

表13 クロス集計 性別と保護された場所1

		合計	保護された場所1					不明
			自宅	医療機関	それ以外の建物	路上	その他	
全体		188 100.0	93 49.5	23 12.2	31 16.5	33 17.6	8 4.3	12
性別	男性	113 100.0	54 47.8	13 11.5	19 16.8	23 20.4	4 3.5	7
	女性	75 100.0	39 52.0	10 13.3	12 16.0	10 13.3	4 5.3	5

表14 クロス集計 性別と保護された場所2

		合計	保護された場所2					不明
			自宅	医療機関	それ以外の建物	路上	その他	
全体		195 100.0	106 54.4	14 7.2	36 18.5	32 16.4	7 3.6	5
性別	男性	116 100.0	61 52.6	7 6.0	21 18.1	23 19.8	4 3.4	4
	女性	79 100.0	45 57.0	7 8.9	15 19.0	9 11.4	3 3.8	1

表15 クロス集計 性別と保護された場所3

		合計	保護された場所3					不明
			自宅	医療機関	それ以外の建物	路上	その他	
全体		197 100.0	104 52.8	23 11.7	30 15.2	32 16.2	8 4.1	3
性別	男性	118 100.0	60 50.8	14 11.9	19 16.1	19 16.1	6 5.1	2
	女性	79 100.0	44 55.7	9 11.4	11 13.9	13 16.5	2 2.5	1

表16 クロス集計 性別と入院形態1

		合計	入院形態1					不明
			措置	緊急措置	医療保護	応急	任意	
全体		181 100.0	13 7.2	60 33.1	105 58.0	2 1.1	1 0.6	19
性別	男性	112 100.0	7 6.3	40 35.7	64 57.1	1 0.9	0 0.0	8
	女性	69 100.0	6 8.7	20 29.0	41 59.4	1 1.4	1 1.4	11

表17 クロス集計 性別と入院形態2

		合計	入院形態2					不明
			措置	緊急措置	医療保護	応急	任意	
全体		189 100.0	4 2.1	66 34.9	116 61.4	0 0.0	3 1.6	11
性別	男性	116 100.0	1 0.9	40 34.5	73 62.9	0 0.0	2 1.7	4
	女性	73 100.0	3 4.1	26 35.6	43 58.9	0 0.0	1 1.4	7

表18 クロス集計 性別と入院形態3

		合計	入院形態3					不明
			措置	緊急措置	医療保護	応急	任意	
全体		191 100.0	14 7.3	72 37.7	103 53.9	1 0.5	1 0.5	9
性別	男性	118 100.0	9 7.6	43 36.4	65 55.1	1 0.8	0 0.0	2
	女性	73 100.0	5 6.8	29 39.7	38 52.1	0 0.0	1 1.4	7

表19 クロス集計：単身者と診断名

	合計	診断名											
		器質性	アルコール	覚せい剤	統合失調症	躁状態	うつ状態	人格障害	知的障害	急性精神病	その他	不明	
全体	200 100.0	10 5.0	2 1.0	11 5.5	87 43.5	6 3.0	2 1.0	50 25.0	7 3.5	10 5.0	15 7.5	0	
単身	あり	69 100.0	4 5.8	2 2.9	2 2.9	28 40.6	2 2.9	2 2.9	21 30.4	1 1.4	4 5.8	3 4.3	0
	なし	131 100.0	6 4.6	0 0.0	9 6.9	59 45.0	4 3.1	0 0.0	29 22.1	6 4.6	6 4.6	12 9.2	0

表20 クロス集計：単身者と副診断名

	合計	副病名											
		器質性	アルコール	覚せい剤	統合失調症	躁状態	うつ状態	人格障害	知的障害	急性精神病	その他	不明	
全体	51 100.0	4 7.8	5 9.8	11 21.6	4 7.8	0 0.0	1 2.0	4 7.8	13 25.5	0 0.0	9 17.6	149	
単身	あり	18 100.0	1 5.6	2 11.1	3 16.7	4 22.2	0 0.0	1 5.6	3 16.7	2 11.1	0 0.0	2 11.1	51
	なし	33 100.0	3 9.1	3 9.1	8 24.2	0 0.0	0 0.0	1 3.0	11 33.3	0 0.0	7 21.2	98	

表21 クロス集計：単身者と社会復帰施設の利用

	合計	社会復帰施設利用			
		あり	なし	不明	
全体	109 100.0	28 25.7	81 74.3	91	
単身	あり	42 100.0	10 23.8	32 76.2	27
	なし	67 100.0	18 26.9	49 73.1	64

表22 クロス集計 単身者と状態像1

		合計	状態像1					不明
			幻覚妄想	うつ	躁状態	不安	その他	
全体		151 100.0	71 47.0	9 6.0	6 4.0	12 7.9	57 37.7	45
単身	あり	51 100.0	21 41.2	5 9.8	2 3.9	4 7.8	19 37.3	18
	なし	104 0.0	50 48.1	4 3.8	4 3.8	8 7.7	38 36.5	27

表23 クロス集計 単身者と状態像2

		合計	状態像2					不明
			幻覚妄想	うつ	躁状態	不安	その他	
全体		173 100.0	75 43.4	8 4.6	4 2.3	17 9.8	69 39.9	27
単身	あり	59 100.0	22 37.3	4 6.8	1 1.7	8 13.6	24 40.7	10
	なし	114 100.0	53 46.5	4 3.5	3 2.6	9 7.9	45 39.5	17

表24 クロス集計 単身者と状態像3

		合計	状態像3					不明
			幻覚妄想	うつ	躁状態	不安	その他	
全体		186 100.0	88 47.3	8 4.3	6 3.2	17 9.1	67 36.0	14
単身	あり	63 100.0	27 42.9	3 4.8	1 1.6	8 12.7	24 38.1	6
	なし	123 100.0	61 49.6	5 4.1	5 4.1	9 7.3	43 35.0	8

表25 クロス集計 単身者と直前の治療1

		合計	直前の治療1					不明
			未治療	治療中	中断	その他		
全体		186 100.0	21 11.3	124 66.7	31 16.7	10 5.4	0 0.0	14
単身	あり	62 100.0	7 11.3	37 59.7	12 19.4	6 9.7	0 0.0	7
	なし	124 100.0	14 11.3	87 70.2	19 15.3	4 3.2	0 0.0	7

表26 クロス集計 単身者と直前の治療2

		合計	直前の治療2					不明
			未治療	治療中	中断	その他		
全体		190 100.0	1 0.5	139 73.2	45 23.7	5 2.6	0 0.0	10
単身	あり	62 100.0	0 0.0	46 74.2	13 21.0	3 4.8	0 0.0	7
	なし	128 100.0	1 0.8	93 72.7	32 25.0	2 1.6	0 0.0	3

表27 クロス集計 単身者と直前の治療3

		合計	直前の治療3					不明
			未治療	治療中	中断	その他		
全体		195 100.0	1 0.5	145 74.4	42 21.5	7 3.6	0 0.0	5
単身	あり	65 100.0	0 0.0	49 75.4	14 21.5	2 3.1	0 0.0	4
	なし	130 100.0	1 0.8	96 73.8	28 21.5	5 3.8	0 0.0	1

表28 クロス集計 単身者と受診までの期間1

		合計	受診までの期間1					不明
			その日	2, 3日	1週間程度	それ以上	不明	
全体		177 100.0	52 17.7	25 11.3	12 9.7	34 14.5	54 46.8	23
単身	あり	62 100.0	11 17.7	7 11.3	6 9.7	9 14.5	29 46.8	7
	なし	115 100.0	41 35.7	18 15.7	6 5.2	25 21.7	25 21.7	16

表29 クロス集計 単身者と受診までの期間2

		合計	受診までの期間2					不明
			その日	2, 3日	1週間程度	それ以上	不明	
全体		193 100.0	51 26.4	33 17.1	21 10.9	48 24.9	40 20.7	7
単身	あり	67 100.0	19 28.4	9 13.4	5 7.5	13 19.4	21 31.3	2
	なし	126 100.0	32 25.4	24 19.0	16 12.7	35 27.8	19 15.1	5

表30 クロス集計 単身者と受診までの期間3

		合計	受診までの期間3					不明
			その日	2, 3日	1週間程度	それ以上	不明	
全体		196 100.0	66 33.7	33 16.8	16 8.2	38 19.4	43 21.9	4
単身	あり	68 100.0	26 38.2	10 14.7	5 7.4	8 11.8	19 27.9	1
	なし	128 100.0	40 31.3	23 18.0	11 8.6	30 23.4	24 18.8	3

表31 クロス集計 単身者と受診同伴者1

		合計	受診同伴者1					不明
			警察官	救急隊	家族	知人友人	その他	
全体		183 100.0	143 78.1	14 7.7	20 10.9	1 0.6	5 2.7	17
単身	あり	61 100.0	45 73.8	6 9.8	6 9.8	1 1.6	3 4.9	8
	なし	122 100.0	98 80.3	8 6.6	14 11.5	0 0.0	2 1.6	9

表32 クロス集計 単身者と受診同伴者2

		合計	受診同伴者2					不明
			警察官	救急隊	家族	知人友人	その他	
全体		196 100.0	141 71.9	24 12.2	26 13.3	1 0.5	4 2.0	4
単身	あり	68 100.0	40 58.8	13 19.1	11 16.2	0 0.0	4 5.9	1
	なし	128 100.0	101 78.9	11 8.6	15 11.7	1 0.8	0 0.0	3

表33 クロス集計 単身者と受診同伴者3

		合計	受診同伴者3					不明
			警察官	救急隊	家族	知人友人	その他	
全体		197 100.0	155 78.7	13 6.6	26 13.2	1 0.5	2 1.0	3
単身	あり	67 100.0	47 70.1	8 11.9	10 14.9	0 0.0	2 3.0	2
	なし	130 100.0	108 83.1	5 3.8	16 12.3	1 0.8	0 0.0	1

表34 クロス集計 単身者と入院形態1

		合計	入院形態1					不明
			措置	緊急措置	医療保護	応急	任意	
全体		181 100.0	13 7.2	60 33.1	105 58.0	2 0.1	1 0.1	19
単身	あり	61 100.0	6 9.8	27 44.3	26 42.6	1 1.6	1 1.6	8
	なし	120 100.0	7 5.8	33 27.5	79 65.8	1 0.8	0 0.0	11

表35 クロス集計 単身者と入院形態2

		合計	入院形態2					不明
			措置	緊急措置	医療保護	応急	任意	
全体		189 100.0	4 2.1	66 34.9	116 61.4	0 0.0	3 1.6	11
単身	あり	63 100.0	2 3.2	28 44.4	31 49.2	0 0.0	2 3.2	6
	なし	126 100.0	2 1.6	38 30.2	85 67.5	0 0.0	1 0.8	5

表36 クロス集計 単身者と入院形態3

		合計	入院形態3					不明
			措置	緊急措置	医療保護	応急	任意	
全体		191 100.0	14 7.3	72 37.7	103 53.9	1 0.5	1 0.5	9
単身	あり	63 100.0	2 3.2	31 49.2	29 46.0	1 1.6	0 0.0	6
	なし	128 100.0	12 9.4	41 32.0	74 57.8	0 0.0	1 0.8	3

表37 クロス集計 社会復帰施設の利用と状態像1

	合計	状態像1						
		幻覚妄想	うつ	躁状態	不安	その他	不明	
全体	155 100.0	71 45.8	9 5.8	6 3.9	12 7.7	57 36.8	45	
社会復帰施設 利用	あり	21 100.0	9 42.9	3 14.3	0 0.0	4 19.0	5 23.8	7
	なし	55 100.0	23 41.8	0 0.0	3 5.5	3 5.5	26 47.3	26

表38 クロス集計 社会復帰施設の利用と状態像2

	合計	状態像2						
		幻覚妄想	うつ	躁状態	不安	その他	不明	
全体	173 100.0	75 43.4	8 4.6	4 2.3	17 9.8	69 39.9	27	
社会復帰施設 利用	あり	22 100.0	7 31.8	2 9.1	0 0.0	3 13.6	10 45.5	6
	なし	73 100.0	29 39.7	0 0.0	2 2.7	4 5.5	38 52.1	8

表39 クロス集計 社会復帰施設の利用と状態像3

	合計	状態像3						
		幻覚妄想	うつ	躁状態	不安	その他	不明	
全体	186 100.0	88 47.3	8 4.3	6 3.2	17 9.1	67 36.0	14	
社会復帰施設 利用	あり	26 100.0	6 23.1	3 11.5	0 0.0	3 11.5	14 53.8	2
	なし	78 100.0	40 51.3	1 1.3	3 3.8	1 1.3	33 42.3	3

表40 クロス集計 社会復帰施設の利用と直前の治療1

		合計	直前の治療1					不明
			未治療	治療中	中断	その他		
全体		186 100.0	21 11.3	124 66.7	31 16.7	10 5.4	0 0.0	14
社会復帰施設 利用	あり	27 100.0	2 7.4	23 85.2	2 7.4	0 0.0	0 0.0	1
	なし	73 100.0	11 15.1	37 50.7	17 23.3	8 11.0	0 0.0	8

表41 クロス集計 社会復帰施設の利用と直前の治療2

		合計	直前の治療2					不明
			未治療	治療中	中断	その他		
全体		190 100.0	1 0.5	139 73.2	45 23.7	5 2.6	0 0.0	10
社会復帰施設 利用	あり	27 100.0	1 3.7	24 88.9	2 7.4	0 0.0	0 0.0	1
	なし	77 100.0	0 0.0	47 61.0	28 36.4	2 2.6	0 0.0	4

表42 クロス集計 社会復帰施設の利用と直前の治療3

		合計	直前の治療3					不明
			未治療	治療中	中断	その他		
全体		195 100.0	1 0.5	145 74.4	42 21.5	7 3.6	0 0.0	5
社会復帰施設 利用	あり	28 100.0	1 3.6	26 92.9	1 3.6	0 0.0	0 0.0	0
	なし	81 100.0	0 0.0	50 61.7	26 32.1	5 6.2	0 0.0	0

表43 クロス集計 社会復帰施設の利用と受診までの期間1

	合計	受診までの期間1						
		その日	2, 3日	1週間程度	それ以上	不明	不明	
全体	177 100.0	52 29.4	25 14.1	12 6.8	34 19.2	54 30.5	23	
社会復帰施設 利用	あり	26 100.0	9 34.6	4 15.4	0 0.0	5 19.2	8 30.8	2
	なし	66 100.0	8 12.1	10 15.2	3 4.5	11 16.7	34 51.5	15

表44 クロス集計 社会復帰施設の利用と受診までの期間2

	合計	受診までの期間2						
		その日	2, 3日	1週間程度	それ以上	不明	不明	
全体	193 100.0	51 26.4	33 17.1	21 10.9	48 24.9	40 20.7	7	
社会復帰施設 利用	あり	27 100.0	7 25.9	2 7.4	4 14.8	8 29.6	6 22.2	1
	なし	79 100.0	12 15.2	20 25.3	6 7.6	17 21.5	24 30.4	2

表45 クロス集計 社会復帰施設の利用と受診までの期間3

	合計	受診までの期間3						
		その日	2, 3日	1週間程度	それ以上	不明	不明	
全体	196 100.0	66 33.7	33 16.8	16 8.2	38 19.4	43 21.9	4	
社会復帰施設 利用	あり	26 100.0	9 34.6	5 19.2	1 3.8	7 26.9	4 15.4	2
	なし	80 100.0	17 21.3	8 10.0	12 15.0	11 13.8	32 40.0	1

表46 クロス集計 社会復帰施設の利用と搬送手段1

	合計	搬送手段1						
		警察車両	行政車両	救急車	家族による	その他	不明	
全体	177 100.0	140 79.1	1 0.6	15 8.5	14 7.9	7 4.0	23	
社会復帰施設 利用	あり	24 100.0	19 79.2	0 0.0	3 12.5	1 4.2	1 4.2	4
	なし	68 100.0	46 67.6	0 0.0	9 13.2	10 14.7	3 4.4	13

表47 クロス集計 社会復帰施設の利用と搬送手段2

	合計	搬送手段2						
		警察車両	行政車両	救急車	家族による	その他	不明	
全体	194 100.0	139 71.6	1 0.5	28 14.4	18 9.3	8 4.1	6	
社会復帰施設 利用	あり	27 100.0	18 66.7	0 0.0	6 22.2	2 7.4	1 3.7	1
	なし	79 100.0	49 62.0	1 1.3	15 19.0	8 10.1	6 7.6	2

表48 クロス集計 社会復帰施設の利用と搬送手段3

	合計	搬送手段3						
		警察車両	行政車両	救急車	家族による	その他	不明	
全体	200 100.0	152 76.0	1 0.5	20 10.0	16 8.0	11 5.5	0	
社会復帰施設 利用	あり	28 100.0	19 67.9	0 0.0	5 17.9	2 7.1	2 7.1	0
	なし	81 100.0	53 65.4	1 1.2	11 13.6	8 9.9	8 9.9	0

表49 クロス集計 社会復帰施設の利用と入院形態1

	合計	入院形態1						
		措置	緊急措置	医療保護	応急	任意	不明	
全体	181 100.0	13 7.2	60 33.1	105 58.0	2 1.1	1 0.6	19	
社会復帰施設 利用	あり	24 100.0	2 8.3	5 20.8	16 66.7	1 4.2	0 0.0	4
	なし	75 100.0	1 1.3	27 36.0	46 61.3	0 0.0	1 1.3	6

表50 クロス集計 社会復帰施設の利用と入院形態2

	合計	入院形態2						
		措置	緊急措置	医療保護	応急	任意	不明	
全体	189 100.0	4 2.1	66 34.9	116 61.4	0 0.0	3 1.6	11	
社会復帰施設 利用	あり	25 100.0	0 0.0	5 20.0	19 76.0	0 0.0	1 4.0	3
	なし	81 100.0	0 0.0	26 32.1	53 65.4	0 0.0	2 2.5	0

表51 クロス集計 社会復帰施設の利用と入院形態3

	合計	入院形態3						
		措置	緊急措置	医療保護	応急	任意	不明	
全体	191 100.0	14 7.3	72 37.7	103 53.9	1 0.5	1 0.5	9	
社会復帰施設 利用	あり	24 100.0	3 12.5	5 20.8	16 66.7	0 0.0	0 0.0	4
	なし	81 100.0	1 1.2	28 34.6	50 61.7	1 1.2	1 1.2	0

資料1 各自治体における精神科救急医療事業の課題

A 県

1. 運用上の課題
 - (1) 措置診察に行う精神保健指定医の確保
 - (2) 一次救急体制等の整備
2. 国等への要望
 - (1) 警察、司法、医師会等の関係機関との業務に関する調整

B 県

今後の課題

1. 初期救急医療体制の整備
2. 地元での受け入れ体制の整備
 - (1) 入り口の整備のみでなく、帰る場所等出口についての整備。アフターケア体制の整備充実。
 - (2) 救急につながらないように、日頃からの支援体制整備の充実。

C 県

1. 主治医等もおおり、早急な治療が必要でないと判断できる人格障害圏の方が、夜間・休日に電話で緊急の受診先の紹介について相談してきた場合の対応に苦慮している。
2. 夜間診察・入院については当番の医療機関を確保しているが、深夜帯の受診はできない状況にあるため、緊急ケースについては県立病院での対応が可能であるが、ケースによっては翌日の日中の受診に持ち越す場合もある。
3. 身体合併症のある対象者を受け入れてくれる病院が少ない。
4. 当番病院が圏域全体で設定されているため、対象者の居住地から遠い入院先になる場合があり、退院後の医療継続困難になる場合がある。

D 県

1. 薬物依存・人格障害等司法対応か医療対応かで警察との調整が難しい時がある。
2. 人格障害の事例（リストカット、大量服薬等）について、一般救急病院での治療後に、精神症状も落ち着いた場合、精神科救急医療施設における自身の要否について、一般救急病院の医師と救急情報センター相談員および精神科救急医療施設の医師とで見解の相違があり、調整が困難な場合がある。
3. 患者受け入れを中心に行っている精神科救急医療施設は、精神単科の病院であるため、身体合併症患者の取り扱いに苦慮している。
4. 個人情報の取り扱いについて、医療機関から受療状況等の提供がしてもらえず、救急情報センターでのトリアージュが困難な時がある。

E 県

空床確保が1床のため、当番病院に入院できない事例がある。

F 県

1. 当県の精神科救急医療システムは、夜間については全県で1病院での対応であるため、遠

方からの利用が難しい。複数ブロック化が今後の課題となっている。

2. 自殺企図した精神疾患患者の対応など、一般救急との連携がスムーズにいかないことがある。

G 県

1. 指定医の確保（27条診察）
2. 警察・消防との連携

H 県

1. 当県の精神科救急医療システムは、夜間については全県で1病院での対応であるため、遠方からの利用が難しい。複数ブロック化が今後の課題となっている。
2. 自殺企図した精神疾患患者の対応など、一般救急との連携がスムーズにいかないことがある。

I 県

将来の課題

1. 精神科救急情報センターの拡充
2. 移送体制の拡充
3. 精神科救急医療センターの設置
4. 精神神経科診療所・クリニックの協力体制の確立
5. 民間精神科病院の協力体制の拡充

当面の課題

病床の確保

資料2 精神科救急医療による入院や措置入院を繰り返す人に対する対応

A 県

地域生活の維持・継続が困難な重度の精神障害者に対して、保健・医療・福祉の専門職員が包括的なサービスを直接提供するACT事業を実施することにより、地域生活の維持・継続、再入院の回避を図っている。

B 県

地域生活の維持・継続が困難な重度の精神障害者に対して、保健・医療・福祉の専門職員が包括的なサービスを直接提供するACT事業を実施することにより、地域生活の維持・継続、再入院の回避を図っている。

C 県

- (1) 措置入院となった患者について、退院後の課題に対する処遇検討会を実施している。
- (2) 精神科救急情報センターと各保健福祉事務所等と連携をとり、「急を要しそうな事例」「通報の可能性が高い事例」に対して、相談、訪問、事例検討会などを実施している。

D 県

効果的な対応方法が見当たらず苦慮している。

E 県

要支援度が高いケースとして、居住区の保健福祉センターが把握し、地域精神保健福祉活動の中で、訪問をこまめに行うなどして、地域生活支援を重点的に行っている。

資料 3 医療観察法施行に伴う課題、問題点について

A 県

1. 指定入院医療機関の確保が近県に必要。
2. 指定通院医療機関の職員への研修の機会および機関間の連携。質の担保。

B 県

1. 県内に指定医療機関が少ないこと。
2. 地元の医療機関や社会復帰施設が、対象者の受け入れをスムーズに行えるような働きかけが必要であること。

C 県

保護者の法律における定義は、精神保健福祉法も医療観察法も同義であるが、その選任手続きについて、地方裁判所と行政および保護観察所とで認識の相違がある。(地方裁判所にあつては、精神保健福祉法第 20 条に規定されている保護者となるべき者の確認をせずに、市長を保護者として取り扱い事務を進めようとする傾向がある。事件を起こした者の家族が保護者の任にあたってくれることは通常は期待できないとの認識を持っている様子)

D 県

1. 指定通院医療機関の数が少ない。
2. 入院にならず、いきなり通院になる対象者が発生しており、通院になるほうが、医療観察法の適用となることに違和感を感じる。

E 県

1. 指定通院医療機関が確保されていないため、地域での処遇体制が不十分であること。
2. 医療観察法の対象者の精神科救急での移送体制が十分でないこと。

F 県

1. 医療観察法の施行された時点で、警察官通報による措置入院中であつた精神障害者が、措置症状消退・退院後事件に関わる時効の期間まで遡って、社会生活中の精神障害者を医療観察法の対象者として申し立てがなされるのは問題である。
2. 鑑定入院中の合併症の治療費が支給されないのは問題である。また生活困難者については、鑑定入院中の日用品費の支給も検討されるべき問題である。
3. 医療観察法の対象者として申し立てされた時点で、保護者となりうる扶養義務者が複数存在するが、家庭裁判所において保護者が選任されていない場合、市町村長が医療観察法上の「保護者」となるが、精神保健福祉法第 33 条 2 項を準用して、扶養義務者の同意がある時は 4 週間を限り、同意した扶養義務者を保護者としてみなされるような取り扱いが必要なのではないか。

G 県

1. この法律を円滑かつ効果的に運用していくためには、退院後の社会復帰支援策の充実が不可欠であり、こうした分野における制度面、財政面での国の更なる支援が望まれる。
2. 入院施設の運営に当たっては、精神障害者の医療、保健および福祉に対する国民の理解と協力が不可欠であり、精神障害者に対する偏見の除去と理解の促進を図る必要がある。

H 県

現在のところ通院処遇の例はないが、地域処遇にあたり本市、特に保健所の関与について、少ない職員体制下での十分な関わり（処遇）が行えるか、また一方で保健所の負担増について危惧している。

I 県

すでに退院して社会復帰しているケースに医療観察法を適用し、鑑定入院をさせるなど、逆に社会復帰を阻害している。

J 県

25条第2項の通報の対応として

判決で有罪判決でも執行猶予がついた場合、医療観察法にある申し立てをするまでに、不服申し立てする期間が必要であり、結果的にその期間は措置入院とする事例があった。

どこも身柄の拘束義務がない中で、限られた時間での措置対応（事前調査や指定医等の手配等）であり、対応が難しかった。（人権への配慮やスタッフの安全等の面）

K 県

1. 地検により本法の適用基準に差があり、他県では申し立て0～1件のところもあるようだが、本県では9件（2月末）も発生しており、中には本法の対象とすべきではないようなケースも見受けられることから、地検に対し本法の趣旨を徹底するよう申し入れすべきである。
2. 件数に対し保護観察所の人員体制が不十分である。
3. 武蔵病院ではベッド数の不足からか、1年半の治療プログラムを満了しないまま退院となるケースもあると聞いている。このような場合、地域処遇中に再犯等が起きた場合、本法の運用が形骸化しているとの指摘を受けることになるのではないか。

L 県

今後、対象者の増加に伴う指定通院医療機関の確保や、指定入院医療機関の整備。

M 県

通院処遇を受けた方が、緊急に医療機関の受診が必要な場合に、どの機関が一義的な対応に当たるのか不明確である。指定通院医療機関の夜間、休日の応需体制、精神科救急システムの利用可能性・住み分けなどの課題があり、事前の調整が必要である。

資料4 医療観察法施行以降の精神科治療の状況に関する認識(意見交換での主な意見)

医療観察法施行後の問題について

- 1) 12月末頃で140～150の申し立て件数があった。約50件決定がでていいる。「入院決定」が80%くらい、「通院決定」が20%くらい(14～15件)だ。対象行為が認められない事例、責任能力がむしろあるとされた事例などについて、刑事事件ではあまりない「却下」が3件くらいでていいる。
- 2) 病院の設置状況は、武蔵病院、花巻病院が開き、東尾張(15床)が12月1日、肥前が1月1日、北陸が2月1日に開いた。この後もいくつか開く予定だ。指定入院病床が遅ればせながら整備されてきていいるが、「通院命令」が出る比率が高く(1月末現在で「入院命令」の約半分)、地域の精神科医療機関が対応に追われていいる。
- 3) 重大な加害行為を行っただが、「24条通報」で措置入院になってしまった事例がある。とにかく治療優先とのことで措置入院となり、回復したときに警察が聴取にやってきたが、書類送検するだけでその後音沙汰がない(詳細略)。退院させたら逮捕されて、「医療観察法」に申し立てをされて、そのまま「鑑定入院」になった例もある。すでに刑事裁判が終わり、執行猶予付きの判決が出てしまった放火の事例で地元の精神科の病院に医療保護入院になってほとんど精神症状はないにもかかわらず、入院後に「医療観察法」の申し立てが行われた事例がある。「医療観察法」ができる前に起きた事件で措置入院をさせて、医療保護入院に切り替え、さらに退院して地域生活をしていいる段階で、警察が送検した事例がある。地域生活をしていいる人まで、申し立てる必要があるのだろうか。また、非常に軽微な触法行為でも申立が行われることがある。こうしたことは、本来の触法精神障害者の社会復帰を図るとの医療観察法の趣旨にもとるのではないか。

以上、地域によって対応が不統一である可能性が高いのではないか。「精神保健福祉法」でいくのか、「医療観察法」でいくのか、判断基準を明らかにする必要があるのではないか。影響を与えていいる要因の一つに、「措置入院」での入院可能性の自治体によるばらつきがある。結局、指定入院医療機関も、従来、「措置入院」を受けていいた医療機関も刑務所も混乱することになるので、今のままではまずい。まず、鑑定医がきちんと標準化した基準を持たないといけなないので、意見交換の場もつくるべきだと思っう。

- 4) 措置になる率が非常に低い自治体では医療観察法の申立が多くなる可能性がある。措置入院のあり方についても入院基準をより明確にするなどの点で改善する余地がある
- 5) 「医療観察法」の「入院処遇」の判定が困難である(ストライクゾーンが非常に小さくなっていいる)ことから、今後、治療優先という形で「24条通報」をした方がよいとの考え方が出てくるかもしれない、
- 6) 「医療観察法」は救急としての役割は果たせない。「鑑定入院」が鑑定のための入院であると同時に、急性期の治療としての役割も事実上は担わされていいるような感じがする。治療反応性を見るためには、きちんと治療はしなければいけなない。ある指定入院医療機関では隔離室の使用がゼロだ。急性期の症例がいいたためだろう。
- 7) 「鑑定入院」がまったく法律的な規定がない。急性期治療の一番大事なときなのに、ガイドラ

インもないしクリニカル・パスもない。それに民間病院がとるのはお金が高いからだ。通常の倍の診療報酬であるばかりか保護室に入れると1万円上がる。民間病院は、病院によってかなり医療水準が違う。

- 8) 「鑑定入院」でも、とくに「入院処遇」の判定基準がバラバラだ。その辺が混乱の元凶のような気がする。今回の「37条鑑定」の非常に重要なところは、治療可能性をどうアセスメントするかということだ。PDD（広汎性発達障害：Pervasive Developmental Disorder）やパーソナリティ・ディスオーダーのある者たちの治療可能性をどうアセスメントするかが、今後、「医療観察法」や「措置入院制度」の鑑定の大きな論点になってくると思う。その辺については、精神科医の間でコンセンサスがあるとは思えない。
- 9) 我々の県の場合、まだ「入院処遇」の基準ははっきりしないが、これまでの流れを見てみると、「鑑定入院」を2〜3ヵ月して、それが終わった時点でまだ精神病理があり、それに基づく行動病理があって、セキュリティの問題が関係する場合、罪状を問わず「入院処遇」だ。そうではない事例に関しても、それほどセキュリティの問題はないのだが、注意力がないとか、家族のケアの能力が期待できないなど、在宅ケアの状態が整わない場合は「入院処遇」になる。それ以外が「通院処遇」となるような判断基準がおぼろげに見えてきた。それ以外に、対象行為の社会的インパクトが考慮される。殺人や、通り魔的な犯罪は「入院処遇」となる。そういう意味では「入院処遇」のストライクゾーンは広がった。
- 10) 医療観察法の申し立てをすると、その日のうちに鑑定入院命令が出るので、鑑定入院先に本人の身柄が移されるが、鑑定人が選任されるのはそれから数日後、遅いと1週間後になってしまう。そのため、受け入れた病院が何をしたいのかわからない。しかも裁判所は、鑑定人にはカルテ、捜査記録などのコピーをいっさい渡すが、鑑定入院先には渡さない。だから、鑑定入院先としては、名前程度しかわからない。最初はだいたい保護室に入れておくしかない。
- 11) 「発見通報」の場合、「警職法第3条」で保護をされていないという事実を確認する。そして、「警職法第3条」の事実がないということ、保護されていない、要するに保護する必要がないということを警察が明言した場合には、身柄を押さえる義務はないと判断する。「発見通報」が急激に増えたのは、移送制度が始まってからだろうと思われる。移送制度ができた頃はずいぶんたくさんやったが去年は1件もなかった。それはなぜかと言うと、やはりいろいろ調査をしてくると、ほかの手段で対応していける。何が何でも「29条2-2」や「34条」を使わなければならない理由というのは、あえて存在しなかったのかという整理になってくる。
- 12) 東京都では、「救急」や「措置入院」する人格障害者が結構いるということだが、我々のところでは人格障害だということが病歴等、「27条」の事例の行政における調査で明らかになった場合は、「非該当」に持っていくように調整する。そういう意味で、「医療観察法」で「非該当」の者は「措置入院」でも「非該当」だ。
- 13) 「医療観察法」のメリットがもしあるとすれば、入院した人をいかに出せるかということだ。これまでの「措置入院」で5年たっても10年たっても出られない人がいた。措置解除になっても任意で長く入院している人もいる。「医療観察法」が社会防衛のために使われると、これ

と同じことが生じ、理念が絵に描いた餅になる。

- 14) 医療観察法の入院対象が身体合併症のため、他の医療機関にかかった場合の対応方針がまだ十分にできていない。「医療観察法」の「入院処遇」が継続している形でないといけないので、「医療観察法」の入院治療が一度終わって、別のところに入院するということになると、当然、裁判合議体の審判が必要になる。通院医療の決定は裁判合議体以外ではできないので、通院医療の決定が出されている以上は、処遇の中止ということにはならない。従って、総合病院で精神保健福祉法に基づいて治療を行うというのは、難しいのではないか。指定病院の医師が兼務の形で診るのも現実的とはいえない。

精神科救急医療事業

- 1) 我々の県では、昼間は保健所がやっている業務を、夜と休日は救急情報センターが一括してやるということだ。平日の夜間、休日の昼間については、保健所職員がローテーションで精神科救急情報センターに詰めてやっている。ただ、調査の問題などいろいろあり、「24条」のみに限定している。医療の供給体制は、輪番病院制度を組んでいるが、休日は2病院2床ずつで4床。夜間は2病院1床ずつで2床というベッド数しか確保できていない。平成16年の1年間では、136件の「通報」があった。そのほか合わせて、全部で360件の電話が入っている。3分の1くらいが「通報」で挙がっているが、この136件を見ると、「精神保健診察不要」が15件挙がっている。さきほどのお話だと「発見通報」が乱発されているところがあるようだが、そういうものはそれほどひどくはなく、「不要」は15件だ。ただ、実際に「精神保健診察」に移ったものが67件あり、そのうち17件は「措置不要」だ。「処遇相談」の158件の中味を見ると、電話対応のみで「こうしてはどうでしょう」ということで終わっているケースが7〜8割ある。「警察」、「保健所」、「情報センター」の三つで24時間対応しているが、輪番病院は22時までというのが課題だ。
- 2) 今回「医療観察法」ができて、それまで「措置」にしていた人を「医療観察法」に乗せているような感じがある。今までだったら「措置」で保健所にやってもらったような例でも、逮捕になったりする。ほかの家まで焼けてしまったら逮捕するが、自宅だけが丸焼けになっても「24条」だというのが我々の県のこれまでのやり方だった。私も保健所にいたときは、異議を申し立てられなかった。「24条」が挙げれば調査する。そういうふうに流れてしまったら抵抗ができないというのは、「医療観察法」ができてあまり変わっていないように思う。「簡易鑑定」も、医師二人がその日のうちに行う「本鑑定」も、ほとんど30分〜1時間の面接で「措置」にするかしないか決める。鑑定でどこまで何を見定めることができるのか。これは大変な問題だと思う。地域でやっていると、医療に乗せられるのは10件に1件くらいで、あとは限りなく人格障害的な暴力行為、迷惑行為、アルコール依存、薬物依存の行動ということで、警察官も来るが、行ってみると酔っぱらっているので「どうしようもできない」で終わるといようなことが多々ある。「医療観察法」では、地域保健の弱点や問題点は、ほとんど何の解決もされていない。情報センターで問題なのは、鑑定入院の人はいいが、その後の指定医療機関同士の情報交換ができないし、「個人情報保護法」でどうするかの問題もある。たとえば通院命令で強制的に通院している人が具合悪くなって受診する場合を考えると、その人が本当に「医療