

令和 6 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)

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を 推進する政策研究

令和 6 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者：藤井千代

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

令和 7 (2025) 年 3 月

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を 推進する政策研究

令和6年度 総括・研究分担報告書

目 次

I. 総括研究報告

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究	1
研究代表者	藤井 千代

II. 研究分担報告

1. 自治体における包括的ケアの推進に関する研究	7
研究分担者	野口 正行
2. 地域における精神科医療機関の役割に関する研究	39
研究分担者	来住 由樹
3. 地域における危機介入のあり方に関する研究	73
研究分担者	椎名 明大
4. 精神科救急医療体制に関する研究	
～精神科救急急性期医療入院料病棟の入院必要性要件に関する研究～	109
～精神科救急医療体制整備事業の現状分析～	121
研究分担者	杉山 直也
5. 総合病院精神科の機能に関する研究	177
研究分担者	佐竹 直子
6. 精神障害者の権利擁護に関する研究	
—入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究—	191
—精神医療審査会に関する研究—	215
研究分担者	藤井 千代

III. 研究成果の刊行に関する一覧表	243
---------------------	-----

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を 推進する政策研究

総括研究報告書

研究代表者：藤井千代（国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
研究分担者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）、来住由樹（岡山県精神医療センター）、
椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、杉山直也（国立研究開発法人 国立精神・
神経医療研究センター）、佐竹直子（国立研究開発法人 国立国際医療研究センター国府台病院）

要旨

本研究は、精神保健福祉法第 46 条に規定される「精神障害者等に対する包括的支援の確保」を具体化し、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の構築を実現するための実態把握と課題整理を目的としたものである。6 つの分担研究を通じ、自治体相談支援体制、医療機関の機能、緊急対応体制、権利擁護の仕組みなど、多岐にわたる構成要素を網羅的に調査した。市町村における相談支援体制の強化に向けては、新たに標準化された短時間の e-learning 教材が開発され、精神保健福祉相談員の養成に貢献した。精神科医療機関の実態調査から、地域ニーズに対応する診療所や病院の役割を可視化した。精神科救急医療に関しては、精神科救急急性期医療入院料病棟（高規格病棟）の必要性の判断に関して、診断名や入院形態ではなく状態像や特別な支援の必要性などに基づく指標が重要であるとのコンセンサスが得られた。また、周産期メンタルヘルスにおいては、総合病院精神科が支援拠点として機能していることが示され、制度整備と人材配置の必要性が指摘された。緊急対応体制については、措置診察スキルに着目した教育プログラムの開発と効果検証が行われ、標準的な教育教材や研修体制の確立が急務であることが明らかになった。権利擁護の観点では、入院者訪問支援事業の質向上に向けた研修と対話的学習の意義が示され、制度の形骸化防止に向けた文化の醸成が重要とされた。本研究は、理念と現場の間を橋渡しする具体的な知見を提供し、「にも包括」の地域実装を支える基盤となる。今後も地域特性に応じた制度運用と、関係機関の連携による質の向上に向けた取組が求められる。

【研究目的】

2022（令和 4）年 12 月、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律が成立し、それに伴い精神保健福祉法の一部が改正された。改正精神保健福祉法においては、新たに「精神障害者等に対する包括的支援の確保」に係る条文（第 46 条）が定められた。法第 46 条には、法に定められる相談援助は、精神障害の有無

及びその程度にかかわらず、地域の実情に応じて、精神障害者等（精神障害者及び日常生活を営む上での精神保健に関する課題を抱えるもの（精神障害者を除く。）として厚生労働省令で定める者をいう。）の心身の状態に応じた保健、医療、福祉、住まい、就労その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として行われなければならないと明記されている。これにより、「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」)の構築が一層進むことが期待されている。

「にも包括」とは、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労など)、地域の助け合い、普及啓発(教育など)が包括的に確保されたものとされている。すなわち、既に精神医療福祉等のサービスを利用している者のみならず、メンタルヘルス不調を有する者を含む地域住民全体を対象としたシステムであり、地域共生社会を実現するにあたっては欠かせないものであるとされる。このため、「にも包括」を推進するうえでの課題は広範囲にわたり、地域住民に対する普及啓発、メンタルヘルス不調のある者への早期のケア、緊急対応が必要とされる場合の医療を含む支援への速やかなアクセスの確保、救急医療体制、入院から退院後支援に至るまでの包括的ケア、身体合併症対応、権利擁護まで幅広く検討する必要がある。

本研究班では、「にも包括」構築を推進していくうえで検討が必要な課題について、以下の6つの分担班で調査研究を実施している。

- A) 自治体における包括的ケアの推進に関する研究(野口正行)
- B) 地域における精神科医療機関の役割に関する研究(来住由樹)
- C) 地域における危機介入のあり方に関する研究(椎名明大)
- D) 総合病院精神科の機能に関する研究(佐竹直子)
- E) 精神科救急医療体制に関する研究(杉山直也)
- F) 精神障害者の権利擁護に関する研究(藤井千代)

【今年度の成果】

各研究班の進捗の概要は、以下の通りである。

A) 自治体における包括的ケアの推進に関

する研究(野口正行)

2022(令和4)年12月の精神保健福祉法改正により、「にも包括」の理念実現に向け、精神障害者のみならず「精神保健に課題を抱える人」に対する包括的支援が法的に位置づけられた。これを受け、市町村の相談支援体制の整備が重要課題として認識され、2023(令和5)年2月より「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」が設置された。本研究班では、従来の200時間超の精神保健福祉相談員講習カリキュラムを大幅に見直し、22時間の新カリキュラムを策定。講義部分14時間についてはe-learning動画を作成し、全国標準化と自治体の負担軽減を図った。

動画は全10講義、各20分程度で構成され、専門職に限らず事務職員も理解しやすい内容とした。全国精神保健福祉相談員会や精神保健福祉センターとの協働により内容を精査し、自己チェックリストも整備した。作成した動画と関連資料は国立精神・神経医療研究センターホームページで公開されている。

(https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/seminar/12_3.html)

本取り組みは、近年新規講習会がほとんど実施されていない実態を踏まえ、相談支援人材の養成に向けた画期的な施策である。今後は、動画の評価や追加資料の検討、各自治体で実施される演習や事例検討の標準化、養成された相談員の任用実態の把握などが課題である。また、精神保健のリーダー人材育成や都道府県による市町村支援体制のあり方も含め、「にも包括」の推進に資する今後の施策立案の基盤となる成果と位置づけられる。

B) 地域における精神科医療機関の役割に関する研究(来住由樹)

本年度は、「にも包括」の構築推進に向け、精神科診療所および病院(特に精神科地域包括ケア病棟(地ケア病棟))の機能実態を明らかにすることを目的として研究を実施した。

診療所については、全国の精神科診療所を対象に診療機能調査を実施し、病院については、地ケア病棟入院患者の実態調査を行った。

診療所調査では、コメディカルスタッフの配置が柔軟な診療体制（予約外初診・時間外対応・地域貢献）に寄与していることが確認され、現場の多くは診療報酬上評価されない地域的役割も担っている実態が明らかとなった。また、初診 60 分以上という診療報酬要件が診療の質確保と地域の医療アクセス確保との間でジレンマを生じさせていること、診療時間を柔軟に調整する現場の工夫の重要性が示唆された。

一方、地ケア病棟入院患者の調査では、重度の精神症状と著しい生活機能の障害を抱える対象が多く、特に長期入院群では、生活支援の困難さや家族支援の必要性が明確となった。長期入院を要する要因は、疾患特性よりも日常生活能力や社会的機能、家族の支援状況など生活背景に大きく影響されることが示され、医療・生活・社会支援の統合的な支援体制の必要性が浮き彫りとなった。

診療所・病院双方の調査結果から、地域の精神科医療機関は、診療だけでなく生活支援や地域連携を含む包括的な機能を担っており、制度上の柔軟な運用支援と適切な評価指標の整備が不可欠であることが確認された。「にも包括」の実現に向け、医療機関機能の実態把握に基づく政策設計と支援体制の強化が今後の重要課題である。

C) 地域における危機介入のあり方に関する研究（椎名明大）

本研究は、精神的不調や行動上の危機を抱える人への地域における適切な対応体制の確立を目指し、特に措置入院制度における指定医の診察スキルに着目した教育プログラムの開発と効果検証を行った。措置入院制度は本人の自己決定権を大きく制約する制度であるにもかかわらず、指定医への体系的な研修機会が乏しく、判断の質や地域差が課題とされ

てきた。

本年度は、前年度に開発した措置診察研修教材を改良し、千葉大学との協働により研修会を実施した。指定医または指定医取得希望者 5 名が参加し、事前学習動画を視聴後、集合研修を受講した。研修前後での知識（措置テスト）や内発的動機づけ（AMS）、学習戦略（MSLQ-A）等の変化を測定した結果、措置診察に関する理解や自信の向上が見られ、研修の有効性が予備的に確認された。

参加者の多くが研修前は「措置診察に自信がない」「手続きや基準を説明できない」と回答しており、制度の適正運用に必要な知識・技術の教育が現場で不足している現状が浮き彫りとなった。また、指定医による判断が OJT や自己学習に依存している実態を示す先行調査とも整合的であり、標準的な教育プログラムの確立が急務であることが改めて明らかとなった。

今後は、実地でのフィードバック機会やロールプレイを含む参加型の教育手法の導入、判断の均てん化を支える標準化教材や症例集の整備などが求められる。また本プログラムの成果を、精神保健指定医研修など全国的な教育体制に活用する展望も含め、制度改革に資する知見として提示していく予定である。

D) 総合病院精神科の機能に関する研究（佐竹直子）

本研究は、周産期メンタルヘルスにおける総合病院精神科の役割と機能を明らかにすることを目的とし、全国の NICU 設置産婦人科施設および総合病院精神科を対象に実態調査を行った。周産期女性の自殺率の高さや支援制度の未整備が指摘される中で、総合病院精神科は、精神疾患を抱える妊産婦への包括的かつ緊急時にも対応可能な支援拠点として、地域の中核的役割を担っている。

調査の結果、精神科病床を有する周産期施設や総合病院精神科では、産前産後の精神科入院の実績が多く、産科との連携や多職種チ

ームによる支援体制も整っていた。一方で、精神科のない施設の多くは、問題を抱える妊産婦を総合病院精神科に紹介しており、地域の精神科医療の受け皿として総合病院精神科が機能していることが確認された。また、周産期メンタルヘルス支援に関する制度活用（ハイリスク妊産婦連携指導料など）は低調で、診療報酬制度上の課題が浮き彫りとなった。

さらに、調査では、人材不足や知識の偏り、周産期特有の病態理解の難しさ、支援の継続性の確保、精神科に対するスティグマといった多面的な課題が示された。これらを踏まえ、精神科・産科・行政の間での協働体制の強化、精神科医やリエゾンナースの専門教育と配置、診療報酬による支援体制整備の必要性が提言された。

総合病院精神科は、重症例への対応に加え、地域内の周産期メンタルヘルス支援全体の質向上に向けたコンサルテーションや教育的機能も担っており、地域包括ケアシステムの中核機関としての機能強化が求められる。妊娠期から子育て期に至るまでの切れ目のない支援の実現に向けて、制度整備と人材育成の両面からの戦略的対応が必要である。

E) 精神科救急医療体制に関する研究（杉山直也）

「にも包括」の基盤としての精神科救急医療体制のあり方を検討し、とくに高規格病棟（精神科救急急性期医療入院料病棟）を必要とする患者像の明確化と、必要度評価指標の整備を目的として研究を実施した。先行研究に基づいて調査票を作成し、日本精神科救急学会代議員 117 名を対象にエキスパート・コンセンサス調査を実施した（回答率 75.2%）。評価項目は「影響度」「困難度」に整理され、臨床現場での妥当性を探った。

その結果、影響度については 27 項目から 11 項目に集約され、患者の診断名や年齢よりも、状態像や支援体制の脆弱性、入院の目的

に基づく要素が重視されていた。困難度の評価では、新興感染症や妊産婦、身元不明、医療観察法通院処遇者など、特別な対応を要するケースが高規格病棟での対応を要するとされた。これらの項目は、昨年度の統計モデルによる分析結果と整合しており、臨床実感とエビデンスの一致が確認された。

現状では、精神科救急医療における非自発入院数の維持が診療報酬上の高規格病棟の要件とされていることと、非自発入院の縮減が求められる政策的方向性との乖離があり、患者の権利擁護の観点から見直しが望ましいものと思われた。研究成果からは、診断名や入院形態は、高規格病棟必要性の判断基準としては限界があることが明らかとなった。

今後は、これらの成果をもとに、より実践的なスコアリングシステムの開発が求められる。

本研究では、精神科救急医療体制整備事業（整備事業）の運用状況についても多角的に分析し、その結果を全国の自治体にフィードバックしている。

整備事業には精神科救急急性期医療入院料認可施設をはじめとして全国の精神科有床施設の 7 割以上が参画しており、精神科医療資源の分布や機能、本事業に関する取決めなどの条件によって、受診動態や入院率などの面で多様な地域特性が認められた。近年、整備事業の対象者が要入院例にトリアージされる傾向が強まっているが、入院を回避する危機介入的な一次救急も本事業の重要な機能である。また、精神科救急医療施設において精神保健指定医の確保が困難な地域が生じており、対策が必要である。また、措置入院の過半数が実質的に本事業の中で施行されているが、措置入院制度の多義性が十分に議論されてこなかったためもあって、その運用には著しい地域差が生じている。本事業の連絡調整委員会や措置入院関連のガイドラインを活用するなどして運用の標準化を目指すべきである。整備事業は、精神科利用者の地域生活を支援

する救急医療体制を構築し維持するための公共事業であり、地域特性や社会情勢に応じて適正に運用される必要がある。そのためには、関連情報を収集・分析し、本事業を担う自治体や関連機関へのフィードバックを継続すべきであると考えられた。

F) 精神障害者の権利擁護に関する研究（藤井千代）

精神保健福祉法の改正により新設された「入院者訪問支援事業」の普及と訪問支援員の質の向上を目的に、支援員のフォローアップ研修のあり方を検討するとともに、支援者間の交流による学びの可能性について質的分析を実施した。精神科病院に入院する本人の希望により、外部の支援員が訪問し、対話や情報提供を行う本制度は、精神障害者の権利擁護の一環として創設された。支援の質を確保するには、制度理解と支援姿勢を育む継続的な研修、実践知を共有し合える対話の場の整備が不可欠である。

本研究では、支援の実践に即したフォローアップ研修教材を開発し、実際に複数の自治体参加者を対象に研修を実施した。また、個別相談ボランティアの経験者による交流会の記録を質的に分析し、支援の背景にある葛藤や工夫、動機づけ、入院者の反応など、支援実践の多面的な構造を明らかにした。分析結果は、①支援を取り巻く環境、②支援員の内的動機と葛藤、③入院者の視点、④支援のあり方の4点に分類された。特に、支援員が自らの限界や揺らぎを語り合える場の重要性が示され、交流の機会がエンパワメントにつながることが示唆された。

本研究班ではまた、2023（令和5）年度の精神保健福祉資料および衛生行政報告例から2022（令和4）年度の精神医療審査会関連データを抽出して集計・可視化し、審査会活動の動向を分析した。さらに、2022（令和4）年の精神保健福祉法改正による、合議体構成等への影響や今後の予測に関して、全国67の

精神医療審査会事務局の意見を調査した。創設から38年を経て、わが国の精神医療審査会制度には様々な課題が浮き彫りになっており、関連法規の改正・整備が必要な時期に来ていると思われた。

【結論】

本研究では、「にも包括」の理念を地域で実装するうえでの課題を多角的に検討した。6つの分担研究を通じて、制度整備、人材養成、医療提供体制、緊急対応、権利擁護といった各分野における実態と課題を明らかにし、制度理念と現場の実行可能性の接点を具体的に提示する成果が得られた。

市町村相談支援体制の再構築に向けては、標準化された研修カリキュラムと教材の整備により、実効性ある人材養成の仕組みが提示された。精神科医療機関の調査からは、柔軟な診療体制と地域との接点を重視する診療所・病院の役割について調査し、現行制度における課題を検討した。さらに、精神科救急医療における高規格病棟の必要性判断に関しては、診断名や入院形態ではなく、患者の状態像や特別な支援の必要性を重視すべきであるとのエキスパート・コンセンサスが得られた。また、措置入院制度の適正運用や周産期メンタルヘルス支援における総合病院精神科の役割などに関する知見も集積された。入院者訪問支援事業については、支援員の対話的学習と実践知の共有の場を通じ、制度の形骸化を防ぐ文化の醸成が重要であると考えられた。

「にも包括」の構築には、個別施策を有機的に連関させ、地域の多様性に応じた柔軟な制度運用と人材支援が求められる。本研究は、そのための基盤となる実証的知見と政策提言の礎を築くものであり、今後も自治体や関係機関との連携のもと、制度運用の質の向上と理念の具体化に向けた取組を継続する必要がある。

自治体における包括的ケアの推進に関する研究

研究分担者：野口正行（岡山県精神保健福祉センター）

研究協力者：石川真紀（千葉県精神保健福祉センター）、伊東千絵子（奈良県精神保健福祉センター）、上田 勲（豊中市役所福祉部福祉事務所）、岡田隆志（福井県立大学看護福祉学部）、柄澤尚江（北広島市役所保健福祉部）、川崎誉代（鹿児島県大隅地域振興局保健福祉環境部）、熊谷直樹（相模原市精神保健福祉センター）、黒田直明（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、柴原彩子（長崎市役所障害福祉課）、清水光恵（滋賀県立精神保健福祉センター）、高桑友美（岡山県精神保健福祉センター）、塚本哲司（埼玉県立精神医療センター）、永田雅子（大口病院）、中曾みのり（広島市精神保健福祉センター）、中原由美（福岡県筑紫保健福祉環境事務所）、名雪和美（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）波田野隼也（mudtplot 合同会社）、花村智紀（静岡市駿河福祉事務所）、林みづ穂（仙台市総合精神保健福祉センター）、平賀正司（東京都中部総合精神保健福祉センター）、藤井宏昭（姫路市役所こども未来局）、前沢孝通（前沢病院）、前林勝弥（静岡市保健所）松岡信一郎（和歌山市保健所）、道崎真平（奈良県精神保健福祉センター）、宮前美紀（日置市役所市民福祉部）、森田南保（高知県須崎福祉保健所）、森永裕美子（岡山県立大学保健福祉学部）、門田雅宏（滋賀県立精神保健福祉センター）、山口文佳（鹿児島県始良保健所兼大口保健所）、山本 賢（埼玉県飯能市福祉部）

要旨

令和 6 年度は、令和 4 年 12 月に一部改正された精神保健福祉法の施行に伴い、精神保健福祉法第 48 条に規定されている「精神保健福祉相談員」に係る精神保健福祉法施行令第 12 条第 3 号に規定する講習会の指定基準が定められたことから、当該講習会の e-learning 動画資料作成を行った。動画は 14 時間の講義について作成した。それぞれ 20 分程度の長さで、業務の間などの時間にも視聴できるようにした。またわかりにくいところや再確認したいところを繰り返し視聴できるようにした。動画作成に先立ち、カリキュラムに基づいてシラバスを作成し、動画に盛り込まれている内容項目を確認できるようにするとともに、各自治体で視聴動画をを用いないで講習会を行いたい場合にも、内容の標準化が図られるようにした。また動画視聴の際の理解のチェックのため、自己チェックリストも作成した。e-learning 動画は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部のホームページに掲載することとした。今後はこの動画を含めた講習会の普及により、精神保健福祉相談員の養成が促進され、自治体による任用が増加して、自治体による精神保健の相談支援体制の底上げが強化されることが期待される。

A.研究の背景と目的

令和 4 年 12 月に改正精神保健福祉法が成立

し、第 46 条に「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」）の理念

の実現に向け、精神障害者等に対する包括的支援の確保が法的に明記された。また同条および第 47 条第 5 項の規定により、精神障害者のほか、「精神保健に課題を抱える人」も市町村及び都道府県による相談支援を行うことが求められることになった。

この法制化に先立ち、令和 2 年度から開催された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」にて、全国の市町村のさまざまな相談において、精神保健に関連がある相談内容を受けていること、そしてその対応に苦慮している市町村が多数であることが報告され、自治体の精神保健の重要性が改めて再確認された。また一方で、市町村の人員体制などの課題も明確化された。

令和 3 年度から開催された「地域で安心して暮らせるための精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」でも、これらの議論がさらに深められ、市町村を中心とした体制づくりとそれを都道府県がバックアップする重層的支援体制が基本的構造として確認された。このような動きが令和 4 年 12 月の改正法に盛り込まれたところである。

その一方で、専門職の配置、財源の確保、精神科医療機関との連携、保健所・精神保健福祉センターからの市町村に対するバックアップ体制の確保に課題があることが再確認された。このため、市町村には精神保健に関する相談支援を積極的に担うための具体的かつ実効的な方策が求められることとなった。これを検討するために、令和 5 年 2 月より、「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」¹⁾が開催された。本検討チームでは、精神保健福祉相談員の講習会のあり方の見直しを行うこととなり、従来の 200 時間を超えるカリキュラムから必要な項目を厳選し、22 時間にまで絞り込んだ。このカリキュラムの中で、講義部分の 14 時間について、研究班にて e-learning 動画を作成することにより、全国で行われる講習会の内容を標準化するとともに、各自治体が講義日

程を確保し、講師を選定するための負担軽減も図ることとした。

B.方法

動画の内容の詳細について研究班で検討を行った。研究協力者の岡田隆志が中心となり、全国精神保健福祉相談員会から選ばれた研究班員による作成チームを編成し、講義の担当者を決めて、動画の作成を行った。また「講義 5 精神疾患の基礎知識」については、全国精神保健福祉センター長会の地域包括ケア委員会が、精神保健福祉センターで行われている研修会資料を基にして動画の作成を行った。作成にあたっては、作成チームによる合議を行い、研究班にて確認を行いつつ、必要な修正を行った。

作成にあたっては、動画作成のために、上述の検討チームで確認されたカリキュラムを基にして、シラバスを作成した。シラバスでは、動画に含めるべき内容を項目としてリスト化した。そしてそれを基礎にしながら、動画の作成を行った。なお、シラバスは、視聴動画を用いない場合にも、それぞれの自治体間で講習内容の標準化がなされるように、講義に含めるべき項目についても記載することとした。

各講義はおよそ 20 分程度の長さとし、受講者が業務の合間などの時間に視聴しやすい長さにするように心がけた。「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」の報告書を受けて、講義の対象は、保健師等の「精神保健福祉に関する相談支援を行う自治体職員」を念頭に置いた。なお、基礎的な内容も含めて、視聴動画は保健師等の専門職以外の事務職員等にとってもわかりやすい内容となるように心がけた。なお、精神保健のリーダー的な存在の育成については、上述の検討チームでは今後の課題とされたことから、このような専門職は今回の視聴動画の対象とはしていないが、内容的にはある程度ベテランの専門職の視聴にも耐え

うるものとした。

それぞれの講義の最初にはポイントを明示し、講義の最後にはまとめを記載した。実際の相談支援のスライドでは、複数の事例を提示し、視聴していくことで、事例に対する考え方を学ぶことができるようにした。

パワーポイント資料に基づいて動画の録音を行い、最終的に岡田の所属する福井県立大学研究室によるチェックを行い、最終動画を作成した。動画は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部のホームページにアップされ、全国から動画視聴ができるようにした。

また動画視聴を行う際に理解ができているか自己チェックを行うことができるように、自己チェックリストの作成も行い、上記のホームページに掲載した。

C.結果／進捗

最終的なカリキュラムに基づいた講義のシラバスを図 1 に示す。シラバスに基づいた自己チェックリストを図 2 に示す。

このような基本骨格に基づいて作成した e-learning 動画資料は国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部のホームページにアップロードした。これらの資料一覧は図 3 のようにわかりやすく表示されている²⁾。

(https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/seminar/12_3.html)

ここでは、e-learning 動画一覧のほか、シラバス、自己チェックリスト、および資料の PDF など掲載されている。なお、内容については、紙数の問題もあるため、ここでは図 4 として、「講義 1 精神保健福祉の理念」のみ提示する。

D.考察

以前の精神保健福祉相談員講習会は「精神衛生法施行令第 6 条第 3 号に規定する講習会の指定基準等について」（昭和 41 年 2 月 4 日

衛発第 54 号公衆衛生局長通知）に基本的に依拠したものであり、その後 50 年以上にわたり基本的には改正がなされていなかった。現状として、精神保健福祉相談員の新たな講習会はほとんどなされなくなっている実態もあった。また、令和 6 年 2 月から 3 月にかけて研究班で行った全国の市区町村への調査³⁾でも、200 時間を超える講習会のカリキュラムを編成することも、講習に参加することも非常に難しいとの意見も多数の市町村から出された。こうしたことを踏まえて今回全面的なカリキュラムの見直しを行うとともに、e-learning 動画作成を行うことにしたことは、画期的なことであったと考えられる。

全国の市区町村や保健所、そして精神保健福祉センターは業務が多忙となっており、まとまった研修時間を確保することは容易ではない。この点では、それぞれ 20 分程度で視聴でき、なおかつ、必要に応じて何度も見直すことができる動画を提供できたことで、今後の精神保健福祉相談員養成に向けて弾みをつけることができるものと期待される。また、本視聴動画は専門職に限らず、広く自治体職員のほか、精神保健に関係する幅広い関係者の参考になりうる資料としても貴重である。今後の自治体における精神保健の底上げに資することが期待されるとともに、今後の「にも包括」の構築に向けた保健医療福祉の関係者の共通理解を提供する基礎資料となることも期待されることである。

今後の課題としては、まずは本動画資料の内容についての評価フィードバックを得ることが必要となる。必要に応じた修正あるいは追加動画の作成なども今後考える必要があるかもしれない。

また、講義以外の演習については、各自治体にゆだねられている。その運営方法、特に事例検討のファシリテートなども標準化が求められる領域である。この点の検討も今後の課題である。

さらには、本動画資料がどの程度活用され

るか、また本動画資料を用いた精神保健福祉相談員講習会がどの程度開催されるか、参加した職員が何人ぐらいになるのか、またそれによって養成された専門職がどの程度精神保健福祉相談員として任用されるかなど、資料の活用状況と精神保健福祉相談員の養成・任用の実態についても今後把握していく必要がある。そしてその要因が何かについても把握する必要がある。また精神保健福祉相談員任用の重要性については自治体による理解のばらつきが推測されるため、全国の自治体への働きかけなどについても今後の検討課題となるかもしれない。いずれにしても、今回の動画作成は、あくまでも「にも包括」構築のために、市町村や都道府県の精神保健福祉相談に関わる職員の幅広い資質向上が目的であり、それにより、「にも包括」構築の推進が目指されているところである。こうした目的に本講習会がどれくらい寄与しているのかは検証の必要があるだろう。

もちろん、本講習会のみでは「にも包括」構築推進には限界がある。「にも包括」全体像を考えながら、諸施策の関連性を持たせながら、今後の施策立案を行うことが不可欠であると言える。このような「にも包括」の企画立案や運営を行うためには、自治体における精神保健のリーダー的な専門職の育成と配置が欠かせない。この点については、令和5年の検討チームでは今後の検討課題とされた重要課題である。

さらには、改正法にて努力義務とされた、都道府県による市町村支援に関しては、現在の都道府県の体制でどれくらい可能なのか、今後の体制整備のためにはどのような対処が必要なのかについても検討がなされていない。これらの残された課題についても今後早い時期に検討することが必要である。

E.健康危険情報

特になし。

F.研究発表

- 1.論文発表
特になし。
- 2.学会発表
特になし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

- 1.特許取得
特になし。
- 2.実用新案登録
特になし。
- 3.その他
特になし。

文献

- 1) 厚生労働省 精神・障害保健課 「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム 報告書」
令和5年9月
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_000005.html よりアクセス可能
- 2) 精神保健福祉相談員講習会
https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/seminar/12_3.html よりアクセス可能
- 3) 自治体における包括的ケアの推進に関する研究（研究分担者：野口正行）. 令和5年度厚生労働行政推進調査事業補助金（障害者政策総合研究事業）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究（研究代表者 藤井千代） 令和5年度総括・分担研究報告書.
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202317044A-buntan1.pdf よりアクセス可能

図 1

【科目】	1 精神保健福祉の理念	時間数 1
【目的】 (大項目) (中項目)	精神保健福祉相談員に必要な価値や倫理を理解する 精神保健福祉の理念を理解する	
【内容】	①精神保健福祉の基本的枠組み及び視点 ②精神障害者の人権及び権利擁護 ③国連障害者権利条約	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 精神障害者の人権及び権利擁護、福祉に関する理念や考え方について、医学モデルとは異なる理念の重要性を含めて理解する	「精神保健福祉の基盤となる考え方」 ➤ 地域共生社会の実現と精神保健福祉行政 ・ 地域共生社会 ➤ 精神保健福祉に関する基本的な考え方 ・ 精神保健及び精神障害者福祉 ・ ICF ・ ノーマライゼーション ・ ソーシャルインクルージョン ・ 生活モデル (視聴動画:科目1講義1)	
	「精神障害者の権利擁護と自治体政策の基本的枠組み」 ➤ 精神障害者の人権と権利擁護 ・ 精神障害者の人権に関する日本及び世界の動き ・ 権利擁護の範囲と内容 ➤ 自治体における精神保健医療福祉政策の基本的枠組み ・ 「精神保健医療福祉施策の改革ビジョン」の政策理念、施策の方向性 ・ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の政策理念と施策の方向性 (視聴動画:科目1講義 2)	
	「精神保健福祉相談に求められる専門的視点」 ➤ 相談支援の目標 ・ リカバリー ➤ 相談支援で心がける姿勢 ・ エンパワメント・アプローチ ➤ 相談支援で心がける視点 ・ 本人中心 ・ ストレngthス ・ パートナースhip ・ 権利擁護 ・ 多層的な視点 (視聴動画:科目1講義3)	

1

【科目】	2 精神保健医療福祉の現状及び課題	時間数 1
【目的】 (大項目) (中項目)	精神保健福祉相談員に必要な価値や倫理を理解する 精神保健医療福祉の現状及び課題を理解する	
【内容】	①精神科医療の動向 ②精神保健福祉施策の動向	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 精神科医療及び精神保健福祉に関連する課題等を含む動向を理解する ◆ 国及び自治体における精神保健医療福祉施策を理解する	「精神保健医療福祉施策の動向」 ・精神保健福祉法 ・精神保健医療福祉の改革ビジョン ・障害者制度改革 ・良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針 ・精神障害にも対応した地域包括システムの構築 (視聴動画:科目2講義1)	
	「精神科医療の現状と精神保健医療福祉の課題」 ➤ 精神科医療受療者の概況 ・精神科入院患者数の推移及び特徴 ・精神科通院患者数の推移及び特徴 ➤ 我が国の精神保健医療福祉の課題 ・精神疾患・障害に対する偏見・差別の解消 ・障害者の尊厳や権利に関する意識の向上 ・本人が望む精神科医療の提供の実現 ・地域生活に必要なサービスの整備、アクセスの向上 (視聴動画:科目2講義2)	
	「『にも包括』構築に向けた自治体の役割」 ➤ 課題解決に向けて取り組む「にも包括」 ・精神障害にも対応した地域包括システムの構築 ➤ 市町村及び都道府県における業務 ・良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針 ・保健所及び市町村精神保健福祉業務運営要領 ・精神保健福祉センター運営要領 ➤ 各行政機関が目指す役割 ・市町村の役割 ・保健所の役割 ・都道府県、精神保健福祉センターの役割 (視聴動画:科目2講義3)	

1

【科目】	3 精神保健医療福祉に関する法律	時間数 1
【目的】 (大項目) (中項目)	精神保健福祉相談員に必要な価値や倫理を理解する 精神保健医療福祉に関する法律及び自治体の役割を理解する	
【内容】	関係法令及び自治体の役割	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 精神保健福祉法、障害者基本法、地域保健法、社会福祉法、医療観察法等の関係法令に基づいた自治体の役割を理解する	「精神保健福祉法の概要」 □ 精神保健福祉法を学ぶ意義 □ 精神保健福祉法の目的 ・ 障害者基本法及び障害者総合支援法との関連 ・ 精神保健福祉法の対象と国・地方公共団体の責務 □ 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針 □ 精神保健福祉法の構成 ・ 各章の概要 □ 保健及び福祉 ・ 精神障害者保健福祉手帳 ・ 相談及び援助 ・ 精神保健福祉相談員 (視聴動画:科目3講義1)	
	「精神保健福祉法の入院制度と人権擁護」 □ 精神保健福祉法による入院制度 ・ 精神保健指定医 ・ 入院形態 ・ 精神科救急医療体制 □ 人権擁護に関連した規定 ・ 精神医療審査会 ・ 医療保護入院者退院支援委員会 ・ 入院者訪問支援事業 ・ 精神科病院における虐待防止 (視聴動画:科目3講義2)	
	「地域保健活動に必要な精神保健医療福祉に関する法律や制度」 □ 地域保健法との関連 ・ 地域保健の推進に関する基本的な指針 □ 社会福祉法との関連 ・ 重層的支援体制整備事業 □ 医療観察法との関連 ・ 医療観察法の目的と手続きの流れ □ 障害者総合支援法との関連 ・ 障害福祉サービス等 □ 精神保健／相談支援と関連する様々な法制度 (視聴動画:科目3講義3)	

図1

【科目】	4 精神保健福祉相談員の役割	時間数 2
【目的】 (大項目) (中項目)	地域精神保健福祉活動に必要な知識を習得する 精神保健福祉相談員の役割を理解する	
【内容】	①自治体における精神保健福祉業務 ②精神保健福祉相談員の役割及び意義 ③ライフステージ別の課題 ④支援提供における留意点	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 自治体が担う精神保健福祉に関する業務を理解する ◆ 精神保健福祉相談員の役割を理解する ◆ 各ライフステージで生じる身体的・精神的・経済的な課題等を理解する ◆ 支援が必要な人や、支援する際配慮が必要な人について、支援提供における留意点等を理解する	「総論」 ➤ 自治体における精神保健福祉業務 ・地域共生社会の実現に向けた精神保健福祉業務への取り組み ➤ 地域包括ケアシステムにおける精神保健福祉相談員の役割 (視聴動画:科目4講義1)	
	「市町村における精神保健業務の実践」 ➤ メンタルヘルスに関する普及啓発 ・心のサポーター養成 ・精神保健教育 ➤ ライフステージにおけるメンタルヘルス課題と精神保健相談 ・多面的な見立ての視点(事例性・即応性・疾病性・緊急性) ・精神保健相談における精神保健福祉相談員の役割 (視聴動画:科目4講義2—1、2—2)	
	「市町村における精神障害者福祉業務の実践」 ➤ 市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援 ・就労支援、生活支援、居住支援、権利擁護 ➤ 市町村圏域における地域包括ケアシステムの統合化 ・協議会(自立支援協議会) ・重層的支援体制整備事業 (視聴動画:科目4講義3)	
	「都道府県における精神保健福祉業務の実践」 ➤ 適切な医療の確保に向けた精神医療との連携 ・都道府県本庁、精神保健福祉センター、保健所の役割 ・都道府県と医療機関、市町村との連携 ➤ 市町村支援、人材育成による体制整備 ・市町村支援、人材育成 (視聴動画:科目4講義4)	
	「個別支援の実践」 ➤ 事例をもとにした実践の紹介 ・早期の相談支援、医療調整 ・訪問支援、危機介入 ・地域移行、地域定着支援 (視聴動画:科目4講義5)	
	「地域包括ケアシステムの構築にむけて」 ➤ 個別支援の課題から地域の課題の抽出 ➤ 協議の場の活用 (視聴動画:科目4講義6)	

1

【科目】	5 精神疾患の基礎知識	時間数 2
【目的】 (大項目) (中項目)	地域精神保健福祉活動に必要な知識を習得する 精神疾患の基礎知識を習得する	
【内容】	①主な疾患の概要及び治療法等 ②精神障害リハビリテーション	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 主な精神疾患の診断名、原因、症状、治療法等を理解する ◆ 精神障害リハビリテーションの導入から経過、その効果について理解する	「精神疾患の概要」「精神疾患総論」 ➤ 精神疾患の疫学 ・ 外来患者数、入院患者数、平均在院日数 ➤ 発病や経過に影響する要因 ・ 心因性(心的外傷後ストレス障害等) ・ 内因性(統合失調症、双極性障害) ・ 発達障害(自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症等) ・ 器質性(脳炎、パーキンソン病等) ・ 物質誘発性(精神作用物質、その他の薬剤等) ・ 身体疾患による(内科疾患等) ➤ 複数のタイプにまたがるメンタルヘルスの問題 (視聴動画:科目5講義1)	
	「統合失調症」、「気分障害」、「発達障害」、「依存症」、「不安を特徴とする精神疾患群」 ➤ 疫学 ➤ 症状 ➤ 診断 ➤ 治療 ➤ 経過・予後 (視聴動画:科目5講義 2-1～2-5)	
	「精神科医療機関の役割」 ➤ 精神科医療機関の種類 ・ 単科精神科病院、総合病院精神科、精神科診療所 ➤ 精神科医療機関の機能(診断、治療) ➤ 入院が必要な時の判断 ➤ 精神障害者の入院形態 ・ 任意入院、医療保護入院、応急入院、措置入院、緊急措置入院 ➤ 精神科医療機関と自治体等との連携 (視聴動画:科目5講義 3)	

1

【科目】	6 精神保健福祉の相談支援	時間数 4
【目的】 (大項目) (中項目)	地域精神保健福祉活動に必要な知識を習得する 精神保健福祉の相談支援を理解する	
【内容】	①相談支援の目的及び方法 ②相談支援のプロセス ③多職種連携及び多機関連携 ④当事者及び家族との協働	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 相談支援の目的及び当事者主体の重要性について理解する ◆ 当事者及び家族等と協働しながら相談支援を行うことの意義を理解する ◆ 必要な支援につながりにくい対象を含め当事者及び家族等への支援方法を理解する ◆ 事例をもとに、当事者の意思を尊重しながら相談支援を行う際に必要な知識や技術を理解する ◆ 事例をもとに、精神保健に関する複合的な課題を抱える住民の相談支援に対応できるよう、多職種連携及び多機関連携における相談支援に必要な技術を理解する	「精神保健福祉法での相談に係る条文の確認」 ➢ 精神保健福祉法 ➢ 障害者総合支援法 ➢ 保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領 (視聴動画:科目6講義1)	
	「相談支援の基本」 ➢ 行政相談の原則と特徴 ・行政相談の原則 ・精神保健福祉相談の特徴 ➢ 保健活動として行う相談 ・保健師活動における健康相談 ➢ 相談実践に必要な基本的な心構え ・全住民を対象とする、相談者への心的状況への配慮、家族支援 (視聴動画:科目6講義2)	
	「相談形態の違いと特徴」 ➢ 相談支援の技術 ・傾聴、受容、共感 ➢ 相談支援の形態と特徴 ・来所による相談 ・訪問による相談 ・電話による相談 ・メールによる相談 (視聴動画:科目6講義3-1、3-2)	
	「相談支援のプロセス」 ➢ 精神保健福祉の相談支援に求められる機能 ・都道府県(保健所)、市町村の役割と機能 ➢ 相談支援におけるアセスメントのポイント ・相談内容に応じた相談の進め方(事例) (視聴動画:科目6講義4、5-1、5-2)	

1

	「多職種・多機関連携」 ➤ 連携の目的と必要性 ➤ 連携を円滑にすすめるためのコツ ・自治体における連携の困難さ ・連携の進め方 ・相談支援における多職種・多機関連携(事例) (視聴動画:科目6講義6-1~6-3) 「当事者及び家族との協働」 ➤ 当事者・家族等との関係性の構築 ・精神障害者及びその家族が経験する差別や偏見 ・当事者、家族の意思を尊重した相談支援 ➤ ピアサポーター・家族等との協働 ・当事者及び家族等の団体の育成、支援 ・当事者及び家族等の団体との協働(事例) (視聴動画:科目6講義7-1~7-3)
--	---

図 1

【科目】	7 精神保健医療福祉に関する制度とサービス	時間数 3
【目的】 (大項目) (中項目)	地域精神保健福祉活動に必要な知識を習得する 精神保健医療福祉に関する制度及びサービスを理解する	
【内容】	①各制度の概要及びサービスの機能 ②各関係機関及び専門職の役割と機能	
【到達目標】(小項目)	【主な講義構成】	
◆ 各制度の概要やサービスの機能及び活用方法を理解する ◆ さまざまな関係機関及び専門職の役割を理解する	「関係機関との連携及び協働の必要性」 ➤ 連携および協働の考え方 ➤ 制度やサービスを活用する意義 (視聴動画:科目7講義1)	
	「精神保健医療福祉に係る行政機関」 ・ 市町村、保健所、精神保健福祉センター、都道府県・政令市 主管課の機能と役割 ・ 自治体による重層的な支援体制 (視聴動画:科目7講義2)	
	「精神保健医療に係る医療機関」 ➤ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割 ・ 包括的支援マネジメント ➤ 多様な課題を支える多職種・多機関による支援 ・ 直接支援、アウトリーチ支援、往診・訪問診療 ・ 精神科デイ・ケア、精神科訪問看護 ・ 精神科救急医療体制、退院後生活環境相談員 ➤ 措置入院者の退院後支援 ・ 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 (視聴動画:科目7講義3-1、3-2)	
	「相談支援及び障害福祉に係る関係機関」 ➤ 障害者総合支援法におけるサービス ・ 自立支援給付(障害福祉サービス、相談支援) ・ 地域生活支援事業 ➤ 障害者総合支援法における各職種による支援 ・ 相談支援専門員、サービス管理責任者等 ➤ 急性期症状における相談支援の実際(事例) (視聴動画:科目7講義4-1、4-2)	
	「母子保健、児童福祉及び高齢者福祉に係る関係機関」 ➤ 母子保健・児童福祉に係る関係機関 ・ 保健センター、地域子育て支援拠点 ・ こども家庭センター、児童相談所 ➤ 高齢者福祉に係る関係機関 ・ 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所 ➤ 母子保健・児童福祉・高齢者福祉に関連する多機関連携による支援の実際(事例) (視聴動画:科目7講義5-1、5-2)	

図1

	「その他支援機関等」 ➤ 生活保護制度・生活困窮者自立支援制度に係る関係機関 ・ 生活保護制度、福祉事務所 ・ 生活困窮者自立支援制度、相談支援員等 ➤ インフォーマル組織 ・ 自助グループ等 ➤ 8050世帯など世帯全体を支える関係機関による支援の実際(事例) (視聴動画:科目7講義6-1、6-2)
--	---

精神保健福祉相談員講習会 視聴動画(科目1～7) チェックリスト

講習会の修了後、各科目の到達目標の達成度を評価できるよう、チェックリストをご活用ください。

	科目	講義	【チェック項目】	視聴日
価値・倫理	【精神保健福祉の理念】			
	1	1	☐ 精神保健福祉に関する理念や基盤とする考え方について説明できる。	(/)
		2	☐ 精神障害者の人権と権利擁護について説明できる。 ☐ 自治体における精神保健福祉政策の基本的枠組みを理解している。	(/)
		3	☐ 精神保健福祉相談に求められる視点を理解している。	(/)
	【精神保健医療福祉の現状及び課題】			
	2	1	☐ 精神科医療及び精神保健福祉に関連する政策の動向を理解している。	(/)
		2	☐ 精神科医療の現状を理解している。 ☐ 近年の精神保健医療福祉の課題を理解している。	(/)
		3	☐ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向けた自治体の業務と役割を理解している。	(/)
	【精神保健医療福祉に関する法律】			
	3	1	☐ 精神保健福祉法の目的と構成を理解している。 ☐ 相談及び援助における自治体の役割に関する規定を理解している。	(/)
2		☐ 精神保健福祉法に基づく入院制度を理解している。 ☐ 精神障害者の人権擁護に関する規定や制度を理解している。	(/)	
3		☐ 地域保健活動に必要な精神保健医療福祉に関連する法律や制度を理解している。	(/)	
知識・技術	【精神保健福祉相談員の役割】			
	4	1	☐ 地域共生社会の実現に向けた精神保健福祉業務への取り組みを理解している。 ☐ 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」における精神保健福祉相談員の役割を理解している。	(/)
		2-1 2-2	☐ 市町村におけるメンタルヘルスに関する普及啓発や精神保健教育の取り組みについての実践方法を理解している。 ☐ 各ライフステージで生じる身体的・精神的・経済的な課題等を理解している。 ☐ メンタルヘルスに課題のある者やその家族等からの相談支援の際に必要な見立ての視点を理解している。	(/)
		3	☐ 精神障害者福祉業務における様々な地域資源(就労・生活支援・居住等)の把握、活用の取り組みを理解している。 ☐ 市町村圏域における地域包括ケアシステムの統合に向けた取り組みの必要性について説明できる。	(/)
		4	☐ 精神科医療との連携に必要な都道府県の業務及び役割を理解している。 ☐ 市町村支援及び人材育成に関する実践方法を理解している。	(/)
		5	☐ 精神保健福祉に関する相談支援及び訪問支援等における精神保健福祉相談員の見立ての視点や留意点を理解している。 ☐ 精神保健医療福祉に関連する領域の支援機関と連携体制を構築する必要性について説明できる。	(/)
		6	☐ 個別の相談支援を起点とした地域課題の抽出までの一連の考え方について説明できる。 ☐ 協議の場を活用した市町村と都道府県等による重層的な支援体制構築の取り組み方を理解している。	(/)

【精神疾患の基礎知識】				
5	1	☐ 主な精神疾患の診断名、原因、症状、治療法等を理解している。 ☐ 精神疾患の治療およびリハビリテーションにおける包括的視点の重要性を理解している。	(/)	
	2-1	☐ 統合失調症の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。	(/)	
	2-2	☐ 気分障害の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。		
	2-3	☐ 発達障害の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。		
	2-4	☐ 依存症の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。		
	2-5	☐ 不安を特徴とする精神疾患群の疫学、症状、診断、治療、経過を理解している。		
3	☐ 精神科医療機関の種類や役割を理解している。 ☐ 精神障害者の入院形態について説明できる。	(/)		
【精神保健福祉の相談支援】				
6	1	☐ 自治体が行う相談支援の目的を理解している。 ☐ 自治体が行う相談支援の根拠法令や条文を理解している。	(/)	
	2	☐ 自治体が行う相談の原則について説明できる。 ☐ 相談支援の基本となる当事者主体の重要性について説明できる。	(/)	
	3-1	☐ 信頼関係を構築するための相談支援の技術を理解している。	(/)	
	3-2	☐ 面接、電話等の相談支援の形態ごとの利点や留意点について説明できる。		
	4	☐ 自治体に求められる精神保健福祉に関する相談支援の機能を理解している。 ☐ 相談支援におけるアセスメントのポイントについて説明できる。	(/)	
	5-1	☐ 事例をもとに、必要な支援につながりにくい当事者及び家族へのアプローチ方法を含む相談支援のプロセスを理解している。	(/)	
	5-2			
	6-1	☐ 複合的な課題を抱える住民の相談支援における多職種・多機関連携の必要性について説明できる。 ☐ 多職種・多機関連携における精神保健福祉相談員の役割を理解している	(/)	
	6-2			
	6-3			
	7-1	☐ 当事者及び家族等と協働するためには関係性の構築が重要であることを理解している。 ☐ ピアサポートの概念を理解したうえで、ピアサポーター等との協働のポイントについて説明できる。 ☐ 当事者の意思を尊重しながら行う相談支援及び当事者等との協働に必要な視点を理解している。	(/)	
	7-2			
	7-3			
【精神保健医療福祉に関する制度とサービス】				
7	1	☐ 関係機関との連携及び協働の必要性について説明できる。	(/)	
	2	☐ 精神保健医療福祉に係る行政機関の役割及び機能を理解している	(/)	
	3-1	☐ 精神保健医療福祉に係る各制度の概要やサービスの機能と専門職の役割を理解している。 ☐ 事例をもとに、精神保健医療の制度やサービスの活用方法を理解している。	(/)	
	3-2			
	4-1	☐ 障害者総合支援法における関係機関や職種の役割と連携について理解している。 ☐ 急性期症状を呈する者を支援するために必要な関係機関との連携のポイントを理解している。	(/)	
	4-2			
	5-1	☐ 母子保健、児童福祉及び高齢者福祉に係る課題に対応した関係機関の役割を理解している。 ☐ 母子保健の支援事例をもとに、様々な世代を支える関係機関との連携のポイントを理解している。	(/)	
	5-2			
6-1	☐ 生活保護制度と生活困窮者自立支援制度の概要と職種の役割を理解している。 ☐ 8050世帯への支援事例をもとに、世帯全体を支える関係機関との連携のポイントを理解している。	(/)		
6-2				
受講 (年度)		受講者氏名 []	所属長確認 []	



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・法制度研究部

・ [概要](#) [研究](#) [業績](#) [研修](#) [効果的な実践](#) [ツール集](#) [スタッフ](#) [連絡先](#) [リンク](#)

・ [» 研修](#) » 精神保健福祉相談員講習会

精神保健福祉相談員講習会

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第十二条第三号に規定する講習です

ガイダンス

ガイダンス
はじめにご覧ください

e-learning 教材（動画）

精神保健福祉相談員講習会 e-learning 教材（動画）

YouTubeから動画を視聴できます

講義資料・シラバス

精神保健福祉相談員講習会 講義資料・シラバス

e-learning（動画）資料をPDFでダウンロードできます

演習資料

精神保健福祉相談員講習会 演習資料

演習を実施する際に活用いただける資料です
（準備中）

資料作成：令和6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）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者：国立精神・神経医療研究センター 藤井千代）分担研究「自治体における包括的ケアの推進に関する研究」（研究分担者：岡山県精神保健福祉センター 野口正行）

作成協力：全国精神保健福祉相談員会、全国精神保健福祉センター長会



精神保健福祉相談員講習会 e-learning教材(動画)

動画を視聴する際は、画質の解像度を高くして視聴してください。「設定」画面で変更ができます(720p以上推奨)

科目1：精神保健福祉の理念

1-1)	講義1 精神保健福祉の基盤となる考え方	■
1-2)	講義2 精神障害者の権利擁護と自治体政策の基本的枠組み	■
1-3)	講義3 精神保健福祉相談に求められる専門的視点	■

科目2：精神保健医療福祉の現状及び課題

2-1)	講義1 精神保健福祉医療施策の動向	■
2-2)	講義2 精神科医療の現状と精神保健医療福祉の課題	■
2-3)	講義3 「にも包括」構築に向けた自治体の役割	■

科目3：精神保健医療福祉に関する法律

3-1)	講義1 精神保健福祉法の概要	■
3-2)	講義2 精神保健福祉法の入院制度と人権擁護	■
3-3)	講義3 地域保健活動に必要な精神保健医療福祉に関する法律や制度	■

科目4：精神保健福祉相談員の役割

4-1)	講義1 総論	■
4-2-1)	講義2-1 市町村における精神保健業務の実践 1) メンタルヘルスに関する啓発、精神保健教育の取り組み	■
4-2-2)	講義2-2 市町村における精神保健業務の実践 2) ライフステージと精神保健相談	■
4-3)	講義3 市町村における精神障害者福祉業務の実践	■
4-4)	講義4 都道府県における精神保健福祉業務の実践	■
4-5)	講義5 個別支援の実践	■

科目6：精神保健福祉の相談支援

5-1)	講義1 精神疾患総論	■
5-2-1)	講義2-1 統合失調症	■
5-2-2)	講義2-2 気分障害	■
5-2-3)	講義2-3 発達障害	■
5-2-4)	講義2-4 依存症	■
5-2-5)	講義2-5 不安を特徴とする精神疾患群	■
5-3)	講義3 精神科医療機関の役割	■

科目6：精神保健福祉の相談支援

6-1)	講義1 精神保健福祉法での相談に係る条文の確認	■
6-2)	講義2 相談支援の基本	■
6-3-1)	講義3-1 相談形態の違いと特徴	■
6-3-2)	講義3-2 相談形態の違いと特徴	■
6-4)	講義4 相談支援のプロセス	■
6-5-1)	講義5-1 相談内容に応じた相談の進め方～医療相談編～	■
6-5-2)	講義5-2 相談内容に応じた相談の進め方～福祉相談編～	■
6-6-1)	講義6 多職種・多機関連携	■
6-6-2)	講義6-2 連携を円滑にすすめるためのコツ	■
6-6-3)	講義6-3 多職種・多機関の連携事例	■
6-7-1)	講義7 当事者及び家族との協働	■
6-7-2)	講義7-2 ピアサポーター等との協働	■
6-7-3)	講義7-3 当事者及び家族等との協働事例	■

科目7：精神保健医療福祉に関する制度及びサービス

7-1)	講義1 関係機関との連携及び協働の必要性	■
7-2)	講義2 精神保健医療福祉に係る行政機関	■
24		
7-3-1)	講義3-1 精神保健医療に係る医療機関	■

7-3-2)	講義3-2	措置入院者の退院後支援(事例)	■
7-4-1)	講義4-1	相談支援及び障害福祉に係る関係機関	■
7-4-2)	講義4-2	急性期症状における相談支援(事例)	■
7-5-1)	講義5-1	母子保健、児童福祉及び高齢者福祉に係る関係機関	■
7-5-2)	講義5-2	母子に対する多機関連携支援(事例)	■
7-6-1)	講義6-1	その他支援機関等	■
7-6-2)	講義6-2	8050世帯に対する多機関連携　まとめ	■

資料作成：令和6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）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者：国立精神・神経医療研究センター 藤井千代）分担研究「自治体における包括的ケアの推進に関する研究」（研究分担者：岡山県精神保健福祉センター 野口正行）

作成協力：全国精神保健福祉相談員会、全国精神保健福祉センター長会

図4 精神保健福祉相談員養成講習の動画例（全国精神保健福祉相談員会作成協力）

科目 1

精神保健福祉の理念

講義 1

精神保健福祉の基盤となる考え方

1

1

図 4

到達目標

- 精神障害者の人権及び権利擁護、福祉に関する理念や考え方について、医学モデルとは異なる理念の重要性を含めて理解する

2

2

図 4

全ての講義で用いる法律等の略称

略称	正式名称
精神保健福祉法	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律
障害者総合支援法	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律
医療観察法	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
障害者雇用促進法	障害者の雇用の促進等に関する法律
障害者虐待防止法	障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律
障害者差別解消法	障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律
障害者権利条約	障害者の権利に関する条約

3

3

図 4

1) 地域共生社会の実現と 精神保健福祉行政

4

4

図 4

精神保健福祉は 「精神保健」＋「精神障害者福祉」の融合

精神保健福祉法 第1条（目的）

障害者基本法の基本的な理念にのっとり、
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い、
障害者総合支援法と相まってその社会復帰の促進及びその自立
と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、
並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進
に努めることによって、**精神障害者の福祉の増進及び国民の
精神保健の向上を図ることを目的とする。**

5

5

図 4

行政機関の役割

- 福祉サービス供給組織が多様化するなかで、その供給組織では対応できない住民の多様な福祉課題に対して、**対人サービス**を行っていくこと。
- 住民の生活実態と福祉課題の把握、計画・政策の立案、管理運営、団体・サービス供給組織・機関に対する関係調整やネットワーク化を図ること（**アドミニストレーション機能**）である。

出典：岡部卓「行政機関の役割と機能」『エンサイクロペディア社会福祉学』中央法規,2007. を改変

6

6

図 4



障害がある、ないにかかわらず、
 女の人も男の人も、お年寄りも若い人も、すべての人が
 お互いの人権（**私たちが幸福に暮らしていくための権利**）や
 尊厳（**その人の人格を尊いものと認めて敬うこと**）を大切にし、
 支え合い、誰もが生き生きとした人生を送ることができる社会、
 これを「**共生社会**」といいます。
 この「共生社会」をともにつくっていかねばなりません。
 社会には、さまざまな状況や状態にあつたりする人々がいます。
 「共生社会」は、**さまざまな人々が、すべて分け隔てのなく暮ら
 していくことのできる社会**です。

地域の課題を解決するために、住民を含め多様な人たちが
 支え合い、地域をともに創っていく「**地域共生社会**」へ

出典：首相官邸『政策会議 「心のバリアフリー」に向けた汎用性のある研修プログラム』, 2020 を一部改変

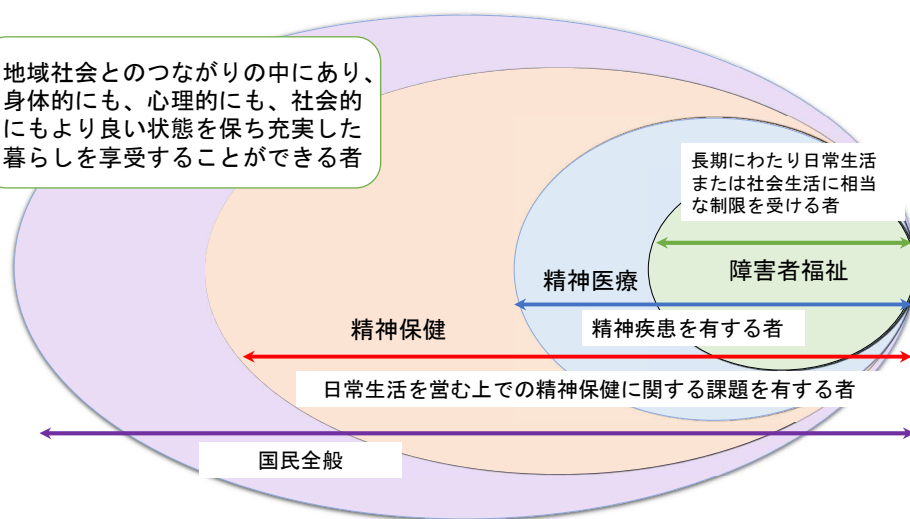
7

7

図 4

精神保健医療福祉領域での支援範囲

地域社会とのつながりの中にあり、
 身体的にも、心理的にも、社会的
 にもより良い状態を保ち充実した
 暮らしを楽しむことができる者



8

8

図 4

精神保健福祉行政が目指すこ

と

地域共生社会
の実現

精神保健福祉の
基盤となる考え方



すべての人々が地域でともに暮らし、**誰一人**取り残されない社会の
「**誰一人**」の中に、**精神障害者や日常生活を営む上での精神保健に
関する課題を有する者が含まれている社会の実現**

9

9

図 4

2) 精神保健福祉に関する 基本的な考え方

10

10

図 4

精神保健の課題（＝メンタルヘルス課題） を有する者の一例

長らく自宅に引きこも
って外出ができず、
どうしていいのかも
わからないでいる

虐待や暴力の被害を
受けてしまっている、
加害してしまうほど気持
ちが追い詰められている



死んでしまいたいと
思うほど経済的・社会
的に困窮している

子育てあるいは介護で
誰からの協力も得られ
ず心身ともに疲れ切っ
ている

11

11

図 4

メンタルヘルス課題とは



メンタルヘルス不調・・・精神的健康が損なわれている状態



生活のしづらさ・・・生活するうえでの困難さ、生きづらさ



支援や制度が行き届かず、取りこぼされてしまう



【ウェルビーイング】

精神疾患の有無にかかわらず、地域社会とのつながりの中
にあり、身体的にも、心理的にも、社会的にもより良い状
態を保ち充実した暮らしを享受することができる

12

12

図 4

社会から排除・孤立させられやすい精神障害者

精神疾患・精神障害の特徴

- 精神疾患は、脳の機能障害等により感情や行動に影響が表れる治療や療養が比較的長期間に及ぶ
- 精神疾患の影響による判断能力の低下などから、日常生活や社会参加に困難をきたしやすい
- 本人にも周囲にもみえにくく、一目では生きづらさがわかりにくい
- 人間関係など周りの環境の変化に対応することが困難

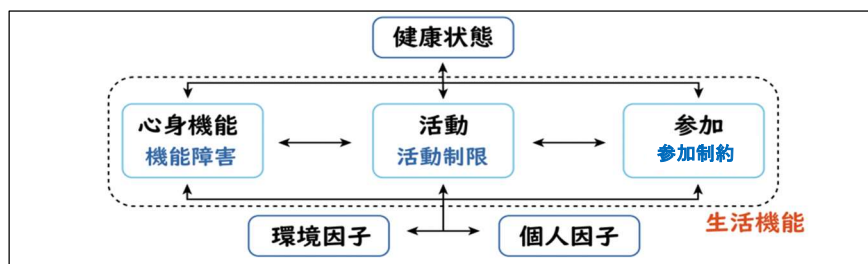
あらゆる生活のしづらさの原因が精神疾患の影響と解釈されてしまう

13

13

図 4

障害は精神疾患だけによって生じるものではない



(ICF：生活機能と障害の国際分類)

心身機能 身長・体重、健康状態等に伴う認知機能、身体機能の状況

活動 日常的な生活動作（ADL・IADL）

参加 地域とのかかわり、人生の楽しみや社会での存在を実感する機会

環境因子 家族等の人間関係、住まいや仕事などの生活状況、利用可能な制度・サービス

個人因子 個人の年齢や性格、体力、ライフスタイル、経験

14

14

図 4

精神障害者が置かれてきた歴史的背景

年	背景
1900年～	自宅内で行動を制限する「私宅監置」が法律で認められていた。
1950年～	治療と保護の対象として入院治療が優先されるようになった。
1960年～	精神障害者が地域で米大使を刺傷させた事件（ライシャワー事件）、が発生し、社会が危険な存在と認識。 * 精神衛生相談員制度、通院医療費公費負担制度が創設された * 精神科特例制度により、精神科病床が増大した * 偏見・差別により、地域の監視体制が強化され地域から切り離された

15

15

図 4

精神障害者が置かれてきた歴史的背景

年	歴史的背景
1970年～	精神科病院での暴行事件をはじめとする人権侵害事件が発覚。 * 人権擁護を求める声が高まり、法整備が始められる。
1990年～	障害者の範囲に精神障害者が含まれる。 身近な保健サービスが市町村に。 * 精神障害者のための手帳制度や社会復帰制度が創設
2000年～	小学校での無差別殺傷事件が報道され、精神障害者への誤解や偏見、社会からの厳しい見方が強まる。 住まいの場の確保など地域の受け入れ条件が整えば退院可能な者約7万人の解消などを図るべく、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化が進められる。 * 「入院医療中心から地域生活中心へ」が政策理念に。

16

16

図 4

- 精神疾患・精神障害の無理解から、人々からの差別や偏見に苦しんできた
- 入院医療の充実を図ることが政策として主に取り組まれてきた
- 地域の支援制度の整備が遅れ、当事者の生活を社会全体で支えるべきところも家族が中心となって支え続けてきた



あたりまえのように地域で暮らすことを社会によって制限されてしまっていた。

17

17

図 4

ノーマライゼーション

障害がある人々を「ノーマルな人にする」のではなく、
社会がその障害を受容して、障害の有無に左右されない
「ノーマルな生活環境にする」こと



ソーシャルインクルージョン

社会的に弱い立場にある人々を含め、誰一人取り残さず、
すべての人が地域社会に参加し、共に生きていくこと



地域共生社会の実現

18

18

図 4

地域精神保健福祉活動の基本方針

地域生活支援を念頭に置く

「入院での医療」中心から、「**地域での生活支援**」中心へ

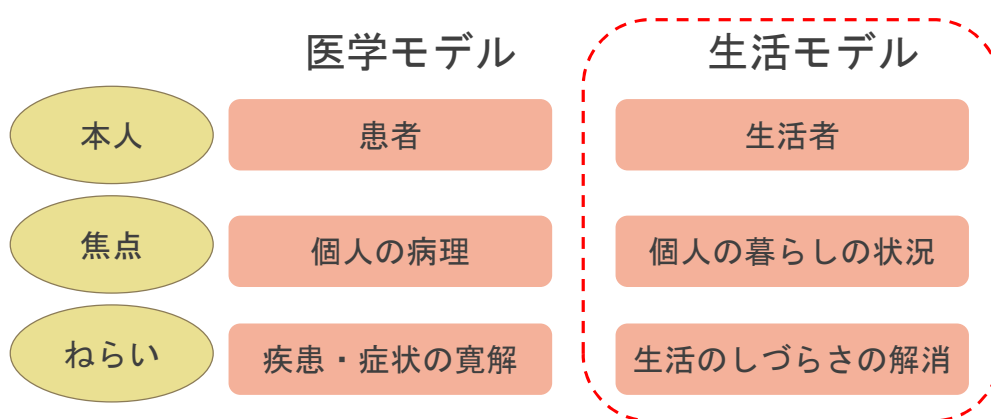
精神疾患や障害が重いと考えられる人も含め、その人が暮らす拠点は
住み慣れた地域であると、支援者とともに住民が認識できることを目指す

19

19

図 4

個別支援における2つの捉え方



生活の質の向上により、その人らしい暮らしが営めることを共通
の目標として、相互のモデルは補完し合っていくものである。

* 社会モデルは、障害者等が平等に参加できるように社会的な障壁を除去するなど、社会の制度や風土を変革する考え方

20

20

相談者の基本的な捉え方

＜相談支援の対象＞

- ・精神障害がある者
- ・メンタルヘルスの課題を有する者

精神障害等を
有する者

＜捉え方＞

我が街で暮らす一人の住民が、多様な希望・意向を持ちながらも、精神疾患や社会環境によってもたらされる生活のしづらさを抱えていて困り、苦しんでいる。

精神障害等を有する者への支援は、住民への健康増進のための支援、生活環境の改善に向けた支援の延長線上にある

21

21

講義 1 まとめ

1. 地域共生社会の実現に向けて、精神保健福祉相談員は主に精神障害者やメンタルヘルスの課題を有する者への支援を行う。
2. そのような人々が支援や制度からこぼれ落ちてしまったり、社会から排除されてしまったりすることがないように、地域生活支援を念頭に置いた支援を行っていく必要がある。

22

22

参考文献・資料

1. 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に関する研究（分担研究者：野口正行）編『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の手引き-地域共生社会を目指す市町村職員のために(詳細版)』2022.
2. 障害者福祉研究会編『ICF国際生活機能分類－国際障害分類改訂版』中央法規出版,2002.
3. 河東田博『ノーマライゼーション原理とは何か: 人権と共生の原理の探究』現代書館,2009.
4. 谷中輝雄『生活支援-精神障害者生活支援の理念と方法-』やどかり出版,1996.
5. 池淵恵美『こころの回復を支える 精神障害リハビリテーション』医学書院,2019.
6. 住谷茂監修「ソーシャルインクルージョン辞典」『ソーシャルインクルージョンを考える Webメディア シンク』 <https://www.socialinclusion.saiseikai.or.jp/encyclopedia/>

ご視聴ありがとうございました。

続いて、【講義 2】

精神障害者の権利擁護と自治体政策の基本的枠組みの動画をご覧ください。

地域における精神科医療機関の役割に関する研究

研究分担者：来住由樹（岡山県精神医療センター）

研究協力者：岩上洋一（全国地域で暮らそうネットワーク）、川口敬之（国立精神・神経医療研究センター）、川副泰成（国保旭中央病院）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター）、櫻木章司（桜木病院）、中島豊爾（岡山県精神医療センター）、廣江 仁（医療法人養和会）、三宅美智（国立精神・神経医療研究センター）、山口麻衣子（全国地域で暮らそうネットワーク）、山口創生（国立精神・神経医療研究センター）、李 利彦（李クリニック）

要旨

本研究では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の実現に向けて、地域における精神科医療機関の機能と役割を検討することを目的とし、精神科診療所および精神科病院（精神科地域包括ケア病棟）を対象に調査を実施した。

診療所調査では、日本精神神経科診療所協会に所属する診療所を対象に、診療機能・連携機能・地域貢献等の実態を把握した。多くの診療所が医師以外の専門職を配置しており、多職種による体制が、地域貢献や予約外対応、時間外対応といった診療機能の柔軟性に寄与していることが示唆された。初診までの待機日数については、0～10 日程度の短期間群と 1～2 か月の長期間群という二峰性が確認され、地域ニーズへの対応のバラつきが明らかとなった。また、初診対応の効率化に向けて、タスクシフトや予約枠の工夫、AI の活用など、多様な実践が各診療所で試みられていた。

病棟調査では、精神科地域包括ケア病棟に入院している患者の実態を把握した。入院者の多くは重度の精神症状および日常生活能力の障害を有しており、特に 180 日以上 of 長期入院者では、統合失調症の残遺状態や社会的機能の低下が顕著であった。退院後の生活再建に向けて、医療にとどまらず、生活支援を含む包括的な地域支援の必要性が認められた。

精神科医療機関には、診療・連携・地域貢献という多面的な役割が求められるが、現行の人員配置ではこれらを十分に担うことが困難な場合も想定される。今後は、多職種による柔軟かつ包括的なケアの提供を可能にする体制整備とともに、地域の支援機関や身体科医療機関との円滑な連携を支える制度的支援が望まれる。

A.研究の背景と目的

令和 4（2022）年 12 月、改正精神保健福祉法が成立し、第 46 条に精神障害者等に対する包括的支援の確保に関する規定が設けられた。これにより、それぞれの地域においてその地域のニーズに対応する「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）」の一層の構築推進が期待される。

「にも包括」構築においては、精神科医療機関の参画が不可欠である。令和 3（2021）年 3 月に厚生労働省より発出された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書¹⁾においては、「にも包括」における精神医療の提供体制は、精神障害の有無や程度にかかわらず地域で暮らすすべての人が、精神医療を含め必要な時に適切

な医療を受けられるものとして確保していく必要があることが明記された。精神科医療機関がそのような体制を確保するためには、外来・在宅医療機能の強化が必要であることは論をまたない。令和 4（2022）年度に本研究班で検討した結果、かかりつけ精神科医（かかりつけ精神科医療機関）に求められる機能としては、診療機能、連携機能、地域での役割の 3 軸で捉えることが適当と考えられた。

診療機能としては、

- ①多様な精神疾患への対応（自院対応または連携対応）
- ②多職種による包括的医療の提供
- ③ケースマネジメント（包括的支援マネジメント）の提供体制
- ④緊急対応、夜間休日対応
- ⑤一般的な身体管理
- ⑥身体合併症への対応（自院対応または連携対応）
- ⑦アウトリーチ（訪問診療、訪問看護等）
- ⑧入院先の確保
- ⑨入院後のフォローアップ体制（自院患者の退院後の受入等）

等が求められると考えられた。

連携に関しては、

- ①障害福祉サービス
- ②介護保健サービス
- ③他の精神科医療機関
- ④身体科医療機関
- ⑤調剤薬局
- ⑥行政機関（保健所、市町村、精神保健福祉センター、児童相談所、警察、矯正施設等）
- ⑦教育機関（学校、教育センター、特別支援学校等）
- ⑧その他の地域資源

等が考えられた。

地域での役割に関しては、

- ①地域保健活動：嘱託医、精神保健相談、措置診察、普及啓発への協力、認知

症サポート医 等

②協議の場への参加

③精神科救急体制整備事業への参加や夜間休日当番への参画

等が考えられた。

これまでの地域精神医療施策においては、精神科病院の機能を中心として検討される傾向があったが、近年精神科診療所の数は都心部を中心として増加傾向が著しく、診療所の機能について、その実態を把握したうえで、地域の役割について検討する必要があると考えられた。このため、本研究においては、精神科診療所の機能につき、その詳細を調査することとした。また病院については、2024（令和 6）年の診療報酬改定において、精神科地域包括ケア病棟入院料が新設されたことを受け、この入院料を算定する病棟もしくはそれに準じる職員配置を行っている病棟での入院治療を必要としている患者像を明らかにすることを目的として調査を行った。

B.方法

地域における精神科医療機関の役割に関する役割を検討するため、精神科診療所の外来・在宅診療機能および精神科病院の病棟機能に着目した。診療所の機能については、2024（令和 6）年 4 月および同年 12 月に診療機能に関する調査（調査 1）を実施した。精神科病院の機能については、精神科地域包括ケア病棟及び地域包括ケア病棟に準ずる配置基準を採用している病棟（以下、地ケア病棟）における入院患者の実態に関する振り返り横断観察調査（調査 2）を実施した。調査に先立ち、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た。

1）調査 1 精神科診療所の診療機能に関する調査

<対象>

日本精神神経科診療所協会に所属している全国の精神科診療所（N=1,608）

＜調査方法＞

調査 1－1：

2024（令和 6）年 5 月に、同年 4 月の診療状況等に関する調査票（別紙 X）を郵送し、オンラインまたは郵送にて回答を求めた。

調査 1－2：

2025（令和 7）年 1 月に、2024（令和 6）年 12 月の診療状況等に関する調査票（別紙 X）を郵送し、オンラインまたは FAX にて回答を求めた。

2）調査 2 地ケア病棟の入院患者の実態に関する調査

＜対象＞

2024 年 10 月 1 日時点で、調査機関（岡山県精神科医療センター、木村病院）の地ケア病棟に入院していた者。除外基準は下記を設けた。

- ① 入院 1 週間以内に計画外で退院あるいは転棟した者
- ② 検査入院した者
- ③ ベッド調整の目的で一時的に地ケア病棟に入院した者

＜調査項目＞

- ① 入院関連情報（入院開始日、入院形態、転棟状況、入院日数）
- ② 基本属性および入院前の状況（診断、状態像、重複診断、身体疾患、LAI/クロザピン使用、強度行動障害、CGI-S、GAF、年齢、性別、障害年金受給、精保受給、住居、入院前のケースマネジメント・医療・福祉の利用状況、入院前の就労・就学、入院経路、過去の精神科入院）
- ③ 包括的支援マネジメントの必要度（ICMSS: Intensive case management screening sheet）
- ④ 小児期逆境体験
- ⑤ 日常生活能力
- ⑥ 看護ケア必要度（メニンガー患者分類表）

⑦ 社会的機能（SBS: Social behavior scale）

＜分析＞

基礎的な記述統計を行った。また、地ケア病棟と救急・急性期病棟への入院合計日数が 180 日以上患者と 180 日未満患者に層別化し、比較分析を行った。

C.結果

1）調査 1 精神科診療所の診療機能に関する調査

調査 1－1

449 の診療所から回答を得た。回答率は 27.9%であった。結果を表 1～6 に示す。

調査 1－2

787 の診療所から回答を得た。回答率は 48.9%であった。

人員配置は表 7 の通りであり、医師以外の専門職（コメディカルスタッフ）の配置（非常勤を含む）がある機関は、全体の 87.0%であり、医師以外の専門職の常勤配置がある機関は全体の 68.9%であった。

コメディカルスタッフの配置状況につき図 1～3 に示す。ロジスティック回帰分析において、コメディカルスタッフ数が多いほど、予約外初診を受ける可能性が高く（ $p=0.027$ ）、時間外対応（時間外対応加算 1・2・3、問い合わせへの常時対応、連携による時間外対応）ができる可能性が高い（ $p<0.001$ ）ことが示された。また、ピアソンの相関により、コメディカルスタッフ数が多いほど、地域貢献実施数が多かった（ $p<0.001$ ）。

通院・在宅精神療法算定状況（平成 6 年 12 月分）を、表 8、9 に示す。開業直後とみられる 1 施設のデータが初診に偏っており、傾向を歪める可能性があるため、本分析では除外した。

1 か月間の通院精神療法算定人数を図 4 に示す。全通院精神療法算定人数のうち「初診」が占める割合は、1～5%が全体の 81.0%を占めた。

通院精神療法（初診）算定人数のうち、「60分以上」が占める割合および通院精神療法（再診）算定人数のうち「30分以上」が占める割合を、それぞれ図5、図6に示す。

初診における診療時間が60分未満であっても差支えないと考えられる状況について複数選択で質問したところ、図7のような結果が得られた。また、自由記述の回答の内容分析を行ったところ、以下の通りであった。

・専門職によるインテークの活用

精神保健福祉士、看護師・公認心理師などによる診察前の面談により、診療の質を確保しつつ診察時間を短縮できる、など

・病態が安定・背景事情が複雑ではないケース

病歴が短い、症状が軽度／安定している、背景事情が複雑ではなく状況把握に時間を要しないケースなどは60分を要しない、など

・複数回に分けた情報収集、関係性構築

初診を必要最小限の情報収集と治療方針の決定に絞り、再診で関係性を構築しつつ追加情報を得るなどの柔軟な対応が望ましい、など

・時間的制約下での効率化

物理的に60分以上確保することが困難であり、60分以内で診療が終えられるよう工夫している、など

・60分以上の初診を評価することの意義への疑問

医師に十分なスキルがあれば60分以上の診療を要さないことが多い、時間が長ければ良質な診療とは限らない、やみくもに診療時間を長くとることの弊害もある、など

初診までの待機日数は、平均20.9日、中央値14日であった。待機日数の分布は図8に示すように、二峰性となることが認められた。

初診待機日数について、中央値（14日）を基準に、それを超える場合を1、以下を0としたロジスティック回帰分析の結果、初診（通

院）のうち診療時間が60分以上である割合が高い診療所ほど、待機日数が長くなる傾向が示された（ $p=0.066$ ）。その他の項目については待機日数との有意な関連は認められなかった。また、初診待機日数は都道府県によって有意に異なり（ $p=0.00014$ ）、都道府県の違いは中程度以上の効果量（ $\eta^2=0.108$ ）を有していた。

予約外の初診については、全体の33.5%が受けることがあると回答した。予約外で初診を受ける状況については、図9に示すとおりである。また、予約外で初診を受ける状況について、自由記述の回答からは、

- ・もともと予約制ではない
- ・初診を受ける時間がある/キャンセルが出た場合
- ・患者が予約なしで直接来院した場合
- ・他施設、他機関からの紹介
- ・警察・救急隊要請への緊急対応
- ・薬切れ、引きこもりなど、特定の事情がある場合

などがあることが示された。

図10に、初診待機日数を減らすための対策の実施状況について示す。また、自由記述の回答の内容分析を行ったところ、以下の通りであった。

・コメディカルスタッフの増員・配置、タスクシフト

コメディカルスタッフによるインテークや初診後のフォローにより、初診の診療時間を確保するなど

・予約枠・受付体制の再設計

初診専用日、当日救急枠の設置など、あらかじめ新患枠を確保する運用を行う、連携機関からの予約を優先的に受けるなど

・事前トリアージ

WEB問診、電話相談の段階で来院前に情報を集め、専門職が緊急性を判断するなど

・連携による受け皿拡大

近隣病院や行政等と連携し、病院と診療所が役割分担する、地域の診療所ネットワークで初診を受ける体制を構築するなど

・ICT/AI活用と情報発信

Webで空き情報を速やかに告知する、AI音声入力で診療録入力時間を短縮するなど

・診療報酬改定によるインセンティブ強化

初診の診療報酬を上げ、初診日から3カ月程度は高く据え置くなど、初診を受けることによるインセンティブをつけるなど

時間外対応状況については、図11～13に示す。また、時間外対応に関する自由記述の回答の内容分析を行ったところ、以下の通りであった。

・精神科救急システム・精神科救急情報センターへの協力

ミクロ救急システムへの参加、精神科救急情報センターへの携帯電話登録など

・連携による対応

診療所協会で精神科救急輪番体制、年末年始、連休中の輪番や指定医待機事業を行っている、グループ病院で対応している、持ち回りによる22時までの1次救急対応、訪問看護ステーションとの連携など

・警察・行政機関からの依頼への対応

警察からの照会や保健所・市役所障害福祉課からの問合せに対応（本人同席や同意を要件とする場合もある）など

・医師個人の携帯電話への対応

必要と考えられる機関や患者、家族等に携帯番号を知らせており、診療時間外でも携帯に直接かかってきた場合には対応するなど

・留守電転送、メール、LINE等の活用

留守電転送・メール等により、緊急時には対応する、院内に緊急連絡先の電話番号を掲示しているなど

・ケースバイケース

診療業務以外の地域貢献状況については、図14、図15に示す。9割以上の診療所が1つ以上の地域貢献を行っていた。地域貢献の具体例は表10に示す。

2) 調査2 地ケア病棟の入院患者の実態に関する調査

＜地ケア病棟入院者の特徴＞

調査項目の記述統計を表11～17に示した。

調査対象者は110名（岡山県精神科医療センター：56名、木村病院：54名）であった。平均年齢は47.5歳（SD: 18.2）で、主診断は統合失調症圏の患者が82名（74.5%）と最も多かった。最も多く観察された状態像は、幻覚妄想状態（61名、55.5%）、精神運動興奮状態（42名、38.2%）、統合失調症等残遺状態（27名、24.5%）であった。強度行動障害がある者が17名（15.5%）であった。0～7で点数が高いほど重症であることを示すCGI-Sは平均5.6（SD: 1.0）、0～100で点数が高いほど機能が高いことを示すGAFは平均26.6（SD: 8.9）であった。入院前に就労も就学もしていなかった者は104名（94.5%）であった。

入院状況については、調査時点で、地ケア病棟と救急・急性期病棟への合計入院日数が年間180日以上であった患者は61名（55.5%）であり、過半数であった。地ケア病棟に直接入院せず、他病棟から転棟してきた者は30名（27.3%）で、転棟理由のほとんどは自院の救急・急性期病棟の入院算定期間を超過したためであった。

ICMSSについては、合計スコアは平均6.1（SD: 2.7、0～14で点数が高いほど包括的支援マネジメントの必要性を表す）であった。対象者の過半数に当てはまった項目として、多い順に「1: 6か月間継続して社会的役割を遂行することに重大な問題がある」（109名、99.1%）、「2: 自分一人で地域生活に必要な課題を遂行することに重大な問題がある」（106名、96.4%）、「10: 自分の病気についての知識

や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない」(99名、90.0%)、「3: 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある」(59名、53.6%)であった。

小児期逆境体験(ACE)スコアは、0~10で点数が高いほど小児期逆境体験が多いことを示すが、平均0.7(SD: 1.4)となった。ただし、本項目を評価する際、対象者の小児期に関する資料がない場合が多く、対象者から小児期の経験を聴き取る必要があったが、聞きにくく答えにくい内容であるため、必ずしも正確な評価となっていない可能性がある。

日常生活能力については、全ての項目において、大半の対象者(76.4%~95.5%)が軽度もしくは明らかな問題を抱えていると評価された。中でも“明らかな問題あり”に該当する対象者が過半数となった項目は、「金銭管理」(64名、58.2%)、「服薬の管理」(64名、58.2%)であった。

看護必要度(メニンガー患者分類表)については、「看護師と1対1で行動する」58名(52.7%)、「1対1で毎日指導する」29名(26.4%)、「離院自傷他害の可能性が高い」46名(41.8%)など、手厚い看護ケアの必要性が示された。

SBSは、点数が高いほど社会的機能が低く評価されたことを示すが、点数の高い項目には、「社会との適切な接触」(0~4: 平均1.94、SD 1.55)、「会話内容の一貫性」(0~4: 平均1.55、SD 1.37)、「身だしなみ・清潔度」(0~4: 平均1.39、SD 1.37)があった。

<入院180日以上群・180日未満群の比較>

地ケア・救急・急性期病棟入院180日以上群と180日未満群の比較分析結果を表1~17に示した。

年齢、診断、強度行動障害の有無、入院前の就労・就学状態などについて、群間に差はなかった。しかし、状態像のうち統合失調症等残遺状態に関しては、180日以上群の方が当てはまる対象者の割合が有意に多かった(180

日以上群 37.7% 対 180日未満群 8.2%)。CGI-SおよびGAFに関しても、180日以上群の方が有意に重症(5.9 対 5.3)で、機能が低い(23.9 対 29.9)ことが示された。

ICMSSにおいては、ほとんどの項目で群間差は見られなかったが、「15: 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている」の項目のみ有意差があった(49.2% 対 18.4%)。

ACEスコアについては、有意な群間差はなかった。

日常生活能力については、「服薬の管理」(明らかな問題あり: 68.9% 対 44.9%)および「公共交通機関の利用」(明らかな問題あり: 59.0% 対 32.7%)において、180日以上群の方がより問題を抱えていることが示された。

看護必要度(メニンガー患者分類表)については、「隔離または抑制(身体拘束)」は180日以上群の方が有意に少なかった(21.3% 対 46.9%)が、「個人衛生」では180日以上群の方が直接介助や声掛けの必要性が高く、必要なケアの内容が異なることが示唆された。

SBSについては、ほとんどの項目で群間差は見られなかったが、「社会との適切な接触」(2.39 対 1.37)、「コミュニケーション」(1.36 対 0.86)、「身だしなみ・清潔度」(1.66 対 1.06)については、180日以上群の方が、有意に機能が低く評価された。

D. 考察

本研究では、「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、地域における精神科医療機関の機能とその実態を診療所と病院の両面から検討した。

精神科診療所に関しては、多くの施設で常勤医師が1名体制で診療を担いながらも、コメディカルスタッフを1名以上配置しており(図1~3、表7)、特に多職種を配置している診療所では、予約外初診(図9)や時間外対応(図11~13)、地域貢献(図14・15)を柔軟に実施できる可能性が高いことが示された。これらの多職種協働体制は、柔軟かつ包括的

な医療提供を可能にするだけでなく、精神保健相談や指定医業務、審査・判定業務などの非診療的な地域的役割を担ううえでも重要な基盤となっている。

特に注目すべきは、こうした活動の多くが診療報酬上では評価されていないにもかかわらず（表 5・表 6 の注記参照）、多くの診療所が自主的な努力によってこれらを担っている点である。患者・家族との面談や多機関連携、地域支援への関与など、診療所が実質的に地域インフラの一端として機能している実態は、今後の制度設計において再評価されることが望まれる。

診療機能の基盤である通院精神療法については、2024（令和 6）年度診療報酬改定により早期診療体制充実加算が新設され、60 分以上の初診を一定割合で実施することが要件のひとつとされた。国としては、十分な初診時間の確保を通じて質の高い医療提供を促進する意図があると考えられるが、本調査では、初診に 60 分以上かける診療所ほど待機日数が長くなる傾向が認められた（ $p=0.066$ ）。この結果は、60 分という時間の妥当性とは別に、「1 人ひとりに必要十分な時間をかけた診療を行う」という個別ニーズへの対応と、「地域全体の初診ニーズに応える」という地域ニーズへの対応（医療アクセス確保）の間に、構造的ジレンマがあることを示している。つまり、初診に時間をかけることにより診療の質を確保できる可能性がある一方、その分、新患受け入れ可能数が減少し、地域の医療アクセスに影響を及ぼすというトレードオフが存在するということである。

さらに、診療報酬上の加算要件として「60 分以上の初診」を強調することは、「時間をかける＝質が高い」という単純化された指標が現場での誤解を生じさせ、一人ひとりの患者の特性や診療ニーズに応じて診療を最適化するための工夫を阻害する懸念もある。図 7 や自由記載からは、初診に 60 分以上を要しないケースも少なくないことが示され、たとえば

コメディカルによる事前面談や、複数回に分けた対応、個別の診療ニーズに応じた診療時間の調整など、柔軟な診療運用の意義が再確認された。診療の質を診療時間の長さで評価することの限界と弊害について慎重に検討したうえで、状況に応じて医師とコメディカルが連携して治療にあたることを評価する仕組みなど、診療の柔軟性を確保できることが望ましい。

精神科外来をめぐる構造的課題に対し、自由記載からは、行政や他機関からの紹介を優先的に受け入れたり、緊急性の高いケースを事前トリアージしたりするなど、現場での様々な工夫が行われていることが明らかとなった（図 10）。これは、診療所が、個別の工夫を重ねることで地域のセーフティネットとしての役割を果たしている実態が示されたものと考えられ、今後はその役割を個々の医療機関の努力に委ねるのではなく、地域全体で支える体制づくりが必要である。

特に、診療所・病院・総合病院の精神科外来など、地域内に存在する各種精神科医療機関の特性を踏まえた役割分担の仕組みを、地域全体であらかじめ合意形成しておくことが重要である。その際には、「診療所か病院か」といった形式的な分類ではなく、各医療機関の実際の機能に基づき、地域特性も踏まえて検討される必要がある。こうした機能評価と役割分担の枠組みは、本来的には医療計画や地域医療構想において整理されるべき課題と考えられ、国が一定の指針や評価指標を提示したうえで、各地域での議論と調整を促す制度設計が求められる。

また、初診待機日数には地域構造の影響もみられ、都道府県間で有意な差が確認された（ $p=0.00014$ 、 $\eta^2=0.108$ ）（図 8）。一方、個別の診療所レベルで待機日数に有意な影響を与える明確な要因は特定されなかったが、自由記載や図 10 からは、すでに各診療所がタスクシフト、予約枠の工夫、ICT の活用、近隣診療所とのネットワーク化など多様な実践を

行っている実態が明らかになった。今後は、こうした望ましい取り組みを体系的に把握し、好事例として共有・展開することが有効であろう。

加えて、精神科診療所の地域貢献の多様性も見逃せない。図 14・15 や表 10 に示されるように、司法（家庭裁判所嘱託医、鑑定）、教育（学校・発達支援相談）、福祉（障害者支援、成年後見）、労働（労災審査委員会、地方労災委員）など、医療を超えた広範な社会的機能を担っており、精神科診療所への地域からの期待の大きさがうかがえる。このような実態は、将来的な評価制度や政策立案において考慮されることが望まれる。

地ケア病棟における入院患者の実態調査からは、現在この病棟が担っている役割の複雑さと、その課題が示された。

本調査対象者の多くは、重度の精神症状および著しい社会的機能障害を抱えており、特に 180 日以上長期入院を要する群では、統合失調症の残遺状態、GAF スコアの顕著な低下、ICMSS スコアにおける多面的な生活支援ニーズの集中などが確認された。これらは、医療的対応の継続に加え、地域生活に移行するための包括的かつ継続的な支援体制が不可欠であることを示唆している。

また、長期入院群においては、服薬管理や公共交通機関の利用といった日常生活能力の低下が顕著であり、さらに看護必要度においても、身体拘束等の急性症状への対応よりも、個人衛生や日常的な介助といった生活援助の側面がより求められていた。これは、地ケア病棟が重度かつ慢性的な困難を抱える人々に対して、生活再建に向けた包括的なリハビリテーションを提供する役割を担っている現状を反映しているといえる。

一方で、180 日未満群との比較では、診断や年齢、過去の入院歴等の属性に大きな差は見られなかったことから、入院の長期化を予測するうえで、病態や既往歴のみならず、日常生活能力や社会的機能といった生活支援上

の困難の把握が重要であることが示唆される。また、「同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている」という項目が、長期入院群で有意に多かった点は、現状では患者の地域生活が家族の努力によって支えられている側面が強いことの現れとも考えられ、地域支援体制強化の重要性を示唆する結果である。

地ケア病棟には、症状安定化を主目的とした短期入院のみならず、医療・生活・社会的支援の各機能を統合的に提供して地域移行と地域定着を促すための機能が求められているといえる。そのためには、院内の医療専門職のみならず、院外の訪問支援事業所や居住支援機関、行政等との有機的な連携を前提としたチームアプローチが不可欠である。地ケア病棟での治療・ケアを必要とする人の状態像や背景事情は多岐にわたり、ひとり一人の患者に適した個別支援を提供することが重要であり、柔軟な病棟運営を可能にする仕組みや、こうした機能を適切に発揮するための診療報酬上の適切な評価のあり方についてもさらなる検討が望まれる。

また調査時精神科地ケア病棟入院者のうち、年間地域滞在日数が 180 日未満となる患者数が 49/110（45%）であった。これは調査をおこなった 2 つの病院病床規模が比較的小さいことを反映していると考えられた。総病床数は、それぞれ 120 床（急性期対応病床を除くと 60 床）、219 床（急性期対応病床と児童精神科病床を除くと 56 床）であり、回復期・慢性期に対応した病床数は小規模（60 床と 56 床）の病院であった。このため調査病院では精神科地ケア病棟にて、回復期と慢性期の両者への対応を行っており、慢性期の長期入院群では前述のとおり精神症状と社会的機能障害が重度であるため年間 180 日以上入院医療が必要であると考えられた。これらから精神科地域包括ケア病棟を運用するときには、総病床数や他の病棟の機能によって、本来の精神科地域包括ケア病棟が対象とする回復期治療に特化して活用できるとは限らないこと

が示唆された。

本研究では2024年10月1日時点での入院患者についての分析をおこなったが、今後は、当該病棟において一定期間に対応した入院者について、患者像や転機について、追加調査が必要である。それにより当該病棟が果たすことのできる役割と地域移行に貢献できる程度等が評価できる。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

文献

- 1) 厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書，2021

(https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/otter-syougai_322988_00007.html)

表1 人員配置

	配置ありの 診療所数	%		配置ありの 診療所数	%
精神科医師(常勤)	448	99.8%	公認心理師 常勤	125	27.8%
精神科医師(非常勤)	179	39.9%	公認心理師 非常勤	190	42.3%
精神保健指定医(常勤)	421	93.8%	作業療法士 常勤	40	8.9%
精神保健指定医数(非常勤)	151	33.6%	作業療法士 非常勤	19	4.2%
看護師 常勤	237	52.8%	理学療法士 常勤	1	0.2%
看護師 非常勤	183	40.8%	理学療法士 非常勤	4	0.9%
精神科認定看護師の関与あり	9	2.2%	言語聴覚士 常勤	2	0.4%
精神科専門看護師の関与あり	15	3.6%	言語聴覚士 非常勤	0	0.0%
精神保健福祉士 常勤	149	33.2%	ピアサポーター 常勤	5	1.1%
精神保健福祉士 非常勤	60	13.4%	ピアサポーター 非常勤	10	2.2%

※初診までの待機日数 平均:10.7(±6)日 中央値:11日

1

表2 診療機能(緊急対応)

	N	%
※当日の緊急新患の診察	187	42.1
※病状悪化時の当日の再診	397	89.0
※救急車での救急搬送	84	18.8
※警察からの搬送	43	9.6
※警察官同伴での受診・警察からの紹介	114	25.6
※標榜診察時間を30分以上過ぎてからの診察	204	46
時間外加算/時間外特例加算/深夜加算休日加算いずれかの算定	194	43.9
地域連携・休日診療料の算定	23	5.2
夜間休日救急搬送医学管理料の算定	4	0.9

※ 診療報酬対象外

2

表3 診療機能(身体合併症対応)

	N	%
糖尿病・高血圧・高脂血症等、生活習慣病の診療	251	56.7
身体科他院(一般病院の場合、同一病院の他科を含む)への診療 情報提供	375	85.0
生活習慣病管理料の算定	38	8.6
外来栄養食事指導料の算定	9	2.0

3

表4 診療機能(アウトリーチ)

	N	%
往診料の算定	97	22.0
在宅患者訪問診療料の算定	96	21.8
精神科在宅患者支援管理料の算定	19	4.3
在宅時医学総合管理料の算定	40	9.2
精神科訪問看護指導料の算定	85	19.5
精神科訪問看護指示料の算定	245	55.8
※医師による院外の相談・面接	50	11.3
※精神保健福祉士による院外の相談・面接	46	10.5
※公認心理師による院外の相談・面接	42	9.5

※ 診療報酬対象外

4

表5 診療機能(多職種によるケア)

	N	%
※精神保健福祉士による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	142	32
同上：電話相談	6	1.4
※看護師による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	148	33.4
同上：電話相談	28	6.3
※公認心理師による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	201	45.5
同上：電話相談	1	0.2
※作業療法士による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	32	7.2
同上：電話相談	2	0.5
※他の専門職による相談・面接の実施（家族相談を含む）：対面	48	10.9
同上：電話相談	5	1.1
療養生活継続支援加算の算定	65	14.8
療養生活環境整備指導加算の算定	27	6.2
措置入院後継続支援加算の算定	11	2.5
継続外来支援・指導料の算定	208	47.7
精神科退院時共同指導料1の算定	13	3

※ 診療報酬対象外

5

表6 連携機能

	N	%
意見書/診断書の記載 学校等の教育機関	191	42.5
意見書/診断書の記載 職場/障害者職業センター/ハローワーク等の就労関係機関	367	81.7
意見書/診断書の記載 障害福祉サービス事業者	263	58.6
意見書/診断書の記載 介護保険サービス事業者	246	54.8
意見書/診断書の記載 保健所/児童相談所/生活保護担当者等の行政機関	257	57.2
※正式な文書以外の協議の実施 学校等の教育機関	126	28.1
※正式な文書以外の協議の実施 職場/障害者職業センター/ハローワーク等の就労関係機関	188	41.9
※正式な文書以外の協議の実施 障害福祉サービス事業者	211	47.0
※正式な文書以外の協議の実施 介護保険サービス事業者	163	36.3
※正式な文書以外の協議の実施 保健所/児童相談所/生活保護担当者等の行政機関	221	49.2

※ 診療報酬対象外

6

表7 人員配置

	平均 (人)	中央値 (人)	配置率		平均(人)	中央値 (人)	配置率
精神科医師(常勤)	1.18	1.00	100%	作業療法士(常勤)	0.18	0.00	9.7%
精神科医師(非常勤)	1.06	0.00	38.4%	作業療法士(非常勤)	0.06	0.00	4.2%
指定医(常勤)	1.04	1.00	93.3%	公認心理師(常勤)	0.53	0.00	28.1%
指定医(非常勤)	0.79	0.00	32.9%	公認心理師(非常勤)	1.23	0.00	43.6%
看護師(常勤)	1.16	1.00	53.0%	ピアスタッフ(常勤)	0.04	0.00	2.20%
看護師(非常勤)	0.90	0.00	40.7%	ピアスタッフ(非常勤)	0.06	0.00	3.00%
精神保健福祉士 (常勤)	0.64	0.00	31.3%	その他専門職(常勤)	0.25	0.00	13.0%
精神保健福祉士 (非常勤)	0.21	0.00	14.1%	その他専門職(非常勤)	0.21	0.00	10.8%

7

表8 通院精神療法算定状況(平成6年12月分)】

通院精神療法	算定回数平均	算定回数 中央値	医師一人当たり算 定回数 平均	医師一人当たり算 定回数 中央値
初診60分以上	5.8	1.0	4.0	0.7
初診30－60分	21.9	15.0	16.5	12.0
初診30分未満	2.3	0.0	1.8	0.0
初診全体	28.7	20.5	21.4	16.0
再診30分以上	31.3	7.0	22.9	5.0
再診20－30分	29.2	5.0	21.3	4.0
再診10－20分	121.8	50.0	86.6	36.9
再診5－10分	665.0	563.5	495.6	429.4
再診全体	847.4	732.0	626.4	569.0

8

表9 在宅精神療法算定状況(平成6年12月分)】

在宅精神療法	算定回数平均	算定回数中央値	医師一人当たり 算定回数 平均	医師一人当たり 算定回数 中央値
初診60分以上	2.1	0.0	1.2	0.0
初診30－60分	2.3	1.0	1.6	1.0
初診30分未満	1.4	0.0	1.2	0.0
初診全体	5.8	2.0	3.9	1.6
再診30分以上	4.2	0.0	2.8	0.0
再診20－30分	4.9	0.0	3.5	0.0
再診10－20分	5.5	0.0	4.0	0.0
再診5－10分	47.5	1.0	31.8	1.0
再診全体	62.1	18.0	42.1	12.8

9

表10 その他の地域貢献の具体例

精神保健相談関連

- ・ 精神保健相談(こころの健康相談)
- ・ 保健総合支援センター相談員
- ・ 市職員メンタルヘルス相談業務

子ども・教育・女性関連

- ・ 女性相談(DV等)
- ・ 児童健診、学校コンサルテーション
- ・ 妊産婦こころの相談事業
- ・ 女性相談センター嘱託医
- ・ 児童自立センター嘱託医
- ・ いじめ対策委員会
- ・ 要保護児童対策協議会委員
- ・ 療育判定の委託医
- ・ 発達障害支援センター嘱託医
- ・ 児童相談所の虐待する母親へのカウンセリング事業協力
- ・ 子ども家庭支援課ケースカンファレンスアドバイザー

審査・判定業務

- ・ 実地審査
- ・ 自立支援外医療審査委員会委員
- ・ 精神保健指定医審査部会
- ・ 特別障害者手当審査医
- ・ 知的障害判定
- ・ 国民健康保険診療報酬審査委員
- ・ 国保レセプト審査委員
- ・ 障害者手帳審査員
- ・ 支払基金審査委員
- ・ 介護保険審査会委員
- ・ 区分認定審査会委員
- ・ 障がい者介護給付費等認定審査会委員

司法・矯正・医療観察

- ・ 警察の被害者支援活動の指導
- ・ 警察署嘱託医
- ・ 刑事責任精神鑑定
- ・ 家庭裁判所嘱託医
- ・ 特別少年院嘱託医
- ・ 裁判所医務室技官
- ・ 医療観察法判定医
- ・ 医療観察法に基づく処遇に関する委員会外部委員
- ・ 医療観察制度運営連絡協議会

福祉・介護・成年後見

- ・ 生活保護嘱託医
- ・ 精神保健福祉専門分科会委員
- ・ 高齢者計画の策定委員
- ・ 市の老人ホーム入所判定委員
- ・ 法人後見支援センター委員
- ・ 成年後見判定部会委員
- ・ 成年後見制度利用推進協議会

労働

- ・ 労災審査委員会
- ・ 地方労災委員

その他

- ・ 健康増進計画等検討委員
- ・ 留置視察委員
- ・ 自殺予防対策委員会
- ・ 外国人医療対策会議委員
- ・ 権利擁護センター運営委員 など

10

表11 対象者の属性(1)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
年齢 (平均, SD)	47.5	18.2	42.2	15.8	52.9	19.0	49.4	17.9	44.9	18.4	0.196
性別(男性)	41	37.3%	27	48.2%	14	25.9%	19	31.1%	22	44.9%	0.199
主診断											0.065
F0:器質性精神障害	5	4.5%	1	1.8%	4	7.4%	2	3.3%	3	6.1%	
F1:精神作用物質使用	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	
F2:統合失調症	82	74.5%	42	75.0%	40	74.1%	50	82.0%	32	65.3%	
F3(F30/F31以外):気分障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
F30/F31:気分障害(躁病エピソード・ 双極性障害)	9	8.2%	3	5.4%	6	11.1%	3	4.9%	6	12.2%	
F4:神経症性障害	3	2.7%	3	5.4%	0	0.0%	1	1.6%	2	4.1%	
F5:生理的障害及び身体的要因に関連 した行動症候群	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
F6:人格障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
F7:知的障害	3	2.7%	2	3.6%	1	1.9%	3	4.9%	0	0.0%	
F8:心理的発達障害	7	6.4%	4	7.1%	3	5.6%	1	1.6%	6	12.2%	
F9:小児期及び青年期に通常発症する 行動及び情緒の障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
救急・地ケアの入院日数 (平均, SD)	758	1899	173	235	1364	2573	1319	2415	59	55	<0.001
(中央値、四分位範囲)	174	40-504	69	12-224	299	124- 1505	399	234- 1257	41	7-101	
救急・地ケアの合計入院日数が年間180日 以上	61	55.5%	26	46.4%	35	64.8%	61	100.0%	0	0.0%	<0.001

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

11

表12 対象者の属性(2)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
現在の入院形態											0.660
任意	25	22.7%	15	26.8%	10	18.5%	12	19.7%	13	26.5%	
医療保護	82	74.5%	39	69.6%	43	79.6%	47	77.0%	35	71.4%	
措置	3	2.7%	2	3.6%	1	1.9%	2	3.3%	1	2.0%	
緊急措置	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
応急	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
入院形態の変更あり	25	22.7%	11	19.6%	14	25.9%	18	29.5%	7	14.3%	
変更前の入院形態(母数:入院形態変更あり)											0.338
任意	8	32.0%	3	27.3%	5	35.7%	5	27.8%	3	42.9%	
医療保護	7	28.0%	3	27.3%	4	28.6%	5	27.8%	2	28.6%	
措置	8	32.0%	3	27.3%	5	35.7%	6	33.3%	2	28.6%	
緊急措置	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
応急	2	8.0%	2	18.2%	0	0.0%	2	11.1%	0	0.0%	
他病棟からの転棟あり	30	27.3%	22	39.3%	8	14.8%	17	27.9%	13	26.5%	1.000
転棟前の病棟(母数:転棟あり)											NA
自院の救急・急性期病棟	30	100.0%	22	100.0%	8	100.0%	17	100.0%	13	100.0%	
その他	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
転棟理由(母数:転棟あり)											1.000
転棟前の病棟で算定外のため	27	90.0%	20	90.9%	7	87.5%	15	88.2%	12	92.3%	
その他	3	2.7%	2	9.1%	1	12.5%	2	11.8%	1	7.7%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

12

表13 対象者の属性(3)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
状態像(複数選択可)											
なし	3	2.7%	2	3.6%	1	1.9%	2	3.3%	1	2.0%	1.000
幻覚妄想状態	61	55.5%	34	60.7%	27	50.0%	37	60.7%	24	49.0%	0.302
精神運動興奮状態	42	38.2%	20	35.7%	22	40.7%	20	32.8%	22	44.9%	0.270
昏迷状態	6	5.5%	4	7.1%	2	3.7%	3	4.9%	3	6.1%	1.000
統合失調症等残遺状態	27	24.5%	6	10.7%	21	38.9%	23	37.7%	4	8.2%	0.001
抑鬱状態	11	10.0%	9	16.1%	2	3.7%	4	6.6%	7	14.3%	0.306
躁状態	5	4.5%	5	8.9%	0	0.0%	2	3.3%	3	6.1%	0.802
せん妄状態	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
もうろう状態	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
認知症状態	7	6.4%	1	1.8%	6	11.1%	4	6.6%	3	6.1%	1.000
その他	4	3.6%	4	7.1%	0	0.0%	2	3.3%	2	4.1%	1.000
重複診断(複数選択可)											
なし	81	73.6%	37	66.1%	44	81.5%	45	73.8%	36	73.5%	1.000
精神作用物質使用	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	0	0.0%	2	4.1%	0.382
知的障害	14	12.7%	7	12.5%	7	13.0%	8	13.1%	6	12.2%	1.000
発達障害	15	13.6%	13	23.2%	2	3.7%	9	14.8%	6	12.2%	0.919

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

13

表14 対象者の属性(4)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
管理が必要な身体疾患(複数選択可)											
なし	94	85.5%	51	91.1%	43	79.6%	50	82.0%	44	89.8%	0.376
循環器・心疾患	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
脳血管疾患	3	2.7%	0	0.0%	3	5.6%	3	4.9%	0	0.0%	0.325
末梢血管疾患	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
糖尿病	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
肝疾患	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
腎疾患	2	1.8%	0	0.0%	2	3.7%	2	3.3%	0	0.0%	0.575
慢性肺・呼吸器疾患	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
消化器潰瘍性疾患	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
認知症	6	5.5%	1	1.8%	5	9.3%	3	4.9%	3	6.1%	1.000
麻痺	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
膠原病	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
HIV	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
悪性腫瘍(原発、リンパ腫・白血病含む)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
悪性腫瘍(転移性)	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
喫煙	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
デボ/LAIの使用	21	19.1%	9	16.1%	12	22.2%	12	19.7%	9	18.4%	1.000
クロザピンの使用											0.861
なし	81	73.6%	34	60.7%	47	87.0%	44	72.1%	37	75.5%	
なし・利用歴あり	4	3.6%	3	5.4%	1	1.9%	2	3.3%	2	4.1%	
あり	25	22.7%	19	33.9%	6	11.1%	15	24.6%	10	20.4%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

14

表15 対象者の属性(5)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
強度行動障害											
あり	17	15.5%	2	3.6%	15	27.8%	13	21.3%	4	8.2%	0.103
ありの場合 強度行動障害スコア (平均, SD)	16.3	11.3	20.0	12.7	15.8	11.5	17.9	12.6	11.0	1.2	0.299
ありの場合 医療度判定スコア (平均, SD)	32.6	11.7	20.0	14.1	34.3	10.7	32.7	12.8	32.3	8.3	0.950
CGI-S (平均, SD)	5.6	1.0	5.1	1.0	6.1	0.8	5.9	0.9	5.3	1.1	0.006
GAF得点 (平均, SD)	26.6	8.9	27.3	9.0	25.8	8.9	23.9	9.1	29.9	7.7	<0.001
障害年金受給											
あり	68	61.8%	42	75.0%	26	48.1%	41	67.2%	27	55.1%	0.270
1級 (母数:障害年金受給あり)	16	23.5%	6	14.3%	10	38.5%	15	36.6%	1	3.7%	0.005
2級 (母数:障害年金受給あり)	52	76.5%	38	90.5%	14	53.8%	26	63.4%	26	96.3%	
生保受給あり	31	28.2%	15	26.8%	16	29.6%	20	32.8%	11	22.4%	0.325
住居											0.943
家族、パートナー等と同居	55	50.0%	22	39.3%	33	61.1%	32	52.5%	23	46.9%	
独居	34	30.9%	18	32.1%	16	29.6%	18	29.5%	16	32.7%	
グループホーム	13	11.8%	13	23.2%	0	0.0%	6	9.8%	7	14.3%	
宿泊型自立訓練施設	2	1.8%	2	3.6%	0	0.0%	1	1.6%	1	2.0%	
その他	5	4.5%	1	1.8%	4	7.4%	3	4.9%	2	4.1%	
入院前のケースマネジメント(複数選択可)											
なし	61	55.5%	24	42.9%	37	68.5%	33	54.1%	28	57.1%	0.899
総合支援法の相談支援事業・計画相談	30	27.3%	21	37.5%	9	16.7%	18	29.5%	12	24.5%	0.710
介護保険	12	10.9%	4	7.1%	8	14.8%	6	9.8%	6	12.2%	0.924
医療観察法(の対象)	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
行政	9	8.2%	8	14.3%	1	1.9%	7	11.5%	2	4.1%	0.291

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

15

表16 対象者の属性(6)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
入院前の医療サービス(複数選択可)											
なし	64	58.2%	29	51.8%	35	64.8%	39	63.9%	25	51.0%	0.242
デイケア	10	9.1%	6	10.7%	4	7.4%	6	9.8%	4	8.2%	1.000
訪問看護	42	38.2%	25	44.6%	17	31.5%	20	32.8%	22	44.9%	0.270
その他	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
入院前の地域福祉サービス(複数選択可)											
なし	86	78.2%	40	71.4%	46	85.2%	49	80.3%	37	75.5%	0.707
就労継続A型	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
就労継続B型	6	5.5%	4	7.1%	2	3.7%	3	4.9%	3	6.1%	1.000
就労移行支援	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	1	1.6%	1	2.0%	1.000
生活訓練	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
自立生活援助	2	1.8%	2	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	4.1%	0.382
居宅介護	5	4.5%	3	5.4%	2	3.7%	3	4.9%	2	4.1%	1
生活介護	5	4.5%	5	8.9%	0	0.0%	4	6.6%	1	2.0%	0.503
地域移行支援	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
地域定着支援	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.0%	0.912
地域活動支援センター	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	NA
その他	4	3.6%	2	3.6%	2	3.7%	2	3.3%	2	4.1%	1
入院前の就労・就学											0.122
就労も就学もしていない	104	94.5%	52	92.9%	52	96.3%	60	98.4%	44	89.8%	
就学していた	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	0	0.0%	2	4.1%	
一般企業等で就労していた	4	3.6%	3	5.4%	1	1.9%	1	1.6%	3	6.1%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

16

表17 対象者の属性(7)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
今回の入院の経路											0.469
自院	64	58.2%	39	69.6%	25	46.3%	31	50.8%	33	67.3%	
他院(精神)からの紹介	28	25.5%	11	19.6%	17	31.5%	18	29.5%	10	20.4%	
他院(一般)からの紹介	6	5.5%	3	5.4%	3	5.6%	3	4.9%	3	6.1%	
行政からの紹介	8	7.3%	2	3.6%	6	11.1%	5	8.2%	3	6.1%	
福祉事業所からの紹介	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	
介護事業所からの紹介	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	
その他	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	2	3.3%	0	0.0%	
過去の精神科入院回数の合計 (平均, SD)	7.8	8.2	9.5	9.1	5.7	6.5	6.8	6.2	8.9	9.9	0.177
過去1年の入院回数の合計 (平均, SD)	1.6	2.6	2.6	3.3	0.6	0.7	0.9	1.5	2.5	3.4	0.001

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

17

表 18 ICMSS

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
合計スコア:1-15(11を除く)で「あり」と答えた項目の合計数 (平均, SD)	6.1	2.7	6.3	2.9	5.8	2.4	6.5	2.6	5.6	2.6	0.064
1. 6か月間継続して社会的役割(就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う)を遂行することに重大な問題がある	109	99.1%	55	98.2%	54	100.0%	61	100.0%	48	98.0%	0.912
2. 自分一人で地域生活に必要な課題(栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等)を遂行することに重大な問題がある(家族が過剰に負担している場合を含む)	106	96.4%	52	92.9%	54	100.0%	61	100.0%	45	91.8%	0.078
3. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある	59	53.6%	32	57.1%	27	50.0%	37	60.7%	22	44.9%	0.146
4. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある	21	19.1%	17	30.4%	4	7.4%	12	19.7%	9	18.4%	1.000
5. 自傷や自殺を企てたことがある	28	25.5%	20	35.7%	8	14.8%	15	24.6%	13	26.5%	0.990
6. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	51	46.4%	31	55.4%	20	37.0%	30	49.2%	21	42.9%	0.639
7. その他の警察・保健所介入歴がある	41	37.3%	26	46.4%	15	27.8%	23	37.7%	18	36.7%	1.000
8. 定期的な服薬ができていなかったことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	33	30.0%	15	26.8%	18	33.3%	18	29.5%	15	30.6%	1.000
9. 外来受診をしないことが2か月以上あった(初発の場合は「無」)	24	21.8%	11	19.6%	13	24.1%	14	23.0%	10	20.4%	0.929
10. 自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない	99	90.0%	48	85.7%	51	94.4%	55	90.2%	44	89.8%	1.000
11. 直近の入院は措置入院である	11	10.0%	5	8.9%	6	11.1%	8	13.1%	3	6.1%	0.371
12. 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある	15	13.6%	7	12.5%	8	14.8%	11	18.0%	4	8.2%	0.223
13. 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている	10	9.1%	7	12.5%	3	5.6%	7	11.5%	3	6.1%	0.524
14. 支援をする家族がいない(家族が拒否的・非協力的、天涯孤独)	33	30.0%	18	32.1%	15	27.8%	22	36.1%	11	22.4%	0.180
15. 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている(介護・貧困・教育・障害等)	39	35.5%	14	25.0%	25	46.3%	30	49.2%	9	18.4%	0.002
*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値:180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載											

18

表19 ICMSS追加項目

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/ %	平均/n	SD/ %	平均/n	SD/ %	平均/n	SD/ %	平均/n	SD/ %	p
16# うつ病、精神疾患、自殺者未遂をした人と生活している	10	9.1 %	6	10.7 %	4	7.4 %	8	13.1 %	2	4.1 %	0.192
17# アルコール中毒や薬物中毒(処方薬を含む)を患っている人と生活している	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	NA
18# 収監された、あるいは実刑判決を受けた人と生活している	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	0	0.0 %	NA
19# 家族から、罵られたり、侮辱されたり、けなされたりする、あるいは愛されていない	10	9.1 %	9	16.1 %	1	1.9 %	6	9.8 %	4	8.2 %	1.000
20# 家族から、叩く、殴る、蹴るなどの危害や肉体的な暴力を加えられる	1	0.9 %	1	1.8 %	0	0.0 %	1	1.6 %	0	0.0 %	1.000
21# 望まない性的接触(愛撫、あるいは口内/肛門/膣内の性交/挿入など)を強制される	2	1.8 %	2	3.6 %	0	0.0 %	2	3.3 %	0	0.0 %	0.575

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値:180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

19

表20 小児期逆境体験(ACE)スコア

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	p
ACEスコア (0-10) (平均, SD)	0.7	1.4	0.8	1.7	0.6	0.8	0.9	1.4	0.5	1.3	0.131
(中央値、四分位範囲)	0.0	0.0 - 1.0	0	0.0 - 1.0	0	0.0 - 1.0	0.5	0.0 - 1.0	0	0.0 - 1.0	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値:180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

ACE質問票 *ACEスコア:「はい」の合計数

- 十分な食事が与えられない、衣服が汚れている、あるいは守ってくれる人や世話してくれる人がいないと感じた
- 離婚、育児放棄、死亡などの理由で、親をなくした
- うつ病、精神疾患、自殺者未遂をした人と生活していたことがある
- アルコール中毒や薬物中毒(処方薬を含む)を患っている人と生活していたことがある
- 家にいる親や大人が、お互いに突き飛ばしたり、殴ったり、叩いたり、あるいは危害を加えたり、脅したりしたことがある
- 収監された、あるいは実刑判決を受けた人と生活したことがある
- 家にいる親や大人が、あなたを罵ったり、侮辱したり、けなしたことがある
- 家にいる親や大人が、あなたを叩く、殴る、蹴るなどの肉体的な暴力を加えたことがある
- 家族のだれからも愛されている、あるいは特別な存在だと思われたことがないと感じる
- 自分が望まない性的接触(愛撫、あるいは口内/肛門/膣内の性交/挿入など)を強制されたことがある

20

表21 日常生活能力

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
1. 整容と衛生 に問題あり	84	76.4%	38	67.9%	46	85.2%	48	78.7%	36	73.5%	0.800
軽度の問題あり	43	39.1%	21	37.5%	22	40.7%	25	41.0%	18	36.7%	
明らかな問題あり	41	37.3%	17	30.4%	24	44.4%	23	37.7%	18	36.7%	
2. 金銭管理 に問題あり	99	90.0%	48	85.7%	51	94.4%	54	88.5%	45	91.8%	0.190
軽度の問題あり	35	31.8%	24	42.9%	11	20.4%	15	24.6%	20	40.8%	
明らかな問題あり	64	58.2%	24	42.9%	40	74.1%	39	63.9%	25	51.0%	
3. 家事・料理・買い物 に問題あり	100	90.9%	49	87.5%	51	94.4%	57	93.4%	43	87.8%	0.235
軽度の問題あり	48	43.6%	32	57.1%	16	29.6%	24	39.3%	24	49.0%	
明らかな問題あり	52	47.3%	17	30.4%	35	64.8%	33	54.1%	19	38.8%	
4. 安全管理 に問題あり	92	83.6%	40	71.4%	52	96.3%	51	83.6%	41	83.7%	0.210
軽度の問題あり	40	36.4%	25	44.6%	15	27.8%	18	29.5%	22	44.9%	
明らかな問題あり	52	47.3%	15	26.8%	37	68.5%	33	54.1%	19	38.8%	
5. 公共機関の利用 に問題あり	91	82.7%	41	73.2%	50	92.6%	55	90.2%	36	73.5%	0.011
軽度の問題あり	39	35.5%	26	46.4%	13	24.1%	19	31.1%	20	40.8%	
明らかな問題あり	52	47.3%	15	26.8%	37	68.5%	36	59.0%	16	32.7%	
6. 服薬の管理 に問題あり	105	95.5%	51	91.1%	54	100.0%	56	91.8%	49	100.0%	0.001
軽度の問題あり	41	37.3%	33	58.9%	8	14.8%	14	23.0%	27	55.1%	
明らかな問題あり	64	58.2%	18	32.1%	46	85.2%	42	68.9%	22	44.9%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

21

表22 メニンガー患者分類表(1)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
メニンガー患者分類表											0.008
I. 管理											
1対1で付き添う	10	9.1%	10	17.9%	0	0.0%	5	8.2%	5	10.2%	
個室に保護する(刺激回避のため)	23	20.9%	10	17.9%	13	24.1%	6	9.8%	17	34.7%	0.077
注意深く観察する	11	10.0%	2	3.6%	9	16.7%	7	11.5%	4	8.2%	
常に気にしている	7	6.4%	4	7.1%	3	5.6%	6	9.8%	1	2.0%	
頻回に観察する	13	11.8%	6	10.7%	7	13.0%	11	18.0%	2	4.1%	
通常の確認	46	41.8%	24	42.9%	22	40.7%	26	42.6%	20	40.8%	
II. 食事											0.008
介助または経管栄養	8	7.3%	3	5.4%	5	9.3%	6	9.8%	2	4.1%	
部屋に配膳する	40	36.4%	28	50.0%	12	22.2%	16	26.2%	24	49.0%	
食堂で食べる(監視必要)	19	17.3%	2	3.6%	17	31.5%	13	21.3%	6	12.2%	
食堂で食べる(監視不要)	43	39.1%	23	41.1%	20	37.0%	26	42.6%	17	34.7%	
III. 個人衛生											0.008
直接介助	26	23.6%	9	16.1%	17	31.5%	16	26.2%	10	20.4%	
声をかけて行動を促したり、できているかどうか確認する	49	44.5%	20	35.7%	29	53.7%	33	54.1%	16	32.7%	
自分で行える	35	31.8%	27	48.2%	8	14.8%	12	19.7%	23	46.9%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

22

表23 メニンガー患者分類表(2)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
IV. 活動											0.023
病室のみ	27	24.5%	13	23.2%	14	25.9%	10	16.4%	17	34.7%	
病棟のみ	48	43.6%	16	28.6%	32	59.3%	34	55.7%	14	28.6%	
スケジュール通りの活動、病棟外に出るときは看護師同伴	27	24.5%	21	37.5%	6	11.1%	14	23.0%	13	26.5%	
病棟内外で規則的な活動や余暇活動ができる	8	7.3%	6	10.7%	2	3.7%	3	4.9%	5	10.2%	
V. 責任のレベル											0.139
看護師と1対1で行動する	58	52.7%	24	42.9%	34	63.0%	28	45.9%	30	61.2%	
集団で行動する	45	40.9%	25	44.6%	20	37.0%	30	49.2%	15	30.6%	
1人で行動できる	7	6.4%	7	12.5%	0	0.0%	3	4.9%	4	8.2%	
VI. 指導											0.198
1対1で毎日指導する	29	26.4%	25	44.6%	4	7.4%	14	23.0%	15	30.6%	
1対1で週に3回程度指導する	18	16.4%	6	10.7%	12	22.2%	12	19.7%	6	12.2%	
必要時またはグループ指導	26	23.6%	10	17.9%	16	29.6%	11	18.0%	15	30.6%	
指導は特に行っていない	37	33.6%	15	26.8%	22	40.7%	24	39.3%	13	26.5%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

23

表24 メニンガー患者分類表(3)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		p
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	
VII. 危険性											0.059
離院自傷他害の可能性が高い	46	41.8%	17	30.4%	29	53.7%	21	34.4%	25	51.0%	
離院自傷他害の可能性が中程度	28	25.5%	9	16.1%	19	35.2%	21	34.4%	7	14.3%	
離院自傷他害の可能性は少ない	14	12.7%	8	14.3%	6	11.1%	9	14.8%	5	10.2%	
明らかな危険はない	22	20.0%	22	39.3%	0	0.0%	10	16.4%	12	24.5%	
VIII. 与薬											0.852
拒薬	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	1	1.6%	1	2.0%	
1日に4回以上の与薬	31	28.2%	25	44.6%	6	11.1%	17	27.9%	14	28.6%	
1日の4回未満の与薬	70	63.6%	28	50.0%	42	77.8%	38	62.3%	32	65.3%	
自己管理または頓服薬のみ与薬	7	6.4%	2	3.6%	5	9.3%	5	8.2%	2	4.1%	
IX. 身体的問題											0.444
ベッド上のケア、身体症状による隔離	1	0.9%	0	0.0%	1	1.9%	1	1.6%	0	0.0%	
身体障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
特別ケアが必要な身体合併症	2	1.8%	1	1.8%	1	1.9%	2	3.3%	0	0.0%	
通常のケアで足りる身体合併症	22	20.0%	8	14.3%	14	25.9%	11	18.0%	11	22.4%	
身体的問題はなし	85	77.3%	47	83.9%	38	70.4%	47	77.0%	38	77.6%	

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

24

表25 メニンガー患者分類表(4)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
隔離または抑制(身体拘束)	36	32.7%	23	41.1%	13	24.1%	13	21.3%	23	46.9%	0.008
電気ショック療法	1	0.9%	1	1.8%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	1.000
特別な検査	10	9.1%	10	17.9%	0	0.0%	4	6.6%	6	12.2%	0.485
看護師との時間を頻回に要求する	30	27.3%	25	44.6%	5	9.3%	16	26.2%	14	28.6%	0.953
暴力的行為	19	17.3%	17	30.4%	2	3.7%	10	16.4%	9	18.4%	0.985
破壊的行為	14	12.7%	12	21.4%	2	3.7%	7	11.5%	7	14.3%	0.879
グループへの参加	49	44.5%	24	42.9%	25	46.3%	25	41.0%	24	49.0%	0.519
65歳以上または8歳以下	23	20.9%	7	12.5%	16	29.6%	13	21.3%	10	20.4%	1.000
看護師同伴で病院以外の場所での 会合や面接に出かける	9	8.2%	7	12.5%	2	3.7%	4	6.6%	5	10.2%	0.731
看護師同伴で病院内・病棟以外で の会合や面接に出かける	11	10.0%	11	19.6%	0	0.0%	5	8.2%	6	12.2%	0.701
3職種以上の多職種カンファレン ス	44	40.0%	33	58.9%	11	20.4%	22	36.1%	22	44.9%	0.457
個別作業療法	15	13.6%	15	26.8%	0	0.0%	9	14.8%	6	12.2%	0.919
心理療法	10	9.1%	10	17.9%	0	0.0%	6	9.8%	4	8.2%	1.000
外部機関との連絡調整の開始	32	29.1%	29	51.8%	3	5.6%	18	29.5%	14	28.6%	1.000

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

25

表26 SBS(1)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
合計点 (0-78) (平均, SD)	17.02	10.80	16.39	11.32	17.67	10.30	17.93	11.28	15.88	10.16	0.323
コミュニケーション (0-4)	1.14	1.12	0.89	1.07	1.39	1.12	1.36	1.18	0.86	0.98	0.018
会話内容の一貫性 (0-4)	1.55	1.37	1.39	1.47	1.70	1.24	1.57	1.4	1.51	1.34	0.810
会話の奇妙さ (0-4)	1.23	1.15	1.29	1.23	1.17	1.06	1.13	1.1	1.35	1.2	0.329
社会との適切な接触 (0-4)	1.94	1.55	1.27	1.47	2.63	1.31	2.39	1.58	1.37	1.3	<0.001
敵意に満ちた交流 (0-4)	0.67	0.92	0.89	1.04	0.44	0.72	0.57	0.87	0.80	0.98	0.210
関心をひく振るまい (0-4)	0.50	0.92	0.70	1.16	0.30	0.50	0.56	0.94	0.43	0.89	0.466
自殺・自傷の企図と行動 (0-4)	0.33	0.78	0.45	0.85	0.20	0.68	0.30	0.72	0.37	0.86	0.631
パニック、恐怖症 (0-4)	1.05	1.04	1.39	1.04	0.70	0.92	1.00	1.05	1.12	1.03	0.541
過活動性 (0-4)	0.66	1.02	0.73	1.02	0.59	1.02	0.56	0.87	0.80	1.17	0.223
独語、空笑 (0-4)	0.87	1.35	0.66	1.18	1.09	1.48	0.90	1.39	0.84	1.31	0.803

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

26

表27 SBS(2)

	合計 (n=110)		岡山 (n=56)		木村 (n=54)		180日以上 (n=61)		180日未満 (n=49)		
	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	平均/n	SD/%	p
妄想の行動化 (0-2)	0.43	0.75	0.43	0.74	0.43	0.77	0.46	0.77	0.39	0.73	0.621
奇妙な姿勢、動き (0-4)	0.58	1.15	0.52	1.19	0.65	1.12	0.62	1.24	0.53	1.04	0.678
ひんしゆく・マナー (0-4)	0.90	1.08	1.00	1.18	0.80	0.98	0.95	1.09	0.84	1.09	0.585
破滅的行動 (0-3)	0.40	0.81	0.52	0.81	0.28	0.81	0.41	0.86	0.39	0.76	0.888
抑うつ (0-3)	0.32	0.65	0.41	0.65	0.22	0.63	0.31	0.65	0.33	0.66	0.904
性的逸脱行動 (0-4)	0.09	0.35	0.11	0.31	0.07	0.38	0.05	0.28	0.14	0.41	0.160
身だしなみ・清潔度 (0-4)	1.39	1.37	1.11	1.30	1.69	1.38	1.66	1.39	1.06	1.28	0.023
動きの鈍さ (0-4)	0.69	1.04	0.39	0.98	1.00	1.01	0.75	1.09	0.61	0.98	0.479
異常な活動性の低さ (0-4)	0.65	0.95	0.41	0.89	0.91	0.96	0.75	1.03	0.53	0.84	0.223
集中力 (0-2)	0.77	0.66	0.68	0.66	0.87	0.65	0.84	0.71	0.69	0.58	0.263
社会的適応を妨げる行動 (0-4)	0.85	1.31	1.16	1.51	0.54	0.99	0.79	1.24	0.94	1.41	0.549

*岡山:岡山県精神科医療センター、木村:木村病院、p値は180日以上群と180日未満群との比較において、カテゴリ変数は χ^2 乗検定、連続変数はt検定の結果を記載

27

図1 コメディカルの配置状況(非常勤を含む)

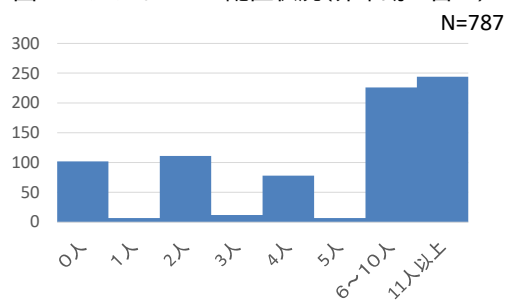


図2 コメディカルの配置状況(常勤のみ)

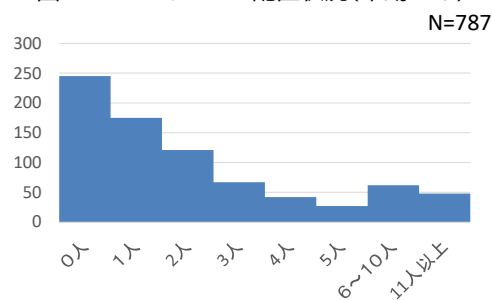
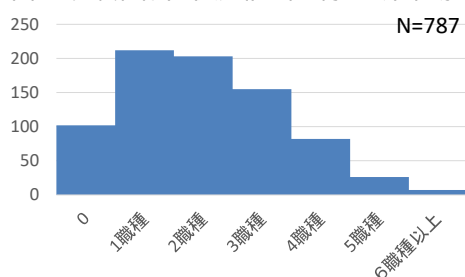
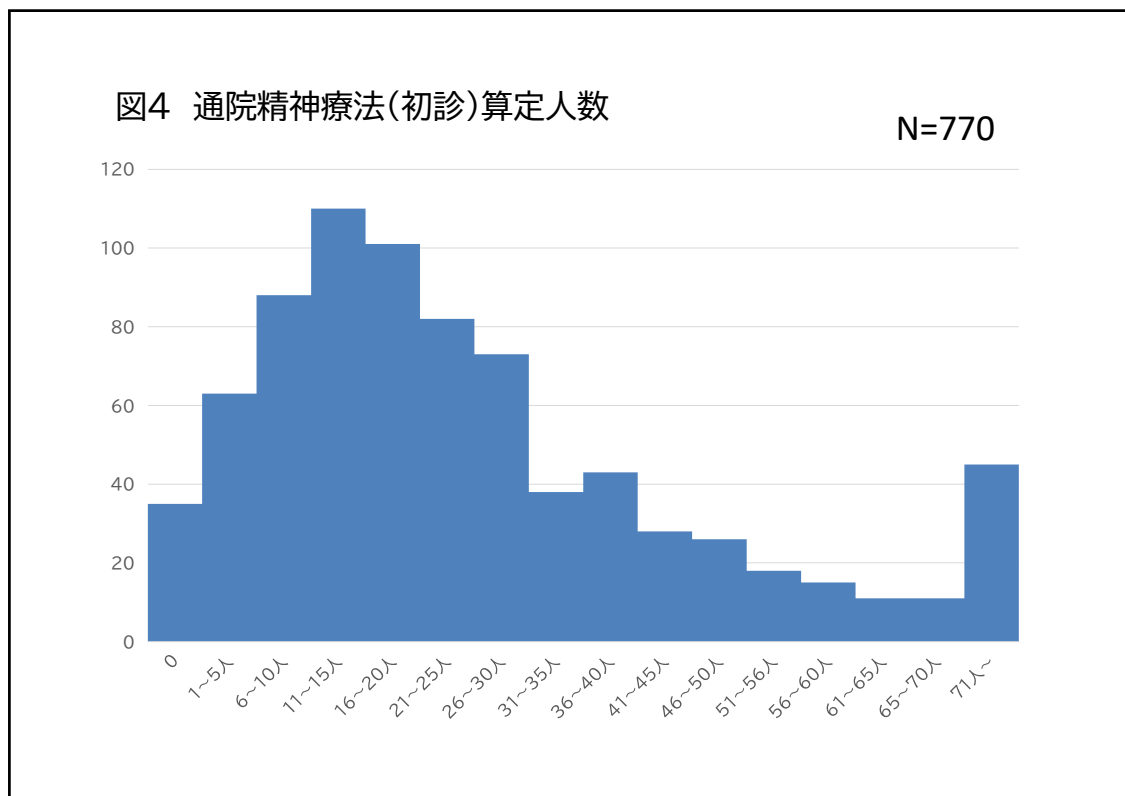


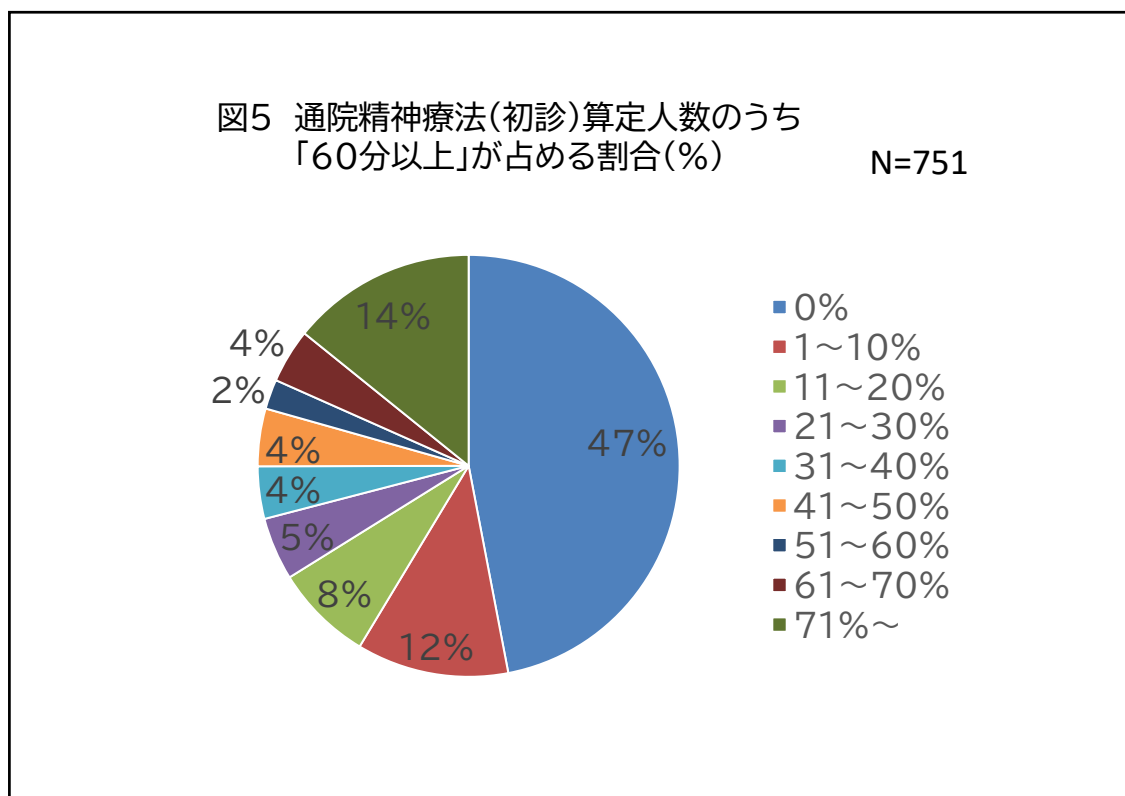
図3 多職種配置状況(医師を除く、非常勤を含む)



28



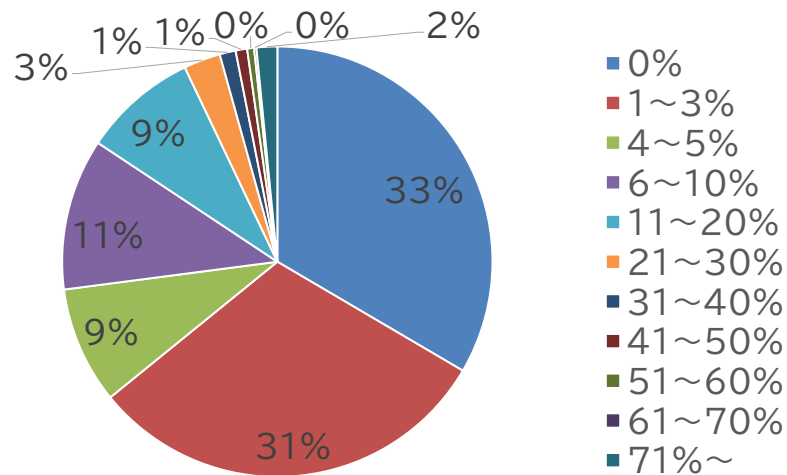
29



30

図6 通院精神療法(再診)算定人数のうち
「30分以上」が占める割合(%)

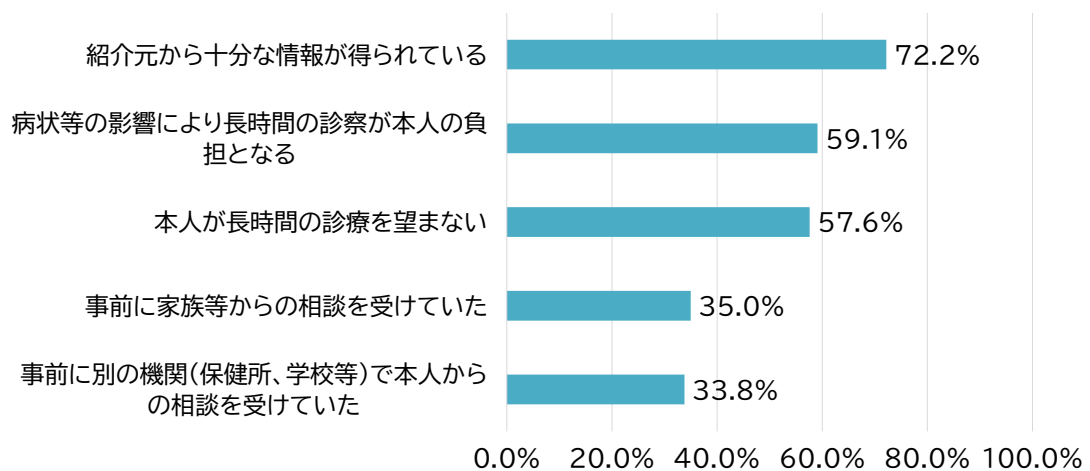
N=770



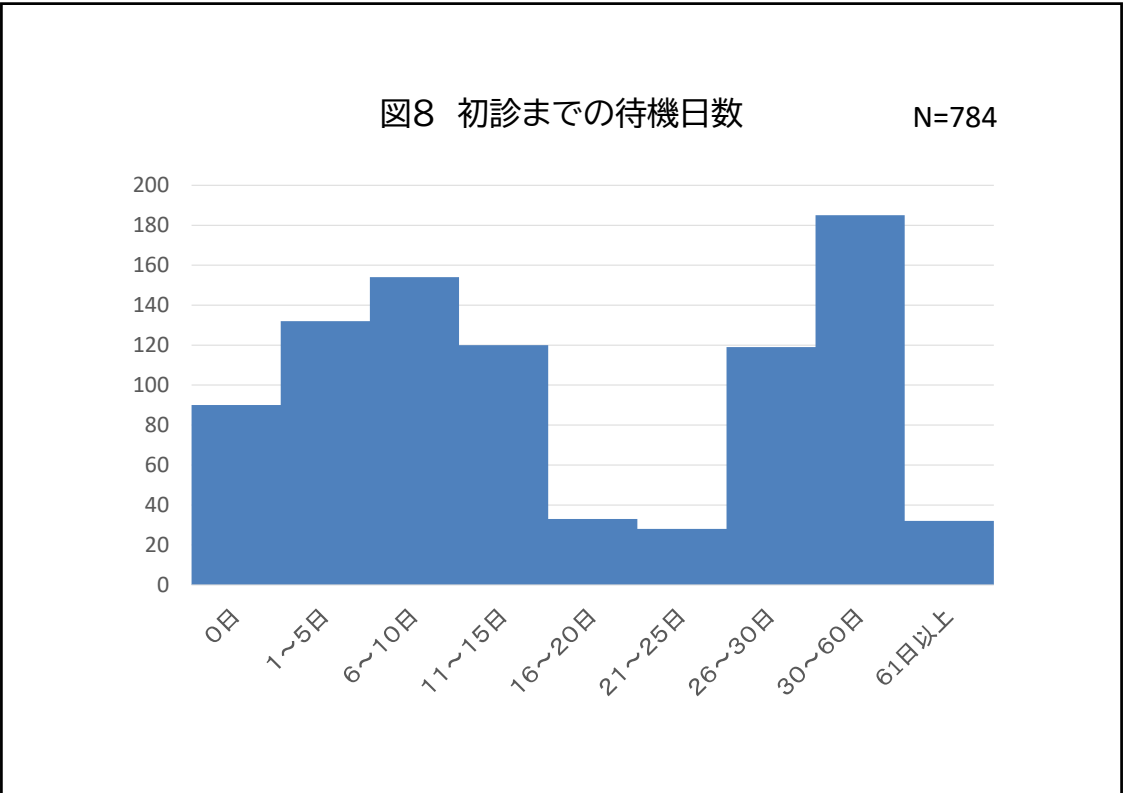
31

図7 初診における診療時間が60分未満であっても
差支えないと考えられる状況(複数回答可)

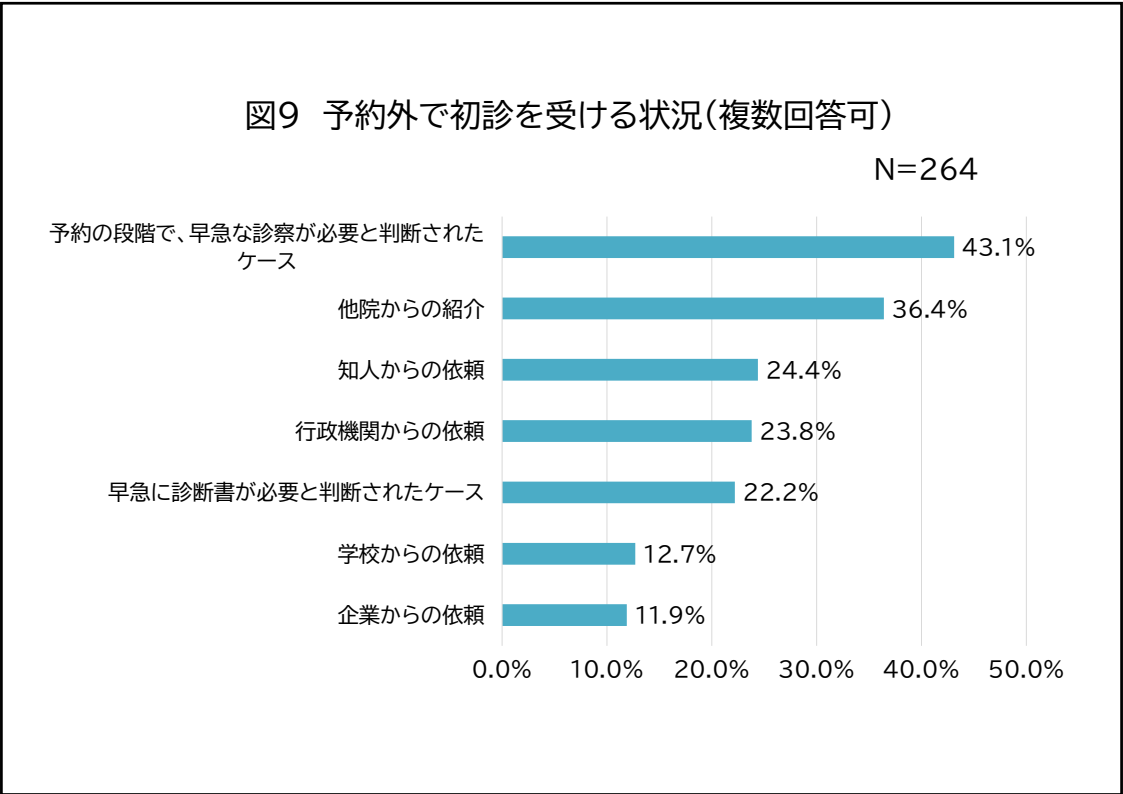
N=787



32



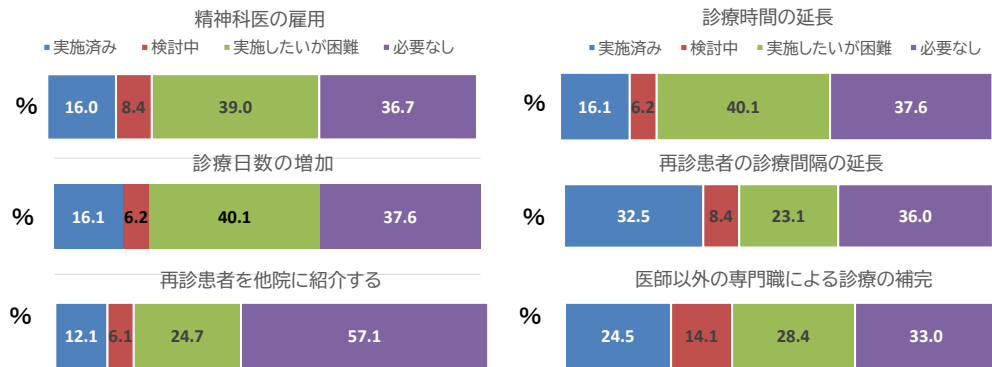
33



34

図10 初診待機日数を減らすための対策

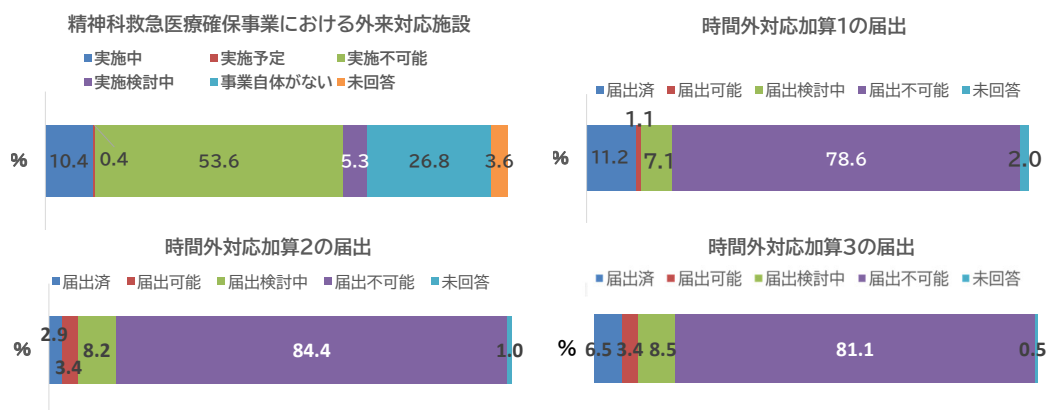
N=787



35

図11 時間外対応状況

N=787



36

図12 精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等への対応状況

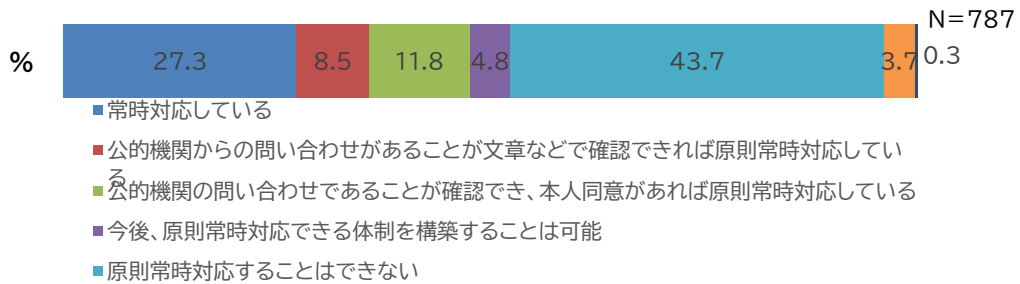
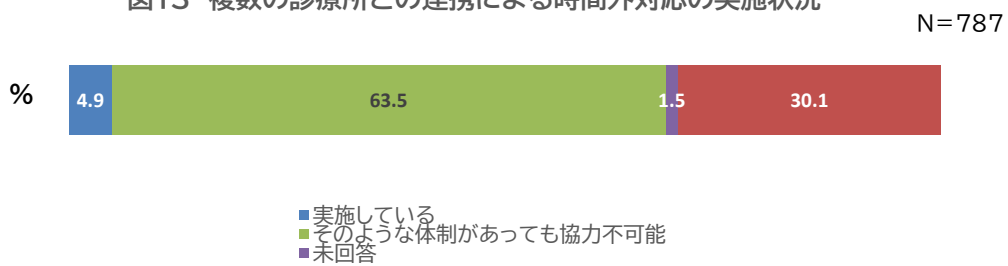
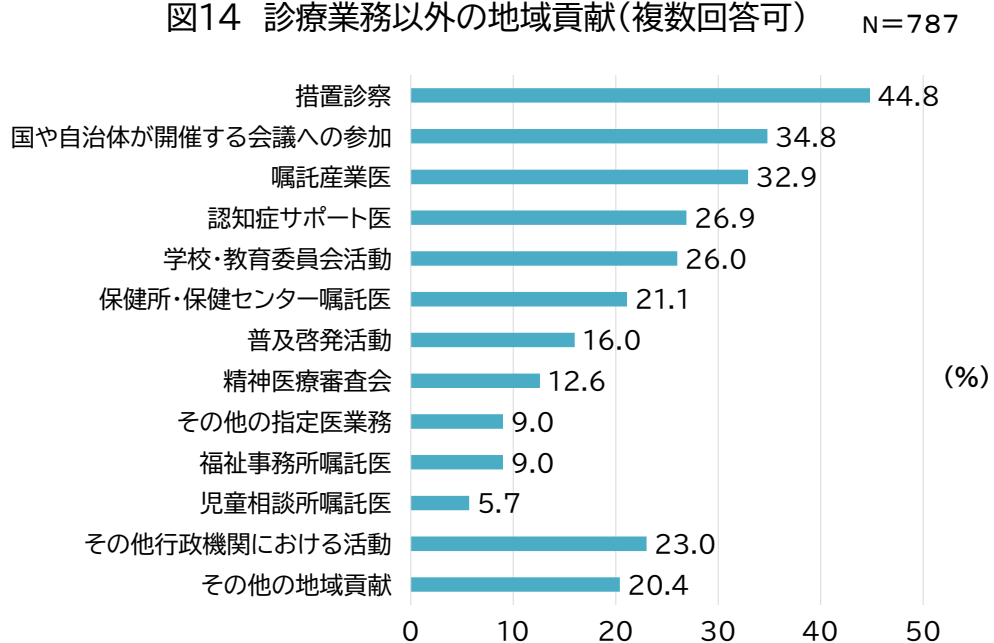


図13 複数の診療所との連携による時間外対応の実施状況



37

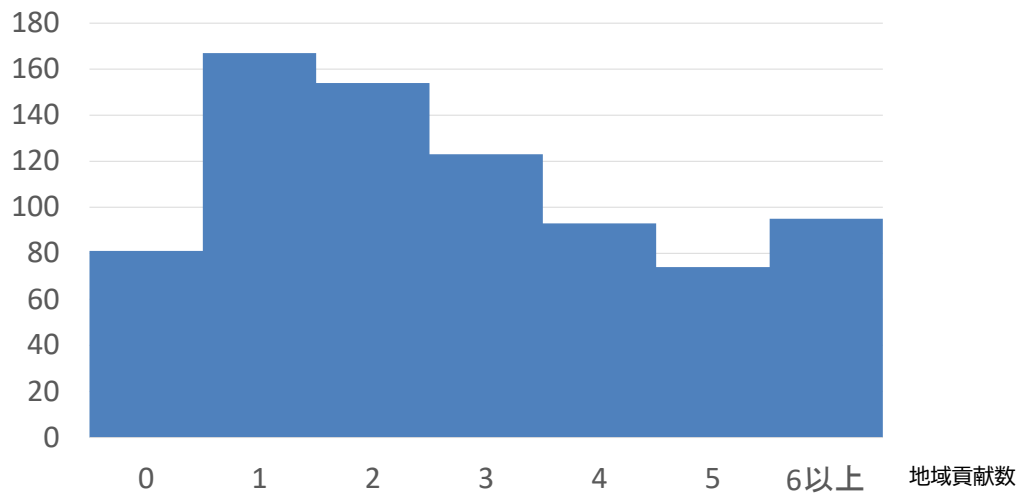
図14 診療業務以外の地域貢献(複数回答可)



38

図15 診療業務以外の地域貢献の数
（「その他」は1としてカウント）

N=787



「地域における精神科医療機関の役割に関する実態調査」調査票

問 1 貴機関の属性について教えてください。

1)	医療機関の所在地	() 都 道 府 県
2)	運営主体区分	☐ 国公立 ☐ 民間
3)	医療機関種別	☐ 診療所 ☐ 精神科病院 ☐ 一般病院
4)	病床の有無	☐ 有床 ☐ 無床

問 2 外来の人員配置について教えてください

(精神科医は病院全体の人数、それ以外は病棟/デイケア/他科/介護福祉等関連施設の専従者を除く)

1)	精神科医師数	常勤 () 人 非常勤 () 人
1-1)	1) のうち、精神保健指定医数	常勤 () 人 非常勤 () 人
2)	看護師数	常勤 () 人 非常勤 () 人
2-1)	精神科認定看護師が外来業務に関与することがありますか	() ある () ない
2-2)	精神看護専門看護師が外来業務に関与することがありますか	() ある () ない
3)	精神保健福祉士	常勤 () 人 非常勤 () 人
4)	公認心理師	常勤 () 人 非常勤 () 人
5)	作業療法士	常勤 () 人 非常勤 () 人
6)	理学療法士	常勤 () 人 非常勤 () 人
7)	言語聴覚士	常勤 () 人 非常勤 () 人
8)	ピアサポーター	常勤 () 人 非常勤 () 人
9)	その他 ()	常勤 () 人 非常勤 () 人

問 3 貴院において、一般的な初診までのおよその待機期間を教えてください。(緊急対応を除く)

約 () 日

問 4 下記の外来業務について、令和 6 年 4 月の実施状況を教えてください。*灰色は、診療報酬算定項目

1)	当日の緊急新患の診察	☐ あり ☐ なし
2)	病状悪化時の当日の再診	☐ あり ☐ なし
3)	救急車での救急搬送	☐ あり ☐ なし
4)	警察からの搬送	☐ あり ☐ なし
5)	警察官同伴での受診・警察からの紹介	☐ あり ☐ なし
6)	標榜診察時間を 30 分以上過ぎてからの診察	☐ あり ☐ なし
7)	時間外加算/時間外特例加算/深夜加算休日加算いずれかの算定	☐ あり ☐ なし
8)	地域連携・休日診療料の算定	☐ あり ☐ なし
9)	夜間休日救急搬送医学管理料の算定	☐ あり ☐ なし
10)	オンライン診療料の算定	☐ あり ☐ なし

問 4（続き）下記の外来業務について、令和 6 年 4 月の施状況を教えてください。＊灰色は、診療報酬算定項目

11)	糖尿病・高血圧・高脂血症等、生活習慣病の診療	☐ あり ☐ なし
12)	身体科他院（一般病院の場合、同一病院の他科を含む）への診療情報提供	☐ あり ☐ なし
13)	生活習慣病管理料の算定	☐ あり ☐ なし
14)	外来栄養食事指導料の算定	☐ あり ☐ なし
15)	精神保健福祉士による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
16)	看護師による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
17)	公認心理師による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
18)	作業療法士による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
19)	その他の専門職による相談・面接の実施（家族相談を含む）	☐ あり ☐ 電話相談のみあり ☐ なし
20)	療養生活継続支援加算の算定	☐ あり ☐ なし
21)	療養生活環境整備指導加算の算定	☐ あり ☐ なし
22)	措置入院後継続支援加算の算定	☐ あり ☐ なし
23)	継続外来支援・指導料の算定	☐ あり ☐ なし
24)	精神科退院時共同指導料 1 の算定	☐ あり ☐ なし

問 5 訪問診療等の実施について、令和 6 年 4 月の実施状況を教えてください。＊灰色は、診療報酬算定項目

1)	往診料の算定	☐ あり ☐ なし
2)	在宅患者訪問診療料の算定	☐ あり ☐ なし
3)	精神科在宅患者支援管理料の算定	☐ あり ☐ なし
4)	在宅時医学総合管理料の算定	☐ あり ☐ なし
5)	精神科訪問看護指導料の算定	☐ あり ☐ なし
6)	精神科訪問看護指示料の算定	☐ あり ☐ なし
7)	精神科オンライン在宅管理料の算定	☐ あり ☐ なし
8)	診療報酬算定外の医師による院外の診療	☐ あり ☐ なし
9)	診療報酬算定外の精神保健福祉士による院外の相談・面接	☐ あり ☐ なし
10)	診療報酬算定外の公認心理師による院外の相談・面接	☐ あり ☐ なし
11)	診療報酬算定外のその他の専門職による院外の相談・面接	☐ あり ☐ なし

問 6 下記の地域連携について、令和 6 年 4 月の実施状況を教えてください。＊灰色は、診療報酬算定項目

1)	下記の機関に対し意見書/診断書を記載しましたか。あてはまる機関を選択してください。（複数可）
	☐ 学校等の教育機関 ☐ 職場/障害者職業センター/ハローワーク等の就労関係機関 ☐ 障害福祉サービス事業者 ☐ 介護保険サービス事業者 ☐ 保健所/児童相談所/生活保護担当者等の行政機関
2)	下記の機関と正式な文書以外の協議（対面/電話/オンライン/メール/FAX 等による協議。地域ケア会議を含む）を実施しましたか。あてはまる機関を選択してください。（複数可）
	☐ 学校等の教育機関 ☐ 職場/障害者職業センター/ハローワーク等の就労関係機関 ☐ 障害福祉サービス事業者 ☐ 介護保険サービス事業者 ☐ 保健所/児童相談所/生活保護担当者等の行政機関

ご協力ありがとうございました

精神科診療所の機能に関する調査

問1. 貴院が所在する都道府県をおしえてください。()

問2. 貴院に勤務するスタッフの数をおしえてください。

- | | | |
|---------------|----------|-----------|
| ・ 精神科医師数 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ うち、精神保健指定医数 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ 看護師数 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ 精神保健福祉士 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ 公認心理師 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ 作業療法士 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ ピアスタッフ | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |
| ・ その他の専門職 | 常勤 () 人 | 非常勤 () 人 |

問3. 貴院における初診待機日数は、何日程度ですか。約 () 日

問4. 貴院において、初診待機日数を減らすための対策として、どのような方法が考えられますか。

- | | | | | |
|--|------|-----|----------|------|
| ・ 精神科医の雇用 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 精神科医以外の医師の雇用 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 診療時間の延長 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 診療日数の増加 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 初診にかかる時間の削減 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 再診患者の診療間隔の延長 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ 再診患者を他院に紹介する | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ メディカルスタッフによる診療の補完 | 実施済み | 検討中 | 実施したいが困難 | 必要なし |
| ・ その他、初診待機日数を減らすための対策があればおしえてください。(自由記述) | | | | |
| () | | | | |

問5. 貴院においては、「過去 6 か月間の「初診日に 30 分以上」の通院・在宅精神療法の算定回数
(合計)／勤務する医師数 ≥ 60 」の基準を満たすことは可能ですか。

現在でも可能 工夫により可能 不可能 わからない

問6. 2024 年 11 月の通院・在宅精神療法の算定状況につきおしえてください。

通院精神療法のべ算定数 () 件

このうち、

- | | |
|-----------------------------|-------|
| 初診料+60 分以上の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 初診料+30 分以上 60 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 初診料+30 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 再診料+30 分以上 60 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 再診料+20 分以上 30 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 再診料+10 分以上 20 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |
| 再診料+5 分以上 10 分未満の通院精神療法算定数 | () 件 |

在宅精神療法のべ算定数 () 件

このうち、

初診料+60分以上の通院精神療法算定数 () 件

初診料+30分以上60分未満の通院精神療法算定数 () 件

初診料+30分未満の通院精神療法算定数 () 件

再診料+30分以上60分未満の通院精神療法算定数 () 件

再診料+20分以上30分未満の通院精神療法算定数 () 件

再診料+10分以上20分未満の通院精神療法算定数 () 件

再診料+5分以上10分未満の通院精神療法算定数 () 件

問7. 初診における診療時間が60分未満であっても差し支えないと考えられる状況にはどのようなものがありましたか(複数回答可)。

- ・ 本人が長時間の診療を望まない
- ・ 紹介元から十分な情報が得られている
- ・ 事前に家族等からの相談を受けていた
- ・ 事前に別の機関(保健所、学校等)で本人からの相談を受けていた
- ・ 病状等の影響により長時間の診察が本人の負担となる
- ・ その他

問8. 貴院において、予約外の初診を受けることはありますか。 ない ある

ある場合、どのようなケースであれば予約外に初診を受けていますか。(複数回答可)

- ・ 予約の段階で、早急な診察が必要と判断されたケース
- ・ 早急に診断書が必要と判断されたケース
- ・ 知人からの依頼
- ・ 他院からの紹介
- ・ 行政機関からの依頼
- ・ 学校からの依頼
- ・ 企業からの依頼
- ・ その他 ()

問9. 予約外の初診の必要性について誰が判断していますか。

精神科医 精神科医以外の専門職 受付スタッフ その他 ()

問10. 時間外対応につき、該当する選択肢を選んでください。

- ・ 精神科救急医療確保事業における外来対応施設: 実施中 実施予定 実施不可能 実施検討中 事業自体がない
- ・ 時間外対応加算1の届出: 届出済 届出可能 届出検討中 届出不可能
- ・ 時間外対応加算2の届出: 届出済 届出可能 届出検討中 届出不可能
- ・ 時間外対応加算3の届出: 届出済 届出可能 届出検討中 届出不可能

問11. 精神科救急情報センター、保健所、警察等からの問い合わせ等に原則常時対応できる体制はありますか。あてはまるものを選択してください。

- ・ 原則常時対応している
- ・ 公的機関からの問い合わせであることが文書などで確認できれば原則常時対応している
- ・ 公的機関の問い合わせであることが確認でき、本人同意があれば原則常時対応している
- ・ 今後、原則常時対応できる体制を構築することは可能
- ・ 原則常時対応することはできない
- ・ その他（ ）

問12. 複数の診療所との連携により、時間外対応を実施していますか。

実施している そのような体制があれば協力できる そのような体制があっても協力不可能

問13. 上記以外の方法で時間外対応を実施されている場合、その内容を具体的におしえてください。

（ ）

問14. 貴院の医師は、以下のいずれかの業務に従事されていますか。該当するものを選択してください。(複数選択可)

- ・ 措置診察
- ・ 精神医療審査会委員
- ・ その他の指定医業務（具体的に ）
- ・ 学校・教育委員会活動
- ・ 保健所・保健センター嘱託医
- ・ 福祉事務所嘱託医
- ・ 児童相談所嘱託医
- ・ 認知症サポート医
- ・ 国や自治体が開催する会議への参加
- ・ その他行政機関における活動（具体的に ）
- ・ 嘱託産業医活動
- ・ 普及啓発活動（具体的に ）
- ・ その他の地域貢献（ ）

ご協力ありがとうございました

地域における危機介入のあり方に関する研究

研究分担者：椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

研究協力者：五十嵐禎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、伊豫雅臣（千葉大学院医学研究院精神医学）、稲垣 中（青山学院大学 国際政治経済学部）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学）、鎌田 雄（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター）、島田達洋（栃木県精神保健福祉センター）、鈴木陽大（千葉大学医学部附属病院精神神経科）、瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）、中西清晃（国立精神・神経医療研究センター）、新津富央（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、西中宏史（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

要旨

精神障害者が地域で安心して生活するためには、危機時の適切な介入が不可欠であり、精神保健福祉法に基づく措置入院制度の適正な運用は、その鍵を握る。本研究では、措置診察の判断を担う精神保健指定医（以下「指定医」）への教育的支援の必要性に着目し、指定医を対象とした研修プログラムの開発と教育効果の検証を行った。我々が作成した既存の教材を改良し、事前ビデオ学習と集合研修を組み合わせたプログラムを実施し、4名が参加した。研修後には、措置診察に対する自信や理解に一定の改善が見られたが、参加者数が限られていたため、定量的な実証には至らなかった。ただし、本研究班が以前実施した指定医への全国調査とも整合するかたちで、措置診察に関する体系的な教育機会の不足や、実践的な研修の重要性が再確認された。今後は、過去に実施した同様のプログラムのデータと統合的に解析を行い、研修の有効性を検証するとともに、より多様な対象を含む研修の展開や、措置診察後の中長期的アウトカム（診察精度、再入院率、地域支援の質など）の評価を通じて、措置診察の標準化と質向上を支える制度整備を進める必要がある。

A.研究の背景と目的

精神的不調を抱える人や精神障害者が地域で安心して生活していくうえでは、地域における危機介入が適切に行われることが必要不可欠である。理想的には、入院に至る前の段階で適切な支援や必要に応じた医療的介入ができることが望ましいが、自傷行為や他害行為に至るまで対応が困難な状況も少なくないのが地域の実情である。このことを踏まえると、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による

措置入院制度を適正に運用することは、地域における危機介入において極めて重要であるといえる。

措置入院制度の抱える種々の課題については従前から再三指摘されていた。主要課題としては、通報等件数の伸びに比して措置診察対象者や新規措置入院者の微増に見る、警察等の認識と保健所や指定医（指定医）の判断との間に乖離がある可能性である。また、措置入院患者のソーシャルサポートの顕著な乏しさに対する支援体制強化の必要性である。

これらのことから、措置入院制度のあり方については、継続的に現状分析と改善のための方策を検討することが求められている¹⁾。

本研究においては、措置入院に係る課題に対応するうえでの指定医の役割に着目した。措置入院の適正運用のためには、指定医が実施する措置診察の適正化、均てん化が重要であることは従前から指摘されてきた。しかしながら、指定医を対象とした措置診察に関する教育が十分に実施されてきたとは言い難く、指定医に義務付けられている研修においても、具体的な措置診察の方法について教授される機会はほとんどないといっても過言ではない。

そこで本研究班では、指定医のための知識及び技術を習得するための方策の整備に着目した検討を行っている¹²⁾。これまでには、措置診察技法の習得に関する指定医に対する全国調査を行ったうえで、措置診察技法の研修教材の開発に着手した。一昨年度からは、開発した教材をもとに、千葉大学医学部附属病院と協働して措置診察に関する研修会を実施しており、教材を含む研修についての効果の検証が求められている。

B.方法

上記の背景にしたがい、本年度は既存の教材にさらに改良を加えた（別添1）。そのうえで評価尺度も見直し、教育効果を検証するオープン試験を立ち上げた。

対象は、医師免許取得後4年以上経過しており、指定医資格を有する、または指定医資格取得を目指している者であって、指定医資格更新研修を受講したことがない者とした。除外基準は特に設けなかった。

本研究は、若手精神科医師に対する研修会の実施と、それによる教育研修効果の測定を目的とするオープン介入研究である。対象に対し事前アンケート調査を行った後、措置診察技法の取得を目的とした研修会を受講させ、その後同内容のアンケート調査を実施し、研修会の受講前後での差異を検証することによ

り研修効果を測定することとした。

測定項目は、研究者3名により作成した「精神保健福祉法に基づく措置入院制度に関するテスト（以下「措置テスト」という。）」、Academic Motivational Scale（以下「AMS」という。）及び Motivated Strategies for Learning Questionnaire（ただし Part A に限る。以下「MSLQ-A」という。）の評点である。また、対象者の臨床経験等の属性情報及び措置診察に対する自信等についても自記式アンケートを行うこととした。

得られたデータを統計ソフト等により解析する。主要評価項目は措置テストの評点の変化、副次的評価項目は AMS 及び MSLQ-A の合計点及び各カテゴリー評点の変化、措置診察に対する自信の変化とした。

【倫理的配慮】

研究計画を当学の倫理審査委員会に提出し、その承認を得た（受付番号 M10820、2025 年 1 月 16 日承認）。実査に当たっては、研究の目的と内容等を書面等により説明し、書面による同意をもって対象として参入させた。

なお、本研究は、臨床研究法その他の関連法規の規制の範囲には含まれないが、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に抵触しない範囲で実施するものとした。

C.結果／進捗

我々は 2025 年 2 月 1 日（土）13 時～17 時において「令和 6 年度 措置診察実践セミナー」を開催した。前回同様、参加者には事前学習用ビデオの視聴を必須としたうえで、改良した資料を用いて研修を行った。

参加人数は 5 名で、うち 2 名が指定医だが、いずれも措置診察の経験はなかった。年齢は 35.2 ± 3.9 歳（平均 $\pm$ 標準偏差。以下同じ）、医師としての経験年数は 7.4 ± 2.7 年であった。全員が措置診察を自信をもって実施できないと回答した。また措置診察を行う手続きや、措置診察を行う際に要措置と不要措置を判別する基準について、説明できると回答した者

は各 1 名だった。

研修前の措置テストの評点は 9.8 ± 1.6 点であった。

研修前の AMS の評点は、to know が 19.0 ± 5.1 点、toward accomplishment が 13.6 ± 5.6 点、to experience stimulation が 13.8 ± 7.4 点で、内発的動機づけの合計点は 46.4 ± 17.3 点であった。また identified が 18.8 ± 4.7 点、introjected が 11.4 ± 7.6 点、external regulation が 12.6 ± 17.0 点で、外発的動機づけの合計点は 42.8 ± 18.0 点であった。なお無動機は 6.6 ± 2.9 点であった。

研修前の MSLQ Part-A は、内発的目標指向性が 4.0 ± 1.2 、外発的目標指向性が 2.8 ± 1.2 、課題価値が 4.2 ± 4.3 、学習制御信念が 4.9 ± 1.0 、学習とパフォーマンスに対する自己効力感が 2.8 ± 1.3 、試験不安が 3.6 ± 1.9 であった。

5 名全員が研修を完遂したが、うち 1 名は事後評価に回答しなかった。

研修後は 4 名中 2 名が措置診察を、自信をもって実施できると回答した。措置診察を行う手続きについては 1 名ができると回答し、措置診察を行う際に要措置と不要措置を判別する基準については 4 名全員が説明できると回答した。

事後評価を行った 4 名における研修後の措置テストの評点は 14.5 ± 0.6 点であった。

研修後の AMS の評点は、to know が 16.5 ± 6.1 点、toward accomplishment が 16.5 ± 6.8 点、to experience stimulation が 14.5 ± 6.1 点で、内発的動機づけの合計点は 47.5 ± 18.6 点であった。また identified が 20.0 ± 3.3 点、introjected が 10.8 ± 6.7 点、external regulation が 15.0 ± 5.6 点で、外発的動機づけの合計点は 45.8 ± 14.3 点であった。なお無動機は 7.0 ± 4.2 点であった。

研修後の MSLQ Part-A は、内発的目標指向性が 4.7 ± 0.6 、外発的目標指向性が 2.5 ± 1.6 、課題価値が 4.6 ± 0.4 、学習制御信念が 4.7 ± 0.5 、学習とパフォーマンスに対する自己効力感が 3.4 ± 1.6 、試験不安が 3.5 ± 1.2 であった。

D. 考察

本研究は、指定医に求められる措置診察スキルの修得を目的とした研修プログラムを開発・実施し、その教育効果を予備的に検証した点で先駆的意義を有する。参加者数は限られていたものの、措置診察に対する自信や理解の向上、判断基準の明確化といった定性的変化が観察された点は注目に値する。

研修参加前の多くの参加者が「措置診察の経験がない」「手続きや判断基準を説明できない」と回答していた事実は、指定医に課される強い権利制限を伴う判断責務の重さに比して、標準的な教育手段が確立されておらず、研修機会も乏しいという現状を端的に示している。

この点は、我々が以前本研究班で実施した全国調査 (Shiina et al., 2024) ³⁾ の結果とも合致する。調査では、措置診察に関する教育が、上司や先輩による口頭指導や OJT (On the Job Training) に依存しており、体系的な研修プログラムがほとんど存在しない実態が明らかとなった。

また、同調査では、経験豊富な指定医ほど、他者の診察への同席や症例報告会、上司への事後報告といった「省察的な実践」を多く経験していることが示されており、単なる知識伝達型の講義にとどまらず、対話的・経験学習的な手法の必要性が示唆されている。こうした点を踏まえると、本研究で実施した事前学習ビデオと集合型研修の組み合わせは、今後さらに、スーパービジョンやロールプレイ、振り返り (リフレクション) などの要素を加えることで、より効果的な研修へと発展させる可能性がある。同調査において、措置診察後の入院治療から得られるフィードバックが臨床判断の精度向上に寄与するとの知見も得られており、今後の研修プログラム設計においては、このような実地経験を通じた学習機会の導入も検討すべきである。

さらに、指定医の判断力を支える構造的支援として、標準的な判断枠組の策定、症例集

の整備、診察後のフィードバック体制の制度化などが挙げられる。現行制度下では、措置診察は「専門性に基づく個人判断」として医師に委ねられているが、実際には判断のばらつきや地域間格差が存在することが、以前より指摘されてきた。こうした背景を踏まえると、教育研修を通じた「判断の均てん化」は制度的にも急務であるといえる。

特に、我々が以前から提案している、国主導による措置入院に関する標準的教育プログラムの確立は、措置診察を含む非自発的入院制度の適正運用を支える基盤となりうる。本研究で実施した研修内容を、精神保健指定医研修会などで活用していくことも視野に入る。

本研究は、指定医教育のニーズと制度的課題を明らかにし、それに応答する教育モデルを提示したという点で重要である。参加者が少数であったため研修プログラムの効果を統計的に実証するには至らなかったが、過去に我々が実施した同様のプログラムのデータと合わせて今後統合的な解析を行い、研修の有効性を検証する予定である。加えて、より多様な対象を含む研修の展開と、措置診察後の中長期的アウトカム（診察精度、再入院率、地域支援の質など）の評価を通じて、制度改革への具体的な示唆を導き出していきたい。

文献)

- 1) 椎名明大：地域における危機介入のあり方に関する研究. 令和 5 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）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築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. P.45-102

- 2) 椎名明大：地域における危機介入のあり方に関する研究. 令和 5 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）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築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. P.45-92
- 3) Shiina A, Niitsu T, Iyo M, Fujii C: Need for education of psychiatric evaluation of offenders with mental disorders: A questionnaire survey for Japanese designated psychiatrists. World J Psychiatry. 19;14(5):726–734, 2024

E.健康危険情報

なし。

F.研究発表

1.論文発表

投稿中。

2.学会発表

1. 藤井千代, 田所重紀, 新津富央, 平田豊明, 椎名明大「措置診察実践セミナー」第 120 回日本精神神経学会学術総会ワークショップ 2024 年 6 月 22 日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

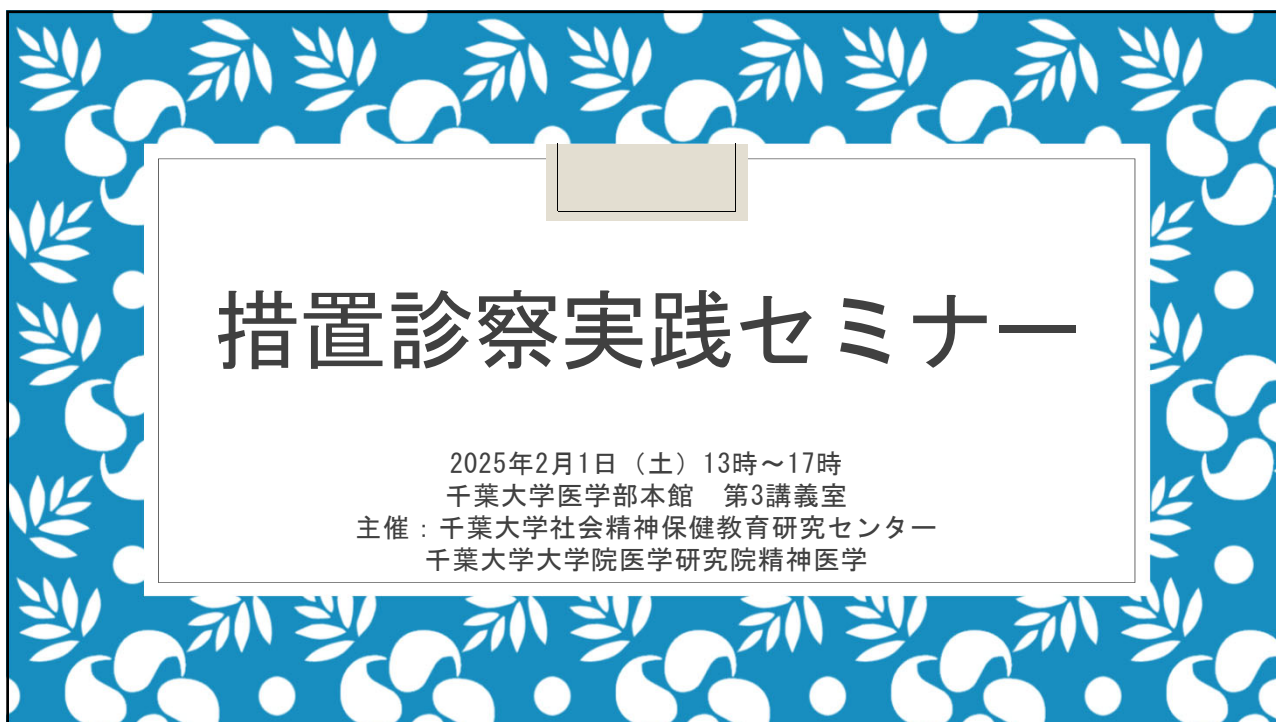
なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。



本日の日程

	セッション	内容	備考
13:00~13:15	オープニング	開会のあいさつ・アイスブレイク	
13:15~13:30	講義 1	措置入院制度改革と直近の法改正	
13:30~13:45	講義 2	措置診察におけるチェックポイント	
13:45~14:00	講義 3	措置入院の要否判断	
14:00~14:15	演習 ①	措置診察の評価（典型事例）	グループディスカッション
14:15~14:30	休憩		
14:30~14:45	演習 ②	措置診察の評価（問題事例）	グループディスカッション
14:45~15:30	演習 ③	措置診察の実践（ビデオ教材）	グループディスカッション
15:30~15:45	休憩		
15:45~16:00	講義 4	精神医療審査会における診断書の審査	
16:00~16:15	演習 ④	措置診断書の作成	セルフワーク
16:15~16:45	討論	措置診察のリアル～総合討論	パネルディスカッション
16:45~17:00	クロージング	閉会のあいさつ・修了証授与	

利益相反及び倫理的配慮

- 本研修会は「厚生労働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」の助成金を受けて行われる研究の一環として行われています。
- 上記以外に開示すべき利益相反はありません。
- 本研究は千葉大学大学院医学研究院の倫理審査の承認を得て行われています。

アイスブレーキング

- 皆様の所属とお名前、措置診察に関する経験、本研修会に求めるもの、好きな食べ物を教えてください

講義1

措置入院制度改革と 直近の法改正



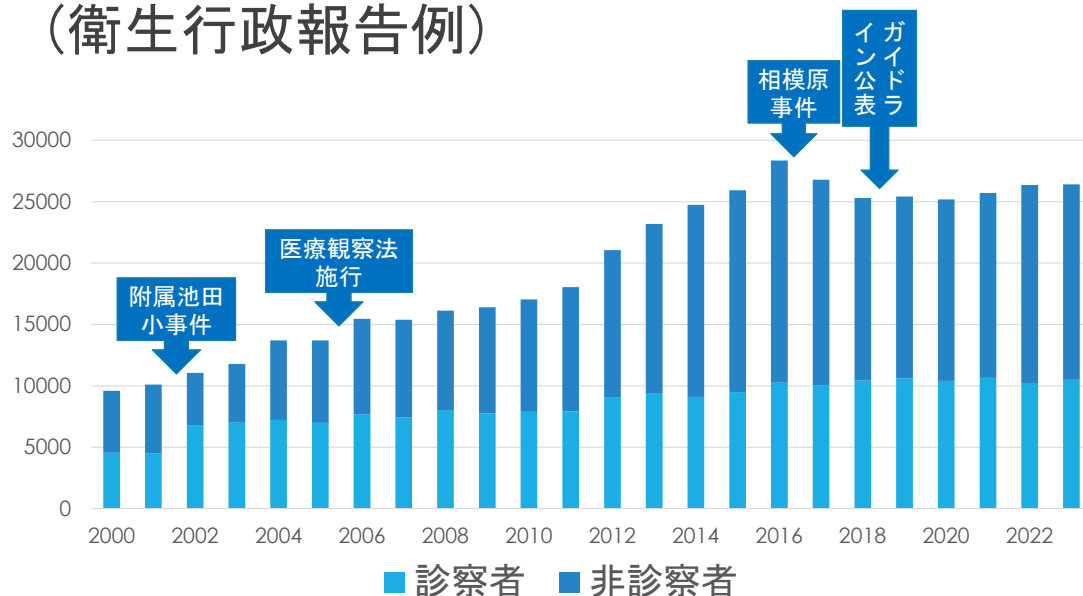
措置入院制度改革の背景

- 2016年7月26日、相模原市の障害者支援施設に元職員が侵入し、入所者を次々と殺害するという事件が発生。被疑者の措置入院歴や大麻使用歴、優生思想等が議論の俎上に載った。
- 政府は事件の検証および再発防止策検討チームを結成し、同年12月8日に発出した最終報告において措置入院者の退院後フォローアップを提言した。
- 当研究班では措置入院制度運用の実態把握を行うとともに、精神保健福祉法改正を想定した運用ガイドライン作りを担った。
- 政府は精神保健福祉法改正法案を第193回通常国会に提出したが、議論が紛糾し、第194回臨時国会で衆議院が解散されたのに伴い廃案となった。
- 厚生労働省は現行法令下で可能な措置入院制度改革として、研究班の研究成果に基づき、2018年3月に「措置入院の運用に関するガイドライン」「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」を策定した。

研究班における当初の議論

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

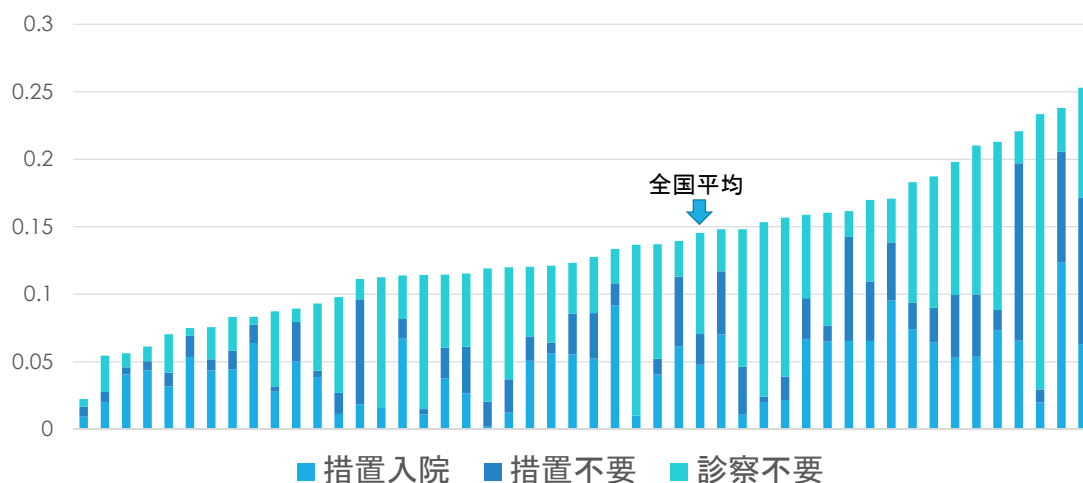
近年の措置通報件数の年次推移 (衛生行政報告例)



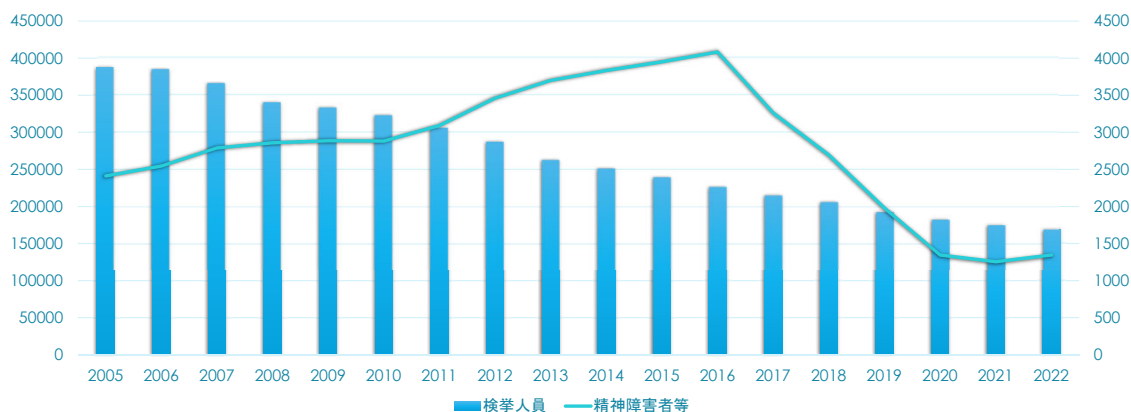
措置入院制度における「地域間格差」

- データの正確性の問題
 - 相談が通報として計上されていた？
- 被通報者が保護・逮捕等されていない場合の対応
 - いわゆる「発見通報」→措置診察が不可能
- 自治体の相談支援体制や精神科医療へのアクセスの整備状況
 - 通報しなければ医療に繋がらない？
- 自治体と警察との連携体制
 - 協力的？ 敵対的？
- 措置入院制度運用に対する自治体の考え方
 - 治安維持のための制度であり適応は最小化すべき V.S. 精神科救急医療のために活用すべき

自治体別人口千人当たり警察官通報数 (令和5年度衛生行政報告例からの概算)



犯罪検挙人数とそのうちに占める精神障害者等（犯罪白書）



2018年ガイドラインの要旨（再掲）

措置入院の運用に関するガイドライン

警察官通報を契機とした、措置入院に関する標準的な手続を整理したもの

- I. 警察官通報の受理
 - 保護・逮捕等されていない状況での通報等への対応を明確化
- II. 通報受理後、事前調査と措置診察まで
 - 原則、事前調査の上で措置診察の要否判定
 - 措置診察を行わない場合を明確化
- III. 地域の関係者による協議の場
 - 都道府県等は地域の関係者による協議の場を年1～2回程度設けることを推奨

障発0327第15号平成30年3月27日

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

- I. 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨
 - 現行法下で実施可能な、自治体を中心とした退院後支援の具体的な手続を整理。（法第47条の相談支援業務の一環）
- II. 退院後支援に関する計画の作成
 1. 支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画
 - 自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認めた者
 - 本人の同意が得られない場合は、計画は作成しない
 - 本人と家族その他の支援者が参画できるように働きかける
 2. 計画作成の時期
 - 原則、入院中に作成
 - 計画作成を理由に措置入院を延長することは認められない
 3. 計画の内容
 - 本人の希望や必要な支援が継続されなかった場合の対処方針を記載
 - 支援期間は退院後半年以内を基本として設定
 4. 会議の開催
 - 本人と家族その他の支援者の参加が原則

障発0327第16号平成30年3月27日

直近の精神保健福祉法改正の概要（一部）

- 家族が虐待等の加害者である場合の対応（2023年4月から）
 - 医療保護入院の同意や退院請求を行うことができる「家族等」からDVや虐待の加害者を除く。
- 入院患者への告知に関する見直し（2023年4月から）
 - 措置入院（緊急措置入院）、医療保護入院の告知を家族に対しても行う。
また**入院理由についても告知**する。
- 新規申請に向けた指定医研修会の有効期間（2023年4月から）
 - 指定医研修会を受講して3年以内であれば指定医申請を可能とする。
- 医療保護入院の期間の法定化と更新の手続き（2024年4月から）
 - 医療保護入院の入院期間を最大6カ月以内とし、一定要件による更新を認める。
- 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合の取扱い（2024年4月から）
 - 家族等の全員が意思表示を行わない場合には、医療機関は市町村長同意の申請ができるようになる。
- 措置入院時の入院必要性に係る審査（2024年4月から）
 - **措置入院時にも精神医療審査会において入院必要性に係る審査が必要**となる。

小括

- 措置入院制度は、法令上は70年以上に渡り大きな変更なく維持されてきた仕組み
- しかし、実際には時代の推移につれて、各地域の文化的背景や精神保健福祉の実状に合わせた運用がなされてきた
- 結果、今日では数値上は著しい地域間格差が生まれている
- 附属池田小事件や相模原事件といった耳目を集める出来事も制度運用に影響した可能性がある
- 措置入院制度改革は法改正を伴わず行われ、賛否両論
- 社会的サポートの薄い患者に対する継続的医療の確保及び地域生活支援という課題は従前から残存している
- 今般の精神保健福祉法改正により、措置入院の適切性がより厳密に評価されるようになる可能性がある

講義2

措置診察における チェックポイント



措置診察のフロー

措置診察前

- 保健所からの診察依頼
- 事前調査資料の受領

措置診察

- 措置診察
- 関係者からの情報収集

措置診察後

- 措置診断書の作成・提出

措置診察エキスパートコンセンサス研究

- 全国の精神保健指定医141名に調査票を配布
- 適切な措置診察の実施手順について、及び措置入院の要否判断について判断を求める
- 措置診察にあたり実施すべき内容について、9検法によるLikert Scaleでの評点を求めた。
- 過半数が9点をつけた項目を**最善の推奨**（Level 1）、95%信頼区間の下限が6.5を上回る場合を**推奨**（Level 2）、3.5を下回る場合を**非推奨**（Level 4）、その他を**実施可能**（Level 3）とした。

措置診察前に行うこと

最善の推奨（Level 1）

- 措置診察を依頼した行政職員と直接電話等で話し情報収集を行う
- 事前調査資料を精読する
- 事前調査資料の疑義について確認する
- 措置診察に至る経緯について確認する
- 診察中における被診察者による突発的な暴力のリスクについて検討する
- 暴力リスクが高い場合はあらかじめ対策を強化する
- 診察に先立ち、措置診察で重点的に聴取・観察すべき項目をあらかじめ整理する

措置診察の開始にあたり行うこと

最善の推奨（Level 1）

- 被診察者による突発的な暴力のリスクに配慮した環境を整える
- 診察中の飛沫感染への対策をあらかじめ講ずる
- 被診察者の氏名を確認する
- 被診察者の生年月日を確認する

推奨（Level 2）

- 被診察者と十分な距離を保つ

要点 → 診察開始前から措置診察は始まっている！

- 事前資料を精読し、被診察者の生活歴から精神科診断、診察時現症までのイメージを持っておく
 - 不自然な点があれば事前もしくは診察前に照会する
※入院歴、前科前歴、違法薬物使用歴、近隣での評判など
- 特に被診察者による突発的な暴力のリスクについて入念に評価し対応を検討しておく
 - 診察場所により対応は変化する
- 被診察者の人定事項を確認しつつ、回答態度から見立てを行う
- 指定医の立場と措置診察の目的を入念に説明する
 - 指定医証は携帯するが、指定医の個人情報被診察者に明かす必要はない

措置診察中に行うこと

最善の推奨（Level 1）

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">・被診察者の顔貌、姿勢、着衣、態度等を観察する・飲酒酩酊、薬物中毒状態の有無、最終飲酒日時等を確認する・被診察者から精神科受療歴、アルコール・タバコ・違法薬物使用歴を聴取する・被診察者の最近の生活状況を聴取する・食事や睡眠、生活リズムについて聴取する・意識障害、思考障害、気分症状、幻覚の有無・程度を確認する・精神運動の程度を確認する・その他の精神症状の有無・程度を確認する | <ul style="list-style-type: none">・本件事件について被診察者の認識を問う・被診察者の自己の状態に対する理解を問う・被診察者が治療の必要性を感じているか否かを問う・過去に治療歴がある場合、治療内容の理解とそれに対する所感を問う・話し足りないこと、追加・訂正したいことがないかを問う・措置診察の終了について行政職員と確認する・措置診察の記録を別途作成する |
|--|--|

要点 → 行うべきは「未来予測」！

- 診察においては一般精神科診断面接に加えて、事件に対する被診察者の認識をつぶさに問う
 - 事前調査資料を見せる必要はないが、資料内容と被診察者の認識との齟齬については入念に確認
 - 資料を安易に信用しない
 - 措置診察での面接内容が予後に影響する可能性？
- 被診察者の自身の病状に対する理解の程度、治療の必要性に関する認識を聴取する
 - 措置診察だからといってただ現症を知れば良いというものではない
 - 行うべきは「未来予測」であり未来を知るためには展望を知ることが必要

措置診察後に行うこと

最善の推奨（Level 1）

- 被診察者の病歴をまとめ、精神科診断をつける
- 精神症状が被診察者の言動に及ぼしている影響の有無・程度を考察する
- 被診察者の自傷・他害のおそれについて考察する
- 措置入院に関する診断書をその場で遅滞なく作成し提出する

要点 →措置入院に関する診断書はその場で提出する

- 身体疾患の除外・鑑別や趣味・嗜好等の聴取については必要に応じて実施する
- 措置不要の判断を行う際には、その後の処遇について考察しておく
 - 「措置以外では処遇困難」という理由では、措置入院の適応にはならない
※一方、処遇困難ゆえに他害行為に至るリスクが高まるのも事実
※法の理念を熟知しておくことは重要だが、原理主義に陥らないように
- 措置入院に関する診断書はその場で提出する
 - 提出し損ねた場合のリスクを懸念する

措置入院後の対応

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

講義3

措置入院の要否判断



措置入院の要否判断

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

措置入院のための要件

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

（山本、2007）

措置診察と措置要否の判定

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

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

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

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

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

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

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

表 診断書の項目別 Odds 比					
		Odds 比	Odds 比の 95%信頼区間		有意確率
			下限	上限	
属性	性別（男性）	—	—	—	—
	年齢	—	—	—	—
既往歴	措置入院の既往歴	2.14	1.48	3.10	0.00
問題行動	殺人	4.11	2.14	7.89	0.00
	傷害	2.90	2.25	3.73	0.00
	放火	2.43	1.66	3.58	0.00
	強盗	—	—	—	—
	性的異常行動	—	—	—	—
	微罪	1.89	1.52	2.37	0.00
	自殺企図	4.00	2.74	5.85	0.00
	自傷	2.01	1.47	2.73	0.00
	不潔	—	—	—	—
	精神症状	うつ状態	0.69	0.49	0.96
躁状態		1.98	1.43	2.75	0.00
幻覚妄想状態		3.32	2.67	4.13	0.00
精神運動興奮状態		3.15	2.54	3.89	0.00
昏迷状態		—	—	—	—
意識障害		—	—	—	—
精神遅滞		0.58	0.40	0.85	0.01
痴呆		—	—	—	—
人格障害		—	—	—	—
残遺性人格変化		—	—	—	—
性心理的障害		—	—	—	—
薬物アルコール		—	—	—	—
定数		0.42	—	—	0.00

性別は女性を基準として男性の Odds 比を求めた。年齢は 10 歳ごとを 1 つの層として、層を上下した場合の Odds 比を求めた。それ以外の項目は、精神症状や問題行動がないことを場合を基準として、ある場合の Odds 比を求めた。なお、Odds 比は、指定医が要措置と判断するかどうかについて求めたものであり、現実の危険性の評価ではないことに留意する必要がある。

瀬戸、2007

瀬戸、2007

結局何を求められているのか？

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

要措置とすべきでない例

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

措置不要の根拠とはならない例

状況	具体例
服役後であること	完全責任能力で受刑したが、満期釈放後もなお妄想が残存し、相手に復讐する意志がある
横断像による 他害のおそれの消退	路上で大暴れして警察官数名に取り押さえられたが、診察時点では落ち着いている
横断像による 自傷のおそれの消退	縊死を図り、蘇生後「お金がないから入院はしません。もうすっきりしたのでバカなまねはしません」と述べている
年齢による矯正の優先	妄想に基づき父を殺そうとした少年

要措置判断におけるゆらぎ（自験例を一部改変）

判断	根拠
措置診察不要	・ 受刑中の問題行動はなかった ・ 家族がいる ・ 知的障害
要措置	・ 自分の身を守れない ・ 帰住先がない ・ 外国人で健康保険が使えない
措置不要	・ 診察時点では落ち着いている ・ 医療少年院への入院が妥当 ・ 刑事訴追が妥当

小括

- 複層的な要因についてリスクアセスメント面を行うことが基本となる。
 - 静的要因：年齢、性別、知的能力、過去の他害行為
 - 精神科診断：精神病性障害、気分障害、知的能力障害
 - 症状及び状態像：「Threat/Control-override (TCO) symptoms」脅威／制御・蹂躞症状、陰性症状、精神運動興奮、躁状態
 - 本件事件における被診察者の認識及び言動
 - 診察時点での被診察者の事件に対する振返り
 - 保護要因の検討：主治医、家族、福祉サポート、仕事、友人……
 - 概ね前後3日程度における状況を想定する。
 - 診察時点で落ち着いていることを過大評価しない
 - 特に自殺企図後のカタルシスに注意
 - 社会的状況を考慮することは基本的には避ける。
 - ただし、社会的困窮が他害行為のリスク要因となっている現実もあることに留意
 - その場合は、措置不要の判断後の処遇について予め想定しておくことが現実的
- 診断名など単一の要因で要否判断を決定するものではない
- → 単一要因で措置不要に傾くこともあるが……

医療観察法との相克

- 「医療観察法の適応だから措置不要」という判断はナンセンス！
 - 措置入院させた後でも医療観察法の申立ては可能
 - そもそも措置入院が必要な状態では検察に送致できないことも
- 少年はもとより医療観察法の対象外、逆送を推奨するのは暴論！
→異論はある
→→医学的見地に立つと法の不備と考えたくもなる
- 結果的に医療者から見て「なぜ医療観察法の申立てを行わないのか？」と思う事例は存在
 - 他害行為の捉え方（弄火）、刑事捜査の可否、被害者感情など、医療者が明らかな判断要素も

措置入院後の対応

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

演習①

措置診察の評価 (典型事例)



演習課題 (5分)

- 指定医診察における振舞いについて評価しましょう
- 重要な所見をピックアップしましょう



演習②

措置診察の評価 (問題事例)



演習課題 (10分)

- 指定医診察における振舞いについて評価しましょう
- 他に聞き出すべき事柄をピックアップしましょう



演習③

措置診察の実践 (ビデオ教材)



演習課題 (10分)

- 診察所見をまとめましょう
- 精神科診断について話し合いましょう
- 措置入院の可否について話し合いましょう



精神医療審査会における 診断書の審査

[illegible]

				IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異常 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 暴行 2 窃盗 3 不潔行為 4 その他 () <現在の状態等> 1 知覚覚醒状態 2 精神運動器減衰状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 臨死状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診察時の観察事項				
医学的総合判断				
以上のように診断する。平成 年 月 日 精神保健指定医氏名 署名				
(行政庁における記載欄) 診療に立ち会った者 (観病者、看護者等) 氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳 診察場所 診察日時 平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分 職員氏名				
行政庁の措置				
行政庁メモ				

標準的な考え方（以倉、2017）

- 病名の記載は必ずしもICDに準拠する必要はない（カテゴリーは2桁が標準）。
- 主たる精神障害には措置診察の原因となった入院治療の対象となる病名を記載する。
- 状態像診断は構わないが、疑い病名は避ける。
- 生活歴及び現病歴については、情報を得るのが困難な場合、少なくとも措置診察に至ったエピソードは記載するようにする。
- 入院期間や入院回数がわからない場合は不明として差し支えない。
- 重大な問題行動でAにチェックがない場合、Bのみのチェックでも構わない。
- 現在の精神症状等については、あくまで診察時に観察された所見をチェックすれば良い。
- 診察時の特記事項では、被診察者の具体的な発言や挙動及び特に重要と考えた所見など、医学的総合判断に至った根拠がわかるよう簡潔に記載する。
- 医学的総合判断は一連の記載から矛盾なく結論が導かれることが必要である。

措置入院に関する診断書の 記載事項について①

EXPERT
CONSENSUS

最善の推奨（Level 1）

- 「主たる精神障害」は、ICD-10（またはICD-11）に基づいて記述する
- 「主たる精神障害」には措置入院の原因となる診断名を記載する
- 「診察時の特記事項」に精神科現症について記載する
- 「診察時の特記事項」に、自傷他害のおそれの判断根拠を記載する

推奨（Level 2）

- なし

措置入院に関する診断書の 記載事項について②

EXPERT
CONSENSUS

実施可能（Level 3）

- ・ ~~（ふさわしい場合）「主たる精神障害」を従来診断に基づいて記述する~~
- ・ ~~「 」に診断名ではなく状態像を記載する~~
- ・ 「主たる精神障害」には、被診察者の最も重度の精神障害を記載する
- ・ 「 」、被診察者が長期に高密度の医療を受けている診断名を記載する
- ・ 「従たる精神障害」には、同定できた診断名を可能な限り記載する
- ・ 「 」、措置症状と関係の薄い診断名を記載することは避ける
- ・ 「身体合併症」には、措置入院の要否判断に関わる診断のみを記載する
- ・ 「 」、集中的・継続的な医療を要する診断名に限り記載する
- ・ 「診察時の特記事項」に、今後のリスクシナリオについて記載する
- ・ リスク評価において自傷と他害を分けて記載する

非推奨（Level 4）

- ・ 「身体合併症」には、すべての診断名を記載する

審査会の現場から

- 医療保護入院者の入院届（黄紙）について
 - 生活歴の記載がまったくない
 - 「隔離が必要だから医療保護」
 - 「病識がないから医療保護」
 - 「家族が受け入れないから医療保護」
 - 虐待をしている家族の同意による入院
 - F4やF6を主診断とする医療保護入院
 - 懲罰的な入院、指定医の倫理感の押しつけによる入院
- 措置入院に関する診断書（赤紙）について
 - 精神症状と自傷他害のおそれとの関係が記載されていない
 - 患者を放置した場合のリスクアセスメントができていない
- 医療保護入院者の定期病状報告書について
 - 重度慢性なので退院支援委員会を開催しない
 - 退院の目処が立たないので退院支援委員会を開催しない

小括

- 最も大事なものは、「なぜ措置入院が必要なのか」
 - 診察時の特記事項に記載するしかない
- 判断の基礎となる精神科診断の根拠、診察時現症を詳細に記載する

演習④

措置診断書の作成



事例提示（1）

- 父は認知症で老人保健施設に入所。元会社役員で、昔は本人を叱咤激励していた。母は死去。兄がいる。
- 幼少期、運動は苦手で、やや病弱な方。成績は中。友人は少なかったという。
- 首都圏の大学に進学。単身生活となったが、2年の夏に帰省してから就学できず、自宅に閉居したまま中退した。
- 20歳の冬頃から「耳元でバカと言われている」「あっちへ行け、家を出ろ、と命令される」等言うようになり、突然パジャマで出歩いたり、目的なく電車で遠くに出かけ深夜に警察に保護されるといった奇行が見られた。
- 母が精神科クリニックを受診させた。統合失調症の診断で抗精神病薬の服用を勧められたが服用は不規則だった。父母は診断に懐疑的で受療を強く促さなかった。

事例提示（1続き）

- 25歳の時に母が白血病に罹患し、数ヶ月で死去。その際、本人は「母が呼んでいる」と言って他県に赴き、入水自殺を図ろうとして警察に保護されたことがある。兄が本人を引き取ったため、措置通報等は行われなかった。
- 兄が服薬を管理し、比較的落ち着いて過ごしていたが、翌年に兄が結婚して家を出ると、父と二人だけになった。
- 30歳頃から通院が完全に途絶えた。父は引退後間もなく脳梗塞を発症し、認知症となり、老人保健施設に入所。本人はほぼ一人暮らしの状況になった。兄も地方に転勤し、連絡が途絶えがちになった。
- 自宅は荒れ、体重は20kg 増えた。歩行中にも独語が目立ち、コンビニの店員に対して「お母さん」と問いかけた。
- 32歳、自宅から火が出ていることに隣家が気付き、119 番通報した。本人は何も話さず、警察官通報が行われた。

診察経過

■ 本人との面接

- ほとんど自発語はなく、質問にも答えなかった。
- 筆談により問診を行ったところ、「燃やせって言われた」と書き記した。
- 出火の原因を問うと、「わからない」とだけ記載した。

■ 警察からの情報

- 本人に事情を聞こうとしたが、一言も口を利いてくれなかった。
- ボヤで消し止められており、事件性も低いと思われ、犯罪としての捜査は困難である。
- 近隣住民の不安が強く、このまま自宅に戻られても困る。

■ 保健所からの情報

- 居住地域では、訪問看護ステーションやデイケアセンターの利用が可能。
- 父は今後も在宅での生活は困難とケアマネージャーから報告を受けている。
- 兄は本人との関係は良好だが自宅への引き取りは拒否している。
- 近隣住民からは以前よりゴミ出しのルール違反などの苦情が出ていた。

演習課題 (15分)

- 措置入院に関する診断書を作成しましょう。



様式21

措置入院に関する診断書

申請者の形式	1 施設又は一般人の住居（第22条） 2 保護観察所（第24条） 3 矯正施設（第26条） 4 医療機関（第28条） 5 指定通院医療機関（第30条） 6 指定通院医療機関（第32条） 7 指定通院医療機関（第34条） 8 指定通院医療機関（第36条） 9 指定通院医療機関（第38条） 10 指定通院医療機関（第40条） 11 指定通院医療機関（第42条） 12 指定通院医療機関（第44条） 13 指定通院医療機関（第46条） 14 指定通院医療機関（第48条） 15 指定通院医療機関（第50条） 16 指定通院医療機関（第52条） 17 指定通院医療機関（第54条） 18 指定通院医療機関（第56条） 19 指定通院医療機関（第58条） 20 指定通院医療機関（第60条） 21 指定通院医療機関（第62条） 22 指定通院医療機関（第64条） 23 指定通院医療機関（第66条） 24 指定通院医療機関（第68条） 25 指定通院医療機関（第70条） 26 指定通院医療機関（第72条） 27 指定通院医療機関（第74条） 28 指定通院医療機関（第76条） 29 指定通院医療機関（第78条） 30 指定通院医療機関（第80条） 31 指定通院医療機関（第82条） 32 指定通院医療機関（第84条） 33 指定通院医療機関（第86条） 34 指定通院医療機関（第88条） 35 指定通院医療機関（第90条） 36 指定通院医療機関（第92条） 37 指定通院医療機関（第94条） 38 指定通院医療機関（第96条） 39 指定通院医療機関（第98条） 40 指定通院医療機関（第100条）		
申請者の居住状況	1 あり 2 なし		
被診断者（精神障害者）	氏名 (男・女) 生年 月 日 住所 市 区 町 丁目 番 号 職業 無職		
病名	1 統合失調症 2 なし 3 なし		
生活歴及び現病歴	大学進学に伴い独居を始めたが、2年から自宅に引きこもった。20歳頃から命令性幻聴が出現、徘徊し警察に保護された。近頃精神科を受診し統合失調症の診断を受けたが服薬は不規則だった。25歳の時に母が病死した際、自殺企図を起こした。兄の婚姻や父の認知症発症に伴い30歳頃から通院中断。独居が多くなり、近頃とのトラブルが増えた。今般、自宅から火が出ていることに隣家が気づき、措置通報となった。		
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日 ～ 昭和・平成 年 月 日		
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日 ～ 昭和・平成 年 月 日		
前回から前回までの入院回数	計 0 回		
重大な現病行動	現在の精神症状、その他の重要な症状、現病行動等、現在の状態（該当のローマ数字及び漢字を○で囲むこと）		
1 殺人	A	1 殺人	
2 放火	A	2 放火	
3 強盗	A	3 強盗	
4 強姦性交等	A	4 強姦性交等	
5 強姦わせつ	A	5 強姦わせつ	
6 偽造	A	6 偽造	
7 偽造	A	7 偽造	
8 偽造	A	8 偽造	
9 偽造	A	9 偽造	
10 偽造	A	10 偽造	
11 偽造	A	11 偽造	
12 偽造	A	12 偽造	
13 偽造	A	13 偽造	
14 偽造	A	14 偽造	
15 偽造	A	15 偽造	
16 偽造	A	16 偽造	
17 偽造	A	17 偽造	

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 自殺企図 3 物質依存（ ） 4 その他（ ）
<現病行動等>	1 暴行 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他（ ）
<現在の状態等>	1 不安状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等改善状態 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（ ）
診断時の特記事項	自覚は乏しいが「感やせて言われた」と命令性幻聴が示唆される。思考はまとまらず自己の状態を認識できない。統合失調症による幻覚妄想状態。放置すれば幻聴に支配され再び火を点けるおそれが高い。
医学的総合判断	○ 措置入院 II 措置不要
以上のように診断する。	平成 年 月 日
精神保健指定医氏名	署名

(行政庁における記載欄)	氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳
診断に当たった者 (親権者、配偶者等)	
診断場所	
診断日時	平成 年 月 日 時 分 ～ 時 分
職員氏名	
行政庁の措置	
行政庁メモ	

討論

措置診察のリアル
～総合討論



よりよい措置入院診療のために

- 入院後の処遇についてイメージを持つこと
- そのためには入院後の治療を受け持つ経験を積むこと
- その際には措置入院の診断書をきちんと読むこと
- 保健所経由も含め警察に連絡を取り犯罪捜査の進捗を聞く
(教えてくれないことも多いが)

精神科救急医療体制に関する研究 ～精神科救急急性期医療入院料病棟の入院必要性要件に関する研究～

研究分担者：杉山直也（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・法制度研究部，公益財団法人復康会沼津中央病院）

研究協力者：兼行浩史（山口県立こころの医療センター），来住由樹（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター），塚本哲司（埼玉県立精神医療センター 療養援助部），花岡晋平（千葉県精神科医療センター），平田豊明（千葉県精神科医療センター），藤田 潔（藤田こころケアセンター 桶狭間病院）

要旨

【目的】精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において、精神科救急医療体制を整備することは、精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤として位置づけられる。時代ごとに多様化するニーズに対応しつつ、持続可能な救急医療体制を整備・維持していくためには、緊急性の高い患者の特徴を把握してサービス対象となる患者像を同定し、医療体制の相応性を検証していくことが不可欠である。本研究では、高規格病棟の必要性に関する予測因子を特定したうえで、重要度が高い項目の特徴を明らかにし、精度の高い重症度判定が学術根拠に基づいて可能となるよう方策を整えることにより、今後の関連制度の設計や見直しに役立て、医療体制整備に資する成果を得ることを目的とした。

【方法】昨年度までに、全国の精神科救急急性期医療入院料病棟に入院した患者を対象に調査を行い、高規格病棟の必要性に関する変数重要度が高かったのは、臨床プロフィール（状態像）や医学的管理（ケア目的）に関する項目であることを見出し、国際的な医学雑誌に発表した。この結果を受けて、わが国の医療制度の設計に反映できるよう専門家による議論を重ね、高規格病棟への入院必要性判断への「影響度」27項目と、診断名・疾患カテゴリー12項目、および高規格病棟への入院にあたり該当した場合の影響はどの程度増大あるいは深刻であるかの「困難度」18項目を新たに整理しなおし、全国の精神科救急医療施設に従事する専門職を対象に、項目ごとのレーティング（0～3）を依頼するエキスパートコンセンサス調査を行った。調査にあたっては一般社団法人日本精神科救急学会の協力を得て、同会の代議員（117名）宛にはがきで案内し、回答は Web 入力とした。

【結果】88名からの回答が得られた（回答率 75.2%）。制度活用に向け、集約できる項目の調整を行い、恣意的な項目を排除して、最終的に「影響度」11項目、「困難度」17項目を設定した。

【考察】昨年度の研究において、高規格病棟の必要性に関する予測因子の中で変数重要度が高い項目は、患者の臨床プロフィール（状態像）や医学的管理（ケア目的）に関するものであり、年齢と主病名に関する項目よりも、高規格病棟の必要性を決定する上で重要である可能性が判明した。本年度は、実際の医療制度への反映に向け、実用に耐える客観的な項目集として完成度の高い集約を実施できた。今回のような科学的知見を基に、国際的な動向や法改正の主旨を踏まえて現行制度の課題への対応をすることにより、合理性や医療の質を確保しつつ人権擁護に十分配慮した制度設計となることが望まれる。

A.研究の背景と目的

精神科救急医療体制を整備することは、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの

構築において、精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤として位置づけられる。1995（平成 7）年に都道府県が

実施する事業として体制整備が始まった精神科救急医療体制整備事業は、精神科における救急医療サービスとして、現在ほぼ国内全域で体制構築された。しかしながら、各地の医療体制には依然地域差が大きく、均一でないことが課題とされている。また、精神科救急のニーズは時代ごとに多様化し、医療体制の在り方は常に見直される必要がある。

精神科救急を持続可能な体制として整備・維持していくためには、精神科救急急性期医療入院料病棟（以下、「高規格病棟」）を必要とする患者の特徴を把握してサービス対象となる患者像を同定し、医療体制の相応性を検証していくことが不可欠である。その方策として、精神科救急医療の特性をカバーし、疾患カテゴリーを問わずあらゆるニーズに活用できる高規格病棟必要度評価の手順を確立することが求められる。

このため本研究では、高規格病棟の必要性に関連する要因を特定したうえ、重要度が高い項目の特徴を明らかにし、精度の高い高規格病棟必要度評価が学術根拠に基づいて可能となるよう方策を整えることにより、今後の関連制度の設計や見直しに役立て、医療体制整備に資する成果を得ることを目的として調査を実施した。

B.方法

1. 研究会議の実施および調査票の作成

過去の厚生労働研究（H29-精神-一般-002、19GC1011）や、一般社団法人日本精神科救急学会（以下 JAEP）による「精神科救急医療ガイドライン」を参考に、昨年度の研究（Iwanaga et al., Front. Psychiatry 15, 2024）で得られた成果をもとに、協力研究者ら専門家で構成される研究会議で入念な協議を行い、目的である制度活用を念頭にエキスパートコンセンサス調査のための調査票を作成した（別紙 1 参照）。

2. 対象

調査時点において一般社団法人日本精神科救急学会の代議員の任にあるエキスパート

（117 名）。

3. 調査方法

ウェブサイトを用いたアンケート形式の横断調査を実施した。対象者には案内はがきを郵送して協力を求めた。質問項目として、以下を設定した。

① 回答者の属性

医師資格の有無、勤務場所（病院・診療所・その他）、現在精神科救急業務に従事しているかどうか

② 高規格病棟への入院必要性への影響度

初発、再燃・再発、介護・支援者の危機、他害、自傷、自立不全、不合理な拒否や援助希求の欠如、その他の社会生活機能不全、療養への専念が必要な状況、専門職による 24 時間体制のケアが必要な状況、確実な投薬管理が必要な状況（通院では見込めない）、特定の治療（mECT、心理教育、治療プログラム等）を行う予定、精緻な診断や迅速な治療効果判定が必要な状況、家人のレスパイト等による家庭機能の保全が必要な状況、特化型設備（保護室等）による安全性確保が必要な状況

③ 疾患名・疾患カテゴリーを重視する程度

F0～F9 および、F0 の場合認知症かどうか、F3 の場合双極症かどうか

④ 該当した場合の影響がどの程度重大あるいは深刻であるかの困難度

精神科重複診断がある、消防（救急隊）・他医療機関経由、キーパーソン不在・関与拒否、整備事業によるトリアージにて来院、妊婦・産褥婦、身元不明・住所不定・未保険、被災者・災害支援者、日本語不可・滞在許可のない外国籍、虐待・DV・犯罪等被害者、遠隔地ケース・他院離院中、保健所・警察介入、2 次以上急性期身体合併症、新興感染症など法定伝染病、身体障害者認定・指定難病認定、クロザピン（導入・悪化・副作用）、深刻な履歴あり、医療観察法通院処遇者

上記調査において得られた結果を踏まえ、高規格病棟必要度評価のための項目と、その重みづけにつき検討した。

4. 倫理的配慮

調査にあたり、一般社団法人日本精神科救急学会の協力に関して、同会の理事会にて承認を得た。また倫理的配慮として、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に基づき、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理審査委員会の承認（2024-342）を得た。

C.結果／進捗

1. 研究会議等の実施（初年度からの通算）

- ① 2024年4月19日 ミーティング（方針確認） オンライン
- ② 2024年5月15日 第6回研究分担会議 オンライン
- ③ 2024年6月4日 ミーティング（エキスパートコンセンサスアンケートのブラッシュアップ） オンライン
- ④ 2024年10月4日 ミーティング（学会報告に向けての打ち合わせ）
- ⑤ 2024年10月30日 22GC2003 全体会議 オンライン
- ⑥ 2025年2月4日 第4回 精神科救急医療体制整備研修（国立精神・神経医療研究センター主催） オンライン

2. 調査結果

日本精神科救急学会の代議員 117 名のうち 88 名から回答を得た（回答率 75.2%）。結果を図 1，2 に示す。

3. 高規格病棟必要度評価のための尺度作成に向けた検討

評価に使用する項目については、今後臨床場面で活用することを考慮し、評価者の主観が大きく影響する項目（「恣意性項目」とする）を可能な限り排除した。恣意性項目を除き、再集約した項目を表 1～3 に示す。

D.考察

精神科救急医療体制を整備することは、精神障害を有する方々等の地域生活を支えるための重要な基盤の一つとして位置づけられる。2022（令和 4）年度診療報酬改定では、精神科救急医療入院料が見直され、精神科救急性期医療入院料が新設された。この改定は従来課題を受けた解決策である一方、精神科救急医療を必要としている患者の一部の受け入れが困難となり得ることも懸念されている。すなわち、同入院料における精神科救急医療体制加算において対象疾患が限られるようになったことにより、本来高規格病棟での治療を行うべき病態や重症度の患者が対象外とされ、一部の患者に不利益となる状況が生じることへの懸念である。

これまで研究分担者らは、精神科救急性期入院の対象患者について具体的な客観評価の方法のあり方について、日本精神科救急学会（一般社団法人）とも連携して様々な角度から検討を重ねてきた¹⁻⁸⁾。

ここで、国際的な動向と精神保健福祉法改正に目を向けてみると、国連障害者権利条約に基づき、政府が国連障害者権利委員会に提出した政府報告については、2022（令和 4）年 8 月にスイスのジュネーブ国連欧州本部において第 1 回政府報告審査が行われ、その結果総括所見として政府に示された中では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院に対し、明確な懸念が示されている。同年 12 月に改正された精神保健福祉法では、医療保護入院の入院期間に上限が設けられるなどの見直しが行われ、法が求める方向性として、非自発的入院の縮減を目指すものと考えられる。しかしながら現状では、精神科救急性期医療入院料病棟の要件を維持するためには、一定数以上の非自発入院を受け入れる必要があるという矛盾が生じている。

このような状況を踏まえ、どのような患者が高規格病棟を必要としているかについて、診断名や入院形態以外の指標の開発が急務である。こうした諸課題をふまえ、今回の研究では、高規格病棟に相応の病態や重症度をさ

らに明確化すべく、過去の調査研究で用いた手法をブラッシュアップし、より精度の高い重症度判定の方策を確立することを目指した。

昨年度までに行った 2,000 件を超える全国
の患者調査では、これまで報告されていなか
った高規格病棟の必要性の予測因子の相対的
重要性について、ランダム フォレストモデル
を使用し、最も重要な予測変数が患者の年齢
や診断ではなく、むしろ患者の臨床プロフ
ィール（状態像）やケア目的に関連している
ことを示した。また、感度分析として実行さ
れた線形回帰モデルでは、患者の臨床プロフ
ィール（状態像）に関連する上位項目は高規
格病棟の必要性和有意に関連していたが、年
齢や診断との関連は認められなかった。

こうした知見を踏まえ、本年度は、より臨
床実感を反映した実用的な指標の構築を目的
として、精神科救急の実務に携わる専門職を
対象としたエキスパートコンセンサス調査を
実施した。これは、従来の統計解析によって
明らかとなった高規格病棟の必要性を示す指
標の妥当性を、精神科救急の実務担当者によ
る臨床判断の視点から再評価し、現行制度の
課題に対応するための客観的かつ現実的な基
準を整理しようとする試みである。特に、患
者の状態像や、入院の目的、ケアの必要性と
いった要因に基づいた評価項目を重視した点
が、本研究の特徴である。

調査は、日本精神科救急学会の代議員 117
名を対象として実施され、88 名（回答率
75.2%）から有効回答が得られた。この調査は、
ランダムフォレストや重回帰分析によって導
出された変数群をもとに、「影響度」「困難度」
「重視すべき疾患分類」といった複数の視点
で項目を整理し、それぞれについて高規格病
棟の必要性の判断に与える影響をレーティン
グするよう依頼するものであった。

分析の結果、当初 27 項目に設定された「影
響度」因子は、重複や曖昧な表現、恣意的な評
価となり得る項目を整理・統合したうえで、
最終的に 11 項目に集約された（表 2）。これ
らの項目は、昨年度の研究において高い重要
度を示した項目と重なっており、エビデンス

と現場感覚の整合性が確認されたといえる。

また、「困難度」については、医療・福祉の
連携上の課題や支援体制の脆弱性に着目した
18 項目のうち 17 項目が最終的に評価対象と
された。ここでは、「新興感染症等法定伝染病」
「妊産婦」「深刻な履歴」「身元不明・未保険」
「医療観察法通院処遇者」といった、一般的
な精神科病棟における人員体制では対応が難
しく、特別な安全配慮や制度的手続き、個別
性の高いケアを必要とするケースとして、高
規格病棟での対応が必要と判断される傾向が
明らかとなった。

一方、診断名や年齢が高規格病棟の必要性
判断に与える影響は低く、制度上重要視され
ている項目と、現場の実感との乖離が改めて
明らかとなった。

これらの結果から、現行制度が診断分類や
非自発入院の有無といった形式的な要件を重
視しているのに対し、臨床現場ではそれだけ
では十分に高規格病棟のニーズを捉えること
が困難であると認識されているものと考えら
れる。したがって、こうした現場の知を可視
化し、制度設計にフィードバックしていくこ
とが重要であるといえる。

本研究は、精神科救急医療の現場において、
臨床における実践知と科学的エビデンスに基
づく評価を導入し、個々の患者に最適な療養
環境を提供するうえで意義深い成果を上げた
といえる。今後は、今回抽出された指標群を
定量的に構造化し、臨床現場で活用可能なス
コアリングシステムとして整備していくこと
が求められる。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

- 1) Iwanaga M, Yamaguchi S, Hashimoto S, Hanaoka S, Kaneyuki H, Fujita K, Kishi Y, Hirata T, Fujii C and Sugiyama N (2024) Ranking important predictors of the need for a high-acuity

psychiatry unit among 2,064 inpatients
admitted to psychiatric
emergency hospitals: a random forest
model. Front. Psychiatry
15:1303189. doi:
10.3389/fpsyt.2024.1303189

2.学会発表

- 1) 杉山直也：これからの精神科救急医療に
求められること～精神保健福祉法改正と
身体拘束ゼロ化を中心に～. 特別講演,
第 31 回日本精神科救急学会学術総会,
2023 年 10 月 6 日, 山口
- 2) 岩永麻衣, 山口創生, 橋本聡, 花岡晋
平, 兼行浩史, 藤田潔, 来住由樹, 平田
豊明, 藤井千代, 杉山直也：精神科救急
急性期病棟の入院患者における高規格病
棟の必要性に関する予測因子の特定：
Random Forest を用いた横断研究.
6NC リトリート 2024, 2024 年 4 月 13
日, 東京
- 3) 岩永麻衣, 山口創生, 橋本聡, 花岡晋
平, 兼行浩史, 藤田潔, 来住由樹, 平田
豊明, 藤井千代, 杉山直也：精神科救急
急性期医療入院料病棟の入院患者 2,064
名における高規格病棟の必要性に関する
予測因子の特定：ランダムフォレストを
用いた横断研究. 第 32 回日本精神科救
急学会学術総会, 2024 年 10 月 24 日,
盛岡

3.その他

- 1) 杉山直也：精神科救急医療の現状と課
題. 第 3 回精神科救急医療体制整備研
修, 2024 年 2 月 10 日, オンライン

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

特に無し

文献

1. 杉山直也：精神科救急および急性期医療
の質向上に関する政策研究. 平成 29 年
度厚生労働科学研究費補助金（障害者政
策総合研究事業（精神障害分野））
（H29-精神-一般-002）総括研究報告
書, 2018
2. 杉山直也, 兼行浩史, 藤井千代, 平田豊
明, 野田寿恵：精神科救急及び急性期医
療サービスにおける医療判断やプロセス
の標準化と質の向上に関する研究. 平成
29 年度厚生労働科学研究費補助金（障
害者政策総合研究事業（精神障害分
野））精神科救急および急性期医療の質
向上に関する政策研究（H29-精神-一般-
002）（研究代表者：杉山直也）分担研
究報告書, 2018
3. 杉山直也：精神科救急および急性期医療
の質向上に関する政策研究. 平成 30 年
度厚生労働科学研究費補助金（障害者政
策総合研究事業（精神障害分野））
（H29-精神-一般-002）総括研究報告
書, 2019
4. 杉山直也, 兼行浩史, 藤井千代, 平田豊
明, 野田寿恵：精神科救急及び急性期医
療サービスにおける医療判断やプロセス
の標準化と質の向上に関する研究. 平成
30 年度 厚生労働科学研究費補助金（障
害者政策総合研究事業（精神障害分
野））精神科救急および急性期医療の質
向上に関する政策研究（H29-精神-一般-
002）（研究代表者：杉山直也）分担研
究報告書, 2019
5. 杉山直也：精神科救急医療における質向
上と医療提供体制の最適化に資する研究
（19GC1011）. 平成 31 年度厚生労働科
学研究費補助金（障害者政策総合研究事
業）, 総括研究報告書, 2020
6. 杉山直也, 兼行浩史, 藤井千代, 平田豊
明, 野田寿恵：精神科救急医療ニーズの
多様化に向けた医療の質向上と医療提供
体制の最適化に資する分担研究. 平成
31 年度厚生労働科学研究費補助金（障

害者政策総合研究事業), 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究 (19GC1011) (研究代表者: 杉山直也), 分担研究報告書, 2020

7. 杉山直也: 精神科救急医療における質向上と医療提供体制の最適化に資する研究 (19GC1011). 令和2年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業), 総括研究報告書, 2021
8. 杉山直也, 兼行浩史, 来住由樹, 塚本哲司, 野田寿恵, 花岡晋平, 平田豊明, 藤井千代, 藤田潔: 精神科医療施設における常時対応型と病院輪番型の機能の明確化. 令和3年度 厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業), 精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究 (21GC1010) (研究代表者: 杉山直也), 分担研究報告書, 2022

高規格病棟における入院必要性要件に関するアンケート

1. 以下の項目について、高規格病棟（救急・急性期入院料（俗称：スーパー救急）への入院必要性への影響度についてレーティングしてください。（例えば、性別が女性であることや年齢が 30 歳代であること等は入院必要性には直接影響しませんので一般には 0 となります。また、高規格病棟への入院が望ましいが、他の病棟でも対応可能と考えられる場合は、影響度は小さくなります。）

<レーティングの仕方>

0 を「全く影響しない」、3 は「該当すれば決定的」として、0～3 から程度を選んでください

	小←影響度→大		補足。備考
2	0・1・2・3	初発	これまでにこのような事は初めて
3	0・1・2・3	再燃・再発	以前に治療した経緯があり、急に、あるいは次第に悪化した。
4	0・1・2・3	介護・支援者の危機	生活に必要な平時の支援・介護が危急な事情によりできなくなった。
5	0・1・2・3	他害	暴力行為の事実
	0・1・2・3		器物破損の事実
	0・1・2・3		攻撃的・威圧的言動の事実
	0・1・2・3		迷惑行為の事実
6	0・1・2・3	自傷	致死的な手段による自殺企図
	0・1・2・3		非致死的な手段による自傷行為
	0・1・2・3		明確な自殺念慮
	0・1・2・3		漠然とした希死念慮
7	0・1・2・3	自立不全	生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難
8	0・1・2・3	不合理な拒否や援助希求の欠如	不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難
9	0・1・2・3	その他の社会生活機能不全	躁状態、混合状態
	0・1・2・3		昏迷状態（亜昏迷や激越・焦燥を含む）
	0・1・2・3		せん妄状態（離脱せん妄を含む）
	0・1・2・3		せん妄以外の意識障害（もうろう状態 等）
	0・1・2・3		認知症状態
	0・1・2・3		持続する入院相当の身体合併症
	0・1・2・3		重大な副作用
10	0・1・2・3	療養への専念が必要な状況	仕事、家事等の役割から離れること等
11	0・1・2・3	専門職による 24 時間体制のケアが必要な状況	
12	0・1・2・3	確実な投薬管理が必要な状況（通院では見込めない）	
13	0・1・2・3	特定の治療（mECT、心理教育、治療プログラム等）を行う予定	
14	0・1・2・3	精緻な診断や迅速な治療効果判定が必要な状況	
15	0・1・2・3	家人のレスパイト等による家庭機能の保全が必要な状況	
16	0・1・2・3	特化型設備（保護室等）による安全性確保が必要な状況	

2. 以下の診断名・疾患カテゴリーについて、高規格病棟への入院にあたり、重視する程度をレーティングしてください。

<レーティングの仕方>

0を「全く重視しない」、3は「決定的に重視する」として、0～3から程度を選んでください

1	0・1・2・3	F0（認知症以外）であること
2	0・1・2・3	F0（認知症）であること
3	0・1・2・3	F1 であること
4	0・1・2・3	F2 であること
5	0・1・2・3	F3（双極性障害以外）であること
	0・1・2・3	F3（双極性障害）であること
6	0・1・2・3	F4 であること
7	0・1・2・3	F5 であること
8	0・1・2・3	F6 であること
9	0・1・2・3	F7 であること
10	0・1・2・3	F8 であること
11	0・1・2・3	F9 であること

3. 以下のうち、高規格病棟への入院にあたり、該当した場合に影響どの程度重大あるいは深刻であるかについてレーティングしてください。

<レーティングの仕方>

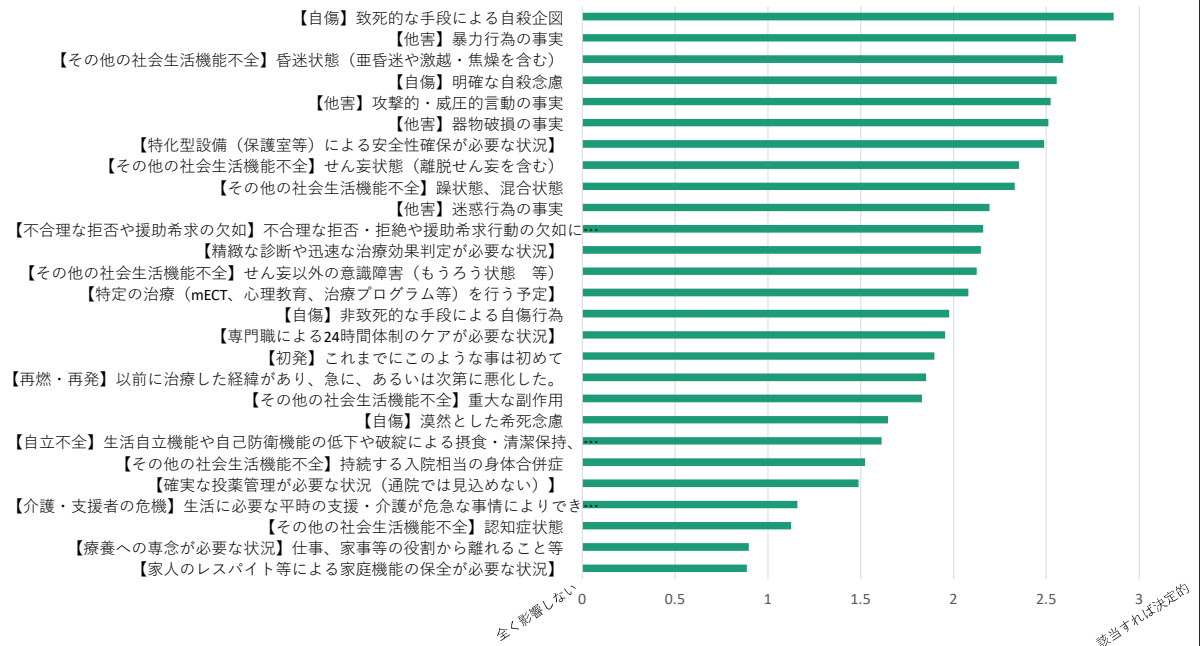
0を「全く影響しない」、3は「該当すれば重大・深刻」として、0～3から程度を選んでください

1	0・1・2・3	精神科重複診断がある。
2	0・1・2・3	消防（救急隊）・他医療機関経由
3	0・1・2・3	キーパーソン不在・関与拒否
4	0・1・2・3	整備事業によるトリアージにて来院
5	0・1・2・3	妊婦・産褥婦
6	0・1・2・3	身元不明・住所不定・未保険
7	0・1・2・3	被災者・災害支援者
8	0・1・2・3	日本語不可・滞在許可のない外国籍
9	0・1・2・3	虐待・DV・犯罪等被害者
10	0・1・2・3	遠隔地ケース・他院離院中
11	0・1・2・3	保健所・警察介入
12	0・1・2・3	2次以上急性期身体合併症（※）
13	0・1・2・3	新興感染症など法定伝染病
14	0・1・2・3	身体障害者認定・指定難病認定
15	0・1・2・3	クロザピン（導入・悪化・副作用）
16	0・1・2・3	深刻な履歴（※※）あり
17	0・1・2・3	医療観察法通院処遇者

※ 2 次以上急性期身体合併症とは、身体科への入院相当の重症度を有す慢性病態でない合併症を指す。
※※ 深刻な履歴とは、障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価（7）社会的適応を妨げる行動（周囲に恐怖や強い不安を与えたり、小さくても犯罪行為を行ったり、どこへ行くかわからないなどの行動）を指す。

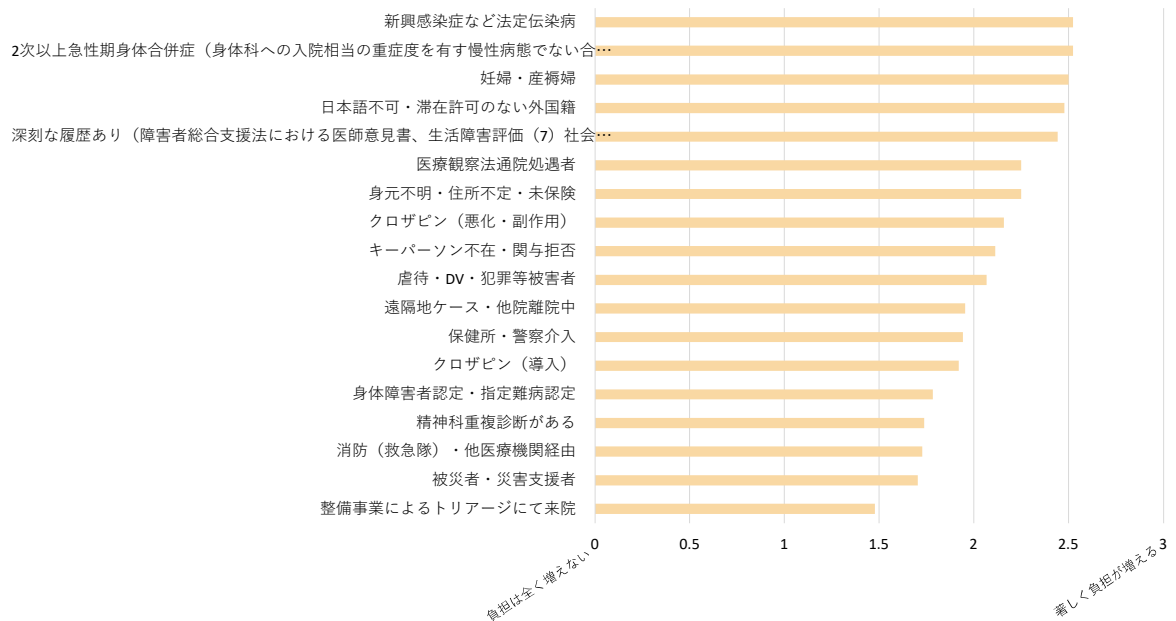
ご協力ありがとうございました。

図1 影響度



1

図2 困難度



2

表1 恣意性項目を除く再集約のプロセス

配点	11項目	※ 旧項目 (※ エキスパートコンセンサス調査から得られた得点 (0: 全く影響しない～3: 該当すれば決定的))
2.5点	1. 自傷・自殺の切迫: (自殺企図の 事実 、自殺の予告や表明の 事実)	2.86 【自傷】致死的な手段による自殺企図 2.56 【自傷】明確な自殺念慮 2.66 【他害】暴力行為の事実 2.52 【他害】攻撃的・威圧的言動の事実 2.51 【他害】器物破損の事実
	2. 他害の 事実 : (暴力行為・威圧的言動・器物破損・迷惑行為の事実)	2.19 【他害】迷惑行為の事実 2.59 【その他の社会生活機能不全】昏迷状態 (亜昏迷や激越・焦燥を含む) 2.35 【その他の社会生活機能不全】せん妄状態 (離脱せん妄を含む) 2.33 【その他の社会生活機能不全】躁状態、混合状態
	3. 昏迷 状態 (亜昏迷、激越焦燥を含む)	2.13 【その他の社会生活機能不全】せん妄以外の意識障害 (もうろう状態 等) 2.16 【不合理な拒否や援助希求の欠如】不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難
2.0点	4. 以下のいずれか (せん妄 状態 、躁・混合 状態 、意識障害)	2.15 【精緻な診断や迅速な治療効果判定が必要な状況】 2.08 【特定の治療 (mECT、心理教育、治療プログラム等) を行う予定】
	5. 不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難の 事実	1.83 【その他の社会生活機能不全】重大な副作用 1.52 【その他の社会生活機能不全】持続する入院相当の身体合併症 1.61 【自立不全】生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難
1.5点	6. 鑑定 目的 および入院外では困難な治療手技 (mECT、クロザピン) や検査の実施 目的	0.90 【療養への専念が必要な状況】仕事、家事等の役割から離れること等 1.49 【確実な投薬管理が必要な状況 (通院では見込めない)】 2.49 【特化型設備 (保護室等) による安全性確保が必要な状況】
	7. 身体管理 目的 (悪性症候群、急性薬物中毒、BMI: 18以下の摂食障害に限る)	1.16 【介護・支援者の危機】生活に必要な平時の支援・介護が危急な事情によりできなくなった。
1.0点	8. 生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難の 事実	0.89 【家人のレスパイト等による家庭機能の保全が必要な状況】 1.98 【自傷】非致死的な手段による自傷行為 1.65 【自傷】漠然とした希死念慮 1.95 【専門職による24時間体制のケアが必要な状況】 1.90 【初発】これまでにこのような事は初めて 1.85 【再燃・再発】以前に治療した経緯があり、急に、あるいは次第に悪化した。
	9. 入院外治療での服薬不遵守・静養環境不適などによる増悪の 事実	1.13 【その他の社会生活機能不全】認知症状態
0.5点	10. 重度かつ慢性地域生活者への平時支援が急激に不能に陥った 事実	
0点	11. 家人のレスパイト等による家庭機能の保全 目的	
	12. 非致死的な自傷の事実や漠とした希死念慮の表明	
	13. 24時間の見守り目的	
	14. 初発	
	15. 再燃・再発	
	16. 単なる認知症状態	

3

表2 「影響度」 (再集約した11項目) 得点表

基礎点	
2.5点	1. 自傷・自殺の切迫: (自殺企図の 事実 、自殺の予告や表明の 事実) 2. 他害の 事実 : (暴力行為・威圧的言動・器物破損・迷惑行為の事実) 3. 昏迷 状態 (亜昏迷、激越焦燥を含む)
2.0点	1. 以下のいずれか (せん妄 状態 、躁・混合 状態 、意識障害) 2. 不合理な拒否・拒絶や援助希求行動の欠如による生命リスク等の回避困難の 事実 3. 鑑定 目的 および入院外では困難な治療手技 (mECT、クロザピン) や検査の実施 目的
1.5点	1. 身体管理 目的 (特定の重篤副作用 (※)、摂食障害のるい瘦対応 目的 (BMI: 18以下)) 2. 生活自立機能や自己防衛機能の低下や破綻による摂食・清潔保持、危険回避の困難の 事実
1.0点	1. 入院外治療での服薬不遵守・静養環境不適などによる増悪の 事実 2. 重度かつ慢性地域生活者に対する平時支援の急激な不能の 事実
0.5点	1. 家人のレスパイト等による家庭機能の保全 目的
0点	1. 要保護 2. 初発 3. 再燃・再発

4

表 3 「困難度」得点表

係数	新興感染症等法定伝染病
2.5	2次以上急性期身体合併症（身体科への入院相当の重症度を有す慢性病態でない合併症） 妊婦・産褥婦
	日本語不可・滞在許可のない外国籍
2.0	深刻な履歴あり （障害者総合支援法における医師意見書、生活障害評価（7）社会的適応を妨げる行動） 医療観察法通院処遇者 身元不明・住所不定・未保険 クロザピン（悪化・副作用） キーパーソン不在・関与拒否 虐待・DV・犯罪等被害者
1.5	遠隔地ケース・他院離院中 保健所・警察介入 クロザピン（導入） 身体障害者認定・指定難病認定 精神科重複診断がある 消防（救急隊）・他医療機関経由 被災者・災害支援者
1.0	整備事業経由

精神科救急医療体制に関する研究 ～精神科救急医療体制整備事業の現状分析～

研究分担者：杉山直也（沼津中央病院）

研究協力者：平田豊明（千葉県総合救急災害医療センター）、兼行浩史（山口県立こころの医療センター）、来住由樹（岡山県精神科医療センター）、塚本哲司（埼玉県立精神医療センター）、橋本 聡（国立病院機構熊本医療センター）、花岡晋平（千葉県総合救急災害医療センター）、藤田 潔（藤田こころケアセンター桶狭間病院）

【研究要旨】

目的 精神科救急医療体制整備事業（以下、「整備事業」ないし「本事業」）の運用状況を多角的に分析して、その結果を全国の自治体にフィードバックし、本事業の適正運用に資すること。

方法 (1)都道府県から国に報告された本整備事業の令和5年度（2023年度）年報、および精神保健福祉資料、衛生行政報告例等の公式統計の関連データを集計・分析した。(2)本事業を所掌する自治体担当者を対象とする研修会を企画して、本研究の成果をフィードバックし、各地の現状と課題について情報交換するためのワークショップを開催した。

結果 (1)本事業年報や公式統計を集計して表1-1から表1-4に一覧表示し、その一部を図として可視化した。また、年報の様式7のうち課題と評価については記述内容を資料1に示した。(2)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所（以下、「国立精神保健研究所」）の主催により、2025年2月8日、全国の都道府県および政令市の本事業担当者を対象とした研修会がオンライン形式で開催され、20都道府県等から36人の参加があった。その概要や事後評価について資料2～5に示した。

考察 (1)本整備事業には精神科救急急性期医療入院料認可施設（以下「精神科救急病棟認可施設」）をはじめとして全国の精神科有床施設の7割以上が参画しており、精神科医療資源の分布や機能、本事業に関する取決めなどの条件によって、受診動態や入院率などの面で多様な地域特性が認められた。(2)近年、整備事業の対象者が要入院例にトリアージされる傾向が強まっているが、入院を回避する危機介入的な一次救急も本事業の重要な機能である。また、精神科救急医療施設において精神保健指定医の確保が困難な地域が生じており、対策が必要である。(3)措置入院の過半数が実質的に本事業の中で施行されているが、措置入院制度の多義性が十分に議論されてこなかったためもある。その運用には著しい地域差が生じている。本事業の連絡調整委員会や措置入院関連のガイドラインを活用するなどして運用の標準化を目指すべきである。(4)本事業の年報や公式統計の様式について、作成側の負担を増大させることなく有用な情報を把握するための提案を行った。

結論 本整備事業は、精神科利用者の地域生活を支援する救急医療体制を構築し維持するための公共事業であり、地域特性や社会情勢に応じて適正に運用される必要がある。そのためには、関連情報を収集・分析し、本事業を担う自治体や関連機関にフィードバックする研究と研修活動を継続すべきである。

A. 研究の背景と目的

精神科救急医療体制整備事業は、個々の精神科医療機関が地域医療の一環として行う救急診療（ミクロ救急システム）をバックアップする公共事業（マクロ救急システム）である。この構造は身体救急医療と変わるところはないが、精神科領域では、より広域での受診調整や措置入院に係る法手続きが必要となることがあるため、都道府県の関与度が相対的に大きい。

本整備事業は、1995 年、救急病床の確保などに要する運営費用を国と都道府県が折半する公共事業として、東京都など一部の自治体で運用が開始された。1998 年に精神科救急情報センター、その後、移送制度の運用が本事業に追加され、2010 年頃までには全国に普及した。こうした動きを受けて、2012 年、精神保健福祉法第 11 条の 19 に都道府県による本事業の運用が努力義務として明記されるに至った。

2025 年 4 月現在、本事業は、国の実施要綱に基づいて、(1)救急医療の入り口に当たる精神科救急情報センターの運用、(2)救急事例を受け入れる精神科救急医療施設の確保、(3)精神保健福祉法に規定された行政機関による移送業務、それに(4)関連諸機関の連携を図る連絡調整委員会等の開催という 4 部門の事業によって構成されている。

精神科救急医療施設の分布や機能、関連機関の連携状況が地域によって異なるため、本事業の運用状況に地域差が生ずるのはやむをえないが、本事業の基本的な機能、すなわち精神科救急事例が速やかに専門施設にアクセスし、適切な救急・急性期医療を受けるために必要な機能は、できるだけ均質かつ高水準に整備される必要がある。

本研究では、2004 年以来、本整備事業の均霑化に資することを目的として、公式統計の分析や独自のアンケート調査、それに自治体関係者への研究成果のフィードバック等を実

施してきた。これまでに、本事業に係る報告システムを設計・提案したほか、精神科救急医療の関連情報を都道府県単位で集約した全国マップや本事業運用のガイドライン、自己評価表を作成し、国立精神保健研究所が主催する全国研修会に研究成果を提供してきた¹⁾。

今年度も、関連情報の集計・分析や研修会での意見交換を通じて、わが国の精神科救急医療体制の実情と課題を明らかにし、課題解決のためにいくつかの提案を行うこととした。

B. 研究方法

1. 本整備事業年報等の分析

国の要請を受けて都道府県が作成した 2023 年度の本整備事業年報から、様式 2（本事業による救急受診例の受診時間帯、受診経路、受診後の帰結を医療施設単位でまとめた年間実績表）、様式 3（様式 2 を精神科救急医療圏域単位で集計した表）、様式 4（精神医療相談事業の年間実績表）、様式 5（精神科救急情報センターの年間実績表）、様式 6（精神科救急医療施設の類型別一覧表）、それに様式 7（連絡調整委員会の構成と議題および開催数、身体合併症対策をはじめとする本事業の課題と評価を記載した表）の計 6 種類の表を全国集計した。これに精神保健福祉資料や衛生行政報告例等のデータも加味して、わが国の精神科救急医療体制の動向を分析した。

なお、本事業年報の様式 1 は、各精神科救急医療施設が都道府県に提出する実績表である。補助金分配の根拠となり、本事業年報の元データを提供する最もベーシックな実績表である。受診時間帯と受診後の帰結（外来診療のみで終了した件数および入院形態別の入院件数）のほか、年度によって受診経路などの項目が追加される。他の様式も年度によって報告指定事項が変わることがある。

2. 精神科救急医療体制の整備に係る研修会の企画・運営

本整備事業を所掌する全国の自治体関係者を対象として、2025 年 2 月 8 日、国立精神保健研究所がオンライン形式で開催した研修会において、今年度の研究成果を解説するとともに、本事業の運用に関する意見交換をワークショップ形式で行った。後日、研修会を評価するアンケート調査を実施し、その結果を集計した。

(倫理面への配慮)

今回の研究では、個人情報に触れる機会はなかった。また、本研究に関して特定団体・企業等との利益相反はない。研究代表者が所属する国立精神保健研究所において本研究に関する倫理審査が行われた。

C. 研究結果

1. 本整備事業の運用実績

令和 5 年度(2023 年度)の整備事業に関する各都道府県からの年報を集計し、主な指標を都道府県単位で表 1-1 から表 1-4 までに一覧表示した。これらの表中のデータには、精神保健福祉資料²⁾から特定入院料(精神科救急急性期医療入院料等)の認可施設数、衛生行政報告例³⁾から措置入院制度や移送制度の運用状況に関するデータを抽出して組み込んだ。以下、主な事項について説明する。

(1) 精神科救急医療圏域および精神科救急医療施設の整備状況

(ア) 精神科救急医療圏域

年報の様式 3 によれば、各都道府県の精神科救急医療圏の数は表 1-1 の当該列のように設定されていた。前年度から徳島県で 1 圏域減少し、静岡県と高知県で 1 圏域増加、長崎県で 2 圏域増えたため、全体に 3 圏域が増加している。

国は本事業の実施要綱において、複数の精神科救急医療圏域を設けて圏域ごとの体制整備を図るよう求めているが、医療資源の分布などの状況に応じて独自に設定することを認

めているため、12 圏域が設定されている自治体(千葉県)がある一方で、全県を 1 圏域とする自治体が 10 県ある(宮城県、栃木県、群馬県、神奈川県、富山県、山梨県、愛知県、奈良県、佐賀県、大分県)。

(イ) 精神科救急医療施設

年報の様式 6 を集計した表 1-1 の当該列によれば、精神科救急医療施設は、全国で 1,309 施設(前年度 1,183)、診療所を除くと 1,125 施設(同 1,071)が指定されていた。すなわち、全施設が 126 施設(10.7%)増加、有床施設が 54 施設(5.0%)、前年より増加していた。

医療施設分類では、総合病院が前年より 3 施設増加、精神科専門病院(年報では大学病院、総合病院以外の「その他の病院」と表記)が 51 施設増加していた。精神科専門病院の増加が目立つのは福島県(8 から 23 へ)、石川県(7 から 12 へ)、岐阜県(8 から 14 へ)であった。診療所は前年より 75 施設(67.0%)増加していたが、滋賀県(0 から 19 へ)と長崎県(0 から 54 へ)での増加が目立つ。なお、診療所の 96.8%が、東京都、埼玉県、滋賀県、長崎県、宮崎県の 5 都県に偏在している。

精神科救急医療施設が多い順に自治体を並べ替え、施設類型別に表示したのが図 1 である。

整備事業の実施要綱が定める 4 つの類型では、表 1-1 の当該列に見るように、輪番型の施設が 77.7%を占めていた。ただし、4 つのタイプのいくつかを兼ねる施設があるため、施設総数 1,378 は実数 1,309 よりも多くなっている。常時対応型施設は、福岡県(2 から 7 へ)、山形県(2 から 5 へ)、徳島県(0 から 3 へ)など 10 県で前年より増加している一方、京都府(4 から 2 へ)と鹿児島県(3 から 2 へ)で減少し、合計 17 施設が増加している。常時対応型の指定がない自治体が 11 道県(前年度は 15 道県)あった。

(2) 受診前相談

(ア) 精神科救急情報センター

年報の様式 5 を集計した表 1-1 の当該列によれば、精神科救急情報センター（以下、「情報センター」）が設置されていない自治体は 4 か所（北海道、青森県、長野県、鳥取県）とされている。北海道は札幌市のみで民間団体が情報センターと精神医療相談事業を一体運営している。鳥取県でも精神医療相談窓口が情報センターの機能を担っていると推測される。

情報センターの 2023 年度における相談件数は前年より 8.4%減少した 57,909 件で、このうち緊急性の指標となる受診先の紹介件数は 27.7%に当たる 16,060 件であった。

情報センターへの相談件数は、人口（2023 年 10 月 1 日現在）100 万人当たり 1 日 1.25 件で、前年の 1.39 件より減少している。情報センターへの相談件数の多い順に自治体を並べ替え、受診紹介の件数とともに図 2 に示した。

（イ）精神医療相談事業

精神医療相談事業は、地域包括ケア構想の中で実施されることとなっており、本整備事業には含まれていないが、元々は本事業の中で情報センターを補完する受診前相談事業として発足した事業であるため、年報の様式 4 に実績が報告されている。ただし、情報センターと一体的に運営されている自治体もあり、表 1-1 の当該列に見るように、実績が報告されているのは 25 自治体であった。

2023 年度、精神医療相談事業による相談件数は、前年度よりも 6.0%増加して 98,250 件、受診紹介は 9,760 件（9.9%）であった。相談件数の多い自治体順に並べると図 3 のようになる。

（3）受診および入院の状況

（ア）受診件数

年報の様式 3 を集計した表 1-2 の当該列によれば、2023 年度、精神科救急事業の利用件数（受診件数）は前年より 0.6%増加して 33,358 件（人口 100 万人当たり 1 日 0.73 件）であった。その 53.5%に当たる 17,856 件（同

0.39 件）が入院となっていた。受診件数の多い順に自治体を並べ替え、入院件数とともに図 4 に示した。

（イ）入院件数

入院形式では、表 1-2 の当該列に見るように、緊急措置入院が前年より 32 件増加して 2,320 件（入院件数の 13.0%）、措置入院が 442 件増加して 1,474 件（8.3%）、応急入院が 66 件増加して 624 件（3.5%）、医療保護入院が 79 件減少して 9,453 件（53.4%）、任意入院が 182 件増加して 3,301 件（18.5%）、その他が 105 件増加して 626 件（3.5%）であった。

緊急措置入院、措置入院、および応急入院を本報告書では精神科三次救急と称するが、その比率は 24.7%（前年より 2.3 ポイント増）、これに医療保護入院を加えた非自発的入院の比率は 77.7%（同 0.1 ポイント増）であった。

入院件数の多い順に自治体を並べ替え、入院形態別に入院件数を示したのが図 5 である。入院形態の全国比率を示す円グラフも追加した。棒グラフに見るように、入院形態は、三次救急の地域差を反映して、自治体によってまちまちであった。例えば、緊急措置入院は東京都と大阪府に多く、措置入院は神奈川県と埼玉県に多かった。

（ウ）人口対受診件数と入院率の相関

人口 1 万人に対する年間受診件数と入院率との関係を示したのが図 6 である。図 4 では受診件数や入院件数には関連性が見えないが、図 6 では、人口当たりの受診件数と入院率が負の相関を示すことがわかる。すなわち、要入院事例へのトリアージが厳しい自治体（図 6 の左上に位置する）からトリアージの緩い自治体（図 6 の右下に位置する）に至るまで、なだらかな右下がりの傾斜をもって各自治体が分布していることが見て取れる。

（エ）受診経路

様式 2 を集計した表 1-2 の当該列に、都道府県別の受診経路を表示した（岩手県からは報告なし）。これによると、経由機関のない直

接受診が最も多く（43.5%）、次いで行政機関経由（30.7%）、転院を除く救急搬送（14.6%）、その他の機関等の経由（4.3%）、一般医療機関からの紹介・転送（3.9%）、精神科医療機関からの紹介・転送（2.9%）の順となっている。直接受診の比率が少ない順に都道府県を並べ替えて、図 7 に示した。直接受診率が 0% の神奈川県から同 100% の鹿児島県に至るまで、地域差が大きいことがわかる。

直接受診率と入院率の相関を図 8 に表示したが、明らかな負の相関が見て取れる。すなわち、外部機関を経由して受診した事例ほど入院となりやすいことを物語っている。なお、様式 2 には警察経由の項目がないが、措置入院を執行する行政機関の経由事例とその他の分類の中に警察経由の事例が含まれているものと推測される。

また、表 1-2 の当該列には、受診した医療施設の側から見た受診前相談の経由状況が示されている。これによれば、情報センターの経由率は 29.8%、精神医療相談窓口の経由率は 10.7% となっている。受診前相談経由率の高い順に自治体を並べ直して図示したのが図 9 である。受診前相談を経由せずに受診する事例が多い自治体では、どのようにして受診の要否が判断されているのかについての情報がない。

また、受診前相談経由率と入院率との相関を示したのが図 10 である。両者に緩い相関のあることがわかる。すなわち、受診前相談を経由して受診した事例ほど入院となりやすい傾向が示されている。

なお、表 1-2 に示された受診前相談の経由率は、表 1-1 に示された情報センターによる受診紹介率 27.7%、精神医療相談窓口による紹介率 9.9% よりいずれも高くなっている。すなわち、紹介率よりも受診率が上回るという矛盾を生じているが、これはデータの提供主体が表 1-1 では受診前相談窓口、表 1-2 では受診先病院と異なるために生じた誤差と思われる。

（４）移送制度の運用状況

衛生行政報告例の移送関連データを集計した表 1-1 の当該列に 2023 年度の都道府県別の移送件数を示した。

移送制度とは、精神保健福祉法が定める行政機関による患者の移送体制で、措置入院プロセスのために必要な移送（29 条移送）と医療保護入院ないし応急入院のための移送（34 条移送）がある。後者は、搬送手段や料金設定などに問題のある民間業者による患者搬送を行政が責任をもって行う移送に置き換える意図も含んで、2001 年度から運用されてきた。

しかし、図 11 に示すように、29 条移送の件数（身柄保護の場所から一次診察までの移送件数、一次診察から二次診察までの移送件数、措置決定後の入院先までの移送件数の総和）が、後に示す警察官通報の件数にほぼ並行して増加する一方で、34 条移送は、全移送件数の 2% 未満で推移してきたことがわかる。

図 12 には、2023 年度の移送件数が多い順に都道府県別を並べ替えて図示したが、29 条移送が埼玉県、東京都、神奈川県で突出しているほか、34 条移送が福島県、京都府、佐賀県など特定の自治体に偏っていることがわかる。しかも、34 条移送の大半が、不要措置が確定した事例（いわゆる「措置流れ」ケース）を医療保護入院等のために入院先へ移送する便法との情報がある。すなわち、34 条移送は、本整備事業の一部門に位置づけられながら、救急医療へのアクセス手段としてほとんど機能していないことがわかる。

その理由は、34 条移送に必要な手続きを厳密に行うと数日から数週間の時間を要し、関係者会議の開催や精神保健指定医への謝金などの費用が生ずるためである。こうした事情により、民間業者による救急搬送が実態不明のまま存続し続けるという 34 条移送制度の創設理念に反した状況が続いている。

（５）多機関連携会議の開催状況

（ア）連絡調整委員会の開催状況

表 1-3 に、年報の様式 7 から 2023 年度における連絡調整委員会の開催数と参加機関等の種別を集計して都道府県別に表示した。岐阜県、奈良県、長崎県を除く 44 自治体から報告があった。このうち、石川県を除く 43 自治体で 1 回以上の連絡調整委員会が開催されていた。

参加機関等の内訳では、本事業の運営主体である都道府県・政令市が全 44 自治体で参加していたほか、病院群輪番施設の参加が 41 自治体、警察の参加が 40 自治体、消防の参加が 38 自治体、精神科病院協会の参加が 37 自治体、医師会の参加が 35 自治体、精神科診療所協会の参加が 31 自治体、常時対応型施設の参加が 29 自治体、公的医療機関の参加が 28 自治体などの順となっていた。

表 1-4 には、年報の様式 7 から連絡調整委員会の議題を集計して都道府県別に表示した。青森県、秋田県、岐阜県、京都府、奈良県、長崎県を除く 41 都道府県から報告があった。これによると、本事業の実績を議題とした自治体が 38 と最も多く、次いで、身体合併症対策を議題とした自治体が 22、実施要綱が 19、移送が 15 などと続いた。

(イ) その他の関連会議の開催状況

様式 7 の項目のうち、圏域単位の精神科救急医療体制や身体合併症対策をテーマとした検討部会を開催した自治体が表 1-4 の当該列に示したように 9 自治体（北海道、静岡県、滋賀県、京都府、和歌山県、鳥取県、愛媛県、福岡県、大分県）あり、うち 2 自治体（静岡県、大分県）で当事者の参加があった。

警察、消防、一般救急医療機関などの関係機関に対する個別の研修会を開催した自治体が、表 1-4 の当該列に示したように、8 自治体（岩手県、栃木県、千葉県、神奈川県、山梨県、愛知県、広島県、福岡県）あった。

(ウ) 本事業の課題の認識

年報の様式 7 の項目のうち、自治体担当者が本事業全般の課題と認識する事項と解決に向けた試みの評価、特に身体科との連携の現

状と評価については、37 自治体（78.7%）から回答があった。その内容を資料 1 に示した。

警察官通報の増加と措置診察医の確保困難、高齢患者の増加と身体合併症対策の遅れ、情報センター機能の向上、アクセスや移送距離の長さなど、地域の実情を反映した様々な課題が認識され、課題解決に苦慮している現状が記されていた。

2. 措置入院の動向

措置入院制度の運用は本整備事業には含まれていないが、新規措置入院の過半数が本事業の中で執行されており、警察官通報による措置診察が夜間・休日における精神科救急事例の有力な受診手段となっていることもあって、本事業の運用を論ずる上で、措置入院の動向分析は欠かせない項目となっている。

(1) 申請・通報処理状況の推移

衛生行政報告例から申請・通報の内訳と措置決定件数を集計し、年次推移を図 13 に示した。2000 年以降、警察官通報を中心に通報件数が急増し、新規の措置入院件数も増加傾向が続いてきたが、2016 年の相模原事件を契機として、措置入院の運用に関するガイドライン⁴が提示され、警察官通報の発出基準が見直されたため、2017 年度以降は通報件数が減少に転じた。しかし、2021 年には再び増加に転じている。

(2) 通報処理の地域差

表 1-2 の当該列によれば、2023 年度の精神科救急事業における緊急措置入院（その後、措置入院となるケースが大半）と措置入院の件数は 3,793 件であるから、同年度の衛生行政報告例に見る年間の新規措置入院 7,383 件の 51.4%が整備事業において施行されていたことになる。ただし、図 5 に見るように、措置入院が本事業に占める比重には地域差が著しい。

衛生行政報告例に基づいて、2023 年度の都

道府県別の申請・通報の処理状況を措置決定件数の多い順に図 14 に表示した。26,403 件の申請・通報のうち 6 割以上が行政によって措置診察不要とされ、措置決定となるのは申請・通報の 3 割未満にすぎないことがわかる。また、措置決定件数は大都市圏に多いが、通報を受理した後に行政の判断で措置診察不要とした件数には著しい地域差のあることも示されている。

通報件数に対する措置決定率の高い順に自治体を並べると、図 15 に示すように、人口規模とは相関しない地域差が明らかとなる。すなわち、措置通報の処理基準が標準化されておらず、ローカル・ルールが存在する可能性が示唆されている。

3. 本整備事業に係る全国研修会の開催

2025 年 2 月 8 日、国立精神保健研究所がオンライン形式での「精神科救急医療体制整備に係る研修」を開催し、全国の都道府県に参加を呼びかけたところ、20 都道府県と 6 政令市等から 36 名の参加があった。開催プログラムやワークショップでの意見等については資料 2 に詳細を示した。

研修会前半では、本研究の代表者と分担者から研究成果の概要説明があり、後半では、措置決定率を参考として参加者を小グループに分け、各自治体の整備事業に関する現状や課題を議論するワークショップが開催された。

ワークショップ第 1 部では、警察官通報への対応をテーマとして、事前課題（資料 3）に沿って、意見交換がなされた。第 2 部では、整備事業全般の課題をテーマとして、事前課題（資料 4）に沿って意見交換がなされ、資料 1 の内容を掘り下げた意見が提示された。最後に整備事業年報の様式についての要望事項がいくつかの自治体から提示された（資料 5）。

研修会終了後のアンケート調査には 27 人から回答があった（回答率 75.0%）。研修会の全体的評価として、6 人（22.2%）が「大変満足」、13 人（48.1%）が「満足」、8 人（29.6%）

が「普通」と回答した（資料 2）。

D. 考察

1. わが国における精神科救急医療体制の構造と地域特性

（1）精神科救急医療体制の全容

冒頭で述べたように、わが国の精神科救急医療体制は、基幹的な精神科医療施設群による自発的な救急診療を基礎として、公共事業としての本事業がこれを補完する構造となっている。

公金で運用される本事業は、受診前相談事業と移送事業、救急医療施設の確保、連携会議の運営という 4 部門の事業で構成され、措置入院の運用と精神保健福祉法 47 条による地域精神保健活動が本事業をサポートしている。

主に診療報酬制度によって経営が成り立つ医療施設の側から見ると、1,604 か所の精神科有床施設（令和 5 年度 630 調査による）の 70.1%に当たる 1,125 施設が本事業に参加する精神科救急医療施設に指定され、常時対応型、病院群輪番型、合併症対応型、外来対応型の 4 類型に機能分類されている。

常時対応型施設は診療報酬上の精神科救急性期医療入院料を認可された施設、合併症型施設の多くは精神科救急急性期合併症入院料の認可施設で構成されており、診療報酬上も本事業への参加が義務付けられている。このため、図 16 に示したように、本事業の中で主体的な機能を果たしている。すなわち、2022 年度において、精神科救急病棟認可病院群は、本事業による受診の過半数を担い、入院件数の 58.1%、三次救急に限ると 73.2%を担っている。

病院群輪番型施設は、精神科急性期治療病棟認可施設と精神科 15 対 1 看護病棟をもつ病院を主体に構成されている。これらの精神科救急医療施設を含め、全ての精神科医療施設は、本事業外で日常的にミクロ救急診療を担っている。

以上の構造を図示すると図 17 のように描かれる。整備事業は都道府県の境界で区切られるが、ミクロ救急診療はしばしば県境を超えるので、全体の枠組みが破線で囲われている。

なお、言うまでもなく、こうした精神科救急医療体制は、地域社会の中で自己完結的に存在するわけではなく、身体科医療の領域はもとより、福祉領域や企業活動など、あらゆる社会システムとのネットワークの中で機能している。そのような観点をもたなければ、精神科救急医療体制は、単に精神障害者を社会的に隔離するためのシステムになってしまいうことを忘れるべきではない。

（２）整備事業の地域特性

整備事業の機能や特質は、都道府県の人口や地理的条件、産業構造、医療施設の分布や関連諸機関との連携状況など、精神科医療を取り巻く地域の歴史や文化を反映しているといつてよい。つまり、商品規格のように全国均質化することはできない。公共事業としての基本的機能を備えた上で、地域特性に応じた多様性があるべきである。

（ア）受診動態

事業年報の様式 2 からは、どの医療施設が年間どれくらいの救急受診や入院を受け入れているかを把握することができる。受診件数の多い順に医療施設を並べ、何施設で総件数の 80%を超えるかを都道府県ごとに示したのが図 18～図 25 である（入院件数も同じ図に書き込んであるが、参加施設数が多いほど順位が受診件数と一致しない）。なお、右上に貼り付けた地図は、当研究班が 2022 年度の研究で作成した全国精神科救急医療マップ 2020 年度版¹⁾から抜粋したものである。精神科救急医療圏域ごとの人口密度と類型別の精神科救急医療施設の配置が図示されている。

栃木県（図 18）と京都府（図 19）、宮城県（図 20）では、1 施設で年間受診件数の 80%を超え、岡山県（図 21）では 2 施設で 80%を

超えることを示している。これらの自治体の整備事業は、受診動態において寡占型ということができる。

一方、愛知県（図 22）では、41 施設中の 23 施設で 80%を超え、鹿児島県（図 23）では 44 施設中の 20 施設、富山県（図 24）では 24 施設中の 11 施設、青森県（図 25）では 22 施設中の 8 施設で 80%を超えている。青い矢印が右に位置するこうした自治体は、受診動態において分散型の整備事業が運用されているといえる。他の自治体は、これら 2 類型の中間型ということになる。

寡占型になる要因としては、人口が特定地域に密集していることや特定の基幹的医療施設に医療資源が集中していること、本事業の運営開始時点で特定病院群が主体的に救急事例を引き受ける取り決めとなっていること、などの事情が考えられる。寡占型の自治体では、基幹的な病院で質の高い医療サービスが安定的に提供されると期待される反面、搬送距離の長い事例が多くなり、継続ケアにとっても不利という問題がある。分散型の自治体では、これと裏返しのメリット、デメリットがある。

人口密度に応じて、常時対応型や合併症対応型の精神科救急医療施設がバランスよく配置されるのが理想的であるが、市街地から精神科病院が排除されてきた歴史や医師をはじめとするスタッフ確保の課題など、様々な制約があるため、理想通りにいかないのが現実であろう。制約条件の多い現実の中で本事業をできるだけ適正に運用するために本研究があり、全国研修会があると考えて頂きたい。

（イ）人口対受診件数と入院率

受診動態のほかに本事業の特性を表わす因子として、図 6 に示した人口万対受診件数と入院率が挙げられる。図 6 の左上に位置する自治体では入院を要する事例に受診が絞り込まれる傾向にあり、右下の自治体はそうしたトリアージが緩い傾向にある。

公金で運用される本事業の対象はできるだ

け絞り込み、安易な救急受診を抑制すべきであるという意見がある一方で、早期段階で危機介入して入院を回避するのも救急医療の役割であり、要入院事例に対象を絞り込むのは医療のシステムとはいえないとする意見もある。大都会を擁する自治体では、ある程度トリアージを強化しなければ救急医療施設への負担が過度になり、医療資源の限られた人口過疎地区では、本事業に救急対応を頼らざるをえないという事情もある。トリアージの強弱のみで本事業の機能を評価することはできないと考えるべきである。

(ウ) その他の因子

同様の議論は、図 9 で示した受診前相談の経由率においてもありうる。すなわち、図 9 の右側に位置する自治体では、受診前相談でのトリアージが緩く、ウォークインクリニック的な救急受診が可能な自治体ということもできる。利用者にとっては有利であるが、救急施設にとっては負担になる面もある。ただし、東京都のように、情報センターとは別の窓口を経由する自治体もあり、この図のみでトリアージの実態が示されているわけではない。

さらに、図 14 および図 15 で示した措置入院制度運用の地域差も、本事業の地域特性に関わる要因であろう。措置入院という行政処分の運用における地域差は、地域特性というニュートラルな表現で語るわけにはいかないので、項を改めて考察する。

2. 本整備事業における近年の動向と課題

(1) 受診件数の減少と入院率の増加

近年における整備事業の利用件数の推移を図 26 に示す。2015 年と 2016 年で受診件数が突出しているのは、年報の基礎データとなる様式 1 の項目に自院通院患者かどうかの識別を求めたことや夜間・休日に限定した実績かどうかの識別が曖昧であったことによる報告基準の混乱のためと思われる。年度によって件数が乱高下するなど、実態を反映しているとは思えない報告が混入していた。報告基

準を見直した 2017 年以降は、ほぼ実勢を表わしていると見てよい。

図 26 によると、2017 年以降、受診件数が減少する一方、入院件数は横ばいで推移しているため入院率が上昇している。人口に対する受診件数と入院率の推移を図示すると、図 27 のように、コントラストがより明瞭になる。すなわち、ここ数年、本事業の対象事例が要入院事例に絞り込まれる傾向にあることがわかる。図 6 の散布図に即していえば、全国平均が年々左上に移動しているということである。

その要因として考えられるのは、第 1 に、受診前の段階で重症例にトリアージされる傾向が強まっていることが挙げられる。措置入院プロセスに即していえば、通報の不受理や不要診察の行政判断が増加している可能性があるということになる。しかし、図 13 に見るように、2017 年以降、不要措置の件数が増加しているわけではないから、受診前相談窓口でのトリアージが強化されつつあるものと思われる。それが行政サイドの方針なのか、それとも医療施設側の意向なのかは不明である。

受診件数が減少する第 2 の要因は、精神科救急事例の発生頻度が低下している可能性である。認知症を中心に精神科医療の利用者数が増加していることを考慮すると、本事業の利用者が減少していることは、日常的な診療が功を奏して救急事例化が抑制されているか、あるいは統計に表れないミクロ救急診療の範囲内に収まっている可能性がある。それが事実であるならば、国民の精神保健の観点からは歓迎すべきことである。

しかし、入院件数が減少していないことを考慮すると、第 3 の要因として、入院の閾値が下がっている可能性を指摘しうる。その背景には、精神科病院における在院患者数の減少と病床利用率の低下が考えられる。精神科救急病棟認可施設が増加し、認可要件の一つである三次救急事例の入院件数を押し上げているのではないかという意見があるかもしれ

ないが、図 28 に示すように、近年、三次救急の件数が増えているわけではない。全国の精神科病院の 7 割以上を占める精神科救急医療施設全般で入院の閾値が下がっていると考えるのが妥当であろう。

ただし、空床を埋めるために入院の閾値を下げて、救急患者を積極的に受けていると批判するのは恣意的であろう。夜間・休日の空床確保率が上がって、以前なら断っていた救急事例を引き受けることができるようになってきたと評価すべきであろう。

（２）精神保健指定医の動向

整備事業年報の様式 7 に記載された意見（資料 1）や全国研修会のワークショップでの意見（資料 2）の中には、本事業の課題として、措置診察医を確保することが困難という意見や医師不足から精神科救急医療施設の指定を返上する病院があるという意見が含まれていた。精神医療審査会の事務局からも医療委員の確保が困難という声が上がっている⁵⁾。

詳細なデータを欠くので推測にすぎないが、精神科医や精神保健指定医の総数は増加しているものの、当直勤務や入院関連業務を敬遠して早期に個人開業に移行する医師が増えたため、病院での常勤指定医の確保が年々困難となっている印象がある。無論、精神科診療所の増加が精神科受診の敷居を下げ、医療中断や救急事例化を未然に防止している事例もあるから、個人開業の増加を一概に否定的に評価するのは妥当ではない。

しかし、入院の反復や長期化が生じやすい事例を在宅ケアで支えるには、多職種チームが不可欠であり、危機介入や家族のレスパイトのための短期入院も必要となる。本整備事業の維持のためのみならず、わが国の精神科医療の水準を維持・向上させるために、精神保健指定医が病院勤務に疲弊して開業する流れを何とか食い止める施策や発想の転換が必要であろう。ただ、現行法下で医師の個人開業を抑制することは不可能であるから、本事業

業のような公共事業や公務への精神保健指定医の参与を維持するためには、多職種を配した多機能型クリニックへの診療報酬上の支援や病診連携の強化策など、まずは現行制度下で可能な施策の立案が必要と思われる。

3. 措置入院制度運用の動向と課題

（１）措置入院制度運用の推移

60 年ほどのタイムスパンで振り返れば、図 29 に示すように、措置入院の在院患者数は 1970 年の 76,532 人をピークに減少し、措置入院の在院者比率も 1964 年の 37.5% をピークに減少して、近年では措置入院の在院者数は 1,700 人ほど、在院者比率も 0.5% ほどで推移している。また、2005 年に医療観察法体制が立ち上がってからは、司法精神医療の領域における措置入院の比重も相対的に低下している。

一方、図 13 で示したように、近年、措置通報件数と新規措置入院件数は増加し続けており、措置入院制度の存在意義が減少しているとはいえない。

2016 年のいわゆる相模原事件を契機に 2017 年度末には措置入院運用のガイドラインが国から提示され、警察官通報の発出基準や通報処理の基準など、入り口部分での判定の標準化とともに、退院後のフォローアップ体制の拡充も謳われた。しかし、保健所人員の増員などをセットにした精神保健福祉法改正法案が国会情勢により廃案となったこともあり、ガイドラインが十分に活用されているとはいえない現状にある。

（２）措置入院制度の多義性と地域差

措置入院制度の運用上で最大の課題は、図 14、図 15 で見るような入り口部分での地域差であろう。このような地域差を招いた背景には、措置入院制度のもつ多義性がある。

措置入院は都道府県知事や政令市の市長による命令入院であり行政処分であるから、安易に発動されるべきではなく、他の入院形態

が採れない場合の最終手段として選択されるべきであるという考え方がありうる。図 15 で措置決定率が低い自治体においては、行政機関や医療機関の中で、こうした措置入院回避論が優勢なのではないかと推測される。

一方、かつては、措置入院制度が患者や家族の医療費負担を免除し、病院への医療費収益を保証するために「経済措置」と称して積極的に利用される時代があった。現在でも、「自傷他害のおそれ」の評価に絶対的基準があるわけではないので、例えば、滞在期限が切れた外国人の急性精神病事例など、無保険で生活保護の対象にもならない救急患者に措置入院制度が適用されるのは、人道的には許容されるのではないだろうか。

また、結果的に不要措置となったとしても、救急受診の手段として警察官通報制度を利用せざるをえない事例もある。精神科救急急性期医療入院料の認可要件に措置入院件数が含まれていることや精神保健指定医の取得要件に措置入院事例のレポート提出が義務付けられるなど、措置入院が患者の重症度を表わす指標として援用される現状もある。これらは、いわば措置入院制度の便宜的有用性に便乗する事象といえよう。

さらに臨床現場では、措置入院の成立に 2 人（緊急措置入院を経る場合は 3 人）の精神保健指定医による判断の一致が必要のため、医療保護入院に比べて厳密な医学的評価が下されるという意味を認めることができる。入院治療の場面では、診断医と治療医を分離することが治療関係の構築に有利となる側面もある。措置入院には、こうした臨床的な有用性を認めることもできる。

このように、措置入院制度には、時代の変化の中で多面的な意義が付与されてきたにもかかわらず、図 29 に見るような在院者数の減少のため、1965 年の法改正（緊急措置入院制度の新設や警察官職務執行法の改正）以来 60 年近くの間、措置入院の多義性、特に便宜的有用性の問題がきちんと議論されてこなかつ

た歴史がある。悲惨な事件を契機として措置入院制度の運用を見直すチャンスとなった 2017 年度のガイドラインさえも、不完全な効果に留まっている。こうした歴史が、図 14、図 15 に見るような措置入院制度運用の著しい地域差を生んでいるものと思われる。

（3）措置入院制度の課題

措置入院制度には、入院決定プロセスに関する入口問題のほかに、措置解除プロセスや退院後の支援に関する出口問題、そして、強制力や市民権の制限に見合う入院診療の質をどう担保するという本体問題がある。しかし、本整備事業にとっては、入口問題が喫緊の課題であろう。

措置入院決定のプロセスで問題となるのは、第 1 に警察官通報の発出基準をめぐる警察判断のばらつき、第 2 に通報受理や措置診察要否をめぐる行政判断のばらつき、そして第 3 に措置診察医による医療判断のばらつき、さらにこれら 3 者の判断が齟齬する場合の対処法であろう。

しかし、いずれの問題も簡単に解決できるものではない。特に異なる領域間のインターフェイス（接合面）での齟齬は、文化人類学的な課題ともいえるべき困難を伴いやすい。法令やガイドラインに判断基準を文章化したとしても、時代状況によって解釈の仕方が変わる現象は社会制度一般に共通する。ある時点で合意が得られた事項も、人事異動によって継続性が途切れることもある。

本事業に関わる立場から課題解決に取り組むとすれば、まずは、連絡調整委員会を定期的に開催して、関係者の意見交換を継続し、2017 年度のガイドラインに準拠しながら相互理解を深めることが求められる。紛糾事例が生じた場合には、相手の態度が悪いといった属人的な問題でない限り、本事業年報の様式 7 の項目にあるような小規模な検討会をできるだけ迅速に開催する必要がある。

次に重要なのは、関係者が都道府県をまた

ぐ研修会に参加して、他の自治体の取り組みや全国情報に触れ、視野を広げることであろう。それがローカル・ルールの発生を防止する。また、精神保健指定医であれば、措置診察の標準化に関する研究成果に関心をもち、関連学会のワークショップ等に参加することも推奨される⁶⁾。

4. 年報様式等への提案

(1) 本整備事業年報への提案

資料 5 にも示されているように、本事業年報の様式 1 から 7 までを毎年完成させることは、担当者にとって大きな負担となっている。特に個票に近い様式 1 と回答者の現状認識を記述する様式 7 の完成に負担感が強いと思われる。

負担感を軽減するために元も重要なのは、報告するデータにどのような意味があるのか、何のために報告を要請しているのか、という調査の意図を明確に説明し、調査結果を開示することであろう。

次に重要なのは、毎年報告する必要のない情報については、調査頻度を下げることであろう。例えば、様式 6 の施設類型および様式 7 の連絡調整委員会の構成および本事業や身体合併症対策の課題については、頻繁に変わるものではないと思われるので、変化がない場合は前年度と同様と回答してもらい、変化を生じた場合にのみ報告してもらえばよいと思われる。その方が、集計する側にとっても、変化した事項ないし長期間変化のない事項を把握しやすい。

様式 1 と様式 4 (精神医療相談事業件数) および様式 5 (情報センター相談件数) は、本事業利用者の特性や受診前相談機能の経年変化を把握し、政策立案や手直しをする上で必要な客観情報を提供するが、受診経路については毎年大きく変わるとは思えないので、調査頻度を下げるべきであろう。また、複数機関を経由した場合に回答に迷うので、回答方法を工夫すべきであろう。

逆に、様式 1 すなわち受診患者の特性を示す指標として追加を検討してもらいたい項目がある。例えば、高齢者の増加に伴う身体合併症対応や若年者の自殺防止対策を講ずる基礎データ等を把握するために、患者の年代(10歳区切り)、主診断の大分類(ICD-10のF1桁コード)、自殺リスク(生命リスクの高い自殺企図、生命リスクの低い自殺企図、希死念慮のみ、ブランクの4区分)、それに身体合併疾患(他科への入院が必要、他科への受診なし)コンサルテーションが必要、ブランクの3区分)という4項目の追加を提案したい。

本事業は、わが国の精神科医療全体の一角を占めるにすぎないが、医学的・社会的に緊急度の高い事例を扱う分野であり、精神科医療の動向を見極める上で鋭敏なセンサーの役割を果たしていると考えられる。その分野で上記の4項目の情報を把握する意義は小さくはないと思われる。

(2) その他の公式統計に関する提案

精神保健医療分野の公式統計で最も詳細な情報を提供するのは630調査であるが、横断面データが主体で、通年データに乏しい難点がある。例えば、毎年の入退院件数すら正確に把握できない。詳細な資産目録だけがあって出納簿のない決算報告書のようなもので、年間にどれだけの入院患者を治療して退院させたかよりも、現時点でどれだけの患者を病院に収容しているかに行政の関心があつた時代の名残といってよい。

630調査で医療施設に通年データの報告を新たに要請するのは困難であろうから、衛生行政報告例が基礎資料とする措置入院診断書と医療保護入院届の中から、保健所(もしくは精神医療審査会事務局)の段階で患者の年代と主診断コードの2項目を抽出して集計・報告することを提案したい。国や自治体は、少なくとも非自発的入院に関する最小限の動態情報を把握しておくべきと考えられるからである。

E. 結論

精神科救急医療体制整備事業は、個別の医療機関による救急診療をバックアップするための公共事業であり、危機介入サービスや短期集中的な入院治療の提供によって精神科利用者の地域生活を支えることが最終目的である。本事業を運営する自治体には、様々な制約条件や刻々と変化する社会情勢の中で、この事業目的を達成するために関係諸機関をコーディネートする役割が期待されている。

本研究は、そうした役割を支援するために、本事業に関連する情報を多角的に収集・分析し、自治体関係者等にフィードバックして意見交換する機会を提供してきた。今後も、社会的ニーズや関連社会資源の変化を鋭敏にキャッチしながら、この作業を継続して行きたいと考えている。

最後に、多忙な日常業務の中、本研究に係る調査等にご協力頂いた都道府県・政令市の担当者各位に深く感謝の意を表します。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載。

G. 研究発表

1. 論文発表等

なし。

2. 学会発表等

第121回日本精神神経学会学術総会（2025年6月、神戸市）委員会ワークショップ「措置診察実践セミナー」において本研究の一部を発表予定。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

[参考文献]

- 1) 令和4年度 厚生労働行政推進調査事業補助金「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究」（研究代表者・藤井千代）分担研究「精神科救急医療体制に関する研究」（分担研究者・杉山直也）。2023年
- 2) 精神保健福祉資料
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>
- 3) 衛生行政報告例
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469>
- 4) 措置入院の運用に関するガイドライン
<https://www.mhlw.go.jp/content/001172530.pdf>
- 5) 令和5年度（2023年度）厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」—精神医療審査会に関する研究—報告書。2024年
- 6) 令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」（研究代表者・藤井千代）分担研究「措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究」（分担研究者・椎名名大）。2024年

表1-1 精神科救急医療体制整備事業一覧表(2023年度)その1

都道府県	人口(万)	精神科救急医療圏域数	精神科救急医療圏域数(前年度)	医療施設分類				精神科救急医療施設分類				特定入院科認可施設 ¹⁾			受診前相談事業				移送件数 ³⁾	
				大学病院	総合病院	精神科専門病院	診療所	常時対応型	輪番型	合併症型	外来対応型	精神科救急・急性期医療	精神科救急・合併症	精神科急性期治療病棟	情報センター		精神医療相談		措置入院関連	医療保護・応急入院関連
															総数	受診紹介	総数	受診紹介		
北海道	509.2	8	8	0	16	68	0	0	84	0	0	6	1	16	実施なし		3,886	615	35	0
青森県	118.4	6	6	0	4	17	0	0	21	0	0	3	0	4	実施なし		実施なし		170	0
岩手県	116.3	4	4	1	0	14	0	3	12	1	0	2	0	7	328	47	620	19	7	0
宮城県	226.4	1	1	2	1	23	0	0	26	0	0	1	0	6	1,016	175	2,552	113	289	9
秋田県	91.4	5	5	0	2	12	0	1	13	2	0	2	0	5	267	150	実施なし		106	0
山形県	102.6	3	3	0	1	8	0	5	9	0	0	5	0	3	302	0	未回答		67	1
福島県	176.7	4	4	0	2	23	0	2	25	0	0	2	0	9	231	180	0	0	183	133
茨城県	282.5	2	2	0	0	29	0	2	27	0	0	2	0	6	427	89	1,060	122	162	0
栃木県	189.7	1	1	0	0	19	0	1	18	0	0	1	0	9	232	90	875	312	52	0
群馬県	190.2	1	1	0	0	16	0	3	15	0	0	3	0	8	211	74	該当なし		317	1
埼玉県	733.1	2	2	2	0	33	40	5	30	0	40	8	0	8	1,197	663	7,936	1,541	1048	0
千葉県	625.7	12	12	0	4	30	0	14	29	0	0	12	1	10	3,700	800	3,700	0	147	0
東京都	1,408.6	4	4	0	6	40	33	3	40	7	33	18	0	23	8,965	2,135	設置なし		925	0
神奈川県	922.9	1	1	3	6	42	6	6	45	0	6	8	3	25	1,233	625	7,679	538	820	0
新潟県	212.6	2	2	0	3	22	0	1	25	0	0	1	0	10	57	0	879	0	165	0
富山県	100.7	1	1	1	5	18	0	0	24	0	0	0	1	1	2,416	261	情報センターに含む		35	0
石川県	110.9	2	2	1	2	12	0	2	13	0	0	1	0	7	264	115	264	113	94	0
福井県	74.0	2	2	0	2	5	0	1	7	1	0	2	1	0	371	334	1,224	371	64	0
山梨県	79.6	1	1	0	1	9	0	1	9	0	0	1	0	2	137	137	923	137	90	0
長野県	200.4	3	3	0	3	16	0	3	16	0	0	3	0	7	未回答		未回答		297	0
岐阜県	193.1	2	2	0	0	14	0	2	14	0	0	2	0	5	621	124	0	0	40	0
静岡県	355.5	7	6	0	1	10	0	5	6	1	0	5	0	6	1,187	293	7,530	1	129	1
愛知県	747.7	1	1	0	1	40	0	9	32	0	0	12	0	12	5,410	2,046	0	0	7	0
三重県	172.7	2	2	0	0	12	0	0	12	0	0	4	0	6	1,442	506	2,056	1,284	261	0
滋賀県	140.7	3	3	0	2	8	19	0	10	0	19	1	1	7	754	47	674	24	185	0
京都府	253.5	2	2	2	1	12	0	2	15	2	0	4	0	8	2,223	405	該当なし		158	18
大阪府	876.3	8	8	0	2	35	0	8	36	0	0	12	1	18	2,287	1,632	18,795	680	480	2
兵庫県	537.0	5	5	2	4	34	0	1	34	2	3	8	0	12	3,041	888	未回答		17	0
奈良県	129.6	1	1	1	0	8	0	1	8	1	8	3	1	4	1,253	595	未回答		14	1
和歌山県	89.2	3	3	0	0	7	0	1	6	0	0	2	0	3	175	97	該当なし		44	0
鳥取県	53.7	3	3	1	0	6	0	2	6	0	0	1	0	4	該当なし		7,844	519	17	0
島根県	65.0	7	7	0	2	8	0	4	7	0	0	2	0	3	394	192	10,344	264	87	0
岡山県	184.7	2	2	0	0	12	0	1	11	0	0	2	0	6	3,327	237	0	0	147	0
広島県	273.8	2	2	0	0	5	0	1	5	0	0	3	0	3	2,203	357	2,203	357	202	0
山口県	129.8	4	4	1	0	29	0	1	16	1	0	2	0	2	336	307	1,378	103	144	0
徳島県	69.5	3	4	0	0	14	0	3	14	0	0	3	0	2	284	236	0	0	11	0
香川県	92.6	2	2	0	1	13	0	0	14	1	0	4	0	2	26	26	787	110	77	0
愛媛県	129.1	2	2	0	0	9	0	0	9	0	0	1	0	9	367	78	0	0	56	0
高知県	66.6	2	1	0	0	9	0	1	9	0	9	2	0	4	1,504	134	0	0	72	0
福岡県	510.3	4	4	1	0	74	0	7	75	0	0	12	0	23	1,900	477	9,198	3	236	0
佐賀県	79.5	1	1	0	0	17	0	1	16	0	0	1	0	6	295	41	未回答		53	10
長崎県	126.7	8	6	1	3	33	54	3	34	2	54	1	0	7	1,192	13	1,192	1,192	65	0
熊本県	170.9	2	2	0	1	44	0	0	44	1	0	4	0	11	1,472	699	情報センターと同じ		198	0
大分県	109.6	1	1	1	1	20	0	1	20	1	0	1	1	2	1,214	99	0	0	93	0
宮崎県	104.2	3	3	1	5	28	35	0	20	1	48	2	1	6	30	23	未回答		117	0
鹿児島県	154.9	4	4	1	1	42	0	2	41	2	0	1	0	7	58	16	1,091	91	106	3
沖縄県	146.8	4	4	0	3	18	0	0	20	1	0	5	0	12	3,560	617	3,560	1,251	459	0
合計	12,434.9	153	150	22	86	1,017	187	109	1,022	27	220	181	12	356	57,909	16,060	98,250	9,760	8,548	179
前年度	12,494.6	150	147	22	83	966	112	92	973	25	106	181	13	355	63,233	17,295	92,650	8,143	8,448	126

*1 精神保健福祉資料より

*北海道の精神医療相談件数は札幌市のみのデータ

*3 衛生行政報告例より

表1-2 精神科救急医療体制整備事業一覧表(2023年度)その2

都道府県	受診件数	受診時間帯		受診経路						受診前相談による受療調整			入院件数							2023年度 措置決定 全件数*3
		休日日中	夜間	他の医療機関（精神科以外）からの紹介・転院搬送	他の医療機関（精神科）からの紹介・転院搬送	救急搬送（転院搬送以外）	行政機関	当事者（本人、家族等）による直接受診	その他	精神科救急情報センター	24時間精神医療相談窓口	受診調整なし	総数	緊急措置入院	措置入院	応急入院	医療保護入院	任意入院	その他	
北海道	2,090	625	1,465	51	15	368	146	680	56	278	4	1,798	789	34	9	40	446	250	8	82
青森県	886	247	639	20	10	86	94	583	93	0	0	884	324	1	22	1	196	89	11	94
岩手県	1,076	353	723										344	1	5	6	146	153	33	24
宮城県	384	190	194	11	6	42	118	183	24	213	0	171	172	2	91	0	71	8	0	211
秋田県	636	190	446	17	6	39	13	489	72	17	0	619	189	0	6	0	111	71	1	43
山形県	569	169	400	23	11	65	115	334	21	0	1	563	267	7	19	7	161	73	0	79
福島県	584	110	474	28	11	122	165	255	3	3	11	570	273	1	51	17	155	49	0	123
茨城県	80	37	43	4	0	8	5	55	9	80	27	0	71	0	0	0	64	7	0	80
栃木県	618	111	507	34	4	107	222	244	7	200	90	418	253	103	31	6	80	32	1	148
群馬県	647	161	486	35	13	48	266	261	24	241	0	406	433	104	5	4	262	58	0	132
埼玉県	1,279	354	925	20	37	65	790	329	38	661	345	273	696	37	233	9	378	37	2	592
千葉県	704	130	574	17	49	81	319	204	34	703	0	1	492	78	81	3	310	20	0	336
東京都	1,594	111	1,483	69	10	175	1,120	182	27	548	0	1,045	1,316	704	0	3	465	42	101	1426
神奈川県	951	211	740	0	0	0	951	0	0	606	345	0	873	22	500	2	332	17	0	747
新潟県	515	223	292	35	20	160	33	253	14	0	0	515	216	0	20	1	149	43	3	112
富山県	176	25	151	2	3	9	45	116	0	174	0	2	89	0	3	2	67	15	1	39
石川県	703	71	632	33	24	88	121	393	44	3	0	698	297	1	35	15	217	31	0	60
福井県	627	170	457	16	25	139	116	205	126	143	0	471	300	23	22	8	163	23	60	51
山梨県	147	25	122	5	2	5	58	75	8	147	0	0	104	22	7	0	70	6	0	52
長野県	1,124	280	844	24	7	106	253	682	29	4	2	1,034	421	53	80	8	171	67	1	266
岐阜県	770	439	331	17	7	58	177	507	4	0	0	770	295	11	0	14	187	83	0	33
静岡県	1,140	265	875	81	46	158	256	459	141	11	462	665	628	68	4	20	433	93	12	105
愛知県	1,847	353	1,494	21	128	259	571	748	120	682	0	1,165	1,048	162	0	52	580	254	0	75
三重県	661	173	488	41	19	90	158	328	25	443	27	215	346	48	4	14	209	71	0	134
滋賀県	1,708	410	1,298	108	13	216	240	1,078	53	195	425	1,098	374	94	6	7	159	108	0	98
京都府	523	71	452	11	8	252	47	189	16	289	0	234	313	50	13	19	211	20	0	67
大阪府	2,102	392	1,710	114	127	302	991	565	3	1,570	565	532	1,869	352	0	179	993	345	0	530
兵庫県	1,191	193	998	32	8	171	637	254	90	717	1	459	1,000	51	13	58	573	207	88	151
奈良県	470	70	400	20	21	131	132	141	25	36	0	434	226	26	1	15	149	33	0	15
和歌山県	635	124	511	6	4	89	72	441	23	12	426	197	176	6	1	1	120	48	0	16
鳥取県	574	198	376	20	10	96	81	367	0	0	388	186	198	1	11	4	101	81	0	17
島根県	552	167	385	15	9	37	66	419	6	150	0	402	218	1	43	3	66	90	15	74
岡山県	834	133	701	81	58	201	158	291	45	147	112	646	504	3	23	43	302	133	0	61
広島県	701	201	500	29	21	162	76	390	23	16	0	685	268	0	26	14	162	65	1	203
山口県	237	46	191	27	6	21	120	55	4	218	16	11	200	0	40	3	136	22	0	70
徳島県	337	52	285	12	6	91	95	121	12	0	133	204	211	1	0	10	109	89	2	10
香川県	428	93	335	10	18	71	78	239	12	0	0	0	174	0	8	9	88	54	15	41
愛媛県	152	44	108	0	5	6	54	85	2	67	0	85	72	2	3	1	46	19	0	34
高知県	239	84	155	11	11	26	55	119	17	53	3	183	122	0	16	3	81	20	2	67
福岡県	445	68	377	23	34	22	304	45	17	445	0	0	409	193	13	8	171	24	0	294
佐賀県	46	22	24	4	1	0	0	34	7	46	0	0	28	0	0	1	24	3	0	51
長崎県	106	75	31	0	0	5	3	91	7	0	0	106	59	0	1	0	21	37	0	65
熊本県	531	171	360	28	21	109	94	263	16	71	0	457	241	0	3	4	158	76	0	124
大分県	275	56	219	14	2	110	90	46	13	28	0	247	180	40	6	1	60	9	65	65
宮崎県	181	138	43	3	4	20	48	95	11	31	0	150	90	13	5	0	41	31	0	70
鹿児島県	277	207	70	0	0	0	0	277	0	16	89	172	81	2	1	0	26	51	1	61
沖縄県	1,006	350	656	68	70	175	124	538	31	414	2	589	607	3	13	9	233	144	203	153
合計	33,358	8,388	24,970	1,240	910	4,591	9,677	13,708	1,352	9,678	3,474	19,360	17,856	2,320	1,474	624	9,453	3,301	626	7,381
前年度	33,172	8,243	24,929	1,058	845	3,233	9,542	11,934	1,242	10,069	3,471	14,761	17,285	2,288	1,032	558	9,532	3,119	521	7,399

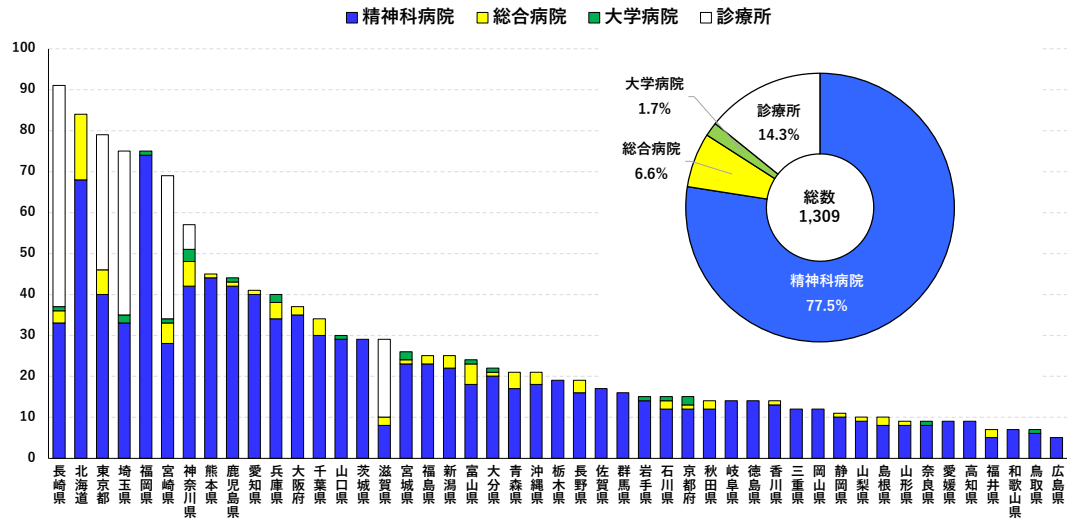
表1-3 精神科救急医療体制整備事業一覧表(2023年度)その3

都道府県	連絡調整 委員会等 開催数	連絡調整委員会等の参加者種別																	その他	その他の内訳
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P			
		都道府県 指定都市	市町村等	医師会	病院群輪番 型施設	常時対応型 施設	外来対応型 施設	合併症対応 型施設	E～G以外 の精神科医 療施設	精神科病院 協会	精神科診療 所協会	警察	消防機関	一般医療 施設	メディカル コントロー ル	公的医療機 関（重複 可）	当事者			
北海道	1	○	○	○	○					○	○	○	○					○	保健所長会、精神保健福祉センター	
青森県	1	○		○	○					○	○	○	○					○	県弁護士会、県精神障害者家族連合会	
岩手県	4	○	○	○	○	○		○	○		○	○	○	○	○	○				
宮城県	1	○		○	○					○	○	○	○	○		○				
秋田県	7	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○		○				
山形県	1	○		○	○	○				○	○	○	○		○					
福島県	1	○		○	○	○				○	○	○	○			○	○			
茨城県	2	○		○	○	○					○	○	○	○		○				
栃木県	1	○		○	○	○				○	○	○	○	○						
群馬県	1	○		○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○				
埼玉県	1	○			○	○	○			○	○	○						○	未回答	
千葉県	1	○		○	○	○				○	○	○	○		○	○	○	○	精神科救急医療情報センター委託事業者（特定非営利活動法人メンタルケア協議会）	
神奈川県	3	○		○				○		○		○	○		○	○	○	○	支援団体	
新潟県	1	○		○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○		○	保健所長会、精神保健福祉センター	
富山県	1	○		○	○				○				○	○				○	看護協会、精神保健福祉士協会	
石川県	0	○	○	○	○					○	○	○		○	○					
福井県	1	○			○	○		○	○	○	○	○	○			○				
山梨県	1	○	○		○	○			○	○	○	○	○			○		○	家族会	
長野県	1	○	○	○	○	○			○	○	○	○		○	○					
岐阜県																				
静岡県	3	○		○	○	○			○	○	○	○	○			○		○	家族会、精神保健福祉士協会	
愛知県	1	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○			○		○		
三重県	1	○		○	○				○	○						○		○	家族会、民生委員、支援団体等	
滋賀県	1	○			○				○	○	○	○	○	○		○				
京都府	2	○		○	○				○	○	○	○	○					○	京都府病院協会、京都私立病院協会、京都精神保健福祉協会、京都府精神医会	
大阪府	1	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○				
兵庫県	1	○		○	○	○		○		○	○	○	○					○	未回答	
奈良県																				
和歌山県	1	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○			○		○	救急医療情報センター	
鳥取県	1	○	○	○	○	○	○		○			○	○	○		○				
島根県	7	○	○	○	○	○			○			○	○	○		○	○	○	訪問看護ST、相談支援事業所、福祉施設、家族会、保護観察所	
岡山県	1	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○		○	○				
広島県	1	○	○			○	○			○	○	○	○							
山口県	2	○			○	○				○						○				
徳島県	1			○	○				○	○	○	○	○		○					
香川県	1	○						○		○	○	○	○			○	○			
愛媛県	1	○		○	○							○	○		○					
高知県	1	○		○	○	○				○		○	○		○	○				
福岡県	2	○	○		○	○			○	○	○	○	○		○	○				
佐賀県	1	○			○	○				○	○				○			○	受診前相談対象者（情報センター）	
長崎県																				
熊本県	1	○	○	○	○							○	○	○	○	○		○	精神科協会、精神保健福祉士協会、大学病院、精神保健福祉会連合会等	
大分県	3	○	○	○		○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○			
宮崎県	2	○	○	○						○	○	○	○		○	○				
鹿児島県	1	○		○	○			○			○		○	○				○	大学附属病院、精神保健福祉会連合会、三次救急医療機関、保健所所長会	
沖縄県	1	○	○	○					○	○		○	○	○	○			○	沖縄県精神科外来医師会、沖縄県精神保健福祉協会、沖縄県精神保健福祉士協会、日本精神科看護協会沖縄県支部	
合計		44	19	35	41	29	8	9	21	37	31	40	38	19	19	28	6	19		

表1-4 精神科救急医療体制整備事業一覧表(2023年度)その4

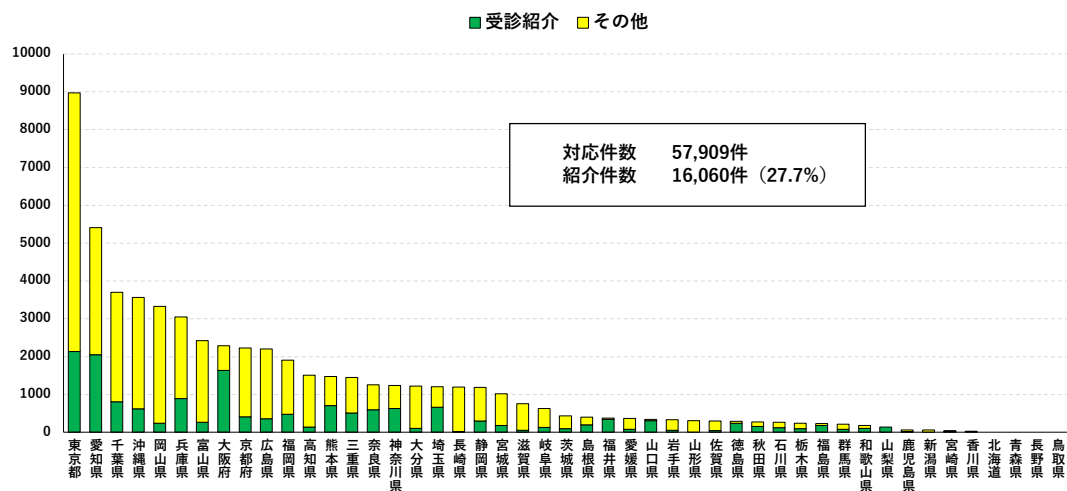
都道府県	連絡調整委員会等の課題								圏域・身体合併症 検討会議		関係機関 研修会
	A	B	C	D	E	F	その他	G	開催数	当事者参加	
	厚労省伝達 事項	実施要綱	事業実績	移送	身体科連携	個別事例 事後検証		その他の内訳			
北海道			○				○	精神疾患患者の搬送及び受入ルールに関する事項	6	0	0
青森県											0
岩手県			○		○		○	23条通報への対応状況、圏域における課題			1
宮城県		○	○		○						0
秋田県											0
山形県		○	○			○					未回答
福島県		○	○	○	○						0
茨城県			○		○						0
栃木県			○		○						1
群馬県	○	○	○		○		○	DPAT活動報告	0		0
埼玉県			○	○	○						未回答
千葉県	○	○		○							1
東京都			○				○	Word記載の通り			0
神奈川県			○	○			○	本県の精神科救急のあり方に関する検討			3
新潟県	○	○	○	○	○						0
富山県			○				○	精神科救急医療体制当番病院の輪番体制について			0
石川県			○				○	措置入院の運用に関する事項			0
福井県		○	○		○						0
山梨県	○	○	○			○					1
長野県			○		○		○	23条通報について			0
岐阜県											未回答
静岡県	○	○	○		○				5	1	0
愛知県		○	○	○							1
三重県			○		○						0
滋賀県		○	○	○		○			3	0	0
京都府									1		0
大阪府			○	○	○						0
兵庫県	○	○	○	○	○	○					0
奈良県											未回答
和歌山県		○	○				○	精神科救急情報センター	1	書面	0
鳥取県	○		○	○	○		○	措置通報等の状況、措置入院解除後の支援状況について、精神	1	0	0
島根県		○	○	○	○	○	○	精神科救急体制について			0
岡山県		○	○	○							0
広島県		○	○								1
山口県				○							0
徳島県			○				○	23条通報における措置診察の実施状況、ガイドラインについて			0
香川県			○		○		○	救急当番表の承認			0
愛媛県		○	○			○			1		未回答
高知県			○				○	保健医療機関における精神科救急について			0
福岡県	○	○	○	○	○	○			4	0	1
佐賀県			○			○					0
長崎県											0
熊本県			○		○						0
大分県					○		○	医療計画に関する事項	1	1	0
宮崎県		○	○				○	医療計画について、精神保健福祉法改正について			0
鹿児島県			○	○	○	○					0
沖縄県			○		○	○					0
合計	8	19	38	15	22	10	16		9	2	7

図1 精神科救急医療施設数（2023年度）



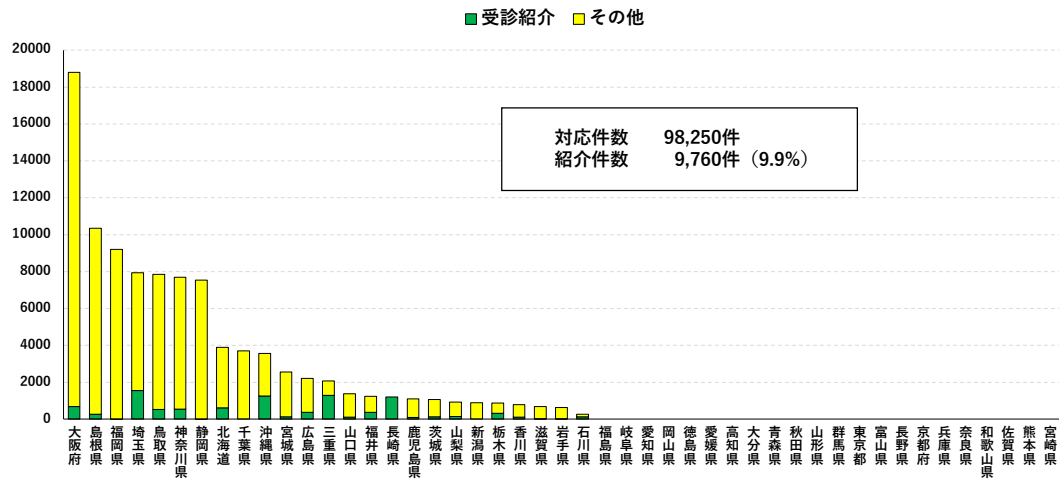
1

図2 精神科救急情報センターの実績（2023年度） ～対応件数と受診紹介件数～



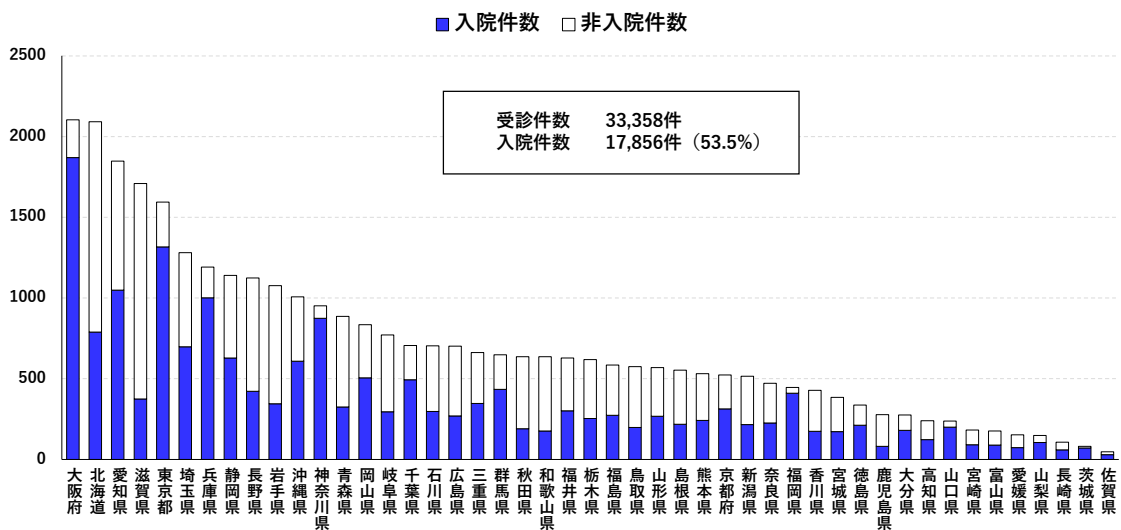
2

図3 精神医療相談事業の実績（2023年度）
～対応件数と受診紹介件数～



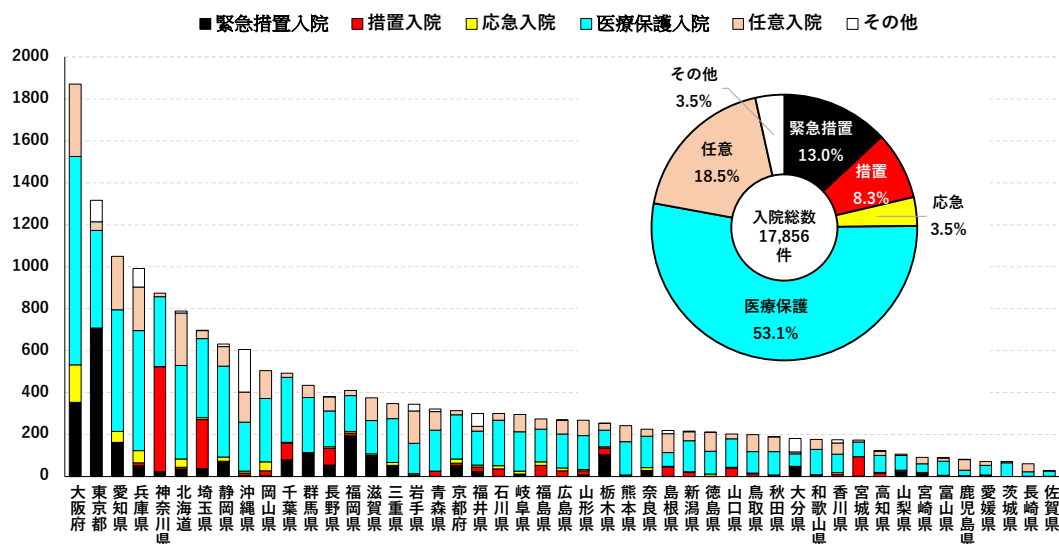
3

図4 受診及び入院件数(2023年度)



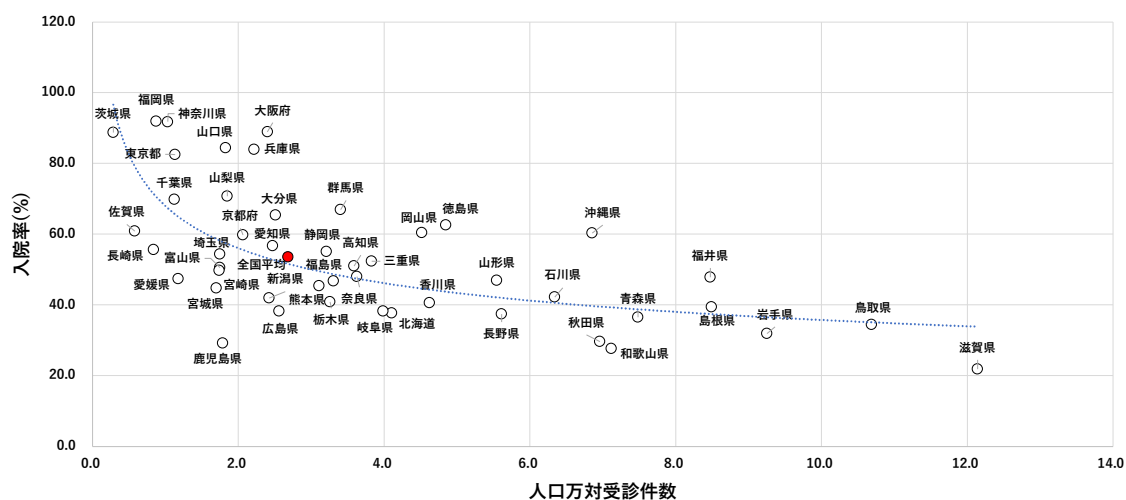
4

図5 入院形態別の入院件数（2023年度）



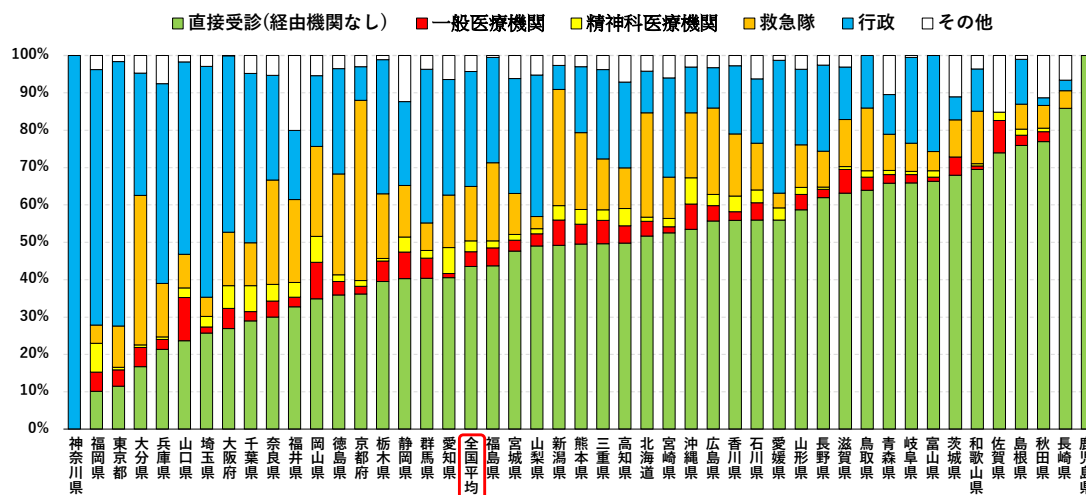
5

図6 人口万対受診件数と入院率の相関（2023年度）



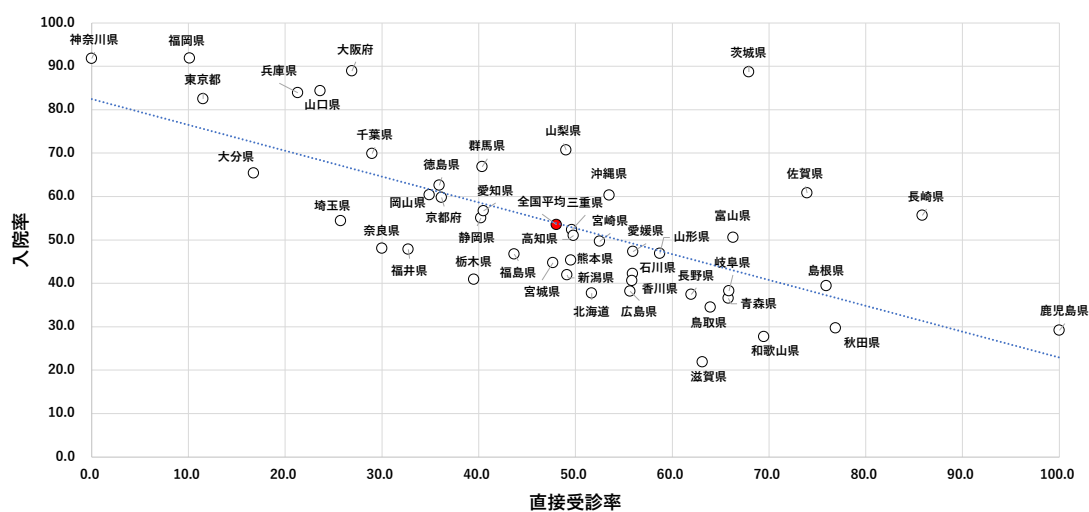
6

図7 受診経路の比率（2023年度, 46都道府県）



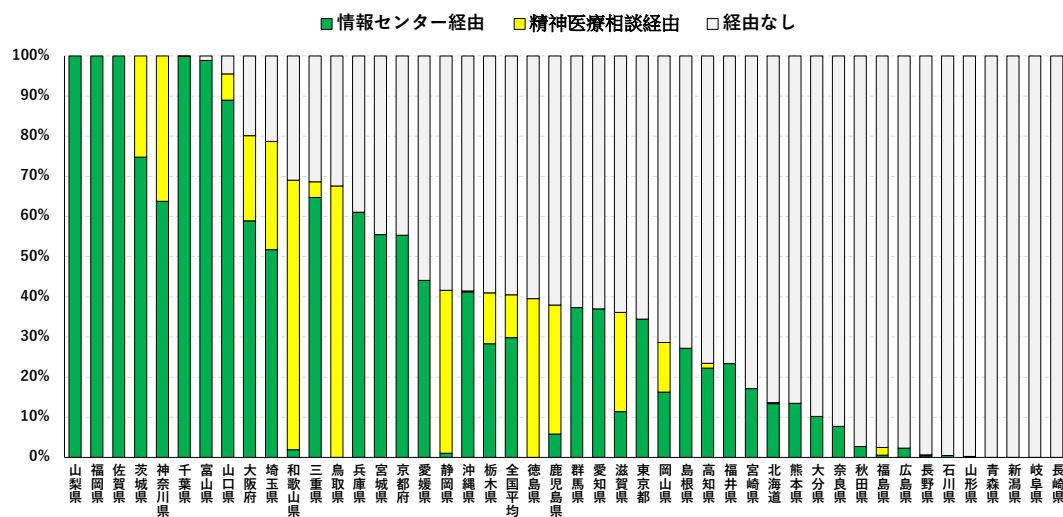
7

図8 直接受診率と入院率の相関（2023年度）



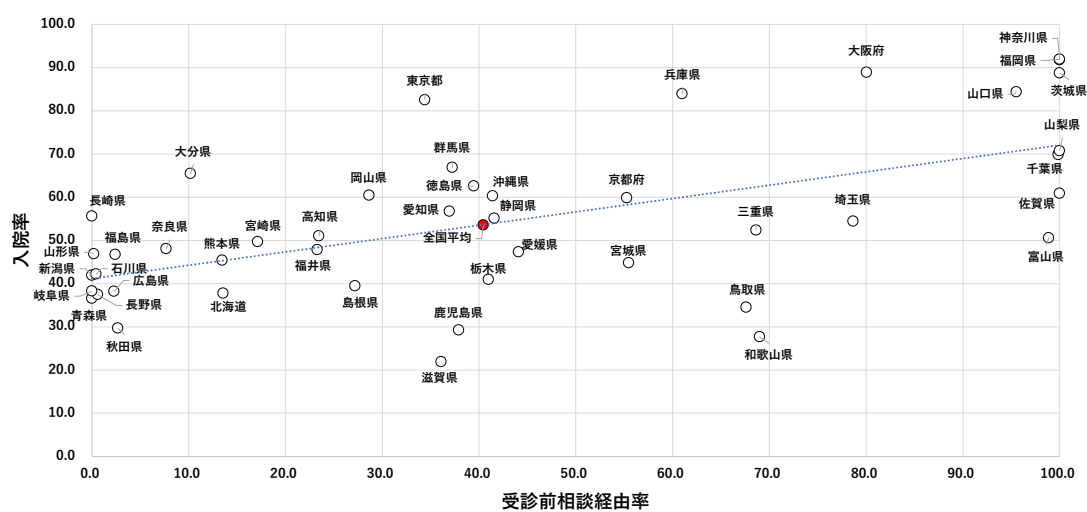
8

図9 受診前相談経由率と入院率の相関（2023年度）



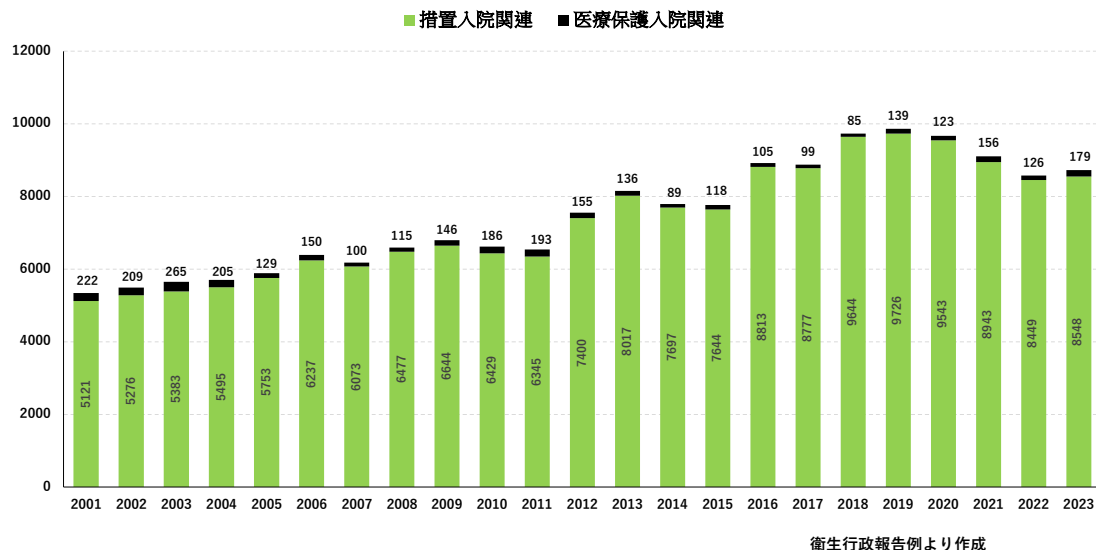
9

図10 受診前相談率と入院率の相関（2023年度）



10

図11 移送件数の推移



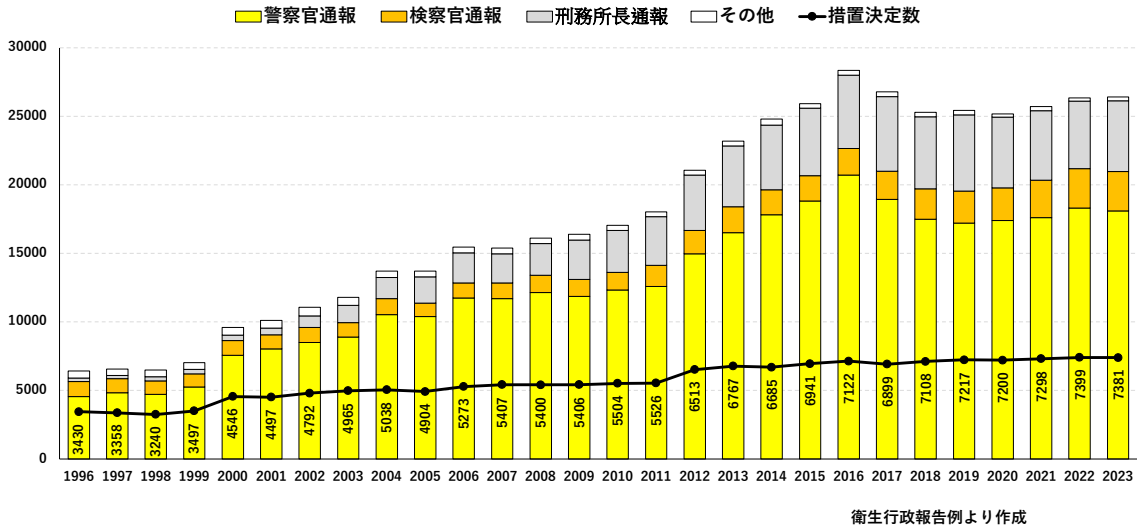
11

図12 都道府県別の移送件数（2023年度）



12

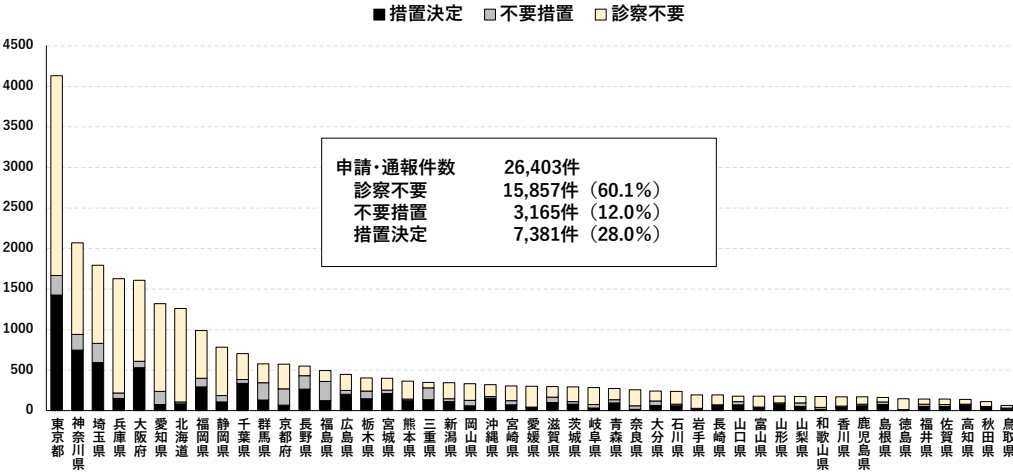
図13 申請・通報件数および措置決定数の推移



13

図14 申請・通報の処理状況（2023年度）

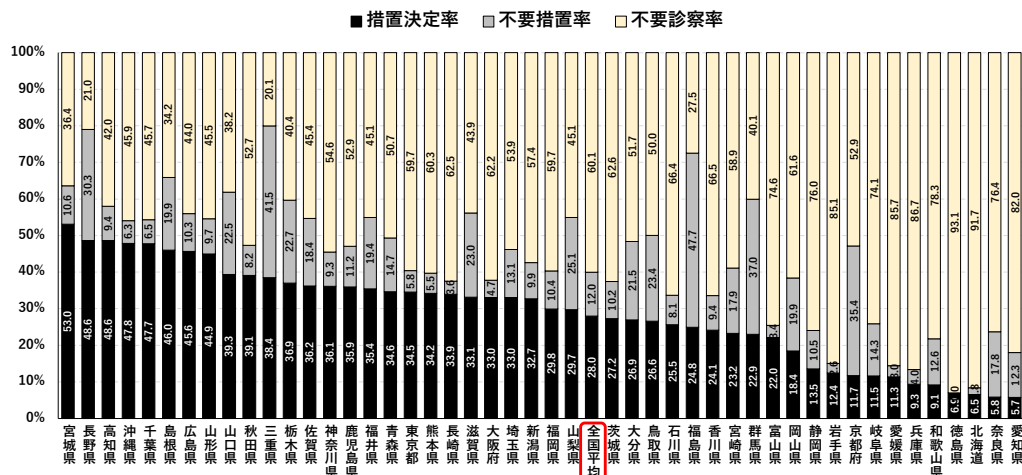
～申請・通報件数の多い都道府県順～



14

図15 申請・通報の処理状況（2023年度）

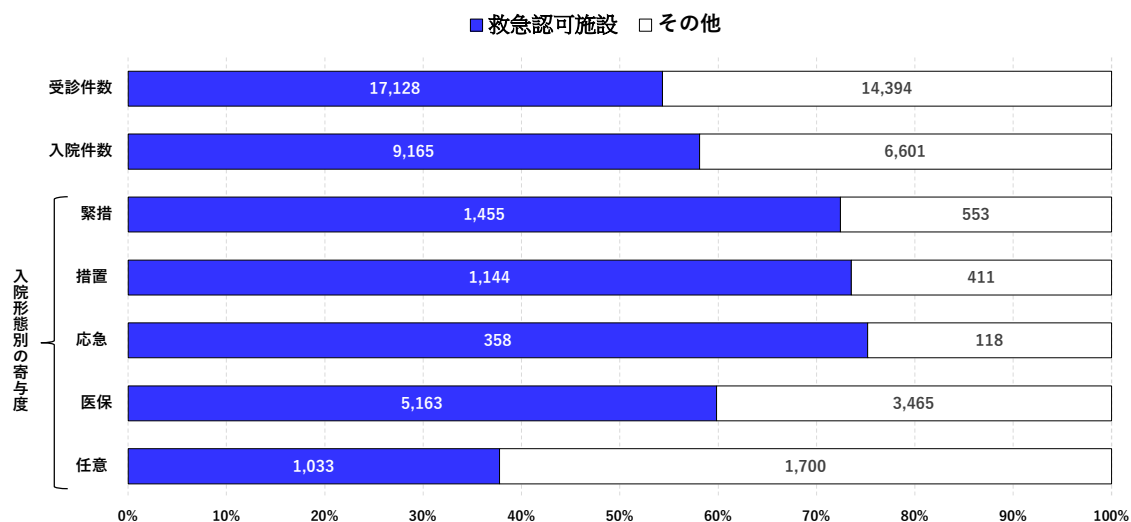
～申請・通報件数に対する措置決定率の高い都道府県順～



令和4年度衛生行政報告例より作成

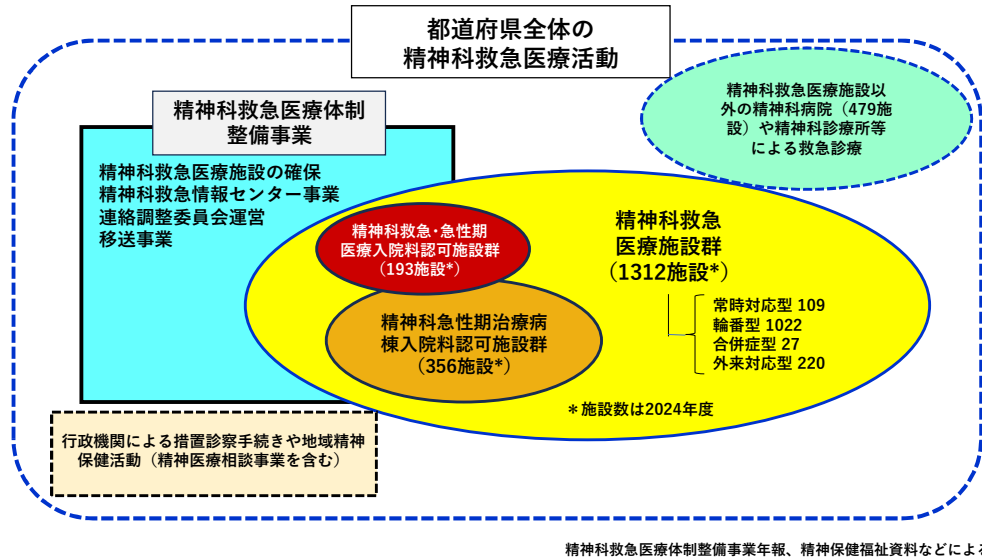
15

図16 整備事業における救急病棟認可施設の寄与度（2022年度、43都道府県の平均）



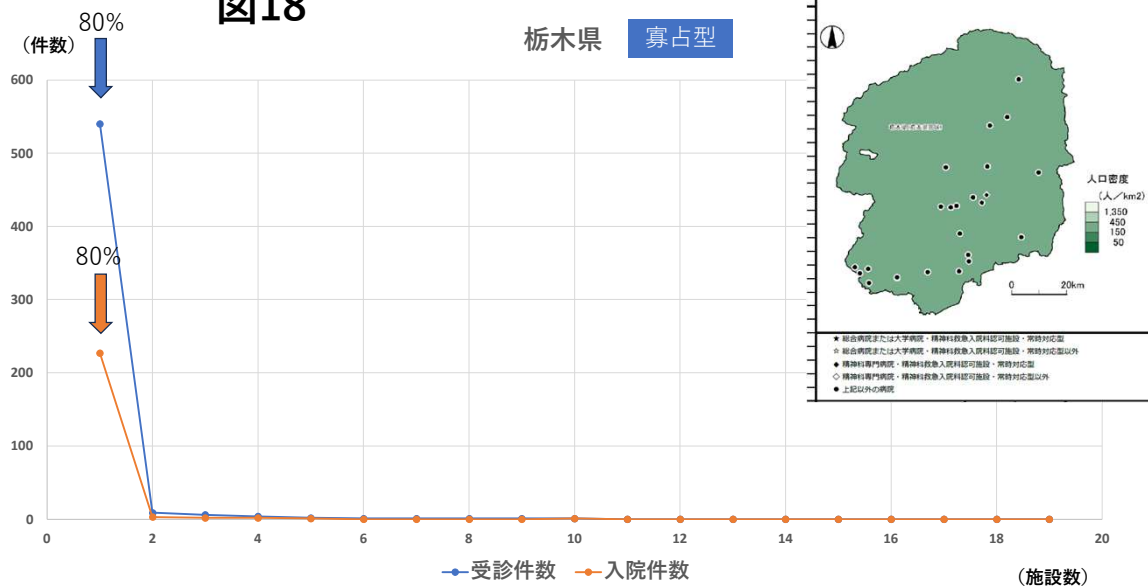
16

図17 わが国の精神科救急医療体制の構造

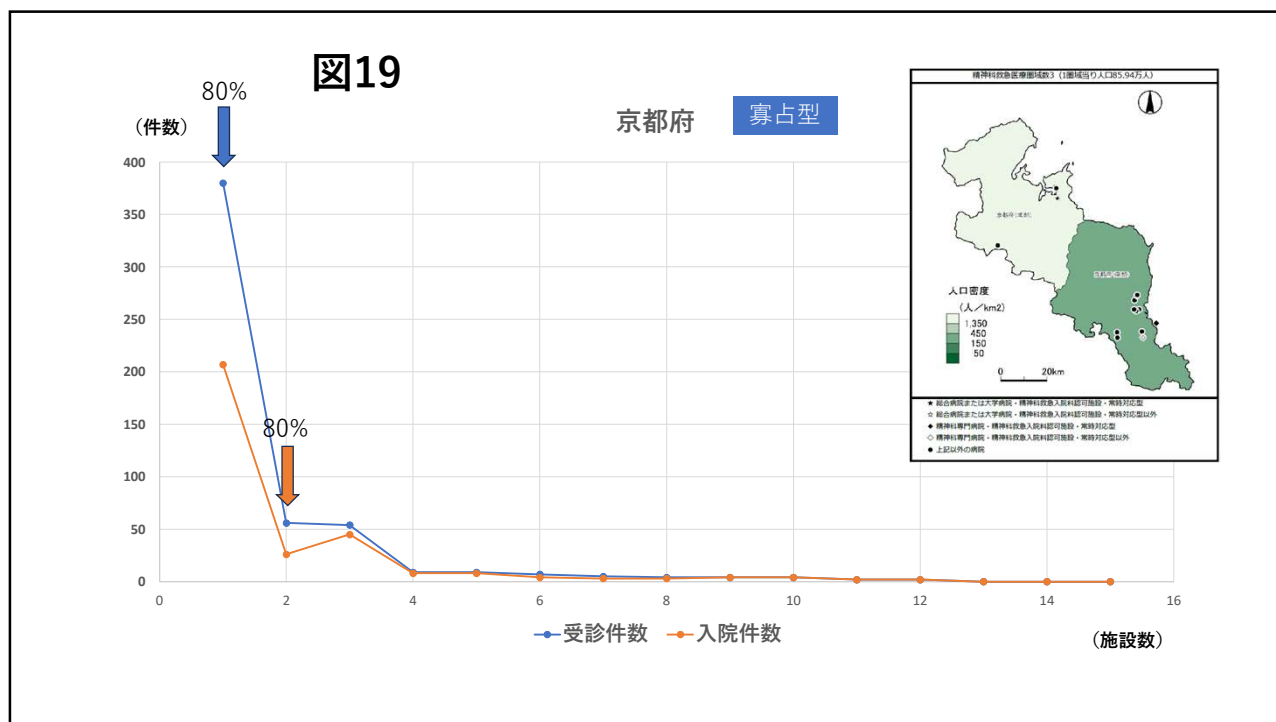


17

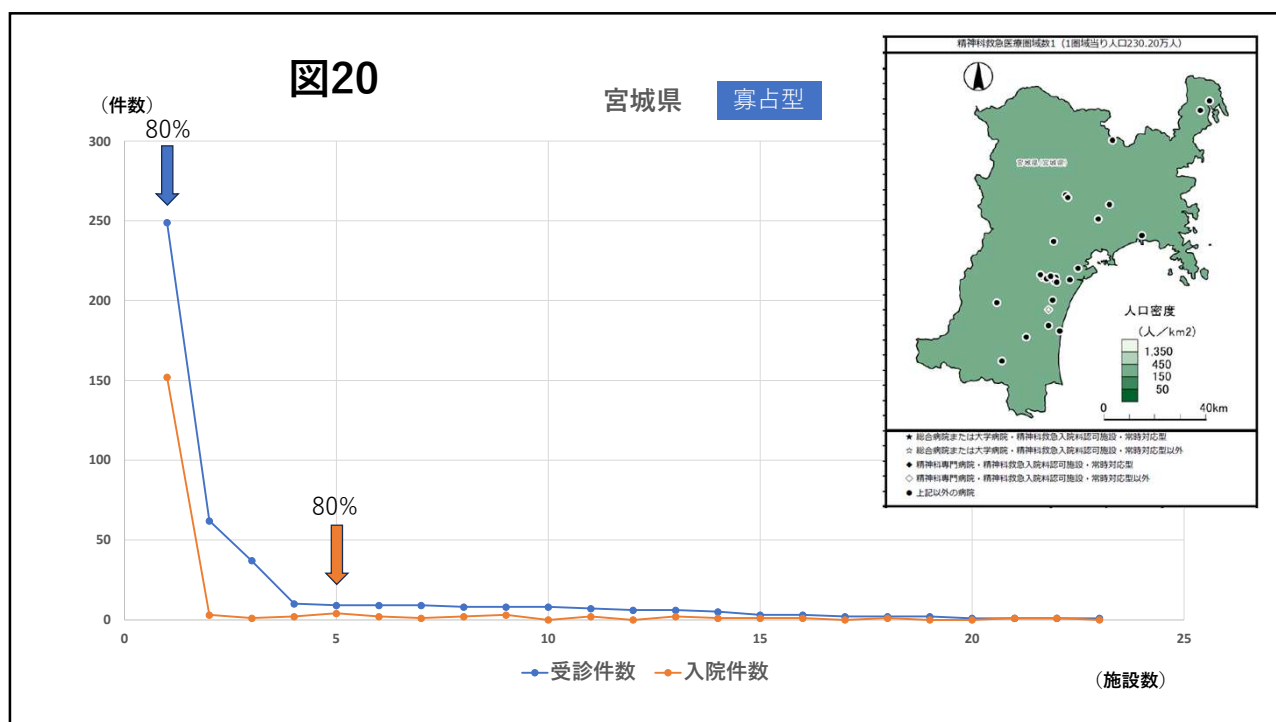
図18



18

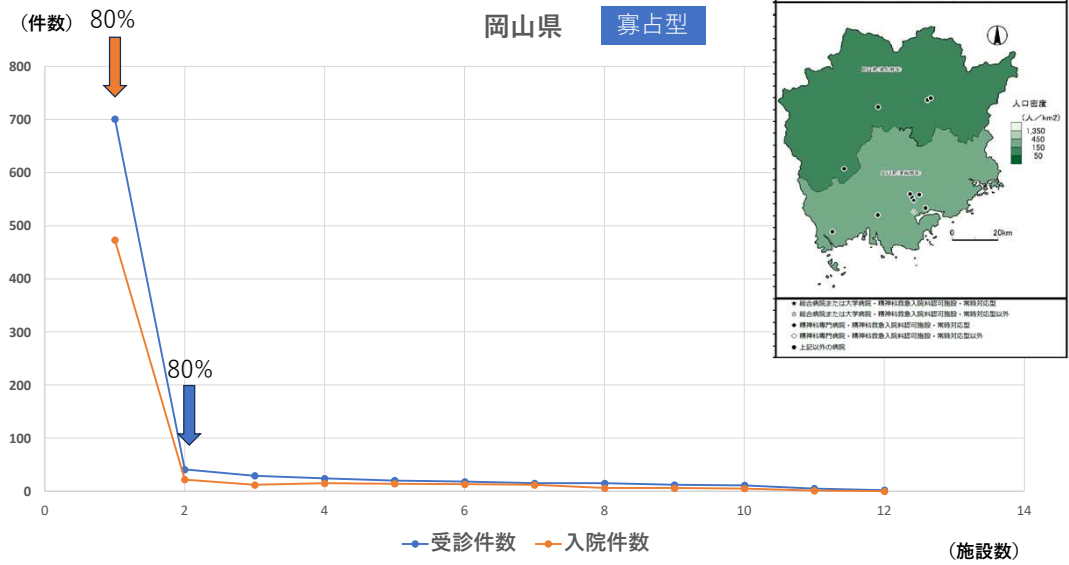


19



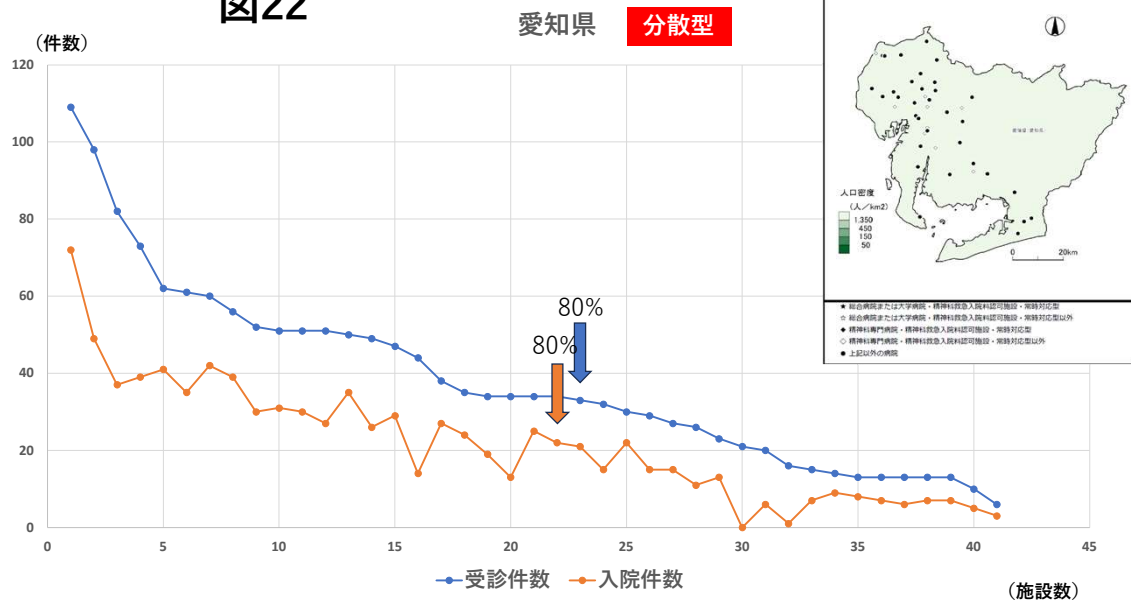
20

図21



21

図22

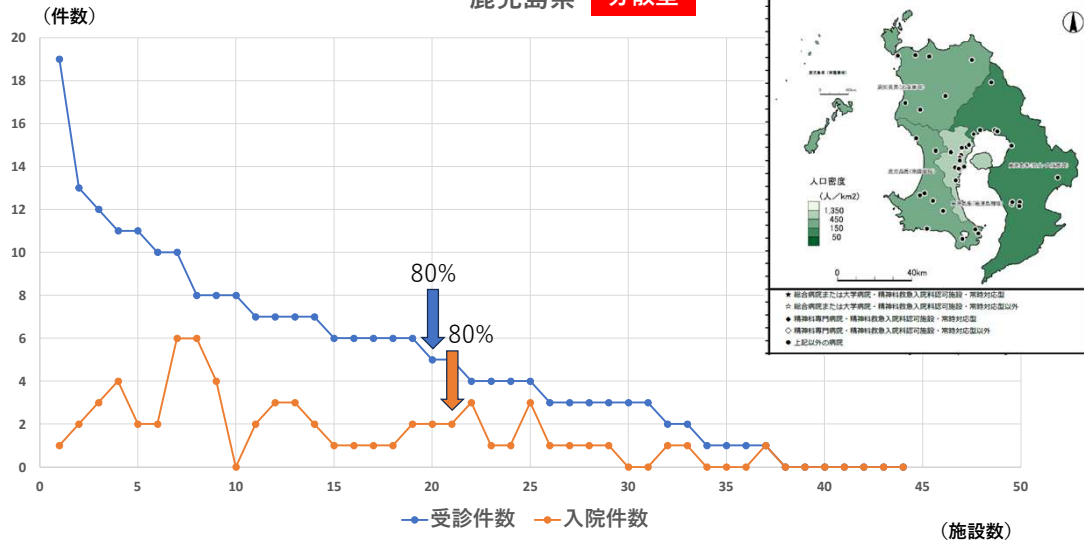


22

図23

鹿児島県

分散型

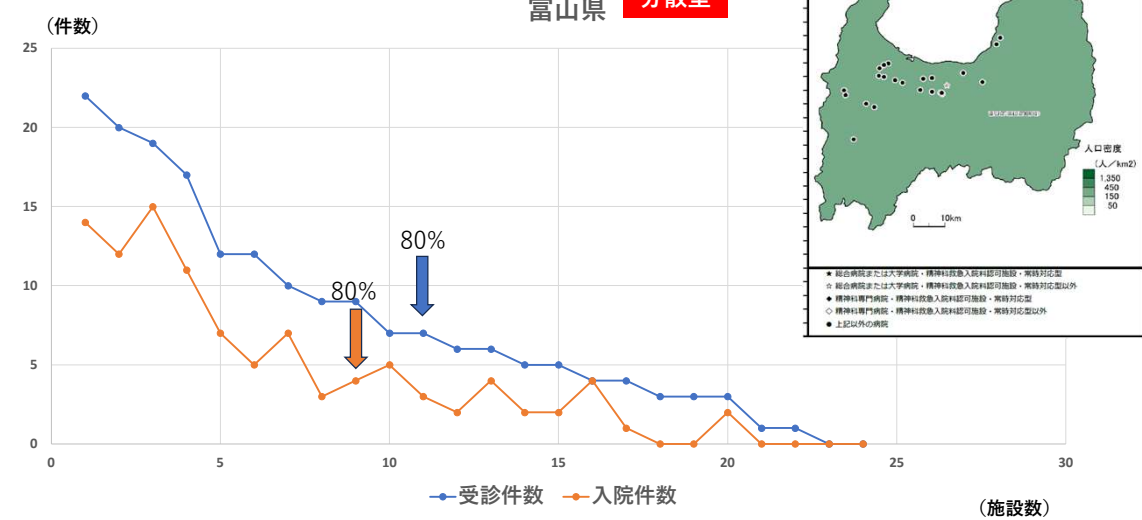


23

図24

富山県

分散型

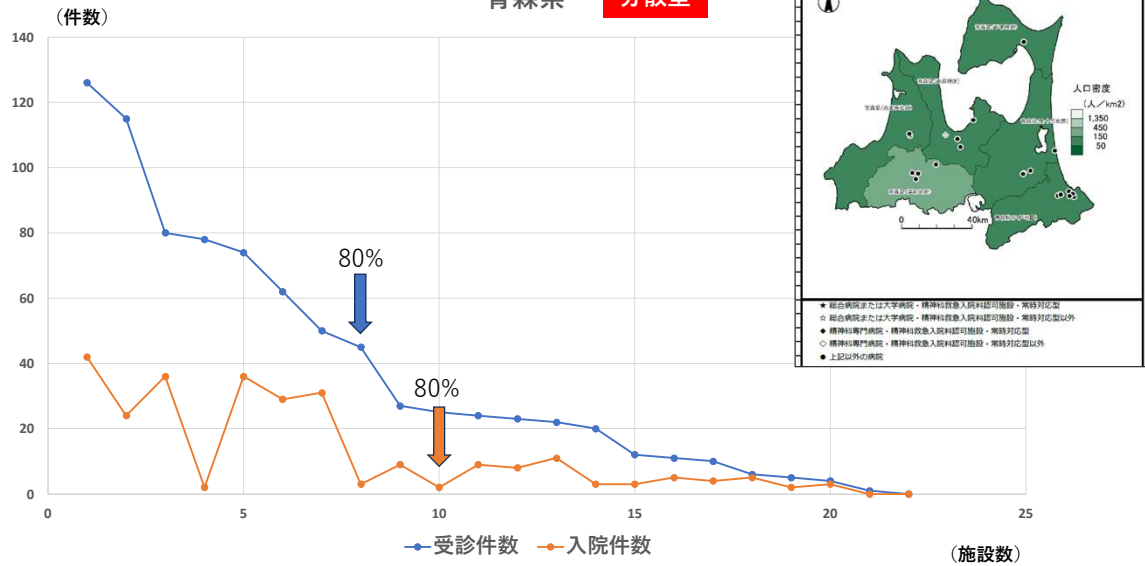


24

図25

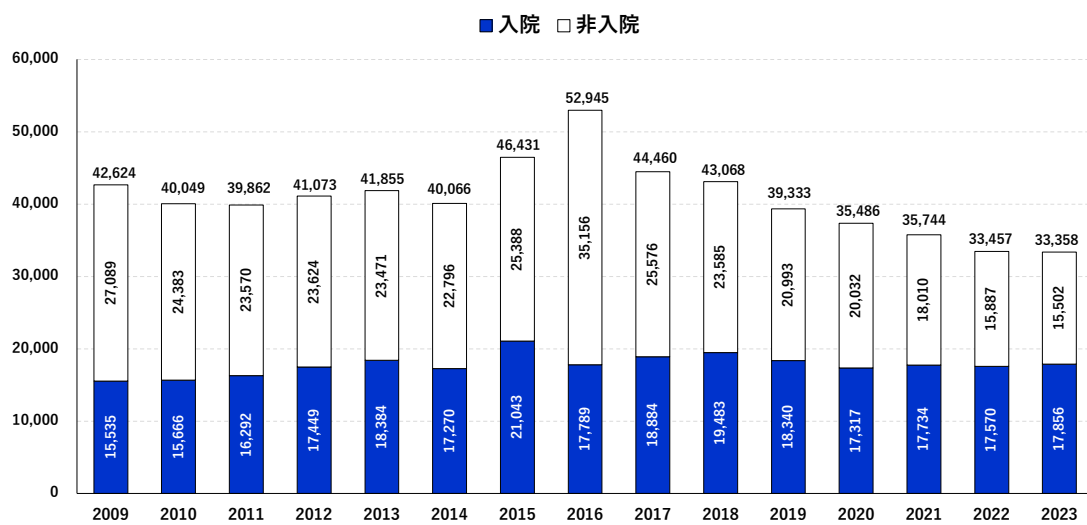
青森県

分散型



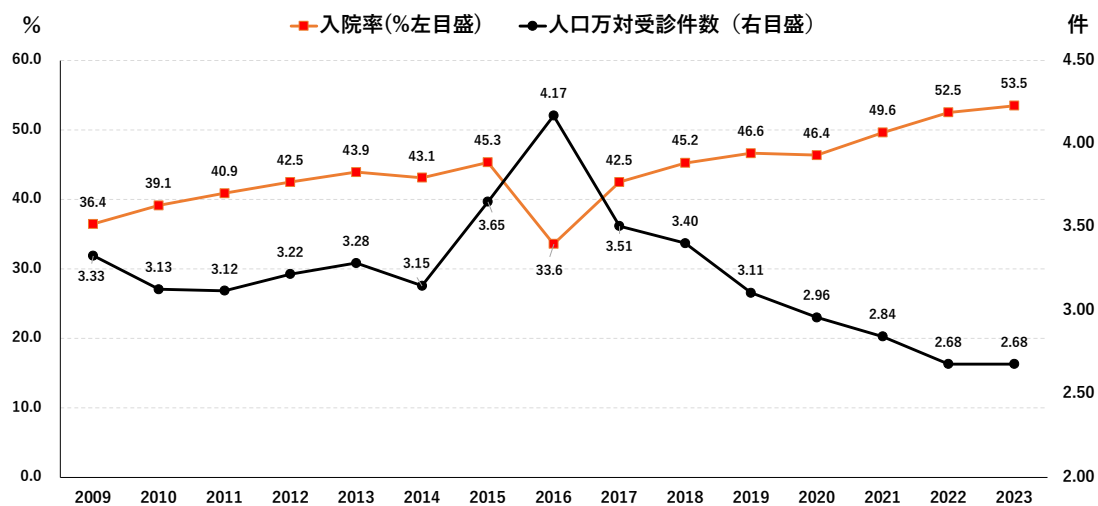
25

図26 整備事業の運用実績の推移



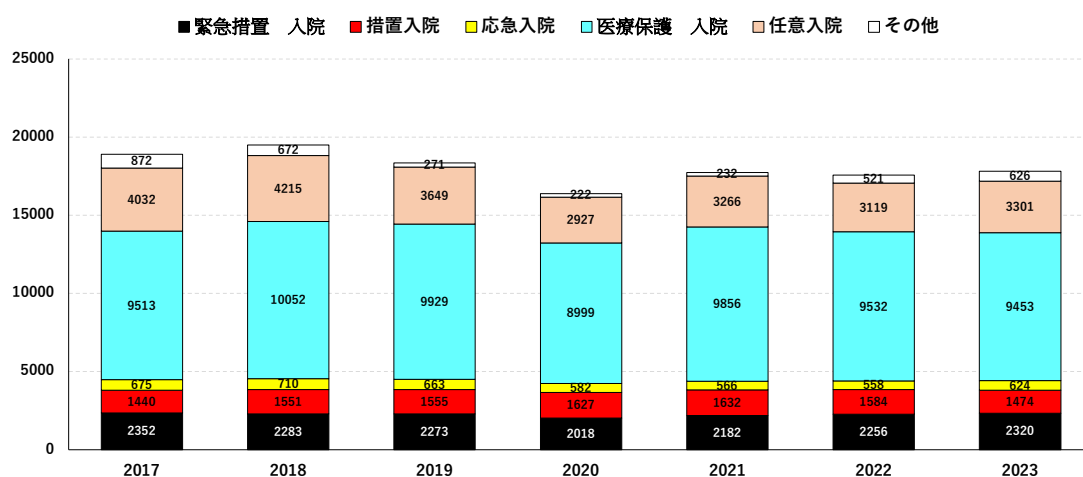
26

図27 人口万対受診件数と入院率の推移



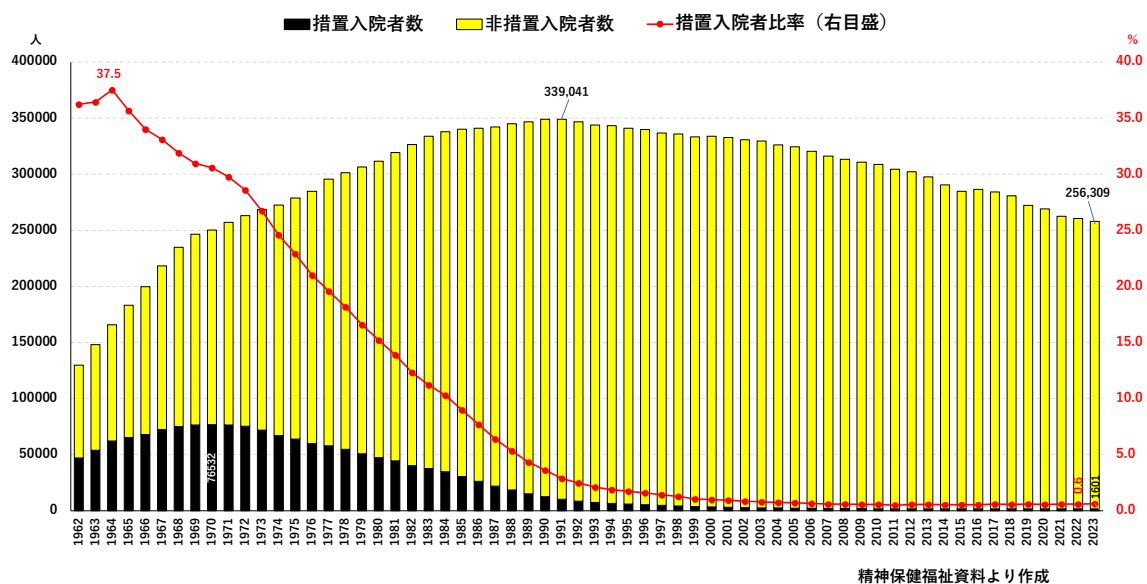
27

図28 入院形態別入院件数の推移



28

図29 措置入院の在院者数と比率の推移



精神科救急医療体制の課題と評価 2023 年度

<岩手県>

1. 全般

【課題】

- ・ **かかりつけ医優先**等、精神科救急に関する原則等について住民等への普及啓発が必要。
- ・ 救急患者の受入を円滑に進めるための**空床確保等の仕組み**が必要。救急対応要請後の受診支援やその後の相談支援体制について、迅速な対応が必要。
- ・ **23 条通報**について、関係者間で共通認識を持つことが必要。

【評価】県全域で精神科医療機関数や医師数、スタッフ数等が不足する中、関係者間で情報共有及び連携に努め対応している。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症患者の場合、**身体科と精神科相互の受入調整が困難な事例が散見**されることから、相互理解（対応限界の共有など）を進めることが必要。

【評価】身体科と精神科の相互理解を深め連携するよう、関係者間で意見交換等に努め対応している。

<秋田県>

1. 全般

【課題】**通報への対応**について、特に夜間・休日において指定医や入院先の確保に難渋している状況が続いている。精神科診療所の閉院や、精神科病院の人手不足等により県内の精神科病院への負担は増しており、**病院群輪番型施設での対応が難しく全県拠点病院の病床が逼迫する状況**もうまれていることから、救急応需体制を24時間365日維持することが非常に厳しい状況にある。夜間休日対応の負担軽減のため、かかりつけ医との情報連携体制の強化を図る必要がある。

【評価】指定医に対する意向調査を踏まえ、精神科診療所指定医の協力も得ることで、救急応需体制を維持するための体制を再構築していく。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症対応病院のない圏域においては、近隣の救急告示病院で診察のうえ精神科治療拠点機関で対応する体制がとられている。**多様な疾患を抱える高齢者の受入等により、身体合併症対応病院の病床が逼迫**しており、高齢患者の入院期間の長期化に伴い、急性期の患者の受入が困難となる状況が生じている。

【評価】身体疾患と精神疾患が混在している場合には難しい対応となるが、身体症状の程度も踏まえケースに応じて医療機関間での連携をはかる必要がある。

<福島県>

1. 全般

【課題】

- ・措置診察を行う指定医の偏り
- ・**通報件数の増加**

【評価】

- ・精神科診療所協会では保健所と協力連携する取組を行うなど、それぞれの立場での取組は評価できる。
- ・医療機関、保健所、警察等それぞれの役割において工夫して対応しているので評価できる。

2. 身体科連携

【現状】

- ・**救急隊員の認知不足、医療機関の連携、時間の制約**という点で課題が見受けられる。

【評価】

- ・課題を共有し、より良いシステムの構築に向け、協議等進めたい。

<茨城県>

1. 全般

【課題】24 時間対応した精神科救急体制を整備する必要がある。

【評価】病院と調整し、整備を進めている。

2. 身体科連携

【現状】**身体科との連携体制を構築する必要がある。**

【評価】精神科身体合併症病床の整備等について検討する。

<栃木県>

1. 全般

【課題】救急搬送時のプロトコール・フローチャートである「精神疾患合併症観察基準」の正式運用及び運用状況調査による課題の洗い出し

【評価】概ね賛成

2. 身体科連携

【現状】上記観察基準に基づく身体合併症患者の振分・受入れ及び救急事後検証会での継続的な検証等

【評価】概ね賛成

<群馬県>

1. 全般

【課題】近年、**3 次救急が急増**しており、他県に比べ出動件数が多い。1 次救急、2 次救急の重要性が増している状況である。措置診察が増えているなか、**指定医間で情報共有**を目的とした機会の確保が必要。県外在住で県内に勤務している指定医に対する周知の方法が課題となっており、対応を検討中。

【評価】検討中のため評価なし。

2. 身体科連携

【現状】**前橋赤十字病院に身体合併症病棟**を作り、身体合併症のある患者について対応している状況。

<埼玉県>

1. 全般

【課題】輪番体制の強化のために R4 年 9 月 1 日から新たに指定した 4 病院の稼働状況を確認し、引き続き指定を行うこととした。

【評価】夜間帯の措置事例について、翌日持ち越し件数を昨年度から維持している。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症を有する患者に対応できる医療機関が県西部の大学病院であり、病床数が限られることや、**県南東部の患者の対応が課題**である。

また、消防から身体合併症患者の救急搬送は時間を要するとの報告を受け、意見交換を行った。

【評価】精神身体合併症に対応可能な既存の病床の利用も含めて更なる体制整備が必要である。

<千葉県>

1. 全般

【課題】常時対応型病院、輪番病院における空床及び指定医の確保について、空床などは全圏域で足りていない状況があり、これにより**圏域を超えての措置入院者**等が 50 名程度いるため、引き続き対策が必要である。

【対策】本県では精神科救急医療圏を独自に 12 圏域とし、近くの医療機関での対応ができるよう努めている。

【評価】上記課題に対して令和 4 年度に常時対応型病院を新たに 1 つ指定し、圏域を超えざるを得ない措置入院者等がいる状況を改善するための対策をしているが、現状では圏域を超える案件が発生しているため、空床確保などの対策が継続していく必要がある。

2. 身体科連携

【現状】【課題】本県では、身体合併症対応が可能な病院について、独自に「身体合併症対応協力病院」の登録制度を設けており、現在 5 病院が登録をしているところである。しかし、**病院によって対応可能な疾患（診療科）や重症度が異なる**ため、これらについて各病院

にヒアリングを行い、その情報を精神科救急情報センターと共有をしている。昨年度、千葉県精神科医療センターが千葉県総合救急災害医療センターに移転したことから、身体合併症対応について今まで以上に対応を求められている。

【評価】千葉県総合救急災害医療センターが設立され、身体合併症対応についても、今までよりも対応が期待できるが、一部の参画病院だけではすべての対応が難しいため、今後更なる拡充が必要となっている。連絡調整会議や研修会の場で協力要請をするとともに、身体合併症対応協力病院等と、より円滑な受療体制の構築に向けた検討が必要である。

<東京都>

1. 全般

【課題】

- ・令和4年度診療報酬改定を踏まえた精神科救急医療体制について
- ・措置診察業務における現状と課題

【評価】

- ・常時対応型医療機関の指定について、都の基準制定、報告義務等により適切に対応
- ・夜間休日における23条通報の要否判定について、判定員への指導・研修等の充実、関係機関との課題共有

2. 身体科連携

【現状】令和5年度は議論なし

【評価】令和5年度は議論なし

<神奈川県>

1. 全般

【課題】

1 措置入院患者の入院先の選定にかかる適正な運用に向けた見直し

措置入院者の入院先の選定については、原則、措置診察を行った精神保健指定医の所属する病院を避けるよう配慮することが示されており、神奈川県及び県内政令3市が協調し、段階的に適正化にむけた取組をすすめる。令和5年度は法第24条通報、26条通報に基づく措置診察及び再診察について、原則入院先選定の適正化をすすめる取組を行った。

2 警察官通報及び相談窓口における診察までの時間延長、キャンセル

警察官通報は、通報数に大きな変化は見られていないものの、措置診察実施件数が減少傾向にある。自治体によって診察実施状況に差が出てきており、4県市の診察実施判断基準にばらつきが出ることは望ましくないとの意見や、措置診察のあり方について、行政、病院、警察との連携が必要との意見が出た。

3 精神科医療における新型コロナウイルス感染症対策

新型コロナウイルス感染症が感染症法上の5類の位置づけとなることを受けて、精神科

救急における新型コロナウイルス感染症対応について整理を図った。

4 精神科救急医療体制のあり方に関する検討

精神保健指定医の確保が必要となってくる一方、医師の働き方改革や指定医確保の方策について課題がある。医師の働き方改革の影響調査や、指定医報酬のあり方などについて検討を進めた。

【評価】

1 24 条通報、26 条通報に戻づく措置診察について、受入病院に所属する医師以外の精神保健指定医による診察を実施することについて、これまでの試行から本格的に実施することとした。また 4 県市の診察数が最も多い 23 条通報に基づく措置診察についても、あり方検討を進めていくこととしており、引き続き 4 県市で協議していくこととなった。

2 措置診察数が減少傾向にあることで、常時対応型病院の確保病床の使用率が下がっており、病院側の困り感が報告された。4 県市で常時対応型病院の病床使用のあり方について検討を進めている。

3 新型コロナウイルス感染症の対応については、精神科救急医療調整会議以外にも各病院に向けた説明会を開催して、5 類移行後の対応について周知を図っており、移行後の大きな混乱はなく対応できている。

4 医師の働き方改革の影響に関する調査では、各病院とも宿日直許可の取得や特例申請等の対応をしている一方、影響がどの程度出てくるのかについては見通せない部分もあり、引き続き精神科救急医療体制に影響が出てこないかは注視していく必要がある。引き続き精神保健指定医の確保に向けた方策について検討を進める。

2. 身体科連携

【現状】本年度該当なし

【評価】本年度該当なし

<新潟県>

1. 全般

【課題】

① **かかりつけ病院や当番病院が受入を断り、その後の対応について明確な指示がなく、搬送に時間がかかる。**⇒精神科病院、その他医療機関、消防関係機関への、精神科救急医療システムの周知、運用への依頼協力を行っている。

②精神科救急情報ダイヤルで当番病院を案内しているが、**対応困難事例や精神科救急システムに関する相談実績が少ない。**

③本県においては、輪番制による体制を整えているが、常時対応型施設への指定希望があった。⇒令和 5 年 6 月から 1 病院指定した。

【評価】

①②救急隊等に対して、精神疾患のある方への対応及び精神科治療について周知が必要。精

精神科救急情報ダイヤルについて、周知を行い、対応困難事例や救急医療体制の課題等の報告をいただけると、救急医療体制整備に活用できる。

③当番病院からの要請に応じ、緊急にかかりつけ医のない患者当の受診について、保健所からの相談に応じることができるため、精神科救急のバックアップ機能の役割を果たすことになるため、実勢を把握し、さらなる課題分析と周知が必要。

2. 身体科連携

【現状】精神科病院、身体科病院での診察可否の判断が一致しないことがある。かかりつけ病院や当番病院が受入れを断り、その後の対応について明確な指示がなく時間がかかることがある。

【評価】精神科救急システム及び当番病院、かかりつけ病院の役割を再度周知し、依頼する必要がある。身体科病院に対して、精神科救急情報ダイヤルを周知するだけでなく、対応したケースの報告を依頼する。

<富山県>

1. 全般

【課題】

①県内の病床を持つすべての精神科病院が輪番体制に加わることが望ましい。**不参加（回数0回）の医療機関**に対して継続的な働きかけが必要である。

②**クリニック**も、土曜日の日中の診察を担当するなど、何らかの方法で輪番体制に参加できないか検討いただきたい。

【評価】

② 輪番体制に参加いただけていない精神科病院については、引き続き協力を呼びかけていく。

②クリニックには、平成22年度より輪番制で平日昼間の受診対応や精神科救急情報センターへの助言等、後方支援を担っていただいていたが、活用実績が少なく、平成29年度に廃止されたところ。精神科救急医療体制の円滑な運用のため、クリニックには通院中の患者が精神科救急で受診した際の当番病院への情報提供等、必要な協力を呼びかける。

<福井県>

1. 全般

【課題】精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に資する精神科救急医療体制整備を図ることができるよう地域にも包括協議の場での課題等について検討

【評価】今後も当運営協議会の場において検討

2. 身体科連携

【現状】身体合併症を有する精神疾患患者の救急医療体制について救急医療機関から現状報告あり検討

【評価】今後も当運営協議会の場において検討

<山梨県>

1. 全般

【課題】精神科救急受診相談センター相談等実績

精神科救急医療事業に係るインシデント報告

【評価】診療所等かかりつけ医療機関の救急システム利用について

当番病院の時間外の受入事例

令和4年度通報および措置診察件数

<長野県>

1. 全般

【課題】

・平日は4圏域（東信・北信・中信・南信）ごとに精神科救急医療体制を構築しているが、土日については東信及び北信が単独運用できず、東北信圏域一体の運用による**長距離の患者移動**が課題となっている。

・R2年度に県精神科病院協会と協議・調整した結果、R3年度から、東信・北信圏域における土曜日の日中時間帯（8:30～17:00）については、東北信圏域一体の運用から、平日同様、4圏域での輪番制に移行することになった。

【評価】

・長距離の患者移動を是正する観点から一定の前進はしたものの、土曜日夜間（17:00～翌8:30）及び日曜日については依然として東北信圏域一体の運用が残り、完全4圏域化には至っていない。

2. 身体科連携

【現状】

・精神疾患を有しながら、身体合併症患者に対し医療を提供できる体制を有する医療機関である**身体合併症対応施設の指定に至っていない**。

【評価】

・身体病変が疑われる場合は一般救急の受診を優先し、一般救急の身体的診療が優先とならない場合は精神科救急で対応するルールが原則となっている。

<静岡県>

1. 全般

【課題】

・令和5年度から、全県域の後方支援の常時対応型施設1施設を加え、常時対応型5施設、病院群輪番型6施設の体制で実施（うち1施設が全県常時対応型と輪番型を兼ねるため、実

10 病院)。

- ・対応件数のうち 5 割強が入院。

【評価】

・精神科では**一次救急から三次救急の逆転**が起きている。**診療報酬改定という背景**も踏まえ、一次救急から三次救急の役割分担を整理した上で、救急医療システムに参画する診療所を支援できるとよい。

2. 身体科連携

【現状】

・身体合併症対応施設として県立総合病院（県中部地域）が加わり、聖隷三方原病院（県西部地域）と**2 病院体制**となった。

・東部地域の病院から県立総合病院への身体合併症の紹介はあまりなく、近隣の総合病院にてリエゾン対応実施。

【評価】

- ・県立総合病院の追加により、聖隷三方原病院に遠方から搬送されるケースが減少。
- ・東部地域については身体合併症対応が行き届いているとは言えない。身体合併症対応施設には最後の砦としての対応を期待する。

<愛知県>

1. 全般

【課題】

課題：夜間、休日の輪番制を活用した病院での救急対応の際、受入判断に迷う事例があり、**救急隊の現場滞在時間がながくなる**ことがある。

対応状況：夜間、休日の救急輪番において、患者の複雑な事情等により、当番病院の受入可否の返答に時間を要することがある。

<三重県>

1. 全般

【課題】本県は精神科救急を日本精神科病院協会三重支部に委託して実施している。すべて輪番病院であり、その日の当番病院で受け入れられない場合は基幹病院を受診しているが、それでも受診出来ないケースについては、委託していない公立の精神科病院が受け入れている。

【評価】**常時対応型の精神科病院を指定**し、重層的に対応できるとよい。

2. 身体科連携

【現状】基本的には**病病連携**で対応してもらっている。県内で 1 か所、合併症を伴う精神疾患に係る特例病床があり、運用状況を確認した。適切にトリアージされ、精神科病院と連携出来ている。

【評価】

- ・病病連携と特例病床で適切に対応できている。
- ・特例病床では身体科・精神科どちらも重症のケースは対応できないため、総合病院の精神科への入院調整をしている。

<滋賀県>

1. 全般

【課題】

- ① **身体合併症患者受入対応**（自傷を含む）
- ② 精神科救急輪番**診療所受診体制**等整備事業
- ③ **（緊急）措置鑑定精神保健指定医の確保**

【評価】現状把握と課題整理、対応について引き続き検討が必要

2. 身体科連携

【現状】病病連携で対応できている地域と、課題となっている地域がある状況であり、今後実態把握や課題として対応と検討が必要

【評価】現状把握と課題整理、対応について引き続き検討が必要

<京都府>

1. 全般

【課題】**災害時の精神科救急情報センターの業務継続**について（今後検討）

23 条通報する場合と逮捕、送検する場合の判断基準について

救急時間帯の**緊急措置の手続き**について

【評価】事例を共有し、意見交換

<大阪府>

1. 全般

【課題】

・新型コロナ感染症関連のクラスター発生時も、当番病院の変更などの調整により対応した。

・夜間 23 条通報の件数が増えているが、対応はできている。

【評価】

・**23 条の通報件数が増えるに伴い、診察却下件数も増えている**が、医療が必要な方については情報センターに引継ぎ対応している。

・**移送時、原則警察官の同乗がなくなった**ため、安全な搬送についての検討を行っている。

2. 身体科連携

【現状】合併症支援システムにおいて、受け手になる精神科病院のバックアップ強化のため、

三次救急にコンサルテーションを依頼できる体制をつくった。

【評価】

- ・システムは概ね順調に運用できている。
- ・精神科の当番病院が、依頼元と近い病院とは限らず、**搬送に時間がかかってしまうことがある。**

<兵庫県>

1. 全般

【課題】

- ①病床の不足を当番病院及び常時対応型施設で対応
- ②救急の受入に時間がかかるため**情報センターを通さない例**もある
- ④ コロナ対応可能な病床不足を県立病院等で対応（令和6年9月末まで）
- ⑤ **通報事案についての検討**

【評価】

- ①均等に振り分けていくことが困難である。
- ②急を要するのであれば県立の総合病院でまずは受入れるよう周知されている。
- ③公立や民間病院で対応できるように整備していく必要がある。

2. 身体科連携

【現状】

- ②身体合併症を伴うケースで受入に時間がかかるため情報センターを通さない例もある

【評価】

- ②身体が絡んでいるのであれば身体科救急にまずは話をすること。

<和歌山県>

1. 全般

【課題】 **紀南地域で10年程精神科救急医療体制が中止**している。

対応状況：令和6年10月から毎週土曜日の終日にわたる救急を再開する。

当初は、精神科救急情報センターを介した患者のみの対応とする。

令和7年4月から日曜日も再開可能かを検討する。

【評価】救急再開について、順序を踏んで将来的に以前のような救急医療体制を確保できるように、確実にステップアップしていると評価する。

<鳥取県>

1. 全般

【課題】圏域等における医療体制について。圏域内で関係機関同士の情報共有について。圏域内における受け入れ体制や連携の在り方について。

【評価】圏域間での対応、調整ができています。夜間についてもさらなる連携体制が構築できるように調整を進める。医療機関同士で連携を取りながら実施している。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症がある患者の精神科病院と身体科病院との受診、連携について。**オーバードーズ等の際の身体科との受診連携**について。

【評価】情報共有、対応の調整が図られている。引き続きスムーズな連携に向けて調整を進める。

<島根県>

1. 全般

【課題】各圏域における精神科救急に係る実績等をもとに情報共有、各圏域における課題検討を行うとともに、個別事例を通じて連携体制についての意見交換等を行っている。

【評価】各圏域において管内関係機関が連携し概ね円滑に対応できていること、また、引き続き各機関の役割や連携方法を明確にし、対応していくこと等を確認している。しかし、**圏域単位では解決できない課題**や本県の**精神科救急情報センターのあり方**等についての検討が必要という意見も出されている。

2. 身体科連携

【現状】圏域により**自死未遂者支援**を含め検討が行われはじめている

【評価】圏域により自死未遂者支援の体制整備を進めるため救急指定病院等へのヒアリングや関係者との事例検討などを今後実施することとしている

<岡山県>

1. 全般

【課題】緊急措置の運用について

県と政令市で、緊急措置の運用方法が異なるのではないかとの議題が出された。

【評価】県と市で意見交換するとともに、県は措置の実施主体である保健所へ運用について再周知した。

<広島県>

1. 全般

【課題】

①常時対応型施設について、現行体制に問題はないかを確認し、特段の問題はなかったため現行体制を継続する。

②経年の精神科救急の実績データにより、今後の見通しはどうかを検討し、経年データから**実績が減少傾向**であることを鑑みて常時対応型施設の追加は必要ないとした。

【評価】現行体制に問題はなく、引き続き従来どおりの体制で運用する。

<山口県>

1. 全般

【課題】現在の体制の維持・向上のため、具体的対応・体制案を提示し関係機関と検討中

【評価】引き続き、関係機関との検討が必要

<徳島県>

1. 全般

【課題】常時対応型、身体合併症を含む連携体制等、精神科救急情報センターの体制等について、現在の輪番型での対応も含め精神科救急医療体制連絡調整委員会にて検討。

【評価】新たな制度構築に向けて今後要検討。

2. 身体科連携

【現状】身体合併症を含む連携体制について今後要検討。

【評価】精神科救急にて身体合併症がある場合は、**身体合併症対応 1 医療機関のみ**で対応。精神科救急と一般救急の連携について今後要検討。

<香川県>

1. 全般＋2. 身体科連携

【課題】

・**身体合併症拠点病院が県下で 1 病院**であるため、大川高松圏域の身体合併症患者の受入先の確保が課題である。

・身体合併症患者受入の一助とするため、精神病床を有しない公的病院に精神科医師を派遣（県立中央病院・白鳥病院へのリエゾン派遣、高松市立みんなの病院への非常勤医師の派遣）。

【評価】精神科病院の入院患者などで身体治療が必要な者を上記公的病院で多く受け入れており、一定の効果はあると考えている。

<高知県>

1. 全般

【課題】平日昼間の初診の待ち時間が 1 月以上かかることもあり、結果的に断っている状況がある。

【評価】

・急患等を診ることができる医療機関や医師の配置の検討。

・**各病院の空床情報を公表できるシステム**の構築。

<福岡県>

1. 全般

【課題】常時対応型病院での患者の受け入れ状況について協議。

【評価】常時対応型病院での受け入れ不可とした理由の確認及び評価。

2. 身体科連携

【現状】連絡調整委員会の中で個別事例も出しながら協議を実施。

【評価】**大学病院や総合病院の協力**を得られるように引き続き協議していく。

<佐賀県>

2. 身体科連携

【評価】救急と精神科の連携のため、意見交換の場が必要

<大分県>

1. 全般

【課題】令和5年度から、**民間精神科病院（輪番病院）及び県立病院精神医療センターの分担ルールを見直す**等、より継続的・安定的に運用できる精神科救急医療体制を構築し、運用を開始した。

【評価】現行の精神科救急医療体制は、概ね円滑に機能している。

今後も運用状況を注視し、状況に応じ協議する必要がある。

2. 身体科連携

【現状】一般の救急医療機関において、身体合併症の患者を受け入れた際の、**後方搬送先の確保**が課題となっているため、関係機関（精神科病院、精神科診療所、救急医療機関、消防、警察、当事者団体、精神保健福祉センター、等）が参集し、現状把握を行った。

【評価】現状は、連携に関する議論の基盤となる現状把握を行った段階。令和6年度は、関係機関の連携のあり方について議論し、身体合併症患者の搬送フローを完成させたい。

<宮崎県>

1. 全般

【課題】平日夜間の全圏域及び休日の県北・県西南における**輪番病院の配置、精神科救急情報センターの輪番病院での設置**が課題である。今後も、委託先である精神科病院協会等との検討を行う。

【評価】引き続き、具体的な検討を重ねる必要がある。

2. 身体科連携

【現状】精神障がい者の**人工透析**についての検討及び高齢者の増加に伴う**身体合併症患者を民間病院で対応できる体制**の検討を行っていく。

【評価】今後も対応できる医療機関を増やすため検討が必要である。

<鹿児島県>

1. 全般

【課題】

(1) 相談窓口における**緊急性の低い相談者への対応**について

年1回開催している相談窓口従事者を対象とした研修会において、業務運営マニュアルを用いて対応の再確認を行い、標準化を図った。

(2) **当番病院における受入れ拒否**について

当番病院における受入れ拒否については、担当者の業務に対する理解が不足していることが考えられるため、月末に送付している当番病院の中に業務内容を記載し、役割について、周知を行っている。

当番病院については、毎年、年度初めに指定を行っているが、次回指定を行う際には、併せて当番病院の業務内容や役割に関する依頼分を发出することを検討する。

(3) **かかりつけ病院やクリニックでの受診や入院調整**について

かかりつけ患者の緊急時の対応に協力いただけるよう、鹿児島県精神科病院協会と対応について協議を行い、各種精神科病院鹿児島県精神神経科診療所協会等へ協力依頼を行うことを検討している。

(4) 相談窓口従事者及び保健所職員等の精神科救急医療体制への理解について

相談窓口従事者に対しては、年1回開催している研修会を通じて、相談窓口の業務内容や役割について再度確認を行うとともに、相談対応の標準化及び相談者への支援の充実を図った。

保健所職員等に対しては、年度当初の担当者会議や、各種研修会を通じて精神科救急医療体制における役割等について理解促進を図った。

【評価】概ね適切実施されているとの評価であった。

<沖縄県>

1. 全般

【課題】**訪日外国人患者への対応**が課題であり、県全体で外国人向けの対策が必要とされている。(言語や診療報酬、保険の問題等)特に通訳や医療費の徴収方法等で医療機関は県に対し対策を行って欲しいという姿勢。

【評価】精神分野だけでなく医療分野全体として課題が多いため、他部署との連携が必要。公立病院で対応することとなっているがそれだけでは医療の供給が追いつかないのではないかと懸念がある。

2. 身体科連携

【現状】病病連携で精神疾患と身体疾患の優先度を見極めている。(救急隊での判断も含めてトリアージしていく)

【評価】上記対応状況が続ける。

第4回精神科救急医療体制整備研修概要

1 はじめに

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主催 2024 年度精神保健に関する研修「第4回精神科救急医療体制整備研修」（2025 年 2 月 8 日（土）にオンラインで開催）に講師等として参画した。

本研修は、精神科救急医療体制整備事業の現状と課題について理解し、実効性を持ったモニタリングをするための知識と技術を習得することを目的としている。また本研修は、精神科救急医療体制整備事業および精神障害にも対応した地域包括ケア構築推進事業の支援という位置づけでの研修でもある。

20 都道府県、6 指定都市、3 保健所、3 医療機関から参加申し込みがあり、当日の参加者数は 36 名であった。

研修プログラムについては、表 のとおり。

表 第4回精神科救急医療体制整備研修プログラム

日付	時間	内容	
		講師名	所属
2025年2月 8日（土）	9：30～	オンライン受付開始	
	10:00～	開講式	
	10:10～10:20	精神科救急医療体制整備事業について	
		畑部暢三	厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害保健課
	10:20～11:10	精神科救急医療体制の現状と課題	
		平田豊明	千葉県総合救急災害医療センター
		精神科救急医療体制における措置入院運用の地域差	
		花岡晋平	千葉県総合救急災害医療センター
	11:10～11:40	精神科救急医療体制整備事業に関する実践報告	
		濱谷 翼	埼玉県保健医療部疾病対策課
		門田雅宏	滋賀県立精神保健福祉センター
	11:50～12:55	各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状と課題等に関するグループワーク①	
		塚本哲司	埼玉県立精神医療センター
	12:55～13:30	昼休憩	
	13:30～15:30	各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状と課題等に関するグループワーク②	
		塚本哲司	埼玉県立精神医療センター
	15:30	閉講式	

2 内容について

（1）精神科救急医療体制整備事業について

厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神・障害福祉課から精神科救急医療体制整備事業について説明がされた。

（2）精神科救急医療体制の現状と課題

本研究の一部を紹介した。

(3) 精神科救急医療体制における措置入院運用の地域差

本研究の一部を紹介した。

(4) 精神科救急医療体制整備事業に関する実践報告

精神科救急医療体制整備の好事例として、埼玉県と滋賀県の精神科救急医療体制整備事業担当者から、それぞれの精神科救急医療体制についてご説明いただいた。

(5) 各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状と課題等に関するグループワーク①

「警察官通報への対応の現状と課題」をテーマとしてグループワークを行った。グループ分けは、指定都市を一つのグループとし、その他の都道府県等については、講義「精神科救急医療体制における措置入院運用の地域差」で示された、措置決定率のクラスター分析結果のクラスター1（措置決定率 5.16%）～クラスター3（措置決定率 45.91%）が混在するよう編成した。

参加者には事前課題「警察官通報への対応の現状と課題（本報告書資料 3）」の提出を求め、研修参加者に事前共有した。グループワークにおいては、参加者が事前課題に基づき警察官通報への対応の現状と課題についてレポートするとともに、課題に対する対応（工夫）について共有していただいた。

以下に、参加自治体から示された、警察官通報への対応の現状と課題を列記する。

- ・通報件数（自傷他害が確認できない事例を含む）が増加しており、即時の対応が困難となっている。
- ・措置診察不要事例が増加している。
- ・電話調査以外の事前調査手法拡大を図る必要がある。
- ・広域なため、対面での事前調査が困難な場合がある。
- ・夜間休日は、人員体制や調査場所までの移動時間がかかるなどの理由で対面での事前調査が実施できていない。
- ・診察実施可否の判断についての平準化。
- ・保健所と警察とで、23 条通報対象者の認識等に乖離がある。
- ・警察が考える同乗が必要なケースと、搬送職員が同乗してほしいケースに乖離がある場合、搬送職員が不安な中、搬送しなければならない。
- ・指定医や指定病院について地域偏在がある。
- ・一部の医師に負担がかかりすぎている。謝金も安く措置診察受ける指定医がいない。
- ・通報を受理してから入院先医療機関への移送が完了するまでに多くの時間を要している。
- ・措置診察を実施し、搬送する体制（指定医の確保、人員体制）が整っておらず、緊急措置診察を実施することも多い。
- ・措置診察不要となった被通報者の保健所への情報提供及び 47 条支援に向けた体制整備が必要。

以下に、参加自治体から示された、警察官通報への対応における取り組み（工夫）を列記する。

（通報受理及び対応体制について）

- ・夜間休日については、保健所職員に兼務辞令のもと体制を集約し、輪番で通報受理、通報対応している。
- ・夜間休日については、通報対応を集約化している。

(指定医の確保について)

- ・当番の指定医を確保している。
- ・指定医の確保のため、指定医への啓蒙活動を実施。
- ・診療所所属等の指定医に待機を依頼し、連休中の緊急措置入院者の 72 時間以内の措置診察体制を整えている。

(移送体制について)

- ・民間救急車両を保有する会社やタクシー会社等と委託契約し、移送車両を確保している。
- ・自治体の移送車両で移送を行っている。
- ・移送補助者を委託契約している。

(職員体制について)

- ・職員の人員確保のための予算確保などを要望している。
- ・会計年度任用職員を活用し、通報受理や移送補助等の人員を確保している。

(警察等関係者との連携に向けて)

- ・本庁において、警察本部と意見交換を実施。
- ・各保健所において、警察署、指定病院（指定医）との意見交換・学習会を実施。
- ・会議や事例検討会等を開催し、各医療機関、警察、消防等への協力依頼、連携強化を図っている。
- ・県警、県、指定都市でマニュアルの整備を行っている。

(その他)

- ・保健所だけでなく、中核市保健所や職制の代表者を含めた精神科救急体制の課題を検討するためのワーキンググループを設置している。

(6) 各自治体の精神科救急医療体制整備事業の現状と課題等に関するグループワーク②

冒頭、『精神科救急医療ガイドライン 2022 年版』の精神科救急医療体制整備事業に係る推奨事項について紹介し、精神科救急医療体制整備にあたっての参考としていただくとともに、連絡調整委員会等の精神科救急医療体制整備に関する検討の場で、自治体の整備状況を評価する等に活用いただくことを提案した。

その後、「精神科救急医療体制整備についての「現状及び課題」と「課題に対する取り組み（工夫）」をテーマに、グループワークを行った。グループ分けは、指定都市は同一グループとし、その他都道府県等については人口規模を基本に編成した。参加者には事前課題「精神科救急医療体制整備についての「現状及び課題」と「課題に対する取り組み（工夫）」（**本報告書資料 4**）」の提出を求め、研修参加者に事前共有した。グループワークでは、まず参加者は事前課題に基づき精神科救急医療体制整備についての現状と課題についてレポートするとともに、課題に対する対応（工夫）について共有していただいた。

さらに、精神科救急医療体制整備事業報告様式についての質問及び要望（**本報告書資料 5**）」を参加者から募り、平田が応答するとともに、次年度に様式の改定の参考とした。

以下に、参加自治体から示された、精神科救急医療体制整備についての現状と課題について、『精神科救急医療ガイドライン 2022 年版』の整備項目等別に列記する。

整備項目等「精神科救急医療体制が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの重要な基盤の一つとして整備されている」に関する課題

- ・医療と福祉の相互理解が課題となっている。
- ・「にも包括」の基盤の一つという理解は浸透していない（認識がない）。
- ・精神科救急医療体制と「にも包括」との具体的な連携は図られていない。
- ・「にも包括」についての協議は主に退院支援が中心であり、精神科救急について協議がなされていない。
- ・診療所等の無床医療機関をかかりつけとしている患者の救急医システムの利用や初期救急への対応は課題。

整備項目等「一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携が図られている」

- ・連携は図られていない。
- ・一般の救急医療機関から精神科病院につなぐ合併症支援システムがあるが、システムの周知が課題。

整備事項等「精神科救急医療体制連絡調整委員会」

- ・措置診察の質の担保が課題。

整備項目等「一般救急システム等との連携」

- ・連携は図られていない。

整備事項等「医療保護入院等のための移送体制」

- ・実施が少なく担当者も経験を積むことができず、また保健所もどのような事例を依頼するか、判断が難しい。

整備項目等「精神科救急医療施設（病院群輪番型施設）」

- ・医療機関ごとに病床の機能分化が進んでおり、医療機関によっては急患の受入れが困難になっている。

整備項目等「精神科救急医療施設（外来対応施設）」

- ・深夜帯は外来対応施設がなく、また、アクセスできる患者が限られてしまっているため、外来対応施設の在り方について検討が必要。
- ・精神保健費国庫補助金が減額され、対応に苦慮している。

整備項目等「精神科救急医療施設（常時対応型施設）」

- ・精神保健費国庫補助金が減額され、対応に苦慮している。

整備項目等「市町村長同意」

- ・市町村長同意後、市町村職員の面会がされていないケースが多い。

以下に、参加自治体から示された、精神科救急医療体制整備についての現状に対する取り組み（工夫）について、『精神科救急医療ガイドライン 2022 年版』の整備項目等別に列記する。

整備項目等「一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携が図られている」

- ・精神科救急医療システム連絡調整委員会に、救命救急センター、総合病院等が参加している。
- ・自殺対策推進協議会などで連携をとっている。
- ・身体合併症専門部会に一般医療機関も参加してもらっている。
- ・一般科救急医療機関との連携強化を目的とした地域精神科身体合併症救急連携事業を実施している。
- ・輪番に参画している総合病院は、一般救急当番日と精神科救急当番日を同じにすることで、院内の一般科との連携を図っている。
- ・自殺未遂者支援事業を開始予定。

- ・自殺未遂者への対応マニュアルを作成し、2次救急医療機関向けに研修を実施。
- ・2ヵ所の精神科医療機関に対し精神・身体合併症病床整備の補助を行った。また平成25年度から平成27年度まで救急医療機関と精神科病院の連携モデル事業に取り組み、現在9ヵ所の身体一般科医療機関が精神科病院と連携している。

- ・身体科医師による対応力向上のため、かかりつけ医等への精神疾患に関する研修を実施している。

整備項目等「精神科救急医療体制連絡調整委員会」

- ・指定医や警察官向けの研修会を企画

整備項目等「身体合併症患者」

- ・身体合併症専門部会を設置している。

整備項目等「新興感染症等への対応」

- ・新興感染症への対応が可能な精神科病院と協定を締結している。
- ・新興感染症患者発生時の連絡フローチャートを作成している。
- ・第8次地域医療計画に、精神科救急医療体制整備事業における医療提供体制の整備において、新興感染症への対応を含めた体制整備を図ることを記載した。

整備項目等「身体合併症患者の医療提供体制検討会」

- ・身体合併症専門部会を設置している。

整備項目等「精神科救急医療研修事業」

- ・PEEKコースを開催。
- ・精神科救急医療システムに参画している病院を中心に、診療所協会、看護協会、精神保健福祉士協会、自治体が参加している。
- ・事前調査等を行う職員を対象とした研修会を実施している。また、必要に応じて、警察、消防等の関係機関に出前講座を実施している。

整備項目等「一般救急システム等との連携」

- ・救急病院から精神科病院への転院搬送についてもシステムに組み込む予定。
- ・地域分科会事後検証会で精神科事例の検討を行っている。
- ・メディカルコントロール協議会に精神科部会が設置され、課題の抽出や一般救急システム等の連携を図っている。

整備項目等「精神科救急医療施設（外来対応施設）」

- ・費用対効果の観点から外来対応施設の在り方について検討を行っている。

整備項目等「身体合併症救急医療」

- ・身体合併症対応医療機関との意見交換会を実施している。

整備項目等「精神科救急事例を減らすための取り組み」

- ・精神科救急医療研修には、診療所協会も参加しており、会議や研修会内で、県内の救急医療システムに参画している病院と診療所が県内の動向等の情報共有を行い、連携を図れるように機会を設けている。
- ・夜間こころの電話相談事業を実施している。
- ・こころの相談に関する相談窓口をホームページ等で紹介。パンフレットを作成し、医療機関等に配布。
- ・病状悪化時の対応を事前に本人、家族、支援者等で共有するシート等を活用。

- ・不眠や不安発作時の対処方法等についてのリーフレットを作成し配布するとともに、ホームページで公開している。

整備項目等「市町村長同意」

- ・入院者訪問支援事業の効果的な実施と合わせて、市町村長同意による医療保護入院者に対する市町村の関わりを促進するよう同事業の研修会等をとおして啓発を実施。

整備項目等「連休中の緊急措置入院者の72時間以内の措置診察体制」

- ・連休3日目（6日目、9日目）に指定医2名待機する契約を精神科医会としており、緊急措置入院者の72時間以内の措置診察を実施している。

整備項目等「精神科救急事例を減らすための取組」

- ・地域精神保健福祉相談の充実強化。
- ・アウトリーチ支援。
- ・ハイリスク者の情報共有。
- ・退院後支援計画の策定。
- ・計画策定非同意者へのクライシスプランを用いた簡易介入ツールの活用。

整備項目等「上記以外の自治体独自の取組」

- ・「精神科救急医療体制に係る精神疾患患者（身体合併症患者を含む。）の搬送及び受入れ標準ルール」を策定。

- ・救急隊が精神障害者の搬送に活用できるよう「精神疾患に係る救急搬送受入れの基準及び観察基準票」を策定している。

- ・救急隊が精神障害者の搬送に活用できるよう「精神疾患合併症観察基準」を策定している。

- ・「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」を策定している。

- ・精神科救急医療研修事業の講演者の選定にあたり、精神科救急医療システムの中で、かかわりがある機関、職種、関係者等に登壇してもらい、それぞれの現場での現状について話してもらうことにより、多角的な視点を獲得し、それぞれの現場で活かせるようにしている。

- ・警察と通報事例について検討する機会を持ち、措置のガイドラインや管内の状況について共有している。

（7）次回研修に向けて

精神科救急医療体制整備事業に関する実践報告は、今回新たに加えたプログラムであった。次回も引き続き、好事例の共有を続ける意義はあるのではないかと。

また「警察官通報への対応の現状と課題」についても、今回初めて取り上げたテーマであった。措置決定率については、花岡が分析したとおり都道府県間で大きな差がある。措置決定率の違いの背景の一つとして、措置診察要否判断基準の都道府県間の違いがあると考えられ、そのことがグループワーク①で抽出できればと考えていたが、いずれのグループも措置診察の要否判断については、時間が足りず意見交換ができなかったことは残念であった。

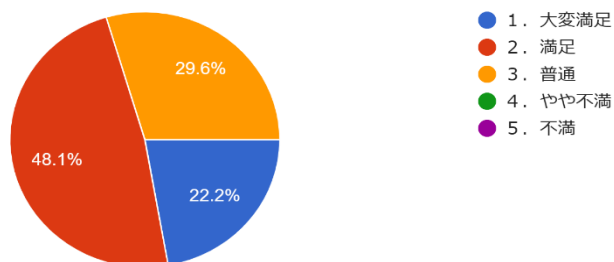
精神科救急医療体制は、措置入院者の受入病床の確保等、非自発的入院医療を主な対象として整備が進められてきた。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築において、精神科救急医療は重要な基盤であるとされており、これまでの機能に加え、地域生活の継続を支援する初期救急の整備について

も求められているなど、精神科救急医療体制についてもパラダイムシフトの転換が必要となっており、本研修の目的となろう。

参加者からのアンケート結果については、以下のとおりであった。

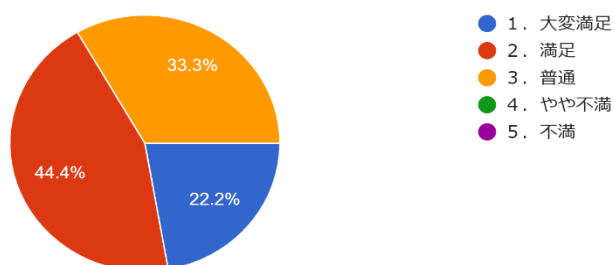
研修内容は全体的にいかがでしたか？

27 件の回答



プログラムの構成はいかがでしたか？

27 件の回答



資料3

自治体名：
所属課(室)/氏名：

警察官通報への対応の現状と課題

令和5年度実績	警察官通報件数		件	* 1 = * 2 + * 3
	事前調査結果	措置診察実施件数	件	* 2 = * 4 + * 5
		措置診察不要件数	件	* 3
	措置診察結果	措置不要件数	件	* 4
		措置入院件数	件	* 5
		(再掲)緊急措置入院	件	

通報受理機関	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

通報対応機関	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

事前調査実施方法	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

精神保健指定医の確保	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

移送体制	平日日中	
	平日夜間	
	休日日中	
	休日夜間	

連休中の緊急措置入院者の72時間以内の措置診察体制	
---------------------------	--

現状及び課題	
課題に対する対応(工夫)	

資料4

自治体名:

所属課(室)/氏名:

精神科救急医療体制整備についての「現状及び課題」と「課題に対する取り組み(工夫)」

整備項目等	現状・課題	課題に対する取り組み(工夫)
精神科救急医療体制が精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの重要な基盤の一つとして整備されている		
地域医療計画に精神科救急医療体制について記載されている		
一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携が図られている		
精神科救急医療体制連絡調整委員会		
新興感染症等への対応		
精神科救急圏域毎の精神科救急医療体制検討部会		
身体合併症患者の医療提供体制検討会		
精神科救急医療研修事業		
受診前相談(精神科救急情報センター)		
受診前相談(精神医療相談窓口)		
一般救急システム等との連携		
医療保護入院等のための移送体制		
精神科救急医療施設(病院群輪番型施設)		
精神科救急医療施設(常時対応型施設)		
精神科救急医療施設(外来対応施設)		
身体合併症救急医療		
市町村長同意		
精神科救急事例を減らすための取組		
上記以外の自治体独自の取組		

精神科救急医療体制整備事業報告様式についての質問及び要望等

事業報告について	(東京都)案件が多く、年度末に各種統計データを整理した上で、新しい担当者が4月以降に着手するため、4月末の提出は毎年度難しい。
----------	---

(様式1)精神科救急医療体制整備事業・施設月報

記載方法についての質問	(岡山県)「受診経路」で、複数該当する場合は、どれを優先するか決まりはあるか。「受診前相談による受療調整」で、精神科救急情報センターが24時間精神医療相談窓口を兼ねている場合、どちらにも○するのか。
様式に関する要望等	(長野県)病院名の記入漏れ、月の記入漏れあるため、欄を大きくしてほしい。

(様式2)精神科救急医療体制整備事業・月報(集計表)

記載方法についての質問	(富山県)「受診経路」欄について、警察に保護された後に警察から精神科救急に連絡した際は「行政」としてカウントしており、警察が家族に勧めて家族から連絡した際は「当事者」としているが、その解釈で良いか。
様式に関する要望等	(東京都)項目が大変細かく、また月別であるため、集計に膨大な時間を要する。このような細かな集計の、事業把握における影響が少なければ、できれば項目を精査いただきたい。 (大阪府)月間合計数が、それぞれの内訳の合計と一致しないとエラーメッセージがでるなどしてもらえると、確認の計算が省けて助かる。

(様式3)精神科救急医療体制整備事業・全域年報

記載方法についての質問	(富山県)様式2の質問と同様
様式に関する要望等	(東京都)様式2の集計を様式3へ反映させたいため、保護シートを解除してほしい。 (大阪府)様式2と同じ。 様式2で入力した数が自動的に入ればありがたいです。

(様式4)精神科救急医療体制整備事業・精神医療相談事業年報

記載方法についての質問	(愛知県)特になし(当県では様式5にまとめて記載)
様式に関する要望等	(愛知県)特になし(当県では様式5にまとめて記載)

(様式5)精神科救急医療体制整備事業・精神科救急情報センター事業年報

記載方法についての質問	(富山県)「相談受付回数」について、1つの事案で複数回架電があった場合は1回とカウントするべきか、延べ数でカウントするべきか。
様式に関する要望等	(東京都)「医療機関へ紹介した件数のうち1か所の医療機関への連絡で応需された件数」は集計できていないが、当該項目は今後も必須か。

(様式6)精神科救急医療体制整備事業・精神科救急医療圏域情報

記載方法についての質問	(東京都)圏域について、初期・二次救急は2圏域(区部・多摩)、措置は4圏域(第1～4ブロック)である。現状、4圏域で記載しているが、問題ないか。
様式に関する要望等	(愛知県)集計が非常に煩雑である。この集計結果がどのように使用されているか知りたい。

(様式7)精神科救急医療体制整備事業・連絡調整委員会運営事業年報等

記載方法についての質問	
様式に関する要望等	(愛知県)参加者種別の選択項目が選択しづらい。備考欄を設けていただく等、記載しやすいとよい。 (大阪府)参加機関を○囲みするのではなく、チェックボックスやドロップダウンリストから選ぶなどの記載の方が、ズレたりしないで見栄えもよい

総合病院精神科の機能に関する研究

研究分担者：佐竹直子（国立国際医療研究センター国府台病院）

研究協力者：相川祐里（済生会横浜市東部病院 こころのケアセンター 心理室），伊藤賢伸（順天堂大学医学部附属順天堂醫院メンタルクリニック），柏木智則（札幌医科大学神経精神科），北村 立（石川県立こころの病院），小石川比良来（亀田総合病院 心療内科・精神科），小林さやか（埼玉医科大総合医療センター メンタルクリニック），小松尚也（医療法人同和会千葉病院），佐々木由里香（山梨県立病院機構山梨県立中央病院患者支援センター），須田哲史（立川病院精神神経科），清野ひとみ（兵庫医科大学病院精神科神経科），平 俊浩（福山市民病院 精神科・精神腫瘍科），竹内 崇（東京科学大学病院心身医療科），辻野尚久（済生会横浜市東部病院精神科），永井美緒（松山赤十字病院精神科・心療内科），橋本 聡（国立病院機構熊本医療センター精神科），平山 哲（大阪母子医療センター子どものこころの診療科），安田貴昭（埼玉医科大学総合医療センター メンタルクリニック），渡邊博幸（木村病院），羽田彩子（国立精神・神経医療研究センター）

要旨

周産期メンタルヘルスの領域において、総合病院精神科が持つ機能はとても重要である。しかしながら総合病院精神科がどのようなサービスを提供し、どのような機能を持つのか、そして「にも包括」の中でどのような役割を持っているのか、その実態は明らかになっていない。本研究は、「にも包括」における総合病院精神科のもつ機能とその役割を明確化することを目的として進めてきた。本年度は周産期メンタルヘルスにおける総合病院精神科の持つ機能とその役割に焦点を絞り、周産期医療施設と総合病院精神科を対象に、ウェブアンケート調査による実態調査を実施した。得られた回答のうち、周産期施設の177の回答、総合病院精神科の137の回答を分析に使用した。周産期施設と総合病院精神科の視点から、周産期メンタルヘルスの実態を報告する。

A.研究の背景と目的

周産期メンタルヘルスの領域において、総合病院精神科が持つ機能はとても重要である。周産期メンタルヘルスの実践には、病院内の連携のみならず、地域の周産期に関わるスタッフと情報を共有しながら産前から産後まで切れ目のない長期的なケアを提供していく必要がある¹⁾。総合周産期母子医療センターは、産科及び小児科（母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室を有する）、麻酔科その他の関係診療科目を有するもので、総合

病院であることが多く、地域の中での周産期医療の中核的な医療を担っている。そのような周産期医療の現場において、ますますメンタルヘルスの支援の重要性が高まっている。

精神科医療においては、精神障害の有無や程度に関わらず、だれもが安心して自分らしく暮らすことができるよう、「精神障害にも対応した地域包括システムの構築」が進められている。このシステムにおいて周産期メンタルヘルスは重要な分野の一つであると考えられる。周産期女性の死因の第一位は自殺であ

り²⁾、周産期の希死念慮は決してまれではない³⁾。現在の周産期メンタルヘルスにおける支援の制度、特に重症度が重い部分の支援制度が十分ではないとの指摘もある⁴⁾。

総合病院は多職種が同時に集まることができる貴重な場であり、周産期メンタルヘルスにおける「重症度が重い部分」の支援に適していると考えられる。総合病院は産科と精神科の協働が可能な場であり、総合病院精神科の果たす役割は周産期メンタルヘルスにおいても重要である⁵⁾。しかしながら、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（にも包括）」の中で、周産期メンタルヘルスの領域において総合病院精神科がどのようなサービスを提供し、どのような機能を持つのか、その実態は明らかになっていない。

そこで、総合病院精神科の周産期メンタルヘルスサービスの実態を調査することにより、にも包括における総合病院精神科の持つ機能とその役割を明確化すること、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中での周産期メンタルヘルスにおける課題や制度への要望を明らかにすることを目的とした。

B.方法

研究方法：本研究は、横断的観察研究（Google form によるアンケート調査）である。全国の NICU のある産婦人科施設医療施設を対象に、周産期メンタルヘルスサービスに関する実態調査を行なった。同時に産科・周産期医療施設を有する総合病院精神科施設にも、同様の実態調査を行った（調査内容については付録 1、付録 2 の調査票を参照）。

調査実施期間：2024 年 10 月 24 日～2024 年 12 月 8 日。

手続き：産婦人科施設医療施設の調査は、日本産婦人科医学会の協力を得て、日本全国の NICU のある産婦人科施設として産婦人科医学会に登録されている 477 施設を対象に web 調査への参加を依頼した。総合病院精神科施設の調査は、日本総合病院精神科医学会の協

力を得て、同学会員を対象に web 調査への参加を依頼した。

倫理的配慮：対象施設もしくは対象者に対し、本研究の説明文書とともに調査協力の案内をメールまたは郵送で送信した。研究説明書にはアンケートフォームにアクセスするための QR コードと URL が記載されており、研究対象者等が説明内容に関する質問をする機会を確保するために、説明書及び Web アンケートフォームには連絡先を明記した。Web アンケート上でも本研究について説明文を提示し、「このアンケート調査に参加しますか？」の問いに対して、参加する旨を選択してもらうことで、同意を得た。なお、本研究は、研究分担者が所属する国立国際医療研究センターの倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：NCGM-S-004920-00）。

C.結果／進捗

1. 周産期施設

日本産婦人科医学会の協力を得て、177 施設（37.2%）から回答を得た。その内訳は、大学病院が 48 施設（27.1%）、自治体病院が 29 施設（16.4%）、国立病院が 12 施設（6.8%）、公的病院が 50 施設（28.2%）、民間病院が 35 施設（19.8%）、そのほかが 3 施設（1.7%）であった（図 1）。病床数は平均 562.9（標準偏差 241.0）床、年間の分娩件数は平均 519.2（標準偏差 360.1）件であった。回答のあった 177 施設のうち、「精神科がある」と答えた施設は、134（75.7%）施設で、うち、64 施設（「精神科がある」と答えた施設のうちの 49.2%）が精神科病床を有していた。特定妊婦の受け入れ状況については「受け入れている」と回答した施設は 44（全体の 24.9%）、「受け入れなし」と回答した施設は 5 施設（全体の 2.8%）、未回答の施設は 128 施設（全体の 72.3%）であった。ハイリスク分娩管理加算の算定の有無は、45 施設（全体の 25.4%）が「算定あり」、6 施設（全体の 3.4%）が「算定なし」、と回答し、126（全体の 71.2%）で未回答であった。

ハイリスク妊産婦連携指導料 1 については、9 施設（全体の 5.1%）が「算定あり」、25 施設（全体の 14.1%）が「算定なし」、143 施設（80.8%）が未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料 2 の算定の有無については 1 施設（0.5%）が「算定あり」、32 施設（18.1%）が「算定なし」、144 施設（81.4%）が未回答であった（表 1）。

院内に精神科がある施設においては、産科通院中の精神科への依頼は平均 25.5 件/年で、産科入院中の精神科依頼件数は平均 16.5 件/年であった。産前の精神科病棟入院の有無については、回答のあった 67 施設のうち、「あり」と答えた施設が 44 施設（65.7%）であった。産後の精神科病棟入院の有無については、回答のあった 67 施設のうち、「あり」と答えた施設が 41 施設（61.2%）であった（表 1）。

院内に精神科がない場合に、連携している精神科医療機関の有無を尋ねたところ、回答のあった 43 施設中 16 施設（37.2%）が「あり」と回答した（表 1）。連携している精神科医療機関がない場合のメンタルヘルスの問題を抱える妊婦に対する対応は、近隣の精神科医療機関に紹介すると答えた施設が 24（88.9%）施設と最も多く、次いで、「**精神科のある総合病院に紹介する**」と回答した施設が 18 施設（66.7%）、「院内助産師がメンタルヘルスクアのチームを組んで対応する」、と回答した施設が 4 施設（14.8%）であった。

産科と精神科・小児科、行政との連携については、「院内における周産期メンタルヘルスに関する多職種チームがある」と回答した施設が 81 施設（45.8%）で、その構成メンバーは、助産師、産科医、精神科医、小児科医、臨床心理士/公認心理師などが挙げられた。院内における周産期メンタルヘルスに関する定期的なミーティングや児童虐待に関する定期的なミーティングの有無についても類似の傾向にあった。保健センターなど、行政との連携については、「行政との周産期メンタルヘルスに関する連携がある」と答えた施設は、146 施

設（82.5%）にものぼったが、行政と定期的なミーティングがあると答えた施設は 36 施設（24.7%）にとどまった。行政との連携についての活動内容は、具体的には、「定期的な会議ではなく、必要時にケース会議を開く」という回答があった。

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスを行うことのメリットとして、「ワンストップで対応が可能なこと」、「精神科入院が必要なケースへの対応が可能なこと」、「産科主治医と精神科主治医の連携が容易なこと」、「24 時間相談対応が可能なこと」、「集学的な医療が可能なこと」、「継続ケアが可能なこと」などが挙げられた。一方で、総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点として、「周産期メンタルヘルスに関心・理解のある精神科医が少ないこと」、「周産期特有の症状や病態の理解が得られにくいこと」、「地域によっては総合病院へのアクセスが悪い」など、「地域格差があること」、「既存の産科救急システムでは精神科救急に対応しない（対応できない）病院が多いこと」、「精神科側の窓口が複数あり対応が異なること」、「精神科に怖いイメージやスティグマを持つ妊婦がいること」、「担当が変わる（総合病院精神科に紹介されることで産科の主治医もかわる）ことに難色を示す妊婦もいること（医療の継続性の問題）」などが挙げられた。

周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望として、「連携指導料の算定要件の緩和」、「産科が 1 か月健診後も保険で診療できる体制の構築」、「周産期メンタルヘルス医療について専門の人材の確保」などが挙げられた。

2. 総合病院精神科

日本総合病院精神科医学会の協力を得て、178 施設から回答を得て、回答施設の重複などを除外し、有効回答数は 137 であった。その内訳は、大学病院が 53 施設（38.7%）、自治体病院が 29 施設（21.2%）、国立病院が 10

施設 (7.3%)、公的病院が 27 施設 (19.7%)、民間病院が 18 施設 (13.1%) であり (図 1)、病床数は平均 650.7 (標準偏差 237.2) 床であった。そのうち、88 施設 (64.2%) が精神科病床を有していた (表 1)。

ハイリスク分娩管理加算の算定の有無は、21 施設 (全体の 15.3%) が「算定あり」、7 施設 (全体の 5.1%) が「算定なし」、と回答し、109 (全体の 79.6%) が未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料 1 については、16 施設 (全体の 11.7%) が「算定あり」、17 施設 (12.4%) が「算定なし」、104 施設 (75.9%) が未回答であった。ハイリスク妊産婦連携指導料 2 の算定の有無については 8 施設 (5.8%) が「算定あり」、25 施設 (18.2%) が「算定なし」、104 施設 (75.9%) が未回答であった。

精神科病床があると答えた施設は、88 施設 (全体の 64.2%) であり、そのうちの 74 施設 (精神科病床がある施設のうちの 64.2%) は精神科閉鎖病棟を有していた。

過去 1 年間の産前 (妊婦) の精神科病棟入ケースについて、61 施設 (全体の 69.3%) が「あり」と回答しており、産後 1 年以内の女性の精神科病と入院についても 62 施設 (全体の 70.5%) が「あり」、と回答した (表 1)。

精神科と産科・小児科、行政との連携については、「院内における周産期メンタルヘルスに関する多職種チームがある」と回答した施設が 47 施設 (全体の 34.3%) で、その構成メンバーは産科医、精神科医、助産師、看護師、小児科医、臨床心理士/公認心理師、社会福祉士などが挙げられた。院内における周産期メンタルヘルスに関する定期的なミーティングや児童虐待に関する定期的なミーティングの有無についても類似の傾向にあった。保健センターなど、行政との連携については、行政との周産期メンタルヘルスに関する連携があると答えた施設は、107 施設 (全体の 78.1%) にものぼったが、行政と定期的なミーティングがあると答えた施設は 34 施設 (全体の 31.8%) であった。行政との連携についての活

動内容は、具体的には「要保護児童対策地域協議会への参加」や「保健所管内の産婦人科医療機関精神科医療機関・行政が集まるミーティングに参加している」、などの回答もあった。

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスを行うことのメリット (記述式回答) として、「情報共有が容易なこと」、「専門的なケアを提供できる」こと、「児童虐待予防に貢献できること」、「産科医師や助産師の負担軽減になること」、「地域医療に貢献できること」、などが挙げられた。

総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点 (記述式回答) は、「精神科医の人手不足・知識不足」、「夜間休日の精神科救急の体制が不十分なこと」、「連携を図ってもそれに見合った報酬が見えないこと」、などがあげられた。「周産期特有の症状や病態の理解が得にくいこと」や、「精神疾患の病名がつくだけで大学病院に集まること」、「精神科が関与する必要のないケースも関与を求められる」などの問題も挙げられている (表 2、3)。

周産期メンタルヘルスチームの加算、周産期メンタルヘルスに関する制度上 (診療報酬、医療政策等) の要望 (記述式回答) については、「精神科救急体制、産後ケア入院の体制作り」、「常勤の精神科医を確保できる診療報酬の算定」、「情報提供に対する加算」、「リエゾンナースの介入に加算」、「補助金制度の導入」、「専門教育の実施」などが挙げられた (表 4、5)。

D. 考察

本研究の結果から、総合病院精神科は周産期メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦を受け入れるための機能を有し、重要な役割を果たしていることが明らかになった。精神科を持たない周産期施設の中で、連携している精神科医療機関がない 27 施設のうち、「精神科のある総合病院に紹介する」と回答した施設は 18 施設 (66.7%) に及んだ。このことは、

総合病院精神科がその地域において周産期メンタルヘルスの問題を抱える妊産婦を受け入れる機能を有していることから、地域の周産期施設のニーズに応えていることの表れである。

さらに、周産期施設の調査においては、院内に精神科病床がある周産期施設は、産前の精神科病棟入院や産後の精神科病棟入院に対応していた。周産期施設、総合病院精神科双方の調査の、総合病院精神科が周産期メンタルヘルスを行うことのメリット（記述式回答）にもあるように、精神科病床を有する総合病院精神科は、精神科入院が必要なケースの対応に関して、緊急時でも対応でき、集学的医療の提供が可能であるという強みがある。加えて、総合病院精神科の調査では、病床を持たない総合病院精神科であっても、院内でも地域でもコンサルテーションを行っており、病床を持たずとも、周産期メンタルヘルスに大きく貢献している。

今回の調査から、周産期メンタルヘルスにおける精神科医療の課題が明らかになった。一つには、総合病院精神科の周産期メンタルヘルスにおける人材確保の課題である。大学病院などの有床の総合病院精神科では、精神科医の不足やメンタルヘルスに通じた産科スタッフの不足が課題として挙げられた。特に周産期メンタルヘルスの専門的な知識と技術を持つ精神科医、産科医、助産師、看護師、心理師などの人材の確保や育成は大きな課題である。

二つ目に、治療の継続性の課題である。精神科クリニックから総合病院精神科に紹介する、精神科のない産科の病院から総合病院に転院をするなどといった場合に、治療の継続性が問題になることもある。いったん築いた治療関係が中断することにもなりかねない。しかしながら、産科・精神科協働の支援が必要な人は、転院はやむを得ない。周産期から子育てに至るまで、その人・その家族に必要なサービスを地域の中で関係機関とともに支

えていくシステムの構築が必要である。

さらに、妊産婦やその家族が持つ精神疾患に対するスティグマや偏見、産科スタッフなどの医療従事者の持つスティグマや偏見も、「切れ目のない支援」の妨げとなる。精神科医療においては治療関係を築くこと自体が治療でもある。治療関係の継続性と同時に、周産期メンタルヘルスにおいては、親のメンタルヘルスの問題がその子どもの成長・発達にも関わるので、継続的な支援が必要となる。妊娠期から子育て期にわたって、丁寧な対応が求められる。

三つ目に周産期メンタルヘルスにおける制度上の課題である。精神科医または精神科診療部門にインセンティブが乏しいなどの医療保険制度上の課題もある。2018年4月にハイリスク妊産婦連携指導料が新設されたものの、その活用は十分ではない。今回の周産期施設調査においても、2023年度（令和5年度）ハイリスク妊産婦連携指導料1を算定している施設は、回答が得られた34施設のうち、わずか9施設で、半数にも満たない状況である。同様に受け入れる側の総合病院精神科の調査結果においても、2023年（令和5年度）のハイリスク妊産婦連携指導料2を算定している施設は、回答のあった33施設のうちのわずか8施設にとどまっている。2020年（令和2年）の日本産婦人科医会による「妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート」の結果でも、ハイリスク妊産婦連携指導料を算定している周産期センターは60.6%と低かった⁶⁾が、その活用は未だ浸透していないと考えられる。

また、総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点として、周産期施設の回答には「周産期特有の症状や病態の理解が得にくい」、総合病院精神科の回答には「精神疾患の病名がつくだけで大学病院に集まる」「精神科が関与する必要のないケースも関与を求められる」などが上がっている。このことから、周産期特有の心理

症状や重症度に対応する施設を、周産期医療の制度上で明確にすること（つまり制度設計上の課題）と、重症度を含む周産期特有の心理症状を適切にアセスメントでき軽症から中等症のケースの支援ができる周産期のメンタルヘルス支援の現場にいる医療スタッフを確保すること（つまり人材を確保すること）と、大きくふたつの課題があると考えられる。

先に述べたように、総合病院精神科には、集中的・集学的な医療を提供できるという利点があるが、周産期メンタルヘルスの医療全般を周産期センター、あるいは総合病院精神科などの規模の大きな施設に依存しては、地域における周産期医療も精神科医療も破綻してしまう。適切に周産期のメンタルヘルス全般におけるアセスメントができ、実際にその重症度に応じた医療と支援を提供できる人材を育成し、それを提供する場を確保することは急務である。

以上のことから、総合病院精神科は、周産期メンタルヘルスの重症例に対応し、地域の中核的な存在となっている。重症者の受け皿としての機能だけではなく、近隣の精神科・産科・自治体などのコンサルテーションに対応するなどの、地域包括ケアのシステムにおける教育的機能を持ち、その役割も期待される。総合病院精神科としての機能を十分に発揮するには、診療報酬の検討を含め、総合病院精神科の存続に貢献しうる施策の検討も考慮すべきである。妊産婦とその家族を主軸に置き、治療と支援の継続性を重視し、適切に周産期のメンタルヘルス全般におけるアセスメントができ、その重症度に応じた医療と支援を提供できる人材を育成する取り組みが求められる。平成 13 年より「健やか親子 21」が展開され、必要な支援を切れ目なく提供するために、医療、保健、教育、福祉などのより幅広い取組を推進している⁷⁾。このような枠組みの中での総合病院精神科の存在意義を確認しつつ、周産期メンタルヘルスの領域にお

いても、さらに、精神科医療の質の向上を図る必要があると考えられる。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

- 1) 佐竹直子 平俊浩 辻野尚久 小石川比良来 小林清香 佐々木由里香 橋本聡 羽田彩子 藤井千代「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける総合病院精神科の役割と課題」；第 120 回日本精神神経学会学術総会, 2024 年 6 月, 札幌
- 2) 「にも包括における総合病院精神科の機能をデータ化する」 シンポジウム: 総合病院精神科臨床の可視化に向けて；第 34 回日本総合病院精神医学会総会, 2024 年 11 月, 熊本

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし。

1. 実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

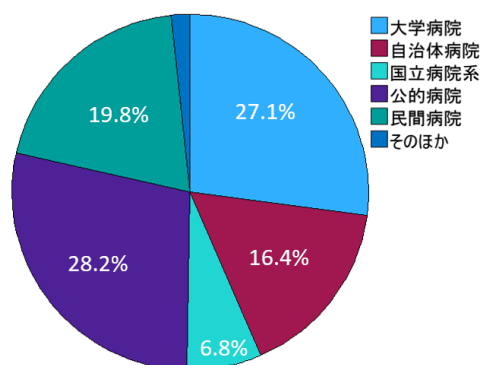
文献

- 1) 日本総合病院精神医学会将来構想委員会. 日本総合病院精神医学会の将来構想に関する提言（将来構想 2022）. Jpn J Gen Hosp Psychiatry 2023 35: 1-52
- 2) Takeda, S. (2020). The current status of and measures against maternal suicide in Japan. Hypertension Research in Pregnancy, 8(2), 34-39.

- <https://doi.org/10.14390/jsshp.hrp2020-005>.
- 3) Takegata, M., Takeda, S., Sakanashi, K., Tanaka, T. and Kitamura, T. (2019), Perinatal self-report of thoughts of self-harm, depressive symptoms, and personality traits: Prospective study of Japanese community women. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 73: 707-712. <https://doi.org/10.1111/pcn.12917>
 - 4) 北村俊則. (2025). 周産期メンタルヘルスケアの現状と課題. 日本子ども資料年鑑 2025. pp.16-21. 中央出版.
 - 5) 竹内崇、武藤仁志、松岡裕美、村上一徳. 周産期メンタルヘルスにおいて総合病院に期待される役割とは何か. 総合病院精神医学; 2018 30(4): 334-340.
 - 6) 日本産婦人科医会. 産科医療機関におけるメンタルヘルスケア普及活動～妊産婦メンタルヘルスケア推進に関するアンケート結果より～. 2004.
 - 7) 子ども家庭庁. 健やか親子 21. <https://sukoyaka21.cfa.go.jp/about/grow-gr-sukoyaka21/>. [2025/4/22 閲覧]

図 1. 施設内訳

周産期施設調査



総合病院精神科調査

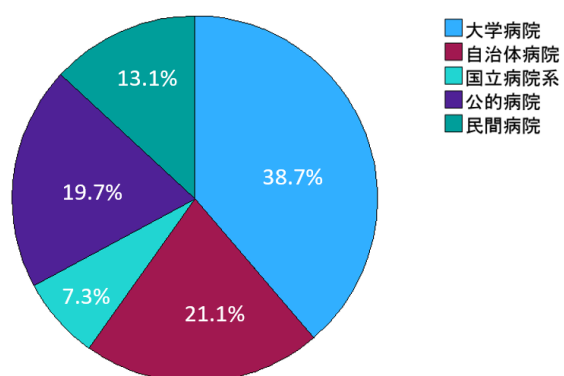


表 1. 調査結果

	周産期施設（ <i>N</i> = 177）		総合病院精神科（ <i>N</i> = 137）	
病院の概要				
病床数 平均（標準偏差）	562.9（241.0） 床		650.7 床（237.2）	
年間分娩件数 平均（標準偏差）	519.2（360.1） 件		---	
	あり <i>n</i> (%)	なし <i>n</i> (%)	あり <i>n</i> (%)	なし <i>n</i> (%)
救急救命センターの有無	116 (65.5%)	61 (34.5%)	103 (75.2%)	34 (24.8%)
小児科の有無	175 (98.9%)	2 (1.1%)	135 (98.5%)	2 (1.5%)
NICU の有無	153 (86.4%)	24 (13.6%)	107 (78.1%)	30 (21.9%)
GCU の有無	128 (72.3%)	49 (27.7%)	78 (56.9%)	57 (41.6%)
	未回答 2（1.5%）			
MFICU の有無	63 (35.6%)	114 (64.4%)	46 (33.6%)	91 (66.4%)
児童精神科の有無	26 (14.7%)	151 (85.3%)	39 (28.5%)	98 (71.5%)
精神科の有無	134 (75.7%)	43 (24.3%)	137 (100.0%)	0 (0.0%)
精神科がある場合				
	あり <i>n</i> (%)	なし <i>n</i> (%)	あり <i>n</i> (%)	なし <i>n</i> (%)
精神科病床の有無	64（49.2%）	66（50.8%）	88（64.2%）	49（35.8%）
閉鎖病棟の有無	---	---	74（84.1%）	12（13.6%）
	---	---	未回答 2（2.3%）	
精神科がある場合				
	周産期施設（ <i>N</i> = 177）		総合病院精神科（ <i>N</i> = 137）	
			有床	無床
	いる施設数	いない施設数	平均	平均
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	（標準偏差） 人	（標準偏差） 人
常勤精神科医	114 (87.7%)	66 (50.8%)	10.6 (7.6) 人	2.0 (2.5) 人
非常勤精神科医	88 (67.7%)	42 (32.3%)	3.5 (4.0) 人	1.4 (2.2) 人
特定妊婦の受け入れ	あり 44 (24.9%)	なし 5 (2.8%)	---	---
	未回答 128（72.3%）			

	周産期施設 (N= 177)		総合病院精神科 (N= 137)	
加算について	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
ハイリスク分娩管理加算の有無	45 (25.4%) 未回答 126 (71.2%)	6 (3.4%)	21 (15.3%) 未回答 109 (79.6%)	7 (5.1%)
ハイリスク妊産婦連携指導料Ⅰの算定の有無	9 (5.1%) 未回答 143 (80.8%)	25 (14.1%)	16 (11.7%) 未回答 104 (75.9%)	17 (12.4%)
ハイリスク妊産婦連携指導料Ⅱの算定の有無	1 (0.5%) 未回答 144 (81.4%)	32 (18.1%)	8 (5.8%) 未回答 104 (75.9%)	25 (18.2%)
院内に精神科がある場合 (n = 64)				
産科から精神科へのコンサルト件数	平均 (標準偏差)		---	---
産科通院中の精神科依頼	25.5 (32.4) 件		---	---
産科入院中の精神科依頼	平均 16.5 (21.8) 件		---	---
	あり n (%)	なし n (%)	あり n (%)	なし n (%)
精神科病棟入院の有無				
産前の精神科病棟入院の有無	44 (65.7%)	23 (34.3%)	61 (69.3%)	35 (30.7%)
産後の精神科病棟入院の有無	41 (61.2%)	26 (38.8%)	62 (70.5%)	26 (29.5%)
院内に精神科がない施設				
連携精神科医療機関の有無	16 (37.2%)	27 (62.8%)	---	---

表 2. 総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点について

周産期施設の自由記載

問題点・困難な点	詳細
精神科医の不足	興味を持つ精神科医が少ない、夜間休日の対応が困難
管理の難しさ	かかりつけ医に依頼、トリアージが必要、妊婦への対応が苦手
ネットワークの確立	精神科内でのネットワークが必要
患者の希望	地域のクリニックでの健診を希望する患者がいる
診療体制の課題	曜日により担当医が異なる、チーム体制の構築が難しい
初診の困難さ	患者数が多く、初診が難しい
予約の難しさ	すぐに予約が取れる病院が少ない
心理師の業務	心理師の業務内容が明確でない
対応のばらつき	当直帯の対応が医師により異なる、医師間で温度差がある
連携の難しさ	診療科・パラメディカルとの連携が難しい
フォローの困難さ	退院後の継続的なフォローが困難
労力の問題	対応の限界、労力に見合う加算がない
緊急対応の難しさ	夜間休日の緊急対応が困難
カンファレンス	連携のカンファレンス開催が必要
業務負荷	精神科医の負担が大きい
患者の拒絶	精神疾患の病名がつくだけで大学病院に集まる
治療介入の難しさ	周囲の環境変化により治療介入が難しい
病院精神科の敷居	敷居が高く、フットワークが重い
周産期の理解	周産期特有の症状や病態の理解が得にくい
アクセスの悪さ	地域によりアクセスが悪い
救急対応の難しさ	産科救急システムで精神科救急に対応しない病院が多い
連携の方法	かかりつけ精神科クリニックとの連携が必要
理解不足	精神疾患に対する理解不足
対応の異なる窓口	精神科側の窓口が複数あり対応が異なる
転院の拒否	転院を拒否されることが多い
ハードルの高さ	ハイリスク妊産婦連携加算のハードルが高い
精神科医の減少	県内の精神科医が減り、常勤医がいなくなった
薬剤中止の促し	産科に相談なく薬剤中止を促す
継続診療の難しさ	出産後の継続診療が難しい
予約の困難さ	予約が取れないことが多い
精神科のイメージ	精神科に怖いイメージを持つ妊婦がいる
症例数の増加	症例数が増加し対応が難しい
診療時間の長さ	診療の時間が長くなる
関わりの消極性	精神科が周産期メンタルヘルスへの関わりが消極的
担当の変更	担当が代わることに難色を示す患者がいる
主治医との関係	短期間の受診で主治医との関係を築くのが難しい
長期的な管理	産後の長期的な管理が難しい

表 3. 総合病院精神科が周産期メンタルヘルスに関与するうえでの問題点や困難な点について

総合病院精神科の自由記載

問題点	詳細
情報不足	他院からの紹介の場合情報が少なすぎることもある。
社会的問題	社会的問題を精神科的問題にすりかえられやすい。
福祉サポート	高齢者より福祉サポートが乏しい。
人手不足	精神科医の人手不足・知識不足。
負担増加	精神科が関与する必要ないケースも関与を求められる。
治療拒否	軽度な精神障害の既往があるだけで他院での治療が拒否される。
患者協力不足	患者の協力が得られない。
他科の負担	他の精神科病院やクリニックの精神科医が働かない。
対応医療機関	対応医療機関が少ない。
精神科病床	精神科病床がないので重症者に対応できない。
報酬不足	連携を頑張っても報酬が見えない。
連携不足	院内外と連携をとる役割のスタッフが必要。
定期会議不足	定期的なチーム会議が実現していない。
精神科入院不可	当院は精神科病棟がないので精神科入院不可。
救急体制	夜間休日の妊産婦の精神科救急の体制が不十分。
専門外対応	専門外の対応も多く専門性が担保できない。
マンパワー不足	メンタルヘルスに通じたマンパワーの不足。
インセンティブ不足	精神科医または精神科診療部門にインセンティブが乏しい。
治療歴	精神疾患としての治療歴があると精神科対応が必須。
偏見	産科スタッフの精神疾患に対する偏見が強い。
連携困難	他院精神科かかりつけ医との連携が難しい。
精神科医不足	精神科常勤医数の不足。

表 4. 周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望について周産期施設の自由記載

要望	理由
メンタルヘルス合併妊婦、褥婦の産科入院管理料	診療報酬を増加させたり、受け入れ人数の多さによって加算をつけたりしないと、なかなか受け入れは進まない。
認定制度	精神科医で周産期メンタルヘルスの理解がある先生の認定制度やその先生の診察では診療報酬が高くなるなどとなればよい。
院内対応	院内の周産期メンタルヘルスカケア対応を行った場合や緊急対応の際には診療報酬の追加をすることでよりきめ細かい対応が可能。
地域での診療体制の構築	独自で地域内での診療体制を構築しており、精神疾患に対応可能な総合病院に限られているのが問題。
助産師の活用	周産期メンタルヘルスの中核は助産師で、1 時間程度の面談を行う、時間外に電話訪問・電話対応を行う
院外施設との連携	院外施設との連携と連携先のインセンティブを確保するような制度の整備。
カンファレンス	院外機関とのカンファが診療報酬として算定できると良い。
地方病院の精神科医不足の解消	地方病院の圧倒的精神科医不足、都市部への集中。
算定要件の緩和	総合病院における周産期メンタルヘルス医療の継続的な提供を実現するために、現在の算定要件の緩和を検討。
社会的ハイリスクに加算を	精神的ハイリスクには加算があるが、最も手のかかる社会的ハイリスクには加算がない。
講習修了による加算	精神科やメンタル関連の講習を修了したことによる加算。
保健指導に診療報酬を	メンタルヘルスに問題のある患者にカンファレンスして対応したり、保健指導を行う場合に診療報酬が認められれば、そのスタッフの充実が図れる可能性がある。
小児科医の確保	小児科医が確保できず、周産期診療が困難。
産後の保険診療	産科が 1 か月健診後も保険で診療できる体制を構築して欲しい。
周産期メンタルヘルス救急システムの確立	周産期メンタルヘルス救急システムを確立していただきたい。
臨床心理士の活用と診療報酬の加算	臨床心理士などが初期対応しスクリーニングを行う際だけではなく、フォローアップ（産後も）にも加算がとれるといい。
ケース会議への診療報酬	行政や児童相談所と行うケース会議は負担が大きいにもかかわらず、費用を算定できていない。
精神疾患合併妊婦の評価	精神疾患合併妊婦に対応していることを、もっと評価してもらいたい。
ハイリスク加算の算定要件の緩和	精神科の外勤医がおり、連携を行い、コンサルテーションをしているが、病院として精神科を標榜していないので、ハイリスク加算が全く取れない。

診療報酬の拡充	精神科が周産期メンタルヘルスに積極的に関わった場合の診療報酬の拡充。
専門人材の確保	手間と時間がかかることなので、周産期メンタルヘルス医療について専門の人材を確保できるようにしてほしい。

表 5. 周産期メンタルヘルスに関する制度上（診療報酬、医療政策等）の要望について**総合病院精神科**の自由記載

要望	理由
妊産婦の精神科的診療加算を適応しやすく、妥当な加算額設定	精神科側へのメリットが少ない
診療報酬の増額、人員の増員	産科、小児科、精神科の診療報酬が低すぎる
精神疾患合併妊婦もハイリスク妊婦としての診療報酬	精神科医側単独で妊娠した患者を診た場合の報酬が必要
精神科医が関わる場合の診療報酬評価を手厚く	精神科単体での収益貢献がわかりづらい
体制加算のようなものを導入	制度化されると浸透しやすい
精神科救急体制、産後ケア入院の体制作り	妊産婦の精神科医療が必要
少子化対策としての評価	病院機能での差別化
診療報酬の増額	総合病院で診た際の報酬を増やす
診療報酬評価の強化	リエゾン頻回介入、多職種カンファへの評価
診療報酬を取得できるように	家族を含めて診察を行った場合
ハイリスク分娩管理加算の是正	精神科が報われない仕組み
情報提供に対する加算	予防と早期発見のため
リエゾンナースの介入に加算	精神科医師の診察でなくても・・・
補助金制度の導入	患者負担にならない形で
診療報酬の増額	精神科、産婦人科、小児科の連携を進めるため
常勤の精神科医を確保できる診療報酬の算定	県立病院の規模で必要
専門教育の実施	精神保健福祉士、公認心理師等に
診療報酬要件と算定点数の配慮	人員配置が手厚くできるように
診療報酬の明確化	産科と精神科のコスト譲り合いを防ぐ
診療報酬の新規加算	心理師が周産期メンタルヘルスケアチームを率いる場合
スタッフが確保できる診療報酬体系	ハイリスクでなくてもメンタルヘルス介入が加算されるように
周産期メンタルヘルスチームの加算	通常のリエゾンチームとは別に算定できるように

精神障害者の権利擁護に関する研究 —入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究—

研究分担者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究協力者：太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、岡安 努（社会福祉法人共友会）、桐原尚之（全国「精神病」者集団）、彼谷哲志（大阪精神医療人権センター）、工藤正志（秋田緑ヶ丘病院）、佐竹直子（国立国際医療研究センター国府台病院）、佐藤さやか（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、角野太一（大阪精神医療人権センター）、高嶋里枝（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、中島公博（五稜会病院）、松長麻美（東京医科歯科大学）、八尋光秀（西新共同法律事務所）

要旨

精神保健福祉法に基づき創設された「入院者訪問支援事業」の質的向上と制度定着に向け、訪問支援員のフォローアップ研修のあり方を検討するとともに、支援員間の交流を通じた学びのあり方を明らかにすることを目的として、研究を実施した。これまでに本研究班において作成した入院者訪問支援員養成研修の内容を踏まえて、実践的なフォローアップ研修資料を新たに作成し、支援員の相互学習と実践のふり返りを促すプログラムを設計した。さらに、訪問支援員の実践知の集積が十分でない現状をふまえ、制度発足以前より活動している個別相談ボランティア経験者による交流会のディスカッションを質的に分析した。その結果、支援の現場で直面する課題や葛藤、学びのあり方が、①支援を取り巻く環境、②支援員自身の動機づけとジレンマ、③入院者のエンパワメント、④支援の実践形態、の4視点に整理された。これらの知見は、より適切な研修のあり方や、支援員間の継続的な対話の機会の創出に向けた重要な示唆を提供するものであり、今後の制度運用においては、支援員同士が経験を語り合い、ジレンマ揺らぎを共有しながら成長していける仕組みづくりが求められる。

A.研究の背景と目的

精神科病院に入院中の者（以下、「入院者」）に関して、第三者がその権利を擁護する仕組みの構築については、2013（平成25）年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」）の改正法附則第8条において、精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援のあり方について検討を加え、必要があると認めるときは、その

結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする検討規定が設けられた。また衆参両院の附帯決議でも、代弁者制度の導入など実効性のある支援策について早急に検討を行い、精神障害者の権利擁護の推進を図ることの必要性が指摘されている。これらを踏まえ、国はこれまでモデル事業や調査研究等を通じて、支援のノウハウを蓄積してきた経緯がある。

我々は、令和1～3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「地域精神保健医療福祉体制

の機能強化を推進する政策研究」(研究代表者:藤井千代)の分担研究「精神障害者の意思決定及び意思表明支援に関する研究—入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究—」において、障害者権利条約の観点から入院中の精神障害者の権利擁護のあり方を検討し、実行可能性のある権利擁護システムについての提言を行った。そのような仕組みを実装するためには、実際に入院者の支援を行うアドボケイト(個別相談員)の確保が重要であることから、本研究ではアドボケイト養成に係る研修のあり方を検討した。

国の動向としては、2022(令和4)年6月9日に、「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」報告書が公表された。この報告書においては、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、精神科病院の理解のもと、精神科病院に入院する患者を訪問し、相談に応じることで、医療機関外の者との面会交流を確保することが必要とされた。また実際に支援にあたる者については、実施主体である都道府県等が、経歴等を踏まえて選任することが適当であること、国で標準化された研修の内容を示した上、都道府県等が実施する研修の受講を必須とすべきであることなどが示された。同年12月10日には、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律が成立した。これにより、精神保健福祉法についても一部改正され、市町村長同意による医療保護入院者等を対象に、外部との面会交流の機会を確保し、その権利擁護を図るため、都道府県知事等が行う研修を修了した入院者訪問支援員が、患者本人の希望により、精神科病院を訪問し、本人の話を丁寧に聴くとともに、必要な情報提供等を行う「入院者訪問支援事業」が創設された。また、附帯決議においては、「入院者訪問支援事業が、精神科病院に入院している精神障害者の権利擁護のためのアドボケイトとして機能するよう、入院者訪問支援員の研修など事業の実施体制

の整備に万全を期すこと。」とされた。

これを受け、本研究班では、入院者訪問支援員養成のための研修内容とその実施方法について検討する他、事務局を対象とした研修の骨子となる資料を作成してきた。今年度は、附帯決議への対応を念頭に置き、訪問支援員のフォローアップのあり方について検討した。

また、訪問支援員のフォローアップ方法として、訪問支援員同士の交流の機会を持つことが有効であると考えられたため、類似の活動として、大阪精神医療人権センターで活動中の個別相談ボランティアに着目し、個別相談ボランティア活動経験者の交流会でのディスカッション内容を質的に分析することにより、今後の交流のあり方についての示唆を得ることとした。なお、個別相談ボランティアとは、精神科病院に入院中の方の立場に立った権利擁護活動であり、ボランティア養成講座を受講した当事者、家族、看護師、精神保健福祉士(PSW)、弁護士等様々な立場のスタッフが、入院者からの希望に基づいて、2名1組で精神科病院を訪問している。入院者訪問支援事業の制度設計の際には、この個別相談ボランティアの取り組みから多くの示唆を得ている。

B.方法

昨年度までに作成した研修資料をベースとして、アドボケイトに関する研修の実施経験が豊富な大阪精神医療人権センターの協力者および当事者を中心としたワーキンググループにて講義資料と演習資料、事務局研修用資料を作成し、研究班会議及びメールでの意見交換により、案に対する研究協力者間の意見交換を行いつつ、フォローアップ研修資料を作成した。

また、2024(令和6)年11月9日に行われた大阪精神医療人権センターの実施する個別相談ボランティアの経験者が参加する交流会において、1グループ(5人+ゲスト2人)のディスカッション内容を、参加者の許可を得て

録音した。録音データの逐語録は匿名化し、質的に分析した。分析の際には、質的分析ソフトの MAXQDA を使用した。逐語録の内容について、要約的なコードに言い換えるコーディングの作業をし、得られたコードを上位概念のサブカテゴリーに分類し、さらに上位概念のカテゴリーを形成した。参加者には、質的分析の実施とその結果を報告書に記載することについて了解を得ている。実施に先立ち、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会に相談し、倫理審査を要しないことを確認した。

C.結果

フォローアップ研修資料は別紙 1～4 の通りである。別紙 1～3 は演習で活用することを想定した資料であり、別紙 4 は研修資料を用いた実際の研修の流れと、研修で使った主たる映写スライドの一部である。

研修は、2024（令和 6）年 7 月 26 日（第 1 回）および 2025（令和 7）年 1 月 31 日（第 2 回）に東京で実施した。研究には、各自治体における行政担当者と事業担当者の双方が参加するよう呼びかけ、第 1 回研修には、12 自治体から計 30 名が参加した。第 2 回研修には、7 自治体から計 18 名が参加した。

また、個別相談ボランティアの交流会（グループスーパービジョン）のグループワークの内容を分析したところ、表 1～9 のような結果が得られた。

D.考察

本研究では、入院者訪問支援事業の定着と質的向上を見据え、支援員のフォローアップ研修と支援者間の交流を通じた支援のあり方について検討した。これまでに作成された基礎研修資料を土台に、今年度は、制度理解と基礎となる支援のあり方にとどまらず、より実践的側面を重視したフォローアップ研修資料を新たに整備し、研修の設計と実施方法の検討を行った。また、個別相談ボランティア

の経験者による交流会の質的分析を通じて、実際の支援活動における葛藤や工夫、学びの構造を明らかにした。

研修教材は、支援の姿勢や対話のあり方を中心に据えた内容で構成されている。演習教材 1 では、電話相談のやり取りを通じて、限られた情報の中で相手の背景をくみ取り、次につなげる支援の構えを体験的に学ぶ。演習教材 2 では、訪問前の情報共有について取り上げ、「情報を持つこと」の倫理的含意や「知らないからこそ聴けること」への感度を高める。演習教材 3 では、退院に不安を抱える入院者との対話場面を通して、本人の声を引き出す支援のあり方、制度への信頼の築き方、セルフアドボカシー支援としての情報提供の意味を具体的に考える内容となっている。

こうした教材は、単に知識や技法を伝達するものではなく、支援員が自らの実践を振り返り、他者と経験を共有しながら学ぶ対話的学習の場を創出することを目的としている。演習は一方向の講義ではなく、実際の支援場面に近い疑似体験を通じて、「支援の原則に立ち戻る力」「自分の支援のスタイルを見直す力」などを育むよう構成されている。参加者は自分ならどう対応するかを考えたいという他者の視点とすり合わせることで、「正解のない支援」における多様なあり方を受けとめ、応答力を高めていくことができると考えられる。

また、研修教材はあえて「情報が限定された状態」や「対話が噛み合わない場面」など、現場でよくある「もどかしい」状況を題材にしており、支援員が支援における不確実性を前提としつつ、相手の語りに寄り添う姿勢を鍛える設計となっている。これは、支援員に「解決する人」ではなく、「共に悩みながら支える人」としての立ち位置を再確認させる意図がある。

さらに、研修ではグループ内での対話と全体共有の時間を設けており、支援員間の経験や価値観の違いが可視化される。これにより、研修が単なるスキル習得の場ではなく、実践

知の交流を通じて支援文化を育てる場となっている。特に、研修教材2や3に見られる「情報の扱い方」や「相談の申し出をどう受け止めるか」といったテーマは、制度上の枠組みだけでは解決できない現場のジレンマに対して、支援員一人ひとりが自らの応答を見つけていく必要があることを示している。

今後この研修教材を各地で展開していくにあたっては、研修の実施自体を支援員間のネットワーク形成や相互支援のきっかけと位置づけ、単発の学習機会ではなく、継続的なスキルアップの起点として活用する視点が求められる。支援活動の地域差や多様な実践背景を踏まえると、演習課題や進行方法は、自治体ごとの状況や参加者層に応じて柔軟に設定することが、研修の持続可能性の観点からも重要であると考えられる。

個別相談ボランティアの交流会から得られた質的データは、今後支援員間の交流を通じた相互のエンパワメントと学びの機会を構築するうえで重要な知見である。質的データを分析した結果(表1～9)、支援実践が直面する多様な状況や学びのあり方が、以下の4つの視点に整理された。なお、本研究で分析対象とした交流会は、入院者訪問支援員同士によるものではなく、長年にわたり個別相談ボランティア活動に取り組んできた支援者によるものである。個別相談ボランティアは、入院者訪問支援事業が制度化される以前から実施されてきたものであり、制度としての位置づけが異なるが、精神科病院に入院中の方の声を丁寧に聴き、その人にとっての希望や課題をともに考え、必要に応じて情報提供をするという実践的な理念を共有している。現時点では、入院者訪問支援事業の支援員同士が経験を持ち寄り、体系的に語り合う機会はまだ十分に確保されておらず、実践知の集積も途上にある。そこで本研究では、制度発足以前から取り組みが継続されてきた個別相談ボランティアの交流の場から得られる知見を手がかりに、今後の制度運用や支援員フォローア

ップのあり方への示唆を得ることとした。

まず【A. 支援を取り巻く前提条件・環境】として、表1「病院ごとの文化と受け止めの違い」では、外部からの個別支援という枠組みに対する病院ごとの意味づけにばらつきがあり、入院者が置かれている環境もさまざまであることから、支援の導入や関係性の構築にあたっては、支援員が言葉の選び方や関わりの方のスタンスに細やかな配慮を要する場面が多いものと考えられた。続く表2「訪問の仕組みの改善の余地」では、現場からの声を丁寧に拾い上げることにより、よりよい運用としていくことの必要性が示唆された。

【B. 支援員自身の視点と動機づけ】では、表3「訪問活動のモチベーション」において、支援員が活動を継続する背景には、「入院者の思いに触れることで自らも学びや気づきを得られる」といった内発的な動機があることが示された。これは、支援活動が一方的な「支援する側」と「される側」の関係にとどまらず、支援員自身にとっても「変化の機会」となりうることを示している。また、表4「本人の味方であるための悩み」や表5「訪問時の葛藤」では、支援員が直面しうるジレンマ状況が浮かび上がった。家族との関係性の難しさ、本人に関するネガティブな情報を知ったときの受け止め、病院職員との関係性、制度的制約の中でできることの限界などに直面しながら、それでも本人にとって意味ある関わりを模索しようとする支援員の姿勢が見て取れる。これらのことから、支援者が自らの限界や揺らぎを言葉にして他者と共有するプロセスが、支援員自身の支えとなりうること、またこのような機会を持つこと自体に大きな意義があることがわかる。

【C. 入院者の視点とエンパワメント】として、表6「入院者が訪問支援を知ったきっかけ」では、入院者がこの制度を知るタイミングや方法が限られていることが示された。病院職員からの声かけや掲示物、入院者同士の情報交換などがきっかけとなることも多く、

支援の認知が偶然に依拠している状況がうかがえる。より広く、本人の選択肢として定着させるには、情報提供の工夫や病院内での制度理解の促進が課題となることが示唆された。

【D. 支援のあり方】として、表9「多職種チームの組み合わせで訪問する意義」では、異なる立場の支援員がペアで訪問することで、本人との関わりがより豊かになり、支援員同士の視点の違いからも学びが生まれていることが示された。一方で、入院者訪問支援事業では、弁護士や医療専門職のような有資格者であっても、入院者訪問支援員として支援を行う際には、専門職としての直接的支援は行わないことが原則であることから、ジレンマが生じうる。普段の業務における役割と、入院者訪問支援員としての役割の違いに戸惑う場面が少なからずあることが想定され、そのようなジレンマに対して他の支援員がどのように考え、活動しているかを知ることが、支援員にとって貴重な学びとなるものと考えられる。

以上のように、今回得られた知見は、入院者訪問支援員のフォローアップや継続研修の設計にとっても重要な示唆を含んでいる。支援員が語り合い、自らの支援を振り返ることのできる場を意図的に設けることは、単なる技術習得にとどまらず、支援文化の成熟と制度の持続的展開に不可欠な要素である。今後は、こうした対話の機会を各地域の実践に組み込み、支援者の成長と相互支援を促進する仕組みづくりが求められる。

E.健康危険情報

なし

F.研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

A. 支援を取り巻く前提条件・環境

表1 病院ごとの文化と受け止めの違い

入院者がよく電話をかけてくる病院	身体拘束をする代わりに、本人の話を聴いてくれる人に来てもらえることを伝えている 身体拘束や外出制限が多い環境の場合、病院職員が入院時に人権センターのパンフレットを渡してくれる
入院者からの電話が少ない病院	電話の件数が少ない病院に行ってみたら療養環境に問題があった あまり電話がかかってこない病院が心配
コロナ禍後も直接面会が制限されている病院	コロナの影響で直接の面会が制限された コロナ後に面会再開が可能になる病院が少ない

表2 訪問の仕組みの改善の余地

訪問する人が替わることのデメリット	病院都合で期間が空いて別の人が訪問すると患者にとって二重の不安になる 訪問の制度上仕方ないが、訪問する人が替わることは患者にとって不安が大きい
迅速な訪問の実現	月1回の面会を待っている患者にとっては、待っている時間が長い 電話から3日以内に訪問できないと短期入院の方のニーズには応えられない
電話を受けるスタッフへのフォロー	電話相談担当者が、その後の面会での様子を知ることができる仕組みがあるとよい 電話相談の段階では、実際に病院訪問ができるかできないか、明言できないことがもどかしい

1

B. 支援員自身の視点と動機づけ

表3 訪問活動のモチベーション

入院者自身が力を発揮できるようにサポートしたい	後押しをする力、やる気スイッチを押す役割を果たしたい
退院という共通の目標	退院までいけるのは夢ではないと思えた
入院者を理解できたという喜び	患者さんの思いを理解できたときの感動が訪問を続ける原動力になる 患者の行動の理由を理解して共感できたことが訪問を頑張れる原動力になった 入院に至った行動の理由を理解できたことの喜び
2人で訪問することの意義	ペアのパートナーがいることで感情を共有できる

表4 本人の味方であるための悩み

家族との関係性への悩み	家族の話を聞くと、家族調整役ではない葛藤が生まれる 訪問の時間にたまたま家族がいて、入院者が家族と大喧嘩をして大騒ぎになった経験 病棟内で家族に会うと、立ち去ることができず家族の話も聴くことになる 家族から話を聴くと、本人の味方であることに葛藤を感じるときがある 本人の味方でいたいから、家族から聴いた話を忘れたい
他人からの入院者に関する情報	過去に入院者が他人に迷惑をかけた話を聴かなければ、自然な感じで親身になれたのと思う 本人の味方であるために本人の話を聴くが、他の人からの視点の話を聞くと悩ましい

2

B. 支援員自身の視点と動機づけ(つづき)

表5 訪問時の葛藤

主治医がハードルとなる	主治医が退院に賛成しない理由を主張した 訪問して主治医に対して信頼できないと感じた 権限が集中している主治医との衝突や関係作りに苦労する 患者さん状が急性期の時にそれでも話がしたいと言ったら、医師に治療させないのかと怒られた
病院のスタッフの働き方	担当者が辞める 一生懸命な担当看護師が病棟異動になった 患者に親身になってくれていた精神保健福祉士が退職した 良心的なスタッフが辞めていくように見える 担当のワーカーが替わったことが退院へ向けて物事が動くきっかけだった 担当者の働き方がハード 良心的な担当スタッフが見る度に疲せていった ワーカーが100人以上担当していると言っていた
本人の病状が不安定などときの対応	症状の波がある中でたまにしか会えないことに限界を感じる 症状の波によって、前回雑談できたのに今回は視野狭窄となっていることもある 病状が安定すれば様々な動きを取れるが、症状がある状態でワーカー共々悩ましい状況となっていた テンションが高いときとほとんど話さないとときの調子の波が激しい患者 外出したいという訴えの背景にあることを聴きたかったが症状が重い時の1回の訪問では難しかった 症状が急性期のときだと退院に向けての話や処遇改善の制度を理解してもらえない

3

C. 入院者の視点とエンパワメント

表6 入院者が訪問支援を知ったきっかけ

入院時に病院から渡された案内のパンフレット	入院のしおりと同時にパンフレットを渡してくれる病院からはたくさん電話がかかってくる
作業療法の際のパソコン作業	作業療法の際のパソコン作業で調べたことが、訪問相談を依頼するきっかけになった
電話の横の貼り紙	昔の訪問の広報は電話の横に貼っておく形式だった 公衆電話の前に番号が貼ってある病院と貼っていない病院がある
他の患者からの情報	患者間の口コミが知るきっかけとして機能している 退院した人から訪問者の名刺をもらったことで訪問支援を知った 同じ病室の人からの情報

表7 入院者の訴え

退院したい	入院者は、人権センターに電話したら退院できると思っていた 2週間後に退院が決まっていたても、早く退院したいと言っていた
薬を飲みたくない	薬を飲みたくないという訴え
外出したい	外出を希望し、無断離院をしないとは約束できないという患者が、「退院」ではなく「外出」にこだわる
希望が通らないことが分かったとがっかりされた	本人の希望が通らないと分かったと、もういいですと言われた

表8 入院者のエンパワメント

入院者をエンパワメントする言葉かけ	個別相談につながる行動自体が一步を踏み出していることになると患者に伝えるようにしている 会ってくれたことへの感謝を患者に伝えるようにしている
入院者本人の力の発揮	入院者は電話やメールをすることへのハードルがあるが、その負担を乗り越えて外につながろうとしている 外から誰かが来てくれるということが退院を諦めない力になった

4

D. 支援のあり方

表9 多職種チームの組み合わせで訪問する意義

多角的な視点で協力する	法律の専門家、医療の専門家、聴く人という組み合わせでアプローチした
みんなで頑張ろうというモチベーションにつながる	退院に向けていろんな人を巻き込むことで、最後にはみんなで頑張ろうとなる
弁護士が訪問することのメリット	弁護士が訪問することの強みがある 弁護士の指摘に対して病院が動いた 弁護士は法や人権の視点から違った見方を提示してくれる
医療専門職が訪問することのメリット	医療専門職が訪問したことで治療内容に違和感があることが分かった 医療専門職の視点から、入院者ができることについてアドバイスした

電話相談について考える演習案

はじめに

電話相談の意義

電話相談窓口に連絡してこられる入院者には、それぞれに想い・背景がある。

入院者は、この電話相談窓口が、どのような機関なのか？どこまで、何をしてくれる機関なのか？信用してよいのか？などの不安や緊張の下でかけて来ています。

電話の受け手も、どのような連絡があるのか不安を持ちながら電話を受けていると思われます。その中でも、最低限確認しなければならない事を整理し、入院者の置かれた立場に想いを寄せていくことが求められます。

デモ「退院先を探してほしい 明日面会に来て欲しい」

Point 相談者の背景を理解する、電話相談でできる事、できない事

入院者→入 受け手→受 と表示)

受：はい、人権センター電話相談 ミヤマです。

入：(小さな声で)

すみません、私ニシムラといいます。二病棟に入院してます …退院したいんです。どうしたらいいですか (後半は、ほとんど聞き取れない)

受：すみません…聞き取りにくいのですが…もう一度お願いします…

入：(小さな声で)

あ、はいあの二病棟のニシムラです…退院…あ、もう (ガチャと切れる)

再度電話がかかってくる

受：はい、センター電話相談 ミヤマです。

入：さっき電話したニシムラです…さっきは携帯で電話してたんですけど、近くに人が居て話せなかったんです。なんか、話の中身聞こうとしてるみたいで…

受：そうだったんですね…突然切れて、何があったのかと思ってました、すみません。掛けなおしてもらってありがとうございます。今は大丈夫ですか？

入：うん、さっきも言うたけど、もう入院して5年にもなるし退院したい。 そやけど、家族もおらんし帰る家もないんや…。退院先探してくれへんか？

受：そうなんです、病院の先生やソーシャルワーカーさんと退院の事とか相談してますか？

入：退院するところが決まったら退院していいといわれてるねん。

受：5年の入院と伺いましたが、今の入院形態は？

入：医療なんとか入院と聞いている。

受：退院先の事など今までに病院の職員さん、ソーシャルワーカーさんとかにしていますか？

入：ソーシャン？よくわからんね…お金のことは事務員さんに相談してるけど…

受：人権センターでは、病院に訪問させてもらってお話を聞かせてもらうことができます。一度訪問させてもらってじっくりとお話を聞かせてもらえませんか？

入：え！病院に来てくれるんか？ほな、明日来て～な。

受：訪問は、事務局で日時、訪問できるものを調整しますので、いつ訪問に行けるのかはわかりません。決まりましたら、連絡します。

入：ほな、明日来てくれるんやね！まってるわ！

(ガチャと切れる)

受：あ、病院名も何も聞いてなかった…どこに電話したらいいんやろう…

【グループワークでの意見交換の題材】

・初めて電話をかけてくる人の気持ち

「どんなことなんだろう」

「信用してよいのかな？」

「電話してる中身、病院の人に知られたくないな…」 etc

・初回電話で確認すること

・単なる受付ではない。緊急性の判断もしなくてはいけない

・現時点での主訴を大まかに把握する

・入院先の病院名、病棟名

・電話をかけてくれる方時間の流れを意識する(今回の場合：早く来てほしい)

・入院生活の一日の時間の流れを意識する

・長期に及ぶ入院生活の中での一日の時間の意味を意識する

→訪問調整をどの程度の日数で設定しておくか

・限られた時間の中で最低限聞かないといけないこと

・次につなぐことを意識しながらも、聞き取り表を埋めるような聞き方にならないように

(背景：相手の話を聞き続けることもよいのかな)

・電話を受ける上での姿勢(背景：突然公衆電話では切れてしまうときもある)

・公衆電話はコインが落ちて切れてしまうため、焦っておられることも…

・プライバシーの守られない環境下で話したくても話せないこともある

・突然切れたときの対応(かけ直しあったときに引き継ぐ内容など…)も検討しておく。(掛けなおして欲しくない事情もあるかもしれない)

・主訴を聞くこと

(背景:面会に来てほしい(話をしたい)

「退院したい」

「あいに来てほしい」

「何かを変えたい(処遇改善、不適切ケア…)

まとめ

訪問支援に関する情報の共有について考える演習案

入院者＝相談者・申込者

支援員＝面談に行く精神科アドボケイト・面会ボランティア

同行者＝一緒に行く支援員・パートナー

面談＝訪問支援事業でお話をお聞きする場面のこと

(これらの用語については、統一が必要)

1. 演習案

- 1) 面談予定の入院者に関して、事前にどのような情報を知っておきたいですか？
(意見が出た後)なぜその情報を知っておきたいと思ったのですか？
(意見が出た後)精神科アドボケイトの役割と照らし合わせてみて、どうですか？
- 2) 事前にどのようなことを打ち合わせておきたいですか？
(意見が出た後)なぜそのことを打ち合わせておきたいと思ったのですか？
(意見が出た後)精神科アドボケイトの役割と照らし合わせてみて、どうですか？

*現在の支援員養成研修演習②「出会いの場面」において、触れることもできる。

2. 入院者の情報に関する基本的な考え方

1) 情報把握の目的

入院者の希望を実現するため(本人の希望を次に「つなぐ」ため)。

2) 支援員が心に留めておいてほしいこと

真摯にきくことを大切にする(事業の意義)

- ・ この事業の意義は「情報を確認すること」ではなく、「入院者本人の、今この瞬間の生の声をきかせてもらうこと」にある。知らないからこそ生まれる「きかせていただく」姿勢を大切にしたい。
- ・ 支援員側の安心感のための情報共有となってはいけない。
- ・ 面談の目的は、あくまで相談者本人が申込時や面談時に話した要望であり、支援員側の目的ではない。支援員側の思いを押し付けることにならないよう、十分注意する。

情報を(一方的に)持つことによる優位性を意識する

- ・ 入院者は「自分のことなのに知らされていない」状況を経験することがある。例えば、主治医の見解や治療内容など、本人が知らない情報を病院職員等が持っている場合がある。これは、「不公平」「対等ではない」関係を生む。
- ・ 入院者本人が知らない情報を支援員が知っている場合、それが両者の関係性にどのように作用するかを深く考える必要がある。

準備することの重要性とともに準備しすぎることの弊害を意識する

- ・ 問題解決を急ぐための情報共有ではない。
- ・ 思いを押し付けたり、その瞬間の生の声、対話を大切にできなくなってしまうといけない。
- ・ 記録を読んで気になること等をもとに、今回の面談で主要な話題になりそうなことについて同行者で確認し、提供できる情報やとりうる対応について考えておくことで不安を軽減することができる。
- ・ しかしながら、対応のしかたなどは準備しすぎず、その場の対話を重視する姿勢を忘れない。細かく打ち合わせしても、その通りにならないことも多くあると捉え、打ち合わせすぎないようにする。

3) 事務局に検討してほしいこと

- ・ 相談者の情報をどこまで共有するかについては、事業のあり方と関わる重要なことであり、実施主体ごとに十分に議論することが望ましい。
- ・ 調整や案内時にこちらが意図せず病院職員等から事前に入院者に関する情報を知られる場合があるが、支援員がまだ会ったことのない入院者の情報を知っていることが、この事業や入院者にどのような影響を与えるかをよく考える。

3. 事務局からの連絡事項

1) 目的

- ・ 入院者との面談がスムーズに面談を進められるようにすること

2) 内容

- (1) 同行者との待ち合わせに関すること
- (2) 入院者と会うための手続きに関すること
- (3) お話を聞かせてもらうために必要なこと

3) 内容のチェックリスト

- ☐ 実施日程
- ☐ 実施場所(病院、病棟名)
- ☐ 待ち合わせ場所と時刻
- ☐ 入院者に関する情報
 - 氏名、相談内容や目的(入院者が申込時にお聞きしたこと、申込理由)など
- ☐ 引継ぎ事項……実施回数(特に、初回かどうか)、2回目以降の場合は前回までのこと
- ☐ 同行者の情報 ※1
 - 氏名、特性(例えば、ピア、PSW、一般市民、家族、看護師)など
- ☐ 役割分担(決まっている場合) ※2
- ☐ 緊急時(同行者と会えないなど)の連絡先や対応
- ☐ その他(その病院での面会申込み方法がある場合など)

※1 同行者の情報の取り扱いについて

当日連絡を取りやすくするために同行者の電話番号等の緊急連絡先を共有することは便利だが、個人情報の共有に対する考え方は人によって異なるため、どこまで共有するかについては、事前に確認や合意を取る必要がある。そのためには(できれば研修や登録よりも前に)、同行者の個人情報に関する方針を検討しておくことが望ましい。また、情報共有に対する不安を軽減するために、誓約書の作成を検討することもできるかもしれない。

※2 同行者の役割分担／リーダーとサブ

同行者はあくまで同等のパートナーであり、待ち合わせ場所で相談してその日の進行役を決めることも可能である。しかし、支援員としての経験が少ない段階では、事前に決めておくことで支援員が安心感を得られ、心の準備がしやすくなることがある。その場合、経験の回数やその日の相談者に過去に会ったことがあるかどうかを基にリーダーを決めることもできる。必ずしも経験が多い人がメインを担当するわけではなく、経験の多い人がサブとなり、必要に応じて対話に加わる場合もある。

<連絡の内容例>

- ① 実施日程：2024年11月25日10:00～11:00
- ② 実施場所：なにわ病院、南1病棟
- ③ 待ち合わせ：9:30 病院バス停留所(北淀川駅から徒歩3分)
- ④ 入院者について
氏名：大阪権一さん
相談内容(目的) 入院してもう3年になる。退院したい
引継ぎ事項 3回目。前回、〇〇についてPSWに相談してみるよう勧めたので、その結果を聞いてほしい。
- ⑤ 同行者について
氏名：西満子さん nishimitsuko@example.com
- ⑥ 役割分担：西さんは前回も訪問されているので、リーダーを依頼しています。
- ⑦ 参加できなくなった場合や当日パートナーとうまく会えないなど、緊急の場合は、事務局に電話して、指示をあおいでください。(電話番号:06-123-4567)
- ⑧ なにわ病院では、病院受付に立ち寄る必要はなく、直接病棟に行って面会申込みをしてください。

※ 事務局は、入院者の要望内容や状況によって、どの支援員に訪問を依頼するかをよく考える必要がある。社会資源に詳しいPSW、入院者の気持ちをよく理解できるピア、精神科のことに詳しくないが当たり前の感覚をもった市民など、支援員の背景もさまざまであり、また性別、年代といった属性もさまざまで、それらの特性を考慮に入れて、依頼する。また、同じような特性の2人でなく、異なった特性をもった2人に同行してもらうことで、より幅広い支援が可能となる。

4. 事前打ち合わせ

1) 目的

- ・ 入院者との面談をスムーズに進められるようにすること
- ・ 訪問する支援員同士が事前に顔を合わせ、話をする事で、不安を軽減すること

2) 方法

- ・ 前日までにオンラインか電話で行うことが望ましい。
- ・ 参加者:面会のリーダー、サブ、(前日までの場合)事務局が参加することもある
*事務局とリーダーのみが打ち合わせ、サブとは当日という場合もある
- ・ 当日待ち合わせてから行う場合は、第三者に聞かれない環境で行う

3) 打ち合わせ内容のチェックリスト

- ☐ 自己紹介(特に、面談対象者とのこれまでの関り)
- ☐ 今回の訪問の目的(相談者が面談に要望していること)の確認
- ☐ 今回の面談で問題となりそうなこと(記録を読んで気になること)のすり合わせ(その通りにはならないが、記録を確認した時点でお聞きしたいと思ったこと)
- ☐ 役割分担(決まっていない場合)
- ☐ 待ち合わせ場所、日時の確認(すでに待ち合わせできている場合を除く)

4) その他

上記の打ち合わせとは別に、初回面会の前、あるいは訪問終了後に次回の調整に関する方針(こういった立場の人で調整するか、同じ人が良いかどうか等)などを決めるための相談が必要になることもある。(事務局内あるいは、事務局+支援員等)

5. 報告

1)目的

- ・ 面談の振り返りを行い、次回の面談につなげること

2) 方法

- ・ 書面・WEB システム等が考えられる。

3)報告内容

- ・ 入院者の氏名
- ・ 面談の日時・場所
- ・ 相談内容(お聞きしたこと)
- ・ 対応内容(伝えたこと、話し合ったこと)
- ・ 引継ぎ事項
- ・ 資料送付等を依頼された場合
- ・ 本人と確認したことで、次回で再確認が必要なことがある場合
- ・ 伝えそびれたことや尋ねそびれたことで、次回に伝えたり尋ねたりできるかもしれない場合
- ・ その他(調整する事務局宛の連絡事項等)

4)留意点

面談内容をどこまで詳しく記録するかについては、支援員によって差がある(差が大きい)と思われる。事務局のほうで、例(面談場面とその記録)を示したり、演習で検討したりするなど、必要な内容が記録として残されるための方策を考えておくことが望ましい。

6. 守秘義務と個人情報保護

- ・ 守秘義務と個人情報保護については、告知や研修、誓約書について実施主体ごとで検討する必要がある。
- ・ 面談前に受け取った情報や当日のメモ、提出した報告の扱い、個人名をいれるかどうかやパスワードの設定、プリントアウトの可否について等も検討し、支援員に徹底する必要がある。

入院者への情報提供について考える演習案

入院者：入院は1月10日のCさん／退院について話をしたい

初回の面談 3月25日(申込は3月15日)

(あいさつ等略)

入院者 C：(非常に困ったという表情で)

早く退院したいんです。そろそろ退院と思っていたのに、どうも延びそうなんです。

支援員 A：そうなんですネ…今回の入院はいつごろからかお聞きしてもいいですか？

入院者 C：1月のはじめなので、もう3か月になるんです。そろそろ退院と思っていたのに…

支援員：(うん、うんとうなづき、話を促す)

入院者 C：そしたら、今後のことを話し合う「なんとか委員会」とかいうのが4月5日にあるから参加してほしいと言われて、退院が延期になるのかな？と心配になって…

それで、前に役所の人から渡されたチラシを思い出して、面談を申し込んだんです。

支援員 A：そうだったんですね、「退院支援委員会」のことかもしれませんね…

入院者 C：あ、そんなのでした。

支援員 A：退院できるのか？と不安なお気持ちになられたんですね…

入院者 C：(何か言いたげな表情)

支援員 A：他に何か気がかりなことなどもおありですか？

入院者 C：あと、、、同じ病室の人が「入院が長くなると住んでいたアパートから追い出される」と言っていて…。そんなことあるんでしょうか？そのことも心配なんです。

支援員 A：なるほど、退院が伸びることの不安と、今のアパートのことが気になっておられるんですね。もう少し、お尋ねしても良いですか？

入院者 C：はい

支援員 A：主治医から退院がどれくらい延びるかやその理由は聞いていますか？

入院者 C：(驚いた表情で)

聞いたことがありません…そんなことを聞いてもいいんですか？？

支援員 B：聞いてもいいですよ。私はCさんの治療のことなので尋ねてもよいと思いました。

これまで主治医や担当のソーシャルワーカーとはどのようなことを話していますか？

入院者 C：主治医からは、寝られているかとか、しんどさは落ち着いたか？とか聞かれることが多いかな。ソーシャルワーカー…？(しばらく考え)委員会のことを知らせてくれた小平(こだいら)さん？

支援員 B：ソーシャルワーカーさんは、アパートの心配や、退院後の暮らしの相談にもものってくれる人ですよ。

入院者 C：(しばらく考え)

そういえば「何とか相談員」と言っていたような…。

私は掃除洗濯が苦手だけど、その手伝いをしてくれる人がいるけどどうか？と言っていた気がするなあ…。

(一息ついて)

実は6月20日が父の命日なんです。毎年その日は母と墓参りに行っていたんです。外に出るのが怖かった時も、この日だけは絶対に父に近況報告していたんです。
今年は母がいなくなったので、、、なおさら行きたいと思っていたんです。でも、そんなことを話したら『まだ退院は難しい』と退院が延びそうな気がして・・・結局、言い出せなかったんです。

支援員 A: そうなんですね、そのようなご事情があって退院について不安になられたんですね。

入院者 C: (ホッとしたように)

そうだ、この書類(入院診療計画書と入院のお知らせ)と一緒に見てもらえませんか??

メモ

1月10日 入院。予定入院期間は3か月。

3月15日 退院支援委員会があると聞き、面談申し込みをする。

3月25日 面談当日

4月 5日 退院支援委員会

6月20日 父の命日

ファシリテーター用メモ

進め方／出るかもしれない意見・ファシリから問えることの例

<スライド>

個人ワーク・意見交換

支援員は、このやりとりで

- どのような情報を伝えていますか
- 他にどのような情報を伝えることができますか
そのために、どのような質問ができますか

1. 支援員は、このやりとりでどのような情報を伝えていますか

(問の目的:「情報」は、保健医療福祉サービスだけではないことを確認したい)

例:制度について(退院支援委員会の意味)

職員の役割

相談する権利がある、相談してもいいこと(相談に躊躇している人も多くいる、躊躇されている場合はその理由のおたずねによりできることが見えてくるかもしれない)

2. 他にどのような情報を伝えることができますか、そのために、どのような質問ができますか退院支援委員会に向けて、支援員としてどのような情報提供ができますか？

このシナリオのやり取りで気になったこと、もっと聞きたいと思ったことはありますか？

(問いの目的:セルフアドボカシーにつながる情報提供のためには、さらにお聞きする必要があることを確認したい。)

例 ①「質問をしたら退院が延びる」と思う背景

本人がどういう関係性の中で自分の気持ちを抑えているのかを知ること、本人にできることを一緒に考えられるかもしれない。

② 退院後の暮らしについて

生活のイメージを持つことで、退院後に必要な地域資源(住まい、生活支援など)の話ができるかもしれない。

③ 入院診療計画書(本人と職員のやり取りの確認)

治療計画を把握しているか、話し合いの機会があるか、本人が自分の治療にどう関わっているかを知ること、今後本人にできることを一緒に考えられるかもしれない。

④ 本人の希望(退院 or 外出)

本人にとって現実的で実現可能な第一歩を一緒に探ることができるかもしれない。

⑤ 支援員の役割(同席、代弁、情報整理)

本人の希望に沿ってどのように支援員が関わるかを一緒に考えられるかもしれない

⑥ 精神医療審査会の情報提供(制度への信頼と現実的な活用)

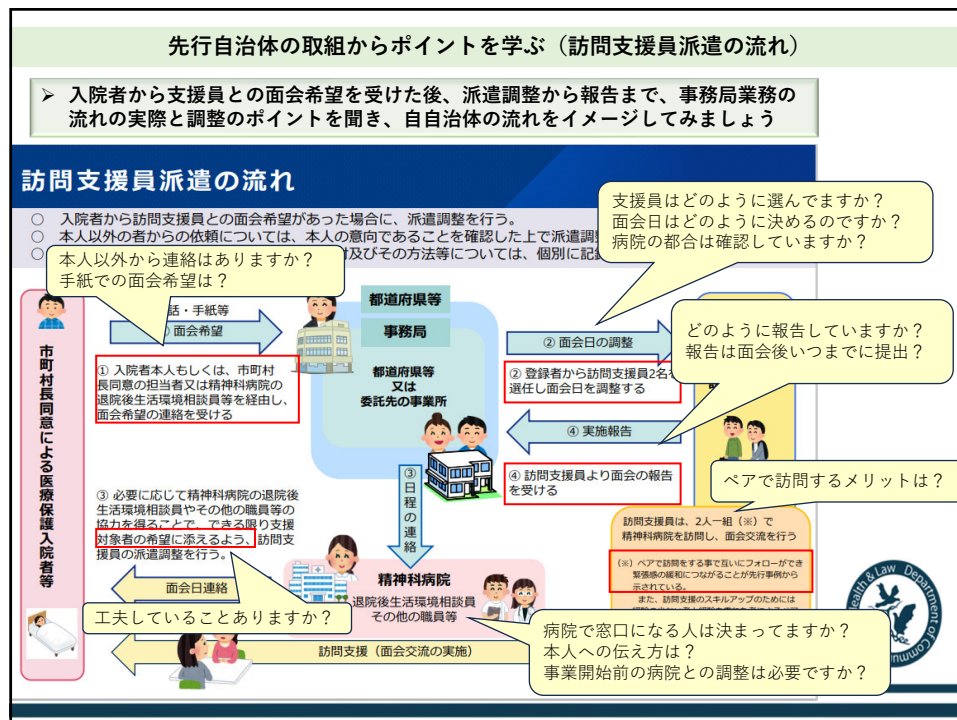
本人にとっての選択肢を増やす情報提供になるが、地域格差や現実の制度的課題(形骸化)も踏まえる必要がある。

フォローアップ研修

自治体職員＋委託先がペアで参加

10:00	(開講式)
10:00～12:00 (120分)	【講義・グループワーク】事業の意義と実施体制の構築
12:00～13:00	(昼休憩)
13:00～13:45 (45分)	【講義・グループワーク】事業開始に向けての準備
13:45～15:45 (120分)	【講義・グループワーク】不測の事態への対応
15:45～16:45 (60分)	【講義・グループワーク】支援員のバックアップとスキルアップ
16:45～17:00 (15分)	研修の振り返り

1



2

入院者訪問支援事業 支援員フォローアップ研修

演習：情報提供について考える

3

演習の目標

1. 情報提供の具体例を確認する
(内容やタイミングについて)
2. 情報提供がゴールではないことを理解する
(対話の切り口として)

4

演習の流れ

場面1 解説とデモプレイ、資料確認



個人ワーク



グループ内で意見交換



全体共有

場面2 シナリオと資料の配布、解説と読み上げ



個人ワーク



グループ内で意見交換



全体共有とまとめ

5

意見交換 場面1

支援員は、このやりとりで

- どのような情報を伝えていますか
- 他にどのような情報を伝えることができますか
- そのために、どのような質問ができますか

6

意見交換 場面2

支援員は、ご本人のお話しに対して

- 他にどのような情報を伝えることができますか
- そのために、どのような質問ができますか

精神障害者の権利擁護に関する研究 —精神医療審査会に関する研究—

研究分担者：藤井千代（国立精神・神経医療研究センター）

研究協力者：野木 渡（浜寺病院・全国精神医療審査会連絡協議会会長）、平田豊明（千葉県総合救急災害医療センター）、位田 浩（位田浩法律事務所）、内田博文（九州大学法学部）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、岡崎伸郎（国立仙台医療センター）、小笠原基也（もりおか法律事務所）、河崎建人（水間病院）、姜 文江（法律事務所ヴェント）、白川教人（横浜市こころの健康相談センター）、田村綾子（聖学院大学）、辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター）、利田泰之（久米田病院）、前沢孝通（前沢病院）、松原三郎（松原病院）、松本すみ子（東京国際大学）、森 豊（伊達法律事務所）、山下俊幸（京都府立洛南病院）、八尋光秀（西新共同法律事務所）、吉澤雅子（東京弁護士会）、横藤田誠（広島大学大学院）、四方田清（順天堂大学）

研究要旨

【目的】精神医療審査会活動のモニタリングや関係者の意見交換などを通して、精神障害者の権利擁護システムの強化に資する提案を行うこと。

【方法】(1)2024 年度に公開された 2023 年度の精神保健福祉資料および衛生行政報告例から 2022 年度の精神医療審査会関連データを抜粋して集計・可視化し、審査会活動の動向を分析した。(2)2022 年度の精神保健福祉法改正（一部 2024 年度施行）による合議体構成等の変化や今後の予測に関して、全国 67 の精神医療審査会事務局の意見をアンケート調査した（資料 1）。(3) 2025 年 2 月 21 日、「精神医療審査会の機能強化に向けて～令和 4 年度精神保健福祉法改正を踏まえて」と題して対面形式のシンポジウムを開催し、関係者による意見の交換を図った。また、参加者に対してシンポジウムに関する感想や意見、今後のシンポジウムのテーマに関する要望などをアンケート調査した。

【結果】(1)公式資料の集計・可視化の結果は、表 1～表 3 および図 1～図 7 に示した通りである。(2)事務局に対するアンケート調査では 60 自治体から回答があった（回答率 89.6%）。調査結果は、資料 1 の中に書き込んだ。(3)2025 年 2 月 21 日のシンポジウムでは、4 人のシンポジストが、今後の審査会業務の変化に対応して、審査会機能の強化に資するための提案を行った。その後、会場の参加者延べ 143 名とともに意見交換が行われた。終了後のアンケート調査には 33 人から回答があった。結果は資料 2 に書き込んだ。

【考察】(1) 合議体数と委員枠は年々拡大しているが、医療委員の構成比における優位性は変わらず、委員の確保が困難となっている自治体もある。精神保健指定医という国家資格の更新要件に審査会委員への在任経験や研修を義務付けるなど、合議体委員の数と質を確保するための仕組みを考案すべきである。(2)退院等の請求審査件数は増加しているが、平均すると非自発的入院の在院患者 100 人に対して年間 4.1 人、新規の非自発的入院件数 100 件に対して 3.9 件にすぎない。少なくとも権利行使の障壁を取り除く施策が必要であ

る。(3)請求棄却以外の審査結果は、代理人弁護士による請求が多い自治体を中心に増加傾向にあるが、地域差が大きく、審査基準が標準化されていない現状を示唆している。審査基準を標準化し、関連法規を整備して、弁護士関与案件の増加といった趨勢に対応すべきである。(4)2022年度の法改正では、医療保護入院の同意者要件の変更と入院期間の限定および措置入院決定書の審査が加わった。新たな入院期間更新手続きの始まった2024年度には、6割を超える自治体で合議体や委員が増枠されたが、審査基準が厳密化されたとはいいがたい。(5)非自発的入院の動向と精神医療審査会によるチェック機能を強化するために、公式統計の項目をいくつか追加することを提案する。

【結論】創設から38年を経て、わが国の精神医療審査会制度には様々な課題が浮き彫りになっており、関連法規の改正・整備が必要な時期に来ていると思われる。2022年度の精神保健福祉法改正では医療保護入院の期間に上限が設けられたが、それが具現化されるかどうか、また、精神医療審査会の審査機能が強化されるかどうか、公式統計の項目を追加した上で、今後の動向を注視する必要がある。

A. 研究の背景と目的

本研究班は、全国精神医療審査会連絡協議会（全精審連）の役員を研究協力者として、国の公式統計の分析や独自のアンケート調査などを通じて精神医療審査会制度の運用状況をモニターし、その成果を全国シンポジウムやホームページで公開するとともに、審査会の機能を均霑化するための意見交換や政策提言を行ってきた¹⁻³⁾。

今年度は、例年の公式統計分析に加えて、2024年（令和6年）4月から施行された医療保護入院更新手続きの見直しによって、精神医療審査会の業務にどのような変化が生じているか、今後どのような変化が起こると予測されるか、そして、どのように変化して行くことを期待するか、といった事項について、精神医療審査会事務局の意見をアンケート調査することとした。

さらに、シンポジウムを開催して調査結果を公開するとともに、調査項目に関連した論題に沿って、シンポジストや参加者との意見交換を図ることとした。

B. 研究方法

1. 公式統計の集計・分析

2024年度に公開された2023年度の精神保健福祉資料⁴⁾および衛生行政報告例⁵⁾の中から、2022年度（一部2023年度）の精神医療審査会に関するデータを抜粋して集計・可視化し、精神医療審査会活動の動向を分析した。

2. アンケート調査の実施

2024年度から施行された医療保護入院者の入院期間更新手続きなどの審査業務の変化に対応して、精神医療審査会の体制や活動がどのように変化したか、今後どのような変化を予測ないし期待するかを把握するために、資料1に示したような項目について、2024年12月、全国の精神医療審査会事務局を対象としたアンケート調査を実施した。

3. シンポジウムの開催

2025年2月21日、東京都内において、シンポジウムを対面形式で開催し、前記アンケート調査の結果を速報した後、4人のシンポジストを立て、精神医療審査会の機能強化をテーマとしてパネルディスカッションを行った。終了後には、今回のシンポジウムに関する評価と今後のテーマなどについて、資料2に示したようなアンケート調査を実施した。

(倫理面への配慮)

今回の研究に係る調査においては、個人情報扱は扱わなかった。研究の全体について、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 公式統計の分析

(1) 合議体委員の構成等

表 1 によれば、2023 年 4 月における全国 67 の精神医療審査会には、合計 224 の合議体が設置されており、予備委員を含めて 1,607 人の合議体委員が知事および政令指定都市市長によって任命されていた。

委員の種別は、医療委員が 841 人(52.3%)、法律家委員が 356 人(22.2%)、保健福祉委員が 410 人(25.5%)であった。同年度内に合計 1,931 回(1 精神医療審査会平均 28.8 回)の合議体が開催されていた。図 1 に委員類型別の委員数と構成比の推移を 5 年おきに示した。

(2) 書類審査の状況

衛生行政報告例から、図 2 に、近年における書類審査件数(折れ線グラフ)、退院請求および処遇改善請求の審査件数(棒グラフ)の推移を示した。

近年、書類審査の件数が 27 万 7 千件ほどで推移しているのに対して、請求審査の件数が増加していることがわかる。コロナ禍のために 2021~2022 年度は請求件数が減少したが、2023 年度には再び増加に転じた。

(3) 退院請求の審査状況

2023 年度精神保健福祉資料から、2022 年度における退院請求の審査状況に関するデータを審査会別に表 2-1~表 2-4 に示した。

(ア) 不審査決定および代理人による請求の状況

表 2-1 によれば、2022 年度は、全国で 4,133 件の退院請求が新規に受理され、前年度から

の繰り越し案件 350 件と併せた 4,483 件が審査の対象となったが、表 2-4 によれば、このうち 1,413 件(31.5%)が請求取り下げや請求要件消失などのために不審査決定となっていた。

コロナ禍による新規入院件数の減少により、退院請求の新規受理件数は前年度の 4,155 件から 4,133 件に減少し、同じくコロナ禍による退院請求審査プロセスの遅延により前年度からの繰り越し案件が 304 件から 350 件に増加したと思われる。

表 2-2 によれば、代理人(ほぼ全例が弁護士と思われ、家族等の代理人は 2 件のみである)による請求は 265 件(全受理件数の 6.4%)で、前年度の 271 件(同 6.5%)よりも減少していた。コロナ禍にあつて新規の退院請求件数も減少したためと思われる。

(イ) 審査結果

表 2-3 によれば、2022 年度に退院請求の審査が完了したのは 2,668 件であったが、結果が判明しているのは 2,666 件であった。このうち 2,460 件(92.3%)が現状維持(すなわち請求棄却)となっており、入院形態の変更が 109 件(4.1%)、期限付きの入院形態変更が 56 件(2.1%)、退院が 38 件(1.4%)、処遇改善が 3 件(0.1%)となっていた。現状維持の比率 92.3%は前年度の 93.0%より減少し、処遇改善を除く現状維持以外の裁定の比率は 7.6%で、前年度の 7.0%よりも増加していた。

(ウ) 審査日数

表 2-4 によれば、退院請求の受理から審査結果の通知までの平均期間は 38.3 日(前年度は 34.9 日)、不審査決定までは 20.222.6 日(同 18.4 日)で、いずれも前年度より 4~5 日延長していた。コロナ禍による請求審査プロセスの遅延および代理人との日程調整に時間を要したことによるものと推測される。

以上の退院請求関連のデータを図 3 にフローチャートとして表示した。

(4) 処遇改善請求の審査状況

処遇改善請求の審査状況に関する審査会別

のデータを表 3-1～表 3-4 に示した。

(ア) 不審査決定率および代理人による請求の状況

表 3-1 に示されたように、781 件が新規に受理され、前年度からの繰り越し案件 78 件を含めた 859 件の請求のうち 293 件 (34.1%) が不審査決定となっていた。

表 3-2 によれば、代理人による請求は 56 件 (全受理件数の 6.5%) で、前年度の 68 件 (同 8.4%) よりも減少していた。

(イ) 審査結果

処遇改善請求は、表 3-3 のように、480 件が審査に付され、審査結果が判明している 456 件のうち 423 件 (92.8%) が処遇は適当 (すなわち請求棄却) とされ、処遇不適当 (すなわち処遇改善勧告) は 33 件 (7.2%) であった。審査件数は前年度の 547 件より減少したが、処遇不適当の件数は前年度の 26 件よりも増加し、比率も 5.1% から 7.2% に増加した。

(ウ) 審査日数

表 3-4 によれば、処遇改善請求では請求受理から審査結果通知まで平均 39.5 日 (前年度 33.5 日)、不審査決定までは 22.5 日 (同 18.1 日) で、いずれも前年度より延長していた。

以上のデータを図 4 にフローチャートとして表示した。

(5) 請求審査の地域差

退院請求と処遇改善請求を併せた審査請求の受理件数と審査件数を審査会別に比較すると、図 5 に見るような地域差があった。

図 6 には現状維持 (請求棄却) 以外の審査結果を審査会別に図示したが、さらに大きな地域差を認めた。なお、現状維持以外の裁定の総件数は、図 7 に見るように、2020 年度を除けば、漸増傾向にある。

2. アンケート調査の結果

60 の審査会事務局より回答があった (回答率 89.6%)。調査結果は資料 1 に書き込んだ通りであった。

(1) 2024 年度の業務変化への対応

2024 年度の業務変化に対して、9 自治体 (15.0%) は、特に新たな対応をしていないと回答した。合議体を増やした自治体が 37 (61.7%) あり、合議体数の合計は 132 から 184 へ 39.4% 増加した。

合議体の委員数を変更した自治体は 39 (65.0%) あり、委員の合計数は 723 人から 979 人へ 35.4% 増加した。うち、医療委員は合計 394 人から 510 人へ 29.4% 増加したが、3 自治体では 1 名減員して非医療委員に置き換えられていた。法律家委員は 164 人から 228 人へ 39.0% 増加、保健福祉委員は 165 人から 241 人へ 46.1% 増加していた。

合議体の開催頻度を増やして開催間隔を縮めた自治体が 25 (41.7%)、事務局人員を増やした自治体も 25 (41.7%) あった。

その他の回答は 11 (18.3%) あった。内訳は、委員報酬を増額した自治体が 3 あったほか、医療委員が 2 名の合議体を設置したとの回答が 2 あった。また、予備委員を増員した、次年度から合議体数を増やす予定、委員数を増やす予定、開催頻度を増やす予定、事務局の人員増を要求中、事務局人員増は認められたが未着任、合議体へのオンライン参加の選択を認めた、審査方法を変更した (内容不明)、書類審査の返戻基準を変更した、という回答がそれぞれ 1 あった。

(2) 2024 年度以降の変化の予測

新たな医療保護入院者の入院期間更新届の審査件数については、増加すると予測した自治体が 56 (93.3%)、減少ないし不変との予測は 0 で、予測できないとの回答が 4 (6.7%) あった。

このほかの予測を回答数の多い順に並べると、事務局の負担増が 52 (86.7%)、合議体委員の負担増が 44 (73.3%)、合議体委員の増加による請求審査の迅速化が 15 (25.0%)、代理人弁護士による請求増が同じく 15 (25.0%)、

審査請求件数の増加が 13 (21.7%) 合議体 1 回当りの開催時間短縮が 6 (10.0%) となっていた。

精神医療審査会の運用に関して今後期待する事項としては、情報通信技術を活用して書類審査を迅速化するとの回答が 31 (51.7%) で最も多く、次いで、常勤の専従委員を置いて審査の迅速性を高めるが 11 (18.3%)、精神医療審査会を労働委員会と同等の独立組織とするが 10 (16.7%)、書類審査を面接審査に置き換えて審査の厳密性を高めるが 2 (3.3%) あった。

その他の回答として要望事項が 5 (8.3%) 自治体から寄せられた。内訳は、審査会運営費の国庫補助が 2、国による審査ガイドラインの作成、DX 化に伴う電子カルテ内の個人情報開示の検討、(精神医療審査会運営マニュアルへの) 書類の事前審査容認の明記がそれぞれ 1 あった。

3. 全国精神医療審査会連絡協議会総会におけるシンポジウムの開催

2025 年 2 月 21 日、東京都内において、全精審連総会およびシンポジウムが開催され、延べ 143 名の参加のもと、2024 年度における審査会の委員構成や業務内容の変化と今後の機能強化を主なテーマとして議論が交わされた。その概要は以下の通りである。

基調報告やシンポジストによる講演で使用したスライドは、全国精神医療審査会連絡協議会の NEWS LETTER No.51⁶⁾に掲載し、これを同協議会のホームページ 7)にも公開している。

(1) 基調報告

シンポジウムの基調報告として、全精審連の平田豊明理事より、公式統計の分析と今回のアンケート調査の結果が報告された。内容は前記した通りである。

なお、シンポジウム当日におけるアンケート調査の回答数は 59 で、本報告書の記載より

1 件少ないものであった。

(2) シンポジストによる講演

4 人のシンポジストの講演要旨は以下の通りである。

(ア) 全精審連の立場から

全精審連理事の平田豊明氏より、全精審連として提案した医療保護入院に関する退院請求審査基準の標準化案 (図 8) が示され、解説がなされた 2)。

ポイント①【入院手続きは適法か?】主に同意者要件の適法性を念頭に置いた確認事項であるが、同意者が三親等以内の親族か、虐待の加害者でないか、同意権限のある親族がいるのに市長同意となっていないか等の点に留意すべきという視点である。適法な手続きによらない医療保護入院の期間があれば、審査会はいったん退院と裁定する必要がある。

ポイント②【判断能力の減弱を伴う病態か?】判断能力の水準をどのように評価するかが問題であり、診断名のみでは決められないことを示す視点である。医学的な重症度と社会生活場面における障害の程度は必ずしも一致しないため、意見聴取場面に限らず、入院までの病歴や家族の意見などを総合判断する必要があるが、パターンリズムによるバイアスを回避するために、非医療委員の面接は行うべきである。

ポイント③【入院医療の継続が不可欠な状態か?】入院継続の不可避性に関する視点であり、絶対的な判定基準はないが、在宅生活を支えるサービスやグループホームのある現代日本では、家族の受け入れ同意がなくとも退院は可能となっているため、判定に迷う事例では十分な合議や追加調査を行うべきである。

ポイント④【1~3 ヶ月以内に入院医療が不可欠とまではいえない状況に至る可能性があるか?】審査時点において医療保護入院の継続が必要であっても、積極的に働きかければ 3 か月以内に任意入院への移行が可能と思わ

れる事例などは、期限付きの入院形態変更という裁定に該当する。

なお、ポイント②から④までは時系列順に並んでいるわけではなく、相互に関連して一体的・総合的に評価される視点である。すなわち、③や④から②へフィードバックされることもある。

ポイント⑤【適正な医療や福祉が提供されているか？】病院側の医療や処遇内容に疑義がある場合は、現形態入院継続の裁定がなされた場合でも、処遇改善命令を併せて裁定できることを示した視点である。

以上のとおり、現状維持（請求棄却）という審査結果は、上記のポイントを踏まえた慎重な合議による判断を経て、消去法的に残される最終選択肢であることを精神医療審査会委員は再度確認すべきである。また、処遇改善命令には至らなくとも附帯意見という形で改善への提案をすることができることを忘れてはならない。

なお、代理人弁護士による退院等の請求が増加し、医療側と対立するエピソードを仄聞するが、医療側、弁護士側双方とも、対立感情を抱くだけで終わらせるのではなく、相互理解の好機ととらえて対話を重ねるべきなのではなかろうか。

（イ）法律家の立場から

法律家の立場から、全精審連理事の森豊氏より、精神医療審査会運営マニュアルをはじめとする関連法規の改正案骨子が示された。

- ①合議体の医療委員を2人、非医療委員を3人と規定する。
- ②書類審査を実地審査に置き換えるための条件整備を努力義務とすることを明記する。
- ③非自発的入院者に代理人弁護士の選任権を告知し、弁護活動が個人情報保護法令に優先すること、および弁護活動に当たっては治療関係に配慮することなどを規定する。
- ④退院請求等の支援を生活環境相談員および新設の訪問支援相談員の業務に含める。
- ⑤退院請求の審査結果に転院勧告などを含

める。

- ⑥処遇改善請求の対象に治療内容や職員の接遇、療養環境に関する改善請求を含めることを明記する。
- ⑦現状維持以外の審査結果が出た場合、知事等は、事前の指導などを介在させることなく、速やかに病院に命じるよう規定する。
- ⑧請求棄却に対する行政訴訟を認める。
- ⑨意見聴取を要しない例外期間を6か月から3か月に短縮する。

（ウ）保健福祉委員の立場から

全精審連常務理事の四方田清氏から、保健福祉委員の意見として、フォーカスグループインタビュー調査を中心に、現状分析と提言がなされた。

まず、保健福祉委員として大切にしている視点、あるいは期待される役割として、請求者の退院後の生活を意識した情報提供が挙げられる。そこから、入院の必要性のない者に対して、積極的に退院後の生活支援を行うため、また、退院準備中であっても入院中から「生活の質」を意識して関わるため、退院請求における意見聴取に保健福祉委員が同席することが有効である。同じ理由から、現行の書類審査では項目自体が病状(医療)中心になっているが、今後は入院届や更新届等においても、退院後の生活を見据えた項目の追加や記述内容の審査が可能な仕組みが求められる。

障害者の意思決定支援に関わる立場として、医療や処遇内容の選択の場面においても精神保健福祉士が関わることで、現行の強制入院や退院請求等のあり方に変化が生じる可能性がある。地域精神保健福祉の環境も変化していることから、退院請求や治療のあり方についても障害者の生活支援を同時に考えていくことが大切である。

審査会における保健福祉委員が、医療、法律と並ぶ専門委員として、家族や医療機関への課題を整理して提案していく存在価値（繋げる役割）は極めて大きいと考えられる。とくに、退院後生活環境相談員と連携できれば、

退院支援の積極的な推進につながる可能性もある。

(エ) 精神科病院の立場から

民間精神科病院管理者の立場を代表して、全精審連会長（日本精神科病院協会副会長）の野木渡氏から講演がなされた。まず、統計から以下のような現状の分析が示された。

- ①団塊のジュニア世代が65歳となる2040年には、65歳以上が全人口の35%となり、2070年には、人口は8700万人まで減少し、65歳以上が全人口の約39%になると推測されている。
- ②精神科病院の在院患者も徐々に減少しており、2020年時点の入院患者数は28.8万人であり、2029年には高齢化を伴い23.8万人まで減少することが予測される。
- ③医療保護入院者の在院者数は、今世紀に入って増加し続けてきたが、近年は入院患者数の約半数（おおむね13万人）であり、横ばい傾向にある。
- ④日精協会員病院でも、長期在院者比率の低下とともに在院者数が減少しており、病床利用率の急激な低下（2021年時点で平均87パーセント）によって、赤字経営の病院が全体の57.7%にまで及ぶなど、経営的逼迫が急激となっている。

また、診療報酬という統制経済の中で、物価高騰に診療報酬が対応できておらず、他業種のように給料アップが困難となっているため、人口減少による働き手の取り合いの中、医療スタッフの確保が困難となっている。

- ⑤精神医療審査会の受理件数については、2024年度の精神保健福祉法の改正により、書類審査件数が相当量増えるのではないかと懸念があったが、今回調査した2都道府県並びに2政令指定都市では減少傾向にあった。ただし今後、医療保護入院者の入院期間更新届が増えることが予想されており、審査件数の増減については、もう暫く動向をみる必要がある。

以上の認識を踏まえて、今後の精神医療審査会の役割としては、量よりも、より人権に配慮した質の審査を重視するべきである。

(3) 意見交換

以上のような講演の後に、全参加者による意見交換がなされた。会場からは、意思表示が困難な認知症患者が増え続ける中で、権利擁護のあり方が再検討される必要があるのではないかという指摘があり、後述するアンケート調査にはこれに賛同する意見もあった。マニュアル等の改定案について独自の提案事項があるとの意見も出され、後日、全精審連の役員会に提示されることが確認された。

また、令和6年度以降の精神医療審査会の業務について注意深くモニタリングし、新たな課題に対して関係者の意見交換を行うこと、一定のコンセンサスが得られた事項については、関連法規の改定を含め、全精審連および本研究班として、制度改革への提言を積極的に行っていくことが確認された。

(4) シンポジウム後のアンケート調査

本シンポジウム終了後に行ったアンケート調査には33人から回答があり、資料2に示したように、基調報告、パネルディスカッションともに高い評価を受けた。シンポジウム全体の評価や今後のテーマについてのフリーコメントは、今後のシンポジウムの運営に役立てたい。

なお、全精審連が行っている相談事業（全国の審査会事務局等から審査会業務に係る疑義や問題提起を受け付け、全精審連役員間で意見交換の上、見解を返信する事業）について内容を知りたいとの意見が複数あったが、全精審連のホームページ⁷に前年度分までの相談内容と全精審連の見解が公開されているので参照されたい。

D. 考察

1. 精神医療審査会活動の動向と課題

(1) 合議体数と委員構成

公式統計によれば、我が国の精神医療審査会では、図 1 に示したように、合議体数と委員数は着実に増加し、委員構成比では、非医療委員の比率が増加しつつある。しかし、医療委員の優位性には変わりがなく、医療委員が 2 名、非医療委員が 3 名の合議体は、本研究班の調査では 2022 年 4 月 1 日現在、10 合議体（総数 223 の 4.5%）にすぎない。

医療委員から非医療委員へのシフトは、精神科病院の利害から完全に中立とはいえない医療委員の比重を軽くするために、2005 年の法改正に際して盛り込まれた規定であるが、法改正の趣旨が十分に生かされているとはいえない現状にある。その要因としては、医療委員が審査会全体を主導する自治体が少なくないなどの事情が考えられる。

一方、近年では、合議体の増加に比して医療委員の成り手も乏しく、選任に苦勞するという事務局サイドの意見もある 3)。各種の公務の中でも拘束時間の長い精神医療審査会の関連業務は、時代および年齢とともに多忙化する精神科医に敬遠されがちなためと思われる。

こうした事情は医療委員に限らないであろう。合議体委員の数を確保しつつ質も担保するためには、例えば、精神保健指定医の研修会に精神医療審査会業務に関する講義を組み込み、指定医更新の要件に審査会委員への在任経歴を加えること、弁護士会で審査会関連の研修をより充実させ、法律家委員を推薦してもらうこと、PSW 協会でも審査会関連の研修イベントを開催し、保健福祉委員を推薦してもらうこと、それに全精審連のシンポジウムに合議体委員が出張参加する、といった仕組みを考案する必要がある。

(2) 書類審査件数と退院等の請求件数

審査件数では、図 2 に示したように、書類審査が近年 27 万 7 千件ほどで横ばい状態で

あるのに対して、退院等の審査請求件数は、コロナ禍などにより減少することはあっても、一貫して増加傾向にある。このため、図 5 に示すように、書類審査 100 件に対する退院等の請求件数も増加してきた。ただし、図 6 に示したように、地域差が大きい。

請求件数が増加しているとはいえ、2023 年度は、在院患者 100 人に対して年間 2.1 件、非自発的入院に限っても 4.1 件の退院等の請求があったにすぎない（精神保健福祉資料によれば、2023 年 6 月 30 日の在院患者総数は 256,309 人。うち、措置入院 1,601 人、医療保護入院 129,072 人、任意入院 124,282 人）。また、衛生行政報告例によれば、2023 年度の新規措置入院件数は 7,381 件、医療保護入院届の審査件数は 127,992 件であるから、新規の非自発的入院件数 100 件に対しては 3.9 件にすぎない。なお、2022 年度の本研究班の調査によれば、2021 年度中に退院等の請求が 1 件もなかった病院の比率は全国平均で 47% に上っていた 2)。

全合議体委員を対象としたアンケート調査 1) などによれば、病院関係者の中には、退院等の請求が少ないのは、入院医療に対する患者の満足度が高いためであると評価する意見もある。しかし一方で、それはパターンリズムに偏った意見であり、請求が少ないのは、退院請求等の権利告知や権利行使の支援が不十分など、患者の権利行使に様々な障壁があるためであるとの批判的評価もある。本研究班としては、精神医療審査会制度の創設理念を尊重し、精神科病院の透明性を高めるためには、少なくとも権利行使に関わる障壁はできるだけ取り除くべきであると考え。

(3) 請求審査の結果

図 3 および図 4 に示したように、退院および処遇改善のうち 3 分の 1 近くは、取り下げや要件消失のために不審査に終わっている。不審査事案については、迅速な審査が行われなかったために審査の機会を逸した事案が一

定数含まれており、迅速な審査に向けた改善が求められる。より多いのは請求内容が実現した事案であり、退院等の請求権を行使すること自体に意味があると評価できる。

審査に付された請求については、図 3 および図 4 に示したように、93%ほどは請求棄却に終わっている。請求棄却以外の審査結果は7%ほどに留まるが、図 7 に示したように、近年は漸増傾向にある。ただし、図 9 および図 10 に示したように、審査件数に対する請求棄却以外の件数やその内訳には地域差が大きい。すなわち、請求審査の基準が標準化されていない現状を示唆している。

なお、本研究班の調査 1) によれば、代理人弁護士による請求案件では、請求棄却以外の審査結果となる確率が高いことが示されている。また、代理人弁護士による請求が増加するにしたがって、病院や審査会に対する情報開示の要請が増加し、個人情報保護に係る法令や病院管理上の慣例的ルールとの齟齬が問題となっている。患者の権利擁護の進展にとって弁護士の関与は国際的要請であり、時代の趨勢とも考えられるため、弁護士活動に関わる手続きなどについては、精神医療審査会運営マニュアルなどの関連法規の手直しが必要と思われる。

2. 今後の展望と提案

(1) 2022 年度法改正の意図

2022 年度の精神保健福祉法改正では、医療保護入院の同意権者から虐待加害者が排除され、首長同意の要件が緩和された。また、首長同意による医療保護入院者に対しては、入院に同意する家族の欠如を代替する訪問支援相談員制度が新設され、施行された。

2022 年度改正では、さらに、医療保護入院の期間が 6 か月以内（初回は 3 か月以内）に限定され、それを超える場合は、退院支援委員会を開催の上、精神保健指定医による診察と家族等の同意による入院期間の更新手続きが病院に義務付けられた。また、措置入院に

ついての入院届の審査に相当する審査制度が導入された。これらの手続きは、病院側の負担増に配慮して 2 年の準備期間が設けられ、2024 年度から施行されることとなった。

こうした法改正には、特に医療保護入院の短期化と審査頻度の増加が意図されていると思われる。医療保護入院制度に対しては、国の内外から、入院基準の曖昧さ、件数の多さ、入院期間の長さ、それに精神医療審査会による事後審査の不十分さが批判されてきたが、こうした批判に対する国としての応答が 2022 年度の法改正であったと思われる。

(2) 精神医療審査会事務局の対応

一方、2022 年度の法改正によって、精神医療審査会には、措置入院の決定書と診断書の審査が追加され、医療保護入院の定期病状報告書に代わって新たな様式の入院期間更新届の審査が要請されることとなった。入院期間更新届の審査が従来の定期病状報告書の 1 年単位から 6 か月以内に短縮され、書類審査件数の増大が予測されたため、今回のアンケート調査結果が示すように、2024 年度から 61.7%の審査会が合議体を増設し、65.0%が委員を増員するなど、審査会としても、今回の法改正への対応に備えている。

しかし、今回の法改正は、書類審査の頻度を高めた以外には、医療保護入院制度の審査を厳密化したとはいえない。新たな入院期間更新届の書式では、生活歴や病歴の記載が不要になったため、患者像を具体的にイメージすることが以前よりも困難となった。認知症ケースをはじめとして、医療保護入院を継続する医学的根拠が読み取れない書類や具体的な治療方針が記載されていない書類も依然として少なくない。合議体や委員の増加によって、退院等の請求審査が迅速化することは期待できるかもしれないが、審査基準が標準化されていない現状に変わりはない。

2022 年度の法改正によって、医療保護入院の件数が絞られ、入院期間が短縮するかどうか

か、退院請求等の請求件数が増加し、審査の日数が短縮するかどうか、そして請求棄却以外の比率や件数が増加するかどうか、今後の公式統計等の動向を注視したい。

（３）公式統計の項目追加の提案

最後に、我が国の審査会活動や精神科入院医療の動向を正確にモニタリングするために、公式統計の項目をいくつか追加することを提案したい。

（ア）入院から初回請求までの期間

入院時に退院等の請求権がきちんと告知されていれば、初回の請求は入院から間もない時期になされると思われる。その状況を把握するために、入院から初回請求までの期間を識別したい。

（イ）再請求の件数と請求回数

請求棄却後の再請求の回数は、審査結果の理由説明の仕方や処遇改善勧告の有無、附帯意見の内容によって変動する可能性がある。その地域差や推移をモニタリングするために、請求の反復状況は把握しておくべきであろう。

（ウ）前年度に請求が１件もない病院数

退院等の請求が年間に１件もない病院は、権利行使の障壁が高い可能性があるが、その比率には地域差が大きい。そうした病院の比率や推移を把握しておきたい。

（エ）新規非自発的入院者の主診断等

非自発的入院の減少策を立案する上で、新規入院者の診断構成等の動向を把握することは不可欠と思われるが、精神保健福祉資料（630 調査）は、横断面調査のため、年間の新規入院者に関する通年データを欠いている。医療保護入院届および措置入院診断書の審査の段階で、少なくとも主診断、できれば初回入院者数を記録し、通年データとして把握しておくべきである。

（オ）非医療委員３名の合議体数

現在の合議体委員の構成についての統計項目では、非医療委員３名の合議体数が正確に把握できない。非医療委員３名の合議体数及

びその法律家委員と保健福祉委員の内訳を把握したい。

（カ）処遇改善請求の内訳

現在の統計では、処遇改善請求としていかなる請求がなされているのかを把握することができていな。しかし、病院内処遇全般を改善する基礎的資料として、少なくとも精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 37 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準に掲げられている、通信・面会、隔離、身体的拘束、任意入院者の開放処遇の制限については、処遇改善請求件数を把握すべきである。

E. 結論

精神医療審査会制度の創設から 38 年を経て、請求審査基準の曖昧さや代理人弁護士活動に係る手続きの未整備など、精神医療審査会制度には様々な課題が浮き彫りになっている。審査会機能の強化に向けて、国は関連法規の整備を進めるべきであり、各自治体の審査会は、現行法内でも可能な取り組みを先行的に試みるべきである。

2022 年度の精神保健福祉法改正（一部 2024 年度施行）は、医療保護入院の同意者要件の変更や入院期間の限定を促したと考えられるが、その意図が具現化されるかどうか、公式統計などに現れる今後の動向を注視する必要がある。また、精神医療審査会活動や非自発的入院の動向を正確にモニタリングするために、公式統計にはいくつかの項目を追加すべきである。

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

2024 年度全国精神医療審査会連絡協議会

総会において本研究の一部を発表した。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

I. 引用文献等

- 1)松田ひろし，平田豊明，森豊，太田順一郎ほか：令和3年度（2021年度）厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」分担研究「精神障害者の権利擁護に関する研究」.2022
- 2)松田ひろし，平田豊明，森豊，姜文江ほか：令和4年度（2022年度）厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書. 2023
- 3)野木渡，平田豊明，森豊，姜文江ほか：令和5年度（2023年度）厚生労働行政推進調査事業費補助金障害者対策総合研究事業（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」—精神医療審査会に関する研究—報告書. 2024
- 4)精神保健福祉資料
<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>
- 5)衛生行政報告例
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469>
- 6)全国精神医療審査会連絡協議会：NEWS LETTER No.51. 2025年2月
- 7)全国精神医療審査会連絡協議会ホームページ <https://zenshinren.com>

＜令和 6 年度の精神医療審査会業務についてのアンケート調査＞

1. 令和 4 年の精神保健福祉法改正に基づく令和 6 年度からの精神医療審査会業務の変更に伴い、貴審査会として対応をされた事項があればお知らせ下さい((1)以外は重複選択可)。
 - (1) 特に対応はしていない(現状維持) **9**
 - (2) 合議体数を増やした **37** (**132** 合議体から **184** 合議体へ)
 - (3) 合議体委員数を変更した(合議体数が増えた場合も変わらない場合も含めて) **39**
医療委員 (**394** 人から **510** 人へ)
法律家委員 (**164** 人から **228** 人へ)
保健福祉委員 (**165** 人から **241** 人へ)
 - (4) 合議体の開催頻度を増やした(開催間隔を縮めた) **25**
 - (5) 事務局人員を増やした **25**
 - (6) その他 **11**
2. 令和 6 年度以降の審査会業務の変化予測について、可能な範囲でお聞かせ下さい。
 - (1) 新たな様式の医療保護入院期間更新届の審査件数は、従来の定期病状報告書に比べて
 - ① 増加すると思われる。 **56**
 - ② 減少すると思われる。 **0**
 - ③ ほとんど変わらないと思われる。 **0**
 - ④ 予測できない。 **4**
 - (2) ほかに予測される変化があれば、お聞かせ下さい(重複選択可)。
 - ① 合議体委員が増えたので、退院請求等の審査が迅速になる可能性がある。 **15**
 - ② 合議体1回当りの開催時間が短縮される可能性がある。 **6**
 - ③ 退院等の請求件数が増える可能性がある。 **13**
 - ④ 代理人弁護士による退院等の請求件数が増える可能性がある。 **15**
 - ⑤ 合議体委員の負担が増える可能性がある。 **44**
 - ⑥ 事務局の負担が増える可能性がある。 **52**
 - ⑦ その他 **0**
 - (3) 今後の精神医療審査会の運用について、改正事項のご希望があれば、お聞かせ下さい(重複選択可)。
 - ① 精神医療審査会を都道府県労働委員会と同等の行政からの独立組織とする。 **10**
 - ② 精神医療審査会に常勤の専従委員を置き、審査の迅速性を高める。 **11**
 - ③ 書類審査も常勤委員による面接審査に置き換えて、審査の厳密性を高める。 **2**
 - ④ 情報通信技術を活用して書類審査を迅速化する。 **31**
 - ⑤ その他 **5**

＜令和6年度全国精神医療審査会連絡協議会シンポジウムについて＞

1. 基調報告は

- (1) 役に立った 27
- (2) あまり役に立たなかった 1
- (3) どちらともいえない 5

2. パネルディスカッションは

- (1) 役に立った 29
- (2) あまり役に立たなかった 1
- (3) どちらともいえない 3

3. 当日の会の全体について、ご感想がありましたら、お聞かせ下さい。

- ・質疑応答について、口頭ではなく紙面で回答してほしかった。パネルディスカッションは時間が足りなくて残念だった。
- ・毎回大変参考になる内容であるため、事務局担当者も参加させていただいています。統計的な視点からの平田先生のお話と法律家委員のお話は毎回刺激をいただいています。
- ・初参加でした。知らないことが多かったので、勉強になりました。これを所属の審査会へ持ち帰るには勉強不足でした。どうしたらよいかと思っています
- ・審査件数や審査内容に地域格差が顕著であり、一定の審査基準は必要と考えるが、審査会運営マニュアルの改定においては各都道府県の現状にも配慮したうえで慎重に検討をお願いしたいと考える。
- ・現実の精神医療状況に精神医療審査会の果たした役割などはっきりしなかった（精神病院協会の報告と精神医療審査会）。
- ・各委員に求められる専門性を活かした視点について参考になった。

4. 今後シンポジウムのテーマとして取り上げてもらいたいことがありましたら、お聞かせ下さい。

- ・パネルディスカッションの時間が足りなかった。もっと議論してほしかった。
- ・各分野の委員からの現状分析や課題を伺うことができ、有意義であった。
- ・現状、立場（バックグラウンド）の意見の相違は鮮明になるが、わが国の現状から当面の落ち着き先は？と考えると答えが出ない。
- ・他院請求の現地審査制度（現地で意見聴取し、その場で結論を出す）が実現すれば、請求者への回答を早く出すことができ素晴らしいと思いますが、一方で意見聴取した委員によって審査結果にばらつきが出るのが懸念されると感じました。
- ・全国的な動向や多職種からの意見を伺うことができ、勉強になり、刺激になります。毎回と思いますが、厚労省の方々にもシンポジウムに出席してもらいたいです。
- ・当日資料として参加者名簿を配布してほしいです。

- ・基調報告について、疑義の回答は提供いただいていた資料に記載されていなかったため回答がわかりづらかった。パネルディスカッションは各委員が感じている率直な意見を聞くことができたのでよかった。
- ・参加者との疑義応答の時間をもう少し確保した方がよいのではないかと思います。
- ・各分野の委員の立場から発表があり参考になった。
- ・実現可能性（特にマンパワーと経費）の考察のない提言は困ります。「精神科病院の立場から」は興味深かった。
- ・パネルディスカッションの時間が短く、消化不良な面もあった。
- ・パネルディスカッション時の各委員の説明が長く、ディスカッションに至らなかった。実情を踏まえた議論を通じて各委員の専門性からの知見がいただきたかった。
- ・事務局の人間としては、平田先生や森先生から話のあった、国の審査会運営マニュアル改正案骨子が非常に興味深いものでした。個人的には野木先生の話が前半部分で厚労省より示された新たな地域医療構想の話とリンクし、行政職としては大変勉強になりました。
- ・よかったと思いますが、まだまだいろいろと課題があると思いました。
- ・パネリスト同士、フロアとで発表内容に関するディスカッションができるとよかったと思いました。
- ・本県においても「審査会が形骸化」していると構成委員から指摘を受けたことがある。特に法律委員、保健福祉委員の発表は示唆深いもので、本県の審査会の運営にも役立つご意見を伺うことができた。
- ・退院請求審査の標準化についてのご発表は非常に参考になりました。
- ・年一回、各団体が集結し、現状を認識できるよい機会となった。
- ・参加人数が多く、同じ都道府県から来ている人を会場で見つけるのが難しいため、座席指定にいただいた方がよろしいかと感じました。

5. ご回答者の属性

委員種別等（医療 3・法律家 2・保健福祉 1・事務局 27）

職種（医師 11・弁護士 2・精神保健福祉士 6・心理師 1・看護師 0・事務職 7・

その他 4

表1 合議体構成等2022年度(政令市別掲)

都道府県名	合議体 の数	全合議体の構成						合議体の 開催数	書類審査**				1合議体当 り書類審査 件数
		医療委員	うち 予備委員	法律家委 員	うち 予備委員	保健福祉 委員	うち 予備委員		総数	医療保護 入院届	医療保護入 院定期病状 報告書	措置入院 定期病状 報告書	
北海道*	4	12	0	7	3	7	3	48	6,930	4,878	2,026	26	144.4
札幌市	3	8	0	4	1	5	1	35	6,263	4,027	2,227	9	178.9
青森県	3	15	6	3	0	10	7	18	4,163	3,031	1,124	8	231.3
岩手県	4	14	0	6	1	4	0	18	1,711	1,214	486	11	95.1
宮城県*	3	10	1	5	2	4	1	24	1,680	1,589	674	14	70.0
仙台市	4	15	3	5	1	5	1	36	2,347	1,393	948	6	65.2
秋田県	5	12	0	5	0	8	0	24	3,732	2,370	1,352	10	155.5
山形県	1	10	0	5	0	7	0	17	3,895	2,762	1,123	10	229.1
福島県	4	24	12	10	6	12	8	24	4,150	2,651	1,468	31	172.9
茨城県	2	6	1	5	3	4	1	24	4,688	2,903	1,720	65	195.3
栃木県	3	9	9	6	3	5	2	24	3,881	2,332	1,509	40	161.7
群馬県	4	16	5	4	0	7	2	24	5,221	3,285	1,927	9	217.5
埼玉県*	5	17	2	8	3	8	3	56	14,537	9,710	4,751	76	259.6
さいたま市	3	10	2	4	1	6	2	24	1,634	1,202	411	21	68.1
千葉県*	5	15	0	5	0	5	0	55	9,938	5,687	4,205	46	180.7
千葉市	3	10	2	5	1	4	1	21	1,676	1,208	445	23	79.8
東京都	8	29	5	8	0	8	0	96	26,240	20,886	5,206	148	273.3
神奈川県*	4	13	1	6	2	6	2	48	6,037	3,754	2,266	17	125.8
横浜市	4	17	5	5	1	8	4	49	6,462	4,804	1,650	8	131.9
川崎市	2	8	2	3	1	3	1	24	2,271	1,683	584	4	94.6
相模原市	2	8	2	4	2	4	2	23	682	431	247	4	29.7
新潟県*	4	14	2	4	0	7	3	24	3,719	2,543	1,164	12	155.0
新潟市	2	7	1	5	1	7	3	18	2,651	1,415	1,229	7	147.3
富山県	3	9	0	5	0	3	0	13	3,058	1,681	1,337	40	235.2
石川県	3	11	2	5	2	5	2	12	4,119	2,892	1,215	12	343.3
福井県	3	12	3	4	1	4	1	13	2,231	1,698	530	3	171.6
山梨県	3	10	1	4	1	4	1	24	2,266	1,491	763	12	94.4
長野県	4	15	3	8	4	7	3	20	3,788	2,574	1,143	71	189.4
岐阜県	4	12	0	8	0	8	0	48	3,489	2,367	1,112	10	72.7
静岡県*	3	9	0	6	0	6	0	24	3,358	921	1,559	14	139.9
静岡市	3	12	3	5	0	4	0	18	1,068	821	231	16	59.3
浜松市	3	8	2	3	0	6	0	17	1,465	1,054	407	4	86.2
愛知県*	5	18	3	7	2	8	3	37	7,598	5,827	1,674	97	205.4
名古屋市	4	16	4	8	4	8	4	32	3,852	2,940	870	42	120.4
三重県	4	12	0	7	3	9	5	16	4,561	2,997	1,492	72	285.1
滋賀県	4	15	3	5	1	5	1	24	2,085	1,405	663	17	86.9
京都府*	3	9	0	3	0	3	0	36	3,252	2,542	707	3	90.3
京都市	2	8	0	4	0	4	0	25	2,142	1,453	671	18	85.7
大阪府*	8	26	2	9	1	10	2	108	14,131	10,021	4,126	16	130.8
大阪市	2	7	1	4	2	4	2	12	641	633	0	8	53.4
堺市	3	9	1	6	3	5	1	36	3,387	2,665	714	8	94.1
兵庫県*	5	15	0	5	0	5	0	45	6,765	4,650	2,094	21	150.3
神戸市	3	9	0	4	1	5	2	36	3,302	2,752	547	3	91.7
奈良県	4	12	0	4	0	4	0	24	3,366	2,488	877	1	140.3
和歌山県	3	12	3	3	0	7	1	12	1,461	1,065	395	1	121.8
鳥取県	2	6	0	4	0	4	0	13	1,569	1,071	495	3	120.7
島根県	1	21	7	3	0	13	4	12	1,845	1,100	736	9	153.8
岡山県*	4	26	15	6	2	8	3	24	1,858	1,076	773	9	77.4
岡山市	6	16	4	13	1	11	5	30	3,525	2,561	898	12	117.5
広島県*	5	15	0	5	0	5	0	24	4,075	2,340	1,660	75	169.8
広島市	4	12	0	7	3	4	0	24	3,227	2,247	966	14	134.5
山口県	3	9	0	5	2	4	1	24	4,378	2,515	1,851	12	182.4
徳島県	3	9	0	3	0	4	1	17	1,839	1,463	369	7	108.2
香川県	3	9	0	5	2	6	3	17	1,795	1,372	396	27	105.6
愛媛県	2	25	19	2	0	6	4	24	2,381	1,539	831	11	99.2
高知県	2	16	5	5	1	11	2	24	2,625	1,611	993	21	109.4
福岡県*	4	12	0	4	0	4	0	79	9,424	6,322	3,032	70	119.3
北九州市	2	8	2	5	3	7	5	24	2,290	1,624	660	6	95.4
福岡市	3	9	1	7	3	6	3	31	3,222	2,349	843	30	103.9
佐賀県	2	6	0	5	0	5	0	12	3,017	1,825	1,158	34	251.4
長崎県	3	17	8	5	2	8	5	21	1,991	1,404	571	16	94.8
熊本県*	2	8	2	7	1	5	1	24	4,331	2,676	1,619	36	180.5
熊本市	2	8	2	7	1	5	1	24	2,792	2,047	719	26	116.3
大分県	3	9	0	4	1	7	4	22	3,137	1,708	1,415	14	142.6
宮崎県	2	14	0	6	0	4	0	24	1,847	1,246	597	4	77.0
鹿児島県	3	15	6	5	3	9	6	27	3,950	2,406	1,524	20	146.3
沖縄県	2	6	0	4	0	6	0	24	4,830	3,541	1,256	33	201.3
全 国	224	841	163	356	82	410	123	1,931	275,841	188,738	85,231	1,583	142.8

* 政令市を除く道府県

精神保健福祉資料において、高知県は、2022年度の合議体開催数が1回と報告されているが、明らかな誤記と思われるため、2021年の数値を参照した。

** 令和5年度衛生行政報告例による2022年度分の件数

表2-1 退院請求審査(受理件数と入院形態内訳) 2022年度(政令市別掲)

都道府県名	前年度からの繰り越し件数	退院請求の新規受理件数								
		総数	請求形態別の受理件数			入院形態の内訳				
			書面	口頭(電話含む)	その他	任意入院	医療保護入院	応急入院	措置入院	緊急措置入院
北海道*	2	35	35	0	0	0	30	0	5	0
札幌市	3	49	49	0	0	0	41	0	8	0
青森県	4	16	16	0	0	0	14	0	2	0
岩手県	2	29	29	0	0	0	27	0	2	0
宮城県*	0	11	11	0	0	0	7	0	4	0
仙台市	1	21	21	0	0	0	19	0	2	0
秋田県	0	40	40	0	0	0	28	0	12	0
山形県	0	29	29	0	0	3	23	0	3	0
福島県	3	45	44	1	0	0	39	0	6	0
茨城県	4	54	54	0	0	0	46	0	8	0
栃木県	2	22	22	0	0	0	9	0	13	0
群馬県	3	48	48	0	0	0	43	0	5	0
埼玉県*	14	162	157	5	0	0	111	0	51	0
さいたま市	3	52	1	51	0	0	29	0	23	0
千葉県*	24	245	243	2	0	0	191	0	54	0
千葉市	4	69	60	9	0	0	55	0	14	0
東京都	33	168	166	2	0	10	119	0	39	0
神奈川県*	6	109	109	0	0	0	69	0	40	0
横浜市	9	188	188	0	0	2	150	0	36	0
川崎市	2	25	25	0	0	0	15	0	10	0
相模原市	5	36	36	0	0	0	25	0	11	0
新潟県*	0	23	24	0	0	0	16	0	7	0
新潟市	5	46	46	0	0	0	41	0	5	0
富山県	2	18	18	0	0	0	15	0	3	0
石川県	3	39	39	0	0	0	28	0	11	0
福井県	0	12	12	0	0	0	5	0	7	0
山梨県	2	41	40	1	0	0	33	0	8	0
長野県	2	101	101	0	0	2	71	0	28	0
岐阜県	2	25	25	0	0	0	25	0	0	0
静岡県*	4	42	43	0	0	1	39	0	2	0
静岡市	1	48	47	1	0	0	39	0	9	0
浜松市	2	49	49	0	0	0	44	0	5	0
愛知県*	10	96	96	0	0	0	76	0	20	0
名古屋市	4	76	76	0	0	1	64	0	11	0
三重県	9	40	38	1	1	0	27	0	13	0
滋賀県	4	59	59	0	0	1	39	0	19	0
京都府*	2	62	62	0	0	0	61	0	1	0
京都市	4	65	65	0	0	0	46	0	19	0
大阪府*	47	320	320	0	0	1	294	0	25	0
大阪市	0	20	15	5	0	0	3	0	17	0
堺市	2	86	86	0	0	1	79	0	6	0
兵庫県*	1	70	70	0	0	0	65	0	5	0
神戸市	2	70	70	0	0	0	68	0	2	0
奈良県	2	77	77	0	0	0	69	0	8	0
和歌山県	0	15	15	0	0	0	15	0	0	0
鳥取県	0	11	11	0	0	0	11	0	0	0
島根県	2	24	24	0	0	0	19	0	5	0
岡山県*	2	33	33	0	0	0	26	0	7	0
岡山市	5	115	115	0	0	0	111	0	4	0
広島県*	6	35	35	0	0	0	23	0	12	0
広島市	4	51	51	0	0	0	43	0	8	0
山口県	13	83	83	0	0	1	74	0	8	0
徳島県	3	26	26	0	0	0	23	0	3	0
香川県	2	44	44	0	0	0	35	0	9	0
愛媛県	3	38	38	0	0	2	35	0	1	0
高知県	6	41	41	0	0	1	38	0	2	0
福岡県*	34	220	220	0	0	20	168	0	32	0
北九州市	8	45	45	0	0	6	37	0	2	0
福岡市	4	46	46	0	0	1	30	0	15	0
佐賀県	0	16	6	10	0	0	9	0	7	0
長崎県	0	21	19	2	0	2	17	0	2	0
熊本県*	4	29	29	0	0	0	23	0	6	0
熊本市	2	33	33	0	0	0	27	0	6	0
大分県	0	19	19	0	0	0	15	0	4	0
宮崎県	4	45	45	0	0	1	38	0	6	0
鹿児島県	9	107	107	0	0	1	100	0	6	0
沖縄県	5	98	98	0	0	1	80	0	17	0
計	350	4,133	4,044	90	1	58	3,334	0	741	0

*政令市を除く道府県

表2-2 退院請求審査(請求者の内訳等) 2022年度 (政令市別掲)

都道府県名	退院請求の新規受理件数							意見聴取の有無						
	総数	請求者の内訳						意見聴取有りの件数	内訳					
		本人	家族等	市区町村長	本人の代理人	家族等の代理人	不明および空欄		対面での意見聴取	意見聴取日が不明	書面のみ	意見聴取日が不明	その他・種別不明	意見聴取日が不明
北海道*	35	34	0	0	1	0	0	30	30	0	0	0	0	0
札幌市	49	23	5	0	21	0	0	30	30	0	0	0	0	0
青森県	16	16	0	0	0	0	0	17	10	0	0	0	0	7
岩手県	29	28	0	0	1	0	0	22	20	0	0	2	0	0
宮城県*	11	10	0	0	1	0	0	8	8	0	0	0	0	0
仙台市	21	17	0	0	4	0	0	16	15	0	0	0	0	1
秋田県	40	40	0	0	0	0	0	35	30	0	5	0	0	0
山形県	29	26	2	0	1	0	0	12	11	0	1	0	0	0
福島県	45	45	0	0	0	0	0	31	28	0	3	0	0	0
茨城県	54	51	0	0	3	0	0	35	34	0	1	0	0	0
栃木県	22	21	0	0	1	0	0	24	24	0	0	0	0	0
群馬県	48	48	0	0	0	0	0	38	35	0	2	0	1	0
埼玉県*	162	161	0	0	1	0	0	99	87	0	0	0	1	9
さいたま市	52	52	0	0	0	0	0	52	34	0	0	2	0	16
千葉県*	245	238	4	0	3	0	0	123	94	7	19	3	0	0
千葉市	69	66	1	0	2	0	0	47	43	0	4	0	0	0
東京都	168	130	2	0	36	0	0	90	87	0	1	0	2	0
神奈川県*	109	106	2	0	1	0	0	61	61	0	0	0	0	0
横浜市	188	186	0	0	1	1	0	90	82	2	1	5	0	0
川崎市	25	25	0	0	0	0	0	26	25	1	0	0	0	0
相模原市	36	36	0	0	0	0	0	28	27	0	0	1	0	0
新潟県*	23	22	0	0	1	0	0	13	13	0	0	0	0	0
新潟市	46	46	0	0	0	0	0	26	25	0	1	0	0	0
富山県	18	18	0	0	0	0	0	15	15	0	0	0	0	0
石川県	39	35	4	0	0	0	0	30	28	0	1	0	1	0
福井県	12	12	0	0	0	0	0	7	7	0	0	0	0	0
山梨県	41	39	2	0	0	0	0	21	21	0	0	0	0	0
長野県	101	97	4	0	0	0	0	101	59	3	11	0	0	28
岐阜県	25	25	0	0	0	0	0	12	12	0	0	0	0	0
静岡県*	42	41	0	0	1	0	0	20	21	0	0	0	0	0
静岡市	48	48	0	0	0	0	0	49	36	0	5	0	0	8
浜松市	49	46	3	0	0	0	0	40	26	0	0	14	0	0
愛知県*	96	93	0	0	3	0	0	69	63	0	0	6	0	0
名古屋市	76	68	0	0	8	0	0	48	40	0	8	0	0	0
三重県	40	39	0	0	1	0	0	32	28	0	4	0	0	0
滋賀県	59	50	1	0	8	0	0	48	46	0	1	1	0	0
京都府*	62	62	0	0	0	0	0	63	61	0	2	0	0	0
京都市	65	64	1	0	0	0	0	67	44	0	0	8	0	15
大阪府*	320	300	4	0	16	0	0	192	153	0	39	0	0	0
大阪市	20	20	0	0	0	0	0	20	10	0	5	0	5	0
堺市	86	82	0	0	4	0	0	56	38	0	18	0	0	0
兵庫県*	70	70	0	0	1	0	0	50	44	2	0	4	0	0
神戸市	70	67	0	0	3	0	0	31	30	0	1	0	0	0
奈良県	77	74	2	0	1	0	0	59	58	0	1	0	0	0
和歌山県	15	15	0	0	0	0	0	12	11	0	0	0	1	0
鳥取県	11	11	0	0	0	0	0	8	7	0	0	0	1	0
島根県	24	24	0	0	0	0	0	21	19	0	2	0	0	0
岡山県*	33	32	1	0	0	0	0	28	26	0	2	0	0	0
岡山市	115	113	2	0	0	0	0	86	76	2	8	0	0	0
広島県*	35	20	0	0	15	0	0	38	25	13	0	0	0	0
広島市	51	45	0	0	6	0	0	24	24	0	0	0	0	0
山口県	83	83	0	0	0	0	0	61	47	2	0	12	0	0
徳島県	26	25	0	0	1	0	0	20	18	0	2	0	0	0
香川県	44	44	0	0	0	0	0	37	27	0	10	0	0	0
愛媛県	38	36	2	0	0	0	0	34	25	2	7	0	0	0
高知県	41	40	1	0	0	0	0	39	29	8	0	2	0	0
福岡県*	220	175	8	0	39	0	0	174	81	3	0	90	0	0
北九州市	45	22	0	0	23	0	0	37	27	0	10	0	0	0
福岡市	46	29	1	0	16	0	0	49	35	0	0	2	0	12
佐賀県	16	10	1	0	5	0	0	12	12	0	0	0	0	0
長崎県	21	20	1	0	0	0	0	18	18	0	0	0	0	0
熊本県*	29	27	0	0	2	0	0	20	17	0	3	0	0	0
熊本市	33	30	0	0	3	0	0	26	26	0	0	0	0	0
大分県	19	15	0	0	4	0	0	7	7	0	0	0	0	0
宮崎県	45	41	0	0	4	0	0	36	30	0	0	6	0	0
鹿児島県	107	95	0	0	11	1	0	66	56	1	9	0	0	0
沖縄県	98	84	4	0	10	0	0	77	18	0	0	59	0	0
計	4,133	3,813	58	0	263	2	0	2,913	2,354	46	187	217	12	96

*政令市を除く道府県

表2-3 退院請求審査(審査結果) 2022年度 (政令市別掲)

都道府県名	審査完了した退院請求											
	総数	審査結果の内訳										
		現状維持	% ※	入院形態 変更	% ※	入院形態変更 (指定期間内)	% ※	退院	% ※	処遇改善	% ※	不明
北海道 *	28	27	96.4%	0	0.0%	1	3.6%	0	0.0%	0	0.0%	0
札幌市	30	28	93.3%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.3%	0
青森県	15	15	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
岩手県	20	19	95.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
宮城県 *	5	5	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
仙台市	16	14	87.5%	1	6.3%	1	6.3%	0	0.0%	0	0.0%	0
秋田県	33	33	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
山形県	14	14	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
福島県	30	30	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
茨城県	32	26	81.3%	5	15.6%	0	0.0%	1	3.1%	0	0.0%	0
栃木県	11	8	72.7%	1	9.1%	0	0.0%	2	18.2%	0	0.0%	0
群馬県	39	36	92.3%	1	2.6%	0	0.0%	2	5.1%	0	0.0%	0
埼玉県 *	102	90	88.2%	6	5.9%	5	4.9%	1	1.0%	0	0.0%	0
さいたま市	34	33	97.1%	1	2.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
千葉県 *	108	98	90.7%	0	0.0%	8	7.4%	0	0.0%	2	1.9%	0
千葉市	45	42	93.3%	3	6.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
東京都	84	63	75.9%	5	6.0%	12	14.5%	3	3.6%	0	0.0%	1
神奈川県 *	59	56	94.9%	3	5.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
横浜市	79	74	93.7%	0	0.0%	4	5.1%	1	1.3%	0	0.0%	0
川崎市	26	24	92.3%	1	3.8%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	0
相模原市	26	25	96.2%	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
新潟県 *	9	8	88.9%	1	11.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
新潟市	20	20	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
富山県	15	15	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
石川県	30	29	96.7%	1	3.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
福井県	7	6	85.7%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
山梨県	20	19	95.0%	1	5.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
長野県	69	69	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
岐阜県	13	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
静岡県 *	29	29	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
静岡市	36	28	77.8%	3	8.3%	5	13.9%	0	0.0%	0	0.0%	0
浜松市	39	39	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
愛知県 *	63	58	92.1%	5	7.9%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
名古屋市	46	44	97.8%	1	2.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1
三重県	36	34	94.4%	2	5.6%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
滋賀県	43	32	74.4%	8	18.6%	3	7.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
京都府 *	63	62	98.4%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.6%	0	0.0%	0
京都市	49	45	91.8%	4	8.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
大阪府 *	190	163	85.8%	14	7.4%	1	0.5%	12	6.3%	0	0.0%	0
大阪市	11	6	54.5%	5	45.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
堺市	56	52	92.9%	3	5.4%	0	0.0%	1	1.8%	0	0.0%	0
兵庫県 *	45	41	91.1%	1	2.2%	0	0.0%	3	6.7%	0	0.0%	0
神戸市	29	24	82.8%	2	6.9%	3	10.3%	0	0.0%	0	0.0%	0
奈良県	50	46	92.0%	4	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
和歌山県	11	10	90.9%	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
鳥取県	8	7	87.5%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
島根県	23	23	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
岡山県 *	26	24	92.3%	1	3.8%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	0
岡山市	79	76	96.2%	3	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
広島県 *	23	22	95.7%	1	4.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
広島市	26	23	88.5%	1	3.8%	2	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	0
山口県	57	54	94.7%	1	1.8%	2	3.5%	0	0.0%	0	0.0%	0
徳島県	20	20	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
香川県	36	35	97.2%	0	0.0%	1	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0
愛媛県	29	29	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
高知県	27	27	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
福岡県 *	175	160	91.4%	3	1.7%	4	2.3%	8	4.6%	0	0.0%	0
北九州市	37	35	94.6%	1	2.7%	1	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0
福岡市	35	31	88.6%	4	11.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
佐賀県	12	12	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
長崎県	16	16	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
熊本県 *	24	23	95.8%	1	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
熊本市	25	23	92.0%	2	8.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
大分県	7	6	85.7%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
宮崎県	33	30	90.9%	1	3.0%	1	3.0%	1	3.0%	0	0.0%	0
鹿児島県	62	59	95.2%	1	1.6%	2	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0
沖縄県	73	73	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0
計/平均	2,668	2,460	92.3%	109	4.1%	56	2.1%	38	1.4%	3	0.1%	2

* 政令市を除く道府県 ※ 総数から「不明」を除いた件数に対する比率

表2-4 退院請求審査(不審査決定件数と審査日数) 2022年度 (政令市別掲)

都道府県名	不審査決定した退院請求						次年度への繰り 越し件数	要した日数				
	総数	新規受理件数 (再掲)	新規受理件数に 対する不審査率 (%)	内訳				内訳(日)				
				取り下げ	要件消失	不明		受理から 意見聴取まで	意見聴取から 審査まで	審査から 結果通知まで	受理から 結果通知まで	受理から不審査 決定まで
北海道＊	7	35	20.0%	0	7	0	2	35.3	11.8	2.9	49.1	24.9
札幌市	15	49	30.6%	10	5	0	7	38.4	9.1	0.0	47.1	30.9
青森県	4	16	25.0%	4	0	0	1	31.3	14.6	8.7	44.1	12.8
岩手県	8	29	27.6%	8	0	0	3	24.5	12.1	2.6	39.4	20.6
宮城県＊	3	11	27.3%	3	0	0	3	21.3	10.0	1.9	32.9	21.4
仙台市	6	21	28.6%	4	2	0	0	22.9	6.7	1.2	29.9	21.7
秋田県	0	40	0.0%	0	0	0	2	16.0	8.6	1.4	25.7	-
山形県	14	29	48.3%	7	7	0	1	18.5	10.8	0.0	28.7	13.1
福島県	14	45	31.1%	14	0	0	4	21.8	12.1	2.3	36.0	15.4
茨城県	14	54	25.9%	5	9	0	11	39.0	12.3	6.7	59.8	23.0
栃木県	13	22	59.1%	13	0	0	0	20.6	18.6	5.4	53.6	12.7
群馬県	7	48	14.6%	4	3	0	5	19.2	8.7	0.0	28.7	10.7
埼玉県＊	60	162	37.0%	51	9	0	13	20.3	10.7	3.7	32.8	14.9
さいたま市	16	52	30.8%	13	3	0	5	16.5	12.6	2.3	31.3	9.7
千葉県＊	133	245	54.3%	80	53	0	28	33.7	9.2	0.5	43.0	25.4
千葉市	22	69	31.9%	17	5	0	6	18.5	7.8	1.7	27.5	16.1
東京都	89	168	53.0%	51	38	0	28	48.6	15.5	10.9	74.6	30.5
神奈川県＊	45	109	41.3%	28	17	0	11	29.4	9.1	1.9	39.8	22.7
横浜市	107	188	56.9%	54	53	0	11	35.1	9.1	1.3	44.3	23.4
川崎市	0	25	0.0%	0	0	0	1	22.1	4.9	4.2	30.9	-
相模原市	13	36	36.1%	11	2	0	2	16.2	9.6	1.2	27.5	25.2
新潟県＊	10	23	43.5%	5	5	0	3	25.9	12.5	0.4	37.2	21.2
新潟市	15	46	32.6%	13	2	0	15	29.0	13.5	0.0	40.2	30.2
富山県	4	18	22.2%	4	0	0	1	22.6	11.7	0.0	34.5	10.3
石川県	10	39	25.6%	10	0	0	2	24.4	15.2	0.9	40.5	15.2
福井県	4	12	33.3%	2	2	0	1	18.1	16.3	6.3	40.7	21.8
山梨県	17	41	41.5%	13	4	0	6	36.9	9.5	2.7	49.4	22.9
長野県	24	101	23.8%	18	6	0	7	16.5	7.2	4.4	27.8	11.1
岐阜県	10	25	40.0%	5	5	0	4	64.9	10.8	3.6	78.1	44.3
静岡県＊	16	42	38.1%	11	5	0	1	16.7	12.7	2.0	29.5	11.3
静岡市	8	48	16.7%	8	0	0	5	16.0	10.4	1.0	27.3	13.3
浜松市	9	49	18.4%	5	4	0	3	18.7	16.9	1.1	32.1	8.5
愛知県＊	30	48	62.5%	17	13	0	12	42.5	9.2	1.4	52.5	25.4
名古屋市	29	76	38.2%	21	8	0	5	23.8	8.8	3.4	36.0	8.3
三重県	7	40	17.5%	7	0	0	6	24.1	13.1	1.6	38.1	18.3
滋賀県	19	59	32.2%	12	7	0	1	24.3	10.0	1.7	35.9	26.4
京都府＊	0	62	0.0%	0	0	0	1	21.4	8.2	3.3	32.6	28.8
京都市	18	65	27.7%	6	12	0	2	11.9	7.2	2.1	21.3	28.8
大阪府＊	140	320	43.8%	81	59	0	37	34.3	8.2	1.3	44.9	25.8
大阪市	9	20	45.0%	4	5	0	0	6.5	8.2	7.2	27.2	28.8
堺市	27	86	31.4%	26	1	0	5	23.3	5.8	1.9	31.3	17.3
兵庫県＊	19	70	27.1%	14	5	0	7	25.9	7.7	1.4	35.1	15.3
神戸市	21	70	30.0%	12	9	0	22	36.2	9.0	1.8	48.5	13.3
奈良県	24	77	31.2%	15	9	0	5	21.2	7.0	0.3	27.5	24.9
和歌山県	4	15	26.7%	4	0	0	0	18.3	9.2	0.8	27.9	26.0
鳥取県	3	11	27.3%	1	2	0	0	21.3	7.0	12.4	40.6	22.0
島根県	0	24	0.0%	0	0	0	3	17.5	14.1	0.0	31.6	-
岡山県＊	7	33	21.2%	7	0	0	2	15.3	7.6	0.4	23.5	11.8
岡山市	31	115	27.0%	23	8	0	10	14.7	6.5	0.0	21.5	11.9
広島県＊	14	35	40.0%	11	3	0	4	45.7	15.5	1.2	61.9	27.1
広島市	21	51	41.2%	7	14	0	8	52.9	15.3	1.0	66.8	28.5
山口県	31	83	37.3%	25	6	0	8	42.0	6.9	5.1	44.7	37.0
徳島県	6	26	23.1%	5	1	0	3	13.1	7.4	0.4	20.8	14.8
香川県	9	44	20.5%	7	2	0	1	13.2	7.3	1.0	21.7	15.9
愛媛県	9	38	23.7%	8	1	0	3	15.0	19.4	3.3	36.8	14.8
高知県	14	41	34.1%	7	7	0	6	31.4	17.2	2.0	48.6	18.1
福岡県＊	78	220	35.5%	50	28	0	0	46.7	10.1	2.3	47.1	26.6
北九州市	13	45	28.9%	6	7	0	3	21.1	11.7	1.2	33.6	19.8
福岡市	11	46	23.9%	5	6	0	4	30.8	8.5	1.5	40.5	15.3
佐賀県	2	16	12.5%	2	0	0	2	35.4	4.0	5.4	44.8	34.5
長崎県	5	21	23.8%	5	0	0	0	14.1	7.0	1.9	22.6	11.6
熊本県＊	5	29	17.2%	5	0	0	4	25.8	3.8	3.5	32.8	22.5
熊本市	10	33	30.3%	9	1	0	0	24.9	2.5	0.9	27.6	21.4
大分県	0	19	0.0%	0	0	0	2	55.3	9.3	0.0	64.6	-
宮崎県	10	45	22.2%	8	2	0	6	22.4	18.1	0.3	38.7	14.7
鹿児島県	50	107	46.7%	30	20	0	4	29.1	9.6	1.0	40.3	18.8
沖縄県	20	98	20.4%	8	12	0	10	49.1	8.1	3.2	31.5	13.4
計/平均	1,413	4,085	34.6%	919	494	0	378	平均: 26.7	平均: 10.3	平均: 2.4	平均: 38.3	平均: 20.2

*政令市を除く道府県

表3-1 処遇改善請求審査(受理件数と入院形態内訳) 2022年度(政令市別掲)

都道府県名	前年度からの繰り越し件数	処遇改善請求の新規受理件数								
		受理総数	請求形態別の受理件数			入院形態の内訳				
			書面	口頭 (電話含む)	その他	任意入院	医療保護入院	応急入院	措置入院	緊急措置入院
北海道*	2	17	14	3	0	0	15	0	2	0
札幌市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
青森県	0	2	2	0	0	0	1	0	1	0
岩手県	1	5	5	0	0	0	4	0	1	0
宮城県*	0	2	2	0	0	0	1	0	1	0
仙台市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福島県	0	5	5	0	0	2	3	0	0	0
茨城県	0	11	11	0	0	1	9	0	1	0
栃木県	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0
群馬県	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0
埼玉県*	2	57	51	6	0	2	42	0	13	0
さいたま市	0	12	1	11	0	0	7	0	5	0
千葉県*	4	52	51	1	0	1	37	0	14	0
千葉市	1	14	7	7	0	0	8	0	6	0
東京都	16	59	58	1	0	3	44	0	12	0
神奈川県*	0	7	7	0	0	0	3	0	4	0
横浜市	5	46	46	0	0	2	36	0	8	0
川崎市	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
相模原市	0	2	2	0	0	0	0	0	2	0
新潟県*	1	13	13	0	0	0	11	0	2	0
新潟市	2	14	14	0	0	0	11	0	3	0
富山県	0	4	4	0	0	0	2	0	2	0
石川県	0	3	3	0	0	0	3	0	0	0
福井県	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
山梨県	1	2	2	0	0	0	2	0	0	0
長野県	1	32	32	0	0	4	20	0	8	0
岐阜県	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0
静岡県*	0	5	5	0	0	0	5	0	0	0
静岡市	0	4	4	0	0	0	2	0	2	0
浜松市	1	4	4	0	0	0	3	0	1	0
愛知県*	4	2	2	0	0	1	1	0	0	0
名古屋市	0	35	35	0	0	0	30	0	5	0
三重県	0	4	4	0	0	0	3	0	1	0
滋賀県	0	13	13	0	0	0	9	0	4	0
京都府*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
京都市	0	24	24	0	0	0	17	0	7	0
大阪府*	14	63	63	0	0	2	59	0	2	0
大阪市	0	2	1	1	0	0	1	0	1	0
堺市	1	31	31	0	0	0	30	0	1	0
兵庫県*	0	10	10	0	0	0	9	0	1	0
神戸市	0	9	9	0	0	0	8	0	1	0
奈良県	0	13	13	0	0	0	12	0	1	0
和歌山県	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
鳥取県	0	2	2	0	0	0	1	0	1	0
島根県	0	2	2	0	0	0	1	0	1	0
岡山県*	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0
岡山市	0	19	19	0	0	0	19	0	0	0
広島県*	1	11	11	0	0	0	9	0	2	0
広島市	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
山口県	5	28	28	0	0	0	24	0	4	0
徳島県	0	5	5	0	0	0	4	0	1	0
香川県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
愛媛県	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0
高知県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡県*	4	33	33	0	0	5	24	0	4	0
北九州市	0	3	3	0	0	0	3	0	0	0
福岡市	0	11	11	0	0	0	8	0	3	0
佐賀県	0	3	2	1	0	0	3	0	0	0
長崎県	0	9	7	2	0	0	9	0	0	0
熊本県*	2	5	5	0	0	0	4	0	1	0
熊本市	0	6	6	0	0	0	6	0	0	0
大分県	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0
宮崎県	2	8	8	0	0	1	5	0	2	0
鹿児島県	5	27	27	0	0	1	24	0	2	0
沖縄県	1	16	16	0	0	4	10	0	2	0
計	78	781	748	33	0	31	610	0	140	0

*政令市を除く道府県

表3-2 処遇改善請求審査(請求者の内訳等) 2022年度(政令市別掲)

都道府県名	処遇改善請求の新規受理件数							意見聴取の有無						
	新規受理 件数(再掲)	請求者の内訳						意見聴取有りの 件数	内訳					
		本人	家族等	市区町村長	本人の代理人	家族等の代理人	不明および 空欄		対面での 意見聴取	意見聴取日が 不明	書面のみ	意見聴取日が 不明	その他 ・種別不明	意見聴取日が 不明
北海道*	17	16	0	0	1	0	0	17	17	0	0	0	0	0
札幌市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
青森県	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
岩手県	5	4	1	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0
宮城県*	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
仙台市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
秋田県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山形県	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
福島県	5	5	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
茨城県	11	9	0	0	2	0	0	6	6	0	0	0	0	0
栃木県	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
群馬県	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
埼玉県*	57	56	0	0	1	0	0	30	21	0	0	0	0	9
さいたま市	12	12	0	0	0	0	0	11	7	0	0	1	0	3
千葉県*	52	50	1	0	1	0	0	25	22	2	1	0	0	0
千葉市	14	14	0	0	0	0	0	9	9	0	0	0	0	0
東京都	59	49	2	0	8	0	0	34	34	0	0	0	0	0
神奈川県*	7	7	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
横浜市	46	45	0	0	1	0	0	25	22	0	0	3	0	0
川崎市	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
相模原市	2	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
新潟県*	13	12	0	0	1	0	0	7	6	1	0	0	0	0
新潟市	14	14	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
富山県	4	4	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0
石川県	3	3	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
福井県	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
山梨県	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
長野県	32	32	0	0	0	0	0	32	18	1	3	1	0	9
岐阜県	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
静岡県*	5	5	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	0	0
静岡市	4	4	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0
浜松市	4	4	0	0	0	0	0	3	1	0	0	2	0	0
愛知県*	2	2	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0
名古屋市	35	33	0	0	2	0	0	21	16	0	5	0	0	0
三重県	4	3	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
滋賀県	13	10	0	0	3	0	0	12	12	0	0	0	0	0
京都府*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
京都市	24	24	0	0	0	0	0	23	20	0	0	2	0	1
大阪府*	63	58	0	0	5	0	0	45	31	0	14	0	0	0
大阪市	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0
堺市	31	28	0	0	3	0	0	23	9	0	14	0	0	0
兵庫県*	10	9	0	0	1	0	0	8	8	0	0	0	0	0
神戸市	9	8	0	0	1	0	0	4	4	0	0	0	0	0
奈良県	13	13	0	0	0	0	0	7	7	0	0	0	0	0
和歌山県	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
鳥取県	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
島根県	2	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
岡山県*	2	2	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
岡山市	19	18	1	0	0	0	0	16	14	0	2	0	0	0
広島県*	11	7	0	0	4	0	0	12	6	6	0	0	0	0
広島市	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
山口県	28	28	0	0	0	0	0	20	16	0	0	4	0	0
徳島県	5	5	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0
香川県	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
愛媛県	2	1	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	0
高知県	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡県*	33	21	3	0	9	0	0	37	15	1	1	20	0	0
北九州市	3	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
福岡市	11	7	0	0	4	0	0	11	5	0	0	2	0	4
佐賀県	3	1	0	0	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0
長崎県	9	9	0	0	0	0	0	6	6	0	0	0	0	0
熊本県*	5	4	0	0	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0
熊本市	6	6	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	0
大分県	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
宮崎県	8	7	0	0	1	0	0	6	5	0	0	1	0	0
鹿児島県	27	25	0	0	2	0	0	20	18	0	1	1	0	0
沖縄県	16	15	1	0	0	0	0	12	4	0	0	8	0	0
計	781	713	12	0	56	0	0	550	422	11	43	45	1	28

*政令市を除く道府県

表3-3 処遇改善請求審査(審査結果) 2022年度(政令市別掲)

都道府県名	審査完了した処遇改善請求					
	審査完了件数	審査結果の内訳				
		処遇は適当である	%※3	処遇は適当でない	%※3	不明
北海道*	14	13	92.9%	1	7.1%	0
札幌市	0	0	-	0	-	0
青森県	0	0	0.0%	0	0.0%	0
岩手県	4	4	100.0%	0	0.0%	0
宮城県*	1	0	0.0%	0	0.0%	1
仙台市	0	0	0.0%	0	0.0%	0
秋田県	0	0	0.0%	0	0.0%	0
山形県	1	1	100.0%	0	0.0%	0
福島県	2	1	50.0%	1	50.0%	0
茨城県	4	3	75.0%	1	25.0%	0
栃木県	0	0	0.0%	0	0.0%	0
群馬県	1	0	0.0%	1	100.0%	0
埼玉県*	30	29	96.7%	1	3.3%	0
さいたま市	7	7	100.0%	0	0.0%	0
千葉県*	21	19	90.5%	2	9.5%	0
千葉市	9	9	100.0%	0	0.0%	0
東京都	31	27	90.0%	3	10.0%	1
神奈川県*	3	3	100.0%	0	0.0%	0
横浜市	22	18	81.8%	4	18.2%	0
川崎市	1	0	0.0%	0	0.0%	1
相模原市	1	1	100.0%	0	0.0%	0
新潟県*	5	5	100.0%	0	0.0%	0
新潟市	3	3	100.0%	0	0.0%	0
富山県	4	4	100.0%	0	0.0%	0
石川県	3	3	100.0%	0	0.0%	0
福井県	0	0	0.0%	0	0.0%	0
山梨県	2	2	100.0%	0	0.0%	0
長野県	20	20	100.0%	0	0.0%	0
岐阜県	1	1	100.0%	0	0.0%	0
静岡県*	5	5	100.0%	0	0.0%	0
静岡市	4	4	100.0%	0	0.0%	0
浜松市	4	4	100.0%	0	0.0%	0
愛知県*	1	1	100.0%	0	0.0%	0
名古屋市	21	0	0.0%	0	0.0%	21
三重県	1	1	100.0%	0	0.0%	0
滋賀県	10	10	100.0%	0	0.0%	0
京都府*	0	0	-	0	-	0
京都市	19	18	94.7%	1	5.3%	0
大阪府*	46	36	78.3%	10	21.7%	0
大阪市	0	0	0.0%	0	0.0%	0
堺市	23	22	95.7%	1	4.3%	0
兵庫県*	7	7	100.0%	0	0.0%	0
神戸市	4	2	50.0%	2	50.0%	0
奈良県	6	6	100.0%	0	0.0%	0
和歌山県	1	1	100.0%	0	0.0%	0
鳥取県	0	0	0.0%	0	0.0%	0
島根県	1	1	100.0%	0	0.0%	0
岡山県*	2	2	100.0%	0	0.0%	0
岡山市	14	14	100.0%	0	0.0%	0
広島県*	4	3	75.0%	1	25.0%	0
広島市	1	1	100.0%	0	0.0%	0
山口県	20	20	100.0%	0	0.0%	0
徳島県	1	1	100.0%	0	0.0%	0
香川県	0	0	0.0%	0	0.0%	0
愛媛県	2	2	100.0%	0	0.0%	0
高知県	0	0	-	0	-	0
福岡県*	37	35	94.6%	2	5.4%	0
北九州市	1	1	100.0%	0	0.0%	0
福岡市	7	7	100.0%	0	0.0%	0
佐賀県	2	2	100.0%	0	0.0%	0
長崎県	5	5	100.0%	0	0.0%	0
熊本県*	4	4	100.0%	0	0.0%	0
熊本市	4	3	75.0%	1	25.0%	0
大分県	0	0	0.0%	0	0.0%	0
宮崎県	6	6	100.0%	0	0.0%	0
鹿児島県	17	16	94.1%	1	5.9%	0
沖縄県	10	10	100.0%	0	0.0%	0
計/平均	480	423	92.8%	33	7.2%	24

*政令市を除く道府県

※3 総数から「不明」を除いた件数に対する比率

表3-4 処遇改善請求審査(不審査決定件数と審査日数) 2022年度(政令市別掲)

都道府県名	不審査決定した処遇改善請求						次年度への繰り 越し件数※1	要した日数※2				
	不審査決定件数	新規受理 件数（再掲）	新規受理件数に 対する不審査率 （％）	内訳				内訳(日)				
				取り下げ	要件消失	不明		受理から 意見聴取まで	意見聴取から 審査まで	審査から 結果通知まで	受理から 結果通知まで	受理から 不審査決定まで
北海道＊	5	17	29.4％	0	5	0	0	31.0	15.3	5.6	50.3	22.5
札幌市	0	0	-	0	0	0	0	-	-	-	-	-
青森県	2	2	100.0％	2	0	0	0	-	-	-	-	12.0
岩手県	1	5	0.0％	1	0	0	1	32.0	10.8	3.3	53.7	32.0
宮城県＊	1	2	50.0％	1	0	0	0	39.0	9.0	5.0	53.0	25.0
仙台市	0	0	0.0％	0	0	0	0	-	-	-	-	-
秋田県	0	0	0.0％	0	0	0	0	-	-	-	-	-
山形県	0	0	0.0％	0	0	0	0	-	22.0	0.0	-	-
福島県	2	5	40.0％	2	0	0	1	22.5	19.0	2.0	43.5	21.0
茨城県	6	11	0.0％	4	2	0	1	39.2	9.5	5.8	43.0	35.0
栃木県	2	2	100.0％	2	0	0	0	18.5	-	-	-	18.5
群馬県	1	2	50.0％	1	0	0	0	32.0	12.0	0.0	44.0	15.0
埼玉県＊	26	57	45.6％	23	3	0	2	17.6	11.8	3.6	27.3	16.8
さいたま市	2	12	16.7％	2	0	0	3	20.9	12.6	2.0	35.4	4.0
千葉県＊	28	52	53.8％	17	11	0	7	35.0	9.8	0.5	45.0	24.0
千葉市	5	14	35.7％	1	4	0	1	18.1	6.3	1.6	25.6	11.2
東京都	33	59	55.9％	19	14	0	11	52.7	16.2	11.2	76.2	36.3
神奈川県＊	4	7	57.1％	2	2	0	0	32.7	9.9	1.8	42.4	27.0
横浜市	24	46	52.2％	10	14	0	5	36.7	9.9	1.7	45.5	27.7
川崎市	0	1	0.0％	0	0	0	0	18.0	4.0	4.0	26.0	-
相模原市	1	2	50.0％	1	0	0	0	18.0	13.0	1.0	23.0	27.0
新潟県＊	6	13	46.2％	6	0	0	2	22.7	17.1	7.3	44.9	21.9
新潟市	10	14	71.4％	8	2	0	3	20.3	21.7	0.0	42.0	30.4
富山県	0	4	0.0％	0	0	0	0	31.5	11.5	0.0	43.0	-
石川県	0	3	0.0％	0	0	0	0	28.3	18.7	1.0	48.0	-
福井県	1	1	100.0％	0	1	0	0	-	-	-	-	2.0
山梨県	0	2	0.0％	0	0	0	1	78.0	11.5	11.5	95.0	-
長野県	9	32	28.1％	8	1	0	3	19.0	7.4	4.0	28.5	11.5
岐阜県	1	2	0.0％	1	0	0	0	119.0	1.0	1.0	121.0	30.0
静岡県＊	0	5	0.0％	0	0	0	0	13.5	10.5	2.1	24.5	32.0
静岡市	0	4	0.0％	0	0	0	0	14.0	7.0	1.0	22.0	-
浜松市	1	4	25.0％	1	0	0	0	27.0	23.0	1.0	27.0	32.0
愛知県＊	4	2	200.0％	3	1	0	1	24.6	8.5	3.3	35.0	13.5
名古屋市	10	35	28.6％	10	0	0	4	23.7	7.9	3.5	35.0	10.7
三重県	2	4	50.0％	2	0	0	1	14.0	6.0	2.0	22.0	14.5
滋賀県	3	13	23.1％	1	2	0	0	22.1	9.9	1.5	33.2	40.3
京都府＊	0	0	-	0	0	0	0	-	-	-	-	-
京都市	4	24	16.7％	0	4	0	1	12.0	5.5	2.6	20.3	16.0
大阪府＊	20	63	31.7％	14	6	0	11	30.4	5.7	1.0	37.9	20.9
大阪市	2	2	0.0％	2	0	0	0	0.0	-	-	-	9.0
堺市	6	31	19.4％	6	0	0	3	21.8	3.1	1.7	26.8	13.3
兵庫県＊	2	10	20.0％	1	1	0	1	19.5	8.9	1.4	30.3	19.0
神戸市	1	9	11.1％	0	1	0	4	19.8	11.3	1.5	32.5	15.0
奈良県	5	13	38.5％	3	2	0	2	15.1	6.2	0.0	20.0	13.0
和歌山県	0	0	0.0％	0	0	0	0	-	12.0	0.0	-	-
鳥取県	2	2	100.0％	1	1	0	0	-	-	-	-	19.5
島根県	0	2	0.0％	0	0	0	1	16.0	27.0	0.0	43.0	-
岡山県＊	0	2	0.0％	0	0	0	0	16.4	6.6	0.3	23.0	10.4
岡山市	5	19	26.3％	5	0	0	0	17.0	5.9	0.0	22.7	10.4
広島県＊	7	11	63.6％	6	1	0	1	50.5	11.8	4.0	72.0	24.7
広島市	0	1	0.0％	0	0	0	0	60.0	8.0	1.0	69.0	-
山口県	12	28	42.9％	11	1	0	1	35.8	5.8	5.1	38.4	45.1
徳島県	3	5	60.0％	2	1	0	1	13.3	1.0	0.0	9.0	13.3
香川県	1	1	100.0％	1	0	0	0	-	-	-	-	13.0
愛媛県	0	2	0.0％	0	0	0	0	11.0	23.0	2.5	36.5	-
高知県	0	0	-	0	0	0	0	-	-	-	-	-
福岡県＊	0	33	0.0％	0	0	0	0	64.3	11.9	2.4	58.1	17.0
北九州市	0	3	0.0％	0	0	0	2	34.0	28.0	1.0	63.0	-
福岡市	4	11	36.4％	1	3	0	0	33.6	9.0	1.0	38.7	17.0
佐賀県	1	3	33.3％	1	0	0	0	25.0	4.0	5.5	34.5	28.0
長崎県	4	9	44.4％	3	1	0	0	15.3	7.2	1.6	23.8	12.0
熊本県＊	2	5	40.0％	2	0	0	1	20.5	4.8	2.5	27.8	13.8
熊本市	2	6	33.3％	2	0	0	0	25	5	0.5	30.3	8.5
大分県	0	1	0.0％	0	0	0	1	-	-	-	-	-
宮崎県	3	8	37.5％	3	0	0	1	18.2	14.5	0.3	32.8	14.7
鹿児島県	12	27	44.4％	9	3	0	3	24.8	11.2	1.0	37.3	16.8
沖縄県	5	16	31.3％	1	4	0	2	49.5	6.0	3.0	33.0	7.0
計／平均	293	781	37.5％	202	91	0	83	29.3	9.6	2.9	39.5	22.5

*政令市を除く道府県

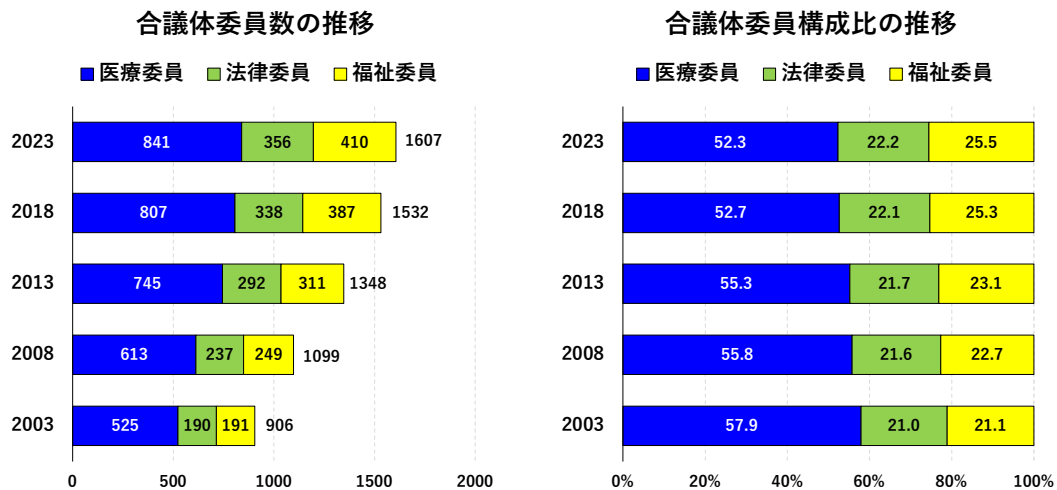
※1 次年度への繰り越しは、受理日、意見聴取日、審査日、通知日、不審査決定日の並びがいずれも逆転しておらず、加えて①、②のいずれかを満たす件数

①受理日から意見聴取日、審査日、通知日または不審査決定日の途中で、年度が替わるもの(令和5年4月1日以降の日付となるもの)

②通知日または不審査決定日が空欄である

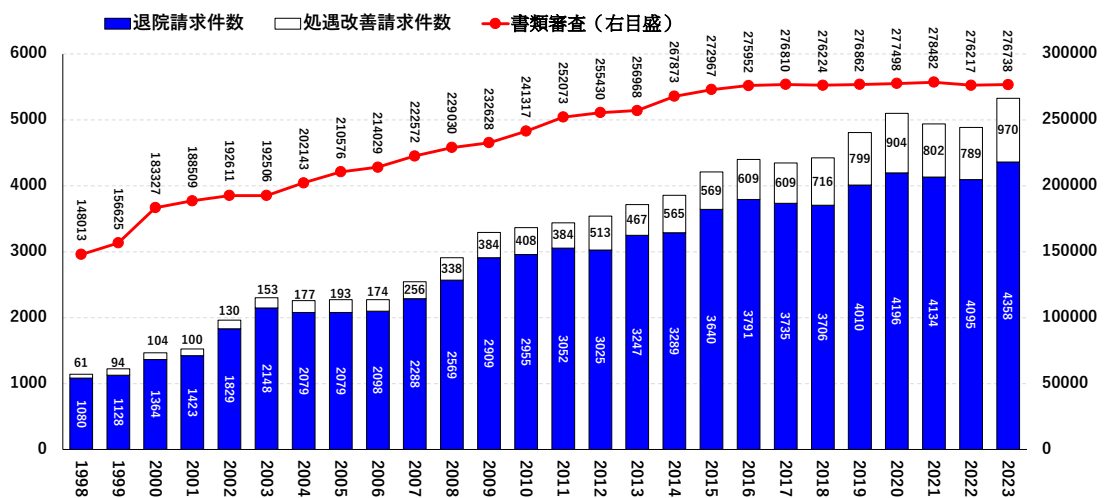
※2 要した日数は、該当する両日が年度内に入っており、かつ順序が逆転していないもので集計する。

図1 合議体委員数及び構成比の推移



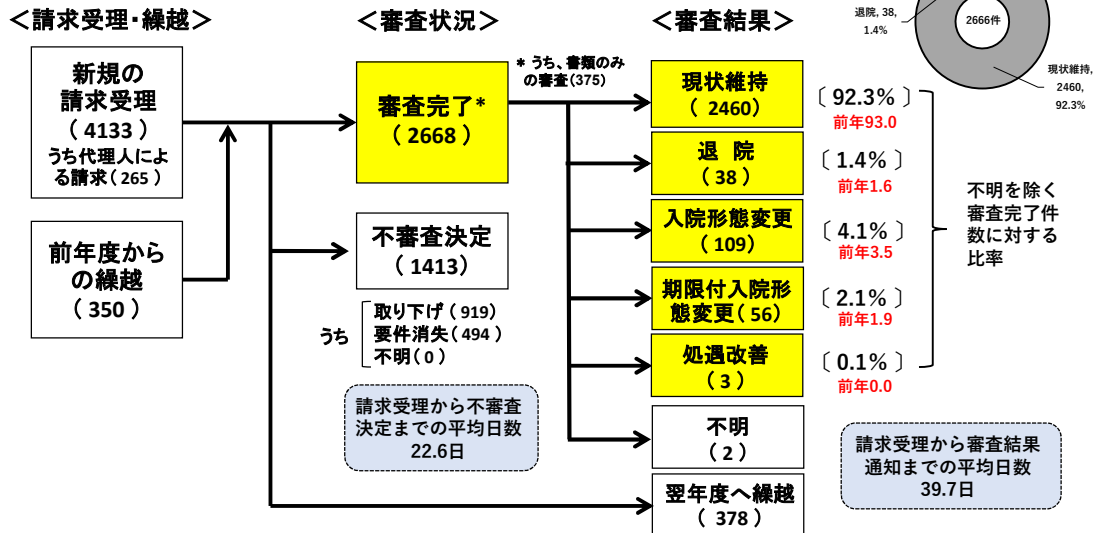
1

図2 退院等請求件数および書類審査件数の推移 ～衛生行政報告例より～



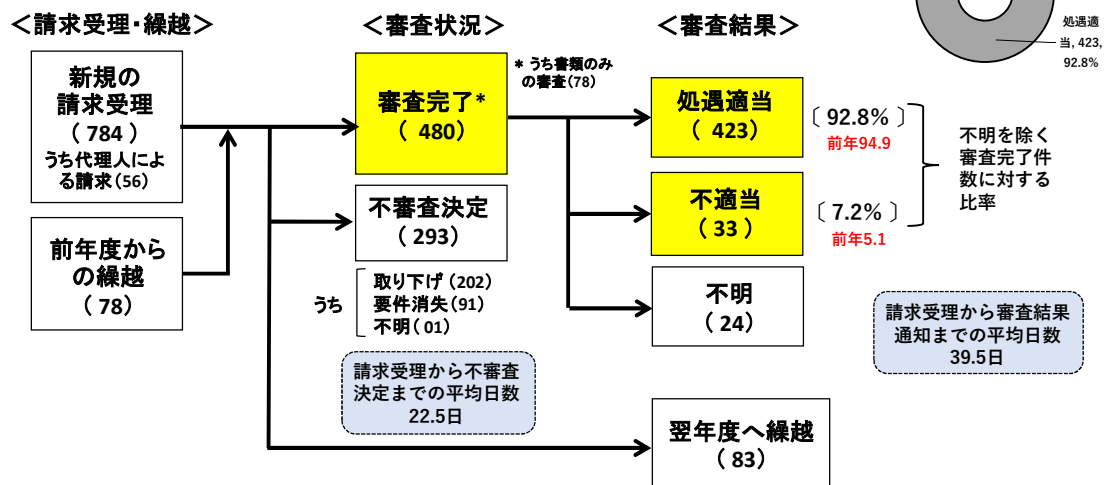
2

図3 退院請求の審査状況
～2022年度(精神保健福祉資料より)～



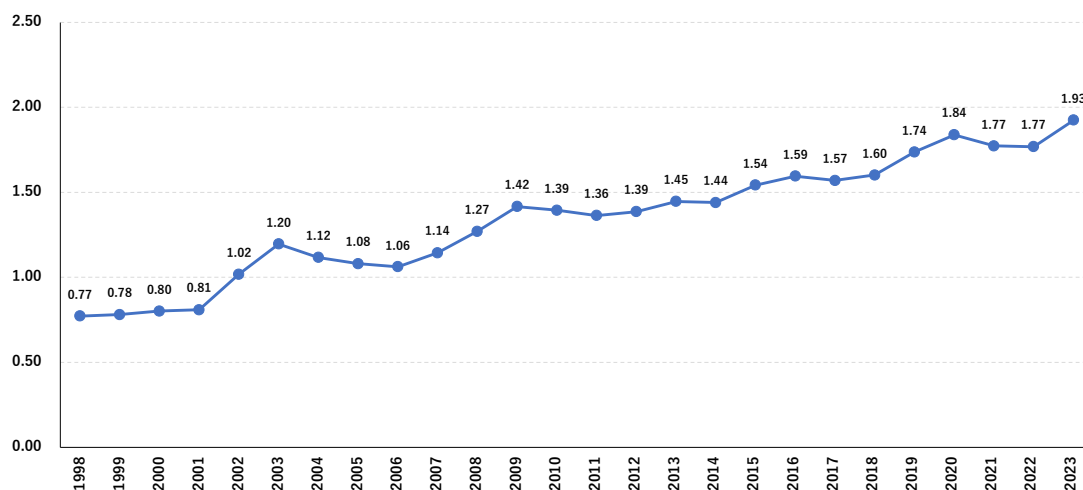
3

図4 処遇改善請求の審査状況
～2022年度(精神保健福祉資料より)～



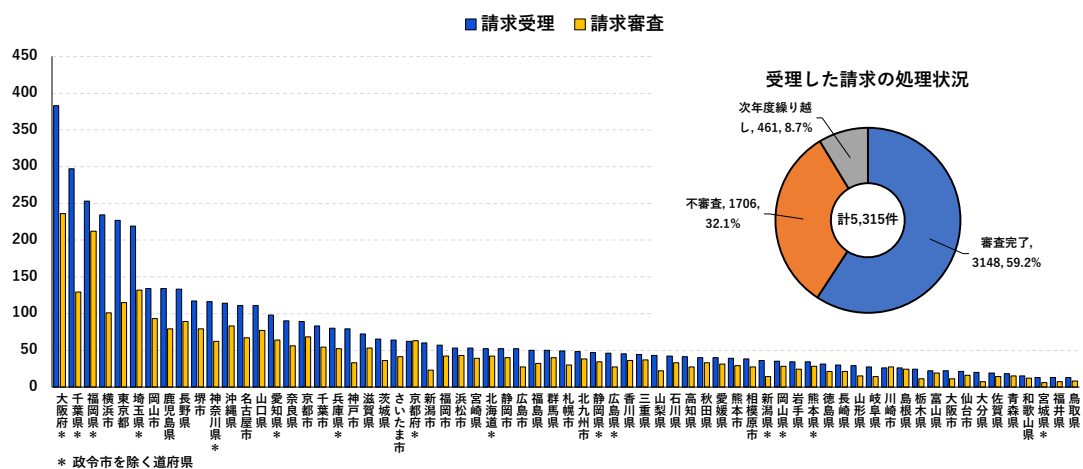
4

図5 書類審査100件当たりの請求件数の推移



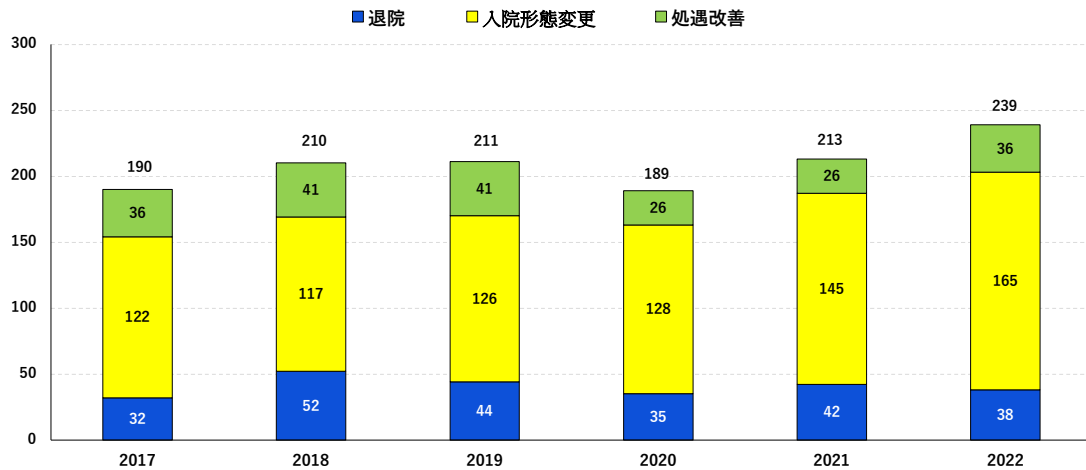
5

図6 審査会別の退院・処遇改善請求の受理および審査件数
～2022年度(精神保健福祉資料より)～



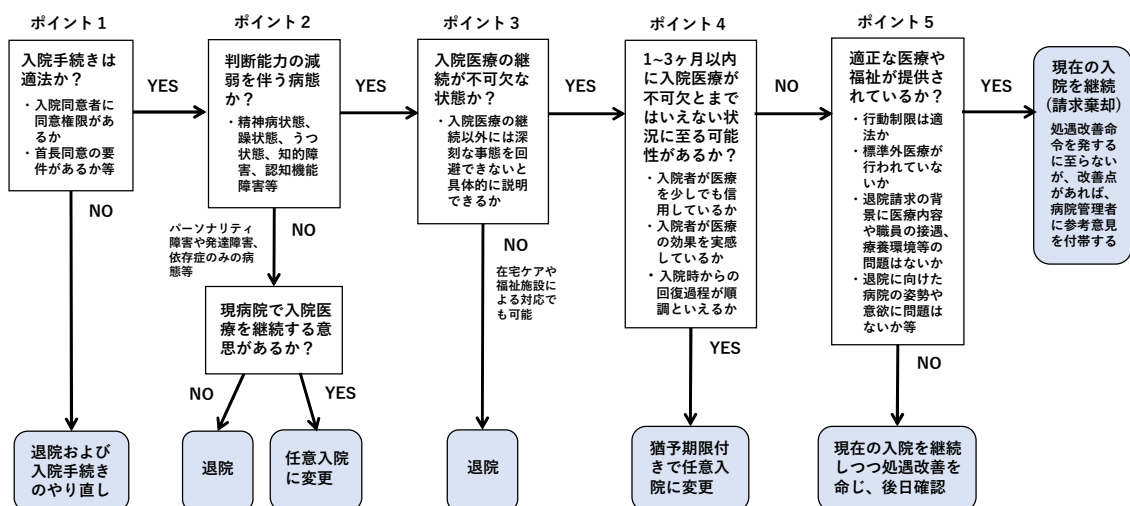
6

図7 請求棄却以外の審査結果の推移
～精神保健福祉資料より～



7

図8 医療保護入院者による退院請求の審査手順案
～全精審連2023年提案～

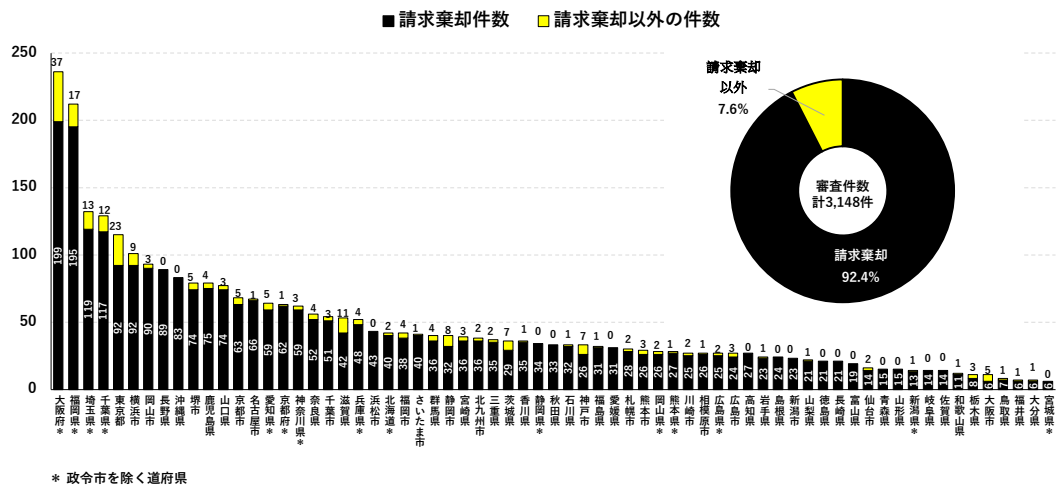


注1）現実にはYes/Noの判断に迷う場合も想定されるが、法的には上記のポイントがクリアされるべきであるという考え方を前提に、適宜運用されたい。
注2）ポイント4において猶予期限がつけられた場合であっても、ポイント5の観点から処遇改善が命じられる（併用される）場合もありうる。

8

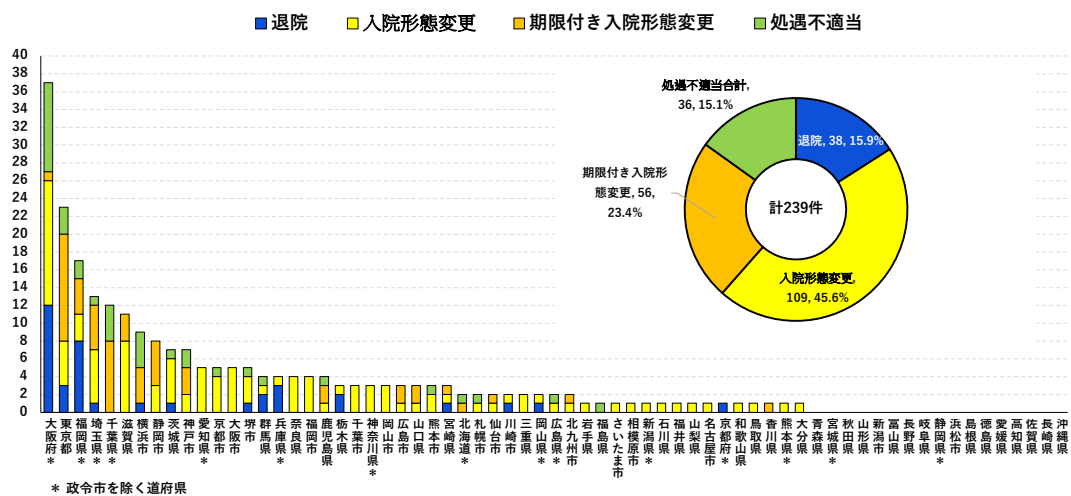
8

図9 審査会別の請求審査件数および請求棄却件数
～2022年度(精神保健福祉資料より)～



9

図10 審査会別の請求棄却以外の裁定件数内訳
～2022年度(精神保健福祉資料より)～



10

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

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
藤井千代	精神科地域ケア	福井次矢、高木誠、小室一成	今日の治療指針2025年版	医学書院	東京	2025	pp. 1072

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
藤井千代	市町村における精神保健に係る相談支援体制の整備と都道府県のバックアップ	保健師ジャーナル	80 (2)	101-107	2024
藤井千代	精神保健福祉法改正と自治体の新たな役割	法と精神医療	38	147-160	2024
Iwanaga M, Yamaguchi S, Hashimoto S, Hanaoka S, Kaneyuki H, Fujita K, Kishi Y, Hirata T, Fujii C and Sugiyama N	Ranking important predictors of the need for a high-acuity psychiatry unit among 2,064 inpatients admitted to psychiatric emergency hospitals: a random forest model.	Frontiers Psychiatry 15:1303189.doi: 10.3389/fpsyt.2024.1303189			2024
Shiina A, Niitsu T, Iyo M, Fujii C	Need for education of psychiatric evaluation of offenders with mental disorders: A questionnaire survey for Japanese designated psychiatrists.	World Journal of Psychiatry.	14 (5)	726-734	2024
Shiina A, Niitsu T, Tomoto A, Igarashi Y, Shimizu E, Iyo M.	An international comparison study between public opinion in the UK and Japan regarding capital punishment and the use of an insanity defense.	An international comparison study between public opinion in the UK and Japan regarding capital punishment and the use of an insanity defense. Ethics, Medicine and Public Health, 32 100966-100966, 2024.	32		2024
Shiina A, Niitsu T, Tomoto A, Iyo M, Shimizu E, Fujii C:	Police officers' perception of mentally disordered people: a national survey in Japan	The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology	35(6)	866-880	2024

令和7年3月27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)—

国立研究開発法人
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6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 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 精神保健研究所 ・ 地域精神保健・法制度研究部長
(氏名・フリガナ) 藤井 千代 ・ フジイ チョ

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)	☒	☐	☒	国立精神・神経医療研究センター 千葉大学大学院医学研究院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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：)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (有の場合はその内容：当該法人の人材を客員研究員として受け入れている為、研究員の立場で関わる研究を明確にしておくよう留意すること。法人の人材が研究に関与していることを研究成果公表時等に開示すること。法人から受け入れている研究員が、当センターの立場で実施する各種活動については、当センター規則を遵守するように留意すること。)

(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
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 岡山県精神保健福祉センター
所属研究機関長 職 名 所長
氏 名 野口 正行

次の職員の令和6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 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 岡山県精神保健福祉センター 所長
(氏名・フリガナ) 野口 正行 (ノグチ マサユキ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 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)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
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：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☐ 無 ☒ (無の場合はその理由：地方自治体の行政機関のため)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☐ 無 ☒ (無の場合は委託先機関：国立精神・神経医療研究センター)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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 7 年 4 月 14 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 地方独立行政法人
岡山県精神科医療センター
所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 山田 了士

次の職員の令和6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 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医療部・院長
(氏名・フリガナ) 来住 由樹 (キシ ヨシキ)

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)	☒ ☐	☒	岡山県精神科医療センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
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	☐ ☒	☐		☐
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：)	☐ ☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 国立大学法人千葉大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 横手 幸太郎

次の職員の令和6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 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 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特任教授
(氏名・フリガナ) 椎名 明大・シイナ アキヒロ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
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)	☒	☐	☒	千葉大学大学院医学研究院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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:)	☐	☒	☐		☐

(※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☒ 無 ☐ (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 ☐ 無 ☒ (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
~~（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 国立健康危機管理研究機構
所属研究機関長 職 名 理事長
氏 名 国土 典宏

次の職員の令和6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 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究
3. 研究者名 （所属部署・職名）国府台病院 精神科 精神系統括診療部門長
（氏名・フリガナ） 佐竹 直子 サタケ ナオコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
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）	☒	☐	☒	国立国際医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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： ）	☐	☒	☐		☐

（※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☐ 無 ☒ （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7年3月27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）~~

国立研究開発法人
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6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 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 地域精神保健・法制度研究部 ・ 客員研究員
- （氏名・フリガナ） 杉山 直也 ・ スギヤマ ナオヤ

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）	☒	☐	☒	国立精神・神経医療研究センター	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
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	☐	☒	☐		☐
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： ）	☐	☒	☐		☐

（※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 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （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 ☒ 無 ☐ （有の場合はその内容：・当該法人より客員研究員として参画している為、研究員の立場で関わる研究を明確にしておくよう留意すること。法人の人材が研究に関与していることを研究成果公表時等に開示すること。当センターの立場で実施する各種活動については、センターの規則を遵守するように留意すること）

（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。