

答は、保健所で 9 箇所 (20.9%)、精神保健福祉センターで 12 箇所 (22.6%)、全体で 24 箇所 (16.7%) であった。

提案は、「データ票の集約や解析をどのような形でどう活用すべきか、より明確化が必要」「事前調査の段階で措置診察非該当となるケースがいかにか多いかを考えても、精度管理が必要」「事前調査票と別に事前調査データ票を作成することは、業務上の負担を増大させるだけでなく、書類の保管の問題等も生じる。」などであった。

3) 下線部 (C)「可能な限り現地に出向き、本人または保護者等との面接を含めた事前調査を行う」について (表 4)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 42 箇所 (93.3%)、精神保健福祉センターで 43 箇所 (81.1%)、全体で 124 箇所 (86.1%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 3 箇所 (6.7%)、精神保健福祉センターで 10 箇所 (18.9%)、全体で 20 箇所 (13.9%) であった。

提案は、「23 条、24 条以外は面会ができないことが多く困難。また、県外や遠方の場合も難しい」「24 条では件数の多さから無理。23 条は了解」「面接と診察との間のタイムラグが問題。その間に予期せぬ自傷他害、特に自傷の危険にはどう対処するのか」「例外事項を具体化しておく必要がある」などであった。

4) 下線部 (D)「事前調査は「精神障害を疑うにたる状態」と「自傷他害のおそれ」の有無を明らかにすることにより、精神保健指定医による診察の要否を判断するためを行う」について (表 5)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 45 箇所 (100.0%)、精神保健福祉センターで 47 箇所 (90.4%)、全体で 135 箇所 (93.8%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 0 箇所 (0.0%)、精神保健福祉センターで 5 箇所 (9.6%)、全体で 9 箇所 (6.3%) であった。

提案は「精神障害を疑うにたる状態によって生じた自傷他害のおそれが適切」「事前調査を行う者に医学知識や要求するのは不相当」「自傷他害のおそれについては、警職法 3 条

の保護有無により、保護されている場合には、「おそれがありうる」、保護されていない場合には、「おそれは乏しい」との前提に立ってもよい」などであった。

5) 下線部 (E)「所属機関の上司、主管課、精神科嘱託医等の意見を聞き、その結果をもとに、警察署に、警察官の調査時の待機や同席等を依頼する」について (表 6)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 40 箇所 (88.9%)、精神保健福祉センターで 41 箇所 (77.4%)、全体で 124 箇所 (86.1%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 5 箇所 (11.1%)、精神保健福祉センターで 12 箇所 (22.6%)、全体で 20 箇所 (13.9%) であった。

提案は、「自傷他害行為が緊急に生ずる場合、上司などの意見を求めるまでもなく、警察官の同席を求める必要がある」などであった。

6) 下線部 (F)「第 25 条 (検察官通報) に関しては、通報時にできるかぎり起訴前鑑定書、拘留中の様子のわかるものを添付するよう要請する」について (表 7)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 44 箇所 (100.0%)、精神保健福祉センターで 46 箇所 (86.8%)、全体で 132 箇所 (92.3%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 0 箇所 (0.0%)、精神保健福祉センターで 7 箇所 (13.2%)、全体で 11 箇所 (7.7%) であった。

提案は、「国レベルでの合意を得てほしい」「できる限り」は削除するか「原則として」としてはどうか。その場合「要請する」は削除「すでに起訴前鑑定書があるのであれば利用すべき。ただし、このことが起訴前鑑定の問題 (検察裁量権の肥大化) を、追認、拡大につながらないように配慮を望む」などであった。

7) 下線部 (G)「事前調査時にすでに治療的介入が行われ、その結果として、対象者の状態が変化している場合は、精神保健指定医による診察を実施しないことができる。この場合、医療状況と病状を主治医に確認する等の情報収集を行い、そのうえで所属長の指示を得る」について (表 8)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 37 箇所 (84.1%)、精神保健福祉センターで 38 箇所 (73.1%)、全体で 107 箇所 (75.4%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 7 箇所 (15.9%)、精神保健福祉センターで 14 箇所 (26.9%)、全体で 35 箇所 (24.6%) であった。

提案は、「措置入院の形態をとるべきかどうかの判断は指定医の診察を入れて行われた方がよい」「この項目の意味するところが理解しかなる」「23 条の場合は、(G)のような状況であれば診察不要としてよいが、24 条は保健所長が判断せず、指定医の診察を要件にしないと、標準化できない」「たとえ一時的に症状が落ち着いていても診察の実施が望ましい」などであった。

8) 下線部 (H)「診察にあたる精神保健指定医が、「申請、通報又は届出の書類」「事前調査書」「起訴前鑑定書 (第 25 条の場合)」等、対象者の「精神障害を疑うにたる理由」および「自傷他害行為」の事実および実態が記述されている書類等を閲覧できるようにする」について (表 9)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 42 箇所 (93.3%)、精神保健福祉センターで 47 箇所 (90.4%)、全体で 133 箇所 (93.0%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 3 箇所 (6.7%)、精神保健福祉センターで 5 箇所 (9.6%)、全体で 10 箇所 (7.0%) であった。

提案は、保健所からは「書類の作成が間に合わない場合は口頭で説明する方がよい」などであった。

9) 下線部 (I)「措置入院を行う精神科病院における初回診察時に閲覧できるようにする (書類の作成が間に合わない場合は口頭で説明する)」について (表 10)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 43 箇所 (95.6%)、精神保健福祉センターで 50 箇所 (94.3%)、全体で 135 箇所 (93.8%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 2 箇所 (4.43%)、精神保健福祉センターで 3 箇所 (5.74%)、全体で 9 箇所 (6.3%) であった。

提案は、「措置症状 (即ち措置解除の条件) が何なのかを明確化するために必要。できるだけ文書の写しの添付という形で提供すべき」「措置入院先は、どのような所見で措置入院の判断がなされたのか、不明なまま診療を開始することはできないので閲覧は当然」などであった。

10) 下線部 (J)「措置入院後は、措置入院中、措置解除時における社会復帰支援の必要性を把握し、必要に応じて退院時の支援とフォローアップにつないでいく」について (表 11)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 42 箇所 (95.5%)、精神保健福祉センターで 34 箇所 (64.2%)、全体で 114 箇所 (79.7%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 2 箇所 (4.5%)、精神保健福祉センターで 19 箇所 (35.8%)、全体で 29 箇所 (20.3%) であった。

提案は「誰がどのようにしてどのようなタイミングで社会復帰支援の必要性を把握し、退院時のフォローアップを行っていくのかについて明記した方がよい」「措置解除されて医療保護入院に切りかわってのちに主治医の意向を受けて、環境調査などの介入は必要」「措置解除時に社会復帰支援は現実的でない」などであった。

## 2. 事前調査書の書式案について

11)「提案された事前調査書の記載項目は、必要な項目がきちんとおさえられていたか。また、不要な項目はありませんでしたか」について (表 12)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 29 箇所 (67.4%)、精神保健福祉センターで 41 箇所 (78.8%)、全体で 104 箇所 (74.8%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 14 箇所 (32.6%)、精神保健福祉センターで 11 箇所 (21.2%)、全体で 35 箇所 (25.2%) であった。

提案は、「主な精神科治療歴に診断名を追加」「アルコール概取の有無、覚醒剤、シンナーなどの有無、意識障害の有無、身体合併症の有無、外傷の有無の欄が必要」「各項目の記入欄を大きく、また記入しやすいように工夫」

「必要最小限の項目に留めるべき」などであった。

12) 下線部 (K) 「「幻覚, 妄想あるいは明白に病的と思われる行動 (興奮や多動, 重い持続する引きこもり等) の有無や程度」, 「社会生活における状況認知や判断の障害の有無や程度」, 「睡眠, 栄養, 清潔の保持, 電気・水道・ガスの確保, 寒暑・炎熱の防御など, 基本的な生活の維持の困難の有無や程度」などに留意して記載する」という注意書きについて (表 13)

「了解または問題なし」という回答は, 保健所で 41 箇所 (91.1%), 精神保健福祉センターで 46 箇所 (86.8%), 全体で 130 箇所 (90.9%) であった。「提案がある」という回答は, 保健所で 4 箇所 (8.9%), 精神保健福祉センターで 7 箇所 (13.2%), 全体で 13 箇所 (9.1%) であった。

提案は, 「興奮や多動, 重い持続する引きこもり等, カッコ内の表記不要」「睡眠, 栄養・・・の記述は 34 条移送の判断基準ともまぎらわしく必要ない」などがあつた。

13) 下線部 (L) 「本人が行った行為であることが確認されているか, わかるように記載する」という注意書きについて (表 14)

「了解または問題なし」という回答は, 保健所で 43 箇所 (95.6%), 精神保健福祉センターで 50 箇所 (94.3%), 全体で 137 箇所 (95.1%) であった。「提案がある」という回答は, 保健所で 2 箇所 (4.4%), 精神保健福祉センターで 3 箇所 (5.7%), 全体で 7 箇所 (4.9%) であった。

提案は, 「“できるだけ” という文言の挿入が必要」「情報源についても記載が必要」などであった。

14) 下線部 (M) 「現在 (3ヶ月以内) の精神科受診の有無と, 有の場合の主治医氏名・連絡先, 対象者の診断名および主要症状について情報を得る」という注意書きについて (表 15)

「了解または問題なし」という回答は, 保健所で 39 箇所 (86.7%), 精神保健福祉センターで 43 箇所 (79.6%), 全体で 123 箇所 (84.8%) であった。「提案がある」という回

答は, 保健所で 6 箇所 (13.3%), 精神保健福祉センターで 11 箇所 (20.4%), 全体で 22 箇所 (15.2%) であった。

提案は, 「本人はもちろん家族の場合でも話があいまいな事が多い。また, 主治医がいても連絡がつかないことは珍しくないで, “できる限り” とか “可能な限り” といった表現を入れる」「3ヶ月は短すぎる。半年ないし1年位までさかのぼっての確保が必要」などであった。

15) 下線部 (N) 「第 25 条 (検察官通報) の場合は, 起訴前鑑定の実施の有無と, その結果を記載する」という注意書きについて (表 16)

「了解または問題なし」という回答は, 保健所で 42 箇所 (95.5%), 精神保健福祉センターで 47 箇所 (92.2%), 全体で 130 箇所 (94.2%) であった。「提案がある」という回答は, 保健所で 2 箇所 (4.5%), 精神保健福祉センターで 4 箇所 (7.8%), 全体で 8 箇所 (5.8%) であった。

提案は, 「必須要件ではない。“できるだけ” という文言の挿入が必要」「公判鑑定→無罪の執行猶予刑→25 条通報もありうるので“起訴前鑑定を含む精神鑑定の有無” とした方が正確」などであった。

16) 下線部 (O) 「申請, 通報または届出時の薬物乱用, アルコールの飲酒, 措置入院先の選択にかかわる重大な身体合併症の有無, またわかる範囲でこれまでの司法処分の有無を記載する」という注意書きについて (表 17)

「了解または問題なし」という回答は, 保健所で 43 箇所 (95.6%), 精神保健福祉センターで 45 箇所 (86.5%), 全体で 134 箇所 (93.1%) であった。「提案がある」という回答は, 保健所で 2 箇所 (4.47%), 精神保健福祉センターで 7 箇所 (13.5%), 全体で 10 箇所 (6.9%) であった。

提案は, 保健所からは「23 条でどこまで情報が得られるのか疑問」「救急を要する状況 (意識障害, 酩酊, 身体疾患, 外傷等) の有無の追加」「薬物乱用と思われる時, 何の薬物を使用しているかを明記した方がよい」などであった。

17) 下線部 (P)「精神保健指定医の診察不要の場合はその理由を記載する」という注意書きについて (表 18)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 45 箇所 (100.0%)、精神保健福祉センターで 46 箇所 (86.8%)、全体で 132 箇所 (92.3%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 0 箇所 (0.0%)、精神保健福祉センターで 7 箇所 (13.2%)、全体で 11 箇所 (7.7%) であった。

提案は、「診察不要とは、①精神障害の疑い②自傷他害の恐れの 2 点に該当しない場合と考えるが、その場合の理由をさらに細かく記載する必要なし」などであった。

### 3. データ票案について

18) 「提案された事前調査データ票の項目は、必要な項目がきちんとおさえられていたか。また、不要な項目はなかったですか」について (表 19)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 33 箇所 (78.6%)、精神保健福祉センターで 40 箇所 (76.9%)、全体で 112 箇所 (81.2%) であった。「提案がある」という回答は、保健所で 9 箇所 (21.4%)、精神保健福祉センターで 12 箇所 (23.1%)、全体で 26 箇所 (18.8%) であった。

提案は、「データ票の集約や解析ならびに活用方法の明確化が必要。現時点においては、事前調査データ票は不要」などであった。

19) 事前調査データ票の作成、電子化、解析 (1)「事前調査データ票の作成は日常の業務の中で可能ですか」について (表 20)

「十分可能」という回答は、保健所で 28 箇所 (62.2%)、精神保健福祉センターで 15 箇所 (30.0%)、全体で 50 箇所 (37.6%) であった。「難しい」という回答は、保健所で 9 箇所 (20.0%)、精神保健福祉センターで 12 箇所 (24.0%)、全体で 32 箇所 (24.1%) であった。「わからない」という回答は、保健所で 8 箇所 (17.8%)、精神保健福祉センターで 23 箇所 (46.0%)、全体で 51 箇所 (38.3%) であった。

(2)「事前調査データ票にある情報を電子デー

タにすることは日常の業務の中で可能ですか」について (表 21)

「十分可能」という回答は、保健所で 26 箇所 (57.8%)、精神保健福祉センターで 13 箇所 (26.0%)、全体で 42 箇所 (31.6%) であった。「難しい」という回答は、保健所で 13 箇所 (28.9%)、精神保健福祉センターで 14 箇所 (28.0%)、全体で 37 箇所 (27.8%) であった。「わからない」という回答は、保健所で 6 箇所 (13.3%)、精神保健福祉センターで 23 箇所 (46.0%)、全体で 54 箇所 (40.6%) であった。

(3)「電子化されたデータの解析は日常業務の中で可能ですか」について (表 22)

「十分可能」という回答は、保健所で 14 箇所 (31.1%)、精神保健福祉センターで 10 箇所 (20.0%)、全体で 27 箇所 (20.3%) であった。「難しい」という回答は、保健所で 20 箇所 (44.4%)、精神保健福祉センターで 17 箇所 (34.0%)、全体で 47 箇所 (35.3%) であった。「わからない」という回答は、保健所で 11 箇所 (24.4%)、精神保健福祉センターで 23 箇所 (46.0%)、全体で 59 箇所 (44.4%) であった。

20)「事前調査等ガイドライン、事前調査書、事前調査データ票の全国共通の様式を定めることについてどう考えますか」について (表 23)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で 33 箇所 (76.7%)、精神保健福祉センターで 43 箇所 (81.1%)、全体で 113 箇所 (81.9%) であった。

「提案がある」という回答は、保健所で 10 ヶ所 (2.3%)、精神保健福祉センターで 10 ヶ所 (18.9%)、全体で 25 ヶ所 (18.1%) であった。

提案は、「様式およびデータの解析プログラムシステムを全国共通版で作成し、全国の自治体に配布してほしい。解析システムを独自で作るのは困難」「本県では長く主管課と各保健所相談員で申請、通報等の対応について、議論を重ねている。あらためて全国共通のデータ票でのモニタリングは必要ない」「現場で働いている精神保健指定医の立場からすると、

全国共通の様式を定めることは妥当」などであった。

#### D. 考察

回答を必須とした保健所と精神保健福祉センターについての回収率が高く、「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドラインの必要性を認めたとうえで、改訂のための重要な意見が詳細に記載されていたことから、本研究の目的を達成するだけの情報収集は達成できたと考えられる。

事前調査ガイドライン案については、事前調査書作成の対象、現地調査を行う対象をある程度限定すること、事前調査書を文書として仕上げるのは実際にその案件の処理が終わってからでもよいとすることが、現場の実務に合った提案であると考えられた。調査時に警察官の待機や同席を依頼すること、第25条（検察官通報）における起訴前鑑定書等の添付は、措置入院制度運用のうえできわめてニーズが高いが、改訂意見の中に、地域の制度運用実態の違いがあることが予想されることから、制度運用の標準化に向けて、国レベルの調整も必要と考えられた。いずれにしても、アンケートの結果からは事前調査ガイドラインを整備している都道府県は少ないと考えられ、共通のガイドライン提示は、制度運用の適正を保つ上で大きな意味を持つと考えられた。

措置入院患者の退院時の支援とフォローアップについても、事前調査ガイドラインで言及することへのニーズは高かった。しかし、事前調査ガイドラインの中に具体的に記述するには、地域背景のばらつき、取組みの実態のばらつきが大きいため、まずは事前調査ガイドラインに退院時の支援とフォローアップの必要性について言及し、その上で推奨事例の収集・紹介を行うことが必要と考えられた。

事前調査書案の項目については、不足しているという意見、細かすぎるといった意見の両方が見られた。また、事前調査書自体は多くの都道府県で書式を作成している実態が明らかになった。このため、事前調査書案につ

いては参考事例として標準書式を示し、共通化すべき項目は残したままで、各都道府県で使いやすい書式を使用することが適切と考えられた。

データ票案は、手書きのデータ票を日常業務の中で作成しておき、それを集めて電子化するか、電子化したうえで集約して、国、都道府県の単位で分析することを想定して書式案を示したが、事前調査書をもとに、直接電子データ化するのがよいという意見が多かった。このため、電子入力画面を開発し、その活用を促していくことが適切と考えられた。

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づき、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めていくには、危機介入としての措置入院制度の適正な運用は必須である。また、24条通報が増加するなど制度の運用実態が変わりつつある現状や、心神喪失者等医療観察法の成立により、25条の運用実態も変わっていくであろうことを考慮すると、制度運用のゲートキーパーである「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドラインの提示と、制度の運用実態を全国レベルでモニタリングして、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化にその結果を役立てていくことは必須である。本研究では、18年度研究成果を踏まえて、総合研究報告書に事前調査ガイドラインと事前調査票を提示した。また、制度の運用実態をモニタリングするための電子データ票の開発準備を行った。平成18年度から始まった厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」では、改革ビジョン推進のためのフォローアップ研究を行うこととしている。本研究の成果を、上記のフォローアップ研究で行われる電子調査票の開発に引き継ぐことで、措置入院制度の運用実態のモニタリングが進むことが期待される。

## E. 結論

措置入院制度の適正な運用を図るため、「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドラインを作成し、事前調査書の書式をまとめること、また制度の運用実態をモニタリングする方法を提案するため、アンケート調査を実施した。アンケート調査の結果、回答を必須とした保健所と精神保健福祉センターについての回収率が高く、「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドラインの必要性を認めたとうえで、改訂のための重要な意見が詳細に記載されていたことから、本研究の目的を達成するだけの情報収集を達成することができた。本研究の成果を踏まえて、総合研究報告書に事前調査ガイドラインと事前調査票を提示した。また、制度の運用実態をモニタリングするための電子調査票の開発準備を行った。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

(1)竹島正：精神保健福祉法と医療．松下正明, 坂田三允, 樋口輝彦監修:精神看護学. 医学芸術社, 東京, pp207-219, 2006.

(2)竹島正, 立森久照, 吉川和男：指定通院医療機関．松下正明総編集：5 司法精神医療（司法精神医学）．中山書店, 東京, pp221-226, 2006.

### 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

表1.施設種別回収率

	保健所	精神保健福祉センター	精神科医療施設	全体
対象数	50	64	104	218
回答施設数	45	55	71	171
回収率	90.0%	85.9%	68.3%	78.4%

表2.下線部(A)「ゆえに、原則として申請、通報または届出のあった全事例について事前調査書を作成し、指定医による診察の要否判断の根拠を明確にすることが望まれる」について

	保健所		精神保健福祉センター		精神科医療施設		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%
了解しました／問題ない	38	84.4	44	83.0	42	85.7	124	84.4
提案があります	7	15.6	9	17.0	7	14.3	23	15.6
合計	45	100.0	53	100.0	49	100.0	147	100.0

#### <保健所>

- 24 条以外を事前調査書作成の対象とする方が良い。24 条通報の場合は緊急に対応しなければならず、時間の制約があり、調査や書類作成に十分な時間がかけられない。現状通りの調査や事前調査票がもっと簡便なものであればよい。
- 24 条通報以外では、警察官だけが面識がある場合、警察官から保健所につないだり、同行してもらう場合がある。連絡票の場合、事前調査書を作成しない場合もある。申請・通報・届出はどう違うのか。
- 医療観察法が警察に周知されていない現状があり、当該法律の対象となると思われる者への対応についても記載してほしい。
- 国が具体的な判断基準を示す必要がある。研修会も含めて、調査員の判断責任が問われることにならないか。
- 事前調査書を正式書類として指定医に示すためには、所の決裁が必要。特に夜間、休日等の通報の際は、困難であるため、指定医による診察までに作成する事前調査書は、情報提供や担当者の判断レベルでも良いのか。最終的には、全事例に調査書は作成し、所長決裁を得て進達している。
- 本県の場合、保健所に通報があると、「通報聴取録」を作成し、精神保健疾病対策課と電話にて「指定医による診察の要否判断の根拠」について、検討・指示を受けている。
- 調査を必要とする事例のみについて「事前調査書」の作成をすれば良い。
- 保険の項目は書きづらい。現在も国保・生保はチェックしている。

#### <精神保健福祉センター>

- (A) の後に『法第 26 条通報書に「入院の必要なし」と記載されている場合は、調査を不要とする。』を加入。
- 基本的には、モニタリング・システム化することは必要。しかし、実務遂行上のマンパワーの関連で、項目を精査し、必須項目と選択項目について検討が必要。また、具体的なデ

一夕の入力方法について（PCで行うのかなど）も検討が必要。

- 人格障害であり、リストカットを繰り返す症例を、現存もしくはこのガイドラインで措置不要と判断する根拠があるか。このようなケースは精神保健指定医が判断したとしない恐れがある。人格障害をどのように考えたらいいのかという観点が必要。
- 事前調査が正確であればある程度、指定医の判断も7項目に沿って出来る。この正確さがどこまで必要な正確さかという点で、ガイドライン案は厳しく個人情報保護条例に抵触する。本県では保健所の相談員が立会吏員を務めている。ガイドライン案に示された内容を出るだけ把握するように努めている。
- 措置入院は行政処分による入院で、事前調査は、公権力行使の一端となる。よって、「原則として」及び「が望まれる」という文言による免除規定を設けるべきではない。
- 第26条通報の約9割は措置診察不要という判断を行っており、中には、「鑑定不要」と通報書に記載されているものもある。全事例において事前調査書を作成することは非効率。「鑑定の要・不要」とその理由の記載を設けて、「鑑定の要」の人だけ事前調査票を作成する方が効率的。
- 例外の事例について例示して頂いた方が分かりやすい。
- 全事例が望ましいが、現在のマンパワーで可能か。
- 26条等で明らかに自傷他害の恐れのない「連絡」という意味合いの強い通報については必要ない。それ以外は必要。
- 法23条、25条、25条の2及び26条については条文上「精神障害者又はその疑いがあるもの」であることが申請または通報の要件であり、特に近年の26条通報においては義務規定という観点のみが強調され、明らかに自傷他害のおそれがないものがそのほとんどを占めている。それらも含め全事例について事前調査書を作成することは、現実的ではない。下線部(A)では、「原則として～(中略)～全事例について事前調査書を作成し、指定医による診察判断の根拠を明確にすることが望まれる」という表現にとどまってはいるが、例えば「ゆえに、＜明らかに自傷他害のおそれがない場合を除く事例については原則として＞事前調査書を作成し、～(後略)～」等＜＞内のような記述とし、過大な義務負担が生じることがないように、配慮がなされることが望ましい。また、指定の診察に係る事前調査については、「精神障害者に関する移送の事務処理規準」(平成12年3月31日障第243号各都道府県知事・各指定都市市長あて 厚生省障害保健福祉部長通知)でも定められており、こちらの様式1「措置入院のための移送に関する事前調査及び移送記録票」との整合性についても、議論の余地がある。

#### <精神科医療施設>

- 「現状はどうなっているのか」との質問が医局員から出た。
- あくまでも原則であり、治療歴がある場合や精神症状が明らかで、緊急の診察を要する場合は省略してもよい。
- 調査書を作る余裕がない時(緊急措置等)に例外的条項当を設ける等、(調査書に空欄が残る等)により、柔軟な対応を可能にするルートが必要。(例:措置要件があっても「情報不足」を理由に措置診察の発令が遅れたこと、対象者が到着してから待たされて困ったことがある。
- 警察官通報の場合、緊急性が高い可能性があり、事前調査書作成に長時間を要するようであれば、非現実的。緊急措置入院の場合は、事前調査書は該当しないのか。
- 記載にはかなりの時間と労力が必要。
- 時間外、休日の24条通報について、(A)はほとんど実施される可能性がない現状がある。

このことを不問にしていることは問題。

- 県庁の係員、保健所の保健師は少し、また警察から通報があるからと早めに措置入院させて一件落着という風潮がある。以下、ほとんど全ての項目に該当する。
- 警察の調書と事前調査書との連動性と整合性を保つようにしてほしい。
- 適切な情報は”あった方がよい”が、又、書類を増やす方法が全く良いとは思えない。
- 発見通報に関しては、その後、行方不明、死亡等の場合、調査も不要。
- 理想としては全例の事前調査が望ましいが、①情報量②緊急性③人的余裕等により、弾力的運用が現実的。

表3. 下線部(B)「事前調査終了後には、個人情報の含まれない事前調査データ票を作成して措置入院制度の運用実態のモニタリングに役立てる」について

	保健所		精神保健福祉センター		精神科医療施設		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%
了解しました／問題ない	34	79.1	41	77.4	45	93.8	120	83.3
提案があります	9	20.9	12	22.6	3	6.3	24	16.7
合計	43	100.0	53	100.0	48	100.0	144	100.0

#### <保健所>

- 運用実態のモニタリングはいつ、誰が、どのように行うのか。
- 単にデータ化するだけでは意味がない。データ票の集約や解析をどのような形でどう活用すべきか、より明確化が必要。措置入院に至る経緯などが機械的に処理されるのは妥当ではない。運用実態のモニタリングは具体的にどのような情報をどう活用されるべきなのか不明。また、単に個人情報を除いただけでよいのかが、以後のデータ活用に際して疑問。
- 運用実態のモニタリングは必要だが、保健所で何をどこまでするのか。事務量の増大が心配。
- 措置入院制度の運用実態よりも「申請、通報または届け出」のうち特に24条通報の実態を分析し、法の運用、ありかたを検討してほしい。現場は警察に振りまわされている。(例えば通院歴がある、家族の看護が不十分である、言っていることが分からないから、保護解除した後、何かあったら責任取れないから等を理由に通報されている。)
- あらためてデータ票を作成したり、運用実態のモニタリングを行う必要はない。
- これはどこに集約され、どんな形で現場にフィードバックされるのか？国の行政監査で現在もチェック可能では？
- 事前調査の段階で措置診察非該当となるケースがいかに多いかを考えても、精度管理が必要。
- 各保健所でモニタリングをするのであれば、現在も氏名は残している。県、国レベルでされるなら不要。
- 目的外使用だとする意見がある。制度運用実態のモニタリングを必要とする根拠を示す必要がある。

#### <精神保健福祉センター>

- このモニタリングについては、「措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究」により、趣旨を理解するが、ガイドラインの中にある、モニタリングの必要性や評価方法、評価体制について明記されていない。保健所等事前調査実施機関に対し、事前調査データ票の作成を求めるのであれば、その点についての記載が必要。
- 当センターは、既にデータベース化しているので、この作業については不要。
- 個人情報保護の問題をクリアすれば問題ない。
- 全通報についてデータを作成することはかなりの時間を要するので、期間を限定するか、事例数を決めての方が作成しやすい。
- 日常業務とするには負担が大きい。(年間申請件数 2000 件、診察 1200 件の東京などは特に) 研究事業として県を選び、人、金の保障をすべき。

- 各自治体では、既に各々、所定の様式で整理を行っているが、その様式と今回提案された様式との関連について、明確にする必要。
- 調査書については、通報があった分についてすべて作成しているので、モニタリングの作成意図が分かりにくい。
- どこが中心に行うのかという点がある。又集積したデータをどのように利用するのかという点がある。本県の場合、保健所の相談員が記録として残っており、措置診察が行われた場合、指定医の診断書がそこに付け加えられる。中心になっているのは本庁の精神保健担当係だが、Bのようなデータを集積していない。本県では検討課題。
- 1)とは逆に多忙な業務の妨げにならないように、運用実態のモニタリングのためであれば、「原則として」及び「が望まれる」という文言による免除規定を設けるべき。
- モニタリングは有益だが、根拠・実施者・システムづくり等が課題。
- 当市では精神保健診察のほとんどが24条、25条であり、いずれも職務にある者の通報なので、すでに対応済み（入院済み）のケース以外は診察不要の判断を行うことは稀。判断に迷う23条、34条ではモニタリングは必要。
- 事前調査票と別に事前調査データ票を作成することは、業務上の負担を増大させるだけでなく、書類の保管の問題等も生じる。各自治体によって書類の保管方法やデータの活用方法は異なるが、個人が特定できない形でデータを整理するのであれば、徒に書式を増やすよりも事前調査票事態の項目を整理し、事前調査票からでも直接データ入力可能な形とすることが望ましく、下線部（B）についても「～（前略）～事前調査データ票を作成＜するなど＞して～（後略）～」等＜>内のような記述を加え、各自治体に裁量の幅を持たせることが望ましい。

#### <精神科医療施設>

- 具体的な目的について知りたい。
- 必要最低限の適切な情報があればよいので、必ずしもこの文言は必要ない。
- 事前調査そのものが個人情報のみであり、モニタリングをする場合は特定できない。概要しか使えない。
- 是非ともモニタリングを行うべき。
- 人権的な問題もあるが、個人情報を含む、措置入院、データの作成や運用が必要。退院後のフォローにも役立てたい。
- データの管理と閲覧利用のルールを作る必要がある

表4. 下線部(C)「可能な限り現地に出向き、本人または保護者等との面接を含めた事前調査を行う」について

	保健所		精神保健福祉センター		精神科医療施設		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%
了解しました／問題ない	42	93.3	43	81.1	39	84.8	124	86.1
提案があります	3	6.7	10	18.9	7	15.2	20	13.9
合計	45	100.0	53	100.0	46	100.0	144	100.0

#### <保健所>

- 26条通報では”精神障害者の退所のお知らせ”程度の意味あいの簡易通報が多い。そのような現状で面接調査の実施は難しい。
- 23条申請は別にして、「可能な限り現地に出向き」は削除し、「本人又は、保護者等と～事前調査を行う。」という表現に改めるべき。
- 現在もリピーター以外は必ず面接している。
- 基本的には現地に出向くことが大切。本人または保護者の面接については、各自それぞれに面接を行う必要性を念頭に置くことも必要。
- 事件当日は本人を家族に引き渡して10～20日後通報書が届くことがある。治療にのっている場合は医師連絡で済ませているが、個人情報の関係で（父の了解がとれないからと断られる等）今後の課題が残る。
- 26条通報の場合はその対応に苦慮することが多い。特に昭和30年7月6日の通知「精神障害者等収容者の釈放、退院、退所の取り扱いについて」の3の(2)の場合の処理について困ることが多い。
- ”疑うにたる状態”であるかどうかを判断するために、精神保健診察にかける場合がある。

#### <精神保健福祉センター>

- 冒頭の「可能な限り」について「必要に応じ」等強制性を押えた表現にしてはどうか。事前調査については、例えば通報元の事情（拘留期間等）により、現地調査を行う十分な時間がなかったり、調査内容の大部分が通報元機関で調査され重複することがある。そのため弾力的な運用も認められやすい表現が適当。
- 当県ではAM8:30～PM10:00までは、現地での事前調査を行っている。
- 23条、24条以外は面会ができないことが多く困難。また、県外や遠方の場合も難しい。
- 24条では、現地に出向くこと、面接することは件数の多さから無理。23条は了解。
- 少なくとも本人または保護者と面談し、状態の確認と日常生活状況を把握しておくべき。本県の場合、十分な時間が取れないこともあって、本人との面接に限り、相談員、本課が入り「自傷他害」について、綿密な検討を行い、措置診察を実施するかどうか決めていく。
- 措置入院は行政処分による入院で、事前調査は、公権力行使の一端となる。よって、「可能な限り」いう文言による免除規定を設けるべきではない。
- マンパワーの確保が先。通報はともかく申請については、件数とのかねあいになる。
- 本人調査に伴う面接と、実際の診察との間のタイムラグが問題。その間に予期せぬ自傷他害、特に自傷の危険にはどう対処するのか、この案件及び2-3)ではカバー出来ない。
- 可能な限り事前調査を行うと規定した場合の例外事項を具体化しておく必要がある。

- 原則は了解。マンパワーの面で全例は困難。
- 23、24条については了解だが、25、26条について本人への事前面接は不可能。

#### <精神科医療施設>

- 但し、実際の現場で可能な場合はどれ程あるのか疑問。
- 理想としては全例の事前調査が望ましいが、①情報量②緊急性③人的余裕等により、弾力的運用が現実的。
- 1)と同じく、時間外休日の問題がある。時間外、休日の24条通報について、(A)はほとんど実施される可能性がない。このことを不問にしていることは問題。
- 本人との面接は必ず行わなければならない。
- 「可能な限り」という文言が、「必ず」と解釈され、運用に支障をきたす可能性（地域格差が生じる）。
- ケース・バイ・ケース。自傷他害が迫っている時は、それまでは必要ないこともある。
- 「原則として、現地に出向き」とすべき。
- 刑務中の者、外国人等、調査困難な者の場合も柔軟に対応すべき。

表5. 下線部(D)「事前調査は「精神障害を疑うにたる状態」と「自傷他害のおそれ」の有無を明らかにすることにより、精神保健指定医による診察の要否を判断するために行う」について

	保健所		精神保健福祉センター		精神科医療施設		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%
了解しました／問題ない	45	100.0	47	90.4	43	91.5	135	93.8
提案があります	0	0.0	5	9.6	4	8.5	9	6.3
合計	45	100.0	52	100.0	47	100.0	144	100.0

#### <保健所>

- ・ 「おそれの有無」というのは医学的判断に踏み込んでしまわないか疑問だが、実際には判断している。

#### <精神保健福祉センター>

- ・ 「自傷他害」の有無に限定される。事前調査の段階で、相談員が「精神障害に疑うにたる状態」かどうか、嘱託医や上司の意見も含めて決めている。あくまでも「自傷他害」に限定。
- ・ 「精神障害を疑うにたる状態」と「自傷他害のおそれ」が並列だと誤解が生じる可能性がある。「精神障害を疑うにたる状態によって生じた自傷他害のおそれ」が適切。
- ・ 調査時点において「精神障害を疑うにたる状態」が確認できないが、全くその状態が無いと言い切れない（警察に保護された後は興奮もない状態になった等）場合の「診察不要」と判断して良い場合を例示すべき。
- ・ 他害行為については、詳しく説明があるが、自傷行為をどうとらえるのか？単なる表面的な“自傷”行為だけではないと思うが、説明不十分。
- ・ 精神障害の定義を明確にした文言が必要。
- ・ 自傷他害のおそれは、ある程度判断できる。精神障害を疑うにたる状態か否かの判断は行政職員では難しい。

#### <精神科医療施設>

- ・ 事前調査を行う者は、事務職であったりすることもあり、医療知識や要求するのは不適當。
- ・ 時間外、休日の24条通報について、(A)はほとんど実施される可能性がない。このことを不問にしていることは問題。
- ・ 自傷他害のおそれについては、警職法3条の保護有無により、保護されている場合には、「おそれがありうる」、保護されていない場合には、「おそれは乏しい」との前提に立ってもよい。
- ・ 指定医の先入観につながらないような配慮が必要。
- ・ 迅速性をどう確保するか。また確実性（措置要請をした時に速やかに対応してくれるか）をどう担保するか（前記1.1）の例

表6. 下線部(E)「所属機関の上司、主管課、精神科嘱託医等の意見を聞き、その結果をもとに、警察署に、警察官の調査時の待機や同席等を依頼する」について

	保健所		精神保健福祉センター		精神科医療施設		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%
了解しました／問題ない	40	88.9	41	77.4	43	93.5	124	86.1
提案があります	5	11.1	12	22.6	3	6.5	20	13.9
合計	45	100.0	53	100.0	46	100.0	144	100.0

#### <保健所>

- 所属機関の上司には報告・相談しているが、(主管課や)精神科嘱託医等については、保健所に常駐していないので、早急な対応が求められる中でどこまで意見を聞けるか疑問。
- 少なくとも他害の恐れがあると思われる場合には、警察官職務執行法に基づき、警察による保護を優先してほしい。
- 当所に危害のおそれがあり、上司等に確認する余裕もない場合、警察にすぐに連絡をとれる体制の整備が必要。
- 24条は別にして、23条でも移送でも警察官の臨場については本県では難しい。むしろ、法や通達での警察官の同席の義務づけが必要。
- 保健所と警察では、立場が違う。正しい面接調査が出来る環境が用意できるかどうか。
- 本人への調査は警察官の同席は必要。前段の部分は必要ない。
- 緊急時における現場判断(上司等の意見を容れない)による警察等への依頼もあり得る。

#### <精神保健福祉センター>

- 警察署によって協力してくれない場合もあり、この機会に警察の上部にお願いし、徹底してもらいたい。
- とっさに必要な場合、担当者の判断でないと運用しづらく、時間のロスにもなるので、「行政職員及び医師等の判断により」が望ましい。同席を依頼しても、危険だったら110番するように言われることがあり、困難な場合がある。
- 34条と同様に、警察との事前の合意(同じく県のレベル)が必要。
- 「所属機関の長は警察署に対して警察官の調査時の待機や同席者を要請する」としてはどうか。嘱託医に意見を聞くことは実際には困難であり、主管の意見は不要。
- 同席を得て実施することを原則としてほしい(警察に保護されていない場合、危険を伴う対象者に調査する必要があるため)。2. 依頼しても協力が得られない場合は理由を明記し、対象者へは面接調査を行わなくともよいか。
- 対象者があきらかに通院しているような場合、保健所から主治医宛に意見を求める場合があるが、個人情報保護から嘱託医に聞くことが多い。
- 意見を聞いている余裕のない時の想定がない。「可能な限り」及び「事前に意見を聞けない場合は、事後に理由を所属長に報告する」という文言を挿入してはどうか。
- 警察官の同席は必要だが、意見を聞く暇もないこともある。また、もし意見が聞く必要がある場合は、手続き上、所長になる。
- 手順が煩雑すぎる。事前に「おそれ」が考えられる場合も必要。法の中に警察の対応義務の明記が必要(児童虐待防止法10条参考)。

- 依頼して、待機・同席してもらえないならいいが、依頼にも同席してもらえない現状については、ガイドラインだけでは解決しない。
- 本人調査に伴う面接と、実際の診察との間のタイムラグが問題。その間に予期せぬ自傷他害、特に自傷の危険にはどう対処するのか、この案件及び2-3)ではカバー出来ない。
- 当県では事前調査は直接警察署に出向く場合が多く、調査者の判断で依頼できる方が現実的。例えば「～思われる場合は、警察署に警察官の調査時の待機や同席等を依頼する。この依頼は必要に応じて所属機関の上司、主管課、精神科嘱託医等の意見も参考にする。」
- 対象者の面接調査を他の関係者への面接調査をもって代わりとすることができるなど、必ずしも警察に依頼する必要がないことを加える。
- “自傷他害行為が発生するおそれ”を誰がどの基準で判断するのかあいまい。

#### <精神科医療施設>

- 自傷他害行為が緊急に生ずる場合、上司などの意見を求めるまでもなく、警察官の同席を求める必要がある。
- 警察署、警察官が確実に協力するようなシステムにしないと（法的根拠をもって強制しないと）依頼に応じないのでは？
- 警察が拒否した場合の根拠が示されていないので、依頼しても反応に温度差が生ずる。
- 危険度の高い場合は、警察官からの情報で足りるとしてはどうか。
- 法的根拠があるかと警察に言われるのではないか。全国的なことなので、厚労省と警察庁で話をつけてないと現場が困る。担当者により対応が異なってくる。
- 保護されていない場合には、潜在的危険についての情報が不十分でもあり、安全確保を行うのは当然。
- 「待機や同席」が「物理的対応」まで含むものであればよい。

表7. 下線部(F)「第25条(検察官通報)に関しては、通報時にできるかぎり起訴前鑑定書、拘留中の様子のわかるものを添付するよう要請する」について

	保健所		精神保健福祉センター		精神科医療施設		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%
了解しました／問題ない	44	100.0	46	86.8	42	91.3	132	92.3
提案があります	0	0.0	7	13.2	4	8.7	11	7.7
合計	44	100.0	53	100.0	46	100.0	143	100.0

#### <保健所>

- 本庁対応。
- 本県では第25条は本庁業務。

#### <精神保健福祉センター>

- 検察庁から「起訴前鑑定書」は通報のためのものではないので渡せません」と言われている。国レベルでの合意を得てほしい。また、拘留中の治療の有無も明記してほしい。(以前一般内科でセレネースを筋注され情報不足のまま診察搬送となり、意識低下をおこした事例があった。)
- 「できる限り」は削除するか「原則として」としてはどうか。その場合「要請する」は削除。
- 「鑑定書、拘留中」の「、」が「及び」なのか「または」なのかを明記した方がよい。また「わかるもの」の「もの」ではあいまいなので文書など明示した方がよい。
- 起訴前鑑定書には検察側の意向が反映されることが多い事。又拘留中の様子については、見方が違うため、必要な情報を入手しにくい点がある。検察側の一方的な場合が多く、この点については責任性の問題を含め、お互いに勉強していく必要がある。拘留という特殊な状況の中で、入手したい情報を得られるような研修が必要。
- ①「拘留中の様子のわかるもの」とは何か具体例をあげる。②家族の連絡先に関する情報も求める。
- 起訴前鑑定書を添付する場合、鑑定を行った医師の了解は必要か。また、添付された資料(閲覧でなく「写し」を添付する場合)の保存・処分はどうするのか。
- 25条の場合は多少時間にゆとりのある場合が多い。「～起訴前鑑定書、取り調べ調書、拘留中の様子の分かるものなど関連した資料を添付するよう要請する。」
- 添付を要請するものとして、逮捕時の状況・供述内容(本人・被害者・家族)、生活状況等も加えてはどうか(本県では通常こうした情報も収集している)。

#### <精神科医療施設>

- 「できる限り」でなく、「必ず」とすべき。
- 法的根拠をもって強制したシステムにしないと検察庁が起訴前鑑定書等(の写し)を添付しない。
- 法的には「簡易鑑定書」だが、現実には入手不能。何らかのとりきめが難しい作業が必要。
- このような書類は県庁に届かなくなっている。
- 検察官通報には、裁判を経たものもありうるので、本鑑定がなされたものは、本鑑定書も

要請すべき。又、矯正施設の長の通報では裁判時、本鑑定のなされているものが多いはずで、この時も同様、本鑑定書を申請すべき。

- 添付されないものは診察不要とする、との態度を取ることも許されよう。
- 通報時には、必ず起訴前鑑定書を添付すべき。検察官が現在の担当医師から電話で病院聴取に、その主治医の判断を基に不起訴と判断していることがあるが、主治医は対象他害行為について詳細を知らずに回答していることが多い。
- すでに起訴前鑑定書があるのであれば利用すべき。ただし、このことが起訴前鑑定の問題（検察裁量権の肥大化）を、追認、拡大につながらないような配慮を望む。

表8. 下線部(G)「事前調査時にすでに治療的介入が行われ、その結果として、対象者の状態が変化している場合は、精神保健指定医による診察を実施しないことができる。この場合、医療状況と病状を主治医に確認する等の情報収集を行い、そのうえで所属長の指示を得る」について

	保健所		精神保健福祉センター		精神科医療施設		全体	
	n	%	n	%	n	%	n	%
了解しました／問題ない	37	84.1	38	73.1	32	69.6	107	75.4
提案があります	7	15.9	14	26.9	14	30.4	35	24.6
合計	44	100.0	52	100.0	46	100.0	142	100.0

### <保健所>

- 対象者の状態が変化していたとしても、この状況も含め、措置入院の形態をとるべきかどうかの判断は指定医の診察を入れて行われた方が良い。
- 本県では自傷他害行為（やそのおそれ）がなくても通報される場合が多く、このため診察しないことが多い。「治療的介入」と「状態の変化」についてもう少し詳しく示すべき。
- 内容的には了解ですが、治療中あるいは主治医がいることを理由に精神保健指定医の診察が行われないことにならぬよう、留意が必要。あくまで（1）の状態であることを確認できるようにする。
- 病状は刻一刻と変化しているため、保護された時点で判断すべき。
- 24条通報があれば保健所長が指定医の要否を判断するのは難しいので、指定医の診察が必要。23条の場合は（G）のような状況であれば診察不要としてもよい。
- 指定医の診察を実施するか否かと情報収集は一体的なもので不可欠だが、それぞれのことをふまえて総合して判断するもので、指定医による診察の実施の必要か否かが重要。精神保健福祉法詳解では「指定医に診察させる必要があるかどうかについての都道府県知事の判断は、医学的以外の判断である。」と解釈されている。この項目の意味するところが理解しかねる。なお第25条は本庁業務。
- （2）については異論なし。ただ、（1）でも（2）でもない場合はどうするのか。事前調査に精粗の差が認められているので、警察官通報は（2）以外は原則診察をした方がよい。

### <精神保健福祉センター>

- 上記（1）の「自傷他害行為」を「自傷他害のおそれ」に訂正。
- どういう場合を想定しているのか分からない。26条で刑務所内で治療が行われている場合を考えているのか？
- 医療状況と病状に加え、すでに自傷他害のおそれがないことを主治医に確認し、所属長の判断を得る。
- 事前調査時に既に治療的介入が行われている状況について、具体的に例示があると分かりやすい。
- 通院歴、主治医の意見を聞き、逆に措置診察を行う場合もある。警察側を安心させる、させられる事がないと措置診察になる。
- 23、24、26条の2の事前調査は保健所が担当。事前調査の結果、保健所は精神保健指定医による診察が必要だと判断した場合主管課に進達。主管課は、その上で精神保健指定医による診察の要否を判断。27～29条を保健所に事務委任している都道府県を想定しているが、法を基準にした記載にするべき。よって、下線部ではないが、(1)に関しては、依頼す

るのは主管課。(2)のアンダーラインに関しては、保健所担当者の判断は何れにしても所属長の判断となるので、精神保健指定医による診察が不要と判断したときだけ「所属長の指示を得る」のは整合性に欠ける。担当者の判断が何れでも「所属長の指示を得る」と記載するか、全く記載しないかの何れか。「所属長の指示を得る」と記載する場合には、原文では指示を得る余裕のないときの想定がない。「可能な限り」及び「事前に意見を聞けない場合は、事後に理由を所属長に報告する」という文言を挿入してはどうか。

- 刑務所で薬物治療を行っていないが、落ち着いているという事例の場合「治療的介入」の「結果」かどうか分からなかった。(そもそも通報に値するのか疑問)
- (1)は、「自傷他害行為が認められる」ではなく「自傷他害のおそれが明らか」が現行法で検討を要する一文。23条の場合は、(G)のような状況であれば診察不要としてよいが、24条は保健所長に判断せず、指定医の診察を要件にしないと、標準化出来ない。
- 所長の指示ではなく、27条1の都道府県知事の権限に帰する事項として、専任援者等の判断を得る。
- 「所属長の指示」というのもあいまい。治療的介入が措置入院の回避のために行われることはないのか？(医療保護入院への導入など)
- 「自傷他害の行為」と「治療的介入」は全く別次元の問題。
- 指定医の診察を行わずに所属長の判断で措置不要の決定を行う場合もあるという事か。その場合、情報収集を行い、確認した主治医の氏名も様式の中に記載する必要がある。
- 特に警察・検察の方から情報を得る場合、個人情報との関係で情報が収集できるのか疑問。
- 「治療的介入」とは、どのタイミングで行われるものなのか限定的に運用されるべき。例えば逮捕・保護された後に主治医(自他共に認める)が行ったものであれば問題ないが、広く解釈されて指定医から措置診察を拒否されるようになると困る。

#### <精神科医療施設>

- B-7同様の危具がある。即ち、誰がどういう資格に基づいて、どういう基準によってどういう判断を行うのか？(所属長の恣意的な判断によることになる危険性がある)
- 指定医の診察を要する。
- 所属長が何の指示を出すのか、すなわち指定医の診察不要とした場合の基準とガイドラインが必要。
- 「緊急措置入院事例の場合はこの限りでない。即ち、必ず措置診察を行うこととする」をいれてはどうか。緊措後の措置診察は緊措の妥当性をチェックする意味がある。
- 救急などの受付のみで治療的介入とみなされることがあるため、医療状況と病状を主治医に確認する等の情報収集が行われた上で、「措置度による行察を実施しないことができる」とすべき。(可能なかぎり)
- こういう微妙な判断は難しい。(2)を削除した方がよい。
- 主治医がいる場合には連携して対応すべき。
- 状態が変化しても、自傷他害行為を行ったものに対しては、精神保健指定医の診察を実施した方がよい。
- 精神保健指定医による診察を実施しない“場合もある”とした方がよい。
- 自傷他害のレベルによっては、例え一時的に症状が落ち着いていても、診察の実施が望ましい。
- 対象者の状態が変化していても、精神保健指定医による診察は必要。
- 安定している場合が適切。薬物で病状が悪化している事がある。
- 対象者の状態が一見改善していても、それが2、3日のような短期間の段階でも、この考