

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
三澤 孝夫	医療観察法病棟内における退院援助・地域調整とCPA 会議の実際	精神看護	35 (4)	29-33	2008
吉住 昭 瀬戸 秀文 藤林 武史	措置入院に際する精神保健指定医判断の標準化－措置入院判定のためのガイドラインについて	日精協誌	28 (2)	84-90	2009
瀬戸 秀文 藤林 武史 吉住 昭	精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について	日精協誌	28 (2)	91-96	2009

研究成果の別刷

4 | 医療観察法鑑定入院の実態—平成18年度厚生労働科学研究から

平田豊明^{#1}、椎名明大^{#2}、五十嵐禎人^{#3}、上野勝彦^{#4}、川畑俊貴^{#5}、来住由樹^{#6}、
瀬戸秀文^{#7}、服部 功^{#1}、林 偉明^{#8}、平林直次^{#9}、松坂あづさ^{#10}、中島豊爾^{#6}

- #1 静岡県立こころの医療センター
#2 千葉大学医学部附属病院
#3 千葉大学社会精神保健教育研究センター
#4 石川県立高松病院
#5 京都府立洛南病院
#6 岡山県精神科医療センター
#7 長崎県立精神医療センター
#8 千葉県精神科医療センター
#9 国立精神・神経センター武蔵病院
#10 千葉保護観察所

医療観察法37条が規定する鑑定入院は、同法対象者の処遇判定のためだけでなく、対象行為後の初期治療のためにも重要であるが、全国約240か所の鑑定入院医療機関における医療の内容は、必ずしも明らかではない。このたび、演者らは、国の補助金を受けて鑑定入院の実態を多角的に調査したので、調査結果の一部を発表し、若干の考察を加えた。

民間病院が60%を占める鑑定入院医療機関は、平均在院日数や職員配置などにおいて全国平均を上回っていたが、精神科急性期治療病棟の認可施設は30%にすぎず、15%が臨床研修指定病院でないなど、医療水準にばらつきが少ないことが推測された。

鑑定入院284例の平均在院期間は59日（隔離室27日、個室30日）であったが、回答105施設の31%では、通院処遇の決定後も鑑定入院先に精神保健福祉法による入院を継続した事例があった。また、鑑定入院事例は原則として全期間を隔離室ですごすと回答した施設が16%、隔離に際して必ずしも書面告知を行わない施設が30%、薬物療法は必要最小限にとどめるようにしている施設が15%あるなど、鑑定入院が必ずしも精神保健福祉法に準じた標準的なものではないことを示していた。そして、一定の治療基準やクリニカルパスが必要と回答した施設が57%に上った。

鑑定医124人の回答によれば、25%が責任能力評価に疑問を感じており、34%が治療反応性や社会復帰要因の評価に、50%が医療観察法の適否判断に、44%が入院処遇の必要性判断に、それぞれ迷いを感じたことがあるなど、鑑定医が逡巡しながら鑑定業務に当たっていることがわかった。なお、12%の鑑定医には刑事鑑定の経験がなかった。

一方、指定入院医療機関18施設の回答によれば、診断については78%、疾病性では72%、治療反応性では94%、社会復帰要因では77%、共通評価項目では61%が、鑑定医の評価に疑問を感じた経験ありと回答している。また、鑑定医の鑑定能力がほぼ均一との回答例は皆無であった。このように、指定入院医療機関は、鑑定の現状を厳しく評価している。

以上の調査結果をふまえて、今後は、施設基準や治療基準を作成するなどして、鑑定入院の治療水準を確保すること、および、鑑定の質を保つために、指定医療機関からみた処遇判定への疑問例を鑑定医にフィードバックするシステムが必要であることを指摘した。

特集

司法と精神保健福祉—心神喪失者等医療観察法を通じて考える

【総説】

医療観察法と
精神保健福祉士
 東京福祉大学 さとうさん しろう
佐藤三四郎

●プロフィール

- 1970年
東京大学医学部保健学科卒業
- 1974年
同大学院医学系研究科保健学専門課程修了
- 1974年
埼玉県精神衛生センター
- 1984年
埼玉県立がんセンター
- 1987年
埼玉県精神医療総合センター準備室
- 1990年
埼玉県立精神保健福祉センター
- 2007年～
東京福祉大学
- 著書
『増補新版 精神保健福祉論』（共著）へるす出版、2008。
『障害者自立支援法—地域生活支援の今後と精神保健福祉士の実践課題』（共編著）へるす出版、2005。
『これからの精神保健福祉—精神保健福祉士ガイドブック』（共著）へるす出版、1997。

はじめに

精神保健福祉士は、精神障害者の社会復帰等に関する相談指導を業とする専門職として創設されたものであり、1999（平成11）年1月の第1回精神保健福祉士国家試験の実施以来、今年で10回を重ね、38,244名（2008〔平成20〕年4月30日現在）が登録されている。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年7月16日法律第110号。以下、医療観察法）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者（以下、対象者）の社会復帰を促進することを目的とし、地方裁判所において対象者の処遇を決定する審判、保護観察所における対象者の生活環境調査や生活環境調整、見守り等、指定医療機関における対象者の医療等について規定している。それらのなかで、地方裁判所の精神保健参与員や保護観察所の社会復帰調整官として精神保健福祉士を規定している。社会復帰の専門職という精神保健福祉士の職能が、対象者の社会復帰の促進という医療観察法の目的に合致しているからであろう。

医療観察制度における精神保健福祉士の役割

1) 精神保健参与員

医療観察法第15条第2項に規定されている。厚生労働大臣が、毎年、地方裁判所ごとに作成する「精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する者」の名簿から、地方裁判所が処遇事件ごとに精神保健参与員として選任するもので、その身分は、当該事件に係属している期間に限り特別職の国家公務員たる非常勤の地方裁判所職員である。

精神保健参与員は審判において合議体（裁判官および精神保健判定医たる精神保健審判員の2名によって構成される）の求めに応じて意見を述べるものであるが、合議体の構成員ではなく評決には参加しない。

審判においては疾病性、治療反応性、社会復帰可能性の3要素に基づいて処遇の決定が行われるが、精神保健参与員には社会復帰可能性の評価が最も期待されている。

精神保健参与員名簿は非公開であるが、2007（平成19）年は621名が登録されている。

2) 社会復帰調整官

医療観察法第20条第3項に「精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として政令で定めるもの」として、精神保健福祉士が筆頭に規定されている。その他の者とは、医療観察法施行令第5条により、保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士、その他とされている。

社会復帰調整官は全国53庁(支部3カ所を含む)の保護観察所および支部に各1～3名、計70名が配置され(2007年8月末現在)、そのうち63名(90%)が精神保健福祉士の資格を有している。

社会復帰調整官の職務内容は、医療観察法第20条第2項に規定されている。

(1) 生活環境の調査(第38条)

審判に際し、合議体の求めに応じ、対象者の生活環境を調査し、居住地において継続的な医療を確保することの可否についての保護観察所長の意見を付し、生活環境調査報告書として地方裁判所に提出する。合議体が処遇決定を行う際の参考資料であり、社会復帰調整官はこの段階で環境調整等の具体的処遇を行うことはできないが、対象者との関係形成の出発点となる。

(2) 生活環境の調整(第101条)

当初審判で入院決定を受けた対象者が円滑に社会復帰できるよう対象者や家族等の相談に応じ、都道府県や市町村等の関係機関と連携しつつ、指定医療機関に入院した当初から社会復帰に向けた調整を行うものである。

(3) 精神保健観察(第106条)

通院決定を受けた対象者について、適切な接触を保ち、指定通院医療機関ならびに居住地を管轄する都道府県知事および市町村長との連携のもとに、必要な医療を受けているか、またその生活の状況について見守りを行うものである。

(4) 関係機関相互間の連携の確保(第108条)

処遇の実施計画(第104条)に基づき、ケア会議等を通じて行われる。処遇の実施計画は、通院処遇の決定があった対象者について、指定通院医療機関管理者ならびに居住地を管轄する都道府県知事および市町村長と協議し、保護観察所長が定めるものである。

3) 指定入院医療機関の精神保健福祉士

「指定入院医療機関運営ガイドライン」(「心身喪失等の状態で大変な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の施行について」平成17年7月14日

障精発第0714001号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知〔以下、0714001号通知〕によれば、「臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士」の配置数は、入院患者に対し、常勤で概ね5:1とされている。したがって33床の場合は7名であり、そのうち精神保健福祉士は2名程度となっている。

「入院処遇ガイドライン」(0714001号通知)においては、急性期・回復期・社会復帰期のステージごとに、多職種チーム構成員の職種別の役割が整理されている。

精神保健福祉士が担当する主な業務は、一般的な精神科病院における業務に加え、社会復帰調整官との連絡、医療観察法による入院制度等の説明、処遇改善請求および退院の申立て等に関する説明ならびに手続き等の援助、権利擁護講座・社会復帰講座等の企画および運営、外出・外泊プログラムの作成ならびに事前準備および同行等である。

4) 指定通院医療機関の精神保健福祉士

「指定通院医療機関運営ガイドライン」(0714001号通知)によれば、適正な医療を提供するために多職種チーム会議の設置、訪問看護の提供、精神科デイケアの提供等が規定され、人員配置としては「臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士等」があげられているが、「非常勤職員可」とされている。

5) 地域精神保健福祉関係機関の精神保健福祉士

(1) 医療観察法に基づく規定

医療観察制度の最終目標は、対象者が再び同様の他害行為を行うことなく、地域社会における生活に定着することである。

地域処遇に関しては「地域社会における処遇のガイドライン」(平成17年7月14日法務省保総第595号・障精発第0714003号 法務省保護局総務課長・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知。以下、地域処遇ガイドライン)が策定されており、各都道府県においては地域処遇ガイドラインに基づいた運営要領を定めることとされている。

地域処遇ガイドラインは、医療観察制度による処遇が終了した後における一般の精神科医療および精神保健福祉の継続を視野に入れつつ、広く地域の精神保健福祉全般の向上にも寄与することをめざすものとしている。

基本方針としては、対象者が必要な医療を継続し再び対象行為を行うことなく社会生活を維持できるよう支援すること、関係機関が平素から連携・協力して処遇を実施できる体制を整備すること、継続的な医療の提供と精神保健観察の実施および精神保健福祉サービスの提供が対象者を中心とするネットワークとして機能することとしている。

地域精神保健福祉にかかわる各関係機関の役割と相互の連携、地域住民や被害者への配慮を述べるとともに、地域処遇に係る社会復帰調整官の主要な業務についても規定している。

地域処遇は、専用の施設を用いて行われる入院処遇とは異なり、社会復帰調整官がコーディネーターとなって地域精神保健福祉の既存の資源を用いて行われるものであるため、地域資源のありようによって、その質が左右されることになる。

(2) 精神保健福祉法に基づく規定

① 精神保健福祉相談員

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)第48条に、都道府県および市町村は精神保健福祉相談員を置くことができるとし、精神保健福祉相談員とは、精神保健福祉士その他の者としている。

② 精神保健福祉センター

「精神保健福祉センター運営要領」(平成8年1月19日健医発第57号 厚生省保健医療局長通知)によって「精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えなければならない」とされている。職員については、標準的構成として医師、精神保健福祉士、臨床心理技術者、保健師、看護師、作業療法士等が示されている。2005(平成17)年7月14日の同運営要領改正により、医療観察法による地域処遇については、処遇の実施計画に基づき、地域精神保健福祉活動の一環として実施されるものであり、精神保健福祉センターにおいても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められるとされている。

③ 保健所

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」(平成12年3月31日第251号 厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知)によれば、保健所全職員のチームワークが必要であるとし、医師、精神保健福祉士、保健師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、

精神保健福祉 vol. 39, no. 2, 2008

医療社会事業員、事務職等の職員を、管内の人口や面積等を勘案して必要数置くこと。また、資格のある職員を精神保健福祉相談員として任命し、積極的にその職務にあたらせること。この場合、精神保健福祉士に加え、臨床心理技術者や保健師で精神保健福祉の知識経験を有する者を含めたチームアプローチにも配慮した配置が必要としている。さらに、精神保健福祉相談員は、精神保健福祉業務に専念できるよう、専任の相談員を複数置くとともに、その他の職員により、体制の充実を図るよう努めるものとしている。

なお、2005年7月14日の同運営要領改正により、医療観察法による地域処遇については、精神保健福祉センターと同様の規定が加えられている。

④ 市町村

精神保健福祉行政が入院医療中心の施策から社会復帰や福祉施策にその幅が広がるにつれて身近な市町村の役割が大きくなってきたとし、精神保健福祉相談員の配置については保健所と同様の規定をしている。

また、2005年7月14日の「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」改正により、医療観察法による地域処遇については、保健所と同様の規定が加えられている。

精神保健福祉士の関与の実態

筆者は、中島豊爾主任研究者((独)岡山県精神科医療センター理事長・院長)のもとで、2006(平成18)年度から3年継続となる厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)による「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」の分担研究者として「医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究」を担当している。精神保健参与員、社会復帰調整官、指定入院医療機関、指定通院医療機関、地域精神保健福祉関係機関の5領域について、研究協力者とともに精神保健福祉士の業務の実態把握を試みている。「平成18年度」および「平成19年度」の研究の概要は以下のとおりである。

1) 精神保健参与員の役割

研究協力者:三澤孝夫(国立精神・神経センター病院)ほか

(1) 平成18年度研究

精神保健参与員に対するアンケート調査を行った。精神保健参与員名簿が公開されていないために調査対

象に偏りがあり、全国的な実態を把握したとは言い難い。

地方裁判所における精神保健参与員の認知度は高いとはいえず、審判に精神保健参与員の参加が求められない場合も多い。また、事件の絶対数や地域的偏りなどのために、精神保健参与員として登録されながら審判を経験していない者も少なくない。

(2) 平成19年度研究

医療観察法に基づく審判においては、処遇決定の判断基準として、疾病性、治療反応性、社会復帰可能性の3要素が重視されるが、法施行後の時間経過とともに退院申立てや処遇終了の申立てが増加し、社会復帰可能性に対する評価の重要性が高まっている。

精神保健参与員からの聴き取り調査に基づき、疾病性の理解を前提とした社会復帰可能性の評価における精神保健参与員の判断能力が強く求められている。

2) 社会復帰調整官の役割

研究協力者：宇津木朗（さいたま保護観察所）ほか

(1) 平成18年度研究

社会復帰調整官は、医療観察制度の開始から終了に至るまで一貫して関与する唯一の職であり、対象者の処遇に関する調整等の中心的役割を担っている。しかし、役割に対する期待の高さに反して配置数は少ない。係属事件数の増加、指定医療機関の設置数が少なく地域的偏りもあることから、遠隔地への旅行等のために業務量が過重になっている。さらに、対象者の地域処遇において利用可能な地域精神保健福祉システムの成熟度には質量ともに都道府県による格差が大きく、対象者の円滑な地域生活への移行を困難にしている。

(2) 平成19年度研究

アンケート調査、業務量調査、集団討議により、①事件数の増加に伴う業務実態の変化の把握、②関係機関の連携が重要となる地域処遇移行期の現状把握と課題の整理、③調整官の研修に関する現状把握と研修体系案の提案を行った。

3) 指定入院医療機関における精神保健福祉士の役割

研究協力者：三澤孝夫ほか

(1) 平成18年度研究

急性期・回復期・社会復帰期の各期における精神保健福祉士の業務を概観した。アンケート調査では、回

答が得られた6病院について、家族関係調整や経済問題調整に加え、医療観察法に関する説明には4病院で精神保健福祉士が関与していた。抗告権に関する説明は、すべての病院で精神保健福祉士が関与していた。権利擁護講座を開設している5病院および社会復帰講座を開設している2病院では、すべて精神保健福祉士が関与していた。

(2) 平成19年度研究

指定入院医療機関における重要な治療プログラムである権利擁護講座と社会復帰講座について、各指定入院医療機関の現状を踏まえて検討した。

また、地域処遇への移行を目的とする関係機関調整やケア会議における精神保健福祉士の役割について検討した。

4) 指定通院医療機関における精神保健福祉士の役割

(1) 平成18年度研究

研究協力者：三澤孝夫ほか

首都圏の指定通院医療機関をはじめ関係機関によって組織される司法精神医療福祉研究会に参加し、相互の施設見学や情報交換を行った。

指定通院医療機関の精神保健福祉士を対象としてアンケート調査を実施した。専任職員を配置している機関は、21%であった。指定通院医療機関の名簿が公開されていないこと、通院処遇を受ける対象者が比較的少ないことから、業務の実態を十分に把握するには至らなかった。

(2) 平成19年度研究

研究協力者：石井利樹（千奈川県立精神医療センター・芳香病院）ほか

研究協力者による集団討議により指定通院医療機関における精神保健福祉士の業務実態を明らかにするとともに、精神保健福祉士の業務内容および留意点について具体的に整理した。また、アンケート調査により精神保健福祉士の業務量の把握を行った。

5) 地域精神保健福祉機関における精神保健福祉士の役割

研究協力者：四方田清（千葉県精神保健福祉センター）ほか

(1) 平成18年度研究

地域精神保健福祉活動推進の中核的機関とされる精神保健福祉センター（全国64施設）を対象として、業

務および精神保健福祉士の配置状況等に関するアンケート調査を実施した(回収率100%)。精神保健福祉士が1名以上配置されているセンターは35施設(55%)に過ぎなかった。保護観察所が主催する地域処遇のためのケア会議に参加したセンター職員のうち、精神保健福祉士は、2005年度28件(44%)、2006年度89件(41%)で、いずれも精神保健福祉士の参加が最も多かった。

(2) 平成19年度研究

保健所および市町村における精神保健福祉士の役割についてアンケート調査を行った。

保健所および市町村は、対象者の地域処遇において中心的な役割を担うとともに、医療観察法による処遇終了後も引き続いて関与する可能性が高い機関である。

全国の保健所および市町村を対象としたアンケート調査により、対象者に対するそれぞれの関与の実態、精神保健福祉士の配置状況等を把握するとともに、課題の検討を行った。

今後の課題

医療観察法施行からほぼ3年が経過し、同法附則第4条(検討)に規定する施行5年後の見直しまでにあと2年となった。ただし、この見直しは必須ではなく、政府が施行状況を検討した結果「必要があると認めるときは」との条件付きであり、まず課題を整理し、検討の必要性を強く訴えていく必要がある。

1) 精神保健参与員

精神保健参与員となる者は、司法領域において精神障害者の社会復帰に関する専門性を発揮できるようさらに資質の向上を図るとともに、司法制度についての理解を深める必要がある。

また、2人で構成される合議体は制度的に不自然であり、精神保健参与員の名称を変更して合議体の構成員に加え、3人体制にすべきである。

2) 社会復帰調整官

医療観察制度のほぼ全般にわたり、重要な役割を担っている。しかし、大半の保護観察所で1名配置に止まっており、指定医療機関の不足や地域的偏在、地域精神保健福祉資源の不足や地域格差などが加わって過酷な過重労働を強いられている。社会復帰調整官の大幅な増員を至急行う必要がある。

3) 指定医療機関

指定医療機関の絶対数が不足しており、地域的偏在も著しく、対象者の入院処遇から地域処遇へ向けた円滑な移行を著しく困難にしている。至急に整備の促進を図る必要がある。また、指定入院医療機関における精神保健福祉士の配置数を見直すとともに、指定通院医療機関においては専任者を含めて複数の精神保健福祉士を配置する必要がある。

4) 地域精神保健福祉関係機関

地域精神保健福祉に従事する精神保健福祉士および関係職種については、運営要領等による規定との乖離が著しい。対象者の医療観察法による処遇終了後の一般地域精神保健福祉サービスの利用に向けた円滑な移行を著しく困難にしている。

地域精神保健福祉活動のあり方の見直しは、3障害福祉サービス総合化の要請により、結果的に障害者自立支援法の体制に統合されたが、そもそもの出発点は医療観察法附則第3条の規定であった。地域精神保健福祉体制の充実があってこそ、医療観察制度はその趣旨が生かされることになる。今後の地域精神保健福祉体制の充実を切に願うものである。

参 考

- 1) 厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」(主任研究者:中島豊爾)分担研究者:「医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究」分担研究報告書 平成18年度・平成19年度。

措置入院に際する精神保健指定医判断の標準化

措置入院判定のためのガイドラインについて

吉住 昭*¹ 瀬戸 秀文*² 藤林 武史*³

*¹岩手 国立病院機構花巻病院 院長 *²長崎県立精神医療センター 医長 国立病院機構肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学部門 *³福岡市こども総合相談センター 所長

Key Words 措置入院, 精神保健指定医, 措置入院ガイドライン

はじめに

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、あま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始めとし、多くの人に精神科医療に対する不信も生みかねない。とくにそれが、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）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る。

措置入院の基準に関しては、「精神保健精神障害者福祉に関する法律第28の2第1項の規定に基づく厚生大臣の定める基準」(昭和63年4月8日厚生省告示第125号)があるが、その運用をめぐる都道府県で著しい開きがある。以下、2001年度より開始された厚生労働科学研究の措置入院班で行った研究をもとに作成した措置入院判定のガイドラインを提示し、今後の課題についてもふれる。

方法

措置入院研究班の経過や解析の基礎となった資料については、本号の瀬戸の報告に譲る。ここでは、措置入院判定ガイドラインの8項目がどのようにして作成されたかについて簡単にふれる。本

8項目(当初7項目)は、3,884枚の措置診断書のうち措置判断不一致例を分析し、指定医の判断が分かれたと思われる要因を分析し、そこから措置判断の不一致をなくしていくにはどのような基準を作成すればよいかを、班員間で議論し作成された。

そして次の段階で、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県市の指定医に、作成した措置入院判定ガイドライン案の7項目について意見をもらった。そしてさらに、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(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という項目を加えた計8項目(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がないか、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、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある、⑧7つの項目を満たした場合に措置該当とする)を精神科関連施設に提示し意見を集約した。

具体的には、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。なお、以下指定医や関係機関からの回答のうち要点のみ記載し、詳細については研究報告書¹⁾を参照していただきたい。

結果

6県市の41名の指定医と218の精神科関連機関のうち171カ所(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)からの回答を得た。ここでは、表1に精神科関連施設のガイドライン案に関する実際の意見の一部を示す。

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(疾病基準)について

指定医41名中33名(80.5%)が、「了解または問題ない」とし、提案ありは7名であった。140施設中121施設(86.4%)が、「了解または問題ない」とし、提案ありは19施設であった。

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

範囲について、F6, F7, F8, F9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みられた。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²⁾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。ただし、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、たと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ろう。さらに、けた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けた表示(たとえば、F2など)が必要となろう。

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(問題行動が自傷他害に該当)について

41名中36名(87.8%)が、「了解または問題ない」とし、提案ありは5名であった。141施設中126施設(89.4%)が、「了解または問題ない」とし、提案ありは15施設であった。

この点については、①自傷行為の範囲と取り扱い、②他害行為の範囲、③未遂事件への対応が意見として挙げられていた。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. 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(問題の行為と精神症状の関連)について

41名中39名(95.1%)が、「了解または問題ない」とし、提案ありは2名であった。139施設中126施設(90.6%)が、「了解または問題ない」とし、提案ありは13施設であった。

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

表1 措置入院アンケート結果

(回答の多かった1, 4, 6項目と全体の意見のみ表示)

質問事項	提案事項
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	精神障害を絞るべきではないか。
	診断名とすると、確定しがたい場合に困るのではないか。
	ICD-10 全部というのは、広範囲にすぎる(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)。
	経験上、無理があることはわかっている。「心因反応」を認める県と認めない県もある。
	ICD-10を好まない医師は協力しにくい。ICDに含まれるものすべ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。
	ICD-10分類を基本とすることは、原則的には賛成だが、このなか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。
	F1せん妄のない依存症者、たと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。
	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。
	F6, F7については包含すべきか否かについて検討が必要。
	現行法令上、仕方ないと思うが、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。
	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。
	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考ええる。
	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。
	境界例すなわち人格障害、発達障害、パノイアに関して、具体的な記載が必要ではないかと考える。
	病的行動や認知・判断の障害の有無および程度は不要。
	「精神障害があるか」ではなく、「精神障害があり」。
	ICD-10を基準に考えることでよいと思うが、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いくない。
	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。
	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
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、「エイヤッ」もほしいだろうが、やや強引にしては真実に遠ざかる。	
これをICD-10に限定すると、DSMが重視する文化剝奪現象が入らなくなる。ホームレスなどで一部そのような場合がみられるようだが、DSMの定義とも少し異なるかもしれない。	
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ほう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。	
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。	
そう判断する基準、根拠はどうなのか。現在でもあいまいで難渋する点である。	
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。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。	
ある程度の判断基準(精神医学的なのか、世間一般的なのか)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。	
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とすると思われる。	
判断能力を検討するのは短時間では困難に思える。	

	<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。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変化することがある。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、著しく低いという意味は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>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。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ほうが判断がクリアでわかりやすいが）。</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こんだことは適当とは思われない。たとえば、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よいものか。</p> <p>措置診療の段階で短い時間のなかで判断能力の有無を確かめるのは難しいと思われる。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>ただし、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、たと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。</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（たとえば、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>
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	<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、判断基準はいまいち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>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、第三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とき、いま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（治らないこと）に措置不該当としたら、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> <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。</p> <p>「精神障害の改善」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。6の内容は7と重複する。</p> <p>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。</p>

	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1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当だと考える。
	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、矯正または保安施設の整備、または、精神入院治療の対象外であることの法整備（または、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できる。
	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。この項目はいらないと思う。
	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、議論が必要。
	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なかに入れると、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くる。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。これは不要なのでは。
9 措置入院判定のためのガイドライン（案）について意見	自傷他害行為の解釈に、指定医間に隔りがみられることから、この定義を細かくチェックの要あり。
	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みの構築ができると思う。
	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。
	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、患者さんにも不服（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。
	「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。

い切れない」との指摘もあった。

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

41名中34名（82.9%）が、「了解または問題ない」とし、提案ありは6名であった。139施設中120施設（86.3%）が、「了解または問題ない」とし、提案ありは19施設であった。

この項目については、指定医に対する質問では「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」としていたが、診察にあ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³¹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、おおむ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、およ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。これらを参考しつつ、「判断能力」の判断の基準を考慮していくことも、今後の重要な課題となる。

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（精神症状の持続や易再燃性）について

41名中38名（92.7%）が、「了解または問題ない」とし、提案ありは2名であった。また、139施設中129施設（92.8%）が、「了解または問題ない」とし、提案ありは10施設であった。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」とする意見がみられた。

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（治療反応性）について

41名中33名（80.5%）が、「了解または問題ない」とし、提案ありは7名であった。137施設中113施設（82.5%）が、「了解または問題ない」とし、提案ありは24施設であった。

この項目は、指定医41名中7名、施設調査でも137施設中24施設が提案ありとし、最も多く提案がなされた事項であった。提案のなかには、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具体的な疾患名を挙げ、その疾患への具体的な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他の項目で十分でありこの項目は不要と述べたものまでであった。また医療観察法に関連しての意見もみられた。

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、「病状の改善およ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の基準をみても、治療反応性に言及したものはない。

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（入院処遇の必要性）について

41名中38名（82.9%）が、「了解または問題ない」とし、提案ありは2名であった。138施設中128施設（92.8%）が、「了解または問題ない」とし、提案ありは10施設であった。

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. 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

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、指定医の判断に委ねるべきとするものまでであった。

まとめ

措置入院の基準に関しては、「精神保健精神障害者福祉に関する法律第28条の2第1項の規定に基づく厚生大臣の定める基準」（昭和63年4月8日厚生省告示第125号）がある。この基準は、①病状として、「抑うつ、躁、幻覚妄想、精神運動興奮、昏迷、人格の病的状態」により、自傷行為、または刑罰に法令に触れる程度の他害行為があり、②既往歴、現病歴、関連する事実行為などを考慮し、③ただちに入院させなければ、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがあると認めた場合に措置入院を行うとしている。しかし、その運用をめぐっては都道府県で著しい開きがある。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、いまだ十分な解決策は見出し得ない。それらもふまえ、措置入院判定ガイドラインを策定し、先の厚生大臣の定める基準にいくつかの項目を追加した。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、提案事項として挙げられた意見には貴重なものも多く認められた。

また一方、諸外国に目を転じれば、地域で緊急の入院が必要とされるかの判断を下すためのいくつかの簡便化された評価尺度、たとえば Crisis Triage Rating Scale (CTRS)⁴⁾、Hospitalization Criteria⁵⁾、Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services, Adult version 2000 (LOCUS: 精神疾患および依存症のためのケアレベル活用システム成人用 2000 年版)⁶⁾なども開発されている。

医療観察法が施行されたという状況、さらには近年警察官通報の伸びが著しいという状況⁷⁾等をふまえ、今後先にふれた8項目について、さらに各現場で検証していく必要があるとともに、措置入院制度の運用がどのように推移していったかを分析し、措置入院制度の適正化に向けた各地での取り組みが課題となってくるであろう。

文 献

- 1) 吉住 昭, 瀬戸秀文, 鶴丸藍子: 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. 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18年度総括・分担研究報告書, pp.63-95, 2007.
- 2) 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.
- 3) 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. 司法精神医学1 司法精神医学概論, pp.318-337, 中山書店, 東京, 2006.
- 4) Bengelsdorf H, Levy LE, Emerson RE, et al: A crisis triage rating scale. A brief dispositional assessment of patients at risk of hospitalization. Journal of Nervous and Mental Disease 172: 424-430, 1984.
- 5) Sherrill R: A hospitalization criteria checklist as an evaluation tool for an emergency service. Hos Community Psychiatry 28: 801-807, 1977.
- 6) American Association of Community Psychiatrist: Level of Care Utilization System for Psychiatric and Addiction Services, Adult version 2000 (独立行政法人肥前精神医療センターホームページ; <http://www.hosp.go.jp/~hizen/> に訳文を掲載).
- 7) 竹島 正, 立森久照: 精神保健資料をもとにした精神保健福祉法24条の運用実態の分析. 厚生科学研究費補助金・医療観察法による医療提供のあり方に関する研究, 平成19年度総括・分担研究報告書, pp.457-472, 2008.

1) 吉住 昭, 瀬戸秀文, 鶴丸藍子: 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

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」

総合研究報告書

発行日 平成 21（2009）年 3 月
発行者 研究代表者 中島 豊爾
発行所 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター
〒 700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16
TEL：086-225-3821 FAX：086-225-3834