

愛知県における措置入院の現状・課題について

＜こころの健康推進室作成＞

1. はじめに ＜愛知県における措置入院の現状と問題の所在＞

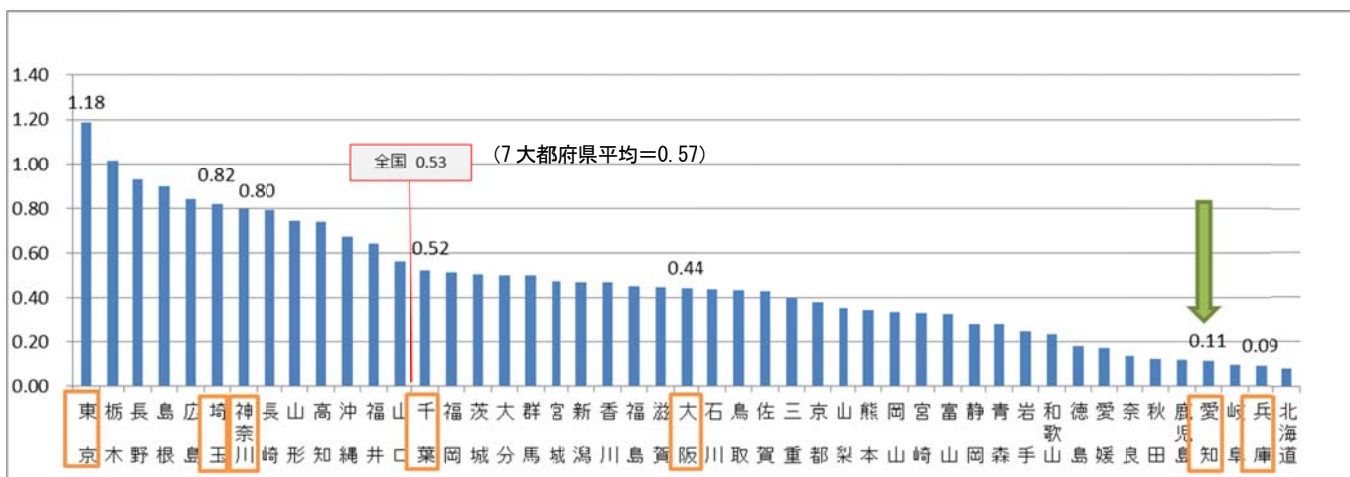
○都道府県別の1万人あたりの新規措置入院件数（図1）を見ると、本県は47都道府県中44位と、全国的に低位に位置しており、その値は全国値のほぼ5分の1です。本県類似県である人口規模上位7都道府県の中でも、兵庫に次いで2番目に新規措置入院が少なくなっています。

○しかし、図2に見るように、措置入院の主要前提である申請・通報の件数自体は全国24位、7大都市府県中4位と、必ずしも少ないとは言えません。

○その乖離を巡って、「愛知県において新規措置入院の件数が少ないのは、その体制・対応に不備があるためではないか？」という意見が聞かれることから、以下この点について検討を加えます。

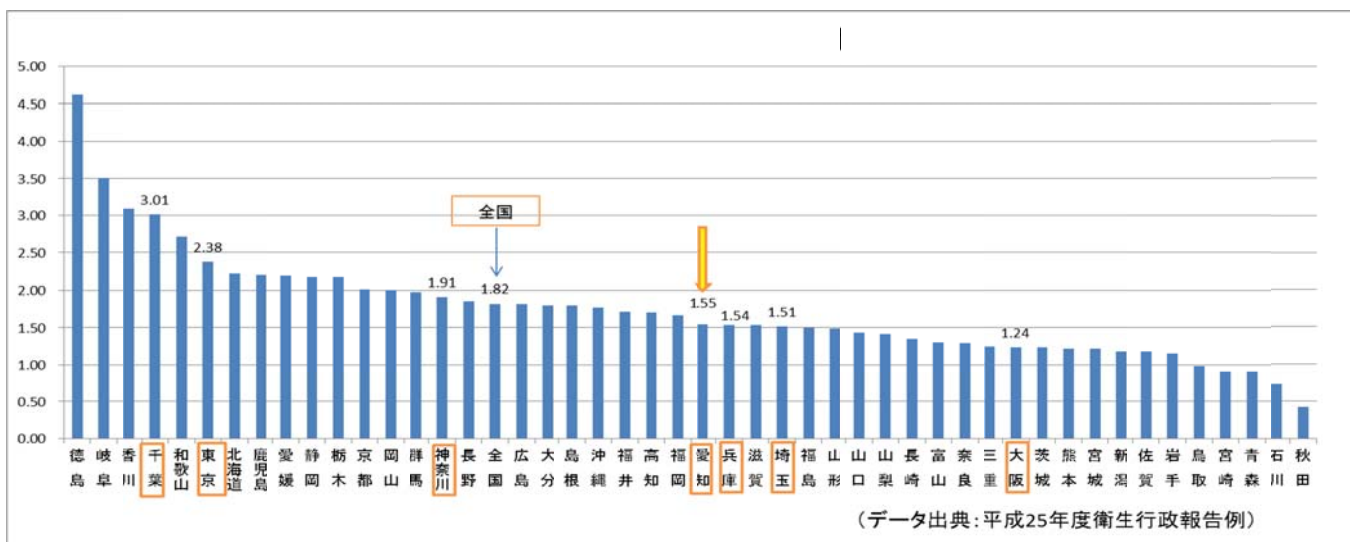
図1 都道府県別に見た新規措置入院件数（人口万人対）

※ で囲んだのは、本県を含む人口規模上位7都道府県



（データ出典：平成25年度衛生行政報告例）

図2 都道府県別に見た申請通報件数（人口万人対）



（データ出典：平成25年度衛生行政報告例）

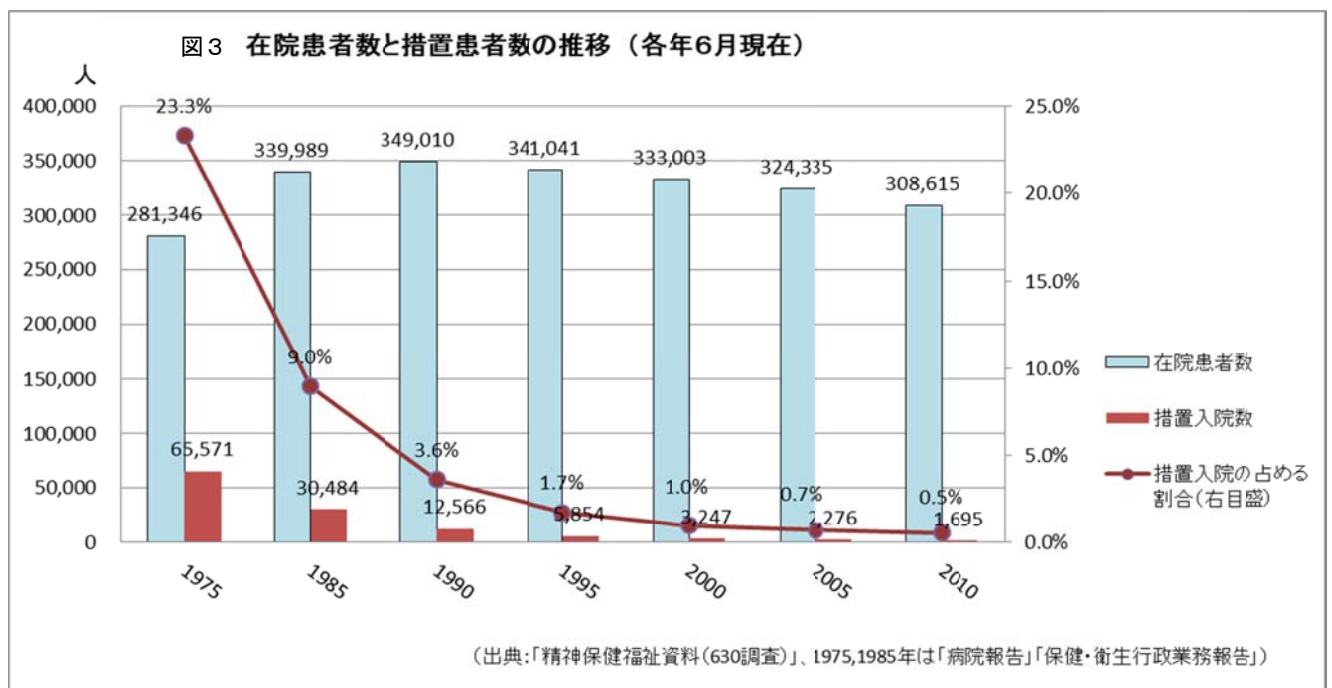
2. 措置入院制度の沿革

○措置入院は昭和 25 年(1950)の精神衛生法で規定された、行政による強制的な入院の形態です。

○当時は、措置入院、同意入院（保護義務者の同意による入院。後の医療保護入院）、仮入院（精神障害の診断のための入院）のみが規定されており、本人の意思による任意入院制度はありませんでした。

○1960 年代前半には、経済的困窮を理由とする、いわゆる「経済措置」の増加により、全入院患者の 3 分の 1 以上が措置入院患者で占められる状況にありました。また、昭和 39 年（1964）に起きたライシヤワー事件を受けて、措置入院制度の整備（緊急措置入院制度の創設等）が進められました。

○その後、宇都宮病院事件（1984）の衝撃を経て、昭和 62 年（1987）には任意入院制度が創設され、障害者権利擁護の機運が社会的な高まりを見せました。そうした変化を背景に、精神科医療の場でも、より任意性の高い入院形態への切り替えが進み、措置患者数は全国的に急減しました。ここ数年は全国で 2,000 人以下、全入院患者に占める割合は 0.5%前後という低値で推移しています。



3. 措置入院の目的・意義

○現行の精神保健福祉法は、その第 1 条で「精神障害者の医療及び保護を行い〔…〕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う」こと、そして「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」が目的であるとうたっています。

○措置入院制度も、第一義的には、精神障害者に必要な医療を提供することで、その福祉増進に寄与するための制度と言えますが、同時に本人の意思に反して私権を制限する行政処分としての性格を持つことから、きわめて慎重な運用が求められることは言うまでもありません。

4. 措置入院制度と保健所の業務・理念

(1) 精神保健行政における保健所の役割

○精神保健福祉法では、措置入院に係る都道府県知事の権限や責務を定めており、愛知県ではその事務を、県が設置した12の保健所に事務委任しています。

また保健所では、精神障害者本人や家族、その他の関係者からの相談に応じ、助言・指導・医療施設の紹介をすることが同法で定められています。

○すなわち保健所は、本人の意思に反する措置権を発動する立場であると同時に、ケースワークによる援助・支援を行う機関でもあり、そのバランス感覚が重要になります。

(2) 措置入院における保健所の立場

○地域で生活する精神障害者が、家庭や地域での粗暴行為・迷惑行為によって事例化し、相談につながることは頻繁にあります。その場合、行政の立場としては、相談者（家族、地域住民、警察）の意向を重く見がちですが、法の趣旨に照らせば、「精神障害者への支援として最善の方策は何か」が第一に優先されるべきことであり、時に相談者の意向に反する結果になることもあります。

○保健所は相談者からの情報はもちろん、それ以外の情報も総合的に踏まえた上で、事実をできるだけ正確に把握し、措置診察の要否を判断するよう努めています。

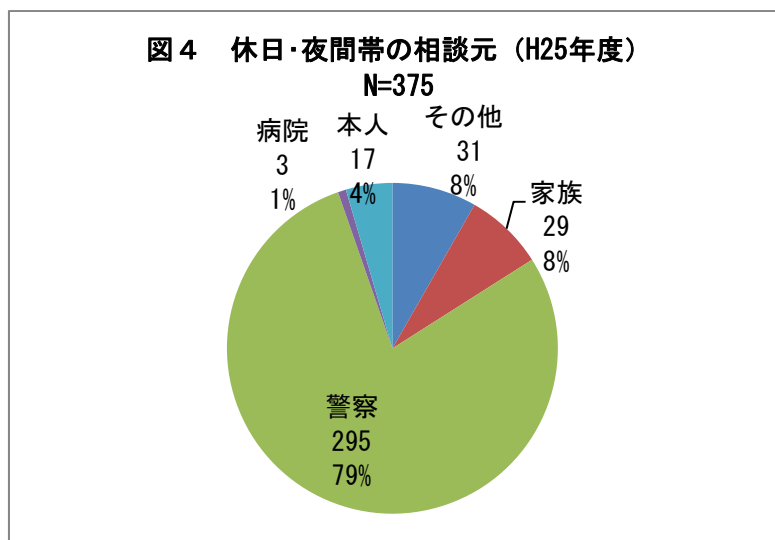
<事例>

- ① 近隣住民から精神障害者の度重なる迷惑行為に対して、警察を通じて通報が出されたが、調査の結果、迷惑行為が地域住民との感情的な摩擦からのものであり、精神症状とは考えにくく、また、その行為も著しい他害とは言えない状況と判断。
- ② 家族から精神障害のある親族から暴力を振るわれたとして警察を通じて通報が出されたが、調査の結果、普段から家族間で小さな衝突があり、その感情的な縛れから暴力に至ったもので、精神症状とは考えにくいと判断。

(3) 保健所の夜間・休日体制の現状と課題

○夜間・休日における警察官通報等に対する体制として、本県では保健所ごとに職員の輪番によるオンコール体制をとっています。

○平成25年度の、夜間・休日における相談対応件数は375件、そのうち約8割の295件が警察からのものでした（図4）。



○通報受付後の対応には、事実関係の確認や状況調査、医療機関との受診調整等に、数時間を要する場合もしばしばあります。また状況に応じて、医療機関への臨場が必要となるため、臨場先が自宅から遠い場合もあり職員の負担が大きいものとなります。

また救急対応としての即応性が、十分とは言えない状況があります。

○診察開始までに時間がかかることは、診察結果にも影響し（不穏な状態にあった被通報者が落ち着きを取り戻すなど）、それが措置件数の少ない原因の一つとなっている可能性があります。

(4) 上記課題の改善策と留意点

○通報への即応性を高める方法として、いわゆるセンター方式の導入があります。これは、夜間・休日における警察官通報等への対応に特化した専門機関を設置する方式であり、東京都、埼玉県、神奈川県、大阪府、千葉県、兵庫県など人口規模の上位な府県では全て何らかの形でセンター方式が導入されています(実施方法や体制等は、それぞれ異なっている部分があります)。

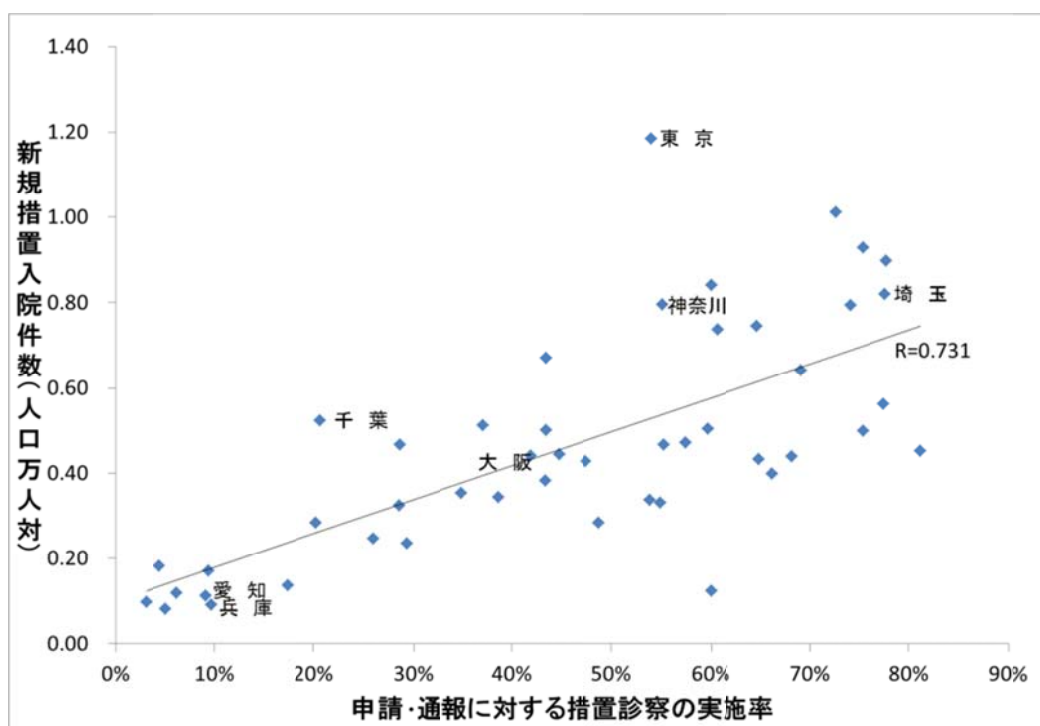
○人口規模の大きい都道府県ではセンター方式の導入が進んでおり、そうした所では、総じて措置診察の実施率が高く、措置入院も多い傾向があります(図5)。導入に当たっては、そのメリット、デメリット(表1)を踏まえて検討を進める必要があります。

センター方式は、情報集約力、判断の統一化(複数の職員関与)、迅速性など、本県の精神科救急の現状で不足している点の改善が期待できます。

○なお、センター方式を導入するには、職員の再配置に寄らざるを得ませんが、現在の多職種チームによるケースワーク機能の弱体化を招かないよう留意する必要があります。

図5 都道府県ごとに見た措置診察の実施率と新規措置入院件数の相関

(※名称を添書きした人口規模上位7都府県では、愛知県以外すべてセンター方式を導入済み)



(データ出典：平成25年度衛生行政報告例)

表 1 保健所対応と本県でセンター方式を導入したと想定した場合の比較

	メリット	デメリット
センター方式	<ul style="list-style-type: none"> ○情報の集約力が高まる。 ○精神科医師等、複数職員関与による判断の統一化。 ○通報対応のための職員が常駐しているため、迅速な対応が期待できる。 ○集中化により人員配置の効率化が図られる。 	<ul style="list-style-type: none"> ○交替制の変則勤務となるため、従事する職員の確保や負担が増える可能性がある。 ○地域事情に通じていない職員が対応するため、ややもすると機械的な対応になるおそれがある。 (本県で導入した場合、地域の医療事情、警察との関係などに通じていない職員が従事する可能性があることを想定) ○診察件数増加した場合、診察を依頼する指定医が多く必要となる。
保健所対応 (現状)	<ul style="list-style-type: none"> ○既に相談に応じているケースの場合もあり、<u>これまでの経緯を踏まえて適切なリスク評価を行うことができる。</u> ○地域の事情に通じた職員が、地元の関係機関との連携を生かして対応するため、ケースの個性に応じ、よりきめ細かな対応ができる。 ○診察件数が少なくなることから、少数の指定医による対応が可能。 	<ul style="list-style-type: none"> ○全保健所に当番職員を置く形となり、多くの人員配置が必要になる。 ○オンコール対応となり、時間外勤務での対応となるため、保健所職員の負担が大きく即応性に欠ける。 ○保健所間で、通報対応に差が出るおそれがある。

(5) 保健所の相談対応職員の配置

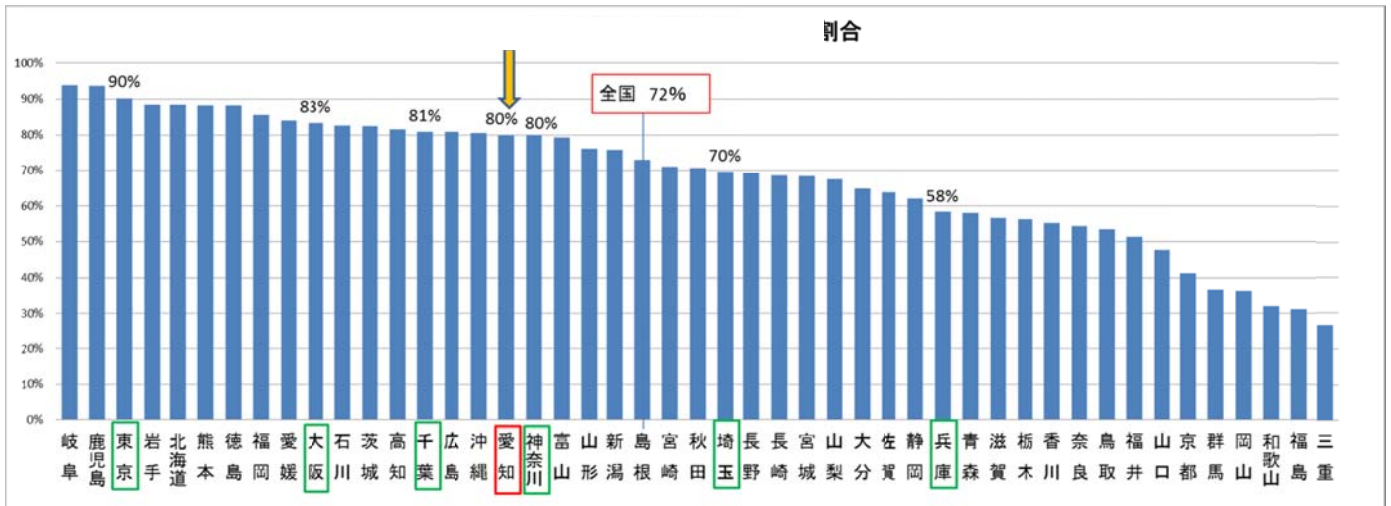
- 保健所業務の中では、訪問指導の実施等、日常的な地域精神保健福祉活動が大きなウェイトを占めております。
- ただし、東京都の精神保健福祉センターのように、本県の保健所活動に相当する「相談対応や訪問指導等のケースワーク」を実施している都道府県もあります。
- また人口集住度が高いエリアでは、ケースワークも効率的に行えると思われることから、単純な比較はできませんが、全国的に見れば、本県は相談員の配置が多い県の一つではないかと考えます。
- 職員配置数に加えて、本県では上述のように、保健師、精神保健福祉士、社会福祉士、心理職等の多職種チームによるケースワークを実施しています。措置診察に至る前の段階で事例に介入できたことで、結果として措置件数が抑えられている可能性も考えられます。

(6) 措置の実施基準の運用

- 図5に示したように、全国的な趨勢として、通報に対して措置診察を実施する率が高いと、措置件数そのものも増加する傾向があります。
- 措置の実施に当たっては、実質的要件として挙げられる「疾病性」、「治療必要性」、「危険性」の3基準により判断されます。保健所においては通報があった時点で、「危険性」（自傷他害のおそれ）を調査したうえで、精神症状からと疑われる事案について措置診察を依頼します。
- 指定医における措置入院の要否は、本人の診察により「疾病性」、「治療必要性」にウェイトを置いて判断されることとなります。
- その中で、全通報件数に対する保健所の措置診察実施件数の割合（措置診察実施率）が高くなれば、措置件数も増えることとなります。

- 本県では措置診察の実施率が低いことが、措置件数が相対的に少ないことの主因と考えられます。このことに対して、「愛知県では、調査の段階で過剰に足切りをしているのではないか（本来措置となるべき案件なのに保健所判断で措置診察を実施していない）」との指摘が考えられます。
- しかし、措置診察実施後の措置入院決定率を見ると（図6）、本県は類似都府県の中では中位に位置し、突出して高いとは言えません。

図6 都道府県別に見た措置診察実施後に要措置入院と判定された率（％）



（データ出典：平成25年度衛生行政報告例）

- 図5に見られるように、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は、各都道府県で大きく異なっていると予想されます。聞き取り調査をした範囲では、通報があれば原則として措置診察を実施する方向で対応している県もあり、その場合、措置診察実施率は当然高くなります。
- また、実際の運用に当たっては、白黒を切り分けることが困難なグレーゾーン（物損行為の扱い、自殺未遂者やリストカッターによる自傷行為の捉え方、自傷他害のひっ迫度の考え方等）が広範に存在しており、その扱いによって措置診察の実施件数は大きく変わるものと考えられます。
- なお、実際の運用基準について、調査した範囲では、どの都道府県においても文書によって明確に定めているところはなく、現場に任せられている状況にあり、措置入院に対する考え方や理念、さらに地域の状況や保健所の体制等によっても影響を受けているものと考えられます。

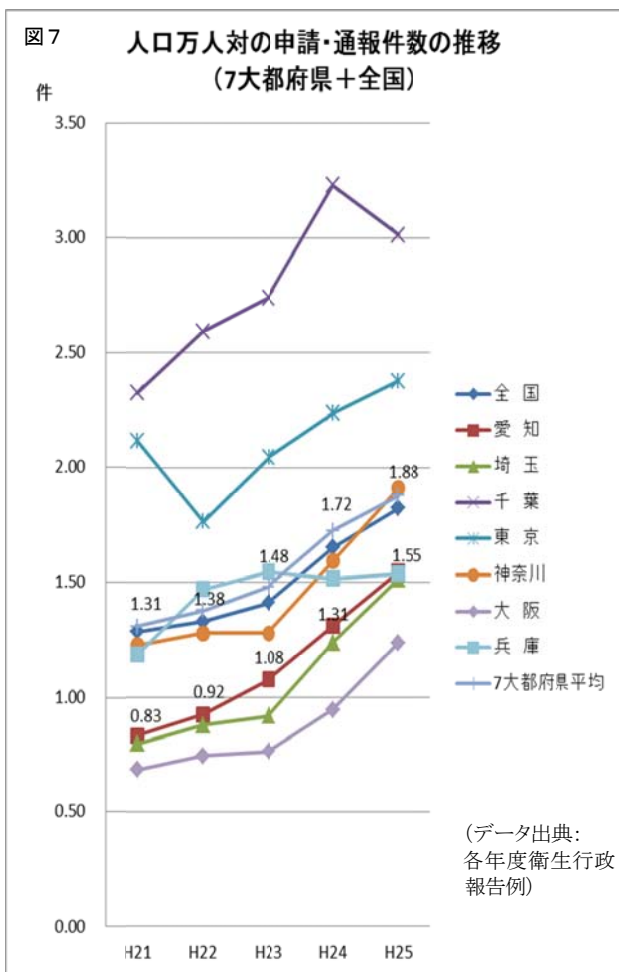
5. まとめ <本県で措置入院件数が少ない理由と今後の検討課題>

○今回の調査では、本県と他都道府県の措置件数の大きな差の原因を、必ずしも明確にすることができませんでしたが、考えられる理由としては、以下の2点が推測されました。

- ① 県では、休日・夜間の救急体制として、保健所がオンコール体制をとっているため、即応性に欠ける点があり、そのタイムラグが診断結果に影響を及ぼしている可能性がある。
- ② 措置診察実施の基準にはグレーゾーンがあり、都道府県ごとに運用が異なると推測されるが、本県では被通報者の情報を保健所が事前に把握している等により、措置診察の実施に係る判断をより適確に行っているため、措置診察実施率が低下し、結果的に措置件数が少なくなっている可能性がある。

○①については、保健所がオンコール体制をとっていることによって、職員が自宅から病院等に駆けつける必要があることから迅速性に課題があり、保護した警察や救急隊と病院の当直医・医療関係者に負担を与えているとも言えることから、今後、改善を図っていく必要があります。

○上記2点のうち、最も蓋然性が高いのは②だと考えられますが、「グレーゾーン」の内容については、現場職員を対象に具体的な事例を提示しつつ調査する必要があります、またセンター方式実施県における事前調査の実態については、各都道府県とも明確な回答は対外的に困難と思われるため、調査実施の限界から、どの点に具体的な差異があるかは未詳です。



○本県においては、特に休日夜間において、多くの場合、保健所担当に連絡が入った段階で警察官から情報を聞き、必要に応じて輪番病院と受診調整を行い応諾いただければ、保護している警察署から直接病院に搬送し、事前に医師に診てもらい、措置の必要性についてご意見をいただいた上で措置診察の実施の判断をするなど、適正な措置診察の実施に努めています。

○近年、全国的に警察官通報件数が増大しています(図7)。地域のコミュニティが衰退している大都市圏においては、精神障害者の軽微な精神症状による問題行動にも近隣住民が過剰に反応するなど、警察サイドとしても通報せざるを得ない状況があり、保健所の負担も増える傾向にあります。

- 保健所職員の努力により、現状を維持していますが、職員の疲弊もあることから、保健所職員配置の一層の充実・改善にあたります。
- 精神障害者の受療体制の一層の適正化並びに迅速化を図るために、保健所職員の対応マニュアルの改正を行ない、即応性の改善に努めるとともに、職員の対応レベルの均てん化を図ってまいります。
- また休日・夜間の通報受付体制については、より迅速な対応を図るため、他県の実施状況を詳しく調査し、関係者の意見を聞きながら本県に適したセンター方式の導入も検討するとともに、必要な予算・人員の確保に努めてまいります。