

措置入院及び退院後支援のあり方に関する研究

研究分担者：椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

研究協力者：浅見隆康（群馬県こころの健康センター）、五十嵐禎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、伊豫雅臣（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、稲垣 中（青山学院大学国際政治経済学部）、今井敦司（東京都立松沢病院）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、大塚達以（宮城県立精神医療センター）、鎌田 雄（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、佐藤愛子（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、杉山直也（沼津中央病院）、瀬戸秀文（国立病院機構太宰府病院）、新津富央（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、西中宏史（千葉大学社会精神保健教育研究センター）、平田豊明（木村病院）、平林直次（国立精神・神経医療研究センター）

要旨

当分担班では精神保健福祉法に基づく措置入院の適正化に関する研究を実施している。本年度においては、平成 30 年に公表された「地方公共団体による精神障害者の退院後支援ガイドライン」の運用状況に関する全国自治体調査を行うとともに、前年度に開始した措置診察にあたり必要とされる知識及び技術の効率的な習得方法に関する全国の精神保健指定医に対するアンケート調査の結果をまとめた。

A.研究の背景と目的

平成 28 年 7 月 26 日、相模原市の障害者支援施設に元職員が侵入し、入所者を刃物で刺し、19 名が死亡し、27 名が負傷するという事件が発生した。

この事件の被疑者が事件前に犯行を予告する手紙を各所に送付したことで精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による措置入院となっていたこと、被疑者が事件前に大麻を使用していたことが後に明らかになったこと、被疑者がいわゆる優生思想に基づく深刻な障害者差別の発想をもって犯行に及んだことが推定されたこと等により、この事件は今日の我が国における精神保健福祉施策のあり方について多くの議論を呼ぶこととなった。

厚生労働省は事件の検証および再発防止策

検討チームを結成し、平成 28 年 9 月 14 日に中間とりまとめを、12 月 8 日に最終報告書を発表した。その内容には、措置入院制度に関する実態把握および改善のための方策の検討、とりわけ措置入院の対象となった患者の退院後支援の体制作りの必要性についての提言が盛り込まれた。

本研究班は、直接的には、事件発生を受けて、措置入院制度運用の現状分析及び今後の改善策の考案を目的として、平成 28 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「精神障害者の地域生活支援を推進する政策（研究代表者：藤井千代）」の分担研究として、平成 28 年 12 月 21 日に交付決定されたものの後継に当たる。

すなわち本研究は時系列的には相模原事件

を受けて開始されたものといえるかもしれない。他方、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による措置入院制度の抱える種々の課題については従前から再三指摘されていた。例えば、措置通報件数は近年、特に警察官通報において大きく増加している。これに対し、措置診察対象者や新規措置入院者はさほど伸びておらず、警察等の認識と保健所や精神保健指定医の判断との間の乖離がうかがわれる。次に、措置入院患者は医療保護入院患者に比べて、ソーシャルサポートの乏しさが顕著である。すなわち、措置入院患者の多くは一般精神保健医療福祉で支えきれなかった患者であり、措置解除後の支援体制が十分でないことが多い。そのため転帰不明となる例も多く、このことが一部患者の頻回措置入院につながっている可能性がある。そして措置入院に携わる精神科医師の多くは、頻回措置患者や措置診察を受けたが措置不要となった患者への手当が必要と考えている。措置入院医療の質の向上を図る取組みも継続的に行われてきた。

本研究の当初の主な目的は、上記のような先行研究を整理するとともに、新たなデータを収集して、現行制度運用の実態把握を行うことであった。しかしその後厚生労働省内で法改正の議論が具体化するに及び、改正法を想定した運用ガイドライン作りも求められることになった。

厚生労働省は、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の報告書を平成29年2月17日に公表した。その提言内容等に基づき、政府は精神保健福祉法改正法案を第193回通常国会に提出した。法案は参議院先議となり、附帯決議付きで可決されたが、会期末のため継続審議となった。そして第194回臨時国会で衆議院が解散されたのに伴い、廃案となった。

こうして立法は頓挫したものの、措置入院制度をはじめとする我が国の精神保健福祉に様々な課題があることに変わりはない。厚生

労働省はまず現行の精神保健福祉法下での運用の適正化を図ることを企図し、我々は作成途上だったガイドラインの内容を見直し、現行制度下でも適応可能でかつ精神医療保健福祉の向上に資すると思われる部分を抽出することを計画した。

我々は厚生労働省、各自治体、警察庁等との協議を重ね、措置入院運用にかかる論点整理を行った。また、措置入院患者に限らず精神科病院から退院した患者に対する行政による地域生活支援のあり方について、作成途上だったガイドラインを叩き台としてさらに議論を重ねた。

それらの結果を下敷きにして、厚生労働省は、平成30年3月27日に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「措置入院の運用に関するガイドライン」について（厚生労働省障発0327第15号。以下「運用ガイドライン」という。）」及び厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「「地方公共団体による精神障害者の退院後支援のガイドライン」について（厚生労働省障発0327第16号。以下「退院後支援ガイドライン」という。）」が発出された。ちなみに、同通知内に示された両ガイドラインは行政文書としての性質上、研究班ガイドラインと一部記述が異なっている。

上記の経緯により両ガイドラインが発出されたことにより、措置入院制度改革は一定の進捗を見た。その一方で、当初厚生労働省が目指していた精神保健福祉法改正に向けた動きは頓挫する形になっていた。

この状況を踏まえ、我々は運用ガイドライン及び退院後支援ガイドラインに関する研修会を開催し、両ガイドラインの普及を図るとともに利点及び問題点の抽出に努めた。また、相模原事件以前からたびたび問題視されていたにもかかわらず両ガイドラインでも中核的に取り上げられることのなかった、司法と精神医療の狭間に陥りがちないわゆる「グレーゾーン事例」に関する考察を進めるための研究を行った。

そして一昨年度にはその研究をさらに進めるとともに、ガイドラインの普及状況の調査を行い、措置通報で中心的な役割を果たしている全国の警察官に対するアンケート調査を計画した。しかし新型コロナウイルス感染症の世界的拡大に伴い、一部の研究計画は遅滞した。

昨年度においては、一昨年度から繰り越して警察官に対するアンケート調査を実施するとともに、措置診察を行う精神保健指定医に対する教育研修のあり方について考察を深めるため、措置診察技法の習得に関する全国の精神保健指定医に対するアンケート調査を行うとともに、千葉大学医学部附属病院と協働して措置診察に関する研修会を実施した。

本研究の総合的な目的は、これまで60年以上にわたり運用されてきた措置入院制度のあり方について、現状分析と改善のための方策を検討することである。

B.方法

本年度我々は昨年度に実施した、措置診察技法の習得に関する全国の精神保健指定医に対する調査結果を解析し、措置診察のあり方と適切な措置診察技法の習得の仕方に関する示唆を得るとともに、今後措置診察技法の習得に資する教材作りの準備を進めることとした。

調査対象は、全国の精神保健指定医である。年齢、性別は問わないが、精神保健指定医の資格要件上、対象はすべて概ね30歳以上となる。

我々は調査票を全国の精神科病院、警視庁及び全国の都道府県警に郵送し、返送を依頼することとした。調査項目は、措置診察にかかる教育・研修の経験やニーズに関するもので、昨年度の研究成果報告書に掲載されたとおりである。別紙に再掲する。

調査票に研究の目的その他所定の情報を開示し、記入された調査票の返送をもって回答内容の提供にかかる同意とみなした。

返送された紙媒体のデータを電子化し、統計処理ソフト等を用いて解析することとした。本研究は探索的研究と位置づけ、解析手法については調査時点では確定させなかった。

【倫理的配慮】

我々は本年度の研究内容を精査し、いずれも臨床研究法及びその関連法規の規制の範囲には含まれないことを確認した。他方、我々は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に則って各々の研究を実施することとした。

我々は本研究を「措置診察技法の習得を促す教材開発に関する研究:フェーズ1(1145)」として、研究計画を千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会に提出し、令和2年12月14日にそれぞれ承認を得たうえで研究を遂行した。

C.結果／進捗

我々は調査票を全国の精神科病院に送付した。結果、公的病院勤務医183名、民間病院勤務医380名、その他8名(大学等教職員2名、病床を持たない総合病院の精神科勤務医2名、精神科クリニック勤務医2名、その他1名)の計571名から回答を得た(図1)。自治体ごとに見ると、全国47都道府県のうち41都道府県から各1名以上の回答があった。

回答者の平均年齢は 51.27 ± 11.07 歳(算術平均 \pm 標準偏差。以下同じ)であった(図2)。

回答者の主な業務内容は、精神科一般臨床430名、精神科救急70名、司法精神医療14名、その他の専門領域における精神科臨床22名、運営・管理的業務25名、教育・研究業務1名、その他1名、不正回答8名であった(図3)。なお、その他の専門領域としては、依存症、児童精神科、老年期・認知症臨床・地域精神医療等の回答があった。

回答者の精神科医師としての臨床経験年数は、 22.29 ± 11.79 年であった(図4)。

回答者の精神保健指定医としての臨床経験年数は、 16.31 ± 10.88 年であった(図5)。

回答者のこれまでの措置診察経験数につい

では、11～50 件程度が 238 名と最多であった。措置診察の経験がない回答者は 24 名であった (図 6)。

回答者の過去 1 年間の措置診察 (緊急措置診察を除く) 実施件数は、 2.93 ± 3.96 回であった (図 7)。なお最小は 0 回で最大は 40 回であった。

回答者の過去 1 年間の緊急措置診察実施件数は、 1.16 ± 3.89 回であった (図 8)。最小は 0 回、最大は 30 回であった。

回答者が措置診察関連技法に関する教育を受けた経験について問うたところ、「上司や先輩から教わった」と「措置入院した患者の診療を通じて学んだ」が最大で、およそ 8 割程度が肯定した。他方、指定医更新のための研修を除く国や自治体の研修で学んだと答えた者は 1 割に満たなかった (図 9)。

措置診察について学ぶ機会に関するその他の意見としては、下記が挙げられた (自由記載内容については、原則として原文ママ。ただし固有名詞や誤字、難読文字等は一部割愛ないし文意を変えない範囲で改変した。以下同じ)。

- ・はじめの数例は上司・先輩の意見を求めた。以後は事前資料を元に医局で相談のうえ一人で判断している。
- ・院内における患者紹介で上司が措置不相当だとコメントしているのを聞き、判断基準を学んだ。
- ・仮退院で 6 か月間他害行為の再発がないことを確認できたことで学んだ。
- ・医療観察法鑑定入院の主治医としての診療経験から学んだ。
- ・指定医の研修会で学んだ。
- ・自分で資料を作成し、上級医に内容を見てもらって修正した。
- ・実際の措置診察の経験を通じて学んだ。
- ・医療観察法の精神保健審判員の業務経験を通じて学んだ。
- ・措置解除の際に複数の指定医による診察を

経て学んだ。

- ・他の自治体の精神科救急担当医師とカンファレンスをして学んだ。

措置診察関連技法を学ぶ方法についての賛否についての結果は図 10 に示すとおりである。この結果について、各項目の評価の平均値の 95%信頼区間を図 11 に示す。信頼区間の下限が 6.5 を上回っている項目は「国や自治体による研修」「大学・学会・病院等による研修」「上司や先輩からの教え」「文献」「上司等の措置診察場面を見学できる機会」「自分が措置診察した事例に関する事例検討会」「措置入院した患者の診療にあたる機会」の 7 項目であり、下限が 3.5～6.5 の範囲にあったのは「措置診察の前に事前資料に基づき上司等に助言を得る機会」「措置診察を行う際にもう一人の指定医の診察を見学する機会」「作成した措置入院診断書を上司等に見てもらう機会」の 3 項目であった。

その他の意見としては、下記が挙げられた。

- ・忙しいのでネットで学べるとよい。
- ・措置診察関連技法を学ぶ機会を拡げることは大いに意味がある。
- ・措置の要否判断における共通の知識を普及させて、必要な方の円滑な治療導入が進むことを期待する。
- ・過剰に厳格な規準に固執しないようにしたい。
- ・数年来、措置入院が少く抑えられていると感じる。
- ・地域によっては費用を安くするためかなるべく措置入院を避けるようにされている。
- ・保健所や警察が措置入院制度について無知である。
- ・急性脳炎による精神症状で措置診察した場合、不要措置として神経内科へ送るか、要措置として髄液検査を直ぐにするようコメントするか、悩んだことがあった。
- ・一般精神医療のレベルアップが必要。それ

なしに触法患者だけに資源を集中するのは、本末転倒。

- ・検討会という形でなくても、簡易なものでも良いのでフィードバックの報告があったら良いのかなと思う。
- ・もう一人の指定医の診察の見学は、措置診察の法的位置付けからいっても不適切であり、行うべきではない。バイアスを可能なかぎり排除し、公平性を担保する必要がある。
- ・地方では、互いの診療の相互チェックは医療連携が密な為に自然と行なわれている。都会では、そのような相互のネットワークが脆弱な点が問題と言えるのではないか。
- ・ネット動画などオンラインで学べると良い。
- ・自治体によって措置率にかなりばらつきがあることが問題だと思う。措置となる基準作りが必要であり、それが若手医師の助けになる。
- ・本人が否認したり話さなかったりする場合は、情報資料が判断を左右する。
- ・措置診察という極めて公的な仕事をする割に、その技法、考え方を学ぶ機会は、先輩からの助言のみ、という極めて私的な学びしかない。そのため、標準的な判断ができているかどうか、全く自信はなく、困ったケースのふり返りもできていない。
- ・無保険のため医療保護入院ができず要措置というケースがあった。
- ・医療保護入院や応急入院も同様に、地域で医局のやり方を学んでいるだけであり、他の自治体のやり方と比べて考える機会がない。
- ・普段から指定医業務をしておれば教科書等を確認すれば難しいことではないが、様々なケースがあるので、事例検討会などは有効と思う。
- ・措置入院の必要性についての議論も大変重要と考える。
- ・措置診察医が高齢で認知症症状あり判断を間違えるケースを経験した。法的には有効だ

が、現場が困るので、診察医の資質を判断する必要がある。

- ・大学でも単科病院でも講習を受けたことはなく、医療保護入院患者の経験で対処していた。その後経験を積みながら行っていた。
- ・措置入院を受け入れる側としては、診断に疑問があることが 5-60 件につき 1 件程度あり、経験・技術を持つ臨床医が教える必要があると思う。
- ・措置診察の診断書にはこれまでと今後に分けて行なわれるリスクの高い犯罪を選ぶリストがあるが、多くの措置患者は個別の犯行に及ぶことなく、つまり逮捕されることなく警察官によって保護された身分なので、あのリストはなじまないと感じる。
- ・病院・診療所の勤務指定医がある程度分担して休日の措置診察を行う制度がない地域では、有効に活用されていない指定医がもったいない。
- ・自治体によっては、非指定医の措置診察の見学が許可されないことが多い。理解が得られれば、学びの幅が広がると思う。
- ・措置通報から措置診察への流れに乗せるかという判断基準も地域差が大きい。明らかな自傷他害行為であっても、「夜間休日だから」「同意できる家族がいるので必要ない」とされ、適切に運用されていない現状がある。
- ・指導医の助言は若い指定医には心強いが、助言によりバイアスがかかるリスクがあり、行うとすれば診察後に助言を得た方が良いと思われる。
- ・二次診察を行う際は前もって他の指定医の診察は見るべきではないと思われる。
- ・警察や行政からの「入院させてほしい」という圧力が強い。入院させなかった場合のケア、つなげ先がないので本当に悩む。
- ・「自傷他害のおそれ」の条件があいまいすぎる。
- ・警察も制度をよくわかっていない。賽銭泥棒で通報してくる警察はどうにかならない

のか。

- きちんと確立された技法を学ぶ機会がないまま周囲に聞きつつ、というのが現状なので、学ぶ機会があればぜひ参加させていただきたい。
- 研修医として働いていた病院の上司から診察スタイル、見方、その他作法を学んだ。また陪席させてもらって見学したのも有益だった。その後、他の県、病院での措置診察のスタイルはローカルルールを感じるが多かった。この為、一定の流れ、見るべきポイントなどを定めていくことは必要と思う。
- 技法の水準を向上させ、均一化することは必要なことであるが、ただハードルを上げるだけだと、ますます協力してくれる医師が減っていくと思われる。指定医は人権に関わる重大な責務を負っており、この自覚のない方々は資格を維持できなくするの一手かもしれない。
- 措置診察関連技法は全て指定医資格取得及び更新等のための必須研修に盛り込むのが最良だと思う。
- 最初は難しいと思われるので、上司についてもらったり、見学させてもらったり、指導して頂くのは意味があると思う。研修よりは実践の方が、技術をつけられると思う。
- 思い返せば、そうした技法、書類作制については明らかな教育を受けたこともなく、後進、私たちの学び直しのため国や自治体の研修が望ましいと考える。
- 精神科医の勉強として鑑定入院担当と鑑定文作成は大変勉強になる。
- 理論は、指定医講習会（新規・更新）の中の1コマで十分。あとは実践が良い。
- 昔は在宅での措置診察がかなりあって危険を感じずる事も何度かあった。今は、県、政令市単位で精神科救急医療体制が出来ており在宅はなくなったので、それ程危険を感じずる事はなくなった。
- 緊急措置入院は自傷他害のおそれが著しい

場合に認められる事になっているが、大多数の都道府県では夜間の措置入院を指定医1人で行っており、緊急措置入院には該当しない障害者を緊急措置入院させているという現実がある。至急、改めるべきである。

- システム化されていない事は問題。県単位でも異なるようで、法律の下での同一性には疑問をもつ。
- 措置診察では「事前資料」の内容が非常に役立つので、これを充実させることは大事である。特に掛かりつけ病院・医師があればそこからの情報もできるだけ知ることができれば良い。ただ個人情報とのからみが生じるであろうから、慎重にやらないといけない。
- これまでに実地審査や、退院請求への意見聴取を通して、措置入院の判断、措置解除の根拠、診察時間、仮退院制度の利用がなくなっている、などで大きな判断のばらつきを実感している。そのための基準を統一する機会が必要と考える。
- WEB方式による講演会等、有っても良い
- 医療と司法に関しての判断。措置診察自体が必要かどうかの妥当性。
- 資格をもった以上、責任をもつべき。他者から左右されるものではない。各県でやり方が異なることの方が問題が大きいのでは？
- 現在、措置入院の件数が非常に少なく関わる機会もほとんどないため、国や学会主催のweb研修があると助かる。
- 措置診察関連技法の学習・習得は是非必要であると考え。
- 学会等でロールプレイングなど行っていただきたい。
- 措置入院に値する患者はどのような患者かについて、周知が必要と考える。パーソナリティ障害、知的障害、発達障害については措置入院の対象とはならないと考えるのだが、これまで、措置診察ではなく措置入院を受ける側で、これらの患者の措置入院を受けた体験があった。

- ・措置要件について、もう少し具体的な基準があってもよいのではないか。
- ・措置診察依頼は随時発生するため、事前に準備をすることは難しい。診断書の作成も至急を要する。経験を積むまでの期間、措置診察場面を見学するシステムがあると良いと感じる。
- ・措置診察を警察署で行うことがほとんどだが、病院でやらないことが、措置診察を学ぶ場を失くしている一因だと考える。
- ・自傷・他害のおそれを判定する事は精神科医として重要な責務であると考えが精神保健指定医の一部には明らかにその責に不適切な方がいる。
- ・措置入院の基準は全国で統一的であるべき。しかし現状は県により措置率は異なる。そこで全国の統一的な講習等が望まれる。
- ・我々の研修医時代には全くといってよいほど学ぶ機会がなかったので矢張りシステム作りも必要性を感じる
- ・事前の情報を先輩や指導医レベルが検討し典型的な症例から経験したことが役に立った。難しい症例は存在すると思う。
- ・診断、権利、義務、責任等につき更新研修を充実すれば十分と考える。
- ・当該地域では措置入院が極めて少ないため、措置診察関連技法を学ぶことは不要。
- ・県ごとの措置件数がちがっていることから、精神医療の質としての判断よりその環境での状況因子も大きいと思います。社会的な必要性の文脈がありその文脈に沿っての法律的や福祉面からのコンセンサスを求める。
- ・都道府県ごとに措置適用される割合が大きく異なっていることが問題と考える。この状況では、若い精神科医の研修機会に差が出てしまう。23条通報後に、保健所が措置診察を行うか否かの判断をしているが、この判断に地域差があってはならない。
- ・措置解除について、多くの場合主治医が判断することが現制度の問題点ではないかと考える。患者との関係性や、臨床的力量を問われるのではないかといった要素で判断が鈍る可能性が高い。解除に関してしっかりした基準と制度が求められる。
- ・措置診察、及び、その結果の全国的な標準化に係る研究とそれを基盤とした、教育と技法の普及（方法の確立）が必要。
- ・判定後のフィードバックが学ぶことが大きいと思う。そのため、どれくらいの期間で退院できたのか、治療効果がわかれば良いと思われる。
- ・指定医の職務として措置診察があり得るならば、学ばなくてはならないと思う。ただ周囲に聞いても、措置診察の経験が数十年のうちに1~2回という方も多く、実際に診察する機会はなかなかないのかなということに驚いている。
- ・運用の実情についての情報、期間、解除のタイミング、その後どういった経過をとることが多いのか、など。
- ・措置診察の実例集のようなものがあると良いと思う。
- ・措置診察は基本的に一日一回限りの短時間の診察となる。基本的な技術を身につける為には標準的な病態判断や法的基準等の整合性などあらかじめ熟知していること、個々の Dr の主観に片よりすぎない為に事前のチェック体制も必要と思う。一方でやはり同じ疾患でも一人一人の個性はあり、一回限りの診察は真剣勝負なので、予備知識に片よりすぎずその一回一回の診察を事後フォローし検証が必要である。
- ・果たして、措置診察に定まった技法があるのか？という疑問と、色々なやり方があってしかるべきだという気持がある。
- ・責任を重く感じるので、最初は2人目の指定医という立場で措置診察に参加したいと思う。
- ・「学ぶ」以前の問題が多いのでは。もちろん教育は適正に行われるべき。しかし地域、自治体毎の運用の違いが是正されなければ、「正しい」ことを教えようがない。法の運

用がうまくいっていないという「行政」の問題を「医療教育」に環元する発想には抵抗を感じざるをえない。

- 措置診察は治療的な診察とはちがうので、背景にある法制度を学ぶことが重要と思う。その意味では行政による研修がいちばんいいのではと思う。
- 精神科三次救急としての役割がメインとなっている地域と、別の面がある地域がある。役割別の検討を要すると思う。
- 30～40分の診察でそろった措置診察の結果が、きちんとフォローアップされて、こちらにフィードバックされたことは、全くない。
- 措置診察医の診察結果のレベルについての評価は、されたことがない。
- 個々の医師によって診察技法や診断にばらつきがあり、措置診察の質の低下を懸念する。よって、研修の機会が多い方が良く考える。
- 措置診察が純粋な精神医学による判断（いわゆる内因性精神病の有無、入院という手段による精神症状の改善の可能性のみ）なのか、その人の社会的背景や、精神科の治療で改善できそうにない問題（貧困や生まれつき暴力的な性格である、両親から暴力を肯定する教育を受けてきてしまっている等）も加味した判断なのかを教えてもらいたい。
- ビデオ症例を作って配布（症例は役者でOK）。
- ちゃんとした教育を受けていないのに、患者さんの人生に大きく影響する措置入院の決定を下すことはいつも不安がある。ぜひ国でも大学でもどちらでもいいからきちんとした研修の機会を作ってほしい。書類の記載方法についても、わかりやすい資料が必要。記入のスペースが狭いのでいつも苦労している。上司や他の指定医からのアドバイスは、いいときもあるが、人によって違ったりするので、やはりある程度統一し

た見解を知りたい。

- 新型コロナ感染対策あり対面の研修への参加は制約がある。Web上での研修があれば大変有意義と考える。
- 挙げられていたものをなるべく多く提供し参加できるようにするのがよい。
- 精神保健福祉法についても理解を深めることを同時に行うことを勧める。
- 措置基準が都道府県によって差が大きすぎる。
- 診察医によってバラつきが大きく、判断が甘い人が多い。その結果、措置にすべき人がならない、すべきでない人がなるという事例が多くなる。
- 診察医の前に都道府県の職員が警察通報を安易に却下しすぎるのが最大の問題。研究するならそちらをお願いしたい。
- 日常業務の中で時間が取りづらく、特に、子育て中、時短等の間は機会に恵まれない。オンライン、オンデマンド等の学習ツールがあれば、利用できるかと思う。
- 感覚的には理解できるが、いまいちわからない。
- 複数の自治体で措置診察をしたが、違う部分もありとまどいもあった。全国すべて法律通り統一化よりも地方により診察等の正確さ、かわりなければ、その地方にあった多少のちがいがあっても良いのではとも、考えている。
- 自傷他害（A、B）項目チェックのさいのおおまかな判断基準をもうける。
- 措置解除する際に複数の指定医診察を課すべき。
- 現在は教育をうける機会が少ないと思われる。
- 自閉スペクトラム症や人格障害の患者で、「是非弁別、理非曲直の弁別が『ある』」方が、（起訴、裁判を経ずに）措置通報されるケースが増えている印象がある。本来の措置入院・治療の意義に反することで、入院を受ける側としても非常に困るケースと感

じている。

- 学ぶ機会は正直なかった。指定医をとった一人前扱いとなり、なかなか指導を得る機会はなかった。
- 学会等は他に聞きたい講義があったりでなかなか参加できないことが多い。また必須になると混雑して受けられなくなってしまふ。指定医講習に合わせてやってほしい。
- 警察には“措置不要になれば無罪放免だ”と暗に言われ、判断に悩まされることがある。その辺りの理屈を知りたい。
- 措置の判断に苦慮した症例を集めて症例集として読んでみたい。
- 指定医だからと病院・上司から診療に行くように指示され右も左もわからないまま診察した記憶がある。今もこれでよいのかと思うことがある。措置診療は時間が限られるため、いかに要点を絞って問診、診療が出来るかが大事だと考える。
- 人格障害や適応障害などの症例に関して、上司によって措置診察時の判断が大きく異なるので、上司の意見が参考になるのか微妙。むしろ、しっかりガイドラインを作ってもらった方がそれに則ってやりやすいし、診察中の判断に関する負担や責任が減るのでありがたい。
- 無言をつらぬく症例に対してどう判断するのかのガイドラインを作ってほしい。
- 措置入院届の現病歴において、家族不明や家族からの情報がない場合、陳述者氏名は本人名あるいは警察署名でもよいのか？このような細かい記載要領があるとありがたい。
- 措置入院になるかどうかの判断が、県によって地域格差があるため、措置診察に関する勉強ができる機会があればよいと思う。
- 研修があれば参加したいと考える。
- 司法精神医学を先ず学ぶこと。
- 今以上に「研修」が増えることには賛成できない。
- 近年こそガイドラインなどが出てきたが、

- 経験年数の少ない指定医にとって他の指定医の知見を得る機会が少ないと思う。医療保護入院と異なり、多くのケースで院外での業務のため共有が難しいように思う。学会などで **small group** でケース検討を持ち込めるセッションとかあると良いかと思う。
- 精神科医として長年勤務しているが、何となく先輩方のやり方を見てそれを真似ての方法でやっており、きちんとしたものを学んではこなかった経緯がある。5年に1回の研修がもっと多く学ぶ機会になっている。何か方法論など学ぶことができれば参考になると思う。
- 学習機会があると、とても参考になる。
- 措置入院の運用に、地域差があることが気がかり。
- 具体的な症例について、迷うところの判定で教示してほしい（例：“自傷他害”の範囲、程度等）。
- 今までの方法でよいと考える。実際の措置診察に臨めば、多くの指定医は現実的な対応は充分可能と考える。もし相模原の事件等についての措置診察について研修する必要があるとするならば、その方法、その実際の必要性等決めて行くことは困難である。議論は極めて大切だが、終りが無いように思う。
- 一般精神科臨床と措置診察になる患者層は違うので、別にきちんと学べる機会があった方がよいし、措置診察をした方が臨床に幅が出ると思う。
- 措置要件を満たすか否か、グレーな症例については未だに悩むことがある。ケーススタディのようなものは、もっと必要だと常々思っている。
- 解除の基準も難しい場合がある。特に社会的なサポートがなく消退届とともに退院させざるを得ないケースなどは、再び措置ルートに乗るリスクがあるために、指定医としての責任問題も考慮せざるを得ず、長期化を招くケースは多々あるものと考えられ

る？

- 動画の教材などがあるといいのかなと思う。
- 経験豊富な医師の措置診察を見学したいが、いつも突然、措置診察依頼がくるため、現実的には、自院で行われる診察以外は同席のための日程調整が難しい。
- 要措置とするかどうか、どの程度精神疾患と関連しているか等、悩むことが多く、ガイドラインや講習会などがあれば学びたいと思っている。
- 基準を明確にする必要がある。発達障害、人格障害では判断が揺れている。
- 診察場面で落ち着いていたら、不要措置と判断している場合があり問題。
- 措置診察そのものが極めて少ない。ガイドラインが有効に使われていない。少ない自治体の実態を調査してほしい。
- 現在の勤務病院では、措置診察の機会は年に1回程度。意義や重要性を理解しつつも、日常の業務を欠席して講習会などに参加する程のリソースを割けないのが実情である。Webなどで診察の模範や流れを撮影した動画などあれば業務のない時間に学ぶことが出来てありがたい。
- 措置診察関連技法や具体的な症例の診察について等、新規や更新の指定医講習会で講演いただければよいと思う。
- 系統的な教育は受けてきたことがなく実践を行いながら学習している。精神神経学会などの勉強会があれば参加したい。
- 例えば個人情報完全に保護した形、ないしは実際にあった事案で、診療状況を後に詳細把握している関係者により、実際の事案を再現した模擬診察・判断を下すポイントなどを司法的見地も交え動画配信で解説するといったことを、学会が主体となって事案収集・公開する等は難しいのだろうか？
- はたして措置診察のみが標準化されるべきなのか。そもそも精神科診察や精神科診断が標準化されていないと思われるので、措

置診察技法のみが標準化されるとすれば違和感がある。

- 措置診察に於いて、措置不要となったケースのフィードバック、不適切なケースのフィードバック、判断が分かれるケースのフィードバックなど。
- 措置診察案件が必ずしも自傷他害のおそれによらず、患者の社会的背景等が基準になっている。警察通報を行政職員が取り下げたりするなど行政職員がコントロールしている印象は強い（それ自体を否定するわけではないが。）発達障害の人の興奮などが措置になるケースもあり、これは医療ではなく司法ではないのかと思うケースがある。
- 措置診察は出張業務として行っているが、研修などの負担が増えると病院の業務を圧迫してしまう。
- 研修は時間とお金が発生して迷惑なのでやめてほしい。そもそも措置が減ってるうえに発達と知的障害と認知症が多くて微妙なのが aumentando している。
- 精神保健指定医の仕事であるから、国が指導したりガイドラインを作ることが望ましい。決して精神神経学会に指導を丸投げすべきではない。司法関連の学会であれば指導できる立場にあるかもしれない。
- 学習機会は必要だと思う。同じ県内でも、診察・診断書ともに個人差が大きいように感じており、研修によりある程度均質化を図ることが望ましいと考える。また、緊急措置入院させた事例について本診察の医師から意見を求められ疑義を感じたこともあり、法律との整合性も含めて解説される機会も（更新研修でも良いのですが）あると良いと思われる。
- 自分の経験では措置診察の実際について学ぶ機会はほとんどなかったと思う。措置入院の可否は責任を伴う判断であり、しっかりとした研修の機会があれば今からでも受けてみたいという気持ちがある。ただし自分が措置診察をする際にもう一人の指定医

- の診察をすることは、自分の判断に影響を及ぼす可能性があるのではないかと考える。
- ・措置診察は現状では自由度が高すぎると思うので、ある程度必須の事項や基本の技法は標準化されて学ぶ機会が得られるようになると良いと思う。とはいえケースごとの違いも大きいと思うので、従来型の上司の診察やもう一人の指定医の診察の見学も必要だとは思う。
 - ・一定の医療の質を保つためには診察や医師の判断基準に関するガイドラインの存在や、できれば混乱を避けるために自治体における制度運用の均一化が望ましいと考える。
 - ・全国でその判断がバラバラであるという事実は重たい。自傷他害のおそれという言葉だけが一人歩きしていて、いろいろな思惑が入り込みやすい状況なのに、もう何十年もかわっていないこと。医療観察法が出来て触法度の重さは減じたが、民間を中心とした精神科病院においては、解除の時点でもいろんな思惑が入り込みやすいなど、問題が多い。
 - ・現在は措置診察関連で系統立って学ぶ機会は限られており、研修場を設けることは有意義だと思う。
 - ・地域によって警察対応などの判断基準が異なっている状況を改善するには、国や自治体などが全国統一した基準での診察技法の研修を行うべきだと思う。その上で、上司等の診察場面を見る機会が必要と思う。
 - ・指定医講習会だけでは、措置診察に必要な知識・技量は足りないと思う。
 - ・措置診察を行ったもう一人の指定医の措置入院に関する診断書をしっかり見せてもらいたい。
 - ・判断の基準については、出来る限り、統一する方が良いと考える。
 - ・上級医の診察に陪席し、診療技術を学び実際に診察してフィードバックを得ることが重要と考える。
 - ・各種鑑定について（司法、措置、緊急措置、医療観察法など）共通のことも多いし、措置だけ切り出して研修は合理的というか無駄というか、研修が多すぎると思う。効率性も考慮して研修をしていきたい。
 - ・措置診察の問題は、診察前に十分な情報がないことが技法よりもはるかに重大で、リソースの割き方を間違えている。
 - ・地域ごとに行政の措置診察要請の基準が一致しないことが大きな問題であると感じる。
 - ・措置入院は、精神障害者は危険であるという差別思想に基づいた反道徳的制度なので、技法を学ぶ意義はない。
 - ・アンケート内にある「国や自治体による研修」が目下どのくらい実施されているのか、教えていただけると嬉しい。
 - ・診察技法を全国で均てん化しても、行政の運用がバラバラではほとんど意味がないと思う。行政の運用の均てん化をあわせて行う必要があると思う。
 - ・県全体の動向を知ること必要。
 - ・国内の県による格差が大きすぎる。
 - ・診察以前の対応も含めての検討が必要。
 - ・調査非該当が多い県、少ない県で診察の症例の状態に差があるのではないか。
 - ・措置診察の標準化は極めて重要だと思う。関連技法のテキストなどがあれば素晴らしいと思う。
 - ・措置入院者の診察を体験すること。指定医レポートでは不足と思う。
 - ・小児の領域で仕事をしているとあまり必要性は感じられない。
 - ・上司を含む、他の医師の診察場面に陪席することで、学ぶものは大きかったと思う。
 - ・診療を通じて、急性期からの診療の流れを理解しておくことが必須と思われます。
 - ・現在、36協定を超える過労働が常態化しているので、良い仕組みであっても時間がかかる施策は **negative** です。
 - ・他医の鑑定診察への同席が現状許されていない。措置判断としての根拠が「自傷他害のおそれ」になるが、是か非かのみでなく、

- 措置入院期間など、入院後の対応について、マニュアル化、研修などの考慮を提案する。
- ・5 例程は、指導を受ける方が良いのでは。
 - ・時代ごとに知的発達障害への措置該当、非該当の判断が異なるので（以前より知見が集約されてもブレが）（自分の考えは、自傷・他害のおそれが強く、明らかな触法行為でなければ該当する立場になってきた）やはり疾患・障害単位での事例学習が必要。
 - ・典型的な精神病、気分障害圏では、悩むことは少ないが、パーソナリティ障害等をどこまでが医療で、どこからが司法か、というラインで悩むことが多く、その場で判断することが難しく感じる。研修会等は大切と思うが、時間的制約もあり負担感が大きい。措置診察は「やっぱなし」「後は入院先にお任せ」という形になりやすいので、措置診察医に、治療医から、簡単に退院時診断等のフィードバックがあるとありがたい。
 - ・国・自治体・学会等が主導して関連技法を学ぶ機会を作らないと 指定医によって技量にバラつきが生じ診察の質を保てないと思う。
 - ・現在、都道府県ごとに診察実施や措置の「相場」が異なっていると思われ、各指定医が、自分たちの地域は他所に比べてどういう傾向があるか（そのような傾向の影響下で自分たちのバイアスが生じているのではない）を学ぶことが、「技法」を学ぶことと別に重要であると思う。
 - ・措置該当とする基準がバラついているように感じる（地域差のようなものでしょうか）。それぞれの地域の事情はあるが、グループディスカッションでの事例検討を全国各地から参加してもらってできるとよいかと思う（オンライン開催）。
 - ・標準化の試みには賛成。
 - ・措置診察が主に精神科医会の会員による輪番制なので、医会に所属していない主に隣県から通勤している若手医師が担当する機会がほとんどなく、司法関連業務に接するチャンスが失われている状況。
 - ・具体的なアイデアがある訳ではないが、システムの改善が必要と思う。
 - ・国が一律に措置診察の講習を行うことには反対。
 - ・一定の標準化は必要、ただし地域の体制も考慮する必要がある。疾病性、有害性、事例性、依存反応性、環境性、に関する葛藤を感じる。発達障害圏は難しい
 - ・指定医の思考の均一化を図る必要はないが、基本的スキルは学ぶ機会があってもよいと思う。また、自治体や県によって「自傷」や「他害」と判断する閾値が大きく異なるのは問題だと考える。教育は指定医だけでなく、行政や司法とのすり合わせも必要。
 - ・いまだに必要性を感じる。指定医講習会で簡単でいいのでガイドラインなんかを頂けるとありがたい。また、上司の診察について行くという風習が根付いても良いと思う。ただし「ネットで調べれば誰でも分かる」ような形になるのは望ましくない。
 - ・保健所職員が本人にどの程度説明をしているのか、診察医が本人に伝えるべき内容が知りたい。
 - ・個々の指定医の判断基準に未だバラツキが大きく、標準化が必要。
 - ・勤務先によっては、措置診療の経験をつむことが困難。
 - ・e-learning や事例集配布などの手段が良い。
 - ・精神保健指定医の経験年数や臨床能力に大きな差があるため、模範となる医師の選定が必要かもしれない。
 - ・今まで確立された研修方法がなかったことの方が問題である。
 - ・基準・運用が県により大きく異なる。
 - ・自傷・他害の恐れ の定義や期間など の実際について。
 - ・措置診察や措置入院については、全国的にバラつきがあるため、ある程度のガイドラインを国が主導してつくり、更新していく必要はあると思うが、県によっても特色が

ちがうため、その違いをどうしていくか、難しいところ。

- ・学ぶ機会を国が保障することは大切。
- ・措置診察関連の技法というものがあるのかどうか、わからない。一般の精神科診療の延長と捉えている。このことについて何らかの教育を受けられたら、考えが変わるのかもしれない。
- ・標準的な措置関連技法・知識を得る為に公的な研修会があるとよい。
- ・法的な観点だけでなく、臨床的横断面、地域特性、様々な要素を加味して検討すべきことと考える。
- ・まずは国や自治体から、このようにしてほしい、という指針を出してもらい、その後に学会からも研修会を開いてほしい。
- ・地方によって措置の件数、基準が違い過ぎて、単なる経験数の少なさ以外に問題がある。
- ・様々な学びの機会があることは大切、勤務内容によって指定医でも全く措置診察の機会がない、上司からも教わらない、勉強会など情報が伝わらない、こともあり、行政か大きな学会で情報公開し、誰でもアクセスできる（どんな職場にいても）学習機会をもうけるといいと思う。
- ・事例を学びたい。
- ・措置診察の特殊性があると思われるが、それを行うには、普段の日常の診療中での教育・研修等が土台になると思われる。なので普段のことがきちんとできていれば研修を必ずしも要しないと思われる（但し普段のことができるかをどう評価、均一しているかは課題だが.....）。
- ・要措置となる（とする）ある程度の基準とその順守は必要と思われる（診断、問題となった行為の内容、程度）。またそれと合わせて運用方針の一元化（他県では、他院では、という話がないように）についても、ご検討いただければと思う。
- ・都道府県別の差があるように感じる。他県

の措置診察場面を見ると勉強になると思う。

- ・必ず研修を受けることを必要とする制度の確立。
- ・実践で学ぶところ大と感じている。
- ・詳細なガイドラインがないので、何が正しいのか不明確。特に、緊急措置が多い地域では混乱をきたしていた。
- ・全県&全国で同じ基準で実施すべきだが「各自治体の現状に応じて...」とされている。
- ・県内レベルでいうと、特に26条通報に対する判断に問題が多い気がする。他害の可能性が高いが責任能力ありで服役していたのに、同様の事案で要措置と判定される。
- ・指定医の新規申請を行う前の研修はどちらかというレポート作成準備のための研修というイメージであった。合格後、改めて指定医の業務にあたる前に研修など学ぶ機会が欲しい。判断の基準がある程度、標準化できるのであれば文献でもよいと思う。
- ・地域ごとに基準がバラバラな印象を受ける（措置の件数も都道府県で差がある）。公的な研修があると助かる。
- ・どんな情報をもとに判断すべきか、といったことを一般化するのはよいと思うが、判断の基準（スケーリング）のようなものになるのはまずいと思う。日々、問題と思うのは、むしろ、措置診察経験が乏しく、なんとなくで判断される（こういったことにあまり興味がない）先生方をどうするかということ。
- ・技量にばらつきが多いので、スタンダード化する必要はあると思われ、国や自治体、大学レベルでの大枠の研修はあった方がよい気もする。
- ・情報が少ない中で行う事もあれば、そうでない時もあり、毎回状況が異なる。それなりの場数が必要と思われ、それには勉強会、他の診察の見学も含め色々経験することが必要と思われる。
- ・入院に関する事よりも退院要件などどういった状態なら、措置症状の消退として判

断してよいかか難しいと思う。例えば personality disorder や発達障害を背景にした場合そもそも消退と断言できることが難しいと思う。

- ・公的に明確な基準を提示していくべき。
- ・他院を再訪するのは現実的ではない。
- ・入院基準がぶれて医師によっては独善的になっても聞く耳をもたないか、偉すぎて言うべき立場の人がまわりにいないから困ることがある。
- ・地域差や指定医毎に差があるため、均一化を図ることは必要と思う。
- ・法律上は大雑把なので、具体的にどう運用するかあいまいさによって迷うこともあるが、それで良いのだろうと思う。
- ・先生により基準が大きく違う場合があるので、ある程度の基準が欲しい。

続いて我々はアンケート結果の一部を二次解析した。

まず、公的病院に所属する回答者と民間病院に所属する回答者の間で、ここ1年間の措置診察ないし緊急措置診察件数に差があるか否かを検証したところ、措置診察については公的病院 3.407 ± 5.253 、民間病院 2.721 ± 3.185 であり、Levene の検定で $F=6.686$, $P=0.010$ 、対応のない T 検定で $T=1.605$, $DF=238.170$, $P=0.055$ と有意差を認めなかった。緊急措置診察については公的病院 2.586 ± 6.440 、民間病院 0.507 ± 1.246 であり、Levene の検定で $F=89.088$, $P<0.001$ 、対応のない T 検定で $T=6.058$, $DF=558$, $P<0.001$ と有意差を認めた。すなわち、公的病院に勤務する回答者は民間病院に勤務する回答者に比べて緊急措置診察を担う頻度が高かった。

次に、措置診察関連技法を学ぶ各手段の経験の有無が、過去1年間の措置診察経験の有無と相関しているかどうかを調べた。各項目について χ^2 検定を行った結果を図12に示す。結果として、「上司等の措置診察場面を見学できる機会」と「措置診察の前に事前資料に基

づき上司等に助言を得る機会」「作成した措置入院診断書を上司等に見てもらう機会」については、過去1年間の措置診察経験を有する回答者の方がいない回答者よりも有意に多かった。その他の項目については有意差を認めなかった。

さらに我々は、措置診察関連技法を学ぶ方法の友邦性に対する見解について、直近1年間の措置診察経験の有無による差を検証した。その結果、「措置入院患者の診療」のみについて、直近1年間に措置診察を経験した回答者の方がその有用性について相対的に否定的見解を持っていることが明らかになった(図13、図14)。

最後に、措置診察関連技法を学ぶ方法の有用性に関する見解について、回答者の主な業務内容が精神科一般臨床と精神科救急とで差異を生ずるかについて検証した。その結果、「作成した措置入院診断書を上司等に見てもらう機会」「自分が措置診察した事例に関する事例検討会」「措置入院した患者の診療にあたる機会」については、精神科救急を主な業務内容としている回答者の方が肯定的な評価を下していた(図15)。

D. 考察

本年度においては、昨年度までの研究を踏襲しつつ、措置診察関連技法を習得する方法論について全国の精神保健指定医に対するアンケート調査結果を解析し、措置診察教育についての議論を深めた。

全国の精神保健指定医数は公表されていないが、毎年行われている指定医講習会の定数から推計すると、現在活動している精神保健指定医はおおよそ17,500人程度と思われる。したがって本調査の回答率は3.3%と推計される。この数値は高いものではないが、もともと悉皆調査を目的としたものではなく、無報酬の大部なアンケート調査であることを考えるとあながち低すぎるともいえない。全国41都道府県から回答を得ていることから、代

表性についてもそれなりには担保されているものとする。

回答者の多くが、措置診察技法については上司や先輩から教わる、上司等の措置診察場面を見学する、措置入院した患者の診療を通じて学ぶ、といった経験を答えていた。これらはいずれもナラティブな学習方法である。一方で文献を読んで勉強した回答者は半数に留まり、研修会や事例検討会に参加した者は3割程度、まして資格取得・更新のための指定医講習会を除く国や自治体の研修に参加した者は1割に満たない。すなわち、現在精神保健指定医として活動している者の多くが、措置診察に関する系統的な教育を受けていないことになる。

医師として臨床現場で学ぶことの重要性を否定するものではないが、措置診察という人権の制限にかかる判断を行うための技法について系統的に学習する機会が乏しいというのは大きな問題であるように思われる。そしてこの問題意識は回答者の多くが自由記載において主張していた。今回の調査結果から、少なくとも総論的には、措置診察技法を習得するための系統的・構造的な教育の必要性が肯定されたと考えるべきであろう。

そして、措置診察技法の習得方法に対する見解については、調査票に挙げた各項目がいずれも概ね肯定的に評価されていた。ただし、「措置診察を行う際にもう一人の指定医の診察を見学する機会」については一部に否定的見解があった。これは、2名の指定医が独立した判断に基づき措置入院の可否を決定するという措置診察の中立性を脅かすおそれがあることへの懸念からであろう。ただし実際には、一部地域では2名の指定医が同時に措置診察を行うやり方が採用されている現実があり、事の是非に関する見解には地域間格差が著しいようである。「作成した措置入院診断書を上司等に見てもらおう機会」についても類似の問題が指摘されている。また、地域によっては措置入院診断書を診察直後に作成せず後刻提

出する場合があります、診察結果が効力を発揮するのがいつになるかという点で法律的問題を孕むおそれがある。例えば、上司が診断書の結論に異議を申し立てた場合どうするのか、アクシデントにより診断書を提出できなくなった場合どうするのかといった懸念がある。

また、各項目の有用性と可用性は分けて考える必要がある。事例検討会を行うには守秘義務や個人情報保護の問題がつきまとうし、日常診療の合間を縫って研修に参加するのが難しいという意見も多い。

なお、調査票の文言が曖昧であったためか、「措置入院した患者の診療にあたる機会」については、「自身が措置入院させた患者の診療にあたる機会」と解釈したとおぼしき回答が散見された。そう解釈した場合、措置診察を行った指定医の勤務先に当該患者を措置入院させることは原則として避けるべきとされていることから、かかる項目自体が適切でないということになる。

措置入院した患者の診療にあたる機会というのは、一般論でいうならば、判断に対するフィードバックを得る機会ともいえる。入院が必要という判断が間違っていることに後で気づいたり、当初のアセスメント結果と異なる問題が後々発覚したりすることは、措置入院でなくとも、あるいは診療科を問わず、しばしば発生することである。その場合、当初判断した医師は結果のフィードバックを受けることで自らの見解を修正し反省して次に活かしていくことになる。誰しも判断を誤ることはあるのであって、失敗から学ぶことが許容されなければ医学の発展の道はない。しかし措置入院の場合、原則として入院の判断をした医師がその後の治療に携わることはないし、治療者から後にフィードバックを受ける機会も用意されていない。このため、仮に措置入院させた判断が誤り、ないしはその判断時点で想定していなかった事態が生じたとしても、そのことを当該指定医が知る機会は極めて限られている。このことが、措置診察の

技術を向上させる機会の乏しさにもつながっている。実際、アンケートの自由記載では診察医に対するフィードバックの重要性を指摘する意見が多数認められた。

自由記載欄においては多様な意見が寄せられた。本報告書では質的解析を行わないが、概ね下記の通り要約できると考える。

まず、措置診察技法を学ぶ機会はあるべきだとの意見が多数であった。その理由としては、回答者自身がきちんとした教育を受けてこなかったのが教科書やガイドラインなど標準化された教材があることが望ましいとする意見が多かった。また各論としては、自傷他害の定義や措置診察の方法論などについて、指定医間、地域間の格差が大きいことを懸念する声も大きかった。

一方で、特に「研修」という形式の教育機会に対しては否定的な意見も散見された。理由としては、多忙で参加が困難であったり、義務化されて日常業務が圧迫されることを懸念する意見と、研修という形式では診察技法を学ぶ役に立たないとする意見があった。ただし、前者は他の業務との比較衡量する必要があるし、後者は有意義な研修内容を検討すべき問題があるように思われる。形式的な研修を行っても技術の向上につながらないし、研修会という形式そのものの限界もあろう。

また、一部には措置診察の機会が少ないので技術向上の意義を感じないという意見もあった。なるほど地域や専門領域によっては措置診察に携わることのない指定医も一定数いるものと思われる。しかしそれはその地域や専門領域において措置診察の素養そのものが必要ないということにはつながらないだろう。まして若手指定医の育成に当たっては従事する地域や専門領域が制限されるような教育方針を設けることは妥当でない。他方、措置診察の件数が少ない領域においてどのように実践的な教育を行うかという方法論については踏み込んだ検討が必要である。

その他の論点としては、むしろ措置解除の

判断について適正化や教育機会の提供が必要でないかという意見、措置診察に特化するよりも精神科診療技術の向上という見地から教育を考える必要性に言及した意見、措置入院制度自体の問題を無視して教育手法を議論しても意義が薄いという意見などが寄せられた。いずれも今回の調査からは子細に考察できなかったが重要な論点であるように思われる。

措置診察前の情報収集の不備や、行政や警察等に対する不満も寄せられたが、これらについては昨年度までの研究で再三議論されていることであるので、本稿では考察を割愛する。

ちなみに、他の指定医が正しい判断を下せていないという苦言や、措置入院制度そのものに対する反対意見も散見された。前者はなればこそ適切な教育が必要であることに他ならないし、後者はそもそも指定医の身分において主張すべきことではないように思われる。

具体的な方法論についての意見として、架空事例の提供や、時節柄動画閲覧やインターネット上での研修受講といった手法を推す声があった。他方で、措置診察に陪席する機会の保障が必要であるという意見があった。前者については実現可能性が高く、費用対効果も高いことが見込まれる。後者については守秘義務や患者のプライバシー権との兼ね合いで整理が必要であるが、医学教育という見地からは推進すべきであるように思われる。

二次的解析結果からはいくつかの仮説が示唆された。公的病院の回答者は民間病院の回答者に比べて緊急措置診察に携わる機会が多いようである。ただこれは施設間ないし地域間格差の影響が大きいかもしれない。次に、措置診察に現在従事している指定医は、そうでない指定医に比べて、措置診察前に上司の意見を求めたり、措置入院診断書を上司に見てもらったりした経験の頻度が高い。これは逆に、具体的できめ細かい教えを受けている医師こそが措置診察に継続的に携わる実務家として育成されているということかもしれない。

い。他方で、そのような取組みが必ずしも措置診察技法の習得に有用だとは見なされていないことも興味深い。特に、措置入院した患者のその後の診療に携わることは、措置診察技法の習得に益しないと見なす者が多い。すなわち、どのような教育手法が措置診察技法の習得に役立つかについては、実務経験豊富な指定医も含めて未だ回答を持ち合わせておらず、迷いながら学んでいるのが現状であるようにも思われる。精神科救急に携わっている指定医は一般の臨床精神科医師に比べて措置診察関連技法の研鑽に関心があり、特に措置診察の結果のフィードバックを受けることを重視している。これは彼らから見て不適切な措置入院事例に対する思いの表れといえるかもしれない。

これらの考察を踏まえ、我々は次年度以降の研究内容について研究協力者間で議論を行った。

その結果、次年度の方向性については下記のように整理したところである。

- ・措置診察技術の向上及び均霑化が必要であること。
- ・そのための教材作成を行うこと。
- ・教材の内容としてはオンライン学習が可能な模擬事例を主体としたものが望ましいこと。
- ・教材を用いた研修による教育の限界についてわきまえること。
- ・教材の普及のための方策として、指定医講習会や自治体による研修、任意による研修との連携の是非について検討すること。

- ・研修と別個に、指定医診察への陪席や、措置診察後の経過に関する後日のフィードバックの適否についても検討を要すること。
- ・教育手法の検討と並行して措置入院制度のあり方に関する考察を行うべきこと。

今後は上記を踏まえて措置診察技術の向上とそれに関連した措置入院制度の適正化を目指した研究を継続することになる。

E.健康危険情報

なし。

F.研究発表

1.論文発表

投稿中。

2.学会発表

椎名明大「置診察技術の確立と教育に関する研究」第117回日本精神神経学会学術総会 2021年9月21日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。

図1 回答者の主な勤務先

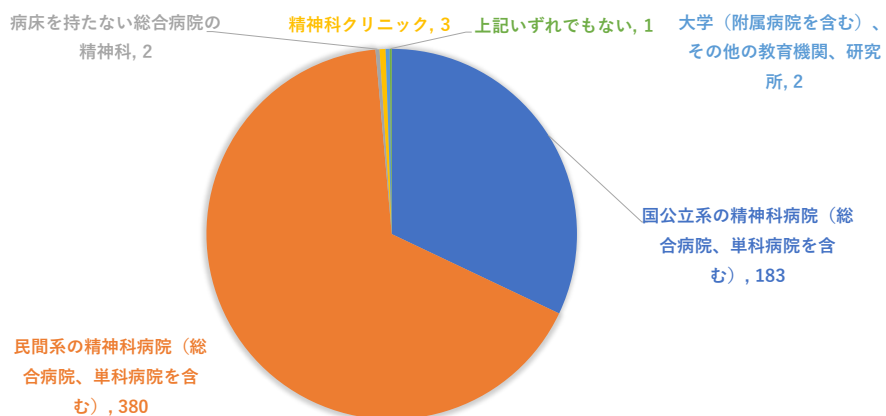


図2 回答者の年齢

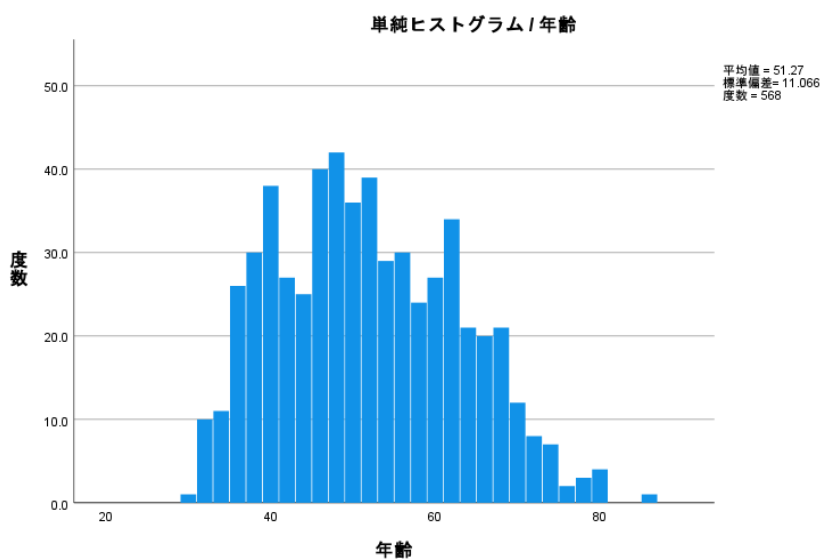


図3 回答者の主な業務内容

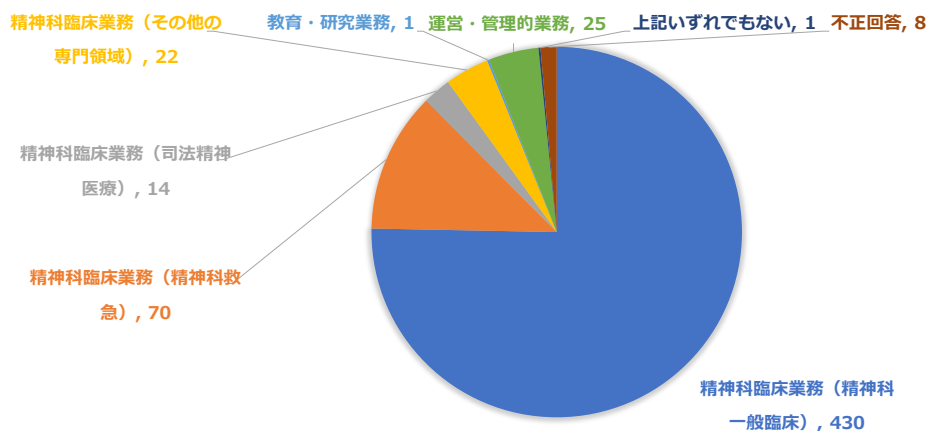


図4 回答者の精神科医師としてのおおよその臨床経験年数

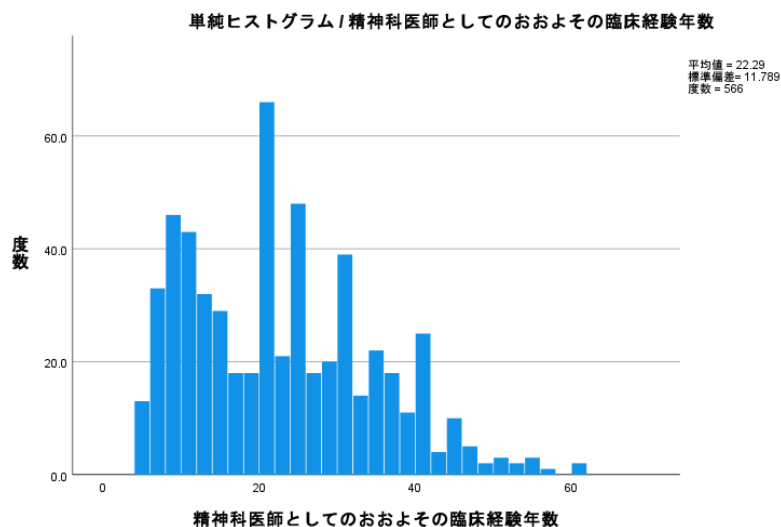


図5 回答者の精神保健指定医としてのおおよその臨床経験年数

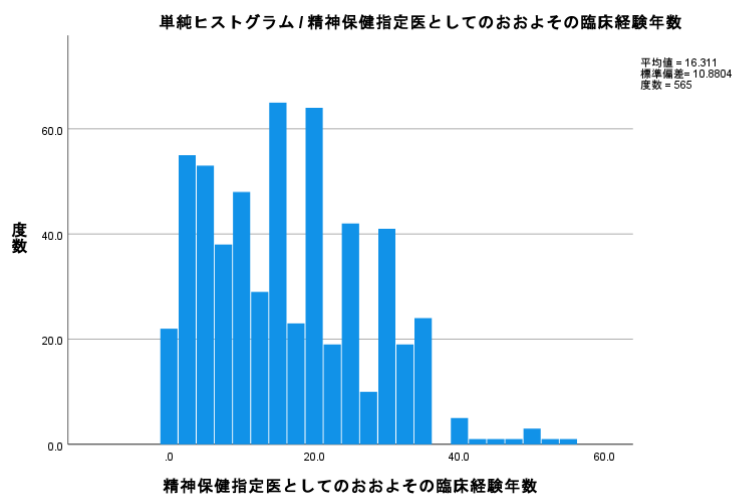


図6 回答者のこれまでの措置診察経験数

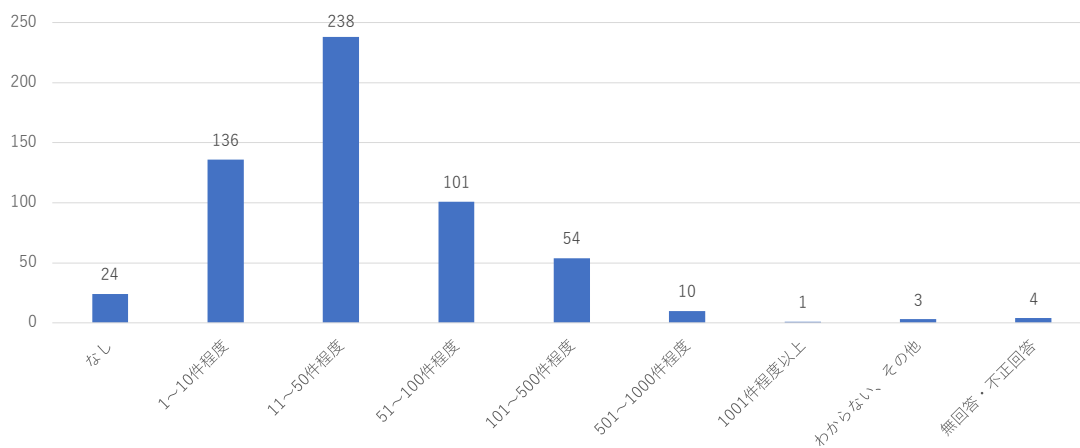


図7 回答者のこの1年間の措置診察（緊急措置診察を除く）実施件数

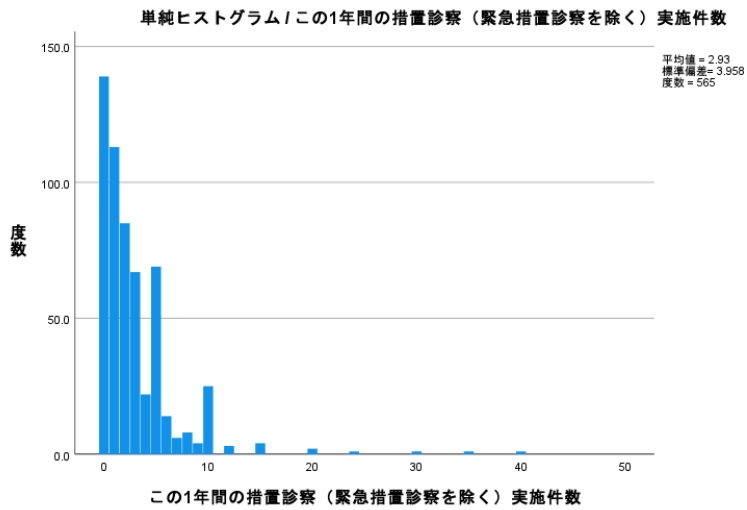


図8 回答者のこの1年間の緊急措置診察実施件数

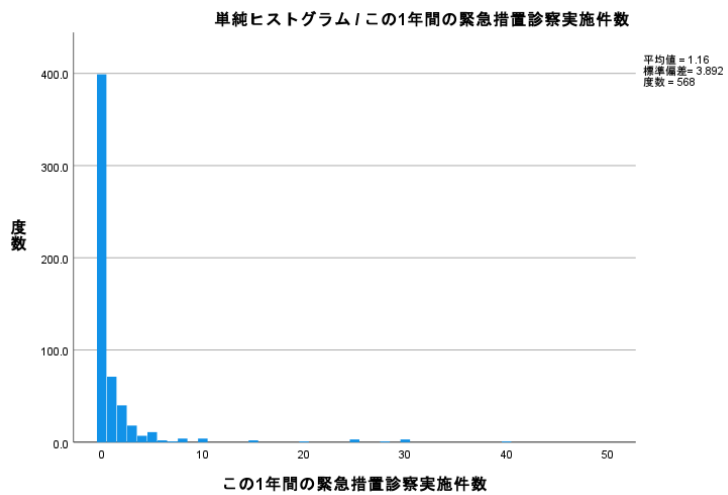


図9 措置診察関連技法に関する教育を受けた経験

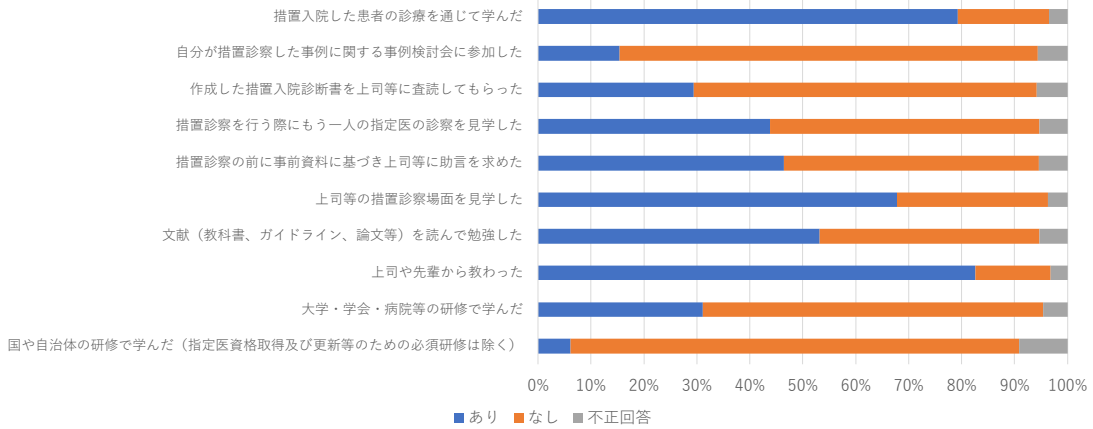


図10 措置診察関連技法を学ぶ方法についての賛否

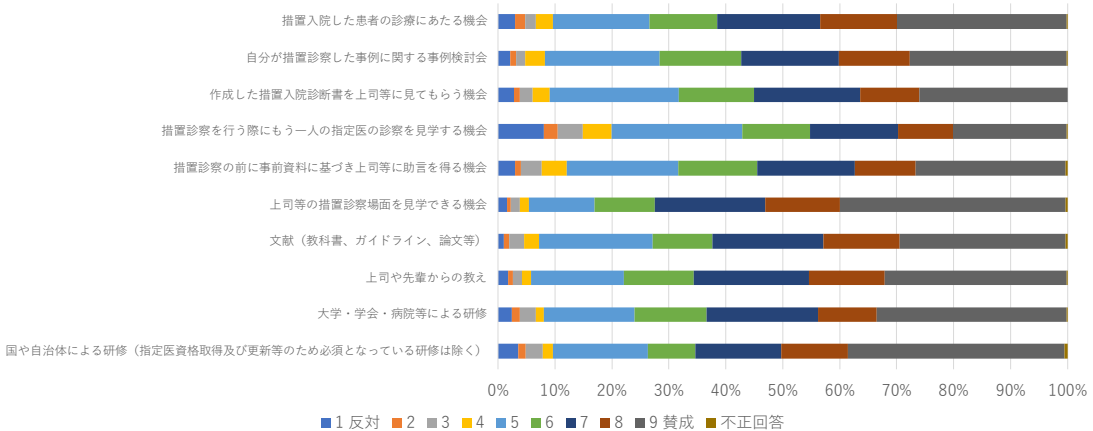
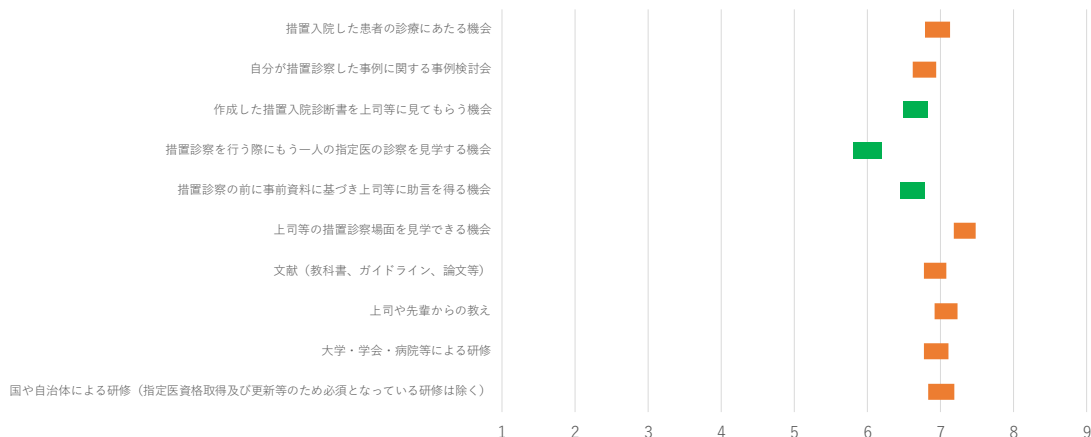


図11 措置診察関連技法を学ぶ方法についての賛否（解析）



グラフは評価の平均値の95%信頼区間を示す。橙は下限が6.5を上回っており第一選択、緑は下限が3.5～6.5の範囲にあり第二選択と考えられる。

図12 措置診察関連技法を学んだ経験と過去1年間の措置診察経験の関係

	経験	過去1年間の措置診察経験		P Value
		なし	あり	
国や自治体による研修（指定医資格取得及び更新等のため必須となっている研修は除く）	あり	8	27	0.839
	なし	118	366	
大学・学会・病院等による研修	あり	41	137	0.703
	なし	90	277	
上司や先輩からの教え	あり	107	365	0.067
	なし	26	55	
文献（教科書、ガイドライン、論文等）	あり	71	233	0.850
	なし	57	180	
上司等の措置診察場面を見学できる機会	あり	84	303	0.037
	なし	49	114	
措置診察の前に事前資料に基づき上司等に助言を得る機会	あり	42	223	<0.001
	なし	86	189	
措置診察を行う際にもう一人の指定医の診察を見学する機会	あり	57	193	0.422
	なし	75	216	
作成した措置入院診断書を上司等に見てもらう機会	あり	28	140	0.006
	なし	102	268	
自分が措置診察した事例に関する事例検討会	あり	18	70	0.357
	なし	113	338	
措置入院した患者の診療にあたる機会	あり	112	341	0.793
	なし	23	75	

図13 措置診察関連技法を学ぶ方法の有用性に対する見解について、直近1年間の措置診察経験有無による差 その1

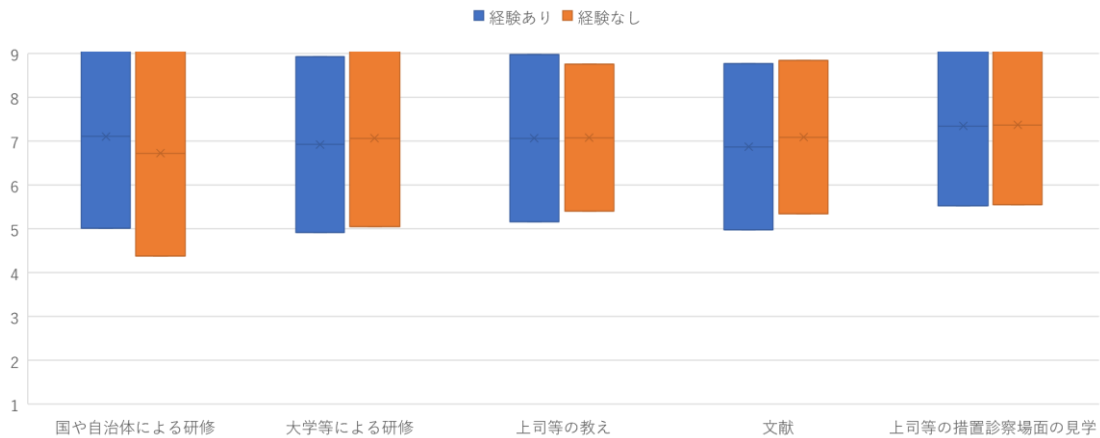


図14 措置診察関連技法を学ぶ方法の有用性に対する見解について、直近1年間の措置診察経験有無による差 その2

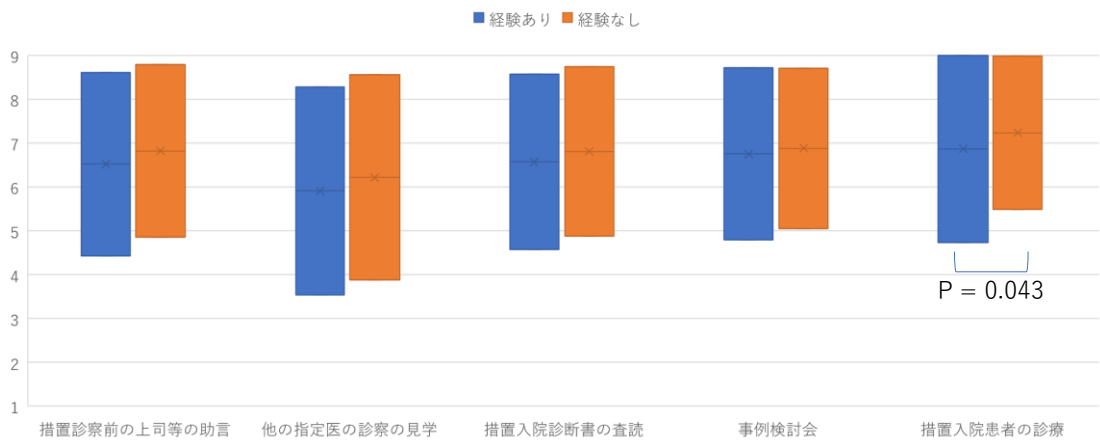


図15 措置診察関連技法を学ぶ方法の有用性に関する見解について、主な業務内容（精神科一般臨床／精神科救急）による差

	主な業務内容	度数	平均	標準偏差	Leveneの検定			対応のないt検定		
					F値	有意確率	等分散を仮定	T値	自由度	両側P値
国や自治体による研修（指定医資格取得及び更新等のため必須となっている研修は除く）	一般	428	6.92	2.180	.248	.618	する	-1.537	495	.125
	救急	69	7.35	2.078						
大学・学会・病院等による研修	一般	429	6.85	2.045	.131	.718	する	-1.576	497	.116
	救急	70	7.26	1.886						
上司や先輩からの教え	一般	429	7.01	1.912	.298	.585	する	-1.237	497	.217
	救急	70	7.31	1.699						
文献（教科書、ガイドライン、論文等）	一般	428	6.86	1.863	.539	.463	する	-1.866	496	.063
	救急	70	7.30	1.688						
上司等の措置診察場面を見学できる機会	一般	428	7.29	1.884	.612	.434	する	-1.307	496	.192
	救急	70	7.60	1.545						
措置診察の前に事前資料に基づき上司等に助言を得る機会	一般	429	6.56	2.038	.483	.487	する	-1.437	497	.151
	救急	70	6.94	2.091						
措置診察を行う際にもう一人の指定医の診察を見学する機会	一般	429	6.01	2.277	4.508	.034				
	救急	70	6.03	2.621			しない	-.065	86.831	.948
作成した措置入院診断書を上司等に見てもらう機会	一般	430	6.51	2.016	.000	.992	する	-2.163	498	.031
	救急	70	7.07	1.958						
自分が措置診察した事例に関する事例検討会	一般	430	6.63	1.961	1.242	.266	する	-3.167	497	.002
	救急	69	7.42	1.666						
措置入院した患者の診療にあたる機会	一般	429	6.85	2.100	.639	.424	する	-2.380	497	.018
	救急	70	7.49	1.808						

調査票

下記の各設問に対し、当てはまるものを○で囲んでください。

自由記載欄については、ご意見があればご自由に記載してください。

1. あなた自身について

回答者であるあなたについておうかがいします。回答内容は統計処理のためだけに使われます。回答したくない設問には回答しなくても構いません。

- (1) あなたの年齢をお答えください。 (_____ 歳)
- (2) あなたの主な勤務先として最も近いものを下記から一つだけ選んでください。
- A. 国公立系の精神科病院（総合病院・単科病院を含む）
 - B. 民間の精神科病院（総合病院・単科病院を含む）
 - C. 病床を持たない総合病院の精神科
 - D. 精神科クリニック
 - E. 大学（附属病院を含む）、その他の教育機関、研究所
 - F. 保健所・精神保健福祉センター・その他の行政機関
 - G. 上記いずれでもない

(3) あなたの主な業務内容に最も近いものを下記から一つだけ選んでください。

- A. 精神科臨床業務（精神科一般臨床）
- B. 精神科臨床業務（精神科救急）
- C. 精神科臨床業務（司法精神医療）
- D. 精神科臨床業務（その他の専門領域_____）
- E. 教育・研究業務
- F. 行政的業務
- G. 運営・管理的業務
- H. 上記いずれでもない（_____）

(4) 主に勤務している都道府県を教えてください。

都・道・府・県

(5) 精神科医師としてのおおよその臨床経験年数を教えてください。

年

(6) 精神保健指定医としてのおおよその臨床経験年数を教えてください。

年

(7) あなたは措置診察（緊急措置診察を除く）をこの一年間におおよそ何件実施し

ましたか？

件

(8) あなたは緊急措置診察をこの一年間におおよそ何件実施しましたか？

件

(9) あなたはこれまでに総計おおよそ何件措置診察（緊急措置診察を含む）を実施
しましたか？最も近いものを下記から一つだけ選んでください

A. 実施経験なし

B. 1～10 件程度

C. 11～50 件程度

D. 51～100 件程度

E. 101～500 件程度

F. 501～1000 件程

G. 1001 件以上

H. わからない、その他（ _____ ）

(10) あなたはこれまで、下記の方法で措置診察関連技法（措置診察に関する診断書の作成を含むが、措置入院後の患者の治療は含まない。以下同じ。）に関する教育を受けましたか？

- | | |
|---|--------|
| A. 国や自治体の研修で学んだ（指定医資格取得及び更新等のため必須となっている研修は除きます） | はい・いいえ |
| B. 大学・学会・病院等の研修で学んだ | はい・いいえ |
| C. 上司や先輩から教わった | はい・いいえ |
| D. 文献（教科書、ガイドライン、論文等）を読んで勉強した | はい・いいえ |
| E. 上司等の措置診察場面を見学した | はい・いいえ |
| F. 措置診察の前に事前資料に基づき上司等に助言を求めた | はい・いいえ |
| G. 措置診察を行う際にもう一人の指定医の診察を見学した | はい・いいえ |
| H. 作成した措置入院診断書を上司等に査読してもらった | はい・いいえ |
| I. 自分が措置診察した事例に関する事例検討会に参加した | はい・いいえ |
| J. 措置入院した患者の診療を通じて学んだ | はい・いいえ |
| K. その他（具体的に記入してください） | はい・いいえ |

2. 措置診察技法に関する教育について

あなたは、精神科医師が措置診察関連技法を学ぶにあたり、下記の方法についてどの程度賛成しますか？それぞれ9段階で評価してください。

- (1) 国や自治体による研修（指定医資格取得及び更新等のため必須となっている研

修は除きます)

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(2) 大学・学会・病院等による研修

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(3) 上司や先輩からの教え

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(4) 文献（教科書、ガイドライン、論文等）

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(5) 上司等の措置診察場面を見学できる機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(6) 措置診察の前に事前資料に基づき上司等の助言を得る機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(7) 措置診察を行う際にもう一人の指定医の診察を見学する機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(8) 作成した措置入院診断書を上司等に見てもらう機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(9) 自分が措置診察した事例に関する事例検討会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(10) 措置入院した患者の診療にあたる機会

1 反対 2 3 4 5 6 7 8 9 賛成

(11) その他（具体的に記入してください）

3. その他、措置診察関連技法を学ぶことの是非、必要性、課題、具体的な方法等について、ご意見があれば記載してください。

4. 今後、我々は措置診察技法の習得等に関する研究をさらに進めるにあたり、より詳細な内容のアンケートを予定しています。回答にご協力いただける場合は、下記にメールアドレスを記入してください。(記入されたメールアドレスは当研究班の研究遂行目的にのみ使用されます。またいつでも撤回が可能です。なお、記入いただいた場合でもアンケートの対象にならない場合がありますので、ご了承下さい)
-

ご協力ありがとうございました。