

<p>4 「問題行動」欄について</p>	<p>他の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。また失火については過失的なものが含まれるような気がするため、むしろ弄火なども加え、管理能力低下があることを明示した方がよい。</p> <p>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(それとも必要ないものなのか)疑問が残る。</p> <p>他の自傷・他害について具体的に記入をする欄があってもよいのではないか。</p> <p>Aの「これまで」の意味は、「今回」であると思うが、あくまでも、過去を遡る「これまで」なのか。不潔行為は不明瞭な現症。「失火」は「弄火」ではないか。</p> <p>「業務妨害」を加えた方がよい。商店や病院やその他に妄想に基づき延々と繰り返し抗議するなどが当たる。鑑定ではよくみられる。</p> <p>従来の様式のように自由記載の()欄がその他の項目にあった方がよい。</p> <p>「その他」にあたる部分は、記入できるようにする必要があるのではないか。その方がわかりやすい。</p> <p>問題行動が殺人と不潔行為、徘徊などが同列に扱われているが、問題行動の大きさ、重さを適切に示せるものがほしい。</p> <p>問題行動なし、の欄は少し他と間隔を空ける等して、分かりやすくした方がよい。</p> <p>改善されて良くなっている。</p>
<p>5 「精神症状」欄について</p>	<p>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。</p> <p>左1列目の項目は、2列目以降の大項目と思われるため、チェック欄の口を口以外にしたほうがわかりやすい。</p> <p>症状チェック欄がわかりづらく、状態像に続く各症状を必ずチェックしなければならないのか迷う。状態項目を設けるのであれば状態に続いて該当する症状にチェックをいれるようにしてもらいたい。また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。</p> <p>状態像が先頭にきているが、そのチェック欄は下位項目のチェック欄と差別した方がわかりやすい。例えば、幻覚妄想状態にチェックを入れて、幻覚または妄想にチェックを入れ忘れることがあるかもしれない。</p> <p>意識障害の項目に「解離」を含めるのは問題があるのではないか。</p> <p>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。</p> <p>「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。「〇〇状態」の状態は不要。</p> <p>幻覚妄想状態が幻覚と妄想しかないことなど、従来の様式に比べチェックする症状が少なすぎる。</p> <p>アルコール、覚醒剤、などの後に「関連」とか「による」とかの言葉が入っているのではないか。</p> <p>急性錯乱状態を追加した方がよい。</p> <p>広汎性発達障害や高次脳機能障害の人は全て「その他」となるが、それでよいのか。</p> <p>残遺性人格変化が、人格障害の項でいいのか。また、発達障害系に関連した項目も必要ではないか。</p> <p>とりあえず整理して考えるための今までどおりの項目。広くなっているように思う。</p> <p>思路障害を記載する欄がない。</p> <p>これは左列が大きい項目、それ以外はその内容だと思うが、一見、すべて同列のように見えて、わかりづらい。</p> <p>状態像の項目が少ない。従来の様式が良い。</p> <p>精神症状と病名が並列されていることに悩む。ICD-10の記載も求められているわけなので、ここに病名は必要ない。</p> <p>従来のものに見慣れていないが、若干見にくい。</p> <p>ラインを入れるべき。</p> <p>精神症状なし、というチェック項目は必要か。精神症状なしの場合、その後起訴されるのか。ただ釈放されるのか。措置入院障害の欄で、せん妄、てんかんというのはおかしい。解離性障害は意識障害なのか。意識障害は様々なレベルがあり多彩な精神症状を呈する。意識障害の欄は充分検討、改善すべきである。</p>

6「現病歴」欄について	<p>陳述者の関係(続柄)、氏名などの記入欄がなく、更に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良い。</p> <p>情報の入手先が多岐に渡る場合も多く、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。</p> <p>要求が過多。書ききれない。</p> <p>添付資料があれば「資料参照」でよいのではないか。</p> <p>陳述者について、本人、家族、行政職員など、いろいろ陳述されるが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。責任の所在をはっきりさせるものが必要ではないか(添付書類資料をもっと整理するなど)。</p> <p>少し広がっていていい。</p> <p>陳述者は別枠にして欲しい。</p>
7「診察時の症状」欄について	<p>要求が過多。書ききれない。</p> <p>もう少しスペースが広いと良い。</p> <p>支援体制は症状に含まれるのか。通常は措置入院の要否の判断に影響はないのではないか。</p> <p>少し広がっていていい。</p> <p>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と思われる。</p>
8 診断書書式(案)全体について意見	<p>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良い。</p> <p>診察時の症状の欄が大きくなり、内容も具体的に指示されて良い。また、入院要否で、措置不要の場合の処遇についても文書に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のではないか。</p> <p>以前のものに比べて、現病歴、診察時の症状を記載する面積が増えていて、改善されている。受診者の住所の郵便番号は必要ない。記載内容の不明な、例えば「従たる精神障害」、「身体合併症」は「なし」と書いた方が良いのか、「不明」と書いた方が良いのか、斜線を書いた方がよいのか、空欄で良いのか、どのようにすればよいのか。どちらでもよいのか。</p> <p>個人的には自由記載ができるスペースを確保してもらいたい。</p> <p>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ポイントとのことであるから、かなりの文字数であろう。家族歴から始まり何から何まで記載するのは困難。</p> <p>国籍を書く欄も必要な時代か。</p> <p>現行の書式よりも基準や主旨が明確であり記載しやすくなった。</p> <p>問題行為、精神症状欄の文字やチェックの欄が小さくて少々見にくい感じがした。(レイアウトの問題かもしれないが)慣れているということもあるかもしれないが、今の形式の方が、ここは、記入しやすい。</p> <p>診察所要時間は不要。</p> <p>記述欄が大きくなっていていい。チェックの場所もわかりやすい。</p> <p>現状のものよりずっと良い。</p> <p>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。</p> <p>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。訴訟となった場合に、この診断書は使用されるのか。診察した指定医はどこまで責任がかかるのか。</p> <p>良い。</p>

表4 措置入院制度全般についての指定医の意見

	提案事項
1 措置入院の診察に関する事前調査について	<p>過去にあったケースで放火等で警察に保護され、警察ではその場から逃げるために病院受診を希望、通報にならず職員と一緒に病院受診したところ治療拒否、帰宅要求した患者がいた。今後更に問題を起こす可能性があり、措置入院の必要がある旨保健所職員に伝えたが、指定医不在などで医療保護入院を頼まれ、結果的にその形式で入院させざるを得なかった。警察関係者も同行していたが、入院後全く刑事責任を問われることはなく、行政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。</p> <p>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。</p> <p>事前調査で情報が多いと診断をつける際にとっても役に立つ。本人が診察時に昏迷状態や興奮状態又は精神発達遅滞で、十分な情報が得られない時は特にそう感じる。</p> <p>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。この点については是非とも問題として取り上げて欲しい。</p> <p>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。</p> <p>都道府県ごとに事前調査の様式がバラバラ。やはり、一定の基準は必要なのではないか。</p> <p>事前調査はしっかりできていると思うが、簡易鑑定の内容に疑問を感じる感じがしばしばある。</p> <p>現行でOK。</p> <p>24条(警察に保護されたとき)、一般申請のとき(23条)などによって、事前調査の質も内容量も変わってくる。同じ措置診察でありながらも、緊急度、疾病性も大きく違ってくる。保健所などにわかりやすいマニュアルのようなものも必要ではないか。</p> <p>ケース、ケースで情報量が違うため、介護保険のような手引きが調査員のために必要ではないか。</p> <p>色々な状況で措置診察をするケースがあると思われるが、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。</p> <p>病歴・既往歴など診察医へ早めの情報連絡があればよい。</p> <p>共通の事前調査マニュアル(ガイドライン)及び事前調査票が必要。</p> <p>入院歴があるのなら事前に詳しく調べておいて欲しい。</p> <p>調査結果のデジタル化を試みてほしい。</p>
2 措置入院者の定期病状報告について	<p>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。</p> <p>措置入院が1年以上続けられること自体がまれであり、また問題も大きいので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。</p> <p>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。</p> <p>何らかの形の簡略化を図って欲しい。</p>
3 措置入院消褪届について	<p>症状消滅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と思われる。</p> <p>「症状がなくなった」ことを明記するのは難しいが、もう少し、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。</p> <p>現行でOK。</p> <p>指定医2名の診察が必要としてはどうか。</p>
4 その他、措置入院制度全般への意見	<p>時に全く陳述して頂けないケースがあつたりして、判断に迷う事がある。</p> <p>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気がする。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ぬような事例を明確に区別出来るようにすべき。</p>

精神保健指定医の27条診察に関する、研修会が定期的にあればよい。
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。
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。
最近同一症例を複数回診察することがあるが、治療継続できるようなケースごとの検討はぜひ必要。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。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。
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。人格上の問題については鑑定医間でバラツキが多い。措置入院の判定については厳密化はできないし、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のであるが、それゆえに、法の基本的な骨格は崩すべきでない。例えば、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。(かなりの自治体で行なわれているが)。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。その他、患者への説明の文については、英語、中国語ぐらいは用意しておいて欲しい。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。
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。
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。
一見落ち着いたように見えても、病識に欠け、治療継続が期待できず、退院すれば直ちに悪化し、重大な事件に至るおそれが高く、長期に渡り措置解除が出来ない方がいる。このようなケースでは、職員の心理的な負担も大きい。措置解除の基準についても同様に明確にしてほしい。
措置診察に使った情報が治療を始める病院にまわされない。かろうじて診断書のコピーが回ってくるが、社会に多大の迷惑がかかるかもしれない。治療する病院には調査の方の得た情報を出所を示して渡すべき。
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事に戸惑いがある。
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。
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。
措置の鑑定医と、治療医が原則的に違うのであるから、治療の結果のフィードバック、あるいは鑑定所見のチェックができるようなシステムが必要ではないか。
当方の記載した診断書(案)の例のごとく警察、検察とも、保護観察中にもかかわらず、犯罪類似行為には当たらないと理由で、刑務所に戻さず、また、更生施設にも適応できず、この様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。
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。
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。医療観察法と措置鑑定と、もっと明確なガイドラインが必要。

表5 精神科関連機関措置ガイドライン調査回収率

送付先区分	送付施設数	アンケート回答回収数	回収率	備 考
国立精神医療施設長協議会	17	10	58.8%	
自治体病院	38	27	71.1%	
日本精神科病院協会会員医療機関	49	35	71.4%	
各都道府県の保健所長会	50	45	90.0%	
各都道府県等の精神保健福祉センター	64	54	84.4%	(うち2施設は、 県の担当課から 回答された)
合 計	218	171	78.4%	

表6 精神科関連機関のガイドライン各項目に対する賛否

		了解・ 問題ない	提案有り
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	121	19
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	126	15
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	126	13
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	120	19
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	129	10
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	113	24
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	128	10
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	105	32

表7 精神科関連機関ガイドライン案提案事項

	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>精神障害をしぼるべきではないか。</p> <p>診断名とすると、確定しがたい場合に困るのではないか。</p> <p>ICD-10全部というのは、広範囲に過る。(例、睡眠障害)。F6の他害行為は除外すべきである(治療効果も期待できないし、病院が刑務所の代用化しかねない)。</p> <p>経験上、無理があることは分かっている。「心因反応」を認める県と認めない県もある。</p> <p>ICD-10を好まない医師は協力しにくい。ICDに含まれるもの全ての疾患が精神保健福祉法上の措置入院対象とは思えない。</p> <p>ICD-10分類を基本とすることは、原則的には賛成だが、この中には小児の疾患や発達障害もあり、また、神経症性(F4)や人格障害(F6)など悩ましい領域でもある。</p> <p>F1. せん妄のない依存症者、例えばアルコール依存症者は酩酊時の自傷他害は、措置入院に該当するのかわ。F6. 人格障害の場合はどうなのか。措置入院の厳格な基準があってもよいのでは。</p> <p>精神障害がなければそれに基づく症状も存在しないことから、「それに基づく症状が存在する」の部分には意味がなく、削除が適当である。</p> <p>F6, F7については包含すべきか否かについて検討が必要。</p> <p>現行法令上、仕方ないとは思いますが、F60コードの一部が対象として妥当であろうかという疑問はある。</p> <p>F60. 2 非社会性人格障害によるものは除外するべきではないか。F63, F64, F65についても司法対応が優先ではないか。</p> <p>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と思う。</p> <p>ICD-10では広すぎ、「精神障害がない」と言えなくなる恐れがある。</p> <p>境界例すなわち人格障害、発達障害、パラノイアに関して、具体的な記載が必要ではないかと考える。</p> <p>病的行動や認知・判断の障害の有無及び程度は不要。</p> <p>「精神障害があるか」ではなく、「精神障害があり」。</p> <p>ICD-10を基準に考える事でよいとは思いますが、ICD-10に該当する精神障害でのみ判断するかたちにはしていただきたくない。</p> <p>人格障害(F6)の他害行為については、措置入院の対象から外し、刑法で処理すべきかと思う。</p> <p>主たる精神障害が、F6(人格障害)圏の場合、指定医によって判定に著しい差異が生ずると思われる。F6圏は従たる精神障害にすることが原則であり、主たる精神障害に記載する場合は、継続してみられる人格か、状況因による一時的な反応かなど、詳細な記載を求めべきであると思う(F0, F7圏も同様に考えてよいかも知れない)。</p> <p>状態像による診断レベルでも入院を必要と判断することもあり、後は統計を取る例として、「エイヤツ」もほしいだろうが、やや強引にしては真実に遠ざかる。</p> <p>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。ホームレスなどで一部その様な場合が見られるようだが、DSMの定義とも少し異なるかもしれない。</p> <p>未成年の行為障害(F91)の場合、親の養育態度が大きく影響しており、それを問題にせず鑑定対象者の症状のみで判断される傾向があり、むしろ少年保護専門職にまわした方がよい事例が多いので少年の心性を考えると再検討を要する。</p> <p>ICD-10に準拠することは、(DSMよりも)妥当だと思う。パーソナリティの障害が広範囲で、「措置要件」の側からみると、あいまいさが残る。</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>具体性に欠くので判断が難しい。</p> <p>ある程度の判断基準を示してほしい。そうでなければ個人のとらえ方の差が大きいのと思う。</p>

	<p>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。</p> <p>問題となる他害行為を該当しない他害行為について、例示した方が良い。</p> <p>「または、その発生を強く予測させるものである」を追加。</p> <p>ただし、多くの場合は自傷、他害行為を行っており、その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と思われる。そこを司法側に理解して頂きたい。</p> <p>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。</p> <p>これだけ読むと、「おそれ」は対象外ととれる。</p> <p>刑罰法令に触れる程度の他害行為について、具体的に例示が必要。他害行為に妥当しないような事例でも、通報の対象となっている現実がある。</p> <p>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。</p> <p>他害行為については、医療観察法との区別について言及する方が良い。</p> <p>人格障害(F6)の他害行為については、措置入院の対象から外し、刑法で処理すべきかと思う。</p> <p>自傷の場合、大量服薬、軽いリストカットなどは受診措置で、にしないこともあるが如何か。他害の場合、侮辱、薬物服従も、での秩序と言うのかあいまい。例えば誤って人にあたれば損傷の可能性とか、入れるか帰するかこれもあいまい。</p> <p>自傷の場合の措置入院は、現実には非常に少ない。しかし、このガイドラインは、1～7全てに該当する場合、例えば、自殺企図がある。単身のうつ病者は、必ず措置にしなければならないのか。自傷他害自体の定義の明確化が必要ではないか。</p> <p>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、どうなるのか。</p> <p>他害行動について指定医の解釈に差がある。可能な限り、具体的に判断基準を記載されたい。例えば「万引き」をどう扱うか。</p> <p>自傷他害については、具体的に想定される行為について、表記できるとよい。</p>
3	<p>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>「関連がある」では包括的すぎるのではないか。</p> <p>精神症状とは、正常範囲内の興奮なども含むのか。</p> <p>ただ「関連がある」だけではなく、「関連」の前に「著しく」「大いに」「少なからず」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と考える。</p> <p>「精神症状」ではなく「精神障害」が適当と思われる。(本基準にある「人格の病的状態」は精神症状とはいえないため)。「もしくは関連がある」ではなく「もしくは密接な関連がある」が適当と思われる(「関連がある」ではあいまいなため)。</p> <p>「関連がある」という言葉は拡大解釈されるおそれがある。削除するか、もっと限定的な言葉を使うべきである。</p> <p>7項目の欠かせない項目として。</p> <p>「関連が大きいと推定される」ぐらいの方がよいのでは。「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。</p> <p>生じたか、もしくは阻止がある。あるいは背景となっている。</p> <p>1に関連すると考える。</p> <p>「関連がある」の前に、「直接的な」もしくは「一次的な」という言葉が必要でないか？具体的には発病し、その精神症状への対応が難しく、家族関係がうまく行かなくなっているケースで、些細な事(金銭のことなど)で家族への暴力が見られる場合がある。この場合、他害行為にあたるが、精神症状と関連しているとも取れるが、措置に該当しないではないか。</p>

	<p>精神病により、興奮しているや、易怒的であるのはわかるが、知的障害・人格障害の人の一時的に共有などでとらえるか。</p> <p>「関連がある」よりも範囲を狭めて、「関連が強い」くらいにした方が良いのではないか。あまり範囲が広いと項目を作ること自体の意味がなくなると思われる。</p> <p>常習的に窃盗事件を起こしておりながら、覚醒剤精神病(陽性症状残遺型)(FISS)で不起訴処分となり、鑑定対象となった場合などは、検察に突きかえすべく、不要措置とすべき事例がある。</p> <p>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が。</p> <p>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。</p> <p>「関連がある」を「直接かつ具体的に関連がある」としてはどうか。</p>
4	<p>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>そう判断する基準、根拠はどうか。現在でも曖昧で難渋する点である。</p> <p>この項目を入れたねらいは何なのか。軽微な他害行為に関しては問題ないが、それ以外は、医療観察法との関係で考えると、精神保健福祉法の措置入院の対象外になるのではないのか。</p> <p>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。</p> <p>ある程度の判断基準(精神医学的なものか。世間一般的なものか。)を示してほしい。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る。</p> <p>措置観察に関する精神保健福祉法の内容には責任能力の記載はない。この項目をガイドラインに入れることは実は第43条も含め、精神保健福祉法の改正を必要にすると思われる。</p> <p>判断能力を検討するのは短時間では困難に思える。</p> <p>「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。せん妄や精神遅滞発作のように症状と判断能力が短時間のうちに变化することがある。</p> <p>確信犯の場合、必ずしも判断能力がない、著しく低下という判断にならないかもしれない。</p> <p>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。別の基準が必要と思われる。法の考え方としては、著しくという意味は80~90%判断能力がないということの意味している。</p> <p>「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。</p> <p>責任能力の判定は、裁判官が行うべきものとする。</p> <p>この項目の判断は現場で難しいものの1つと思われる。判断能力があっても精神病症状が認められる事例もいて、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。そのため、この項目はやや微妙な印象を受ける。(もちろん、この項目を入れられた方が判断がクリアで分かりやすいが)。</p> <p>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込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。</p> <p>措置診察の段階で短い時間の中で判断能力の有無を確かめるのは難しいと思われる。</p> <p>7項目のひとつの項目として。</p> <p>ガイドラインとしては了解できるが。</p> <p>刑法上の心身喪失、こう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”あたりが妥当かと。</p> <p>1, 3と同様の問題と考える。</p> <p>但し、判断は難しいと思う。</p> <p>問題行為が起きた時点か、診察時か、を考えなくてもいいのか、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のか。</p>

	<p>この判断は、措置鑑定時には、困難な場合がある。実際に措置入院となつてから、起訴すべきと思われる症例が存在する。措置入院となるためには、この項目は外せないところだが、誤った判断に対する修正するシステム(例えば、入院後の再鑑定申請など)は、必要ではないか。</p> <p>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と思われる。</p> <p>「判断能力あるいは制御能力」としてはどうか。</p> <p>法に書いてあることだけでよいのでは。これは不要なのでは。</p>
5	<p>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>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との懸念も示されていた。</p> <p>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と思われる。</p> <p>容易に再燃や悪化により、再度問題行為出現が予想される。</p> <p>経験から診察時は常に急性期で、診察時に軽快または消失している場合を診察したことはないが、こういう場合もありうるかもしれない。</p> <p>「もしくは密接に関連した精神障害」への変更が適当と思われる。</p> <p>狭く解釈されるおそれがあるので削除すべきと考える。5の内容は、7と重複する。</p> <p>短時間の診察において、再燃や悪化の予想は難しいと思われる。</p> <p>7項目のひとつの項目として。</p> <p>「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。</p> <p>期限付の方がよいのでは。</p> <p>1, 3, 4と同様と考える。病状なのか否かの問題。</p> <p>この判断は難しいと思う。</p> <p>総合的に判断する必要がある。</p> <p>「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」とは具体的にどのような場合か。たとえば、知的障害の一過性の興奮と、自傷他害行為の場合、警察につれてこられた時にはすっかり落ち着いてしまったというような場合には、再燃や悪化が予想されると判断するのか。</p>
6	<p>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</p> <p>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、判断基準は曖昧ではないかと思われる。</p> <p>原則論としては賛成であるが、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と言わざるを得ず、指定医がその判断に責任が持てるとも言えないため、これを措置入院の必要条件とすることは必ずしも適当ではないと考える。</p> <p>上記(b)に次項を挿入することが望ましいと思われる。「問題となった行為に関連する」。</p> <p>これもガイドラインに載せたい内容であるが、その言及は精神保健福祉法の法文を変える必要性が考えられる。</p> <p>基本的にはよいと思うが、人格障害や知的障害の判断は分かれるのではないかと思う。</p> <p>治療反応性として精神症状の改善が期待されるのでいいのではないか。でなければ措置症状は消滅しないので。</p> <p>重度の知的障害者、自閉症者が、第3者に衝動行為で重度の障害を負わせ、責任能力を問えなかった時、今まで措置入院になっているが、どうするか。</p> <p>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と思う。</p> <p>病院としてはこれでよいが、これを理由(なおらないこと)に措置不概当としたらレベルが敷かれた後だけに問題があるのでは。</p> <p>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。</p>

	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と思う。単に非該当にしてよいという問題ではないのでは。
	「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と考える。6の内容は7と重複する。
	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。「悪化が防止される」の部分はいらぬのでは。
	措置の診察の段階で病状の改善(治療の可能性)、悪化の防止を見極めるのは難しいと思う。
	器質性精神障害や、慢性の統合失調症の一部は、この要件を満たさないケースがあるのでは。
	妄想が頑固なものであれば、改善されるかどうか判断に困ることも多いが。
	この項目の必要性については、難しい問題だと思う。現実的には医療側が受け入れを拒否したい際に恣意的に運用されてしまう可能性があると思う。
	7項目のひとつの項目として。措置入院でなくてもよい対象者を含み込んでしまう場合が考えられるので。
	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だと考える。
	人格障害・発達障害の場合は、どう判断・対応するのか。
	措置入院は治療のみならず、保護が主で医療が従たらざるを得ない事例もあると考えるので、治療効果の期待は措置要件には不要と考える。
	境界例群に対し、症状をどうとるかの問題があると思う。
	6、7を合わせて1項目にする。
	F6、F7の一部を考えると、矯正又は保安施設の整備、又は、精神入院治療の対象外であることの法整備(又は、社会的同意の確立)のいずれかを前提として初めて了解することが出来る。
	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。
	裏を返せば、入院治療によっても改善されず、悪化する恐れがあれば、どうするのか。この項目はいらぬと思う。
	改善の期待の有無が条件にはならないはず。
	6と7が一致しない場合も考えられる。「治療可能性」について、論議が必要。
	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。
	「悪化が防止される」は削るべきである。
	この項目を必要条件の中に入れて、処遇困難なりや難治性精神病患者を措置対象者から外してしまう可能性が出て来る。治療効果はやってみないとわからないケースがある。
	もしくは「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)。
	法に書いてあることだけでよいのでは。これは不要なのは。
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
	保安処分の恐れを述べる医師もいた。
	必ずしも了解ではないので。
	入院以外の方が適切(優先的)なこともあろう。
	入院という方法を選択しない際の別の選択肢(例、建補拘留)の点は如何か。
	項目2で自傷行為、または他害行為に該当するものとなっている。7の案では今はないが、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、繰り返すが適当ではないか。
	「入院させなければ精神障害によって」への変更が適当と思われる。
	おそれの程度について記載すべき。「おそれが高度に予想される」。

	<p>「自傷他害」の程度が刑罰法令に触れる程度であり、経験から推認できる場合、問題は無いと思う。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。</p> <p>6と7とは同時に見ることが困難な場合があり得る。</p> <p>単に「精神症状」では広すぎる。</p> <p>境界例群に対し、症状をどうとるかの問題があると思う。</p> <p>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。</p>
8	<p>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、との記載について</p> <p>原則論としては賛成。しかし、前ページの6、で述べたことから、1～5及び7を全て満たすが、必ずしも6を満たさないとされるケースを措置入院の対象から除外することが容認されるかどうかという点には問題が残ると思われる。</p> <p>1. は対象が従来の8つの状態像2. より、はるかに広範囲となり、指定医により判断に差異を生じる。判断能力の程度を入れなければならないのかも。</p> <p>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。</p> <p>1. 4. の表現は変更の必要あると思う。5. 6. 7も。</p> <p>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と思われる。</p> <p>先にも書いたように措置入院の対象疾患の基準があってもよいのではないか。</p> <p>そこまできっちり定義しないほうがよいと思う。</p> <p>6. は必要か。</p> <p>他害行為について「刑罰法令に触れる程度」という法第28条の基準にある文言をどこかに入れた方が分かりやすいと思う。</p> <p>問題ないと思うが、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。</p> <p>1. 2. 3. 7. を満たせば充分と考える。</p> <p>法令に記載のない判断能力の項目をガイドラインにおける入院要件としてもよいものか、疑問がある。</p> <p>4. 6. は抜いて5項目にしたいと思う。</p> <p>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点は必須だと思うが、他の項目の判断は難しい場合もあるのではないか。</p> <p>2項目にかかる要因として他項目は考える。</p> <p>本人の自傷他害行為が比較的軽微で、本人が病識を認め、治療に同意する場合がある。その場合は29条である必要はないと考える。</p> <p>6. を満たさないケースについては問題となるだろう。</p> <p>7項目ではなく、5ないし6項目。</p> <p>6. はいらない。</p> <p>1～7の全てが必要条件とは限らない。6は不要だと思う。</p> <p>6. 7. が一致しない場合もあるのでは。「精神症状の改善」あるいは「悪化の防止」をどのようにとらえられるか。ある程度の基準も必要となるのでは。</p> <p>4. 5. 7のみで充分。</p> <p>1. がどうか。</p> <p>自傷の場合の措置入院は、現実には非常に少ない。しかし、このガイドラインは、1～7全てに該当する場合、例えば、自殺企図がある。単身のうつ病者は、必ず措置にしなければならないのか。自傷他害自体の定義の明確化が必要ではないか。</p> <p>提案した条件を満たす場合に限定する。</p>

	<p>7項目のうち、提案した3項目に問題を感じている。 「7つ全てを満たす」べきか、主要ないくつかの項目に該当することを示せばよいのか？</p> <p>4,6はいらないと思う。</p> <p>基準6については、検討を要すると思う。</p>
<p>9 措置入院判定のためのガイドライン(案)について意見</p>	<p>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。</p> <p>しっかりしたものができれば、措置入院の平準化とひとつのモデル的な枠組の構築ができると思う。</p> <p>ガイドラインについて司法関係者の意見がどうであるか聞きたいと思う。</p> <p>大変な問題と思われるが、有意義な仕事と思う。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。判断した指定医の責任を問われかねないので。</p> <p>「医療よりも司法でみるべき」と判断されたケースについての対応の指針が示されることを望む。</p>

措置入院の要否に関する診断書（案）

受診者	ふりがな			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	□ □	□ □	歳		
	氏名									
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 西暦19 <input type="checkbox"/> 西暦20	□ □	年	□ □	月	□ □	日
	住所	〒								
通報種別	<input type="checkbox"/> 一般人申請(第23条) <input type="checkbox"/> 警察官通報(第24条) <input type="checkbox"/> 検察官通報(第25条) <input type="checkbox"/> 保護観察所長通報(第25条の2)		<input type="checkbox"/> 矯正施設長通報(第26条) <input type="checkbox"/> 精神科病院長届出(第26条の2) <input type="checkbox"/> 知事政令市長職務診察(第27条第2項)							
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		□ □ □ □ □
従たる精神障害										□ □ □ □ □
身体合併症										
過去の治療歴	過去の精神科入院歴	あり	なし	不明	うち、措置入院歴	あり	なし	不明		
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)										

<p>問題行動</p> <p>Aはこれまでの、Bは今後予想される問題行動の□にチェックしてください。</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>A</td> <td>B</td> <td></td> <td>A</td> <td>B</td> <td></td> <td>A</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>殺人</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>恐喝</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>自殺企図</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>強盗</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>窃盗</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>他の自傷</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>傷害</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>器物損壊</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>不潔行為</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>強姦</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>詐欺など経済的 問題行動</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>徘徊</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>強制わいせつ</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>他の他害行為</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>他の問題行動</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>放火</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>問題行動なし</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>暴行</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>脅迫</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>住居侵入</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>失火</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		A	B		A	B		A	B	殺人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	恐喝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自殺企図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	強盗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	窃盗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の自傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	傷害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	器物損壊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不潔行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	強姦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	詐欺など経済的 問題行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	徘徊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	強制わいせつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の他害行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の問題行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	放火	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				問題行動なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	暴行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							脅迫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							住居侵入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							失火	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	A	B		A	B		A	B																																																																																												
殺人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	恐喝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自殺企図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
強盗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	窃盗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の自傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
傷害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	器物損壊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	不潔行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
強姦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	詐欺など経済的 問題行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	徘徊	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
強制わいせつ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の他害行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	他の問題行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
放火	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				問題行動なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
暴行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																		
脅迫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																		
住居侵入	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																		
失火	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																		
<p>精神症状</p> <p>該当する精神症状の□にチェックしてください。その他の症状は、診察時の症状に記載してください。</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 抑うつ状態</td> <td><input type="checkbox"/> 抑うつ気分</td> <td><input type="checkbox"/> 思考運動抑制</td> <td><input type="checkbox"/> 刺激性興奮</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 躁状態</td> <td><input type="checkbox"/> 自殺念慮</td> <td><input type="checkbox"/> 自殺企図</td> <td><input type="checkbox"/> 行為心迫</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 幻覚妄想状態</td> <td><input type="checkbox"/> 高揚気分</td> <td><input type="checkbox"/> 多弁多動</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 興奮昏迷</td> <td><input type="checkbox"/> 思考奔逸</td> <td><input type="checkbox"/> 妄想</td> <td><input type="checkbox"/> 解離</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 意識障害</td> <td><input type="checkbox"/> 幻覚</td> <td><input type="checkbox"/> 昏迷状態</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 知能障害</td> <td><input type="checkbox"/> 精神運動興奮</td> <td><input type="checkbox"/> てんかん</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 人格障害等</td> <td><input type="checkbox"/> せん妄</td> <td><input type="checkbox"/> 痴呆</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神作用物質</td> <td><input type="checkbox"/> 精神遅滞</td> <td><input type="checkbox"/> 残遺性人格変化</td> <td><input type="checkbox"/> 器質性人格障害</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 人格障害</td> <td><input type="checkbox"/> 覚醒剤</td> <td><input type="checkbox"/> 有機溶剤</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> アルコール</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 他の物質</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 精神症状なし</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 抑うつ気分	<input type="checkbox"/> 思考運動抑制	<input type="checkbox"/> 刺激性興奮	<input type="checkbox"/> 躁状態	<input type="checkbox"/> 自殺念慮	<input type="checkbox"/> 自殺企図	<input type="checkbox"/> 行為心迫	<input type="checkbox"/> 幻覚妄想状態	<input type="checkbox"/> 高揚気分	<input type="checkbox"/> 多弁多動		<input type="checkbox"/> 興奮昏迷	<input type="checkbox"/> 思考奔逸	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 解離	<input type="checkbox"/> 意識障害	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 昏迷状態		<input type="checkbox"/> 知能障害	<input type="checkbox"/> 精神運動興奮	<input type="checkbox"/> てんかん		<input type="checkbox"/> 人格障害等	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 痴呆		<input type="checkbox"/> 精神作用物質	<input type="checkbox"/> 精神遅滞	<input type="checkbox"/> 残遺性人格変化	<input type="checkbox"/> 器質性人格障害		<input type="checkbox"/> 人格障害	<input type="checkbox"/> 覚醒剤	<input type="checkbox"/> 有機溶剤		<input type="checkbox"/> アルコール				<input type="checkbox"/> 他の物質			<input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> 精神症状なし																																																		
<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	<input type="checkbox"/> 抑うつ気分	<input type="checkbox"/> 思考運動抑制	<input type="checkbox"/> 刺激性興奮																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 躁状態	<input type="checkbox"/> 自殺念慮	<input type="checkbox"/> 自殺企図	<input type="checkbox"/> 行為心迫																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 幻覚妄想状態	<input type="checkbox"/> 高揚気分	<input type="checkbox"/> 多弁多動																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 興奮昏迷	<input type="checkbox"/> 思考奔逸	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 解離																																																																																																	
<input type="checkbox"/> 意識障害	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 昏迷状態																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 知能障害	<input type="checkbox"/> 精神運動興奮	<input type="checkbox"/> てんかん																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 人格障害等	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 痴呆																																																																																																		
<input type="checkbox"/> 精神作用物質	<input type="checkbox"/> 精神遅滞	<input type="checkbox"/> 残遺性人格変化	<input type="checkbox"/> 器質性人格障害																																																																																																	
	<input type="checkbox"/> 人格障害	<input type="checkbox"/> 覚醒剤	<input type="checkbox"/> 有機溶剤																																																																																																	
	<input type="checkbox"/> アルコール																																																																																																			
	<input type="checkbox"/> 他の物質																																																																																																			
<input type="checkbox"/> その他																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 精神症状なし																																																																																																				
<p>診察時の症状</p> <p>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。</p>																																																																																																				
<p>措置入院の要否 (措置不要の場合、医療要否についての意見)</p>	<p><input type="checkbox"/> 措置入院が必要</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 緊急措置入院が必要</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 措置入院は不要</p> <p style="margin-left: 150px;">└─┬─▶</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 他の形態での精神科への入院が必要。</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 精神科への入院は不要。通院が必要。</p> <p style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 精神科医療は入院、通院とも不要。</p>																																																																																																			
<p>備考</p>	<p style="text-align: right;">診察所要時間</p> <p style="text-align: right;"> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 分 </p>																																																																																																			

ガイドライン研究用・措置入院の要否に関する診断書 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、A3版です。緊急措置入院においても、この様式を使用します。

(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、署名してください。

(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。

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、にレ点または×印でチェックをしてください。

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・症状等の選択肢がない項目の具体的な内容については、現病歴または診察時の症状欄に記載してください。

2 受診者に関する事項

(1) 受診者

受診者氏名ならびにふりがなを記載してください。

なお念のために、診察を依頼された者と受診者が異なっていないことについても、確認してください。また身元が不明な場合は、その旨を記載してください。

(2) 住所

受診者の住所を記載してください。住所がない場合には居所を、または本人を特定するのに必要な事項を記載してください。

(3) 通報種別

通報種別は、いずれか1つをチェックしてください。

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。

いずれもICD-10（国際疾病分類第10版）のコードを併記してください。

(2) 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 過去の治療歴

過去の精神科入院歴、措置入院歴について、チェックしてください。

5 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。

6 問題行動

これまでにみられた問題行動、今後予想される問題行動について、チェックをしてください。

なお、他害に関する用語の意義は、刑法など刑罰法令の意義と同じです。

7 精神症状

診察時にみられた精神症状にチェックをしてください。なお、一部に、症状と関連を有するキーワードを選択肢とした項目があります。

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、医療の要否に関する意見を記載してください。

9 措置入院の要否

この診断書における、措置入院の要否に関する最終的な結論を記載してください。

なお、必要に応じて、緊急措置入院の要否に関する結論を併記してください。

10 備考

診察に際して参考とした立ち会い者や資料があれば、記載してください。

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

精神保健指定医の措置入院の要否判断に対する決定木分析による検討

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 藤林 武史(福岡市こども総合相談センター)
瀬戸 秀文(長崎県立精神医療センター)

研究要旨

精神保健指定医が措置入院の要否を判断する際には、様々な因子に影響を受けている。診断、問題行動、症状などの因子が、どの程度、措置入院要否の判断に影響しているかを明らかにするため、措置入院に関する診断書を検討した。

2000 年 4 月 1 日から 2001 年 3 月 31 日までに、全国で措置入院に関する診察を受けた事例の診断書(警察官通報では同年 5 月と 11 月分) 3884 枚について、決定木分析を行った。

分析には、SPSS13.0 Classification Trees を用い、CHAID にて親ノード 100 以上、子ノード 50 以上とし、5%の有意水準にて年齢、性別、診断、問題行動、状態像の分類を試みた。

全例では要措置 84.4% (n=3884) であった。

樹形図は、まず精神運動興奮の有無で 2268 例と 1616 例に分類された。以下同様に、最少 3 段階、最多 7 段階に 46 ノードに分類され、最終ノードは 24 (最大 623 例、最小 54 例) となった。

最も少ない分枝で最終ノードに達したのは、精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想なしで 92.2% (128 例のうち 118 例) が要措置とされたノードならびに精神運動興奮なし・幻覚妄想なし・自殺企図ありで 80.4% (184 例のうち 148 例) が要措置とされたノードであった。また精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想ありの分岐で、薬物アルコールありのノード (133 例)、同なしの分岐で 64 歳以下・残遺症状ありのノード (117 例)、精神運動興奮あり・傷害なし・幻覚妄想あり・自殺企図あり・微罪ありのノード (102 例) で、全例が要措置と判断されていた。一方、精神運動興奮なし・幻覚妄想なし・自殺企図なし・躁なし・傷害なし・男性・人格障害なしでは 30.3% (155 例のうち 47 例) が要措置とされるにとどまっていた。

決定木分析による樹形図は、症状や問題行動などの所見が認められた場合の、指定医の判断の傾向をまとめたものにすぎない。従って、この調査結果からは、ある患者が措置入院を要するかどうかの精神保健指定医の判定を予測する資料とはなるが、このような所見を有する患者が現実には、どの程度、自傷他害に至る危険性があるか、についてはまったく検討されていない。したがって、措置要否の判断に用いることはできない。ただし、これまで保健指定医が、措置要否の判断に際して、どのような点を考慮しているかについては、乏しい資料しか存在しなかったため、その判断の過程を明らかにする端緒となると思われる。

今後、措置入院の診察を受けた事例が、実際には、どの程度の危険があったのか、診察後の処遇や実際の問題行動の発現頻度などの経過を含めた研究を行うことで、明らかにしていく必要がある。

A. 研究目的

措置入院の要否は、最終的には、「二人以上の指定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその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ることについて、各指定医の診察の結果が一致した場合」(法第29条第1項)という基準により判定される。

2名の指定医の一致した判断という要件から、措置入院の要否判断には「指定医はどのように措置要否を判断するか」、「指定医の判断がどの程度、一致するか」という2つの課題があるといえる。

後者の「指定医の判断がどの程度、一致するか」という課題については、これまでに、診断、問題行動や状態像の評価、措置要否の判断などで、検察官¹⁻²⁾、警察官⁴⁾、その他の通報種別⁵⁾ごとに検討した。

そして、前者の「指定医はどのように措置要否を判断するか」という課題については、措置不要例の判断理由として、ガイドライン案に提示した7類型が明らかになった³⁾。

また、それぞれの指定医が、どのような事例において要措置とし、あるいは措置不要とするか、といった判断の傾向を検討した⁶⁾。結果、たとえばF0で女性、F7で40歳以上、措置入院歴があるF0、F2、F3、F2の多くの問題行動、F2以外では傷害、暴行、脅迫、自殺企図、器物損壊、放火または弄火、F1、F2、F6、F7の幻覚妄想状態や精神運動興奮状態などで、有意に要措置とされていた。また、F6、F7の警察官、検察官通報、知能障害全般で、有意に措置不要とされていた。これらから、たとえば、「F2では幻覚妄想が認められると有意に要措置」「F7では窃盗が認められると有意に措置不要」などの傾向が明らかになった。

さらに、因子相互間の影響を最小限にして、それぞれの因子が単独で要措置あるいは措置不要の判断に、どの程度影響しているのかをみたところ、診断書全例における項目別のOdds比は、殺人4.11、自殺企図4.00、幻覚妄想3.32、精神運動興奮3.15、傷害2.90、放火または弄火2.43、措置入院歴2.14、自傷2.01、

躁1.98、微罪1.89、うつ0.69、精神遅滞0.58であった。これらから、幻覚妄想や精神運動興奮などの精神病症状があると要措置と判断されやすく、うつ状態や精神遅滞では要措置とされにくいことが判明した。また、問題行動で自殺企図や殺人や放火など生命、身体に重大な危険の恐れがある問題行動が示唆される場合には要措置とされやすいなど、指定医の判断は症状と関連した逸脱行動を主に措置入院の要否を判定していた。また措置入院歴があると要措置と判定されやすいことなども判明した。

ただ、現実には、「F2で精神運動興奮があり殺人のおそれがある」のように、精神運動興奮3倍、殺人のおそれ4倍のようにリスクを足していくような事例もあれば、「F3で抑うつ状態があり自殺企図のおそれがある」のように、抑うつ状態0.7倍、自殺のおそれ4倍のように、リスクをどのように評価すべきか判然としない事例もある。

このため、事例をある程度、症状や問題行動毎に分類して検討していく必要があると思われる。

B. 研究方法

1 方法

2000年4月1日から2001年3月31日までに、全国59すべて(当時)の都道府県・政令指定都市において、精神保健福祉法第23条(一般人)に基づく申請、第25条(検察官)、第25条の2(保護観察所長)、第26条(矯正施設長)に基づく通報、第26条の2(精神病院管理者)に基づく届出がなされ、または第27条第2項に基づき知事または政令市長の職務により診察となった事例ならびに2000年5月1日から同31日、同11月1日から同30日までに第24条(警察官)に基づく通報がなされ診察となった事例の、「措置入院に関する診断書」(全3884枚、実人数1976名)に基づき分析した。

措置入院に関する診断書の項目のうち、被診察者の性別、年齢、これまでの問題行動と今後の予測、現在の病状または状態像、措置入院歴の有無を独立変数、措置入院の要否判断

を従属変数として、全例を対象に決定木分析を行い、各群における要措置と判定される割合を求めた。

決定木分析は、SPSS社の統計ソフト SPSS Base System 13.0 ならびに SPSS13.0 Classification Trees を用いた。分枝方法を全独立変数間の χ^2 乗分析を行い、最も有意な独立変数を選択する CHAID として、親ノード 100 以上、子ノード 50 以上とし、5%の有意水準にて年齢、性別、診断、問題行動、状態像の分類を試みた。

樹形図については、統計ソフトにより一部を抽出しての検証が可能となっており、今回は、50%を自動抽出し、親ノード 50 以上、子ノード 25 以上、他の条件は同一として検証を行った。

なお、欠損値等は、統計ソフト内で自動的に除外されることとなっており、このため、ロジスティック回帰分析の結果とは対象事例数がわずかに異なることとなった。

また、問題行動については、診断書の書式から、「これまで」と「今後のおそれ」について区別ができないため、この区別は行っていない。

2 倫理面への配慮

研究に際しては、対象者の個人情報を守る目的で、氏名、住所、病院名等の情報をすべてマスクしたものを資料として用いた。収集された資料は、前主任研究者の属する国立精神・神経センター精神保健研究所ならびに分担研究者の属する現肥前精神医療センターの責任者のもとで、データ入力期間を除いて、鍵のかかるキャビネット内で管理した。

以上の方針のもと、本研究は、主任研究者が属する国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会において審査を受け、2001年10月31日に研究の実施が承認された。

C. 研究結果

決定木分析の結果は、表1(1)、(2)、(3)、(4)に示した。

全例では要措置 84.4% (n=3884)であった。

樹形図は、まず精神運動興奮の有無で分類された。以下同様に分類を続け、最少3段階、

最多7段階に46ノードに分類され、最終ノードは24(最大623例、最小54例)となった。

それぞれのノードの内容は、次の通りであった。なお、全例3884例のノードを第0ノードとし、以下、第1、第2の順として、最終ノードにはその旨付記して命名した。

1 分岐の概要

(1) 第2分岐(第6ノード)まで

樹形図は、まず精神運動興奮の有無で2268例と1616例に分類された。精神運動興奮あり2268例の第2ノードは要措置2092例(92.2%)、精神運動興奮なし1616例の第1ノードは要措置1187例(73.5%)となった。

精神運動興奮あり2268例の第2ノードは、次に、これまでまたは今後の問題行動として傷害が認定されるかどうかで、962例と1306例に分類された。傷害あり962例の第5ノードは要措置929例(96.6%)、傷害なし1306例の第6ノードは要措置1163例(89.1%)となった。

一方、精神運動興奮なし1616例の第1ノードは、次に、幻覚妄想状態が認定されるかどうかで、960例と656例に分類された。幻覚妄想状態あり960例の第3ノードは要措置729例(82.5%)、幻覚妄想状態なし656例の第4ノードは要措置395例(60.2%)となった。

(2) 第3ノード(精神運動興奮なし・幻覚妄想状態あり)以下

第3ノード以下は、図1(1)に示した。

第3ノード960例は、傷害あり355例の第7ノード(うち要措置320例・90.1%)と、なし605例の第8ノード(うち要措置472例・78.0%)に分類された。

第7ノードは、微罪行為あり209例の第16最終ノード(うち要措置196例・93.8%)と、微罪行為なし146例の第15最終ノード(うち要措置124例・84.9%)に分類され、分岐終了した。

第8ノードは、自傷あり87例(うち要措置76例・87.4%)の第18最終ノードと、自傷なし518例(うち要措置396例・76.4%)の第17ノードに分類された。

第17ノードは、措置入院歴あり58例(うち要措置51例・87.9%)の第28最終ノード

と、措置入院歴なし 460 例（うち要措置 345 例・75.0%）の第 2 7 ノードに分類された。

第 2 7 ノードは、放火または弄火あり 54 例（うち要措置 48 例・88.9%）の第 3 8 最終ノードと、放火または弄火なし 406 例（うち要措置 297 例・73.2%）の第 3 7 最終ノードに分類され、分岐終了した。

（3）第 4 ノード（精神運動興奮なし・幻覚妄想状態なし）以下

第 4 ノード以下は、図 1（2）に示した。

第 4 ノード 656 例は、自殺企図あり 184 例の第 9 最終ノード（うち要措置 148 例・80.4%）と、自殺企図なし 472 例の第 1 0 ノード（うち要措置 247 例・52.3%）に分類された。

第 1 0 ノードは、躁状態あり 101 例の第 2 0 最終ノード（うち要措置 75 例・74.3%）と、躁状態なし 371 例の第 1 9 ノード（うち要措置 172 例・46.4%）に分類された。

第 1 9 ノードは、傷害あり 90 例の第 2 9 最終ノード（うち要措置 59 例・65.6%）と、傷害なし 281 例の第 3 0 ノード（うち要措置 113 例・40.2%）に分類された。

第 3 0 ノードは、男性 218 例の第 4 0 ノード（うち要措置 76 例・34.9%）と女性 63 例の第 3 9 最終ノード（うち要措置 37 例・58.7%）に分類された。

第 4 0 ノードは、人格障害あり 63 例の第 4 6 最終ノード（うち要措置 29 例・46.0%）と、人格障害なし 155 例の第 4 5 最終ノード（うち要措置 47 例・30.3%）に分類され、分岐終了した。

（4）第 5 ノード（精神運動興奮なし・傷害あり）以下

第 5 ノード以下は、図 1（3）に示した。

第 5 ノード 962 例は、幻覚妄想なし 128 例の第 1 2 最終ノード（うち要措置 118 例・92.2%）と、幻覚妄想あり 834 例の第 1 1 ノード（うち要措置 811 例・97.2%）に分類された。

第 1 1 ノードは、薬物・アルコールあり 133 例の第 2 2 最終ノード（全例要措置）と、薬物・アルコールなし 701 例の第 2 1 ノード（うち要措置 678 例・96.7%）に分類された。

第 2 1 ノードは、年齢 65 歳以上および欠損

値 61 例の第 3 2 最終ノード（うち要措置 55 例・90.2%）と、年齢 64 歳以下 640 例の第 3 1 ノード（うち要措置 623 例・97.3%）に分類された。

第 3 1 ノードは、残異性人格変化あり 117 例の第 4 2 最終ノード（全例要措置）と、残異性人格変化なし 523 例の第 4 1 最終ノード（うち要措置 506 例・96.7%）に分類され、分岐終了した。

（5）第 6 ノード（精神運動興奮なし・傷害なし）以下

第 6 ノード以下は、図 1（4）に示した。

第 6 ノード 1306 例は、幻覚妄想なし 256 例の第 1 4 ノード（うち要措置 208 例・81.2%）と、幻覚妄想あり 1050 例の第 1 3 ノード（うち要措置 955 例・91.0%）に分類された。

第 1 4 ノードは、自殺企図あり 81 例の第 2 5 最終ノード（うち要措置 75 例・92.6%）と、自殺企図なし 175 例の第 2 6 最終ノード（うち要措置 133 例・76.0%）に分類され、分岐終了した。

第 1 3 ノードは、自殺企図あり 187 例の第 2 3 ノード（うち要措置 183 例・97.9%）と、自殺企図なし 863 例の第 2 4 ノード（うち要措置 772 例・89.5%）に分類された。

第 2 3 ノードは、微罪行為あり 102 例の第 3 4 最終ノード（全例要措置）と、微罪なし 85 例の第 3 3 最終ノード（うち要措置 81 例・95.3%）に分類され、分岐終了した。

第 2 4 ノードは、女性 182 例の第 3 5 最終ノード（うち要措置 153 例・84.1%）と、男性 681 例の第 3 6 ノード（うち要措置 619 例・90.9%）に分類された。

第 3 6 ノードは、人格障害あり 58 例の第 4 4 最終ノード（うち要措置 57 例・98.3%）と、人格障害なし 623 例の第 4 3 最終ノード（うち要措置 562 例・90.2%）に分類され、分岐終了した。

2 特徴的なノード

（1）少ない分岐によるノード

最も少ない 3 段階の分岐で最終ノードに達したのは、精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想なしで 92.2%（128 例のうち 118 例）が要措置とされた第 1 2 最終ノードならびに