

表23. 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。

	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	33	76.7	43	81.1	37	88.1	113	81.9
提案があります	10	2.3	10	18.9	5	11.9	25	18.1
合計	43	100.0	53	100.0	42	100.0	138	100.0

#### <保健所>

- これらの様式及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。
- 事前調査書等の全国共通の様式化は、データ票の分析・解析を全国レベルで行うために統一化する必要があるのか。地域性やケース内容の複雑化を考慮するならば全国共通の様式化は難しい。データの分析・解析については、具体的に何がどのような形で有効活用されるのか分からない。全国共通の様式にするには、更なる共通認識が必要。
- 調査書様式については、必要項目が記載される内容であれば県独自の様式でも構わない。
- 当保健所では年間 200 件近い通報を 4 名の体制で処理している。現在の業務を遂行するのに手いっぱい、データ票の作成は出来ない。又、事前調査書は診察の際に資料として使われたり、所内の決裁の文書としても扱われている。長年保存され、その時の状況の把握、ケース処遇の材料にも活用している。事前調査書から、その時の判断が読み取れる様な文書であることが求められ（特に診察不要とした場合等）項目のみの記述では難しい。
- 本県では永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。マニュアル等、作成も行いこれをもとに研修も行っている、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。
- 全国共通であることに意義があり、緊急対応における市町への指導も統一できる。
- 様式を定めることは良いが、様々な対応を求められているので、柔軟に記入できる様式が望ましい。
- 本県では「通報聴取録」の様式が定められており、これによって本課と連絡をとり、指示を受けて実施してきた。特に問題なし。
- 国が実施するのであれば問題ない。
- 各都道府県で従来から使用しているものがあるので、必要な項目が盛り込まれれば格付できる。
- 医療状況、地域状況が違う中で、共通の様式は最低限のものにとどめてほしい。またデータ票の活用は、全国的にデータ集積、解析することを何をどのようにするかについて疑問。
- 共通データは問題ないが、項目の追加等が可能な様式を希望。
- 本来は措置等の体制に関して全国的に低位にあるので、先進県と同様に活用出来るか不安。
- 事前調査データ票の作成は、二度手間であり、直接アクセスなどの入力フォームに入力する方がよい。印字などの必要があれば電子データから印字する。

#### <精神保健福祉センター>

- A 1. 2 に同じ。研究事業として県を選び、人、金の保障をすべき。

- 事案の処理と並行して行うのは、求められるスピーディな対応との両立の面で難しいか。
- これらの様式に盛り込まれたデータの整理・活用には、単なる様式変更に留まらず、業務の大幅な見直しが求められるため、そのための財源確保が不可欠。
- 全国共通の内容になる。例えば、手帳の診断書ひとつ取っても都道府県で内容が違う。事前調査等ガイドラインをつくる事に意味がある。事前調査書はひな型。データ票は利用目的が明確でない中では業務化を図ることは困難。このデータを持つと行政的にどのような対処を望んでいるのか。
- 実施機関等の状況が都道府県等によって異なるので、サンプルの提示に留めるべき。
- 早期に作成すべき。都市部でも地方でも共通した使い勝手のよいものがあれば良い。
- 事前調査書について本市ではA4、1枚の様式で作成しており、必要な情報が記入されている。また（案）ではA4、2枚余の情報になるため、分量も増え、見にくくなるのではないか。また、全国共通様式にすることには相当のメリット（例えばデータを1年ごとに分析されるなど）がなければ業務量としても負担が大きくなる。
- 本市では、措置業務を相談や社会復帰支援と切り離して、行政の事務職員が行っており、これまで専門職員でなくても従事できるよう、事前調査に関しては内部マニュアルがある。今回更に全国共通のガイドラインが示されることについて問題はない。しかし、調査データ作成・電子データ化・解析については、意義を汲みとりづらく、相当の抵抗があり、体系等で定めがあれば行うと言った意見も聞かれた。
- 各都道府県のシステムによって必要な情報が異なるため、（例えば保護者等の状況等）参考にはなるが、統一することは難しい。

#### <精神科医療施設>

- 必要性は係員も認めているが、（案）の実施が全く行われていない。実施するには、まずマンパワーが必要だが、都道府県の保健所、県庁等で人員が図ることは可能。
- 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。
- 精神科病床に入院中の患者が、他患を殺傷したり、自傷他害行動が及ぶ事例がある。26条・2により病院管理者が通報した場合、受理する都道府県（政令市）と入院中（治療ベースに既にのっている）を理由に門前払い（不受理）の行政機関と二分される。統一した見解を記してほしい。
- 時間が逼迫している事が多いので、事前調査項目が不完全になることも考慮してほしい。全国共通の様式作りに異論はない。
- データ作成は、医師以外でも可能であること、データ作成について「文書料」のようなものが算定できること、ルールを作ってデータを閲覧可能とすること。

## 分担研究報告書

# 措置入院にあたっての精神保健指定医の 判断の標準化に関する研究

分担研究者 吉住 昭

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)  
措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究  
分担研究報告書

措置入院にあたっての精神保健指定医の判断の標準化に関する研究  
—指定医の判断の標準化のためのガイドライン研究—

分担研究者 吉住 昭(国立病院機構肥前精神医療センター)  
研究協力者 瀬戸 秀文(長崎県立精神医療センター)  
鶴丸 藍子(国立病院機構肥前精神医療センター)

### 研究要旨

精神障害者の入院の決定に関しては、絶対的な基準はなく、入院をめぐる地域差、医師間の差異が存在する。もとよりそれは、完全に一致するのが困難なことは論を待たない。しかしそうであっても、余りにその決定の差が大きすぎると精神科医療に関与する患者や家族を初めとし、多くの人に精神科医療に対する不信も生みかねない。特にそれが、都道府県知事による強制的な入院である措置入院において、精神保健指定医(以下、指定医)という資格を持つ医師による判定に著しい差異が生ずれば、さらに重要な問題となろう。本研究の目的は、措置入院の決定に際し、指定医の判断を標準化するためのガイドライン案を提示し、それに対する意見を集約することにある。そのために本研究では、イ.措置診察を行った指定医のガイドライン案と措置診断書案に関する意見、措置入院制度全般に関する意見、ロ.それを受けて若干の修正を行ったガイドライン案に対する全国の精神科医療施設、精神保健福祉センター、保健所の意見を集約した。

#### イ.措置診察を行った指定医のガイドライン案に関する意見

措置入院判定ガイドラインと措置診断書案について、6 県市の 41 名の指定医から回答を得た。ガイドラインに定めた 7 項目について 8 割以上の指定医は、特に問題はないとしていた。措置診断書案については、症状欄について多数の意見があった。また、事前調査、消退届けについてもマニュアルやガイドラインの必要を述べていた。措置入院全般については、指定医の資格要件、運用にまつわる問題、医療観察法との関連など、重要な指摘が多岐にわたってなされ、その意見について、今後議論していく必要があると思われた。

#### ロ.精神科医療施設、精神保健福祉センター、保健所のガイドラインに関する意見

イの意見をもとに一部変更した措置入院判定ガイドライン(1.「ICD-10 精神および行動の障害」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 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 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 4.問題となった行為に対して、判断能力がないか、もしくは著しく低下している 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 6.精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されるか悪化が防止される 7.入院させなければ、精神症状によって自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある)に加えて、「7つの項目を満たす場合に措置入院が適切である」について、218 の精神科関連機関(精神科医療施設 104、精神保健福祉センター64、保健所 50)に送り 171ヶ所からの回答があった。その結果、各項目概ね約 8 割が特に問題はないとしていた。しかし、ICD-10 では範囲が広すぎる、判断能力の判断、治療反応性については、多くの提案が寄せられた。

本ガイドライン案は、多くの指定医や精神科関連施設から賛同が得られたと考えられるが、提案事項として上げられた意見には貴重なものも多く認められた。今後、措置入院制度の適正な運用に向けて、提案事項について議論を進めていくとともに、医療観察法の施行なども考慮し、措置入院制度とその運用に関して、モニタリングをする必要があると思われた。

## A. 研究目的

精神障害者の入院の決定に関しては、絶対的な基準はなく、入院をめぐる地域差、医師間の差異が存在する。もとよりそれは、完全に一致するのが困難なことは論を待たない。しかしそうであっても、余りにその決定の差が大きすぎると精神科医療に關与する患者や家族を初めとし、多くの人に精神科医療に対する不信も生みかねない。特にそれが、都道府県知事による強制的な入院である措置入院において、精神保健指定医（以下、指定医）という資格を持つ医師による判定に著しい差異が生ずれば、さらに重要な問題となろう。本研究は、指定医の判断の標準化のためのガイドラインの提示と、それに対する意見を集約することにある。それらを通じ、措置入院の決定に際し、指定医の判断を標準化することを目的とする。

## B. 研究方法

2005年11月から2006年1月末の間に実際に措置診察を行った6県市（宮城県、千葉県、京都市、佐賀県、熊本県、高知県）の指定医に、研究班で作成した1.措置入院判定ガイドライン案（1.「ICD-10精神および行動の障害」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 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 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 4.問題となった行為に対する判断能力もしくは責任能力がないか、著しく障害されている 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 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 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）の7項目、2.措置診断書案（吉住資料1）、3.措置入院制度全般について（事前調査、定期病状報告書、措置入院消褪届、その他措置入院制度全般）について、意見をもらった。次に、その意見をもとに一部変更した措置入院判定ガイドライン案を、2006年11月に218の精神科関連機関（国立17、自治体38、日本精神科病院協会関連49

の計104の精神科医療施設、64精神保健福祉センター、50保健所）に送り意見を求めた。

（倫理面への配慮）

本研究は、患者の個人情報に含まれていないため、特に倫理的問題は生じないと思われた。

## C. 研究結果

1.措置診察を行った指定医のガイドライン案、措置診断書案、措置入院制度全般に関する意見  
6県市の41名の指定医から回答を得た。

（1）ガイドライン案について

1）各項目に関すること（表1）（表2）

1.「ICD-10精神および行動の障害」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」について

41名中33名（80.5%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは7名であった。提案有りの意見は、

- ・「精神障害」をもう少し明確な定義をもっておきかえる必要。

- ・てんかんに関する取扱い。

- ・小児の障害やF4など、拡大解釈されるのではないか。

- ・人格障害は、責任をとってもらわなければならない。

- ・措置鑑定の際にICD-10が鑑定医の手元にな

- い。
- ・確定診断がつけられない場合があり、状態像としか判断できない時の取扱い。

- などがあ

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について

41名中36名（87.8%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは5名であった。提案有りの意見は、

- ・未遂におわった事件についてはどう考えるのか。

- ・他害行為に該当するのかが判断に迷うことがあるため、例示が必要。

- ・医療観察法との絡みもあり、行為の程度や行為の種類に基準が必要。

- ・通報された行為自体が該当しない場合でも、今後生じる可能性が高いと判断される場合は含めるべき。

などがあった。

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について

41名中39名(95.1%)が、「了解または問題ない」とし、提案有りは2名であった。提案有りの意見は、

- ・ 関連があるという範囲の明確化。
- ・ 酩酊時の場合の取扱い。

などがあった。

4. 問題となった行為に対する判断能力もしくは責任能力がないか、著しく障害されているについて

41名中34名(82.9%)が、「了解または問題ない」とし、提案有りは6名であった。提案有りの意見は、

- ・ 責任能力は、司法次元での評価。
- ・ 問題行動時と診察時に病状が増悪して判断制御能力が認められない状態に陥っている場合の取扱い。
- ・ 責任能力の評価には、指定医のトレーニングや判定のガイドラインが必要。
- ・ 本人が自分の意思で飲酒もしくは多量服薬し、病的酩酊を呈した場合。

などがあり、責任能力は司法の問題とするものが多くあった。

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について

41名中38名(92.7%)が、「了解または問題ない」とし、提案有りは2名であった。提案有りの意見は、

- ・ 「容易に再燃や悪化が予想される」か否かの判断は難しい。
- ・ 依存症関連について明確化が必要。

などがあった。

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について

41名中33名(80.5%)が、「了解または問題ない」とし、提案有りは7名であった。提案有りの意見は、

- ・ 悪化が防止されるという表現はあまり適切ではない。

・ 入院治療によってどうなるか予想がつきにくい。

・ 「認められる」を「期待できる」などへ変更した方がよい。

・ 治療可能性の問題は人格障害や知的障害、統合失調症においても現実的には容易に判断できない問題。

・ 現状では入院治療の効果が期待できないような症状であっても自傷他害の恐れがあれば入院させており、ガイドラインに明記するのであれば、そのようなケースに対してどう対応するのか決めておく必要。

などがあった。

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について

41名中38名(92.7%)が、「了解または問題ない」とし、提案有りは2名であった。提案有りの意見は、

・ 人格障害や痴呆等、入院加療による明確な治療効果が期待できない場合の取り扱いを示す必要がある。

・ 「自傷行為、他害行為」だけでなく「精神症状が悪化または持続し、日常生活能力が著しく障害されるおそれがある」など、自傷・他害から一歩踏み込むことも必要。

などがあった。

2) ガイドライン(案)についての全般的な意見

・ 問題行動に対する予測はかなり困難であり、行為の重大性、発生確率をどのように判断するか、かなり差が生ずるため、なるべく定量化出来れば良い。

・ 精神科治療の適応について病名なり症状を具体的に明言する必要。

・ 項目毎の関連では、

ICD-10に該当する精神障害は範囲が広いが、4の「判断能力の障害」である程度規定される。

6、7間で、「入院させなければ~のおそれはあるが、入院しても改善が望めない」というケースの取り扱い。

などがあった。

(2) 措置診断書案について(表1)(表3)

診断書案については、将来的に電子化を視野

に入れ、さらには統計処理を可能にし、措置診察を受けた事例を、国や都道府県レベルでのモニターを可能にすることを念頭に置いて作成した。

そして、実際に措置診察を行った指定医に使用してもらい、その後意見を求めた。

1-1「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

41名中38名（92.7%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは3名であった。提案有りの意見は、

- ・確定診断はつけられない場合、従来診断の参考欄があってもよい。

などがあった

1-2 ICD-10 欄を設けること

41名中30名（73.2%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは11名であった。提案有りの意見は、

- ・ICDが手元になればコードが書けないため工夫が必要。

- ・何桁まで書く必要があるか。

- ・てんかん関連の記載。

- ・短時間の診察であり、病状または状態でも可とする。さらにそれに関連し、入院後診断名が変わり、相手から訴訟を起こされた場合の責任。

などがあった。

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

41名中37名（90.2%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは4名であった。提案有りの意見は、

- ・診察後に、参考意見として求められる事が多い項目であるが、他の形態で入院とするか通院とするかは、個々の病院や医師で基準が乖離しており、訴訟トラブルに備えるなら、措置診断書に記載はしたくない。

- ・措置入院の要否のみが問われているため、これは不要。

- ・「医保」で済むから措置不要などといった問題のすり替えが起こる可能性がある（またはそれを促す可能性）。

- ・措置不要の場合に、選択した事によってその後の処遇が法的に規定されるものか。

- ・医療観察法ではないので通院への強制力はない。本人が通院せず殺人等を犯した場合は、どうするのか。

などがあった。

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

41名中34名（82.9%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは6名であった。提案有りの意見は、

- ・入院歴、措置入院歴がどのような意味があるのか、また記載の目的が気になる。

- ・過去の治療歴に通院歴もあればよい。

- ・職歴や支援体制が、診察時の症状欄にあるのはおかしい。

- ・職歴、支援体制は、資料参照でよい。

- ・支援体制については、いくつか選択肢があれば、わかりやすい。

- ・支援体制は必須でなくてもよい。

などがあった。

4.「問題行動」欄について

41名中32名（78.0%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは9名であった。提案有りの意見は、

- ・他害行為や他の問題行動については具体的な内容を記載するように欄をもうけてもらいたい。その他の項目を設ける必要がある。

- ・Bの今後予想される問題行動に対し、どの程度「予見性」を持たせるものなのか疑問が残る。

- ・Aの「これまで」の意味は、「今回」であると思うが、過去を遡る「これまで」なのか。

- ・不潔行為、徘徊などは不明瞭な現症。

- ・「業務妨害」を加えた方がよい。

などがあった。

5.「精神症状」欄について

41名中20名（48.8%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは20名であり、最も提案の多い事項であった。提案有りの意見は、

- ・どれも並列になっていて見にくい。以前の方が使いやすい。ラインを入れるべき。従来の様式に比べチェックする症状が少なすぎる。

- ・状態像に続く各症状を必ずチェックしなければならぬのか迷う。

- ・定期病状報告のように主たる状態を選択させるようにすると良い。

- ・「〇〇状態」の状態は不要。
- ・アルコール、覚醒剤などの後に「関連」とか「による」とかの言葉が必要。
- ・意識障害の欄は充分検討、改善すべきである。この項目に「解離」を含めるのは問題がある。
- ・「てんかん」は症状ではなく診断名。「痴呆」は言葉としてどうか。
- ・「覚醒剤」「有機溶剤」は症状ではない。
- ・急性錯乱状態を追加した方がよい。
- ・広汎性発達障害や高次脳機能障害は、全て「その他」となるが、それでよい。
- ・残遺性人格変化が、人格障害の項でよい。
- ・思路障害を記載する欄がない。
- ・精神症状なし、というチェック項目は必要か。
- ・問題行動時精神症状を診察時に判断して記載すれば良いのか。診察時には軽状又は消失している場合がかなりある。

などがあった。

#### 6. 「現病歴」欄について

41名中35名(85.4%)が、「了解または問題ない」とし、提案有りは6名であった。提案有りの意見は、

- ・陳述者の関係(続柄)、氏名などの記入欄がない。
  - ・資料から得られた情報であればその旨を記載出来るようにした方がよい。
  - ・それぞれの情報入手先を記載するのは困難なので、記載する意味がない。
  - ・要求が過多で、書ききれない。
  - ・本人、家族、行政職員など、いろいろ陳述される。短時間の診察で何が真実かを曖昧にしたまま、現病歴を書かざるを得ないことがある。添付書類資料をもっと整理するなど、責任の所在をはっきりさせるものが必要ではないか
- などがあった。

#### 7. 「診察時の症状」欄について

41名中37名(90.2%)が、「了解または問題ない」とし、提案有りは4名であった。提案有りの意見は、

- ・要求過多で書ききれない。
- ・もう少しスペースが広いと良い。
- ・支援体制は、措置入院の可否の判断に影響はないのではないか。
- ・記載項目が多すぎる。診察時間が限られてい

るので、精神・身体所見と措置入院要否だけでよい。

などがあった。

#### 8. 書式(案)全体についての意見

- ・備考欄をもう少し大きくしてもらいたい。また、参考意見など記入出来るような部分もあるとよい。
  - ・措置不要の場合の処遇が盛り込まれてよかったと思うが、この指示はどの程度の強制力を持つものかを明確化させる必要がある。
  - ・受診者の住所の郵便番号や診察所要時間は不要。
  - ・記載内容の不明な場合の記載方法を示してほしい。
  - ・自由記載ができるスペースを確保してもらいたい。
  - ・現病歴、診察時の症状は、おおよそ何文字で記載されることを期待しているのか。プリントの場合は12ポイントでは、かなりの文字数である。家族歴から始まり何から何まで記載するのは困難。
  - ・国籍を書く欄も必要な時代。
  - ・生年月日の欄で元号又は西暦を選択する際、若干混乱した。
  - ・措置入院に関する診断書はどこまで法的な力があるのか。
- などがあった。

#### (3) 措置入院制度全般について(表4)

##### 1. 措置入院の診察に関する事前調査について

- ・事前調査マニュアル(ガイドライン)及び事前調査票や、保健所などにわかりやすいマニュアル、手引書のようなものも必要。
- ・調査結果のデジタル化を試みてほしい。
- ・詳細な生活歴があれば良いが不十分な場合も見られる。短期間で調査されるため仕方がないのか。
- ・事前調査で情報が多いと診断をつける際にとても役に立つ。
- ・支援体制についてもこれまでよりも詳しく調査することが必要。
- ・病歴・既往歴など診察医へ早めの情報連絡があればよい
- ・都道府県ごとに事前調査の様式がバラバラ



であり、一定の基準は必要。

- ・行政関係者や警察関係者の無責任な対応に非常に不満を感じたことがある。

- ・24条の「発見」という記述が警察庁に誤解釈されて、保護下でない「発見通報」で事前調査をせざるを得ない事例が増加している。この点を取り上げて欲しい。

- ・簡易鑑定の内容に疑問を感じるものがしばしばある。

- ・措置診察は、極力、警察の保護状況下で診察という形をとるのが望ましい。

## 2. 措置入院者の定期病状報告について

- ・この措置入院の要否に関する診断書に準じて変更すべき。

- ・措置入院が1年以上続けられること自体がまれであり、問題も大きい。様式も全く変更し措置を打ち切れない理由を中心に記述させ、全例、審査委員会が面接調査を実施した方がよい。

- ・今後の治療方針、処置の方向性について、治療の経過や、改善度がわかるようなものがほしい。

- ・何らかの形の簡略化を図って欲しい。

## 3. 措置入院消褪届について

- ・症状消褪に判断についても入院判定のガイドラインに応じた基準で行なうべきか。ただ入院環境で行動を予測することはかなり困難。

- ・どういうポイントを押さえるべきか、というマニュアルでもあれば、(要措置の逆のバージョンみたいになるが)とも思う。

- ・指定医2名の診察が必要としてはどうか。

## 4. その他、措置入院制度全般への意見

ここでは、自由記載を分類したものを示す。

- ・(診察の際の問題)診察時に全く陳述して頂けないケースがあったりして、判断に迷う事がある。

- ・(医療保護入院との関連)通報など行なわれず医療保護入院したケースの中にはガイドラインにかなり一致するものが含まれる。状況によると思われるが、措置制度により緊急かつ嚴重に対応しなければならないような事例を明確に区別出来るようにすべき。

- ・(指定医に対する研修会)精神保健指定医の27条診察に関する、研修会が定期的であればよい。

- ・(指定医の資格)指定医の資格条件の中に措置に関する診察を一定数以上、定期的に行なうこと、という条項を加えるべき。

- ・(指定医の資質)指定医の判定にばらつきが多いのは措置患者をきちんと治療した経験をもたない指定医が措置診察を行なっていることにもよると考える。

- ・(指定医の判断)人格上の問題については鑑定医間でバラツキが多い

- ・(指定医診察への国公立病院の関与)入院先となる病院の医師が診察するのは民間病院では問題がある場合もあると思うが、精神科医療センターや国立精神・神経センターのように公的機関であり、かつ多くの指定医が在職している組織は行っても良いとするのが、現状では妥当ではないか

- ・(措置入院制度の運用・外国人)患者への説明の文については、英語、中国語ぐらゐは用意しておいて欲しい。

- ・(措置入院制度の運用・単身者等の事例)単身、貧困、薬物、不法滞在の措置決定が多い。精神症状の軽重によらない。

- ・(措置入院制度の運用・人格障害等)人格障害、発達障害及び、関連障害、パラノイアのいわゆるグレーゾーンに関するガイドラインの作成が今後は必要。

- ・(措置入院制度の運用・厳密化への疑問)措置入院の判定については厳密化できないし、また、あまり厳密にすると運用が難しくなり、多様な患者層に対応できなくなる。このファジーさがむしろ良い。しかし、法の基本的な骨格は崩すべきでない。

- ・(措置入院の運用)現行制度の指定医2名、措置鑑定で良い。今迄何ら不都合なく行えた。

- ・(措置入院制度の運用・入院先)2次診察を入院先の病院の指定医にさせるという便法は行なってはならない。

- ・(措置入院制度の運用・情報)措置診察に使った情報が治療を始める病院にまわされない。

- ・(措置入院の運用・仮退院)金銭的に困窮している患者が少なからず存在しているため、仮退院の状態での通院医療費の公費負担の期間を延長してほしい。

- ・(措置入院の運用・仮退院)仮退院の期間が

6ヶ月以上必要なケースが多いように思われ、診察後、延長が出来るようなシステムがあればいい。

- ・（措置入院制度の運用・措置解除の基準）長期に渡り措置解除が出来ない例もあり、措置解除の基準についても同様に明確にしてほしい。
- ・（措置入院制度の運用・治療継続のシステム）同一症例を複数回診察することがある。治療継続できるようなケースごとの検討が必要。
- ・（措置入院の運用・ダイバージョン）措置診察にて「措置入院は不要」から「精神科医療は入院通院とも不要」となった際に、警察官、検察官に差し戻す制度が必要。
- ・（措置入院の運用・ダイバージョン）刑務所に戻さず、更生施設にも適応できず、このような症例を措置入院という選択をせざるを得ないことに多いに疑問を感じる。
- ・（措置入院制度の運用・治療のフィードバック等）措置の診察医と、治療医が原則的に違うので、治療の結果のフィードバック、あるいは措置診察の所見のチェックができるようなシステムが必要。
- ・（医療観察法との関連）基準4の「心神喪失及び耗弱」を含めることに賛成であるが、そうすると医療観察法との関連が問題になり、措置入院と医療観察法による入院との線引きをどこにするかが今度は問題となってくる。
- ・（医療観察法との関連）観察法の運用をみていると措置の位置付けなどが、どう変化していくのか気になる。
- ・（医療観察法との関連）医療観察法と措置入院との境界が、重大な犯罪というやや曖昧なものであることに戸惑いがある。
- ・（医療観察法との関連）自殺目的での自宅への放火などは観察法の対象になると思われるが、措置入院制度で取り扱う方が適切と思われる。新法との関係についての議論が不十分である。
- ・（医療観察法との関連）明らかに医療観察法の適応が妥当と思われたが、措置入院となったケースがある。医療観察法と措置診察との、もっと明確なガイドラインが必要。

2.精神科医療施設、精神保健福祉センター、保健所のガイドラインに関する意見（表5、6、

7)

218の精神科関連機関のうち171カ所からの回答を得た（国立10、自治体27、日本精神科病院協会関連35の計72の精神科医療施設、54精神保健福祉センター、45保健所）。回答率は、78.4%であった。以下、各項目についての回答と、自由記載についてまとめる。尚、各項目で回答数に差があるのは、その項目についての記載がなかったためである。

1.「『ICD-10 精神および行動の障害』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」について

140施設中121施設（86.4%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは19施設であった。提案有りの意見は、1-1にある指定医の意見と重複していたが、

- ・ ICD-10を好まない医師は協力しにくい。
- ・ 医療観察法でも対象外とされるDSM-IV第2軸の人格障害、精神遅滞を対象にするかどうかについては議論の余地がある。
- ・ 「精神障害があるか」ではなく、「精神障害があり」との表現が適切。
- ・ これをICD-10に限定すると、DSMが重視する文化剥奪現象が入らなくなる。

などがあつた。

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」について

141施設中126施設（89.4%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは15施設であった。提案有りの意見は、1-2にある指定医の意見と重複していたが、

- ・ 現状の措置運用で自傷行為は適切に運用されていない。その点に関しての再考を要す。
- ・ 「または、その発生を強く予測させるものである」を追加。
- ・ 行った行為の責任に関しては、同時平行して司法的手続きも行われる事が必要なケースもある。そこを司法側に理解して頂きたい。
- ・ 措置診察において、7項目がすべて認められる場合というより、2項目が最も重視されると思う。
- ・ これだけ読むと、「おそれ」は対象外ととれる。

・指定医であっても「自傷他害または他害行為」の指し示すところが解されないことがある。冊子P11の(12)のような解説を添付してはどうか。

・自傷他害自体の定義の明確化が必要。  
・問題となった行為が、他害行為でなくても、「他害行為のおそれ」につながるような行為であれば、どうするか。

などがあつた。

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」について

139 施設中 126 施設 (90.6%) が、「了解または問題ない」とし、提案有りは 13 施設であつた。提案有りの意見は、特に「関連がある」の表現を巡るものが多くあつた。

・「関連がある」では包括的すぎるのではないか。「関連」の前に「著しく」「大いに」「少なからず」「密接な」等の形容詞をつけて、ほとんど関連のないものまで含まれないように配慮すべき。

・「精神症状」ではなく「精神障害」が適当。  
・「関連が大きいと推定される」程度の方がよいのでは。「関連がない」とは言いにくい。単に「精神症状」では広すぎるのではないか。

・重症の統合失調症患者が、幻聴妄想等の異常体験に基づかない他害行為を行った場合、「関連がある」に含まれるのか。当然措置に該当すると思われる。

・短時間の、一回だけの措置診察で判断できない場合を、どのようにするか基準が示されれば有り難い。

などがあつた。

4. 「問題となった行為に対する判断能力がないか、著しく低下している」について

139 施設中 120 施設 (86.3%) が、「了解または問題ない」とし、提案有りは 19 施設であつた。提案有りの意見は、

・判断する基準、根拠はどうか。それを示す必要。

・この項目を入れたねらいは何なのか。

・自傷の場合は、あてはまらないかもしれない。それは、精神保健法で対処すべきか迷うこともある。

・あまり判断能力が低下していなくても、措置入院を考えるべきこともあろう。

・判断能力を検討するのは短時間では困難。

・「問題となった行為を行った時点」と「措置診療の時点」とで判断能力評価を分けなくてよいか。

・人格障害の人を措置入院させる場合、この基準ではほとんどの人が入院は難しくなる。別の基準が必要。

・「もしくは行動制御の能力が低下している(判断能力がある場合でも)」を追加。

・判断能力があっても精神病症状が認められる事例もあり、司法的手続きと医療的手続きが同時平行されるのが理想な場合がある。

・判断能力に関する記述は精神保健福祉法にはないことから、ガイドラインに盛りこんだことは適当とは思われない。例えば、精神障害はあるものの、判断能力があるため、措置不要というケースまで本ガイドラインが決めても良いものか。

・刑法上の心身喪失、耗弱と同義の項目は措置入院の要件にはならないのか。「十分な判断能力を要さない」あたりが妥当か。

・「問題行為が起きた時点か、診察時か」を、考えなくてもよいのか、例えば衝動性によって行った行為について診察時には判断できても、また抑制できずに将来起こりうることもあるのではないか。

・判断能力があるかないか、低下しているかは、医師による解釈の差があり、この項目を必要条件に入れることは問題が生じるとされる。

・「判断能力あるいは制御能力」としてはどうか。

・法に書いてあることだけでよい。

などがあつた。判断能力評価の困難さや基準を示すべき、また司法に戻すシステムが必要との意見が多くあつた。

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」について

139 施設中 129 施設 (92.8%) が、「了解または問題ない」とし、提案有りは 10 施設であつた。提案有りの意見は、

・判断は困難である。拡大解釈によっては予防拘禁につながるなどの懸念。

・軽快または消失している場合は、保護者の同意が得られるならば、医療保護入院とし、保護者の同意が得られなければ、措置入院とする考え方もある。

・「もしくは密接に関連した精神障害」への変更が適当。

・狭く解釈されるおそれがあるので削除すべき。

・短時間の診察において、再燃や悪化の予想は難しい。

・「精神症状が消失している」場合でも、措置入院該当とするのか。期限付の方がよいのでは。

・「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」とは、具体的にはどのような場合か。

などがあった。

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」について

137 施設中 113 施設 (82.5%) が、「了解または問題ない」とし、提案有りは 24 施設であった。提案有りの意見は、

・医療観察法による鑑定においても問題になる点の1つであり、判断基準は曖昧。

・措置の診察時に「精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されるか悪化が防止される」との判断（予見）をすることは一般には困難。

・人格障害や知的障害の判断は分かれる。

・治療反応性として、「精神症状の改善が期待される」でいいのではないか。

・重度の知的障害者、自閉症者の場合の取扱い。

・改善見込みはなくても他の1～7の要件を満たしておれば、とりあえずは措置該当とせざるを得ない。

・他の条件を満たした場合、措置入院されており、6まで絶対条件として考えて、措置入院させたことはない。

・入院治療効果のない人格障害患者についての受け皿が必要。単に非該当にしてよいという問題ではない。

・「精神障害の改善」への変更が適当と思われる。

・狭く解釈されるおそれがあるので削除すべき。

・入院を判断する時点で、改善は期待されないが、悪化は防止できるという状況が想定できない。

・器質性精神障害、慢性の統合失調症の一部、妄想が頑固なものは、改善されるかどうか判断に困ることも多い。

・この項目の必要性については、難しい問題。医療側が受け入れを拒否したい際、恣意的に運用されてしまう可能性がある。

・治療反応性は入院後のことなので、措置入院判定基準に入れることは不適當。

・精神症状の改善が期待されず、悪化が防止されなくても、措置の入院継続が必要な場合あり。

・入院治療によっても改善されず、悪化する恐れがあればどうするか。この項目はいらぬ。

・現在の精神科の治療で治らないものは医学的に外すというのは乱暴。

・治療効果はやってみないとわからないケースがある。

・「合理的な対応が可能となる」を入れるのはどうか(知的障害、発達障害の一部を想定した)。

などがあった

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」について

138 施設中 128 施設 (92.8%) が、「了解または問題ない」とし、提案有りは 10 施設であった。提案有りの意見は、

・保安処分を恐る医師もいた。

・入院以外の方が適切(優先的)なこともある。

・今はないが、入院させないと引き起こすと取れるので、引き起こすでなく、繰り返すが適当。

・「入院させなければ精神障害によって」へ変更が適当。

・おそれの程度については、「おそれが高度に予想される」と記載すべき。

・警察側の圧力があり、家族からの圧力があって、「おそれ」になることを防ぐことが必要だと思う。警察が「もう落ち着いているから」と考えている時に、「該当」という判断を出す場合もある。

・6と7とは同時に見ることが困難な場合があり得る。

・「精神症状」では広すぎる。  
・いわゆる通院（投薬）で可能な程度であるなど、入院が必要ない場合、もしくは司法（刑事）の方が良いと思われる場合の対応を明示されたい。

などがあった。

8.「7つの項目を満たす場合に、措置入院該当と判定することが適切だと考える」について

137施設中105施設（78.8%）が、「了解または問題ない」とし、提案有りは32施設であった。提案有りの意見は、

・措置入院該当と判定するのは診察を担当した指定医が総合的に判断するものとする。

・1、4、5、6、7の表現は変更の必要がある。

・1、2、3、7を満たせば充分と考える。

・4、6は抜いて5項目にしたい。

・行為が精神症状に基づくものであること。治療も必要性があること。行為を引き起こす可能性が高いと思われること。以上の3点は必須と思うが、他の項目の判断は難しい場合もあるのではないかと。

・2項目にかかる要因として他項目を考える。

・6を満たさないケースについては問題となる。

・4、5、7のみで充分。

・提案した条件を満たす場合に限定する。

などがあった。

9.ガイドライン（案）全般について

・自傷他害行為の解釈に、指定医間に隔りが見られることから、この定義を細かくチェックの要あり。

・司法関係者の意見がどうであるか聞きたい

・措置引き受け後に自分自身が措置入院に疑問を生じ、患者さんも不服（退院請求）を申し出、非常に困惑した経験がある。

などがあった。

## D. 考察

措置入院の基準に関しては、「措置入院決定の基準 精神保健福祉法第28の2の規定に基づく厚生大臣の定める基準」があるが、判断の標準化に向けたガイドライン等は、具体的には示されていない。

それも影響してか、現状では、知事の命令による入院と言う最も強制力の強い本入院制度においても、新規措置入院患者数に地域差があること等が指摘されている。また、その地域差が存在することに関しては、さらに、ローカルルールが存在、指定医個人個人の判断のばらつき等も指摘されている。そしてその要因の分析と問題解決のため、全国精神医療審査会連絡協議会においてもこのテーマで議論が進んでいるが、未だ十分な解決策は見いだし得ないでいる。

本研究は、指定医の判断の標準化を進めていくことを目的としている。そのために、措置判定を行う際に指定医の判断がいかになされるかを、患者側の様々な要因と措置決定との関連を分析し、統計的な指標を用い指定医の判断の過程を示した<sup>1)</sup>。また、本報告書においても決定木に基づく分析結果を示した。さらに、都道府県や政令指定都市レベルで、指定医の判断の標準化も目的として指定医を対象とした研修会等を実施しているかを調査した<sup>2)</sup>。

それらをふまえて今回の研究では、措置判定のためのガイドライン案の7項目を示し、まず措置診察を行った指定医に提示し、指定医の意見を参考に一部変更したもの（項目4の責任能力を削除、さらに「著しく低下」と表現を改めた。項目6を「改善が期待される」に変更）と、7つの項目を満たした場合に措置該当とする項目を加えた計8項目を精神科関連施設に提示し意見を集約した。それに加え措置診察を行った指定医に対しては、今後措置入院制度をモニタリングしてゆく際に重要となり、さらに電子化も見据えた措置診断書案も作成し、それへの意見や措置入院全般に対する意見もまとめた。

### 1. ガイドライン案について

各項目に対し、措置診察を行った指定医と精神科関連施設とも、精神科関連施設の項目8の「7つの項目を満たした場合に措置該当とする」を除き、全て8割以上が「了解しました。提案はない」との回答であり、大方の賛同が得られたと判断された。しかし一方、項目1と6については、他の項目に比して、「提案有り」との記載が多くその点については、以下で考察をする。

#### 1. 項目1：精神障害者をICD-10の範囲とする

この点に関する意見は、1. ICD-10 では範囲が広すぎる、2. ICD-10 の習熟、3. 何桁表示とするか、4. 状態診断とせざるを得ない場合の取扱い、5. Gコード（てんかん関連）の取扱いに、まとめられる。

範囲については、F6、7、8、9 については、項目4の「判断能力」や項目6「治療可能性」とも絡み、狭めるべきとの提案が見られた。しかし、現行の精神保健福祉法においては、法5条の定義にあたるものが精神障害者とされ、精神障害者であれば措置入院の対象とされるという構造がある。この点については、日本精神神経学会<sup>3)</sup>においても、法改正の提言において定義についてふれ、「福祉、医療、強制入院の法の対象者は、それぞれの局面において、厳密に規定されるべきである。但し、対象精神障害を疾患名で区分することは現実には困難であり、状態像で規定することとする」と、述べている。だとすれば、今後はいかなる状態を措置該当とするのか、あるいは、状態像とICD-10との関連など、整理していく必要がある。

ICD-10の習熟などについては、現在自立支援医療の書類などはICD-10も記載するようになってきているが、例えば提案にもあった措置診断書の裏にICD-10の項目を印刷するや資料を準備する必要がある。さらに、桁数の問題については、今後の課題であるが、措置入院の運用をモニタリングする際の必要性も考慮し、状態像でしか判断できない場合でも、最低限2桁表示（例えば、F2など）が必要となろう。

## 2. 項目2：問題行動の自傷他害への該当

この点については、1. 自傷行為の範囲と取扱い、2. 他害行為の範囲、3. 未遂事件への対応が意見として上げられていた。これについては、法28条の2の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準（昭和63年4月8日厚生省告示第125号）に規定されており、他害行為については、「原則として刑罰法令にふれる程度の行為」とされている。しかし、医療関係者が必ずしも刑罰法令に精通しているとは言い難く、司法と医療との連携・交流は今後さらに重要となろう。

## 3. 項目3：問題の行為と精神症状の関連

この項については、措置診察を行った指定医、精神科関連施設とも9割以上が「了解した。問

題ない」と回答していた。一方提案は、1. 関連の程度、2. 「精神症状」との記載が不適切との意見があった。しかし、関連の程度については、強い関連（著しく、大いになど）を示唆する表現とすべきとの意見と、診察の場面で「関連がないとは言い切れない」との指摘もあった。

## 4. 項目4：判断能力がないか、著しく低下

この項目については先にもふれたが、当初「判断能力と責任能力」の両者を記載していたが、診察に当たった指定医の提案で、責任能力の判断は司法領域の問題との指摘があり、精神科関連施設の調査では削除した。また、法28条の2基準では、判断能力に言及した表現はなく、今回の提案でもこの項目は不要との意見もあった。一方、1. 判断能力の判定の困難さと基準の必要性、2. 人格障害の入院適応、3. 行為時と診察時のタイムラグ、4. 制御能力への言及も、提案で示されていた。松下<sup>4)</sup>は、判断能力＝同意能力とみる見方があり、それに対し疑問もあることも指摘しつつ、「同意能力とは、概ね平均的な義務教育修了程度の知的機能に基づく、少なくともある程度合理的な意思決定をなし得る能力であり、精神医学的には自己の病とその程度、及びそれにより生じる問題について現実検討できる能力」との基準を、1991年の厚生科学研究の成果として引用している。これらを、参考にしつつ「判断能力」の判断の基準を考慮していくことは、重要な問題となろう。

## 5. 項目5：精神症状の持続や易再燃性

この点については、拡大解釈の可能性や持続のみを措置の要件とする意見がみられた。

## 6. 項目6：治療反応性

この項目は、指定医41名中7名、施設調査でも137施設中24施設が提案有りとし、最も多く提案がなされた事項であった。提案の中には、1. 判断の基準があいまいとするもの、2. 措置診察の場面での判断は困難との指摘、3. 具体的な疾患名を上げその疾患への具体的対応策の不備を述べたもの、4. 狭く解釈される危険性を含め治療の場から排除するための方便ではとの意見、5. 他の項目で充分でありこの項目は不要と述べたものまであった。また医療観察法に関連しての意見も見られた。治療反応性は、医療観察法の鑑定でも重要な項目となっている。これは、

医療観察法では、医療の目的が、「病状の改善及びこれに伴う同様な行為の再発の防止を図り、もって社会復帰を促進する」とされ、病状の改善が明確にうたわれていることにもあると思われる。一方、措置入院については、法 28 条の 2 の基準を見ても、治療反応性に言及したものはない。

#### 7. 項目 7：入院による自傷他害の防止

これについては、表現の方法（高度なおそれなど）にいくつか提案がなされていた。

#### 8. 項目 8：上記 8 項目の該当

7 項目を満たした場合に限定するとするものから、項目数を減らすべきとの意見、指定医の判断にゆだねるべきとするものまでであった。

### 2. 措置診断書案について

診断書案については、「精神症状」欄以外は概ね 8 割程度で、「了解。問題無し」との回答であった。「精神症状」については多くの意見があり、診断名記載と同様に状態像記載で充分ではとの意見が見られた。また、問題行動については「これまで」は、どこまで遡るのか、今後の予想は、どの程度「予見性」を持たせるものなのかなど、記載の際の判断基準にまで意見があった。また、この診断書の法的位置づけと絡んで、記載内容の強制力（特に、「措置不要の場合の医療の要否についての意見」の項目）に対する疑問もあった。今回出された意見を待つまでもなく、措置診断書は 2006 年に若干の改訂がなされた。今後、記載に関するマニュアル等を充実させるとともに、措置診断書は貴重なデータベースになりうることも考慮に入れて、個人情報保護を念頭に置きつつ、電子化の方策も考えていく必要がある

### 3. 措置入院制度について

措置入院の診察に関する事前調査については、その充実を希望する声が多く、事前調査マニュアル、手引書のようなものが必要で、それによって都道府県ごとの様式が一定となるとしていた。この点については、本研究班で竹島が今回の報告書でも、事前調査の様式とマニュアルについての研究結果を報告した。

措置入院者の定期病状報告については、特に長期措置入院の問題にふれ、様式も変え措置を

解除できない理由を中心に記述させる必要がある、治療の経過や、改善度がわかるようなものがほしいとの意見があった。

措置入院消褪届については、症状消退に判断についてのガイドラインやマニュアルの必要性、さらには、運用に関し指定医 2 名の診察としてはどうかとの意見があった。前者についても、本研究班で浦田が研究し、今回の報告書で報告した。

また措置入院制度全般への意見では、「発見通報」の問題、診察の際の問題（警察の保護下で実施など）、医療保護入院との関連、指定医に対する研修会の必要性、指定医の資格要件、指定医の資質、指定医診察への国公立病院の関与、外国人・単身者・人格障害等への対応、入院先の選択、情報の必要性、仮退院、措置解除の基準、治療継続のシステム、ダイバージョン、治療結果のフィードバック、簡易鑑定の内容への疑問、医療観察法との関連など、多岐にわたり、一つ一つが重要な問題であり、今後の議論が必要と思われた。

## E. 結論

本研究の目的は、措置入院の決定に際し、指定医の判断を標準化するためのガイドライン案を提示し、それに対する意見を集約することにある。そのために本研究では、イ. 措置診察を行った指定医のガイドライン案と措置診断書案に関する意見、措置入院制度全般に関する意見、ロ. それを受けて若干の修正を行ったガイドライン案に対する全国の精神科医療施設、精神保健福祉センター、保健所の意見を集約した。

イ. 措置診察を行った指定医のガイドライン案、措置診断書案、措置入院制度全般に関する意見

措置入院判定ガイドラインと措置診断書案について、6 県市の 41 名の指定医から回答を得た。ガイドラインに定めた 7 項目について 8 割以上の指定医は、特に問題はないとしていた。

措置診断書案については、症状欄について多数の意見があった。

措置入院制度については、事前調査、消褪届けについてもマニュアルやガイドラインの必要を述べていた。また、措置入院全般については、

指定医の資格要件、運用にまつわる問題、医療観察法との関連など、重要な指摘が多岐にわたってなされ、その各意見を今後議論していく必要があると思われた。

ロ.精神科医療施設、精神保健福祉センター、保健所のガイドラインに関する意見

イの意見をもとに一部変更した措置入院判定ガイドライン(1.「ICD-10 精神および行動の障害」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 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 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 4.問題となった行為に対して、判断能力がないか、もしくは著しく低下している 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 6.精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されるか悪化が防止される 7.入院させなければ、精神症状によって自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある)に加えて、「7つの項目を満たす場合に措置入院が適切である」について、218の精神科関連機関(精神科医療施設104、精神保健福祉センター64、保健所50)に送り166カ所からの回答があった。その結果、各項目概ね約8割が特に問題はないとしていた。しかし、ICD-10では範囲が広すぎる、判断能力の判断、治療反応性については、多くの提案が寄せられた。

本ガイドライン案は、多くの指定医や精神科関連施設から賛同が得られたと考えられるが、提案事項として上げられた意見には貴重なものも多く認められた。今後、措置入院制度の適正化に向けて、提案事項について議論を進めていくとともに、医療観察法の施行なども考慮し、措置入院制度とその運用に関するモニタリングが必要と思われた。

## 文献

1) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 精神保健指定医の措置入院の要否判断に影響する因子の影響度について. Pp49-61 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援

に関する研究. 平成17年度総括・分担研究報告書. 2006

2) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文: 都道府県・政令指定都市における精神保健指定医に対する研修会の実施状況について. Pp62-71 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成17年度総括・分担研究報告書. 2006

3) 日本精神神経学会: 精神保健法見直しに向けた提言, 精神経誌, 93, 1331-1335. 1991

4) 松下正明: 司法精神医学における医の倫理—精神科医療の立場から. 松下正明(総編集). 司法精神医学1 司法精神医学概論. Pp318-337. 中山書店. 東京. 2006

## 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

2007年第103回精神神経学会総会にて発表予定

## H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし



表1 指定医のガイドライン案、診断書案についてのアンケート結果

質問事項		回答内訳			
1 ガイドライン(案)各項目の適否について		了解・問題ない	提案有り	記載なし	計
1(1)	「ICD-10 精神および行動の障害」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	33	7	1	41
1(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	36	5	0	41
1(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	39	2	0	41
1(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	34	6	1	41
1(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	38	2	1	41
1(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	33	7	1	41
1(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	38	2	1	41
2 診断書(案)について		了解・問題ない	提案有り	記載なし	計
2(1)	「主たる精神障害・従たる精神障害・身体合併症(診断名)」欄	38	3	0	41
2(2)	このうち、ICD-10欄を設けること	30	11	0	41
2(3)	「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	37	4	0	41
2(4)	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	34	6	1	41
2(5)	「問題行動」欄について	32	9	0	41
2(6)	「精神症状」欄について	20	20	1	41
2(7)	「現病歴」欄について	35	6	0	41
2(8)	「診察時の症状」欄について	37	4	0	41

表2 指定医によるガイドライン(案)への提案事項

	提案事項
<p>1 「ICD-10 精神および行動の障害」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</p>	<p>「精神障害」をもう少し明確な定義をもっておきかえることができないか。例)意識、知識、思考等の精神機能の持続的かつ著しい障害など。</p> <p>てんかんによるもうろう状態、非痙攣性発作重積状態、精神病状態の扱いを明確にした方が良い。</p> <p>てんかん、てんかん性精神病の扱いはどうするのか。</p> <p>ICD-10には小児の障害やF4カテゴリーの中に措置対応にそぐわない障害も多々含まれる。ときに拡大解釈されるのではないか。</p> <p>人格障害は治療できるものではなく、責任をとってもらわなければならないものとする。</p> <p>措置鑑定の際にICD-10が鑑定医の手元に用意されるのか。ICD-10に準じた病名を要するのか。</p> <p>数時間の診察では確定診断がつけられない場合があり、幻覚妄想状態、躁状態としか判断できない時はどうするのか。</p>
<p>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</p>	<p>項目自体は特に問題ないが、問題行為の途中で発見され、たまたま未遂におわった事件についてのコメント等どこかにあれば良い。</p> <p>他害行為に該当するのか判断に迷うことがある。ある程度例を挙げて統一見解を示してもらいたい。</p> <p>行為の程度や行為の種類に基準がないと判断に迷うことも起こりやすい。(医療観察法との絡みもある)。</p> <p>通報された行為自体が該当しない場合でも今後生じる可能性が高いと判断(二人の指定医により)される場合は含めるべき。</p> <p>問題行動があるも事前に抑止され未遂に終わった場合はどうするのか。</p>
<p>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</p>	<p>酩酊時には、決まって家族に対する暴力や包丁を持ち出す等の行為があるにも拘らず、診察時にはアルコールが抜けており、措置不要となったが、翌日に殺人を犯してしまったケースがある。</p> <p>関連があるという範囲を少し明らかにした方がわかりやすい。</p>
<p>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</p>	<p>この事については、当然推測しているが、あくまでも司法次元(稀に、措置診察時にこの事を司法関係者から問われる場合があるがノーコメントにしている。)での評価であり、また問題行動時に責任能力(当然何らかの精神症状が関連していることを伴っている)が認められる状態であっても、診察時に病状が増悪して判断制御能力が認められない状態に陥っている場合には、自傷なり他害の恐れがあると判定する場合もあり得るので、参考項目として、絶対的基準から外しても良いのではないか。</p> <p>責任能力の評価には診察時間の問題、指定医のトレーニングも必要。</p> <p>責任能力に関しては、簡易鑑定をすべきか。(司法の専断事項か)。</p> <p>これを理由に措置の有無を考えるのは難しいのではないか。</p> <p>責任能力については、医学的に判断可能かよくわからない。判定のガイドラインが欲しい。</p> <p>本人が自分の意思で飲酒もしくは多量服薬し、病的酩酊を呈した場合はどうするのか、本人の記憶が欠落している場合はどうするのか。</p> <p>提案ではないが、人格障害圏の時、悩む。</p>
<p>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</p>	<p>提案ではなく感想であるが、精神症状の程度の判定や時間軸の問題とも関連して「容易に再燃や悪化が予想される」か否かの判断は難しく、7項目中この項目の判断が最も難しいと感じる。</p> <p>時間的な問題あると思うが良い案と思う。</p> <p>「容易に」ということが、治療をしなければ、とか入院医療を受けなければという規定が必要。次(6)にも関連。</p> <p>依存症関連について明確にして欲しい。例えばギャンブル依存で窃盗、サギを繰り返すケースはどうするのか。</p>

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	通常の入院でも基本的には症状の改善が目的であり、本来の入院目的である(7)だけでも十分かもしれない。しかし(7)が防止目的で入院させる理由にされる危険もあり、設ける必要があるのかもしれない。
	悪化が防止されるという文句はあまり適切ではないように思われるが、改善だけでは難しいか。
	これについては言及する必要はない。(入院治療によってどうなるか予想がつきにくい、法は人格障害を含めている、の2点がその理由)。もし言及が必要なら法改正を要する。
	痴呆の場合は少し引かかる。
	「認められる」を「期待できる」などへ変更した方が良い。
	治療可能性の問題は人格障害をどう捉えるかという問題に関連してくるが、一方で、知的障害、統合失調症においても現実的には容易に判断できない問題と考える。従って「治療可能性」を措置の要件にするのは難しいのではないか。
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	現状では入院治療の効果が期待できないような症状であっても自傷他害の恐れがあれば入院させている。はっきり上記のようにガイドラインに明記するのであれば、そのようなケースに対してどう対応するのか決めておかなければならない。
	人格障害や痴呆等、入院加療による明確な治療効果が期待できない(もしくは難しい)場合の取り扱いについて上記(6)を含め、示してほしい。
	入院させなければ、の次に「精神症状によって」を加える。
8 措置入院判定のためのガイドライン(案)について意見	「自傷行為、他害行為」だけでなく「精神症状が悪化または持続し、日常生活能力が著しく障害されるおそれがある」など、自傷・他害から一歩踏み込むことも必要。
	問題行動に対する予測はかなり困難であり、行為の重大性、発生確率をどのように判断するかかなり差が生ずる。この点をなるべく定量化出来れば良い。
	精神科治療の適応について病名なり症状を具体的に明言してもらいたい。
	ICD-10に該当する精神障害は範囲が広いが、(4)の「判断能力の障害」である程度規定される。
	(6)、(7)間で、部分的に食い違いのでくるケース(例えば「入院させなければ～のおそれがあるが、入院しても改善が望めない」というケースの取り扱いについて、どうすればよいかわからない。

表3 指定医による措置診断書(案)への提案事項

	提案事項
1-1 「主たる精神障害・従たる精神障害・身体合併症(診断名)」欄	<p>器質性精神障害でも、診察時は、幻覚妄想状態を呈することもある。確定診断はつけられない(特に初発の場合)。</p> <p>従来診断の参考欄があってもよい。(てんかん性精神病、非定型精神病 など)。</p> <p>ICDに準じた病名である必要があるのか。</p>
1-2 このうち、ICD-10欄を設けること	<p>ICDが手元になければコードが書けない場合もあるのではないかな。</p> <p>3桁は書けると思うが5桁は困難。F20は精神分裂病と書いたほうが良いのか統合失調症と書いたほうが良いのか迷う。</p> <p>ICD-10のガイドラインのハンドブックを持ってきてもらえるとありがたい。</p> <p>てんかん性精神病、もうろう状態、非痙攣性重積状態の表現の仕方を明確にして欲しい。</p> <p>ICD-10の記入の桁数について、5桁すべての記入は難しいときも多いと思う。最低何ケタまで書くかというラインは。</p> <p>ICDを小数点以下も含めて書かせることは難しいのではないかな。また紙の裏面などにICD-10のコード一覧をつけてほしい。</p> <p>下位項目はどこまでつけられればよいか、明示してもらいたい。</p> <p>ICDコードを何桁にするのか。あまり細かすぎると診察時に特定しづらい。</p> <p>現場での書類作成に当たって常にICD-10コードを携帯しておかなくてはならなくなる。</p> <p>ICD-10の欄があることには異論はないが、1時間前後の診察でICDコードを判定することが可能かどうか少し疑問。(Scなどは何とかかなと思うが)。</p> <p>措置診察の時間では、ICD-10の診断が不可能な場合もあり、病状または状態でも可とする。</p> <p>器質性精神障害でも、診察時は、幻覚妄想状態を呈することもある。確定診断はつけられない(特に初発の場合)。この理由から、ICD-10は必要ないと思う。入院後診断名が変わり、相手から訴訟を起こされた場合は誰が責任をとるのか。</p> <p>部分的に疑いもしくは状態像診断を取り入れてはどうか(例えば覚せい剤による精神病性障害が疑われるが、尿検査など使用の証拠があきらかでない場合など)。</p>
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	<p>診察後に、参考意見として求められる事が多い項目であるが、他の形態で入院とするか通院とするかは、個々の病院や医師で基準が乖離しており、訴訟トラブルに備えるなら、措置診断書に記載はしたくない。</p> <p>措置入院の要否のみが問われているため、これは不要。「医保」で済むから措置不要などといった問題のすり替えが起こる可能性がある(又はそれを促す可能性)。</p> <p>措置不要の場合に、選択した事によってその後の処遇が法的に規定されるものかな。</p> <p>医療観察法ではないので通院への強制力はない。本人が通院せず殺人等を犯した場合は、どうするのか。</p>
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	<p>職歴、支援体制歴の項目がないので検討してほしい。また入院歴、措置入院歴がどのような意味があるのか、また記載の目的が気になる。</p> <p>過去の治療歴に通院歴もあればよい。</p> <p>診察時の症状欄に職歴や支援体制を記載させるのはいかがなものかな。</p> <p>職歴、支援体制は、資料参照でよいのではないかな。</p> <p>支援体制欄が「診療時の症状」の中に記入されるのは違和感がある。あくまでも現病歴ではないのか。</p> <p>簡単なチェックになっているが、診断時には資料が充分あったという条件でa。</p> <p>支援体制については、いくつか選択肢があれば、わかりやすい。</p> <p>支援体制は必須でなくてもよい。</p> <p>改善されて良くなっている。</p>