

「措置入院の運用に関するガイドライン」と 「精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」の導入が 臨床現場にもたらした影響

Clinical Impacts on Psychiatry of the “Guidelines on the Operation of Hospitalization for Measures” and the “Guidelines on Post-discharge Support for Persons with Mental Disorders by Local Authorities”:

By the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare

根本 康^{✉1)}, 稲垣 中^{2,3)}, 中島 直⁴⁾, 太田 順一郎⁵⁾

Yasushi Nemoto[✉], Ataru Inagaki, Naoshi Nakajima, Junichiro Ota

2018年3月に公表された「措置入院の運用に関するガイドライン」と「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」が精神科臨床の現場にもたらした影響を明らかにするため、日本精神神経学会の精神保健福祉法委員会では、本学会に所属する精神科医を対象としたアンケート調査を2020年8月から同12月に実施した。調査協力の意向を示し、回答が得られた精神保健指定医（以下、指定医）313名を調査対象とした。「措置入院の運用に関するガイドライン」によって措置入院の運用が変わったと38.0%が考え、ガイドラインを通して標準的な運用が示されたことの影響はあったと考える。ただしガイドライン内の措置診察の部分は従来と大きな変更がなく、精神科医には運用の変化を実感しづらかった可能性があり、結果にも影響したかもしれない。また指定医の43.7%が措置診察で要措置としなければいけないようなプレッシャーを感じ、指定医取得後1～5年の指定医でその傾向が強かった。家族などから医療保護入院の同意を確実に得られそうでも、82.1%の指定医が措置入院の要件を満たせば措置入院を選択すると考えており、措置症状を有し措置入院の要件を満たせば措置入院にするというコンセンサスが得られたといえるかもしれない。さらに「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」が現場に浸透していると40.7%が回答し、退院後支援をしやすくなったと40.2%が回答しており、臨床現場でガイドラインが活用されていると考えられた。一方、退院後支援に関する業務の負担が増えたと36.6%が回答した。退院後支援が中断された場合に「本人への電話」や「家族などへの照会」や「自治体職員への訪問促し」

著者所属：1) さいたま市立病院精神科, Department of Psychiatry, Saitama City Hospital

2) 青山学院大学教育人間科学部, College of Education, Psychology and Human Studies, Aoyama Gakuin University

3) 青山学院大学保健管理センター, Health Administration Center, Aoyama Gakuin University

4) 医療法人社団新新会多摩あおば病院, Tama-Aoba Hospital

5) 岡山市こころの健康センター, Mental Health and Welfare Center, City of Okayama

✉ E mail : yashut_nemotimo@hotmail.com

受付日 : 2025年7月27日

受理日 : 2025年12月23日

doi : 10.57369/pnj.26-053

などの対応が選択される傾向がみられた。本調査の限界として回答数が少なく、選択バイアスの影響が避けられないことなどがある。今後、さまざまな視点から2つのガイドラインの検証が行われ、さらなる適正化が図られることが期待される。

はじめに

2016年7月に起きた相模原障害者施設殺傷事件の「検証及び再発防止策検討チーム」による報告書⁵⁾では、『精神保健福祉法』第23条に基づく警察官通報から措置診察や措置入院に至る割合に地方自治体間でばらつきがみられること、措置診察や措置入院の判断のチェックポイントや手続きが明らかでないこと、措置入院の解除後も患者が医療などの支援を継続的に受けられるような仕組みの整備が必要であることなどの問題点が指摘された。

これらの指摘を受けて、2018年3月27日に「措置入院の運用に関するガイドライン」(以下、措置運用ガイドライン)²⁾と「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」(以下、退院後支援ガイドライン)³⁾が厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長より通知された。措置運用ガイドラインは、全国の地方公共団体が措置入院の運用を適切に行えるよう、同法における通報などのなかでも特に件数の多い警察官通報を契機とした措置入院に関する標準的な手続きを整理する目的で作成された。また、退院後支援ガイドラインは、入院形態を問わず、可能な範囲で積極的に各自治体を中心となって退院後支援を進められるよう、現行法下で実施可能な退院後支援の具体的な手順を整理するとともに、退院後にどこの地域で生活しても医療、福祉、介護、就労支援などの包括的な支援を継続的かつ確実に受けられるようにすることを目的として作成された。

しかしながら、これら2つのガイドラインが通知されたから、精神科臨床の現場にどのような影響をもたらされたかについてはこれまで検証されていない。そこで、日本精神神経学会(以下、本学会)の精神保健福祉法委員会(以下、本委員会)は、これら2つのガイドラインが精神科臨床の現場にもたらした影響を明らかにするために本学会会員の精神保健指定医(以下、指定医)を対象とするアンケート調査を行った。

1. 対象と方法

1. 対象

調査開始に先立って本学会のメーリングリスト、および公式ホームページを通じて、本学会の会員18,625名(2020年8月時点)に対し、2020年8月と同10月の2期に分けて、本調査に協力する精神科医の募集を行った。調査協力の意向を示した者に無記名式調査票を郵送し、同12月末までに郵送にて有効回答が得られた者のうち、指定医資格をもつ者を本調査の対象とした。

2. 調査内容

調査票の設問はガイドラインからヒントを得て作成し、全部で21問から成るが、今回はこのうち20問を検討対象とした(表1)。設問(1)~(5)では回答者の属性について、設問(6)、(7)では2018年3月に措置運用ガイドラインならびに退院後支援ガイドラインが通知されてからの回答者の措置入院への関与について、設問(8)~(14)では回答者の措置運用ガイドラインの運用について、設問(15)~(19)は回答者の退院後支援ガイドラインの運用について多肢選択方式で回答を求め、設問(20)では措置運用ガイドラインと退院後支援ガイドラインに関する意見を自由記載形式で回答を求めた。

なお、設問(10)~(13)では、本委員会が2018年に行った「措置入院制度に対する精神保健指定医の意識に関するアンケート調査」⁴⁾(以下、前回調査)とおおむね同じ趣旨の質問を行い、設問(17)では支援の利用が継続されなかった場合の方策として退院後支援ガイドラインに示されている4つの対処法である「通院先医療機関から本人の居所に電話連絡を入れる(以下、本人への電話)」「通院先医療機関の看護師が精神科訪問看護・指導を実施する(以下、通院先医療機関の訪問看護・指導の実施)」「通院先医療機関が自治体に連絡し、自治体職員を訪問を促す(以下、自治体職員への訪問促し)」「家族その他の支援者や関係機関に照会を行う(以下、家族などへの照会)」を実施している

表 1 調査内容

1) 回答者の属性に関する設問
(1) 年齢
(2) 性別
(3) 精神保健指定医取得後の年数
(4) 主たる勤務先の所在する都道府県
(5) 主たる勤務先の種別 (大学病院, 総合病院, 精神科病院, 診療所, その他の中から選択)
2) 措置入院への関与に関する設問
措置運用ガイドラインならびに退院後支援ガイドラインが通知された 2018 年 3 月以降で
(6) 措置診察に関与したか
(7) 主治医として措置入院患者の診察に関与したか
3) 措置運用ガイドラインに関する設問
(8) 措置運用ガイドラインの影響を受けて措置入院の運用が変わったと思うか
(9) 措置診察の依頼があった場合に依頼を受けるか
(10) 措置診察を行う際に要措置としなければいけないようなプレッシャーがあるか
(11) 措置入院の要件を満たし, かつ医療保護入院に関する家族等の同意が確実に得られそうな場合にどちらの入院形態を選択するか
(12) 措置入院の解除を判断する際に院内での話し合いを行うか
(13) 話し合いを行う場合, 話し合いに必須と考えられるメンバー
(14) 指定医新規・更新研修以外で, 措置入院の判断に焦点を当てた実践的な研修 (事例を用いたグループワークなど) が必要と思うか
4) 退院後支援ガイドラインに関する設問
退院後支援ガイドラインが公表されてから,
(15) 退院後支援ガイドラインが浸透していると思うか
(16) 同ガイドラインによって退院後支援がしやすくなったか
(17) 支援の利用が継続されなかった場合にどのような対処法をとっているか
(18) 退院後支援に関する院内・院外関係者との話し合いが増えたか
(19) 退院後支援に関する業務上の負担が増加したか
5) 措置運用ガイドライン, および退院後支援ガイドラインに関する意見
(20) 措置運用ガイドライン, および退院後支援ガイドラインに関する意見 (自由記載形式)

かについて質問した。

3. 解析方法

全設問で単純集計を行った。設問(10)と設問(14)については指定医の実践経験の差が結果に影響をもたらしていることを考慮して、指定医取得後の経過年数を 1~5 年, 6~10 年, 11~15 年, 16~20 年, 21~25 年, 26 年以上の 6 群に分けて集計したうえで、Kruskal-Wallis 検定による群間比較を行い、統計学的に有意な差がみられた場合には

表 2 調査対象者の属性

属性		人数 (人)	割合 (%)
年齢	30~39 歳	38	12.1
	40~49 歳	103	32.9
	50~59 歳	100	31.9
	60~69 歳	55	17.6
	70~79 歳	16	5.1
	80 歳~	1	0.3
性別	男	253	80.8
	女	59	18.8
	無回答・無効回答	1	0.3
指定医取得後の年数	1~5 年	43	13.7
	6~10 年	51	16.3
	11~15 年	56	17.9
	16~20 年	45	14.4
	21~25 年	47	15.0
	26 年~	71	22.7
勤務先の所在地 (地方)	北海道	10	3.2
	東北	25	8.0
	関東	114	36.4
	中部	54	17.3
	近畿	39	12.5
	中国	22	7.0
	四国	14	4.5
	九州・沖縄	33	10.5
	無回答・無効回答	2	0.6
	勤務先の種別	大学病院精神病床 あり	37
なし		2	0.6
総合病院精神病床 あり		35	11.2
なし		8	2.6
精神科病院		162	51.8
診療所		33	10.5
その他		28	8.9
無回答・無効回答		8	2.6

Steel-Dwass 検定による多重比較を行った。統計解析には EZR (version 1.55)¹⁾を用いた。

4. 倫理的配慮

本調査の実施に際して本学会の倫理委員会の承認を得た。本調査では年齢, 性別, 指定医取得後の経過年数, 主たる勤務先の所在する都道府県, 主たる勤務先の種別以外の回答者の特定につながるような個人情報の収集は行わなかった。

II. 結 果

調査開始前に 431 名が調査協力の意向を示し, 329 名から調査票が返送された (回収率 76.3%, 会員全体の

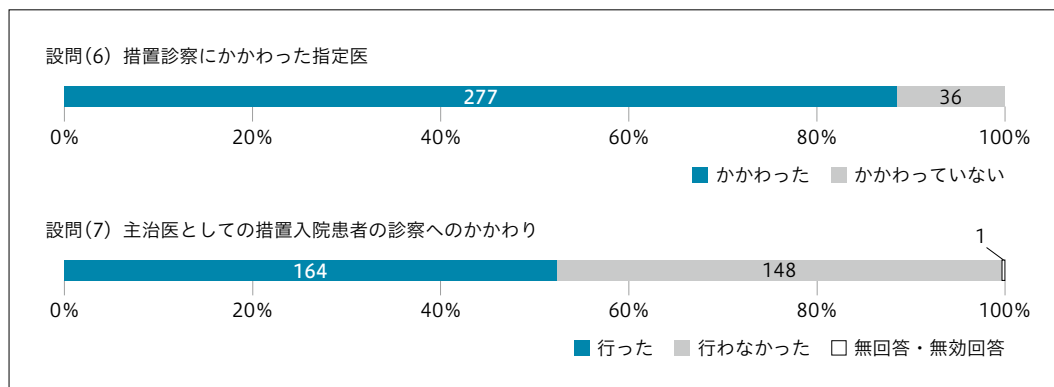


図1 措置入院への関与に関する設問の回答状況

1.8%)。このうち設問(3)にて指定医取得後の年数が0年、あるいは無回答・無効回答であった16名を除外した313名(95.1%)を本調査の検討対象とした。

1. 回答者の属性 (表2)

回答者の年齢は40～49歳(103名, 32.9%)と50～59歳(100名, 31.9%)が多く、平均年齢は51.8歳(標準偏差10.1)であった。性別は男性が253名(80.8%)、女性が59名(18.8%)であった。主たる勤務先の所在地は関東地方(本学会の区分による)が114名(36.4%)と最も多く、主たる勤務地の種別は精神科病院が162名(51.8%)と最も多かった。

2. 措置入院への関与 (図1)

2018年3月以降に措置診察にかかわったのは277名(88.5%)であった。また主治医として措置入院患者の診察にかかわったのは164名(52.4%)であった。

3. 措置運用ガイドラインに関する設問 (図2)

1) 措置入院の運用について

措置運用ガイドラインの導入によって措置入院の運用が変わったかについて「そう思う」、あるいは「どちらかといえばそう思う」と回答した者は119名(38.0%)であった。

2) 措置診察について

措置診察の依頼があれば「原則として依頼を受ける」、あるいは「できるだけ依頼を受ける」と回答した者は295名(94.2%)であった。

実際に措置診察にかかわったことがある指定医277名のうち、措置診察時に要措置としなければいけないようなプレッシャーが「ある」、あるいは「どちらかといえばある」

と回答した者は121名(43.7%)、「ない」、あるいは「どちらかといえばない」と回答した者は154名(55.6%)であった。指定医取得後の経過年数別に集計したものを図3に示す。指定医取得後の年数によって、要措置としなければいけないようなプレッシャーの有無に有意差が認められ($P=0.03$, Kruskal-Wallis 検定)、指定医取得後の年数が1～5年の者は21～25年の者($P=0.04$, Steel-Dwass 検定)、および26年以上の者($P=0.03$, 同)より有意にプレッシャーを感じていた。

措置入院の要件を満たし、かつ医療保護入院に関する家族などの同意を確実に得られそうな場合、「措置入院」、あるいは「状況によるが、どちらかといえば措置入院」と回答した者は257名(82.1%)であった。

3) 措置解除について

主治医として措置入院患者にかかわった164名のうち、措置入院の解除を判断する際に「全例」で、あるいは「ケースに応じて」院内での話し合いを行っているとは回答した者は139名(84.8%)であった。また、この話し合いに必須なメンバーとして家族(94名, 57.3%)を挙げた者が最も多く、その次に保健所(56名, 34.1%)が多かった。

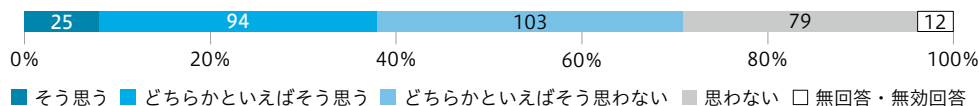
4) その他

指定医の新規・更新時の研修以外に措置入院の判断に焦点を当てた実践的な研修(事例を用いたグループワークなど)が必要であると回答した者は227名(72.5%)であった。指定医取得後の年数別に集計したところ、指定医取得後の経験年数による有意差はみられなかった(図4, Kruskal-Wallis 検定)。

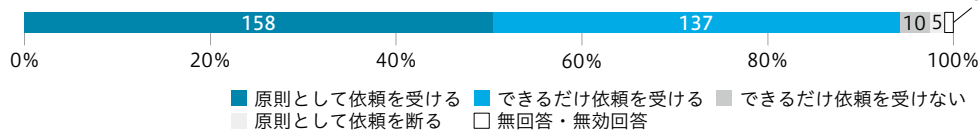
4. 退院後支援ガイドラインに関する設問 (図5)

退院後支援ガイドラインが現場に浸透しているかどうか

設問(8) 措置運用ガイドラインによって措置入院制度の運用が変わったかどうか

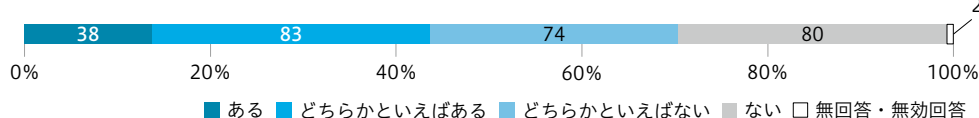


設問(9) 措置診察の依頼があった場合の対応

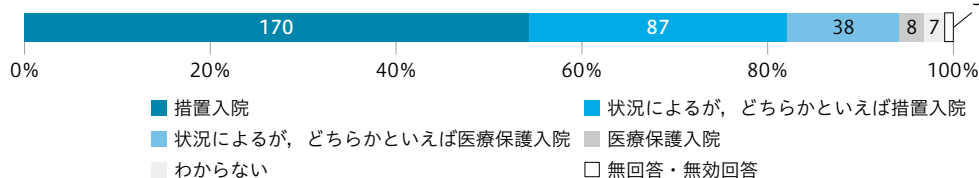


設問(10) 措置診察時に要措置としなければいけないようなプレッシャーの有無

*措置診察にかかわった指定医277名を集計

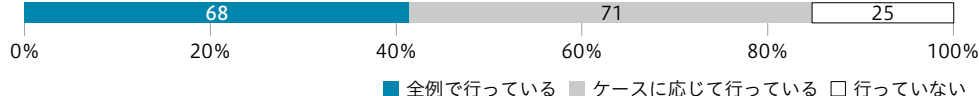


設問(11) 措置入院の要件を満たし、かつ医療保護入院に関する家族等の同意を確実に得られそうな場合に選択する入院形態



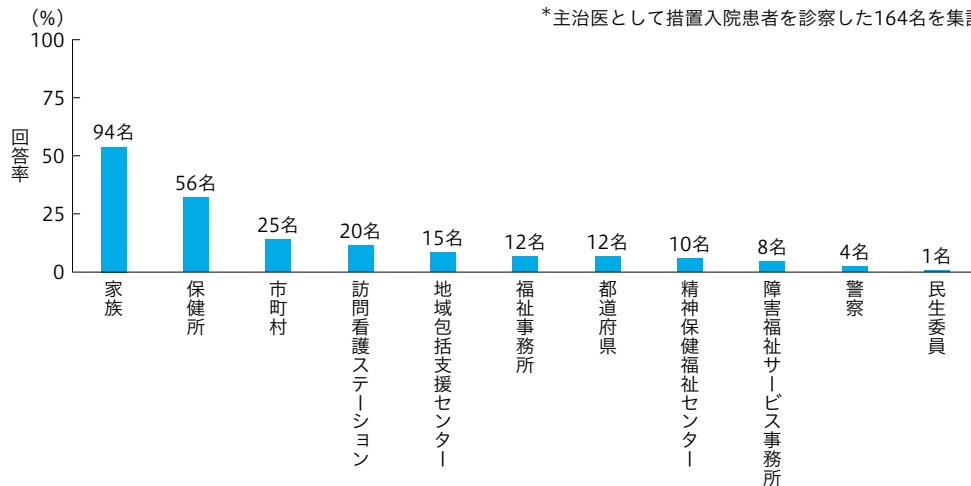
設問(12) 措置入院の解除を判断する際に院内での話し合いを行うかどうか

*主治医として措置入院患者を診察した164名を集計



設問(13) 措置入院の解除を判断する際の話し合いに必須だと考えるメンバー

*主治医として措置入院患者を診察した164名を集計



設問(14) 指定医の新規・更新研修以外で、措置入院の判断に焦点を当てた実践的な研修(事例を用いたグループワークなど)の必要性



図2 措置運用ガイドラインに関する設問の回答状況

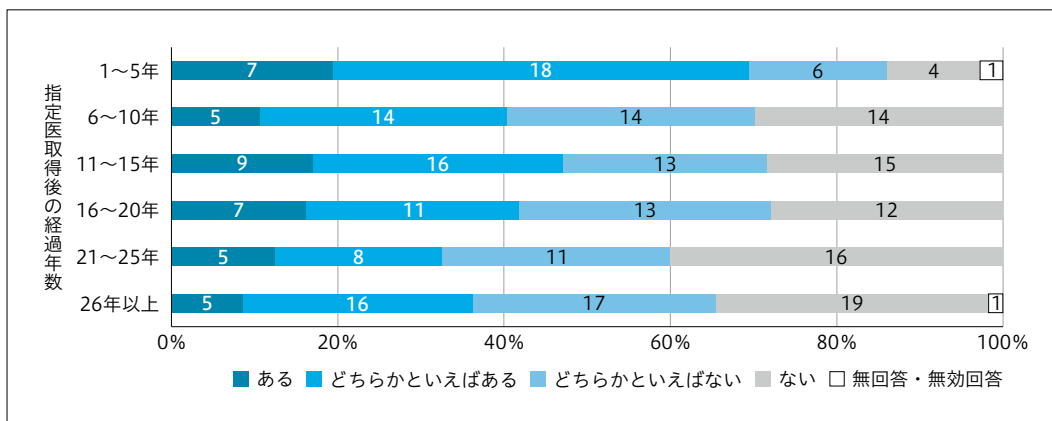


図3 「要措置」としなければいけないようなプレッシャーの有無：指定医取得後の経過年数別の比較
措置診察にかかわった指定医 227 名を集計。

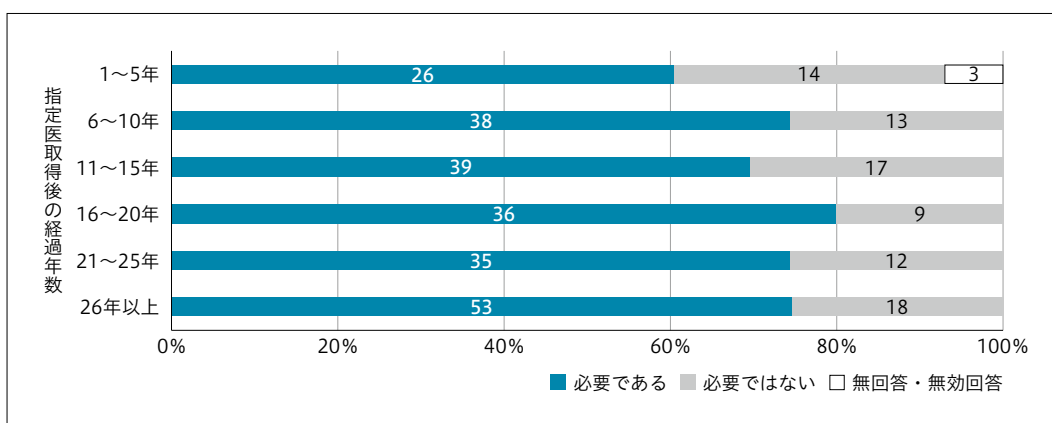


図4 措置入院の判断に焦点を当てた実践的な研修の必要性：指定医取得後の経過年数別の比較

の質問では、「関与していないのでわからない」と無回答・無効回答を除いた 275 名のうち、「そう思う」あるいは「どちらかといえばそう思う」と回答した者は 112 名 (40.7%) であった。主治医として措置入院患者にかかわった 164 名のうち、退院後支援ガイドラインによって退院後支援がしやすくなったかどうかの質問に「そう思う」あるいは「どちらかといえばそう思う」と回答した者は 66 名 (40.2%) であった。

主治医として措置入院患者にかかわった 164 名のうち、本ガイドラインの公表後に退院後支援に関する院内・院外関係者との話し合いが増えたという回答は 72 名 (43.9%) が、変わらないという回答は 88 名 (53.7%) が回答した。退院後支援に関する業務上の負担が増えたという回答は 64 名 (39.0%) が、変わらないという回答は 94 名 (57.3%) が回答した。

退院後に通院先の外来を受診しないなど、必要な医療などの支援の利用が継続されなかった場合の対処法について、本人への電話、通院先医療機関の訪問看護・指導の実

施、自治体職員の訪問促し、家族などへの照会のいずれもケースに応じて行うと答える者が最も多かった。

5. 措置運用ガイドライン、および退院後支援ガイドラインに関する意見

自由記載方式で収集された意見のうち、退院後支援ガイドラインの対象者が退院後支援に同意した者に限定されていることを問題視する意見が 21 件と最も多く、本調査を通して初めてガイドラインの存在を知ったという意見が 8 件とその次に多かった。この他に重要と思われる少数意見は以下の通りである。

- ・被通報者が外国人の場合の対応や新型コロナウイルス感染症などの感染症対策を組み入れたガイドラインが必要である
- ・措置入院や措置入院の解除の具体的な基準を示してほしい
- ・退院後支援の調整のために入院期間が延びることが懸念される

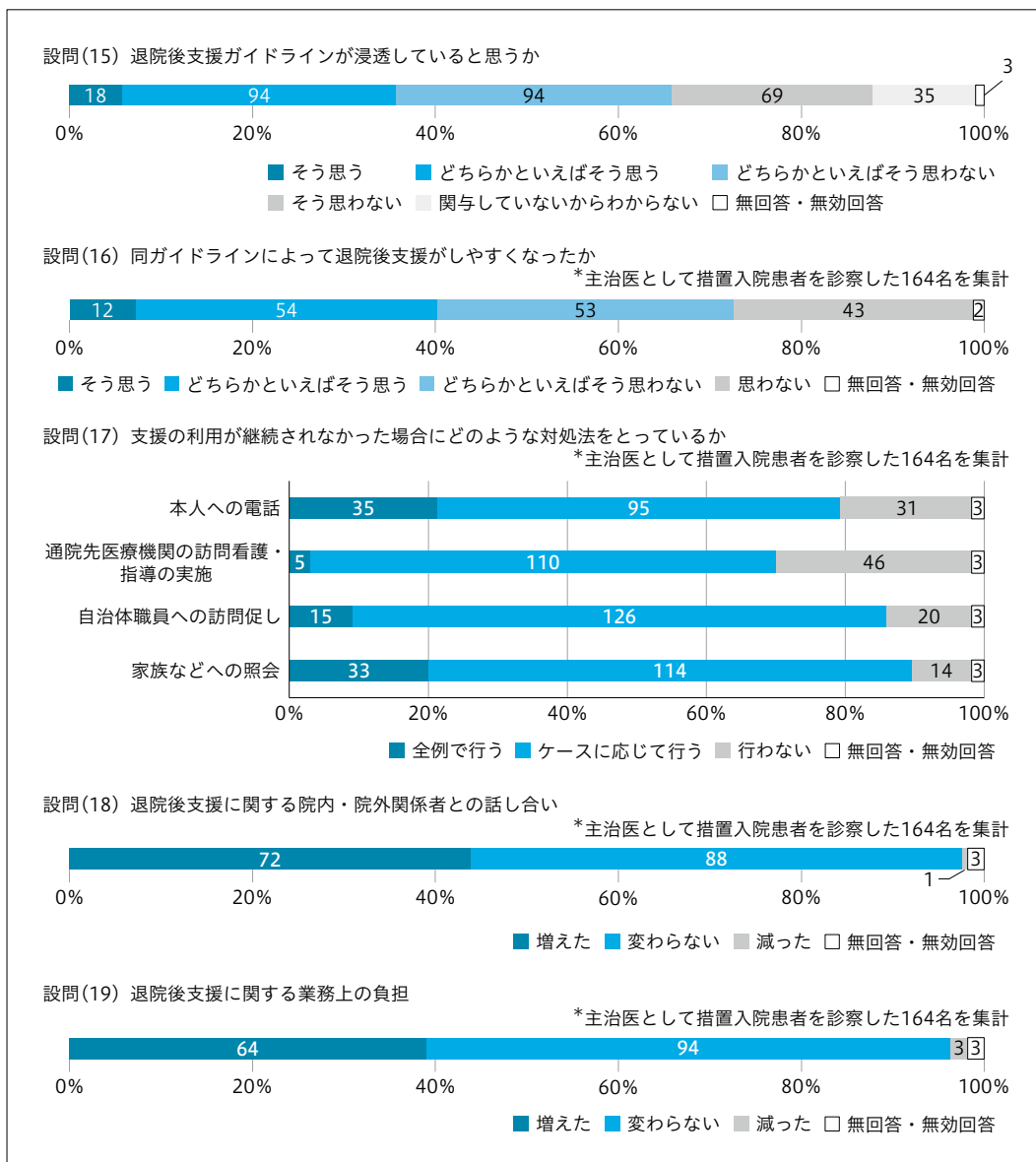


図5 退院後支援ガイドラインに関する設問の回答状況

- ・退院後の支援が通所サービスのみである場合に支援側の窓口が不明瞭になる
- ・退院後支援を進めるうえで診療報酬の強化が必要である

インに基づく運用と従来のそれとで大きな変更がなく、精神科医には運用が変わったという実感がしづらかったことが一因にあるかもしれない。

III. 考 察

1. 措置入院の運用の変化

本調査では措置運用ガイドラインによって措置入院の運用が変わったと38.0%が回答しており、標準的な運用を明文化したことの影響があったと考えられた。また運用は変わっていないという回答が58.1%であったが、精神科医が最もかわると思われる措置診察の部分では、本ガイドラ

2. 措置診察における判断

措置入院の要件を満たし、かつ医療保護入院に関する家族などの同意が確実に得られそうな場合に、本調査では指定医の82.1%が措置入院を選択した。『精神保健福祉法詳解(五訂)』⁶⁾では「措置症状が認められるものについては措置入院によることが原則であり、措置入院の手続きが実施可能であるにもかかわらず、あえて家族の同意を求めるなど、ことさらに医療保護入院に誘導するような取り扱い

は避けるべきである」と記載され、それに沿った判断を行う指定医が多いといえる。これより措置症状を満たし措置入院の要件を満たせば医療保護入院が可能であっても措置入院とする、というコンセンサスが得られたといえるかもしれない。

3. 措置診察における心理的な影響

指定医の43.7%が措置診察で要措置としなければいけないようなプレッシャーを感じていること、また、指定医取得後1～5年の指定医はプレッシャーを感じる傾向が強く、21年以上の経験を有する指定医より有意にプレッシャーを感じていることが示された。

本調査では具体的なプレッシャーの内容については調査していないが、例えば、通報対象となった行為が実際にあり、しかも警察や自治体が入院を必要と考えている場合、警察や自治体の思惑に反して「措置不要」の判断を下すことにはプレッシャーを感じるであろう。また措置不要と判断した後に自傷・他害行為が起きた場合を想定して、措置診察に対する道義的責任が問われるのではないかという不安がプレッシャーに転じるかもしれない。措置運用ガイドラインには措置診察における具体的な指針が含まれなかったが、例えば要措置となる基準を作成したり、措置診察における指定医の判断責任の範囲を明確にすることは措置診察を行う指定医の心理的な負担を軽減させうるだろう。

4. 実践的な研修の必要性

最近措置入院の判断に焦点を当てた実践的な研修がみられるようになった。しかし、本調査を行った時期は、指定医の新規申請あるいは更新申請における集合研修には事例検討が含まれるものの、基本的には講義主体の研修が行われていた。本調査では回答者の72.5%が実践的な研修が必要だという結果であったが、前述のように措置診察で要措置としなければいけないようなプレッシャーを感じる者は少なくなく、措置入院の判断に関する指導を受けたり、他の指定医と意見交換する場のニーズが高いものと思われる。

5. 措置入院の解除に向けた話し合い

措置入院の解除の判断の際に、主治医として措置入院患者の診察にかかわった者の84.8%が院内の話し合いを全例ないしケースに応じて行うと回答していた。これは多職種からの情報を得たうえで、指定医が最終的に措置解除を判断することが主流になりつつあることを示しているのか

もしれない。

また、その院内の話し合いには家族、保健所の順に参加を必須とする回答が多く、措置解除後の支援におけるかわり度で家族や保健所への期待が大きいことがうかがえる。

6. 精神科医からみた退院後支援

退院後支援ガイドラインが臨床現場に浸透していると40.7%が回答し、また、退院後支援ガイドラインにより退院後支援がしやすくなったと40.2%が回答していることから、退院後支援ガイドラインが臨床現場で活用されていると考えられる。この理由に、退院後支援までの具体的な手順が退院後支援ガイドラインで示されたことによって、支援にかかわる関係者の役割が明確になり、顔の見える連携を構築しやすくなったことなどが考えられる。退院可能でもやむなく長期入院となっていたり、居住や支援がないために退院困難となっているような者に対して退院後支援ガイドラインを積極的に活用し、地域生活への移行がさらに進むことが期待される。

7. 治療中断のリスクがある患者への退院後支援

設問(20)で収集した意見のなかで、病識が不十分で治療中断のリスクが高い者は退院後支援ガイドラインの対象に含まれず、退院後支援に同意した者に対象を限定したことへの懸念を示すものが多かった。確かに治療中断のリスクが高い者への退院後支援は重要な課題である。そこで退院後支援の実態、例えば退院後支援を行っている患者がどの程度いるのか、退院後支援が必要と判断されても拒否する患者がどの程度いるのか、本人の拒否などで退院後支援が行えない場合に再入院となる患者はどの程度いるのか、また、自治体ごとで退院後支援の取り組みに差があるのか、などの把握を行ったうえで、治療中断のリスクが高い者も含めた退院後支援のあり方を模索していくことが必要である。

8. 退院後支援に関する業務

退院後支援に関する業務の負担が退院後支援ガイドラインの公表後に増えたと39.0%が回答した。退院後支援に向けた関係者との話し合いや書類作成の頻度の増加が業務の負担を増やす一因となった可能性がある。しかし一方で57.3%が負担が変わりがないと回答していた。これには、実際に業務の負担が増えなかった以外に、退院後支援の対象者が少なかった、すでに業務調整が奏功して負担が増えなかったなどといった背景があるかもしれない。退院後支援

が精神科医への負担となりうるのかを本調査で判断することは難しい。ただし、精神科医の負担が増えることによる退院後支援の停滞は避けなければならず、話し合いの効率化や書類作成のタスクシフトなどの業務軽減策を必要に応じて検討する必要がある。

9. 退院後支援の利用が継続されなかった場合の対応

退院後支援が中断された場合の対処法は、ケースに応じて検討する者が多かった。「本人への電話」「家族などへの照会」を全例で行うと回答したのはそれぞれ21.3%、20.1%であるのに対し、「通院先医療機関の訪問看護・指導の実施」「自治体職員への訪問促し」を全例で行うと回答したのはそれぞれ3.0%、9.1%と少なかった。一方で「本人への電話」「自治体職員への訪問促し」「家族などへの照会」を行わないと回答したのはそれぞれ18.9%、12.2%、8.5%であったが、「通院先医療機関の訪問看護・指導の実施」を行わないと回答したのは28.0%と多かった。これらの結果から、退院後支援が中断された場合、直接会って対応するより、電話や家族や支援者などと情報共有するような対応が選択されているように思われる。推測になるが、訪問時に精神症状が悪化していた場合の対応の難しさや訪問にかかるコストなどの問題が背景にあるかもしれない。

おわりに

2つのガイドラインを通して措置入院制度の運用や退院後支援の手順を明文化したことは、システムの標準化という点で意義が大きかった。本調査ではこれらのガイドラインが現場に与えた影響の一部を明らかにしたに過ぎず、例えば、ガイドラインによって通報件数や措置診察の実施状況、措置診察における判断、再入院率がどのように変化したか、などは不明である。多面的な視点からガイドラインを見直すことも必要である。これらのフィードバックをもとに措置入院制度の運用や退院後支援の地域差がなくなるとともに、さらに適正化されていくことが期待される。

措置運用ならびに退院後支援ガイドラインに関する精神科医の意識調査はこれまで行われたことがなく、これらに関連した知見が得られたことから有意義な調査であったと考える。しかし、本調査には次のような限界がある。本調査の回答数は本学会の会員数の1.8%ときわめて少なかった。そして措置診察の依頼があれば受けるという指定医が

94.2%を占め、措置入院の実務経験者が多く参加した可能性があり、選択バイアスの影響が避けられない。また一部の設問では言葉を定義付けなかったため、回答者の解釈に影響を与えた可能性がある。さらに調査開始から時間が経過してからの報告であり、現状と合わない部分があるかもしれない。

利益相反

稲垣 中：原稿料 IQVIA サービスーズジャパン株式会社、ヴィアトリス製薬株式会社、研究費・助成金 大塚製薬株式会社、塩野義製薬合同会社、大日本住友製薬株式会社（現・住友ファーマ株式会社）、武田薬品工業株式会社、Meiji Seika ファルマ株式会社、ヤンセンファーマ株式会社の6社より提供された資金により運営されている研究プロジェクトに参加している（稲垣個人に研究費は配分されていない）。他の著者に開示すべき利益相反はない。

謝辞

執筆に際し、2019年期と2021年期の精神保健福祉法委員会の委員の皆様からはさまざまなご意見をいただいた。この場を借りて深く感謝いたします。

2019年期：大石賢吾、岡崎伸郎、小口芳世、熊倉陽介、佐竹直子、武井 満、二宮貴至、福原秀浩、三野 進、吉岡隆一、吉住 昭（敬称略）

2021年期：大野浩太郎、岡崎伸郎、熊倉陽介、佐竹直子、早苗麻子、田口寿子、二宮貴至、福原秀浩、南 辰也、森川将行、吉岡隆一（敬称略）

また、2021年に亡くなられた伊藤哲寛先生には本調査のみならず、日本精神神経学会精神保健福祉法委員会でもさまざまなご助言をいただきました。この場を借りて深く感謝するとともにご冥福をお祈りいたします。

文献

- 1) Kanda, Y. : Investigation of the freely available easy-to-use software 'EZ' for medical statistics. Bone Marrow Transplant, 48 (3) ; 452-458, 2013
- 2) 厚生労働省：「措置入院の運用に関するガイドライン」について、2018 (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1)（参照 2025-07-01）
- 3) 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」について、2018 (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1)（参照 2025-07-01）
- 4) 根本 康、太田順一郎、伊藤哲寛ほか：措置入院制度に対する精神保健指定医の意識に関するアンケート調査。精神経誌, 120 (12) ; 1060-1073, 2018
- 5) 相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム：報告書—再発防止策の提言—。2016 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihookenfukushibu-Kikakuka/0000145258.pdf>)（参照 2025-07-01）
- 6) 精神保健福祉研究会監：五訂 精神保健福祉法詳解。中央法規出版、東京、p.283, 2024

Clinical Impacts on Psychiatry of the “Guidelines on the Operation of Hospitalization for Measures” and the “Guidelines on Post-discharge Support for Persons with Mental Disorders by Local Authorities” :

By the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare

Yasushi NEMOTO¹⁾, Ataru INAGAKI^{2,3)}, Naoshi NAKAJIMA⁴⁾, Junichiro OTA⁵⁾

1) Department of Psychiatry, Saitama City Hospital

2) College of Education, Psychology and Human Studies, Aoyama Gakuin University

3) Health Administration Center, Aoyama Gakuin University

4) Tama-Aoba Hospital

5) Mental Health and Welfare Center, City of Okayama

The Mental Health and Welfare Law Committee of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology conducted a questionnaire survey of member psychiatrists between August and December 2020. The survey aimed to investigate the impact on the clinical practice of psychiatry of the “Guidelines on the Operation of Hospitalization for Measures” and the “Guidelines on Post-discharge Support for Persons with Mental Disorders by Local Authorities” that were published by the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare in March 2018. A total of 313 designated mental health physicians participated and completed the survey.

Regarding the “Guidelines for the Management of Hospitalization for Measures,” 38.0% of respondents replied that it had led to changes in the standardized management of hospitalization in response to public health measures. However, the guidelines made few substantive revisions to the medical examination section ; therefore, some psychiatrists may have felt that the changes were minimal, potentially biasing the findings. Among designated mental-health physicians, 43.7% reported feeling pressured to take necessary public health measures during medical examinations. This trend was especially pronounced among those designated within the previous 1 to 5 years. Even in cases where obtaining family consent for hospitalization for medical care and protection was considered likely, 82.1% of designated physicians indicated they would proceed with hospitalization as part of public health measures if the legal criteria were met. This suggests that hospitalization for public health measures should be implemented when its conditions, such as symptoms and requirements for hospitalization, are fulfilled.

Regarding the “Guidelines on Post-discharge Support for Persons with Mental Disorders by Local Authorities,” 40.7% of respondents answered that they had been accepted by their institution and 40.2% reported that providing post-discharge support had become easier. After the release of the guidelines, 36.6% of respondents reported that their workload related to post-discharge support increased. When post-discharge support was interrupted, measures

such as “calling the individual,” “checking with family members,” or “encouraging visits by municipal staff” were more frequently selected.

Although this study was limited by the small number of responses and selection bias, our findings suggest the need to examine the two guidelines from various perspectives in the future to support further improvement.

Authors' abstract

Keywords involuntary admission, post-discharge support, guidelines, psychiatrist, questionnaire survey