2年後の転帰にかかる回答が得られた。

回答が得られた502例のうち、退院後の観察期間、最長730日で、研究協力施設への入院状況は、入院した94例、入院していない387例、不明21例であった。研究協力施設での退院2年後の時点での治療状況は、入院中19例、通院継続中104例、受けていない378例であった。治療を継続していない理由は、治療中断22例、他院紹介転院318例、治療終了7例であった。退院2年後の生存状況は、生存140例、死亡9例、不明353例であった。

観察期間730日の時点で、退院後の研究協力施設への通院継続期間は、平均284.6日±標準誤差16.3日であった。このうち措置解除時の入院継続例372.1±23.4日、通院例317.4±37.4日、転医例74.9±38.6日であった。措置入院時の診断別にはF2統合失調症279.2±21.0日、F3気分障害323.1±38.7日などであった。

退院後の研究協力施設への再入院までの期間は、観察期間730日で、全502例のうち94例（18.7%）で再入院しており、平均284.6日±標準誤差16.3日であった。このうち措置解除時の入院継続266例では再入院66例、208.0±26.4日、通院77例では再入院13例、300.1±64.6日などであった。措置入院時の診断別ではF2統合失調症302例では再入院58例、230.9±28.0日、F3気分障害76例では再入院15例、259.6±59.8日などであった。

#### 【結論】

以上、退院2年後の通院継続状況、再入院状況を示した。

#### A 研究の背景と目的

措置入院に関する知見は、措置入院に関する診断書や措置症状消退届など、行政資料を調査したデータが多い。ただ、こうしたデータでは、措置解除後については、あたかも別の入院であるかのように区別され、入院期間全体を見渡した医療内容、通院医療の状況、再入院、死亡リスクに関する十分なデータは、あまりみられなかった。

筆者らは2010年度に全国の精神科救急入院料を算定している76医療機関を対象に、同年度に措置解除された1421例について後ろ向きコホート研究を行い、通院継続状況や再入院状況を明らかにした<sup>1)</sup>。

ただ、この調査は措置解除となったケースを対象としたもので、措置入院となった全例を対象としたものではない。措置入院となったケースが、どのように推移するのか、最も

的確に把握するには、やはり措置入院した全例を対象として、措置入院から措置解除、退院そして退院後一定期間の動向を見渡して検討する必要がある。

こうしたことから、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い、措置入院患者の医療の動向を俯瞰することとした。

このうち、年齢・性別、通報種別、精神科治療歴、通報者による自傷他害の評価、診断、入院時の症状、入院時の重大な問題行動、入院期間、転帰については2020年度の報告書において、「2020年9月18日における患者登録の状況」として報告した<sup>2)</sup>。同日以降に措置入院患者の新規登録はなく、措置入院時点の属性は、2020年度の報告書の通りである。ただ、2022年度において、一部の研究協力施設から追加の報告があったため、当該部分については個別に修正した。

この研究では退院3年後まで追跡を予定しており、このうち退院1年後の治療継続・再入院の状況については、昨年度2021年度の報告書にて報告した<sup>3)</sup>。

本稿では、退院2年後の治療継続・再入院の状況について報告した。

## 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	n	登録期間
宮城県立精神医療センター	74	2016年6月1日から2017年
栃木県立岡本台病院	197	5月31日まで
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	2017年12月1日から2018年11月30日まで
井之頭病院	35	2018年1月1日から2018年12月31日まで
沼津中央病院	15	2018年2月1日から2019年1月31日まで
大泉病院	56	2018年10月
岡山県精神科医療センター	15	1日から2019年9月30日まで

調査項目は、全体で、措置入院時、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持続性抗精神病注射薬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。

このほか、入院中1ヶ月ごとに精神症状・社会機能について、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。

また退院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）」、退院1年後に「措置解除時あるいは退院時のケア会議実施状況」「調査時点前1ヶ月における各種サービスの利用状況」を調査した。

本稿では、このうち、退院2年後における調査項目について報告した。

## (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、研究代表者が所属していた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、2020年4月に研究代表者が福岡県立精神医療センター太宰府病院に転勤したことに伴い、太宰府病院研究審査委員会にも研究継続を報告し、改めての審査は不要とされた。

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

### 1 属性

退院2年後の報告が得られた502例について、措置入院時の通報種別は、図1に示した。

502例の内訳は、一般人申請(第22条)6例(1.2%)、警察官通報(第23条)456例(90.8%)、検察官通報(第24条)27例(5.4%)、矯正施設長通報(第26条)9例(1.8%)、精神病院管理者届出(第26条の2)3例(0.6%)、欠損値1例(0.2%)であった。

診断は、図2に示した。

この502例について、措置入院時→措置解除時の主たる精神障害は、F0器質性精神障害29例(5.8%)→21例(4.2%)、F1精神作用物質障害31例(6.2%)→37例(7.4%)、F2統合失調症303例(60.4%)→193例(38.4%)、F3気分障害76例(15.1%)→76例(15.1%)、F4神経症10例(2.0%)→14例(2.8%)、F6パーソナリティ障害16例(3.2%)→13例(2.6%)、F7知的障害13例(2.6%)→19例

(3.8%)、F8発達障害16例(3.2%)→15例(3.0%)、F9児童思春期障害6例(1.2%)→2例(0.4%)、欠損値2例(0.4%)→112例(22.3%)であった

なお、この欠損値112例については、移送により措置解除に至らず研究協力施設を退院した110例が含まれる。これらの例では、研究協力施設では措置症状消退届を作成しておらず、措置解除時診断が得られていないため、欠損値とせざるを得なかった。

### 2 退院後の医療機関への入院

#### (1) 研究協力施設への入院

退院2年後までの研究協力施設への入院の状況は、図3に示した。なお、左図は退院1年後から2年後、右図は退院直後から2年後までの入院状況とした。

退院日からの観察期間は最長730日で、退院1年後から2年後までの1年間に研究協力施設への入院したことが判明しているのは62例(12.4%)であった。また、退院直後からの2年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは94例(18.7%)、この2年間に研究協力施設に入院していないのは387例(77.1%)、不明21例(4.2%)であった。

なお、2021年度報告、つまり退院日からの観察期間最長365日における報告では、研究協力施設への入院したことが判明しているのは、対象496例のうち、入院した65例(12.9%)、入院していない411例(81.5%)、不明20例(4.0%)であった。

#### (2) 他の医療機関への入院および入院回数

退院2年後までの他の医療機関への入院の状況は、図4に示した。なお、左図は退院1年後から2年後、右図は退院直後から2年後までの入院状況とした。また、他の医療機関への入院回数、措置入院が含まれるかについては図5に示した。

退院日からの観察期間は最長730日で、退院1年後から2年後までの1年間に他の医療機関への入院したことが判明しているのは

17例(3.4%)であった。また、退院直後からの2年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは38例(7.6%)、この2年間に他の医療機関に入院していないのは123例(24.5%)、不明341例(67.9%)であった。

退院1年後から退院2年後までの1年間に他の医療機関への入院回数は、1回7例(1.4%)、2回以上2例(0.4%)、不明16例(3.2%)、回答なし477例(95.0%)であった。この入院について、措置入院が含まれるかは、含まれていた5例(1.9%)、含まれていない4例(0.8%)、不明14例(8.7%)、未記入1例(0.2%)、欠損値478例(95.2%)であった。

なお、2021年度、退院日からの観察期間最長365日での報告では、退院1年後までの1年間に他の医療機関への入院したことが判明しているのは、対象496例のうち、入院した25例(5.0%)、入院していない159例(31.5%)、その他1例(0.2%)、不明306例(60.7%)、転入院継続中4例(0.8%)、未記入1例(0.2%)例であった。入院回数は1回12例(2.4%)、2回以上3例(0.6%)、不明49例(9.7%)、未記入1例(0.2%)、回答なし431例(85.5%)であった。措置入院が含まれるかは、含まれていた8例(1.6%)、含まれていない11例(2.2%)、不明44例(8.7%)、未記入1例(0.2%)、欠損値432例(85.7%)であった。

### 3 研究協力施設での治療状況

退院2年後の時点における研究協力施設での治療状況は、図6に示した。

退院2年後の時点における研究協力施設での治療状況は、入院中19例(3.8%)、通院継続中104例(20.7%)、受けていない379例(75.5%)であった。研究協力施設で治療を継続していない理由は、治療中断22例(4.4%)、他院紹介転院318例(63.3%)、治療終了7例(1.4%)、死亡9

例(1.4%)、その他8例(1.6%)、不明4例(0.8%)、欠損値134例(26.7%)であった。

研究協力施設で治療を継続していない理由について、自由記載されていたため、2021年度の報告書の分類に沿って意見の内容を分類し、図7に示した。

実質的に同一医療機関内で経過観察、あるいは距離的な事情といった理由は、今回は該当例はなかった。

身体合併症を理由とするものとして、「リハビリ病院へ転院」「出産のため治療中断」などがあった。

その他として、「他院に措置入院したとの連絡あり、詳細は不明」「前回転院後に退院となり、他院へ医療保護入院となった。」「相談による連絡」「他院から他院への転医に際しての情報提供。」「本人が近医への転医を希望したが、受け入れ先がないまま当院は終診となっている。」などがあった。

### 4 生存状況

退院2年後までの生存状況は、図8に示した。

退院2年後の時点において研究協力施設が知り得た範囲で、生存140例(27.9%)、不明353例(70.3%)、死亡9例(1.8%)であった。死因は、病死2例、自殺4例、事故死1例、不明2例であった。

なお、2021年度報告、退院日からの観察期間は最長365日で、退院1年後の生存状況は、生存172例(34.1%)、死亡7例(1.4%)、不明317例(62.9%)であった。死亡7例の死因は、病死1例、自殺3例、事故死1例、不明2例であった。この点、年齢によって死亡リスクは異なるため、標準化死亡比など詳細については別に報告した。

### 5 退院後の通院継続期間

退院後の通院継続期間は、欠損値2例を含む502例で、平均284.1日±標準誤差16.3日(95%信頼区間 下限252.1日、上限

316.1日)であった。

(1) 措置解除時の処置ごとの通院継続期間  
措置解除時の処置別・退院後の通院継続期間  
間は、図9(1)、また通院継続期間の生存  
曲線は図9(2)に示した。

このうち措置解除時の処置別にみると、措  
置解除時に入院継続となった267例で370.9  
±23.4(325.1-416.7)日、通院となった77  
例では317.4±37.4(244.2-390.6)日、転医  
29例では74.9±38.6(0-150.5)日、その他  
16例では205.5±75.4(57.8-353.2)日、移  
送110例では80.8±19.9(41.8-119.9)日、  
欠損値2例では394.0±237.6(0-859.7)日  
であった。群間比較では、入院継続と転医、  
移送、通院と転医、移送、その他と移送の各  
群間で有意差が認められた。措置解除時の入  
院継続群と通院群では通院継続期間に差はな  
かった。

入院継続群267例のうち、研究協力施設へ  
の退院直後の通院継続は163例(61.0%)、  
730日では92例(34.5%)であった。通院  
77例では、退院直後47例(61.0%)、730  
日で23例(29.9%)であった。

(2) 措置入院時診断ごとの通院継続期間  
措置入院時の主たる精神障害における  
ICD-10カテゴリー別・退院後の通院継続期  
間は、図10(1)、また通院継続期間の生  
存曲線は図10(2)に示した。

このうち、措置入院時の主たる精神障害別  
にみると、ICD-10でF0器質性精神障害で  
あった29例では、163.3±49.1(66.9-  
259.6)日、F1精神作用物質障害31例では  
283.4±55.4(174.6-392.2)日、F2統合失  
調症302例では279.2±21.0(238.0-  
320.5)日、F3気分障害76例では323.1±  
38.5(247.7-398.5)日、F4神経症性障害10  
例では131.8±67.4(0-263.9)日、F6パー  
ソナリティ障害15例では140.9±70.9(2.0-  
279.8)日、F7精神遅滞13例では168.5±  
85.3(1.3-335.7)日、F8発達障害16例で  
は393.8±79.9(237.1-550.4)日、F9児童

思春期精神障害6例では358.7±146.5

(71.5-645.8)日であった。群間比較では、  
F3気分障害とF0器質性精神障害またはF4  
神経症性障害、F8発達障害とF3気分障害ま  
たはF0器質性精神障害の各群間で有意差が  
認められた。

6 退院後の再入院までの期間

退院後の研究協力施設への再入院までの期  
間は、観察期間730日で、全502例では再  
入院94例(18.7%)で、再入院までの平均  
150.2日±標準誤差12.2日(95%信頼区間  
下限126.3日、上限174.0日)であった。

(1) 措置解除時の処置ごとの再入院までの  
期間

このうち措置解除時の処置別にみると、措  
置解除時に入院継続となった268例では再入  
院66例、195.6±18.3日、通院となった77  
例では再入院13例、192.9±34.5日、転医  
29例では再入院1例、その他16例では再入  
院3例、64.6±46.7日、移送110例では再  
入院11例、50.1±20.5日であった。

(2) 措置入院時診断ごとの再入院までの期  
間

措置入院時の主たる精神障害が、ICD-10  
でF0器質性精神障害であった29例では、  
再入院6例、104.1±43.6日、F1精神作用  
物質障害31例では再入院7例、107.3±42.9  
日、F2統合失調症302例では再入院58  
例、147.8±15.5日、F3気分障害76例では  
再入院15例、204.9±35.3日、F4神経症性  
障害10例では再入院1例、F6パーソナリテ  
ィ障害15例では再入院1例、F7精神遅滞  
13例では再入院2例、F8発達障害16例で  
は再入院2例、F9児童思春期精神障害6例  
では再入院2例であった。

## D 考察

### 1 属性について

患者登録の状況については、2020年度の  
報告書にて、2020年9月18日時点での登録  
523例について、詳細を示したり。ただ、

2022年度において、一部の研究協力施設から全部で2例の追加報告があったため、当該部分については個別に修正した。

ここで、診断については、2021年度報告書でも記載したが、措置入院時の診断と措置解除時の診断の双方を示している<sup>2)</sup>。措置入院に関する調査では、措置入院時、措置解除時、一方の診断しか得られないことも少なくない。しかも、措置入院制度は、指定医の診断が一致しないことがありうることを人権保護に活用していることから、このデータ処理には一層、悩ましい場面が生じる。先行研究でも、検察官通報では措置入院時の診断と措置解除時の診断は、比較的一致するが、警察官通報ではその一致率は低下することが知られている<sup>4)7)</sup>。この調査でも、措置解除時には措置入院時とは異なる診断とされたケースも、すくなくない。

この調査では、移送110例について、措置症状消退届がなく、措置解除時の主診断についての情報が得られていないため、措置入院時の診断を用いるしかなかった。この点、先行研究である措置入院者の後ろ向きコホート研究では措置解除時診断を用いており、比較に際して、留意を要する<sup>1)</sup>。

## 2 退院後の医療機関への入院について

退院後730日以内に、研究協力施設には502例のうち94例(18.7%)が入院していた。先行研究である措置入院者の後ろ向きコホート研究では退院1421例のうち398例(28.0%)が入院しており<sup>1)</sup>、先行研究に比して、この研究において有意に再入院は少なかった(Fisher 両側  $p=0.000$ )。なお、先行研究の観察期間は最短1年半、最長2年半であり、この研究では730日であることから、観察期間については大きな差異はないと考えられる。

他の医療機関への入院状況は、341例(67.9%)と、多くが不明であった。他の医療機関への措置入院が判明したのは5例(1.0%)であった。こうした調査に際して

他の医療機関への措置入院について、あきらかにできる可能性は高くないと考えられた。

## 3 研究協力施設での治療状況について

退院2年後の時点では、研究協力施設では、入院中19例(3.8%)、通院継続中104例(20.7%)、あわせて123例(24.5%)が治療を受けていた。後ろ向きコホート研究では、退院1421例のうち441例(31.0%)が治療継続しており、この研究において有意に再入院は少なかった(Fisher 両側  $p=0.0062$ )

2021年度の報告書<sup>2)</sup>では観察期間の相違を視野に置いていたが、今回、再入院、治療継続双方の割合が低い点からは、研究協力施設が措置入院を受け入れた後に地域の医療機関に戻すのか、そのまま研究協力施設での医療を継続しているかの差異、またシステムとしての移送が行われ、その数も110例にのぼることも結果に影響していると思われた。先行研究である後ろ向きコホート研究では措置解除例を対象としているが、この研究では措置入院例を対象としていることにも留意を要すると思われた。

医療継続していない理由は、他院紹介転院318例(63.3%)が過半数で、回答なし269例(35.1%)など情報が得られないものが3分の1を占めていた。

## 4 生存状況について

退院2年後の生存状況は、不明353例(70.3%)が最も多く、生存状況が判明しているのは、生存140例(27.9%)、死亡9例(1.8%)と、おおむね3分の1にとどまった。なお、年齢によって死亡リスクは異なるため、標準化死亡比など詳細については別に報告した。

## 5 退院後の通院継続期間について

退院後の観察期間730日で、通院継続期間は平均284.6日±標準誤差16.3日であった。後ろ向きコホート研究では、退院後の観察期間1年半から2年半で479日であった<sup>1)</sup>。観察期間はほぼ同等であるため、治療状

況で述べたのと同様に、研究協力施設が措置入院を受け入れた後に地域の医療機関に戻すのか、そのまま研究協力施設での医療を継続しているかの差異、またシステムとしての移送が110例あることも結果に影響していると思われた。

群間比較では、診断別では、いくつかの群の間において有意差があったが、後ろ向きコホート研究でみられたような統合失調症と他群間の際ほどには明確にはならなかった。この点は、措置入院時と措置解除時で診断変更がなされることにも留意を要する。また、措置解除時の処遇別でも、転医や移送など、人為的判断によって治療の場が変更されている群で、有意に通院継続期間が短くなっているのは、やはり影響しうる因子であると考えざるを得ない。

#### 6 退院後の再入院までの期間について

退院後の再入院が判明したのは全496例のうち94例(18.7%)で、再入院まで284.6日±16.3日であった。後ろ向きコホート研究では退院後の観察期間1年半から2年半で462日であった<sup>9)</sup>。観察期間は平準化すればほぼ同等であるため、この調査において再入院までの期間が短いようであり、その要因も治療状況や治療継続期間と同様、研究協力施設が措置解除後に医療を継続するかどうか、あるいは移送110例の影響は考慮せざるを得ないと思われた。

ただ、この研究において再入院となることは少ないが、短い期間で再入院となっていることについては、見方を変えれば、適切なケアを受け早期に危機介入が得られた結果である可能性も考慮には入れる必要があり、必ずしも否定的なものとはいえないことに留意を要する。

#### 7 まとめ

退院2年後の通院継続状況、再入院状況を示した。

退院後の研究協力施設への入院や治療状況

については、後ろ向きコホート研究と大きな相違はない一方で、通院継続期間、再入院までの期間は、観察期間が平準化された今年度の時点において、研究協力施設が措置入院を受け入れた後に地域の医療機関に戻すのか、そのまま研究協力施設での医療を継続しているかの差異、またシステムとしての移送が行われ、その数も110例にのぼることも結果に影響していた。もちろん、観察期間が延長するほど、これらの期間の値は延長することに留意を要する。同種の調査に際して、観察期間2年の値を示しておくことは有用と考え、現時点での値を報告した。

#### 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

#### 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) 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
- 2) 瀬戸秀文, 朝倉為豪, 稲垣中, 岩永英之, 牛島一成, 太田順一郎, 大塚達以, 小口芳世, 奥野栄太, 木崎英介, 来住由樹, 小池純子, 椎名明大, 島田達洋, 鈴木亮, 酢野貢, 田崎仁美, 戸高聡, 富田真幸, 中西清晃, 中濱裕二, 中村仁, 平林直次, 松尾寛子, 宮崎大輔, 山田直哉, 横島孝至, 吉川輝, 吉住昭, 芳野昭文, 渡辺純一. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 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1年後の治療継続・再入院の状況：厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究\_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 (19-GC2-003) 令和3年度\_総括・分担研究報告書 pp199-206, 2022

(<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/157792>  
[https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/E2%85%A1-%EF%BC%94%E3%80%80%E3%81%9D%E3%81%AE1-3%E3%80%80%E9%80%80%E9%99%A2%E5%BE%8C%E3%81%AE%E6%B2%BB%E7%99%82%E7%B6%99%E7%B6%9A%E3%83%BB%E5%86%8D%E5%85%A5%E9%99%A2%E3%81%AE%E7%8A%B6%E6%B3%81%E5%88%E7%80%AC%E6%88%B8%E5%85%88%E7%94%9F%E5%88%B8](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/E2%85%A1-%EF%BC%94%E3%80%80%E3%81%9D%E3%81%AE1-3%E3%80%80%E9%80%80%E9%99%A2%E5%BE%8C%E3%81%AE%E6%B2%BB%E7%99%82%E7%B6%99%E7%B6%9A%E3%83%BB%E5%86%8D%E5%85%A5%E9%99%A2%E3%81%AE%E7%8A%B6%E6%B3%81%E5%88%E7%80%AC%E6%88%B8%E5%85%88%E7%94%9F%E5%88%B8)

3) 瀬戸秀文, 朝倉為豪, 稲垣中, 岩永英之, 牛島一成, 太田順一郎, 大塚達以, 小口芳世, 奥野栄太, 木崎英介, 来住由樹, 椎名明大, 島田達洋, 鈴木亮, 酢野貢, 田崎仁美, 戸高聰, 富田真幸, 中西清晃, 中濱裕二, 中村仁, 平林直次, 松尾寛子, 宮崎大輔, 山田直哉, 横島孝至, 吉川輝, 吉住昭, 芳野昭文, 渡辺純一. 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：厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究\_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 (19-GC2-003) 令和2年度\_総括・分担研究報告書 pp177-190, 2021

([https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report\\_pdf/2018010A](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/2018010A)

[buntan4%EF%BC%88%E5%88%86%E6%8B%85\\_%E7%80%AC%E6%88%B81%EF%BC%89%EF%BD%90177-190.pdf](https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/buntan4%EF%BC%88%E5%88%86%E6%8B%85_%E7%80%AC%E6%88%B81%EF%BC%89%EF%BD%90177-190.pdf)

4) 吉住昭, 瀬戸秀文, 稲垣中, 小口芳世, 猪飼紗恵子 (論文執筆者：猪飼紗恵子). 医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究 「措置入院に関する診断書」と「措置症状消退届」の診断について：厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業) 重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究 平成23年度総括分担研究報告書 pp109-122, 2012

5) 猪飼紗恵子, 小口芳世, 稲垣中, 瀬戸秀文, 吉住昭. 精神保健福祉法第25条 (検察官通報) に基づく措置入院の入院時、および措置解除時の診断の一致度に関する検討. 精神神経学雑誌 2012 特別 266, 2012

6) 吉住昭, 瀬戸秀文, 稲垣中, 小口芳世, 猪飼紗恵子 (論文執筆者：猪飼紗恵子). 医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法第24条に基づく警察官通報の現状に関する研究 「措置入院に関する診断書」と「措置症状消退届」の診断について：厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業) 重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究 平成24年度総括分担研究報告書 pp93-104, 2013

7) 猪飼紗恵子, 小口芳世, 稲垣中, 瀬戸秀文, 吉住昭. 警察官通報に基づく措置入院の入院時、及び解除時の診断の一致率に関する検討. 精神神経学雑誌 2013 特別 536, 2013

図1 通報申請届出の種別  
n=502

警察官通報456例 (90.8%)

2010年後向きコホート研究に比して、今回の前向きコホートで警察官通報が多い(警察官通報と、それ以外の通報申請届出等を比較、Fisher両側 p=0.0064)。

2010年 後ろ向きコホート研究 n=1421例

一般人申請(第23条) 43例(3.0%)、  
警察官通報(第24条) 1216例(85.6%)、  
検察官通報(第25条) 107例(7.5%)、  
保護観察所長通報(第25条の2) 3例(0.2%)、  
矯正施設長通報(第26条) 29例(2.0%)、  
精神病院管理者届出(第26条の2) 5例(0.4%)、  
医療観察法対象者(第26条の3) 0例(0.0%)、  
知事等職務診察(第27条第2項) 11例(0.8%)、  
情報欠損7例(0.5%)

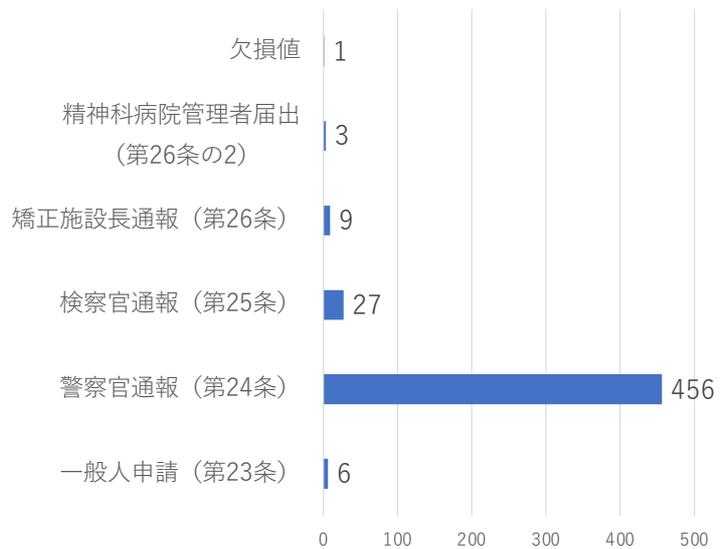


図2 措置入院時の主たる精神障害と措置解除時の主たる精神障害  
n=502

この502例について、措置入院時→措置解除時の主たる精神障害は、

F0器質性精神障害29例(5.8%) → 21例(4.2%)、  
F1精神作用物質障害31例(6.2%) → 37例(7.4%)、  
F2統合失調症303例(60.4%) → 193例(38.4%)、  
F3気分障害76例(15.1%) → 76例(15.1%)、  
F4神経症10例(2.0%) → 14例(2.8%)、  
F6パーソナリティ障害16例(3.2%) → 13例(2.6%)、  
F7知的障害13例(2.6%) → 19例(3.8%)、  
F8発達障害16例(3.2%) → 15例(3.0%)、  
F9児童思春期障害6例(1.2%) → 2例(0.4%)、  
欠損値2例(0.4%) → 112例(22.3%)であった。

措置入院時の主たる精神障害のICD-10カテゴリーが、措置解除時の主たる精神障害のICD-10カテゴリーと同じ範疇にあったのは、313例(62.4%)であった。

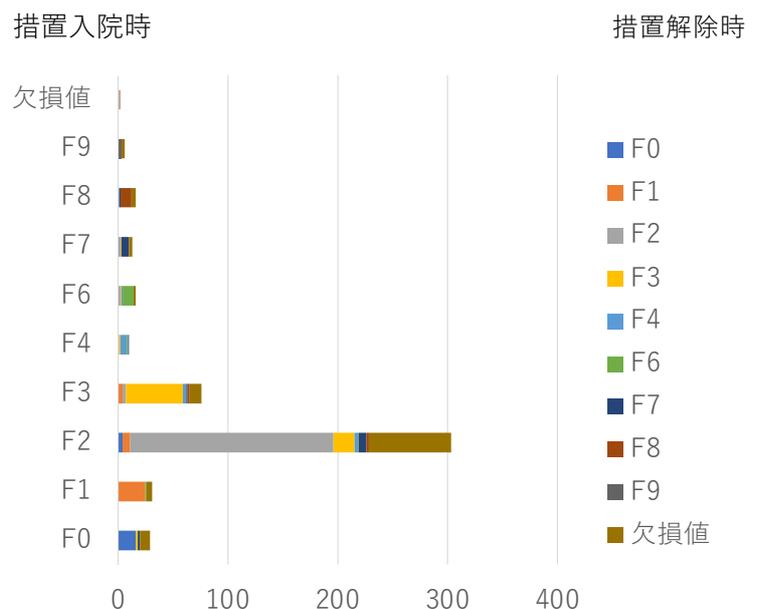


図3 退院2年後までの研究協力施設への入院（観察期間：最長730日）n=502

退院1年後から2年後までの1年間に研究協力施設への入院の有無について尋ねた。研究協力施設に入院したことが判明しているのは62例であった。

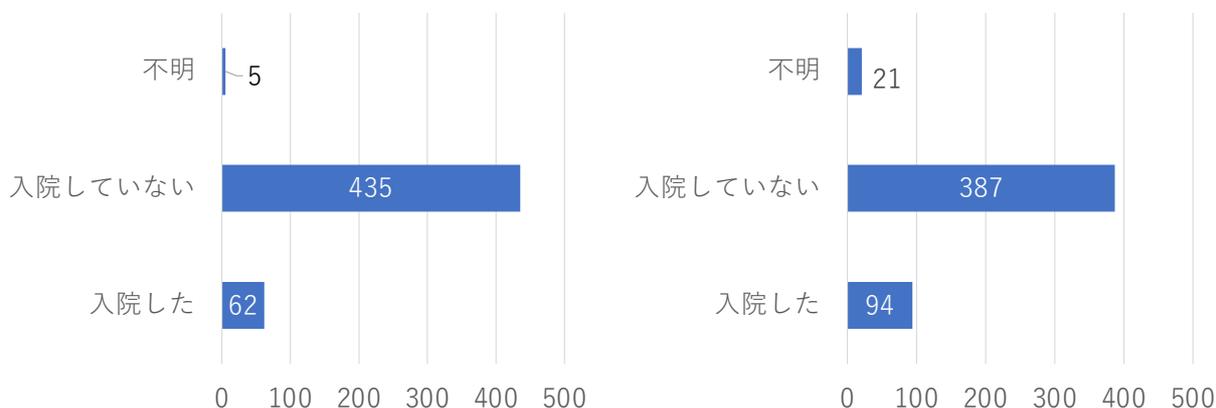
退院直後から2年後までの2年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは94例、この2年間に研究協力施設に入院していないのは387例、不明21例であった。

研究協力施設への入院

研究協力施設への入院

（退院1年後から2年後まで）

（退院直後から2年後まで）



なお、2021年度報告、退院日からの観察期間は最長365日で、退院1年後までの1年間に研究協力施設への入院したことが判明しているのは、対象496例のうち、入院した65例（12.9%）、入院していない411例（81.5%）、不明20例（4.0%）であった。

図4 退院2年後までの他の医療機関への入院（観察期間：最長730日）n=502

退院1年後から2年後までの1年間に他の医療機関への入院の有無について尋ねた。他の医療機関に入院したことが判明しているのは17例であった。

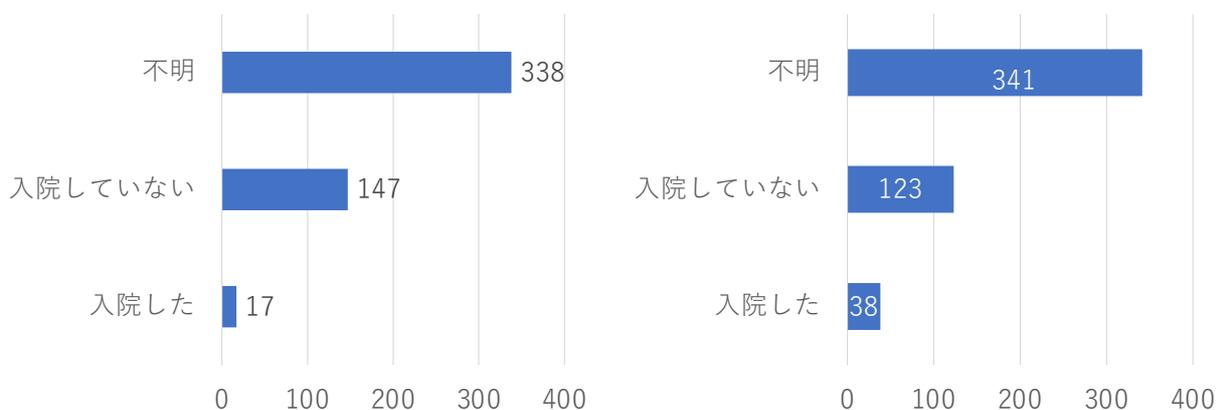
退院直後から2年後までの2年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは38例、この2年間に他の医療機関に入院していないのは123例、不明341例であった。

他の医療機関への入院

他の医療機関への入院

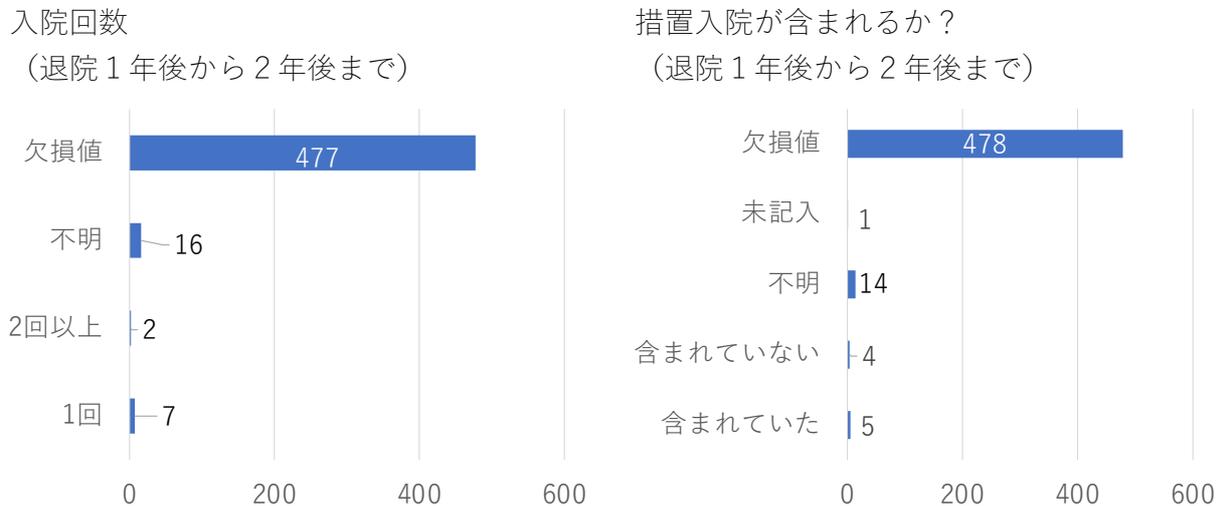
（退院1年後から2年後まで）

（退院直後から2年後まで）



なお、2021年度報告、退院日からの観察期間は最長365日で、退院1年後までの1年間に他の医療機関への入院したことが判明しているのは、対象496例のうち、入院した25例（5.0%）、入院していない159例（31.5%）、不明306例（60.7%）などであった。

図5 退院1年後から2年後までの他の医療機関への入院（観察期間：最長365日）n=502  
 退院1年後から2年後までの1年間に他の医療機関への入院回数と、措置入院が含まれるかについて尋ねた。他の医療機関に入院したことが判明しているのは9例（1年後まででは17例）であった。また措置入院が含まれるのは5例（1年後まででは8例）であった。



\*本来であれば、退院2年後の入院回数、措置入院が含まれるか、については、退院1年後の入院回数、措置入院が含まれるかについて、比較検討を要する。ただ、上記に示したように、他院での入院状況については、1年後、2年後とも、ほとんど判明していない。また1年目の報告と2年目の報告で、重複を避けているか、必ずしも明確でなく、今回は上記の値のみ集計した。

図6 退院2年後までの研究協力施設での治療状況（観察期間：最長730日）n=502  
 退院2年後の時点における研究協力施設での治療状況について尋ねた。  
 退院2年後の時点で入院中19例、通院継続中104例であった。治療が継続されていない理由は、他院紹介転院318例が最も多かった。

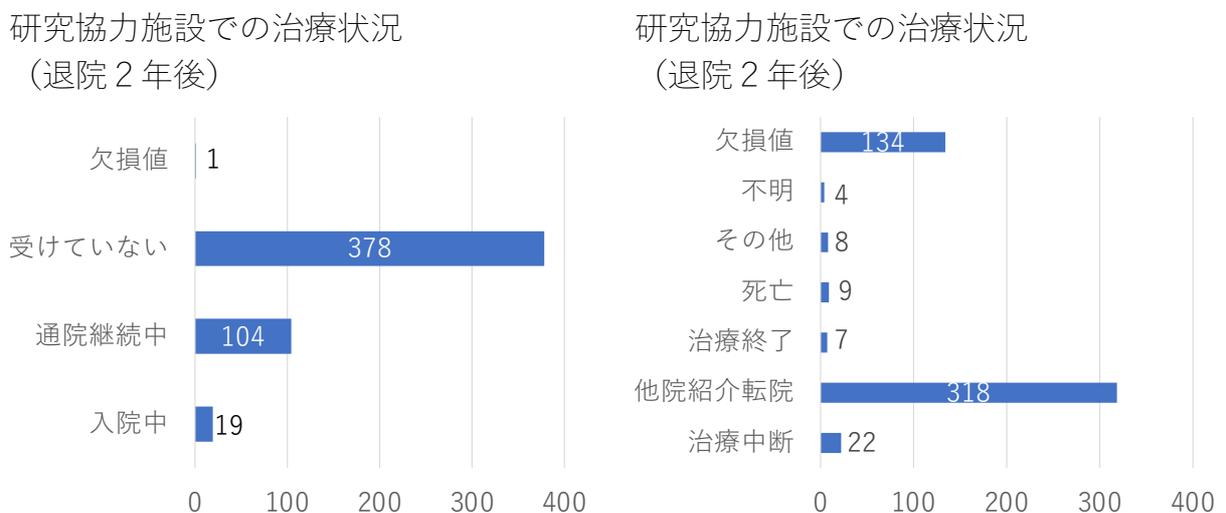


図7 研究協力施設で治療を  
継続していない理由  
(自由記載項目)

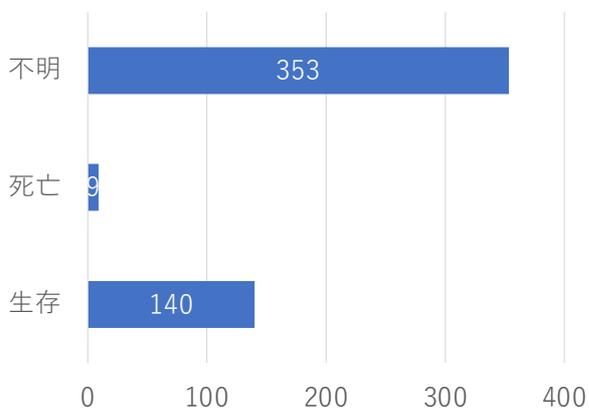
- 実質的に同一医療機関内で経過観察
  - (今回、該当なし)
- 身体合併症
  - リハビリ病院へ転院
  - 出産のため治療中断
- 距離的な事情
  - (今回、該当なし)
- その他
  - 他院に措置入院したとの連絡あり、詳細は不明
  - 前回転院後に退院となり、他院へ医療保護入院となった。
  - 相談による連絡
  - 他院から他院への転医に際しての情報提供。
  - 本人が近医への転医を希望したが、受け入れ先がないまま当院は終診となっている。
- 本人の希望

図8 退院2年後までの生存状況(観察期間:最長730日) n=502

退院2年後の時点における生存状況について尋ねた。

退院2年後の時点で生存140例、不明353例、死亡9例であった。措置入院先が知り得た範囲で、死因は、病死2例、自殺4例、事故死1例、不明2例であった。

生存状況



死因

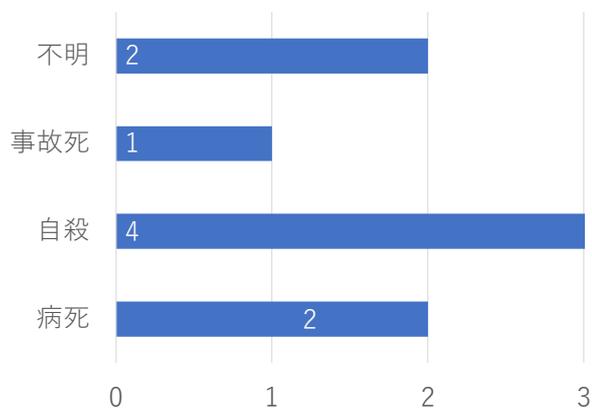
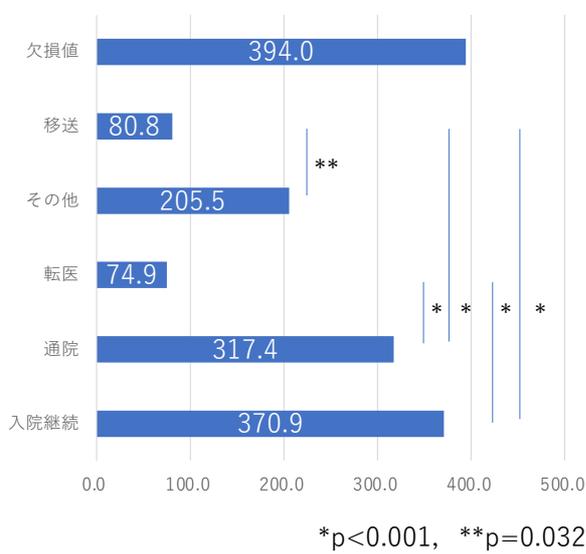


図9 (1) 措置解除時の処置別・退院後の通院継続期間（観察期間：最長730日）n=502  
 退院2年後の時点における措置解除時の処遇別・通院継続期間について尋ねた。  
 研究協力施設における通院継続期間は入院継続群372.1日、通院群317.4日に対して、転  
 医74.9日、移送80.8日などであった。



	n	平均値 推定値	標準誤差	95%信頼 下限	区間 上限
入院継続	267	370.9	23.4	325.1	416.7
通院	77	317.4	37.4	244.2	390.6
転医	29	74.9	38.6	0.0	150.5
その他	16	205.5	75.4	57.8	353.2
移送	110	80.8	19.9	41.8	119.9
欠損値	2	394.0	237.6	0.0	859.7
全例	501	284.1	16.3	252.1	316.1

通院先医療機関における通院期間であることに留意を要する。

図9 (2) 措置解除時の処置別・退院後の通院継続期間（観察期間：最長730日）n=502  
 退院2年後の時点における措置解除時の処遇別・通院継続期間について尋ねた。  
 入院継続群267例のうち、研究協力施設への退院直後の通院継続163例（61.0%）、730日  
 で92例（34.5%）であった。通院77例では、退院直後47例（61.0%）、730日で23例  
 （29.9%）であった。措置解除時の入院継続群と通院群では通院継続期間に差はなかった。

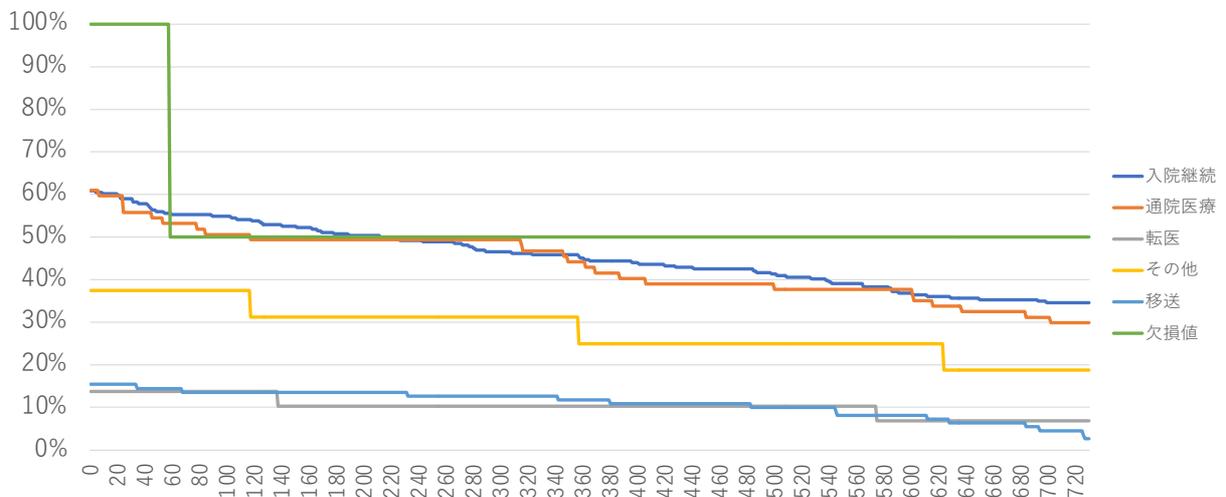
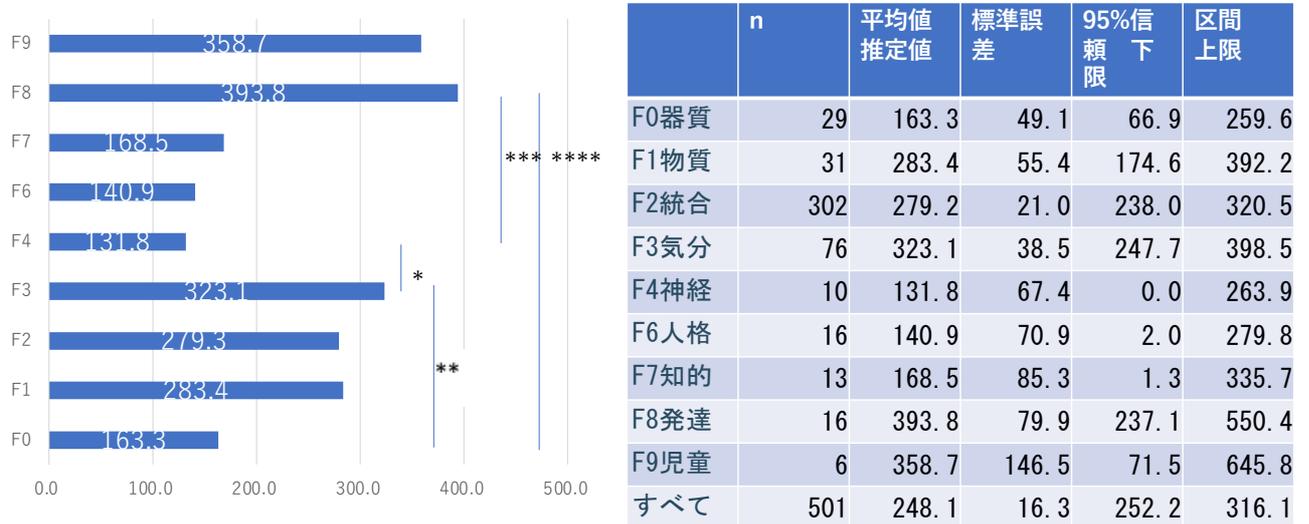
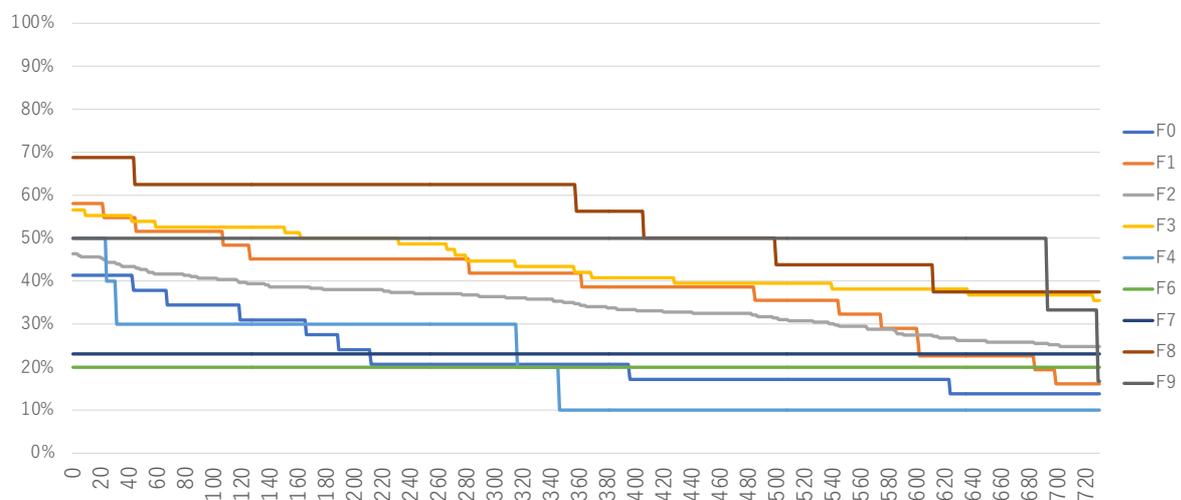


図10(1) 措置入院時主診断別・退院後の通院継続期間（観察期間：最長730日）n=502  
 退院2年後の時点における措置解除時の主診断別・通院継続期間について尋ねた。  
 通院継続期間は統合失調症279日、気分障害323日、発達障害393日などであった。気分障害や器質性に対して、器質性163日、神経症131日など短かった。



\*p=0.018, \*\*p=0.015, \*\*\*p=0.007, \*\*\*\*p=0.036 501例には欠損値（診断記載なし等）2例を含む。

図10(2) 措置入院時主診断別・退院後の通院継続期間（観察期間：最長730日）n=502  
 退院2年後の時点における措置解除時の主診断別・通院継続期間について尋ねた。  
 通院継続期間は統合失調症302例のうち、研究協力施設への退院直後の通院継続140例（46.4%）、730日で75例（24.8%）であった。気分障害通院76例では、退院直後43例（56.6%）、730日で27例（35.5%）であった。



## 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

### 退院後死亡率に関する検討

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），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（沖縄中央病院），木崎英介（大泉病院），来住由樹（岡山県精神科医療センター），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（栃木県精神保健福祉センター），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野貢（石川県立こころの病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），戸高 聰（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（元・長崎県精神医療センター），満留朱里（八幡厚生病院），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（田川市役所），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】措置入院患者の退院後死亡リスクを検証する。

【方法】2016年5月16日から2019年9月30日までの間に栃木県立岡本台病院，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，石川県立こころの病院，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後に，措置解除を経て退院となり，かつ，退院後に当該施設と1回以上接触を持った236人のKaplan-Meier法に基づく退院1年以内，2年以内，および3年以内死亡率を求めるとともに，厚生労働省が作成した簡易生命表に基づく標準化死亡比（standardized mortality ratio: SMR）を算出した。

【結果】対象患者の性別は男性146人，女性90人，退院時平均年齢は41.7歳で，約半数（114人）の措置解除時の精神科主診断は統合失調症圏であった。退院後の総観察日数は

180,960 日で、その間に 11 人の死亡が確認された。したがって、人年法ベースの死亡リスクは 1,000 人年あたり 22.2 件である。Kaplan-Meier 法に基づく対象患者全体の退院後 1 年死亡率は 2.8%、2 年死亡率は 4.0%、3 年死亡率は 6.2%であり、SMR は退院後 1 年時点で 11.7、2 年時点で 8.05、3 年時点で 8.04 であった。背景因子別に検討したところ、男性 (6.08~9.75) より女性の SMR (15.4~19.9) の方が高く、統合失調症圏 (2.62~8.44) や気分障害 (4.33~13.9) よりそれ以外の診断の SMR (15.0~24.1) の方が高く、措置要件に他害を含む者 (7.64~10.2) より措置要件が自傷のみの者の SMR (77.3~159) の方が高く、退院時 PSP 評点が 70 点以下の者 (4.56~5.76) より 71 点以上の者の SMR (4.56~5.76) の方が高かった。

【考察】措置要件が自傷のみである者と退院時 PSP 総得点が高い者の死亡リスクが相対的に高い可能性が示唆された。

## 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 3 年度のわが国では 7,298 人の精神障害患者が措置入院となっている。措置入院患者はそれ以外の入院患者と比較して相対的に精神症状が重症であり、社会的・経済的な面においてもさまざまな問題を抱えていると推測されるので、措置入院患者が退院後に地域で生活するためには、彼らが受けている治療内容や長期転帰に関する実地データを反映した適切な医療・援助提供体制を構築することが望ましい。

しかしながら、措置入院患者がどの程度の期間、どのような治療を受けて退院となり、どの程度の期間通院治療が継続され、どの程度の患者が再入院となり、一般人口と比較してどの程度死亡リスクが高いかなどといった問題については、必ずしも十分なデータが蓄積されていない。かつて、本研究班の前身にあたる平成 24~26 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)「医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究 (主任研究者:平林直次)」内の分担研究「医療観察法による医療と精神保健福祉法による医療との役割分担及び連携に関する研究 (分担研究者:吉住昭)」は『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 (以下、吉住班コホート研究)』<sup>2,3)</sup>を行い、措置解除となった患者の退院後の治療継続率、再入院率、および死亡率などといった長期転

帰について検討したが、後ろ向き研究という研究デザイン上の問題から精神症状の重症度をはじめとする臨床情報の収集が不十分であり、死亡イベントの捕捉率も低い可能性があるという限界があった。

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』に登録されたデータを利用して、措置入院患者の退院後死亡リスク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)』<sup>4)</sup>による社会機能に関する評価が行われた。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、また、退院時には⑬退院年月日、⑭退院後の帰住先、⑮退院時処方、⑯退院時点でのケア会議の実施状況と参加者に関する情報が、さらに、退院後は1年、2年、3年経過時点における⑰生存の有無（死亡していた場合には死亡日と死因）、⑱治療継続の有無と最終受診日、⑲再入院の有無（再入院の場合、再入院年月日と入院形態）、⑳ケア会議の実施状況と参加者に関する情報が収集された。

PSPとは、Morosiniら<sup>4)</sup>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)<sup>5)</sup>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社によるPSPの日本語版<sup>6)</sup>を採用した。本来、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ことに鑑みて、本研究では直近2週の状態を評価することとした。また、措置入院継続の是非に関連した判断とは独立した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り評価を行うこととした。

今回の報告では前向きコホート研究に登録

された患者のうち、当該医療機関で措置解除された後に退院となり、かつ、退院後に当該医療機関と接触が1回以上あった者を対象として、退院後3年以内の死亡者の性別、年齢、精神科主診断、死因などに関する検討を行った上で、退院後1~3年の死亡率をKaplan-Meier法に基づいて算出した。死亡率は対象患者全体を対象としたもののみならず、男女別、精神科主診断別、措置要件別、PSP重症度別の死亡率も算出した。ただし、一般に死亡率は加齢に伴って高くなり、同年齢であれば男性は女性より死亡率が高いものなので、対象患者の性・年齢の構成を考慮することなく、単純に死亡率の多寡を論ずると、誤った方向に議論を誘導する可能性がある。そこで、本稿では対象患者がわが国の一般人口と同等の死亡リスクを有すると仮定した場合の退院後の期待死亡率を別途計算した上で、Kaplan-Meier法に基づく退院後の観察死亡率との比を標準化死亡比(standardized mortality ratio: SMR)として、死亡リスクの指標とした。本研究の対象患者が2016年5月16日から2019年9月30日までの間に措置入院となり、2016年7月9日から2020年9月23日の間に退院となっていたが、退院日の中央値が2017年6月27日であったことに鑑みて、退院1年目は厚生労働省作成の2017年<sup>7)</sup>と2018年<sup>8)</sup>の簡易生命表に記載された性年齢別死亡率の平均値を、退院2年目は2018年と2019年<sup>9)</sup>の簡易生命表に記載された性年齢死亡率の平均値を、退院3年目は2019年と2020年<sup>10)</sup>の簡易生命表に記載された性年齢別死亡率の平均値を一般人口の死亡率データとみなして期待死亡率を算出した。

今回の検討では2023年1月21日までに回収されたデータを解析対象とし、統計ソフトとしてEasy R (EZR)<sup>11)</sup>を使用した。

本研究を実施するに際しては、研究グループの長である瀬戸秀文が研究開始当時に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) 対象患者の抽出作業

『措置入院患者の前向きコホート研究』では 11 ヶ所の研究協力施設から 525 人の措置入院患者が登録された。これらの 525 人のうち, 2023 年 1 月 21 日までに措置解除とならなかった 116 人(措置解除前に転院となった者も含む), 措置解除となったものの退院となっていなかった 4 人, 退院日以降の転帰が不明であった 169 人を除く 236 人を今回の検討対象とした。

### 2) 背景因子

今回の検討対象である 236 人の性別は男性が 146 人, 女性が 90 人であった。退院時の平均年齢は 41.7 歳であった。入院施設の内訳は, 栃木県立岡本台病院が 68 人, 宮城県立精神医療センターが 44 人, 長崎県精神医療センターが 28 人, 大泉病院が 19 人, 石川県立こころの病院が 15 人, 国立病院機構肥前精神医療センターが 13 人, 井之頭病院が 13 人, 八幡厚生病院が 11 人, 沼津中央病院が 10 人, 国立病院機構琉球病院が 9 人, 岡山県精神科医療センターが 6 人であった(表 1)。

入院時の ICD-10 精神科主診断の内訳は統合失調症圏(F2)が最も多く(134 人), 以下, 気分障害(F3: 45 人), アルコール・薬物関連障害(F1: 15 人), 器質性精神障害(F0: 12 人), 発達障害(F8: 12 人), 神経症性障害(F4: 7 人), パーソナリティ障害(F6: 6 人), 精神発達遅滞(F7: 3 人), 行動・情緒障害圏(F9: 2 人)の順に多かった。身体合併症は 26 人に見られた。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:210 人)が約 9 割を占め, 以下, 検察官通報(第 24 条: 15 人), 矯正施設長通報(第 26 条:5 人), 親族又は一般人申請(第 22 条:3 人), 精神科病

院管理者届出(第 26 条の 2: 3 人)の順に多かった。措置要件の内訳は自傷が 78 人, 他害(対人)が 182 人, 他害(対物)が 137 人で(重複あり), 自傷行為のみを措置要件とした者は 19 人, 措置要件に他害行為が含まれていた者は 209 人であった。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 193 人, 精神科入院歴を有していた者は 123 人, 措置入院歴を有していた者は 52 人であった(表 2)。

措置入院時の PSP の各下位項目の評点が顕著(4 点)以上であった者は, 「セルフケア」が 152 人, 「社会的に有用な活動」が 183 人, 「個人的・社会的関係」が 189 人, 「不穏な・攻撃的な行為」が 219 人であった。各下位項目の平均点はそれぞれ 3.8 点, 4.2 点, 4.4 点, 4.8 点であった。平均 PSP 総得点は 23.8 点であり, PSP 総得点が 30 点以下, すなわち社会機能が貧弱である<sup>⑥</sup>と判定された者は 179 人であり, 一方, PSP 総得点が 71 点以上, すなわち社会機能障害が軽度以下<sup>⑥</sup>と考えられた者は一人もいなかった(表 3, 図 1, 図 3)。

平均措置入院継続期間, すなわち, 措置入院の開始から措置解除に至る期間の平均値は 65.7 日であった。平均入院継続期間, すなわち, 措置入院の開始から退院に至る期間の平均値は 125.3 日であった。措置解除時の ICD-10 精神科主診断の内訳は, 統合失調症圏が 114 人と最も多く, 以下, 気分障害(52 人), アルコール・薬物関連障害(20 人), 器質性精神障害(12 人), 発達障害(11 人), 神経症性障害(8 人), パーソナリティ障害(7 人), 精神発達遅滞(10 人), 行動・情緒障害圏(1 人)の順に多く, この他に主診断に関する情報のない者が 1 人見られた。措置解除時に身体合併症は 10 人に見られた(表 4)。

退院時の 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 56 人, 「社会的に有用な活動」が 103 人, 「個人的・社会的関係」が 100 人, 「不穏な・攻撃的な行為」が 38 人であった。各下位項目の平均点は

それぞれ 1.8 点, 2.4 点, 2.4 点, 1.7 点であった。退院時平均 PSP 総得点は 65.4 点, PSP 総得点が 30 点以下の者は 6 人, PSP 総得点が 71 点以上の者は 80 人であった (表 3, 図 2, 図 3)。

平均退院後観察期間は 766.8 日であり, 対象患者 226 人の退院後総観察期間は 180,960 日であった (表 4)。

### 3) 退院後の死亡状況

対象患者 236 人のうち, 退院後 3 年が経過した時点で生存が確認されていた者は 123 人, 死亡が確認された者は 11 人で, 残る 102 人は途中で追跡が中断されていた。退院後の総観察期間は 180,960 日だったので, 死亡リスクを人年法ベースで示すと 1,000 人年あたり 22.2 件の死亡が発生したことになる。

11 人の死亡者の性別は男性が 7 人, 女性が 4 人, 死亡時年齢は 20 代が 2 人, 30 代が 2 人, 40 代が 3 人, 50 代が 1 人, 60 代が 2 人, 80 代が 1 人であった。死亡者の措置解除時の精神科主診断はアルコール・薬物関連障害が 3 人, 統合失調症圏が 2 人, 器質性精神障害が 2 人, 気分障害が 2 人, パーソナリティ障害が 1 人, 精神遅滞が 1 人であった。死因は自殺が 5 人, 病死が 2 人, 事故死が 1 人で, 残る 3 人は死因が把握されていなかった。死亡時期は退院後 14 日目, 23 日目, 55 日目, 164 日目, 189 日目, 259 日目, 463 日目, 607 日目, 838 日目, 930 日目, 1,067 日目であった。

### 4) 退院後死亡率と標準化死亡比

#### ① 措置入院患者全体の死亡リスク

Kaplan-Meier 法に基づく対象患者全体の 1 年死亡率は 2.8% (95%信頼区間[95%CI]: 1.3~6.2%), 2 年死亡率は 4.0% (2.0~7.9%), 3 年死亡率は 6.2% (3.4~11.0%) であった (図 4)。

一方, 厚生労働省が作成した簡易生命表に基づく退院 1 年以内の期待死亡数 (期待死亡

率) は 0.5667 人 (0.240%), 2 年以内の期待死亡数は 1.1725 人 (0.497%), 3 年以内の期待死亡数は 1.8208 人 (0.772%) であった。

したがって, 措置入院患者全体の退院後 SMR は退院後 1 年時点で 11.7 (95%CI: 5.41~25.8), 2 年時点で 8.05 (4.03~15.9), 3 年時点で 8.04 (4.41~14.3) であった (表 5)。

#### ② 男女別死亡リスク

Kaplan-Meier 法に基づく男女別 1 年死亡率は男性が 3.0% (95%CI: 1.1~7.8%), 女性が 2.6% (0.6~10.0%), 2 年死亡率は男性が 3.9% (1.6~9.2%), 女性が 4.2% (1.4~12.6%), 3 年死亡率は男性が 6.0% (2.9~12.2%), 女性が 6.5% (2.4~17.1%) であった (図 5)。

一方, 退院 1 年以内の期待死亡数 (期待死亡率) は男性が 0.4492 人 (0.308%), 女性が 0.1175 人 (0.131%), 退院 2 年以内の期待死亡数はそれぞれ 0.9287 人 (0.636%), 0.2438 人 (0.271%), 退院 3 年以内の期待死亡数はそれぞれ 1.4416 人 (0.987%), 0.3792 人 (0.421%) であった。

したがって, 退院後 SMR は退院後 1 年の時点で男性が 9.75 (95%CI: 3.58~25.4), 女性が 19.9 (4.59~76.6), 退院後 2 年の時点で男性が 6.13 (2.52~14.5), 女性が 15.5 (5.17~46.5), 退院後 3 年の時点で男性が 6.08 (2.94~12.4), 女性が 15.4 (5.70~40.6) であった (表 5)。

#### ③ 精神科主診断別死亡リスク

死亡リスクを措置解除時主診断が統合失調症圏 (114 人), 気分障害 (52 人), およびその他の診断の患者 (69 人) に層別して検討したところ, 統合失調症圏, 気分障害患者では退院から 2 年目以降に死亡者が見られなかったため, Kaplan-Meier 法に基づく死亡率は 1 年死亡率, 2 年死亡率, 3 年死亡率とも統合失調症圏患者では 1.9% (95%CI: 0.5~7.5%), 気分障害患者では 4.2% (1.1~15.8%) であり, 一方, その他の診断の患者では 1 年死亡率が

3.3% (0.8~12.8%), 2年死亡率が8.1% (3.0~20.5%), 3年死亡率が17.0% (8.3~33.1%)で, その他の診断の患者は統合失調症圏患者より有意に死亡率が高かった ( $p=0.0146$ , Log-rank 検定;  $p=0.015$ , Bonferroni 補正; 図6)。

一方, 期待死亡数 (期待死亡率) は, 統合失調症患者では退院1年以内が0.2568人 (0.225%), 退院2年以内が0.5320人 (0.467%), 退院3年以内が0.8278人 (0.726%), 気分障害患者ではそれぞれ0.1574人 (0.303%), 0.3255人 (0.626%), 0.5046人 (0.970%), その他の診断の患者では0.1520人 (0.220%), 0.3141人 (0.455%), 0.4869人 (0.706%)であった。

したがって, 退院後 SMR は統合失調症患者では退院後1年の時点で8.44 (95%CI: 2.22~33.3), 2年の時点で4.07 (1.07~16.1), 3年の時点で2.62 (0.69~10.3), 気分障害患者ではそれぞれ13.9 (3.64~52.2), 6.71 (1.76~25.2), 4.33 (1.13~16.3), その他の診断の患者ではそれぞれ15.0 (3.63~58.1), 17.8 (6.59~45.0), 24.1 (11.8~46.9)と推定された (表5)。

#### ④ 措置要件別死亡リスク

措置要件別に死亡リスクを検討したところ, 自傷のみを措置要件とする患者 (19人) と措置要件に他害を含む患者 (209人) の Kaplan-Meier 法に基づく1年死亡率はそれぞれ11.9% (95%CI: 3.1~39.8%), 2.1% (0.8~5.6%), 2年死亡率はそれぞれ11.9% (3.1~39.8%), 3.5% (1.6~7.6%), 3年死亡率はそれぞれ22.9% (7.4~58.3%), 5.1% (2.5~10.1%)で, 自傷のみを措置要件とする患者の死亡率の方が有意に高かった ( $p=0.00932$ , Log-rank 検定; 図7)。

一方, 期待死亡数 (期待死亡率) は自傷のみを措置要件とする患者では退院1年以内が0.0142人 (0.075%), 措置要件に他害を含む患者では0.4311人 (0.206%), 退院2年以内

がそれぞれ0.0293人 (0.154%), 0.8953人 (0.428%), 退院3年以内がそれぞれ0.0454人 (0.239%), 1.3948人 (0.667%)であった。

したがって, 措置要件が自傷のみの患者の退院後 SMR は退院後1年の時点で159 (95%CI: 41.4~532), 2年の時点で77.3 (20.1~258), 3年の時点で95.8 (31.0~244.0), 措置要件に他害を含む患者の退院後 SMR は退院後1年の時点で10.2 (3.88~27.2), 2年の時点で8.17 (3.73~17.7), 7.64 (3.75~15.1)と推定された (表5)。

#### ⑤ PSP 重症度別死亡リスク

PSP 総得点別に死亡リスクを検討したところ, 退院時 PSP 総得点が70点以下の患者 (156人) の Kaplan-Meier 法に基づく1年死亡率は1.4% (95%CI: 0.3~5.5%), 2年死亡率は2.4% (0.8~7.3%), 3年死亡率は4.7% (95%CI: 1.9~11.1%), 71点以上の患者 (80人) の1年死亡率は5.7% (2.2~4.4%), 2年死亡率は7.3% (3.1~16.6%), 3年死亡率は9.2% (4.2~19.5%)であった (図8)。

一方, 退院時 PSP 総得点が70点以下の患者の期待死亡数 (期待死亡率) は退院1年以内では0.3969人 (0.254%), 2年以内では0.8202人 (0.526%), 3年以内では1.2721人 (0.816%), 70点以下の患者では退院1年以内が0.1698人 (0.212%), 2年以内が0.3523人 (0.440%), 3年以内が0.5487人 (0.686%)であった。

したがって, 退院時 PSP 総得点が70点以下の患者の退院後 SMR は退院後1年の時点で5.50 (95%CI: 1.18~21.6), 2年の時点で4.56 (1.52~13.9), 3年の時点で5.76 (2.33~13.6), 退院後 SMR は71点以上の患者の退院後 SMR は退院後1年の時点で26.9 (10.4~67.9), 16.6 (7.72~37.7), 13.4 (6.12~28.4)と推定された (表5)。

#### D. 考察

措置入院患者はそれ以外の入院患者と比較

して相対的に精神症状が重症であり、社会的・経済的な面においてもさまざまな問題を抱えていると推測されるので、措置入院患者が退院後に地域で生活するため、治療内容や長期転帰に関する実地データを反映した適切な医療・援助を提供することが望まれる。中でも、措置入院者の死亡リスクを可能な限り低下させることは医療政策的観点からも最重要の課題の1つと考えられるが、これまでのわが国では措置入院患者の退院後の生命転帰について十分に検討されてきたとは言い難く、わずかに吉住班コホート研究<sup>2,3)</sup>が存在するのみであった。ただし、吉住班コホート研究は後ろ向きコホート研究であるという性質上、精神症状の重症度をはじめとする臨床情報の収集が不十分であり、死亡イベントの捕捉も完全ではない可能性があるため、前向きコホート研究を別途行うことが求められていた。本研究、すなわち、『措置入院患者の前向きコホート研究』はこれらの問題を解消するために実施されたものである。

本研究の結果、明らかになったことは以下の通りである。

第一に措置入院患者の死亡リスクは、1,000人年あたり22.2件であった。この結果は吉住班コホート研究で観察された値(1,000人年あたり27.4件)よりやや低いが、本研究の対象患者の平均年齢(41.7歳)は吉住班コホート研究(44.5歳)より2.8歳低いので、これら2つの研究で得られた死亡リスクの差は臨床的に意味のあるものではない可能性があるように思われる。

第二にKaplan-Meier法による措置入院患者の退院後死亡率は退院後1年以内では2.8%、2年以内では4.0%、3年以内では6.2%であった。吉住班コホート研究で観察された1年死亡率は2.6%であり、退院後1年の時点における死亡率について2つのコホート研究の間に臨床的に意味のある差はないものと考えられる。

第三に措置入院患者全体の退院後1年以内

のSMRは11.7(男性9.75/女性19.9)、2年以内のSMRは8.05(6.13/15.5)、3年以内のSMRは8.04(6.08/15.4)であることが示された。本研究において観察された退院後1年以内のSMRは吉住班コホート研究で観察されたSMR(11.2:男性10.3/女性13.5)とほぼ等しく、男性に限定したSMR(10.3)に関しても大きな差は見られなかったが、女性に関しては本研究で観察されたSMRは吉住班コホート研究で観察されたSMRの1.5倍の値となっていた。もっとも、吉住班コホート研究には704人の措置入院患者が組み入れられていたのに対して、本研究には236人と約3分の1の患者しか組み入れられていなかったため、発生頻度の低い「死亡」というイベントの出現率を検証する際に、「偶然」が及ぼす影響が大きくなっていくことに注意する必要があるであろう。

第四に精神科主診断別にみると、統合失調症圏患者と気分障害患者と比較して、その他の診断の患者の死亡率、およびSMRとも退院2年目より高くなっていた。特に問題なのが、本研究で観察された退院1年以内のSMRが統合失調症圏では8.44、気分障害圏では13.9と、吉住班コホート研究で観察された値(統合失調症圏:8.6、気分障害:14.6)とほぼ等しかったものの、2年目以降はSMRが低下してゆき、3年以内SMRはそれぞれ2.66、4.33となっていた。その背景には本研究に登録された統合失調症圏、および気分障害の患者はそれぞれ114人、52人に過ぎず(吉住班コホート研究にはそれぞれ439人、87人)、観察された死亡イベントに関しても統合失調症圏(2人)、気分障害患者(2人)の双方とも退院から1年以内に発生したものであり、それ以降は発生していなかったことが関与している。これまでに海外で報告されたコホート研究では、退院後死亡リスクは退院直後が特に高く、退院後に時間が経過するにつれて低下してゆくことが知られているが<sup>12)</sup>、吉住班コホート研究において少なくとも統合失調

症圏の措置入院患者は退院後2年目に入ってから以降も死亡者は散発的に発生していることが示されていることを考慮すると、本件についても発生頻度の低い「死亡」というイベントの出現率を検証する際に、「偶然」によってもたらされる影響について考慮に入れる必要があるかもしれない。

第五に措置要件が自傷のみである患者は措置要件に他害行為を含む患者より死亡リスクが著明に高く、また、退院時PSP総得点が71点以上の者は70点以下の者より死亡リスクが2.3~4.9倍程度高いことが示された。特にこれらの傾向が著しいのは退院後1年以内であり、この時期の措置要件が自傷のみである者のSMRは159、退院時PSP総得点が71点以上の者のSMRは26.9となっていた。措置要件が自傷のみである者と退院時PSP総得点が高い者の死亡リスクが高い原因については今後さらなる検討を要するが、これらの所見は今後の精神科医療政策を考慮する上で高い重要性を有する可能性があるであろう。

#### 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 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

#### 文献

- 1) 厚生労働省. 衛生行政報告例/令和2年度衛生行政報告例/統計表/年度報 第1章 精神保健福祉 表番号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. (2022年3月31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=000001200300&tclass2=000001200301&tclass3=000001200302&tclass4val=0>

- 2) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 小口芳世, 小泉典章, 吉住昭: 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 48: 323-333, 2018.
- 3) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 小口芳世, 小泉典章, 吉住昭: 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2): 措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. 臨床精神医学 48: 335-342, 2018.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 厚生労働省: 平成29年簡易生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/index.html> (2023年4月25日アクセス)

- 8) 厚生労働省: 平成 30 年簡易生命表の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life18/index.html> (2023 年 4 月 25 日アクセス)
- 9) 厚生労働省: 令和元年簡易生命表の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/index.html> (2023 年 4 月 25 日アクセス)
- 10) 厚生労働省: 令和2年簡易生命表の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life20/index.html> (2023 年 4 月 25 日アクセス)
- 11) Kanda Y: Investigation of the freely-available easy-to-use software 'EZR' for medical statistics. Bone Marrow Transplant 48 (3): 452-8, 2013.
- 12) C-Y Hsu, S-S Chang, M Large, C-H Chang, M-C M Tseng: Cause-specific mortality after discharge from inpatient psychiatric care in Taiwan: a national matched cohort study. Psychiatry Clin Neurosci. 2023 Jan 9. doi: 10.1111/pcn.13528. Online ahead of print.

表1 対象患者の背景因子（その1）

男性／女性	146 (61.9%)	／90 (38.1%)
退院時年齢		
平均（標準偏差）	41.7	(13.9)
中央値（第一四分位数～第三四分位数）	41.5	(15～80)
医療機関		
栃木県立岡本台病院	68	(28.8%)
宮城県立精神医療センター	44	(18.6%)
長崎県精神医療センター	28	(11.9%)
大泉病院	19	(8.1%)
石川県立こころの病院	15	(6.4%)
国立病院機構肥前精神医療センター	13	(5.5%)
井之頭病院	13	(5.5%)
八幡厚生病院	11	(4.7%)
沼津中央病院	10	(4.2%)
国立病院機構琉球病院	9	(3.8%)
岡山県精神科医療センター	6	(2.5%)

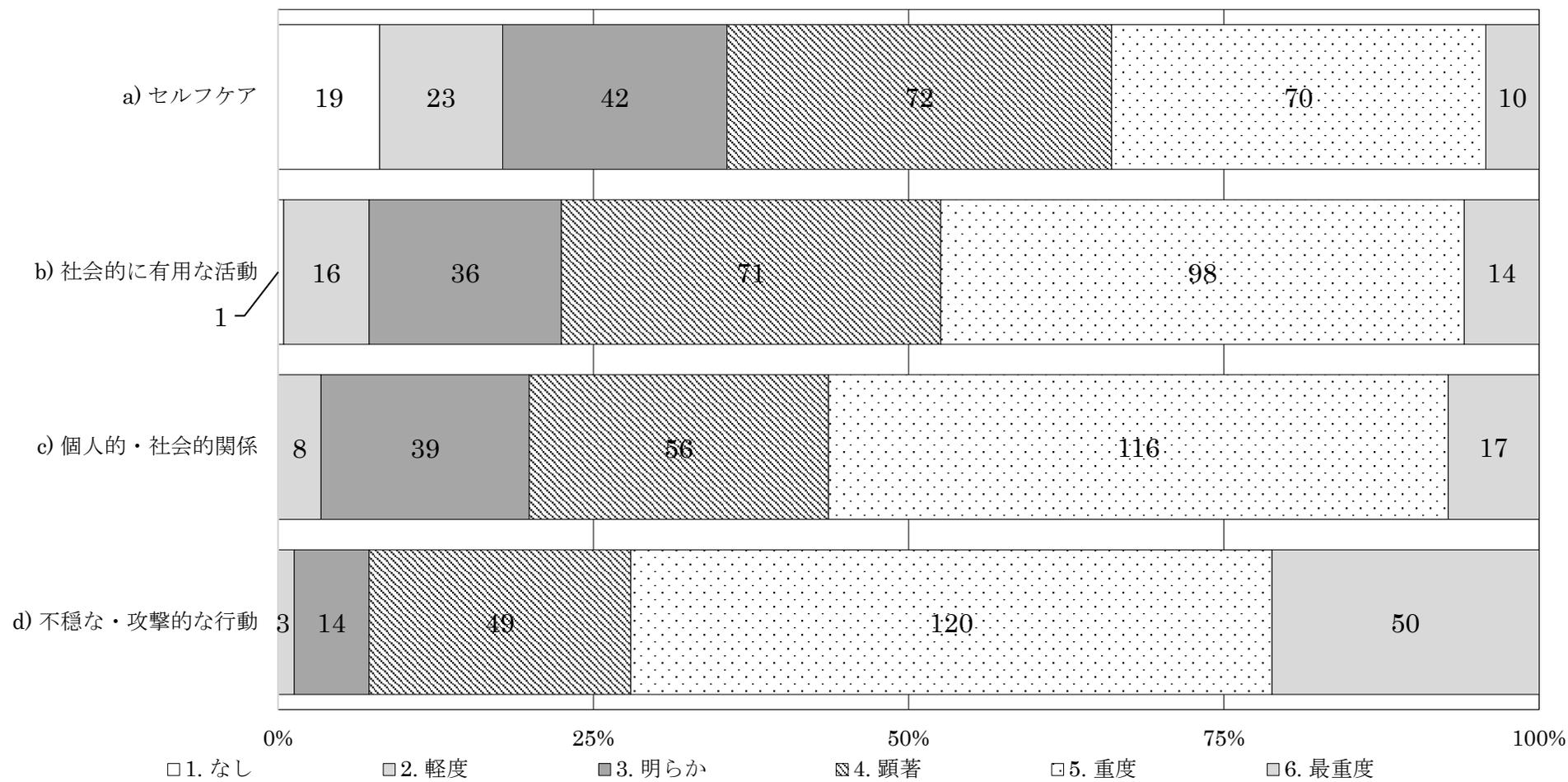
表2 対象患者の背景因子（その2）

入院時診断		
ICD-10 精神科主診断		
F2（統合失調症圏）	134	（56.8%）
F3（気分障害）	45	（19.1%）
F1（アルコール・薬物関連障害）	15	（6.4%）
F0（器質性精神障害）	12	（5.1%）
F8（発達障害）	12	（5.1%）
F4（神経症性障害）	7	（3.0%）
F6（パーソナリティ障害）	6	（2.5%）
F7（精神発達遅滞）	3	（1.3%）
F9（行動・情緒障害圏）	2	（0.9%）
身体合併症あり	12	（5.3%）
通報の種別		
警察官通報（第23条）	210	（89.0%）
検察官通報（第24条）	15	（6.4%）
矯正施設長通報（第26条）	5	（2.1%）
親族又は一般人申請（第22条）	3	（1.3%）
精神科病院管理者届け出（第26条の2）	3	（1.3%）
措置要件		
自傷	78	（33.1%）
自傷のみ	19	（8.4%）
他害（対人）	182	（77.1%）
他害（対物）	137	（58.1%）
治療歴		
精神科治療歴あり	193	（81.8%）
精神科入院歴あり	123	（52.1%）
措置入院歴あり	52	（22.0%）

表3 対象患者の背景因子（その3）：PSP 評点

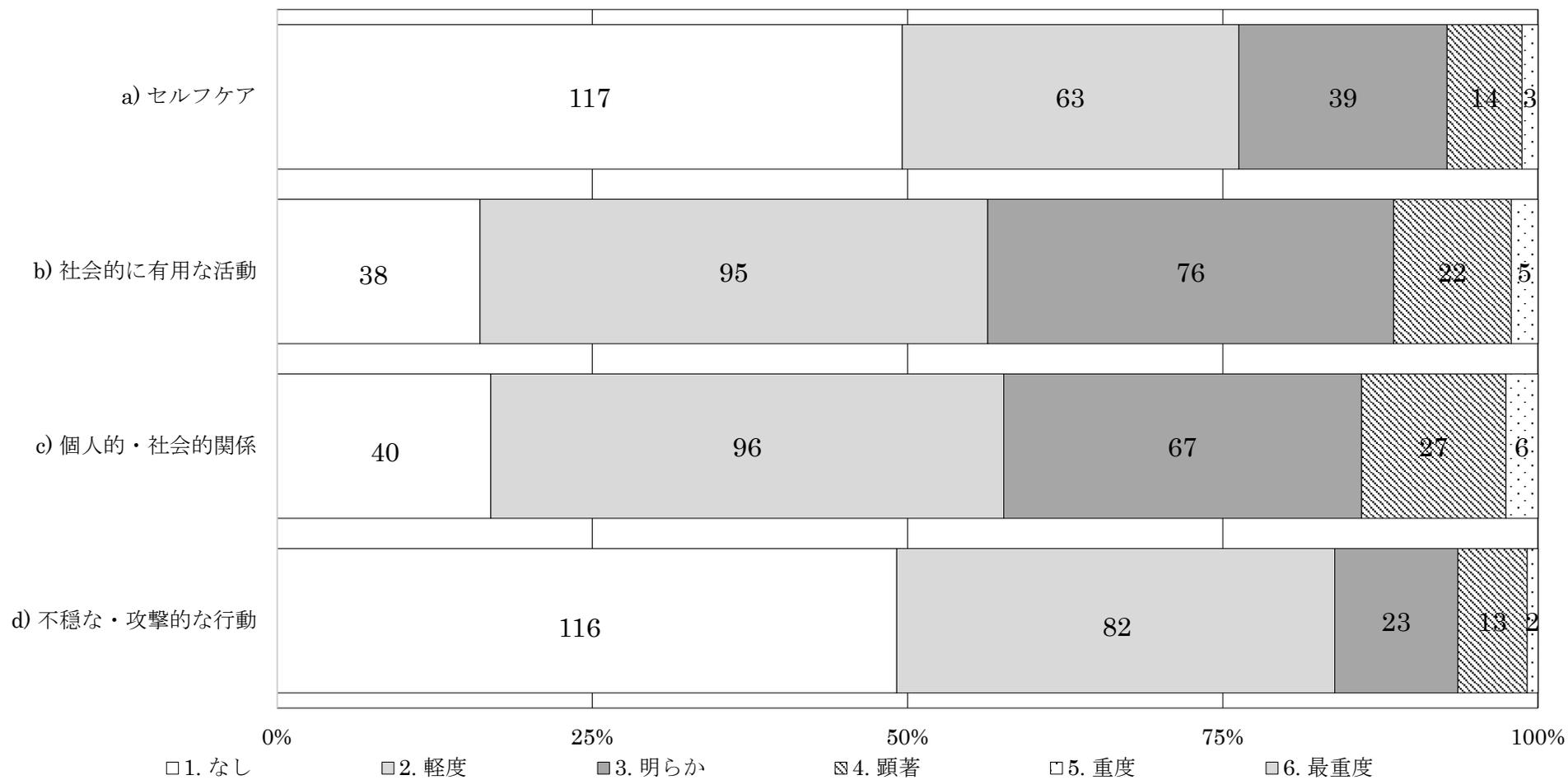
		入院時 PSP		退院時 PSP	
セルフケア	平均（標準偏差）	3.8	(1.3)	1.8	(1.0)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	4	(3～5)	2	(1～2)
社会的に有用な活動	平均（標準偏差）	4.2	(1.0)	2.4	(0.9)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	4	(4～5)	2	(2～3)
個人的・社会的関係	平均（標準偏差）	4.4	(1.0)	2.4	(1.0)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	5	(4～5)	2	(2～3)
不穏な・攻撃的な行為	平均（標準偏差）	4.8	(0.9)	1.7	(0.9)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	5	(4～5)	2	(1～2)
総得点	平均（標準偏差）	23.8	(10.0)	65.4	(13.9)
	中央値（第一四分位数～第三四分位数）	21	(18～30)	66	(60.75～75)

PSP: Personal and Social Performance Scale



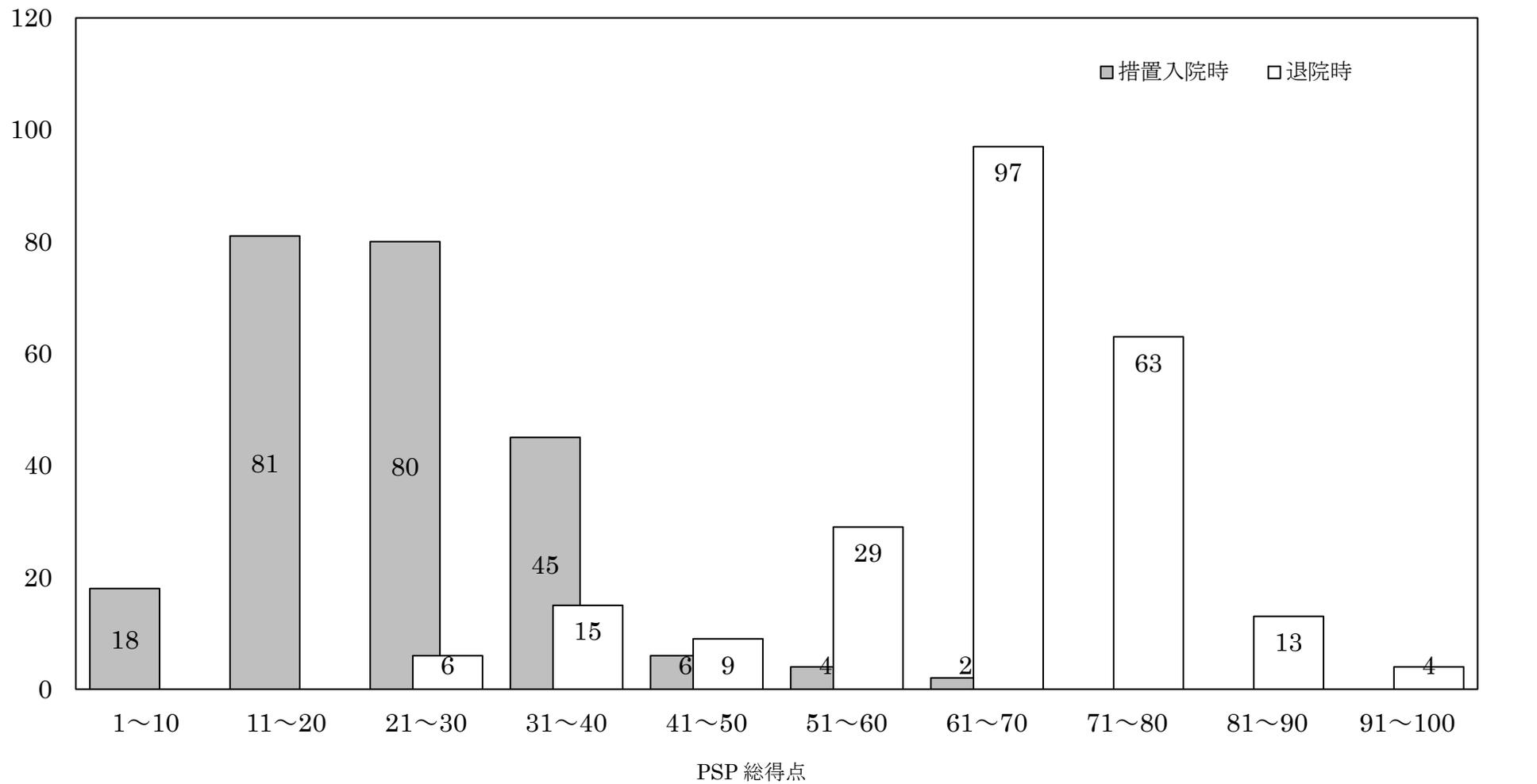
PSP: Personal and Social Performance Scale

図1 措置入院時の PSP プロフィール



PSP: Personal and Social Performance Scale

図2 退院時のPSPプロフィール

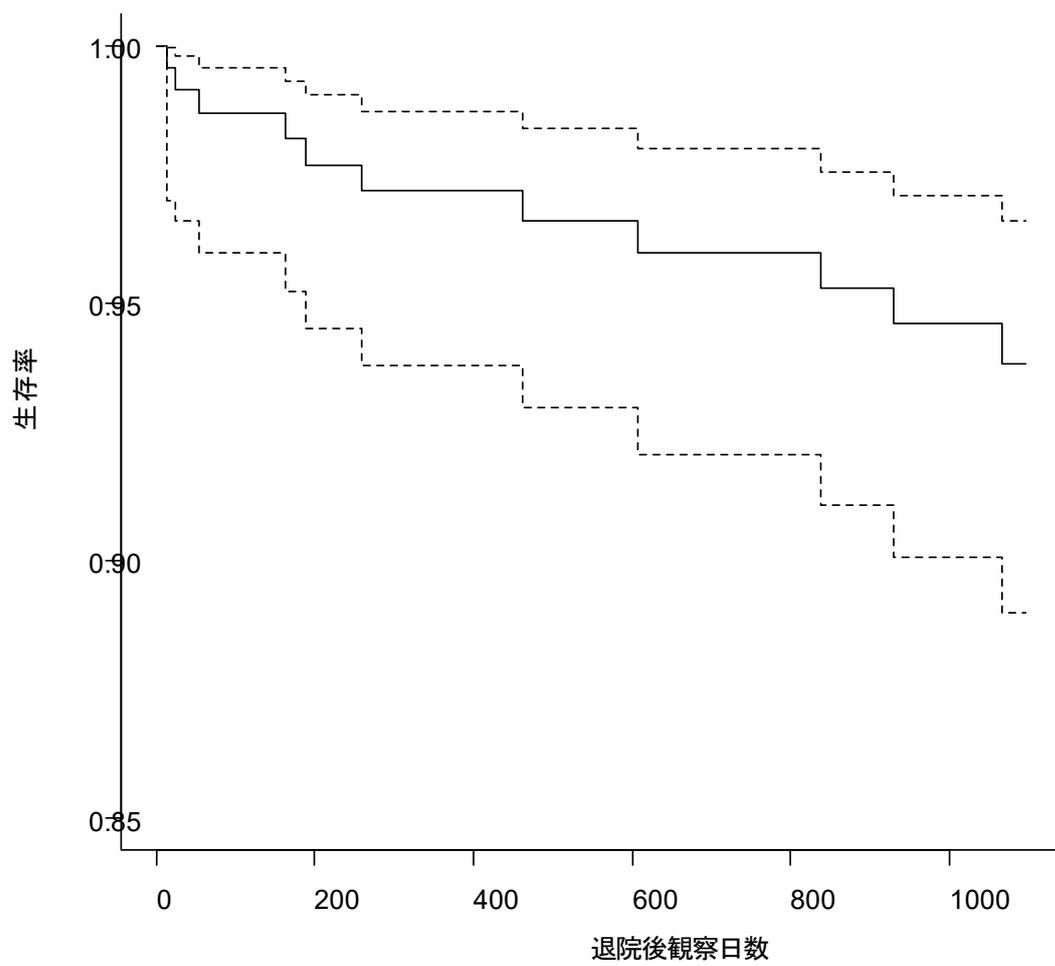


PSP: Personal and Social Performance Scale

図3 措置入院時，および退院時 PSP 総得点の分布

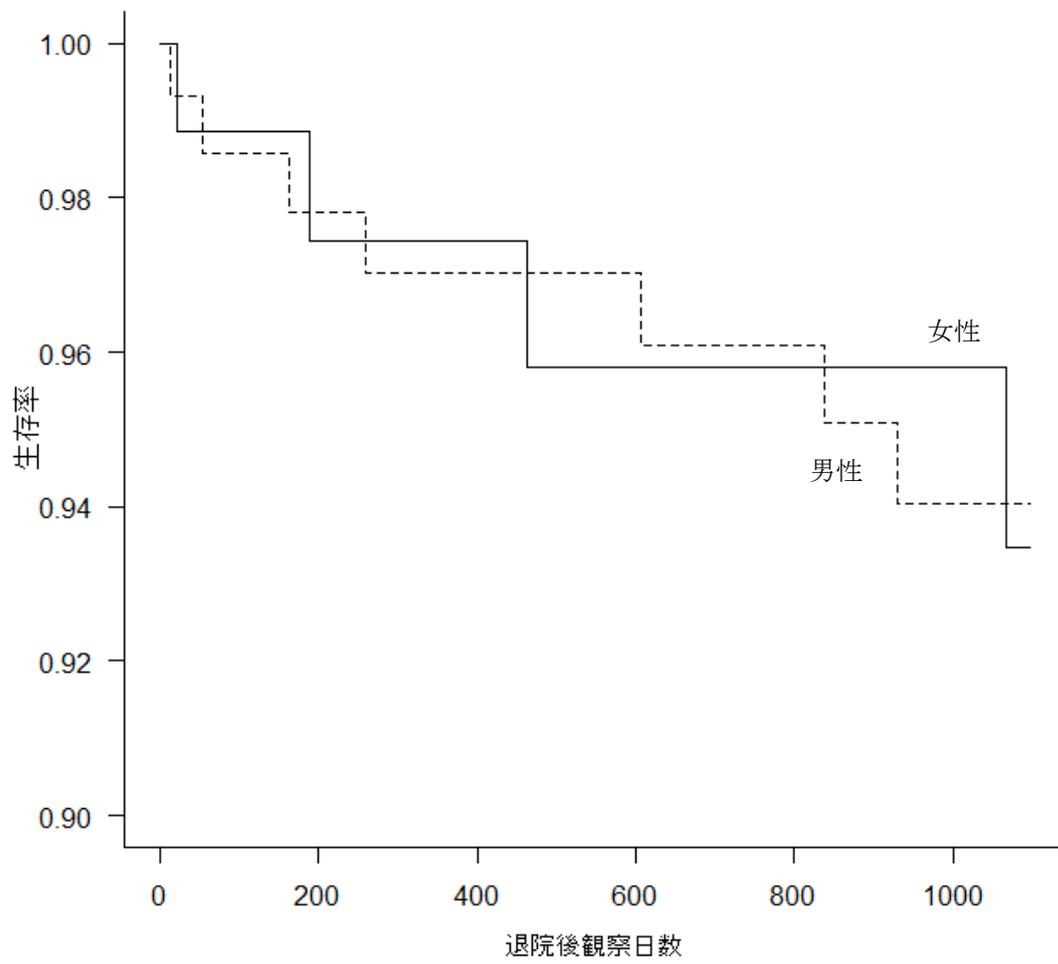
表4 対象患者の背景因子（その4）

措置入院期間		
平均（標準偏差）	65.7	(50.8)
中央値（第一四分位数～第三四分位数）	55	(32.75～85)
入院継続期間		
平均（標準偏差）	125.3	(151.8)
中央値（第一四分位数～第三四分位数）	88	(50～138.25)
措置解除時診断		
ICD-10 精神科主診断		
F2（統合失調症圏）	114	(48.3%)
F3（気分障害）	52	(22.0%)
F1（アルコール・薬物関連障害）	20	(5.1%)
F0（器質性精神障害）	12	(5.1%)
F8（発達障害）	11	(4.7%)
F4（神経症性障害）	8	(3.4%)
F6（パーソナリティ障害）	7	(3.0%)
F7（精神発達遅滞）	10	(4.2%)
F9（行動・情緒障害圏）	1	(0.4%)
情報なし	1	(0.4%)
身体合併症あり	10	(4.2%)
退院後観察期間		
平均（標準偏差）	766.8	(411.4)
中央値（第一四分位数～第三四分位数）	1,096	(366～1,096)



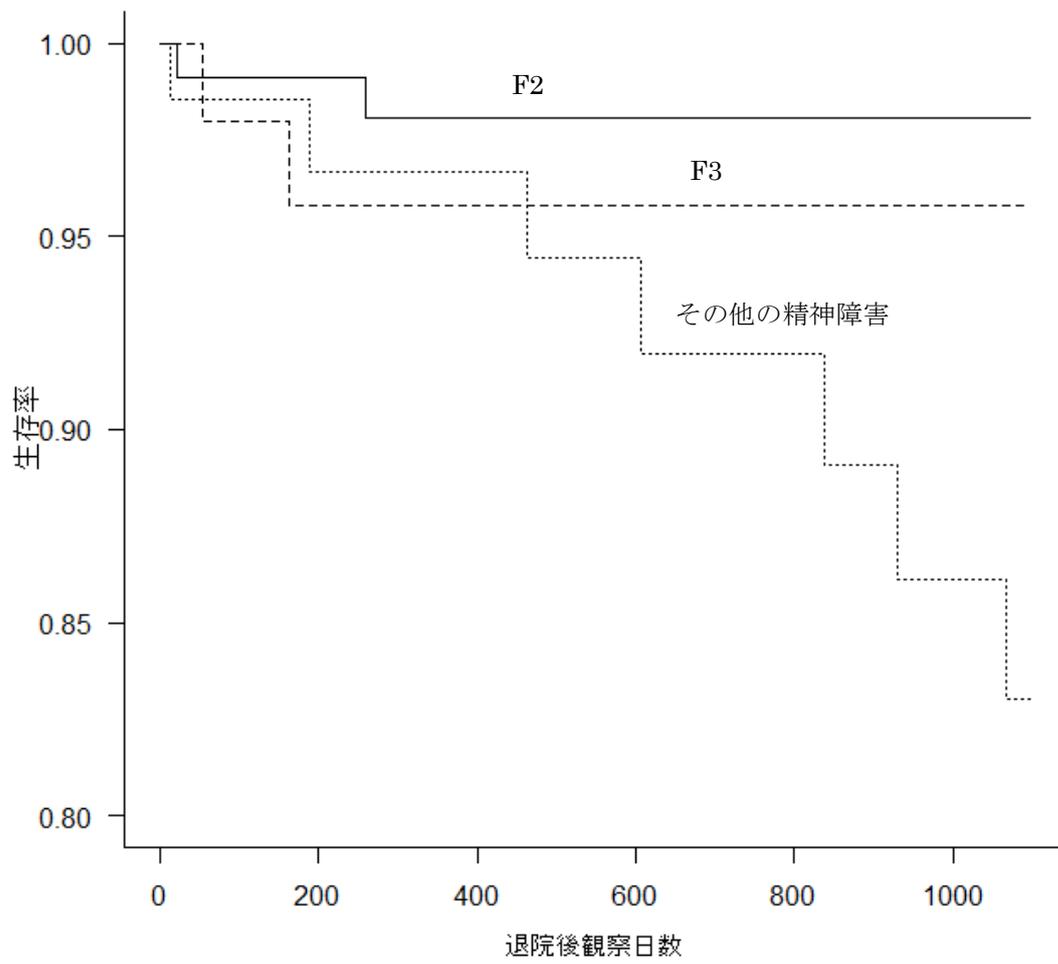
点線は 95%信頼区間

図4 措置入院患者の退院後生存率：全体



P=0.92 (Log-rank 検定)

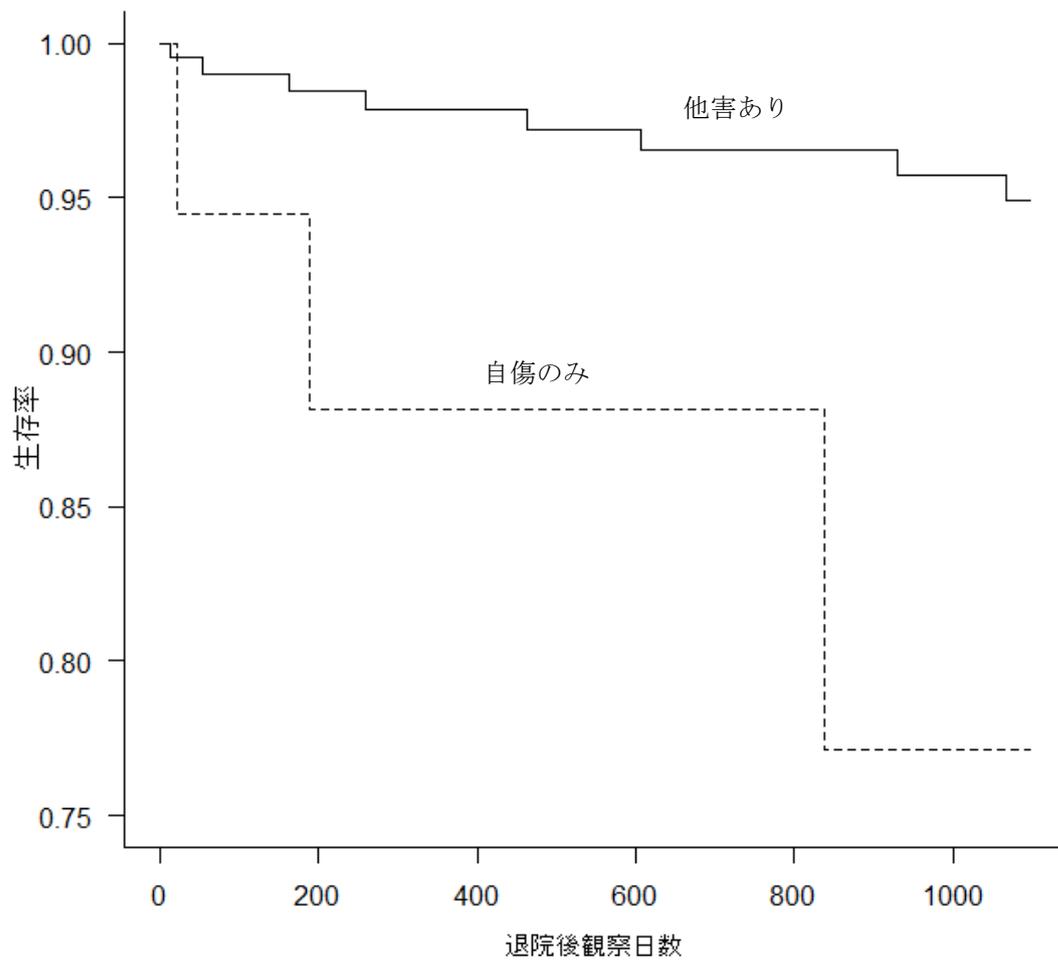
図5 措置入院患者の退院後生存率：男女別



p=0.0146 (Log-rank 検定)

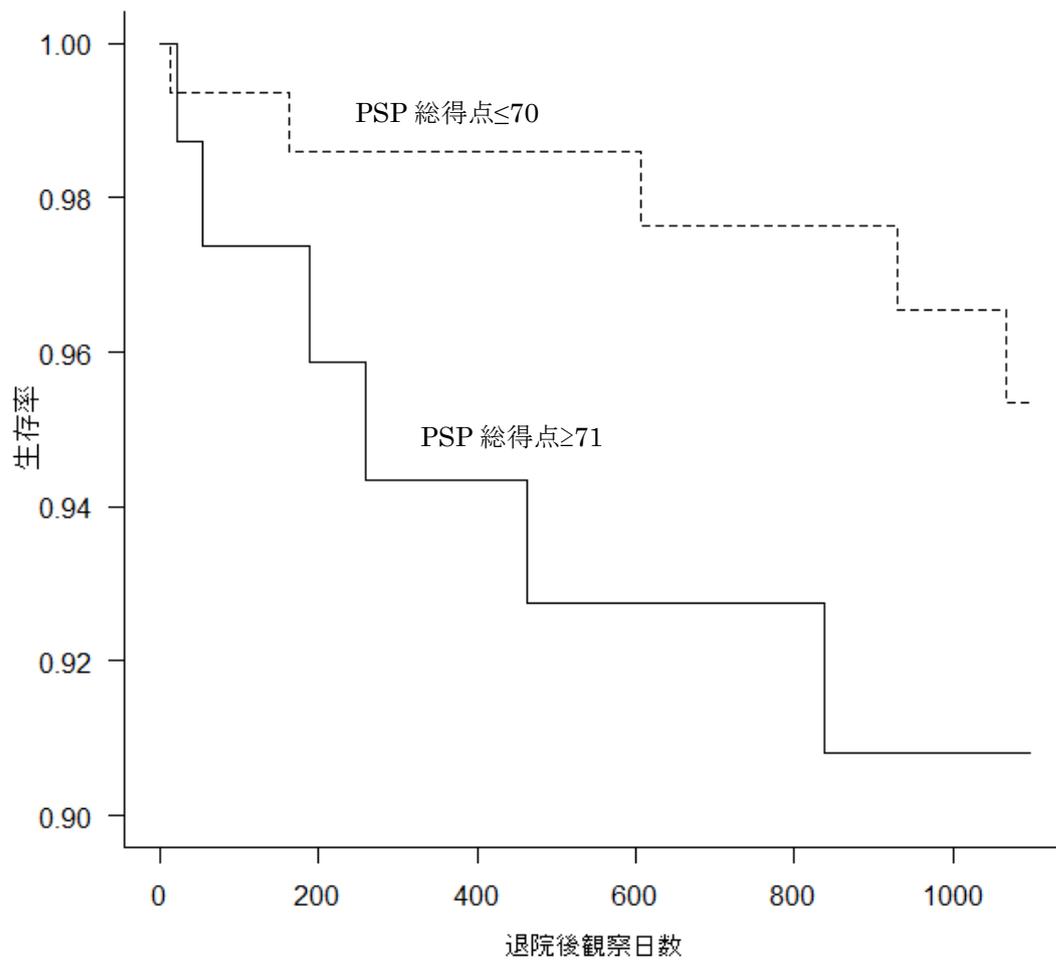
p=0.015 (F2 vs その他, Bonferroni 補正)

図6 措置入院患者の退院後生存率：措置解除時精神科主診断別



p=0.00932 (Log-rank 検定)

図7 措置入院患者の退院後生存率：措置要件別



PSP: Personal and Social Performance Scale  
 p=0.148 (Log-rank 検定)

図7 措置入院患者の退院後生存率：退院時 PSP 重症度別

表5 退院後の標準化死亡比（95%信頼区間）

		1年以内	2年以内	3年以内
措置入院患者全体		11.7(5.41～25.8)	8.05(4.03～15.9)	8.04(4.41～14.3)
性別	男性	9.75(3.58～25.4)	6.13(2.52～14.5)	6.08(2.94～12.4)
	女性	19.9(4.59～76.6)	15.5(5.17～46.5)	15.4(5.70～40.6)
診断	統合失調症圏	8.44(2.22～33.3)	4.07(1.07～16.1)	2.62(0.69～10.3)
	気分障害	13.9(3.64～52.2)	6.71(1.76～25.2)	4.33(1.13～16.3)
	その他の診断	15.0(3.63～58.1)	17.8(6.59～45.0)	24.1(11.1～46.9)
措置要件	自傷のみ	159(41.4～532.2)	77.3(20.1～258)	95.8(31.0～244)
	他害含む	10.2(3.88～27.2)	8.17(3.73～17.7)	7.64(3.75～15.1)
PSP	70点以下	5.50(1.18～21.6)	4.56(1.52～13.9)	5.76(2.33～13.6)
総得点	71点以上	26.9(10.4～67.9)	16.6(7.72～37.7)	13.4(6.12～28.4)

PSP: Personal and Social Performance Scale

## 措置通報および措置入院の実態に関する研究

### その2（1）

#### 精神保健福祉法第24条に基づく

#### 検察官通報の現状把握に関する研究

#### 《1》 検察官通報調査の概要と転帰

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： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター），太田 順一郎（岡山市こころの健康センター），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（栃木県精神保健福祉センター），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），藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）（敬称略・五十音順）

#### 要旨

精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）第24条に基づく検察官通報の現状を把握するため、2020年4月1日から2020年9月30日における検察官通報例について、全国すべての都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、調査を行った。

この研究について、1つの報告書とすると、かなりの分量となってしまふ。このため、この報告書は、次の4つに分けた。

《1》 検察官通報調査の概要と転帰（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《2》 検察官通報の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《3》 事前調査の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《4》 指定医診察例の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=288）

なお、《1》から《4》を通しての評価ならびに数理統計的手法での検討については、2023年度に行うこととした。

本稿では、このうち、《1》 検察官通報調査の概要と転帰、について、以下、述べることとした。

《1》 検察官通報調査の概要と転帰

【目的】 措置入院制度における検察官通報は、衛生行政報告例によると、2000年度

1075 件（診察実施 793 件、診察不要 282 件）であったが、2008 年 1269 件（同 708 件、561 件）、2019 年度 2341 件（同 1251 件、1090 件）、2020 年度 2376 件（同 1215 件、1161 件）と推移している。通報件数だけ見れば倍増であるが、内訳は診察不要率が増えており、年ごとに変化がみられる。そこで、今回、検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的として調査を行うこととした。

【方法】全国 47 都道府県・20 政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査への協力を求めた。対象は、2020 年 4 月 1 日から 2020 年 9 月 30 日までに受理したすべての検察官通報例とした。対象例について、検察官通報書では年齢、性別、罪名、不起訴処分の日と要旨、裁判の日と刑名・刑期、精神鑑定の有無と種類について所定の調査票に転記を求めた。事前調査書からは、事前調査における本人面接、幻覚妄想、状況認知・判断の障害、生活維持困難、自傷他害行為、診断歴、治療歴・受診の状況やアルコール・薬物乱用、重大な身体合併症の有無などについて調査票への転記を求めた。措置入院に関する診断書からは診断、症状、問題行動などについて、措置症状消退届からは診断、措置解除後の処置に関する意見、帰住先などについて、転記を求めた。研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の承認を受けた。

【結果】新型コロナウイルス感染症のパンデミックにより保健所はじめ自治体担当課にかなりの負担がかかっている現状に配慮して、調査協力可否をあらかじめ自治体に問い合わせた。37 自治体から協力する旨の、13 自治体から協力は見合わせる旨の返答があった。また 1 自治体から調査対象期間に通報がない旨の連絡があった。

検察官通報 566 例（年齢は平均 48.4 歳±標準偏差 14.7 歳）、男性 456 例、女性 110 例（男女比 4.1 : 1）であった。事前調査は、うち 513 例（90.6%）で実施されていた。通報後の転帰は、指定医診察不要は 278 例、診察実施 288 例であった。指定医診察の結果は措置入院 234 例、措置不要 54 例で、調査時点で措置入院中 1 例、措置解除 233 例であった。

【結論】検察官通報は増加しているが、指定医診察不要とされる例の増加が目立っていた。また、今回の調査では従前より観察期間が長くなったことが転帰に影響している点には留意を要するが、措置解除に至った例が大半であり、入院期間の短縮や退院後支援の影響などがあるものと思われた。

#### A. 研究の背景と目的

措置入院にかかる通報申請届出は、近年、増加傾向にある。これらの件数の推移は、図 1（1）に示した。これによると、近年の通報の推移は、全通報で、1996 年には 6417 件であったが、2000 年度 9591 件、2002 年 11053 件と増加傾向が出現、2004 年に 13690 件と倍増、2012 年 21046 件に 3 倍増、2016 年度 28346 件と 4 倍を超えて増加し、現在に至っている。ただ、通報の対象が現在と同じ制度<sup>2)</sup>となった 1965 年から現在

までに視野を拡大して観察すると、図 1

（2）に示されるように、一般人申請の減少がみられるため、全体の推移と通報種別ごとの推移の両方を視野に入れながら検討する必要がある。

検察官通報件数の推移は、図 2 に示した。図 1（1）と同様に、1996 年と 1997 年度から 2021 年度までの検察官通報件数について、作図した。検察官通報の通報件数は、1996 年度に 1080 件、2000 年度に 1075 件と横ばいであったが、2013 年に 1906 件と倍

増、2020年には2376件、2021年には2731件と、3倍に迫りつつある。なお、図1

(2)に示した1965年からの推移で見ると、この頃には検察官通報は年間おおむね1000件で安定していた模様である。

あらためて1年間の通報申請届出を概観すると、2020年度の衛生行政報告例では、同年度の精神保健福祉法第22条から第26条の3に規定される通報申請届出は25175件であり、この数年はほぼ同程度で推移している。

このうち精神保健福祉法第22条の一般人申請204件、同23条の警察官通報17392件、同24条の検察官通報2376件、同25条の保護観察所長通報15件、同26条の矯正施設長通報5163件、同26条の2の精神科病院管理者届出24件、同26条の3の医療観察法対象者1件となっている。

検察官通報2376件では、通報後の対応は、診察不要1161件となっている。1次診察のみ118件、2次診察で要措置935件、措置不要で他の入院68件、措置不要で入院以外119件であった。

この点、2000年度は診察不要282件、診察実施793件、2008年度は診察不要561件、診察実施749件と、近年、診察不要の割合が増加している。

ただ、衛生行政報告例では、全通報例について措置診察が行われたか、1次診察のみか、2次診察が行われたか、の概要がわかるのみである。また衛生行政報告例には数字の不一致があり、おそらくは通報日と診察日などが年度をまたぐ、通報が取り下げられる、その他の事情があると推定され、通報されたケースがどのように判断され対応されているのか、診断や病状、問題行動の内容は、わからない。

こうした点をあきらかにするために、検察官通報については、2001年度に、竹島が通報と事前調査を対象に<sup>3)</sup>、また吉住が指定医の判断とその後の経過について<sup>4)</sup>、行った研

究がある。この研究は、2000年度の検察官通報を対象としており、この期間、衛生行政報告例によれば1075例の通報がなされている。この研究では968例の回答が得られており、同年度の90.0%について調査された結果である。

そして竹島による通報と事前調査を対象とした研究では、2000年度1年間における検察官通報968例のうち、措置診察実施720例、診察不要248例であった。診察不要後の対応は、任意入院18例、医療保護入院42例、精神科通院74例、精神科医療不要7例などであった。診察不要と判断された事例は、既に精神科医療を受けている者も多かった。

また吉住による指定医の判断とその後の経過についての研究からは、診察実施された720例は、42.1±13.3歳、男女比9対1で、統合失調症が最も多く、精神作用物質障害が続き、器質性精神障害、気分障害、パーソナリティ障害、知的障害は少なかった。531例(73.2%)が要措置とされていた。当時は医療観察法が制定されるより前であり、重大な他害行為群で、広義の触法行為群より要措置とされやすいことなどが明らかとなった。措置入院180日目までに354例(66.7%)が措置解除されており、重大な他害行為群で広義の触法群より措置入院継続率が高かった。措置解除した事例の70%は任意入院あるいは医療保護入院で入院継続しており、通院はわずかであること、などが明らかとなった。

その後、2005年7月15日に、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察に関する法律が施行された。また、2009年5月21日には、裁判員の参加する刑事裁判に関する法律が施行された。

こうした状況のもとで、検察官通報の動向を明らかにするため、2009年度に、2008年度において検察官通報された事例について、再度、調査を行った<sup>5-6)</sup>。

2008年度は2000年度と比較し、通報件数

増加、重大な他害行為は減少していた。通報後の対応は、診察不要が増加、措置不要と措置入院中が減少し、措置入院期間も短縮していた。医療観察法施行により重大な他害行為、特に殺人・同未遂例は減少し、措置入院しても短期間で同法申立により鑑定入院に移行するなどの影響があった。またきわめて重大な他害行為を行っていても、措置入院で抱えるようなことはかなり減少していた。

このように、検察官通報は、医療観察法対象外の問題行動を行った事例への司法精神医療に純化しつつあり、医療観察法はこの変化の促進因子となった。なお、措置入院期間の短縮については精神科救急病棟の普及など診療報酬や施設の整備など、他因子の影響も考慮すべきではあると思われた。一般精神医療は入院期間の短縮が重要な課題として成果を出しつつある状況下での調査であり、措置入院期間の短縮に対しても、その影響は少ないものと思われた。

こうした状況が明らかになっていたが、最後に調査を行った2008年度から、既に14年が経過している。調査期間に大きな間隙をつくらないように、2020年度の検察官通報について、動向に変化がないか検討する必要がある。

そこで、今回、2020年度の検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するに当たっての基礎資料とすることを目的として調査を行うこととした。

## B. 方法

### 1 対象

2020年4月1日から2020年9月30日までの6ヶ月間において、全国すべての都道府県知事・政令指定都市市長に対して、精神保健福祉法第24条に基づいて検察官通報がなされた「精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人」について、対象とした。

### 2 調査内容

精神保健福祉法第24条に規定される通報

内容や都道府県・政令指定都市における事前調査、精神保健指定医の診察による措置入院に関する診断書、措置入院先医療機関から提出される措置症状消退届の記載内容から、次の項目について、所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。

#### (1) 「検察官通報書」より転記を求めた項目

- ① 通報日
- ② 年齢・性別
- ③ 罪名
- ④ 不起訴処分の日
- ⑤ 不起訴処分の要旨
- ⑥ 裁判の日
- ⑦ 刑名・刑期
- ⑧ 精神鑑定の有無
- ⑨ 精神鑑定の種類

#### (2) 「事前調査書」より転記を求めた項目

- ① 事前調査日
- ② 年齢・性別
- ③ 事前調査における本人面接の有無
- ④ 幻覚妄想あるいは明確に病的な行動や言動の有無・状況
- ⑤ 社会生活における状況認知・判断の障害の有無・状況
- ⑥ 基本的な生活維持の困難の有無・状況
- ⑦ 自傷行為の有無・状況
- ⑧ 他害行為の有無・状況
- ⑨ 精神障害の診断歴の有無
- ⑩ 精神科治療歴・受診歴の状況
- ⑪ 現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療状況
- ⑫ アルコール・薬物乱用の有無
- ⑬ 措置入院先選択に関係する重大な身体合併症の有無
- ⑭ 精神鑑定の有無、内容

#### (3) 「措置入院に関する診断書」より転記を求めた項目

- ① 申請等の添付資料の有無
- ② 年齢・性別

- ③ 病名
- ④ 入院回数
- ⑤ 重大な問題行動
- ⑥ 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像
- ⑦ 医学的総合判断
- ⑧ 診断日
- ⑨ この診断書の診断が措置診察か緊急措置診察かの区別

(4)「措置入院者の症状消退届」より転記を求めた項目

- ① 報告日
- ② 措置年月日
- ③ 年齢・性別
- ④ 病名
- ⑤ 措置解除の処置に関する意見
- ⑥ 退院後の帰住先
- ⑦ 措置解除希望日（または措置解除日）

(5)とりまとめ票の記載項目

所定の調査票においては、その第1ページに、通報例の年齢、性別、通報日の記載を求めた。また、とりまとめ票においては、第2ページ目以降に詳記されている各項目のうち、事前調査を実施したかどうか、指定医診察を実施したかどうか（実施していない場合にはその転帰）、診察後に措置入院していない場合にはその転帰、措置入院した場合には措置入院日と措置解除日、現在の措置入院状況、措置解除した場合にはその転帰について、改めての記載を求めた。

なお、実際の調査票ならびに調査票記載マニュアルは、参考資料の通りである。

### 3 調査の方法

2022年10月15日、全国すべての都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課に調査票を送付し、転記の上、2022年11月30日までの返送を求めた。

(倫理的配慮)

以上の研究計画書について、研究代表者が所属する、福岡県立精神医療センター太宰府

病院研究審査委員会の審査を受け、2020年12月15日に承認を受けた。

なお、調査予定の時期については、都道府県・政令指定都市の担当課は、新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」という。）のパンデミックの影響で繁忙を極めている等の状況を考慮して延期を繰り返さざるをえず、最終的に2022年10月15日に調査票発送に至ったものである。

## C. 結果

### 1 自治体の協力状況

47都道府県・20政令指定都市のうち、37自治体（24都道府県・13政令指定都市）から566例の提出を受けた。ほか1つの自治体から、調査対象期間に該当例がない、との連絡を受けた。13自治体からは協力できないとの返答があった。16自治体からは、返答がなかった。

### 2 年齢・性別

年齢・性別については、図3に示した。

平均年齢±標準偏差は48.4±14.7歳、男性456例、女性110例、男女比4.1:1であった。

### 3 診断

診断については、指定医診察が行われるまで、判明しない。そのため、通報があった例のうち、実際に診断が判明するのは、一部にとどまる。診断については、《4》指定医診察例の検討、において述べた。

### 4 事前調査の実施状況

事前調査の実施状況については、図4に示した。

通報566例のうち、事前調査は、「実施した」513例（90.6%）、「実施していない」53例（9.4%）であった。

### 5 検察官通報566例の転帰

検察官通報566例の転帰は、図5に示した。

内訳は、事前調査のみで指定医診察を行わなかったもの278例（49.1%）、指定医診察

を実施したものの 288 例 (50.9%) であった。

事前調査のみで指定医診察を行わなかった 278 例の転帰は、任意入院 12 例 (全 278 例の 4.3%)、医療保護 40 例 (同 14.4%)、精神科通院 70 例 (同 25.2%)、医療不要 22 例 (同 7.9%)、その他 59 例 (同 21.2%)、不明 44 例 (同 15.8%)、未記入と空白で 31 例 (同 11.2%) であった。指定医診察を実施した 288 例では、234 例 (81.3%、全 566 例の 41.3%) が措置入院し、54 例が措置不要となった。措置不要 54 例は、任意入院 2 例 (全 54 例の 3.7%)、医療保護 14 例 (同 25.9%)、精神科通院 13 例 (同 24.1%)、医療不要 6 例 (同 11.1%)、その他 3 例 (同 5.6%)、帰国 1 例 (同 1.9%)、不明 13 例 (同 24.1%)、未記入と空白で 2 例 (同 3.7%) であった。

措置入院した 234 例のうち 233 例 (234 例の 99.6%) は調査時点で措置解除され、措置入院継続は 1 例 (同 0.4%) のみであった。措置解除後の転帰は、任意入院 56 例 (全 234 例の 23.9%)、医療保護 98 例 (同 41.9%)、精神科通院 56 例 (同 23.9%)、医療不要 3 例 (同 1.3%)、その他 7 例 (同 3.0%)、転医 5 例 (同 2.1%)、医療観察法 1 例 (同 0.4%)、帰国 2 例 (同 0.9%)、不明 2 例 (同 0.9%)、未記入 1 例 (同 0.4%)、死亡 2 例 (同 0.9%) であった。なお、この転帰については、措置症状消退届などに基づく情報を集計している。別に報告した「《4》指定医診察例の検討」において詳細を述べた通り、措置入院後 180 日の時点での入院継続状況を示しており、この点で数値に差異が生じることに留意を要する。

## D. 考察

### 1 自治体の協力状況

この研究では検察官通報における通報、事前調査、指定医診察、措置解除時の状況を明らかにすることを目的とした。この目的を達成するためには、対象年度の、すべての通報

例を収集して解析を試みればよいとも考えられる。

しかし、近年、検察官通報は顕著に増加しており、2020 年度では 2376 例と、膨大である。このすべてを対象とすることは、都道府県・政令指定都市の負担が大きい。COVID-19 パンデミックへの対応に忙殺される自治体の状況を考慮すれば、自治体の協力を得やすくするためにも、統計解析に影響が少ない範囲で、対象を絞る必要があると考えられた。

このため 2020 年 4 月 1 日から 2020 年 9 月 30 日までの 6 ヶ月間において、全国すべての都道府県知事・政令指定都市市長に対して、精神保健福祉法第 24 条に基づく検察官通報がなされた「精神障害者またはその疑いのある収容者」を対象とした。

COVID-19 パンデミックとの関係では、調査を依頼したのは、第 7 波が 2022 年 7 月から始まり同 9 月に軽減しつつあり、2022 年 10 月 15 日に調査依頼を発送、調査協力の返答が得られた自治体に順次、調査票を発送した。結果、調査時期は、おおむね 2022 年 10 月から 11 月となった。ただ、多少患者数は減った時期であるとはいえ、第 7 波と第 8 波の間は COVID-19 の患者数はさほど減っておらず、各自治体には少なくない負担をかけてしまったところであった。

### 2 年齢・性別

「2020 年 4 月 1 日から 2020 年 9 月 30 日までの検察官通報例」は、566 例、48.4 ± 14.7 歳、男性 456 例、女性 110 例、男女比 4.1 : 1 であった。

2008 年の検察官通報では、1056 例、44.9 ± 13.9 歳、男性 873 例、女性 183 例、男女比 4.8 : 1 であった。2020 年と 2008 年を比較し、年齢では、2020 年で有意に年齢が高かった ( $F=0.8941 < F_{0.01}(565, 1055)=1.1897, p < 0.01$ )。年齢の変化については、社会全体の高齢化だけでなく、形式的通報の増加、特に認知症では形式的な通報が

多くなりがちなことの影響も考えられた。

同様に性別を比較したところ、男女比では2000年で男性が多く、2020年で女性が多かった ( $\chi^2(2)=11.480, p<.01$ )。高齢化や形式的通報の増加の影響があるとも考えられた。

### 3 事前調査の実施状況

調査に際しては、とりまとめ票に、事前調査の実施状況の記載を求めた。

ただ、ここで、各自治体の事前調査についての認識は、多少、異なる様子であったことは留意を要する。事前調査票の各項目にはチェックが入っているのに、とりまとめ票では事前調査「実施していない」との回答も見受けられた。電話で問い合わせのみのものを調査とするかどうか等、担当者により解釈も揺らぎがあるようであった。COVID-19パンデミックの影響で、対面しないで行う調査も肯定されつつある状況はあったが、たとえば検察官通報の前に警察官通報が行われていれば、時間が経過していても事前調査に含むのか、といった点は、この調査を実施する前には想定されていなかった。結局、事前調査票の各項目にチェックがある通報例については、とりまとめ票には「事前調査は実施していない」と回答されていても、実質的には事前調査が行われたものとして集計することとした。

### 4 転帰について

2020年4月1日から同9月30日までの全国の検察官通報例のうち、この研究班に資料提供を受けた566例では、指定医診察不要は278例、診察実施288例であった。指定医診察の結果は措置入院234例、措置不要54例で、調査時点で措置入院中1例、措置解除233例であった。

ここで、2000年度の検察官通報例では、通報968例のうち、720例が指定医診察を実施されており、診察不要は248例であった。指定医診察の結果は措置入院531例、措置不要189例で、調査時点で措置入院中177例、措置解除354例であった。また2008年

度の検察官通報例では、通報1056例のうち、588例が指定医診察を実施されており、診察不要は468例であった。指定医診察の結果は措置入院440例、措置不要148例で、調査時点で措置入院中34例、措置解除406例であった。

そして、大多数の例が措置解除に至っていることは2008年の検察官通報調査、2010年の警察官通報調査とも通じる結果であるが、2018年から2020年にかけて示された措置入院にかかる3つのガイドラインにより入院、診療、退院後支援のあり方が整理されたことも影響していると考えられる<sup>7-9)</sup>。

2020年では診察不要が多く、措置不要と措置入院中が少ない、2008年では診察不要が多く措置入院中が少ない、2000年では診察不要が少なく措置不要と措置入院中が多かった ( $\chi^2(6)=291.503, p<.01$ )。

診察不要が多かったことについては、警察官通報で通報された事例が、検察での事件処理が終わったことで重ねて通報されていることが少なくないことが影響していると思われる。

ここで、自治体ごとにいくつかのパターンが見受けられた。ある自治体では、多くの通報例が診察不要とされており、少なくない通報例の余白に、「警察官通報との重複」とのコメントが付されているところがあった。この点、診察不要の事情として、調査票に警察官通報との重複との選択肢は用意していなかったため、自治体職員が特段の事情として追記いただけたものと考えられる。別の自治体で、多くの通報例が診察不要とされているところでは、特段、事情の記載はなかったが、こういった事情があったのかも知れない。別の自治体では、比較的高い頻度で指定医診察が実施され、しかも措置入院に至っているところも見受けられ、かつ、警察官通報との重複といった通報例はまったくみられないところがあった。こうした傾向から、自治体ごとあるいは検察庁ごとに、通報について何らか

の申し合わせが行われている可能性もどうか  
わかれた。現時点では筆者らの推測にすぎない  
が、各地の検察庁の方針あるいは自治体との  
申し合わせ、または検察官個人の事件処理の  
方針として、「すべてのケースを通報とす  
る」「既に警察官通報が行われているケース  
は通報しない」「既に警察官通報が行われて  
いるケースで、現在、その通報に引き続いて  
精神科治療が行われているケースは通報しな  
い」など、一定の方針で対処されているので  
は、とも思われた。もちろん、精神保健福祉  
法24条は要旨「検察官は、精神障害者...に  
ついて、不起訴処分をしたとき...は、速やか  
に、その旨を都道府県知事に通報しなければ  
ならない。」と規定されており、検察官は精  
神障害者について全例を通報することが法定  
されている。ただ、精神保健福祉法1条は  
「精神障害者の権利の擁護を図りつつ、その  
医療及び保護を行う」ことが目的と規定され  
ており、既に医療が行われていることが明白  
であれば通報を見合わせたとしても実害はな  
く、重ねての通報で現実に行われている治療  
関係に横やりを入れるべきでもない。加えて  
パンデミック下で保健行政や医療機関に過剰  
な負荷がかかっていることを考慮すれば、柔  
軟な対応は、むしろ法の趣旨にかなうとも言  
える。司法側、保健行政側の双方に負担があ  
ることも想定されるため、形式的な通報の増  
加に対しては何らかの対処を検討すべきであ  
ろう。

## 5 まとめ

検察官通報は増加しているが、指定医診  
察不要とされる例の増加が目立っていた。  
また、今回の調査では従前より観察期間が  
従前より長くなったことには留意しつつも  
措置解除に至った例が大半であり、入院期  
間の短縮や退院後支援の影響などがあるも  
のと思われた。

## 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 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

## 文献

1) 政府統計の総合窓口. 衛生行政報告例 :  
[https://www.e-stat.go.jp/stat-](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&stat=000001031469)

[search/files?page=1&toukei=00450027&stat=000001031469](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&stat=000001031469), last accessed on Mar. 29, 2023

2) 厚生省保健医療局精神保健課監修. 精神保健福祉関係法令通知集-新版-, pp261, ぎょうせい, 東京, 1996

3) 竹島正, 浦田重治郎, 立森久照, 三宅由子. 措置通報等に対する都道府県・政令指定都市の対応状況に関する研究: 措置入院制度のあり方に関する研究 平成13年度総括・分担研究報告書 pp. 9-37, 2002

4) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について-. pp63-116 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成13年度総括・分担研究報告書. 2002

5) 吉住昭, 竹島正, 尾島俊之, 他(執筆: 瀬戸秀文). 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究. 医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究\_平成21年度総括・分担研究報告書. pp.9-43, 2010

6) 瀬戸秀文. 医療観察法が施行された後に

措置入院に変化があったか-措置入院の現状  
ならびに医療観察法入院直前の精神保健福祉  
法入院について- 司法輔神医学 10(1):88-  
94.2015

7) 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.

[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1)

8) 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」につい  
て.

[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1)

9) 日本精神科救急学会. 措置入院に関する  
診療ガイドライン 2020 年版, 春恒社, 東  
京, 2020

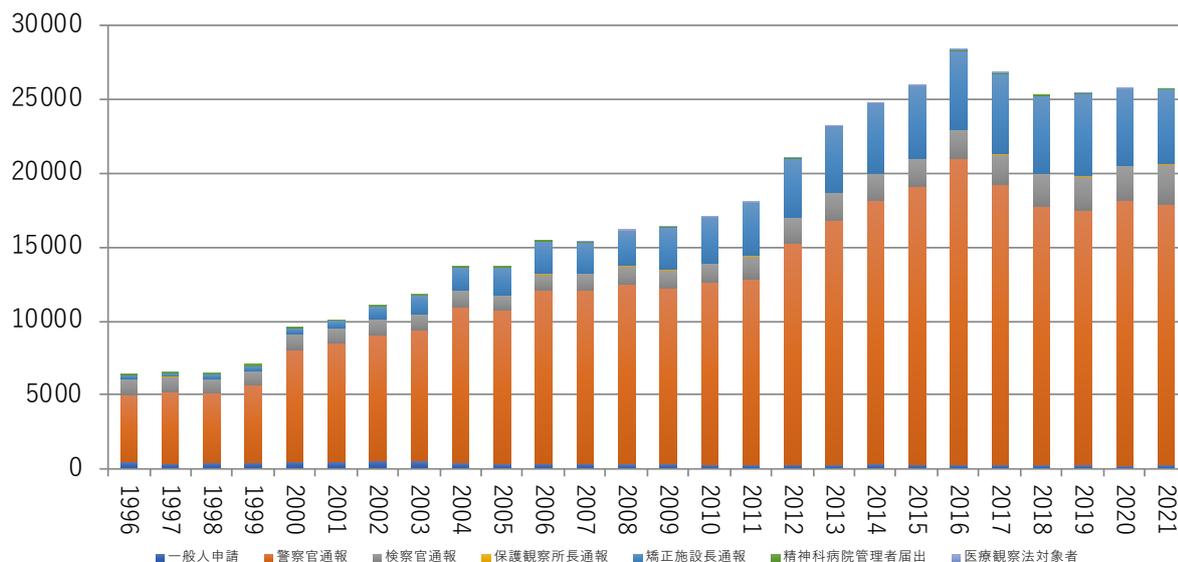


図1（1） 通報申請届出の件数

1996年と1997年度から2021年度までの衛生行政報告例から、一般人申請、警察官通報、検察官通報、保護観察所長通報、矯正施設長通報、精神科病院管理者届出、医療観察法対象者の通報の件数について、作図した。通報の年次推移は、全通報で、1996年には6417例であったが、2000年度9591例、2002年11053例と増加傾向が出現、2004年に13690例と倍増、2012年21046例に3倍増、2016年度28346件と4倍を超えて増加している（衛生行政報告例は1996年までは年ごと、1997年以降、年度ごとに集計されている）。

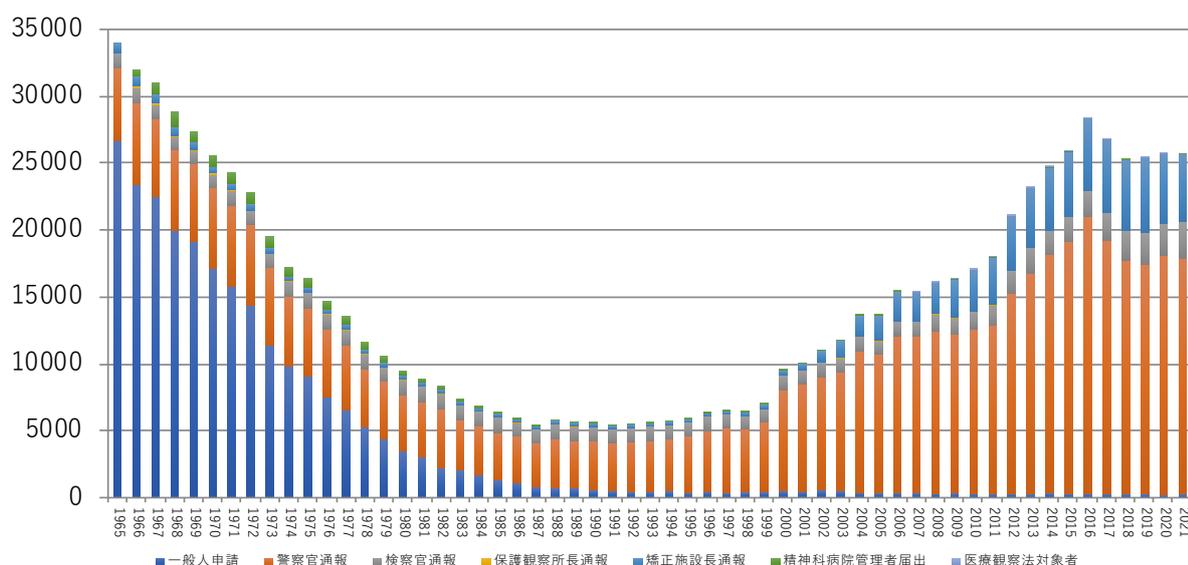


図1（2） 通報申請届出の件数

図1（1）で用いた1996年と1997年度から2021年度までの衛生行政報告例のデータに、緊急措置入院が制度化された1965年から1995年までのデータを加えて、一般人申請、警察官通報、検察官通報、保護観察所長通報、矯正施設長通報、精神科病院管理者届出、医療観察法対象者の通報の件数について、作図した。1965年から1980年頃までは一般人申請が多く、1988年に精神衛生法から精神保健法に改正が行われたことに留意を要する。（衛生行政報告例は1996年までは年ごと、1997年以降、年度ごとに集計されている）。

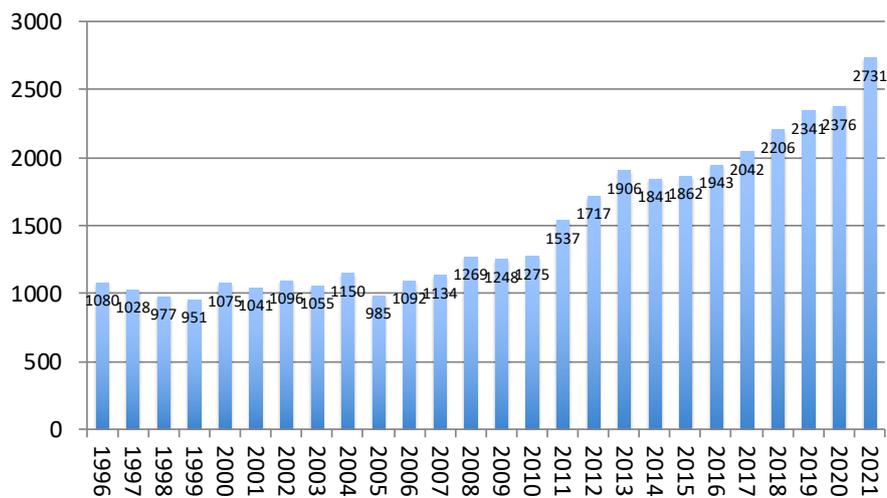


図2 検察官通報の件数

図1と同様に、1996年と1997年度から2021年度までの検察官通報件数について、作図した。検察官通報の通報件数は、1996年度に1080件、2000年度に1075件と横ばいであったが、2013年に1906件と倍増、2020年に2376件で、2021年には2731件と、3倍に迫りつつある。

図3 年齢・性別

2020年4月1日から2020年9月30日までの検察官通報566例の年齢・性別を示した。

年齢48.4±14.7歳、

男性456例、女性110例

(男女比4.1:1)であった。

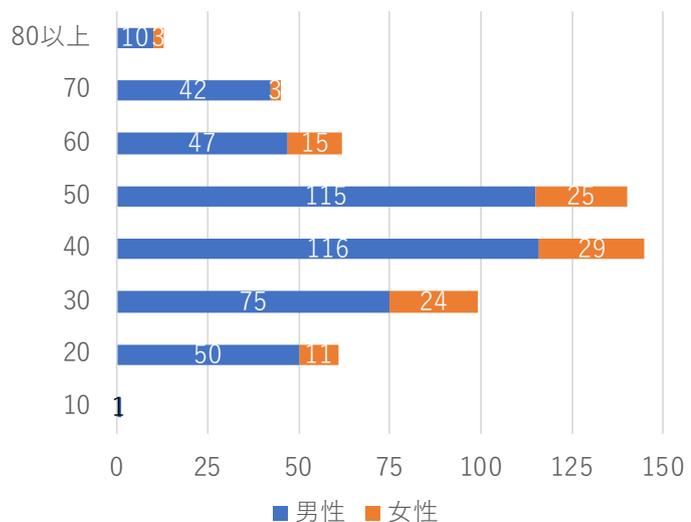
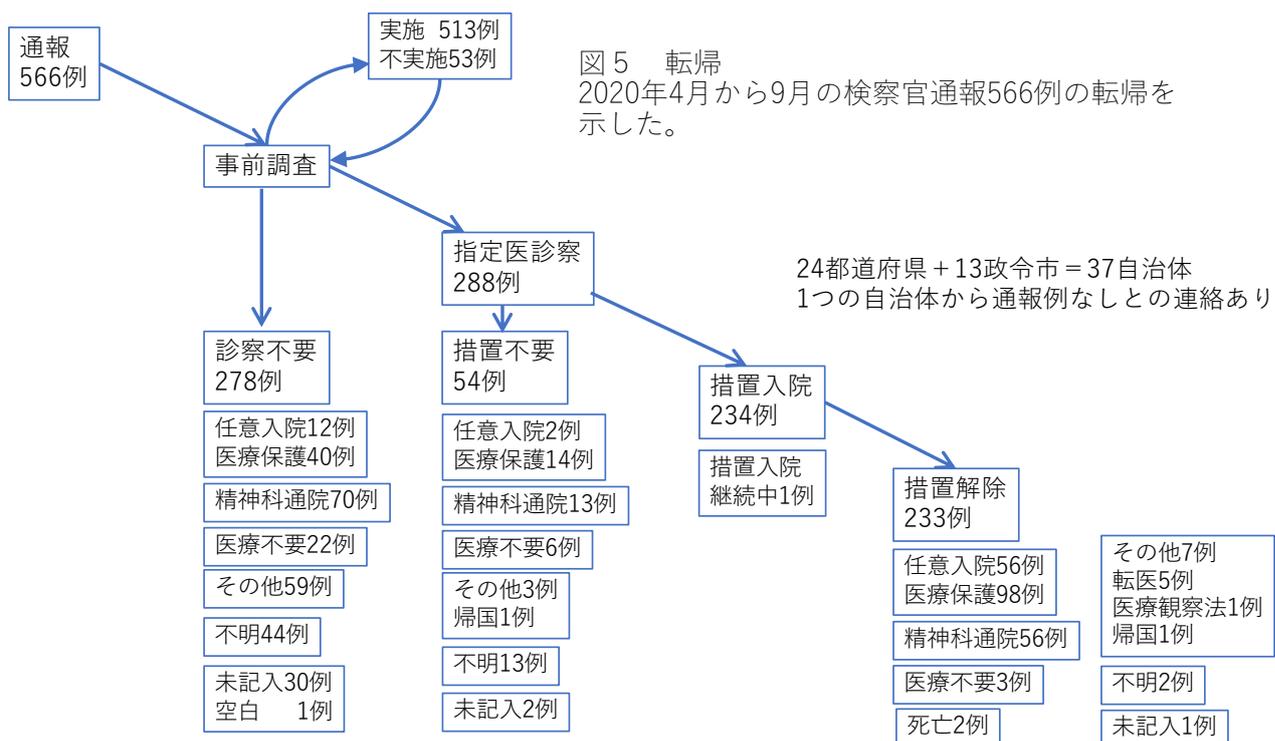
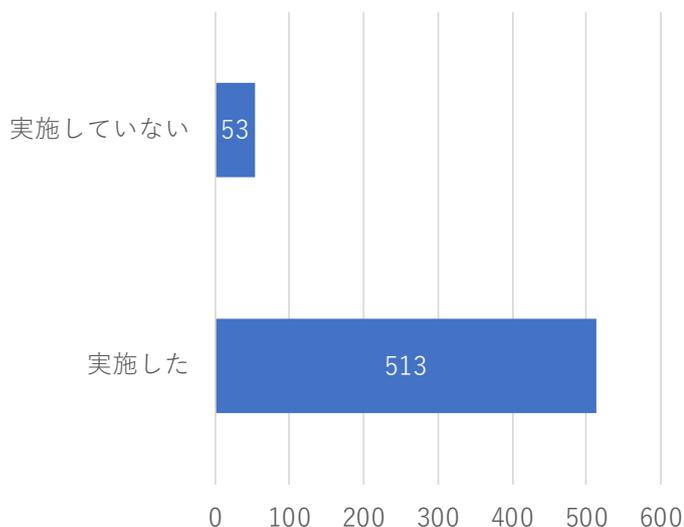


図4 事前調査の実施状況

事前調査の実施状況を示した。  
2020年4月1日から2020年9月30日  
までの検察官通報566例では、  
事前調査の実施状況は、  
実施した 513例 (90.6%)  
実施していない 53例 ( 9.4%)  
であった。



# 措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究 矯正施設長通報調査票

## とりまとめ表

通 報 日	年 月 日		
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入	

事 前 調 査 は	1. 実施した	2. 実施していない
指 定 医 の 診 察 は	1. 実施した	2. 実施していない <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 任意入院した</li> <li>2. 医療保護入院した</li> <li>3. 精神科への通院となった</li> <li>4. 精神科医療は不要となった</li> <li>5. その他 ( )</li> <li>6. 不明</li> </ul>
診 察 後 の 経 過 は	1. 措置入院した	2. 措置入院していない
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 現在も措置入院中</li> <li>2. 既に措置解除した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 任意入院した</li> <li>2. 医療保護入院した</li> <li>3. 精神科への通院となった</li> <li>4. 精神科医療は不要となった</li> <li>5. その他 ( )</li> <li>6. 不明</li> </ul>
	措置入院日	年 月 日
措置解除日	年 月 日	

データ目録			
1	通 報 書	1. あり	2. なし
2	事 前 調 査 書	1. あり	2. なし
3	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし 3. 診察実施せず
4	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし 3. 診察実施せず
5	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし 3. 診察実施せず
6	措置症状消退届	1. あり	2. なし 3. 措置入院していない 4. 医療機関から未提出

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

# 矯正施設長通報書・データ票

確認欄

通 報 日	年 月 日	<input type="checkbox"/>		
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入	<input type="checkbox"/>	
帰 住 地	1. 矯正施設入所前に当自治体に居住 2. 帰住地調整で当自治体が帰住地とされた 3. 帰住地がないため矯正施設所在地に通報 4. その他 ( ) 5. 不明 6. 記載なし		<input type="checkbox"/>	
症 状 の 概 要  病名や病状、自傷他害の有無や既往、精神科治療状況ならびに身体合併症の状況に関する情報について、転記してください。	病 名			
	自 傷 他 害	人に対する他害行為のおそれ 1. 記載なし 2. なし 3. あり 物に対する他害行為のおそれ 1. 記載なし 2. なし 3. あり 自傷行為のおそれ 1. 記載なし 2. なし 3. あり 重大な他害行為の既往 【複数回答可】 4. 殺人 (既遂) 5. 放火 6. 強盗 7. 強姦性交 (強姦) 8. 強制わいせつ 9. 傷害		
	治 療	精神科治療の状況 1. 記載なし 2. なし 3. あり 身体合併症の状況 1. 記載なし 2. なし 3. あり		
	病 状	上の「病名」「自傷他害」「治療状況」に、印をつけることができる場合には、「病状」は空欄で差し支えありません。印をつけることができない場合には、通報書の病状を転記してください。		
	矯 正 施 設 か ら の 積 放 ・ 退 院 ・ 退 所 の 日			年 月 日
	引 き 取 り 人	1. 記載なし 記載がある場合 (2から5に○) 【複数回答可】 2. 家族や親族 3. 友人・知人など 4. 施設等の関係者 5. その他 ( )		<input type="checkbox"/>
罪 名	1. 記載なし 2. 記載あり ( )		<input type="checkbox"/>	
刑 名	1. 記載なし 記載がある場合 (2から10に○) 【複数回答可】 2. 懲役 3. 禁錮 4. 罰金 5. 拘留 6. 科料 7. 少年院等への送致 8. 婦人相談所入所 9. その他 ( )		<input type="checkbox"/>	
刑 期	1. 記載なし 2. 記載あり ( )		<input type="checkbox"/>	
診 察 の 必 要 性 に 関 す る 意 見	1. 記載なし 記載あり (2か3に○) 2. 指定医診察が必要 3. 指定医診察不要・簡易通報		<input type="checkbox"/>	

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

## 事前調査書・データ票

確認欄

事前調査日	年 月 日	
年齢・性別	歳	男・女
事前調査における本人面接の有無	1. 面接した      2. 面接していない      3. わからない	
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動	1. 明らか      2. 軽度      3. ない      4. 不明	
社会生活における状況認知・判断の障害	1. 明らか      2. 軽度      3. ない      4. 不明	
基本的な生活維持の困難 (睡眠・栄養・清潔の保持、 電気・水道・ガスの確保、 寒暑炎熱の防御等)	1. 明らか      2. 軽度      3. ない      4. 不明	
自傷行為	1. 明らか      2. 軽度      3. ない      4. 不明	
他害行為の有無 (今回の申請・通報・ 届出に関するもの)	1. 明らか      2. 軽度      3. ない      4. 不明	
他害行為が「1. 明らか」 「2. 軽度」は右の該当項目 に○印(複数選択可)	1. 殺人・殺人未遂      2. 傷害      3. 暴行      4. 性的問題行動 5. 侮辱      6. 器物損壊      7. 強盗      8. 恐喝      9. 窃盗 10. 詐欺      11. 放火      12. 弄火      13. その他 (      )	
精神障害の診断歴の有無 (今回の通報時点まで)	1. あり      2. なし      3. 不明	
精神科治療歴・受診歴	1. あり      2. なし      3. 不明	
現在(3ヶ月以内)の 精神障害の治療	1. あり      2. なし      3. 不明	
備考	薬物乱用	1. あり      2. なし      3. 不明
	アルコール飲用	1. あり      2. なし      3. 不明
	措置入院先選択に関係する 重大な身体合併症	1. あり      2. なし      3. 不明
	これまでの司法処分	1. あり      2. なし      3. 不明
結論	1. 指定医診察を行う      2. 指定医診察は行わない      3. 不明	

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本に該当する記載がないものの、選択肢のいずれともいえないなど、写し間違いでない場合に、レ点を入れてください。

## 措置入院に関する診断書・データ票

申請等の形式	v 矯正施設長通報（第26条）		確認欄																																																				
申請等の添付資料	i あり      ii なし																																																						
年齢・性別	歳	男・女																																																					
病名 <small>ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。</small>	1 主たる精神障害  ICD (                    )	2 従たる精神障害  ICD (                    )	3 身体合併症																																																				
	入院回数 初回から前回まで 計      回（うち、措置入院歴 なし・あり）																																																						
重大な問題行動 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 殺人</td> <td style="width: 5%;">A</td> <td style="width: 5%;">B</td> <td rowspan="17" style="vertical-align: top;">                 &lt;現在の精神症状&gt;                  I 意識                  1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 (                    )                  II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害）                  III 記憶                  1 記銘障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 (                    )                  IV 知覚                  1 幻聴    2 幻視    3 その他 (                    )                  V 思考                  1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸                  6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 (                    )                  VI 感情・情動                  1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁                  5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 (                    )                  VII 意欲                  1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止                  6 無為・無関心    7 その他 (                    )                  VIII 自我意識                  1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 (                    )                  IX 食行動                  1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 (                    )                  &lt;その他の重要な症状&gt;                  1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 (                    )                  4 その他 (                    )                  &lt;問題行動等&gt;                  1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 (                    )                  &lt;現在の状態像&gt;                  1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態                  4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態                  8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 (                    )             </td> </tr> <tr><td>2 放火</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>3 強盗</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>4 強制性交・強姦</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>5 強制わいせつ</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>6 傷害</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>7 暴行</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>8 恐喝</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>9 脅迫</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>10 窃盗</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>11 器物破損</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>12 弄火又は失火</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>13 家宅侵入</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>14 詐欺等の経済的な問題行動</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>15 自殺企図</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>16 自傷</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>17 その他 (                    )</td><td>A</td><td>B</td></tr> </table>	1 殺人	A	B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 (                    ) II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記銘障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 (                    ) IV 知覚 1 幻聴    2 幻視    3 その他 (                    ) V 思考 1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸 6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 (                    ) VI 感情・情動 1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁 5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 (                    ) VII 意欲 1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止 6 無為・無関心    7 その他 (                    ) VIII 自我意識 1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 (                    ) IX 食行動 1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 (                    ) <その他の重要な症状> 1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 (                    ) 4 その他 (                    ) <問題行動等> 1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 (                    ) <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態 8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 (                    )	2 放火	A	B	3 強盗	A	B	4 強制性交・強姦	A	B	5 強制わいせつ	A	B	6 傷害	A	B	7 暴行	A	B	8 恐喝	A	B	9 脅迫	A	B	10 窃盗	A	B	11 器物破損	A	B	12 弄火又は失火	A	B	13 家宅侵入	A	B	14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B	15 自殺企図	A	B	16 自傷	A	B	17 その他 (                    )	A	B	確認欄		
1 殺人	A	B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 (                    ) II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記銘障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 (                    ) IV 知覚 1 幻聴    2 幻視    3 その他 (                    ) V 思考 1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸 6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 (                    ) VI 感情・情動 1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁 5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 (                    ) VII 意欲 1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止 6 無為・無関心    7 その他 (                    ) VIII 自我意識 1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 (                    ) IX 食行動 1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 (                    ) <その他の重要な症状> 1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 (                    ) 4 その他 (                    ) <問題行動等> 1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 (                    ) <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態 8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 (                    )																																																				
2 放火	A	B																																																					
3 強盗	A	B																																																					
4 強制性交・強姦	A	B																																																					
5 強制わいせつ	A	B																																																					
6 傷害	A	B																																																					
7 暴行	A	B																																																					
8 恐喝	A	B																																																					
9 脅迫	A	B																																																					
10 窃盗	A	B																																																					
11 器物破損	A	B																																																					
12 弄火又は失火	A	B																																																					
13 家宅侵入	A	B																																																					
14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B																																																					
15 自殺企図	A	B																																																					
16 自傷	A	B																																																					
17 その他 (                    )	A	B																																																					
医学的総合判断	I 要措置      II 措置不要																																																						
診断日	年      月      日																																																						
この診察は？	1. 通常診察      2. 緊急措置診察																																																						

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄（問題行動は上欄）の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、レ点を入れてください。

## 措置入院に関する診断書・データ票

申請等の形式	v 矯正施設長通報（第26条）			確認欄																																																																				
申請等の添付資料	i あり      ii なし			□																																																																				
年齢・性別	歳	男・女		□																																																																				
病名 <small>ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。</small>	1 主たる精神障害  ICD (                    )	2 従たる精神障害  ICD (                    )	3 身体合併症	□																																																																				
入院回数	初回から前回まで 計      回（うち、措置入院歴      なし・あり）			□																																																																				
重大な問題行動	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像			□																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">1 殺人</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">B</td> <td style="width: 75%;"></td> </tr> <tr> <td>2 放火</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 強盗</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 強制性交・強姦</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 強制わいせつ</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 傷害</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 暴行</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 恐喝</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 脅迫</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 窃盗</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 器物破損</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 弄火又は失火</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13 家宅侵入</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14 詐欺等の経済的な問題行動</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 自殺企図</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 自傷</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>17 その他 (                    )</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>	1 殺人	A	B		2 放火	A	B		3 強盗	A	B		4 強制性交・強姦	A	B		5 強制わいせつ	A	B		6 傷害	A	B		7 暴行	A	B		8 恐喝	A	B		9 脅迫	A	B		10 窃盗	A	B		11 器物破損	A	B		12 弄火又は失火	A	B		13 家宅侵入	A	B		14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B		15 自殺企図	A	B		16 自傷	A	B		17 その他 (                    )	A	B		<p>&lt;現在の精神症状&gt;</p> <p>I 意識 1 意識混濁      2 せん妄      3 もうろう      4 その他 (                    )</p> <p>II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害）</p> <p>III 記憶 1 記銘障害      2 見当識障害      3 健忘      4 その他 (                    )</p> <p>IV 知覚 1 幻聴      2 幻視      3 その他 (                    )</p> <p>V 思考 1 妄想      2 思考途絶      3 連合弛緩      4 滅裂思考      5 思考奔逸 6 思考制止      7 強迫観念      8 その他 (                    )</p> <p>VI 感情・情動 1 感情平板化      2 抑うつ気分      3 高揚気分      4 感情失禁 5 焦燥・激越      6 易怒性・被刺激性亢進      7 その他 (                    )</p> <p>VII 意欲 1 衝動行為      2 行為心拍      3 興奮      4 昏迷      5 精神運動制止 6 無為・無関心      7 その他 (                    )</p> <p>VIII 自我意識 1 離人感      2 させられ体験      3 解離      4 その他 (                    )</p> <p>IX 食行動 1 拒食      2 過食      3 異食      4 その他 (                    )</p> <p>&lt;その他の重要な症状&gt; 1 てんかん発作      2 自殺念慮      3 物質依存 (                    ) 4 その他 (                    )</p> <p>&lt;問題行動等&gt; 1 暴言      2 徘徊      3 不潔行為      4 その他 (                    )</p> <p>&lt;現在の状態像&gt; 1 幻覚妄想状態      2 精神運動興奮状態      3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態      5 抑うつ状態      6 躁状態      7 せん妄状態 8 もうろう状態      9 認知症状態      10 その他 (                    )</p>			□
1 殺人	A	B																																																																						
2 放火	A	B																																																																						
3 強盗	A	B																																																																						
4 強制性交・強姦	A	B																																																																						
5 強制わいせつ	A	B																																																																						
6 傷害	A	B																																																																						
7 暴行	A	B																																																																						
8 恐喝	A	B																																																																						
9 脅迫	A	B																																																																						
10 窃盗	A	B																																																																						
11 器物破損	A	B																																																																						
12 弄火又は失火	A	B																																																																						
13 家宅侵入	A	B																																																																						
14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B																																																																						
15 自殺企図	A	B																																																																						
16 自傷	A	B																																																																						
17 その他 (                    )	A	B																																																																						
医学的総合判断	I 要措置		II 措置不要	□																																																																				
診断日	年      月      日			□																																																																				
この診察は？	1. 通常診察		2. 緊急措置診察	□																																																																				

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄（問題行動は上欄）の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、レ点を入れてください。

## 措置入院に関する診断書・データ票

申請等の形式	v 矯正施設長通報（第26条）			確認欄																																																																				
申請等の添付資料	i あり      ii なし			<input type="checkbox"/>																																																																				
年齢・性別	歳	男・女		<input type="checkbox"/>																																																																				
病名 <small>ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。</small>	1 主たる精神障害  ICD (                    )	2 従たる精神障害  ICD (                    )	3 身体合併症	<input type="checkbox"/>																																																																				
入院回数	初回から前回まで 計      回（うち、措置入院歴      なし・あり）			<input type="checkbox"/>																																																																				
重大な問題行動	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像			<input type="checkbox"/>																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 2px;">1 殺人</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">A</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">B</td> <td style="width: 75%;"></td> </tr> <tr> <td>2 放火</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 強盗</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 強制性交・強姦</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 強制わいせつ</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 傷害</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 暴行</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 恐喝</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 脅迫</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>10 窃盗</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 器物破損</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 弄火又は失火</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13 家宅侵入</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>14 詐欺等の経済的な問題行動</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 自殺企図</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 自傷</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>17 その他 (                    )</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>	1 殺人	A	B		2 放火	A	B		3 強盗	A	B		4 強制性交・強姦	A	B		5 強制わいせつ	A	B		6 傷害	A	B		7 暴行	A	B		8 恐喝	A	B		9 脅迫	A	B		10 窃盗	A	B		11 器物破損	A	B		12 弄火又は失火	A	B		13 家宅侵入	A	B		14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B		15 自殺企図	A	B		16 自傷	A	B		17 その他 (                    )	A	B		<p>&lt;現在の精神症状&gt;</p> <p>I 意識 1 意識混濁      2 せん妄      3 もうろう      4 その他 (                    )</p> <p>II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害）</p> <p>III 記憶 1 記銘障害      2 見当識障害      3 健忘      4 その他 (                    )</p> <p>IV 知覚 1 幻聴      2 幻視      3 その他 (                    )</p> <p>V 思考 1 妄想      2 思考途絶      3 連合弛緩      4 滅裂思考      5 思考奔逸 6 思考制止      7 強迫観念      8 その他 (                    )</p> <p>VI 感情・情動 1 感情平板化      2 抑うつ気分      3 高揚気分      4 感情失禁 5 焦燥・激越      6 易怒性・被刺激性亢進      7 その他 (                    )</p> <p>VII 意欲 1 衝動行為      2 行為心拍      3 興奮      4 昏迷      5 精神運動制止 6 無為・無関心      7 その他 (                    )</p> <p>VIII 自我意識 1 離人感      2 させられ体験      3 解離      4 その他 (                    )</p> <p>IX 食行動 1 拒食      2 過食      3 異食      4 その他 (                    )</p> <p>&lt;その他の重要な症状&gt; 1 てんかん発作      2 自殺念慮      3 物質依存 (                    ) 4 その他 (                    )</p> <p>&lt;問題行動等&gt; 1 暴言      2 徘徊      3 不潔行為      4 その他 (                    )</p> <p>&lt;現在の状態像&gt; 1 幻覚妄想状態      2 精神運動興奮状態      3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態      5 抑うつ状態      6 躁状態      7 せん妄状態 8 もうろう状態      9 認知症状態      10 その他 (                    )</p>			<input type="checkbox"/>
1 殺人	A	B																																																																						
2 放火	A	B																																																																						
3 強盗	A	B																																																																						
4 強制性交・強姦	A	B																																																																						
5 強制わいせつ	A	B																																																																						
6 傷害	A	B																																																																						
7 暴行	A	B																																																																						
8 恐喝	A	B																																																																						
9 脅迫	A	B																																																																						
10 窃盗	A	B																																																																						
11 器物破損	A	B																																																																						
12 弄火又は失火	A	B																																																																						
13 家宅侵入	A	B																																																																						
14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B																																																																						
15 自殺企図	A	B																																																																						
16 自傷	A	B																																																																						
17 その他 (                    )	A	B																																																																						
医学的総合判断	I 要措置		II 措置不要	<input type="checkbox"/>																																																																				
診断日	年      月      日			<input type="checkbox"/>																																																																				
この診察は？	1. 通常診察		2. 緊急措置診察	<input type="checkbox"/>																																																																				

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄（問題行動は上欄）の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、レ点を入れてください。

## 措置入院者の症状消退届・データ票

確認欄

報 告 日	年 月 日			<input type="checkbox"/>
措 置 年 月 日	年 月 日			<input type="checkbox"/>
年 齢 ・ 性 別	歳		男 ・ 女	<input type="checkbox"/>
病 名 <small>ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。</small>	1 主たる精神障害  ICD ( )	2 従たる精神障害  ICD ( )	3 身体合併症	<input type="checkbox"/>
	措置解除の処置に関する意見			<input type="checkbox"/>
退 院 後 の 帰 住 先	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科)      2 通院医療      3 転医			<input type="checkbox"/>
	4 死亡      5 その他 ( )			<input type="checkbox"/>
措 置 解 除 希 望 日	1 自宅 (i 家族と同居 ・ ii 単身)      2 施設			<input type="checkbox"/>
	3 その他 ( )			<input type="checkbox"/>
措 置 解 除 希 望 日	月 日 ( 曜日)			<input type="checkbox"/>

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、レ点を入れてください。



2022年（令和4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）

措置通報および措置入院の実態に関する研究

## 検察官通報

調査のお願い

（調査票記載マニュアル）

2020年11月6日 版  
（2022年6月1日 修正版）

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））  
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）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 地域・司法精神医療研究部

措置通報および措置入院の実態に関する研究

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

2022年6月1日

都道府県・政令指定都市  
精神保健福祉担当課 御中

令和4年度厚生労働行政推進調査事業費補助金  
良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究  
(22GC2004) 研究代表者 西 大輔  
(東京大学教授, 国立精神神経医療研究センター精神保健研究所)  
措置通報および措置入院の実態に関する研究  
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医長)

## 「精神保健福祉法第24条に基づく検察官通報に関する調査」 について協力をお願い

謹啓 梅雨の頃となりましたが、貴台におかれてはますますご清祥のことと存じます。平素より、私どもの研究班には、たいへんお世話になっており、厚く御礼申し上げます。

私ども、2001年度(平成13年度)以降、厚生労働科学研究費補助金・日本医療研究開発機構の研究事業をもとに、都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用実態を分析してまいりました。この間、2016年には相模原市において措置入院歴を有する元職員が障害者施設を襲撃する事件も発生し、措置入院制度のあり方に関しては種々の検討が行われているところであります。

このたび、精神保健福祉法第24条による検察官通報の状況について、全国的な調査を実施することとなりました。検察官通報は、衛生行政報告例によると、2000年度には1075件でしたが、2008年度には1269件、さらに2017年度には2042件と、2倍弱の増加をしております。その一方で、診察不要の件数・割合は、2000年度282件(26.2%)ですが、2008年度は561件(44.2%)、2017年度969件(47.4%)と増えており、診察実施の割合は相対的に低下し、診察不要の割合が増えております。

このような変化もあり、検察官通報については、前回2009年度に調査させていただいてから10年を経たことで、今回、再度、現状を把握する趣旨で、検察官通報の現状把握のために調査させていただくことといたしました。この調査により、検察官通報にかかる対応がどのように変化したかなどが明らかにできるものと考えております。

具体的な調査の進め方につきましては、同封の調査手順をご参考いただきたく存じます。

調査の概要は以下の通りで、2009年度に行ったものとほぼ同様の調査を、再度実施いたします。なお、本研究実施については、研究分担者施設において倫理委員会の承認を得ております。

ご多用中、誠に恐れ入りますが、このことについて、よろしくお願い申し上げます。

敬具

- 2020年度上半期(令和2年度上半期)に検察官通報がなされた事例を調査対象とさせていただきます。  
2020年4月1日から2020年9月30日の通報例
- 個々の事例の「通報書」、「事前調査書」、「措置入院に関する診断書」、「措置症状消退届」について、所定の調査票に転記の上、返送いただきたく存じます。
- ご返送いただきました調査票は、研究分担者施設で厳重に管理し、解析をいたします。また、解析終了後は速やかに処分いたします。
- 都道府県・政令指定都市ごとの集計は行いません。

ご多忙の折、誠に申し訳ございませんが、2021年10月31日までに返信用封筒にてご返送いただければ幸いです。疑問の点は、下記のメールにてご連絡いただければと存じます。

連絡先  
〒818-0125  
福岡県太宰府市五条3丁目8-1  
福岡県立精神医療センター太宰府病院  
医長 瀬戸 秀文  
Tel. 092-922-3137  
Fax. 092-924-4060  
E-mail: setohidefumi@gmail.com

大変恐縮ながら、太宰府病院の体制の都合上、調査専従の担当者がおりませんので、お電話でのお問い合わせは、回答いたしかねる場合がございます。できるだけ電子メールでの照会をお願いいたします。お問い合わせは、電子メール(または郵便、ファックス)にて、重ねてお願いいたします。

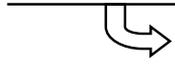
# もくじ

協力をお願い	2
とりまとめ票	4
とりまとめ票 記載例	5
通報書 データ票	6
通報書 参照の要点	7
事前調査書 データ票	8
事前調査書 参照の要点	9
措置入院に関する診断書 データ票	1 2
措置入院に関する診断書 第1面 参照の要点	1 3
措置入院に関する診断書 データ票	1 4
措置入院に関する診断書 第2面 参照の要点	1 5
措置症状消退届 データ票	1 6
措置症状消退届 参照の要点	1 7

## 措置通報および措置入院の実態に関する研究 検察官通報調査票

### とりまとめ票

通 報 日	年 月 日	
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女

事 前 調 査 は	1. 実施した                      2. 実施していない						
指 定 医 の 診 察 は	1. 実施した                      2. 実施していない <div style="margin-left: 150px;">  <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 任意入院した</li> <li>2. 医療保護入院した</li> <li>3. 精神科への通院となった</li> <li>4. 精神科医療は不要となった</li> <li>5. その他 (                      )</li> <li>6. 不明</li> </ul> </div>						
診 察 後 の 経 過 は	1. 措置入院した                      2. 措置入院していない <div style="margin-left: 20px;">  <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 現在も措置入院中</li> <li>2. 既に措置解除した</li> </ul> </div> <div style="margin-left: 150px;">  <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 任意入院した</li> <li>2. 医療保護入院した</li> <li>3. 精神科への通院となった</li> <li>4. 精神科医療は不要となった</li> <li>5. その他 (                      )</li> <li>6. 不明</li> </ul> </div>						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">措置入院日</td> <td style="width: 60%; text-align: center;">年 月 日</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>措置解除日</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	措置入院日	年 月 日		措置解除日	年 月 日	
	措置入院日	年 月 日					
措置解除日	年 月 日						
措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含まれます。							

データ目録			
1	通 報 書	1. あり                      2. なし	
2	事 前 調 査 書	1. あり                      2. なし	
3	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし                      3. 診察実施せず
4	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし                      3. 診察実施せず
5	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし                      3. 診察実施せず
6	措置症状消退届	1. あり                      2. なし                      3. 措置入院していない	4. 医療機関から未提出

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票1ページ記載のための説明です。

## 措置通報および措置入院の実態に関する研究

# 検察官通報調査票

### とりまとめ票

本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。  
なお、種々の配慮から、あえて性別を記載されない場合もありますので、氏名等からの推定は不要です。

通 報 日	年 月 日		
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女	未記入

事 前 調 査 は	1. 実施した	2. 実施していない	
指 定 医 の 診 察 は	1. 実施した	2. 実施していない <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 任意入院した</li> <li>2. 医療保護入院した</li> <li>3. 精神科への通院となった</li> <li>4. 精神科医療は不要となった</li> <li>5. その他 ( )</li> <li>6. 不明</li> </ul>	
診 察 後 の 経 過 は	1. 措置入院した	2. 措置入院していない	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 現在も措置入院中</li> <li>2. 既に措置解除した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 任意入院した</li> <li>2. 医療保護入院した</li> <li>3. 精神科への通院となった</li> <li>4. 精神科医療は不要となった</li> <li>5. その他 ( )</li> <li>6. 不明</li> </ul>	
	措置入院日	年 月 日	措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含みます。
	措置解除日	年 月 日	

措置入院した事例は現在措置入院しているかどうか、措置解除している事例は措置解除後の状況を記載してください。

診察実施していない事例は、調査後の状況を記載してください。

措置入院していない事例は、診察後の状況を記載してください。

緊急措置診察が行われた事例では診断書の枚数が異なる場合があります。区別を記載願います。

データ目録			
1	通 報 書	1. あり	2. なし
2	事 前 調 査 書	1. あり	2. なし
3	措置入院に関する診断書	1. あり (通常診察・緊急措置診察)	2. なし 3. 診察実施せず
4	措置入院に関する診断書	1. あり (通常診察・緊急措置診察)	2. なし 3. 診察実施せず
5	措置入院に関する診断書	1. あり (通常診察・緊急措置診察)	2. なし 3. 診察実施せず
6	措 置 症 状 消 退 届	1. あり	2. なし 3. 措置入院していない 4. 医療機関から未提出

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票1ページ記載のための説明です。

## 検察官通報書・データ票

通 報 日	年 月 日	
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女
罪 名		
不 起 訴 処 分 の 日	年 月 日	
不 起 訴 処 分 の 要 旨 (主なものを選択肢に示しています。不起訴処分の要旨が 選択肢以外の場合、あるいはよくわからない場合、記載内容を 転記願います。)	心神喪失 ・ 心神耗弱 ・ 嫌疑不十分 ・ 告訴取り下げ ・ 処分保留 ・ その他 ( )	
裁 判 の 日	年 月 日	
刑 名 ・ 刑 期		
精 神 鑑 定 の 有 無	行われた ・ 行われていない ・ わからない	
精 神 鑑 定 の 種 類	簡易鑑定 ・ 起訴前本鑑定 ・ 公判鑑定 ・ わからない	

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票2ページ記載のための説明です。

### 精神障害者等通報書

年 月 日

殿

検察庁

下記の者を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第24条により通報します。

精神障害者等	氏名	本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。	
	生年月日		性別
	本籍	罪名や条文番号、法律の名称等は、省略せず、そのまま転記してください。	
	居住地	不起訴処分の日(予定日を含む)を転記してください	
罪名	主なものを選択肢「心神喪失、心神耗弱、嫌疑不十分、告訴取り下げ、処分保留、その他」に示しています。不起訴処分の要旨が選択肢以外の場合、あるいはよくわからない場合、記載内容を、そのまま転記してください。		
不起訴処分	処分の日 検察庁名	処分保留は、厳密には不起訴処分ではありませんが、便宜上、不起訴処分に準じて集計いたします。	
	要旨		
裁判	裁判の日 裁判所名	裁判の日や刑の内容が記載されている場合は、転記してください。	
	刑名・刑期		
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第24条に規定するその他特に必要があると認めた理由		被疑者(検察庁) 被告人(裁判所)	
病状の区分		精神障害の疑いのある者 麻薬中毒(の疑いのある)者	
病状の概要又は麻薬中毒(の疑いのある)者と認めた理由		精神鑑定を行った旨の記載がある場合は、データ票の該当部分に○印をつけてください	
引取人	氏名		
	住居		
その他参考事項			

- (注意)
- 1 引取人がいないときは、その旨該当欄に記載すること。
  - 2 この通報が、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づくものであるときは症状の概要を、また麻薬及び抗精神薬取締法に基づくものであるときは麻薬中毒(の疑いのある)者と認めた理由をそれぞれ該当欄に記載すること。
  - 3 事例に応じ、不要の文字を削ること。

取扱者印

## 事前調査書・データ票

事前調査日	年 月 日		
年齢・性別	歳	男・女	
事前調査における本人面接の有無	1. 面接した	2. 面接していない	3. わからない
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動	1. 明らか	2. 軽度	3. ない 4. 不明
社会生活における状況認知・判断の障害	1. 明らか	2. 軽度	3. ない 4. 不明
基本的な生活維持の困難 (睡眠・栄養・清潔の保持、 電気・水道・ガスの確保、 寒暑炎熱の防御等)	1. 明らか	2. 軽度	3. ない 4. 不明
自傷行為	1. 明らか	2. 軽度	3. ない 4. 不明
他害行為の有無 (今回の申請・通報・ 届出に関するもの)	1. 明らか	2. 軽度	3. ない 4. 不明
他害行為が「1. 明らか」 「2. 軽度」は右の該当項目 に○印(複数選択可)	1. 殺人・殺人未遂 5. 侮辱 10. 詐欺	2. 傷害 6. 器物損壊 11. 放火	3. 暴行 7. 強盗 12. 弄火 4. 性的問題行動 8. 恐喝 9. 窃盗 13. その他 ( )
精神障害の診断歴の有無 (今回の通報時点まで)	1. あり	2. なし	3. 不明
精神科治療歴・受診歴	1. あり	2. なし	3. 不明
現在(3ヶ月以内)の 精神障害の治療	1. あり	2. なし	3. 不明
検察官通報の場合の 起訴前鑑定の実施	1. あり	2. なし	3. 不明
備考	薬物乱用	1. あり	2. なし 3. 不明
	アルコール飲用	1. あり	2. なし 3. 不明
	措置入院先選択に関係 する重大な身体合併症	1. あり	2. なし 3. 不明
	これまでの司法処分	1. あり	2. なし 3. 不明
結論	1. 指定医診察を行う	2. 指定医診察は行わない	3. 不明

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票3ページ記載のための説明です。

# 精神保健福祉法第27条に基づく調査書（参照の要点）

調査保健福祉事務所 \_\_\_\_\_ 調査内容 \_\_\_\_\_

調査年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

調査員 \_\_\_\_\_

氏名、生年月日、  
住所、職業は  
ありません。

本人確認のため、性  
別と年齢の転記をお  
願います。

対 象 者	(氏名)	_____ (生年月日) _____ 年 _____ 月 _____ 日
	(現住所)	_____ TEL _____
	(職業)	_____ (保険の種類) _____
保 護 に 当 た っ て い る 者	(氏名)	_____ (年齢) _____ 歳 (続柄) _____ (職業) _____
	(住所)	_____ TEL _____

被申請者の状況

1 被申請者の行動および社会に及ぼす影響

幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動  
社会生活における状況認知・判断の障害  
基本的な生活維持の困難  
自傷行為、他害行為  
について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。

ある県で使われている調査書です。  
調査書を一読いただき、データ票の該当部分に印をつけてください。

(本人との面接の結果)

本人面接を行ったかどうか、記載をお願いします。

(家族との面接)

精神障害の診断歴の有無(今回の通報時点まで)、  
精神科治療歴・受診歴、  
現在(3ヶ月以内)の精神障害の治療、  
薬物乱用、  
アルコール飲用、  
措置入院先選択に関する重大な身体合併症、  
これまでの司法処分について、  
記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。

(調査結果)

2 過去の入院歴およびその他参考事項(1日の平均飲酒量など)

3 家族構成

お尋ねしている事項は、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、の事前調査項目に準拠しています。

指 定 医 に よ る 診 察 の 必 要 性	有 ・ 無
上 記 診 察 の 場 所	

このページは調査票3ページ記載のための説明です。

## 精神障害者調査書（参照の要点）

本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。

調査機関名		調査員職氏名	
調査対象者	氏名	生年月日・年齢	年 月 日（ 歳）
	性別	現住所	
	保険等	社保（本人・家族） 国保（世帯主・家族） 生保（申請中・受給） なし その他（ ）	
	保護者氏名	生年月日・続柄	年 月 日（ 歳）（ ）
	職業	現住所	
調査場所		通報の区分	
調査年月日	年 月 日	通報受理年月日	年 月 日
申請・通報に至った経過、問題行動等 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">                     幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動                      社会生活における状況認知・判断の障害                      基本的な生活維持の困難                      自傷行為、他害行為                      について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; float: right;">                     ある県で使われている調査書です。                      調査書を一読いただき、データ票の該当部分に印をつけてください。                 </div>			
保護の状況 1. 自宅に保護 放置 ・ その他（ ） 2. 在宅医療の有無 有 ・ 無 3. 精神科病院に入院 病院名（ ） 入院年月日（ 年 月 日） 入院形態（ ） <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; float: right;">                     本人面接を行ったかどうか、記載をお願いします。                 </div>			
指定医診察の必要性	有 ・ 無		
保健所長の意見			
(家族歴)  (現病歴)  (過去の入院経過等、参考事項)  <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0; float: right;">                     精神障害の診断歴の有無（今回の通報時点まで）、精神科治療歴・受診歴、現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療、薬物乱用、アルコール飲用、措置入院先選択に関する重大な身体合併症、これまでの司法処分について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0; float: right;">                     お尋ねしている事項は、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、の事前調査項目に準拠しています。                 </div>			

このページは調査票3ページ記載のための説明です。

## 精神障害者調査書 (参照の要点)

申請通報届出区分	22条 23条 24条 25条 26条 26条の2												
調査者職氏名						調査年月日	年 月 日						
精神 障害 者	帰住地												
	氏名						生年月日・年齢	年 月 日 ( 歳)					
	保険等	社保 (本人・家族) 国保 (世帯主・家族) 生保 (申請中・受給) なし その他 ( )											
現に保護の任にあたっている者						続柄							
症状の概要	幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動 社会生活における状況認知・判断の障害 基本的な生活維持の困難 自傷行為、他害行為 について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつ												
病歴・生活歴	ある県で使われている調査書を改変したものです。 調査書を一読いただき、データ票の該												
飲酒	1日	合 飲酒開始 歳 飲酒習慣					喫煙	1日	本 喫煙開始 歳 喫煙習慣				
	合併症							薬物	なし ・ あり ( )				
本人 家族	氏名	年齢	続柄	健康状態	職業	氏名	年齢	続柄	健康状態	職業			
			本人										
環境													
調 査 意 見	本人面接を行ったかどうか、記載をお願いします。												
	お尋ねしている事項は、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、の事前調査項目に準拠しています。												

このページは調査票3ページ記載のための説明です。

## 措置入院に関する診断書・データ票

申請等の形式	iii 検察官通報（第24条）																																																						
申請等の添付資料	i あり      ii なし																																																						
年齢・性別			歳      男・女																																																				
病名 <small>ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。</small>	1 主たる精神障害  ICD (                      )	2 従たる精神障害  ICD (                      )	3 身体合併症																																																				
入院回数	初回から前回まで 計      回（うち、措置入院歴      なし・あり）																																																						
重大な問題行動	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 殺人</td> <td style="width: 5%;">A</td> <td style="width: 5%;">B</td> <td rowspan="17" style="vertical-align: top; padding: 5px;">                 &lt;現在の精神症状&gt;                  I 意識                  1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 (                      )                  II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害）                  III 記憶                  1 記銘障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 (                      )                  IV 知覚                  1 幻聴    2 幻視    3 その他 (                      )                  V 思考                  1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸                  6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 (                      )                  VI 感情・情動                  1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁                  5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 (                      )                  VII 意欲                  1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止                  6 無為・無関心    7 その他 (                      )                  VIII 自我意識                  1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 (                      )                  IX 食行動                  1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 (                      )                  &lt;その他の重要な症状&gt;                  1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 (                      )                  4 その他 (                      )                  &lt;問題行動等&gt;                  1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 (                      )                  &lt;現在の状態像&gt;                  1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態                  4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態                  8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 (                      )             </td> </tr> <tr><td>2 放火</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>3 強盗</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>4 強姦性交</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>5 強制的わいせつ</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>6 傷害</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>7 暴行</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>8 恐喝</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>9 脅迫</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>10 窃盗</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>11 器物破損</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>12 弄火又は失火</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>13 家宅侵入</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>14 詐欺等の経済的な問題行動</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>15 自殺企図</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>16 自傷</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>17 その他 (                      )</td><td>A</td><td>B</td></tr> </table>	1 殺人	A	B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 (                      ) II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記銘障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 (                      ) IV 知覚 1 幻聴    2 幻視    3 その他 (                      ) V 思考 1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸 6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 (                      ) VI 感情・情動 1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁 5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 (                      ) VII 意欲 1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止 6 無為・無関心    7 その他 (                      ) VIII 自我意識 1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 (                      ) IX 食行動 1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 (                      ) <その他の重要な症状> 1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 (                      ) 4 その他 (                      ) <問題行動等> 1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 (                      ) <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態 8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 (                      )	2 放火	A	B	3 強盗	A	B	4 強姦性交	A	B	5 強制的わいせつ	A	B	6 傷害	A	B	7 暴行	A	B	8 恐喝	A	B	9 脅迫	A	B	10 窃盗	A	B	11 器物破損	A	B	12 弄火又は失火	A	B	13 家宅侵入	A	B	14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B	15 自殺企図	A	B	16 自傷	A	B	17 その他 (                      )	A	B			
1 殺人	A	B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 (                      ) II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記銘障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 (                      ) IV 知覚 1 幻聴    2 幻視    3 その他 (                      ) V 思考 1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸 6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 (                      ) VI 感情・情動 1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁 5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 (                      ) VII 意欲 1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止 6 無為・無関心    7 その他 (                      ) VIII 自我意識 1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 (                      ) IX 食行動 1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 (                      ) <その他の重要な症状> 1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 (                      ) 4 その他 (                      ) <問題行動等> 1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 (                      ) <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態 8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 (                      )																																																				
2 放火	A	B																																																					
3 強盗	A	B																																																					
4 強姦性交	A	B																																																					
5 強制的わいせつ	A	B																																																					
6 傷害	A	B																																																					
7 暴行	A	B																																																					
8 恐喝	A	B																																																					
9 脅迫	A	B																																																					
10 窃盗	A	B																																																					
11 器物破損	A	B																																																					
12 弄火又は失火	A	B																																																					
13 家宅侵入	A	B																																																					
14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B																																																					
15 自殺企図	A	B																																																					
16 自傷	A	B																																																					
17 その他 (                      )	A	B																																																					
医学的総合判断	I 要措置		II 措置不要																																																				
診断日	年      月      日																																																						
この診察は？	1. 通常診察      2. 緊急措置診察																																																						

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票4～6ページ記載のための説明です。

確認欄は、左欄（問題行動は上欄）の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

## 措置入院に関する診断書（参照の要点）

申請等の形式	iii 検察官通報（第24条）		
申請等の添付資料	i あり      ii なし		
被診察者 （精神障害者）	フリガナ		
	氏名	(男・女)	手 月 日 生 (満 歳)
	住所	府 県      郡 市 区      町 村 区	
	職業		
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ( )	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ( )	3 身体合併症
生活歴及び現病歴  ( 推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること )	病名は、主たる精神障害、従たる精神障害は、ICDカテゴリーの( )内に、F20、F31などのコード番号の転記いただくだけでも結構です。コード番号がないものは、病名を、そのまま転記い  初回入院期間、前回入院期間だけでなく、生活歴及び現病歴欄で、過去に、措置入院歴があれば、入院回数欄の措置入院歴「ある」に○印を記載してください。		
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態 )		
前回入院期間 初回から前回までの 入院回数	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 (入院形態 ) 計 回		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは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、問題行動等、現在の状態像（該当のローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。）		
1 殺人 2 放火 3 強盗 4 強制的性交 5 強制わいせつ 6 傷害 7 重大な問題行動は、○印をそのまま転記してください。 8 誘拐又は失火 9 家宅侵入 10 詐欺等の経済的な問題行動 11 自殺企図	A B A B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 ( ) II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記憶障害 ( ) IV 知覚 1 幻聴    2 幻視 V 思考 1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸 6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 ( ) VI 感情・情動 1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁 5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 ( ) VII 意欲 1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止 6 無為・無関心    7 その他 ( )	

このページは調査票4～6ページ記載のための説明です。

## 措置入院に関する診断書・データ票

申請等の形式	iii 検察官通報（第24条）																																																						
申請等の添付資料	i あり      ii なし																																																						
年齢・性別			歳      男・女																																																				
病名 <small>ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。</small>	1 主たる精神障害  ICD (                      )	2 従たる精神障害  ICD (                      )	3 身体合併症																																																				
入院回数	初回から前回まで 計      回（うち、措置入院歴      なし・あり）																																																						
重大な問題行動	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 殺人</td> <td style="width: 5%;">A</td> <td style="width: 5%;">B</td> <td rowspan="17" style="vertical-align: top; padding: 5px;">                 &lt;現在の精神症状&gt;                  I 意識                  1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 (                      )                  II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害）                  III 記憶                  1 記銘障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 (                      )                  IV 知覚                  1 幻聴    2 幻視    3 その他 (                      )                  V 思考                  1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸                  6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 (                      )                  VI 感情・情動                  1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁                  5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 (                      )                  VII 意欲                  1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止                  6 無為・無関心    7 その他 (                      )                  VIII 自我意識                  1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 (                      )                  IX 食行動                  1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 (                      )                  &lt;その他の重要な症状&gt;                  1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 (                      )                  4 その他 (                      )                  &lt;問題行動等&gt;                  1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 (                      )                  &lt;現在の状態像&gt;                  1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態                  4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態                  8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 (                      )             </td> </tr> <tr><td>2 放火</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>3 強盗</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>4 強制性交</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>5 強制わいせつ</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>6 傷害</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>7 暴行</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>8 恐喝</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>9 脅迫</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>10 窃盗</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>11 器物破損</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>12 弄火又は失火</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>13 家宅侵入</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>14 詐欺等の経済的な問題行動</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>15 自殺企図</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>16 自傷</td><td>A</td><td>B</td></tr> <tr><td>17 その他 (                      )</td><td>A</td><td>B</td></tr> </table>	1 殺人	A	B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 (                      ) II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記銘障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 (                      ) IV 知覚 1 幻聴    2 幻視    3 その他 (                      ) V 思考 1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸 6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 (                      ) VI 感情・情動 1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁 5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 (                      ) VII 意欲 1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止 6 無為・無関心    7 その他 (                      ) VIII 自我意識 1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 (                      ) IX 食行動 1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 (                      ) <その他の重要な症状> 1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 (                      ) 4 その他 (                      ) <問題行動等> 1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 (                      ) <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態 8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 (                      )	2 放火	A	B	3 強盗	A	B	4 強制性交	A	B	5 強制わいせつ	A	B	6 傷害	A	B	7 暴行	A	B	8 恐喝	A	B	9 脅迫	A	B	10 窃盗	A	B	11 器物破損	A	B	12 弄火又は失火	A	B	13 家宅侵入	A	B	14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B	15 自殺企図	A	B	16 自傷	A	B	17 その他 (                      )	A	B			
1 殺人	A	B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁    2 せん妄    3 もうろう    4 その他 (                      ) II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記銘障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 (                      ) IV 知覚 1 幻聴    2 幻視    3 その他 (                      ) V 思考 1 妄想    2 思考途絶    3 連合弛緩    4 滅裂思考    5 思考奔逸 6 思考制止    7 強迫観念    8 その他 (                      ) VI 感情・情動 1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 高揚気分    4 感情失禁 5 焦燥・激越    6 易怒性・被刺激性亢進    7 その他 (                      ) VII 意欲 1 衝動行為    2 行為心拍    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動制止 6 無為・無関心    7 その他 (                      ) VIII 自我意識 1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 (                      ) IX 食行動 1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 (                      ) <その他の重要な症状> 1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 (                      ) 4 その他 (                      ) <問題行動等> 1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 (                      ) <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態 8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 (                      )																																																				
2 放火	A	B																																																					
3 強盗	A	B																																																					
4 強制性交	A	B																																																					
5 強制わいせつ	A	B																																																					
6 傷害	A	B																																																					
7 暴行	A	B																																																					
8 恐喝	A	B																																																					
9 脅迫	A	B																																																					
10 窃盗	A	B																																																					
11 器物破損	A	B																																																					
12 弄火又は失火	A	B																																																					
13 家宅侵入	A	B																																																					
14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B																																																					
15 自殺企図	A	B																																																					
16 自傷	A	B																																																					
17 その他 (                      )	A	B																																																					
医学的総合判断	I 要措置		II 措置不要																																																				
診断日	年      月      日																																																						
この診察は？	1. 通常診察      2. 緊急措置診察																																																						

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票4～6ページ記載のための説明です。

16 自傷 17 その他 ( )	A A	B B	VIII 自我意識 1 離人感    2 させられ体験    3 解離    4 その他 ( ) IX 食行動 1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 ( ) <その他の重要な症状> 1 てんかん発作    2 自殺念慮    3 物質依存 ( ) 4 その他 ( ) <問題行動等> 1 暴言    2 徘徊    3 不潔行為    4 その他 ( ) <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態 8 もうろう状態    9 認知症状態    10 その他 ( )
診察時の特記事項			
医学的総合判断	I 要措置                    II 措置不要		
以上のように診断する。 <span style="float:right;">年    月    日</span> 精神保健指定医氏名			
(行政庁における記載欄) 診察に立会った者 氏名  (親権者、配偶者等)  診察場所  診察日時  職員氏名	<p>この診察が、通常の診察でなく、精神保健福祉法第29条の2の規定を適用して緊急措置入院とした診察の場合、緊急措置診察の欄に印をつけてください。特に診断書が3枚ある場合、診察日が数日にまたがる場合は、緊急措置診察が実施されている場合が考えられますので、ご注意ください。</p> <p><b>精神保健福祉法</b>  <b>第29条の2</b> 都道府県知事は、前条第一項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、第二十七条、第二十八条及び前条の規定による手続を採ることができない場合において、その指定する指定医をして診察をさせた結果、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と認めるときは、その者を前条第一項に規定する精神科病院又は指定病院に入院させることができる。</p>		
行政庁の措置			
行政庁メモ			

記載上の留意事項

- 1 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 2 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 3 問題行動の欄には、Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月に認められたものとし、主として最近のそれに重点をおくこと。
- 5 診察時の特記事項の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 6 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 7 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

このページは調査票4～6ページ記載のための説明です。

## 措置入院者の症状消退届・データ票

報 告 日	年 月 日		
措 置 年 月 日	年 月 日		
年 齢 ・ 性 別	歳		男 ・ 女
病 名 ICDの記載がないもののみ、病名を転記してください。	1 主たる精神障害 ICD ( )	2 従たる精神障害 ICD ( )	3 身体合併症
	措置解除の処置に関する意見		
退 院 後 の 帰 住 先	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科)      2 通院医療      3 転医 4 死亡      5 その他 ( )		
	1 自宅 (i 家族と同居 ・ ii 単身)      2 施設 3 その他 ( )		
措 置 解 除 希 望 日	月 日 ( 曜日)		

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票7ページ記載のための説明です。

## 措置入院者の症状消退届（参照の要点）

平成 年 月 日  
 病院名  
 所在地  
 管理者名 印

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ	氏名、生年月日、住所、職業は ありません。  (男・女)		本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。  平成 年 月 日生 (満 歳)
	氏名			住所
		府県	市区	町村区
措置年月日	昭和 年 月 日 平成			措置年月日は、そのまま
病名	1 主たる精神障害  ICDカテゴリー ( )	2 従たる精神障害  ICDカテゴリー ( )	3 身体合併症  身体合併症は、診断名をそのまま転記してください。	
入院以降の病状又は状態像の経過 措置症状消退と関連して記載すること	病名は、主たる精神障害、従たる精神障害は、ICDカテゴリーの( )内に、F20、F31などのコード番号の転記いただくだけでも結構です。コード番号がないものは、病名を、そのまま転記いただくよう、お願いします。			
措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	署名			
措置解除の処置に関する意見	1 入院継続（任意入院・医療） 4 死亡 5 その他 ( ) 「措置解除の処置に関する意見」および「退院後の帰住先」は、○印をそのまま転記してください。			
退院後の帰住先	1 自宅（i 家族と同居） 3 その他 ( )			
帰住先の住所	都道府県	郡市区	町村区	
訪問指導等に関する意見	措置解除希望日は、そのまま転記してください。			
障害福祉サービス等の活用に関する意見				
主治医氏名				

記載上の留意事項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 3 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

措置解除希望日 月 日 ( 曜日)  
 届け出は希望日の1週間前までに提出のこと。

このページは調査票7ページ記載のための説明です。

次回、もし同様の調査が行われる際には、検察官通報書データ票について、次ページに示した内容を参考に検討することを推奨する。

# 検察官通報書・データ票 次回調査時の案

確認欄

通 報 日	年 月 日			<input type="checkbox"/>
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女		<input type="checkbox"/>
罪 名 主なものを選択肢に示しています。罪名が選択肢以外の場合、あるいはよくわからない場合、記載内容を転記願います。なお、選択肢には紙幅の都合上、一部、慣用される略称を用いております。 <b>【 複 数 回 答 可 】</b>	殺人・殺人未遂 強盗・強盗致傷 傷害 暴行・脅迫 恐喝・強要・監禁 住居・邸宅・建造物侵入 公務執行妨害 威力・偽計業務妨害 暴力行為等処罰法違反 銃砲刀剣類所持等取締法違反	放火・放火未遂 失火 窃盗 器物・建造物・艦船損壊 詐欺 死体遺棄 廃棄物処理法違反 危険運転致死傷 自動車運転処罰法違反 道路交通法違反	強制性交・強制性交致傷 強制わいせつ・同未遂 公然わいせつ ストーカー規制法違反 迷惑行為防止条例違反 覚醒剤取締法違反 毒物および劇物取締法違反 大麻取締法違反	<input type="checkbox"/>
不 起 訴 処 分 の 日	年 月 日			<input type="checkbox"/>
不 起 訴 処 分 の 要 旨 (主なものを選択肢に示しています。不起訴処分の要旨が選択肢以外の場合、あるいはよくわからない場合、記載内容を転記願います。) <b>【 複 数 回 答 可 】</b>	1 心神喪失(是非善悪弁識能力および行動制御能力の喪失、症状に支配など) 2 心神耗弱(是非善悪弁識能力および行動制御能力の著しい減弱や障害、症状の強い影響など) 3 責任能力に一定の問題(是非善悪弁識や行動制御に一部、影響があった、欠けていたなど) 4 嫌疑なし・嫌疑不十分 5 告訴取り下げ(親告罪の告訴の欠如) 6 処分保留 7 不起訴 8 起訴猶予 9 その他			<input type="checkbox"/>
裁 判 の 日	年 月 日			<input type="checkbox"/>
刑 名 ・ 刑 期				<input type="checkbox"/>
精 神 鑑 定 の 有 無	行われた ・ 行われていない ・ わからない			<input type="checkbox"/>
精 神 鑑 定 の 種 類	簡易鑑定 ・ 起訴前本鑑定 ・ 公判鑑定 ・ わからない			<input type="checkbox"/>

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

このページは調査票2ページ記載のための説明です。

本人の現在の所在地	身柄拘束中 ・ 身柄拘束されていない ・ 警察等の対応により既に入院している ・
-----------	--

## 措置通報および措置入院の実態に関する研究

### その2（2）

#### 精神保健福祉法第24条に基づく

#### 検察官通報の現状把握に関する研究

#### 《2》 検察官通報書の検討

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： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）、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（栃木県精神保健福祉センター）、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）、藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）（敬称略・五十音順）

#### 要旨

精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）第24条に基づく検察官通報の現状を把握するため、2020年度における通報例について、都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、調査を行った。

この研究について、1つの報告書とすると、かなりの分量となってしまう。このため、この報告書は、次の4つに分けた。

《1》 検察官通報調査の概要と転帰（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《2》 検察官通報の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《3》 事前調査の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《4》 指定医診察例の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=288）

なお、《1》から《4》を通しての評価ならびに数理統計的手法での検討については、2023年度に行うこととした。

本稿では、このうち、《2》 検察官通報の検討、について、以下、述べることとした。

#### 《2》 検察官通報の検討

【目的】 検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的として調査を行った。

【方法】方法の概要は、「《1》 検察官通報調査の概要と転帰」に示した通りである。この報告書では、このうち検察官通報書に記載された罪名、不起訴処分の日と要旨、裁判の日と刑名・刑期、精神鑑定の有無と種類について検討を行った。

【結果】566例のうち、565例に罪名の記載があった。このうち、医療観察法において重大な他害行為と定められている罪名であったのは118例で、うち診察実施65例、診察不要53例、それ以外の広義の触法行為は447例で、うち診察実施223例、診察不要224例であった。司法処分は、多くが起訴猶予で、心神喪失や心神耗弱についてのなど責任能力についての記載があったのは一部にとどまっていた。精神鑑定が行われたのは323例で、重大な他害行為の場合に有意に実施されていた。ただ、精神鑑定の多くは簡易鑑定であった。

【結論】2020年度における検察官通報書の内容について検討した。重大な他害行為の割合や精神鑑定の実施状況は2008年度と変化はみられなかった。行為の重大度と鑑定実施の関係では、重大な他害行為で有意に鑑定が実施されていた。大半は簡易鑑定であった。心神喪失や心神耗弱ではなく、単に起訴猶予となり検察官通報となるケースも少なくなき、検察官が種々の事情を考慮して対処していることがうかがわれた。

#### A. 研究の背景と目的

検察官は、職務執行中に通報を要すべき精神障害者を発見することもあるとして、通報義務が定められたとされている<sup>1)</sup>。

具体的な検察官通報の運用状況については、2000年および2008年に調査が行われている。2000年度の通報例についての調査では、通報や診察については判断の根拠となる様々な情報が収集された上で結論が出されていること、検察官通報に至る事例は多様で、診察実施以外にも様々な対応がなされていることが明らかとなった<sup>2-5)</sup>。そして2008年の通報例についての調査では、2005年の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（以下、「医療観察法」という。）施行に伴い重大な他害行為の検察官通報は減少し、仮にあっても短期間で医療観察法申立により鑑定入院に移行し、措置入院で抱えるようなことは減少していた。検察官通報は、医療観察法では対象行為とされていない問題行動を行った事例への司法精神医療に純化しつつあった。一般精神医療による入院期間短縮の成果も受け、措置入院期間も短縮していた<sup>6-7)</sup>。

そして近年、検察官通報数が増加するな

ど、新しい動向も見られている<sup>8)</sup>。こうしたことから、措置入院制度については、通報申請届出、事前調査、措置診察、措置解除、退院後など様々な視点からのモニタリングを継続する必要がある。

ここで、改めて、検察官通報を規定している精神保健福祉法第24条について確認すると、次の通りである。

#### （検察官の通報）

第二十四条 検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、又は裁判（懲役若しくは禁錮の刑を言い渡し、その刑の全部の執行猶予の言渡しをせず、又は拘留の刑を言い渡す裁判を除く。）が確定したときは、速やかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。ただし、当該不起訴処分をされ、又は裁判を受けた者について、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（平成十五年法律第百十号）第三十三条第一項の申立てをしたときは、この限りでない。

2 検察官は、前項本文に規定する場合のほか、精神障害者若しくはその疑いのある

被疑者若しくは被告人又は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の対象者（同法第二条第二項に規定する対象者をいう。第二十六条の三及び第四十四条第一項において同じ。）について、特に必要があると認めるときは、速やかに、都道府県知事に通報しなければならない。

このように、精神保健福祉法第24条では、検察官が対応した精神障害者の事例は、医療観察法の適用がある事例を除き、ほぼすべてを通報するように規定されている。

この検察官通報の対象範囲は、1965年「精神衛生法の一部を改正する法律」において、『第二十五条中「精神障害のある被疑者について」を「精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、」に改め、「又は精神障害のある被告人について」を削り、「確定したとき」の下に「、その他特に必要があると認めるとき」を加える。』と改められた際に、拡大されている<sup>9-10)</sup>。その後、2003年に医療観察法が制定された折に同法の対象者は外されており、また2014年に条文番号が25条から24条に改められていることは留意を要する。

そして、実際の運用を規定する法務省の、事件事務規程<sup>11)</sup>では、次のように定められている。

事件事務規程（抄）  
（精神障害者等の通報）  
第77条 検察官は、被疑者について精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第24条の規定により都道府県知事（地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市にあっては、その市長）に通報するとき、又は麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第58条の4の規定により都道府県知事に通報するときは、精神障害者等通報書（様式第120号）による。  
（精神障害者等の通報）

第147条 第77条の規定は、被告人に関する精神障害者等の通報について準用する。

このように、検察官通報では、できるだけ間口をひろげて、通報対象から漏れがないように立法されている。ただ、措置入院制度は人権への制約が著しいことから、適用に慎重さが求められること、一方で地域における危機介入のための重要な手段であることなどを考慮すれば、通報や事前調査、診察、入院医療内容が適切かなど、定期的にモニタリングして制度が適正に運用されていることを確保し続けることが大切である。

このため、今回、検察官通報について調査を行うこととした。

## B. 方法

全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査を行った。対象は、2020年4月1日から2020年9月30日までに受理したすべての検察官通報例とした。

調査全体については、《1》検察官通報調査の概要と転帰、に述べた。

このうち、「検察官通報書」より転記を求めた項目は、次の通りである。

- ① 通報日
- ② 年齢・性別
- ③ 罪名
- ④ 不起訴処分の日
- ⑤ 不起訴処分の要旨
- ⑥ 裁判の日
- ⑦ 刑名・刑期
- ⑧ 精神鑑定の有無
- ⑨ 精神鑑定の種類

（倫理的配慮）

以上の研究計画書について、研究代表者が所属する、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の審査を受け、2020年12月15日に承認を受けた。なお、COVID-19パンデミックの影響を考慮して慎重に調査時期を検討し、2022年10月15日に調査票を

発送した。

## C. 結果

### 1 自治体の回答状況、年齢・性別

自治体の回答状況、年齢・性別は、《1》  
検察官通報調査の概要と転帰、に述べた。再  
掲すると、47都道府県・20政令指定都市の  
うち、37自治体（24都道府県・13政令指定  
都市）から566例の提出を受けた。年齢・性  
別は、48.4±14.7歳、男性456例、女性110  
例、男女比4.1:1であった。

### 2 罪名

医療観察法によって重大な他害行為とされ  
ている罪名は、表1に示した。

通報書に記載されている罪名をもとに、通  
報例が重大な他害行為を行ったか、医療観察  
法の対象罪名にはあたらない、広義の触法行  
為であったかに区分して、診察実施に影響し  
ているかどうかは、図1に示した。

検察官通報566例のうち、重大な他害行為  
118例（診察実施65例、診察不要53例）、  
広義の触法行為447例（診察実施223例、診  
察不要224例）、記載なし1例（診察不要  
1例）であった。記載なし1例を除き、重大  
な他害行為を行ったかどうかで指定医診察実  
施となったかどうかに差異は見られなかった  
（Fisher  $p=0.839$ , n. s.）。

具体的な罪名と指定医診察実施かどうかに  
ついての詳細は、表2に重大な他害行為の事  
例について、表3（1）（2）に広義の触法  
行為の事例について、それぞれ示した。

### 3 司法処分の概要

司法処分の概要について、不起訴処分と裁  
判の状況を図2に示した。なお、通報書で  
は、たとえば「心神耗弱のため起訴猶予」

「心神喪失かつ親告罪の告訴の欠如」といっ  
た具合に、複数の事情が記載されているもの  
がありうるため、この設問は複数回答として  
集計した。

通報書に何らかの記載があったもの342例  
（60.4%）で、記載なし224例（39.6%）で

あった。

通報書に何らかの記載があったもの342例  
の内訳は、不起訴処分316例、裁判の結果に  
記載あり28例であった。

不起訴処分316例の内訳は、複数回答で、  
心神喪失22例、心神耗弱4例、嫌疑不十分  
16例、告訴取り下げ・親告罪の告訴の欠如  
17例、処分保留2例、その他35例、起訴猶  
予227例であった。

### 4 通報書の刑名・刑期

検察官通報書「刑名・刑期」欄に記載され  
ていた事項について、概要を図3に示した。

何らかの記載があったのは24例で、内訳  
は罰金刑12例、執行猶予12例であった。な  
お、詳細は表3に示した。

### 5 精神鑑定の有無と種類

精神鑑定の有無と種類を図4に示した。

精神鑑定が行われたのは323例（566例の  
57.1%）であった。このうち簡易鑑定は304  
例、起訴前本鑑定5例、公判鑑定1例、わか  
らない11例、未記入2例であった。

精神鑑定が行われていないのは137例、不  
詳106例（わからない79例、不明1例、未  
記入13例、空白13例）であった。

このうち、図5に、重大な他害行為かどう  
かと、精神鑑定の有無の関係を示した。

重大な他害行為かどうかと精神鑑定の実施  
状況は、重大な他害行為では精神鑑定実施  
71例、不実施28例、不明等19例、広義の  
触法行為では実施22例、不実施109例、不  
明等86例であり、重大な他害行為において  
有意に精神鑑定が実施されていた

（ $\chi^2(2)=95.548$ ,  $p<.01$ ）。

## D. 考察

### 1 罪名について

検察官通報は、警察官通報や矯正施設法通  
報などと異なり、通報書の書式は法務省の訓  
令により全国で統一されている（通報書の書  
式については、この報告書の資料として添付  
した調査マニュアル7ページに、記載例や注

釈を記入したものについて示している)。また罪名についても、評価者が検察官であり、他の通報形態に比較して高い精度が担保されているといえる。

ここで、罪名が重大な他害行為にあたるか、広義の触法行為にとどまるかについては、2008年度の検察官通報1056例においては、重大な他害行為211例、広義の触法行為833例であり、今回の重大な他害行為118例、広義の触法行為447例と比較して、差異は見られなかった（Fisher片側  $p=0.3979$ , n. s.）。

他害行為の重大さと診察実施、措置要否、転帰それぞれの関係は、《3》事前調査の検討、《4》指定医診察例の検討、において検討した。なお、今年度はいずれの関係も記述統計の範囲で検討している。これらの因子がどの程度の影響があったかについては数理統計的検討も必要なため、この点、結果の解釈に際しては留意を要する。

なお、2008年、2020年いずれの調査でも、罪名はそのまま転記を求める形式としたが、集計にあたっては情報を圧縮して大づかみするには、そぐわない面もあった。このため、今後、罪名を検討するのにあたっては、医療観察法の対象罪名、措置診断書の書式の罪名、また前回と今回で比較的多かった罪名を列挙して選択肢方式での回答を求める方がよいかも知れない。検察官通報書の様式を改めることが望ましいが、さしあたり次回に検察官通報調査に際して、調査票の案を参考として資料に示した。

## 2 司法処分について

司法処分の概要については、約60%に何らかの記載があったが、その大半は起訴猶予であった。心神喪失や心神耗弱など責任能力についての記載があったのは、全体からするとごく一部であった。

このことからすると、検察官は被疑者の責任能力について、必ずしも心神喪失や心神耗弱ではなくても、検察官は精神障害者である

との判断に基づいて通報を行っていると思われた。ただ、その判断が自治体に正確に伝わっているかは、多少、疑問があるようでもあった。

一部の自治体からではあるが、「責任能力について、明確な記載なしも、理由欄には『著しく減弱している』旨の記載あり」とのコメントがみられた。

検察官にしてみれば、通報書に「失われた」と記載すれば心神喪失、「著しく減弱」と記載すれば心神耗弱といった理解と思われる。例示したコメントでも、検察官は心神耗弱であると評価していると思われるが、自治体側は「明確な記載なし」と評価している。検察官が用いている表現では、都道府県・政令指定都市には検察官の判断は届かないということが明らかになったといえる。

もちろん、このようなコメントは、ごく一部の例にのみ付されており、例外という見解もあり得る。ただ、この調査では、検察官通報566例を都道府県・政令指定都市の職員が読み取り、司法処分の中から「心神喪失、心神耗弱、嫌疑不十分、告訴取り下げ、処分保留、その他」の選択肢を複数回答可で回答を求めた結果、心神喪失22例、心神耗弱4例となったものである。そして、この項目では、選択肢に記載されていない起訴猶予が227例と、圧倒的多数であった。検察官通報となった566例のうち、心神喪失22例、心神耗弱4例にとどまるのか、情報伝達に問題があるのかでは、おそらく、後者と考えている。おそらく、通報書に検察官が記載した法的評価が、都道府県・政令指定都市において読み取れていない、通報書の記載が法律家以外には読み取りづらい、といった問題があるとも思われた。このことから、通報する検察官において表現を平易にする、司法処分の概要、ことに被通報者の判断能力や責任能力がどのように評価されたか、責任能力についての記載を例示列挙して、その上で選択肢方式での回答を求めるといった対応があり得る。

また都道府県・政令指定都市の職員においても、通報書を読み解くツールを準備するなどの対応が必要であると考えられる。こうした視点から、罪名と同様、次回の検察官通報調査に際しての、調査票の案を資料に示した。

### 3 通報書の刑名・刑期について

通報書に刑名・刑期が記載されていたのは24例で、内訳は罰金刑12例、執行猶予12例であった。刑名・刑期が記載された例は少なく、診察要否の判断との間で、明らかな差異が生じている様子はみられなかった。

### 4 精神鑑定の有無と種類について

通報566例のうち323例で精神鑑定が実施されており、鑑定なし137例、不明等106例であった。2008年の検察官通報では、通報1056例のうち精神鑑定あり581例、なし241例、不明等234例であった。2008年と2020年の検察官通報で、精神鑑定の実施状況に有意差はなかった ( $\chi^2(2)=2.649, n.s.$ )

大多数が簡易鑑定であるとはいえ、重大な他害行為の場合で有意に精神鑑定が実施されており、行為が重大であれば慎重に処遇決定のための情報が集められていることが明らかとなった。

### 5 通報例の増加について

検察官通報例は、《1》検察官通報調査の概要と転帰、でも述べたが、長く年間1000件前後で安定していた。ただ、2013年に1906件と倍増、2020年には2376件、2021年には2731件と、3倍に迫りつつある<sup>12)</sup>。これは、《1》検察官通報調査の概要と転帰、でも述べたが、ことに警察官通報がなされたケースを重ねて通報するといった対応に起因しているともいえる。

検察官通報では、1965年の改正で、通報が必要な例について漏れがないように、間口が広げられた経緯がある。とはいえ、既に措置入院している患者について、重ねて検察官通報がなされるのは、さすがに屋上屋を架す形となり、受け入れる都道府県・政令指定都市においても思うところがあるようでもあ

る。

法の趣旨は漏れがないように、間口を広げるといふことであるから、重ねて通報がなされても、現在治療中であれば、診察不要として処理すればよいとも言える。

ただ、今回のようなCOVID-19パンデミックのもとで、保健所の業務が逼迫するような場合でも、それが妥当かには、疑義があるところではある。保健所の負担軽減が話題となるような状況では、法の杓子定規な解釈ではなく、重複しての通報は見合わせる等の対応があってもよいかと考えられる。

### まとめ

2020年度における検察官通報書の内容について検討した。重大な他害行為の割合や精神鑑定の実施状況は2008年度と変化はみられなかった。行為の重大度と鑑定実施の関係では、大半は簡易鑑定であるものの、重大な他害行為で有意に精神鑑定が実施されていた。心神喪失や心神耗弱ではなく、単に起訴猶予となり検察官通報となるケースも少なく、検察官が種々の事情を考慮して対処していることがうかがわれた。

### 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 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

### 文献

- 1) 厚生省保健医療局精神保健課監修. 精神保健福祉関係法令通知集-新版-, pp261, ぎょうせい, 東京, 1996

- 2) 竹島正, 浦田重治郎, 立森久照, 三宅由子. 措置通報等に対する都道府県・政令指定都市の対応状況に関する研究: 措置入院制度のあり方に関する研究 平成 13 年度総括・分担研究報告書 pp. 9-37, 2002
- 3) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について-. pp63-116 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成 13 年度総括・分担研究報告書. 2002
- 4) 竹島正, 立森久照, 三宅由子. 地域における危機介入-措置入院制度の事前調査を手がかりに一. 精神医学 46(6)571-577. 2004
- 5) 吉住昭, 瀬戸秀文, 藤林武史. 地域における危機介入-措置診察を中心に-. 精神医学 46(6)591-598. 2004
- 6) 吉住昭, 竹島正, 尾島俊之, 他 (執筆: 瀬戸秀文). 医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究. 医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究\_平成 21 年度総括・分担研究報告書. pp. 9-43, 2010
- 7) 瀬戸秀文. 医療観察法が施行された後に措置入院に変化があったか-措置入院の現状ならびに医療観察法入院直前の精神保健福祉法入院について-. 司法輔神医学 10(1):88-94. 2015
- 8) 政府統計の総合窓口. 衛生行政報告例: <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469>, last accessed on Mar. 29, 2023
- 9) 法令情報詳細画面 (日本法令索引シンプル表示)。精神衛生法の一部を改正する法律 (昭和 40 年 6 月 30 日法律第 139 号): [https://hourei.ndl.go.jp/simple/detail?lawId=0000056767&current=#text\\_of\\_the\\_law](https://hourei.ndl.go.jp/simple/detail?lawId=0000056767&current=#text_of_the_law), last accessed on Mar. 29, 2023
- 10) 衆議院。法律第百三十九号 (昭四〇・六・三〇) ◎精神衛生法の一部を改正する法律: [https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_housei.nsf/html/houritsu/04819650630139.htm](https://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/houritsu/04819650630139.htm), last accessed on Mar. 29, 2023
- 11) 法務省. 事件事務規程: [https://www.moj.go.jp/keiji1/keiji\\_keiji16.html](https://www.moj.go.jp/keiji1/keiji_keiji16.html), last accessed on 2 Apr. 2023
- 12) 政府統計の総合窓口. 衛生行政報告例: <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469>, last accessed on Mar. 29, 2023

図1 通報書の罪名

検察官通報566例のうち、重大な他害行為118例（診察実施65例、診察不要53例）、広義の触法行為447例（診察実施223例、診察不要224例）、記載なし1例（診察不要1例）であった。記載なし1例を除き、診察実施かどうかで差は見られなかった（Fisher  $p=0.839$ , n.s.）。

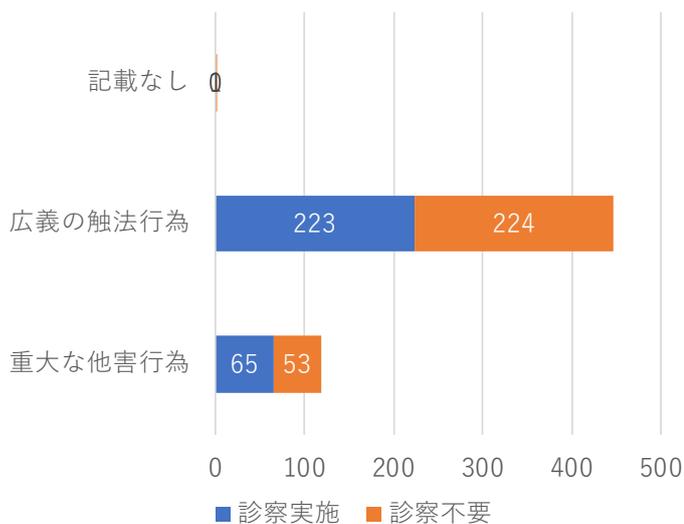


図2 司法処分の概要  
不起訴処分/裁判

司法処分の概要について、不起訴処分と裁判の状況を示した。なお、通報書では1例に複数記載されているものがあり、複数回答として集計した。

何らかの記載あり 342例  
 不起訴処分に記載あり 316例  
 裁判の結果に記載あり 28例  
 記載なし 224例

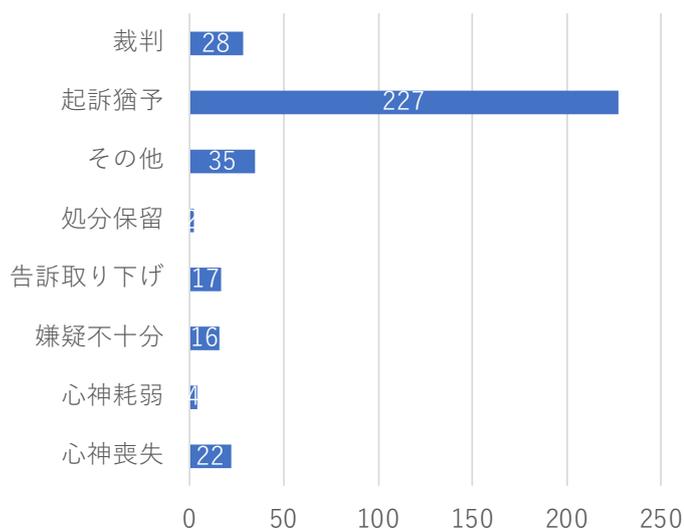


図3 通報書の刑名・刑期

検察官通報書「刑名・刑期」欄に記載されていた事項について、詳細は表3に示したが、概要を図3に示した。

何らかの記載があったのは24例で、内訳は罰金刑12例、執行猶予12例であった。刑名刑期と診察要否判断には、明らかな差異はないようであった。

記載内容	内容
罰金20万円まで	6
罰金40万円まで	4
罰金60万円まで	1
罰金刑見込み	1
執行猶予判決の見込み	3
懲役、執行猶予	1
懲役1年まで、執行猶予3年まで	1
懲役1年まで、執行猶予3年まで、保護観察	2
懲役2年まで、執行猶予4年まで	2
懲役3年まで、執行猶予5年まで、保護観察	1
罪名記載（重大な他害行為）、懲役1年6月	1
罪名記載（重大な他害行為）、刑期は未記入	1
(空白)	542
計	566

図4 精神鑑定の有無と種類

精神鑑定の有無と種類を示した。

精神鑑定が行われたのは323例であった。このうち簡易鑑定は304例、起訴前本鑑定5例、公判鑑定1例、わからない11例、未記入2例であった。

精神鑑定が行われていないのは137例、不詳106例（わからない79例、不明1例、未記入13例、空白13例）であった。

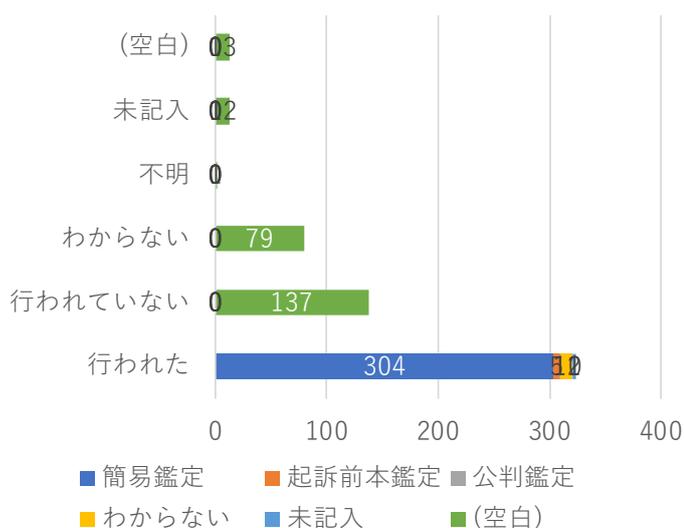


図5 重大な他害行為かどうかと、精神鑑定の有無

重大な他害行為かどうかと精神鑑定の実施状況は、重大な他害行為では精神鑑定実施71例、不実施28例、不明等19例、広義の触法行為では実施22例、不実施109例、不明等86例であり、重大な他害行為において有意に精神鑑定が実施されていた ( $\chi^2(2)=95.548, p<.01$ )。

なお、わからない、不明、未記入、空白は、不明等にまとめた。また、重大な他害行為とも広義の触法行為とも区別がされていない1例は、除外して計算した。

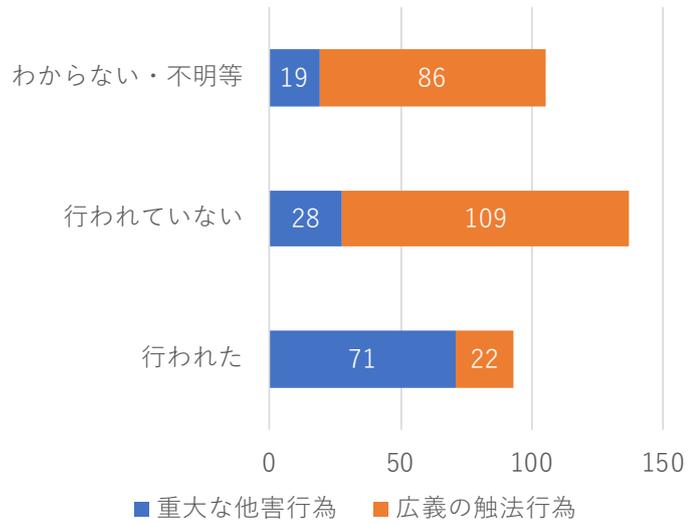


表1 対象行為と医療観察法の対象となっていない行為等一覧

医療観察法第2条第2項 この法律において「対象行為」とは、次の各号に掲げるいずれかの行為に当たるものをいう。

医療観察法	刑法の章	刑法	対象行為	特例・加重規定 (この列は参考事項を含む)	医療観察法の対象外 とされている罪名
一 刑法(明治四十年法律第四十五号)第百八条から第百十条まで又は第百十二条に規定する行為	第九章 放火及び失火の罪	第108条 第109条 第110条 第112条	現住建造物等放火 非現住建造物等放火 建造物等以外放火 (108条と109条1項)未遂	第115条:差押自己物	第111条:延焼 第113条:予備 第114条:消火妨害 第116条:失火 第117条:激発物破裂 第117条の2:業務上失火 第118条:ガス漏出致死傷
二 刑法第百七十六から第百七十九条までに規定する行為	第二十二章 わいせつ、姦淫及び重婚の罪	第176条 第177条 第178条 第179条	強制わいせつ 強制性交等 準強制わいせつ及び準強制性交等 (上記の)未遂	第181条:致死傷	第182条:淫行勧誘 第184条:重婚
三 刑法第百九十九条、第二百二条又は第二百三条に	第二十六章 殺人の罪	第199条 第202条 第203条	殺人 自殺関与及び同意殺人 (上記の)未遂		第201条:予備
四 刑法第二百四十二条に規定する行為	第二十七章 傷害の罪	第204条	傷害	第205条:傷害致死	第206条:現場助勢 第207条:同時傷害の特例 第208条:暴行 第208条の2:危険運転致死 第208条の3:凶器準備集合
五 刑法第二百三十六、第二百三十八条又は第二百四十三(第二百三十六又は第二百三十八)条に係る	第三十六章 窃盗及び強盗の罪	第236条 第238条 第243条	強盗 事後強盗 未遂罪	第240条:強盗致死傷 第241条:強盗強姦致死 第242条:他人占有自己物 第244条:親族間 第245条:電気	第235条:窃盗 第235条の2:不動産侵奪 第237条:強盗予備 第239条:昏酔強盗

表2 重大な他害行為（刑法の条文番号順）

罪名	n	診察実施	診察不要
現住建造物等放火（刑法第108条）			
現住建造物等放火	4	1	3
非現住建造物等放火（刑法第109条）			
非現住建造物等放火	1	1	
建造物等以外放火（刑法第110条）			
器物損壊、建造物等以外放火	1	1	
現住建造物等放火未遂（刑法第112条）			
現住建造物等放火未遂	6	2	4
現住建造物等放火未遂、建造物等以外放火、器物損壊	1		1
現住建造物等放火未遂、公務執行妨害、器物損壊	1		1
強制わいせつ（刑法第176条）			
強制わいせつ	3	2	1
強制わいせつ、器物損壊、暴行、傷害、大麻取締法違反	1		1
強制わいせつ未遂（刑法第180条）			
強制わいせつ未遂	3		3
強制わいせつ等致死傷			
強制わいせつ致傷	1		1
強制わいせつ致傷、強制わいせつ	1	1	
殺人（刑法第199条）			
殺人	2	2	
殺人未遂（刑法第203条）			
殺人未遂	3	1	2
殺人未遂、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1	
殺人未遂（処理予定罪名：傷害）	1		1
傷害（刑法第204条）			
傷害	60	35	25
器物損壊、傷害	3	3	
器物損壊、傷害、暴行	1	1	
公務執行妨害、傷害	7	5	2
公務執行妨害、傷害、建造物損壊	1		1
詐欺、公務執行妨害、傷害	1	1	
住居侵入、傷害	1		1
傷害、器物損壊	1	1	
傷害、公務執行妨害	3	2	1
傷害、暴行	1	1	
窃盗、器物損壊、傷害	1		1
窃盗、傷害	1		1
暴行、傷害	3	1	2
傷害致死（刑法第205条）			
傷害致死	2	1	1
強盗（刑法第236条）			
強盗、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1	
強盗致傷（刑法第240条）			
強盗致傷	1	1	
重大な他害行為 計	118	65	53

表3 (1) 広義の触法行為 (通報罪名の50音順:あ-さ)

罪名	n	診察実施	診察不要
威力業務妨害	5	2	3
遺失物横領	1		1
火炎びんの使用等および処罰に関する法律違反、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1	
過失運転致死	1		1
過失運転致傷	1		1
覚醒剤取締法違反	1	1	
監禁	1	1	
艦船損壊	1	1	
危険運転致傷	1	1	
器物損壊	55	29	26
器物損壊、住居侵入、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1	
器物損壊、住居侵入、暴行、暴力行為等の処罰に関する法律違反	1	1	
器物損壊、暴行	2	2	
器物損壊、礼拝所不敬	1	1	
器物損壊。住居侵入	1		1
器物損壊 (2週間の間に2件の通報あり)	1		1
偽計業務妨害	3		3
強盗予備、銃砲刀剣類所持等取締法違反 *強盗予備については欄外参照	1		1
強要未遂、名誉毀損	1		1
恐喝未遂、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1	
脅迫	11	7	4
脅迫、器物損壊。建造物損壊	1		1
軽犯罪法違反	2		2
軽犯罪法違反、公然わいせつ	1		1
建造物侵入	16	6	10
建造物侵入、器物損壊、窃盗	1	1	
建造物侵入、窃盗	2	1	1
建造物侵入、窃盗、建造物損壊、器物損壊	1		1
建造物侵入、窃盗未遂	2	2	
建造物損壊	8	7	1
建造物損壊、器物損壊	2		2
建造物損壊、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1	
建造物損壊、暴行	1		1
建造物不退去	1		1
公衆に著しく迷惑をかける暴力的不良行為等の防止に関する条例違反	3	3	
公衆に著しく迷惑をかける暴力的不良行為等の防止に関する条例違反、器物損壊	1	1	
公然わいせつ	6	4	2
公然わいせつ、児童買春、児童ポルノにかかる行為等の規制および処罰並びに児童保護等に関する法律違反	1		1
公務執行妨害	17	11	6
公務執行妨害、器物損壊	2	1	1
公務執行妨害、器物損壊、公務執行妨害	1	1	
公務執行妨害、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1		1
詐欺	11	7	4
詐欺、道路交通法違反	1	1	
死体遺棄	1		1

強盗予備は、刑法237条に規定されている。医療観察法2条1項5号は「五 刑法第二百三十六條、第二百三十八條又は第二百四十三條（第二百三十六條又は第二百三十八條に係るものに限る。）に規定する行為」と規定して、237条を除外している。このため、この分類においては強盗予備は広義の触法行為として分類した。

条例については、都道府県・政令指定都市の名称は除いて記載した。

表3 (2) 広義の触法行為 (通報罪名の50音順: しーん)

罪名	n	診察実施	診察不要
住居侵入	14	9	5
住居侵入、器物損壊	2	1	1
住居侵入、器物損壊、暴行	1	1	
住居侵入、迷惑行為等防止条例違反	1	1	
住居侵入、窃盗	5	2	3
住居侵入、窃盗未遂	1		1
住居侵入、暴力行為等の処罰に関する法律違反	1	1	
重過失致死	1		1
銃刀法違反	3	3	
銃砲刀剣類所持等取締法違反	26	11	15
銃砲刀剣類所持等取締法違反、軽犯罪法違反	1		1
銃砲刀剣類所持等取締法違反、公用文書毀棄	1	1	
森林法違反	1	1	
ストーカー行為の規制に関する法律違反	1	1	
ストーカー行為の規制に関する法律違反、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1	
ストーカー行為の規制等に関する法律違反	3	1	2
ストーカー行為等の規制に関する法律違反	3	2	1
ストーカー行為等の規制等に関する法律違反	1	1	
ストーカー行為等の規制等に関する法律違反、建造物侵入	1	1	
青少年保護育成条例違反	1		1
窃盗	71	22	49
窃盗、窃盗未遂	1	1	
窃盗、道路交通法違反	1		1
窃盗、暴行	1	1	
窃盗未遂	3	1	2
大麻取締法違反	1	1	
邸宅侵入	3	3	
邸宅侵入、器物損壊	1	1	
邸宅侵入、窃盗	1		1
道路交通法違反	6	1	5
道路交通法違反、過失運転致傷	1	1	
道路交通法違反 (自動車の無免許運転)	1	1	
毒物および劇物取締法違反	1		1
廃棄物の処理および清掃に関する法律違反	2		2
廃棄物の処理及び清掃に関する法律違反	2	2	
配偶者からの暴力の防止および被害者の保護に関する法律違反	1	1	
保護責任者遺棄致傷	1		1
暴行	74	38	36
暴行、器物損壊	1	1	
暴力行為等の処罰に関する法律違反	10	6	4
暴力行為等の処罰に関する法律違反、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1	
暴力行為等の処罰に関する法律違反、公務執行妨害、銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1	
暴力行為等の処罰に関する法律違反、銃砲刀剣類所持等取締法違反	2	1	1
暴力行為等処罰に関する法律違反	2	1	1
麻薬および向精神薬取締法違反、大麻取締法違反	1		1
未成年者略取未遂	1	1	
名誉毀損	1		1
迷惑行為等防止条例違反	10	3	7
広義の触法行為 計	447	223	224

検察官通報566例の内訳は、重大な他害行為118例、広義の触法行為447例、記載なし1例である。記載なし1例については、表2、表3 (1) (2)には含まれない。

表4 検察官通報書「刑名・刑期」欄に記載されていた事項

記載事項	n	診察実施	診察不要
執行猶予見込み	1	1	
執行猶予判決見込み	2	1	1
懲役、執行猶予	1	1	
懲役1年6ヶ月 執行猶予3年	1	1	
懲役3年、執行猶予5年間、付保護観察	1		1
罪名記載（重大な他害行為）、懲役1年6月	1	1	
罪名記載（重大な他害行為）、刑期は未記入	1	1	
罰金30万円	1		1
罰金40万円	1		1
(空白)	108	59	49
重大な他害行為	118	65	53
罰金10万円	3		3
罰金15万円	1		1
罰金20万円	2		2
罰金30万円	2		2
罰金60万円	1		1
罰金刑見込み	1	1	
懲役8月、2年間執行猶予	1		1
3年間執行猶予付保護観察 懲役10月	1		1
懲役10月、3年間執行猶予、保護観察付	1		1
懲役2年、4年間執行猶予	1		1
(空白)	433	222	211
広義の触法行為	447	223	224
記載なし	1		1
計	288	278	566

## 措置通報および措置入院の実態に関する研究

### その2（3）

#### 精神保健福祉法第24条に基づく

#### 検察官通報の現状把握に関する研究

#### 《3》事前調査の検討

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： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）、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（栃木県精神保健福祉センター）、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）、藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）（敬称略・五十音順）

#### 要旨

精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）第24条に基づく検察官通報の現状を把握するため、2020年度における通報例について、都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、調査を行った。

この研究について、1つの報告書とすると、かなりの分量となってしまう。このため、この報告書は、次の4つに分けた。

《1》検察官通報調査の概要と転帰（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《2》検察官通報の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《3》事前調査の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《4》指定医診察例の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=288）

なお、《1》から《4》を通しての評価ならびに数理統計的手法での検討については、2023年度に行うこととした。

本稿では、このうち、《3》事前調査の検討、について、以下、述べることとした。

#### 《3》事前調査の検討

【目的】 検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的として調査を行った。

【方法】調査方法および倫理審査の概要は、「《1》検察官通報調査の概要と転帰」に示した通りである。この報告書では、このうち、通報を受けた都道府県・政令指定都市が事前調査として通報例についての調査から得られた年齢、性別、精神症状や問題行動、治療歴などに関する事項などについて検討した。

【結果】566例のうち、「《1》検察官通報調査の概要と転帰」では事前調査実施508例、不実施58例との回答であったが、実際の事前調査データでは「実施した」513例と回答があり、この報告「《3》事前調査の検討」では513例について集計した。

事前調査の項目ごとに指定医診察を診察実施としたか診察不要としたかの判断について検討を行った。幻覚妄想、状況認知判断、生活維持困難が明らかな例や自傷他害行為があれば診察実施と判断されていた。またアルコール・薬物乱用の問題がない例で診察実施と判断されていた。一方、診断歴がある、治療歴・受診の状況があるといった例では診察不要とされていた。また、「《1》検察官通報調査の概要と転帰」でも指摘したが、既に警察官通報等で入院している事例について、重ねて検察官通報されることも少なくなく、こうした例では精神症状や自傷他害が明らかであっても、既に措置入院の要否が検討されていることがあり、診察不要とされていた。

【結論】検察官通報例においては、精神症状が明らかな例や問題行動が明らかな例ではおおむね診察実施とされており、指定医診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われている様子が明らかとなった。

#### A. 研究の背景と目的

検察官通報においては、検察官の職務執行中に発見された精神障害者について、幅広く通報を要する趣旨であるとされている<sup>1)</sup>。しかし、措置入院制度においては、行動制限など人権制約も大きい<sup>2)</sup>ため、措置入院が必要な事例に適正に適用し、それ以外の事例については相応な処遇とすることが求められる。この点で、措置診察を要するかどうか、通報を受けた都道府県・政令指定都市において、適正な事前調査を行うことが求められている。

前述「《1》検察官通報調査の概要と転帰」および「《2》検察官通報の検討」に示したように、近年、検察官通報件数は増加しており、事前調査は重要な役割を果たしている。事前調査についての検討は、2000年、2008年の検察官通報を対象とした調査でも行っているが、「《1》検察官通報調査の概要と転帰」でも述べたように、動向が変化している可能性もある<sup>2-3)</sup>。

そこで、検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎

資料とするため、本稿では、事前調査書の検討を行った。

#### B. 方法

全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査を行った。対象は、2020年4月1日から2020年9月30日までに受理したすべての検察官通報例とした。

調査全体については、「《1》検察官通報調査の概要と転帰」に述べた。

具体的には、年齢、性別、精神症状や問題行動、治療歴などに関する事項など、以下の項目を「事前調査書」から所定の調査票に転記を求めた。

- ① 事前調査日
- ② 年齢・性別
- ③ 事前調査における本人面接の有無
- ④ 幻覚妄想あるいは明確に病的な行動や言動の有無・状況
- ⑤ 社会生活における状況認知・判断の障害の有無・状況

- ⑥ 基本的な生活維持の困難の有無・状況
- ⑦ 自傷行為の有無・状況
- ⑧ 他害行為の有無・状況
- ⑨ 精神障害の診断歴の有無
- ⑩ 精神科治療歴・受診歴の状況
- ⑪ 現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療状況
- ⑫ アルコール・薬物乱用の有無
- ⑬ 措置入院先選択に関係する重大な身体合併症の有無
- ⑭ 精神鑑定の有無  
（倫理的配慮）

以上の研究計画書について、研究代表者が所属する、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の審査を受け、2020年12月15日に承認を受けた。なお、新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」という。）パンデミックの影響を考慮して慎重に調査時期を検討し、2022年10月15日に調査票を発送した。

## C. 結果

### 1 自治体の回答状況、年齢・性別

自治体の回答状況、年齢・性別は、《1》検察官通報調査の概要と転帰、に述べた。再掲すると、47都道府県・20政令指定都市のうち、37自治体（24都道府県・13政令指定都市）から566例の提出を受けた。年齢・性別は、48.4±14.7歳、男性456例、女性110例、男女比4.1:1であった。

### 2 事前調査の実施状況

事前調査の実施状況について、とりまとめ票に、事前調査を、「実施した」か「実施していない」か、の回答を求めた。

とりまとめ票においては、事前調査を実施した508例、実施していない58例であった。

事前調査を実施した508例では、診察実施288例、診察不要220例、事前調査を実施していない58例では、全例、診察不要であっ

た。

なお、事前調査を実施していないとした事例についても、他の情報等から、事前調査票の記載があり、このため事前調査票データの存否では、事前調査データあり513例、データなし53例となっている。この調査の集計では、この不一致が生じている5例については、事前調査データが実際に提出されていることから、そのまま集計した。

### 3 事前調査における本人面接

図1に事前調査における本人面接の状況を示した。

「面接した」群では、診察実施110例、診察不要108例である一方で、「面接していない」群で、診察実施173例、診察不要112例であった。なお、「不明・未記入」群では診察実施5例、診察不要5例であった。

事前調査なし53例を除き、「面接していない」群で診察実施が有意差はないが多い傾向、「面接した」群で、診察不要が多い傾向であった ( $\chi^2(2)=5.419, .05 < p < .10$ )。

### 4 幻覚妄想の有無

幻覚妄想の有無は、図2に示した。

「明らか」221例では診察実施186例、診察不要35例、「軽度」119例では診察実施55例、診察不要64例、「ない」109例では診察実施20例、診察不要89例、「不明」63例では診察実施26例、診察不要37例であった。

事前調査なし53例を除き、また「未記入」群の診察実施2例は期待度数が少なく、情報がないという点で「不明」群と類似しており、これらは検定に際し、「不明」群にまとめた。なお、こうした統計に際しての手順の細部は、その都度、図の説明に示した。

結果、「明らか」群で要診察が多く、「軽度」「ない」「不明・未記入」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(3)=143.522, p < .01$ )。

### 5 状況認知判断異常の有無

状況認知判断異常の有無は、図3に示した。

「明らか」182例では診察実施146例、診察不要36例、「軽度」151例では診察実施64例、診察不要87例、「ない」52例では診察実施11例、診察不要41例、「不明」126例では診察実施65例、診察不要61例であった。

「明らか」群で診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(3)=17.910$ ,  $p<.01$ )。

## 6 生活維持困難の有無

生活維持困難の有無は、図4に示した。

「明らか」56例では診察実施42例、診察不要14例、「軽度」133例では診察実施84例、診察不要49例、「ない」131例では診察実施59例、診察不要72例、「不明」190例では診察実施101例、診察不要89例であった。

「明らか」群で診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(3)=17.910$ ,  $p<.01$ )。

## 7 自傷行為の有無

自傷行為の有無は、図5に示した。

「明らか」19例では診察実施15例、診察不要4例、「軽度」8例では診察実施、診察不要ともに4例、「ない」416例では診察実施221例、診察不要195例、「不明」68例では診察実施46例、診察不要22例、などであった。

「不明」と「未記入」群で診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(2)=8.150$ ,  $p<.05$ )。

## 8 他害行為の有無

他害行為の有無は、図6に示した。

「明らか」310例では診察実施243例、診察不要67例、「軽度」123例では診察実施32例、診察不要81例、「ない」61例では診察実施5例、診察不要56例、「不明」14例では診察実施5例、診察不要9例、「未記入・空白」5例では診察実施3例、診察不要2例であった。

「明らか」群で診察実施が多く、「軽度」「ない」群で診察不要が多かった

( $\chi^2(3)=166.105$ ,  $p<.01$ )。

他害行為の内容は、図7に示した。

傷害や暴行、性的問題や器物損壊で、診察実施とされるようにも見受けられた。なお、指定医診察について診察実施とされるかどうかは交絡因子の影響を考慮する必要があることに留意を要する。

## 9 生涯診断歴

生涯診断歴は、図8に示した。

「あり」414例では診察実施222例、診察不要192例、「なし」74例では診察実施51例、診察不要23例、「不明」22例では診察実施12例、診察不要10例などであった。

「あり」群で診察不要が多く、「なし」群で診察実施が多かった ( $\chi^2(2)=6.124$ ,  $p<.05$ )。

## 10 精神科治療・受診歴

精神科治療・受診歴は、図9に示した。

「あり」404例では診察実施226例、診察不要178例、「なし」84例では診察実施54例、診察不要30例、「不明」23例では診察実施6例、診察不要17例であった。

「なし」群で診察実施が多く、「あり」群で診察不要が多かった。 ( $\chi^2(2)=36.667$ ,  $p<.01$ )

### 11 現在の精神科治療状況

現在、すなわち3ヶ月以内の精神科治療状況は、図10に示した。

「あり」213例では診察実施88例、診察不要125例、「なし」232例では診察実施162例、診察不要70例、「不明」65例では診察実施36例、診察不要29例、「未記入」2例では診察実施1例、診察不要1例であった。

「なし」群で診察実施が多く、「あり」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(2)=36.667$ ,  $p<.01$ )。

### 12 起訴前鑑定の有無

起訴前鑑定の有無は、図11に示した。

「あり」28例では診察実施17例、診察不要11例、「なし」372例では診察実施221例、診察不要151例、「不明」103例では診

察実施 49 例、診察不要 54 例、「未記入」 9 例では全例診察不要であった。

「あり」群で診察実施が多く、「なし」「不明」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(2)=109.244$ ,  $p<.01$ )。

### 1.3 薬物乱用の有無

薬物乱用の有無は、図 1.2 に示した。

「あり」28 例では診察実施 17 例、診察不要 11 例、「なし」372 例では診察実施 221 例、診察不要 151 例、「不明」103 例では診察実施 49 例、診察不要 54 例、「未記入」9 例では全例診察不要であった。

「なし」群で診察実施が多く、「不明」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(2)=8.342$ ,  $p<.05$ )。

### 1.4 アルコール飲用の有無

アルコール飲用の有無は、図 1.3 に示した。検察官通報では、事前調査時に酩酊しているなど、直前にアルコール飲用したという例はなく、アルコール問題の有無という点で、検討した。

「あり」62 例では診察実施 28 例、診察不要 34 例、「なし」343 例では診察実施 212 例、診察不要 131 例、「不明」97 例では診察実施 46 例、診察不要 51 例、「未記入」10 例では診察実施 1 例、診察不要 9 例であった。

「なし」群で診察実施が多く、「不明」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(2)=13.509$ ,  $p<.01$ )。

### 1.5 身体合併症の有無

身体合併症の有無は、図 1.4 に示した。

身体合併症については、「措置入院先選択に關係する重大な身体合併症」とした。

「あり」11 例では診察実施 7 例、診察不要 4 例、「なし」418 例では診察実施 251 例、診察不要 167 例、「不明」73 例では診察実施 28 例、診察不要 45 例、「未記入」10 例では診察実施 1 例、診察不要 9 例であった。

「なし」群で診察実施が多く、「不明」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(2)=17.076$ ,

$p<.01$ )。

### 1.6 過去の司法処分の有無

過去の司法処分の有無は、図 1.5 に示した。

「あり」168 例では診察実施 115 例、診察不要 53 例、「なし」227 例では診察実施 131 例、診察不要 96 例、「不明」109 例では診察実施 39 例、診察不要 70 例、「未記入」7 例では診察実施 1 例、診察不要 6 例であった。

「あり」群で診察実施が多く、「未記入」群で診察不要が多かった ( $\chi^2(2)=30.802$ ,  $p<.01$ )。

## D. 考察

### 1 事前調査の実施状況

事前調査の実施状況は、自治体の回答をそのまま、集計した。自治体において、通報を受け付けた事例について、他の通報等により情報があるといった状況があり、「《1》検察官通報調査の概要と転帰」と「《3》事前調査の検討」で事前調査数が異なることとなった。この報告書においては、事前調査の検討であるので、事前調査票のデータに記載があるものを集計した。

また、事前調査を行ったかどうかについては、COVID-19 パンデミックの影響も少なくなかった。

パンデミック以前ならば、自治体が被通報者に対面して調査を求めれば、以後は検察官がそれに応じるかどうかだけであった。そして、現実には被通報例の身柄が拘束されていれば事前調査は行われ、そうでなければ事実上、事前調査不能といった状況であった。

もちろん、今回の調査時点でも、その構図には変化はないものの、パンデミックによって、被通報者が感染対策に応じるかどうかといった問題も加わり、都道府県・政令指定都市が被通報者に対面して調査を行うことにハードルがあがったともいえる。

ただ、前回 2008 年の検察官通報例の調査では、面接した群の診察実施の Odds 比は

2.171 (95%信頼区間 1.505-3.130,  $p=0.000$ )であった<sup>4)</sup>。前回の「面接した方が、より診察実施」という結果と、今回の「面接した方が診察不要」という結果は、COVID-19 パンデミックの影響だけでなく、事前調査とは何か、という問題との関連でも検討する必要がある。

2020年時点では、厚生労働省の措置入院の運用に関するガイドラインは運用されているものの<sup>5,6)</sup>、事前調査については都道府県・政令指定都市において、なお多様であり、標準化の途上にあることの影響も大きいと考えられる。

## 2 症状について

幻覚妄想、状況認知判断異常、生活維持困難などの症状がある例で、診察実施と判断されることが多かった。これは精神症状が顕著に出現している通報例において入院の要否が検討されている訳で、精神科治療への円滑な導入という点で、措置入院制度はもとより、精神保健福祉法の趣旨に照らして当然と考えられた。

## 3 自傷他害について

他害については「明らか」群では診察実施が多かったが、「軽度」「ない」群で診察不要が多かった。措置入院制度が精神症状による自傷他害のおそれを要件にしている以上、自傷他害のおそれが明らかな事例において診察実施となるのは、ある意味、当然ではある。ただ、軽度の群では診察実施かどうか判断が分かれてもおり、措置入院制度を必要以上に活用しないとといった視点も大切にされていることも明らかとなった。

自傷では、「不明」と「未記入」群で診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多くなっていた。自傷、他害それぞれの有無は独立した事象ではあり、自傷がない例でも他害があれば診察実施されるとは思われるが、この群には自傷のおそれも他害のおそれもない例も存することから、見かけ上、診察不要が多くなっているものと考えられた。「不明」と

「未記入」群では、逆に他害のおそれがある事例が多いと想定され、このために診察実施が多くなっていると思われた。こうした個別の要因が判断に与える影響は、この報告のような記述統計的手法により評価するのではなく、数理統計的手法での検討が望ましい。

## 4 診断・既往歴について

生涯診断歴や精神科治療歴、また現在の治療状況が、「あり」と回答される群で診察不要が多く、「不明」群と「未記入」群で診察実施が多かった。2008年の検察官通報例の調査では精神科治療歴あり群が措置診察となるOdds比は0.485 (0.254-0.926,  $p=0.028$ )、現在治療あり群 0.486 (0.335-0.707,  $p=0.000$ )であった。検察官通報では、治療歴があるか、現在治療中であれば診察不要と判断されるようであった。この点、矯正施設長通報の検討とは真逆の結果であった<sup>4)</sup>。これは、検察官通報は問題行動から通報まで間がないため医療を受ける関係性が切れていないが、矯正施設長通報では一定期間、矯正施設に入所しているため治療関係が途切れていること、また精神症状が悪化していても治療歴があれば精神科治療の効果が期待できると判断されることなどが考慮されているものと思われた。

## 5 精神鑑定について

精神鑑定の有無との関係では、鑑定がなされていると有意に診察実施の判断となっていた。検察官が精神障害を疑い、あるいは行為と精神障害の関係を鑑定によってあきらかにされている事例では、診察実施に至りやすいのは、ある意味、当然と考えられた。また、鑑定が実施されていないか、その情報がない状態であれば、診察に至らないのも不自然ではないと考えられた。

## 6 薬物乱用歴について

薬物乱用歴においては、「なし」群で診察実施が多く、「不明」群で診察不要が多かった。

薬物の問題がなければ、精神病などの可能性が高いと判断され、薬物の問題があれば、

それと精神症状の関連を検討された結果であると思われた。また、「あり」群で差が認められていないのは事例数が少ないためと考えられた。

#### 7 アルコール乱用の有無

アルコール乱用の問題においても、「なし」群で診察実施が多く、「不明」群で診察不要が多く、「あり」群では差は認められなかった。

薬物同様、アルコール乱用の問題がなければ、精神病などの可能性が高いと判断され、アルコール問題があれば、それと精神症状の関連を検討された結果であると思われた。

なお、この結果について警察官通報調査や矯正施設長調査と比較する場合には、飲酒から診察に至る時間を考える必要がある。警察官通報であれば問題行動から通報までの時間が短く、被通報者は酩酊状態のことさえありうる。一方、矯正施設長通報であれば、施設内での飲酒は不可能なので必然的に、被通報者がアルコール問題を抱えているかどうかの回答となる。検察官通報の場合は、酩酊状態であることはないだろうが、問題行動から通報まで早くて数日であり、問題行動が酩酊の影響下にあったかどうか、また被通報者がアルコール問題を抱えているかなど、アルコールに関して多角的に検討することが求められることになる。

#### 8 身体合併症

身体合併症の項目について、「なし」群で診察実施が多く、「不明」群で診察不要が多かった。

この点、「なし」といえる情報が通報書に記載されている場合には診察実施との結論に至り、「不明」群では、そういった情報の記載もないため診察不要に至る、とも考えられた。

ただ、重大な身体合併症については、一旦、措置入院となってしまうと、措置入院先医療機関には、きわめて大きな負担となってしまう。ただ、この危機感は、検察官や保健所等では十分に共有されているとはいえない。この

ため、措置入院してしまった場合には、精神科病院、総合病院ともに深刻な問題となることがあり、入院先の選定に際して、時に大きな問題となりうる。

こうしたことから、措置入院先選択に関係する重大な身体合併症については、数が少なくても、決して軽視はできない。

#### 9 過去の司法処分の有無

ここでは、今回の通報より以前の司法処分について尋ねた。

過去に司法処分がある方が、診察実施されており、「未記入」群で診察不要と判断されていた。過去の司法処分の有無が診察要否に与える影響については、慎重な評価が必要である。

#### 10 検察官通報が増加していることの事前調査への影響について

通報例の増加による事前調査への影響については、矯正施設長通報において著増していることとも通じるが、疑わしい例については通報し、漏れのないように対応するという制度が、果たして妥当か、ということでもある。

もちろん、通常時であれば問題なく対応できるだろうが、今回のようなパンデミックのもとで保健所の機能が制限されるような事情があれば、はたして、広くすくい上げて、ふるいにかける、という制度が妥当か、悩ましい課題ではある。このような状況においては、過剰な負荷により、全体として機能不全に陥る懸念があるからである。

通報を受け、診察実施とすれば保健所は以後、指定医診察、移送、入院先選定等、措置入院への手続きの負担をかかえることとなる。一方で、診察不要とすれば、その判断の妥当性を説明する負荷が生じる。パンデミック等で過剰な負荷が生じた際に、全体として機能不全に陥る懸念も今後、考慮する必要があるだろう。

まとめ

検察官通報例においては、精神症状が明らかな例や問題行動が重篤な例では診察実施されており、指定医診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われている様子が明らかとなった。

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 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

文献

1) 厚生省保健医療局精神保健課監修. 精神保健福祉関係法令通知集-新版-, pp261, ぎょうせい, 東京, 1996

2) 竹島正, 浦田重治郎, 立森久照, 三宅由子. 措置通報等に対する都道府県・政令指定都市の対応状況に関する研究: 措置入院制度のあり方に関する研究 平成 13 年度総括・分担研究報告書 pp. 9-37, 2002

3) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他 (執筆担当: 瀬戸秀文). 医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究: 重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究 平成 22 年度総括・分担研究報告書 pp. 55-91, 2011

4) 瀬戸秀文, 稲垣中, 岩永英之, 他. 精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究《3》事前調査の検討: 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究 平成 30 年度総括・分担研究報告書 pp. 585-602, 2019

5) 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.

[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1)

6) 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」について.

[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1)

図1 事前調査での面接の有無

「面接した」群で診察不要がやや多く、「面接していない」群で、診察実施がやや多かったが、統計的な有意差は認められなかった。

( $\chi^2(2) = 5.419$ ,  $.05 < p < .10$ )

なお、事前調査なし53例は除外した。

\* とりまとめ票においては、事前調査を実施した508例、実施していない58例であった。事前調査を実施した508例では、診察実施288例、診察不要220例、事前調査を実施していない58例では、全例、診察不要であった。この調査の集計では、この不一致が生じている5例については、事前調査データが実際に提出されていることを優先して、そのまま集計した。

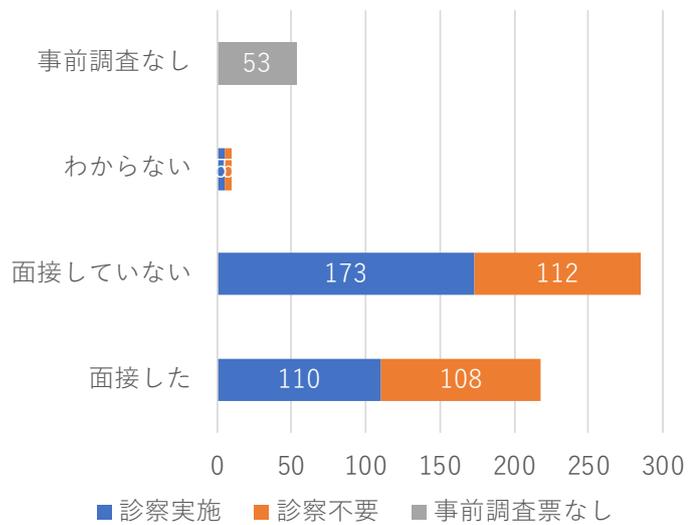


図2 幻覚妄想の有無

「明らか」群でが多く、「軽度」「ない」「不明・未記入」群で診察不要が多い。

( $\chi^2(3) = 143.522$ ,  $p < .01$ )

「未記入」群の診察実施2例は期待度数が少なく、情報がないという点で「不明」群と類似しており、これらは検定に際し、「不明」群にまとめた。

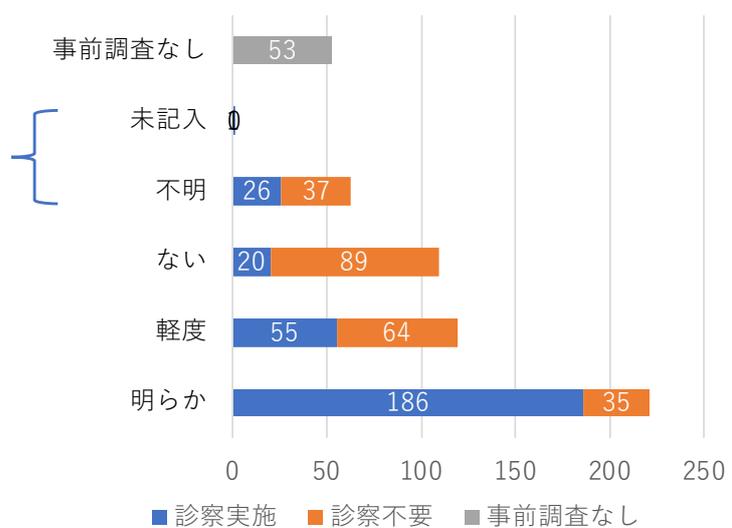


図3 状況認知判断異常の有無

「明らか」群で診察実施が多く、  
「ない」群で診察不要が多い。  
( $\chi^2(3) = 17.910$  ,  $p < .01$ )

「未記入」群の診察実施2例、診察不要1例は期待度数が少なく、情報がないという点で「不明」群と類似しており、これらは検定に際し、「不明」群にまとめた。

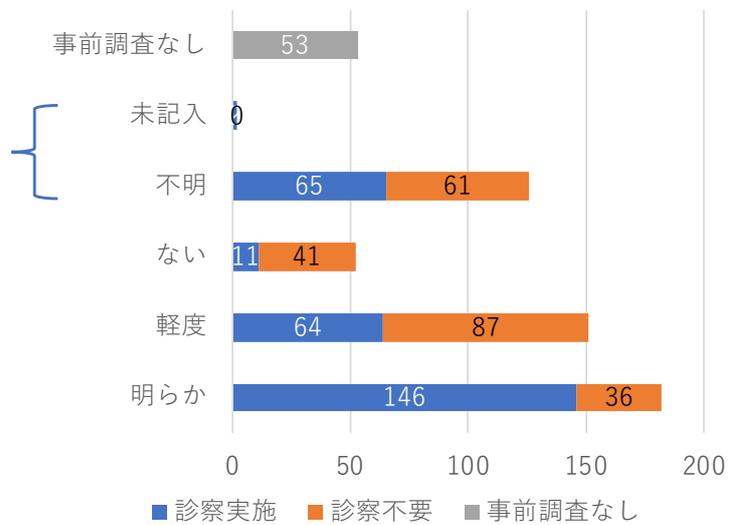


図4 生活維持困難の有無

「明らか」群で診察実施が多く、  
「ない」群で診察不要が多い。  
( $\chi^2(3) = 17.910$  ,  $p < .01$ )

「未記入」群の診察実施2例、診察不要1例は期待度数が少なく、情報がないという点で「不明」群と類似しており、これらは検定に際し、「不明」群にまとめた。

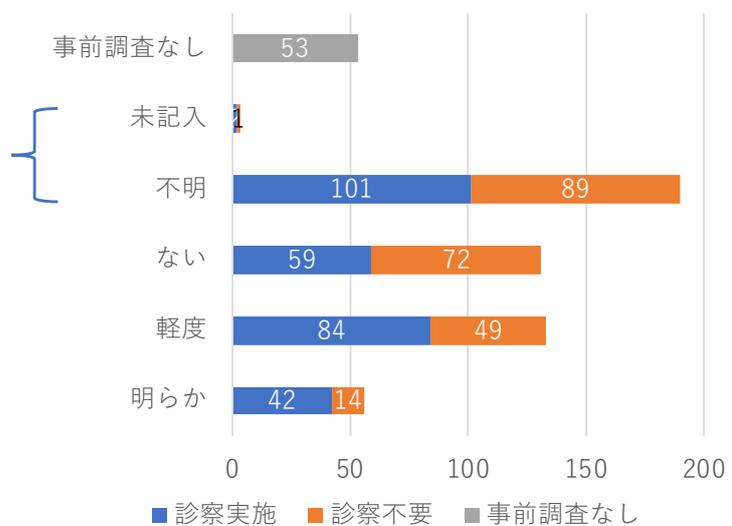


図5 自傷行為の有無

「不明」と「未記入」群で診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多い。  
 (  $\chi^2(2) = 8.150$  ,  $p < .05$  )

「明らか」群の診察不要4例、「軽度」群の診察実施4例、不要4例と期待度数が少なく、症状があるという点で「軽度」群と類似しており、これらは検定に際し、「症状あり」群にまとめた。

「未記入」群の診察実施2例も期待度数が少なく、症状があるかどうか不明確という点で「不明」群と類似しており、これらは検定に際し、まとめた。

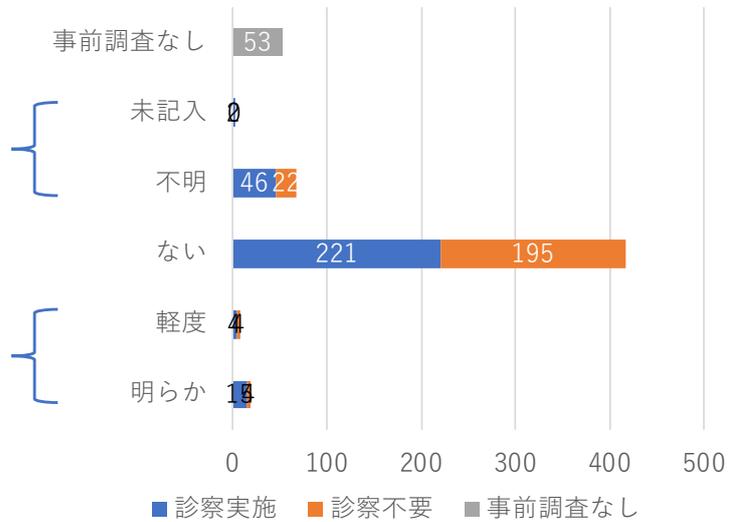


図6 他害行為の有無

「明らか」群で診察実施が多く、「軽度」「ない」群で診察不要が多い。  
 (  $\chi^2(3) = 166.105$  ,  $p < .01$  )

「未記入」群の診察実施3例、診察不要2例は期待度数が少なく、情報がないという点で「未記入」群と類似しており、これらは検定に際し、一群にまとめた。

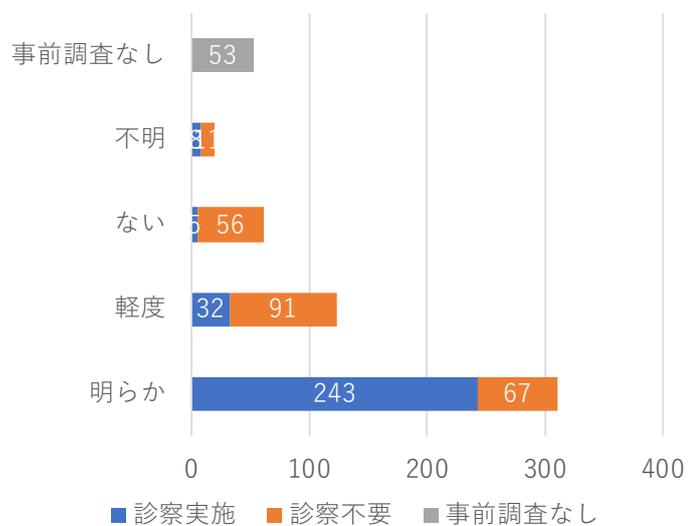


図7 他害行為の内容と  
指定医診察実施の有無

傷害や暴行、性的問題や器物損壊で、診察実施とされるようにも見受けられた。

なお、指定医診察要否への影響については、ロジスティック回帰分析や決定木分析など、数理統計的手法にて改めて評価する予定である。

	診察実施	診察不要
殺人	5	4
傷害	60	24
暴行	71	34
性的問題	10	5
侮辱	0	0
器物損壊	59	30
強盗	1	0
恐喝	2	0
窃盗	33	35
詐欺	4	1
放火	6	4
弄火	2	1
その他	88	46

図8 生涯診断歴

「あり」群で診察不要が多く、  
「なし」群で診察実施が多い。  
( $\chi^2(2) = 6.124$  ,  $p < .05$ )

「未記入」群の診察実施3例は期待度数が少なく、情報がないという点で不明群と類似しており、これらは検定に際し、一群にまとめた。

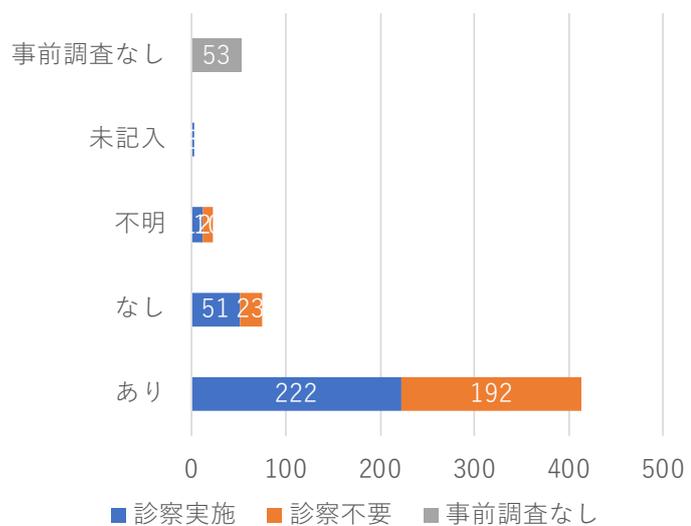


図9 精神科治療・受診歴

「なし」群で診察実施が多く、  
「あり」群で診察不要が多かった。

( $\chi^2(2) = 36.667$  ,  $p < .01$ )

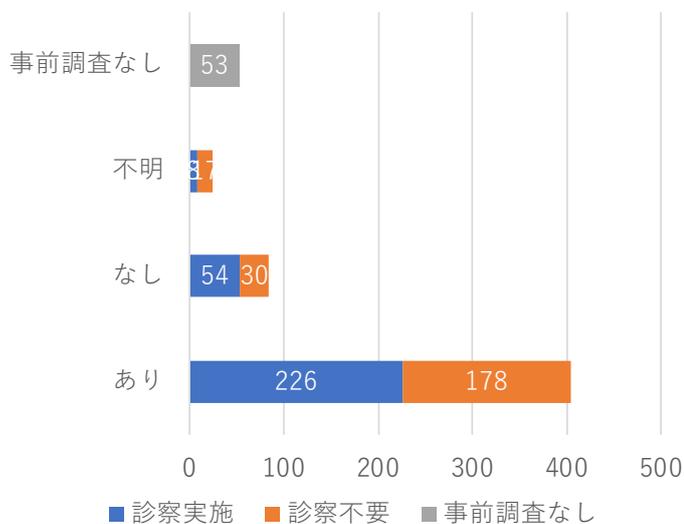


図10 現在の精神科治療状況

現在、すなわち3ヶ月以内の精神科治療状況を示した。

「なし」群で診察実施が多く、  
「あり」群で診察不要が多い。

( $\chi^2(2) = 36.667$  ,  $p < .01$ )

なお、「未記入」群、診察実施2例  
および診察不要1例は、期待度数が  
少なく、情報が無いという点で「不  
明」群と類似しており、これらは検  
定に際し、一群にまとめた。

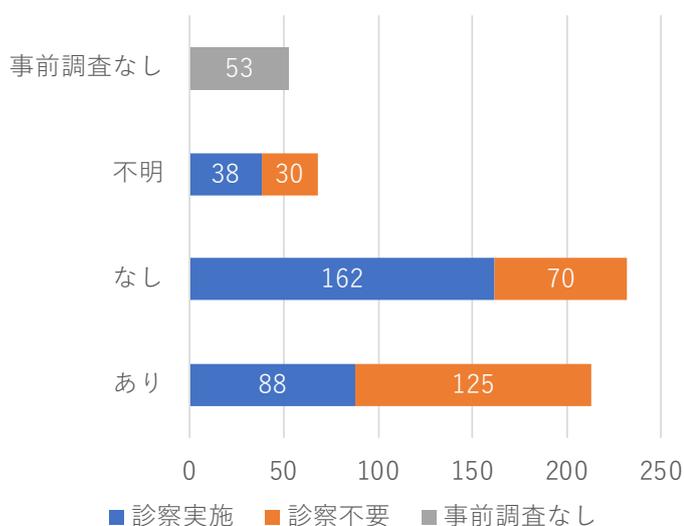


図 1 1 起訴前鑑定の有無

「あり」群で診察実施が多く、  
「なし」「不明」群で診察不要が多い。

( $\chi^2(2) = 109.244$  ,  $p < .01$ )

なお、「未記入」群、診察実施1例および診察不要3例は、期待度数が少なく、情報がないという点で「不明」群と類似しており、これらは検定に際し、一群にまとめた。

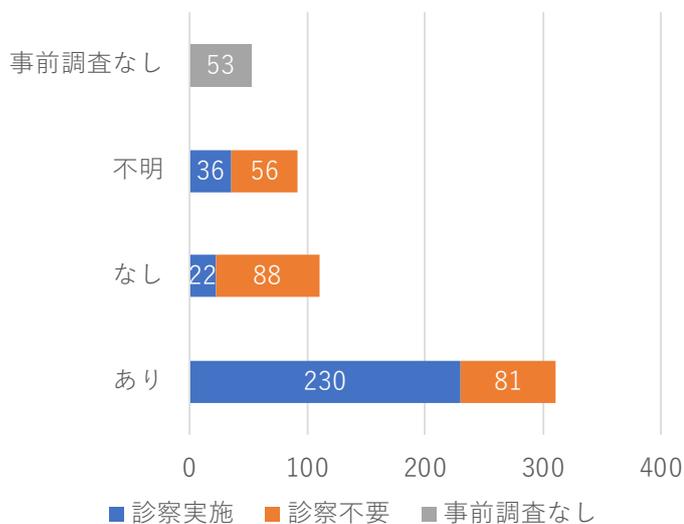


図 1 2 薬物乱用の有無

「なし」群で診察実施が多く、  
「不明」群で診察不要が多い。

( $\chi^2(2) = 8.342$  ,  $p < .05$ )

なお、「未記入」群、診察実施1例および診察不要9例は、期待度数が少なく、情報がないという点で「不明」群と類似しており、これらは検定に際し、一群にまとめた。

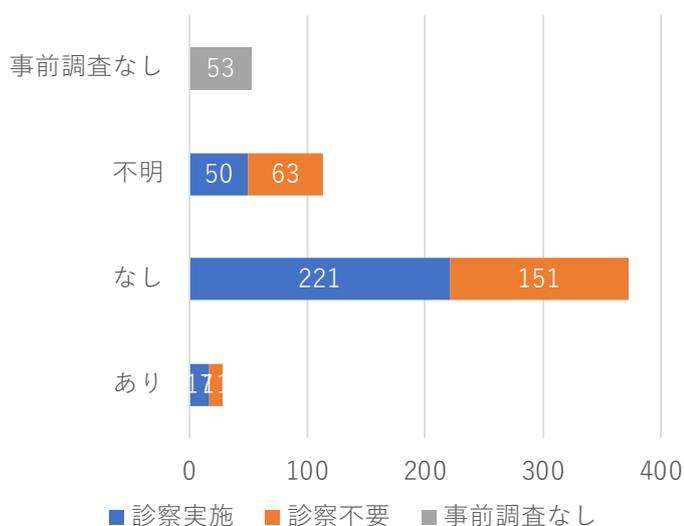


図13 アルコール飲用の有無

「なし」群で診察実施が多く、  
「不明」群で診察不要が多い。  
( $\chi^2(2) = 13.509$  ,  $p < .01$ )

なお、「未記入」群、診察実施2例および診察不要9例は、期待度数が少なく、情報がないという点で「不明」群と類似しており、これらは検定に際し、一群にまとめた。

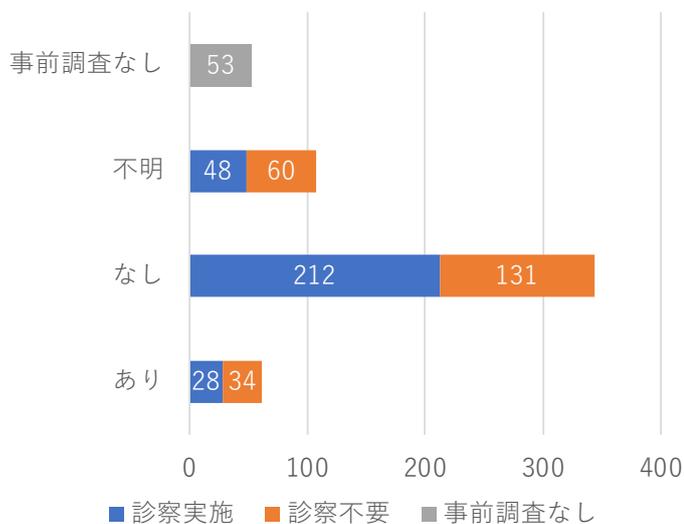


図14 身体合併症の有無

措置入院先選択に関する重大な身体合併症とした。  
「なし」群で診察実施が多く、  
「不明」群で診察不要が多い。  
( $\chi^2(2) = 17.076$  ,  $p < .01$ )

なお、「未記入」群、診察実施2例および診察不要9例は、期待度数が少なく、情報がないという点で「不明」群と類似しており、これらは検定に際し、一群にまとめた。

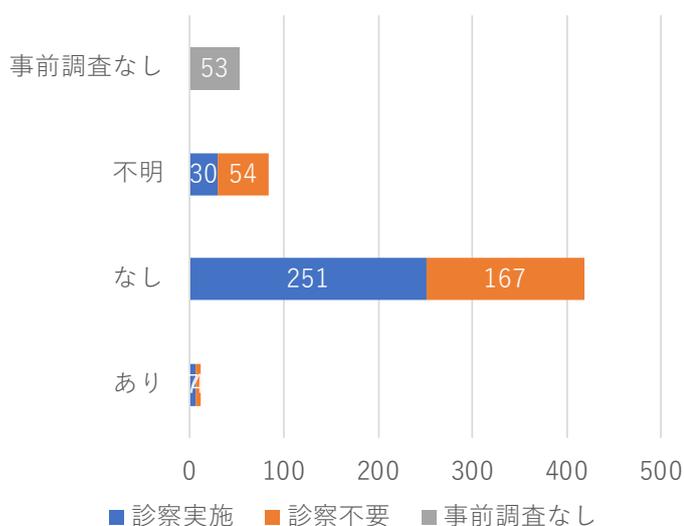
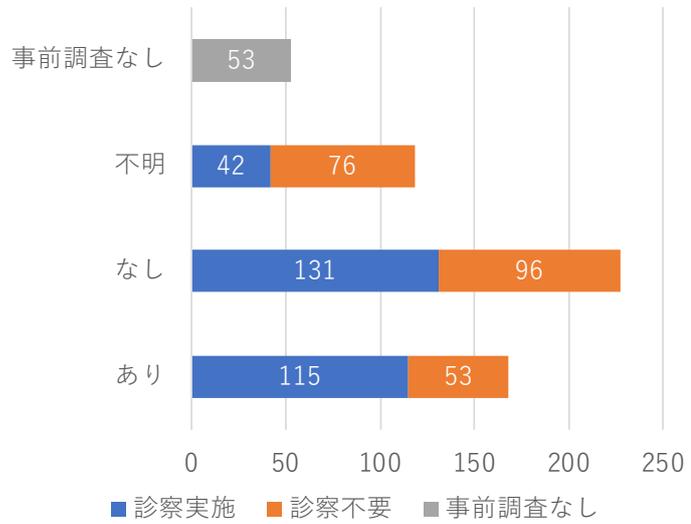


図 1 5 過去の司法処分の有無

「あり」群で診察実施が多く、  
「未記入」群で診察不要が多い。  
( $\chi^2(2) = 30.802$  ,  $p < .01$ )

なお、「未記入」群、診察実施3  
例および診察不要6例は、期待度  
数が少なく、情報がないという  
点で「不明」群と類似しており、  
これらは検定に際し、一群にま  
とめた。



## 措置通報および措置入院の実態に関する研究

### その2（4）

#### 精神保健福祉法第24条に基づく

#### 検察官通報の現状把握に関する研究

#### 《4》指定医診察例の検討

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： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）、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（栃木県精神保健福祉センター）、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）、藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）（敬称略・五十音順）

#### 要旨

精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）第24条に基づく検察官通報の現状を把握するため、2020年度における通報例について、都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、調査を行った。

この研究について、1つの報告書とすると、かなりの分量となってしまう。このため、この報告書は、次の4つに分けた。

《1》検察官通報調査の概要と転帰（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《2》検察官通報の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《3》事前調査の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《4》指定医診察例の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=288）

なお、《1》から《4》を通しての評価ならびに数理統計的手法での検討については、2023年度に行うこととした。

本稿では、このうち、《4》指定医診察例の検討、について、以下、述べることとした。

#### 《4》指定医診察例の検討

【目的】 検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とすることを目的として調査を行った。

【方法】全国 47 都道府県・20 政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査を行った。対象は、2020 年 4 月 1 日から 2020 年 9 月 30 日までに検察官通報された指定医診察例とした。措置入院に関する診断書からは診断、症状、問題行動などについて、措置症状消退届からは診断、措置解除後の処置に関する意見、帰住先などについて、転記を求めた。この研究実施については、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の承認を受けた。

【結果】回答 37 自治体のうち、34 自治体（24 都道府県・10 政令市）から 288 例の指定医診察例が提出された。男性 237 例、女性 51 例（男女比 4.6 : 1）、平均年齢±標準偏差は 49.8±14.4 歳であった。診断は F0 器質性精神障害 19 例、F1 精神作用物質使用障害 16 例、F2 統合失調症 185 例、F3 気分障害 23 例、なし 2 例、不一致 21 例、他であった。39 例で重複診断があった。指定医診察の結果、措置入院 234 例、措置不要 54 例であった。措置不要 54 例は任意入院 2 例、医療保護入院 14 例、精神科通院 13 例、医療不要 6 例、他の対応がなされていた。

措置入院期間は、平均 78.3 日±標準偏差 86.5 日、中央値 56 日、措置入院 180 日目の入院継続率 7.3%であった。重大な他害行為群か広義の触法行為群かで措置入院期間に差はなかった。調査期間を通じて 233 例で措置症状消退届が提出されていた。消退届に記載されていた措置解除後の処置は、入院継続 153 例（任意入院 56 例、医療保護入院 97 例）、精神科通院 51 例、他であった。また退院後の帰住先は、自宅（家族と同居）51 例、自宅（単身）79 例、施設 15 例、他であった。

【結論】指定医診察の結果、2000 年、2008 年の検察官通報調査と同様に、統合失調症や気分障害が多いことには変化がないが、器質性精神障害や発達障害が増えるなど、多少、診断等に変化が見られた。また一定の割合で診断不一致例や従たる精神障害を有する例が見られたが、措置要否判断には差はなかった。措置入院期間については重大な他害行為群か広義の触法行為群かで差は見られなくなっていた。措置入院した患者の大多数は調査期間のうちに措置解除されており、長期措置入院となっていたのはごくわずかであった。2000 年、2008 年の調査結果と比較して、措置入院期間短縮の傾向が一層顕著となっていた。

#### A. 研究の背景と目的

検察官通報は、ここ数年、増加傾向にあるが、「《3》事前調査の検討」において報告したように、精神症状が明らかな例や問題行動が顕著な例では指定医診察が実施されており、指定医診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われていることが明らかとなった。

それでは、実際に指定医診察の結果は、どのようなものであったのだろうか。また、要措置となったケースは、どの程度の期間、措置入院し、措置解除後はどのように対応され

たのであろうか。

2000 年の措置入院に関する通報がなされた事例についての調査では、検察官通報については被害妄想等が多く、他害行為の内容がより重大で、措置要否の判断に困難を伴う事例が多かったり。

2008 年においては、検察官通報も件数は増加傾向にあり、警察官通報における緊急措置入院の多用など精神科救急へのシフトが明らかという影響も大きかった。検察官通報においても重大な他害行為群が医療観察法に移行したことに伴い、広義の触法行為群が増

え、診察不要増加、措置不要と措置入院中が減少し、措置入院期間も短縮していた。特に医療観察法施行により重大な他害行為群、特に殺人・同未遂例は減少し、措置入院しても短期間で同法申立により鑑定入院に移行し長期に措置入院で抱え込むような事例が減少していた。検察官通報は医療観察法対象外の問題行動例への司法精神医療に純化しており、医療観察法がその純化を促進する因子となっていた<sup>24)</sup>。

ただ、前回2008年の検察官通報調査結果が示されてから既に10年以上が経過しており、この間にも医療観察法が定着し、精神科救急医療体制が整備され、精神科救急急性期医療入院料を算定する医療機関が増え、また新型コロナウイルス（以下、COVID-19という。）のパンデミックが生じるなど、精神医療を取り巻く環境は日々、変化している。

そこで、検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とするため、本稿では、指定医診察が実施された例を対象に、措置入院に関する診断書と措置症状消退届の検討を行った。

## B. 方法

全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査を行った。対象は、2020年4月1日から2020年9月30日までに通報されたすべての検察官通報からの指定医診察例とした。

調査全体については、《1》検察官通報調査の概要と転帰、に述べた。

具体的な調査内容は、年齢、性別、病名、入院回数、精神症状や問題行動、医学的総合判断など、以下の項目を「措置入院に関する診断書」から所定の調査票に転記を求めた。また、年齢、性別、病名、措置解除後の処置、退院後の帰住先など、以下の項目を「措置症状消退届」から所定の調査票に転記を求めた。

ここで、措置入院に関する診断書は、1名

の指定医で措置不要となる場合は1枚にとどまるが、2名の指定医が診察した場合には2枚、緊急措置診察が行われた場合には3枚が存在することとなる。この研究では、通常診察の診断書2枚がある場合には、2名の指定医の診断カテゴリーが一致している場合にはその範囲とし、一致していない場合は不一致例として取り扱うこととした。具体的な取扱い、付表1に示した。

（1）「措置入院に関する診断書」より転記する項目

- ① 申請等の添付資料の有無
- ② 年齢・性別
- ③ 病名
- ④ 入院回数
- ⑤ 重大な問題行動
- ⑥ 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像
- ⑦ 医学的総合判断
- ⑧ 診断日
- ⑨ この診断書の診断が措置診察か緊急措置診察かの区別

（2）「措置入院者の症状消退届」より転記する項目

- ① 報告日
- ② 措置年月日
- ③ 年齢・性別
- ④ 病名
- ⑤ 措置解除後の処置に関する意見
- ⑥ 退院後の帰住先
- ⑦ 措置解除希望日（または措置解除日）

（倫理的配慮）

以上の研究計画書について、研究代表者が所属する、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の審査を受け、2020年12月15日に承認を受けた。なお、COVID-19パンデミックの影響を考慮し、2022年10月15日に調査票を発送した。

## C. 結果

### 1 措置入院に関する診断書について

#### (1) 年齢・性別

年齢・性別は、図1に示した。

2020年4月1日から2020年9月30日までの検察官通報からの指定医診察例は回答した37自治体のうち、34自治体(24都道府県・10政令市)から288例の指定医診察例が提出された。3自治体からは、対象例なしとの回答であった。

年齢は、平均49.8±標準偏差14.4歳であった。性別は、男性237例、女性51例(男女比4.6:1)であった。

なお、前回2008年4月1日から2009年3月31日までの検察官通報・指定医診察は588例、45.3±13.5歳、男性504例、女性84例、男女比6.0:1であった。

2020年と2008年を比較し、2020年で有意に年齢が高かった( $F=0.8789 < F_{0.01}(287, 587)=1.1859, p<0.01$ )。性別では、有意差は見られなかった(Fisher片側 $p=0.1122, n.s.$ )。

#### (2) 診断

##### a 主たる精神障害

指定医診察の診断は、主たる精神障害のICD10コードごとに、図2に示した。

診断は、ICD10コードごとに、F0器質性19例(措置入院した14例、措置入院せず5例)、F1精神作用物質16例(同13例、3例)、F2統合失調症185例(同161例、24例)、F3気分障害23例(同19例、4例)、F4神経症4例(同3例、1例)、F6人格障害3例(同2例、1例)、F7知的障害9例(同4例、5例)、F8発達障害5例(同3例、2例)、F9児童思春期1例(措置入院した1例)、なし2例(措置入院せず2例)、不一致21例(措置入院した14例、措置入院せず7例)であった。

ここで、2000年の720例では、F0: 19例、F1: 92例、F2: 448例、F3: 35例、F4: 5例、F6: 19例、F7: 22例、F8: 0

例、なし1例、不一致34例、その他44例であった。2008年の588例では、F0: 24例、F1: 62例、F2: 390例、F3: 35例、F4: 4例、F6: 16例、F7: 12例、F8: 7例、なし2例、不一致36例であった。

2000年、2008年、2020年の3群で比較したところ、2020年でF0器質性精神障害、F8発達障害、F9児童思春期精神障害が多く、F1精神作用物質使用障害、その他の診断が少なく、2008年でその他の診断が少なく、2000年でF1精神作用物質使用障害、その他の診断が多く、F0器質性精神障害、F8発達障害が少なかった( $\chi^2(22)=99.583, p<.01$ )。2020年と2008年の比較では、F1精神作用物質使用障害が少ない傾向であった( $\chi^2(10)=17.156, .05<p<.10$ )。なお2000年と2008年の比較では、2008年でF8: 発達障害が多く、その他が少ないという結果であった。

##### b 主たる精神障害の不一致

このうち、指定医2名の診断が不一致であった20例は、表1左段に示した。

不一致20例における指定医診察の転帰は、措置入院13例、措置不要7例であった。

##### c 従たる精神障害

いずれかの指定医の診断において、従診断が付された39例(指定医診察を受けた288例の13.5%)は、表1右段に示した。指定医診察の転帰は、措置入院31例、措置不要8例であった。

重複診断がない249例では、措置入院203例、措置不要46例であった。従診断の有無と措置要否の判断には、差は見られなかった(Fisher片側 $p=0.4537, n.s.$ )。

#### (3) 症状・問題行動

症状・問題行動は、2名の指定医が、どのように判断したかを解析する必要がある。2名の指定医の一致率や、それぞれの症状・問題行動が、どの程度、措置要否判断に影響するかについて検討するには、なお時間を要す

る。このため、これらは次年度以降に検討する予定である。

#### (4) 指定医診察の転帰

指定医診察の結果は、図2に示した(図2は、「1」検察官通報調査の概要と転帰 図5と同内容である)。

全例では措置入院234例、措置不要54例であった。緊急措置入院したケースはなかった。

ここで、2000年の検察官通報では措置入院531例、措置不要189例、2008年では措置入院440例、措置不要148例であった。通報後の転帰については、「《1》検察官通報調査の概要と転帰」でも述べた通り、2020年では診察不要が多く、措置不要と措置入院中が少ない、2008年では診察不要が多く措置入院中が少ない、2000年では診察不要が少なく措置不要と措置入院中が多かった( $\chi^2(6)=291.503, p<.01$ )。

#### (5) 措置不要例の転帰

措置不要となった54例については、入院継続16例(任意入院2例、医療保護入院14例)、精神科通院13例、医療不要6例、その他4例、不明13例、未記入・空白など欠損値2例であった。

なお、2000年の検察官通報では措置不要189例で、その後に任意入院18例、医療保護入院82例、精神科通院35例、医療不要21例、欠損値33例であった。2008年は措置不要148例で、その後に任意入院11例、医療保護入院57例、精神科通院32例、医療不要3例、欠損値45例であった。

入院、通院、その他にまとめると、2020年16例、13例、25例、2008年68例、32例、48例、2000年100例、35例、54例となり、2020年で入院が少なく、その他が多い、2000年で入院が多い、といった状況であった( $\chi^2(4)=9.753, p<.05$ )。

## 2 措置症状消退届について

### (1) 措置入院期間

措置入院した234例のうち、調査実施した

時点では最短2年、最長2年6ヶ月が経過しており、233例が措置解除されていた。

措置入院期間は、平均78.3日±標準偏差86.5日、最少5日、最大927日で措置入院を継続していた。また中央値は56日で、措置入院180日目の入院継続率は7.3%であった。なお、措置入院を継続していた例の措置入院期間は、調査票の提出日を基準日として計算した。

#### a 重大な他害行為群か否かの点で比較した措置入院期間

重大な他害行為群か否かの点で比較した措置入院期間は、図4(1)に示した。

重大な他害行為群は54.6±57.2日(中央値50日)、広義の触法行為群は66.3±89.8日(同60日)であり、この2群の入院期間に差はなかった(LogRank  $p=0.558, n.s.$ )。

#### b 2000年、2008年、2020年で比較した措置入院期間

2000年、2008年、2020年で比較した措置入院期間は、図4(2)に示した。

2020年度の検察官通報で措置入院した234例では、中央値56日、180日目の入院継続率7.3%であった。2000年531例では中央値94日、入院継続率33.9%、2008年387例では67日、13.9%であった。このように措置入院期間は短縮してきており、入院継続率も低下していた。

### (2) 措置解除後の処置

措置症状消退届に記載された退院後の処置は、図5に示した。

措置解除された233例のうち、入院継続153例(任意入院56例、医療保護入院97例)、精神科通院51例、転医11例、その他11例、死亡2例、未記入1例であった。

2000年の検察官通報調査において、措置入院後180日までに措置解除された354例については、入院継続244例(任意入院85例、医療保護入院159例)、精神科通院70例、欠損値40例であった。

2008年では措置入院後180日の入院継続

率は13.7%と低下していたため、措置解除後の転帰については入院期間は考慮せず措置症状消退届の措置解除後の処置についての記載を、そのまま検討した。

結果、2008年では措置解除時点において、入院継続272例（任意入院94例、医療保護入院176例、形態不明1例、他科1例）、精神科通院72例（うち他院通院1例）、転医29例、その他6例、未記入等の欠損値75例であった。

入院継続、通院、その他の3群で比較すると、2000年で入院継続が多く。2008年で入院、通院ともに少なく、その他が多く、2020年でその他が少なかった。

#### （3）退院後の帰住先

退院後の帰住先は、図6に示した。

自宅・家族と同居51例、自宅・単身79例、施設15例、その他46例、未記入など欠損値39例であった。

#### （4）診断

措置解除時診断および入院時診断との一致度については、次年度以降に検討する予定である。

### D. 考察

#### 1 措置入院に関する診断について

##### （1）年齢・性別

年齢・性別については、今回2020年4月1日から2020年9月30日までの288例と、前回2008年4月1日から2009年3月31日の588例と比較した。年齢では、2020年で有意に年齢が高かった。これは高齢者の通報が増しているためとも思われた。

##### （2）診断

高齢者の通報が増しているためか、診断でF0器質性精神障害が増加していた。またF8発達障害、F9児童思春期精神障害が多いのは、おそらく従前には統合失調症やパーソナリティ障害とされていた一群が、見立ての傾向の変化により、発達障害、児童思春期精神障害と診断されることが増えたことなどによ

ると思われた。また、不一致例は、これまで3回の調査を通じて、常に一定数みられており、明確な要因が指摘できる状態でもなかった。

従たる精神障害、すなわち重複診断については、13.5%に認められた。ただ、その有無によって措置要否の判断には有意差は見られなかった。

前回までの検察官通報調査では、重複診断については検討していないが、2016年の矯正施設長通報において指定医診察が行われた98例では、従診断すなわち重複診断を有する35例で有意に措置入院となっており、検察官通報と矯正施設長通報では異なった傾向が見られていた<sup>9)</sup>。ただ、このことが重複診断のためか、元々、重症であるためか、通報形態による判断の特徴なのか、他の要因があるのかは、このデータからは判断しづらいところがある。

#### （3）指定医診察の転帰

指定医診察では、前回に比して措置不要がやや増えているようでもあったが、統計的な有意差までは認められず、今後模型化を検討する必要がある。

#### （4）措置不要例の転帰

措置不要41例のうち、医療保護入院は7例にとどまり、精神科通院11例まで含めると約半数に精神科医療を要する状態であった。ただ、医療不要、その他、不明・未記入など欠損値を合わせると約半数となっていた。この分布は、2000年と大差なく、その点でも中核群においては、差はないように思われた。

### 2 措置症状消退届について

#### （1）措置入院期間

措置入院期間は、平均78.3日±標準偏差86.5日、中央値は56日で、措置入院180日目の入院継続率は7.3%であった。

a 重大な他害行為群か否かの点で比較した措置入院期間

重大な他害行為群は54.6 ± 57.2日（中央

値 50 日)、広義の触法行為群は 66.3 ± 89.8 日 (同 60 日) であり、措置入院期間に差はなかった。

2000 年では重大な他害行為群の措置入院期間の中央値 166 日、180 日目の入院継続率 43.4%、広義の触法行為群ではそれぞれ 92 日、21.7%であった。2008 年では措置入院期間の平均±標準偏差、中央値、180 日目の入院継続率は、重大な他害行為群では 103.5±101.1 日、71 日、17.6%、広義の触法行為群では 97.5±95.9 日、65 日、13.0%であった。

2000 年、2008 年では、重大な他害行為群では広義の触法行為群より措置入院期間が長かったが、今回、差はなく、これは入院期間短縮の影響が大きいと思われた。

まず、広義の触法行為群の中央値と比較すると、2000 年 92 日、2008 年 65 日、2020 年 60 日であり、2008 年と 2020 年で類似した傾向のようであった。2008 年の時点で指摘したように、検察官通報は医療観察法対象外の問題行動例について司法精神医療に純化し、医療観察法がその純化を促進する因子とはなっている、という状況には変化ないと思われた<sup>2-4)</sup>。

次に重大な他害行為群の中央値と比較すると、2000 年 166 日、2008 年 71 日、2020 年 50 日であった。重大な他害行為群のうち医療観察法申し立てがなされない程度の被害である対象行為あるいは心神喪失や心神耗弱といえるほどの状態ではなく責任能力がある行為については、やはり、医療観察法対象外の問題行動例として、対応されており、他の通報形態の措置入院と同様に、入院期間短縮の影響を受けていると考えられた。

なお、重大な他害行為群について、一部には、たとえば殺人等の理由で検察官通報がなされたケースもあった。ただ、こうした例の多くは裁判の判決前後、確定前の通報であった。

ここで、措置入院と医療観察法の関係は、

わかりづらいが、およそ、次の通りである。

まず、刑事裁判の判決は控訴などされなければ 1 4 日後に確定する。そして、医療観察法が適応されるためには判決が確定していることが必要である。無罪や執行猶予の判決であれば、被告人の身柄は原則として拘束されないため、被告人の事情によっては判決後に被告人の居場所を確保する必要も生じる。措置入院は自傷他害のおそれがなければ用いることができないことは当然であるが、検察官には通報義務があることで、判決後すぐに居場所を確保するといった面も視野には入るところである。

このようにして検察官は、判決後 2 週間程度で医療観察法を申し立てる。申し立てを受けて裁判所は医療観察法対象者について医療観察法 3 4 条の鑑定入院命令を出すことになる。医療観察法の申し立てで措置入院を終了させることができるか、ということが問題となる。ここで、精神保健福祉法第 4 4 条第 1 項は要旨、「この章の規定は医療観察法の命令による手続きを妨げない」と規定している。この章とは、精神保健福祉法第 5 章「医療及び保護」で、第 2 0 条から第 4 4 条までの規定である。措置入院は第 2 2 条から第 3 1 条、すなわち第 5 章に規定されている。このため、医療観察法の命令が発出されれば、その命令による手続きが妨げられない (措置入院していても鑑定入院命令が出たら、医療観察法が優先)、という関係である。

判決確定までの 1 4 日間を、措置入院で対応される、といったことから、見かけ上、裁判を経た事例については措置入院期間は短くなる。

もちろん、こうした事例は多くなく、平均値に与える影響も大きくはない。ただ、重大な他害行為群なのに措置入院期間 1 4 日というケースは、ともすれば問題視されかねない状況である。その後に医療観察法鑑定入院命令が出されていることもあり、念のため言及するものである。

b 2000年、2008年、2020年で比較した措置入院期間

2000年、2008年、2020年で比較した措置入院期間は、図4(2)に示した。

2020年の検察官通報で措置入院した234例では、中央値56日、180日目の入院継続率7.3%であった。2000年531例では中央値94日、入院継続率33.9%、2008年387例では67日、13.9%であり、入院期間は短縮し、入院継続率も低下していた。

措置入院期間の短縮については、措置入院は退院率等、医療機関が出すべき成果の算定から除外されてはいるが、精神科救急急性期医療入院料は入院後3ヶ月を境に大幅に減額されるといった事情もあり、一般精神科医療の入院期間短縮の影響が大きいことは、軽視できないだろう。

なお、指定医診察とCOVID-19パンデミックとの関係は、この調査からは、はっきりといえるものは見いだせなかった。

#### (2) 措置解除後の処置

措置解除後の処置は、2000年で入院が多く、2008年で少なくなっていた。2020年ではその他として区分した転医、不明、欠損値などの群が少なくなっていた。2000年に比して2008年で入院が減っており、2020年では大差ないという変化が持つ意義をくみとるのは悩ましいが、入院期間の短縮は見取ることができる。また、その他の対応の減少は措置入院後のフォローが行われていると見て取ることもできるか、なお検討を要するとは思われる。

ここで、「《1》検察官通報調査の概要と転帰」では措置解除後の転帰は、任意入院56例、医療保護入院98例、精神科通院56例、医療不要3例、その他7例、転医5例、医療観察法1例、帰国2例、不明2例、未記入1例、死亡2例と報告している。本稿の報告では、任意入院56例、医療保護入院97例(-1)、精神科通院51例(-5)、転医11例(+6)、その他11例(-6)、死亡2例、未記入

1例と報告した。括弧に付記したように、数値に若干のズレがある。このことについては、本稿「《4》指定医診察例の検討」においては消退届が提出された時点での医療機関の判断を示しており。「《1》検察官通報調査の概要と転帰」では措置入院した患者が最終的にどうなったかが示されている。加えて消退届の記載については、自治体間で多少、取り決めが異なる可能性があり、差異が生じる余地がある(例:他院に通院する場合、「通院医療」と「転医」の2つが選択肢となりうるが、この判断が統一されておらず、指定医間や自治体間で異なる可能性がありうる。他項目でも類似の場面があり、この調査の正確性に、若干の影響は否定できない。もちろん、誤記等の可能性もありうるが、この調査票の提出時点で個人情報とは切り離されているため、自治体に照会しても回答を得ることはできない。ただ、これらは全体として細部の数値の齟齬であり、調査の信頼性に大きく影響するものではないことを付記しておく。

#### (3) 退院後の帰住先

退院後の帰住先は、自宅・家族と同居51例、自宅・単身79例、施設15例、その他46例、未記入39例であった。

2000年の検察官通報では、この項目は調査されていない。2008年の調査では、自宅・家族と同居82例、自宅・単身49例、施設7例、その他16例、未記入300例であった。

2000年の調査では、この項目は調査されていなかった。2008年の調査では、自宅・家族と同居82例、自宅・単身49例、施設7例、その他16例、未記入300例であった。2020年と2008年の比較では、退院後の帰住先について、単身退院、施設、その他が増え、欠損値が減少していた。欠損値の顕著な減少は結果に与える影響が大きい。実際には不明であったものがあきらかになったといった位置づけであろう。単身退院、施設、その

他の数値は増加しているものの、実際には欠損値の減少による見かけの変化かも知れない。

なお、この点、2016年の矯正施設長通報における調査でも指摘したが、その他の中には退院後の帰住先について、入院先医療機関としたものが少なくなかった<sup>5)</sup>。自治体の「措置解除直後に入院継続しているのなら、将来どこに帰るかではなく、解除直後にどこにいるかを書くべき」との指導により、形式的な記載が優先され、実質的な帰住先について、知ることができない状況が作り出されていることには、留意を要する。

### 3 まとめ

精神保健福祉法第24条に基づく検察官通報の現状把握を行うために、措置入院に関する診断書、措置症状消退届について分析した。

指定医診察の結果、統合失調症や気分障害が多いことには変化がないが、器質性精神障害や発達障害が増えるなど、多少、診断等に変化が見られた。また一定の割合で診断不一致例や従たる精神障害を有する例が見られたものの、措置要否判断には差はなかった。措置入院期間については重大な他害行為群か広義の触法行為群かで差は見られなくなっていた。措置入院した患者の大多数は観察期間のうちに措置解除されており、長期措置入院となっていたのはごくわずかであった。

措置入院期間については、一般精神科医療の入院期間短縮の影響、医療観察法が制定されたことで重大な他害行為群が同法に移行したことで、検察官通報の役割、位置づけについて、医療観察法対象外の行為について司法精神医療への純化してきているといえるようにもなっている。加えて、医療観察法の申し立てに伴い精神保健福祉法第44条により見かけ上、短期間の措置入院が発生することなどの影響も受けていると思われた。こうしたことで、2000年、2008年と比較して、行為の重大度で措置入院期間に差がなくな

り、措置入院期間短縮の傾向が一層顕著となっていた。

### 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 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

### 文献

1) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について-. pp57-96 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成14年度総括・分担研究報告書. 2003

2) 吉住昭, 竹島正, 尾島俊之, 他(執筆: 瀬戸秀文). 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究. 医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究\_平成21年度 総括・分担研究報告書 pp19-53, 2010

3) 瀬戸秀文. 医療観察法が施行された後に措置入院に変化があったか-措置入院の現状ならびに医療観察法入院直前の精神保健福祉法入院について-. 司法精神医学 10(1): 88-94, 2014

4) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他(執筆: 瀬戸秀文). 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の現状に関する研究. 重大な他害行為群をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の促

進に関する研究\_平成 22 年度 総括・分担研  
究報告書 pp55-91, 2011

図1 年齢・性別

2020年4月1日から2020年9月30日までの  
検察官通報・指定医診察例

34自治体（24都道府県、10政令指定都  
市）から288例が提出された。

49.8±14.4歳

男性237例、女性51例

男女比4.6：1

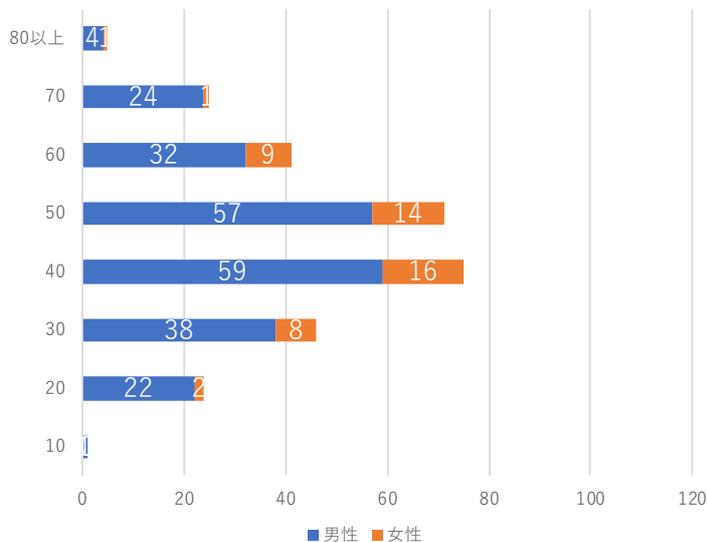


図2 診断

F0器質性精神障害19例（措置入院した14例、  
措置入院せず5例、

F1精神作用物質使用障害16例（同13例、3  
例）、

F2統合失調症185例（同16124例）、

F3気分障害23例（同194例）、

F4神経症4例（同31例）、

F6パーソナリティ障害3例（同21例）、

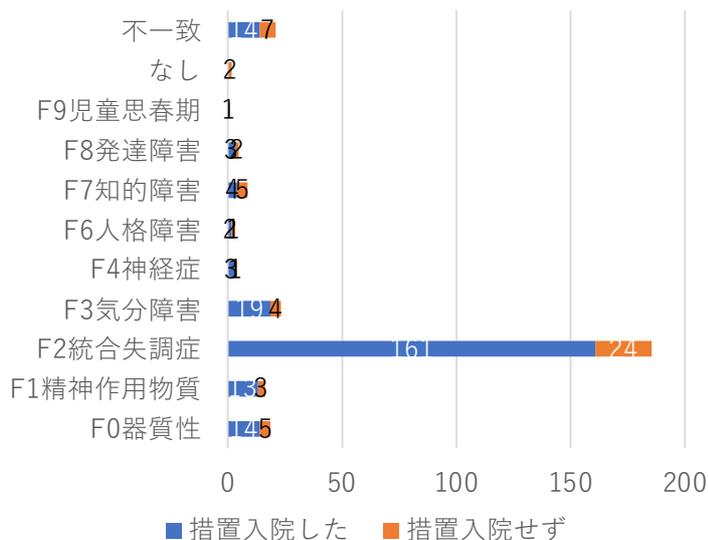
F7知的障害9例（同45例）、

F8発達障害5例（同32例）、

F9児童思春期精神障害1例（同1例）、

なし2例（同2例）、

不一致21例（同147例）であった。



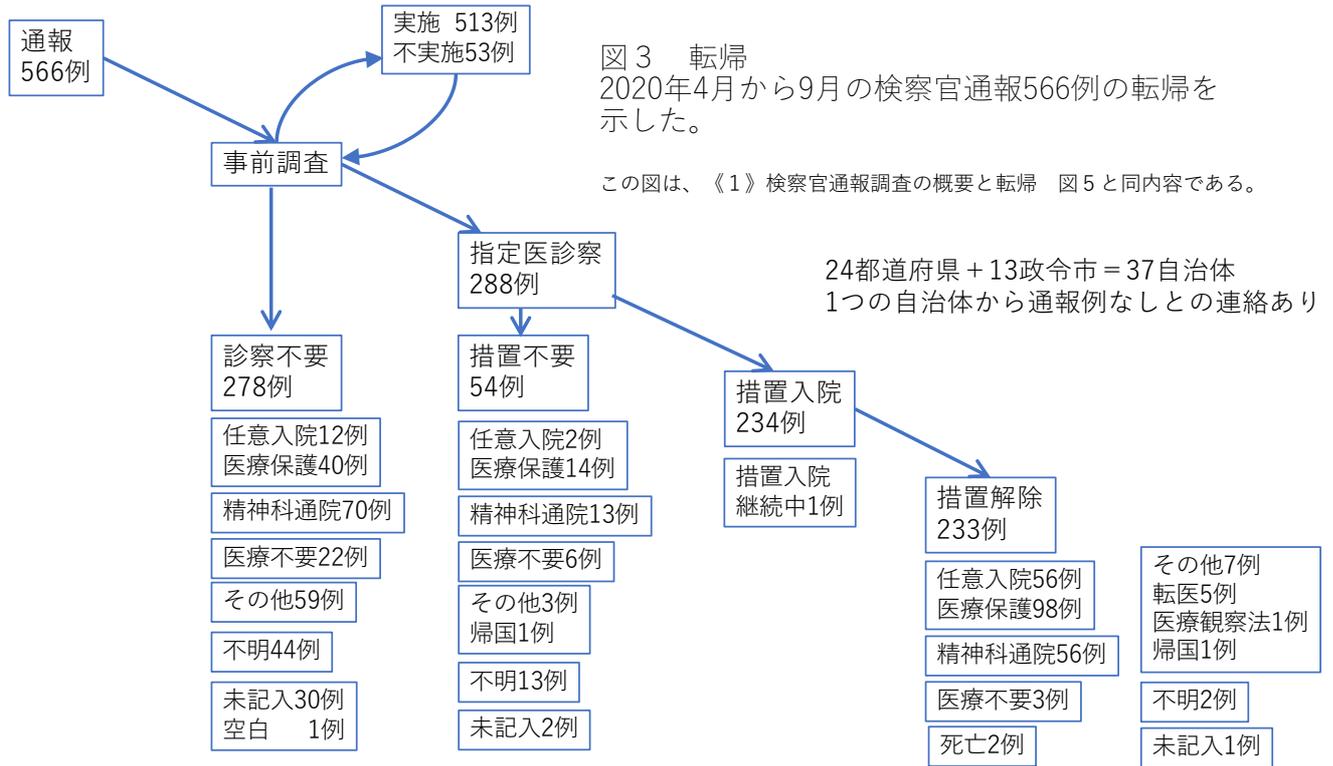


図3 転帰  
2020年4月から9月の検察官通報566例の転帰を示した。

この図は、《1》検察官通報調査の概要と転帰 図5と同内容である。

余白

図4 (1) 措置入院期間  
重大な他害行為か否かの比較

平均値78.3 ± 標準偏差86.5日

最少5日

最大927日(措置継続中)

中央値56日

180日目の入院継続率7.3%

措置入院を継続していた例の措置入院期間は、入院日の特定を避ける趣旨で、調査票の提出時点で計算した。

重大な他害行為54.6 ± 57.2日

広義の触法行為66.3 ± 89.8日

LogRank p=0.558, n.s.

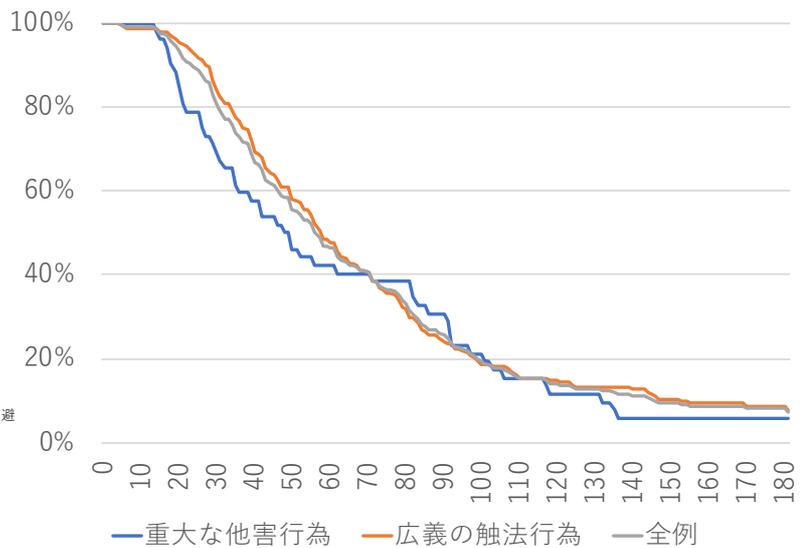


図4 (2) 措置入院期間  
2000年、2008年、2020年の比較

2020年度の検察官通報で措置入院した234例では、中央値56日、180日目の入院継続率7.3%であった。

2000年度531例では中央値94日、入院継続率33.9%、2008年度387例では67日、13.9%であり、入院期間は短縮し、入院継続率も低下していた。

	中央値	入院継続率
2020年	56日	7.3%
2008年	67日	13.9%
2000年	94日	33.9%

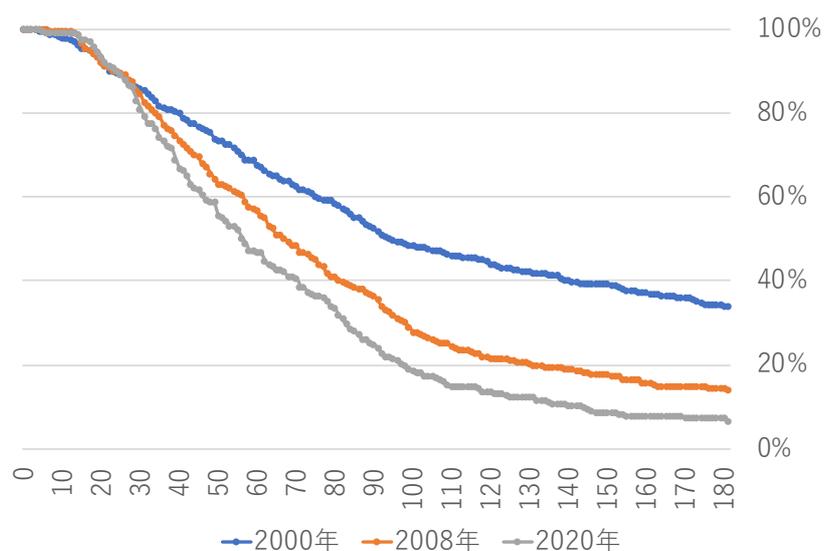


図5 退院後の処置

措置症状消退届をもとに集計したため、とりまとめ表とは、一部、集計値が異なることがある。

参考：とりまとめ表による集計

任意入院56例

医療保護入院98例 (+1)

精神科通院56例

医療不要3例

その他7例

転医5例、医療観察法1例、帰国2例

不明・未記入3例

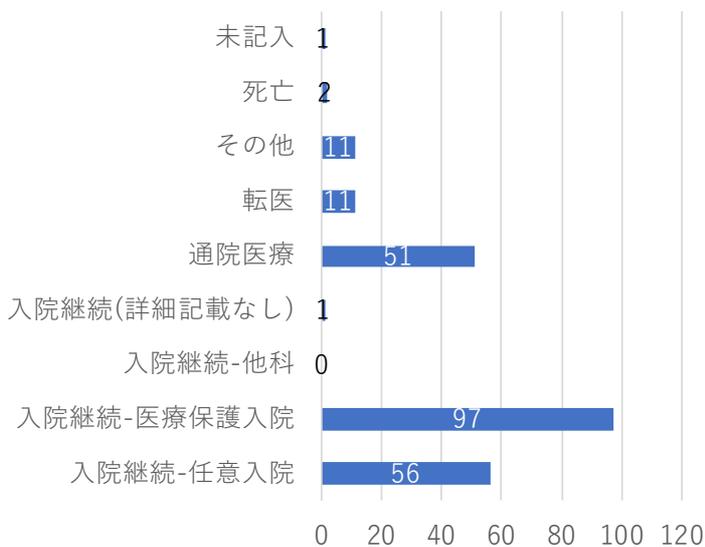


図6 措置解除後の帰宅先

帰宅先は

約半数、130例が自宅で、その3分の2弱が単身生活であった。

その他46例であったが、これは措置解除時点で、直後に入院継続した場合に、入院先病院名を記載したものが少なかった。都道府県・政令市において、この欄に「措置解除直後の状況を記載すること」との指導がなされているためと思われる（この指導のため、退院後の帰宅先の概況を把握することができない）。

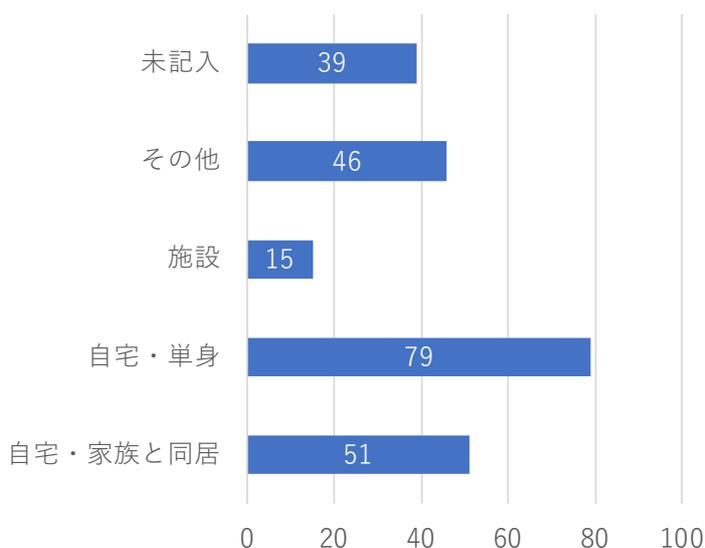


表1 主診断が不一致例（左段）および従診断を有する例（右段）の一覧

指定医Aの		指定医Bの		措置診察 の転帰	指定医Aの		指定医Bの		措置診察 の転帰
主診断	従診断	主診断	従診断		主診断	従診断	主診断	従診断	
F0	F0	F2	F0	措置入院	F1	F1	F1		措置不要
F0		F2		措置不要	F7	F1			措置不要
F0		F2		措置不要	F1	F7	F2		措置入院
F1	F7	F2		措置入院	F7	F2	F7		措置入院
F1	F8	F2		措置入院	F1	F1			措置不要
F1		F2	F1	措置入院	F7	F3	F7	F3	措置入院
F2	F1	F1	F1	措置入院	F2	F5	F2		措置入院
F2		F6		措置入院	F2		F2	F7	措置入院
F2		F3		措置入院	F0	F6	F0	F2	措置入院
F2		F0		措置入院	F8		F8	F3	措置入院
F2		F6		措置不要	F1		F2	F1	措置入院
F2		F7		措置不要	F0		F0	F1	措置不要
F3	F6	F0	F3	措置入院	F6		F6	F3	措置不要
F3		F4		措置入院	F0	F0	F0		措置入院
F3		なし		措置不要	F2	F1	F2		措置入院
F3		なし		措置不要	F1	F8	F2		措置入院
F8		F7		措置入院	F0	F0			措置不要
F8		F2		措置入院	F2	F8	F2	F8	措置入院
F8		F9		措置入院	F0	F0	F0		措置入院
F8		F7		措置不要	F4	F1	F4	F1	措置入院
					F2	F7	F2	F7	措置入院
					F2	F1	F2		措置入院
					F2	F7	F2		措置入院
					F4		F4	F2	措置入院
					F2	F3	F2		措置不要
					F0	F0	F2	F0	措置入院
					F8		F8	F2	措置入院
					F2	F6	F2		措置入院
					F2	F1	F1	F1	措置入院
					F2	F8	F2		措置入院
					F2	F0	F2	F0	措置不要
					F0	F0	F0	F0	措置入院
					F2		F2	F0	措置入院
					F1		F1	F1	措置入院
					F7	F8	F7	F8	措置入院
					F2		F2	F7	措置入院
					F3	F6	F0	F3	措置入院
					F0	F1	F0	F1	措置入院
					F2	F7	F2	F7	措置入院

左段は、2名の指定医の主診断が不一致となった20例である。指定医診察の転帰は、措置入院13例、措置不要7例であった。

左段は、いずれかの指定医の診断において、従診断が付された39例である。指定医診察の転帰は、措置入院31例、措置不要8例であった。

なお、左段と右段では重複したケースがある。

指定医2名の場合、調査票の4ページの記載を指定医A、5ページの記載を指定医Bとした。診察がA→B、B→Aの順か、同時に行われたかは、調査していない。

付録表1 指定医の診断が不一致の場合の集計用診断決定の手順

		指定医A(1人目の指定医)の診断											診断なし	
		F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99		
指定医B (2人目) の診断	F0	F0	不一致	F0	F0									
	F1	不一致	F1	不一致	F1	F1								
	F2	不一致	不一致	F2	不一致	F2	F2							
	F3	不一致	不一致	不一致	F3	不一致	F3	F3						
	F4	不一致	不一致	不一致	不一致	F4	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F4	F4
	F5	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F5	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F5	F5
	F6	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F6	不一致	不一致	不一致	不一致	F6	F6
	F7	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F7	不一致	不一致	不一致	F7	F7
	F8	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F8	不一致	不一致	F8	F8
	F9	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	不一致	F9	不一致	F9	F9
	F99	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	F99	F99
	診断なし	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	F99	なし
	診断書なし	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F99	F99	なし

## 措置通報および措置入院の実態に関する研究

### その3

#### 訪問看護（1）多職種・他機関連携上の課題について

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： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）、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（栃木県精神保健福祉センター）、竹澤 翔（石川県立こころの病院）、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）、藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）

\*執筆担当：中西 清晃

#### 要旨

【目的】措置入院に引き続く退院後の訪問看護機関と多職種・他機関との連携実態について示唆を得ることを目的とした。

【方法】2021年8月から11月に措置入院から引き続き訪問看護を実施している訪問看護ステーション2機関と病院訪問3機関の計5機関の多職種スタッフに対して、訪問看護支援の現状と課題に関するグループインタビューを実施した。

【結果】訪問看護の連携における現状と課題をKJ法で分析した結果、円滑な他機関連携を示す【入院中に多職種・多機関と臨機応変に対応】、【治療的連携がスムーズ】、【入院中から訪問看護終結までの流れがある】、【訪問看護の中断がない】の4項目が抽出された。他方で、【訪問看護開始時の協議の場の不足】、【多機関連携がうまくいかない】、【訪問看護利用継続の困難さ】、【訪問看護の役割の見えにくさ】、【診療報酬以上のケアの必要性和経営との均衡の難しさ】、【危機介入体制の未確立】、【訪問看護中断リスクがある】という課題が中心になっている7つのカテゴリーも抽出された。

【考察】本研究結果から、訪問看護が患者の状態に応じて他機関と円滑な連携が図れるかどうかには、訪問看護開始当初の協議の場の有無が影響していることが示唆された。また、協議の場では、①患者本人も含めた治療目標の共有、②訪問看護および関係機関の役割分担の明確化、③状態悪化時の対応の共有が重要であると考えられた。【訪問看護の中断のリスク】の＜訪問看護の拒否＞＜状態悪化の手詰まり＞から、患者の訪問看護の拒否や、精神症状の悪化があると認識されても介入には限界があることが明らかになった。

【結論】措置入院患者の退院後の訪問看護を行う上では、①協議の場に参加しやすい体制整備、②医師の往診、入院医療機関と入院のタイミングを図っておくこと、③精神症状の悪化に介入できる体制の整備が必要であると考えられた。

## A. 研究の背景と目的

わが国の精神保健医療福祉施策は、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する「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」）」の構築を行っており、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をすることを目指している<sup>1)</sup>。このため精神障害者の入院期間は短期化が図られており、平成28年度精神保健福祉資料<sup>2)</sup>では新規入院患者の80%が1年以内に退院をしていることが示されている。その一方で、退院者の約40%が1年以内に再入院をしており、地域で安定した生活を送り続ける地域移行・定着の支援に課題があることが示唆されている。とりわけ措置入院者は医療保護入院患者に比して、①精神症状の難治性、②経済的困窮、③家族等支援者の非協力や不在などが特徴として挙げられており<sup>3)</sup>、入院治療に引き続く支援の必要性が示されている<sup>4)</sup>。

このため厚生労働省は2018年3月に「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「退院後支援ガイドライン」）」を发出し<sup>5)</sup>、地方公共団体を主体とした措置入院者の退院後支援に関する計画および支援体制を構築した。地方公共団体が措置入院者の退院後支援を担う論拠は、措置入院が行政の決定で行政処分として行われたことの事後支援であることに拠る<sup>6)</sup>。当該ガイドラインにおいては、利用者のニーズに応じて支援を共同意思決定し、計画策定に関する会議を入院中に開催し、多職種協働で協議を行うことを求めている。

退院後支援ガイドラインの施行の影響については参照すべき研究があり、措置入院患者を対象としたコホート研究によって一部の結果が示されている<sup>7)</sup>。それによれば、調査対象として登録された措置入院者は504名であり、これは研究開始当初の2016年度の全国の措置入院者<sup>7)</sup>である7,122名の7.1%に相当する。診断は多い順に、F2 統合失調症

308例（61.1%）、F3 気分障害73例（14.5%）、F1 精神作用物質障害30例（6.0%）、402例（79.8%）に治療歴があった。全例の措置入院期間は平均68.0日±標準偏差82.6日（中央値53日）、全入院平均期間は110.1±145.2日（中央値85日）であった。また措置入院者が退院後1年時点において、403例中121例（30.0%）が何らかのサービスを受けており、内訳は保健師訪問などの行政によるサービスが61例（50.4%）、精神科訪問看護57例（47.1%）と行政以外のサービスとしては精神科訪問看護が最も多く利用されていた<sup>8)</sup>。これらのことから措置入院患者が、安定した地域生活を送るためには、精神病性障害に対する治療の継続やそのほかの生活支援を訪問の形で提供することの必要性が窺える。また行政による訪問サービスが主導であることから、治療意思決定の支援等、強制の枠組みに依らない支援体制への移行を検討することが望ましいと考えられる。

訪問看護については、これまでに実態報告があり<sup>9-10)</sup>、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における訪問看護や看護を含む多職種・他機関連携に関する指摘がなされているが<sup>11-13)</sup>、措置入院をした者に特化し、措置入院に引き続く地域支援の現状や課題に対する具体的内容の知見はない。

そこで本研究では、措置入院に引き続く退院後の訪問看護支援上の課題を探索的に検証することを目的とした調査を行った。

## B. 方法

2021年8月から11月に措置入院から引き続き訪問看護を実施している訪問看護ステーション2機関と病院訪問3機関の計5機関の多職種スタッフに対して、訪問看護支援上の現状と課題に関するグループインタビューを実施した。このうち、多職種・他機関連携に関わるデータを抽出し、KJ法を用いた質的

分析を行った。

(倫理的配慮)

本研究の実施にあたり国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会にて承認を受けた(承認番号:A2021-060)。

## C. 結果

### 1. 施設特性

5 機関の施設概要をとりまとめた結果は、下記の通りである。2021年6月中に「精神科訪問看護・指導料」「精神科訪問看護基本療養費」を算定した利用者数は350名(訪問看護ステーション240名、病院110名)、利用者全体のGAFの平均値は53.9点(訪問看護ステーション53.8点、病院訪問54.2点)であった。

インタビュー対象となった訪問スタッフの職種は看護師16名、精神保健福祉士1名、作業療法士1名であった。1つの機関に対するインタビューの平均時間は107.4±53.7分であった。

### 2. 円滑な多職種・他機関連携(表1)

円滑に支援が行われている126個のコードを、支援内容の類似性に着目して振り分けたところ、9個のサブカテゴリーが形成された。この9個のカテゴリーを、支援の時期の類似性をもとに集約したところ、【入院中に多職種・多機関と臨機応変に対応】、【治療的連携がスムーズ】、【入院中から訪問看護終了までの流れがある】、【訪問看護の中断がない】の4項目が抽出された。

### 3. 課題中心の多職種・他機関連携(表2)

表2には、課題として得られたデータについて、カテゴリー、サブカテゴリー、および得られたデータ数を表記した。

課題として挙げた内容を、支援の内容の共通点に着目して振り分けたところ16個のサブカテゴリーが作成された。この16個のサブカテゴリーを、支援の時期の類似性をも

とに集約したところ、【訪問看護開始時の協議の場の不足】、【多職種連携がうまくいかない】、【訪問看護利用継続の困難さ】、【訪問看護の役割の見えにくさ】、【診療報酬以上のケアの必要性和経営との均衡の難しさ】、【危機介入体制の未確立】、【訪問看護中断リスクがある】の7項目が抽出された。

### 4. 訪問看護機関と多職種・他機関との連携に関する概念図(図1)

訪問看護機関と多職種・他機関との連携の構図を検討する際に、【入院中に多職種・他機関と臨機応変に対応】している場合と、【訪問開始時の協議の場の不足】を感じている場合とでは、その後の訪問看護の連携の円滑さが異なっていた。

円滑な連携支援がなされている場合では、入院中からケア会議を概ね開催しており、<臨機応変に外部機関と連携>をしているため、<主治医とタイムリーに連携できる>状況かつ<早期(休息)入院の対応が可能>で【治療的連携がスムーズ】であった。このため【入院中から訪問看護終了まで支援継続の流れがある】。具体的には<入院中に訪問看護利用のニーズを確認><必要時は他機関につなぐ調整><病棟に退院後の様子をフィードバック><多職種、多部署で訪問看護終了を判断>していた。このため、【訪問看護の中断がない】うちに、訪問看護が集結していた。

課題中心の多職種・他機関連携の場合では、<ケア会議開催条件の不均衡さ><訪問開始時の患者情報不足><医師指示と病院提供情報の活用の難しさ>という【訪問看護開始時の協議(の場)の不足】があった。そのため<保健所との連携体制の未確立><福祉支援との共同の難しさ>のサブカテゴリーで構成された【他機関連携がうまくいかない】状況や、【訪問看護利用継続の困難さ】として<訪問看護を望まない対象への支援実施の難しさ><家族の持つ不振への対応苦慮><

受療準備状態にない対象への支援上の困難  
＞、【訪問看護の役割の見えにくさ】として  
の＜治療者役割遂行の難しさ＞＜医療アクセス不良を埋める機能＞を招いていた。

さらにそのような流れが＜医師の診療の欠如＞＜円滑な入院体制の未整備＞＜状態悪化の手詰まり＞のような【危機介入体制の未確立】へと波及し、【訪問看護中断のリスク】にもつながりっていた。その背景には、【診療報酬以上のケアの必要性和経営との均衡の難しさ】があった。具体的には＜診療報酬だけでは行えない支援を実施するジレンマ＞＜算定要件の複雑さによる持ち出しの多さ＞が示された。

#### D. 考察

措置入院患者の退院後の訪問看護支援において、多職種・他機関連携における現状と課題を KJ 法で分析した。その結果、連携が円滑になされている現状では、【入院中に多職種・多機関と臨機応変に対応】【治療的連携がスムーズ】【入院中から訪問看護終結までの流れがある】【訪問看護の中断がない】の категорияが挙げられた。一方で、課題が中心の連携の場合では、【訪問看護開始時の協議の場の不足】【多機関連携がうまくいかない】【訪問看護利用継続の難しさ】【訪問看護の役割の見えにくさ】【診療報酬以上のケアの必要性和経営との均衡の難しさ】【危機介入体制の未確立】【訪問看護中断リスクがある】が挙げられた。

この結果から、訪問看護が患者の状態に応じて多職種・他機関と円滑な連携が図れるかどうかには、訪問看護開始当初の協議の有無が影響していることが示唆された。入院医療から地域に連続するケアについては、早期の再入院を予防するための、連続的ケアに関わるケースマネージャーと、入院と外来や地域支援関係者とのタイムリーなコミュニケーションが重要であると指摘されている<sup>14)</sup>。このため、本結果においても、ケア会議

を開催している場合であると、入院医療、外来医療、地域支援機関の各関係者とコミュニケーションを図りやすく、必要に応じた入院を行いながら、訪問看護の中断をすることなく支援が継続され、訪問看護との支援関係の終結に繋がる流れが構築されたと考えられた。

一方で、課題が中心になりやすい連携体制では、ケア会議の開催がない場合が多く、患者の情報や治療方針が共有しにくく、支援関係者の足並みがそろわないままに、訪問看護支援を開始しなければならない状況が推測された。そのため、可能な限り入院中から協議の場を設定し、①患者本人も含めた治療目標の共有、②訪問看護および関係機関の役割分担の明確化、③状態悪化時の対応の共有を行うことが必要になると思われた。しかし、【診療報酬以上のケアの必要性和経営との均衡の難しさ】に関する課題も挙がっており、支援を提供できる診療報酬体制の整備が求められた。

【訪問看護の中断のリスク】の＜訪問看護の拒否＞＜状態悪化の手詰まり＞では、患者の訪問看護の拒否や、精神症状の悪化があると認識されても、本人の支援の拒否がある場合には、積極的な介入を行うことに限界があることが明らかになった。

訪問看護は診療契約に基づき医療行為を行う。医療行為を開始する場合は、原則は本人の合理的な意思に基づき診療契約を結ぶ必要がある（民法 656 条、健康保険法 43 条の 3）。このため本結果のように、患者の精神症状の悪化が見込まれ、訪問看護を拒否する場合であっても、同意判断能力が備わっている状況での治療拒否の可能性を考慮すると、医療行為に着手しにくくなりがちである。一方で、本調査では、治療拒否が精神症状の悪化による場合があることが明らかになっている。精神症状が悪化している場合や精神症状が重篤である場合は、治療同意判断能力が低下している場合があると指摘されており<sup>16)</sup>、

そういった時に治療介入をしないことが、かえって本人の不利益に繋がることもあるであろう。

このようなく状態悪化の手詰まり>による【訪問看護の中断のリスク】を招かないための体制の整備も検討する必要があると考えられた。

#### 結論

本研究では、措置入院患者の退院後の訪問看護支援において、多職種・他機関連携における現状と課題を分析した。その結果、訪問看護が患者の状態に応じて他機関と円滑な連携が図れるかどうかには、訪問看護開始当初の協議の場の有無が影響していることが示唆された。また、【訪問看護の中断のリスク】の<訪問看護の拒否><状態悪化の手詰まり>から、患者の訪問看護の拒否や、精神症状の悪化があると認識されても、介入には限界があることが明らかになった。

以上のことから、措置入院患者の退院後の訪問看護を行う上では、①協議の場に参加しやすい体制整備、②医師の往診、入院医療機関と入院のタイミングを図っておくこと、③精神症状の悪化に介入できる体制の整備が必要であると考えられた。

#### 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 中西清晃, 竹澤 翔, 小池純子, 稲垣 中, 島田達洋, 椎名明大, 太田純一郎, 藤井千代, 瀬戸秀文:「措置入院退院後に訪問看護を実施している機関における多職種・他機関連携の実態—訪問看護機関へのグループインタビュー調査—」. 第30回日本精神科救急学会, 埼玉, 2022.9.30-10.1.

#### 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:「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, 2021  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00003.html))
- 2) 厚生労働省:平成28年度精神保健福祉資料. 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 精神医療政策研究部, 小平, 2016.
- 3) 杉山直也, 長谷川花, 野田寿恵ほか:精神科救急入院患者レジストリを用いた措置入院者の臨床特徴の緊急解析. 精神医学, 59; 779-788, 2017
- 4) 山口創生:コホート研究. 科学研究費補助金 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) 入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究(代表:山口創生). 総括研究報告書, 2019
- 5) 「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」, 2018  
(<https://www.mhlw-houkatsucare-iko.jp/link/guideline-aftersupport.pdf>)
- 6) 瀬戸秀文: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2019年11月11日における患者登録の状況. 厚生労働行政推進調査事業 障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 精神障害者の地域活動支援を推進する政策研究(研究代表者:藤井千代). 分担研究報告書(分担研究者:瀬戸秀文), 2020
- 7) 衛生行政報告例(厚生労働省):<https://>

- /www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450027&tstat=000001031469&cycle=8&tclass1=000001103516&tclass2=000001103555&tclass3=000001107815&tclass4val=0
- 8) 中村仁：措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究（４）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。厚生労働行政推進調査事業 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）精神障害者の地域活動支援を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）。分担研究報告書（分担研究者：瀬戸秀文），2020
  - 9) 萱間真美，瀬戸屋希，沢田秋，小高恵美：精神障害者の退院促進と地域生活支援のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究。厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業（研究代表者：伊藤順一郎）総括・分担研究報告書 53-99, 2009.
  - 10) 吉川隆博：精神科訪問看護に係る実態及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける役割に関する調査研究。令和２年障害者総合福祉推進事業（研究代表者：吉川 隆博），2021. ([http://jpna.jp/images/pdf/JPNA\\_mhlw\\_R02\\_report\\_202103.pdf](http://jpna.jp/images/pdf/JPNA_mhlw_R02_report_202103.pdf))
  - 11) 美濃由紀子，宮本真巳：医療観察法における訪問看護の現状と課題。精神看護 11(3)，60-63，2008
  - 12) 美濃由紀子，宮本真巳：指定通院医療機関における診療記録の量的・質的データ分析 医療観察制度による専門的医療向上のためのモニタリング研究。日本精神科看護学会誌 51(3)，475-479
  - 13) 奥田淳：医療観察法通院処遇対象者への訪問看護に携わる看護師の困難。日本精神保健看護学会誌 28(2)，10-19，2019
  - 14) V igod SN, Kurdyak PA, Dennis C-L, Leszcz T, Taylor VH, Blumberger DM, et al. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. Br J Psychiatry(2013) 202(3):187-94. 10.1192/bjp.bp.112.115030
  - 15) Sfetcu R, Musat S, Haaramo P, Ciutan M, Scintee G, Vladescu C, et al. Overview of post-discharge predictors for psychiatric re-hospitalisations: A systematic review of the literature. BMC Psychiatry (2017) 17(1):227. 10.1186/s12888-017-1386-z
  - 16) Okai D, Owen G, McGuire H, et al.: Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. Br J Psychiatry. Oct;191: 291-7, 2007 doi: 10.1192/bjp.bp.106.035162.

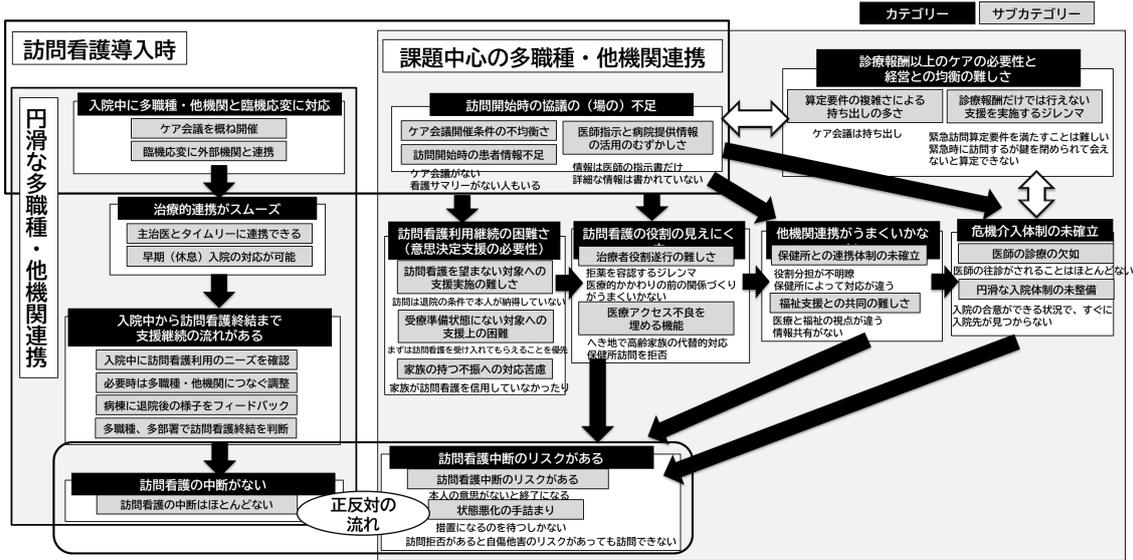
表1 円滑な訪問看護と多職種・他機関連携

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
入院中に多職種・他機関と臨機応変に対応	ケア会議を概ね開催	3
	臨機応変に外部機関と連携	19
治療的連携がスムーズ	主治医とタイムリーに連携できる	6
	早期（休息）入院の対応が可能	2
入院中から訪問看護終了まで支援継続の流れがある	入院中に訪問看護利用のニーズを確認	11
	必要時は他機関につなぐ調整	14
	病棟に退院後の様子をフィードバック	1
	多職種、多部署で訪問看護終了を判断	1
訪問看護の中断がない	訪問看護中断はほとんどない	3

表2 課題中心の多職種・多機関連携

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
訪問開始時の協議の（場の）不足	ケア会議開催条件の不均衡さ	8
	訪問開始時の患者情報不足	19
	医師指示と病院提供情報の活用の難しさ	4
他機関連携がうまくいかない	保健所との連携体制の未確立	8
	福祉支援との共同の難しさ	8
訪問看護利用継続の困難さ	訪問看護を望まない対象への支援実施の難しさ	11
	家族の持つ不振への対応苦慮	6
	受療準備状態にない対象への支援上の困難	9
訪問看護の役割の見えにくさ	治療者役割遂行の難しさ	15
	医療アクセス不良を埋める機能	6
危機介入体制の未確立	医師の診療の欠如	4
	円滑な入院体制の未整備	6
	状態悪化の手詰まり	7
訪問看護中断のリスクがある	訪問看護中断のリスクがある	4
診療報酬以上のケアの必要性和経営との均衡の難しさ	診療報酬だけでは行えない支援を実施するジレンマ	7
	算定要件の複雑さによる持ち出しの多さ	4

図1 訪問看護機関と多職種・他機関との連携 概念図



## 措置通報および措置入院の実態に関する研究

### その 3

#### 訪問看護（2）措置入院後の訪問看護利用者に対する支援上の困難

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： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）、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（栃木県精神保健福祉センター）、竹澤 翔（石川県立こころの病院）、遠田大輔（富山県立大学看護学部）、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）、藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）

\*執筆担当：小池 純子

#### 要旨

【目的】措置入院に引き続く退院後の訪問看護利用者への支援上の困難を明らかにし、今後の訪問看護体制への示唆を得ることを目的とした。

【方法】2021年8月から11月に措置入院から引き続き訪問看護を実施している訪問看護ステーション2機関と病院訪問3機関の計5機関の多職種に対し、訪問看護支援上の困難に関するグループインタビューを行った。得られた結果を逐語録に起こし、内容分析を行った。

【結果】分析を行った結果、＜精神・生活障害が不安定な中で地域生活維持支援を行うしんどさ＞＜関係者との症状理解の不一致のジレンマ＞＜受療・訪問看護に対する抵抗への対応の困難さ＞＜自傷他害に至る状況の見極めの難しさ＞＜精神症状の影響を考慮した意思決定支援の困難さ＞の5つの分類カテゴリーが抽出された。

【考察】本結果に見る支援の困難さが生じる背景には、措置入院を含む入院期間の短期化と、地域包括支援体制の拡充があると考えられた。前者の要因に対し、円滑な地域移行に向けた入院中からの連続的ケア体制の強化、とりわけ、ケア会議の実施が可能な体制を整える必要があると考えられた。また後者の要因に対しては、多様な支援機関の混在によって一貫した支援が図られにくい傾向に対し、訪問看護のマネジメント機能の強化が望まれた。

【結論】本人の生活の場で精神症状と生活障害のアセスメントを担える精神科訪問看護は、支援の一体化への架け橋になれることが示唆され、そのための体制整備が必須である。

年度精神保健福祉資料<sup>2)</sup>では新規入院患者の

#### A. 研究の背景と目的

わが国の精神保健医療福祉施策が入院医療中心から地域生活中心となり、2010年ごろから地域ケアの強化を明示し<sup>1)</sup>、平成28

80%が1年以内に退院をしていることが示されている。その一方で、退院者の約40%が1年以内に再入院をしており、地域で安定した

生活を送り続ける地域移行・定着の支援に課題がある。なかでも措置入院者は、医療保護入院患者に比して、①精神症状の難治性、②経済的困窮、③家族等支援者の非協力や不在などが特徴的であり<sup>3)</sup>、入院治療に引き続く支援の必要性が示されている<sup>4)</sup>。

精神科訪問看護は、従来から精神障害者の退院後の療養生活を支えてきた。利用対象者については、角田らが<sup>5)</sup>、4つの類型を明らかにしている。類型は①独居援助型、②重症者への家族援助型、③他援助がある人へのモニタリング重視型、④重症者への本人援助型であり、みまもりやモニタリング、エンパワメントの支援が重視されてきた。また、包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment; ACT）との比較において精神科訪問看護は、1年後には直接支援から間接支援（サービス調整・連携、モニタリングなど）にシフトする傾向が指摘されていた<sup>6)</sup>。

しかし、措置入院後の精神科訪問看護支援に係るケアの実態や困難、必要な体制整備に関する言及には乏しい。

訪問看護(1)においては、精神障害にも対応した包括支援システムや措置入院に関するガイドラインが施行される中で、措置入院後の精神科訪問看護が直面する多職種・他機関連携上の課題を明らかにした。引き続き本稿では、措置入院を退院した訪問看護利用者に対する支援上の困難に着目して明らかにし、精神科訪問看護の体制整備への示唆を得ることを目的とした。

## B. 方法

2021年8月から11月に措置入院から引き続き訪問看護を実施している訪問看護ステーション2機関と病院訪問3機関の計5機関の多職種スタッフに対して、訪問看護支援上の困難に関するグループインタビュー調査を実施した。得られたデータを用いて内容分析を用いた分類を行った。

内容分析には複数の定義があるが、本研究では、「表明されたコミュニケーション内容を客観的、体系的、かつ数量的に記述するための調査技法」であり「記述全体を文脈単位、1内容を1項目として含むセンテンスを記録単位とし、個々の記録単位を意味内容の類似性に基づき分類・命名する」方法を用いて<sup>7)</sup>、質的に分析を行った。

（倫理的配慮）

本研究の実施にあたり国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会にて承認を受けた（承認番号：A2021-060）。

## C. 結果

### 1. 施設特性

5機関の施設概要をとりまとめた結果は、下記の通りである。2021年6月中に「精神科訪問看護・指導料」「精神科訪問看護基本療養費」を算定した利用者数は350名（訪問看護ステーション240名、病院110名）、利用者全体のGAFの平均値は53.9点（訪問看護ステーション53.8点、病院訪問54.2点）であった。

インタビュー対象となった訪問スタッフの職種は看護師16名、精神保健福祉士1名、作業療法士1名であった。1つの機関に対するインタビューの平均時間は107.4±53.7分であった。

### 2. 措置入院をした訪問看護利用者の困難

インタビューを逐語録に起こしたところ、59の記録単位が抽出され、5つのコアカテゴリーが見出された（表1）。以下、コアカテゴリーごとに結果を記載する。コアカテゴリーは【 】カテゴリーは[ ]、サブカテゴリーは< >で表記した。

#### 1) 精神・生活障害が不安定な中で地域生活維持支援を行うしんどさ

[精神症状と生活破綻リスクの連続性の対応の難しさ]のカテゴリーには、<症状特性(拘りなど)による生活の支障への対応の限界

><精神症状悪化が引き起こす生活障害による生活破綻への対応困難><生活上のストレス・環境の変化が引き起こす精神症状悪化への対応困難>で構成された。また[不安定な状態への対応の限界]では<想定外な事態への対応の限界><繰り返される対応への疲弊>があり、訪問看護の訪問時支援だけでは、精神障害の悪化と生活障害の悪化が密接、かつ繰り返される事態に対応しにくいことが示された。

## 2) 関係者との症状理解の不一致のジレンマ

本コアカテゴリーにおいては、2つのカテゴリーが集約された。[症状理解の不一致に派生する不測の事態への対応の困難さ]のサブカテゴリーは<症状特性に伴う社会的偏見の対応へのジレンマ><症状変化に対する関係者との認識の不一致のジレンマ>が挙げられた。[本人や支援者との症状理解の認識のズレによるジレンマ]には<関係機関との方針不一致による連携継続の困難性><本人と家族の希望の不一致への対応困難>があった。

ここでは、関係者と、精神症状と生活障害の診立てが一致しないために、支援にもずれが生じていくことにジレンマがあることが明らかになった。

## 3) 受療・訪問看護に対する抵抗への対応の困難さ

本コアカテゴリーには、3つのカテゴリーが集約された。[本人の受療抵抗感への対応の苦慮]のサブカテゴリーは、<本人の医療関与拒否への対応の難しさ><医療が関与することへの本人の不安への対応の難しさ>であった。また、[治療的介入を優先できないジレンマ]は、<医療的介入よりも信頼関係を優先することのジレンマ><退院の条件としての訪問看護導入であったことへの軌道修正の難しさ><治療中断に対する介入が訪問の中断リスクにつながるジレンマ><病識不

良への対応の難しさ><本人が納得していない状況での訪問看護利用のしんどさ>のサブカテゴリーで構成された。[役割の期待への困惑]には<関係者の訪問看護への万能的期待認識への困惑><移動の代替機能としての訪問看護であることへのジレンマ>があった。

本コアカテゴリーでは、精神科訪問看護利用者の治療への抵抗があると信頼関係維持を優先せざるを得ず、治療的な介入が行いにくいことが明らかになった。また周囲の関係者も、治療的な介入を行うことより、関係者の安心や受療継続のための支援であることを望んでいるなど、精神科訪問看護の担うべき役割なのかどうか、迷いながら支援を行っている苦悩が示された。

## 4) 自傷他害に至る状況の見極めの難しさ

このコアカテゴリーには、サブカテゴリーが2つあり、[自傷他害行動の発生時の対応の困難さ]と[自傷他害行動の発生リスクと権利擁護の見極めへのジレンマ]が集約された。[自傷他害行動の発生時の対応の困難さ]のサブカテゴリーは<繰り返される自傷他害行動の発生時の対応の困難さ><不本意な緊急事態の対応の疲弊>のサブカテゴリーが、[自傷他害行動の発生リスクと権利擁護の見極めへのジレンマ]では<本人の意向を重視することによって起こる自傷他害行為への無念さ><治療中断時の介入の難しさが招く自傷他害へのジレンマ>があった。

ここでは、自傷他害が起こる予測や、本人の権利擁護を図りながら介入を行うことの難しさがある中で、ひとたび緊急事態になってしまうと、おおごとになってしまう板挟み状態のジレンマが示された。

## 5) 精神症状の影響を考慮した意思決定支援の困難さ

このコアカテゴリーは、<本人の利益への自己判断力の乏しさへの対応の難しさ><本

人の意思の確認が手探りとなる焦り>で構成された。本人の行動や意思の決定が、精神症状悪化の影響なくなされたものかどうかを見極める難しさが、本人の特性を理解するまでの焦りが示された。

#### D. 考察

措置入院患者の訪問看護の支援上の困難に関するインタビューの結果から、5つのコアカテゴリー、9のカテゴリー、24のサブカテゴリーが抽出された。本結果から、措置入院後の訪問看護利用者への困難さの背景には、①入院期間の短期化、②地域包括支援体制の拡充という支援制度の変化の影響を受けていることが考えられた。これに加え、危機介入に関して多職種・他機関上の連携課題と同様の課題が挙げられた。本稿では、(1)の稿ですでに記載した危機介入を除く①②の要因に着目し考察を加える。

##### 1) 入院期間の短期化による影響

コアカテゴリーの【精神・生活障害が不安定な中で地域生活維持支援を行うしんどさ】には「精神症状と生活破綻リスクの連続性の対応の難しさ」と「不安定な状態への対応の限界」が集約された。また【受療・訪問看護に対する抵抗への対応の困難さ】のコアカテゴリーには、「本人の受療抵抗感への対応の苦慮」のカテゴリーが含まれており、退院後に十分な精神症状の安定や治療継続への動機づけに至っていない場合があった。それだけでなく、訪問看護の利用が措置入院からの退院要件として活用されている場合もあった。このため、治療的介入よりも関係性や受療意思の構築支援が必要であるために、【精神症状の影響を考慮した意思決定支援の困難さ】を招いたり、本来の役割とは異なる「治療的介入を優先できないジレンマ」につながっていると考えられた。

2011年の井上らの文献レビュー<sup>8)</sup>によれば、対象になった19件の邦文論文のうち、

精神科訪問看護の「あいまいな合意」に係る困難を指摘した論文は1論文であった。調査時期や内容が異なるため、直接的な比較はしにくいものの、措置入院者に対する精神科訪問看護支援上の困難に、受療抵抗感や精神症状と生活障害がすぐさま結びつく不安定さへの対応がコアな課題になっていることは、注目すべきところではないかと考える。

そもそも精神科訪問看護は、ボランティアとして行われていた活動が1983年に制度化された歴史があり、そのときの支援内容は「患者の退院に向けた気持ちに寄り添い」「退院後も精神症状や薬の副作用の管理」「家族サポートや近隣住民とのかかわりを支える」活動であった<sup>9)</sup>。このため先述した通り、精神科訪問看護は退院後の療養生活に寄り添い・支え、継続的なモニタリングやみまもり型の支援を中心に地域生活定着のための支援を行い、およそ1年後には、ほかのサービスを利用するための調整を行う場合が少なくなかったと想定される。精神科訪問看護の困難においても、訪問看護導入への調整時間がかかることや、導入が不成立になること<sup>10)</sup>、利用者に訪問看護を拒否されること<sup>11)</sup>は指摘されているものの、退院後の状況を引き受けたうえで、精神障害者固有の援助実践上の難しさの一環に位置づいていた<sup>12)</sup>。

ところが現在の精神医療においては、精神科の入院期間は、措置入院も含め短縮化されており、近年の新規入院においては、3か月未満退院者が約6割、6か月未満退院者が8割以上である<sup>13)</sup>。措置入院においても、措置入院期間は平均73.9日±標準偏差103.7日（中央値50日）、措置入院機関を含む全入院期間は122.5±179.2日（74日）となっている<sup>14)</sup>。加えて入院期間別の退院先を見ると、「3ヶ月未満」及び「3ヶ月以上1年未満」入院者は「家庭」が半数以上であるが、「1年以上5年未満」及び「5年以上」入院になると退院先が「他の病院・診療所」に入院」が最も高い割合を占めていた

15)。したがって、精神科入院において、一定程度は入院期間を基準に退院が考えられるものと思慮された。

以上のことから、昨今の入院短期化の流れを受け、従来の療養型の支援から、精神症状の不安定さや受療意思に働きかける支援を行わなければならない変化が、今回の支援上の困難として表れたのではないかと考えられた。つまり、精神科訪問看護には、退院をした患者の地域定着の観点だけでなく、地域移行の段階にも積極的に医療機能を発揮した関与が求められていると考えられた。

措置入院後の円滑な地域移行に向けては、精神科訪問看護の努力だけでは解決できないこともあり、入院機関との協働が必要になるであろう。具体的には、入院医療機関が、①入院中から治療の必要性理解と合理的な意思決定支援を行う、②患者の治療の必要性の理解が十分でなかったとしても、その状況やクライシス発生時の対応を訪問看護と共有する、③退院後も継続的に連携することによって、精神科訪問看護の医療機能が発揮されやすくなると考えられた。

## 2) 地域包括支援体制拡充の影響

本結果から、【関係者との症状理解の不一致のジレンマ】として「症状理解の不一致に派生する不測の事態への対応の困難」および「本人や支援者との症状理解の認識のズレによるジレンマ」が、コアな課題として見出された。

わが国の保健医療福祉施策は、2013年の障害者総合支援法の制定を皮切りに、2015年の生活困窮者自立支援制度、2016年の刑の一部執行猶予制度、自殺対策基本法の一部を改正する法律や発達障害者支援法の一部を改正する法律の施行、地域共生社会の実現に向けては、2021年に共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律、昨年度の、精神分野における精神保健福祉等たばね法案の成立など、より包括支援体制の拡

充を目指す中で、制度も支援者も増え、支援のあり方も目まぐるしく変化している。

このような地域包括支援体制構築過程では、さまざまな機関に機能を分散調整する連携機能が必要になる。報告書(1)の多職種・他機関連携において、精神科訪問看護の役割の明確化が求められていたが、役割の一部は、本結果の困難を感じる支援と一致しているのではないかとと思われる。とりわけ、地域包括支援体制の拡充の観点から見ると、「症状理解の不一致に派生する不測の事態への対応（の困難）」や「本人や支援者との症状理解の認識のズレ（によるジレンマ）」[自傷他害に至る状況の見極め（の難しさ）]の対応であろう。具体的には、①精神症状と生活障害のアセスメントを徹底すること、②サービス提供者・家族等との精神障害・生活障害の理解の一貫性を図ること、③各機関の役割分担を行ったうえで、支援の架け橋となることが望まれると考えられた。

精神科訪問看護は、地域の支援機関の中で医療アセスメント、医療マネジメントができる強みを持っている。このため医療機能を強化することにより、措置入院後の精神科訪問看護支援上の困難が、ひいては多職種・他機関連携の困難が解消されていく期待がある。

## 結論

本稿では、精神科訪問看護機関のスタッフを対象としたインタビューを行い、精神科訪問看護支援上の困難を明らかにした。

精神科訪問看護では、目まぐるしい制度変化の中で、従来の地域定着を中核とした療養上の支援に加えて、短期化した入院医療を補う医療機能を地域で発揮する関与が求められていることに困惑していると考えられた。

このことから、入院医療機関は、①入院中から治療の必要性理解と合理的な意思決定を行う、②患者の治療の必要性の理解が十分でなかったとしても、その状況やクライシス発生時の対応を訪問看護と共有する、③退院

後も継続的に連携する必要がある。また、地域医療となる精神科訪問看護は、①精神症状と生活障害のアセスメントを徹底すること、②サービス提供者・家族等との精神障害・生活障害の理解の一貫性を図ること、③各機関の役割分担を行ったうえで、支援の架け橋となることが望まれた。

制度が必要とする精神科訪問看護の医療的機能を明確化し、機能を強化した体制を築くことで、措置入院後の措置入院後の精神科訪問看護支援上の困難や多職種・他機関連携の困難の解消につながっていくと期待され、実現可能な体制整備が必須である。

#### 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 小池純子, 中西清晃, 竹澤翔, 遠田大輔, 椎名明大, 島田達洋, 稲垣中, 太田順一郎, 藤井千代, 瀬戸秀文: 措置入院後の訪問看護利用者に関するうえでの訪問看護支援上の困難. 第41回社会精神医学会, 神戸, 2023年3月16-17.

#### 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) 樋口輝彦: 精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて. 精神神経学雑誌 113:490-495, 2011.
- 2) 厚生労働省: 平成28年度精神保健福祉資料. 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 精神医療政策研究部, 小平, 2016.
- 3) 杉山直也, 長谷川花, 野田寿恵ほか: 精神科救急入院患者レジストリを用いた措置入院者の臨床特徴の緊急解析. 精神医学, 59; 779-788, 2017
- 4) 山口創生: コホート研究. 科学研究費補助金 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) 入院中の精神障害者の円滑な早期の地域移行及び地域定着に資する研究(代表: 山口創生). 総括研究報告書, 2019
- 5) 角田秋, 柳井晴夫, 上野桂子ほか: 精神科訪問看護ケアの類型化の検討—訪問看護ステーションが統合失調症を有する人へ提供するケアの類型と対象の特性—. 日本看護科学学会誌 32(2), 3-12, 2012
- 6) 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希ほか: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討 Assertive Community Treatment と訪問看護のサービス比較調査(続報) ~ 1年後追跡調査からみる支援内容の変化~. 精リハ学会誌 17(1), 39-49, 2013
- 7) 上野 栄一: 内容分析とは何か: 内容分析の歴史と方法について. 福井大学医学部研究雑誌 9(1-2), 1-18, 2008
- 8) 井上智可, 林一美: 精神疾患患者を対象とする訪問看護スタッフの困難に関する文献レビュー. 石川看護雑誌 9, 12-130, 2012
- 9) 萱間真美(編集代表): 精神科訪問看護テキスト. 中央法規, 東京, 2020
- 10) 新井香奈子, 中野康子, 梶原理恵ほか: 管理者の認識する精神科訪問看護実践における困難. UHCNAS, RINCPC Bulletin, Voi. 18, 109-117, 2011
- 11) 船越 明子, 宮本 有紀, 萱間 真美: 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識. 日本看護科学学会誌, 26(3), 67-76, 2006
- 12) 葛島慎吾: 精神科訪問看護における看護師の困難さに関する文献検討. 東京女子

- 医科大学看護学会誌. 14(1), 8-14, 2019
- 13) 精神保健福祉資料 (<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>)
- 14) 瀬戸秀文：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 2019年11月11日における患者登録の状況. 厚生労働行政推進調査事業 障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神障害者の地域活動支援を推進する政策研究(研究代表者：藤井千代). 分担研究報告書. 2020
- 15) 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資料. 2020 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhoukatukentoukai\\_00001.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seishinhoukatukentoukai_00001.html))

表1 措置入院をした訪問看護利用者の困難

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
精神・生活障害が不安定な中で地域生活維持支援を行うしんどさ	精神症状と生活破綻リスクの連続性への対応の難しさ	症状特性(拘りなど)による生活の支障への対応の限界 精神症状悪化が引き起こす生活障害による生活破綻への対応困難 生活上のストレス・環境の変化が引き起こす精神症状悪化への対応困難
	不安定な状態への対応の限界	想定外な事態への対応の限界 繰り返される対応への疲弊
関係者との症状理解の不一致のジレンマ	症状理解の不一致に派生する不測の事態への対応の困難	症状特性に伴う社会的偏見の対応へのジレンマ 症状変化に対する関係者との認識の不一致のジレンマ
	本人や支援者との症状理解の認識のズレによるジレンマ	関係機関との方針不一致による連携継続の困難性 本人と家族の希望の不一致への対応困難
受療・訪問看護に対する抵抗への対応の困難さ	本人の受療抵抗感への対応の苦慮	本人の医療関与拒否への対応の難しさ 医療が関与することへの本人の不安への対応の難しさ
	治療的介入を優先できないジレンマ	治療的介入よりも信頼関係を優先することのジレンマ 退院の条件としての訪問看護導入であったことへの軌道修正の難しさ 治療中断に対する介入が訪問の中断リスクにつながるジレンマ 病識不良への対応の難しさ 本人が納得していない状況での訪問看護利用のしんどさ
	役割以上の期待への困惑	関係者の訪問看護への万能的期待認識への困惑 移動の代替機能としての訪問看護であることへのジレンマ
自傷他害に至る状況の見極めの難しさ	自傷他害行動の発生時の対応の困難さ	繰り返される自傷他害行動の発生時の対応の困難さ 不本意な緊急事態の対応の疲弊
	自傷他害行動の発生リスクと権利擁護の見極めへのジレンマ	本人の意向を重視することによって起こる自傷他害行為への無念さ 治療中断時の介入の難しさが招く自傷他害へのジレンマ
精神症状の影響を考慮した意思決定支援の困難さ		本人の利益への自己判断力の乏しさへの対応の難しさ 本人の意思の確認が手探りとなる焦り

## 措置通報および措置入院の実態に関する研究

### その4

#### 措置診察を担当する精神保健指定医の

#### 招聘システムの各自治体における現状について

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： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）、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（栃木県精神保健福祉センター）、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）、藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）

#### 要旨

【目的】保健所は、措置入院に関する申請・通報・届出を受理すると、事前調査に加えて、措置入院先の調整、移送手段の確保、精神保健指定医（以下、指定医）の招聘などの作業を同時並行して行う必要性が生じる。この一連の業務は7時間を越えるという報告もあり、相応の負荷が指摘されている。ただ、通報や措置診察、移送については、通報された患者ごとに個別の課題のバリエーションが大きい。措置診察を担当する指定医の招聘については、保健所と指定医の連絡調整であり、負担軽減の余地があるようにも見える。COVID-19等での保健所の業務負担の増加に伴い、医療機関では受け入れ時刻の遅延という形で影響があり、医療安全の点からも重要な問題である。このような問題意識から、措置診察にかかる指定医招聘システムの実態をあきらかにする必要がある。

【方法】全国47都道府県・20政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、アンケート調査票を発送し、返送かWEBでの回答を求めた。調査票には自治体における措置入院制度と精神科救急医療の関係、措置診察の頻度、指定医招聘で困る頻度、指定医の所属を考慮するかどうか、当番制や待機制など指定医招聘システムを有しているかどうか、システムがある場合には運用時間帯や地域、そしてその予算、仕組みの特徴や問題点、担当者の満足度などの記載を求めた。研究実施は、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会に呈示し、個人情報扱っていないため審査不要とされた。

【結果】54自治体（67自治体の80.6%）から回答があった。うち53自治体で指定医招聘に困ったことがあると回答した。何らかのシステムを有するのは23自治体、なし31自治体で、措置入院を精神科救急の一部と位置づける自治体で有意にシステム導入が

なされていた。実際の稼働時間は365日24時間対応は5自治体で、時間帯を限るものが多かった。5点満点での担当者の満足度の平均は、あり3.4点、なし2.3点で、システムがある自治体からの満足度が有意に高かった。導入後の自治体からは「探す手間が大幅に削減される」「時に予想外に円滑でないことがある」などのコメントがあった。

【結論】指定医招聘システムを整備することは有用であり、問題解決策のひとつと考えられる。

## A. 研究の背景と目的

保健所は、措置入院に関する申請・通報・届出を受理すると、精神保健指定医（以下、「指定医」という。）の診察を実施するかどうか、いわゆる事前調査を行うこととなる。ただ、この事前調査は、通報から措置診察、さらに移送まで、所要時間は7時間を越えるという報告もあり、相応の業務負荷が指摘されている<sup>1-3)</sup>。そして、多くの自治体においては、通報と同時に措置診察を行う精神保健指定医の招聘を行う、という課題も発生することとなり、この負荷も無視できない状況となっている。

これらの報告は新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」という。）の世界的流行が始まる以前のものであるが、このパンデミックにより、保健所への負荷は過大となった。ただ、ここで、通報から移送まで一連の業務を細かく見ると、通報や措置診察、移送については、通報された患者ごとに個別の課題のバリエーションが大きく、何か一定の対処を行えば保健所の負担が軽減する、といった解は見だしにくいところではある。一方、措置診察を担当する指定医の招聘に関する困難については、保健所と医療機関、精神保健指定医の連絡調整であり、関係機関ごとにあらかじめ課題を整理すれば負担軽減の余地があるようにも見える。

そして、指定医の招聘に際しては、名簿をあたり、各医療機関に電話連絡するといった方式は、パンデミック以前にも負担であるとの指摘が多かった<sup>1-3)</sup>。パンデミックにより保健所の業務が逼迫している状況においては、この負担はより増悪している。こうした

状況のもとで、各地の好事例を発見し、共有できれば、保健所の負担軽減の端緒となるのではいかと考えた。

ここで、筆頭筆者は保健所や行政機関の勤務ではない。このため、こうした業務の負荷について、必ずしも直接的に影響を受ける訳ではない。ただ、保健所の業務負担が逼迫すると、措置入院を受け入れる医療機関にも影響が大きい。たとえば「指定医が招聘できなかったので、受け入れ依頼時刻は深夜になります」というようなことは、しばしば見聞きする。保健所が円滑に業務を行っているか、そうでないかは、医療機関にとっては、受け入れ時刻が夕方までですむか、夜間、深夜・早朝に及ぶか、といった形で反映されており、決して他人事ではない。こうした点は、業務負荷と表裏一体にある医療安全の点からも重要な問題であると考えている。

このような問題意識から、措置診察にかかる指定医招聘システムの実態をあきらかにする必要があると考えた。

## B. 方法

2022年10月15日に全国すべての都道府県および政令指定都市を対象に、アンケート調査票を発送した。

調査項目は、全設問23問で、都道府県・政令指定都市の名称、過去1年間に指定医の招聘で困ったことがあるか、現在、指定医の診察を実施する際の招聘システムを有しているかどうか、システムがある場合は、その開始時期、費用、稼働時間帯、稼働地域、導入にあたっての調整の状況、システム導入によって改善された点および実際に運用して修正

を検討したい点、また精神科救急医療システムとの関係、担当者の満足度などとした。

調査対象自治体には、アンケート調査票を送付し、その返送を求めた。返送にかえて、同内容のWEBアンケートへの回答でもさしつかえないこととした。

(倫理的配慮)

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、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会に呈示し、行政機関の現状に対する意見を尋ねるだけで個人情報扱を扱わないことから、審査不要とされた。

## C. 結果

### 1 都道府県・政令市のアンケート回答状況

設問1として都道府県・政令指定都市の名称を尋ねた。その回答状況を図1に示した。

67都道府県・政令市のうち、54自治体(80.6%)から回答が得られた。内訳は、47都道府県のうち36自治体(76.6%)、20政令指定都市のうち18自治体(90.0%)であった。

### 2 自治体における精神科救急医療と措置入院・緊急措置入院の関係

#### (1) 自治体における精神科救急医療と措置入院の関係

設問2として、「貴自治体における精神科救急医療と措置入院(緊急措置入院は除きます)の関係は、どのようなものでしょうか。」「貴自治体における考え方に、より近い選択肢について御教示ください。【回答は1つ】と尋ねた。回答を図2に示した。

措置入院を精神科救急医療の一部と位置づけるのは30自治体、別のものとするのは20自治体と、位置づけがわかれていた。

#### (2) 自治体における精神科救急医療と緊急措置入院の関係

設問3として、「貴自治体における、精神科救急医療と緊急措置入院の関係は、どのようなものでしょうか。」「貴自治体における考

え方に、より近い選択肢について御教示ください。【回答は1つ】と尋ねた。回答を図3に示した。

緊急措置入院を精神科救急医療の一部と位置づけるのは34自治体、別のものとするのは18自治体と、緊急措置入院は精神科救急医療に位置づける自治体が、数値の上では大きかった。ただ、図2と図3の上2段を比較したところ、有意差はなかった(Fisher片側 $p=0.3604$ , n.s.)。

#### (3) 緊急措置入院をどのように用いているか

設問4として、「貴自治体では、精神保健福祉法29条の2に規定される緊急措置診察を用いることがありますか?」「該当するものすべてを御教示ください。【複数回答可】と尋ねた。回答を図4(1)に、自由記載を図4(2)に示した。

多くの自治体で緊急性が高い場合、夜間休日、やむをえない事情がある場合には用いられており、原則として用いられていないのは4自治体にとどまった。

なお、この設問は、「緊急措置入院を恣意的に運用しているか」といった趣旨で誤解される懸念があったため、図「図4に先だつて補足」に示すような補足コメントを付して設問した。結果、寄せられた回答には、特段、懸念された誤解に関連するものはみられなかった。

### 3 措置診察の頻度と指定医の所属

#### (1) 自治体における措置診察の頻度

設問5として、「貴自治体では、過去1年のうちに、措置診察の頻度は、どのくらいの頻度で発生していますか?」「ご担当者の記憶の範囲で御教示ください。【回答は1つ】と尋ねた。回答を図5に示した。

ほぼすべての自治体で、1ヶ月に1回以上、措置診察が発生していた。

#### (2) 指定医の招聘に困った経験

設問6として、「貴自治体では、過去1年のうちに、措置診察を担当する精神保健指定

医の招聘について、困ったことがありますか？ またはこの業務で担当者が困っている様子を見聞きしたことがありますか？」「ご担当者の記憶の範囲で御教示ください。」

【回答は1つ】、と尋ねた。回答を図6に示した。

大多数の自治体で、過去1年以内に困った経験を有していた。

### (3) 指定医の招聘に困る頻度

設問7として、「貴自治体では、過去1年のうちに、措置診察を担当する精神保健指定医の招聘について、困る場面の頻度は、どの程度ですか？」「ご担当者の記憶の範囲で御教示ください。」【回答は1つ】と尋ねた。回答を図7に示した。

回答は、「毎回のよう」3自治体、「しばしば」23自治体、「ときどき」26自治体と、比較的高頻度で困る事態が経験されていた。

(4) 措置診察において、精神保健指定医の所属を考慮するか

#### a 自治体の主な地域での措置診察

設問8として、「貴自治体では、措置診察（緊急措置入院は除きます）を担当する指定医について、入院予定先に勤務しているかどうか考慮しておられますか？」「貴自治体の主な地域（離島や遠隔地を除く地域）の医療機関について、御教示ください。」【回答は1つ】と尋ねた。回答を図8（1）に示した。

入院予定先から指定医の招聘があり得る28自治体と、予定先は除外する24自治体にわかれる結果であった。

ここで、設問2（措置入院と精神科救急医療の位置づけ）と、設問8（措置診察担当指定医の所属）について、その関係を比較した。回答を比較した結果を図8（2）に示した。

両問で他の回答の3自治体を除いて比較したところ、救急の一部かどうかの位置づけと指定医の所属には有意差はなかった（Fisher

$p=0.776$ , n.s.)。

#### b 離島や遠隔地での措置診察

設問9として、「貴自治体では、措置診察（緊急措置入院は除きます）を担当する指定医について、入院予定先に勤務しているかどうか考慮しておられますか？」「貴自治体の離島や遠隔地の医療機関について、御教示ください。」【回答は1つ】と尋ねた。回答を図9に示した。

離島や遠隔地がある自治体では、入院予定先から指定医の招聘があり得る19自治体と、予定先は除外する8自治体にわかれる結果であった。

なお、設問9で離島や遠隔地がないと回答した23自治体を除く、31自治体の回答について、設問08（主要な地域）と設問09（離島や遠隔地）における指定医の所属を考慮するかについて比較した。

結果、離島や遠隔地を有する31自治体において、主要な地域での措置診察と離島や遠隔地の措置診察で、指定医の所属を考慮するかについては、差異は見られなかった

（Fisher片側 $p=0.3199$  n.s.）。

#### c 緊急措置診察

設問10として、「貴自治体では、緊急措置診察を担当する指定医について、入院予定先に勤務しているかどうか考慮しておられますか？」「貴自治体のすべての医療機関について、御教示ください。」【回答は1つ】と尋ねた。なお、設問8、9では主な地域か離島や遠隔地を区別したが、本問では区別していない。回答を図10（1）に示した。

緊急措置診察では、入院予定先は除外するのは10自治体にとどまり、入院予定先からの招聘があり得る33自治体と多かった。なお、指定医の所属についての取り決めはない自治体も8自治体と、措置診察に比して有意に多かった。

図10（2）において、設問08（措置診察の指定医の所属）と設問10（緊急措置診察の指定医の所属）を比較した。

措置診察では入院予定先からも選出 28 自治体と、予定先は除外する 24 自治体にわかれていた。

緊急措置診察では、入院先は除外するのは 10 自治体にどまり、入院予定先からも選出 33 自治体と多かった。なお、指定医の所属についての取り決めなし・他の回答の自治体も 11 と、多かった ( $\chi^2(2) = 12.405$  ,  $p < .01$ )

#### 4 精神保健指定医の招聘システムの有無、稼働時間帯および地域、費用

##### (1) 精神保健指定医の招聘システムがあるか

設問 1 1 として、「現在、貴自治体では、精神保健指定医の診察を実施する際に、当番制や待機制その他の招聘システム（以下、システムといいます）を有していますか？」

「貴自治体の現状について、御教示ください。」【回答は 1 つ】、と尋ねた。回答を図 1 1 (1) に示した。

ある 23 自治体、ない 31 自治体であった。

ここで、設問 2（措置入院と精神科救急医療の位置づけ）と、設問 1 1（システムの有無）について、その関係を比較した。回答を図 1 1 (2) に示した。

両問で無回答や他の回答の 4 自治体を除いて比較したところ、救急の一部とする自治体で有意にシステムが整備されていた (Fisher 片側  $p = 0.0102$ )。

##### (2) どのように精神保健指定医を招聘しているか

設問 1 2 として、「貴自治体では措置診察を担当する指定医を、どのように招聘しておられますか？」「該当するものすべて御教示ください。」【複数回答可】、と尋ねた。回答を図 1 2 (1) に示した。

その都度探す 41 自治体、全域での当番病院 5 自治体、地区ごと当番病院 11 自治体、全域での当番指定医 4 自治体、地区ごとの当番指定医 4 自治体などであった。

その他として 13 自治体から自由記載の回答があり、これは図 1 2 (2) に示した。回答は指定医個人の登録制・当番制、医療機関単位の当番制、夜間休日の対策、精神科救急システムの活用、点数制、その他に大別できた。

##### (3) 指定医を招聘する際に電子メールや SNS を活用しているか

###### a 活用状況

設問 1 3 として、「措置診察を担当する指定医を招聘する際に、電子メールや SNS を活用しておられますか？」「該当するものすべて御教示ください。」【複数回答可】、と尋ねた。回答を図 1 3 に示した。

ない 51 自治体と大多数であったが、電子メール 2 自治体、その他 1 自治体であった。

その他と回答した 1 自治体は、自治体で採用している業務ソフトウェアの一機能が活用されている模様であった。

###### b 電子メールや SNS を活用する際の配慮

設問 1 4 として、「指定医に声をかける際に、電子メールや SNS を活用されている自治体において、情報通信機器の活用にあたって個人情報等への一般的な配慮を超えて特に付言すべきことがあれば、御教示ください。」【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】と尋ねた。回答を図 1 4 に示した。

大多数の自治体は、この設問に対して回答はなく、記載があった 3 自治体も「特になし」であった。

##### (3) システムの稼働時間帯および稼働地域

###### a 稼働時間帯

設問 1 5 として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、稼働時間帯は、どのような範囲ですか？」「貴自治体の現状により近いものについて御教示ください。」【回答は 1 つ】、と尋ねた。回答を図 1 5 に示した。

システムなし 29 自治体であった。21 自治体で、何らかのシステムがあった。

うち 365 日体制は 7 自治体で、内訳は 24 時間 5 自治体、日中のみ 1 自治体、深夜以外

1 自治体であった。

平日体制は、日中のみ 5 自治体であった。

休日体制は、24 時間 3 自治体、日中のみ 2 自治体、深夜以外 2 自治体、連休や年末年始のみ 2 自治体であった。

#### b 稼働地域

設問 1 6 として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、このシステムの稼働地域は、どのような範囲ですか?」「貴自治体の現状により近いものについて御教示ください。【回答は 1 つ】、と尋ねた。回答を図 1 6 に示した。

システムなし 29 自治体以外では、全域 17 自治体、特定の保健所管内 3 自治体、その他(離島を除く本土地域) 1 自治体であった。

#### c 費用

設問 1 7 として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、このシステムにかかる費用は、どのように得ておられますか?」「貴自治体の現状について御教示ください。【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。回答を図 1 7

(1) および (2) に示した。

このうち、図 1 7 (1) では、自治体が費用を負担しているか、補助金にて対処している回答を示した。図 1 7 (2) では、費用負担なしとしたもの、精神科救急事業の一部として対処しているものや委託事業としているもの、システムの内容についての回答などを示した。

5 指定医の招聘システム導入の経緯や改善を要する点、システム維持の問題点

#### (1) システムの開始時期

設問 1 8 として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、このシステムが開始されたのは、いつ頃ですか?」「貴自治体において最初に取り組みが開始された時期について御教示ください。」

【回答は 1 つ】、と尋ねた。回答を図 1 8 に示した。

開始時期は、2015 年以降 4 自治体、2010

年以降 4 自治体、2000 年以降 6 自治体、1999 年以前 5 自治体などであった。

#### (2) システム導入の経緯

設問 1 9 として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、システム導入にあたっての調整に際してご苦労があれば、御教示ください。【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。回答を図 1 9 に示した。

「精神医療審議会での議論を経て実施に至った」とのコメントがあり、この問題を正面から取り上げた対応がなされた自治体が見られた。このほか費用の問題、指定医個人、また医療機関の協力状況についてのコメントが散見されていた。

#### (3) システム導入によって改善された点

設問 2 0 として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、システム導入によって改善された点があれば、御教示ください。【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。回答を図 2 0 に示した。

システム導入によって負担軽減となったとの指摘が多かった。ほかにも緊急措置入院が減った、指定医招聘を公平に行うことができるようになった等のコメントも見られた。

#### (4) システムの改善を要する点

設問 2 1 として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、システムを実際に運用して、現状、修正を検討したい点があれば、御教示ください。」

【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。回答を図 2 1 に示した。

時間帯が限られること、費用、特定の指定医への偏り、当番医療機関の応需体制、身体合併症、複数通報への対応などの問題が指摘されていた。

6 現在運用されている指定医の招聘にかかる仕組みについての満足度

設問 2 2 として、「貴自治体で現在、運用している指定医の招聘にかかる仕組みについ

て、満足されていますか？ 5段階評価で、御教示ください。この設問は、ご担当者の意見で差し支えありません。」【回答は1つ】、と尋ねた。

システムがある23自治体では、3点や4点の評点が目立ったが、システムがない31自治体では2点や3点の評点、また無回答が目立っていた。

本問に回答した36自治体では、システムがある20自治体で平均3.4±標準偏差0.7点、ない16自治体で2.3±0.9点で、システムがある自治体において有意に満足度の得点が高かった(t値-3.846, 自由度34, 片側p<.001)。

#### 7 指定医の招聘システムについての意見

設問23として、「措置診察を担当する精神保健指定医の招聘システムについて、ご意見があれば、御教示ください。」【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。回答は図23(1)および図23(2)に示した。

このうち図23(1)では、指定医への要望、費用の問題、現状の問題へのコメントを示した。

費用の問題は、多くの指摘があった。

指定医が公平に措置診察の業務を行っていないことが問題と考えている自治体もあった。

また、入院先が指定医の所属であってはならないとしている自治体では、このことで招聘に困難があるとの見解もあった。

図23(2)では、現状についての改善への期待と課題について示した。このアンケートに関しても、他の自治体の動向について情報提供を希望するコメントが複数寄せられた。

## D. 考察

### 1 回収率・精神科救急との関係について

#### (1) 回収率について

このアンケートでは、54自治体(36都

道府県、18政令指定都市)から回答があった。回収率80.6%であり、自治体の積極的な協力が得られたと考えている。

#### (2) 措置入院と精神科救急の関係について

措置入院を精神科救急医療の一部と位置づけるか、別のものと位置づけるかにより、救急体制として整備するかどうか、緊急措置入院を積極的に活用するかどうかなどの方針に影響すると考えたため、最初に尋ねた。結果、措置入院を精神科救急医療の一部と位置づける自治体がやや多かった。この位置づけと、それぞれの回答の関係については、各設問にて考察した。その際、措置入院を精神科救急の一部と位置づける自治体において、より積極的な対応が取られている印象があった。

#### (3) 緊急措置入院と精神科救急の関係について

緊急措置入院では、多くの自治体で緊急性が高い場合、夜間休日、やむをえない事情がある場合には用いられていたが、原則として用いないとした自治体も少数みられた。

緊急措置入院は「自傷他害のおそれが著しい」といった要件の下で措置入院の手続きを一時的に簡略化された制度である。このため、この運用に至る場合といえるが、一方で一時的に簡略化されているのは精神科救急を促進する趣旨であるという解釈も近年、有力である<sup>4)</sup>。この調査においても、措置入院を精神科救急の一部と位置づける自治体の方が、指定医の招聘などでシステムが構築されるなどしており、どのような位置づけとするか、各自治体で検討が求められるところではある。

## 2 措置診察の頻度と指定医の所属

### (1) 措置診察の頻度と、指定医が見つからなくて困る頻度

大多数の自治体で、措置診察は少なくとも月1回は発生しており、ときどきあるいはしばしば、措置診察を担当する指定医が見つからず困ることが経験されていた。

## (2) 指定医の所属

指定医を探す上で、「措置決定後の入院先は当該指定医の所属医療機関をできるだけ避けるよう配慮することが必要」という解釈は問題となる<sup>5)</sup>。

ただ近年、不適切な措置入院を避ける趣旨で、実際に受け入れ予定の医療機関に所属する指定医が診察して、措置症状の有無を確認すべきだとの考え方もある。不適切な措置入院を多く受け入れた経験から、医療機関として納得できる判断を求める過程から、このような運用がなされている自治体もあるという。このような事情があるためか、入院予定先に所属する指定医であっても差し支えないとしている自治体も少なくなかった。

なお、精神科救急と措置入院における位置づけとの関係を検討したが、この点では差異は見られなかった。すくなくとも「指定医がないから措置診察の指定医の所属に融通を利かせる」といった関係性は見られなかった。

なお、離島や遠隔地においても指定医の所属への配慮に変更はなく、仮にそういうことがあっても、それ相応の事情があると考えられる。なお、離島や遠隔地の問題は、医師の充足状況、主要な地域との交通など種々の事情に左右され、また回答者がイメージした離島や遠隔地も千差万別であることに留意する必要がある。

## 3 システムの有無と現状の招聘方法

### (1) システムの有無

システムがある 23 自治体、ない 31 自治体と、システムがある自治体は少なかったが、措置入院は精神科救急の一部と捉える自治体でシステムがあることが多かった。救急の一部と捉えることで、システムを整備し、円滑に対応する体制が整えられると考えられた。

一方、措置診察の指定医の所属は、従来、いわゆる経済措置入院が問題となっていた時

期に「李下に冠を正さず」という理念から、指定医の所属医療機関への入院は避けるとされた経緯があると想定されている<sup>5)</sup>。経済措置入院が是正されて久しく、このような疑念を受ける懸念が減少した一方で、措置入院の妥当性について受け入れ先の医療機関から疑念が呈される等で、自治体によっては受け入れ先の判断を要するとの見解が妥当であるとして運用が変更された自治体もあるように側聞するところでもある。そうした事情を考慮すれば、単に救急医療の位置づけ、すなわち指定医を探す苦労があるから所属先にはこだわらない、といった運用がなされる余地はないと思われた。

### (2) どのように招聘しているか

当番の病院や指定医がある自治体では、当然、そのシステムを活用していた。ただ、全回答 54 自治体のうち、41 自治体で、「措置診察が行われるたびに、担当者が、近くの病院や医師に順番に声をかけて探している。」という選択肢にも印をつけていた。システムがあるとしたのは 23 自治体であるが、システムがあっても時間帯等の制約で、その都度の連絡が必要な状況にあった。なお、連絡手段の大半は電話で、電子メールや業務ソフトウェアは、ほぼ活用されていなかった。

## 4 システムの稼働時間、地域、費用

### (1) システムの稼働時間や稼働地域

システムの稼働時間は、365 日対応は 7 自治体、うち 24 時間対応は 5 自治体にとどまった。平日対応は 5 自治体、休日対応は 7 自治体、連休のみ対応は 2 自治体であり、あくまでも電話で順番に声をかける作業の補充といった位置づけであると思われた。

### (2) 稼働地域

稼働地域も、全域 17 自治体、特定の保健所のみ 3 自治体と、一様に稼働されている訳ではなかった。どの時間帯や地域にシステムを稼働させるかは、自治体の面積や地理、人口、指定医の配置など様々な地域の事情の影響を受けると思われた。

### (3) 費用

システムの費用は、自治体が全額負担しているケース、精神科救急と位置づけている自治体では救急医療体制整備に関連する補助金を用いているケース、平日日中などに限定されるシステムでは費用負担のないケースなどが報告された。

## 5 システム導入、維持の問題点

### (1) 導入

システム導入時期は、まちまちであった。古いものでは導入の経緯が不明なところもあったが、精神医療審議会で問題提起がなされ、自治体と精神科病院協会が協議された等の経緯が記録されているところがあった。

### (2) 改善点

導入により負担軽減となったとの指摘が多く、緊急措置入院が減った、指定医招聘を公平に行うことができるようになった等の指摘もあった。

### (3) 維持における課題

システムの運用時間帯が限られること、費用がかかること、特定の指定医への偏り、当番医療機関の応需体制、身体合併症、複数通報への対応などの問題が指摘されていた。

## 6 システムについての問題点や満足度など

### (1) 問題点

費用の問題は多くの指摘があった。ただ、費用のかからない範囲でのシステムが構築されている自治体もあり、地域の関係者の連携にも課題が発見しうるとも思われた。

また、指定医が公平に措置診察の業務を行っていないことが問題と考えている自治体もあり、こうしたところからは措置診察を指定医更新の要件として義務づける等の提案もなされていた。

入院先が指定医の所属であってはならないとしていることで招聘に困難があるとの見解もあった。他の自治体への関心や改善への期待と課題についても述べられていた。

### (2) 満足度

システムがある自治体において、満足度の

得点が高かった。

この満足度に与える因子までは検討していないが、実際に負担軽減がなされこと、普段からのやりとりにおいて医療機関や指定医の事情が把握されているため、偶発的に負担が生じても担当者に業務上やむをえないと受け入れる下地が醸成されている等の事情が考えられる。

(3) 円滑なシステム運営、公平な負担のために、指定医に一定の措置診察を義務づけるべきか

当番制や割当制、いずれでも問題となるが、制度を考える上で、すべての指定医が、妥当な判断を安定して行うことは、当然の前提となる。

ただ、現実には、常に理想的な状態にあるとは限らない。一部、極端な判断を行う傾向が強い指定医が存在した場合、招聘する立場の行政機関においては、波風を立てる訳にはいかない、といった事情も考慮せざるを得ない。

また、指定医といっても、専門分野はさまざまである。一般精神科臨床だけでなく、精神科救急、司法精神医学など、措置診察に親和性の高い領域もあれば、児童思春期、老年期、依存症、神経症、睡眠、総合病院、各専門分野の研究など、普段、措置診察とは疎遠な領域で活動している医師も少なくない。措置診察とは疎遠な領域で活動している医師に、措置診察を担当せよと求めるとなると、果たして対応可能か、その医師が担当している領域に支障を来さないか、という現実的な問題が生じる。単純な公平を機械的に求めることによって生じうる問題点も視野に置いて検討する必要がある。こうした問題点を考慮すると、あえて当番制を敷かない、といった対応もありうるとはいえる。

こうして考えると、指定医の招聘は、措置診察を行うことに積極的な医師と、措置診察を求める自治体のマッチングがうまくいっていないための問題と捉えることもできる。

また、措置診察について、一部の医師に偏るといった事態も指摘されている。この点、熟練した一部の指定医に委ねるか、不慣れな指定医にもまんべんなく行き渡るようにするか、というのは、対立する立場であるといえる。この点は筆者らの中でも意見が一致しない。教育研修により少しでも安定した判断に近づける必要があることには論を待たないが、個別の事情にも相応の関心を払って対策を検討する必要がある。

なにより、たとえば更新の際に措置診察の経験を要件とするなど、指定医に新たな義務を課するのであれば、システム化など、行政においても、それ相応の労力を払ったが、指定医の協力が著しく乏しいため、やむなく協力を求める、といった形式の方が、納得が得られやすいとは思われる。

## 7 まとめ

措置診察を担当する精神保健指定医の招聘システムに関するアンケートについて報告した。

54自治体から回答があり、うち41自治体からは措置診察を行うとなると、その都度、近隣の医療機関に連絡を取る状況にあるとのことであった。

23自治体から指定医招聘のシステムがあるとの回答を得た。運用時間帯は、365日

24時間常時対応は5自治体と少なく、平日日中のみ、休日のみ、連休のみなど、様々であった。また費用についても、できる範囲にとどめるところから、独自に予算化して対応するところまで様々であった。

システムが導入されたことで負担軽減になったという意見は多く、そうした自治体において、職員の満足度も有意に高かった。

措置診察を担当する精神保健指定医の招聘に困難がある、という問題は、実際に医師不足の地域と、そうした問題が相対的に小さい地域でわけて考える必要がある。特に後者では、措置診察を行う指定医を求める自治体と、措置診察を行ってよいとする指定医のマ

ッチングがうまくいってない、という問題であり、この点についてはシステム化により改善が期待できると考えられる。

## 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 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

## 文献

- 1) 渡辺康子, 金田一正史, 小貫幸子, 他: 措置診察及び措置入院に関する業務の現状と課題. 精神保健シリーズ 37: 1-4, 2007
- 2) 小貫幸子, 金田一正史, 田村美代子, 他: 措置診察及び措置入院に関する業務の現状と課題(第2報). 精神保健シリーズ 38: 1-5, 2008
- 3) 早川裕美, 岸本益実, 馬場 年之, 他: 精神保健福祉措置診察の医師の確保事業について. 福山医学 22: 29, 2015
- 4) 西山詮. 大都市の措置入院-緊急措置入院の展開と基準-. 精神経誌 101: 729-736, 1999
- 5) 精神保健研究会. 四訂\_精神保健福祉法詳解, pp268-9, 中央法規, 東京, 2016

図1 都道府県・政令市の回答状況（設問01）

設問1として都道府県・政令市の、名称を尋ねた。その回答状況を示した。

67都道府県・政令市のうち、54自治体（80.6%）から回答が得られた。

内訳は、47都道府県のうち36自治体（76.6%）、20政令市のうち18自治体（90.0%）であった。

参考：都道府県と政令市で回答率に有意差はない（Fisher両側p=0.3150、片側p=0.1772；n.s.）

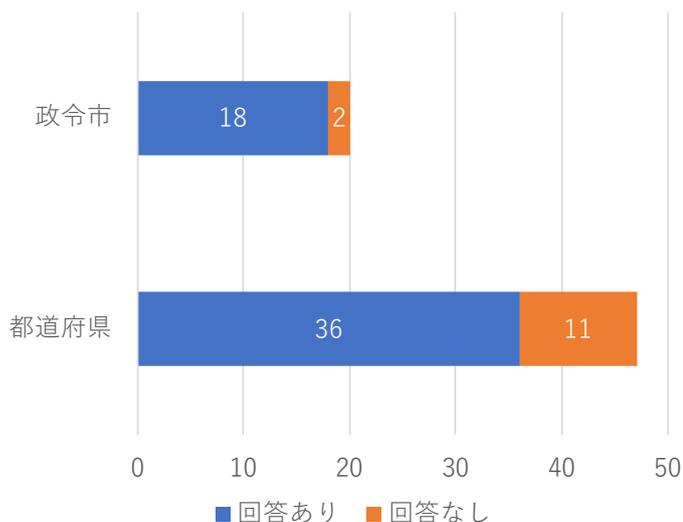


図2 自治体における精神科救急医療と措置入院（緊急措置入院を除く）の関係（設問02）

設問2として、「貴自治体における精神科救急医療と措置入院（緊急措置入院は除きます）の関係は、どのようなものでしょうか。」「貴自治体における考え方に、より近い選択肢について御教示ください。」「【回答は1つ】、と尋ねた。

措置入院を精神科救急医療の一部と位置づけるのは30自治体、別のものとする20自治体と、位置づけがわかれていた。

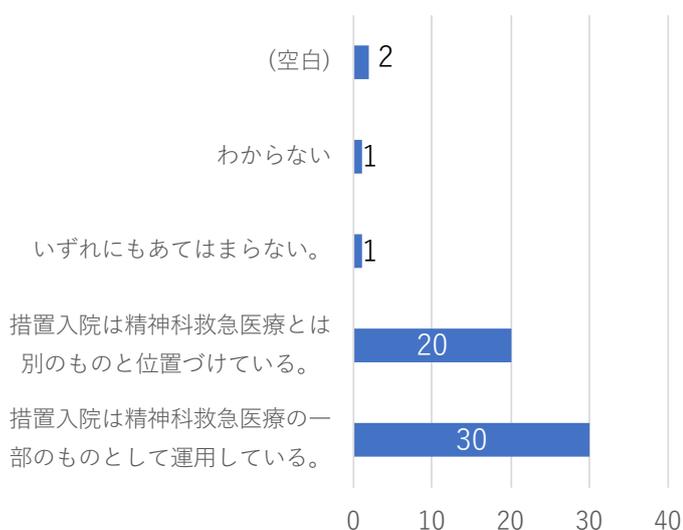




図4(1) 緊急措置入院をどのように用いているか(設問04)

設問4として、「貴自治体では、精神保健福祉法29条の2に規定される緊急措置診察を用いることがありますか?」「該当するものすべてを御教示ください。」【複数回答可】と尋ねた。

多くの自治体で緊急性が高い場合、夜間休日、やむをえない事情がある場合には用いられており、原則として用いられていないのは4自治体にとどまった。

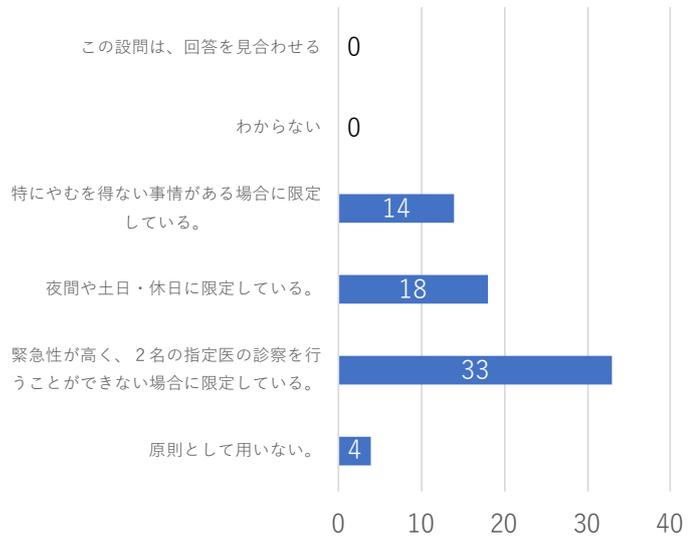


図4(2) 緊急措置入院をどのように用いているか(設問04)

その他として記載があった項目を示した。

なお1自治体からは、医師不在や日時限定の運用は違法との指摘もあった。

分類	回答
緊急措置入院を用いる場合	自傷他害のおそれが著しい場合やコロナ陽性の場合
	緊急性が高く、現に保護の任に連絡がつかない場合 (特にやむを得ない事情：離島で夜間の場合)
その他	近隣病院からの指定医の往診ができないとき(木曜午後など)は、平日でも緊急措置とすることがある。
	医師が確保できない、土日、休日に限定といった運用は違法と考える(選択肢に掲げる意図が理解できない)本アンケート「多少、自治体の運用に余裕を持たせてありますので」について、そういう趣旨ではない。(緊急措置入院について)違法な運用を行うことはない。患者(被診察者)の症状のみが判断基準になると考える。それが故に、通常の措置入院に至るデュープロセスが一部分、時間を限って省略されることが許されるものであり、原則としては用いずに措置制度の運用が行われるべきである。

図5 自治体における措置診察の頻度（設問05）

設問5として、「貴自治体では、過去1年のうちに、措置診察の頻度は、どのくらいの頻度で発生していますか？」「ご担当者の記憶の範囲で御教示ください。」【回答は1つ】と尋ねた。

ほぼすべての自治体で、1ヶ月に1回以上、措置診察が発生していた。

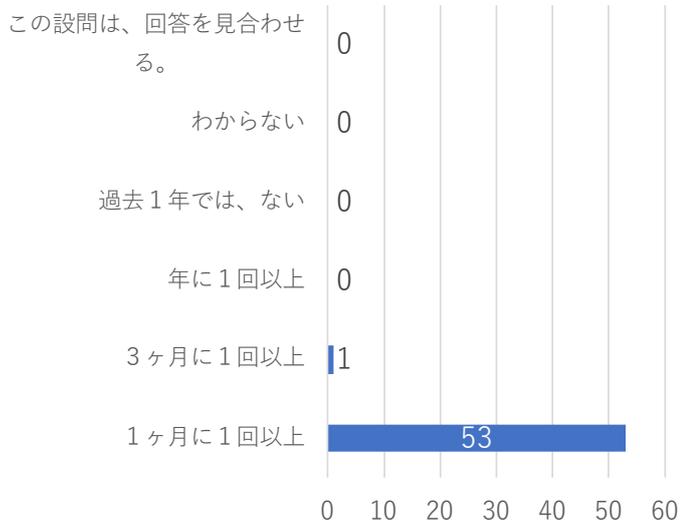


図6 精神保健指定医の招聘に困った経験（設問06）

設問6として、「貴自治体では、過去1年のうちに、措置診察を担当する精神保健指定医の招聘について、困ったことがありますか？ またはこの業務で担当者が困っている様子を見聞きしたことがありますか？」「ご担当者の記憶の範囲で御教示ください。」【回答は1つ】と尋ねた。

大多数の自治体で、過去1年以内に困った経験を有していた。

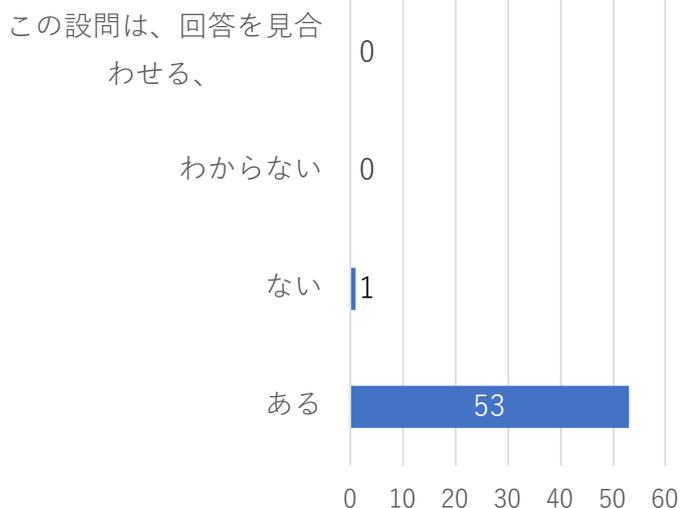


図7 精神保健指定医の招聘に困る頻度（設問07）

設問7として、「貴自治体では、過去1年のうちに、措置診察を担当する精神保健指定医の招聘について、困る場面の頻度は、どの程度ですか?」「ご担当者の記憶の範囲で御教示ください。」【回答は1つ】と尋ねた。

毎回のようには3自治体、しばしば23自治体、ときどき26自治体と、比較的高頻度で困る事態が経験されていた。

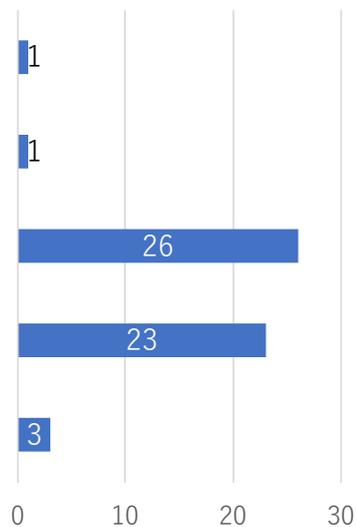
この設問は、回答を見合わせる。

ほとんどない

ときどき

しばしば

毎回のようには



余白

図8(1) 自治体の主な地域での措置診察において、精神保健指定医の所属を考慮するか (設問08)

設問8として、「貴自治体では、措置診察（緊急措置入院は除きます）を担当する指定医について、入院予定先に勤務しているかどうか考慮しておられますか？」「貴自治体の主な地域（離島や遠隔地を除く地域）の医療機関について、御教示ください。」【回答は1つ】と尋ねた。

入院予定先からの招聘があり得る28自治体と、予定先は除外する24自治体にわかれる結果であった。

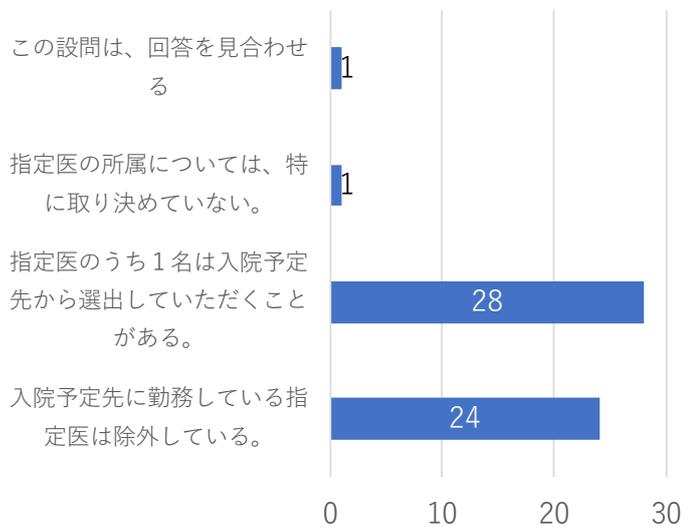


図8(2) 措置入院の位置づけ (設問02) と自治体の主な地域での措置診察における精神保健指定医の所属を考慮するか (設問08) の関係

ここで、「設問2 措置入院と精神科救急医療の位置づけ」と、設問8「措置診察担当指定医の所属」について、その関係を比較した。

両問で他の回答の3自治体を除いて比較したところ、救急の一部かどうかの位置づけと精神保健指定医の所属には有意差はなかった (Fisher  $p=0.776$ , n.s.)。

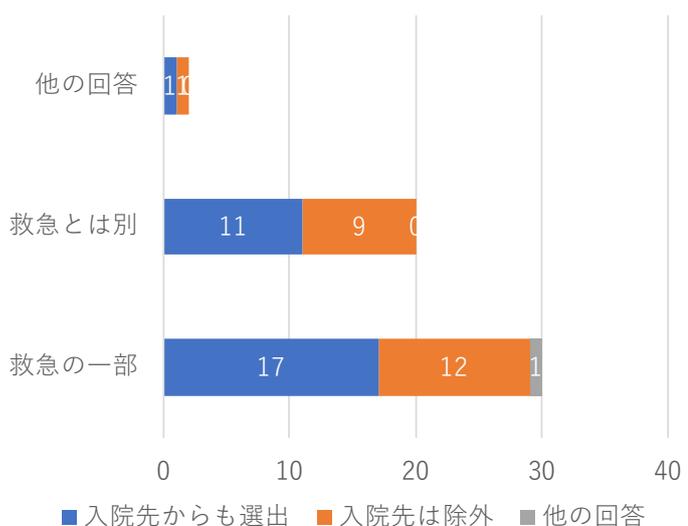


図9（1） 離島や遠隔地での措置診察において、精神保健指定医の所属を考慮するか（設問09）

設問9として、「貴自治体では、措置診察（緊急措置入院は除きます）を担当する指定医について、入院予定先に勤務しているかどうか考慮しておられますか？」「貴自治体の離島や遠隔地の医療機関について、御教示ください。」

【回答は1つ】と尋ねた。

離島や遠隔地がある自治体では、入院予定先からの招聘があり得る19自治体と、予定先は除外する8自治体にわかれる結果であった。

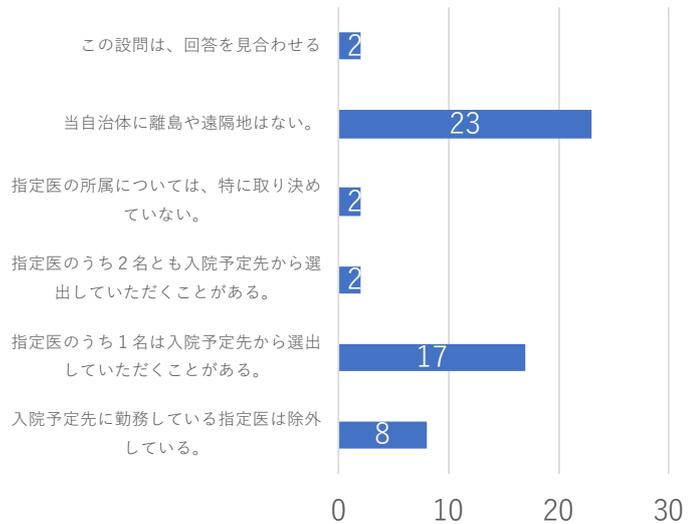


図9（2） 自治体の主な地域（設問08）と離島や遠隔地（設問09）での措置診察において、精神保健指定医の所属を考慮するかの比較

設問9で離島や遠隔地がないと回答した23自治体を除く、31自治体の回答について、設問08（主要な地域）と設問09（離島や遠隔地）における指定医の所属を考慮するかについて比較した。

結果、離島や遠隔地を有する31自治体において、主要な地域での措置診察と離島や遠隔地での措置診察で、指定医の所属を考慮するかについては、差異は見られなかった（Fisher片側  $p=0.3199$  n.s.）。

このことから、離島や遠隔地であるというだけで指定医の招聘が簡略化されている等の対応は、必ずしも必要とまでは考えられない。

なお、離島や遠隔地の問題は、医師の充足状況、主要な地域との交通など、様々な事情が左右され、主要な地域と異なることに留意する必要がある。

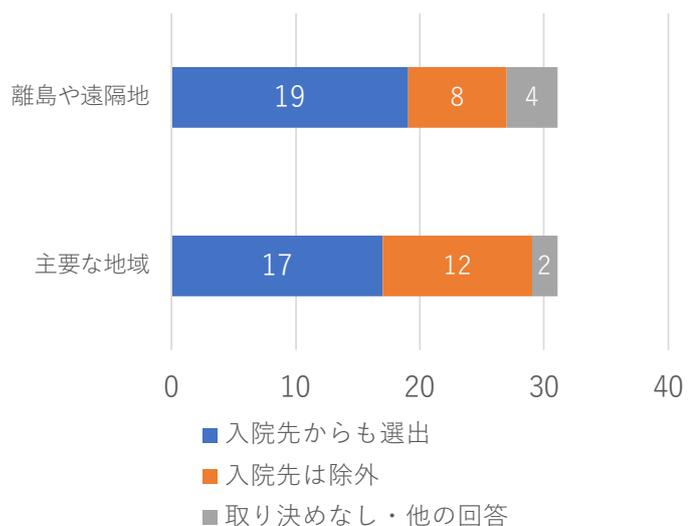


図10(1) 緊急措置診察において、精神保健指定医の所属を考慮するか(設問10)

設問10として、「貴自治体で緊急措置診察を担う指定医は、入院予定先に勤務しているかどうかを考慮しておられるか?」と質問した。【回答は1つ】は、医療機関について、御教示ください。なお、設問8、9では主な地域か離島や遠隔地を区別したが、本問では区別していない。

緊急措置診察では、入院先は除外するのは10自治体にとどまり、入院予定先から選出33自治体と多かった。なお、指定医の所属についての取り決めはない自治体も8自治体と、多かった。

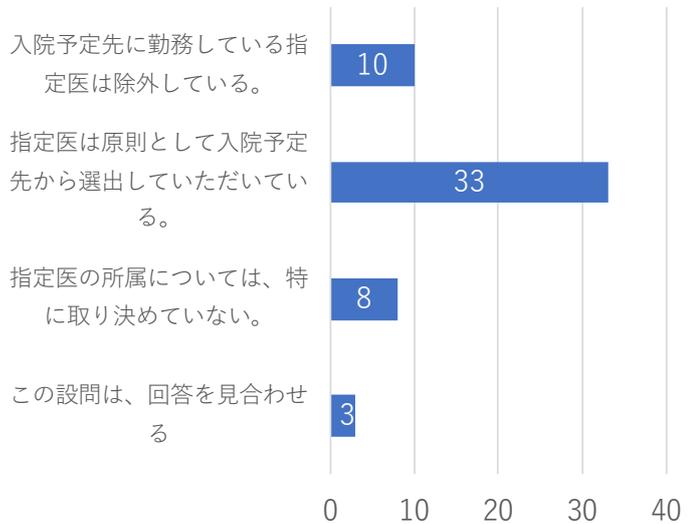


図10(2) 措置診察(設問08)と緊急措置診察(設問10)において、精神保健指定医の所属を考慮するかの比較

設問08(措置診察の指定医の所属)と設問10(緊急措置診察の指定医の所属)を比較した。

措置診察では入院予定先からも選出28自治体と、予定先は除外する24自治体にわかれていた。

緊急措置診察では、入院先は除外するのは10自治体にとどまり、入院予定先からも選出33自治体と多かった。なお、指定医の所属についての取り決めなし・他の回答の自治体も11と、多かった ( $\chi^2(2) = 12.405$ ,  $p < .01$ )

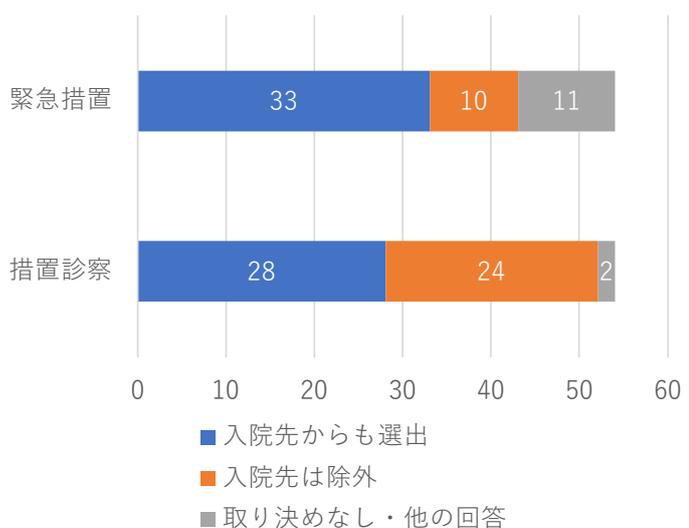


図1 1 (1) 精神保健指定医の当番制や待機制その他の招聘システムがあるか (設問11)

設問1 1として、「現在、貴自治体では、精神保健指定医の診察を実施する際に、当番制や待機制その他の招聘システム(以下、システムといいます)を有していますか?」「貴自治体の現状について、御教示ください。」【回答は1つ】、と尋ねた。

ある23自治体、ない31自治体であった。

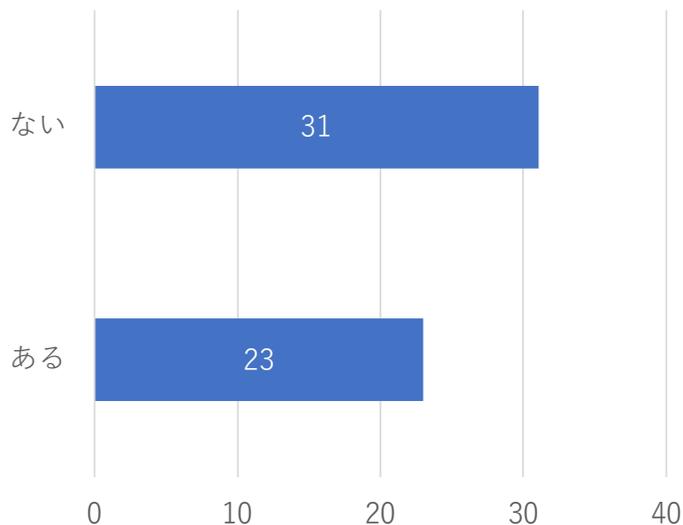


図1 1 (2) 措置入院の位置づけ (設問02) と精神保健指定医の当番制や待機制その他の招聘システムがあるか (設問11) の関係

ここで、「設問2 措置入院と精神科救急医療の位置づけ」と、設問1 1「システムの有無」について、その関係を比較した。

両問で無回答や他の回答の4自治体を除いて比較したところ、救急の一部とする自治体で有意にシステムが整備されていた (Fisher片側  $p=0.0102$ ) 。

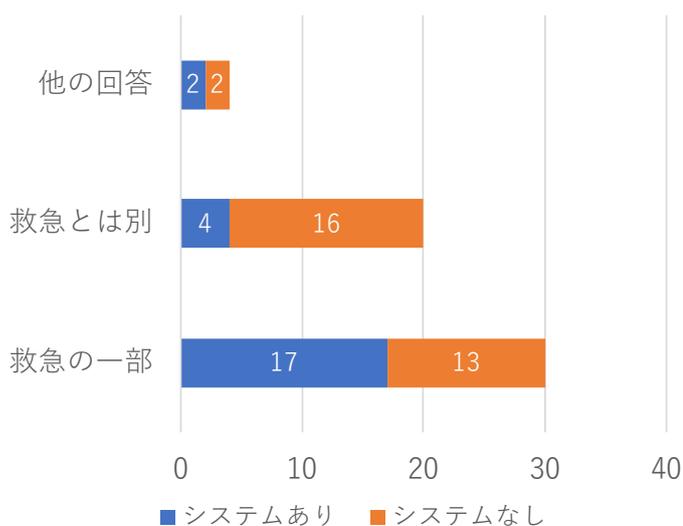


図12(1) どのように精神保健指定医を招聘しているか (設問12)

設問12として、「貴自治体では措置診察を担当する指定医を、どのように招聘しておられますか?」「該当するものすべて御教示ください。」「【複数回答可】、と尋ねた。

その都度探す41自治体、全域での当番病院5自治体、地区ごと当番病院11自治体、全域での当番指定医4自治体、地区ごとの登板指定医4自治体などであった。その他13自治体であり、これは図12(2)に示した。

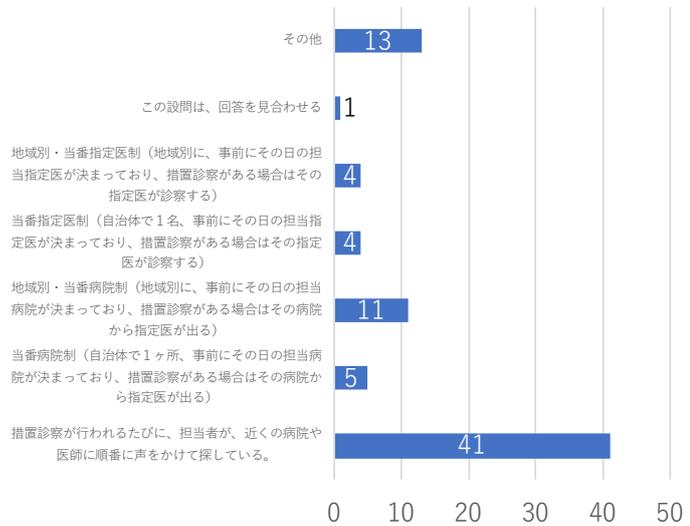


図12(2) どのように精神保健指定医を招聘しているか (設問12) 「その他」を選択した回答

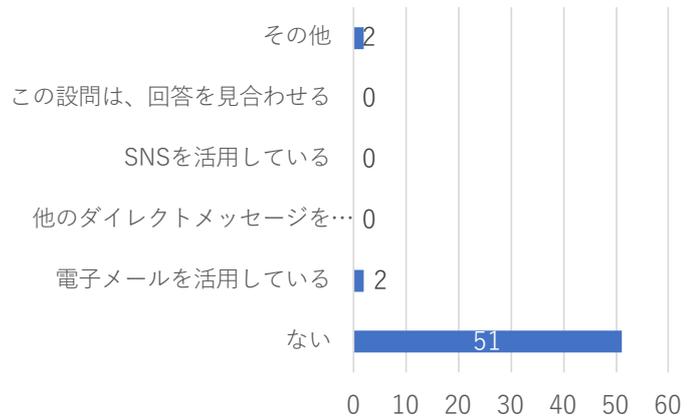
分類	回答
指定医個人の登録制・当番制	指定措置診察依頼ツール (〇〇) *入力注: 原文では製品名が記載: 業務ソフトウェアの一機能が活用されている模様 指定医個人に対し、平日・時間外、土、日、祝日の診察がある場合の登録管理体制を整備している。
医療機関単位の当番制	当番病院制で市内の2ヶ所の担当病院が決まっており、措置診察がある場合は、その病院から指定医が出る
夜間休日の対策	夜間休日は自治体単独で指定医に待機を依頼。待機医が1名の場合、もう1名の診察は基幹病院の当直医に依頼している。 夜間休日は自治体単独で指定医に待機を依頼。待機医が1名の場合、もう1名の診察は基幹病院の当直医に依頼している。 土曜日18時から22時、日・祝日9時から22時、診療所の指定医に当番依頼 3連休の3日目のみ指定医2名を確保している。
精神科救急システムの活用	2次診察については、救急システムの輪番病院をお願いすることも可能 (1) (緊急) 措置診察が行われるたびに担当者が対象者の地域性、かかりつけ、入院歴等を考慮し、病院に依頼している (平日8時30分から17時15分)。(2) 平日夜間 (17時15分から8時30分)、土・休日 (終日) は自治体の精神科救急医療システムにより緊急措置診察を実施する病院が1ヶ所、決まっている。 平日日中は、その都度近くの病院や医師に順番に連絡し依頼、休日夜間は、精神科救急の当番病院に依頼
点数制	県と政令市で共同で運用しているガイドラインに基づいて、診察実施の加算点を算出。地域別に各病院の累積点をまとめ、点数の低い病院から順に診察を依頼している。 精神科病院に勤務する指定医については、各病院の常勤指定医数を考慮した「累積加算点」を設定し、累積点の小さい病院から順番に依頼を行うこととしている。
その他	行政医師 措置診察が行われるたびに、精神科救急情報センターを通じ、指定医の調整を行っている。

図13 指定医を招聘する際に電子メールやSNSを活用しているか（設問13）

設問13として、「措置診察を担当する指定医を招聘する際に、電子メールやSNSを活用しているかどうか？」【複数回答可】、と尋ねた。

51自治体と大多数であったが、電子メール2自治体、その他1自治体であった。

その他と回答した1自治体は、回答原文では製品名が記載されており、自治体で採用しているソフトウェアの機能が活用されている模様であった。



その他  
電子メールの活用は、まれに、行っている。  
指定措置診察依頼ツール（〇〇）

図14 電子メールやSNSを活用する際の配慮（設問14）

設問14として、「指定医に声をかける際に、電子メールやSNSを活用されている自治体において、情報通信機器の活用にあたって個人情報等への一般的な配慮を超えて特に付言すべきことがあれば、御教示ください。」【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】と尋ねた。

大多数の自治体は、この設問に対して回答はなく、記載があった3自治体も「特になし」であった。

回答	
特になし	（2自治体）
—	（1自治体）

図15 指定医招聘のシステムの稼働時間帯（設問15）

設問15として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、稼働時間帯は、どのような範囲ですか？」「貴自治体の現状により近いものについて御教示ください。」【回答は1つ】、と尋ねた。

なし29自治体であった。21自治体で、何らかのシステムがあった。  
うち365日体制は、24時間体制5自治体、夜間以外2自治体であった。  
平日体制は、日中のみ5自治体であった。  
休日体制は、24時間3自治体、夜間以外4自治体、連休や年末年始のみ2自治体であった。



図16 指定医招聘のシステムの稼働地域（設問16）

設問16として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、このシステムの稼働地域は、どのような範囲ですか？」「貴自治体の現状により近いものについて御教示ください。」【回答は1つ】、と尋ねた。

システムなし29自治体以外では、全域17自治体、特定の保健所管内3自治体、その他（離島を除く本土地域）1自治体であった。

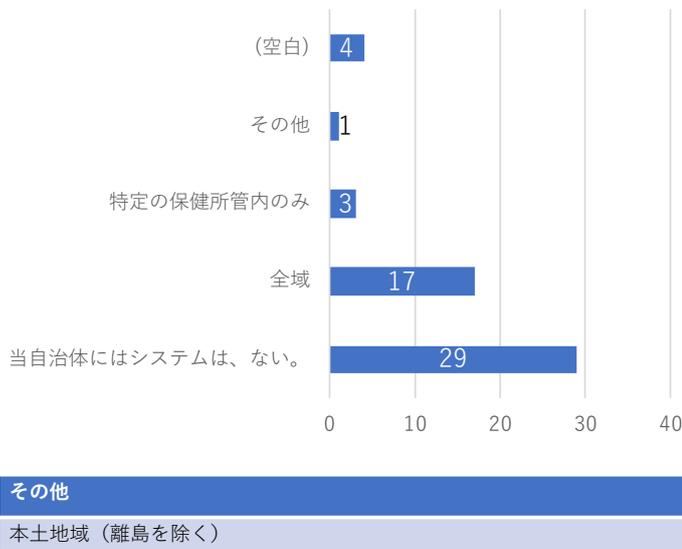


図17(1) 指定医招聘システムの費用(設問17)

設問17として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、このシステムにかかる費用は、どのように得ておられますか?」「貴自治体の現状について御教示ください。」「【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。

このうち、この図17(1)では、自治体が費用を負担しているか、補助金にて対処している回答を示した。

分類	回答
自治体がすべて負担	自治体が全額負担
	全て自治体費で対応
	一般財源
	毎年度、予算計上している。
	自治体単独事業 指定医待機料および診察1件あたりの費用を支払っている。
	保健所では指定医の報酬費の予算立てをしている。当番病院管理料等についてのシステムにかかる費用は本庁で予算立てを行なっている。
	当自治体の精神科救急予算より計上している
補助金	当番医に対する謝金を当自治体で予算化している
	国庫負担(補助金)申請により一部助成を受けている。
	国庫補助金および県一般財源
	自治体ごとに必要な予算を計上している。(精神保健費等国庫負担金申請)
	精神衛生費補助金及び一般財源により予算計上している。
地域医療介護総合確保基金	

図17(2) 指定医招聘システムの費用(設問17)

図17(2)では、費用負担なしとしたもの、精神科救急事業の一部として対処しているものや委託事業としているもの、システムの内容についての回答などを示した。

分類	回答
費用負担なし	費用はかかっていない。 平日、日中のみシステムであるため、特に費用を要することがない。
精神科救急事業	指定医の招聘に特化したシステムはなく、国の精神科救急医療体制整備事業における病院群輪番型の当番病院を平日夜間及び休日に設定している。(国庫補助金を受けて実施)
委託	精神科病院協会と委託契約をしており、毎年、委託料の予算を確保している。 平日日中は、措置入院に応需する輪番病院の輪番調整業務に、指定医派遣病院の調整業務を含めて外部団体に委託しており、委託料として予算を確保している。また、診察に応需した指定医に対する報酬として予算を確保している。 深夜は、自治体と、通報窓口の運営、及び深夜の診察に係る協定を締結し、自治体に対する負担金として予算を確保している。
システムの内容その他	地域別・当番指定医制を採用しており、平日であれば5組程度の診察班(指定医2名+立合職員1名)を組めるように、指定医を非常勤職員として雇用している。このシステムにかかる費用として、指定医の報酬額×人数×日数の予算を確保している。 当自治体にはシステムはない。

図18 指定医招聘システムの開始時期（設問18）

設問18として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、このシステムが開始されたのは、いつ頃ですか？」「貴自治体において最初に取り組みが開始された時期について御教示ください。」【回答は1つ】、と尋ねた。

開始時期は、2015年以降4自治体、2010年以降4自治体、2000年以降6自治体、1999年以前5自治体などであった。

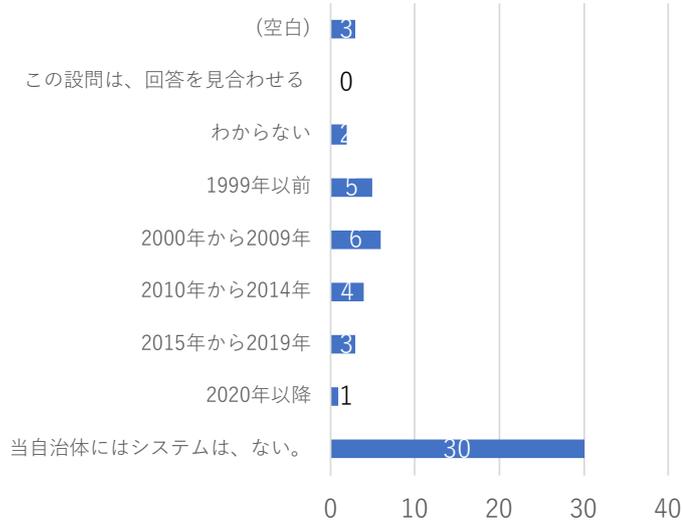


図19 指定医招聘システム導入にあたって苦労があったこと（設問19）

設問19として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、システム導入にあたっての調整に際してご苦労があれば、御教示ください。」【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。

費用の問題の指摘もあるが、指定医個人、また医療機関の協力状況についてのコメントが散見されていた。

分類	回答
導入の経緯	精神保健福祉審議会等での議論を経て実現に至った。 政令指定都市への移行にあたり、従来から運用されていた県の招聘システムに参画したため、回答なし。 導入時のことは不明
費用の問題	待機医システムの費用が不足するため、国の補助などがあるといい。
指定医個人との関係	依頼可能な医師に限りがあるため、日程調整に困難を要することがある。 システム導入時については不明だが、近年、指定医の高齢化等により、参画いただける指定医が減少している。 協力できる指定医が限られてしまっていることが、事業継続に支障を来しているところはある。 土日祝日は市内の精神科クリニックに勤務している指定医に連絡を取り、措置診察の協力依頼をすること。特に土曜日は診療しているクリニックが多いため、診察協力可能な指定医を招聘することが難しい。
医療機関との関係	365日24時間稼働していると回答しているが、厳密には深夜は365日確保しており、それ以外は指定医派遣協力病院が事前に決められているが、派遣してもらえないことも多く、確保できているとはいえない状況である。そのため、通報が入ると診察ができる指定医を探さなくてはならないことがしばしばある。医療機関の少ない地域では輪番を組むのに苦労することがある。当番日に連絡しても対応してくれないことが、まれにある。 あらかじめ対応医療機関を当番として定めているが、連絡すると対応を断られる場合がある。
その他	当自治体にはシステムはない。 「わからない」「特になし」「特になし。」「なし」「-」

図20 指定医招聘システム導入によって改善された点（設問20）

設問20として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、システム導入によって改善された点があれば、御教示ください。」【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。

負担軽減となったとの指摘が多く、緊急措置入院が減ったこと、指定医招聘を公平に行うことができるようになった等のコメントも見られた。

分類	回答
職員の負担軽減	システム導入時については不明だが、当番を決めていない平日と比べると、招聘にかかる担当者の負担は軽減されている。
	指定医を探すのに何カ所も連絡することがなくなり、負担軽減になった。
	措置診察における指定医確保の時間が短縮された。
緊急措置入院の減少	土曜の夜間、日・祝日に措置診察が必要になったときに、すみやかに、かつ確実に1名は確保できるため、保健所職員の負担軽減や時間短縮ができています。
	夜間休日の入院先病院と指定医の確保に要する時間が短縮されたと思われる。
	平日日中は病院やクリニックに順番に当たるも、なかなか見つからず苦勞することがあるが、土日祝日等、事前に待機医師が決まっていると、指定医探しに時間を要することはない。
公平の確保	3連休の3日目、休日に職員が登庁せずに指定医を依頼できること。
	緊急措置入院数の減少、休日の指定医決定時間の短縮
公平の確保	待機医システム導入前は緊急措置で対応していたが、改善された。
	依頼順の指標になる。
その他	診察依頼の順番が明確になった。
	政令指定都市への移行にあたり、従来から運用されていた県の招聘システムに参画したため、回答なし。
その他	「わからない」「特になし。」「-」
	当自治体にはシステムはない。

図21 指定医招聘システムの修正を検討したい点（設問21）

設問21として、「措置診察を担当する指定医の招聘に関するシステムがある場合、システムを実際に運用して、現状、修正を検討したい点があれば、御教示ください。」【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。

時間帯が限られること、費用、特定の指定医への偏り、当番医療機関の応需体制、身体合併症、複数通報への対応などの問題が指摘されていた。

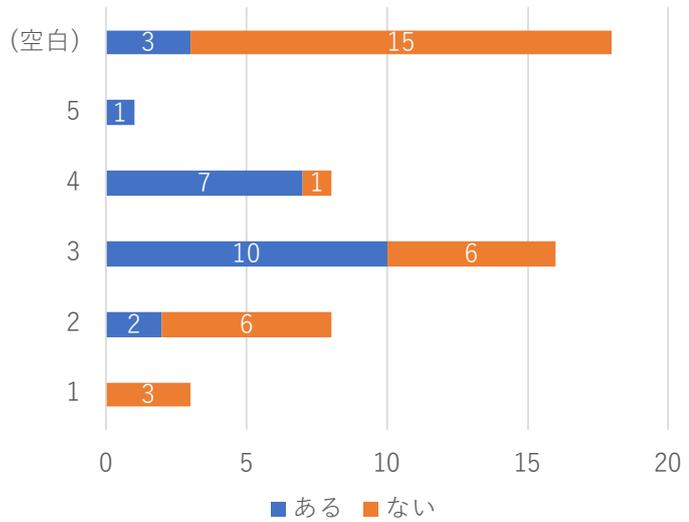
分類	回答
時間帯	現在の指定医の招聘に係るシステムは、平日、及び深夜に限られているが、夜間、休日への拡充が必要と考えている。 休日および夜間は、システムを運用していないため、診察医の確保が困難となっている。 現在、土・日・祝のみ招聘システムを導入しているが、平日についても導入できないか検討中である。
費用	システム運用のために高額な人件費を要する点
公平性	診察に協力してくださる精神科クリニックの指定医が特定の方向に偏ってしまうこと。
当番医療機関の応需体制	当番医療機関が当番日にしっかり対応すること。当番医療機関の増加。
身体合併症	身体合併症のある患者の受け入れ体制
複数通報への対応	精神科救急情報センターのマンパワー不足により、複数の通報が同時に合った場合に対応できない事例があるため、精神科救急情報センターの人数をさらに確保する必要がある。
その他	当自治体にはシステムはない。 「なし」「-」「特になし」「特になし。」「現時点では、なし。」

図 2 2 現在運用されている指定医の招聘にかかる仕組みについての満足度（設問22）

設問 22 として、「貴自治体で現在、運用している指定医の招聘にかかる仕組みについて、満足されていますか？ 5段階評価で、御教示ください。この設問は、ご担当者の意見で支えありません。【回答は1つ】合と尋ねたうえで、次の設問にお進みください。」と注記した。

システムがある23自治体では、3点や4点の評点が目立ったが、システムがない31自治体では2点や3点の評点、また無回答が目立っていた。

本問に回答した36自治体では、システムがある20自治体で平均3.4±標準偏差0.7点、ない16自治体で2.3±0.9点で、システムがある自治体において有意に満足度の得点が高かった（t値=3.846、自由度34、片側p<.001）



余白

図2-3(1) 措置診察を担当する精神保健指定医の招聘システムについての意見（設問23）

設問23として、「措置診察を担当する精神保健指定医の招聘システムについて、ご意見があれば、御教示ください。」【自由記載・回答欄不足の場合は別紙可】、と尋ねた。

費用の問題は、多くの指摘があった。

指定医が公平に措置診察の業務を行っていないことが問題と考えている自治体もあった。

また、入院先が指定医の所属であるとはならないとしている自治体もあり、このことで招聘に困難があるとの見解もあった。

分類	回答
指定医への要望	<p>すべての精神保健指定医に、是非ご協力をいただきたい。</p> <p>国から精神保健指定医へ、措置診察への協力を働きかけてほしい。</p> <p>精神保健指定医の更新の条件に、措置診察の実績（件数）が課せられると、対応する精神保健指定医が増えると考えます。</p> <p>措置診察を担当する指定医の確保には毎回苦労しており、通報から入院まで県全体で平均7時間かかっており、最も時間のかかる圏域では平均10時間を超えている状況である。システムがあればいいと思うが、例えば指定医の更新研修の内容に自治体が困っている現状や、更新の条件に措置診察の実績の有無を入れるなど、指定医側からも措置診察を引き受ける意識づくりをしてほしい。</p>
費用の問題	<p>国庫をつけて欲しい。</p> <p>現在の当県の招聘システムや、それに伴う指定医の報酬について、他県と比べ妥当なのか検討したい。</p>
現状の問題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・二次診察の精神保健指定医については当番病院制システムがあるが、一次診察の精神保健指定医はシステムがないため、自分達で探さないといけない点に苦労している</li> <li>・本来であれば二次診察病院でない病院に措置入院が好ましいと思うが、現在のシステムでは難しい。</li> </ul> <p>指定医2名は、原則、措置入院する病院以外の医師となっているが、2名招聘することに苦慮している。1名の医師は措置入院する病院の医師の診察でも可能としていただけると時間が短縮できると思う。</p>

図2-3(2) 措置診察を担当する精神保健指定医の招聘システムについての意見（設問23）

図2-3(2)では、他の自治体への関心や改善への期待と課題について示した。

分類	回答
他の自治体の動向への関心	<p>招聘システムを既に導入・運用されている自治体がありましたら、本自治体としても参考とさせていただければと思います。</p> <p>他自治体において、招聘システムを導入している事例があれば、情報提供いただきたい。</p> <p>他自治体に好事例があれば、参考にさせていただきたい。</p>
改善への期待と課題	<p>特に夜間は担当する指定医が見つからず、被通報者を長時間、警察署に留めておくこととなり、招聘システムにより協力が得られやすくなることを期待します。</p> <p>突発的に発生し、警察官通報のように一定時間内に処理しなければならないような業務に従事してくれる指定医は限られており、招聘システムを作ったところで状況が改善するとは思えない（待機料や通常の行政機関での基準となる謝礼よりも高額な謝礼を支払うなどの対応を行わなければ難しい）。</p> <p>本県では待機制や当番制を検討したこともありましたが、待機をする指定医の負担や、当番日であっても当日の状況によって対応できない場合があることを考慮し、導入しないこととしました。今後、招聘システムを構築する際には、そうした課題を解消する必要があると考えます。</p>

## 「措置通報および措置入院の実態に関する研究」

### 身体合併症を併発した措置入院患者への対応の実態インタビュー調査

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）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、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（栃木県精神保健福祉センター）、竹澤翔（石川県立こころの病院）、中西清晃（国立精神・神経医療研究センター）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター）

(\* 論文執筆者)

【目的】身体合併症を併発した措置入院患者への治療提供体制や連携実態を明らかにするための調査を行ったうえで、より円滑な身体合併症治療提供体制を検討する。

【方法】目的に資するための調査の実施に向け、毎月の web 会議を用いて、臨床上の課題の整理と、調査方法の検討を行った。

【結果】身体合併症を有する措置入院患者の治療上の課題を把握するため、精神科病院（総合病院精神科を含む）を対象としたアンケート調査を行い、実態を把握することを予定していた。しかしこの課題は、身体合併症の範囲や医療資源等の地域差、連携の際の身体科と精神科が考慮事項の相違、多岐の課題を踏まえる必要があった。そこで本年度は、班会議における協議を重ね、アンケート調査の前段としてパイロットスタディを必要と判断し、そのためのインタビューガイド（案）を作成した。

【考察】身体合併症を併発する措置入院患者の問題は、中核的な課題が不明瞭であることに加え、今後、高齢化が進む中で課題となる身体合併症治療提供体制への示唆を孕むことが想定され、十分な検討を要する問題であると捉えられる。調査の実施により、連携様式や連携の際に生じる困難の現状と課題を抽出できると考えられ、次年度に調査を開始する。

#### A.研究の背景と目的

精神科においては、従来から、精神障害者に身体合併症が生じた際に、治療環境への搬送等が適切に行われにくい課題が指摘され<sup>1)2)</sup>、その背景には、精神科の医師や看護師の配置数の少なさや、検査体制の乏しさが挙げられていた<sup>3)</sup>。加えて、最近の新型コロナウイルス感染症（Coronavirus disease 2019、以下「COVID-19」）の状況下を含め、措置入院をしていることを理由に、他科と連携を行いながら身体合併症治療を提供する困難さ

が明らかになっている<sup>4)5)</sup>。

このため、措置入院が適切な治療提供体制の妨げになっていると予測され、本研究班では、令和2年年7月～8月にかけて措置入院患者におけるCOVID-19事例の発生状況や、他科との協働を含む治療提供体制整備の実態などを把握するための調査を行い、令和2年度と3年度の報告書で結果を公表した<sup>6)7)8)</sup>。調査結果からは、措置入院患者のCOVID-19の発生は低率であるが、精神科病院と総合病院のいずれにおいても治療の受け

入れがなされており、他科への転院等の措置が講じられるよりも、措置入院をしたまま治療継続がなされている割合が高率であることが明らかになった。特に総合病院においては、おおむね措置入院のまま、精神および身体の治療継続を行っている傾向にあった。

この結果からは、措置入院であるための障壁や、措置入院後の治療提供体制の妥当性は明らかにならなかった。一方で、入院形態に関わらず、COVID等の感染症を含む身体合併症に対応可能な体制の不十分さが示され、精神科全体で身体合併症医療提供体制の強化を行う必要性が示唆された<sup>9)</sup>。また、同調査の自由記載を質的に分析した結果からは、精神科病院は総合病院に比して、身体合併症治療提供体制の整備に苦慮しているが、行政機関が関与し、医療機関機能に応じた役割の明確化と分担を行うことで、円滑な連携体制が整備されることが推察されていた<sup>10)</sup>。

そこで令和4年度は、身体合併症を併発した措置入院患者に着目して、身体合併症医療提供体制の強化、および円滑な連携体制に向けた方法の模索と、令和2年度の調査では明らかにならなかった連携をするうえでの困難を明らかにしていく調査の実施の検討を進めた。

## B.方法

### 1. 毎月の定例会議における措置入院患者の身体合併症治療の実態に関する意見交換

本研究班では、令和2年のCOVID発生によって対面会議が行えないことを背景に、毎月webミーティングを行っている。そこで本研究においても、Web会議における検討の方法を用いて、班内の研究等の進捗報告や意見交換を行った。措置入院患者の身体合併症の発生状況や、対応の困難があること、具体的な連携の際に迷うことなどを協議した。

### 2. 次年度調査の方法論の協議

措置入院患者の身体合併症医療の実態に関

わる協議を踏まえ、調査の方法の検討を行った。

## C.結果/進捗

### 1. 毎月の定例会議における措置入院患者の身体合併症治療の実態に関する意見交換

本年度は、結果の詳細な分析と成果報告に注力しつつ、下記の検討を行った。

身体合併症の治療提供体制を検討するにあたり、身体合併症の範囲の検討を要した。緊急の状態では身体科の対応になることが明確である場合と、糖尿病の慢性期におけるコントロールのように、単科精神科で対応できる合併症の場合などは、困るケースになりにくいと考えられた。むしろ、その狭間の重症度の事例が、対応や連携困難となる事情が多様であり、課題となりやすいことが把握された。また、身体科との連携の困難さに苦慮している医療機関もあり、その要因には、そもそも地域に医療資源数が少ない場合もあれば、医療資源はあっても、マッチングがうまく機能していない場合があるなど、複数の要因が挙げられた。

さらには、自治体が医療計画を作成する際に、精神科の合併症連携についても検討していると思われるが、自治体は、措置入院の身体合併症を有する患者の現場で発生している問題を把握していない可能性があるという指摘もあった。加えて、令和2年度の調査結果からは、身体科にとっては精神科の精神症状の重症度が考慮されることが多いが、精神科においては身体の重症度を優先して考えているなどの考慮する事項の相違が明らかになっており<sup>10)</sup>、精神障害者の身体治療を依頼する側（特に単科精神科病院）と受ける側（特に総合病院や大学病院）との認識の差異の考慮が連携の工夫として必要になるという意見も挙げられた。

総じて、個別具体が色濃く、各地域に応じたそれぞれの課題の存在が窺われ、連携の困難の要因となる中核的な課題が定まりにくか

った。

## 2. 次年度調査の方法論の協議

調査の実施にあたり、前回同様の項目を重複しないことが前提である。そのうえで、調査対象としては、管理者を対象とするよりも、実務に携わっている者に調査をする必要性があることや、アンケート調査を行い、量的に実態把握を行う前に、中核的な課題の整理を行うことが望ましく、パイロットスタディを実施する必要性の意見が挙がり、パイロットスタディ実施の合意が得られた。

パイロットスタディは、オープンクエスションで多角的な課題を収集できるよう、インタビュー、あるいはグループインタビューの方法を用いて行うこととした。また臨床における連携課題を率直に聴取するためのインタビューガイド（案）を作成した（表1）。この調査をもとに、連携上課題の整理を行い、精神科病院（総合病院精神科を含む）アンケート調査を行う段取りとした。

## D. 考察

身体合併症を併発する措置入院患者の問題は、中核的な課題が明確になっていないことに加え、今後、高齢化が進む中で精神科が直面化する身体合併症治療提供体制への示唆を孕むことが想定され、十分な検討を要する問題であると捉えられる。しかし、合併症治療体制、連携体制ともに、問題となる身体合併症の範囲をはじめ、医療資源等の地域差や医療機関機能、職員の認識、自治体の関与など、多岐にわたる検討を要し、課題の全体像が整理されていない現状があると考えられた。

本年度に重ねた議論を踏まえたパイロットスタディにおいては、表在化しにくい課題も含めて身体合併症を併発した措置入院患者への連携実態や連携を図る上での困難が把握されると思慮され、調査の開始に向けた実施体制を決定していく必要がある。最終的には、

アンケート調査を実施し、両調査によって得られた結果から連携の要素を捉えつつ、円滑な合併症治療提供体制を検討することができると考えられた。将来的には、モニタリングを必要とする項目の指標化につながる期待もあると思われた。

## E. 健康危険情報

なし

## F. 研究発表

1. 論文発表 準備中

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

## 文献

- 1) 中村満, 奈良真起子: 地域医療における身体合併症の対処状況と方向性. 精神医学, 60 (6); 577-585, 2018
- 2) 貫井祐子, 加藤 温: 身体合併症治療を主たる目的として総合病院精神科病棟に入院した症例の検討. 精神科治療学, 32 (2); 271-278, 2017
- 3) (社)日本精神病院協会: 厚生省委託事業 精神障害者の身体合併症の治療体制の整備に関する状況調査事業-平成9年度事業結果報告- (平成10年3月)
- 4) 小口芳世: 措置入院患者における他科との連携を要する医療の実態調査 アンケートの作成. 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 (代表研究者: 藤井千代), 227-231, 2019
- 5) 田口寿子, 樋口美佳, 小 桜児, 安田新, 森脇 久視, 石田 正人, 陸川 敏子, 小泉 紀子: 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
- 6) 小口 芳世, 稲垣 中, 小池 純子, 椎名 明大, 島田 達洋, 瀬戸 秀文, 藤井 千代: 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その 2 (1) 精神科入院患者における他科との連携を要する医療の実態調査. 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報告書, 2020
- 7) 小池純子, 中西清晃, 小口芳世, 藤井千代, 瀬戸秀文ほか: 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. 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報告書, 2020
- 8) 小口 芳世, 稲垣 中, 小池 純子, 椎名 明大, 島田 達洋, 瀬戸 秀文, 藤井 千代: 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その 2 (1) 精神科入院患者における他科との連携を要する医療の実態調査. 令和 3 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報告書, 2021
- 9) 小口 芳世, 小池 純子, 瀬戸 秀文, 稲垣 中, 島田 達洋, 藤井 千代: 措置入院患者が COVID-19 陽性・疑似例となった場合の受け入れ体制の現状 (その 1) 臨床指標的側面の検討. 臨床精神医学 50 (10) , 1091-1098, 2021
- 10) 小池 純子, 中西 清晃, 小口 芳世, 瀬戸秀文, 稲垣 中, 藤井 千代: 措置入院患者が COVID-19 陽性・疑似例となった場合の受け入れ体制の現状 (その 2) 質的分析をもとにした現状と課題 50 (10) , 1099-1107, 2021

表 1 インタビューガイド（案）

**【単科精神病院対象】**

措置入院した患者のうち、身体合併症を有していた人数はどの程度いますか。

身体合併症で転院を検討するケースはどのような例か？

上記とは逆に、自院で診ると判断するケースはどのようなケースですか。

転院の際に、入院形態の運用を含め、どのように転院調整を行っていますか。

転院対応が叶わなかった場合の対応を教えてください。

（自院の急性期病棟や認知症病棟に対応可能な病室を確保するなど）

転院対応が叶わない理由はどのようなことが考えられますか。

転院後の患者の経過は把握していますか。

転院後、身体合併症が改善した後の対応について教えてください。

医療機関連携体制の整備に関して、自治体はどのように関与していますか。

**【総合病院対象】**

身体合併症の患者のうち、措置入院者はいらっしゃいますか。（新規例/転入例共に）

転入院時に入院形態やその運用を含め、どのように転院調整を行っていますか。☒

貴院（総合病院）で診ることができる精神症状のレベルを教えてください。

身体合併症が改善した後の対応は、どのようになっていますか。

医療機関連携体制の整備に関して、自治体はどのように関与していますか。

**【行政機関対象】**

行政として、医療機関間の連携体制をどのように把握し、具体的にどのように関与していますか。

別紙4

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍 : 該当なし

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌 : 該当なし

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年

厚生労働大臣 殿

機関名 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 中込 和幸

次の職員の令和4年度厚生労働行政推進調査事業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 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 公共精神健康医療研究部・部長  
(氏名・フリガナ) 西 大輔 ・ ニシ ダイスケ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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。

2023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 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 中込 和幸

次の職員の令和4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 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)
- 研究課題名 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究
- 研究者名 (所属部署・職名) 病院 臨床研究・教育研修部門 情報管理・解析部・科研費研究員  
(氏名・フリガナ) 立森 久照 (タチモリ ヒサテル)

#### 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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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5年5月8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 国立大学法人群馬大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 石崎 泰樹

次の職員の令和5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 厚生労働行政推進調査事業（障害者政策総合研究事業）
2. 研究課題名 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 神経精神医学・教授  
(氏名・フリガナ) 福田正人・フクダマサト

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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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

機関名 学校法人大正大学

所属研究機関長 職名 学長

氏名 高橋 秀裕

次の職員の令和4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 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）

2. 研究課題名 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究

3. 研究者名（所属部署・職名） 社会共生学部・専任講師

（氏名・フリガナ） 高瀬 顕功（タカセ アキノリ）

## 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）
人を対象とする生命科学・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"/>	公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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"/> （公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター）
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。

厚生労働大臣 殿

機関名 東洋大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 矢口悦子

次の職員の令和 4 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 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 福祉社会デザイン学部社会福祉学科 教授  
(氏名・フリガナ) 吉田光爾 (ヨシダコウジ)

## 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：人を対象とした研究等倫理審査)	<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) 令和 4 年度の分担研究テーマで使用する情報は 既に公開されたデータの整理であり研究倫理審査の対象外である。

(※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

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4年度厚生労働行政推進調査事業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 障害者対策総合研究事業
2. 研究課題名 良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医療部 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 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・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"/>	当院_研究審査委員会	<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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: 研究審査委員会管理 )
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: 研究審査委員会 )
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。