

特別論文

精神科救急医療体制の現状と課題：日本公衆衛生学会モニタリング・
レポート委員会精神保健福祉分野活動総括

ヨシマス 吉益	コウイチ 光一*	フジエダ 藤枝	メグミ 恵 ^{2*,3*}	ハラダ 原田	サヨ 小夜 ^{4*}	イノウエ 井上	マサト 眞人 ^{5*}
イケダ 池田	カズノリ 和功 ^{6*}	カカズ 嘉数	ナオキ 直樹 ^{7*}	コジマ 小島	コウヨウ 光洋 ^{8*}	ヤマダ 山田	マサヒロ 全啓 ^{9*}
クボヤマ 窪山	イズミ 泉 ^{10*}						

目的 精神科救急医療体制の構築と関連する法律の整備に関して、現代の日本における課題を明らかにし、解決策を探ること。

方法 日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会精神保健福祉分野のグループ活動として、2014年度から2017年度にかけて精神科救急および措置入院に関する情報収集を行った。各年次総会に提出した報告書を基に、必要に応じて文献を追加した。

結果 地域における精神科医療資源の偏在や、歴史的な精神疾患に関する認識の問題なども絡んでいるため、全国均一的な救急医療システムの構築のためには越えなければならないハードルは高い。また、強制入院の中で最も法的な強制力が強い措置入院制度に関しては、その実際の運用を巡って全国でも地域差が大きいために、精神保健福祉法に、より具体的な記載が盛り込まれるとともに、厚生労働省から一定のガイドラインが提示されている。とくに近年は凶悪犯罪事件との関連を巡って、社会的にも関心が高まっており、一部では措置入院の保安処分化を懸念する声が上がっている。精神疾患は今や五大疾病の一つに位置づけられているが、その性質上、生活習慣病などに比べて、疫学的エビデンスが圧倒的に不足しており、これが臨床や行政の現場での対応に足並みが揃わない主要因であると考えられる。

結論 日本公衆衛生学会は、医療・福祉・行政などに携わる多職種から構成される学際的な組織である強みを活かして、多施設共同の疫学研究を主導し、措置入院解除および退院後の予後に関する、すべての関係自治体が共有しうるデータベースとしての疫学的エビデンスの構築を推進する役割を担っている。

Key words : 精神科救急, 身体合併症, 措置入院, 地域差, 精神保健福祉法

日本公衆衛生雑誌 2019; 66(9): 547-559. doi:10.11236/jph.66.9_547

I はじめに

日本において、人口構成の急激な高齢化に伴う認知症の増加とそれに伴う身体合併症を有する精神疾患患者の増加、近年は減少傾向にあるものの、1998年以降十数年にわたって3万人前後で推移した自殺者数、2001年の附属池田小学校事件や2016年の相模原事件に象徴される精神科治療歴のある者によって引き起こされる凶悪犯罪と「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（心身喪失者等医療観察法）」の成立など、今世紀初頭より精神科医療は、社会情勢を反映して大きな転機を迎えている。

* 和歌山県立医科大学医学部衛生学講座

2* 保健医療経営大学

3* 久留米大学医学部神経精神医学講座

4* 梅花女子大学看護保健学部

5* 犬山病院

6* 和歌山県新宮保健所

7* 九州工業大学保健センター

8* 前宮城県成人病予防協会

9* 奈良県中和保健所

10* 国土館大学体育学部

責任著者連絡先：〒641-0012 和歌山市紀三井寺
811-1

和歌山県立医科大学医学部衛生学講座 吉益光一

さらには、合法ハーブなどの脱法ドラッグやインターネットなど SNS を介する薬物の入手経路の多様化に伴う薬物依存や乱用、薬物関連犯罪の問題、急性期精神疾患の背後に潜む自閉症や注意欠如多動性障害 (ADHD) などの発達障害、災害派遣精神医療チーム (DPAT) などの災害精神科医療、急性期を脱した精神障害者の地域移行支援など、日本における精神科救急医療体制は社会情勢のドラスティックな変化により大きな岐路に立たされているといえる。

精神科救急医療体制の整備は2012年度から精神保健福祉法に都道府県の努力義務として組み込まれるなど、地域精神保健の観点からも時宜を得た問題であり、これに付随する「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)の下での強制入院制度、とくに措置入院の運用のあり方を巡る諸課題は、精神科救急医療体制そのものが内含する問題点を顕在化させているとともに、それぞれの地域、具体的には都道府県、あるいは都市部や非都市部の間で大きな差異が認められる。

こうした問題の現状を俯瞰して個々の課題を浮き彫りにし、具体的な解決策を提言すべく、日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会の精神保健福祉グループでは、2014年度から2017年度にかけて文献レビューを中心とする情報収集を行い、①精神科救急医療体制の課題と地域差 (2014年度:2015年の総会で報告、以下同じ)、②身体合併症を有する精神科救急の課題 (2015年度)、③精神科措置入院制度の現状と問題点の整理 (2016, 2017年度)と題して、それぞれの年次総会で報告書を提出し、学会への提言を行ってきた。今回これら一連の報告書の記載内容を基盤として、新たに関連情報を追加し、日本における精神科救急医療体制の現状と課題について、上記の3つの観点から再考することとする。

II 方 法

日本の精神科救急医療体制の課題を明らかにすることが目的であるため、文献検索データベースは主として医中誌 web を用いた。精神神経学雑誌、総合病院精神医学、日本精神科病院協会雑誌、精神科救急、臨床精神医学、老年精神医学、公衆衛生学雑誌の各雑誌についてはとくに主要な情報が含まれると考えられたため、2006年以降のものをすべて医中誌 web によりチェックした。また、日本公衆衛生学会のモニタリング・レポート委員会活動を基本としているので、報告書作成のルールに則って2015年以降は公衆衛生学会総会抄録集のレビューも実施した。

その中で見出された文献の引用文献リストの中に英語論文があった場合など、必要に応じて PubMed も活用した。インターネット上にアップロードされている厚生労働省や総務庁関係の報告書や新聞記事など、医中誌 web や PubMed では情報が不十分と考えられた場合には Google と Google Scholar を用いてキーワード検索を実施した。

検索に用いたキーワードは「精神科救急」、「地域差」、「身体合併症」、「措置入院」、「危機介入」、「処遇困難」、「緊急対応」、これらを単独、または組み合わせることで検索に利用した。さらにこれに加えて精神保健福祉グループ各メンバーの所属機関の関係者からの情報収集や関連文献提供を受けた。

日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会精神保健福祉分野は、2014年の3月に吉益をグループリーダーとして立ち上げられ、同年11月の総会から毎年、日本公衆衛生学会学術総会の場においてグループ会合を開き、当該年度のモニタリングのテーマについて、メンバー間で話し合い、おおよその方向性と年間作業スケジュールを決めていた。学術総会の後は、主に専用のメーリングリストを用いて、各メンバーの担当範囲の詳細を決め、必要に応じて進捗状況を報告し、議論を行った。たとえば上記の精神神経学雑誌などの学会誌に加えて、各関連学会の抄録、保健所長会議録、精神保健福祉センター研究協議会演題集などについては、主としてそれぞれのメンバーの専門性と所属機関、所属学会に基づいて担当範囲 (雑誌と発行年度) を決めてレビューを行った。精神神経学雑誌など、情報量が多い雑誌や学会抄録の場合には、前半5年と後半5年に分けるなどして、分担を決めた。精神科救急医療体制を中心としてモニタリングを実施したため、雑誌からの情報は「精神神経学雑誌」や「精神科救急」、「臨床精神医学」など臨床系の雑誌が多数を占め、日本公衆衛生雑誌や学会抄録からは措置入院の運用に関する保健所からの局地的な報告などを除いて、多くは認められなかった。

各メンバーから提出された情報をグループリーダーが内容を吟味して統合し、必要に応じて引用文献を追加して、全体として一つの報告書になるようにまとめた。

本稿はこのように基本的に系統レビューの手法に準じてはいるが、日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会の精神保健福祉グループ年次報告書をベースとしている。即ち特定の疾患など、具体的事象に関する疫学研究レビューなどとは異なり、日本における精神科救急体制や措置入院の課題など、

やや抽象的なテーマに関して、各年度の課題に応じて、保健所長会議の議事録などメンバーが独自の判断に基づいて収集した事例情報なども含まれている。この点が厳密な意味での系統レビュー論文とは異なること留意されたい。また「現状と課題」と題しているが、上述のように本稿に記載した内容は原則として2006年以降の情報（2015年の会合の際にレビュー範囲を過去10年間と定めたため）に基づいている。

Ⅲ 精神科救急医療体制の課題と地域差

1. 現状

現代日本の地域における精神科救急医療体制を考える際に、重要なポイントとして押さえておくべき点がいくつか明確になりつつある²⁻⁶⁾。「精神科救急医療体制に関する検討会」の報告書³⁾や日本精神科救急学会の提言⁴⁾から、これらの中でもとくに問題視され、地域間でも差があると思われる6点を抜粋して以下に挙げる。

1) 身体合併症を有する精神疾患患者の救急対応
 高齢者人口の増加に伴って、多様な身体合併症を有する精神疾患患者の救急対応が懸念されている。身体科と精神科の連携モデルのあり方として提唱さ

れているのが、縦列モデルと並列モデルである。前者は精神疾患または身体疾患のどちらを優先するかによって、精神科または身体科が初期治療にあたり、もう一方の科が後方支援に回るという考え方であり、並列モデルとは精神科および身体科の双方を有する総合病院において、精神疾患と身体疾患の治療を並行して進めていく方法である³⁻⁵⁾。両者の概念を図1に示す。

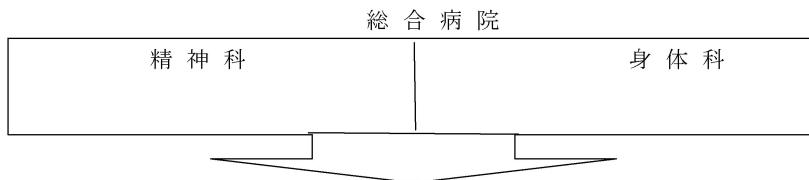
救急システムの機能は単に病院やクリニックなど医療機関の数ではなく提供される医療の質において評価されるべきであり、受診者数が多く、場合によっては情報伝達に齟齬が生じることもある都市部の縦列モデルにおいては、必ずしも連携モデルが非都市部よりも充実しているとは言い切れない。

2) 精神医療相談窓口と精神科救急情報センターの設置状況

2012年度から精神科救急医療体制の整備は、精神保健福祉法に都道府県の努力義務として組み込まれるなど行政が積極的に救急医療体制のシステム構築に関わっていくことが求められている¹⁾。受診前相談事業の一環として精神医療相談窓口と精神科救急情報センターの設置は、その中でも最も基本的な部分であるが、設置状況は自治体間で差が認められて

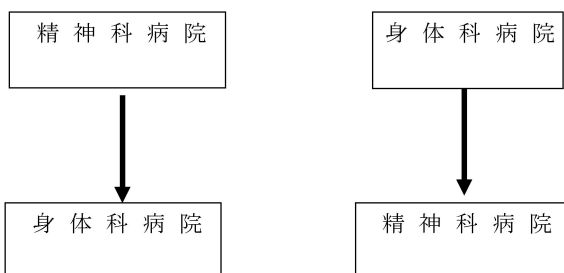
図1 精神科における身体合併症治療の並列モデルと縦列モデル⁹⁾

1) 並列モデル



総合病院において、精神疾患と身体疾患の治療を同時進行で行う。比較的重症例が該当する。

2) 縦列モデル



精神疾患と身体疾患で、優先順位を決めて、優先度の高い疾患の治療をまず行い、後方の専門病院がバックアップに回る。中等度から軽症例が該当する。

表1 都道府県別精神科救急情報センターと精神医療相談窓口の設置状況（2019年5月）

精神科救急情報センターのみ	北海道, 岩手, 秋田, 山形, 福島, 栃木, 群馬, 埼玉, 千葉, 神奈川, 富山, 石川, 福井, 山梨, 長野, 岐阜, 愛知, 三重, 滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 島根, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 愛媛, 高知, 福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 沖縄
精神医療相談窓口のみ	茨城, 新潟, 鳥取, 大分, 鹿児島
両方あり	宮城, 東京, 静岡, 香川
両方なし	青森, 宮崎

政令指定都市で実施しているものについては、所在地の都道府県に含めた。

いる⁷⁾。精神医療相談窓口と精神科救急情報センターの関係については、前者がカウンセリング機能を、後者が関係機関との調整機能を主に担うとされているが⁷⁾、両者の機能分担や設置場所が都道府県によってまちまちであり、相談実績についても一部重複して報告されるなど、両者を区別する基準は統一されていないことから、受診前相談事業の実態を把握することは困難な状況にある⁷⁾。

2019年5月に Google で検索し、精神科救急情報センターと精神医療相談窓口の電話番号公開状況を全都道府県で調べた結果を表1に示す。両者ともに未設置なのは青森県と宮崎県のみとなっている。ほとんどの都道府県では、精神科救急情報センターが、救急に関しては精神医療相談窓口の役割も兼ねていると推測できる。一方、24時間体制ではないが、一般の精神医療相談については、各都道府県と政令指定都市に設置されている精神保健福祉センターの役割が大きく、事実上の精神医療相談窓口の役割を果たしていると考えられる。

3) 精神科マクロ救急事業における病診連携の標準化⁴⁾

精神科病院または診療所が自己完結的に救急医療に対応することをミクロ救急と呼ぶのに対し、複数の病院ないしは診療所が連携してシステムを構築することをマクロ救急と呼ぶ。日本精神科救急学会では、マクロ救急における病院と診療所の連携、すなわち病診連携の標準化を重視している⁴⁾。具体的には診療所におけるお薬手帳携帯の指導や、病院から診療所への情報提供、診療所医師の救急オンコールシステムへの参画などが挙げられる⁴⁾。

4) 認知症患者への対応

高齢人口の増加に伴って、一人歩き高齢者などが保護されるケースが多くなっており⁸⁾、認知症患者への適切な対応が求められている。2011年に大阪府内で実施された調査⁹⁾によれば、以下の3つの提言がなされている。①ミクロ救急で夜間休日時間帯に認知症の対応ができる医療機関がほとんどない。②マクロ救急で認知症関連問題行動の治療をすることには医療施設間で十分なコンセンサスが得られていない場合がある。③今後、認知症関連問題行動の治療を要する患者が増加することが見込まれており、認知症疾患医療センターを標榜する精神科病院は多いが、これらが夜間や休日にも対応できるようにすることが望まれる。

5) アルコール・薬物関連障害への対応

アルコールや薬物など物質関連障害への対応は、現代日本の精神科救急医療システムが直面する重要な課題である。昨今ではインターネットの普及などを背景に、合法ハーブやその他違法薬物の入手も容易になっている。総務省消防庁の2008年度の報告¹⁰⁾では、急性アルコール中毒は精神疾患とならんで、最も多数の搬送困難例として挙げられている。こうした物質関連障害は、直接または間接的に自殺企図と強く関連していることに留意しなければならない。日本精神科救急学会では2009年に自殺未遂者への対応に関するガイドラインを提示した⁴⁾。

この中で、「精神科スタッフからも差別・排除されがちな物質依存ケースに特別の関心を注ぎ、規制薬物関連精神障害に対するガイドラインを作成・改訂してきた。」とあり、このガイドライン¹¹⁾を関係者が把握することを同学会では強く推奨している⁴⁾。また、向精神薬の長期多剤投与による依存形成を回避するために、セカンドオピニオン制度の活用を強化するよう提案し、診断群による差別なしに、精神疾患からの回復を回復者自身がアピールする運動を、国や自治体が支援することを提唱している⁴⁾。

6) 移送制度を巡る問題

措置入院の際に、患者を医療機関に搬送する制度については、1999年の精神保健福祉法の一部改正において、医療保護入院のための移送の規定が新設されるとともに、措置入院に付随して行われる移送についても法律上明記され、制度化された。しかし、医療保護入院の場合に行われる移送（精神保健福祉法第34条移送）については、搬送まで事前調査等の手続きが必要であることから、実際の救急事例への対応には適していないとの声が現場から上がっていた。実際の救急事例においては、自傷他害と思われ

表2 精神保健福祉法で規定される措置診察および保護の通報（申請）の種類

精神保健福祉法の条項	通報者 (一般人の場合は申請者)
第22条	一般人
第23条	警察官
第24条	検察官
第25条	保護観察所の長
第26条	矯正施設の長

通報又は申請先は都道府県知事である。

る症状があり、措置入院を念頭において移送されるケースばかりではない⁶⁾。最初から医療保護入院を想定して移送される場合に煩雑な手続きを有するために、移送制度が有効に活用されず、結果的に家族の自助努力に依らざるを得ず、負担が重くなっていることは憂慮すべき状況である。このために入院の機会を逸しているとするれば、患者にとっても不利益になる。

また、「警察官受診援助」として、本来措置入院のために第23条通報されるべき患者が、警察官によって通報なしに病院に連れてこられる事態も頻発しており⁶⁾、現場の混乱を招いている。「警察官受診援助」を法的に明記し、自傷他害のおそれがない場合に限られるべきである⁶⁾。精神保健福祉法で規定される措置診察の通報（申請）の種類を表2に示す。

2. 課題解決の方向性

上記の各問題点を効果的に改善していくためには、単に人口当たりの医師数や病床数だけの問題として扱うべきではない。たとえば病診連携を例に見ても、病院と診療所それぞれのグループ内連携、定期的な情報交換、マニュアルの策定など高いレベルの救急システムを維持構築するための連携の在り方には、様々な要素が含まれる。

医師数や病床数を救急のハード面とすれば、このようなシステムレベルの高度な連携体制はいわばソフト面である。同様のことが、行政と臨床現場との連携についても言える。移送制度を巡る問題について言及したが、精神保健福祉法に明記されている第34条移送が、必ずしも有効に機能していないように、法律に記載があっても、それが臨床の現場に即していないと机上の空論に終わることになる。自傷他害の精神症状があって、法律上は措置入院となるべき患者が、警察官による受診援助の下、医療保護入院となるケースは、臨床現場でしばしば見られる。法律は救急の現状に即した形に改訂されるべきであるが⁶⁾、日頃から行政と臨床現場との意思疎通

がスムーズに行われている地域では、救急における混乱も比較的少ないと思われる。

つまり、医療、行政、福祉など精神科救急に関わるあらゆる組織間の良好なコミュニケーション、連携がとれているか否かが質の高い精神科救急システムを提供できるか否かと言っても過言ではない。既存の医療資源や法律は、現場の医療ニーズに即して、これら組織間の有機的な連携を促進するべきであり、そうでなければそのように改められなければならない。また同時にこれら救急医療に携わる社会組織も、既存の資源や法律をより現実に即して有効に運用する方策を見出す努力を怠るべきではない。

3. 日本公衆衛生学会の果たすべき役割についての提言

WHOによる公衆衛生の定義に through the organized community efforts (地域社会の組織的努力を通して) という文言がある。公衆衛生学会はその専門学会として組織の学際性を活かし、医療、行政、司法、福祉などあらゆる精神科救急医療に関連する社会組織に働きかけ、精神科救急を円滑に進めるための相互理解と交流の促進を進めるべきである。これが精神科救急の質の向上とともに全国均一的なレベルの維持に寄与すると考えられる。

一方で、実際の精神科救急医療業務の困難さについては現場の意見が最も重視されるべきではあるが、これらをデータとして定量化することは難しい。このため、今後は臨床や行政など、広く現場の意見を集約し、質的研究の成果としての情報を発信する必要がある。

IV 身体合併症を有する精神科救急に関する地域差以外の課題

1. 現状

上述のように、人口の急速な高齢化や薬物乱用の増加、自殺問題などを背景に、身体合併症を持つ患者の精神科救急体制の整備が、臨床のみならず公衆衛生的観点からも愁眉の課題となっている。モニタリング・レポート委員会の精神保健福祉分野では、2015年度のテーマ（2016年の総会で報告）として、この問題をモニタリングすることが上記の諸問題を改善する糸口につながる可能性があることで意見の一致を見た。以下に明らかとなった問題点を記載する。

1) 精神科救急における身体合併症への対応

急激に進む人口の高齢化、薬物乱用、自殺未遂などで、精神科救急の現場においても身体合併症への対応の重要性が大きく認識されている。

身体合併症を有する精神科救急を考えると、以

表3 身体合併症を有する精神科救急のパターン別分類

パターン	状況	臨床的特徴
①	慢性的な身体疾患患者の精神疾患急性発症	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患の急性増悪による低栄養などに伴う慢性身体疾患の悪化 精神運動興奮に伴う身体外傷
②	自殺未遂患者	<ul style="list-style-type: none"> 気分障害や統合失調症などの精神疾患の急性増悪ないしは回復期 身体外傷、急性薬物中毒など
③	慢性期の精神疾患患者の急性身体疾患発症	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管障害や虚血性心疾患などの致死的身体疾患の急性発症 身体疾患発症に伴う慢性期精神疾患症状の急性転化（陰性症状主体の統合失調症における幻覚や妄想などの陽性症状の出現など）

下の3つのパターンが想定される。各パターンの概要を表3に示す。第1に、慢性的な身体疾患を有する精神科救急患者への対応（パターン①）、第2に自殺を図り、救命救急センターに搬送された精神疾患患者への対応（パターン②）、第3に慢性経過をたどるが精神症状や問題行動が顕著である精神疾患患者に、急を要する身体合併症治療の必要性が生じた場合である（パターン③）¹²⁾。パターン①では精神運動興奮などの急性期の精神症状のために、一般的に身体疾患よりも精神症状への対処が優先されることが想定される。しかしながら、精神疾患の急性期では、衝動行為等のために重篤な外傷を受傷していることもあるし、長期間にわたって適切な栄養摂取が行われないために、電解質異常や低栄養状態などを呈することもある¹²⁾。このため、身体疾患の程度によっては、精神疾患と身体疾患双方に対して並行した対応が求められることもある。

パターン②では精神疾患、身体疾患共に重篤であることが想定されるため、同時進行の対応が求められる。パターン③では慢性の精神疾患患者に急性の身体疾患が生じるので、身体疾患が優先されるが、精神症状や問題行動の程度によっては、これも同時進行の対応が求められる。要するにいずれの場合においても、身体合併症を有する精神科救急患者への対応は、身体疾患、精神疾患への対応が並行して求

められるケースが比較的多く、これが可能なのは有床総合病院精神科である。

2) 有床総合病院精神科の現状¹³⁾

2012年度の総合病院精神科基礎調査（回答率63.9%）から明らかにされた、有床総合病院精神科の治療構造に関して、総合病院精神科のうち、有床施設は約40%であり、このうち過半数を病床数50床以下が占める。医師数は平均7.7人であるが、大学病院とそれ以外で区別した場合、前者の平均が14.6人であるのに対し、後者のそれは4.0人であった¹³⁾。また看護基準についても15対1や13対1が多く、10対1などの高規格の入院基本料を算定できている施設は少ないことが明らかになった。

3) 精神科救急・合併症入院料制定の意義と課題

2008年4月の診療報酬改定において、精神科救急・合併症入院料が新設され、それまで他診療科との著しい入院収入格差に悩まされてきた総合病院精神科が入院収入を大幅に増やす一つの道が開けた。しかし、算定のための施設基準には厳格な要件があり、2013年9月現在までに精神科救急・合併症入院料を取得している病院は全国で9施設に留まっている¹⁴⁾。この施設基準を緩和しなければ、総合病院有床精神科からの医師離れが進み、ますます基準を満たしにくくなるという悪循環に陥ることが懸念されていたところ、2014年度の診療報酬の改定によって、精神科救急・合併症入院料等の大幅な見直しがなされた。総合病院精神科病棟の手厚い医師の配置、精神症状を伴う救急搬送患者に対する受入れおよび精神科医の治療等も加算の対象となった。これらは以前からの要望項目が実現したもので、収益確保の観点からは大きな前進であり、措置入院、身体合併症、自殺企図事例に対応する「スーパー救急型」総合病院有床精神科の医師からも期待されている^{15,16)}。

4) 入院形態の違いによる受け入れ先の不足

精神科病院に入院中の措置入院（都道府県知事が、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるとき、その患者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができるという入院形態（精神保健福祉法第29条））の患者が身体疾患の治療を必要とする場合に、措置入院の受け入れが可能な総合病院の精神科（措置入院は、精神科でなければ受け入れできない（精神保健福祉法第19条の8、第29条））は極めて少なく、措置入院患者の身体疾患の治療は時に困難となる。

さらに自殺未遂などの自傷行為後の患者が身体科医療機関から精神科病院へ転院する場合、都道府県

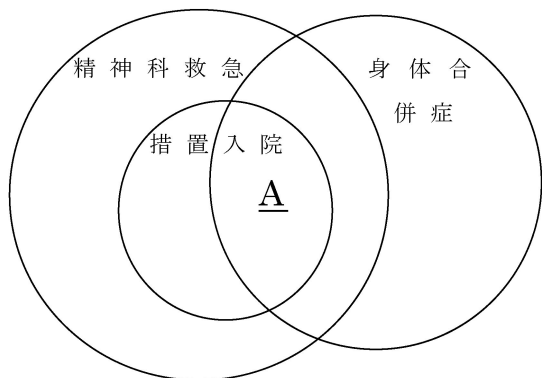
の判断によっては、措置入院でなく、医療保護入院（家族等の同意による入院）または任意入院（患者本人の同意による入院）とせざるを得ないことがある。もし自傷行為が再発した場合には医療機関が管理責任を問われるケースが多いため、受け入れ先が見つかりにくい。身体科から精神科病院への転院の際の措置入院への切り替えについては、とくに法律で規定されておらず、措置入院の運用には地域差も大きい¹⁷⁾。また入院中の自傷による訴訟事例は増加傾向にある¹⁸⁾。自殺未遂者対応については、救急告示病院から自殺未遂者に関する連絡を受けた行政職員が相談対応を行う方法が進められているため、医師だけの問題ではなく、地域のシステムの問題も大きい。

図2に精神科救急、措置入院、身体合併症の相関関係を示す。措置入院は自傷他害症状という精神症状の重篤性から、原則的にすべて救急に含まれる。その一部に自殺未遂などによる身体合併症があり、図中のA領域で示される3つの要素すべてが含まれる部分は「スーパー救急型」総合病院有床精神科で扱われる領域である。措置入院患者の24%が身体合併症を伴っていることが報告されている¹⁹⁾。

5) 一般救急との兼ね合い

精神科救急の視点から論じてきたが、実際の救急現場の問題として、精神疾患患者であってもとくに身体合併症を有する場合には、一般救急医療の中で処理され、精神科的対応がほとんどなされていない可能性があることにも留意する必要がある。無論、一般救急においても大学病院など精神科との連携が十分に機能していれば問題は少ないが²⁰⁾、純粋に精神疾患の患者であっても上述のパターン②のように、自殺未遂など自傷行為が著しい場合で、とくに

図2 精神科救急、措置入院、身体合併症の相関関係：措置入院は通報によるものなので、基本的に精神科救急に含まれる。図中のA領域には精神科救急、措置入院、身体合併症すべての要素が重畳する。



精神科の専門医や精神保健指定医が不足しており、精神科医療に関する意識が希薄な地域においてはこのような事態が生じている可能性がある。

2. 課題解決の方向性

1) 総合病院への精神科の設置による、病院全体の収益が上がる仕組みの確立

精神科救急・合併症入院料の施設基準の緩和と追加が、現場サイドからは求められている^{15,16)}。しかしながら、今後急激な高齢化が進む中で、身体合併症を有する精神科救急の事例は急速に増えていくことが予想される。このような状況において、安直な認可は医療財政の破綻につながりかねない。費用対効果に関する前向き研究を実施し、これらの措置が長期的に見れば、措置を講じなかった場合に想定される状況に比べて医療費の抑制につながることを、科学的に実証していく必要がある。

2) 精神科病院入院中の措置入院患者の身体科への転院、および身体科から精神科病院への転院の際の措置入院への切り替えに関する法整備

緊急時、たとえば重度の身体疾患の治療の際には、一時的な措置解除等を行うことを検討する。実際に重篤な身体疾患に起因する精神症状のために、措置入院となる症例もある²¹⁾。身体疾患が重度であれば、患者が離院する可能性は低い。また自傷行為後に身体科で治療を受けた後、精神科に転院する患者については自傷行為の再発の恐れが高ければ、都道府県等が保護義務を負う措置入院とする。措置入院が可能な身体科のある医療機関を確保することが重要である。

3) 疾病性と事例性

身体科医療機関および身体科救急医療相談機関と連携する際、精神科医療においては、症例を「疾病性（医学的な重症度）」と「事例性（精神疾患によって社会生活上に自他に深刻な不利益をもたらす行動）」との2軸から検討するが、地域の精神科病院や保健所等では共有されている概念である「事例性」という視点が身体科医療にはなじみがないことが、身体科医療と精神科医療との間で摩擦を引き起こす大きな要因となり得る。身体科医療機関および身体科救急医療相談機関と連携を図るためには、とくにこの点に留意する必要がある。前述のように、精神疾患患者が一般救急のシステム上でのみ処理される際には、「事例性」の視点が見逃される可能性が高い。

4) 公的機関のコーディネーター機能の強化

日常的に、救急事例発生時、精神・身体合併症トリアージを行ったうえで、必要に応じて、身体科医療機関、身体科救急医療相談機関、ならびに、精神

科医療機関との連携が可能となるようなコーディネーター機能を強化する必要がある。この役割は現状のシステムにおいては、精神科救急に関する援助過程を担う公的機関（行政機関が責任を担う精神科救急情報センター、精神保健福祉センター、保健所、保健センター、国立病院機構・公立精神科医療機関等）が担うことが不可欠である。

3. 日本公衆衛生学会の果たすべき役割についての提言

身体合併症を有する精神科救急患者を積極的に受け入れる施設の整備のためには、診療報酬上の裏付けが、現場サイドからは求められている。しかしこのためには厳密な費用対効果研究を実施して、科学的な有効性を実証する必要がある。従って精神科救急・合併症入院料の施設基準の緩和と追加による治療効果判定を目的とした、大規模前向きの費用対効果研究の実施を主導するべきである。さらに、精神科と身体科の連携のために、精神保健福祉センター、保健所、保健センターなどの公的機関が、コーディネーターとしての役割を果たすべきであり、この機能強化に学会として貢献する必要がある。

また、自殺未遂患者の精神科への入院の際に措置入院がスムーズに適用できるように、診察した医師の保護申請を認めるなど、一般人申請（精神保健福祉法第22条）の見直しを国に提言するべきである。一方で法の見直しにより、措置入院が増加すれば、入院費や人件費などの費用が増大することが予想されるため、非自発入院（措置入院、医療保護入院）の治療的効果を科学的に実証する必要がある。入院形態の長期予後への影響を検討する大規模前向き研究の実施を多施設に働きかけるべきである。

V 精神科措置入院制度の現状と問題点の整理

1. 現状

精神科救急の問題を論じるにあたって、避けることができないのが精神科措置入院制度のあり方である。措置入院は前述のように自傷他害のおそれがある精神障害者を都道府県知事又は政令指定都市の市長の権限で強制的に入院させる制度で、家族等の同意は必要なく、精神保健福祉法で規定される入院形態の中でも最も強制力が強いものである。しかしながら、この入院形態の適用を巡っては、全国的にも地域によって差がみられるなど、必ずしも一様ではない。また、昨今の重大犯罪事件などに絡んで、措置入院の保安処分化を懸念する声も専門家の間では上がっている²²⁾。こうした問題点を踏まえ、措置入院制度の現状と課題について以下にまとめる。

1) 措置入院および入院解除の判断の現状と問題点
2015年度の措置入院患者数は1,519人であり、2009年度以降は1,500人前後でほぼ横ばいで推移している²³⁾。2015年度の一般・警察官等からの申請通報届出数は25,922件であり、そのうち実際に診察を受けた者は約37%であった²³⁾。しかしながら、地域により措置入院の受け入れ状況に差異がみられる²⁴⁾。この原因として、措置診察実施率は都道府県ごとの差が大きく、その実施基準や運用の仕方が、各都道府県で大きく異なっているためと思われる^{24,25)}。その理由を詳しくみると、措置入院決定までのプロセスについて、精神保健福祉法第23条通報（警察官通報）の基準、精神障害による自傷他害行為の判断、保健所職員が現場で確認するか否か、心身喪失者等医療観察法あるいは精神保健福祉法のどちらで対応すべきかなど、法の運用面において明確な基準がなく、標準化されていないことが挙げられる。さらに、近年問題となっている人格障害や発達障害を合併する患者、もしくは附属池田小学校事件、全日空61便ハイジャック事件にみられるような統合失調症との鑑別が困難な人格障害や発達障害の患者への対応が規定し難い点なども理由として挙げられる^{25~31)}。また緊急措置入院の受け入れ医療機関の常時確保が困難な地域が存在する³²⁾。

また、医師による第22条申請（一般人申請）を受けての自殺企図者の遠方からの救急搬送手段や、総合病院に措置入院後に身体科治療が終わった後の、地域の精神科病院への転院のための体制整備の問題が、非都市部の保健所から報告されている³³⁾。さらに近年では医療機関や医師によって診断が分かれる症例の中に、発達障害、人格障害などの合併例がみられると考えられる。発達障害、人格障害、薬物使用に関連する精神障害等の合併例については、既存システムによる支援が困難と報告されている³⁴⁾。一方で刑務所など矯正施設のある自治体では、出所時に所長からルーチン的に第26条通報が行われているため、見かけ上通報件数は多くなる。

2) 措置入院解除後または退院後の患者のフォローアップ、地域生活支援、社会復帰支援に関する課題

措置入院後に事件を起こす事例では、家族等見守りができるキーパーソンがしばしば不在である。精神保健福祉センターへのアウトリーチ支援（訪問支援）の依頼元も66%が保健所であった³⁵⁾。比較的人口規模の小さい自治体の報告なので一般化はできないが、新規措置入院患者の約4割は治療中断者とされている³⁶⁾。

また公的機関によるアウトリーチ支援の対象者

(未治療・治療中断、通院中の服薬不安定者)のうち、措置入院歴または医療保護入院歴を有する者は、自ら困っていると自覚していることはないため、支援を必要とせず(病識の欠如)、拒否的な傾向がみられたとの報告がある³⁵⁾。

さらに、入院時の措置実施保健所と住所地管轄保健所との間で、情報の共有化など退院後の支援に関する連携と役割分担の具体化が提起されている³⁷⁾。

3) 関係機関(自治体、医療機関、保健所、精神保健福祉センター等)の間の情報共有と連携の不足

地域によっては措置入院を含む精神科救急の大部分が特定の病院に集中しているにも関わらず³⁸⁾、退院前の関係者会議(カンファレンス)のほとんどが院内スタッフのみで開催されており、退院後の連携が必要となる外部機関を含めたカンファレンスは少ない³⁹⁾。

また患者の高齢化に伴い、退院後の生活の場としては、家族との同居が減少し、在宅サービスやグループホームの利用が増加している⁴⁰⁾。退院後の地域支援の重要性は増すが、その中心となる保健所は人的資源不足で、職員の異動などもあるため支援スキルの質の維持が困難な状況となっている^{39,41)}。

4) 高齢者の措置入院への対応

措置入院患者における高齢者の割合に関するデータは少ないが、湯本らの報告⁴²⁾では、措置入院全体に占める高齢者の割合が漸増傾向にあることが示されており、とくに精神科救急では高齢統合失調症が有意な増加を示していた。50歳以上の退院率は低く、再入院率も高い。精神保健福祉センターの訪問支援の対象者には未治療や服薬中断の統合失調症患者が多く含まれ、支援開始時の年齢は50歳前後と報告されている^{35,43)}。

5) 精神障害者の人権と措置入院制度の保安処分化に関する懸念

相模原事件等に関するマスメディアの報道により、精神障害者に対する一般人の不安が高まっている。精神障害者と犯罪を短絡的に結び付け、監視や排除の方向に向かうと、精神障害者への差別や偏見を助長する恐れがある。

また、この事件をきっかけに、措置入院制度の保安処分化を懸念する声が上がっている²²⁾。措置入院が保安処分となった場合、時としてセンセーショナルな傾向となる世論の動向によっては、患者が退院できる機会が永久に奪われる危険性がある。ここに患者の基本的な人権擁護の上で重大な問題がはらまれており、「精神科医が国家権力と結託した予防拘禁」が制度化されつつあることに、医療関係者はもちろ

ん、国民全体が危機感を持つべきであるとの意見表明が日本精神神経学会のシンポジウムにおいてなされている²²⁾。

6) 平成29年度地域保健総合推進事業「精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業」報告書⁴⁴⁾

2018年5月に公開された平成29年度地域保健総合推進事業の報告書の中で、措置入院に関する記載を以下に要約する。

措置診察実施の判断の体制や、事前調査の実施について保健所間に違いがある。その背景には各自治体の人員体制の差も考えられるが、そうしたことを理由に人権侵害にあたるような制度運用は本来許されない。また、措置入院患者の退院前後の支援体制について、約40%の保健所が地域移行定着支援を活用しようと考えている。人権に配慮した形で入院中から退院後への継続的支援を行うためには、措置入院を経ていない他の患者にも適用される総合支援法に基づく「地域移行・地域定着支援」制度を本人の同意を得て活用することが、適切である。

地域移行支援について、ACT(Assertive Community Treatment: 包括的地域生活支援)は、重い精神障害を持った人であっても、地域社会の中で自分らしい生活を実現・維持できるよう包括的な訪問型支援を提供するケアマネジメントモデルであるが、このような医療の多職種チームが地域で活動しているのは、全国で29保健所(9.5%)にすぎず、ACTと保健所の連携が十分にできているのはその半分に過ぎない。今後、国の制度を活用したアウトリーチ体制作りに、多くの保健所が取り組むことが期待される。

2. 課題解決の方向性

1) 厚生労働省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書(2017年2月)(以下、厚生労働省検討会の報告)⁴⁵⁾による措置入院に関する今後の取り組みの方向性の中から主な3点を以下に抜粋する。

①措置入院に係る手続及び関係機関等の協力の推進

②措置入院中の診療内容の充実

③措置入院者の退院後の医療等の継続支援

これらは措置入院の開始時、入院中、退院後の3期に分けて関係諸機関が会合を設けて、措置入院制度の適切な運用や退院後支援に向けて、入院中の疾患別の治療ガイドラインの整備、退院後のスムーズな地域移行に向けて退院後支援計画を定めることや、退院後の生活環境相談員の選任を謳っている。とくに「①措置入院に係る手続及び関係機関等の協

力の推進」は精神疾患に起因する自傷他害症状によって引き起こされる重大事件を未然に防ぐ意味で極めて重要である。措置診察のきっかけは事実上ほとんどが第23条の警察官通報となっているが、警察官が保健所に通報するということは、すでに何らかの事件が起きている状態であり、このような事態を未然に防ぐためにも、以前から当事者に関わっている者からの一般人による診察および保護の申請について、申請者、被申請者の人権に配慮した手続き上の簡便化などが、今後必要であると考えられる。

退院後は医療機関が地域の行政機関、相談支援事業所等の地域援助事業者と密に連絡を取り合い、支援体制を整えることが必要である⁴⁶⁾。2018年3月に厚生労働省から「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」が提示されている⁴⁷⁾。

2) 厚生労働省検討会の報告に含まれるがさらに検討を要す事項

2013年度の法改正で医療保護入院患者の退院後生活支援が盛り込まれた。改正の前後で医療保護入院患者の予後を調査することにより、措置入院患者への導入の効果を予測できるかもしれない。また、保健所や外部機関を交えた入院時や退院時のカンファレンスの開催が重要である。措置入院フォローアップ体制研究事業を実施した結果、退院前カンファレンスの開催が増えたとの報告がある⁴⁸⁾。

一方、このような退院後支援計画および調整会議の開催により自治体や保健所など関係諸機関の業務が増し、さらなる人的資源不足に陥る可能性がある点に留意すべきである。また既存システムでは支援が困難な疾患（発達障害、人格障害、薬物使用に関連する精神障害等）に関しては、疾病特性に対応した退院後支援の検討が必要である。

3) 厚生労働省検討会の報告書に含まれていない事項

(1) 一般人への精神疾患に関する啓発、平常時の情報提供

措置入院者の入院前の措置入院に関する通報歴・申請歴は15%であり⁴⁹⁾、住民からの情報提供のほか、措置入院後の支援にも、地域住民の協力が必要である。このためには日頃からの、精神疾患についての啓発と正確な情報の提供が必要である。

(2) 処遇困難事例に関する詳細な検討

本人の理解や協力が全く得られない症例、病識が著しく欠如している症例、家族が極めて非協力的な症例など、支援自体が困難ないわゆる処遇困難事例への対応を検討すべきである。

(3) 高齢者への対応、支援についての検討

今後高齢者人口の急増に伴い、認知症とそれに伴う周辺行動により自傷他害など措置入院の要件を満たす患者が出てくることが予想される。高齢者、とくに認知症患者に対する措置入院の適用に関する具体的なマニュアルが必要である。

(4) 措置入院患者に関する疫学研究の実施（診断や予後に関する調査研究を含む）

措置入院を経て退院した者の予後に関するエビデンスが不足している⁵⁰⁾。凶悪犯罪事件が起きた際に、犯人に措置入院の既往があった場合など、措置入院と犯罪を短絡的に結びつけ、精神障害に対する偏見を助長する原因になっている。後ろ向き、前向き双方向からの疫学研究を実施すべきである。

(5) アウトリーチ支援（訪問支援）⁵¹⁾を補完するクライシスユニット（危機対応型短期宿泊施設）の設置及び活用等の可能性に関する検討。

このような施設が症状悪化や生活の危機的状況の回避に有効であったとの報告がある⁵²⁾。

3. 日本公衆衛生学会の果たすべき役割についての提言

精神保健福祉法第23条通報がなされたもののうち、措置診察や措置入院に至った割合は、全国の自治体（都道府県、政令指定都市）ごとに大きなばらつきがある^{24,25)}。このため措置入院に係る法運用の実態について、自治体別・疾患別の統計資料などを含めて詳細に把握した上で、国内全域での措置入院基準の統一化について検討することが必要である。国からはすでに制度運用に関するガイドラインが示されているが⁵³⁾、自治体によってその解釈に違いがあるので、より具体的で詳細な記述が盛り込まれるべきであろう。なお、各自治体で人員体制等に差異があることも、措置入院基準の統一化を阻んでいると考えられるため、今後は是正されるべきである。

また、一部の精神科医らが中心となって疫学調査を行っているが^{50,54)}、措置入院解除、退院後の予後に関する疫学的エビデンスが全般的に不足している。措置入院退院後の予後に関する精神疾患別の多施設共同研究の実施を主導するなど科学的エビデンスの蓄積に貢献すべきである。さらに、精神障害者の継続的支援のためには、患者の「措置診察に至るまでの経緯」に関する情報が重要であり、これを医療機関・司法および行政で共有するシステムの構築を学会として促進するべきである。もし、措置入院制度が保安処分となった場合、精神障害による自傷他害症状の有無に関わりなく、患者の退院が認められなくなる恐れがある。入院は基本的には一時のものとし、退院後の地域生活を支えていく基盤の整備

と実践こそが求められているといえる。

日本公衆衛生学会としては、行政や日本精神神経学会と連携して、措置入院の既往がある者に対する長期事後調査を行い、これまでの措置入院の妥当性を再検証する役割がある。

Ⅵ おわりに

以上、日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会の精神保健福祉グループとして、2014年度から2017年度までに提出した報告書を基に、①精神科救急医療体制の課題と地域差、②身体合併症を有する精神科救急の課題、③精神科措置入院制度の現状と問題点、の3つの論点から、適宜追加文献を含む内容の修正を加えて、本稿を作成した。

我が国の人口構成の一層の高齢化や医療資源の偏在といった問題を背景に、精神科救急医療、とくに身体疾患を抱える患者に関わる問題や、救急システムと表裏一体をなす措置入院制度の問題は、今後ますます顕在化することが予想される。このような問題は現時点での都市部と非都市部といった地域特性の観点からのみで単純に捉えられるものではなく、それぞれの地域が孕む精神医療全体の推移に関わる歴史的な背景など、表面的な数字には現れない要因が関係しているため、全国均一化といった目標が、公衆衛生的な観点からは一概に適切とはいえない⁵⁵⁾。

改正自殺対策基本法にもあるように、それぞれの地域の実情に応じた精神保健福祉計画の策定が重要であることは言うまでもない。しかしながら、そのためにはすべての自治体が共有しうる科学的かつ客観的な根拠が不可欠であり、これを提供することが、医療福祉分野の多職種の集合体でもある学際的な組織としての日本公衆衛生学会の役割であると考えられる。

*日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会精神保健福祉分野メンバー（五十音順）：池田和功（和歌山県新宮保健所）、井上真人（犬山病院）、嘉数直樹（九州工業大学）、窪山泉（国士舘大学）、小島光洋（前宮城県成人病予防協会）、原田小夜（梅花女子大学）、藤枝恵（保健医療経営大学）、山田全啓（奈良県中和保健所）、吉益光一（グループリーダー：和歌山県立医科大学）

青木慎一郎先生（岩手県立大学）の2016年までのグループ活動への貢献に対して、謝意を表します。なお、開示すべきCOI状態はありません。

（受付 2019. 4.18）
（採用 2019. 6.24）

文 献

- 1) 厚生労働省. 精神科救急医療体制の整備の推進について. <https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi.../20110630-01-05-3.pdf> (2019年6月6日アクセス可能).
- 2) 平田豊明. 精神科救急医療の目指す地平. 精神神経学雑誌 2011; 113: 183-188.
- 3) 精神科救急医療体制に関する検討会報告書. 2011.
- 4) 日本精神科救急学会. 今後の精神科救急医療に向けた提言. 2012.
- 5) 北元 健, 上條吉人. 救急病院と精神科救急の連携. 臨床精神医学 2014; 43: 649-653.
- 6) 武井 満, 芦名孝一, 今井航平, 他. 精神科救急と精神保健福祉法. 臨床精神医学 2014; 43: 597-603.
- 7) 厚生労働省. 精神医療相談窓口および精神科救急情報センターの実施体制に関する調査. 平成24年度障害者総合福祉推進事業. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000.../h24_seikabutsu-24.pdf (2019年3月20日アクセス可能).
- 8) 厚生労働省. 行方不明になった認知症高齢者等に関する実態調査結果及び取組について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/3-1.pdf> (2019年6月6日アクセス可能).
- 9) 清水芳郎. 認知症のBPSDに対する救急対応. 精神科救急の現状と課題—厚生労働省. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000335ux-att/2r9852000003364p.pdf> (2019年3月20日アクセス可能).
- 10) 総務省消防庁・厚生労働省. 傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書. https://www.fdma.go.jp/html/data/tuchi2110/pdf/211027_kyu248_isei1027_3.pdf (2019年3月20日アクセス可能).
- 11) 日本精神科救急学会. 精神科救急医療ガイドライン規制薬物関連精神障害2011年版. 東京: へるす出版. 2012.
- 12) 吉邨善孝, 横山正宗. 精神科救急における身体合併症への対応. 精神神経学雑誌 2011; 113: 159-165.
- 13) 野口正行, 小石川比良来, 早川達郎. 有床総合病院精神科の現状と課題. 臨床精神医学 2014; 43: 809-815.
- 14) 佐藤茂樹. 精神科救急・合併症入院料制定の意義と課題. 総合病院精神医学 2013; 25: 346-353.
- 15) 松岡孝裕, 平田吾一, 山下博栄, 他. 「スーパー救急型」総合病院有床精神科における措置入院, 身体合併症, 自殺企図事例への対応—その実情と課題について—. 臨床精神医学 2014; 43: 589-596.
- 16) 松岡孝裕, 平田吾一, 大田敏男, 他. 総合病院精神科のスーパー救急の現場から—大学病院型「スーパー救急」その実践的運営モデルと実状について—. 臨床精神医学 2012; 41: 425-432.
- 17) 厚生労働省第26回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム及び新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム (資料4). <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000028ay5.html> (2019年

- 3月20日アクセス可能).
- 18) 木ノ元直樹. 精神科における自殺事故と民事責任. 精神神経学雑誌 2008; 110: 1051-1063.
- 19) 松浦暁子, 三浦澄子, 藤井 悠, 他. 措置入院患者における身体合併症対応について. 成田赤十字病院誌 2012; 14: 30-33.
- 20) 後藤由和. 一般救急における精神科対応. 精神科救急 2018; 21: 2-6.
- 21) 越膳航平, 丸尾享司, 廣瀬友利彬, 他. 急性精神病として措置入院となった後天性免疫不全症候群・神経梅毒の一例 (会議録). 総合病院精神医学 2018; 30: S-153.
- 22) 委員会シンポジウム9: 措置入院と精神科医療のあるべき姿. 第114回日本精神神経学会学術総会特別号 2018; S431-432.
- 23) 平成27年度衛生行政報告書: 精神保健福祉関係. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/15/dl/kekka1.pdf (2019年3月22日アクセス可能).
- 24) 平成26年度都道府県別 (人口10万対) 警察官通報件数と対応状況. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/sankou1_2.pdf (2019年5月8日アクセス可能).
- 25) 愛知県こころの健康推進室. 愛知県における措置入院の現状・課題について. <https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/54050.pdf> (2019年5月8日アクセス可能).
- 26) 福祉新聞編集部. 【相模原殺傷事件】見えてきた警察と措置入院の境界の問題. <http://www.fukushishimbun.co.jp/topics/13734> (2019年3月20日アクセス可能).
- 27) 朝日新聞 措置入院中の対応「不十分」相模原事件で厚労省検証2016年9月15日退院後のケアも不足. 2016年9月15日.
- 28) 飢餓陣営・佐藤幹夫. 「宅間守精神鑑定書」を読む. 東京: 言視舎. 2014.
- 29) 岡江 晃. 宅間 守 精神鑑定書. 東京: 亜紀書房. 2013.
- 30) 山上 皓, 岡田幸之, 安藤久美子, 他. 全日空61便ハイジャック事件 精神鑑定例 全日空ハイジャック事件. 精神医学 2008; 50: 759-769.
- 31) 公益社団法人日本精神科病院協会. 平成28年度厚生労働科学研究補助金 (障害者総合福祉推進事業) 「精神科救急体制の実態把握及び措置入院・移送の地域差の要因分析に関する調査研究」報告書. 2017.
- 32) 五乙女修, 堀江由美, 鈴木祐美, 他. 栃木県精神科救急情報センターにおける相談受理の状況. 精神保健福祉センター研究協議会平成26年度演題集 2014; 150.
- 33) 高野吉輝, 宮里 瞳, 藤崎淳一郎. 精神保健福祉法第22条に係る対応と現状について. 第74回日本公衆衛生学会学術総会抄録集 2015; 433.
- 34) 原田 豊. 自閉症スペクトラムにおける責任能力の検討〜自閉症スペクトラムの司法鑑定事例から〜. 精神保健福祉センター研究協議会平成26年度演題集 2014; 82.
- 35) 飯嶋 祐, 鈴木信人, 大杉章友, 他. 都立精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ支援事業の実績報告と考察. 精神保健福祉センター研究協議会平成25年度演題集 2013; 132.
- 36) 奈良県中和保健所. 23条通報事例の分析 (H23-28). 2016.
- 37) 田村ひろみ, 阿萬朋子, 藤崎淳一郎. 措置入院患者の入院後の経過と退院に向けた支援のあり方. 第72回日本公衆衛生学会学術総会抄録集 2013; 197.
- 38) 島田達洋, 田崎仁美, 拓植雅敏. 栃木県立岡本台病院における措置入院の実践と課題. 精神科救急 2018; 21: 33-37.
- 39) 葛原史博, 門田雅宏, 後藤則子, 他. 滋賀県の措置入院者の治療中断防止支援にかかる調査について〜保健所の実態調査からみえてきたこと〜. 精神保健福祉センター研究協議会平成25年度演題集 2013; 90.
- 40) 平成19年11月〜平成21年3月国保連データ. グループホーム・ケアホーム利用者数に占める精神障害者の推移. https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/07/dl/s0709-7b_0010.pdf (2019年6月6日アクセス可能).
- 41) 平田豊明. 措置入院制度の検証—相模原事件を通して—. 精神神経学雑誌 2018; 120: 664-671.
- 42) 湯本洋介, 新里和弘, 齊藤雅彦. 精神科救急における高齢者; 措置入院の運用と患者の臨床特性. 老年精神医学雑誌 2012; 23: 1316-1322.
- 43) 橋本吉弘, 二井内裕子, 松浦 昂, 他. 岡山県精神保健福祉センターにおける多職種アウトリーチ支援について. 精神保健福祉センター研究協議会平成25年度演題集 2013; 136.
- 44) 日本公衆衛生協会. 平成29年度地域保健総合推進事業. 精神障がい者を地域で支えるための保健所の役割に関する実践事業. アンケート調査結果及び取り組み事例報告書. 2018.
- 45) 厚生労働省. これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000152026.pdf> (2019年5月15日アクセス可能).
- 46) 瀬戸秀文. 措置入院医療ガイドライン 作成の経緯と内容. 精神科救急 2018; 21: 38-42.
- 47) 厚生労働省. 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. http://www.phcd.jp/02/t_seishin/pdf/seishin_tmp03.pdf (2019年6月6日アクセス可能).
- 48) 平岡千夏, 葛原史博, 辻本哲士. 措置入院者フォローアップ体制に関する一考察. 精神保健福祉センター研究協議会平成25年度演題集 2015; 70.
- 49) 葛原史博, 平岡千夏, 高木久美子, 他. 滋賀県の措置入院者の治療中断防止支援にかかる調査について〜精神科医療機関の実態調査からみえてきたこと〜. 精神保健福祉センター研究協議会平成25年度演題集 2014; 154.
- 50) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋, 他. 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホー

- ト研究 (その1) 措置解除された患者の長期転帰に影響する因子について. 臨床精神医学 2018; 47: 323-333.
- 51) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課. 精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き. 2011.
- 52) 阿部俊幸, 石黒雅浩, 西いずみ, 他. 東京都中部総合精神保健福祉センターにおける危機対応型短期宿泊事業 (クライシスユニット) の実際. 精神保健福祉センター研究協議会平成25年度演題集 2014; 154.
- 53) 厚生労働省 措置入院の運用に関するガイドライン. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1 (2019年5月10日アクセス可能).
- 54) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋, 他. 措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究 (その2) 措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. 臨床精神医学 2018; 47: 335-342.
- 55) 椎名明大. 措置入院制度の現状と改革の方向性. 精神科救急 2018; 21: 28-32.
-