

## 措置入院の適正化に関する研究

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）、稲垣 中（青山学院大学 国際政治経済学部）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、大塚達以（宮城県立精神医療センター）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター）、小林 慧（東京大学）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、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）、平田豊明（木村病院）、門田雅宏（滋賀県立精神保健福祉センター）

### 要旨

当分担任では精神保健福祉法に基づく措置入院の適正化に関する研究を実施している。本年度においては、措置入院制度の運用に関するガイドラインの活用状況の把握と今後のあり方を検討するため、6つの自治体に所属する職員に対するグループインタビューを行った。また、適切な措置診察に必要な知識と技術を習得するために制作した研修パッケージの改善と効果検証のため、10名を対象としてセミナーを実施した。グループインタビューの結果、個々の地域特性に伴う措置入院制度運用の課題が浮き彫りになった。また、セミナーの受講により措置診察に対する自信や措置診察に関する知識の有意な向上が得られることが確認された。

### 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<sup>1)</sup>。

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。その一

方で、措置入院制度を適切に運用するためには、措置入院の要否判断を行う精神保健指定医が高い診察技術を習得することが不可欠である。しかるにそのための教育論は甚だ不十分であるのが現状である。そこで研究分担者らは、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継続的に実施してきた<sup>10)</sup>。今年度は、これまで開発を進めている措置診察の技術向上のための教育パッケージのさらなる改善を目指した。

措置入院の運用適正化については、厚生労働省は、平成30年3月27日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「措置入院の運用に関するガイドライン」について（厚生労働省障発0327第15号。以下「運用ガイドライン」という。）」及び厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「地方公共団体による精神障害者の退院後支援のガイドライン」について（厚生労働省障発0327第16号。以下「退院後支援ガイドライン」という。）」を発出した。

運用ガイドライン発出からの8年間、大幅な改訂は未だなされていない。しかし、時勢に鑑みるに、その効能と限界について考察し、全国でより適切かつ効率的に措置入院制度を運用していけるよう、改訂の必要性について検討すべき時期ではないかと考えられる。このため、本研究班では、運用ガイドライン改訂のための具体的な方向性を検討するため、各自治体の抱えている具体的な課題に肉薄して現行のガイドラインの課題と目指すべき方向性を明らかにすることをもう一つの目的として研究を実施した。

## B.方法

上記の背景にしたがい、本年度において我々は2つの研究を立ち上げた。

### (1) 自治体グループインタビュー

我々は、全国から便宜抽出した複数の自治体において、措置入院業務を所管している部局から推薦を受けた、地域精神保健医療福祉

を担当する保健所職員各1名を対象にグループインタビューを実施することとした。対象者を3名一組として、実施に当たり予め作成した質問紙に則り研究者が半構造化面接を行うこととした。質問紙の内容は別添1の通りである。所要時間は2時間を目安とした。計3組9名の実施を目標とした。

研究対象の選出は、研究者による便宜抽出した自治体の職員からの推薦を受けて行った。インタビュー結果を質的解析した。

### (2) 措置診察実践セミナー

本研究は「措置診察技法の習得を促す教材開発に関する研究」という一連の研究活動のフェーズ6に当たる。我々は本研究において、既存の教材にさらに改良を加えた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年以上経過している」「精神保健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」「指定医としての知識及び技術の向上を志している」のすべてを満たしている者とした。従前と異なり、指定医経験年数の上限を撤廃した。

対象者は事前アンケート調査に回答した後、1時間のビデオ教材による事前学習を行ったうえで、4時間のセミナーに参加した。その後同内容のアンケート調査に回答した。

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。各々、事前事後の比較を行った。

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った。

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】

自治体グループインタビューにおいては、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 M10881、2025 年 8 月 18 日承認）。実査に当たっては、調査の目的と内容等を書面等により説明し、回答の有無及び回答内容は個別回答者の任意であることを保障し、調査対象からの回答をもって研究協力への同意とみなすこととした。対象者の個人情報、対象となった自治体名やその選定理由については開示しないこととした。

措置診察実践セミナーにおいては、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 M10905、2025 年 10 月 15 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（電子媒体を含む）による同意をもって対象として参入させた。対象者の個人情報は開示しないこととした。

なお、いずれの研究も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

#### (1) 自治体グループインタビュー

我々は 2025 年 11 月 12 日と 2026 年 1 月 8 日にそれぞれ 3 自治体、計 6 自治体に対するグループインタビューを実施した。所要時間は各々 2 時間であった。

結果を定性的にまとめたところ、下記の事実が示唆された。

##### 1) 通報受理に関する事情

対象となったすべての自治体において、通報の受理率は 100%であった。ただし実際には通報段階での内容確認により別の対応に切り替えるケースが一部存在する。通報を聞き

取る段階で精神保健福祉法第 47 条での支援への切替えを示唆されたり、自傷他害のおそれがないことが判明して警察が通報を取り下げたりする事案もあったとのことである。

一部の自治体では、第一報の電話を受けた段階で、明らかに精神症状による言動がない、自傷他害行為が確認できない、既に受診先が決まっている、といった場合には、臨場せず電話調査のみで措置診察不要と判断することがあるという。

また通報件数の多い自治体では、まずは警察内で事例の内容をよく確認してもらうよう依頼することがあるという。

##### 2) 事前調査について

事前調査の形態については、全件対面で行う地域と、電話やオンラインによる非対面調査を活用する地域に二分されることが示唆された。

前者においては、対面調査と並行してほかの職員がかかりつけ医への電話聴取を行うといった役割分担をしている自治体もあった。

原則全件対面調査をしている自治体でも、矯正施設長による通報については電話調査に留めることがあるという。

他方、通報件数が多いため電話調査を余儀なくされている自治体においては、一部事例を対面調査に切り替えたり、オンライン調査を活用したりといった試みもされていた。

いずれにせよ、通報を受けてから調査に着手するまでの時間が長いことを警察から指摘されており、多くの自治体で課題となっている。

調査におけるハードルとして、人員不足、警察からの情報のみでは判断が困難、夜間に精神科クリニック等の関係機関と連絡がつかず既往を確認できない、外傷や薬物使用等に関するアセスメントが困難、外国人への対応が難しい、個人情報保護条例を盾に行政機関が調査に応じてくれない、といった内容が挙げられた。

一部自治体では、措置診察不要の判断に警察が異議を申し立てるため苦勞しているとのことであった。

### 3) 措置診察の要否判断

措置診察の要否判断をするに当たり、措置入院運用ガイドラインを遵守してはほぼ全件が診察要件に該当してしまうため、より実務的な絞り込みをしているとの意見があった。具体的には、研修会講師の意見に基づき、リストカット等の比較的軽微な事象や、夫婦喧嘩・対人トラブル、知的障害や発達障害を有する者の一時的なパニック反応に対しては措置診察を行わないとの決定をしているとのことであった。独自の措置診察要否判断ガイドラインを作成している自治体もあった。

措置診察を行わない例として、軽微な事象、既に興奮を脱している場合、知的障害や発達障害による一時的なパニック、性格の問題が基盤にある場合、男女間や家族内等の人間関係に起因する興奮状態、かかりつけ医による対応が可能な場合、既に受診先が決定しており保健所の介入がかえって迅速な医療を阻害する場合等が挙げられていた。

薬物やアルコールによる酩酊については、酩酊状態ではほぼ一律に診察を行わないとする自治体と、医療的介入が必要なら診察を行う方針に転換した自治体があり、意見が分かれていた。

また、措置要件に該当するか判断に迷う事例において、かかりつけ医への搬送が可能な場合には、措置診察を行わない決定をすることもあるとのことであった。

いずれの自治体も現場職員個人の判断ではなく組織として決定する仕組みを設けていた。それにより、警察から説明を求められた際に組織決定として対応できるようにしているという。しかし実際には保健所長により判断にバラツキが出るのが課題として挙げられていた。

### 4) 緊急措置入院の運用

緊急措置入院の運用については、積極的に活用している自治体と、謙抑的に扱っている自治体とに二分された。

前者においては、夜間休日は原則として緊急措置診察による対応を行い、平日日中に改めて指定医 2 名を揃えて措置診察を行う運用としていた。

後者においては、夜間休日であっても指定医 2 名を確保して通常の措置診察を行う運用としていた。

いずれにせよ指定医の確保が課題となっており、本来は緊急措置診察が適応される場面でも後日別途 2 名の指定医を確保することが困難なためにあえて当初から通常の措置診察を行うようにしている自治体もあった。

どのような場合であれば緊急措置診察が認められるか具体的な基準に迷っているという意見もあった。

大型連休など 72 時間を超えて夜間休日帯が続く時期には特別に指定医の待機シフトを用意している自治体もあった。

### 5) 移送ないし搬送にかかる人員の確保

被診察者の移送ないし搬送に当たっては、人員と車両の確保について具体的な取決めが必要となる。いずれの自治体においても、保健所職員のほか、警察 OB などの非常勤移送支援員を配置したり、夜間の補助業務を業者に委託したりするなどして、地域の実情に合わせて人員確保に努めていた。夜間の移送には必ず警察官が同行するよう取決めをしている自治体もあった。

移送車両については、公用車、民間委託、警察車両といった選択肢の中から地域の実情に合わせた選択が行われていた。

車両及び関連費用は行政が負担し、警察官が同乗することで関係者の安全を確保するという役割分担をしている自治体もあった。

## 6) 指定医と入院先の関係

一部の自治体では、指定医を警察署に派遣することが困難なため、被診察者を指定医の勤務先に搬送して措置診察を受けさせていた。その場合、診察した指定医の勤務先に被診察者をそのまま措置入院させる運用が慣例となっていた。このような運用はガイドラインを遵守していないことになるが、患者を何度も移動させる負担や、限られたリソースの中で対応するための現実的対応として定着しているようであった。

## 7) 措置入院に関する診断書の取扱い

措置入院要否判断の根拠となる診断書の取扱いについては、診察終了後に指定医がその場で診断書を作成し、即時に回収する運用としている自治体と、指定医にレターパック等を渡し、後日作成した診断書を郵送してもらう運用としている自治体とがあった。

また、措置入院に関する診断書を被診察者の措置入院先に提供するか否かについても、自治体によって運用が分かれた。ただし、診断書そのものは提供しないものの、事前調査の結果や診察の経緯について、メモや口頭で情報共有しているという自治体が多数であった。

診断書の作成及び保管については、デジタル化や電子カルテとの連携について各自治体で議論が為されているが、システム整備や情報漏洩対策、押印等まつわる法令的課題をどう克服するかが未だ議論の渦中にあるようであった。

## 8) 措置不要となった場合の運用

措置診察を行わない決定をした場合、ないし措置診察の結果として措置不要となった場合の対応については、多くの自治体において被通報者に対する適切な処遇を確保するための取組みに関する意見が挙げられた。

精神医療が必要な事例においては、多くの場合において、精神保健福祉法第47条に基づ

く相談として保健所が関わり、医療保護入院等の形で精神医療につなげていく対応が為されていた。その場合、被通報者を搬送する際には家族がタクシー代を工面する必要があるといった課題が挙げられた。確実に医療につなげるため、被診察者の同意に基づき、かかりつけ医まで自治体や警察の車両で送り届けたり、搬送車両に保健所職員が同席したりする運用も聞かれた。

他方、措置診察自体が不要との決定が為された場合にはどのように必要な医療につなげるのか苦慮しているとの意見があった。

いずれにせよ、その後の家族相談のための窓口を開いたり、地元の保健所にフォローアップを依頼したりするなどして、被診察者が医療につながる道を閉ざさぬ配慮が為されていた。

## 9) 警察との連携及び協議

いずれの自治体においても、警察との連絡協議会が定期的開催されていた。

自治体によっては、ガイドライン発出に伴い警察からの支援を受けづらくなったことがあり、課題解決のため協議会で議論を進めているという。

## 10) その他の連携課題

いくつかの自治体においては、都道府県と中核市との間で措置入院運用における連携に課題を感じているとのことであった。具体的には、個人情報保護条例等の規定により患者情報が共有されづらいこと、調査や診察にかかる権限移譲が進んでおらず役割分担に困難を抱えていること等が挙げられた。

その他、虐待に関して警察、児童相談所、精神科医師等が連携して課題解決に当たっている、救命救急センターを交えて身体合併症への対応について議論している、といった意見があった。

## (2) 措置診察研修試験

我々は2026年11月22日(土)13時~17時、青山学院大学において「令和7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を視聴させたいえで、別添2に示す内容に沿った研修を受講させた。

参加人数は10名で、うち5名が精神保健指定医であり、うち3名が措置診察の経験(各々2回、10回、13回)を有していた。年齢は $35.5\pm 6.1$ 歳(平均 $\pm$ 標準偏差。以下同じ)、医師としての経験年数は $8.0\pm 1.5$ 年であった。受講前には80%が措置診察を自信をもって実施できないと回答していた。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それぞれ20%及び10%だった。

研修前の措置テストの評点は $75.5\pm 12.6$ 点であった。

研修前のAMSの評点は、to knowが $20.8\pm 4.2$ 点、toward accomplishmentが $20.7\pm 4.2$ 点、to experience stimulationが $16.6\pm 6.3$ 点で、内発的動機づけの合計点は $58.1\pm 13.8$ 点であった。またidentifiedが $21.2\pm 3.7$ 点、introjectedが $13.1\pm 6.2$ 点、external regulationが $12.6\pm 5.0$ 点で、外発的動機づけの合計点は $46.9\pm 11.7$ 点であった。なお無動機は $5.6\pm 2.0$ 点であった。

研修前のMSLQ Part-Aは、内発的目標指向性が $4.7\pm 1.4$ 、外発的目標指向性が $2.9\pm 1.7$ 、課題価値が $5.5\pm 1.5$ 、学習制御信念が $4.5\pm 1.5$ 、学習とパフォーマンスに対する自己効力感が $4.3\pm 1.5$ 、試験不安が $3.2\pm 1.6$ であった。

10名全員が研修を完遂した。

研修後、措置診察を自信をもって実施できないと回答した者はいなかった。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それぞれ80%及び90%となった。

研修後の措置テストの評点は $86.0\pm 7.0$ 点であり、研修前に比べて統計学的有意に上昇していた(対応のあるT検定、自由度9、 $t=-3.47$ 、 $p=0.007$ )。

研修後のAMSの評点は、to knowが $22.6\pm 3.5$ 点、toward accomplishmentが $20.7\pm 3.4$ 点、to experience stimulationが $19.6\pm 4.8$ 点で、内発的動機づけの合計点は $62.9\pm 10.6$ 点であった。またidentifiedが $22.3\pm 2.8$ 点、introjectedが $14.3\pm 5.7$ 点、external regulationが $13.1\pm 4.5$ 点で、外発的動機づけの合計点は $49.7\pm 9.5$ 点であった。なお無動機は $7.0\pm 3.1$ 点であった。

これらの評点に受講前後でいずれも統計学的有意差はなかった。

研修後のMSLQ Part-Aは、内発的目標指向性が $5.0\pm 1.1$ 、外発的目標指向性が $3.9\pm 1.5$ 、課題価値が $5.6\pm 1.2$ 、学習制御信念が $4.9\pm 1.2$ 、学習とパフォーマンスに対する自己効力感が $4.8\pm 1.3$ 、試験不安が $3.2\pm 1.5$ であった。

これらの評点に受講前後でいずれも統計学的有意差はなかった。

## D.考察

本年度においては自治体に対するグループインタビューと措置診察に関する研修会のふたつの取組みを行った。

グループインタビューの結果から、措置入院運用に関して自治体ごとに抱える様々な課題が浮き彫りになった。そのうちの一部は先行研究によるアンケート調査や聞き取り調査によって既に指摘されていたものである。しかし今般のグループインタビューにおいては、複数の自治体の担当者同士が直接意見交換することを通じて、自治体ごとの歴史的経緯や文化的背景、リソース、人的及び経済的規模といった種々の格差が、措置入院運用業務にどのような影響を与えているかがより具体的にわかってきた。

今般の結果から、措置入院業務の実態を軸に類型化するならば、自治体は大きくふたつ

のパターンに分けられるように思われる。ひとつは、通報事例ごとに対面での事前調査を行い、被通報者の元に指定医が2名集まって措置診察を実施し、要措置となった場合には予め選定された入院先に患者を搬送するという運用である。もうひとつは、通報事例に必ずしも対面調査を行わず、電話調査などでスクリーニングを行い、措置診察が必要と判断された場合には被通報者を順に指定医の勤務先へと搬送し、要措置と判定された場合には第2指定医の勤務先に入院させるという運用である。もちろん、このふたつの他にも様々なパターンでの運用が為されている。

前者が成立する要件として、自治体の規模が比較的小さく、通報事例が多くないこと、保健所職員や指定医が勤務先を離れて措置業務のため現地に赴くことができること、入院先も含めて複数の精神科医療機関と手早く連絡が取れること等が挙げられる。逆に後者のような運用が為される背景としては、通報件数が多い、キャッチメントエリアが広い、保健所職員が少ないといった事情が重なり全件対応が困難であること、精神科病院や指定医の数が少なく、指定医が病院を離れる時間を確保できないこと等があるのだろう。

地域の実情は地域それぞれであり、精神保健行政以外の様々な要因と複雑に絡まっているため、直ちにどちらの運用が適切であると断ずることは現実味がない。むしろ現在利用可能なリソースに最適化された運用こそが現場に求められているともいえる。今後ガイドラインの改定に当たっては、これらの自治体の動きを阻害することのないよう、一定の配慮が必要である。

他方、各種実務を地域に最適化するあまりに様々なリスクを内包してしまっているように思われる実態もある。

たとえば、一部の自治体においては、当初の興奮が落ち着いている場合や、性格的問題や人間関係に起因する興奮の場合において、措置診察を行わない判断をすることがあると

の意見が多かった。しかし、この判断が必ずしも適切に為されているとは限らない。被通報者が精神障害者ではなく一時的に興奮したに過ぎなかったという判断は専門家においても困難なものである。興奮の原因が性格的問題に過ぎないと事前調査の段階で断ずることは危険であろう。警察の立場からすると、かような被通報者に措置診察を受けさせずに済ませることで、後日再び自傷他害のリスクが高まることへの懸念は当然であり、かような事態に至った場合には判断に当たった職員が責任を問われるおそれがある。

また、措置診察を行った指定医の勤務先に被診察者を措置入院させてはならないという規程は、モラルハザード防止のために盛り込まれたものであると考えられる。措置入院患者の受入れは、医療機関の診療収入にも影響し得ることから、仮に、指定医が自院への入院を念頭に置いて措置要否を判断したり、行政が特定の医療機関への入院を誘導していると受け取られたりすれば、措置診察および入院先選定の公正性に重大な疑義が生じる。もし、本来は措置入院の要件を満たさない患者に対して、病院側の利益や行政上の都合により非自発的入院が行われたと評価されれば、患者の権利侵害にとどまらず、行政処分としての措置入院そのものへの信頼を損なうことになりかねない。措置入院業務に関わる職員は、このような利益相反および外部からの疑念が生じ得ることを十分に認識する必要がある。

最後に、今般のグループインタビューにおいても、措置診察の要否に関する基準を国に示してほしいとの意見があった。しかし、現行の基準の運用状況には自治体ごとのばらつきがみられることや、地域ごとの実情や体制上の制約が影響している可能性も踏まえると、国が新たな基準を示した場合においても、すべての自治体における措置入院運用の一律の適正化につながるとは限らず、その効果についても限定的となる可能性がある。

今般のグループインタビューの結果から演繹される結論は下記の通りである。今後、国としていかなる制度改正を企図するにせよ、その制度を実際に運用する自治体ごとの特性に応じた一定の配慮と柔軟性が保証されることが、現場で措置入院制度運用が適切かつ効率的に為されるための必要条件である。その一方で、各自治体においては、国の定める原則的な仕組みと現場の運用方針とのずれの有無及び程度を適宜定量的に把握し、そのことが現在及び将来にどのようなリスクをもたらすのかを想定したうえで、そのリスクを最小化するための仕組みを予め築いておくことが求められる。

さて、今年度我々は10名の精神保健指定医に対し措置診察に関する知識及び技術向上のためのセミナーを実施した。その結果として、受講者の措置診察業務に関する知識と自信は向上したが、措置診察業務に対するモチベーションの変化は認められなかった。

今回のセミナーにおいては4時間にわたり措置診察業務に関する様々な知識を伝え、また技術向上のための演習も行った。受講者の知識の向上を認めたのは想定通りの成果である。ただし、今回の研究は単群試験であり、被験者の知識の向上がセミナー受講に起因することの証明にはならないし、ましては今般のセミナーの価値を保証するものでもない。

他方、今回の被験者は自ら4時間のセミナーを受講する意思をもって申込みを行ったものであり、もとより措置診察業務の重要性を承知してこれにコミットする者が大半であったと想定される。してみるとモチベーションの変化が定量化されなかったことは天井効果によるものと推測される。

今後の展開としては、待機群や自主学習群等を対象としてランダムコントロール試験を実施することが考えられる。それによりセミナーの真の教育効果を検証することが可能となろう。ただ、今般の研究でも募集に応じた被験者は10名に過ぎなかった。全員がセミナ

ーを受講できるわけではないというレギュレーションでのリクルートには一層の困難が予想される。

また、今般のセミナーは事前学習に加えて4時間のセッションを行ったが、我々は別に100分のセッションに最適化されたプログラムも用意している。セッション時間と学習効果の関係を検証することを通じてプログラムの最適化を図る取組みも今後の課題である。

## 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

## E.健康危険情報

なし。

## F.研究発表

### 1.論文発表

Shiina A, Sudo Y, Suzuki Y, Kamata Y, Niitsu T, Fujii T. Developing a training program of knowledge and skills in the context of administrative involuntary hospitalization: a pilot trial. *Frontiers in Psychiatry*. 2025. Nov 10:16:1644958.

### 2.学会発表

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121回日本精神神経学会学術総会ワークショップ

ブ 2025年6月21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。

## 措置入院制度の運用等の現状と今後の展望に関する聞き取り調査研究

### 質問紙

貴自治体において、精神保健福祉法第 22 条による警察官通報は年間何件くらいありますか？ そのうち何割程度を受理していますか？ 受理しない事情としてどのようなことがありますか？

貴自治体において措置通報を受理した際、自治体職員は事前調査を行っていますか？ 行う場合、現地に臨場して対面での聴取を行いますか？ 電話等による聞き取りを行いますか？ その他の方法を用いることはありますか？ 聞き取りを行わない事情としてどのようなことがありますか？

貴自治体において措置通報を受理した場合、そのうち何割程度において措置診察を行っていますか？ 措置診察を行わない事情としてどのようなことがありますか？ 措置診察を行わなかった場合、その後どのような対応を行っていますか？

貴自治体において措置診察を行う場合、措置診察を行った指定医の勤務先に被診察者を措置入院させることがありますか？ それはなぜですか？

貴自治体において措置診察を行う場合、2 名の指定医が同時に診察を行うことがありますか？ その場合、2 名の指定医が診察結果を相談することがありますか？ それはなぜですか？

貴自治体において措置診察が行われた場合、措置入院者に関する診断書がその場で提出されないことがありますか？ それはなぜですか？

貴自治体において措置診察が行われたものの措置入院の必要性が否定された場合、どのような対応を行っていますか？

貴自治体における、夜間及び休日での措置通報への対応について教えてください。緊急措置診察を用いて対応することがありますか？ それはなぜですか？  
について

## 別添 1

貴自治体における措置入院者の移送に関する手続きについて教えてください。

貴自治体における警察官以外からの措置通報ないし届け出への対応について教えてください。

貴自治体における措置通報にまつわる警察・指定医・精神科病院・その他の関連部局等との連携体制について教えてください。

2018年3月に「措置入院の運用に関するガイドライン」「地方自治体における精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」が発出されました。両ガイドラインの発出前後での変化について教えてください。

貴自治体では両ガイドラインの内容をどの程度遵守していますか？ 両ガイドラインの内容に対する意見を教えてください。

その他、貴自治体における措置入院制度の運用等に関する課題及び今後の展望について教えてください。

**ご協力ありがとうございました。**

# 本日の日程

	セッション	内容	担当	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	新津	
13:15~13:30	講義 1	措置入院制度運用の歴史と現状	平田	
13:30~13:45	講義 2	措置診察におけるチェックポイント	中西	
13:45~14:00	講義 3	措置入院の要否判断	新津	
14:00~14:15	演習 ①	措置診察の評価（典型事例）	中西	グループワーク
14:15~14:30	休憩			
14:30~14:45	演習 ②	措置診察の評価（問題事例）	中西	グループワーク
14:45~15:30	演習 ③	措置診察の実践（ビデオ教材）	中西	グループワーク
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	椎名	
16:00~16:15	演習 ④	措置診断書の作成	椎名	セルフワーク
16:15~16:30	講義 5	措置診察のその後	椎名	
16:30~16:45	討論	総合討論		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		