

## 令和7年度 措置入院制度運用等に関する懇談会 会議録

日 時：令和8年2月26日（木） 14時00分～ 16時00分

場 所：川崎市役所本庁舎 復元棟第303会議室

出席者 委員 河野委員、平井委員、長加部委員、檜森委員、熊谷委員  
持田委員、萬木委員、岡田委員、島津委員（オブザーバー）、  
谷委員、土屋委員、長谷川委員

欠席委員 塚本委員

事務局 柳原副所長、山寺課長、植木課長、柴崎担当課長、中川課長補佐  
金子職員、平川職員

研究分析報告 袖長医師（オンライン）

オブザーバー 日下部職員、松園係長、佐藤職員

傍聴者 0名

司会：こころの健康課 植木課長

委員及び事務局職員の紹介と資料確認。開会挨拶を行う柳原副所長を紹介、開会挨拶後  
議題進行を柴崎担当課長へ引継ぎ。

### 1. 開会

開会挨拶：川崎市総合リハビリテーション推進センター 柳原副所長

議題進行：こころの健康課 柴崎担当課長

資料2に基づき懇談会の趣旨を説明し、議題を進行。

### 2. 議題

(1) 川崎市の精神科救急医療体制について・・・資料3、4

(2) 川崎市の精神保健福祉法に基づく通報状況について・・・資料5

(3) 高齢者の通報状況の実態分析と措置後支援について・・・資料6-1、6-2

資料6-1 高齢者の通報状況の実態分析：

聖マリアンナ医科大学病院神経精神科副部長 袖長医師

資料6-2 地域支援室からの事例紹介：

北部地域支援室 佐藤職員

#### (4) 質疑応答

(河野委員)

議題(3)の袖長医師の研究報告は興味深い結果が出ていると感じた。数量的な分析では具体的にどのような事例が通報に挙がり措置入院になるかが分からない部分もあるため、今回事例を提示していただいたことで、複雑な背景を持つケースもあることを推測できた。事例の対象者を通じて、状態が刻々と変化するなかで措置入院の枠組みだけでは対応しきれないケースが地域には多くあるのではと感じた。

(平井委員)

地域の相談支援機関としては、対象者が措置入院に至らないよう適切な医療や福祉の地域でのみまもりや、措置入院者への退院後支援を行う地域の体制をどのように築いていくかという状況に関わることが多い。措置入院者の中には通院歴がなかったり、通院中断した方も多いという話を伺い、病識がない方、支援希求がない方への支援体制、地域の見守り体制をどのように築くかが課題として大きいと感じた。通院歴がない方等への医療や福祉へのつなぎをどのように築けばよいか、ご意見があれば伺いたい。(袖長医師への質問)

(檜森委員)

自分自身は障害当事者としてこの会に出席しているが、過去に23条通報で入院したことがある。病気が発症してから10年くらい経つが、きちんと病識をつけて自分に合う薬を使うこと、支援者とつながることで、社会へ出ても生活していけるということを分かってもらえると良い。今でも困りごとはあるが、いろいろな支援者に助けられ生活している。

(島津オブザーバー)

中部地域生活支援センターはるかぜは指定管理事業所であり、市外病院に長期入院している方を対象として地域定着を支援している。事例で紹介されたような状態の方が実際退院し地域へ出てくる際など、日々悩みながら支援している状況。

長期入院者の中には、病院内の生活が安全であり入院を続けたいという方もいれば、一刻も早く退院したいという方もいる。地域での受け皿として、高齢者・障害者それぞれの支援機関がいかに連携し、対象者の希望する生活を実現するかを考え、私自身も支援に関わっている。現在はおるかぜでは70代以上の方2・3人を支援しているが、その方々は「病院で死にたくない」という気持ちで一生懸命に地域へ出ようとしているが、介護保険の区分1や2となると住まい確保が厳しいという現状もあり、地域資源の少なさを強く感じている。高齢者支援の関係者とも連携したいが、病院の住所地特例の兼ね合いもあり、本日の発表を聞きながら、日々悩んでいるようなところを改めて確認できた。

(熊谷委員)

消防に関わる機会としては、119番通報への対応というところとなる。その中で、救急搬送についても高齢者の割合が高い状況にある。この分析の中で、今後更に高齢者が増えていくと、この分析もどのように変化するか気になる。

(持田委員)

警察の立場で話を聞く中で、警察は23条通報を行い、その後措置入院したか否かというところで対象者と関係が切れることもあるが、紹介事例からは措置入院後に多くの支援者に関わる必要があることを感じた。高齢者に着目した研究からも、このような事例は今後の超高齢化社会においても当たり前となり得ると再認識した。警察がしっかりと23条通報を行わなければ、対象者にとっての治療開始の機会を逃すことにもなり得るので適切に23条通報を行い、関係部署と連携し対応しなければいけないと再認識した。

(萬木委員)

人は健康に過ごしていても必ず高齢となり最後は亡くなる。今後益々高齢化が進む中で、この措置通報の仕組みが最後の砦のような形で機能している部分もある。また、これだけ高齢化が進む中で、この措置通報だけでサポートするのではなく、通報となる手前にもう少しサポートが入る仕組みがあればよいのではと感じた。実現は容易ではないが、結果的に措置通報することで最悪の結果、命の問題にならず良かったが、高齢化が進むとこういう仕組みから漏れて悲惨な結果につながりかねないため、それに対応するような仕組みを行政として考えてもらいたく、我々医療機関としてもできる限り協力したいと考えている。

(岡田委員)

私が担当し先月診察した70代男性、長谷川式で15点くらいの方、妻への嫉妬妄想、被害妄想により暴力を振るい通報された。警察官臨場時に落ち着いていると23条通報に挙がらないが、何回か繰り返し今回は措置入院となった。以前は病院で処方された薬を飲むと落ち着いていたが、本人は病識なく通院中断し、妻が代わりにもらった薬も飲ませることで、妄想症状が激しくなった。入院し薬物治療を行うことで院内では落ち着いて過ごしているが、物忘れもあり入院した理由もわかっていない。問題は症状消退で措置解除したいが、繰り返し暴力を受けた妻は本人との離婚を希望している。早めに医療へつながることができていれば違った結果になった可能性もあったと思われる。

質問としては、資料6-1・Figure 7措置解除後の転帰のところに「退院」「通院」とあるが、「通院」は措置解除後退院し通院につながったケースと思われるが、「退院」は措置解除後退院し医療へつながっていないケースか教えてほしい。その他資料の訂正をお願いしたい点があり、資料4の病院配置図に記載されているメンタルホスピタルかまくら山は昨年度末で閉院となっている。

(長谷川委員)

私が所属している神奈川県精神神経科診療所協会は160くらいの医療機関が入会している集合体であるが、組織率としては低く、約60%となっている。入会にあたっては医療機関の入会ではなく、医師個人での入会を原則としており、個人の医療機関が多く所属しているところが特徴となっている。そのため、緊急の対応についてはあまりお役に立てていないことが現実ではある。一方長期で地域に根付いた顔の見れる関係づくりができる医療機関が多くあるため、措置になる手前で自発的な医療機関受診や場合により入院がスムーズにできるよう、地域の医療機関とともに診療所協会としてお手伝いできる形を築いていけたらと考えている。

私は区役所等の保健相談に携わり、資料3の内容を思い浮かべながら対応している。そこでは家族から本人の受診拒否、服薬拒否への相談があり、資料3「救急事例の発生」の左側の部分で言うと、「家族等の同行による搬送」が現実的には難しい。また家族としては警察介入等できるだけ大事にしたいとの気持ちもあり、モヤモヤとした中で相談が終わるケースも多い。非自発的受診や入院はできるだけ避けるべきだが、「家族等の同行による搬送」が難しく日々悩んでいるところであり、良いアイデアがあれば聞きたい。

(土屋委員)

私は弁護士として、警察官通報されなかった場合どうなるかということを紹介したい。無銭飲食や家族への暴力等犯罪に関わる場合、警察官が臨場し23条通報を行うことも多いと思われるが、刑罰の手続きにより逮捕・勾留のルートに乗る場合がある。勾留とは取り調べのため警察署に留め置くことであり、最長20日間で最後に検察官が処分を決定する。検察官が処分決定の代わりに通報するケースもある。そのような場合、神奈川県弁護士会では同様の事例が起きないようにできないかということで、約10年前に精神疾患がある方が逮捕勾留された場合、そのような対象者に関心を持つ弁護士が警察に臨場できるような名簿を作ろうとの話があり、現在その名簿が活用されている。具体的には逮捕勾留時に国選弁護人を依頼できるが、対象者に精神疾患がある場合は神奈川県弁護士会がその名簿を用いて弁護士を派遣して。またその取り組みに加え、開始時期は定かではないが神奈川県弁護士会と神奈川県社会福祉士会が協定を結び、神奈川県弁護士会が費用負担し、社会福祉士による対象者更生のためのサポートの制度も開始している。ただ、釈放後の環境調整、医療・施設へのつなぎ等を勾留期間20日間という短期間で行うことは現実的に難しい面もあるが、少しでも精神疾患がある方への力になれるよう、神奈川県弁護士会で取り組みを行っている。ちなみに、弁護士業務を行うためには弁護士会に所属することが必須となっている。

(柳原委員)

高齢者の措置入院において、資料からも昨今高齢者の通報数増加がうかがわれ、事例説明でもあったとおり、区役所でも障害者支援係・精神保健係だけでなく高齢者支援係、地域でも相談支援センターだけでなく地域包括支援センター等が関わり支援してくことが大切と感じている。2月24日に開催した包括相談従事者研修では高齢者支援、障害者支援、生活保護等、相談支援に携わる関係者が出席し、複雑化する相談に横の連携を取り支援することの大切さを確認した。私たちも相談機関の一員として、各機関が協力し対象者を支援することが大事だと感じた。

(谷委員)

資料5の2に記載される緊急措置入院数が令和7年度4月から12月において0件という結果は、担当部署の取り組みとともに、より多くの指定医の先生方に協力をいただき成り立っているものと考えている。これが本来の形であり、今後も先生方に協力をいただきながら継続してほしい。同じ資料5の8、受入病院と診察数について、地域ごとに病院数が異なるため難しい部分であるが、市民の声としては身近な医療機関を希望する方が多く、例えば第1ブロックと第2ブロックの診察受入数が逆転すると理想的と感じた。

そして袖長先生の分析をお聞きした感想として、萬木先生のお話にもあった医療機関の最後の砦としての機能により命を落とさずに済んだ方々の数字であると感じた。先日地域で見守りに携わる方の表彰の選考を行ったが、現実として命を落とされる方がいるが、そうでない方については数字に出てこないと言える。相談支援センターや地域包括支援センター、行政、医療もこのような方を把握したら必死に取り組んでいるが、それでも抜け落ちる方がいる現実がある。本市としても地域包括ケアシステムを掲げ、多くの市民に対して啓発を行っている。抜本的には国による障害者に対する社会保障制度の見直しに行きつく話であるが、我々としてはできることから一つ一つ取り組んでいくことで、少しずつであっても通報数の減少につなげることは可能ではないかと感じている。

(長加部委員)

袖長先生の高齢者に着目した措置実態の分析は大変学ばせていただいた。袖長先生も触れていたが、今回は高齢者の分析だったが、更に年齢全般的な措置入院者についても今後分析していただけると、措置に至る家庭内環境やそこで抱える問題等が浮き彫りになると思われる。その意味で今回の高齢者に着目した分析はとても役に立つ内容と感じた。事務局の方には年齢全般にわたる調査を、一定期間毎に行ってほしい。

次に一つ目の質問として、措置入院を繰り返すケースの割合がどれくらいあるか知りたい。二つ目の質問として、退院後支援の比率が年々上がっているとのことだが、資料によると約50%の方が退院後支援の対象になっていないことが分かる。本人の意思等により支援が入らない状況なのか知りたい。三つ目の質問として、退院後支援に関わることでどのような課題があって、何を解決すればよいかについて分析を聞きたい。

最後に家族の立場として意見を申し上げると、人権配慮や支援の充実は画期的な前身であると感じる。同時にガイドラインの運用の問題、それに関わるマンパワーの過不足の問題、それから病院の保護の事情の問題といろいろあるが、家族会の中でここ1・2年、いくつか気になるケースがある。それが特殊ケースなのか、ガイドラインの運用上の問題か分からないが、1事例目は措置になる過程で担当主治医が変更となり、三番目の主治医の判断で措置解除となった。その際自宅へ戻るよう助言があったが、自宅へ戻るための支援について協議がないまま即退院となり、その後不安定な状態が続いている。別のケースでは、措置入院となり病院内の退院後生活環境相談員がマンパワーの問題で十分相談に乗れなかったか、本人の意思が十分確認できなかつたか分からないが、退院後の支援が十分に検討されず退院となった。このような退院後の家族や本人、支援者を含め、ガイドラインで謳われている支援がないまま退院となるケースがある。私の質問の背景には、そのような方々が再措置となる一つの要因になっているのではと考えがあり、再措置の比率についての質問はそれに関連している。この懇談会の中で各方面からの前向きな意見を伺い、本人や家族にとっても措置入院をきっかけに良い方向に向かえばと考える。家族会の中でも、病識なく受診拒否し急性期となり、措置入院をきっかけに病気と向き合い通院開始し、リハビリし数年後には就労に結び付いた事例もある。それぞれの患者の病状等にもよると思われるが、支援する側としては支援を必要とする患者が対象から漏れることがないように、ぜひお願いしたい。3744

(事務局)

ここまでいただいた質問として、「措置入院を繰り返すケースの割合がどの程度か」「措置入院後退院に至る過程で十分に退院後支援が入っていないケースがあるのではないか」については、事務局のこころの健康課からお答えできることがあればお願いします。また、「退院後支援の割合が50%を超えているが、支援が入らない方の実態について」について、地域支援室からお答えをお願いします。「今どのような課題があり、どのように解決するか」全般的なことにもなるが、この点についても退院後支援に関連して地域支援室からお答えできることがあればお願いします。

また、袖長先生へご質問が2点ほどありましたのでお答えをお願いしますでしょうか。

(袖長医師)

病識のない方や拒否のある方に対してどのようにアプローチしたら良いかのご質問をいただいた。やはり拒否のある方への対応は大変で、共通の問題であると思うが、病院に来ている方々の半数以上はいずれかの精神科の医療機関につながっているものと考えられ、そういった方の場合には医師から家族を通じて介護保険を申請していただき、家族側からある介護サービスの提供を足掛かりとして、本人に支援者の家庭訪問を受け入れていただくことで、経験豊富な支援者が支援拒否のある方への対応も可能となる事例がある。一方で、家の中に入らせていただけないとサービスにもつながらないため、病院受診せず孤立して

いる方を拾い上げることがとても大変であると感じている。措置通報が最後の砦のような働きをしていて、サービスにつながらなかった方をサービスや医療につなげる足掛かりとなっているとの考え方を私も持っている。措置通報を入口として支援が始まっている方もいるものと感じている。先ほどの長加部委員からご質問がありました複数回入院している方について、川崎市総合リハビリテーション推進センターの河野先生や柴崎先生も参加された研究グループにおける川崎市のデータを基にした複数の研究報告例があり、それは精神神経学会、日本精神神経学会の会報誌にも掲載されている。それによると川崎市で2015年から2018年の3年間に通報された748件中、複数分の実数は63名で、男性30名、女性33名であった。通報回数が2回の方が49名、3回の方が12名、4回・5回の方が1名となっている。この懇談会に出席されている方の中には、川崎市の精神医療審査会の委員も務めている先生もおられ、認識も持たれていると思うが、入院に納得せず退院請求される方の中には、病気であることを認めず病識がない状態で何度も措置入院を繰り返す方がいて、措置や医療保護の強制的な入院になっても納得せず退院請求する方と診察を通じて出会うこともあり、そのような病識の乏しい方が経験上入院を繰り返しているように感じる。また、データがないため私的見解となるが、措置入院・医療保護入院される方々も非自発的・強制的入院を短くしようという世の中全体の流れがあり、そのことから入院期間が短くなり十分な退院後支援の調整ができない方もいるのではないかと、長加部委員の話を伺い自分もそのような感想を持った。

(事務局)

続いての質問で、袖長先生の資料Figure 7について、F0措置解除後の転帰の「退院2」の方がどのような転帰となったかについてお願いします。

(袖長医師)

<音声不具合により会場でご発言を確認できず、後日袖長医師に補足いただいた内容>

今回の調査では、措置入院を解除された時点の転帰までの情報しかないという限界があります。(認知症などの)F0群は、措置入院のきっかけとなった症状が改善しても認知機能低下の部分が残っているため、措置入院退院後に任意入院に切り替えることができないのに対して、(うつ病、躁うつ病などの)F3群は、治療により改善が見込める疾患であったケースです。私見になりますが、F3群は、措置入院退院後もさらに改善して社会復帰等の良い方向に向かっているものと考えています。

(事務局)

音声の不具合によりお聞きできなかった袖長先生のご発言前半部分は、「退院」が転帰となった方は、おそらく治療が不要となった方と予想されるというご説明でしょうか。

(袖長医師)

<音声不具合により会場でご発言を確認できず、後日袖長医師に補足いただいた内容>

改善して自宅等に退院しても、薬物療法などの治療を継続的に治療することが必要です。訪問看護や在宅での介護支援を併せて行うことで、増悪を防ぐことが期待できます。

(事務局)

続いて長加部委員からいただいた質問について、事務局のこころの健康課から回答をお願いします。

(事務局・こころの健康課)

措置入院された方で再度通報に挙がり措置入院された方を退院後支援の観点から現在分析しているところで、速報値になるが令和4年4月から令和8年1月の期間に入院された方の集計で、川崎市での措置通報者数は1001名であり、そのうち措置入院となった方は約530名であった。そこから退院後支援が入られた方、もしくは何らかの理由で退院後支援以外の方針となった方、支援拒否された方や他県市を帰住先とした方、または元々支援が入っている方等に分類し、その中で再度措置入院になった方は27名でした。退院後支援を受けた方と全く関わっていない方とでは、どちらも通報回数が2回・3回といった数となった方がいるが、例えば1回目で退院後支援が入らず2回目の通報で退院後支援が入った方が5名いたが、その5名はその後の再措置入院になっていないため、退院後支援が再措置入院とならないための効果があるものと考えられる。

(事務局)

退院後支援が十分調整されず退院となっている方がいるのではないかとのご質問について回答をお願いします。

(事務局・こころの健康課)

措置入院された方の病状については、当課職員が病院へ随時連絡しタイムリーに把握し、地域支援室へのつなぎを行っているが、予定外に早く退院してしまう方について、入院中に支援が入らない事例はある。ただ、そのような事例にも退院時の働きかけ等行い、地域の各機関による退院後の支援のきっかけにつながることもある。

(地域支援室)

長加部委員からご質問のあった、「退院後支援に乗らない方への対応」について、まず退院後支援の実情として、人権への配慮もあり措置入院される方の入院期間が短くなっていることは我々も感じている。そのため退院後支援についてもかなりスピード感を持ち、なおかつ丁寧に行わなければならないという意識で取り組んでいる。退院後支援を行った5

6%という数は、我々が退院後支援を説明し本人が退院後支援に同意し支援計画を受けた方の数となっている。この数は決して高くなく、我々はまだいろいろな工夫、努力をしなければいけない状況であるが、数で見えない部分で言うと、残りの同意しなかった方について当然再発を防止しなければいけないと考え、何かしらのつながりを持ちたいと考え動いている。それが退院後支援の枠組みでなくても、例えば少し困ったときに区役所の職員の顔を知っておけると良いとか、いろいろな角度から本人の困り感を引き出せるよう努力していて、何か地域でつながる方法がないか模索している。統計的なものがないが、「退院後支援によらなくてもつながっている方がいるか」というご質問であれば、一定数そのような方がいて、その数を少しでも増やしていかなければいけないと考えている。もう一つのご質問で「現在の措置入院、退院後支援の課題と、その解決に向けて何ができるか」について、先ほど委員の皆様からお話のあった、予防的な関わりが大切と考える。措置入院となることはその方の生活にとって大きなダメージを負うことと同じであり、家族間で決定的に亀裂が入り元々住んでいた家に戻れないという方もいて、やはり措置入院となることを未然に防ぐということが一番大事な考え方とを感じる。入院された当事者の方に向けては、治療・医療的な要素だけでなく、生活全般で何かしら困っていること等から入口を作り、関わりを持っていくことが大切である。また支援者のネットワーク連携について、袖長先生の報告の中でもあったが、生活保護率の高さが高齢者の中にも出ていたが、生活保護の担当者は保護決定時にその方の成育歴等いろいろな情報を持っていたり、高齢者支援係との連携においても同僚担当者が精神科入院について分からず不安である場合、連携が支援者にとっての安心感にもなる関わりを作ることが我々の役割と考えている。そのため、地域支援室単独でなく、つながりを持った全体で予防のアンテナの感度を上げていけるよう取り組んでいく必要があると感じている。

(事務局)

本日は長時間にわたりご参加いただきありがとうございます。本日ご意見のあった課題等について、今後の通報対応や退院後支援の取り組みなど、措置入院制度の運用に生かしていきたいと思っております。

### 3. 閉会

次年度の本懇談会開催は令和9年1月頃予定