

## 措置入院者の地域包括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：相澤明憲（弓削病院），浅見隆康（群馬県こころの健康センター），新垣 元（新垣病院），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），遠藤謙二（千曲荘病院），遠藤哲一郎（川口市保健センター），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），大槻知也（埼玉県川口保健所），大屋美輝（さいがた医療センター），小塩靖崇（国立精神・神経医療研究センター），川副泰成（国保旭中央病院），菊池安希子（国立精神・神経医療研究センター），吉川隆博（東海大学健康科学部看護学科），木本達男（岡山市こころの健康センター），金田一正史（全国精神保健福祉相談員会），熊取谷 晶（京都府精神保健福祉総合センター），小関清之（医療法人社団斗南会秋野病院），榊明彦（成増厚生病院），佐々木英司（埼玉県草加保健所），佐藤愛子（千葉大学大学院医学研究院精神医学），紫藤昌彦（紫藤クリニック），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（長崎県精神医療センター），田所淳子（高知県中央東福祉保健所），田中 究（兵庫県立光風病院），田村綾子（聖学院大学人間福祉学科），塚本哲司（埼玉県立精神保健福祉センター），辻本哲士（滋賀県立精神保健福祉センター），津田多佳子（川崎市精神保健福祉センター），中島公博（五稜会病院），長野敏宏（御荘診療所），中原由美（福岡県糸島保健福祉事務所），成瀬暢也（埼玉県立精神医療センター），西中宏史（千葉大学社会精神保健教育研究センター），野口正行（岡山県立精神保健福祉センター），橋本 望（岡山県精神医療センター），長谷川直美（ほっとステーション），長谷川 花（沼津中央病院），波床将材（京都市こころの健康増進センター），東 美奈子（訪問看護ステーション Relisa），平田豊明（千葉県精神科医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター），廣江 仁（社会福祉法人養和会），藤井千代（国立精神・神経医療研究センター），増茂尚志（栃木県精神保健福祉センター），松本俊彦（国立精神・神経研究センター），武藤岳夫（肥前精神医療センター），村上 優（国立病院機構榊原病院），柳 尚夫（豊岡健康福祉事務所），山岡功一（神経科浜松病院），山縣正雄（埼玉県精神医療センター），山本 賢（飯能市健康福祉部健康づくり支援課）

### 要旨

本研究は精神保健福祉法における措置入院制度の実態把握と改善のための政策提言を目標とした。平成 30 年度においては、前年度に発出された措置入院運用及び退院後支援ガイドラインの啓発のための研修会を開催し、また各自治体に対して制度の普及度を図る目的でアンケート調査を行った。さらに、昨年度に引き続き、精神科臨床におけるグレーゾーンの明確化のため、昨年度に試作した事例集に基づき質問票を作成して全国の精神保健指定医に回答を求めた。結果として、研修会は概ね好評であった。ガイドラインの内容は概ね普及しつつあるが、各自治体の取組みには格差があった。エキスパートがグレーゾーンと見なす事例は概ね指定医も処遇判断に迷うことがうかがわれた。

## 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づく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である。

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。しかし、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。

昨年度において、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) 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) 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。

以上のような平成 29 年度末における状況を踏まえ、我々は平成 30 年度における本研究の目標設定について改めて検討した。

まず、厚生労働省が発出したガイドラインの内容を各自治体に周知し、その理念や運用を普及させることが、今後の措置入院制度をはじめとする精神保健医療福祉の拡充のために必要であると考えられた。

続いて、実際に各ガイドラインの内容が各自治体にどの程度普及しているかを検証することも必要と考えられた。また措置入院に係る診療ガイドラインについても、さらに議論を重ねる必要があると考えられた。

さらに、措置入院制度について議論すると必ず議題に上る「グレーゾーン事例」について、未だ検討が不足していると考えられた。この問題については、関係者間における問題意識の共有化を促すツールを開発することが必要と考えられており、昨年度我々は「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を実施し、「精神科臨床グレーゾーンモデル事例集」を制作した。今年度においては、このモデル事例集の妥当性を検証するとともに、モデル事例集を用いて措置入

院の要否判断等における意志決定その他に関する精神保健指定医の判断のばらつきを検証することが必要と考えた。

上記のような検討課題を踏まえ、前年度に引き続き、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が、本研究の目的である。

## B.方法

上記の目的を達成するために、我々は下記の 4 つの研究を新たに立ち上げた。

### (1) 措置入院運用ガイドラインに関する研修会の実施

昨年度に厚生労働省が発出した「措置入院の運用に関するガイドライン」の普及啓発を目的として、全国の自治体及び警察職員を対象とする研修会を開催した。研修会においては、ガイドライン設立の経緯とその理念及び内容等について解説するとともに、警察職員と自治体の保健福祉職員との協働による事例検討の演習を実施した。

### (2) 措置入院者等退院後支援ガイドラインに関する研修会の実施

昨年度に厚生労働省が発出した「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」の普及啓発を目的として、全国の自治体職員を対象とする研修会を開催した。研修会においては、ガイドライン設立の経緯とその理念及び内容について解説するとともに、現在積極的な退院後支援を行っている自治体による事例紹介、複数の自治体から集められたグループ毎の事例検討の演習を実施した。

### (3) 措置入院に係るガイドライン等の普及に関する全国自治体調査

各ガイドラインの発出から 1 年弱が経過した段階で、ガイドラインの内容が全国自治体にどの程度普及しているかを検証する

ことを目的として、全国自治体に対するアンケート調査を行った。

昨年度に発出された「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のガイドライン」それぞれの活用状況について問うための質問票を作成した。質問票の内容は別紙1、2の通りである。これらを全国の都道府県及び政令指定都市の実務担当者にメールにて送付し、平成31年3月1日時点での状況について、メールによる回答を求めた。結果をまとめ、定性的に解析した。

#### (4) 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

昨年度に制作された「精神科臨床におけるグレーゾーンモデル事例集」の内容について、一般の精神保健指定医がどのように判断するかのデータを収集する目的で、アンケート調査を実施した。

対象は、いずれかの国公立精神科病院、民間の措置入院指定病院、または精神保健福祉センターに勤務する精神保健指定医資格を有する医師であって本研究への参加に同意した者とした。

全部で32編のモデル事例について、事例の説明部分を再編集し、保健所による措置診察にかかる事前調査資料を模した形式に再構築した。エキスパートによる評価や講評部分は削除した。このようにして作成された32の事例について、A(事例1、9、17、25)、B(事例2、10、18、26)、C(事例3、11、19、27)、D(事例4、12、20、28)、E(事例5、13、21、29)、F(事例6、14、22、30)、G(事例7、15、23、31)、H(事例8、16、24、32)の8種類の問題編セットを作成した。

各事例の後には、共通の調査項目を付して回答を求めた。先行研究では、各事例に対する精神科診断に加え、「このモデル事例を通読したうえで、下線部の時点で「他

害のおそれが精神障害によるものかについて、判断が難しい事例」に該当すると思えますか？この間でいう精神障害は「非社会性パーソナリティ障害」を除くすべての精神障害を指します。」「このモデル事例は、一般的に、本人の同意によらない医療の対象にすべきだと思いますか？」「このモデル事例に対する最善の処遇を考える際、一般的に、保健・医療・福祉のみならず、司法・警察・矯正施設・保護観察所・児童相談所といった社会資源との連携・協働・継続的な情報共有が必要であると思えますか？」という3つの問いを立て、「はい(該当する、すべきである、思う)」「どちらともいえない」「いいえ」の3分法での回答を求めていた。この3つの質問のうち1項目は、厚生労働省によるグレーゾーン事例の定義に沿った設問であった(厚生労働省はグレーゾーン事例を「緊急措置診察や措置診察の時点で他害のおそれが精神障害によるものか判断が難しい事例」と定義づけており、グレーゾーン事例があることについて、都道府県又は政令指定都市や警察などの関係者が共通認識を持つべきであるとしている(平成29年2月17日「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書) )。しかし、今般の調査では、指定医に対してより臨床実務に沿った状況での回答を促すため、この質問を改変し、「あなたがこのモデル事例を診察した場合、下線部の行為について、措置入院(またはそれに類する非自発的な入院処遇)の適応と判断しますか？」とした。また、各設問には、「(判断のための情報が不足していると考えられる場合、「どちらともいえない」を選んでください)」という注釈を付した。さらに、各事例に対する自由意見も求めた。

各々の問題編には、別に作成した指定医の経歴や、業務において保健・医療・福祉以外の社会資源との連携・協働・継続的な

情報共有にあたり苦労した経験とその内容、そのような社会資源との連携・協働・継続的な情報共有にあたり留意していることや連携についての意見を問う調査票をそれぞれ付した。8種類の指定医アンケート票のいずれかを各施設に無作為に割り付け、研究説明文書とともに送付した。匿名で返送による回答を受け付けた。

結果をまとめ、各事例に対する指定医の見解、エキスパートと指定医の見解の異同、各指定医のグレーゾーン事例に対する見識等について考察した。

### 統計解析

本研究により得られた定量的データについては、IBM社のSPSS Statistics 24等による統計解析を行った。

### 倫理的配慮

今年度の研究において、患者個人情報を取得したり、患者に対する介入を行う工程は存在しない。したがって、今年度の研究が臨床研究法その他の人を対象とする研究にかかる倫理指針等に抵触するおそれはない。

研究(4)については、全国の精神保健指定医を対象とする横断研究である。このため、疫学研究に関する倫理指針を遵守してこれを行った。研究対象に対し、研究内容の説明文書を郵送し、匿名の回答をもって研究対象から同意を得たものと見なした。また「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2 (受付番号 3254)」として、千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会を受審し、平成31年1月9日に承認を受けている。同研究は「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2 (R000040913, UMIN000035912)」としてUMIN臨床試験登録システムに登録済である。

### (5) 措置入院に係る診療ガイドライン作成

措置入院に係る診療ガイドライン作成のた

め、昨年度に引き続き、指定病院等が措置入院患者に対し行うべき評価、チーム医療、地域移行に向けた取組み等について、下記のサブグループにより議論が行われた。

### サブグループ構成員：

杉山直也（沼津中央病院）（サブグループリーダー）大屋末輝（日本精神保健福祉士協会）、吉川隆博（東海大学健康科学部看護学科）、木本達男（岡山市こころの健康センター）、榊明彦（成増厚生病院）、佐々木英司（埼玉県草加保健所）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、瀬戸秀文（長崎県病院企業団長崎県精神医療センター）田中 究（兵庫県立ひょうごこころの医療センター）、中島公博（五稜会病院）、長野敏宏（御荘診療所）、波床将材（京都市こころの健康増進センター）、長谷川花（沼津中央病院）、平田豊明（千葉県精神科医療センター）

## C.結果

研究結果については下記の通りである。

### (1) 措置入院運用ガイドラインに関する研修会の実施

平成30年4月18日及び同年4月19日の2日間、国立精神・神経医療研究センター内において、全国の自治体職員、都道府県警職員、警察庁職員を対象とする研修会が開催された。各参加者は地域ブロック毎にいずれかの日付に割り振られ、4時間の研修を受けた。参加総数は計260名であった。

研修の内容は、厚生労働省職員による行政説明、分担研究者による措置入院制度運用ガイドラインの概要説明、研究協力者による事前調査における留意事項の説明及び措置診療の要否判断における留意事項の説明、分担研究者及び研究協力者をファシリテーターとした「事例に関するグループワーク」、課題の共有、及び各種質疑応答である。各研修会の終了後にはアンケート調査を行った。

アンケート調査の結果は別紙3に示す通りである。なお、自由記載については個人又は

組織を同定するおそれのある情報は削除し、その他誤植等必要最小限の編集を加えた。

概説すると、参加者の所属は自治体が7割、警察が3割であり、自治体からの参加者の半数は保健師であった。研修会の内容の主観的理解度は良好であり、研修時間は概ね適切とする意見が多かった。ほとんどの参加者が継続的な研修の必要性を認識していた。関東ブロックと関西ブロックとの間でアンケートの回答に大きな差異は認められなかった。

## (2) 措置入院等退院後支援ガイドラインに関する研修会の実施

平成30年4月19日及び4月27日の2日間、国立精神・神経医療研究センター内において、全国の自治体職員を対象とする研修会が開催された。各参加者は地域ブロック毎にいずれかの日付に割り振られ、5時間の研修を受けた。参加総数は計229名であった。

研修の内容は、厚生労働省職員による行政説明、主任研究者による地方公共団体による精神障害者の退院後支援ガイドラインの概要説明、退院後支援を実施している自治体職員による原稿での取組の概要紹介、主任研究者による退院後支援の具体的な手順についての解説、主任研究者及び研究協力者をファシリテーターとした「事例に関するグループワーク」、課題の共有、及び各種質疑応答である。各研修会の終了後にはアンケート調査を行った。

アンケート調査の結果は別紙4に示す通りである。なお、自由記載については個人又は組織を同定するおそれのある情報は削除し、その他誤植等必要最小限の編集を加えた。

結果を概説すると、参加者の職種は保健師が約半数で最多であった。研修会の内容の主観的理解度は良好であり、研修時間は概ね適切とする意見が多かった。ほとんどの参加者が継続的な研修の必要性を認識していた。関東ブロックと関西ブロックとの間でアンケートの回答に大きな差異は認められなかった。

## (3) 措置入院に係るガイドライン等の普及に関する全国自治体調査

43都道府県、19政令指定都市がアンケート結果の情報提供に同意した。結果については、別紙5、6に示す通りである。なお、自由記載については個人ないし組織を同定するおそれのある情報、質問事項は削除し、その他誤植等必要最小限の編集を加えた。

全国の8割以上の自治体から回答を得ており、調査結果の信頼性は相当程度高いと考えられる。

結果を概説すると、まず措置入院の運用に関する協議の場は半数弱の自治体において既に設置されており、今般新たに設置した自治体は希少であった。ほぼ全ての自治体で消防と警察が協議の場に関与していたが、障害者団体や福祉関係者の関与する自治体は半数に満たなかった。開催回数は多くが年1回で、開催を一般公開している自治体は少なかった。次に措置入院運用マニュアルについては約3分の1の自治体で整備がなされていた。措置入院運用に関する研修会を開催している自治体は3分の1程度であった。グループワークを実施している自治体は希少であった。

措置入院運用に関する協議の場及び研修についての意見、措置入院運用ガイドライン自体についての意見は、別紙7に示す。

退院後支援に関しては、既に多くの自治体でガイドラインないしマニュアルを整備していた。回答した自治体のうち7割の都道府県とほぼすべての政令指定都市において支援が実施されていた。それらの自治体のうち過半数は、国のガイドラインが発出されてから支援を開始したと回答していた。また支援を行っている自治体の過半数では患者本人から書面による同意を得ているという。過半数の自治体では支援の対象を措置入院に限定しているが、約4割の自治体では措置入院以外の入院形態の患者に対しても退院後支援を行っているようである。退院後の支援を行う会議に警察が参加する事例は希少なながら存在する。

退院後支援の実施に当たっての困難としては、別紙7に示すような意見があった。

このような退院後支援を自治体において行うに当たり、過半数の政令指定都市では専門人員の増員が図られているが、都道府県では過半数において増員が手当されていないという結果が示されている。人員配置に関する意見については、別紙7に示す。

精神障害者の退院後支援に係る研修は7割以上の自治体で実施されているが、その参加者は自治体と医療関係者が主体であり、福祉関係者の参加は比較的少数にとどまっている。また本研究とは別個に行った各自治体でのヒアリングにおいても、法令的手当に基づく財政面の裏付けがなければ人員の拡充は困難との意見が圧倒的多数であった。

退院後支援にかかる研修の実施に関する意見については、別紙7に示す通りである。

#### (4) 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

合計で460件の有効回答を得た。その事例セット毎の内訳は下記の通りである。

A(事例1、9、17、25)	55通
B(事例2、10、18、26)	51通
C(事例3、11、19、27)	63通
D(事例4、12、20、28)	59通
E(事例5、13、21、29)	56通
F(事例6、14、22、30)	60通
G(事例7、15、23、31)	66通
H(事例8、16、24、32)	50通

本研究は精神科病院等に所属する指定医にしか回答を依頼していないため、正確な回答率の算定は困難である。厚生労働省によると、平成28年4月時点で全国の精神保健指定医数は14707名であるという

(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000149862.pdf>)。これを母集団とすると、全国の指定医の3.1%が本研究に

協力をしたことになる。

回答者の属性について別紙8に示す。回答者の精神科臨床経験年数の平均値は21.1年、標準偏差は11.3年であった。通常、精神保健指定医資格取得のためには精神科臨床経験が3年以上必要であるが、精神科臨床経験が3年未満と回答した回答者が3名いた。最大値は66年であった。回答者のうち約8割が最近措置診察業務に関わっていると回答した。他方で回答者のうち精神保健判定医となった経歴を有する者は約3割に留まっていた。回答者の過半数は精神科一般臨床を主な業務として選択した。精神科救急に主に従事している回答者も2割以上に及んだ。回答者の約6割が非医療資源との連携に苦労した経験を有していた。

各事例に対する精神科診断は多岐に渡っていた。統計解析を行うため、下記の処理を行った。各事例に対して複数の精神科診断が挙げられた回答については、そのうち最もF番号の若いものを採用し、ICD-10のFコード一桁を診断コードとした。例えば、統合失調症+知的障害の場合はF2、適応障害+知的障害の場合はF4、知的障害+発達障害の場合はF7を代表する精神科診断とした。疑い病名もすべて採用した。例えば「情報不足で診断が付けられない。(統合失調症?)」といった記載であればF2とした。「診断なし」とのみ記載している場合、あるいは積極的な精神科診断を付けたいと判断したことが回答者の文意から読み取れる場合のみ、診断なしを採用した。Fコードと診断名が矛盾している場合は原則として診断名を優先した。その他、誤記と思しき記載や判読困難な文字等については、研究分担者が妥当と考える範囲での推測を加えた。

次に、各事例に対する総回答数のうち、最も回答数の多かった診断群の回答数の割合を求め、これを「診断一致率」と定義した。各事例の診断一致率は、最高が1、最低が0.31であった。最も回答数の多かった診断群と診

断一致率の対比を見ると、F0やF1群では比較的一致率が高く、その他の診断群では一致率の低い事例が散見された（別紙9）。

各事例に対する指定医の見解は、事例ごとにばらつきがあった。全32事例のうち、措置入院等の適応であるとした指定医の割合が高かったのは事例3、事例10、事例14等で、いずれも8割を超えた。逆に、事例6、事例7、事例21、事例30では、措置入院の適応でないと回答した指定医の割合が6割を超えていた（別紙10参照）。

さて、「他害のおそれが精神障害によるものかについて、判断が難しい事例」であれば、指定医による措置入院（またはそれに類する非自発的な入院処遇）の適応の判断も分かれることになるであろう。すなわち、各事例に対する設問「あなたがこのモデル事例を診察した場合、下線部の行為について、措置入院（またはそれに類する非自発的な入院処遇）の適応と判断しますか？」の回答分布は、措置入院の適応と適応外の二者に分かれる、もしくは「どちらともいえない」の回答割合が高くなることが想定される。このことを統計的に表現するため、我々は、この設問に対して「はい」と答えた割合と「いいえ」と答えた割合の差を1から減じた値を、「グレーゾーンレート」と定義した。

全32事例におけるグレーゾーンレートの平均値は0.69、標準偏差は0.23であり、事例15、事例22、事例27、事例32においては0.9を超えていた。

各事例が非自発的医療の対象たりうるかについての評価も事例ごとにばらつきが大きかった。全32例のうち、非自発的医療の対象とすべきという回答が8割を超えたのは、事例3、事例10、事例11、事例13、事例14であった。他方で、事例6、事例21においては、非自発的医療の対象とすべきでないという回答が5割を超えた（別紙10参照）。

先行研究の結果と比較検討する目的で、各事例が指定医にとって非自発的医療の対象と

考えられる割合を定量化する指標として、この質問に対する「はい」の回答数から「いいえ」の回答数を減じたものを総回答数で除した数値を「非自発医療レート」と定義した。全32事例における非自発医療レートの平均値は0.26、標準偏差は0.37であった。

さらに、非自発的医療の対象とすべきか否かに関する指定医の意見のばらつきを定量化するため、先の例に倣い、設問に対して「はい」と答えた割合と「いいえ」と答えた割合の差を1から減じた値を、「医療判断困難度」と定義した。全32事例における平均は0.63、標準偏差は0.25で、グレーゾーンレートとほぼ同率だった。事例7、事例9、事例16、事例18、事例24、事例27、事例32においてレートが0.9を上回っていた。

各事例に対して警察や裁判所等の非医療的資源との連携が必要になるか否かについての評価は、ほとんどの事例において連携が必要との判断がなされていた。事例7及び事例18のみにおいて、連携が必要という回答が4割を下回った。連携は不要とする回答は、事例1、事例7、事例10、事例18、事例21、事例32においてのみ、2割を上回った。

先と同様に、先行研究の結果と比較検討する目的で、各事例が指定医にとって医療外資源との連携が必要であると考えられる割合を定量化する指標として、この質問に対する「はい」の回答数から「いいえ」の回答数を減じたものを総回答数で除した数値を「連携レート」と定義した。全32事例における連携レートの平均値は0.67、標準偏差は0.27であった。

一方、設問に対して「はい」と答えた割合と「いいえ」と答えた割合の差を1から減じた値を、「連携判断困難度」と定義した。全32事例における平均は0.33、標準偏差は0.26であり、グレーゾーンレートや医療判断困難度を大幅に下回った。事例7と事例18においてのみレートが0.9を上回っていた。

次に、各事例における非自発的医療の必要

性や非医療資源との連携の必要性について、先行研究におけるエキスパートコンセンサスと今般の調査による指定医の見解の異同を検証した。

先行研究においては、前述の通り、各事例に対する評価にかかる設問のうち、いわゆるグレーゾーンに該当するか否かの設問が今回の調査と異なっている。このため、先行研究における設問「このモデル事例を通読したうえで、下線部の時点で「他害のおそれが精神障害によるものかについて、判断が難しい事例」に該当すると思いませんか？この間でいう精神障害は「非社会性パーソナリティ障害」を除くすべての精神障害を指します。」に対する「はい」の回答数から「いいえ」の回答数を減じたものを総回答数で除した数値を「先行 GL 基準」と定義した。

今回の調査におけるグレーゾーンレートと先行研究における先行 GL 基準との相関を測定したところ、Pearson の相関係数は 0.649 を示した。ノンパラメトリック検定においても、Kendall のタウ b が 0.422、Spearman のローが 0.582 を示した。いずれの結果も、エキスパートがグレーゾーンと判断した事例は指定医もグレーゾーンと判断する傾向があることを示唆している。

次に、「非自発医療レート」については、先行研究においても事例の示し方が異なるものの質問項目は同様であるため、同様に算出したエキスパートによる非自発的医療レートとの相関について検証した。結果として、結果として、Pearson の相関係数は 0.721、Kendall のタウ b は 0.586、Spearman のローは 0.758 で、いずれも統計学的に有意な相関を認めた。他方で、医療判断困難度との相関については、Pearson の相関係数は 0.22、Kendall のタウ b は 0.178、Spearman のローは 0.256 で、いずれも統計学的に有意な相関を認めなかった。すなわち、指定医とエキスパートとの間で、非自発的医療の必要性については事例ごとに概ね意見の一致をみてい

るが、非自発的医療の必要性の判断に対する困難さは異なっている可能性が示唆された。また、医療判断困難度の平均値及び標準偏差は、指定医群では  $0.63 \pm 0.25$  で先行群の  $0.43 \pm 0.32$  より有意に高かった（対応のある T 検定、 $P=0.003$ ）。これは、エキスパートの方が各事例に対する非自発的医療の判断に迷わなかったことを示しているが、これは単に事例提示で示された情報量の差に基づくものかもしれない。

続いて、「連携レート」についても同様に、指定医とエキスパートの判断を比べた。結果、Pearson の相関係数は 0.806、Kendall のタウ b は 0.605、Spearman のローは 0.796 で、いずれも統計学的に有意な相関を認めた。また、「連携判断困難度」においては、指定医とエキスパートとの間で Pearson の相関係数は 0.575、Kendall のタウ b は 0.468、Spearman のローは 0.644 で、いずれも有意に相関していた。すなわち、医療外資源との連携が必要か否かの判断においては指定医とエキスパートの間で強い一致が見られる。また指定医が連携の必要性に迷う事例ではエキスパートも同様に迷っている様子が見られた。

別紙 10 に、各事例に関する診断、措置入院の適応に関する意見、非自発的医療の適応に関する意見、自由意見を示す。なお、自由意見については、個人ないし特定の組織を同定するおそれのある情報は削除し、その他誤植や語尾の修正等必要最小限の編集を加えた。また判読困難な文字等については、妥当と考えられる範囲で推測したものである。

指定医アンケートについては、さらに、業務において、司法・警察・矯正施設・保護観察所・児童相談所といった、保健・医療・福祉以外の社会資源との連携・協働・継続的な情報共有にあたり苦労した具体的な内容、それらの社会資源との連携にあたっての留意点や意見についても収集している。これらの意見については、今後精神保健医療福祉外の関

係者を交えて質的分析を行うこととする。

#### (5) 措置入院に係る診療ガイドライン作成

前述のサブグループ内での議論を行い、日本精神神経学会からの助言を受けて、エキスパートコンセンサスに基づく「措置入院に係る診療ガイドライン」を作成した（別紙11）。ただし、「薬物使用に関連する精神障害への対応」に関しては、他の研究班（厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「精神科救急および急性期医療の質向上に関する政策研究（主任研究者：杉山直也）」の分担研究「薬物乱用および依存症診療の標準化と専門医療連携に関する研究（分担研究者：松本俊彦）」で検討中であり、その他の項目も、当事者を含むさらに幅広い意見を集約して必要な修正を加えることが望ましいと考えられるため、現時点ではガイドライン「案」としての提案に留めることとする。

#### D. 考察

本年度は主に、昨年度に発出されたガイドライン等の普及啓発に関する取組みと、昨年度から検討を重ねているグレーゾーン事例に関する研究を実施した。

参加者のアンケート結果から、ガイドラインの普及啓発のため全国規模の研修を行うという試みは、概ね成功裏に終わったと考えている。今後も同様の研修を実施してほしいという意見は多数であり、否定的な意見は極めて少数であった。

今回の研修では、限定的ながらもグループワークを行ったところ、概ね肯定的な評価を得たように思われる。海外では同様の研修では少人数のグループワークが日常的に行われており、日本でも今後可能な限り取り入れていくべきであろう。ただしグループワークを行うに当たっては、ファシリテーターの確保や訓練が必要となり、また参加人数に制限を設けざるを得ないため、費用がかさむという

デメリットにも目を向けておく必要がある。

参加した自治体からの自由意見の一部は、ガイドラインの発出元である厚生労働省との相談によって解決することが求められる事項であり、研究班としては責任を持った回答ができないものもあった。ただし、これらについては政策研究の担い手として現場の意見を行政に伝えていくことも必要である。

各自治体や近隣自治体間での相互交流を含む小規模の研修を行うことも、制度の普及や活用のためには有用であるように思われる。既に一部の自治体では類似の仕組みが導入されており、今後の拡充が望まれる。

措置入院運用ガイドラインにおいては、警察等の関係機関との協議の場を設置することの必要性が説かれている。これは、今般の研究結果から多くの関係者が他機関との連携体制の強化の必要性を感じていることがうかがわれることと非常に整合的であるといえる。ただ、実際には多くの自治体で既に協議の場を設置しており、今回ガイドラインが発出されたことで初めて協議の場を設置した自治体はむしろ希少である。問題はその内容であって、形式的な会議に留まり相互理解が進まないような取組みを重ねても、制度運用の適正化に資するところは少ないであろう。現に一部自治体では警察側がガイドラインを恣意的に解釈することでかえって溝が深まったかのような印象を持っているようである。そのような現場ではおそらく警察も同様の印象を抱いているのではあるまいか。昨年度以前の研究結果から、退院後支援については、自主的に取組みを始めた自治体ではおおむね良好な成果が得られているのに対し、外圧等で必要に迫られて取組みを始めた自治体では弊害が大きくなっているという傾向がうかがわれる。措置入院の運用協議においても同様のことがいえるかもしれない。

措置入院の運用マニュアルについては、まだ整備していない自治体が多いが、これらの自治体ではおそらく種々の不文律に基づいて

措置入院業務を運用しているのではあるまいか。逆に明文化することで運用しづらくなるという意見も散見される。

例えば、一部の自治体では、それまで患者の身柄を確保していない状況での警察官通報はなかったものが、ガイドライン発出後には激増したという話を聞く。これは、そもそも警察官職務執行法における保護と精神保健福祉法における警察官通報との対象にずれが生じていることに起因しており、法的拘束力のないガイドラインでは解決できない問題である。おそらく従前には警察側があえて身柄を確保していない状況での通報を避ける運用をしていたものが、ガイドラインの発出によって法令通りの運用に変更したため、かえって措置診察のできない通報が増え、結果として患者をはじめ誰の効用をも増やさない事態を招くことになったのであろう。

このような、元々の法の不備を現場の柔軟な運用で補ってきた従来の体制をガイドライン発出が崩壊させるリスクについては、昨年度までのヒアリング等でも度々指摘されてきた。実際に、それまで地域で最適化を図ってきた自治体であればあるほど全国統一のガイドラインの普及による弊害が大きいという皮肉な事態を招いている可能性もある。

だが、これは道州制を採っていない日本では構造的に不可避の事態であるともいえる。これまで措置入院制度は国による基準や圏域を越えた標準化の試みが成されることなく数十年が経過しており、その結果として各自治体によるいわばローカルルールが蔓延するとともに地域格差の広がりが目立つようになってきた。そのような現状に鑑みて、標準化された指針の策定を祈念する意見が少なからぬ自治体から出されてきたのである。

昨年度の報告書にも記載した通り、分担研究者としては、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と考えている。各地域において精神科医療の最適化を目指して現在の運用に

至っているところもあるため、一概に格差の是正が適切とは言い切れない。また統計情報自体が必ずしも地域の実態を示しているとも言い切れない。他方、国の法律に基づく行政処分である以上、徒な地域間格差を放置することが妥当とは言い難いのであって、今般の制度改革はいわば遅きに失するものではあるが、それでもやらざるを得ないものであっただろうというのが分担研究者の意見である。

精神科入院患者の退院後支援については、多くの自治体で既の実績がある。特に政令指定都市においてその割合が高いのは、おそらく地学的要因が大きく、キャッチメントエリアの狭い自治体の方が低コストで柔軟な支援が実施しやすいためだろう。一方、都道府県においても徐々に支援を開始する自治体が増えつつある。

興味深いのは、支援対象者の入院形態が自治体によってバラバラであることである。今般の制度改革は措置入院者の退院後支援に特化した方向で議論されていたが、法改正が頓挫するに及んで国は支援対象者を措置入院や緊急措置入院に限定することを止めたという経緯がある。臨床の見地からすると、措置入院患者と医療保護入院患者とで支援の必要性を分ける明確な根拠は必ずしも明らかでない。もともと、すべての緊急措置入院患者を退院後支援の対象に含めることには多くの批判があった。他方ではもともと行政の関与していなかった事例に対して介入を強めることには慎重さが必要であろう。実際、個別意見として、過去に措置入院等の既往のある者のみ今般の入院形態にかかわらず支援対象とすることとしている自治体があった。今後、自治体による支援を行う必要性の高さを検討するための基準作りが必要になるだろう。

支援会議に警察が参加した例は希少なが存在する。分担研究者は、本研究とは別の研究にかかる会議において、患者本人や家族も合意したうえで支援者として警察官も会議に参加した事例について見聞した。警察が捜査

目的で支援会議に加わることには極めて慎重である必要がある一方、支援者として警察の関与が求められる事例も存在することがうかがわれる。

退院後支援にかかる問題点は多岐に渡る。とりわけ、法改正が成されなかったことで予算と人員の手当が十分にされていないことが最大の障害であろう。

運用ガイドラインにおいても退院後支援ガイドラインにおいても、各自治体で研修を実施する動きは少しずつ広まっているようである。ただ、その参加者の中に福祉関係者が少ないことが課題であるように思われる。措置入院制度は行政処分であると同時に、対象となった患者の社会復帰を促す視点を持ち続けることが、この制度の正当化に必須である。そのためには医療者や自治体、警察等だけでなく、対象者の地域生活を支える福祉関係者によるコミットメントを強化していくことが必要であろう。

グレーゾーン事例に関するアンケート調査については、定量的及び定性的な分析によって、一定の知見が示されたといえる。

本調査に回答したのは全国の精神保健指定医の3%に過ぎない。しかし、対象を限定したりインセンティブを設けたりしない郵送による匿名アンケート調査の回答率は、多岐選択式の内容であっても通常10%程度である。本調査では、大部な事例データを読んで医学的見解を記すという作業を無償で依頼したことを考えると、この回収率はあながち低いものとも言い難い。

事例に対する精神科診断の一致率は認知症その他の器質性精神障害や物質関連障害で高かった。ただしこの結果は、複数診断の場合は最も若いICD-10コードを採用するという解析方式の影響を免れない。とはいえ、神経症圏や発達障害の診断において一致率が低いというのは妥当な結果であると思われる。

各事例が措置入院の適応か否かの判断は、事例によってかなりばらついた。エキスパー

トがグレーゾーンと見なす事例においても、指定医が措置入院させることの多い事例から少ない事例までバリエーションが広いことが示されたといえる。また、指定医間においてもばらつきが大きい事例は、特にグレーゾーンとして処遇判断に悩む事例であるといえるだろう。非自発医療の適否も同様である。

一方、非医療的資源との連携の必要性については、32事例のほとんどで連携が必要との回答が過半数だった。この点からすると、エキスパートの考えるグレーゾーン事例というのは、医療的資源では支えきれない事例であると換言することに一定の妥当性がある。

エキスパートと指定医との見解の相違については、元々示された事例の形態が両者で異なっているため、単純比較することは難しい。とはいえ、処遇判断に悩んだり、非医療外資源との連携の必要性を考えたりする際には、エキスパートも指定医も似たような考え方をしている可能性が示唆されている。

精神保健医療福祉外資源に対する指定医の意見は多岐にわたり、今後精神保健医療福祉外の関係者と共に定性的解析を行った後に稿を改めて公表するが、暫定的な解析結果からは、一定の方向に集約される傾向が見いだされた。すなわち、社会的問題を起こす者を精神医療のみで引き受けることになる状況が生じていることに対する、指定医の強い問題意識が示された。また、司法関係者や警察の捜査情報照会に対する意見や、警察や矯正施設からの情報提供のあり方への不満も多く寄せられている。行政機関の動きに迅速性を求める声や、行政機関同士の連携不足を指摘する声も多かった。

しかし、これらの批判や不満もまた、見方を変えれば指定医の一方的な考え方に映るかもしれない。現に回答の中には明らかに現行法制度を誤解しているものもあった。おそらく他の機関に同様のアンケート調査を行えば、逆に指定医に対する不満が噴出するのではあるまいか。

実際、我々は昨年度から今年度に駆けて警察庁職員や一部自治体の県警職員と複数回の議論を重ねてきた。その席では、警察から見た医療者側の対応の不備に対する不満や、社会的問題を起こしている者に対する処遇の難しさを語る意見が多く聴取されていた。

つまり、いわゆるグレーゾーンに属する事例の多くは、誰がどのように関わっても処遇困難なのであって、いみじくも一部の回答者が指摘しているとおり、互いの立場を尊重し合いながら連携していかなければ、結局は押し付け合いになってしまうことが多いのではなかろうか。我々はこの現実を踏まえたうえで解決策を探っていく必要がある。

多くの指定医がこのような事態を理解していることが、連携のための工夫における自由記載から見て取れる。それらを簡略にまとめると、患者のことを第一に考える姿勢を保ち、カウンターパートに対しては誠実・協力的な姿勢で臨みつつ、コミュニケーションを絶やさず顔の見える関係を維持することが大切であるといえる。その一方で、医療の限界を示し他機関に理解を求めることも必要である。また昨今では個人情報の取り扱いが非常に難しくなっており、この点についても留意が必要であるとされる。

とはいえ抽象論では片がつかず、また現場の努力だけで処遇が好転するとも限らない。今後の事態改善のためには、法制度の見直しをはじめとして、関係機関の連携強化、地域の社会資源の拡充と、職員の教育・啓発活動等をバランス良く進めていく必要がある。

**E.健康危険情報** なし

**F.研究発表**

**1.論文発表**

今年度の研究成果の一部は下記論文等で公表済みまたは投稿準備中である。

- 1) Shiina A, Ojio Y, Sato A, Sugiyama N, Iyo M, Fujii C. The recognition

and expectations of ex-inpatients of mental health services: A web-based questionnaire survey in Japan.

PlosOne 13(10): e0197639

- 2) 椎名明大 「医療観察法に関する精神鑑定」 中山書店「刑事精神鑑定ハンドブック」五十嵐禎人・岡田幸之編 pp47-66.
- 3) Shiina A, Sato A, Iyo M, Fujii C. Outcomes of administrative involuntary hospitalization: A national retrospective cohort study in Japan. (投稿準備中)

**2.学会発表**

今年度の研究成果の一部は下記学会で発表された。

- 1) 椎名明大 「精神科臨床における「グレーゾーン事例」の設定に関する研究」平成30年10月12日 第26回精神科救急学会学術総会. ダブルツリーby ヒルトン那覇首里城
- 2) 椎名明大 「司法精神医学教育と啓発に関する研究」平成30年6月2日 第14回日本司法精神医学会大会 シンポジウム III「司法精神医学の教育・研修体制の構築」山口県総合保健会館
- 3) Shiina A. International Comparison of the Opinion regarding Forensic Mental Health between the US, UK and Japan. 平成30年10月18日 International Conference on Crisis, Coercion and Intensive Treatment in Psychiatry. Congress Centre 'De Doelen' Rotterdam.

**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

## 「措置入院の運用に関するガイドライン」について

H31年3月1日時点の状況

23条通報の処理に係る部局の職員がお答えください。(自治体名は公表致しません)

・該当する( ) 内に○をご記入下さい。・口枠内には、具体的にご記入下さい。

### 質問事項

#### 【協議の場の設置について】

ガイドラインでは、措置入院の適切な運用に資するよう、自治体、精神科医療関係者、福祉関係者、障害者団体、家族会、警察、消防機関等の地域の関係者による協議の場を設けることが推奨されています。

問1 上記のような協議の場を設置していますか。

( ) 1 設置している

→ その協議の場は、既存の会議体を活用したものでですか。

( ) 1 既存の会議体を活用した→会議体名( )

( ) 2 新たに協議の場を設置した

→ 協議の場には、次の関係者は参加していますか。参加している関係者に○をご記入ください。

( ) 自治体

( ) 精神科医療関係者

( ) 福祉関係者

( ) 障害者団体

( ) 家族会

( ) 警察

( ) 消防機関

( ) その他→具体的にご記入ください( )

→ 平成30年度は、協議の場を何回開催しましたか。

( ) 回

→ その協議の場は、公開していますか。

( ) 1 公開で実施している。

( ) 2 公開していない。

( ) 2 設置していない

→ 今後設置する予定はありますか。

( ) 1 設置する予定である。

( ) 2 設置する予定はない。

協議の場に関するご意見があれば、ご記入ください。

#### 【運用マニュアルの整備について】

ガイドラインでは、各都道府県等は、措置入院の適切な運用を図るため、措置入院の運用について、国のガイドラインを踏まえ、運用マニュアルを整備することを推奨しています。

問2 措置入院の運用に関する運用マニュアルを整備していますか。

( ) 1 整備している

( ) 2 整備していない

→ 今後整備する予定はありますか。

( ) 1 整備する予定である。

( ) 2 整備する予定はない。

( ) 3 国のガイドラインをそのまま活用している。

**【研修の実施について】**

ガイドラインでは、ガイドラインの内容等について研修を実施することを推奨しています。

**問3 措置入院の運用に係る研修を実施しましたか。**

( )1 実施した。

→ 研修には、次の関係者は参加しましたか。参加した関係者に○をつけてください。

( ) 自治体

( ) 精神科医療関係者

( ) 警察

( ) 消防機関

( ) その他→具体的にご記入ください( )

→ 平成30年度は、研修を何回開催しましたか。

( ) 回

→ グループワークを実施しましたか。

( )1 実施した。

( )2 実施しなかった。

( )2 実施していない。

→ 今後実施する予定はありますか。

( )1 実施する予定である。

( )2 実施する予定はない。

研修に関するご意見があれば、ご記入ください。

**問4 「措置入院の運用に関するガイドライン」についてのご意見があれば、ご記入ください。**

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

# 「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」について

H31年3月1日時点の状況

退院後支援に関係する部局の職員がお答えください。(自治体名は公表致しません)

・該当する( ) 内に○をご記入下さい。・口枠内には、具体的にご記入下さい。

## 質問事項

### 【マニュアルの整備について】

問1 精神障害者の退院後支援に関するガイドライン又はマニュアルを整備していますか。

( ) 1 整備している

( ) 2 整備していない

→ 今後整備する予定はありますか。

( ) 1 整備する予定である。

( ) 2 整備する予定はない。

( ) 3 国のガイドラインをそのまま活用している。

### 【退院後支援の実施について】

問2 ガイドラインに基づく精神障害者の退院後支援を実施していますか。

( ) 1 実施している

→ いつから実施していますか。

( ) 1 国のガイドライン発出前から実施している。

( ) 2 国のガイドライン発出後に開始した。

→ ( ) 年 ( ) 月運用開始

→ 平成30年度中に計画を作成した人数は何人ですか。

( ) 人

( ) 人数は把握していない

→ 本人の同意はどのように取得していますか。

( ) 1 口頭同意としている。

( ) 2 文書同意としている。

( ) 3 同意確認は特にしていない。

→ どの入院形態を支援対象としていますか。

( ) 1 措置入院者と緊急措置入院者を対象としている。

( ) 2 措置入院者を対象としている。

( ) 3 措置入院者・緊急措置入院者以外も対象としている。

→ どのような人が対象となりますか。

( ) 1 措置入院以外でも、医療保護入院者であれば対象となりうる。

( ) 2 任意入院など、どの入院形態でも対象となりうる。

→ 退院後の医療等の支援の関係者等が参加する会議に警察が参加した例はありましたか。

( ) 1 警察が参加した例があった。 → 何件ありましたか。( ) 件

( ) 2 警察が参加した例はなかった。

( ) 3 警察が参加した例があったかどうかは不明。

実施にあたっての困難があればおしえてください。

( )2 実施していない

→ 今後実施する予定はありますか。

( )1 実施する予定である。

→ ( )年( )月頃からの開始を予定している。

( )2 実施する予定はない。

自治体

実施しない(できない)理由があればおしえてください。(国のガイドラインに沿った退院後支援ではなく、貴自治体独自の 방법으로退院後支援を実施している場合は、この欄にそのご事情をご記入ください。)

### 【人員体制について】

問3 精神障害者の退院後支援を実施するための人員整備は行いましたか。

( )1 人員を増員した。

→ どこに配置しましたか。( )

→ 増員となった職種と人数をおしえてください。

( )1 保健師( )人

( )2 精神保健福祉士( )人

( )3 その他( )( )人

( )2 人員は増員していない。

→ 今後増員する予定はありますか。

( )1 増員する予定である。

( )2 増員する予定はない。

( )3 増員するかどうかは未定である。

人員配置に関するご意見があればおしえてください。

### 【研修の実施について】

問4 精神障害者の退院後支援に係る研修を実施しましたか。

( )1 実施した。

→ 研修には、次の関係者は参加しましたか。参加した関係者に○をつけてください。

( ) 自治体

( ) 精神科医療関係者

( ) 福祉関係者

( ) その他→具体的にご記入ください( )

→ 平成30年度は、研修を何回開催しましたか。

( ) 回

( )2 実施していない。

→ 今後実施する予定はありますか。

( )1 実施する予定である。

( )2 実施する予定はない。

研修に関するご意見があれば、ご記入ください。

問5 「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」についてのご意見があれば、ご記入ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

別紙3

措置入院運用ガイドライン研修（関東）アンケート結果

(1) 所属

	n	%
自治体関係者	92	70.8
警察関係者	37	28.5
その他	1	0.8
合計	130	100.0

(2) 職種

	n	%
保健師	46	35.4
精神保健福祉士	23	17.7
心理職	2	1.5
その他	22	16.9
合計	93	71.5
警察関係者	37	28.5
	130	100.0

(3) 内容

	行政説明	ガイドライン概要	事前調査	要否判断	グループワーク
	n (%)				
とてもわかりやすかった	23 (17.7)	31 (23.8)	30 (23.1)	39 (30.0)	38 (29.2)
わかりやすかった	93 (71.5)	84 (64.6)	83 (63.8)	72 (55.4)	75 (57.7)
わかりにくかった	11 (8.5)	12 (9.2)	14 (10.8)	14 (10.8)	12 (9.2)
とてもわかりにくかった	2 (1.5)	1 (0.8)	1 (0.8)	2 (1.5)	2 (1.5)
無回答	1 (0.8)	2 (1.5)	2 (1.5)	3 (2.3)	3 (2.3)
	130 (100.0)	130 (100.0)	130 (100.0)	130 (100.0)	130 (100.0)

(4) 研修時間

	n	%
とても長かった	1	0.8
長かった	8	6.2
ちょうど良かった	95	73.1
短かった	16	12.3
無回答	10	7.7
合計	130	100.0

(5) 研修継続の必要性

	n	%
はい	117	90
いいえ	8	6.2
無回答	5	3.9
合計	130	100.0

(6) 自由記載

【要望】

- 相談窓口の設置と共有を検討されているということだったが、ぜひお願いします (3件)。
- 22条、24条、26条についても、ぜひご検討いただきたい (2件)。
- Q&Aをいただくと大変助かります。よろしくお願ひいたします。
- 事前の質問に対する回答をペーパーで配布してほしい。当日配布してくれるものと思っていた。
- 中核市ですが、ガイドラインの送付がなかった (退院後支援のみ送付あり)。同じ中核市同士の意見交換がしたかったです。

■特別区問題：このガイドラインを区として行うことは難しく、このガイドラインを踏まえ、都が今後どのように動くのが1番知りたいです。23区の中で考える必要があるし、注意点や考え方の整理に役立てられた（4件）。都に研修会開催を働きかけてほしい。

■各県ごとに研修会を開催してほしい。

■自治体の対応に異なる部分もあるが、対応に一貫性を持たせる意味でも、毎年開催していただきたいです。

■グループワークは良かったので、もう少し地域の実情ややり方を聞くためにも、グループワークの時間を長くしてほしい（2件）。

■どの程度の自治体が、このガイドラインに基づいて実施しているのかを調査してほしい。

■地域の研修に可能であれば、講師をご紹介いただきたい。

■自治体ごとの運用状況について、国の監査機関において厳しく指摘、指導していただけると、現在の体制の問題点が明らかになり、体制の充実につながる（つながりやすくなる）と思います。

■自治体ごとの違いがあるので、それぞれのやり方を知りたいと思った。事前調査票の様式などを提供してほしい。

#### 【意見】

■自治体と警察で、ガイドラインの内容を共通認識として持つ必要はあると思います。

■結局、その地域の運用が良いということですか？どう運用するかの悩みが深くなりました。「ないよりマシ」ということでしょうか？（2件）

■かなり矛盾していると感じました。ガイドラインで指針が出たのに、そんなに細かく実施・不実施の判断をしなくてもいいというのは、何のためにガイドラインを示したのか、逆に混乱するのではないか。誰でも一定の判断ができるようにするために、ガイドラインを作成したのではないか。

■2回に分けて行うのであれば、会場や講師の方の都合が大変だと思いますが、東京と大阪などの2会場にしてもらえると移動も楽ですし、参加者も増えると思います（2件）。

■会場を、東京駅周辺、もしくは品川駅周辺でお願いしたいです。

■ガイドラインができて初めての研修だったので、グループワークではなく、ガイドラインの説明に十分な時間をとってほしい（3件）。10分、30分では短く、早口でわかりにくかった（3件）。グループワークは、他自治体との情報交換を、というのもわかるが、今回は不要。

■質問の回答が答えになっておらずわかりにくく、Q&Aをきちんと作成してほしい。

■当県、昨年600件の通報中約1/3が診察不要。県問題でも保健所問題が大きく、所長の方針次第で全件診察不要と判断されたこともあり、この判断についても、国としての基準を設けて欲しい。

■中核市のため、経験していない内容の理解がしにくかった（2件）。

#### 【質問】

■家族の連絡先が分からない場合、例えば、戸籍を追うなどは許されるのか？事前調査では問い合わせないが。

#### 【感想】

- チェックリストの活用などは、研修進行の参考になりました。
- 警察の方とのグループワークは、とても貴重だった。
- 警察の参加は必要ないように思いました。
- 意見交換会は楽しかったです。
- 混乱していた部分を、グループワークで解決できました。
- グループワークは、他の自治体の意見等が聞けて、とても勉強になりました（5件）。
- グループワークの事例だけで判断するのは難しい。
- 今後中核市との体制作りもあるので、参考にしていきたい。まだこなれていないが。
- 各地域の中で、このガイドラインを基に議論する必要がある。
- ガイドラインは参考になるが、実際に運用するとなると難しい部分もある。
- ガイドライン策定後も、地域間格差の解消は難しいと感じました。加えて、自治体と警察の立場の違いも依然として大きいように思います（2件）。
- ガイドラインは、迷った時の拠り所になります。
- 「協議の場」における対応方針の協議が必要かと思えます。
- 自治体関係者は、重ねて研修して、意識統一を図ってほしい。
- 今後も、事例演習の機会を持ちたいと思えます。
- 自治体ごとの違いや、質問があっても明確に決まっていないことが多いと感じた。
- ガイドラインが出て、それに沿って自治体は改善していくべきであると考えていましたが、改正法がない中での指針なので、扱いづらい印象を受けました。
- 平田先生の「措置入院の多様性と地域差の発生」は、非常に参考になりました。

【その他】

- マイク音量が不足しているように感じた。
- 開始時間を早めるかして、終了時間を早くしてほしい。
- センター内のところどころに案内板を出してほしい（会場がわかりにくい）。
- お礼（3件）

措置入院運用ガイドライン研修（関西）アンケート結果

(1) 所属			(2) 職種		
	n	%		n	%
自治体関係者	83	72.8	保健師	43	37.7
警察関係者	31	27.2	精神保健福祉士	1	0.9
合計	114	100.0	心理職	17	14.9
			その他	22	19.3
			合計	83	72.8
			警察関係者	31	27.2
				114	100.0

### (3) 内容

	行政説明	ガイドライン概要	事前調査	要否判断	グループワーク
	n (%)				
とてもわかりやすかった	23 (20.2)	24 (21.1)	26 (22.8)	32 (28.1)	43 (37.7)
わかりやすかった	83 (72.8)	85 (74.6)	84 (73.3)	72 (63.2)	66 (57.9)
わかりにくかった	6 (5.3)	3 (2.6)	3 (2.6)	9 (7.9)	4 (3.5)
とてもわかりにくかった	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
無回答	2 (1.8)	2 (1.8)	1 (0.9)	1 (0.9)	1 (0.9)
	114 (100.0)	114 (100.0)	114 (100.0)	114 (100.0)	114 (100.0)

### (4) 研修時間

	n	%
とても長かった	5	4.4
長かった	2	1.8
ちょうど良かった	100	87.7
短かった	5	4.4
無回答	2	1.8
合計	114	100.0

### (5) 研修継続の必要性

	n	%
はい	103	90.4
いいえ	4	3.5
無回答	7	6.1
合計	114	100.0

### (6) 自由記載

#### 【要望】

- また研修を行ってほしい (2件)。小規模の研修もしてほしい。
- グループワークの時間がもう少しあるほうが良かった (2件)。
- グループワーク、事例検討をもう少し多く入れて欲しい。
- 事例検討のペーパーが欲しかったです。
- 両研修に参加したい (2件)。
- 行政説明、ガイドラインの概要については、もう少しゆっくり話をしてほしい。
- 事前に提出した質問に対する回答を、質問していない自治体も見られるように、全自治体に送付してほしいです。
- ガイドラインに基づく運用体制を整えるためにも、国からの財政支援をお願いします (2件)。
- グループワークは、できれば違う自治体の人と話せるように組んでもらいたかったです。
- 通報に関して、警察庁と国レベルでの判断のすり合わせをお願いしたいです。
- 自治体も警察も、一定のルール (ガイドライン) の下で活動できるようにしてほしい。
- 診察要否判断の事例集が欲しい (3件)。
- 研修の場に出た意見を取りまとめて、情報共有していただきたい。
- 移送の問題など、現場で使える具体的な課題を取り上げて欲しい。
- 24条ガイドラインもお願いします。
- 窓口設置に期待しています。
- チェックリストの作成

- グループワークを含めて、研修会資料をいただきたい。

#### 【意見】

- 法改正を見据えれば、今後の研修の継続を考えられると思います。
- 全国でのバラツキを少なくしようというガイドラインなのではないかと思うので、地域差はあると思いますが、通報の出し方、対応の仕方について、統一の方向性を出していただくような内容が良いのではないかと思います。
- 自治体事の判断。話し合いによってうまく進めればいい。ケースバイケース。
- 最終的に自治体判断になるのでは、現状が変化しないようにも感じた。継続的に調査などを行い、全国的な標準化を図っていただきたい（2件）。

#### 【質問】

- 23条通報について、原則診察するほうが良いのか？疑問であった。

#### 【感想】

- グループワークで、迷いやすい事例に対して、様々な意見を出し合い、それぞれの立場での考え方などが理解できたことが有意義だった（14件）。
- 他機関の方の率直な意見が聞けて良かったです。
- 時間設定が良かった。
- 自治体ごとに対応（体制）が違うことを改めて知りました（3件）。
- 判断に迷う事例を共有できる機会は貴重だと思う。
- 研修会は、非常に勉強になりました（3件）。
- ガイドラインに沿った活動ができるようになると思います。特に夜間休日については、警察とも切望している所ですので、各自治体で検討していただきたいです。
- ガイドラインが示され、ある程度自治体間格差が縮まるといいと思います。
- 通報が保健所と対応であるのと、県庁対応であるのとでは、事例のような効果的な介入が難しくなるので、保健所設置市との関係を考えていきたいです。
- 広域連携が必要だと思います。
- これをもとに、県版（や小規模研修）を考えていきたいです（4件）。
- 法改正がなされると、ガイドラインも大きく見直されるのかどうか気がかりです。

#### 【その他】

- 西日本、東日本で会場を分けるけど、集まりやすくしてほしい。
- 多忙な時期なので、もう少し後（5月末～6月）に設定していただければ助かります。
- どのような人が参加することが適当なのか。予算も限られ、遠方からの頻回な参加は難しいので。
- グラフ等が見にくいので、資料はカラーが良いです。
- お礼（3件）

別紙4

措置入院者等退院後支援ガイドライン研修（関東）アンケート結果

(1) 職種

	n	%
医師	4	3.4
保健師	60	51.7
看護師	1	0.9
精神保健福祉士	24	20.7
心理職	3	2.6
その他	22	19.0
無回答	1	0.9
	116	100.0

(2) 内容

	行政説明	ガイドライン概要	自治体の取り組み	具体的手順
	n (%)			
とてもわかりやすかった	6 (5.2)	21 (18.1)	29 (25.0)	19 (16.4)
わかりやすかった	91 (78.4)	88 (75.9)	84 (72.4)	85 (73.3)
わかりにくかった	17 (14.7)	6 (5.2)	1 (0.9)	8 (6.9)
とてもわかりにくかった	2 (1.7)	1 (0.9)	0 (0.0)	1 (0.9)
無回答	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.7)	3 (2.6)
	116 (100.0)	116 (100.0)	116 (100.0)	116 (100.0)

(3) 時間

	n	%
長かった	3	2.6
ちょうど良かった	88	75.9
短かった	14	12.1
無回答	11	9.5
合計	116	100.0

(4) 研修継続の必要性

	n	%
はい	115	99.1
いいえ	1	0.9
合計	116	100.0

(5) 自由記載

【要望】

- 都でも利用出来る予算をつけてほしい。マンパワーは必須です。
- 医療機関に向けての研修を行うにあたっては、自治体へもアナウンスいただけると幸いです。
- ガイドラインを作るのであれば、自治体の予算編成時期に何らかの情報提供をしてもらいたい。
- 医療機関が退院支援に対し、今後どのような動きになっていくのか、病院としての考えも聞く機会もあると良いです。
- 各自治体の判断、対応が必要となるため、困ることも多いと思われる。取り組みの進捗状況に応じた内容での研修や、情報提供をしていただけるとありがたい。
- 「現法で…」という言葉があったが、法が通った後、大きな変化が無いようお願いしたい。

- 病院職員に対する説明会を開催してほしい。県での研修会も開催する予定ですが、直接説明を受ける機会を設けてほしい。
- 事例検討の研修をメインで開催していただきたい。
- 入院～計画作成～退院後支援～終了までのフローは事例によってパターンが異なるため、フローパターンをいくつか整理出来ると、自治体は人員体制や事務上のフローを検討しやすいと思います。
- 医療機関への研修会を早めに実施してほしい。
- 質問を受け付ける窓口をぜひ設置してほしい。フォローの研修を実施してほしい。
- 法改正が無い中なので、あくまでも現行法の中で…は仕方ないですが、もう少しガイドライン運用開始時期、ある程度基準を設けてほしい。さらに地域格差が生じる恐れがある。やるならやるで、はっきり示していただきたい。年度末のガイドラインの発出ではなく、実施までにある程度準備期間がないと、良い支援体制の構築が困難。診療報酬にもからむので困っています。
- 法改正された場合も研修をお願いしたい。

#### 【意見】

- 昨日と同様、説明が早口でわかりにくかった（特に国）。説明をきちんとした上でのグループワークならよいが、どちらも中途半端。事前質問が全く解決していないので、Q&Aを早く出して欲しい。また、Q&Aでも解決しなかった場合の問い合わせ先をQ&Aを出すときにきちんと明記して欲しい。
- 計画立案までではなく、実際の支援と計画の実施状況のモニタリング（会議）のやり方までをぜひ研修の機会を作ってください。
- 退院後支援のための協議のデモンストレーションも行ってほしい。
- 自治体と病院を併せた研修もあれば望ましいかと（計画の擦り合わせ、プロセスの確認が図れる）。
- 現行法下で実施する状況では、自治体の裁量に任せられるところが多く、研修中の質問を聞いていても地域間で格差が生じる心配があると感じた。出来る限り統一されたガイドラインを早期に示されることを期待したい。
- 実際に関わる関係機関へしっかり説明をする等していただければ実施しやすい。なんでも各自自治体まかせになげられた感が大きい（丸投げされる感じする）。詳細や、各自自治体の特徴に合わせてやるのは、連携して説明してやりますが、大枠をきちんとHPや関係機関へ説明してほしい。
- 特別区は、措置権者と保健所設置自治体が異なるため、ガイドラインに沿った退院後支援をすぐに行うのは難しい。ガイドラインに沿った支援を行うための準備をどのように整えたらよいのかについて、国、都から方針を示していただけるとありがたい。
- 内容は理解したが、都と区の調整が必要ではないか。措置解除となる短期間で動くのは厳しい。

#### 【質問】

- GHや施設入所となった場合の計画実施自治体は施設所在地か？今まで、支援は元の住民票のあった地域のPHHだったし、障害区分は住民票にもとづくので。

- 運用についての病院との擦り合わせ、どこがどのようにしますか？病院への説明で完了するのでしょうか？自治体からも個別にすべきですか？

#### 【感想】

- グループワークは不要とも思います。今回のテーマなら Q&A で内容をふくらませていける気がしました。
- 計画を作ること、支援等人力が必要になります。現状でも不足を感じているなか、更に負担が増え、良質なサービス提供は難しいです。良質なサービスには増員が不可欠です。
- 退院後支援を行うケースの可否の判断が難しいと思う。地域での運用に差が出てくると思うが、格差をなくすための検討も必要と思った。
- 研修は病院側、行政側ともに継続してほしい。ガイドラインは示されたが、今まで精神保健活動の中で行っていた支援とどのあたりが異なるのか、対応（体制）を変える必要があるのかなど、これをどう実際に行うのか考えたい。
- ガイドラインは最低ラインの質を揃える意味でとてもわかりやすく参考になります。
- 制度だけができて、運用がついていない。これから中心になってやるとのことですが、病院から聞かれても答えられないので困っています。
- 今後、手探りでやっていく形になると思うので、定期的に複数に参加できる研修を行っていただければと思います。
- 病院は民間が多いのでどこまで徹底できるか不安。地域丸投げになっても困る。都のガイドライン説明、補助金等の検討をしていただきたいです。ガイドラインなので、出来る範囲でということが区組織の中での位置づけ、予算だて、人材確認 etc.課題がいっぱいです。
- 退院後支援計画を運用していく中で、人員の確保が最も重要だと思っています。自治体がきちんと予算取りができるよう、目安や基準を設けて欲しかったです。
- 計画作成や会議の持ち方に関するグループワーク等をしていただくと、実際のイメージができたように思います。
- 狭山保健所や千葉市での取り組みについて参考になりました。ガイドラインの運用実績がある程度積み重なった時期に研修があれば他自治体の対応など参考にしたいと思います。
- 現時点では（各自治体が今後の不安を抱えている状況では）p.m.の事例についてはもう少し困難性が低い例が良いかもしれません。
- 行政説明について、やや早口で聞き取りにくいところがあった
- 自治体で決めないといけないことが多く、決めていないのでイメージしにくいところがあった。

#### 【その他】

- 内容はわかりやすかったが、中核市であることから、県保健所とどのように協働したらよいか迷う。
- 今回の研修で 23 区が他自治体とは違う環境にあることがよくわかりました。東京都としての対応のガイドラインが早期に示されることを希望します（東京都にも要望は伝えていきますが、国からの働きかけも必要かと思います）。
- 研修場所の立地、交通の便が良いと楽です。
- 業務量の目安があると人員要望しやすいので、今後標準的な数字を出してくれると助かりま

す。

■業務量がどのくらいになるのか不明（地域の実態に応じて適当に増やすしかない）

## 措置入院者等退院後支援ガイドライン研修（関西）アンケート結果

### （１）職種

	n	%
医師	1	1.0
保健師	51	53.1
看護師	1	1.0
精神保健福祉士	19	19.8
社会福祉士	2	2.1
その他	22	22.9
	96	100.0

### （２）内容

	行政説明	ガイドライン概要	自治体の取り組み	具体的手順
	n (%)			
とてもわかりやすかった	15 (15.6)	25 (26.0)	29 (30.2)	22 (22.9)
わかりやすかった	74 (77.1)	68 (70.8)	64 (66.7)	65 (67.7)
わかりにくかった	5 (5.2)	2 (2.1)	2 (2.1)	7 (7.3)
とてもわかりにくかった	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	94 (97.9)
無回答	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	2 (2.1)
	96 (100.0)	96 (100.0)	96 (100.0)	96 (100.0)

### （３）時間

	n	%
長かった	3	3.1
ちょうど良かった	74	77.1
短かった	14	14.6
とても短かった	1	1
無回答	4	4.2
合計	96	100.0

### （４）研修継続の必要性

	n	%
はい	85	88.5
いいえ	7	7.3
無回答	4	4.2
合計	96	100.0

### （５）自由記載

#### 【要望】

- 事例検討を増やしてほしい。
- 質問への回答や実施要領案を一日も早く示してもらいたい。
- 実際に計画作成した自治体の状況を知る機会を作っていただきたい。
- 今後いろいろなケースが積み重なってくると思うので、都度都度周知であったり研修であっ

たりをしていただければと思います。出来れば現場の職員は必聴と思いますので、お手数ですがブロックごとに複数回で（一度に皆が一斉に研修に行けないので）実施してもらいたいです。

- 医療機関への研修等をお願いしたい。
- 昨日の研修もですが、質疑応答をメールで送ってくださるということで、もしよければ研修会内で出た質疑応答分も入れていただければありがたいです。
- 今後も措置入院患者の退院後支援のあり方のみならず、受診支援のありよう等についてもご教示願いたい。
- 実際の運用事例を聴く場を定期的に設けていただきたいです。
- 医療機関の協力は不可欠なので、HP 向けの説明会も早急に開催していただけると助かります。
- 昨日、本日のグループワークでの事例についての資料を提供いただきたいが、可能でしょうか。

#### 【意見】

- 実施となると事務量が増え、専門職等増員、予算措置が望まれる。
- アセスメント結果や意見書について、自治体が HP へ意見することも出来るとのことだったが、HC 職員にそこまでのスキルがあるとは言えない現状がある。
- 実際に取り組むには人員不足が課題。また措置入院にならないような日ごろの精神保健活動が今後ますます必要になると考える。

#### 【感想】

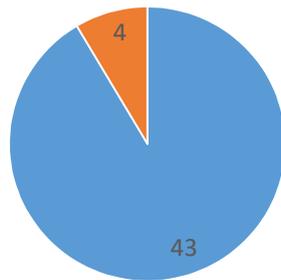
- 他自治体の状況を知ることができて良かった。
- 説明ではわかりますが実際に動いてみないとわからないなと思いました。
- 事例で考える機会があり良かったと思います。今後また継続して課題等の検討をできる機会があるとありがたいと思います。
- グループワークの時間がもう少しあれば良かったです。
- 今後、具体的に調整しないといけないことや課題（ガイドラインを読むだけでは気づけなかったところ）に気づくことができました。
- 滋賀、岡山の事例発表がよくわかり良かったです。
- 26日27日を通して、本県でどう対応するか、持ち帰って協議したいと思います。今後もご教示よろしくをお願いします。
- グループワークの時間が短く、もう少し考える時間が欲しかった。

#### 【その他】

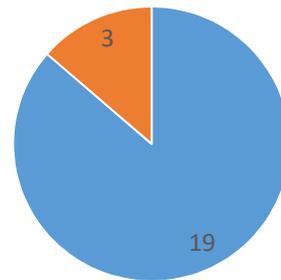
- 資料がうすくて見えづらい部分が多かった。できるだけ早急に PDF 原稿をいただきたい。
- 出席者の名簿があれば良かったです。
- 他自治体との交流を深めるため、出席者名簿があればありがたかった。
- 出席者の名簿をいただきたいです。
- 研修に参加している各自治体と情報交換するためにも、参加者名簿や席次（各自治体名の記載されたもの）があると良かったです。

## 回答率

都道府県 47都道府県中43(91.5%) 政令指定都市 21政令市中19(90.5%)



■ 回答済 ■ 無回答

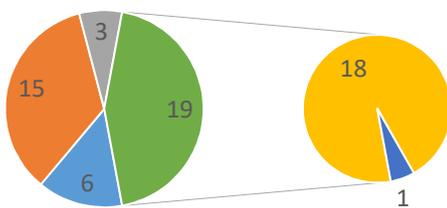


■ 回答済 ■ 無回答

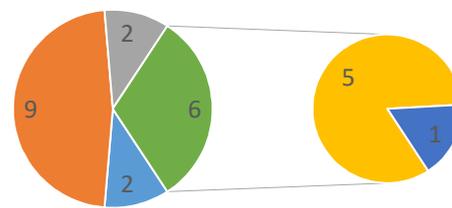
## 措置入院の適切な運用に資するための地域の関係者による協議の場の設置状況

都道府県(43自治体)

政令指定都市(19自治体)



■ 設置予定なし ■ 今後設置予定 ■ 無回答・その他  
■ 既存会議を活用 ■ 新規新設



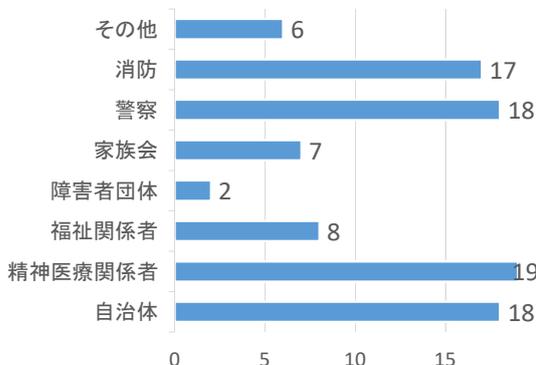
■ 設置予定なし ■ 今後設置予定 ■ 無回答  
■ 既存会議を活用 ■ 新規新設

## 「措置入院の適切な運用に資するための地域の関係者による協議の場」に活用した既存の会議体名

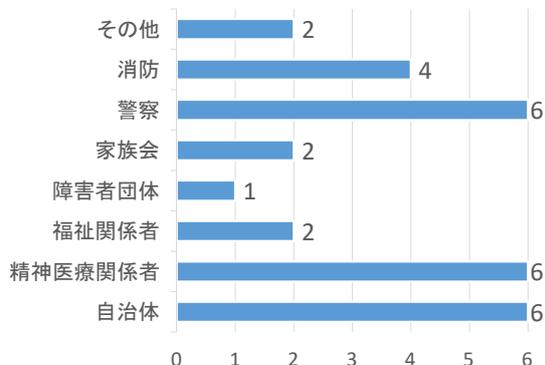
- 地方精神保健福祉審議会および精神科救急医療システム協議会
- 地域精神保健福祉連絡会
- 退院後支援担当者連絡会
- 精神保健連絡会議
- 精神保健福祉業務連絡会
- 精神保健医療緊急対応連絡会
- 精神障害者措置業務連絡会議
- 精神科救急情報センター運営協議会
- 精神科救急医療体制連絡調整委員会(3件)
- 精神科救急医療体制整備事業連絡調整会議
- 精神科救急医療システム連絡調整委員会(3件)
- 精神科救急医療システム運営委員会
- 精神科救急医療システムブロック会議
- 精神科救急医療システムに係る〇〇ブロック関係機関連携会議
- 精神科救急システム運営委員会
- 自立支援協議会精神保健福祉部会
- 県措置入院制度連絡調整会議
- 県精神科救急等の運営に関する検討会
- 県精神科救急医療体制連絡調整委員会
- 県精神科救急医療システム連絡調整委員会
- 県精神科救急医療システム〇〇ブロック関係機関連携会議
- 緊急対応関係者連絡会

## 協議の場の参加者

### 都道府県(19自治体)



### 政令指定都市(6自治体)



## 協議の場の参加者の「その他」の具体例

- 一般医療関係者
- 一般医療機関
- 家庭裁判所
- 刑務所
- 検察庁(検事、事務官)
- 新聞社
- 精神科救急医療システム事業受託業者
- 精神保健福祉士協会
- 弁護士会
- 法務局
- 民間心理相談室
- 臨床心理士会

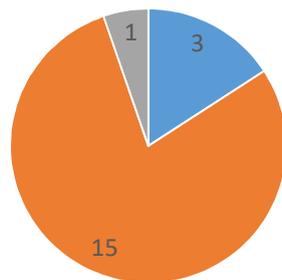
## 協議の場の年間開催回数

n=58 (欠損1)

	0回	1回	2回	3回	14回	合計
都道府県	1	11	5	1	0	18
政令指定都市	0	4	0	0	1	5
合計	1	15	5	1	1	23

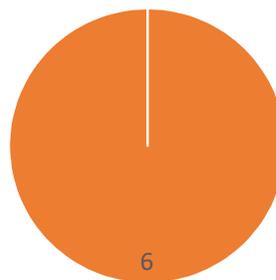
## 協議の場の公開の有無

都道府県(19自治体)



■ 公開 ■ 非公開 ■ 無回答

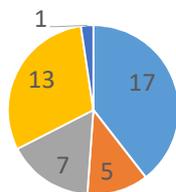
政令指定都市(6自治体)



■ 公開 ■ 非公開

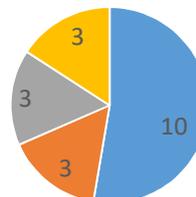
## 措置入院運用ガイドラインの運用マニュアルの整備状況

都道府県(43自治体)



■ 整備している  
 ■ 整備予定なし  
 ■ 今後整備する  
 ■ 国や既存のマニュアルを活用  
 ■ 無回答・その他

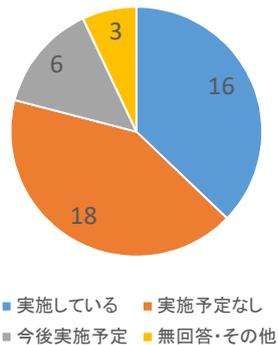
政令指定都市(19自治体)



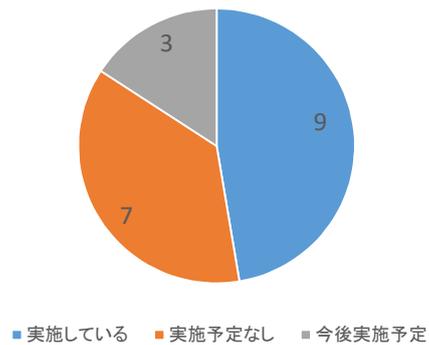
■ 整備している  
 ■ 整備予定なし  
 ■ 今後整備する  
 ■ 国や既存のマニュアルを活用

## 措置入院運用に係る研修会の実施状況

都道府県(43自治体)

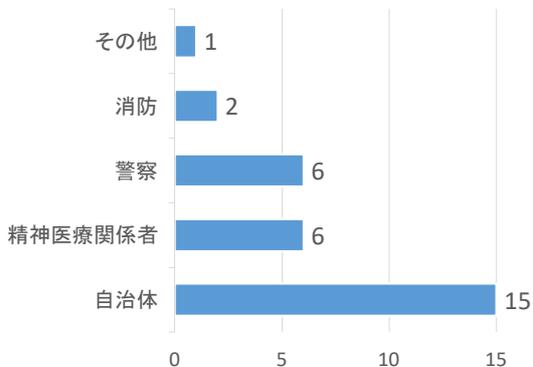


政令指定都市(19自治体)

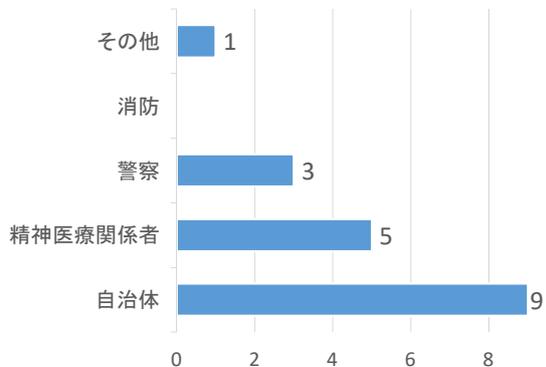


## 措置入院運用に係る研修会の参加者

都道府県(16自治体)



政令指定都市(9自治体)



## 研修会の参加者の「その他」の具体例

- 新規輪番職員・調査員・調整員
- 福祉関係者

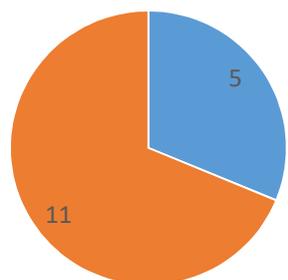
## 措置入院運用に係る研修会の年間開催回数

n=58 (欠損1)

	0回	1回	2回	3回	14回	合計
都道府県	1	11	5	1	0	18
政令指定都市	0	4	0	0	1	5
合計	1	15	5	1	1	23

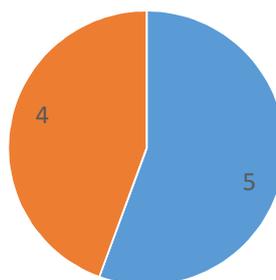
## 措置入院運用に係る研修会におけるグループワークの実施状況

### 都道府県(16自治体)



■ 実施している ■ 実施していない

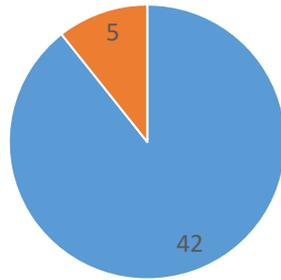
### 政令指定都市(7自治体)



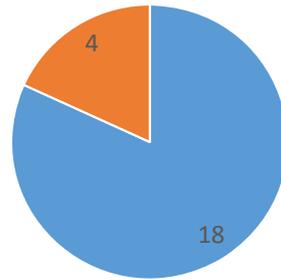
■ 実施している ■ 実施していない

## 回答率

都道府県 47都道府県中42(89.4%) 政令指定都市 21政令市中18(85.7%)



■ 回答済 ■ 無回答



■ 回答済 ■ 無回答

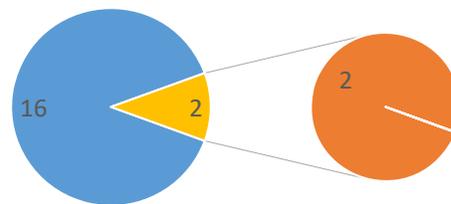
## 精神障害者の退院後支援に関するガイドライン またはマニュアルの整備状況

都道府県(42自治体)

政令指定都市(18自治体)



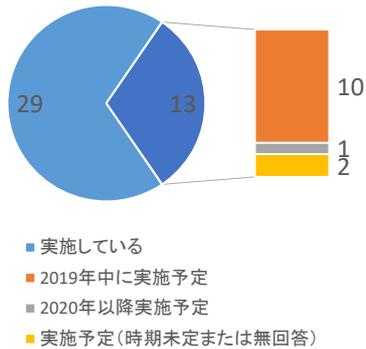
■ 整備している ■ 今後整備予定 ■ 国のガイドライン等を活用



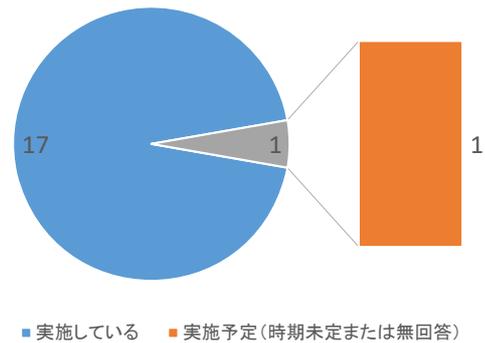
■ 整備している ■ 今後整備予定 ■ 国のガイドライン等を活用

# ガイドラインに基づく退院後支援の実施状況

都道府県(42自治体)



政令指定都市(18自治体)

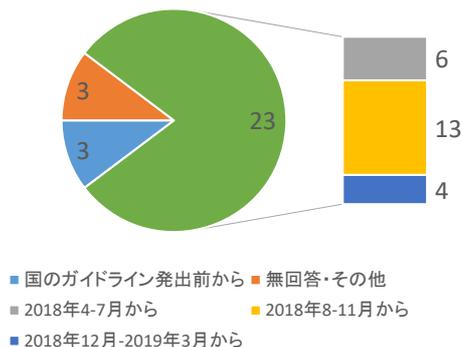


## 退院後支援の実施が不可能な理由の具体例

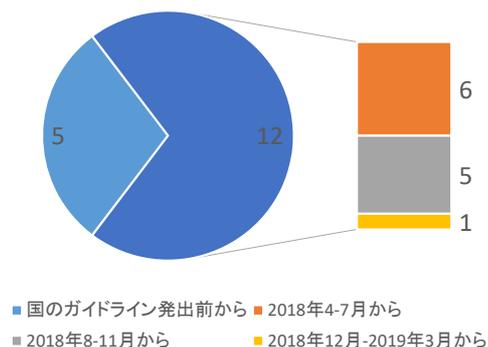
- 実施時期は未定。法改正や他都道府県の状況等を確認しながら実施。

## 退院後支援を開始した時期

都道府県(29自治体)



政令指定都市(17自治体)

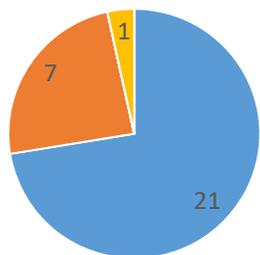


## ガイドラインに基づき退院後支援計画を作成した人数

	0人	1-5人	6-10人	11-15人	16-20人	21人以上	カウン トなし	無回答	合計
都道府県	2	10	3	5	3	1	4	1	29
政令指定 都市	2	3	4	4	1	2	0	1	17
合計	3	13	7	9	4	3	4	2	46

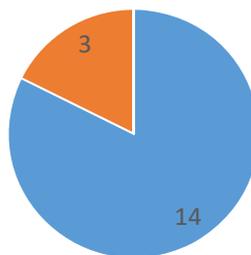
## 計画作成に係る本人の同意取得方法

都道府県(29自治体)



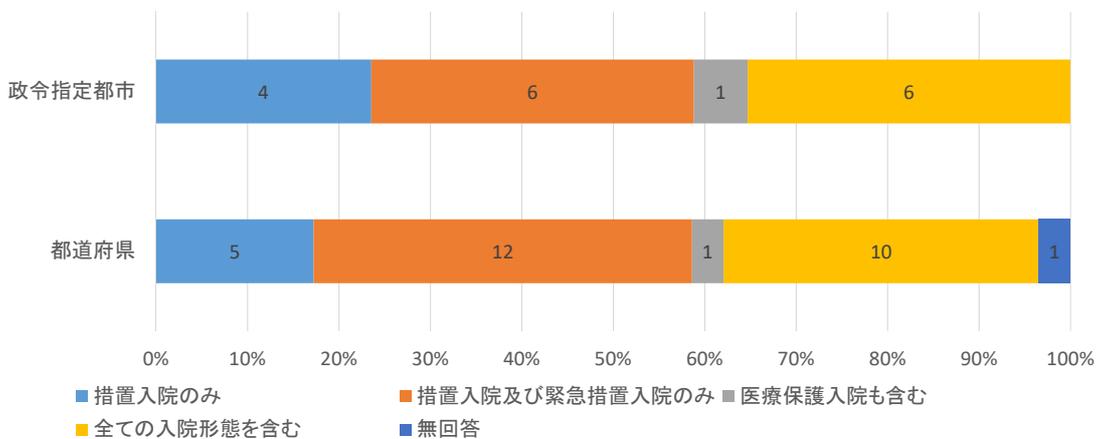
■ 書面による同意 ■ 口頭のみで同意  
■ 同意確認は特にしていない ■ 無回答

政令指定都市(17自治体)



■ 書面による同意 ■ 口頭のみで同意  
■ 同意確認は特にしていない ■ 無回答

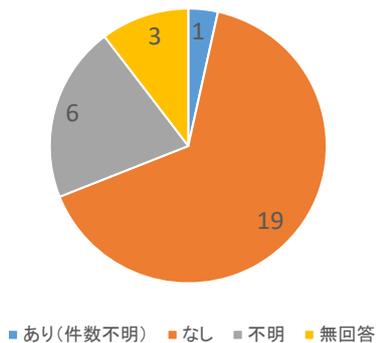
## 退院後支援計画の作成対象



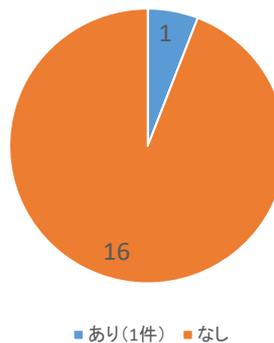
■ 措置入院のみ ■ 措置入院及び緊急措置入院のみ ■ 医療保護入院も含む  
■ 全ての入院形態を含む ■ 無回答

## 退院後の医療等の支援の関係者が参加する会議に警察が参加した例があったか

都道府県(29自治体)

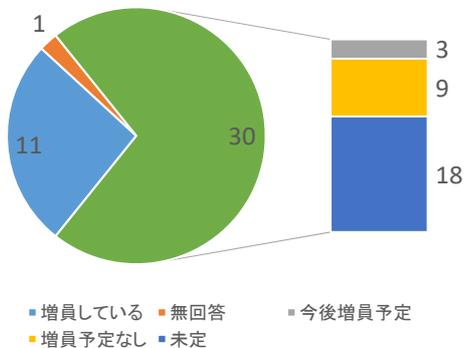


政令指定都市(17自治体)

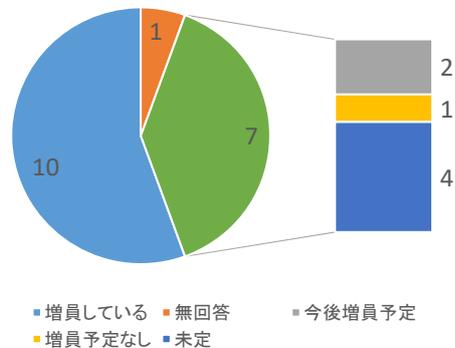


## 精神障害者の退院後支援を実施するための人員整備

都道府県(42自治体)



政令指定都市(18自治体)



## 退院後支援のために増員された人員の具体例

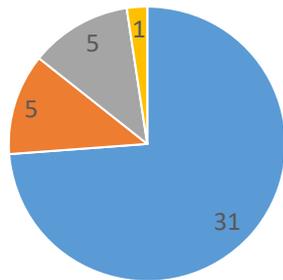
- 看護師・准看護師 計7名
- 看護職 1名
- 保健福祉事務所8カ所に社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、事務職等の非常勤職員等を配置
- 行政事務(福祉職) 5名
- 精神保健福祉士 1名
- 精神保健福祉士 2名 (2カ所)
- 精神保健福祉士 5名
- 精神保健福祉相談員 4名
- 福祉職 5名
- 保健師・看護師・精神保健福祉士 計2名
- 保健師・精神保健福祉士 計8名
- 保健師 1名 (3カ所)
- 保健師 1名、精神保健福祉士 1名
- 保健師 1名、精神保健福祉士 3名
- 保健師 2名
- 保健師 3名
- 保健師 3名、精神保健福祉士 2名
- 保健師 4名

## 増員された人員の配置場所の具体例

- 保健所
- 県型保健所の本所
- 市内各保健所健康課精神保健福祉課
- 措置件数の多い保健所
- 保健センター及び支所
- 精神保健福祉センター
- 市こころの健康センター
- 精神保健福祉課
- 精神保健課
- 保健衛生部こころの健康センター精神保健福祉室
- 本庁主管課(措置入院実施担当課)
- 本庁精神保健医療課

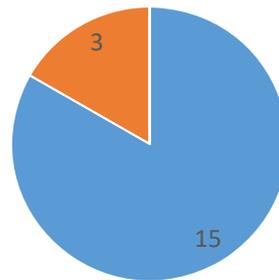
## 精神障害者の退院後支援に係る研修の実施状況

都道府県(42自治体)



■ 実施している ■ 実施予定なし ■ 今後実施予定 ■ 無回答

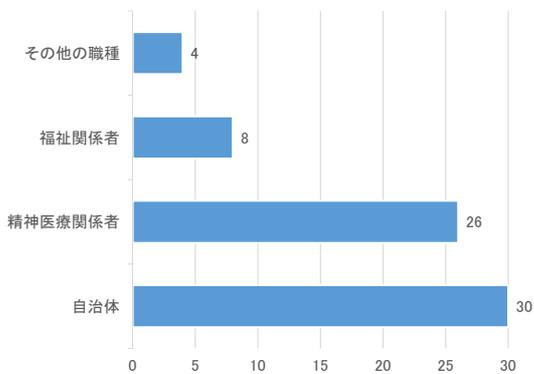
政令指定都市(18自治体)



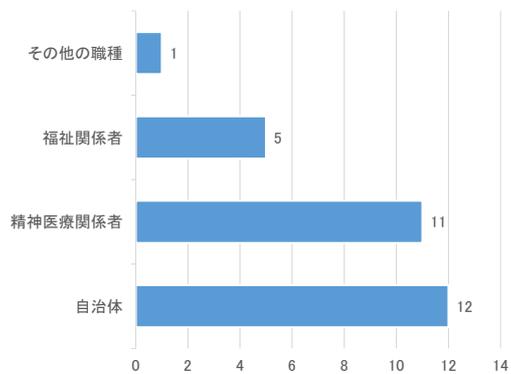
■ 実施している ■ 実施予定なし ■ 今後実施予定 ■ 無回答

## 精神障害者の退院後支援に係る研修に参加した職種

都道府県(31自治体)



政令指定都市(15自治体)



## 研修に参加した職種の「その他」の具体例

- 保護観察官
- 身体科医療関係者
- 訪問看護ステーション職員
- 管内警察署
- 警察署
- 保健所精神保健課職員

## 精神障害者の退院後支援に係る研修会の年間開催回数

	0回	1回	2回	3回	4回	12回	無回答	合計
都道府県	11	19	5	2	3	1	1	42
政令指定都市	3	8	4	0	1	0	2	18
合計	14	27	9	2	4	1	3	60

## 自治体アンケートにおける自由記載

## 措置入院運用に係る協議の場に対する意見

- 当市の精神科救急医療実施体制は、県及び、県内他政令指定都市と協調で運営しており、現在協調事業として実施している既存の会議を、協議の場と位置づけることも含め、他県市と調整中。
- 措置の協議は既存の枠組みの中でうまく運営できていたが、このガイドラインで明文化されたことにより、その枠組みが崩れ、事務手続きや運営等が非常に煩雑となり、大変な迷惑をこうむっている。
- 措置入院の運用のための協議の場を新たに設置する予定はないが、他の会議や指定医研修会等を利用して関係者間で認識を共有し、措置入院の適切な運用を行っていきたい。
- より具体的な協議を行うには圏域毎の協議の場が必要
- ガイドラインにおいて「地域の精神保健医療福祉体制等について協議する既存の会議体があれば
- 当県の実情として、まずは警察と県との2者間で調整すべき内容が多く、精神科医療関係者、福祉関係者、障害者団体、家族会、消防機関を協議に交えた協議に移行できる段階にない。
- 当県では、23条通報は概ね適正に通報されており、警察との関係も良好なため、協議の場を急いでいない。今後検討していく。
- 今年度は、精神科医療機関、三次救急医療機関、警察、消防等で構成する既存の会議に、家族会代表をオブザーバー参加とし、措置入院の運用について検討した。
- 設置については未定。既存の会議での協議が適切かどうかも含め、今後の進め方等について医療機関等の意見も聞きながら政令市と協議を継続中。うち2回警察本部も入り意見交換。今後協議を行い、地域事情に合う形での協議の場の持ち方について検討していく予定。なお、医療機関と警察と行政機関で酌量時の診察の取扱い等について協議するための勉強会を実施した。
- 平成30年度は措置入院の適切な運用のための事例検証、課題明確化するために、実務者級会議も実施した。平成31年度は関係者には上記の他、弁護士・福祉関係者・家族会が加わる。
- 精神科救急医療システム連絡会など、既存の会議等を活用する予定。
- 都道府県単位の設置か、圏域ごとに設置すべきか検討中。
- 常設の会議ではないが、県、県警察本部、市で、通報の運用などの調整の場を持った。今後も課題に応じて、その都度場を持つことになる。

## 研修に対する意見

- これまで実施した研修は、精神科救急を担当する部署に配属された市職員（常勤・非常勤）向けの研修で、関係機関向けの研修は未実施となっている。
- 平成30年4月に都道府県警察本部と都道府県衛生部局の両方を対象とした会議が開催された。県警は会議で提供された資料全てが厚労省の方針であると曲解し、それを解くことに時間

を要することとなった。研修の内容と開催方法については、細心の注意を要すると考えている。

- 指定医の研修が必須ではないかと思うが、県単位での研修立案は困難。
- 圏域で年1回行っている精神保健連絡会議の場で、簡単なガイドラインの説明を行うことを検討中。また、研修資料（グループワークの事例を含み）を提供いただけると、研修も開催しやすいと思う。
- 医療、保健、警察関係のグループワーク形式の研修の実践例があれば教示していただきたい。
- 国においても研修会（警察対象・保健所対象）を開催して欲しい。
- 当市では、23条通報において各警察署によって多少の差はあるものの、従前から県警本部と連携しながら対応しているため、目立った問題はなく、ガイドラインが出たことによる影響は特段受けていない。それでも、現場の警察署からは「ガイドラインには〇〇と書いているが…」と質問を受けることはあり、今回研修を行ったことで現場どうしの顔の見える関係づくりや、グループワークを通して互いの立場の違いや視点を理解、共有できたことはよかった。
- 実施するとすれば、ガイドラインを踏まえた当県の運用マニュアルが整備された後に、その運用マニュアルの内容等に関する研修であろうと思われる。
- 本県では現行マニュアルをもとに自治体向けの研修（講義・グループ等）を年1回実施している。外部関係機関向けの研修については今後検討していきたい。
- 研修は実施していないが、県保健所及び政令市を対象に、事例検討を年6回開催している。
- 医療機関と警察と行政機関で酌量時の診察の取扱い等についての勉強会を実施。研修会の実施については未定。
- 年3回、県主幹課、精神保健福祉センター、各保健所で、担当者会議を開催しており、その中で、措置入院と運用に係る事例検討等を行っている。また、圏域によっては、警察との意見交換会、医療機関との連絡会を年1回開催し、措置入院の運用やガイドラインの情報の共有を図っている。
- 必要に応じて実施する。
- 研修会を開催する際の講師等の紹介を希望する。
- 実施要綱を改正後、関係機関に周知をした上で、必要に応じて研修を実施するかを検討する。

### 措置入院運用ガイドラインに対する意見

- 診察不要の判断について：措置診察を行う必要がないと判断される具体的なケースを多く示していただくと、より円滑に制度運用が出来る。
- 地域の状況、実情によってガイドラインの内容が弊害になる可能性を感じる。
- 本県においては、県下の通報件数だけでみると、約1割程度減少する見込み。ガイドラインの影響かどうかの判断は時期尚早ではあるものの、県警から「精神保健福祉法23条通報について」の講義依頼があるなど、いい変化もあった。今後、ガイドライン発出前と、発出後において、通報件数やその後の結果などにどのような変化が生じたかどうかなどの、適宜、情報提供していただきたい。
- 以下について国から示してほしい。

①措置診察の要否の判断のためのチェック表の作成（保健所として、警察へ示せる根拠が必要です）

②警察に向けた措置入院判断基準の提示（通報対象者の詳解の作成）

「死にたい」「入院したい」というケースも通報がある。他害行為は、刑事罰程度とあるが、自傷は基準がなく、通報が増え、苦勞している。地域で協議と言われるが、地域での基準作成は難しい。

③各県の取組み好事例の把握と報告。

■被通報者が警察により保護されていない状況での通報が増えており、これまで得られていた警察からの協力や連携に支障が生じている。

法第 27 条第 1 項の事例調査について、ガイドラインでは専門職が実施することが望ましいとされている。しかし、法解釈上、調査は申請等に関する事実の確認にとどまるとされていることから、調査で確認する事項について整合性を図っていただきたい。

■全国統一基準で行えるよう QA の適宜更新をお願いしたい。

■緊急措置入院ありきでない措置入院の運用に係る体制（特に夜間・休日）の整備が必要だと思われるが、指定医の確保、移送、保健所職員の出務等が課題。

■国のガイドラインを受け、平成 30 年度に「措置入院運用検討委員会」を県市共同で 2 回開催。平成 31 年度から、23 条通報に対する夜間休日の対面調査や移送対応の体制について一部見直しを行う予定。

■警察は、「保護・逮捕しなくても通報できる」（ガイドライン 5 ページ）、「視認していなくても通報できる」（ガイドライン 7 ページの（イ）」と解釈している。保健所の負担がますます増えた印象。

■23 条通報だけでなく、24 条、26 条通報のガイドラインもご検討いただけないか。24 条通報に添付された簡易鑑定書に、「措置入院が必要」等と記載されているものが増えており、この記載内容に疑問を感じる。

■明らかに医療観察法の対象と思われるケースが 23 条通報となったり、透析者は医療観察法では身体合併対応病院がないとって 23 条通報されることがある。医療観察法との関係についても整理していただけないか。

■関係機関で協議しながら、出来ることから取り組もうと模索しているところであるが、すべてガイドラインどおりに変更することは実現的には困難な状況。30 年 4 月の研修会時に、「ガイドラインは改訂が前提」とのことであり、その動向を注視したい。また、公衆衛生関係行政事務指導監査においては、措置入院の運用について厳しく指導される傾向があるが、一律の指導ではなく、各団体との協議状況等も踏まえた指導や、助言等をお願いしたい。

■ガイドライン P19 にも言及されているように、法第 29 条第 4 項に措置入院優先主義が規定されているが、実際の運用では、県内に存在する全ての病院（国等の設置した精神科病院及び指定病院）から措置入院の受け入れを断られるなど、受け入れ先の確保に苦慮する事態が生じている。このように受け入れ先病院が確保できない場合の取扱いについても、当ガイドラインにてお示しいただきたい。

- 措置診察の結果、措置入院は不要と診断されたが、医療保護入院等他の入院形態での入院が望ましいと判断された場合（いわゆる措置崩れ）の移送の手続きについては、「精神障害者の移送に関する事務処理基準について」（平成12年3月31日障第243号）にて言及されているが、通常の34条移送の場合とは想定される場面に差異があることから、自治体ごとに必ずしも統一的な運用がなされていないのではないかと思われる。そのため、このような措置崩れの移送の運用について各自治体に対し調査を行ったうえで、実務の実情を踏まえた標準的な手続きのあり方を今後当ガイドラインにて具体的にお示しいただきたい。
- 「通報対象者の引き取り義務について負うことはない」記載を要望する。
- 精神保健福祉法第24条通報を受理するため、通報前に行われる精神鑑定書の結果等の資料の取り扱いについての記載を要望する。
- 管内警察署の理解は日々の業務を通じて、理解してもらっている。しかし、ガイドラインによって県警本部は精神保健福祉法第23条は保護なしでも通報できるものとの認識につながってしまっている一面もある。
- ガイドラインに関する全国会議を開催し、都道府県の運用状況について情報交換の機会を設けていただきたい。
- 例えば、酩酊のため措置監察の要否判断を保留とする場合に、被通報者の身柄の保護を誰がどこで行っているか、又、酩酊が醒めていなくても措置監察を行った事例等について、情報交換でいれればと思う。
- 退院後支援ガイドラインに係る退院後支援計画作成等に要する経費に対して地方交付税措置が行われていることと同様に、措置監察の運用に関するガイドラインに要する経費についても、地方交付税措置を行っていただきたい。
- 法改正により、ガイドラインの位置づけを改める予定はないのか、知りたい。

### 退院後支援実施にあたっての困難に関する意見

- 同意が取得できなかった場合の扱い（支援途中の同意撤回を含む）。
- 帰住先が他県や他中核市・指定都市等である場合、実施体制が自治体によって異なるため、患者本人はもとより、保健所や現在入院している病院が他県保健所等と調整する業務の負担が大きい。各自治体の支援内容ができる限り同一、標準化されるよう努めていただきたい。
- 退院後支援計画に基づいて支援を行う場合は、加算により本人の自己負担額が増えることもあり、本人の同意を得ることが難しい。
- まだ試行段階で、患者からの同意を得るまでの状況のため、今後、困難な課題が出てくると思われる。
- 対象者の選定について：認知症や知的障害や一過性の病状の人をこの計画策定の対象者にするのか判断に苦慮する。
- 同意について：入退院を繰り返している方に事業の説明を行っても、理解をしてもらえず、拒否される。退院後支援が必要と思われる対象者の同意を得ることに困難さがある。
- 措置入院受入病院が対応保健所から遠方の場合があり、旅費や時間を工面することが非常に難しい。交付税措置では、かかる経費について予算要求することも難しい。

- 文書（「ガイドラインに基づく退院後の支援計画の作成について」）により、対象者に説明し、口頭で同意を得るといった形をとっているが、2018年10月以降、対象者が2名いたものの、いずれも支援を受けることに対して消極的であり、計画作成に至っていないのが現状。
- 会議を開催する際、関係者全員の日程調整に苦勞した。同意を得るタイミングが、措置解除時点となり、解除後、入院形態を変更した事例になっている。
- 同意を得ることが困難な事案ほど支援が必要なことが多い。ガイドラインや退院後支援計画のみが先行し、保健所の本来業務である「関わること」がおろそかになってしまう可能性がある。
- 退院後支援計画終了後も必要な人にマネジメントができるよう、移行後の連携やバックアップ体制の確立。
- 同意を口頭で取っているが、認知機能の低下などで同意したことをはっきりと記憶していないケースがあり、毎回事業同意の確認から入っている。また、同意すれば、早く退院出来ると誤解する人が多く、同意が得られた方でも措置入院中に事業の内容を十分に納得するのは難しいように感じる。
- 様式等について、診療報酬の関係もあるので、どこまで自治体に裁量があるのか悩んでいる。自治体、病院側共に現行体制で実施しているため、業務量増加による負担が大きいという意見が多い。支援対象者の選定にあたり、裁量の余地が大きく、実施する保健所に戸惑いがある。
- 帰住先が市外や県外となる場合の退院後支援の連絡調整や引継ぎ。市外の病院に入院した者の退院後支援は物理的に負担感がある。
- 医療機関が精神科措置入院支援加算を算定するためには、入院中にアセスメントの結果や意見を自治体へ提出しなければならないが、入院期間が短い場合等、入院中に意見書を提出することが困難な場合もある。ガイドラインでは、状況により退院後速やかに計画を立てて支援することも可能としていること、計画作成に必要な協力をしたが、加算の算定ができないといったトラブルを避けるためにも、ガイドラインと加算の算定要件を揃えるなどの対応をお願いしたい。
- 入院先と通院先の医療機関が異なる場合、入院中に作成する計画において、通院先の主治医の治療方針をどこまで共有、反映させられるかが課題である。入院先で退院前に個別ケース検討会議を開催し、通院先の相談員にも参加してもらったうえで計画作成を行ったが、実際に通院先で治療を行う際に、主治医から計画が治療の足かせになるといった意見が出され、再度通院先において入院先の主治医も呼んで会議を開催し、計画内容を見直して再交付した事例があった。入院先・通院先の両主治医が一同に会して協議できることが最適だが、なかなか難しく、そもそも通院先に相談員がいない等、調整が困難な場合は、計画作成には協力できないと判断される入院医療機関もある。
- 措置を行った都道府県又は政令指定都市と帰住先保健所設置自治体が異なる場合の連携が難しい。ガイドラインでは「共同して退院後支援計画の作成主体となることが適当」とされているが、実際には、措置を行った自治体が退院後支援計画を作成し帰住先自治体に送付し、それを参考にして帰住先自治体が再度、退院後支援計画を作成し交付している実態がある（特に遠隔

地の場合)。また、遠方の帰住先保健所設置自治体から会議への出席依頼があり管外出張で会議に参加したケースもあるが、時間や経費もかかる。

- 帰住予定先の保健所設置自治体において、患者を受け入れる医療機関が見つからず対応に苦慮している事例がある。
- 本市には単科の精神科病院が1カ所しかなく入院先の医療機関が遠方となることから、病院への訪問等支援に時間を要している。
- 法改正されていないので、病院での取組の差や保健所からの問い合わせ等にも明確に回答できないことがある。
- 退院後支援計画の作成にあたっては、本人同意が必要であるが、支援を拒否するケースがあるほか、発達障害など、薬による治療効果が少ないケースがある。
- 人員と時間がかかり、マンパワーが不足している。
- 法改正されず現行法で対応していることから、人員・予算とも現行で実施しており、保健所等の負担が大きい。自治体が必要な人員・予算を確保できる事業となるよう検討いただきたい。
- 行政、医療機関、支援機関等各機関が、連携を密にしながら、無理のないように、ケースごとに柔軟に対応している。
- 同意を得たい事例（同意を取得できなかった事例）ほど、再び措置入院者等繰り返すおそれがあると考えている。
- 帰住先が県外の場合の連絡調整について（役割分担が県によって変わってくる）
- 本人同意と事務手続きについて（本人の同意能力の有無）
- 措置から医療保護入院になった時の考え方（特に転院があった場合）
- 措置実施自治体と居住地自治体が異なる場合、退院後支援の対象者や考え方が異なるため、措置入院早期からの連携が必要であるが、その手順自体が異なる。そのため、すり合わせることで自体が困難な場合がある。ただし、各自治体はそれぞれの事情があって、その手順になっていると思われるため、解決は難しいと思われる。少なくとも自治体が異なれば、やり方が異なるということが前提として、各自治体で共通認識なり、すり合わせが必要になると互いに思えるようになるとよいと考える。
- 措置入院者は、入院に際して行っている他害行為等や家族関係の悪化により、居住地を失っている方(住所不定の方を含む)や居住地への帰住が困難となっている方があり、同意を得てから退院までの間に帰住予定先が転々と変化する場合がある。この場合は、居住地の保健所が退院直前に交代することとなるほか、地域の援助者も退院直前に招集されるため、アセスメントや計画づくりに関与する機会のないまま、計画に参加することになり、不全感を抱かれることがある。このことは、ご本人が帰りたい地域に必ずしも帰れない現状がある限り、地域側は急に自分の管轄地域に帰ってくる方がありうることを受容する必要があるとも思う。一方、ご本人が住みたい地域に住めるように現状を変えようとする、過去の事件をネットで検索されて決まりかけた住まいを断られることや過去の利用時の行状により施設利用が出禁になっている場合もあり、措置入院の方にはより強力な居住確保支援が必要かもしれない。
- 本市の場合、措置入院を行っている本庁主管課が退院後支援計画の策定・管理を担当するが（いわばマネージャをしているが）、入院中は本庁主管課が計画策定を主導することもあり、退

院支援を誰が担うのかがあいまいになりやすい。特に、居住地が決まっていないケースの場合、地域側の支援者が決まりにくいいため、マネージャであるはずの本庁主管課が直接退院支援を行うことになる場合があり、居住地を失っている方の地域側の支援を誰が担うのかの役割分担について、やや広域的にコンセンサスを作っていく必要があると考えている。

- 1年やってきて一人当たりのケースロード数が15ケースを超えてきており、ケースによる支援の濃淡の付け方を今後、検討していくことになると考えている。
- 他自治体では、必要性を判断してケース選定をされているところもあると伺っているが、県をまたぐケースの場合、双方の県市が退院後支援を行っていても、互いの支援基準に合致しないと本人や家族が支援を希望していても支援がなされないこともあり、ケース選定の考え方については、各自治体のマンパワー等の地域固有の条件により規定される基準の他にも、自治体間である程度共通認識とされるようなケース選定の考え方の必要も感じている。
- 精神症状に改善が見られず措置解除のめどが立たずに措置入院が長期化している方について、如何に支援するか困難を感じる。
- 同意が得られなかったケースについても明らかに支援が必要と思われるケースは、余力があれば何度も病院を訪問して働きかけることができるが、ケースロード数が増えると困難であったり、その方の拒否が強固な場合は、その後の働きかけ方自体に難しさを感じている。
- 高齢の対象者の場合、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携が必要だが、高齢者は介護保険で、障害者は障害者総合支援法でという縦割りは、民間事業者にも深く入り込んでいて、本市で言うところの一人ひとりの支援のレベルでのネットワークづくりである退院後支援でも、誰が地域包括支援センターに参加を求めると参加してもらえるか、どのような呼びかけ方・周知の仕方がよいか、といったところから悩ましい状況がある。これを解消するために本市では地域ブロックの顔の見える関係づくりを進めるレベルでのネットワークづくりをしているが、このレベルのネットワークづくりでの地域包括支援センターへの呼びかけも、単に呼びかけただけでは、反発される地域もあり得るため、高齢者支援の分野との連携を進めることに難しさを感じている。
- 市の施策のレベルでも、厚生労働省の老健局から精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に言及されておらず、地域医療構想から精神病床が外れていて精神の地域施策には地域医療介護総合確保基金財源も使えない現状で、地域包括ケアシステムを精神障害にも対応させるという理念を、地域の実情に応じて実現する理由を高齢者側に説明していくことの難しさを感じている。高齢者分野は地域包括ケアシステム構築を通して医療介護という専門家の連携を進めてきているので、地域共生社会づくりは、複合的課題解決のための他の領域との連携や住民に参加してもらおう仕掛けであるという風にとらえる向きがあり、精神の方は地域包括ケアシステム構築という名前で他領域を含む専門職のネットワークと住民参加を一度に全部やろうとしているので、地域包括ケアシステム構築の名前が一緒でも異質なものに感じられるようである。
- 途中で転院する場合、同意を撤回する場合、退院してから計画が完成する場合など、措置入院先の精神科病院としては生活環境調整担当者を付けて、アセスメントなど退院後支援固有の労力をかけていても、診療報酬で報われないのではと気になっている。

## 人員配置に関する意見

- ガイドラインに沿った退院後支援を実施するためには、十分な人員（各保健所1人以上の増員）が必要である。人員については、地方交付税措置されているとのことであるが、より一層の予算措置が望まれる。
- 退院後支援の業務増のみでは増員できず、1つの保健所で同時期に他の業務の増加が見込まれたので人員が確保できた。本人の同意が得られるか否かは不明であること、当県では措置入院者数が多くないことから、人員増は困難である。
- 当県では、保健所の保健師数が非常に少ないため、暫定的に精神保健福祉センターが主体となって計画策定までを行うこととしている。今後、本格的に退院後支援を行うとなると、保健所への保健師等が人員増となることが望ましい。
- 正規職員の増員が望ましいが、交付税措置で、かつ、嘱託職員配置の算定のため、正規職員の増員交渉を行う際、厳しい状況である。実際に退院後支援に取り組むと、入院中からの事務負担が増えている。保健所職員の負担増が心配である。国において、正職員の配置ができるよう、取り組んで欲しい。
- 地方自治体の現場保健所では、退院後支援についての業務量の増大もあり、人員増員の希望が高いところだ。しかし、実際の増員は、人件費の問題等もあり非常に難しい。国には、今後、退院後支援を広めていくためにも、目に見える形で財政的な支援を期待したい。
- 嘱託増員したものの、対象者への支援は正規職員でなければ難しいことが多く、現状としては正規職員負担が増加している。保健師及びPSWを合計8名増員（嘱託週4日）
- このまま退院後支援対象者が増加すれば、現在の人員体制での退院後支援の実施困難が予想される。
- 県全域を担当するため、センターに配置しているが、精神保健福祉業務の経験を有する非常勤職員にて対応しているため、安定した人員配置となっていない。地域包括ケアを進めていくためにも安定した人員配置が必要と思われる。
- 地方交付税措置は、需用費ではなく、人員（保健師、精神保健福祉士）で措置していただきたい。
- 地方交付税措置の対象ではないことから、事業を推進する上で保健所が計画作成を行い支援する人員の確保の財源がないことが課題。
- 平成29年度から交付税措置されているが、より実態を反映した措置をお願いしたい。また、可能であれば、厚労省の業務量調査結果を基にした、1件あたりの目安時間等を示していただき、人員配置の参考としたい。
- 増員が必要だが、交付税措置されていても定数や募集しても応募がない等の問題もあり、すぐ増員できるわけではない。
- ・増員に係る更なる地方交付税措置が行われたとしても、実質的に本市の精神保健福祉士等の増員見合いとしていくらの財政措置が行われたのか明確にならないため、人員の配置につながりにくい実情がある。負担金等額が明らかに分かる形で、十分な財政措置を行っていただきたい。

- 財政状況も厳しい中、法的な裏付けがない状態での増員は極めて困難である。法改正を行い、措置入院者の退院後支援をきちんと法的に位置づけていただきたい。
- ガイドラインに基づく事業展開では、事業に必要な人員配置がなされないため、法改正等により退院後支援の仕組みの整備を望む。
- 措置入院患者の方々に対する退院後支援の取組みを進めるために必要な体制を確保できるよう、退院後支援に要する経費に対する予算措置を引き続きお願いしたい。
- 法改正されなければ予算協議事項になる可能性は低い。財源の確保も困難。
- ガイドラインに基づく退院後支援の実施に向けた体制確保のために地方交付税措置がなされているが、人材要求しても、なかなか増員されない現状がある。
- 平成26年度から各保健センター、精神保健福祉センターに専門職を配置（人材派遣）しており、国による財源措置を要望する。
- 法改正されず現行法で対応していることから、人員・予算とも現行で実施しており、保健所等の負担が大きい。自治体が必要な人員・予算を確保できる事業となるよう検討いただきたい。
- 事業内容を説明し、本人の同意を得るためには、通常業務に加えて頻回の訪問を要している。専門職の人員増があれば、個人支援に加えてこの計画を生かした地域づくりが実現できると考える。
- 退院後支援が法で措置入院者全員を対象に作成しなければならないものとなった場合は、計画作成の負担が増加し体制の検討が必要と考えられる。
- 法改正がないままでは、増員は難しいと考える。

## 研修に対する意見

- 今年度、国立精神神経医療研究センターにおいて、ガイドラインに関する研修が行われたが、今後も継続して開催して頂きたい。また、実務を担う保健所職員が参加できる機会を設けて頂くとともに、必要な予算措置（旅費等）をして頂きたい。
- 他県の開催状況を知ることができれば、今後の参考としたい。
- 今年度は試行事業だったため、退院後支援事業を実施する病院に個別に出向き、説明会を行った。
- 退院後支援計画の策定にあたり医療機関の協力が必須となるため、今後は医療機関との協働できるような研修が必要。
- 措置入院者に対して事業説明を行う際に、警察での対応への不平不満が多く聞かれるので、研修には警察関係者の参加は必須だと感じる。
- 医療機関を対象とした研修は診療報酬に係る研修であることから、一定の質を担保するため国が研修を実施することが必要。
- 国主催研修を継続的に実施していただきたい（その際、自治体主催研修におけるポイント等を教示願いたい）。
- 自治体職員向けだけでなく、連携する主要な関係機関である医療機関、地域援助事業者対象の研修の実施も検討していただきたい。
- 国においても研修会（医療機関対象・保健所対象）を開催して欲しい。

- 研修としては特に実施していないが、国立精研や県等が実施する研修に担当者が参加し、その内容を関係者に伝達講習している。
- 退院後支援の研修実施に向けて、計画立案や退院後支援の講師リストなどを提供していただきたい。
- 研修のほか、退院後支援を担当する職員の連絡会を年4回実施している。
- 研修会は実施していないが、主管課及び保健所が集まる精神保健担当者会議で支援状況や課題等の共有、保健所によっては、医療機関を集めて、連携体制の整備を行った。
- 従来、保健所が公にしないような、件数や疾患別傾向等を示し、今後の運用につなげられるようになればよいだろう。

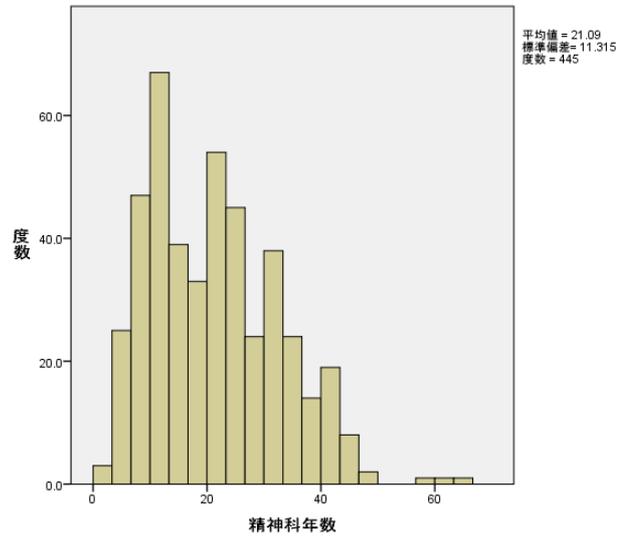
### 退院後支援ガイドラインに対する自由意見

- 国のガイドラインでは、支援対象者が自治体の判断に委ねられていることから、自治体により支援対象者が異なっている。そのため、帰住先が他自治体となる場合、帰住先では支援対象者とならない場合がある。支援対象者を明確にすることで確実な引継ぎができると考える。
- ガイドラインのQ&Aの更新を随時行っていただきたい。
- 地域の状況、実情によってガイドラインの内容が弊害になる可能性を感じる。
- 既に地域と医療機関間で連携し退院後支援をしていた地域にとって、ガイドラインにより混乱し、加算により連携の後退が懸念される状況です。各地域の実情の把握や、意見聴取もしてほしい。
- 本人と一緒にアセスメントは有効だが、判断に迷う、時間がかかる、との意見が出ている。アセスメントの記載要領を改良して欲しい。どの自治体でも使う本人向けの事業説明チラシやチェックシートの基本様式も示してほしい。
- 同意を得ることは対人支援において必須だと思うが、他自治体の意見を聞くと、相手からの訴訟を考慮して文書同意をもらえる対象のみを支援しているなど本来の保健所業務とはかけはなれた対応になっているのではないかと考える。本来、保健所は、同意取得が難しい対象者に関与し支援し続けるかが求められているのではないかと、明確に同意が取得できる対象であれば障害サービスの導入等市町のサービス枠で対応すべきではないかと考える。
- （措置入院から症状が落ち着いた後転院し、退院する場合）自治体は、病院からアセスメント等により情報提供を受け、措置入院中に病院からアセスメント提出等の協力を得て簡易版の計画を作成し、退院前に再度アセスメント提出等の協力を得て再度計画を作成することとされている。この場合、退院時の病院だけが診療報酬加算を算定可能だが、転院前の病院から協力を得るため、加算算定病院を拡大していただきたい。
- 今回のガイドラインは、措置入院者だけでなく広く精神科の入院患者を対象として支援を行う事を目的としている。しかしながら、その内容は主に措置入院者を対象とした支援計画の作成と支援となっている。結果的に医療保護入院と措置入院の入院形態による支援が違う体制となっていることから、今後は制度として一貫した支援体制が必要であり、それに向けたガイドラインが必要。

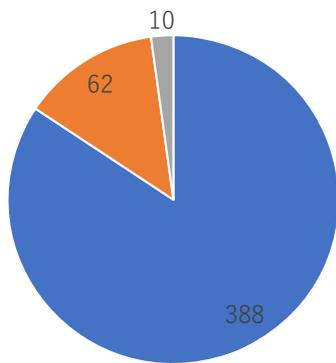
- ・ガイドラインに基づく退院後支援を実施した事例については、①本人のニーズを丁寧に確認できた、②保健所を含む地域と病院が退院前から連携できた、等の前向きな感想も聞かれている。
- 自治体や病院の負担が大きいのは事実であることから、積極的な実施に向けては、引き続き日精協等の関係団体へ丁寧に説明していただくとともに、精神保健福祉法改正による法的根拠の明確化や交付税措置・診療報酬等のバックアップが必要と考える（それにより、病院や自治体の体制整備の推進につながると考える。）
- 自治体同士で情報交換できる場（会議に関わらず、ポータルサイト等での好事例紹介を含む）があると大変参考になる。
- 各自自治体によって対処方法が異なることから、都道府県間で転居した対象者や支援者にとっては混乱することが考えられる。法改正等を進めて、全国統一基準で行えるように体制を整備してほしい。QAの適宜更新をお願いしたい。
- 退院後支援のガイドラインではないが、医療機関向けの「措置入院に関する診療ガイドライン（仮）」はいつ頃発出される予定か、またそのガイドラインに関する医療機関向けの研修会は実施される予定はあるかについての情報提供を希望する。
- 人権上の問題がある事は理解するが、本人同意を前提とした支援ということで、どうしても対象者が限られる状況にある。病識がなく措置入院を繰り返している方等、本当に支援が必要と思われても本人同意が得られず支援に至らない場合もある。
- ガイドラインで退院後支援の一連の流れが具体的に明示されたことや診療報酬に位置付けられたことは大きいと思うが、医療機関からはこれまで自治体と連携して実施してきた退院後支援とどう違うのかという意見も聞かれる。
- 国として法改正していくのか、現行法のままでガイドラインを使って実施していくのか明確にして欲しい。
- 措置入院中の本人への面接、同意確認ができていない状況である。実際は、措置解除後に、医療保護入院や任意入院に変更してから入院先病院の担当者から連絡をもらい、本人との面接をする場合が多い状況である。全国の状況をご教示いただきたい。
- 退院後支援の対象者が転出した場合には、本人同意がなければ支援計画策定に必要な個人情報のやり取りができないため、法整備が必要と考える。
- 措置入院後に入院継続をする場合の(\*)の部分だけの計画書の交付は必要かとの意見が多いため、その意味を今一度確認させていただきたい。（本県では、御本人と支援者が今後地域に退院する場合に退院後の支援を行うことの共通理解をもつため、交付している。）
- 法改正されず現行法で対応していることから、人員・予算とも現行で実施しており、保健所等の負担が大きい。自治体が必要な人員・予算を確保できる事業となるよう検討いただきたい。
- 計画交付の時期が分かりにくい。退院目途や方向性が決定していれば計画は立てやすいが、早期から支援介入となると方向性が不明確な時期に作成しており、計画の差し替えによる事務量が増加している。全国統計がないため、予算要求の根拠がしづらい。今後、統計の公表など希望したい。

- 医療機関によってガイドラインの受け止め方に温度差があり、支援の進めにくさや医療機関から協力が得られにくいことがあった。
- 従前から、当保健所で実施している狭山保健所措置入院者解除後支援検討会議（通称：措置フォローCC）は、同意が条件ではなく措置解除者全事例を対象としていること、伴って緊急措置入院者を対象としていない。同意を得ないが関りを続けていくことで、数カ月後に本人から支援希求が現れることも重要な要素であると考えられるかもしれない。
- ガイドラインに関する全国会議を開催し、都道府県の運用状況について情報交換の機会を設けていただきたい。
- 退院後支援計画作成等に要する経費に対して地方交付税措置が行われている旨の文書（H30.10.29 付け事務連絡厚生労働省精神・障害福祉課）を、当県における予算要求に有効活用したことから、来年度以降も引き続き同様の文書を発出していただきたい。

### 精神科臨床経験年数

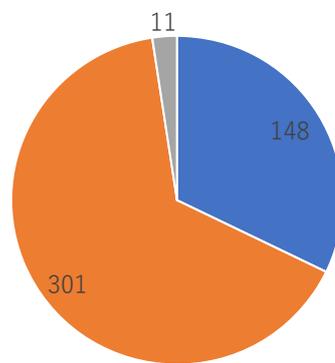


### 最近、措置診察業務に関わっているか



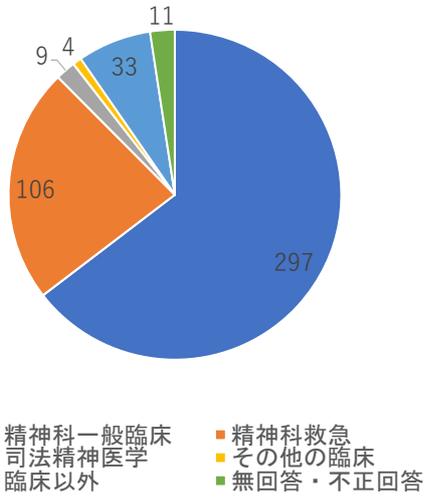
■ はい ■ いいえ ■ 無回答

### 医療観察法の精神保健判定医の経歴

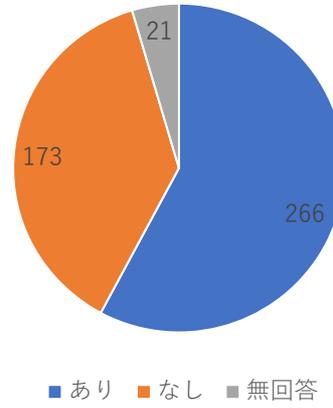


■ あり ■ なし ■ 無回答

主な業務

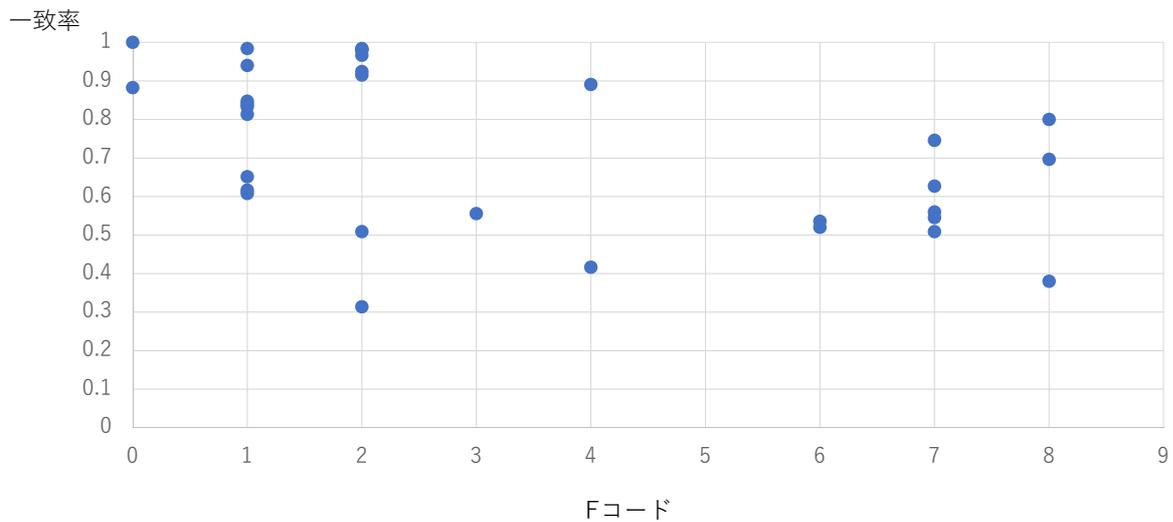


連携に苦労した経験



別紙9

最多診断群と診断一致率の関係



## 別紙10

指定医アンケート結果：

アンケートに用いた事例、下記の質問に対する回答、事例に対する自由意見を1～32の事例ごとに示す。

### 【質問内容】

#### 質問1：

このモデル事例に該当する精神科診断名をすべて述べてください。回答に当たっては原則としてICD-10に準拠してください。

#### 質問2：

あなたがこのモデル事例を診察した場合、下線部の行為について、措置入院（またはそれに類する非自発的な入院処遇）の適応と判断しますか。判断のための情報が不足していると考える場合、「どちらともいえない」を選んでください。

#### 質問3：

このモデル事例は、下線部に限らず全般的な意味で、本人の同意によらない医療の対象にすべきと思いますか。判断のための情報が不足していると考える場合、「どちらともいえない」を選んでください。

#### 質問4：

このモデル事例に対する最善の処遇を考える際、全般的な意味で、保健・医療・福祉のみならず、司法・警察・矯正施設・保護観察所・児童相談所といった社会資源との連携・協働・継続的な情報共有が必要であると思いますか。判断のための情報が不足していると考える場合、「どちらともいえない」を選んでください。

#### 質問5：

その他、このモデル事例についてご意見があれば自由に記載してください。

## 事例 1：80 代、女性 暴行

### 【措置通報の経緯】

本人が自治会の盆踊りに参加した際、当初は昔の知り合いに会って上品に挨拶などしていたが、そこで新人の役員を紹介された際に、「誰がお前なんか雇えと言った！」と突然激昂して、周りのテーブルをひっくり返して暴れた。制止した周囲の高齢者に嘔みついたり蹴り飛ばしたりする暴行を加え、110 番通報された。

警察署に同行されてからも、ぶつぶつ何事かつぶやいたり、「私はまとも、私はまとも」と繰り返すなど、事情聴取も困難な状態だった。精神障害の存在が疑われ、精神保健福祉法による警察官通報がなされた。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

ここ 1 年ほど、買い物に出かけて帰れなくなり、警察に保護されることがたびたびあった。

### 【面接時の状況】

保健所職員が本人に面接した際には、落ち着いており、事件について問うと「あらやだ。そんなことしてませんよ」と全否認。困っていることは何もないと述べる。だが、過去の話や亡夫の話題に触れようとする、「そんなのあんたに関係あるか、馬鹿」と突然声を荒げて下品な口調になる。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

六人兄弟の第 2 子。正常分娩にて出生。周産期及び発育発達で異常を指摘されたことはないようである。

地元の小学校では成績優秀で友達も多かったらしい。洋裁学校を卒業して数年、地元の衣料品工場に勤めた後、24 歳で見合い結婚、退職して家庭に入った。挙児を強く希望していたがなかなか妊娠せず、そのことを夫の実家に責められるようになり、追い出されるような形で 33 歳で離婚。実家に戻り、近所のスーパーでパートを始め、後に正社員採用された。40 代は活動的に過ごし、対人関係でトラブルを起こすようなことはなかったようである。

55 歳時、旅先で元夫が脳梗塞で半身不随となった。元夫の両親は既に亡く、以後元夫と半ば同居するようになった。元夫の面倒を見る傍ら、仕事は続けていた。健診で高血圧、高血糖を指摘され、地元の内科クリニックに通院を開始した。

定年退職後は元夫と二人で暮らし、活発に動いていた。内科通院は維持され、血圧、血糖管理も比較的良好であったようである。

本人が 75 歳の時に元夫が死去。次第に抑鬱的になり、引きこもりがちな生活となった。

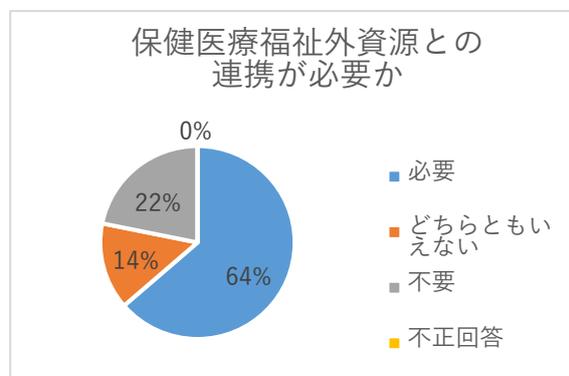
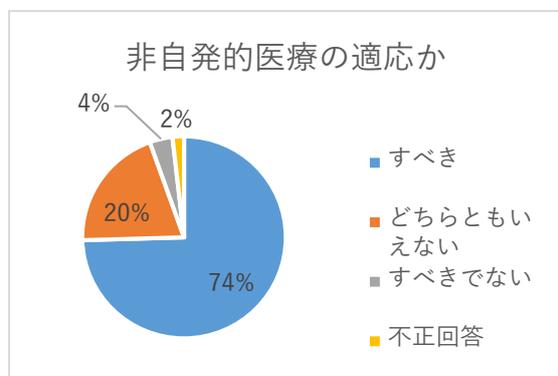
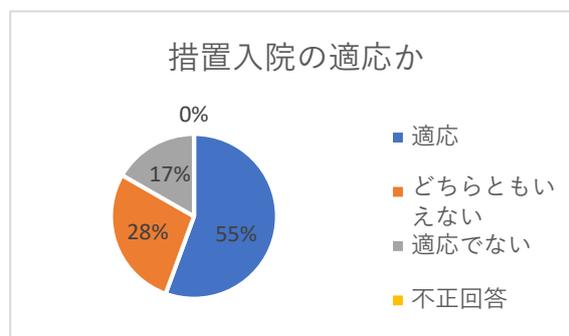
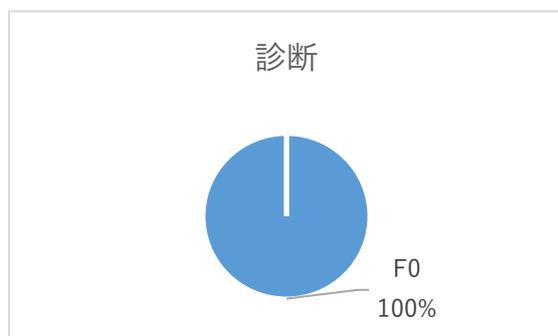
妹が心配して様子を見に行くと、「何でもない、供養だから」と述べ、支援は拒否していた。

77 歳頃から物忘れが徐々に目立つようになったようである。妹が訪れても別の人と間違えたり、高価な和服を親しくもない友人に譲渡しようとしたり、和服に革靴で買い物に出かけたりと、場にそぐわない言動が目立ち始めた。心配した妹からかかりつけ医に相談があり、そこではじめて認知症の可能性を示唆された。しかし、本人は「頭はおかしくない。他人の世話になんてならない」と言い、精神科受診や訪問看護も拒否していた。かかりつけ医との相談の結果、身の回りの手伝いとしてホームヘルプサービスは受け入れるようになり、介護保険を申請し、要支援の判定を得た。

80 歳時点では、薬の飲み忘れ、乾いたばかりのものを洗濯に回す、水を入れずにお米を炊く、やかんを空焚きしたまま外出してしまう、と生活に支障をきたすようになった。かかりつけ医のはからいで、訪問診療とデイサービスが導入された。精神科受診は頑なに拒否し、認知症の診断にも抵抗を示していた。

翌 81 歳時には、イライラして落ち着かないことが目立つようになり、デイサービスのない日に一日中玄関先で待っていたり、ショーウィンドウに映った自分を見て「誰だお前は」と怒鳴るなどの異常行動が目立ち始めていた。

## 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 今後このようなケースは増えてくると思われ、受け皿としての社会資源を早急に整備すべきと常々思う。
- ・ 認知症の方が状況依存的もしくは周囲に反応して突発的な攻撃行為に及んだと思われるため、要措置とはしないと思う。そうすると次にこの型に精神医療、入院が必要かどうか考えますが現在かかりつけ医の訪問診療とホームヘルプ、デイサービスでどこまで治療・支援が可能か、という点にかかってくる。拒否的態度については精神科の介入でどれだけ改善が見込めるかは不明。イライラしている、攻撃性が極めて強い、等の精神症状（治療効果の期待が比較的しやすいもの）があり生活が破綻している場合は医療保護入院も考える、配偶者も子もなく、同胞も高齢であることから、同意者（市町村長同意とできるか）の問題が出てくる。
- ・ 鏡像現象が認められていることから認知症はかなり重度であると予想され、高齢者支援との調整が最も重要。
- ・ 警察には、認知症高齢者の場合はBPSDによる自傷他害が横断的にはみられていても、より大きな枠組みでとらえると、措置入院ではないのではという事例（特にこのケースは面接時には暴言はあっても比較のおちついている）があるということをご理解いただきたい。
- ・ 医療機関・訪看・保健所・福祉事務所以外にも（すでにかかわっているが）介護保険サービスや地域包括支援等の事業所、社協、民生委員、近隣の人等と連携して支援した方がよい。
- ・ いったん入院のうえ、病状評価と必要な支援体制の組み立てを行う。
- ・ 訪問診療、訪問看護、デイサービス保健所の訪問、介護サービスの導入した上で、本人が身体的な危険におち入る可能性、隣近所への迷惑が高くなる可能性が強ければ本人の意思によらない医療の導入もやむを得ないと考える。
- ・ 介護度判定の再評価が必要。
- ・ 権利擁護のため成年後見制度適用について要検討。

## 事例 2：20 代、男性 暴行

### 【診察時点で判明している事項】

同胞 3 名中第 2 子。周産期、発育、発達で特段の異常を指摘されたことはない。幼少期は人見知り強く泣き虫だった。小児喘息で入院したこともあった。

小学校では明るく活動的。成績はトップクラス。友人もそこそこ多かったという。中学受験を経て中高一貫の進学校に入学。成績は優秀な方だった。高校時代、原動機付二輪車の免許を取得したが、校則で禁止されており、近所を乗り回しているところを教師に見とがめられて発覚し、訓告処分を受けた。そのとき、普段は温厚だった父が初めて本人に手を上げ、本人も大変ショックを受けたという。有名国立大学の理学部に進学し、父母の経済支援を受けて一人暮らしを始めた。成績は普通。複数のサークルを掛け持ちし、交友関係は広がったという。

大学 3 年時、初めて自分で中古車を購入。初めて遠出をした帰り道にガードレールに激突する事故を起こした。外傷性くも膜下出血、頸椎捻挫、多発骨折の診断。急性期治療を終えた頃から、病室で看護師に対して居丈高に怒鳴ることが多くなった。内容は一応了解可能なものから言いがかりまで多岐に渡った。

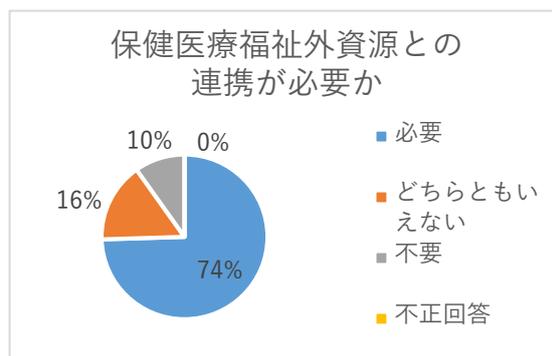
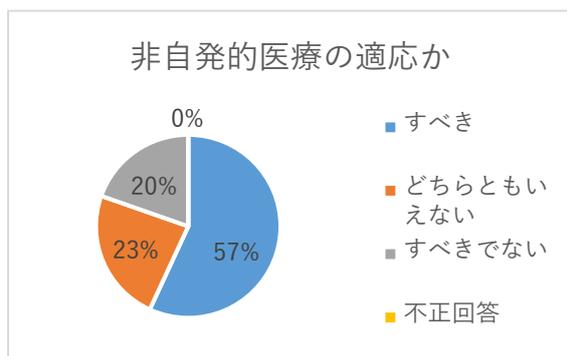
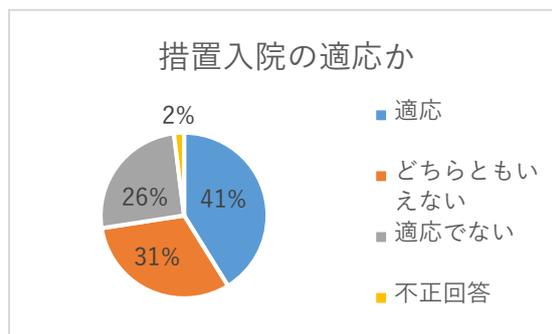
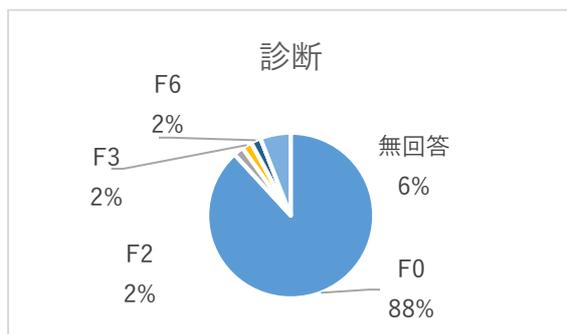
リハビリ病院に転入院当初から粗暴な言動が目立った。ねちねちとあげつらう姿勢が目立つ一方、急に怒り出して付近の物を投げ飛ばすようなこともあった。担当看護師は強い恐怖を感じ、一時出勤できなくなった。担当医は家族を呼びつけ、本人を強制退院させた。本人は復学を強く主張し、もとの下宿に戻った。しかしその後は引きこもりがちになった。大学には登校せず中退した。昔からの友人とはしばしば会っていて普通に話もしていたという。

25 歳の時、コンビニエンスストアで万引き事件を起こした。読んでいた雑誌が気に入ったが、散歩中で手持ちがなかったので、つい鞆にしまってしまったのだという。このときは本人が謝罪、弁償して事なきを得た。しかし、その後も本人は同様の事件を複数の店舗で繰り返した。

父が本人の下宿を訪れ、経済支援を打ちきる旨通告した。これに対し本人は暴れ出し、父を押し倒して殴る蹴るの暴行を加えた。父は必死で逃げ出し、隣家が 110 番通報した。警察が到着した際には本人は落ち着いていたが、事態を把握した警察は本人に対し精神科受診を強く促した。

父母、警察官に伴われ、本人は 26 歳で初めて精神科を受診した。面接では「どうしてもかっとなって手が出てしまう。こんな自分じゃなかった。もう死にたい」と訴えた。

## 【回答】



## 【自由記載】

- 入院したとしても、有効な治療法がないのではないかと、長期入院も、病院としてはむずかしい。
- 衝動性が高く、感情のコントロールがつきにくい症例であるが、善悪の判断は可能と判断した。措置診療時に十分な内省が得られていれば切迫した他害行為の危険性があるとは言えないが、気分安定化薬などを使用した治療は必要と考えた。
- この症例で措置にしてしまうと、措置解除の条件が衝動コントロールとなり、かなり長期の措置入院となる可能性を内包してしまうと考える。
- 医療で介入すべきはあくまで衝動性コントロールなどを目的とした対症療法であり、軽犯罪については司法が介入すべきと考える。
- 下線部の要件については明確な原因があり、精神病状態に左右されての問題とは言えないと判断可能と思われる。しかし、情報が不足しているが、一見病的窃盗にみえるくり返される万引きについては精神病症状学に起因する可能性はあるかもしれない。パーソナリティ障害そのものは治療対象とし難しい面があるが脳外傷等の後遺症であれば治療可能性を検討する余地はあるかもしれないと考える。
- 頭部外傷後の気分・行動の障害の発症は比較的明瞭と思われる。薬物療法を検討すべき事例であり、医療の介入は必要と思われる。

- ・ 精神症状の評価が不十分で判断困難。F07>F06 と思われると、医療保護入院>措置入院が適切かと考える。
- ・ 本人が治療を希望するかどうか、本人の認知機能の程度によって答えが変わる
- ・ この暴力エピソードが偶発的なものであれば、入院治療の対象ではないが、繰り返され、偶発的でないものであれば非自発的なものも含めて入院治療の対象となる。傷害事件として警察が逮捕又は保護し診察となった場合、本人が同様の行為を再び繰り返すことを示唆する言動が観察出来れば、要措置の判断をすることになるかと思う。
- ・ 類似の症例をいくつか見たが、かなり「回復」する人もいれば変わらない人もおり、医療としての関わり方についての一般化は難しいように思う。しかしはじめから関わらないというのは不適切だろうと思う。
- ・ 薬によって、多少の衝動性の制御ができる可能性はあるものの、基本的には変わらないので、緊急避難の場合を除き、非自発入院の対象とはなり難いと考え。それよりも、ある程度の病感があることを大切に、目的を明確にした計画的な任意入院であれば、十分対象になると思う。
- ・ 治療可能性としては難治だろうと思う。
- ・ 事故の前後の人格の変化を明確にする必要がある。
- ・ 触法行為をくり返しており、警察との情報共有は必要と考える。
- ・ 病感があれば任意入院をすすめたい。一時避難的危機介入として医療保護入院もありうる。
- ・ 認知症と同様で医療が介入できるものは少なく、福祉で支援するものだと思う。

### 事例 3：30 代、男性 公然わいせつ、公務執行妨害

#### 【措置通報の経緯】

本人が路上で全裸になり、「アメリカから原爆が降ってくる。みんな逃げろ」と叫びながら走っているところを 110 番通報された。警察官が臨場すると抵抗して暴れた。警察官による措置通報がなされた。警察の調べによる尿中の覚醒剤反応は陽性であった。

#### 【事件前に警察等が把握していた事実】

20 歳頃から覚醒剤や大麻の使用歴があり、複数回の受刑歴がある。35 歳時に隣家に侵入して措置入院となったことがある。

#### 【面接時の状況】

「アメリカのスパイに覚醒剤を打たれた」と述べた。

#### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

同胞 2 名中第 1 子。父は大酒家で、機嫌が悪いと母を殴りつけることがあったという。母は本人が 15 歳の頃に出奔し、以後は没交渉。2 歳下の弟がいたが、12 歳頃に交通事故で死亡した。本人は吸引分娩にて出生。小学校ではガキ大将的存在で、勉強は苦手で、授業はほとんど聞いていなかったという。人なつっこい性格で、教師受けは良かったようである。地元の中学校に進学し、そこで担任の教師に可愛がられ、リレーはクラス対抗の代表だった。

本人が 14 歳の時、父が飲酒運転で交通事故を起こし、同乗していた弟が死去。相手方と訴訟になり、親族からも責められて、一家は疲弊した。母は他の男性と駆け落ちしていなくなったという。

本人は高校進学を諦めて父のついでで建築業で働き始めた。当初は真面目にこなしていたが、職場の同僚に勧められて酒、たばこを始めるようになった。また、覚醒剤の乱用を始めた。

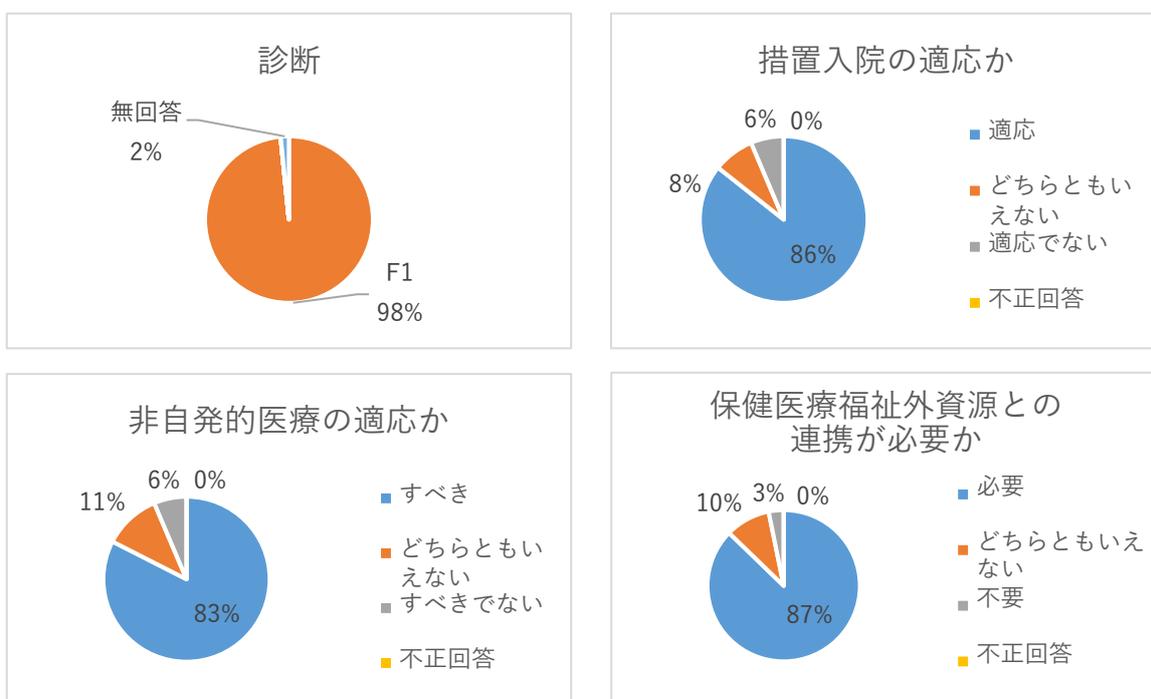
20 歳頃、仲間の家で数人で集まり、覚醒剤を打って酒盛りをしている最中に、突然「お前は警察のスパイだ」と騒ぎだした。通報されると思った仲間が本人を押さえつけ、殴り合いの喧嘩になり、隣家から警察を呼ばれた。逮捕され、覚醒剤取締法違反で懲役 1 年執行猶予 2 年の判決を受けた。父から勘当され、居所を転々とするようになった。その後も断続的に仕事をしていたものの、酒のせいで欠勤して解雇されるということを繰り返した。

22 歳時に覚醒剤で懲役 1 年の実刑となった。その後再使用を繰り返し、大麻の所持も行い、計 4 回受刑することになった。精神科を受診したことはなかった。

35歳の折り、隣家に侵入したことで逮捕された。尿中覚醒剤反応は陰性。その際、「このうちにはアメリカのトップシークレットが隠されている」とわめき散らしたことから、簡易鑑定が実施され、遅発性精神病性障害の診断を受けて検察官通報が行われた。

措置診察を行った指定医の1名は統合失調症の疑い、もう1名は覚醒剤後遺症の診断で、いずれも要措置と診断された。入院先の精神科病院で抗精神病薬の投与を受けると本人は速やかに落ち着き、「実は覚醒剤をやっていた。混乱していて忘れていた」と述べた。事件については「あのときはすべてが敵に見えた。今は大丈夫、早く退院して働きたい」と述べた。担当医は遅発性精神病性障害が寛解したものとして措置症状消退届を提出、外来通院を約束させて退院とした。しかしその後本人は一度も外来を受診していなかった。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 父と連絡がとれるなら同意が得られれば、医保が望ましい。
  - ・ 薬物使用例は他害行為があっても依存者の免責とならず まず刑事責任を問うべきで安易に措置通報をしないでもらいたい。またもし仮に通報されれば医療→警察、検察へもどす道もあるべき。
  - ・ 警察の対応として逮捕する方針があるのかどうか確認はしたい。
- 措置または医療保護入院したとして、精神病症状や離脱症状等が消退したところで、依存症治療に乗ることが望まれるので、退院後にどういう方向性が考えられかも把握した

いので、依存症治療の専門機関との係ができる体制かどうかでこれらの判断もかわってくることはあると思う。

- ・ 幼少～思春期の生活環境に問題が多く、その後の社会通念の獲得や、社会への適応性の低さなどが、根底にある。一時的な治療のみでは、特に犯罪的な行為からの離脱は困難であり、社会的資源の利用も行ないつつ、自我の確立が重要となる。
- ・ 35才時の通院中断後の情報がないため継続的な医療を要するか判断は難しい。
- ・ 自助グループなど依存症治療についての情報提供は必要だと思われる。
- ・ 措置退院とともに警察へ引き渡す。
- ・ 回復すれば退院、あとは本人の問題。
- ・ 日本では不可能だが、本来であれば刑事司法上の手続きと精神科的介入を同時に並行して行うことが望ましい、もしくは相互に移行できることが必要。
- ・ 再発（再使用）リスクが高く、退院後の継続支援が必須と考えられる。
- ・ 幻覚妄想状態及び精神運動興奮にある時は精神科治療が必要であり、本人は病識が無く治療を拒否するから当然措置入院として治療するしかない。しかし急性期の治療が終わり、落ち着きを取り戻したなら今後の再発防止の為に薬物依存としての治療教育が重要となるし、社会復帰・復職（就職）する時にはその他の色々と援助機会の協力が必要となるので当然である。ただし医療だけでは解決しないケースがある。
- ・ 退院後のフォローとして精神科だけでは対応は困難。
- ・ 急性期の精神症状に対しては医療が優先されるが、症状改善後の本人の支援、再発（再使用）防止は医療だけでは対応できない。福祉、行政の関わりも必要。
- ・ 退院後の通院治療が法的な義務（一定期間）になってほしい。
- ・ 総合的には、他の社会資源との連携等が必要である。実務上は、医療観察法の対象とならない症例には警察や司法の対象とするルートがないため、その方向の情報共有は困難である。また、家族がいない、家族の協力が得られない、本院の拒否などで、他の保健・医療・福祉との連携がうまくいかないことも多い、そのような中で医療側の意見のみで情報提供及び連携を行うとすると守秘義務違反を問われる可能性があり、及び腰になる。覚せい剤使用は違法行為であるため、警察側からのアプローチから、司法の方向があってもよい（むしろあるべきか）全ての（公務員でない）医師がこのような症例を警察等に通報して守秘義務違反に問われない法整備をすすめてほしい。
- ・ 極めて再発、再犯の可能性が高いケースと考えられる。
- ・ 物質使用がない期間に精神病性の症状がみられないかの確認が必要。
- ・ 非器質性精神病に対して、原因不明（統合失調症）とするか、薬剤の後遺症とするかの議論は、少なくとも個々の症例については決着がつかない。臨床的には意味のない議論となってしまう。
- ・ 矯正施設での覚醒剤をやめるための教育的な関わりが必須と思われる。

## 事例 4：30 代、男性 強制的性交等

### 【診察時点で判明している事項】

同胞 2 名中第 1 子、弟がいる。幼少期は時に弟を殴り父母にたしなめられていた。

地元の中学に進学すると次第に素行が不良になり、不良グループとの付き合いを始めた。飲酒・喫煙を始め、シンナーや危険ドラッグを乱用するようになった。地元の高校に進学したが、1 学期の終わり頃から意欲低下をきたし、2 学期は不登校、年末に自主退学した。その後バイトを始めたが長続きせず、自宅に引きこもったり、深夜にバイクを乗り回したりを繰り返した。自室に独りでいると耳元でささやく声が聞こえることがあったという。

20 歳頃から風俗店の店員として勤め始めた。酒量が増え、ワイン 1 本を毎日飲んでいて、飲み始めると乱暴なことや卑猥なことをまくし立て、後で覚えていないという。仕事をいくつか変えたが、数週間～数ヶ月しか続かなかった。

23 歳の頃、居酒屋で知り合った女性と交際を始めた。半年ほど経った頃、しばしば深酒をして遅刻や欠勤を繰り返すようになり、職場上司から叱責を受けた。交際相手から別れ話を持ち出された際に激高し、相手の顔面を殴りつけて鼻骨を折る事件を起こした。懲役 3 年執行猶予 5 年の判決。解雇され、自宅に引きこもりとなった。25 歳頃より、ホストクラブの呼び込みなどのアルバイトをするようになり、しばしば出会い系サイトを利用するようになった。

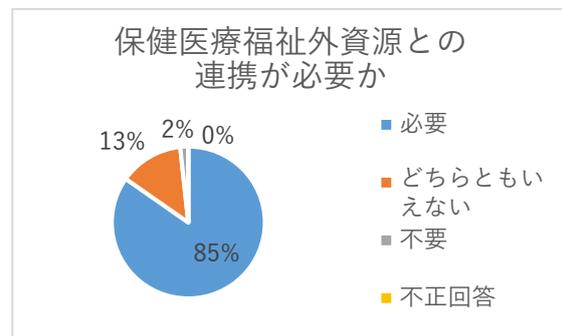
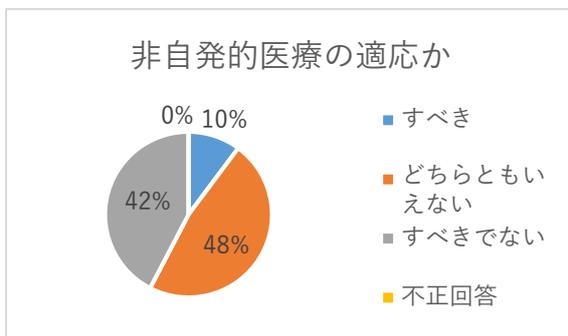
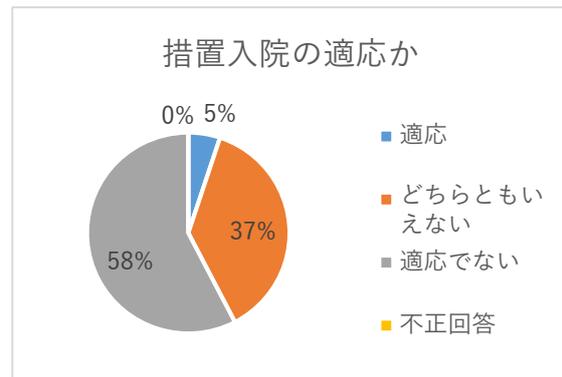
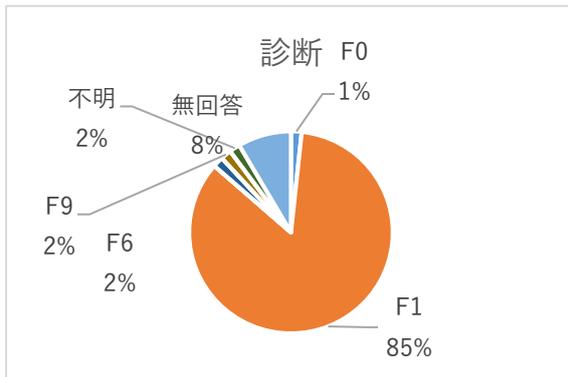
ある日、本人は強姦致傷で逮捕された。簡易鑑定では、酩酊の程度は軽く、完全責任能力とされた。判決は懲役 6 年となった。出所した本人は矯正施設長通報を受けたが、措置診察は行われなかった。

帰宅して大量飲酒を繰り返していたところ、出所 1 週間後、夜中に家の中で暴れ始めた。父が警察を呼び、急性錯乱状態で緊急措置入院となった。2 日後の措置診察でも、急性一過性精神病性障害ないし物質誘発性精神病の診断で、要措置となった。

4 ヶ月間で退院した。診断は遅発性精神病性障害及びアルコール使用障害。退院後本人は 1 年ほど同院に通院した。

34 歳の春、本人は地元の文具店に就職した。通院を自己中断し、飲酒も再開した。職場同僚である 20 代の女性と知り合い、何度か 2 人で食事をした。ある日、二人で食事をした際、本人はワインをボトル 1 本空けた。そして帰りがけに女性に性的交渉を迫り、女性がそれを断ると殴りつけ、ホテルに連れ込んで監禁し、強制的性交に及んだ。犯行後寝ている際に女性は家族に助けを求め、翌朝本人は警察に逮捕された。

**【回答】**



**【自由記載】**

- ・ 医療観察法の適用の事例である。
- ・ 明らかに刑法犯と考えられる。
- ・ 事件は司法で対応すべき事例。ただ患者には医療の長期的な支援が必要と思う。
- ・ (緊急)措置入院時、「急性錯乱状態」という文面のみからは、措置の必要性や診断の根拠がはっきりしない。
- ・ 再犯を反復し、治療の継続を要するが、パーソナリティの問題が基本と考える。
- ・ まず司法ルートにのり、医療がかかわるとしたら医療観察法の枠組でかかわるべき。このような事例が措置診療の対象となるとは考えられない。
- ・ これはグレーゾーンなのか？そもそも医療観察法の対象者であって精神保健福祉法の対象ではないと思う。
- ・ 断酒した状態で社会生活に特に支障がない場合は、司法対応すべき。
- ・ 成長発達の偏りや知的能力についての情報が乏しい。意欲低下、不登校や自室にいる時の耳元でささやく声が、統合失調症の幻覚妄想や自発性の低下と関連付けできるの不明、解離症状だとしても内容がわからなくては予測できない。アルコール使用障害はあるといえる。では犯行時病的酩酊かどうか不明。再犯大いにありえるため情報は共有。診断のために警察の調べの後の入院は可か？

- ・ 本人の同意があり、本人が治療を希望すれば応じる必要があるものの、保安目的による本人の同意によらない治療の対象とは考えられない。
- ・ 双極性障害の診断や、精神病症状の有無、知的な評価が必要と思われる。
- ・ このモデルは、人格障害とアルコール使用障害が重複していると考えられる。このモデルを包括的にコントロールする適切な機関はどんなものがあるのか、検討がつかない。連携だけではコントロールできるとは思えない。
- ・ 精神科医療にのせるべきケースか迷うところ。通常司法判断（服役など）の方が適切に思う。
- ・ 判断材量が不足だが、印象としては疾病が大きく関与したものではないよう。
- ・ 現時点での精神病症状の有無についての言及がないため、判断に困る。
- ・ 34歳になるまでの生活歴の間に、簡易鑑定・措置入院、精神科への通院が行われてきている。今後もこれらの精神科治療歴に基づき、発達課題に基づいた、認知療法的な精神療法を取り込み、本人自らが治療の必要性を気づかせることが必要と考える。
- ・ 医療では対処しようがないと思う。
- ・ 本例は退院後、長期に渡る見守りを要するものと思われる。

## 事例 5：60 代、男性 強姦性交等、暴行

### 【通報の経緯】

55 歳時、路地裏で帰宅途上の女性を殴りつけて性交を強要し、逮捕された。懲役 6 年の判決を受け、受刑した。61 歳で出所した際、矯正施設長通報がなされた。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

父とともに反社会組織の一員。20 歳から覚せい剤使用歴がある。殺人 1 件を始め粗暴行為が頻回で受刑を繰り返している。

### 【面接時の状況】

矯正施設から抗精神病薬が処方されていた。事実と異なる内容を述べることはなかった。他方では、ささいなことを被害的にとらえてすぐに暴力に訴える傾向は持続していた。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父は反社会組織の一員で、酔っては本人や母、妹に暴力を振るった。母は鬱病で複数回の入院歴、自殺企図歴もある。妹は幼少期より家出を繰り返し、高校時代に集団暴行等で少年院送致となったことがあり、成人後は家を出て音信不通。

同胞 2 名中第 1 子長男として出生。幼少期はいわゆるガキ大将で、問題児と指摘されるほどではなかった。成績は不良。地元中学校で不良グループとつきあうようになり、万引きを繰り返し、遊び半分にシンナー吸入をやった。高校で不良グループの相手に重傷を負わせ、保護観察処分となり、放校処分となった。

その後通信制高校に入学し、塗装業者のところで働いたが、そこでシンナー吸入を再開した。職場上司を殴り逮捕され、少年院送致。少年院でも粗暴行為が目立った。

20 歳を過ぎた頃、反社会組織に所属し、覚醒剤の注射をおぼえ、10 年にわたり使った。

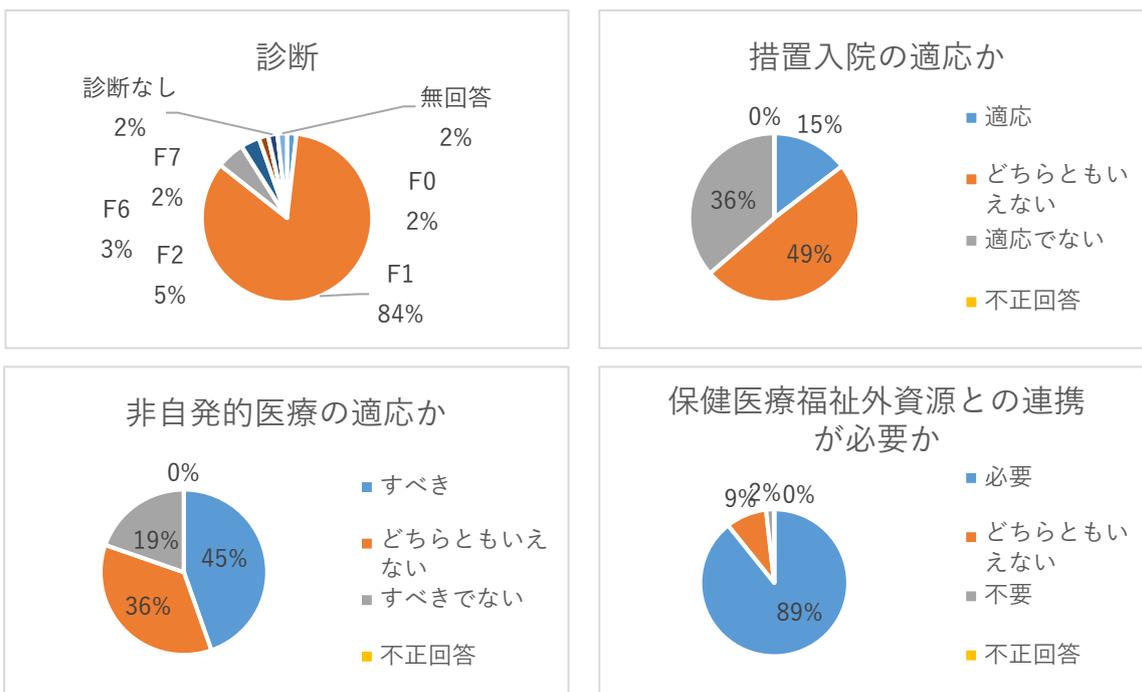
22 歳の頃、懇意になった女性を殴りつけて昏倒させ性行為に及び、懲役 5 年。満期出所後も定職に就かず、翌年には傷害事件を起こし 4 年服役した。

31 歳で出所し、再び反社会組織に身を投じた。近隣の別組織との抗争があり、本人が一人警察を訪れ、「ずっと狙われている。スパイか悪魔かわからない」と訴えた。尿中覚醒剤反応は陰性。本人は措置入院させられた。これが初めての精神科受診となる。入院後、抗精神病薬で注察妄想は改善したが、病識は欠如したままだった。半年で措置解除となり、その後来院することはなかった。

34 歳のとき、通行人に対して暴行を加え、逮捕された。傷害罪にて懲役 4 年の判決。41 歳のとき、コンビニエンスストアの店員を刺し殺して逮捕された。懲役 12 年の判決。53 歳で出所すると同時に矯正施設長通報を受けたが、措置診察には至らなかった。本人は生活保護を求めて近くの精神科病院を自ら受診した。翌月、追跡妄想に駆られてタクシーを呼び、運転手に重傷を負わせた。検察官通報になり、措置入院させられた。

抗精神病薬の投与で妄想は徐々に軽減したが、対人関係の過敏さや自己中心的な言動が目立った。入院半年後、措置解除となり、市長同意による医療保護入院が継続された。途中、1ヵ月間行方をくらませ、痩せこけて異臭を放った状態で他県の警察署で保護されることがあった。退院後は受診せず、55歳で逮捕されるまで医療中断となっていた。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 医観法の適応。(×4)
- ・ 診断する際の情報が不十分である。(×3)
- ・ 外来通院が中断されがちな患者であるため訪問看護、保健所等の訪問等導入すべき、通常精神病症状が軽快すると反社会性は改善することが多いので、取締側の協力が必要かどうかはなんとも言えない。
- ・ 社会的支援がない状態で生活していいとは思えない。自ら支援を求める力もないと思われるため、支援者との信頼関係を作るところからの支援が必須。
- ・ 社会資源との連携、協力、情報共有もした方がよいと思う気持ちと実施の中で手続きが形骸化、手間がかかる割に実効性が乏しくなる危惧がある。また人権、プライバシー保護の意味でも 妥協的な対応をすべきではなく新たな法律が必要かもしれない。
- ・ 精神病性障害は精神科治療が必要であろうが、他はケースバイケース。

- ・ 本人の人権云々の話はあると思うが、保健所がもっと積極的に介入すべき。治安維持も保健所の役割と考える。
- ・ 殺人・暴行を繰り返しているが、精神鑑定は受けていないのか気になる。
- ・ このケースは医療がかかわる部分が少なく、大部分は司法の問題である。
- ・ 医療と司法機関との連携が重要である
- ・ 司法手続きが必要なケース。
- ・ 精神科病院を中心に積極的に医療対象とすべき。ある程度、薬物療法による鎮静を。
- ・ 出所する頃矯正施設で、精神病状態で、自傷他害の恐れがあるのなら、措置通報で良いと考えるがその情報に乏しいので、措置通報はいかがなものかと思う。
- ・ 幻覚妄想があれば F15.7 として医療の対象になる。ささいなことを被害的にとらえ、すぐに暴力に訴えるのは F60.2 で説明できると思う。
- ・ 医療だけでも司法だけでも難しい事例。一般の精神科病院でみるのは困難だが依存症治療としての関与は必要と思われる。しかし、どういう対応が良いのかわかりかねる。現存の施設では無理？
- ・ 受刑をさせた上で医療的処遇を考慮するべきと考える。
- ・ 精神疾患の病状は動揺性であり措置入院や非自発的な入院の適応であるかどうかはそれを判断する”時”の病状で判断するものであり、このモデル事例では、その時の状態、症状の記載がないため判断できない。同様の理由で”全体的な意味”というもので、非自発的な入院の可否を判断することもできないと考えられる。
- ・ 現在の幻覚妄想の有無、程度、矯正施設での現在の処方内容、過去の治療薬効果（抗精神病薬への治療反応性）が非自発的な入院医療の必要性への判断のため重要。

## 事例 6：30 代、男性 銃刀法違反

### 【通報の経緯】

児が万引きで補導され、本人の元に警察から連絡が来た。これに対し本人は激高し、「これから無差別殺人を行うから、覚悟しとけ」と叫んで電話を切った。そのまま外に飛び出したところ、警察から職務質問を受けた。所持品からナイフが見つかり、銃刀法違反で逮捕された。

取調べに対しては、ふてくされた様子で対応し、真面目に答えようとしなかった。警察は警察官通報を行った。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

成人前の前歴があるが、成人後の情報はない。

### 【面接時の状況】

本人の態度は変わらず、殺人予告は冗談だったと述べた。幻覚や希死念慮は否定した。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父は元暴力団員で受刑歴がある。母は居酒屋店員。父母ともに複数回の結婚、離婚を繰り返しており、異母兄弟、異父姉妹が計 4 人存在する。

発育・発達には本人の知る限りでは特に指摘された覚えはないという。

本人が 2 歳の時に父母が離婚し、本人は父に引き取られた。だが、父からことあるごとに殴られたり、しつけと称して食事を与えられなかったりといった虐待を受けていた。

小学校では成績は下位で、落ち着きなく過ごしていた。本人は不登校がちになり、5 年生からは近所の不良グループとつるんで飲酒・喫煙するようになった。万引きやシンナー遊びも始めた。

地元の公立中学校に進学したが、ほとんど登校しなかった。中学 3 年からは、シンナーに加えて、覚醒剤の吸入も始めたという。

15 歳時、父と大喧嘩して警察が呼ばれたことがあった。本人が父に馬乗りになり殴る蹴るの暴行を加え、本人も額から出血していた。警察に対し、本人も父も一見おとなしく殊勝なそぶりを見せた。

そのすぐ後で本人は出奔した。たまに実家に戻り父に小遣いをせびることもあった。18 歳頃からは覚醒剤の注射も始めた。

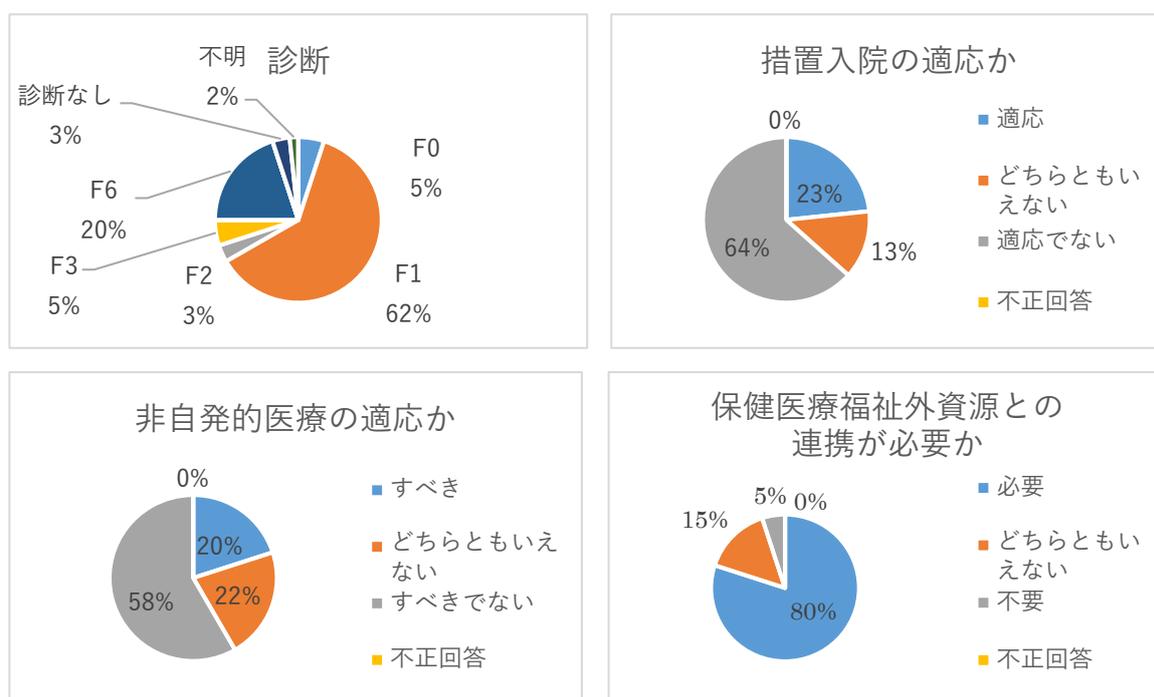
22 歳時に、全身倦怠感に襲われて内科を受診。C 型肝炎を指摘された。そこでインターフェロン療法を受けたが、経過中にひどい鬱状態になった。下宿先に引きこもり、通院も中断し、治療は頓挫した。半年ほどで自然に回復したという。

その後本人は違法薬物への渴望がなくなったと言い、日雇いの仕事などをこなしてそれなりの生活を送るようになった。結婚し、1 児をもうけた。

27 歳時に妻の浮気が発覚、離婚した。児は本人が引き取った。その過程で不眠、抑鬱を訴え、近医精神科を受診した。通院は 1 年ほどで途絶えた。

29 歳の時に、急に死にたくなると言い、過量服薬。直後に自ら救急車を呼び、内科に搬送された。救急担当医は精神科救急システムに引き継いだ。搬送先の精神科病院の担当医は、鬱状態と診断することには躊躇したが、夜間だったこともあり、経過観察目的での入院を勧めた。しかし、児の預かり手がいないことから、本人は入院に同意せず帰宅していた。本件事件はそのしばらく後のことである。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 司法のレベルで肅々と対応すべき
- ・ 精神科治療は必要と思うが、司法、保健所等他の社会資源と連携しながらの治療が望ましい。
- ・ 理想は司法の問題として対応してもらうこと、現実には、司法、警察、近隣（役所、保健所）からの圧力により、無理な強制入院となるが治療にもならず、司法、行政の対応もできずで対応困難な状況になっていくのだろうと思う。
- ・ 治療反応があるかどうか、司法事案かどうかを検討するための入院形態があるとよい。もしくは司法の中に置くか。

- ・ #1C型肝炎の状態、#2覚醒剤使用の有無が気になる。C型肝炎が急性期ではなく、覚醒剤使用が無いものとして、判断した。銃刀法違反及び、虚言とはいえ「無差別殺人を行う」との言動に関しては罪を問うべきと考える。
- ・ 面接時の状況で精神症状を否定している。医療ではなく司法・警察で対応すべきケースと考える。司法・警察に引き継ぐことを条件に「措置不要」と判断したい。ただ実際には「措置不要」後の処遇までは病院で把握できず、「野放し」を恐れて「要措置」にするケースもあると思われる。
- ・ 脳の精査から行われるべき。
- ・ 単なる犯罪と考える。
- ・ まず警察で完結させるべき事案。
- ・ 警察官が通報したことが不適切。検察送致までは行うべき。
- ・ むしろ司法、警察が中心的役割を担うべき事例。
- ・ 医療につなげる必要はあると考えるが、非自発的な入院治療は、その後の治療者との関係構築という視点を考えると、すべきでないと考える。しかし、自身の生活、子供の事等で、生活上での困難さを抱えていることが予想され、更に周囲に頼れる人もいない可能性もあるため、まずは社会資源とのつながりを持ち、そこから医療へとつなげればと考える。
- ・ 本事例のように本来保護もしくは鑑置が必要な事例でも警察官通報が出ることが多く、実際精神保健福祉法の理念上は措置入院に値しなくとも、精神障害があり、保護を要する状態であり結果として法律上も社会通念上も要措置となる例は多数ある。
- ・ 知人などからの情報がほしい。一度経過観察や状態把握のために入院させてみたいが、精神疾患だと言い切れないので難しい。かつ、病気でなかった場合、司法に差し戻すことができないのではと考える。
- ・ 銃刀法違反で有罪とすべきケース。
- ・ 医療（精神科）よりも、司法、警察、児相（子供）などの対応が優先されると考える。
- ・ 本人よりも児への対応を優先すべき症例と思われた。
- ・ 発達史の詳細な記録、特にADHDとの関連が必要である。また、遺伝負因も詳細に知りたい。
- ・ 逮捕時の心理機制にしっかりと踏み込む必要があると思われる。何かの意図があったのか独時の心理機制による問題がある可能性が高い。
- ・ 児童虐待によるトラウマ体験への理解が必要。決して「犯罪者」としてのみ対応しないこと。銃刀法違反そのものについては、充分判断能力がある。

## 事例 7：20 代、女性 自傷行為

### 【診察時点で判明している事項】

父は高校数学教師で厳格な性格。母は介護職。同胞はいない。近親者に精神科受診歴を持つ者はいないという。

正常分娩にて出生。周産期、発育、発達で異常を指摘されたことはない。幼少期はおとなしく手のかからない子だったという。

小学校では吹奏楽部に入り、熱心に練習していた。友人はそこそこいて、成績は中だった。小児ぜんそくで欠席がちだったが、高学年に入ると寛解した。

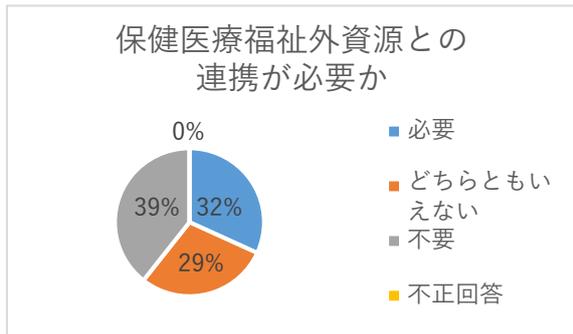
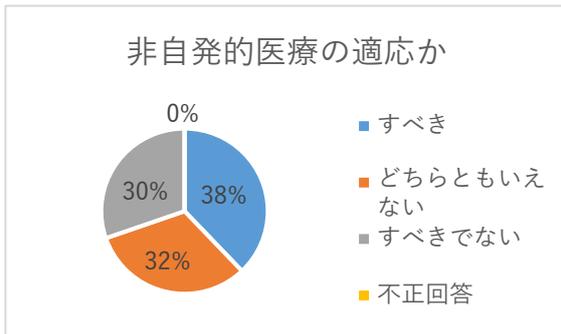
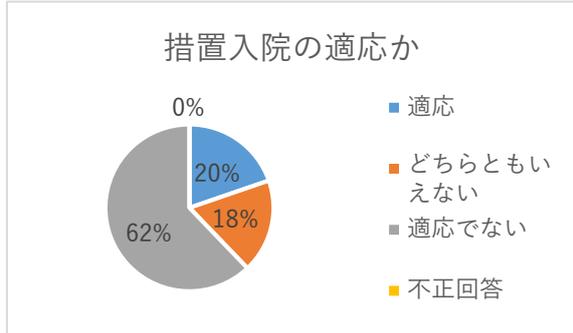
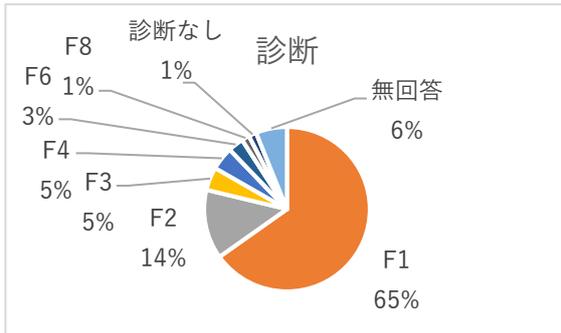
中学では引き続き吹奏楽部に所属したが、先輩との上下関係がきつく、また運動部並みの練習量が苦痛になり、半年で退部。その際、小学校時代から仲の良かった友人に口汚く罵られ絶交。以後は学校で孤立がちに過ごすようになった。

地元の公立高校に進学したが、友達はできず、学校はまったく楽しくなかったという。成績は悪くなかった。父は成績や金遣いのことで叱責することはあったが、それ以外では放任的だったという。母は仕事が忙しく、本人に家事を任せることもあった。

高卒後は進学も就職もせず、コンビニエンスストアでアルバイトをしていた。日中は疲れて寝ていることが多く、昼夜逆転となった。勤務中に同僚の目が気になるようになって、自分の顔や体型のことで客からも笑われているような気がしてきた。朝方帰ってきては寝酒を飲んで寝るという生活が続き、次第に出勤が近づく夕方までまったくベッドから離れないようになっていった。

22 歳時に、深夜に訪れた客が本人の対応に憤慨して店長に訴えたことがあった。店長から事情を聞かれたが、本人によると「自分が一方的に悪者にされた。死にたくなった」という。帰宅後、買い置きしてあったワインをボトル 1 本空け、つまみを切った包丁でその場でリストカットした。驚いた両親が救急車を要請し、病院に担ぎ込んだ。傷は浅く、縫合も不要で帰宅して良いと当直医に言われると、本人は激高して暴れ回り、精神科救急対応が要請された。当番の精神科医師が面接しようとする、酒臭をまき散らしながら「どいつもこいつも馬鹿にしやがって」と叫び、自らの首を絞めようとする仕草も見られた。

## 【回答】



## 【自由記載】

- ・ 統合失調症の可能性を念頭におきつつ、また、内因性うつ病ではない可能性が高いため、心理社会的な面に注意をはらいつつ治療を行う。
- ・ 物を壊したり、暴力をふるったなら、まずは罪をつぐなってから、通院希望あれば通院を。お酒のんでしていると判断できないが、精神疾患の関与は少ないと思われる。
- ・ できるだけ外来で本人の気持ちを語らせ、場合によっては点滴等でリラックスする時間を作り、帰宅させるのが望ましい。更に外来通院につなげたい。どうしても興奮がおさまらない場合、短期間の医保入院はありうる。
- ・ このまま精神医療にのせて医療化させない方がよいと思う。
- ・ 酩酊状態の場合は措置診察を保留すべきである。
- ・ 下線部の以下の行動（～自らの首を絞めようとする仕草も見られた）までを総合的に考慮した場合、緊急避難的な介入として非自発入院を含めた入治の選択を検討する場合がある。
- ・ 背景に精神発達の問題あるいは人格の問題等があるかもしれないが情報が不足している。しかし、重篤な内因性精神障害を示唆する所見には乏しく、就労上のトラブルに反応して突発的な衝動性の行動と、アルコール乱用による酩酊も伴った自傷行為であり、措置入院の要件としては不適と思われる。当然、他の連携も不安であるが、一時的な対処として両親の同意の元に医療保護入院については状況により考慮しうるとと思われる。

- ・ 酩酊の場合、措置不要となったあとの対応がむずかしいのではないかな？医療は必要、とした時の受け皿がみつきづらい。
- ・ 飲酒しており、この状態では精神症状の判断ができないと考える。
- ・ 酩酊状態での入院という点が気になるが最初入院については治療の開始の糸口という意味でやむをえないと思われる。今回、長期的な治療経過のなかで同様に飲酒時の診察依頼があれば酔いがさめるまで警察に保護を依頼するかもしれない。
- ・ 酒臭をまき散らす酩酊状態のまま、精神科診察をすることは、避けるべき。
- ・ 自宅での生活態度や行動・言動の異常についてもっと情報が必要。「帰宅して良い」と当直医に言われて、激高して暴れ回り…というのは精神疾患らしくない。むしろ、精神科での治療を勧められて、激高したというのであれば納得し易い。
- ・ 酒が抜けるまで警察が保護すべき。警察が対応難しいのなら医療保護は止むを得ず。
- ・ アルコールの病的酩酊では非自発的入院の適応とはならないと考える。
- ・ アルコールによる酩酊状態なので、措置入院の対象とは思えないが、医療保護入院とする可能性はあると思う。酒が抜けるまでは警察に対応して頂きたいが、病院にきてしまったものについては、対応せざるを得ないと思う。
- ・ 酩酊が疑われ、さます必要がある。警察対応でもよいと思うが、いったん病院へ来ているので難しい。やむなく一泊は入院となるのではないかな。
- ・ 高卒後進学も就職もしなかった理由についてももう少し情報がほしい。多量飲酒、問題飲酒の発生した時期、酒覚、飲酒コントロールについても情報不足。
- ・ 本文のみで精神病圏にあるのか、アルコール圏にあるのか、人格障害圏にあるのか、診断が確定できない。上記3つのどれかに診断が確定できれば、それに沿って対応してゆくべきと思われる
- ・ 明らかな精神病性の障害でない場合で、かつ他害行為の場合は警察での対応が優先されるべきと考えるが、本ケースでは攻撃性が主に自分に向いているので医療で対応するしかないと思われる。
- ・ 一晩警察に保護を求め、それが受け入れられない場合は家族に一晩付きそって自宅で保護してもらい、酔いがさめてからの状態での精神状態を評価するのが望ましいと考える。
- ・ これだけの情報が得られていれば、酩酊から覚めるのを待つ必要はないと思う。
- ・ 司法、警察等は医療とは別に自発的に動かれることが多いので、この事例では医療からつなげる必要は無いように思う。
- ・ アルコールの影響が消えた時点で、再度診察・評価する必要がある。
- ・ 患者は酩酊状態である可能性が高く、この状況では精神医療的な介入は不可能である。安全な状況での補液等の処置を行い意識清明となったところであらためて本人が自発的に精神医療にかかわるようはたらきかけていくのが望ましいと考える。
- ・ コンビニでのアルバイト生活は既に破綻している。支援が必要。今回の事件はそのきっかけになる。

- ・ 孤独であったことが最大の要因である行動化。医療と福祉がきちんと対応すれば司法その他の協働を求める事態にならずに済む事例のように思う。両親に治療への参加を促す意味で非自発的ではあっても入院治療から始めるべき。
- ・ 情報が少ないが、育ちの面ではストレスを抱えやすいパーソナリティと考えられ、自発的に治療を受けられるような促しが必要かと思えるケース。

## 事例 8：30 代、女性 放火、暴行

### 【通報の経緯】

ある日、交際相手が本人のへそくりを無断で持ち出して借金の返済に充てたことがあった。気付いた本人が激昂し、交際相手をビール瓶で殴りつけ、包丁を突き付けた。交際相手が逃げ出したところ、灯油を室内にまいて火をつけて、自宅店舗を全焼させた。警察が臨場した際には「死んでやる、死んでやる！」と叫び続け、興奮が著しかった。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

万引きの前歴があるが、起訴されたことはない。

### 【面接時の状況】

落ち着いた様子で、交際相手のしたことは絶対に許せないと語った。当初は幻聴を示唆する発言も見られたというが、本人は否定している。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

周産期、発育、発達で特段の異常を指摘されたことはない。

本人が小学校に上がる頃から父の酒量が増え、暴力が激しくなってきた。また母も心理的虐待を繰り返した。小学校では成績は下位、運動は苦手で、友達も少なかった。地元の公立中学では不良グループに強引に誘われて中学 2 年からシンナーを吸入するようになった。地元の公立高校に進学したが、父が学費が払えないと言うため、風俗店で働き始めた。万引きや無断外泊も目立った。体が大きくなり、また性格も急に大胆になり、些細なことで激昂するようになった。高校は何とか卒業し、その後も風俗店勤務を続けた。

19 歳の時にはじめて万引きで逮捕され、その後も数回同様の行為で逮捕歴があるが、いずれも起訴には至っていない。

20 歳で実家を出たが、在住の木造アパートから火が出て半焼し、実家に戻ってきた。自宅では家族間の争いが絶えず、22 歳で再び家を出た。風俗店勤務は続けていた。23 歳頃から、店で知り合った男性に勧められて注射による覚醒剤使用を始め、30 歳まで、断続的に使用していた。

27 歳頃に本人は不眠と抑鬱を訴えて精神科病院を自ら受診。その後入退院を繰り返しつつ幾つかの医療機関を転々とした。覚醒剤を使用した際に幻聴や被害妄想に引きずられる形で首つりなどの自殺企図を行ったこともある。また、些細なことで腹を立てて暴力に及んだり、衝動的にリストカットするようなこともたびたびあった。服薬は断続的だった。

30 歳頃、交際相手の家に転がり込んで同棲を始めた。覚醒剤使用を止めたが、幻聴が続いていた。抑鬱的になることが多く、自傷行為が見られた。また、別れ話が出た際には興奮して包丁を振り回すことがあった。

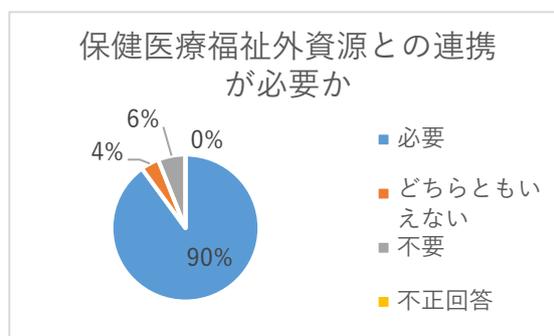
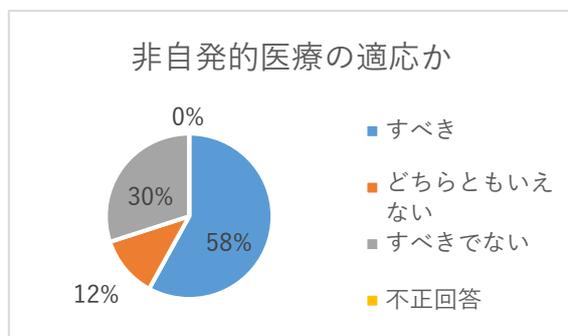
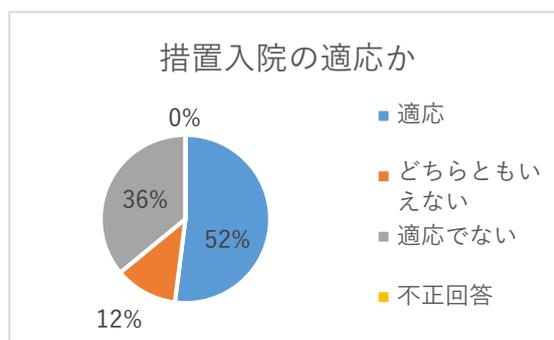
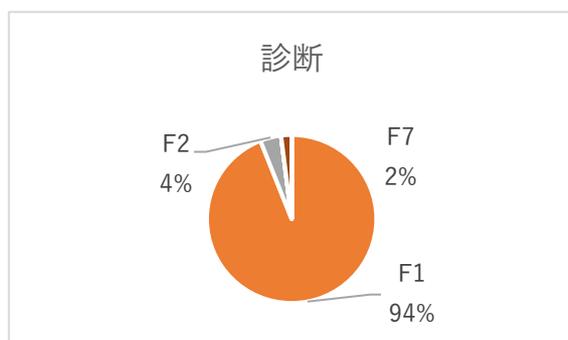
32歳頃から飲酒が増え、昼間から飲むようになってきた。それに伴い幻聴が増悪した。不眠がちになり、命令性幻聴が強まった。猜疑的で易怒的になった。ある日、命令性幻聴に従って、交際相手を殴りつけ、ナイフを突きつけた。残遺性精神病性障害による幻覚妄想状態で措置入院となった。

抗精神病薬の定期的な服用により幻聴は速やかに落ち着いた。3ヵ月で措置解除となり退院。退院後はデポ剤による治療を受け入れ、外来通院を継続していた。

34歳頃まで落ち着いていたが、交際相手の商売がうまくいかなくなったことで、関係が悪化した。徐々に生活リズムが乱れ、何につけても易怒的となり、買い物先で店員の態度が悪いと喧嘩をするようなことも増えていた。

それから数か月後に、事件が発生した。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 明らかな精神症状に基づいた行動に対しては、医療の対応は必要と思われるが、下線に関しては、そう判断するのが難しいと思う。
- ・ 覚醒剤はやめているのだろうか？
- ・ 覚醒剤やアルコールなどの薬物関連障害があり、本人の自発的な治療導入が望ましいが、これまで至っておらず、今回の事例化が治療導入の契機になるとと思われる。

- ・ 事例の暴行、放火は、交際相手の行為に対して行われたものであり、病的な反応として行われた行為ではないと考える。
- ・ 触法行為については司法が対応すべき。本人が自発的に受療するのでなければ医療の対象にはならない。
- ・ 事件が発生した時点においてはと診断し、措置適応と考える。しかし、覚醒剤使用前の生活歴を考慮すると、情報不足とはいえ、情緒不安定性パーソナリティ障害がベースにあると考える。治療者の対応仕方によって、陽性勘定 or 陰性勘定が発生しやすい人物と考える。
- ・ 司法にのせるべきである。
- ・ 連携協働と言っても具体的にどう対応するのが良いのかむしろ知りたい。
- ・ 本来は、警察の保護房のようなところで経過をみて、一時的な興奮が時間経過でおさまるのかどうかを観察してから、方針を決定していくようなシステムが望ましいと思われる。
- ・ 少量の抗精神病薬を使いたい。
- ・ 放火に対して司法で対応した後必要に応じて矯正施設・保護観察所など社会資源との協働が必要と思われる。薬物療法の継続が必要と思われる。
- ・ このような矯正が困難かつ、多要因がからんだ処遇困難な精神障害例こそ、医療観察法での処遇がのぞましいと思われる。
- ・ このケースは放火や暴行など強悪な事件を起し虐待をうけ、結果、覚醒剤に手を出し、覚醒剤精神病の状態になっている。医療観察法できちんと対処すべき例と考える。
- ・ 医療資源以外の介入・情報が不足しているか。
- ・ 下線部分については、刑事事件として扱うのがよいと考えた。
- ・ 多大なマンパワーが必要であり、一民間病院では対応出来ない。
- ・ 幼少期の両親以外のかかわりや交友関係知的能力の評価など気になる。
- ・ 知的な問題が大きいと思う。
- ・ 「生活リズムが崩れ、易怒的な傾向が見られ、買物先でのトラブルが増えた」段階で治療的介入（場合によっては非自発的）が必要であったのではないか。
- ・ 精神科救急症例においては身体合併症の治療が優先か精神合併症が優先か、両方とも同時に必要かという見方があるが、それと同様のことがこういう場合にも成り立つのだと思う。要するに、両方とも必要であり、それが時間的に順番をつけて対応していくのがよいのか、同時に対応していかなければいけないのかという問題になる。どちらか一方に押しつける感じの選択が蔓延しているようにも思われるので、本来の意味での医療/司法等との連携が求められるのではないか。もちろん現在の法においては困難なところところがあるが、少なくとも治療が優先か刑罰が優先かというその順番を考えることが必要で、順番が次になったとしても切り捨てず連携をとっていくことが必要なのだと思う。この事例は、覚醒剤の後遺症に基づくものである可能性が高いが、覚醒剤使用が確認されれば精神医療の世界からはいなくなるということになり、そのまま消えてしまっ

たままになることは治療という観点からもマイナスであろうと思う。米国におけるドラッグコートという流れもわが国においても必要なのではないかと思うが、法の整備が壁となる。さらにその際に情報の共有がどのくらいできるのか（司法領域からの情報提供はかなりハードルが高いので）という課題が残るのではないか。

- ・ 責任能力が一部存在すると考えられ、司法の判断が必要。また医療観察法の適応も考えられる。
- ・ 暴行・放火等の危険行為（犯罪）をした者には矯正施設へ入所を優先させるべきと考える。その中で精神科医療（薬物療法）が必要とされるならば矯正施設内で実施する。
- ・ 精神病性障害による/よらない状況により処遇のあり方が異なるべきと思う。
- ・ 覚醒剤後遺症による精神病状態は臨床症状としては統合失調症とほぼ区別が付かないと考えられている。とすれば、薬剤抵抗性の難治性統合失調症と同様の治療、社会資源の導入を行なうべきと判断する。
- ・ 措置入院を含めた、非同意入院による危機介入の適応と考えるが、（またくり返しこうした問題をおこすと予想するが）連携が最も重要になる。

## 事例 9：40 代、男性 放火

### 【通報の経緯】

ある休日の夜、元妻の帰宅が遅いのが気になり、イライラし始めた。気持ちが治まらず、自宅に灯油を撒いて放火した。直後に後悔して自ら 119 番通報したが、自宅はほぼ全焼した。逮捕され、取調べでは義兄に対する恨みを述べた。検察官は嘱託鑑定を要請した。鑑定人は、本人を妄想性障害と診断する一方、本件犯行はあくまでも現状に対する積年の鬱憤を晴らす衝動的な犯行であって、犯行当時の責任能力への影響は軽微であるとした。事件は起訴された。判決では本人の精神科診断には言及せず、懲役 3 年執行猶予 5 年となった。

これを受けて検察官は本人を措置通報した。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

事件に対しては深い反省の意を表しているが、他方で義兄に対しては「義兄の実家は呪われている。俺も息子も取り込まれて殺される」などと述べていた。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父は大手企業で本社課長。しつけに厳しく、また見栄っ張りだった。心筋梗塞で 2 年前に死亡。母は専業主婦。姉は高校を中退して以来引きこもっているが、精神科受診歴はない。弟は結婚して家を出ている。

大都市で出生。周産期、発育、発達で異常を指摘されたことはない。

幼少期は活発で人付き合いの良い子だった。厳しくしつけられ、父から体罰を受けたこともあったという。小学校時代は運動が得意で成績は普通。地元の中学ではロックバンド活動をし、酒やタバコも始めたというが、それ以外の違法行為はなかった。高校時代も同様で、友人は多かったが勉強はできず、成績は最下位だった。

高校を卒業後、近隣都市の工場に就職。進学を望んでいた父と意見が対立し、勘当に近い形で実家を出て、以来ほぼ接触を絶った。工場に住み込みで働き、仲間内でシンナー、覚醒剤に手を染めたことがあったが、24 歳頃には止めたという。

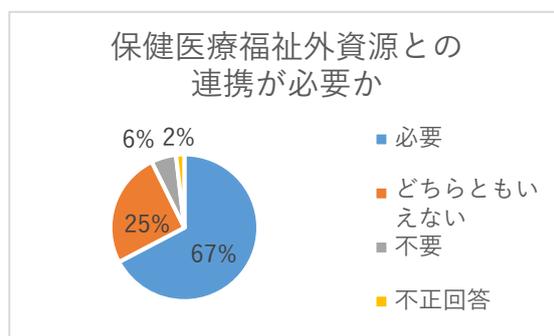
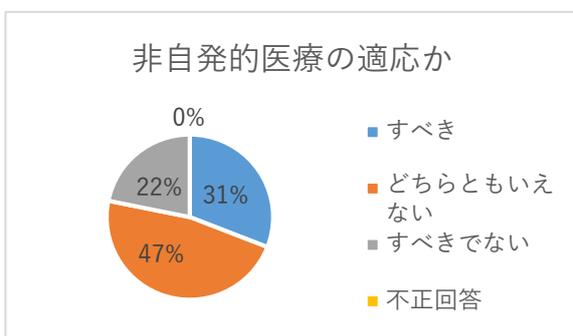
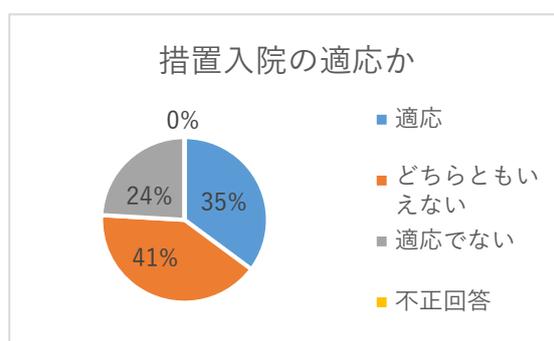
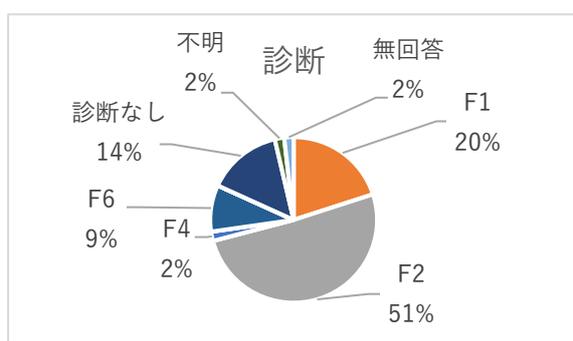
24 歳で結婚し、2 児を儲けた。妻の父親の経営する工場に移籍し、当初は真面目に勤めていた。

本人が 32 歳の時に経営者である妻の父が脳梗塞で急死し、後継争いが起きた。妻の兄が経営権を継いだ。人手が足りなくなり、妻も工場の仕事に駆り出されることが増え、本人としては妻に苦勞をかけることをふがいなく感じていたという。そのうちに本人は妻の兄に対する憎悪を募らせ、「このままだと息子も義兄の尻ぬぐいのため工場で働かされる」「息子が

大学に行けなかったら義兄のせいだ」と思うようになった。妻は本人と兄との間で板挟みになり、両者の仲を取り持とうとしたが叶わず、次第に関係が悪化した。

45歳の時に本人は妻と協議離婚した。しかし妻や息子たちと同居を続け、事実婚を維持していた。本人は変わらず妻や息子たちが義兄の工場にかかりきりで「妻の実家に取り込まれてしまう」という恐怖感を抱き続けた。翌年の次男の20歳の誕生日にサプライズでケーキを買って帰ったところ元妻も息子達もまだ帰宅しておらず、待っているうちにぼかぼかしくなりケーキをゴミ箱に捨ててしまったというエピソードがある。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ いわゆる逆恨みの感情を抱き続けてきた事例で、自分の置かれている境遇はすべて義兄のせいであるというふうに見えるようになってきている。妄想性障害の場合はなぜそのようなことを考えてしまうのか、常識に照らし合わせると理解できないところがあるがこの事例は積年の恨みに起因しているところが容易に推測できる。よってこのような事例に決して精神疾患の範ちゅうに含めるべきではない。放火という重大犯罪を犯しており、実刑に処すべきである。
- ・ シンナー 覚醒剤の既応も病状に関係しているかもしれない。措置入院ではなく医観になるのではないか。

- ・ これは司法、警察が中心となって対応すべき案件であると考え。積年の鬱憤があれば免罪符となるというのか？それがあるから精神病だと言うのか？それはおかしいのではないかと考える。
- ・ 放火の後も義兄に対して、行動化に至る程の症状があるかどうかで措置か医保か判断したい。
- ・ カウンセリングの介入も検討すべき。
- ・ 措置入院ではなく医療観察法入院が適当ではないかと考える。
- ・ 事件当時本人に仕事ができている、家事能力などどの程度社会的に機能できていたかを知りたいケース。
- ・ 元妻からももう少し詳しく話を聞いてみたい。
- ・ 家が全焼するレベルの放火なので、事の重大性からすると措置入院かとも思うが、その行為が”イライラしたから”であって妄想にもとづくものではないのなら、措置ではなく司法対応かな、とも思うところもあり、悩む。鑑定にあるような「妄想性障害」なのか「妄想性パーソナリティ障害」にとどまるレベルなのか、病態もつかみにくい。そういった意味では、評価も含めて治療目的の入院もありかもしれない。
- ・ 医療観察の適応かが気になる場所である、治療反応性にあまり期待できなさそうな印象。
- ・ 逮捕後の取り調べ時の状態によっては、鑑定ではなく措置通報に至った可能性もあると思う。鑑定や措置診察の依頼がある度に、その基準があいまいな印象を実臨床では受ける事がある。
- ・ いったんは入院し、病状を評価する。
- ・ 元妻の性格傾向、コミュニケーションの有様、行動の傾向 etc の情報が不足。
- ・ 責任能力ありと判断されたものの、執行猶予がついたことから、一担は措置入院して診断し、再犯を予防するのは妥当かと思う。
- ・ 放火と妄想との関連に関する情報が不足している。

## 事例 10：20 代、男性 放火の疑い

### 【通報の経緯】

本人が 22 歳の夏、母と電話で話していた際、母が「今度、家をきれいにしに行こうか？」と言ったところ、「俺が汚したって言いたいんだな」と本人が怒り出した。「それなら全部燃やしてやる！」と叫んで電話を切ったため、母は慌てて警察に通報した。母が自宅に戻ったところ、壁紙と新聞紙が、板を敷いたフローリングの上で燃やされており、煙が部屋中に充満していた。

本人に状況を尋ねると、「息苦しくなって火を消した」と話した。上に置かれた板が多少焦げた程度であった。このときの本人は、攻撃的というよりは落ち着きがない感じで、多弁にまとまりなく話し続けていた。警察官通報を行った。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

本人は落ち着いた態度で話し、きちんと時系列に話すことができていた。目を合わせようとはしなかった。「全部、家を焼く前に試してみた」「相当の嫌な思いがあったら全部燃やしちゃうかも」などと自棄的に述べる一方で、「手に光と悪霊と一緒に乗ってきた」「人の顔やイメージを頭に浮かべると、その人になりきってしまうような感じを他の人が抱く」といった内容を訴えていた。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父のいところに統合失調症に罹患している者がいるという。周産期、発育・発達で異常を指摘されたことはない。

幼少期は明るく活発だった。成績は普通。手先が器用で、運動も得意だった。高校 2 年になると、周囲の視線や物音が気になるようになり、勉強に集中できなくなった。自分の字がおかしいと何度も書き直したり、模擬試験でも何度も問題文を読み直しているうちに時間切れになるなど、強迫症状が目立つようになった。母が心配して本人を近医精神科に受診させた。担当医は統合失調症の疑いがあるが診断は確定しかねるとして、抗精神病薬の試験的服用を勧めたが、本人も母も拒否した。

地元の国立大学には合格できず、他県の県立大学に入学することになった。下宿して一人暮らしを始めた。人混みが気になって授業に集中できず、始終誰かに笑われていたりするような気がしてきて、登校が嫌になってきた。また、自分がいやらしいことを考えているのが通行人に伝わってしまう気がして、外出するのも辛くなった。

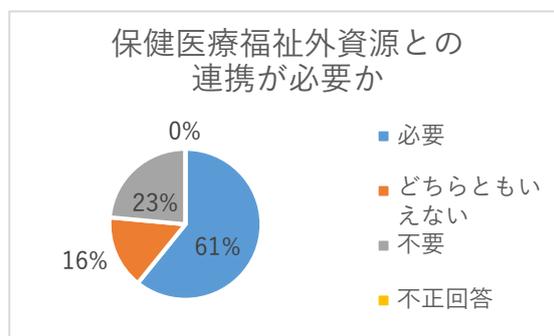
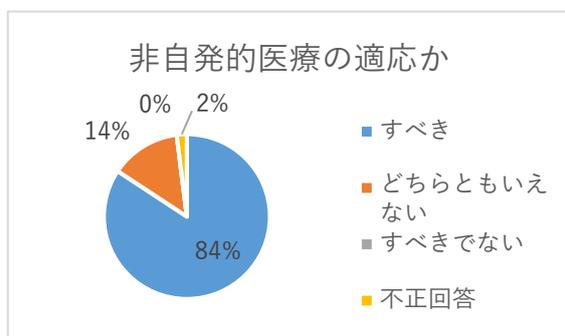
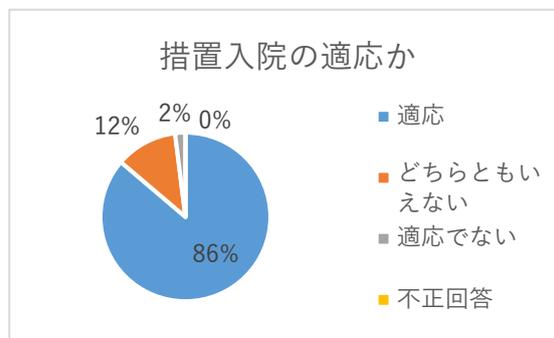
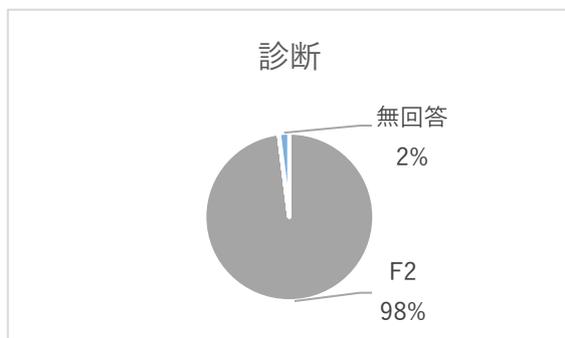
6月頃、学生相談室に相談に行ったところ、精神科受診を勧められた。担当医は面接の結果、統合失調症と診断した。本人も納得して、服薬に同意したため、抗精神病薬の投与が開始された。

結局、大学は休学して、20歳で実家に戻るようになった。本人は帰省後通院先を探すことなく、受療は中断した。父母が通院を促しても聞かず、また抗精神病薬の服用を止めたら一時的に活動的になったように見えたため、強くは勧めなかった。以後は自宅に引きこもりがちな生活となった。当初は本人も勉強するそぶりを見せていたが、次第に集中を欠き、ゲームの時間が長くなり、ほとんど勉強は手につかなくなった。激高した父に対し本人は手拳で父の顔面を殴りつけた。

その後、徐々に本人の暴力がエスカレートしていった。自室でゲームに興じ、母に対しても拳を振り上げて威嚇するようになった。父はこのままで自分も母もまいてしまうと考え、相談のうえ近隣に在住の父方祖母宅にしばらく泊めてもらうことにした。

その後も本人の荒れた生活は続いた。毎日ピザや寿司の出前を取るようになった。自室の窓に目張りをしたり、通信販売で盗聴器探知機を買い求めようとしたりすることがあった。母が保健所に相談に行ったところ、まず通院歴のある病院で相談することを勧められた。以前受診させた精神科に相談したが、「本人が来ないと診療はできない」と言われた。

## 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 医療観察法の申し立てが必要。（×2）
- ・ ICD-11であればゲーム依存症の診断もつくかもしれない。
- ・ 下線部のエピソードにより措置入院とすることは、むしろ本人を医療につなげるよい機会と考える。
- ・ 医療保護入院が良い。
- ・ 時系列が分かりにくい、「本人が22才の夏」とは、症例提示時のこと？「面接時」とは、誰が何の面接？なぜ現病歴、既往歴といった医学一般のケースレポートのフォーマットに沿って記載しないのか。
- ・ 医療と精神保健（保健所等）や障害福祉サービス等との連携、協働は重要と考える。
- ・ 一連の問題は、統合失調症の症状と密接に関連していると思われるので、当面の対応は、医療が圧倒的に中心になる。軽快して退院した後は、地域で支えることが重要であるが、他害行為を起こさせるような症状が消失していれば、司法や警察との連携は不要と考える。但し、治療によって症状が殆ど改善しない場合、断薬して問題行動を繰り返す場合には、これらとの連携は重要となる。
- ・ 警察との情報共有は必要と考える。
- ・ 統合失調症初発例の可能性。退院後のフォローに他と情報共有・見守り要。
- ・ 鑑別が難しいため一般精神科病院の措置入院ではなく、医療観察法および入院でこころの医療センター等で濃密な診断治療を行った方がよい。

## 事例 11：30 代、男性 殺人

### 【通報の経緯】

29 歳時、父は出勤した後で、母が朝食の席で就労の話題を出したところ、本人が突如激昂した。その場で母を押し倒し、両手で首を絞めて殺害するに至った。犯行直後に本人は自ら警察に通報し、逮捕された。

しかし、逮捕時には犯行を自供していたようであるが、後の取調べでは、「神のお告げに従った」「殺したのは母ではなく悪魔」等と供述した。事件の送致を受けた検察は嘱託鑑定を依頼した。

鑑定人は本人を自分の勤務先である精神科病院に留置することを条件に鑑定を引き受けた。そこで本人は精神科病院に搬送され、保護室で管理されることになった。

鑑定留置開始後、本人は幻覚妄想を示唆するまとまりない発言を繰り返していたが、1 週間もすると突然拒食が始まった。飲水もせず、終日臥床したままの姿勢を保つようになり、緊張病性昏迷への移行が疑われた。鑑定人はこのままでは鑑定の継続が困難で本人の生命も危ぶまれると判断した。検察と相談の上、検察官通報により措置診察を要請することになった。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

問いかけに答えず、会話はほとんど成立しない。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父はおおらかで優しい性格。母は自分にも他人にも厳しく教育熱心。同胞はいない。遠い親戚に鬱病の罹患歴のある者がいると言うが、詳細不明。

地方都市に出生。周産期、発育、発達に異常を指摘されたことはない。

小学校時代は成績優秀で、友人も多かったという。またスポーツ万能だった。しかし、高校 3 年に入った頃から、集中力を欠くようになり、またいらいらして物に当たることが増えた。第一志望の大学は落ちて、滑り止めだった中堅の私大に入学した。本人は不本意ながらも、親元を離れて下宿し、大学生活を始めた。

しかし、校風が合わず、また知り合いもいないことから、勉強のモチベーションが下がった。「挨拶すると、自分が見透かされてしまうように感じる」と思い、孤立しがちになった。成績も伸び悩んだ。2 年前期で進級が絶望的になったことで登校しなくなり、半年間はほとんどアパートから出ずに、オンラインゲームばかりやって過ごした。

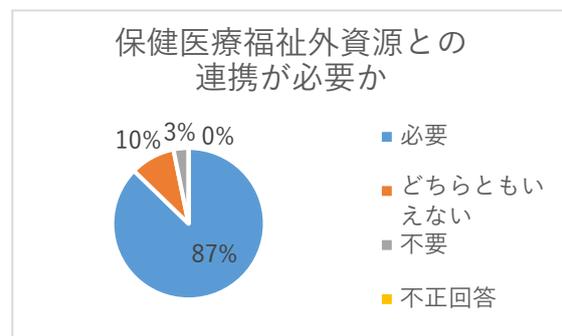
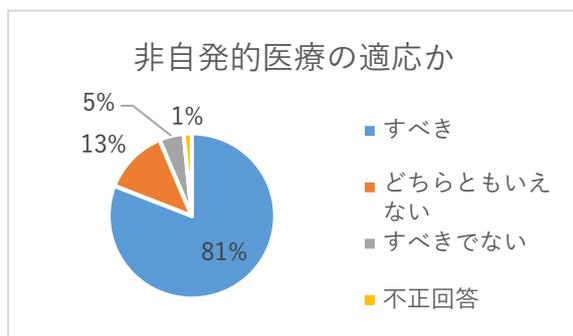
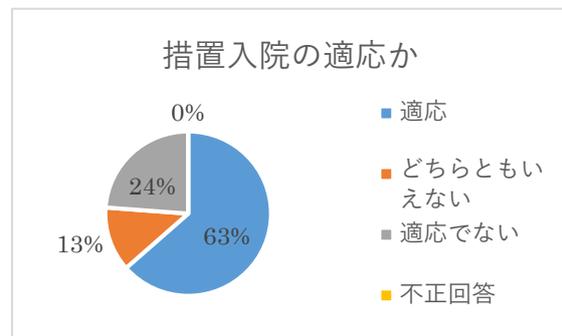
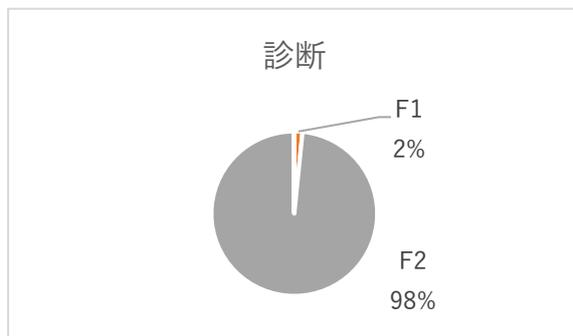
大学は中退となり、実家に戻った本人は以後も引きこもったまま過ごした。母はことあるごとに本人を叱責した。

本人は最初のうちは母の言うことを聞いていたが、次第に反抗するようになった。24歳の時、本人が母を押し倒し、足蹴にした。その後、折に触れて本人から母に対する暴力が出現した。また、昼夜逆転し、ほとんど自室から出なくなった。ある夜、父が遅く帰宅すると、本人は一人で自室に閉じこもり、ぶつぶつとつぶやいていた。それを見て父は様子がおかしいと思い、母とともに本人に精神科を受診させた。

初診時、「外に出るとみんなに後ろ指を指されているので外出できない」「そうやって噂している人は、たまに家の中までつけてくることもある」等と訴えた。担当医は本人を統合失調症と診断し、抗精神病薬の投与を開始した。

服薬を開始すると、本人は自室に引きこもりの生活は変わらないものの、不機嫌さはなりを潜め、父母の指導にも不承不承従うようになった。暴力は消失した。母は当初は症状改善を見て安心したが、通院開始後数ヶ月すると、本人に就労を促すようになり、それを疎ましく思った本人との関係が悪化した。また母は本人が薬を飲んでかえって活動性が低下しているのではないかと考え、服薬しないよう本人に命じたこともあるようである。一方本人は服薬には比較的積極的だったため、このような母の干渉を疎ましく思うようになった。結局その後引きこもりの生活が続いていた。

**【回答】**



## 【自由記載】

- ・ 医療観察法の適応。(×8)
- ・ 精神科受診し、既に統合失調症と診断、治療開始されている。父親が、本人の診断、治療に対して、どのような理解を示すかが問題。父親が治療全般に対して、適切な対応を理解できるのであれば、医療保護入院での治療が適切と考える。
- ・ 措置入院を終えた後、検察の手続きに回すべき。
- ・ 病気の進行に、両親（特に母親）との人間関係性によるストレスが影響していたと思われる。このことが治療の妨げとなっていた可能性が否定できない。早期からの多職種介入が受け入れられるような指導が進められれば、結果は変わっていた可能性が高いと思われる。(現実的には困難なケースも多々あり)。
- ・ 殺人であるので、その背景に幻覚妄想があったのであれば医療観察法の適応となるケースであると考え。しかし、犯行当時の病状や犯行行動後は曖昧で情報に乏しいため、きちんとした精神鑑定が必要と考える。
- ・ 事件が起こってしまったのであれば、それについて関与しようがない。このモデルでも、母を殺害した事は本人の中に残りつづける事になる。治療は難しいと思う。状態が改善すれば退院となると思う。その後のフォローは大切であるが極めて困難。本人の生命について詳細な注意力必要。
- ・ いったん精神科に入院すると、医観法の手法がすすまないまま病院にすておかれる傾向にあるのでその意味での協働を必要とする。
- ・ 検察と協議の上、鑑定留置を継続しながら抗精神病薬の投与、補液などを試み、疎通が可能となれば鑑定を行う方がよいのではないか。
- ・ 鑑定入院となるより即措置入院が必要なケースと思う。一刻をあらそうという程ではないが、治療は迅速に且つ強力に行われるべきと思う。このケースのような対応では精神医学の存在意義が世間から疑われかねないと思う。治療そのものは長期に渡り色々な意味で大変と思う。昔はこのような親族殺人を犯した精神分裂病者がひっそりと精神病院に長期入院していた例が多数あった。今はこのようなケースの長期入院は不可能であり、このような犯罪を犯した患者が社会の中で暮らすには援助組織の協力が不可欠と思うが、妙案は浮かばない。
- ・ 初診後、なぜすぐに入院させなかったのか。外来で維持する症例とは思えない。「統合失調症」と診断したら、本人・家族へ病気の理解を促さなくてはならない。ある程度の入院期間が必要だったと思う。また最終的に殺人にまで至ったケースは、措置入院では不十分と思う。
- ・ 精神病症状が関与していることが確認できなければまずは司法処遇からはじめるべき。
- ・ 本例に治療も必要だがある程度の刑罰は受けるべきだと思う。
- ・ 精神鑑定時の処遇については整然とした制度がないように感じている。ある程度の統一した指針（法的地位、診察・検査の基準、弁護士との交流、それ以外の者との交流、またこの症例のような精神疾患の増悪あるいは身体疾患の発生）が必要である。

- ・ 直接ではないが、精神科室の錯乱を目的としたと受けとられる、弁護士の不適切な接見および医療者への威嚇的言動を目撃したことがある。
- ・ 鑑定を継続するために治療が必要であることを司法が認めるべき。
- ・ 下線部の行為が原疾患による直接的な影響があるにせよ、ないにせよ、他害の”おそれ”を越えてしまっており、措置入院（要措置）とするのは無理がある。一方で司法的な判断を行っている際中の、急変の治療をどのような方々で行うかはシステム作りが必要。
- ・ 自閉症スペクトラムと生活環境による二次障害的症狀として独語や被害妄想が出現していると考えた。その時、入院治療が最善なのか疑問。司法介入が第1の方が良いのかも。

## 事例 12：70 代、男性 暴行

### 【通報の経緯】

グループホームの同室患者と生活上の細かい行き違いが重なり、怒りを募らせるようになっていった。ある日、本人が部屋で寝ていると、同室患者が突然「部屋を出ろ」と言ってきた。これに対し本人は腹を立て、相手を一発拳で殴りつけた。部屋を出たところを職員に見とがめられ、「やっつけてやった」と口にした。職員が部屋に入って確認すると、同室患者は鼻血を流して倒れており、救急搬送先で顔面打撲で全治 3 日と診断された。本人は悪びれた様子もなく、「やってやった」と繰り返すつづいていたという。

警察官の取調べに対し本人は落ち着いた様子で応じ、これまでの同室患者とのトラブルについて理路整然と話した。その内容は職員の把握していることと矛盾しなかった。

事件は検察に送致されたが、検察官は簡易鑑定を要請した。鑑定人は本人の病歴を重視し、残遺性症状の強い統合失調症であり、明らかな幻覚妄想状態にはないものの、人格水準の低下から完全責任能力は望めないとして、心神耗弱相当との結論を出した。この結果を受けて検察官は検察官通報を行った。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

隣家や大家等とのトラブルで何度か警察が呼ばれたことがある。

### 【面接時の状況】

本人は「相手には悪いことをした。反省しています」と述べるが、あまり深刻味はない。他方、集団生活には自信がないという。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

幼少期は優等生タイプの子だったという。中学卒業後、上京した兄を頼って本人も働きに出た。数年後自立し、以来実家にはほとんど帰っていない。

成人後は職を転々とし、最長で 1 年ほどと長続きしなかった。20 代後半で肺結核により 1 年ほど休業。この時期に難聴を患い、以後両耳の聞こえが悪い。32 歳の時に自転車盗で逮捕されたことがある。

40 代では生活が不安定になり、ホームレスになっていた時期もあった。45 歳で何件か万引きの前歴があるが、いずれも不起訴になっている。

53 歳頃から不眠、食欲低下を生じるようになり、集中できず、記憶が途切れがちになったという。作業も遅くなり、仕事を解雇された。生活保護を申請した際に相談員から精神科受診を指示され、54 歳で初めて精神科クリニックを受診した。

初診時に本人は、「外に出ると誰かに付きまとわれている」「ずっと見られている」等と訴えた。担当医は遅発性の統合失調症の疑いがあるとして抗精神病薬を投与した。服薬すると、訴えは減り、また不眠や集中障害も改善した。1 年ほどで通院を自己中断した。

その後、不眠が再燃し、「警察に見張られている」「盗聴されている」といった妄想も出現した。住んでいたアパートの壁紙をはがし、大家に注意されると殴りかかった。警察官通報となり、措置入院となった。

入院時には幻覚妄想状態だったが、服用を始めると症状は速やかに改善した。他方で、大部屋に出ると、同室他患とのトラブルが絶えなかった。入院後半年で措置症状消退届が提出され、本人は新しい生活保護施設に退院した。

退院後、通院服薬は不規則であった。57歳時には被害妄想が再燃し、市長同意による医療保護入院となった。4ヶ月で退院したが、前回同様、他患との喧嘩が多かった。

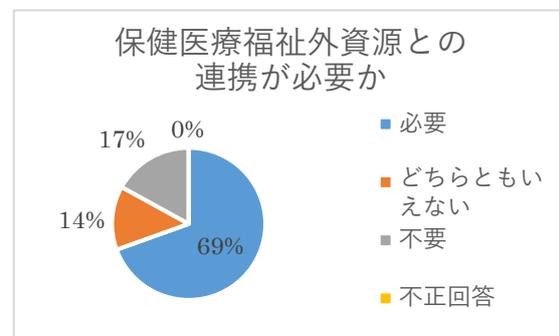
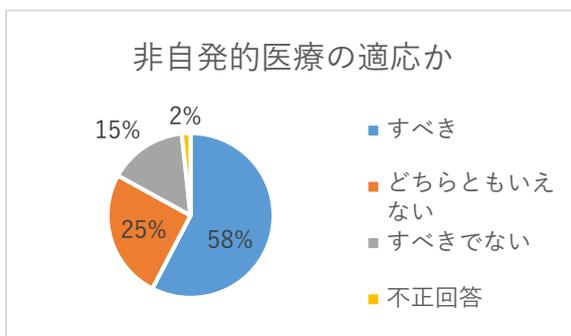
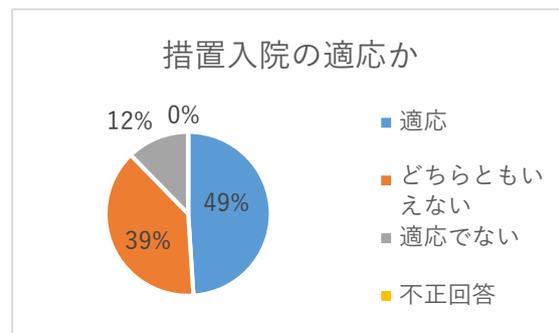
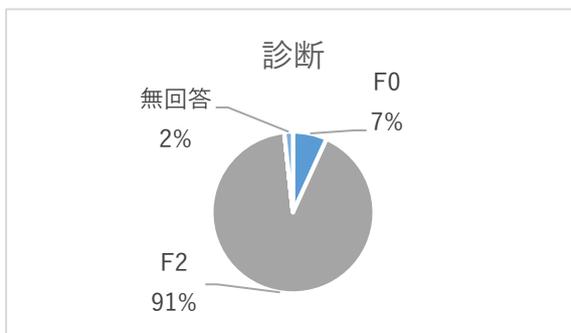
58歳時も同様のエピソードが再発し、入院治療で改善したが、生活保護施設から再入居を拒否され、退院先が見つからず入院が長期化した。2年後に入院先病院の系列のグループホームへの入所となった。

以後は断続的に短期入院を繰り返したが、そこそこ落ち着いていた。

65歳になり、ケアホームへの入所が決まった。身辺は概ね自立し、幻覚妄想は見られなかった。生活は常同的だった。

翌年、アルツハイマー型認知症患者が本人と同じ部屋に入所することになった。入所翌日、その患者は本人が外出した際に鍵を掛けて本人を閉め出してしまった。このことで本人は激昂したが、職員の取りなしでなんとか収まった。

## 【回答】



## 【自由記載】

- ・ 現実的には、医療サイドで引き受けざるを得なくなるケースではないか？
- ・ ケアホームにいったん戻すべきである。
- ・ 事件時、患者が加療中かどうか不明瞭。治療中断中であれば、その判断をした者の責任が問われると思われる。
- ・ 精神科病院で長期入院が必要かもしれない。
- ・ 非社会性パーソナリティ障害に加え妄想性障害の合併が考えられる為、仮に妄想に伴わないパーソナリティ障害に伴う問題行動も精神医療枠内で対応し、違法行為の際にして司法的判断も含めて対応する症例に考える。
- ・ 下線部の行為について措置入院とするのは難しいと判断するが、傷害罪に対して完全責任能力があるかと言えばそれは疑わしい。
- ・ グループホームの受容能力による。もはや患者の居場所がなく、患者が入院を拒否となれば病院で非自発的にでも受け入れるしかないのだろう。
- ・ このケースは暴行ではなく障害であり医療観察法の適応。検察官の判断が間違っている。
- ・ 事前に人格水準低下による易刺激性は把握されており、情報面に対しての薬物療法や、個室歴の施設であれば未然に防げたかもしれないと思った。
- ・ 個室で療養するなど本人のストレスを少なくすることが必要と思う。
- ・ 本人自身に認知機能の低下（認知症発症）の可能性がないか、検索（精査）する必要があると思われる。
- ・ ①感情の安定のため薬物療法。②ケアホームが患者にとって適切な環境だったのかの検討、の2点において入院を要すると考えた。
- ・ 現在では統合失調症の入院治療に於いて、急性期の治療が終われば、精神科リハビリの考えに基づいて①日常生活機能（自立生活の支援）のリハビリ（入院期生活の配慮）、②地域移行への退院支援③退院後の生活支援及び社会参加と包括的ケアを行なうのが原則。
  - 入院中、統合失調症の疾患理解と薬物治療の必要性の理解について教育的指導を行なう。
  - 入院治療中より、社会生活への参加を意識させ、薬物を服用して症状を安定した自分を自覚させ「暴力を否定」する認知療法、最低限の倫理的教育も必要と考える。

## 事例 13：30 代、女性 放火の疑い

### 【診察時点で判明している事項】

父は大手企業の部長職を勤めたが、後に認知症を発症し、老人保健施設に入所。母は白血病のため死亡。兄は既婚で本人との関係は比較的良好。他に精神疾患に罹患したという親族は知られていない。

早期産で、一週間ほど周産期管理を受けた後退院。地元の学校では大人しく、孤立がちに過ごした。不登校になったことはないという。

大学に進学しアパートに単身生活となったが、2年に入ってすぐに休みがちとなり、夏休みに帰省してからは自宅に閉居し、結局そのまま中退することになった。

20歳の冬頃から、突然パジャマで町中に出歩いたり、目的もなく電車に乗って遠くに出かけ、深夜になって警察に保護されるといった奇行が見られた。母が近医精神科を受診させた。診察時、幻聴の存在が明らかになった。担当医は本人を統合失調症と診断したが、本人はあまり定期的に服用しなかった。

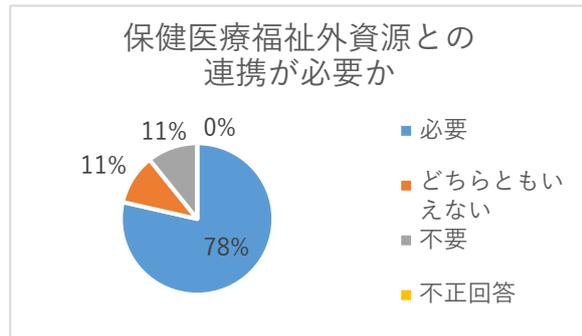
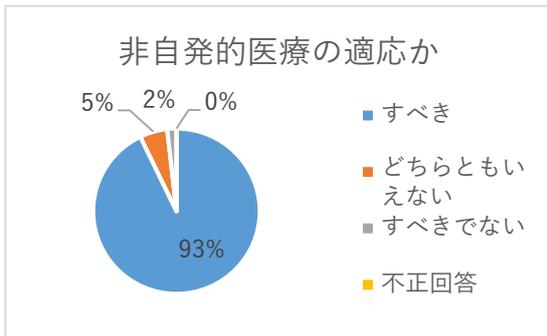
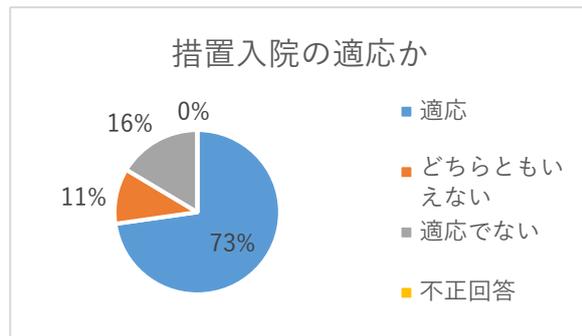
25歳の時に母が死去。このとき、本人は「母が呼んでいる」と言って他県に赴き、入水自殺を図ろうとして警察に保護されたことがある。兄が本人を引き取ったため、措置通報等は行われなかった。

以後は兄が服薬を管理していたが、翌年に兄が結婚して家を出ると、本人は父と二人だけになった。結局、30歳頃から本人は完全に治療を中断した。同時期に父が認知症を発症し、老人保健施設に入所した。兄は以前の通院先に相談に行ったが、本人の受診再開には至らなかった。そうこうするうちに兄も地方に転勤することになった。

以後、本人は身の回りのことはなんとかやっていたが、自宅は荒れ、体重は20kg増えた。歩行中にも独語が目立ったり、コンビニの店員に対して「お母さん」と問いかけるなど、異様な言動が目立つようになった。

32歳を迎えたある日、本人の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。消防隊が駆けつけたところ、本人が顔面に火傷を負った状態で発見された。警察による事情聴取が試みられたが、本人からはほとんど有意な発語がなく、出火原因も特定できなかった。警察から連絡を受けた兄が本人を引き取ったが、処遇に困り保健所に相談のうえ、以前の通院先であった精神科病院を受診させた。診察では自発後はなく、筆談により問診を行ったところ、幻聴の存在が疑われたが、出火の原因については「わからない」とだけ記載した。

## 【回答】



## 【自由記載】

- ・ 医療観察法の適応。(× 5)
- ・ 診断どおりなら純粋に精神医療も対象と考える。
- ・ 社会的支援がなければ地域で生活できないケースであると思われる。
- ・ 医療保護入院をして治療をたてなおすケースと考えた。
- ・ 兄によるサポートが不十分であれば、医療観察法の適応も考えられる (放火)。
- ・ 治療の可能性は高いであろう。
- ・ 家族が責任を以てない状況であれば本人か拒否しようとも保健所が介入すべきである。
- ・ このモデルは司法はあまり関係なく医療が中心となる。
- ・ 早期介入すべき。
- ・ 社会訓練がされておらず、不幸な事例。
- ・ 症状精神病の可能性有り。
- ・ 放火は故意性または悪意性を持って火を放つことなので、この事例は放火とはいえないのでは？
- ・ 放火という意志、意図を持った行為が出来ない後に陰性症状が進行していると思う。
- ・ 火をつけたのが本人か不明。いずれにしても治療は必要と思う。
- ・ 出火原因が特定されていない時点で措置入院とすべきでない (医療保護入院とした上で) 出火原因が本人の放火等の可能性が高いと判断された時点で再度措置診察を行うのが適当。
- ・ 警察が捜査、医療観察法の申し出の必要性は検察が判断。

## 事例 14：30 代、女性 傷害

### 【通報の経緯】

かいがいしく面倒を見ていた姉に対し「お前がいい子にしてるから私がこうなった」と恨みをぶつけ、姉を包丁で切りつけて傷害する事件を起こした。警察が駆けつけたときは興奮状態で、警官 4 名で制圧したという。姉は前腕切傷により一週間入院、全治 2 ヶ月と診断された。警察官通報となり、緊急措置診察が行われた。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

姉に対する強い敵意をにじませていた。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

幼少期から根気のない性格だったという。宿題を忘れてたり、傘や上履きをなくしてしまったりすることが頻回だった。成績はおしなべて下位であった。2 つ上の姉と同じ小学校で、姉はよく本人の面倒を見ており、姉妹仲はとても良好だったという。

高校の授業についていけず、また同級生の女子から太っていることをからかわれることがあり、1 年で中退した。その後は通信制高校に編入し、何とか卒業した。自宅に引きこもりがちで、姉以外とはあまり口も利かずにいたようである。

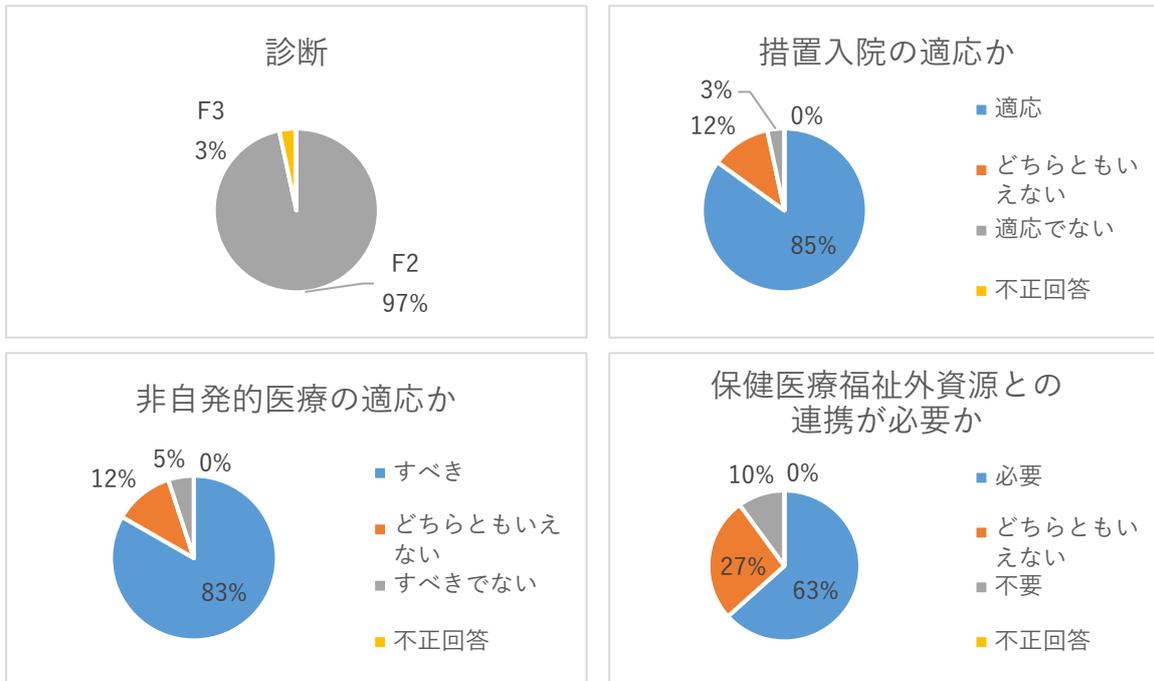
両親から紹介されたスーパーのレジ打ちや喫茶店の接客、印刷会社の事務などの仕事に就いたが、いずれも最長半年で退職した。そのうちに、滅多に自室から出ないようになった。この頃姉は家を出ていたが、結婚相手が地元出身だったこともあり、本人宅のそばに新居を構え、しばしば本人の元を訪れて世話を焼くようになった。

24 歳時、自室でぶつぶつ独り言を言いながら、「作家になる」と言ってノートに意味不明の内容を書き続けるようになったため、心配した両親と姉に伴われ、精神科病院を受診。診察時は緘黙であった。統合失調症による幻覚妄想状態の診断で入院を勧められ、同日医療保護入院となった。3 ヶ月間の入院の後に自宅退院。入院中の本人は治療への受入れは良好だった。しかし、退院すると通院服薬が乱れがちになり、また突然着のみ着のままデパート地に行きアルバイトを始めるようなことがあった。一方で自室に閉じこもり何もせず一日中ぼーっとしているような時期もあったという。本人はその後 4 回の精神科入院を繰り返した。

その後、20 代では何度も就職を試みていたが、結局どこも長続きせず、30 歳以後は就労することもなく、自宅で引きこもりの生活を送るようになった。その一方で、一時期はボランティア活動や地元の政治家事務所の手伝い、新興宗教の集會に足繁く通うなど、数ヶ月間に及ぶ活発な行動も見られた。

32歳時、通院・服薬が途切れがちになり、「今までの自分は間違っていた」としきりに繰り返すようになっていた。その後ほどなく事件が発生した。

**【回答】**



**【自由記載】**

- ・ 医療観察法の適応。(×5)
- ・ 傷害事件を起こしているため、いったん逮捕し、鑑定を行うべき。
- ・ 姉の関与を減らしても生活が成立するような一般的なソーシャルワーク介入が必要。
- ・ 家族への攻撃性が改善しない場合、医療観察法の適応も考えるべき。情報は少ないが、統合失調症妄想型として、矛盾はない。最も面倒をみてもらっている家族への攻撃性、薬物療法への治療反応性からも措置で問題ないと考えた。
- ・ 診断は躁うつ病と考えた。内因性精神疾患だと医療で対応する方針で考えてしまう。
- ・ 自己正当化と他罰、自己への関連付けは、病気ではなくても認められる。それらに加えて、独語・妄想他精神病性の症状の状態もしくは、既往がみられる場合に、入院等の適応となる。
- ・ 速やかに医療が関わるべき事案。
- ・ 診断は本当に統合失調症なのかという疑問がある。幼少期からのエピソードを見ると、知的発達の問題が背景にあるように思う。まずは、きちんとした診断とそれにもとづ

く、生活サポートを考えていく必要があると思われ、更に継続的な通院も困難であったため、それは事情を考慮し、措置入院が妥当だと考える。

- ・ ベースとなる問題として、統合失調症発症以前より社会適応の低さがみられている。
- ・ 重大な他害とも言える行為を行っており単に措置入院とされた場合、その後医療観察法など司法からどのように扱われるのか。
- ・ 障害に関しては、厳密に言えば、幻覚・妄想など伴うものか不明。しかし実際の診察ではの場合は、「要措置」とせざるをえないと考える。
- ・ 精神科医療だけでなく行政などの介入も必要と思う。
- ・ 発達史の詳細なデータがあれば良い。
- ・ 治療の中で自尊感情を取り扱う機会が十分に与えられたかが問われるのでは。

## 事例 15：40 代、男性 傷害

### 【診察時点で判明している事項】

親族に精神科疾患の既往を有する者はいない。

幼稚園では先生の言うことを聞かず問題児として取り扱われていたが、小学校では普通学級に適応した。中学を休みがちになり、不良仲間との付き合いが増え、学校をサボって喫煙、シンナー吸入、万引きなどを行うようになった。高校は半年で中退。その後は地元の暴走族に入り、大麻や覚醒剤にも手を染めた。不良仲間同士の争いで相手に頭蓋骨骨折を負わせ、少年院に1年入所となったことがある。退所後は父の手伝いをしていたが、3ヶ月ほどで出奔した。その後は家に帰らずにあちこちを転々とした。

24歳頃から注察妄想が出現。元不良仲間の知人が本人を近くの精神科病院に受診させた。多剤使用による精神障害の診断で入院となった。抗精神病薬の服用により落ち着き、4ヶ月で退院に至った。

退院後は自宅から通院したが、服薬は不規則。父は就労を促したが、本人は抵抗し、家を飛び出して数ヶ月後に幻覚妄想状態になり再入院することを繰り返した。違法薬物使用の有無は判然としない。病棟内では問題行動が目立ち、半ば強制的に退院させられることが多かった。本人は催眠鎮静薬に対する依存傾向を示した。

36歳から近医精神科クリニックにしばらく通院を継続した。抗精神病薬を服用していたにも関わらず、精神病症状が慢性的に続いていた。病名は統合失調症に変更され、障害年金2級が支給されるようになった。

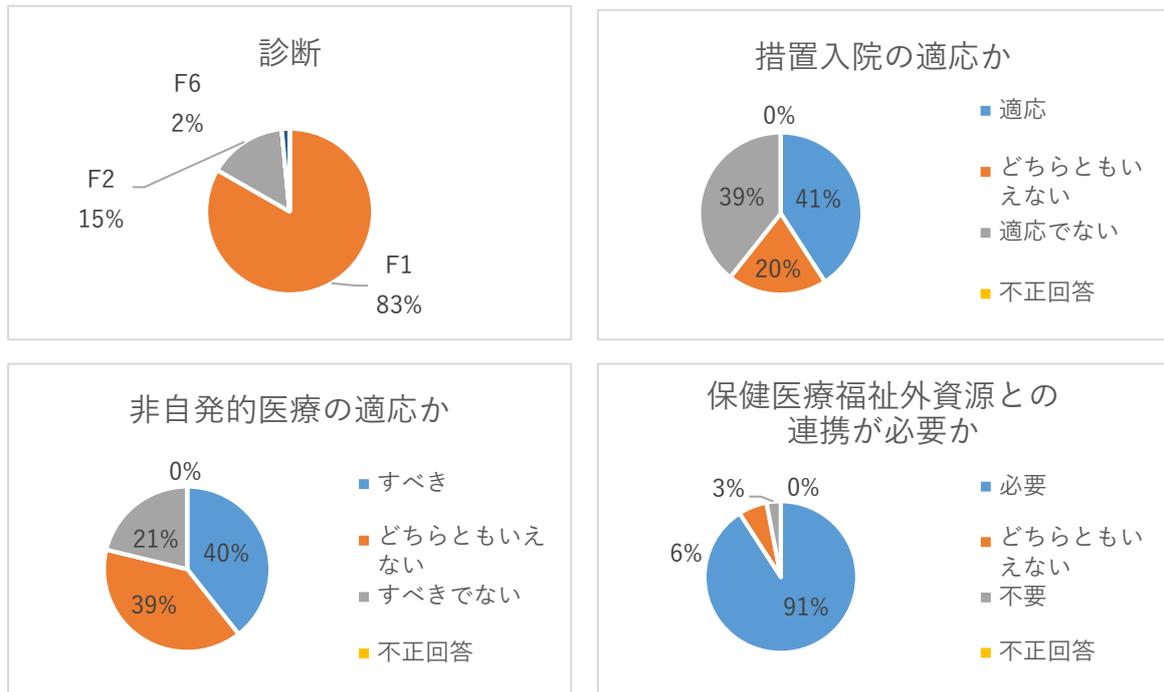
37歳時、統合失調症患者の女性と交際を始め、他の男性患者と争いになり、相手を殴りつけて現金を奪うという事件を起こした。警察官により措置通報され、措置入院となった。そこで3ヶ月の治療を受けて退院し、退院後は同院に通院し服薬を継続した。

39歳時、デイケアに通所中の他の患者を脅して現金を巻き上げた。検察は簡易鑑定を要請し、鑑定人は、粗暴な人格自体が長期の精神病性障害及び違法薬物への暴露の所産として、心神耗弱相当の見解を述べた。検察は本人を不起訴とし、措置通報を行った。結果として本人は措置入院となった。

措置入院当初から激しい精神病症状はなく、1ヶ月後には措置症状消退届が提出された。医療保護入院を継続しながら、退院に向けた支援を行っていくこととなったが、父は脳出血で急死。入院後9ヶ月を経て近隣のアパートに退院となった。

43歳時、折り合いの悪かったデイケア通所患者と些細なきっかけで衝突し、相手に殴る蹴るの暴行を加えて全治1ヶ月の重傷を負わせた。

## 【回答】



## 【自由記載】

- ・ 幼少期からの問題なのでパーソナリティが基本的に問題ではないか。
- ・ 覚醒剤による精神病と考えるべき、明らかな幻覚妄想に支配された行動ではないので、司法の判断を優先すべきと考える。その後医療観察法に流れることはありうる。
- ・ 医療観察法での加療が望ましい。
- ・ 当事例においては、「精神障害のために判断能力が障害されているのか、又は、どの程度障害されているのか」の判断が重要であると考えられるが、精神科救急の現場でそれを正確に判断することはむずかしいと思われる。(精神障害のあるなし→生物学的要素の有無も含めて)
- ・ 幼少期から精神発達 (ASD や ADHD) の問題を抱えていた可能性とその後反社会的な人格障害を呈していた可能性があるが情報は不足している。いずれにせよ、薬物乱用による精神障害をこえて、統合失調症が考えられる病状においては、最も精神病程の深い統合失調症を主診断として、その対応と支援を継続的に考えていくべきケースと考えられ、措置入院も必要と考えられる。
- ・ 「統合失調症」という診断名がついていることで元来の反社会的な部分が考慮されなくなるという印象を持った。司法か医療かという白か黒かの線引きはむずかしいケースと思われる。
- ・ 重傷を負わせているが、このときの精神症状がどのようなものであり、治療対象になりうるものなのか十分に判断する必要がある。

- ・ 現行の医療観察法だけでは（時間の制約、期間）、この症例についてカバーできないと思われる。より司法矯正に力点をおいた制度が必要だと考える。
- ・ 一時的に医療で対応し、その後、矯正施設についても検討が必要と思われる。
- ・ 反抗挑戦性→行為障害→反社会性人格障害と発展している。違法薬物の乱用・依存により、幻覚妄想を呈している。この間も、反社会行為をくり返している。まとめると、歪んだ人格に違法薬剤によるダメージが加わり、精神病性障害に至っている。障害時に責任能力はある。
- ・ 本来なら刑事罰の対象。病気を理由に刑が軽くなるという考えは理解するが、検察のみがその実質的な決定権をもっている、司法体制が問題である。裁判所（当然公開される）が決めるべき。又、裁判所も措置入院等の判断を出せるべき。
- ・ 障害行為が精神病症状によるものでなければ、司法的対応が適切と思える。
- ・ 念のため簡易鑑定も行うべきと思われる。
- ・ 了解可能な触法行為があった時に、医療でどうしようとしてもうまくいかないと思う。
- ・ 薬物依存症の自助グループや薬物依存症専門の医療機関のデイケアにつなぐ体制作りが必要と思う。
- ・ 統合失調症への診断変更には疑問あり、年金受給目的での懇意的操作としか思えない。
- ・ 度重なる暴行、金銭収奪のくり返しについて精神科治療が有効かどうか、とはいえ自傷他害を以って措置入院の要件と考えれば、診察時の本人の内省等じっくりと判定する必要があると考える。
- ・ 薬物の使用実態について情報が乏しい。
- ・ 判断能力の評価が難しい
- ・ 粗暴な人格が精神病性障害の後遺症や違法薬物の暴露による可能性は否定出来ないが、むしろ、幼少時より問題児と扱われていたことより人格障害圏、発達障害圏が疑われ、結果として判断能力を十分に有する可能性あり、医療より司法対応が望ましいかもしれない。
- ・ 違法薬物による残遺性精神障害に対する精神科加療の効果は限局的である、中等度重度精神遅滞レベルの知能であれば別だが、本症例は軽度知的障害レベル程度の知能は持ち合わせていると考えられ責任能力も一定有すると思われ、刑法下にてでも対応すべきと思われる。傷害罪にて逮捕され、医療と平行に対応していくべき。
- ・ 司法対応が優先されるべきと考える。
- ・ 行為前夜の精神状態、物質使用の有無などの情報がなければ精神科がどの程度互に関与したかは判断できない。物質使用以前より粗暴性はあり、他害行為の動機や人格異質性は慎重に判断し、刑事手続きにのせることも考慮する必要がある。
- ・ 刑に服すことも必要と考えられる。
- ・ 精神作用物質使用が多動、粗暴の原因なのか結果なのか、検討を要する事例。

- ・ 「易怒性への対応、衝動性コントロール不良への対応違法薬物をひかえること」等に薬物療法その他矯正的かかわりの技術を向上できないか？
- ・ 地域活動での「見守り」について（服薬の遵守も含む）各方面で協力必要。
- ・ 長期の違法薬物使用、それによる精神病性障害が本人の衝動的な行動へ影響を与えているのは少なからずあるが、生活歴から粗暴な言動は精神症状によらない部分も多い、通院、服薬は継続し、現病歴からも病状はある程度おちついている中での暴行であること、他患への暴行は”折り合いがわるい”など了解可能な理由かつ、殴る、蹴るなど自己防衛以上の執ような暴行を加えており、医療的な介入、サポート継続は必要なながらも司法対応が望ましい。
- ・ 下線部の行為については警察、司法での対応が必要であり、医療の対象ではない。
- ・ 精神鑑定のうえで司法的対応が適当と思われる。違法薬物の使用の可能性があれば徹底して警察に調査依頼する。
- ・ 医療の役割と限界を司法、警察と情報共有すべき事例。

## 事例 16：20 代、男性 建造物侵入

### 【通報の経緯】

近所の小学校に侵入したことで逮捕された。何をしてもなく校庭に立っていたところを警備員に取り押さえられたという。取り調べで本人は「無差別殺人がしたかった」「自分の恨みや苦しみを思い知らせたかった」「誰かに愛してほしいかった」等と述べていた。簡易鑑定が行われ、診察医は本人を反社会性パーソナリティ障害で、統合失調症の疑いが完全には否定できないが、犯行当時は完全責任能力であった、と判断した。検察は起訴をせず、心神耗弱の疑いがあるとして検察官通報を実施した。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

本人は医療少年院帰りで、家庭内暴力でしばしば警察が出動していた。

### 【面接時の状況】

本人は「気分がむしゃくしゃしてやった。寂しかった。自分はまともな大人じゃないから、大人の女性とはつきあえない」と泣きながら陳述した。「みんなに迷惑を掛けました」と反省の弁も口にした。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父は酒に酔って母を殴ることが多かった。本人は殴られたことがないという。本人が6歳の時に父母が離婚し、母方祖父母に引き取られて育った。いじめに遭い、学校での成績は不良。手先も不器用で、体格は良かったが、運動は苦手。次第に蛙を捕まえて殺したり、近所の野良猫に石を投げつけたりするようになった。

中学1年で不登校となり、無断外泊が次第に増え、虞犯で補導されるようになった。下校中の女子小学生に声をかけて体を触ろうとすることもあった。祖父母は放任していた。

中卒後、本人によると警察から「女兒にいたずらなどせず、風俗に行け」と言われたとのことで、小遣いをもらっては毎日のように風俗店通いをするようになった。繰り返し祖父母に金を無心し、断られると暴力を振るうようになっていった。

ある日、祖母に暴行を加えているところに祖父が帰ってきて大げんかになった。警察が呼ばれ、本人は取り押さえられた際、落ち着いて反省の意を示し、祖父母もそれ以上の介入を望まなかったため、警察は引き上げた。

その後しばらく本人は「自分を風俗漬けにしたのは警察だ」「警察が止めなければ祖父母から金をもらえていた」等と考え、次第に警察に恨みを抱くようになった。16歳のある日、近隣の派出所に赴いて警官に襲いかかり、現行犯逮捕された。

少年院6月の審判を受けた。少年院では当初はおとなしくしていたものの、次第に喧嘩が増えた。仲が悪かった他の少年の就寝中に首を絞めようとして取り押さえられ、医療少年院に送致された。

本人は医療少年院で初めて精神科医師の診察を受けた。素行症、気分障害の疑いで抗精神病薬を投与したが、変化は見られなかった。

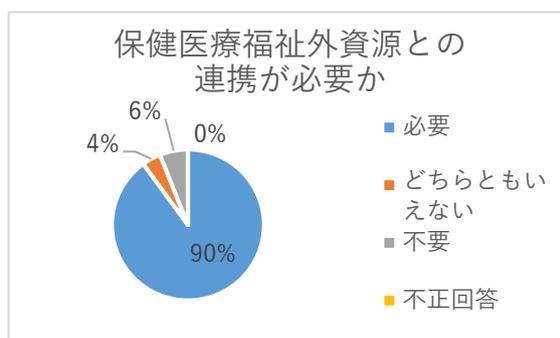
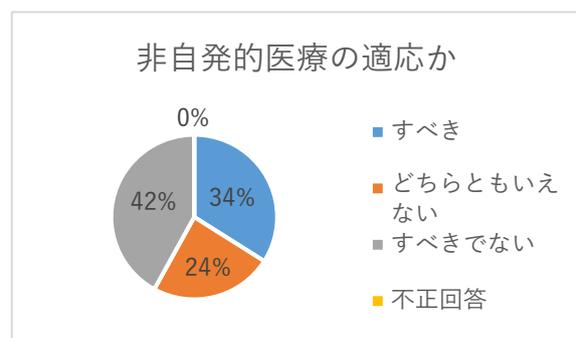
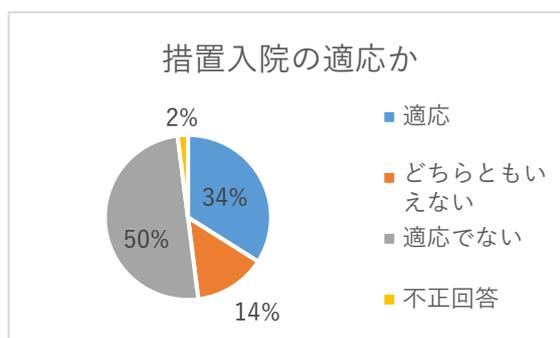
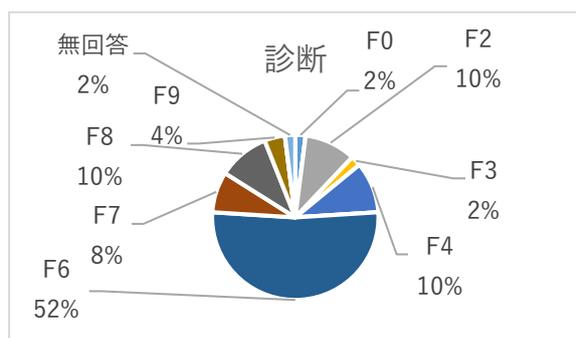
退院後、本人は地域の精神科病院を受診させられた。統合失調症の診断で入院となり、1ヶ月間に及ぶ隔離拘束を受けた。その後は比較的落ち着いて過ごしていたという。

半年間の入院のうち本人は18歳で祖父母宅に退院した。退院時の診断は反社会性パーソナリティ障害及び自閉スペクトラム症。地域の保健所や訪問看護ステーションが関わるようになった。本人は病院には通院を継続したものの、向精神薬は一切飲まなかった。

1年ほどは大きなトラブルなく経過。しかし19歳の春に担当医が異動したことで、本人は感情的に不安定になった。

新しい担当医は本人を気分障害と考え、服薬や休息入院を勧めたが、本人は頑なに拒否した。また祖父母も入院に同意しなかった。

### 【回答】



## 【自由記載】

- ・ 入院後一時的に落ち着いた時期があったというが、入院治療の有効性においては疑問あり。家族への介入、環境整備が難しい事例であるが、罪については司法対応というわかりやすい対応を基にして、色々な機関の連携は必要と思われる。
- ・ 今後はカウンセリング etc が必要。地域での見守りも必要。
- ・ 今回の事例化の時点では本人の同意によらない医療の対象とすべきであるが、全般的な面では本人の自発的な医療との関わりを目指すべきでありむしろ他の社会資源との関わりが重要である。
- ・ 発達障害圏の患者については、一時的に精神科病院への入院が必要な場合があると思うが、ある程度おちついたら適切な施設に入所する方がよいと思われる。そのような施設があまりにも不足している。
- ・ 精神医療ではなく、警察が介入すべき事例と考える。可能であれば、IQ 測定をすべきと考える。精神科に入院したところで何の解決にもならない。
- ・ 簡易鑑定で完全責任能力との判断をされているにもかかわらず、検察が起訴せず、検察官通報を実施できるようになっているシステムに違和感がある。この状況で不要措置となった場合に、司法ルートに再度戻せないとなると、このまま帰宅させるのは、難しいだろうと考え適応でないと思いつつも要措置にせざるを得ない、という判断をするということが、臨床の間ではおきている。早急に法改正などによる、システムの変更がなされることを切に願う。ただ、刑務所に数年入って解決する問題でもなく、自閉スペクトラム症+反社会性パーソナリティ障害で、再犯を繰り返す人に対しては、何かしらの専門プログラムを開発し、刑務所内で導入するのが良いのではないかと考える。また、自閉スペクトラム症で殺人予告をした人へどう対処すべきかについても早急に考えていくことが、今の社会には求められていると感じる。
- ・ アリピプラゾール 6~12mg を使いたい。
- ・ 感情的不安定性に対して薬物療法が必要と思われるが、社会資源との連携・協働がなければ安定しないと思われる。退院後の follow を強力になされなければ重大事件をおこしそうで危険な感じがする。
- ・ 薬物療法での改善は考えにくく人格的な問題や、短絡的行動が目立つものの行為は意図的な犯罪行為であろう。
- ・ 自閉症スペクトラムで愛着の問題が根底にあり行動面の問題で親から虐待をうけて、人に対して敵意をもったと攻撃したりする事を身につけた関わりをしっかりとてた医師との関係がなくなり本人が安心して関わってくれる存在がいなくなった、医師である必要はないが、信頼関係を 1 対 1 で築いて長期にわたって関わり、本人のよい面の成長を促す状況が必要である。安定した人間関係がつかれるかどうかは医療だけでは解決できないと考える。
- ・ 祖父母の意向の確認。
- ・ 診断のために 3 才前の生活歴が必要。

- ・ 自傷他害がなくても不適応や衝動統制困難が顕著な時は医療保護入院を利用して、薬物治療の導入が望ましい。
- ・ 24条通報となってしまった時点で、現実的には要措置とせざるを得ないとは思いますが、きちんと裁判は受けた方がよいように思う。
- ・ 堅い施設に入所させ、管理を徹底すべきだと思う。
- ・ 薬物治療の効果は期待できず、教育的な治療・指導がなされるべきケースと思われる。
- ・ 司法領域の専門家の方が経験の蓄積が多い場合もあれば、精神科治療における専門家の方が治療的な選択の幅を有している場合も多く、その治療の限界を理解している場合もあるので、事例の特性を踏まえた上でその処遇の方向性を決めていくために連携することは有益であると考えます。そういう観点からの情報やあまりシークレットとされ伝えられないことも多く、警察による捜査を踏まえた上で明瞭な犯罪行為でないとなかなか対応のため動けないとされることが多いように感じる。もちろん相互に他領域の常識を理解していないと噛み合わないのも、日常的にやり取りを継続する必要があると思う。
- ・ 医療の関与は極めて限定的であるが one of many supporters として加わる。青年であり今後二次性精神障害を発症する可能性が高いので参加することがないただし現実にはそこまでの余裕がないことはあろう。
- ・ 矯正施設への強制入所が望ましい。素行不良は精神科医療の対象ではない。
- ・ 医療だけで解決できない。同様に刑事罰だけでも解決できない。処遇のあり方が難しいケースと思う。診断も精査すべきで、その点で入院は意味があるものの、診断目的の入院が「一度精神科に入ったから」となし崩し的に刑事手続きに乗らないようになってしまいう現状にも問題があると思う。
- ・ 自閉スペクトラム症がベースにあり、幼少期の虐待体験やいじめなど同年代との関わりも持たず、人格形成が不十分（善悪の判断が付かない）のだろうと判断した。必要なことは医療による治療よりも安定した環境作りというところだろう。
- ・ 医療と司法の枠をすり抜け、重大事件で司法に、それ以外は医療に割り振られるケースと考える。医療としての支援は行ってよいと思うが、それをもって行為をあらためる事は極めて困難と考える。

## 事例 17：20 代、女性 放火

### 【診察時点で判明している事項】

同胞なし。父方兄弟に夭折した者が複数いるという。

母は妊娠中も飲酒、喫煙を続けていた。本人の出生前から父による母に対する身体的暴力が頻回であった。本人が2歳のときに離婚となった。

母は本人が4歳の時に再婚した。しかし継父も自宅で酒を飲むと暴れ、本人にも手を上げるようになったため、再び離婚。母は本人を連れて転居を繰り返した。

小学校入学時、低発育や言葉の後れが見られた。地元の公立高校を1年で中退。その後引きこもりがちで過ごし、家の手伝いなどをしていた。母は短期間男性と同居する生活を繰り返していた。

ある夜、母が連れてきた男性と飲酒しているところに本人が押しかけて、突然低く太い声で威嚇し、包丁を突きつけた。その後、母との口論などを契機として、人格交代のエピソードがしばしば出現した。

4ヶ月後、本人によると不良少年に人格変換した状態で万引き事件を起こし、警察に逮捕された。警察官は措置通報を行った。緊急措置入院となったが、翌日には落ち着き、措置不要となった。医療保護入院に切り替え、2週間ほどで退院となった。退院後は本人の同意のもと、同院に外来通院することになった。

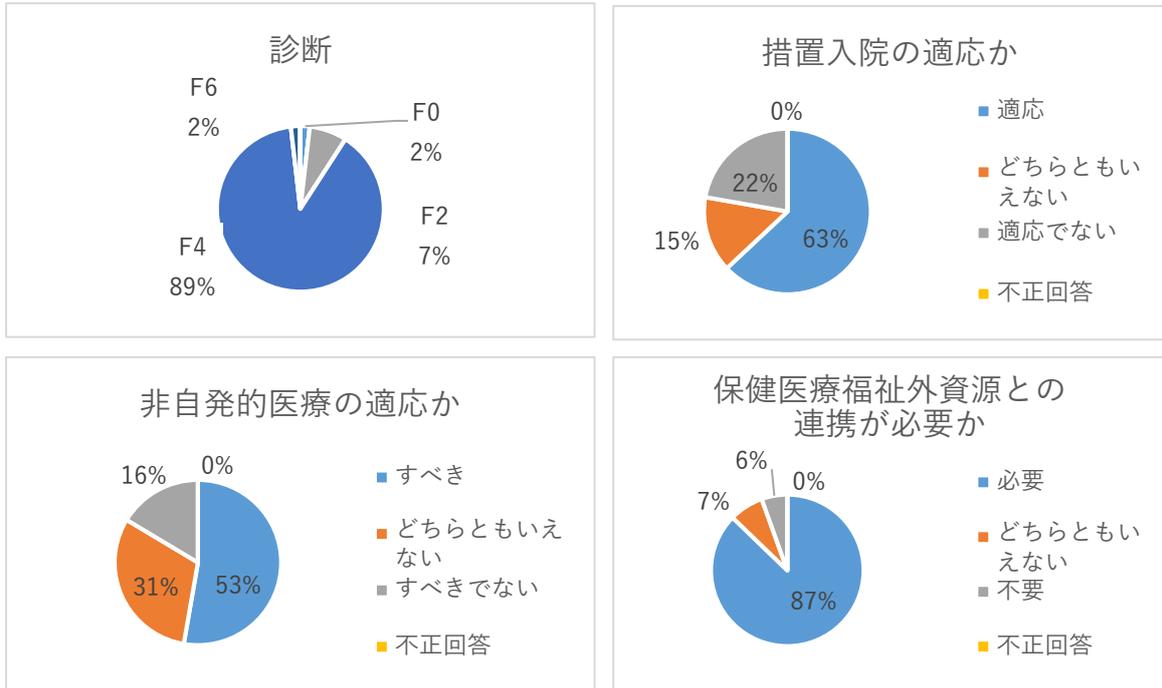
通院は維持された一方、母との関係はぎくしゃくしたまま続いた。同時期から幻聴も出現した。自傷行為が出現し、たびたび身体科救急を受診し、精神科病院に搬送して数日間入院させていた。

20歳時、近所の雑貨屋で装飾品を窃取して逮捕。警察官通報が行われ、措置不要の判断となったが、母が懇願し、結局は医療保護入院となった。担当医は本人に対し単身生活を勧め、入院から3ヶ月後に生活保護を得てアパートに退院した。

退院後は精神科デイケアに通いながら、就労訓練をすることになった。そのうちに保護費のやりくりが苦勞するようになり、人格交代や自傷、解離性遁走をたびたびきたした。解離下での万引きで逮捕されることも数回あった。

独居生活を始めて1年ほど経った頃、母のもとを訪ねたところ、男性が訪れており、それを見て本人は倉庫の灯油をまき散らして火を点けた。母が気づいて本人を取り押さえた際には、男口調で叫んだ。本人は放火事件の被疑者として逮捕された。警察からの照会に対し、担当医は、解離下での犯行で、母子葛藤のストレスや人格の未熟さを考慮すると刑事責任能力は限定的ではないかとする見解を述べた。警察は事件を検察に送致した。検察は心神耗弱として医療観察法の申立てを行った。

## 【回答】



## 【自由記載】

- ・ 生い立ちには同情すべきところがあるが、解離状態も引き起こすことのある境界型の人格障害だと思われる。人格によるところであるから、司法による処遇が妥当。実刑が望ましい。
- ・ 解離下であったとしても 是非弁別、制御能力の著しい低下はいないので、起訴すべき。
- ・ 解離性障害において、交代人格はあくまで本人の人格の一部であり、責任能力が全く無いとは言い切れない。(100%責任能力があるとも言い切れないが)。いずれにしろ、本例のような事例は、EMDR 等、解離性同一性障害をしっかりと治療できるスキルを持った医師、または臨床心理士の居る環境で療養すべきと考える。
- ・ カウンセリングが必要。
- ・ 措置入院ではなく医療観察法入院が適当ではないかと考える。
- ・ 医療観察法による治療で回復するのか疑問。信頼できる主治医が見つかるとうい。
- ・ 診察の際、また事前調査の際の本人の状況によって、措置かどうか考えるかもしれない。(以前、同様に解離状態で放火をくり返す女の子が措置通報され、結果措置非該当となったケースがあったように思う) 本人が非常にしんどいとき、危機回避的な短期の強制入院は有りかもしれないが、基本的には本人の意思、治療したいという自主性により添う(を支援する)形での医療の提供をしたいと考えるケース。
- ・ 司法だけでなく、多分野の連携要と考える。

- ・ いったん入院のうえ、病状評価と必要な支援体制の組み立てを行う。
- ・ 非自発入院での治療効果がどの程度あるのか判断しかねる。できうれば自発的治療の方が効果があがるように思われる。
- ・ 特に本人と実母との関係性問題について、支援者・関係機関間での方針統一化が要されるケース。
- ・ 解離による行動は、責任能力はあると思う。まず法は責任を判断した後に医療の対象にすべき。
- ・ F84 の特性があるとすれば本人の責任を明確にしなければ、行動の逸脱はエスカレートして、治療は不可能になると考える。

## 事例 18：50 代、男性 自殺企図

### 【通報の経緯】

裁判が決着した翌月のある休日の朝、本人は灯油缶とライターを持って、駅に向かった。物音で起きた妻が、灯油缶がないことに気がついて警察に通報、本人は駅近くで保護された。保護されたときアルコール臭がひどかったという。警察の事情聴取にもろれつが回らず、酔いが覚めるのを待ちつつ警察官通報することになった。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

本人は、「裁判以来、兄のにやついた顔が頭から離れなくなった。今思うと兄は生まれたときからずっと俺を下に見て、いいように利用してきた。父の信頼が厚かったのも遺産を総取りするためだったとわかって、許せなくなった。そこで、自分が駅で焼身自殺すれば、大々的に報道されて、兄のことも世間にばれると思った。第三者を巻き込みたくなかったので、休日の朝を選んだ」と述べた。行ったことについては「馬鹿なことをしました」と述べたが、今後の生活については「わかりません」と回答しなかった。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

周産期の異常は知られていない。幼少期は活発で、いつも外で泥だらけで遊び回っていたという。5歳年上の兄はおとなしく利発な子で、本人はいつも兄と比べられてとても不愉快だったという。だが子どもの頃は兄弟仲は良好で、よく一緒に遊びに行ったりお菓子を分けてもらったりしていたという。

小学校ではやや多動で、よく先生に注意されていたという。成績はあまり良くなかった。運動は得意で、リレーはいつも代表選手だった。友達も多かったという。

兄はランクの高い中高一貫校に入学したが、本人は曰く「父にまったく期待されていなかった」ため地元の公立中学に入学。学校生活は楽しかったという。

公立高校では、旅行委員会に入り、修学旅行のパンフレットを作成したり、生徒代表として現地の下見に同行したりした。このことで本人は観光業界に興味を持つようになった。

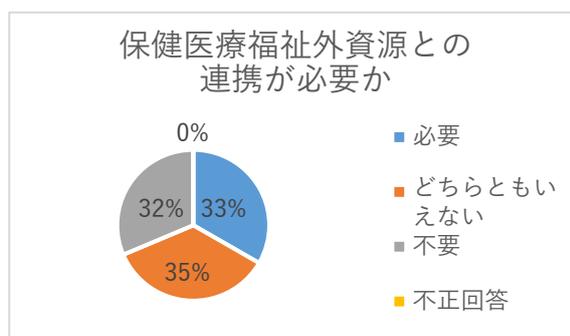
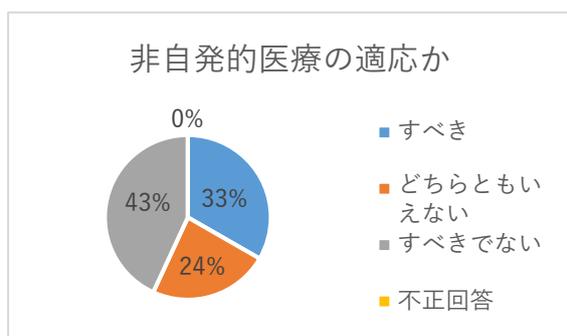
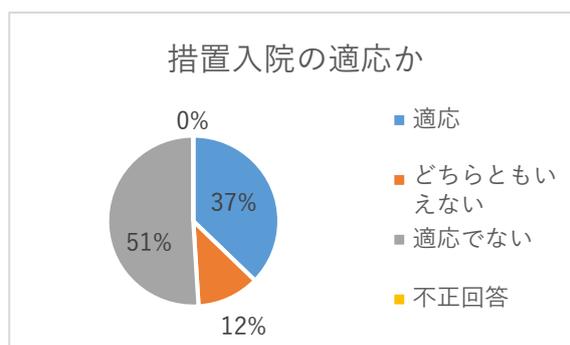
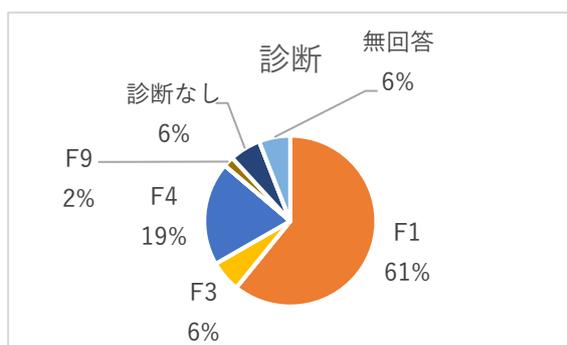
地方の大学の観光学部に入学した。勉強はあまり楽しくはなかったという。初めての下宿生活で、友人を呼んで深夜まで酒盛りをして騒ぐ毎日だったという。アルバイトをして中古のオートバイを買い、休みには友人たちとツーリングに出かけた。

大学卒業後は大手観光会社に就職を果たした。当初は雑用が多く、何度か辞めたくなったが、父に諭されて仕事を続けた。25歳時に、中学の同窓会で再会した元同級生の女性と意気投合し、交際を始め、翌年結婚して2児をもうけた。

その後も仕事に邁進し、40代で本社の課長に昇進した。しかしその後、世界的不況等の影響で業績が傾き、54歳時に関連子会社に部長職で出向、事実上左遷されることになった。この頃、ちょうど次男が医学部を目指して浪人を決めたときであり、将来の経済的不安を初めて自覚するようになった。

55歳時に母が死去。既に父もなく、億単位の遺産を相続することになった。このとき兄との間で相続争いが勃発し、お互いに弁護士を立てて争ったが、兄が生前父母に公正証書遺言を書かせていたことで、本人に勝ち目はなかった。弁護士からもむしろ本人の不義理を責められるようなことを言われたように感じ、先行きの不安もあって絶望感にさいなまれた。次第に不眠を募らせ、寝酒と称して酒量が増えていった。妻が心配してたしなめると、手を上げるようなこともあった。次男は医学部2浪中で、次回も合格はおぼつかないと言われて不機嫌になっており、家中がびりびりした状況になっていた。

**【回答】**



### 【自由記載】

- ・ 躁うつ病の可能性があると感じる。この場合には治療対象となりうる。
- ・ 行為は酩酊を背景とした衝動的なもの、状況因は十分了解可能で精神病症状を認めず、反省も一応ある措置にはなじまない印象である。
- ・ 兄に対する思いが、妄想かどうか、また、以前からあるものかどうかで判断を考えたい
- ・ 保健所、精神保健福祉センターと連携が必要。
- ・ この事例はとくに「グレーゾーン」とは思われない。
- ・ F43.25、F10.24 であれば措置非該。F32 であれば要措置の可能性あり。
- ・ この情報だけであれば、措置入院や非自発的入院には該当しないと考えるが、「絶望感」のあたりで、深刻なうつ状態や継続的あるいは切迫した希死念慮がうかがえるような情報があれば、該当と判断するかもしれない。すぐに精神科医療に至らないならば、保健所等で家族も相談できることなどを警察から情報提供してもらえるとよい。
- ・ 家族全体の精神的不安定さが存在するため司法・警察・矯正施設・保護観察所・児童相談所といった社会資源の協働は必要。
- ・ 持続性のある精神疾患とは考えにくいものの、自殺未遂である以上、短期的な介入は拒否すべきではないように思う。
- ・ 予後は悪くなさそうだが、何らかの精神障害が疑われ、そのための自傷のおそれが小さくないので、この後のため、診断を確定するためにも、措置入院の適応にすべきと考える。他の社会資源との連携は、完全寛解が見込めそうにないと思われた時点で考えればよいと思う。診断としては、ICD-10 になかなか当てはまるものがなく、古典的診断名をもち出したくなる。
- ・ ADHD の可能性はあるが閾値下の範囲か。
- ・ 入院下で兄弟葛藤、遺産への対応等環境調整が必要な一方、他人を巻き込みかねない行為（放火？危険物石油ライターの所持？）は可法の判断も必要。司法、警察の意見も聞きたい。

## 事例 19：30 代、女性 脅迫等

### 【通報の経緯】

浮気相手の携帯電話メールアドレスに一日百回近くも脅しのメッセージを送り続けたことで、相手が被害届を提出し、本人は脅迫の容疑で逮捕された。過去の経緯を知る警察官は、本人の精神科受診歴や、浮気相手への攻撃のあまりの執拗さ等を勘案し、措置通報を行った。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

10 歳になる子が夕食の席で口を滑らせて、本人の浮気が夫に発覚し、夫が詰問すると、本人は暴れ出した。夫が子をかばって左手にかすり傷を負い、警察を呼んだ。そのときは警察が臨場した際には本人は落ち着いており、警察は双方に説諭して退場した。

その後、夫が浮気相手に抗議し、話し合いの機会を持つことになった。しかし、4 人が一堂に会すると、本人は次第に興奮し拳を振り上げたため、再び警察が呼ばれた。警察は相手夫婦を帰宅させ、本人に落ち着くよう諭した。本人は何とか落ち着きを取り戻し、粗暴な言動をしないよう約束したため、警察は退場した。本件通報はその数日後のことである。

### 【面接時の状況】

本人は愛嬌ある態度で逮捕の契機や交際の状況を淡々と述べた。最近、感情の起伏が激しくなり衝動的になっている、と述べた。それでも、のべつまなく話し続けることはなかった。「私の味方になってくれる人は、今まで一人もいなかったんです」「留置場にいると頭がおかしくなる」「病院に行きたい」と訴えた。「ここにいるのは辛いので消えたい」「何度か過量服薬したことがある」など、自殺を仄めかすような発言も認められた。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

同胞なし。父方の大叔父が 30 代で失踪、父の妹が 35 歳で交通事故死を遂げている。母は妊娠中一過性の抑鬱を経験したが、特に治療なく改善したという。周産期、発育・発達で問題を指摘されたこともないという。

幼少期から両親に厳しくしつけられて育った。本人は優等生的に振る舞っていた。小学校ではクラス委員などを務めた。公立中学に進学。友達は限られた数だが親密な関係だった。名門私立高校受験を勧められ、中学 2 年から塾通いを始めた。中学 3 年になると不安・恐怖が出現。母が心配して近くの精神科クリニックを受診させたが、数回で中断となった。

結局受験は断念し、地元の公立高校に進学した。文化祭ではイベントを立ち上げ多数の観客を動員した。準備で徹夜続きだったが楽しかったという。

卒後は地元の化粧品メーカーに一般事務として就職した。20 歳時に職場の同僚を好きになり、翌年に結婚し、1 児を儲けた。

23 歳に、夫が他県に単身赴任。一人で仕事を続けながら家事・育児をこなしていた。そこで、新入社員として配属された部下の教育担当となり、その男性と次第に親密になった。

24 歳時、単身赴任先の夫から離婚の申し入れがあり、夫の浮気も発覚した。協議離婚が成立し、児は本人が引き取った。その数ヶ月後、浮気相手であった部下の男性と再婚。

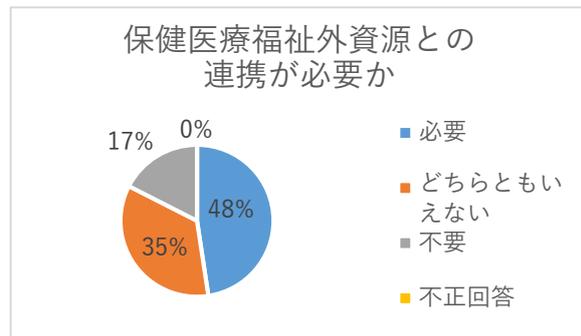
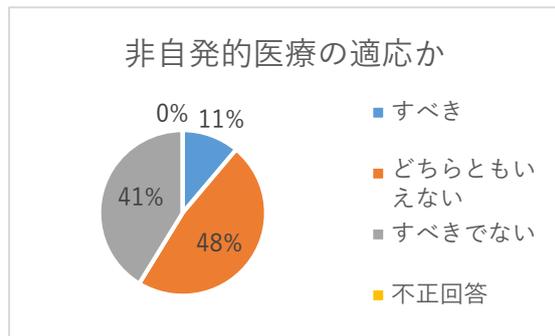
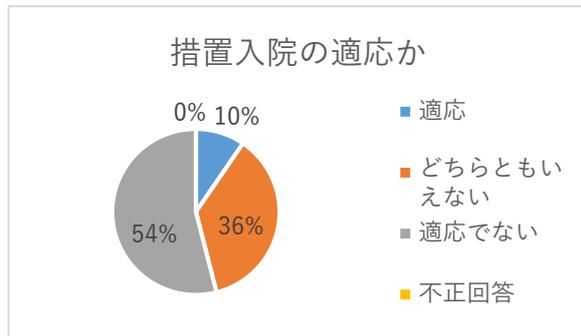
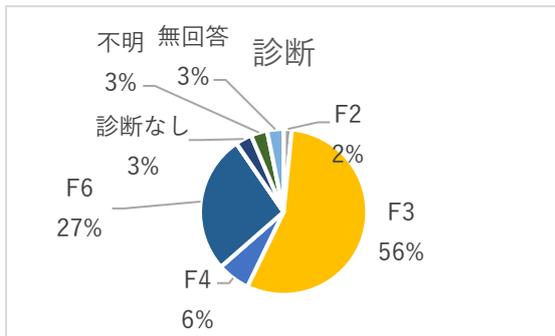
26 歳時、再婚相手との間に子ができないことや、前夫との子が再婚相手になじめないことなどに悩み、抑鬱的となった。精神科クリニックの担当医は双極性感情障害の可能性の方が高いと判断し気分安定薬の服用を勧めたが、本人は妊娠への影響を懸念して服薬を拒否した。数回の受診で中断した。

その後本人は再婚相手の勧めで仕事を辞め、専業主婦となった。子の情動は安定したが、再婚相手との間には子ができなかった。

30 歳を目前にして、自分はもう女性としては終わりなのではないかと思うようになった。盛り場をうろついて酒を飲むことも増え、半年ほど精神科クリニックに通院した。薬はあまり服用しなかったという。

翌年、夫の仕事が忙しくなり、会社の施設に寝泊まりすることが増えてきた。本人はそれを寂しく感じ、酒場で知り合った別の男性と親密な関係になった。相手は証券会社勤務を名乗っていたが、素性は不明。夫の留守中に何度か本人の家に招いたことがあった。

**【回答】**



## 【自由記載】

- ・ 10歳の女兒に対する対応について、様々な社会資源との連携が必要と判断する。（そのための情報共有も含めて）現夫の治療、診断に対する理解、協力の状況が point になると思われる。
- ・ 児相への通報を検討。
- ・ 落ちついており事情聴取もできたのではないかと、通院歴だけで警官の判断だけで安易に措置通報されており問題である。
- ・ 抑うつ気分 希死念慮があるように見える。衝動性もみうけられる。その切迫度が面接状況では乏しいようにも思われるので状況や流れも踏まえて入院を検討する。もし入院となれば子供の支援体制として夫に対応できるかなども確認が必要かその状況によっては行政や児相などとも連携が必要になるのでは。
- ・ 本人のパーソナリティに基本的な問題が多いと思われる。社会的介入に比例した、症状、病状の改善は難しいと思われるが、拳児の育成については、一部介入が望ましい状態となる可能性はある。
- ・ 虐待のハイリスクケースのため、児相の介入は必須。
- ・ 脅迫罪・ストーカー規制法など法による処罰対象。
- ・ 治療するのであれば本人の自由な意思による。必要性はない。
- ・ 診断に必要な情報が不足している。
- ・ 診察時の状態像しだいで、例えば焦燥や促拍性が持続するなどがあれば措置入院の適応。本件は微妙なところがあるが、本人自身・子を含め十分な支援体制がないことと、状態像を数回の幅をもってみるに、なお情緒不安定さをカバーできるだけの生活状況なしという事で、要措置といえる。子に対する関係で児相との協働を要する。
- ・ 本人の治療に対する動機が十分でなければ治療効果乏しいと思われ、強制的な治療は不適當。触法行為が精神障害によるものか、パーソナリティや環境、状況に基づくものか慎重な検討が必要で、安易に精神科ルートに乗せて司法処遇を免れるべきではない。なによりまず子の保護が必要。
- ・ 精神疾患として今回の事案（問題）が発生したのか、更なる情報収集を要する。
- ・ 狭義の精神障害があると判断するがどうかは情報量というより本人に直接面接する事から得られる印象が大事と思われる。これだけはアンケートでは限界であり、生きた精神科臨床の問題となると思う。このケースはこの情報からは精神医学の対象とはしたくないと思える。
- ・ 本人の病歴や生活史の情報が不足しており、診断や入院の要否の判断が困難。
- ・ 病気が原因であっても、本院の行動の責任は、本人が取るしかない。
- ・ 10才の児の養育状況について考慮し、（適切に養育されているかどうか？介入する必要がある状況かどうか判断する）本人に指導、又は公的機関の介入をするべきと思う。
- ・ 強迫に関しては司法の対応が適切では。
- ・ 他者への迷惑行為に対しては司法の裁きが治療的。

- ・ 治療は刑罰を受けた後に考慮（対応）すべきと思う。
- ・ 相手方が被害届を提出する程度であるならば、他害行為としてよいと思う。
- ・ 10歳になる子の保護、本人からの隔離が必要。
- ・ 「措置不要、要入院医療」か、「要措置」かで悩むと思われる。何にしても、しっかりと薬物治療を行ってみるべきケース。
- ・ 21才の時結婚 22才時出産とすると、23時、子どもは1才。浮気をしていれば、ネグレクトとなる可能性が高い。29才時は子どもは7才、小1ぐらい。この時もネグレクトに近い状況だったと推測される。しかし、言及がない。「4人が一堂に会する」の4人目が誰か分からない。など全体的にややリアリティに乏しい症例と感じた。
- ・ 司法的な関わりは今のところ不要と考える。

## 事例 20：40 代、男性 暴行、迷惑防止条例違反

### 【通報の経緯】

40 歳時に、飲み屋で飲酒した際に隣の客に絡まれて乱闘騒ぎを起こした。警察官が臨場した際には酩酊状態で大声を上げている状況だったため、本人は酔いが醒めるまでの間、保護室に留め置かれた。その後警察官による事情聴取等により、覚醒剤の乱用や措置入院の既往があることが発覚した。警察官通報が行われた。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

もと暴力団員で受刑歴があるが、最近は特にかかわりはない。

### 【面接時の状況】

本人は、「いけないと知りつつ飲んでしまう。本当はもう死にたい。母の元に行きたい」と語り、流涙した。一方で絡んできた客に対しては「絶対にあいつが悪い。今度会ったら目の見せてやる」と述べ、敵意をにじませた。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

幼少期は、元気で落ち着きがなかったという。始終はしゃいで走り回っていて、友達が多かった。先生にいたずらをして困らせることも頻回だったという。

地元の小学校では、ガキ大将的存在で、いつも子分を引き連れて歩いていた。教師から怒られても意にも介さなかったという。気性が激しく、ちょっとしたことでイライラして学校の備品を壊すことがしばしばあった。そのことで親が呼び出されることもあったが、父は「男の子は元気な方がいい」と言い、母はむしろ学校側の対応を責めることが多く、本人はまったく悪びれることがなかったという。

小学校 4 年頃から、地域の不良グループとのつきあいが増え、飲酒、喫煙、万引きなどをするようになった。少年同士の喧嘩もしばしばあったが、警察沙汰になるほどのことはなかった。地元の中学校では、問題児扱いされていたが、本人はどこ吹く風だったという。

地元の高校に進学したが、この頃母が腎臓を悪くして臥床がちになり、心配した本人は高校を中退して働きに出ることにした。とび職や新聞配達など、いくつも掛け持ちして「稼げるだけ稼いでいた」という。しかし、本人が 20 歳の頃に母は病状悪化のため死亡した。

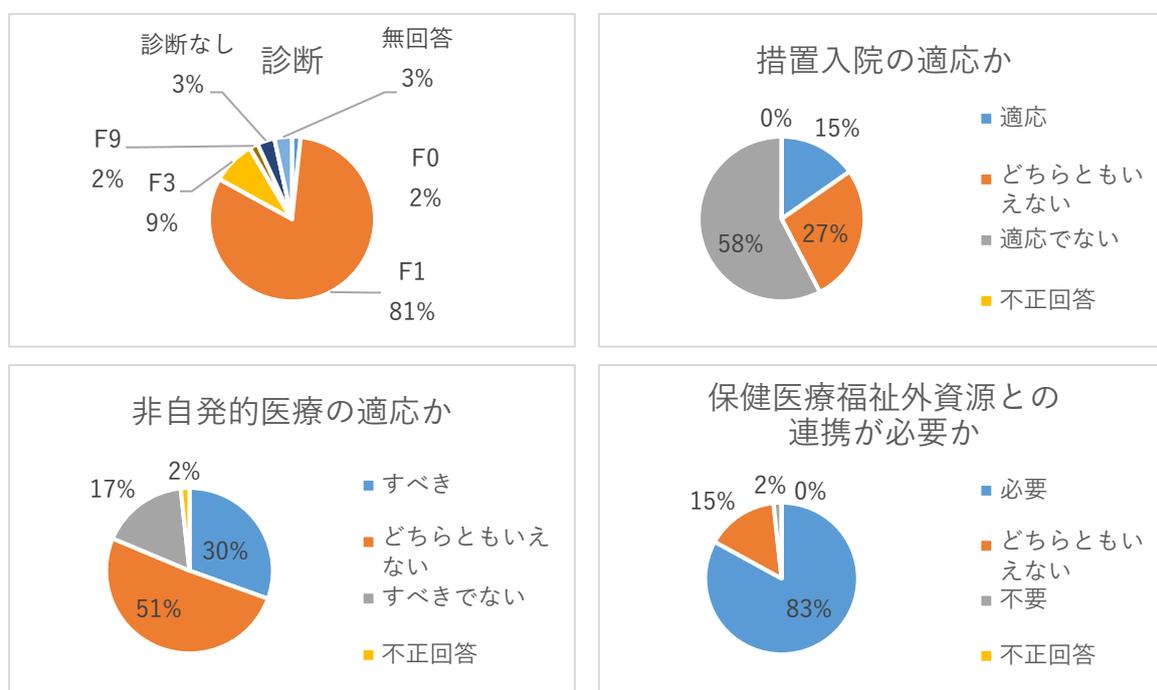
このことで、本人は母を省みなかった父をなじり、父はそんな本人を殴りつけ、お互い絶縁状態になった。自宅を飛び出した本人はその後職を転々として過ごしていた。また、酒・タバコに加えて、覚醒剤を乱用するようになった。21 歳から 30 歳頃まで、反社会組織に所属しており、傷害、恐喝等の罪で 5～6 回の逮捕歴があり、計 3 年ほど刑務所で服役していた。

33 歳時、刑務所からの出所時、矯正施設長通報がなされ、措置診察が行われた。このとき面接では幻覚妄想は確認されなかったものの、気分変動が著明であり、本人は鬱状態で希死念

慮を表明したため、指定医の診断結果はそれぞれ物質誘発性気分障害、遅発性精神病性障害となり、要措置と判断された。

抗精神病薬、気分安定薬が投与され、6ヶ月の入院加療の後に措置解除となった。退院時の診断は双極性障害だった。本人もそれなりに治療効果を自覚し、「今までは自暴自棄になっていた。今後は薬を飲む」と納得し、生活保護を受けてアパートに退院することになった。しかし、半年後に本人は通院を中断した。数ヶ月続けていた仕事も辞め、違法薬物は使わないものの、酒浸りの日々を送っていた。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 起訴されるべき事例である。
- ・ 通院が中断とならない対策は必要だったと考えられる。
- ・ 事件は司法で対応すべき事例と思う。ただ患者には、医療の長期的な支援が必要。
- ・ 原則責任能力は維持される診断の為、違法行為時は司法のみの判断となり得る症例。
- ・ 本人が望めば任意入院で受け入れあるいは外来通院。
- ・ 下線部の行為については司法の問題。
- ・ このケースが措置通報される妥当性を問う。通報時精神症状の記載がないのはないのか、書きもれ。

- ・ 酔った時が単純酩酊として、考えた。服薬の影響も加味すべき。覚醒剤をやめていないのでは？
- ・ 現在の気分障害の症状について情報が不足している。直近の生活状況についての情報も必要である。
- ・ 幼少期の状態が ADHD を思わせるので、そのあたりの情報、検査結果によっては、介入のしかたも変わると思う。
- ・ 精神作用物質使用による障害（F1 圏）の場合は、医療モデルに重きを置きすぎるとうまくいかない印象が強い。措置入院等の非自発的入院は、離脱や明らかな精神病エピソード、気分障害エピソード等に対象を限定した方がよいと思っている。
- ・ このような例が措置入院もしくは医療保護入院になることが多いと思われるが、パーソナリティによる部分が大きいのと考えられ、入院だけでは解決していかない。
- ・ ADHD の可能性も考えられるが、心理検査も参考にしたい。酩酊状態であったことがトラブルの原因ではないか？
- ・ 20 才頃まではまじめに仕事をしていたことから、パーソナリティ障害は満たさないとと思う。覚醒剤使用による気分障害が適当と思う。
- ・ 双極性感情障害の診断には大いに疑問。措置診察時の診断の方は妥当と思われる。
- ・ 医療では対処できないと思う。
- ・ 治療反応性に問題があるものと思われるため処遇に多くの議論を要するものである。

## 事例 21：20 代、女性 殺人未遂

### 【通報の経緯】

25 歳時、本人によると上司に言い寄られて性的な関係に至った。そのことを同棲中の交際相手に告げたところ、交際相手から別れ話を持ち出された。そのことで本人は逆上し、とっさに台所の包丁で交際相手の腹部を刺した。交際相手が 110 番通報し、警察が臨場したときには、本人は包丁で自分の左手首を切っていたという。

交際相手は腹部刺創で入院を必要としたが、命に別状はなかった。本人は逮捕されたものの、「死んでやる」と叫び暴れるなど不穏だった。警察官により措置通報がなされた。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

本人はいくらか落ち着いて話し、「上司とのセックスは単なる遊び。私にどれだけ魅力があるか交際相手にわかってもらいたかった。それなのに別れ話を持ち出されて、今までの自傷なども批判されて、絶望的な気持ちになった」と述懐した。希死念慮については、「交際相手に裏切られるくらいなら死ぬ。目の前で死んで、私を一生忘れられなくしたかった。それが殺す」と述べた。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

同胞 2 名中 2 子。発育発達に異常はなかったという。母によれば幼少期は兄同様に手のかからない子だった。

小学校では成績優秀で運動も得意だった。しかし、小学 5 年の塾の選抜テストで問題を読み違えて大幅に減点されて落第し、そのことで父母にこっぴどくしかられた。このことで本人は思い悩んだが、めげずに勉強を続け、第一志望の進学校に合格した。

中学では友人はたくさんできたものの、皆自分より優秀な気がして、引け目を感じていた。このころから隠れてリストカットをしたり、市販の睡眠薬を数倍量飲んで眠気を楽しんだりするようになったという。自傷をすることで妙な自信を持つようになり、高校生活は楽しかったという。医者に行くほどの傷を負うことはなかった。

都内の名門私立大学に入学。大学時代はバイトを数多くこなし、派手な生活をしていた。また同時に複数の男性とつきあい、性体験も重ねた。そのことで両親と対立し、大学 2 年で自宅を出て交際相手の下宿先に転がり込んだ。自傷はなかったが、過度の飲酒で救急搬送されたり、酒の席で赤の他人と喧嘩して殴られたりと、年に何回か医療機関を頼ることがあった。

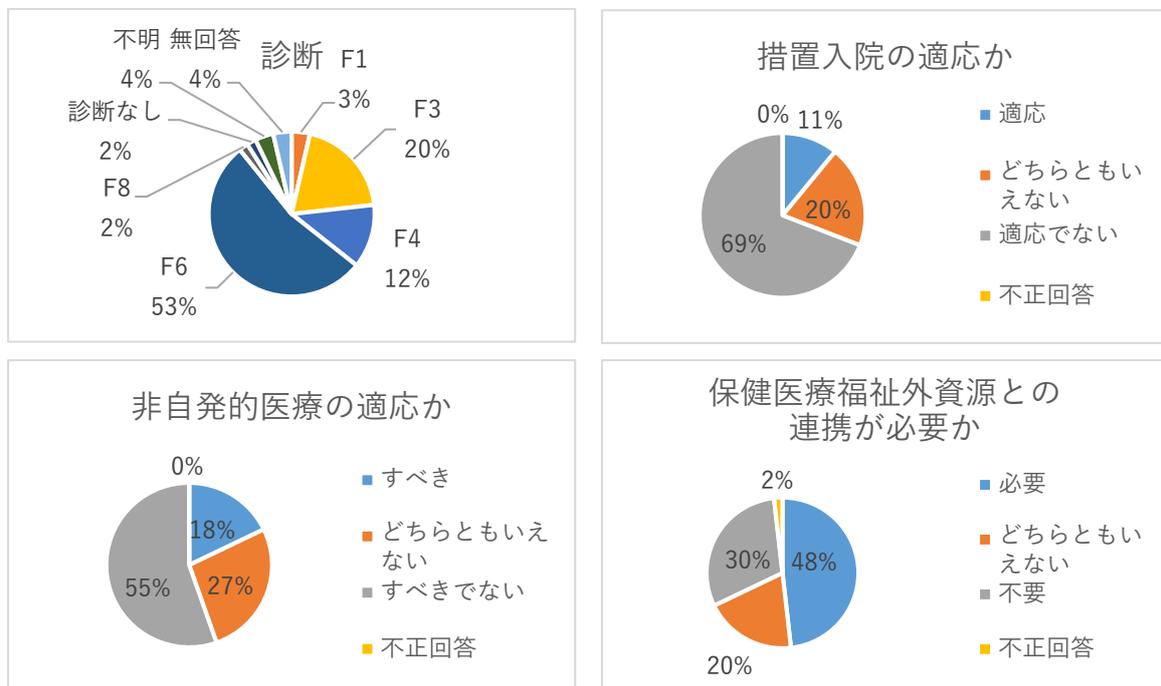
大学卒業後、本人は製薬会社に事務職として就職した。交際相手は地方に就職することになり、そのことで別れ、本人は会社の寮に入った。間もなく、会社の同僚と交際を始め、寮を出て交際相手の下宿で同棲を始めた。半年後には結婚を意識するようになったという。しかし、

お互い仕事が忙しく、出張などで交際相手のいない夜には寂しさから自傷したり、交際相手に一晩に何百回もメッセージを送ったりすることがあったという。

仕事は多忙で覚えることが多かったが、熱心に勤め、上司のおぼえも良かったようである。一時は夜も寝ないで仕事の資格を取るために勉強していた。

しかし、翌年から頭痛、肩甲痛が出現し、急速に悪化した。近医を受診したが、診断がつかず、数カ所の医療機関を回り、精神科にも紹介されたが、本人は受診せず。結局、大学病院の内科で線維筋痛症と診断されたが、治療効果は不十分で、通院も自己中断していた。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 医療観察法の適応。(×2)
- ・ 話しあっても解決策が出るとは思えない。
- ・ 境界例にみえる部分もあるが、本人の心理的な自立を促すような支援があれば、回復するケースであるように思う。
- ・ 本人が自発的に精神科にかかれば何らかの診断名をつけるがそうでなければあえて診断名はいらないと思う。
- ・ 人格障害の暴力逸脱行動は基本的に司法の領域と考える。
- ・ 厚労省より法務省の出番である。

- ・ 交際相手の腹部を刺したことは司法の対象とすべきだが、その後「死んでやる」とさわいでいる状態については、自傷のおそれとして一時精神の治療の対象としても良いと思う。
- ・ 司法を第一に、その後のフォローを医療が行うべきである。問題行動を正すのは医療より司法だろう。
- ・ 性格の問題あり精神科医療にはならない。
- ・ 本人の人格の問題が気づかれるのに長時間かかり、場合によっては、裁判沙汰となりやすい。
- ・ 医療モデルではなく司法モデル。
- ・ 衝動性は高いが、責任能力はあると考えられ刑事罰の対象では？
- ・ 面接時の精神症状が知りたい。
- ・ 司法での対応が大切。医療のみで対応しない方が良い。
- ・ 司法による扱いに限定すべきであり、精神医療は介入すべきではないと思う。
- ・ もしかしたら双極性感情障害を将来的に発症するかもしれないが、現時点では閾値下だと思う。
- ・ 双極性障害は鑑別にあがると思うが、思春期から対人関係で不安定になり、自傷行為もあり、成人してもそれが続いており、パーソナリティ障害と考える方が妥当と思われる。
- ・ この事例に関しては、いかなる状況であっても非自発的な入院加療はさけるべきである。
- ・ 現在の興奮、希死念慮、自傷再企回のリスク評価で非自発入院の必要性を判断する。犯罪行為に対しては、警察捜査、本人尋問を進めていただくよう協力する。

## 事例 22：30 代、女性 放火

### 【通報の経緯】

入院中、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す、勾留に耐えられないとの判断で警察官通報された。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

そわそわと落ち着かない様子であった。火を点けた事実は認めたが、理由は明確に説明せず、「よく憶えていない、怖い」と繰り返した。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

同胞 2 名中第 1 子。小学 4 年生のときに同級生と揉めたことを契機に、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。地元の中学校に進学したが、自傷行為が再発し悪化した。不登校となり、自宅ではほとんどベッドから起きられなかった。

15 歳時、父が本人を無理やり近医精神科に受診させた。「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を疑い、経過観察のため入院を提案し、本人は医療保護入院となった。

入院中はほとんど自床で過ごした。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。自傷や無断離院しようとするものがあつた。担当医は、社交不安障害とおそらくパーソナリティ障害と診断変更し、退院を促したが、父は抵抗した。結局 5 ヶ月で退院となった。

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。ときに自殺企図で緊急受診となり、短期間の入院が行われた。

18 歳となり、父の口利きで、親戚の農家で働いてみるようになったが、一週間後、畑で倒れ救急搬送された。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。

同院の担当医には少しずつ自身の心境を書き綴るようになった。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。その後も状況は変わらず、計 20 回の入院を繰り返した。

33 歳時、本人からの申し出で、グループホームを併設している他院に転医した。新しい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た。

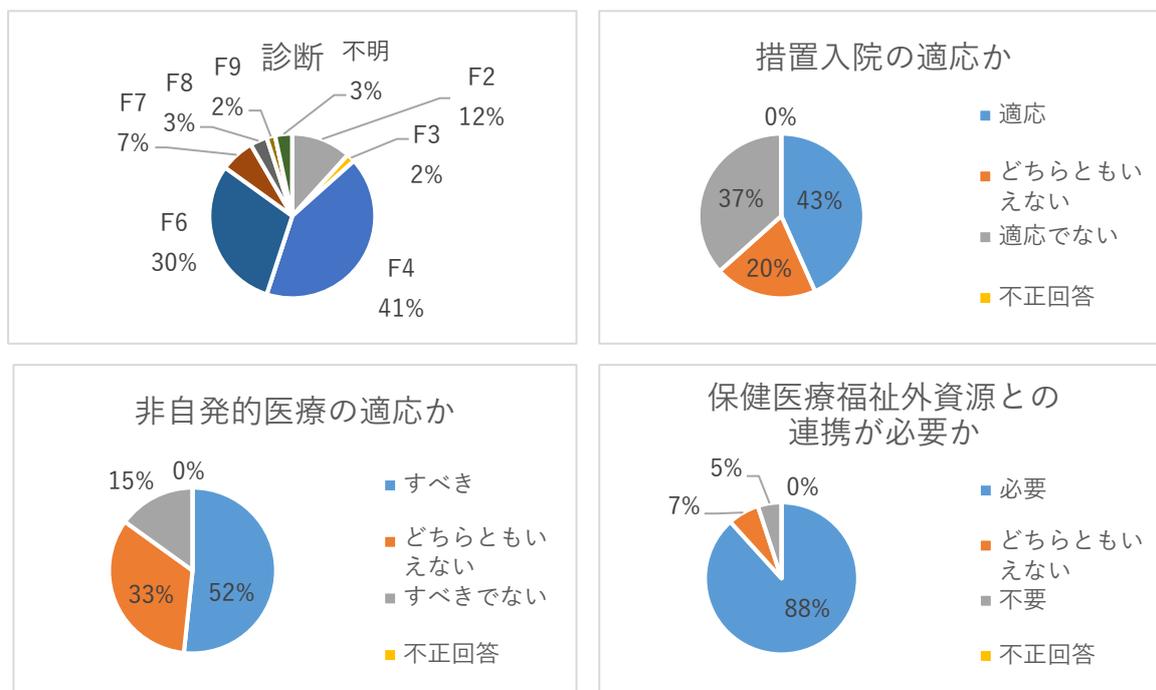
転医して 4 ヶ月後、些細な事で母と口論になり、本人は自宅を飛び出した。隣町で警察に保護され、通院先に医療保護入院となった。入院中大きな問題はなく、3 ヶ月で退院となった。退院後 2 ヶ月後、深夜に父の寝室に忍び込み、包丁で胸を突き刺す事件を起こした。父は軽症で、処罰よりも治療を望んだ。検察官は不起訴処分とし、医療観察法の申立ても行わず、検察官通報を行った。

指定医は、境界性パーソナリティ障害の診断で、措置不要と判断した。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。

担当医はグループホームへの退院を前提に治療を進めた。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。

入院 3 ヶ月後に事件が起きた。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 医療観察法の適応か、一般の司法の適応か難しい。
- ・ 軽度精神遅滞者の心因反応のように思われた。
- ・ 治療反応性が乏しいと予想されるが、医療観察法並の手厚い治療体制が必要。
- ・ 面接時の状態として、落ちつきのなさ、記憶の欠落（虚言の可能性もあるが）が認められるため、自発性入院をすすめるのが適切であろう。本人の拒否があれば、医療保護入

院とする事が現実的か？父親が望まなくても、殺人未遂、被疑及び、放火被疑事件の罪は問うべき。

- ・ 診断は解離性障害と考えた。解離性障害の場合は疾病利得との兼ね合いをみて医療/司法・警察のどちらで対応すべきか判断に悩む。
- ・ 自我境界の脆弱性についての投薬が必要。
- ・ 本人に治療の意思があれば任意入院が望ましい。
- ・ 起訴か観察法になるのではないかとはいえ、F4で観察法には持ってゆきにくいし、不起訴になってしまうと処遇が宙に浮いてしまう。
- ・ 発達障害を裏付ける発達歴が不明。
- ・ この事例ではこれまでの医療のみの介入では難しく、医療、保健・福祉、司法等の連携が必要だと思う。また措置診察で、BPDという診断が理由で措置不要というところも問題だと思う。診断や措置診察時での症状のみで措置要否を判断すること自体に問題があるように思う。これまでの病歴、家族の理解があるかどうか、経済状況等、総合的に考慮した上で、何が最善の処遇であるかを考えるような措置診察の判断の仕方が必要ではないか。また、背景に発達障害があり、その診断が遅れたことが、その後の転帰に影響しているように思われる。発達障害に対する理解には、精神科医ごとにまだ個人差があるように思える。発達障害を疑える視点を指定医が持てるか、発達障害に対する理解や対応の均一化を図ることが急務。新規指定医申請に、発達障害の症例レポートを追加したり、更新講習では、専門家の講習を義務化することが必要ではないかと考える。
- ・ この情報だけからは判断できないが、発達障害や知的障害（境界知能）の可能性は検討すべきだと思う。
- ・ その後の自傷に対しては措置の検討も必要かもしれない対象となった行為（放火）は一度司法の判断をしてほしい。
- ・ 本件犯行は、現住建造物等放火罪にも該当する疑いがあり、又、直前にも父を刺す行為があったことから、本鑑定を行い、必要に応じて、刑事処分又は、医療観察法の適応などの対応をするのが、望ましいと思う。
- ・ 症例の経過からは、「発達障害に伴う問題行動」という印象を受けた。もしその診断で考えるのであれば、司法での裁きより、治療や、環境調整が優先されると考える。（あいまいな返答から、一時的な判断力の低下、解離傾向？とも考える）ただし、今後も同様のことがくり返される可能性が高いと思われるため、警察を含め、近隣の関係部署に連携していく必要はあると思う。
- ・ 発達史の詳細なデータが不足している。医療観察法の対象と思われる。
- ・ 関係性の問題が大きい状態と見られ、治療との関わりをもう少し深めること、対応についてのポイントが接する人達の中で共有されることが大切と考える。
- ・ 今後、医療観察法による処遇も検討する必要がある。

## 事例 23：30 代、男性 殺人

### 【診察時点で判明している事項】

父は地元の中堅企業の経営者だった。母は本人出産後、鬱病の診断で 10 年ほど通院していたという。同胞 2 名中第 2 子次男。周産期及び発育発達の異常を指摘されたことはない。幼少期は活発で我が強かった。本人は主に父方祖父母に養育されたという。成績優秀だったが、一流とされる大学に出願したが不合格。再受験でも志望校には合格できず、親元を離れて滑り止めの私大に進学することになった。

在学中、婦女子に対するストーカー行為で警察から嚴重注意を受けたことがあるというが、本人はその事実を否認する。また米国に短期留学したホームステイ先でも近所の女子学生に対するつきまとい行為があったらしい。大学での成績は芳しくなく、複数回留年の末に中退した。その後は自宅に引きこもって過ごしていた。浪費を続け、昼夜逆転の生活を送っていた。犯罪や自殺、児童ポルノ関係のウェブサイトの情報交換する行為に熱中したり、家具を壊して父母を脅したり、手を上げようとするそぶりも見られた。

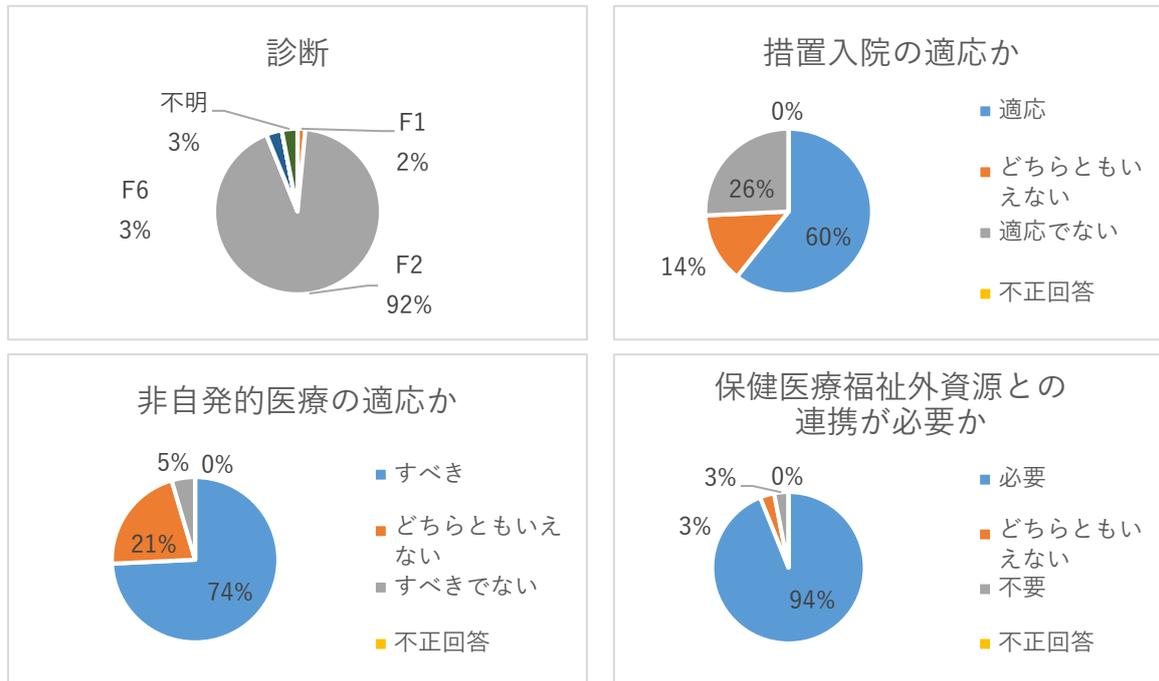
本人が 29 歳のとき、父方祖父母が相次いで他界した。その葬儀の席で本人は親族から生活ぶりをたしなめられ、帰宅してから激高して家中の家具を破壊する行為に及んだ。恐怖を感じた父が警察に通報したが、警官臨場時には落ち着いていたため、逮捕や措置通報には至らなかった。

その後も同様の引きこもり生活が続いた。本人は父母に始終罵詈雑言を浴びせ、時に家具を破壊する行為に及んだが、直接的な暴力はなかったようである。また本人によると、「自分がせっかくネット内での地位を確立しても、誰かが必ず横やりを入れておとしめてくる。これはきっと家族がなりすましてやっているのだと確信した」というのだという。

その後も何度か警察が呼ばれることもあった。一度は措置通報となったことがあったが、措置入院にはならなかった。父母や警察はたびたび本人に精神科受診を勧めたが、本人は頑なに拒否した。

その措置診察の数ヶ月後のある夜、本人は突然父を刺殺し、母に重症を負わせたことで、警察に逮捕された。取り調べで本人は「父が社員に命じて自分を抹殺しようとした。母も片棒を担いでいる。先にやらざるを得なかった。やらなきゃやられてた。正当防衛だ」と主張した。検察官は本人を鑑定留置した。鑑定人は妄想型統合失調症で判断能力に著しい影響を与えていたと結論づけた。この結果を受けて検察は本人を起訴猶予とし、医療観察法の申立てを行った。

## 【回答】



## 【自由記載】

- ・ 医療観察法の適応。(×9)
- ・ 発達障害かもしれないし、これだけだと判断が難しい。怒りの対象が両親のみなので、今後他の人にも同じ行為をするかもわからず、医療観察法にのせるのがよいかもしいが、よくわからない。医保や措置にすると、以後問題行為の全て病気のせいにして警察が司法の範囲で対応してくれなくなる印象もあるので難しい。
- ・ 器物破損で早期に措置通報すべきだった。
- ・ 性嗜好障害や発達障害、人格障害が背景にあるかもしれないが情報が不足しており、また精神鑑定で妄想型統合失調症とされた根拠も診察時点では判断できない。正当防衛と本人が主張する内容も妄想ではなく罪を逃れるための虚偽である可能性もある。重大な犯罪であり、精神医学的判断も不明瞭な時点では、まずは法で裁いてもらうのが優先事項と思われる。
- ・ おそらく医療観察法の入院処遇になるとと思われるケースだが、家族の協力はほぼ期待できず、また大学在学中に発症していたとすれば治療までに数年かかっており、治療そのものが難渋すると思われる。家族が警察をよんだ場合、「警察がきたらおちついたので」と警察がそれ以上介入しないことが多い。もちろんケースバイケースではあるが、警察側の地域へのフォローアップの仕方を再考すべきではないか。
- ・ 訴病も含めて、本人の精神症状がなんであるかがよく把握できない。病名を決定する必要があるのかも疑問な事例かと思われた。

- ・ 子供の頃は成績優秀であったが、高校生の頃発病して、成績が低下している。その後は性的逸脱や引きこもり浪費などの問題が顕在化している。さらに、暴言や破壊行為が生じている。自制が著しくできなくなった。そして、被害妄想が露わになり、それに左右されている。
- ・ 様々な病態が関与している（愛着障害、発達障害、統合失調症）。
- ・ まず、鑑定人の診断が正しいか、（あるいは疑ってよい）わからないのでそれ以上のことが言えない。もし、統合失調症だったとすれば、下線部は傷害以上なので、確かに医療観察法の対象になる。拘留に耐えられる病状だとすれば、措置通報からの流れのみで扱うべきではない。
- ・ ひきこもりの方のうちかなりの割合で統合失調症、発達障害が未診断ながらいるように思う。ひきこもり対策が必要。本事例は医療観察法該当に結果的になってしまうと思うが、そうなる前に何か支援できなかつたのかと考えさせられる。
- ・ 医療観察法による鑑定→入院のルートが現時点での最善。
- ・ 精神病圏に診断が確定した場合は、治療反応性を考慮して医療 福祉 社会復帰調整官などと連携してサポートするべきと考える。
- ・ すでに医療観察法の申し立てが行われおり、まずは医療観察法の医療必要性に関する鑑定が優先される。
- ・ 漸次脳器質障害、脳器質変化に向っている。
- ・ 入院治療が効奏し、病状改善したとしても、通院治療につなげる必要あり。また、通院による治療が適切に維持できるよう支えるしくみが必要である。（各社会資源の連携）
- ・ 婦女子に対する性的な問題行動が繰り返される可能性（可能性高い）あり、適切な予防措置が必要である。
- ・ 精神症状により是非善悪の判断能力が著しく障害された中でおきた重大犯罪。
- ・ 家具破壊行為に対して、しっかり通報→措置診療。必要なら司法的対応をすべきであった。
- ・ 医療観察法入院治療を終えたのち改めて起訴され司法対応すべきと思う。刑事責任能力を再度判定するのか、等、さまざまなハードルはあると思うが、贖罪の機会を与えるべきケースではと思う。

## 事例 24：10 代、女性 傷害

### 【通報の経緯】

母と同居を始めて 4 ヶ月後、本人の年金の管理について口論となり、本人は台所の包丁を持って母に切りつけた。母は腕に軽傷を負い、逃げ出して警察に通報した。警察は本人を確保したが、本人は「くそばばあぶっ殺す！」と泣き叫んだ。警察官通報が行われた。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

虞犯で補導されることが頻回であり、後に医療少年院に送致されていた経緯がある。

### 【面接時の状況】

面接当初は落ち着いていたが、事件の話題になると声を荒げ、「絶対にあいつはぶっ殺す」とまくし立てた。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

母は本人を妊娠中も酒・タバコ・ドラッグをやっていたという。発育・発達の詳細は不明。母は本人がむずがるとタバコの火を押しつけるなどの虐待をしていたようである。3 歳の頃、母の店に客として通っていた男と母がつきあい始め、同棲するようになった。

小学校では背が一番低く、勉強もできなかった。7 歳頃から、本人は多動が目立ち始め、また同級生の髪を引っ張るなどの粗暴行為も見られた。母や同棲相手は本人に体罰を加えるようになった。9 歳頃からは、母の同棲相手が本人に自分の性器を触らせるなどの性的虐待も加えるようになった。本人は同時期より母のタバコや酒を盗んで口にすることがあった。

地元の公立中学に入学直後の 4 月、夜間に歓楽街を徘徊して警察に保護された。本人は母から売春を強要されたというが、母は本人が家出しただけだと述べた。児童相談所が介入し、本人は一時保護された。その後、同棲相手の男性は失踪し、母の養育能力が疑問視されたため、本人は児童福祉施設に預けられた。この時初めて本人は精神科医の診察を受けた。心理検査結果は、知能指数 60 で、軽度精神遅滞と診断された。

施設入所後から自傷行為が出現した。また、万引きで補導されることも頻回であった。入所後 4 ヶ月後、はさみで他児に切りつけることがあった。その翌日、施設のトイレ内のペーパーに火を点けてぼやを起こした。このときは警察に通報され、家庭裁判所に送致され、保護観察処分となった。保護観察官に対する接触は比較的良好であったものの、自己の行為に対する内省は乏しかった。

翌年、本人は他児と些細なことと言い争いになり、相手を突き飛ばした。被害者は軽傷だったが、脳しんとうを起こして 1 日入院することになった。警察が呼ばれ、本人は少年院送致 6 ヶ月の処分を受けた。

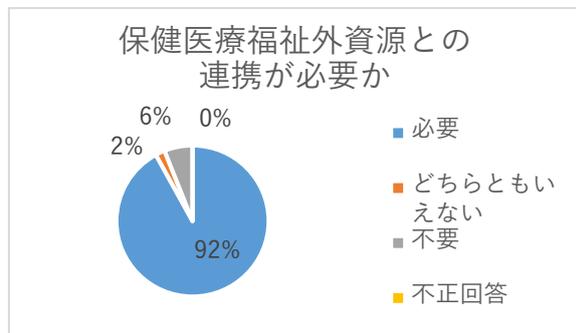
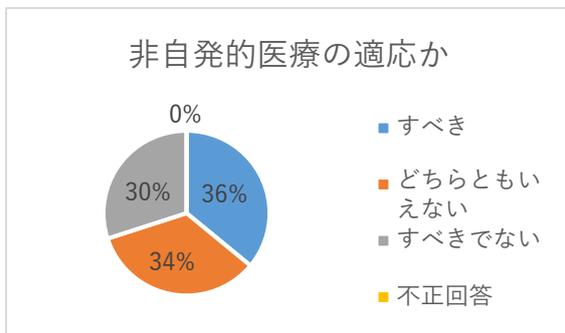
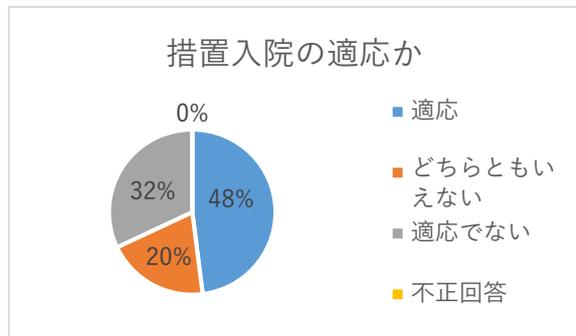
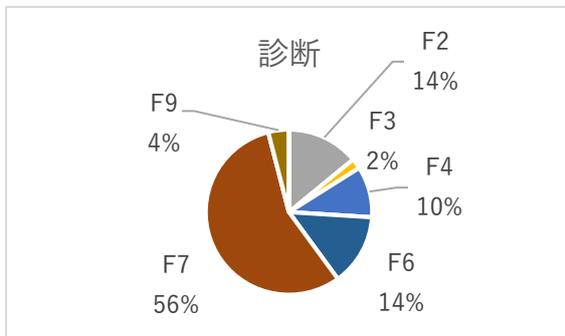
少年院にもなじめず、ことある毎に奇声を上げたり、職員につかみかかったりすることを繰り返した。また精神病症状を思わせる言動も散見された。このため医療少年院送致となり、そこで1年3ヵ月処遇された。

退院後は一旦自宅に引き取られた。母は生活保護を受給しており、本人も療育手帳B2を取得し、統合失調症として障害年金も支給された。

母との生活はうまくいかなかった。本人によると母が自分の年金を搾取して暴行してきたというが、母は年金を自分が適切に保管しようとしただけだと述べる。

本人が母と同居を始めて4ヵ月後に事件が起きた。

**【回答】**



## 【自由記載】

- ・ 少年院から医療少年院への装置の際の精神症状が不明瞭であるが、奇声を発する等に対しての薬物療法等が有効な可能性があれば医療の必要性はあると思われる。多動に関しては、被虐待の影響も考えられるがF90とした。
- ・ 母親とは離れて生活したほうがよいと思われる。
- ・ 措置入院後、社会資源との連携による環境調整が最重要と思われる。
- ・ 興奮状態を呈している間に入院が必要と思うが、ある程度落ち着いたら、医療による改善は望み難い。触法行為をした場合は司法が対応すべき。
- ・ 本人、母親だけではなく、事情をよく知る第三者から事情、状況等聴取して事実関係を確認するまでは、入院の対象とすべきではない。母親は良くも悪くも本人に影響を多大に与えており、今後の同居生活は同様の事件がおこると予測されるため、グループホーム、援護寮など施設入所もしくは、独居可能であれば、母と離れた地域で生活させるべきと考える。
- ・ 自分が措置診察を担当した場合、不要措置とすると、その後帰宅になると、興奮状態がおさまっていないため要措置にせざるを得ない、という気がする。医療保護で入院というのも、母親に入院させられた、という陰性感情が強まりそう。この事例も医療少年院で何かしらの治療プログラムを行うというのが本来あるべき形態なのでは、と考える。このように、いわゆる複雑性PTSDとともとれる生育歴をもった人への情動を安定させる、もしくはトラウマを解消するようなプログラムの開発、それを公的機関で行えるシステムが望まれる。
- ・ 母との同居は無理と思う。児童相談所が介入して生活の場を整える必要がある。
- ・ 元来知的に低く多動性の障害も併存し親との愛着関係はつくれず、自分の存在を肯定して受け入れられていない、母親に対して自分の持物として扱われ人間らしさが育っていない、この母親とは物理的に切り離し、1対1の関係を1から育てなければならない、母親の行動は警察の介入を要し、責任を追及すべきと考える。
- ・ 医療資源の利用は緊急避難的な一時的なものに限り、長期的には児童・精神障害福祉が主体となって本人・母親の双方に介入すべき。
- ・ 診断下位分類のためには、同年代との交友関係・非行の内容等さらに情報が必要。薬物療法・精神療法の効果が期待できる、あるいは本人・家族が期待しているなら、医療保護入院を利用してもいいかもしれない。
- ・ 年金で統合失調症の診断がついた、具体的症状の内容がわかると、判断材料が増えてよいと思う。
- ・ 母との同居はきわめてリスクであると考えられる。これまでの経過から、母親が保護者として機能していないと思われ、できれば施設等での生活訓練と社会への復帰訓練を受けさせるべきではないか。
- ・ 事例に対しどのように対応していくかを考え上で基本としていることは、どのような環境を提供し関わるのがその事例にとって最善なのかという点である。この時点で司法

的処遇が必要であり、そのことは社会の中で生きていく上でも必要な価値の獲得につながるという場合には、司法的処遇さえ治療的になるであろうし、一方で司法的処遇をくり返しても再犯をくり返すだけという事例にも遭遇する。さらにいつ事件を起こしてもおかしくないと思わせる事例もある。この事例においては、対人関係において必要とされる信頼感等の基本的な能力の部分で、すぐには埋められないところがあるので、その成長ないしは変化には時間を要すると思われるが、関係の悪いことがすぐに予想されたはずの被害者である母親の元に丸投げされた印象がある。

- ・ 医療対象とはならないと判断するが現実には、精神科病院に押しつけられることはしばしばある。
- ・ 矯正施設での対応を継続すべき事例。精神科病院へ入院しても素行改善は望めない、(入院長期化するだけ) 母子関係改善の余地もなさそうである。
- ・ 10代で障害年金というのは設定ミスだと思う。
- ・ 措置については精神病症状の有無、統合失調症の根拠について情報が必要。入院の適応は否定しないが、退院後の生活、危機介入など連携が必要。特に10代であり、中長期的予後を考え、医療の介入を全否定すべきではない、と考える。

## 事例 25：20 代、男性 傷害、暴行

### 【通報の経緯】

27 歳になったばかりのある日、母と昼食を摂っている最中に急に怒り出し、母のすねを蹴りつけて打撲傷を負わせた。父が制止すると外に飛び出し、自宅前で泣き叫び、通行人に対しても威嚇する様子を見せたため、隣家が警察に通報した。

警察官に対し本人は泣きわめくばかりで会話が成立しないため、措置通報が行われた。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

いくらか落ち着いて話ができた。本人によると、母との会話内容が気に障り、蹴りつけた、外に出たのは子どもを殴るため、と述べたが、その理由は語れなかった。

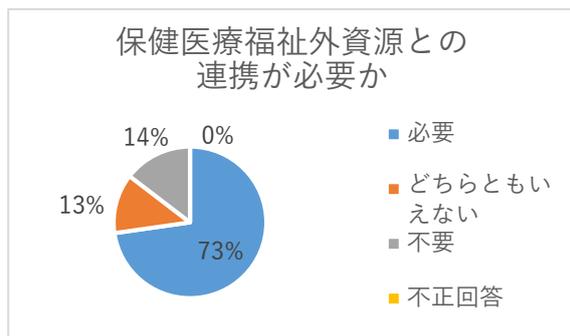
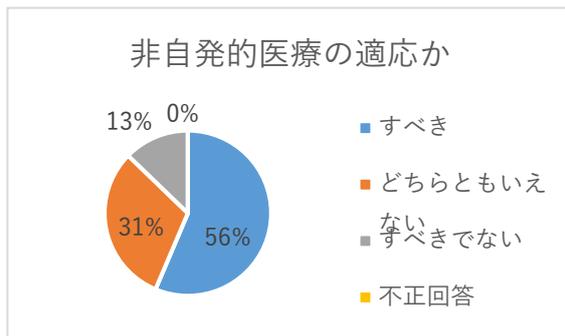
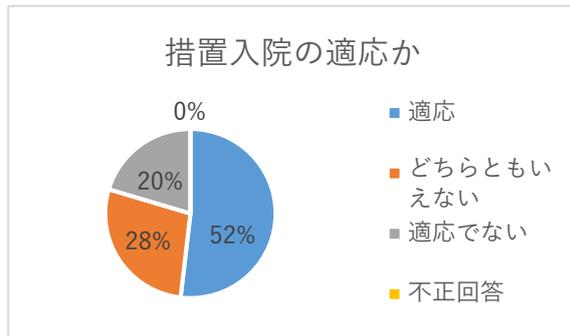
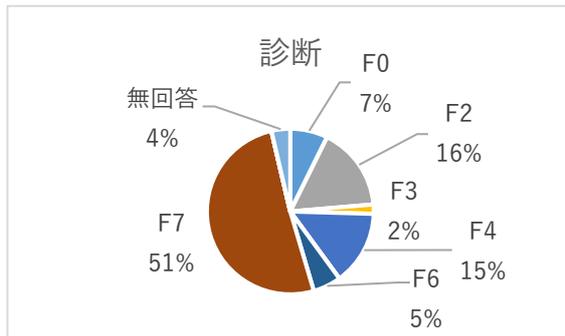
### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父母は自営の酒屋経営。同胞なし。親族に精神科受診歴のある者はいない。胎児仮死があったという。乳児健診で水頭症を指摘されたが、未治療のまま経過した。幼稚園には行かず、小学校の就学時健診で初めて言葉の後れを指摘されたという。教師に勧められるままに養護学校に編入し中等部まで卒業した。

15 歳時点での心理検査では知能指数 56、軽度知的障害と診断され、療育手帳 B2 を取得し、障害者施設で福祉的就労をしていた。17 歳頃から、イライラすることが増えて、衝動的に他の利用者の頭を小突いたり、職員に暴言を吐いたりするようになった。職員の勧めで精神科病院を受診し、統合失調症と診断されたという。

以後の病歴は判然としないが、何度か入院歴があり、また過量服薬で救急搬送されたこともあったらしい。利用を断られて障害者施設を転々とするが、どこも継続して通うのが困難であった。23 歳頃からは自宅に引きこもりがちに過ごすようになった。施設で職員に注意されたことを思い出して急に激高し、母に手を上げたり、「死んでやる」と包丁を持ち出したりすることが、月に 1 回程度あった。また唐突に「中学生を殴りたい」と言い出すことがあったが、理由を聞いても言語化できない様子であった。

**【回答】**



**【自由記載】**

- ・ 治療効果が期待出来ない患者と思われる。
- ・ 衝動統制不良が本例の問題の中核と思われるため、それに対する治療が必要と思われる。
- ・ 知的レベルの改善は困難だが、精神科入院により社会への適応が改善する可能性があると考える。
- ・ 医療との関わりはわずかで、保健・福祉の充実が早急に望まれる。
- ・ 知的障害をベースとした反応性の他害行為と考えるが、その後診察時にクールダウンしているか否かも含めて措置かどうか検討する。今後の入院については基本的には緊急避難、レスパイト目的かな…とも思う。
- ・ いったん入院し、病状評価と必要な支援を組み立てる。
- ・ 家族支援が要されるケース。
- ・ かつて統合失調症と診断されたことが疑問。行動化はあるが、自我障害や思考障害が読みとれない。

## 事例 26：20 代、女性 殺人未遂

### 【通報の経緯】

本人は母を果物ナイフで刺して軽傷を負わせた。警察は本人の受診歴を確認のうえ、警察官通報を行った。母から被害届は提出されていないという。保健所の調査によると、退院後本人は風俗店で働いたりかつての不良仲間を頼ったりしていたが続き、父方祖父母宅を經由して父母の新居に戻った。当初はそこそこうまくやっていたが、次第に親子げんかが増え、家出を繰り返すようになったという。そして些細なことで母と言い争いになり、本人が「殺してやるクソばばあ」と怒鳴ったのに対し、母が「やれるもんならやってみろ」と応じたところ、本人は台所に駆け込んで果物ナイフを持ち出し、慌てて逃げ出した母の後ろから切りつけたということである。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

地元の不良グループの一員で、医療少年院入院歴がある。

### 【面接時の状況】

医療者に対しては礼節保たれるが、母のことを尋ねると激昂する。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父は大酒家。母は専業主婦。弟は重度精神遅滞で施設入所中。同胞 3 名中第 2 子。始語は 3 歳頃。

小学校では比較的小となしく過ごしていた。友人は少なく、成績は悪かった。中学校に進学し、夏休み前からクラスの不良グループに目をつけられるようになった。誘われて酒、タバコ、危険ドラッグに手を出すようになった。中学 3 年の時、初めて一人で万引きをした際に店員に見とがめられて通報された。その際に不良グループとのつながりや過去の非行等も明るみに出た。家庭裁判所に送致され、養育環境が問題視されたこともあり、女子少年院に入院することになった。入院時に測定した知能検査では IQ65 だった。

入院後 1 ヶ月ほどで、本人は急に不穏を呈し、壁に頭を打ち付けるなどの自傷を認めるようになった。処遇困難となり、医療少年院に移された。抗精神病薬が投与されたが、病状は改善せず、幻視の訴えも出現した。本人は退院とともに矯正施設長通報された。

統合失調症及び軽度精神遅滞で要措置と診断された。抗精神病薬に加えて気分安定薬が投与された。幻覚妄想状態は次第に消退し、4 ヶ月で措置解除となった。担当医は入院継続を勧めたが本人は拒否し、父母も医療費の支払いを拒んだため、退院となった。しかしその日に母ととっくみあいの喧嘩になり、父母によって病院に連れ戻された。統合失調症による精神運動興奮状態として医療保護入院させられた。

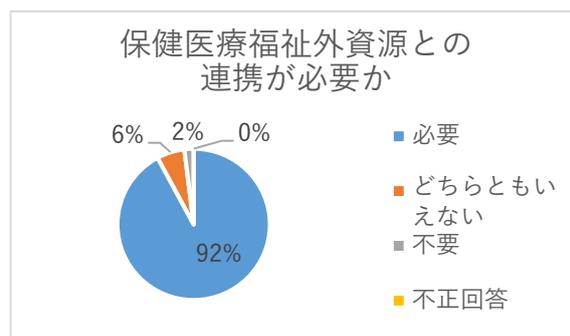
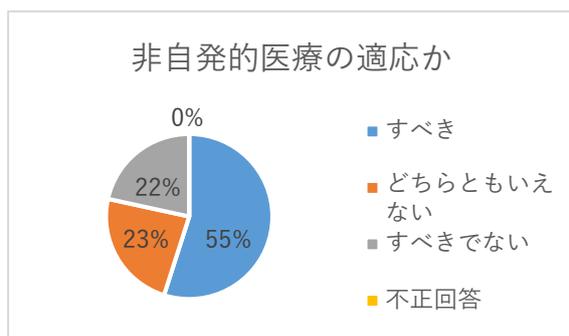
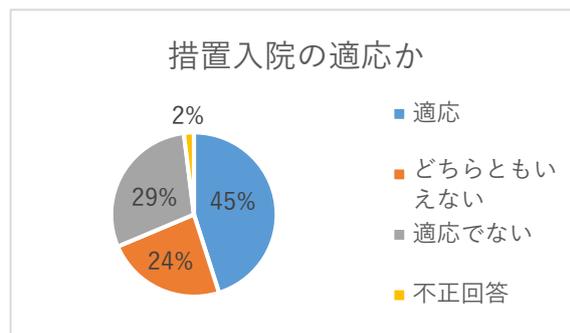
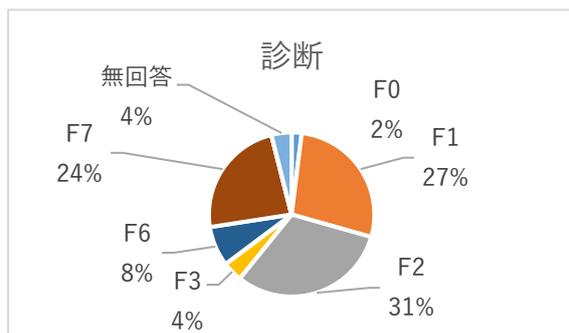
薬物療法が行われたが、感情の起伏が激しく、種々の問題行動を起こし、その都度隔離や身体拘束が行われた。

再入院半年後、初めての自宅外泊となった。しかしその夜に、本人は自宅に灯油を撒いて放火し全焼させた。臨場した警察官によって本人は病院に連れ戻された。以後、父母は母方祖母宅に身を寄せ、本人とは疎遠になった。

その後も本人の問題行動は続き、些細なことで他患者を蹴ったり、他患者の私物を床にたたきつけて損壊したりという行動が頻回だった。その都度隔離及び身体的拘束が行われた。事件後半年を過ぎ、新しい担当医は退院の方向で調整を進めた。本人に対し、自らの行動には責任を取る必要があると伝え、本人は神妙に頷いていたという。

本人は退院後、通院することはなかった。風俗店で働いたりかつての不良仲間を頼ったりしていたが続かず、父方祖父母宅を経由して父母の新居に戻った。当初はそこそこうまくやっていたが、次第に親子げんかが増え、家出を繰り返すようになっていった。

### 【回答】



## 【自由記載】

- ・ 今回のケースで問題にすべきは外泊中の「現住建造物放火」という重罪と考えられ、これは医療観察法入院（の鑑定）を有すると考えられる。入院中の措置入院への切りかえの妥当性を検討することがある。
- ・ 知的な問題が大きいと考えられ、医療には限界がある。司法での責任を問える知的水準を考える…が、これも医療に丸投げされやすいケースと思う。
- ・ 下線部の行為は、精神病症状を背景としない、衝動行為。司法での対応が望ましいと思われる。
- ・ 両親の知的な能力が知りたい。
- ・ 医療観察法の申し立てが必要と考える。
- ・ この障害エピソードか非偶発的なもの（同エピソード前に病的興奮の症状が出現しているなど）、若しくは幻覚妄想を疑わせる症状があれば要措置と判断、明らかな精神症状は、母とのケンカがエスカレートした偶発的エピソードであれば、措置症状なしで判断する可能性あり。
- ・ 「幻覚妄想状態」の内容が不明、「幻視」としか記載がない「統合失調症」の診断根拠が不明。
- ・ 司法・医療、や障害福祉サービス等、地域にある様々な機関や資源でも、連携・協働できるとよいケースと思う。
- ・ 本人の理解力が低いため、司法処遇は無意味、感情安定薬等の補助的な薬物療法は必要であろう。本人の環境調整も必須であり、福祉がメイン・医療はサブとして関与するのが望ましいのでは。
- ・ 連携しながら最善の処遇を話しあっていくことが必要。
- ・ 統合失調症を積極的に疑うような所見がなく（幻覚はあっても幻視のみ）、経過に断絶性がないことから、統合失調症とは考えない。精神遅滞も含めれば何らかの精神障害が疑われ、実際に他害行為も行っているので、要措置とせざるを得ないと思う。しかしこのエピソードがなければ、直ちに非自発入院とはすべきでないと思う。医療が中心となって解決できる状態とは思えず、いくつもの支援の中の一つの位置づけに過ぎないと考ええる。
- ・ 脳波所見、頭部 CT 又は MRI 所見が診断の参考になると思う。  
精神症状は幻想だけなのか、その内容は？幻聴等もあるのか、その内容は？妄想もあったとあるがその内容は？も診断の参考になると考える。
- ・ 放火もあり可法、警察情報共有したい。
- ・ 放火時点での対応をすべき。
- ・ 医療化せず服役させることで再犯への抑止力とするべきと思う。統合失調症には思えない。幻視は鎮静に使った抗精神病薬の副作用ではないかと思う。

## 事例 27：20 代、男性 強盗未遂

### 【診察時点で判明している事項】

同胞 2 名中第 2 子長男として出生。成長、発達の異常は指摘されていない。父は仕事が忙しく、母は本人を叱りつけることが多かった。

本人は地元の公立小学校に入学した当初より落ち着きがなく、勉強にはまったくついていけなかったらしい。教育委員会との交渉を経て 2 年次から特別支援学級に移った。編入後しばらくは落ち着いて過ごしていたが、そのうちに、学校の備品を投げて壊す、学校から無断で抜け出す、他の生徒の筆記具を盗む、といった問題行動が徐々に増えた。体の弱い生徒をいじめて泣かせることがしばしばあり、コンビニでお菓子を万引きする、自転車を盗んで分解するなどの問題行動も目立った。集中力に欠け、学習意欲も乏しかったが、電気工具や鍵などの金属製品に対するこだわりが強く、工作には異常なまでの興味を示していた。

小学校 4 年生で療育手帳 B1 を取得し、小学校 6 年生から知的障害児施設に入所することになった。しかし入所後も、他の入居者の物を盗み出したり、備品を壊したり分解したりすることが頻回だった。

本人は中学校でも特別支援学級に所属した。この頃から性的関心が高まり、女性の施設職員や教師に抱きつこうとすることが増え、人を見て行動を変える傾向が目立ってきた。

養護学校の高等部になると、酒やたばこを覚え、しばしば万引きして飲酒し警察に補導されるようになった。

本人は 18 歳になり施設を退所し自宅に戻ることになった。当初は市の福祉相談職員が定期的に家庭訪問し、地域生活支援センターに通所していたが、問題行動が多く、どの施設でも処遇困難となり追い出されることを繰り返した。また第三者に対しても迷惑行為が見られ、警察が来ると型通りの謝罪を述べていた。

20 歳時、近所の家の門扉にサラダオイルをまいているところを住民が発見し、110 番通報。警察官が保護しようとするると暴れ、警察官通報となった。診察時は落ち着いており、措置不要となったものの、保健所職員の勧奨により、家族が本人を精神科病院に連れて行き、同院に医療保護入院となった。入院時病名は知的障害及び発達障害であった。

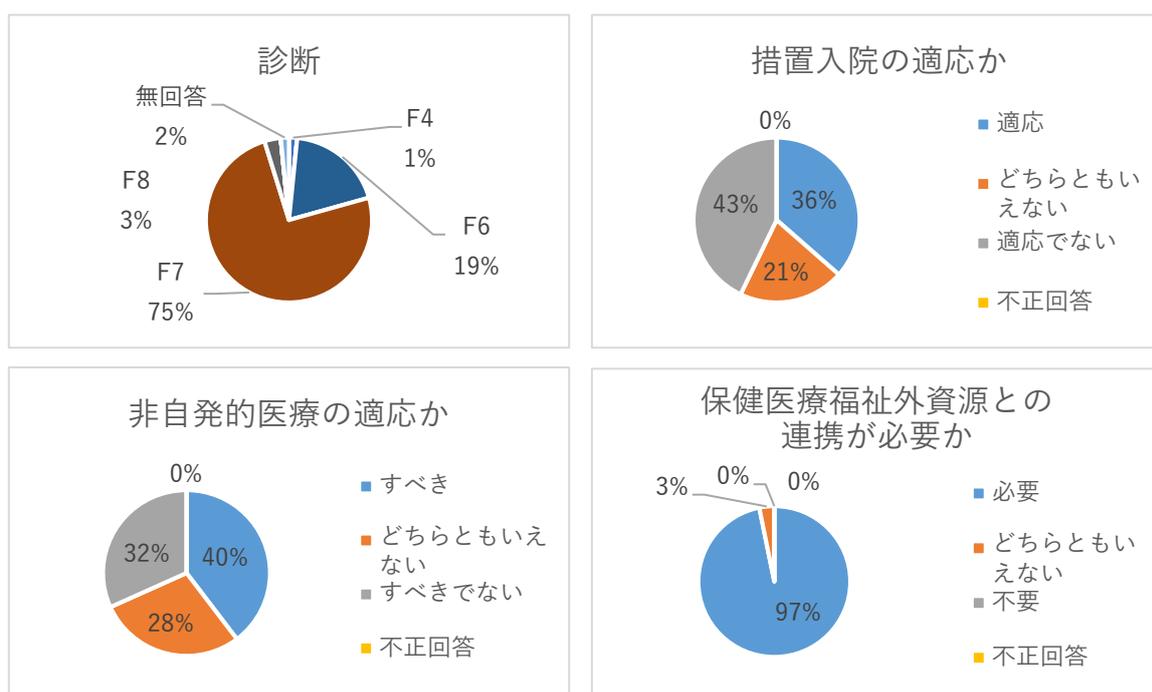
入院後、他の患者に殴りかかって軽傷を負わせたため、隔離となった。精神運動興奮に対して抗精神病薬等の投薬が行われたが、効果は判然とせず、1 ヶ月で退院となった。家族は、病院に見放されたと思ったという。

以後本人は同院に通院を続けたが、通院間隔は乱れがちで、服薬も不規則だった。21 歳時に本人は療育手帳の再判定を受け、等級が B1 から A1 に変更になった。その後も軽微な問題行動が続き、本人はしばしば警察に逮捕され勾留されたが、いずれも不起訴となっていた。本人は 25 歳の時に電気工具店で電気のコギリその他数点の刃物を窃盗し、それを往来でもてあそんでいたところを通行者に通報されて逮捕された。簡易鑑定の鑑定人は本人を中等度知的障害、心神耗弱相当と判断した。この際、検察は本人を初めて起訴したが、公判鑑定が行われた。公判鑑定の鑑定人は本人を重度知的障害及び広汎性発達障害と診断し、心神喪失相当と判

断した。裁判所の判決は心神耗弱、懲役1年執行猶予3年であった。家族が引き取りを約束し、本人は自宅に戻った。

それから数週間後、本人は小遣いのことで父と喧嘩をして自宅を飛び出した。その足で近所のコンビニに行き、カッターナイフを見せて「金を出せ」と店員を脅した。もう一人の店員が警察に通報し、本人は強盗未遂で逮捕された。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 下線部行為の段階で、心神耗弱状態であったかどうかの評価はされるべきだと思われる。
- ・ 措置入院となるが執行猶予中であり刑事手続きをへて懲役刑とすべき。いったん措置診療となれば他害の恐れありと判定せざるを得ない。しかし措置通報すること自体がまちがった行為である。
- ・ 日本の精神科医療のあり方として従来、社会性的な秩序を重じて非同意入院をしてきた傾向にあるが、治療反応性や本人の治療適応などをしっかりと検討していくことが望ましい。親子関係に問題があれば距離をとる手段を検討していく。
- ・ 知的・発達による問題点が多いが、服薬コントロールによっては安定も期待できる。社会資源の利用も含めて、本人・家人の指導・教育は重要と考える。
- ・ 心理検査等のデータがないので確定診断のための根拠が不足している。

- ・ このような事例に関しては、入院加療などの医療機関でできる事には限界があり、むしろ地域社会において、どれだけのサポートや対処がとれるかが重要と考える。
- ・ 強盗未遂として法による処罰。
- ・ 本人の自由な人生でよいと思われるが、連携は少しあってよいかもしれない。
- ・ やはり情報が少ないと考える。
- ・ もう少し知的能力・社会性の詳細がわからないと、福祉対応か制裁かの主たる対応がわからない。それ次第で、あるいはその鑑定のために、措置入院を行うことは必要である。いずれにしろ、どちらに向いているかの情報は警察などと共有する必要がある。
- ・ 刑事処遇が妥当。
- ・ 広義の精神科的問題を抱えた事例であるが、ベースの障害ゆえ、環境的介入につなげることが肝要と思われた。
- ・ もし入院をさせたら退院のメドがいつまでたっても立たないことになりそうで非常に悩ましいケースである。しかしどこかで誰かがこの人を管理指導せねばならない…社会的に「教育」ができないだろうか？狭義の精神医学では何もできない気がする。
- ・ 医療機関を受診する際、本人のこれまでの問題行動が、全部は明かされないことが多く、後に対応困難が出て来る。
- ・ 精神科病院の閉鎖病棟に入院しても他患に対する暴力等がみられる場合は対応が困難である。
- ・ 医療関与は意味をほとんどなさない。司法（矯正）での対応がよい（現場で医療的問題がおこっても医療の提供はできるはず）。
- ・ 司法対応が必要。
- ・ 知的障害、発達障害がベースで医療では解決しない本人の犯罪行為に応じた刑事罰も必要。
- ・ 司法の裁きを受けた方が治療的である。
- ・ 本例の治療は医療や福祉では限界があるので、積極的に刑罰を与え、行動療法的にアプローチすべきである。
- ・ F90.多動性障害の合併は考えられる。知的障害については、判断できない、少なくとも「重度」は考えにくい広汎性発達障害が根底にある他害について、統合失調症と同様度の治療効果は認めないものの抗精神病薬による治療や行動療法は全く無効というわけではなく、医療の対象となりうるという意味においては措置入院あるいはそれに類する非自発的な入院処遇は行うべきである。本症例では、執行猶予中の行為であることと直近の判決で心神衰弱（部分的に責任能力はある）とされており、改めて精査を行いその結果では刑の執行はあってよいと思われる。
- ・ これまでの犯罪はいずれも軽微だが再犯性の高いケース。
- ・ 治るのか、良くなるのか、という疑問は常にあるだろうが、少なくとも精神科でフォローをすべきケースである。医観法以外の司法対応では限界があるかもしれない。

- ・ 幼児ないし小学校低学年程度の IQ と思われるが、「工具を使って機会を分解」できるということが、想像しにくかった。教育、福祉的ケースワークの理由が、場面場面で記載されていれば、よりイメージしやすかったと思う。
- ・ 医療観察法にて司法も含めた多機関が連携して処遇を考えていく必要はあると思われる。

## 事例 28：20 代、男性 銃刀法違反

### 【通報の経緯】

本人が包丁を持って最寄りの交番に駆け込んできた。抜き身の包丁を構えて警察官と対峙し、目はぎらついていたが、包丁を振り回すようなことはなかった。なじみの警察官が対応し、落ち着かせると、本人は包丁を置いた。警察官は警察官通報を行い、本人は精神科救急当番の病院に搬送された。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

とりとめない訴えで 110 番通報することが頻回になっており、対処に難渋していた。

### 【面接時の状況】

「入院したい」「疲れた、死にたい」「人を殺したい」などと自暴自棄にまとまりなく話す。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父は本人が生後間もなく失踪。母は統合失調症及び知的障害の疑いがある。同胞なし。早産で出生。当初より母親の養育能力が危ぶまれており、虐待防止チームが関与していた。産後父が失踪し、保健指導を行っていたが、結局母は育児を放棄し、本人は生後 6 ヶ月で施設に入所することになった。

発育は遅く、始語は 2 歳 6 ヶ月。多動がやや目立った。6 歳時に知能指数 60 と判定され、療育手帳 B2 級を取得した。

小学校では特別支援学級に通った。先生にはよくなじんだが、じっとしてられず歩き回ることが多かった。また同級生にいじめられたり、より体の小さい子をいじめたりすることがあった。

中学校も特別支援学級に通った。次第に体が大きくなり、同年代の平均程度に成長した。それとともに粗暴行為が増え、イライラすると衝動行為が出現した。

中学卒業後、作業所への通所を勧められた。当初は元気よく通い始めたが、作業中じっと集中していることが困難で、また能率も悪かった。3 ヶ月ほどは通っていたが、他の利用者に傷を負わせたため強制退所となった。他の作業所も同様の経過で退所させられることを繰り返した。

18 歳で生活保護を取得し、アパートで一人暮らしを始めた。身の回りのことは概ねできているが、偏食が強く、半年ほどで高度肥満になった。また、保護費を使い切って万引きすることを繰り返した。

市役所の福祉担当者の勧めにより、地域の精神科クリニックを受診した。知能指数 48、中等度知的障害の診断となった。幻覚、妄想は否定された。

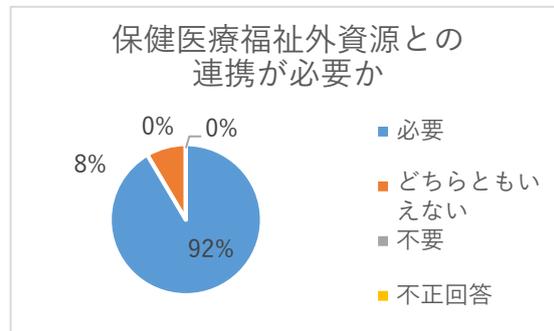
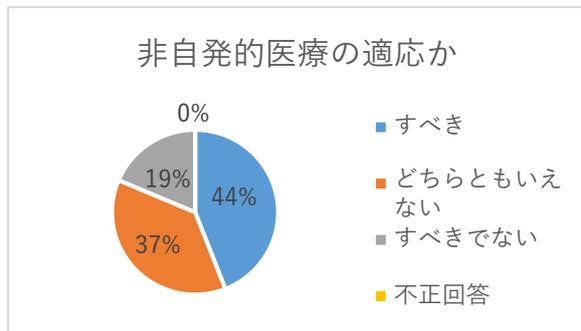
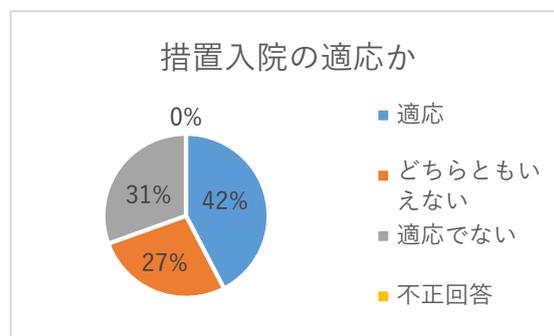
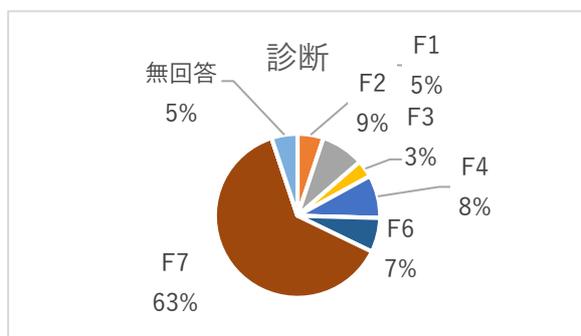
少量の気分安定薬、抗不安薬等を投与されたが、効果ははっきりしなかった。通院は断続的だった。

そのうちに、夜間に110番通報することが増えた。内容は「イライラする。人を殺したくなる」といったもの。繰り返されるため警察側も対処に困るようになった。

精神科クリニックの外来では逆にあまり辛さを訴えず、担当医が状況を知ったのは警察経由で福祉担当者が病状照会をしてきたときだった。

担当医は改めて本人を診察したが、明らかな精神病症状と思われる所見はなかった。気分について問うと、しばしば「死にたい」「入院させて」と口にするが、深刻味は全く感じられなかった。このため担当医は、本人の訴えは精神症状ではなく、孤独や未熟な性格に基づく甘えと判断し、特段の対応はしていなかった。

**【回答】**



### 【自由記載】

- ・ 保健所や市の生保担当者がもっと介入すべき事例である。
- ・ 基本的には医療以外がメインに関わるべきケースと思われる。
- ・ 措置入院の適応でないと記載したが、実際に警察官がこの患者を精神科病院につれてくると、入院せざるを得ないと思う。
- ・ 精神遅滞に多動傾向がみられることは良くある為 ADHD の診断は過剰診断かもしれないと考える。
- ・ 遺伝要因、知的能力の低下、精神病の罹患、逆境的生育歴、愛着形成の問題あり、社会性発達の未熟さ、家庭などを支える人的支援が全くない。長期にできれば入院してでも服薬やリハビリで安定させ、施設や適応できる場への退院を目指したいが、無理かもしれない。長期に入院できないシステムでは困難かと。
- ・ 今回の措置入院については適応があるが、それ以外全般的な意味では強制的な医療は望ましくない。
- ・ こういうケースを入院させる時はなるべく任意入院で、粗暴行為や触法行為などを起こしたら、司法へという対応をする。
- ・ 入院して適切な薬物療法や対人スキルの向上が得られれば在宅でも安定する可能性もあると思われる。反面、包丁を持って交番に赴くという行為や、入院を要求する行為がどのような結果をもたらす可能性があるかを十分に本人に理解していただく努力が必要と思われる。
- ・ 長期的にかかれる機関等があるとよい。
- ・ 継続的な生活支援が必要。
- ・ 警察等からの情報を日常から提供してもらえたら外来でも対応できる事があるかもしれない、単独受診では対応困難と思う。
- ・ 精神遅滞の中等度、軽度、境界域のケースでは、1人暮らしを目指して援助するのではなく、集団生活で施設、グループホームなどや施設での生活（入院）も考慮すべき。（集団生活の中での相互関係の課題に基づいて支援すること）

## 事例 29：10 代、女性 傷害

### 【通報の経緯】

グループホーム入所 3 ヶ月後に、そりが合わなかった他の入居者から掃除の仕方を注意されて激昂し、相手に頭突きと体当たりを繰り返す、顔面及び頭部に裂傷を負わせた。本人は取調べに対し「相手が悪い」と興奮してまくし立てた。他方、被害者は統合失調症の残遺状態で、警察の取り調べにまともな返答を繰り返した。警察官は措置通報を行った。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

興奮冷めやらず、「施設には戻らない。誰でも良いからぶん殴ってやる」と一方的に叫び続けた。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

父の兄が覚醒剤取締法違反で受刑歴がある。同胞なし。帝王切開で出生。胎児仮死があったが出生後は特に目立った問題なし。

幼稚園では多動が目立ち、転んで頭を強く打ったことがある。そのことで父が園ともめ、幼稚園を退園した。その後は言うことを聞かず、また些細なことで泣きわめいた。このため母はしばしば本人を引っぱたくようになった。

感覚の過敏性が強く、自分の物品が勝手に動かされるとひどく不機嫌になる。機械類には非常に詳しく、父の目を盗んでパソコンや携帯電話を使いこなした。父の部屋でパソコンをいじっていたところを発見され、父にひどく殴られた。このときは本人が動かなくなり、母が病院に連れて行った。

小学校では、授業中にうろうろと動き回ることが多かった。また、他の生徒の机の中に死んだ蛙を入れたり、扉や階段の手すりにカッターの刃や画鋸を仕掛けるなどのいたずらが頻回となった。情緒障害教室への編入を勧められたが、父母はこれを拒否したという。父母によると、言うことを聞かず、問題行動に手を焼いて、しつけとして仕方なく手を上げていたという。

小学 5 年生の時、本人が父から殴られて机の角に頭をぶつけ、出血が止まらなくなった。近医小児科医は虐待を疑い、児童相談所への通報を行った。一時保護となり、初めて精神科に受診した。担当医は本人を広汎性発達障害、注意欠如多動障害と診断した。定期的な保健指導を条件に本人は自宅に戻った。

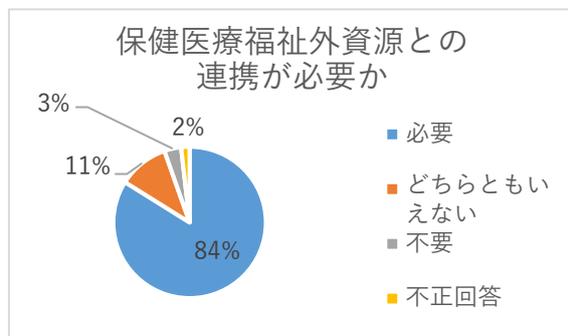
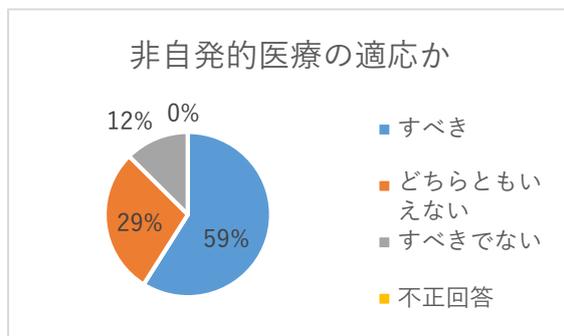
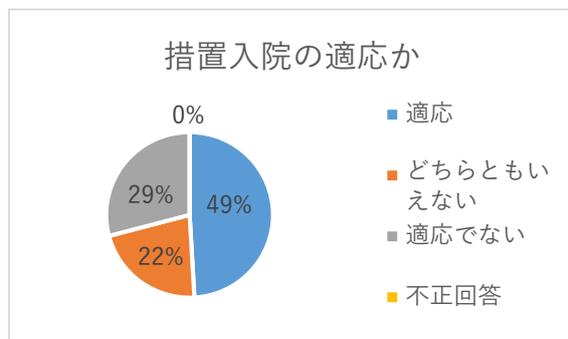
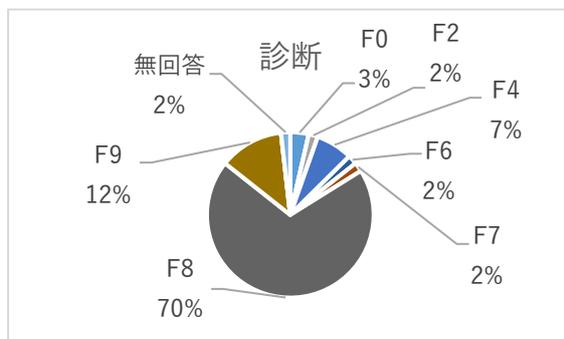
以後も、本人の顔をはたく、腕をつねるといった軽微な虐待は続いていた。帰宅してから間もなく、本人はリストカットや爪はがしなどの自傷行為をするようになった。父は児童相談所を責めた。

担当医は評価のため本人を短期間入院させた。心理検査の結果は知能指数 85、下位尺度のばらつきが大きかった。

中学入学後間もなく、本人は校内での暴力が頻回となった。対応に追われた父母は帰宅後に本人をなじり、手を上げた。だがそのうちに本人が父母に反撃するようになり、むしろ家庭内暴力が増えた。1年の夏休み明けから不登校となった。自宅での状況が悪化するたびに精神科への入退院を繰り返した。

中学卒業後、担当医や児童相談所と相談のうえ、本人はグループホームに入所することになった。入所後しばらくは落ち着いて過ごしていたが、そのうちに他の入所者とトラブルを生ずるようになった。きっかけは共用部分の使い道や挨拶の有無など些細なことが多かった。

**【回答】**



### 【自由記載】

- ・ 本人の心理発達を促すような多職種による支援が必須であると思われる。
- ・ 基本的には強制入院に反対。精神科医療にかかっている一定以上の行動化の場合に入院との枠組みがしっかりあれば、プロトコルに従い医療保護入院ということであれば良いと思う。
- ・ 処遇が難しい症例であるが、IQ:85であれば治療的アプローチの方法はありそうである。
- ・ 児童相談所がもっと積極的に動くべき。
- ・ 自閉症は医療中心が良い。
- ・ 親が納得せず、後手に回る典型例。納得するのに時間がかかる。
- ・ 医療モデルのみでの治療では難しいと考える。
- ・ 幼少期からの虐待の影響について、しっかり検討する。
- ・ 本人に理解力も乏しく、司法の対処だけでは手に負えないであろう。精神医療が関与せざるをえないだろうと思う。
- ・ 成人して重大犯罪を行った場合は司法対応が良いと思う。(IQ85あるので)
- ・ 情緒障害児短期治療施設への入所など検討されると思うが、精神科治療も継続して必要と思う。
- ・ 判断のための情報が不足しているためどちらともいえない。
- ・ 現在の興奮性、まとまりない言動の程度、二次障害としての精神病症状の重症度で非自発的入院の必要性を判断する。

## 事例 30：20 代、男性 暴行

### 【通報の経緯】

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。それで喧嘩になり、隣家から警察に通報された。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なのかと問うと、「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。直ちに押しさえられ、警察官通報がなされた。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

事件の数年前に、家庭内の喧嘩で警察が呼ばれたことがあった。

### 【面接時の状況】

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。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

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、一人で遊んでいることが多かった。

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。集団行動が苦手だった。父の勧めで小学校 5 年から塾に通い始め、成績はトップクラスで、同級生からも一目置かれていた。

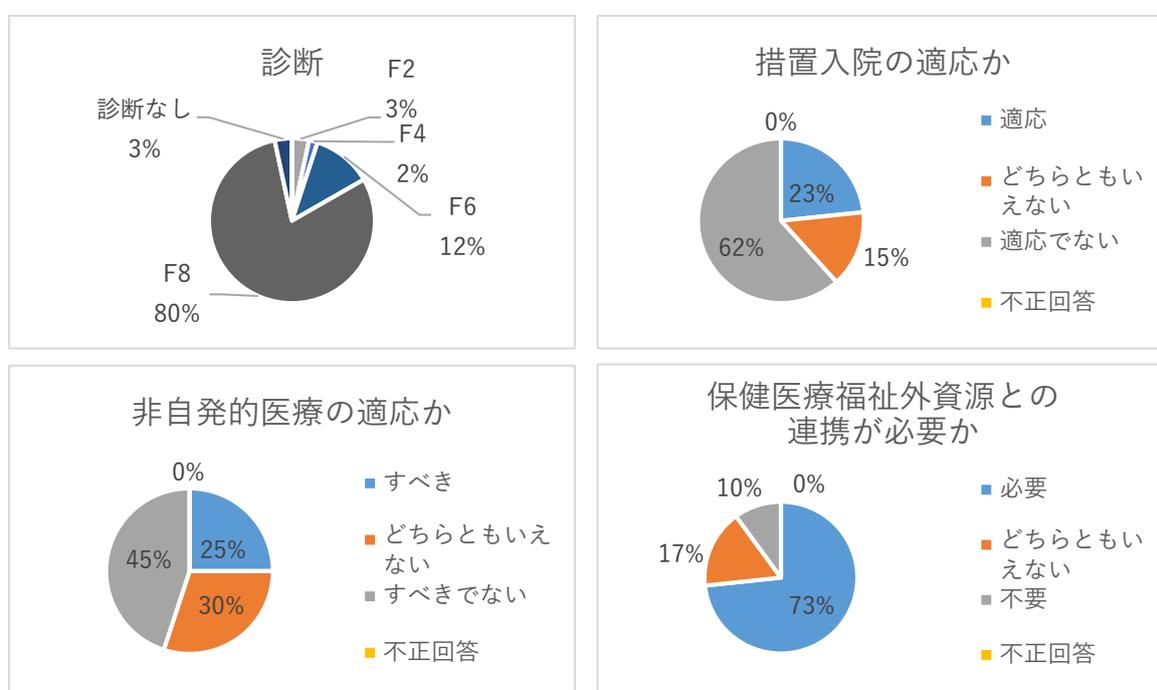
地元では名の知れた私立の中高一貫校に入学。当初は頑張っていたが、周りのレベルが高いこともあり、成績は次第に下がった。中学 3 年頃から、当時はやり始めたオンラインコンピュータゲームに傾倒し、パソコンやゲームソフト、ゲーム内通貨などの購入に小遣いをつき込むようになり、自宅での時間のほぼすべてを自室に引きこもって過ごすようになった。そのまま高校に進学したが、生活態度は変わらなかった。当初は遊び友達が数人いて、学校生活はそれなりにうまくこなしていたようである。

高校 2 年に上がりたての頃、行き違いから複数の友人から責め立てられ、不登校となった。学校側では話し合いの場を設けようとしたが、本人は登校せず、そのまま中退となった。

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。次第に生活リズムが乱れ、昼夜逆転となった。

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。ある日、本人が母に謝罪を求め、母は土下座して謝ることがあった。そのときたまたま帰宅した父がそれを見て激高し、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、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。そのような生活が数年間続いていた。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 司法が対応すべき事例
- ・ 精神科治療（外来）は必要と思うが、他罰的、攻撃性が強いいため治療関係の維持が困難と思われる。
- ・ 司法、警察で対応して頂きたい。
- ・ 治療反応を得るにはかなり時間を要するので高規格の入院→高規格の外来&法定観察者が必要。

- ・ 精神医療は、この様な症例に対してほとんど無力であることを認識すべきである。医療保護入院となれば長期入院化、処遇困難化する可能性が高く、本人の為にもならず、また病院の責任を問われかねない。
- ・ 広汎性発達障害における、二次的な精神病症状の場合は措置入院の適応と判断するが、本症例のような突発的な衝動行為には司法・警察での対応になるかと考えた。
- ・ 認知機能の評価から行うべき。
- ・ 警察官の対応に問題あり。
- ・ 通常の刑事手続を行う中で弁護士から教育していくのが望ましい。
- ・ 処遇について迷うが、精神科医療の他に受け皿が無いように思う。警察や司法が扱うと、処罰に向かってゆきがちで、治療しにくくなりそうである。
- ・ 司法で対応すべきと思われる。
- ・ なぜ警察官通報がなされたのか疑問であるが、同様の事例は多々経験するところである。
- ・ 認知特性に配慮して、本人が行為の意味や社会通念を学習するための教育が必要。家族教育も。
- ・ 基本的に発達障害のみの精神科診断であれば、犯罪に対しては刑法にて対応されるべきと考えるが、本人の行動の過激化を防ぐ必要がある場合は措置入院か、やむをえない場合もあると思う。
- ・ 症例の経過から、「アスペルガー症候群」との印象を受ける。拘りの強さなど本人の特性から問題が発生していると考えますが、病的な意味での判断力の欠如とは違うと思われるため、司法・警察での対応が必要と考える。ただし、自身の特徴を自覚するためには、医療の関与（外来・カウンセリング etc）も望ましいとは思う。
- ・ 広汎性発達障害が疑われる人の対応は難しいと思われた。
- ・ 拘りや感覚過敏について記載がれば良い。遺伝要因もデータがあれば良い。全体を通して、発達史に問題があり、それをベースにして成人期に事例化した症例と考えられる。このようなケースでは、従来の DSM ないし ICD 体系では判断が困難なケースが多いと感じている。また、医療観察法でも統合失調症モデルを採用しているため、本症例を対象とするかどうかの問題となる。そのため間口の広い措置入院にすべてが押しつけられる結果となり、現状は医療観察法以前より変化していないと感じている。本研究の趣旨は本症例のような対象の診断および処遇について何らかの統一的理解を出そうとするものと考えられ、結果を大いに期待したい。
- ・ 特有の誤学習や代償が存在しているのを教えられ、支援する側の認識を十分考える必要がある。
- ・ 発達障害のスタッフの会議的理解が不足している。

## 事例 31：10 代、男性 放火の疑い

### 【通報の経緯】

近隣の作業所で他の利用者と大喧嘩になり、帰宅した本人に対し家族が叱責したところ、自室に引きこもった。しばらくして家族が自室をのぞいてみると、ベッドに置かれたちり紙の束が燃えていて、本人はそれをじっと見つめていた。話しかけても答えなかった。慌てて消防を要請したが、到着前に火は消し止められた。

消防隊が本人と会話を試みたが、本人は「覚えてない、知らない」と繰り返すのみだった。消防隊は事件性ありとして警察に通報したが、警察官に対しても本人の対応は同様だった。警察は家族と保健所に連絡のうえ、まず近隣の精神科病院を受診させた。

担当医は委細を聴取し、措置要件に該当する可能性があるかと判断、警察官に通報を要請した。保健所は通報を受理し、その場で緊急措置診察が行われた。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

特になし。

### 【面接時の状況】

事件について問うも「憶えていない、知らない」と繰り返すのみだった。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

生活保護世帯の夫婦の元に生まれる。父、母ともに統合失調症で精神科通院歴あり。同胞なし。他に親族に精神疾患を有する者は知られていない。

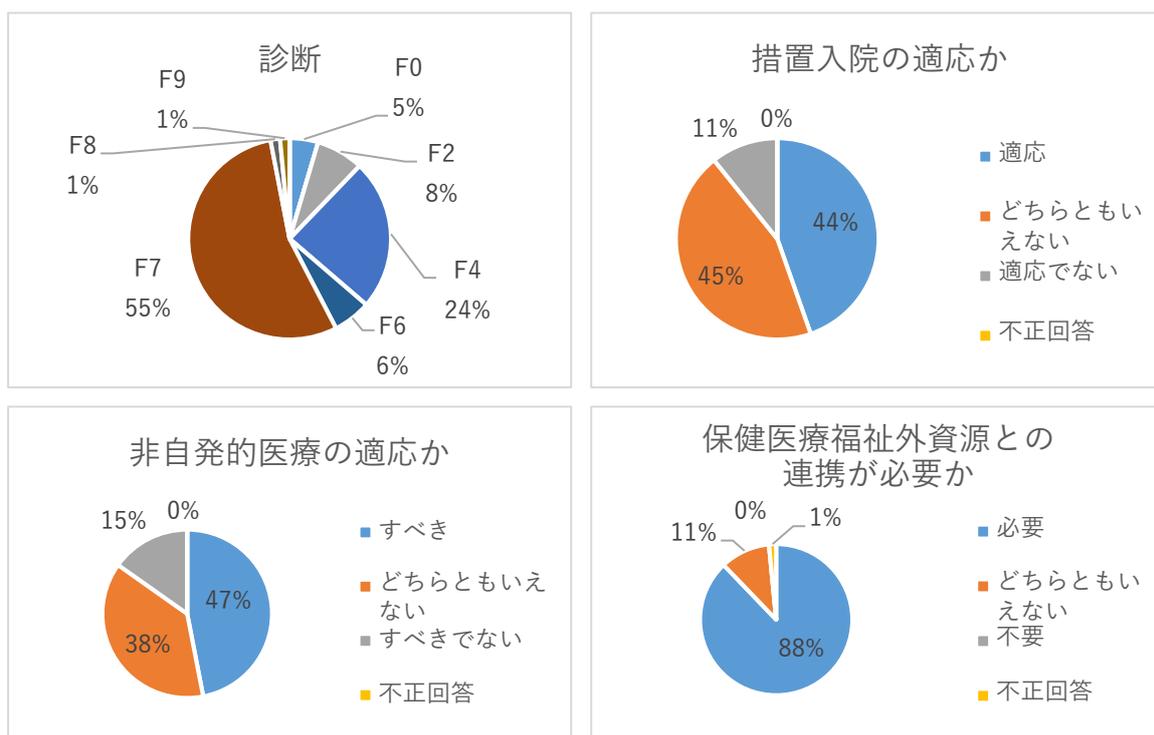
母は妊娠後に不穏となり、精神科病院に医療保護入院していたが、改善しないまま臨月を迎え、総合病院精神科に転院し、同院で出産に至った。出産時から「自分の子じゃない」等と訴えていた。また父も育児に対してあまり真剣味がない様子であった。訪問看護を受ける条件で母子ともに自宅退院したが、その後母は本人を産科に受診させないまま3ヶ月が経過した。訪問した保健師が本人の育ちが悪いのに気づき事情を問うたところ、母乳の出が悪いので水を飲ませているとのことだった。父に聞いてもまとまりのない答えが返ってきた。保健師は病院の精神科、産科、小児科と合同で検討し、両親に育児能力がなく、ネグレクトに当たるとして、児童相談所に通報を行った。本人は保護され、児童養護施設で養育されることになった。

その後、いくつかの施設を転々とした。幼少期は負けん気が強く、少しでもイライラすると相手を選ばず襲いかかるなど、粗暴な振る舞いが目立った。都度指導していたが、その場では理解を示すものの同じことを繰り返した。体は小さく、心理検査では知能指数 60 と軽度知的障害を認めた。特別支援学級に進学し、高等部まで卒業した。

学校でも粗暴行為が多く、教師が始終つきっきりで見なければならなかった。手先は器用で、小物作りなどの課題には積極的に取り組み、一日中同じ作業をしても不満を言わなかった。交友関係は乏しかった。

18 歳になり、施設を退所する段になって、父の遠縁に当たるという老夫婦が本人を引き取るようになった。新居では当初は喜んでしたが、次第にわがママが目立つようになり、たしなめると家族に暴力を振るった。近隣の作業所に通わせたところ、農作業には興味を示したものの、通所開始 3 ヶ月ほどで他の利用者で大喧嘩になり、相手を突き飛ばして額に裂傷を負わせたため、通所禁止となった。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 司法での対応がのぞまれるケースではないかと思う。
- ・ たぶん不満のはけ口としてやった行為であろうから、罪はつぐなってもらった方が良いと思われるが、フォローは必要かなと思う。結局は医保や措置で一生入院になるしかない人かもしれない。こういう方でベッドがいっぱいになって困っているのが現状。こういう方の行き場所がないことが問題。
- ・ 軽度精神遅滞で問題行動を繰り返すケースでは医療福祉・司法と多方面の見守り等関与が必要。
- ・ 知的障害者施設等の利用検討が望ましい。
- ・ 知的能力障害（精神病遅滞）を認める場合、やはり実臨床では医療として対応していることが多い。今後統合失調症の合併など？経過をみる必要があると思う。

- ・ 主診断は精神遅滞であるが、精神症状や行動障害を伴っており、トラブルに反応しての部分大きい、精神症状の範疇と考えられる。発達障害や ADHD、統合失調症の鑑別も行なうべきだが、情報が不足している。放火は重大な犯罪であるが、それに至るプロセスは精神および発達の問題に起因しており、要措置あるいは医療保障の適応と考えられる。今後の生活のあり方についても、児相からこれまでの情報をもとに次の生活場所などの検討が必要である。
- ・ 施設退所後の地域での follow up はどうなっていたのか知りたい、と思った。
- ・ 重大犯罪を犯しており、精神症状がある場合、医療観察法にのせるべきである。
- ・ 薬物調整の上、障害者支援施設などへ入所の方向が適切か。
- ・ 両親が統合失調症であり、18 才なので、今後、統合失調症を発症する可能性が高い。早期に介入することで改善する可能性がある。
- ・ 誰もひきとらないから、最終的には医療保護施設入院になるのであろう。
- ・ 父母とも統合失調症なので本人も精神病圏（発症している）とすれば、医療の対象。（病気だろうがなかろうが児相にかかわってほしい）措置診察などで診察しなければ医療で扱うべきかどうかは判断できない。
- ・ 基本的には精神遅滞がベースにあるため、いわゆる精神科加療で快方に向かう、著効するなどということが期待できない疾病と考える精神遅滞も軽度であることからそれなりの責任能力は有しているものと考えられ、粗暴行為については刑法にてもさばかれるべき。逆に医療でのみの対応だけでは本人の粗暴行為が助長されると考える。
- ・ [通報の経緯]8 行目、担当医が警察官に通報を要請する対応は、都道府県によって大きく異なると考えられる。当県では極めて稀。
- ・ この事例に限らず、診断や処遇と考える場合、経過の概要や生育歴・家族歴だけでは判断できないことは言うまでもないことで、検査データとともに、本人の現在、そして、主観的な本人の構え等が重要な判断材料となると考える。したがって、診断や処遇についての回答は困難と考えられるが、研究の主旨に賛同してあえて回答した。
- ・ 薬物療法は効果がないと思われる。行動療法は多少の効果？
- ・ 医療観察法の通院処置に準じた援助体制が、退院後に必要になると思う。
- ・ このような事例の治療は、どのような治療枠組みでおこなわれたとしても困難をきわめると想像される。
- ・ 粗暴な言動のため家族からサポートが難しい精神遅滞では未成年から成人した後の保護施設の確保が難しい。施設で何とか対応し、病状悪化時は医療施設利用をくり返すも各施設で多くのマンパワーを必要とするが、「病状改善」に至ることも少なく対応困難である。
- ・ 施設退所後の支援体制が不十分、養育能力が十分とは言えない老夫婦に任せるのは問題。

## 事例 32：20 代、男性 傷害

### 【通報の経緯】

ある日、家族が夕食を摂っているところに本人が現れ、「なんで楽しそうにしてるんだ！」と言って暴れ始めた。このとき、本人が鍋をひっくり返し、祖母が手に熱傷を負った。このことに祖父が怒り、警察を呼んだ。警察が来たときには本人は自室に戻っており、問いかけに対して「もう、大丈夫だから。じいちゃんごめん」と言っていた。しかし祖父の怒りは収まらず、「これ以上とても一緒に生活はできない、こんなことなら自分がこの子を殺して刑務所に行く」と述べた。警察は本人について警察官通報を行った。

### 【事件前に警察等が把握していた事実】

家庭内暴力で何度か警察が呼ばれたことがある。

### 【面接時の状況】

面接時には落ち着き、「暴れてごめんなさい」と素直に謝るが、暴れた理由についてはうまく説明できない様子だった。

### 【保健所による事前調査等で明らかになった事項】

周産期トラブルはなかった。同年代ではかなり小柄な方だったが、明らかな発育・発達の遅れはなかった。

幼少期より人見知りが激しく、幼稚園に行くのも毎日泣きわめいていた。そのことで父は母の育児怠慢と叱り、次第に夫婦仲が険悪になった。本人が3歳のとき、本人が高熱を出して、相談のため母が父の職場に電話をかけたところ、父が激高。それを機に、母は本人を連れて家を出て帰省した。半年後に協議離婚が成立し、本人は母方祖父母のもとで養育されることになった。母は地元の商店にパート勤務を始めた。

小学校でも人見知りが強く、ほとんど孤立して過ごしていた。成績は優秀で、教師の受けも良かった。運動は苦手で、無理をして転んで怪我をすることが多かった。

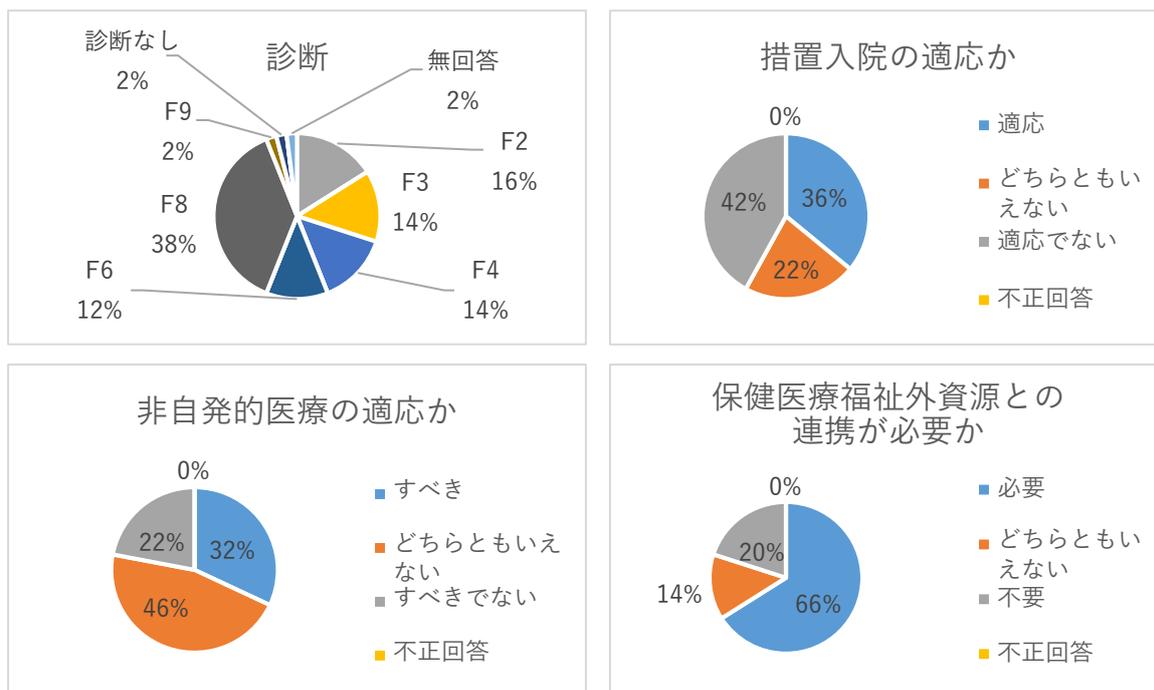
地元の中学、高校でも成績優秀で、教師は本人に有名大学の受験を勧めた。本人も乗り気で、高校2年以降はほぼ勉強しかしていなかったという。人付き合いは悪く、友達は一人もいなかった。

志望校に合格して、上京して下宿生活を始めた。当初は嬉々として大学に通っていたが、次第に自分が何をしたいのかわからなくなってきて、就学へのモチベーションを失った。また授業中に発言を求められて、調べていないことを問われるとパニックになってしまい部屋を飛び出すということがあった。結局半年で中退し、祖父母宅に戻った。

以後はほとんど部屋で引きこもって生活するようになった。心配した母が精神科通院を促したが受け入れず。母が引きこもりの専門家を名乗る医師をときどき訪ね、対応法を聞いていた。

そのうちに、本人は不機嫌なときと穏やかなときの波が激しくなってきた。不機嫌なときに家族が話しかけると、衣類や文具を投げつけたり、食器を割って壊したりするなどの危険行為が出現した。次第にエスカレートし、家族も手傷を負わされるようになったため、警察が呼ばれたこともある。警察が来ると本人はおとなしくなるため、警察官通報は行われなかった。

### 【回答】



### 【自由記載】

- ・ 精神症状が不明瞭な点が多く判断が難しい。暴れた理由を説明できない等があり、この内容によっては入院加療の検討も必要。
- ・ 「てんかん」 etc の精査も必要では？
- ・ アスペルガー症候群の過程に基づく検査を行うべき。
- ・ 措置入院にはあたらないと思われるが、疾患による現在の精神状態と家族の感情を考え、入院治療は要すると思われる。
- ・ 気分をある程度安定させるためには、医療にかかっておいた方がよいと思う。「入院」が必要か否かは状況による。
- ・ 本人は言われるがまま、行動していたと考える。つまり「自分はなぜこれをやっているのであろう」とい本人の意志を経ず、言われた通りにしていれば自分を含め周りもおだやかにすごせる時期が思春期と重なり、大学に入学してほぼ決めて自分から何かをする事を起こすことを要求されたため「言われるがまま事をすすめる」という処世術が通じ

なくなり「今までオレは何をしていたのか」と悩んでいるのではないか。精神、心理学からアプローチする事で、そのギャップを理解し、また、無駄な時期ではなかった事を理解させてはどうかと考える。そのための精神医療介入は必要であろう。

- ・ こういうケースの家族が相談できる場がもっとあると良いと思う。必ずしも病院である必要はない印象。何かしら、訪問することで、家族のみの閉鎖された状況を打開する必要があると思われる。
- ・ 情動障害に対して薬物療法を行なう必要性があると思う。退院後の就労支援が必要と思われる。
- ・ 両親の不仲、自閉症スペクトラムで高機能自閉症。周囲の感情や気持ちがわからず、混乱し易い。医療の関与と福祉の関わりで社会における居場所を作る事が必要である。
- ・ 外来通院又は入院に本人が同意するなら、まずは心理検査等行ってもいいかもしれない。現実的には医保が適当か。
- ・ 家族内での力関係の情報が必要。医療保護入院を利用した場合、本人の威圧や懇願によって治療途中で退院となる可能性がある。
- ・ ケアやサービスの入口として、強制入院も必要かと思う。
- ・ 根気強く自発的入院の形態をとるべき。
- ・ 本人の衝動性、父の反応性の高さからは、脳波もみてみたいところ。
- ・ 精神科救急の臨床現場でしばしば遭遇するケースである。こういったケースを対応困難にしている最大要因は、警察の怠慢ともいえるべき対応と思われる。「民事不介入」「本人が謝っているから」などを口実に、臨場した現場から離れてしまうと、本人は悪い方向へ「学習」してしまう。「障害」「器物破損」が悪いことである。という学習のためにも逮捕・拘留などの厳然とした対応が望まれる。治療に向けての動機付けのためにも、本人が「失敗した、どうしたら回避できる（できた）のか」と思うことは非常に重要である。
- ・ 明らかな問題行動が現場でみられなかったり、表面的に落ちついていたりするようになるときに、警察官通報が出されない場合は多いし、措置診察の場合でも不要措置として打ち落とされることはよくある。長期間にわたって自傷他害のおそれの有無だけに基いて運用されてきた措置診察であるが、要措置の判断根拠を精緻化することは重要と考える。現在は地域差も個人差も大きく、場合によっては印象論的判断により結論づけられてしまうことも多いと推定されるので、重要な判断であり、そのようなことはできるだけ避けられることが望ましい。また、発達障害レベルの問題やパーソナリティ障害をかかえている事例に関しては、精神保健指定医の経験や素養の差が大きく、判断に幅があると思う。
- ・ 非行歴のない20代男性、ひきこもり対策として福祉などの関係者が関わり続ける、家族以外との関係性を増やし地域で支えたい。

- ・ ベースに ASD はあるのだろうが、現在の状態像としては抑うつ～躁うつ混合状態と判断。気分に対する治療を行った後、社会資源が必要なほど社会能力が低いかを判断すべき。
- ・ 統合失調症、躁病の可能性について非自発的入院によってでも慎重に評価する必要がある。

## 措置入院に係る診療ガイドライン（案）

### I. 措置入院者の受け入れにあたっての留意事項

措置入院者を受け入れる病院（措置入院先病院）および措置入院者のケアにあたる医療者は、以下の事項に留意する。

#### 1. 措置入院の目的

措置入院とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法または法）第 29 条「法第二十七条の規定による（精神保健指定医（以下、指定医）の）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（以下、自傷・他害のおそれ）があると認めるときは」、都道府県知事または政令市長（以下、知事等）の命令により、本人の同意の有無にかかわらず国等の設置した精神科病院又は指定病院（以下、指定病院等）に入院させる制度である。

その目的は、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傷・他害のおそれがあると認められる精神障害者に対し、適時・適切な医療及び保護を提供し、回復によって自傷・他害のおそれの消退を図ることである。したがって、当該行為と精神障害の因果関係が専門医学的判断によって認められなければならない。

自傷・他害のおそれによって発生しかねない不良の事態を未然に防ぐことは、最終的な目的のひとつにはなるが、直接の目的ではない。自傷・他害のおそれの消退や改善は、あくまでも入院での医療的ケアによってもたらされる健康回復のプロセスによって実現されるものであり、決して措置入院を社会防衛的な目的で強制力をもって行うものではないことは、努めて意識しておかなければならない。

#### 2. 人権尊重に関する国際ルール等

##### 1) 国際条約

2014 年に批准された「障害者の権利に関する条約」においては、障害者は、「不法に又は恣意的に自由を奪われないこと、いかなる自由の剥奪も法律に従って行われること及びいかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと」と明記されている。

##### 2) 国連決議

「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」（1991 年国連決議）によれば、非自発的な入院は、有資格の精神保健従事者が、

- ① その者が精神疾患のために即時の又は切迫した自傷・他害の可能性が大きい
- ② 精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されている場合、その者を入院させなければ、

深刻な状態の悪化が起こる見込みがあり、最小規制の代替原則に従って、精神保健施設に入院させることによるのみ得られる適切な治療が妨げられると判断した場合のみに限られている。

### 3) 障害者総合支援法・障害者差別解消法

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」及び「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」に則り、措置入院中であっても、患者の意思決定支援を行い、本人の意向を最大限に尊重するよう努めなければならない。その際、本人に視覚障害、聴覚障害、知的障害等が重複している場合には、障害特性に応じた合理的配慮の提供が必要である。

## 3. 知事等の命令による行政処分

措置入院とは、通常医療における契約行為ではなく、知事等の命令による行政処分である。措置解除についても同様に、知事等がこれを命じる。すなわち患者本人や家族等による同意の有無にかかわらず入院させる制度であり、それらの意向を根拠に解除することもできない。このため措置入院では、一般的な入院に比べその命令性によって当事者の権利制限幅がより大きくなる。

措置入院は公権力により人の身柄を拘束するという事実上の行為であることから、行政不服審査の対象とされる。

## 4. 公費医療

措置入院は契約行為ではないことから、当該医療にかかる費用は公費により支払われる。本人の加入する健康保険が適用されたうえ、自己負担分が公費の対象となる（例外がある）。当事者の経済負担の軽重は診療に影響する要因となり得る。

## 5. 措置入院者の特徴

措置入院者とそれ以外の一般的な入院者を個体特性として区別する法令上の違いは、「自傷・他害のおそれ」があるかどうかである。同じ非自発入院である医療保護入院では、本人同意の有無や可否が焦点となるが、措置入院においてそのことは問われない。このため、措置入院者は当然ながら行動特性におけるハイリスクに該当する。その他、一般的な入院とは異なる契約や手続きを経ること、入院後の対応にも特定の配慮を要すること等による影響や、「自傷・他害のおそれ」が該当することに相応した一定の特徴がある。一般に重症であり、定期的な継続医療の管理下になく、重複診断があり、近隣でのトラブルがある、医療に必要な経済基盤が不確定、帰住先がない、家族他の支援者がいない、家族が退院を望まない、または治療に非協力的である、といった特徴がより多いことが報告されている。入院期間が長くなりやすく、在宅移行は比較的困難性を呈する。

措置入院者は、「自傷・他害のおそれ」を呈するほどに精神症状が悪化して入院となっていることから、きわめて重篤な精神変調をきたしていることが前提となる。例として幻覚妄想状態における圧倒的な恐怖感、精神運動興奮状態における制御困難な病的意志発動性、重度の抑うつ状態に

おける深い絶望感、自殺企図者における心理的視野狭窄などを伴う。措置入院は知事等の命令による行政処分であり、治療を受けることに納得していない状態での入院も多いことから、当初は医療そのものへの反発・抵抗がしばしば観察される。重篤な精神症状に加え、不本意感、不安、悲しみ、怒り、諦め、否認など、心理面においても複雑な感情下にある。改善に伴い自己や現実への認識が回復してくると、自身が置かれた状況にあらためて直面して抑うつ的となったり、退院後の生活等、現実的課題に対する不安、焦りが生じたりする。

## 6. 入院決定者と治療担当者の分離

措置入院は行政処分であることから、判断の独立性の確保が必要である。「措置入院の運用に関するガイドライン（平成 30 年障発 0327 第 15 号）」では「（措置診察を行った）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については、避けるように配慮すべきである」とされている。仮に何らかの理由により、措置入院先に所属する指定医が措置診察を行った場合、その指定医とは別の医師が治療を担当する医師（主治医）となる等して、入院決定者と治療担当者を分離することが望ましい。

## 7. 自傷行為と他害行為について

自傷・他害行為のおそれについて、法第 28 条の 2 の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準（以下、自傷・他害のおそれの認定基準。昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示第 125 号）では、

- 1) 自傷行為：自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為
- 2) 他害行為：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（原則として刑罰法令に触れる程度の行為）

であり、「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」とされている。

措置入院者の治療では、入院決定以降の診療行為についてもこの判断が基本となる。

法令において自傷と他害に対する対応の違いは示されていないが、その行為が与える社会的影響については異なった特徴があることから、診療においては、行動特性の違いに応じた配慮が必要となる。一方で、両者には多くの共通点があり、これらの破壊的衝動が精神症状や何らかの心痛、混乱等を背景とする表現行動であるとの評価に基づき、組織的に対応する、安全を確保する、共感的に対応する等、精神医学的理解に基づく対応が求められる。（III-4-1）危機状態への介入体制とスキル、IV-2-2）行動評価、6 興奮・攻撃性への対応 の項を参照）

## II. 措置入院者を受け入れる病院の体制等

措置入院者を受け入れる病院は、精神保健福祉法以下、各法令に示された体制に関する事

項に適合しなければならない。

## 1. 措置入院者を受け入れる病院の基準等

措置入院者を受け入れる病院は、「国等（国、都道府県並びに都道府県又は都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人）の設置した精神科病院又は指定病院」とされる（精神保健福祉法第 29 条）。指定病院に関する基準は「法律第 19 条の 8 の規定に基づき厚生労働大臣の定める指定病院の基準」（以下、指定基準。平成 8 年 3 月 21 日厚生省告示第 90 号）として示されている。この指定基準の解釈運用については、「精神保健福祉法第 19 条の 8 に基づく指定病院の指定について」（平成 8 年 3 月 21 日健医発第 325 号厚生省保健医療局長通知。以下、局長通知第 325 号）に示されている。

局長通知 325 号では、指定基準第一号柱書中の「都道府県知事または政令市長の求めに応じて措置入院者を入院させて適切な治療を行える診療応需の体制を整えていること」について、「措置入院者に対し適切な治療を行うための熱意と診断体制により判断する」、「医療法上の各種法令を遵守していない精神科病院は、この基準に適合しない」、「3 年間にわたり、新規または継続の措置入院者を受け入れていない精神科病院は、この基準に適合しない」としている。また、「原則として 3 年の期限を付して指定し、3 年ごとに見直しを行い、更新する」、とある。その他、両法令には地域性等を考慮した特例に関する記載がある。

指定基準第二号柱書には、「精神病床の数が 50 床以上であること。ただし、措置入院者に対して精神障害の医療以外の医療を提供するために十分な体制を有する病院であって、20 床以上の精神病床を有するものについては、地域において指定する必要があると認められる場合は、この限りではない。」とあり、措置入院者の身体合併症等に対応するための総合診療機能を有する医療機関に関する事項が示されている。

## 2. 人員体制

人員体制については医療法、精神保健福祉法、指定基準、局長通知第 325 号における記載事項を順守しなければならない。

### 1) 医師及び指定医

- ① 医師の数が、入院患者の数を 3、外来患者の数を 2.5 をもって除した数との和が 52 までは 3 とし、それ以上 16 またはその端数を増すごとに 1 を加えた数以上であること。（指定基準第一号 1）

「入院患者の数」および「外来患者の数」は、前年 1 年間の平均の精神病床入院数および精神科外来数とし、「医師の数」については、非常勤の者は医療法の例により常勤換算し、精神病床と精神病床以外の病床を有する病院にあつては、精神病床および精神科の外来に従事する人員（兼務の場合は業務割合に応じて按分）とする。（局長通知第 325 号）

- ② 措置入院先病院の管理者は、常時勤務する指定医（1 日に 8 時間以上、かつ、1 週

間に 4 日以上診断又は治療に従事)を置かなければならない(精神保健福祉法第 19 条の 5 および同施行規則第 4 条の 3)。

医師のうち 2 名以上は、常時勤務する指定医でなければならない。(指定基準第一号 2)

③ 指定基準の第二号(精神障害の医療以外の医療の提供)については、以下の要件を満たすものとする。(局長通知第 325 号)

(1) 当該病院に内科または外科を専門とする医師が一名以上配置されていること。

(2) 一般病床を有しており、必要に応じて身体的合併症を有する措置入院患者の入院医療に対応可能な精神科以外の医療体制と連携が確保されていること。

## 2) 看護師

措置入院者を入院させる病棟において、看護を行う看護師および准看護師の数が、入院患者の数が 3 またはその端数を増すごとに 1 以上であること。(指定基準第一号 3)

「入院患者の数」は、前年 1 年間の平均の措置入院者を入院させる病棟の精神病床入院数とし、「看護師および准看護師の数」については、非常勤の者は医療法の例により常勤換算する。(局長通知第 325 号)

## 3) 退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者(退院後生活環境相談担当者)

措置入院先病院は、計画の作成主体の自治体に協力し、退院後の生活環境に関する相談支援を行う担当者(以下、退院後生活環境相談担当者)の選任を行うことが望ましい。

入院した精神障害者が、退院後に円滑に社会復帰等を行うためには、入院中から、退院後に必要な医療等の支援の検討が行われることが望ましい。本人の同意を得ることなく行われる医療保護入院については、こうした検討を入院中から行うことで可能な限り早期退院等を促していく観点から、既に、精神科病院の管理者に、医療保護入院者に退院後生活環境相談員を選任することが義務付けられている(法第 33 条の 4)。

この点、措置入院は、医療保護入院と同様に本人同意を得ることなく行われる入院であり、自治体を中心となって退院後の医療等の支援が行われることが想定されるが、措置入院先病院においても、本人や家族等が退院後の生活環境に関する相談を容易に行える体制を整えておくことが望ましいと考えられる。このため、措置入院先病院の管理者は、措置入院者を入院させた場合には、退院後の生活環境に関し、本人及びその家族等の相談支援を行う担当者を選任することが望ましい。

退院後生活環境相談担当者には、当該病院の精神保健福祉士が最も適任と考えられるが、保健師、看護師、准看護師、作業療法士、社会福祉士として精神障害者に関する業務に従事した経験を有する者についても、退院後生活環境相談担当者として選任することが考えられる。

(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)

## 4) その他の人員体制

指定基準第一号柱書中「都道府県知事または政令市長の求めに応じて措置入院者を入院させて適切な治療を行える診療応需の体制を整えていること」については、措置入院者に対し適切な治療を行うための熱意と診断体制により判断することとし、精神保健行政および地域精神医療に対する協力と貢献、措置入院者の積極的な受け入れ、精神科救急や精神障害者の社会復帰の促進についての熱意、医師や看護職員の充実や作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者などのコメディカル職種の充実についての努力、入院患者の人権保護や療養環境の向上についての努力などを考慮して、優先的な指定を行う。（局長通知第 325 号）

### 3. 設備

- 1) 措置入院者の医療および保護を行うにつき必要な設備を有していること。（指定基準第三号）

指定基準第三号中、「必要な設備」については、措置入院者を入院させるのに必要な病床、デイルーム、食堂、作業療法用施設のほか、保護室（隔離室）を適宜の数、有すること。（局長通知第 325 号）

- 2) 指定基準の第二号（精神障害の医療以外の医療の提供）については、当該病院に救急蘇生装置、除細動器、心電計、呼吸循環監視装置等の身体的医療に必要な機器を設置していること。（局長通知第 325 号）

### 4. 推奨される診療機能

- 1) 危機状態への介入体制とスキル（IV—6 興奮・攻撃性への対応 参照）

- ① 興奮・攻撃性への組織的対応

措置入院者を受け入れる病院は、各医療者が措置入院者の興奮・攻撃性等に対応するためのスキルを獲得できる機会を設けるとともに、人的対応から薬剤による静穏化に至るまで、安全を確保しつつ組織的に対応できるよう設備や体制を整備するべきである。

施設環境は安全性、プライバシー、尊厳を常に保つことができるよう整備され、組織として緊急時のコールシステムや応援体制を整え、危険物の適切な管理ができるよう配慮されることが望ましい。

措置入院者のケアにあたる医療者は、暴力に至るまでのプロセスを理解し、興奮・攻撃性等に適切に対応できるようディエスカレーション技法を会得するべきである。

- ② 自殺ハイリスク者への対応スキル

措置入院者を受け入れる病院は、自殺ハイリスクにある措置入院患者に対し、自傷・自殺行為への具体的な防止対策が行われるよう、設備や体制を整えるとともに、各医療者の自殺リスクに対する認識や対応スキルの向上に取り組むべきである。

措置入院者のケアにあたる医療者は、自殺念慮や自傷・自殺のリスクが高まるプロセ

スを理解し、適切な対応スキルを会得するべきである。

## 2) 心理社会的治療

措置入院者を受け入れる病院においては、医療環境の提供や、疾患に対する個人精神療法、薬物療法のみならず、個別性や多様性にも配慮しつつ、回復における現実適応力や自立を促進できる具体的手段として、各種の心理社会的治療を専門職種や多職種チームとして検討し、実施できる体制の整備、あるいは地域移行後の医療連携等によって将来的に導入できる連携体制の構築が望ましい。

### ① 集団療法

個人精神療法ではカバーできない効果をもたらす集団治療プログラムは、心理教育や依存症治療等において有益である。

### ② 精神科リハビリテーション

退院後の地域生活に円滑に移行できるよう、必要に応じ、措置入院者の回復段階に応じた精神科リハビリテーションサービスの実施と、将来的に導入できる体制の整備が望ましい。

入院環境、しかも措置入院管理下での機能回復訓練には限界がある。病棟内で何らかのリハビリテーション活動や作業療法を導入できる体制が理想的である。

支援ニーズを支援計画に反映させる過程において、個別ニーズに応じて退院後の精神科リハビリテーションについて本人を中心として多職種で検討できる体制を構築し、作業療法、デイ・ケア等について、実際にそれを実施できる体制、さらには医療外資源も含め、地域医療連携によって積極的に導入展開できる連携体制の構築が望ましい。

## 3) 修正型電気けいれん療法

措置入院者を受け入れる病院においては、修正型電気痙攣療法を円滑に実施できる体制を整備することに一定の有益性が考慮される。その場合、以下の体制を整備する。

なお、自院で実施困難な場合は、医療連携によって対応できる体制を考慮する。

- ① 麻酔施術医師
- ② 専門学会等が開催する必要な研修を受講した精神科医師
- ③ 必要な知識を有する訓練を受けた看護師
- ④ 手術室あるいは処置を行うための専用治療室
- ⑤ 麻酔器、吸引器、心肺モニター、酸素飽和度モニター等の必要医療機器
- ⑥ 電気刺激装置
- ⑦ 処置後の回復と観察を行うための設備（配管整備が望ましい）

## 4) クロザリル患者モニタリングサービス（CPMS）

措置入院者を受け入れる病院においては、治療抵抗性統合失調症の患者に適応を有するクロザピンが使用できる体制の整備について、精神医療における一般的な高度医療推進の意義と同等の有益性が考慮される。

体制整備の詳細はクロザリル適正使用委員会の規定、クロザリル患者モニタリングサービス

(Clozaril Patient Monitoring Service : CPMS) の運用手順に従う。迅速に結果が得られる血液検査の体制・設備があり、血液内科や糖尿病内科との連携体制を有し、医師・看護師・薬剤師などが所定の研修を受講したうえ、医療機関として CPMS に登録する必要がある。

#### 5) 訪問看護サービス

措置入院者を受け入れる病院においては、退院後の継続医療のための支援を在宅環境においても提供できる訪問看護の機能を備えること、ないしはそれが可能となるような医療連携体制を構築することが望ましい。

措置入院者の特徴として、単に自傷・他害のおそれのみならず、基本的な重症度が高く、社会的支援における困難性等を有しており、複合的な課題を抱える場合が少なくない。訪問看護サービスは生活場面にアプローチできることで、生活機能を含む多面的で正確なアセスメント、変調を敏感に察知する早期介入手段のひとつとしても有用である。

### III.入院医療の実施

#### 1. 入院の受け入れ

措置入院は、行政機関による所定の手続きを経て、原則として入院先病院とは分離された指定医の診察結果をふまえ、知事等の命令によって決定する。入院先病院の主治医等措置入院者のケアにあたる医療者は、措置入院を決定した自治体に対し、入院の理由や入院が必要とされた指定医の判断根拠等必要な情報を遅滞なく自治体から聴取し、それまでの法手続きの中で判明している情報について可能な限りの提供を得たうえ、あらためて必要なアセスメントを行って診療を開始する。診療開始後も、不足している情報があれば、警察などの関与した行政機関や以前に診療経緯のある医療機関等、関係者から情報が得られるよう連携に努めるとともに、自治体にも情報の提供を求めている。

措置入院の要否判定に疑義がある場合であっても、措置入院先病院がそれを申し立てたり再判定を求めたりする手順は存在しない。ただし措置入院者本人には、行政不服審査法により、行政処分（措置入院）があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に厚生労働大臣に審査請求をすることができるとされている（行政不服審査法第45条）。措置入院者を受け入れる病院としては、一度決定した措置入院について、一定の診療過程を経たうえ、措置不要と判断されたならば法の手順に従って解除を進めることとなる。

#### 2. アセスメント

##### 1) 精神症状評価

措置入院者の診療においては、一般的な入院診療と同等水準の精神医学的評価に加え、行動に関する病態の視点からの評価が重要となる。意識の水準や変容、知的水準、感情、思考、知覚、意志・意欲の発動といった精神機能カテゴリーごとの症状確認を基本に、精神

病理、攻撃性や衝動性、認知機能、認知傾向、心理規制、心理的脆弱性、背景要因の影響の程度、障害の程度などについても評価し、自傷・他害のおそれを形成する精神医学的病態を可能な限り明らかにする。

既往歴、バイタルサインを中心とした身体状況の確認は身体合併症検索とは別の意味で、重要である。常用薬に関する情報は、治療中断による再発や増悪、離脱による影響、副作用による影響など、時に決定的要因となる。アルコール、覚醒剤、大麻などの物質使用の有無や使用歴などは診断や治療方針立案に必須の情報であり、疑われる場合は検査での確認が望ましい。

家族、警察を含む行政機関、他の医療機関等からの情報をよく参考し、推論を控え、情報の不一致等があればそれらが一致しない理由に着目すると有用なことがある。

疾患診断がなされることは望ましいが、必ずしも容易でない場合がある。副診断や重複診断等の可能性も考慮し、疾患診断の不確実性を理解しておく。

疾患診断は時代とともに概念や解釈の変動があり、従来診断と国際的な診断基準の間にも不一致がある。措置入院の行政手続きでは「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」(ICD-10、International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) による診断記載が求められる。「精神と行動の障害、臨床記述と診断ガイドライン及び精神障害の診断と統計のマニュアル」(DSM-5、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) とともによく用いられ、これら国際的な診断基準の有用性や限界を理解したうえで活用する。

自傷・他害のおそれの認定基準 (Ⅱ-7 自傷行為と他害行為について) では、原因となる主な精神障害の例示が記載されており、病状又は状態像として、抑うつ状態、躁状態、幻覚妄想状態、精神運動興奮状態、昏迷状態、意識障害、知能障害、人格の病的状態が挙げられている。

## 2) 行動評価

措置入院とは、精神疾患を有す患者が、「自傷・他害のおそれがある」ことによる入院であるため、措置解除がなされるまでは、自傷や他害の行動リスクが常に存在しているものとして認識される。行動リスクの評価は、措置入院決定時点で2名の指定医により必然的に行われ、入院直後からも継続的に実施されることになる。

他害や暴力のリスク評価(アセスメント)として、過去の暴力歴を含む患者背景、精神状態(症状等)、心理状態、刺激や抑止となる要因や環境に関する現状、さらには生理的覚醒等、観察所見として注意を払うべき兆候について着目して評価を行う。

自殺リスクの評価(アセスメント)では、自殺企図歴をはじめ、リスク因子と防御因子を明らかにし、自殺念慮を確認することが必須である。リスク因子については、表などを用いて網羅的に評価することがよい。自殺念慮の評価では、間接的な判断材料のみならず、直接尋ねることが重要である。自傷・自殺行動に至りやすい環境にあるかといった環境の評価も含まれる。

## 3) 身体医学的評価

精神科急性期医療の優先課題は、器質的要因の評価である。精神症状そのものが器質的要因や物質の影響による場合のほか、身体合併症の検索とそれによる精神状態、特に措置入院者の場合には自傷・他害のおそれへの影響、あるいは逆に精神症状が身体状況に及ぼす影響などを評価する。

精神障害者は健康管理の不十分さや、向精神薬の副作用などのために身体的問題を抱えることが多い。措置入院せざるを得ないほどに精神状態が悪化した患者ではより一層である。

バイタルサインの測定は、入院時点から入院中を通じて行う。入院後、可能な限り速やかに身体診察とともに血液検査、尿検査、心電図、X線検査等の諸検査を実施し、それぞれ入院後の全経過を通じて適切な間隔で定期的に、また必要時に追加して行う。CT検査（MRI検査）等も実施することが望ましい。脳波、超音波検査等も必要に応じて行う。

#### 4) 心理社会的評価

措置入院者は入院前に社会から孤立している場合が多く、入院時には治療的困難性（定期的な服薬ができていなかった、本人が外来受診しない、近隣でのトラブルがある）、経済的困難性（経済的理由で日用品の準備ができない、本人・家族から入院費の相談がある、あるいは入院生活に必要な財源がない）、家族・支援における困難性（入院当初で、帰る場所が見当たらない、入院時に家族または支援者が同行しなかった、家族が退院を望まないまたは治療に非協力的である）など、種々の心理社会的困難性を呈しやすいとの観察がある。措置入院者が健康回復する過程として心理社会的支援が重要となることから、入院当初からの評価を行う。

評価する対象として優先されるのは本人の意向や困難感である。本人の意向や希望に沿った支援となるかどうかは、その後立案されるケアプランが実効性を発揮するかどうかを決定する本質的な問題であり、これがかみ合わなければ単に資源を当てはめただけの状況に陥りかねない。続いて家族やキーパーソンとその意向、住居、収入、雇用、教育、移動手手段、社交、障害福祉サービス、その他支援機関等の状況について評価する。複数の情報源から得ていくことにより正確な評価につながる。評価にあたっては、項目の該当のみならず、本人との関係性や影響といった臨床的文脈で捉え、「状況の中にある人間」として理解する。心理社会的支援の性質上、情報の評価にあたっては本人の認識をふまえるよう配慮する。

#### 5) 退院後支援のニーズに関するアセスメント

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、入院中の精神障害者が地域に退院した後に必要な医療等の支援の内容を明らかにするための取組の一環として行われる評価である。

支援対象者の入院先病院は、本人のニーズに応じた退院後支援が実施できるよう、支援対象者について、退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施することが望ましい。必要な支援とは、本人が必要と考えているものと、評価者又は家族その他の支援者から見て必要と考えられるものの両方を含む。

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、原則として、実施時点において本人の治療に

直接携わっている医療従事者が、多職種(主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師等)による協議を経て行う。可能であれば、本人の退院後の地域生活に関わる帰住先保健所設置自治体の職員、地域援助事業者の職員、家族その他の支援者も協議に参加することが望ましい。

退院後支援のニーズに関するアセスメントは、本人の生活機能、生活環境や人間関係等の環境要因、心身の状態、支援継続に関する課題、行動に関する課題等について多面的に評価するものである。(参考様式 5、評価マニュアル参照)

(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)

### 3. 本人および家族・キーパーソンの役割

#### 1) 本人

措置入院者である本人はチームプランにおける主要な一員、いわば主役である。当事者中心主義はもはや医療界のスタンダードであるといわれる中、本人は精神的に危機的な状態にあると同時に、必ずしも本意ではない閉鎖的な環境や処遇を強いられる立場にある。

精神障害者には、問題視(とみな)され、固定観念によって否定的に扱われたとの経験が必ずあると言われる。たとえ精神病性の状態像を呈していたとしても、少なからずこうした心的外傷経験を有し、迫害された心理状態にある者として、また現在行われている措置入院による治療そのものが再外傷体験となる可能性を有していることについて理解される必要がある。

本人の意向や認識は、回復に伴い治療方針、支援計画等に反映される必要があり、本人はそれを表現する立場にある。その際、真意が正確に理解され、伝達されるよう、意思決定への支援の必要性が考慮される。本人が参加しない治療プランは、本人の意に沿わない場合には特に、継続性において決定的に不確実である。「私たちのことを私たち抜きに決めないで。

(Nothing about us without us.)」という有名な言葉がある。

#### 2) 家族あるいは家族以外の支援者

家族あるいは友人等の家族以外の支援者(いわゆるキーパーソン)は、特に本人の地域生活支援において、専門職では果たせない役割を担う重要な存在である。診療チームは、家族を含め本人の地域生活において支援者となりうる人に関する情報を獲得し、その人々から期待できる支援の内容や頻度、情報の範囲、情報共有の必要性や可否、影響などについて把握しておくことが望ましい。このような評価を経たうえで、家族あるいは家族以外の支援者はそれぞれ個々に適切な役割として、診療計画に参加する。

個別ケース検討会議には可能な限り家族あるいは家族以外の支援者の参加を促し、参加できない場合でも退院後支援計画に関する意見を聴取して認識の把握に努める。家族あるいは家族以外の支援者も、支援を必要としていることが多いことに留意し、支援者への支援についても検討する。

### 4. 医師の役割

医師は治療の実施者、方針の決定者であり、チーム医療における中心的存在である。主治医が指定医であるかないかは、診療手順や手続きに差異を生じる。主治医が非指定医の場合、指導役の指定医が並行して診療参加し、見解や方針等について指導的に関与する。特定の指定医である必要はなく、複数の指定医が一定の共通見解の下に指導することや、院長、部長など管理的立場の医師が必要時に助言を行うことも有用である。主治医が指定医である場合も、他の医師の助言は有用である。

#### 1) 医師カンファレンス

医師カンファレンスは、医療機関において広く行われている。担当医師による症例提示をもとに、プレゼンテーション力の強化、診療担当者間での情報共有、医学的評価や判断の精度や適切性を高め、質の高い医療が提供されることを目的として開催される。措置入院者の臨床特性から、医師カンファレンスを開催し、複数の医師による評価や意見を求めることは有用である。物理的に開催できない場合、同僚医師や診療責任者または管理者等による評価等によって客観性を導入することも考慮される。

### 5. 多職種チームによる医療の提供

#### 1) 看護師

看護師は医師の指示を受け、入院期間を通じて常時患者に寄り添い、観察と実際のケアを継続的に行う、患者にとって最も身近な存在である。

措置入院者の看護を行うために、他の一般的な入院患者と同様、看護師は他の職種とも共同したうえ、精神症状、身体症状、リスク・マネージメント等の多角的視野をもって看護的視点によるアセスメントを行い、患者状態像の把握に努めるとともに、看護計画を立案し、医師の指示の下、実際のケアにあたる。看護ケアの実践経過の中で得た患者情報は看護チーム内および必要に応じ他の職種にも共有され、計画の継続的評価と見直しに反映される。このため、就業中および勤務交代時の引継を含め、良好なチームコミュニケーションによる正確な情報伝達と共有が重要である。

管理監督職にあたる看護師は、担当看護師が行ったアセスメント、看護計画やその遂行状況の把握をすることが望ましい。

#### 2) 精神保健福祉士（退院後生活環境相談担当者）

精神保健福祉士の本来の業務は、個別の入院患者における心理社会的評価を行い、精神保健福祉領域のソーシャルワークの技術を活用することにより、入院中の者が地域で暮らす生活者であるという視点に立って、当該患者の希望や意向に沿った早期の地域社会への移行の実現を主眼とし、措置入院者の権利行使の支援を含めた積極的な相談支援を展開することである。

精神保健福祉士に最も期待されるのは、退院後生活環境相談担当者としての役割である。

退院後生活環境相談担当者は、計画の作成等のための病院における取組の中心的役割を果たすことが期待される。この際、本人の治療と生活支援の両面からの支援を、本人を主

体とした権利擁護の視点に立って考えることが求められる。

退院後生活環境相談担当者は、以下に示す業務を行うことが望ましい。なお、計画が作成されない場合には、〈計画に関する業務〉を除く業務を実施する。

〈入院時の業務〉

- ① 本人及び家族その他の支援者に対して、退院後生活環境相談担当者として選任されたこと及びその役割について説明する。
- ② 入院時における入院診療計画の立案に参画し、適宜本人及び家族その他の支援者に説明を行う。

〈退院に向けた相談支援業務〉

- ③ 本人及び家族その他の支援者からの相談に応じる。
- ④ 入院当初より、退院後の支援ニーズに関係する情報を積極的に把握する。
- ⑤ 本人及びその家族等と相談を行った場合には、当該相談内容について相談記録又は看護記録等に記録する。
- ⑥ 退院に向けた相談支援を行うに当たっては、主治医の指導を受けるとともに、本人の治療に関わる者との連携を図る。
- ⑦ 本人及び家族その他の支援者の意向を踏まえて、必要に応じた経済的支援制度の紹介及び申請等の支援、退院後の障害福祉サービス、介護サービス等の紹介及び利用の申請支援等、各種社会資源を活用するための支援を行う。

〈計画に関する業務〉

- ⑧ 症状が一定程度落ち着いた段階で、本人に、入院中から、本人及び家族その他の支援者とともに、自治体と連携して退院後の支援について検討を行う旨の説明を行う。
- ⑨ 自治体が作成する計画が適切なものとなるよう、他の職種と協働して退院後支援のニーズに関するアセスメントを実施し、自治体と協力して計画作成のために必要な情報収集、連絡調整を行う。
- ⑩ 入院後早期から本人との信頼関係の構築に努め、計画に関して本人が意見を表明できるよう支援する。
- ⑪ 本人の退院後の生活を想定して、自治体と協力し、入院中から通院先医療機関、行政関係者、地域援助事業者等による支援体制を形成していくための調整を行う。
- ⑫ 自治体が開催する会議への参加、院内の関係者への連絡調整を行う。

〈退院調整に関する業務〉

- ⑬ 退院に向け、自治体や支援関係者と必要に応じて連絡調整を行うこと等により、地域生活への円滑な移行を図る。
- ⑭ 他院に転院となる場合は、本人の希望や意向を十分に確認しながら、転院先病院への情報提供、転院調整等を行う。

以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談担当者は、その業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ることが望ましい。

(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)

3) 薬剤師

薬剤師の役割は、薬剤に関する情報提供、服薬指導を患者に対して行うとともに、当事者の疑問や希望、飲み心地、副作用の訴え等を把握し、得られた情報をチームで共有すること、医療安全の観点から、併用薬、副作用、相互作用、服用や投与方法、薬剤の特性等の情報提供を行って、医師や他の職種とともに適切な薬物療法の実施をはかることである。

4) 臨床心理技術者（公認心理士）

臨床心理技術者の役割は、心理検査を通して、患者の知能、認知機能、性格傾向、認知傾向、精神内界、病態水準、発達過程をふまえた心理特性などの詳細を測定、精査し、措置入院者が抱える問題の背景を多職種で多角的に分析・理解して医師の診断や問題解決に向けた対策や計画立案の一助とするために、所見や見解を治療担当者に提供すること、必要に応じて、カウンセリング、認知行動療法、心理教育、家族支援などを行って心理的側面からケアの一環を担うこと、などである。

5) 作業療法士

作業療法士の役割は、回復過程において、日常生活における言語的・非言語的基本動作、創作、構築などの生産的な精神および身体作業を通じ、職業的機能に働きかけ、現実認識や適応力の改善を促進する作業療法計画を立案し、それを実行することである。

精神科リハビリテーションにおいて、中心的な役割を担い、実際の作業や面接等を通じて患者の生活面における課題やストレスを継続的にアセスメントし、退院後支援計画における支援内容や退院後の生活を想定した環境調整について、所見に基づいた見解を提供することが期待される。

6) ピアサポーター

ピアサポーターの主な役割は、同じ体験を共有する支援者として常に患者本人の立場で気持ちや想い、状況を理解し、最も患者に近い存在として医療チームにそれらを伝え、権利を主張し、代弁することにより、医療者のより正確な患者理解や相互信頼を促進するとともに、寄り添い型支援によって患者の安心や回復の促進を図ることである。

ピアサポーターは自身の健康に留意し、必要な訓練を修了していることが望ましい。ピアサポーターを登用する場合、指定病院はピアサポーターへの十分な支援を提供する。

7) 保健所職員等の自治体職員

保健師等の保健所職員、都道府県関係課職員や市区町村職員は、必要に応じて入院先医療機関と連携をとり、「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」を参照しつつ退院後支援に必要な支援を行う。

8) 多職種カンファレンス

多職種カンファレンスの目的は、措置入院者の診療にあたり、診療担当者がそれぞれの専門職のケアを行うのみならず、担当チームとして情報不足を相互に補うことによって複合的・多面的な患者理解を促進して認識を共有し、個別のテラーメイドプランを協議して計画を統合

的で実効的なものとしていくことにある。

多職種カンファレンスは、措置入院における最大の課題である自傷・他害のおそれに対する評価の正確性を向上させるために、精神医学はもとより、生物学的視点、心理社会的視点から多面的に評価を行うことにも相当する。

同時に、患者の権利制限幅が比較的大きくならざるを得ない措置入院制度が、あらゆる立場からの検証効果によって、適切に運用される意義が期待される。

多職種カンファレンスで協議される内容には、診断、症状評価、各リスク評価、治療方針、行動制限や処遇の適切性、本人の認識や内省状況、家族やキーパーソンを含む支援体制、心理社会的評価、措置入院の妥当性、解除後や地域移行後の継続医療や療養環境に関する事項、関係行政や資源との連携等、臨床的なあらゆる事項が対象となる。

多職種カンファレンスの形式に制約はなく、措置入院先病院の組織、人員配置、勤務帯、勤務様式などにより、実に様々なものが考えられる。

## 6. 興奮・攻撃性への対応

### 1) デイエスカレーション法と組織的対応

措置入院者は、自傷・他害のおそれを有し、潜在的な破壊的行動リスクを伴う。院内暴力に対する組織的対応について、有効な技法の一つにデイエスカレーションがある。

デイエスカレーションは、心理学的知見をもとに、言語的・非言語的なコミュニケーション技法によって怒りや衝動性、攻撃性をやわらげ、患者をふだんの穏やかな状態に戻すことである。その中には、単に気分を落ち着かせることに加え、共感し、治療的信頼関係をつくり、交渉による問題解決や環境調整など危機を回避するためのあらゆる方略が含まれる。

暴力は突然起こるかのように見受けられることもあるが、それに至る過程として①誘因期、②エスカレート期、③危機相、④停滞・回復期、⑤危機後抑うつ期の5つの攻撃性のサイクルが示されている。デイエスカレーションは、攻撃性サイクルのエスカレート期に用いることが有効である。しかし、興奮が収まらず攻撃性が強まった場合は患者と職員双方の安全を優先し、複数の医療者による対応や薬剤による静穏化が考慮される。

## ディエスカレーションにおける対応のポイント

ディエスカレーションを実施する際は、複数での対応を原則とし、1人の職員が責任をもって状況をコントロールし、常に暴力の発生に備え、ディエスカレーションテクニックが効果的な状況か判断することが重要である。この役割は、必ずしも担当職員が適切とは限らず、特に攻撃のターゲットとなっている場合は速やかに交代し、性別、年齢、ポジション、関係性などを考慮し、その状況を解決するのに最適な職員が対応するべきである。

- 周囲の環境の管理
- 応援の召集を判断し、必要以外の人を移動させる
- 近くにいる他の患者や職員に対して状況を説明し、協力を求める
- 家具などを移動して必要な空間を確保するか、別の安全な場所に移動する
- テレビやラジオは消す
- 武器になる可能性のあるものは取り除く。患者が武器を持っている場合は安全な場所に置いてもらう
- 挑発的な態度・振る舞いを避ける
- 凝視を避ける。ただし、完全に目をそらさずアイコンタクトは保つ
- 淡々とした表情を保つ
- 高慢、威圧的な印象を与えるのを避けるため、姿勢や態度に注意する。特に、腰に手を当てたり、腕組みをしたりしない
- ゆっくりと移動し、急な動作を行わない。体の動きは最小限にし、身振り手振りが多過ぎることや、そわそわと体を揺すったり、体重を移動するのを避ける
- 相手のパーソナルスペースを尊重し、自分自身が安全なポジションを保つ
- 患者に対応する前に、暴力発生を誘発したり、けがの原因になる、あるいは武器として使用される可能性のある所持品を除去する（ネクタイ、スカーフ、装飾品、ペン、ハサミ、バッジなど）
- いかなる時も相手に背を向けない
- 通常より広いパーソナルスペースを保つ（最低でも腕の長さ 2 本分以上）
- 対象の真正面に立つのを避け、およそ斜め 45°の立ち位置とする
- 両手は体の前面に出し、手掌を相手に向けるか、下腹部の前で軽く組むなど、相手に攻撃の意思がないことを示し、万一の攻撃・暴力発生に備える
- 出入口を確認し、自分と対象の双方の退路を保つ位置に立つ。出入口やドアの前に立ちふさがらない
- 壁やコーナーに追い詰められないようにする

(参照 : Kaplan SG, Wheeler EG 1983. Survival skills for working with potentially violent clients. Social Casework, 64(6),339-346. )

## 2) 自殺リスクへの対応

自殺ハイリスク者への対応について、医療者としての基本的な態度は、追い詰められた心境への受容と共感、および傾聴、その心労への労い、個別的かつ具体的支援の表明である。

自殺ハイリスクへの具体的な予防対策は、安全を確保し、関係性を保ちつつ、あらゆる医療的・非医療的手段を用いてリスク因子を低減させるとともに、防御因子を強化することに集約される。

具体的には全般的な精神医学的評価とともに、自殺念慮の評価、リスク因子の網羅的評価、環境と防御因子の評価等を行い、治療的介入、ケースワーク、環境調整などによって防止を図る。

## 3) 行動制限最小化

措置入院者に限らず、入院処遇によって発生する権利制限を最小限にすることは、精神保健福祉法の基本理念である。

法第 36 条（処遇）には、「精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。」とあり、すなわち最小限に行うことと解釈される。

医療保護入院等の治療管理に関する診療報酬上の要件として、行動制限最小化委員会の設置と会議の開催があり、精神保健福祉法の施行規則における特定医師に関する施設側の要件としても記載されている。

## 7. 臨床検査

措置入院後は、可能な限り速やかに診断を確定し、適切な治療を開始するため、器質性要因の検討、身体合併症の検索などを目的とした身体診察と身体的な諸検査が欠かせない。IV-2-3)「身体医学的評価」で記載したように、入院後、可能な限り速やかに身体診察とともに血液検査、尿検査、心電図、X線検査等の諸検査を実施し、それぞれ入院後の全経過を通じて適切な間隔で定期的に、また必要時に追加して行う。CT検査（MRI検査）等も実施することが望ましい。脳波、超音波検査等も必要に応じて行う。

入院時には、興奮などのために、身体診察や検査について、同意や協力が得られない場合も少なくない。このような場合に、急速鎮静等を用いるか、または粘り強く同意のための説得を続けるのかは、検査の緊急度や必要性と、それぞれの対応に伴うリスクや問題点を慎重に吟味する。

病棟外の検査室に行く際には、離院などの行動のリスクを評価の上、院内の手順に従う（検査等で棟外へ出る必要がある場合は、必ず職員 2 名以上が付き添うなどの院内手順を定めている例がある）。

### 1) 血液検査

できる限り入院時点、なるべく早期に実施する。

### 2) 尿検査および尿中薬物検査（トライエージ®）

一般的な尿検査については血液検査同様ルーチンの検査として実施する。

トライエージ等の尿中薬物検査は保険収載されておらず、医療機関の負担とならざるをえない。薬物の影響を受けているかどうかを知ることは臨床的にきわめて意義が高く、治療方針を決定する上で有用である。

### 3) 画像検査

レントゲン検査（胸部や腹部の一般撮影）措置入院の期間中、できる限り入院時点、なるべく早期に実施する。

頭部 CT は、できる限り入院時点、なるべく早期に実施することが望ましい。設備が無い場合は、必要に応じ医療連携によって実施する。

### 4) 心電図

措置入院の期間中、できる限り入院時点、なるべく早期に実施する。

### 5) その他の検査

脳波検査は必要に応じて実施する。髄液検査は必要があれば実施が望ましいものの、安全に行える環境や手順、技術を整えたいうえ行つか、医療連携によって実施する。

### 6) 心理検査

精神科診療にとって心理検査は非常に重要であり、診断や病態判断にとってかなり有力な客観的根拠が期待でき、診断に迷う場面等では特に有用性が高い。しかしながら、措置入院者全員に必須とまでは言えない。

自傷・他害の背景にある病態の鑑別を行うことは、課題の対策に直結し、ケースによっては決定的な所見を得られることもある。

## 8. 精神療法

### 1) 個人精神療法

措置入院患者は、Ⅱ-5「措置入院者の特徴」で示したとおり、特徴的な精神状態、心理状態にある。措置入院者のケアにあたる医師は、これらの特徴を理解し、精神療法を行う。

〈措置入院者の特徴 再掲〉

措置入院者は、「自傷・他害のおそれ」を呈するほどに精神症状が悪化して入院となっていることから、きわめて重篤な精神変調をきたしていることが前提となる。例として幻覚妄想状態における圧倒的な恐怖感、精神運動興奮状態における制御困難な病的意志発動性、重度の抑うつ状態における深い絶望感、自殺企図者における心理的視野狭窄などを伴う。措置入院は知事等の命令による行政処分であり、治療を受けることに納得していない状態での入院も多いことから、当初は医療そのものへの反発・抵抗がしばしば観察される。重篤な精神症状に加え、不本意感、不安、悲しみ、怒り、諦め、否認など、心理面においても複雑な感情下にある。改善に伴い自己や現実への認識が回復してくると、自身が置かれた状況にあらためて直面して抑うつのとなったり、退院後の生活等、現実的課題に対する不安、焦りが生じたりする。

### 2) 家族支援

家族面談は、本人の成育歴、現病歴を正確に把握するうえで重要な情報源であると同時に、家族に対する精神療法的な側面を併せ持つ。措置入院者本人が自傷・他害のおそれを呈するに至るまでには長い経過を経ていることも多々あり、家族が本人への対応のため著しく疲弊していたり、本人に対する陰性感情を抱いていたりする可能性がある。

措置入院の多くは警察官通報によるものであり、警察介入を経ての入院は本人にとって外傷的な体験となるのみならず、家族にとってまた強い衝撃を伴う体験であることを理解したうえで、家族の複雑な心情に十分配慮しつつ面談を行う。

退院後支援ニーズアセスメントを行う際には、家族の考える本人の支援ニーズについても把握することが望ましく、アセスメント結果を踏まえた家族心理教育等の家族支援を提供することが望ましい。友人等、家族以外の支援者が家族以上に本人とのかかわりが深い場合もある。本人との関係性等を確認したうえで、必要に応じて面談や支援を行う。

## 9. 薬物療法等

### 1) 標準的薬物療法

薬物療法における治療選択については、第一義的には主治医の裁量と考えられる。臨床薬理学に精通し、できるだけ標準的な医療を心がけつつ、一方ではガイドラインの限界等も理解し、成書や有用な参考文献をあたったり、患者の個別性を勘案したりしながら多職種チームや同僚、他の医師等とも意見交換をしながら治療を模索する姿勢が重要となる。

### 2) 持効性注射剤

措置入院者は治療中断や服薬状況が不規則であることが多い。持効性注射剤は、このような状況への有効な対策手段の一つである。

措置入院を受け入れる病院は持効性注射剤を使用できる体制を整えることが望ましく、措置入院者のケアにあたる医療者は持効性注射剤の使用にあたって、十分な知識と診療技術を習得するべきである。

導入にあたっては、各持効性注射剤の特性を熟知したうえで、当該患者への適否を十分に検討することはもとより、注射処置などの医療行為が発生することから、治療関係性を構築し本人の十分納得と同意を得たうえで導入することが重視される。継続治療を依頼する通院先医療機関において継続が可能かどうかを確認する。

### 3) 修正型電気痙攣療法

いわゆる治療反応不良例や治療抵抗性、および昏迷状態や切迫した自殺念慮等に対し、有効性や安全性に関するエビデンスの確立した治療手段とされる。措置入院者における治療反応不良例や治療抵抗性の頻度は不明であるが、自傷・他害のおそれという臨床特性から適用可能性が想定される。適応や手順については、専門学会等が策定するガイドライン等を参照し、慎重に判断し、適正に実施する。

### 4) クロザピン

治療抵抗性統合失調症に対して効果が認められている薬剤である。措置入院者における

治療抵抗性統合失調症の頻度は不明であるが、クロザピンを治療の選択肢とできることは措置入院者に限らず、精神科医療一般としても一定の臨床的意義や価値があると考えられる。個別の症例の臨床特徴に応じ、クロザピンの特性を十分に理解したうえで患者利益になるのであれば治療の選択肢となる。

クロザピンは無顆粒球症等の重篤副作用の発現可能性があることから、一定条件下に承認された薬剤であり、使用に当たっては一定の手順を遵守しなければならない。クロザリル適正使用委員会において策定され、クロザリル患者モニタリングサービス（Clozaril Patient Monitoring Service : CPMS）が運用手順を提供している。

実施に当たっては施設条件を満たす必要がある。使用可能な医療機関は限られており、地域移行の際は通院先医療機関が限定されるため、退院前によく確認・調整しておく。

## 10. 心理社会的治療

### 1) 心理教育とクライシスプラン

心理教育とは、精神障害など受容しにくい困難を抱える人たちに対し、心理面への十分な配慮をしつつ正しい知識や情報を伝え、病気や障害の理解を深めるとともに、病気や障害によってもたらされる諸問題・諸困難への対処法を習得することによって、本人が主体的に療養生活を営めるようにするための技法である。

措置入院を受け入れる病院およびケアにあたる医療者は、心理教育の実施により患者本人の治療への主体的参加を促し、本人と医療者の共同意思決定のプロセスによる本人参加型の療養計画を作成することが望ましい。

実施にあたっては、精神疾患の発症あるいは再発、非自発的な入院となったことで本人が受けた衝撃に対して十分な配慮をした支持的面接が基本となる。個別に実施されることが望ましいが、他の患者と共通する項目については10名程度までの少人数のグループによる実施を考慮してもよい。

クライシスプラン（病状が悪化した場合の対処方針）とは、病状悪化を未然に防ぎ、病状が悪化したときでも可能な限り本人の意向に添った対応を行うことを目的に、病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処や、支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処等をあらかじめ確認しておくものである。

クライシスプランには、次の各項目が含まれる。

- 病状悪化の兆候
- 病状悪化の兆候に気づいたときに本人が行う対処
- 病状悪化の兆候に気づいたときに支援関係者及び家族その他の支援者が行う対処
- 緊急連絡先

医療機関においては、退院前に、病状が悪化した場合の対処方針を作成する意義や活用方法について本人に十分説明した上で、本人との共同作業によりこの対処方針の案を作成することが望ましい。

## 2) 依存症治療プログラム

IV-11-2) 参照

## 3) 精神科リハビリテーション

退院後の地域生活に円滑に移行できるよう、必要に応じ、措置入院者の回復段階に応じた精神科リハビリテーションサービスの実施と、将来的な導入の検討を行う。

機能の評価や獲得のためには、回復段階に相応の社会場面を試みる必要がある。入院環境、しかも措置入院管理下での機能回復訓練には限界があるが、病棟内で何らかのリハビリテーション活動や作業療法を導入できることが理想的である。少なくとも生活技能等の不十分等を理由とした退行促進的に陥らぬよう、常に自立促進を意識したケアを心掛けることが重要となる。

支援ニーズを支援計画に反映させる過程において、個別ニーズに応じて退院後の精神科リハビリテーションについて本人を中心として多職種で検討できる体制を構築し、地域移行後の作業療法、デイ・ケア、病院外資源等について積極的に検討されることが望ましい。

## 11. 薬物使用に関連する精神障害への対応

### 1) 違法薬物使用を知った際の司法的対応

(保留)

### 2) 依存症治療プログラム

措置入院者のなかには精神作用物質の使用により精神病等の精神症状を呈して入院となる症例がある。このような場合でも、表面上観察される精神病症状の改善により措置症状が消退すれば措置解除となる。しかし、精神作用物質によって誘発された精神症状の基底には、依存症が存在することが少なくなく、措置入院の機会に依存症に介入し、退院後の継続的な地域支援体制を整えておくことは有用となる。

退院後支援計画の立案においても、依存症に対する治療計画について、患者の意向をふまえた検討を行う。具体的には、依存症専門医療機関への転院、民間リハビリ施設（ダルク等）や自助グループ（A.A.やN.A.等）といった社会資源の利用を促す働きかけ等が考えられる。地域に利用できる専門医療施設や社会資源がない場合、あるいは、患者が依存症に特化した資源を利用することを拒む場合には、一般的な精神科医療機関への通院継続を提案し、何らかの医療的関与の維持による最終的な治療転帰の向上を目指す。

依存症患者は、本人が問題を否認し、治療継続を望まない場合もまれではなく、患者本人だけでなく、家族に対する心理教育や情報提供も考慮される。紹介すべき社会資源としては、地域の精神保健福祉センター、依存症患者家族の自助グループ（アラノンやナラノン等）がある。

## 12. 他科受診

措置入院患者の医療は、入院した医療機関で行われるのが原則であり、身体合併症について

も、指定基準第二号柱書に他科を併設した総合病院を想定した医療機関に関する要件等が規定されるなど、法令上の対応がある。しかしながら、身体合併症の状況は多種多様であり、どの医療機関であっても万能ではないことから、本指定基準による対応のみでは自ずと限界があり、現実的には外部医療機関への他科受診は避けて通れない。

法内の一時外出を規定する条項は仮退院（法第 40 条、IV-13）のみであることから、その目的は合致しないものの、都道府県や政令指定都市によっては仮退院を用いたり、知事等の裁量で外部医療機関の受診を認めたりと、さまざまな手続きで外部医療機関の受診が行われている。標準といえる手順を特定できないことから、行政機関（保健所）とよく連携し、患者が安全かつ適切に受診できるよう、個別の案件毎に必要な手配を行ったうえ実施することになる。

受診中は、措置入院先病院の職員が同伴することが一般的で、措置入院中は自傷・他害のおそれがあるとの認識の下、行動リスク、身体合併症に伴うリスク等、種々のリスクを考慮に入れて対応する。

### 13. 仮退院

仮退院は精神保健福祉法第 40 条によって規定される。

仮退院とは、精神保健福祉法詳解の逐条解説によれば、措置症状が消退したかどうかの診断が困難な場合に適用される規定とされ、措置入院者が措置された病院から離れることが容認されるのは、措置解除または仮退院のいずれかによるべき、一時外泊は認められない、との解釈が示されている。

仮退院を行う場合、措置症状が消退したかどうかの診断が困難な場合に、所定の行政手続きを経て、外出や外泊、6 ヶ月以内の通院を行うことになる。具体的には、一見自傷・他害のおそれ認められないが、潜在的な自傷・他害のリスクは考えられ、それが顕在化した場合も未然に防げる範囲内において、一定の環境刺激を付加することで評価することを目的とし、措置入院患者が一旦病院を離れる臨時的試みを行うことである。自傷・他害リスクの顕在化も想定し、重大な事故につながらないように対策を講じた上で、実施する必要がある。

なお、他科受診のために外出泊を行う場合は本来の仮退院の目的に合致しない（IV-12 他科受診）。ただし、措置入院している精神科病院からの外出を規定した条項は、仮退院しかないため、都道府県・政令指定都市によっては、他科（外部医療機関）受診を仮退院の一形態としている場合がある。このような適用の場合にも、仮退院時に必要な手順を行う。

仮退院の実施にあたり、病院職員等が付き添うかどうかについて、法令等にその根拠は見当たらないが、長期間の同伴は非現実的で、職業上の役割としても病院職員が負うのは診療責任であり、保安についてその責任を負っていない（負えない）ことや、仮退院の実施にあたり自傷・他害のおそれがそれをできるほどに改善している前提を考慮すれば、必ずしも付添いの必要はないと解することに矛盾はない。

### 14. その他、特に留意を要する事項

措置入院とはその定義（適応）の特性上、種々の病態が混在することが知られている。このため、標準的な治療的対応では必ずしも対策や問題防止にならない可能性がある。

ここで例示する特に留意を要する事項とは、通常<sup>1</sup>の精神科診療において標準的ではないものの、遭遇する可能性が高頻度<sup>2</sup>にあって、同時に見落としやすいリスクになりやすく、措置入院という特定の医療形態の中で一定の配慮が必須となるような臨床的事項である。診療の中で見落とされることの無いよう確認することが望ましい。

〈特に留意を要する事項〉

- 身体合併症がある
- パーソナリティ障害が主な基本病態ないし併存
- ASD、ADHD、愛着障害等、発達段階からの病態が主な基本病態ないし併存
- 知的障害が主な基本病態ないし併存
- 薬物乱用・薬物依存が主な基本病態ないし併存
- 認知症・脳器質疾患が基本病態ないし併存
- 診断が不明確
- キーパーソン不在
- 遠隔地に在住している／遠隔地に転出する
- 住所不定・帰住先不定
- 仮退院の必要がある
- 急速な改善
- 短期の措置解除
- 治療反応不良や反社会行為など、主観的な困難感が著しい

#### IV. 措置解除の判断

法第 29 条の 4（入院措置の解除）

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ぬ。

## 1. 判断のプロセス

措置入院の入院要否判定は、対象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られるかどうかによって行われる。そのため、その解除の可否は、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かどうか、によって判断される。

措置入院は多義・多様であるとされるが、その理由のひとつは、どのような精神障害が背景であるかについては大きく問われず、主に自傷他害のおそれの一点で判断されることが関連している。すなわち、精神障害の定義が広範であること、心理社会的な背景要因や本人を取り巻く環境が様々であること、「おそれ」という概念にあまりにも大きな幅があり、専門的判断とはいえず主観の入り込む余地を残していることなどによる。

解除に際しては、このような措置入院の多義・多様性を前提に、自傷・他害のおそれが消退したのかどうかについて明確に判断されなければならない。重要なことのひとつは、入院治療や静養等によってもたらされる回復のプロセスによってそれが実現したのかどうかという文脈である。例えば、他害行為の基礎病態となっていた妄想の訂正や易刺激性の消失など、治療によって精神病性症状の改善が認められれば、表面に現れる行動面の評価と併せ、それらは措置要件の消退を評価するにあたり確実性の高い判断根拠になると考えられる。一方で、眼前の状態において破壊的衝動や自殺念慮が観察されない場合であっても、潜在的な病態が残存し、別の瞬間にはそうした症状の出現が臨床観察上の妥当な根拠をもって想定されるのであれば、要件が消退に至ったとは一般に考えられない。

少なくとも措置診察と同等の評価を行う必要はあり、その時点判断として要措置として該当しなければ、措置解除という判断は一定の妥当性を有することになる。

### 法第 29 条の 5

措置入院者を入院させている精神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。

## 2. 解除までの手続き

判断の手順としては、法によれば指定医がこれを判断するとされている。つまり指定医が独断することも適法であるが、実際にはチーム医療による共有認識が成立した状況での判断が推奨される。すなわち、多職種の協働作業による種々のプロセスを経て得られるアセスメント情報を集約し、総合的に検討した結果、指定医が最終判断をすることが最適である。

具体的には、本ガイドラインで診療プロセスを実施し、自傷・他害のおそれが消退したかどうかの検討を並行して継続的に行い、必要に応じて管理者等の評価を交えるなどして、これらの判断材料を元に最終的に指定医が判断する手順とすべきである。

措置解除のために、指定医はその時点で患者を直接診察し、自傷・他害のおそれがないことを確認する。措置入院した患者は、措置入院した時点で2名の指定医によって、自傷・他害のおそれが認定されている。したがって、まずは、措置入院した時点で存在していた自傷・他害のおそれが、その時点でも存在しているかどうかを確認する。

措置入院中に、新たな自傷・他害のおそれが出現していないことも確認する。措置入院者であってもなくても、病状が変化することは珍しくない。例えば躁状態に伴う破壊行為で措置入院した患者が抑うつ状態となり自殺念慮を呈する場合などである。このような症状の変化があった場合には、変化後の症状において自傷・他害のおそれに該当するかどうかについて評価を行うべきである。

容易に中断が予想され、中断すれば自傷・他害に至る可能性の高い患者、心的外傷を有し、特定の刺激によって行動上のハイリスクとなるような危険な経歴を有する患者、依存症治療プログラムを要する患者や規制薬物の再使用などによって自傷他害のおそれの出現が不安視される患者など、特定の配慮が考慮される場合には、必要に応じ関係機関に助言を求め、措置解除の検討過程で会議を開催し、判断材料を収集したり、自傷・他害のおそれの再発予防となるような支援策を模索したりすることも一つの方法である。

元来のリスクが軽減し、新たなリスクも認めず、その時点において措置診察を行ったとしても、要措置と判定されない状態であり、自傷・他害のおそれが消退したと判断したならば、ただちに措置解除の手順に移行しなければならない。

指定医は措置入院者の症状消退届を作成し、措置入院先病院の管理者は直ちに最寄りの保健所長を経て知事等に届け出なければならない。実際の解除までには提出後数日を経ることがある。

### 3. 措置入院者の症状消退届記載上の留意点

措置入院者の症状消退届（以下、消退届）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旨、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項」を知事等に届け出するための書面である。措置入院先病院の管理者が届け出なければならない。

消退届は、「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」（2000年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）、様式12により書式が定められている。

消退届の記載内容については、できるだけ状況を補足し、支援につながるような情報が含まれるようにする。

「入院以降の病状または状態像の経過」欄は、措置解除の医学的正当性根拠を示す欄であり、病状と問題行動の医学的関連を考慮しながら、措置症状の消退経過に関連する内容を中心に記載する。措置入院時の診断を変更した場合や、病名の不一致がある場合には、「入院以降の病状または状態像の経過」欄に、その病名を診断するに至った経緯を記載することが望ましい。

「退院後の帰住先ならびに住所」欄は、退院後支援のために重要な情報となる。未定の場合には、未定とするか、帰住先として可能性がある場所を記載するかは、その未定の程度により、措置入院先病院が判断する。

「訪問指導等に関する意見」および「障害福祉サービス等の活用に関する意見」欄は、必ずしも指定医が記載すべきとされている欄ではないが、地域での必要な支援について、医療機関が行政機関に対して正式な文書で伝達できる貴重な機会である。支援計画の内容や会議での検討結果などを反映させる。

## V. 退院に向けた自治体との協力

### 1. 自治体による精神障害者の退院後支援の概要

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によれば、入院をした精神障害者は、地域生活を送る上で様々な課題やニーズを抱えていることが多く、円滑な社会復帰等の観点からは、そのニーズに応じて、退院後に必要な医療、福祉、介護、就労支援等の支援（以下、医療等の支援）が実施されることが望ましい、とされる。

このため、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では、入院した精神障害者のうち、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認められる者について、各自治体が、その体制を整備しつつ、可能な範囲で積極的な支援を進めていくことができるよう、自治体を中心となった退院後の医療等の支援の具体的な手順が整理された。

自治体は、法の理念と退院後支援の趣旨を十分踏まえた上で、医療機関や地域援助事業者等の関係者と連携・協力して精神障害者の退院後支援に取り組むことが必要である。その際には、本人の支援ニーズを的確に把握し、本人及び家族その他の支援者の意向を十分踏まえながら、入院中の精神障害者が円滑に地域生活に移行することができるよう、過不足のない支援を提供すべきである。

### 2. 自治体との協力体制の構築

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では、法第47条に基づく相談支援業務の一環として、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る入院中の精神障害者について、退院後に社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促

進のために必要な医療等の支援を適切かつ円滑に受け取ることができるよう、本人の同意を得た上で、必要な医療等の支援内容等を記載した退院後支援に関する計画（以下、計画）を作成することが適当である、とされる。

作成主体は支援対象者の退院後の居住地を管轄する保健所設置自治体である。

措置入院を受け入れる病院は計画の作成等において、自治体との協力体制を構築する。

支援対象者としては、作成主体の自治体が、自治体を中心となって退院後の医療等の支援を行う必要があると認められた入院中の精神障害者のうち、計画に基づく支援を受けることに同意した者である。支援対象とすることの最終決定は、自治体が行うことに留意する。

### 3. 退院後の支援に関する計画作成のための会議

退院後支援に関する計画の作成にあたっては、原則として、入院中に会議を開催し、支援関係者等で計画の内容等を協議することが適当である。

ここで、会議の設置主体は、計画の作成主体の自治体である。会議の日程調整、記録の作成等、関係事務を行う事務局は、会議の設置主体となる自治体の保健所等の機関が担うことが想定される。

支援対象者である措置入院者の入院先病院の職員は、会議に支援関係者として出席し、本人の病状や治療経過、退院後支援のニーズに関するアセスメントの結果、計画に関する意見等について説明するなど、計画の作成が適切かつ円滑に行われるよう協力することが望ましい。出席する担当者としては、主治医、退院後生活環境相談担当者、看護師、作業療法士、臨床心理技術者等が想定される。主治医が精神保健指定医(以下「指定医」という。)ではない場合には、主治医に加え、指定医が参加することが望ましい。

### 4. 退院後の支援に関する計画に係る意見書

支援対象者の入院先病院は、支援対象者の症状が一定程度落ち着き、退院後支援のニーズをある程度評価できるようになった段階で、直近の退院後支援ニーズに関するアセスメントの結果を踏まえ、計画に係る意見書(参考様式 3、4)を可能な範囲で記載し、当該アセスメントの結果とともに、作成主体の自治体に提出することが望ましい。

その際には、本人及び家族その他の支援者の意向を確認し、意見書の作成に本人及び家族その他の支援者が参画できるようにすることが望ましい。また、この際、入院先病院は、可能な範囲で、通院先医療機関等、具体的な支援関係者の候補も併せて作成主体の自治体に情報提供する。

### 5. 本人の退院後の居住地に関する自治体への連絡

支援対象者の入院先病院は、支援対象者の退院後の居住地が入院前の居住地から変更になることを把握した場合は、速やかに作成主体の自治体に対して連絡を行うことが望ましい。また、住所不定の者の退院後の居住地に関しては、関係する自治体と協力して本人が居住地を確定す

るために必要な援助を行うことが望ましい。

## **6. 退院後の支援に関する計画が作成されない場合の対応**

自治体による退院後支援の必要性が高いと判断されたにもかかわらず、計画に基づく支援の実施について本人の同意が得られない場合や、本人の計画作成への意向の確認が困難である場合には、計画の作成は行わない。ただしこの場合も、医療機関は、本人及び家族その他の支援者の意向を尊重し、支援ニーズに基づいた支援を提供できるように努め、必要な連携構築や環境調整等を行うことが望ましい。

RESEARCH ARTICLE

# The recognition and expectations of ex-inpatients of mental health services: A web-based questionnaire survey in Japan

Akihiro Shiina<sup>1,2\*</sup>, Yasutaka Ojio<sup>3</sup>, Aiko Sato<sup>2</sup>, Naoya Sugiyama<sup>4</sup>, Masaomi Iyo<sup>1,2</sup>, Chiyo Fujii<sup>3</sup>

**1** Division of Medical Treatment and Rehabilitation, Chiba University Center for Forensic Mental Health, Chiba-shi, Chiba, Japan, **2** Department of Psychiatry, Chiba University Hospital, Chiba-shi, Chiba, Japan, **3** National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira-shi, Tokyo, Japan, **4** Numazu Chuo Hospital, Numazu-shi, Shizuoka, Japan

\* [shiina-akihiro@faculty.chiba-u.jp](mailto:shiina-akihiro@faculty.chiba-u.jp)



**OPEN ACCESS**

**Citation:** Shiina A, Ojio Y, Sato A, Sugiyama N, Iyo M, Fujii C (2018) The recognition and expectations of ex-inpatients of mental health services: A web-based questionnaire survey in Japan. PLoS ONE 13 (10): e0197639. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197639>

**Editor:** Sungwoo Lim, New York City Department of Health and Mental Hygiene, UNITED STATES

**Received:** May 2, 2018

**Accepted:** September 27, 2018

**Published:** October 15, 2018

**Copyright:** © 2018 Shiina et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

**Data Availability Statement:** All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

**Funding:** This study was supported by a grant to the corresponding author from the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare as part of a research project entitled “Research of the inclusive care for the psychiatric patients discharged from involuntary admission by the prefectural governor’s order.”

## Abstract

Concern about mental health issues and the treatment of mentally disordered offenders attracts considerable public attention. This study aimed to gather the experiences and opinions of people who have experienced admission to a psychiatric ward in order to grasp their reaction to, and understanding of, the legislation behind the involuntary admission of psychiatric patients. A web-based questionnaire survey was conducted with a total of 379 participants, using a cross-sectional, exploratory design. The data were analyzed using a chi-squared test, Fisher’s exact test, and a logistic regression analysis. According to the results, many patients were satisfied with their treatment during psychiatric admission; however, only few participants said that they had been given an adequate explanation for their involuntary treatment. Most participants expected qualified assistance after discharge, although the prospect of a regular visit from an official was not entirely supported by the participants. Patient satisfaction was relevant to the discussion of their needs after discharge and in developing a crisis plan during admission. These findings suggest that psychiatric patients accept inpatient treatment as long as they receive an adequate explanation. More qualified care such as relapse prevention would be expected to lead to better satisfaction. For them to welcome regular visits from an official, patients may need more information and discussion.

## Introduction

In recent years, mental health has become one of the most devastating health concerns faced by societies globally, including both mental health professionals and the general public. The World Health Organization (WHO) considers several mental disorders to result in living through a damaging disability-adjusted life years (DALYs) [1]. In many nations, public attention has been caught by the rise of mental disorders and the need to find effective treatments for them [2].

**Competing interests:** The authors declare no potential conflicts of interest concerning the research, authorship, and publication of this article.

In addition, public attention and the media often focus on mental disorders as a cause of criminal offenses [3]. There have been several cases in which the perpetrator of a serious crime was found to have been suffering from a mental disorder. These incidents often attract public anger towards, and suspicion of, offenders with mental disorders. This trend in public opinion has led to discussion of the need for a new provisions within legal systems for treating offenders with mental health issues, in various nations [4–7].

There are two main legislations regarding treatment of mentally disordered offenders in Japan. Mental Health and Welfare Act (MHWA) was originally established in 1950 as the Mental Hygiene Act. This law regulates general rules of inpatient care for patients with mental disorder, and has been repeatedly amended to address several contemporary issues. On the other hand, the Medical Treatment and Supervision Act (MTSA), enforced in 2005, is specialized for the treatment of mentally disorders patients who committed serious crimes [6].

In Japan, in 2016, a massacre occurred at a residence for disabled people in the city of Sagami-hara. The defendant, who was an ex-employee of the residence, was suspected to have broken into the facility to kill 19 residents based on his prejudiced against and hatred of disabled people [8]. He had been hospitalized involuntarily for a couple of weeks by order of the prefectural governor under the MHWA, and was a likely cannabis abuser (cannabis is not dominantly abused in Japan.) This incident ignited a broad public argument about several issues relevant to the current situation in Japan. Following the report published by the special team in charge of examining the incident [9], the government submitted an amendment to the MHWA. The amended bill contained a new scheme for the official follow-up of patients hospitalized by the prefectural governor's order. Some politicians, as well as scholars, disagreed with the new bill, as they were concerned about the potential risk that patients under supervision would their human rights restricted. The bill was abandoned because of the dissolution of the Diet in 2017, and has not since been resubmitted [10]. Instead, the Ministry of Health, Labour and Welfare published guidelines based on a similar scheme to enhance support for patients with mental disorders after discharge. The guidelines said municipalities should support patients only when they give consent; in addition, the need for respectful explanation of the treatment to the patient was emphasized in these guidelines. People who require such support are not limited to patients who have committed an offence [11, 12].

The corresponding author has been a member of a research team focused on reforming the MHWA and also engaged in the establishment of the guidelines mentioned above. The team members had been concerned about the MHWA for its insufficient guarantee of adequate care and treatment for psychiatric patients—not limited to offenders with a mental disorder, but also general patients. Therefore, we believed that discussion of reform of the MHWA should not be limited to the context of the Sagami-hara case but should include improvement of the entire range of mental health activities in Japan [13].

Over the course of a number of team conferences, the need became clear for a survey that gathers the opinion of the target population on this legislation (i.e., offenders with mental disorders) was suggested, partially because of a serious backlash against the bill directed by opposition party members who claimed the bill was against the will of psychiatric patients [10].

There are a limited number of studies shedding light on psychiatric patients' opinions in Japan. According to NPO Zensei Net, an association of psychiatric service users, psychiatric patients are likely to have metabolic diseases at younger ages compared to general patients, based on the result of a questionnaire survey of service users. Furthermore, the majority of patients indicated that they had not been given an explanation about the risk of relapse of their disorder [14]. Another survey of psychiatric patients revealed that 36% of participants had not discussed the risk of relapse with their psychiatrist [15]. These results suggest that psychiatric patients perceive insufficient relapse prevention because of inadequate communication with medical practitioners.

The amended MHWB bill aimed at relapse prevention in patients who had experienced psychiatric admission, by assuring continuity of medical treatment. To achieve this purpose, it is indispensable to meet patient's needs for services.

Therefore, we believed that gaining an understanding of how people who have experienced admission to a psychiatric ward feel about the current situation of mental health care, and what they want for the future were essential before constructing the new scheme suggested by the bill.

Based on these recommendations, the present study aims to clarify the opinions of Japanese psychiatric patients who have had experiences of psychiatric ward admission about the mental health care system and the care they have received, and to understand whether the kind of mental health care that would be provided based on the reforms in the MHWB would suit their needs and preferences.

## Materials and methods

### Research questions

As mentioned above, we were concerned about the opinions of ex-inpatients with a mental disorder about the mental health care they had received and about a mental health care scheme like the one that would have emerged under the MHWB amendment. How did they regard their treatment in the psychiatric hospital? Were they provided an appropriate explanation? Did they accept the necessity of the treatment? Would the contents of the amended MHWB scheme be welcomed by patients?

To answer to these questions, we conducted this cross-sectional, exploratory, web-based questionnaire survey.

### Participants

To conduct the survey, we made a contract with the Japan Research Center (JRC), a marketing company in Japan, to recruit participants. Cyber Panel (<http://www.nrc.co.jp/monitor/cyber201.html>), a registration system for web-based questionnaires managed by JRC, was used to search a database consisting of approximately 200,000 people.

We decided to gather the opinions of people registered in Cyber Panel who had been admitted at least once to a psychiatric ward. This was because the new scheme planned in the MHWB amendment mainly targeted psychiatric inpatients who were expected to be discharged.

### Measures

We developed a series of questions based on a discussion conducted by the research group members, with reference to a previous study conducted in Japan [16]. The items from the questionnaire are shown in the [S1 Table](#).

There were five sections in the questionnaire following the screening section whose purpose was to check that each respondent had experience of psychiatric admission.

In Section One, participants were asked about their knowledge and opinion of the MHWB and the MTSA. The content of these questions was copied from that of a previous study in which the corresponding author asked outpatients with mental disorder for their knowledge and opinions about forensic mental health [16]. This section was included in order to compare the present participants' answers with those in the previous study.

In Section Two, participants were asked about the form of inpatient admission they had experienced (either MHWB or MTSA). In this section, we covered all available forms of

psychiatric admission [Involuntary admission by the prefectural governor's order in the MHWA/ Admission for medical care and protection in the MHWA/ Voluntary admission in the MHWA/ Emergency admission in the MHWA/ Hospitalization order by the court in the MTSA/ Hospitalization for assessment in the MTSA.]

In Section Three, participants were asked about their opinion regarding their latest psychiatric admission. The items in this section were selected according to the judgment of the research team members. In this section, we asked participants to only describe their feeling about the latest admission, specifying which experience was being examined to help them remember their feelings more easily. We also intended to examine how the form of admission influenced their opinion. We hypothesized that involuntarily admitted patients would have lower satisfaction levels.

In Section Four, participants were presented with examples of treatment for aiding inpatients in preparation for discharge and for the prevention of readmission. Participants were asked whether each of these examples was offered to them during their latest psychiatric admission. The aim of this section was to identify the current service level of psychiatric admission.

Finally, in Section Five, we asked whether, if they were to be readmitted to a psychiatric ward, the participants wanted to receive the types of assistance that had been presented to them in the previous section.

## Procedure

The survey was conducted from April 27 to May 31, 2017. JRC sent the questionnaire to all people in the database identified having a medical history of any mental disorders. Only those who had personally experienced psychiatric admission were encouraged to send back the answer form. The respondents were informed of the aim of this study and were told that their personal information would not be sent to us, that it would cost them nothing (except telecommunication costs), that the results would be published, and that participants would be rewarded by JRC. After completion of the survey, JRC anonymized the gathered data and sent them to us.

## Data analysis

We analyzed the data using IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24 (IBM Corp., Armonk, NY, United States), and set the level of significance at  $p < 0.05$ . We adopted the chi-squared test, Fisher's exact test, and logistic regression analysis according to the nature of the variables in question.

## Ethical issues

The study protocol was approved by the ethics committee of the Graduate School of Medicine at Chiba University on April 27, 2017 (no. 189). We did not receive any personal information from the participants or JRC. All respondents were taken to agree to participate if they sent in their answer form. We registered the study with the Clinical Trials Registry of the University Hospital Medical Information Network (UMIN, Tokyo, Japan) with the unique trial number UMIN000027316.

## Results and discussion

### Demographic data

JRC had identified a total of 35,505 people with mental disorders as potential candidates for the survey. The data JRC provided included the following categories of disorders: depression

(9,644), sleep disorders (6,082), neuroses (5,189), panic disorder (3,404), bipolar disorder (1,672), bulimia nervosa (1,579), social anxiety disorder (1,378), anorexia nervosa (1,222), obsessive-compulsive disorder (1,005), schizophrenia (925), post-traumatic stress disorder (892), general anxiety disorder (815), attention-deficit hyperactivity disorder (446), and other mental disorders (1,252). JRC sent the request form of the questionnaire to all 35,505 registrars. A total of 379 participants who had at least one experience of admission to a psychiatric ward replied to the questionnaire. All of their data were included in the following analyses. Since there are no exact data regarding how many people in Cyber Panel had experienced a psychiatric admission, the response rate cannot be calculated.

**Section One: Knowledge and opinions about the MHWA and related matters**

A total of 50 (13.2%) participants answered that they knew the MHWA well, while 194 (51.2%) knew it a little, and 134 (35.4%) answered they did not know it. One participant did not answer. A total of 79 (20.8%) knew the fact that the MTSA had come into force in 2005, while 297 (78.4%) did not know it and three did not answer. The proportion who answered that they knew the MHWA well was higher than that of a previous survey conducted by the corresponding author using psychiatric outpatients (chi-squared test,  $df = 2$ ,  $\chi^2 = 197.43$ ,  $p < 0.001$ . See Fig 1) [16]. With regard to the scheme of involuntary admission by the prefectural governor's order, 149 (39.3%) were definitely in favor of the policy and 110 (29%) were relatively in favor; 4 (1.1%) were definitely against and 10 (2.6%) were relatively against, and 106 (28%) were neutral. With regard to the MTSA scheme, 159 (42%) were definitely in favor and 92 (24.3%) were relatively in favor; 3 (0.8%) were definitely against and 12 (3.2%) were relatively against; and 106 (28%) were neutral; three did not answer.

**Section Two: Past experience of psychiatric admission**

In total, 45 (11.9%) of participants had experienced involuntary admission by the prefectural governor's order under the MHWA (including urgent involuntary admission, limited to up to 72 hours). In addition, 35 (9.2%) had experienced admission for medical care and protection

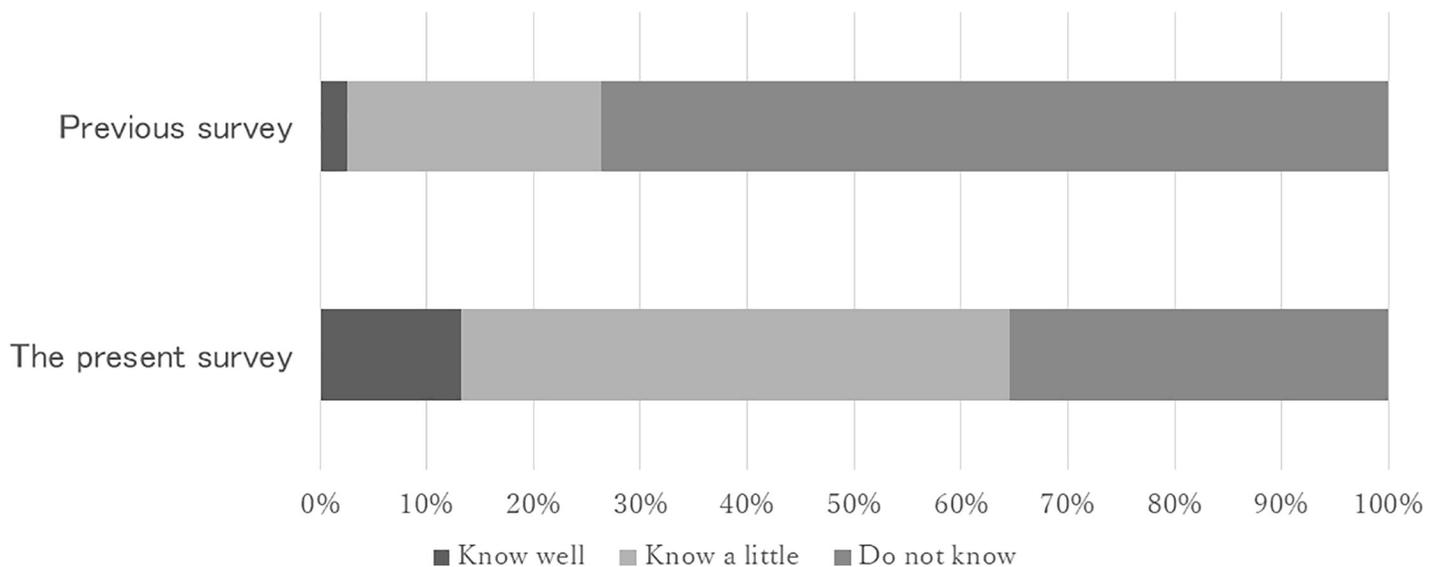


Fig 1. "Do you know the contents of the Mental Health and Welfare Act?" (compared with a previous survey [16]).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197639.g001>

through the MHWA, 98 (25.9%) had experienced voluntary admission through the MHWA, 11 (2.9%) had experienced emergency admission through the MHWA, 7 (1.8%) had experienced a hospitalization order by a court through the MTSA, and 4 (1.1%) had experienced hospitalization for assessment through the MTSA; 102 (26.9%) participants answered that they had experienced another form of psychiatric admission, while 102 (26.9%) did not know what form of admission they had experienced.

These findings were analyzed by cross-tabulation, which revealed that the participants who had experienced involuntary admission by the prefectural governor's order had a significantly more unfavorable opinion of this scheme than those without experience of involuntary admission (Fisher's exact test,  $df = 4, p = 0.034$ ). (See [Table 1](#)).

### Section Three: Impression of one's most recent psychiatric admission

Participants' most recent admissions to a psychiatric ward took the following forms: involuntary admission by the prefectural governor's order through the MHWA (including urgent involuntary admission) (30, 7.9%), admission for medical care and protection through the MHWA (19/5%), voluntary admission through the MHWA (88, 23.2%), emergency admission through the MHWA (6, 1.6%), hospitalization order by a court through the MTSA (5, 1.3%), hospitalization for assessment through the MTSA (3, 0.8%), and other forms of admission (126, 33.2%). A total of 102 (26.9%) participants did not know the form of their latest admission.

The majority of participants answered that they had accepted the explanation of the necessity of admission. Approximately one-third of participants had felt themselves at risk of harm to self or others at the time of the latest psychiatric admission. Almost one-fifth of participants had received treatment without their consent. Nearly two-thirds of participants believed that their latest admission had been necessary. Among only those who had experienced involuntary admission by the prefectural governor's order, 19 (67.9%) felt the admission had been necessary. Almost half of the participants answered that they were definitely or relatively satisfied with the treatment they received during their latest admission. These results are shown in [Table 2](#).

### Section Four: Assistance offered in the most recent psychiatric admission

In all ten of the items, only a minority of participants answered that they had been given the types of assistance that were described (see [Fig 2](#)). For example, only 40 (10.1%) of the participants answered that they had been given a clear explanation about the necessity of involuntary treatment. The proportion was not significantly different between those who actually received treatment without their consent and those who did not receive any involuntary treatments (chi-squared test,  $df = 2, \chi^2 = 2.496, p = 0.299$ ).

For additional statistical analyses, we converted the answers concerning patients' most recent psychiatric admission satisfaction level into a binary scale: "definitely satisfied" and "relatively satisfied" were converted into "satisfactory," while "neutral," "relatively unsatisfied," and "definitely unsatisfied" were converted into "unsatisfactory." After the conversion, 189

**Table 1. Opinion of involuntary admission by the prefectural governor's order (Split by whether or not involuntary admission by the prefectural governor's order was experienced).**

What is your opinion of the scheme of involuntary hospitalization by the prefectural governor's order for patients at risk of harm to self or others because of mental disorders?					
Involuntary admission by the prefectural governor's order in the MHWA	Definitely agree	Relatively agree	Neutral	Relatively disagree	Definitely disagree
Experienced	14	8	20	2	1
Did not experience	135	102	86	8	3

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197639.t001>

**Table 2. Participants' views of their most recent psychiatric admission.**

Did you accept the necessity of admission and condition of discharge based on fully understanding the explanation?	
Accepted based on understanding the explanation	206 (54.4%)
Well-explained, understood, but did not accept	41 (10.8%)
Did not understand the explanation	16 (4.2%)
Did not receive an explanation	53 (14.0%)
Do not know	62 (16.4%)
At your most recent admission to a psychiatric ward, did you feel you were at risk of harm to self or others because of your mental disorder?	
Yes	122 (32.2%)
No	197 (52.0%)
Do not know	58 (15.3%)
During your most recent admission to a psychiatric ward, did you get any treatment without your consent (e.g. forced injection, restriction of telecommunication, seclusion, and restraint)?	
Yes	75 (19.8%)
No	263 (69.4%)
Do not know	
Do you believe that your most recent admission to a psychiatric ward was necessary for you?	
Yes	248 (65.4%)
No	45 (11.9%)
Uncertain	84 (22.2%)
Were you satisfied with the treatment in your most recent admission?	
Definitely satisfied	89 (23.5%)
Relatively satisfied	100 (26.4%)
Neutral	101 (26.6%)
Relatively unsatisfied	34 (9.0%)
Definitely unsatisfied	52 (13.7%)

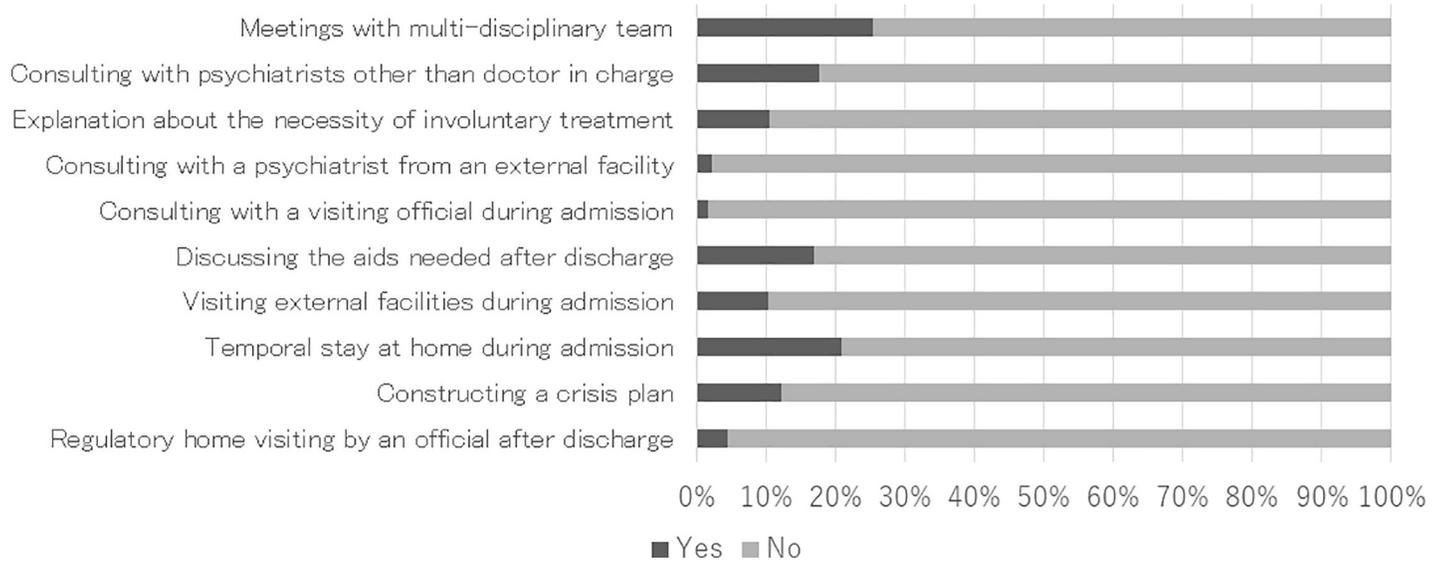
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197639.t002>

(49.4%) participants were classified as having had a “satisfactory experience,” and 187 (49.3%) as “unsatisfactory.” Next, we examined whether their satisfaction was altered based on explanation of the necessity of involuntary treatment. We found no significant difference in the proportion of satisfied participants, regardless of the explanation given (chi-squared test,  $df = 1$ ,  $\chi^2 = 2.854$ ,  $p = 0.091$ ). However, when stratification with the existence of involuntary treatment was applied, among participants who received involuntary treatments, those who had received an explanation of the necessity of involuntary treatment were significantly more likely to be satisfied than those who had not (Fisher’s exact test,  $df = 1$ ,  $p = 0.016$ .)

Furthermore, we applied a logistic regression analysis to identify the factors that influenced inpatients’ satisfaction. We set the binary value “satisfaction” above as the dependent variable and input the ten items of treatment for assisting inpatients (from Section 4) as the independent variables. We used stepwise, logistic regression analysis, with increasing variables. As a result, two items: “discussing the assistance needed after discharge” ( $B = 0.886$ ,  $SE = 0.317$ ,  $Wald = 7.819$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.005$ ,  $Exp(B) = 2.427$ ) and “constructing a crisis plan” ( $B = 0.847$ ,  $SE = 0.375$ ,  $Wald = 5.107$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0.024$ ,  $Exp(B) = 2.322$ ), were extracted as significantly relevant to satisfaction level.

### Section Five: Preferred assistance in future psychiatric admissions

In all ten items, positive opinions were much more prevalent than negative ones. However, for the items “consulting with a visiting official during admission” and “regulatory home visiting



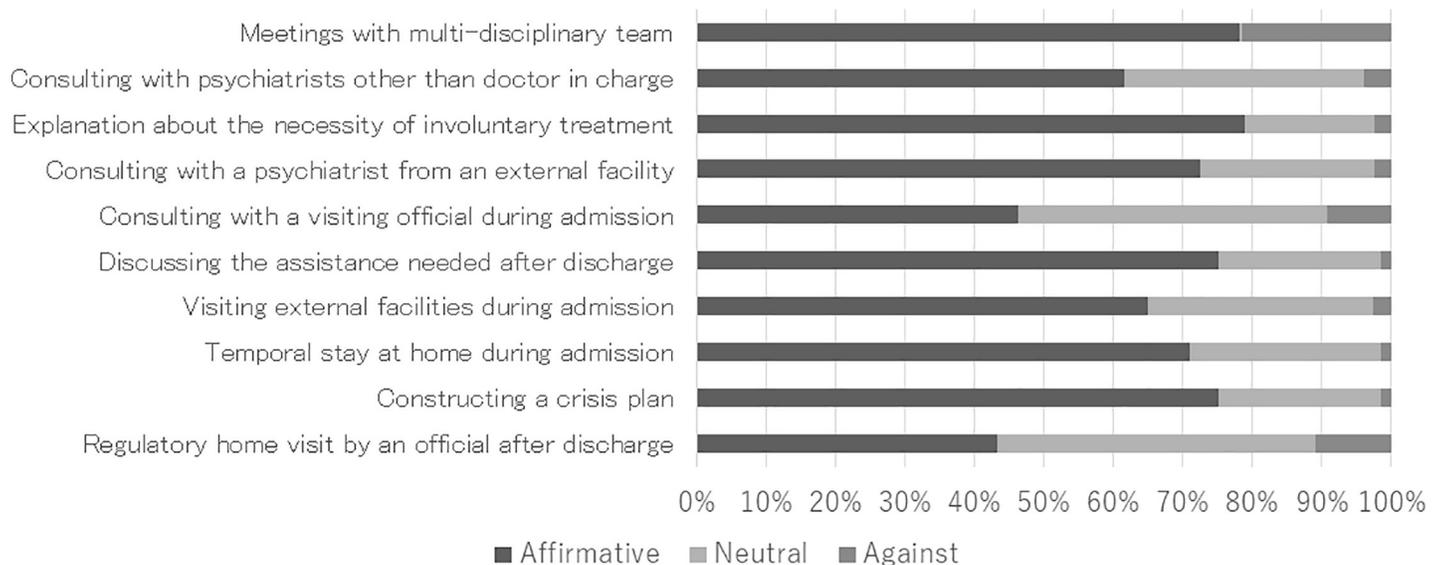
**Fig 2. Treatment the participants had received during their most recent admission to a psychiatric ward.**

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197639.g002>

by an official after discharge,” a considerable number of participants answered that they were uncertain (See Fig 3).

### Discussion

In the present study, we conducted a questionnaire with people who had experienced admission to a psychiatric ward. This survey focused on patients’ opinion toward mental health care services. The results from this study give us some important information regarding the opinions of these psychiatric patients. Over 35,000 patients (approximately one percent of all psychiatric patients in Japan) [17] were screened to detect more than 300 participants with



**Fig 3. Opinions about assistance preferred in a future admission.**

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197639.g003>

experiences of psychiatric admission. We are aware of no surveys of a similar scale using psychiatric patients in Japan.

For the present study, we constructed a questionnaire based on discussion among the research team whose members were engaged in the reform of the MHW. Therefore, the items included in the questionnaire were specific to the planned amendment of the MHW scheme. We believe this was advantageous for the utilizability of our results to inform further discussion on reforming mental health services in Japan. On the other hand, this feature makes it difficult to generalize the results to psychiatric patients in other nations.

There are some psychometric tools that are standardized for evaluating the satisfaction level and emotional climate of psychiatric inpatients [18,19]. Adopting them would have improved the generalizability of this study. However, we could not find such tools available in Japanese language without burdening respondents. We had to prioritize feasibility and quick completion of this online survey; therefore, we narrowed down the items of the questionnaire.

In this study, a considerable proportion of the participants answered that they had knowledge of the legislation regarding mental health services. Ex-inpatients were more likely to know the MHW well, compared to general outpatients. These findings suggest that individuals are best able to gain knowledge of the mental health law through their own experience. This estimation is consistent with the fact that the MHW demands that medical practitioners explain to psychiatric inpatients about their legal status and human rights. On the other hand, it appears that participants did not possess enough knowledge of the circumstances governing their psychiatric admission. A total of 126 (33.2%) participants answered that their latest form of admission to a psychiatric ward was in the category "other forms of admission." It is, however, extremely rare for a patient to be hospitalized under neither the MHW nor the MTSA [20]. Thus, it seems that up to a third of participants might have misunderstood the form of admission they experienced, and so it is possible that some patients were not as familiar with mental health law as they believed. Alternatively, some patients may not have been concerned about their legal status at the time of their admission, so may not have paid attention to the information provided to them.

Many participants said at the time of the survey that their latest admission had been necessary. This result is similar to those in studies previously conducted in other nations, such as Switzerland [21] and Ireland [22]. However, the participants whose latest admission was an involuntary admission by the prefectural governor's order had a relatively negative opinion toward involuntary admission (see Table 1.) This result is consistent with that of a previous study in Japan [16], and means that the scheme of involuntary admission by the prefectural governor's order may require the fostering of a better level of understanding in its patients to increase their level of acceptance.

An additional analysis revealed that the satisfaction of participants who had received involuntary treatments was associated with a thorough explanation. High satisfaction in patients may motivate them to continue treatment, leading to better outcomes [23]. Thus, in cases where patients are confused about the necessity of the treatment, health practitioners should spend more time explaining it.

Approximately a fifth of participants answered they had received some treatment without their consent. The MHW permits an administrator of a psychiatric hospital to place some restrictions on an inpatient's behavior, such as seclusion and restraint, as far as this adheres to appropriate legal procedures (judged by licensed psychiatrists, proper medical recording, regulatory reassessment, and so on.) However, how to address medical treatment without informed consent, such as forced injection, is not described in the MHW. Wider and more detailed investigation is needed to clarify the current situation of forced treatment in psychiatric hospitals in Japan.

Although we believed before conducting the survey that many psychiatric hospitals were already offering various kinds of assistance for qualified care, most participants answered that they had not been given them. The distribution of answers was not altered by sorting by the form of admission. Among them, the result that only 10.1% of participants believed that they received a proper explanation regarding the necessity of involuntary treatment is surprising. The MHWa requires practitioners to explain the possibility of involuntary treatment to all inpatients at the beginning of admission. In reality, it appears that most patients did not understand the explanation that was provided to them. If there are cases where medical practitioners adopt coercive means to provide treatment without proper explanation to psychiatric inpatients, this is something that needs to be addressed as a matter of priority.

On the other hand, positive opinions were more common than negative ones on every item that was asked in section 5. Overall, the participants seemed happy to be given the kinds of assistance that were planned to be introduced after the amendment of the MHWa. Patient satisfaction was positively associated with discussing the assistance needed after discharge and with constructing a crisis plan. These items can thus be interpreted as helping prevent readmission. Identifying the risk of readmission with providing some solutions in advance to the situation are important, not only for good treatment outcomes but also for better patient satisfaction.

An exception to this is that officials visiting a patient's home were not entirely welcome. Not many participants actively opposed the proposal, but half withheld their opinion towards receiving an official's visit after being discharged. It is possible that patients are not willing to be involved in a scheme of official support for discharged patients, or perhaps they have an inaccurate perception of what an official visit would entail.

A major limitation of this study is the sampling bias. First, there may have been people with experience of psychiatric admission who did not reply to our questionnaire. Since neither JRC nor we know how many people registered with JRC had experience of psychiatric admission, the response rate of this survey was uncertain, and it is possible some people with experience of psychiatric admission hesitated to express their opinion on this survey. Second, the participants were limited to those with at least one experience of psychiatric admission. Thus, it is possible that their mental disorders were more severe than those in general psychiatric patients, most of whom have never experienced psychiatric admission. On the other hand, the participants had registered with JRC voluntarily, which suggests that they were capable of making an account on an internet service and were willing to respond to some social surveys. Taken together, these facts suggest that this study's participants were those who had recovered from a relatively severe mental state that needed inpatient care. It may not be the case that the participants are representative of psychiatric patients as a whole; regardless, the results from this study did provide important information regarding the opinions of psychiatric patients, due to the large screening population and sample size.

Finally, we will give suggestions regarding desirable amendment of the MHWa based on this study's findings. The scheme of involuntary admission itself should be maintained, as many ex-inpatients accepted that it was necessary. However, clear and persuasive explanations to each patient about any intervention should be mandated. Despite being mentioned in the present legislation, stricter regulation is required because many participants seem to receive inadequate explanation and dislike it. Considering that many participants want to be given assistance in the community, a scheme of special care for patients after discharge can be considered. When introducing support services by officials, such as regulatory home visits, advance consultation with the patient will be needed.

## Conclusions

We conducted a national web-based anonymous questionnaire survey to gather data from hundreds of participants with experience of psychiatric admission. Although the majority of them accepted the necessity of involuntary admission, they felt they were not given a proper explanation about it at the latest admission. The contents of the support services planned in the amended MHWAs seem to be welcomed by patients. The best way of dealing with an official visiting a patient's home after discharge should be discussed more concretely.

## Supporting information

**S1 Table. The items of the questionnaire.**  
(DOCX)

## Acknowledgments

This study was supported by a grant to the corresponding author from the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare as part of a research project entitled "Research in inclusive care for psychiatric patients discharged from involuntary admission by the prefectural governor's order." The authors declare no potential conflicts of interest concerning the research, authorship, and publication of this article.

Partial results from this study were presented at the 37th annual meeting of the Japanese Society for Social Psychiatry (on March 2, 2017, Osaka).

## Author Contributions

**Conceptualization:** Akihiro Shiina, Aiko Sato, Naoya Sugiyama, Chiyo Fujii.

**Data curation:** Akihiro Shiina, Yasutaka Ojio, Chiyo Fujii.

**Formal analysis:** Akihiro Shiina, Chiyo Fujii.

**Funding acquisition:** Akihiro Shiina, Masaomi Iyo, Chiyo Fujii.

**Investigation:** Akihiro Shiina, Chiyo Fujii.

**Methodology:** Akihiro Shiina, Aiko Sato, Naoya Sugiyama, Chiyo Fujii.

**Project administration:** Akihiro Shiina, Masaomi Iyo, Chiyo Fujii.

**Resources:** Akihiro Shiina, Aiko Sato, Chiyo Fujii.

**Supervision:** Masaomi Iyo, Chiyo Fujii.

**Validation:** Akihiro Shiina, Yasutaka Ojio, Aiko Sato, Naoya Sugiyama, Masaomi Iyo, Chiyo Fujii.

**Visualization:** Akihiro Shiina, Yasutaka Ojio.

**Writing – original draft:** Akihiro Shiina.

**Writing – review & editing:** Akihiro Shiina, Yasutaka Ojio, Aiko Sato, Naoya Sugiyama, Masaomi Iyo, Chiyo Fujii.

## References

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013; 382(9904):1575–86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6) PMID: 23993280

2. Saraceno B. Mental disorders as a worldwide public health issue. In: Gelder MG, Andreasen NC, López-Ibor JJ, Geddes JR. *New Oxford Textbook of Psychiatry* volume 1. Oxford University Press; 2009. pp. 10–13.
3. Ogloff JR, Roesch R, Eaves D. International perspective on forensic mental health systems. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23:429–31. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(00\)00062-5](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(00)00062-5) PMID: 11143942
4. Petrella RC, Benedek EP, Bank SC, Packer IK. Examining the application of the guilty but mentally ill verdict in Michigan. *Hosp Community Psychiatry*. 1985; 36(3):254–9 PMID: 3979974
5. Allnutt S, Samuels A, O'Driscoll C. The insanity defence: from wild beasts to M'Naghten. *Australas Psychiatry*. 2007; 15:292–8. <https://doi.org/10.1080/10398560701352181> PMID: 17612881
6. Nakatani Y, Kojimoto M, Matsubara S, Takayanagi I. New legislation for offenders with mental disorders in Japan. *Int J Law Psychiatry*. 2010; 33:7–12. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.10.005> PMID: 19906429
7. Tietze T. The Breivik controversy: politics, terrorism and psychiatry. *Australasian Psychiatry*. 2014;9, 22 (4):383–5. <https://doi.org/10.1177/1039856214537127> PMID: 24913661
8. Fifield A. 19 people reported dead in knife attack in Japan. *The Washington Post*. 2016 July. Available from: [https://www.washingtonpost.com/world/at-least-15-people-reported-dead-in-knife-attack-in-japan/2016/07/25/b0052b71-2c28-4de2-bd0d-577ccbca6586\\_story.html?utm\\_term=.7f2381cca270](https://www.washingtonpost.com/world/at-least-15-people-reported-dead-in-knife-attack-in-japan/2016/07/25/b0052b71-2c28-4de2-bd0d-577ccbca6586_story.html?utm_term=.7f2381cca270)
9. Ministry of Health, Labour and Welfare. The official report of the team for evaluation and recurrence prevention of the Sagami-hara residence case. 2016. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000145268.html> [in Japanese]
10. Sagami-hara mass murder spotlights support measures after compulsory hospitalization. *The Mainichi Japan*. 2018 July 25. Available from: <https://mainichi.jp/english/articles/20180725/p2a/00m/0na/015000c>
11. Ministry of Health, Labour and Welfare. The Guideline of Administrative Involuntary Hospitalization. 2018 March 27. Available from: <http://www.m.chiba-u.ac.jp/class/shakai/jp/syakaifukki/doc/02.pdf> [in Japanese]
12. Ministry of Health, Labour and Welfare. The Guideline of Supporting Patients with Mental Disorders after Discharge by municipalities. 2018 March 27. Available from: <http://www.m.chiba-u.ac.jp/class/shakai/jp/syakaifukki/doc/04.pdf> [in Japanese]
13. Shiina A. The current situation and perspectives of administrative involuntary hospitalization. *Emerg Psychiatry*. (in press) [in Japanese]
14. Ninomiya H. A report of the third questionnaire survey for user of psychiatric treatment. *Psychiatr Ment Health Nurs*. 2008; 35(10):53–6. [in Japanese]
15. Hatsuse N. The living conditions and health care needs of persons with mental disorders: results of a nationwide, self-report questionnaire among participants in family self-help groups. *Jpn Bull Soc Psychiatry*. 2016; 25:8–16. [in Japanese]
16. Shiina A, Igarashi Y, Iyo M. A survey of concern about forensic psychiatry in users of mental health care. *Jpn J Forensic Psychiatry*. 2014; 9(1):2–13. [in Japanese]
17. Ministry of Health, Labour and Welfare. The survey of patients. 2014. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html> [in Japanese]
18. Gabriel A. Development of an instrument to measure patients' attitudes towards involuntary hospitalization. *World J Psychiatr* 2017;22: 7(2):89–97. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i2.89> PMID: 28713686
19. Schalast N, Tonkin M. *The Essen Climate Evaluation Schema—EssenCES A Manual and More*. Hogrefe Publishing; 2016.
20. Ministry of Health, Labour and Welfare. The data of mental health and welfare in Japan. 2012 Available from: <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630data.html> [in Japanese]
21. Lauber C, Falcató L, Rössler W. Attitudes to compulsory admission in psychiatry. *Lancet*. 2000; 355 (10):2080. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)73539-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)73539-X)
22. Donoghue BO. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010; 45:631–8. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0104-7> PMID: 19669680
23. Matza LS, Phillips GA, Revicki DA, Ascher-Svanum H, Malley KG, Palsgrove AC, et al. Validation of a clinician questionnaire to assess reasons for antipsychotic discontinuation and continuation among patients with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2012; 200(2–3):835–42. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.005> PMID: 22841345