

## 地域における危機介入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：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）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学）、鎌田 雄（千葉大学大学院医学研究院精神医学）、小池純子（国立精神・神経医療研究センター）、島田達洋（栃木県精神保健福祉センター）、鈴木陽大（千葉大学医学部附属病院精神神経科）、瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）、中西清晃（国立精神・神経医療研究センター）、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）

### 要旨

当分担任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、過去の研究成果に基づき、適切な措置診察に必要な知識と技術を習得するための研修パッケージの作成とその実践を試みた。7名の若手精神保健指定医が受講し、高い動機づけをもって研修が受け入れられる可能性が示唆された。今後はこの研修教材をより精緻化するとともに、研修成果を定量的に検証することが必要である。

### A.研究の背景と目的

精神的不調を抱える人や精神障害者が地域で安心して生活していくうえでは、地域における危機介入が適切に行われることが必要不可欠である。理想的には、入院に至る前の段階で適切な支援や必要に応じた医療的介入ができることが望ましいが、自傷行為や他害行為に至るまで対応が困難な状況も少なくないのが地域の実情である。このことを踏まえると、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を適正に運用することは、地域における危機介入において極めて重要であるといえる。

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

増加傾向にある。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。これらの背景を踏まえ、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が求められている。

本研究においては、措置入院に係るこれらの課題に対応するうえでの精神保健指定医の役割に着目した。措置入院の適正運用のためには、精神保健指定医が実施する措置診察の適正化、均てん化が重要であることは従前から指摘されてきた。しかしながら、精神保健指定医を対象とした措置診察に関する教育が十分に実施されてきたとは言い難く、精神保健指定医に義務付けられている研修においても、具体的な措置診察の方法について教授される機会はほとんどないといっても過言ではない。そこで本研究班では、精神保健指定医のための知識及び技術を習得するための方策の整備につき検討することとした。一昨年度から我々は、措置診察技法の習得に関する精神保健指定医に対する全国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ている。

## B.方法

本年度において我々は、昨年度まで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に基づいて、若手精神保健指定医が適切かつ効率的な措置診察技法を習得するための研修教材の作成を実施することにした。またその教材を用いて実際に研修会を実施し、その効果を検証するとともに、関連分野に関する研究発表を行い、広く議論を募ることとした。

昨年度までの研究成果により、我が国の措置診察技法の習得方法は、精神医療現場での **On-the job-training** にほぼ限られていることが明らかとなっている。また、他の精神保健指定医による措置診察を見学する機会はほとんどなく、実際に措置診察を行う際にもう一人の精神保健指定医の診察を見学することには賛否が分かれている。したがって、若手精神保健指定医が体系的にリスクアセスメントを学ぶ機会は希少であり、精神保健指定医資

格を取得する前に措置診察現場を見たりそのシミュレーションを行ったりする機会も希有であることが知られている。

以上の現状を踏まえると、研修会においては措置診察の現場に即した実践的な演習を行うことが有用であると考えられる。しかしそのためには受講者が予め措置入院制度及び措置診察の基本的技術について一定の知識を有していることが前提となる。現行の精神保健指定医資格研修ではそれらが担保されているとはいえない。そのため、研修会の参加者に対しては予め動画教材の視聴により基礎知識を習得させたうえで研修会当日に臨んでもらうことが適当であると考えられた。

我々は既に昨年度までに類似の形式で複数回の研修会を実施しており、本年度においては過去のプログラムを精査し改良したうえで研修教材を作成することとした。

当日の研修プログラムには、「措置入院制度改革と直近の法改正」「措置診察の要諦」「措置入院の要否判断基準」「措置入院診断書の書き方」という4つの講義と、「措置診察におけるチェックポイント」「措置入院の要否判断」という2つのグループワーク、そしてセルフワーク「診断書を書いてみよう」、補講「今後の精神保健医療福祉の発展のために」が含まれる(資料1)。

研修会の対象は、精神保健指定医資格取得を目指す医師、もしくは精神保健指定医であって更新研修を受講したことの無い者に限定することとした。その理由は、参加者の凝集性を高めるとともに研修効果の標準化を図るためである。

我々は、研修会の受講により精神保健指定医の知識及び技術が向上したか否かを測定するための方法についても検討した。過去には精神保健福祉法に関する知識を問う試験を課して研修会受講前後で点数の変化を見たこともあったが、点数の伸びが必ずしも措置診察技術の向上と関連しないという限界があった。そこで本年度においては研修成果の検証には

こだわらず、将来実用に供する評価尺度の当たりをつけるため、ミシガン大学の National Center for Research to Improve Postsecondary Teaching and Learning で開発された MOTIVATED STRATEGIES FOR LEARNING QUESTIONNAIRE (MSLQ) を試用することにした。MSLQ は学生の学習意欲及び学習戦略を定量的に測定するための磁気式評価尺度であり、PART-A 31 項目と PART-B 81 項目からなる。本年度は学習意欲を測定する PART-A のみを使用した。PART-A においては、被験者は 31 項目の質問に対し 7 分法のリッカートスケールで回答することにより、学習意欲が価値成分である「内発的目標指向性」「外発的目標指向性」「課題価値」、期待値成分である「学習制御信念」「学習とパフォーマンスに対する自己効力感」、感情成分である「試験不安」の 6 つの下位項目に分類されることになる。

なお、本年度の研究は探索的研究であり、統計学的解析は行っていない。

#### 【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 4 (M10686)」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 5 年 11 月 28 日に承認を得たうえで研究を遂行した。

### C. 結果／進捗

我々は 2024 年 2 月 3 日 (土) 13 時～17 時において「令和 5 年度 措置診察実践セミナー」を開催した。参加人数は 7 名であった。

参加者における MSLQ Part-A の結果を以下に示す。内発的目標指向性は  $4.54 \pm 1.28$  (算術平均 $\pm$ 標準偏差、以下同じ)、外発的目標指

向性は  $2.92 \pm 1.07$ 、課題価値は  $5.12 \pm 1.33$ 、学習制御信念は  $4.43 \pm 1.24$ 、学習とパフォーマンスに対する自己効力感は  $3.46 \pm 0.94$ 、試験不安は  $3.29 \pm 1.28$  であった。

### D. 考察

本年度においては、昨年度までの研究を踏まえ、より実践的かつ標準された研修会の実施を企図した。他方で研修規模は以前より縮小したこともあり、研修成果の検証には至らなかった。

MSLQ の結果から、受講者の内発的動機づけはおしなべて高いことがうかがわれる。この傾向は過去に我々が行った研修の結果をおそらく上回るが、母集団の偏りや測定方法の違いのため、十分な検証はできていない。他方、外発的動機づけが低いことは、受講者の多くが措置診察技術の習得に実利的メリットを感じていないことを示唆しているかもしれない。この点、今後高い能力を持つ精神保健指定医を育成していくためには、措置診察技術を習得することに対する金銭的ないし名誉等の報酬を手当てすることが有用ではないかとの仮説が考えられる。

学習制御信念は高水準にあることから、受講者が今般の研修の意義を十分に感じられていることがうかがわれる。他方、学習とパフォーマンスに対する自己効力感の水準は上記に及んでおらず、受講者が身につけた技術を活かしてより高機能な精神保健指定医として活動できることを十分にイメージできていない可能性がある。この点については、従来型の研修では先輩医師がロールモデルとしてその役割を果たしていたところであり、体系的な学習のみでは達成困難な課題といえるかもしれない。

最後に試験不安については全般的には低水準であるものの一部受講者においては比較的高値を示していた。我が国では精神保健指定医に対する試験は制度上存在しないものの、判断を誤った際の結果責任を問われることへ

の不安が高い者がいることが示唆される。

本年度の研究において、事前学習と参加型研修の組み合わせによる措置診察の研修パッケージは、受講者にはなじみやすく、また高いモチベーションを持って受け入れられることが期待できると示唆された。今後は上記を踏まえて研修の内容をさらに進化させるとともに、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

1. Shiina A, Niitsu T, Iyo M, Fujii C. Need for education of psychiatric evaluation of offenders with mental disorders: A questionnaire survey for Japanese designated psychiatrists. World Journal of Psychiatry. (in press)
2. Shiina A, Niitsu T, Tomoto A, Igarashi Y, Shimizu E, Iyo M. An international comparison study between public opinion in the UK and Japan regarding capital punishment and the use of an insanity defense. Ethics, Medicine and Public Health, 32 100966-100966, 2024.

#### 2.学会発表

1. 椎名明大「措置入院制度改革を巡る複層的な問題とその解決に向けて～機関間連携と教育を中心に」第82回日本公衆衛生学会総会 2023年11月2日
2. 椎名明大「司法精神医学研究者の立場から」公益社団法人日本精神神経科診療所協会2023年第29回学術研究会シンポジウム2「医療観察法施行18年～その現状と課題を考える」 2023年9月23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。

# 措置診察実践セミナー

2024年2月3日（土）13時～17時  
 千葉大学医学部附属病院 クリニカルスキルズセンター  
 主催：千葉大学社会精神保健教育研究センター  
 千葉大学大学院医学研究院精神医学

## 本日の日程

	セッション	内容	備考
13:00~	オープニング	開会のあいさつ アイスブレイク	
13:15~	講義 1	措置入院制度改革と直近の法改正	
13:30~	講義 2	措置診察の要諦	
13:45~	演習①	措置診察におけるチェックポイント	グループディスカッション
14:30~	休憩		
14:45~	講義 3	措置入院の要否判断基準	
15:00~	演習②	措置入院の要否判断	グループディスカッション
16:00~	講義 4	措置入院診断書の書き方	
16:15~	演習③	診断書を書いてみよう	セルフワーク
16:30~	補講	今後の精神保健医療福祉の発展のために	
16:40~	総合討論		
16:50~17:00	クロージング	アンケート・修了証授与 閉会のあいさつ	

## 利益相反及び倫理的配慮

- 本研修会は「厚生労働障害者政策総合研究事業 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究」の助成金を受けて行われる研究の一環として行われています。
- 上記以外に開示すべき利益相反はありません。
- 本研究は千葉大学大学院医学研究院の倫理審査の承認を得て行われています。

## アイスブレイキング

- 皆様の所属とお名前、措置診察に関する経験、本研修会に求めるもの、好きな食べ物を教えてください

## 講義1

# 措置入院制度改革と 直近の法改正



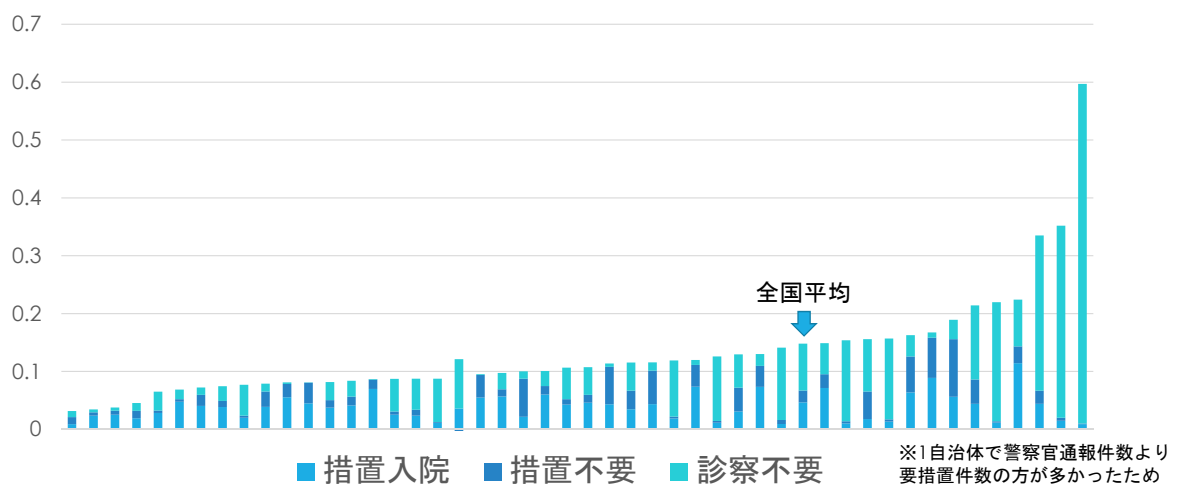
## 措置入院制度改革の背景

- 2016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、入所者を次々と殺害するという事件が発生。被疑者の措置入院歴や大麻使用歴、優生思想等が議論の俎上に載った。
- 政府は事件の検証および再発防止策検討チームを結成し、同年12月8日に発出した最終報告において措置入院者の退院後フォローアップを提言した。
- 当研究班では措置入院制度運用の実態把握を行うとともに、精神保健福祉法改正を想定した運用ガイドライン作りを担った。
- 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が、議論が紛糾し、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。
- 厚生労働省は現行法令下で可能な措置入院制度改革として、研究班の研究成果に基づき、2018年3月に「措置入院の運用に関するガイドライン」「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」を策定した。

## 研究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。

## 自治体別人口千人当たり警察官通報数 (平成27年度衛生行政報告例からの概算)

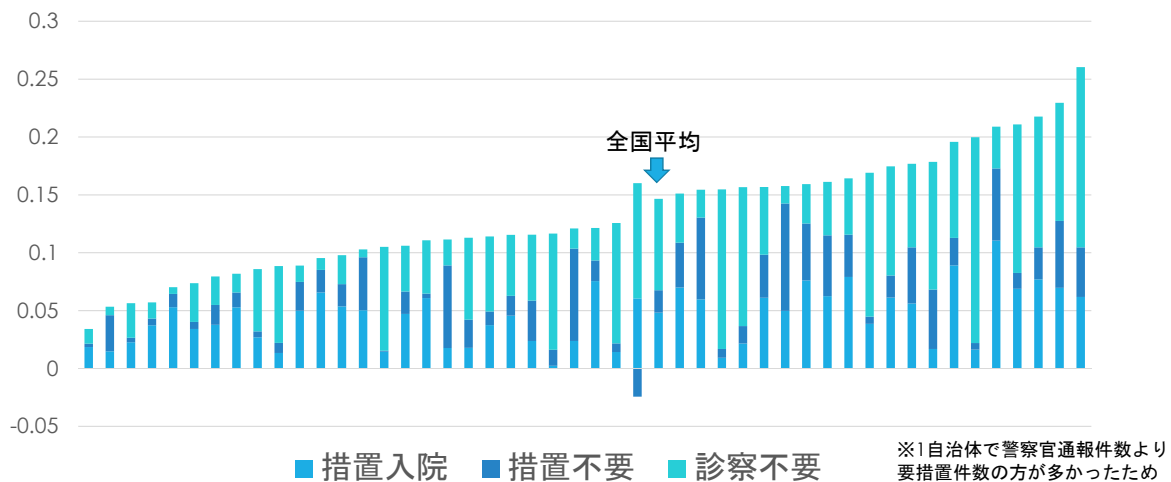




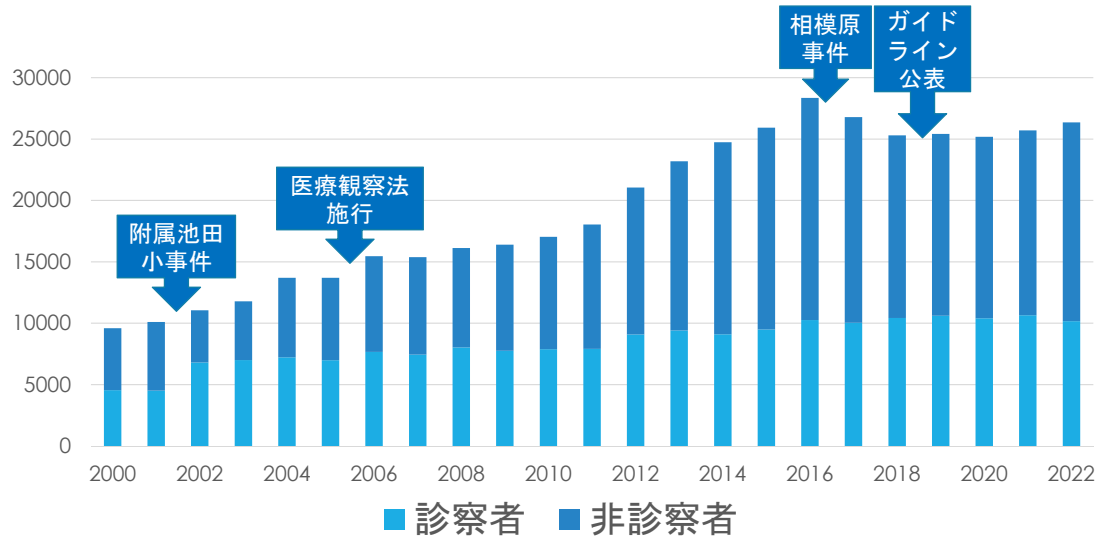
## 措置入院制度における「地域間格差」

- データの正確性の問題
  - 相談が通報として計上されていた？
- 被通報者が保護・逮捕等されていない場合の対応
  - いわゆる「発見通報」→措置診察が不可能
- 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
  - 通報しなければ医療に繋がらない？
- 自治体と警察との連携体制
  - 協力的？ 敵対的？？
- 措置入院制度運用に対する自治体の考え方
  - 治安維持のための制度であり適応は最小化すべき V.S. 精神科救急医療のために活用すべき

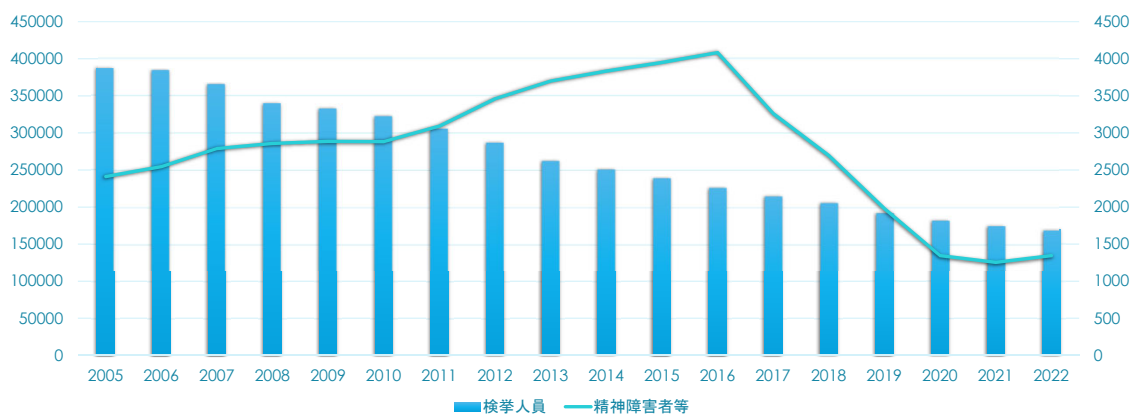
## 自治体別人口千人当たり警察官通報数 (令和4年度衛生行政報告例からの概算)



## 近年の措置通報件数の年次推移 (衛生行政報告例)



## 犯罪検挙人数とそのうちに占める精神障害者等 (犯罪白書)



# 2018年ガイドラインの要旨（再掲）

## 措置入院の運用に関する ガイドライン

警察官通報を契機とした、措置入院に関する標準的な手続を整理したもの

- I. 警察官通報の受理
  - 保護・逮捕等されていない状況での通報等への対応を明確化
- II. 通報受理後、事前調査と措置診察まで
  - 原則、事前調査の上で措置診察の要否判定
  - 措置診察を行わない場合を明確化
- III. 地域の関係者による協議の場
  - 都道府県等は地域の関係者による協議の場を年1～2回程度設けることを推奨

障発0327第15号平成30年3月27日

## 地方公共団体による精神障害者の 退院後支援に関するガイドライン

- I. 地方公共団体による精神障害者の退院後支援の趣旨
  - 現行法下で実施可能な、自治体を中心となった退院後支援の具体的な手続を整理。（法第47条の相談支援業務の一環）
- II. 退院後支援に関する計画の作成
  1. 支援対象者、本人・家族その他の支援者の参画
    - 自治体を中心となって退院後支援を行う必要があると認められた者
    - 本人の同意が得られない場合は、計画は作成しない
    - 本人と家族その他の支援者が参画できるように働きかける
  2. 計画作成の時期
    - 原則、入院中に作成
    - 計画作成を理由に措置入院を延長することは認められない
  3. 計画の内容
    - 本人の希望や必要な支援が継続されなかった場合の対処方針を記載
    - 支援期間は退院後半年以内を基本として設定
  4. 会議の開催
    - 本人と家族その他の支援者の参加が原則

障発0327第16号平成30年3月27日

# 直近の精神保健福祉法改正の概要（一部）

- 家族が虐待等の加害者である場合の対応（2023年4月から）
  - 医療保護入院の同意や退院請求を行うことができる「家族等」からDVや虐待の加害者を除く。
- 入院患者への告知に関する見直し（2023年4月から）
  - 措置入院（緊急措置入院）、医療保護入院の告知を家族に対しても行う。  
また**入院理由についても告知**する。
- 新規申請に向けた指定医研修会の有効期間（2023年4月から）
  - 指定医研修会を受講して3年以内であれば指定医申請を可能とする。
- 医療保護入院の期間の法定化と更新の手続き（2024年4月から）
  - 医療保護入院の入院期間を最大6カ月以内（検討中）とし、一定要件による更新を認める。
- 家族等が同意・不同意の意思表示を行わない場合の取扱い（2024年4月から）
  - 家族等の全員が意思表示を行わない場合には、医療機関は市町村長同意の申請ができるようになる。
- 措置入院時の入院必要性に係る審査（2024年4月から）
  - **措置入院時にも精神医療審査会において入院必要性に係る審査が必要**となる。

## 小括

- 措置入院制度は、法令上は70年以上に渡り大きな変更なく維持されてきた仕組み
- しかし、実際には時代の推移につれて、各地域の文化的背景や精神保健福祉の実状に合わせた運用がなされてきた
- 結果、今日では数値上は著しい地域間格差が生まれている
- 附属池田小事件や相模原事件といった耳目を集める出来事も制度運用に影響した可能性がある
- 措置入院制度改革は法改正を伴わず行われ、賛否両論
- 社会的サポートの薄い患者に対する継続的医療の確保及び地域生活支援という課題は従前から残存している
- 今般の精神保健福祉法改正により、措置入院の適切性がより厳密に評価されるようになる可能性がある

## 講義2

# 措置入院の要諦



## 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

## そもそも精神障害と犯罪の関係は？

- スウェーデンで行われた、ストックホルムで1953～1963年に生まれた15117人すべてを30年間追跡したコホート研究の結果によると、精神病性障害、気分障害、知的能力障害を有する者は、そうでない者に比べて犯罪率が高かった。特に暴力犯罪でその差が顕著であった。(Hodgins, 1992)
  - Fazelらのメタアナリシスによると、統合失調症男性は一般人口男性の4倍、統合失調症女性は一般人口女性の8倍、暴力を起こしやすい。また、統合失調症患者は一般人口に比べて20倍殺人を犯しやすい。(Fazel, 2009)
  - デンマーク、フィンランド、イスラエル、ニュージーランド、オーストラリア等でも同様の研究が行われている。
- 少なくとも精神病圏の罹病は暴力リスクを高めるという結論が妥当する。
- ただし、物質使用障害と精神病性障害の鑑別に関する診断学的議論がある。

## パレンス・パトリエとポリス・パワー

### パレンス・パトリエ parens patriae



国親思想と訳される、強制医療の考え方の一つ。本来、人は自分の望まない医療を拒む権利があるが、患者本人が自分の精神状態を把握できず、本当は医療が必要であるということを理解できない場合には、社会がその人の親代わりとなって、強制的にでもその人に医療を受けさせてあげる必要があるという発想

### ポリス・パワー police power



精神障害のために自分の行動を制御できず他人を傷つけるおそれがある人に対して、社会の治安を守るため、強制的に入院させて治療する必要があるという考え方

→措置入院の根拠は??

→→自傷他害のおそれ.....

## 措置入院における主な手続き

### 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

## 措置診察の命令権者

- （都道府県知事による入院措置）

第二十九条 **都道府県知事は**、第二十七条の規定による診察の結果、その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と認めるときは、その者を国等の設置した**精神科病院又は指定病院に入院させることができる。**

- （入院措置の解除）

第二十九条の四 **都道府県知事は**、第二十九条第一項の規定により入院した者（以下「措置入院者」という。）が、入院を継続しなくても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ないと認められるに至ったときは、直ちに、**その者を退院させなければならない。**この場合においては、都道府県知事は、あらかじめ、その者を入院させている精神科病院又は指定病院の管理者の意見を聞くものとする。

2 前項の場合において都道府県知事がその者を退院させるには、その者が入院を継続しなくても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ないと認められることについて、その指定する指定医による診察の結果又は次条の規定による診察の結果に基づく場合でなければならない。

第二十九条の五 措置入院者を入院させている精神科病院又は指定病院の管理者は、指定医による診察の結果、措置入院者が、入院を継続しなくても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ないと認められるに至ったときは、直ちに、その旨、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない。

## 措置解除（運用ガイドラインから）

- 都道府県知事等は、措置入院者が、入院を継続しなくても精神障害のために自傷他害のおそれがない、すなわち、措置症状が消退したと認められるに至ったときは、直ちに、措置解除を行わなければならないこととされている。（法第29条の4第1項）このため、都道府県知事等は、法第29条の5に基づき措置入院先病院から保健所長を経て提出された症状消退届を受理した場合、速やかに、措置解除の判断を行う。
- 都道府県知事等が措置解除の判断を適切に行えるようにするため、**症状消退の事実等に疑義がある場合には、精神科医療を専門とする医師に依頼し、措置入院者の病状等につき措置入院先病院に照会する**ことが考えられる。具体的には、都道府県等の常勤、非常勤、嘱託の精神科医や精神保健福祉センターの精神科医などが、必要に応じて対応できる体制を確保することが望ましい。
- また、**症状消退届の「訪問指導等に関する意見」及び「障害福祉サービス等の活用に関する意見」が空欄である場合、都道府県知事等は措置入院先病院に状況を確認し、必要に応じて追記を求める**ことが適当である。
- 措置症状が消退している場合に、退院後支援に関する計画（地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン（平成30年3月27日障発0327第16号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知参照））に基づく支援について本人の同意を得られないことや、当該計画の作成に時間を要していることを理由として、措置入院を延長することは、法第29条の4の規定上認められない。都道府県知事等は、患者の人権保護の観点から、こうした対応を行うことのないよう厳に留意する必要がある。

様式12  
措置入院者の症状消退届

令和 年 月 日

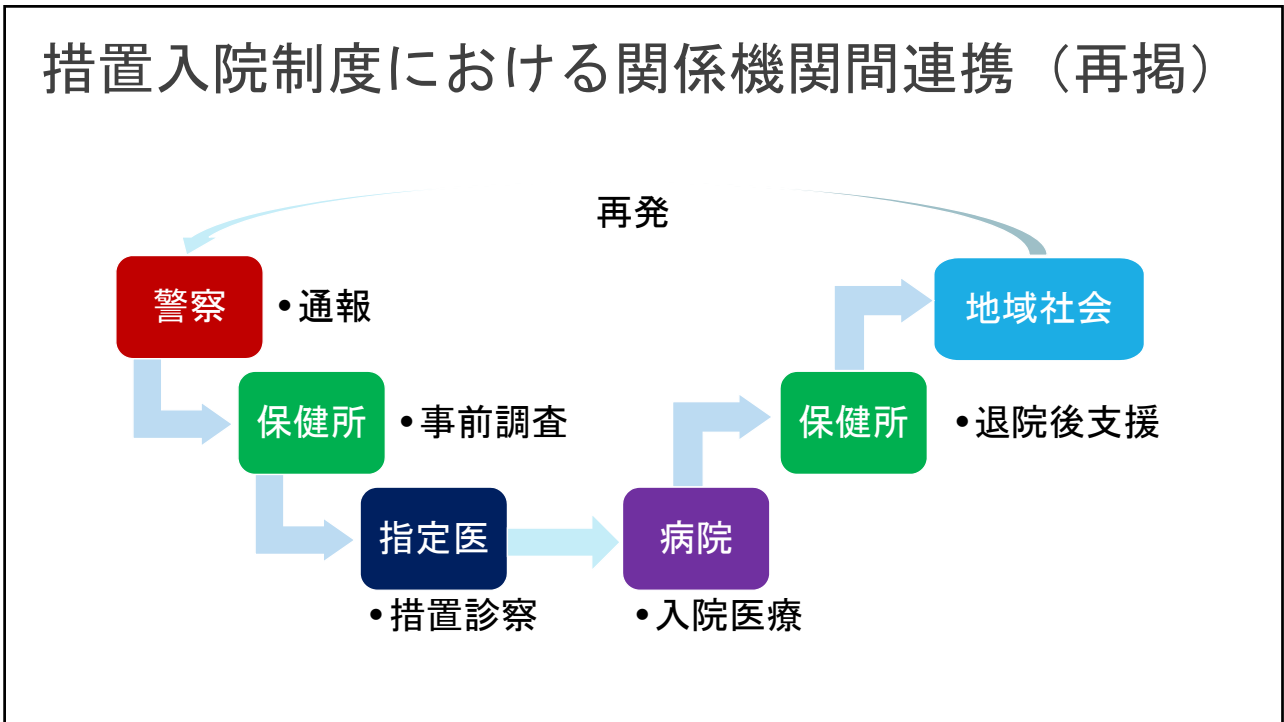
院  
名  
所  
在  
地  
管  
理  
者  
名

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の3の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ	明治 大正 昭和 平成 令和		年 月 日 生 年 月 日 日 生 (満 歳)
	氏名	(男・女)		
措置年月日	住所	都道府県	市区	町村
	昭和 平成 令和	年	月	日
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー( )	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー( )	3 身体合併症	
入院以降の病状又は 状態の経過 (措置症状消退と関連 して記載すること。)				
措置症状の消退を認めた 精神保健指定医氏名	署名			
措置解除後の処置に 関する意見	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科)	2 通院医療	3 転医	4 死亡 (その他)
退院後の帰住先	1 自宅 (家族と同居、II 単身) 2 施設 3 その他 ( )			
帰住先の住所	都道府県	市区	町村	区
訪問指導等に 関する意見				
障害福祉サービス等 の活用に関する意見				
主治医氏名				

記載上の留意事項

- 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等々○で囲むこと。

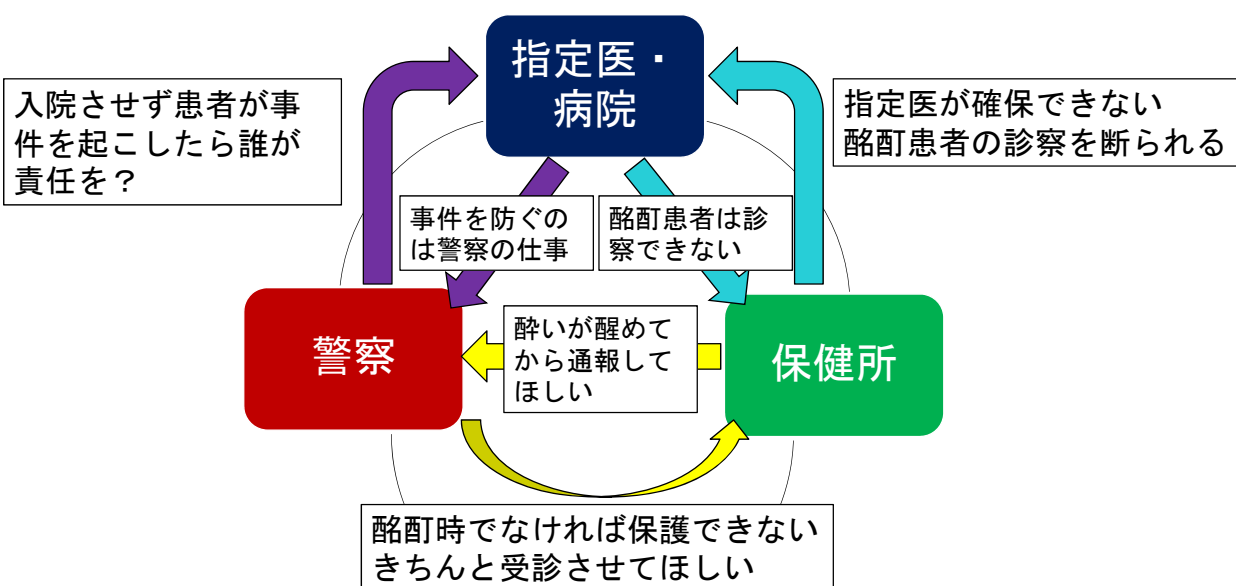




## モデル事例

- 48歳男性。サラリーマン、既婚、子あり。
- 1年ほど前から、酔って立ち小便をしたり店の看板を蹴飛ばしたりするなどして、近隣住民から通報を受けることがたびたびあった。警察はその都度保護して妻に身柄を引き取らせていた。
- 最近では、夜中に酔って道ばたで大声で歌を歌ったり、見ず知らずの人に喧嘩をふっかけたりすることがあった。措置通報が行われたが、保健所は診察不要の判断をした。
- 日中に警察官が話した際には落ち着いていたという。
- 本日、酔って通りすがりの相手と喧嘩になり、両者とも軽傷を負った。
- 保護された際は酒気帯びの状態だった。
- 警察官通報が行われ、保健所は緊急措置診察を依頼してきた。

## 措置診察を巡る相克



## その後の経過

- 何度か通報が続いた後、ようやく本人が精神科を受診
  - 飲酒はまったくしておらず、礼節も保たれる
  - 詳細な病歴を聴取したところ、飲酒には一定のサイクルがあり、気分の変動と一致していることが判明
  - 双極性障害の診断で気分安定薬の投与を開始したところ、安定して経過
  - アルコール依存に対する特段の治療的介入はせずとも節酒を維持
- 措置診察は精神医療の一端に過ぎない！  
まず精神医療の知識・技術の向上を！  
そのうえで俯瞰的視点に立って措置診察を考える必要性

## 小括

- 一部の精神障害が暴力のリスクとなることは事実
- 措置入院制度は、公権力の行使により精神障害に基づく危険を排除するための仕組み
- 入院も退院も行政の長による判断であり、指定医や病院はその代理人に過ぎない
- しかし措置入院を有効に機能させるためには精神医学的素養が不可欠

## 演習①

# 措置診察における チェックポイント



## 措置診察前に行うこと①

- 措置診察を依頼した行政職員と直接電話等で話し情報収集を行う
- 事前調査資料を精読する
- 事前調査資料の情報から被診察者の病歴や精神科診断、現在の病状を推察し、病態仮説をあらかじめ構築する
- 被診察者の社会生活能力についてあらかじめ考察しておく
- 事前調査資料の内容に不備や不自然な点がないか、批判的吟味を加える
- 警察官が臨場した場面で被診察者がどのように対応したかについて客観的な証拠からイメージを持っておく
- 措置診察に先立ち、関係者から聞き取りを行う
- 行政職員から聞き取りを行う
- 事前調査資料の疑義について確認する
- 措置診察に至る経緯について確認する
- これまでの行政の関わりについて確認する
- 措置診察に至るまでの被診察者の対応について確認する

## 措置診察前に行うこと②

- 被診察者の家族や知人との人間関係について確認する
- 被診察者の過去の受療履歴や受療態度等について確認する
- 近隣住民の声など被診察者の周辺環境について確認する
- 警察官が臨場していたら警察官からも聞取りを行う
- 逮捕・保護時点での被疑者の言動について子細に聴取する
- 被診察者の家族・知人・外来主治医・医療関係者・支援者等が臨場していたら合わせて聞取りを行う
- 被診察者の措置入院にかかる社会的ニーズの有無・程度（例：周辺住民が困っている、自宅がない等）について把握する
- 診察中における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
- 暴力リスクが高い場合はあらかじめ対策を強化する
- 診察に先立ち、措置診察で重点的に聴取・観察すべき項目をあらかじめ整理する

## 措置診察の開始にあたり行うこと

- 被診察者と十分な距離を保つ
- 被診察者による突発的な暴力のリスクに配慮した環境を整える
- 診察中の飛沫感染への対策をあらかじめ講ずる
- 精神保健指定医証を携帯して診察に臨む
- 被診察者に指定医の名前を名乗る
- 被診察者に指定医の連絡先を提示する
- 被診察者に精神保健指定医証を提示する
- 被診察者から求められたら精神保健指定医証を提示する
- 被診察者の氏名を確認する
- 被診察者の生年月日を確認する
- 被診察者の住所を確認する
- 措置診察の目的を自ら被診察者に伝える
- 措置診察の立会人について被診察者に伝える

## 措置診察において行うこと①

- 被診察者の顔貌、姿勢、着衣、態度等を観察する
- 飲酒酩酊、薬物中毒状態の有無、最終飲酒日時等を確認する
- 被診察者から生育歴を聴取する
- 被診察者から生活歴を聴取する
- 被診察者から家族歴を聴取する
- 被診察者から身体科既往歴を聴取する
- 被診察者から精神科受療歴を聴取する
- 被診察者から結婚歴を聴取する
- 被診察者から就労歴を聴取する
- 被診察者から過去の犯罪歴を聴取する
- 被診察者からアルコール・タバコ・違法薬物使用歴を聴取する
- 被診察者の最近の生活状況を聴取する
- 食事や睡眠、生活リズムについて聴取する
- 措置要件に関連性の薄い項目の聴取は避ける
- 被診察者の個人的信条や主張の聴取は避ける
- 被診察者に事前調査資料の内容を伝え、被診察者の認識を問う
- 本件事件について被診察者の認識を問う
- 他害行為である場合、被害者に対する感情について問う
- 事前調査資料の内容を伝え、被診察者の主張との整合性を確認する

## 措置診察において行うこと②

- 意識障害の有無・程度を確認する
- 思考障害の有無・程度を確認する
- 気分症状の有無・程度を確認する
- 精神運動の程度を確認する
- 幻覚の有無・程度を確認する
- その他の精神症状の有無・程度を確認する
- 被診察者の自己の状態に対する理解を問う
- 被診察者が治療の必要性を感じているか否かを問う
- 過去に治療歴がある場合、治療内容の理解とそれに対する所感を問う
- 被診察者が入院の必要性を感じているか否かを問う
- 措置入院が不要と判断された場合どうしたいかを問う
- 被診察者に対する身体診察を行う
- アルコール呼気検査、尿中薬物検査を行う
- 話し足りないこと、追加・訂正したいことがないかを問う
- 措置診察の終了について行政職員と確認する
- 措置診察の記録を別途作成する
- 措置診察の記録を別途保存する
- 措置診察に要した時間を記録する

## 措置診察後に行うこと

- 被診察者の病歴をまとめ、精神科診断をつける
- 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
- 被診察者の自傷・他害のおそれについて考察する
- 被診察者の処遇について行政職員と協議する
- 指定医2名で同時診察した場合、もう一人の指定医と意見交換する
- 警察官が臨場していたら警察官と意見交換する
- 被診察者の家族・知人・外来主治医・医療関係者・支援者等が臨場していたら合わせて聞き取りを行う
- 措置不要の判断をする場合、その後の対応について行政職員と協議する
- 措置入院に関する診断書をその場で遅滞なく作成し提出する

## 演習課題 (15分)

- 下線の付いた項目について、コンセンサスとして相応しいか否かを話し合しましょう。
- ここに挙げられていないことで重視すべき項目があれば挙げてみましょう。



## 措置診察エキスパートコンセンサス研究

- 全国の精神保健指定医141名に調査票を配布
- 適切な措置診察の実施手順について、及び措置入院の要否判断について判断を求める
- 措置診察にあたり実施すべき内容について、9検法によるLikert Scaleでの評点を求めた。
- 過半数が9点をつけた項目を**最善の推奨 (Level 1)**、95%信頼区間の下限が6.5を上回る場合を**推奨 (Level 2)**、3.5を下回る場合を**非推奨 (Level 4)**、その他を**実施可能 (Level 3)**とした。

## 措置診察前に行うこと①

EXPERT  
CONSENSUS

### 最善の推奨 (Level 1)

- 措置診察を依頼した行政職員と直接電話等で話し情報収集を行う
- 事前調査資料を精読する
- 事前調査資料の疑義について確認する
- 措置診察に至る経緯について確認する
- 診察中における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
- 暴力リスクが高い場合はあらかじめ対策を強化する
- 診察に先立ち、措置診察で重点的に聴取・観察すべき項目をあらかじめ整理する

## 措置診察前に行うこと②

EXPERT  
CONSENSUS

### 推奨 (Level 2)

- 逮捕・保護時点での被疑者の言動について子細に聴取する
- 事前調査資料の情報から被診察者の病歴や精神科診断、現在の病状を推察し、病態仮説をあらかじめ構築する
- 事前調査資料の内容に不備や不自然な点がないか、批判的吟味を加える
- 警察官が臨場した場面で被診察者がどのように対応したかについて客観的な証拠からイメージを持っておく
- 行政職員から聞き取りを行う
- 措置診察に至るまでの被診察者の対応について確認する
- 被診察者の家族や知人との人間関係について確認する
- 被診察者の過去の受療履歴や受療態度等について確認する
- 被診察者の家族・知人・外来主治医・医療関係者・支援者等が臨場していたら合わせて聞き取りを行う

## 措置診察前に行うこと③

EXPERT  
CONSENSUS

### 実施可能 (Level 3)

- 被診察者の社会生活能力についてあらかじめ考察しておく
- 措置診察に先立ち、関係者から聞き取りを行う
- これまでの行政の関わりについて確認する
- 近隣住民の声など被診察者の周辺環境について確認する
- 警察官が臨場していたら警察官からも聞き取りを行う
- 被診察者の措置入院にかかる社会的ニーズの有無・程度（例：周辺住民が困っている、自宅がない等）について把握する

### 非推奨 (Level 4)

- なし



## その他の意見①（一部抜粋）

- 外傷や高熱など身体的異常・治療の必要性がないか確認する。
- 違法薬物使用の可能性について関係者からの聞き取り、直近で新たに使用された身体科薬がないかの聞き取りを行い、薬剤性精神障害の鑑別の参考にする。特に身体疾患の病歴は確認しないと出てこないことがあるので留意する。
- 外国人ケースでの通訳の手配の有無。
- 簡易鑑定など他の診察場面でも情報はあって困るものではないが、多すぎると一定時間内に決断することが難しくなる。
- 要措置の判断で用いられるべきは、社会生活力や過去の間人関係、社会的ニードなどではなく、病状とそこから起こる自傷他害のリスクの高さだと考える。
- 自分と利害関係がないか確認する。

## その他の意見②（一部抜粋）

- 自身が診察した履歴がないか、住所地在隣ではないか、自分以外の家族との交友がないか、取引関係がないかなど確認する。
- 過去に違法薬物使用歴があり、今回もその使用の影響が疑わしい場合でも警察で確認していないこともあるので、そこを漏れなく行えるような体制がほしい。
- 外来通院先の病院に診療情報について問い合わせる。
- 過去の触法行動、自殺企図・暴力歴。
- 保護されたときの様子や搬送中のトラブル（暴れたかどうか）の有無などについて尋ねる。
- 警察の対応に疑義を呈するようなことはしない。
- 本人診察の前に家族面談を行う。
- 措置診察の体制によって見解が異なると思われる。
- 緊急措置と措置診察では状況が異なる。

## 措置診察の開始にあたり行うこと①

EXPERT  
CONSENSUS

### 最善の推奨 (Level 1)

- 被診察者による突発的な暴力のリスクに配慮した環境を整える
- 診察中の飛沫感染への対策をあらかじめ講ずる
- 被診察者の氏名を確認する
- 被診察者の生年月日を確認する

### 推奨 (Level 2)

- 被診察者と十分な距離を保つ

## 措置診察の開始にあたり行うこと②

EXPERT  
CONSENSUS

### 実施可能 (Level 3)

- 精神保健指定医証を携帯して診察に臨む
- 被診察者から求められたら精神保健指定医証を提示する
- 被診察者の住所を確認する
- 措置診察の目的を自ら被診察者に伝える
- 措置診察の立会人について被診察者に伝える

### 非推奨 (Level 4)

- 被診察者に精神保健指定医証を提示する
- 被診察者に指定医の名前を名乗る
- 被診察者に指定医の連絡先を提示する

## その他の意見③（一部抜粋）

- 生年月日ではなく年齢を確認する。人定ではなく、見当識や正しく回答しようとする意志の確認が質問の目的となる。
- 被診察者の生年月日や住所の確認については、23条通報の場合、通報書のみによるので、誤りが散見される。精神症状活発な被診察者の場合、本人からの確認が困難なことも多くあり、慎重な確認を要する。
- 診察を受ける本人と距離をとらないようにしている。一般に逆境にある人ほど、他人が自分をどのように見ているかに敏感であるから、距離をとることでこちらの距離も大きくなり信頼してもらえなくなる。そういう意味で本人が逆に近すぎてきもいと思われるくらい顔を近づけて（相手にもよるが）本人に対して関心を持っていることや自分の役割のなかで本人に精一杯向き合おうとしている感じを伝えるようにしている。

## その他の意見④（一部抜粋）

- 措置診察の説明はくどいくらい行う。  
「この診察は、いま説明のあった通り、あなたに精神的な病気があるのかどうか、そのために、ひとを傷つけたり自分を傷つけたりする可能性があるのかどうか、判断するために行うものです。結果によっては、知事の命令であなたを強制的に入院させる手続きがとられることもありますので、限られた時間のなかですが、どうしてきょう、ここにあなたが来て、面談を受けることになったのか、これからいろいろ伺いますので、わたしにわかるように説明してもらえませんか。大事な面談となりますので、協力してください。」というような説明をして、本人がわかったかどうか、確認する。
- 指定医の所属先は「〇〇（都道府県名）から派遣されてきました」と名乗る。

## 小括1

- 事前資料を精読し、被診察者の生活歴から精神科診断、診察時現症までのイメージを持っておく。
    - 不自然な点があれば事前もしくは診察前に照会する
      - 入院歴、前科前歴、違法薬物使用歴、近隣での評判など
  - 特に被診察者による突発的な暴力のリスクについて入念に評価し対応を検討しておく
    - 診察場所により対応は変化する
  - 被診察者の人定事項を確認しつつ、回答態度から見立てを行う。
  - 指定医の立場と措置診察の目的を入念に説明する。
    - 指定医証は携帯しておくが、指定医の個人情報被診察者に明かす必要はない
- 診察開始前から診察は始まっている！

## 措置診察において行うこと①

EXPERT  
CONSENSUS

### 最善の推奨 (Level 1)

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 被診察者の顔貌、姿勢、着衣、態度等を観察する</li><li>• <u>飲酒酩酊、薬物中毒状態の有無、最終飲酒日時等を確認する</u></li><li>• 被診察者から精神科受療歴を聴取する</li><li>• " アルコール・タバコ・違法薬物使用歴を聴取する</li><li>• 被診察者の最近の生活状況を聴取する</li><li>• 食事や睡眠、生活リズムについて聴取する</li><li>• 意識障害の有無・程度を確認する</li><li>• 思考障害の "</li><li>• 気分症状の "</li><li>• 幻覚の "</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• 精神運動の程度を確認する</li><li>• その他の精神症状の有無・程度を確認する</li><li>• <u>本件事件について被診察者の認識を問う</u></li><li>• 被診察者の自己の状態に対する理解を問う</li><li>• 被診察者が治療の必要性を感じているか否かを問う</li><li>• 過去に治療歴がある場合、治療内容の理解とそれに対する所感を問う</li><li>• 話し足りないこと、追加・訂正したいことがないかを問う</li><li>• 措置診察の終了について行政職員と確認する</li><li>• <u>措置診察の記録を別途作成する</u></li></ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 措置診察の開始にあたり行うこと②

EXPERT  
CONSENSUS

### 推奨 (Level 2)

- |                                                                                         |                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>被診察者から生活歴を聴取する</li> <li>“ 身体科既往歴を聴取する</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>被診察者が入院の必要性を感じているか否かを問う</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

### 実施可能 (Level 3)

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>被診察者から生育歴を聴取する</li> <li>“ 家族歴を聴取する</li> <li>“ 結婚歴を聴取する</li> <li>“ 就労歴を聴取する</li> <li>“ 過去の犯罪歴を聴取する</li> <li>被診察者に対する身体診察を行う</li> <li>措置要件に関連性の薄い項目の聴取は避ける</li> <li>被診察者の個人的信条や主張の聴取は避ける</li> <li>被診察者に事前調査資料の内容を伝え、被診察者の認識を問う</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>他害行為である場合、被害者に対する感情について問う</li> <li>事前調査資料の内容を伝え、被診察者の主張との整合性を確認する</li> <li>措置入院が不要と判断された場合どうしたいかを問う</li> <li>アルコール呼気検査、尿中薬物検査を行う</li> <li>措置診察の記録を別途保存する</li> <li>措置診察に要した時間を記録する</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 非推奨 (Level 4)

- なし

## その他の意見⑤ (一部抜粋)

EXPERT  
CONSENSUS

- 長時間となりすぎないように配慮求める。
- 通報されたら事実の確認から、自傷他害に至るおそれが存在することが、診察に参加している者たちのより多くの方々に理解してもらえるような診察をする。
- 措置診察の内容の記録については、医療記録ではなく行政上の手続き及び書類であり、むしろ現行制度上は記録を残すべきではないと考える。
- 時間の記録や記録の保存は行政が担っていることが通常。
- アルコール・尿中薬物は警察で検査しておいてほしいところ。通常の措置診察の場面ではできない。
- 病院で措置診察を実施する場合、診療と措置診察の区別は明確にするべきだと思う。例えば応需病院に受診歴があったとしても、電子カルテに措置診察の内容を入力しないように指導している。
- 入院の意思確認は、措置不要の決定通知後に本人または家族から受診の意思が確認できた場合に限定している。
- 措置診察においては、おおむね問診オンリーになっており、身体的な精査はあまりしていない。
- 記載の診察をすべて行うことができれば理想だが、他の業務と兼務している場合、現実的には難しいと思われる。

## その他の意見⑥（一部抜粋）

EXPERT  
CONSENSUS

- 行政から提供された事前調査資料について診察前に精読するが、診察場面において本人に内容を伝えることはしていない。複数枚の書類が、被診察者の視界に入らないようにしている。以前、被診察者が、措置診察が終わり別医療機関に入院となったあと、県へ苦情が入った。「あの分厚い資料は何ですか。個人情報をも本人に無断で提供するのは、個人情報保護条例違反だ」との内容で、それを受け当県はしばらくの間、事前資料をかなり割愛し指定医に提供していた時期があった。事前資料は、警察や検察が作成した資料だったり、別医療機関の主治医による捜査関係事項照会書であり、本人は指定医に閲覧されることを同意したかどうか不明であるため、事前資料について本人に伝えることには慎重に慎重を重ねる必要があると理解している。
- 資料にもよるが、こういう資料を読んで診察を行っている、ことを本人にもお伝えしている。
- 他害行為などの動機。
- 希死念慮、自殺企図のリスクを確認する。
- 身体的診察とアルコール、尿中検査は必要な場合に行う。

## 措置診察後に行うこと①

EXPERT  
CONSENSUS

### 最善の推奨（Level 1）

- 被診察者の病歴をまとめ、精神科診断をつける
- 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
- 被診察者の自傷・他害のおそれについて考察する
- 措置入院に関する診断書をその場で遅滞なく作成し提出する

### 推奨（Level 2）

- なし

## 措置診察後に行うこと②

## 実施可能 (Level 3)

- 被診察者の処遇について行政職員と協議する
- 指定医2名で同時診察した場合、もう一人の指定医と意見交換する
- 警察官が臨場していたら警察官と意見交換する
- 被診察者の家族・知人・外来主治医・医療関係者・支援者等が臨場していたら合わせて聞き取りを行う
- 措置不要の判断をする場合、その後の対応について行政職員と協議する

## 非推奨 (Level 4)

- なし

## その他の意見⑦ (一部抜粋)

- バイアスの排除につとめる。
- 措置入院不要とする場合はその後の生活、処遇はある程度考えるべきかと思う。
- 指定医2名同席したことはないが、同席ならば利点は話し合うことで不足を補えること、欠点は独立性が保たれないこと。法律では独立性が求められているように思われる。
- 措置不要と決定した場合は、病院を受診する意思があるか一応確認するのがよいと思う。
- 措置診察においては、もう一人の医師とも、警察官とも、家族とも、行政職員とも、情報は取得するが、自分で判断するものなので、必要に応じて説明はしていますが、協議というのはしていない気がする。
- 措置不要の判断をした場合の処遇については必ず行うべき事項だと思う。
- 措置入院に関する診断書の提出をその場で行うことは限りなくゼロに近い。行政職員から、普通郵便の封筒が手渡され「後日郵送でお願いします」と依頼される。診断書が、入院先の医療機関に提供されることのは是非についても、当県ではさまざまな意見があったが、現在は「保健所や県に書面で依頼し、提供される場合がある」状態で、全例で提供されるわけではない。適正な診断書記載が求められる風潮もかなり強くなっており、その場での提出は困難と考える。
- 措置不要の判断をした後であれば、その後の対応について行政職員と協議するかもしれない。

## 小括2

- 診察においては一般精神科診断面接に加えて、事件に対する被診察者の認識をつぶさに問う。
  - 事前調査資料を見せる必要はないが、資料内容と被診察者の認識との齟齬については入念に確認
    - 資料を安易に信用しない
    - 措置診察での面接内容が予後に影響する可能性？
- 被診察者の自身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聴取する。
  - 措置診察だからといってただ現症を知れば良いというものではない
    - 行うべきは「未来予測」であり未来を知るためには展望を知ることが必要

## 小括2 続き

- 身体疾患の除外・鑑別や趣味・嗜好等の聴取については必要に応じて実施する。
- 措置不要の判断を行う際には、その後の処遇について考察しておく。
  - 「措置以外では処遇困難」という理由では措置入院の適応にはならない
    - 他方、処遇困難ゆえに他害行為に至るリスクが高まるのも事実
    - 法の理念を熟知しておくことは重要だが、原理主義に陥らないように
- 措置入院に関する診断書はその場で提出する。
  - 提出し損ねた場合のリスクを懸念



## 講義3

# 措置入院の要否判断基準



## 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)

## 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号で示されている
- この告示は現在に至るまでほとんど改正がなされていない
- 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

## 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（表）

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、これに抑うつの内容の錯覚、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、傲慢不遜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、これに思考の減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（表続き）

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	統合失調症 心因性精神障害 躁うつ病 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	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し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 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

表 診断書の項目別 Odds 比

		Odds 比	Odds 比の 95% 信頼区間		有意確率
			下限	上限	
属性	性別（男性）	—	—	—	—
	年齢	—	—	—	—
既往歴	措置入院の既往歴	2.14	1.48	3.10	0.00
	問題行動	—	—	—	—
問題行動	殺人	4.11	2.14	7.89	0.00
	傷害	2.90	2.25	3.73	0.00
	放火	2.43	1.66	3.58	0.00
	強盗	—	—	—	—
	性的異常行動	—	—	—	—
精神症状	微罪	1.89	1.52	2.37	0.00
	自殺企図	4.00	2.74	5.85	0.00
	自傷	2.01	1.47	2.73	0.00
	不潔	—	—	—	—
	うつ状態	0.69	0.49	0.96	0.03
精神症状	躁状態	1.98	1.43	2.75	0.00
	幻覚妄想状態	3.32	2.67	4.13	0.00
	精神運動興奮状態	3.15	2.54	3.89	0.00
	昏迷状態	—	—	—	—
	意識障害	—	—	—	—
	精神遅滞	0.58	0.40	0.85	0.01
	痴呆	—	—	—	—
	人格障害	—	—	—	—
	残遺性人格変化	—	—	—	—
	性心理的障害	—	—	—	—
薬物アルコール	—	—	—	—	
定数		0.42	—	—	0.00

性別は女性を基準として男性の Odds 比を求めた。年齢は 10 歳ごとを 1 つの層として、層を上下した場合の Odds 比を求めた。それ以外の項目は、精神症状や問題行動がないことを場合を基準として、ある場合の Odds 比を求めた。なお、Odds 比は、指定医が要措置と判断するかどうかについて求めたものであり、現実の危険性の評価ではないことに留意する必要がある。

瀬戸、2007

## 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

状況	具体例
精神障害とは <u>言いがたい</u>	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 <u>言いがたい</u>	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 <u>ものではない</u>	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 <u>予想されない</u>	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 <u>必要ない</u>	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

状況	具体例
服役後であること	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
横断像による 他害のおそれの消退	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
横断像による 自傷のおそれの消退	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
年齢による矯正の優先	妄想に基づき父を殺そうとした少年

## 要措置判断におけるゆらぎ (自験例を一部改変)

判断	根拠
措置診察不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>受刑中の問題行動はなかった</li> <li>家族がいる</li> <li>知的障害</li> </ul>
要措置	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分の身を守れない</li> <li>帰住先がない</li> <li>外国人で健康保険が使えない</li> </ul>
措置不要	<ul style="list-style-type: none"> <li>診察時点では落ち着いている</li> <li>医療少年院への入院が妥当</li> <li>刑事訴追が妥当</li> </ul>

## 小括1

- 複層的な要因についてリスクアセスメント面を行うことが基本となる。
  - 静的要因：年齢、性別、知的能力、過去の他害行為
  - 精神科診断：精神病性障害、気分障害、知的能力障害
  - 症状及び状態像：TCO症状/陰性症状、精神運動興奮、躁状態
  - 本件事件における被診察者の認識及び言動
  - 診察時点での被診察者の事件に対する振り返り
  - 保護要因の検討：主治医、家族、福祉サポート、仕事、友人.....
- 診断名など単一の要因で要否判断を決定するものではない
- 事実上、単一要因で措置不要に傾くこともあるが.....
- 概ね前後3日程度における状況を想定する。
  - 診察時点で落ち着いていることを過大評価しない
  - 特に自殺企図後のカタルシスに注意
- 社会的状況を考慮することは基本的には避ける。
  - ただし、社会的困窮が他害行為のリスク要因となっている現実もあることに留意
  - その場合は、措置不要の判断後の処遇について予め想定しておくことが現実的

## 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！
  - 措置入院させた後でも医療観察法の申立ては可能
  - そもそも措置入院が必要な状態では検察に送致できないことも
- **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！
- 異論はある
- 医学的見地に立つと法の不備と考えたくもなる
- 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

## 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

## 演習②

# 措置入院の要否判断





## 保健所からの情報提供

- 。「20歳の男性です。本日、暴行と公務執行妨害で逮捕され、警察署にいます。精神科通院歴はありません。措置診察をお願いします」

## 病状調査資料

- 。父は公務員。母は専業主婦で父より14歳年下。同胞なし。
- 。幼少時は成績優秀。塾でもトップクラスだった。私立の中高一貫校に入学。中学3年頃からオンラインゲームに傾倒。高校2年になり、上がりたての頃、不登校となり、そのまま中退した。以後は自室に引きこもってゲームに熱中する生活が続いた。
- 。父が何度も本人を平手打ちにしているのを見て恐怖した母が警察を呼んだことがある。
- 。本日、散歩中に、前から自転車で二人乗りしている高校生が走ってきたのを見て、体当たりして車道に突き飛ばした。喧嘩になり、隣家から警察に通報された。
- 。本人は「とにかくむしゃくしゃしていた。自転車の二人乗りは条例で禁止されている」と述べた。
- 。警官が説諭したところ、「敵対行為だ！敵対行為だ！」と叫んで警察官につかみかかり、猛然と暴れ出したため、措置通報となった。
- 。保健所職員との面接では、本人は落ち着きを取り戻しており、「自分は悪いことをしていない。いいことか悪いことは愚かじゃないから自分でわかる」と述べた。警察署で暴れたことについては、「興奮するとわけがわからなくなる」とぼつの悪そうに述べた。精神科受診の必要性については否定した。
- 。本人は「とにかくむしゃくしゃしていた。」

## 演習課題 (10分)

- 本人との面接で聞き出すべき情報を整理しましょう。
- 保健所職員や警察官からも聴取すべきことがあるかを確認しましょう。



## 家族歴

- 父は法務省関係の施設に長く勤める公務員。頑固で融通の利かない性格だが、部下の信頼は厚いという。
- 母は専業主婦で父より14歳年下。
- 同胞なし。
- 精神科受診歴を有する親族は知られていない。

## 生育歴（1）

- 幼稚園では、小難しい言葉を使うことが多かった。
- 他児とはあまりなじまず、一人でブロックやミニカーを並べて遊んでいることが多かった。
- 教諭が他児と間違えて本人を注意した際、「つまり先生が愚かだったんですね」と言い、挑発されたように感じた教諭が思わず声を荒げて怒ってしまい、後で父が教諭の失態だとして抗議しにくるということがあった。

## 生育歴（2）

- 地元の公立小学校に入学。成績はおしなべて優秀だった。教科書をほとんど丸暗記していて、教師が驚くこともあったという。
- 他方で、体がやや小さく、また手先が非常に不器用だった。そのことをからかわれ、本人が怒り出して暴れるということがしばしばあった。
- 担任の教師はこれをいじめとしては認識していなかったが、後に本人が語るところによると、「肉体的欠陥をあげつらっていじめの対象にする、人として最も卑怯な行為の対象にされた」とのことで、激しい屈辱感を抱いていたという。
- 集団行動が苦手なグループでの話し合いでは「愚かな人たちが話し合っても愚かな答えしか出ない」として退席し、後でグループの生徒から詰問されて泣き出してしまったことがあった。

## 生育歴（3）

- 父の勧めで小学校5年から塾に通い始め、そこは本人によると「勉強だけで評価される、自分にとって理想的な環境」だったという。塾での成績はトップクラスで、同級生からも一目置かれ、人間関係も比較的良好だったようである。
- 父は仕事人間で、時間のあるときは判例集や歴史物語を自室で読みふけるのが好きだった。本人と一緒に遊んだことはほとんどなく、またその必要性もまったく感じていなかったという。
- 母はそんな本人を不憫に思い、父にお金を出させて本人を遊園地や公園に連れて行ったが、本人は「暑い、うるさい、人のたくさんいるところで並ぶのは愚か」とまったく楽しむ様子がなかったという。

## 生育歴（4）

- 受験勉強をして、地元では名の知れた私立の中高一貫校に入学。
- 当初は頑張っていたが、周りのレベルが高いこともあり、成績は次第に下がった。
- 数学と理科、歴史、地理は得意だったが、英語と国語が苦手で、また体育や芸術系は最下位に近かった。
- 中学校では化学クラブに所属して楽しんでいた。

## 生活歴及び現病歴（1）

- 中学3年頃から、当時はやり始めたオンラインコンピュータゲームに傾倒し、パソコンやゲームソフト、ゲーム内通貨などの購入に小遣いをつぎ込むようになった。
- 昼食はパン一つと水道水で済ませ、参考書も友人から借りるようになった。自宅での時間のほぼすべてを自室に引きこもって過ごすようになった。
- 母は本人の生活ぶりを心配し、家の外に連れ出す経験が必要ではないかと父に訴えたが、家の金を持ち出すようなことがなければ自己責任として父は意に介さなかった。実際、与えられた範囲で本人なりにやりくりし、小遣いをせびるようなことはなかったという。
- そのまま高校に進学したが、生活態度は変わらなかった。当初は遊び友達が数人いて、学校生活はそれなりにうまくこなしていたようである。

## 生活歴及び現病歴（2）

- 高校2年に上がりたての頃、本人が友達から借りたゲームソフトを2本続けて紛失するという出来事が起きた。本人によるとこれは「友人若しくは第三者が隠匿した可能性しか考えられない」というが、真相は不明である。このことで本人は当の友人をはじめつながりのある複数の友人から責め立てられた。本人は「いびり殺されそうになり、重大な侵害を受けた」と言い、不登校となった。
- 父が学校に出向いて事情を説明したところ、学校側では友人側から話を聞き、いじめではなくちょっとした行き違いであると判断のうえ、友人も言い過ぎたと反省している、本人が出てくれば話し合いの場を設ける、と伝えた。しかし本人は「信頼のなくなった相手とこれ以上つきあうのは愚かなこと」として登校せず、そのまま中退となった。

## 生活歴及び現病歴（3）

- 以後も本人は自室に引きこもってゲームに熱中する生活が続いた。学校に行かなくなったことで、次第に生活リズムが乱れ、昼夜逆転となった。外出はゲームショップとコンビニエンスストアに行く程度で、それも宅配で済ませることが増えた。母は本人を外に引きずり出したいと思い、小遣いやネット回線を制限したいと訴えたが、父は「そういう兵糧攻めは良くない。引きこもりの本にそう書いてあるから読んでみる」と言って反対した。
- 母は本人を心配して、外に出るよう懇願するようになっていった。それに対し本人は次第に尊大な態度を取るようになった。

## 生活歴及び現病歴（4）

- ある日、本人が「俺がこうなったのはお前が愚かなことをしたせいだ」として母に謝罪を求め、母は「それで少しでも良くなってくれるのなら」と土下座して謝るということがあった。そのときたまたま帰宅した父がそれを見て激高し「実の母親に土下座を強要するとは何事だ」と怒鳴って本人を殴りつけた。本人も反撃し、とっくみあいの喧嘩になったが、父に取り押さえられた。父が何度も本人を平手打ちにしているのを見て恐怖した母は警察を呼んだ。
- 警察が臨場した際には二人とも落ち着いており、父は「家庭内のことでお呼び立てして面目ない」と謝った。他方、本人は「警察に民事介入を要求するのは愚かなこと」として母をなじった。二人とも顔にあざができていたが、治療を要するほどの外傷はなかった。
- 警察は本人と父に説諭して撤収した。

## 他害行為

- そのような生活が数年間続き、本人が20歳の時、道を歩いていたところ、前から自転車で二人乗りしている高校生が走ってきたのを見て、体当たりして車道に突き飛ばした。
- 喧嘩になり、隣家から警察に通報された。

## 事件後

- 取り調べにおいて本人は「とにかくむしゃくしゃしていた。自転車の二人乗りは条例で禁止されている。こんな若いうちから法律を破る愚か者には制裁が必要だと思った。だが、車道に突き飛ばしたのは間違いだったと思い、反省している。この次は歩道側に突き飛ばしたい」と述べた。
- 突き飛ばしたこと自体はどうかと問うと、「口で言ってもわからない。突き飛ばすことが事態改善のための最善策」と悪びれなかった。それを聞いた警官の一人が思わず声を荒げたところ、「敵対行為だ！敵対行為だ！」と叫んで警察官につかみかかり、猛然と暴れ出した。

## 通報後

- 直ちに取り押さえられ、警察官通報がなされた。
- 保健所職員との面接では、本人は落ち着きを取り戻しており、「自分は悪いことをしていない。いいことか悪いことは愚かじゃないから自分でわかる」と述べた。警察署で暴れたことについては、「興奮するとわけがわからなくなる」とばつの悪そうに述べた。精神科受診の必要性については否定した。
- 精神科受診歴は確認できなかった。

## 演習課題 (10分)

- 措置入院の可否について検討しましょう。
- 本人の今後のため望ましい処遇について話し合いましょう。





## エキスパートパネルによる講評①

- 発達障害の事例である。病歴は比較的典型的といえる。知的能力は高いものの、コミュニケーション障害が強く、論理的に正しくないと思われる事象を納得できず、情動を揺さぶられて衝動行為に至るということを繰り返している。父親も自閉症スペクトラムであるかもしれない。
- 本件他害行為は明確に本人の意図的な暴行であり、基本的には本人が責任を負うべきものである。仮に裁判になったとしたら、刑事責任能力の減免が認められる可能性は低いだろう。ただ、行為の背景には、他者の感情を配慮することと、自分の中の怒りを抑えることの両方が苦手という、本人の発達特性が多分に関与している。

## エキスパートパネルによる講評②

- このような事例に対しては、少なくとも現在の医療水準においては強制的な投薬による症状の改善は全く期待できず、非自発的入院の適応にはなりづらい。他方で、同様の行為が繰り返されれば、あるいは精神遅滞を有する者の衝動的な暴力と同様に、措置入院の対象となることも考えられる。だがその場合も、基本的には治療可能性がないので、入院が本人にとって有益とはいいがたいだろう。むしろ家族に対する支援の方が有効性が高いかもしれない。
- 一方で、本事例は必ずしも反社会性が強いわけではなく、本人なりに合点のいく行動規範を体得することができれば、むしろ社会に適応して、その能力を発揮することができるようになるかもしれない。そのためには、本人に自身の問題を自覚させつつ、それが障害の特性に起因しているという共通認識の下で、指導と支援を長期にわたり続けていくことが必要である。

# 講義4

# 措置入院診断書の書き方



様式21

措置入院に関する診断書

申請等の形式	1 福祉又は一般人申請 (第22条)    2 警察官通報 (第23条) 3 検察官通報 (第24条)    4 保健観察所長通報 (第25条) 5 矯正施設長通報 (第26条)    6 精神科医管理官届出 (第26条の2) 7 医療観察法対象者 (指定医師等検定管理官届出、医療観察法通報) (第26条の3) 8 都道府県知事・指定都市市長職医診断 (第27条)		
申請等の交付資料	1 あり    2 なし		
申請者の氏名	フリガナ	性別	明治 大正 昭和 平成
住所	氏名 (男・女)	年月日 生	年 月 日 (西 暦)
職業	住所	都府 道 府 県	町 村 区
病名	1 法定精神障害    2 同定精神障害    3 身体合併症 ICD-カテゴリー ( )    ICD-カテゴリー ( )		
生活歴及び現病歴 (指定病年月、精神科 受診歴等を記載すこ と。)	(経過 道 府 県 市 町 村)		
初 入 院 期 間	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 (入院形態)		
前 入 院 期 間	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 (入院形態)		
初回から前回までの 入院回数	回		
過去の同種行動 (Aは二 れまでの。Bは今後おそ れある同種行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、同種行動等、現在の状態像 (数値のローマ数字及び算用記号を含むこと。)		
1 殺人	A	B	<現在の精神症状>
2 放火	A	B	1 意識障害    2 せん妄    3 むろろ    4 その他 ( )
3 強姦	A	B	II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)
4 強姦性交等	A	B	III 犯罪
5 強姦おいかぜ	A	B	IV 加害
6 強姦	A	B	1 認知障害    2 見当識障害    3 健忘    4 その他 ( )
7 暴行	A	B	RV 加害
8 暴行	A	B	1 幻覚    2 幻聴    3 その他 ( )
9 脅迫	A	B	V 思考
10 脅迫	A	B	1 妄想    2 思考過熱    3 連合統括    4 減弱思考    5 思考奔逸
11 精神障害	A	B	6 思考停止    7 強迫観念    8 その他 ( )
12 浮気又は不貞	A	B	VI 感情・行動
13 家宅侵入	A	B	1 感情平板化    2 抑うつ気分    3 表裏気分    4 感情失調
14 児童等の虐待	A	B	5 興奮・激怒    6 易怒性・攻撃的衝動性    7 その他 ( )
15 自殺企図	A	B	Ⅷ 意識
16 自傷	A	B	1 異常行動    2 行為心逸    3 興奮    4 昏迷    5 精神運動抑制
17 その他 ( )	A	B	Ⅸ 自我認識
			1 個人感    2 社会役割感    3 無関    4 その他 ( )

IX 実行動	1 拒食    2 過食    3 異食    4 その他 ( ) <その他の重要な症状> 1 てんかん発作    2 自殺企図    3 物質依存 ( ) 4 その他 ( ) <同種行動等> 1 暴行    2 強姦    3 不審行為    4 その他 ( ) <現在の状態像> 1 公費安否状態    2 精神運動興奮状態    3 昏迷状態 4 統合失調症等治療状態    5 抑うつ状態    6 躁状態    7 せん妄状態 8 むろろ状態    9 認知症状態    10 その他 ( )		
診察時の特記事項			
医学的総合判断	I 要措置    II 措置不要		
以上のように診断する。	平成 年 月 日		
	精神保健指定医氏名 署名		
(行政庁における記載欄)	診察に立会った者 (親権者、配偶者等) 氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳 診 察 場 所 診 察 日 時 平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分 職 員 氏 名 行 政 庁 の 措 置 行 政 庁 メ モ		

## 標準的な考え方（以倉、2017）

- 病名の記載は必ずしもICDに準拠する必要はない（カテゴリーは2桁が標準）。
- 主たる精神障害には措置診察の原因となった病名を記載する。
- 状態像診断は構わないが、疑い病名は避ける。
- 生活歴及び現病歴については、情報を得るのが困難な場合、少なくとも措置診察に至ったエピソードは記載するようにする。
- 入院期間や入院回数がわからない場合は不明として差し支えない。
- 重大な問題行動でAにチェックがない場合、Bのみのチェックでも構わない。
  - 時間軸については数日間からせいぜい数日の範囲で考える
- 現在の精神症状等については、あくまで診察時に観察された所見をチェックすれば良い。
- 診察時の特記事項では、被診察者の具体的な発言や挙動及び特に重要と考えた所見など、医学的総合判断に至った根拠がわかるよう簡潔に記載する。
- 医学的総合判断は一連の記載から矛盾なく結論が導かれることが必要である。

## 措置入院に関する診断書の 記載事項について①

EXPERT  
CONSENSUS

### 最善の推奨（Level 1）

- 「主たる精神障害」は、ICD-10（またはICD-11）に基づいて記述する
- 「主たる精神障害」には措置入院の原因となる診断名を記載する
- 「診察時の特記事項」に精神科現症について記載する
- 「診察時の特記事項」に、自傷他害のおそれの判断根拠を記載する

### 推奨（Level 2）

- なし



## その他の意見⑧（一部抜粋）

- 身体合併症については、よく分からないことも多く、情報の得られた範囲のなかで、書くべきと思った（精神科診断に影響をおよぼす疾患、あるいは、入院した場合、他科併診が必要となるかもしれない疾患）ものを記載するようになっている。
- 診断名はICDにこだわらずDMSでもよいと思う。診断名については「主たる」、「従たる」ではなく並列に記載したい時がある。
- 記載する場所が狭くて十分な情報を記載できない。
- 身体合併症については診察時に置いてわかる範囲で記載。すべてというのは別途検査などを行わないとできない。
- 「主たる精神障害」には措置通報に至る原因に一番関連すると思われる精神障害を記載している。例えば、アルコール依存症が最も重度で長期に治療を受けているが、措置要件では統合失調症様症状であった場合は、統合失調症と記載、など。

## 小括

- 最も大事なものは、「なぜ措置入院が必要なのか」
  - 診察時の特記事項に記載するしかない
- 判断の基礎となる精神科診断の根拠、診察時現症を詳細に記載する

## 演習③

# 診断書を書いてみよう



## 事例提示（1）

- 父は認知症で老人保健施設に入所。元会社役員で、昔は本人を叱咤激励していた。母は死去。兄がいる。
- 幼少期、運動は苦手で、やや病弱な方。成績は中。友人は少なかったという。
- 首都圏の大学に進学。単身生活となったが、2年の夏に帰省してから就学できず、自宅に閉居したまま中退した。
- 20歳の冬頃から「耳元でバカと言われている」「あっちへ行け、家を出ろ、と命令される」等言うようになり、突然パジャマで出歩いたり、目的なく電車で遠くに出かけ深夜に警察に保護されるといった奇行が見られた。
- 母が精神科クリニックを受診させた。統合失調症の診断で抗精神病薬の服用を勧められたが服用は不規則だった。父母は診断に懐疑的で受療を強く促さなかった。

## 事例提示（1続き）

- 25歳の時に母が白血病に罹患し、数ヶ月で死去。その際、本人は「母が呼んでいる」と言って他県に赴き、入水自殺を図ろうとして警察に保護されたことがある。兄が本人を引き取ったため、措置通報等が行われなかった。
- 兄が服薬を管理し、比較的落ち着いて過ごしていたが、翌年に兄が結婚して家を出ると、父と二人だけになった。
- 30歳頃から通院が完全に途絶えた。父は引退後間もなく脳梗塞を発症し、認知症となり、老人保健施設に入所。本人はほぼ一人暮らしの状況になった。兄も地方に転勤し、連絡が途絶えがちになった。
- 自宅は荒れ、体重は20kg増えた。歩行中にも独語が目立ち、コンビニの店員に対して「お母さん」と問いかけた。
- 32歳、自宅から火が出ていることに隣家が気づき、119番通報した。本人は何も話さず、警察官通報が行われた。

## 診察経過

### ■ 本人との面接

- ほとんど自発語はなく、質問にも答えなかった。
- 筆談により問診を行ったところ、「燃やせって言われた」と書き記した。
- 出火の原因を問うと、「わからない」とだけ記載した。

### ■ 警察からの情報

- 本人に事情を聞こうとしたが、一言も口を利いてくれなかった。
- ボヤで消し止められており、事件性も低いと思われ、犯罪としての捜査は困難である。
- 近隣住民の不安が強く、このまま自宅に戻られても困る。

### ■ 保健所からの情報

- 居住地域では、訪問看護ステーションやデイケアセンターの利用が可能。
- 父は今後も在宅での生活は困難とケアマネージャーから報告を受けている。
- 兄は本人との関係は良好だが自宅への引き取りは拒否している。
- 近隣住民からは以前よりゴミ出しのルール違反などの苦情が出ていた。

# 演習課題 (15分)

○措置入院に関する診断書を作成しましょう。



様式21

## 措置入院に関する診断書

申請等の形式	1 親族又は一般人申請 (第22条) <input checked="" type="radio"/> 警察官通報 (第22条) 2 検察官通報 (第24条) <input type="radio"/> 保護観察所長通報 (第25条) 3 矯正施設長通報 (第26条) <input type="radio"/> 精神科病院管理官届出 (第26条の2) 4 医療機関長届出 (指定医医療機関管理官届出、保健観察所長届出) (第26条の3) 5 都道府県知事・指定都市市長職務執行 (第26条の3)
申請等の交付資料	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
被診断者 (精神障害者)	アフリカ 氏名 (男・女) 月 日 年 月 日生 (西 暦) 住所 都道府県 市区町村 町 丁目 番 号 職業 無職
病名	1 法定精神障害 2 法定精神障害 3 身体合併症 統合失調症 なし なし ICD-10カテゴリー ( F20 ) ICD-10カテゴリー ( )
生活歴及び現病歴 (発症前年、精神科受診歴等を記載すること。)	大学進学に伴い独居を始めたが、2年から自宅に引きこもった。20歳頃から命令性幻聴が出現、徘徊し警察に保護された。近頃精神科を受診し統合失調症の診断を受けたが服薬は不規則だった。25歳の時に母が病死した際、自殺念慮を起した。兄の婚姻や父の認知症罹患に伴い30歳頃から通院中断、独語が多くなり、近頃とのトラブルが増えた。今般、自宅から火が出ていることに隣家が気づき、措置通報となった。
初回入院期間 (入院形態)	昭和 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日
前回入院期間 (入院形態)	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日
初回から前回までの入院回数	計 0 回
過去の同種行動 (Aは2頁までの。Bは今後おそれある同種行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、同種行動等、現在の状態像 (数値のローマ数字及び算用記号を含むこと。)
1 殺人 A B	<現在の精神症状>
2 放火 A B	I 意識
3 強姦 A B	1 意識障害 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )
4 強姦性交渉 A B	II 知覚 (視覚障害、中等度障害、重度障害)
5 強姦おかし A B	III 記憶
6 強姦 A B	1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )
7 暴行 A B	IV 知覚
8 暴行 A B	1 知覚 2 幻聴 3 その他 ( )
9 脅迫 A B	V 思考
10 脅迫 A B	1 妄想 2 思考過熱 3 連合統括 4 観念思考 5 思考奔逸
11 精神操作 A B	6 思考停止 7 強迫観念 8 その他 ( )
12 誘拐又は誘引 A B	VI 感情・行動
13 家宅侵入 A B	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 激発気分 4 感情失調
14 暴行等のほか A B	5 感情・行動 6 易怒性・衝動性亢進 7 その他 ( )
15 自殺企図 A B	VII 意欲
16 自殺 A B	1 意欲低下 2 行為心切 3 興奮 4 昏途 5 精神運動抑制
17 その他 ( ) A B	VI 自我観
	1 自我感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )

IX 実行動	1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )
<その他の重要な症状>	1 でのからん操作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )
<同種行動等>	1 暴行 2 幻聴 3 不潔行為 4 その他 ( )
<現在の状態像>	1 現実不安状態 2 精神運動興奮状態 3 昏途状態 4 統合失調症等後遺状態 5 とうろう状態 6 強迫状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知状態 10 その他 ( )
診断時の特記事項	自発語は乏しいが「燃やせて言われた」と命令性幻聴が示唆される。思考はまともな自己の状態を認識できない。統合失調症による幻覚妄想状態。放置すれば幻聴に支配され再び火を点けるおそれが高い。
医学的総合判断	<input checked="" type="radio"/> 措置要 <input type="radio"/> 措置不要
以上のように診断する。	平成 年 月 日 精神保健指定医氏名 署名

(行政庁における記載欄)	氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳
診断に立会った者 (親権者、配偶者等)	氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳
診断場所	
診断日時	平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分
職員氏名	
行政庁の措置	
行政庁メモ	



補講

# 今後の精神保健医療福祉 の発展のために



## 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

## 未解決の論点（再掲）

- **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！

## よりよい措置入院診療のために

- 入院後の処遇についてイメージを持つこと
- そのためには入院後の治療を受け持つ経験を積むこと
- その際には措置入院の診断書をきちんと読むこと
- 保健所経由も含め警察に連絡を取り犯罪捜査の進捗を聞く（教えてくれないことも多いが）