

が3県5.6%であった。このデータ票案に修正を加え、各都道府県等に様式案として例示することについて、主管課担当者の意見は、「例示することが望ましい」が37県68.5%、「必ずしも例示する必要はない」が16県29.6%であった。

2. 17 年度

「申請、通報または届出のあった全事例について、事前調査書を作成することによって、指定医による診察の要否判断の根拠を明確にする」ことについて「了解または問題なし」という回答が26箇所（有効%：86.7%（以下%は有効%を示す））、「提案がある」という回答が4箇所（13.3%）であった。

「事前調査終了後にデータ表を作成することについて「了解または問題なし」という回答が21箇所（70.0%）、「提案がある」という回答が9箇所（30.0%）であった。

「出来る限り現地に出向き、迅速かつ正確に、担当者自身が調査を行うことを原則とする」ことについて「了解または問題なし」という回答が22箇所（73.3%）、「提案がある」という回答が8箇所（26.7%）であった。

「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」ことについて「了解または問題なし」という回答が27箇所（90.0%）、「提案がある」という回答が3箇所（10.0%）であった。

「所属機関の上司、主管課担当者、精神科嘱託医等の意見を聞き、警察署・救急隊等に、調査時の待機、同席等を依頼する」ことについて「了解または問題なし」という回答が28箇所（93.3%）、「提案がある」という回答が2箇所（6.7%）であった。

「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を添付するよう要請する」ことについて「了解または問題なし」が27箇所（96.4%）、「提案がある」が1箇所（3.6%）であった。

「事前調査時に、すでに精神障害と診断され、医療的介入が行われ、『精神障害を疑うにたる理由』および『自傷他害行為のおそれ』

に変化があり、すでに精神保健指定医による診察を必要としない状態であると判断された場合は、精神保健指定医による診察を依頼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、保健所精神科嘱託医等の意見を得る、上司に報告のうえ判断を得る等、担当者の判断を確認する手続を行う」ことについて「了解または問題なし」という回答が21箇所（70.0%）、「提案がある」という回答が9箇所（30.0%）であった。

「いずれに属するとも判断できない場合は精神保健指定医による診察を依頼する」ことについて「了解または問題なし」という回答が26箇所（86.7%）、「提案がある」という回答が4箇所（13.3%）であった。

「書類等を閲覧できるようにする」ことについて「了解または問題なし」が30箇所（100.0%）であった。

「措置入院の要否判断に関する書類（調査書、指定医による診察結果）は、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」ことについて「了解または問題なし」という回答が25箇所（83.3%）、「提案がある」という回答が5箇所（16.7%）であった。

「措置入院が決定してからも捜査を継続することを要請する」ことについて「了解または問題なし」という回答が26箇所（86.7%）、「提案がある」という回答が4箇所（13.3%）であった。

「措置入院段階、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、必要に応じて支援と見守りを行うよう配慮していく」ことについて「了解または問題なし」という回答が26箇所（86.7%）、「提案がある」という回答が4箇所（13.3%）であった。

「事前調査書案の記載項目について、必要な項目がきちんとおさえられていたか、または不要な項目がなかったか」について「了解または問題なし」という回答が16箇所（53.3%）、「提案がある」という回答が14箇所（46.7%）であった。

「データ票案について、必要な項目がきちんとおさえられていたか、または不要な項目

はなかったか」について（表 3-1）

「了解または問題なし」という回答が 20 箇所（69.0%）、「提案がある」という回答が 9 箇所（31.0%）であった。

「貴州市でデータ票の集計を行うこと」について「了解または問題なし」という回答が 24 箇所（80.0%）、「提案がある」という回答が 6 箇所（20.0%）であった。

「事前調査等ガイドライン、事前調査書、データ票の全国共通の様式を定めること」について「了解または問題なし」という回答が 24 箇所（85.7%）、「提案がある」という回答が 4 箇所（14.3%）であった。

3. 18 年度

「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「了解または問題なし」という回答は、保健所で 38 箇所（84.4%）、精神保健福祉センターで 44 箇所（83.0%）、全体で 124 箇所（84.4%）であった。「提案がある」という回答は、保健所で 7 箇所（15.6%）、精神保健福祉センターで 9 箇所（17.0%）、全体で 23 箇所（15.6%）であった。

「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「了解または問題なし」という回答は、保健所で 34 箇所（79.1%）、精神保健福祉センターで 41 箇所（77.4%）、全体で 120 箇所（83.3%）であった。「提案がある」という回答は、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。

「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「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。

「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「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。

「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「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。

「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「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。

「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「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。

「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「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。

「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「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（98.8%）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。

「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「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ましたか。また、不要な項目はありませんでしたか」について「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ましたか。また、不要な項目はなかったですか」について「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。

「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「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。「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「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。「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「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。

「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「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箇所（2.3%）、精神保健福祉センターで10箇所（18.9%）、全体で25箇所（18.1%）であった。

D. 考察

16年度研究の結果、事前調査、ガイドライン、調査書、データ票の必要性に関しては概ね意見が一致していたと思われる。今回集められた意見をもとに研究会議や試行調査によって、ガイドライン案の検討を行い、また関係諸機関や団体等のヒヤリングを行いながら、ガイドライン案をまとめていくことが必要である。

17年度研究の結果、ガイドライン案に関しては、「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すること」の合理性、「出来る限り現地に出向き、担当者自身が調査を行うこと」の必要な範囲、「精神保健指定医による診察を依頼しない場合」の判断過程、「薬物乱用が疑われる場合に、措置入院が決定してからも捜査を継続することの要請すること」の適否に関して、実務を踏まえた意見が得られた。ガイドライン案においては、措置入院制度運用の実態分析の結果と、近年の第24条通報（警察官通報）の増加および通報実態の変化等を踏まえて、「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すること」という考え方を示しているが、これは第24条通報（警察官通報）の増加および通報実態の変化、および本研究の成果等を踏まえた事前調査のあり方を検討する必要を示唆したものと考えられる。また、「措置入院段階、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、必要に応じて支援と見守りを継続していく」ことに関しては、その必要性を肯定する見解が示され、

特に、医療継続、定期的な連絡ルートの確立の指摘があった点は重要と思われる。

18年度研究の結果、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だけで、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（警察官通報）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ドが高いが、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ドは高かった。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と考えられるため、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、細かすぎるという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おり、本研究で取り組んだ電子調査票の開発は、この研究で行われる電子調査票の開発に組み込まれることで、措置入院制度の運用実態のモニタリングに役立っていくと考えられる。

E 結論

行政処分である措置入院制度は、その厳正な運用が必要であるため、事前調査を適正に実施し、かつ事前調査の運用実態を数値化して都道府県等の間で比較分析できるようにすることが望まれる。本研究においては、16年度において全国の都道府県・政令都市の精神保健主管課にアンケート調査、17年度に6県市を対象に実地試行調査、18年度に保健所、精神保健福祉センター、精神科医療機関を対象にアンケート調査を行った。その結果をもとに、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等をまとめた（添付資料参照）。また、制度の運用実態をモニタリングする方法を提案した。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

1. 論文発表

(1) 竹島正, 立森久照, 三宅由子: 地域における危機介入—措置入院制度の事前調査を手がかりに—. 精神医学 46(6): 571-577, 2004

(2) 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.

(3) 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

事前調査等ガイドライン

1. ガイドライン(案)作成の目的

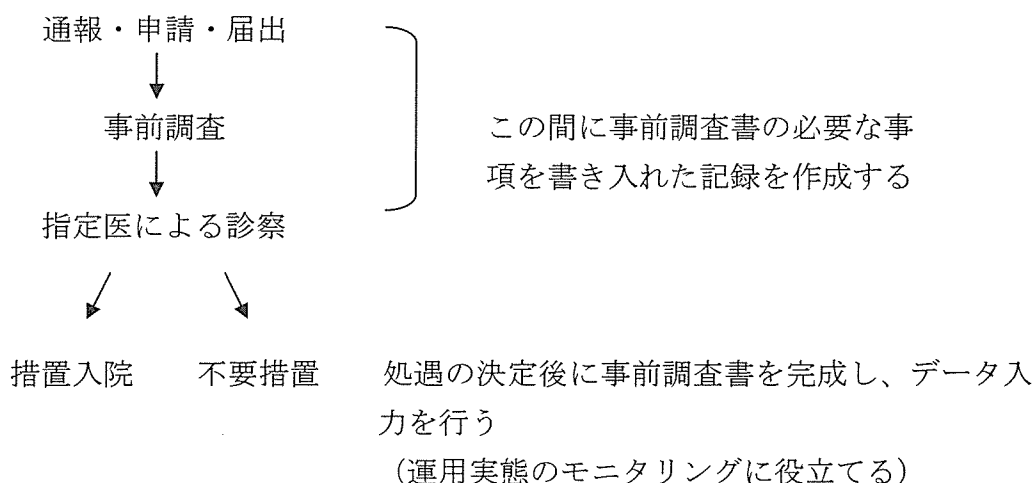
措置入院制度とは、入院させなければその精神障害のために、自傷行為又は他害行為を引き起こすおそれがあると認めた場合に、都道府県知事によって入院措置をとる行政処分であることから、厳正な運用が求められる。

このガイドラインは、措置入院制度の運用実態の分析結果をもとに、事前調査等を適正に実施するために作成した。

2. 事前調査の対象および調査票の作成

「改訂第2版精神保健福祉法詳解」には、第23条（一般人申請）から第27条2項（知事職務診察）の各条において、事前調査に精粗（詳しい調査が必要な場合と、詳しい調査は不要の場合）があることを認めている。たとえば、警察官等の職務にある者からの通報については、少なくとも症状の程度を調査すれば足りることとされている。しかしながら、措置入院制度の運用実態の分析結果によると、警察官等の職務にある者からの通報においても、措置診察の要否を判断するための調査を必要とすると思われる事例が相当数含まれていた。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示しておくことが望まれる。

事前調査は、指定医による診察の要否判断の段階においては、事前調査書に必要な事項を書き入れた記録までは作成する。また、調査終了後には事前調査書を完成させるとともに、措置入院制度の運用実態のモニタリングのためのデータ入力を行う。



3. 事前調査における留意事項

- 1) 可能な限り現地に出向き、調査を行う。
- 2) 23条、24条では、本人または保護者等との面接を含めた事前調査を原則とする。
- 3) 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。

精神障害を疑うにたる理由については、「幻覚、妄想あるいは明白に病的と思われる行動や言動の有無や程度」とそれに関連して出現していると思われる「社会生活における状況認知や判断の障害の有無や程度」や「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。

自傷他害のおそれについては、他害行為は、原則として刑罰法令に触れる程度の行為を記載する。「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律第28条の2第1項の規定に基づき厚生大臣の定める基準」（昭和63年厚生省告示第百二十五号）にある他害行為は、「他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（以下「他害行為」といい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。）を引き起こすおそれがあると認めた場合に行うものとする」と記載されていること、同基準に例示されている他害行為は、殺人または未遂、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等である。

-
- 4) 対象者に面接調査を行っているときに自傷他害行為が発生するおそれがあるときは、所属機関の長は、警察署に、調査中の警察官の待機や同席等を依頼する。
 - 5) 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、調書等、診察の要否判断の参考になる資料を添付するよう要請する。
 - 6) 精神保健指定医による診察の要否はつぎのとおり判断する。
 - (1) 「精神障害を疑うにたる理由」があり「自傷他害行為」が認められる場合は精神保健指定医による診察を依頼する。
 - (2) 事前調査時にすでに治療的介入が行われている場合は、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判断を得る。

- 7) 精神保健指定医による診察を依頼することに決定した場合は、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」「事前調査の記録」「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。

4. 入院時および入院後の留意事項

- 1) 措置入院を行うことに決定した場合は、措置入院の要否判断に関する書類（申請、通報又は届出の書類、事前調査の記録、指定医による診察結果）は、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）。
- 2) 措置入院後は、行政と医療機関の双方の協力により、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する。その上で、必要に応じてケース会議等を行い、本人の希望のある場合は退院時の支援とフォローアップにつないでいく。

整理番号

事前調査書

平成 年 月 日

所 属

調査者

平成()年()月()日付け、()から「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律第()条()の規定により()があり、事前調査を行ったところ下記のとおりでした。

■属性情報

対象者	フリガナ 氏 名	(男・女)	生年 月日	T S H 年 月 日 (満 歳)	
	現 住 所	(自宅・福祉施設・その他)			
	現 在 地				
	職 業		TEL	()	
	保 険	健保・国保・社保・生保・その他()	面接	有 ・ 無	
保護者等	フリガナ 氏 名	(男・女)	生年 月日	T S H 年 月 日 (満 歳)	
	現 住 所				
	続 柄		TEL	()	
	職 業		面接	有 ・ 無	

■事前調査年月日

平成()年()月()日()時()分～平成()年()月()日()時()分
平成()年()月()日()時()分～平成()年()月()日()時()分

■調査実施場所および方法

■調査時の状況

※「精神障害を疑うにたる理由」と「自傷他害のおそれ」の有無および程度、その経過がわかるように記載する。また、申請・通報等が。調査時にアルコール・薬物の使用があれば記載する。

事前調査書作成の手引き

1. 整理番号

整理番号を記載する。

2. 年月日

事前調査書作成の年月日を記載する。

3. 所属、調査者

調査者の所属機関の名称、調査者の氏名を記載する。

4. 決裁事項

調査の開始年月日と条文と申請・通報・届出の別を記入する。

5. 属性情報

① 対象者

氏名（フリガナ）、性別、生年月日、年齢、現住所、住居の種類、現在地（通報・申請・届出のあったときの対象者の所在地）、保険、電話番号、職業、事前調査における面接の有無を記載する。

② 保護者等

氏名（フリガナ）、性別、生年月日、年齢、現住所、続柄（対象者との関係）、電話番号、職業、事前調査における面接の有無を記載する。

6. 事前調査年月日

空欄を埋める。

7. 調査実施場所および方法

事前調査を行った場所、本人または保護者等との面接の有無、調査の手順等について記載する。

8. 調査時の状況

「精神障害を疑うにたる理由」と「自傷他害のおそれ」の有無および程度がわかるように記載する。

精神障害を疑うにたる理由については、「幻覚、妄想あるいは明白に病的と思われる行動や言動」の有無および「社会生活の適応性」「基本的な生活の困難（睡眠、栄養、清潔の保持等）」に留意して記載する。

自傷他害のおそれについては、他害行為は、原則として刑罰法令に触れる程度の行為を記載する。「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律第 28 条の 2 第 1 項の規定に基づき厚生大臣の定める基準」（昭和 63 年厚生省告示第百二十五号）にある他害行為は、「他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為（以下「他害行為」といい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。）を引き起こすおそれがあると認められた場合に行うものとする」と記載されていること、同基準に例示されている他害行為は、殺人または未遂、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等である。

9. 生育歴・生活歴

養育環境、教育歴、職歴、飲酒歴、違法性薬物の使用経験を含めて簡潔に記載する。

10. 家族構成・家庭の状況等

同居者の有無、現在の職業を含めて簡潔に記載する。

11. 主な精神科治療歴

精神障害の治療歴の有無を記載する。治療歴のある場合は、医療機関、通院・入院の別（入院形態）、治療期間、治療の経過を記載する。

12. 最近（1年以内）の精神科受診

最近（1年以内）の精神科受診の有無と、有の場合の主治医氏名・主治医連絡先、診断名および主要症状について記載する。

13. 検察官通報の場合の起訴前鑑定の実施

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。

14. 備考

申請・通報・届出時の薬物乱用、アルコールの飲用、措置入院先の選択にかかわる重大な身体合併症の有無と、これまでの司法処分の有無をわかる範囲で記載する。

15. 精神保健指定医による診察の要否

精神保健指定医の診察の要否と、不要の場合はその理由を記載する。

データ入力項目

■整理番号

■調査書作成の年月日

平成()年()月()日

■所属

- () 保健所
 精神福祉主管課
 その他 ()

■申請・通報・届出の年月日

平成()年()月()日

■適用条文 (該当するものにチェック)

1. 第 23 条 (一般人申請)
2. 第 24 条 (警察官通報)
3. 第 25 条 (検察官通報)
4. 第 25 条の 2 (保護観察所通報)
5. 第 26 条 (矯正施設長通報)
6. 第 26 条の 2 (精神病院管理者届出)
7. 第 27 条 2 項 (知事職務診察)

■属性情報

対象者

生年 T S H 年
年齢 満 歳
性別 1. 男 2. 女
面接 1. 有 2. 無
住居の種類 1. 自宅 2. 福祉施設 3. その他 ()
現 在 地 1. 居住地 2. 発見地 3. 病院 4. その他 ()
職 業 1. 自営 2. 雇用 3. 無職 4. その他 ()
保 険 1. 健保 2. 国保 3. 社保 4. 生保 5. その他 ()

保護者等

生年 T S H 年
年齢 満 歳
性別 1. 男 2. 女
面接 1. 有 2. 無
続柄 1. 親族 2. 知人 3. 福祉事務所職員 4. その他 ()
職業 1. 自営 2. 雇用 3. 無職 4. その他 ()
対象者との同居の有無 1. 有 2. 無

■事前調査年月日

平成()年()月()日 ~ 平成()年()月()日

■調査時の状況

- 幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動
 1. 明らか 2. 軽度 3. 無 4. 不明
- 社会生活への適応
 1. 明らかに不良 2. やや不良 3. 無 4. 不明
- 基本的な生活の困難（睡眠・栄養・清潔の保持等）
 1. 明らか 2. 軽度 3. 無 4. 不明
- 自傷行為
 1. 明らか 2. 軽度 3. 無 4. 不明
- 他害行為の有無（今回の申請・通報・届出に関するもの）
 1. 有 2. 無 3. 不明

※有の場合は以下の該当項目を囲む（複数選択可）

 1. 殺人・殺人未遂
 2. 傷害
 3. 暴行
 4. 性的問題行動
 5. 侮辱
 6. 器物損壊
 7. 強盗
 8. 恐喝
 9. 窃盗
 10. 詐欺
 11. 放火
 12. 弄火
 13. 不明
 14. その他

■同居者の有無

1. 有 2. 無 3. 不明

■精神障害の診断歴の有無（今まで）

1. 有 2. 無 3. 不明
- ※有の場合は以下の該当項目を囲む（複数選択可）
1. 痴呆等 (F0)
 2. アルコール・薬物等乱用 (F1)
 3. 精神分裂病（統合失調症）(F2)
 4. 気分（感情）障害 (F3)
 5. 神経症性障害等 (F4)
 6. 人格障害 (F6)
 7. 精神遅滞 (F7)
 8. 不明
 9. 左記以外

■精神科治療歴

- ・精神科入院歴 1. 有 2. 無 3. 不明
- ・精神科通院歴 1. 有 2. 無 3. 不明
- ・措置入院歴 1. 有 2. 無 3. 不明

■最近（1年以内）の精神障害の治療

- 1. 有 2. 無 3. 不明

※有の場合は以下の該当項目を囲む（複数選択可）

- 1. 痴呆等 (F0)
- 2. アルコール・薬物等乱用 (F1)
- 3. 精神分裂病（統合失調症）(F2)
- 4. 気分（感情）障害 (F3)
- 5. 神経症性障害等 (F4)
- 6. 人格障害 (F6)
- 7. 精神遅滞 (F7)
- 8. 不明
- 9. 左記以外

■検察官通報の場合の起訴前鑑定の実施 1. 有 2. 無 3. 不明

■備考

➤ 薬物乱用

- 1. 有 2. 無 3. 不明

➤ アルコール乱用

- 1. 有 2. 無 3. 不明

➤ 措置入院先の選択に関するような重大な身体合併症

- 1. 有 2. 無 3. 不明

■精神保健指定医による診察

- 1. 要 2. 不要

■措置診察の場所

- 1. 居宅 2. 警察署 3. 拘留・収監中 4. 精神科病院 5. その他
()

■同時診察の有無

- 1. 有 2. 無

■措置診断時の保護者等同席の有無

- 1. 有 2. 無

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

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
平成16年度～平成18年度 総合研究報告書
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 (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)

藤林 武史 (福岡市こども総合相談センター)

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。

本研究は、1.指定医が措置入院の要否を判断する際に影響を与えている因子に関して分析すること、2.都道府県政令指定都市などで指定医の判断の標準化に向けて指定医会などの試みがなされているか調査すること、3.将来の電子化も見据えた措置診断書案の提示、4.指定医の判断の標準化のためのガイドラインの作成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。

1. 指定医が措置入院の要否を判断する際に影響を与えている因子に関する分析

2000年4月1日から2001年3月31日までに、全国で措置入院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)をもとに、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ことを目的とした。

イ. χ^2 検定

措置診断書の問題行動や症状ごとに、要措置または措置不要との関連を検討した。属性ではF0で女性、F7で40歳以上、措置入院歴があるF1、F2、F3では要措置とされやすいなどの傾向が認められた。通報種別では、F2はほぼ全通報種別で要措置とされていたが、F6、F7の警察官、検察官通報では措置不要とされやすかった。問題行動では、F2では多くの問題行動で要措置とされていたが、F2以外では傷害、暴行、脅迫、自殺企図、器物損壊、放火または弄火などで要措置とされていた。逆にF7の窃盗では措置不要とされやすかった。症状では、F1、F2、F6、F7の幻覚妄想状態、精神運動興奮状態で要措置とされていた。全診断書でみると、知的障害は有意に措置不要とされていた。

ロ. ロジスティック回帰分析

対象とした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。

属性ごとの上位3項目のOdds比は、措置入院歴がある群では自殺企図9.73、精神運動興奮6.79、残遺性人格変化3.94、通報別では、一般人申請群で措置入院歴16.24、自殺企図8.60、傷害4.75、警察官通報群で自殺企図4.14、傷害4.00、幻覚妄想3.72、検察官通報群で殺人14.45、

幻覚妄想 4.42、精神運動興奮 3.80、矯正施設長通報群で人格障害 43.11、男性 10.94、幻覚妄想 9.08 であった。

また診断別では、F0 群で自殺企図 72.51、精神運動興奮 6.08、微罪 3.41、F1 群で殺人 14.34、精神運動興奮 6.26、放火または弄火 5.44、F2 群で自殺企図 5.88、殺人 4.71、精神運動興奮 3.00、F3 群で自殺企図 26.45、措置歴 9.98、躁 9.40、F6 群で躁 19.06、人格障害 5.01、精神遅滞 4.86、F7 群で精神運動興奮 7.21、人格障害 6.13、幻覚妄想 5.45 であった。

ハ. 決定木分析

措置入院要否の判断過程を、決定木法によって分析した。全診断書では要措置 84.6%であったが、精神運動興奮の有無で 2268 例（要措置 92.2%）と 1611 例（同 73.5%）に分かれた。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）であった。最も少ない分枝で最終ノードに達したノードは、1.精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想なし：要措置 92.2%（118/128 例）、2.精神運動興奮なし・幻覚妄想なし・自殺企図あり：要措置 80.4%（148/184 例）であり、全例が要措置とされていたノードは、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（102 例）であった。逆に要措置の割合が低いノードは、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 30.3%（47/155 例）であった。

ロジスティック回帰分析や決定木分析の結果は、措置要否の判断に直接的には用いることはできないが、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たか、その判断の過程を明らかにする端緒となると思われた。

2. 都道府県政令指定都市における指定医会の開催状況

指定医の職務を行う上で、地域における実際の臨床例への対応に議論が起こることも少なくない。指定医の判断の標準化のため、臨床例に即して、都道府県・政令指定都市ごとに、各地域の指定医間での合意形成を行う必要がある。そして、その合意の地域間の格差を狭めていくことで、指定医全体の判断が標準化されるとも考えられる。

このため、まず各地域に指定医がこうした議論を行う機会が設けられているかどうかの問題となる。このことを明らかにする目的で、各地域における指定医の判断の標準化を目的とする研修会・講習会（指定医会）の開催状況について調査を行った。

2005 年 7 月に、全国の都道府県・政令指定都市精神保健担当課に対して、アンケート調査を行った。調査の内容は、指定医会開催の有無、開催している場合は、その頻度、内容、指定医の出席状況、開始時期などとした。

全体の約 4 分の 1 の自治体で指定医会が行われていた。開催されているところでは、措置入院の診断基準や、事例検討、精神医療審査会からの指摘に対する討論などその自治体で行われている医療を、指定医という専門的な立場から幅広く討論する場として活用されていた。今後は、自治体ごとに議論の場を整備し、指定医の間での合意形成を図っていく必要があると思われた。

3. ガイドライン研究

1) ガイドライン案

6 県市の 41 名の措置診察に当たった指定医の回答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カ所からの回答があった。

その結果、措置診察に当たった指定医、精神科関連機関とも各項目概ね約8割が特に問題はない、と回答していた。しかし一方、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。

2) 措置診断書案

6県市の41名の指定医から回答を得た。「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、この診断書の法的位置づけと絡んで、記載内容の強制力に対する疑問もあった。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) 措置入院全般に関する意見

6県市41名の指定医の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、今後の研究が必要と思われた。

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。本研究は、1.指定医が措置入院の要否を判断する際に影響を与えている因子に関して分析すること、2.都道府県政令指定都市などで指定医の判断の標準化に向けて指定医会などの試みがなされているか調査すること、3.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

の3点の検討を通じ、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

1.指定医が措置入院の要否を判断する際に影響を与えている因子の分析

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)をもとに、データベース化した資料を分析した。

2.都道府県政令指定都市における指定医会の開催状況

2005年7月に、全国の都道府県・政令指定都市精神保健担当課に対して、アンケート調査を行った。調査の内容は、指定医会開催の有無、開催している場合は、その頻度、内容、指定医の出席状況、開始時期であった。

3.指定医の判断の標準化のためのガイドライン研究