

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（福岡県立精神医療センター太宰府病院）、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、措置通報において中核的役割を果たす警察官に対するアンケート調査を行うとともに、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に向けた研究を行った。警察官の多くは精神保健福祉法を意識して業務に当たっていた。保健所に対しては人員配置の薄さや迅速性に欠けることを、指定医に対しては保護ないし逮捕時の被通報者の状態像が軽視されていることを懸念する声が多かった。警察官にとっては、保健所及び指定医との相互理解を通じた連携の強化が重要である可能性が示唆された。また、若手指定医に対しては座学と事例演習を含めた研修会の実施により措置診察に関する知識・技術を効率的に習得させることが望まれた。

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険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、我々は一昨年度においては、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。

そして昨年度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、一部の研究計画を中断せざるを得なくなった。

本年度においては、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ことを企図したところである。

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

本年度我々は下記の3つの研究を実施することとした。

(1) 措置入院制度運用の実務に携わる警察官に対するアンケート調査

我々は一昨年度の研究において、精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集に基づく調査票を送付し、全国の精神保健指定医に対して措置入院制度及びグレーゾーン事例に対する処遇に関する意見の収集を試みた。その結果、多くの指定医が警察関係者をはじめとする非医療従事者との認識の齟齬を指摘していた。そこで我々は、グレーゾーン事例に対する全国の警察官の認識について調査する必要性を感じたものである。

本研究においては、業務として精神障害者に接する機会のある警察官が、精神障害者の定義や、精神保健福祉法による措置入院の取

扱いについて、どのように感じているかを調べることを目的とした。

調査対象は、現職の警察官であって、業務として精神障害者に接する機会のある者である。年齢、性別は問わないが、警察官の資格要件上、高校卒業が要件とされる。

我々は調査票を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、精神保健福祉法による措置入院にかかる業務についての経験等であり、別紙1に示す通りである。

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。

(2) 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

前段の通り精神科臨床におけるグレーゾーン事例に関する議論が続く中で、実際に精神保健指定医がどのように措置診察を行い、精神障害による自傷他害のおそれを判断すれば良いのかについては、未だ十分な検討がされていない。現在の精神科臨床において、精神保健指定医が措置診察を実施するに当たり踏まえておく点を整理し、それを若手精神科医師に効率的に習得させるための教材が必要である。

教材作りの準備として、まずは現在措置診察にあたっている精神保健指定医に対するアンケート調査を行い、措置診察の実際及び措置診察に関する教育の実状等に関する意見を聴取し、措置診察手順のエキスパートコンセンサスと措置診察研修のニードを明らかにすることを目的とした。

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、別紙2に示す通りである。

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。

(3) 措置診察技法の習得に関する若手指定医に対する研修会の実施

上記研究と並行して、我々は、適正な措置診察にあたり必要とされる知識及び技術を効率的に習得できる修練方法の開発が必要と考えた。現時点では修練に当たり重視すべき項目の洗い出しができていない段階ではあるが、本年度においても現存する資料に基づいて措置診察に当たり留意すべき事項をまとめ、それらを受講者に提示し、架空事例に基づいて措置診察のシミュレーションを行ってもらふことを企図した。

このため我々は、千葉大学医学部附属病院及び栃木県立岡本台病院で協働し、措置診察に関する研修会を企画し、これを開催した。

研修会は、講義（別紙3）と事例検討（グループディスカッション。別紙4）、そしてグレーゾーン事例提供（別紙5）の三部構成とした。

研修会の受講者は主として精神保健指定医資格取得後5年未満の者とした。ただし、本年度は試行であるため、精神保健指定医資格取得後5年以上の者や、精神保健指定医資格を持たない医師、医師以外のコメディカルスタッフにも事例検討以外の部分の傍聴を許可した。

受講者に対しては、研修会以前及び以後に

において記名式アンケート調査を行った。

【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。

我々は研究(1)(2)について、それぞれ「精神科臨床における「グレーゾーン事例」の検証に関する研究 フェーズ3(3661番)」、「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、各々令和2年2月4日、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

(1) 措置入院制度運用の実務に携わる警察官に対するアンケート調査

我々は全国の警察署47都道府県の自治体警察に調査票を送付した。その結果、令和2年7月に、すべての都道府県から最低4通以上、総計241通の回答を得て、これらを解析対象とした。なお以下の結果において、自由記載内容については文意の明確化や簡素化等の目的で若干の変更を加えている。

回答者の平均在職年数は18.7±7.9年、そのうち生活安全課での勤務年数は9.9±6.2年であった。

回答者の多くが精神保健福祉法を意識する機会が多いと答えていた(図1)のに対し、医療観察法を意識する機会は比較的稀と答えていた(図2)。

保護した者を措置通報するか否かについて判断に迷うことは、比較的稀とする回答が多かった(図3)。判断に迷う具体例としては下記のようなものが挙げられた。

- ・「当初は不穏だったが、保護した後に状態が落ち着いた場合」同内容36件
- ・「飲酒酩酊状態の者」同内容29件（保健

所や病院に対応を断られることが多いとのコメント複数)

- ・「性格異常が疑われる者」同内容 29 件 (知的障害、発達障害、認知症についても、精神障害と見なしていないコメント複数)
- ・「自傷他害に該当するか判断に迷う」同内容 22 件
- ・「保健所が措置診察に消極的なため」同内容 12 件
- ・「過去に措置不要と判断されたことがある者」同内容 11 件
- ・「措置診察まで時間がかかり、当事者や警察・保健所の負担が大きい」同内容 10 件 (病院に直接連絡して医療保護入院を依頼する方が迅速とのコメント複数)
- ・「家族の状況や意向を勘案して判断に迷うことがある」同内容 8 件
- ・「法律上の義務なので通報するが、ほとんど措置診察してもらえない」同内容 5 件
- ・「過去の履歴が不明で判断のための情報が乏しい場合」同内容 5 件
- ・「現在は落ち着いているが、保護を解除すると不穏になると予想される場合」同内容 5 件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「警察と保健所で自傷他害の捉え方が異なる」
- ・「地域で問題を起こして住民が不安に思っており、引受人もいない場合」
- ・「当該都道府県では、行政が診察医を確保しておらず、措置入院以外に事案解決方法がない場合にしか通報していない」
- ・「即時の通報が義務であるが、それでは現場の運用が立ちゆかない」
- ・「被保護者が演技をしているように見える」
- ・「23 条通報は法律に定められた警察官の義務なので、たとえば家族が医療保護入院を希望している場合でも、通報の要件がある場

合は必ず通報する」

- ・「通報せずに保護を解除して事故・事件につながるのを懸念」

精神障害のため自傷他害のおそれがある者について、保護しないまま措置通報する場合の具体例としては、下記のようなものが挙げられた。

- ・「逮捕や任意同行による取調中に精神障害が疑われた場合」同内容 54 件
- ・「臨場したときには落ち着いており保護要件を満たさない」同内容 20 件
- ・「被通報者が自宅に閉じこもっている」同内容 18 件
- ・「救急搬送時など、救命救急を優先する場合」同内容 9 件
- ・「保護者が同行しているなど、適当な監護者がいる場合」同内容 17 件
- ・「警察署への搬送が困難なため措置診察機関に直接搬送」同内容 8 件
- ・「精神科病院入院中の者の通報」同内容 7 件
- ・「保護しないと行政が通報を受理しない」同内容 5 件
- ・「被害届がなく、保護要件を満たさない」同内容 2 件
- ・「措置通報と保護は、根拠法令が違うため、保護を前提とはせずには々非々で判断する」同内容 2 件
- ・「自治体や保健所からの応援要請による場合」同内容 2 件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「警察署に搬送してから通報することを求められているが、移動に時間がかかる場合は現場からの通報を受理してほしい」
- ・「入院患者が暴れた場合、退院のうえ警察署に保護してから通報するよう行政から求められるが、非効率的であり、措置不要となった場合に処遇困難となる」

- ・「逮捕後に暴れた場合、措置通報しても措置診察してもらえない」
- ・「精神科病院管理者以外の医師でも措置通報を可能とすべきではないか」
- ・「自宅に臨場した際には落ち着いており、行政からは「保護していないので対応しない」と言われたため、時間をかけて説得し任意入院させた」
- ・「制度的には措置通報できる案件ではあるが、その後の対応に苦慮するというため、保護継続中の者のみ 23 条通報している」
- ・「現場や来署中に明らかな精神障害が認められる場合は、通報を優先する」
- ・「既往歴や通院先が明確で、家族等が被保護者を入院させたい旨の希望があった場合」
- ・「「特異事案連絡票」（保護に至らなかった場合）という様式で保健所に連絡をしている」

そして、保健所とのやりとりにおいて、対応に苦慮した具体的内容を問うたところ、下記のような回答が挙げられた。

- ・「夜間休日に対応してくれない」同内容 57 件
- ・「行政の対応に長時間を要する」同内容 56 件。特に、行政が面接した時点では落ち着いているため措置診察に回らないという回答多数
- ・「措置通報を嫌がられる、医療保護入院で処理したがる」同内容 28 件
- ・「電話でのやりとりのみで行政職員が直接面接しに来ない」同内容 26 件。特に保護した時点での状況がうまく伝わっていないとの回答多数
- ・「移送やその後の対応などを警察に依存している」同内容 25 件
- ・「納得しがたい理由で措置診察不要と判断される」同内容 17 件
- ・「通報と相談の齟齬（通報ではなく相談でと言われた/相談したのに通報以外応じら

- れないと言われた/通報したのに通報に当たらないと言われた等)」同内容 12 件
- ・「担当者不在、意識の低さ、担当者による格差」同内容 11 件
- ・「当事者が少しでも飲酒していると対応を断られる」同内容 9 件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「対応が女性のみ」同内容 7 件
- ・「診察不要とされ病院に搬送したら措置入院相当と言われた」同内容 7 件
- ・「家族状況等保護時点では判明していない情報を求められる」同内容 6 件
- ・「警官に襲いかかる、家族を殴って出血させる、線路に走り込むといった行為があっても、措置診察を受けさせなかった」同内容 5 件
- ・「警察署で保護していないと通報を受理してくれない」同内容 5 件
- ・「当事者家族に安易に警察への相談を差し向ける」同内容 4 件
- ・「事前調査で必要と判断されたのに措置診察が実施されない」同内容 3 件
- ・「通報後の当事者の処遇を警察が知ることができない」同内容 2 件
- ・「入院先が見つからない」同内容 2 件
- ・「措置不要と判断されたらどうするのかと問われたが、警察は義務として通報しているので話がかみ合わない」
- ・「保健所職員が面接のうえ、診察不要と判断されたため、家族に説明して保護を解除したところ、間もなく他害行為をして逮捕された」
- ・「収容されれば誰でも暴れると言われ通報を受理されなかった」
- ・「措置診察不要と判断しておいて、不穏になったら再度通報するよう言われた」
- ・「余病の鑑別が先と言われたが、病院に搬送したら不穏のため診察を断られた」
- ・「厚労省のガイドラインとは無関係に自治

体の方針で動くと言われた」

- ・「行政職員が家族に対し、入院中に命を落とすことがあるなどとことさらに不安を煽る説明をしたため、家族が入院を拒否するようになった」
- ・「措置入院は被保護者の経歴に傷がつく等と言って対応を渋られた」
- ・「保健所は当事者の背景事情から通報を忌避しているが、警察としては通報義務があり安易に通報を回避できない」
- ・「保護時点での不穏を軽視し、今落ち着いているからと安易に診察不要とする」
- ・「身体合併症や新型コロナウイルス感染の疑いがある当事者に対応できない」
- ・「他県の者を通報した際、情報取得に長時間を要した」
- ・「なぜ逮捕しなかったのかと逮捕ありきで話をする」
- ・「措置入院しない場合、その後の対応を一切行わない」
- ・「アルコール関連障害者は飲酒が常態であり、酩酊時には一切診察しないというのは無理があるのではないか」
- ・「調査にあたり家族の同伴を強要された」
- ・「通院歴・入院歴がない際に病院側が受け入れに対し難色を示す」
- ・「保護時の状況をよく聴取するようになった」「相談窓口ができた」「電話インターカードを作成した」等、以前より改善したという意見複数

精神保健指定医とのやりとりについては、回答者の半数弱が経験したことがあると回答した（図4）。指定医とのやりとりにおいて、対応に苦慮した具体的内容を問うたところ、下記のような回答が挙げられた。

- ・「診察時点で落ち着いているからと措置不要とされた」同内容9件
- ・「自傷他害のおそれが疑われても要措置にならなかった」同内容8件
- ・「性格の問題だから措置不要と言われた」

同内容8件

- ・「かかりつけ医に判断や事後の治療を丸投げする」同内容8件
- ・「当番の指定医が診察に消極的、診察を拒否する」同内容6件
- ・「当事者家族に対する指定医の態度が極めて失礼だった」同内容6件
- ・「指定医毎の判断にばらつきがある」同内容6件
- ・「保護時点での状況がうまく伝わっていない」同内容3件
- ・「指定医が警察の説明を聞かない（保健所が診察同席を拒否）」同内容3件
- ・「指定医の臨場が遅い」同内容2件
- ・「治療可能性がないから措置不要とされた」同内容2件
- ・「警察批判をされた」同内容2件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「検察庁が通報してきたら入院させてやると言われた」
- ・「妊娠を理由に対応を断られた」
- ・「次に同じようなことがあれば入院させるというが、次があったからでは遅い」
- ・「発達障害は精神障害ではない、治療効果がなければ措置入院できない等、法令と異なる条件を持ち出された」
- ・「必要性のわからない微細な質問をされた」
- ・「警察官が席を外したところで指定医が暴行を受け、警察官が責められた」
- ・好意的な意見（医師の判断を伝えてもらえるので助かる、警察の話をちゃんと聞いてもらえる、指定医の判断基準はばらつきが少ない）複数

さらに、措置入院にならなかった場合の精神科病院、保健所、家族とのやりとり等について、対応に苦慮した具体的について問うたところ、以下のような回答が挙げられた。

- ・「措置不要でも医療につなげる必要があるのに保健所が対応しない」同内容 87 件
- ・「家族の安全確保に苦慮した」同内容 29 件
- ・「引き取り手がない」「家族が引き取りを拒否」同内容 28 件
- ・「家族の理解が悪く受診や入院を拒否」同内容 20 件
- ・「措置入院にならなかったことで家族から非難された」同内容 18 件
- ・「措置不要とされた後も通報が繰り返された」同内容 13 件
- ・「入通院先が見つからない」同内容 10 件
- ・「自宅や他の病院等への搬送を警察に委ねられた」同内容 8 件
- ・「医療保護入院にあたり経済的心配がある」同内容 6 件
- ・「恨まれるのを恐れて家族が医療保護入院に同意しない」同内容 3 件
- ・「入院させなかったことで近隣住民から苦情を受けた」同内容 3 件
- ・「近隣の被害予防に苦慮した」同内容 2 件

また、同テーマについて下記のような回答もあった。

- ・「措置不要とされたまま粗暴行為が続き一家で転居を余儀なくされた」
- ・「病院が診てくれないと家族から苦情を受けた」
- ・「措置診察不要と判断された後、自殺に至った」
- ・「措置診察不要と判断され、保護を解除したらすぐに別の事件を起こし、検察官通報により措置入院となった」
- ・「措置診察不要と判断され、医療保護入院したが、その後当事者から家族が脅迫を受けた」
- ・「家族相談を受けた保健所が措置入院手続きを進めないまま死傷事件が発生した」
- ・「家庭内トラブルで措置不要となったが、家族保護のため一昼夜の警戒を有した」
- ・「家族や近隣が行政の支援を諦めて抱え込

- み潰れてしまう事態が起きている」
- ・「措置不要とされた後に当事者の引き取りを求められた」
- ・「措置不要となったことを行政が警察に情報提供しない」
- ・「指定医の診察もなく措置不要とされては当事者家族は納得できない」
- ・「病院までの移送手段の調整に時間を要した」
- ・「パーソナリティやアルコールなど、診断上の理由で措置不要と診察されると他の医療機関につなげるのが困難」
- ・「法改正により保護者規定がなくなったことで、不要措置と判断されて引き取り手のないまま事件を起こす事例が散見される」
- ・「暴力性があるが犯罪には及ばない当事者の処遇に苦慮する」
- ・「大陸由来の国民性とされ入院不要と判断された」
- ・「暴れたら 110 番して措置入院につなげるというが、暴れる前に医療につなげられないものか」
- ・「措置診察すら行わない現状を是正してほしい」
- ・「保健師は病院に連絡手配したのみで、警察が病院に同行し医師に説明した」「家族等の関係者が非難された」
- ・「家族が相談に行くと警察に相談するよう言われたらい回しになっている」
- ・「警察が当事者を病院に連れていくよう行政に言われたが、それは警察の本来業務ではない」
- ・「家族への説明や手続きについては保健所に一元化すべき」
- ・「道路に飛び出す等の行為があり通報したが、指定医診察で病気ではないと判断され、通報に対する苦言を言われた」
- ・「入院にならず、帰りの車中で当事者が暴れた際、警察署前に当事者を置いていかれた」
- ・「既に保護解除した当事者の身柄を警察で

引き取るよう言われたが、法的根拠がなく引き取りようがない」

- ・「当事者の生活実態が不明で説明に苦慮した」
- ・「入院先の確保を警察に求められる」
- ・「措置不要にすると警察官が責めるというが、警察としては措置不要の合理的説明を受けられないことに不満がある」
- ・「警察を通すよう保健所に指示されたと家族が言うので保健所に連絡したところ、家族から連絡させるよう言われた」

他方では、特に苦慮していないという下記内容の回答もあった。

- ・「行政職員から当事者に任意入院を勧めたり生活保護申請を援助したり支援してくれた」
- ・「措置入院にならなそうな場合は事前に保健所と対応を話し合っている」
- ・「確実に措置入院になる事案しか通報していない」
- ・「措置不要となった場合、ほとんどは医療保護入院になるので、特に対応には困らない。家族もそれで不満はない」
- ・「保健所職員が全件臨場し、再説明を行ってくれる」
- ・「医療保護入院等が必要な場合は可能な範囲内で保健所の支援を受け、対応の必要性がない場合は、家族等に引渡している」
- ・「保健所職員が医療保護入院等に向けて、病院及び家族との調整を積極的に行ってくれる」
- ・「保健所との情報共有、連携の強化を図った」

警察官が精神保健医療福祉等について学ぶ機会については、ほとんどの回答者が稀であると回答した（図5）。機会があれば研修会等に参加したいかという問いに対しては、半数強が参加を希望していた（図6）。

その他の意見については、内容に基づき、

「現行法規への疑問 10件」「行政の意識や担当職員の資質への不満 15件」「行政の体制拡充への要望 10件」「夜間・休日の対応や時間短縮への要望 13件」「通報への対応への要望 18件」「移送に関する疑問・要望 11件」「病院・医師に対する要望 17件」「行政に対するその他の要望 11件」「連携及び情報共有 12件」「いわゆるグレーゾーン関係 14件」「地域格差 3件」「警察側の課題等 5件」「全般的な印象など 9件」「感謝の声 5件」「その他 3件」にまとめた。以下順に示す。

○現行法規への疑問：

- ・「たとえ勘当されていても家族がいれば市町村長同意の医療保護入院はできないという実状は不合理である」
- ・「経済的理由で医療保護入院を断念する家族が多いため、公費による補助ができないものか」
- ・「措置入院に至らない者で、自傷他害がある者の受入れ体制の整備の必要性を強く感じる」
- ・「児童相談所のように、保健所も精神障害者の一時保護制度をつくり、警察から身柄付通報を行えるようにして、同所で慎重に入院、治療方法をじっくり判定すべきではないか」
- ・「一般人通報が形骸化している。保健所が家族から相談を受けた場合、もっと積極的に一般人通報として扱ってもよいのではないか」
- ・「家族が入院を希望していても、本人が入院を拒んでいる事例が多く、結果として、家族のみが負担になっている。任意入院が基本ではあるが、医療保護入院を積極的に活用してもらいたい」
- ・「一般人通報がもっと機能すれば精神障害者を医療につなげる機会が増えるのではないか」
- ・「警察官通報の時期や方法が厳格過ぎるき

らいがある。精神障害が疑われる段階で動くことはできないか」

- ・「保健所の権限強化が必要」
- ・「他害のおそれのある者に対しては、惨事を防ぐため強い対応が望まれる」

○行政の意識や担当職員の資質への不満

- ・「各保健所の対応がまちまちで、自治体からの指導も難しく、警察からの申し入れや個別の話し合いで解決を図っている状況」
- ・「行政職員の誤った説明により、警察の権限で措置入院させていると誤解されたことがあった」
- ・「保健所がきちんと積極的に動いてほしい」
- ・「親身に対応している行政職員や医師もいるが、一部は責任を負わないための言い訳に終始しているようにも見える」
- ・「警察に通報すれば入院させてもらえると誤った教示を行う行政職員がいて困る」
- ・「ガイドライン発出後、自治体に何度も申し入れを行っているが、担当者は動こうとする様子は一切ない」
- ・「夜間や連休の場合ほとりあえず警察で何とかしろという態度が行政にはこびっている」
- ・「精神保健福祉担当者に当事者意識がない」
- ・「担当者の教育をきちんと行ってほしい」
- ・「保健所の意識改革が必要」
- ・「せっかくガイドラインをつくってもらっても、行政職員はまったく活用しようとしておらず、措置入院者をかたくなに増やさないことが地域の精神医療文化になっているように感じる」
- ・「精神障害者の保護等に関して、警察官と保健師の危機意識の温度差が大きい」
- ・「精神疾患を持っている対象者の家族や、近隣の居住者が一番迷惑を受けており、110番通報するなど、本当になんとかしてほしいと警察を頼ってきているので、本当

に困っている人がいることを理解してほしい」

- ・「保健所へ連絡しても参考として受け取るだけで何ら調査や指導を行うことがないため、精神保健福祉法第47条について説明したところ、法を理解していない職員もいるうえ、これから毎日回答を求めてくるのかと返答されたことさえあり、仕事をする上でそのような対応でいいのかと困惑する」
- ・「保健所が全く職責を果たしていない。一般人の相談には警察を呼ぶよう伝え、警察が保護しない限り動けないと言い、入院先の手配や病院への搬送まで警察に要望してくる。果ては事件が起きても仕方ないなどと言う」

○行政の体制拡充への要望

- ・「保健所職員の人員不足のせいか、「男性がいない、人手が足りない」の回答から対応に時間を要する」
- ・「警察で取り扱う被保護者は、家族、本人ともに、日常の限界を感じて通報等をしてくる事がほとんどである事から、緊急的な措置が不能であったとしても、一時的な隔離措置が出来るような、体勢がとれるよう人員や組織を充実させてほしい」
- ・「行政が24時間体制を整えてほしい」
- ・「数十年来、夜間休日の体制が整っておらず、通報をしたところで現地調査は行われず、救急情報センターの介在はあるものの、連絡、調整、病院搬送をすべて警察で行っている状況で、一度の搬送に最低でも3名の警察官が同行し、人員及び車両の不足により管内治安維持の低下に繋がっているのが現状である」
- ・「特に児童虐待事案など、保健所の人員拡充（24時間体制）が望まれる」
- ・「行政の男性職員の増員、護身術の修得を願いたい」
- ・「当事者家族の希望がなければ行政の調査

や支援が行われないのが現状だが、近隣住民や警察からの情報提供であっても、それらが開始できるよう体制の拡充が必要と思う」

- ・「保健所の担当職員が女性のみ」
- ・「精神保健福祉に関係する保健所の職員の体制が弱く、切迫した事案への対応が困難な状態と認められるので、体制の強化が望まれる」
- ・「警察、行政、医療機関で情報の共有化認識の差がありすぎる」

○夜間・休日の対応や時間短縮への要望

- ・「行政の体制の強化・拡充（特に夜間・休日）が必要」
- ・「措置通報から指定医診察までの時間を短縮することが急務」
- ・「警察業務としてはできるだけ速やかに要保護者をしかるべき相手に引き渡すことが求められているのに、措置通報に関しては長時間が浪費されているように感じられる」
- ・「執務時間外で措置通報を行った場合、通報時間から保健所職員の到着までが3時間以上かかることも多く、保護時に自傷他害の症状があっても、保健所職員が面接する際には、その症状が見受けられないことがあるので、保健所の当直体制の確立や早期臨場などの対策を取ってもらいたい」
- ・「通報をしてから措置入院の決定までの時間がもっと短縮できないか」
- ・「休日や夜間についても人員体制を確保してほしい」
- ・「当事者家族のためにも、特に夜間において、通報後速やかに措置診察につなげてほしい」
- ・「通報から措置入院までに要する時間が長時間に渡る」
- ・「通報後の手続きに時間がかかり、措置診察時点では落ち着いていて入院の必要がなくなっていることが多い」

- ・「行政職員が臨場する頃には当事者は落ち着いてしまっている。勤務に当番制や宿直性を取り入れて迅速に動いてほしい」
- ・「夜間・休日の体制が強化されることが望まれる」
- ・「行政の夜間休日の対応が遅い」
- ・「保健所に24時間対応窓口かホットラインを設けられないか」

○通報の対応への要望

- ・「警察による保護は、必要性が認められるときに適当な引取方に引継ぐための仕組みであるので、きちんと引き継いでもらいたい」
- ・「保健所は一般人通報を活用せずなぜ家族に対して警察経由の通報を促すのか」
- ・「幻覚や妄想がなくても自傷他害のおそれのある者がおり、きちんと診察を受けさせてほしい」
- ・「保護を伴わない警察官通報に対し保健所の対応は非常に消極的」
- ・「必ずしも診察を行わないにせよ、通報は受理してほしい」
- ・「被通報者がほとんど措置診察も受けられずに医療保護入院になっている現状は法的に見ても不自然ではないか」
- ・「警察官の面前による行為がない場合でも、近隣住民等からの法第22条に基づく診察及び保護の申請があった場合は、保健所も早急に対応してもらいたい」
- ・「警察が通報した際に、警察の電話内容だけで判断せず、調査義務があるので、確実な調査をお願いしたい」
- ・「措置診察の結果、医師の判断により、入院不要となるのであれば理解できるが、措置診察すら実施されない事例が多すぎると感じる」
- ・「通報に対する措置診察の割合が極端に低いので、厚労省から指導助言を行ってほしい」
- ・「保健所に受診支援で連絡しても、被保護

者の家族との電話での聴取のみで来署しない、若しくは病院にも来ない場合が散見される」

- ・「夜間救急の体制が非常に悪く、警察官通報を行っても、対象者を確認することなく、措置診察の必要がないと判断するなど、精神科救急としての機能が全く果たされていない」
- ・「初期の対応が警察に求められることが多く、保健所や県が医療に繋げる前にシャットダウンしてしまい、困惑するケースが多い。せめて23条通報した件は診察をして医師の診察を受けさせてほしい。現場が一番苦労していると思う」
- ・「警察官通報した者の中には、病院にかかっていない者も多いので、できるかぎり、医者への診察は受けられるようにしてもらいたい」
- ・「通院歴がない者は精神科の受診を拒む者が多く、自傷他害のおそれがない時は説得するしかない状況なので、ケースによっては指定医が訪問診療することがあってもいいのではないか」
- ・「保護時、自傷他害のおそれが認められたが、措置診察時、被保護者が、猫をかぶったかのように急に大人しくなり、措置診察不要と判断されたことがこれまで幾度となくあった。保護時の状況をもっと入院させるべきか否かの判断材料に反映してもらいたい」
- ・「精神病症状を隠匿することで精神病を見逃されている患者もいるのではないか」
- ・「警察はあくまでも一時保護施設であるため、引渡先がないことに苦慮している」

○移送に関する疑問・要望

- ・「行政に移送体制（車両及び職員）を整備してもらいたい」
- ・「移送は本来保健所の業務であり、人員や男性の比率を増やす等して保健所で行ってもらいたい」

- ・「病院への移送方法を警察まかせにしないで欲しい」
- ・「被保護者の病院への搬送について、保健所は、警察が搬送して当たり前との考えがある」
- ・「保健所の担当者の意識改革及び病院への搬送等に対する体制強化が必要と判断される」
- ・「保健所の調査で、措置非該当であるも、医療に服させる必要があるという場合、警察が医療機関まで対象者を搬送している事実がある。法的根拠は、警察官職務執行法第3条第1項第1号の強制的な保護の継続による医療機関での受診か、家族の支援要請を受けた警察法第2条第1項の任意規定を用いていると思われるが、この搬送行為は警察がすべきものなのか。警察は精神保健福祉に関して主管する機関ではなく、警察の保護はあくまで精神保健福祉機関に引き継ぐまでの一時的な措置であり、医療機関に対象者を搬送するのは、まさに、精神障害者の医療及び保護を行うという精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の根本的な行為であると考えられることから、病院への搬送は、主幹となる精神衛生福祉機関がすべきであると考えられる。精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が施行されて久しいが、いまだに保健所から「私たちには法的根拠がないので警察でお願いします。」と医療に服させる必要がある者を返され、警察が主体となって医療保護入院につなげている現状はいかがなものか」
- ・「移送業務を警察に頼りすぎている」
- ・「保健所に移送を断られて困惑する家族の話をよく耳にする」
- ・「警察で事案を取扱う際は、家族の方と直に接し、困っている状況を目の当たりにする。保健所が搬送できないと言われたら、警察が搬送する他なく、現状警察が搬送することが当たり前の状態になっている」
- ・「移送業務をほぼ警察に丸投げ状態で、知

事の権限で何とかしようという意思を感じない」

- ・「依然として保健所主導の移送だけは拒んでいる状態であることから、相互理解の上、明確な協力体制が確立されるよう尽力したいと考える」

○病院・医師に対する要望

- ・「行政、病院の体制の増強が必要」
- ・「措置診察をする指定医や措置入院を受け入れる病床が足りない」
- ・「精神科の入院施設は常時満床なので、病院施設の拡充も必要」
- ・「措置入院に対応する病院を増やしてほしい」
- ・「措置入院を受け入れる医療体制の整備が重要」
- ・「通報事案が増加し、一般市民に被害が及ぶ危険性がある以上、体制の不備や病床不足については早急に改善するべきであることから、各方面から働きかけをしてもらいたい」
- ・「入院先の確保（特に夜間）」
- ・「精神科の病室を増やして欲しい病院によって受け入れ度合いに差があるので改善して欲しい」
- ・「イレギュラーであるが、同一人物の病名が診察した病院ごとで違う時があった。今後の対応に困る時があった」
- ・「精神科医によって入院させる、させないの判断が分かれることが理解できない」
- ・「夜間や休日にあっては精神科の通院が当番病院として指定されているが、警察が診察を依頼してもベッドの空きがないと診療を受けることすら断ってくる病院もあり、何のための当番であるのかわからない」
- ・「満床を避け受け皿の確保に努めてほしい」
- ・「精神障害者が夜間に怪我をした際に受け入れ先がない」
- ・「当事者家族が入院を希望したとしても、

病院がすぐに対応できないことが多い」

- ・「通報しても、指定医の確保に時間がかかると言われ、医療保護入院になる事例がある」
- ・「精神障害者等が必要な時に入院ができる医療体制を整えてほしい」
- ・「警察が自傷他害のある精神錯乱者を保護する場合、医療の専門家ではないことから、警察官職務執行法上の保護の要件に該当して自傷他害のおそれがある場合には、それが統合失調症などの病気によるものなのか、本人の性格に起因する人格障害なのかに関わらず、精神錯乱者として保護するが、医師が措置診察を実施する場合において、警察の保護の判断はどの程度考慮・影響するものなのかを伺いたい」

○行政に対するその他の要望

- ・「保健所は積極的に精神障害者や精神錯乱者の家族等への助言や受診援助を行い、家族等の負担を減らしてもらいたい。そうすることで精神障害者や精神錯乱者と家族、保健所、医療機関と信頼関係が生まれ、事案発生時に速やかに家族へ引き渡しできたり、入院にもつなげることができると思う」
 - ・「本来は警察よりも精神障害の担当が初動などもっと機能を発揮すべき」
 - ・「一般人通報を受理せずに警察官通報につなげる事例が散見される」
 - ・「退院してもすぐまた措置通報を繰り返す事例がある。再発予防を強化できないか」
- 「精神障害があるように見えても措置不要の判断がなされると何らの治療も受けずに帰宅となるのはいかがなものか」
- ・「福祉関係者が、精神障害者を受診や入院させる方法について、「警察に通報して保護してもらおう。」と家族に教示している場合がある。保護は一時的な危険防止のための制度で、精神障害者を受診や入院を目的したものではなく主旨が違っていると思ってい

る。精神障害者を医療につなげるには精神保健福祉法上の相談、指導、医療保護入院のための移送制度等を積極的に活用すべきと思われる」

- ・「警察が家族から相談を受けることも多く、緊急性がない場合は、必要な助言をしたうえで保健所への相談を促すとともに、警察からも保健所に情報提供しているが、実際には保健所が積極的に対応して入院につながる事例は殆どないと感じており、結局警察からの通報待ちになっている」
- ・「早い段階で医療につなげられる仕組みがあればよいと思う」
- ・「精神保健福祉に関して警察からの疑問を気軽に照会できる部署があるとありがたい」
- ・「退院の判断について、退院してすぐに入院する者が後を絶たないため、治療や体制がしっかりとれた段階で判断してほしい」
- ・「精神保健福祉法第 47 条の都道府県等による相談指導等について、積極的な行政の介入、必要な支援を望む」

○連携及び情報共有

- ・「一昨年、指定医や担当県職員と措置診察のあり方について会議を重ねる機会があり、関係機関が顔を合わせて話し合い、共通認識を持つことの重要性を思い知らされた」
- ・「お互いの立場や職責を理解するために腹を割った話し合いが必要」
- ・「関係機関の交流の必要性」
- ・「顔の見える関係の構築」
- ・「行政・警察の相互連携を深めることが重要」
- ・「連携して対応していきたい」
- ・「それぞれの立場役割でできることがあると思うので、協力して対応にあたっていきたい」
- ・「警察としては行政とうまく連携したいが、行政から警察への情報提供はほとんど

ない」

- ・「地域によっては警察と保健所の関係が悪い」
- ・「警察としては家族や近隣住民の保安の責任があるので、逮捕の上で通報した場合はその後の情報を共有させてもらいたい」
- ・「措置入院させた者の退院情報等を共有できないか」
- ・「現在、警察と保健所での交流が活発なため、良い関係であります。組織と組織ではなく、人と人でつながっている面がある。人事異動で人が変わった場合には、警察と保健所の関係が変化する可能性もある」

○地域格差

- ・「地域によって警察官通報の対応窓口が異なることで、たらい回しになる事例がある」
- ・「都道府県と中核市の判断が割れることで処遇が宙に浮いてしまうことがある」
- ・「地域や担当者による差が激しく、改めてガイドラインや基準を周知する必要がある」

○いわゆるグレーゾーン関係

- ・「入院、退院、トラブルを繰り返す者に対する有効な解決策がないのが現状」
- ・「パーソナリティ障害のため、投薬等による治療の効果が見込めないと診断され、措置入院の対象者から除外されてしまうため、パーソナリティ障害者も措置入院の対象として指針を出してほしい」
- ・「いわゆるグレーゾーンに該当する当事者が多く、入院は不要とされ、家族も疲弊している」
- ・「精神異常と性格異常の見極めが難しい」
- ・「現時点では措置通報の必要まではないような事例をいかに診察につなげるかが課題」
- ・「自傷他害のおそれはないが、他者に迷惑

をかける言動を為す者への対応に苦慮している。特に家族等がない者の場合に困る」

- ・「パーソナリティ障害や知的障害などは措置入院させないというが、警察から見たらいずれも保護の対象である。どうにかならないものか」
- ・「知的障害者の暴力は行政の支援対象から外れてしまい、家族と警察のみでは解決に向かわない」
- ・「グレーゾーン事例の当事者家族には司法より医療を頼りたい人が多いのではないか」
- ・「通報までは至らないがトラブルになっている精神障害者について保健所に情報提供してもほとんど対応されていない」
- ・「パーソナリティの問題などでは、措置診察ができなくても、何らかの方法で医療につなげる対策を講じてほしい」
- ・「保健所職員も対象者がパーソナリティ障害者であると、措置入院が見込めないため、事前調査の段階で措置診察の対象者から除外されてしまっていると史料される」
- ・「人権上、尊重しなければならないことがあるのは、充分理解しているが、入院させないとあぶない者を入院させることができない現状があり、家族の安全確保など現場の警察官の負担が大きい」
- ・「明確な自傷他害のおそれがあるとはいえ、長期間に渡り近隣トラブルや役所などへの攻撃的なクレームを続けている者や、長時間の徘徊をするなどして自身の身の安全を守れない者については、放置すれば事故や事件につながりかねないのではないか」

○警察側の課題など

- ・「警察は個々人の誇りと使命感に頼っているが、ヒューマンパワーが不足している」
- ・「警察改革により警察の業務範囲も拡大傾向にある」
- ・「警察の負担やリスクが多機関に比べてあ

まりにも大きすぎる」

- ・「現職ではじめて精神障害について認識した」
- ・「警察も通報した後のことは関知しないという風潮がある」

○全般的な印象など

- ・「精神障害者の取扱いが増えているように感じる」
- ・「各機関がもっと親身に対応することで処遇困難者を減らせるのではないか」
- ・「近年の精神病床削減の影響で精神障害者の凶悪事件が増えているのではないか。病状の軽い段階から良好な関わりを持つことで事件化を予防できるのではないか。精神医療従事者にもその社会的責任があるのではないか」
- ・「個の時代、高齢化社会において、グレーゾーンが増えることが予想される。対応方針の明確化が必要である」
- ・「通報後に保健所から取下げを持ちかけられることがあるが、その場合、通報書は作成するのか、通報自体がなかったこととされるのか判然としない」
- ・「本人の人権と他害の危険のどちらを重視するかが難しい問題だと思う（警察の立場では危害を加える前に入院させたいと思うが、自分の家族が同じようになったら、入院させる自信はあまりない）」
- ・「家庭内暴を伴う認知症高齢者の事例が増えており、施設入所も断られるので対応に苦慮している」
- ・「一般人の精神障害に対する理解の程度は非常に低いと思われ、啓発が重要である」
- ・「精神障害の認識が医療現場と一般人の間で離れている」

○感謝の声

- ・「精神医療従事者の大変さを日々痛感している」
- ・「保健師の方々には、日夜迅速な対応をし

ていただき、非常に良い協力体制が築けているものと感じる。現体制に感謝するとともに、より良い関係を作っていけたらと思う」

- ・「保健所に対する不満はあるものの、日常から精神障害者に接し対応している保健所に対する感謝の気持ちもある」
- ・「保健所の体制が更新されてから対応が早くなり助かっている」
- ・「行政は非常に協力的で助かっている」

○その他

- ・「このようなアンケートにより現場の警察官の意見を聞いてもらえることを光栄に思う」
- ・「今後、さらに相互理解を深めるためにも、このようなアンケートは大変有意義なものだと思う」
- ・「このようなアンケートは現場の警察官からの意見を届けられるので、もっと実施してほしい」

我々は、回答者の職務経験年数と各回答内容との相関を統計学的に検証した。その結果、精神保健指定医とのやりとりを経験したことのある回答者は、そうでない回答者より、生活安全課での勤務年数が長いことが示された（分散分析、 10.69 ± 6.413 年対 9.00 ± 5.815 年、自由度 1、 $F=4.285$ 、 $P=0.040$ ）。

（2）措置診察技法の習得に関する全国精神保健指定医に対する調査

我々は調査票を全国の精神科病院に送付すべく手配した。しかし、新型コロナウイルス感染症の問題により研究の進捗が遅れ、報告書執筆時点でまだ結果の集約には至っていない。

（3）措置診察技法の習得に関する若手指定医に対する研修会の実施

我々は令和 2 年 11 月 27 日 18 時～19 時 30 分にかけて研修会を実施した。内容は、「措置診察の知識に関する講義（30 分）」「事例提示（5 分）」「グループでのディスカッション（20 分）」「発表（5 分）」「グレーゾーン事例提示（10 分）」「解説（10 分）」「まとめと質疑応答（10 分）」である。

参加者は若手指定医である受講者が 17 名、それ以外の聴講者が 16 名の、計 33 名である。

受講者に対する研修前後でのアンケート結果を比較したところ、措置診察の実施に関する自信（Wilcoxon's signs rank test, $P = 0.001$ ）、措置診察を行う手続きに関する理解（Wilcoxon's signs rank test, $P < 0.001$ ）、要措置と不要措置を判別する基準に関する理解（Wilcoxon's signs rank test, $P < 0.001$ ）のいずれにおいても、研修後で改善が見られた（図 7～9）。

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、措置入院に関する業務の一部を担う警察官の見解を収集するとともに、精神保健指定医が措置診察技術を向上させるための方法論についての研究を開始した。

今般のアンケート結果から、多くの警察官が日常業務の中で精神医療体制について意識していることが判明した。他方で、警察官は医療観察法に関してはあまり日常的に意識していない様子もうかがわれた。これは医療観察法の申立権が検察官に限定されているためであると思われる。しかし臨床現場からは、重大な他害行為をしたのではないかと疑われる事例が検察官に送致されず、警察官によって措置通報されることがしばしばあるとの声が聞かれている。このことについて定量的に検証した研究は我々の知る限り存在しない。警察官は逮捕または保護した者の処遇について判断するに当たり、事件の重大性についても事実上の判断も求められていると考えられる。このため、警察官が医療観察法制度につ

いて熟知しておくことは、職務遂行において意義があることと我々は考えるものである。

保護した者を措置通報するか否かで判断に迷うことについては、比較的稀という者が多かったが、回答が分かれた。個別回答では保護した時点で落ち着いている場合に判断に迷うという意見が多かった。また、アルコール中毒、パーソナリティ障害、知的障害、発達障害について、措置入院の対象とされない、すなわち精神障害と考えていないと思われる回答が多かった。これらの診断は精神保健福祉法に基づく措置入院の対象たり得ることが「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準（昭和六十三年四月八日厚生省告示第百二十五号）において明示されているが、臨床現場ではこの告示はあまり意識されていないようである。また、保健所の消極的な姿勢や、措置診察まで時間がかかることから、通報を逡巡することもあるようである。さらに一部地域では、警察・保健所・地域住民の間で措置入院や措置通報義務の解釈について齟齬を生じている可能性が示唆される。

一方、ガイドライン制定時に問題となった、保護されないまま警察官通報が行われる状況については、保護要件と通報要件との乖離を挙げる回答が多かった。この点は警察官職務執行法と精神保健福祉法との齟齬に基づくもので、現行法令下では不可避であるといえる。実務上は保護した後で通報することを原則とすべきであろうが、一部地域の保健所が例外を認めていないことに対する不満も聞かれた。そもそも保護していないことのみを理由に通報を受理しないのは法令違反であるという見方もある。このような警察官職務執行法と精神保健福祉法との齟齬に対して柔軟に対応し、警察と保健所との連携を構築している地域と、齟齬が大きいままになっている地域との格差がうかがわれた。

保健所に対する警察官の不満は多岐に渡っている。一部の自治体ではあからさまに措置

入院を忌避しているという指摘があり、また移送や受診援助などを警察に依存しているとする批判もあった。調査まで時間がかかり、被通報者との面接を行わない等の理由で被通報者の状態が正確に伝わっていないのではないかと懸念も聞かれた。なお、一部回答者は保健所職員に女性が多いことに苦言を呈しているところであるが、そこには警察官の現場感覚と現代的な価値観との間の乖離があるように思われる。なお、一部の回答者は警察の問題意識を保健所にうまく伝えるための仕組みを整備したことで対応が改善したと述べており、大いに参考にすべきであろう。

警察官は精神保健指定医と直接やりとりをすることもあるが、したことがないという回答がほぼ半数を占めた。実務経験年数が長いほど経験するのは当然であるが、直接やりとりする機会を活用することにより、警察官と指定医の相互理解を深めることにつながることもできるかもしれない。この点は指定医側からの歩み寄りも必要であろう。

その指定医に対する警察官の不満については、自傷他害のおそれがあると考えている被通報者を措置入院させない判断に対するものが多い。警察官にとって見れば当然の不満であろう。特に、保護した時点では不穏だったのに診察時点では落ち着いているからという理由で措置不要とすることに対する疑念が大きいようである。このことについては、実際に指定医の判断が誤っている場合もあろうし、警察官の直感と被通報者の病状との間に乖離がある場合もあろうから、一概に誰が正しいとは決めかねる。いずれにせよ保健所に比べると指定医に対する不満は少なく、好意的な意見も散見される。前述の通り警察官と指定医との間で意見交換を積極的に行うことの重要性が示唆される。

措置入院にならなかった事例に対する懸念は、当然ながら当事者家族の安全を問題視する声が大きかった。具体的に挙げられた事案はいずれも極端なものであり、発生頻度は高

くないと思われるものの、憂慮すべき事態といえる。一方で地域によっては措置不要の判断がなされた後は行政が受療支援を適切に行っているようである。実際のところ、確実に措置入院になる事例しか措置通報しないという地域もあり、そのような運用には賛否が分かれるのではない。

警察官にとって精神保健医療福祉に関する研修を受ける機会はかなり限られていることがうかがわれた。過半数の警察官が研修の受講を希望していることは銘記しておくべきであろう。研修を希望しない警察官は、多忙なのか、あるいは精神保健医療福祉の習得は自身の職責と異なると考えているのかもしれない。

その他の意見についても、これまで述べてきたような内容が多数を占めている。保健所の体制が警察に比べて薄いこと、通報しても措置診察が行われないこと、指定病床が足りないことなど、警察官から見て措置入院が必要と思われる事例が速やかに入院に至らないことに対する不満や懸念が最も強いようである。なお、グレーゾーン関係については、前述の通り、パーソナリティ障害や知的障害は措置入院の対象でないという認識が警察官の間でも支配的になっている様子が見られた。

最後に、一部地域では警察と保健所の連携体制が機能していることも明らかになった。またこのようなアンケートの実施を評価する声も散見された。

警察官に対するアンケートを通じて、これまで散発的に聞かれていた現場の声がある程度まとまった形で可視化されるに至った。警察官の一番の懸念である保健所の体制拡充については一朝一夕に解決することは期待できない。他方で警察・保健所・指定医の相互理解や連携強化については、各地域でさらなる推進が求められていると言える。

今般のアンケートに対する回答には、警察官のいわば本音がかなり記載されていたよう

に思われる。今後も同様の、あるいはより精緻な内容のアンケート調査を行うことで、措置入院に関与する警察官以外の関係者が、警察官の職責や行動理念、現場感覚などについての理解が深まることが期待できる。

一方、本年度においては、精神保健指定医が措置診察に当たり必要とされる知識や技術の明確化とその効率的な習得方法の確立が研究テーマとして立案された。その端緒として現職の精神保健指定医に対して措置診察技法の習得に関する経験や望ましい修練方法に関するアンケート調査を実施する予定であったが、年度内の実査は叶わなかった。

他方で、本年度は若手指定医に対する研修会を実施して、措置診察に当たっての心構えや基礎知識を身につけさせる取組みを試行してみた。この試みは研究という体裁を採っておらず、成果を検証できる段階には至っていない。しかし、座学とケースシミュレーション、グループディスカッション等を含めた総合的な研修を行うことが効率的な修練につながるのではないかと感触を得ている。次年度以降は、精神保健指定医が習得すべき知識及び技術の可視化を行いつつ、それらを効率的に習得させるための研修会の実施と成果検証につなげたい。

E.健康危険情報

なし。

F.研究発表

1.論文発表

- 1) うつ病による被害妄想等の強い影響による犯行が心神喪失と認定された事件 精神科医のコメント. 椎名明大. 季刊刑事弁護 104,134-135.2020年10月
- 2) 司法精神科病棟の機能分化: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD)事業からの示唆. 菊池亜希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 川野稔明, 五十嵐禎人. 日本

社会精神医学雑誌 30(1) 20 - 34 2021 年
1 月

- 3) Identifying factors associated with criminal responsibility by analyzing court trial verdicts. Akihiro Shiina, Aiko Sato, Masaomi Iyo, Yoshito Igarashi. *International Journal of Law and Psychiatry*. (in press)

2.学会発表

- 1) 椎名明大「措置入院の告知を巡る諸問題～患者、指定医、行政、司法の認識のズレに注目して～」第 116 回日本精神神経学会学術総会 2020 年 9 月 28 日
- 2) 椎名明大「精神鑑定と公認心理師」一般社団法人公認心理師の会 2020 年度 Web 研修会 WS5 司法・犯罪・嗜癖部会ワークショップ「精神鑑定に求められる公認心理師の役割」2020 年 11 月 8 日
- 3) 椎名明大「措置入院ガイドラインの実施状況把握に関する研究」第 16 回日本司法精神医学会大会 2020 年 11 月 12 日

- 4) 椎名明大「幻覚妄想状態で入院させられた後に院内で重大な他害行為に至った事例」第 14 回千葉司法精神保健研究会 2020 年 12 月 9 日

- 5) 椎名明大「鑑定入院のこれまでとこれから」日本弁護士連合会刑事法制委員会意見交換会 2021 年 1 月 22 日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし。

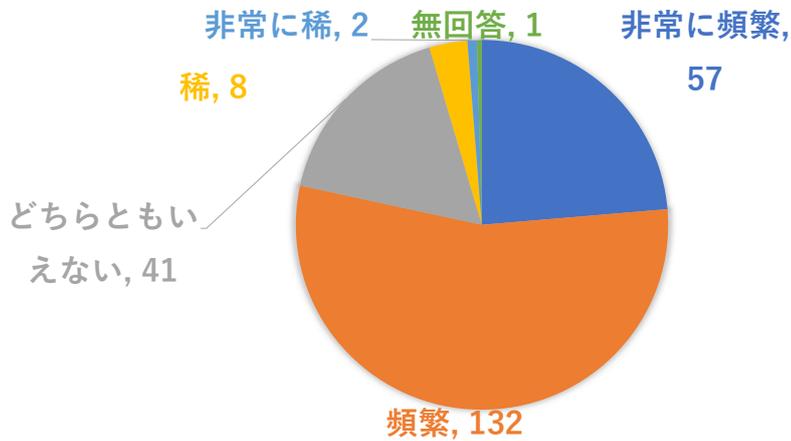
2.実用新案登録

なし。

3.その他

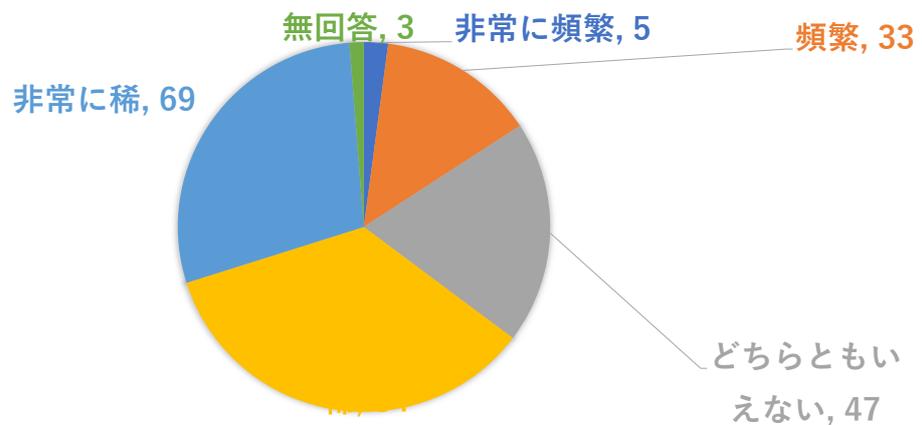
なし。

図1 あなたは日常業務の中で、「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）」を意識する機会はどの程度ありますか？



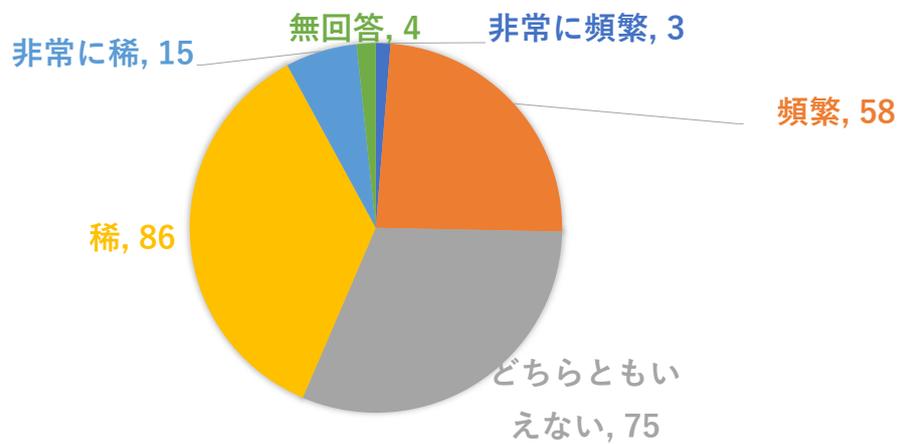
1

図2 あなたは日常業務の中で、「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（医療観察法）」を意識する機会はどの程度ありますか？



2

図3 保護した者を措置通報するか否かについて、判断に迷うことはどの程度ありますか？



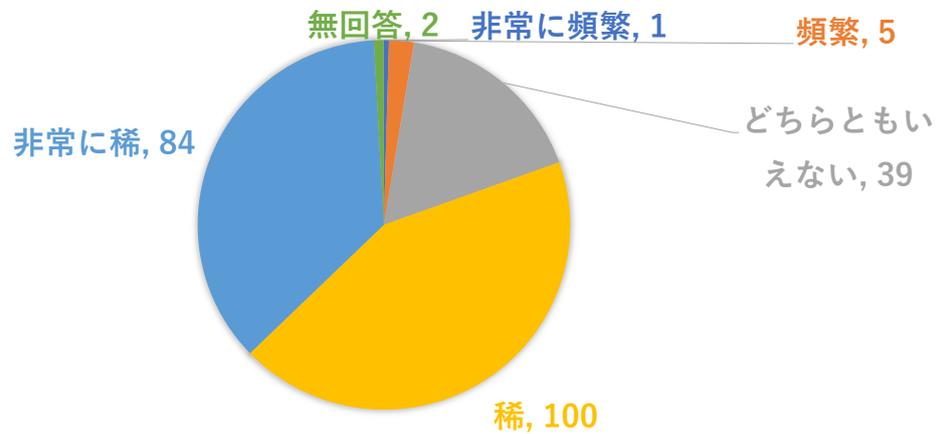
3

図4 精神保健指定医とのやりとりをしたことがありますか。



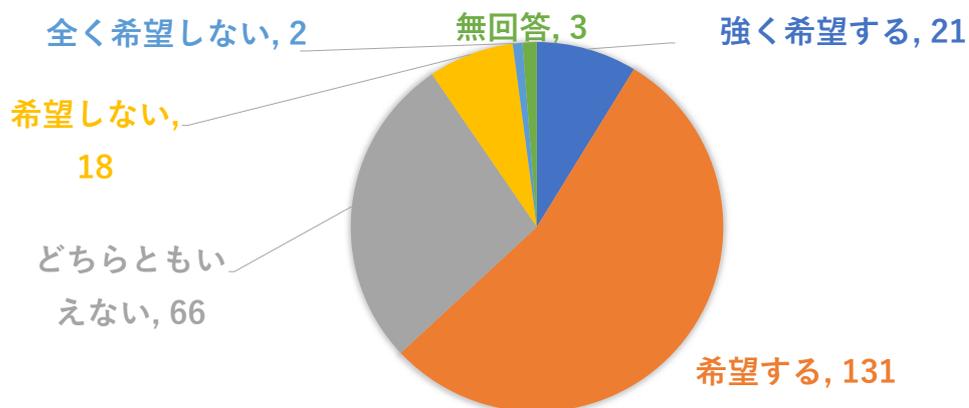
4

図5 あなたは、精神医療、精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等について学ぶ機会がどの程度ありますか？



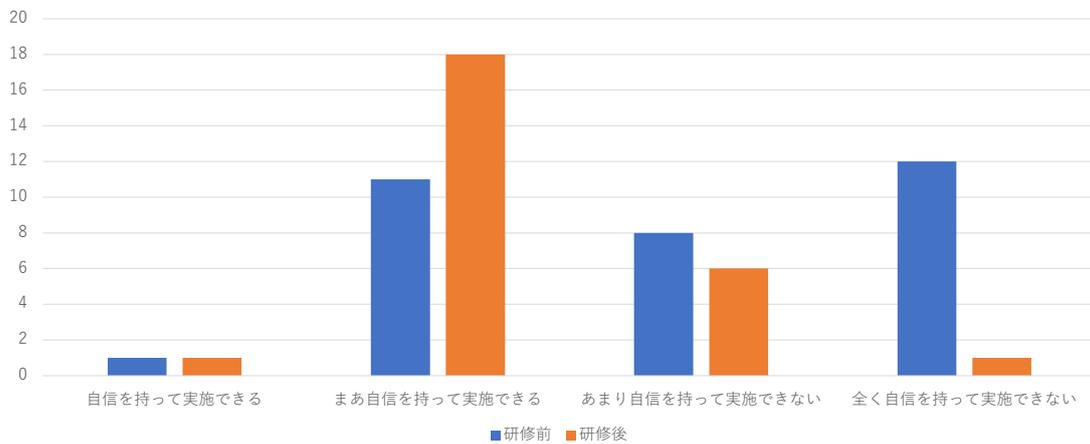
5

図6 あなたは、精神医療、精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等に関する講習会や研修会等に参加する機会があれば、参加したいと思いますか？



6

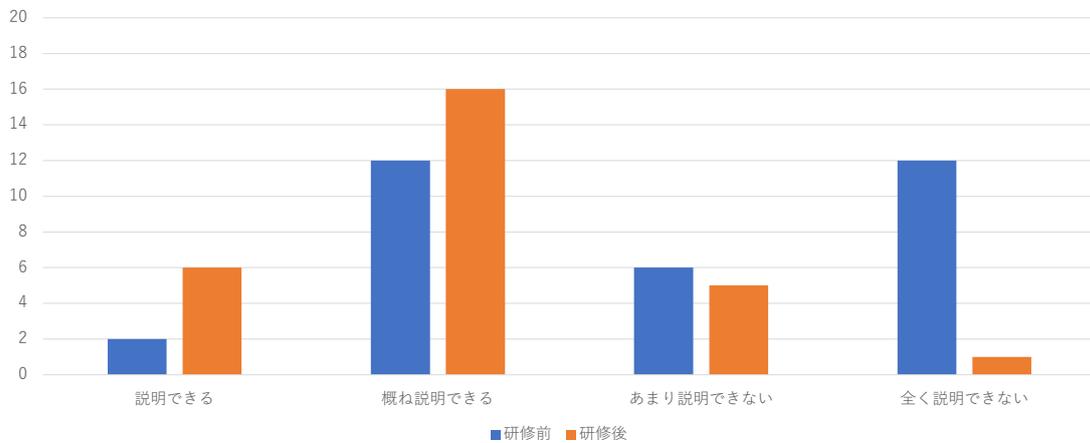
図7 措置診察を自信を持って実施できますか？



P=0.001 (Wilcoxon's signs rank test)

7

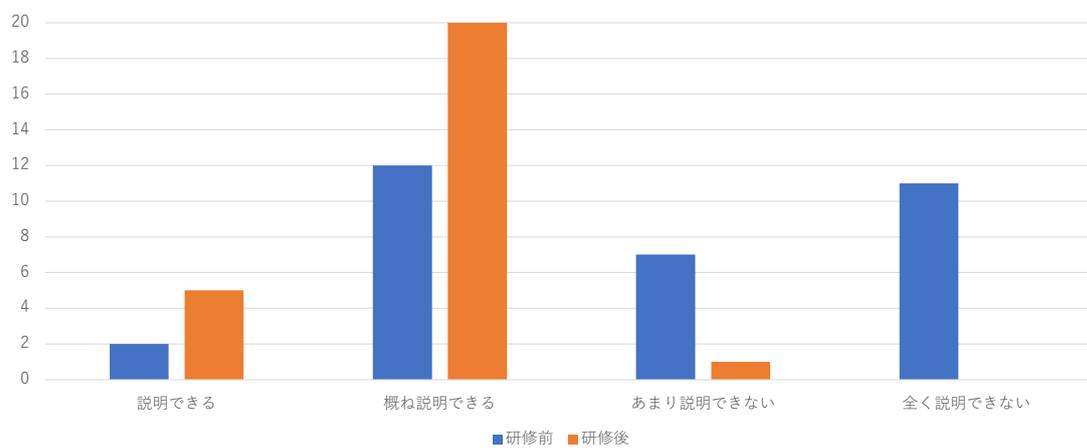
図8 措置診察を行う手続きについて説明できますか？



P<0.001 (Wilcoxon's signs rank test)

8

図9 措置診察を行う際に、要措置と不要措置を判別する基準について説明できますか？



P<0.001 (Wilcoxon's signs rank test)

調査票

以下の Q1～9 の質問につき、あてはまる選択肢を○で囲むか、回答をご記入ください。

法律について

Q1. あなたは日常業務の中で、「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）」を意識する機会はどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

Q2. あなたは日常業務の中で、「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（医療観察法）」を意識する機会はどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

Q3. 保護した者を措置通報するか否かについて、判断に迷うことはどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

・判断に迷うことがある場合、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

精神障害者への対応について

Q4. 精神障害のために自傷他害のおそれがある者について、保護しないまま措置通報することがありますか？

はい ・ いいえ

・「はい」の場合、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

Q5. 措置通報が行われると、保健所等による調査を経て精神保健福祉法第 27 条に基づく診察（措置診察）が行われることとなります。

その際の関係機関との連絡調整についてお伺いします。

5-1. 保健所との連絡調整について、対応に苦慮した事例がありましたら、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

5-2-1. 精神保健指定医との連絡調整をしたことがありますか。

はい ・ いいえ → 「はい」の場合 5-2-2 へ。「いいえ」の場合 5-3 へ。

5-2-2 精神保健指定医との連絡調整について、対応に苦慮した事例がありましたら、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

5-3. 措置入院にならなかった（不要措置）場合、精神科病院や保健所、家族との連絡調整について、対応に苦慮した事例がありましたら、差し支えない範囲で具体例を教えてください。

精神医学に関する学習の機会について

Q6. あなたは、精神医療や精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等について学ぶ機会がどの程度ありますか？

非常に多い 多い どちらともいえない 少ない 非常に少ない

Q7. あなたは、精神医療や精神保健、精神障害者福祉、司法精神医学等に関する講演会や研修会に参加する機会があれば、参加を希望しますか？

強く希望する 希望する どちらともいえない 希望しない 全く希望しない

Q8. その他、精神保健福祉に関してご意見等がありましたら、何でも自由に記載してください。

Q9. あなた自身についてお答えください。

継続勤務年数 _____ 年

うち生活安全部門勤務年数 _____ 年

ご協力ありがとうございました

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用されます。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える機会

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。

措置診察の新イロハ

Assessment of the Need for Administrative Involuntary Hospitalization

講師 椎名明大

(千葉大学社会精神保健教育研究センター特任准教授)

本講義の内容:

1. 日本の精神保健福祉の歴史
2. 相模原事件と精神保健福祉法改正
3. 措置入院運用ガイドライン
4. 措置診察と措置要否の判定

日本の精神保健福祉の歴史



措置入院の歴史



精神衛生法(1950年)

- 都道府県知事は、申請(一般人)または通報(警察官、検察官、矯正保護施設の長)のあった者等に対し、精神衛生鑑定医2名の診察に基づき、当該診察をした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判断された場合は、その者を入院させる。(法23~29条)
 - 精神衛生鑑定医:精神科臨床に3年以上の経験を有する者を厚生大臣が指定(第18条)
 - 指定病院:都道府県立病院に準じるものとして都道府県が指定(第5条)
 - 精神障害者:精神病者(中毒性精神病者を含む。)精神薄弱者及び精神病患者(第3条)

→病床不足と経済的な貧しさゆえに放置されていた患者の収容を主眼(高柳、2007)

1961年改正

- 措置患者の入院に要する費用について、都道府県5割、国5割であったものを、都道府県2割、国8割に変更する。
- 措置入院費は健康保険の例による
- 「今回の改正は、措置入院費に対する国庫負担率の引上げ等により、自身を傷つけ、又は他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者(以下「措置要件該当者」という。)はできるだけ措置入院させることによつて、社会不安を積極的に除去することを意図したものであること」

→措置入院比率の上昇

- 1964年には全入院者の37.5%が措置入院となる
- 毎年2~3万床ずつ民間精神病床が増加

1965年改正

- 保護を行った者以外(職務質問、捜査、逮捕等)も警察官通報の対象とする(第24条)
- 保護観察所の長に通報義務を課す(第25条の2)
- 措置要件のある入院患者が退院を申し出た際に病院長に通報義務を課す(第26条の2)
- 都道府県知事に届出がなくとも措置診察させる権限を付す(第27条第2項)
- 緊急措置を新設する(第29条の2)
 - 精神衛生鑑定医1名の診察で入院可能
 - 「他人を殺傷し、自殺を企図し、自傷の行為に及び、又は著しい程度に暴行を行なう等現実に危険を生ずる状態にあること」(1965年8月25日発衛第184号)
 - 入院期間は48時間まで

→ライシャワー事件による改正であったため、治安対策的な改正が目立った(高柳、2007)

精神保健法(1987年)

- 宇都宮病院事件を契機に、精神障害者の人権保障の不備を国際人権連盟等から糾弾され、政府は精神衛生法の改正法案を国会に提出した。
- 精神保健指定医、精神医療審査会、精神障害者地域生活支援事業といった制度が創設された。
- 緊急措置入院の期間が最大48時間から72時間に変更された。

1993年改正

- 精神障害者の定義を広げ、「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」と改めた。
(その後、国際疾病分類の改定等に伴い、現在の定義に至る。)

精神保健福祉法(1995年)

- 障害者基本法の理念を受けて精神障害者福祉に関する条項を設置した。
- 措置入院及び通院公費負担制度にかかる医療費を医療保険優先に切り替えた。

本講義の内容:

1. 日本の精神保健福祉の歴史
2. 相模原事件と精神保健福祉法改正
3. 措置入院運用ガイドライン
4. 措置診察と措置要否の判定

相模原事件1

- 2016年7月、相模原市の障害者支援施設に元職員が侵入し、刃物により、入所者19人を死亡、27人を負傷させた。
- 本件被疑者は、同年2月に衆議院議長等に対し犯罪予告を行っていたことから、相模原市は被疑者を**緊急措置入院**させた。指定医による診断名は「**躁病**」であった。
- 緊急措置入院の3日後に**措置診察**が行われた。そこでの診断名は第一指定医によると「**大麻精神病および非社会性パーソナリティ障害**」、第二指定医によると「**妄想性障害および薬物性精神病性障害**」であった。なお、入院時点において被疑者の**尿中から大麻成分が検出**された。被疑者によると大麻の使用歴は1年前から週1回から月1回程度とのことであった。

相模原事件2

- 措置入院先の医療機関では、診断確定のため薬物療法を行わず経過観察する方針となった。入院後13日で精神症状は完全に消滅したため、「**大麻使用による精神および行動の障害**」の診断名で**措置症状消退届**を提出した。
- 措置解除の時点では退院後は家族同居となる予定であったが、被疑者は実際には独居していた。外来通院は途切れがちであった。家族や福祉事務所職員と面談する機会が何度かあり、そこでは特異な言動は見られなかったという。
- **退院後4ヶ月後、事件発生**。被疑者の尿中からは**大麻成分が検出**された。

事件の考察と影響

- 本件は、精神障害者による他害行為としても、薬物依存者による犯罪としても、あるいは措置入院を経た患者による他害行為としても、極めて特異な経過を辿ったもの。軽々に一般化することは慎むべき。
- 通常、大麻中毒のみで体系化された妄想や高度の気分高揚、暴力性を生ずることは稀。一方で、双極性障害のような内因性精神障害が薬物療法なしで数週間以内に寛解するということも考えづらい。報道によると、鑑定人は被告人を自己愛性パーソナリティ障害と診断したという。
- **措置入院の運用実態**については、**自治体間格差が大きく**、一部では精神科救急と一体化していることが指摘されている。措置入院の対象となる**患者の多くが、いわゆる処遇困難者**であり、家族や地域のサポートを得づらい環境にあることに鑑みれば、**措置入院を退院した患者のフォローアップ体制の充実**は、本件に関わらず、大きな課題であるといえる。

精神保健福祉法改正案とその後

政府が事件の検証および再発防止策検討チームを結成

2016年9月14日に中間報告、12月8日に最終報告書を発表
(措置入院の実態把握/改善方策/退院後フォローアップ体制)

精神保健福祉法改正法案を第193回通常国会に提出

第194回臨時国会での衆議院解散に伴い廃案

2018年3月、現行の措置入院制度の運用の適正化及び患者の退院後支援の強化を目的とするガイドラインを発出

措置診察にかかる申請及び通報等

条文	申請・通報等主体	申請・通報等の要件	必要性
22条	一般人	精神障害者(又はその疑い、以下同じ)を知ったとき	裁量的
23条	警察官	精神障害のために自傷他害のおそれがある者を発見したとき	必要的
24条	検察官	精神障害のある被疑者又は被告人を釈放(不起訴又は確定判決)するとき	必要的
24条2項	検察官	その他必要があるとき	必要的
25条	保護観察所長	保護観察に付されている者が精神障害者であることを知ったとき	必要的
26条	矯正施設長	精神障害の収容者を釈放させるとき	必要的
26条の2	精神科病院管理者	精神障害のために自傷他害のおそれがある患者から退院の申出があったとき	必要的
26条の3	医療観察法指定通院医療機関管理者及び保護観察所長	医療観察法通院対象者が精神障害のために自傷他害のおそれがあると認めたとき	必要的
27条2項	都道府県知事	入院させなければ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ことが明らかである者については、通報等がなくても指定医に診察させることが可能	裁量的

措置入院における手続き

警察

- 保護または逮捕等
- 措置通報

保健所

- 通報の受理
- 事前調査

指定医

- 措置診察
- 措置診察に関する診断書の作成

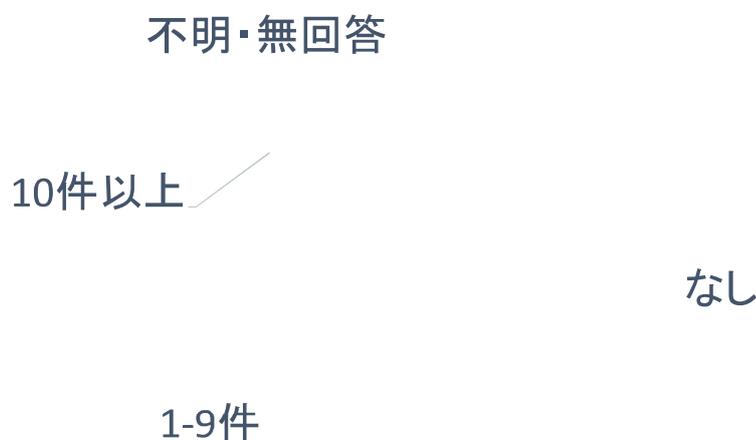
分担班における当初の議論

- 相模原事件に特化した対策を立てても実効性が乏しい。あくまでも精神障害者施策全般を俯瞰した考察が必要。
- 措置入院制度運用の地域間格差は、各自治体の歴史・文化・実情に依るところが大きい。一概に格差の是正が適切とは言い切れない。他方、標準的な運用と乖離する理由と妥当性について検証が必要。
- 「出口(措置解除後の支援)」論のみでは均衡を欠く。「入口(措置入院の対象とすべきか否か、警察・検察・矯正施設との棲み分け、医療保護入院との棲み分け、不要措置患者への手当)」論も検討すべき。
- 措置入院患者のうち濃厚な支援が必要な患者の割合はいかほどか。措置入院患者に限定するのは不均衡ではないか。措置解除即退院となる事例は個別性が高くマニュアル通りの支援が困難ではないか。

措置入院制度における「地域間格差」

- データの正確性の問題
- 被通報者が保護・逮捕等されていない場合の対応
- 自治体の相談支援体制や精神科医療へのアクセスの整備状況
- 自治体と警察との連携体制
- 措置入院制度運用に対する自治体の考え方

警察からの連絡を23条通報扱いした経験 (自治体アンケート)



本講義の内容:

1. 日本の精神保健福祉の歴史
2. 相模原事件と精神保健福祉法改正
3. 措置入院運用ガイドライン
4. 措置診察と措置要否の判定

措置入院運用ガイドライン 目次

- | | | |
|---|--|--|
| <p>I. 本ガイドラインの趣旨</p> <p>II. 警察官通報の受理</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 警察官通報の趣旨 2. 警察官通報の受理 <p>III. 警察官通報の受理後から措置診察まで</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事前調査の実施 2. 事前調査時に確認すべき事項 3. 措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合 4. 措置診察が不要となった後の支援 5. 措置診察の要否判断を保留とすることが考えられる場合 6. 刑事手続等との関係 7. 外国人の被通報者の取扱い | <p>IV. 措置診察</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 指定医の選定 2. 指定医の確保 3. 一次診察と二次診察の運用 4. 措置診察の場所 5. 措置診察又は措置入院のための移送 6. 都道府県等の職員の立会い 7. 措置診察に必要な立入り 8. 診察の通知 9. 診察時の都道府県等からの情報提供 10. 措置診察 11. 措置入院が不要となった後の支援 | <p>V. 緊急措置入院の運用</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急措置入院の要件 2. 緊急措置入院後の対応 <p>VI. 措置入院の実施</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 措置入院の決定 2. 措置入院者に対する告知 3. 措置入院先病院に対する情報提供 <p>VII. 措置解除</p> <p>VIII. 地域の関係者による協議の場</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 地域の関係者による協議の場の設置 2. 協議の場における情報の取扱い等 <p>IX. 運用マニュアルの整備、研修の実施</p> |
|---|--|--|

警察官通報の受理

- 警察官通報の受理に当たり、所要の事項(相談ではなく、警察官通報であること、等)について確認する。
- 警察官通報の要件に該当しない場合であっても、警察官から支援についての相談があった場合には積極的に対応することが望ましい。
- 該当するケースは少ないと考えられるが、被通報者が保護・逮捕等されていない状態でも通報が行われる場合がある。
 - 身体的な診療を優先して病院に搬送された場合
 - 病院内又は児童相談所等の職員等から警察に通報された場合
 - 被通報者を監護できる者がいるなど、保護の必要がない場合
- 警察が被通報者を視認していない場合は、通報を要しない(例外あり)。
- 被通報者が精神科病院に入院中の場合は、通報を要しない(病院からの110番通報や外出中の通報を除く)。

警察官通報の受理から措置診察まで

- 被通報者について、原則として、職員に被通報者との面接を行わせ、事前調査を行った上で措置診察の要否を決定する。事前調査は可能な限り複数名、かつ専門職で行うことが望ましく、措置診察の要否の判断は組織的に判断することが適当。
- 本来実施すべき事前調査や措置診察を行わず、あえて家族等の同意を求めるなど、ことさらに医療保護入院に誘導するような取扱いは避ける。(厚労省ガイドラインからは削除)
- 以下の場合、措置診察を行わないことが想定される。判断に迷う場合は措置診察を行う。
 - 担当医の見解から明らかに措置診察不要と判断できる場合
 - 精神障害ないし自傷他害のおそれを疑う根拠となる具体的言動がない場合
 - 被通報者の所在が不明又は通報を受理した自治体に所在していない場合
 - 身体科救急受診を要する程度の身体症状、外傷等がある場合
 - 酩酊により精神科的診察が困難な場合(例外あり)
- 被通報者が重大な他害行為を行った後で警察官通報された場合、その者は医療観察法の申立ての対象となる可能性がある。

措置診察（運用ガイドラインから）

- 同一の医療機関に所属する者を措置診察の指定医として選定しないことを原則とする。
- 指定医の所属先の病院に被通報者を措置入院させることは避けるよう配慮。
- 指定医の確保体制についてある程度の取決めを行っておくことが望ましい。
- 一次診察と二次診察を分けて行うか同時に行うかは、いずれでも差し支えない。ただし**最終判断は、各指定医が個別に行わなければならない**。
- 二次診察を行う指定医に一次診察の診断書を提供することは望ましくない。
- 措置診察を行う場所に関しては、被通報者の状況等に応じ、搬送が少なくすむよう必要な配慮を行うことが望ましい。
- **自治体職員を指定医の診察に立ち合わせなければならない**。
- 措置診察にあたり、措置診察を行う指定医に対し、事前調査の情報を必要十分な範囲で具体的に伝達する。
- **浪費や自己の所有物の損壊等のような行為は自傷行為に当たらない**。他害行為は、原則として**刑罰法令に触れる程度の行為をいう**。
- 措置入院が不要になった場合であっても、必要な場合には相談指導等を積極的に行う。

入院先の指定医が措置診察を行うこと （自治体アンケート）

ない

ある

やむを得ない場合のみ

一次診察と二次診察を同時に行うか (自治体アンケート)

柔軟に対応

同時診察が
原則

別々に診察
が原則

緊急措置入院の運用

- 夜間及び休日であっても可能な限り通常の手続を採るよう努める。
- 緊急措置入院は**通常の措置症状よりも自傷他害のおそれの程度が著しい場合**でなければならない。
- 緊急措置入院の場合もできる限り事前調査を行うよう努める。
- 緊急措置入院後、速やかに措置入院の要否について決定しなければならない。その際、**措置診察の指定医選任に当たり、当該緊急措置入院の要否判断を行った指定医を除外する必要はない。**
- 緊急措置診察において判断材料となった情報のすべてを後に措置診察を行う指定医にも提供するべきである。

措置入院の実施

- 2名の指定医の診察の結果が、**要措置で一致した場合**には、国等の設置した**精神科病院又は指定病院に入院させる**
 - 国等の設置した精神科病院及び指定病院の管理者は、既に別の措置入院者又は緊急措置入院者がいるため、指定病床の余裕がない場合のほかは、措置入院者を入院させなければならない。
- 措置入院を行う場合には、措置入院者に対し、**所定の様式により書面で告知する**
- **措置入院先に、事前調査及び措置入院に関する診断書等の情報を提供する**（厚労省ガイドラインからは削除）
 - これらの資料を提供するに当たっては、**病院が患者等から診療記録等の開示を求められた場合には、開示の判断に当たって都道府県等に確認を行う**ようあらかじめ伝達しておくことが適当と考えられる。
 - 措置入院に関する診断書を第三者に提供するにあたり、**自治体は作成した指定医の同意を得る必要はない**。
 - 指定医の氏名をはじめ、患者以外の第三者の個人情報が含まれているため、これを直接病院に提供することの是非については、各都道府県等における個人情報の取扱いに関する条例等に従う必要がある。
 - 例えば、第三者に関する個人情報を削除した文書を作成し、措置入院先病院に情報提供するという運用が考えられる。

本講義の内容：

1. 日本の精神保健福祉の歴史
2. 相模原事件と精神保健福祉法改正
3. 措置入院運用ガイドライン
4. 措置診察と措置要否の判定

措置診察と措置要否の判定

- 措置要否の判定基準については、昭和63年4月7日厚生省告示第125号で示された事項から現在に至るまでほとんど改正がなされていない。
- この告示と措置診察の実態との乖離については暗黙の了解になっているのが現状である。

措置診察に先立って行うこと (推奨について検討中)

事前準備

措置診察

事後対応

- 行政職員等による**事前調査資料を精読**し、内容に疑義や不自然な箇所がないか検討する
- 被診察者の病歴や精神状態についてイメージを掴み、**病態仮説を構築する**
- 措置診察に至った**経緯**について行政職員等に確認する
- 措置診察に至るまでの**被診察者の応対**について行政職員等に確認する
- 被診察者の**家族や知人との人間関係**について行政職員等に確認する
- 警察官が来訪している場合には、被診察者が**保護または逮捕等された時点での状態**について確認する
- その他の関係者が来訪している場合にはあらかじめ面談し**情報収集**に努める
- 措置診察中の被診察者による**突発的な暴力のリスク**について検討する

措置診察で行うべきこと (推奨について検討中)

- 被診察者の顔貌、姿勢、着衣、態度等を観察する
- 生育歴、生活歴、身体的既往歴、家族歴、これまでの**司法との関わり(逮捕、保護、補導、受刑等)**を聴取する
- 現在の生活状況や家族関係、社会・経済的状況について聴取する
- 現病歴、アルコール・たばこ・違法薬物使用歴について聴取する
- **措置診察に至る経緯について被診察者の認識**を確認する
- 現在の精神症状の有無・程度について精査する
- 被診察者の**自己の病状に対する理解の程度、治療の必要性に関する認識**を問う
- **精神症状が被診察者の言動に及ぼしている影響の有無・程度**を考察する
- 他害行為があったとされる場合、**当該行為についての被診察者の認識**を問う

措置診察後に行うこと (推奨について検討中)

- 診察の終了を行政職員と確認する
- **措置入院の診断書をその場で作成し提出する**
- 第二指定医の場合、**第一指定医の見解を問うたり、第一指定医の診断書を見たりしてはならない**
- 指定医2名の同時診察の場合、診察後に意見交換をしても良いが、**結論について合議で決めてはならない**
- 措置不要の判断をする場合、その後の被診察者の処遇について、行政職員にアドバイスをしてもよい

措置入院の要否判断

- 「診察を受けた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」(法29条)
- 緊急措置入院の場合.....「その者が精神障害者であり、かつ、直ち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を害する**おそれが著しい**」(法29条の2)
 - 既に他害行為が発生している場合に限ると解されている(異論あり)

措置入院のための要件

1. 精神障害者であること
2. 都道府県職員の立ち会いの下であること
3. 知事の指定する指定医2名以上の診察があること
4. 措置入院の判定の基準に合致していること
5. 診察した2名以上の診察の結果が一致していること
6. 都道府県の設置する精神科病院または指定病院に入院させること
(山本、2007)

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準

- 診察を実施した者について、入院させなければ**その精神障害のために**、次の表に示した病状又は状態像により、**自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為**(以下「**自傷行為**」という。)又は殺人、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。こと。
- 自傷行為又は他害行為のおそれの認定に当たっては、当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等を考慮するものとする。こと。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準①

病像または状態像	自傷行為又は他害行為のおそれの認定に関する事項	原因となる主な精神障害の例示
抑うつ状態	悲哀感、焦燥感、絶望感等の一般的な抑うつ感情、思考面での集中困難、思考制止、行動面での運動制止等がみられ、これに抑うつ的な内容の錯覚、幻覚、妄もう想を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、自殺念慮、自傷念慮、心中念慮等を抱く結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	躁うつ病圏 統合失調症圏 症状性又は器質性精神障害 心因性精神障害 等
躁状態	爽快感、易怒的、刺激的な昂揚感等の躁的感情、自我感情の肥大、思考面での観念奔逸、行動面での運動興奮等がみられ、これに躁的な内容の誇大等の妄もう想を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、思考及び運動の抑制が減弱又は欠如し、傲慢不そんな態度が度を越す結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	躁うつ病圏 統合失調症圏 症状性又は器質性精神障害 等
幻覚妄想状態	幻覚、妄想がみられ、これに幻覚、妄想に対する自覚、洞察の欠如を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、現実検討能力に欠け、恐慌状態や興奮状態に陥りやすい結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	統合失調症圏 中毒性精神障害 躁うつ病圏 症状性又は器質性精神障害 等
精神運動興奮状態	欲動や意志の昂進又は抑制の減弱がみられ、これに思考の滅裂傾向を伴うことがしばしばあることから、このような病状又は状態像にある精神障害者は、多動興奮状態に陥りやすい結果、突発的に自傷行為又は他害行為を行うことがある。	統合失調症圏 中毒性精神障害 躁うつ病圏 心因性精神障害 症状性又は器質性精神障害 等

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十八条の二の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準②

病像または状態像	自傷行為又は他害行為のおそれの認定に関する事項	原因となる主な精神障害の例示
昏迷状態	意志発動性が強く抑制されているために、精神的にも身体的にも外界にほとんど応答できない状態がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、対人接触等の日常社会活動のみならず、摂食、排泄、睡眠等の生命維持に必要な活動を行うことができない結果、又は突発的な衝動行為を行う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	統合失調症圏 心因性精神障害 躁うつ病圏 中毒性精神障害 等
意識障害	周囲に対して適切な注意を払い、外界の刺激を的確に受けとつて対象を認知し、必要な思考及び判断を行つて行動に移し、それらのことの要点を記憶に留めておくという一連の能力の全般的な障害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、見当識の障害を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	中毒性精神障害 症状性又は器質性精神障害 心因性精神障害 等
知能障害	先天性若しくは幼少時発症の脳障害により知能の発達が障害された状態又は成人後に生ずる器質的脳障害により知能が低下している状態にあり、周囲との意志の疎通や外界に対する感情の表出等の障害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、突発的な衝動行為等を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	知的障害 症状性又は器質性精神障害 等
人格の病的状態	知能にほとんど欠陥はないが、人格構成要素の不均衡又は人格全体の異常等のために、本人が悩み又は他人が悩まされ、そのため個人あるいは社会に対立するに至るような人格の病的状態がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、周囲との意志の疎通や外界に対する感情の表出又は内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する適応障害が顕著な場合、自傷行為又は他害行為を行うことがある。	精神病質 統合失調症圏 症状性又は器質性精神障害 に伴う人格変化 中毒性精神障害 けいれん発作後の人格変容 等

未解決の論点

- **逸脱行動のすべて**を措置入院の対象とすべきか？
 - 私有地の徘徊/自己の財物の破壊/迷惑電話/路上に臥床
- **すべての精神障害**が措置入院の対象となりうるのか？
 - 薬物依存者の違法薬物使用/知的障害者の一過性の興奮/パーソナリティ障害者による性犯罪

→警察官も、知的障害・発達障害・パーソナリティ障害は措置入院の対象外という認識(椎名、未公表データ)
- 要措置判断に**治療可能性基準**を考慮すべきか？
 - 認知症患者の暴力/知的障害者の窃盗
- 要措置判断に**責任能力判断**を考慮すべきか？
 - 妄想性障害による器物損壊
 - 「処罰すべきだから措置不要」は暴論！

結局何を求められているのか？

1. 被診察者に**精神科診断をつける**こと(ただし、困難な場合は状態像のみでも許容される)
2. 既に発生した**自傷・他害行為**と被診察者の**精神障害との関係性を明らかに**すること
3. 被診察者を**放置した場合に何が起きるのかを予測**すること(その期間は**3日**を目安とする)
4. 被診察者の**自傷・他害行為を防ぐために**、行政処分である**措置入院が必要か判断**すること

要措置とすべきでない例

- 精神障害とは言いがたい(例:先輩に命令されて逆らえない気持ちで暴力を振るった)
- 自傷・他害行為とは言いがたい(例:汚い格好で徘徊している)
- 自傷・他害行為が精神障害によるものではない(例:統合失調症慢性期の患者の万引き)
- にわかには病状再燃が予想されない(例:勾留中に服薬を再開して現在は落ち着いている)
- 明らかに入院が必要ない(例:てんかん発作による事故であることを自覚し、通院を約束)

措置不要の根拠とはならない例

- 完全責任能力で受刑したが、満期釈放後もなお妄想が残存し、相手に復讐する意志がある
- 路上で大暴れして警察官数名に取り押さえられたが、診察時点では落ち着いている
- 縊死を図り、蘇生後「お金がないから入院はしません。もうすっきりしたのでバカなまねはしません」と述べている
- 妄想に基づき父を殺そうとした少年

医療観察法との相克

- 「**医療観察法の適応だから措置不要**」という判断はナンセンス！
 - 特に少年はもとより**医療観察法の対象外**
→逆送を推奨するのは暴論！（医学的には法の不備という考え方もある）
- 結果的に医療者から見て「なぜ医療観察法の申立てを行わないのか？」と思う事例は存在
 - 他害行為の捉え方(弄火)、刑事捜査の可否、被害者感情など、医療者が明るくない判断要素も

→将来的には警察・検察・簡易鑑定人経験者・指定入院医療機関職員等との相互理解による解決を図るべき

付録: 措置入院後の対応

- 患者本人に措置入院命令を受けた経緯についての理解を問う
- **措置入院に関する診断書を保健所から入手する**
- 要措置と判断された理由を理解し、患者に伝える
 - 疑義がある場合.....行政処分に対する審査請求/退院請求/措置症状消退届の提出
- 措置解除のために達成すべき事項について患者とよく話し合う

まとめと質疑応答



事例1(演習)

- 28歳女性
- 同胞2名中第1子。下に弟がいる。
- 母は宗教家。躁うつ病で通院歴がある。

生育歴

- 幼少期からコミュニケーションが苦手だった。弟の面倒をよく見ていた。学校では友達は少なかったが、いじめ等はなかった。成績は中の下。
- 小学4年生の時に両親が離婚し、弟とともに母の元で育った。
- 地元の中学に進学したが、勉強についていけなくなった。
- 地元の高校に進学したが、1学期で中退。
- 高卒後は家を出てアルバイトなどして過ごしていた。

生活歴及び現病歴

- 18歳頃から気分の波を自覚するようになり、実家に戻った。
- 母の勧めで近医精神科を受診、うつ病の診断を受けた。
- 翌年、インターネットで知り合った男性と交際を始めた。この頃通院を中断。
- 半年後に結婚し、夫と同居して1男を儲けた。
- 息子が1歳になる頃から、些細なことで怒るようになり、夫と喧嘩したり、児に手を上げようとするのがでてきた。
- 母とは折り合いが悪かったため、夫・児とともに夫の実家で静養することになった。

生活歴及び現病歴2

- 22歳頃、夫の勧めで精神科を受診し、以後通院治療を受けていた。同院によると診断は統合失調症で、入院歴もあるという。夫によると、その際は本人が「神の声が聞こえるからここで天に召される」と言って路上に横たわったため、救急車を呼んだのだという。
- 退院後は比較的落ち着いていたが、夫とその親族との関係が次第に悪くなり、2年ほどで離婚に至った。
- その後、親権や面会交流のことで元夫側とかなり揉めていたらしい。結局児は元夫が引き取ることになった。

生活歴及び現病歴3

- 26歳頃、高速道路を逆走して逮捕、通院先に搬送され、1ヵ月ほど入院した。そこで担当医と折り合いが悪くなり、退院後は通院を中断した。
- 翌年、息子との面会の件で元夫と口論になった。本人によると元夫が変態で息子を幽閉しているのだという。またその際本人は元夫から殴られたと主張しているが、元夫は否認している。

事件

- そのことで本人は何度も元夫に電話を掛け、またナイフを持って元夫宅に押しかけて「お前達を殺して自分も死ぬ」と脅した。
- 夫から警察に通報があり、本人は脅迫容疑で逮捕された。

逮捕後

- 取調べでは本人は号泣し、「こんなことするつもりはなかった」「元夫があまりにもつれなかったから、辛さをわかってほしかった」と後悔の念を述べつつも、「元夫には悪魔が憑いている」「息子だけでも救わなければならない」と供述していた。
- そのうちに次第に興奮して、警察官に対して「あんた達も息子を悪魔に捧げるつもりでしょう！」と恫喝し、殴りかかろうとした。
- 警察官は措置通報を行った。

診察時現症

- 意識は清明と思われる。表情は硬いが、話に応じてころころ変わる。整容は乱れている。
- 泣いたり笑い出したりと、感情の起伏が激しい。
- 幻聴に耳を傾ける様子はない。
- 「悪魔と言ったのはあくまでも例え。悪魔だから、あははは！」
- 「母親の呪われた血が私の中に入っている。息子にも継がれてしまった。息子を殺して私も死ぬしかない」

側副情報

- 母: 自分は本人に迷惑を掛けたかもしれないけど、自分も大変だった。本人はもう家を出たのだから、自分は今後面倒を見るつもりはない。
- 元夫: 今回は家族共々怖い思いをした。本人は病気でかわいそうだが、反省してないのなら刑務所にでも入れてもらうしかない。息子は自分が育てる。本人に会わせるつもりはない。
- 警察官: 最初はさめざめと泣きながら後悔を述べていたが、突然興奮して暴れ出した。かなり力が強く、制圧に苦労した。取調べに堪えないので、入院させてもらいたい。

ディスカッション

- これからディスカッションに入ります。
- こちらで司会者(参加者名簿で★がついている先生)は指定させていただきました。
- 司会者を中心に、まず、書記、発表者を決めてください。
- 記録は、それぞれのチームにgoogleスライドを用意してありますので、スライド1枚の中にまとめてください。(岡本台病院チームには、後にチャットでURLをお伝えします。)
- 発表時には事務局で画面共有をいたします。

ディスカッション

- ディスカッションのテーマは以下です。
- 措置診察で本人に聞くべきことは？
- 診断の見立ては？
- 措置入院の要否判断に必要な情報は？
など

事例2(グレーゾーン)

- 地方公務員の父親と専業主婦の母親の間に生まれる。同胞2名中第1子。弟は地元の魚市場に勤務。精神疾患の既往を持つ親族は知られていない。

生育歴1

- 幼少期は人見知りが強く、友達と話すことが少なく孤立していたという。学校の成績はほどほどだが、徒競走が得意で、体を動かすのが好きだった。幼少期に川崎病を疑われ1ヶ月間入院したが、結局後遺症を残さず治癒した。その際痙攣発作を起こし、2年ほど抗てんかん薬を服用していたが、以後発作はないため治療終了となっていた。

生育歴2

- 2つ下の弟と同じ小学校に通い、弟の面倒をよく見ていた。当初は大人びた子だったという。小学4年生のときに周囲に急き立てられて学級委員をやらされた。本人は乗り気になって頑張っていたが、クラスメート同士の対立やいじめ問題などがあり、本人がとぼっちりで責められることが多かった。先生は好意的だったが、そのことでますます一部のクラスメートから無視されたり辛辣な言葉をかけられたりするようになったという。学級委員は1学期継続した。その6月頃から、手の甲を出血するまで何度も引っ搔いてしまう自傷行為が出現した。当初父母は自傷と考えておらず、小児科、皮膚科で処置を受けたが、本人は通院を嫌がっていた。

生育歴3

- 地元の中学校に進学したが、仲の悪かったクラスメートと一緒にになり、また新しい友人もできなかった。5月、発表の際に手が震えて舌がもつれ、失笑を買うという体験をして、学校に行くのが怖くなった。一時は治まっていた手背の自傷行為が再発し、そのうちにおろし金で手背をこすって自傷するようになり、皮膚が化膿して、皮膚科通いを余儀なくされた。皮膚科医師は本人の傷について自傷を疑い、母と同席の場で本人を問い詰めるということがあった。この時本人は顔面蒼白で、まったく反応しなかったという。その皮膚科で治療を断られ、母は本人を別の皮膚科に連れて行った。

生育歴4

- 夜には普通にしていたが、翌朝ベッドから出なくなり、初めて学校を休んだ。以後、不登校となった。本人によると、「何もかも否定されたように感じて嫌になった。学校も病院も怖い人がいっぱいいて、誰からも責められているように感じた。ベッドの中しか安心できる場所がなかった」という。自宅ではほとんどベッドから起きられず、食事も母にベッドまで運ばせていた。母とは会話できていたが、父や弟に対しては「目が怖い」と言って拒絶的になった。
- 不登校について母が学校に相談に行ったところ、校医から統合失調症の可能性を示唆され、精神科受診を促されたが、母は受け入れなかった。その後1年間状況は変わらなかった。

生活歴1

- 15歳を迎えた頃から、自傷が激しくなり、カッターナイフで手背を傷つけたり、父のネクタイで首を絞めようとする行為が出現した。父が本人を無理やり近医精神科に連れていき受診させた。初診時面接では本人はほとんど喋らなかったが、「周りが怖い」「目が気になる」「いなくなりたい」等の発言から、担当医は精神病性障害の発症を否定できないとして、経過観察のため入院を提案した。精神病性障害の疑いで本人は医療保護入院となった。

生活歴2

- 入院中はほとんど自床で過ごし、促してもレクリエーションなどにはまったく参加しなかった。他患者との交流は殆ど見られなかった。抗精神病薬や気分安定薬が処方されたが、状態に変化はなかった。また錐体外路症状が出やすかったため、最終的には少量の抗てんかん薬のみが継続投与された。面接ではあまり話そうとしなかったが、幻聴や作為体験のような症状については否定した。面会時には、母に抱きついて胸に頬ずりするなど退行した様子が見られた一方で、父に対しては「入院させて厄介払いした」と拒絶的・攻撃的になった。面会が終わると過呼吸を起こしたり、手背を叩く自傷が見られたりした。また看護師がドアを開けた隙に飛び出して無断離院しようとする事があった。担当医は「統合失調症ではない。社交不安障害と、おそらくパーソナリティ障害。入院は退行による甘えを助長するだけで治療的でない」と判断し、退院を促したが、父は「自宅で首を吊ったらどうするんだ」と抵抗し、入院が長期化した。結局、母が連れて帰って面倒を見ると言い、5ヶ月で退院となった。

生活歴3

- その後も自宅ではほとんど引きこもって過ごした。外来通院は断続的だった。ときに自室で首を吊ろうとしたり、腕を包丁で激しく切りつけたりして、緊急受診となることがあり、その際は短期間の入院が行われた。状態像に変化はなく、本人は誰とも話そうとしなかった。18歳となり、父の口利きで、バスで30分ほどのところにある親戚の農家で働いてみることになった。本人は抵抗したが、3ヶ月だけという約束で受け入れた。しかし、出勤初日に作業中に過呼吸発作を起こして救急搬送された。その後1週間続けたが、翌週には畑の真ん中で倒れているところを発見され、救急搬送された。搬送先の病院では、解離性昏迷の診断で、帰宅させようとしたが、本人は動かず、結局近くの精神科病院に搬送されて医療保護入院となった。

生活歴4

- 同院の担当医とはほとんど口を利かなかったが、筆談に応じた。「子供の頃に帰りたい。今は何もできない」「皆に責められている。陰口を叩かれている」「いてはいけないと思ってしまう。私がないほうが皆幸せになる。それが恨めしい」「症状はわがままで甘えだと思っている」等、少しずつだが自身の心境を書き綴るようになった。自傷は続いていたが、行動療法的アプローチが行われ、本人が静穏にしていれば処遇を拡大していく方針が採られた。このときの入院では顕著な問題行動は出現せず、4ヶ月ほどで退院となった。薬物療法は行われなかった。
- その後も状況はあまり変化せず、自傷や解離を起こしては入院するということを繰り返し、引きこもりの生活が続いた。入院回数は計20回に及んだ。

生活歴5

- 33歳時、本人から、「家を出て自立したい」との申し出があり、グループホームを併設している他の精神科病院への転医希望があった。父母、担当医も了解し、本人は転医した。新しい通院先ではまず外来通院、心理検査等を施行したうえで、グループホーム入所の手続を進める方針となった。
- 心理検査結果では、精神内界の顕著な混乱を認め、精神病水準と判断された。知能指数は84と算定された。細部への注意が強く全体を見られない、他者の気持ちを推測するのが苦手であり、発達障害の可能性も示唆された。
- 担当医は本人を発達障害、解離性障害、神経症性障害と診断し、自律と自己決定を促した。本人は当初は乗り気だったが、じきに負担を強く感じるようになり、また担当医に向けて攻撃的発言を繰り返すようになった。「自己決定と言ったって、結局自分を追い出そうとしている父親の発想と同じ」だと思ったという。

生活歴6

- 転医して4ヶ月後、些細な事で母と口論になり、本人は自宅を飛び出した。隣町で空き地をフラフラ歩いているところを警察に保護された。警察官通報は行われず、父母及び警察官付き添いで通院先に搬送され、医療保護入院となった。
- この時の入院でも行動療法的アプローチが行われた。また、作業療法士により、描画や音楽、箱庭等を用いた芸術療法も実施された。作業療法士及び臨床心理士の見立てでは、内的なエネルギーが高いが、それをどう表現するかについて自信がなく、内側で爆発させてしまう。自意識過剰で他人の目を過度に気にしている。父との葛藤が強く、また弟に対する劣等感も強い。精神病圏ではない、とのことであった。薬物療法として抗精神病薬が投与されたが、本人は頑なに拒否し、薬を隠して捨てることが多く、結局中止となった。

生活歴7

- 入院中、軽微な自傷や解離などがあったが、大きな問題はなく、3ヶ月で退院となった。父はグループホームに入所させることを希望したが、空きがなく、当面は自宅から精神科デイケアに通いながら入所施設を探す方針となった。
- 精神科デイケアに対して本人は拒否的だったが、「座っているだけでいい」と言われ、何とか通所していた。他患者との交流は見られなかった。自宅では相変わらず自床から出ないことがほとんどだった。

生活歴8

- 退院後2ヶ月後、深夜に父の寝室に忍び込み、包丁で胸を突き刺すという事件を起こした。父は軽症で、本人を取り押さえて警察を呼んだ。取調べでは「父がいる限り、自分は自宅で過ごすことができず、グループホームや病院に押し込まれてしまう。自分を厄介払いしようとしている父のことが許せなかった」と述べたとされている。だが後日医療者との面談では犯行動機を明らかにしておらず「よく憶えていない」としか陳述しなかった。事件は検察に送致されたが、父母は本人に対して処罰よりも治療を望んだ。検察官は本人を心神喪失による不起訴処分とし、医療観察法の申立ても行わず、検察官通報を行った。

措置診察

- 措置診察を担当した指定医は、境界性パーソナリティ障害の診断で、犯行は父への恨みによるものであり了解可能、措置不要と判断した。結局、保健所職員とともに父母が本人を通院先病院に連れていき、医療保護入院となった。
- 入院時の話し合いでは、父はもはや本人と一緒に住むことはできないと断言し、母も同調した。担当医はグループホームへの退院を前提に治療を進めることを提案し、本人に対する経済的・精神的支援を父母に約束させた。この話し合いには本人は参加していない。
- 入院後しばらくは保護室処遇が続いた。手背を叩いたり引っ掻いたりする自傷をするたびに、短期間の身体拘束が行われた。少量の抗精神病薬が投与されたが、効果なしとして中止され、気分安定薬に切り替えられた。
- 2ヶ月で隔離解除となった。離院のおそれがあるため、外出は許可されなかった。担当医が個別に面接した際には、本人もグループホームへの入所を拒否しなかった。

その後

- しかし、入院3ヶ月後、グループホームへの体験入所の前夜、本人は共用トイレのトイレットペーパーにライターで火を点けてぼやを起こした。消防経由で警察に通報され、本人は逮捕された。取り調べでは、「遠くに追いやられてしまうのが嫌でやった」と供述したという。事件後、本人はその夜に留置場で自傷を繰り返し、勾留に耐えられないとの判断で警察官通報され、別の精神科病院に緊急措置入院となった。指定医の診断は解離性障害であった。
- 翌日、措置診察が行われた。2名の指定医のうち1名は境界性パーソナリティ障害、1名は急性一過性精神病性障害であった。退院させれば他害行為のおそれが高いとの判断は一致したため、本人は措置入院となった。その後、起訴や医療観察法の申立てなど、検察による動きはないままとなっている。

エキスパートによる講評1

- **考えられる診断**
 - 解離性障害 (F44)
 - パーソナリティ障害 (F6)
 - 広汎性発達障害 (F84)

エキスパートによる講評2

- 前思春期の挫折体験を機に不登校となり、自傷を繰り返し社会的引きこもりを深めていった事例である。診断として解離性障害、情緒不安定性パーソナリティ障害、広汎性発達障害等が考えられる。経過が長く、病態も複雑なため、診断を一元的に確定することは困難であるが、いずれにせよ精神病性障害ではないだろう。
- 本件での他害行為は状況的に了解が可能であり、これまでの本人の行動とも整合しているため、精神障害との関連性は否定的であるように見える。ここで警察が身柄を確保して犯罪事実の取調べを行ったのは妥当であるといえる。しかし、逮捕された後の本人が解離をきたしたことがその後の判断を困難にしている。解離状態での行為をどう考えるかは専門家の間でも見解の相違がある。

エキスパートによる講評3

- 本事例は別の病院に措置入院となった。診断や行為時の刑事責任能力については議論があるものの、措置診察時点では解離を伴う激しい不穏があり、精神障害による自傷他害のおそれがあるとの判断に疑いはない。本事例のように司法手続が宙に浮いてしまうことの問題はさておき、一旦は措置入院下で改めて病状評価を行うことは必要であろう。その後病状の安定を待って司法手続が再開されることが望ましく、そこで必要があれば医療観察法の申立てがなされるべきであろう。

まとめと質疑応答

