

令和5年度 地域保健総合推進事業

措置診察および措置入院者支援の課題整理と
今後の保健所の対応に関する研究
報告書

令和6年3月

日本公衆衛生協会

分担事業者 山口 文佳

(鹿児島県 始良保健所 兼 大口保健所)

はじめに

措置入院に関する地域差は、長年にわたり多方面から指摘され続けています。国は、措置入院の運用が適切に行われるように、特に件数の多い警察官による 23 条通報を契機とした、措置入院に関する標準的な手続きを示したものとして「措置入院の運用に関するガイドライン」を平成 30 年 3 月に発出しました。しかし、発出後 6 年経過しましたが、地域差が解消する兆しはありません。

本研究班では、昨年度から「措置入院」について検討を始めました。昨年度は、全国の保健所に対し、通報から退院後支援までの措置対応の実施状況、考え方について幅広く調査しました。その結果、警察の通報基準、保健所の措置診察の要否基準、精神保健指定医や医療機関の整備体制等に地域差があり、複数の要因が重なって措置入院率の地域差につながっていると考えられました。

今年度は、昨年度の結果を受けて、警察官による 23 条通報に係る措置入院手続きに絞り検討しました。具体的には、○保健所長へのアンケート調査で、保健所長自身の措置通報業務への関与の程度や措置業務に対する意見を確認しました。○衛生行政報告例等国の統計データから措置に関係する情報を抽出し都道府県別状況、「措置入院の運用に関するガイドライン」発出前後の変化の有無を検討しました。○措置業務を県庁等でまとめて対応していることを公表していることが確認できた 6 府県について、体制の違いが措置入院率等に影響しているか否か等について検討しました。○中核市等保健所の 23 条通報への対応がどうあるべきかに対して、既に権限委譲を受けて 23 条通報に対応している中核市等保健所と、23 条通報に対応していない市型保健所を管轄している県型保健所の中で、市の人口が県型保健所管轄の人口に比して大きい県型保健所にインタビューして意見を確認しました。○本研究班の協力事業者の所属自治体の措置対応状況についてまとめ、地域の実情に合わせた体制作りについて検討しました。○第 82 回公衆衛生学会で「措置制度から精神障害者の人権を考える」をテーマにシンポジウムを行いました。○一人でも多くの従事者が、精神障がい者への支援のあり方について理解を深めていただくことを願って措置制度の課題について歴史的背景を含め解説し、今回のアンケートで寄せられた御質問や御意見に対して研究班としての回答を記載しました。○今回のアンケートでは、地域の実情や体制について多数のご意見をいただきました。一つ一つが大変貴重なご意見と考えましたので、最後にまとめて掲載いたしました。

業務および所属自治体での体制づくりの参考にしていただければ幸いです。

来年度の法改正により、市町村における精神保健に係る相談支援体制の整備が求められています。今後更に県型保健所と市町村との協働体制が重要となってきます。地域特性に合わせた体制構築が課題です。

人権擁護の視点を守りつつ、持続可能な精神保健福祉支援体制を構築できることを願います。

令和 6 年 3 月

令和 5 年度地域保健総合推進事業

「措置診察および措置入院者支援の課題整理と今後の保健所の対応に関する研究」

分担事業者 山口文佳（鹿児島県始良保健所 兼 大口保健所）

令和5年度「地域保健総合推進事業」

措置診察および措置入院者支援の課題整理と今後の保健所の対応に関する研究 報告書

目次

| | |
|---|----|
| 第1章 研究の概要 | 1 |
| 第2章 23条通報業務に係る全国の実態 | 5 |
| I. 保健所長を対象とした精神障害者支援に関する調査結果 | 6 |
| 1. 目的 | 6 |
| 2. 調査対象 | 6 |
| 3. 方法 | 6 |
| 4. 調査期間 | 6 |
| 5. 結果 | 6 |
| (1) 回答者の概要 | 6 |
| (2) 精神業務への関与について | 8 |
| (3) 措置通報対応に関する保健所長自身の経験について | 18 |
| (4) 自傷他害のおそれの範囲と疾患の程度について | 33 |
| (5) 事前調査形態について | 39 |
| (6) 都道府県で一括して対応する体制について | 45 |
| (7) その他 | 48 |
| 6. 結果のまとめ | 49 |
| 7. 調査票 | 52 |
| II. 衛生行政報告例からの23条通報に関する分析 | 71 |
| 1. 目的 | 71 |
| 2. 方法 | 71 |
| 3. 結果 | 71 |
| (1) 23条通報による措置入院率の都道府県差について | 71 |
| (2) 23条通報数について | 72 |
| (3) 「通報数に対する措置診察対象者数の割合」と「措置診察対象者数に対する措置入院該当者数の割合」の関係 | 76 |
| (4) 緊急措置入院制度の運用状況について | 77 |
| (5) 医療保護入院と措置入院の関係について | 78 |
| 4. 結果のまとめ | 78 |

| | | |
|------------------------|---|-----|
| III. | 措置通報対応のセンター体制について | 79 |
| 1. | 目的 | 79 |
| 2. | 方法 | 79 |
| 3. | 結果 | 79 |
| | (1) センター化の概要 | 79 |
| | (2) センター制を導入している府県の概要 | 80 |
| IV. | 中核市等保健所の23条通報にかかる調査 | 92 |
| 第3章 協力事業者の所属自治体の措置対応状況 | | 95 |
| I. | 埼玉県における精神保健医療体制について | 96 |
| 1. | 埼玉県の概況（人口、面積） | 96 |
| 2. | 埼玉県の精神科保健医療体制（警察官通報）とその課題 | 96 |
| 3. | 【資料】日中（保健所）と休日夜間（情報センター）の措置判断の比較 | 104 |
| 4. | 中核市保健所の精神科保健医療体制（警察官通報）について | 107 |
| 5. | 結語 | 108 |
| II. | 九州ブロックの現状を踏まえた措置入院制度の課題 ～R4年度全国保健所対象アンケート調査結果から～ | 110 |
| 1. | 回答率 | 110 |
| 2. | 警察官通報への対応体制 | 110 |
| 3. | 措置診察における本人への事前調査の実施状況 | 110 |
| 4. | 中核市の措置診察業務にかかる課題 | 111 |
| 5. | 人材確保・育成における課題 | 112 |
| 6. | 今後の方向性 | 113 |
| III. | 鹿児島県の措置対応の現状と課題 | 114 |
| 1. | 鹿児島県の23条通報対応の概要について | 114 |
| 2. | 警察等との協働体制 | 114 |
| 3. | 警察等との協働における課題 | 115 |
| 4. | 保健所職員の人材育成と人材確保 | 116 |
| 5. | まとめ | 116 |

| | |
|--|-----|
| 第4章 シンポジウムの概要 | 119 |
| I. 座長総括 | 120 |
| II. シンポジウム抄録と演者発表資料等 | 121 |
| 第5章 情報集 | 155 |
| I. 措置入院の課題の整理 | 156 |
| II. 措置制度を理解するために読んでほしい資料集 | 158 |
| III. アンケートに寄せられた、措置業務に関する疑問とその対応 (Q&A) | 160 |
| 第6章 措置通報業務へ寄せられた意見 (所長対象アンケート【59】【61】【62】の回答) | 165 |
| 1. 【59】「輪番制」への意見 | 166 |
| 2. 【61】県庁もしくは精神保健福祉センター等で 一部または全てを行う体制への意見 | 174 |
| 3. 【62】措置業務全般についての意見 | 183 |
| 第7章 まとめ | 193 |
| I. 考察 | 194 |
| II. 令和6年度の予定 | 197 |

第 1 章

研究の概要

1. 研究のねらい

措置入院率の地域差について、長らく指摘されている。「措置入院の運用に関するガイドライン」が平成30年3月に発出されて6年になるも、地域差解消の兆しはない。昨年度の本研究で、「措置入院の運用に関するガイドライン」が必ずしも原則どおりに運用されていないことがわかった。今年度は運用体制の差が、措置入院率等にどのように影響しているかを確認することを目的とした。

2. 研究班の組織

| 役名 | 氏名 | 所属等 |
|-------|------|-----------------------|
| 分担事業者 | 山口文佳 | 鹿児島県始良保健所（兼）大口保健所 所長 |
| 協力事業者 | 遠藤浩正 | 埼玉県本庄保健所 所長 |
| 協力事業者 | 向山晴子 | 東京都世田谷保健所 所長 |
| 協力事業者 | 柳 尚夫 | 兵庫県豊岡保健所 所長 |
| 協力事業者 | 稲葉静代 | 岐阜県岐阜保健所 所長 |
| 協力事業者 | 中原由美 | 福岡県筑紫保健所 所長 |
| 協力事業者 | 岡本浩二 | 川口市保健所 所長 |
| 協力事業者 | 長井 大 | 鳥取市保健所 所長 |
| 協力事業者 | 鈴木勝幸 | 埼玉県加須保健所 所長 |
| 協力事業者 | 川原明子 | 福岡県 がん感染症疾病対策課 |
| 協力事業者 | 松山智美 | 鹿児島県始良保健所 保健師, PSW |
| 協力事業者 | 小田房子 | 鹿児島県くらし保健福祉部障害福祉課 保健師 |

3. 事業内容

(1) 班会議の開催

① 第1回班会議

日時：令和5年7月8日（土） 11時～14時

場所：AP 東京八重洲 F 会議室

内容：自己紹介

研究内容確認

役割分担
スケジュール確認

② 第2回班会議

日時：令和5年11月2日（木）10時30分～12時30分

場所：文部科学省研究交流センター

内容：シンポジウム報告

研究の方向性・進捗状況報告

「保健所行政の施策及び予算に関する要望書」に関する意見照会

保健所長を対象にした調査

特徴ある自治体調査について

中核市分析について

報告書構成と役割分担

③ 第3回班会議

日時：令和6年1月20日（土）14時～16時

場所：オンライン開催

内容：班研究の方向性について

進捗状況報告

追加テーマについて

今後の班会議等、予定について

④ 第4回班会議

日時：令和6年2月5日（月）10時～12時

場所：オンライン開催

内容：最終報告会抄録及び発表資料について

報告書進捗状況

来年度地域保健総合推進事業全国保健所長会協力事業の募集

今後のスケジュール

⑤ 第5回班会議

日時：令和6年3月8日（金）14時から16時

場所：オンライン開催

内容：報告書について

来年度の計画について

(2) 事業内容

- ① 保健所長を対象にしたアンケート調査
- ② 衛生行政報告例の分析
- ③ 事業協力者所属自治体の調査
- ④ 中核市調査

(3) シンポジウム開催

第 82 回日本公衆衛生学会総会 シンポジウム 36

「措置制度から精神障害者の人権を考える」

座長 稲葉静代（岐阜県岐阜保健所）

柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所）

シンポジスト

柳 尚夫 本研究班 報告

椎名明大

（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門）

演題：措置入院制度改革を巡る複層的な問題とその解決に向けて

～機関間連携と教育を中心に～

藤井 千代

（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所地域精神保健・法制
度研究部）

演題：地域精神医療、危機介入における権利擁護とは

第2章

23 条通報業務に係る全国の実態

I. 保健所長を対象とした精神障害者支援に関する調査結果

山口文佳 鹿児島県始良保健所兼大口保健所

1. 目的

当研究班では、令和4年度に23条通報受理から措置診察そして措置入院者支援までについて、保健所を対象に調査した。その結果、措置通報対応体制は自治体によって多様でその多様性が措置率の地域差につながっていると推測した。今年度は、23条通報受理から措置診察までに絞って、保健所長を対象に、保健所長自身がどのように関与しているかを確認することを目的とした。

2. 調査対象

全国保健所長 405名を対象とした。

3. 方法

全国保健所長会のメーリングリストで調査について通知し、電子申請システムを利用してWEB調査を実施した。電子システムを利用できない対象者にはメールで自記式調査票を送付した。

4. 調査期間

調査期間は2023年11月30日～2024年1月31日とした。

5. 結果

(1) 回答者の概要（問【3】～【8】）

回答数は217で、全保健所長数に対する回答率53.6%であった。

設置主体別ブロック別回答状況は表1、2のとおりであった。

表1 設置主体別回答状況

| 設置主体 | 回答数 | 所長数 | 回答率 |
|--------|-----|-----|-------|
| 都道府県 | 163 | 291 | 56.0% |
| 政令指定都市 | 6 | 24 | 25.0% |
| 中核市等 | 40 | 67 | 59.7% |
| 特別区 | 8 | 23 | 34.8% |
| 合計 | 217 | 405 | 53.6% |

表2 ブロック別回答状況

| ブロック名 | 回答数 | 所長数 | 回答率 |
|--------|-----|-----|-------|
| 北海道 | 6 | 21 | 28.6% |
| 東北 | 22 | 39 | 56.4% |
| 関東甲信越静 | 51 | 98 | 52.0% |
| 東京 | 12 | 31 | 38.7% |
| 東海北陸 | 23 | 43 | 53.5% |
| 近畿 | 33 | 60 | 55.0% |
| 中国四国 | 26 | 47 | 55.3% |
| 九州 | 44 | 66 | 66.7% |

都道府県別回答率は図1のとおりであった。



図1 都道府県別回答率

保健所長としての平均年数は、図2のとおりで、10年以下が144名（66.4%）、11年から20年が53名（24.4%）、21年以上が20名（9.2%）であった。

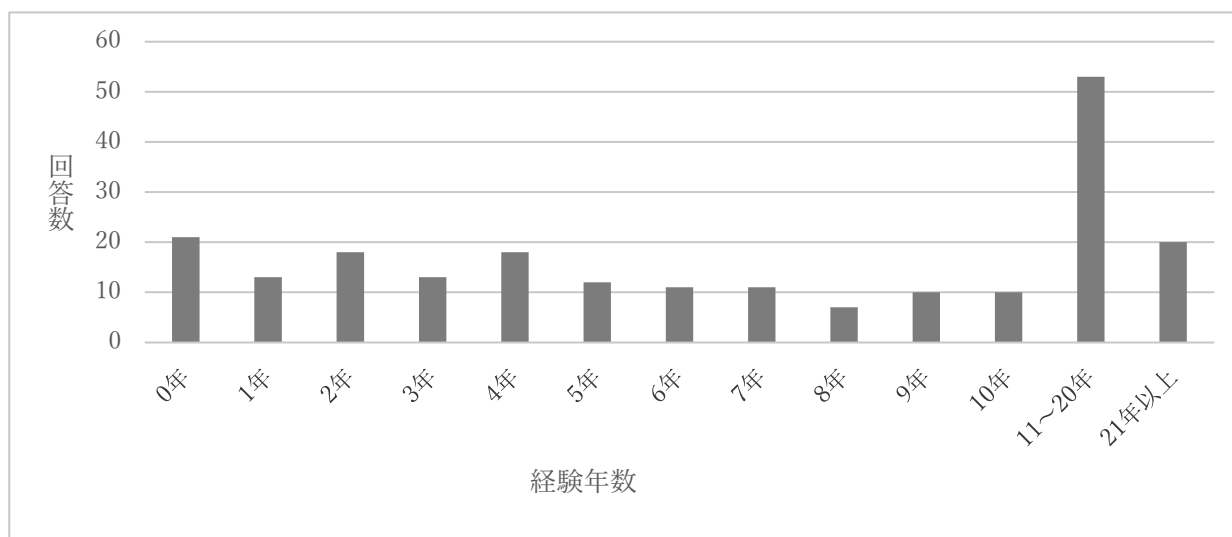


図2 保健所長としての経験年数

(2) 精神業務への関与について（問【9】～【47】）

問【9】精神科医としての臨床経験はありますか

精神科医としての臨床経験があったのは12名（5.5%）であった。

問【10】精神保健指定医の資格をお持ちですか

前問【9】で精神科医の臨床経験のある12名中、現在指定医資格を持っているもの6名（50%）、資格を取ったことがないもの6名（50%）であった。

問【11】措置診察の経験はありますか

現在、精神保健指定医である6名について、「入庁後も措置診察を行っているもの」が4名、「入庁前に経験あったが、入庁後は無いもの」が1名、「措置診察の経験がないもの」が1名であった。

問【12】精神保健指定医資格を持っている保健所長が、自身が措置診察要と判断した対象者の措置診察をすることについて

行うべきではない84名(38%)、できるだけ行わない方がいい67名(31%)、どちらとも言えない28名(13%)、指定医が見つからない場合は行ってもいい32名(15%)、行ってもいい6名(3%)であった。

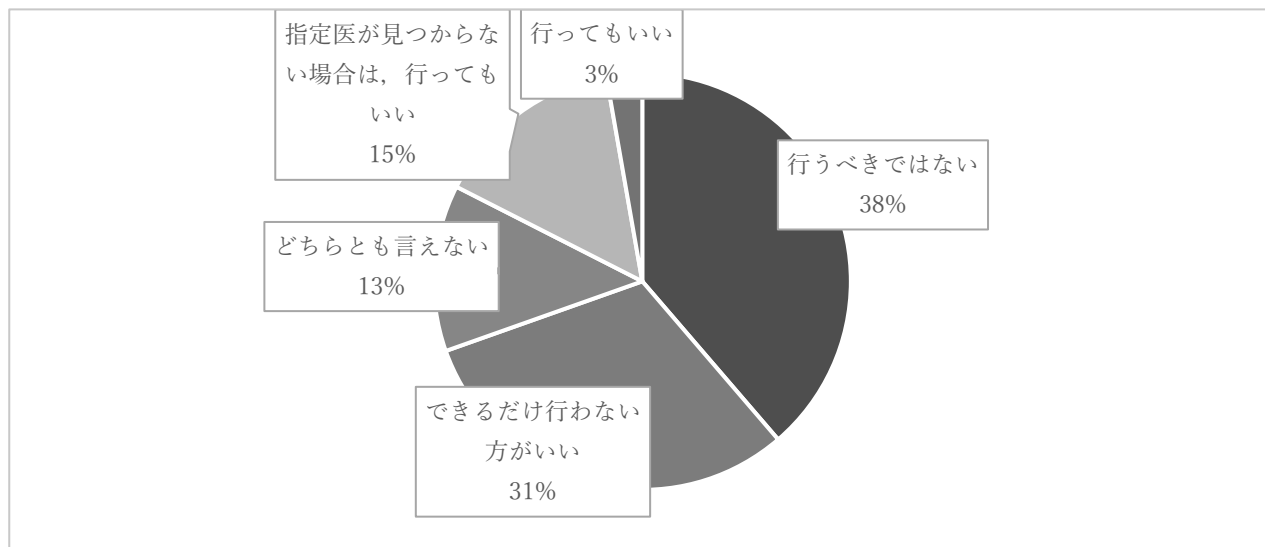


図3 保健所長による措置診察の可否

精神科診療歴のある12名については、行うべきではない6名、できるだけ行わない方がいい3名、どちらとも言えない3名であった。指定医資格のある6名については、行うべきではない4名、どちらとも言えない2名であった。指定医資格があり、入庁後措置診察をしている4名については、行うべきではない2名、どちらとも言えない2名であった。

指定医資格を所持している保健所長としても、保健所長が措置診察をすることを行ってもいいとは考えておらずやむを得ず行っている可能性があることがわかった。

保健所長の経験年数別にみると、図4に示すとおり経験年数が高いほど行うべきではない、できるだけ行わない方がいいという回答の割合が高かった。

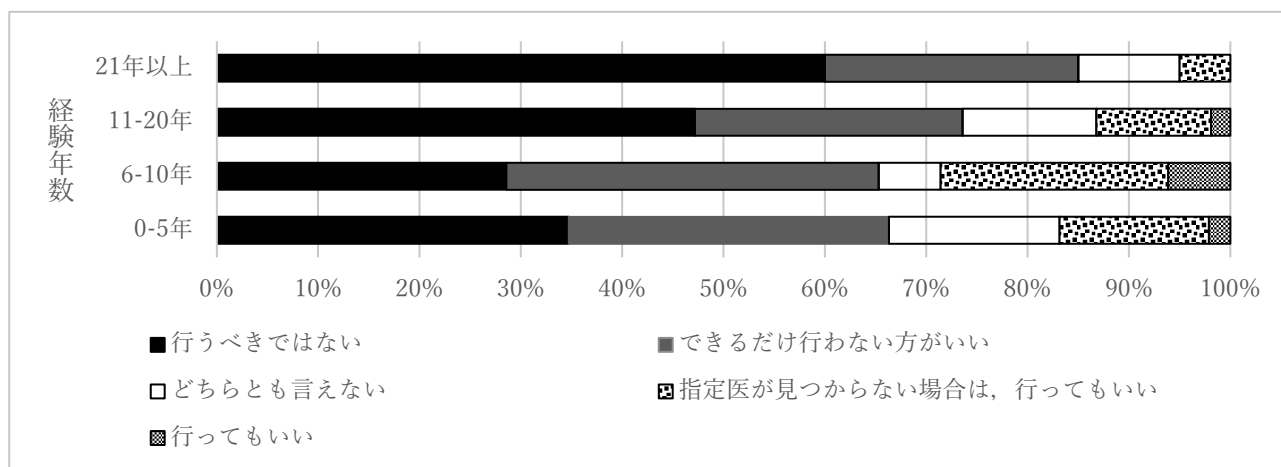


図4 保健所長による指定医診察の可否（保健所長の経験年数別）

問【13】平成30年3月に策定された「措置入院の運用に関するガイドライン」を知っていますか

ガイドラインの内容を確認したことがある126名(58%), 名前を知っている程度である63名(29%), 知らない28名(13%)であった。

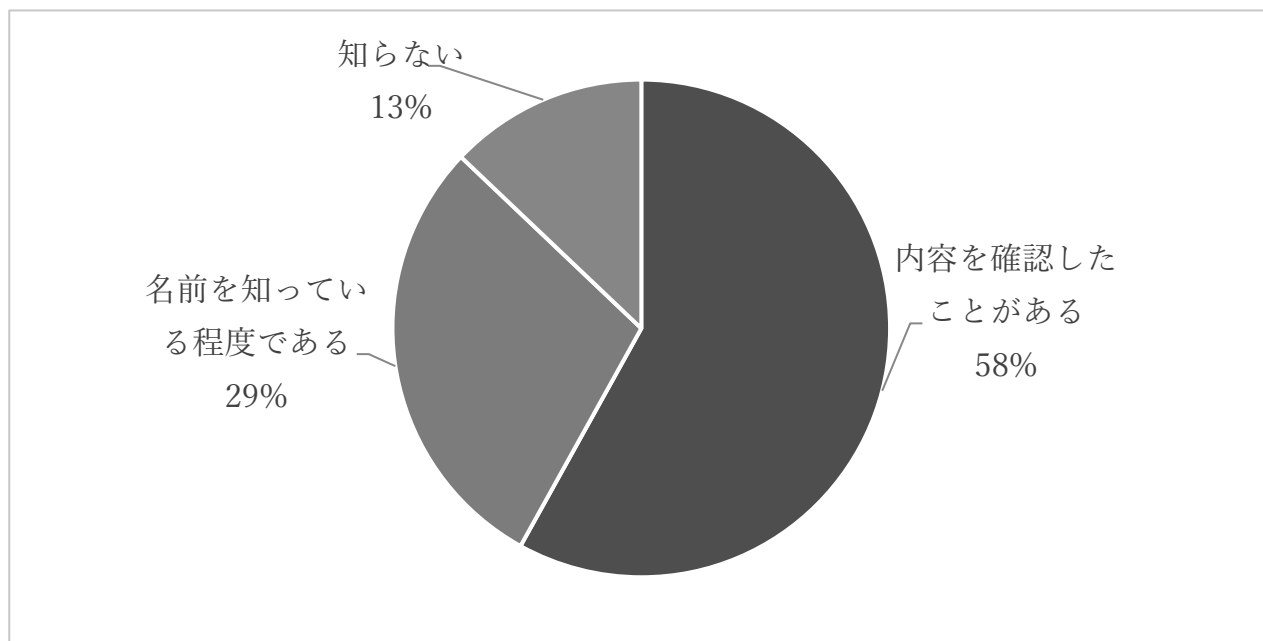


図5 ガイドラインの認知度

保健所長としての経験年数別にみると、経験年数によるガイドラインの認知度に差はなく、ガイドライン発出後に保健所長となった経験年数5年未満においても同様の結果であった。

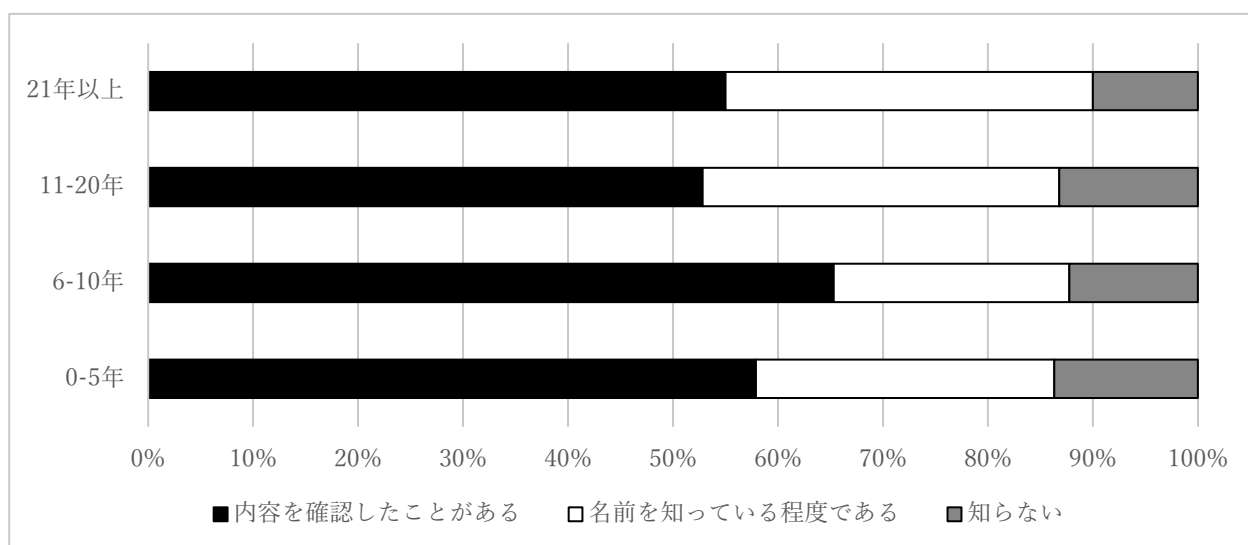


図6 経験年数別 ガイドラインへの認知度

措置診察の要否判断に携わっているか否かで見ると（問【20】）、措置診察の要否判断に携わっている方がガイドラインの内容を確認している割合が高かった。一方ガイドラインを読んだことなく、措置診察の要否判断をしている所長が30%以上いることがわかった。

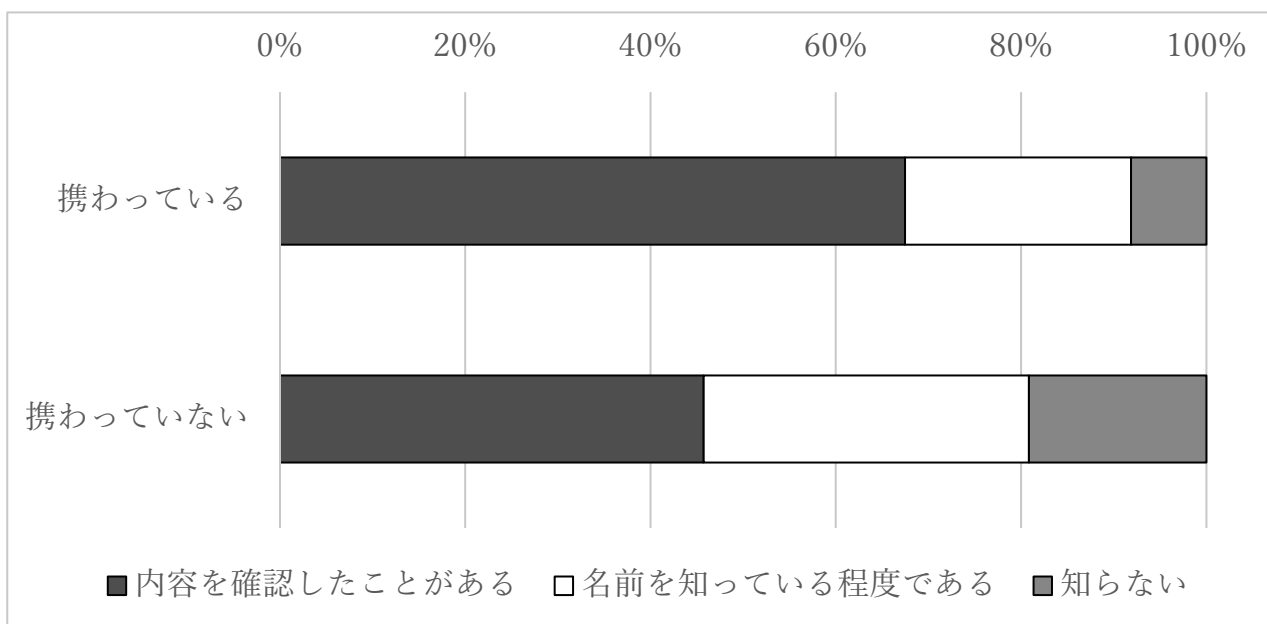


図7 措置診察の要否判断の関与とガイドラインの認知度

問【14】都道府県独自の「措置入院に関する運用マニュアル」について

県型保健所長163名の回答によると、内容を確認したことがある60名(37%)、名前を知っている程度である28名(17%)、存在していない26名(16%)、存在しているかどうか知らない49名(30%)であった。

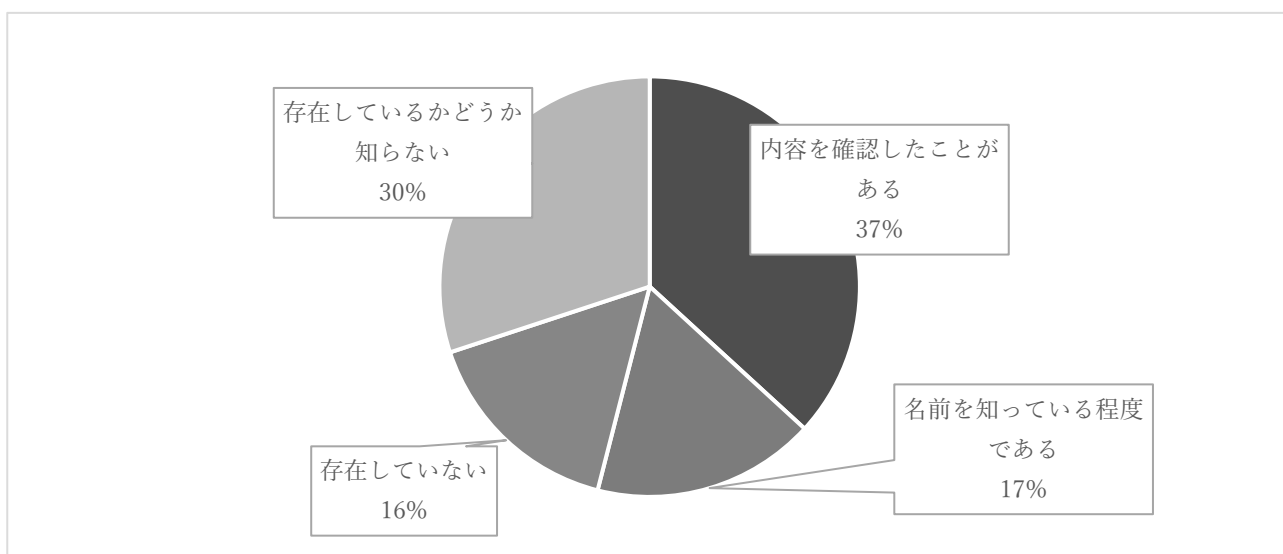


図8 都道府県独自のマニュアルの認知度と活用度

措置診察の要否判断に携わっているか否かでみると（問【20】）、措置診察の要否判断に携わっている方が、県の「運用マニュアル」を確認している割合が高いが、措置診察の要否判断に携わっていると答えた116名中20名(25.9%)がマニュアルの存在の有無すら知らないことがわかった。

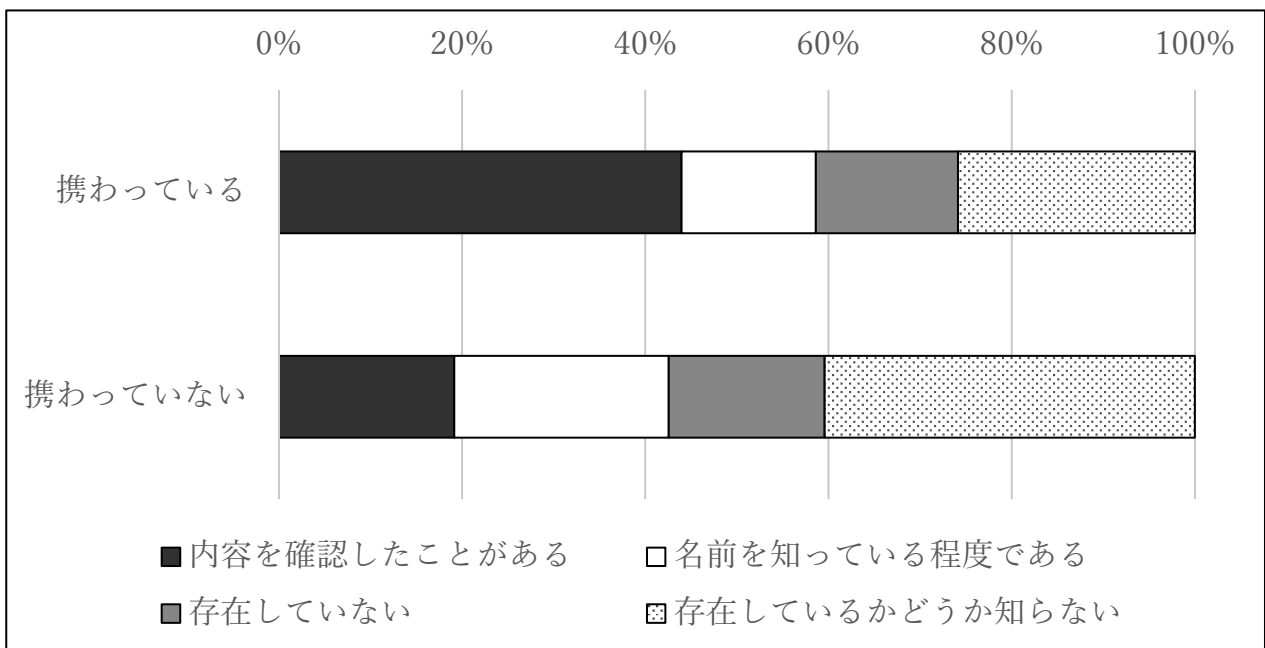


図9 措置診察要否判断の有無別 都道府県独自のマニュアルの認知度と活用度

都道府県別にみると、県型保健所長の回答が複数あった県のうち13都道府県で独自の「措置入院に関する運用マニュアル」が「存在していない」との回答がある一方で、「内容を確認したことがある」若しくは「名前を知っている程度である」という回答があった。またこの調査で改めて存在を確認したという回答もあった。

「内容を確認したことがある」若しくは「名前を知っている程度である」という回答が1名以上確認できた都道府県は30都道府県であり、少なくとも30の都道府県で独自の「措置入院に関する運用マニュアル」が存在することがわかった。しかし、保健所長の都道府県の「措置入院に関する運用マニュアル」の認知度は100%でないこともわかったので、都道府県独自の「措置入院に関する運用マニュアル」は30より多い自治体で存在していると推定する。

問【15】市区独自の「措置入院に関する運用マニュアル」について

市又は区の保健所長54名の回答では、市区独自のマニュアルがあり、内容を確認したことがあるが9名(17%)、あるのは知っているが読んだことがない4名(7%)、マニュアルはない35名(65%)、あるかどうかわからない6名(11%)であった。

ただし、措置診察の要否判断に携わっていると答えた7名のうち6名は、市区独自のマニュアルがあり、内容を確認したことがあると回答していた。

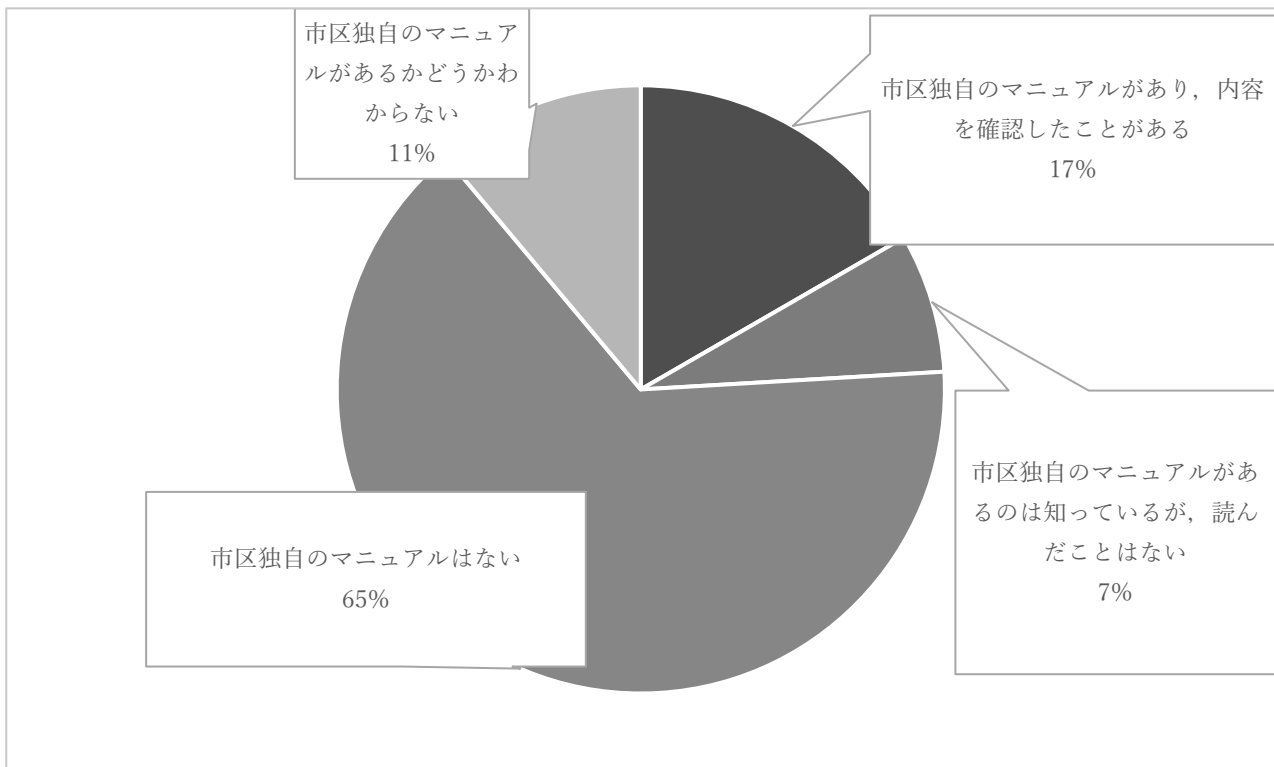


図 10 市区独自の「措置入院に関する運用マニュアル」の有無と活用について

問【16】 市区独自の「措置入院に関するマニュアル」がない若しくは存在がわからない場合都道府県のマニュアルを認知しているか、活用しているか

前問【15】で市区独自の「措置入院に関するマニュアル」がない若しくは存在がわからないと回答した41名については、県のマニュアルを共用していると答えたものが16名であった。措置診察の要否判断に携わっている所長は41名中1名であったが、県のマニュアルを共用しているかわからないという回答であった。

問【17】 措置診察の要否判断基準について所属自治体内（都道府県内）で差があると思いますか

措置診察の要否判断基準の差が自治体内であるかどうかについて、あると思う110名（51%）、ないと思う61名（18%）、わからない46名（21%）であった。

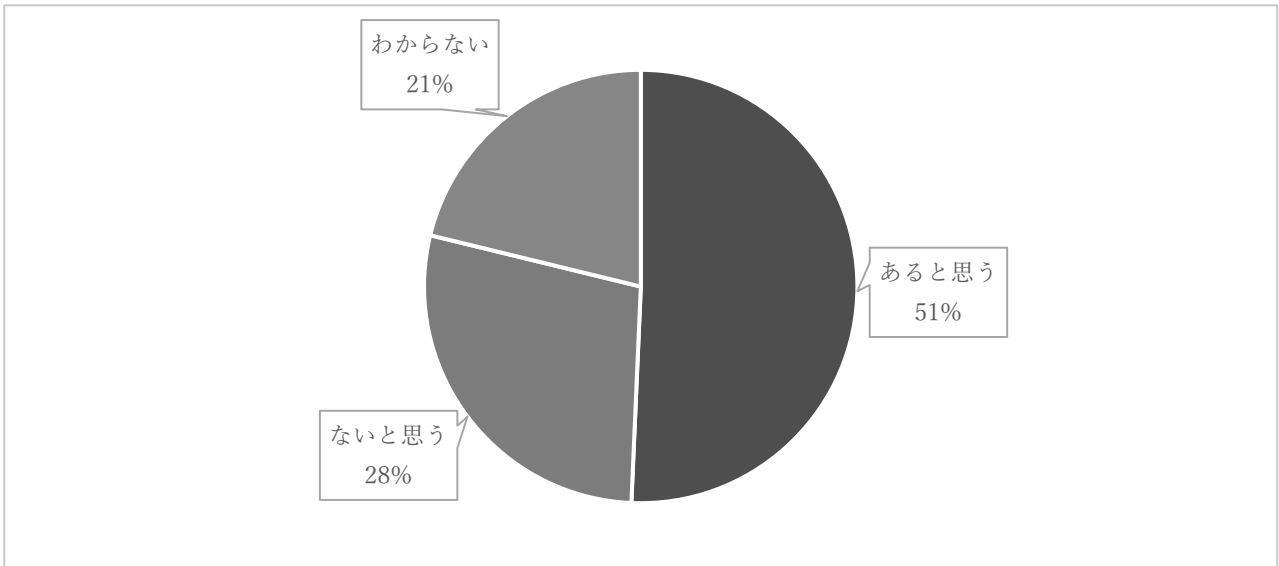


図 11 措置診察の要否判断基準の自治体内差の有無

経験年数別にみると、21年以上があると思うと答えた割合が高かった。

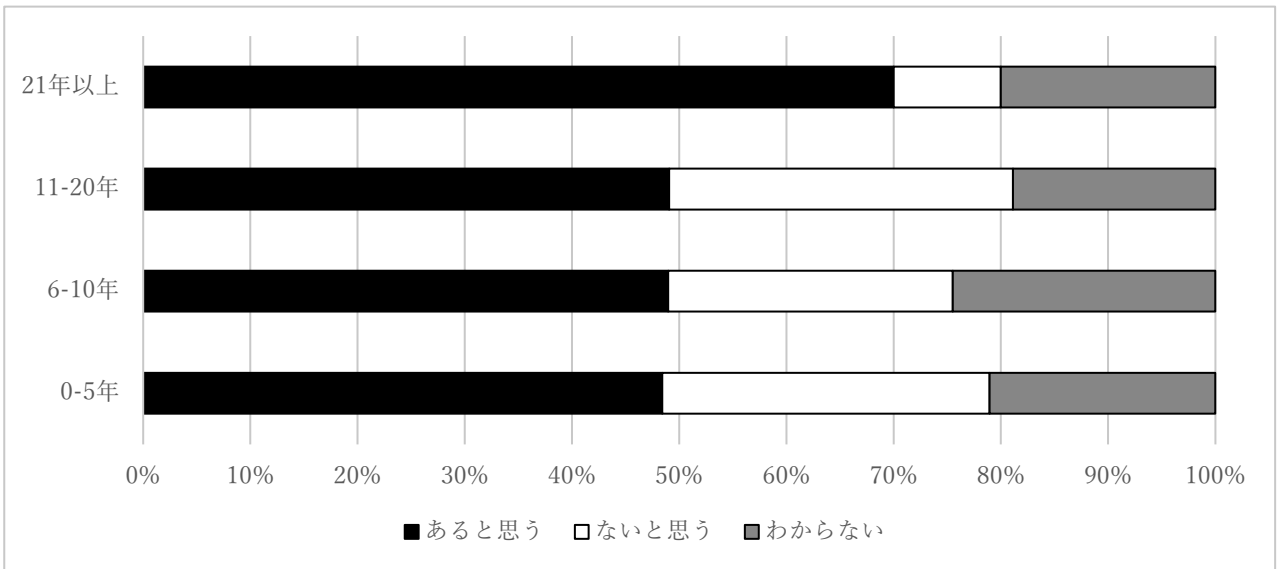


図 12 経験年数別 診察の要否判断の自治体内差

措置診察の要否判断に携わっているか否かで見ると、措置診察の要否判断に携わっている方が、自治体内の差を感じていた。

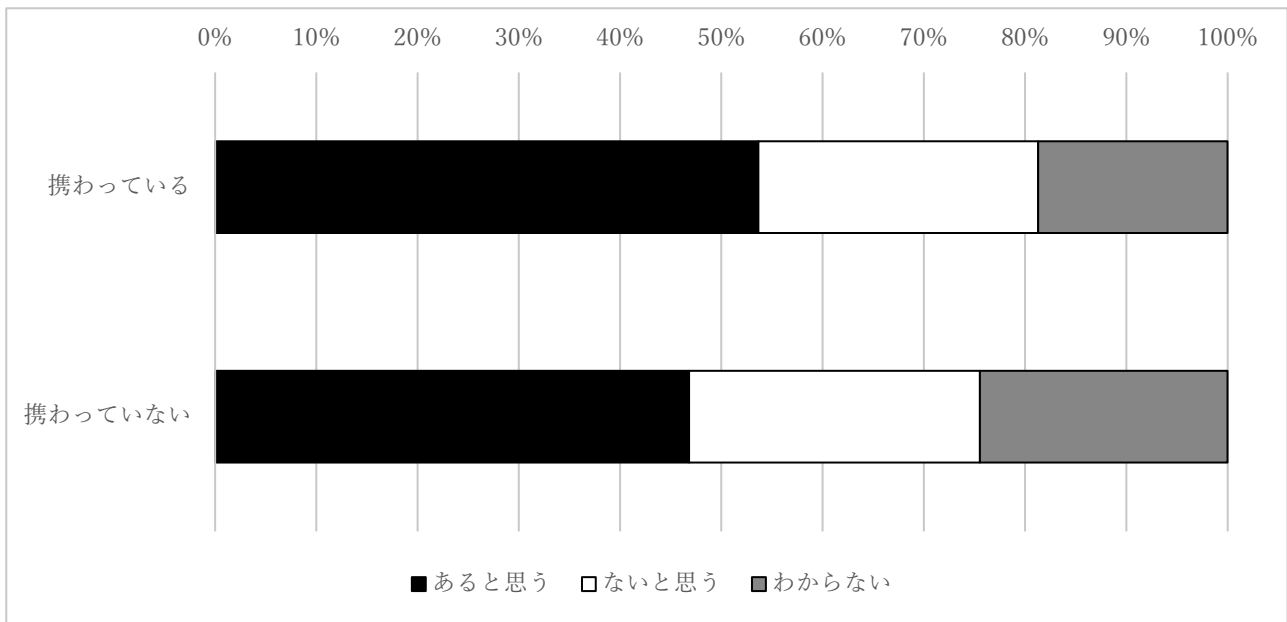


図 13 措置診察の要否判断への関与別 診察の要否判断の自治体内差

問【18】警察や医療機関等との措置業務にかかる連絡会をしていますか

(平時であれば開催している場合は「年1回以上定期的に実施している」を選択してください。

コロナ禍以前、令和2年頃までは年1回実施したが、コロナ感染症対応で多忙により実施できず、令和5年から再開できた場合、若しくは再開見込みがある場合は、「年1回以上定期的に実施している」を選択してください。)

「年1回以上定期的に実施している」95名(44%)、「開催した年もあるが、定期的には実施していない」30名(14%)、「開催していないが、開催する予定がある」5名(2%)、「開催しておらず、今後も開催予定はない」87名(40%)であった。

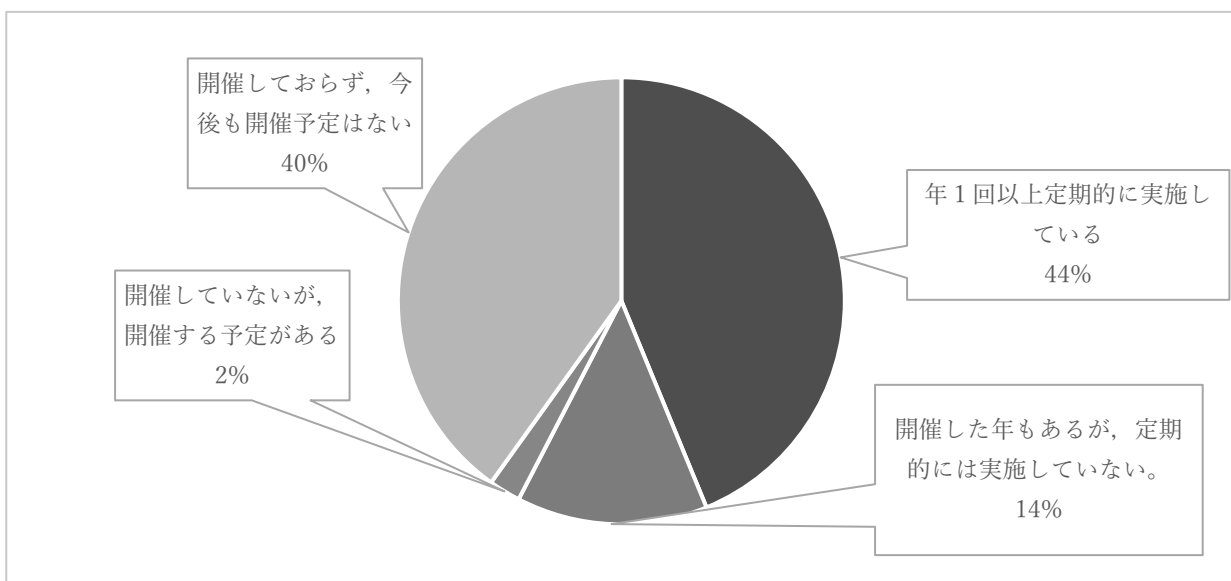


図 14 措置業務にかかる連絡会の開催状況

措置診察の要否判断に携わっている方が、連絡会の開催率が高いが、携わっていない場合でも、連絡会を開催していた。

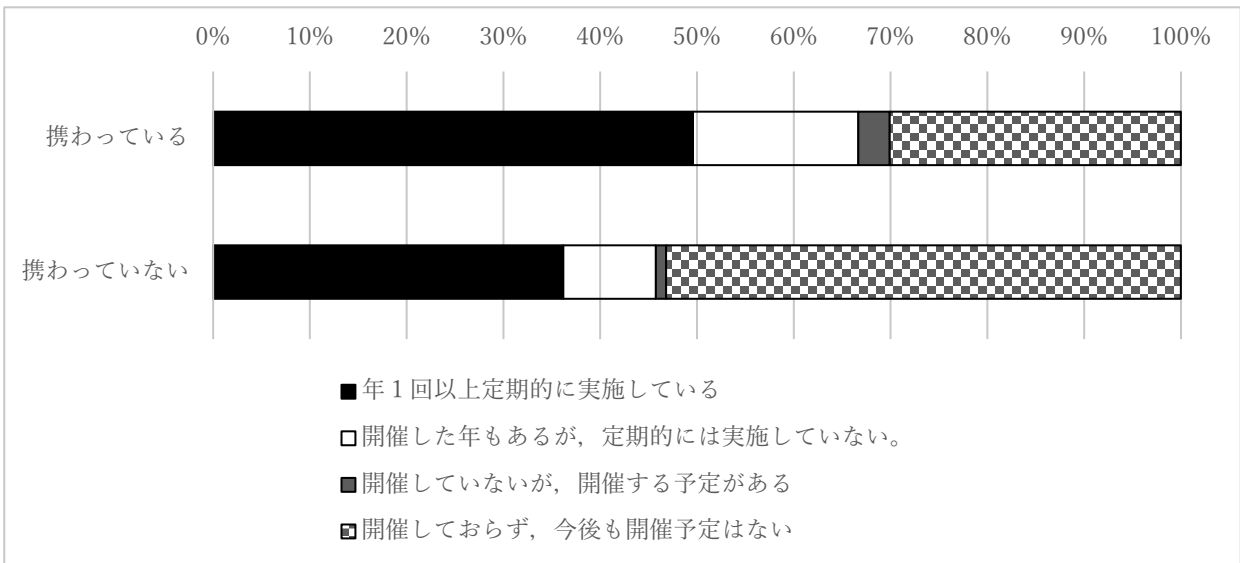


図 15 措置診察の要否判断への関与別 連絡会の開催状況

問【19】(保健所長が)連絡会に出席していますか

前問【18】で連絡会を「年1回以上定期的実施している」又は「開催した年もあるが、定期的には実施していない」と回答した保健所長125名に出席状況を確認したところ、「必ず出席している」63名(51%)であった。

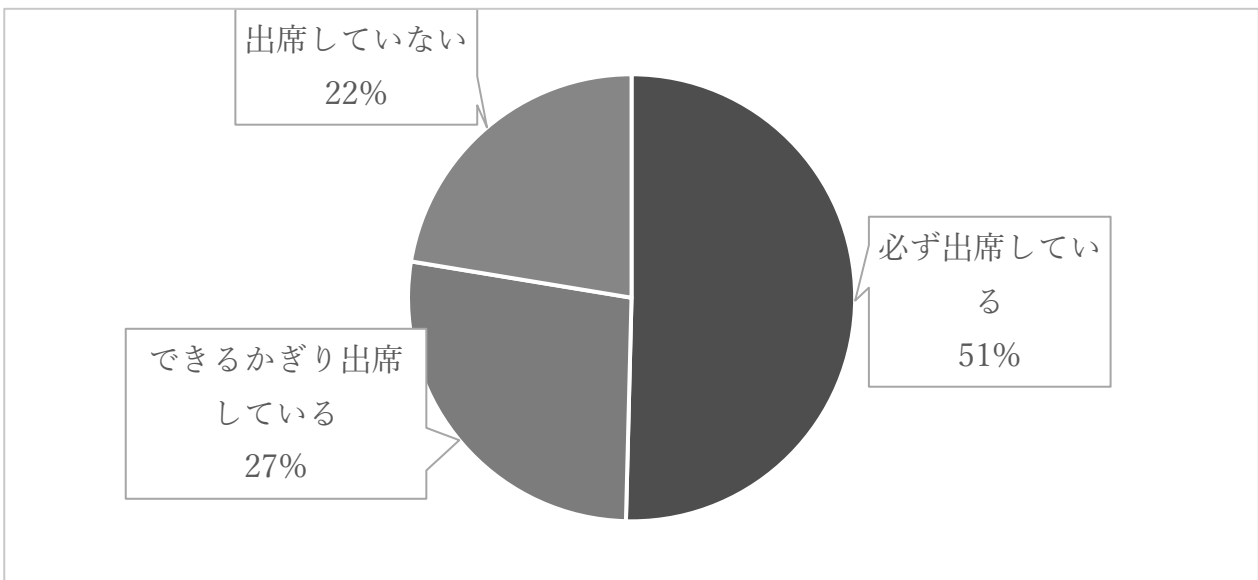


図 16 連絡会への保健所長の出席状況

前問【18】で連絡会を「年1回以上定期的に実施している」又は「開催した年もあるが、定期的には実施していない」と回答した保健所長125名について、措置診察の要否判断に携わっているか否か別に、出席状況をみると、「携わっている」方が出席率が高いが、「携わっていない」保健所長の3割が出席していた。

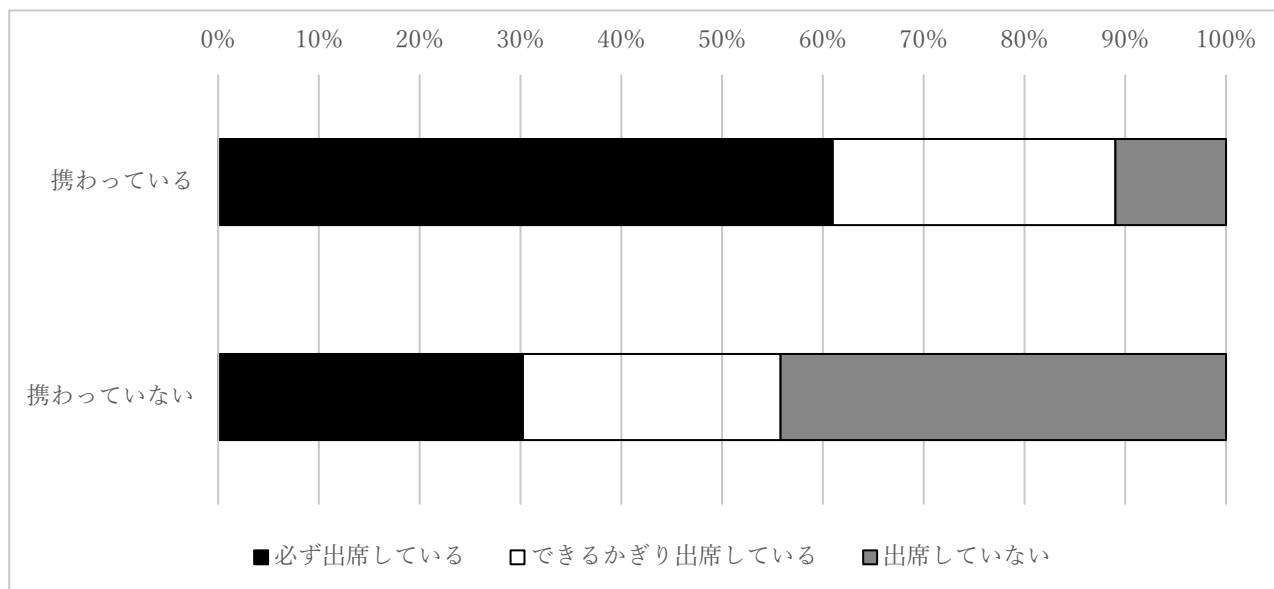


図17 連絡会への所長出席状況（措置診察の要否判断への関与別）

問【20】現在措置診察の要否判断に携わっていますか

回答した217名中、現在措置診察の要否判断に携わっていると答えたものが、123名(57%)、携わっていないと答えたものが94名(43%)であった。

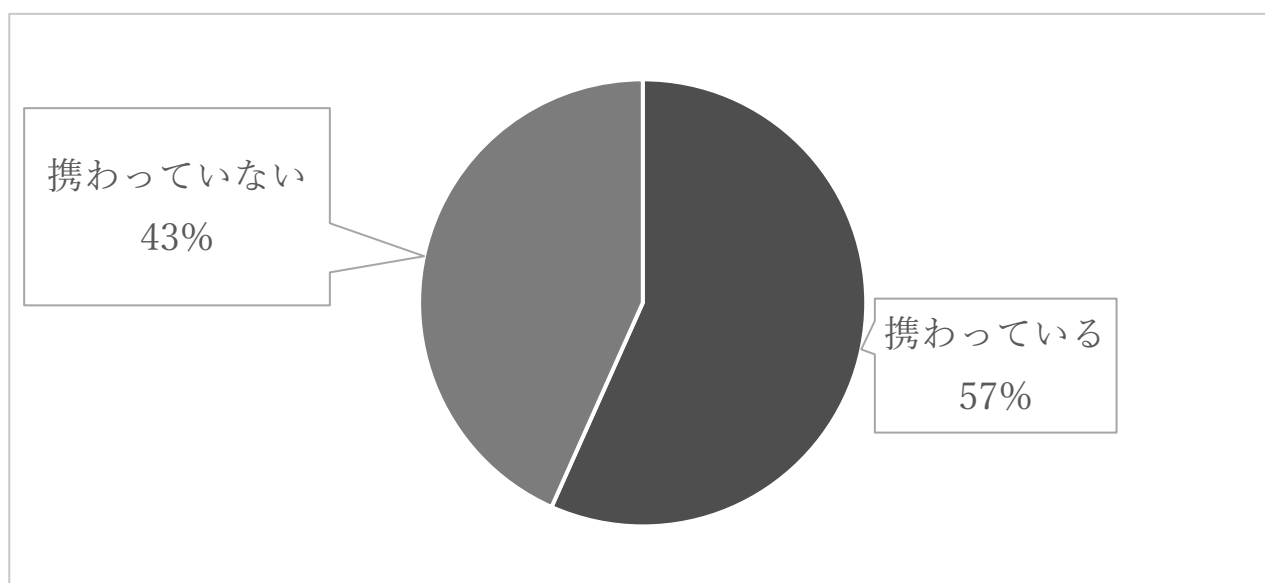


図18 措置診察の要否判断への関与

設置主体別にみると表3のとおりで、都道府県型で措置診察の要否判断に「携わっていない」と答えた保健所長47名のうち、自治体内で24時間県庁等で一括して措置通報に対応している(センター化)自治体からは11名、時間外等一部時間帯をセンター化している自治体からは12名であった。

他24名の自治体については自治体ごとに回答を確認したところ、複数回答者がいた自治体で「携わっている」と「携わっていない」と両方の回答が確認されたところと、全員が携わっていないと答えたところがあった。回答した保健所長全員が「携わっていない」と答えた自治体を確認したところ「担当保健師(勤務時間内は精神保健担当保健師,勤務時間外は当番保健師)が班総括(精神保健担当係長)等の上席と協議して判断しており、迷う場合は措置診察としている」とのことで保健所長は措置診察の要否判断に携わっていないことが確認された。

表3 設置主体別 措置診察の要否判断への関与状況

| 設置主体 | 携わっている | 携わっていない |
|--------|--------|---------|
| 都道府県 | 116 | 47 |
| 政令指定都市 | 2 | 4 |
| 中核市等 | 5 | 35 |
| 特別区 | 0 | 8 |

(3) 措置通報対応に関する保健所長自身の経験について

(問【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていると回答した123名への調査)

問【21】～【24】平成31年以降の人事異動の有無と、前任地と新任地で措置診察の要否判断基準を変えたか否かを確認した

人事異動があったものは98名で、「異動後に措置診察の要否判断基準を変えた」と答えたものは2名のみであった。変更理由は、「新任地の前例に従った(医療機関との関係が前任地と異なったため等)」「改めてガイドラインやマニュアルを確認したため」であった。

人事異動があったもの98名中、48名(49%)が前問【17】で措置診察の要否判断基準について所属自治体内(都道府県内)で差があると思うと答えていたが、その48名は異動後も判断基準を変更していなかった。

問【25】措置診察実施後に報告を受けて事後承諾したことがありますか

「事後承諾の経験がある」42名(34%),「ない」81名(66%)であった。

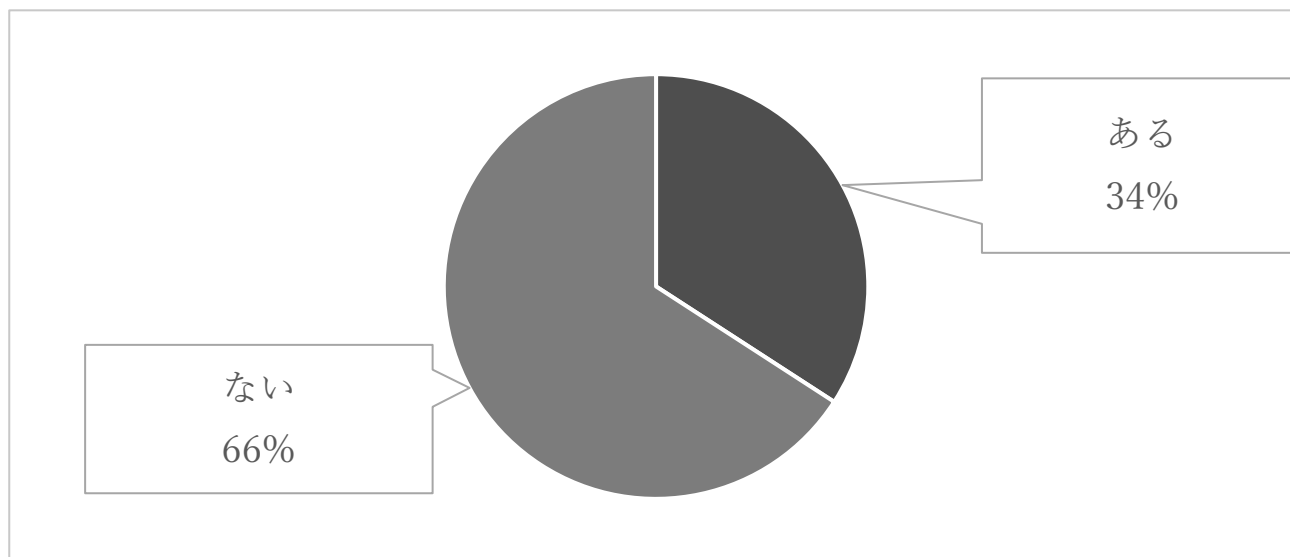


図 19 事後承諾の経験

問【26】事後承諾の理由については、複数回答で表のとおりであった。

表 4 事後承諾の理由

| | |
|--|----|
| 原則，全時間帯，事後承諾可にしているから | 9 |
| 原則，時間外は，事後承諾可にしているから | 16 |
| 原則，出張等で連絡がつきにくいときは事後承諾可にしている。 | 15 |
| 把握済みの事例等については，条件付きで担当判断可，事後承諾可とすることがあるから | 9 |
| その他 | 10 |

問【27】事後承諾の理由でその他を選んだ場合その理由

8名から以下のとおり回答があった。

- ・夜間は、担当者から電話で相談を受け、診察要否の判断をしているが、病状や主治医の判断などの情報があり、担当者が判断に迷うことがない場合には、翌日報告を受けることもある。
- ・措置通報の受理会議、措置診察の決定は、会議で行っている。保健所長はおおむね会議に参加しているが、土日は当番制となっており、所長以外の管理職、所長以外の医師が参加した会議で、措置診察の決定がされた場合は、事後承諾可としている。出張等で連絡がつきにくいときも、同じ扱い。

- ・担当が迷いなく判断できるものについては事後承諾も可能。担当が迷うときは、保健所長に連絡して保健所長が判断。
- ・保健所に在所している場合は、報告と相談が来るが、そうでない場合は、担当者と課長が相談して、進めているのが現状である。
- ・事前に代理決裁者を設定しているため。
- ・夜間の対応等の場合は、保健所長自身の睡眠のため、全ての案件に対する要否判断を行えないため
- ・時間外はセンター方式なので。
- ・マナーモードにしている気づかなかったことがある。

問【28】措置診察不要の判断をしたときに「警察」から異議を申し立てられたことがありますか
ご自身が報告を受けた範囲でお答えください。

警察からの異議を受けた経験については、「ある」が37名(30%)、「ない」が75名(61%)、「担当
から必ずしも報告を受けるとは限らないので、異議があったかどうかわからない」が11名(9%)
であった。

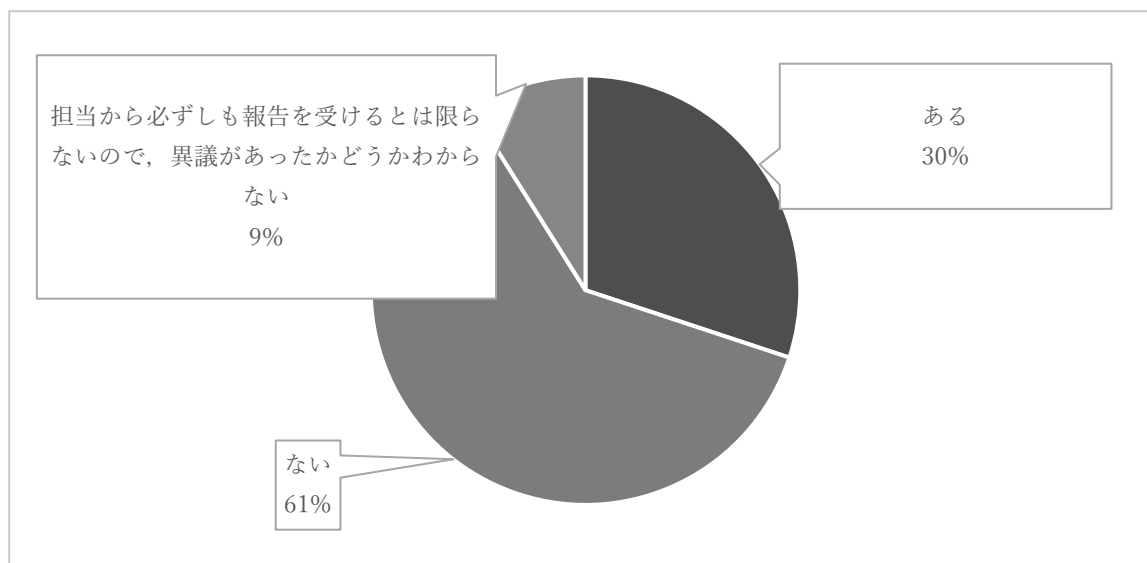


図 20 保健所判断に対する警察からの異議を受けた経験

問【29】「警察」から異議を申し立てられたときにどのような対応をしましたか

異議を受けた経験のある37名に具体的な対応を求めた結果、「ガイドラインを引用するなどして、措置診察の対象外と判断したことを説明した」「保健所判断の独立性について説明することで了解を得た」が半数以上であった。

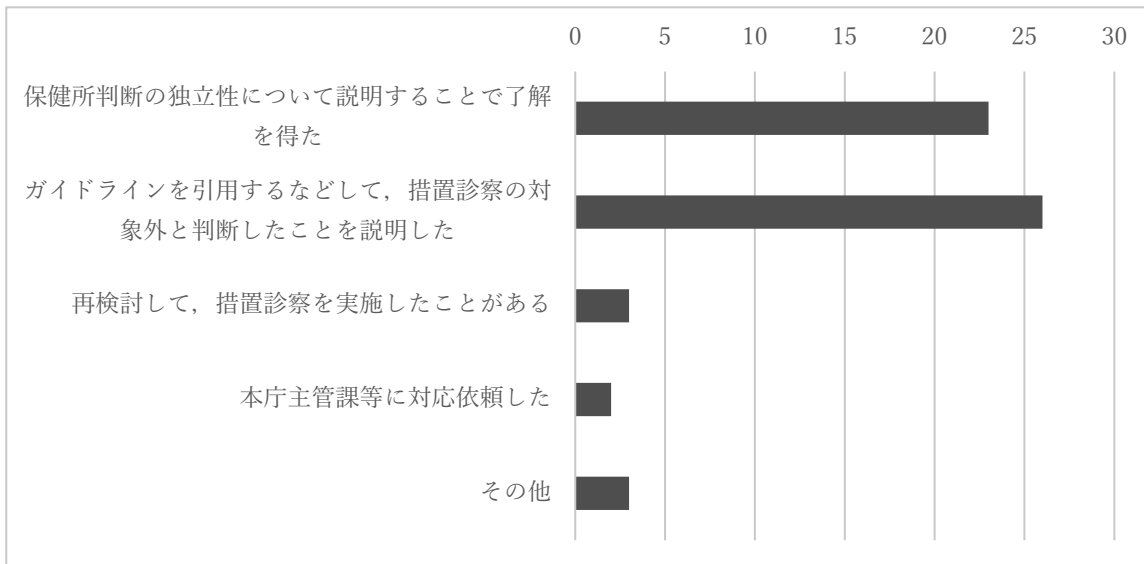


図 21 警察から異議を申し立てられた時の対応(複数回答)

問【30】「警察」に保健所判断の独自性について説明するとき、有効だった伝え方等があればご記入ください。(任意)

4名から以下のとおり回答があった。

- ・警察は司法の立場、治安維持の視点から精神障害者を見て判断しているだろうけれど、保健所は精神障害者の保健・福祉を行う視点から要否判断をしているので、異なる視点からの判断には当然異なる結論が出ることもある。
警察が通報するかしないかの判断は保健所が異議を申し立てることはなく尊重して通報を受理しているので、警察も保健所の判断に異議を唱えることなく尊重してほしい。司法と行政の権力がそれぞれ独立していることは権力の濫用を防ぎ、国民の権利と自由を保障する「三権分立」の原則に基づくものであり、お互いの判断に干渉しようとすることはあってはならない。
- ・通報は警察の業務でありその判断を基本的尊重します。一方、措置診察をするかどうかは知事権限を保健所長が受けて行っている権限で、精神保健福祉法やマニュアルに従って判断を行っています。同じ行政機関としてその判断の独立性はお互いに尊重することで初めて精神障害者の人権が守られるということをご理解ください。
なお、措置入院はこの入院形態での入院でなければ、患者の社会的精神的安全が守れないという状況で行う非自発的入院制度であり、決して犯罪防止を目的としていないことは十分ご理解いただいていると思っております。
- ・他の形態での入院支援や受診支援を行う旨、申し添えることが有効だった。

問【31】「警察」から異議を申し立てられたときの対応について問【28】で「その他」を選択した理由

3名から以下のとおり回答があった。

- ・措置診察を不要としても、本人や家族の意向、また、精神症状の程度により、警察の異議有無にかかわらず受診へつなげることも多い。その場合、受診の協力は得られることが多い。
- ・後日、警察署長以下の警察担当職員、保健所長以下の保健所担当職員による協議の場を設けて、ガイドラインの紹介、当所での判断基準の共有と対応方針について説明。警察での対応状況や困難事項等含めた意見交換を実施した。

協議以前は措置通報が頻繁にあったが、協議以降はいきなり通報ではなく、事前に相談等の連絡をもらえるようになった。また、保健所からも警察が関係する事案は警察と情報を共有するようにしている。

次年度以降、医療機関も含めて、警察と保健所との定期的な情報共有の場を設ける方向で調整中。

- ・保健所判断が独立している立場でいる。これに対する「異議申し立て」の形はこれまでなく、説明したり了解を得たりもなかった。ただ、事例対応への文句を言われたり、会議の際に一般論として見解を問われたりすることがあるので「ある」として回答している。

「連絡会」はないが、県では精神科救急に関する会議が圏域ごとに毎年開催され保健所長が進行役を務めている。会議要項に協議事項の一つとして措置対応が定められているので会議メンバーである精神科医、警察、消防（救急）と対応に苦慮したケースの意見交換をしたり質問に答えることはあるが、措置診察判断への「異議申し立て」と回答という形ではない。それぞれの事情、対応原則を理解するために話し合っているのだと認識している。

（「異議申し立て」「説明と了解」の言葉を硬く捉えすぎたでしょうか。）

問【32】措置診察不要の判断をして、他の形態での入院調整をしているときに「医療機関」から措置に該当するのではないかと異議を申し立てられたことはありますか

「ある」21名(17%)、「ない」91名(74%)、「担当から必ずしも報告を受けるとは限らないので、異議があったかどうかわからない」11名(9%)であった。

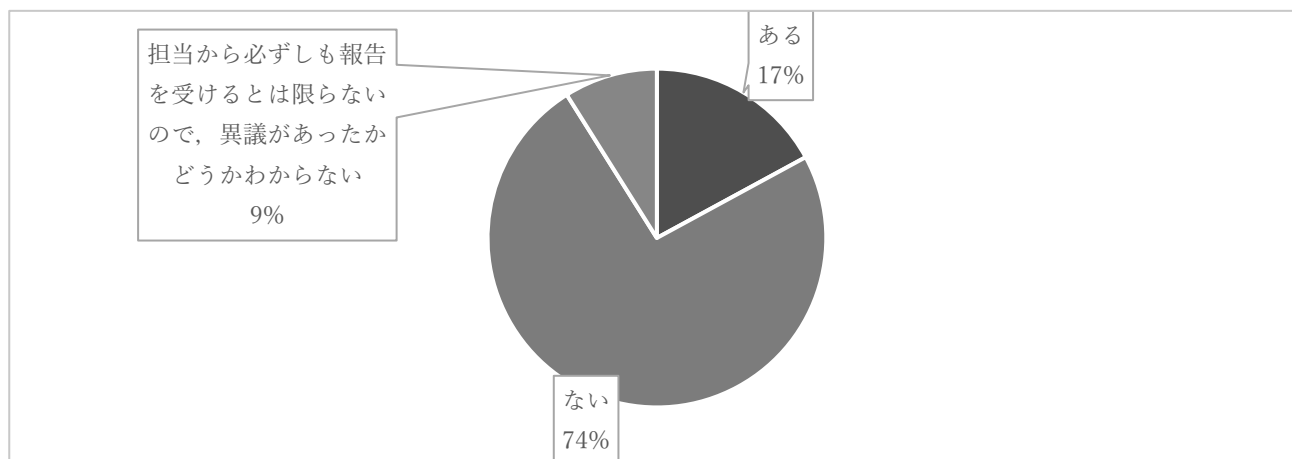


図 22 医療機関から異議を申し立てられた経験

**問【33】「医療機関」から異議を申し立てられた場合にどのような対応をしましたか
(複数回答)**

問【32】で異議を申し立てられたことが「ある」と答えた21名からの回答は、
「保健所判断の独立性について説明することで了解を得た」「ガイドラインを引用するなどして、措置診察の対象外と判断したことを説明した」「再検討して、措置診察を実施したことがある」がそれぞれ11名、「本庁主管課等に対応依頼した」「その他」がそれぞれ1名であった。

問【34】「医療機関」に保健所の独立性を説明する際、有効だった伝え方等があればご記入ください

2名から以下のとおり回答があった。

- ・措置診察の要否は行政機関がその権力を行使して個人の身体を自由を奪う措置をとるだけの根拠があるかどうかを基準として判断するものであり、不十分な根拠で実行すれば不服申し立てをされて裁判を起こされるのは行政である。医療機関とすれば、精神障害者に対して疾患の状態、臨床の視点から考えての異議であろうが、行政の判断として妥当か否かは保健所の判断を尊重してほしい。
- ・措置診察を行うかどうかは保健所の権限であることはご理解ください。精神保健指定医の役割は、行政が措置診察が必要と判断した患者の二人の指定医が独立して措置入院の必要性を判断することなので、専門家が診察の必要性に介入されると専門医の独立性が失われます。また、入院を受け入れていただく医療機関は、患者と良好な治療関係を持つためにも、措置診察に関わらないことが要件となっていますので、そのことをご理解ください。

問【35】「医療機関」から異議を申し立てられた時の対応で「その他」を選んだ理由

1名記載があった。

「入院前診察中あるいは医療保護入院後に、精神科病院職員から「一般人通報」が出されるケースがあった。通報であるので、受理せざるを得なかった。」

問【36】入院調整中に「医療機関」から「措置なら受けるが措置以外は受けない」と言われたことがありますか

「ある」57名(46%)、「ない」52名(42%)、「担当から必ずしも報告を受けるとは限らないので、異議があったかどうかわからない」14名(12%)であった。

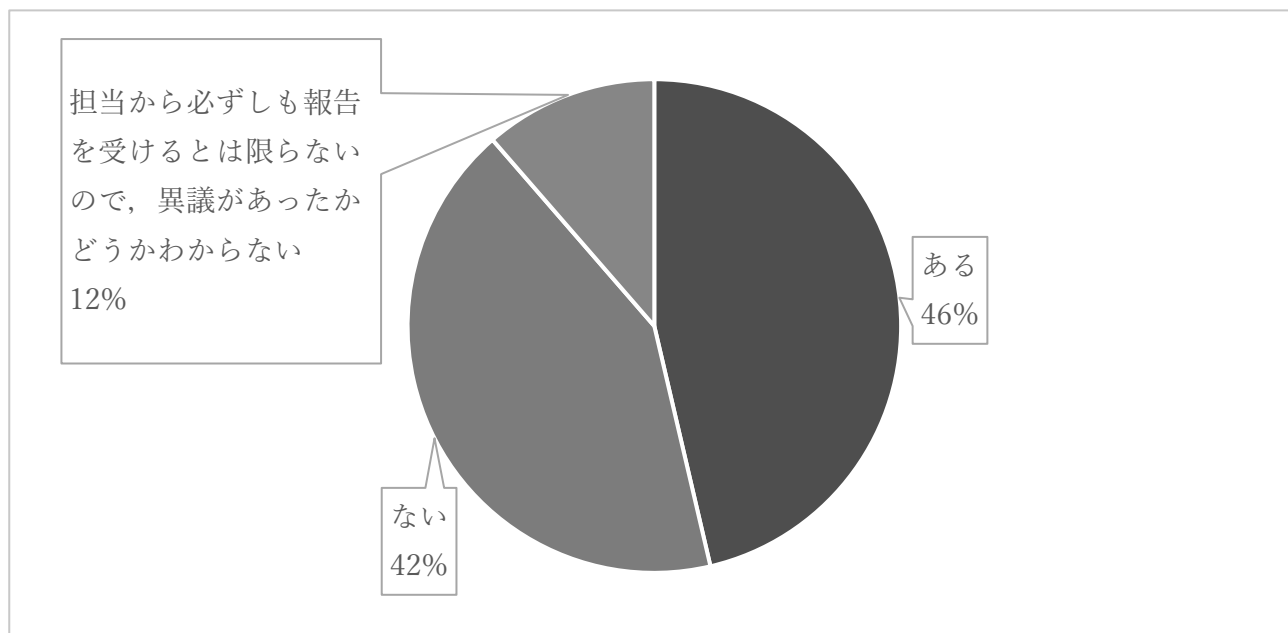


図 23 医療機関から措置なら受けるが措置以外は受けないと言われた経験

問【37】「措置以外は受けない」と言われた場合にどのような対応をしましたか

問【36】で「ある」と答えた57名では「他の医療機関を探した」が47名と最も多かった。

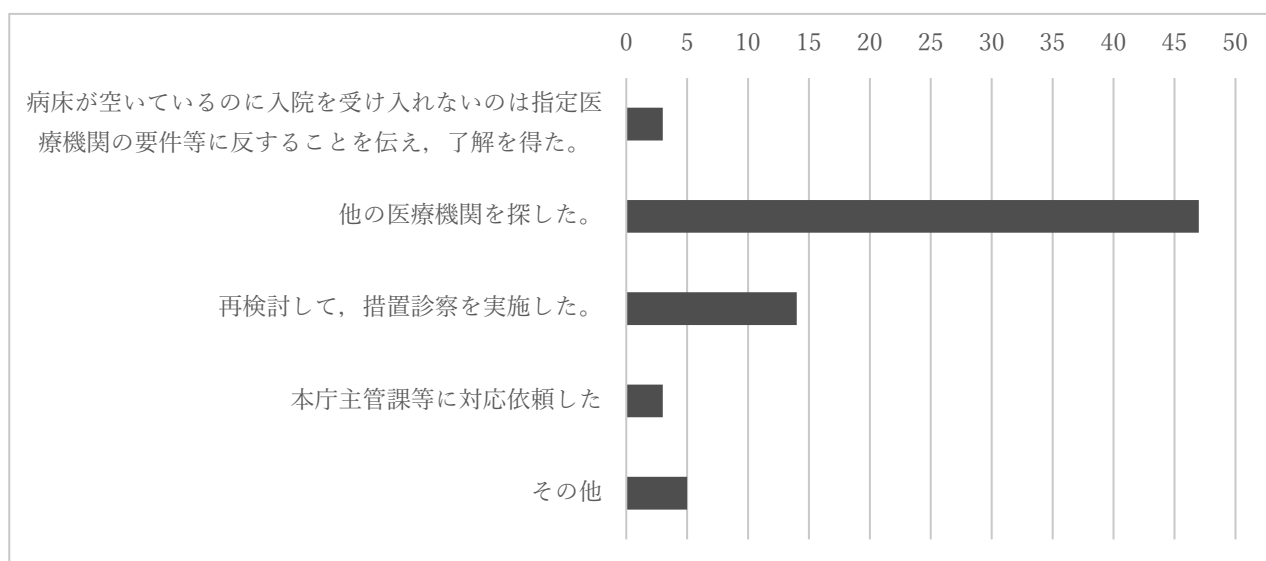


図 24 措置以外は受けないと言われた場合の対応

問【38】「措置以外は受けない」と言われた時点で「その他」を選んだ理由

5名から以下のとおり回答があった。

- ・主治医と連絡がつき、主治医が、病状等から翌日等（調整日当日でなくとも）の受診でよく、その場合、受診先へ紹介状を作成するとの意見があった。
- ・要措置となる見込みの事例であり、診察結果も要措置であったため、そのまま措置入院となった。
- ・入院が必要と思われる場合には、措置診察にかける。
- ・緊急性はないということで措置診察不要にしているのに、「措置以外は受けない」と言われたら「そうですね」と素直に受けて、入院にこだわらず、後日、改めての外来受診を進めるとしたこともあります。
- ・夜間の案件の場合等において、当該医療機関における外来診察の実施の上、措置入院が必要であると診断された場合には、措置診察の実施及び措置入院の事務処理への移行とする。

問【39】「措置診察における指定医確保」に関して現在困難はありますか

指定医確保について困難が「ある」62名(50%)、「どちらかといえばある」33名(27%)であった。

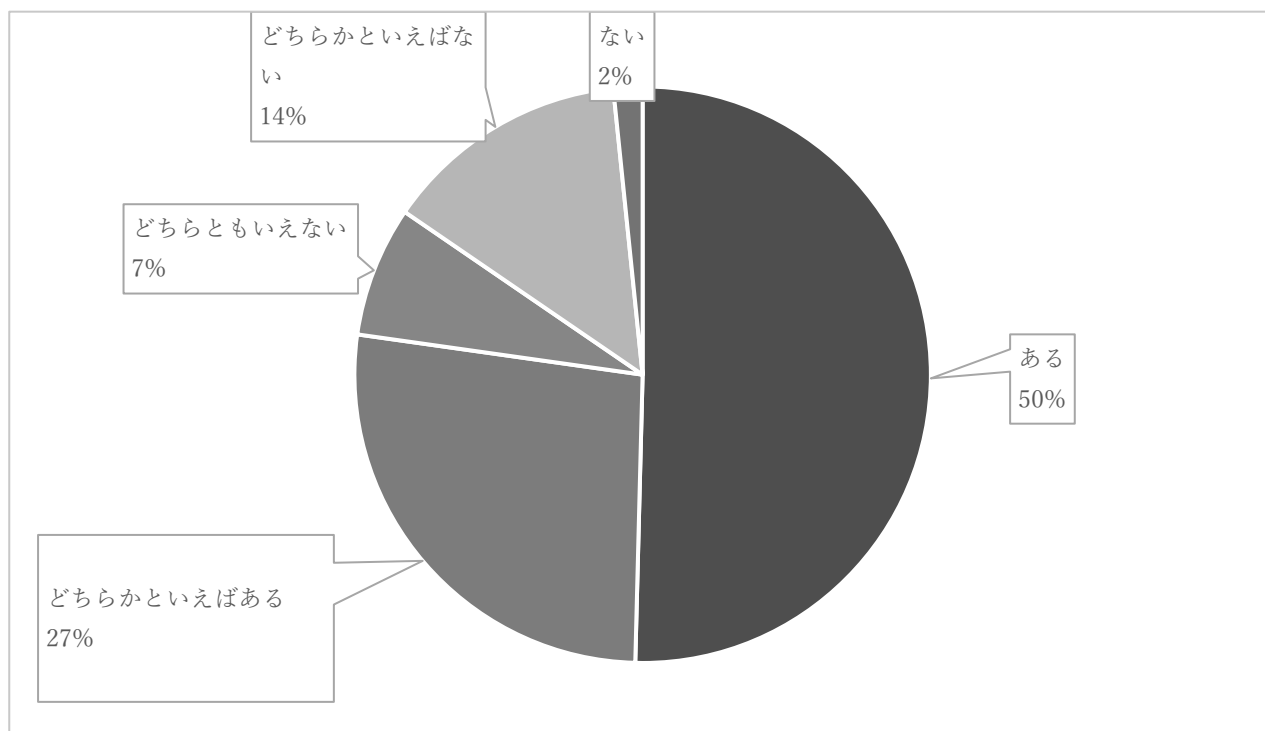


図 25 指定医確保についての困難

問【40】指定医確保に困難が「ない」「どちらかといえない」と答えた方、何らかの実施済み対策があればご記入ください

以下のように7名から回答があり、6名は当番制若しくは待機医師を確保しているとの回答であった。

7名の回答は以下のとおりであった。

- ・精神保健担当者が日常の業務を通して近隣病院との関係性を構築しているため、措置診察に必要な指定医が確保できなかった事例はあまり記憶にない。
- ・当番医が決まっている。
- ・精神科救急病院が365日決まっているから。
- ・所管内に県立の精神科病院がある保健所での措置例は、その病院でひきうけていただいている。
- ・所管内に県立の精神科病院がない保健所については、日中であれば、管内の組合立の病院精神科に引き受けていただいている。そこで難しい場合は、管外であるが県立の精神科病院で措置診察を引き受けていただいている。
- ・夜間と土日は精神科救急が決まっており、その体制を活用している状況。
- ・県保健所で措置診察の実績がある医師について、曜日別に当番制をとっており、事案が発生した場合は確実に対応できる体制としているため。
- ・当番医が決まっているが、まれに当番医が利用できないときがある。
- ・待機の精神保健指定医を確保している日がある。毎日ではない。

問【41】来年度からの「医師の働き方改革」で時間外労働の上限規制が適用されることで、指定医確保に影響がありそうですか

「休日、時間外等の確保が困難になりそう」36名(29%)、「わからない」76名(62%)「現状のままで、影響はなさそう」11名(9%)であった。

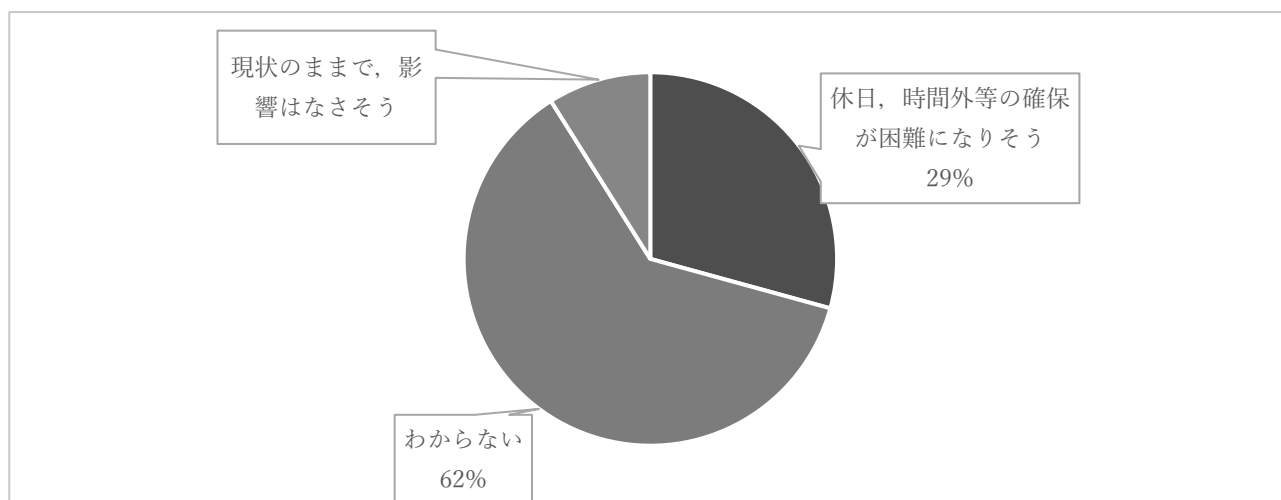


図 26 働き方改革からの影響

問【42】 医師の時間外労働の上限規制の適用に対して対策済みの場合は、その対策をご記入ください

この問に対して回答はなかった。

問【43】 措置該当者の入院受け入れ医療機関の確保について困難がありますか

「ある」59名(48%),「どちらかといえばある」27名(22%),「どちらともいえない」14名(11%),「どちらかといえばない」20名(16%),「ない」3名(3%)であった。

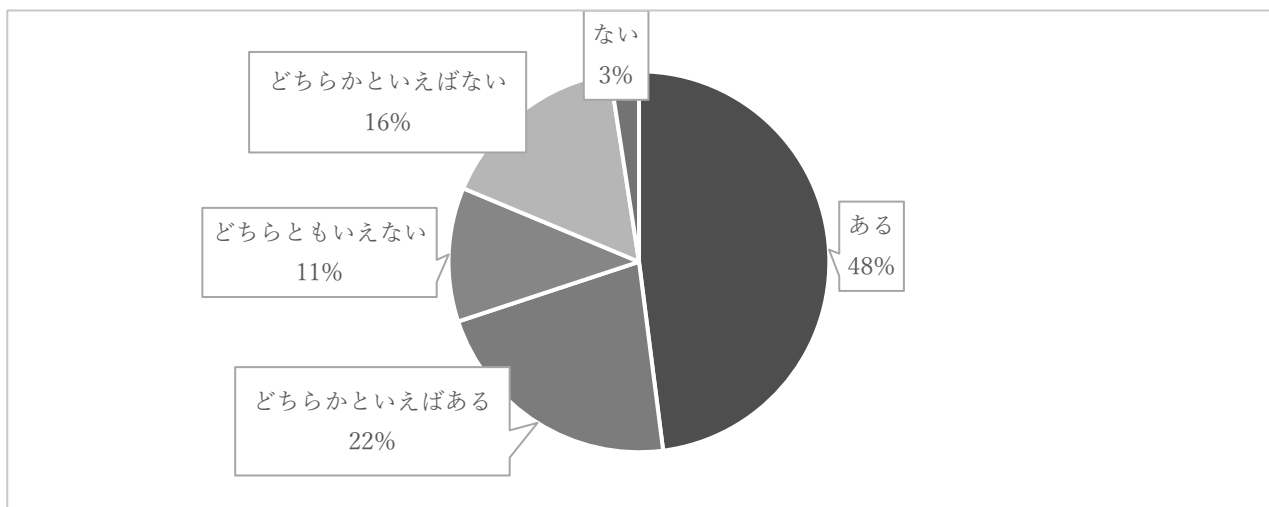


図 27 措置該当者の入院受け入れ医療機関の確保についての困難感

問【44】 入院先確保に関して困難が「ない」「どちらかといえばない」と答えた方、何らかの実施済み対策があればご記入ください

14名から回答があった。そのうち9名からは輪番制があると回答があった。

14名の回答は以下のとおりであった。

- ・ 輪番制がある。
- ・ 本県では輪番病院制を取っているので入院先の確保に困難を感じたことはあまりない。輪番病院が満床の時には県立精神医療センターに相談し対応することもある
- ・ 概ね、管内の県立精神科病院が受け入れてくれている。
- ・ 輪番制になっており、その日に措置診察をする病院が決まっている。
- ・ 輪番制を構築しており、精神科救急医療システム情報センターを介して、入院調整を実施している。
- ・ センターは県内全保健所利用可能。
- ・ 複数の精神科医療機関で調整している。
- ・ 精神科救急当番が決められているから。

- ・離島であり、指定医療機関は1つのため、受け入れ先の確保に困難となったことはない。ただ、診察医の確保には難渋している。
- ・管内の4病院で、1週間単位での輪番制を実施。
- ・指定医が勤務する精神科病院が、入院先となっているのが現状なので診察する指定医が決定するということは、入院先が決定するということと、ほぼ同じであると認識している。指定医確保については問40の答えどおりである。
- ・夜間、休日は輪番制がある。
- ・本県本庁において通報に一元的に対応するグループがあること、地区ブロックごとに病院の輪番体制が組まれていること。また、病院の輪番を臨機応変に組み替えていること。
- ・曜日ごとに受け入れ病院が決まっている。

問【45】「措置入院の運用に関するガイドライン」の見直しの要否について

「必要」16名(13%)、「どちらかといえば必要」25名(20%)「どちらともいえない」73名(59%)、「どちらかといえば必要ない」7名(6%)、「必要ない」2名(2%)であった。

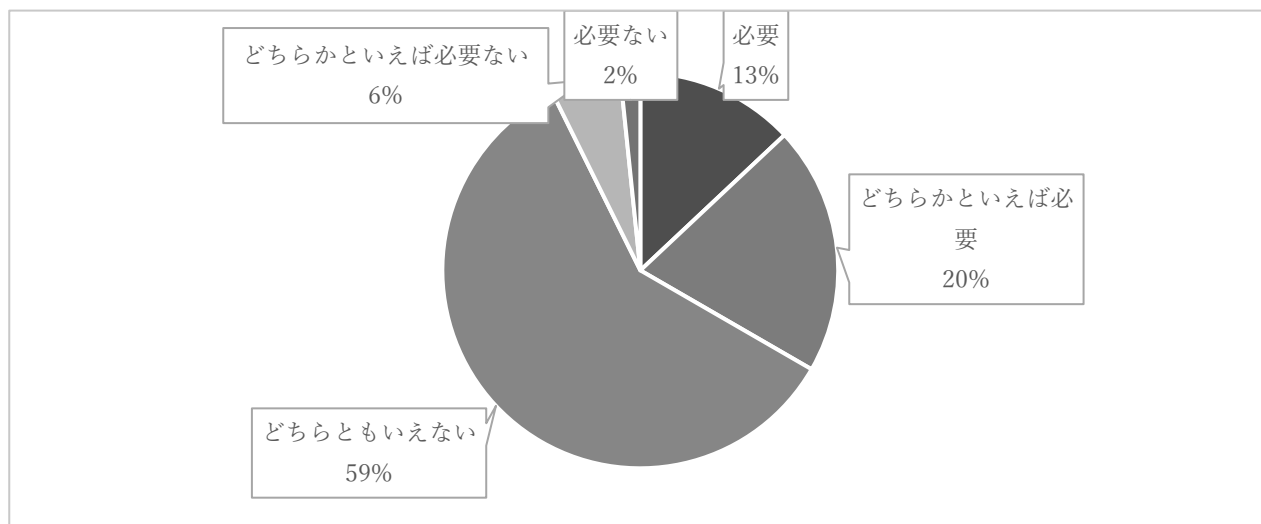


図 28 措置入院の運用に関するガイドライン見直しの要否

問【46】「措置入院の運用に関するガイドライン」の見直しについて「必要」どちらかと言えば必要」と答えた方に伺います。より円滑に措置業務を遂行するために記載してほしいこと等、ご意見をご記入ください

30名から回答があり、「措置入院の運用に関するガイドライン」に対して、「おそれ」の程度、疾患の範囲そして警察や医療機関との役割分担や連携に関する具体的な記載を求めるものが多かった。

また、現行のガイドラインの「同一の医療機関に所属する者を選定しないことを原則とする」等という記載について、指定医確保や入院医療機関の確保に困難を感じている保健所長からは、

「柔軟な対応ができることを明記してほしい」という意見がある一方で、「主治医の一次診察を避けるなど客観性担保のための追加記載が必要」という意見があった。

その他、23条通報だけでなく、22、23-26条についての記載希望があった。

30名の回答は以下のとおり

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインというより抜本的に法改正の見通しが必要ではないか。国際基準に批准したということだが、他国の強制入院時の仕組みの情報がない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・医師確保困難な場合の運用。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・発達障害, 認知症の方の対応。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・措置診察の要否の判断について, 詳細に記載してほしい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインでは, 制度運用の都道府県格差が著しい実態を踏まえて, 地域格差がなく制度運用水準の均てん化ができるように, 基礎的な精神医学の知識（保健所職員も警察官も理解が可能なレベル）, 自傷他害のおそれの明確な定義や指定医診察による事例, 対象となりうる疾患・状態の理解を促進する記述など, ローカルな事情や属人的な要素が入り込まないように, ち密かつ厳格に記述されるべきである。 ・その他 指定医更新時の措置診察に関する研修の充実（国の役割として） 厚生労働省と警察庁との連携強化（国の役割として） 警察等通報機関の職員を対象とした措置入院制度理解促進のための研修体制の設立（国の役割として） 精神保健福祉士, 保健師等, 保健所専門職配置の法定化（児童相談所の児童福祉司のように） 精神保健指定医及び措置入院受入医療機関の確保（指定医の協力義務や体制の法制化） |
| <ul style="list-style-type: none"> ・国際的な動向を踏まえ強制入院の一つである措置入院について, 現場での疑義に回答する方向での検討が望ましい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県によって措置診察の必要性の判断結果が違いすぎると思います。より詳細な具体例を掲載するなど, 都道府県間での取扱いの差異を解消するための努力が求められていると思います。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・指定医の選定について, 現行のガイドラインには「同一の医療機関に所属する者を選定しないことを原則とする」との記載があるが, 指定医である主治医が当人を診察した流れで措置診察（一次診察）を行うことの是非について記載がない。 客観性を担保するために, これを避けることを原則とするよう明記することを検討いただきたい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・発達障害は治療の対象となりにくいことから措置入院の対象としない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・指定医の確保に苦戦している。人権面の配慮より, 県全体での指定医輪番制度の導入を明記してほしい。 |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 警察が患者さんを煽り、興奮させて他害行為があると主張されることがままあるが、保健師が到着した時点で冷静に対応できる状態となっておられる場合も少なくない。どの時点の状態をもって措置診察要とするか、しばしば揉めることがあり、ガイドラインに明記してほしい。「おそれ」がどれくらいの可能性のことを示すのかも不明確。 |
| <ul style="list-style-type: none"> 「自傷他害のおそれ」「言動が刑罰法令に触れる程度の行為につながるものか否か」についての判断が警察官によっては、過度に精神障害者を危険人物と捉える傾向があり、保護しようとしたら暴れたから、大声を出したからという理由で通報してくることもあるので、警察官が保護しようとした際の抵抗を他害行為として通報する、とはならないことを記載してほしいです。また、平田先生の「要否判断における留意事項」 https://jngmdp.net/wp-content/uploads/2019/08/sochi04.pdfのスライド9, 10に書かれている参考を具体的に盛り込んでいただけると共通認識ができると思います。 「刑法に触れる程度」となると、実際には傷害罪や暴行罪はかなり軽微なものにも適用されるわけで、具体的な深刻度が記載されていないことが認識のズレをもたらしていると思います。「おそれ」に関しても「少しでも可能性がある」と「蓋然性がかなり高い」とでは違うので解説があるとよいと思います。 |
| <ul style="list-style-type: none"> 離島における措置診察の方法をより柔軟に（時間的猶予※1, 指定医診察※2, オンラインなど） ※1 警察拘留時間制限を柔軟に ※2 離島は医師不足のため指定医の確保が困難。同一医療機関内診察の許可 ※3 状況に応じてはオンライン診察も認める |
| <ul style="list-style-type: none"> 搬送に関する警察の協力の項目についての見直し。協力をお願いしてもご協力頂けないケースも多く、保健所職員の安全性確保や時間外勤務（担当者以外で搬送の当番制をとっている）に課題がある。 |
| <ul style="list-style-type: none"> 中核市保健所管内の通報案件について、被通報者の平時の精神保健福祉支援・援助の情報を警察官通報先の保健所が把握していないため、平時に精神保健福祉業務を行っている中核市保健所の市長に措置診察の要否判定の権限を与えるべき。 （現在は、特例措置により県と中核市との権限移譲の合意があった場合にのみ中核市に権限移譲が可能となっている） |
| <ul style="list-style-type: none"> 現在のガイドラインは、23条通報の対応を中心に記載されており、昨今の24条や26条通報の増加にも対応した内容を検討してほしい。 医療観察法との整合性を踏まえた内容に改訂してほしい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ガイドラインⅡ-2 警察官通報の受理 「警察官は、（略）可能な限り早い段階で、都道府県知事等に通報する必要がある」という文言について、警察官がこの文言を引用して、保護、調査ともせずに即通報するケースが何度かあった。警察官が措置通報する際には、当事者の保護をした上で、ガイドラインに示されている「精神障害のために自傷他害のおそれがあると認めた異常な言動その他周囲の事情」について可能な限り情報収集した上で必要性を判断するよう促していただきたい。 |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ガイドラインIV-5 措置診察又は措置入院のための移送 警察官からの措置通報の対象となる者は自傷他害のおそれがあると判断されていることから、自身若しくは他者の身体に危険を及ぼす可能性がある。移送に係る事務に従事する者は精神保健の専門ではあっても身体の危険を守ることができる能力があるとは限らないことから、警察官の移送同行は基本的に必須事項と考える。少なくとも、協力を努めていただけるよう記載をお願いしたい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・措置診察の基準に地域差がある ・診察医の確保がかなり困難のケースがある ・自傷他害のおそれがあり保健所での搬送が困難なケース（人員、車両等） ・措置診察、措置入院に対しての病院間での意識の相違が大きい これらについて再検討し、現状に即したガイドライン作成が望まれる。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・法律によるものなので、一保健所長の判断ではなく、全国で統一した対応ができるような、警察や指定医も納得させられるようなガイドラインであってほしい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉法と警察官職務執行法、「刑法や司法等の法体系」等を整理することにより、措置診察を行うための要件について、明確とする等、「人権」を尊重した事務処理を規定していただきたい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・知的障害や発達障害がある者が他害行為を行ったことで通報を受けた事例がある。他害行為は抑制の欠如、妄想に近い思い込み等のために起こされており、精神症状と捉えることもできる。投薬により衝動性の緩和は期待できるが、根本的な解決にはつながらず、措置診察、入院の対象と考えてよいのか悩むことがある。このような例に対する考え方を示していただけるとありがたい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・保健所等行政機関の事前調査を必須事項と明確化。警察との連携会議を必須に。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・自傷他害に関する警察の理解を深めることが必要である。現在、警察からの安易な通報の頻発に悩んでいる。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・措置診察が要と判断する具体的な詳細な事例の例示がパターンごとに記載されていると、判断の際の目安として使いやすい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・おそれの範囲や精神疾患の範囲を、現状に沿うように定義してほしい。警察や検察が精神障害者を取りあえず通報することになっているので、是正できるガイドラインにしてほしい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・措置診察不要とする条件の書き込みが足りない。保健所及び指定医の判断に独立性があることを明記してほしい。ほぼ5年を目処に必要な応じて見直すという趣旨の記載を加える。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・「被通報者の言動」における、より具体的な記載（病的言動、自傷および他害行為等） ・「措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合」における、より具体的なケース（若しくは実例）の提示。 |

問【47】「措置入院の運用に関するガイドライン」の見直しについて「必要ない」「どちらかといえば必要ない」と答えた理由をご記入ください

回答があった7名のうち3名は、現在支障がないという理由であった。その他、「地域差が大きくガイドラインだけで平準化することが困難であるから」という意見や「都道府県の運用に問題があるのではないか」という意見があった。

7名の意見

| |
|--|
| ・ 指定医の数, 移送可能な医療機関数の地域差があまりに大きく, ガイドラインだけで平準化することは困難であるから。 |
| ・ 各都道府県の運用に問題があるのであって, 見直す必要はないのではないか。 措置診察率が高い自治体があるが, 「調査の上で措置診察の要否を判断し, 必要があると認めるときには措置診察を行う」ということができていないのではないか。(指定医に丸投げしている感じがする) |
| ・ 措置業務に関する基本的な対応を記載しているので, 法律改正など大きな動きがなければ特に修正の必要を感じない。 |
| ・ 現行の「措置入院の運用に関するガイドライン」で問題ありません。 |
| ・ 特に問題点があるとは感じていないため。 |
| ・ これまでの複数の県庁の部長, 課長等の経験も含めると, 措置入院の業務に関して特に支障を感じたことがない。 |
| ・ 関係者全員がガイドランに則って適切に対応することで, 大きな問題は生じないと考える。 |

(4) 自傷他害のおそれの範囲と疾患の程度について (n = 123) (問【48】～【53】)
 措置診察の要否判断に携わっていると答えた 123 名の回答

問【48】「自傷のおそれ」の程度について、迷うことがありますか

「ある」100名(81%)、「ない」23名(19%)であった。

経験年数別にみると経験年数による差はなかった。

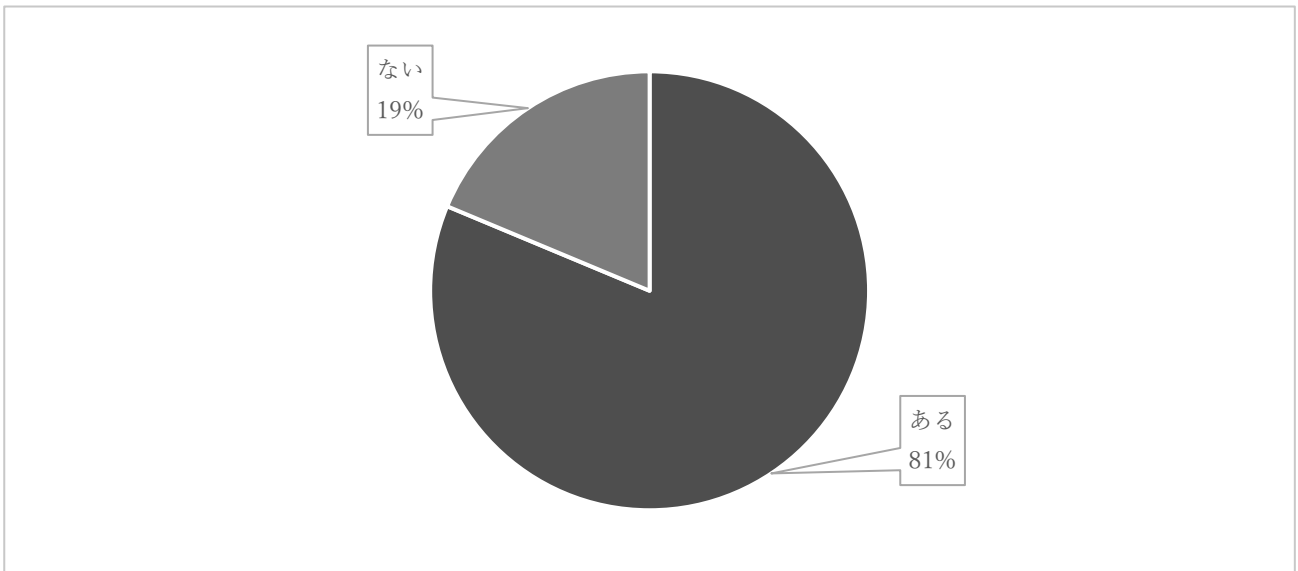


図 29 「自傷のおそれ」の程度への迷い

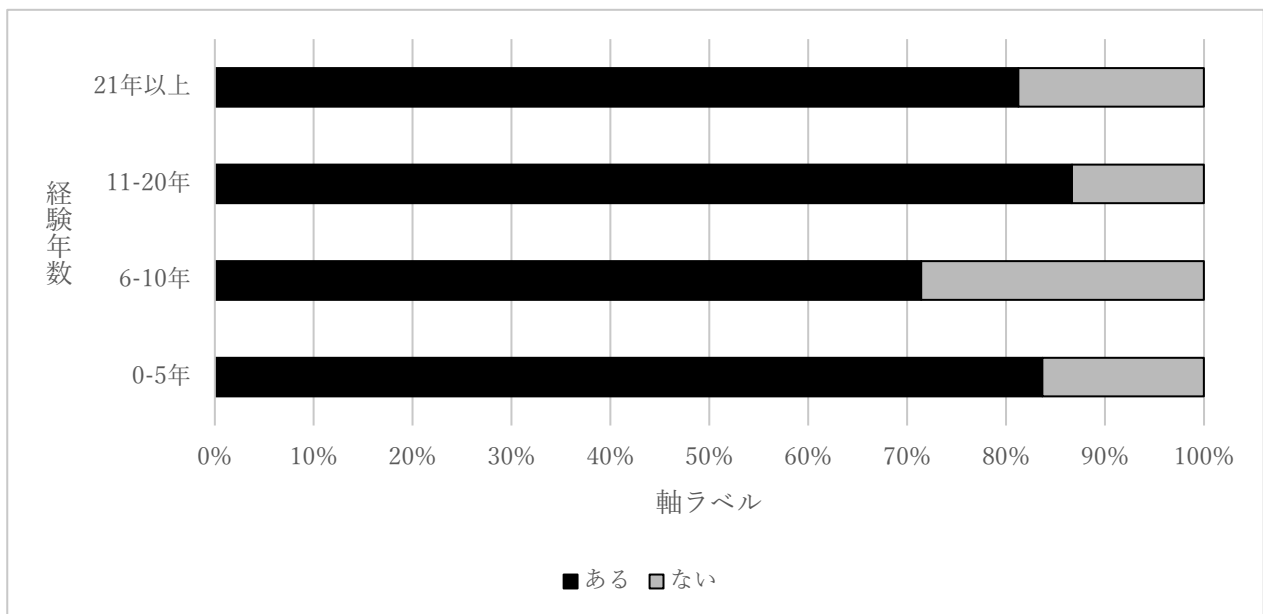


図 30 経験年数別「自傷のおそれ」の程度への迷い

問【49】「自傷」について、念慮のみで未遂の場合に措置診察要としましたことがありますか

「ある」81名(66%)、「ない」42名(34%)であった。
経験年数による差は無かった。

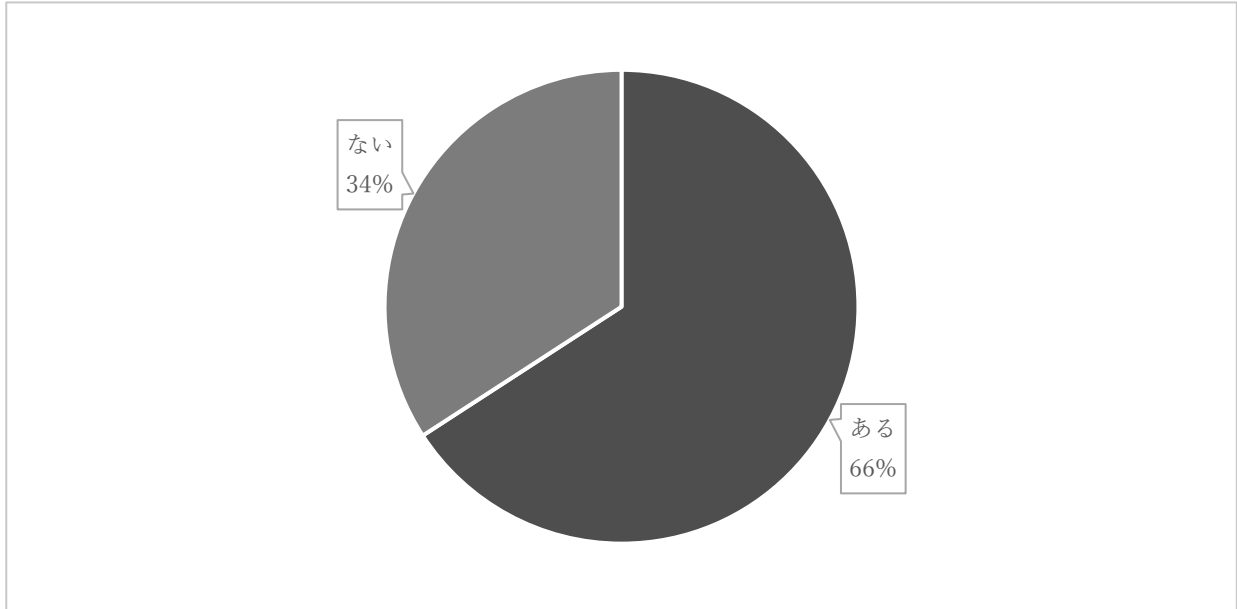


図 31 念慮のみでの措置診察要と判断した経験

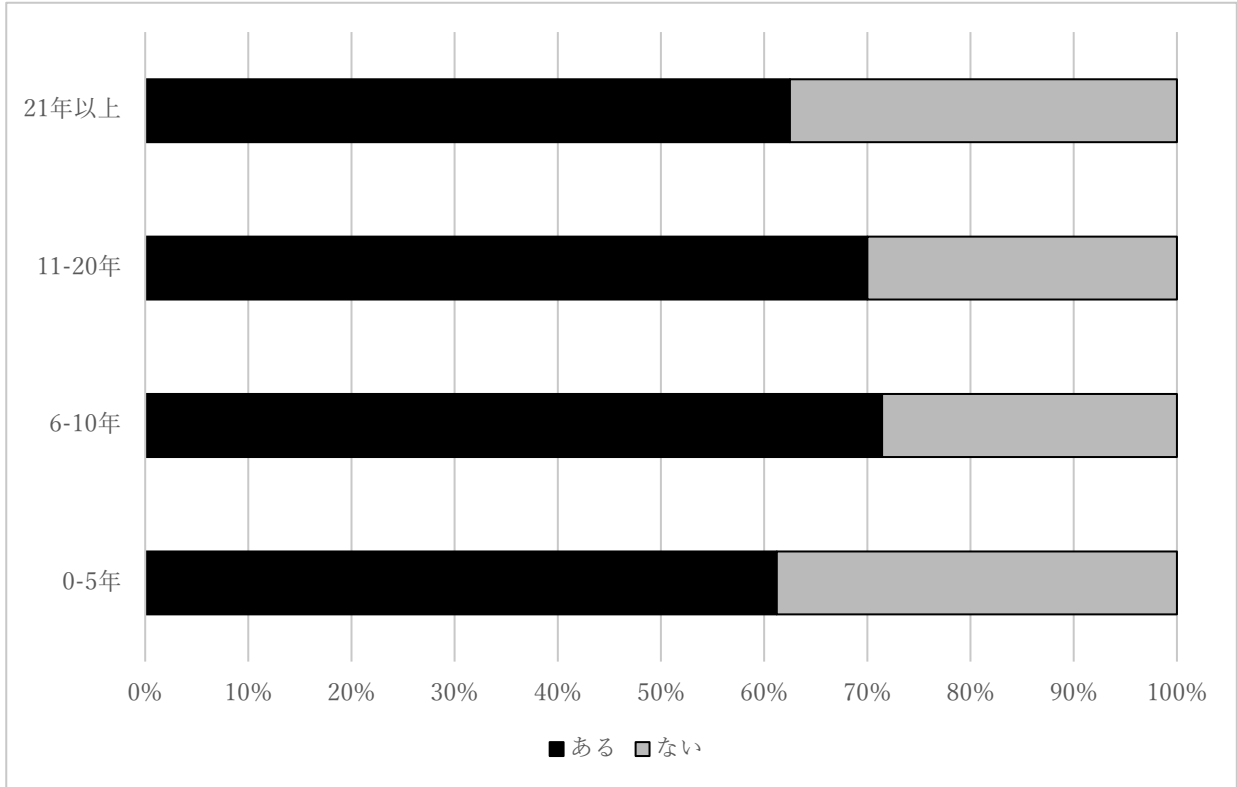


図 32 経験年数別 「自傷」念慮のみでの措置診察要と判断した経験

問【48】の「自傷のおそれ」の程度について迷うことがあるかと問【47】の自傷について念慮のみで未遂の場合に措置診察要としたことがあるかという質問への回答状況を見ると、「自傷のおそれ」の程度へ迷いの有無に関わらず、念慮のみで措置診察要とした経験の割合は変わらなかった。

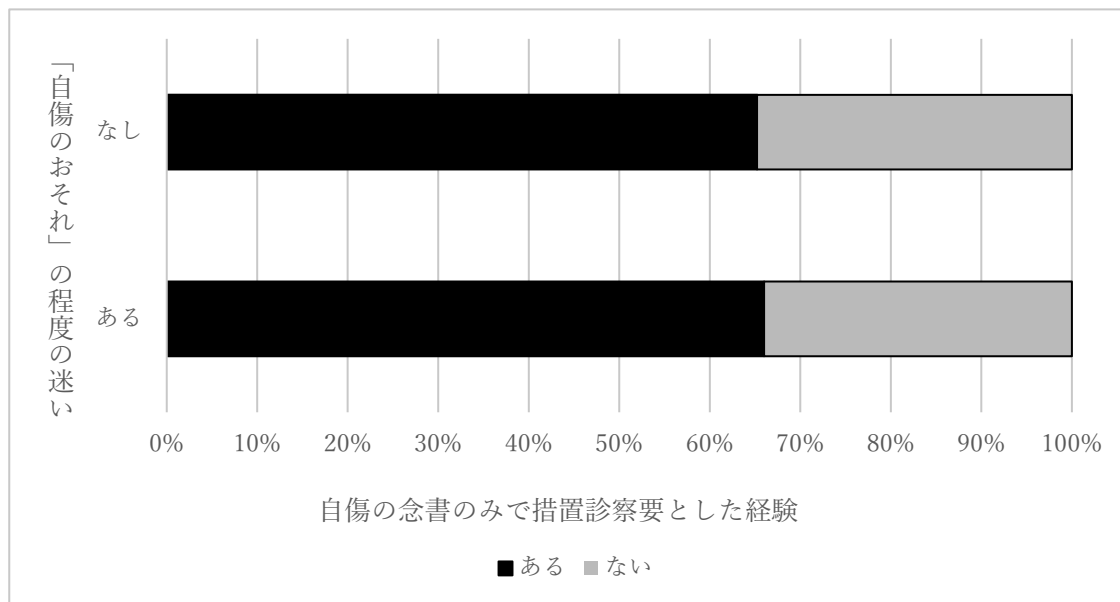


図 33 問【48】と問【47】の関係

問【50】「他害のおそれ」の程度について、迷うことがありますか

「ある」97名(79%),「ない」26名(21%)であった。
経験年数別にみても差は無かった。

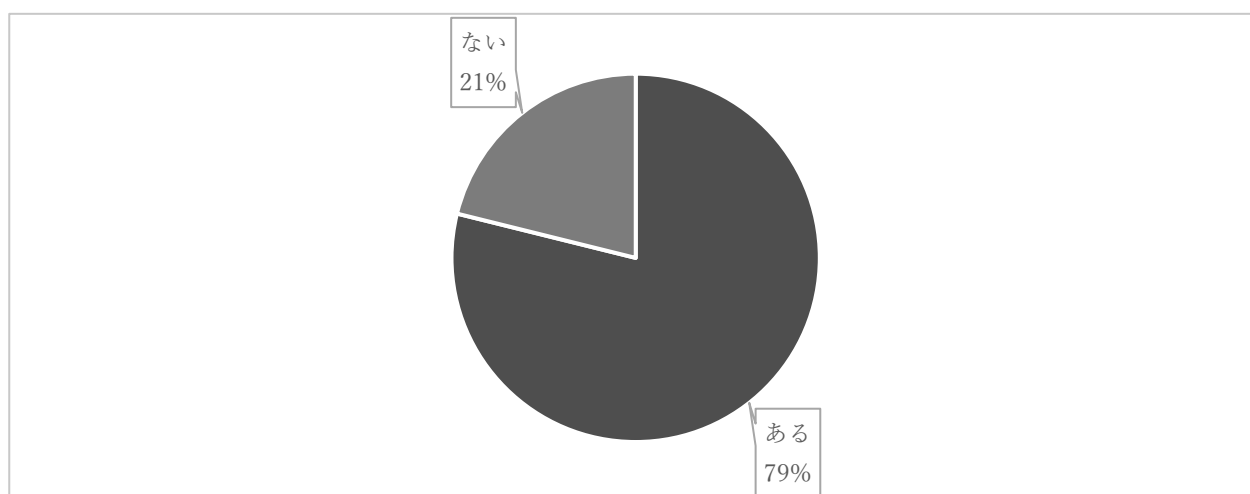


図 34 「他害のおそれ」の程度

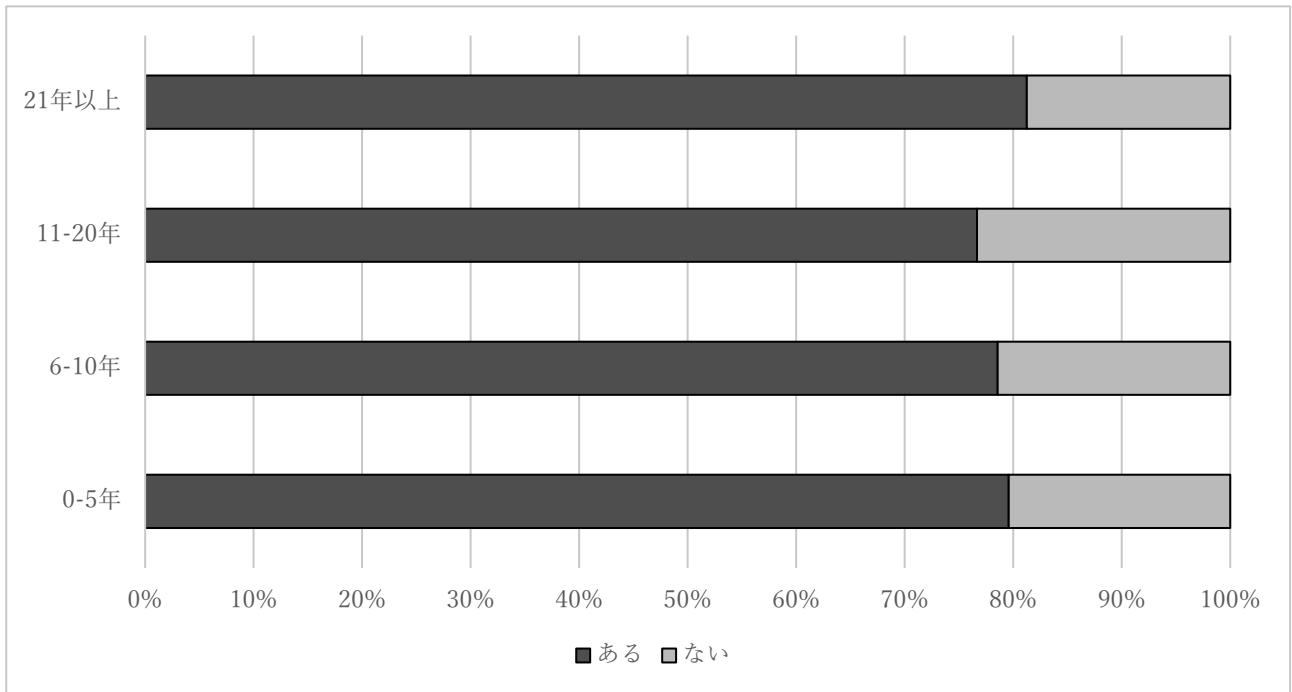


図 35 経験年数別 「他害のおそれ」の程度への迷い

前問【48】「自傷のおそれ」の程度への迷いの有無と問【50】「他害のおそれ」の程度への迷いの有無をみると、自傷に迷わない場合は他害にも迷わない傾向が確認できた。

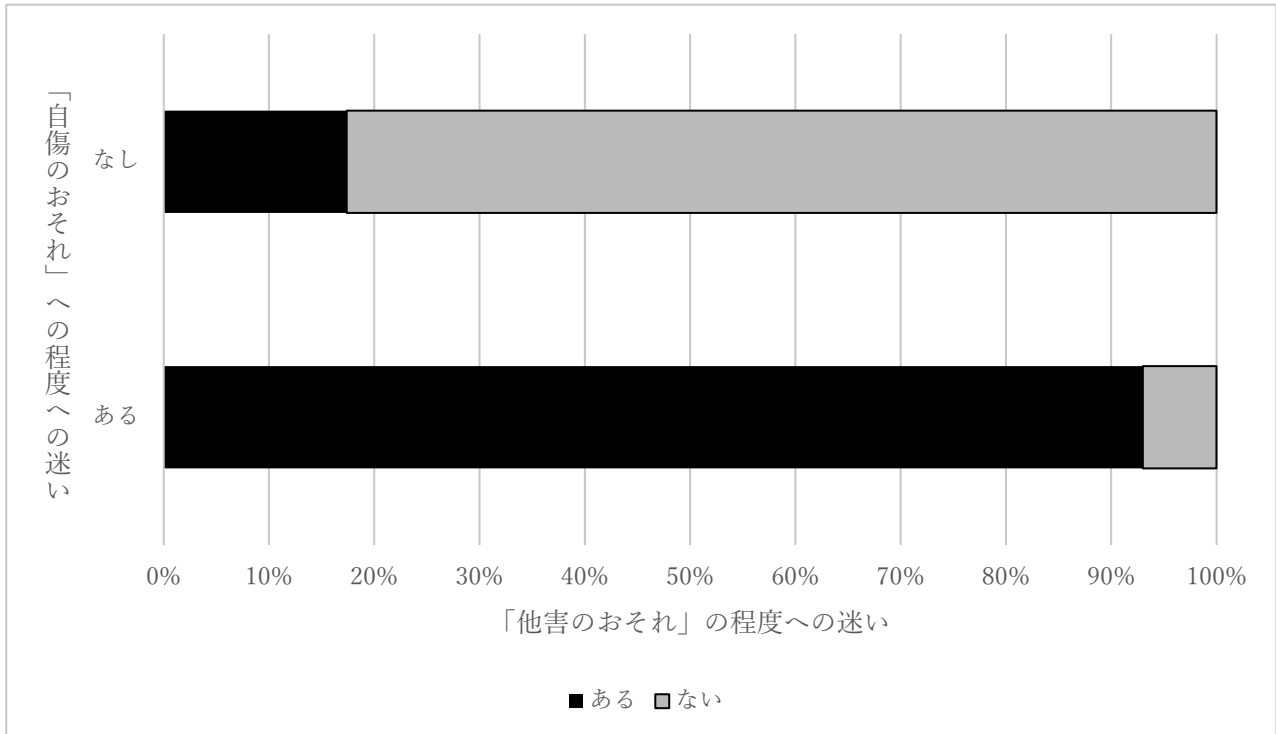


図 36 「自傷のおそれ」への迷いと「他害のおそれ」への迷いの関係

問【51】(以下の)「他害」の例について、迷う場合を選択してください

問【50】で「ある」と回答した97名を対象にして確認した。「発言だけで実行していないとき(予測行為・未遂)」が最も多く68名(70%)、「事前調査時に対象者が落ち着いているとき」58名(60%)、「他害の程度が刑法に触れる程度でなさそうなとき」51名(53%)、「保健所として、迷惑行為程度と判断できるとき」49名(51%)、「行為について、合理的理由があると判断できるとき」44名(45%)、「保健所としては、重大な他害行為で医療観察法の適応と考えるとき」21名(22%)であった。

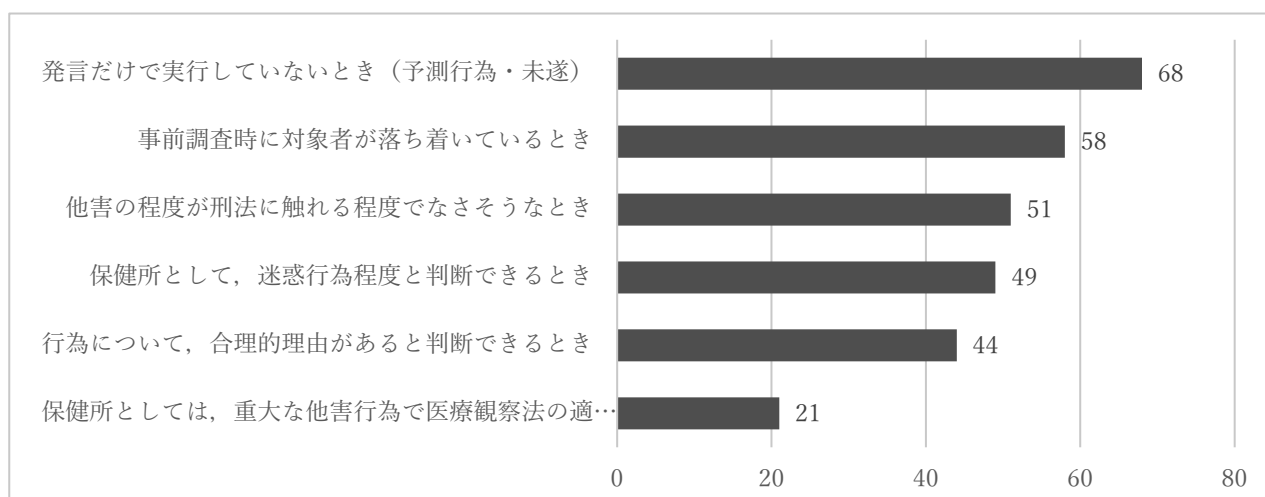


図 37 他害事例について迷うとするもの

問【52】以下の疾患は前年度調査で措置診察の対象疾患とするか迷うという回答があったものです。措置診察の対象にする可能性があるもの、対象にしたことがあるものを選んでください(複数選択可)

パーソナリティ障害、認知症、発達障害、知的障害、アルコール障害については、50%以上が措置診察の対象としたと回答している。

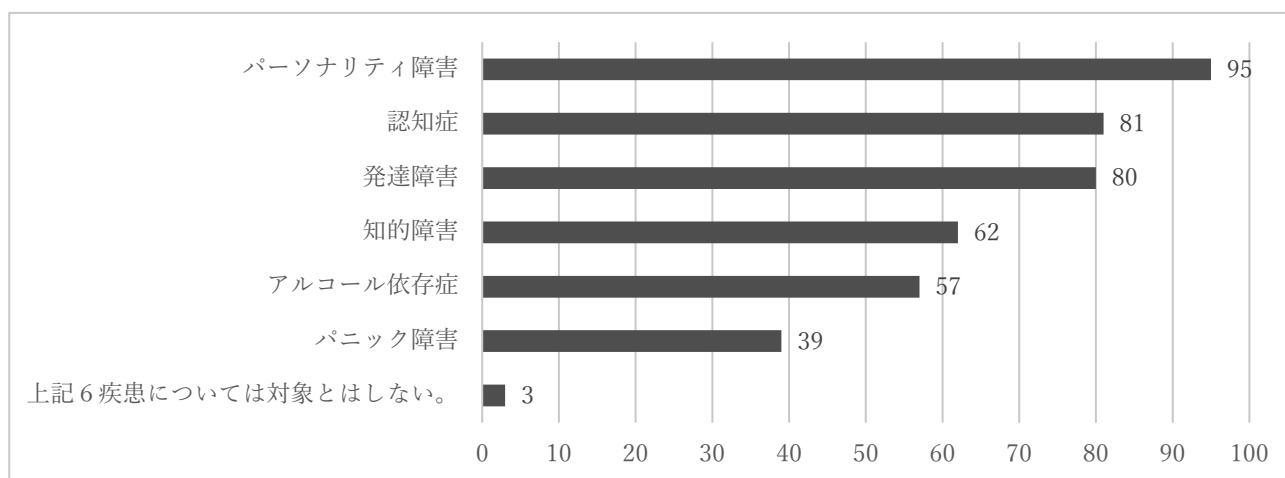


図 38 措置診察の対象にしたことがある疾患

問【53】前問の疾患以外に厳密には措置診察の対象ではないと考えたけれど、措置診察の対象とした疾患や病態があればご記入ください【任意】

123名中14名から回答があった。

疾患名よりは、精神運動興奮、幻覚症、妄想、譫妄状態などの「行動障害」4名、覚醒剤・薬物中毒後遺症等3名の他、器質性疾患、受診困難、引きこもりによる家庭内暴力等医療につなぐ目的が潜んでいるものもあった。また、急性ストレス障害や慢性硬膜下血腫による異常行動等は精神疾患との鑑別が難しいことがあるので注意が必要という意見もあった。

14名の回答は以下のとおりであった。

- ・器質性疾患
- ・過去の覚醒剤使用による精神障害が強く疑われた事例
- ・主治医ではない精神科医の助言により対象としなかったが、急性ストレス障害や慢性硬膜下血腫による異常行動等は、発症時の症状だけでは対象としかねない。
- ・前問になるが、たとえパーソナリティ障害であっても、精神運動興奮による他害行為があれば対象にせざるを得ないことが多い。入院要否は指定医の判断に委ねる。疾患名よりは状態（精神運動興奮、合理的な説明がしにくい妄想など）が問題となる。
- ・切迫性はあまりないが、医療が必要と思われる例で、自身や家族による受診が困難であるもの
- ・強度行動障害
- ・薬物中毒後遺症による脳機能障害
- ・発達障害（特に10代）については、措置診察の対象ではないが、自宅or施設にそのまま置いておけない（児相も対応してくれない）ということで診察の対象としたケースがある。
- ・病名が1つではないことがあるため（例えば、知的障害もある発達障がい者等）
- ・覚醒剤依存症、覚醒剤精神病
- ・アルコール幻覚症で措置診察し措置入院とした。認知症で妄想等で自傷他害が明確に行動化されれば対象となるし、他の障害でも統合失調症や感情障害が合併すれば対象となる。
- ・「措置診察の対象疾患」という「疾患や病態」があるわけではないが、せん妄状態の患者。
- ・引きこもりで家庭内暴力
- ・明らかな性犯罪が疑われるもの

(5) 事前調査形態について (問【54】～【57】) (全員対象：N=217)

問【54】直接対象者と面接をせずに、対象者以外の関係者から電話で聞き取るだけでも事前調査とすることを許容できますか。

「許容できる」44名(20%)、「許容しがたい」132名(61%)、「わからない」41名(19%)であった。

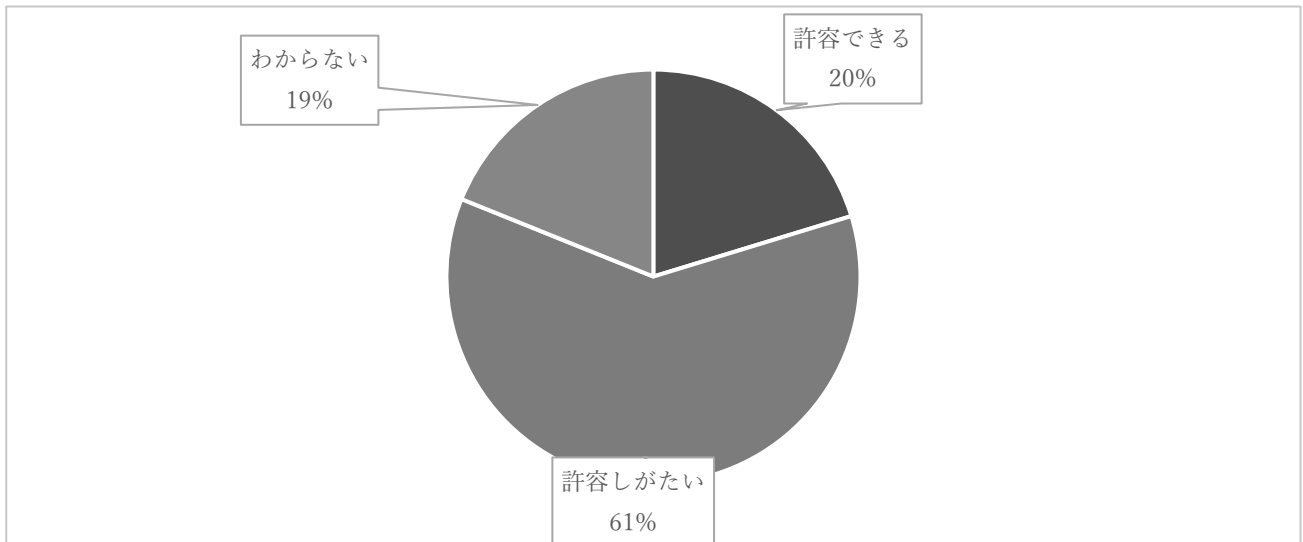


図 39 面接なし関係者からの電話聞き取り

措置診察の要否判断に携わっている保健所長の方が許容しがたいという回答の割合が高かった。

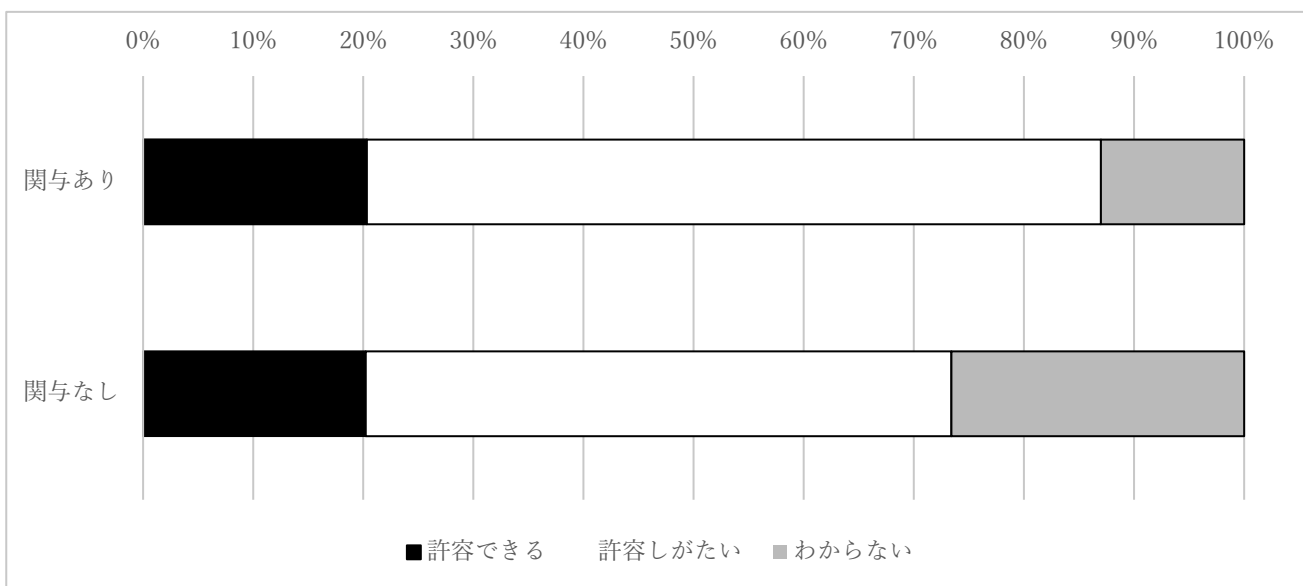


図 40 面接なし関係者からの電話聞き取りの可否と措置診察の要否判断への関与の関係

措置通報受理から入院手続きに関して県庁や精神保健福祉センター等で一括して対応している(センター化)自治体を確認されており、センター体制によって、回答をみたところ、「許容しがたい」割合は、「センター化なし」「時間外センター化」「全時間帯センター化」の順に高かった。

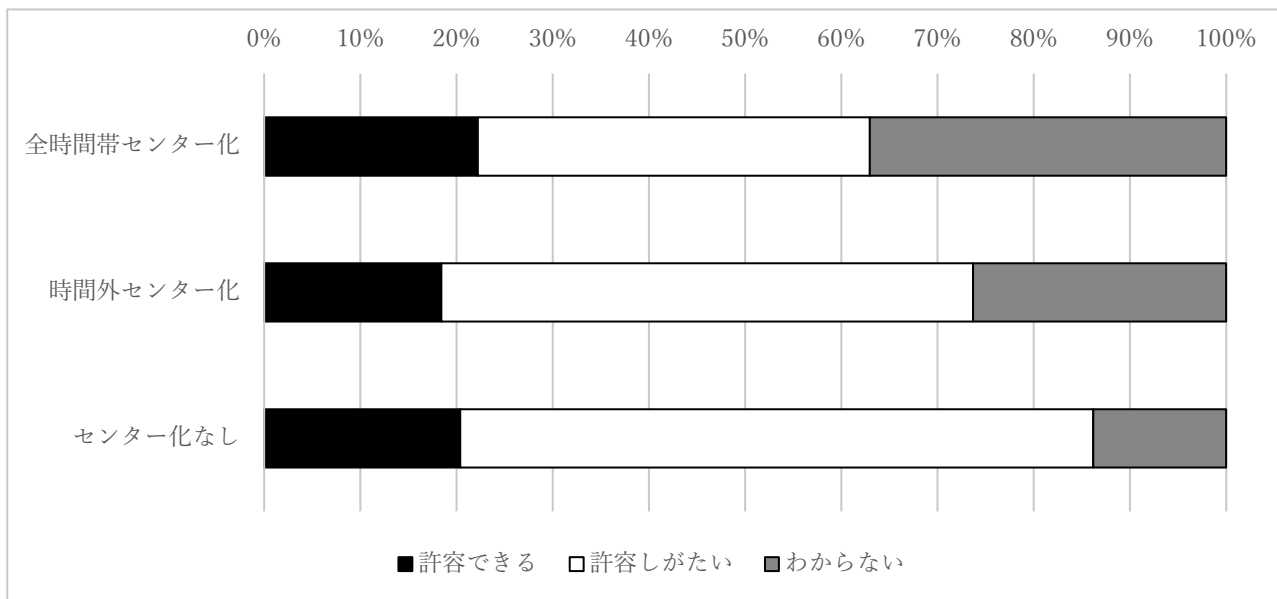


図 41 「対象者に面接せずに関係者からの電話聞き取りのみ行うこと許容するか」と「センター体制の実施状況」との関係

問【55】直接対象者と面接をせずに、対象者から電話で聞き取るだけでも事前調査とする

「許容できる」42名(19%)、「許容しがたい」123名(57%)、「わからない」52名(24%)であった。

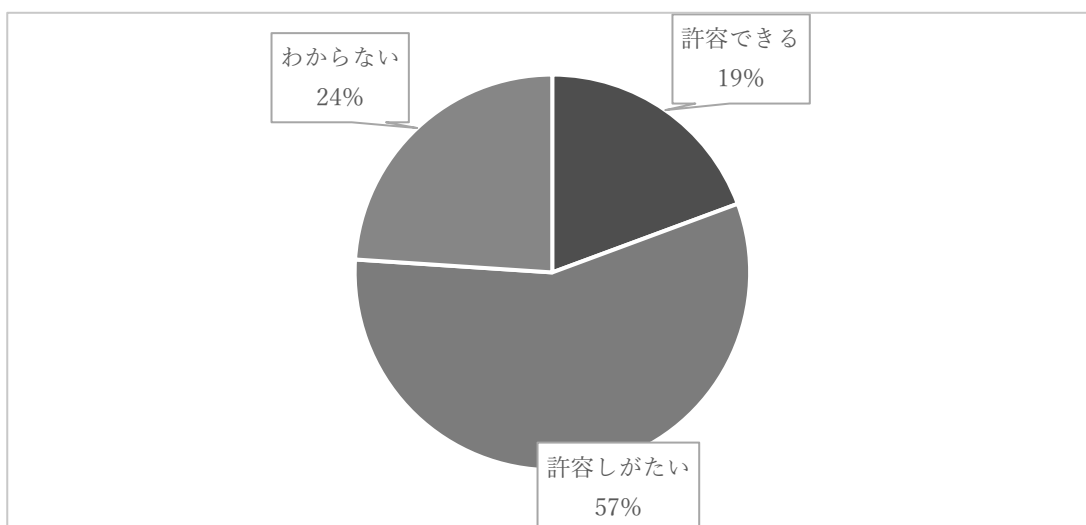


図 42 面接なし対象者からの電話聞き取り

面接なし対象者からの電話聞き取りの可否については、措置診察の要否判断へ関与している方が、「許容しがたい」割合が高かった。

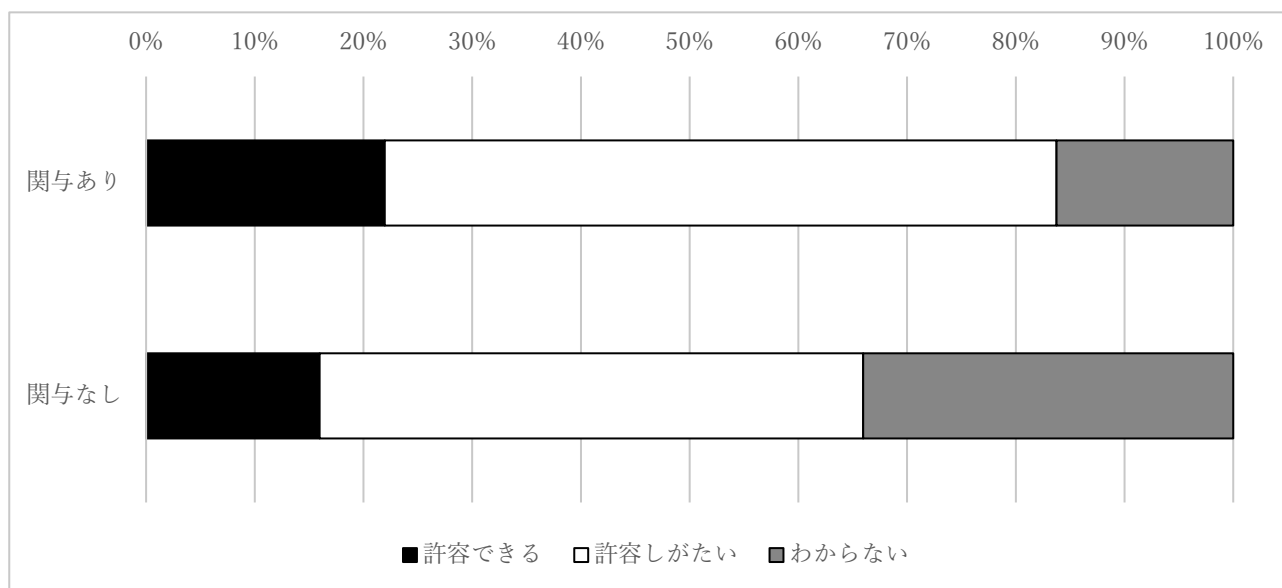


図 43 面接なし対象者からの電話聞き取りの可否と措置診察の要否判断への関与の関係

センター体制実施状況別にみると、センター体制をとっていない方が、「許容しがたい」割合が最も低かった。

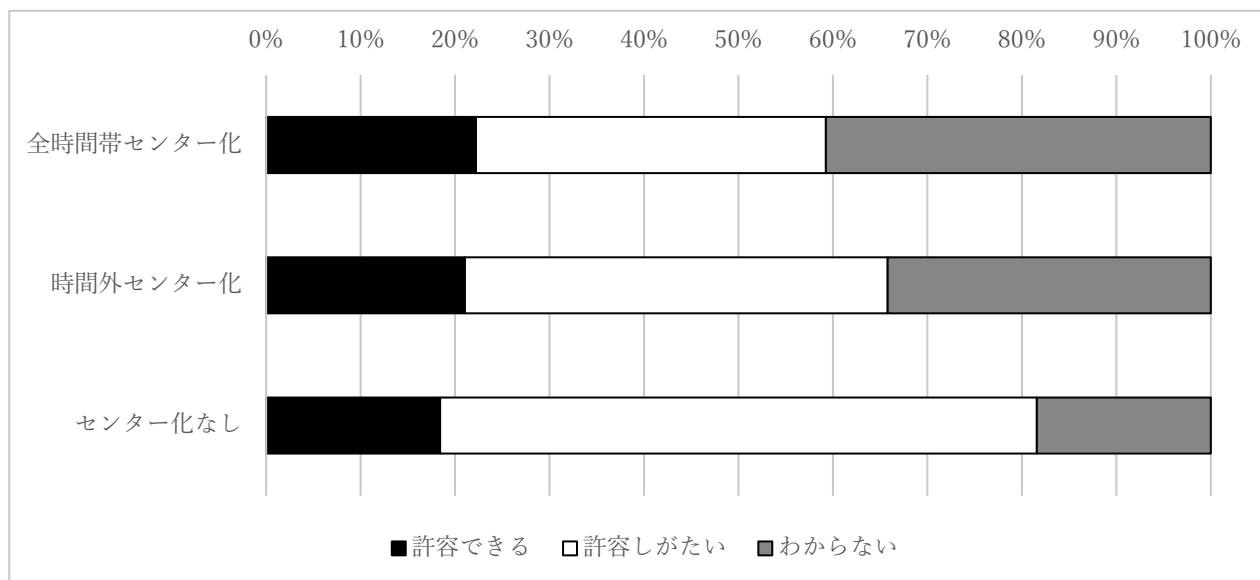


図 44 面接なし対象者からの電話聞き取りの可否とセンター体制の実施状況との関係

問【56】対象者と直接面接せずにオンラインで状態等を確認することでも事前調査とする

「許容できる」88名(41%)、「許容しがたい」59名(27%)、「わからない」70名(32%)であった。

問【54】センター体制【55】電話での事前調査と比べると、許容出来る割合が高かった。

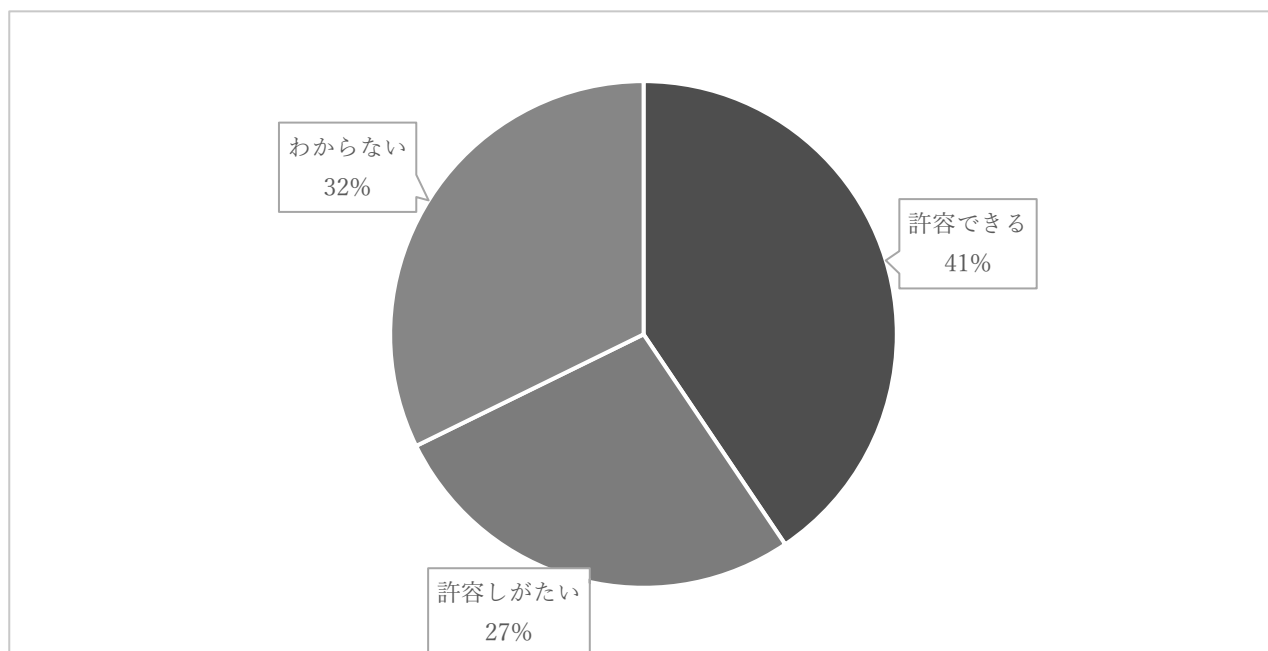


図 45 オンライン面接

オンライン面接の可否について、措置診察の要否判断へ関与の有無別にみると、関与ありの方が、「許容できる」割合が低かった。

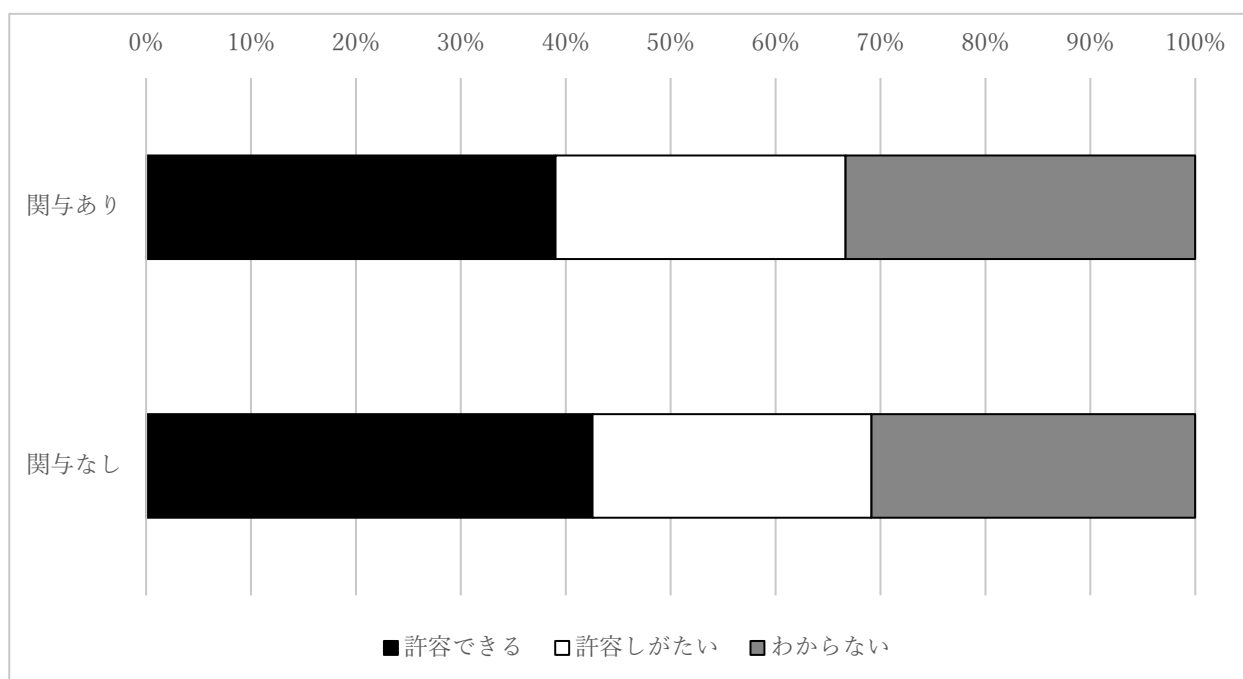


図 46 オンライン面接の可否と措置診察の要否判断への関与の有無

センター体制実施状況別にみるとセンター体制をとっていないほうが「許容しがたい」割合が高かった。

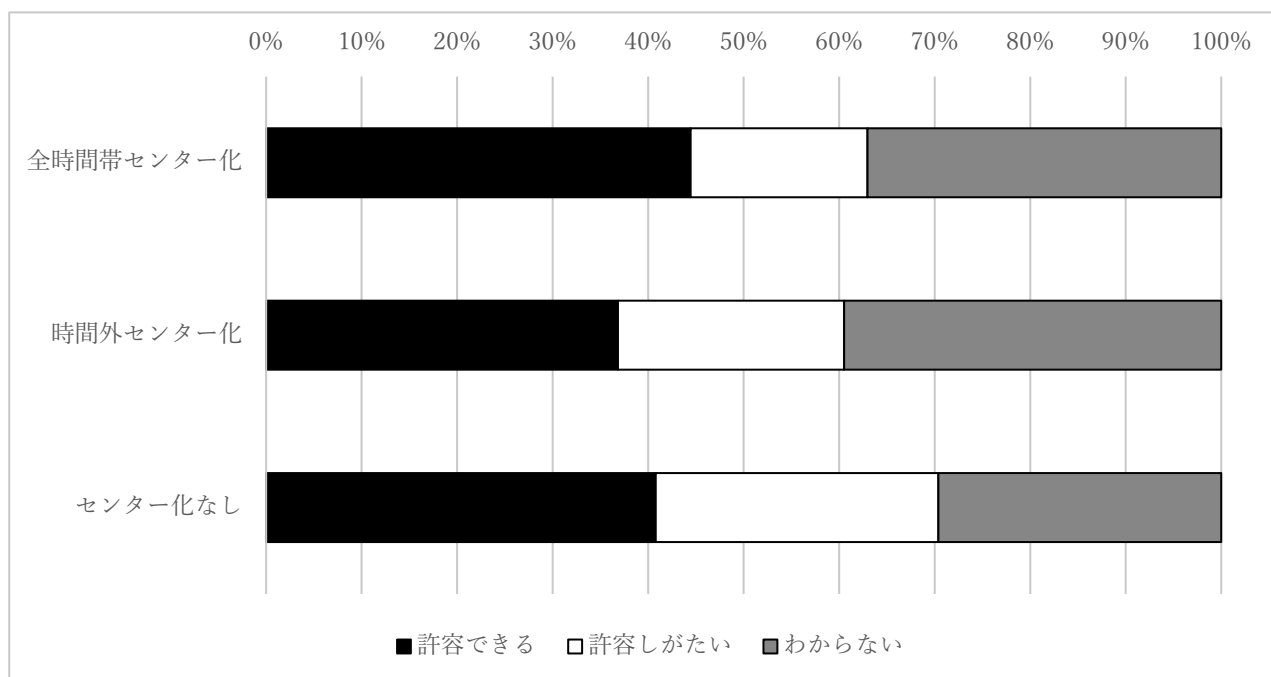


図 47 オンライン面接の可否とセンター体制の実施状況との関係

【57】 事前調査をせずに、全通報事例について措置診察を実施する

「許容できる」11名(5%)、「許容しがたい」175名(81%)、「わからない」31名(14%)であった。

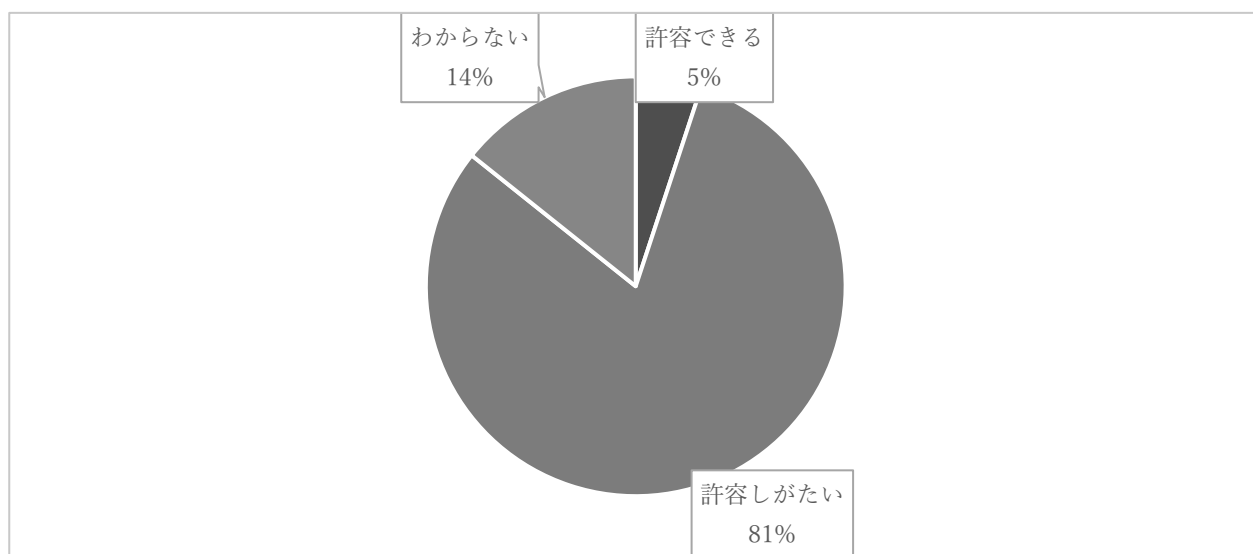


図 48 事前調査をせずに、全通報事例について措置診察を実施

措置診察の要否判断への関与している方が「許容しがたい」の割合が高かった。

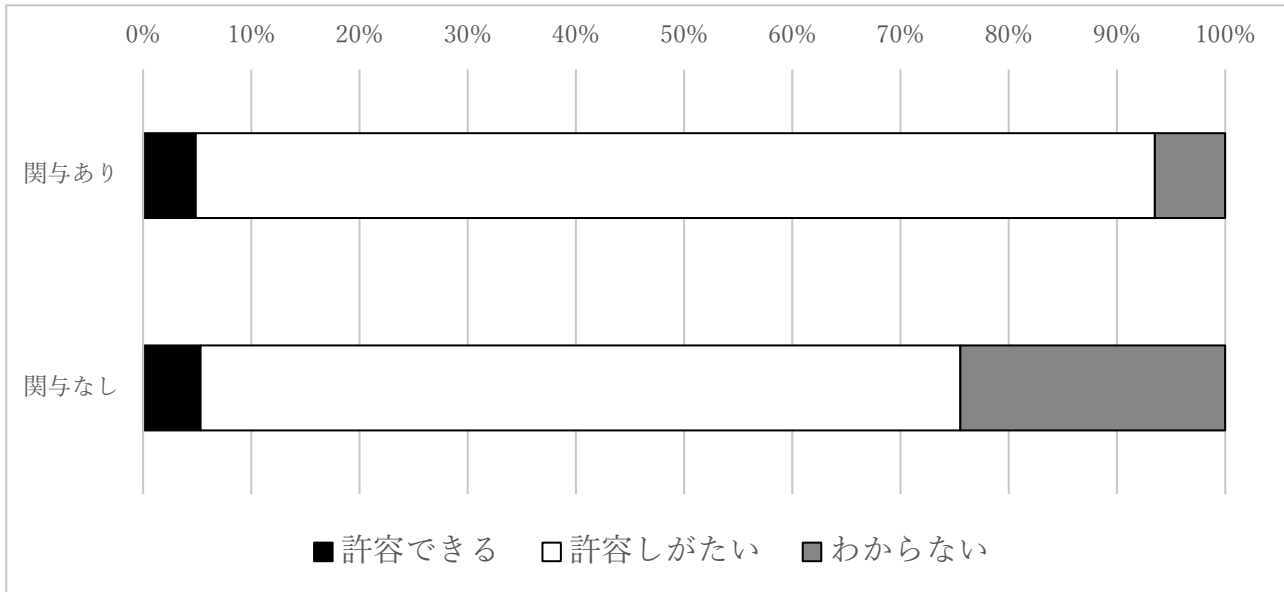


図 49 事前調査せずに全例措置診察の可否と措置診察の要否判断への関与の有無

センター体制実施状況別にみると、全時間帯センター化としている方が、「許容しがたい」割合が低かった。

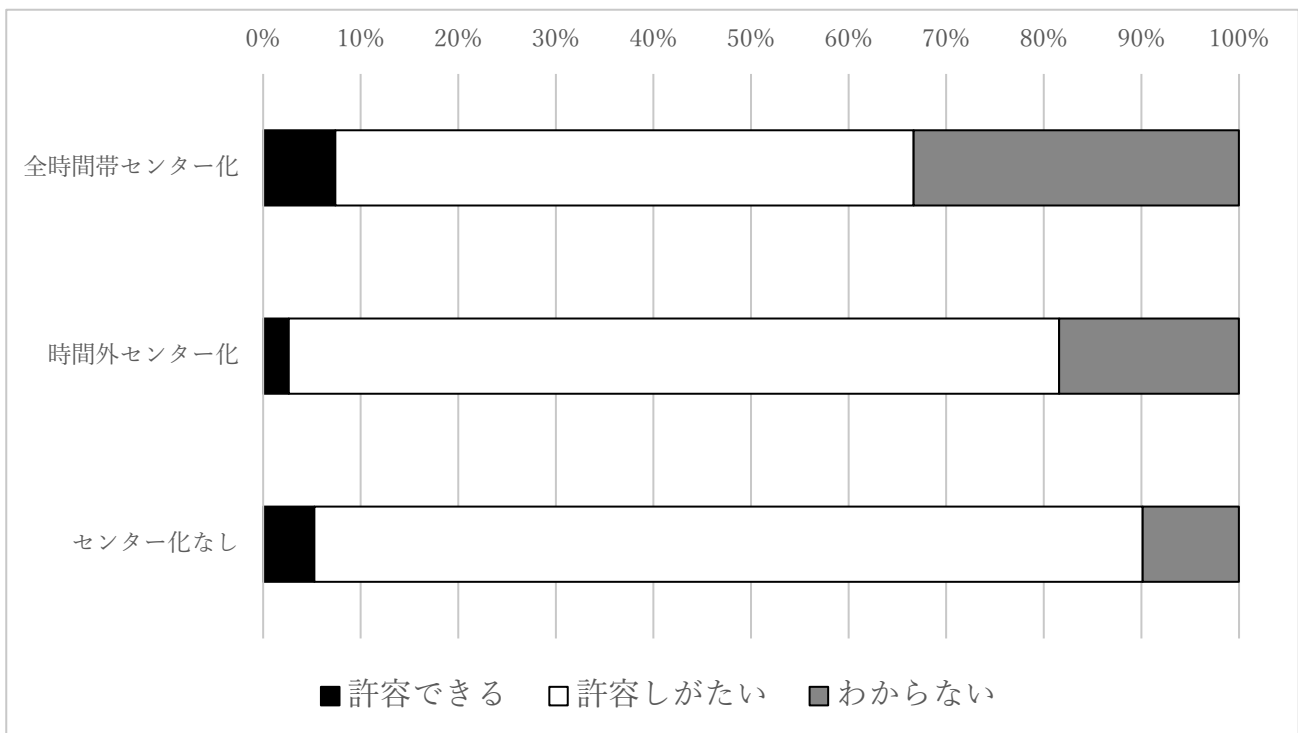


図 50 事前調査せずに全例措置診察の可否とセンター体制の関係

(6) 都道府県で一括して対応する体制について (問【58】～【61】) (全員対象：N=217)

【58】複数の保健所が協力して「輪番制」をとり、通報受理から入院までの措置業務の一部又は全てを行う体制

「支障がある（ありそう）」114名(53%)、「支障がない（なさそう）」55名(25%)、「わからない」48名(22%)であった。

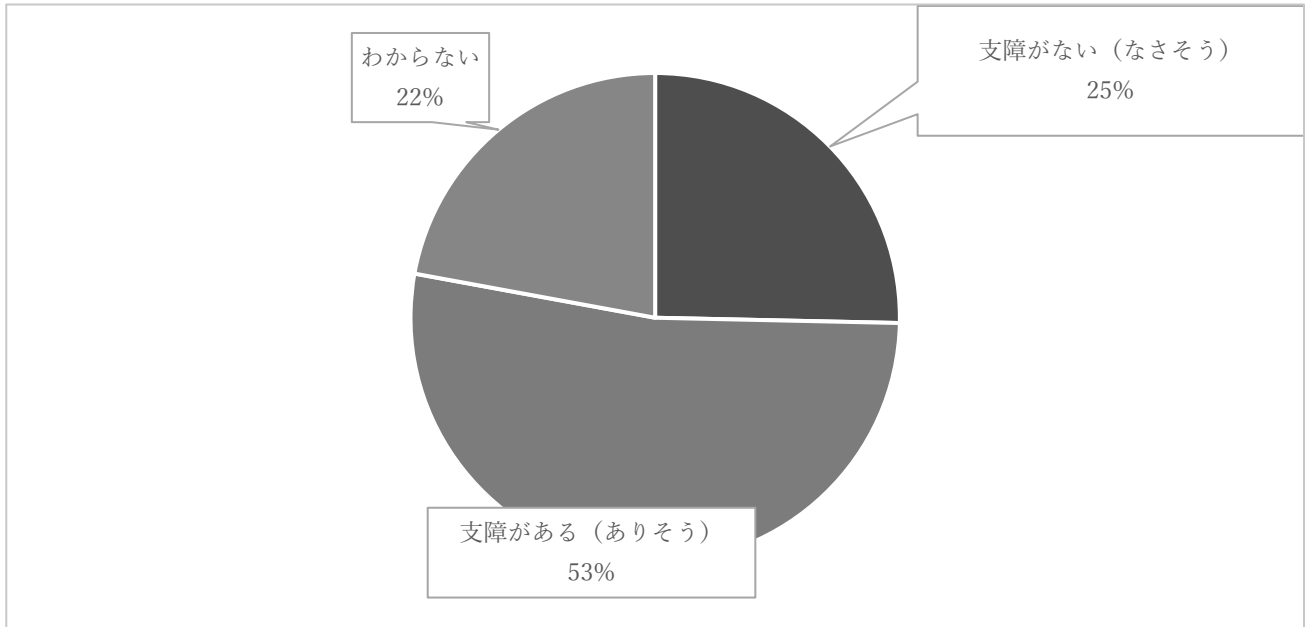


図 51 輪番制について

措置診察の要否判断に関与している方が、支障がある（ありそう）の割合が高かった。

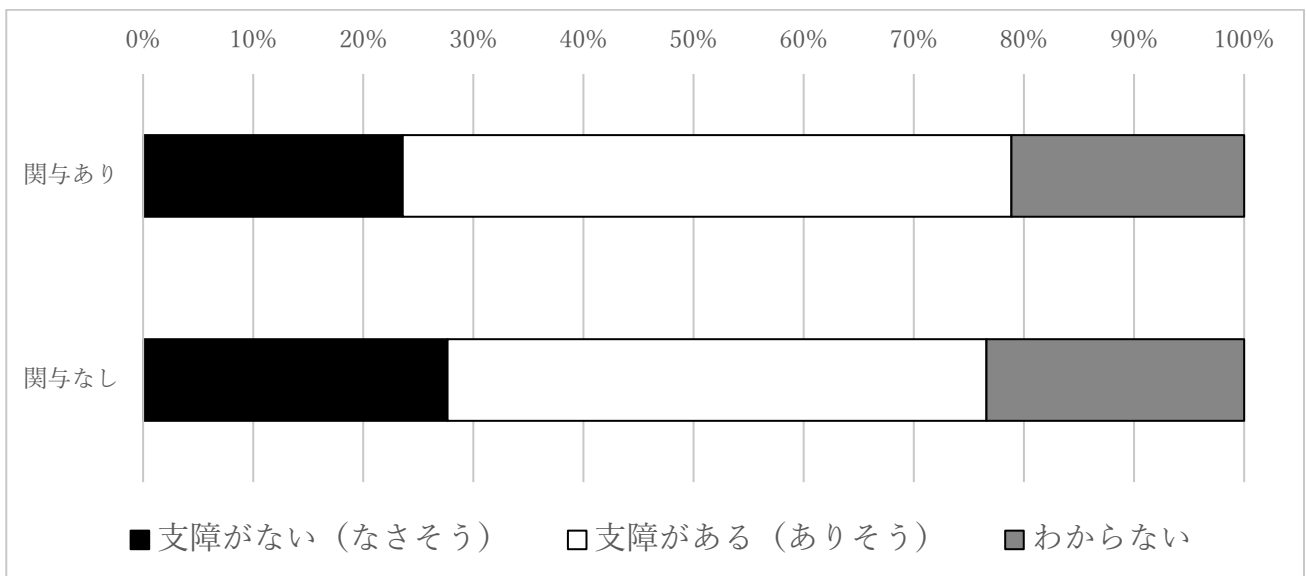


図 52 輪番制の可否と措置診察の要否判断への関与の有無

センター化体制をとっている方が支障がある（ありそう）の割合が低かった。

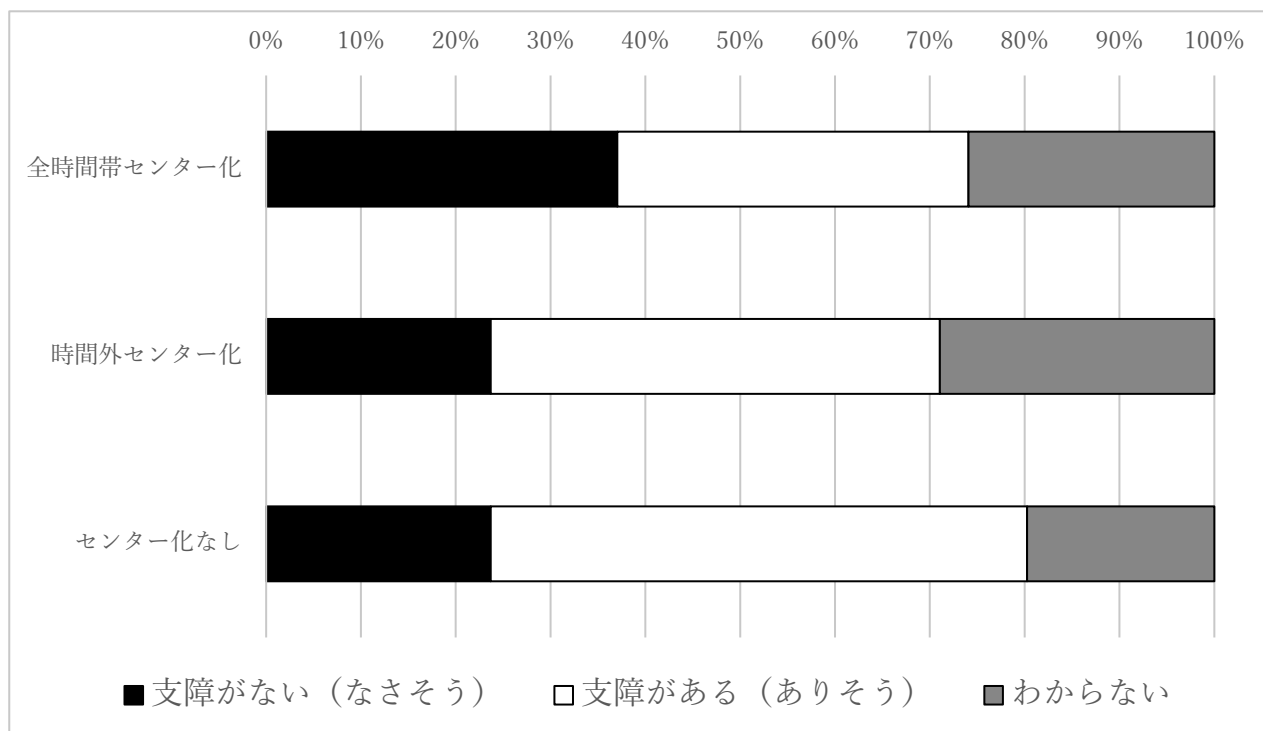


図 53 センター化体制と輪番制の可否

問【59】「輪番制」について、ご意見を自由に記載してください【任意】

93名（全回答者217名の42.9%）から回答を得た。

【58】で「支障がない（なさそう）」55名から16名、「支障がある（ありそう）」114名から63名、「わからない」48名から14名、合計93名からの記載があった。

【58】「支障がない（なさそう）」と答えたものからは、「既に輪番体制をとっている」地域からの回答のほか、人員確保、指定医確保の点で、決裁権限の所在や情報共有体制があれば可能という意見があった。一方【58】「支障がある（ありそう）」と答えた63名からは、移動距離、保健所ごとの判断の多様性、情報確認に時間を要すること、警察等の関係性、退院後支援がしにくいなどの意見が多かった。【58】「わからない」14名からは、距離的問題、情報共有体制から一概には言えないという意見が主であった。

93名の具体的回答は、第6章に掲載した。

問【60】 県庁の担当部署や精神保健福祉センター等で通報受理から入院までの措置業務の一部又は全てを行う体制

「支障がない（なさそう）」103名(48%), 「支障がある（ありそう）」73名(34%), 「わからない」39名(18%)であった。

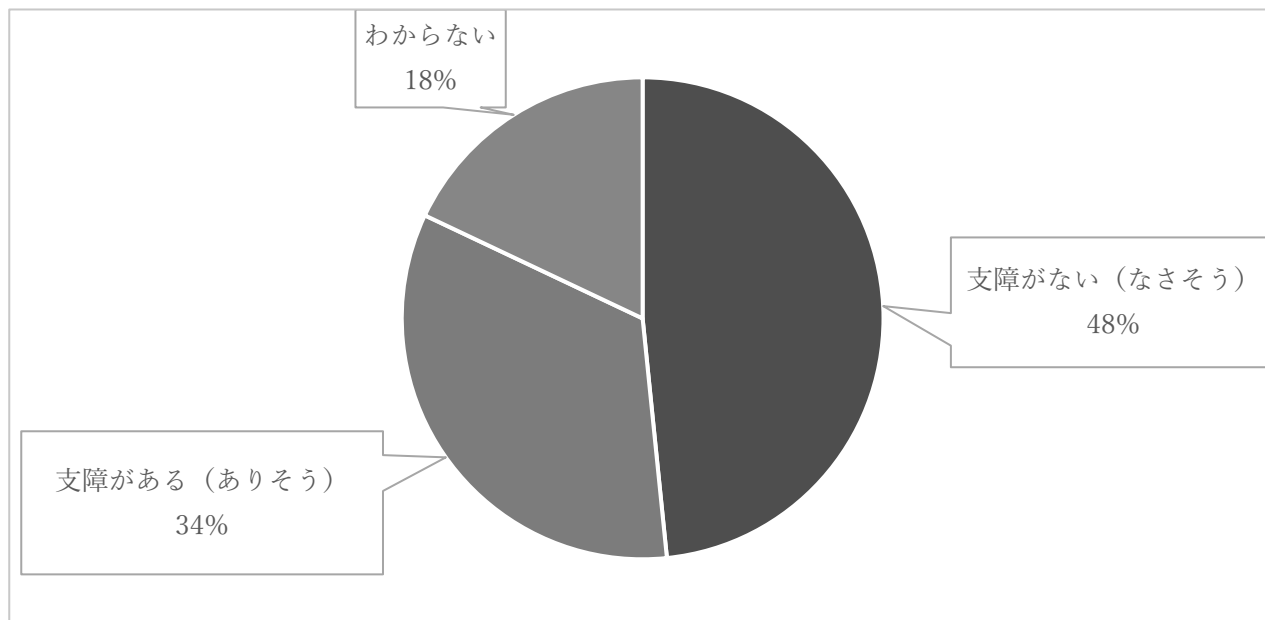


図 54 県庁の担当部署や精神保健福祉センター等で対応する体制（センター体制）

センター体制別にみると、既に全時間帯センター化している自治体の保健所長の89%は「支障がない」と答えた。

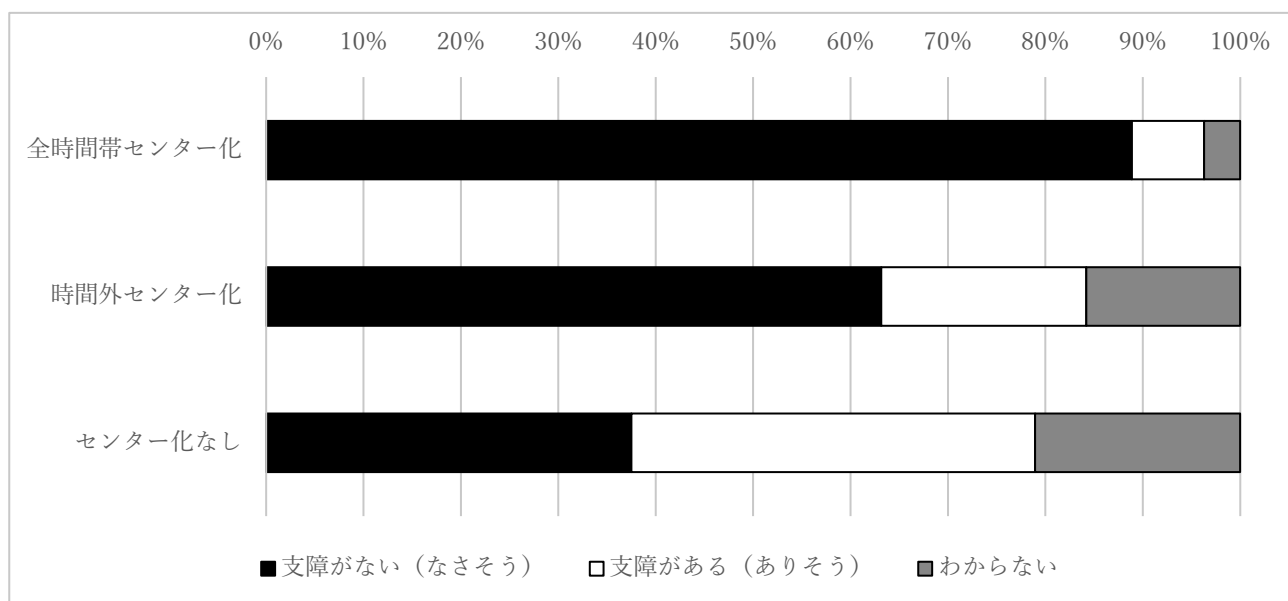


図 55 センター体制の可否とセンター体制の実施状況との関係

問【61】 県庁若しくは精神保健福祉センター等で一部又は全てを行う体制について、ご意見を自由に記載してください【任意】

104名（全回答者217名の48.0%）から記載があった。

104名についての間【60】の回答とセンター体制についての関係は表のとおりである。

センター体制については、保健所としては負担が軽減するという意見が主体であったが、地理的問題、退院後支援、複数発生時の対応、センター職員の負担を指摘する意見があげられた。

表5 自由記載者のセンター体制導入別とセンター化についての意見

| センター体制の導入状況 | 支障がある | 支障がない | わからない |
|-------------|-------|-------|-------|
| 全時間帯センター化 | 1 | 9 | 0 |
| 時間外センター化 | 5 | 12 | 3 |
| センター体制なし | 38 | 25 | 11 |

104名の具体的回答は、第6章に掲載した。

(7) その他（問【62】～【63】）（全員対象：N=217）

問【62】 措置業務全般について、ご意見がございましたら自由に記載してください【任意】

72名（全回答者217名の33.2%）から記載があった。

保健所の体制増強への要望、移送体制（外部委託）、時間外待機の負担、保健所の24時間体制への疑問、警察署の通報基準、警察との協力体制、措置診察の要否判断への迷い、指定医確保、入院調整、日常の精神障がい者の症状が増悪しない環境作りの大切さ、中核市との連携など様々な意見が寄せられた。

問【63】 精神保健福祉の推進事業について、

興味がある 20名

参加したい 0名

6. 結果のまとめ

(1) 回答状況 回答率 53.6%

45 都道府県から回答を得、全設置主体、全ブロックから回答を得ることが出来た。

(2) 所長の精神科臨床経験について

精神科臨床経験のある所長は 12 名 (5.3%) であった。措置診察の手続きにあたり、警察からは、「精神症状の確認」を求められ、医療機関からは「精神科医でない者が、精神疾患の有無を判断するのはおかしい」と言われることがある。保健所の判断は精神疾患の有無や程度を診断することではなく、精神保健福祉法に基づき、対象者が非自発的入院に値するか否かを判定するもので有ることから、精神科臨床経験は必ずしも必要ないと考えるが、保健所長として精神保健福祉業務に携わるに当たり、必要な知識は何か、どのようにそれを習得すべきかが課題である。

現在、精神保健指定医である 6 名について、「入庁後も措置診察を行っている者」が 4 名、「入庁前に経験あったが、入庁後はない者」が 1 名、「措置診察の経験がない者」が 1 名であった。指定医資格を所持している保健所長としても、保健所長が措置診察をすることを無条件に「行ってもいい」とは考えていないことが確認された。このことから、指定医をもつ保健所長が措置診察をせざるを得ない指定医不足が背景にあることが示唆された。

(3) ガイドライン等の認知度

平成 30 年 3 月に策定された「措置入院の運用に関するガイドライン」については、必ずしも、保健所長の全員が確認しているわけではないことがわかった。措置診察の要否判断に携わっている方がガイドラインの内容を確認している割合が高いが、ガイドラインを読んだことなく、措置診察の要否判断をしている所長が 30%以上いることがわかった。

自治体毎の運用マニュアルについても、保健所長に周知されているわけではないことがわかった。

(4) 所属都道府県内格差について

措置診察の要否判断基準について所属都道府県内で差があると思う所長が 5 割であった。また、センター体制等に対する質問の自由回答でも、所長によって要否判断基準が異なる等の記載が複数あった。一方、問【21】で措置診察の要否判断に携わっている所長 123 名について 98 名が「人事異動があった」と答えており、そのうちの 48 名が所属自治体内で判断基準に差があると答えつつも、異動後に措置診察の要否判断基準を変更したと回答したのは 2 名のみであった。

つまり多数の保健所長が、自身の判断基準と異なる地域に異動後も自身の判断基準は変えなかったことになるが、今回の質問は具体的に何を変えたか聞いていないので、直観的な回答に留まった可能性がある。

(5) 警察や医療機関等との措置業務にかかる連絡会について

連絡会の開催状況は、6割が「開催経験もしくは開催予定がある」も、4割が「開催しておらず今後も開催予定はない。」と答え、措置診察の要否判断に携わっている保健所長の3割が「開催しておらず今後も開催予定はない。」と答えている。

保健所も含め人事異動等で担当が変わることもあり、定期的に連絡会等で意見交換し精神福祉業務についての理解を得る必要がある。連絡会の開催について、開催予定がないと答えた保健所でも開催を検討いただきたい。

連絡会に出席していない保健所長も2割いるが、是非出席して、精神保健福祉にかかる地域の動向を肌で感じていただきたい。

(6) 措置診察の要否判断への保健所長の関与の程度について

同じ都道府県内でも「携わっている」所長と「携わっていない」所長が存在すること、措置診察の要否判断に携わっていると答えつつ、「原則、全時間帯、事後承諾可にしている」と回答した所長がいることから、「携わる」程度の差があると推測された。具体的には「担当や担当係がある程度方針を決定し、所長はそれを了承するだけの場合」に「報告を受けることを含め携わっている」と回答した所長と「報告を受けるだけで、所長としては判断しないもしくは追認するだけのときは携わっていない」と回答した所長がいる可能性がある。つまり「携わっている」について回答者によって定義が異なっていると考える。

保健所長全員が、事前調査直後に措置診察の要否を判断しているとは限らないことがわかった。

(7) 警察や医療機関との関係について

措置診察不要の判断をしたときに「警察」から異議を申し立てられたことを把握している保健所長は3割で、保健所の独自性の説明やガイドラインの引用、さらには受診調整で概ね対応できていた。一方、医療機関から異議を申し立てられた経験は17%と少ないものの、その52%が再検討して措置診察を実施していた。

入院調整については、医療機関から「措置以外にうけない」と言われたときは82%が他の医療機関を探していた。

「保健所判断の独自性」について、引き続き理解を求める必要がある。現場(保健所)レベルでの説明に加えて、都道府県レベル、国レベルの協議もお願いしたい。

(8) 指定医確保および入院先確保について

指定医確保については、77%が「困難がある」もしくは「どちらかといえばある」と答えていた。来年度からの医師の時間外労働の上限規制が適応されることで、29%が「休日時間外の確保が困難になりそう」と答えていた。指定医確保について指定医もしくは医療機関の輪番制や当番制がある地域の保健所長からは「困難がない」と答えているが、そもそも協力指定医が少ない地域は指定医の輪番制構築が難しい。入院先の医療機関の指定医が措置診察をせざるを得ない地域もある。

また、入院先の指定医でない指定医を確保するためには、要診察となった時点で、指定医2名と入院医療機関を同時に決める必要があり、調査開始まで時間を要している。

措置診察の指定医の条件について、医師確保困難な地域に配慮した柔軟な条件の検討が必要である。

(9) 「措置入院の運用に関するガイドライン」について

昨年度の本研究班の調査と同様、「疾患の範囲」「自傷他害のおそれの程度」など各要件について具体化を望む意見、警察等に説明するためにより説得力のある具体的記述を望む意見等がある一方で、現ガイドラインで支障が無く修正を望まない意見や、地域差が大きくガイドラインを修正しても平準化は困難であろうという意見があった。

(10) 措置通報に一括して対応するセンター体制について

地理的条件、保健所ごとの判断の多様性、情報共有体制、そして退院後支援体制までを考慮し検討する必要がある。実施している都道府県の所長からは容認する意見が多かったが、検討したものの担当者の負担増が懸念され実施を見送った自治体もあった。

7. 調査票

保健所長対象 精神障害者支援に関する調査

ブラウザの「戻る」「更新」ボタンを使用すると正しく処理できませんので、使用しないでください。

印は必須項目です。必ずご記入ください。

60分間通信がない（ページ移動がない）場合、タイムアウトとなり入力内容が破棄されます。ご記入に時間がかかる場合は一時保存をご利用ください。

文字変換時に「環境依存文字」と表示された文字は使用できません。ひらがな等で入力してください。

回答の内容に従って、該当する設問番号が表示されます。すべての設問が表示されるわけではありません。

1 回答者について（現在措置業務に携わっていない方もご協力ください）

【1】氏名【任意】

(20文字まで)

【2】メールアドレス【任意】

【3】担当保健所数

保健所としての数です。本庁等の兼務は含めません。

- 1カ所担当（兼務先がない）
- 2カ所担当
- 3カ所以上担当

【4】担当保健所名 1

兼務先がない場合は 勤務先をご記入後【6】保健所長としての経験年数にお進みください。

(50文字まで)

【5】 担当保健所名 2

兼務先がある場合は 【4】で記入した保健所名以外をすべて記入してください

(50文字まで)

【6】 保健所長としての経験年数

月数は切り捨ててください。例 1年3ヶ月は 1 を選択してください。

【7】 所属自治体（都道府県）

政令指定都市 中核市 特別区等に所属の場合も都道府県を選択してください。

【8】 貴所の設置主体

- 都道府県
- 政令指定都市
- 中核市
- 特別区
- 三号市【小樽市】

2 精神業務への関与について伺います。

【9】 精神科医としての臨床経験はありますか

- ある
- ない

【10】精神保健指定医の資格をお持ちですか

- 現在，精神保健指定医である
- 以前持っていたが，更新しなかった
- 資格を取ったことがない

【11】措置診察の経験はありますか

保健所 入職（入庁）前を含みます。一度でもあれば「ある」を選択してください。

- 入庁前があるが，入庁後はない
- 入庁後も，措置診察をした
- 措置診察の経験は無い

【12】精神保健指定医を持っている保健所長が，自身が措置診察要と判断した対象者の措置診察をすることについて

- 行うべきではない
- できるだけ行わない方がいい
- どちらとも言えない
- 指定医が見つからない場合は，行ってもいい
- 行ってもいい

【13】平成30年3月に策定された「措置入院の運用に関するガイドライン」を知っていますか

- 内容を確認したことがある
- 名前を知っている程度である
- 知らない

【14】都道府県独自の「措置入院に関する運用マニュアル」について

- 内容を確認したことがある
- 名前を知っている程度である
- 存在していない
- 存在しているかどうか知らない

【15】 市区独自の「措置入院に関する運用マニュアル」について

- 市区独自のマニュアルがあり、内容を確認したことがある
- 市区独自のマニュアルがあるのは知っているが、読んだことはない
- 市区独自のマニュアルはない
- 市区独自のマニュアルがあるかどうかわからない

【16】 市区独自の「措置入院に関する運用マニュアル」がないもしくは存在がわからない場合

- 都道府県のマニュアルを共用していて、内容を確認したことがある
- 都道府県のマニュアルを共用しているが、読んだことはない
- 都道府県のマニュアルを共用していない
- 都道府県のマニュアルを共用しているかわからない

【17】 措置診察の要否判断基準について所属自治体内（都道府県内）で差があると思いますか

- あると思う
- ないと思う
- わからない

【18】 警察や医療機関等との措置業務にかかる連絡会をしていますか

平時であれば開催している場合は「年1回以上定期的に実施している」を選択してください。
コロナ禍以前、令和2年頃までは年1回実施したが、コロナ感染症対応で多忙により実施できず、令和5年から再開できた場合、もしくは再開見込みがある場合は、「年1回以上定期的に実施している」を選択してください。

- 年1回以上定期的に実施している

- 開催した年もあるが、定期的には実施していない。
- 開催していないが、開催する予定がある
- 開催しておらず、今後も開催予定はない

【19】連絡会に出席していますか

- 必ず出席している
- できるかぎり出席している
- 出席していない

【20】現在措置診察の要否判断に携わっていますか

要否判断について意見を確認される立場にある方は「はい」を選択してください。
夜間休日等は報告をうけるのみだが、平日昼間は意見を確認される方も「はい」を選択してください。「いいえ」を選択された方は【54】に進んでください。

- はい
- いいえ

ここから（3，4について）は、現在措置診察の要否判断に携わっている保健所長に対して、平成30年3月に「措置入院の運用に関するガイドライン」が発出されてからのご経験について伺います。

3 措置通報に関するご自身の経験について

【21】平成31年度以降、ご自身の人事異動がありましたか。

- あった
- なかった

【22】人事異動があった方に伺います。前任地と新任地で、措置診察の要否判断基準を変えましたか。

- 変えた
- 変えていない

【23】 人事異動後、新任地で措置診察の要否判断の基準を変えた理由をお答えください

(6個まで選択可能)

- 新任地の前例に従った
- 医療機関との関係が前任地と異なったため
- 警察との関係が前任地と異なるため
- 改めてガイドラインやマニュアルを確認したため
- 担当者会議や研修会等で改めて説明を受けたため
- その他

【24】 前問で選択されたその他の内容をご記入ください。【任意】

(1000文字まで)

【25】 措置診察実施後に報告を受けて事後承諾したことがありますか

1例でも事後承諾したことがあれば ある を選択してください。

- ない 必ず保健所長が措置診察の要否判断をしている
- ある

【26】 措置診察の事後承諾の理由について

(5個まで選択可能)

- 原則、全時間帯、事後承諾可にしているから
- 原則、時間外は、事後承諾可にしているから
- 原則、出張等で連絡がつきにくいときは事後承諾可にしている。
- 把握済みの事例等については、条件付きで担当判断可、事後承諾可とすることがあるから
- その他

【27】事後承諾の理由でその他を選んだ場合その理由【任意】

(1000文字まで)

【28】措置診察不要の判断をしたときに「警察」から異議を申し立てられたことがありますか

ご自身が報告をうけた範囲でお答えください。

- ある
- ない
- 担当から必ずしも報告を受けるとは限らないので、異議があったかどうかわからない

【29】「警察」から異議を申し立てられたときにどのような対応をしましたか

ご自身が直接対応せずとも担当に指示した場合もしくは、担当から説明することを了解している場合は、選択してください。

(4個まで選択可能)

- 保健所判断の独立性について説明することで了解を得た。
- ガイドラインを引用するなどして、措置診察の対象外と判断したことを説明した
- 再検討して、措置診察を実施したことがある
- 本庁主幹課等に対応依頼した
- その他

【30】「警察」に保健所判断の独立性について説明するとき、有効だった伝え方等があればご記入ください。【任意】

(1000文字まで)

【31】「警察」から異議を申し立てられた時の対応で「その他」を選んだ理由【任意】

(1000文字まで)

【32】措置診察不要の判断をして、他の形態での入院調整をしているときに「医療機関」から措置に該当するのではないかと異議を申し立てられたことはありますか

ご自身が報告を受けている範囲でお答えください。

- ある
- ない
- 担当から必ずしも報告を受けるとは限らないので、異議があったかどうかわからない

【33】「医療機関」から異議を申し立てられた場合にどのような対応をしましたか

ご自身が直接対応せずとも、了解している場合は選択してください。

(4個まで選択可能)

- 保健所判断の独立性を説明することで了解を得た。
- ガイドライン等を参照して、措置診察の適応外であることを説明した。
- 再検討して、措置診察を実施した。
- 本庁主幹課等に対応依頼した
- その他

【34】「医療機関」に保健所の独立性を説明する際、有効だった伝え方等があればご記入ください。【任意】

(1000文字まで)

【35】「医療機関」から異議を申し立てられた時の対応で「その他」を選んだ理由【任意】

(1000文字まで)

【36】入院調整中に、「医療機関」から「措置なら受けるが措置以外は受けない」と言われたことがありますか

ご自身が報告を受けている範囲でお答えください

- ある
- ない
- 担当から必ずしも報告を受けるとは限らないのでわからない

【37】「措置以外は受けない」と言われた場合にどのような対応をしましたか

ご自身が直接対応せずとも、了解している場合、1回でもあれば、選択してください。

(5個まで選択可能)

- 病床が空いているのに入院を受け入れないのは指定医療機関の要件等に反することを伝え、了解を得た。
- 他の医療機関を探した。
- 再検討して、措置診察を実施した。
- 本庁主幹課等に対応依頼した
- その他

【38】「措置以外は受けない」と言われた時の対応で「その他」を選んだ理由【任意】

(1000文字まで)

【39】 「措置診察における指定医確保」 に関して現在困難はありますか

- ある
- どちらかといえばある
- どちらともいえない
- どちらかといえばない
- ない

【40】 指定医確保に困難が「ない」「どちらかといえばない」と答えた方、何らかの実施済み対策があればご記入ください【任意】

例 当番医が決まっている
(1000文字まで)

【41】来年度からの「医師の働き方改革」時間外労働の上限規制が適用されることで、指定医確保に影響がありそうですか

- 休日、時間外等の確保が困難になりそう
- わからない
- 現状のままで、影響はなさそう
- 来年度に向けて新たな対策済みである

【42】医師の時間外労働の上限規制の適用に対して対策済みの場合は、その対策をご記入ください【任意】

例：自治体内で一元化している

例：時間外は警察に保護してもらっている

(1000文字まで)

【43】措置該当者の入院受け入れ医療機関の確保について困難がありますか

- ある
- どちらかといえばある
- どちらともいえない
- どちらかといえはない
- ない

【44】入院先確保に関して困難が「ない」「どちらかといえばない」と答えた方、何らかの実施済み対策があればご記入ください【任意】

例：輪番制がある
(1000文字まで)



【45】「措置入院の運用に関するガイドライン」の見直しの要否について

- 必要
- どちらかといえば必要
- どちらともいえない
- どちらかといえば必要ない
- 必要ない

【46】「措置入院の運用に関するガイドライン」の見直しについて「必要」「どちらかといえば必要」と答えた方に伺います。より円滑に措置業務を遂行するために記載してほしいこと等、ご意見をご記入ください。【任意】

(1000文字まで)

【47】「措置入院の運用に関するガイドライン」の見直しについて「必要ない」「どちらかといえば必要ない」と答えた理由をご記入ください。【任意】

(1000文字まで)

4 自傷他害のおそれの範囲と疾患の範囲について

【48】「自傷のおそれ」の程度について、迷うことがありますか

- ある
- ない

【49】「自傷」について、念慮のみで未遂の場合に措置診察要としたことがありますか

- ある
- ない

【50】「他害のおそれ」の程度について、迷うことがありますか

- ある
- ない

【51】「他害」について、迷う場合を選択してください。

(6個まで選択可能)

- 他害の程度が刑法に触れる程度でなさそうなとき
- 発言だけで実行していないとき（予測行為・未遂）
- 保健所として、迷惑行為程度と判断できるとき
- 行為について、合理的理由があると判断できるとき
- 事前調査時に対象者が落ち着いているとき
- 保健所としては、重大な他害行為で医療観察法の適応と考えるとき

【52】以下の疾患は前年度調査で措置診察の対象疾患とするか迷うという回答があったものです。措置診察の対象にする可能性があるもの、対象にしたことがあるものを選んでください。

これまで支援歴等があつて、既往歴を把握している場合や主治医に診断名を確認できている場合を想定してください。

(6個まで選択可能)

- 発達障害
- パーソナリティ障害
- アルコール依存症
- 知的障害
- パニック障害
- 認知症
- 上記6疾患については措置診察の対象とはしない。

【53】前問の疾患以外に厳密には措置診察の対象ではないと考えたけれど、措置診察の対象と

した疾患や病態があればご記入ください。【任意】

(200文字まで)

5 「ガイドライン」では、事前調査の際には原則面接をして診察の要否を判断することとなっておりますが、次の方法についてご意見をください。

(現在措置診察の要否判断に携わっていない方は、措置業務に関わると想定して選択してください。)

【54】 直接対象者と面接をせずに、対象者以外の関係者から電話で聞き取るだけでも事前調査とする

- 許容できる
- 許容しがたい
- わからない

【55】 直接対象者と面接をせずに、対象者から電話で聞き取るだけでも事前調査とする

- 許容できる
- 許容しがたい
- わからない

【56】 対象者と直接面接せずにオンラインで状態等を確認することでも事前調査とする

- 許容できる
- 許容しがたい
- わからない

【57】 事前調査をせずに、全通報事例について措置診察を実施する

- 許容できる
- 許容しがたい
- わからない

6 多くの保健所が個別に通報対応していますが、一部の自治体では一括して対応しています。次に例示した体制についてご意見をください。

【58】複数の保健所が協力して「輪番制」をとり、通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制

- 支障がない（なさそう）
- 支障がある（ありそう）
- わからない

【59】「輪番制」について、ご意見を自由に記載してください。【任意】

(1000文字まで)

【60】県庁の担当部所や精神保健福祉センター等で通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制

- 支障がない（なさそう）
- 支障がある（ありそう）

○ わからない

【61】 県庁もしくは精神保健福祉センター等で一部または全てを行う体制について、ご意見を自由に記載してください。【任意】

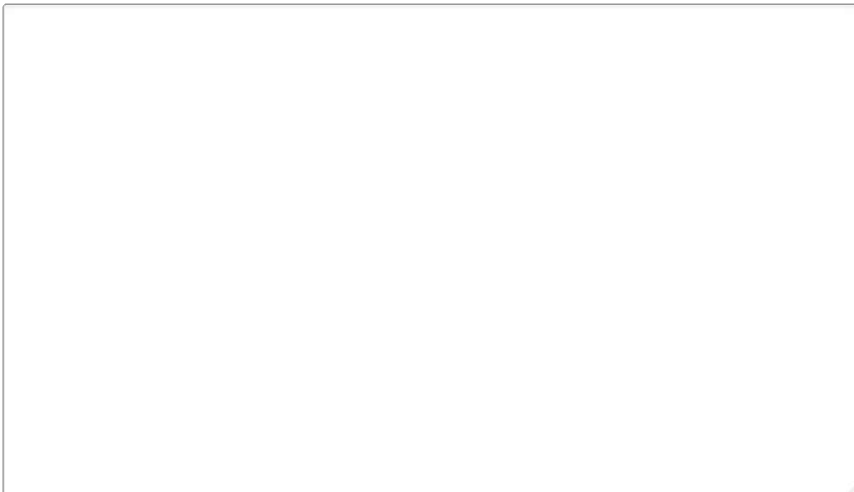
(1000文字まで)



7 その他

【62】 措置業務全般について、ご意見がございましたら自由に記載してください。【任意】

(1000文字まで)



【63】 精神保健福祉の推進についての研究班 班員募集【任意】

当研究班に参加したい方 興味がある方 精神障害者の人権を尊重した包括支援体制について考えてみたい方はチェックしてください。こちらから連絡いたします

(2個まで選択可能)

参加したい

興味がある

(2) 23条通報数について

① 23条通報数の推移

措置入院までには、警察の判断による23条通報、通報を受けた保健所等による措置診察の要否判断、そして、措置診察時の2人の指定医による判断という3職種の3段階の判断によって、判断の客観性を担保している。

まず、第一段階である警察の通報基準について検討する。

通報数は転帰別に、診察不要数、措置入院非該当、そして措置入院該当に分類される。

全国の2008年から2022年までの15年間の23条通報数の推移をみると、図3のとおりで、23条通報数は2016年から18年までは減少し、それ以降は横ばいとなっている。また、転帰別にみると、診察要と判断された数（措置入院該当と措置入院非該当の和）はほぼ横ばいであり、23条通報数の増減は、保健所の判断による措置不要数の増減を反映していた。

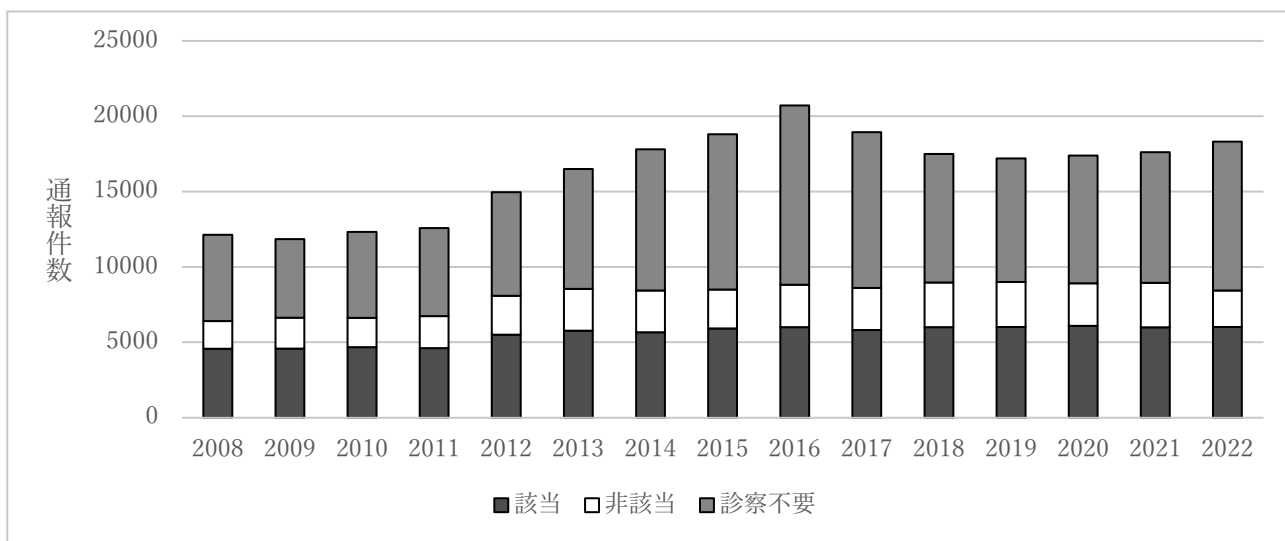


図3 全国の23条通報の推移（転帰別）

次に、全国の23条通報数の推移に都道府県の推移がどのように影響しているかを確認するために、15年間の23条通報数の推移を、15年間通報数上位10都道府県と、それ以外の都道府県の2群に分けて、合計を図4に示した。全国の23条通報数の推移は、上位10都道府県合計と並行していた。

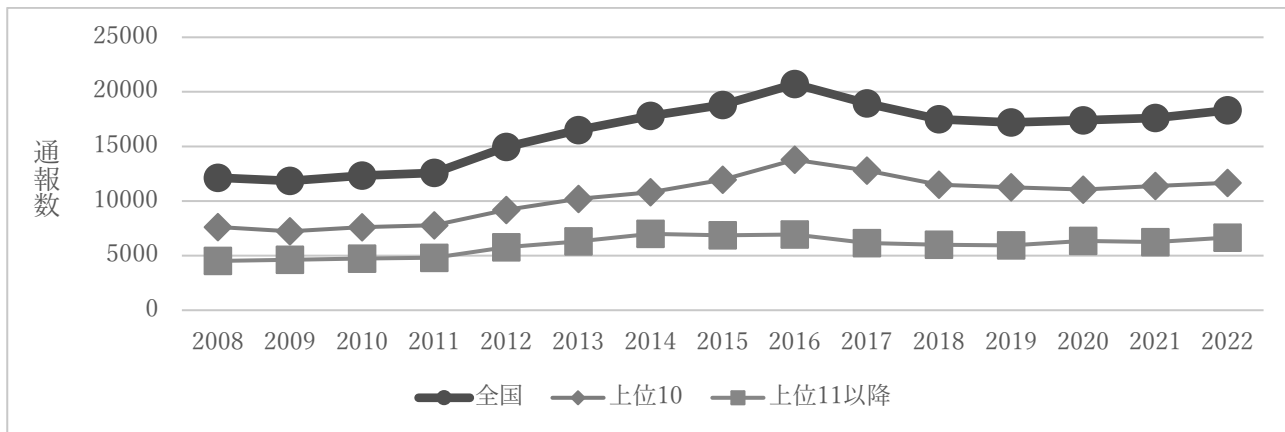


図4 通報数の推移 15年間通報数上位10都道府県合計とその他の都道府県合計

さらに、15年間の通報数上位10都道府県について都道府県別に推移をみると、図5のとおり、増加し続けている都道府県と、一度増加して減少している都道府県に分けられた。全国通報数は2016年にピークがあるが、このことは一度増加して減少した3県（千葉県、愛知県、北海道）の推移が全国の推移に大きく影響していることを示唆している。

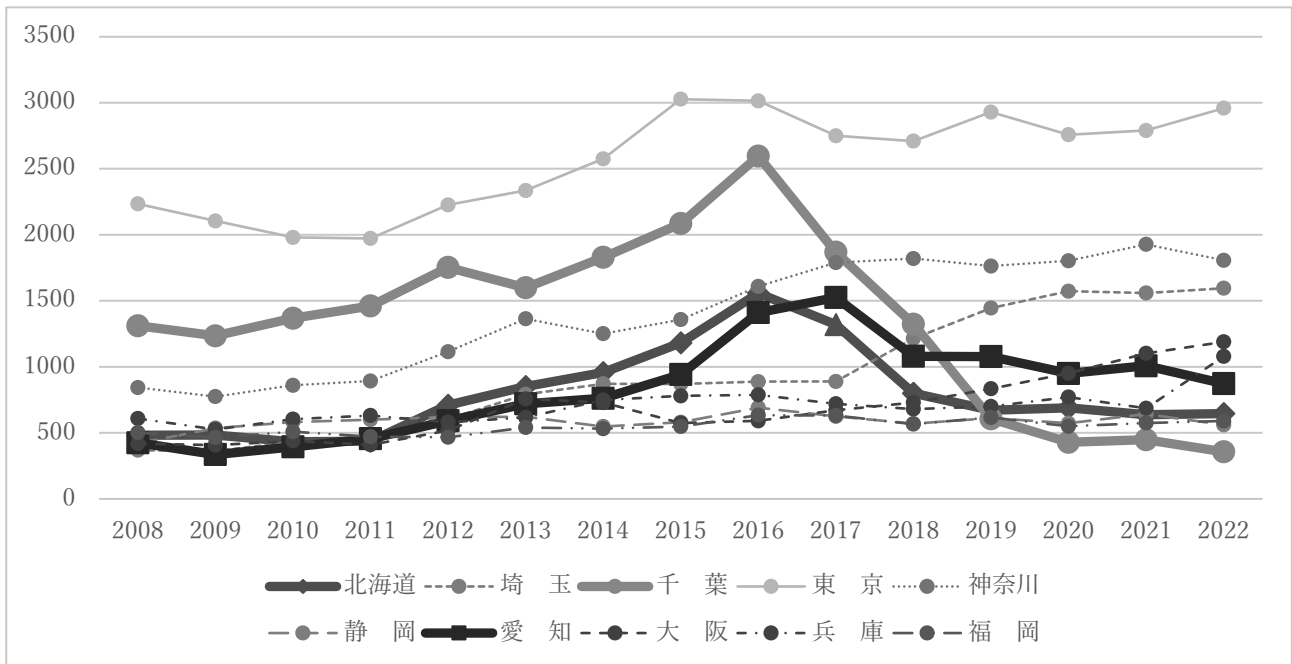


図5 23条通報数の推移 15年間通報数合計上位10都道府県 都道府県別

② 人口10万対23条通報率の都道府県比較

人口10万対23条通報率を都道府県別に比較するために、人口10万対23条通報率を2008年から2022年の15年間の平均値順に図6に箱ひげ図で示した。最小値3.43，最大値26.43で7.7倍の差があった。四分位範囲は最大値19.6，最小値1.1で17倍差があった。

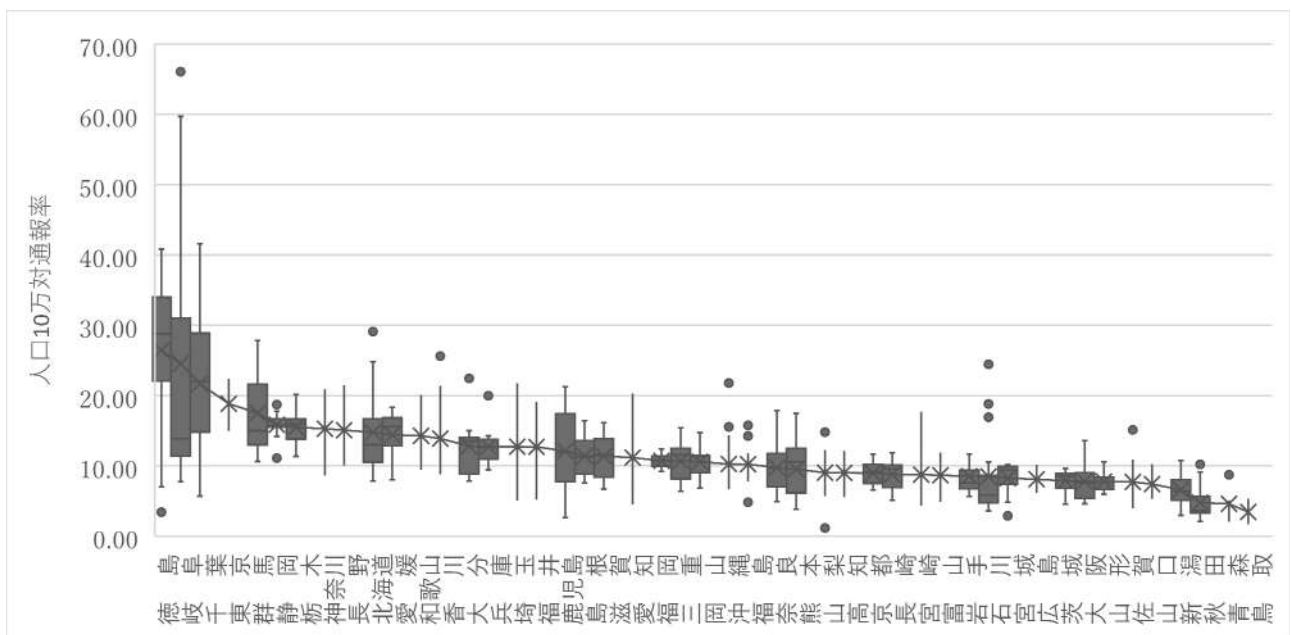


図6 都道府県別 人口10万対23条通報率 15年間の平均値

③ 23 条通報に対する「措置入院の運用に関するガイドライン」の影響について

「措置入院の運用に関するガイドライン」が、警察官の通報基準に影響したか否かを確認するために、発出年である 2018 年の前後 4 年間（前 2014 年から 2017 年，後 2019 年から 2022 年）について人口 10 万対 23 条通報率の平均を都道府県ごとに図 7 に示した。棒グラフが人口 10 万対 23 条通報率の 4 年間の平均，折れ線グラフが 2018 年前 4 年間の平均を，2018 年後 4 年間の平均で除したもの（前後 4 年間の比）である。前後 4 年間の比が 1 未満つまり「ガイドライン」発出後措置通報率が減少した都道府県 19，前後 4 年間の比が 1 以上つまり「ガイドライン」発出後措置通報率が増加した都道府県は 27 であった。

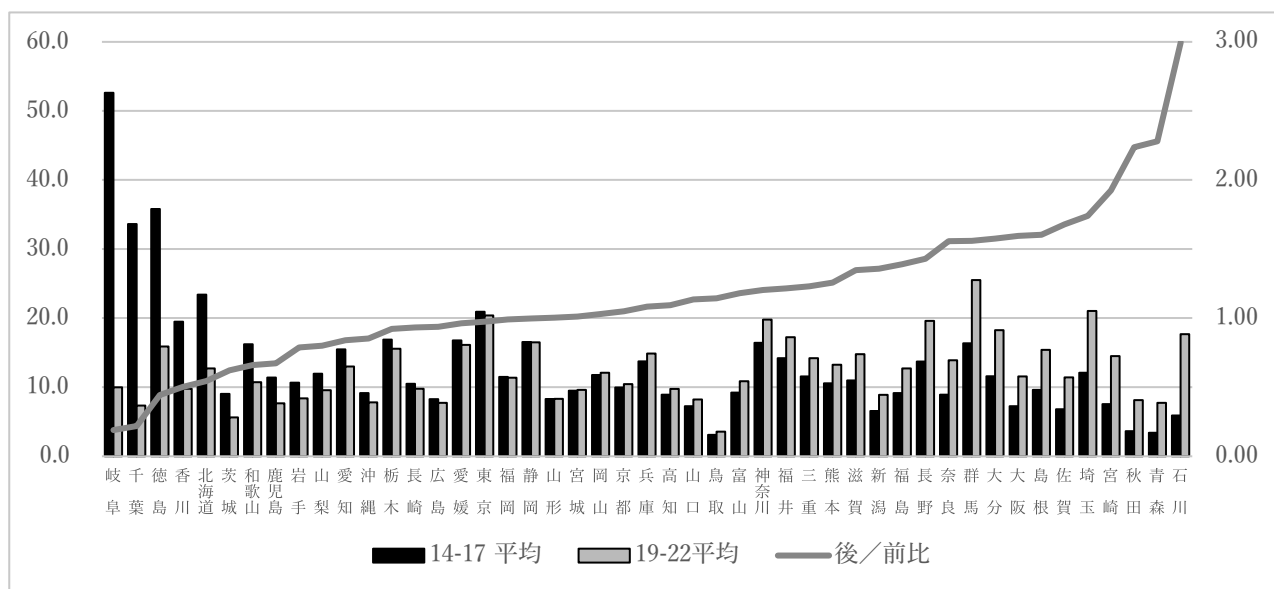


図 7 人口 10 万対 23 条通報率 2018 年前後 4 年間平均（2014-17 と 2019-22）の比較

前後 4 年間比が 2018 年前後で通報率が減少した都道府県の内，前後 4 年間比が 0.8 以下の 10 都道府県について 9 年間の推移を図 8 に示したところ，概ね 2018 年以前から減少傾向になっていた。2018 年以降の推移をみると，岩手県と鹿児島県は微増しているが，他は減少もしくは横這いであった。

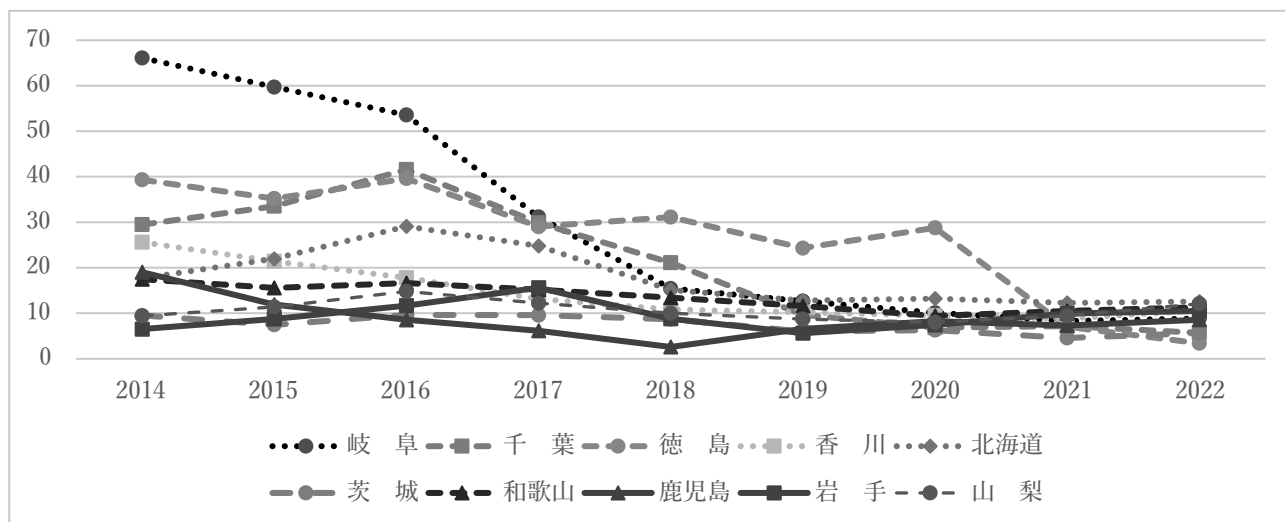


図 8 2018 年前後 4 年間比 0.8 以下の 10 都道府県の 9 年間の通報率推移

2018 年前後で通報率が増加した都道府県の内、前後 4 年間比が 1.5 以上の 11 都道府県について、9 年間の人口 10 万対通報率の推移を図 9 に示したところ、いずれも 2018 年以前から増加に転じていた。

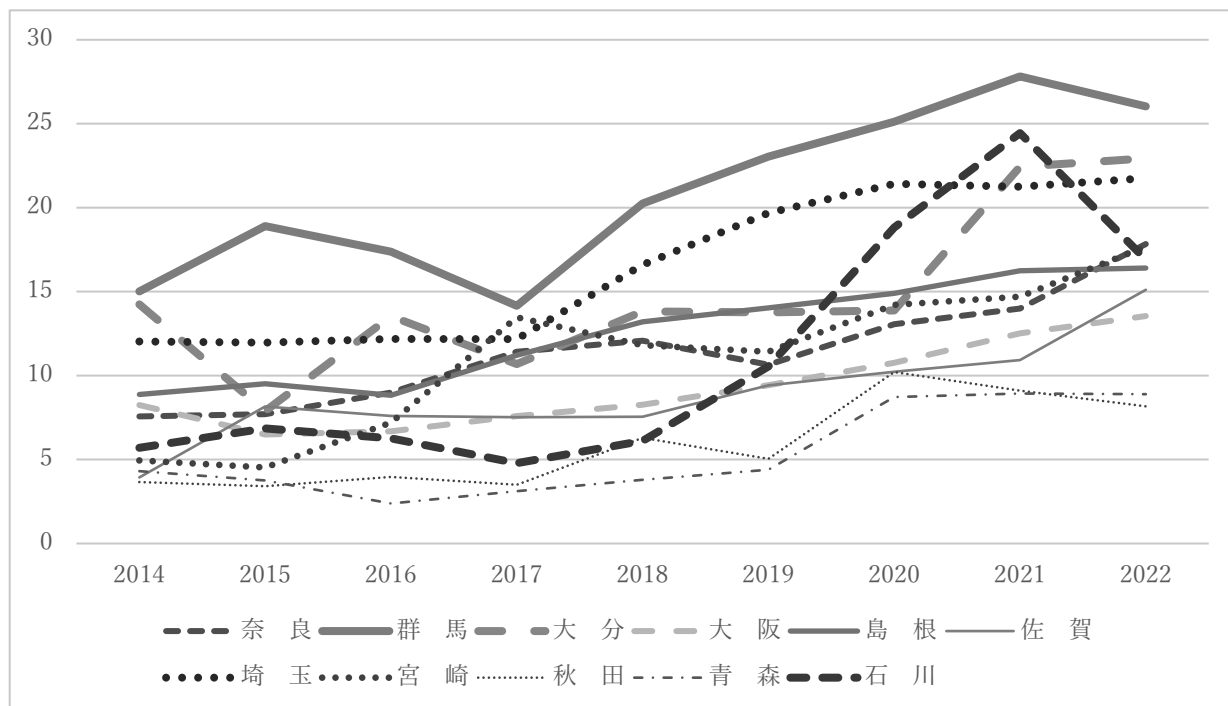


図 9 2018 年前後 4 年間比 1.5 以上の 11 都道府県の 9 年間の通報率推移

(3) 「通報数に対する措置診察対象者数の割合」と「措置診察対象者数に対する措置入院該当者数の割合」の関係

前述のとおり、措置入院までには、警察の判断による23条通報、措置入院までには、警察の判断による23条通報、通報を受けた保健所等による措置診察の要否判断、そして、措置診察時の2人の指定医による判断という3職種の3段階の判断によって、判断の客観性を担保している。

ここでは、2段階目の通報を受けた保健所等による措置診察の要否判断、そして、3段階目の措置診察時の2人の精神保健指定医による判断について、都道府県差について確認する。

都道府県ごとの2018年から2022年の5年間の23条通報数、措置診察対象者数、措置入院該当者数から、保健所等の措置診察要否基準を反映している「通報数に対する措置診察対象者数の割合」と精神保健指定医の判断基準を反映している「措置診察対象者数に対する措置入院該当者数の割合」の関係を図10に示した。

「通報数に対する措置診察対象者数の割合」は7%から94%であった。「措置診察対象者数に対する措置入院該当者数の割合」は、23%から95%であった。「通報数に対する措置診察対象者数の割合」と「措置診察対象者数に対する措置入院該当者数の割合」ともに50%未満は2都道府県、「通報数に対する措置診察対象者数の割合」が50%未満で「措置診察対象者数に対する措置入院該当者数の割合」が50%以上は13都道府県、「通報数に対する診察対象者数の割合」が50%以上で「措置診察対象者数に対する措置入院該当者数の割合」が50%未満は7都道府県、「通報数に対する措置診察対象者数の割合」と「措置診察対象者数に対する措置入院該当者数の割合」ともに50%以上の都道府県は、25都道府県であった。

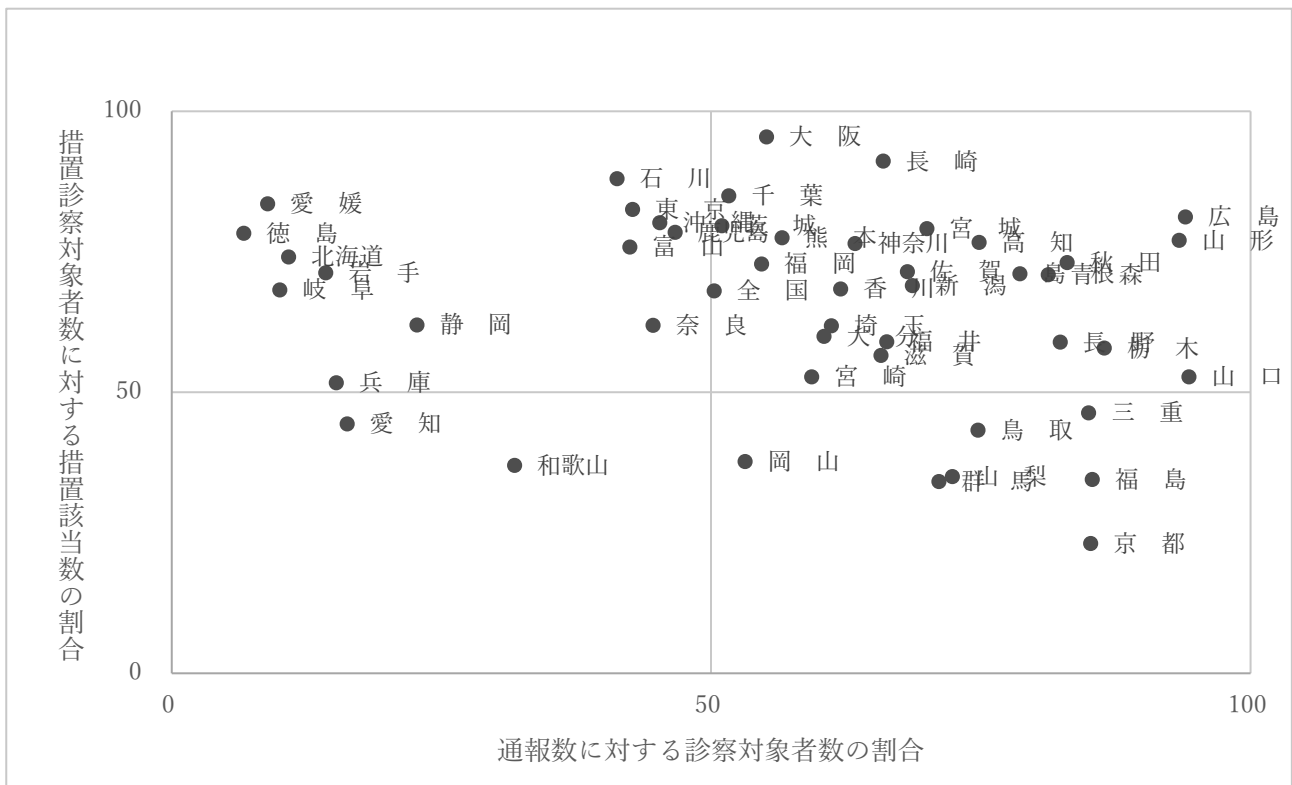


図10 「23条通報数に対する措置診察数」と「診察数に対する措置入院数の関係」(2018-2022)

(4) 緊急措置入院の運用状況について（23 条通報だけでなく全通報元についての分析）

措置入院には、原則、精神保健指定医 2 人の診断が必要である。しかし、緊急を要する場合、精神保健指定医 1 人の診断で入院させることのできる入院形態が緊急措置入院である。

図 11 に、緊急措置入院後 72 時間以内の診察によって措置入院となった人数と全通報元による措置入院数（以下、全措置入院数）を棒グラフで示し、全措置入院数に対する緊急措置入院後措置入院となった人数の割合を折れ線で示した。

全国では 2011 年の 0.40 を最高に漸減し、2020 年に 0.28 に下がったが、以後 2 年間は上昇傾向にある。

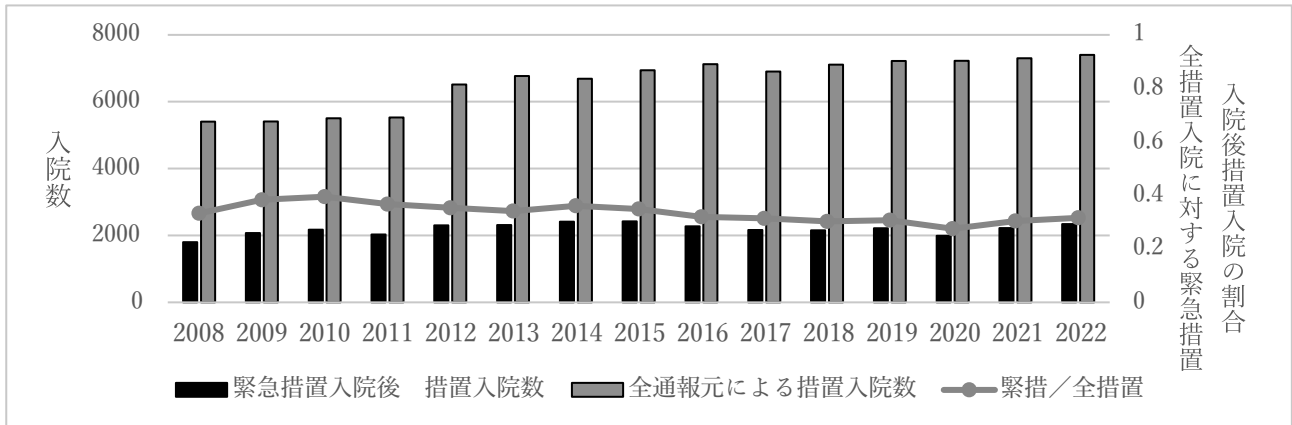


図 11 全国 緊急措置入院後措置入院と全措置入院の 15 年間推移

図 12 は、都道府県別に、2008 年から 2022 年 15 年間の緊急措置入院後の措置入院数と措置入院数の合計を棒グラフ、全措置入院に対する緊急措置入院後の措置入院数の割合を折れ線グラフで示したものである。

緊急措置入院制度の運用の程度にも、都道府県差がある。

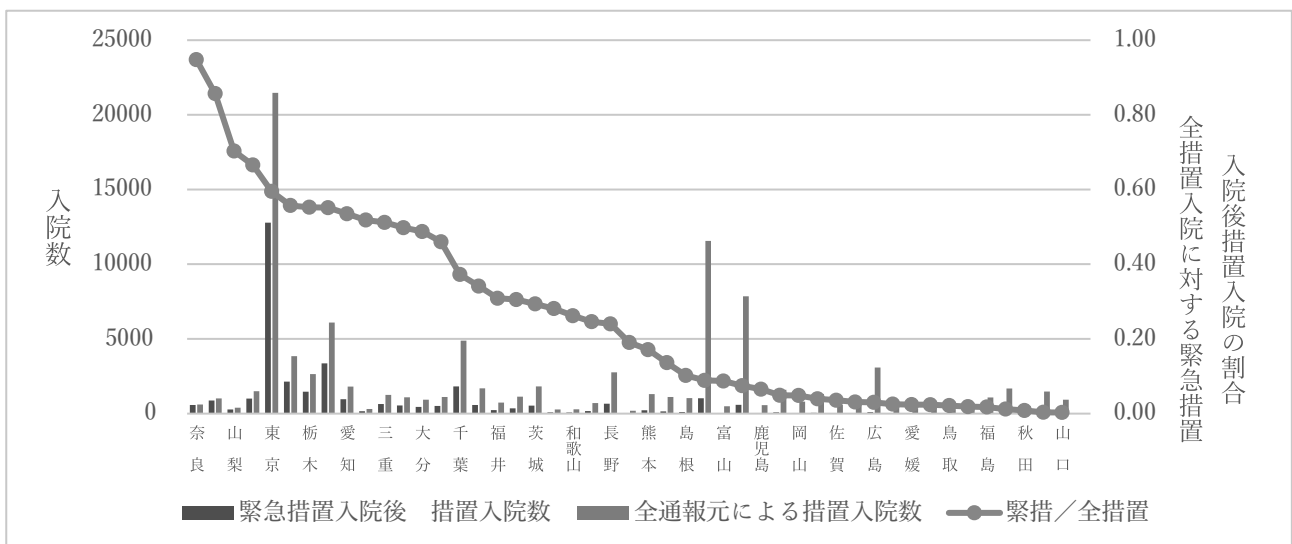


図 12 都道府県別 緊急措置入院後措置入院と全措置入院（15 年合計）

(5) 医療保護入院と措置入院の関係について

医療保護入院と措置入院の関係について、2018年から2022年5年間について、人口10万対措置入院率と医療保護入院数を措置入院数で除したものの関係は図13のとおりで、措置入院率の低い都道府県は医療保護入院を活用していることがわかった。

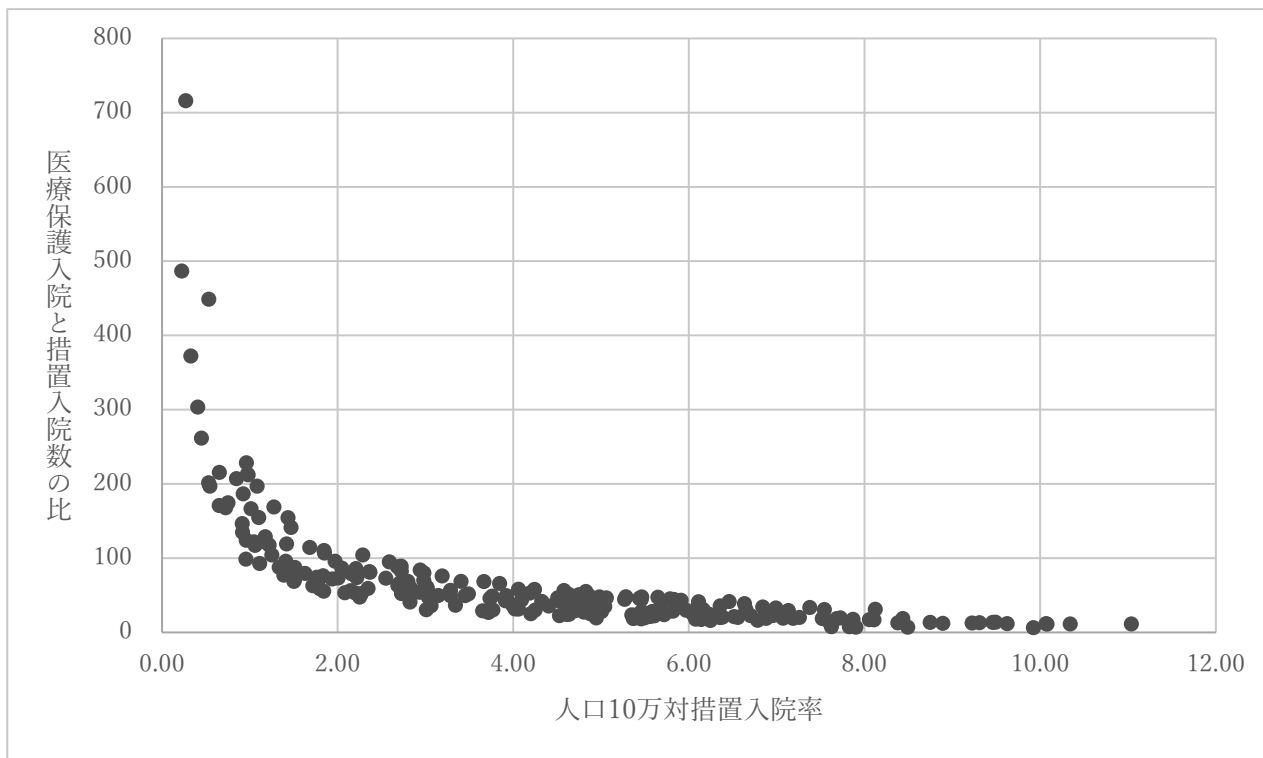


図13 人口10万対措置入院率と医療保護入院数を措置入院数で除したものの関係

4. 結果のまとめ

- ・人口10万対措置率の都道府県差は、これまで10倍以上という報告が多かったが最高49倍の年度もあり、都道府県差は著しく大きい。
 - ・通報数をみると15年間の全国の通報数の年次推移は、措置診察不要数の推移と並行していた。また、措置数の多い都道府県の通報数が影響していた。
 - ・人口10万対通報率は15年平均で7.7倍の都道府県差があった。都道府県別のばらつきには17倍の差があった。ばらつきの多い都道府県は15年間で、通報数を下げる出来事があった可能性がある。
 - ・15年間の都道府県別の通報数の年次推移は、増加しつづけているもの、一度増加して減少しているもの、細かい増減を繰り返しているものなど、様々で、2018年の「措置入院の運用に関するガイドライン」の影響は明確ではなかった。
- これらのことから都道府県ごとに、警察の23条通報基準、保健所等の措置診察要否基準、そして指定医の措置該当基準が、それぞれの段階で異なっている可能性がある。その3段階の差が最終的に措置入院数の都道府県差につながっていると考えられる。
- ・緊急措置入院の運用は全国で措置入院者の約4割であった。そして都道府県差も大きかった。
 - ・措置入院率が低い都道府県は、医療保護入院制度を活用している。

Ⅲ. 措置通報対応のセンター体制について

山口文佳 鹿児島県始良保健所兼大口保健所

1. 目的

当研究班の昨年度の結果から、23 条通報に関する手続きに関して。県庁や精神保健センター等で一括して対応（以下センター体制）している等、様々な体制があることがわかった。体制による措置率等への影響を確認することを目的とした。

2. 方法

前年度と今年度の当研究班アンケート調査の回答から体制に関する項目を抽出し、都道府県ホームページ等から体制について公表されている情報を抽出した。さらに一部都道府県関係者への聞き取りを行った。

公表データ等から導入年度が確認できた都道府県について、センター体制導入の前後の23 条通報数、診察数、措置入院数、緊急措置診察数への影響を検討した。23 条通報数、診察数、措置入院数については、衛生行政報告例 表 1 の 2003 年から 2022 年まで、緊急措置診察数については、衛生行政報告例 表 2 - 3 の 2008 年から 2022 年までを使用した。（衛生行政報告例の数値には一部矛盾する数値、欠損が疑われる数値が残っているが、そのまま図示している）

3. 結果

(1) センター化の概要

措置通報から入院までの対応の全部もしくは一部を、県庁もしくは精神保健福祉センターで一括して行っている（センター体制）13 都道府県と、県内の保健所で輪番体制をとっている 1 県を確認した。13 都道府県には指定医や病院の輪番体制のみ構築している都道府県は含まない。

センター体制をとっている時間帯、通報窓口、事前調査、措置診察の要否判断、移送、指定医診察、入院調整、保健所長の関与の程度、外部民間委託の有無等、運用形態は多様であった。

ガイドラインで「原則」と記載されている「事前調査での対象者との直接面接」については、「直接面接せず電話聞き取りのみ」とする都道府県が複数確認された。また、「配慮すべき」とされている「精神保健指定医を選定」については、入院予定先の指定医による指定医診察も複数の都道府県が許容していた。さらに、緊急措置入院制度も活用されていた。

センター化もしくは保健所輪番制をとっている 14 都府県とそれ以外の 33 道府県については、2022 年の「人口 10 万対措置率」、「通報数に対する措置率」には有意差はなかった。

「緊急措置入院後措置入院になったものと措置入院数の比」については、14 都道府県の方が 33 道府県に比べて有意 ($p < 0.01$) に高かった。

(2) センター制を導入している府県の概要

都道府県ホームページで公表されている議事録，その他報告書等でセンター制が確認できた 6 府県（以下，地域）について，衛生行政報告例のデータから通報率，診察率そして措置率等の推移を確認した。

① A 地域(図 A 地域 20 年間の推移)

A 地域は 2004 年にセンター制を導入した。

24 時間精神科救急情報センターが，通報受理と直接面接による事前調査を行っている。通報件数はセンター体制導入後も増加している。

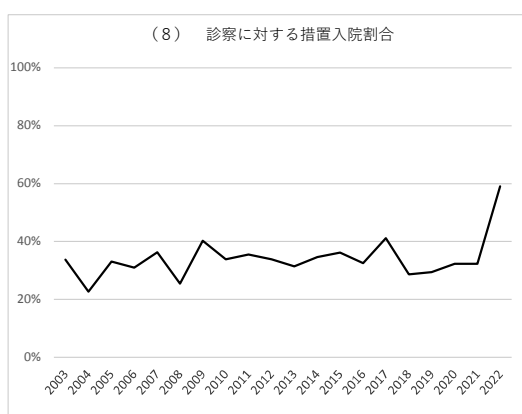
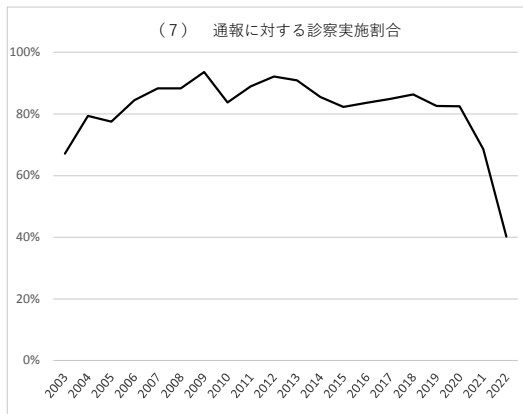
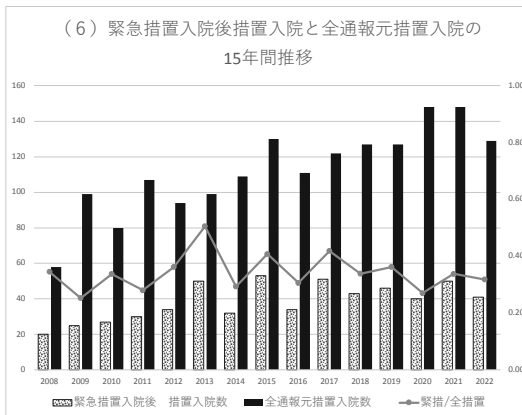
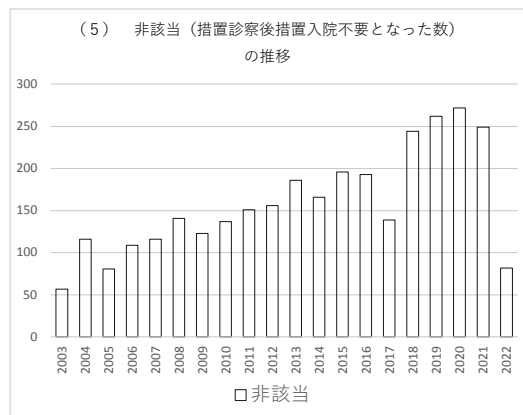
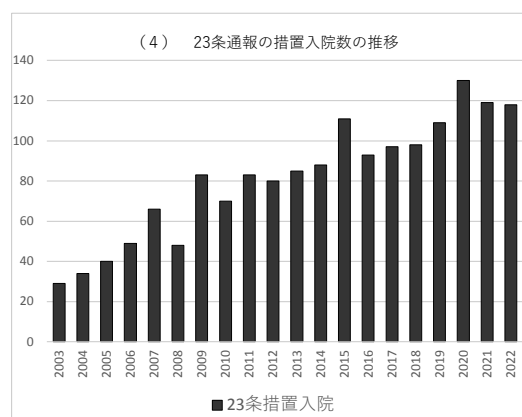
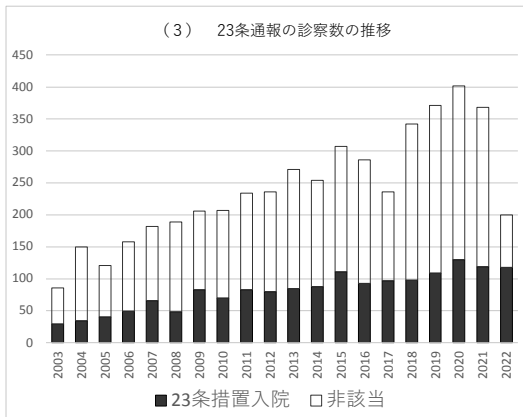
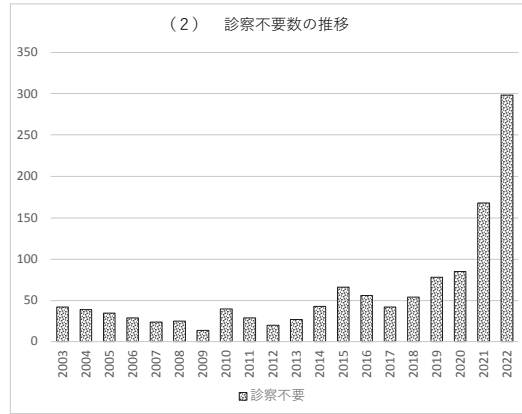
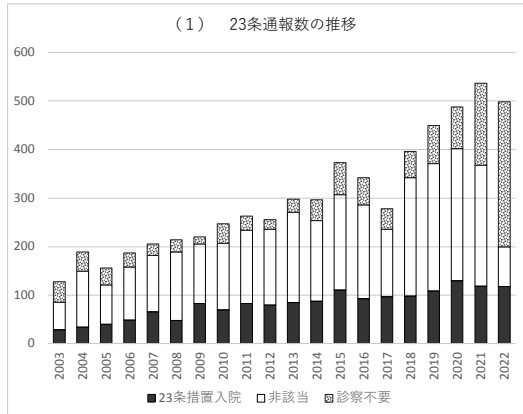
診察不要数は 2020 年までは年間 100 件未満を推移していたが，2021 年 168 件 2022 年 298 件と急増している。措置入院数は 2003 年から増加しているが，2020 年以降は横ばいである。通報に対する診察実施割合と診察に対する措置入院割合は 2020 年までは，ほぼ横ばいであった。

緊急措置入院後に措置入院となった人数は，15 年間で措置入院数の約 4 割であった。

2022 年をみると，措置入院数は前年度までと大きな変わりないが，診察不要数が増えて，非該当（措置診察後入院不要数）が減っている。センターでの要否判断基準の見直し等，取り組みがあった可能性がある。

一方，所長対象アンケートにはセンター職員の負担増加に言及されていた。

A地域 20年間の推移 衛生行政報告例 表1(2003-2022), 表2-3(2008-2022)



* 数値がマイナス、割合が100%超等矛盾しているものがあるが、衛生行政報告例の数値をそのまま用いて図示した。
 * 緊急措置入院については、全通報元の緊急措置入院後の措置入院である。

② B 地域(図 B 地域 20 年間の推移)

衛生行政報告例の 2022 年の診察不要数と,措置入院数に矛盾があるがそのまま図示した。

B 地域は 2007 年からセンター制を導入している。

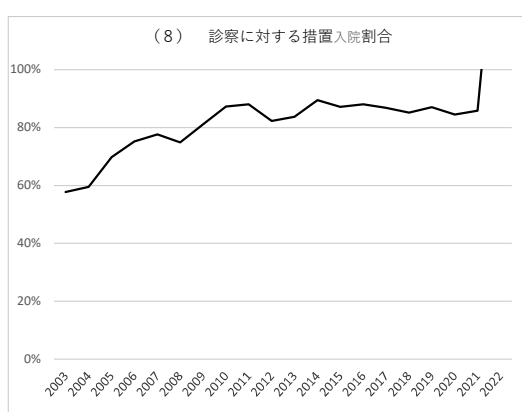
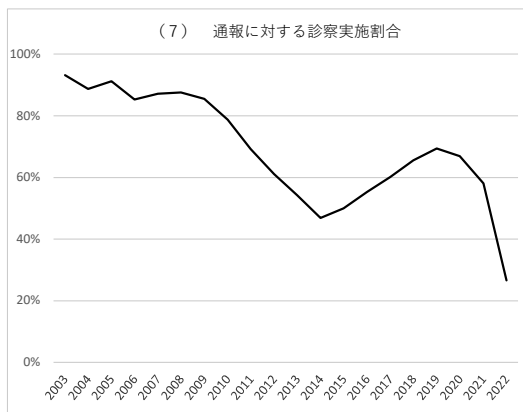
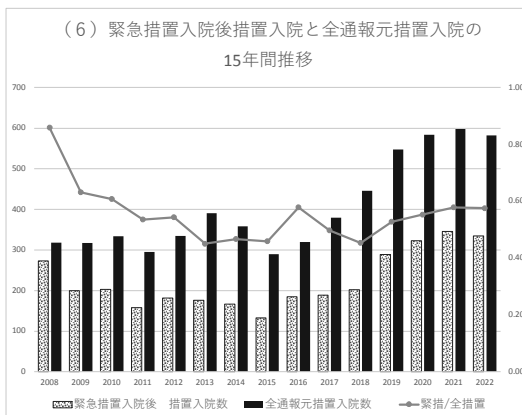
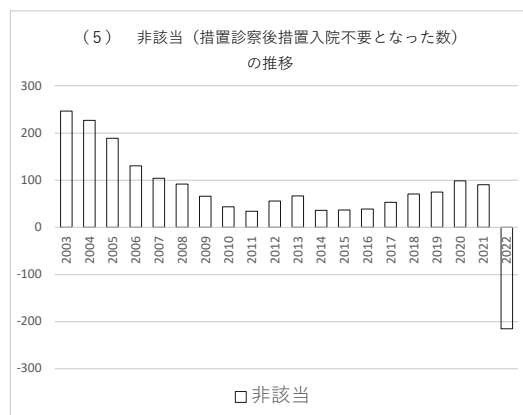
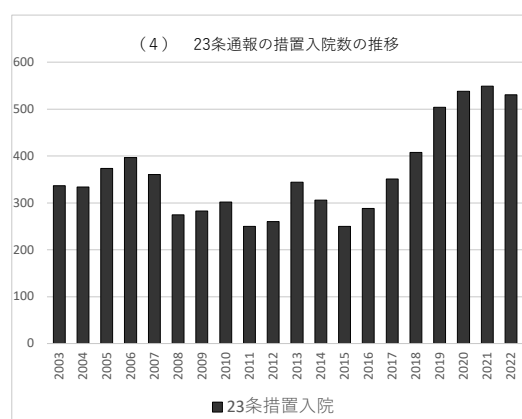
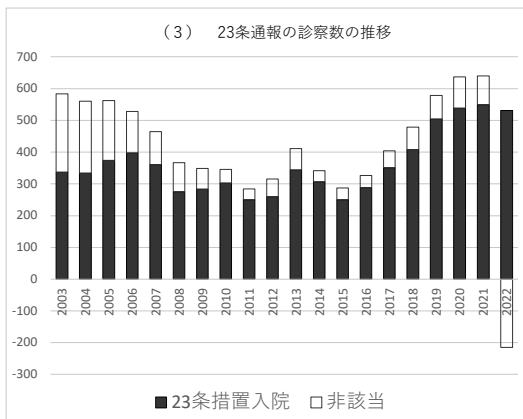
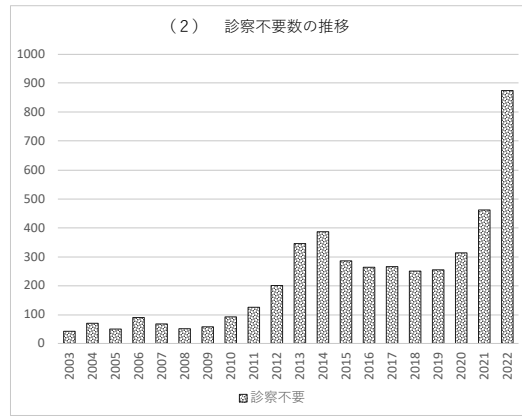
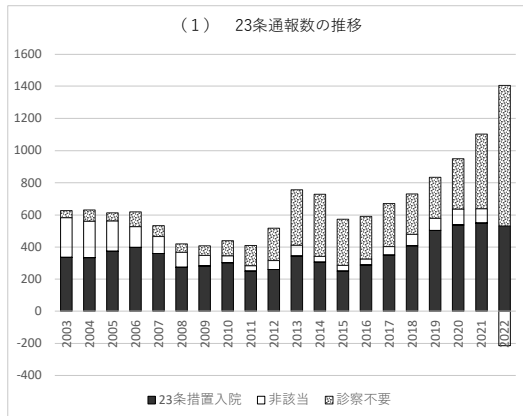
平日昼間(時間内)と時間外で体制が異なる。

平日昼間は,保健所が通報受理から事前調査を行っている。時間外は,精神保健福祉センターで通報受理から事前調査を行い,事前調査は直接面接で行っている。措置診察の要否判断は 24 時間精神保健福祉センター所長が行っている。

通報数の推移をみると,2007 年から 2011 年までは漸減しているが,2015 年以降は増加している。診察不要数は 2012 年頃から増加率が上がり,2014 年は 2007 年の約 5 倍となっている。措置入院数は 2007 年の導入後低下したが,2008 年から 17 年まではほぼ横這いで,2018 年以降増加している。

緊急措置入院後に措置入院となった人数は,15 年間で全措置入院数の約 6 割であった。

B地域 20年間の推移 衛生行政報告例 表1(2003-2022), 表2-3(2008-2022)



* 数値がマイナス、割合が100%超等矛盾しているものがあるが、衛生行政報告例の数値をそのまま用いて図示した。
 * 緊急措置入院については、全通報元の緊急措置入院後の措置入院である。

③ C 地域(図 C 地域 20 年間の推移)

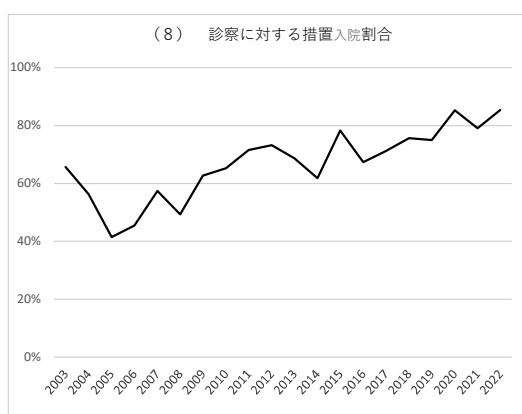
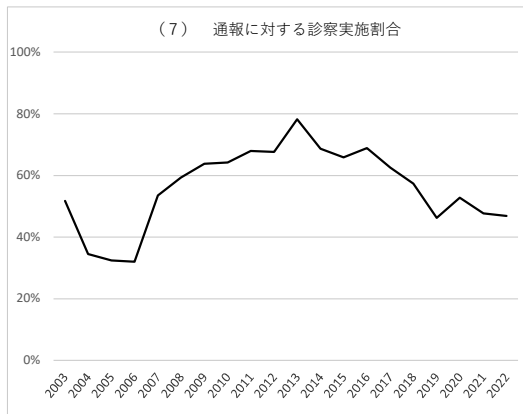
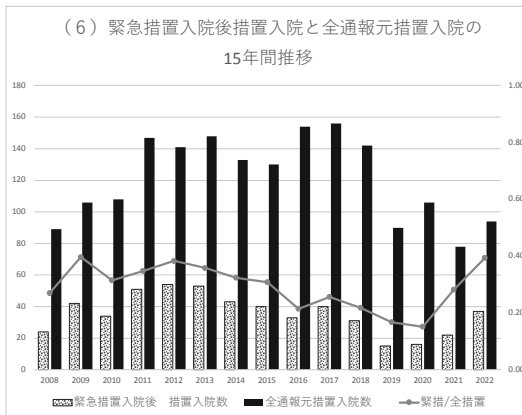
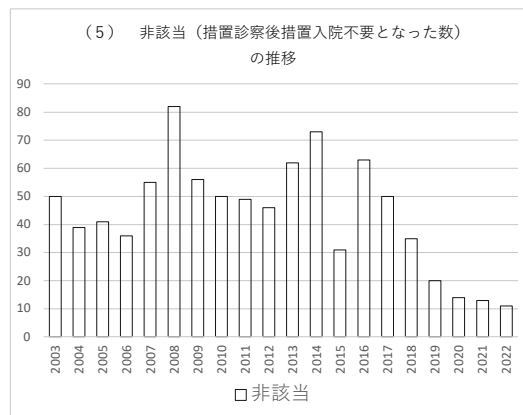
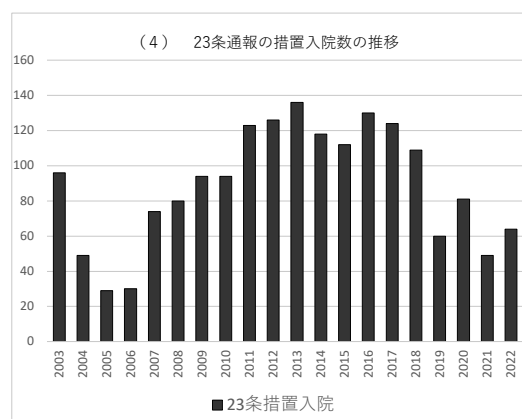
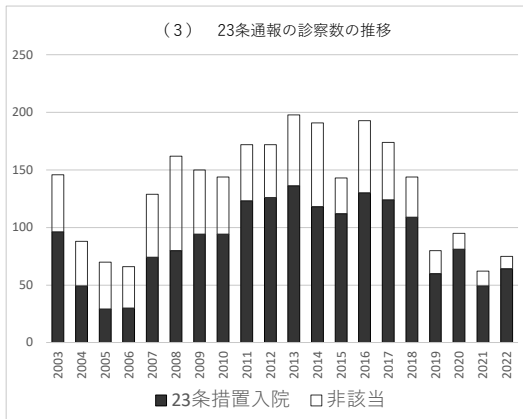
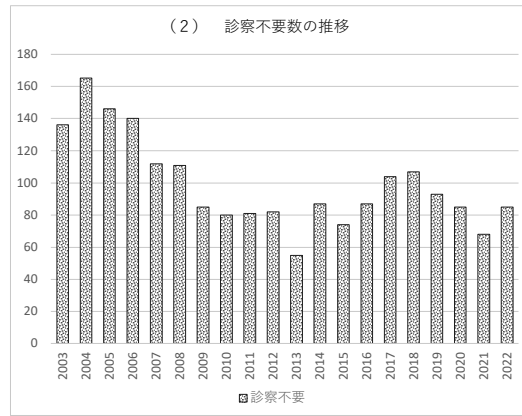
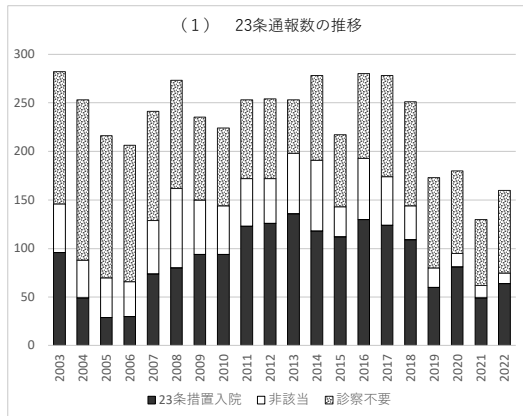
C 地域は 2007 年から時間外のみセンター体制をとっている。時間外は通報受理から調査まで、精神保健福祉センター職員が対応している。(事前調査の面接形態は確認できていない。)

通報数は、導入後 2017 年頃まで横這いでその後減少傾向に有り、診察不要数は 2009 年頃から横這いである。診察数は 2013 年まで増加傾向にあったが 2013 年以降は減少している。

診察に対する措置入院割合が増加傾向にある。

緊急措置入院後に措置入院となった人数は、15 年間で措置入院数の約 4 割であった。

C地域 20年間の推移 衛生行政報告例 表1(2003-2022), 表2-3(2008-2022)



* 数値がマイナス、割合が100%超等矛盾しているものがあるが、衛生行政報告例の数値をそのまま用いて図示した。
 * 緊急措置入院については、全通報元の緊急措置入院後の措置入院である。

④ D 地域(図 D 地域 20 年間の推移)

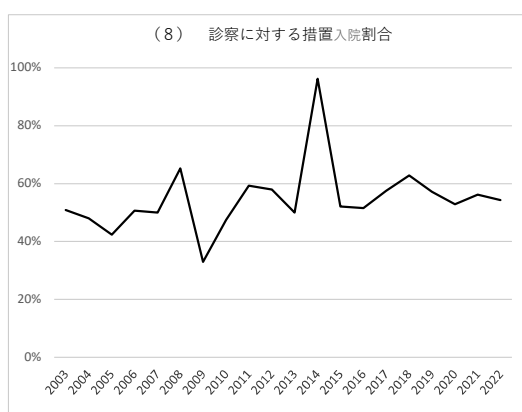
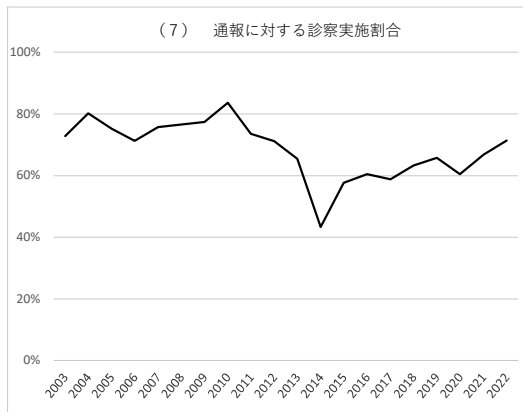
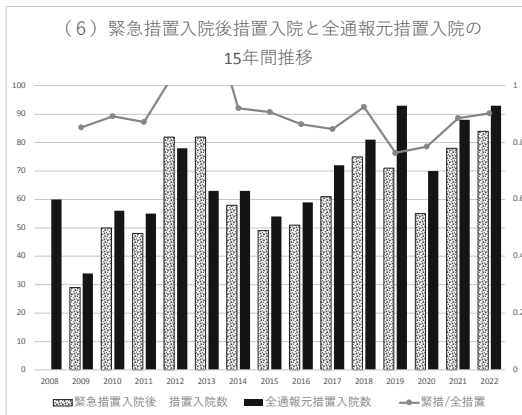
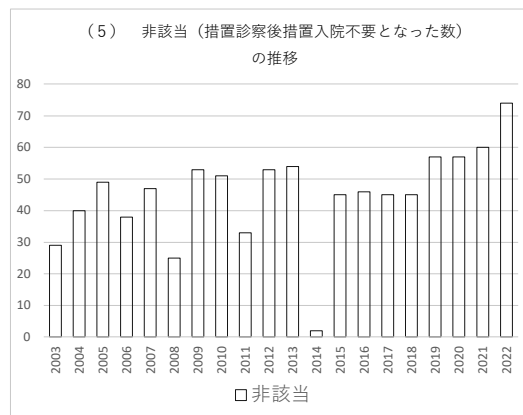
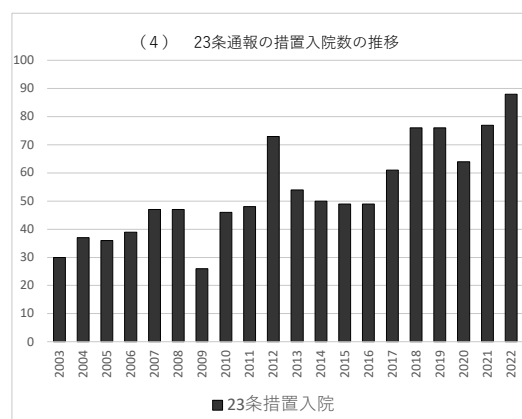
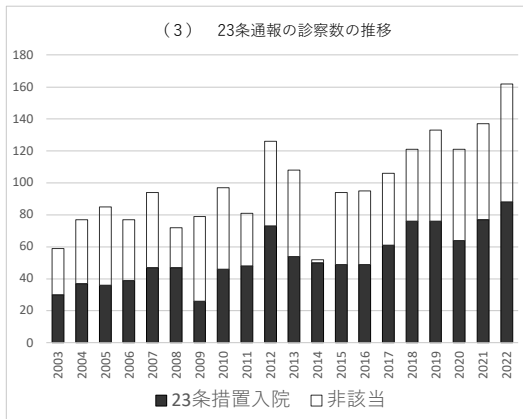
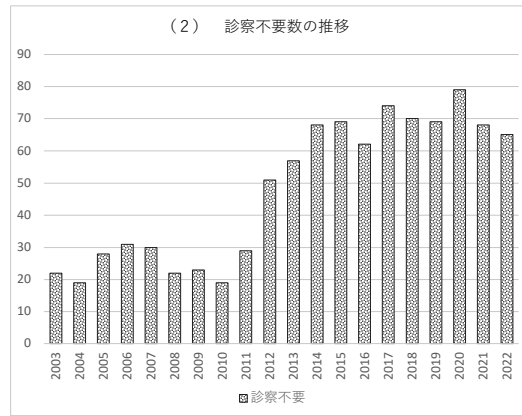
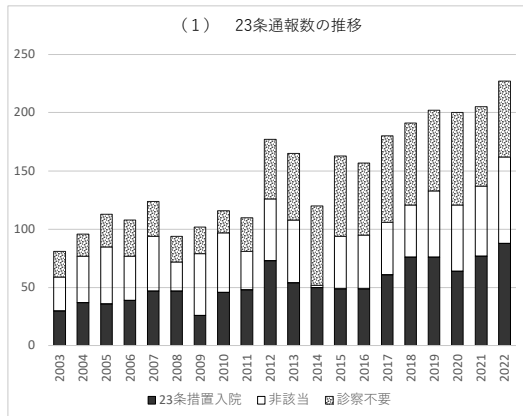
D 地域は 2009 年から時間外のみセンター体制をとっている。

通報数は 2011 年まで横這いで、2014 年が一年だけ下がっているが、その後増加している。通報に対する診察実施割合は下がっている。診察に対する措置実施割合は 2014 年以外は 50-60%で推移している。

D 地域は、緊急措置制度を活用しているとのことであるが、衛生行政報告例の数値は措置入院数よりも緊急措置入院後に措置入院した人数が多くなっている年度があり、数値の精度について確認が必要である。

センター制導入後、2009 年の措置入院数が前年の約半数となっているが、単年度にてセンター制の影響か否かは不明である。

D地域 20年間の推移 衛生行政報告例 表1(2003-2022), 表2-3(2008-2022)



* 数値がマイナス、割合が100%超等矛盾しているものがあるが、衛生行政報告例の数値をそのまま用いて図示した。
 * 緊急措置入院については、全通報元の緊急措置入院後の措置入院である。

⑤ E 地域(図 E 地域 20 年間の推移)

E 地域は 2015 年に時間外のみセンター体制をとっている。

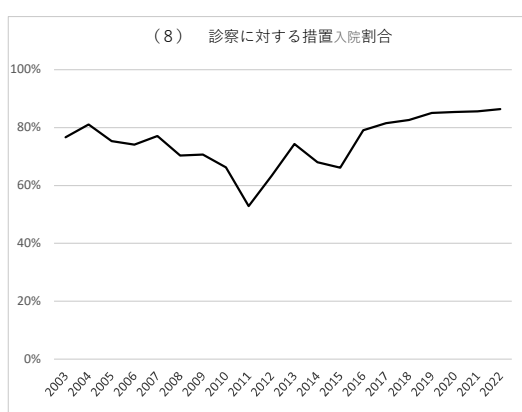
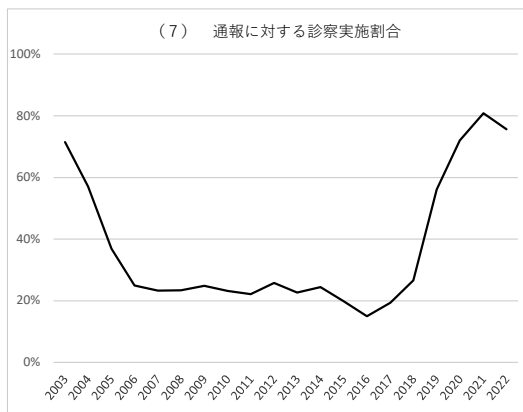
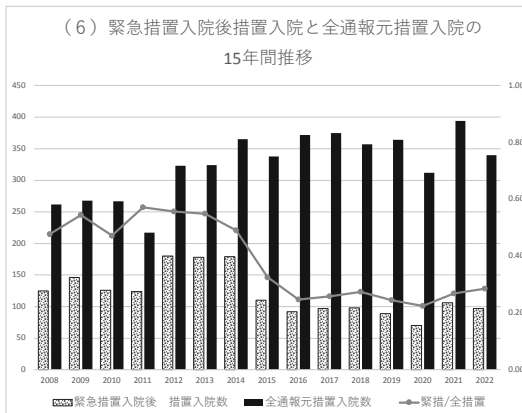
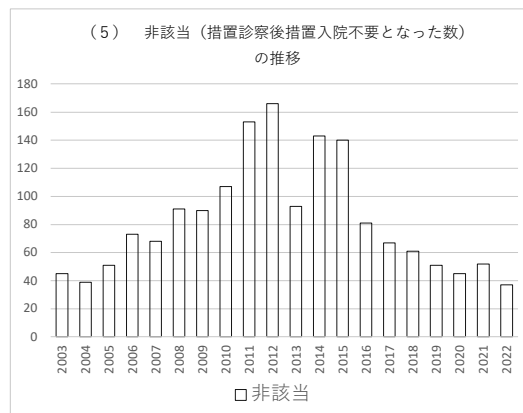
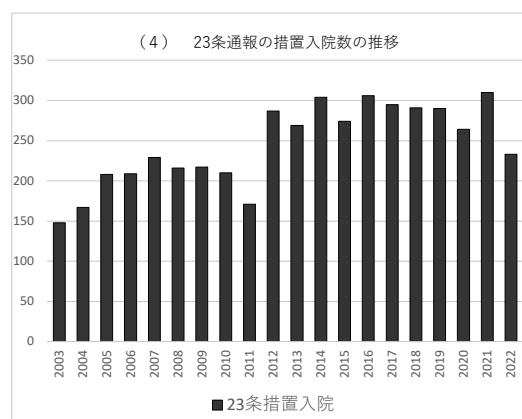
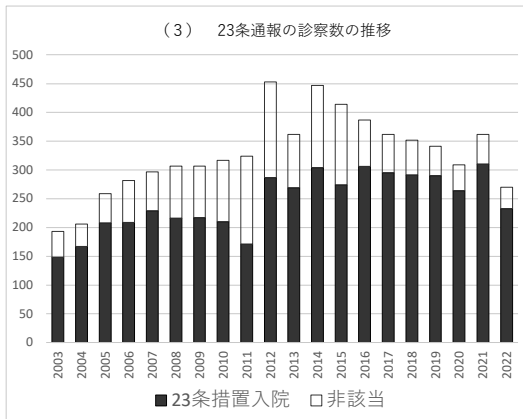
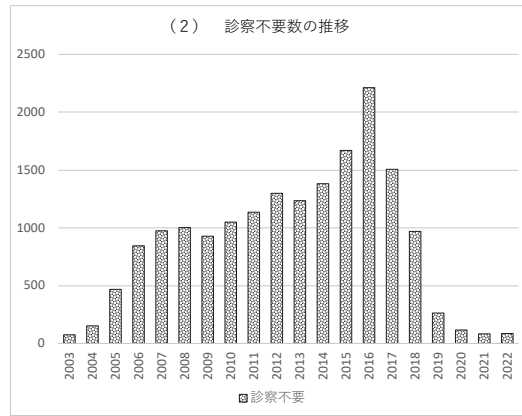
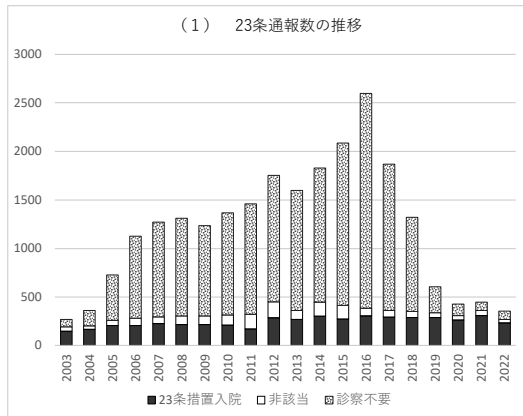
通報受理から事前調査まで精神保健福祉センター(こころの健康センター)が担当し直接面接による調査を行っている。

センター制導入後、措置入院数は横這いであるが、2016 年をピークに診察不要数が激減している。E 地域によると導入に当たり警察等の関係者との協議を重ね、通報受理体制への理解と伴に通報基準の共通認識をもったとのことであった。

E 地域の 2008 年から 2022 年 15 年間の通報件数合計は、全国 3 位で全国の 8 %を占めるが、E 地域の推移は全国推移に大きく影響している。診察に対する措置入院割合は 20 年間では 50%で推移しているが、通報に対する診察実施割合は、診察不要数が激減したことで、センター化前後で約 4 倍に上昇している。

緊急措置入院後に措置入院となった人数は、15 年間で措置入院数の約 4 割であった。推移をみると、センター化後は、前と比べて減少している。

E地域 20年間の推移 衛生行政報告例 表1(2003-2022), 表2-3(2008-2022)



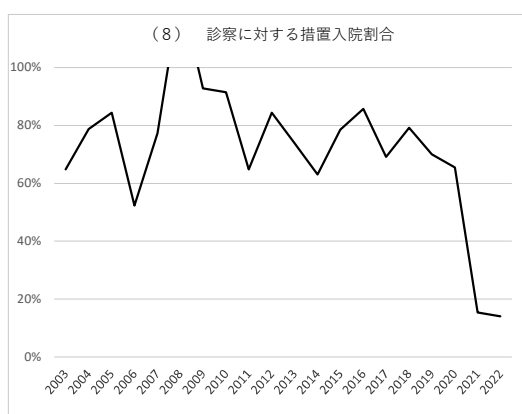
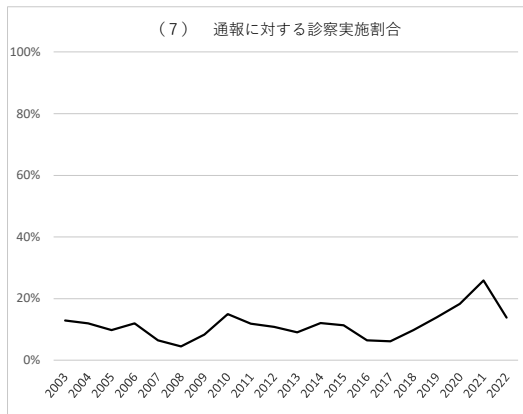
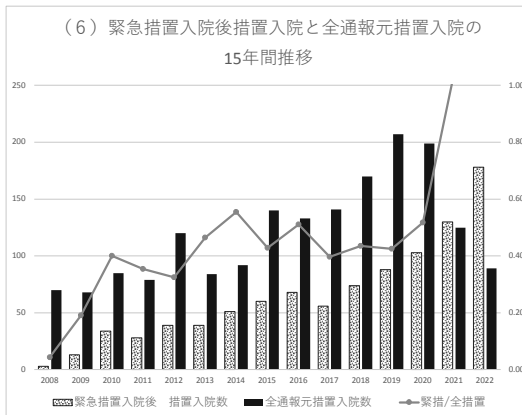
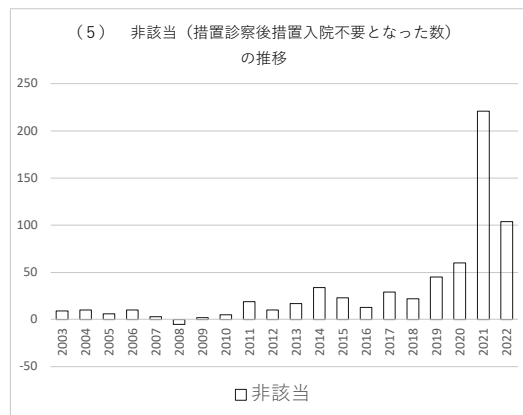
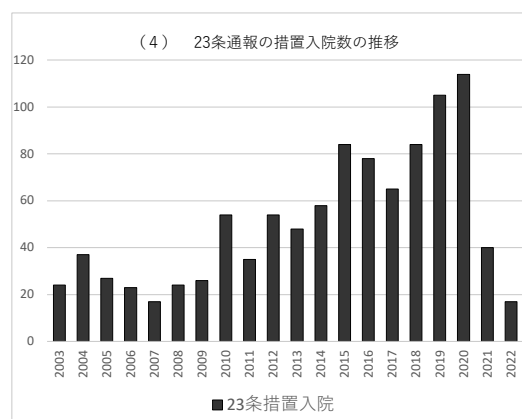
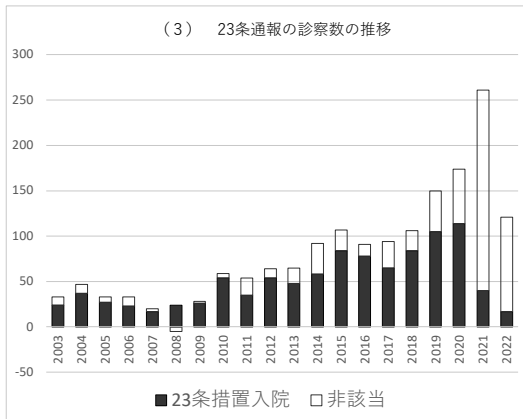
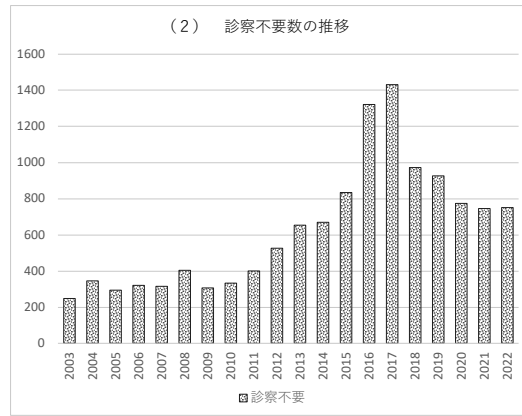
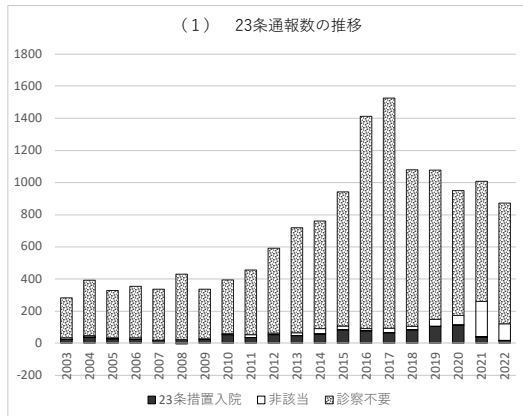
* 数値がマイナス、割合が100%超等矛盾しているものがあるが、衛生行政報告例の数値をそのまま用いて図示した。
 * 緊急措置入院については、全通報元の緊急措置入院後の措置入院である。

⑥ G 地域(図 G 地域 20 年間の推移)

G 地域は 2021 年に時間外のみセンター制を開始した。通報は保健所が受理して調査は県庁通報対応チームが行い、事前調査は対面でおこなっている。措置診察の要否判断は管轄保健所長となっている。

通報数は 2017 年まで増加していたが、2018 年は前年度の 6 割に低下し以後漸減していた。2021 年センター制導入後、非該当数が増加し、措置入院数は 2020 年の 114 件に対して 2022 年は 17 件と 15%と減少している。通報に対する診察実施割合、診察に対する措置入院割合は共に減少している。

F地域 20年間の推移 衛生行政報告例 表1(2003-2022), 表2-3(2008-2022)



* 数値がマイナス、割合が100%超等矛盾しているものがあるが、衛生行政報告例の数値をそのまま用いて図示した。
 * 緊急措置入院については、全通報元の緊急措置入院後の措置入院である。

IV. 中核市等保健所の 23 条通報にかかる調査

岡本浩二 川口市保健所
長井 大 鳥取市保健所

中核市の保健所 62 と保健所政令市の保健所 5 に対して、政令市保健所長連絡協議会を通じてメールにより、通報対応を行っている組織について調査を行った。

9 保健所から、権限委譲等を受けて自らで対応している旨の回答があった。また、24 保健所は「県庁又は精神保健福祉センター等で対応している」、34 保健所は「近隣の県型保健所」で対応しているとの回答であった。近隣保健所が担当しているところも、「通報も近隣保健所が受けている」、「調査には市が同行している」、「日中は近隣保健所が、夜間は市が担当」など対応は様々であった。

市型保健所うちで 23 条通報に対して自前で対応していると回答した保健所 9 か所と 23 条通報に対応していない市型保健所を管轄している県型保健所のなかで、市の人口が県型保健所管轄の人口に比して大きい上位 5 保健所に対して、23 条通報に関する保健所長の意見を Zoom によるインタビュー調査を行うこととし、メールにより依頼を行い、協力の了解が得られた市型保健所 5 か所と県型保健所 3 か所の所長から意見を得ることができた。

5 か所の市型保健所に対しては、23 条通報に対して市型保健所が対応すべきか、その理由、対応している職種や人数、いつから対応しているかを、県型保健所に対しては、市型保健所が 23 条通報に対応すべきかどうか、その理由、現在の課題等について、確認を行った。

市型保健所では、1 保健所長を除いて 23 条通報は市型保健所で行うべき、または望ましいと考えているとの回答であった。その理由としては、市民に対する業務であるから市が対応すべき、また、退院後支援の観点から当初からかかわる方が望ましいと考えていることが明らかになった。一方で、できたら県に返上したいと考えている所長も現実として県に返上できるとは考えていないことが分かった。

市型保健所で対応を開始した時期も、中核市移行に合わせて開始したところや中核市移行後に相当の期間がたってから開始したところもあるなど様々であった。

対応している職員数は 13 人から 7 人程度であり、保健師が大部分を占めるが、その他に精神保健福祉士、臨床心理士、事務職が担当しているところが多かった。なお、保健所の中には、精神保健を担当している課の他の業務を担当している栄養士などが業務にあたっているところもあった。

精神保健指定医と入院医療機関の確保については、その都度、電話で依頼し確保している保健所がほとんどであり、その確保に長時間を要することも多く、特に時間外や休日に確保することに困難を感じている。また、夜間休日の対応のために複数名で緊急連絡用の携帯電話を自宅に持ち帰っており、担当している職員が限られていることもあり、週に複数回持ち帰らざるを得ないところも多く、非常に大きな負担になっている。

調査に協力をいただいた3か所の県型保健所の所長は、すべて市型保健所で対応すべきとの考えであり、その理由としては、市でやることのデメリットはないこと、また、市民のためには市で対応すべきであるからとの回答であった。一方で、現行の法律では市型保健所に対応を求めるのは困難であり、条例又は法改正が必要であると考えていることが明らかになった。今回の調査対象にした保健所は、県型保健所の管内人口が市型保健所の管内人口の2割未満のところであること、また、小規模の保健所であり、通報件数で見ると市型保健所の管内からの通報が9割以上とほとんどを占めていることに留意が必要である。

相手方である市型保健所との課題としては、被通報者が市が従来から関係していた者であるにもかかわらず市から情報が提供されない、市の内部の連携が不十分であることなどがあげられた。また、患者や家族から見ると入院中と退院後で担当機関が異なり、支援機関がどこなのか分かりにくいとの指摘もあった。

市型保健所の23条通報への対応がどうあるべきかに対して、来年度の調査の方向性やフィージビリティを確認するために、上記のように限られた保健所長に対して、今年度はパイロット的にインタビュー調査を行った。この結果を踏まえて、来年度は、市型保健所が23条通報に対してどのように対応するのが望ましいかなどについて、更なる調査研究を進めたい。

第3章

協力事業者の所属自治体の措置対応状況

I. 埼玉県における精神保健医療体制について

遠藤 浩正 埼玉県本庄保健所
岡本 浩二 川口市保健所
鈴木 勝幸 埼玉県加須保健所

埼玉県における精神保健医療体制、特に精神保健福祉法第23条に基づく警察官通報について、県内の研究協力者3名により取りまとめた。

なお、本稿における各研究協力者の見解はあくまで個人の見解であり、所属機関を代表するものではないことを冒頭申し添える。

1. 埼玉県の概況（人口、面積）

出典：埼玉県ホームページ（2024/01/05 アクセス）

人口 総数 **7,332,207** 人（男 3,636,767 人 女 3,695,440 人）

世帯数 **3,281,983** 世帯（R5/12/1 現在 推計人口）

令和2年国勢調査によれば人口は東京都、神奈川県、大阪府、愛知県に次いで第5位
特徴：埼玉県は関東平野の内部に位置する内陸県で、東西に約103km、南北に約52km、面積はおよそ3800平方キロメートルで、山地面積がおよそ3分の1、残りの3分の2を平地が占めている。この広さは国土の約100分の1に当たり、全国で39番目の大きさとなっている。

市町村数：63（40市22町1村）

保健所数：17（県型13，市型4）

県型保健所については総務・地域保健推進担当、保健予防推進担当及び生活衛生薬事担当の3部門により構成され、精神保健福祉業務は主に保健予防推進担当が所掌している。県型保健所のうち4か所（南部、春日部、狭山及び熊谷）は「拠点保健所」として広域調整担当及び食品監視担当が設置され、対人保健に関して広域的な取り組みが必要な場合は広域調整担当が対応している。

2. 埼玉県の精神科保健医療体制（警察官通報）とその課題

（1）精神医療の背景

埼玉県の精神医療は、明治25年の毛呂病院開院（現：丸木記念メディカルセンター）から始まり、以後民間病院主体に精神医療が提供されてきた。平成2年に埼玉県立精神保健総合センター（現：埼玉県立精神医療センター）が開設され、初めて県立の精神病床が確保された。

(2) 精神科救急システム

平成15年に埼玉県立精神保健福祉センター内に「精神科救急情報センター」が埼玉県・さいたま市と合同で開設され、埼玉県精神科病院協会・埼玉県精神科診療所協会の協力のもと、輪番病床・精神保健診察の確保がなされた。

平日日中輪番病床4床、夜間休日2床が確保され、身体合併症例については埼玉医科大学病院、外国人等处遇困難例については埼玉県立精神医療センターの協力のもと運営されている。

また、令和4年より、久喜すずのき病院・済生会鴻巣病院・北辰病院・西熊谷病院が常時対応型医療機関として協力している。

埼玉県の警察官通報は、基本この精神科救急システムにて対応している。

(3) 通報対応

埼玉県内39警察署（このうち政令市であるさいたま市内6警察署を含む）から出される23条通報は、平日日中は県内13保健所及びさいたま市保健所が受理し、調査・受診調整を行っている。

中核市である川口市・川越市・越谷市内の警察署からの通報は、平日日中は中核市保健所が受理し、隣接県保健所が対応している。

平日夜間・休日の県内全警察署からの通報は、精神科救急情報センターへなされ、同センター職員が調査・診察実施調整を行っている。

(4) 調査・診察実施決定及び調整

保健所・精神科救急情報センターともに、警察署からの通報受理後は、原則警察署へ精神保健福祉士・保健師等が赴き、警察官・被通報者及びその家族・関係者から情報収集し、調査後、平日日中であれば各保健所長、夜間休日であれば精神保健福祉センター長へ報告し精神保健診察の要否が判断される。

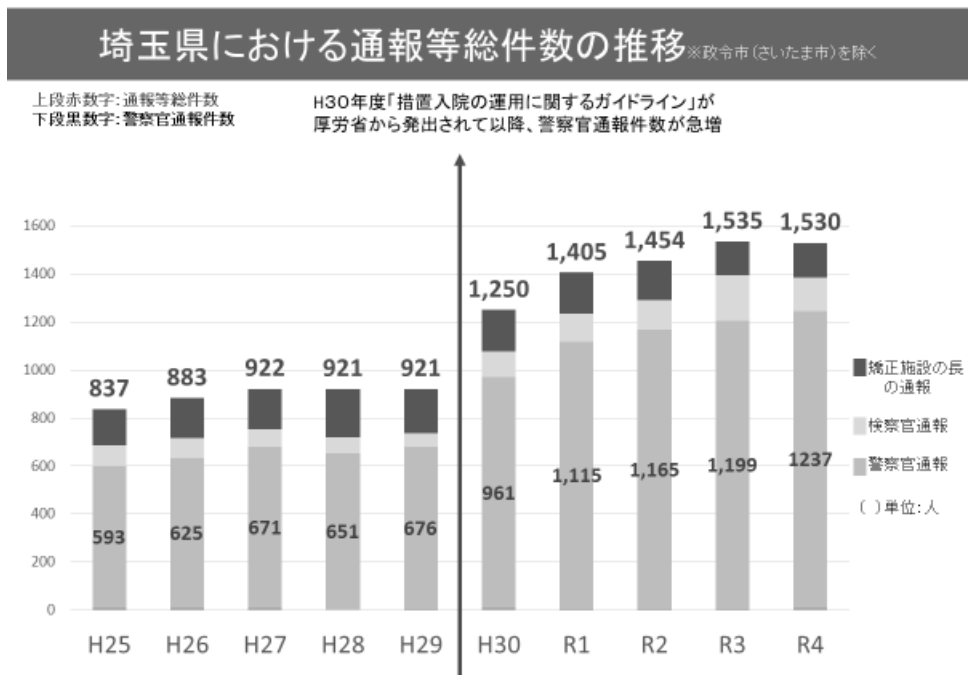
診察決定後、基本、輪番制を主に入院受入病床を確保し、その後、埼玉県精神科病院協会加盟病院・埼玉県精神科診療所協会加盟診療所及び近隣精神科医療機関の精神保健指定医へ一次診察の依頼を行う。（二次診察は、入院受入医療機関の精神保健指定医が実施）

被通報者の移送は、精神保健の主管課である「疾病対策課」が契約した県内タクシー事業者の「ジャンボタクシー」に職員及び協力警察官の同乗にて行われる。

精神科救急情報センターにおいては、同センターの精神保健福祉士の他、県保健所の精神保健福祉士も勤務のシフトに入っている。被通報者の状態、保護者との連絡、一時診察の精神保健指定医の依頼等の状況によっては、翌朝、翌日に各管轄の保健所へ通報対応を依頼する場合がある。

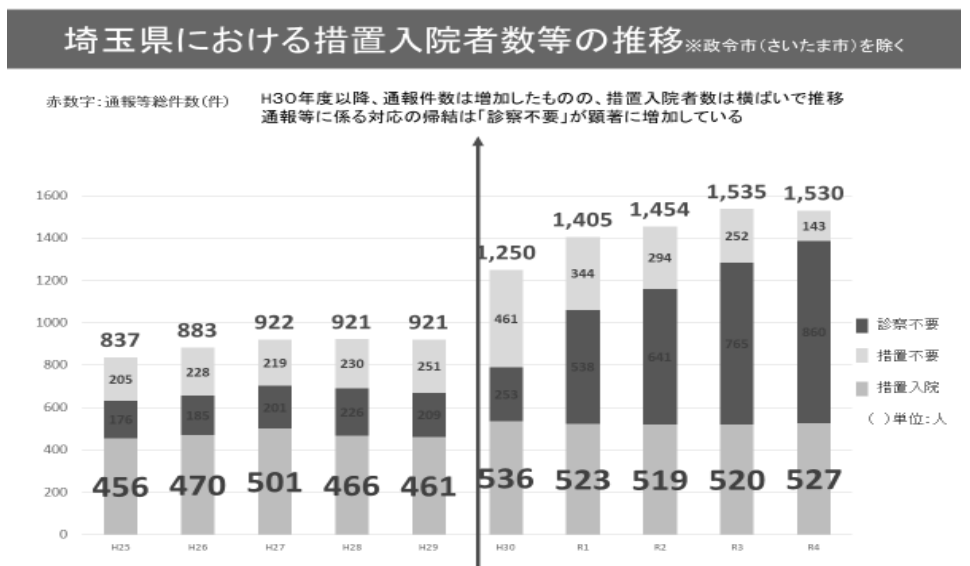
(5) 通報件数

埼玉県立精神保健福祉センターの文献※より引用



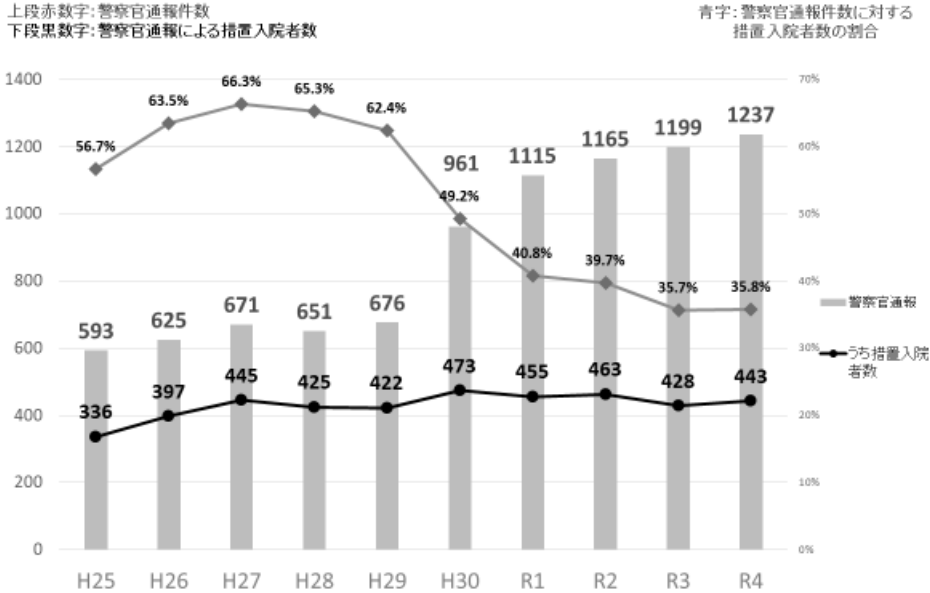
警察官通報は、ここ数年は年間 1100 件～1200 件と微増傾向にある。近年、メンタルクリニックの開設増加が続いており、精神科受診者も増加している。警察が 110 番通報や、事件等関与した際、精神科受診歴が確認された場合は、「警察官通報」の判断の目安になっていることも一因と考えられる。

(6) 措置入院者数 資料：(5) に同じ



埼玉県における警察官通報と措置入院者数の推移

※政令市(さいたま市)を除く



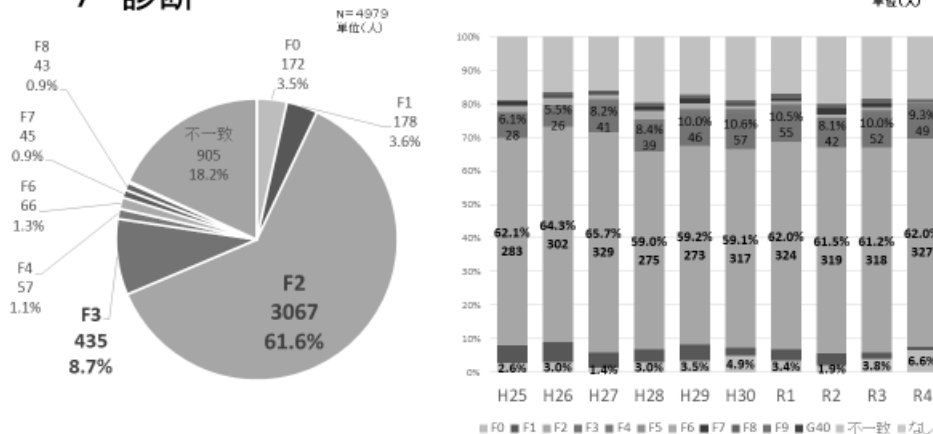
警察官通報数は、平成30年以降増加しているものの、過半数は調査の結果、診察不要となっている。精神保健診察の結果、要措置と判断され入院に至る者は年々減少している。調査の段階にて精神科受診歴は有するものの、精神病圏（統合失調症、双極性障害等）の診断ではない被通報者が多く存在するためと思われる。

(7) 措置入院者の診断 資料：(5)に同じ

埼玉県における措置入院者の傾向

平成25年度～令和4年度(総数に対する割合と年度別割合)

7 診断



F2(統合失調症)が多く約6割、F3(気分障害)が続く
F0(症状性を含む器質性精神障害)が増加傾向

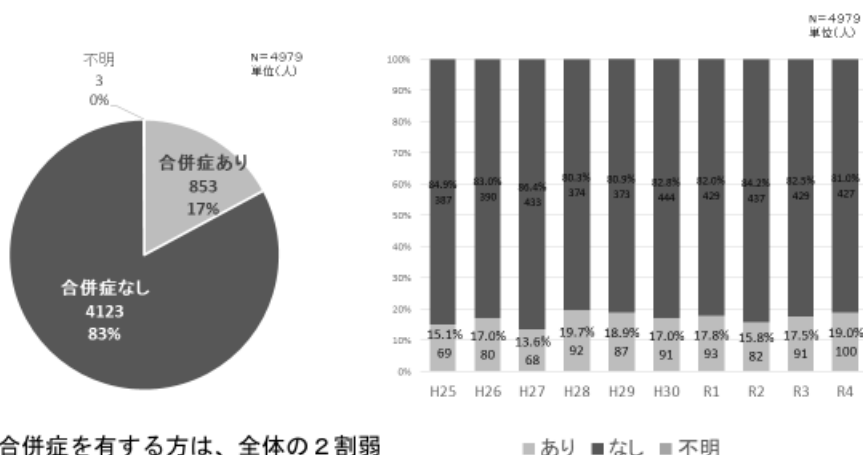
※不一致とは、措置入院時の指定医2名の診断が異なることをいう

措置入院者は ICD-10 において、F2、F3 で 7 割を占めており、従来で言う「精神病圏（統合失調症、双極性障害等）」が多く措置入院となっている。しかし、近年発達障害圏、薬物使用、人格障害圏との重複診断や外国人の被通報者も増加傾向にあり、通報時における被通報者に関する行政の調査は、精神保健診察を行う上で、より重要性が高まっている。

(8) 措置入院者の年齢・合併症 資料：(5) に同じ

埼玉県における措置入院者の傾向 平成25年度～令和4年度(総数に対する割合と年度別割合)

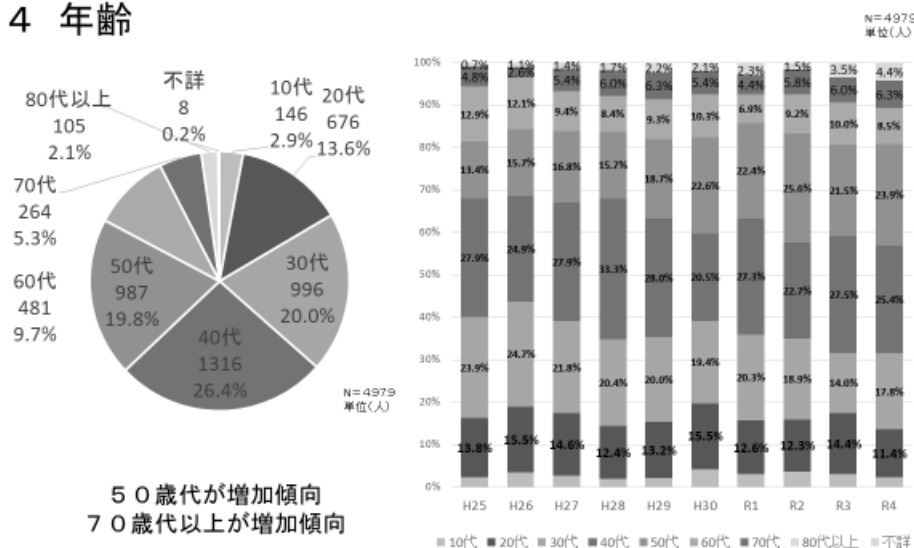
9 身体合併症の有無



身体合併症を有する方は、全体の 2 割弱

埼玉県における措置入院者の傾向 平成25年度～令和4年度(総数に対する割合と年度別割合)

4 年齢



埼玉県においても、人口の急速な高齢化が進んでおり、年齢構成と同様に措置入院も中高年者の増加が続いている。身体合併症を有する措置入院者は微増傾向である。

しかし、埼玉県における身体合併症を有する措置入院者の受入は、埼玉医科大学病院しかなく、殆どの精神科病院は単科の精神病院である。埼玉医科大学病院単体での受入は困難であり、個々の精神病院が地域の身体科との連携にて対応しているのが現状である。

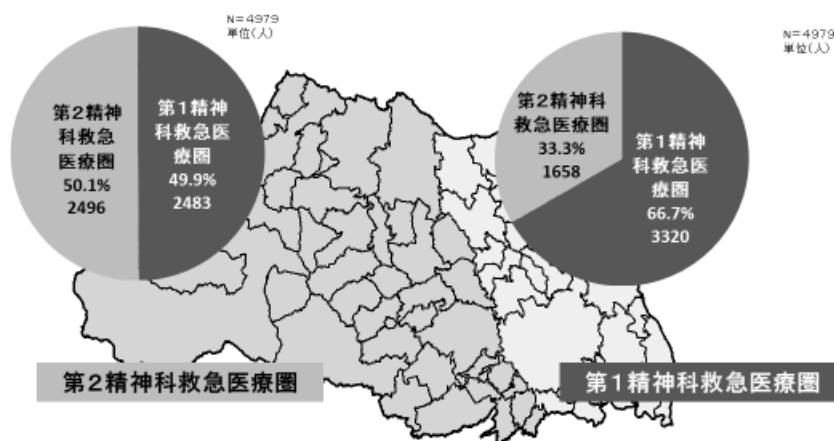
常時対応型の精神科スーパー救急病棟を有する精神病院へ精神科救急や措置入院が集約されつつある現状をふまえ、今後改めて精神科身体合併症治療、処遇について、県内の大学病院、総合病院、指定病床の在り方を含め、検討を要する問題であると考えます。

(9) 措置入院者の地域 資料：(5) に同じ

埼玉県における措置入院者の傾向
平成25年度～令和4年度(総数に対する割合と年度別割合)

1 通報等発生地

2 入院受入先



県の精神科救急医療体制は広域のため、
発生地と受入先の割合が大きく異なっている

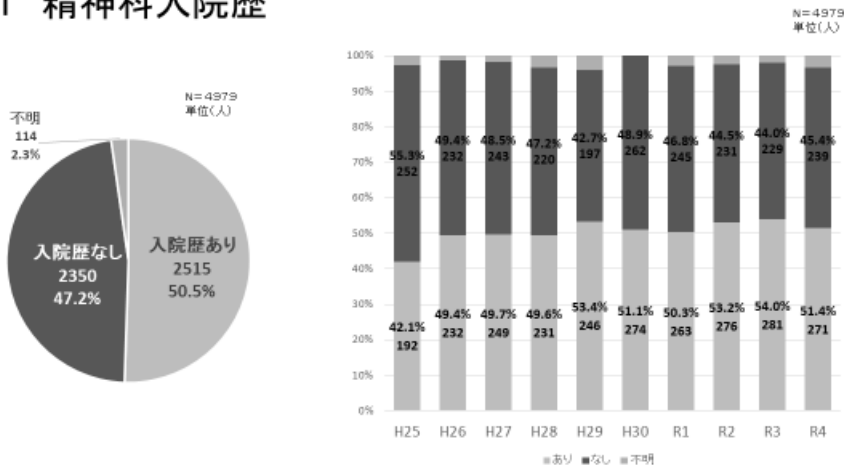
埼玉県においても県南東部への人口集中と県北西部の人口減少の問題がある。また、精神病床の偏在も大きい。昭和、平成時代は、都市部から郊外への精神病院の移転が多く、都市部の措置入院者が郊外の精神病院へ入院していた。

近年、郊外型の精神病院が人口の高齢化等により、認知症病棟や介護医療院への転換や病床削減、病床廃止等の動きがみられ、精神科スーパー救急病棟を有する精神科病院への入院が集中しつつある。

(10) 措置入院者について：入院歴・措置入院歴 資料：(5)に同じ

埼玉県における措置入院者の傾向
平成25年度～令和4年度(総数に対する割合と年度別割合)

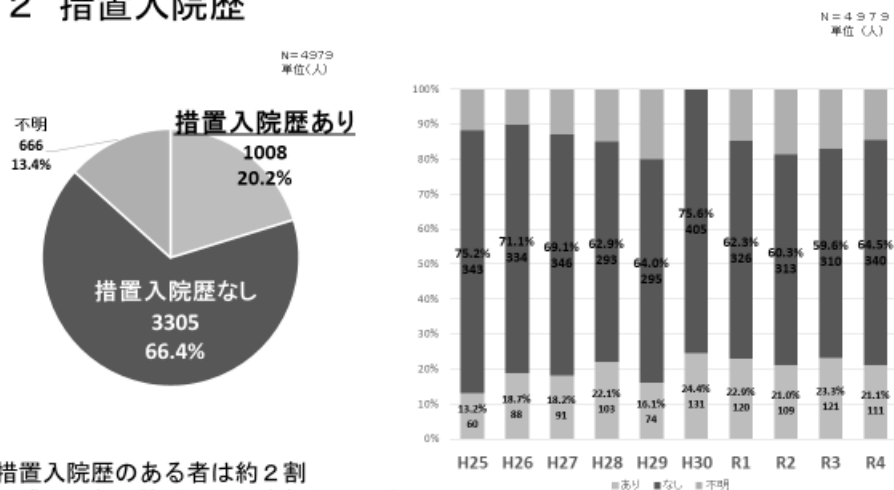
11 精神科入院歴



精神科への入院歴がある者は半数を超える

埼玉県における措置入院者の傾向
平成25年度～令和4年度(総数に対する割合と年度別割合)

12 措置入院歴



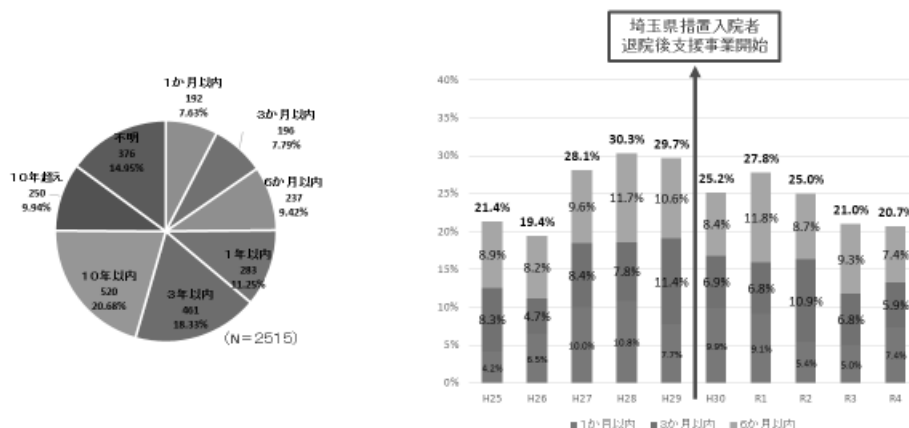
措置入院歴のある者は約2割
平成30年以降は20%を超えている

全措置入院者のうち、過去に精神科入院歴を有する者は、過半数を占めている。さらに、過去に措置入院歴を有する者も、2割存在している。

(11) 措置入院者退院後支援事業 資料：(5)に同じ

埼玉県における措置入院者の傾向
平成25年度～令和4年度(入院歴がある者に対する割合)

13 前回退院日から今回の措置入院日までの期間



前回退院日から6か月以内に措置入院となった方は、平成28年度に30.3%に達したが、令和4年度には20.7%まで減少した

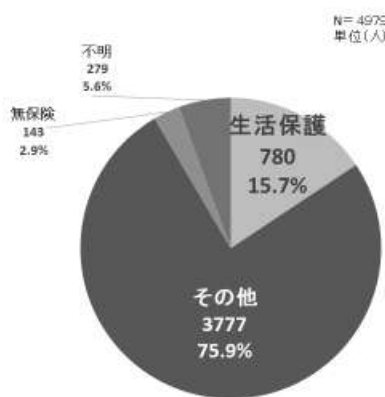
埼玉県における措置入院者の傾向
平成25年度～令和4年度(総数に対する割合)

5 世帯構成



同居の割合が多く、6割を超えている

6 保険の種類



生活保護が1割強

※ その他とは国保・社保等の保険加入者をいう

平成30年より措置入院者退院支援事業が開始され、再措置入院者は減少傾向が続いている。措置入院者の高齢化・単身・経済的問題等、社会復帰への課題が多く存在する。

※この項の引用文献

山内千恵美ほか 埼玉県における措置入院 - 10年間の推移 -
 精神科救急 第22巻74-82 2019年
 平田豊明ほか 精神科救急医療ガイドライン2015年版
 精神科救急学会 2015年

3. 【資料】日中（保健所）と休日夜間（情報センター）の措置判断の比較
 （平成30年～令和4年）

（1）集計表

平成30年度～令和4年度 23条通報（保健所・情報センターの比較）

全体

| | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 |
|--------|-----|-------|-------|-------|-------|
| 総数 | 961 | 1,115 | 1,165 | 1,199 | 1,237 |
| 措置入院 | 453 | 418 | 428 | 404 | 413 |
| 緊急措置入院 | 24 | 37 | 35 | 24 | 30 |
| 措置不要 | 413 | 300 | 247 | 189 | 109 |
| 診察不要 | 71 | 360 | 455 | 582 | 685 |

保健所

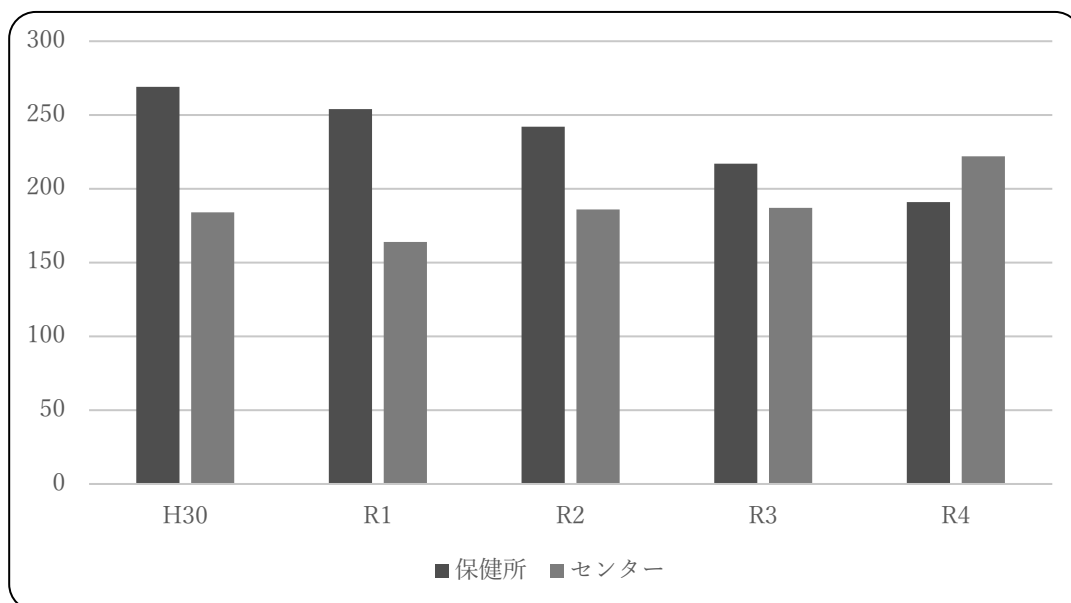
| | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 総数 | 567 | 590 | 586 | 610 | 548 |
| 措置入院 | 269 | 254 | 242 | 217 | 191 |
| 緊急措置入院 | 0 | 2 | 7 | 1 | 2 |
| 措置不要 | 277 | 203 | 162 | 126 | 48 |
| 診察不要 | 21 | 131 | 175 | 266 | 307 |

情報センター

| | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 総数 | 394 | 525 | 579 | 589 | 689 |
| 措置入院 | 184 | 164 | 186 | 187 | 222 |
| 緊急措置入院 | 24 | 35 | 28 | 23 | 28 |
| 措置不要 | 136 | 97 | 85 | 63 | 61 |
| 診察不要 | 50 | 229 | 280 | 316 | 378 |

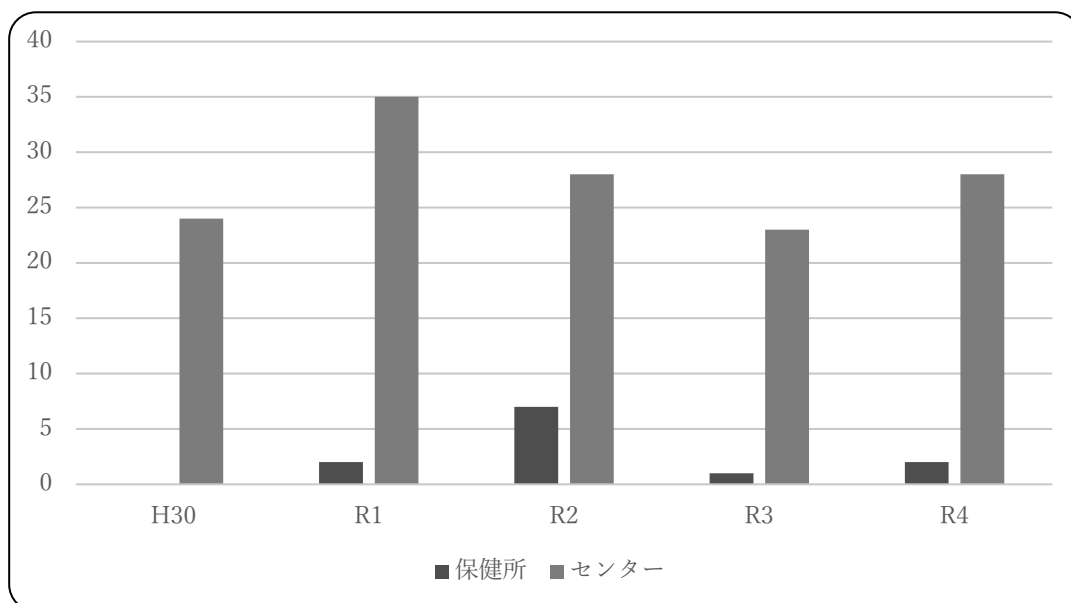
通報件数は前述のガイドラインが発出されて以降増加の傾向を示し、平成30年と令和4年を比較すると約1.43倍を示した。この間保健所では年間約600件前後で推移し令和4年度はやや減少傾向を示した一方、情報センターの取扱件数は年々増加している。

(2) 措置入院



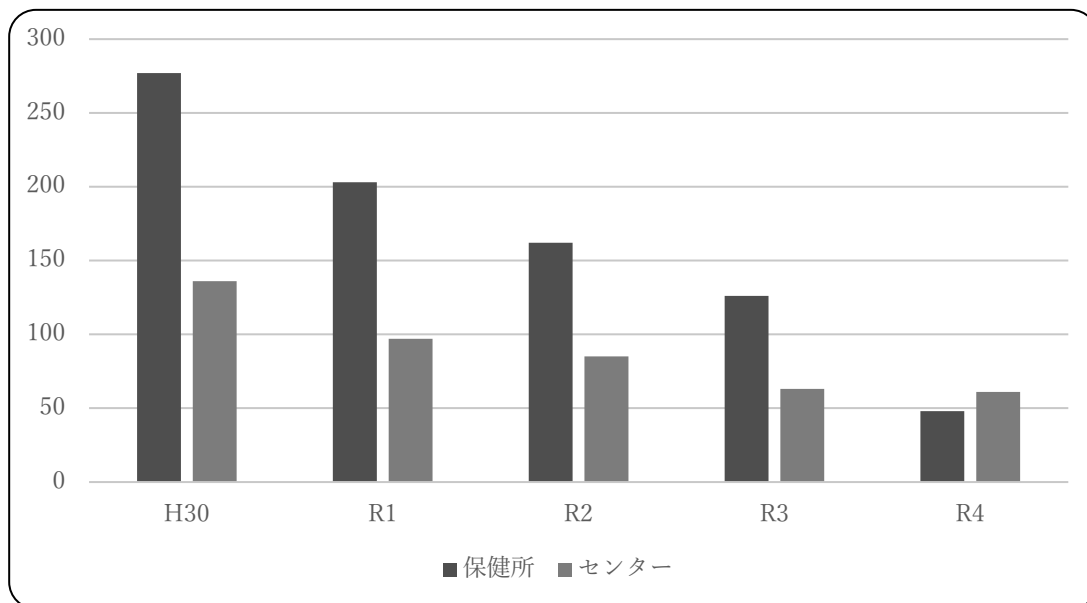
措置入院と判断されたものは年間約 400 件前後で推移している。令和元年では保健所での取扱が多かったが、以後保健所では漸減、情報センターでは漸増している。

(3) 緊急措置入院



緊急措置入院は各項目の中で最も件数が少なく、通報件数のうちの 2.4%~3.3%であった。保健所での緊急措置は極めて少数であった。情報センターでは年間約 30 件程度実施されていた。

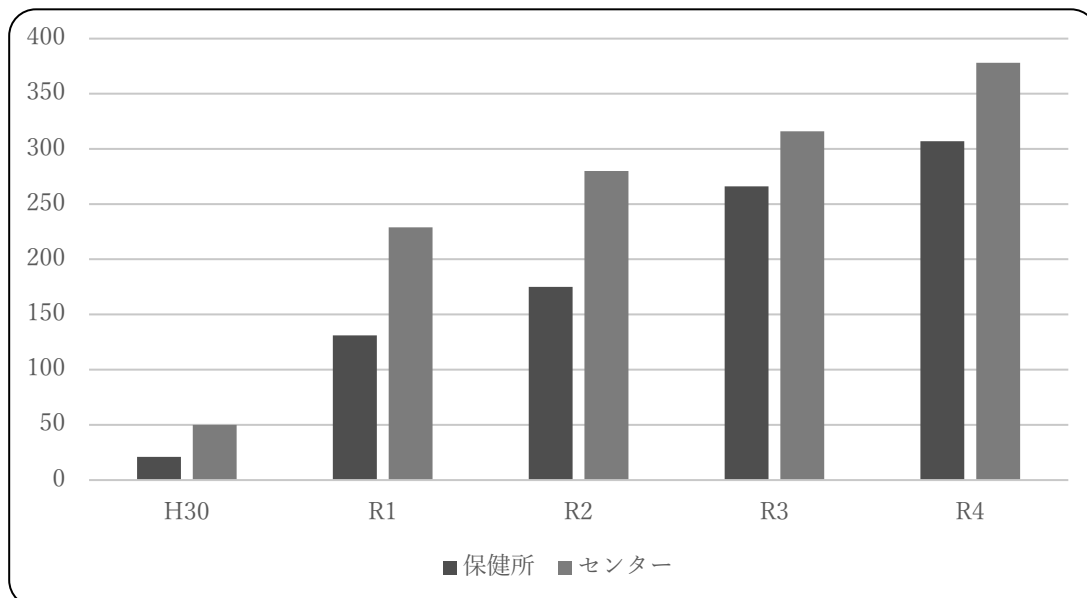
(4) 措置不要



平成 30 年以降、措置不要と判定されたケースは年々減少傾向を示しており、保健所、情報センターで同様であった。

令和 4 年と平成 30 年を比較すると、保健所では 82.7%減、情報センターでは 55.1%減となっており、特に保健所で措置不要となるケースの減少傾向が顕著であった。

(5) 診察不要

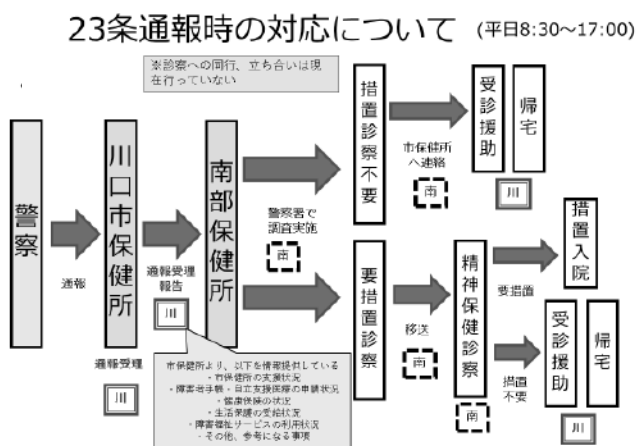


(4) とは対照的に診察不要となるケースは平成 30 年以降大幅に増加し、全体では令和 4 年 (685 件) は平成 30 年 (71 件) の約 9.6 倍を示していた。この傾向は保健所と情報センターで共通している。

4. 中核市保健所の精神科保健医療体制（警察官通報）について

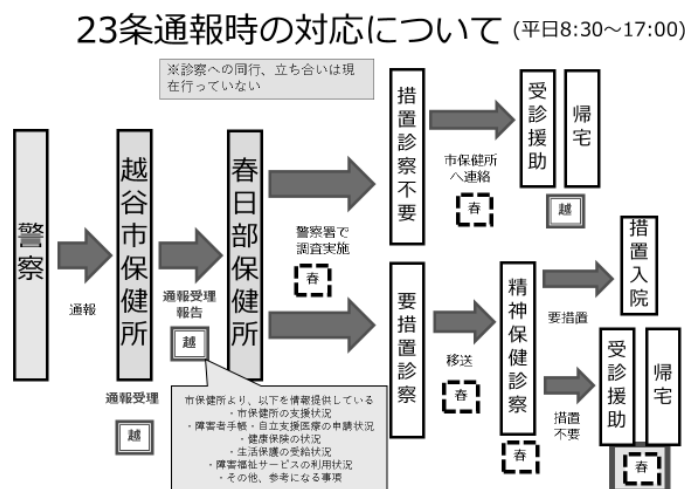
(1) 川口市保健所

現在の川口市保健所の23条通報に係る業務は、下の図のように、通報受理をした後は埼玉県南部保健所が対応しており、措置診察への同行及び立ち合いは行っておらず、川口市保健所は南部保健所に情報提供を行うほかは、措置不要になった後の受診援助と帰宅支援を担うにとどまっている。



(2) 越谷市保健所

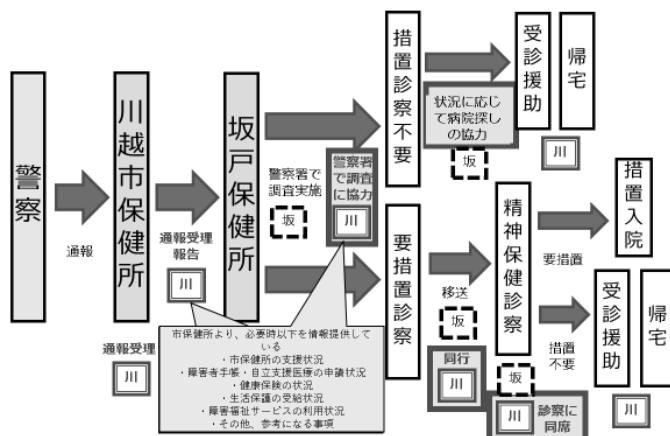
越谷市保健所の対応は、下の図のように、ほぼ川口市保健所と同様の対応だが、措置不要になった後の受診援助や帰宅支援も、県の春日部保健所が担っているところが異なっている。



(3) 川越市保健所

一方、川越市保健所では、下の図のように、通報受理後に警察署において埼玉県坂戸保健所の調査に協力するほか、措置診察に同行及び同席をしているなど、川口市保健所及び越谷市保健所とは異なる対応となっている。

23条通報時の対応について (平日8:30~17:00)



同じ埼玉県内でも、中核市保健所と県保健所の関係は標準化されておらず、また、県の担当者の異動などにより対応が変更になるなど、統一した対応になっていない。

5、結語

以上、埼玉県における精神保健医療体制、特に精神保健福祉法第23条に基づく警察官通報の取扱状況などについてまとめた。

第2章に述べたように、本県では長らく民間病院を中心とした精神保健医療体制が組み立てられてきており、平成2年になり県立精神保健総合センター（現 精神医療センター）が開設され、今日の姿となっている。

平成15年に埼玉県立精神保健福祉センター内に「精神科救急情報センター」が埼玉県・さいたま市と合同で開設され、埼玉県精神科病院協会・埼玉県精神科診療所協会の協力のもと、輪番病床・精神保健診察の確保がなされた。

なお、中核市（川越市、越谷市及び川口市）は隣接する県保健所が精神保健福祉業務のうちの措置診察に係る業務を行っている。

平成30年以降、警察官通報の件数は増加しており、「措置入院の運用に関するガイドライン」の影響が考えられた。また、本県の特徴として県警生活安全課より、精神障害者の保護後の通報が徹底され、これまで、一旦通報したが、「取り下げ」していた案件もそのまま通報対応となっていることも影響していると思われる。

通報された事案について、措置入院は約30%~40%台、緊急措置入院は約24%~35%台の割合で推移していた。一方、措置不要となった割合は年々減少傾向を示したのに対

し診察不要となった割合は大幅に増加している傾向がみられた。

警察官通報は増加しているが、保健所との関係は比較的良好である。これにはいくつかの要因が考えられるが、各保健所が日常的に各警察署の幹部や担当課等との関係づくりに努めるとともに、通報が入ってから可及的速やかに警察署等に臨場して調査を行うなどの対応をしているからではないか、と考える。

平日夜間や休日については精神科救急情報センターの職員がまずは「電話」での調査を行い、その後、警察とのやり取りで、「直ぐに」等切迫しているようであれば調査に赴いている（全体の約1/3程度）。電話調査時に「翌日でも可」「急がない」という案件は電話調査のみで翌日または翌朝に管轄保健所に依頼している。被通報者の状況によっては、遠隔地である秩父の山中でも南の都市部でも調査に赴いている。したがって当番勤務の精神保健福祉士や受け入れる精神医療センターの負担は大きい。

この精神科救急システムの運営に当たっては、県庁担当課が主管する「精神科救急医療システム運営会議」において、関係機関・団体が集まり運営上の課題等について協議を行い改善に努めていることも触れておきたい（同会議には県保健所長会からも委員を送っている）。

今後の本県における精神科救急医療体制については、2次診察の在り方、患者移送に関する問題、中核市における警察官通報への対応の平準化及び県型保健所との連携の在り方など改善すべき点があることが、本稿の作成を通し明らかになってきた。

また、これは本県に限った話ではないが、保健師の年齢構成が偏っていることにより、若い世代への技術、経験の継承が課題となっている。今後一定レベルを担保しつつ持続可能な精神保健福祉業務を構築していくことも急務となっている。

今後こうした課題について、関係する機関、団体等との対話や協議を通してよりよい方向に導いていきたいと考えている。

本稿を作成するにあたりご協力を戴いた埼玉県保健医療部疾病対策課、埼玉県立精神保健福祉センターなど関係機関に深甚なる謝意を表す。

II. 九州ブロックの現状を踏まえた措置入院制度の課題 ～R4年度全国保健所対象アンケート調査結果から～

中原由美 福岡県筑紫保健所

1 回答率

九州ブロックの政令指定都市・中核市を含む80保健所のうち48か所から回答があり、回答率は60%でした。なお、九州ブロック全8県から回答がありました。

2 警察官通報への対応体制

回答があった48か所の保健所のうち44か所が警察官通報の要否判定に対応していました。対応していない4か所のうち、3か所は中核市、1か所は県型でした。

時間帯別にみると、平日日勤帯は43か所、平日夜勤帯は42か所、休日は全44か所に対応しています(表1)。なお、対応していない時間帯は、他の保健所や警察の保護によって対応されていました。全国的には、夜間や休日等の対応を一元化しているところもありますが、九州ブロックでは全て保健所に対応しています。

(表1)

| | 平日日勤帯 | 平日夜勤帯 | 休日 |
|------|-------|-------|----|
| 対応あり | 43 | 42 | 44 |
| 対応なし | 1 | 2 | 0 |

(参考) 全国の状況 回答数 188 保健所

| | 平日日勤帯 | 平日夜勤帯 | 休日 |
|------|-------|-------|-----|
| 対応あり | 187 | 147 | 148 |
| 対応なし | 1 | 41 | 40 |

3 措置診察における本人への事前調査の実施状況

平日日勤帯に「必ず面接する」と回答した41か所の保健所は、夜間・休日も「必ず面接する」と回答していました。一方、平日日勤帯に「可能な限り面接」とした3か所のうち1か所が夜間・休日は「原則面接なし」となっていました(表2)。

夜間・休日においても「必ず面接する」との回答した保健所は、通報対応している保健所の93%を占め、全国の69%と比べ、多くみられています。

(表2)

| | 平日日勤帯 | 夜間・休日 |
|--------|-------|-------|
| 必ず面接 | 41 | 41 |
| 可能な限り | 3 | 2 |
| 原則面接なし | 0 | 1 |

(参考) 全国の状況 回答数 188 保健所

| | 平日日勤帯 | 夜間・休日 |
|--------|-------|-------|
| 必ず面接 | 153 | 130 |
| 可能な限り | 34 | 28 |
| 原則面接なし | 1 | 11 |
| 無回答 | 0 | 19 |

4 中核市の措置診察業務にかかる課題

(1) 九州ブロックの状況

回答があった県型保健所 38 か所のうち、6 保健所が中核市の措置診察業務を担当していました。担当している保健所が課題と感じることは、「管外の調整（指定医や精神科病院など）は難航するケースが多く、措置診察や入院まで時間がかかり、日またぎとなることもある」、「休日などの時間外対応時は中核市と連絡が速やかに取れず、情報共有や引継ぎに時間を要する」、「警察官通報は中核市、措置診察の事前調査から措置入院までの対応は県型保健所で行っているが、特に時間外は情報共有が円滑にできない場合がある」、「措置非該当となったケースのフォローや退院後支援が十分になされているのか不明」、「措置診察対応と継続支援の保健所が異なるため、情報共有や家族との連絡等が困難となり、対応に苦慮することがある」などの意見がみられ、時間外の対応や支援の一貫性に課題があると思われました。

(2) 全国の保健所設置の状況

現在の保健所は、以前に比べ、県型保健所の数は激減、中核市型保健所が増加しています。また、指定都市型保健所も統合が進み、各区に設置されていた保健所が 1 市 1 保健所となってきました。

R5 年 4 月 1 日現在の全国の保健所 468 か所の構成は、都道府県型 352 か所、指定都市型 26 か所、中核市型 62 か所、その他政令市型 5 か所、特別区型 23 か所となっており、管轄人口の全人口に占める割合は、都道府県型 51.2%、指定都市型 22.0%、中核市型 17.8%、その他政令市型 1.2%、特別区型 7.8%となっています。措置入院の権限がない自治体設置の保健所の管轄人口は全人口の 26.8%ということになります（表 3）。

(表 3)

| 年度 | 都道府県 | 指定都市 | 中核市 | その他政令市 | 特別区 | 計 |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|---------------|
| H6 | 625 | 124 | 0 | 45 | 53 | 847 |
| H9 | 525 | 101 | 26 | 15 | 39 | 706 |
| H19 | 394 | 58 | 35 | 8 | 23 | 518 |
| H29 | 363 | 41 | 48 | 6 | 23 | 481 |
| R5 | 352 | 26 | 62 | 5 | 23 | 468 |
| | △273 | △98 | 62 | △40 | △30 | △379 |
| 全人口に 占める 管轄人口 (%) | 51.2% | 22.0% | 17.8% | 1.2% | 7.8% | 100.0% |

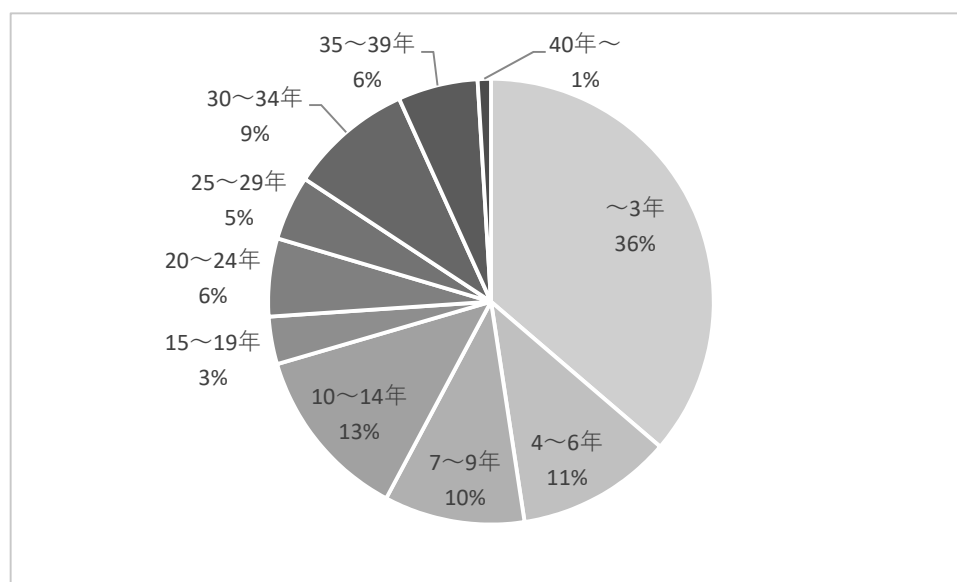
5 人材確保・育成における課題

通報対応については、全国的には、夜間休日の時間帯、さらには全時間帯の対応を、保健所外で対応している自治体がありますが、九州ブロックでは、全時間帯が保健所で対応されてきました。夜間休日においても保健所で対応しているため、「措置入院の運用に関するガイドライン」（平成30年3月27日障発0327第15号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）で示されている「事前調査は原則、面接」が夜間休日においても93%の保健所で行われていました。

措置診察は、調査の上必要があると認めるときに行うものであり、人権上の制限を加える行政処分であることから、事前調査はしっかり行わなければなりません。しかし、交代勤務でない保健所において、24時間、365日対応を行うことは、職員の大きな負担となっていることも事実です。

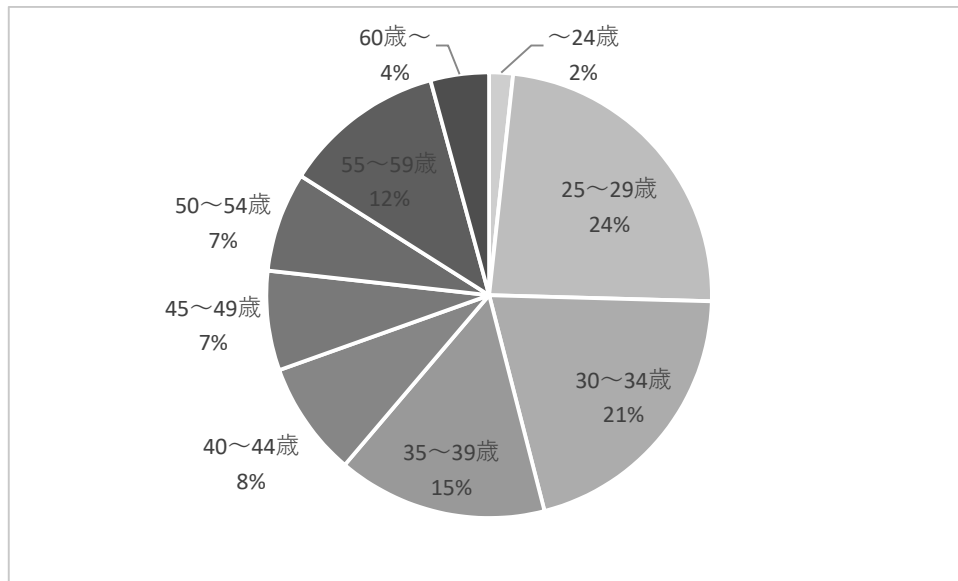
警察官通報は、保護が原則24時間であることから、限られた時間の中で調査を行い、措置診察の要否を決定しなければなりません。そのためには、関係法令、精神疾患や医療に関する専門的知識、面接の技術等、日頃の精神保健福祉相談の経験から蓄積された知識や技術が必要です。しかし、現在、精神保健福祉業務の中心となる保健師の世代交代が進んでおり、都道府県に所属する常勤保健師の経験年数別割合では、3年未満の新任期保健師が4割近くを占めています（図1）。サポートを行う中堅の職員層が薄く、精神保健福祉担当職員をどのように育成していくかについては課題であり、夜間休日に対応する複数職員の確保が難しくなっています。今後これまでのような24時間体制をとることが困難になることも想定する必要があると考えます。

（図1）九州ブロック県型保健所：経験年数別



都道府県に所属する常勤保健師・経験年数別（R5年度保健師活動領域調査）から所属区分の保健所抜粋

(参考) 九州ブロック県型保健所：年齢別



都道府県に所属する常勤保健師・年齢別（R5年度保健師活動領域調査）から所属区分の保健所抜粋

6 今後の方向性

今回の精神保健福祉法の一部改正では、都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援について、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、精神障害者及び精神保健に関する課題を抱える者に対し、適切な支援が包括的に確保されることを旨として行わなければならないことが規定される等、精神保健に関する相談支援体制の整備に関する規定が創設されました。保健所がこれらの役割をしっかりと担い、相談対応時から確実に支援介入ができれば、本人にとって不本意な非自発的入院を減少することもできると考えます。

限られた人材の中では、保健所における地域精神保健福祉活動の何に重点を置くべきか、外部委託や一元化できることがあるのかといった視点で業務の重点化・効率化を図っていくことも必要です。また、現在の精神保健福祉法は、中核市型保健所を想定したものとは言い難く、措置診察業務についても通報を受理する中核市型保健所と措置診察を実施する都道府県等との間で積極的な連携が必要となっています。

保健所が抱える課題を踏まえ、今後どのような運用を行えば、人権上の配慮や一貫した支援ができる体制を持続することができるのかといった観点で、措置入院制度を点検することも必要であると考えます。

Ⅲ. 鹿児島県の措置対応の現状と課題

松山智美 始良保健所

小田房子 鹿児島県くらし保健福祉部障害福祉課

山口文佳 始良保健所兼大口保健所

1 鹿児島県の23条通報対応の概要について

(1) 23条通報対応

各保健所が、23条通報等に24時間体制で対応している。23条通報を受理した際は、まず担当が「通報受理チェックシート」(資料1)の内容にそって警察官から聞き取り調査を行い、その内容を基に、保健所長が事前調査の要否を判断している。

事前調査が必要と判断された場合、その調査は、原則、保健師と事務職員の2人体制で行う。また、事前調査の多くは被通報者が保護されている警察署内で行われ、被通報者と面接を実施した上で「診察のための事前調査票」(資料2)を作成する。「診察のための事前調査票」を基に、保健所長が措置診察の要否を判断している。

措置診察の必要があると判断された場合は、主治医の意見確認、診察のための精神保健指定医(以下、指定医)2人の確保、診察場所の確保、「精神保健診察命令書」や「精神保健診察通知書」等の書類作成、入院先指定病院の確保及び家族へ診察立ち会いの確認等を平行して行っている。平日の日中は、3人以上の職員で対応できるが、休日や夜間は当番職員2人で対応する。加えて、休日や夜間は指定医が不在の場合も多く、より調整に苦慮している。そのため、夜間に警察が被通報者を保護した場合は、精神状態等を充分考慮し、早朝から保健所が23条通報対応を開始することがある。

また、診察や入院のための移送については、委託契約医療機関の移送や警察の協力を得て行っている。

一方、保健所長判断で事前調査不要、事前調査の結果で措置診察不要、又は診察結果で措置入院非該当となった場合も、保健所では症状に応じた受診調整を行っている。

(2) 離島における措置通報対応体制

当県は南北に約600キロ広がっており、離島も抱えている。離島においては精神科医が不在の場合があり、精神科救急医療体制、特に措置通報の対応については地理的な課題が生じている。

離島における措置入院事案については、診察のための指定医2人と入院先指定病院の確保が島内で完結できない場合には、移送のため委託契約している本土の県立病院から指定医と看護師が離島に出向き、一次診察を行い、その後民間飛行機で本土にある病院で2次診察を行い、受入病院に移送をしている。

2 警察等との協働体制

(1) 鹿児島県障害福祉課の取組

鹿児島県精神科救急医療システムは、平成8年度からの「輪番病院群輪番方式」や平成16年に設置された「精神科救急情報センター」（平成30年運用時間の拡充）での対応、平成27年10月からの「精神科救急医療電話相談窓口」の対応、精神科救急地域拠点病院に2病院指定するなどの対応を行い、現在まで運用している（資料3）。

平成24年4月からの都道府県の精神科救急医療体制の整備に係る努力義務が明記されたことにより、平成23年度末に警察本部を含む、医療機関、救急情報センター等、関係機関で精神科救急体制に係る「精神科救急医療システム連絡調整委員会」を設置し、以後年1回委員会を開催し、それぞれの関係機関の役割を確認し情報を共有している。

さらに、令和2年度からは、障害福祉課の担当者（保健師）が警察学校において、精神保健福祉法制定の背景や精神科医療の歴史、精神保健福祉対策、精神科の入院形態、本県の精神保健福祉の現状と取組等について90分程度の講話を行っている。

措置入院については、平成30年3月の「措置入院の運用に関するガイドライン」等をもとに、警察官通報を受理した際の保健所職員が確認する情報や事前調査、措置診察、入院までの動き、また、警察官通報の基準についても詳細な説明をしており、措置入院業務への理解促進に努めている。

(3) 保健所での取組

保健所では、以前から関係機関を対象として精神保健福祉に関する連絡会や研修会等を開催しており、特に措置業務をテーマにした連絡会を年1～2回開催しているところもある。コロナ禍に一時中断はしていたが、多くは令和5年度から再開している。具体的には、生活安全（刑事）課長代理等の警察署員、医療機関の精神保健福祉士及び市町担当者を参集して連絡会を開催し、緊急時対応や措置業務の運用状況について確認し、事例について検討するなどしている。

(4) その他

警察官通報に該当しないと警察が判断したケースについては、保健所に情報提供書を提出し、情報共有を行っている。また、夜間については、警察は精神科救急情報センター（資料3）を利用し、受診支援を行い、その結果を情報提供書で保健所に情報提供するなど協力体制がある。

3 警察等との協働における課題

(1) 精神保健法第28条第2項「他害のおそれ」の解釈の相違による通報基準

保健所としては単なる「迷惑行為」と判断する行為に対し、警察では「他害のおそれ」があると判断されている場合がある。そのため、保健所が措置診察不要と判断したことに対し警察署から異議が上がり、措置診察不要とした理由の説明に保健所職員が難渋する場面がしばしばある。時に保健所長が臨場して理解を得られるよう努めている。

(2) 人事異動による課題

警察署員も保健所職員も異動があるため、研修会や連絡会を開催し、お互いの役割を再認識する工夫をしている。

4 保健所職員の人材育成と人材確保

(1) 人材育成

当県の保健師は離島も含め、おおむね 3 年ごとに人事異動があり、本人の異動以外でも所内の職員配置に合わせて担当業務の変更がある。

精神保健福祉担当者のスキル確保については、障害福祉課が年度当初に 2 日間にわたり精神保健福祉業務担当者会議を開催し、各保健所の精神保健福祉業務担当の保健師及び事務職員に対し、県が定めた「鹿児島県精神保健福祉関係事務処理要領」及び「措置入院事務処理等マニュアル」にもとづいて、措置業務を含む精神保健福祉業務全般について説明をしている。さらに法改正等がある場合は、その都度研修会等を開催している。

措置業務に従事する保健師体制は、行政改革後の職員採用制限により、令和 5 年度で、入庁 5 年以下の新任期保健師が約 6 割を占めており、そのサポートや相談対応の技術を継承する立場である中堅期保健師が少なく、人材育成が課題となっている。精神保健福祉業務は、数年前までは中堅期以上の保健師が担当していたが、近年では、新任期と中堅期保健師の 2 名で担当するようになり、最近では、新任期保健師 2 人で担当する保健所もある。

そのため措置業務を円滑に行うためには、措置業務の経験がある所内保健師や統括保健師及び障害福祉課が、基本的な事項から詳細に助言・指導を行い、担当保健師を支えている。

また、警察署員の年齢構成も同様で、中堅層の署員が不足している現状である。

(2) 夜間休日の人材確保

夜間休日の 23 条通報に対しては、担当係外の精神保健福祉業務未経験の職員も含めて担当制をとっている。しかし、精神保健福祉業務担当の保健師は、当番以外の日も当番者からの相談を受けるなど、出勤せざるを得ないことがあり、限られた職員へ負担がかかっている状況がある。

5 まとめ

本県の措置業務については、さまざまな課題はあるが、障害福祉課と保健所の双方で警察との関係づくりに努め、おおむね良好な関係を構築して実施している。

来年度の法改正では、措置入院時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されることになる。保健所においても個々の措置入院事例を検証しながら、適切な措置入院の運用と退院後の支援体制を充実させていきたい。

(参考様式1)

通報受理チェックシート(23条通報)

(資料1)

※ 把握できることだけ簡潔に記入する。(不明な点は空欄とする)

| 通報主体 | | (所属) | (職) | (通報者氏名) | |
|------------------------|------------------------------|-------|---------|---------|------------|
| 対象者 | 氏名 | | | 性別 | 男・女 |
| | 生年月日 | T・S・H | 年月日 | 年齢 | 才 |
| | 職業 | | | 保険種別 | 健康・国民・生保・勤 |
| | 住所 | | | | |
| | 受診中の病院名 | | | | |
| 事実確認 | 最近(概ね3ヶ月以内)の状況(通院、服薬状況、病状等) | | | | |
| | 保護者、親族の有無(裏にジェノグラム) | | | | |
| | いつ(日時) | | | | |
| | どこで | | | | |
| | 誰が | | | | |
| 現在の状況 | どんなことを(相手は?相手の状況は?相手に何が起った?) | | | | |
| | なぜしたのか | | | | |
| | 保護された時の様子は? | | | | |
| | どこにいるか? | | | | |
| | いつからそこにいるか? | | | | |
| どんな状況?(保護?通報?)(本人に何が?) | | | | | |
| 空室、独居等は? | | | | | |
| アルコール臭は? | | | | | |
| 薬物反応は? | | | | | |
| どのような発言か?(発言内容、意思疎通性等) | | | | | |
| 隠れているか?(隠蔽、多動等) | | | | | |
| 受理 | (年月日) | (時間) | (受理者氏名) | | |

| ジェノグラム | | | | | |
|-------------------------|----|------|-----|----|----|
| | 本人 | 本人以外 | 未婚者 | 養子 | 離婚 |
| 女性 | ◎ | ○ | × | ⊕ | # |
| 男性 | □ | □ | × | ⊕ | |
| その他特記事項 | | | | | |
| <飲酒状況> (日頃の飲酒量、飲酒癖等) | | | | | |
| <生育歴> | | | | | |

様式G-2 (別記様式4)

診察のための事前調査票 1

| | | | | |
|------------------------------|------------------------|-------|--------------|----------------|
| 対象者 | フリガナ | 男 | 生年 | 年月日 |
| | 氏名 | 女 | 月日 | (満 歳) |
| | 住所 | 都道府県 | 郡市 | 町村 |
| | 職業 | | | |
| 家族等 | 氏名 | 続柄 | 生年 | 年月日 |
| | | (男・女) | 月日 | (満 歳) |
| | 住所 | 都道府県 | 郡市 | 町村 |
| | 遷居された家族等の場合、遷居年月日 | 年月日 | | |
| 申請者 | 氏名 | 保護者 | 行政機関() | |
| | 通報者 | 相談者 | 扶養義務者 その他() | |
| 相談者 | 住所 | 都道府県 | 郡市 | 町村 |
| 精神障害の病歴(病名、発病時期、通院歴、入・退院歴ほか) | | | | |
| 病名() | | 入院形態 | | 入院形態 |
| 入院歴 | 初回 | 年月日 | ～ | 年月日() (任・医・推) |
| | 最終 | 年月日 | ～ | 年月日() (任・医・推) |
| 通院歴 | | | | |
| 主治医との連絡 | | | | |
| 未 | 理由: | | | |
| 済 | 主治医名 | 勤務先 | | |
| 主治医意見 | | | | |
| 保護所長の措置診察の要否に係る意見 | | | | |
| 総合判定 | 措置入院に関する診察が 1 必要 2 不必要 | | | |

(別記様式5)

診察のための事前調査票 2

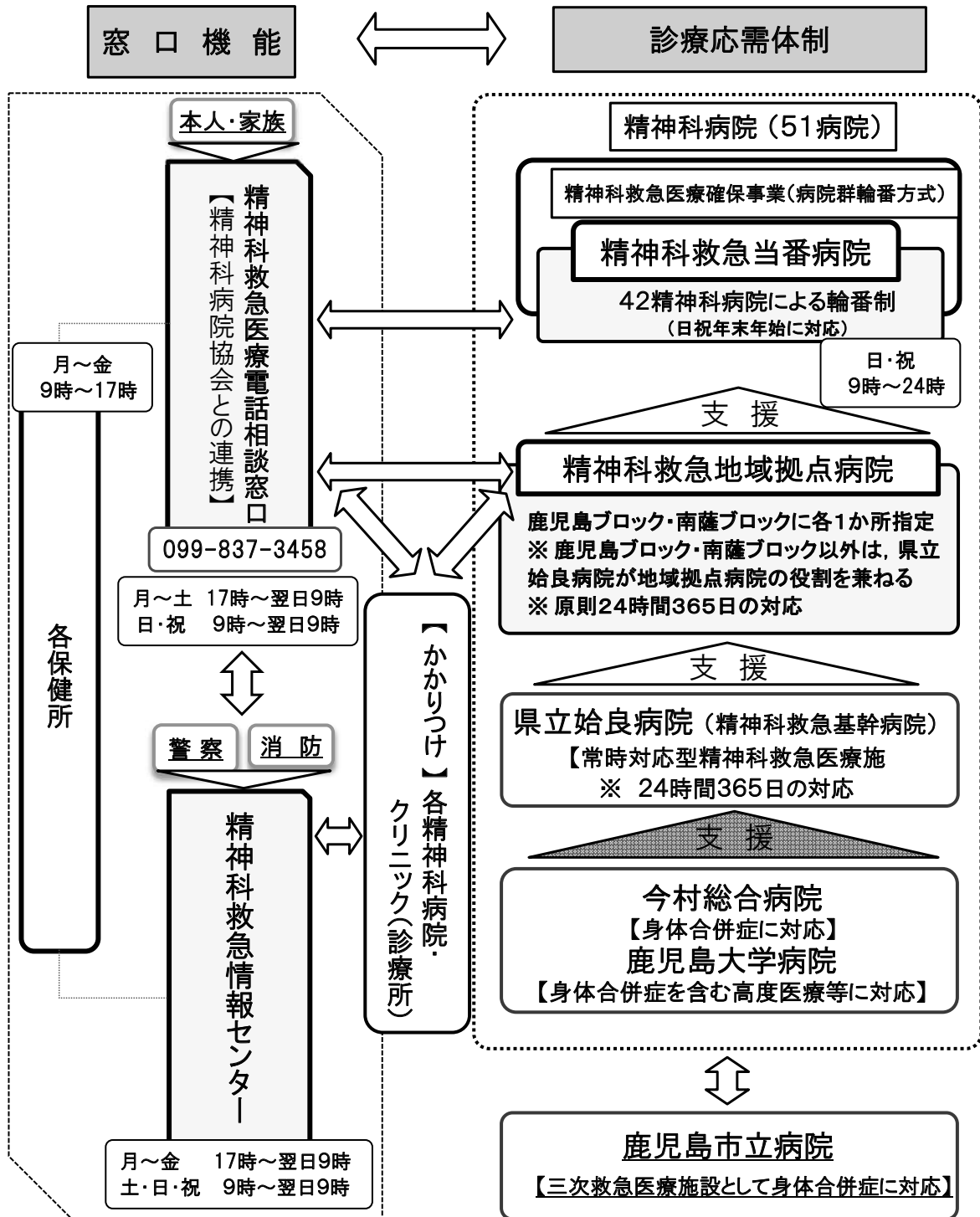
| | | | |
|-------------------|------------------------|-----|----|
| 調査者 | 所属 | 職名 | 氏名 |
| 調査年月日時 | | | |
| 年 月 日 時 分～時 分 | | | |
| 調査対象者の所在地 | | | |
| 都道府県 郡市 町村 | | | |
| 調査時の状況 | | | |
| 主治医との連絡 | | | |
| 未 | 理由: | | |
| 済 | 主治医名 | 勤務先 | |
| 主治医意見 | | | |
| 保護所長の措置診察の要否に係る意見 | | | |
| 総合判定 | 措置入院に関する診察が 1 必要 2 不必要 | | |

(資料2)

(資料3)

本県における精神科救急医療システム体制図

↔ は「連携」



※窓口機能は平日日中は各保健所等に対応

(注) アンダーラインは、平成31年度～の変更点

第4章

シンポジウムの概要

I. 座長総括

第82回 日本公衆衛生学会総会

公募シンポジウム「措置制度から精神障害者の人権を考える」

稲葉静代（岐阜県岐阜保健所）

【背景と目的】

全国保健所長会協力による地域保健総合推進事業において、令和4年度から「措置診察および措置入院者支援の課題整理と今後の保健所の対応に関する研究」事業班が立ち上がった。平成30年3月に、措置入院に関する標準的な手続を整理した「措置入院の運用に関するガイドライン」と、退院した精神障害者の円滑な社会復帰等を目指した「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」が発出された。令和2年度衛生行政報告例によると、警察官通報を契機とした人口10万人あたりの措置入院率は、全国の都道府県で約10倍もの格差が認められ。調査の結果、保健所の対応にも差があることが分かってきた。

精神障害者支援の質的向上と人権上の配慮については、公衆衛生における大変重要なテーマであることから、本学会総会で多くの皆様と共に考えたいという結論に至った。

【内容】

別添参照

【成果】

班員のシンポジストからは、日本の非同意入院に対して厳しい眼が海外から向けられていることが紹介された。精神保健行政の最前線である保健所といえども十分な認識を持つ者は少なく、事業班の調査結果から数々の地域格差について報告され、参加者にはよい機会となったと考えられる。ガイドラインの作成にかかわったシンポジストからは、①警察の23条通報判断×②保健所の措置診察要否の判断×③精神保健指定医の措置入院の判断、この3要素が絡み合った結果として措置入院という事象にたどり着くため、3者に対する意識調査が報告された。また、精神保健指定医の措置診察技法に関する開発・介入研究が行われていることも紹介され、措置入院制度は今後も巨視的・多角的な検討が必要であるとまとめられた。ガイドライン作成の中心を担われたシンポジストからは、治安を守るべき警察と精神患者の人権を守る保健所等とは、依って立つ法律の違いや目的の違いから、措置制度をめぐって見解が異なることは自然なことであり、それを乗り越えて協働するためにはコミュニケーションしかないと繰り返し説明があった。

保健所業務は数々あるが、精神対応はその困難度において代表的な業務であると思われる。しかし、それに立ち向かっていくことが保健所の存在意義であり、シンポジウムを通じてこの使命を発信できたのではないかと考えた。

II. シンポジウム抄録：座長のことば

「措置制度から精神障害者の人権を考える」

座長 兵庫県豊岡保健所長 柳 尚夫
岐阜県岐阜保健所長 稲葉静代

本シンポジウムの企画は、全国保健所長会協力による地域保健総合推進事業のうち、令和4年度から立ち上がった「措置診察および措置入院者支援の課題整理と今後の保健所の対応に関する研究」事業班によるものです。

平成30年3月に、措置入院に関する標準的な手続を整理した「措置入院の運用に関するガイドライン」と、退院した精神障害者の円滑な社会復帰等を目指した「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」が発出されました。しかし、令和2年度衛生行政報告例によると、警察官通報を契機とした人口10万人あたりの措置率は、全国の都道府県で約10倍もの格差が認められました。また、コロナ禍の折、保健所が取り組んでいる退院後支援の状況も全国で共有できていませんでした。よって、当事業班を立ち上げ、全国保健所の現状を調査し、2つのガイドラインの運用状況についても検討を行いました。その過程において、精神障害者支援の質的向上と人権上の配慮について、保健所の立場から議論を重ねてきましたが、これは公衆衛生における大変重要なテーマであることから、本学会総会で多くの皆様と共に考えたいという結論に至りました。

シンポジストとして、保健所、大学及び国立研究開発法人から3名をお招きしました。

まず、本事業班員である兵庫県豊岡保健所長 柳尚夫氏から、精神保健指定医としての視点も加えながら、調査結果について報告いただきます。

次に、千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門特任教授 椎名明大氏は、司法精神保健の専門家のお立場からガイドライン策定にたずさわり、運用後の検証も継続されていることを踏まえご発言いただきます。

そして、国立精神・神経医療研究センター地域精神保健・法制度研究部長 藤井千代氏は、ガイドラインの基礎となる研究の取りまとめの後、その策定にも関わられました。精神障害者を取りまく調査研究や患者・家族・自治体等への講演・研修を行っているご経験も交えてご発言いただきます。

それぞれにご講演いただいた後、総合討論と致します。

II. シンポジウム抄録と発表資料①

「措置制度から精神障害者の人権を考える」

兵庫県豊岡保健所長 柳 尚夫

日本の精神科医療の先進諸国内での特異な状況（世界の精神科病床の 20%を占有、平均在院日数は 300 日と数倍～10 倍）が、長年にわたり改善されていない事を日本公衆衛生学会員の皆さんはご存じか。昨年には、「障害者国際人権条約」の初めての国連の審査を受け、多数の懸案事項が提言された。特に 14 条の「身体の自由及び安全」で「障害者の強制入院は、障害を理由とする差別であり、自由の剥奪に相当するものと認識し、実際の障害または危険であると認識されることに基づく障害者の強制入院による自由の剥奪を認めるすべての法的規定を廃止すること」が求められた。

日本が批准する国際条約で廃止を求められている強制入院である「措置入院」は、2003年に池田小学校事件を契機に作られた「医療観察法」制定時も、2017年の相模原事件後も基本的な見直しはされず、本年の精神保健福祉法改正でも何ら見直されなかった。

更に、全国保健所長会の昨年度研究班の調査では、全国の保健所の人口当り措置入院件数は 10 倍以上の格差があり、本来は警察からの通報内容を調査し措置診察の必要性を判断すべき保健所で、何ら判断せずに全例措置診察をしている自治体さえある事が分かった。

精神医療体制の改善が見られない中でも、統合失調症の長期入院者は高齢化による死亡で年間 3000 人程度であるが減少する中で、認知症の入院患者数が 7 万人を超え、1 年以上入院者がその半分を占めており、認知症を地域で支えるという政策目標とは裏腹に、認知症患者は「医療保護入院という」もう一つの強制入院制度で社会から隔離され、身体拘束が増加している現状である。

これらの精神障害者の人権侵害に対し、日本弁護士連合会は 2022 年に意見書を出し、その改善を求める宣言と支援を表明している。一方、長期入院経験者が国を相手取って「国家賠償請求訴訟」をおこなっている。

一方、日本公衆衛生学会では、精神医療の社会的課題について取り上げる演題は皆無であり、その課題を取り上げるシンポジウム等の企画も私の知る限りこの 30 年にわたって全く行われていない。今回のシンポジウムを一つの契機として、この状況を公衆衛生的課題として捉え、一人でも多くの学会員がこの問題に学際的に取り組まれることを期待したい。

措置診察および措置入院者支援の課題整理と 今後の保健所の対応の検討に関する研究

令和4年度 地域保健総合推進事業 全国保健所長会分担

■ 分担事業者

川原 明子（福岡県嘉穂・鞍手保健所長）

■ 事業協力者

柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所長）

中原 由美（福岡県筑紫保健所長）

遠藤 浩正（埼玉県鴻巣保健所(兼)本庄保健所長）

向山 晴子（東京都世田谷保健所長）

稲葉 静代（岐阜県岐阜保健所長）

山口 文佳（鹿児島県鹿屋兼志布志保健所長）

岡本 浩二（川口市保健所長）

長井 大（鳥取市保健所長）

目的と内容

■ 目的

- ① 措置診察の実施状況は、都道府県で大きな差があるが、その要因を探る。
- ② 措置診察ガイドラインと退院後支援ガイドラインが作成されたが、これらに沿った活動がされているか検証し、二つのガイドラインの運用上の課題について検討を行うことで、ガイドラインが実効性のあるものとなり、保健所の精神障害者支援の質的な向上と人権上の配慮がなされることを目指す。
（両ガイドラインは、2018年3月27日 厚生労働省通知）
- ③ 中核市の措置診察と退院支援問題を明らかにする。

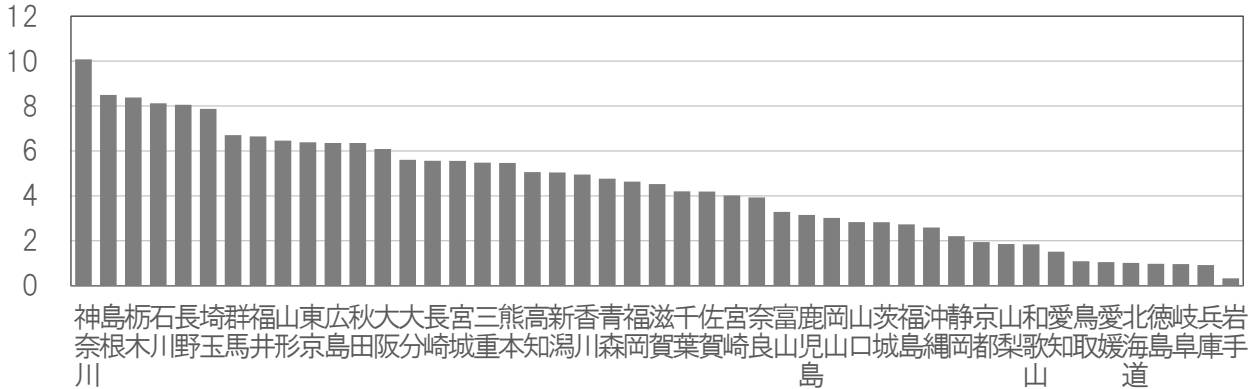
■ 方法

- ① 全国保健所対象のアンケート調査の実施
- ② 積極的取り組み事例調査の実施

23条通報による措置率には、都道府県で差がある。

- 23条による措置率は、最も多い県と、少ない県で10倍の差があり。
※23条による措置率 = 23条通報による措置数 ÷ 人口 × 10万

(人口10万対)



- 衛生行政報告例: 表1: 精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況 2020年度
- 人口推計: 表2: 都道府県, 年齢(5歳階級), 男女別人口—総人口, 日本人人口
- 国勢調査

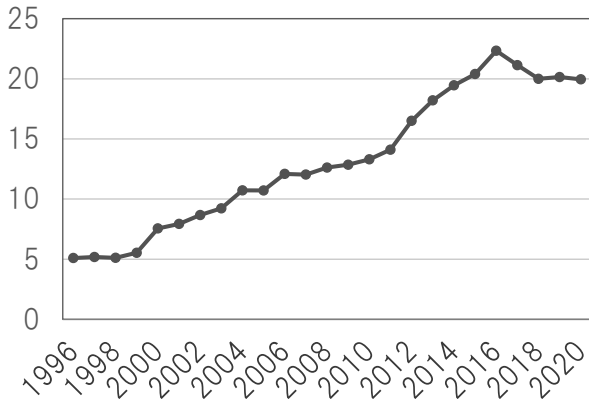
2

全国の通報件数は増加傾向だったが2016年で頭打ちから横ばい。

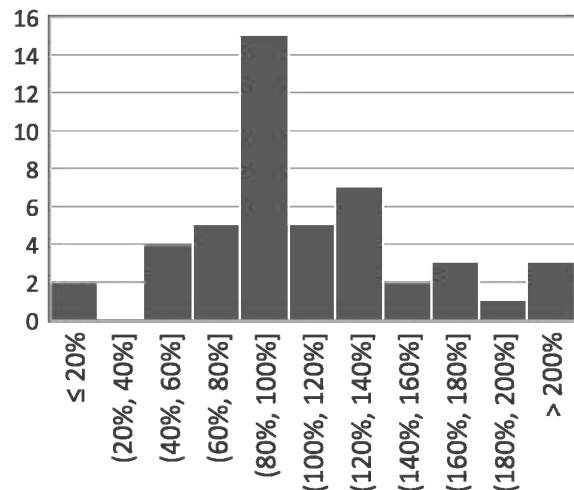
- 都道府県別にみると、2020年度の通報数が2016年度から20%以下に激減した2都道府県や、2倍以上に増加した3都道府県もあるが、80~100%のやや減少した都道府県が最多。

全国の総通報率

(人口10万対)



2016年度に対する2020年度の通報数の割合(都道府県別)



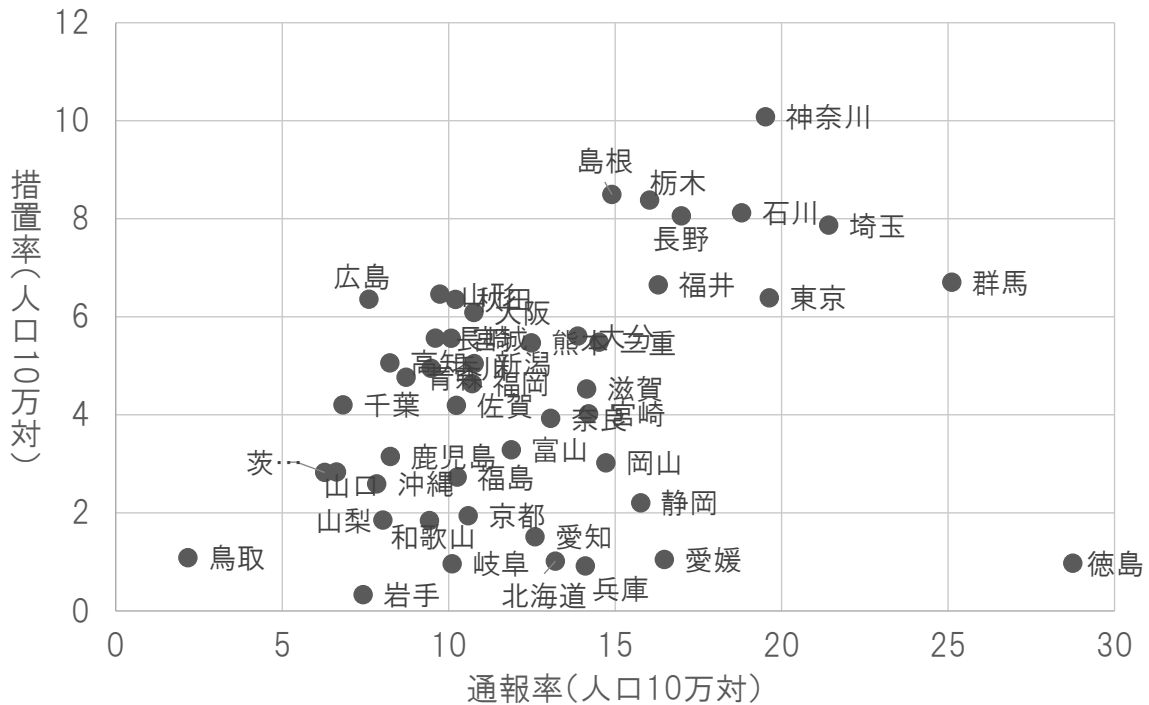
- 衛生行政報告例: 表1: 精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況
- 人口推計: 表2: 都道府県, 年齢(5歳階級), 男女別人口—総人口, 日本人人口
- 国勢調査

3

通報率が高くなると措置率も高くなる傾向

■ 23条通報率が高くなると、それによる措置率も高くなる傾向あり。(r=0.3,P=0.02)

一方例外的都道府県もある(広島・徳島) ※ 通報率=23条通報数÷人口×10万



■ 衛生行政報告例:表1:精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況

■ 国勢調査

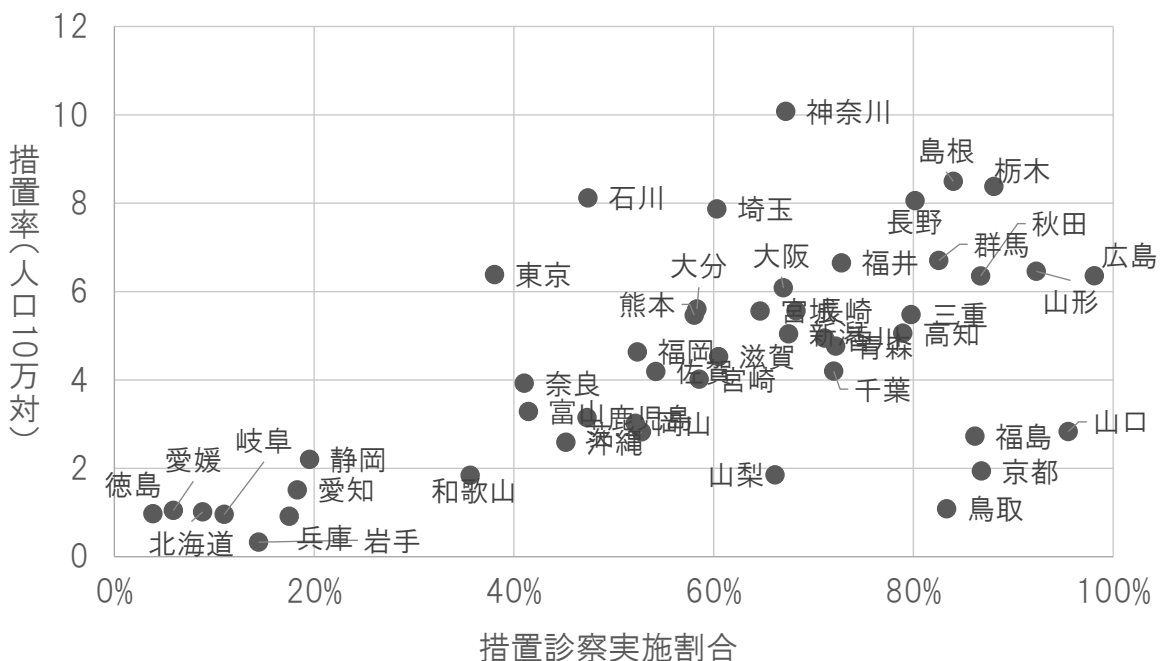
4

措置診察の実施割合が高くなると措置率も高くなる傾向。

■ 措置診察を実施する割合が高くなると、措置率も高くなる。(r=0.6,P=0.000)

この傾向は、23条通報率よりも、関連が強い。

措置診察実施割合=(23条通報数-措置診察不要とした数)÷23条通報数×100



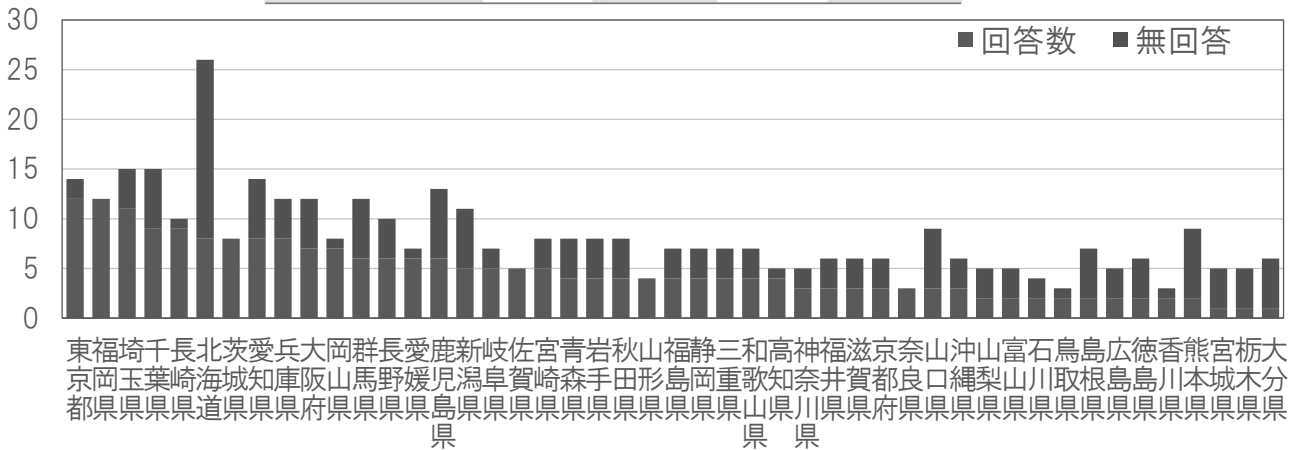
■ 国勢調査

■ 衛生行政報告例:表1:精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況

5

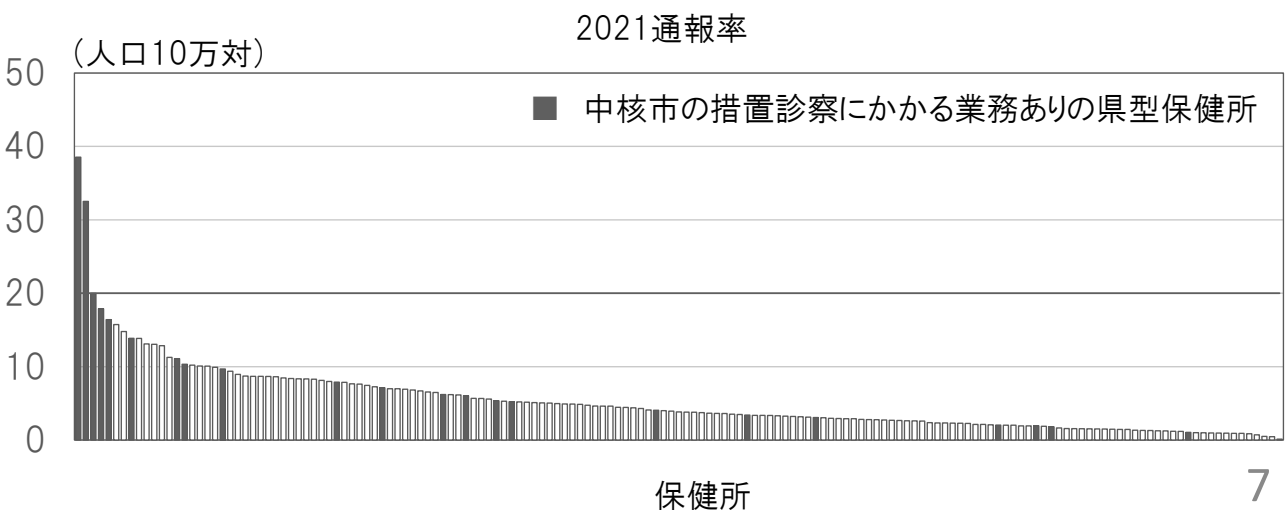
アンケートの回答率：52%

| | 対象数 | 回答数 | 無回答 | 回答率 |
|--------|-----|-----|-----|-----|
| 都道府県 | 353 | 190 | 163 | 54% |
| 政令指定都市 | 26 | 8 | 18 | 31% |
| 保健所政令市 | 5 | 1 | 4 | 20% |
| 中核市 | 62 | 37 | 24 | 61% |
| 特別区 | 23 | 10 | 13 | 43% |



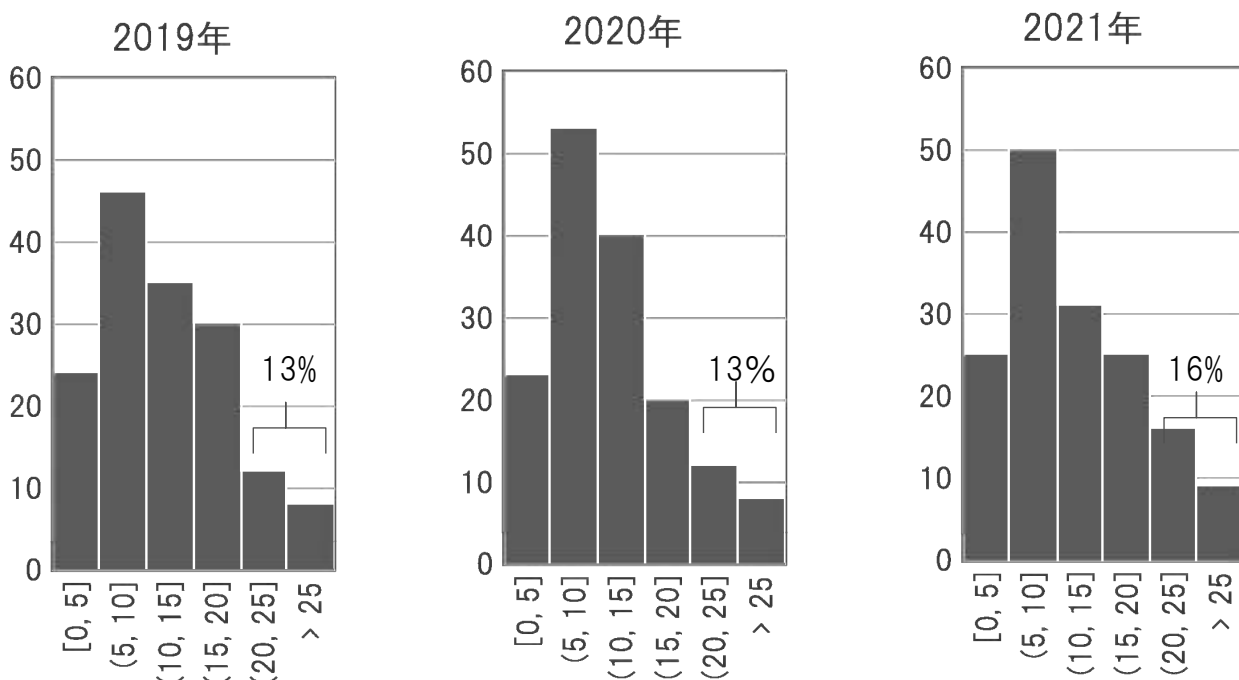
中核市の通報も対応する県型保健所は、通報率が高くなる。

- 通報率は、23条通報数を管内人口で除して算出するため、中核市の23条通報にも対応している保健所の人口当りの23条通報率は高くなる。
- 2021年度の通報率が最も高い5か所は、中核市の通報も担当している保健所。



通報率のヒストグラム（中核市も担当する県型保健所除く）

■人口10.万対5～10が最も多く、20を超える保健所が上位15%程度。



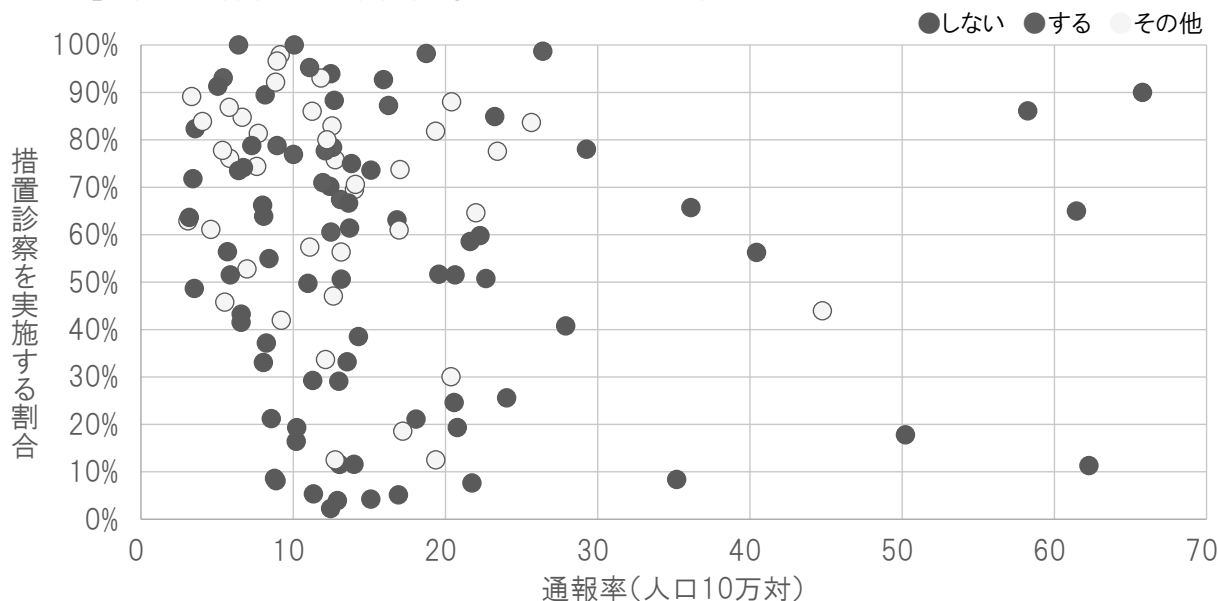
■所外対応もある保健所は、それも合算。所外対応があるが、その数が空欄は除外。

8

保健所の措置診察実施割合には判断基準による差がある可能性

統合失調症による通院歴がある55才男性。現在精神科への通院なし。「テレビの音大きい」と隣人宅を訪問。言い争いになり、大声を出したことから、隣人から通報された23条通報。明らかな妄想なし。会話可能。措置診察を実施しますか？

→「する」と答えた保健所は措置診察実施割合が高い傾向あり。

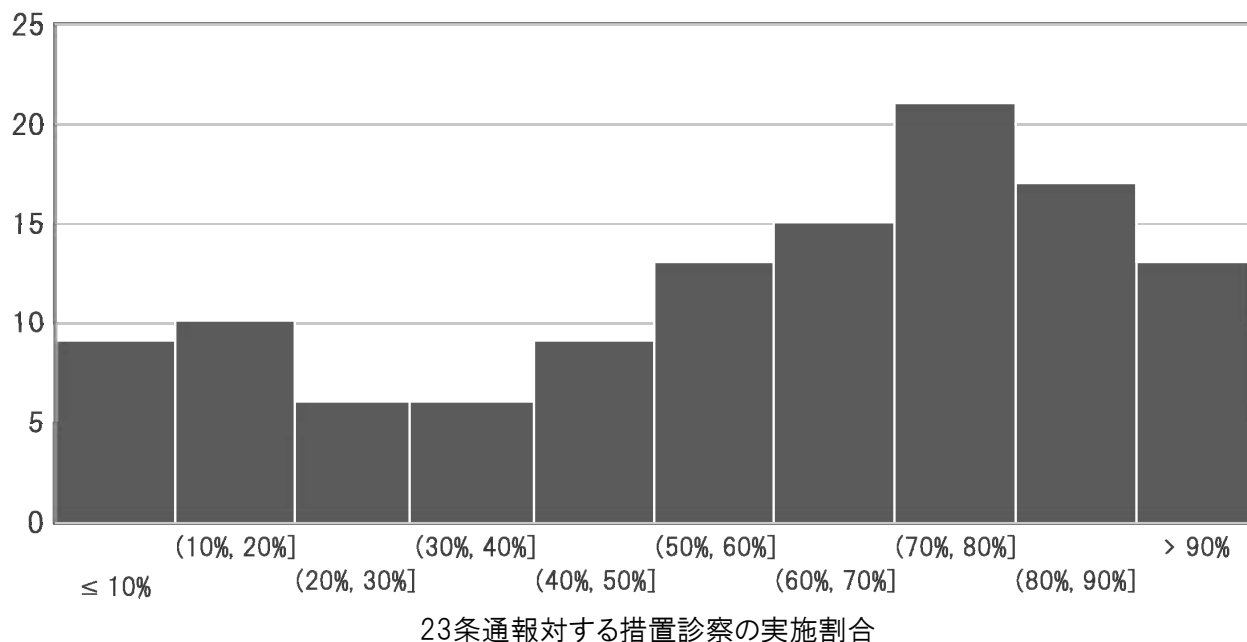


※ 2019～2021の3年間合計の通報数が30以上の保健所119か所

9

措置診察実施割合のヒストグラム

- 23条通報に対して措置診察を実施している割合をみると、70～80%と10～20%にピークあり。
- 厳密に自傷他害を判断する保健所と、そうでない保健所があることがうかがわれる。

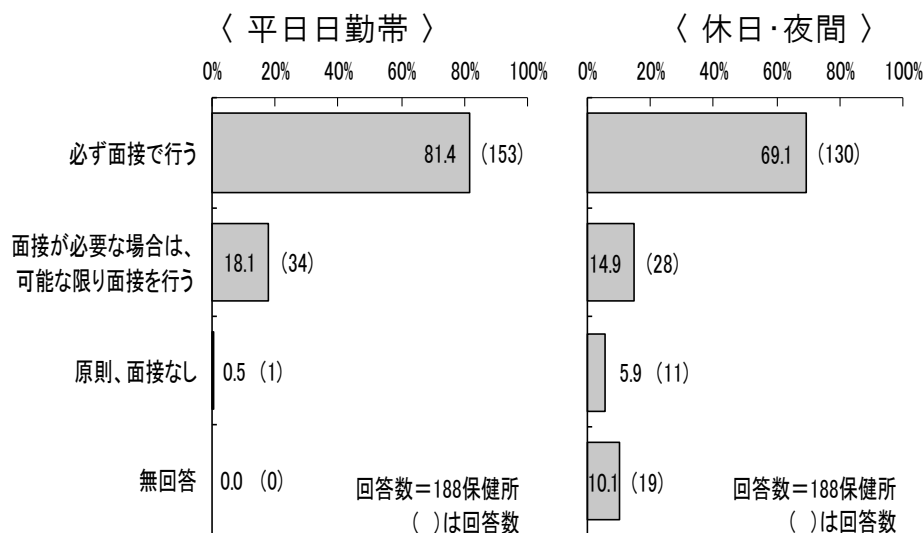


※ 2019～2021の3年間合計の通報数が30以上の保健所119か所

10

事前調査で「必ず面接する」は、日勤帯は80%、時間外は70%。

- 措置入院のガイドラインでは「原則、面接」とされているが、日勤帯は「必ず面接」でも時間外は「可能な限り面接」や「原則面接なし」としている保健所があった。(精神救急情報センター等の対応も含む)職員の負担が大きいことが考えられる。
- 平日日勤帯も、「原則面接なし」としている保健所があった。



11

退院時支援支援計画の策定

- 退院時支援計画を策定している保健所は約70～80%だが、策定した人数は30%程度。
- 地域移行サービスを利用した保健所は約15%だが、人数は約3%。
- 制度の運用に課題を感じている保健所も多く、整理が必要である。

| 保健所数 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 |
|-------------------|----------|----------|----------|
| 措置入院の退院あり | 192 | 200 | 206 |
| うち、退院時支援計画策定あり | 141(73%) | 165(83%) | 168(82%) |
| うち、地域移行支援サービス利用あり | 26(14%) | 29(15%) | 33(16%) |

| 人数 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 |
|------------------|----------|----------|----------|
| 年度内の措置入院の退院数 | 2266 | 2356 | 2481 |
| うち、退院時支援計画策定数 | 653(29%) | 834(35%) | 765(31%) |
| うち、地域移行支援サービス利用数 | 62(3%) | 73(4%) | 67(5%) |

12

Q24.措置入院に関する事務について関与の程度

- ・ 全面移譲：鳥取市、宮崎市
- ・ 一部委譲：枚方市、吹田市、西宮市、高知市、久留米市
 - 事前調査：5
 - 移送：2
 - 診察：2
 - その他：3
 - 枚方市：措置診察は実施するが入院決定時の告知は大阪府
 - 吹田市：診察立会
 - 高知市：入院、措置解除（仮退院）、費用徴収（一部）
 - 宮崎市：自己負担金認定、措置解除を含む文書通知、要措置以外の通常受診支援、退院後支援
- ・ 事務委託 いわき市：事務の一部を委任されている（委任事務）
 - 下関市：協定を交わし、措置入院に関する事務の一部を実施
- ・ その他
 - 長崎市：文書等は交わしていないが措置診察に同行している
 - 佐世保市：文書等は交わしていないが、事前調査から診察結果確定まで同行

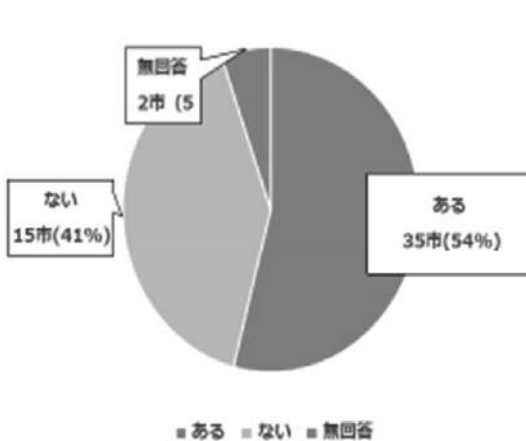
・精神保健福祉法では、中核市の業務は23条に関しては経由事務（通報の受理）と定められているが、実際に中核市が行っている業務は非常に多様性に富んでおり、標準的な形がない。
 ・中核市が行うための条例や協定など明確な（法的）根拠に基づいて実施しているところから、明文化された根拠がないが業務がおこなわれているところもある。

13

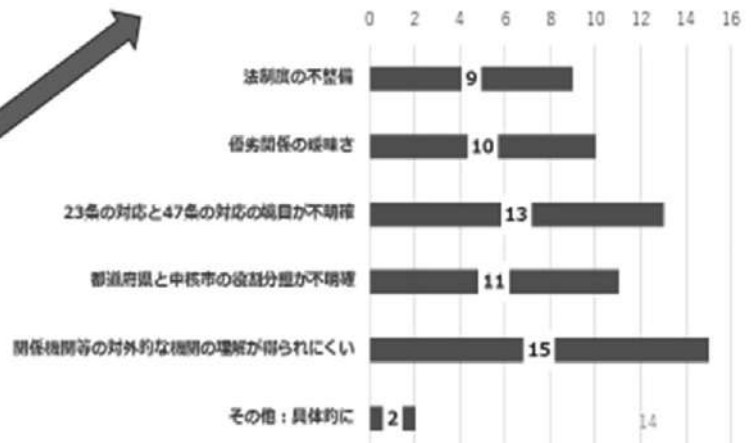
Q25. 23条における措置入院に係る事務と47条における相談支援との関係性において、課題と感ずることの有無

・ 23条と47条の関係に問題ありと問題なしが半々であり、半数は問題が無いと考えているのは意外であった。問題なしと考えている自治体については、深堀を行いたい
 ・ 課題としては、法制度の不備など中核市の位置づけや県との役割分担が法的に整理されて示されていないことにある。しかし、中核市の人口規模や保健所の人員に大きな差があり、一律に規定することが望ましいとは言いがたいところがあるのも理解できるところである

回答があった中核市 (n=37)



「ある」の具体的な内容 (複数回答可)



14

まとめ

- 全国の都道府県間で、人口当りの措置入院数は10倍以上の差がある
 この要因として、人口当りの警察官通報率と保健所の措置診察実施率の両方が係わっていることが分かった。
 保健所側の要因としては、措置診察の必要性を判断するための調査法や判断基準に差があることが分かった。一部の保健所では、通報事例は調査をする事無く措置診察を実施しており、精神障害者の人権を守る行政機関としての保健所役割についての検討が必要である。
 これらの標準化をする事は、国内での強制的入院の地域格差をなくすために必要である
 また、退院後支援についても、実施率は決して高くなく、保健所以外の社会的支援期間との連携を含めた方法論の確立が必要である。
- 中核市は、市民との距離が近いため、措置入院という行政処分を担当することの長所と短所を整理したうえで、検討する必要がある。一方、多くの中核市は退院後支援は行っており、一貫した支援の実施のためには、措置診察から係わることのメリットもあると考えられる

【今後の計画】

- アンケート調査の自由記載の内容も踏まえ、各項目の状況についての事例調査を行い、課題の整理を行う事で、保健所間の措置入院率等の格差の原因を明確にし、標準化を図るため方法論についての検討を行う。

15

II. シンポジウム抄録と発表資料②

「措置入院制度改革を巡る複層的な問題とその解決に向けて

～機関間連携と教育を中心に」

千葉大学社会精神保健教育研究センター 治療・社会復帰支援研究部門

特任教授 椎名明大

【目的】

2016年の相模原障害者施設事件を契機に日本の措置入院制度を巡る議論が巻き起こった。我々は措置入院制度運用の現状分析及び今後の改善策の考案のための研究を開始した。研究領域は措置入院制度運用の地域間格差の調査、措置解除後の患者フォローアップ方策の検討、措置入院の要否判断技術の明確化とその普及等に及んだ。我々は措置入院制度運用の均霑化及び効率化等を企図して、措置通報及び退院後支援に関するガイドラインの原案を作成し、厚生労働省は措置入院制度改革のため、2018年3月に「措置入院の運用に関するガイドライン」及び「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」を発出した。本研究の目的は、措置入院制度改革の現状と課題を明らかにするとともに、より適切な措置入院要否判断と制度運用のための指針を示すことである。

【方法】

我々は2018年から2022年にかけて、措置入院制度を担う人員であるところの精神保健指定医、全国の保健所職員、全国の警察官に対するアンケート調査を行った。また、2018年から2022年にかけて、年において全国の精神保健指定医に対し、精神科臨床におけるグレーゾーン事例に関する見解及び措置入院の要否判断基準等に関するアンケート調査を行った。さらに、2022年において、若手指定医等に対する措置診察技術習得に向けた研修会を開催し、その教育効果を検証した。

【結果】

複数回の調査の結果、両ガイドラインは全国に一定程度普及し、措置入院制度運用の均霑化が図られたことが確認された。他方、指定医、保健所職員、警察官の間には措置入院の対象範囲や制度運用に当たっての役割分担に関して大幅な認識の齟齬があることが確認された。グレーゾーンに対する指定医の見解には格差が大きく、さらに措置入院の要否判断についても齟齬が見られた。若手指定医の措置診察教育ニーズは高く、演習を中心とする研修会による教育効果の可能性が示唆された。

【結論】

措置入院制度は半世紀以上に渡り大きな検証や変革なく運用されてきた歴史があり、その認識には地域間及び機関間での齟齬が大きい。今般の制度改革はその実態を浮き彫りにしつつ一定の均霑化に寄与するものであった。しかし、措置入院の要否判断にまつわる議論は中途であり、今後も巨視的な検討が必要である。

措置入院制度改革を巡る 複層的な問題とその解決に向けて ～機関間連携と教育を中心に

千葉大学社会精神保健教育研究センター

治療・社会復帰支援研究部門

特任教授 椎名明大

COI

- 日本学術振興会科学研究費補助金 研究課題名「医療観察法鑑定入院における付添人と医療者との連携方法とその効果検証に関する研究」
- 厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業) 研究課題名「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」分担研究「地域における危機介入のあり方に関する研究」

背景 その1

- 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した。
- この事件の被疑者が事件前に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による措置入院となっていたこと、被疑者が事件前に大麻を使用していたことが後に明らかになったこと、被疑者がいわゆる優生思想に基づく深刻な障害者差別の思想をもって犯行に及んだことが推定されたこと等により、この事件は今日の我が国における精神保健医療福祉施策のあり方について多くの議論を呼ぶこととなった。
- 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、2016年9月14日に中間とりまとめを、12月8日に最終報告書を発表した。その内容には、措置入院制度に関する実態把握および改善のための方策の検討、とりわけ措置入院の対象となった患者の退院後フォローアップの体制作りの必要性についての提言が盛り込まれた。

背景 その2

- 提言を受けて、厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究（主任研究者：藤井千代）」に新たな分担研究班「措置入院患者の退院後における地域包括支援のあり方に関する研究（研究分担者：椎名明大）」が立ち上げられた。
- 当初は措置入院制度運用の実態把握が主な目的であったが、法改正の議論が進むに及んで、改正法を想定した運用ガイドライン作りもその目的に含められることになった。
- 政府は相模原事件報告書及びこれからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書における提言等に基づき、精神保健福祉法改正法案を第193回通常国会に提出した。

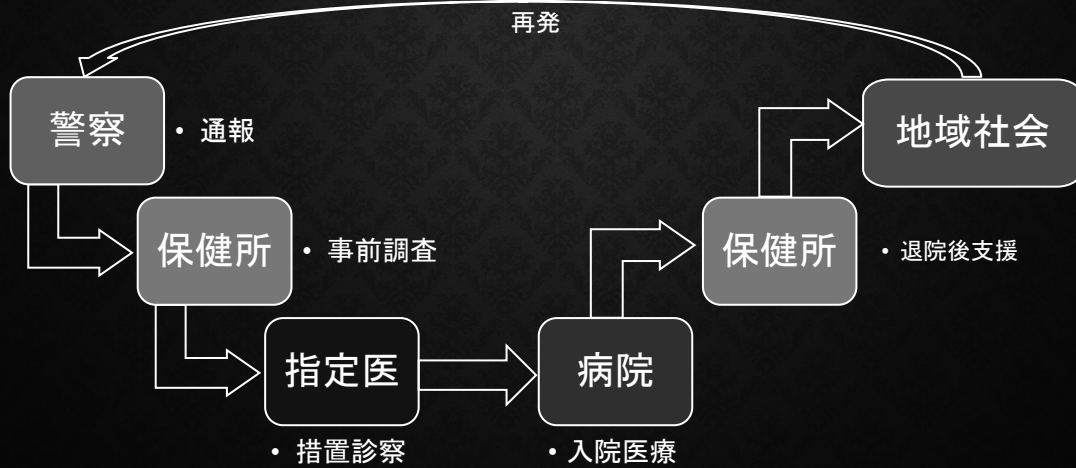
背景 その3

- 法案は参議院先議になり、第193回通常国会参議院において附帯決議付きで可決されたが、会期末のため継続審議となった。そして第194回臨時国会で衆議院が解散されたのに伴い、廃案となった。
- 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。
- かくて相模原事件に端を発する措置入院制度改革は一区切りを迎えた。2023年の精神保健福祉法改正は廃案を継承する内容にはなっていない。

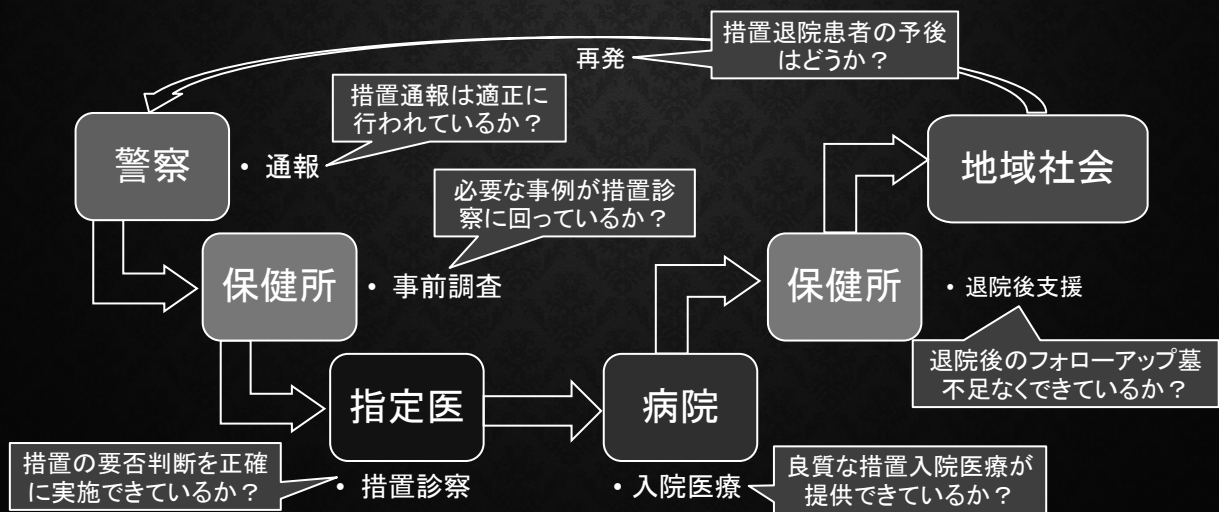
目的

- 本研究の目的は、措置入院制度改革の現状と課題を明らかにするとともに、より適切な措置入院要否判断と制度運用のための指針を示すことである。

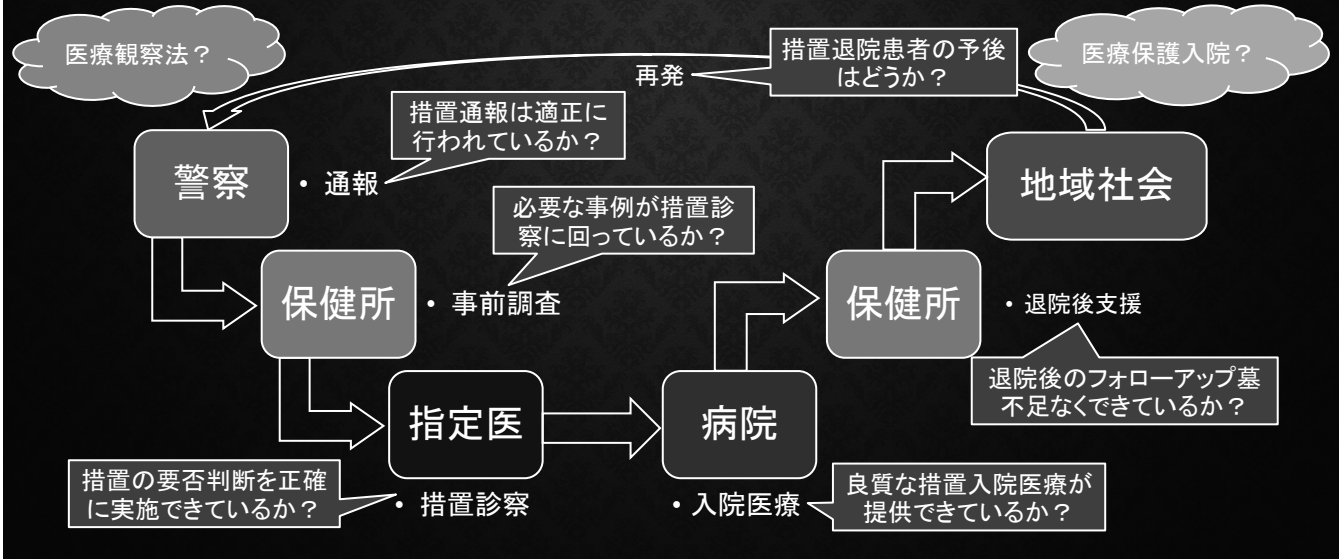
措置入院制度運用に関する問題認識



措置入院制度運用に関する問題認識



措置入院制度運用に関する問題認識



措置入院制度に関する調査研究

保健所調査

支援実績

機関連携

指定医調査

グレーゾーン

機関連携

警察官調査

教育機会

機関連携

保健所調査(2019年度、298件)

- ・ ガイドライン制定が関係機関の連携構築に寄与
 - ・ 一部自治体からは、かえってやりづらくなったという意見も
- ・ 多くの自治体で協議の場や関係者会議を設置
 - ・ ただし実態は不明瞭、入院中1回が限界か
- ・ 支援の対象範囲に関する基準作りが必要
 - ・ 全(緊急)措置入院者への一律な支援は非効率・非現実的
- ・ 支援を望まない患者・家族への対応
 - ・ 病識の薄い患者に対し事実上の監視が必要というジレンマ
- ・ 超短期間で退院してしまう患者へのケアが間に合わない
 - ・ 病院と行政・地域の認識のずれ

指定医調査(2018年度、460名)

- ・ 「確定診断が難しい」「医療のみのサポートに疑問がある」事例をグレーゾーンと呼称する傾向
 - ・ 臨床家の間では既に「グレーゾーン」が多義的に用いられている
- ・ 関係機関に対する様々な苦労や疑問
 - ・ 司法→処遇困難者を精神医療に丸投げする
 - ・ 警察→入院受入れを強要する、捜査情報を提供しない
 - ・ 保健所→措置診察に回さない
- ・ 他機関との連携に関する工夫
 - ・ 患者のことを第一に考える姿勢を保つ
 - ・ カウンターパートに対しては誠実・協力的な姿勢で臨む
 - ・ コミュニケーションを絶やさず顔の見える関係を維持する
 - ・ 医療の限界を示し他機関に理解を求める
 - ・ 個人情報の取り扱いに留意する

警察官調査(2020年度、241件)

- 精神保健福祉法を意識する機会が多いが、医療観察法を意識する機会是比较的稀
- 精神保健医療福祉等について学ぶ機会が稀
- 保健所が夜間休日に対応しないことや対応に長時間を要することへの不満が強い
- 面接時点で落ち着いているから診察不要・措置不要という判断に納得がいかない
- 措置不要でも医療につなげる必要があるのに保健所が対応しないことを問題視
- 多くが知的障害、パーソナリティ障害、発達障害を措置入院の対象外と捉えている

措置診察技法に関する開発・介入研究

ニード調査

これまでの教育実態

望ましい教育方法

技法の標準化

エキスパートコンセンサス

グレイゾーンへの対応

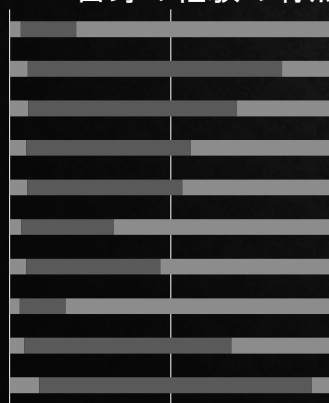
教育的介入

若手精神科医・指定医を対象とした研修

- 措置診察に関する知識及び技術の向上？
- 措置診察業務に対するモチベーションの向上？

措置診察技術の教育手段 (N=571)

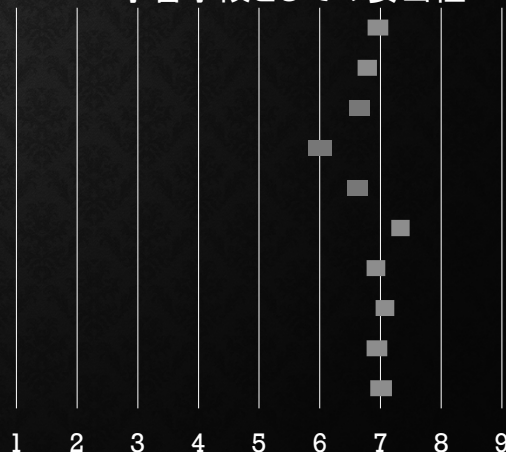
自身の経験の有無



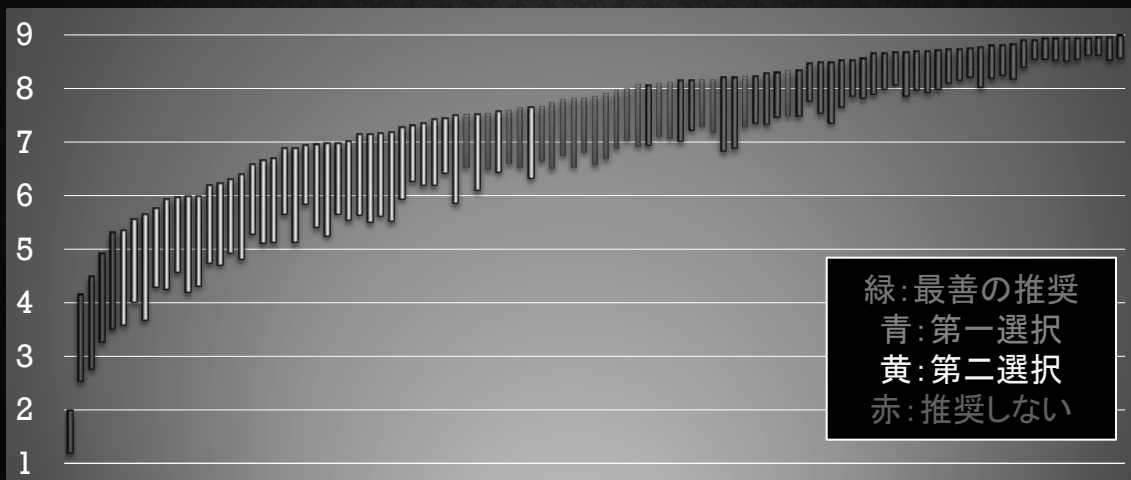
■ 不正回答 ■ なし ■ あり

学習手段としての妥当性

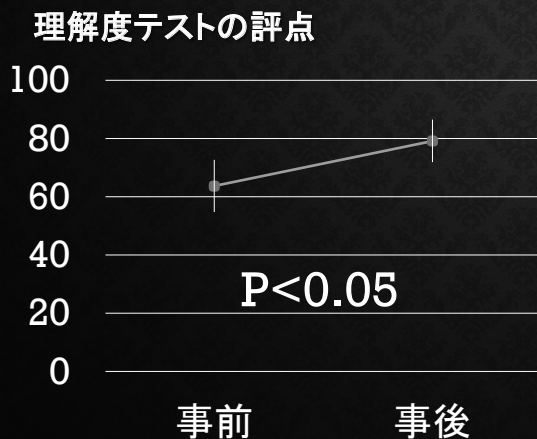
措置入院した患者の診療にあたる機会
 自分が措置診察した事例に関する事例検討
 措置入院診断書を上司等に見てもらう機会
 もう一人の指定医の診察を見学する機会
 事前資料に基づき上司等に助言を得る機会
 上司等の措置診察場面を見学できる機会
 文献(教科書、ガイドライン、論文等)
 上司や先輩からの教え
 大学・学会・病院等による研修
 国や自治体による研修(資格研修除く)



措置診察技法に関するエキスパートコンセンサス (N=78)



教育研修のアウトカム (N=13)



AMSの評点

| | Pre | Post | p |
|------------|----------|----------|-------|
| 知育 | 12.8±2.9 | 14±3.6 | NS |
| 達成 | 11.8±3.1 | 13±3.3 | NS |
| 刺激 | 9.8±2.9 | 12±3.7 | 0.007 |
| 内発性動機づけ 合計 | 34.5±8.0 | 39±9.7 | 0.05 |
| 同一視 | 15.5±3.9 | 16.9±3.3 | NS |
| 取入れ | 9.5±3.1 | 11±2.9 | NS |
| 外的調整 | 11.9±4.2 | 12.5±5.0 | NS |
| 外発性動機づけ 合計 | 36.9±9.6 | 39.8±9.4 | NS |
| 動機なし | 6.3±2.9 | 6.8±3.5 | NS |

まとめと今後の課題

- 措置入院制度は半世紀以上に渡り大きな検証や変革なく運用されてきた歴史がある
 - 地域間及び機関間での認識の齟齬が強まっている
 - 今般の制度改革はそれを浮き彫りにする結果になった
- 制度改革により一定の均霑化が果たされた
 - 措置入院の要否判断にまつわる議論は中途
 - 運用面での改善が困難な地域も
- 今後も巨視的・多角的な検討が必要である
 - 医療観察法との関係
 - 医療保護入院との関係
 - 司法、福祉、教育との関係


II. シンポジウム抄録と発表資料③

「地域精神医療、危機介入における権利擁護とは」

国立精神・神経医療研究センター 地域精神保健・法制度研究部長

藤井千代

措置通報において最も多くを占める警察官通報については、2016年から2017年にかけて厚生労働省が実施した「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」において、都道府県及び政令指定都市別の人口10万人あたりの警察官通報数、通報後に措置診察に至る割合及び警察官通報から措置入院となる割合等には大きな地域間格差があることが指摘された。これを受け、2018年3月27日に、厚生労働省から社会・援護局障害保健福祉部長通知として、「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」(障発0327第15号)が発出された。ガイドライン発出後、警察官通報の地域差は一部是正されつつあるが、未だその差は大きいと言わざるを得ない。この地域差の背景には、各地域における精神科救急システムの整備状況や、地域の精神保健福祉資源の多寡、自治体と警察との連携体制の違いなど様々な要因が想定されるが、措置入院あるいは措置診察を人権侵害と考えるか、医療へのアクセスの保障と考えるかといった、措置入院に対する考え方の違いも関係しているとの指摘もある。ここで重要なのは、実際のサービスユーザーである精神障害当事者が措置入院をどのように捉えているのか、どのような支援を望んでいるのか、という視点である。当事者の意見を顧みることなく、医療者・支援者の視点のみで措置入院のあり方を議論しては、目指すべき方向を見誤ってしまうおそれがある。そこで我々の研究班では、精神科病床への入院を経験した当事者を対象として、彼ら措置入院をどのように捉えているか等についての調査を実施した。その結果、措置入院制度については、回答者全体の68.3%が賛成寄りであり、反対寄りの者は3.7%であった。また回答者の過半数は、入院形態によらず自身の直近の入院が必要であったことを肯定しており、措置入院患者においてはほぼ半数が、自身が入院時点で自傷他害の危機にあったと認識していた。これらの結果からは、入院時に意思決定能力が欠如していたとしても、病状が改善すれば、非自発的入院が必要であったと振り返ることができる受け入れることができる場合が多いことが示唆される。この結果は、先進諸国で実施された同様の研究の結果とほぼ一致する。シンポジウムでは、その他の調査結果も踏まえつつ、当事者の人権を尊重した地域精神医療、危機介入のあり方について検討したい。



地域精神医療、危機介入における 権利擁護とは

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

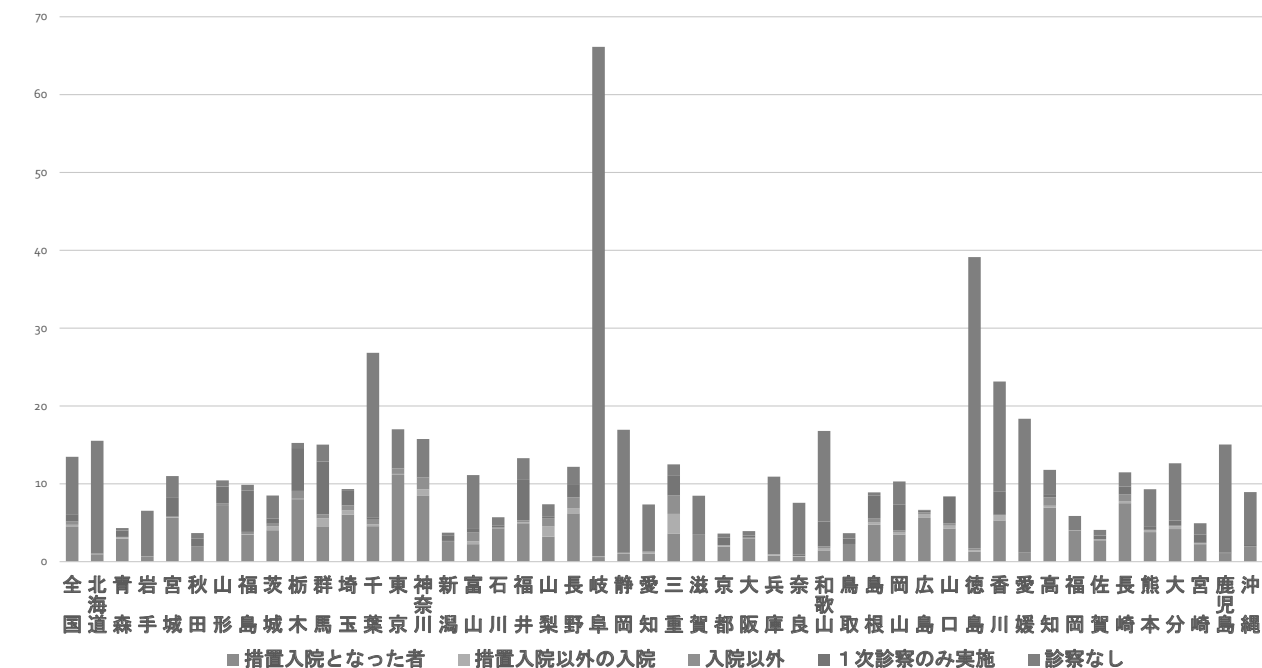
地域精神保健・法制度研究部

藤井 千代

日本公衆衛生学会
利益相反（COI）開示
演者：藤井千代

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません

H26年度 都道府県別（人口10万対）警察官通報件数と対応状況

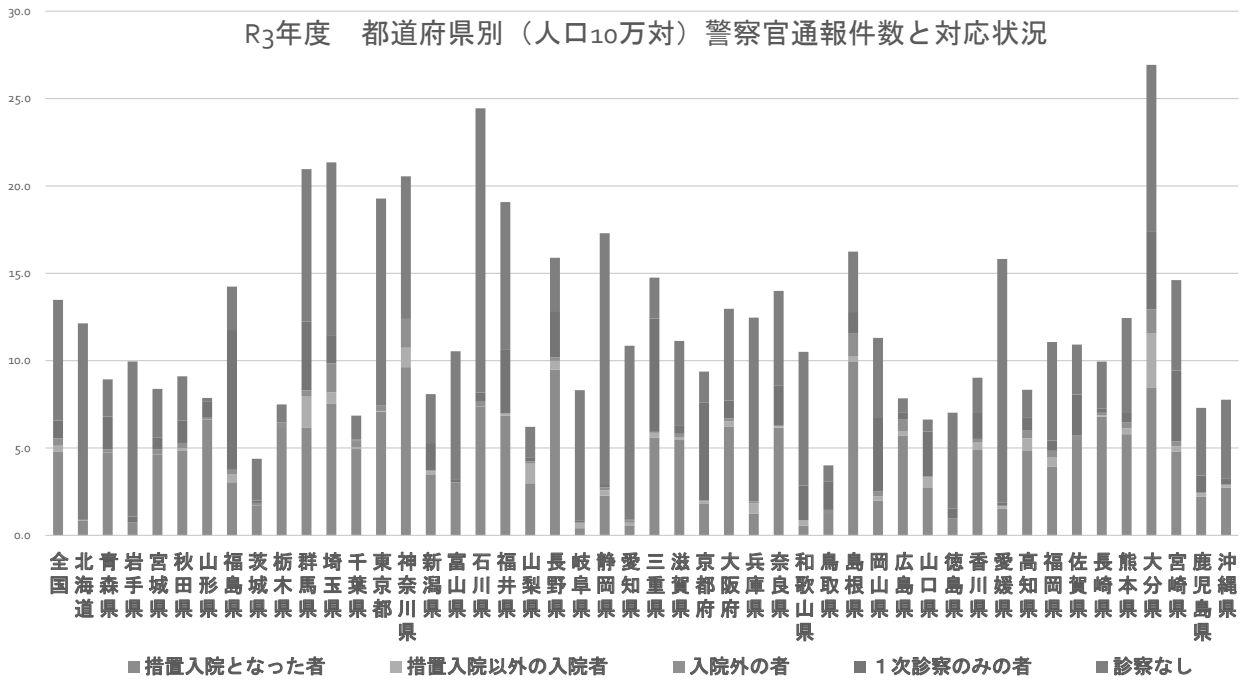


出典：衛生行政報告例

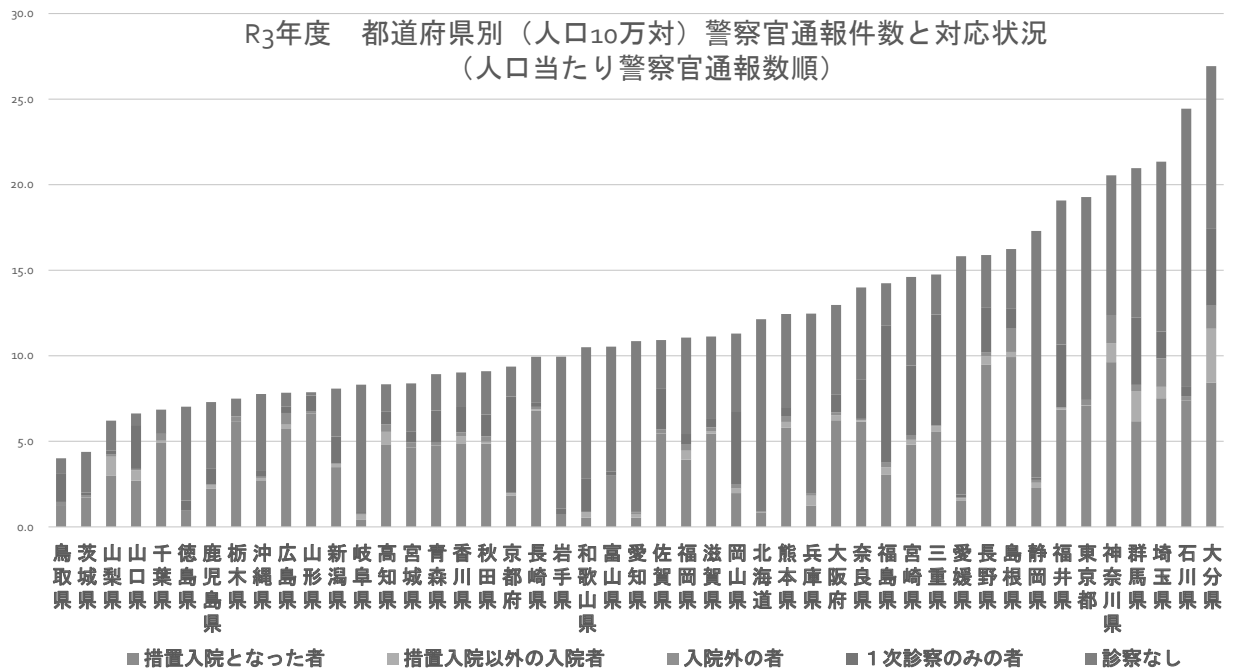
措置入院運用の地域差に関連する要因

- データの正確性
- 警察官通報の受理の手続き方法
- 警察官が本人を視認していない、または保護・逮捕していない場合の通報の取り扱い
- 自治体の相談支援体制、精神科医療へのアクセス
- 自治体と警察との連携体制
- 事前調査の実施方法
- 措置入院に対する考え方（人権侵害or診察/医療を受ける権利の重視etc.）

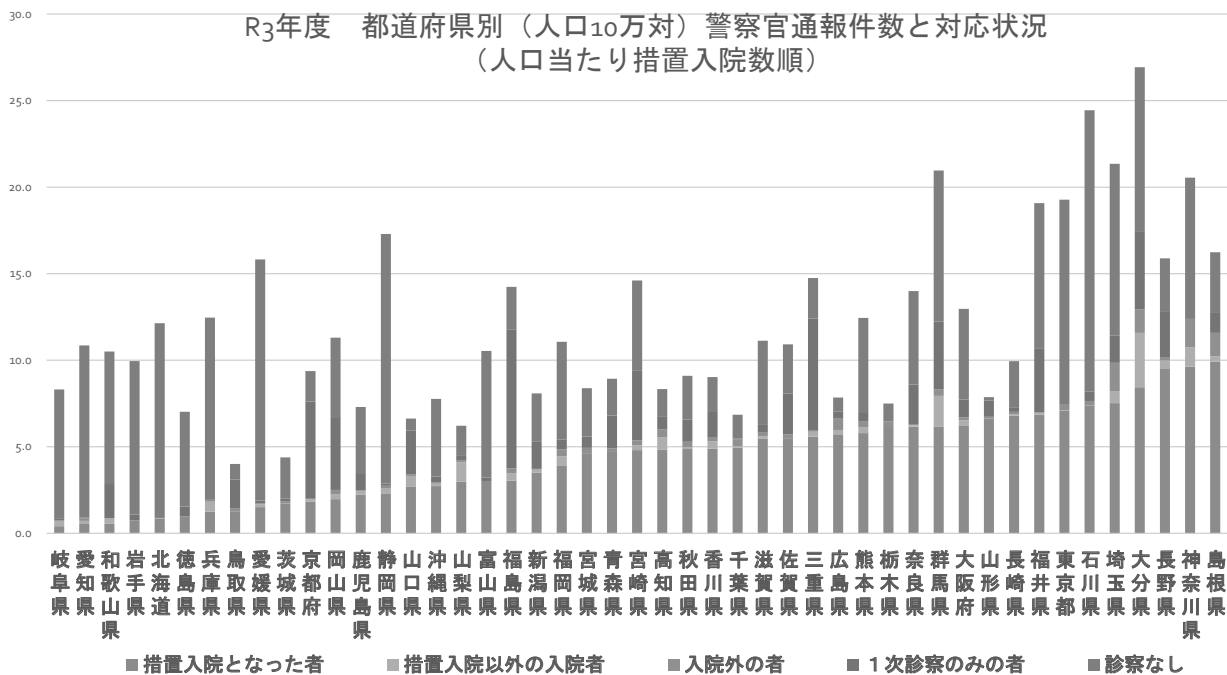
平成30年「措置入院の運用に関するガイドライン」発出



出典：衛生行政報告例



出典：衛生行政報告例



出典：衛生行政報告例

何のための「措置入院」か？

治安維持（周囲の人の安全）のため？

本人の生命・健康を守るため？

精神保健医療福祉業務の目的

- 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つて、**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

(精神保健福祉法第1条)

障害者権利条約から見た精神障害者の「権利」

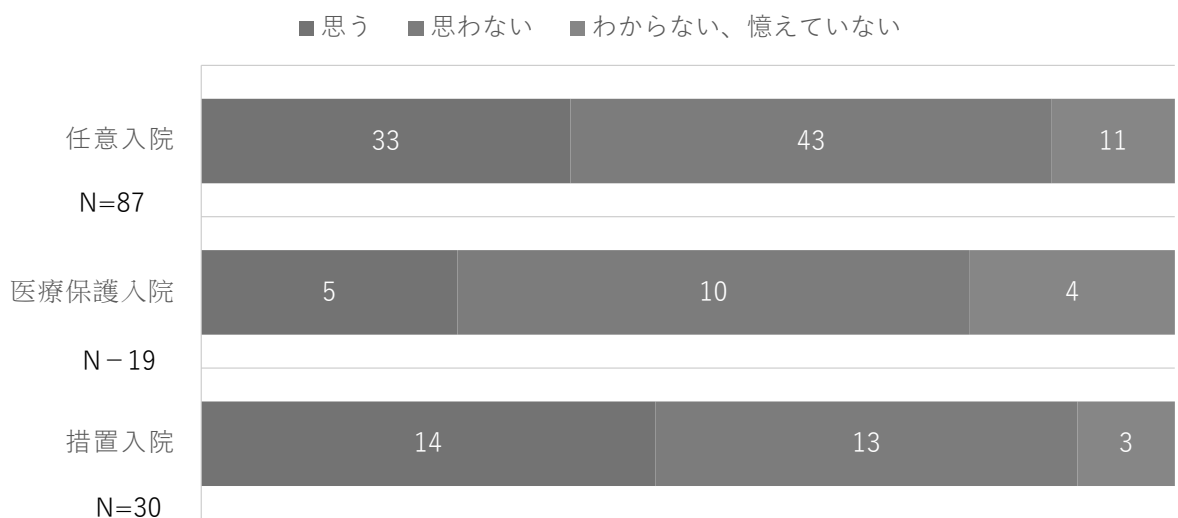
- **第5条 非差別**
障害の有無で扱いを変えない 合理的配慮
- **第12条 法律の前に等しく認められる権利**
法的能力の行使に当たって必要な支援を提供すること
- **第14条 身体的自由及び安全**
障害を理由に同意なく拘束（入院）させないこと
- **第19条 自立した生活及び地域社会への包容**
地域で生活する権利
- **第25条 健康**
障害がない人と同レベルの医療を受けられること
インフォームドコンセント

措置入院制度に対する賛否(措置入院歴有無別)



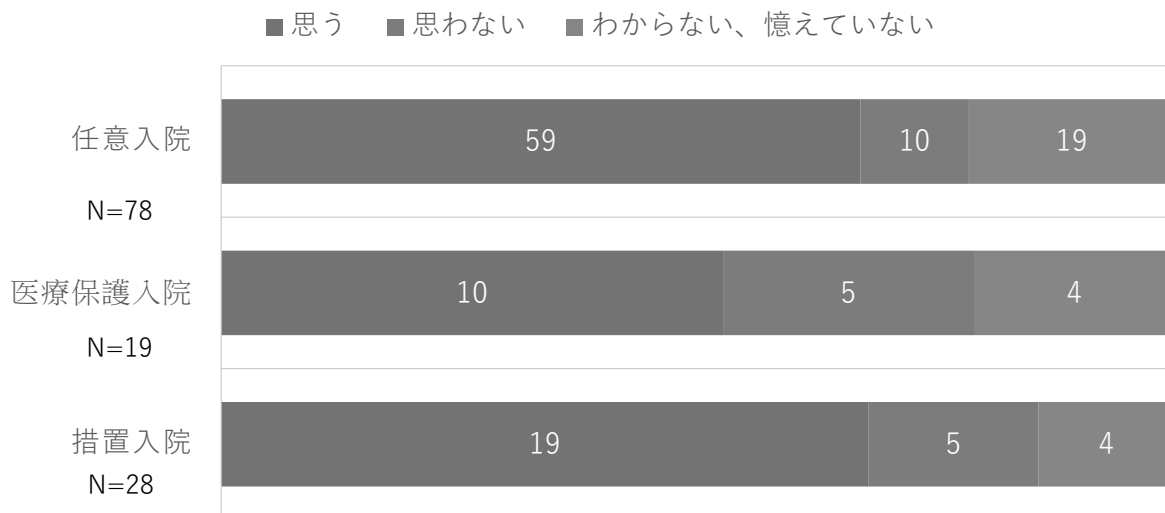
出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書

自傷他害の危機の自覚（入院形態別）



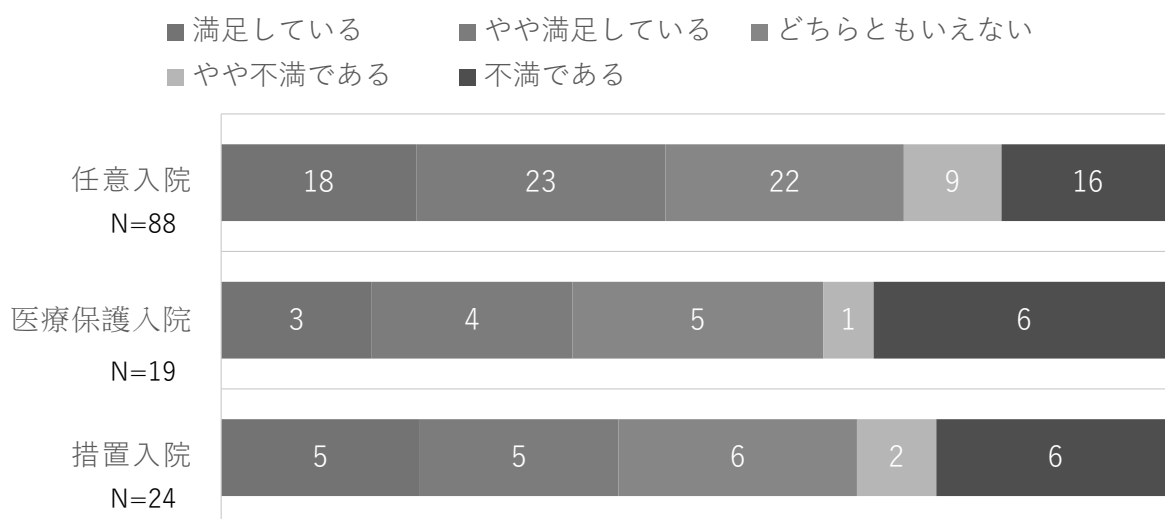
出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書

入院の必要性の自覚(入院形態別)



出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書

入院の満足度(入院形態別)



出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書

措置入院のもつ様々な側面

- **強い人権の制約を伴う行政処分**

措置診察も本人の同意なしに実施される

どの側面を重視するかは、
地域（人）によって異なる

- **精神科医療へのアクセス手段**

病院に本人を連れていく手段がない場合等

本人にとって何を重視する
かは状況により異なる

- **診断・処遇の判定が相対的に厳密**

2名の指定医の判断による決定

- **医療保護入院の抱える問題（家族等同意）の回避**

家族等同意による家族の心理的負担、本人－家族の関係性への影響

- **経済的負担の側面（「経済措置」）**

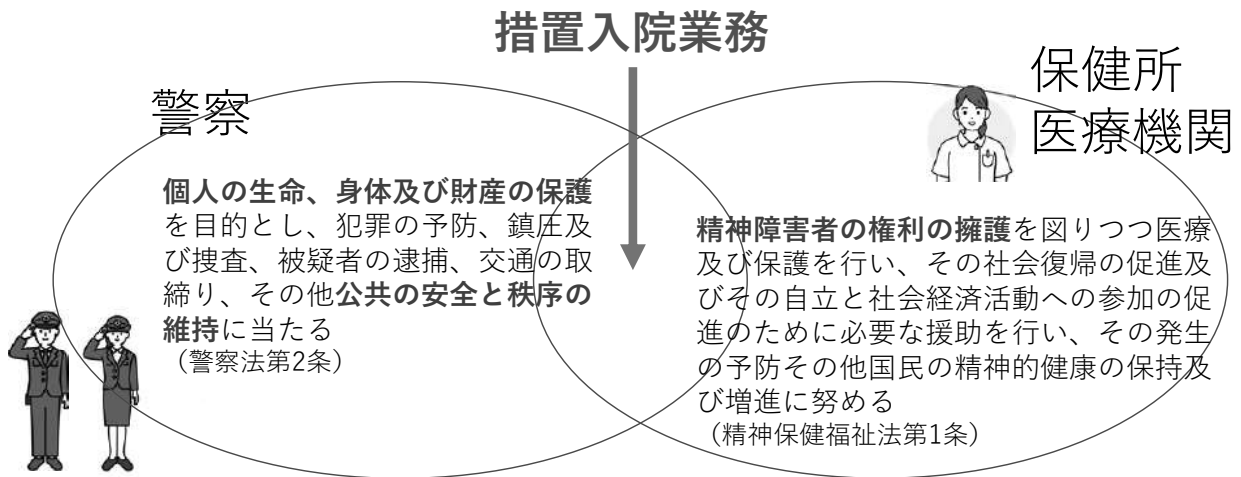
医療費は公費負担

要措置/措置不要 のその後

- 必要な医療にアクセスできたか？
- 適切な治療を受けられたか？
- 退院支援は行われているか？
- 本人の入院の満足度は？
- 必要な医療が継続できているか？
- 本人が望む生活ができているか？
- 家族は必要な支援を受けているか？

継続的な関わりの中での「権利擁護」が重要

立場の違いと「権利」の考え方の違い



措置入院にならなかった場合の精神科病院、保健所、家族とのやりとり等について苦慮した例

- 措置不要でも医療につなげる必要があるのに保健所が対応しない (同内容87件)
- 家族の安全確保に苦慮した (同内容29件)
- 引き取り手がいない、家族が引き取りを拒否 (同内容28件)
- 家族が受診や入院を拒否 (同内容20件)
- 措置入院にならなかったことで家族から非難 (同内容18件)
- 措置不要とされた後も通報が繰り返された (同内容13件)
- 入通院先が見つからない (同内容10件)

出典：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」
(代表：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：椎名明大)

特に苦慮していないという回答例

- 行政職員から当事者に任意入院を勧めたり生活保護申請を援助したり支援してくれた
- 措置入院にならなような場合は事前に保健所と対応を話し合っている
- 保健所職員が全件臨場し、再説明を行ってくれる
- 医療保護入院等が必要な場合は可能な範囲内で保健所の支援を受け、対応の必要性がない場合は、家族等に引渡している
- 保健所職員が医療保護入院等に向けて、病院及び家族との調整を積極的に行ってくれる

出典：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」
(代表：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：椎名明大)

連携及び情報共有例

- 指定医や担当県職員と措置診察のあり方について会議を重ねる機会があり、関係機関が顔を合わせて話し合い、共通認識を持つことの重要性を思い知らされた
- お互いの立場や職責を理解するために腹を割った話し合いが必要
- 関係機関の交流の必要性
- 顔の見える関係の構築
- それぞれの立場役割でできることがあると思うので、協力して対応にあたっていきたい
- 現在は警察と保健所での交流が活発なため、良い関係であるが、組織と組織ではなく、人と人につながっている面がある。人事異動で人が変わった場合には、警察と保健所の関係が変化する可能性もある

出典：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」
(代表：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：椎名明大)

研修会の実施

- 措置入院の運用に関わる職員に対し、本ガイドラインの内容等、その適切な運用を図るために必要な研修を行うことが適当である。その際、**グループワークによるケーススタディ等**実践的な内容を含める、参加者の理解度を確認してフィードバックする仕組みを設ける、**近隣自治体や警察等の関係機関の職員との合同研修**を実施する等、措置入院の運用に関わる職員の知識と技術を高める上で効果的な研修となるよう努めることが望ましい。

出典：措置入院の運用に関するガイドライン

まとめ

- 本人の権利を守るためのベストの対応は、状況によって異なる
- 立場によって「権利」の考え方は異なる
- ガイドラインは、措置診察率、措置入院率を均霑化することを目的としているのではなく、本人にとってより適切な対応がとれるよう運用手順を示したもの
- 立場の異なる関係者が意見交換をする場などを通じて顔の見える連携を構築することが望ましい
- 本人の権利を守るためには、医療導入時のみならず、その後の支援のあり方が重要



ご清聴ありがとうございました



第5章

情報集

I. 措置入院の課題の整理

柳 尚夫 兵庫県豊岡保健所

1. 歴史的課題

1965年の精神衛生法改正の過程で、1964年に起ったライシャワー事件の影響から、「個人（精神障害者）の人権より、多数（一般市民）の人権を考える」といった社会防衛・治安的色彩のある制度としてスタートした。しかし、触法患者は池田小学校事件を契機に、2003年に制定された医療観察法により処遇される事となったにもかかわらず、措置入院制度の法的見直しは行われなかった。2016年に起った相模原事件を受けて、2018年に運用に関するガイドラインが制定されたが、警察と保健所の協議等の運用に関しての曖昧な方向が示されたにすぎず、人権上の課題や制度の位置づけ、そして他の非自発入院との関係性についても検討されていない。

2. 国際的視点からの非自発的入院の位置づけ

日本が2014年に批准した国際障害者人権条約に関しての報告書に対して、国連から2022年に勧告を受けており、「障害者の強制入院を、障害を理由とする差別であり、自由の剥奪に相当するものと認識し、実際の障害または危険であると認識されることに基づく障害者の強制入院による自由の剥奪を認めるすべての法的規定を廃止すること」を求められている。措置入院と医療保護入院はこれに当たっている。

3. 保健所に求められる措置入院患者への支援

2022年の精神保健福祉法改正に伴う精神保健福祉業務運営要領においては、保健所は措置入院者の退院後支援の計画作成等に積極的に関与し、地域での生活に必要なと思われる関係機関を集め、退院後に必要な支援やサービス等の調整を過不足なく実施することが求められている。しかし、昨年調査に置いても、退院支援に当たって地域移行支援などを活用している保健所は非常に少なく、退院及び退院後支援についての関係機関等との連携が不足しており、地域生活支援のサービスが行えていない実態を改善する必要がある。

4. 警察官通報への対応

ガイドラインにおいても、事前調査の結果「措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合」について例示されている。事前調査において、現在の主治医の意見や職員の面接によって、被通報者が「精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある」ことが確認される必要がある。この「精神障害のために」とは単に精神障害者であるという事ではなく、障害が原因での行動であり、主に病気の症状が原因としての行動を指している。また、自傷については自身の命や身体を害する行為であり、他害についても刑法法令に触れる程度の行為を言うものであり、慎重に配慮すべきである（精神保健福祉法詳解）。

このように、警察は疑いのある者を発見した場合に通報する事を職務としており、保健所に通報する事を保健所として制限するべきではないが、その通報を受けた後、知事権限で、調査し判断し措置診察を受けさせるかを適切に判断する役割を保健所は果たすことが法に求められている。

5. 今後、人権に配慮した措置入院制度の運用における保健所の取り組み

昨年度の当研究班調査において、措置率の都道府県格差については、警察からの通報率、都道府県による措置診察体制の違い、保健所の調査体制と判断基準の差、指定医の判断の差と多くの要因が係わっていることが分かった。これらの全ての要因を保健所の努力で標準化することは不可能である。しかし、警察との相互理解の促進のための協議会や保健所の調査体制や判断の標準化については、今後保健所長会での研修等で、その考え方を全国保健所が共有することで、改善することが可能であると考えられる。少なくとも、精神障害者の地域生活及び自立と社会経済活動への参加の促進を役割と位置づけられている保健所が、精神障害者が地域生活の継続する事ができなくなる措置入院に、人権上の配慮から慎重に取り組む事は保健所の本来の役割である。

II. 措置制度を理解するために読んでほしい資料集

柳 尚夫 兵庫県豊岡保健所

資料 1

<国連からの勧告>

国連障害者の権利に関する委員会 からの「日本の報告書に対する最終見解」は、人の自由と安全（第14条）に関しての懸念として、

(a) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」によって正当化された、障害者の認識または実際の障害または危険性に基づく、精神科病院への強制収容と強制的治療を可能にする法律。

(b) 入院に関して、インフォームド・コンセントの定義が曖昧であるなど、障害者のインフォームド・コンセントの権利を保護するためのセーフガード（保護措置）が欠如している。

委員会は、条約第14条に関するガイドライン（2015年）及び障害者の権利に関する特別報告者が出した勧告（A/HRC/40/54/Add. 1）を想起し、締約国に対して以下のことを要請する。

(a) 障害者の強制入院を、障害を理由とする差別であり、自由の剥奪に相当するものと認識し、実際の障害または危険であると認識されることに基づく障害者の強制入院による自由の剥奪を認めるすべての法的規定を廃止すること。

資料 2

<精神保健福祉法 27 条>

都道府県知事は、第 22 条から前条までの規定による申請、通報又は届け出のあった者について調査の上必要があるときは、その指定する指定医をして診察をさせねばならない

資料 3

<保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領>（令和 5 年 11 月 27 日）

第 3 業務 3 地域生活支援 （1） 退院が困難と予測される入院患者の退院後支援

退院困難な入院患者の退院後支援を入院中から積極的に行うこと。また、令和 4 年改正法により、措置入院者についても退院後生活環境相談員の選任及び地域援助事業者の紹介が義務化され、措置入院者等の退院や退院後の地域生活維持に困難をきたす可能性が高い入院患者については、特に、入院初期から、退院後支援の計画作成等に積極的に関与し、地域での生活に必要なと思われる関係機関を集め、退院後に必要な支援やサービス等の調整を過不足なく実施すること。また、入院中から市町村、医療機関、障害福祉サービス事業所等の関係機関と連携するとともに、ピアサポーター等と協働し、退院に向けた支援の調整を中心的に行うこと。さらに、退院後 も市町村や関係機関等と連携・協働し、必要な支援を行うこと。

資料 4

措置入院の運用に関するガイドライン（平成 30 年 3 月 27 日）

III. 警察官通報の受理後から措置診察まで

3. 措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合

事前調査の結果、都道府県知事等が措置診察を行わない決定をすることができる場合として、以下のいずれかに該当する場合が想定される。なお、判断に迷う場合は、措置診察を行う決定をすることが適当である。

- ① 被通報者の主治医等担当医の見解から明らかに措置診察不要と判断できる場合
- ② 被通報者に精神障害があると疑う根拠となる被通報者の具体的言動がない場合
- ③ 被通報者に措置要件に相当する自傷他害のおそれがあると疑う根拠となる被通報者の具体的言動がない場合
- ④ 被通報者の所在が不明又は通報を受理した都道府県等に所在していない場合

Ⅲ. アンケートに寄せられた、措置業務に関する疑問とその対応(Q&A)

今年度のアンケートの回答を参考に、Q&A を記載しました。

これらの回答案は、ガイドラインや文献に基づき、研究班としての一定の考え方を示したもので、国が明確に示しているわけではありません。参考にしてください。

Q1-4 については、アンケート問【30】【31】【34】の回答を再掲しました。

同じような内容がありますが、言い回し等も参考になればと考えて掲載しました。

Q1 保健所判断の独立性について警察にどのように説明すればいいですか

A1 警察は司法の立場、治安維持の視点から精神障害者を見て判断しているだろうけれど、保健所は精神障害者の保健・福祉を行う視点から要否判断をしているので、異なる視点からの判断には当然異なる結論が出ることもある。

警察が通報するかしないかの判断は保健所が異議を申し立てることはなく尊重して通報を受理しているので、警察も保健所の判断に異議を唱えることなく尊重してほしい。

A2 通報は警察の業務でありその判断を基本的尊重します。一方、措置診察をどうかは知事権限を保健所長がうけて行っている権限で、精神保健福祉法やマニュアルに従って判断を行っています。同じ行政機関としてその判断の独立性はお互いに尊重することで初めて精神障害者の人権が守られるという事をご理解ください。尚、措置入院はこの入院形態での入院でなければ、患者の社会的精神的安全が守れないという状況で行う非自発的入院制度であり、決して犯罪防止を目的としていないことは十分ご理解いただいていると思っております。

Q2 保健所等が「措置診察不要」と判断したとき警察に「どうして措置診察適応ではないのか」と異議を申し立てられたり説明を求められたりしたときにどう答えればいいでしょうか

A1 警察が通報するかしないかの判断は保健所が異議を申し立てることはなく尊重して通報を受理しているので、警察も保健所の判断に異議を唱えることなく尊重してほしい。

A2 措置診察不要としても受診支援を行うことで納得いただけることがある。

A3 後日、警察署長以下の警察担当職員、保健所長以下の保健所担当職員による協議の場を設けて、ガイドラインの紹介、当所での判断基準の共有と対応方針について説明。警察での対応状況や困難事項等含めた意見交換を実施した。

Q3 保健所として「措置診察不要」の判断をしたとき、医療機関から「措置ではないのか」と異議を申し立てられたときはどう答えればいいでしょうか

A1 措置診察の要否は行政機関がその権力を行使して個人の身体の自由を奪う措置をとるだけの根拠があるかどうかを基準として判断するものであり、不十分な根拠で実行すれば不服申し立てをされて裁判を起こされるのは行政である。医療機関とすれば、精神障害者にたいして疾患の状態、臨床の視点から考えての異議であろうが、行政の判断として妥当か否かは保健所の判断を尊重してほしい。

A2 措置診察を行うかどうかは保健所の権限である事にご理解ください。精神保健指定医の役割は、行政が措置診察が必要と判断した患者に対して、二人の指定医が独立して措置入院の必要性を判断することなので、専門家が診察の必要性に介入されると専門医の独立性が失われます。また、入院を受け入れていただく医療機関は、患者と良好な治療関係を持つためにも、措置診察に係わらない事が要件となっていますので、そのことをご理解ください。

Q4 「自傷のおそれ」の自傷について念慮のみで未遂の場合の措置診察要否判断について

A 行為そのもの以上に、精神症状による行為であるかがまず重要である。妄想や幻聴に強く突き動かされていたり、重症の鬱状態というような精神症状が背景にある事が前提である。このような精神症状と関連性のない自傷行為や自殺念慮を措置診察対象にしまうと「死にたい」と発言や、リストカット等の行為をすれば全て措置診察の適応にする事になってしまう。しかし、一方、自傷については、他害と違って行為だけでは判断が難しい面がある。念慮であつてもうつ病に基づく強い自殺念慮であれば、場合によっては措置診察が必要と判断されることがあり得るが、この場合も家族等の保護者がいれば医療保護入院での対応が一般的である。

Q5 警察と保健所の「措置入院の運用に関するガイドライン」にある、措置要件に相当する自傷他害のおそれの解釈の違い

A 警察官は、ガイドラインによる判断をしていると言うより、警察庁からの通知によって疑わしいケースは保健所に通報する事を求められており、その疑いの判断は警官個人によって非常に幅がある。保健所と警察との解釈の違いを小さくするには、年1回程度の警察との通報事例の検討会が有効である。その時に、措置入院患者の入院受け入れをしており、精神保健福祉法の趣旨を理解している管内の精神保健指定医も同席を求めることも有効である。

Q6 警察官によっては、過度に精神障害者を危険人物と捉え、保護しようとした際の抵抗を他害行為として通報される場合があるが、その対応について

A 抵抗した場合の行為は「公務執行妨害」には当たる可能性はあるが、傷害罪にあたる事はまれである。また、警察官を妄想対象としたり、「警察官を殴れ」というような幻聴があったことで警察官に危害を与えようとした場合以外は、措置診察の対象とはならない。

Q7 自傷他害のおそれの「刑法に触れる程度」について

A その行為は、精神障害者でない者が行った場合にも逮捕され裁判にかけられるレベルの行為

Q8 警察から23条通報を受け、事前調査で本人と面接した際、本人の精神状態が落ち着いていた時の措置診察要否判断と警察への説明について

A 措置入院の要件は、入院をさせなければ自傷他害の行為が防げない状況を求めており、調査時点で状態が落ち着いており、措置入院以外の医療行為での対応が可能であれば措置診察を行う必要性はないことを伝える。

Q9 知的障害や発達障害がある者が他害行為を行ったことで通報を受けた事例がある。他害行為は抑制の欠如、妄想に近い思い込み等のために起こされており、精神症状ととらえることもできる。投薬により衝動性の緩和は期待できるが、根本的な解決にはつながらず、措置診察、入院の対象と考えてよいのか悩むことがある。このような例に対する考え方を示していただけるとありがたい。

A 知的障害や発達障害があり、精神症状を伴っているのであれば、措置診察の対象となる。

Q10 「被通報者が保護・逮捕等されていない状況での通報がありうる」となっている。警察が保護もしない（する必要がない）程度の人を、事前調査したり、措置診察したりすることは人権侵害ではないか。措置診察は、もっと重いものではないのか。

A 通報があっても、保健所には本人を拘束したり、自宅等に立ち入る捜査権があるわけではないので、実際には措置診察はできない。警察は状況を把握して、責任上保健所に通報している事が多いので、県によっては、通報ではなく情報提供という形で、通報との使い分けをしている事例もある。

【基本的考え方】

このような疑問が多く保健所職員に起る原因は、現在の法律やその解説書及びガイドラインに解釈や運用上の幅があるからです。その結果として、都道府県間で、人口当りの措置入院者数が10倍以上も異なる事態が起っています。

その一方で、精神障害者で実際に重大な犯罪を犯したために医療観察法によって入院した患者数をみると、都道府県の人口にほぼ比例しています。審判（裁判所が行う医療観察法の裁判行為）という明確な制度によって判断される場合には、地域格差は起っていません。措置診察及び措置入院という精神障害者を強制的に入院させる制度でありながら、その運用にこれほど地域差があることは、人権上侵害とも解釈されます。

第6章

措置通報業務へ寄せられた意見

(所長対象アンケート【59】【61】【62】の自由回答)

措置通報対応へ寄せられた意見

1. 【59】「輪番制」への意見

(1) 【20】で「はい」【58】で「支障がない(なさそう)」と答えたもの

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→はい

【58】 複数の保健所が協力して「輪番制」をとり、通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→支障がない(なさそう)

| |
|---|
| <p>・当県では、保健所ごとに通報件数が異なっているため、職員の負担の均一化のため、全県の保健所（中核市保健所を除く）で輪番制をとっている。</p> |
| <p>・都道府県に対して、精神保健福祉法に基づく事務処理が他の福祉業務と比べて、優先することを求められていると理解しているため、複数の保健所が協力した「輪番制」の実施等による事務処理の改善は行うべき事務処理であると考えられる。</p> |
| <p>・当県では中核市保健所であるが23条対応を行っていないため、4つの県型保健所が輪番制により対応している。</p> |
| <p>・平日日中を近隣の保健所と輪番にしても、警察署までの移動距離も長く、あまり効率的ではないようにも思います。</p> |
| <p>・当県では、以前、夜間休日時間帯に輪番制をとっていましたが、切り替えの時間帯の対応などで困難を感じました。 例：今から手がけると切り替えの時間帯をまたぐので、できれば待ちたいが、緊急性に鑑みて待てるか、などの問題</p> |
| <p>・責任の所在が輪番担当者になることが明確であれば、可能と思われます。知事委任事務に係る条例も必要でしょう。</p> |
| <p>・特定の属人に負担がかからないようなシフト組みなどができるのであれば保健所単位での輪番もよいが、どちらかという、保健所職員（所属にこだわらず本課一括で名簿を作成しそれに従って）が輪番で中央（本庁等）に詰めて対応の方がよいと思う。深夜勤務があるので、行政管理上の問題をクリアする必要がある（3交代、2交代職場ではない一般職員では深夜勤務の日中からの振替を認めていないので、翌朝は徹夜明けの通常勤務となる。休みたければ年休対応）。</p> |
| <p>・4保健所の保健師をプールして輪番制を敷いているが、報連相を受けるのは管轄地の保健所長であるので、責任体制は確立している。通報以前に保健所として支援した履歴がありそのような場合、当該保健所の課長保健師（輪番の日でなくても）に電話して、既往歴を尋ねられるバックアップ体制も敷いている。</p> <p>・中核市保健所が通報書をFAX受信するだけで、通報対応に全く協力しない状況であり、中核市住民が県内精神通報の約半数を占める中、中核市と隣接する単一の県型保健所だけで3</p> |

65日24時間対応すれば、瞬く間に職員がバーンアウトしてしまう。「輪番制」なしに本県の通報対応は成り立たない。

・人権を守るためにきちんとしないといけないと考えている一方で、人が減らされ、若い人（子育て世代）が増え、職員の負担が大きくなりすぎていると感じています。

(2) **【20】で「はい」【58】で「支障がある（ありそう）」と答えたもの**

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→はい

【58】 複数の保健所が協力して「輪番制」をとり、通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→支障がある（ありそう）

・輪番制は、管轄エリアが広くなり過ぎる、平素の関係機関との関わりが希薄になり情報収集に支障をきたすなどの影響があるように思います。

・対象者が保健所担当者との人間関係があれば、通報時に落ち着かせて地域保健活動で治められるような場合が少なからずあると思う。

輪番制や一括対応ではそうした人間関係ができていないので、『はじめまして』から始まる機械的な対応となって、本人にとっても地域保健活動に携わる者にとっても不本意な結果に到る場合が少なからず生じることを危惧する。

・もし、保健所で輪番制を組んだ場合でも、保健所再編統合により各保健所の管轄区域が広大であり、迅速な対応は困難である。

・圏域の面積が広大であり（各圏域が当県規模の面積）山越えが必要だったり、降雪時などには移動に時間を要するため、他のエリアの職員が輪番で担当することは困難である。

・日頃の業務での関係性の構築が難しい管轄外の警察署や医療機関とのやり取りでは、支障をきたすおそれがあると考え。「管轄の保健所とは対応が異なる」とか「管轄の保健所では、このように対応してくれた」などの軋轢を生じるおそれがある。

・管外の状況（医療機関との関係、警察との関係など）を考えると受理から入院までの支障をきたすおそれが大いにあると考える。特に、暴れていたり、暴れる可能性がある方の場合、警察の協力を得なくてはならないが、管外の警察署との関係を構築するには、並大抵のことではない。

・日頃から管轄保健所で関わっているような症例があり、これまでの対応記録も保管されている。主治医との連携についても、管轄保健所が対応するのがもっともスムーズにいくかと思えます。

（担当部署の休日・夜間の負担を考えると一括がよいと思いますが・・・）

・日頃から接点が少ない関係機関との調整等は難しいと感じる。

・保健所の輪番制は職員の質、勤務状況、居住地、心構えなど様々な要因から対応に差が出やすく、トラブルの元となる可能性が高く、支障あると考える。

・離島などの地理的特殊性がある場合、汎用的な業務運用は困難である。

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・措置診察の判断を実施した保健所と、入院中から退院後支援に対応する保健所が異なる場合、判断基準が異なることも考えられ、丁寧に引き継ぐ必要があるのではないか。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県土が広く、輪番制や一元化は難しい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・単純に各保健所担当地域が距離的に離れているので実働する際に搬送距離等がものすごく長くなるので難しいと考える。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・保健所で把握している患者なのか、これまでの支援について確認が必要である。 ・地理的に移動に時間がかかる可能性がある。 <p>以上のことから、輪番制は難しいと考える。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当市は、県からの全面的な権限委譲で措置対応を行っているので、適応外と思われます。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・日頃関わっている事例で管轄が異なると、情報確認に手間取る。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・離島保健所なので、他保健所との輪番制は困難。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当県は狭い面積とはいえ、距離的に遠いと往復の移動時間の問題が生じるので、他の自治体ではさらに大変かなと思います。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・本県においては、対象者の個人情報管理方法、交通事情、医療圏、スタッフの配置やコミュニケーションなど、全てにおいて実現不可能です。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・全県も精神医療圏も面積が広く、移動の時間がかかるため、警察や医療機関の理解を得ることが難しい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・輪番制では、メリットよりデメリットの方が多いのでは。まだ、県庁を含め他センター方式の方がまし。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県の地理的な現状として、輪番制にするには距離が遠すぎる。 <p>日ごろから地元の警察とやり取りをしている地元の保健所が対応した方がスムーズにいくと考える。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・輪番で対応できるだけの人員が配置されておらず、現状では対応不可能。 <p>十分な人員配置があれば、全県で確保病床を運用できるメリットはあると考える一方で、圏域の対応に差が生じるリスクもある。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・管轄でない地域を担当することは距離的な面でも難しい。 <p>夜間、休日の対応については、来年度に向けて精神保健担当だけでなく、同じ課の他部門（健康長寿担当）の保健師も担当することを検討中</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・事後のことを考慮すれば、その地域を管轄する保健所が対応することが望ましい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当県は圏域が広いので、輪番で複数の圏域を担当すると、おびただしく遠方の地域まで調査あるいは診察に行かねばならず、支障が出るのが想定されます。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・自治体の中でも移動距離が大きく、中央一括方式が不向きな地理的側面がある。 <p>圏域ごとに輪番制をとるには、管轄警察とのやりとりがネックとなる（警察でも対応の仕方が一律でない）。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県内の保健所の所管範囲が広域であるため、職員の移動に時間がかかる。また地域による差だけでなく、同じ地域でもどこが輪番担当保健所かによって対応に差が出るため、一貫性に欠ける対応となることが懸念される。また退院支援や地域生活支援を行う際に、措置診察の際に |

| |
|--|
| <p>かかわった情報が、有用であり、輪番ではなく住所地保健所が本人の措置診察を担当することで支援を行いやすくなる。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・人員体制の点から、輪番制の組める保健所とそうでない保健所とが生じる可能性があるため、当県では輪番制はとっていない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当自治体の場合、一保健所の管轄面積が広大であるため、輪番制にした場合、所管地域外からの通報への直接対応が困難であり、途中から所管地域に引き継ぐことになり輪番制にするメリットが薄いと思います。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・管内の面積、交通等の事情により現実に困難な場合があると思われる。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・夜間対応等で自宅⇔保健所⇔警察署の移動距離が長くなる場合は、職員の負担が増加し、現実的ではない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・輪番制にしたいが、管外からの通報に対して時間外に片道3時間以上と長時間出張を強いることになる。また調整機能の運営をどう担うか、対応一括化に伴い、保健師人員減も強く予想されることも隘路。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・保健所間で人員の不均衡があることと、県内の距離があるため難しい。兼務体制下での応援は可能かもしれない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・自治体の面積が大きい場合や、保健所ごとの人員体制に大きな差がある等、輪番を組むことが難しい場合もあると思います。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・管轄外の地域での対応は、難しいと思います。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・直接面接せず、電話だけの対応でないと、面積の広い県では無理。 |

(3) **【20】で「はい」【58】で「わからない」と答えたもの**

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→はい

【58】 複数の保健所が協力して「輪番制」をとり、通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→わからない

| |
|--|
| <p>・対応歴がある対象者の場合、他保健所担当者では詳細が把握できていない状態で対応せざるを得ない。警察署もそれぞれに個性があり、接し方のコツが必要である。 しかし、現状では、夜勤対応がないので職員を待機させねばならず、極めてストレスを与えている。集約化に向けて検討を始めている。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・各地方自治体での状況が異なるため一概には言えない |
| <ul style="list-style-type: none"> ・居住地と保健所の距離、複数保健所間の距離、地域の警察・病院との連携を考えると、措置通報に対応して輪番の保健所が対応する、あるいは複数保健所の職員が協力して対応する、というイメージがわからない。県庁所在地から近い地域であれば、勤務先保健所以外の保健所に動員支援する体制が組めるのか、あるいは、ICT・遠隔による調査、文書作成の分担等を許容すると可能になるのか、とあらためて想像したところ。 |

| |
|---|
| <p>・当県では、平日 5 時以降から翌朝 8 時ごろまでと休日は精神保健福祉センターが警察からの通報等を受け、各保健所の措置診察等の業務を実施している。同センターの精神保健福祉士は各保健所に併任がかかっており、患者のいる保健所は所長または次長クラスが、措置診察とそれに続く措置入院などの業務を、センター福祉士から電話で受けることで「一括決裁」している。</p> |
| <p>・双利共生となる輪番区域もあれば、片利寄生となる輪番区域もあると考えられ、一概に支障のあるなしを判断できない。「わからない」ではなく、「判断材料が乏しく判断できない」の選択肢を望む。</p> |
| <p>・現法令で求められる対応と、保健所の人員不足や新型コロナ等対応を考えるとやむを得ない。</p> <p>一方、当県内は面積が広大なため現実的でない。</p> <p>問 46 に戻るが、そもそも措置入院とは何か、だれが従事すべきか、から再検討がないと、よりよい方法が決まらない。</p> |
| <p>・利点・欠点があり、一概には判断できない。</p> <p>また、都道府県によっては保健所管轄地域の広さに大きな違いがあり（特に、都市部と地方で）、地方では輪番制を採れないのではないかと。</p> |
| <p>・夜間は管轄保健所長が措置診察の必要性の判断に絡んでいないので、輪番制についても問題ないのかもしれないが、何とも言えない。</p> |
| <p>・各都道府県の地理的条件、交通網等などの環境が異なることから一概には良否を判断できないが、原則的には、退院後支援を考えると各保健所の人員配置を進め各保健所で対応することが望ましい。</p> |
| <p>・人口が密集し医療提供、特に精神科診療が保健所の圏域を超えて患者が行き来している場合、隣接する保健所どうしが協力しあうことはいいかもしれない。（身分の保証の上で）</p> <p>・保健所に限らず地域の障がい者の受け入れ資源に寄るところもあると考える。</p> <p>にも包括もそうだが、地域資源の開発が大事かと思えます。</p> |

(4) **【20】で「いいえ」【58】で「支障がない（なさそう）」と答えたもの**

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→いいえ

【58】 複数の保健所が協力して「輪番制」をとり、通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→支障がない（なさそう）

| |
|--|
| <p>・地域特性もあり、個別に対応できればそのほうが良いとは思いますが、人不足のため、いたしかたないと思えます。</p> |
| <p>・人材の有効活用という点では必要と思えます。</p> |
| <p>・'輪番制' が在ったとしても、基本的には'精神福祉士' が中心と成り、そうした精神的な問題の在る患者様に対し 1)医療体制を事前に組んで置く、2)保健所の対象地域と成る地域以外からの要請等にも（可能であれば）積極的に対応する、と言った考えに基づき、'医療保</p> |

| |
|--|
| <p>健地域’の観点から謂わば垣根を越えた対応を取れる様な体制を作成しておくべきか、と私は提案したい。</p> |
| <p>・職員数が足りない場合は、輪番制でも良いと思う。当県の中西部地域には、保健所は2つしかないので輪番は難しい。合理的配慮を考へれば良いと思う。</p> |
| <p>・本県の体制は、平日時間内は発生地保健所対応。それ以外は精神科救急情報センター(精神保健福祉センター)一括対応で、保健所職員(輪番可能な保健所職員1人につき2か月に1回程度宿直 17:15～翌 10:30、以降宿直あけ)と会計年度任用職員の輪番。保健所支援ケースの情報が情報センターで得られない課題はあるが(システム導入により解消見込み)、かつて保健所内で当番を回し無給で拘束され、深夜対応後も通常出勤(例:朝4時対応終了し帰宅し8:30 出勤)していたことを考えると職務として保障され、宿直あけは勤務がないため負担は軽減できている。</p> |
| <p>・措置診察医師が見つからない場合があり得るので、輪番制は、良いと、考える。</p> |
| <p>・職員の負担を減らすために行うべきである。</p> |

(5) **【20】**で「いいえ」**【58】**で「支障がある(ありそう)」と答えたもの

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→いいえ

【58】 複数の保健所が協力して「輪番制」をとり、通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→支障がある(ありそう)

| |
|--|
| <p>・感染症・精神保健等政策医療に関しても、弱小医療圏は他圏域に依存している状況から、医療圏を統合して、保健所数も減らすことが輪番制よりも根本的な解決策と考える。</p> |
| <p>・当県や近隣の面積の大きな県や、県内に大きな山脈を抱える県などは、各保健所間の地理的・時間的距離が数時間あるため、北(あるいは東)の端の保健所が、南(あるいは西)の端の保健所の業務を行うことは極めて非現実的。 輪番制が機能するのは、交通の便が良く、地理的・時間的距離の短い、面積の小さな都道府県のみと思われる。</p> |
| <p>・措置非該当で要通院や要入院となった際に、担当保健所が医療機関調整をすることになると、1件の措置診察でも1日がかりの調整になることがある。 措置非該当になった際の医療機関調整は輪番に当たっていない保健所で担当するならば、輪番制も可能かもしれません。</p> |
| <p>・輪番制と言っても、最終判断する保健所長が輪番というのなら、可能かもしれませんが、調査や診察を担当する職員が輪番で、他の保健所管轄地域に出かけていくのは困難と思います。</p> |
| <p>・保健所間の移動に2時間以上かかる場所もあり、現実的ではない。</p> |
| <p>・県面積が広く移動に時間がかかりすぎる。対象者を医療機関につなぐまで警察署に留めておく時間が長くなる。</p> |
| <p>・基準があっても、保健所ごとの判断が入るので バラツキが出る可能性が高いため、難しいと思う。</p> |
| <p>・地方では保健所間の距離があり、難しいと思われる。</p> |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・都道府県設置の保健所において輪番をすることについては条例等で定めておけば差支えないと思う。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・所長の業務削減には効果がありそうだが、同一管内で判断が一定しない可能性があり好ましくない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・輪番性が、公平性を担保できるか、市型保健所の場合は、措置業務の権限の有無が異なるので、簡単ではないように思えます。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・地域特性や複数の措置が重なる可能性があり 1 件当たりの対応の時間がかかる可能性がある。 複数での輪番制などでリスクが減らせればよいと考える。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・情報不足で判断に齟齬が生じるおそれがあると考ええる。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・精神保健に限った話ではないが、複数の自治体の連携体制は、県庁が協力をリーダーシップをとらないと難しいと思っている。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・他の保健所管内の状況は普段から把握していないので状況がわからない。 ・他の保健所管内は距離的に相当離れているので到着に時間がかかる。 等から問 58 で「支障がある（ありそう）」を選択した。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・保健所長の考えがそれぞれで異なり、県内で考え統一をすれば可能と思われる。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・輪番制の場合、責任の所在を明確にすることが難しいのではないかと考える。（事務委任など） |
| <ul style="list-style-type: none"> ・圏域の違う保健所で輪番制を組むことは地域性や距離を考えると、本県では困難かもしれない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・勤務時間中に輪番でその業務に出すだけの人員がいない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・職員の行動エリアが広くなり、移動だけでも負担が大きい。普段は関わらない医療機関と連携がスムーズに進むのか不確実。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当番の保健所が管轄以外の地域で対応にあたる場合、普段連携していない警察や診察医との対応に戸惑う可能性がある。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当県では、全県の対応を一元化するように、準備を進めている。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県の保健所は、カバーする領域が広く、実際には機能しない可能性が高いと思う。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当県のように各保健所の面積が大きく、移動時間等の物理的負担が想定される。また、管轄保健所が対応するメリットは、地元警察や医療機関等との日頃の顔の見える関係の中で対応が円滑に進められことなので、輪番制では関係機関との連携に不安がある。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・面接のために、遠距離移動や時間がかかりすぎる可能性がある。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県の面積が広く、それぞれの地域の医療状況も違うため、輪番制で対応できるか不透明である。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・1 市 1 保健所の指定都市保健所であるため、一括対応や輪番制の議論には関係がない。当県の場合だと、輪番での対応は保健所間の移動に要する時間や入院先医療機関への距離等からは現実的に難しいように見受けられる。 |

(6) 【20】で「いいえ」【58】で「わからない」と答えたもの

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→いいえ

【58】 複数の保健所が協力して「輪番制」をとり、通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→わからない

・長所と短所があると思います。基本的には保健所が措置業務に係るには無理があると考えています。その代わり、精神科医による精神救急チーム結成を提案していますが、精神科医が不足しており、また現存の精神科医の先生方は往々にして保守的です。

・通報件数と管内人口はおおよそ比例していると考えられるため、輪番の頻度にもよるが均等の頻度であれば小規模保健所の負担感が大きいと考えられる。

・人員体制的に輪番制としたいが広域となり実施困難

保健所担当職員の業務軽減のため、県内ブロック化での輪番制も検討してきましたが、かなり広域となり、デメリット（搬送時間の増加による職員負荷増、措置入院となった場合に遠方病院入院は当事者の不利益となる等）がメリット（職員あたりのオンコール回数減）を上回ることから、見送りとなりました。広域で受入病院も限られる地方では、輪番制も難しい状況です。

2. 【61】 県庁もしくは精神保健福祉センター等で一部または全てを行う体制への意見

(1) 【20】で「はい」【60】で「支障がない(なさそう)」と答えたもの

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→はい

【60】 県庁の担当部所や精神保健福祉センター等で通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→支障がない(なさそう)

| |
|--|
| <p>・面談や輸送を各保健所で行い、診察医の確保や入院先の確保を県庁ないし精神保健福祉センター等でやっていただけると当日時間外に動く人数を減らすことができるので翌日以降平日に代休や振り替えをする人数が減り他メンバーの負担が増加しなくて済む。元々の人数に余裕がないため、突発的な時間外勤務の発生はその後に影響が大きい。</p> |
| <p>・対応一括化に伴い、人員が削減されなければ支障はない。</p> |
| <p>・現在でも、保健所から県庁担当部署に連絡を入れ、調整等を行っている。</p> |
| <p>・精神保健福祉センター等の精神業務対応のための専従部署（都道府県の規模によってはサテライト設置なども検討）が対応することが望ましいと思います。</p> <p>・輪番制で記載した課題（管轄エリアが広くなり過ぎる、平素からの関係機関と関わりの希薄化）についても、保健所と異なり精神業務に専念できる環境であるため、大きな問題とはならないように思います。</p> <p>・措置診察の要否判断や34条の患者移送等についても、精神保健福祉センターと精神科医療機関との間で調整・運用を図られればよいように思います。そもそも、都道府県知事の代行として保健所長が業務を実施しているので、その権限を精神保健福祉センター長（県職員）に移譲すればよいかなと思います。</p> |
| <p>・中核市保健所は23条の対応を行っていないため、平日日中は県型保健所が対応している。負担が大きいため、精神保健センターで平日日中は対応して頂きたいと思っている。</p> |
| <p>・当県では、時間外と休日夜間についてはこの体制をとっている。ただし、人員不足の関係から、保健所の精神担当（PSW）が順番に当番にあたっている。夜勤に入ると計2日以上所属保健所においては不在となるため、この方針はやめてもらいたいと県には申し出ているが、なかなか改善されない。</p> |
| <p>・時間外センター制で運用中、うまく運用されていると感じる。</p> |
| <p>・人員の確保が最大のハードル。</p> |
| <p>・精神保健福祉士の能力のバラツキが最近目に余る。（臨床経験の有無） 個々の保健所で措置対応を行うよりも、精神科医療機関と精神保健福祉センターが技術提携し、ある程度、「質」を担保した措置業務を遂行することが望ましいのではないかと考える。</p> |
| <p>・都道府県に対して、精神保健福祉法に基づく事務処理が他の福祉業務と比べて、優先することを求められていると理解しているため、複数の保健所が協力した「輪番制」の実施等による事務処理の改善は行うべき事務処理であると考えられる。</p> |

| |
|---|
| <p>・数年程度の体制なら問題ないと思うが、持続可能性を考えると、病院、消防、警察など、従来 24 時間シフト制の機関でないに対応に無理があるのではないかと。</p> |
| <p>・本県においてすでに採用・運用が始まっている。夜間と休日はこのグループが一元的に対応し、保健所職員の負担が非常に減った。警察などの関係機関からの評価も高い。ただ、本庁のこのグループには負荷が集中し職員が休職状態に至りやすいのもまた事実。その際は各保健所から人を輪番で出し当該グループを援助する形で本県は運用を続けている。</p> |
| <p>・措置診察、入院受け入れ医療機関を、県庁もしくは精保センターで探してくれると助かる。</p> |
| <p>・一日 3 例以上発生した場合、県庁で調整を行う体制になっている。精神保健福祉センターは、コロナで保健所業務が逼迫した時のみ、職員の応援をしてくれていた。</p> |
| <p>・県内の県型保健所には、PSW が一人ずつ配置されているが、実質呼ばれることは少ないものの毎日が待機という負担は大きいと聞く。今後あらゆる職種で人材不足となりつつあると感じており、効率化は推し進めるべきである。</p> |
| <p>・こちらはイメージしやすい。特に調査後の措置診察判断を県庁や県精神保健福祉センターが一手に引き受けてくれるのであれば、判断経験の蓄積とより高い一貫性や県警とのやり取り合わせに期待できるし、県精神保健福祉センターに精神科医がいてこの判断に関わってもらえるのであればむしろお願いしたいと感じる。調査については可能ならば臨席のほうが場の雰囲気等々を把握するのにより好都合と考えるので出先の地域保健所と分担してもよいと思うが、その一方で職員がその場に駆け付けるのに必要な時間や対象者が危険な状態にある場合を考えると、その段階からリモートで依頼しても良いかもしれないと感じた。勤務する保健所 2 か所とも職員充足への不安が近年高まっているのでその点からも期待できると思う。</p> |
| <p>・県庁もしくは精神保健福祉センター等で一部または全てを行ってくだされば、社会資源が脆弱な地域にある保健所は助かる。</p> |
| <p>・本県では平日夜間及び休日は県域を一括して精神科救急センターが対応している。</p> |
| <p>・本県では、夜間休日に限り、精神保健福祉センターが、措置業務を一括して対応している。</p> |
| <p>・都道府県により「県庁等での集約方式」「保健所での分散方式」「その他」など体制が異なると思われるので、それぞれのメリットデメリットを整理して検討すべきである。</p> <p>・本県においては、「保健所での分散方式」であるが、夜間休日の緊急対応のサービス上の位置づけが不明確（警察のような夜勤体制ではない）なため、精神衛生上も不適切である。保健所とは別に医療機関との連携や委託などの方式による、夜間休日に待機している相談窓口（精神科救急情報センターや精神科救急医療相談窓口）があるため、その窓口で措置対応も行うようにした方が合理的である。</p> <p>また、保健所の保健師は人数が限られており、保健師は精神保健福祉の相談、各種の会議、研修、ケース対応など日中の多くの業務に忙殺されている上で、更に夜間休日の措置対応をいられているため、限界を感じている。</p> |
| <p>・全県で病床コントロールできる点と専門性を担保できる点から、県庁と精神保健福祉センターが協力して一括管理をしていただく体制が望ましい。限りある精神科医療資源の采配を一括管理することで、地域による調整の格差を是正できる可能性がある。</p> <p>また、労務管理の観点でも県庁もしくは精神保健福祉センターでの一括管理体制をお願いしたい。保健所の少ない担当者（当初は 2 名）が昼夜を問わずオンコールを受ける状況にあり、</p> |

措置通報がない時であっても精神的な緊張が持続しており疲弊している。保健所長も、精神保健措置はもとより保健所業務全ての報告に対するオンコールを 365 日受けており、中でも措置通報の対応は非常に重荷になっている（非専門家の保健所長が病態を判断することに無理がある）。専門性の高い部分と地域支援の部分の役割分担を検討いただきたい。

・ぜひお願いしたい。

・県庁に休日・夜間の警察官通報対応に特化した通報対応グループを 2021 年度から仮設置している。（当面 3 年間）これにより、休日・夜間の事前調査を面談で行うことが可能となり、警察等からの評判も良いと聞いている。平日に対応する所管保健所との業務引継ぎも問題なく行っている。2023 年度で当面の 3 年間で終了するので、2024 年度から正規の部署として認められることを期待している。

(2) 【20】で「はい」【60】で「支障がある（ありそう）」と答えたもの

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→はい

【60】 県庁の担当部所や精神保健福祉センター等で通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→支障がある（ありそう）

・県庁も精神保健センターでも現状人員が不足しているため現状では難しいと思われる。

・一元化した方が効率が良いとは思いますが、一か所のところから、その自治体の端から端までをカバーするのは大変かもしれないなと思いました。

・保健所で把握している患者なのか、これまでの支援について確認が必要である。地理的に移動に時間がかかる可能性がある。以上のことから、一括して行うことは困難と考える。事前調査までは保健所で行う必要がある。ただ、精神保健福祉センターの精神科医に措置診察の有無等について判断してもらうことは、県内での判断のばらつきを無くするためには有用と考える。さらに、指定医の確保や入院医療機関の確保については、本庁等で一括してやってもらいたい。管轄外の医療機関に依頼することになるため、なかなか確保が難しい現状がある。

・保健所が全く係わらないと退院支援について支障がある。

・本県では、夜間、休日の措置業務を保健所ではなく、精神保健福祉センターが担っているが、県全域となると地域が広いので、担当職員の移動、患者の指定病院までの移送に大きな困難を伴っている。精神保健福祉センターに精神科医がセンター長 1 人しかいない状況で、年間を通じて大きな負担になっているほか、担当職員（特に保健師等専門職）も十分配置されておらず、多忙を極めている。

・保健師の配置が現場と比べて少なく、対応困難である。

・当時地帯は広域であり、三次医療圏が 6 つあるなど、自治体内全域の措置診察を一括で調整することは困難。担当エリアを一部とするなら検討の余地があると考えます。

・本庁にも人的資源に余裕がないので体制づくりに課題がある。とはいえ外部に一括で業務委託できるかと言えば精神医療そのものが盤石でなく、入院調整が困難となるのは目に見えており、運営が厳しいと考える。

・県庁も精神保健福祉センターも業務に余裕があるわけではなく、また、人員増もままならない中で、また、【59】で記したような不具合（対象者が保健所担当者との人間関係があれば、

| |
|---|
| <p>通報時に落ち着かせて地域保健活動で治められるような場合が少なからずあると思う。輪番制や一括対応ではそうした人間関係ができていないので、『はじめまして』から始まる機械的な対応となって、本人にとっても地域保健活動に携わる者にとっても不本意な結果に到る場合が少なからず生じることを危惧する。)も危惧される中での業務の集約には無理があると思う。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県土が広く、輪番制や一元化は難しい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・二次医療圏が多くて広いので、一括しての対応は難しいと考える。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・有力な代替策だと思われる。ただし、県庁担当課に10名前後の職員を増員する必要があり、そうなる待機しているだけで手持ち無沙汰な日が発生する。かといって、県庁ルーティン業務を分担させていると予算編成期や議会開会期間中に通報があると、たちまちルーティン業務に穴を開けてしまうことになる。また、本県の精神保健福祉センターは児童相談所と併設されており、職員は児童虐待通報への対応に追われている。この上に、精神通報対応まで任せするには、大幅な職員増が必要となる。上記のいずれの場合も、保健所保健師の定員減を招くことは避けられない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県庁から160キロメートル、精神保健福祉センターから170キロメートル、を移動して来てもらうというのは現実的でない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・措置診察の要否について誰が最終決定者となるのか。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当地の実情でいえば、センターや本課単独では困難と思われる。これまで保健所でまがいなりに対応してきているために、少なくとも組織人事のところで相当な理論武装が必要となる。再掲になるが、保健所職員(所属にこだわらず本課一括で名簿を作成しそれに従って)が輪番で中央(本庁等)に詰めて対応するのがよいと思う。これは保健所業務を夜間休日に1か所に集約するという理論で話ができる。深夜勤務があるので、行政管理上の問題をクリアする必要がある(3交代、2交代職場ではない一般職員では深夜勤務の日中からの振替を認めていないので、翌朝は徹夜明けの通常勤務となる。休みたければ年休対応)。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・広域にわたるため、現場へのアクセスに時間がかかり措置診察や入院の時機を逸するリスクが生じる。また、県庁等の組織に余裕のある人材を配置する必要があり、そのことにより保健所の人員が手薄となり通常業務に支障を来す懸念がある。これらの点は、面積が広く人口が少ない(即ち人口密度が低い)自治体においては、必ずしも集約化が功を奏するとは限らないことを示している、と言える。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・広域すぎる。せいぜいブロック単位くらい |
| <ul style="list-style-type: none"> ・人員配置が難しいと考えます。(保健所と本庁では、保健師の割合など違ってくるため) |
| <ul style="list-style-type: none"> ・措置業務の標準化が期待される反面、広域な当自治体では直接対応は保健所が引き継いで行うことになり、業務軽減効果があまり多くないと思います。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・やるとすれば精神保健福祉センターがやるしかないであろうが、職員の数が少なすぎて、今のままでは無理。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・本県においては、本庁は統括業務、センターは啓発業務が主であり、24時間体制の患者対応をできるような人員体制はありません。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・所管が広域のため。対応に一貫性は保たれると思われる。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・そもそもそういう想定になっていないため、精保センターの人員面から不可能。採用も不可能。 |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 全県をカバーすることは距離的な面でも難しい |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 対応可能な件数と思えない。機械的に措置診察・移送・措置入院していただくには足りないか。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門職種の数足りず、現実的でない。 |

(3) **【20】で「はい」【60】で「わからない」と答えたもの**

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→はい

【60】 県庁の担当部所や精神保健福祉センター等で通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→わからない

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 理想であるが、県庁にやる気があるとは思えないし、そもそも当県には県立の精神神経医療センターがないので実現困難。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 県土面積が広大な都道府県で一元対応は不能と考える。件数が少なく、かつ県土面積が一定以下であれば、有効な方法と考える。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 対応歴がある対象者の場合、他保健所担当者では詳細が把握できていない状態に対応せざるを得ない。警察署もそれぞれに個性があり、接し方のコツが必要である。しかし、現状では、夜勤対応がないので職員を待機させねばならず、極めてストレスを与えている。集約化に向けて検討を始めている。（輪番制と同じ） |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 利点・欠点があり、一概には判断できない。また、都道府県によっては保健所管轄地域の広さに大きな違いがあり（特に、都市部と地方で）、地方では一括方式を採れないのではないか。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 措置に関する業務について一貫性を持って取り組むためには、一元化は有効と思われませんが、当県では管轄エリアが大きすぎることもあり、実施できていません。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 小さな人口の県では、本庁一括もいいかもしれない。 <p>ただ、地域に帰ることを考えると、圏域の活動はしっかり残したい。難しいところです。</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 当県では、夜間休日は、県一括で対応となっており、以前、全て保健所職員が対応していた時と比べて保健所職員の負担は軽減されたと思います。ただ、夜勤の多い県一括の措置対応部署に配属になった職員の負担は大きいかもしれません。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 例えば、事前調査、退院後支援を保健所が担い、その他の措置業務を県庁/精神保健福祉センター等が担うなどの業務分担を図れば有難い。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間対応を求められるため、配置できる職員が限られ人事異動で苦慮することが想定される。 ・ 一括で行うことは、県内での対応の差がなくなるので良い点もある。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 全てを行うには、初期の措置入院患者の受け入れが、できる体制がないと難しい。また、当県の場合、県庁やセンターが、県の北部にあり、南部での通報の場合、現地に向かうために2時間以上かかってしまい、現実的ではない。現在、通報の増加が著しいことで、保健所の対応体制が十分ではない状況である。このことから、センターで措置業務を行うことは賛成である。しかし、当県の地勢から判断すると、県に一つしかないセンターでは、県全体を管轄にす |

ると、迅速な対応ができない地域が、出てきてしまう。現実的には、当県で県庁やセンターで措置業務を行うことはできないと考えられる。

(4) 【20】で「いいえ」【60】で「支障がない(なさそう)」と答えたもの

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→いいえ

【60】 県庁の担当部所や精神保健福祉センター等で通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→支障がない(なさそう)

| |
|--|
| <p>・当県では事前調査など措置入院に関する業務は精神保健福祉センターが全て行っているため、各保健所には全く負担はない。しかし、精神保健福祉センターに勤務する職員の負担が増加し、今年度はセンターの精神科医の離職があり、残った精神科医の負担がさらに増加している。現在の体制を維持するためには、センターに勤務する医師の確保が必要である。</p> |
| <p>・通報や措置業務が多く大変忙しいので良いと思う。</p> |
| <p>・上記と同じく、各保健所に個別に対応できればその方が良いとは思いますが、専門性のある人材確保が難しく、いたしかたないと思います。</p> |
| <p>・地域の実情に応じてそのような体制を取り入れることは問題ないと思います。</p> |
| <p>・保健所輪番制より可能だと考える。</p> |
| <p>・当県の中核市に措置権限がない以上、そうすべき</p> |
| <p>・当県では、来年度、県庁に集中化(各保健所から当番が出向く)に向けて、今年度視察調査、試行を行う予定。</p> |
| <p>・県庁等で集約して専門の職員が対応すれば、保健所職員の負担軽減につながる。一方で、県庁等から遠方の地域で発生した通報対応には移動等に時間がかかるため、保健所が対応するよりも時間がかかる懸念がある。</p> |
| <p>・標準化されるので理想的である</p> |
| <p>・当県では、精神保健福祉センターが一括して対応しており、当直体制がある。保健所の精神保健担当部署の職員は精神保健福祉センターと兼務となっており、平日時間内の場合は調査にあたっている。保健所の職員は、電車が動いてないと登庁できない職員も多く、各保健所での対応は負担が大変大きい。また対応の質的なレベルも保たれ、この体制は大変いいと思う。</p> |
| <p>・夜間や休日に、県庁または精神保健センターで対応してもらう体制は、保健所としてはありがたいが、現実的には、対面の聞き取りは難しいかもしれない。</p> |
| <p>・当自治体は、従前より本庁一括。平日日中に関しては、警視庁との関係の中で、迅速に電話調査し、診察は、警察署への出張診察体制。</p> |
| <p>・また、措置のハードルが高いからか、警察搬送による二次救急が増加。</p> |
| <p>・県全体は非常に広域となるので、全ては難しいとは思いますが、最初の通報は県または精保センが一括して受付してもらいたいと要望しています。</p> |
| <p>・夜間・休日など時間外においてはすでにこの体制で運営しており大変助かっている。</p> |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・当県の場合、県庁障害保健福祉課が、保健所が実施した調査の結果を踏まえ措置診察の必要性の有無を判断し、指定医2人の手配を行っていることから問60では「支障がない（なさそう）」を選択した。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・保健所設置市である当市も県の休日夜間救急精神科受診システムに入っており、円滑な診察体制が構築されています。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・現在、夜間・休日は精神保健福祉センターで対応している。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当自治体は措置業務を一括して行っています。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・措置業務に精通した職員が行えば、全く問題ない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・合理的で効率的だと思います。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・かつて保健所においても、診察の必要性の判断について夜間に連絡体制をとっておりましたが、現在は本庁で全て一括対応し保健所は対応はとっておりません。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当県ではすでに精神保健福祉センターが措置業務を行っており、精神保健を担当する保健予防課の保健所職員は、精神保健福祉センターの兼務職員になっています。昼間は、保健所職員が調査し、夜は直接精神保健福祉センターが調査します。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当県では夜間休日の通報には、委託先のセンターが対応している。このシステムで困ったことはない。 |

(5) **【20】で「いいえ」【60】で「支障がある（ありそう）」と答えたもの**

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→いいえ

【60】 県庁の担当部所や精神保健福祉センター等で通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→支障がある（ありそう）

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・各保健所の負担軽減の面では有効であると考えているが、課題は輪番制に対してと同様、当県のように各保健所の面積が大きく、移動時間等の物理的負担が想定される。また、管轄保健所が対応するメリットは、地元警察や医療機関等との日頃の顔の見える関係の中で対応が円滑に進められことなので、センター制では関係機関との連携に不安がある。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県内でも、政令指定都市は行っていると聞いている。保健所の人員不足を考えると、業務効率化につながるのではないかと思う。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・本市が措置業務は体制不十分で行えていない。仮に行うとして、当市範囲内なら可能かもしれないが、県全体を考えたら離島等の遠隔地も多く、一括は困難ではなかろうか。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県土が広域すぎるので、実現困難。もともと分県を進める歴史がこの自治体にはあったが、その通り進んでいけば、人口規模、県土の大きさとしても適当で、一括対応も可能であったと考える。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・通報は地域性があるとして、保健所が把握しておく必要があり、措置診察や入院は集中して、1か所で行うことが望ましいのでは。ただし、県によっては集中(限定)することで移送などかなりの時間を要する場合はあれば、措置の緊急性が問われると思う。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県が広すぎる。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・情報不足で判断に齟齬が生じるおそれがあると思う。 |

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・面接のために県内を遠距離移動する必要がある現実的でない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県の面積が広く、それぞれの地域の医療状況も違うため、輪番制で対応できるか不透明である |
| <ul style="list-style-type: none"> ・記載された体制は望ましく、当県でも意欲的な精神科医が体制の構築に動いたこともあった。しかしながら、人的資源の不足等の問題もあり実現しなかった。 県としては国からの指導等の形で支援があれば体制構築は可能かと考える。 (支障がある、と回答したのは当県として人的資源やセンターの能力面から現状では無理との意味です) |
| <ul style="list-style-type: none"> ・面積の小さな、それでいて人口が多く(つまりは担当の職員の多い)、かつ精神保健指定医や入院可能な医療機関が多い都道府県は、その自治体の実情に即して自由にやればよい。 医師の数や医療機関の数が西高東低なことからわかるように、全国一律にやれることではないし、やるべきではない。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・当事者が退院後に地域に戻る。その先も県庁がフォローしてくれる訳ではない。一人の人格と関わる以上は、入院前後の連続性があつた方が信頼関係を構築しやすい。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・措置業務は基本的には精神科医の診断・措置判断が必須と考えます。専門外の職員では判断に責任が持てず、精度も低下すると考えます。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・地域の事情が保健所間で異なり、本庁等でそれをよく把握していないと、難しいことも起こりうると思われる。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・県庁等での一括では対象者への対応はオンラインとなってしまう。対象者の状態よってはオンラインに非協力的な場合もあり正しい判断ができるか疑問。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・1市1保健所の指定都市保健所であるため、保健所精神保健担当のみならず、精神保健福祉センターや本庁も交えた体制は保健所の負担軽減には有用である可能性はある。とはいえ、当市での保健所とセンターとの役割分担の経過からは、センター側でこうした一部担当してくれる機運は期待し難いものとする。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・カバーする範囲が広く、実際には機能しない可能性が高いと思う。いずれの組織も、事務方が多く、時間外に通報受理から措置診察対応までの対応を取るには、相当の準備検討が必要と考える。また、体制について、外部委託する等、相当の検討が必要。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・できるのであれば、やっていただきたい。 |

(6) 【20】で「いいえ」【60】で「わからない」と答えたもの

【20】 現在措置診察の要否判断に携わっていますか→いいえ

【60】 県庁の担当部所や精神保健福祉センター等で通報受理から入院までの措置業務の一部または全てを行う体制→わからない

(【20】で「いいえ」【60】で「わからない」と答えたもの)

・ 本県では体制が確立されているため。

・ 可能ならばそのようになってほしいと感じました。実際では当県の場合は夜間と休日については精神保健福祉センターで一括して行っている状況です。保健所に配置される精神担当の福祉士の人員不足が当県では深刻です。

・ 医師診察が、担保できれば良い。中核市なので、診察後の結果により、入院搬送をする。待ち時間が、負担だという意見もある。

・ 集中化した部署から事前調査のため都道府県内の遠隔地の警察署等に移動するのは大変ではないか。また、複数事例が発生した場合に備えて複数チームを準備するのは大変ではないか。

3. 【62】措置業務全般についての意見

(1) 【20】で現在措置診察の要否判断に「携わっている」と答えた所長の意見

| |
|--|
| <p>・23条通報の対象とは考えられない例を、警察が通報することがあり、対応に苦慮することがあります。</p> |
| <p>・当初では移送に係る事務に従事する者の生命または身体に危険が及ぶおそれがある場合、警察に臨場要請し協力を得ているが、協力を得られず職員の安全が確保できない状況を懸念されている保健所はないのでしょうか。</p> |
| <p>・警察の通報判断等で悩まされる場合がある。「危なさそうだ」の範囲が保健所側と大きく食い違う場合、被通報者の周囲の声のみで動き現認なしで連絡を取ってくる場合、等々。使いやすい判断基準の記述が出るとありがたい。</p> <p>・通報から調査、診察、入院が深夜に及ぶ場合の職員確保が苦しい。面接調査は直接対面を原則としており、警察の保護に頼ることも最近特に難しい。居住地が離れている職員もあり、24時間いつでも出動とは行かず診察医・入院先の確保も困難。この綱渡りは何とかならないものか。</p> <p>・22条通報を繰り返す者に悩まされている。</p> |
| <p>・措置業務については保健所職員の負担が大きい。</p> <p>当番制という名の（実態のない）拘束時間を強いているのは、そもそも問題ではないかと思う。</p> <p>所長も24時間365日対応では気が休まらないのが正直なところ（1年未満の所長ですの で）・・・</p> |
| <p>・担当者への負担が大きく、一方で人権に関わるため安易な効率化も困難な中で、難しい問題と思う。</p> <p>理想を言うようだが、地域包括ケアシステムの構築、保健所や市町村の中での保健活動の質的・量的な充実などで対応できれば良いと思う。</p> <p>そのためには、人とカネの話は不可欠で、財源論なども包括した社会の在り方全般の見直しが必要とされる。</p> <p>そのため、保健医療福祉関係者には、法令や制度の中での調整役である行政にリクエストすることに加えて、選挙など政治への参加をお願いしている。</p> |
| <p>・警察署により、精神疾患の患者への対応が異なるのが不思議だ。</p> |
| <p>・24時間体制で措置業務を実施するために必要な職員が配置されていない状況であり、現場に大きな負担となっている。</p> <p>・措置入院の診察、費用認定、措置解除など法廷手続きだけでも非常に手間がかかるため、新たに求められている措置患者の退院後支援に手が回らないのが現状である。</p> |
| <p>・措置診察要と判断した後の移送について、警察から保健所職員だけで行うべき、と協力が得られない状況になっている。精神担当職員以外を含め、全所的な対応を組まねばならなくなっている。</p> |

| |
|---|
| <p>・都会のように通報件数自体が多くはないものの、遠方の指定医診察となると1件の通報対応に深夜までかかることも度々あるため、普段から保健師数に余力がない当保健所としては負担が大きいと感じています。</p> |
| <p>・現在、当県において夜間休日における措置業務は精神保健福祉センターで一括して行っているが、適切に運用されており、更に進めて24時間化が望ましいと考えている。各県間の、措置業務平準化・均てん化を図るなら同様にセンター化を推進すべきと考える。</p> |
| <p>・「精神保健福祉法」と「警察官職務執行法」、「刑法や司法等の法体系」等を整理することにより、措置診察を行うための要件について、明確とするなど、「人権」を尊重した事務処理を規定していただきたい。</p> |
| <p>・当自治体は中核市であるが、県からの権限委譲の際に平日時間外、土日祝日は全日の緊急措置対応がおりてきた。保健師二人一組のシフトを組むことも中々困難であり、厳しさを感じている。非対面、警察署まで行かなくてもよい電話対応や夜間対応の見直しはお願いしたいところだ。</p> |
| <p>・措置入院や医療保護入院などの不同意入院の制度については、人権抑制を伴うことから、その運用については的確かつ必要の限度を超える裁量が入らないようになされる必要がある。</p> <p>本来、不同意入院は縮小・解消し、それに替わる地域精神保健福祉の仕組みを構築して行くべきである。今を廃止に向けた「過渡期（いずれなくなる入院形態）」として捉えるのであれば、このような大きな地域格差を容認することは難しいと思われるので、都道府県に委ねず、労働行政のように、むしろ国の責任において行った方が良いのではないかと感じる。</p> |
| <p>・精神科医療自体が縮小傾向にあり、輪番制以外での対応が困難になりつつある。</p> <p>それから、今回の調査は選択肢等が現実的だった。</p> |
| <p>・基本的には警察から回ってくる通報がほとんど要措置で間違いないだろうというものばかりなので今まではあまり迷うことがなく措置診察に進んでいる。何件か診察では措置不要になるだろうな、と思いつつも現場の保健師の意見を取り入れて措置診察に進んだことがあるがいずれも措置不要との診察になった。まだ経験が浅いため、措置不要と言い切る自信も根拠も持ち合わせていなかったが、現場や診察医の負担を鑑みると、その際もっと強く措置不要と言い切ってよかったものなのかと考えるも答えは出ない。</p> |
| <p>・今年の日本公衆衛生学会のシンポジウム、オンデマンドで見ましたが、23条通報が全て適正で精神保健指定医の判断が絶対という前提に思いましたが、違いましたか？</p> <p>実際の保健所が一番困っているのは、23条通報が適正でないことで、研究班に求められるのはそのことではないかと思っていますので、検討よろしくをお願いします。</p> |
| <p>・精神科の経験のない保健所長が多い中で、精神科疾患の対応の判断をすることは困難に感じている。措置対応をしなくても、早急に精神科医療に繋ぐことが容易にできる環境であれば、さほど困らないと思われるが、精神科医療機関のない離島や、あってもなかなか対応してもらえない場合など、精神保健指定医の判断を仰ぐために措置診察を行わざるを得ないこともある。管轄内に精神科医療資源が乏しい場合、夜間などについては、診察医を探すのにも苦労している現状がある。</p> |
| <p>・警察組織全体への精神障害者に関する研修会をしていただくのが良いと思います。</p> |

・受け入れ病院確保に難渋しています。

精神科病院は市内10か所ありますが、受け入れ病院はほぼ2か所に限られています。

土日祝日のみ、救急当番病院の輪番制を設けており、その時空いていればそちらが優先となりますが、それ以外は保健所職員が電話で受け入れ病院を探しています。先日は、救急受け入れ2病院が病床が埋まっており、市外も含めて県内全ての病院にあたりましたが見つからず、結局よく受けてくれている病院の患者をほかの病院で受け入れてもらい、やっと確保しました。全て保健所が調整しています。このような綱渡り状態が続いています。県の精神科情報センターは、輪番当番の情報をまとめているますが、それ以外の対応はなく、機能していません。平日夜間も受け入れ病院当番制導入を要望していますが、なかなか県も病院も動こうとしないのが現状です。

・指定医であるクリニック主治医が、希死念慮のみの対象者を自院の一般診療として診察した流れで措置診察（一次診察）を行うことを繰り返している。通報はスタッフを使い形式だけ22条で行う、土曜の閉庁日に勝手に対象者を保健所へ来庁させるなど、逸脱した運用を繰り返している。

他の通報であれば事前調査で不要となるケースで、当然二次診察で措置不要となっている。本来は主治医が地域連携の中で入院医療機関に紹介すべき症例であり、措置入院のシステムを私的に乱用すべきではない。

当該医師に、通報の判断についてガイドラインに準じた運用をしていただくよう説明しても、なかなか聞き入れられず、担当者も振り回されて毎回苦勞している。

客観性を担保するためにも、主治医が措置診察をすることは極力避けるべきであるが現行のガイドラインには記載がないため、説得の根拠に欠くのが現状である。県内の他の保健所の運用などもみても、やはり主治医は選定しないようにしているのだが、国のガイドラインに記載がないため県のマニュアルにも記載はない。

当該医師から、記載がないことを理由に反論され、さらに医師不足を盾にしてこうした行為を繰り返されても仕方がない状況。

精神科医療の医師、医療機関が少ない地域では、こういった問題がほかの地域でもあるのではないかと考えるため、ぜひガイドラインの改定時に検討をお願いしたい。

・保健所長は与えられている権限に鑑みて、精神保健福祉法の最低限の理解と日本が国連等から受けている勧告の趣旨などを理解すべきである。

・警察が、精神疾患を抱えた患者さんをまるで犯罪者のように扱うのは、著しい人権侵害と考えます。また、当県では、精神科病院から患者家族に、具合が悪くなったら110番通報するように指導しているようです。これは、全国的に行われているのでしょうか？保健所勤務を始めてまだ2年ですが、非常に違和感のあるところです。

・「自傷他害が明確で措置診察が必要」というケースは実はそれほど多くなく、大概のケースは判断に迷うことも少なくない。これまで担当者として措置業務を含む精神保健業務に携わる中で、判断基準として「疾病性」と「事例性」を鑑み、ミスリードにならないよう担当者の意見を聞きながら最終的な判断をしている。おそらく『正解』はないと思うが、最後の責任は自分で負うという覚悟を持って取り組んでいる。

問【18】に関し、警察との定期的な協議は行っていないが、警察署長など幹部との交流を密に

して風通しのよい関係を作るようにしている。警察に「保健所は相談したら迅速に対応してくれる」という信頼感を持ってもらえれば大きなトラブルはないと思う。保健所の論理を振り回し「これはやらない」という態度が最もよくないのではないか。

・当県では、措置診察実施率が4ブロックで大きく異なります。その要因として、各ブロックの医療体制があげられます。

診察に応じていただける医師がどれだけいるか（指定医の措置診察応需率は医師により差が大きい）、措置入院を受けていただける病院がどれだけあるか、という点は、各保健所での診察判断に影響しています。

圏域によっては、精神科病院が多く、診察・入院に対する協力も得られやすい状況があり、診察率は100%近い状況です（措置入院率も高い）。また、警察と医療機関の関係性も良好なため、警察の協力により措置でなく医療保護で入院という対応も多いようです。

一方、他ブロックでは、診察医の確保、受け入れ病院の確保はかなり困難なため、他地域への搬送も多く行われています。そこで、診察実施の判断は、かなりシビアにしているものと思われれます。

当県に限って言えば、措置業務のあり方は、保健所の判断のバラつきというよりは、医療体制の違いが大きく反映されているものと考えております。

・保健所と警察、医療機関の関係は、各地の長年の歴史のなかで、形づけられたもので、都道府県間の扱いが異なるからといって、ガイドラインを示しただけでは、解決できる問題ではないと考える。関係者との関係性、都道府県の担当者の考え方、受け入れ医療機関の数、様々な要素が複雑に絡み合って成り立っていると考える。ただ、だからといってこのままでいいと思っていないわけでは無いが、相当な努力が必要である。

そもそも、通常は、24時間体制で業務を行っていない保健所が、24時間いつでも出てくる通報に対して対応を行わなくてはならないと決めたところに課題がある。措置診察の判断を一人しかいない保健所の医師に、24時間対応で即時に判断する制度にも課題がある。現実問題通報が重なれば、職員の交代はあっても、所長の交代はあり得ない。できれば、各都道府県に通報から入院までの業務を24時間体制で行うことができる機関を設置しなくては、解決にならない。

・指定医・入院医療機関を含む社会資源の先細りで措置業務の遂行が破綻しないように、都道府県レベルもしくは国レベルで適切な対応をしてほしい。

・呼ばれたら帰ってくるまでに時間がかかる。

夜間引き受けられる病院が少ないが、医師・スタッフ不足のため仕方がない。

・警察が23条通報案件でないものを通報するなど、警察官への正しい理解と周知が必要。

全県の輪番制なので、普段なじみのない警察署との対応に困難さを感じることもある。

当県では、夜間休日は1名の指定医の診察のみで緊急措置入院としており、後日、2名の指定医の措置診察を実施している。休日夜間は2名の指定医を確保するのは困難なので、監査で指摘されても改善できない。

また、夜間の職員の移動にコロナ患者の搬送の時のように、公用車をタクシー運転手に運転してもらおう仕組みを導入すべく県の幹部と交渉中。

・入院受け入れ医療機関が、事例によってなかなか決まらないことがある。

| |
|--|
| <p>・国が具体的に運用を決めるべきである。それが無いので、「なるべく診察しない方がよい」と「原則診察」との、神学論争となっている。「措置診察させようとするのは人権侵害でけしからん」等の不毛の議論を吹っ掛けてくる一部の保健所長たちには、辟易としている。問51の「迷う」の意味がよくわかりませんでした。とりあえず「迷わず対象外とする」という意味も含めて、チェックを付けました。</p> |
| <p>・当地域の特性として、精神科医も精神科病院もほぼなく、午後以降に措置診察要とした場合に、入院先とは別に2名の指定医の来院・診察を得て措置入院は不可能といってもよい。地域性により1名は入院先の指定医でもやむを得ないことをガイドライン等に明記願う。</p> <p>精神科診療所の主治医は、県外であることも多く、県内外問わず、診療時間以外、かかりつけ患者の急変があっても連絡がつかない。診療報酬等で改善できないか。</p> |
| <p>・警察官通報、措置診察及び入院医療機関探しの2点がボトルネックと思われる。</p> <p>警察官通報では、通報の根拠となる精神症状の有無、自傷・他害に係る認識が警察署と保健所とで異なることが多い。（例えば、通院歴があるだけで精神症状あり、とする警察署が多い印象。また、今後行為に及ぶおそれがある、という根拠で通報する警察署も多い）。</p> <p>警察官通報では、通報の根拠となる判断の部分を保健所に委ねる傾向が高い。責任逃れの印象を受けることも多い。</p> <p>措置診察、入院受け入れ医療機関については、夜間はもちろん、土日祝日は日中であっても、絶望的に受け入れ医療機関がない。今年のケースだと、土曜日の日中で4～5時間探しても診察受け入れ医療機関がなかった。</p> |
| <p>・中核市保健所でも、23条通報の対応を行って頂きたい。</p> |
| <p>・設問54～57について、22～26条通報のどれを想定しているのか分からない。</p> |
| <p>・問「【14】都道府県独自の「措置入院に関する運用マニュアル」について」</p> <p>県の運用マニュアルはないが、それに替わる資料等により保健所担当者間共通認識形成が図られている。</p> |
| <p>・精神保健指定医の地域偏在がはなはだしく、私の圏域では指定医による措置診察がスムーズに進まなくて困っている。</p> |
| <p>・保健所職員、警察、病院間で、措置の基準や措置入院に対する認識が大きく、また、県内の地域差、都道府県間の差も大きい。</p> <p>人権に関わる処置であり、このような差を縮小するよう、定期的な研修等何らかの工夫が必要と感じる。</p> <p>・措置診察や入院の際の移送に関し、かなり保健所の負担となっている。自傷他害のおそれが強く粗暴な対象者の移送は、保健所職員では困難なのが現実である（人員の確保、車両等）。</p> <p>23条の場合には警察の協力が得られるところもあるが、これも警察署によって差が大きい。</p> |
| <p>・措置業務は精神科の専門性（疾患、病態、人権への配慮等含めた総合的な知識と経験）が必要な領域と思われるが、精神保健福祉センターの業務ではなく、保健所業務となっていることに違和感を覚えている。</p> <p>・部長通知にある「保健所は、（略）入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動へ</p> |

の参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うものとする。」この部分は了解できる。保健所の対応は生活支援の部分を中心に

- ・知的障害やパーソナル障害など、医療介入の効果が不明確なものが措置通報対象になることが理解できかねている。
- ・今年の日本文学衛生学会（つくば）シンポジウムに参加したが、保健所長相互で措置業務に関する考え方に、かなり差があるように感じた。
- ・医療保護入院について国際的には批判があると聞いており、医療保護入院が廃止された場合、措置業務への影響も懸念されるが、諸外国では同様のケースについて、どのように対応しているのか知りたい。

- ・否定的な意見ばかり書きましたが、私は、どちらかというと措置入院制度反対です、人権侵害だから最小限にするべきじゃないかと思っています。また、無理やり病院につなげても、治らない方が一定数おり、本当に入院が本人のためだったのか、と感じるときもあります。認知症の方は、廃人化するのではないかとか、人生の最後に無理やり精神科病院に入院させるなんてと思います。また、措置入院がトラウマになる方もいらっしゃる印象を持っています。
- ・設問52について：治療法がない人を入院させる意義はあるのか、病院に押し付けているだけではないのか、と感じながらも、精神症状があると思われた場合は、措置診察を決定することもあります。
- ・一方で、「私は、健康に過ごす（医療を受ける）権利があるというのを軽視しすぎているのだろうか」と思い悩むことも多いです。

・あきらめの境地であります。

- ・事前調査の方法を問う設問で、選択肢が、「許容できる」、「許容しがたい」、「わからない」からの択一となっている。所属長である自分が「許容しがたい」と判断すれば、どんな人員体制、通報件数でも、直接対面、本人調査を職員に命令できる訳ではない。「わからない」の選択肢を、「通報件数、職員体制によって判断する」と読み替えて頂くことを希望する。なお、当所は人員体制、通報件数ともぎりぎり限界のところ、直接対面、本人調査を全数に行っていることを申し添える。さらに通報件数が増加した場合は、望ましくはないが電話調査も可能とすることを検討せざるを得ないと考えている。

・保健師が献身的に業務を行ってくれます。ありがたいことです。

- ・地域の繋がりが希薄化した現在、非通報者の情報が乏しいまま、措置診察となるケースが増えている。個人情報の乏しい中での診察に不安を覚える。

- ・面接と同時に受け入れ医療機関を探しますが、あらゆるパターンでの受け入れ可否を確認しています。措置ではなくても受け入れてくれる医療機関があれば、面接で本人や家族から受診の意向を聞けるように工夫して、医保での入院に持っていつています。措置診察にするよりもその方が警察の手を早く離れるという事を警察に認識してもらい、むやみに通報するのではなく、まずは相談で連絡をもらえるようにしたいからです。もちろん、明らかに通報が必要な人はその限りではないということも警察とは共有しています。

(2) 【20】で現在措置診察の要否判断に「携わっていない」と答えた所長の意見

| |
|--|
| <p>・児相のように人員を増やす事が望ましい。措置業務に携わった職員には、危険手当等を増やすべきである。</p> |
| <p>・貴事業班の調査において、都道府県単位での措置業務の違いが大きいことがわかりました。それをおしなべて同じにすることが目的ではないと思いますが、対象者の人権の配慮や安全を守るために、保健所の体制のみならず、措置の基準や受け入れ医療機関の体制や診察医の確保など、それぞれの事情が関わっていることなど、さらに改善点が有れば提言を出していただくなど、ご検討ください。</p> |
| <p>・当県は措置入院が他の府県と比較して多いと聞いています。精神科の対応のせいだと聞きますが、法改正などで何とかならないものなのでしょうか。</p> |
| <p>・警察・保健所の意思疎通や風通しを良くすることが不可欠である。また、精神保健指定医を標榜しながら措置診察に（特に土日・祝日に）協力的でない精神科医が少なからずいたり、総合病院内の一診療科としての精神科であるにもかかわらず、身体的ケアや診療が必要な疾患を抱えていることが判明した措置入院患者を受け入れようとしない当県の某国立病院など、行政に非協力的な病院の（おそらく大学の医局人事で動いている）精神科医及び、それを許す病院及び派遣元の精神科医局に対して猛省を促したい。通常診療科は救急を行うのに精神科が救急を扱わないのは道理に反していると考え。自分は臨床から行政に入って2年未満、保健所長になって半年未満だが、行政が下手（したて）に出過ぎな印象を持った。もっと強く言ってもいいのではないか。また各医療機関も医療行政に対してのより深い理解と一層の協力を求めたい。</p> |
| <p>・措置診察から入院搬送まで、より負担の少ない良案はないものか。</p> |
| <p>・措置業務は今後も増加が見込まれるが、医師の働き方改革や時間外労働等の課題も多く、現状維持が難しいと考える。保健所の精神チームの相談件数も増え、対応に限界があり、措置関係は取り出せないかと考える。</p> |
| <p>・ガイドラインを守らずに入院予定の病院の医師に判定させている事例があることは残念である。保健所の立場は対象者の人権を守ることにあると考えるので、警察や病院医師と見解が異なることは歓迎すべきことと考える。見解の違いを討議することこそが重要である。精神科専門医養成の観点から措置入院を増やしたいという精神科医も少なくないので、措置入院の数を比べることは過剰適用を招く可能性があると思う。</p> |
| <p>・特になし。</p> |
| <p>・中核市で措置業務の必要が発生した場合の対応は県型保健所が行う一方、対象者が中核市の住民の場合精神保健サービスは中核市が行うことになっている。様々な面で不都合・不効率な点を感じており措置業務も中核市保健所で担当していただきたい。</p> |
| <p>・将来的にこの業務がネックとなり、保健師が集まらなくなるリスクを秘めているように感じる。</p> |
| <p>・退院支援に、各区、市保健所の格差が大で、病院も消極的。</p> |
| <p>・中核市保健所が、措置業務の全てを行うことは、そのノウハウもないため困難である。</p> |

・精神保健福祉法の警察官通報（23条）は、中核市においては経由事務である。しかし、当県の場合、事前調査から措置入院まで県保健所が責任を持って実施していない。そこに問題があると思われる。

・現在、ほとんどの症例に対し、ガイドラインに沿って2名の指定医の診察の上、措置相当の場合、別の病院への入院措置を行っている。夜間の対応について、精神保健指定医の確保に苦慮することが多い。人権に最大限配慮する必要は理解するが、ガイドラインにおいても地域の実情に合わせ、夜間休日特に夜間においては、2次診察医の所属する医療機関への入院や、応急措置入院を許容するような掲載を望む。アンケート等を拝見すると、実際にはそのように対応している自治体も多いようであり、実態に即したものになることを望む。このままでは、保健所職員、医療機関職員は疲弊する一方で、業務の継続が困難になることを危惧する。

・夜間・休日等に指定医2人が確保できないことを理由に、夜間・休日については常態的に「緊急措置診察」を適用することの是非について見解を知りたい（多くの都道府県では、指定医2人の確保が難しく、やむを得ず適用していると側聞しているが）。

・これまでも、そして、今後さらに一層重要な課題となって来るように思われます。なお、【12】精神保健指定医を持っている保健所長が、自身が措置診察要と判断した対象者の措置診察をすることについて「行うべきことではない」と回答したのは、難病審査や感染症審査会の在り方とのバランスからの回答です（=かつて、保健所長が医師であるということで、事務局でありながら結核や難病の審査会の委員のメンバーに入っていた時代もありましたが、当時の厚生省の監査か指導で、保健所長は中立性を担保すべく事務局に徹すべし、と言われた保健所が他府県にあったと聞き及びます）。やる気と能力のある精神保健指定医資格保持者の保健所長が、自身の熱意や思いつきだけでなく、当該県庁主管課が現・厚労省主管部局に「させてもいいですか」と照会をかけ、例えば「今後の参考にするので限定期間においてモデル的になら、してもいいですよ」等の墨付きも貰ったならば、可としてもいいかな、と思われます。また、【57】事前調査をせずに、全通報事例について措置診察を実施するについては、過去のいきさつを振り返ると、「気にいらぬ人物や政敵をわざと激怒させ大声を出させ、通報し、とにかく一回でも精神科診察歴のレッテルをその人に張り付ける」などに利用されない様に、(医学的判断以前の)人権侵害を防ぐために立ち会わせる役割(=確かこれが事前調査の必要性の本来の出発点)として、特段、医学的知識などなくても公務員という中立的立場で良いといくことで、保健所の事務職を立ち会わせようとしたところ、さすがにそれよりは、精神保健福祉の教育を受け、資格もある者(国家資格としての精神保健福祉士)が必要だという流れとなったのではなかったでしょうか(=但し、それでも[当時の]保健婦でも可とされていた模様)。要するに、通報があったからと言って、その流れの勢いで全例を措置診察してしまうと、(かつて国内外で実際にあった)何とも恐ろしい人権侵害が、意図的に作り出すことに利用されてしまう懸念への危惧が払拭されません。「そんなことをする人間が本当にいるのか!？」との疑念に対しては、例えば「ハイジャックなんて本当にする奴がいるのか!？」などの擬えた問いが、考えるヒントとなるとのこと。

・[18]措置業務にかかる連絡会は、県庁所管課で実施しており、保健所単位では実施していない。

| |
|---|
| <p>[54-55]26 条通報等では必ずしも面会せず関係者からの電話聞き取りで事前調査とすることはある。</p> |
| <p>・措置診察がスムーズに進むには、受ける体制の整備が必須と考える。すなわち、措置診察、措置入院を受け入れることができる体制の整備が必須と考える。特に当県においては、県立精神科病院の整備を望む。</p> |
| <p>・圏域内で特に夜間や休日に対応してくれる精神保健指定医の確保が年々困難になっており通報対応に時間がかかっている。</p> <p>この状況は今後も改善の見通しは立っていないため、対応の負担軽減に向けた取組を進めていく必要があると考える。</p> |
| <p>・自分が所属する保健所設置県は、医師不足が顕著で、精神科医数も全国平均に比べるとかなり少ない状況である。従って措置診察が必要となった場合に 2 人の指定医を探すことが困難な事例が稀ではなく、他の保健所管内まで遠距離搬送することも少なくない。大都市やその周辺で指定医がそれなりにいる地域で 2 人の指定医を確保することはそれほど困難ではないのかもしれないが、地方の状況はかなり異なっている。一律に 2 人の指定医の診察が必要という現在の制度は、いずれ立ち行かなくなるのではと危惧している。患者の人権に関わる大切な問題なので議論は必要かと思うが、国には地方の現状を踏まえた議論・検討を行い制度を考えてもらいたい。</p> |
| <p>・保健所長の措置診察要の判断方針に差があることは問題と考える。</p> |
| <p>・精神医療体制の脆弱な地域では、措置診察をしていただける指定医を探すことが困難になっており、一部の病院指定医に負荷がかかっている状況です。指定医の維持に措置診察の回数を入れる等の仕組みが必要かと思われまます。</p> |
| <p>・精神保健福祉法に、措置業務にかかわる行政職員数を規定し、保健所の体制を増強。</p> <p>これにより、未受診の統合失調症急性期の患者が、より速やかに適切な医療を受けられるようにすべき。</p> |
| <p>・国に、「事前調査」に関する明確な人員配置基準（2 名、うち 1 名は精神保健福祉相談員など）を決めていただければ、自治体として増員せざるを得なくなるが、「可能な限り複数の職員で行うことが望ましい」、「当該職員は精神保健福祉相談員であることが望ましい」といった書きぶりでは増員されず、担当職員 1 名の心身の負荷が過多になっている、との意見が職員からありました。</p> |
| <p>・最近、警察署の課長から『警察からの通報の多くが、精神科領域では対応困難な「人格障害」であることを知りながら、早く面倒な対象者に目の前から消えてほしいと言う思いから、保健所に通報している』との発言があった。</p> <p>実際、近所の人から「困った行動をしている人」と認識された住民は警察に通報され、多数の「困った行動をしている人」に警察が逼迫する状況である。</p> <p>このため、警察からの通報を 100% 近く措置診察につなぐ県があるというが、精神科医には治せない住民を精神科病院に送り込むような、極めて良くない状況だと認識している。</p> |
| <p>・当自治体においては、感染症通報も含めて、措置入院に関する精神保健対応業務も、本庁にて一括対応する体制が整備されているため、大変助かっている。</p> <p>ちなみに、そのための負担金をすべての保健所設置自体が支払っている。</p> |

・夜間、休日の措置通報の自宅待機は、職員の負担になっている。警察OBや警備会社に運業務を委託し、県の全保健所（県庁も含め）の担当職員が当番制で対応する事で、負担が軽減すると思う。

・より明確な措置基準を示してほしい。

第7章

まとめ

I. 考察

(1) 保健所長の措置業務への関与について

保健所長を対象とした精神障害者支援に関する調査（以下、所長アンケート）の回答率は53.3%で、回答者の内、措置診察の要否判断に関与しているのは56.7%であった。このことから、措置業務に関与している保健所長は全体の約6割と推定した。

措置業務に携わっていないと回答した保健所長からは、「日頃から精神保健福祉に関しては担当課で対応しており所長としては関与していない」「措置の要否判断は、担当部署で協議しており迷う場合は措置診察にすることにしている」という回答があった。一方、携わっていると回答したものからも「事後承諾を可としている」「ガイドラインを読んだことがない」「自治体の運用マニュアルの存在を知らない」などの回答があった。従って、保健所長全員が措置診察の要否判断に携わっているとは言えない。また、携わっているとしても「程度」は異なることがわかった。

所長アンケートで、本研究班への興味があると答えたのは、20名(9.2%)、研究班に参加したいと答えたのは0名(0.0%)であり、保健所長の精神保健分野への関心は低い。

まずは、精神保健福祉分野への興味をもつ保健所長を増やすべく精神保健福祉に係る情報を発信しつづけ、理解者を増やしていきたい。

(2) 措置診察の要否判断のために考慮すべき点

今回の調査でも「おそれ」の範囲、「措置の対象となる精神疾患」の範囲について、所長によって基準が様々であった。

自由回答で、措置診察の要否判断については、対象者の行為の程度、精神疾患の種類だけでなく、地域（圏域）の精神保健指定医の数、医療機関の受け入れ体制、輪番・センター制等にも左右されていることが指摘された。

(3) センター体制について

センター体制導入によって、保健所の負担軽減、通報受理基準、診察の要否判断基準が都道府県内で統一されるため、警察や医療機関の理解が得やすい。担当者の異動による対応差がなくなる等が期待できる。

危惧される課題は、地理的問題（距離）、医療資源の地域差、センター職員の負担増、現存する保健所ごとの判断の多様性への対応、そして情報共有体制等がある。

センターが県内全域を担当することで、事前調査を電話で聞き取るだけの都道府県があったり、入院予定先の精神保健指定医による措置診察を容認していたり、緊急措置入院制度を活用していたりする地域がある。確かに、精神保健福祉法の原則には反するが、

ただ、原則違反として指摘するだけでなく、対象者の人権を守るために必要な要件とは何か、現在の手続きは必須であるか等について、多様なセンター制の結果から再検討が必要である。全国での多様な運用を確認することが、今後の精神障害者の症状悪化時の体制の在り方を検討する際に参考になる。

(4) 「措置入院の運用に関するガイドライン」について

「措置入院の運用に関するガイドライン」には、基本的な考え方を示してあり、研修会等で、説明資料として「措置入院の運用に関するガイドライン」は広く活用されている。

しかし、全国の通報数、措置入院数、都道府県別 通報率、措置入院率を比較するかぎりでは、2018 年前後に「措置入院の運用に関するガイドライン」発出による変化は確認できなかった。法やガイドラインは地域特性に合わせて柔軟な対応ができる余地を残しており、その結果、様々な解釈ができるため、その解釈の違いが地域での対応差となったと考えられる。

(5) 警察との連携

23 条通報について、警察と保健所の基準は、必ずしも一致していない。診察不要の割合が多い県では、「警察はおそれがあるものは通報する義務があると考えているだけで、その都度、それは措置診察の対象ではないと答えれば済む」として負担を感じていないという保健所がある。一方で、通報の適応について何度も、「措置入院の運用に関するガイドライン」を含むあらゆる資料を使って説明し、措置診察対象外としても受診支援等を確実にして通報数を減らしてもらおうとしても、保健所が対象外とする事案を、警察から繰り返し通報し続けられて負担を感じている保健所もある。また、精神症状増悪の兆しがあれば、具体的な行為に至らずとも「おそれ」ありという判断をする警察もある。警察の対応の過程で、対象者が興奮した際に「他害行為あり」として通報する事例もある。県レベルそして保健所レベルで日頃から理解を得るために努力をしているが、人事異動等で仕切り直しが必要になることもしばしばである。国レベルでも警察へ理解を求める取組をしていただきたい。

(6) 医療機関との連携

措置診察については、「保健所が精神疾患に起因するかどうか判断するのはおかしい。通報例全例措置診察要と判断すべき」という意見がある一方、「保健所が、さらに精査して絞り込むべきである。指定医に判断を丸投げしないでほしい」という意見もある。

医療保護入院で手続中に「措置ではないか」と異議を唱えられたり「他の県なら絶対措置なのに本県は医療保護にするのはおかしい」と地域差を指摘されたりすることがある。その都度保健所からは「措置入院の運用に関するガイドライン」をもとに、説明することもあるが、「措置入院の運用に関するガイドライン」は様々な解釈ができるので仕方ないと思うにとどめることもある。

保健所は実地指導等で医療機関を監査する立場ではあるが、23条措置対応に関しては、対等な関係とは言い切れない。診察や入院を依頼する「精神保健指定医」「入院受け入れ医療機関」へ気遣う場面がしばしばある。

頻度は多くないものの、このような事案に、直接対応する担当者の精神的負担は大きい。医療機関と措置業務に係る役割の確認など協議を重ね理解を得る必要がある。

今回は、措置診察数に対する措置入院数の割合について都道府県差があることを指摘するにとどまった。しかし、本来の目的は、一人でも多くの精神障がい者が地域で安定した生活を支援することである。そのためには医療機関の協力は欠かせない。医療圏単位、都道府県単位そして国単位の精神科医（医療機関）との協議を進めていく必要がある。

(7) 保健所、警察そして医療機関との関係作り

23条措置対応には、警察、保健所、精神保健指定医、入院受け入れ医療機関等の協働が欠かせない。保健所としては「保護」「移送」等に協力を求める「警察」、そして診察や入院を依頼する「精神保健指定医」「入院受け入れ医療機関」に対して気遣う場面がしばしばあり、担当者それぞれが、症状が悪化している対象者を保護するという目的を見失わないようにして、対象者のために必要な業務を遂行していると自信を持つことが大切である。担当者が疲弊しないように、関係機関との関係づくりが重要である。

(8) 市町村との連携

一部の中核市では、都道府県から権限委譲を受けて23条通報対応しているが、半数以上の中核市等の事例については近隣の県型保健所が対応している。県型保健所が中核市の通報に対応している場合でも、指定医診察への同行同席、措置不要になった後の受診援助と帰宅支援等について、中核市の関与の仕方は多様である。また、一部の県型保健所からは、市に対応履歴のある対象者についての情報共有ができないと指摘がある。

措置対応は対象者支援の一部である。保健所としての本務は、対象者の増悪予防と地域定着である。対象者の地域定着にむけて、来年度の法改正により、県型保健所と対象者が居住する市町村とが、より密接な協働体制構築が必要となる。

(9) 人材確保・育成について

PSWの雇用等も検討されているが、地域によっては高齢化や人口減少の影響で、あらゆる職種の人材確保が困難になっている。

さらに、保健所では行政改革後人員が削減され、現在既に、中堅期以上の保健師の割合が少なく新任期の育成が難しくなっている。保健所としての経験値が下がり、対応力の低下が危惧される。また医師の働き方改革で指定医確保が難しくなる可能性もある。

精神保健福祉業務を、支援者にとって、疲弊するだけの業務ではなく、やりがいを感じることができる業務として位置づけていきたい。

人権を守るための手続きとして必須なものは何かを明確にして、措置対応に関する人的要件も含めて、措置通報に係る手続き等の見直しが早急に必要である。

(10) 保健所が目指すもの

措置対応に当たっては、ガイドラインを遵守することが目的ではなく、症状が悪化した対象者を適切に医療につなげることが目的である。ガイドラインを遵守する体制づくりではなく、ガイドラインに記載されている保健所の裁量の余地を活用して、地域の実情に合わせた体制作りをする必要がある。保健所は、対象者を適切に医療につなげ、社会復帰後は、対象者が安定して生活できる環境づくりに力を注ぎたい。

保健所の役割は再犯防止ではなく、精神障害者が安定した状態で、地域で自由に生活できるよう支援することである。そのために、措置に至るほどの重症者を発生させない包括支援体制を構築していきたい。

II. 令和6年度の予定

措置制度について入院だけでなく、退院後支援までの詳細な運用を確認し、運用形態が対象者の処遇や転帰に与える影響を検討する予定である。

具体的には、センター体制の影響、市町村との連携体制、退院後支援、そして法改正に向けた体制整備について検討していきたい。また、精神障がい者が地域で生活できるための支援の在り方について、シンポジウム等討論の場を企画していきたい。

令和5年度 地域保健総合推進事業
「措置診察および措置入院者支援の課題整理と今後の保健所の対応に関する研究」
報告書

発行日 令和6年3月
編集・発行 日本公衆衛生協会
分担事業者 山口 文佳
(鹿児島県 始良保健所 兼 大口保健所)
〒899-5112 鹿児島県霧島市隼人町松永 3320-16
TEL 0995-44-7951
FAX 0995-44-7969