

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

精神障害者が地域で安心して生活するためには、危機時の適切な介入が不可欠であり、精神保健福祉法に基づく措置入院制度の適正な運用は、その鍵を握る。本研究では、措置診察の判断を担う精神保健指定医（以下「指定医」）への教育的支援の必要性に着目し、指定医を対象とした研修プログラムの開発と教育効果の検証を行った。我々が作成した既存の教材を改良し、事前ビデオ学習と集合研修を組み合わせたプログラムを実施し、4名が参加した。研修後には、措置診察に対する自信や理解に一定の改善が見られたが、参加者数が限られていたため、定量的な実証には至らなかった。ただし、本研究班が以前実施した指定医への全国調査とも整合するかたちで、措置診察に関する体系的な教育機会の不足や、実践的な研修の重要性が再確認された。今後は、過去に実施した同様のプログラムのデータと統合的に解析を行い、研修の有効性を検証するとともに、より多様な対象を含む研修の展開や、措置診察後の中長期的アウトカム（診察精度、再入院率、地域支援の質など）の評価を通じて、措置診察の標準化と質向上を支える制度整備を進める必要がある。

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。主要課題としては、通報等件数の伸びに比して措置診察対象者や新規措置入院者の微増に見る、警察等の認識と保健所や指定医（指定医）の判断との間に乖離がある可能性である。また、措置入院患者のソーシャルサポートの顕著な乏しさに対する支援体制強化の必要性である。

これらのことから、措置入院制度のあり方については、継続的に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¹⁾。

本研究においては、措置入院に係る課題に対応するうえでの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、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、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、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、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着目した検討を行っている¹²⁾。これまでには、措置診察技法の習得に関する指定医に対する全国調査を行ったうえで、措置診察技法の研修教材の開発に着手した。一昨年度からは、開発した教材をもとに、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おり、教材を含む研修についての効果の検証が求められている。

B.方法

上記の背景にしたがい、本年度は既存の教材にさらに改良を加えた（別添1）。そのうえで評価尺度も見直し、教育効果を検証するオープン試験を立ち上げた。

対象は、医師免許取得後4年以上経過しており、指定医資格を有する、または指定医資格取得を目指している者であって、指定医資格更新研修を受講したことがない者とした。除外基準は特に設けなかった。

本研究は、若手精神科医師に対する研修会の実施と、それによる教育研修効果の測定を目的とするオープン介入研究である。対象に対し事前アンケート調査を行った後、措置診察技法の取得を目的とした研修会を受講させ、その後同内容のアンケート調査を実施し、研修会の受講前後での差異を検証することによ

り研修効果を測定することとした。

測定項目は、研究者3名により作成した「精神保健福祉法に基づく措置入院制度に関するテスト（以下「措置テスト」という。）」、Academic Motivational Scale（以下「AMS」という。）及び Motivated Strategies for Learning Questionnaire（ただし Part A に限る。以下「MSLQ-A」という。）の評点である。また、対象者の臨床経験等の属性情報及び措置診察に対する自信等についても自記式アンケートを行うこととした。

得られたデータを統計ソフト等により解析する。主要評価項目は措置テストの評点の変化、副次的評価項目は AMS 及び MSLQ-A の合計点及び各カテゴリー評点の変化、措置診察に対する自信の変化とした。

【倫理的配慮】

研究計画を当学の倫理審査委員会に提出し、その承認を得た（受付番号 M10820、2025 年 1 月 16 日承認）。実査に当たっては、研究の目的と内容等を書面等により説明し、書面による同意をもって対象として参入させた。

なお、本研究は、臨床研究法その他の関連法規の規制の範囲には含まれないが、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に抵触しない範囲で実施するものとした。

C.結果／進捗

我々は 2025 年 2 月 1 日（土）13 時～17 時において「令和 6 年度 措置診察実践セミナー」を開催した。前回同様、参加者には事前学習用ビデオの視聴を必須としたうえで、改良した資料を用いて研修を行った。

参加人数は 5 名で、うち 2 名が指定医だが、いずれも措置診察の経験はなかった。年齢は 35.2 ± 3.9 歳（平均 $\pm$ 標準偏差。以下同じ）、医師としての経験年数は 7.4 ± 2.7 年であった。全員が措置診察を自信をもって実施できないと回答した。また措置診察を行う手続きや、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、説明できると回答した者

は各 1 名だった。

研修前の措置テストの評点は 9.8 ± 1.6 点であった。

研修前の AMS の評点は、to know が 19.0 ± 5.1 点、toward accomplishment が 13.6 ± 5.6 点、to experience stimulation が 13.8 ± 7.4 点で、内発的動機づけの合計点は 46.4 ± 17.3 点であった。また identified が 18.8 ± 4.7 点、introjected が 11.4 ± 7.6 点、external regulation が 12.6 ± 17.0 点で、外発的動機づけの合計点は 42.8 ± 18.0 点であった。なお無動機は 6.6 ± 2.9 点であった。

研修前の MSLQ Part-A は、内発的目標指向性が 4.0 ± 1.2 、外発的目標指向性が 2.8 ± 1.2 、課題価値が 4.2 ± 4.3 、学習制御信念が 4.9 ± 1.0 、学習とパフォーマンスに対する自己効力感が 2.8 ± 1.3 、試験不安が 3.6 ± 1.9 であった。

5 名全員が研修を完遂したが、うち 1 名は事後評価に回答しなかった。

研修後は 4 名中 2 名が措置診察を、自信をもって実施できると回答した。措置診察を行う手続きについては 1 名ができると回答し、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は 4 名全員が説明できると回答した。

事後評価を行った 4 名における研修後の措置テストの評点は 14.5 ± 0.6 点であった。

研修後の AMS の評点は、to know が 16.5 ± 6.1 点、toward accomplishment が 16.5 ± 6.8 点、to experience stimulation が 14.5 ± 6.1 点で、内発的動機づけの合計点は 47.5 ± 18.6 点であった。また identified が 20.0 ± 3.3 点、introjected が 10.8 ± 6.7 点、external regulation が 15.0 ± 5.6 点で、外発的動機づけの合計点は 45.8 ± 14.3 点であった。なお無動機は 7.0 ± 4.2 点であった。

研修後の MSLQ Part-A は、内発的目標指向性が 4.7 ± 0.6 、外発的目標指向性が 2.5 ± 1.6 、課題価値が 4.6 ± 0.4 、学習制御信念が 4.7 ± 0.5 、学習とパフォーマンスに対する自己効力感が 3.4 ± 1.6 、試験不安が 3.5 ± 1.2 であった。

D. 考察

本研究は、指定医に求められる措置診察スキルの修得を目的とした研修プログラムを開発・実施し、その教育効果を予備的に検証した点で先駆的意義を有する。参加者数は限られていたものの、措置診察に対する自信や理解の向上、判断基準の明確化といった定性的変化が観察された点は注目に値する。

研修参加前の多くの参加者が「措置診察の経験がない」「手続きや判断基準を説明できない」と回答していた事実は、指定医に課される強い権利制限を伴う判断責務の重さに比して、標準的な教育手段が確立されておらず、研修機会も乏しいという現状を端的に示している。

この点は、我々が以前本研究班で実施した全国調査 (Shiina et al., 2024) ³⁾ の結果とも合致する。調査では、措置診察に関する教育が、上司や先輩による口頭指導や OJT (On the Job Training) に依存しており、体系的な研修プログラムがほとんど存在しない実態が明らかとなった。

また、同調査では、経験豊富な指定医ほど、他者の診察への同席や症例報告会、上司への事後報告といった「省察的な実践」を多く経験していることが示されており、単なる知識伝達型の講義にとどまらず、対話的・経験学習的な手法の必要性が示唆されている。こうした点を踏まえると、本研究で実施した事前学習ビデオと集合型研修の組み合わせは、今後さらに、スーパービジョンやロールプレイ、振り返り (リフレクション) などの要素を加えることで、より効果的な研修へと発展させる可能性がある。同調査において、措置診察後の入院治療から得られるフィードバックが臨床判断の精度向上に寄与するとの知見も得られており、今後の研修プログラム設計においては、このような実地経験を通じた学習機会の導入も検討すべきである。

さらに、指定医の判断力を支える構造的支援として、標準的な判断枠組の策定、症例集

の整備、診察後のフィードバック体制の制度化などが挙げられる。現行制度下では、措置診察は「専門性に基づく個人判断」として医師に委ねられているが、実際には判断のばらつきや地域間格差が存在することが、以前より指摘されてきた。こうした背景を踏まえると、教育研修を通じた「判断の均てん化」は制度的にも急務であるといえる。

特に、我々が以前から提案している、国主導による措置入院に関する標準的教育プログラムの確立は、措置診察を含む非自発的入院制度の適正運用を支える基盤となりうる。本研究で実施した研修内容を、精神保健指定医研修会などで活用していくことも視野に入る。

本研究は、指定医教育のニーズと制度的課題を明らかにし、それに応答する教育モデルを提示したという点で重要である。参加者が少数であったため研修プログラムの効果を統計的に実証するには至らなかったが、過去に我々が実施した同様のプログラムのデータと合わせて今後統合的な解析を行い、研修の有効性を検証する予定である。加えて、より多様な対象を含む研修の展開と、措置診察後の中長期的アウトカム（診察精度、再入院率、地域支援の質など）の評価を通じて、制度改革への具体的な示唆を導き出していきたい。

文献)

- 1) 椎名明大：地域における危機介入のあり方に関する研究. 令和 5 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）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）分担研究報告書. P.45-102

- 2) 椎名明大：地域における危機介入のあり方に関する研究. 令和 5 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）「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進する政策研究（研究代表者：藤井千代）分担研究報告書. P.45-92
- 3) 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 J Psychiatry. 19;14(5):726–734, 2024

E.健康危険情報

なし。

F.研究発表

1.論文発表

投稿中。

2.学会発表

1. 藤井千代, 田所重紀, 新津富央, 平田豊明, 椎名明大「措置診察実践セミナー」第 120 回日本精神神経学会学術総会ワークショップ 2024 年 6 月 22 日

G. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

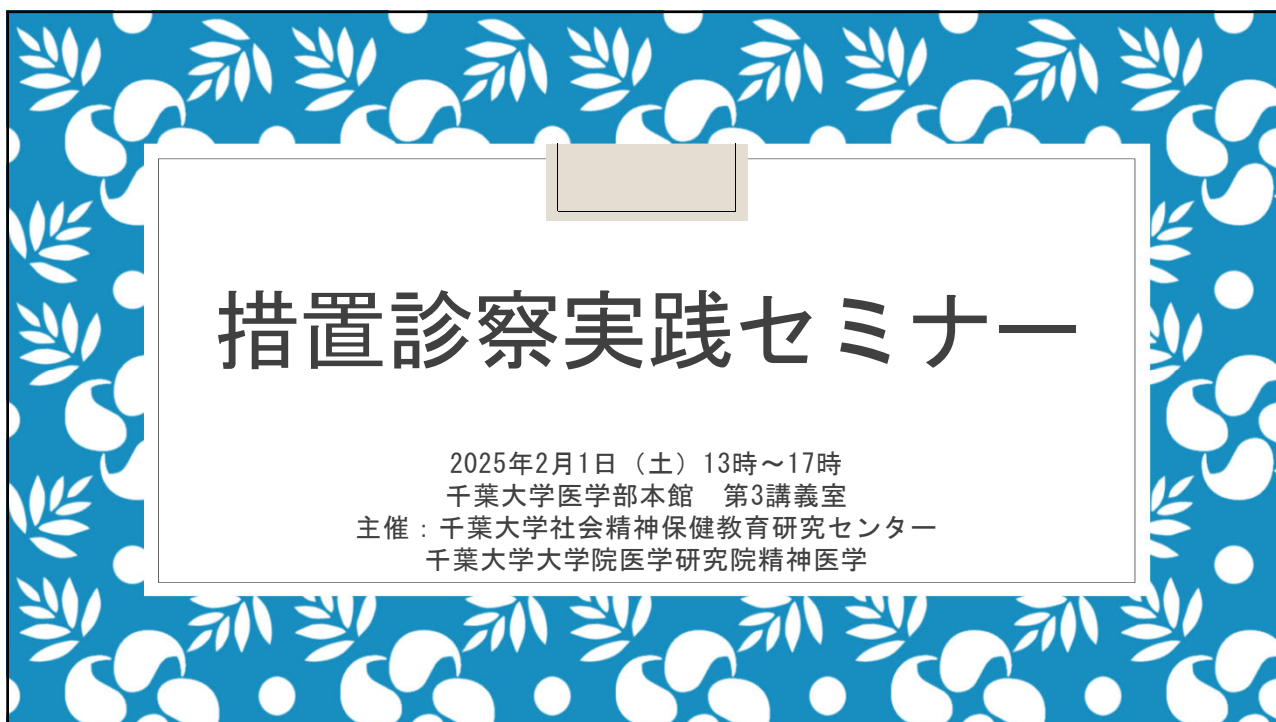
なし。

2.実用新案登録

なし。

3.その他

なし。



本日の日程

	セッション	内容	備考
13:00~13:15	オープニング	開会のあいさつ・アイスブレイク	
13:15~13:30	講義 1	措置入院制度改革と直近の法改正	
13:30~13:45	講義 2	措置診察におけるチェックポイント	
13:45~14:00	講義 3	措置入院の要否判断	
14:00~14:15	演習 ①	措置診察の評価（典型事例）	グループディスカッション
14:15~14:30	休憩		
14:30~14:45	演習 ②	措置診察の評価（問題事例）	グループディスカッション
14:45~15:30	演習 ③	措置診察の実践（ビデオ教材）	グループディスカッション
15:30~15:45	休憩		
15:45~16:00	講義 4	精神医療審査会における診断書の審査	
16:00~16:15	演習 ④	措置診断書の作成	セルフワーク
16:15~16:45	討論	措置診察のリアル～総合討論	パネルディスカッション
16:45~17:00	クロージング	閉会のあいさつ・修了証授与	

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。

アイスブレーキング

- 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



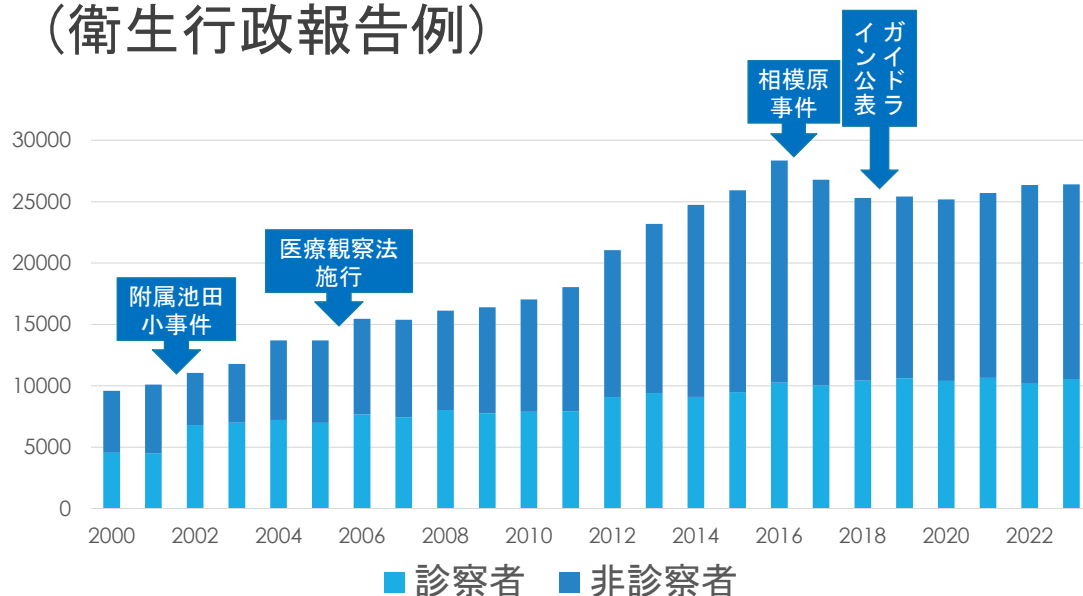
措置入院制度改革の背景

- 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きれない。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。

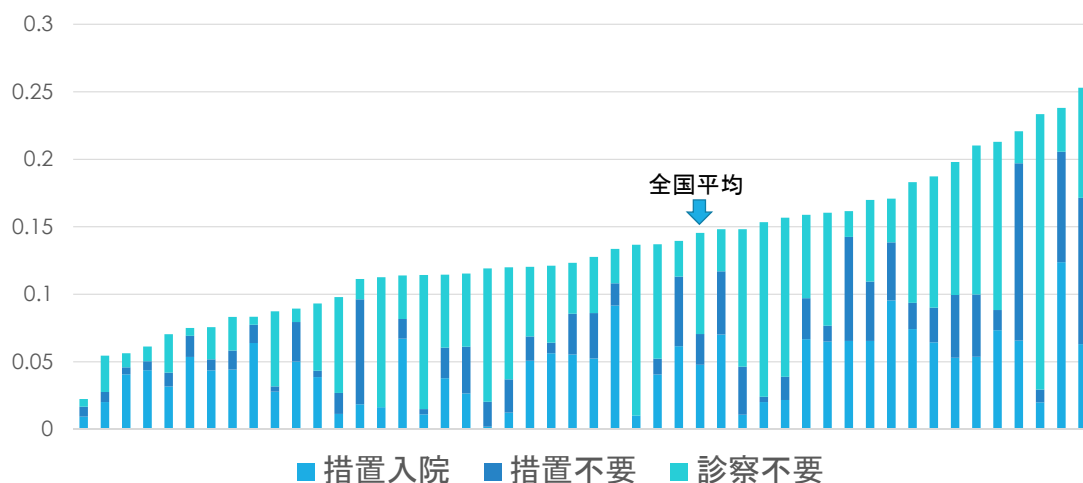
近年の措置通報件数の年次推移 (衛生行政報告例)



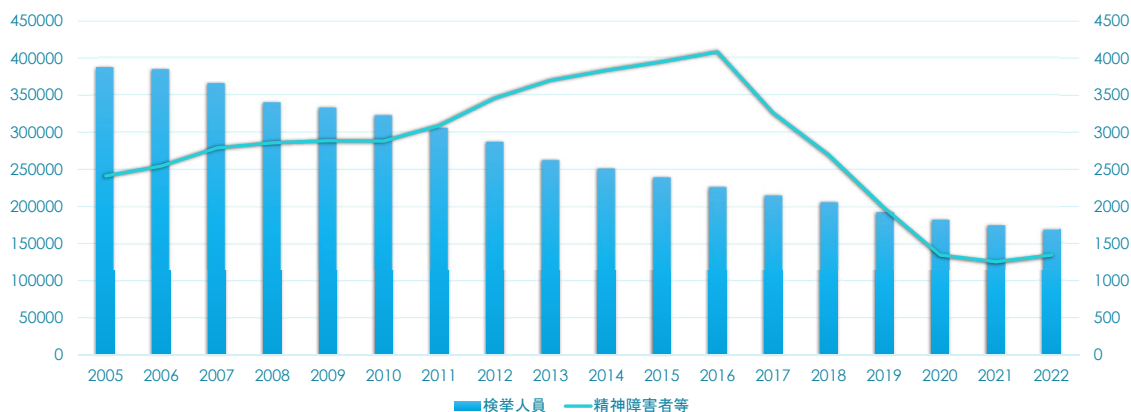
措置入院制度における「地域間格差」

- 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5年度衛生行政報告例からの概算)



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

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、自治体を中心とし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15号平成30年3月27日

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

措置診察における チェックポイント



措置診察のフロー

措置診察前

- 保健所からの診察依頼
- 事前調査資料の受領

措置診察

- 措置診察
- 関係者からの情報収集

措置診察後

- 措置診断書の作成・提出

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

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

措置診察の開始にあたり行うこと

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

要点 → 診察開始前から措置診察は始まっている！

- 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
 - 指定医証は携帯するが、指定医の個人情報被診察者に明かす必要はない

措置診察中に行うこと

最善の推奨（Level 1）

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">・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・被診察者から精神科受療歴、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・意識障害、思考障害、気分症状、幻覚の有無・程度を確認する・精神運動の程度を確認する・その他の精神症状の有無・程度を確認する | <ul style="list-style-type: none">・本件事件について被診察者の認識を問う・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・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 |
|--|--|

要点 → 行うべきは「未来予測」！

- 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

措置診察後に行うこと

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

要点 →措置入院に関する診断書はその場で提出する

- 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
※一方、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する

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

講義3

措置入院の要否判断



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。
- 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。

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的錯覚、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ず、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 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に障害された状態又は成人後に生じ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、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。	精神病理 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

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	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	—	—	—	—	
	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	—	—	—	—	
	精神症状	うつ状態	0.69	0.49	0.96	0.03
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

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**
(状態像のみでは不足)
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ものではない	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	・ 受刑中の問題行動はなかった ・ 家族がいる ・ 知的障害
要措置	・ 自分の身を守れない ・ 帰住先がない ・ 外国人で健康保険が使えない
措置不要	・ 診察時点では落ち着いている ・ 医療少年院への入院が妥当 ・ 刑事訴追が妥当

小括

- 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：「Threat/Control-override (TCO) symptoms」脅威／制御・蹂躞症状、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返り
 - 保護要因の検討：主治医、家族、福祉サポート、仕事、友人……
 - 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
- 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
- → 単一要因で措置不要に傾くこともあるが……

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、医療者が明らかな判断要素も

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①

措置診察の評価 (典型事例)



演習課題 (5分)

- 指定医診察における振舞いについて評価しましょう
- 重要な所見をピックアップしましょう



演習②

措置診察の評価 (問題事例)



演習課題 (10分)

- 指定医診察における振舞いについて評価しましょう
- 他に聞き出すべき事柄をピックアップしましょう



演習③

措置診察の実践 (ビデオ教材)



演習課題 (10分)

- 診察所見をまとめましょう
- 精神科診断について話し合いましょう
- 措置入院の可否について話し合いましょう



精神医療審査会における 診断書の審査

[illegible]

			IX 食行動				
			1 所食	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 自殺念慮 3 物質依存 4 その他				
		<摂食行動等>					
		1 断食 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他					
		<現在の状態像>					
		1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等殊雑状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 とうとう状態 9 認知症状態 10 その他					
診 察 時 の 特 記 事 項							
医 学 的 鑑 別 新							
I 推定推定 II 推定推定							
以上のように診断する。							
精神保健指定医氏名							
署名							
平成 年 月 日							
（行政庁における記載欄）							
氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 (看護士、臨床検査士)							
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 推 置							
行 政 庁 タ メ							

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入院治療の対象となる病名を記載する。
- 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。
- 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

措置入院に関する診断書の 記載事項について②

EXPERT
CONSENSUS

実施可能（Level 3）

- ~~（ふさわしい場合）「主たる精神障害」を従来診断に基づいて記述する~~
- ~~「 」に診断名ではなく状態像を記載する~~
- 「主たる精神障害」には、被診察者の最も重度の精神障害を記載する
- 「 」、被診察者が長期に高密度の医療を受けている診断名を記載する
- 「従たる精神障害」には、同定できた診断名を可能な限り記載する
- 「 」、措置症状と関係の薄い診断名を記載することは避ける
- 「身体合併症」には、措置入院の可否判断に関わる診断のみを記載する
- 「 」、集中的・継続的な医療を要する診断名に限り記載する
- 「診察時の特記事項」に、今後のリスクシナリオについて記載する
- リスク評価において自傷と他害を分けて記載する

非推奨（Level 4）

- 「身体合併症」には、すべての診断名を記載する

審査会の現場から

- 医療保護入院者の入院届（黄紙）について
 - 生活歴の記載がまったくない
 - 「隔離が必要だから医療保護」
 - 「病識がないから医療保護」
 - 「家族が受け入れないから医療保護」
 - 虐待をしている家族の同意による入院
 - F4やF6を主診断とする医療保護入院
 - 懲罰的な入院、指定医の倫理感の押しつけによる入院
- 措置入院に関する診断書（赤紙）について
 - 精神症状と自傷他害のおそれとの関係が記載されていない
 - 患者を放置した場合のリスクアセスメントができていない
- 医療保護入院者の定期病状報告書について
 - 重度慢性なので退院支援委員会を開催しない
 - 退院の目処が立たないので退院支援委員会を開催しない

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④

措置診断書の作成



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、措置通報等は行われなかった。
- 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付き、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。



		IX 食行動 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 () <問診行動等> 1 暴言 2 閉鎖 3 不慣行為 4 その他 () <理療上の状態等> 1 不安定状態 2 精神運動減退状態 3 歩行状態 4 統合失調症等残遺状態 5 徘徊・次期 6 臨臥状態 7 センズ状態 8 まるう活動 9 認知知覚 10 その他 ()
診察時の所見事項	自覚語に乏しいが「眠やせて書かれた」と命令性幻聴が示唆される。 思考はままたま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	① 常病性 ② 措置不当	
以上のように診断する。		
精神保健指定医氏名 署名		
(行政庁における形態) 診療に立ちつた者 (観覧者、記者等)		
診察場所	氏名	(男・女) 続柄又は職業 年齢 歳
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		

措置診察のリアル ～総合討論



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)