

令和6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7年3月

一般財団法人 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

措置制度について3年間にわたり検討してきました。

通報対応については、令和4年度と令和5年度の調査の結果、「自治体の通報対応体制はさまざまであること」「疾患の範囲、自傷他害の程度、おそれの範囲など地域によって解釈が異なること」「保健所長の関与の程度も様々であること」がわかりましたが、回答率が50%あまりに留まり、全国の全容をつかむには保健所を対象にした調査だけでは不十分でした。そこで、今年度は、都道府県および政令指定都市の精神保健福祉業務を主管する部署を対象に調査しました。100%の回答を得ることができて、全国の体制を把握することができました。

退院後支援については、令和4年度調査では、退院後支援計画策定率は30%でした。課題としては、同意の取得、職員体制、本人家族との関係性等があげられていました。今年度は、措置入院者の地域移行支援（退院後支援）の実態を把握するだけでなく、保健所長の精神保健福祉業務への関心を深めてもらうことを目的としました。そして、退院後支援計画数の多い中核市にヒアリングを行いました。さらに、第83回公衆衛生学会で「精神障害者の退院後支援～地域で支えるために～」をテーマにシンポジウムを行いました。

情報提供として、PSWのレジェンドと称される門屋氏の班員との意見交換会での発言をまとめたものと医療観察法、措置制度、医療保護入院制度の3つの非自発的入院制度の比較を掲載しました。

精神保健福祉の目的は、精神症状が増悪している対象者を、迅速に医療につなげること、そして、症状消退後は速やかに地域移行し、地域定着してもらうことです。

医療が必要と考えられるにもかかわらず医療を望まない人を医療につなげるために、人権に配慮した必要な手続きとは何か、改めて現在の関係する制度を見直すとともに、保健所は何をすべきか、これからも皆様と一緒に考えていきたいと考えます。

今回の調査に当たり多くの皆様に御協力いただきました。ありがとうございました。

令和7年3月

令和6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」

山口文佳（鹿児島県始良保健所 兼 大口保健所）

目次

第1章 研究の概要	1
第2章 調査	5
I. 措置通報対応に係る自治体主管課調査	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) 回答率	6
(2) 23 条通報対応体制	6
(3) 事前調査について	9
(4) 診察までの手続きについて	12
(5) 措置診察の実施について	15
(6) 移送について	17
(7) 緊急措置制度の適用について	18
(8) センター体制について	21
(9) 入院後の精神医療審査会における審査について	24
(10) 退院後支援計画策定の令和5年度の実績について	25
6 まとめ	25
II. 保健所長を対象とした精神疾患患者の退院後支援に関する調査	
目的	30
1 目的	30
2 調査対象	30
3 方法	30
4 調査期間	30
5 結果	30
(1) 回答者の属性	31
(2) 改正精神保健福祉法の令和6年4月施行の内容確認	33
(3) 地域精神保健医療福祉資源分析データベース (ReMHRAD／リム ラッド) の演習	37
(4) 地域移行支援に関する実情把握	39
6 まとめ	63

III.	中核市等の退院後支援	65
第3章	シンポジウム 精神障害者の退院後支援～地域で支えるために～	71
I.	座長総括	72
II.	演者抄録と発表資料	74
第4章	情報提供	133
I.	シンポジウム後の意見交換会から門屋充郎氏の発言集	134
II.	非自発的入院制度の比較	140
第5章	まとめ	147
I.	措置制度の見直し	148
II.	退院後支援・地域移行・地域定着支援の推進	148
III.	保健所長の精神保健福祉業務への役割	149
第6章	資料集	151
I.	自治体調査	152
A	各保健所で個別対応している自治体	152
B	24時間精神保健センター等で一括して対応している自治体	156
C	閉庁時間等時間帯や地域を限って一括対応している自治体	161
II.	保健所長を対象とした退院後支援に関する調査	167

第 1 章

研究の概要

1. 研究のねらい

令和4年度から措置診察及び措置入院者支援の課題整理に取り組んできた。

1年目と2年目は保健所、保健所長を対象に実態調査をした。地域によって、自傷他害のおそれの範囲等の判断基準（法の解釈）が異なること、自治体の体制は多様で精神保健福祉業務を必ずしも保健所として担っていない地域があること、保健所長の関心の程度も様々であること、全容をつかむには保健所対象調査だけでは不十分であること等がわかった。

そこで、今年度は精神保健福祉を都道府県および政令指定都市の主管する部署を対象に調査して、より広く具体的に実態を整理することを目的にした。

更に、措置入院者の地域移行支援（退院後支援）の実態調査を通して、保健所長の精神保健福祉業務への関心を深めてもらうことを目的とした。

研究班の組織

	氏 名	所 属
分担事業者	山口 文佳	鹿児島県始良保健所（兼）大口保健所
協力事業者	稲葉 静代	岐阜県岐阜保健所
協力事業者	岡本 浩二	川口市保健所
協力事業者	岡田 克俊	愛媛県今治保健所
協力事業者	越智 裕昭	山口県周南健康福祉センター
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	香西 勝平	香川県中讃保健福祉事務所 保健対策第一課
協力事業者	榊 えみり	鹿児島県始良保健所 地域保健福祉課
協力事業者	中原 由美	福岡県筑紫保健所
協力事業者	長井 大	鳥取市保健所
協力事業者	南谷さやか	鹿児島県大口保健所

協力事業者	向山 晴子	東京都世田谷区世田谷保健所
協力事業者	柳 尚夫	兵庫県豊岡保健所
助言者	門屋 充郎	NPO 十勝障がい者支援センター PSW
助言者	小林 秀幸	厚生労働省 精神・障害保健課

2. 事業内容

(1) 班会議の開催

① 第1回班会議

日時：令和6年6月22日（土） 13：30～16：00

場所：AP 東京八重洲 Y2 会議室（ハイブリッド）

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6年7月29日（月） 10：00～12：00

方法：オンライン

内容：シンポジウム報告

研究の方向性協議

進捗状況報告とスケジュール確認

退院後支援調査

自治体調査

③ 第3回班会議

日時：令和6年9月10日（火） 10：00～12：00

方法：オンライン

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10月30日（水） 13：00～15：00

方法：ハイブリッド開催

場所：札幌市産業振興センター1階会議室

内容：シンポジストとの意見交換会

事業の進捗確認

スケジュール確認

報告書について

来年度の計画について

（2）事業内容

- ① 自治体主管課を対象にした調査
- ② 保健所長を対象とした退院後支援に関する調査
- ③ 中核市等の退院後支援調査

（3）シンポジウム開催

第83回日本公衆衛生学会総会 シンポジウム30

「精神障害者の退院後支援～地域で支えるために～」

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

小林 秀幸（厚生労働省精神・障害保健課）

精神障害者の地域移行のための施策について

柳 尚夫（兵庫県豊岡保健所）

精神障害者の地域支援～保健所の役割

門屋充郎（NPO 十勝障がい者支援センター）

北海道における地域精神保健福祉活動

第 2 章 調査

I 措置通報対応に係る自治体主管課調査

鹿児島県始良保健所 山口文佳

1 目的

当事業班では、1年目は保健所、2年目は保健所長を対象に措置通報に係る実態調査を行った。その結果、自治体の精神保健福祉に係る体制は多様であること、精神保健福祉業務を必ずしも保健所として担っていない地域があること、保健所長の関与の程度も様々であること等がわかった。回答率は1年目52.5%、2年目53.5%であり、全容をつかむには保健所対象調査だけでは不十分と考え、今年度は自治体主管課を対象に措置通報体制及び退院後支援状況について調査した。

2 調査対象

47都道府県と18政令指定都市の措置業務主管課を対象とした。政令指定都市は20であるが、2政令指定都市は都道府県が当該政令指定都市を含め24時間一括して23条通報に対応していたため対象にしなかった。

3 方法

全国衛生部長会の協力の下、各自治体の措置業務主管課の連絡先を収集した。

次にその連絡先に、メールで調査依頼し、電子申請システムにより調査を実施した。連絡先を把握できなかった自治体には、各保健所長会長等を通じて協力依頼した。

人口10万対通報率と人口10万対措置入院率については、衛生行政報告例「第1表精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況、申請通報届出経路・処理状況・都道府県―指定都市(再掲)別」から、2021年から2023年までの「警察官からの通報」「申請通報届出件数」「法29条該当症状の者」を使用した。都道府県人口については、総務省統計局による毎年10月1日現在の推計値を使用した。面積については「令和5年全国都道府県市区町村別面積調(10月1日時点)」を使用した。統計解析についてはEZR version 1.63を使用した。

4 調査期間

2024年11月7日～2025年1月31日

5 結果

(1) 回答率

都道府県100%、政令指定都市100%(18/18)、合計100%であった。

(2) 23条通報対応体制

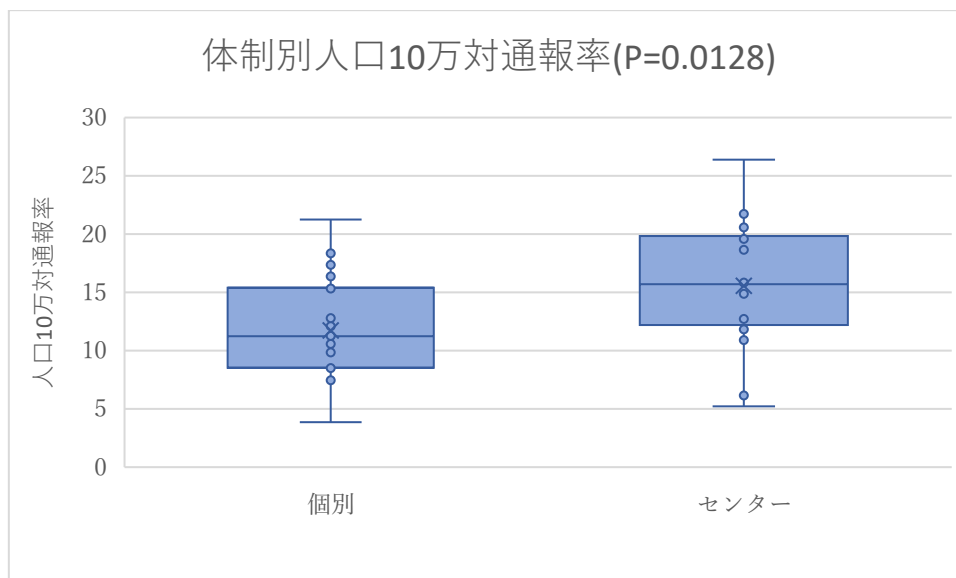
県庁や精神保健福祉センターで一括、又は複数保健所で輪番体制(以下、センタ

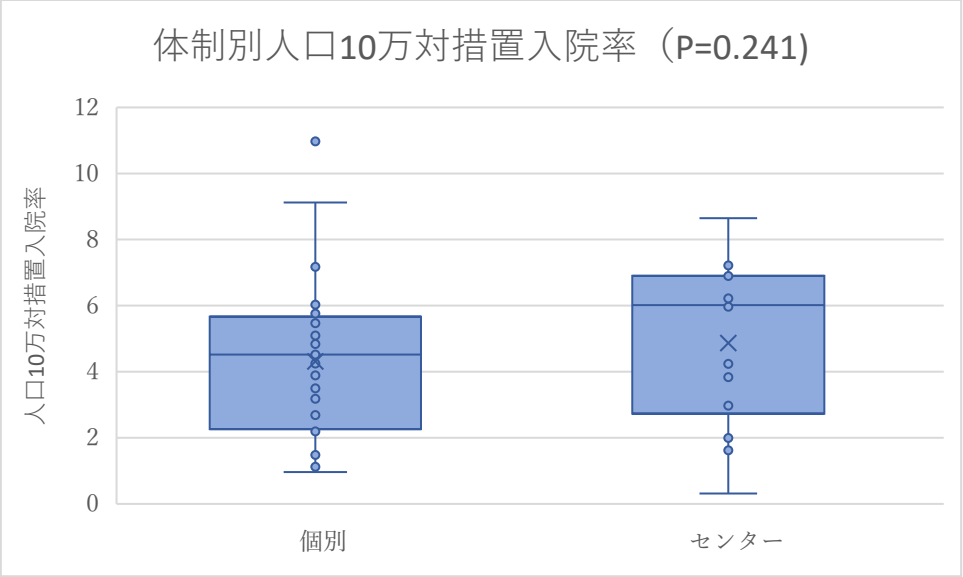
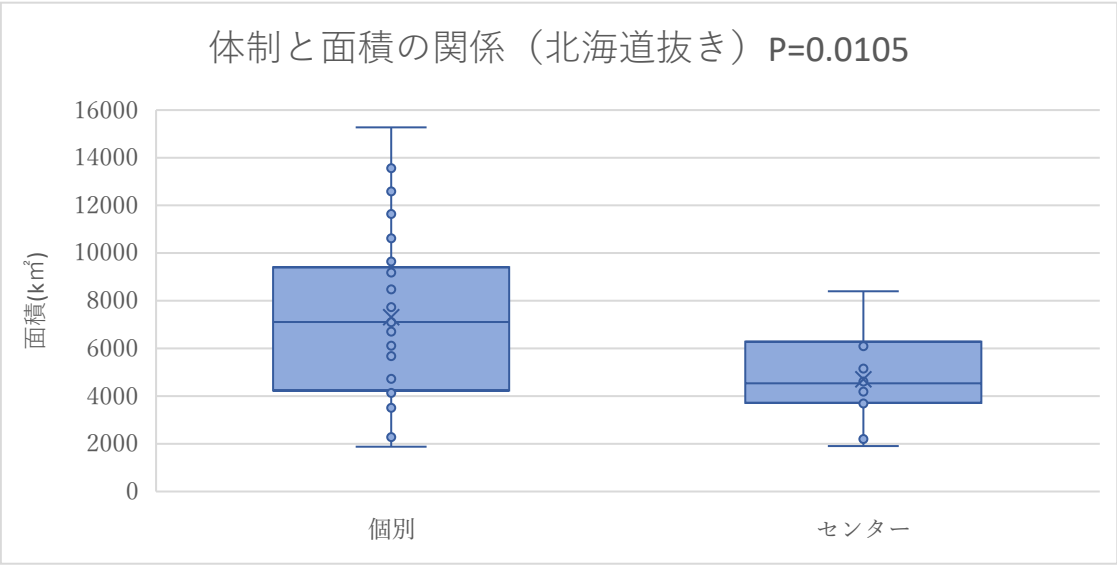
一体制)をとっているかについては、5都府県が24時間センター体制をとっていた。うち1府は2政令指定都市を含めて対応していた。11都府県は、閉庁時間帯等に限ってセンター体制(以下、部分的センター体制)をとっており、うち2県がそれぞれ1政令指定都市を含めて対応していた。31道府県は保健所毎に対応(以下、個別体制)していた。

16政令指定都市については、概ね独自で対応していた。また、自治体によっては移送委託や受入病床について他政令指定都市との協力体制や、指定医リストや病院リストの共同利用など、部分的な協力体制もあった。

体制	都道府県	政令指定都市	合計
24時間センター体制	5	2	7
部分的センター体制	11	2	13
個別体制	31	16	47
合計	47	20	67

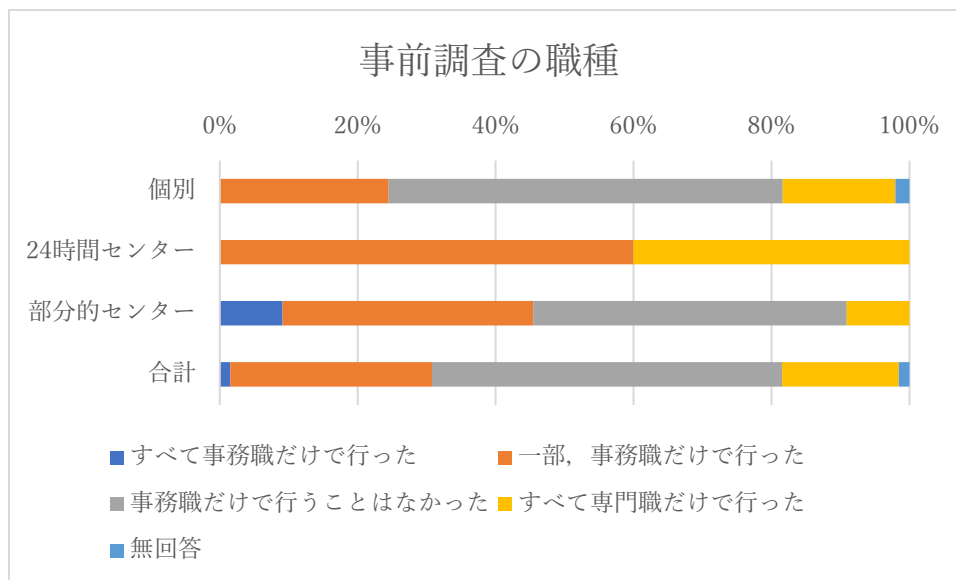
- ① 47都道府県について、センター体制をとっている都道府県(24時間センター体制5都道府県と部分的センター体制11都道府県を合わせた16都道府県)の方が個別体制の都道府県(31都道府県)に比べて通報数が多く($p=0.0128$)、面積は狭かった($p=0.007$, 北海道抜き $p=0.01$)が、人口10万対措置入院率に差はなかった($p=0.15$)。



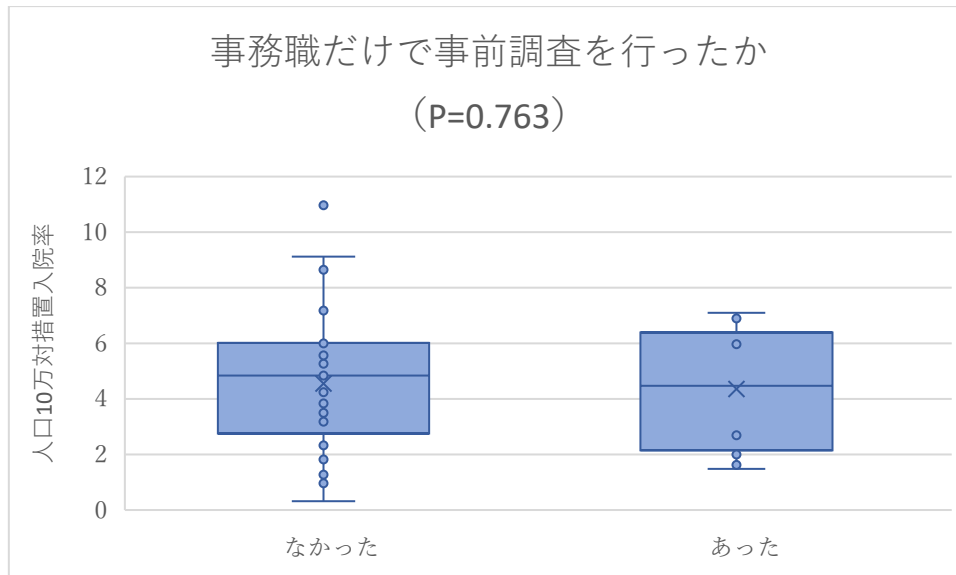


(3) 事前調査について

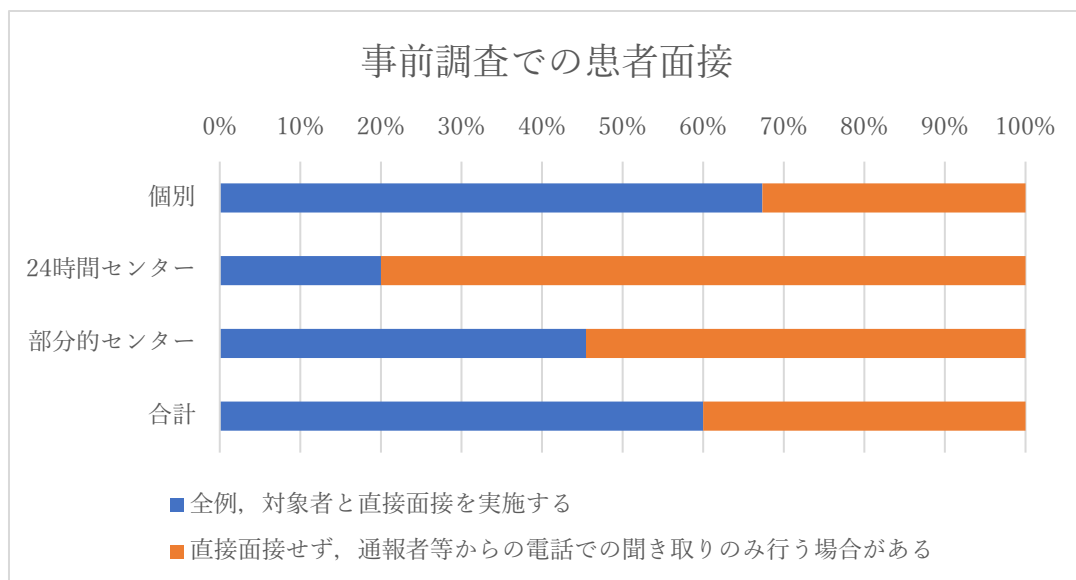
- ① 事前調査を事務職だけで行うことがあるかを確認したところ、センター体制をとっている自治体の方が、事務職だけで行ったことがある割合が高かった。



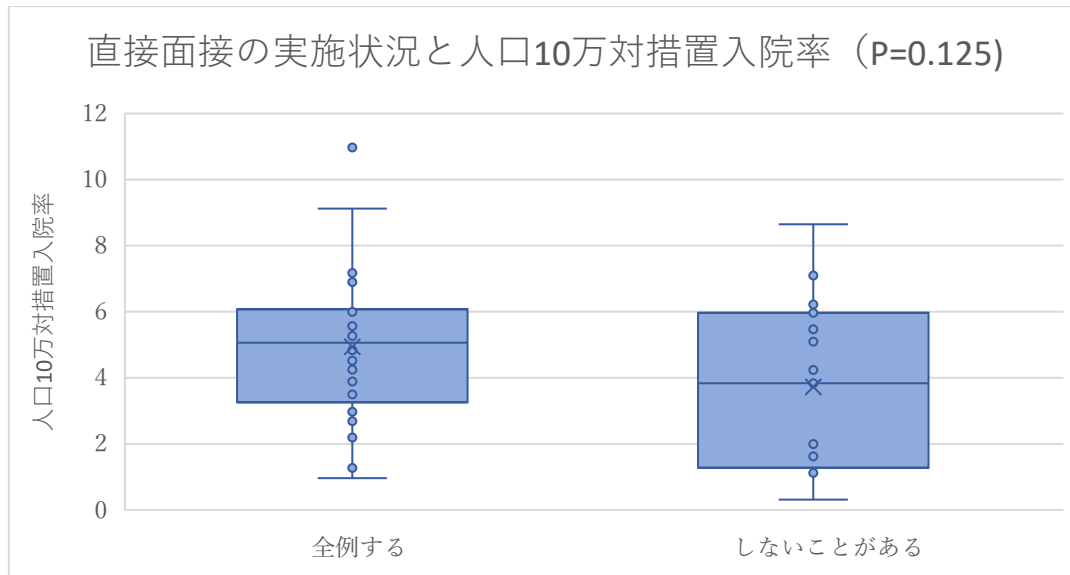
- ② 47 都道府県について、事前調査をすべて、あるいは一部を事務職だけで行ったか否かについては、人口 10 万対措置入院率に有意差はなかった。



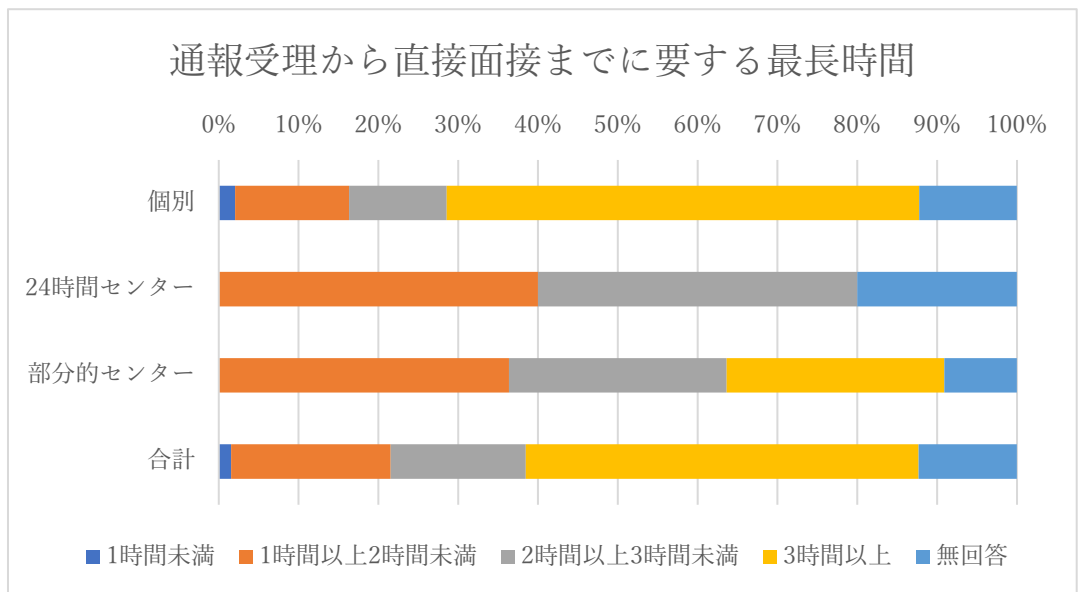
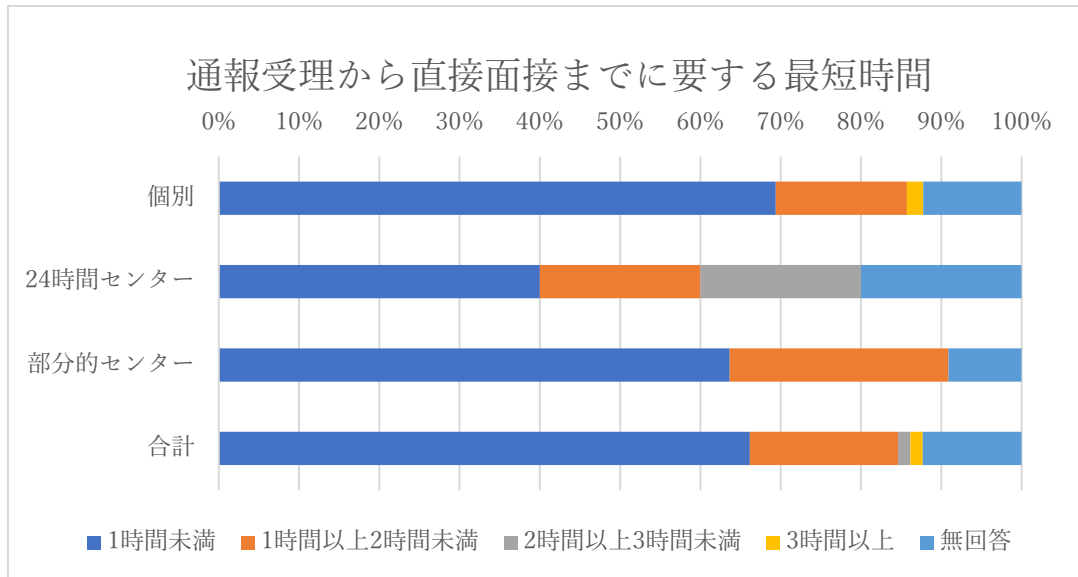
- ③ 事前調査における対象者との面接形態を確認したところ、全体の7割近くが、対象者との直接面接を全例実施すると回答していたが、24時間センター体制では、全例直接面接をするのは1県のみであった。



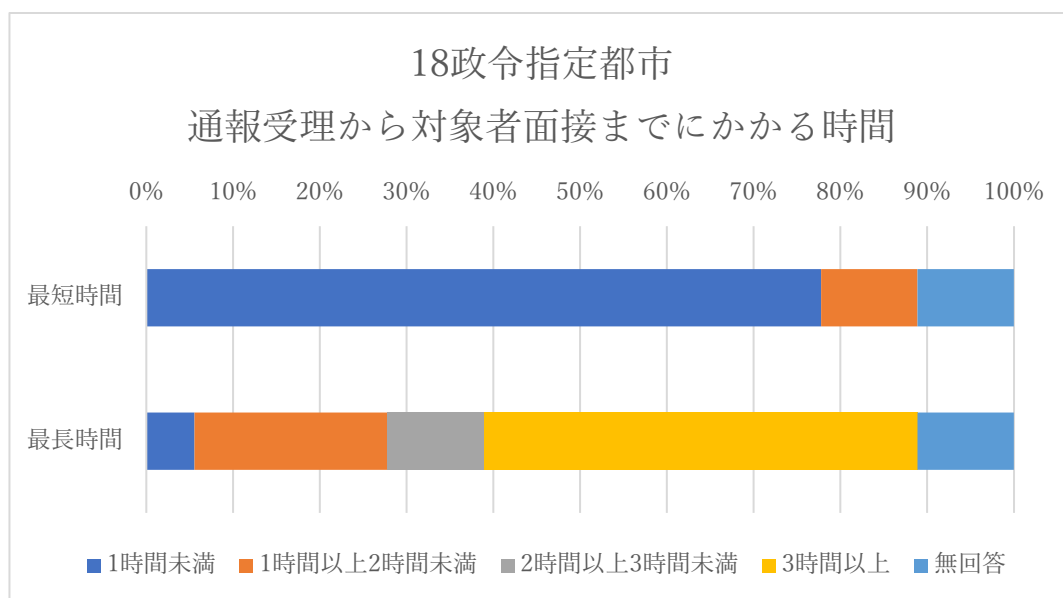
- ④ 47都道府県について、事前調査の全例直接面接の有無と人口10万対措置入院率については、差がなかった。



- ⑤ 通報受理から面接開始時間については、最短でも3時間以上かかるという回答もあり、最長時間3時間以上が全体の5割以上を占めた。

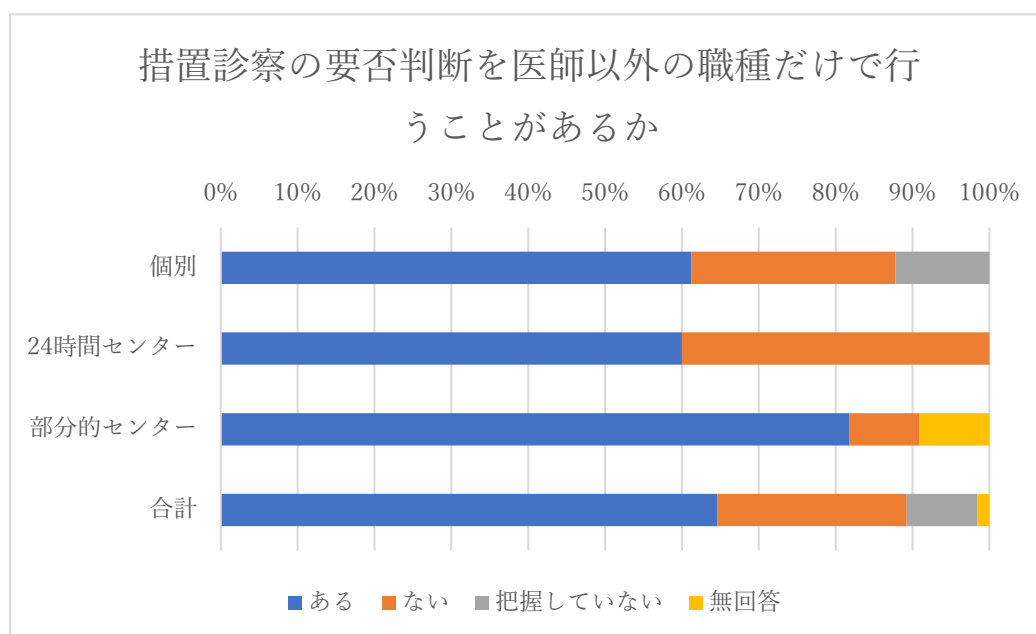


都道府県よりも面積が小さい18政令指定都市について、通報受理から直接面接までの所要時間をみると、最短時間は1時間未満との回答が多いが、最長時間が3時間以上かかるところもあった。

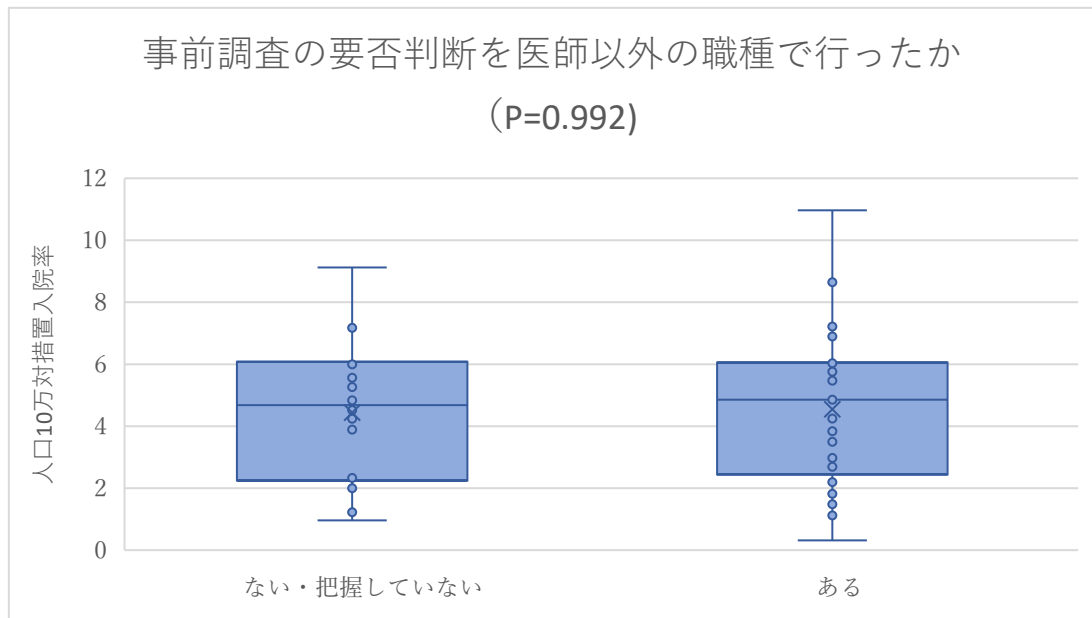


(4) 措置診察までの手続きについて

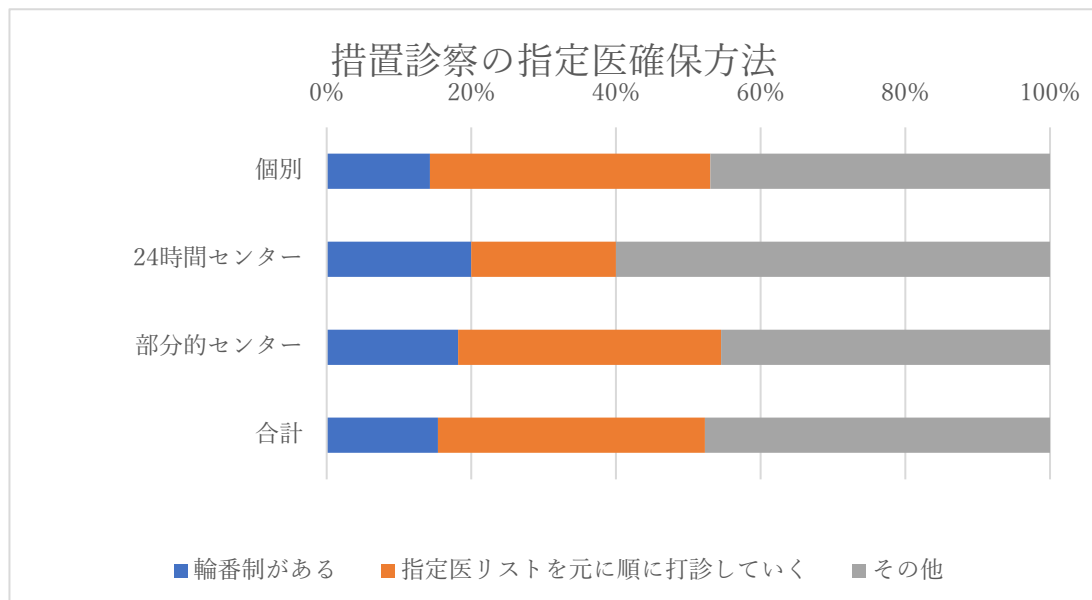
- ① 体制の有無を問わず、6割が措置診察の要否判断を医師以外の職種で行うことがあると答えていた。



- ② 47 都道府県について医師が措置診察の要否判断をするか否かについても、人口 10 万対措置入院率には有意差は無かった。



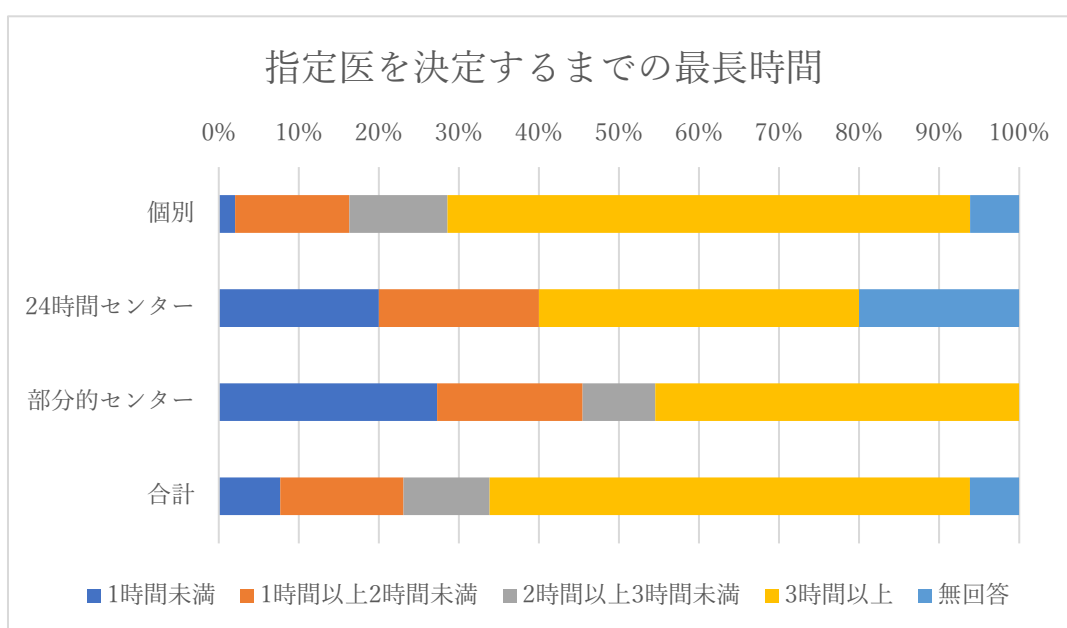
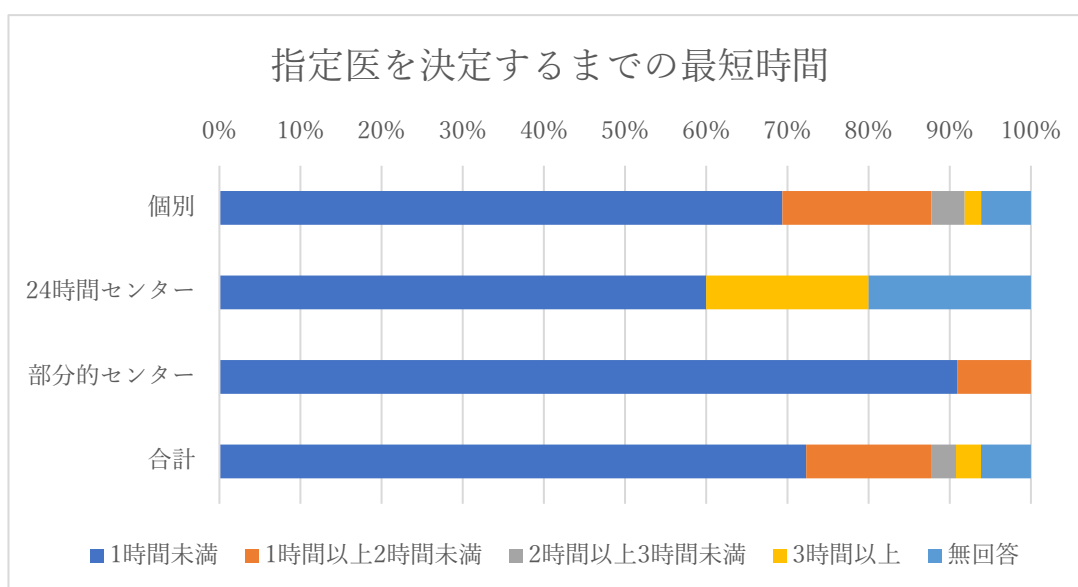
- ③ 措置診察の指定医の確保については、輪番制があるのは2割弱であった。

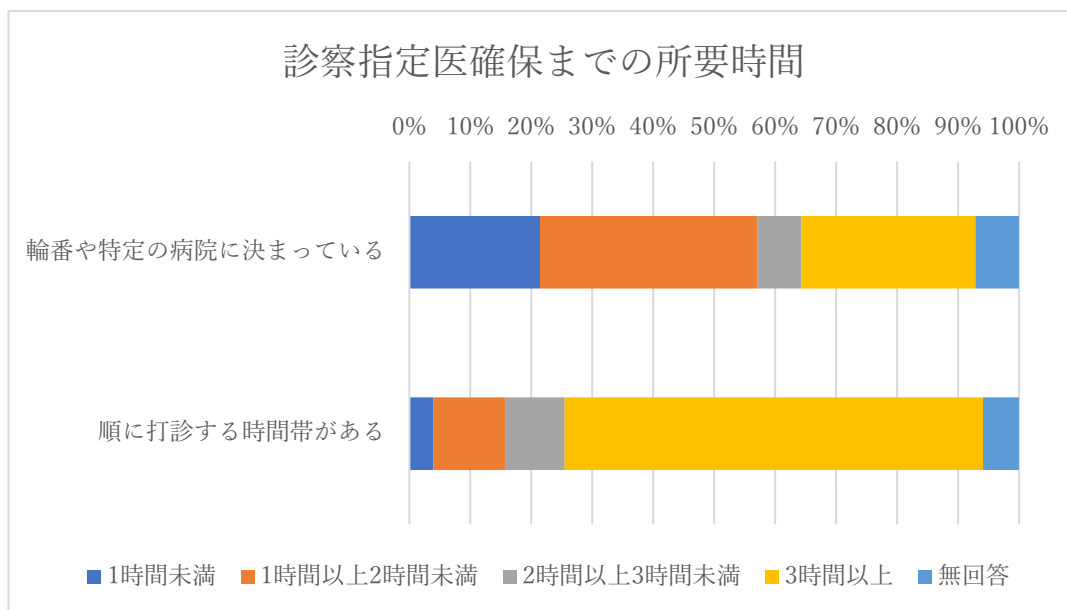


その他として、30 件の回答があった。うち 25 件は「リストはなく順に打診している」、その他は「圏域や状況により対応が異なる」、「開庁時と閉庁時で異なる」

という回答であった。開庁時と閉庁時の違いについては、「開庁時は順次指定医個人又は医療機関に打診し、夜間等閉庁時は輪番がある」、「待機当番制、大学病院が対応する」などの回答があった。

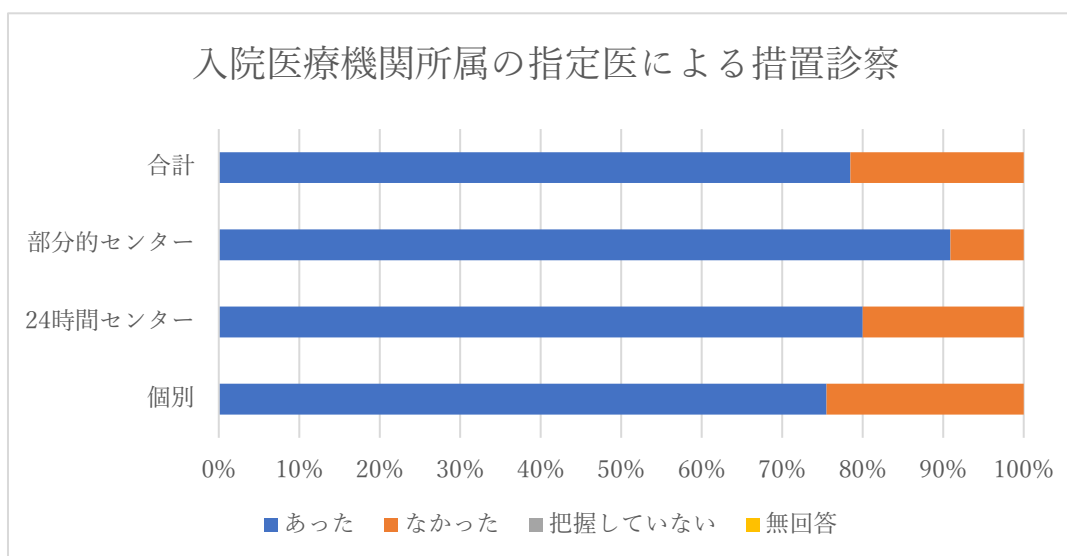
- ④ 指定医確保までの時間は、短くても3時間以上と答えた自治体があった。センター体制の方が所要時間が短かった。輪番や特定の病院の指定医に決まっている方が短い、輪番や特定の病院の指定医に決まっても3時間以上かかる事例があった。



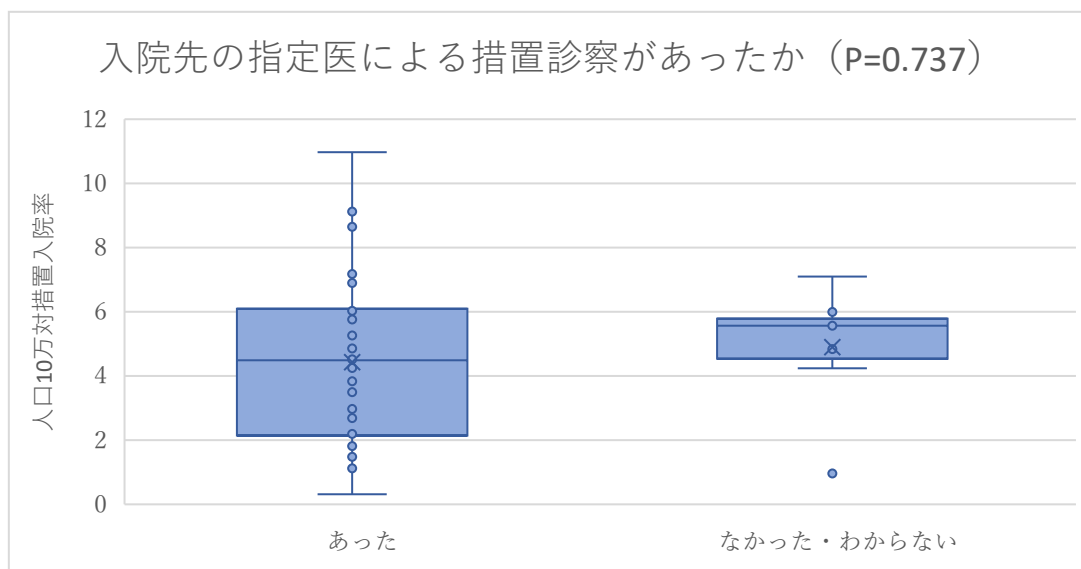


(5) 措置診察の実施について

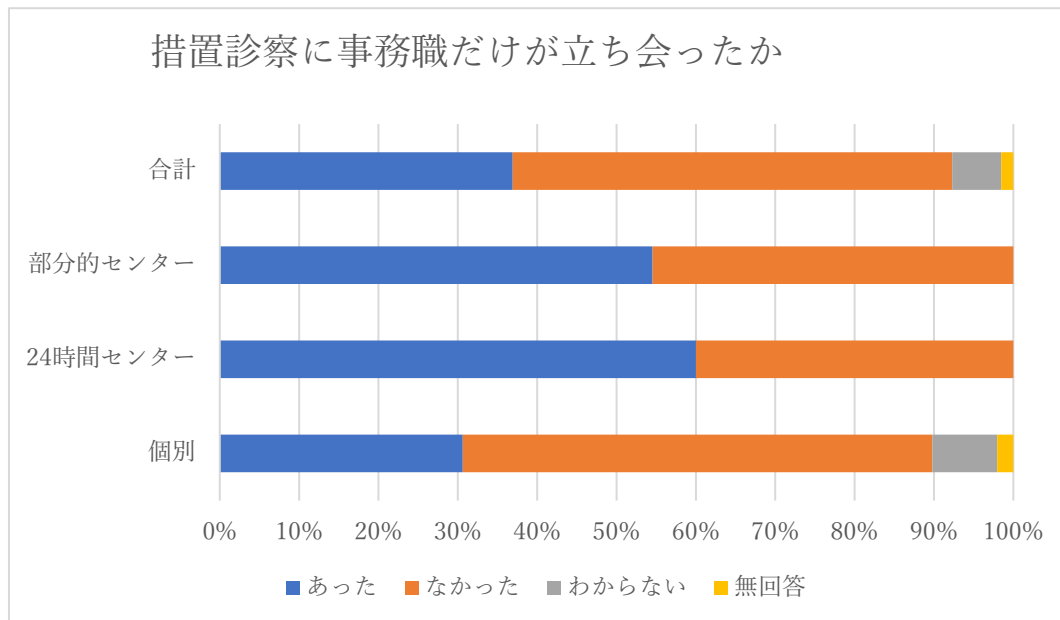
- ① 入院医療機関所属の指定医による診察があったと答えたのは体制を問わず 8 割前後であった。



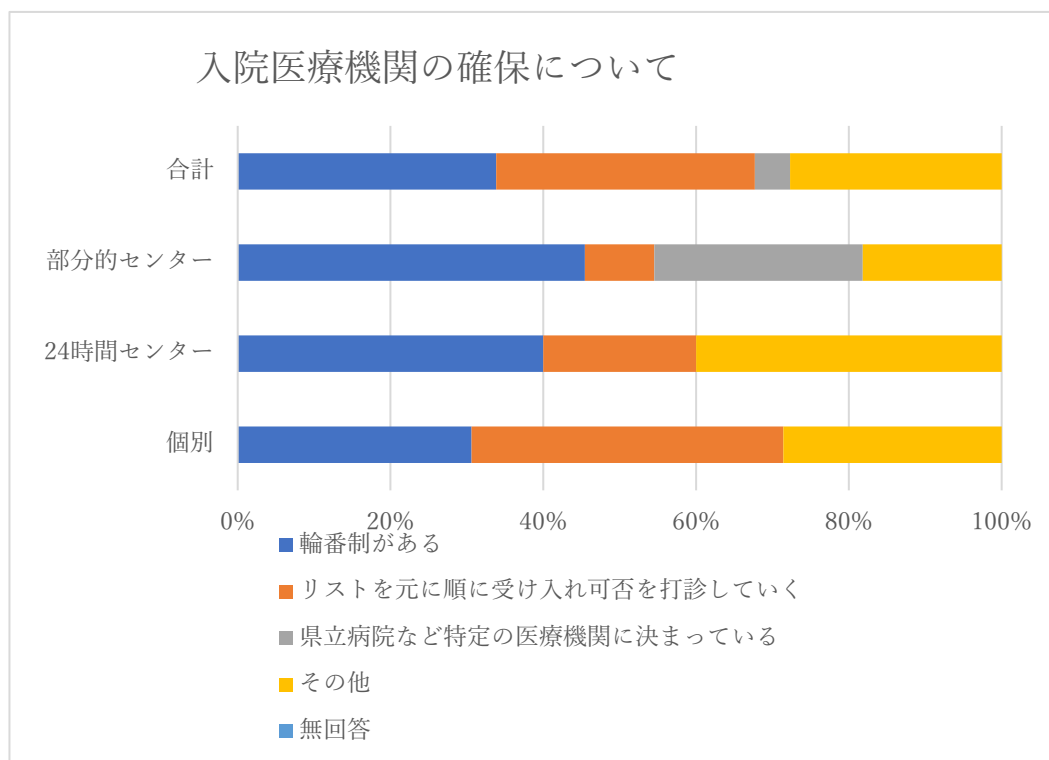
- ② 47 都道府県について、入院医療機関所属の指定医による診察の有無と人口 10 万対措置入院率の関係はなかった。



- ③ 半数以上が、指定医診察に事務職だけが立ち会ったことがあると回答していた。

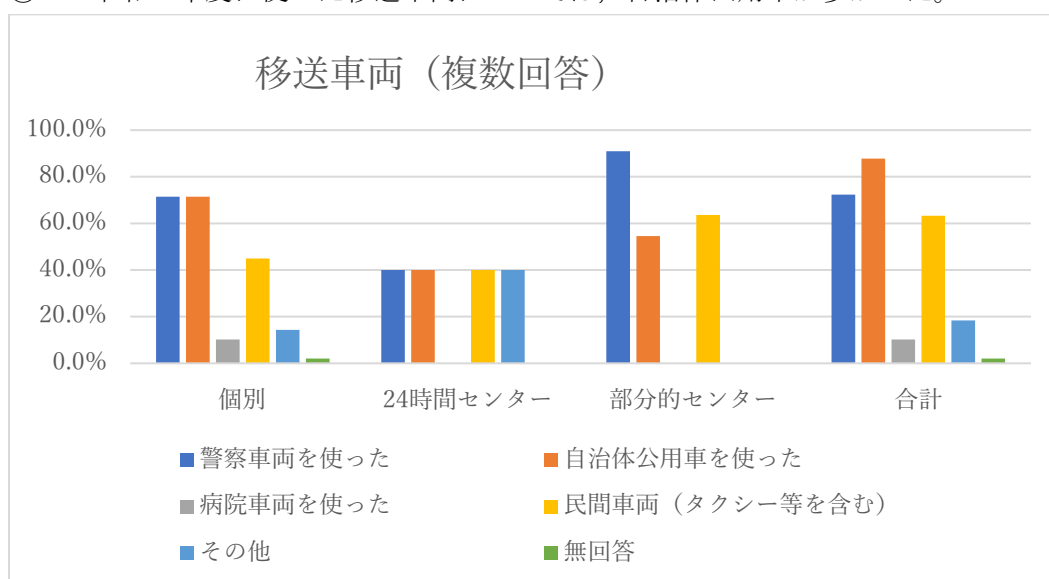


- ④ 入院医療機関の確保方法については、4割が「輪番制がある」と回答していたが、「その他」の中の多くは開庁時は順に打診し、閉庁時は輪番制をとっていると回答していた。

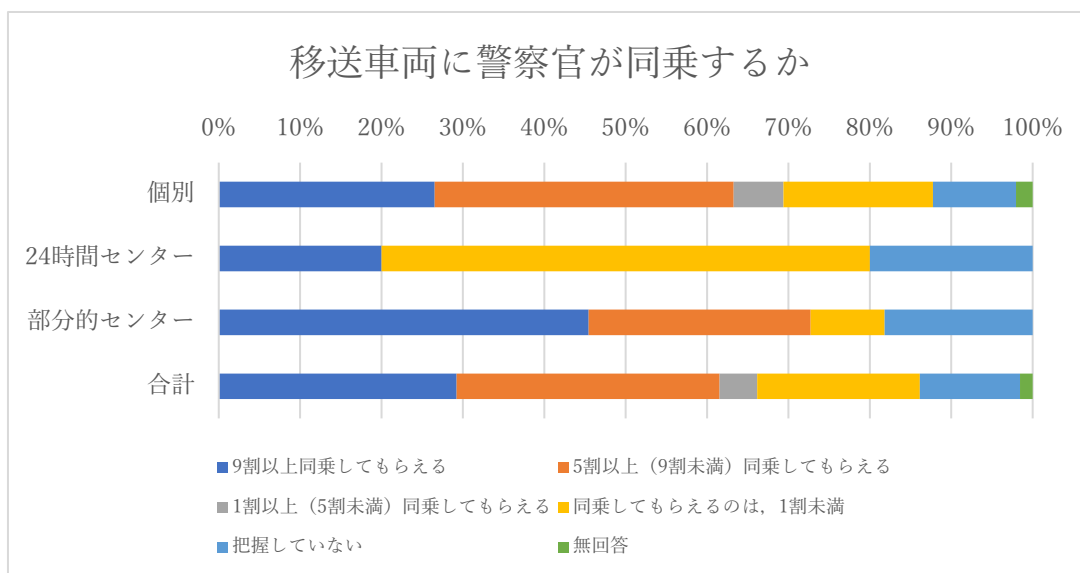


(6) 移送について

- ① 令和5年度に使った移送車両については、自治体公用車が多かった。



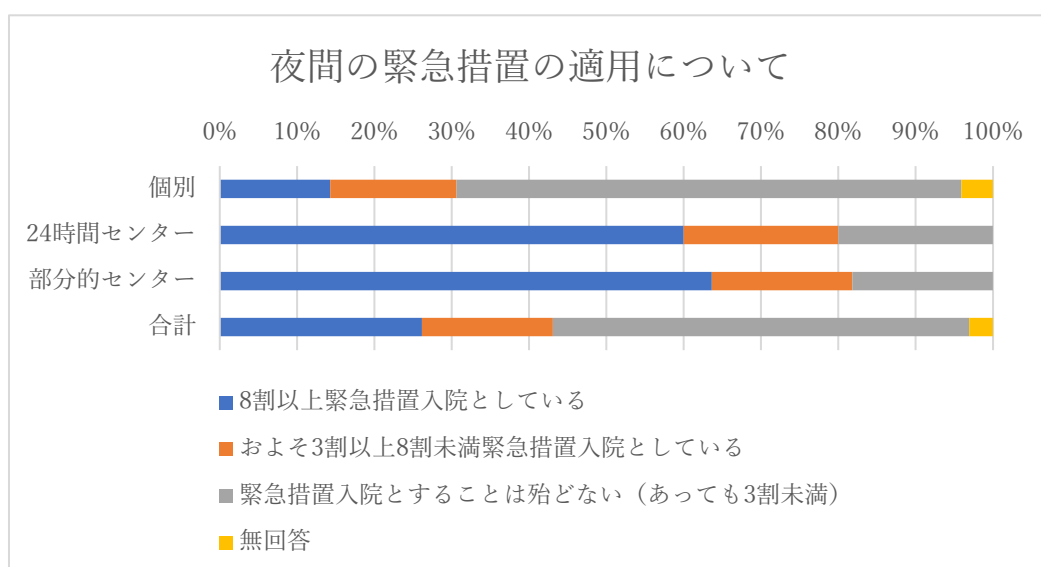
- ② 移送車両への警察官の同乗状況については、全体で「9割以上同乗してもらえる」が29.2%、「5割以上9割未満が同乗してもらえる」が32.8%、「同乗してもらえるのは1割未満」が20.3であった。



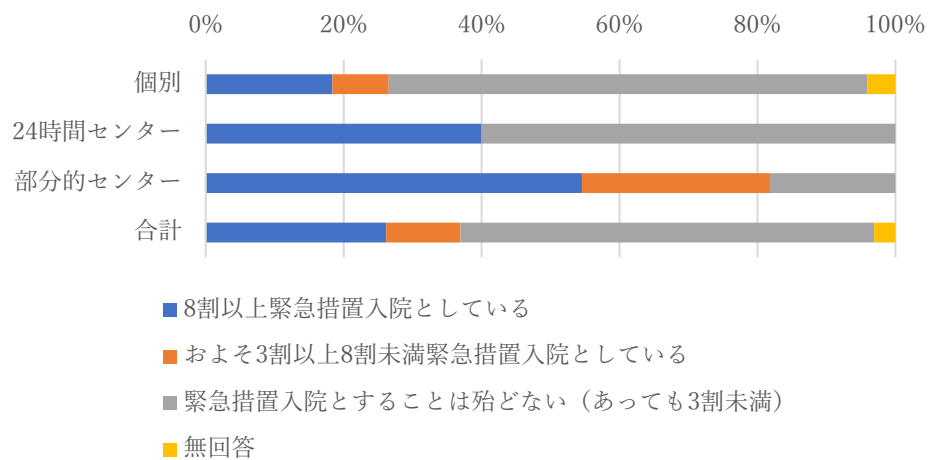
(7) 緊急措置制度の適用について

- ① センター体制をとっている自治体で夜間の適用率が高かった。開庁時間帯も8割以上緊急措置を適用している自治体は6自治体で9.2%であった。

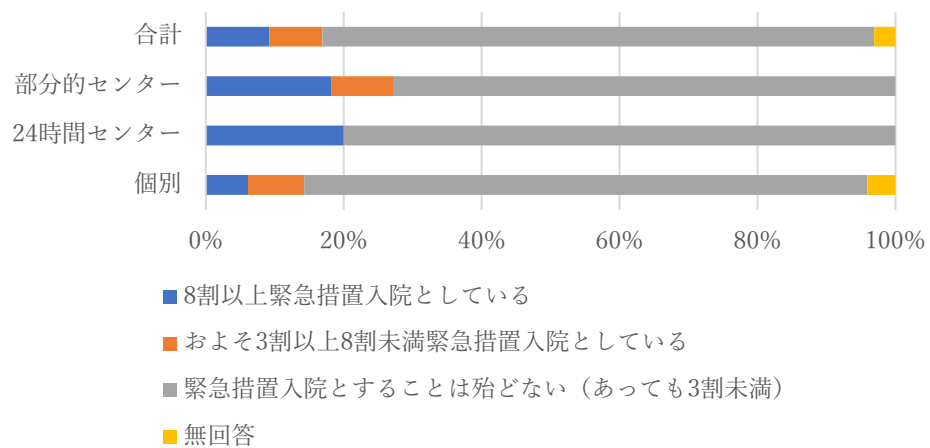
緊急措置を優先する時間帯について自由記載を求めたところ、17自治体から回答があり、多くは閉庁時間帯であったが、「15時までに調査終了しなければ緊急措置へ」、「20時～6時」、「17時から6時」という回答があった。



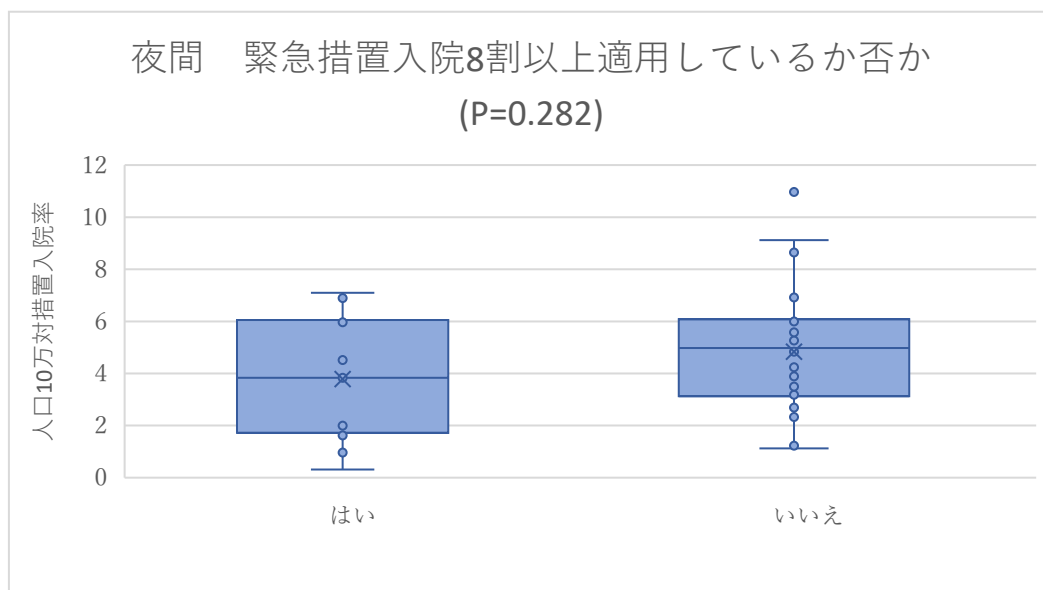
休日昼間の緊急措置の適用について



開庁時間帯の緊急措置の適用について

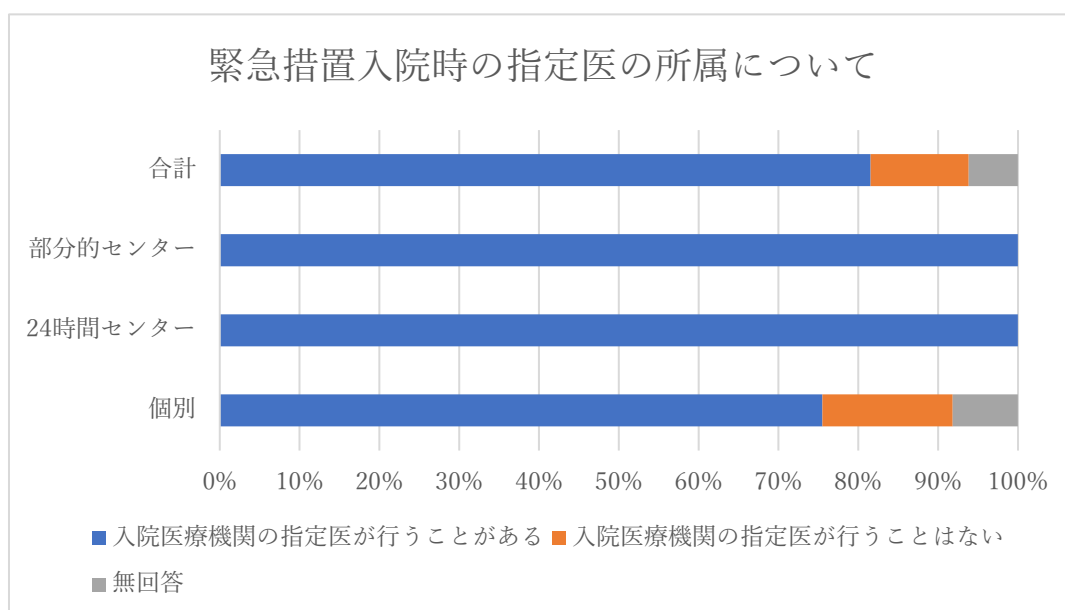


- ② 夜間 8 割以上緊急措置入院としているか否かと人口 10 万対措置入院率の関係はなかった。

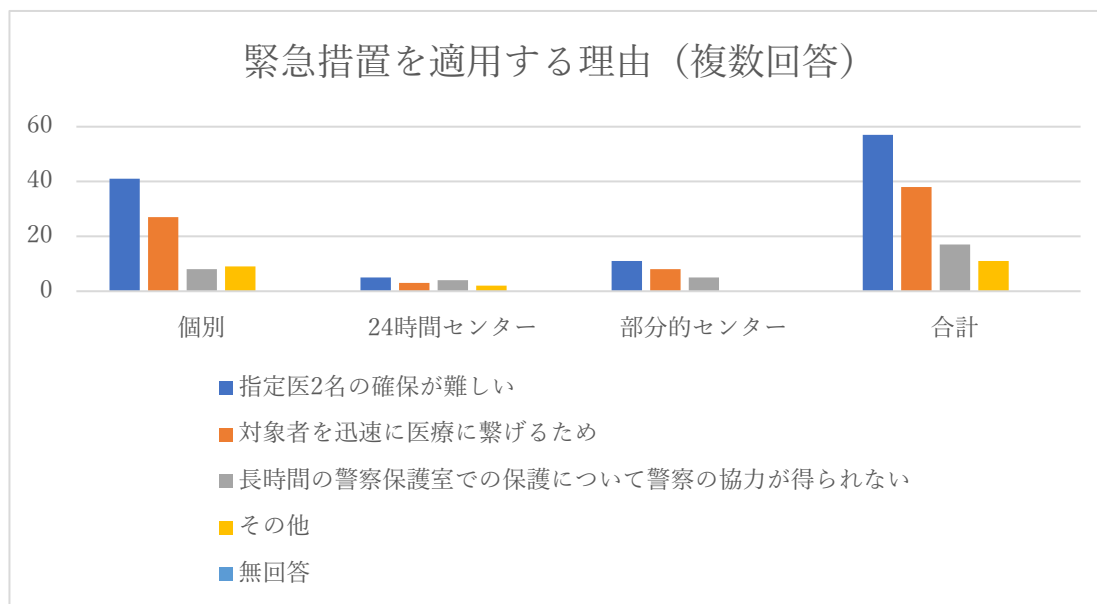


- ③ 緊急措置診察の診察医の所属については、「入院医療機関の指定医が行うことがある」が、8 割以上で、センター体制自治体では 100%だった。

緊急措置後 72 時間以内の診察については、開庁時に緊急措置を適用している自治体の一つは、入院先以外の指定医 1 名と、入院先の指定医 1 名が診察を行っていた。

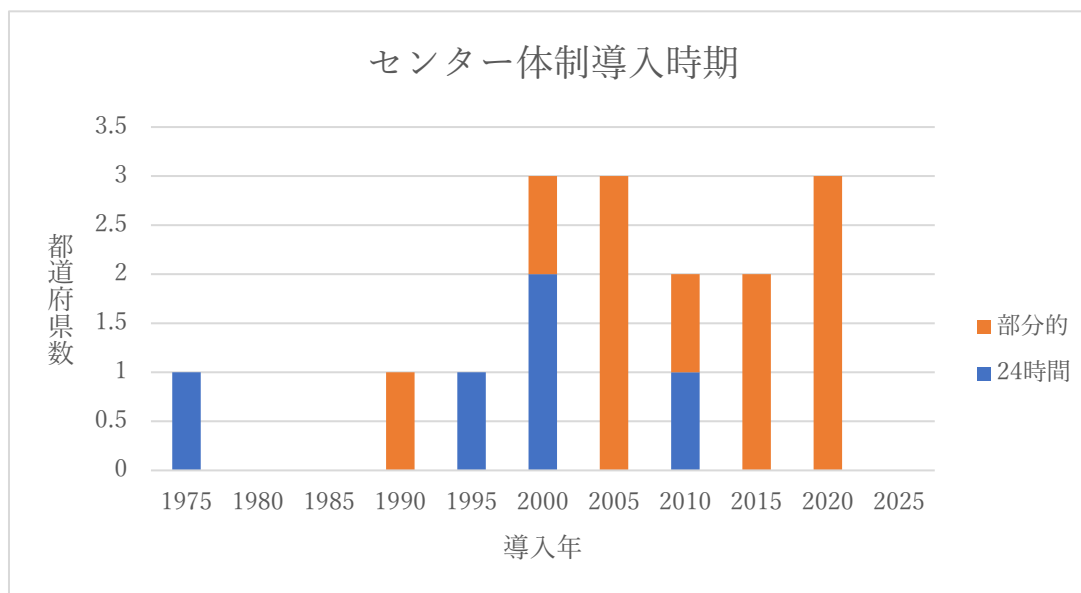


- ④ 緊急措置を適用する理由は、「指定医 2 名の確保が難しい」が 8 割以上だった。

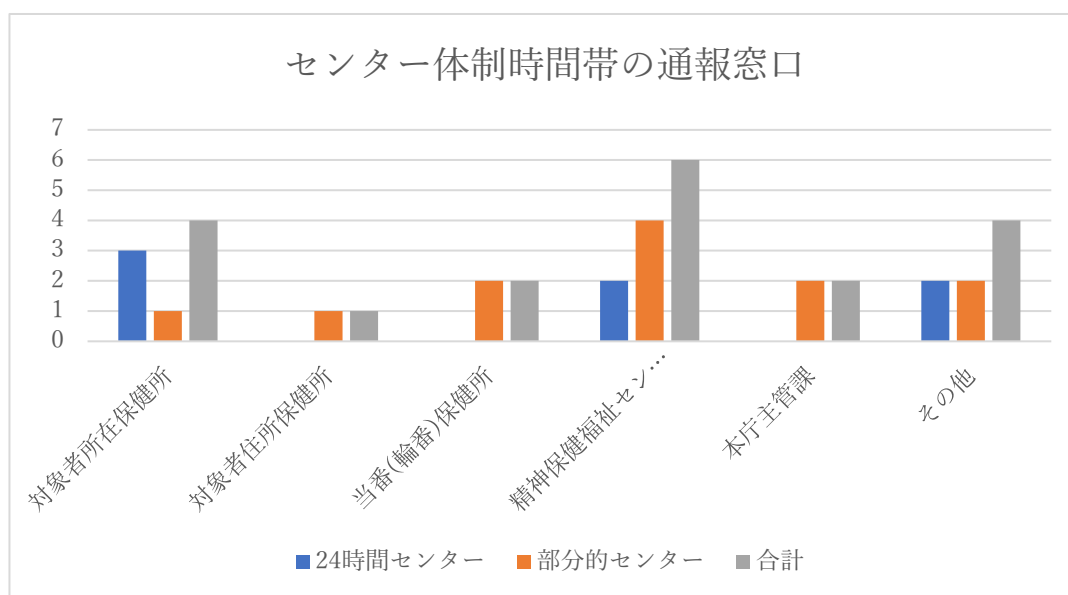


- (8) センター体制について

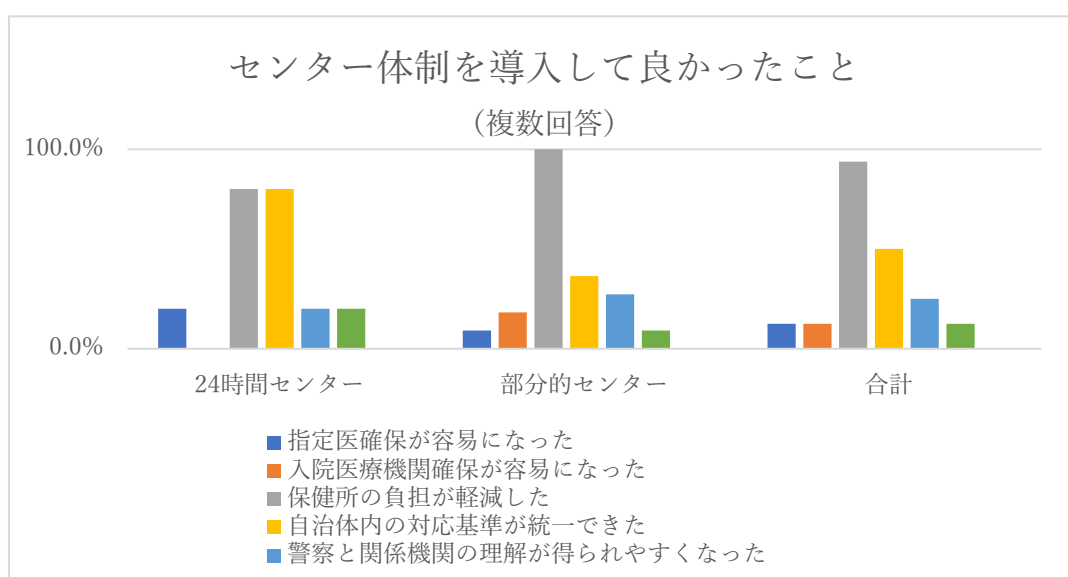
- ① 導入時期は 1975 年から 2024 年にわたっていた。政令指定都市を含むか否か等運用形態については、改訂を重ねていた



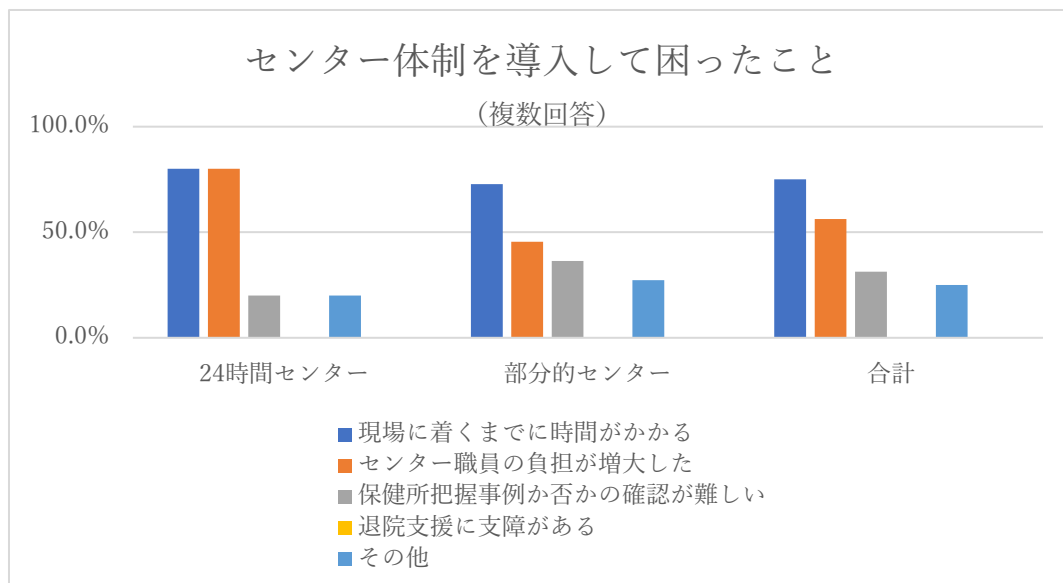
- ② 23 条通報の受付窓口は精神保健福祉センターが最多であった。その他には、保健所で受け付けた後に、精神保健センターや本庁主管課に連絡して、その後は入院までセンター等が実施している地域もあれば、センターで受付後は、センターから輪番保健所又は所管保健所に連絡され、連絡を受けた保健所がその後の対応を実施する地域があるなど、多様であった。



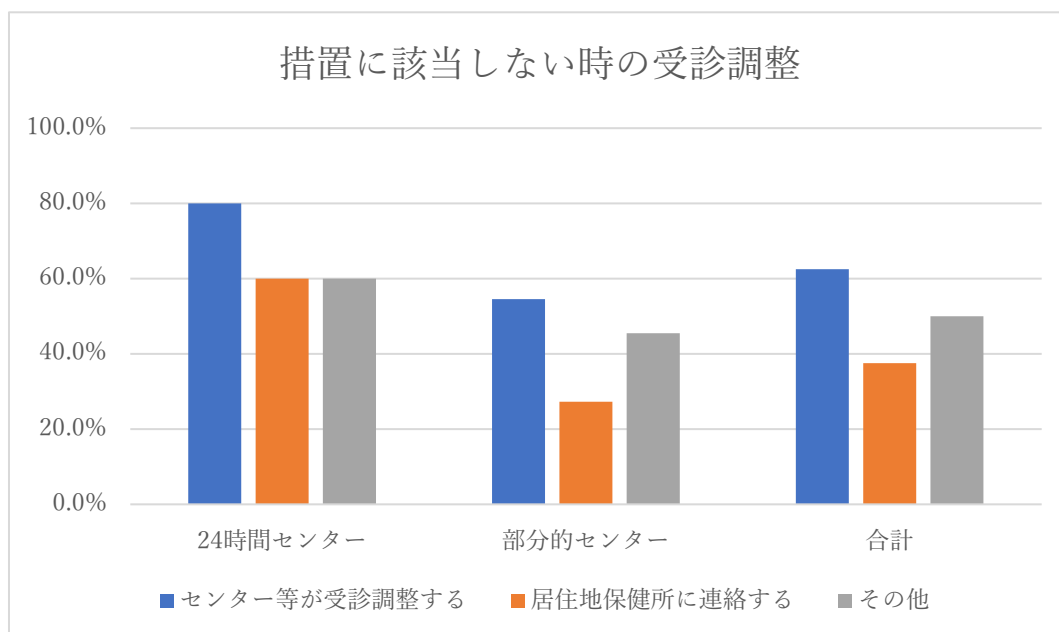
- ③ センター体制を導入して良かったことは、「保健所の負担軽減」「自治体内の対応基準が統一できた」「警察と関係機関の理解が得られやすくなった」が多かった。



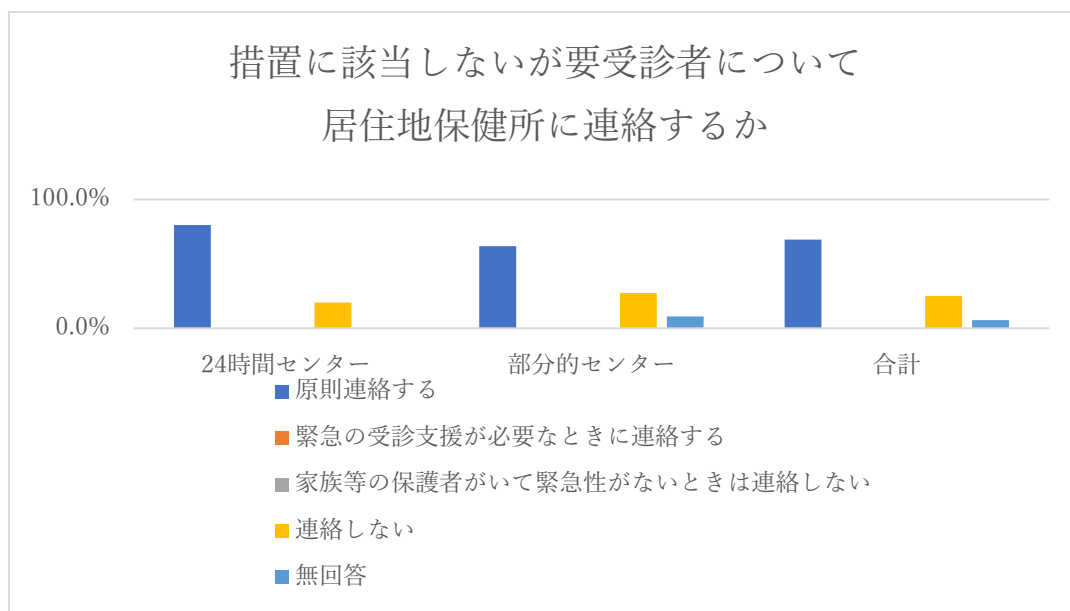
- ④ センター体制を導入して困ったことは、「現着までの時間がかかる」「センター職員の負担が増大した」が多く、「退院支援に支障がある」を選択した自治体はなかった。



- ⑤ 措置診察不要又は措置診察後入院不要となったが受診を必要と判断したときの対応については、措置に該当しないときについては、24 時間センターでは 8 割、部分的センターでは 6 割弱をセンター等が受診調整していた。24 時間及び部分的センター合計の 4 割が居住地保健所に連絡すると答えていた。その他については日中は保健所、夜はセンターなど時間帯によって異なっていた。措置非該当になっても入院が必要な場合は診察を受けた医療機関にそのまま入院するとなっていた。



- ⑥ 要受診者について居住地保健所に連絡するかについて原則連絡するが最多であったが、「連絡しない」と回答した自治体は、措置診察に居住地保健所職員が立ち会うことになっているか、対象者又は家族の相談を警察や相談センターが引き続き対応することになっていた。



(9) 入院後の精神医療審査会における審査について

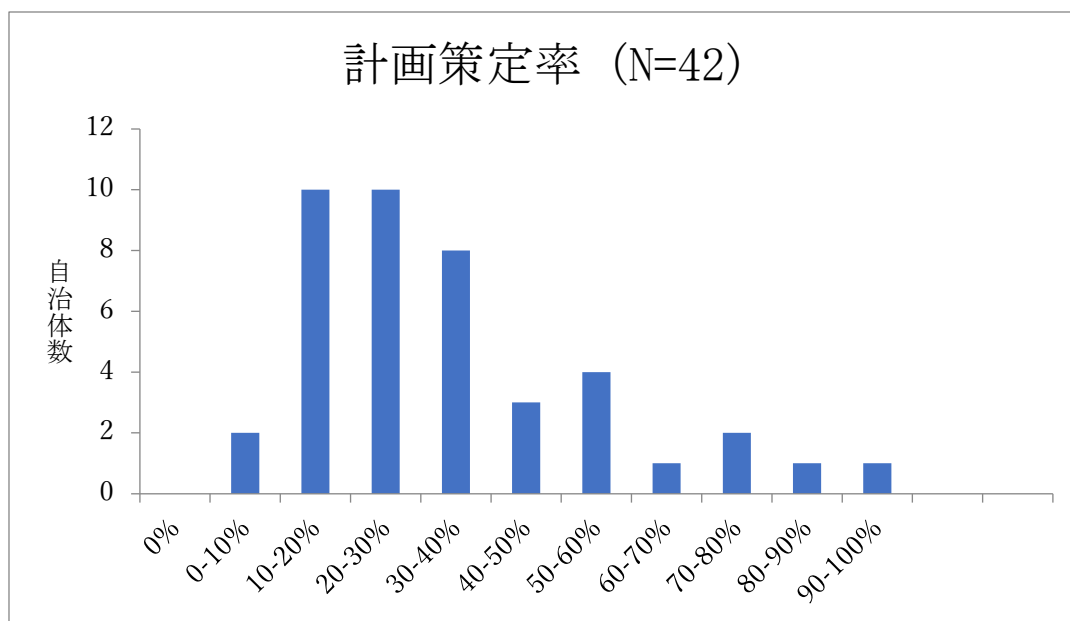
- ① 令和6年度から制度化された「措置入院決定報告書」について精神医療審査会における審査の結果、「措置入院の必要性がない」と判断された事例は全国で3例であった。確認したところ、1例は診断書の記載内容が不十分であり、措置要件に該当しないと判断されるも審査時にはすでに措置解除になっていた。もう1例は診察医の所見欄に本来は措置に該当しない等のコメントがあったためとのことであった。そして、1例は詳細不明であった。
- ② 新規入院後、概ね3ヶ月を経過した措置入院者への対応について、「入院医療機関以外の指定医による診察を実施することはない」と回答したのは1自治体で、定期病状報告の内容を確認することで、これまでのところ問題ないと判断しているとのことであった。「実施する」と回答があった自治体も、厳密に3ヶ月後ではなく、実地指導を兼ねることにしており、指導時に既に措置解除になっている事例等、実施できなかった事例があるとのことであった。

(10) 退院後支援計画策定の令和5年度の実績について

措置入院患者数と退院後支援計画策定数がともに記載があったのは42自治体であった。

計画策定率は全体では約3割であった。

住所地を把握していない、前年度措置入院患者への計画策定を含む等のコメントがあった回答は除いたが、数値のみの回答の自治体の中にも、令和5年度の措置患者に対する支援計画策定数を正確に算定していない自治体が含まれていると想定する。今回は概要として捉えていただきたい。



6 まとめ

(1) 調査対象を主管課にした意義

これまで、令和4年、令和5年と措置入院に係る実態調査を保健所を対象に実施してきた。しかしながら、回答率は50%前後で回答状況にも地域差があるなど、全国の実態を知ることはできなかった。そこで、措置入院の運用体制については都道府県が県内全体を把握しているのではないかと考え、また、都道府県によっては、政令指定都市の実態は把握していないという情報もあったため、今回は、都道府県と政令指定都市の主管課を対象に調査することにした。

調査を実施するにあたり、全国衛生部長会を通じて、主管課連絡先の把握を試みたところ、39自治体の連絡先を把握できたが、回答が無かった自治体については、該当自治体の保健所長会長等を経由して主管課連絡先を確認し、調査への協力を依頼した。その結果、回答率は100%となった。

今回の調査では、あえて主管課からの自治体内保健所への照会は求めず、調査時点で

主管課として把握している範囲での回答を求めた。その結果、「把握していない・わからない・無回答」は、退院後支援計画策定数については21自治体、移送時の警察の同乗の程度については8自治体、入院先所属医師が措置診察するかについては4自治体、緊急措置の適用状況や措置診察の要否判断の職種や立会職種については2自治体からであった。

都道府県等主管課は、自治体内の情報を集約しており、国への報告を担当している。主管課では、現場の実態への所感等の主観的な調査への回答は難しいと考えるが、体制等を調査する場合は保健所よりも主管課が適切だと考える。

(2) 23条通報対応体制が措置入院率に与える影響

24時間センター体制5都府県、部分的センター体制11府県、個別体制31道県であった。センター体制自治体は、個別体制自治体と比べて面積が狭く通報率が高いが、人口10万対措置入院率に有意差はなかった。

精神保健福祉法や「措置入院の運用に関するガイドライン」に「原則として」「のぞましい」「配慮すべき」「ねばならない」等の記載がある規定については、個別体制、24時間センター体制、部分的センター体制すべてにおいて「事前調査を事務職だけで行ったことがある」「事前調査で直接面接を実施しないことがある」「入院医療機関の所属指定医が措置診察したことがある」という回答があったが、これらの実施状況と、人口10万対措置入院率には有意差はなかった。

規定どおりに運用できないのは、専門職数、地理的問題、指定医数、病床数の影響で、特に夜間が規定どおり運用できないという回答であった。人手不足は深刻で職員の確保が今後益々厳しくなると見込まれている。予算を増やせば人員が確保できるという問題ではなくなっている。

本調査の回答に当たり、法やガイドラインで指定された要件どおりに実施していないことを回答することに躊躇した自治体があったと推察する。自由回答等に、「実質的に対応しきれず」「国から認められているわけではありませんので」などの本音の記載もあった。多くの自治体で、ガイドラインを厳密に遵守できない事情があり、ガイドラインを柔軟に解釈して運用していることがわかった。

人権を確保する手続きとは何かを改めて考えて、現実に見合った運用を進めるべきである。

(3) 通報から入院までの所要時間

通報受理から直接面接までの所要時間、指定医確保までの所要時間は、体制を問わず、3時間以上があった。診察指定医確保の所要時間は、輪番体制や特定の医療機関に依頼する方が短い傾向にあったが、それでも3時間を要する事例があった。

対象者の措置入院決定までの時間が長時間にわたる事例が多く自治体で確認でき

た。通報から面接開始、措置診察決定から措置診察開始までの時間に、事前調査時間、診察時間、そして移動時間が加わると8時間以上を要する場合もあると想定される。従事者のみならず対象者の負担も大きい。対象者にとっては、精神症状増悪時に長時間拘束され、見知らぬ警察官、保健所等職員、指定医と面談を強いられることで、症状悪化を来す可能性がある。迅速に医療の要否を判定し、対象者が安心できる環境に落ち着かせる対応が望ましい。

(4) 警察との協力関係

移送について、全体として警察車両よりも自治体公用車両を使う自治体が多かった。移送に際して警察官が9割以上同乗してもらえる自治体は3割であり、重症者に限る等警察官同乗の条件がある地域があった。現在9割以上協力してくれる自治体でも警察自身の業務見直し等により、移送における協力の見直しを求めている。自治体としての移送体制整備、予算確保が求められている。

警察署での保護についても、緊急措置入院を適用する理由に、「長時間の警察の保護について協力が得られない」が挙げられているように、警察との協力体制が法の適用に影響している。

今後も警察官職務執行法と精神保健福祉法の運用について協議が必要である。警察官通報が、対象者把握経路の一つであることは事実である。症状悪化した対象者を適切に医療に結びつけるために、警察の協力は欠かせない。警察と目的を一つにして、双方の役割を明確にする必要がある。

(5) 緊急措置入院制度の適用

緊急措置入院は、令和6年9月発行の五訂 精神保健福祉法詳解には「法第29条の通常の措置症状よりも自傷他害のおそれの程度が著しいと認められる場合でなければならぬ。症状が急迫し、自殺しようとして未遂に終わった場合や、他人を殺害した事実がある場合などは、『著しい』という要件を満たす場合に該当する。」とされている。(そもそも「他人を殺害した事実がある場合」は医療観察法制度に該当するのではなかろうか。)

緊急措置入院制度の適用については、「夜間の緊急措置入院の適用率が高く、入院医療機関の指定医が緊急措置診察を行うことがある」が全体で80%以上、センター体制をとっている自治体では100%であった。緊急措置入院制度を適用する最も多い理由は「指定医2名の確保が難しい」であった。

開庁時もまず、緊急措置入院とする自治体では、その後の72時間以内診察は、入院先の指定医と他の医療機関の指定医が診察していた。

緊急措置入院の入院時診察を入院先の指定医が行っているという現状は、医療保護入院制度の「応急入院」と同じである。措置入院者と医療保護入院者の入院後の医療的

処遇は症状に応じたものであり、行為の種類によって変わるものではない。

夜間の事案に対しては、朝まで警察の保護室で保護してもらえる場合、保健所は朝から対応開始し、指定医の午前の診療時間が終わってから措置診察が始まるパターンがある。対象者にとっては1日近く拘束されることになる。警察も朝までの保護（監視）のために、待機職員を出勤させることもある。

このような現状を踏まえると、対象者にとっても、警察にとっても、夜間の事案に対しては、速やかに医療につなげる方が妥当だと考える。

また、医療保護入院制度と措置制度の違いは「自傷他害のおそれ」の有無である。「おそれ」の種類と程度が曖昧で、医療保護入院届と措置入院届だけでは区別がつかないことがある。曖昧な判断基準に拘るよりも、「迅速に医療につなげる」ことを最優先した方がいいと考える。

(6) センター体制における居住時保健所との情報共有の在り方

センター体制は1975年から導入されていた。通報窓口、保健所との役割分担など運営形態は多様であった。センター体制時間帯に措置診察不要又は措置診察後措置入院不要で他の形態でも入院とならなかった事例については、保健所、受診相談センター、警察で対応することになっていたが、対象者又は家族から相談時対応なのか、積極的に介入するかまでは本調査では確認しなかった。措置入院者に関する居住地保健所への連絡については、入院届で共有するものとして本調査では確認しなかった。「支援」のために個人情報である入院情報をいつどのように複数機関で共有するかが課題である。

(7) 措置入院の妥当性の確認

令和6年度から、「措置入院決定報告書」について精神医療審査会において審査されることになったが、指定医といえども「措置入院決定報告書」だけで「措置入院の必要がない」と判断するのは容易ではないと推察する。さらに、審査時にはすでに措置解除になった事例があったように、月1回程度の審査会で措置入院の妥当性を審査するのは難しいと考える。

また、従来新規入院後、概ね3ヶ月を経過した措置入院者への対応について、入院医療機関以外の指定医による診察が求められているが、実地調査で兼ねる自治体があり、3ヶ月経過後直ちには実施しない自治体がある。それに指定医と言えども、主治医の判断に短時間の診察で意見するのは困難な事例もあろう。「審査」「院外の指定医による診察」が形式的な処理に終わらないように、措置基準等の明確化を望む。

(8) 退院後支援計画

退院後支援計画の策定率は約3割であった。

無記入の自治体があり、全ての自治体で数値を確認できていないことがわかった。計画

策定数に前年度の措置入院者を含む、又は、年度末の入院者はまだ入院中である等の理由で、措置入院者に対する策定数は正確には把握できなかった。

今後は、退院後支援の実施状況、支援内容、再入院回避率、地域定着日数など全国共通の指標と定義でモニタリングして、成果を集約する必要がある。

Ⅱ．保健所長を対象とした精神疾患患者の退院後支援に関する調査結果

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

1．目的

精神入院患者の地域移行促進に向けた資料とするため、①改正精神保健福祉法の令和 6 年 4 月施行の内容確認 ②地域移行支援に関する実情把握を行うこととした。また、この二つの調査内容の間に、③「地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD：Regional Mental Health Resources Analyzing Database/リムラッド）」の演習体験を挟むことによって、このツールの活用促進も目的とした。

2．調査対象

全国 468 か所の保健所を対象とした。

3．方法

全国保健所長会のメーリングリストで調査依頼を行い、地方公共団体等が公式サービスとして提供する電子申請システム「Logo フォーム」を使用して調査を行った。自由記載の分析には生成 AI（Microsoft Copilot）を部分的に活用した。

4．調査期間

2024 年 11 月 25 日～2024 年 12 月 20 日

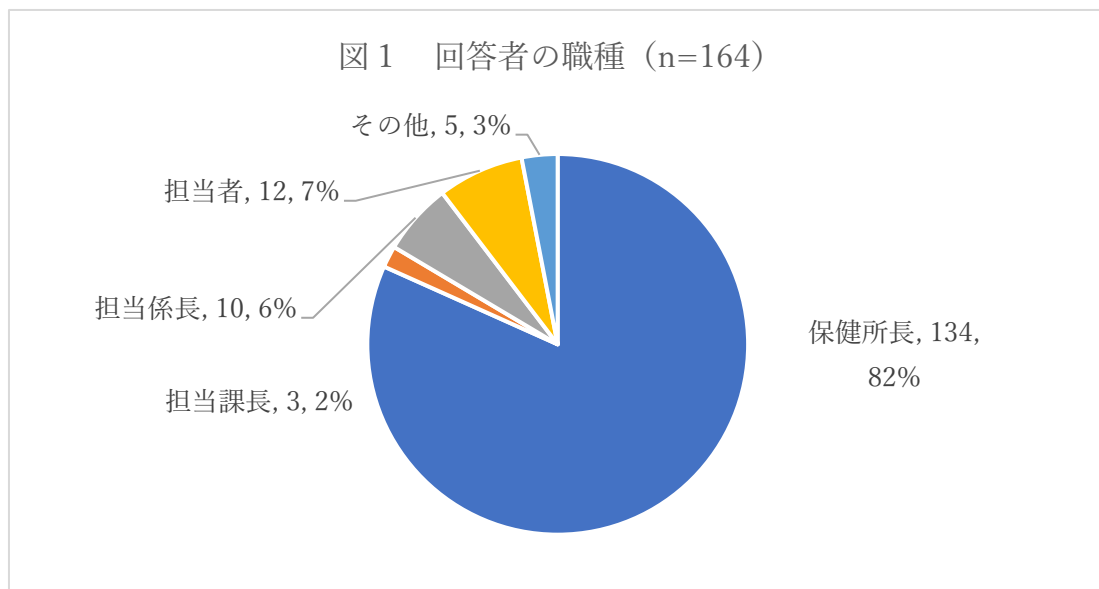
5．結果

回答数は 164 保健所で、回答率は 35%（164 保健所／全国 468 保健所）であった。

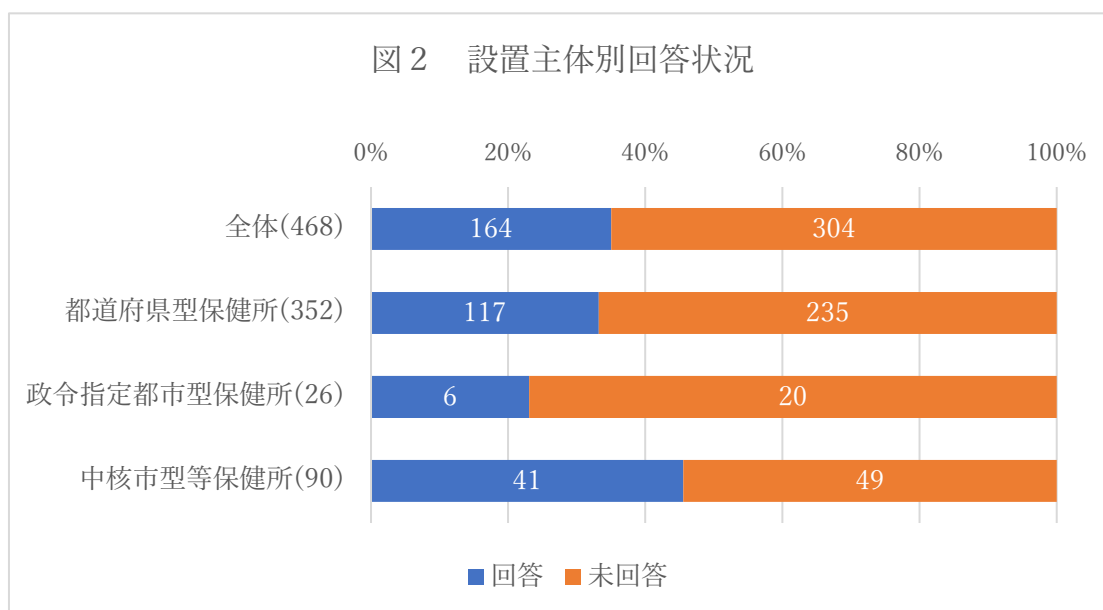
(1) 回答者の属性

ア. Q1 回答者の職種 (図1)

調査の依頼において、調査目的には研修及び演習も含まれているため、可能な限り保健所長に回答をお願いしたい旨を記載させていただいた。結果として、保健所長による回答は全体の82%を占めることとなった。(図1)



イ. Q2 設置主体別の回答

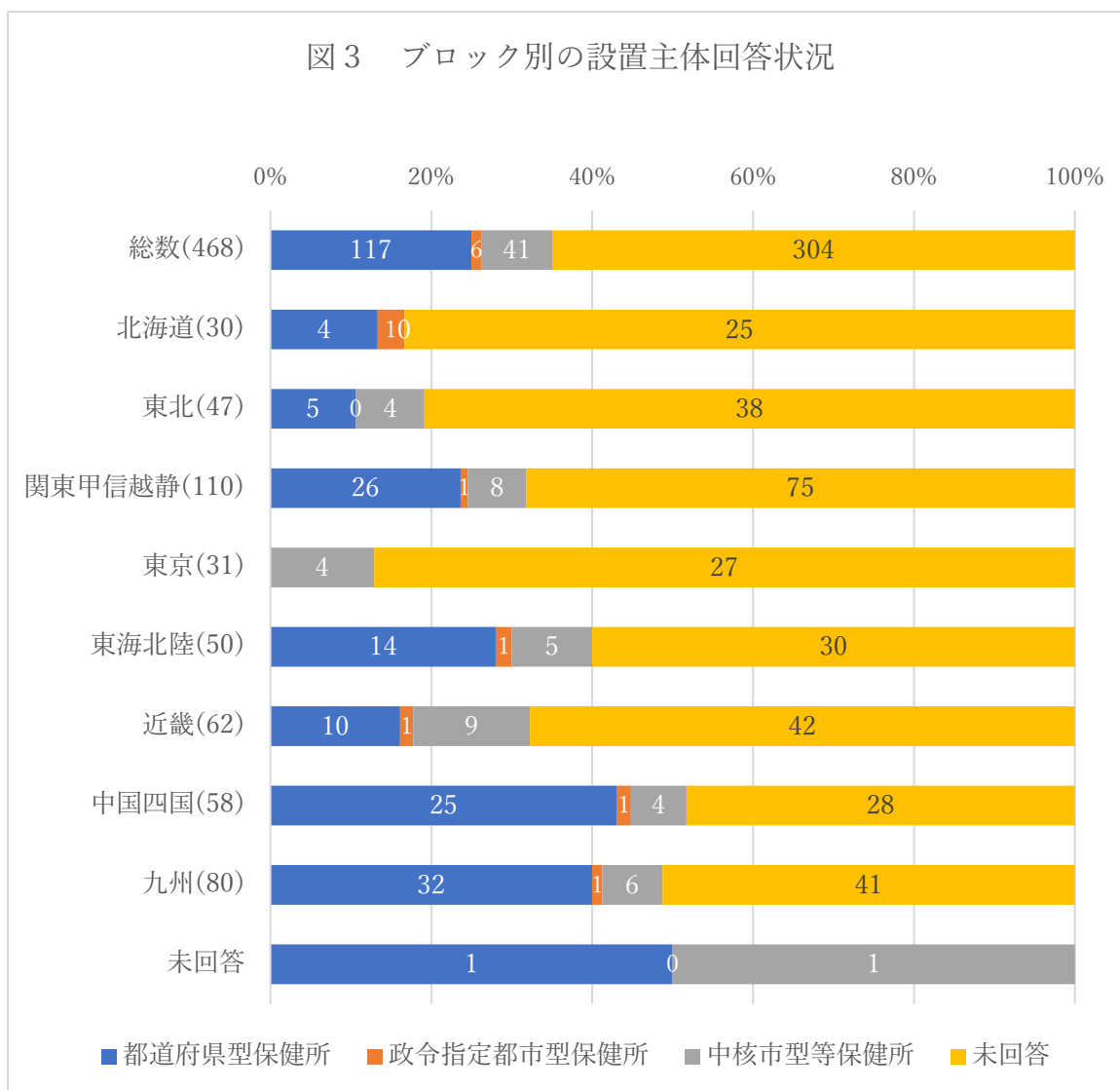


最も回答率が高かったのは中核市型等保健所で46%であった。次いで、都道府県型保健所33%であった。政令指定都市型保健所は市に1か所で複数の支所センターを抱えている

ところがほとんどであり、保健所を対象とした調査形式では回答が難しく回答率が 23%にとどまった原因とも考えられる。

ウ. Q3 ブロック別の設置主体回答状況

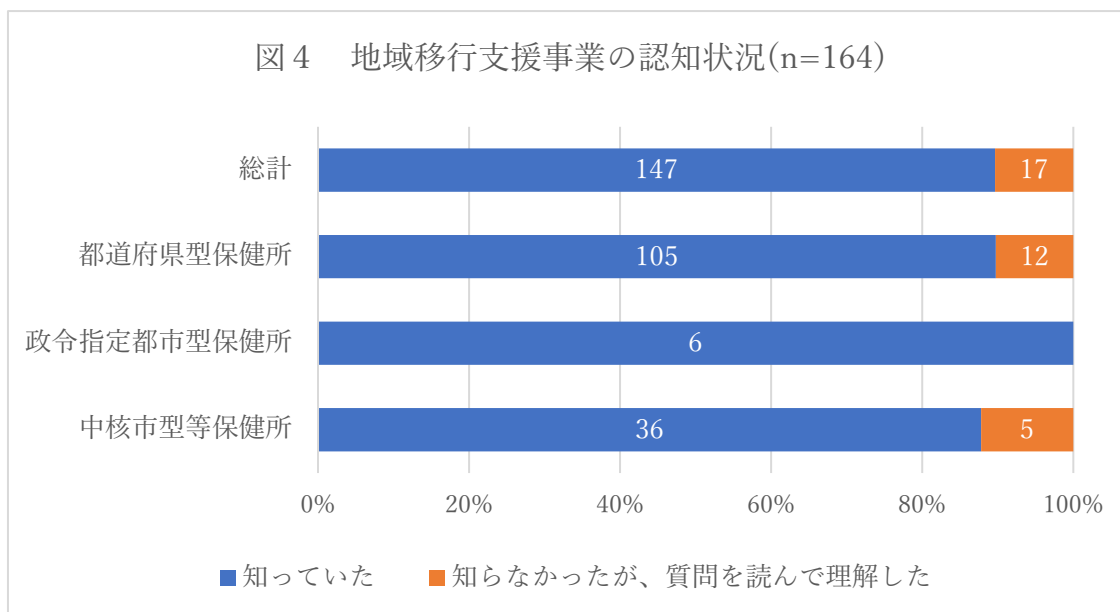
北海道及び東北ブロックにおいては、回答率が 20%に満たなかった。東京都においては、特別区保健所で精神疾患の緊急通報を取り扱っていないため、中核市型等保健所に分類した（図 3）。



(2) 改正精神保健福祉法の令和6年4月施行の内容確認

ア. Q4【地域移行支援事業】の認知状況を調べたものである(図4)。

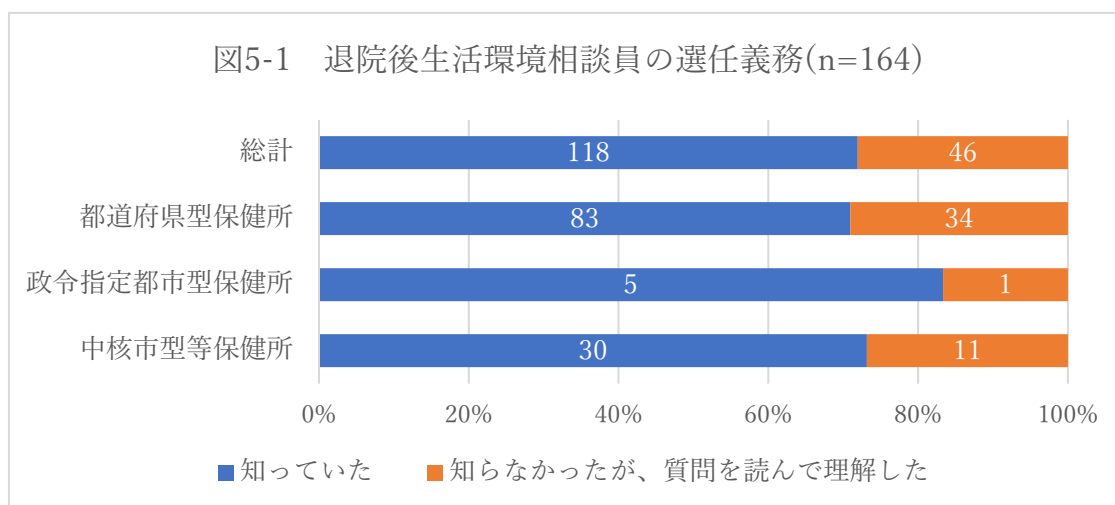
「域移行支援事業」とは、「障害者支援施設等及び精神科病院に入所・入院している障害者に対して、住居の確保や障害福祉サービスの体験利用・体験宿泊のサポートなど地域生活へ移行するための支援を行うもの」であり、平成24年4月から実施されている制度である。



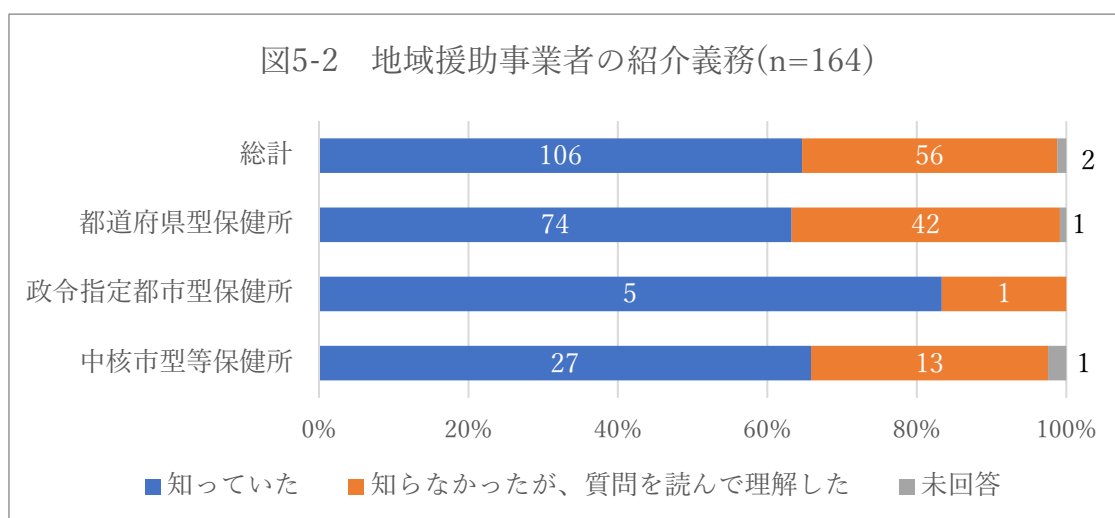
都道府県型は90%(105/117)、政令指定都市型は100%(6/6)、中核市型等は88%(36/41)の高い割合で、地域移行支援事業の内容を知っていた。「知らなかったが、質問を読んで理解した」という回答も全体で約10%あったので、この質問が学ぶ機会となったことが分かった。

イ. Q5 改正精神保健福祉法によって、精神疾患の入院患者には令和6年4月から施行された内容の認知状況を調べたものである。

(i) 「退院後生活環境相談員は措置入院者にも選任することが義務化されたこと」について全体の72%(118/164)は知っていた。設置主体別においても大きな差は見られなかった(図5-1)。

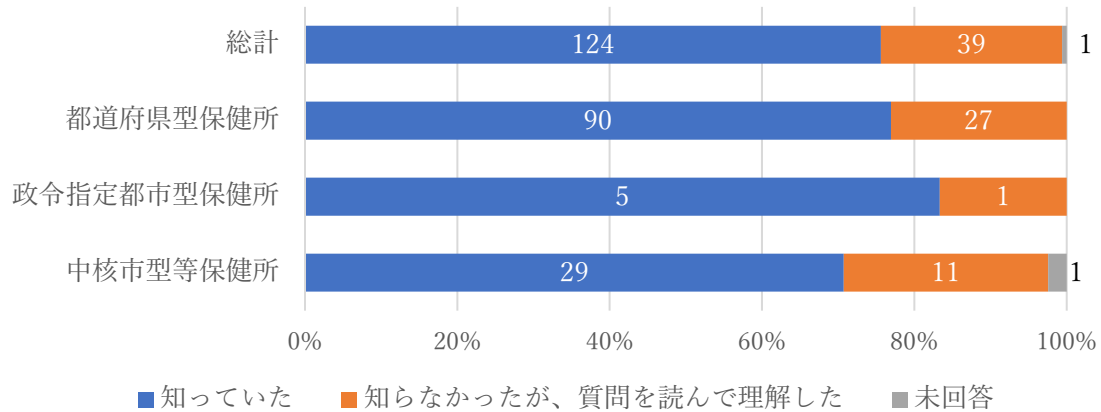


(ii)「地域援助事業者（退院後に利用するサービスについて退院前から相談できる事業者等）の紹介を義務化するとともに、措置入院者にも適用されること」については、全体の認知度は 65%(106/164)であった。(i) の退院後生活環境相談員の選任義務よりも認知度は低かった (図 5-2)。



(iii)「更新に伴う医療保護入院者退院支援委員会（医療保護入院の上限は 6 カ月（入院から 6 カ月までの間は 3 カ月））開催が義務化されたこと」については、全体としての認知度は 76%(124/164)で 3 つの設問中で最も高かった (図 5-3)。

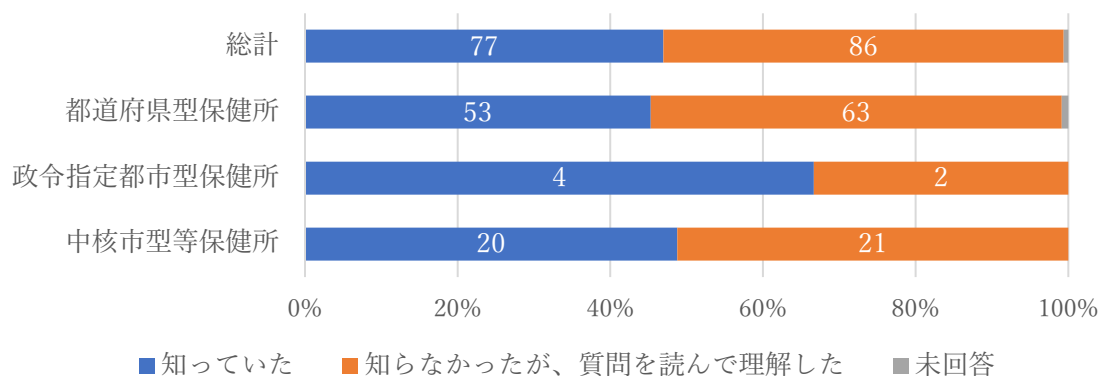
図5-3 医療保護入院者退院支援委員会の開催義務(n=164)



ウ. Q6 【障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案に対する附帯決議】に関する調査結果である（図6）。

「二 国連障害者権利委員会の対日審査の総括所見における指摘事項を踏まえ、地域移行を着実に進めるため、多様な障害当事者の意見も踏まえ、目標を設定するなど具体的な地域移行の計画を立案すること。また、地域生活支援拠点等の役割の明確化や機能強化、拠点コーディネーターの役割の整理や配置の促進など地域移行を効果的、計画的に推進するための方策について検討し、必要な措置を講ずること。」についての認知度は、全体として47%（77/164）であり、半数に満たなかった。

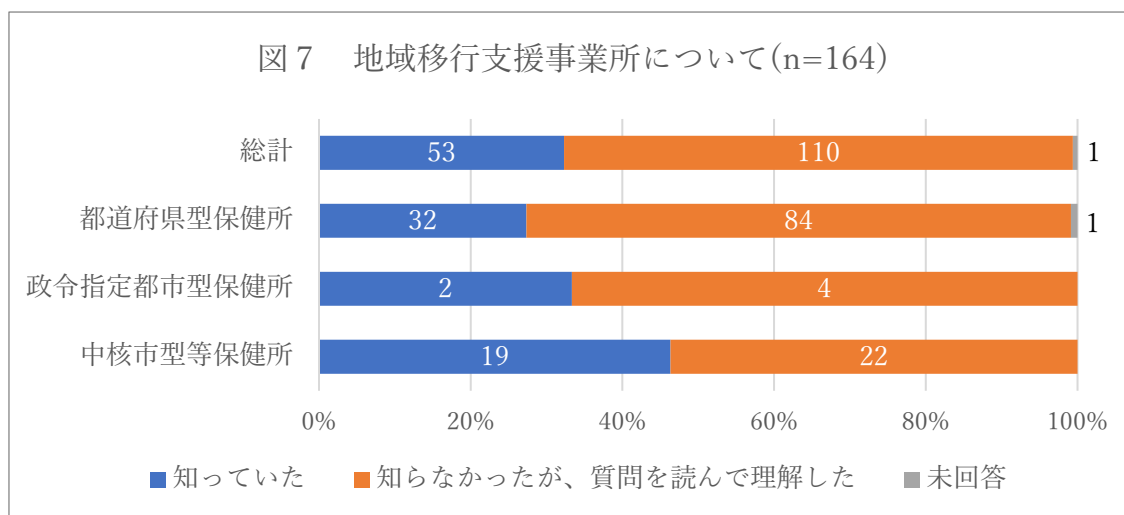
図6 法改正の付帯決議(n=164)



エ. Q7 「全国で地域移行支援の許可を得ている事業所は3,543 か所あるが、実績があ

るのはその10%（令和6年3月請求では、358事業所670件）に過ぎないこと、また、請求のある事業所は、市町村の障害福祉担当課が把握していること」についての認知度は、全体として32%（53/164）にとどまっていた（図7）。

最も認知度が高かったのが中核市等保健所の46%（19/41）、次いで政令指定都市型保健所が33%（2/6）、都道府県型保健所は27%（32/117）であった。事業所の把握は主に市町村の障害福祉担当課が担当していることによるものと思われた。



(3) 地域精神保健医療福祉資源分析データベース (ReMHRAD／リムラッド) の演習

ReMHRAD（は、日本の都道府県・二次医療圏・市区町村などの区分別の

- ・精神保健福祉資料における指標の状況
- ・精神科病院に入院している方の状況（現在の所在病院・元住所地の市区町村）
- ・訪問看護ステーション・障害者総合支援法の各福祉サービスの事業所（精神障害のある方向けの支援有り）の多寡
- ・各社会資源の位置情報

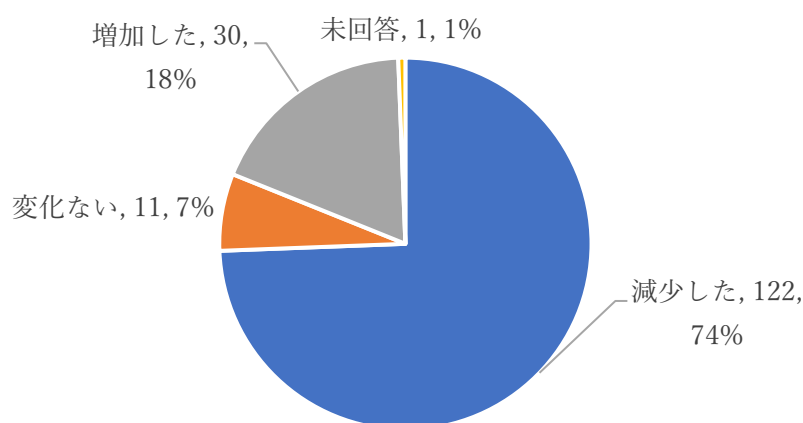
等について表示するデータベースです。

(ReMHRAD ホームページより抜粋)

担当者は利用したことがあるかもしれないが、保健所長が使用する機会は少ないかもしれないため、管内の精神科入院状況例を分析する演習を通じて、まず触れていただく機会にすることを目的とした。

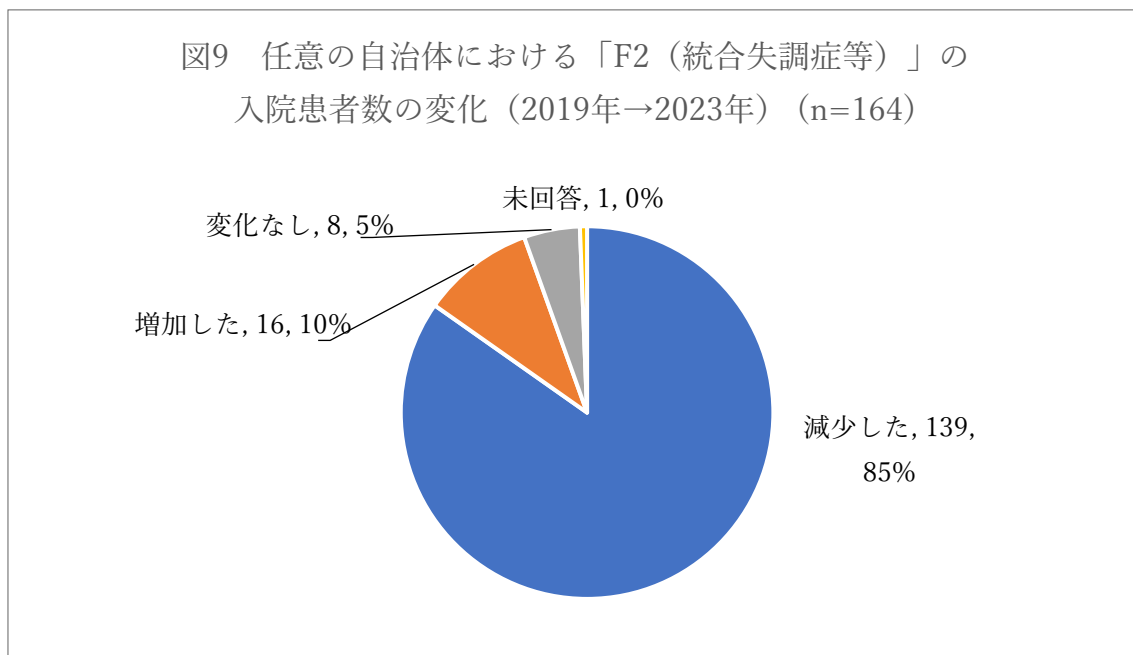
ア. Q8 回答者が選択した自治体において、全疾患の入院患者数では、減少 74%、変化なし 7%、増加 18%であった。未回答は 164 件中 1 件のみであった（図 8）。

図8 任意の自治体における「全診断」の入院患者数の変化
(2019年→2023年) (n=164)



イ. Q9 回答者が選択した自治体において、統合失調症等による入院患者数では、減少

85%、変化なし 10%、増加 5%であった。未回答は 164 件中 1 件のみであった（図 9）。



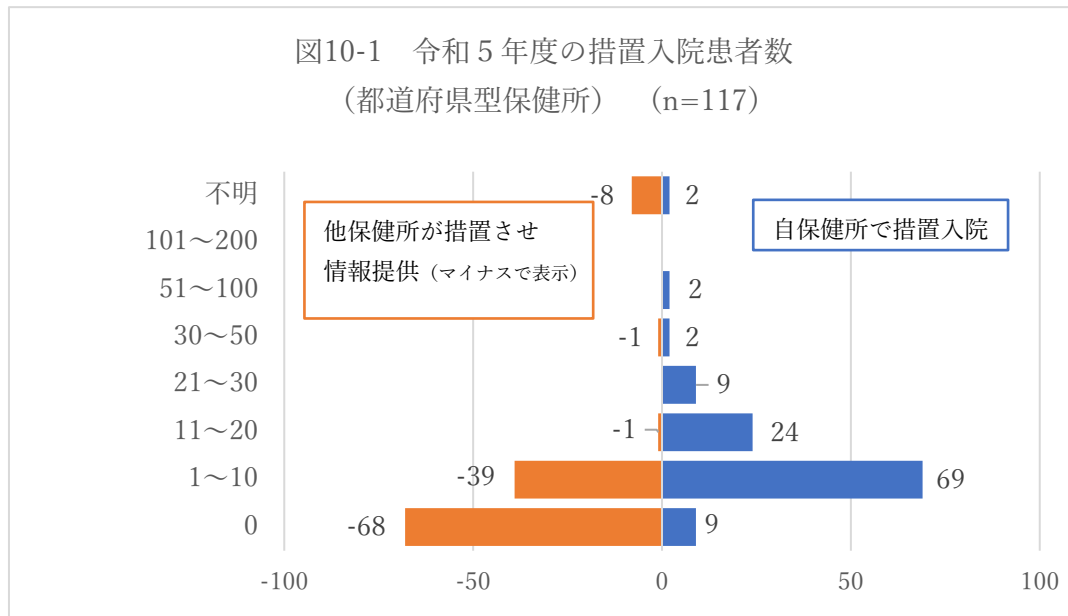
2つの結果において入院患者は減少傾向にあることがわかった。回答 164 件中 163 件が演習実施しており、実施率は 99%でリムラッドを経験するという目的は達せられた。

(4) 地域移行支援に関する実情把握

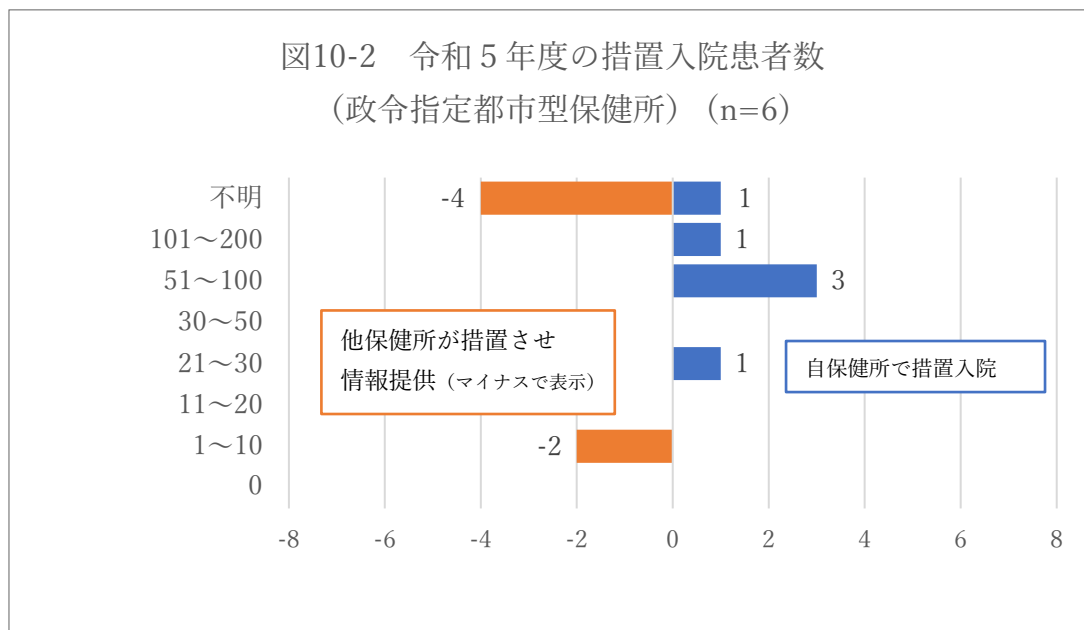
ア. Q10 令和5年度の措置入院患者数について、自保健所が措置入院させた者と他保健所が措置入院させて情報提供を受けた者について調査した(図10-1～図10-3)。

(作図の都合上、「自保健所での措置入院」事例はグラフ中央軸の右側、「他保健所が措置させ情報提供」事例はグラフ中央軸の左側にマイナスで表示した。)

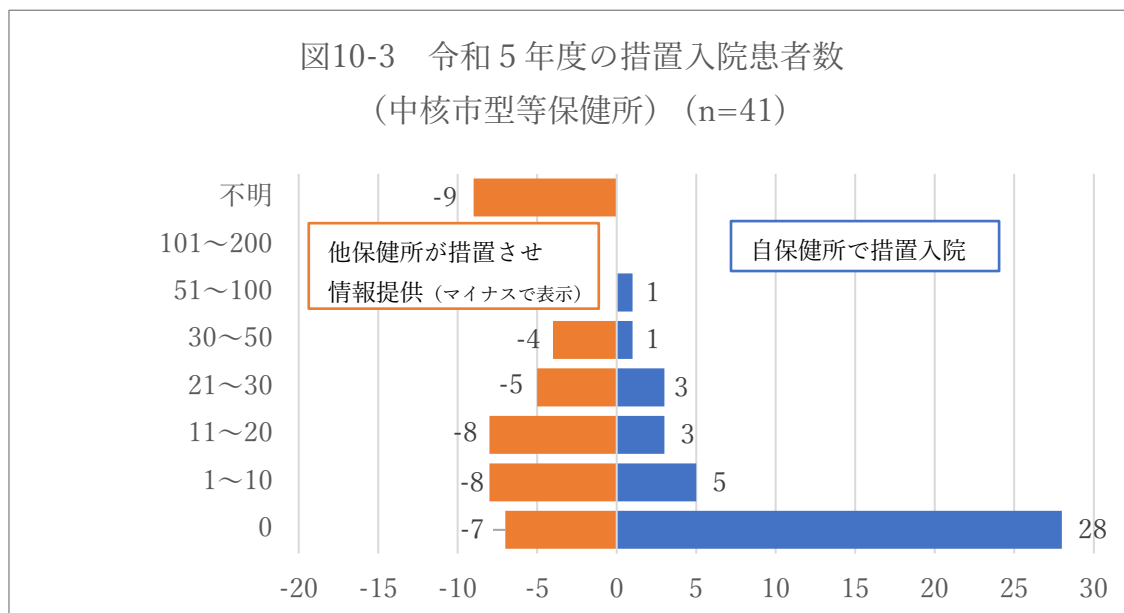
都道府県型保健所においては、「0(もしくは不明)」を除いて、「自保健所で措置入院」の件数が「他保健所が措置させて情報提供を受けた」を上回っていた。最も多い件数帯が「1～10件」であり、他保健所からの情報提供は全体の33%(39/117)を占めていた。



政令指定都市型保健所は回答数が少なかったものの、自保健所での措置件数は都道府県型および中核市型に比べて格段に多かった。一方で他保健所が措置入院させて情報提供を受けたという保健所はなく、精神科病床等の医療資源も多いという地域特性を反映しているとも考えられる。



中核市型等保健所は他の2タイプの保健所と異なり、「自保健所で措置入院」の件数よりも、「他保健所が措置させ情報提供」の件数が顕著に多かった。これは、中核市型等保健所の多くが措置権限を持たないことに由来すると考えられる。



イ. Q11 令和5年度の退院後支援について、計画策定件数および退院後支援実施件数について、入院先別（圏域内外）に分けて調べた。

都道府県型保健所（n=117）						
	圏域内入院			圏域外入院		
	平均値	（最小～最大）	不明※	平均値	（最小～最大）	不明※
計画策定件数	1.65	（0～10）	7	1.48	（0～20）	10
支援実施件数	2.69	（0～25）	9	1.93	（0～24）	12
政令指定都市型保健所（n=6）						
	圏域内入院			圏域外入院		
	平均値	（最小～最大）	不明※	平均値	（最小～最大）	不明※
計画策定件数	58.5	（15～147）	2	7.5	（10～15）	4
支援実施件数	57.5	（11～147）	2	7.5	（10～15）	4
中核市型等保健所（n=41）						
	圏域内入院			圏域外入院		
	平均値	（最小～最大）	不明※	平均値	（最小～最大）	不明※
計画策定件数	3.68	（0～30）	4	3.03	（0～20）	5
支援実施件数	3.03	（0～20）	7	5.26	（0～33）	7

※：入院患者数が「不明」と回答した保健所数

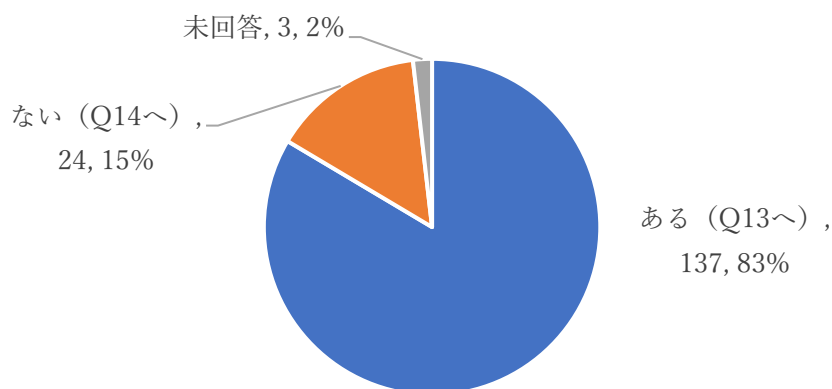
都道府県型では、計画策定件数と退院後支援件数共に、圏域内入院事例が圏域外入院事例をわずかに上回った。圏域外入院では「不明」と回答する保健所も多かった

政令指定都市型保健所では、人口規模が大きいことから計画策定件数と支援実施件数共に多く報告されていた。圏域外入院との平均値の差も大きく、医療資源の集中によりほとんどの入院が圏域内で対応できることが推測された。

中核市型保健所では、都道府県型保健所よりも件数が多く報告されていた。特徴的であったのは圏域外入院において退院後支援実施件数が多かったことである。

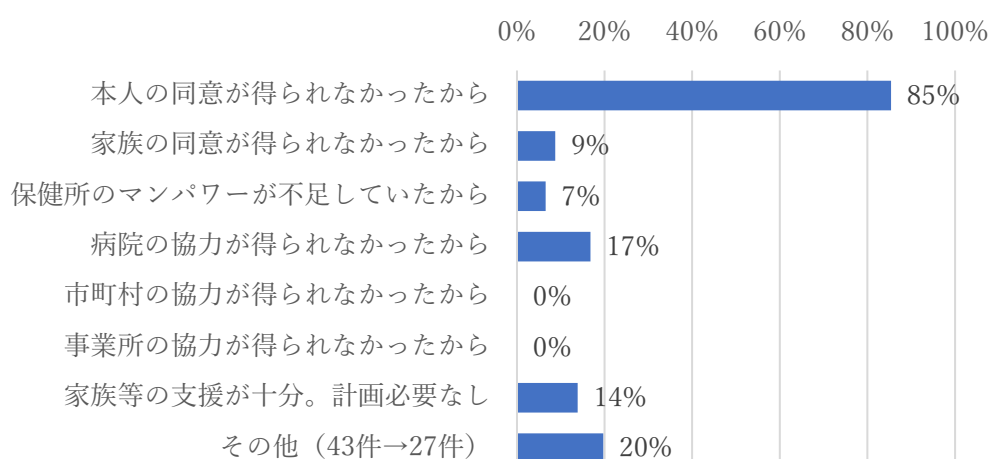
ウ．Q12 退院後支援計画を策定できなかった事例の有無について調べた。計画を策定できなかった事例があると回答した保健所は 83%であった（図 12）。

図12 退院後支援計画策定できなかった事例の有無 (n=164)



エ. Q13 退院後支援計画が策定できなかった事例があると回答した 137 保健所において、あてはまる理由を 3 つまで選択としたところ、207 件（1 保健所あたり 1 ないし 2 項目）上がってきた。「その他」43 件を見ると既存の項目に該当する回答も多かったため、既存の選択肢にあてはまるものを再分類し、残りをあらためて「その他」とした（図 13）。（図中の％は 137 保健所に占める割合を示す）。

図13 退院後支援計画を策定できなかった事例の主な理由（137保健所から複数回答207件）

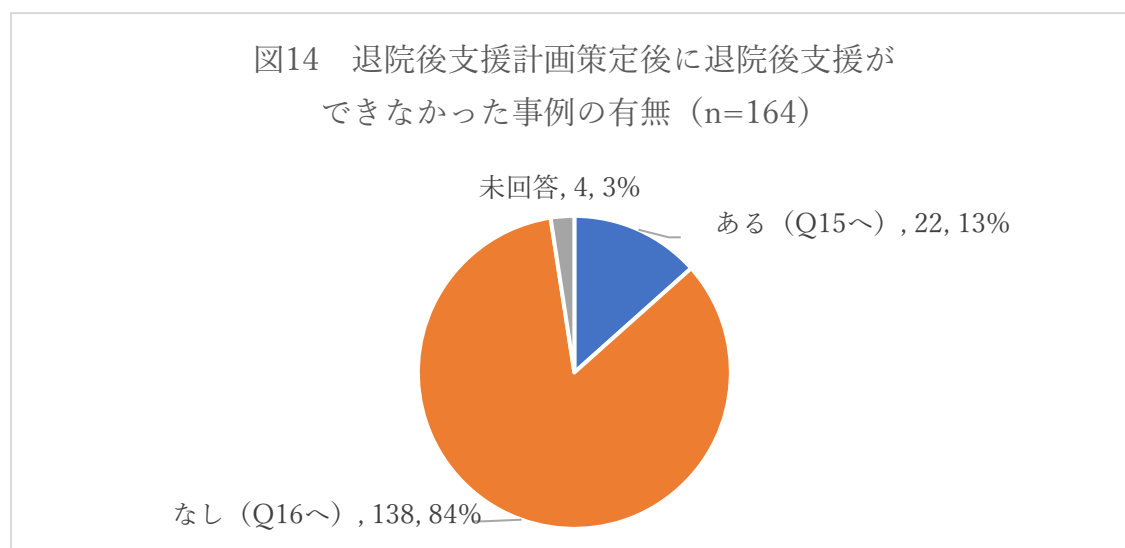


回答の多かった順に「本人の同意が得られなかったから」85%(116/137)、「病院の協力が得られなかったから」（「主治医・病院が計画不要と判断した」などを含む）17%(23/137)

、「家族等の支援が十分で計画を策定する必要がないと、保健所が判断したから」14% (19/137)であった。

「その他」は再分類後 31%(43/137)から 20%(27/137)に減少した。主な内容は「施設に入るようになったから」「病状が不安定・悪化したから」「転出」等であった。

オ. Q14 退院後支援計画は策定できたが退院後支援ができなかった事例の有無について調べた(図14)。支援ができなかった事例があると回答した保健所は 13%(22/164)であった。

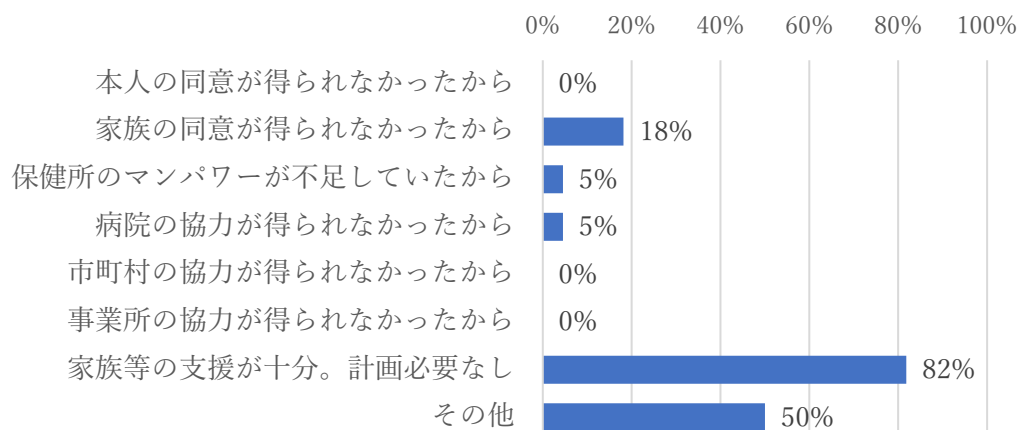


カ. Q15 退院後支援計画が策定後に退院後支援ができなかった事例があると回答した 22 保健所において、あてはまる理由を 3 つまで選択としたところ、35 件 (1 保健所あたり 1 ないし 2 項目) 上がってきた。「その他」11 件については既存カテゴリーに再分類する必要はなかった(図15)。(図中の%は 22 保健所に占める割合である。)

多かった順に「家族等の支援が十分で計画を策定する必要がないと、保健所が判断したから」82%(18/22)、「本人の同意が得られなかったから」18%(4/22)であった。

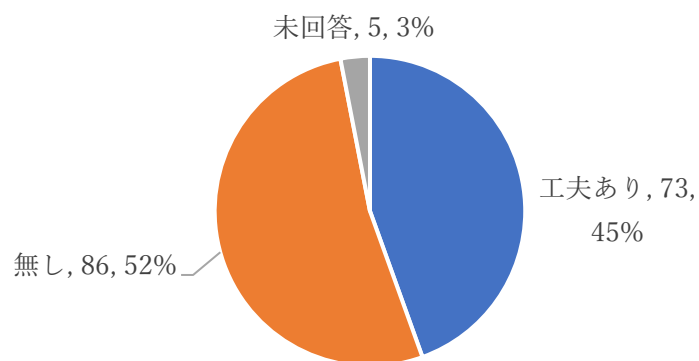
「その他」11 件の主なものは「死亡」「病状悪化」「転出」であった。

図15 退院後支援計画策定できなかった事例の主な理由（22保健所から複数回答35件）



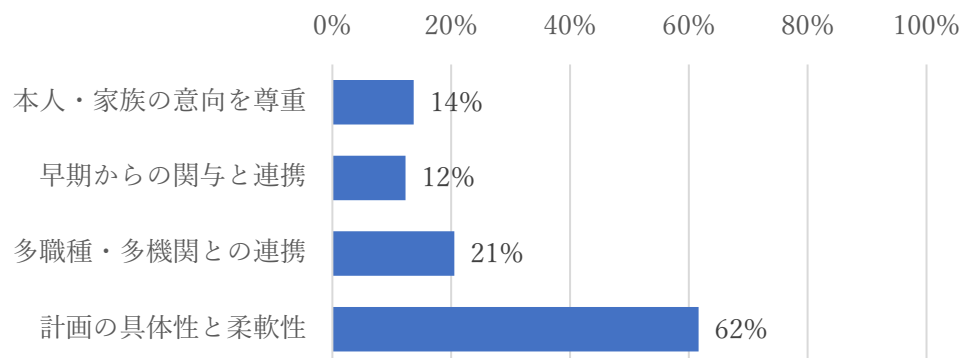
キ. Q16 退院後支援計画策定における工夫の状況について調べた。全体の 45%(73/164)が何らかの工夫に取り組んでいた（図 16）。

図16 退院後支援計画策定における工夫（n=164）



「工夫あり」と回答した 73 保健所から 79 件の自由記載が出され、自由記述から生成 AI を活用して分析した（図 16-2）。（図中の％は 73 保健所に占める割合である。）

問16-2 退院後支援計画策定において工夫している
取り組み（73保健所から自由記載79件）



「本人・家族の意向を尊重」14%(10/73)

本人や家族の意向を尊重し、理解しやすい言葉で計画を策定することが重要であり、複数回の面会や連絡を通じて、本人の納得が得られるまで調整を行う。

「早期からの関与と連携」12%(9/73)

入院早期から本人や家族と面会し、関係を築くことが大切であり、入院時から家族や病院と連絡を密に取り、退院後支援について説明を行い、早期に支援計画を策定する。

「多職種・多機関との連携」21%(15/73)

関係者や多職種との連携を強化し、支援ニーズを把握して計画を策定する。市町村や訪問看護、相談支援事業所など様々な支援者の意見を聴取し、計画に反映させる。

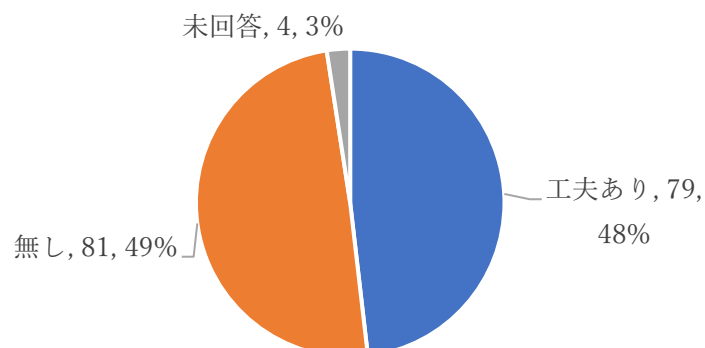
「計画の具体性と柔軟性」62%(45/73)

計画策定前にアセスメントを行い、病状悪化時の対処方法や相談先を計画に盛り込む。個別性の高い計画を作成し、本人の意向やニーズに応じた柔軟な対応を心掛ける。

【要約】最も工夫されていた点は「計画の具体性と柔軟性」であった。これらの工夫を通じて、退院後の支援計画がより効果的に機能し、本人や家族が安心して地域生活を送ることができるよう支援していくことが求められる。

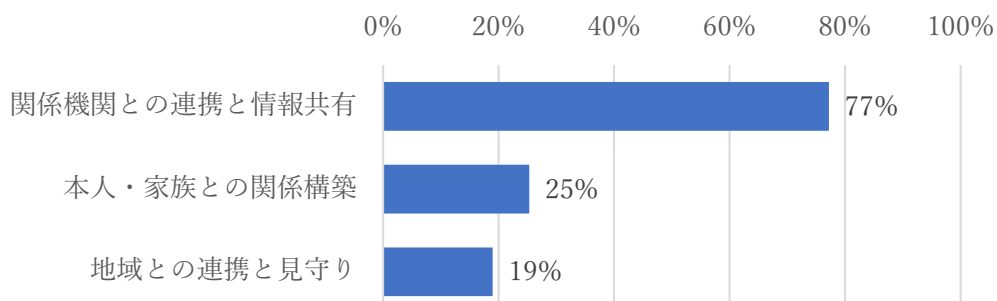
ク. Q17 退院後支援における工夫の状況について調べた。全体の 48%(79/164)が何らかの工夫をしていた（図 17）。

図17 退院後支援における工夫 (n=164)



「工夫あり」と回答した 79 保健所から 96 件の意見が出され、自由記述から生成 AI を活用し分析した (図 17-2)。(図中の％は 79 保健所に占める割合である。)

図17-2 退院後支援における工夫
(79保健所から自由記載96件)



「関係機関との連携と情報共有」 77%(61/79)

病院や福祉保健所、地域の関係機関との連携を強化し、情報共有を密に行うことで、支援の質を向上させる。定期的な会議やカンファレンスを通じて、支援対象者の状況を共有し、適切な支援を提供するための調整を行っている。また、退院後支援計画の策定や実施においても、関係機関との連携を重視し、支援が途切れないように努めている。

「本人・家族との関係構築」 25%(20/79)

入院中から本人や家族との関係を構築し、信頼関係を築くことが重要。複数回の面会や家庭訪問を通じて、本人や家族の意向を尊重しながら支援計画を策定し、退院後も継続的に支援を提供している。また、退院後支援の同意が得られなかった場合でも、法 47 条に基づく支援を実施し、本人や家族とのつながりを維持している。

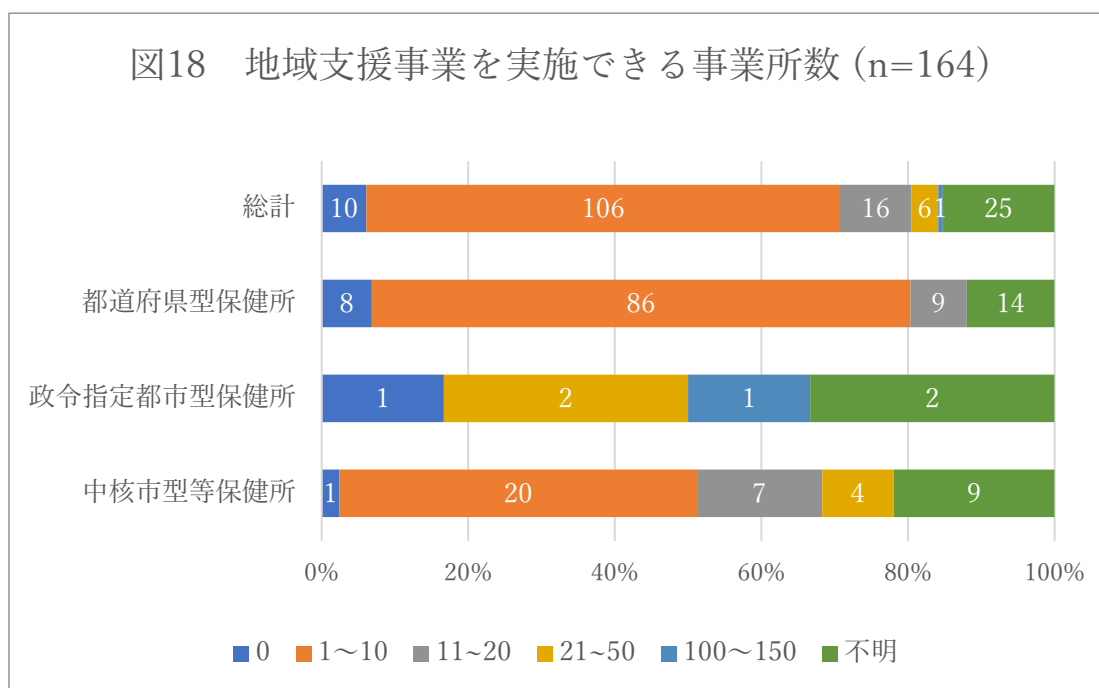
「地域との連携と見守り」19%(15/79)

地域の自治会や福祉サービスとの連携を強化し、退院後の見守り体制を整えている。独居の対象者には、自治会長など地域の関係者にも見守りを依頼し、地域全体で支援を行う体制を構築している。また、訪問看護やアウトリーチサービスを活用し、退院後の生活が安定するよう支援を行っている。

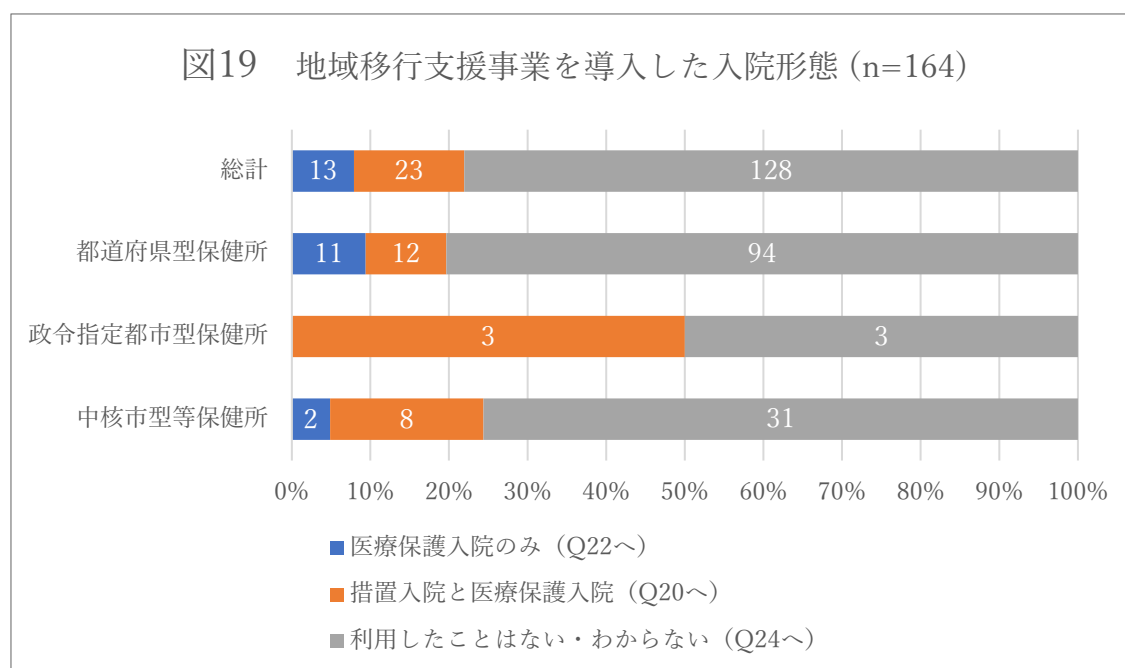
【要約】最も多く工夫されていたのは「関係機関との連携と情報共有」であった。これらの工夫を通じて、退院後支援がより効果的かつ円滑に行われ、本人や家族が安心して地域生活を送ることができるよう支援している。関係機関との連携や情報共有、本人・家族との信頼関係の構築、地域との連携を重視することで、支援の質を向上させ、再入院を防ぐことが期待される。

ケ. Q18 各保健所管内の地域移行支援事業を実施できる事業所数について調査した（図18）。

全体で最も多かったのが、「1～10」か所で65%(106/164)であった。回答中で最も多い個所数だったのは政令指定都市型保健所の104か所であった。また不明という回答は、都道府県型では12%(14/117)、中核市等型では22%(9/41)であった。



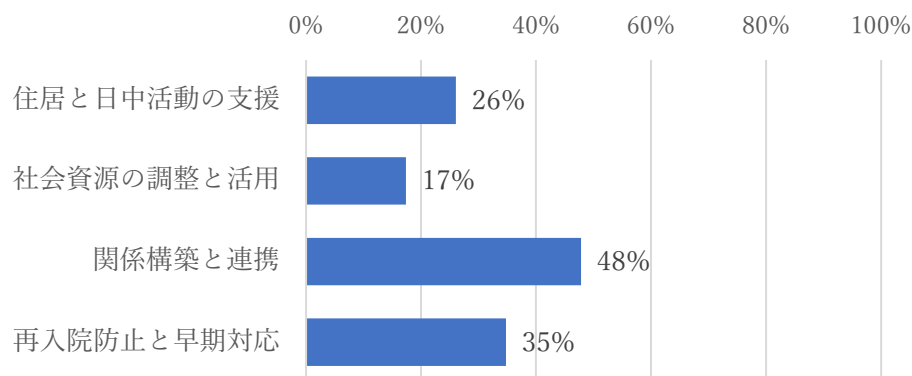
コ. Q19 退院後支援に際して、地域移行支援事業を導入したことがある入院形態について調査した（図 19）。



全体として、退院後支援に関して地域移行支援事業を導入した実績は 22%(36/164)にとどまっていた。都道府県型では、「医療保護入院のみ」と「措置入院と医療保護入院」合わせて 20%(23/117)であった。政令指定都市型では「措置入院と医療保護入院」が 50%(3/6)、中核市型等での導入は 24%(10/41)であった。

サ. Q20 「措置入院の退院後支援」に地域移行支援事業を導入した経験を踏まえ、良かったことについて調べた。Q19「措置入院と医療保護入院」に地域移行支援事業を導入した 23 保健所から 29 件の意見がだされ、自由記述から生成 AI を活用して分析した（図 20）。（図中の％は 23 保健所に占める割合である。）

図20 措置入院の退院後支援に地域移行支援事業を導入して
良かったこと（23保健所から自由記載29件）



「住居と日中活動の支援」26%（6/23）

地域移行支援事業の導入により、家族がいない、または関わりを拒否する人の住居探しや日中活動先の調整がきめ細やかに行われ、退院後の生活支援が確保された。グループホームの選定や体験宿泊の調整、就労支援事業所の見学などもスムーズに行われ、患者の退院へのモチベーションが保たれた。

「社会資源の調整と活用」17%（4/23）

事業導入後、退院に向けての社会資源の調整が円滑に行われ、地域の障害福祉サービスを熟知した相談支援事業所が関与することで、退院後のケースマネジメントの質が向上した。地域移行支援により、本人に適した社会資源の紹介や、ピアサポーターの介入による障害福祉サービスの理解が深まった。

「関係構築と連携」48%（11/23）

入院前から訪問看護や相談支援センターとの連携があり、退院前から家族ともに連携を開始できた。対象者と支援者の関係構築や支援ネットワークの構築がスムーズに行われ、ピアサポーターの訪問やカンファレンス参加により在宅生活の準備が整った。地域移行支援の活用により、再度措置入院する事例が減少し、支援者が増えることで病状悪化を防ぐことができた。

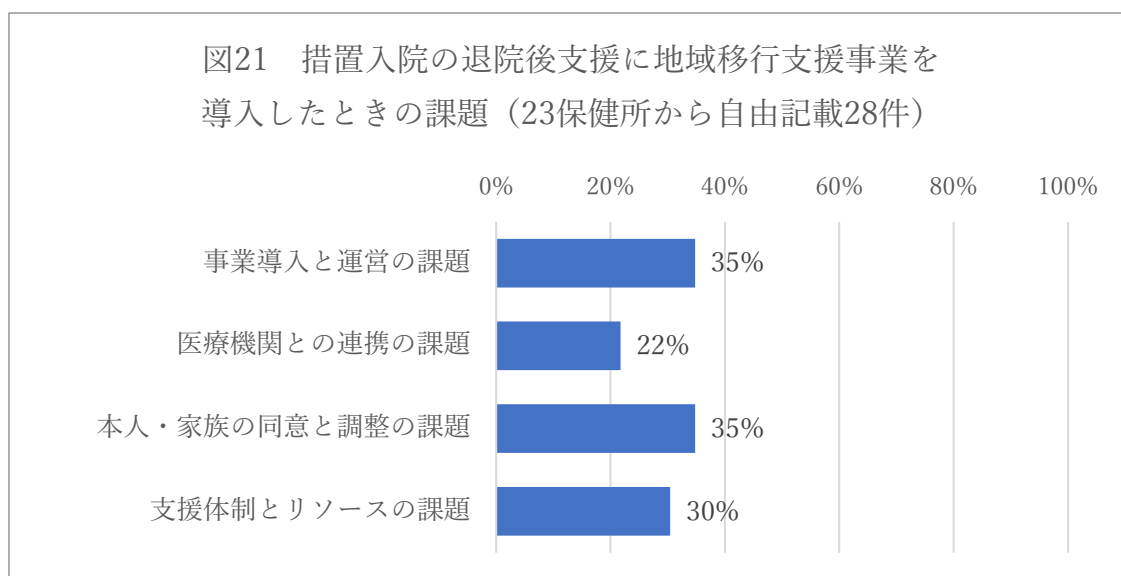
「再入院防止と早期対応」35%（8/23）

状態悪化から再入院の際の関係機関間の連携がとりやすくなり、情報連携が早期受診に繋がった。関わる関係機関が多いことがメリットとなり、初回措置入院後の予防的な意味合いが得られた。保健所が主体で継続支援チームを含めたフォローアップ支援を行うことで、安心感が得られた。

【要約】地域移行支援事業の導入により、退院後支援がより効果的かつ円滑に行われるようになったことが多くの意見から伺える。特に、住居や日中活動の支援、社会資源の調整と活用、関係構築と連携、再入院防止と早期対応が大きなメリットとして挙げられる。これによ

り、退院後の生活が安定し、本人や家族が安心して地域生活を送ることができるようになっている。今後も、関係者全体での協力と理解を深め、地域移行支援事業のさらなる発展を目指していくことが重要と考えられる。

シ. Q21 「措置入院の退院後支援」に地域移行支援事業を導入した経験を踏まえ、課題と思われたことについて調べた。Q19 で「措置入院と医療保護入院」に地域移行支援事業を導入した 23 保健所から 28 件の意見がだされ、自由記述は生成 AI を活用して分析した（図 21）。（図中の％は 23 保健所に占める割合である。）



「事業導入と運営の課題」 35%(8/23)

地域移行支援事業の導入には時間がかかり、措置入院中の外出制限や事業所の空き不足などの制約がある。また、退院時期が決まっている場合や事業のスピード感に対応できない場合、通常の退院後支援の方が適していることもある。さらに、隣県のグループホームへの移行や地域による取り組み格差も課題となっている。

「医療機関との連携の課題」 22%(5/23)

医療機関での事業に対する認識差や受け入れの遅れ、非自発的入院を防ぐための生活支援への連携不足、また、多職種連携や保健師・ケースワーカーのマンパワー不足も問題となっている。

「本人・家族の同意と調整の課題」 35%(8/23)

本人の同意が得られない場合や意向の変化により支援が中断することが多く、家族調整の困難さも課題である。入院期間が短い場合や、事業所との契約が成立しない場合もスムーズな引継ぎが難しくなる。

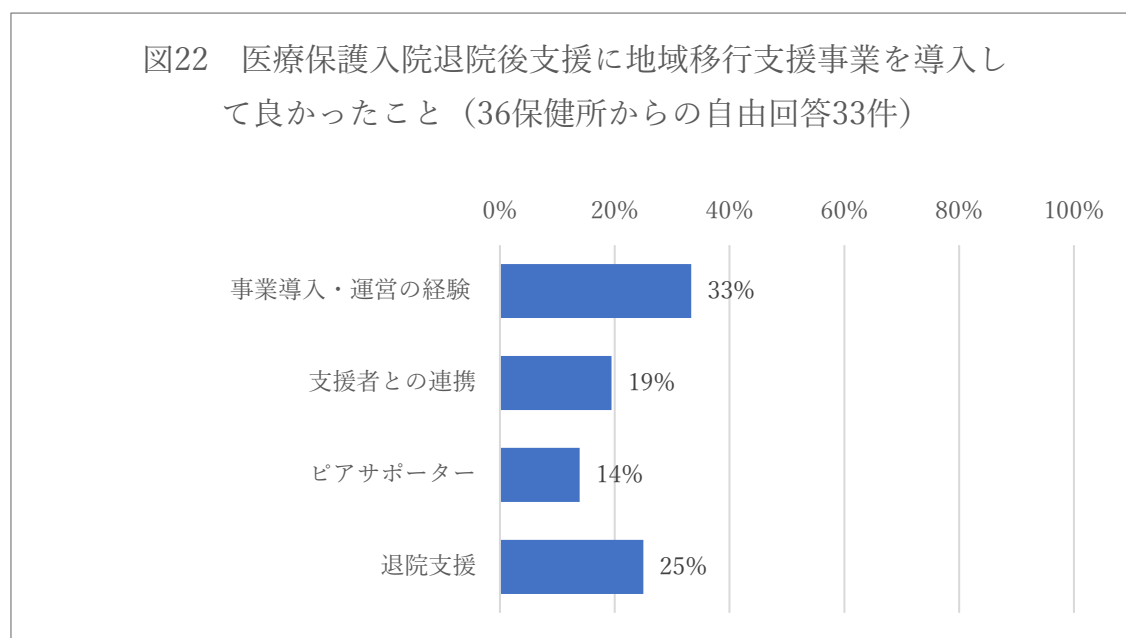
「支援体制とリソースの課題」 30%(7/23)

外出できないこと（公共交通機関の利用ができないことも含む）やピアサポーターの不足、

広域を担当する事業所の手が回らない。また、事業所との契約が成立しない場合の報酬リスクや、経済困窮面の課題もある。役所との連携においても、複数の部門との調整が必要で計画通りに進まないことがある。

【要約】地域移行支援事業の導入における具体的な課題は、事業導入と運営、医療機関との連携、本人・家族の同意と調整、支援体制とリソースなど、多方面にわたることが示されている。

ス. Q22 「医療保護入院の退院後支援」に地域移行支援事業を導入した経験を踏まえ、良かったことについて調べた。Q19で「医療保護入院のみ」及び「措置入院と医療保護入院」に地域移行支援事業を導入した36保健所から33件の意見がだされ、自由回答は生成AIを活用して分析した(図22)。(図中の％は36保健所に占める割合である。)



「事業導入・運営の経験におけるメリット」33%(12/36)

地域移行支援事業の導入により、退院に向けた社会資源の調整が円滑に行われ、医療機関と地域の事業所が役割分担をして効率的に退院支援を進めることができた。各関係機関の連携が強化され、コーディネートの負担が減り、退院後のケースマネジメントの質が向上した。また、グループホームの調整や体験利用、ピアサポーターの同行などもスムーズに行われた。

「支援者との連携に関するメリット」19%(7/36)

入院中から退院後に係る支援者と地域移行支援における面談を通じて信頼関係が構築され、支援ネットワークの構築がスムーズに行われた。保健所以外の支援者が増え、当事者と支援者が協働して地域で生活するための目標設定や評価が行えた。また、保護者との連絡も

取れるようになった。

「ピアサポーターに関するメリット」14%(5/36)

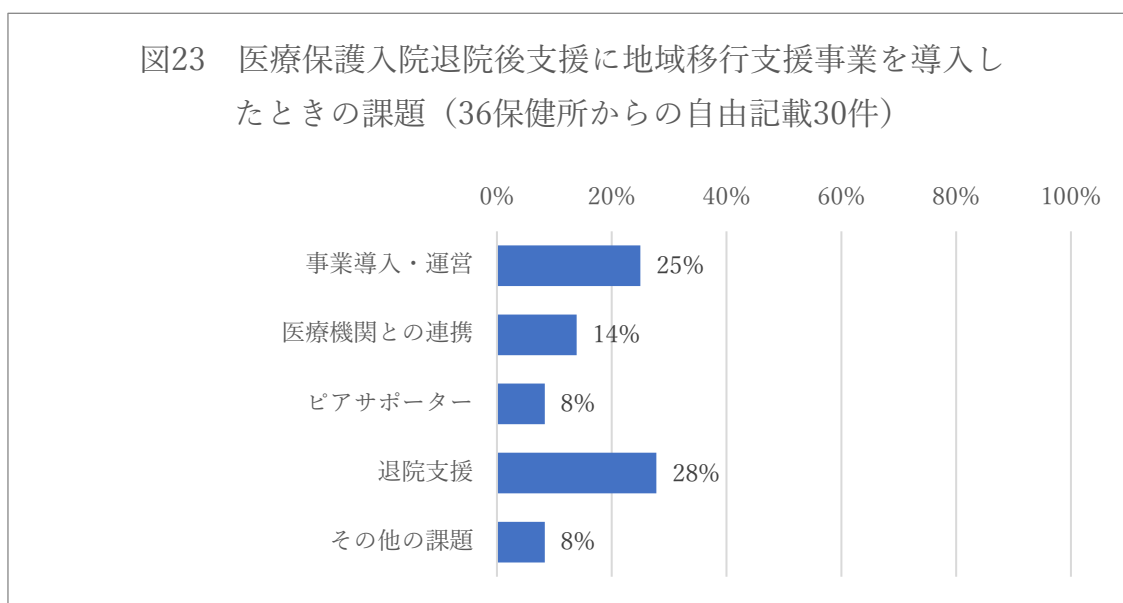
ピアサポーターは対象者に近い目線で支援を行い、対象者の思いの表出や居場所づくりに貢献した。ピアサポーター自身の生きる活力にもなり、回復にも繋がった。地域移行支援でピアサポーターが介入することで、障害福祉サービスの利用に対する本人の理解が深まり、退院後の支援がスムーズに行われた。

「退院支援に関するメリット」25%(9/36)

医療保護入院者の退院後支援が実施され、入院中から退院後に向けた準備が段階的に進められた。事業を利用することで、様々な関係者が当事者とのつながりを持ち、地域での支援体制が強化された。当事者の安心感や退院へのモチベーションが向上し、退院後の生活が安定した。また、住居探しやグループホーム・作業所探しが円滑に進み、経済的な支援も確保された。

【要約】地域移行支援事業の導入によって、事業導入・運営、支援者との連携、ピアサポーターの活用、退院支援の各側面での具体的な効果が示されている。

セ. Q23 「医療保護入院の退院後支援」に地域移行支援事業を導入した経験を踏まえ、課題と思ったことについて調べた。自由記載は生成A I を活用して分析した（図 23）。（図中の％は 36 保健所に占める割合である。）



「事業導入・運営に関する課題」25%(9/36)

地域移行支援事業の導入には時間がかかり、退院までの時間が延びることがある。また、導入事例が少なく、事業所や市町担当者が手続きや支援に不慣れな場合が多い。利用が少なく、事業者も限られているため、空きがないと断られることもある。さらに、地域移行支援

事業の認知度やニーズ把握が不十分であり、職員の人材育成や体制、近隣住民の理解や家族支援にも課題がある。

「医療機関との連携に関する課題」14%(5/36)

医療機関での事業に対する認識差や、退院支援の活用に慎重な主治医が多いことが課題である。一部の病院では法改正を理解していない医師もあり、病院の相談員が自院の施設で完結できるため、この事業をよく知らないこともある。病院が病状や本人のモチベーションを鑑みて退院支援を積極的に行わない場合、外部支援者の協力が必要である。また、非自発的入院を防ぐための生活支援につながっていないこともある。

「ピアサポーターに関する課題」8%(3/36)

ピアサポーターの活用が推進されている一方で、精神疾患を抱えるピアサポーターの負担が大きく、不調を来すことがある。現在活動しているピアサポーターの数が少なく、募集しても応募者がほとんどいない状況。活動中のピアサポーターも精神状態の不調により活動できないことがあり、安定した活動の継続が困難となっている。

「退院支援に関する課題」28%(10/36)

措置入院者の退院後支援のみが実施されており、退院時期がずれたり、次の利用につながらないことがある。導入後に本人の意向が変化し、支援体制を再構築する必要があることも課題。退院時期が決まっている場合、地域移行支援事業を導入するより通常退院後支援で対応した方が早いことがある。長期入院や高齢化により退院支援に時間がかかり、家族の高齢化で自宅への退院が難しいこともある。地域移行支援事業を利用しても長期入院患者の退院が進まないことや、意欲惹起に時間がかかることも課題である。家族のこだわりや本人の福祉サービス利用意向がない場合、地域移行支援の導入が難しいこともある。

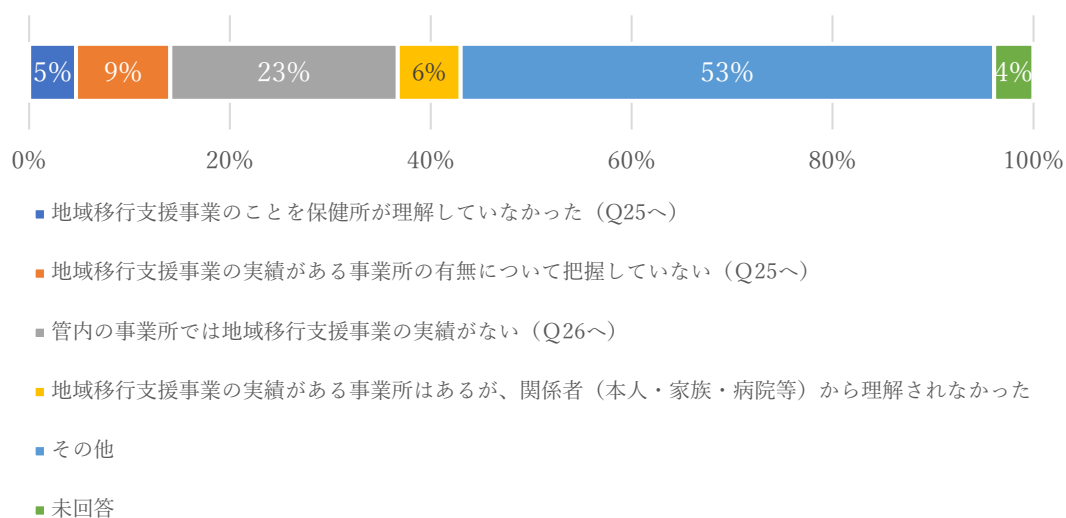
「その他の課題」8%(3/36)

患者本人による事業所との契約が成立しない場合、関わった事業者には報酬が支払われないうリスクがある。また、入院前から計画相談で関わっていた事業所が措置入院に至る振り返りがないことを理由に関わりを断られることもある。本人が当事業所の利用希望がない場合、別の事業所を利用することになり、スムーズな引継ぎが難しくなる。

【要約】地域移行支援事業の導入における具体的な課題は、事業導入・運営、医療機関との連携、ピアサポーターの活用、退院支援、その他の各方面にわたることが分かった。

ソ. Q24 退院後支援に地域移行支援事業を利用したことがなかった理由を調べた(図 24)。Q19 で「(地域移行支援事業を) 利用したことはない、わからない」と回答した 128 保健所を対象とした。

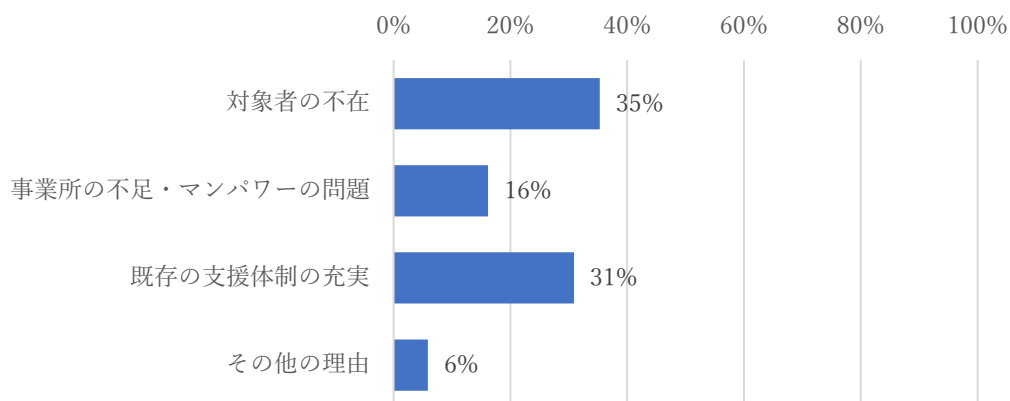
図24 地域移行支援事業を利用しなかった理由（n=128）



最も多かったのは「管内の事業所では地域移行支援事業の実績がない」23%(29/128)で、「地域移行支援事業の実績がある事業所の有無について把握していない」9%(12/128)、「実績がある事業所はあるが、関係者（本人・家族・病院等）から理解されなかった」6%(8/128)と続いていた。

「その他」58% 68 保健所の自由記載は生成 AI を活用して分析した（図 24-2）。（図中の％は 68 保健所に占める割合である。）

図24-2 退院後支援に地域移行支援事業を導入しなかった理由
「その他」の分類（68保健所からの自由記載 60件）



「対象者の不在」35%(24/68)

地域移行支援事業の対象者がいない、または適した人がいないため、利用が進まないケー

が多い。既に障がい福祉サービスが導入されている場合や、退院後に自宅に戻るため事業を利用する必要がない場合もある。入院期間が短い場合や、事業利用の話が出ない場合もあり、対象者がいないことが大きな課題となっている。

「事業所の不足・マンパワーの問題」16%(11/128)

地域移行支援事業を実施できる事業所が不足しており、マンパワーの問題がある。事業所が地域移行支援事業を算定しているか不明な場合や、マンパワー不足で対応が困難な場合も見受けられる。管内に事業所がないため、管外の事業所との連携が必要になる場合もある。利用したくても断られることがあり、特に遠方の措置入院先では訪問が難しいことが課題である。

「既存の支援体制の充実」31%(21/128)

地域移行支援事業を利用しなくても、既存の支援体制で対応できるケースが多い。中核市や地域活動支援センターに委託している場合や、従前からの関係機関との連携で対応できるため、事業を利用しないことがある。障がい福祉課に申請が必要な場合や、保健所の所管事業ではない場合もある。一般に、既存の支援体制が充実しているため、事業を利用する必要がないことが多い。

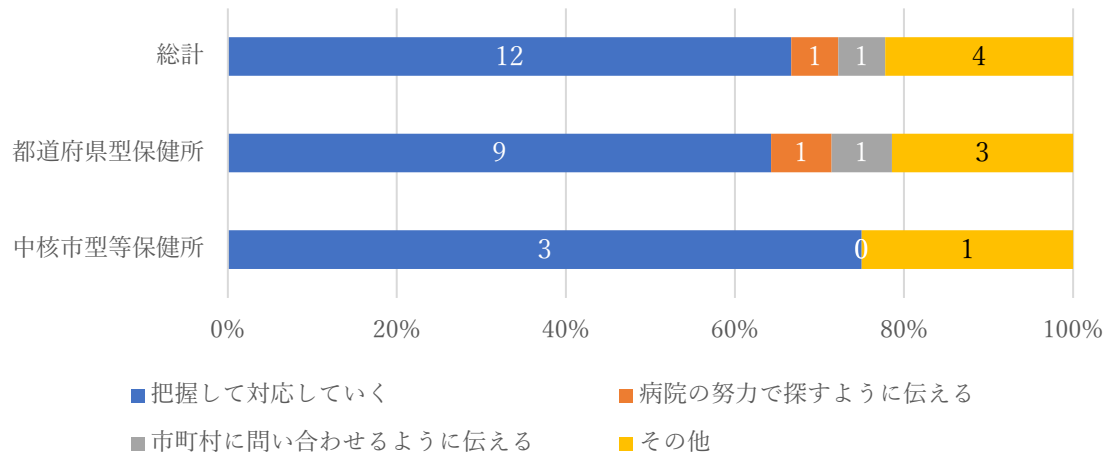
「その他の理由」6%(4/128)

実際に利用があったかどうかを把握していない場合や、所長が実態を把握できていない場合がある。また、病院が患者を退院させる際に保健所に対して地域移行事業利用の声がかからないこともある。地域移行支援事業は過去に使用したケースがあるものの、時間がかかるため、通常の計画相談として対応することが多いとの情報もある。

【要約】地域移行支援事業の利用が進まない具体的な理由としては、対象者の不在、事業所の不足・マンパワーの問題、既存の支援体制の充実など複層的な課題があることが分かった。

タ. Q25 Q24 において「地域移行支援事業のことを保健所が理解していなかった」及び「地域移行支援事業の実績がある事業所の有無について把握していない」と回答した18保健所に対して、「精神科病院から『医療保護入院及び措置入院患者に紹介するために、地域援助事業者を紹介してほしい。』と求められたら（Q5 参照）どうするか」について調査した（図 25）。

図25 精神科病院から地域援助事業者の
紹介を求められたときの対応 (n=18)



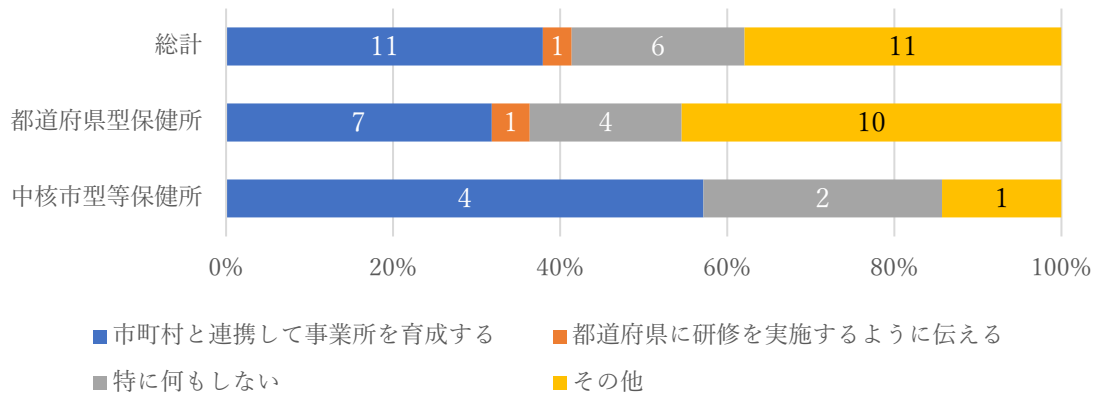
全体として「把握して対応していく」が 66% (12/18) であった。都道府県型保健所には「把握して対応していく」が 64%(9/14)「病院の努力で探すように伝える」「市町村に問い合わせるように伝える」を合わせて 14%(2/14)であった。中核市型は「把握して対応していく」が 75%(3/4)であった。

「その他」として、都道府県型保健所からは「今後把握に努める」「市町村と協力して対応する」「当所から市町村職員に連絡し、病院からの相談内容を伝え対応方針を検討する。」があり、中核市型等保健所では「市障害福祉課と連携する」という回答があり、それぞれ要請に対して受け止めていく姿勢が感じられた。

政令指定都市型保健所は、Q24 において「地域移行支援事業のことを保健所が理解していなかった」及び「地域移行支援事業の実績がある事業所の有無について把握していない」と回答した保健所はなかったため、この設問の回答対象とはならなかった。

チ. Q26 Q24 で「管内の事業所では地域移行支援事業の実績がない」と回答した 29 保健所（政令指定都市型保健所は無し）に対して、「精神科病院から『医療保護入院及び措置入院患者に紹介するために、地域援助事業者を紹介してほしい。』と求められたら（Q5 参照）どうするか」について調査した。（図 26）。

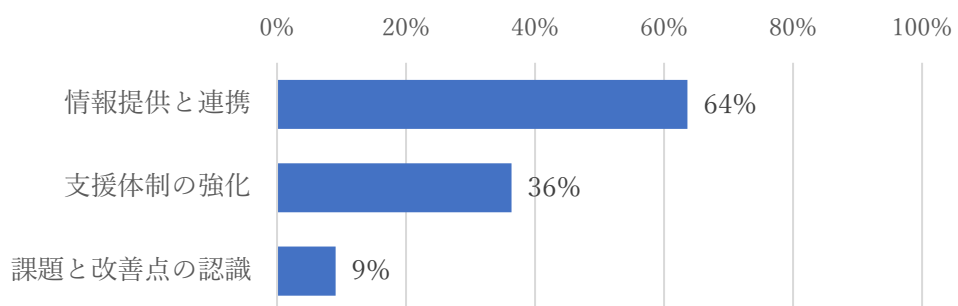
図26 「事業所に実績がない」という場合に
精神科病院から地域援助事業者の
紹介を求められたときの対応 (n=29)



都道府県型保健所では、「市町村と連携して事業所を育成する」が 32%(7/22)、「都道府県に研修を実施するように伝える」が 5%(1/22)であった。中核市型等保健所では「市町村と連携して事業所を育成する」が最も多く 57%(4/7)であった。

「その他」の自由記載があり、生成 AI を活用して分析した（図 26-2）。（図中の％は 11 保健所に占める割合である。）

図26-2 Q26の「その他」の分類
(11保健所からの自由記載12件)



「情報提供と連携」 64%(7/11)

精神科病院からの問い合わせに対し、地域移行支援の指定を受けている事業所を紹介し、事業所リストを作成して情報提供を行っている。保健所で地域移行に関する会議を継続開催し、新設の基幹相談支援センターと協力して事業活用を推進している。市町村と連携して事業所を育成する理想があるものの、資源の乏しさが課題であり、管内の事業所と連携して

実績を作り、管外の地域移行支援事業所の情報を収集中という回答もあった。

「支援体制の強化」36%(4/11)

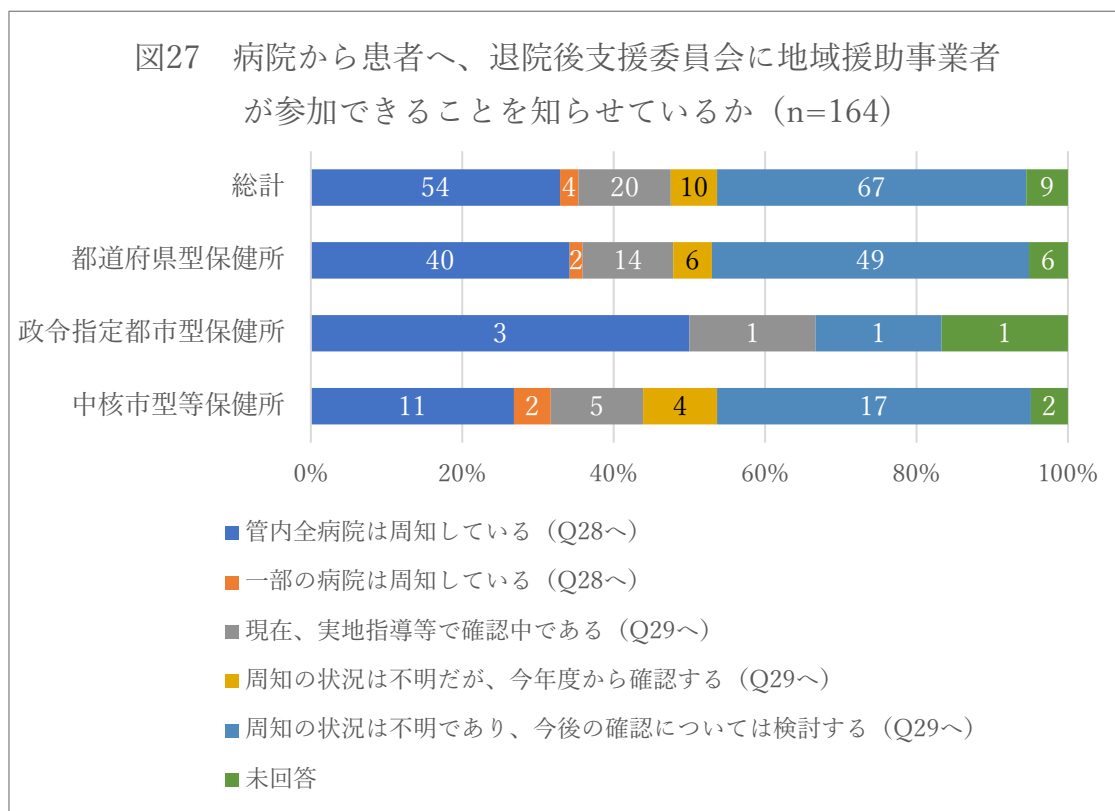
精神病院の退院支援と同様に、地域援助事業者の紹介を助言する。地域移行支援事業に関わらず、退院支援を行うケースもあり、医療機関、市、事業所等と支援体制を検討する。患者の状況に応じて、就労移行支援、生活保護、グループホーム等を紹介し、所長が状況を把握していない場合でも、病院からの紹介依頼に保健所として対応している。

「課題と改善点の認識」9%(1/11)

事業所側のメリットが少なく、書類の煩雑さと収入のバランスが問題であり、また、管内の病院側の認識不足も課題である。

【要約】精神科病院からの地域援助事業者の紹介依頼に対する対応として、情報提供と連携、支援体制の強化、課題と改善点の認識が重要である。具体的には、事業所リストの作成や関係者会議の開催、基幹相談支援センターとの協力、市町村との連携による事業所の育成などが挙げられ、患者の状況に応じた支援サービスの紹介や、支援体制の検討も必要と考えられる。

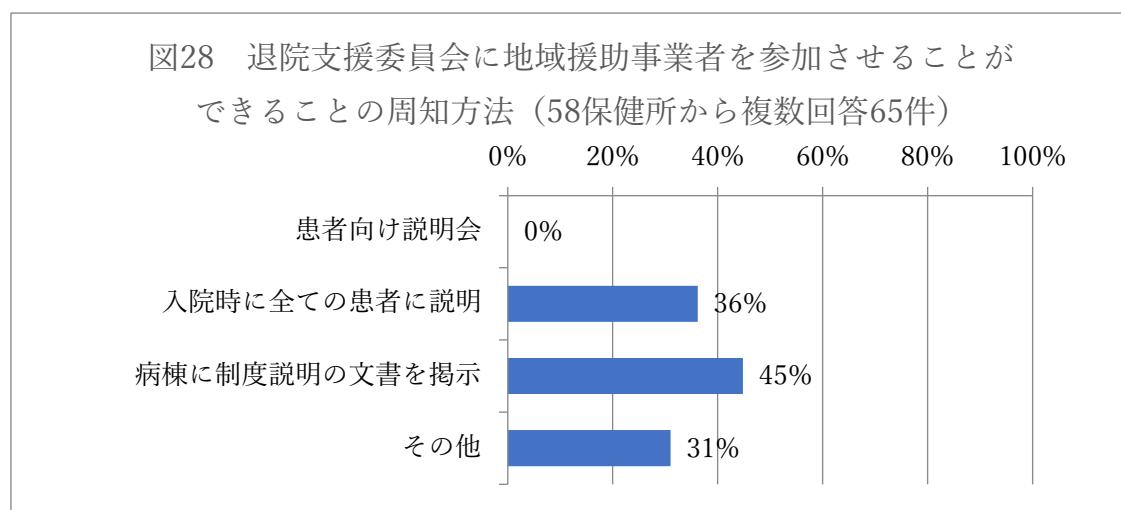
ツ. Q27 精神科入院患者の権利として、患者が希望すれば退院支援委員会に地域援助事業者を参加させることができるが（Q5 参照）。そのことを管内の精神科病院は入院患者に周知しているかについて調査した（図 27）。



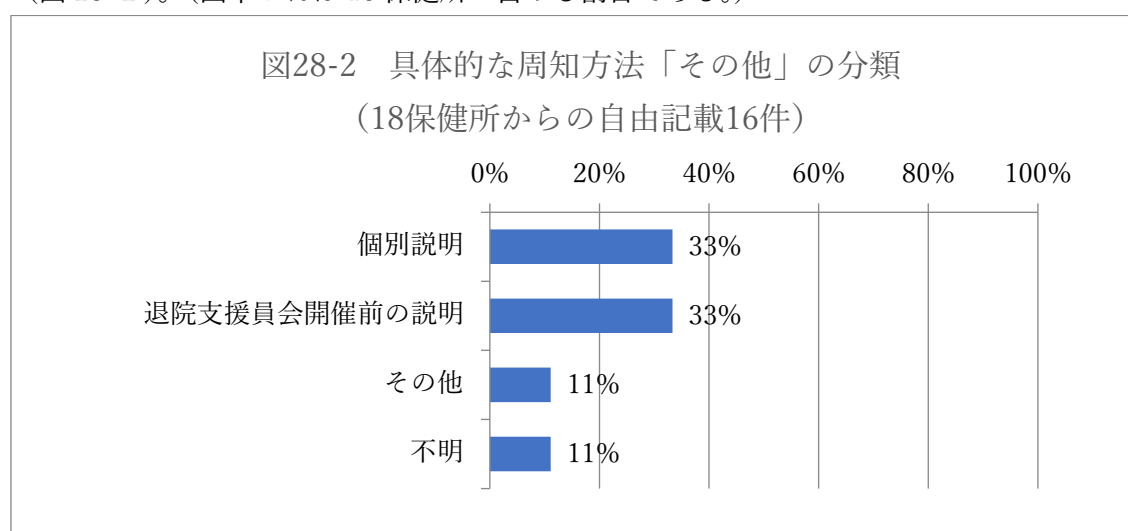
全体として、「管内全病院は周知している」「一部の病院は周知している」を合わせると35%(58/164)であった。「現在、実地指導等で確認中である」が12%(20/164)、「周知の状況は不明だが、今後の確認については検討する」という回答が41%(67/164)と最も多かった。

テ. Q28 Q27 で（全病院または一部病院は）「周知している」と回答した58保健所に、周知の方法を調査した（図28）。

「患者向け説明会を病院内で年1回以上実施」は0%であった。最も多かったのは「病棟に制度説明の文書を掲示」45%(26/58)、次いで「入院時に全ての患者に説明」が36%(21/58)であった。



「その他」31%(18/58)件のうち、記載があった16件について生成AIを活用して分析した（図28-2）。（図中の%は18保健所に占める割合である。）



「個別説明」 33%(6/18)

退院可能な患者に対しては、個別に地域援助事業者の参加について説明している。退院後の生活環境相談員が説明を担当することもあり、一部の病院では対象患者に個別に話すことが多い。

患者に対して口頭で地域援助事業者の参加について説明する方法も取られている。退院支援委員会の開催時に対象者に口頭で案内することもある。

文書を手渡し、さらに口頭での説明を加えることで、患者が情報を理解しやすくしている。面談や退院支援員の説明時にも、地域援助事業者の参加について説明が行われるが、患者の病状によっては難しい場合もある。

「退院支援委員会開催前の説明」 33%(6/18)

退院支援委員会が開催される前に、患者に対して説明を行う。お知らせの配布や文書での通知を通じて、地域援助事業者の参加について周知してる。これにより、患者や家族が事前に情報を得ることができる。

「その他」 11%(2/18)

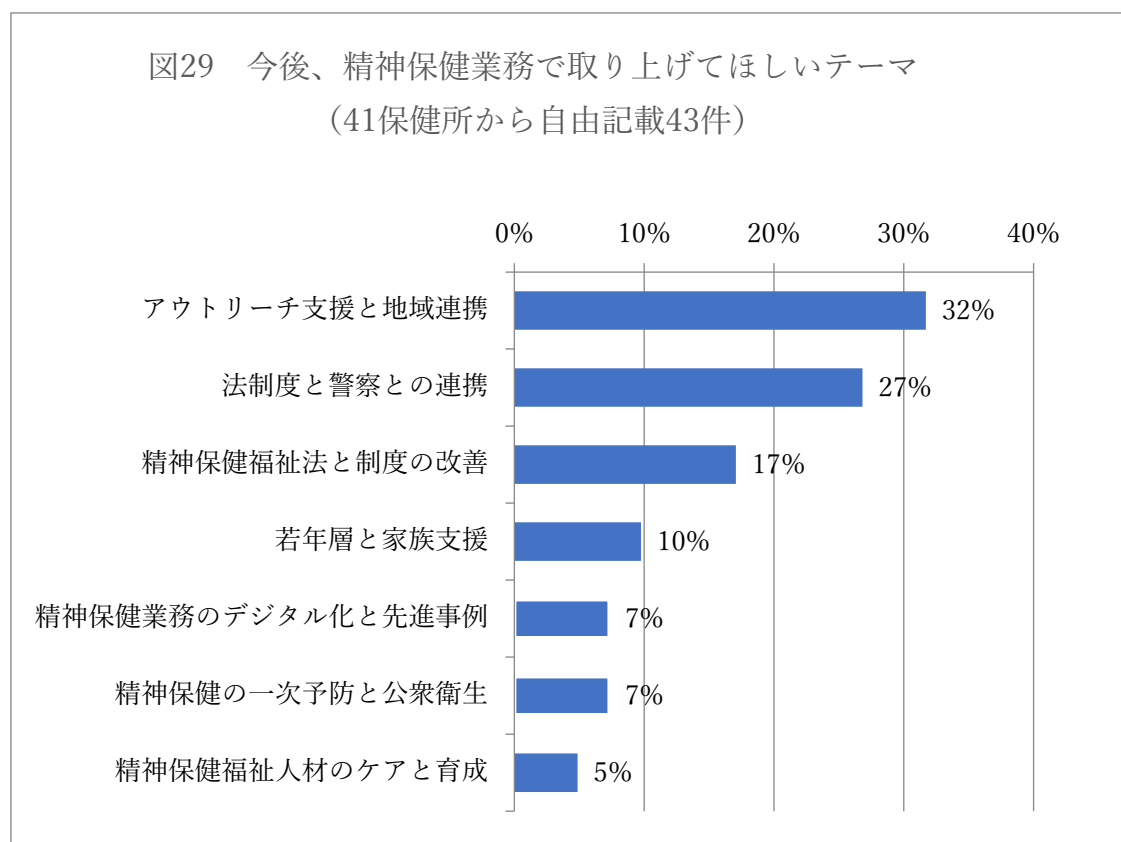
県からの周知や、精神保健福祉法や医療法に基づく指導や検査の際に病院職員に周知する方法も取られている。

「不明」 11%(2/18)

実地指導の際に具体的な周知方法まで確認していなかったケースや、具体的な周知方法が不明な場合もある。

【要約】退院支援委員会に地域援助事業者を参加させることについての周知方法は多様で、個別説明、口頭説明、文書による通知、委員会開催前のお知らせなどが用いられている。これにより、患者や家族が情報を理解しやすくなり、安心して退院後の生活を迎えられるように配慮されている。しかし、具体的な周知方法が不明な場合や、実地指導の際に確認が不十分なケースもあり、改善の余地はある。全体として、患者や家族への情報提供が重要視されていることが理解できた。

ト. Q29 今後、精神保健業務で取り上げてほしいテーマについて、自由記載を生成 AI を活用して分析した（図 29）。（図中の％は 41 保健所に占める割合である。）



「アウトリーチ支援と地域連携」32%(13/41)

アウトリーチ支援事業や精神科医療機関での実績、治療中断者への好事例を通じて、医療アクセスが難しいケースへの支援方法を学びたい。引きこもり支援や依存症患者・家族への支援、精神科訪問看護、急性期入院の実際、社会的入院についても取り上げてほしい。地域包括ケアシステムの構築や退院後の地域定着支援、入院者訪問支援事業の現状把握、グループホームのあり方と責務についても知りたい。

「法制度と警察との連携」27%(11/41)23 条通報から措置診察、措置入院に至るまでの地域差異とその解消に関する問題や、各地の対応システム、警察との連携について今一度取り上げてほしい。警察官通報における他県の対応や、措置診察・措置入院の現状と課題、不同意入院に関する影響、診察医の確保や入院受け入れ先の調整、移送の課題についても共有したい。

「精神保健福祉法と制度の改善」17%(7/41)

23 条通報から措置診察、措置入院に至るまでの地域差異とその解消に関する問題や、他国の先進的制度、法改正に伴う市町の役割の変化、診察医の確保や入院受け入れ先の調整、移送の課題、不同意入院に関する影響についても検討したい。

「若年層と家族支援」10%(4/41)

若い世代の自殺増加やゲーム依存、SNS 依存などのリスクと関連し、思春期精神保健としての保健所の役割を考えてみたい、ヤングケアラーの原因となる親の精神疾患や、児童虐待の保護者が精神疾患を抱える場合の支援、児童精神科外来の現状についても取り上げてほしい。

「精神保健業務のデジタル化と先進事例」 7 % (3/41)

精神保健業務のデジタル化 (DX 化) について、国内の先進事例を知りたい。23 条通報時の記録作成のリアルタイム化や、患者団体や人権擁護を含めた一体的推進のための県レベルの協議会の必要性、精神保健福祉人材の育成・スキルアップ方策と精神保健福祉センター等との連携についても共有してほしい。

「精神保健の一次予防と公衆衛生」 7 % (3/41)

若い世代の自殺増加やゲーム依存、SNS 依存などのリスクと関連し、思春期精神保健としての保健所の役割を考えたい。精神保健の一次予防としてのメンタルヘルス相談のあり方や、0 次予防・1 次予防の公衆衛生としての取り組みについても検討したい。

「精神保健福祉人材のケアと育成」 5 % (2/41)

精神保健業務に関わる職員のケアや、精神保健福祉人材の育成・スキルアップ方策、精神保健福祉センター等との連携についても取り上げてほしい。

6. まとめ

令和 6 年 4 月の改正精神保健福祉法の施行分は、精神科病院入院患者の処遇にとっては大きな改正であり、法改正の具体的内容や法改正における附帯決議など、精神入院患者の人権を守る上で所長として知っておいていただきたい項目であった。実績のある地域移行支援事業所がいかに少ないか、また、事業所は市町村の障害福祉担当課が把握していることの認知度が 3 割程度であったため、知っていただく機会を提供できたと考える。回答率は低かったものの回答者の 82%が保健所長であったことは、この調査の役割を一定程度果たしたと理解したい。このように、各設問において「知っていた」もしくは「知らなかったが、質問を読んで理解した。」という選択肢にすることによって、教育的効果がもたらされたことは期待できる。

地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD／リムラッド）をこの調査以前に実際に使ったことがあるかについては調査しなかったが、今回の調査を通じての利用はほぼ 100%となった。毎年 6 月 30 日時点のデータが国に報告されてデータベース化されているので、管内の精神科入院患者の推移や地区分析などに積極的に活用していただきたい。また、令和 6 年 4 月の法改正によって市町村も精神相談に関わることになり、リムラッドのデータを活用することによって、退院後支援に対する大きな力となってくれるのではないかと期待する。今後様々な活用事例を集めていきたい。

地域移行支援に関する実態把握であるが、まず、自保健所で措置入院させた患者と他保健所が措置入院させて情報を受けたという割合は、措置権限の有無に関するため仮説どおり保健所の設置主体によって傾向が異なっていた。政令指定都市型保健所は病院というリソースも管内に多く措置権限も持っているため、ほとんどが自保健所で措置入院という完結型になる。中核市型等保健所は他保健所（ほぼ県型保健所）が措置入院させて情報提供を得るという型が多い。他からの情報による措置入院を把握したときの「自治体の動き」（できる限り早期に面接する。できれば措置診察・措置入院時等に臨場するなど）が問題であって、本事業班の助言者から発言いただいた（意見交換会の章を参照）ように「修羅場を共にするところから支え（退院後支援）が始まる」という考え方を広く共有できるようになりたいと考えた。

退院後支援計画策定及び実際の退院後支援について、入院先の病院が圏域内外によって差があるかどうかの調査は、圏域外（遠方）の入院先の患者の計画は立てづらいのではないかと仮説に基づいたものであった。しかし、想定以上に「不明」という回答が多かったため、仮設の検証は困難であった。引き続き支援計画策定の促進要因を明らかにしていきたい。退院後支援計画策定及び退院後支援の取組の工夫や課題については、措置入院と医療保護入院で同じような傾向が認められた。地域移行支援事業の導入により退院後支援がより

効果的かつ円滑に行われるようになり、退院後の生活が安定し、本人や家族が安心して地域生活を送ることができるようになっていくことが明らかとなった。工夫した取組については、この報告書を参考に多くの保健所でご検討いただけたらと考える。

一方で、導入するための課題としては、事業を導入する際の各種制限や事業所の運営の問題、医療機関との連携、本人・家族の同意と調整、支援体制とリソースなど多方面にわたっており、今後も引き続き取り組むべき必要がある。

地域移行支援事業を導入しなかったこととして、そもそも対象者がいないこと、事業所の不足・マンパワーの問題、既存の支援体制などが挙げられていた。しかし、まずは1事例1事業所で実績を作る一歩を踏み出すことが重要なのではないかと思われた。

最後に、今後取り上げてほしい精神保健業務について多くの意見が寄せられたため、来年度以降の事業班活動に活用していく予定である。また、自由記載の処理として生成 AI の導入を試みたが、分析に際して強力な支援ツールであることが実感できた。

Ⅲ. 中核市等の退院後支援

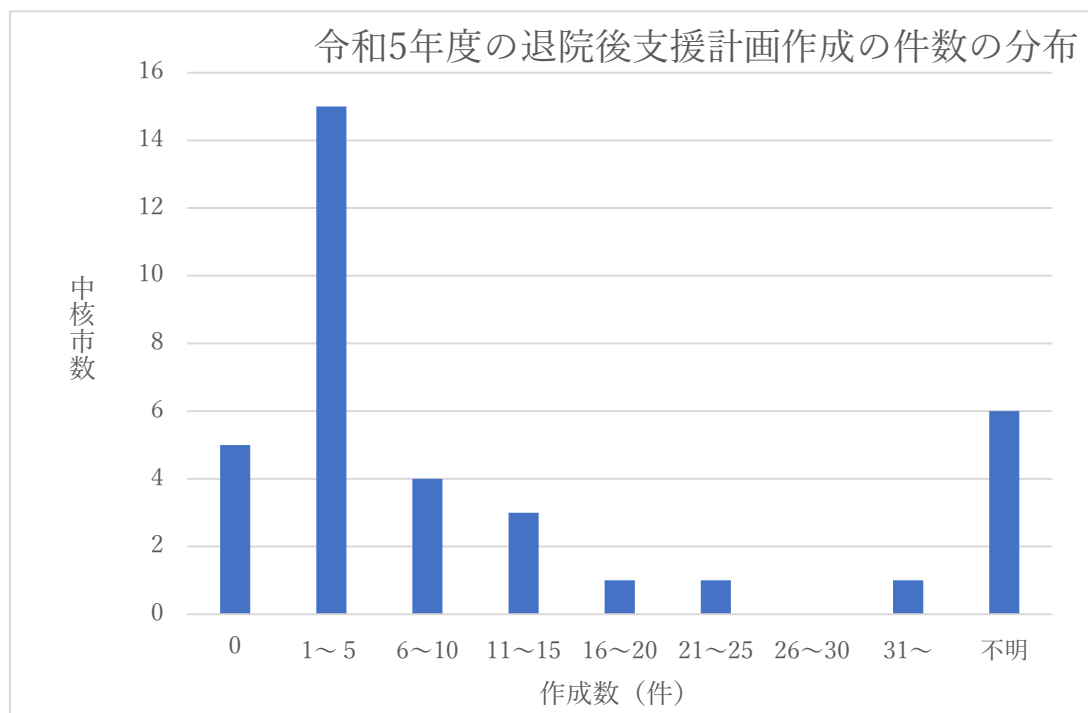
埼玉県川口市保健所長 岡本浩二
鳥取県鳥取市保健所長 長井 大
鹿児島県始良保健所長 山口文佳

（目的）

退院後支援計画の作成数の多い中核市等保健所に共通する体制や取組を明らかにして、好事例として横展開することを目的に、以下のとおり、インタビュー調査を行った。

（方法）

「２．保健所長を対象とした精神疾患患者の退院後支援に関する調査（以下、退院後支援調査）」の Q11 に対して、中核市保健所及び政令市保健所 67 保健所のうち回答があった保健所は 37 保健所であり、令和 5 年度の退院後支援計画の作成数は 0～31 であった。作成件数が比較的多かった 4 保健所（西宮市保健所、鹿児島市保健所、高知市保健所、藤沢市保健所）の保健所長及び精神保健担当者に対して、12 月 26 日から 2 月 7 日の間に Zoom を利用したインタビュー調査を岡本、長井、山口（2 回参加）により行った。



(インタビュー結果)

○西宮市保健所

- ・保健所 健康増進課の精神保健担当の体制
 - 保健師 4 名、事務職 1 名（会計年度職員）、臨床心理士 2 名（会計年度職員）
- ・ 23 条通報に対する体制
 - 平日日中の 23 条通報は県保健所ではなく市保健所が受理し調査を行っている
 - 市内 5 か所の保健福祉センター（地域保健課）が 23 条通報の受理と調査を担当している
 - 県が行う措置診察には市の保健師が立ち会っているため、情報の把握は円滑
- ・退院後支援計画作成の体制
 - 退院後支援は専従の職員 2 名がペアで担当している（入院時にかかわる職員とは別）
 - 専従の 2 名の職員の所属は保健福祉センターの一か所
 - 入院後は早ければ 1 週間以内に面接を行っている
- ・退院後支援計画作成にあたり工夫していること等
 - 市外の病院に入院している者も対象にしている
 - 障害福祉サービスの地域移行支援の支給決定は生活支援課が担当しており、詳細は不明だが、数は少ないと聞いている
 - 「再入院しないためにお手伝いします」と話をすると同意がとりやすい

○鹿児島市保健所

- ・保健所の精神保健担当の体制
 - 精神保健担当保健師 5 名、会計年度職員として精神保健福祉士 1 名、看護師 6 名、その他事務職
- ・ 23 条通報に対する体制
 - 23 条通報は市保健所ではなく県保健所が受理し、調査を行い、措置診察まで実施している。市保健所での関与があるかどうかの問い合わせは県保健所から来ることがある
 - 措置になった場合には、県からの通知書で把握している
- ・退院後支援計画作成の体制
 - 精神保健担当保健師 5 名（地区担当制）で精神保健一連の業務として対応
 - 通知書が届いたら地区担当が病院に連絡を入れ、面会が可能になったら知らせ

てもらっているが、措置入院から医療保護入院に切り替わるケースがほとんどであり、解除後に面会に行くケースも多い

・退院後支援計画作成にあたり工夫していること等

- 市保健所保健支援課では、医療保護入院における市長同意、自立支援医療、精神保健福祉手帳、精神障害者の障害福祉サービスの支給決定等の業務もすべて一元化して担当している
- 退院後支援対象者は進捗状況をデータベースで管理し、毎月全担当で振り返りを行っている
- 病院との連携や役割分担は円滑に行われているため、病院からの意見書がスムーズに作成されており、病院の理解がポイントであると考えられる
- 措置入院の権限が市にないため、入院させられた担当者とは異なる機関であるために支援が受け入れやすいと感じている
- 一度では同意が取れなくても何回か訪問し説明している
- 措置入院者のうち地域移行支援を利用した者は年に1名程度

・退院後支援計画作成の課題等

- 同意が取れなかった者に再入院が多いように感じている
- 病院のスタッフの理解がキーポイントであり、退院後を見すえて支援していただけている

○高知市保健所

・保健所の精神保健担当の体制

- 保健師6名（係長を含む）、精神保健福祉士1名、相談員（看護師）1名、事務職2名（会計年度任用職員）

・23条通報に対する体制

- 措置入院は市の権限になっているため、受理から事前調査、措置診察、措置不要になった時の47条対応などすべて市で実施
- 通報が入った時には、精神保健担当だけではなく係内の他の担当も含めて9名で担当している

・退院後支援計画作成の体制

- 退院後支援は、精神保健担当の保健師3名（係長を除く）、精神保健福祉士1名の計4名で担当
- 精神保健福祉手帳や自立支援医療の進達業務も保健所が担当
- 障害福祉サービスの支給決定は障害部門が担当

・退院後支援計画作成にあたり工夫していること等

- 高知市在住者に対しては圏域外の保健所で措置入院になった場合も含めて退院

後支援計画の説明のために面会に行っている

- 計画は入院中にほとんど作成している
- 地域移行支援を使用したケースは年に 1~2 件と少ない
- 計画の様式は国の様式を少し改変して利用
- 措置入院と退院後支援を同じ担当が行うことについては、病院の精神保健福祉士からは具合の悪い状態を知っている保健所が退院後支援に入ってもらう方がありがたいと言われており、今まで特段の問題は生じていない。早くから関係性ができてやりやすい方もいるし、クライシスプランも作りやすいので、調子が悪くなったときにどうするかについては考えやすい
- 精神保健福祉士がすべてのケースにかかわっている。保健師と違う視点で見ることができることは有効
- 早い段階で支援体制を構築でき、関係機関とも情報共有できるようになった。そのため、在宅での生活期間が長くなったと思う

・退院後支援計画作成の課題等

- 措置権限が移譲されていることで、措置入院者のファーストコンタクトまでの時間のロスがないことはメリットではあるが、休日夜間の対応など担当者の負担が大きいことはデメリット
- 退院後支援計画の評価が課題と考えているが、評価尺度（アウトカム指標）がない
- 年に 1 回、措置入院を受けてくれる病院を対象に、退院後支援の在り方検討会を開催している

○藤沢市保健所

・保健所の精神保健担当の体制

- 精神保健担当は保健師 4 名、福祉職 3 名の地区分担体制、その他に精神保健福祉士 2 名（会計年度職員）

・23 条通報に対する体制

- 平日の日中の 23 条通報は市保健所で受理し、調査まで行い、県の精神保健福祉センターに結果を報告する
- 休日夜間の通報対応は県で実施している
- 市保健所職員は措置診察に立ち会っていない
- 措置診察の結果は文書で県から伝えられる

・退院後支援計画作成の体制

- 精神保健担当の保健師 4 名、福祉職 3 名

・退院後支援計画作成にあたり工夫していること等

- 県の退院後支援ガイドライン（ほぼ国のガイドラインと同じ）に基づき入院後1週間以内に病院の担当者に連絡を取り面会が可能になったら面会に行く
 - 市外市内にかかわらず同様の対応
 - 計画を作成しなかった者に対しても支援は実施している
 - 県のガイドラインに沿って地道に対応している。病状が落ち着いたら面会に行き、計画に作成について説明を行っている
 - 退院後支援計画を作成する方には、地域の資源を導入するようにしている。病状が悪化する前に地域の支援者から保健所に報告してくれるケースがある。
 - 保健所の支援だけでは回らない。地域の相談支援事業所、訪問看護ステーション、医療機関との連携が大切
- ・退院後支援計画作成の課題等
- 保健所の支援のみでは不十分で地域の相談支援事業所、訪問看護ステーション、医療機関との連携が重要

（考察）

インタビューの結果から、措置通報対応を市で行っている保健所は高知市保健所だけであり、措置通報対応を実施していることは計画策定に重要ではありませんでした。人員体制について、西宮市の退院後支援計画の専従者の配置と鹿児島市の窓口対応のために会計年度職員を採用していること以外に特に目立った特徴は認められませんでした。さらに、どの保健所も数少ない担当職員で対応していることが明らかになりました。

共通する特徴としては、国のガイドラインに記載がある通り、面会が可能になったら早期に面会に行き、計画について説明を行っていること、また、必要に応じて複数回説明を行っていることであり、計画作成数が多いことの理由は、地道にガイドラインに沿った運用を心がけていることに尽きるように考えられます。また、地域の医療機関と普段から良好な関係が築かれていることも重要な要素のようでした。

その一方で、地域移行支援事業に結びついた事例は、どの保健所でも非常に数が少ないことも明らかになりました。また、実際には退院後支援を行っているが、計画は作成の同意が得られず計画作成の数としては上がっていないことも分かりました。

インタビューの中で、「保健所の支援だけでは回らない。地域の相談支援事業所、訪問看護ステーション、医療機関との連携が大切。」「退院後支援計画を作成する方には、地域の資源を導入するようにしている。病状が悪化する前に地域の支援者から保健所に報告してくれるケースがある。」「早い段階で支援体制を構築でき、関係機関とも情報共有できるようになった。そのため、在宅での生活期間が長くなったように感じている。」「退院後支援は6ヶ月が目安となっているが、支援が6ヶ月で終わることは少なく延長して保健所が対応することもある。」といった重要な発言がありました。

また、今後の課題としては、退院後支援について計画作成に至らないでも保健所では必要な支援を行っていることが評価されにくいことや退院後支援計画のアウトカムの評価のための指標の必要性が明らかになりました。

(まとめ)

退院後支援計画作成数が多い中核市等保健所に共通する点と考えられるのは、

- 病状が落ち着くなど面会できるようになったら、できるだけ早期に面会に行く
- 一度断られたとしても複数回面会・説明を行う
- 医療機関の担当者と顔の見える関係を構築する
- 計画が作成できなくても支援を継続する

など

これらのことは、何ら特別なことではなく、ガイドラインに沿って地道に対応することが重要であることを示しています。

第3章

シンポジウム 精神障害者の退院後支援 ～地域で支えるために～

I. 座長総括

第83回 日本公衆衛生学会総会

公開シンポジウム「精神障害者の退院後支援～地域で支えるために～」の開催

稲葉静代（岐阜県岐阜保健所）

【背景と目的】

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。昨年度までの事業班活動により、「保健所の役割は、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。」という結論を再確認した。

2022年9月、日本に対して障害者権利条約総括所見[※]が出され、同年12月に精神保健福祉法が改正された。平成16年9月に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が展開されているが、特に、令和6年4月に施行された部分には、地域生活への移行を推進していくことが色濃く出ている。解決すべき課題は山積しているため、シンポジウムを通じて関係者間の意見交換を図る機会とした。

（※：「障害者権利委員会」が締約国の条約実行状況を審査し、評価できる点と懸念・勧告事項を指摘する報告）

【成果】

班員のシンポジストからは、事業班の調査結果を中心に報告された。ガイドラインの発出により23条通報に件数は増加や減少まで様々であり、23条通報による措置対応率の都道府県格差は10倍以上の差があり、この15年間で措置入院数は増え続けていることが報告された。令和6年4月施行の法改正に対応するための保健所の役割が提言され、保健所へ積極的姿勢を求めた形となった。

厚生労働省担当課長からは、精神障害者の地域移行のための施策について、主に令和4年の法改正を中心として述べられた。第7期障害福祉計画が終了する令和8年度末の目標も見据え、市町村及び都道府県が連携して取り組むことが強調された。また、予定として、地域医療構想にて精神科病院も議論の俎上にあがることも示された。

実務として地域移行に関わってきたシンポジストは、精神医学ソーシャルワーカー（PSW）の黎明期からの活動を紹介された。地域精神保健で重要なこととして、市町村への期待と二次医療圏ごとの精神医療体制の再編と充実（病院の規模縮小とクリニックの計画的配置）を期待していた。

このシンポジウムを通じて、「入院医療中心から地域生活中心へ」を促進するポイントは、保健所が自らアクションを起こすことが必要であることが示唆された。

シンポジウム抄録： 座長の言葉「精神障害者の退院後支援～地域で支えるために～」

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。前者のガイドラインにおいて措置診察の要件の解釈に幅があることから、地域の事情に則して運用しやすい反面、保健所外の関係機関からは運用の幅が大きいことに対する課題を指摘されることもあります。令和5年度の事業班取組では、前者のガイドラインを中心に全国保健所に調査を行いました。その中で保健所が目指すものとして、「保健所の役割は、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。」という結論を再確認したところです。

そこで、重要性を増すのが後者のガイドラインであることに加え、令和6年4月の改正精神保健福祉法施行により、地域生活への移行を推進していくことが打ち出されております。令和6年度の当事業班の取組は「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すること」とです。精神障害者支援の質的向上と人権上の配慮は、公衆衛生における大変重要なテーマであることから、昨年度に引き続き本学会総会で多くの皆様と共に考えることが目的です。

シンポジストとして、厚生労働省、保健所、NPOから3名をお招きしました。

まず、厚生労働省精神・障害保健課長 小林秀幸氏から、国の動向や法改正の背景と目指すところについてお伝えいただきます。

次に、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。

最後に、NPO 十勝障がい者支援センター理事長 門屋充郎氏から、北海道における地域精神保健福祉活動についてご報告いただきます。

それぞれにご講演いただいた後、総合討論と致します。

Ⅱ．演者抄録と発表資料

シンポジウム抄録と発表資料①

「精神障害者の地域移行のための施策について」

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

精神・障害保健課長 小林秀幸

平成 16 年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」という理念が示され、また、平成 29 年医は「精神障害にも対応した地域保活ケアシステムの構築（にも包括）」という新たな居政策理念が提唱された。これらの理念に沿う形で、令和 4 年に精神保健福祉法が改正されるなど、精神障害者の地域生活の実現を目指した施策が進められている。

精神障害者の地域移行のための施策について

厚生労働省 障害保健福祉部 精神・障害保健課
小林 秀幸

1. 精神保健医療福祉の現状
2. 精神保健福祉法のこれまでの改正等の経緯
3. 令和4年精神保健福祉法改正
4. その他の政策動向

1. 精神保健医療福祉の現状

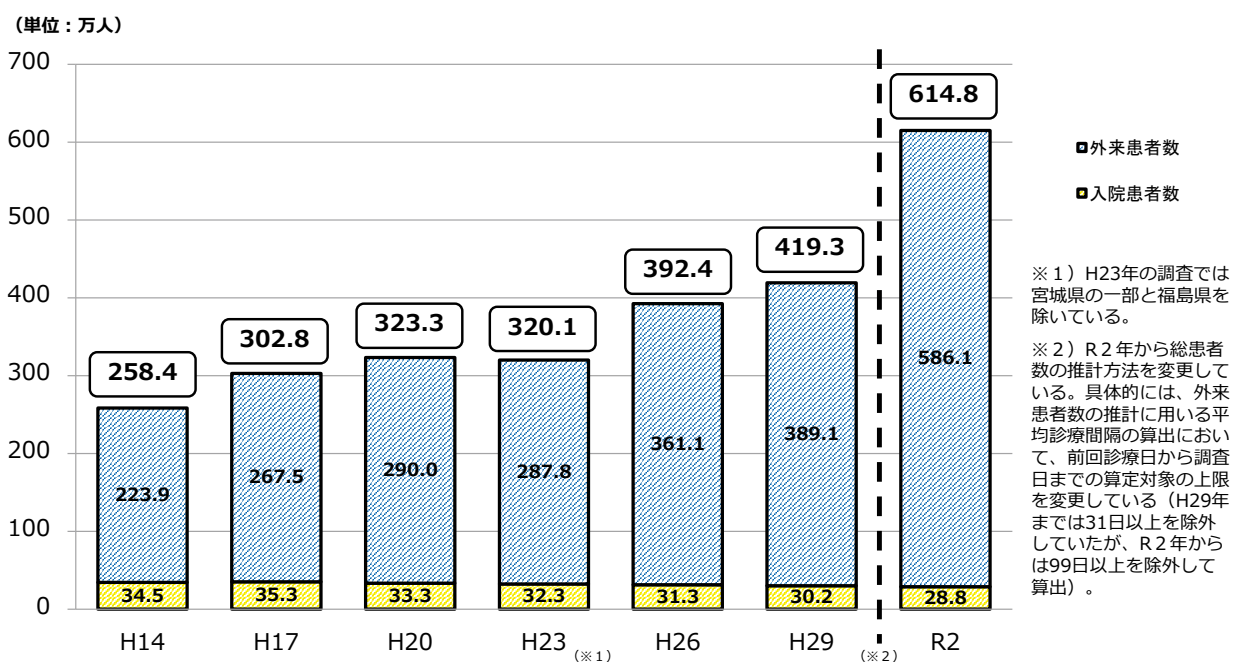
2. 精神保健福祉法のこれまでの改正等の経緯

3. 令和4年精神保健福祉法改正

4. その他の政策動向

精神疾患を有する総患者数の推移

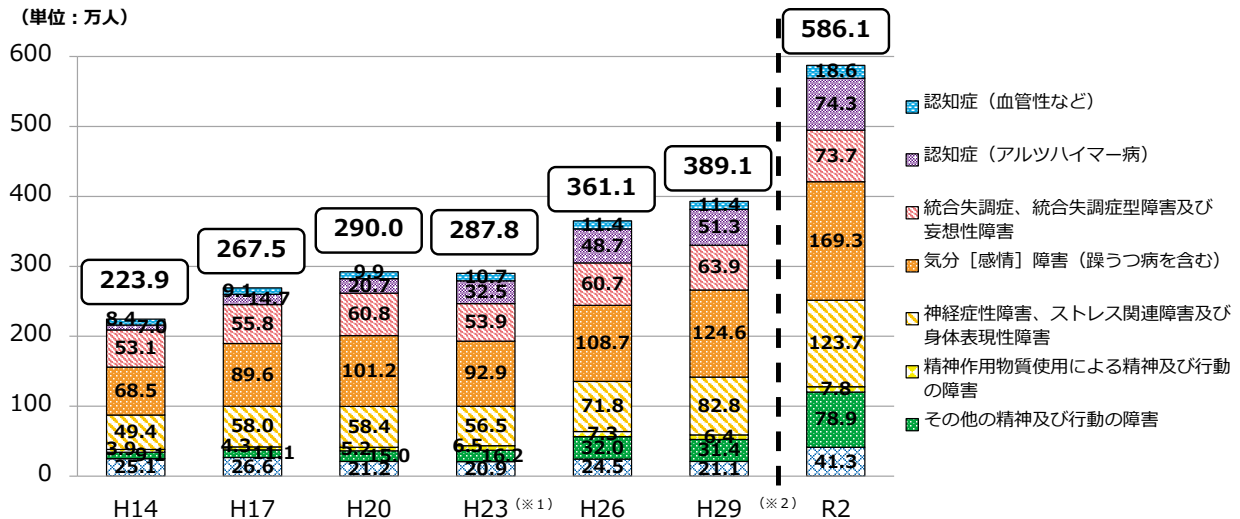
- 精神疾患を有する総患者数は、約614.8万人（入院：約28.8万人、外来：約586.1万人）。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する外来患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 疾患別では、「気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）」、「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」、「その他の精神及び行動の障害」の順に多い。



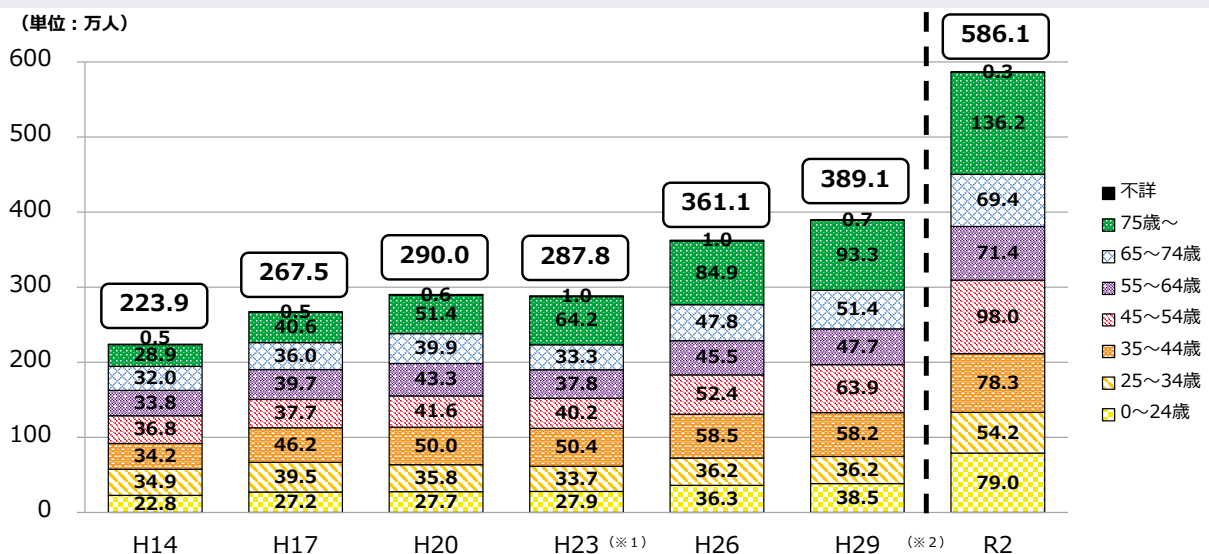
※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※2）R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する外来患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する外来患者数は、約586.1万人。
- 年齢別では、入院患者と比べて、65歳未満の患者の割合が多い。



※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

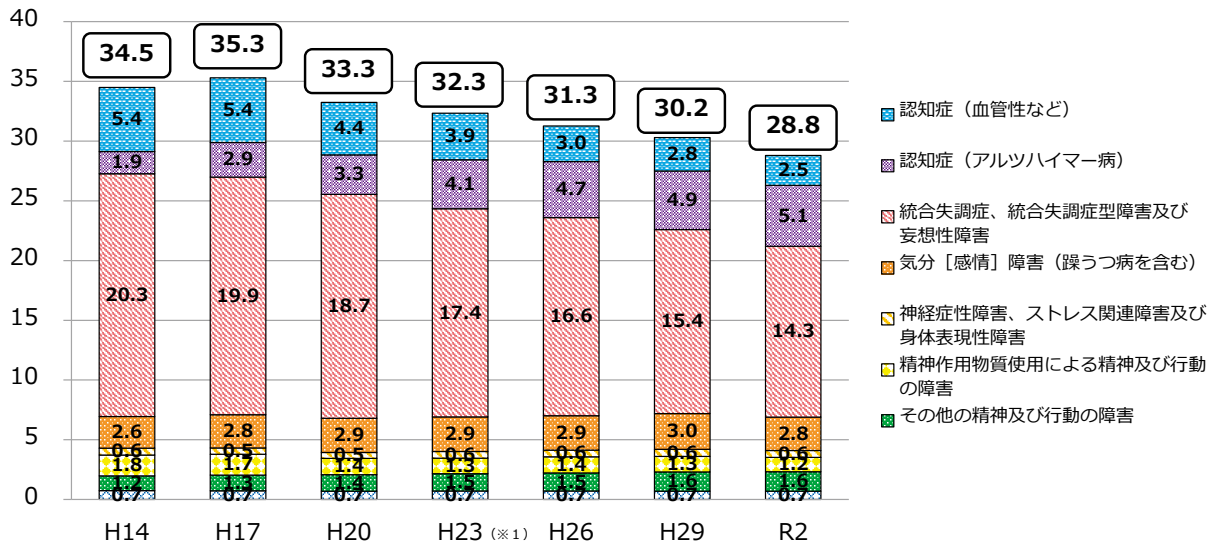
※2）R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（疾病別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者数は、約28.8万人。
- 疾患別では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」が最も多いが、減少傾向。

（単位：万人）



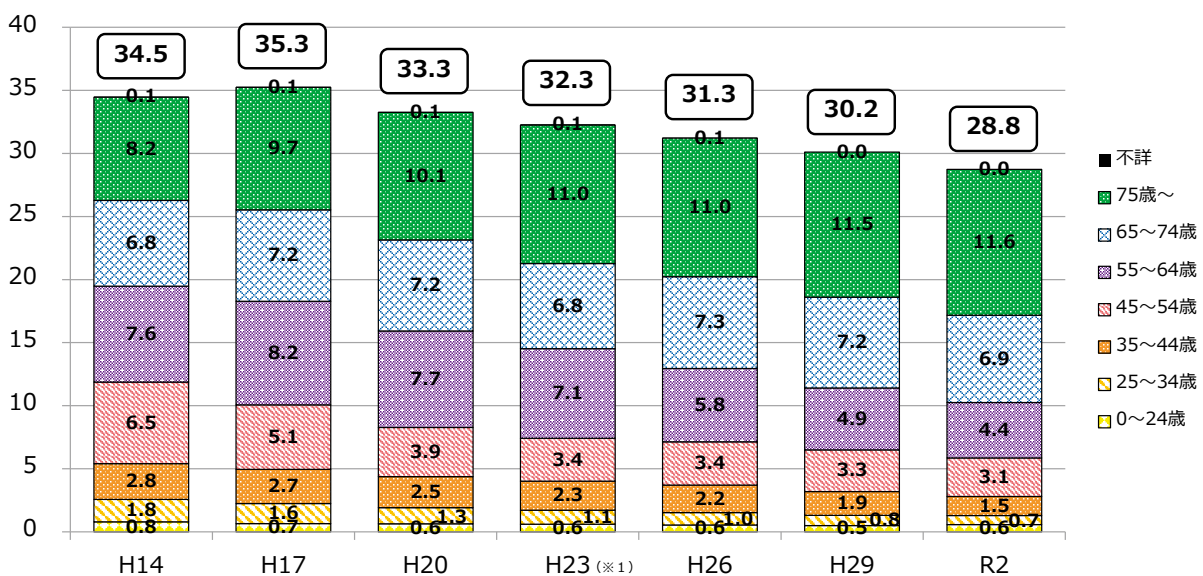
※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）

- 精神疾患を有する入院患者のうち、65歳以上が約18.5万人（約64%）。

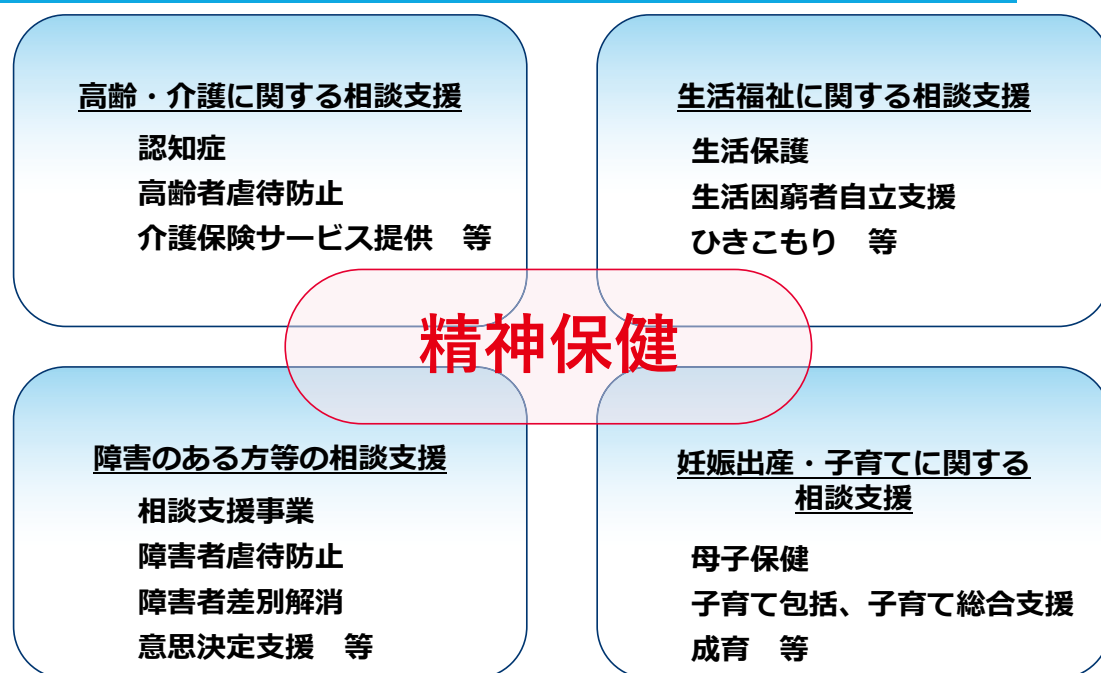
（単位：万人）



※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

■ 市町村の業務と精神保健との関係



出典：第163回市町村職員を対象とするセミナー

「市町村における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するための研修」相談支援体制構築の効果的な進め方及び自治体類型別の推進ポイント 改変

■ 様々な精神疾患の医療体制の整備

第8次医療計画（令和6年度～令和11年度）において、各都道府県が、現状を把握し、医療提供体制の確保を図ることとされた領域

- ①統合失調症
- ②うつ・躁うつ病
- ③認知症
- ④児童・思春期精神疾患
及び発達障害
- ⑤依存症
 - ・アルコール依存症
 - ・薬物依存症
 - ・ギャンブル等依存症
- ⑥外傷後ストレス障害(PTSD)
- ⑦高次脳機能障害
- ⑧摂食障害
- ⑨てんかん
- ⑩精神科救急
- ⑪身体合併症
- ⑫自殺対策
- ⑬災害精神医療
- ⑭医療観察法における
対象者への医療

令和 6 年版厚生労働白書について



**令和 6 年版厚生労働白書は「こころの健康」が
特集テーマとなっています**

第 1 部（テーマ編*）「こころの健康と向き合い、健やかに暮らすことのできる社会に」

*厚生労働行政の特定のテーマについて、現状分析や関連施策の紹介等を行い、国民に理解を深めていただく。

第 2 部（年次行政報告）「現下の政策課題への対応」

- 年次行政報告として、厚生労働省の様々な政策課題への対応について、国民に分かりやすく報告する。
- 特集として「令和 6 年能登半島地震への厚生労働省の対応」を掲載。

1. 精神保健医療福祉の現状
- 2. 精神保健福祉法のこれまでの改正等の経緯**
3. 令和 4 年精神保健福祉法改正
4. その他の政策動向

精神保健福祉分野における法制度の改正経緯①

	背景	制度改正の概要
精神衛生法	S25年 成立 ○精神病患者監護法と精神病院法の廃止・引継ぎ	◎措置入院制度の創設 ◎保護義務者の同意による入院制度の創設 ◎一般人からの診察及び保護の申請、警察官、検察官、矯正保護施設の長の通報制度の創設 等
	S29年 改正	◎非営利法人の設置する精神病院の設置及び運営に要する経費に対する国庫補助規定の創設 等
	S36年 改正 ○ライシャワー事件（S39年）	◎入院医療費の国庫負担基準の引上げ（2分の1→10分の8） 等
	S40年 改正 ○宇都宮病院事件（S58年）	◎措置入院手続きの改正 （緊急措置入院制度の創設など） 等
	S62年 改正	◎精神保健指定医制度の創設 ◎精神医療審査会制度の創設 ◎応急入院制度、任意入院制度の創設 ◎精神障害者社会復帰施設に関する規定の創設 等
精神保健法	H5年 改正 ○5年後見直し ・障害者基本法の成立（H5年） ・地域保健法の成立（H6年）	◎精神障害者社会復帰促進センターの創設 ◎精神障害者の定義規定の見直し 等
	H7年 改正	

精神保健福祉分野における法制度の改正経緯②

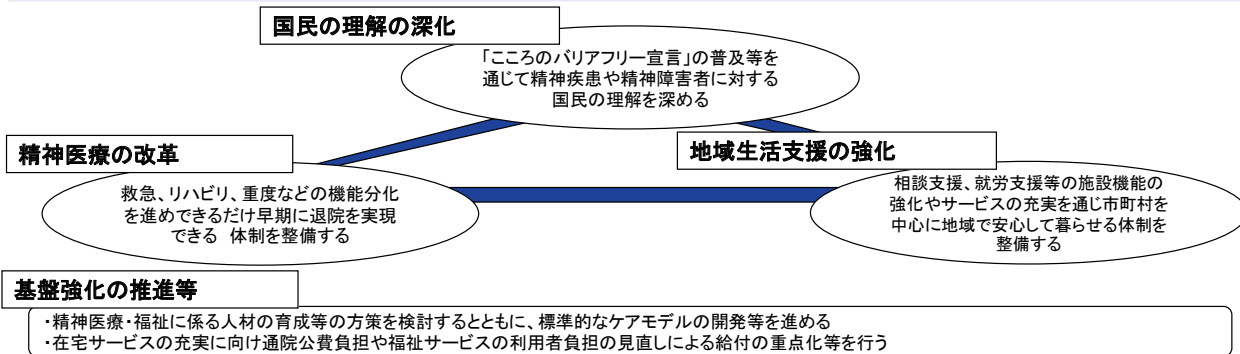
	背景	制度改正の概要
精神保健福祉法	H7年 改正	◎精神障害者保健福祉手帳制度の創設 ◎医療保護入院等を行う精神病院における常勤の指定医の必置 等
	H11年 改正 ○池田小事件（H13年）	◎医療保護入院の要件の明確化（任意入院の状態にない旨を明記） ◎保護者の自傷他害防止監督義務規定の削除 等
	H15年 ○医療観察法の成立（H15年） ○精神保健医療福祉の改革ビジョンの策定（H16年）	◎心神喪失等で重大な他害行為を行った者に対する継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導 等
	H17年 改正 ○障害者自立支援法の成立（H17年）	◎精神医療審査会の委員構成の見直し ◎特定医師の診察による医療保護入院等の特例措置導入 等
	H22年 改正	◎都道府県による精神科救急医療体制の確保に関する規定 ◎精神保健指定医の公務員としての職務に係る義務規定 等
	H25年 改正 ○相模原市「津久井やまゆり園」事件（H28年） ○指定医不正申請	◎保護者制度の廃止、家族等同意の創設 ◎精神科病院管理者に、退院後生活環境相談員の設置、地域援助事業者との連携、退院促進のための体制整備を義務付け 等
	R4年 改正	◎医療保護入院の期間の法定化、家族等が意思表示を行わない場合の市町村長同意、入院者訪問支援事業の創設、精神科病院における虐待防止措置の実施 等

近年の精神保健医療福祉の経緯①

- 我が国の精神保健医療福祉については、平成16年9月に精神保健福祉本部（本部長：厚生労働大臣）で策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念が示されて以降、様々な施策が行われてきた。

精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み

精神保健福祉施策について、「入院医療中心から地域生活中心へ」改革を進めるため、
①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を今後10年間で進める。



「入院医療中心から地域生活中心へ」という
精神保健福祉施策の基本的方策の実現

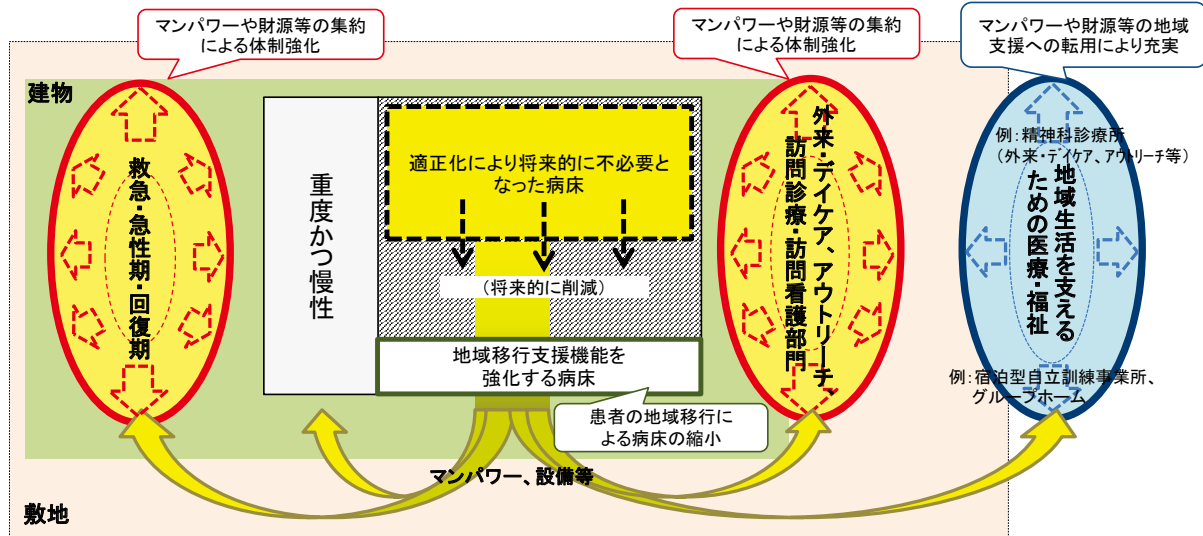
※上記により、今後10年間で、受入条件が整えば退院可能な者約7万人について、解消を図る。

出典：精神保健福祉対策本部「精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み」

近年の精神保健医療福祉の経緯②

- 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成26年厚生労働省告示第65号（平成26年4月1日適用））を踏まえ、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（平成26年7月とりまとめ）では、新たな長期入院を防ぐために、多職種の活用を中心とした精神病床の機能分化及び地域移行の推進により、精神病床の適正化、不必要な病床の削減といった構造改革を目指す方向性が示された。

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）

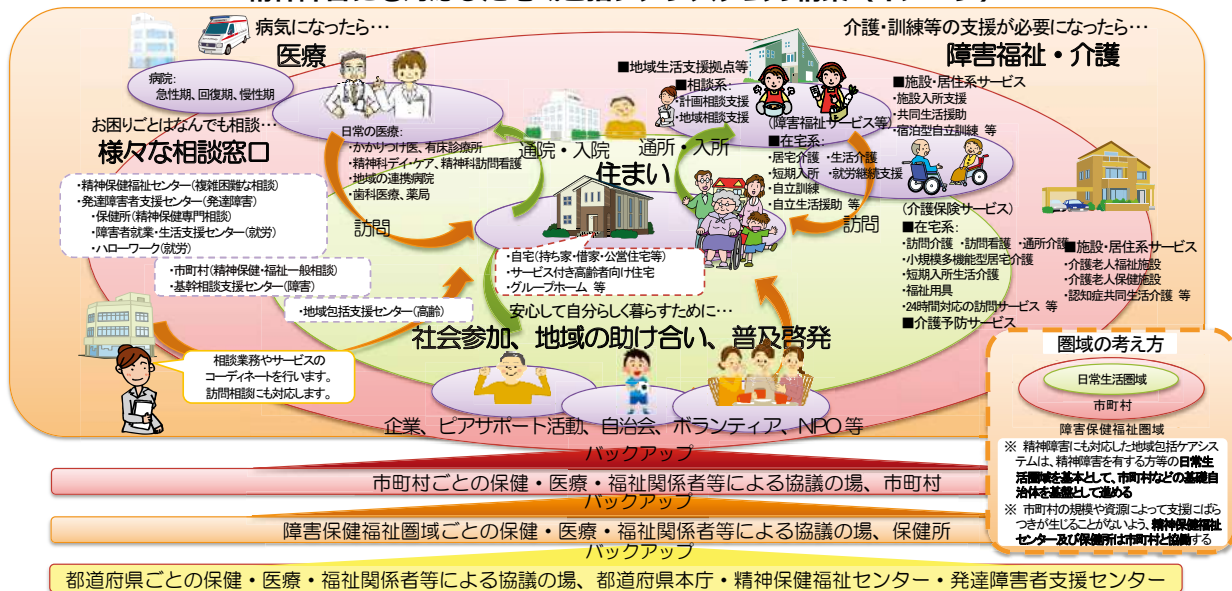


出典：長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性「概要編」「構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）」

近年の精神保健医療福祉の経緯③

- 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」（平成29年2月とりまとめ）では、「地域生活中心」という理念を基軸としながら、精神障害者の一層の地域移行を進めるための地域づくりを推進する観点から、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが新たな理念として示された。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業（地域生活支援促進業） 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

※構築推進事業と構築支援事業はそれぞれ単独で実施することが可能

【実施主体】都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

- 保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、行政職員、医療機関の職員、地域援助事業者、当事者、ピアサポーター、家族、居住支援関係者等の様々な立場の者が協働し、障害保健福祉圏域等の単位で精神保健医療福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築する。また、精神障害者等の日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進めていく必要があることから、都道府県等は市町村との協働により、精神障害者等のニーズや、地域の課題を共有化した上で、地域包括ケアシステムの構築に資する取組を推進する。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業

【実施主体】都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市

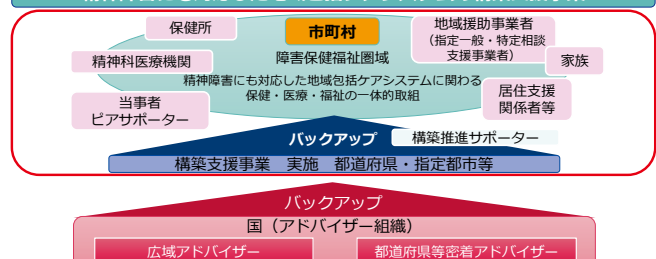
- 国において、地域包括ケアシステムの構築の推進に実践経験のあるアドバイザー（広域・都道府県等密着）から構成される組織を設置する。
- 都道府県・指定都市・特別区・保健所設置市は、広域アドバイザーのアドバイスを受けながら、都道府県等密着アドバイザーや構築推進サポーター等と連携し、障害保健福祉圏域（障害保健福祉圏域・保健所設置市）及び市町村における、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する。
- 関係者間で情報やノウハウを共有するため、ポータルサイトの設置等を行う。

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業

【事業内容】（1のうち協議の場の設置は必須）

- 精神保健医療福祉体制の整備に係る事業
- 普及啓発に係る事業
- 住まいの確保と居住支援に係る事業
- 当事者、家族等の活動支援及びピアサポートの活用に係る事業
- 精神医療相談・医療連携体制の構築に係る事業
- 精神障害を有する方等の地域生活支援に係る事業
- 地域生活支援関係者等に対する研修に係る事業
- 市町村等における相談支援体制の構築に係る事業
- その他、地域包括ケアシステムの構築に資する事業

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業



◆個別相談・支援（オンライン、電話、メール）、現地で技術的助言、都道府県等研修への協力等

国（構築支援事業事務局）

全国会議の企画・実施、普及啓発イベントの開催、アドバイザー（広域・密着AD）等の合同研修会の開催、地域包括ケアシステム構築に向けた取組に資する事例集の作成、地域包括ケアシステム構築状況の評価、市町村における相談支援業務に係る指導員育成のための研修開催等

1. 精神保健医療福祉の現状
2. 精神保健福祉法のこれまでの改正等の経緯
- 3. 令和4年精神保健福祉法改正**
4. その他の政策動向

令和4年障害者総合支援法等の一部改正による精神保健福祉法の改正概要

(令和4年12月16日公布)

【公布日(令和4年12月16日)施行】

- ・ 目的規定における権利擁護の明確化

【令和5年4月1日施行】

- ・ 患者に対し身体に対する暴力等を行った者等を「家族等」の範囲から除外。
- ・ 医療保護入院等の患者及びその家族等に対し、書面での入院理由等の告知を義務化。

【令和6年4月1日施行】

(医療保護入院の入院手続等に関する事項)

- ・ 入院期間を法定化し、一定の要件を満たす場合は、入院期間を更新できる。
- ・ 家族等が同意又は不同意の意思表示を行わない場合は、市町村長同意の依頼ができる。
- ・ 地域援助事業者の紹介を義務化。

(措置入院者の退院促進措置等に関する事項)

- ・ 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を義務化。
- ・ 措置入院時の精神医療審査会での審査の実施。

(入院者訪問支援事業に関する事項)

- ・ 都道府県等は、市町村同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望に応じ、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を実施できる。

(虐待の防止に関する事項)

- ・ 精神科病院における虐待防止措置の義務化。
- ・ 精神科病院の業務従事者による虐待を発見した者から都道府県等への通報の義務化。

(精神保健に関する相談支援体制の整備に関する事項)

- ・ 都道府県等が実施する相談支援について、日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も支援対象に加える。
- ・ 都道府県は、市町村の精神保健に関する相談支援に関し、必要な援助を行うよう努める。

改正精神保健福祉法の概要①

法改正後の第1条

（この法律の目的）

第1条 この法律は、**障害者基本法の基本的な理念にのっとり、精神障害者の権利の擁護を図りつつ**、その医療及び保護を行い、障害者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って、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする。

※ 令和4年の法改正により、精神保健福祉法（正式名称は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」）の法目的として、**精神障害者の権利擁護を図ることが明確化**された。（令和4年12月16日施行）

改正精神保健福祉法の概要②

医療保護入院の期間の法定化と更新の手続き（法第33条）

- 医療保護入院の入院期間は、医療保護入院から6ヶ月を経過するまでは3ヶ月以内とし、6ヶ月を経過した後は6ヶ月以内とする。
 - 入院期間については、以下の要件を満たす場合は、入院の期間を更新できる。
 - ・ 指定医診察の結果、医療保護入院が必要であって、任意入院が行われる状態にないと判定されること
 - ・ 退院支援委員会において対象患者の退院措置について審議されること
 - ・ 家族等に必要な事項を通知した上で、家族等の同意があること（家族等がない場合等は、市町村長による同意）
- ※ 家族等と定期的に連絡が取れている場合など一定の要件を満たした場合には、「みなし同意」を行うことも可能。
- 入院期間を更新した場合は、更新届を都道府県等に提出（医療保護入院の定期病状報告は廃止）

改正精神保健福祉法の概要③

退院促進等についての規定

- 従前は、医療保護入院者について、退院後生活環境相談員の選任が義務づけられるとともに、地域援助事業者の紹介が努力義務
⇒法改正により、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

入院者訪問支援事業（法第35条の2）

- 都道府県及び指定都市は、市町村長同意による医療保護入院者を中心に、本人の希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員による支援を行う事業を実施できる。
- 都道府県及び指定都市が、訪問支援員を選任、研修等を実施。

※ 法定事業に向けて令和5年度から予算事業・訪問支援員等の研修を開始。

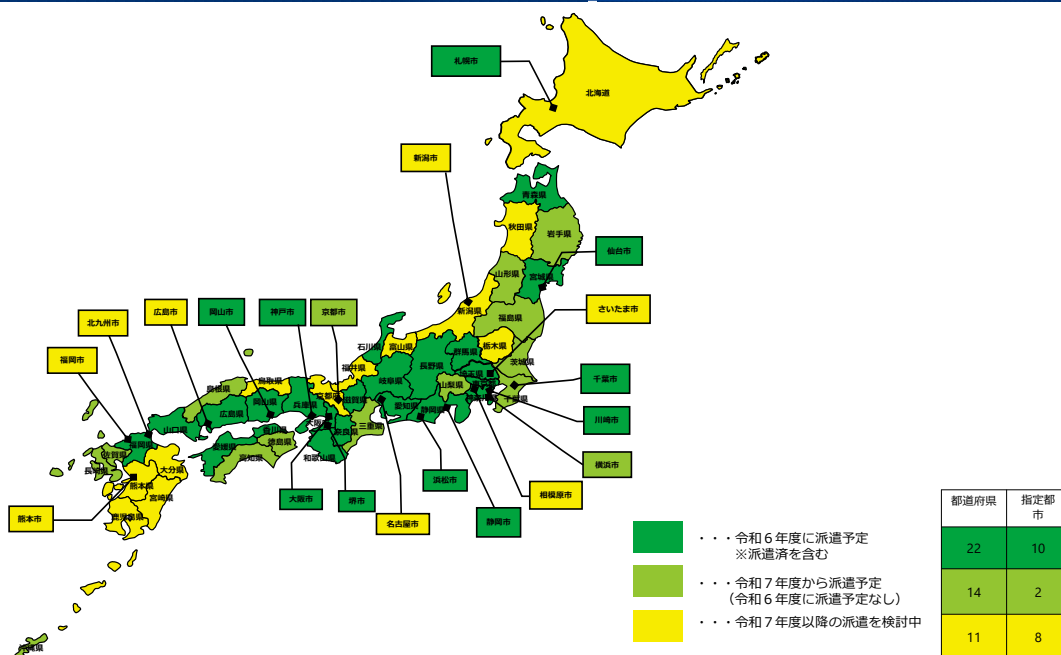
入院者訪問支援事業（令和6年度以降）

- 精神科病院で入院治療を受けている者については、医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすくなることを踏まえ、入院者のうち、家族等がいない市町村長同意による医療保護入院者等を中心として、面会交流の機会が少ない等の理由により、第三者による支援が必要と考えられる者に対して、希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員を派遣するもの。
- 実施主体は都道府県、政令指定都市（以下、「都道府県等」という。）



精神科病院に入院している支援対象者の自尊心低下、孤独感、日常の困りごと等の解消が期待される。

入院者訪問支援員派遣予定状況（都道府県、指定都市）



出典：自治体から提出された補助金の事前協議書を基に障害保健福祉部精神・障害保健課にて作成

※令和6年7月時点

改正精神保健福祉法の概要④

自治体の相談支援の対象の見直し（法第46条）

- 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、精神障害者のほか、保健、医療、福祉、住まい、就労その他日常生活に係る精神保健に課題を抱える者も対象となる。

相談及び援助（法第47条第5項）

- 都道府県及び市町村は、精神保健に関し、保健、医療、福祉、住まい、就労その他日常生活に係る精神保健に課題を抱える者及びその家族等その他の関係者からの相談に応じるとともに、必要な情報の提供、助言その他の援助を行うことができる。

市町村への支援に関する都道府県の責務（法第48条の3条）

- 都道府県は、市町村が行う精神保健に関する相談支援に関し、市町村への必要な援助を行うよう努めなければならない。

「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」報告書 (令和5年9月22日) (概要)

背景

- 令和4年12月に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律」が成立し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第46条において、市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化するための規定が新設された。
- こうした動向を踏まえ、今後の市町村における精神保健に係る相談支援体制整備を推進するため、令和5年2月に本検討チームを立ち上げ議論を重ね、本年9月に報告書としてとりまとめた。

概要

市町村における精神保健に係る相談支援体制の整備

【現状及び課題】

- ・8割以上の市町村が、自殺対策、虐待、生活保護、介護等の各分野において、精神保健に関する相談に対応。
- ・重層的な支援体制整備事業を活用する市町村は増えたが、福祉部局と保健部局との連携が不十分な中で、相談窓口の設置が行われることで、支援の引き受け手を探すのに苦労。
- ・特に専門職の配置がない小規模の自治体では、事務職が相談を受け、適切な支援につながらないこともある。
- ・専門の相談窓口や専門職の配置は、複合的な課題を専門職が抱えこまざるを得ない等により、職員の孤立や支援の停滞の課題が生じることがある。

【方策】

- ◆相談支援で行われる「受けとめ」、「気づき」、「アセスメント」、「プランの立案及び実行」、「連携及び調整」の5つの機能を体制に位置づけるため、厚生労働科学研究班が類型化した横断的連携体制のイメージ図を、特に、保健所設置市以外の市町村の参考となるよう提示。
- ◆市町村の窓口に加え、アウトリーチ等によっても住民ニーズに気づき、相談を確実に適切な支援につなげ、医療も含めた課題を解決できるようにするため、保健師等の確保や相談支援部門への配置を進める等、保健の軸を作る必要。
- ◆体制整備のため、首長や管理職の理解を得るとともに、市町村単独ではなく、当事者及び家族の声を聞くこと、精神科医療機関の協力を得ること、保健所や精神保健福祉センターからのバックアップを受けることや、都道府県と連携して国の既存事業を活用することも有効。

市町村において精神保健に係る相談支援を担う人材の育成

【現状及び課題】

- ・財政や人員の制約等により継続して専門性を研鑽する体制や、組織として専門職を育てる文化の醸成、理解等が十分ではない。
- ・精神保健の担当以外の部門で相談を受けた場合、適切な支援につながらないことがある。
- ・精神保健福祉相談員として育成しても、専門以外の業務への従事により、専門職としての知識や技術を有効に活用できない場合もある。
- ・保健所の精神保健福祉相談員による市町村支援も近年少なく、保健所等もコロナ対応で疲弊し、新任期の保健師が地域保健の経験を積み上げられない。

【方策】

- ◆基本的に専門職か否かに関わらず、精神保健に関する知識等の水準引き上げ、潜在ニーズに気づく力を備えるため、研修等が必要。
- ◆相談支援に携わる人材の育成策を機能別に三層に整理。
 - ・「ニーズに気づく職員」には、心のサポーター養成研修等や、精神保健福祉相談員の講習に含まれる基礎的事項等の一部を受講推奨。
 - ・「精神保健部門で相談支援を主に担う専門職」には、保健師以外の専門職も含め、精神保健福祉相談員の講習受講の推進や、組織として技術の継承も含めた計画的な育成や複数配置等の工夫。
 - ・「庁内で推進力を発揮する専門職」には、戦略的かつ計画的な人事異動等による育成。

保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領の改正概要

第1部 保健所

【第1 地域精神保健福祉における保健所の役割】

- 精神保健に関する相談支援の対象として、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象であることを明記。
- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの理念を踏まえた相談支援体制の構築と、市町村が地域で生活する精神障害者等がより身近な地域で支援を受けることができる体制を構築していくために、専門性や広域性が必要な事項について、積極的に支援していくことが必要とした。

【第2 実施体制】

- 「職員の配置」に、検討チーム報告書で示された、精神保健に係る相談支援体制を整備していくために組織的、戦略的、計画的な人材配置が必要であること、多職種で連携し相互の協力体制の確保に務めることとした。

【第3 業務】 ※項目の順序を変更

主な修正箇所	主な改正事項
市町村に対する支援	○ 市町村が相談支援等の取組を円滑に実施できるよう、訪問支援への同行等による連携を図ること。 ○ 市町村が継続して相談支援業務を実施できるよう、伴走し、重層的な支援を行う体制整備が必要。 ○ 必要に応じて医療機関等と市町村のネットワーク構築を支援。
相談支援	○ 実際に保健所で対応している相談支援の内容に基づき記載を充実。 ○ 自ら相談窓口で精神保健の相談をすることに心理的なハードルを感じる者や地域に潜在化している精神保健に関する課題を抱える者に対しては、多職種によるアウトリーチ支援を適切に実施すること。 ○ 聴覚等のコミュニケーション手段に障害がある者からの精神保健に関する相談支援に対応する場合には、適切に意思疎通を図ることができるよう、合理的な配慮をすること。
人材育成	○ 精神保健福祉相談員の講習会改正カリキュラムに基づき講習会の活用し相談支援を行う者の育成推進すること。
精神保健福祉に関する普及啓発	○ 「心の健康づくり」から「精神保健福祉」に関する普及啓発に改正。 ○ メンタルヘルス、精神疾患及び精神障害に関する知識の普及啓発を行い、精神障害者に対する差別や偏見をなくし、精神障害者の地域生活支援及びその自立と社会経済活動への参加に対する住民の関心と理解を深めること。 ○ 普及啓発の実施では「心のサポーター」養成等の態度や行動の変容を意識すること。
入院等関係	(令和4年精神保健福祉法改正に基づく内容の更新)

保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領の改正概要

第2部 市町村

【第1 地域精神保健福祉における市町村の役割】

- 精神保健に関する相談支援について、精神障害者のみならず精神保健に課題を抱える者も対象とされ、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨として行わなければならないことが規定されたことに伴い、関係機関等と協働し、相談支援体制の整備を推進していくことを明文化。

【第2 実施体制】

- 「職員の配置」について、専門職としての業務遂行能力の向上を図るため、キャリアラダー等を元に能力を獲得していくための人材育成計画を策定が求められていることから、「専門職の計画的な育成と配置、技術の継承を念頭に置いた後進の育成等を意識すること」を追記。

【第3 業務】 ※項目の順序を変更

主な修正箇所	主な改正事項
相談支援	○ 「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム報告書」で示された横断的連携体制の類型の考え方等も参照し、専門職の配置、社会資源等を踏まえた相談体制を整備すること。 ○ 精神保健上の課題は、各分野において、ライフステージを通じ、広く身近な課題として顕在化している状況にあることから、精神保健福祉部局のみならず、関係部局との緊密な連携のもとに相談支援体制を検討すること。 ○ 聴覚等のコミュニケーション手段に障害がある者からの精神保健に関する相談支援に対応する場合には、適切に意思疎通を図ることができるよう、合理的な配慮をすること。 ○ 相談支援のその方法として、地域に潜在化している者等に対するアウトリーチ支援を実施すること。市町村単独実施が困難な場合であっても保健所や精神保健福祉センターと連携し、潜在的に精神保健上のニーズを抱える者への支援を実施すること。
人材育成	○ 専門職が否かに関わらず、相談支援に関わる職員については、心のサポーター養成研修等の既存の研修等に参加させることが望ましい。
医療保護入院に係る市町村長同意及び同意後の業務	○ 市町村長同意後に市町村が行う本人との面会時に、入院者訪問支援事業の紹介や、本人が当事業の利用を希望した際には、訪問が速やかに実施されるように都道府県と連携を行うこと。
当事者団体等の育成及び活用	○ ピアサポーター等の活用を促す内容の記載を追加。

精神保健福祉センター運営要領の改正概要

精神保健福祉センター

【1 目的】

- 法改正に伴い、都道府県及び市町村が実施する精神保健福祉に関する相談支援について、精神障害者のみならず、精神保健に課題を抱える者も対象とされ、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨として行わなければならないことが規定されたことから、センターは市町村及び市町村を支援する保健所と協働し、精神障害者等のニーズや地域の課題を把握した上で、障害保健福祉に関する重層的な連携による支援体制を構築を推進する。

【2 実施体制】

- 保健所及び市町村への支援強化の必要性が増していることから、センターの職員に関して、専門職の十分な確保や人材育成及び資質向上の観点に留意し十分に実施できる職員が配置すること。

【3 業務】

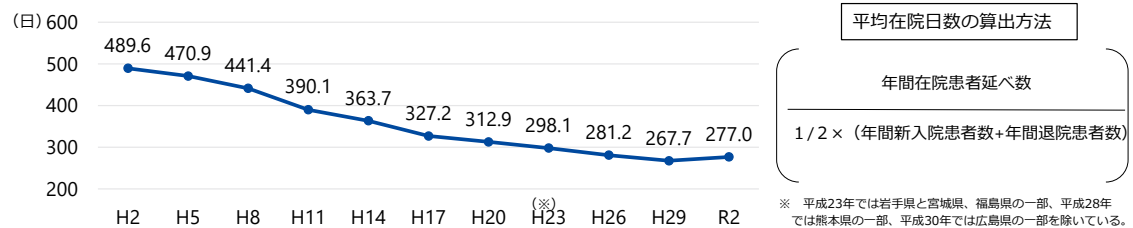
主な修正箇所	主な改正事項
企画立案	○ 地域における精神保健医療福祉の包括的支援を推進するため、各計画（※）について、専門的な立場から門的な立場から、都道府県等の本庁と協働し、企画立案を行い、関係機関に対しては意見を述べる等を行うこと。 ※ 医療計画、健康増進計画、アルコール健康障害対策推進計画、再犯防止推進計画、ギャンブル等依存症対策推進基本計画、障害者基本計画、障害福祉計画、自殺対策計画等
技術支援	○ 法改正に伴う保健所及び市町村への支援体制の強化と実際に技術支援を行う際、地域の事情に応じた方法で協議の場合への参画、研修、事例検討、個別スーパービジョン、同席での相談や同行訪問に加えて、意見提案、情報提供、対象機関の事業実施への支援、講師派遣等により、積極的な技術支援を行うこと。
人材育成	○ 精神保健福祉相談員について、講習会を開催する場合は、保健所や管内市町村の参加を積極的に促すこと。 ○ 精神保健福祉の相談支援に係る専門的研修等について、保健所、市町村、福祉事務所、児童相談所、障害福祉サービス事業所、その他の関係機関等で精神保健福祉業務に従事する職員を対象とする。
調査研究	○ 統計やデータベースを活用し、地域課題等を把握した上で障害保健福祉圏域等の単位で重層的な連携による支援体制の整備を推進していくこと。
精神保健福祉に関する相談支援	○ 自ら相談窓口で精神保健の相談をすることに心理的なハードルを感じる者や地域に潜在化している精神保健に関する課題を抱える者に対しては、多職種によるアウトリーチ支援を適切に実施すること。 (センターで対応している支援内容に基づき記載を充実させるとともに、支援の実施方法について追記)
災害等における心の支援	○ 項目を新設。災害・事故・事件等に関連して生じた、住民の精神保健上の課題に対する相談支援について、医療機関、保健所、市町村等の関係機関と連携し、中核的役割を担うこと。

1. 精神保健医療福祉の現状
2. 精神保健福祉法のこれまでの改正等の経緯
3. 令和4年精神保健福祉法改正
4. その他の政策動向

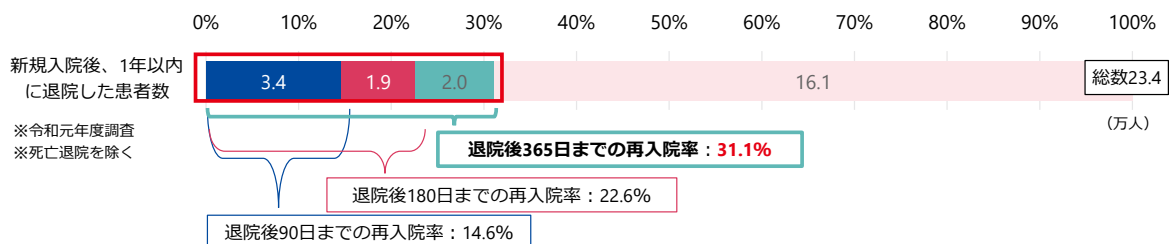
精神病床における平均在院日数と再入院率

- 精神病床における平均在院日数は、減少傾向。
- 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者のうち、30%以上が、1年以内に再入院している。

■ 精神病床における平均在院日数の推移



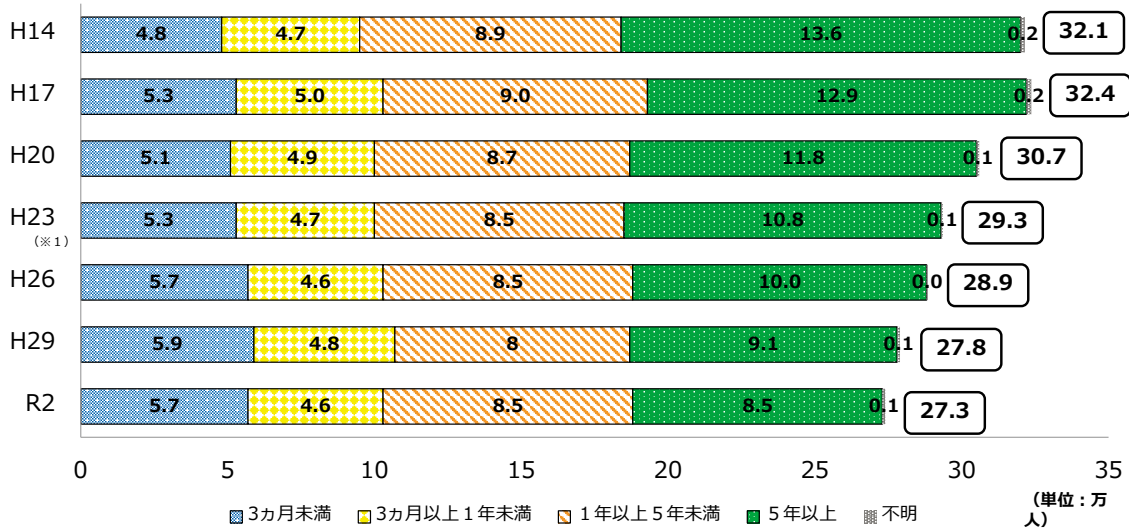
■ 精神病床に入院してから1年以内に退院した患者における退院後1年までの再入院率



出典：(上図)厚生労働省「病院報告」より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成
 (下図)令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を旨としたモニタリング研究」(研究代表者：西大輔)提出資料より作成

精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

- 精神病床における入院患者数は、約27.3万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約17.0万人（約62%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。



※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

出典：厚生労働省「患者調査」より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

第8次医療計画における基準病床数と第7期障害福祉計画における成果目標

- 近年の精神病床における入院患者数の変化から、将来の入院患者数の推計については、現状の取組等を維持しても減少傾向となることが示されている。
- 令和6年度から開始される第8次第医療計画及び第7期障害福祉計画においては、入院期間が1年以上の長期入院患者数について、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計することとしている。（この将来推計を用いて、各都道府県、市町村等において、医療計画上の基準病床数及び障害福祉計画上の長期入院患者の減少に係る成果目標を求めることとなる）
- 第7期障害福祉計画においては、1年以上の長期入院患者数について、新たな取り組み（政策効果）による減少も含め、令和8年度末までに3.3万人減少することが目標とされている。

都道府県毎の令和8年における基準病床数算定式

$$\begin{aligned}
 & \left(\begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{急性期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{回復期} \\ \text{患者数推計値} \end{array} + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{（認知症を除く）} \end{array} \times \text{政策効果} (1-A) + \begin{array}{l} \text{令和8年における} \\ \text{当該都道府県の} \\ \text{慢性期} \\ \text{患者数推計値} \\ \text{（認知症）} \end{array} \times \text{政策効果} (1-B) \right) \times \frac{1}{\text{病床利用率}} \\
 & + (\text{他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数}) - (\text{当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数})
 \end{aligned}$$

精神病床における入院患者数推移と将来の推計（政策効果を加味した場合）



第7期障害福祉計画について

- 都道府県及び市町村は、基本指針（障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成29年厚生労働省告示第116号））に則して原則3か年の「障害福祉計画」及び「障害児福祉計画」を策定。
- 障害者等の地域生活を支援するためのサービス基盤整備等に係る令和8年度末の数値目標を設定するとともに、障害福祉サービス、相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業等を提供するための体制の確保が計画的に図られるようにすることが目的。
- 計画期間は令和6年4月～令和9年3月※。

※ 3年を一期として作成することを基本としつつ、都道府県及び市町村が地域の実情や報酬改定・制度改正の影響の有無を考慮して、柔軟な期間設定が可能

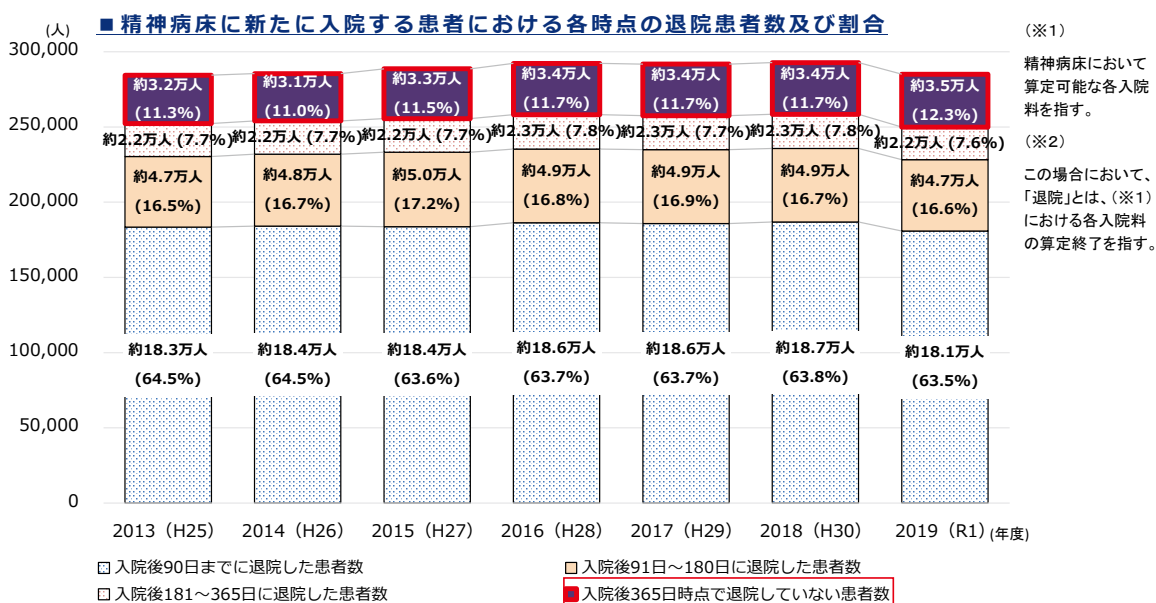
成果目標（計画期間が終了する令和8年度末の目標）

②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

- ・精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数：325.3日以上
- ・精神病床における1年以上入院患者数：
令和2年度と比べて約3.3万人の減少（全国）（17.0万⇒13.7万人）
- ・精神病床における早期退院率：
3か月後68.9%以上、6か月後84.5%以上、1年後91.0%以上

精神病床における1年を超える長期入院の発生状況

- 各年度における、精神病床において新たに入院料（※1）を算定した患者について、入院後90日、180日、365日以内に退院（※2）した患者ののべ人数およびそれぞれの割合は以下のとおり。
- 精神病床において新たに入院料を算定した患者のうち、1年以上入院する者の割合は毎年11～12%である。

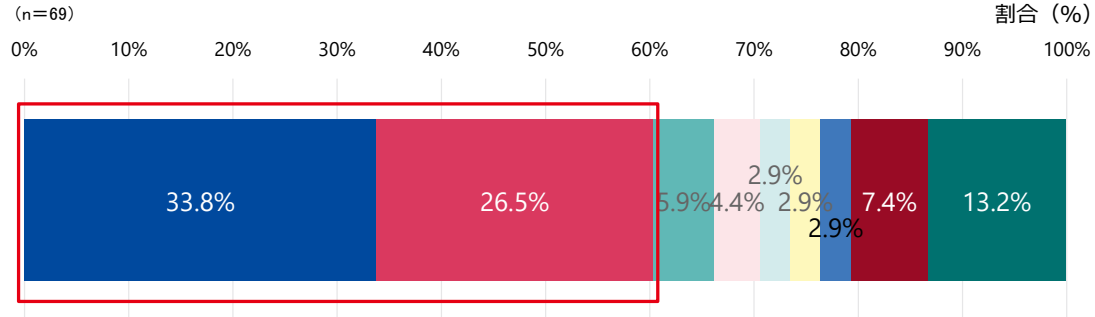


出典：精神保健福祉資料より障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

入院期間が長くなる主な理由

○ 入院期間が3か月超になる理由について、「精神疾患の治療に時間を要するため」や「転院先、入所先または居住先が見つからないため」の割合が高い。

■ 入院期間が3か月超になる主な理由（最もあてはまるものを回答）



■ 精神疾患の治療に時間を要するため

- 家族が入院を希望するため
- 患者の経済的理由のため
- 退院後に必要な支援やサービスが確保できないため
- 無回答

■ 転院先、入所先または居住先が見つからないため

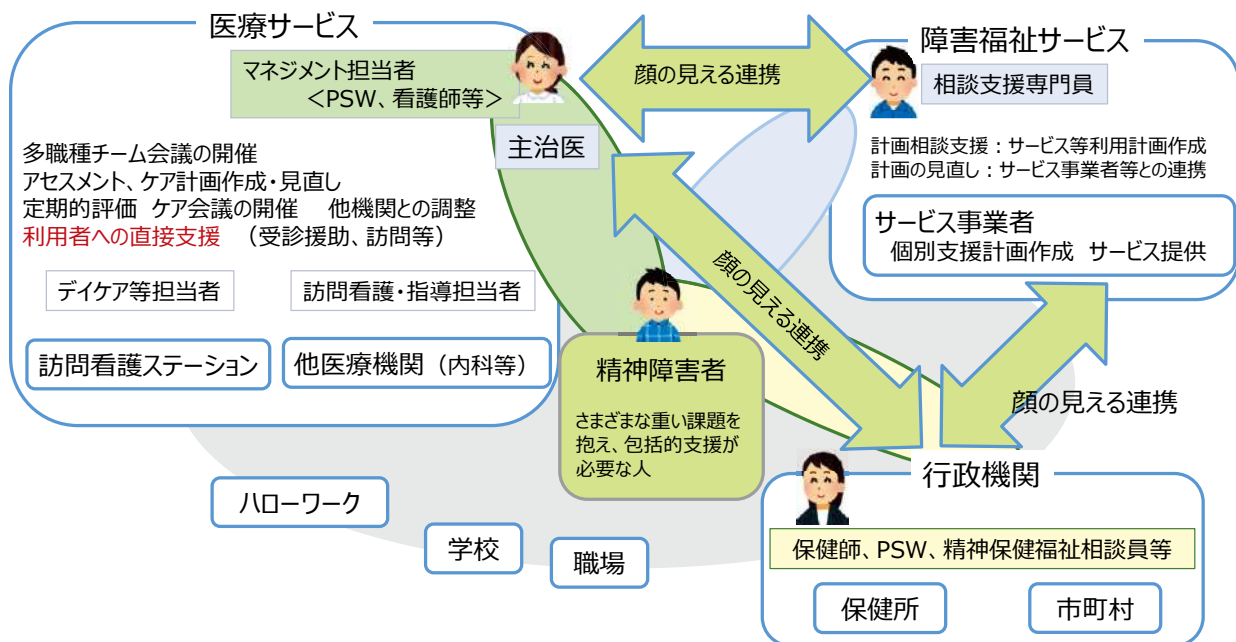
- 身体合併症の治療に時間を要するため
- 同居家族がいないため
- その他

※精神科入院基本料、特定機能病院入院基本料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料又は地域移行機能強化病棟入院料を届け出ている病棟に入院している患者について調査

出典：令和4年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査「精神医療等の実施状況調査」

包括的支援マネジメントによる連携構築のイメージ

多職種チームによるアセスメントと支援計画に基づく必要なサービスの提供、支援機関間の調整を行い、個人のニーズに合った包括的ケアを提供する

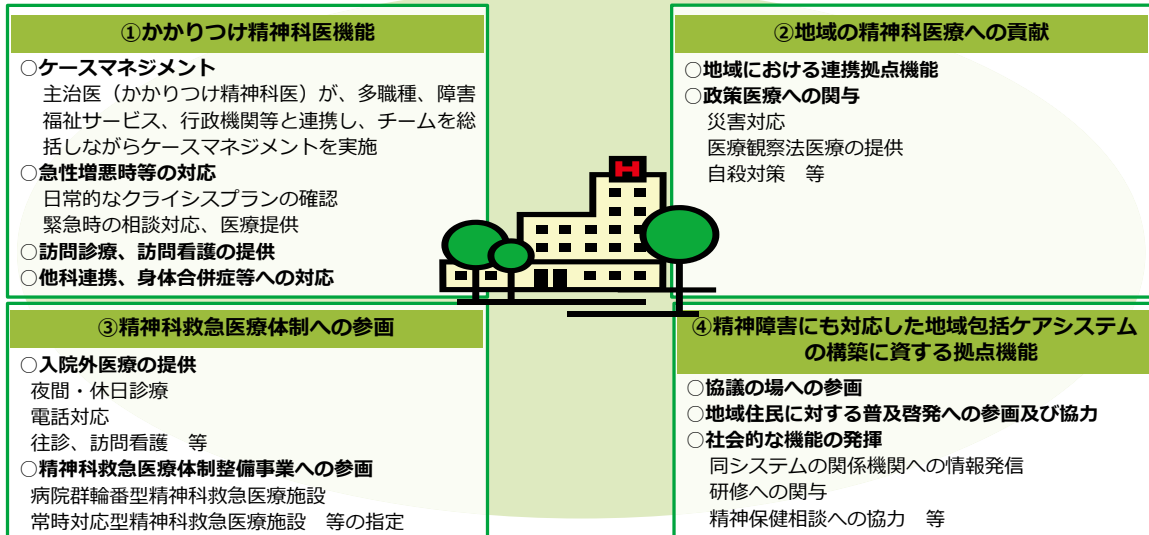


出典：平成28年度厚生労働行政推進調査事業補助金「精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究」報告書 別添「包括的支援マネジメント実践ガイド」

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける医療機関の役割

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおいて、精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能が取りまとめられている。
- 入院、入院外によらず、かかりつけ精神科医機能を有する医療機関においては、かかりつけ精神科医機能の発揮のほか、連携拠点機能や救急医療体制への参画等が求められる。

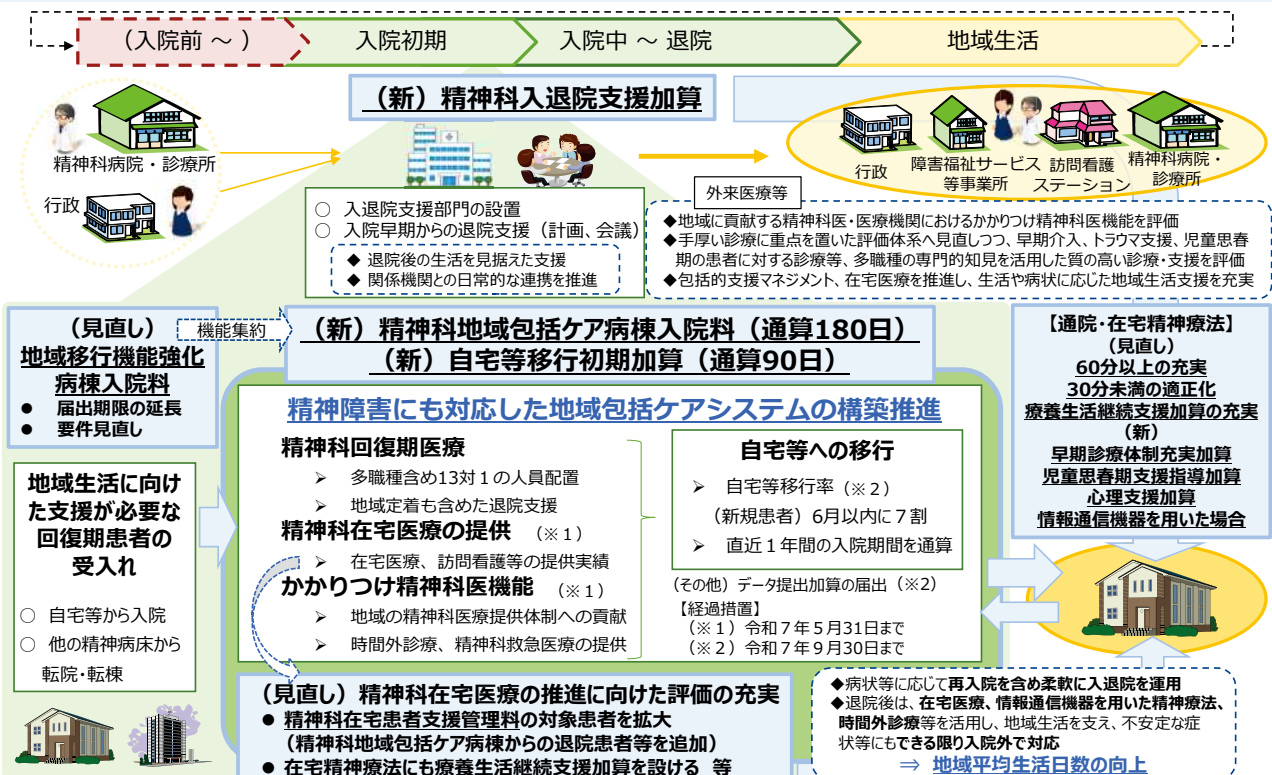
精神障害を有する方等がかかりつけとしている精神科医療機関に求められる機能



出典：令和3年3月18日「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書より抜粋、改変

令和6年度診療報酬改定 Ⅲ-4-5 地域移行・地域生活支援の充実を含む質の高い精神医療の評価

精神疾患を有する者の地域移行・地域定着に向けた重点的な支援（イメージ）



令和4年障害者総合支援法等の一部改正の検討規定について

附則

第二条 政府は、この法律の施行後五年を目途として、この法律による改正後の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、児童福祉法、精神保健福祉法、障害者雇用促進法及び難病の患者に対する医療等に関する法律の規定について、その施行の状況等を勘案しつつ検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする。

第三条 政府は、精神保健福祉法の規定による本人の同意がない場合の入院の制度の在り方等に関し、精神疾患の特性及び精神障害者の実情等を勘案するとともに、障害者の権利に関する条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ、必要な措置を講ずることについて検討するものとする。

精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会の概要

1. 趣旨

- 近年の精神保健医療福祉施策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」という理念の下、精神障害者等に対する支援の充実が図られてきた。令和4年に成立した精神保健福祉法の改正法では、患者の権利擁護を一層進めるため、医療保護入院の入院期間を法定化する等の措置が盛り込まれ、令和6年4月1日から本格的に施行されたところである。
- こうした状況を踏まえ、精神保健医療福祉の今後の施策推進について、幅広く検討する場として、「精神保健医療福祉の今後の施策推進に関する検討会」を開催する。

2. 検討事項

- (1) 精神保健医療福祉に関する現状と課題について
- (2) 課題への対応について
- (3) その他

3. 開催状況

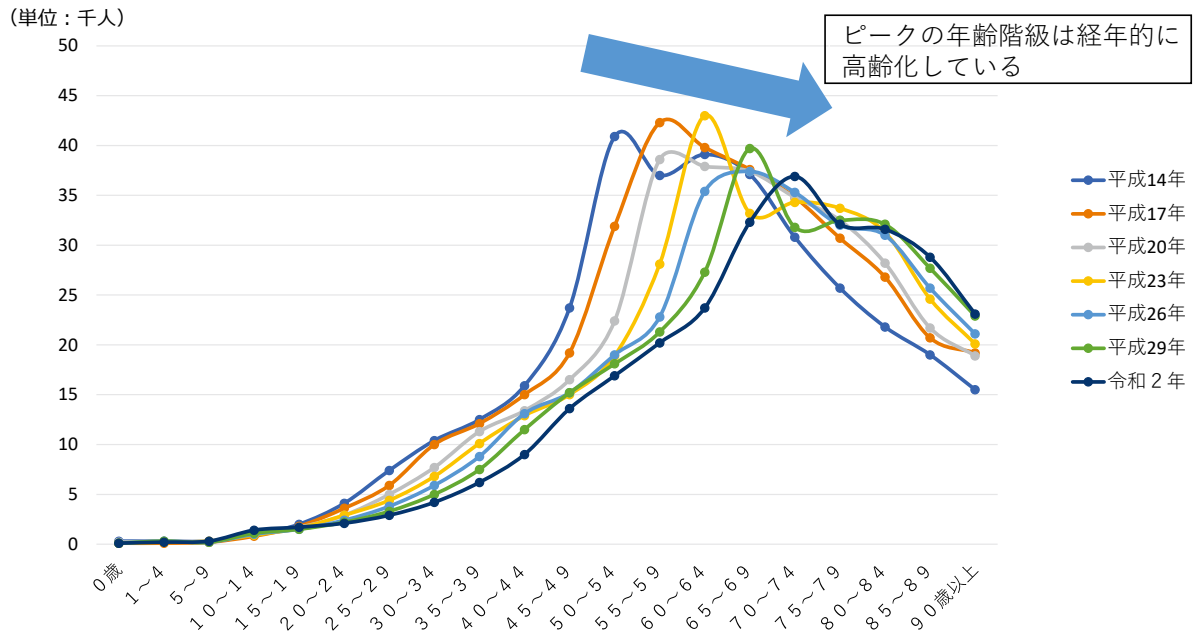
第1回はR6年5月20日に開催

4. 構成員

家保 英隆	高知県理事（保健医療担当）
池原 毅和	東京アドヴォカシー法律事務所 代表弁護士
岩上 洋一	（一社）全国地域で暮らそうネットワーク 代表理事
上田 容子	（公社）日本精神神経科診療所協会事務局長 常任理事
江澤 和彦	（公社）日本医師会 常任理事
岡田 久美子	（公社）全国精神保健福祉会連合会理事長
岡部 正文	日本相談支援専門員協会理事
○ 柄澤 尚江	北広島市保健福祉部 理事
神庭 重信	九州大学 名誉教授
北村 立	（公社）全国自治体病院協議会 常務理事
吉川 隆博	（一社）日本精神科看護協会 会長
桐原 尚之	全国「精神科」者集団運営委員
柑本 美和	東海大学法学部法律学科 教授
小阪 和誠	（一社）日本メンタルヘルスピアサポート専門員研修機構 代表理事
○ 小嶋 修一	TBSテレビ報道局 特別解説委員
田辺 国昭	東京大学大学院法学政治学研究科 教授
田村 綾子	（公社）日本精神保健福祉士協会代表 理事
辻本 哲士	滋賀県立精神保健福祉センター 所長
長瀬 幸弘	（公社）日本精神科病院協会 理事
中野 夕香里	（公社）日本看護協会 常任理事
長谷川 花	静岡赤十字病院精神神経科 部長
花村 温子	（公社）日本公認心理師協会 理事・保健医療分野委員長
藤井 千代	NCNP 精神保健研究所地域精神保健・法制度研究部長
水野 紀子	東北大学名誉教授 兼 白鷗大学教授
森 敏幸	精神保健福祉事業団体連合会 共同代表
山口 文佳	鹿児島県始良保健所長 兼 鹿児島県大人口保健所長

◎座長、○座長代理（五十音順、敬称略）

精神疾患を有する入院患者数の推移（年齢階級別内訳）



平成23年は宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である。

出典：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

シンポジウム抄録と発表資料②

「精神障害者の退院後支援～地域で支えるために～」

兵庫県豊岡保健所長 柳 尚夫

全国保健所長会は、地域保健総合推進事業で精神障害者支援における保健所の役割について、研究班で検討を重ねている。今年度テーマの一つを「退院支援」とした。日本における精神障害者の退院支援については、2004年に国が「入院医療中心から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉改革ビジョンを出し、7万人の社会的入院の解消を10年で達成するという明確な目標を出したが20年たっても達成はできず、2016年から「精神障害にも対応した地域包括ケア推進事業」で地域移行による退院支援を打ち出したが、2018年には「地域移行推進を目標から外せ」という政治圧力で国の政策としての退院支援は頓挫した状況である。

一方、総合支援法に基づく障害者福祉サービスの利用である共同生活援助や就労継続、そして計画相談という地域生活支援のサービス提供は、この10年で5倍から10倍に伸びている。しかし精神障害者の退院支援のためのサービスである地域移行支援については、その伸びは非常に低調で、コロナ感染症流行によって、利用はさらに落ちている。また、地域移行支援の申請実績の都道府県別実績には差があり、県単位での月ごとのサービス申請実績が100件を超える自治体もある一方、申請実績が0とサービス利用実績が無い自治体もある。

このように、退院支援の実績が伸び悩んでいる中でも、兵庫県の但馬圏域では、2014年からピアサポーターを活用した地域移行に病院・相談支援事業所及び市町の協力を得ながら、圏域内の2保健所が共同で取り組み地域移行を活用した退院支援で成果を得ている。その結果、2014年から2023年の10年間で、精神科病床の全入院患者は529人から353人、1年以上入院患者は377人から226人へと2/3に減っている。これらの実績を元に、当研究班は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築事業における保健所マニュアル」を2018年に出しており、全国保健所長会HPに今も掲載されている。国の施策が後退しても、保健所本来の役割である精神障害者の人権擁護と地域生活支援の視点から病院を含む関係機関と連携して退院支援に取り組む様に、全国の保健所に働きかけていく必要があり、今後の全国の保健所の取り組みを支援していくつもりである。

シンポジウム30 精神障害者の退院後支援 ～地域で支えるために～

2024. 10. 30

第83回日本公衆衛生学会 札幌

令和6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」班

兵庫県豊岡保健所

柳 尚夫

1

COI開示

- 発表に関し、開示すべきCOI関連にある企業などはありません



令和6年度全国 全国保健所長会 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班
研究目的：措置制度を通して、保健所による精神障害者への入院対応から退院後支援まで実態確認と課題整理を行う

◎ 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	向山 晴子	東京都世田谷区世田谷保健所 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	川原 明子	福岡県 がん感染症疾病対策課
協力事業者	越智 裕昭	山口県周南健康福祉センター 所長
協力事業者	香西 勝平	香川県中讃保健福祉事務所 保健対策第一課
協力事業者	岡田 克俊	愛媛県今治保健所
協力事業者	南谷さやか	鹿児島県始良保健所 地域保健福祉課 保健師
協力事業者	榊 えみり	鹿児島県大口保健所 保健師
☆ 助言者	小林 秀幸	厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課長
☆ 助言者	門屋 充郎	NPO法人十勝障がい者相談支援センター理事長

3

自己紹介

- 1957年 大阪生まれ
- 1981年 愛媛大学医学部卒業
- 同年 大阪府入職、大阪府立病院初期研修(今の臨床研修)
- 1983年 大阪府立中宮病院(現大阪精神医療センター)
- 1985年 その後、大阪府下保健所勤務(保健予防課長)
- 1988年 精神保健指定医資格の取得
- 2000年 大阪府池田保健所長(大阪池田小学校事件・箕面ヶ丘病院事件)
- 2002年～ 大阪府茨木保健所、四條畷保健所長
- 2009年 兵庫県洲本保健所長(淡路島)
- 同年 北海道・米国でピアサポートと出会う
- 2014年 兵庫県豊岡保健所長(但馬)
- 2016年 精神障害にも対応した地域包括支援推進事業に3年ほど関与

4

相模原市の障害者支援施設における事件を踏まえた 施策（厚生労働省）

<経過>

平成28年7月26日に相模原市の障害者支援施設（神奈川県立津久井やまゆり園）において、施設の元職員である男が侵入し、多数の入所者等を刃物で刺し、19人が死亡、26人が負傷した事件

<ガイドライン>（厚生労働科学研究班 平成30年3月）

- ①措置入院の運用に関するガイドライン
- ②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

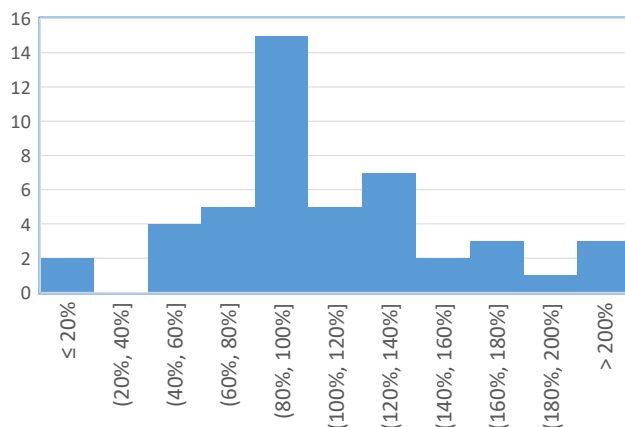
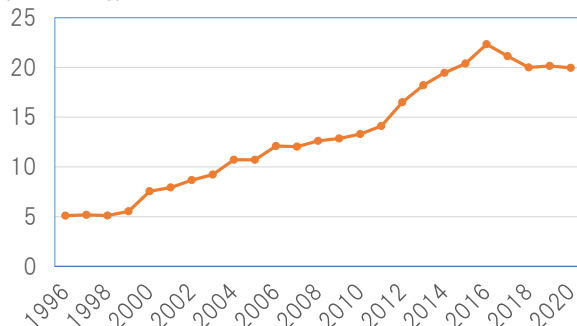
全国の通報件数は増加傾向だったが2016年で頭打ちから横ばい。

- 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

2016年度に対する2020年度の通報数の割合（都道府県別）

（人口10万対）

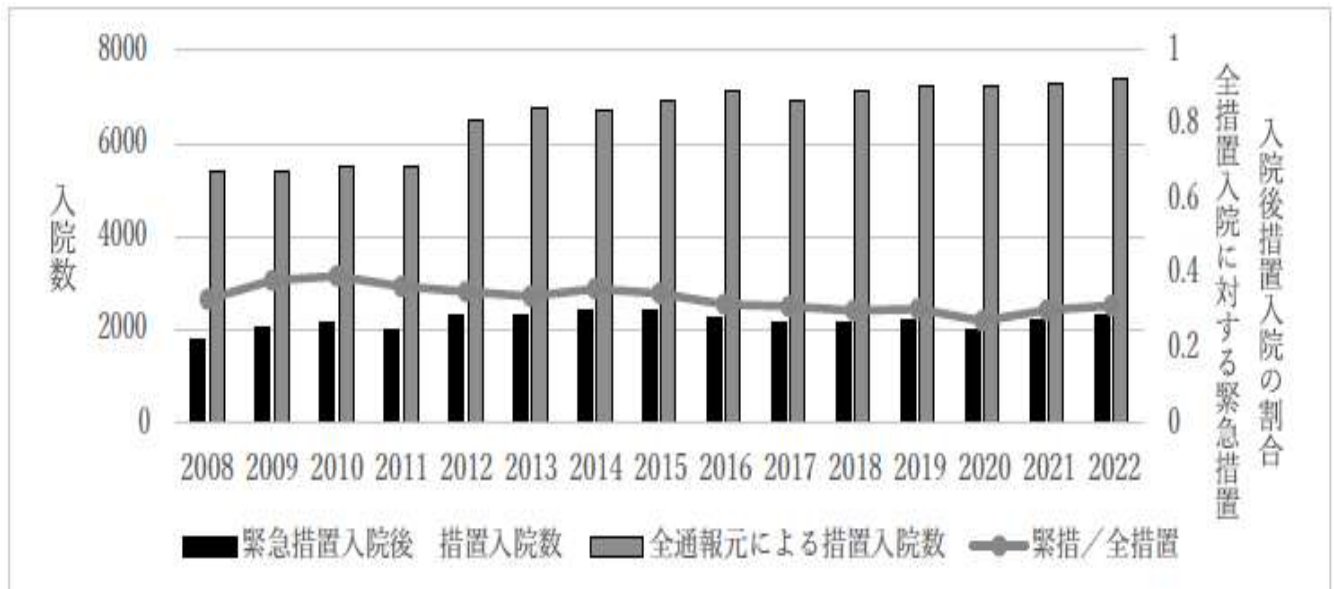


■衛生行政報告例：表1：精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況

■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

緊急措置入院後措置入院と全措置入院の15年間推移 措置入院数は、増え続けている

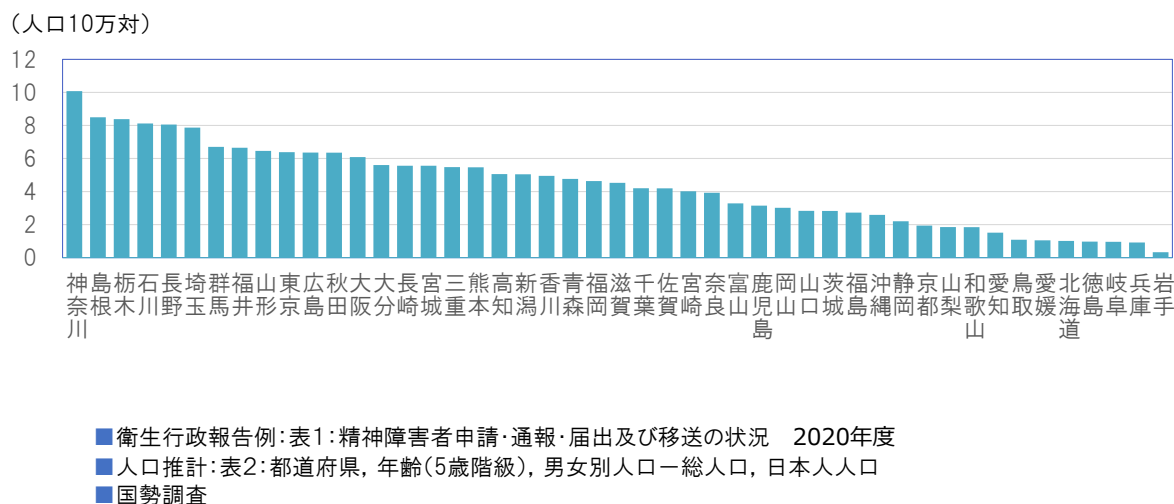


医療観察法の入院患者数の推移



23条通報による措置率には、都道府県で差がある。

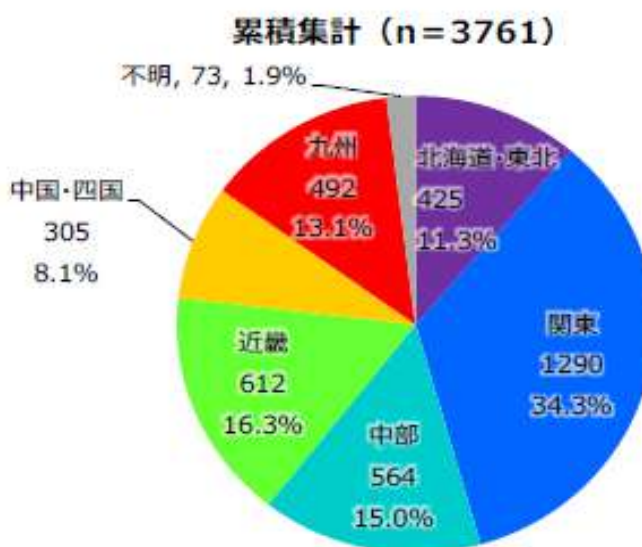
■23条による措置率は、最も多い県と、少ない県で10倍以上の差があり。
※23条による措置率＝23条通報による措置数÷人口×10万　2020年



9

医療観察法の地域差 医療観察法統計資料2020版

入院処遇対象者全体の
事件値の構成を対象者が
入院した年で層別して集
計した。累積も集計した。
累積では、**事件値比率は、
地域別人口比率と近い数
値であった。**



10

令和5年度の研究班まとめ

「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おり、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。

1. 国及び地方公共団体が配慮すべき事項等の明確化

精神障害者に対する
医療の役割を
明確化する必要

国及び地方公共団体の義務として、精神障害者に対する医療は病状の改善など精神的健康の保持増進を目的とすることを認識するとともに、精神障害者の人権を尊重し、地域移行の促進に十分配慮すべきことを明記する。

2. 措置入院者等に対する退院後の医療等の支援を継続的に行う仕組みの整備



都道府県・政令市

- 都道府県等は、措置入院者が退院後に社会復帰の促進等のために必要な医療その他の援助を適切かつ円滑に受けられるよう、原則として**措置入院中に(※1)、精神障害者支援地域協議会(個別ケース検討会議)(※2)**において関係者と協議の上、**退院後支援計画**を作成

※1 措置入院の期間が短い場合等は、措置解除後速やかに退院後支援計画を作成

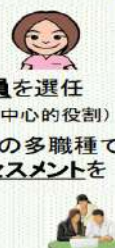
※2 帰住先の保健所設置自治体、入院先病院、通院先医療機関、本人・家族、その他支援NPO団体、福祉サービス事業者等から構成

- 都道府県知事等は、症状消退届を踏まえて、**措置解除**
- 都道府県等は、
 - ・患者本人に**退院後支援計画**を交付
 - ・協議した関係者に**計画の内容を通知**



措置入院先病院

- 病院管理者が**退院後生活環境相談員**を選任(病院における退院後支援の中心的役割)
- 病院管理者が、院内の多職種で**退院後支援ニーズアセスメント**を実施(省令改正)



参加・調整

症状消退届

- **症状消退届**に以下を記入(省令改正)
 - ①アセスメント結果
 - ②退院後支援計画に関する意見



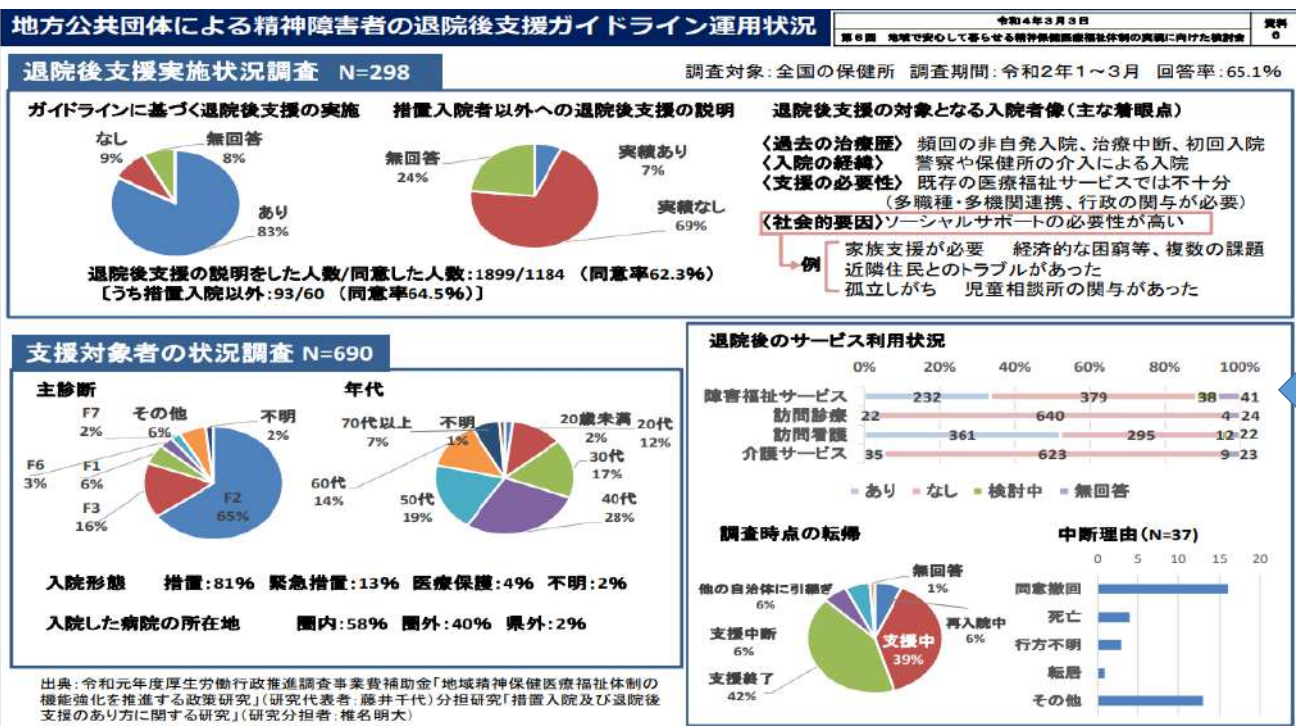
帰住先の保健所設置自治体(都道府県、保健所設置市、特別区)

帰住先の保健所設置自治体が退院後支援計画に沿って相談指導を実施し、支援全体を調整

※計画の期間中に患者が転出した場合、転出先に計画内容等を通知するとともに、その求めに応じ、相談支援に必要な情報を提供

14

2



措置入院患者の保健所の退院後支援

令和4年度本研究班保健所対象調査 (回答264保健所 52.5%)

1) 措置入院患者の退院があった保健所の対応

	2019年度	2020年度	2021年度
措置入院患者の退院のあった保健所数	192	200	206
退院時支援計画策定保健所	141 (78.4%)	165 (82.5%)	168 (81.6%)
地域移行支援サービス利用した保健所	26 (13.5%)	29 (14.5%)	33 (16.0%)

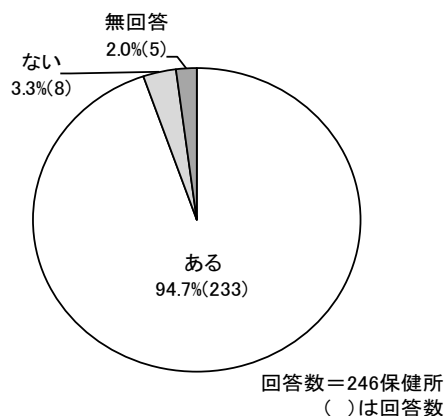
2) 措置入院者後退院者への支援状況

	2019年度	2020年度	2021年度
措置入院後退院者数	2266	2356	2481
退院支援計画策定数	653 (28.8%)	834 (35.4%)	765 (30.8%)
地域移行支援サービス利用者数	62 (2.7%)	73 (3.1%)	67 (2.7%)

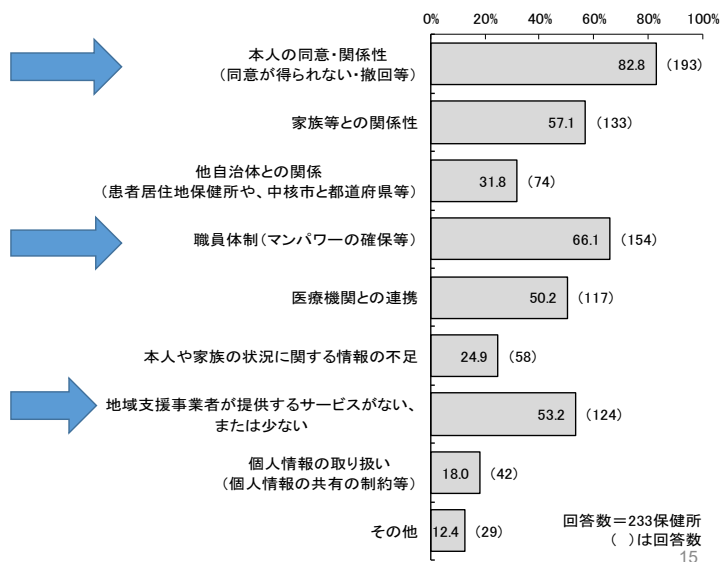
14

退院後支援の課題（令和4年度本研究班保健所調査）

課題があると感じるか



退院支援の具体的課題(複数回答)



精神保健福祉法の一部改正（令和6年4月施行部分）

- 医療保護入院期間 省令で定める期間
入院後**3月**、その後**3月**、以降**6月**間毎
- 入院期間の更新に当たっては、**退院支援委員会を開催**すること
退院による**地域**における生活への**移行**を促進するための措置について
審議が行われること
- 開催に当たって、患者(措置入院患者等)及び家族から求めがあれば
地域援助事業者(障害福祉サービス事業者を含む)を紹介しなければならない(努力義務→**義務**)
- 措置入院の必要性に関して精神医療審査会で審査する

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律案に対する附帯決議（第183回国会 衆議院）

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

八 精神科病院の管理者に対し、医療保護入院について、可能な限り、患者の人権に十分配慮した入院、入院後の治療行為の患者本人への説明に加えて、**速やかな退院の促進に努めることを指導徹底**するとともに、医療保護入院等の患者の退院後における**地域生活への移行を促進**するため、**相談対応や必要な情報の提供、アウトリーチ支援など、その受け皿や体制整備の充実を図ること。**

九 **認知症の人**については、あくまでも住み慣れた地域で暮らし続けることを基本に置き、**精神科病院への「社会的入院」の解消**を目指すとともに、地域の支援・介護体制の強化に取り組むため、「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」の推進など医療福祉全般にわたる総合的な対策を講ずること。

17

障害福祉サービス等報酬改定検討チーム	
第28回（R5.5.22）	参考資料 1

障害福祉サービス等について

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

こども家庭庁 支援局 障害児支援課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

地域移行支援

○対象者

- 以下の者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者
 - 障害者支援施設、療養介護を行う病院、救護施設・更生施設、矯正施設又は更生保護施設に入所している障害者等
 - ※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象。
 - 精神科病院(精神科病院以外で精神科病室が設けられている病院を含む)に入院している精神障害者

○サービス内容

- 住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談
- 地域移行にあたっての障害福祉サービスの体験的な利用支援
- 地域移行にあたっての体験的な宿泊支援

○主な人員配置

- 従業者
 - ・1人以上は相談支援専門員であること。
- 管理者

○報酬単価(令和3月～)

■基本報酬

地域移行支援サービス費(Ⅰ)	3,504単位/月
地域移行支援サービス費(Ⅱ)	3,062単位/月
地域移行支援サービス費(Ⅲ)	2,349単位/月

(Ⅰ)の算定要件

- ①社会福祉士又は精神保健福祉士、精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者である相談支援専門員を1人以上配置していること。
- ②前年度に地域移行した利用者が3人以上であること。
- ③障害者支援施設又は精神科病院等と緊密な連携が確保されていること。

(Ⅱ)の算定要件

- ①上記①及び③を満たしていること。
- ②前年度に地域移行した利用者が1人以上であること。

■主な加算

集中支援加算 利用者との対面による支援を月6日以上行った場合 500単位	障害福祉サービスの体験利用加算 障害福祉サービスの体験的な利用支援を行った場合 開始日～5日目 500単位 6日目～15日目 250単位	宿泊体験加算 一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援を行った場合 300単位/日 夜間の見守り等の支援を行った場合 700単位/日	退院・退所月加算 退院・退所する月に加算 2,700単位 精神科病院において、1年未満で退院する場合 +500単位/月
居住支援連携体制加算 居住支援法人や居住支援協議会との連携体制を構築し、月に1回以上、情報連携を図る場を設けて情報共有した場合 35単位/月	地域居住支援体制強化推進加算 ※月1回を限度 居住支援法人と共同して、住居の確保及び居住支援に係る課題を協議会等に報告した場合 500単位/回		ピアサポート体制加算 研修を修了したピアサポーター等を配置した場合 100単位/月

○事業所数 318(国保連令和4年12月実績)

○利用者数 587(国保連令和4年12月実績)

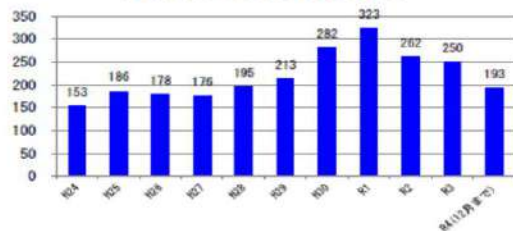
177

地域移行支援の現状

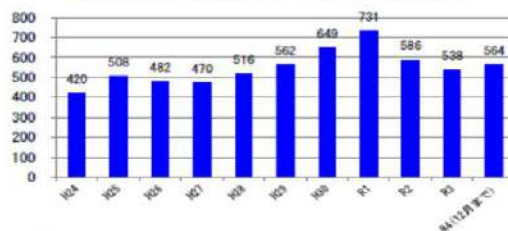
【地域移行支援の現状】

- 令和3年度の費用額は約2.5億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の0.01%を占めている。

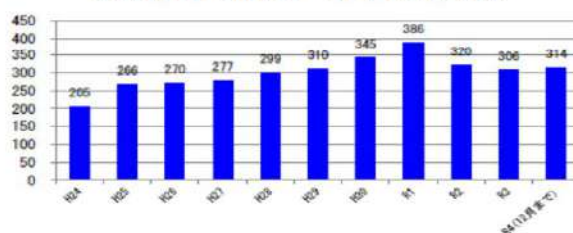
費用額の推移(百万円)



利用者数の推移(一月平均(人))



事業所数の推移(一月平均(か所))



※出典: 国保連データ

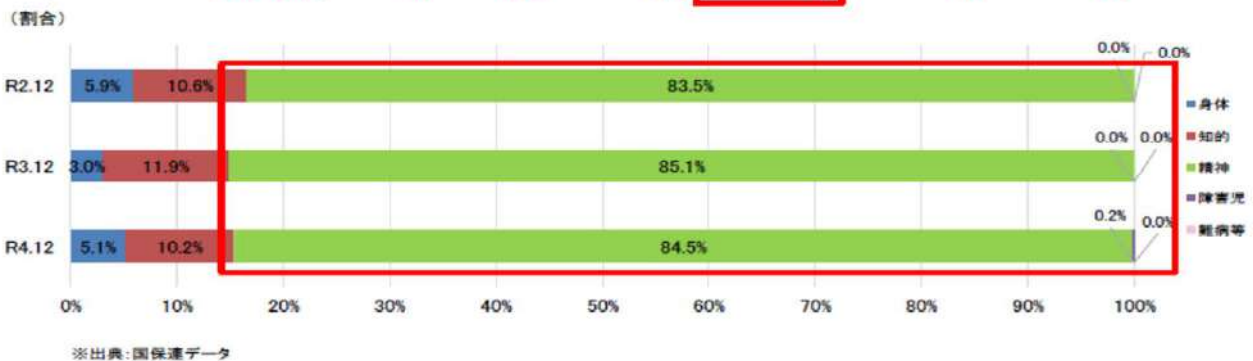
178

【地域移行支援の利用者の状況等】

○ 精神障害者の利用割合が8割以上を占めているが、利用者数は減少傾向にある。

○障害支援区分別の利用者の推移

	総数	身体	知的	精神	障害児	難病等
R2.12	630人	37人	67人	526人	0人	0人
R3.12	606人	18人	72人	516人	0人	0人
R4.12	587人	30人	60人	496人	1人	0人
2年間の増減 (R2→R4)	▲ 43 -7%	▲ 7 -19%	▲ 7 -10%	▲ 30 -6%	1 0%	0 0%



180

地域移行支援

具体的支援内容（面接と同行支援・2回以上/月）

①住居支援（住まい探し）

アパート、GH、養護老人ホーム、施設等

②経済的支援の調整 障害年金等の手続き

③退院後の生活支援準備

自立生活援助、地域定着、ホームヘルパー等

④活動の場の準備（退院後に通う場の見学）

生活訓練、就労継続、地域活動支援センター

⑤退院までの意欲の維持支援（週1回の面接）

⑥病院との連絡調整

22

地域定着支援

○対象者

- 以下の者のうち、地域生活を継続していくための常時の連絡体制の確保による緊急時等の支援体制が必要と見込まれる者。
 - 居宅において単身で生活する障害者
 - 居宅において同居している家族等が障害、疾病等のため、緊急時等の支援が見込まれない状況にある障害者
 - ※ 施設・病院からの退所・退院、家族との同居から一人暮らしに移行した者、地域生活が不安定な者も含む。
 - ※ グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者については対象外。

○サービス内容

- 常時の連絡体制を確保し、適宜居宅への訪問等を行い利用者の状況を把握
- 障害の特性に起因して生じた緊急の事態における相談等の支援
- 関係機関との連絡調整や一時的な滞在による支援

○主な人員配置

- 従業者
 - ・1人以上は相談支援専門員であること。
- 管理者

○報酬単価（令和3年4月～）

■基本報酬

地域定着支援サービス費	体制確保費	306単位／月（毎月算定）
	緊急時支援費（Ⅰ）	712単位／日（緊急時に居宅訪問又は滞在型の支援を行った場合に算定）
	※地域生活支援拠点等の場合	＋50単位／日
	緊急時支援費（Ⅱ）	95単位／日（緊急時に電話による相談援助を行った場合に算定）

■主な加算

日常生活支援情報提供加算 あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を、精神科病院等に対して情報提供を行った場合	100単位／回	ピアサポート体制加算 研修を修了したピアサポーター等を配置した場合	100単位／月
居住支援連携体制加算 居住支援法人や居住支援協議会との連携体制を構築し、月に1回以上、情報連携を図る場を設けて情報共有した場合	35単位／月	地域居住支援体制強化推進加算 ※月1回を限度 居住支援法人と共同して、住居の確保及び居住支援に係る課題を協議会等に報告した場合	500単位／回

○事業所数 553（国保連令和4年12月実績）

○利用者数 4,043（国保連令和4年12月実績）

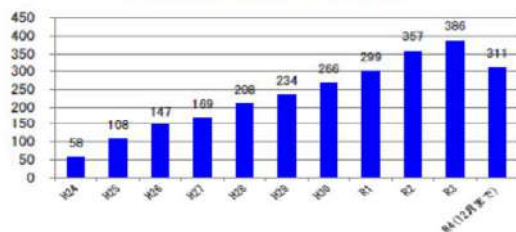
183

地域定着支援の現状

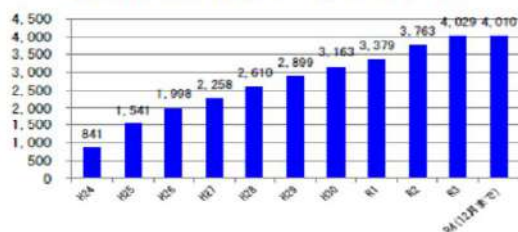
【地域定着支援の現状】

- 令和3年度の費用額は約3.9億円であり、障害福祉サービス等全体の総費用額の0.01%を占めている。
- 費用額、利用者数及び事業所数については、増加傾向にある。

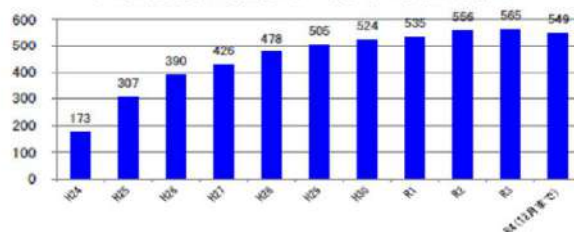
費用額の推移（百万円）



利用者数の推移（一月平均（人））



事業所数の推移（一月平均（か所））



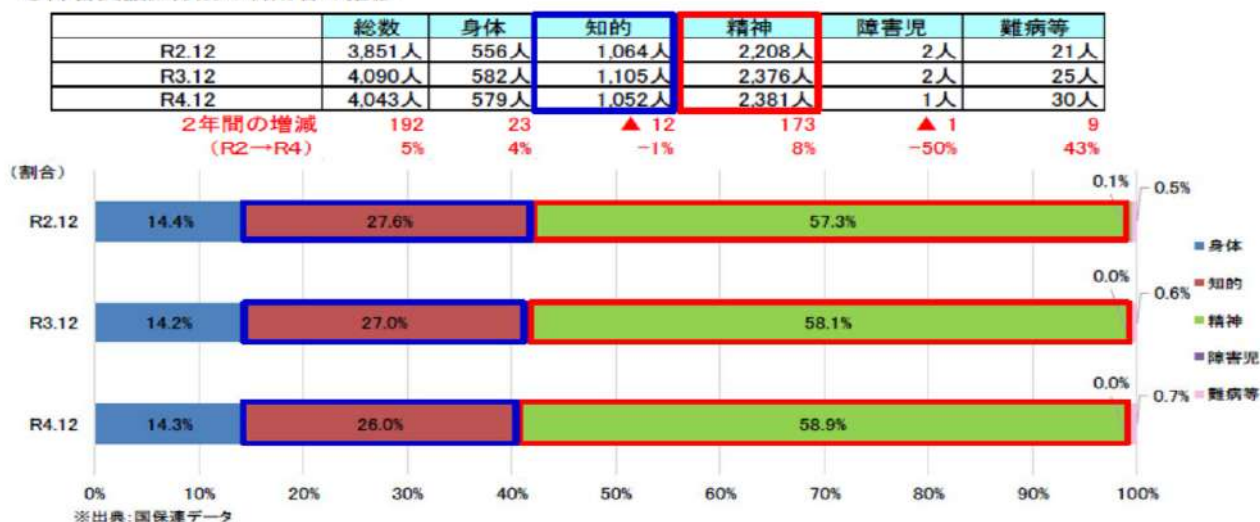
※出典：国保連データ

184

【地域定着支援の利用者の状況等】

- 精神障害者の利用割合が約6割を占めている。
- 知的障害者の利用割合が2割以上を占めている。

○障害支援区分別の利用者の推移



186

地域定着支援

1. 制度内容

地域で生活する精神障害者が、**24時間365日電話などで相談**できたり**困った時に支援に駆けつけてくれるサービス**。月に1回程度訪問して状況把握

2. 対象

地域で一人暮らしか、家族同居でも高齢等の理由で支援できない居宅の精神障害者。GH等の施設入所者を除く → **同居している家族に疾病、障害等のない場合でも、地域移行支援を利用して退院・退所した者、精神科病院の入退院を繰り返している者等、サービスを利用できる対象者を明確化**

3. 自己負担 **なし**

報酬基本3150円/月、緊急時訪問7340円/日 電話950円/回

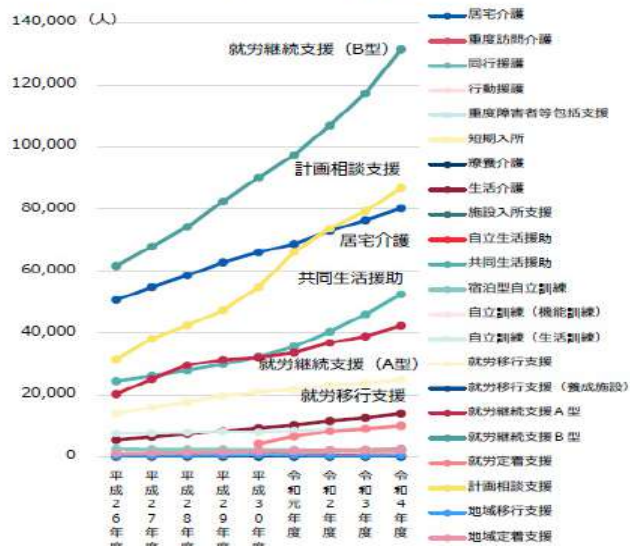
ピアサポート加算 1000円/月

4. 期間 支援決定期間1年間(**更新**できる)

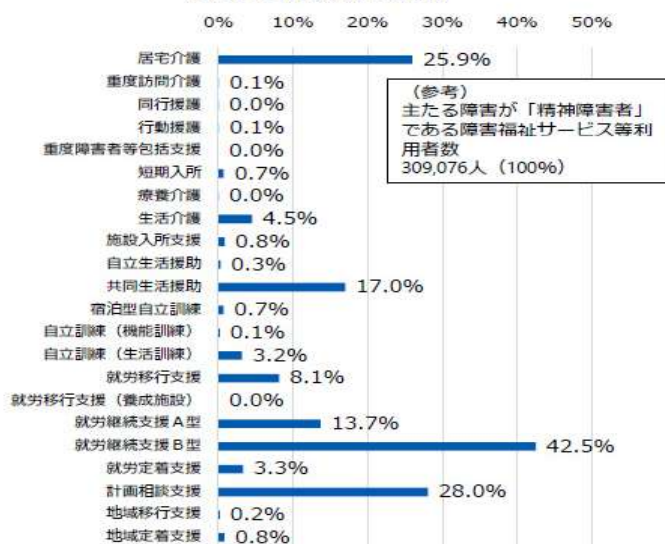
26

精神障害者における障害福祉サービス等の利用状況

各障害福祉サービス等を利用する精神障害者数の推移
(各年度3月の利用者数)



障害福祉サービス等を利用する精神障害者における
各障害福祉サービス等の利用割合
(令和5年3月の利用者数より)



資料：国保連データ（令和5年3月サービス提供分の利用者数まで）を基に障害保健福祉部精神・障害保健課で作成

33

令和6年3月 障害福祉サービス、障害児給付費等の利用状況について（厚労省） 利用者が一桁の府県は 28 / 47都道府県 60%

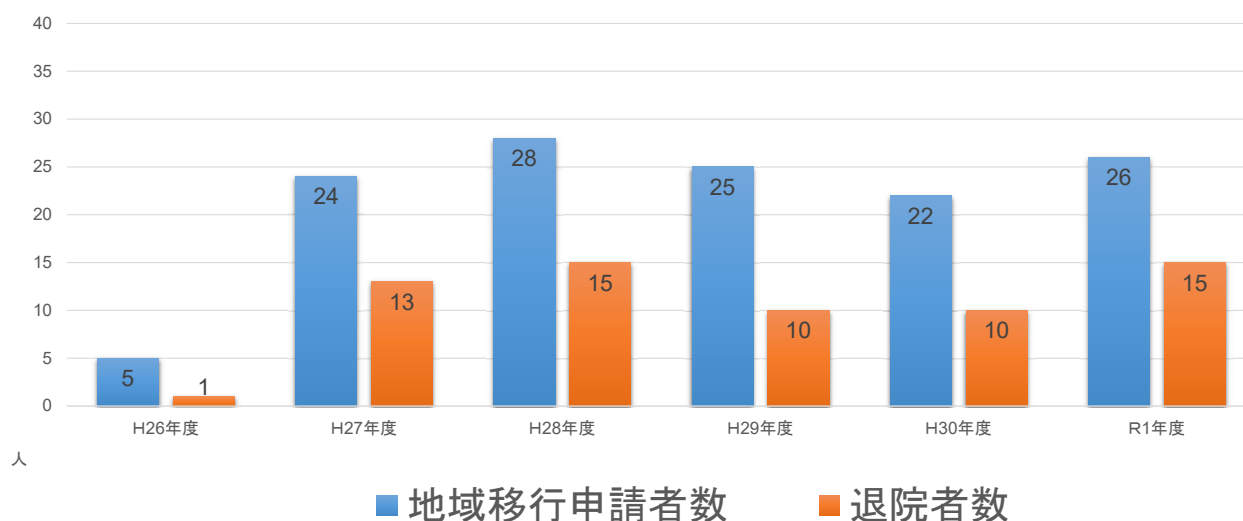
	計画相談支援	地域移行支援	地域定着支援
北海道	13,272	23	199
青森県	3,119	14	46
岩手県	2,676	0	19
宮城県	4,162	8	29
秋田県	2,588	0	76
山形県	2,558	3	15
福島県	3,657	4	30
茨城県	6,318	1	29
栃木県	4,218	0	11
群馬県	3,225	2	33
埼玉県	10,002	22	121
千葉県	11,197	44	179
東京都	18,794	113	346
神奈川県	11,765	17	52
新潟県	5,157	13	90
富山県	2,256	4	64
石川県	2,937	14	60
福井県	2,174	1	10
山梨県	1,829	17	39
長野県	5,254	17	191
岐阜県	4,137	1	5
静岡県	7,576	16	121
愛知県	13,578	91	146
三重県	3,648	10	4

滋賀県	3,145	5	5
京都府	4,501	8	150
大阪府	25,590	22	1323
兵庫県	10,551	51	130
奈良県	2,589	4	3
和歌山県	2,481	7	67
鳥取県	1,774	5	1
島根県	2,995	7	152
岡山県	4,035	21	258
広島県	6,175	1	56
山口県	2,904	2	14
徳島県	1,939	2	4
香川県	1,859	1	0
愛媛県	3,653	15	49
高知県	1,540	8	5
福岡県	14,349	29	77
佐賀県	2,036	2	7
長崎県	3,516	4	28
熊本県	4,675	4	10
大分県	3,127	6	71
宮崎県	3,269	5	81
鹿児島県	4,726	21	9
沖縄県	4,772	5	0
合計	262,298	670	4,415

但馬圏域での措置（医療保護含む）入院患者退院支援

1. 退院支援計画で、地域移行・定着支援の利用を患者に勧める
2. 措置入院前の状況によっては、家族から支援が受けにくくなっていたり、近所への配慮で、元の住居に退院が困難な事例もある
3. 退院直後からの不安に、24時間365日対応できる窓口が必要だが、保健所では24時間対応が困難（混乱による再入院防止）
4. 退院後の生活のイメージを持つために、GHや通所の間などの体験が必要（同行支援）
5. 保健所では、月に1回程度の面接支援が精一杯
6. 退院に向けてと退院後のサービスが具体的に提示できるので、患者は、支援計画を受け入れてくれる

地域移行の実績（地域移行申請者と退院者）



但馬圏域の入院期間別在院患者数（630調査）

年 度	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R 4
入院患者数	529	499	447	451	423	444	430	400	383
1年以上入院 患者数(割合)	377 (71.3)	354 (70.9)	337 (75.4)	315 (69.8)	293 (69.2)	286 (64.4)	307 (71.3)	273 (68.3)	248 (64.8)
兵庫県1年以上 入院患者の割合	63.7%	62.8%	62.8%	59.9%	58.7%	57.6%	—		

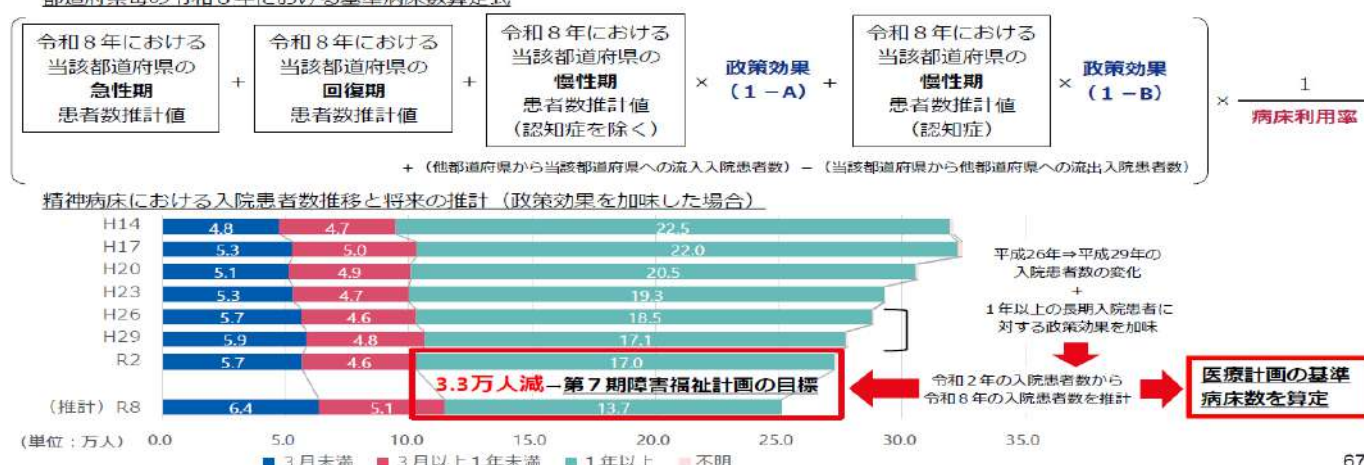
精神障害者の退院支援における課題

1. 措置入院の退院支援は、ガイドラインが作られ、多くの保健所が関わっているが、対象の**3割**程度しか支援計画が作られていないし、地域移行支援のサービス利用は**3%**程度である
2. 全国の保健所の**95%**が退院支援に**課題がある**と感じており、その内容は、①**本人の同意が得られない**、②**人員の不足**、③**地域移行支援事業者の実績が無い**（許可事業所の10%しか実績が無い）
3. 地域移行支援の利用は、ほとんど伸びでならず、全国の保健所の15%程度しか利用経験が無い

第8次医療計画における基準病床数と第7期障害福祉計画における成果目標

- 第8次医療計画において、精神病床に係る基準病床数の算定式については、将来の精神病床における推計入院患者数をもとに基準病床数を設定することとされている。
- 近年の精神病床における入院患者数の変化から、将来の入院患者数を推計すると、入院患者数は減少傾向となる。
- 加えて、入院期間が1年以上の長期入院患者数については、今後の新たな取り組み（政策効果）による減少も加味して、将来の入院患者数を推計している。
- 第7期障害福祉計画における、1年以上の長期入院患者数に係る成果目標も、この推計患者数をもとに設定されている。

都道府県毎の令和8年における基準病床数算定式



67

令和6年4月施行の改正精神保健福祉法に対応するために保健所の役割

1. 今後、退院支援委員会において、病院から地域移行支援を実際に行う事業所の情報を求められれば、県や保健所は提供する
2. 措置・医療保護入院者の退院支援委員会が、地域移行につながらず、漫然と入院期間が延長される事が無いように、病院と福祉支援事業所に働きかけ、早期退院を目指す。
3. 入院患者や家族に、退院支援のための福祉サービスや外部援助事業者の存在を周知する（退院意欲喚起）
4. 第7期障害福祉計画の目標1年以上入院患者を13.7万人（令和2年の17万人から3.3万人減）まで長期入院患者の減に取り組む

（参考）障害者の権利に関する条約について

○障害者の権利に関する条約（略称：障害者権利条約）

（Convention on the Rights of Persons with Disabilities）

障害者権利条約は、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的として、障害者の権利の実現のための措置等について定める条約。

第十四条 身体的自由及び安全

1 締約国は、障害者に対し、他の者との平等を基礎として、次のことを確保する。

(a) 身体的自由及び安全についての権利を享有すること。

(b) 不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと。

2 締約国は、障害者がいずれの手続を通じて自由を奪われた場合であっても、当該障害者が、他の者との平等を基礎として国際人権法による保障を受ける権利を有すること並びにこの条約の目的及び原則に従って取り扱われること（合理的配慮の提供によるものを含む。）を確保する。

第十五条 拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由

1 いかなる者も、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けない。特に、いかなる者も、その自由な同意なしに医学的又は科学的実験を受けない。

2 締約国は、障害者が、他の者との平等を基礎として、拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けることがないようするため、全ての効果的な立法上、行政上、司法上その他の措置をとる。

○日本の第1回政府報告に関する総括所見（令和4年10月、仮訳より抜粋）

32. 委員会は、本条約第14条に関する指針（2015年）及び障害者の権利に関する特別報告者によって発出された勧告（A/HRC/40/54/Add.1）を想起し、締約国に対して、以下のことを求める。

(a) 障害者の非自発的入院は、自由の剥奪となる、機能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、主観的又は客観的な障害又は危険性に基づく障害者の非自発的入院による自由の剥奪を認める全ての法規定を廃止すること。

(b) 主観的又は客観的な障害に基づく非合意の精神科治療を認める全ての法規定を廃止し、障害者が強制的な治療を強いられず、他の者との平等を基礎とした同一の範囲、質及び水準の保健を利用する機会を有することを確保する監視の仕組みを設置すること。

シンポジウム抄録と発表資料③

PSW の「精神障害者の退院後支援～地域で支えるために～」

NPO 十勝障がい者支援センター理事長 門屋充郎

私は十勝保健医療福祉圏域で 1969 年以来 6 精神科病院があり当時すでに十勝 PSW 研究会があり、1970 年に十勝精神科医会が作られ、情報交換と研修会が繰り返された。精神科医と PSW は「社会精神医学」(医学書院)の抄読会を行い、クラーク勧告によって近未来に脱施設化政策が起こるとの希望的観測は地域全体にあった。病院間連携、5 保健所では事例検討会、連絡会が開かれ、保健所での診察や相談、再発再入院によって失職し、離婚などの生活困難を何とか食い止めようと PSW は保健婦と連携して訪問支援を始めていた。この地域精神衛生活動は精神医療から遠い地域の 2 つの町立病院に精神科サテライトクリニックを作り、精神科医と PSW の派遣体制も作られた。入院と退院は医師業務であり、当地の精神科医達は短期入院が当たり前、PSW が退院後地域支援すること、精神科リハにも熱心であった。重大なことを簡単に表せば、我が国の精神科医療は『医療』の他に『保護』(生活福祉)と『保安』(社会防衛)が社会的役割であり、『医療』役割に専心する医師もいれば、3 つの役割を果たす医師もいて、結果、強制・長期・社会的入院が課題となってきた。

PSW の役割は生活福祉で、退院後の住まいを探し、病状が不安定で、生活技術も未熟な人たちために 1982 年大江病院が 16 人の暮らせる共同住居を新築、私が運営を始めた。5 つの病院から退院して生活を始め、誰が運営していても誰もが利用できるオープンシステムが当地の支援である。住居資源は多数つくられ、その結果、空床は増え、6 病院 1012 床が 2019 年には 4 病院 376 床となり、19 市町村 33 万人住民の入院者は 215 人と少ない。病床がある限り経済原則はある程度の入院者確保は必要となり、地域移行の困難はこの壁によっている。

私は生活支援が専門『住居』『日課』『余暇』資源の確保を地域で本格化するために、地域拠点として 1991 年「帯広ケア・センター」を開設。生活支援センター、就労・生活支援センターを開設、地域生活支援の方法ケアマネジメントを導入、ケアマネ機関として 2005 年総合相談支援センターを開設、現在は指定特定・指定一般・基幹相談支援を行っている。

振り返るに、国の諸施策は地域生活支援の多様な施策を開発してきている。しかし、脱施設化政策はおこらず、このままでは精神科医療は混乱するのではないかと心配している。

北海道

十勝保健福祉圏域における地域精神保健医療福祉活動 精神障害者の退院支援 ～地域で支えるために～

精神医学ソーシャルワーカー・精神保健福祉士
門屋 充郎

・公益社団法人 日本精神保健福祉士協会 相談役 ・NPO法人 日本相談支援専門員協会 名誉顧問
・NPO法人 全国精神障害者地域生活支援協議会 相談役 ・一般社団法人 コミュニティ・メンタルヘルス・アウトリーチ協会 相談役
一般社団法人 日本メンタルヘルスピアサポート研修機構 相談役

十勝保健福祉圏域

1市16町2村 人口329,926人

面積10,830km² (東京都・神奈川県・埼玉県より広い)

北海道 14振興局区分



日本の食糧基地

**北海道内「住みよさランキング」
4年連続 第1位**

- ・豊かな自然環境 ・グルメの充実
- ・生活の利便性 ・晴天率が高い
- ・農畜産業が盛ん 日本の食糧基地
(食料自給率1100%) 牛47万頭
ジャガイモ・小豆・ビート・トウモロコシ・小麦等
- ・移住者支援の制度
*十勝総人口は減少傾向だが、
20歳代男性の転入増加
(2019年以降、毎年100人以上)
起業家を育てる支援制度
新しい仕事の創作環境



広大な大平原 十勝・帯広の紹介



中島みゆき

松山千春

ばんば

豚井



吉田美和



清水宏泰



安住アナ



十勝川温泉



福島千里



高木姉妹

自己紹介

私は ソーシャルワーカー

精神医学ソーシャルワーカー(PSW)・精神保健福祉士・相談支援専門員

Social Worker (土台)

人と環境(状況)の相互関係から人々のウェルビーイング(善いあり方)を図る生活支援の専門職
個別支援だけでなく環境調整・改善、制度政策への関わり・社会変革を行うことが仕事
社会モデルによって問題解決を図ることを生業とする

精神医学ソーシャルワーカー(PSW) (約30年間)

3カ所の精神科病院で約22年間PSWとして働く 1991年 生活支援の為に帯広ケア・センターを創り、
『生き場』『行き場』『活き場』の生活資源の開発、地域精神保健体制の整備を行った。
1999年 世界心理社会的リハビリテーション学会から実践のベストプラクティス世界88ヶ所に選ばれた。
1973年 日本精神医学ソーシャルワーカー協会入会。1988年から国家資格制度委員長
1993年から国の資格制度研究班員 1995年から精神障害者ケアガイドライン検討会委員

精神保健福祉士(1997年) 名称独占国家資格 (1999～現在 約25年間)

1999年 PSW協会名称変更 日本精神保健福祉士協会初代会長(4年間)
地域生活支援を展開 ケアマネの養成等 国の制度政策に参加 改革ビジョンなど

相談支援専門員(2006年 障害者総合支援法) 業務独占任用資格

相談支援専門員養成(全国・北海道) 日本相談支援専門員協会初代代表(4年間)

2016年から 障害者ピアサポートの職業化に取り組む 2021年から体制加算

北海道障がい保健福祉圏域（21圏域）



地域生活支援センター 17圏域設置
(障害福祉施策を活用)
各市町村では保健行政から福祉行政へ)

- 【精神障がい者の地域移行推進等に関する取組み】
- ・精神障がい者地域生活支援事業
 - ・精神障がい者地域生活支援センター事業の実施
 - ・精神障がい者地域移行研修事業の実施

2004・2005年 北海道退院促進モデル事業(十勝・釧路)

精神障がい者地域生活支援センター事業

- ・精神障がい者地域生活支援センター 17ヶ所
各圏域別に地域の相談支援事業所に委託
- ・地域生活移行支援協議会の運営・開催
ピアサポーターの育成活用、
精神科病院への支援、
地域移行等の普及啓発

○ 地域移行等 地域生活支援の取り組み経過

基本施策:「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
入院医療中心から地域生活へ

- ・退院促進モデル事業(2004・2005年) 十勝・釧路圏域で実施
「精神障がい者地域生活支援事業」(2006年度～)

○ 地域包括ケアシステム

- ・各圏域に「地域生活移行支援協議会を設置
保健・医療・福祉関係者による協議の場で対応

十勝圏域精神保健医療福祉の実践経過

① 精神病院だけの時代
1953年～1969年

北海道立緑ヶ丘病院開設 北海道の東半分の診療エリア(稚内・網走・釧路・根室・十勝)
広域から保健婦との連携が大きな力となる活動 開拓保健婦 看護師をPSWに
この病院が当地のリーダー 開放病棟 保健婦の研修 病棟に宿泊研修など

② 精神病院と保健所の時代
1969年～1984年

1969年、6精神科病院診療体制 多くの精神科医達は早期治療、早期退院、再発予防に努力 3HPIにPSW採用 PSWの保健所訪問 保健婦との連携、保健所での対応診察、投薬、相談を行う。 2国保病院に精神科サテライトクリニック

③ 精神病院・保健所・リハ
1984年～1991年

1984年 北海道立音更リハビリテーションセンター開設(ホステル・デイケア)
病院の地域活動と保健所/市町村との連携にリハセンターが加わり資源づくり

④ 精神科・保健所・リハ・
生活支援 1991年～2006年

1991年「帯広ケア・センター」開設 リハセンターとの地域精神保健活動の強い連携による生活資源の開発と入院期間の短縮 地域精神保健体制の確立
1974年生活支援の3つの『生き場』『行き場』『活き場』づくり

⑤ 精神医療・障害福祉
2006年～現在

2006年保健所 5⇔1 自立支援法による保健所・市町村の資源が保健から福祉へ再編成 疾病・障害、市町村一元化、生活支援資源の多様化と利用拡大
障害を相互に理解することにより、精神の特殊性は排除された

⑥ 精神医療改革・保健行政再強化・障害福祉の時代へ
近未来

精神科病院医療中心から地域精神医療中心へ 官民協働の地域精神保健体制へ

①

精神病院だけの時代

1953年～1969年

- ・ **1953年 道立緑ヶ丘病院開設** 北海道が初めてつくった
北海道の東半分の診療エリアを担当(稚内・網走・釧路・根室・十勝)
 - ・ **精神科巡回診療** 町村保健婦と開拓保健婦などとの連携
 - ・ 全国でも珍しい開放病棟・作業療法・スポーツ等を積極的に
 - ・ 患者会を作っていた
 - ・ 緑ヶ丘病院では看護師・事務員にPSW業務を
(生活保護担当者を病院事務員に異動させ)
 - ・ 精神科医不足の為に 内科医に治療法を教えて精神科診療を拡大
- ・ 「早期発見・早期治療・後療法」を考えていて、
- ・ 市町村の保健婦の研修 (病棟に寝泊まりの宿泊研修もやっていた)
- ・ 精神科医不足を補うために内科医に精神医療教育を
- ・ **現在も緑ヶ丘病院は十勝圏域の精神医療・保健のリーダー**

②

精神病院と保健所の時代

1969年～1984年

1969年 精神医療機関からの地域精神衛生活動

1969年11月 大江病院開院 門屋は32歳の大江医師とともに病院づくり

1969年 「十勝PSW研究会」が創られた 毎週例会

1970年 「十勝精神科医会」が創られ毎月例会、病院機能役割分担 研修 病院間交流

1970年 「社会精神医学」抄読会 3医療機関のDr.4人と5人のPSW

クラーク勧告を学び、近未来の精神医療はイギリスのようになると信じ目標とした
精神科医からは、精神医療を内科のように、

1970年～ 地域精神衛生活動開始 精神病院から地域活動開始

私立病院では、再発再入院防止の為に、通院服薬勧奨 通院中断者への手紙作戦

PSWの自宅訪問、広域なのでPSWから保健所への協力依頼、保健所で面接、保健師の訪問

病院と保健所の連携 保健所で精神衛生連絡会議

PSWと保健婦・管轄町村の保健婦を巻き込んで ⇨ 嘱託医と共に強化

②

精神病院と保健所の時代

1969年～1984年

1970年代～ **病院と保健所の連携** 保健所と市町村との連携

保健所での相談・診察・治療・往診

精神保健相談 市町村⇄保健所⇄病院(PSW)

市町村⇄病院(PSW) 家族⇄病院(PSW)

病院PSW：一般下宿への退院、アパート退院などを展開
一般就労(院外作業)

1982年 大江病院は**16人の下宿「朋友荘」**を新築 **オープンシステム**

PSW研究会が十勝精神障害者社会復帰促進協会(朋友会)を創り運営

5精神病院から退院した人が住み始める PSWと病院が24時間支援を行う

・病院ごとの当事者活動

1968年「あおぞら会」(緑ヶ丘病院)

1977年「つくしの会」(大江病院)

1980年「やまばと会」(帯広協会病院)

③ 精神病院・保健所・リハ・センターの時代

1984年～1991年

1984年 **道立緑ヶ丘病院 新築移転** (帯広市から隣町 音更町へ)

北海道立緑ヶ丘病院附属 音更リハビリテーションセンター

精神科リハビリテーションセンター開設 (全国4カ所)

・ホステル：20名 デイケア：40名

精神科医による精神科リハビリテーションの理論と実際の展開に注目 地域全体で学び

それまでの精神病院と保健所の連携による地域精神衛生から

リハセンが加わるにより多様な社会資源開発ができるようになった

PSW・PHN(保健所・市町村)の連携による保健活動の充実

力となったのは施設・職種間連携が基盤 保健所・市町村との連携

「精神科医会」「PSW研究会」「作業療法士会」等々

④ 精神科・保健所・リハ・生活支援の時代

1991年～2006年

1991年 地域ケアの拠点「**帯広ケア・センター**」開設 〈生活支援拠点〉
(社会復帰施設 精神障害者授産施設 20名)

- ・生活支援センター 生活資源開発 住居 通所資源 訪問資源 ピア
- ・就労センター 作業提供(農業)と一般就労支援 援助付き就労

1993年 帯広市「精神保健施策推進にあたっての提言」(報告書)

1993年 北海道精神保健審議会の視察 知事への緊急提言

「精神障害者社会復帰促進システム」の提言 事業開始

1995年から 国の「精神障害者ケアガイドライン検討会委員」ケアマネの開発と普及

1996年から 国の地域生活支援事業の展開

「精神障害者地域生活支援センターの実践」中央法規(帯広・十勝における地域生活支援活動)

1999年～ ・「ケアマネジメント会議」(事例検討) ・生活支援会議

1997年 精神医学ソーシャルワーカーの国家資格『精神保健福祉士法』成立

⑤ 精神医療(病院・診療所)・障害福祉(生活支援)

2006年～現在

精神保健福祉法の『福祉』を障害福祉施策へ移行

2006年 **保健行政から障害福祉行政へ** 市町村

2006年 十勝の保健所再編 5カ所の保健所は1カ所に

保健所と市町村が行っていた精神保健事業は終了 ⇨ 一部は障害福祉事業へ

相談支援と自立支援協議会の体制整備と進展へ

国の相談支援専門員任用資格育成に関与

『日本相談支援専門員協会』初代代表

北海道の任用資格研修と自立支援協議会(初代会長)

北海道相談支援体制整備のための地域づくりコーディネーター配置

十勝19市町村へ体制整備のための支援開始 官民協働・協議会の充実

保健所・保健師と市町村の保健行政・保健師が精神保健業務から遠くなった

⑥ 精神医療改革・保健行政再強化・障害福祉の時代へ 近未来

【精神医療】 精神病院医療中心から地域精神医療体制へ

- ・精神科病院 ⇨精神科医 16床体制 看護体制を 2倍 強制入院制度の改正等々
- ・地域精神医療(保健)センター 30万人圏域
トリアージセンター 治療 外来・入院のトリアージ⇨クリニック・病院等へ
処遇 リハ・生活支援・福祉等へ
- ・アウトリーチセンター ACT 訪看 オープンダイアログ など

【精神保健行政】 市町村を基本として 住民の健康推進に精神保健を

- ・相談体制(2024年～) 予防プログラム 学校精神保健 労働精神保健
- ・児童から成人・高齢者精神保健の普及・教育

【障害福祉】 障害者総合支援法を障害者総合福祉法へ

- ・骨格提言の実現 ・障害者権利条約の完全実施

2006年までの多様な地域活動 十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その①

保健所の精神衛生(保健)活動

- 1969年 広尾・本別・池田・新得保健所へ訪問
毎月病院PSWが訪問開始 3HPのPSW
- 1970年～ 4保健所で精神衛生連絡会議
管轄町村の保健師も参加
- 1975年～ 嘱託医とともに会議

保健所の通所資源 5保健所時代

- 1977年 帯広保健所 アカシア学級
1987年 新得保健所 さくら学級 1990年御影分級
1988年 池田保健所 コスモス学級
1989年 広尾保健所 ラッコ学級
1989年 本別保健所 タンポポ学級

医療機関の依存症治療

- 1974年～ 大江病院 門屋による集団療法 断酒会設立へ
十勝療養所・緑ヶ丘病院・厚生病院で集団療法GT開始
現在は緑ヶ丘病院・大江病院が看護による勉強会・GTを継続中

依存症自助グループ

- 1976年3月 「十勝断酒会」設立 当事者7名 参加者100名を超す
「十勝東断酒会」「十勝南断酒会」「十勝西断酒会」「十勝北断酒会」
最盛期には7カ所で例会「十勝断酒連合会」も作られた
- 1980年代に 数年間メリノール アルコール センター 十勝MACの活動(全国7カ所)
1980年代から キリスト教会 カバツォーラ神父の支援によりAA・アラノン等
2011年9月 とかちダルク(2012年11月法人化 GH 自立訓練 B型)

2006年までの多様な地域活動 十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その②

医療機関のデイケア(当初はオープンシステムから)

1984年7月	音更リハビリテーションセンターのデイケア開設	定員40名
	当地では新しい試みであり、ここにしかなかったことから 主治医を変えることなくこの病院通院者も利用できる	
2001年2月	大江病院「クォーレ」	定員26名
2004年4月	国立病院機構帯広病院	定員30名
2014年4月	大江病院「クォーレ」は廃止し	「おおえメンタルクリニック」継承

市町村デイケア

音更リハセン・保健師などの支援

1998年5月	士幌町「ぬくもりデイケア」	月2回	保健師担当	総合福祉センター内
2001年9月	中札内「たのしくやろう会」	月1回	保健師担当	老人保健福祉センター
2002年9月	足寄町「たまり場」	月1回	保健師担当	働く者の憩いの家
2003年11月	更別村「心のデイケア サッチャルクラブ」		保健師担当	地域福祉活動センター
2005年	浦幌町「つどい」		保健師担当	保健福祉センター

門屋が帯広市でかかわった
青年会議所・異業種交流・中小企業家同友会等に所属
各種行政審議会などの委員 帯広市総合計画策定審議会 教育委員などなど

15

2006年までの多様な地域活動 十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その③

十勝方式と呼ばれた精神保健活動 オープンシステム

住居資源

・朋友荘(1982年)	定員16人	食事付
・悠夢ハイツ(1988年)	定員20人	食事付
・石田荘(1993年)	定員 8人	自炊+配食
・ハイツローヤル(1995年)	定員 5人	自炊
・フラワーレジデンス(1997年)	定員14人	自炊
・コーポ長浜(1999年)	定員10人	自炊
・スカイコーポこもれび(2000年)	定員 6人	食事付
・スカイコーポひだまり(2000年)	定員 6人	食事付
・スカイコーポピエント(2000年)	定員 6人	食事付
・第一飯高荘(2000年)	定員 4人	自炊+配食
・ひまわり荘(2003年)	定員11人	食事付
・高橋下宿(2006年)	定員 8人	食事付
・柴田下宿	定員 6人	食事付
・音更リハビリテーション ホステル(1984年)⇒援護寮		
・この他に 管理住居・支援住居等 2006年までに11住居 約100人分		
・1980年代から一般下宿・単身生保公住入居など		

16

2006年までの多様な地域活動 十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その④

病院ごとの当事者活動

1968年	「あおぞら会」	緑ヶ丘病院	退院者と職員の交流会
1977年	「つくしの会」	大江病院	退院者クラブとして発足 月1回定例 年1回温泉など
1980年	「やまばと会」	帯広協会病院	
1991年	「たけの子club」	帯広病院	

日中活動・作業所等の法外施設

1986年10月	「朋夢共同作業所」	帯広市	門屋PSWが開設 シイタケ栽培・内職
1988年4月	「とかち共同作業所」	緑ヶ丘病院家族会	退職職員が運営
1990年4月	「ともに共同作業所」	清水町	牧場清掃・芝刈り・農作業
1991年4月	「帯広ケア・センター」	帯広市	大江病院 門屋が開設転職 地域拠点化
1993年4月	「クッキーハウス ぶどうの木」	帯広市	門屋が開設 焼き菓子製造販売
1995年10月	「ゆうゆう舎」	広尾町	内職作業
1998年5月	「かりかち工房」	新得町	自主製品
2000年5月	「キッチンハウスあしたば」	帯広市	門屋が開設運営 軽食喫茶
2001年4月	「どんぐりの家共同作業所」	音更町	リサイクル品販売
2003年	「ふれあいホーム」	足寄町	清掃・廃品整理・畑作業
2004年	「なでしこの会」	上士幌町	炊事・園芸・買い物
2004年4月	「コロポックル帯広」	帯広市	高次脳障害の家族会 パソコン・軽作業
2004年6月	「ほっと・ぶらっと」	保健師退職者と当事者共同運営開始	喫茶・リサイクル

17

2006年までの多様な地域活動 十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その⑤

1973年 十勝精神衛生協会設立 事務局:帯広保健所(19市町村・精神科病院・個人)
現在の十勝精神保健福祉協会
こころの健康フェスティバル こころの病ボランティア講座
市町村などへの講師派遣 10年ごとの北海道精神保健大会主管等々

1973年～1987年 15年間『自閉症療育キャンプ』 PSWが企画委員会 年1回
帯広青年会議所 自衛隊が支援団体 300人～400人規模

地域の当事者会

1987年12月	「帯広たまりば会」	帯広市保健福祉センター
1990年5月	「レモンクラブ」	音更木野福祉会館
1991年11月	「エンジェル会」	帯広保健福祉センター
1994年4月	「クローバークラブ」	池田町 クローバー共同作業所
1996年1月	「さわやかサークル」	本別町 中央公民館
2002年	「にれの会」	新得保健所
2005年	「ポタージュスープの会」	帯広市 帯広保健所

1994年2月 NPO法人十勝ソーシャルクラブ連合会(2012年解散)

18

2006年までの多様な地域活動 十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その⑥

市民の支援も力となった
青年会議所の仲間たち
自閉症療育キャンプ支援・作業所・住居の建物利用支援
街づくり・商店街活性化などとの協働(経産省の補助金利用)

1985年から数年間
精神保健協会主催のボランティア講座(担当/PSW小栗・草田)
この講座は全道へ広がった

ボランティアが始めたこと サロン・たまり場 (帯広市の福祉センターなどの会場費免除)

1992年～	たんぼの会 上士幌町	1996年9月～	あいあいの会(帯広/大空)
1996年10月～	あいあいの会(柏台)	1996年10月～	あいあいの会(帯広/光南)
1998年3月～	あいあいの会(帯広/森の里)	2000年12月～	あいあいの会(あしたば)
2000年5月～	いい音の会(音更町)	2001年7月～	りすの会(音更町)
2003年1月～	の～んびりしょう会(南コミセン)	2004年～	やすらぎ(新得町)
2005年10月～	銀河サロン(本別町)	2006年～	ポピーの会(鹿追町)

会によっては精神だけでなく、どんな障害者でも、子育ての人、高齢者などなど地域茶話会として開催されている

19

2006年までの多様な地域活動 十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その⑦ ネットワークの形成

1967年 「勉強会」 緑ヶ丘病院・厚生病院・協会病院・十勝療養所・柏台病院の
Dr. Ns. PSW 保健師 生保CWなどの参加 月1回
1968年 「精神衛生事例会議」 持ち回り勉強会を改組し帯広保健所が会場
Dr.・PSW・Ns.・保健師・教員・家裁調査官・児相・職安・市町村職員
毎月1～2事例を検討 20名から53名参加 7回のシンポジウム
1969年 「十勝ソーシャルワーク研究会」(毎週月曜の夜開催 月曜会 現在継続中)
1970年 「十勝精神科医会」(月1回の勉強会など)
1974年 「精神医療研究会」6回で中止
1975年9月～2年間 「十勝精神医療交流会」(門屋と埴生看護師が心となり5HPのNs.)

1993年から数年間「21世紀の精神保健」開催 厚労省の精神保健課長・堂本暁子・大熊由紀子等々
1997年「日本病院・地域精神医学会」
2000年「日本精神障害者リハビリテーション学会」 **マディソンモデルを紹介 ACT・ピアサポート**

「会議」「学会」「講演会」「研修会」「イベント」などは実行委員会をつくるのでヒトネットワーク、組織ネットワークが作られるので、地域精神保健にとって重要な資源となる。

20

2006年までの多様な地域活動 十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その⑧

シンポジウム・講演会・研修

1991年10月5日 スーパーシンポジウム「**21世紀の精神保健**」 主催:帯広ケア・センター
「**北の大地からのメッセージ**」
シンポジスト/堂本暁子 島 成郎 金子鮎子 末安民生 荒田 寛 Co 門屋充郎

1992年10月3日 スーパーシンポジウム「**21世紀の精神保健**」 主催:帯広ケア・センター
「**21世紀の精神保健では行政は何をすべきか～**」
・広畑 弘(厚生省精神保健課課長補佐)「国の精神保健政策」・伊藤嘉弘(札幌ディケアセンター 所長)「地方行政と精神保健」
・谷中輝夫(やどかりの里 理事長)「精神保健行政に望む」・末安民生(地域精神保健推進部長)「精神保健行政のあり方」

1993年10月3日 スーパーシンポジウム「**21世紀の精神保健**」 主催:帯広ケア・センタ
「**21世紀の精神保健 ～コミュニティケア～**」
・平良専純(厚生省保健医療局精神課 課長)「国の地域精神保健政策」
・貞本晃一(帯広保健所 所長)「北海道の地域精神保健行政」・谷中輝雄(財団法人 やどかりの里 理事長)「コミュニティケア」
・小栗静雄(帯広協会病院 PSW)「帯広・十勝の地域精神保健」

以後 数年継続開催 国の課長 精神科医 弁護士 研究者 実践家によるシンポジスト

21

2006年までの多様な地域活動 十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その⑨

「十勝方式」と呼ばれた帯広・十勝の精神保健
それは「**オープンシステム**」 誰もが利用できるを原則とした

1993年 北海道の精神保健審議会に「**社会復帰支援システム事業**」を提案
審議会が知事に緊急提言 十勝圏域と名寄圏域に事業委託

1994年「生活支援会議」を定例化(毎月) 6精神科・市町村・職安・保健所等々

1994年 国にケアマネ機関として「地域生活支援センター構想」を提案

1995年精神保健福祉法へ法定化を願ったができず 1996年事業化

1997年「帯広生活支援センター」開設

私は1995年から国の「ケアガイドライン検討会委員」ケアマネの開発 普及

1998年 野中猛Dr.と岩上PSWのケアマネジメント研修会開催 以後

「ケアマネ研修会」を数年間全道規模で開催

1999年から「ケアマネジメント会議」開催(毎月)

6精神科・市町村・ヘルパー事業所・保健所・リハセン等

2007年 帯広ケア・センター主催の「生活支援会議」と「ケアマネジメント会議」は
帯広市自立支援協議会の部会に位置付けられ現在も継続開催されている

22

2006年までの多様な地域活動
十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その⑩
全国規模の学会

1997年9月3日4日 日本病院・地域精神医学会 帯広大会 (伊藤大会長)

テーマ **「病院改革と街づくり」**

特別報告 「十勝の精神保健福祉」「十勝の精神科医療」「PSWの資格化」

十勝は古くから保健所・市町村・精神科医療機関・社会復帰施設などの施設
間連携と最近では、街づくりへの参加などについて報告

2000年 日本精神障害者リハビリテーション学会 帯広大会 (門屋大会長)

特別講演: D.ルコント **「マディソンモデル」**

～地域におけるトリートメントに重点を置くこと～

地域精神保健・ACT・ピア スペシャリスト 紹介者/通訳 木村真理子(日本女子大学教授)

2004年～マディソン現地研修(5日間) Dr. PSW. Ns. OT. PHN. 現地研修した60名ほどが働いている

2006年までの多様な地域活動
十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その⑪
ACT・ピアサポートの普及

2005年以降 **「マディソンモデル」の普及とACT-Jとの連携**

千葉県主催: 講演会「マディソンモデル」D.ルコント

「マディソンモデル事業」(市川市)

ACT研修 各地で開催 帯広開催 等々

2006年 帯広市・マディソン市姉妹都市締結 帯広・マディソン交流協会結成(10年間 門屋会長)
門屋は国立大学法人帯広畜産大学理事としてと ウィスコンシン大学との提携に関与

2005年～ マディソンにおけるソア(ピアだけの事業)の活動研修から
北海道の退院促進モデル事業実施 ケアマネとピアサポートを報告
北海道は21保健福祉圏域でピアサポート事業を実施 現在も継続中
2016年～ 全国的な**ピアサポート研修**を開始 ⇨障害者ケアサポートへ
「リカバリー概念とリカバリー体験を普及」

ACT・ピアサポート・リカバリーの普及活動 ACTセミナーを開催 ⇨ACTチームの編成・実践 (アウトリーチへ)

2006年までの多様な地域活動
十勝圏域の精神保健医療福祉活動 その⑫
国際評価

ICJ (国際法律家協会) 日本政府への勧告

1992年4月28日

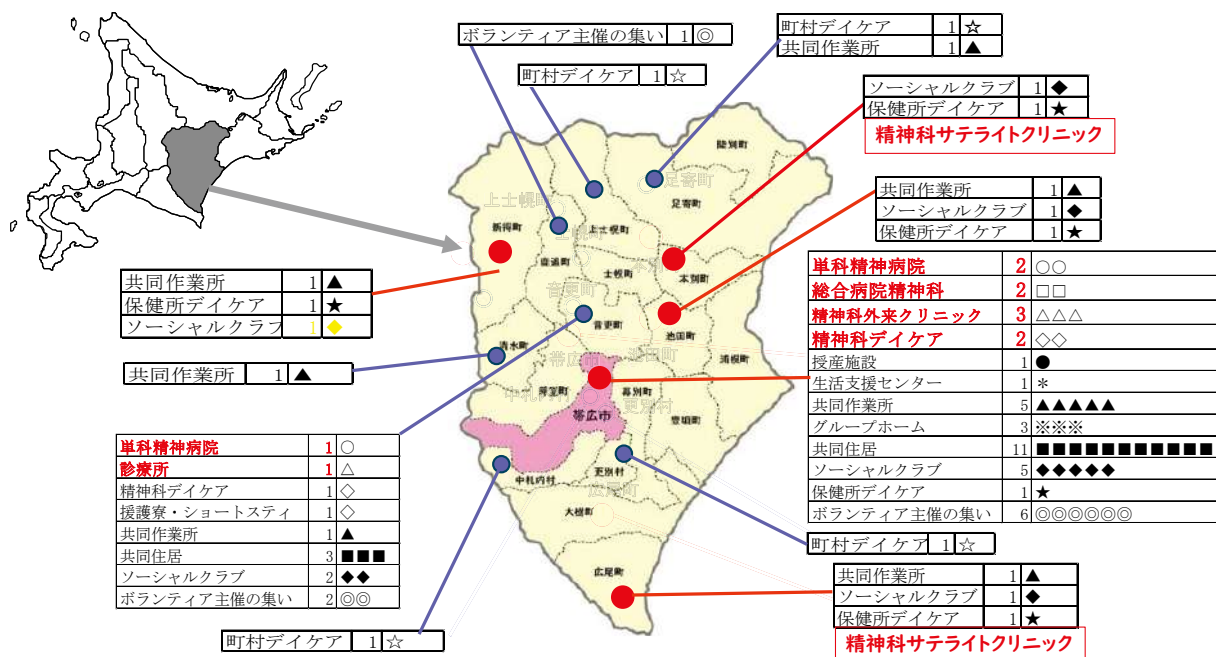
第3回調査団 日本政府への勧告書 ICJは以下の点を確認する。

(5)地域に根ざしたケアに向けて進まなければならない、これを発展させるためには十分な資源を与えなければならないことが広く認識されている。北海道十勝地方で得られた経験は、継続的ケアを与えるためにメンタルヘルスケアの制度を調整することが可能であることを示している。」と、紹介された。

1999年1月 世界心理社会的リハビリテーション学会(ボストン大学)が『REHABILITATION』誌に世界83所のベストプラクティスを公表
 世界83の**ベスト・プラクティス**に「**帯広ケア・センター**」が選ばれた
 2002年3月「みんなで進める精神障害リハビリテーション」(星和書店)
 ～日本の5つのベスト・プラクティス～

十勝保健福祉圏域の精神医療・保健所・市町村の精神保健 (2006.3.31.)

● 保健所(帯広・池田・本別・新得・広尾) ● 町村の精神保健資源(保健所・医療機関支援)



十勝保健福祉圏域の精神医療・保健所・市町村の精神保健（2006.4.1.）

● 保健所（帯広）

● 帯広保健所支所（本別・新得・広尾）

※2006年に5ヶ所が1ヶ所に

- ・保健所再編 縮小 2006年
保健所の精神保健業務が縮小された
- ・市町村の精神保健が終わる
- ・精神保健福祉法の「福祉」は
障害者自立支援法の障害福祉施策へ
市町村の保健行政から障害福祉行政へ
保健師の精神保健業務は縮小した

十勝の精神科病院医療は大きく変化した

十勝の精神科病床の変化 外来クリニックが7カ所に 2019.10.1.現在

開設年	病院名	過 去	現 在
・ 1953年	道立緑ヶ丘病院	270床	77床 北海道の赤字経営改善のため (2000.7.1.30床減 2004.3.30.24床減 2011.6.29床減 2012.3.7床減 2014.4.24床減 2015.19床 2019年10月1日60床減)
・ 1964年	国立十勝療養所(現帯広病院)	250床	100床 (2004年3月1日) 国立HP再編・合併
・ 1965年	柏林台病院	127床	0床 (2006年6月廃院) 地域から働きかけ
・ 1965年	帯広厚生病院(総合病院)	106床	45床 (2018年11月1日) 新築移転
・ 1966年	帯広協会病院(総合病院)	78床	0床 (1996年6月1日) 新築移転時・経営の都合
・ 1969年	大江病院	181床	154床 (1997年1月11日) 新築時減床
		1,012床	376床(万対10.9床)
十勝圏域（19市町村 日本で一番広い二次・三次医療圏 完結型診療圏 人口34万人） 訪看・ACT(アウトリーチチーム)等 精神科病床 376床(一般 275 スーパー救急 32 児童15 認知54) 外来クリニック 7カ所 入院者:人口1万人に 9.0人			

私たちの実践 相談支援専門員のケアマネジメント支援は精神医療+一般社会資源+障害福祉サービスとなった

十勝圏域19市町村の入院者数

2022.6.30. 国調査資料

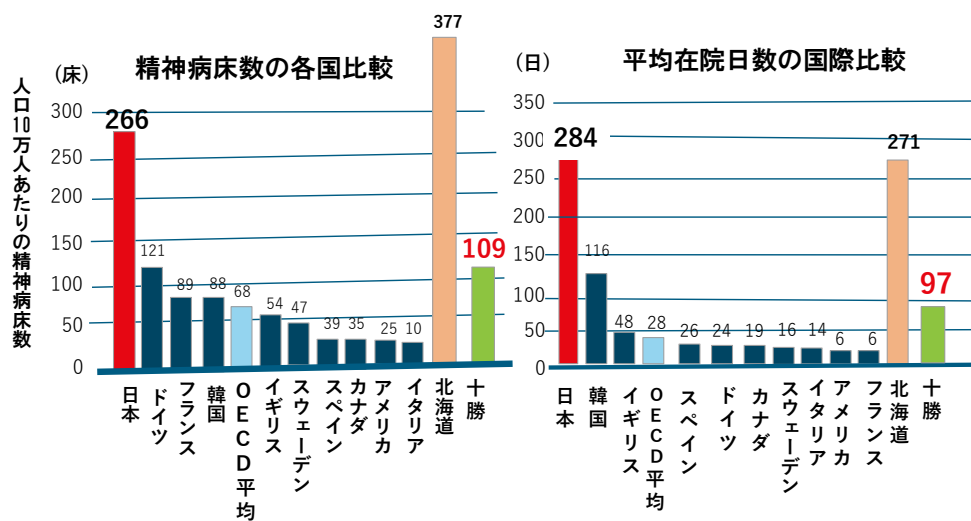
市区町村	人口 2022年 住民基本台帳	入院 総数	1万人あたり 入院者数 (人)	65歳 未満	65歳 以上	3ヵ月未 満	3ヵ月 —1年	1年以上入院者					FO 認知 症	FO 65 歳以上 (人)	F2 統 合失調症 等	その他	病院所在地		
								入院 者数	入院率 (%)	65歳 未満	65歳 以上	65歳以上 割合(%)					帯広市	音更町	その他
帯広市	164,247	153	9.3	55	98	68	29	56	36.6	21	35	62.5	70	60	47	36	140	0	13
音更町	43,213	12	2.8	1	11	5	1	6	50.0	0	6	100.0	10	10	2	0	10	0	2
士幌町	5,919	2	3.4	0	2	1	0	1	50.0	0	1	100.0	1	1	1	0	0	0	2
上士幌町	4,943	6	12.1	0	6	2	2	2	33.3	0	2	100.0	4	4	1	1	6	0	0
鹿追町	5,199	2	3.8	0	2	0	1	1	50.0	0	1	100.0	2	2	0	0	2	0	0
新得町	5,547	1	1.8	0	1	1	0	0	0.0	0	0		0	0	0	1	1	0	0
清水町	9,085	5	5.5	1	4	0	1	4	80.0	1	3	75.0	3	3	1	1	4	0	1
芽室町	18,118	8	4.4	0	8	2	4	2	25.0	0	2	100.0	7	7	1	0	8	0	0
中札内村	3,908	0	0.0	0	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0
更別村	3,173	0	0.0	0	0	0	0	0		0	0		0	0	0	0	0	0	0
大樹町	5,419	4	7.4	2	2	0	0	4	100.0	2	2	50.0	4	2	0	0	4	0	0
広尾町	6,278	3	4.8	0	3	2	1	0	0.0	0	0		2	2	0	1	2	0	1
幕別町	26,113	3	1.1	0	3	0	1	2	66.7	0	2	100.0	1	1	1	1	2	0	1
池田町	6,241	3	4.8	0	3	1	0	2	66.7	0	2	100.0	2	2	1	0	2	0	1
豊頃町	3,023	1	3.3	0	1	1	0	0	0.0	0	0		1	1	0	0	1	0	0
本別町	6,427	1	1.6	0	1	0	0	1	100.0	0	1	100.0	0	0	1	0	0	0	1
足寄町	6,451	3	4.7	0	3	0	1	2	66.7	0	2	100.0	3	3	0	0	2	0	1
陸別町	2,272	4	17.6	1	3	0	1	3	75.0	0	0		2	2	1	1	2	0	2
浦幌町	4,390	4	9.1	0	4	2	1	1	25.0	0	1	100.0	3	3	0	1	4	0	0
十勝圏域 合計	329,966	215	6.5	60	155	85	43	87	40.5	24	60	69.0	115	103	57	43	190	0	25
十勝圏域2021	330,728	313	9.5	123	190	130	75	87	34.5	40	68	63.0	127	108	115	71	235	51	27
十勝圏域2020	332,965	301	9.0	102	199	135	75	91	30.2	30	61	67.0	109	95	114	78	236	48	17
十勝圏域2019	336,294	335	10.0	116	219	162	77	96	28.7	29	67	69.8	102	96	130	103	254	52	29
釧路市	163,110	253	15.5	83	172	58	40	155	61.3	44	111	71.6	65	61	130	58	195	47	58
苫小牧市	169,528	618	36.5	146	472	94	115	409	66.2	99	310	75.8	180	173	307	131	526	28	64
旭川市	327,960	749	22.8	353	396	154	110	485	64.8	248	237	48.9	224	166	165	260	632	63	54

世界との比較

OECD

主要10か国の精神保健統計と北海道・帯広十勝の比較

【出典】OECD : Making Mental Health Count in Europe, 2015



日本の精神医療技術が遅れているわけではなく、通院治療で可能な人たちが入院している。
入院の仕方でも必要以上の非自発入院が多く、権利侵害が起こっている。

法制度の変化
私は精神科医療施策と距離を置く立場へ

精神保健福祉法(1995年/←精神保健法←精神衛生法)

改革ビジョン 2004.9.

グランドデザイン 2004.10. 精神も合流

精神保健福祉は 障害者自立支援法へ(2006年)

内閣府・厚労省 2010.から
障がい者総合福祉部会 当事者参加
55名の委員 「相談支援」担当

自立支援法廃止し新法目指して
障害者総合福祉法の骨格提言
内閣府から (2011.8.)

障害者総合支援法 (2013年)

障害福祉課に精神の専門官配置を実現
一元化の考え方で障害・疾病を分けず、暮らしづらさの支援に焦点化
官民協働を強調して 相談支援体制と協議会のシステムづくり

2008年4月～2009年9月 (門屋 参加)
「精神保健医療福祉の
更なる改革に向けて」検討会

2013年 精神保健福祉法改正に向けて北島精神・
障害保健課長の私的勉強会7回に参加
門屋・精神科医・精神病院事務長・多機能施設理
事長(PSW) 4名+国立精研福田所長+野沢和弘

2014年4月 精神保健福祉法改正へ

地域精神保健で重要なこと
地域精神医療体制の確立

これからの地域精神保健医療福祉体制に期待

- ・市町村の精神保健施策の充実 保健行政として住民のメンタルヘルスとして取り組む
保健所の地域精神保健センター機能の付加と充実
- ・市町村ごとの地域精神福祉施策の充実 障害福祉施策に一元化
- ・二次医療圏ごとの地域精神医療体制の再編と充実

精神医療の確保 縮小された精神科病院とクリニックの計画的配置

懸念 地域移行や入院期間の短縮施策は、本人にとって重要な救済施策なので推し進める
しかし これをすすめると精神科病院の経営は重大な危機となる
これを続けると精神医療の確保が難しくなる時代が懸念される

近未来の精神保健医療のビジョンを示す法律が欲しい
「精神疾患対策基本法」の制定

5疾患6事業の疾患対策として国がビジョンを示す法律を創る

第4章

情報提供

I. シンポジストとの意見交換会

公衆衛生学会総会 精神障害者の退院後支援～地域で支えるために～を終えて

門屋 充郎氏の発言集

第83回公衆衛生学会総会 シンポジウム30 「精神障害者の退院後支援～地域で支えるために～」の終了後に、シンポジスト2名と事業班の構成員で意見交換会を行いました。

シンポジストの一人である門屋充郎氏は、その実務経験から、精神科病院医療の改革の必要性を強く感じ、精神保健福祉士としてやるべきことは「生活支援」として勤務する傍ら、精神保健福祉士の国家資格づくりに尽力され、初代日本精神保健福祉士協会長を4年間務められました。その後もケアマネの普及と相談支援専門員の資格化に取り組み、日本相談支援専門員協会の初代代表となりました。現在は、ピアサポートの普及にも関わっていらっやいます。

「PSWのレジェンド」とも称される門屋氏のご発言ひとつひとつが、今後の私たちの精神保健福祉活動の礎となることを祈念して、門屋氏のご発言を掲載します。

(1) 対象者との関係作り～退院への動機付けと退院後支援の同意取得について

当然、人によっては支援の同意が得られないケースもある。病院の中でその人がどういう状況にいるのか。医師や看護師といった職員との関係性があり、そこで初めて患者は「退院したい」と言える。退院したいことの背景を病院職員がわかっているならば、地域移行を使わずに退院していく事例は多くある。

病院の中にいて、「退院したい」という動機付けをする行動が病院の中にどのくらいあるかはとても重要なこと。それは病院がどう考えるかということにも関係してくる。10年前、ある病院が作業療法に時間を割いていた。その作業療法士が地域に帰ることを希望している患者の支援をすることになって、私とピアサポーターが1年間関わった。その作業療法士はデイルームに行き、「退院したいと思う人（集まってください）」と声をかけた。集まってきた人で円になり、私が「退院したい人いますか」と声をかけ、挙手した1人に「じゃああなたの退院計画を立てよう」と計画内容をホワイトボードに記載していくということをしていった。そして、そのシーンを他の患者は見ていた。動機付けをする方法というのは色々ある。逆に言うと、保健所が実地指導の中で「動機付けはどんなことをしていますか」と病院に尋ねていく作業も必要。そこに、地域移行の意識のある医師や作業療法士等がいるからこそ「地域移行を利用するための工夫をしよう」と思ってもらえる。看護師や患者に「ケアマネジメント」という言葉の意味を学んでもらいたい。生活条件の足りない部分を見つけてきて、そこに対象者を繋げてあげること、みんなで体制を作ることがケアマネジメントの

基本。ただし、それらが情報として対象者に提供される必要がある。対象者が「何をやってくれるのか」と聞くときは、「対象者がやってほしいことをしてくれるのか」と問われているということ。できないことももちろんあるが、個人のニーズを集めて地域の課題としていくことで、地域開発に繋がる。退院後支援制度ができたからといって、この順序を守らずに、ただ退院後支援計画を立てて対象者に示しても拒否されるのは当然であり、支援していくことはとても難しいと思う。

保健所の2つの機能（強制入院させる機能と退院後に支援する機能）と言ったが、支援者は理解していても、対象者はわかっていないと思う。対象者は保健所を「強制入院させたところ」だと思わない。「あ、役所の人なんだ」という程度のもの。そのため、いつから退院後支援を始めるのかという問題が大きいのではないかと思う。

（2）退院後支援をいつ始めるか～対象者との関係性の構築時期～

日頃からの患者との関わりは欠かせない。非自発的入院に関わった支援者から「あなたの病気はよくなりましたか」と手紙を書くことから始めてもいい。入院させて終わりではないという意識をもたないと、その人との関係性はよくなる。あなたに病気のせいで入院することになってしまいましたけど、よくなりましたか？」というところから始まると思う。

保健所は最初から対象者に関わることができるため、絶対に入院時から関わった方がいい。保健所が関わったのだから、関わった者として「あなたのことを心配している」と言うことができる。医療保護入院の人は、保健所に届出はあっても関わりがない。

対人サービスは直接支援でないと対人サービスにはならない。また、病院の考え方によっても保健所が希望するような返事をくれるかはわからない。病院と対象者との関係ができている、病院も対象者の意向をちゃんと伝えてくれる病院かどうか。だからこそ、保健所はそこに介入できる権限を持っていると思う。異動で担当者が1年で変わってもいい。「保健所というところが私のことを気にかけてくれている」と思ってもらえる関係性を作ることから始めることが必要。

（3）支援の意味

精神衛生法の時代は、退院の届出を連名で保健所に提出しており、保健所からの訪問要否に丸を付けていた。患者がどのような人物でどのような背景を抱えているかもわからないのに、保健師が訪問に行くだろうか。そこには情報交換が必要。「訪問=支援」と言うと、とても良く見える制度であるが、逆に言うと、患者を管理する制度になるかもしれない。

どんな人かわからないのに訪問するのは難しい。訪問そのものは良いものに見えるけれど、見方によっては、管理するような制度。こんなことを言うてはいけませんが、天皇陛下の行幸時には地域にいた患者で入院させられた患者さんがいるという話は1960年代1970年

代にはあった。誰が退院してそこにいるのかについては保健所が持っている資料で判断していた。そのため管理的なことをしつつ、一方では支援する。

我々の世代には制服を着た保健師が、結核患者対応と同様に、近所の人にわからないように離れたところで制服を脱いで精神障害者を訪問していた。原点は世間の目への心遣いをしつつ、訪問相手に配慮することにある。

（４）支援できる地域づくり～関係機関との顔の見える関係作り～

顔の見える関係を作っておくことで、みなさんの気持ちとか患者との関わりが変わっていく。市町村同意で入院した者は、市町村が同意したのだから市町村が責任を持ってフォローしないといけないということをもっと広め、どこでもできるようにしないといけない。市町村保健師も入院患者と面会をして、今後どうしていくかを確認して、関係性を築きながら、地域の連携した体制の中で迎え入れることが必要。現在、帯広市の基幹相談支援センターでは、自立支援協議会に２つの精神領域の部会（事例検討を行う部会、生活支援システムを検討する部会）を設けており、そこに関係機関に参加してもらう体制を作っている。そこに、保健業務の方々も入っていただくようお願いしているが、なかなか入りにくい。というのも、業務分担制となり、精神保健福祉以外の業務も出てきたため、役場も大変な状況。今は理解のある中間管理職が役場にいるため、体制整備を図れているが、そういった背景もあり、大変である。自立支援協議会の中に医療的ケア児の部会も設けており、保健行政の方と一緒にやっている。全国の医療的ケア児のコーディネーター研修については、相談支援事業所が官民共同で実施できていると報告した。私たちが関わるのは精神だけの領域のことではなく、今や障害一元化であるため、生活のしづらさに関する全般。措置入院者だけではなく、刑務所から出所する者などにも関わる。現在、全国の刑務所には社会福祉士が配置されており、地域移行支援のようなことを行っている。このような社会福祉士も精神領域の部会に参加してもらっており、そういうようなやり方に対しては地域の中で市町村単位で創造し、それを保健所がバックアップする。全体構想の中で動かないといけない。人の関係ができることこそが原点。

（５）地域移行支援 グループホームの位置づけ

実は、グループホームは終の住処として作られてきた。グループホームの検討が始まった時に、精神・知的・身体と分割されて、私は精神分野のグループホーム検討に携わった。正式な検討会の際、色々な意見を求められたが、やはり基本は「終の住処」。だからこそ、作るべきだと今も思っている。終の住処として必要な人もいる。そのため、長期入所者が悪いように指摘されてしまうと、グループホームは困ってしまう。グループホームを終の住処として利用する人もいるということを忘れず、個別の問題として捉え、グループホームからの

地域移行、対象者の希望によって単身生活とか家族同居など進めていく必要もある。そういう考え方で資源をきちんと使う。今年からグループホームからの一人暮らし支援の制度が始まった。研修会とハンドブックを作る動きにも関わっている。

地域移行一つにしても、精神障害者の地域移行は退院促進が発展したような形で作っているが、①対象者、②財源、③マンパワーのそれぞれが地域移行しないと地域移行の条件は作り出せない。これは海外がやってきた方法だが、限られた財源の中で、もっと医療を提供しないといけないため、日本ではできない。病院からの地域移行だけではなくて、グループホームからの地域移行、8050 問題を前にした家庭からの地域移行も課題。家庭内で対象者が高齢になったときに困ってしまうのは、予測できていた課題。日本は家族制度や文化があったため、家族との関係を尊重する背景があることはわかっていたが、困る前に準備する必要があることをその家庭に伝え続けなければならない。例えば、介護保険で介入した家庭に精神障害を抱える息子がいた場合、「お母さん、この問題は、今はいいけど、こういう時になったらどうするの」と聞いておくのは介護の仕事。こういった事例で連携して、精神障害の 8050 問題を抱える人々が孤立しないように準備することが保健所や市町村の仕事。こういうことを日常的に意識しないと、精神障害者の地域移行だけ計画を作らないといけないという業務に振り回されるのは、みなさん大変だと思う。

(6) 治療中断者への医療機関からの受診勧奨について

現状から言うと、病院の PSW（精神保健福祉士）にはやれるような時間が本当になくなってきている。法改正のたびに事務量が増えてきており、悲鳴をあげるくらいの忙しさ。そのことでいうと、（治療中断者へ受診勧奨するなど）自由度のある状況はないだろうと思っている。でも、事例検討をする中で出会った相談支援事業所や保健所と繋がることから始めることはできる。支援者等関係者会議は続けていくことが大切。

(7) 対象者や家族が、支援者間の情報共有を望まない場合の対応について

関係性ができている人だとわかってくれる。関係性ができていない場合は、（個人情報の遵守）そういうことを訴えるかもしれないので、申し訳ないけど後回しにするしかない。

（できるところからやる。全部できなくていいか。）そのとおり。保健所は生真面目だから「全部やらないと」と思いこんでいるかもしれないが、それは気の毒なことで、そこまで考えないほうがいいのではないかと私は思う。

(8) 精神症状と身体症状がある対象者への医療体制～まずは地域で連携を～

内科医は精神科の嘱託医と連携し、精神科にルートを作っておいて必要時患者を転院させる。中核的な病院には精神科を残している病院もあるため、院内で連携し、精神科で診てもらうこともある。精神障害・精神症状があるからといって、内科疾患治療を内科でなく精神科に必ず入院させるというやり方は正しいことではないということを言い続けなければならない。精神障害者は症状に関係なく精神科中心で治療をしないといけないという文化のようなものが現実であり、大変困っている。

保健所で診察や相談を受けることを1960～1980年代に実施していた。当時の保健所長が「保健所で診察や相談を受けてくれる先生に、この地域に精神科を開設してくれないか」と言ったことがきっかけで、2町の国保病院にサテライトクリニックを作った。そこは内科が中心の病院なので、内科も精神科も診てくれるようになった。

（9）家族への支援

家族の問題はあるにしても、家族と話し合いをする。その過程がやはり大事。昔からある。例えば、地域に帰った人たちが自分の日内リズムを家族などの日内リズムに合わせられない、家族も暮らしづらい日々となってしまう。対象者も家族も世間を意識して日中ぶらぶらできず、対象者は遅くまで起きていて、夜中に行動する、散歩にも出かける人たちもいる。世間からあの家の子どもはなどなど・・・と思われるのが嫌で、家族は受け入れて何とかしなければ、しようとする気持ちはあるが、家族も対象者も安心生活は難しいので家族は拒否せざるを得ないことになる。

保健所や市町村が家族に対して、「今は、原則どんな障害であれ1人でも生きていくことができる時代となった。それが総合支援法だ」ということを説明してほしい。そこまで言ってしまうとやらざるを得ないから何かを考えることになる。そういう考えでなければ絶対にできない。これはいつも、私が地域で言っていること。現に全く動けない人が24時間体制で1人でも生きているという人たちの支援を私たちはやっている。こういうことができる体制ができた。それをやるか、やらないかという現場の問題。現場の課題もたくさんあり、我々の責任もたくさんある。

（10）将来に向けて

保健所の先生方がこうやって考えているということが分かっただけでも、本当に心強い。現実には本当に大変。

一つの病院が廃院したことがある。長期入院者が多く、外来もほとんどないような病院だった。良い考え方でやっていたにも関わらず、開業したときから長期入院者がいた。そういう役割にできてしまっていた。保健所長から私に「あそこの病院やっぱ廃院してもらった方がいいよね。そこの先生方や職員に話をしてもらえないか」と依頼されて、もう時代が変わ

っているよという趣旨の研修をしたことがある。その院長もわかってきて廃院を決断し 100 人くらい患者を地域の病院や支援住居で引き受ける活動基盤があったので、退院や転院の支援を行った。

このように長期入院や困り者の強制入院となっている病院が地域にはある。あるいは病院の中にそういう機能の病棟を持っているというのが今の精神医療となってしまった。そうせざるを得ないような精神保健政策だったと私は思っている。国の政策が悪いと基本的に思っている。改革ビジョン以降は、入院中心から地域への方針となり、新しい事業のほとんどは、地域で支える支え方が多かった。地域移行もその一つ。地域での生活支援は障害者総合支援法によってずいぶんできるようになったが、地域生活継続の条件には地域精神医療や保健活動が必要となる。それが現状では不十分なので地域での支えはある意味で限界が来ている。(諸外国が)脱施設化政策によって地域精神保健医療体制としてきたように、将来に向けて精神科病院中心医療をどうするのかははっきりしていないことが問題。

厚生労働省 精神・障害保健課 小林課長

措置入院制度ができた当時は、医療法上、結核病床、精神病床といった概念は存在したが、一般病床というカテゴリーは無かった時代。精神が特殊なものというのが出発点であり、精神疾患のある患者は精神病床へ入院するという歴史的な背景がある。

身体合併症を持っている精神疾患患者について、精神科の医療機関と一般の医療機関との連携等が大きな課題だ。総合病院の精神科病床は閉鎖する方向になっている。

今後、地域医療構想に精神科病床が入ることで、一つの突破口になるのではなかろうか。各地域でどういった連携が図れるか。身体疾患に対応する医師と精神関係の医療機関等でコミュニケーションを図ることから連携を始めてほしいと思う。

Ⅱ. 非自発的入院制度の比較

医療観察法 措置制度 医療保護制度の比較

鹿児島県始良保健所 山口文佳

1 対象の比較

(1) 医療観察法（正式名称：心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律）

医療観察法の対象は、「重大な他害行為を行ったが、心神喪失等と判断され、実刑を免除された者」とされている。

重大な他害行為とは、殺人、傷害、放火、強盗、強制性交等、強制わいせつの6種類（傷害は重いものに限り、傷害以外は未遂を含む。）

心神喪失等とは、刑法第39条に定める「心神喪失」および「心神耗弱」。精神の障害のために善悪の区別がつかなくなったり、行動の制御ができなくなったりするために刑事責任を問えない状態で、全く責任を問えない場合を心神喪失といい、限定的に責任を問える場合を心神耗弱という。

実刑を免除された者とは、「心神喪失者又は心神耗弱者と認められて不起訴となった人」、「起訴されたが裁判で心神喪失を理由として無罪判決が出た人」、「有罪判決がでたが心神耗弱を理由として刑の執行が猶予された人」の3パターンがある。

（入院中は、指定入院医療機関の医療観察法病棟で、入院処遇ガイドラインにもとづいて治療及び生活環境の調整が行われる。）

(2) 措置制度

① 対象行為

精神保健福祉法（以下、法）第22条では、「精神障害者又はその疑いのある者」、第五訂精神福祉法詳解（以下、詳解）では、「自傷他害のおそれのある状態にあることを要件とするものと解すべきであろう。」とされている。

法第23条では、「異常な挙動その他周囲の事情から判断して、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者」とされている。

措置入院の運用に関するガイドラインでは、「自傷行為とは、主として自己の生命、身体を害する行為を指し、浪費や自己の所有物の損壊等のように単に自己の財産に損害を及ぼすにとどまるような行為は自傷行為にはあたらないものであること、また、他害行為は原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいうものと規定されていることに留意し、慎重な判断がなされるべきである」とされている。

② 通報義務

法第23条では、「警察官は（中略）発見したときは、直ちに、その旨を、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない。」、法24条では、「検察官は、精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人について、不起訴処分をしたとき、又は

裁判が禁錮以外又は拘留刑以外と確定したとき（執行猶予等）は、速やかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。」、法 25 条では、「保護観察所の長は、保護観察に付されている者が精神障害者又はその疑いのある者であることを知ったときは、速やかに都道府県知事に通報しなければならない。」、法 26 条では、「矯正施設の長は、精神障害者又はその疑いのある収容者を釈放、退院又は退所させようとするときは、あらかじめ、次の事項を本人の居住地の都道府県知事に通報しなければならない。」とされている。

（３）医療保護入院

法 33 条では、「指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者（本人に入院の意思がない、又は入院の必要性について判断できない者）」とされている。行為の重大性についての規定はない。

２ 入院中の治療等

医療観察法による入院の場合、厚生労働大臣の指定する指定入院医療機関に入院して、入院処遇ガイドラインに沿って専門的治療を受け、社会復帰調整官による退院に向けての生活環境の調整をうける。

措置制度による入院の場合、国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院、医療保護法による入院の場合は、指定医の配置と行動制限最小化委員会の設置された病院に入院する。措置制度と医療保護入院による入院中の治療等に差はない。

３ 入院率の比較

司法統計年報（刑事編）「第 83 表 医療観察処遇事件の終局総人員—終局区分別—地方裁判所管内全地方裁判所別」、衛生行政報告例「第 1 表 精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況、申請通報届出経路・処理状況・都道府県—指定都市（再掲）別」、「第 3 表 医療保護入院・応急入院及び移送による入院届出状況、都道府県—指定都市（再掲）別」、都道府県人口については、総務省統計局による毎年 10 月 1 日現在の推計値をそれぞれ用いて、令和 3 年度から令和 5 年度まで 3 年間の人口 10 万対医療観察法による入院率、措置入院率、医療保護入院率を比較した。

図 1 ～図 3 は、都道府県別に 3 年間の平均入院率を制度毎に高い順に並べたものである。

人口 10 万人あたりの入院率は、医療観察法に対して、措置制度は 29 倍、医療保護制度は 861 倍であった。制度毎の入院率の最大値と最小値の比は、医療観察法制度入院率、措置入院率 医療保護入院率の順に高かった（表 1）。

ばらつきの指標の一つである変動係数（標準偏差÷平均）は措置制度、医療観察法、医療保護制度の順に高かった。

図 1

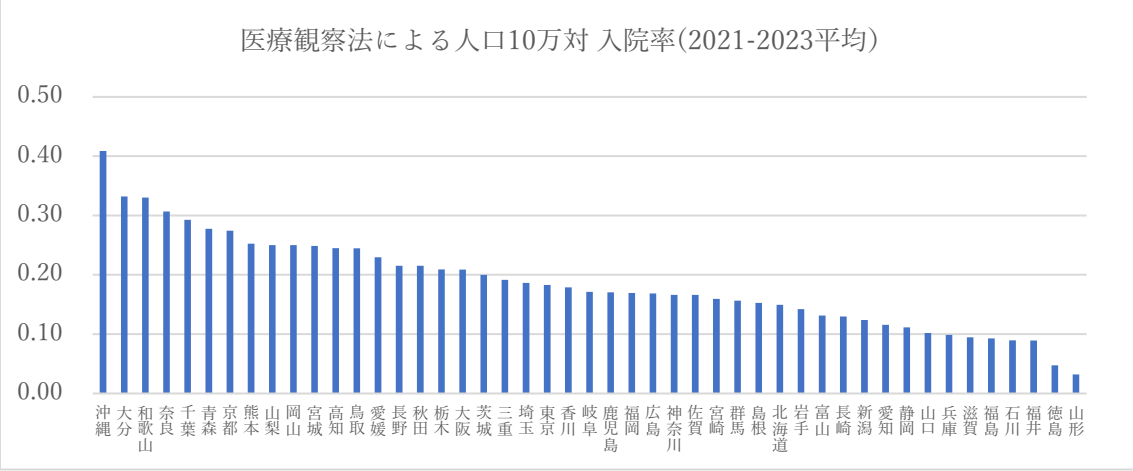


図 2

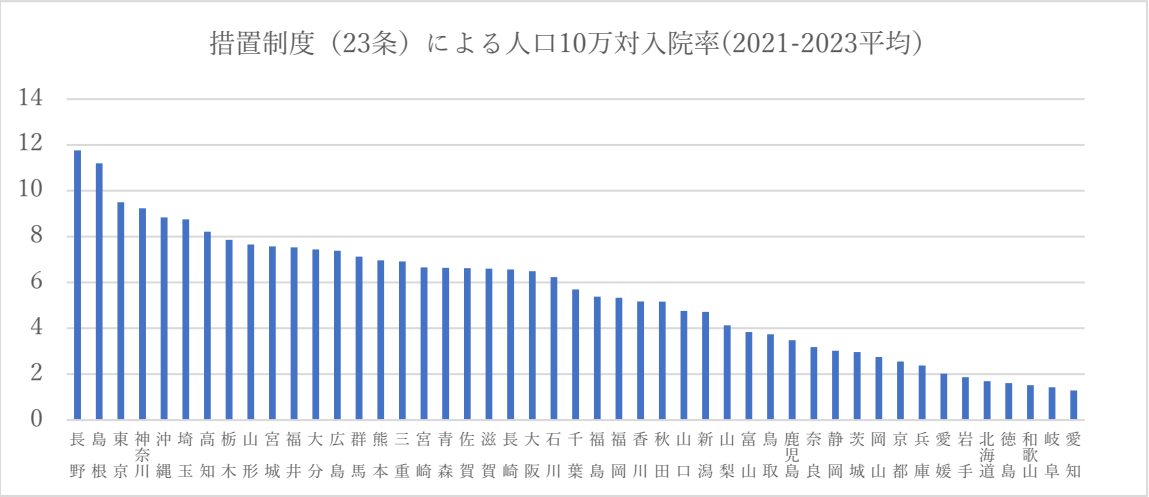


図 3

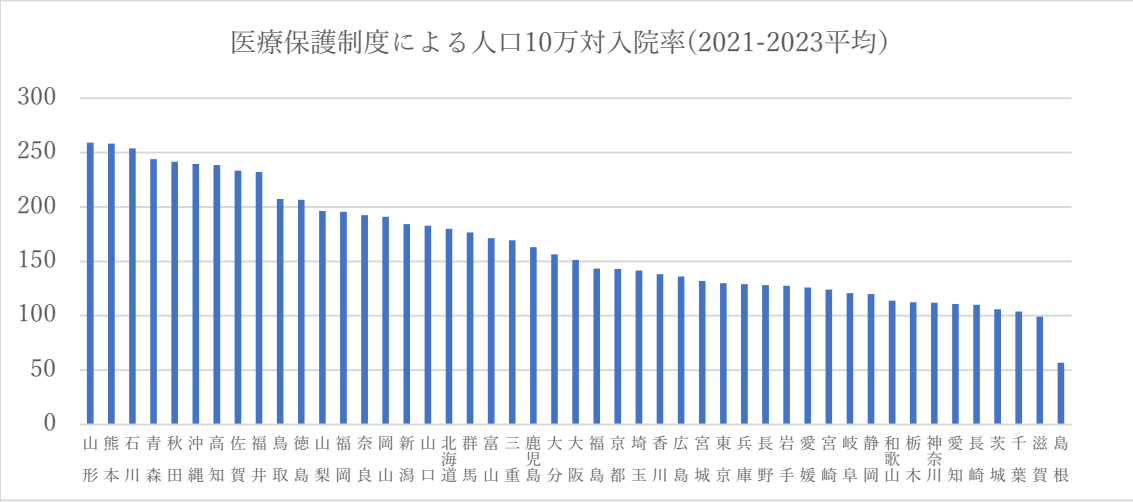


表 1

	医観法入院率	措置入院率	医保入院率
平均	0.19	5.52	163.60
標準誤差	0.01	0.39	7.45
標準偏差	0.08	2.69	51.09
母分散	0.01	7.10	2,554.37
不偏分散	0.01	7.25	2,609.90
範囲（最大-最小）	0.38	10.48	202.37
最小	0.03	1.28	56.77
最大	0.41	11.76	259.15
最大／最小	12.8	9.2	4.6
変動係数	0.42	0.49	0.31

3つの制度間に相関はなかった。

表 2 相関係数

医観法入院率と措置入院率	0.09
医観法入院率と医療保護入院率	0.06
措置入院率と医療保護率	0.04

制度毎に都道府県毎に年別入院率の順位の最大値と最小値の差を算出して、制度毎に箱ひげ図に示したのが、図4である。ばらつきの大きい順に医療観察保護制度，措置制度，医療保護入院制度であった。

図4

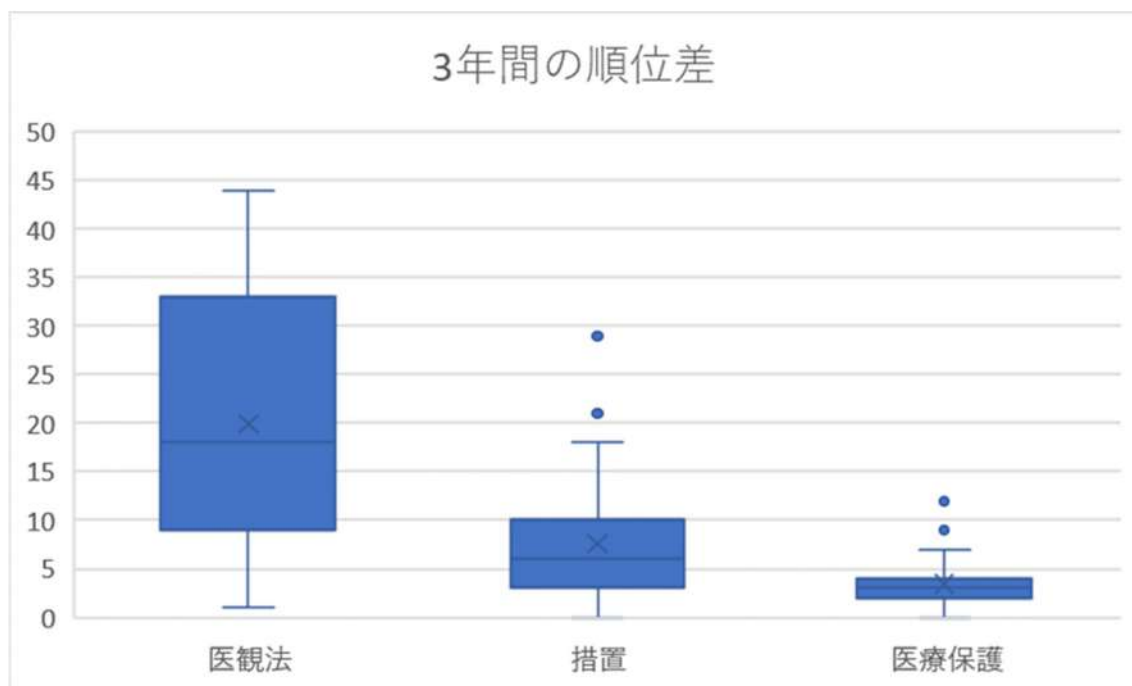


図5～図7は、各制度について、年毎に都道府県の入院率の高い順に順位をつけたものを3年間の入院率の低い順にならべたものである。都道府県の年単位のばらつきは、医療観察制度，措置制度，医療保護入院制度の順に大きいことがわかる。

医療観察法は、ほぼ全ての都道府県の年ごとの変動が大きい(図5)が、措置制度は、措置率順の低い4自治体と高い11自治体については、3年間の順位はほぼ一定であり、措置入院率の高い県は毎年高く、低い県は毎年低い、つまり、措置入院率には地域差があるといえる(図6)。医療保護制度は、順位の年間変動が3制度中最も少なかった。

図 5

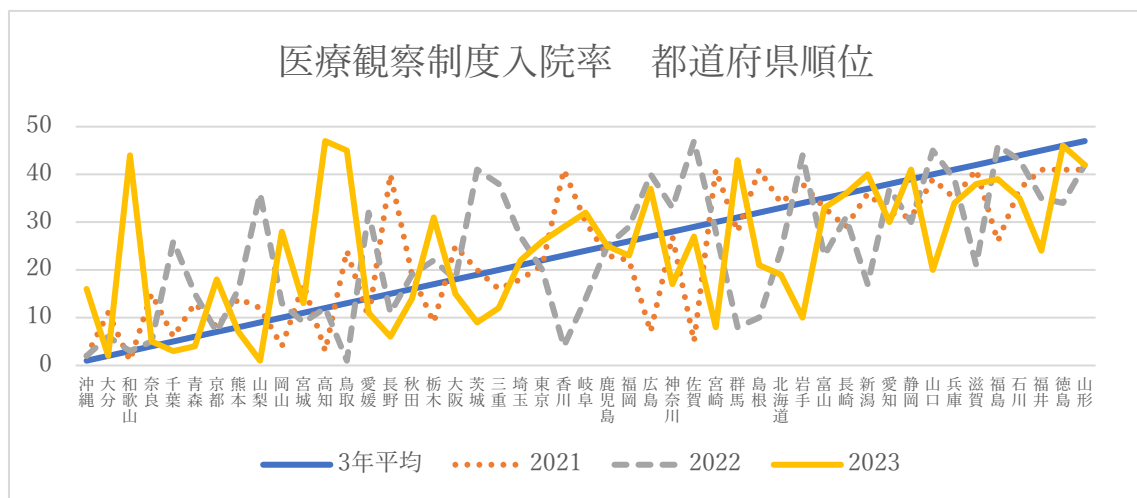


図 6

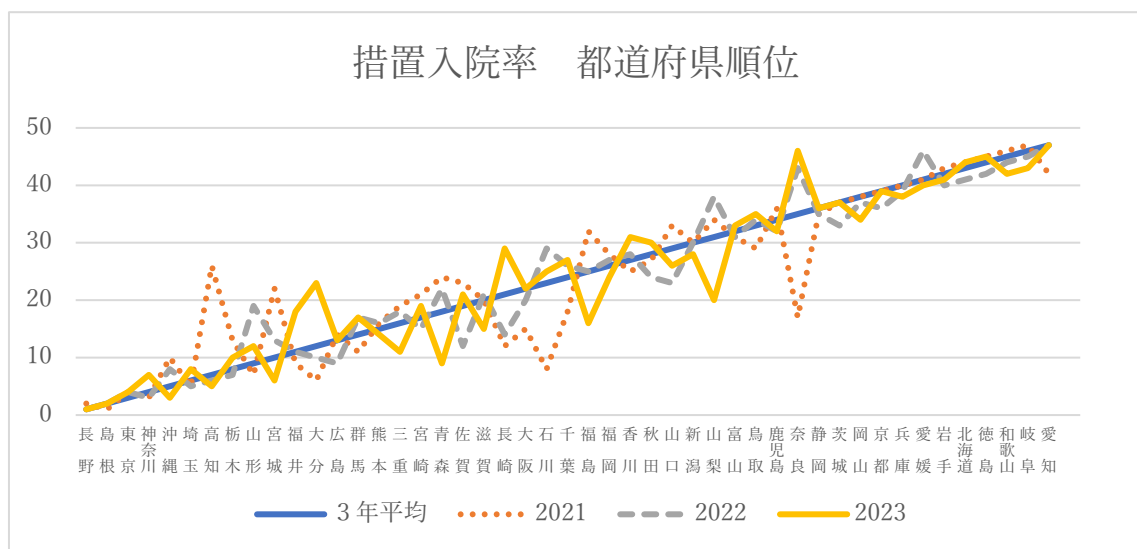
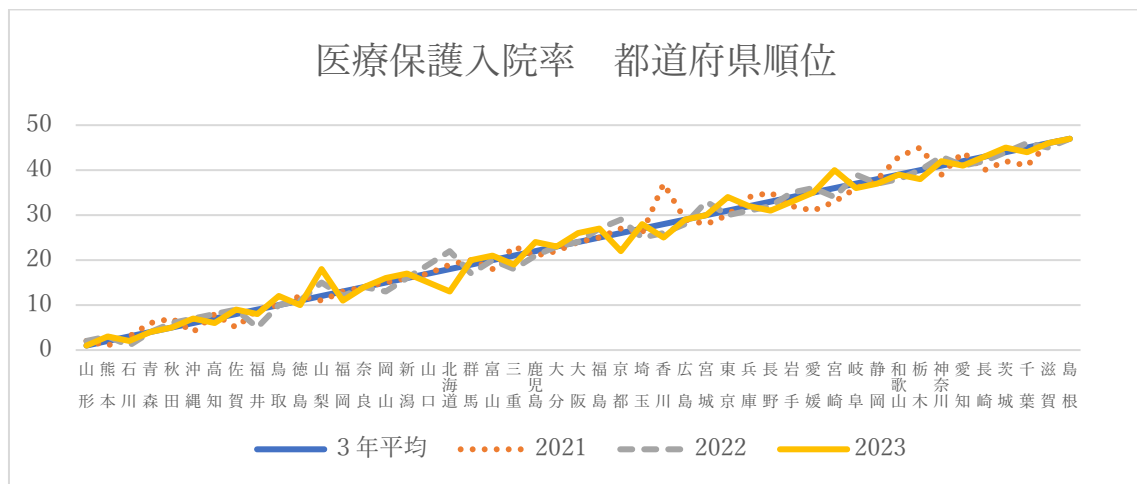


図 7



4 まとめ

3つの制度は、入院を要する程度の精神症状があるものを対象にしているのは共通しているが、症状の程度及び行為の種類、程度については基準が曖昧である。警察官、検察官、保護観察所の長、そして、矯正施設の長は、「精神障害者又はその疑いのある者を通報しなければならない」とされており、詳解等には通報すべき行為の程度について説明がある。しかし、通報先である保健所からみると、行為の程度によらず、「精神症状があるだけで」通報する通報元がある。行為の程度が措置診察を要する行為か否かの判断を保健所に求めてくることもある。その都度、保健所は法やガイドラインをもとに説明はするものの、通報元は、法の規定を根拠に「釈然としない」まま説明が終わることがある。

措置制度と医療保護については、同じ行為で、措置入院していたり医療保護入院していたりすることがある。このような事例が同一医療機関内でもみられることがある。これでは、指定医も措置症状とは何かわからなくなるのではないか。保健所に「この事例は措置ではないか」と確認してくる指定医がいるのは、現状ではやむを得ないとする。そもそも、指定医は精神症状が入院を要する状態か否かを判断するだけでいいのではないか。精神症状に起因して行為に至ったかまで判断するには、1時間程度の措置診察で十分なのだろうか。疑問がある。

少なくとも、措置に該当する行為とその程度を明確にすべきである。明確にすることで、通報元、保健所等、指定医の連携がスムーズになると考える。

さらに、他害行為の重大性の判断については、医療観察法と精神保健福祉法の2つの法と3つの制度の整合性を図る必要がある。

3つの制度の人口10万対入院率のばらつきを比較したところ、医療観察法が、最もばらつきが大きかったが、これは、年間入院数5人以下の都道府県が7割を占めるように、医療観察法の入院数が少なく、一人の入院が入院率に与える影響が大きいためである。措置制度も医療保護入院制度よりは入院数は少ないが、措置制度及び医療保護入院制度の入院率には都道府県毎に3年間通じて高い自治体と低い自治体があり、地域特性が窺える。地域の課題を整理して、地域全体でそれぞれの課題に取り組み、精神障がい者の地域移行をより積極的に推進するべきである。

第5章

まとめ

I 措置制度の見直し

(1) 措置要件の明確化

令和4、5年度調査で、疾患の範囲、他害行為の種類と程度、「おそれ」の範囲が明確でなく、様々な解釈がされており、時に、警察や指定医と疑義が生じていること等がわかった。令和6年度から、措置入院届を精神医療審査会で審査することになったが、必ずしも措置入院後直ちに行われるわけではない、入院届だけで診察医の判断を否定するのは難しいなど、審査の効力に疑問がある。

疾患の範囲、他害行為の種類と程度、「おそれ」の範囲等を明確にする必要がある。そして、特に他害行為に関しては司法との整合性をはかり、他害行為が措置に該当するか否かを警察が判断するのか保健所等が判断するのか、責任の所在を明確にする必要がある。

(2) 措置通報対応手続きの見直し

措置通報対応体制は、自治体毎に多様であり、精神保健福祉法や措置入院の運用に関するガイドラインを柔軟に解釈して運用していた。適用条件が厳しいと考えられていた緊急措置入院制度も柔軟に活用されていた。

これらの運用体制の違いによる措置入院率に差はなかった。

医療を望まない対象者の人権を守りつつ、支援者としては医療が必要と考える対象者を迅速に医療につなげることを目標に、現在ガイドライン等に記載されている手続きをどこまで厳密に実施すべきか、必須要件は何かを検討し、関係者が納得できるように見直しが必要である。

II 退院後支援・地域移行・地域定着支援の推進

(1) 自治体間の情報共有

都道府県から権限移譲を受けて措置通報に対応している中核市は、令和5年度調査によると9市であった。権限移譲を受けていない中核市の中には、措置診察に立ち会うことになっている保健所が複数あった。

しかし、多くの中核市にとっては、通報対応を担うことは、早期から対象者に関わることで対象者の状況をより詳細に把握できるメリット以上に、負担が大きく、今後、法が変わらないかぎり措置通報に対応する中核市が増えるのは期待できない。

権限移譲を受けていない中核市と措置通報を担当する県型保健所等との通報時及び処遇確定後の情報共有体制は様々である。通報時及び処遇確定後に中核市と県型保健所が確実に情報を共有できる仕組みが必要である。

個人情報保護法の解釈（精神科救急での情報共有は個人情報保護に優先するか）、閉庁時間帯の情報共有体制、措置入院情報を市に伝えるタイミング等について、指針が必要である。「精神科救急での情報共有は個人情報保護に優先する」等の国からの通知があると支援者としては動きやすい。

一方、支援のため広く情報共有することは、対象者側からみると、「管理されている・見張られている」と感じることもあるという。そのような対象者の感覚にも配慮して誠意をもって対応する必要がある。

（２） 措置通報対応と退院後支援

通報対応と退院後支援を同じ担当者が担当することの適否については、措置通報時から退院後支援まで一貫して同じ担当者が支援すると、症状悪化時の状態を共有でき、将来の措置防止のための課題がより整理しやすいという意見がある。一方で、対象者にとって苦い経験である強制入院に関わった人が退院後支援をするのは関係性を作りにくいので通報対応と退院後支援担当者は別がいいという意見もある。

退院後支援のために、措置通報時から関わった方が良いか否かについては、措置通報対応しない中核市保健所の中に、退院後支援計画の策定率が高い保健所があることからわかるように、通報対応は退院後支援に必須ではないと考える。通報対応の有無に関わらず、入院後早期に面談して、関係作りを開始し課題整理して、関係機関と役割分担して支援開始することで、再入院の回避、地域定着日数の延長につながるのではないかと考える。

（３） アウトカム指標の設定

退院後支援を確実に行うには、支援者自身の熱意が必要である。

退院後支援によって、病状悪化の早期発見、早期介入等により、重症化予防や早期改善につながる。次に措置入院したとしても、入院期間が短縮し、早期の地域移行が可能になっているという意見が聞かれるが、今後全国で積極的支援を展開するには、支援者と対象者双方に退院後支援の効果をより客観的に示すことが必要であろう。

対象者の支援開始後の再入院率、入院日数、地域定着日数等をアウトカム指標としてモニタリングできれば、退院後支援の効果について説得力のある説明ができるのではないかと考える。衛生行政報告例などのように国の調査として実施し公表していただきたい。

Ⅲ 保健所長の精神保健福祉業務への役割

令和５年度の調査から、精神保健分野の臨床経験がある保健所長は１割、措置診

察の要否判断に携わっているのは6割、携わっていると答えても、「措置診察の運用に関するガイドライン」の内容を確認したことがあるのは、その内6割、事前調査の実施について事後承諾をしたことがあるのは、その内3割、警察や医療機関との連絡会に必ず参加しているのは、その内6割であることがわかった。そして本事業班への興味があると答えたのは9%であった。

自治体によっては、精神保健業務を福祉部門で担当しており、保健所長がそもそも決裁ルートにないところがある。

今後、地域医療構想で精神科病床の協議も開始される予定である。精神医療を取り巻く課題、「精神科救急体制」「精神障がい者の身体疾患医療」「にも包括」「地域移行」「精神障がい者の人権」等、精神障がい者が安心して生活できる地域作りのために、保健所（長）が積極的に考えなければならない時代がきている。

保健所の立場からも「多様性」、「人権」について議論を深めていく必要がある。

IV 今後の方向性

措置制度の検討は今年度で一旦修了する。

来年度は新体制のもと、精神保健医療福祉における「入院医療中心から地域生活中心へ」について保健所の役割を検討する予定である。

第6章

資料集 調査票

I 措置通報対応に係る自治体主管課調査

II 保健所長を対象とした退院後支援に関する調査

I 措置通報対応に係る自治体主管課調査

A 23条通報対応に関する主管課調査

センター体制をとっていない自治体向け・政令指定都市

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。

[1] 自治体名をご記入ください（都道府県名，政令指定都市名，中核市名など）

（10文字まで）

[2] 貴自治体で措置診察に協力していただける精神保健指定医はおよそ何人ですか

（200文字まで）

 人

[3] 貴自治体で措置入院を受け入れてくれる医療機関数はいくつですか

政令指定都市や中核市等を含んだ数をご記入ください

（200文字まで）

 件

23条通報対応について

令和5年度の実績についてお答えください。

[4] 事前調査を事務職だけで行うことができましたか

この調査では、保健師，看護師，精神保健福祉士，社会福祉士，心理士を専門職，それ以外を事務職とします。

☐ すべて事務職だけで行った

- ☐ 一部，事務職だけで行った
- ☐ 事務職だけで行うことはなかった
- ☐ すべて専門職だけで行った

[5] 事前調査での対象者面接について

- ☐ 全例，対象者と直接面接を実施する
- ☐ 直接面接せず，通報者等からの電話でのきとりのみ行う場合がある

[6] 対象者と直接面接して調査する場合，通報から面接開始までどれくらい時間がかかりますか

各選択肢について1例でもあれば選択してください。

（4個まで選択可能）

- ☐ 1時間未満のことがある
- ☐ 1時間以上2時間未満のことがある
- ☐ 2時間以上3時間未満のことがある
- ☐ 3時間以上のものがある

[7] 措置診察の要否判定を医師以外の職種だけで行うことができましたか

医師には事後承諾(報告)とする場合はあるを選択してください。

一例でもあった場合は「ある」を選択してください。

- ☐ ある
- ☐ ない
- ☐ 把握していない

[8] 措置診察の指定医確保について

- ☐ 輪番制がある
- ☐ 指定医リストを元に順に打診していく
- ☐ その他

【9】 前問でその他を選択された場合は、具体的に記入ください

例：精神保健福祉センターの医師が診察することになっている。
(200文字まで)

【10】 診察指定医を探し始めてから、診察医を決定するまでどれくらい時間がかかりましたか

各選択肢について1例でもあれば選択してください。
(4個まで選択可能)

- ☐ 1時間未満のことがある
- ☐ 1時間以上2時間未満のことがある
- ☐ 2時間以上3時間未満のことがある
- ☐ 3時間以上のことがある

【11】 入院先の精神保健指定医が措置診察を行ったことがありますか

1例でもあれば「あった」1例もなければ「なかった」を選択してください。

- ☐ あった
- ☐ なかった
- ☐ わからない

【12】 措置診察に事務職だけが立ち会うことができましたか

- ☐ あった
- ☐ なかった
- ☐ わからない

【13】 入院医療機関の確保について

複数ある場合は、その他を選択して次の質問の回答欄に記載してください。

- ☐ 輪番制がある
- ☐ リストを元に順に受け入れ可否を打診していく
- ☐ 県立病院など特定の医療機関に決まっている

- ☐ その他

【14】 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

移送について

令和5年度の実績についてお答えください。

【15】 23条通報に係る移送について

保護されている場所(警察等) から診察場所、そして入院医療機関への移送について、複数の車両を使った場合は複数選択してください。
(5個まで選択可能)

- ☐ 警察車両を使った
- ☐ 自治体公用車を使った
- ☐ 病院車両を使った
- ☐ 民間車両 (タクシー等を含む)
- ☐ その他

【16】 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

【17】 対象者移送車両に警察署員が同乗してもらえますか

- ☐ 9割以上同乗してもらえる
- ☐ 5割以上 (9割未満) 同乗してもらえる
- ☐ 1割以上 (5割未満) 同乗してもらえる
- ☐ 同乗してもらえるのは、1割未満
- ☐ 把握していない

緊急措置入院の運用について

【18】 夜間の23条通報事例について（令和5年度の実績）

- ☐ 8割以上緊急措置入院としている
- ☐ およそ3割以上8割未満緊急措置入院としている
- ☐ 緊急措置入院とするのは殆どない

【19】 休日昼間の23条通報事例について（令和5年度の実績）

- ☐ 8割以上緊急措置入院としている
- ☐ およそ3割以上8割未満緊急措置入院としている
- ☐ 緊急措置入院とするのは殆どない

【20】 開庁時間帯の23条通報事例について（令和5年度の実績）

- ☐ 8割以上緊急措置入院としている
- ☐ およそ3割以上8割未満緊急措置入院としている
- ☐ 緊急措置入院とするのは殆どない

【21】 緊急措置入院制度を優先している時間帯があれば記入してください

例：17:00から6:00
優先する時間帯がないときや緊急措置を適応することがないときは 空欄のまま次へ

（200文字まで）

【22】 緊急措置入院を適応する理由は何ですか

緊急措置を適応した実績がない場合は、適応すると仮定して回答してください。
複数選択可

（4個まで選択可能）

- ☐ 指定医2名の確保が難しい

- ☐ 対象者を迅速に医療に繋げるため
- ☐ 長時間の警察保護室での保護について警察の協力が得られない
- ☐ その他

【23】 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

（200文字まで）

【24】 緊急措置入院時の診察指定医の所属について

- ☐ 入院医療機関の指定医が行うことがある
- ☐ 入院医療機関の指定医が行うことはない

精神医療審査会について

【25】 令和6年4月～11月迄に、「措置入院決定報告書」について精神医療審査会における審査の結果「措置入院の必要性がない」と判断された事例がありましたか。

- ☐ あった
- ☐ なかった
- ☐ 把握していない

措置入院者への対応

【26】 新規入院後、概ね3ヶ月を経過した措置入院者への対応について

- ☐ 入院医療機関以外の指定医による診察を実施する
- ☐ 入院医療機関以外の指定医による診察を実施することはない

退院後支援について

【27】 令和5年度に貴自治体居住者で措置入院となった人数は何人でしたか

(200文字まで)

人

【28】 前問のうち退院後支援計画を策定したのは何人でしたか

把握していない場合は空欄で可
(100文字まで)

人

これで終わります。ご協力ありがとうございました。

確認

I 措置通報対応に係る自治体主管課調査

B 23条通報対応に関する主管課調査

23条通報に対して24時間センター体制で対応している自治体向け

印は必須項目です。必ずご記入ください。

▲ 文字を変換するときに、**㊦** 環境依存文字は使用することはできませんので、ご注意ください。

▲ 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。

[1] 自治体名をご記入ください（都道府県名，政令指定都市名，中核市名など）

（10文字まで）

[2] 貴自治体で措置診察に協力していただけた精神保健指定医はおよそ何人ですか

（200文字まで）

 人

[3] 貴自治体全体で措置入院を受け入れてくれる医療機関数はいくつですか

都道府県の方は、指定都市や中核市にある医療機関を含めてご記入ください。

政令指定都市や中核市の方は市内の医療機関の数をご記入ください。

（200文字まで）

 件

センター体制について

- ・都道府県内の23条通報に一元的に対応する体制(以下、センター体制)とします。
- ・複数の保健所等で輪番で対応している体制も含みます。

- ・県庁主管課等で中核市管轄分のみ対応して、県型保健所分は各保健所で担当している場合は含みません。

[4] センター体制を導入した年はいつですか（西暦）

（200文字まで）

[5] センター体制で対応する範囲について

（3個まで選択可能）

- ☐ 都道府県型保健所の一部
- ☐ 都道府県型保健所全部
- ☐ 政令指定都市
- ☐ 中核市

[6] 23条通報を受け付ける窓口はどこですか

（6個まで選択可能）

- ☐ 対象者所在保健所
- ☐ 対象者住所保健所
- ☐ 当番(輪番)保健所
- ☐ 精神保健福祉センター等
- ☐ 県庁主管課
- ☐ その他

[7] 前問で「その他」を選択された場合は、具体的にご記入ください。

（200文字まで）

[8] センター体制を導入した契機・理由をご記入ください

（9999文字まで）

【12】前問でその他を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

【13】センター体制導入後の影響と影響によって見直したこと見直す予定があれば記載してください。

(9999文字まで)

措置通報対応について

令和5年度の実績についてお答えください。

【14】事前調査を事務職だけで行うことができましたか

この調査では、保健師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、心理士を専門職、それ以外を事務職とします。

- ☐ すべて事務職だけで行った
- ☐ 一部、事務職だけで行った
- ☐ 事務職だけで行うことはなかった
- ☐ 専門職だけで行った

【15】事前調査の対象者面接について

- ☐ 全例、対象者と直接面接を実施する

【9】センター制を導入して良かったことは、何ですか

(6個まで選択可能)

- ☐ 指定医確保が容易になった
- ☐ 入院医療機関確保が容易になった
- ☐ 保健所の負担が軽減した
- ☐ 自治体内の対応基準が統一できた
- ☐ 警察や関係機関の理解が得られやすくなった
- ☐ その他

【10】前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

【11】センター体制にして、困ったこと、新たな課題がありますか

(5個まで選択可能)

- ☐ 現場に着くまでの時間がかかる
- ☐ センター職員の負担が増大した
- ☐ 保健所把握事例か否かの確認が難しい
- ☐ 退院支援に支障がある
- ☐ その他

☐ 直接面接せず、通報者等からの電話でのききとりのみ行う場合がある

【16】対象者と直接面接して調査する場合、通報から面接開始までどれくらい時間がかかりますか

(4個まで選択可能)

- ☐ 1時間未満のことがある
☐ 1時間以上2時間未満のことがある
☐ 2時間以上3時間未満のことがある
☐ 3時間以上のことがある

【17】措置診察の要否判定を医師以外の職種だけで行うことがありますか

医師には事後承諾(報告)とする場合は「ある」を選択してください。

一例でもあった場合は「ある」を選択してください。

- ☐ ある
☐ ない
☐ 把握していない

【18】措置診察の指定医確保について

- ☐ 輪番制がある
☐ 指定医リストを元に順に打診していく
☐ その他

【19】前問でその他を選択された場合は、具体的に記入ください

例：精神保健福祉センターの医師が診察することになっている。
(200文字まで)

【20】診察指定医を探し始めてから、診察医を決定するまでどれくらい時間がかかりますか

(4個まで選択可能)

☐ 1時間未満のことがある

☐ 1時間以上2時間未満のことがある

☐ 2時間以上3時間未満のことがある

☐ 3時間以上のことがある

【21】入院先の精神保健指定医が措置診察を行ったことがありますか

1例でもあれば「あった」1例もなければ「なかった」を選択してください。

- ☐ あった
☐ なかった
☐ わからない

【22】措置診察に事務職だけが立ち会うことがありますか

- ☐ あった
☐ なかった
☐ わからない

【23】入院医療機関の確保について

複数ある場合は、その他を選択して次の質問の回答欄に記載してください。

- ☐ 輪番制がある
☐ リストを元に順に受け入れ可否を打診していく
☐ 県立病院など特定の医療機関に決まっている
☐ その他

【24】前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

移送について

令和5年度の実績についてお答えください。

[25] 23条通報対応に係る移送について

保護されている場所(警察等)から診療場所、そして入院医療機関への移送について
(5個まで選択可能)

- ☐ 警察車両を使った
- ☐ 自治体公用車を使った
- ☐ 病院車両を使った
- ☐ 民間車両（タクシー等を含む）
- ☐ その他

[26] 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入してください。

(200文字まで)

[27] 対象者移送車両に警察職員が同乗してもらえますか

- ☐ 9割以上同乗してもらえる
- ☐ 5割以上（9割未満）同乗してもらえる
- ☐ 1割以上（5割未満）同乗してもらえる
- ☐ 同乗してもらえないのは、1割未満
- ☐ 把握していない

緊急措置入院の運用について

[28] 夜間の23条通報事例について（令和5年度の実績）

- ☐ 8割以上緊急措置入院としている
- ☐ およそ3割以上8割未満緊急措置入院としている
- ☐ 緊急措置入院とすることは殆どない（あっても3割未満）

[29] 休日昼間の23条通報事例について（令和5年度の実績）

- ☐ 8割以上緊急措置入院としている
 - ☐ およそ3割以上8割未満緊急措置入院としている
 - ☐ 緊急措置入院とすることは殆どない（あっても3割未満）
- [30] 開庁時間帯の23条通報事例について（令和5年度の実績）**
- ☐ 8割以上緊急措置入院としている
 - ☐ およそ3割以上8割未満緊急措置入院としている
 - ☐ 緊急措置入院とすることは殆どない（あっても3割未満）

[31] 緊急措置入院を優先している時間帯があれば記入してください

例：17：00から6：00

優先する時間帯がない場合や緊急措置入院が殆ど無い場合は空欄のまま次へ

(200文字まで)

[32] 緊急措置入院を適応する理由は何ですか

緊急措置入院の実績が無い場合は、適応すると仮定して回答してください
(4個まで選択可能)

- ☐ 指定医2名の確保が難しい
- ☐ 対象者を迅速に医療に繋げるため
- ☐ 長時間の警察保護室での保護について警察の協力が得られない
- ☐ その他

[33] 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

[34] 緊急措置入院時の診療指定医の所属について

- ☐ 入院医療機関の指定医が行うことがある

☐ 入院医療機関の指定医が行うことはない

措置診察不要もしくは措置診察後入院不要となったが受診支援が必要と判断した時の対応について

【35】措置には該当しないが、医療が必要と考えた時に何処が受診調整しますか

時間帯によって異なる場合は、複数選択して、その他(次の設問)に概要を記入してください。
(3個まで選択可能)

- ☐ センター等が受診調整する
- ☐ 居住地保健所に連絡する
- ☐ その他

【36】前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

【37】対象者居住地保健所への連絡について

- ☐ 原則連絡する
- ☐ 緊急の受診支援が必要なときに連絡する
- ☐ 家族等の保護者がいて緊急性がないときは連絡しない
- ☐ 連絡しない

精神医療審査会について

【38】令和6年4月から11月迄で、「措置入院決定報告書」について精神医療審査会における審査の結果「措置入院の必要性がない」と判断された事例がありましたか。

- ☐ あった
- ☐ なかった

☐ 把握していない

措置入院者への対応について

【39】入院後概ね3ヶ月を経過した措置入院者への対応について

- ☐ 入院医療機関以外の指定医による診察を実施する
- ☐ 入院医療機関以外の指定医による診察を実施することはない

退院後支援について（令和5年度の実績について）

【40】令和5年度に貴自治体居住者で措置入院となった人数は何人でしたか

(200文字まで)

人

【41】前問のうち退院後支援計画を策定したのは何人でしたか

把握していない場合は空欄で可
(100文字まで)

人

これで終わります。ありがとうございます。

確認

I 措置通報対応に係る自治体主管課調査

C 23条通報対応に関する主管課調査

23条通報に対して時間帯を区切ってセンター体制で対応している自治体向け

印は必須項目です。必ずご記入ください。

▲ 文字を変換するときに、**㊦** 環境依存文字は使用することはできませんので、ご注意ください。
い。

▲ 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。

▲ 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。

[1] 自治体名をご記入ください（都道府県名、政令指定都市名、中核市名など）

(10文字まで)

[2] 貴自治体で措置診察に協力していただける精神保健指定医はおよそ何人ですか

(200文字まで)

 人

[3] 貴自治体全体で措置入院を受け入れてくれる医療機関数はいくつですか

都道府県単位で指定都市や中核市にある精神科医療機関を含めて記入してください。

(5文字まで)

 件

センター体制について

- ・都道府県内の23条通報に一元的に対応する体制(以下、センター体制)とします。
- ・複数の保健所等で輪番で対応している体制も含みます。
- ・県庁主管課等で中核市管轄分のみ対応して、真型保健所分は各保健所で担当している場合は含みません。

[4] センター体制を導入した年はいつですか（西暦）

(200文字まで)

[5] センター体制で対応する範囲について

(3個まで選択可能)

- ☐ 都道府県型保健所の一部
- ☐ 都道府県型保健所全部
- ☐ 政令指定都市
- ☐ 中核市

[6] センター体制時間帯

- ☐ 閉庁時間帯（夜間、休日）
- ☐ 閉庁時間帯（夜間）のみ
- ☐ その他

[7] 前問でその他を選択された場合は、具体的にご記入ください

例 21:00-9:00
(200文字まで)

[8] センター体制時間帯に、23条通報を受け付ける窓口はどこですか

(6個まで選択可能)

- ☐ 対象者所在保健所
- ☐ 対象者住所保健所
- ☐ 当番(輪番)保健所
- ☐ 精神保健福祉センター等
- ☐ 本庁主管課
- ☐ その他

【9】 前問でその他を選択された場合は、具体的に記入してください

(200文字まで)

【10】 センター体制を導入した契機・理由をご記入ください

(9999文字まで)

【11】 センター体制を導入して良かったことは、何ですか

(6個まで選択可能)

- ☐ 指定確保が容易になった
- ☐ 入院医療機関確保が容易になった
- ☐ 保健所の負担が軽減した
- ☐ 自治体内の対応基準が統一できた
- ☐ 警察と関係機関の理解が得られやすくなった
- ☐ その他

【12】 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

【13】 センター体制にして、困ったこと、新たな課題がありますか

(5個まで選択可能)

- ☐ 現場に着くまでに時間がかかる
- ☐ センター職員の負担が増大した
- ☐ 保健所把握事例か否かの確認が難しい
- ☐ 退院支援に支障がある
- ☐ その他

【14】 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

【15】 センター体制導入後の影響と影響によって見直したことで見直す予定があれば記載してください。

(9999文字まで)

センター体制時間帯の措置通報対応について

令和5年度の実績についてお答えください。

【16】 事前調査を事務職だけで行うことができましたか

この調査では、保健師、看護師、精神保健福祉士、社会福祉士、心理士を専門職、それ以外を事務職とします。

- ☐ すべて事務職だけで行った

- ☐ 一部、事務職だけで行った
- ☐ 事務職だけで行うことはなかった
- ☐ 専門職だけで行った

【17】事前調査での対象者との面接の状況

- ☐ 全例、対象者と直接面接を実施する
- ☐ 直接面接せず、通報者等からの電話でのきとりのみ行う場合がある

【18】対象者と直接面接して調査する場合、通報から面接開始までどれくらい時間がかかりますか

それぞれ1件でも該当したら選択してください。
(4個まで選択可能)

- ☐ 1時間未満のことがある
- ☐ 1時間以上2時間未満のことがある
- ☐ 2時間以上3時間未満のことがある
- ☐ 3時間以上のことがある

【19】措置診察の要否判定を医師以外の職種だけで行うことがありますか

医師には事後承諾(報告)とする場合もあります。

一例でもあった場合は「ある」を選択してください。

- ☐ ある
- ☐ ない
- ☐ 把握していない

【20】措置診察の指定医確保について

- ☐ 輪番制がある
- ☐ 指定医リストを元に順に打診していく
- ☐ その他

【21】前問でその他を選択された場合は、具体的に記入ください

例：精神保健福祉センターの医師が診察することになっている。
(200文字まで)

【22】診察指定医を探し始めてから、診察医を決定するまでどれくらい時間がかかりますか

それぞれ1例でもあれば、選択してください。
(4個まで選択可能)

- ☐ 1時間未満のことがある
- ☐ 1時間以上2時間未満のことがある
- ☐ 2時間以上3時間未満のことがある
- ☐ 3時間以上のことがある

【23】入院先の精神保健指定医が措置診察を行ったことがありますか

1例でもあれば「あった」1例もなければ「なかった」を選択してください。

- ☐ あった
- ☐ なかった
- ☐ わからない

【24】措置診察に事務職だけが立ち会うことがありますか

- ☐ あった
- ☐ なかった
- ☐ わからない

【25】入院医療機関の確保について

複数ある場合は、その他を選択して次の質問の回答欄に記載してください。

- ☐ 輪番制がある
- ☐ リストを元に順に受け入れ可否を打診していく
- ☐ 県立病院など特定の医療機関に決まっている

☐ その他

[26] 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

センター体制時間帯の移送について

令和5年度の実績についてお答えください。

[27] 23条通報に係る移送について

保護されている場所(警察等)から診療場所、そして入院医療機関への移送について
(5個まで選択可能)

- ☐ 警察車両を使った
- ☐ 自治体公用車を使った
- ☐ 病院車両を使った
- ☐ 民間車両（タクシー等を含む）
- ☐ その他

[28] 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

[29] 対象者移送車両に警察職員が同乗してもらえますか

- ☐ 9割以上同乗してもらえる
- ☐ 5割以上（9割未満）同乗してもらえる
- ☐ 1割以上（5割未満）同乗してもらえる
- ☐ 同乗してもらえないのは、1割未満
- ☐ 把握していない

センター体制時間帯の緊急措置入院の運用について

[30] 夜間の23条通報事例について（令和5年度の実績）

- ☐ 8割以上緊急措置入院としている
- ☐ おおよそ3割以上8割未満緊急措置入院としている
- ☐ 緊急措置入院とすることは殆どない（あっても3割未満）

[31] 休日昼間の23条通報事例について（令和5年度の実績）

- ☐ 8割以上緊急措置入院としている
- ☐ おおよそ3割以上8割未満緊急措置入院としている
- ☐ 緊急措置入院とすることは殆どない（あっても3割未満）

[32] 開庁時間帯の23条通報事例について（令和5年度の実績）

- ☐ 8割以上緊急措置入院としている
- ☐ おおよそ3割以上8割未満緊急措置入院としている
- ☐ 緊急措置入院とすることは殆どない（あっても3割未満）

[33] 緊急措置入院を優先している時間帯があれば記入してください

例 17：00から4：00

優先する時間帯がない場合や緊急措置入院の実績が無い場合は空欄のまま次へ

(200文字まで)

[34] 緊急措置入院を適応する理由は何ですか

緊急措置の実績が無い場合は、適応すると仮定して回答してください。
(4個まで選択可能)

- ☐ 指定医2名の確保が難しい
- ☐ 対象者を迅速に医療に繋げるため
- ☐ 長時間の警察保護室での保護について警察の協力が得られない

☐ その他

【35】 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

【36】 緊急措置入院時の診察指定医の所属について

- ☐ 入院医療機関の指定医が行うことがある
- ☐ 入院医療機関の指定医が行うことはない

センター体制時間帯に措置診察不要もしくは措置診察後入院不要となったが受診支援が必要と判断した時の対応について

【37】 措置には該当しないが、医療が必要と考えたときにだれが受診調整しますか

時間帯によって異なる場合は、複数選択して、その他(次の設問)に概要を記入してください。

(3個まで選択可能)

- ☐ センター等が受診調整する
- ☐ 居住地保健所に連絡する
- ☐ その他

【38】 前問で「その他」を選択された場合は、具体的に記入ください。

(200文字まで)

【39】 対象者居住地保健所への連絡について

- ☐ 原則連絡する
- ☐ 緊急の受診支援が必要なときに連絡する
- ☐ 家族等の保護者がいて緊急性がないときは連絡しない

☐ 連絡しない

ここからは、自治体全体〔都道府県等全体〕について回答ください

精神医療審査会について

【40】 令和6年4月～11月までで、「措置入院決定報告書」について精神医療審査会における審査の結果「措置入院の必要性がない」と判断された事例がありましたか。

- ☐ あった
- ☐ なかった
- ☐ 把握していない

措置入院者への対応について

【41】 新規入院後、概ね3ヶ月を経過した措置入院者への対応について

- ☐ 入院医療機関以外の指定医による診察を実施する
- ☐ 入院医療機関以外の指定医による診察を実施することはない

退院後支援について

【42】 令和5年度に貴自治体居住者で措置入院となった人数は何人でしたか

(200文字まで)

人

【43】 【7】 のうち退院後支援計画を策定したのは何人でしたか

把握していない場合は空欄で可
(100文字まで)

人

これで終わります。ありがとうございます。

確認

鹿児島県電子申請共同運営システム（e（いー）申請）

II 保健所長を対象とした退院後支援に係る調査 調査票

「退院後支援と地域移行支援事業の活用状況について」(山口班) 下記のフォームにご入力をお願いします。所要時間は約 20 分です。保健所長の先生方への研修と演習も兼ねておりますので、可能な限り保健所長にご回答いただきたいと思います。

Q1. 主たるご回答者を教えてください(研修や演習も兼ねているので、できるだけ保健所長にご回答いただきたいと思います。)

回答にかかる時間は 20 分程度です。

(特に Q10、Q11 の実績は担当者にお尋ねいただくことが必要と思われます)。

- ☐保健所長
- ☐担当課長
- ☐担当係長
- ☐担当者

その他

Q2. 貴保健所の形態を教えてください。

- ☐都道府県型保健所
- ☐政令指定都市型保健所
- ☐中核市型等保健所

Q3. 保健所名と所属自治体、また、回答内容の照会先として、電話番号と主たる回答者のメールアドレスを教えてください。

保健所名

所属自治体名

所属所在地

電話番号

担当者

メールアドレス

Q4. 【地域移行支援事業】とは、「障害者支援施設等及び精神科病院に入所・入院している障害者に対して、住居の確保や障害福祉サービスの体験利用・体験宿泊のサポートなど地域生活へ移行するための支援を行うもの」であり、平成 24 年 4 月から実施されています。

これについてご存じでしたか。

○知っていた

○知らなかったが、質問を読んで理解した

Q5. 改正精神保健福祉法によって、精神疾患の入院患者には令和 6 年 4 月から以下の措置が行われることになりました。

1 退院後生活環境相談員は措置入院者にも選任することが義務化

2 地域援助事業者（退院後に利用するサービスについて退院前から相談できる事業者等）の紹介を義務化するとともに、措置入院者にも適用

3 更新に伴う医療保護入院者退院支援委員会（医療保護入院の上限は 6 カ月（入院から 6 カ月までの間は 3 カ月））開催が義務化

*** これら 3 点についてご存じでしたか。

知っていた 知らなかったが、質問を読んで理解した

1

2

3

Q6. 【障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案に対する附帯決議】

「二 国連障害者権利委員会の対日審査の総括所見における指摘事項を踏まえ、地域移行を着実に進めるため、多様な障害当事者の意見も踏まえ、目標を設定するなど具体的な地域移行の計画を立案すること。また、地域生活支援拠点等の役割の明確化や機能強化、拠点コーディネーターの役割の整理や配置の促進など地域移行を効果的、計画的に推進するための方策について検討し、必要な措置を講ずること。」

これについてご存じでしたか。

○知っていた

○知らなかったが、質問を読んで理解した

Q7. 全国で地域移行支援の許可を得ている事業所は 3,543 事業所ありますが実績があるのはその 10%（令和 6 年 3 月請求では、358 事業所 670 件）に過ぎません。請求のある事業所は、市町村の障害福祉担当課が把握しております。

これについてご存じでしたか。

○知っていた

○知らなかったが、質問を読んで理解した

Q8. 【演習 1】 ReMHRAD（リムラッド）を使って、管内の精神科入院状況例をご確認

下さい。 1 https://remhrad.jp/view_hospital_data (コピー貼り付け) 2 「在院」確認、データ年度は 2019、2023 年度で比較 3 都道府県選択、表示方法「患者の住所ベース」、管内の任意の 1 自治体 4 年齢区分は全年代、入院期間は全期間 5 主診断は、全診断(演習 1)と F2(演習 2)「全診断」の合計入院患者数(右表最上段)の変化は(2019 年度→2023 年度)はいかがですか。

- ☐ 増加した
- ☐ 変化ない
- ☐ 減少した

Q9. 【演習 2】 「F2」の合計入院患者数(右表最上段)の変化(2019 年度→2023 年度)はいかがですか。 (演習終了です。お疲れ様でした。)

- ☐ 増加した
- ☐ 変化なし
- ☐ 減少した

Q10. 令和 5 年度の措置入院(緊急措置入院のみは除く)患者数※について教えてください。

※：貴保健所管内に住所地がある患者で、他保健所が措置入院させた場合も含みます。(不明の場合は「999」を入力してください。)

措置入院患者数

あなたの保健所が措置入院させた(措置業務していない保健所は「0」入力)

他保健所が措置入院させ、情報提供を受けた

Q11. 令和 5 年度の退院後支援について教えてください。(不明の場合は「999」を入力してください。)

入院先

(圏域内の精神科病院) 入院先

(圏域外の精神科病院)

退院支援計画を策定した患者数

退院後支援を実施した退院患者数

Q12. 退院後支援計画を策定できなかった事例はありますか

- ☐ ある (Q13 へ)
- ☐ ない (Q14 へ)

Q13. 退院後支援計画が策定できなかった事例について、あてはまる理由を3つまで選択してください。

- ☐ 本人の同意が得られなかったから
- ☐ 家族の同意が得られなかったから
- ☐ 保健所のマンパワーが不足していたから
- ☐ 病院の協力が得られなかったから
- ☐ 市町村の協力が得られなかったから
- ☐ 事業所の協力が得られなかったから
- ☐ 家族等の支援が十分で計画を策定する必要がないと、保健所が判断したから
- ☐ その他

Q14. 退院後支援計画は策定できたが退院後支援ができなかった事例はありますか

- ☐ ある (Q15 へ)
- ☐ なし (Q16 へ)

Q15. 退院後支援計画を策定したものの退院後支援ができなかった事例について、あてはまる理由を3つまで選択してください。

- ☐ 本人の同意が得られなかったから
- ☐ 家族の同意が得られなかったから
- ☐ 保健所のマンパワーが不足していたから
- ☐ 病院の協力が得られなかったから
- ☐ 市町村の協力が得られなかったから
- ☐ 事業所の協力が得られなかったから
- ☐ 家族等の支援が十分で計画を策定する必要がないと、保健所が判断したから
- ☐ その他

Q16. 退院後支援計画策定において、貴保健所で工夫されている取組があればご紹介ください。無ければ「無し」とお答えください。

Q17. 退院後支援において、貴保健所で工夫されている取組があればご紹介ください。無ければ「無し」とお答えください。

Q18. 精神科入院患者の退院後支援に関する地域移行支援事業の活用状況についてお尋ね

します。貴保健所管内の地域移行支援事業を実施できる事業所数（回答時点）を教えてください。

Q19. 退院後支援に際して、地域移行支援事業を導入したことの入院形態を選択してください。

- ☐措置入院と医療保護入院（Q20 へ）
- ☐医療保護入院のみ（Q22 へ）
- ☐利用したことはない・わからない（Q24 へ）

Q20. 「措置入院の退院後支援」に地域移行支援事業を導入した経験を踏まえ、良かったことを教えてください。

Q21. 「措置入院の退院後支援」に地域移行支援事業を導入した経験を踏まえ、課題と思われたことを教えてください。

Q22. 「医療保護入院の退院後支援」に地域移行支援事業を導入した経験を踏まえ、良かったことを教えてください。

Q23. 「医療保護入院の退院後支援」に地域移行支援事業を導入した経験を踏まえ、課題と思われたことを教えてください。

Q24. 退院後支援に地域移行支援事業を利用したことがなかった理由として、あてはまるものを一つ選択してください。

- ☐地域移行支援事業のことを保健所が理解していなかった（Q25 へ）
- ☐地域移行支援事業の実績がある事業所の有無について把握していない（Q25 へ）
- ☐管内の事業所では地域移行支援事業の実績がない（Q26 へ）
- ☐地域移行支援事業の実績がある事業所はあるが、関係者（本人・家族・病院等）から理解されなかった
- ☐その他

Q25. Q24 で「保健所が理解していない」「事業所の有無について把握していない」と回

答された保健所にお尋ねします。医療保護入院及び措置入院患者には地域援助事業者の紹介を義務付けられたので（Q5 参照）、精神科病院から紹介を求められる可能性があります。今後どのようにしますか。

- 把握して対応していく
- 病院の努力で探すように伝える
- 市町村に問い合わせるように伝える
- その他

Q26. Q24 で「管内の事業所では地域移行支援事業の実績がない」と回答した保健所にお尋ねします。医療保護入院及び措置入院患者には地域援助事業者の紹介を義務付けられたので（Q5 参照）、精神科病院から紹介を求められる可能性があります。今後どのようにしますか。今後どのように取り組まれますか。あてはまるものを一つお選びください。

- 市町村と連携して事業所を育成する
- 都道府県に研修を実施するように伝える
- 特に何もしない
- その他

Q27. 精神科入院患者の権利として、患者が希望すれば退院支援委員会に地域援助事業者を参加させることができます（Q5 参照）。そのことを管内の精神科病院は入院患者に周知していますか。

- 管内全病院は周知している（Q28 へ）
- 一部の病院は周知している（Q28 へ）
- 現在、実地指導等で確認中である（Q29 へ）
- 周知の状況は不明だが、今年度から確認する（Q29 へ）
- 周知の状況は不明であり、今後の確認については検討する（Q29 へ）

Q28. Q27 で（全病院または一部病院は）「周知している」と回答した保健所にお尋ねします。具体的にはどのように周知していますか。

- 患者向け説明会を病院内で年 1 回以上実施
- 入院時に全ての患者に説明
- 病棟に制度説明の文書を掲示
- その他

Q29. 最後の質問です。今後、精神保健業務で取り上げてほしいテーマなどありましたら、ご記入ください。

令和6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7年3月
編集・発行 一般財団法人 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