

また、積み残しの課題として、1. 問題となった行動や行為を過去のどの時点までさかのぼるのか、自傷行為または他害行為を引き起こすおそれをどこまで予想するか、2. 時間軸の問題、3. 判断能力や責任能力の判定、4. 攻撃性を含めた精神症状評価、5. 措置判断に大きな影響を及ぼす本人をとりまくサポート体制の評価、6. 緊急措置をめぐる精神科救急との関連やその際の判断の問題などを上げた。この点についても、未だ研究班での討議は緒についたばかりであり、次年度以降議論を深めていきたい。

2. 措置診断書案について

措置診断書案は、コード化、コンピューターでの記載可能、自由記載欄は判断の過程を表現できるよう十分なスペースの確保をまず考えた。その上で、今回の集計で欠損値の多いもの、一致率の低いものは除外した。さらに、措置入院の判断において支援体制も重要になるとの視点からその項目ももうけた。診断書案の全体の構成に関しては、特に意見はなかったが、個別の項目である支援体制については、判断や記載の根拠が分かりにくいと言う意見があった。また、症状の分類については様々な意見が寄せられた。措置診断書は、記載しやすくかつ判断の過程が表現できるものとする必要があり、さらに将来的にはデータベース化することも視野に入れることが必要とされよう。今後、今回上げられた意見を参考にし、上記の目的を達成するための診断書案を作成したい。

E. 結論

平成13年度と14年度に実施した検察官通報や警察官通報事例に関する研究をもとに、指定医による判断の標準化に向けて、措置入院判定のためのガイドライン案、措置入院に関する診断書案を提示し、5府県で試行した。その結果、ガイドライン案で示した7つの基準についても、実地の運用についてはその判断をめぐる様々な問題が

あることが指摘された。診断書案でも、個別の項目での指摘があった。今後は積み残しの問題を含めて議論を深め、研究班のガイドラインと診断書を作成したい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

ガイドライン研究用 措置入院の要否に関する診断書（2枚組1）

自治体 番号	<input type="text"/>	保健所 等番号	<input type="text"/>	通報 種別	<input type="text"/>	被通報 者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
申請日 (西暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
診察日 (西暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
指定医 番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
診察 種別	<input type="text"/>	診察 順	<input type="text"/>	診察 結果	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

受診者	ふりがな											
	氏名			<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 昭和	年齢	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳	
	住所	〒		<input type="checkbox"/> 女	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>

上記の受診者について、精神保健および精神障害者福祉に関する法律第27条の規定により措置入院に関する診察を行った結果は、次の通りです。
 年 月 日 精神保健指定医 署名

主たる 精神障害											ICD-10コード	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
従たる 精神障害											<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
身体合併症																										
措置入院の要否 (措置不要の場合の、医療要否についての意見)	<input type="checkbox"/> 措置入院が必要 <input type="checkbox"/> 措置入院は不要																									
過去の治療歴 職歴ならびに 支援体制	過去の精神科入院歴 うち、措置入院歴			あり	なし	不明	過去1年以内の職歴 受診者への支援体制			あり	なし	不明														
問題行動	殺人	A	B	暴行	A	B	恐喝	A	B	自殺企図	A	B	強盗	傷害	強姦	強制わいせつ	放火	窃盗	器物損壊	詐欺など経済 的問題行動	他の他害行為	他の自傷	不潔行為	徘徊	他の問題行動	問題行動なし
精神症状	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 躁状態 <input type="checkbox"/> 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 興奮昏迷 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 知能障害 <input type="checkbox"/> 人格障害等 <input type="checkbox"/> 精神作用物質 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 精神症状なし																									

ガイドライン研究用 措置入院の要否に関する診断書（2枚組2）

自治体 番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	保健所 等番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	通報 種別	<input type="text"/>	被通報 者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
申請日 (西暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	指定医 番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
診察日 (西暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	診察 種別	<input type="text"/>	診察 順	<input type="text"/>	診察 結果	<input type="text"/>

受診者氏名			精神保健指定医 氏名	
現病歴 家族歴、既往歴、生活歴、就学・就労状況ならびに精神障害を発症する前後の状況、医療機関への受診状況、問題行動の内容、その他参考となる事実を記載してください。 (陳述者) (添付資料)				
診察時の症状 診断の根拠となる身体・精神所見、問題行動と精神症状の関連、受診者への支援体制など措置入院の要否について判断の過程、その他診断を行った事項を記載してください。なお措置入院不要と診断する場合は、医療の要否に関する意見を記載してください。				
備考			診察所要時間	診断書記載所要時間
			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 分	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 分

記載マニュアル（案）

1 記載に際しての留意点

（1）様式の変更点

措置入院に関する診断書は、A4版で2枚組です。

（2）精神保健指定医の記載範囲・署名

精神保健指定医は、診断書の太枠内を記載してください。コード番号欄は府県において記載します。

1枚目に、診察を行った精神保健指定医が署名を行ってください。2枚目は記名でも差し支えありません。

（3）文字

できるだけ判読可能な文字、平易な表現を用いて記載をしてください。

記載内容のうち不明な点は、後日、府県職員から、確認を求められることがあります。

また診断書の記載は、できるだけ日本語を用いてください。やむを得ず外国語を用いる場合は、括弧書き等で日本語の意味を併記することなどの配慮をお願いいたします。

診断書の記載に際して、ワープロソフトやデータベースソフトを用いる場合は、12ポイント以上のフォントを用いてください。

（4）選択肢

記載事項が選択肢となっている項目は、にチェックをしてください。なお、チェックが矛盾しないように注意してください。

なお、従来の様式には選択肢の「その他」項目に、自由記載の（ ）欄がありましたが、今回の様式には、この（ ）欄を設けておりません。該当する問題行動・症状等のがない項目については、現病歴または診察時の症状に記載してください。

（5）該当する記載事項がない場合

該当する記載事項がない場合は、特に「なし」の記載を求めている限り、空白でも差し支えありません。

2 受診者に関する事項

受診者の氏名、性別、年齢、生年月日、住所を記載してください。

なお、府県職員が研究班に提出する際には、氏名、住所を塗りつぶして、判読できないようにしてください。

3 診断

（1）主たる精神障害・従たる精神障害

精神障害が1つのみ診断できる場合は、その診断を「主たる精神障害」に記載してください。精神障害が2つ以上診断できる場合は、受診者が受診するに至った主な診断を「主たる精神障害」に、それ以外の診断を「従たる精神障害」に記載してください。

精神障害がない場合は、「主たる精神障害」を「なし」としてください。

（2）国際疾病分類第10版の採用について

別紙「国際疾病分類第10版について」をご参照ください。

（3）身体合併症

身体疾患を診断しうる場合は、身体合併症の欄に診断名を記載してください。

4 措置入院の要否ならびにその判断の過程

(1) 措置入院の要否

「措置入院が必要」または「措置入院は不要」のいずれかについて、チェックしてください。「措置入院は不要」とした場合は、医療の要否についての意見もご記入ください。

5 問題行動

(1) 他害行為の基準

他害行為については、「おおむね刑罰法令に触れる程度」とし、チェックをしてください。

(2) 自傷行為の基準

自傷行為については、ただちに医療および保護を要する程度を参考に、チェックをしてください。

6 精神症状

該当する精神症状の□にチェックをしてください。右欄にない精神症状は診察時の症状に記載してください。

7 現病歴

生活歴、家族歴、既往歴、就学・就労状況ならびに精神障害を発症する前後の状況、医療機関への受診・治療状況、その他参考となる事実を記載してください。

8 診察時の症状

診断の根拠となる身体・精神所見、問題行動と精神症状の関連、受診者への支援体制など措置入院の要否について判断の過程、その他診断を行った事項を記載してください。なお措置入院不要と診断する場合は、その後の医療の要否に関する意見を記載してください。

別紙 国際疾病分類について

1 原則

精神障害は、国際疾病分類第10版（ICD-10）に準拠して、診断してください。

診断にはICD-10コードを併記してください。可能な限り3桁以上の記載をお願いします。なお、3桁とは、「F〇〇」という記載を意味しています。

記入例（推奨例）

妄想型統合失調症，持続性） F 2 0 . 0 0

精神病症状をともなう躁病 F 3 0 . 2

情緒不安定性人格障害，境界性 F 6 0 . 3 1

記入例（やむを得ない場合の2桁のみの記載例）

統合失調症圏 F 2

気分障害 F 3

人格障害 F 6

2 状態像診断・疑い病名の場合

診断の確定ができない場合でも、おおよその診断が可能な場合は、そのICD-10コードを併記してください。

記入例

特定不能の非器質性精神病 F 2 9

例： 統合失調症か急性精神病か不明な場合

特定不能の気分（感情）障害 F 3 9

例： 気分障害であり、躁病か双極性感情障害か、不明な場合

精神障害，他に特定できないもの F 9 9

例： 精神運動興奮状態で、統合失調症か覚醒剤精神病か不明な場合
診断は確定できないが、精神障害であることが確実な場合

3 精神障害「なし」の場合

精神障害「なし」と診断された場合でも、「Zコード」の記載が可能な場合は、記載をお願いします。

記入例

Z 0 3 . 2 （疑われる精神および行動の障害の観察）

Z 0 4 . 6 （当局の要請による一般精神医学的検査）

措置入院の可否に関する診断書（案）についての
アンケート記入のお願い

厚生労働科学 措置入院の適正な運用に関する研究班

主任研究者 浦田 重治郎 国立精神神経センター 武蔵病院
分担研究者 竹島 正 国立精神保健研究所
吉住 昭 国立肥前療養所

このたびは、ご協力ありがとうございます。

さて、ガイドライン（案）をご参照いただき、診断書（案）を記載いただきましたが、実際にお書きいただいたことで、お気づきの点もあるものと思われます。

今後のガイドライン策定、また診断書様式を作成していく上で、私どもが注意すべき点がありましたら、お知らせいただければと思います。

なにとぞよろしくお願い申し上げます。

指定医の措置入院判断に関するアンケート

1 措置入院判定のためのガイドライン（案）各項目の適否について

(1) 「ICD-10 精神および行動の傷害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在する、という項目について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(2) 問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当する、という項目について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(3) 問題となった行為は、精神症状によって生じたか、もしくは関連がある、という項目について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(4) 問題となった行為に対する判断能力や責任能力がないか、もしくは著しく障害されている、という項目について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

【次ページに続きます】

(5) 問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が、診察時に持続しているか、軽快または消失している場合でも容易に再燃や悪化が予想される、という項目について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(6) 精神科の入院治療によって、精神症状の改善が認められるか悪化が防止される、という項目について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(7) 入院させなければ、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある、という項目について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(8) 措置入院判定のためのガイドライン（案）についてご意見がありましたら、ご記入ください。

【次ページに続きます】

2 診断書（案）について

(1) 「主たる精神障害・従たる精神障害・身体合併症（診断名）」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

このうち、ICD-10欄を設けることについて

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(2) 「措置入院の要否」欄に「措置不要の場合の医療の要否についての意見」を選択することについて

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(3) 過去の精神科入院歴・措置入院歴・職歴・支援体制欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(4) 「問題行動」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

【次ページに続きます】

(5) 「精神症状」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(6) 「現病歴」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(7) 「診察時の症状」欄について、

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

[]

(8) 診断書書式（案）全体について、ご意見があれば、ご記入ください。

【次ページに続きます】

3 措置入院制度全般について

(1) 措置入院の診察に関する事前調査についてご意見があれば、ご記入ください。

(2) 措置症状消褪届についてご意見があれば、ご記入ください。

(3) その他、措置入院制度全般にご意見があれば、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

ガイドライン研究用 措置入院者の症状消退届（2枚組1）（案）

自治体番号 保健所等番号 通報種別 被通報者番号

措置入院日(西暦) 年 月 日

都道府県知事・政令市長 様

病院名
 所在地
 管理者氏名 印

措置入院者	ふりがな			性別	生年月日	昭和	年齢			歳
	氏名			<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日
	住所	〒		<input type="checkbox"/> 女	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月
	社会復帰後の生活場所 生活状況	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ <input type="checkbox"/> 保護者と同じ <input type="checkbox"/> 下記の通り <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 所在不明 〒		<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 単身生活 <input type="checkbox"/> 施設入所						
措置入院日	年 月 日		措置解除希望日	年 月 日						
主たる精神障害			転帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> なし	ICD-10コード					
従たる精神障害			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> なし	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						
身体合併症			<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> なし							
自傷他害の恐れの転帰	<input type="checkbox"/> 消失 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> その他（詳細は診察時の症状欄へ記載）									
現病歴ならびに入院時現症	<p> 標記診断に至る病歴を、簡潔に記載してください。 なお、入院時診断を変更する場合、入院時診断が不一致・状態像などの場合は、現病歴中に、入院時診断を記載し、その上で確定・変更に至る理由を記載してください。 </p>									

ガイドライン研究用 措置入院者の症状消退届（2枚組2）（案）

自治体 番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	保健所 等番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	通報 種別	<input type="text"/>	被通報 者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
措置入院 日(西暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	医療機 関番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
措置解除 日(西暦)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	行政庁 判断	<input type="text"/>				

措置入院者 氏名			措置症状の消褪 を認めた精神保 健指定医 署名							
入院後の症状 経過ならびに 診察時の症状 入院以降の病 状・状態像の 経過の記載に あたっては、 入院時の病状 が改善され、 かつ自傷他害 の恐れが改善 していること が明瞭に判読 できるように、 具体的に、か つ簡潔に記載 してください。										
今後の精神科 診療方針 入院期間・治 療方針、退院 見込、通院確 保の見通し・ 再発防止への 対応などを記 載してください。	<input type="checkbox"/> 当院へ入院継続 <input type="checkbox"/> 当院へ通院 <input type="checkbox"/> 他の精神科医療機関に転院 <input type="checkbox"/> 精神科医療は不要	<input type="checkbox"/> 任意入院 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 逮捕・拘留など	<input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 他科入院 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 所在不明						
社会復帰・生 活支援に関す る意見 現在利用して いるものを含 め、必要な支 援には具体的 内容を、いず れも不要の場 合は理由を記 載してください。	<input type="checkbox"/> 住居の確保 <input type="checkbox"/> 生活支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 経済的支援 <input type="checkbox"/> 精神障害者通院医療費公費負担 <input type="checkbox"/> 精神障害者精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 社会復帰施設 <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 社会復帰施設 <input type="checkbox"/> 社会適応訓練 <input type="checkbox"/> 障害年金	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 保健所等訪問指導 <input type="checkbox"/> 作業所 <input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他)						
保護者	ふりがな	氏名	性別	生年月日	昭和	平成	年齢	<input type="text"/>	<input type="text"/>	歳
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="text"/> 年	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			
	続柄	住所	<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ		<input type="checkbox"/> 下記の通り					

措置入院の症状消退届（案）についての
アンケート記入のお願い

厚生労働科学 措置入院の適正な運用に関する研究班

主任研究者 浦田 重治郎 国立精神神経センター 武蔵病院

分担研究者 竹島 正 国立精神保健研究所

吉住 昭 国立肥前療養所

このたびは、ご協力ありがとうございます。

さて、ガイドライン（案）をご参照いただき、消褪届（案）を記載いただきましたが、実際にお書きいただいたことで、お気づきの点もあるものと思われます。

今後のガイドライン策定、また消褪届様式を作成していく上で、私どもが注意すべき点がありましたら、お知らせいただければと思います。

なにとぞよろしくお願ひ申し上げます。

指定医の措置症状消退判定に関するアンケート

1 消褪届（案）について

(1) 「主たる精神障害・従たる精神障害・身体合併症（診断名）」欄について、

a 了解しました、または、問題ないと考えます

b 提案があります

[]

(2) 「自傷他害の恐れ」欄について

a 了解しました、または、問題ないと考えます

b 提案があります

[]

(3) 「現病歴ならびに入院時現症」欄について

a 了解しました、または、問題ないと考えます

b 提案があります

[]

(4) 「入院後の症状経過ならびに診察時の症状」欄について

a 了解しました、または、問題ないと考えます

b 提案があります

[]

(5) 「今後の精神科診療方針」欄について

a 了解しました、または、問題ないと考えます

b 提案があります

[]

【次ページに続きます】

(6) 「社会復帰・社会生活支援に関する意見」欄について

a 了解しました、または、問題ないと考えます

b 提案があります

[]

(7) 消退届書式(案)全体について、ご意見があれば、ご記入ください。

【次ページに続きます】

3 措置入院制度全般について

(1) 措置入院の診察に関する事前調査についてご意見があれば、ご記入ください。

(2) 措置入院に関する診断書についてご意見があれば、ご記入ください。

(3) その他、措置入院制度全般にご意見があれば、ご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年五月一日法律第二百二十三号）

第三節 指定医の診察及び措置入院

（診察及び保護の申請）

第二十三条 精神障害者又はその疑いのある者を知つた者は、誰でも、その者について指定医の診察及び必要な保護を都道府県知事に申請することができる。

2 前項の申請をするには、左の事項を記載した申請書をもよりの保健所長を経て都道府県知事に提出しなければならない。

- 一 申請者の住所、氏名及び生年月日
- 二 本人の現在場所、居住地、氏名、性別及び生年月日
- 三 症状の概要
- 四 現に本人の保護の任に当つている者があるときはその者の住所及び氏名

（警察官の通報）

第二十四条 警察官は、職務を執行するに当たり、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を発見したときは、直ちに、その旨を、もよ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。

（検察官の通報）

第二十五条 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、裁判（懲役、禁こ又は拘留の刑を言い渡し執行猶予の言渡をしない裁判を除く。）が確定したとき、その他特に必要があると認めるときは、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。

（保護観察所の長の通報）

第二十五条の二 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つたときは、すみやかに、その旨を都道府県知事に通報しなければならない。

（矯正施設の長の通報）

第二十六条 矯正施設（拘留所、刑務所、少年刑務所、少年院、少年鑑別所及び婦人補導院をいう。以下同じ。）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、左の事項を本人の帰住地（帰住地がない場合は当該矯正施設の所在地）の都道府県知事に通報しなければならない。

- 一 本人の帰住地、氏名、性別及び生年月日
- 二 症状の概要
- 三 釈放、退院又は退所の年月日
- 四 引取人の住所及び氏名

（精神病院の管理者の届出）

第二十六条の二 精神病院の管理者は、入院中の精神障害者であつて、第二十九条第一項の要件に該当すると認められるものから退院の申出があつたときは、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届け出なければならない。

（申請等に基づき行われる指定医の診察等）

第二十七条 都道府県知事は、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出のあつた者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない。

2 都道府県知事は、入院させなければ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ことが明らかである者については、第二十三条から前条までの規定による申請、通報又は届出がない場合においても、その指定する指定医をして診察をさせることができる。

（以下、略）

分担研究報告書

措置入院患者の医療と社会復帰に関する研究

分担研究者 浦田 重治郎

国立精神・神経センター武蔵病院