

措置入院の運用に関するガイドラインに対する質問に対する回答

平成30年7月30日

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課

番号	該当項目	質問	回答
0	警察官通報の受理	①(ウ)の「被通報者を現に監護できる者がいるなど、……」(P5)の「監護」とはどのような解釈か。このような場合に、どのような方法で事前調査すべきかについて、必要に応じて警察等と調整する(P6)、とあるが、どのような調整を行うのか。	「監護」とは、被通報者を見守り、危険な行動に至らないよう保護することを意味している。警察等との調整としては、事前調査の際に、警察等の臨場等の協力を要請しておくこと等が考えられる。
1		1週間前等、日にちが経過してからの発見の「通知書」は通報に該当しないと考えるか。	「直ちに」という条件を満たさないため通報に該当しない。
2		精神保健福祉法第23条では、発見した場合は直ちに通報する旨が記載されているが、警察官による保護解除後の通報の記載(P5)があると直ちに通報しなくとも通報が可能と認識される可能性はないか。	本ガイドラインのP5では、被通報者が保護・逮捕等がされていない状態での通報又は保護の上通報した後に保護が解除されている可能性があることを記載しているものであり、保護解除後の通報について記載しているものではない。
3	警察官通報の受理	自傷他害があるのに警察官職務執行法第3条の規定による保護をしていないか。	本ガイドラインに記載しているとおり、警察官職務執行法上は、「応急の救護を要する」ことが要件となっており、警察官は、精神錯乱により自傷他害のおそれがある者であっても、その者の所在する場所や、保護によらなくてもその者を監護できる等の状況から、直ちに応急の救護を要すると認められない場合は保護をしないこと、または保護の上警察官通報を行った後であっても、保護を解除することがありえる。
4		複数の職員のうちに専門職も入ったの対応が望ましいと考えてよいか。(現状では複数名の専門職の派遣は難しい場合も多い。)	複数の職員での対応が望ましく、そのうち少なくとも1名は専門職であることが望ましい。
5		夜間・休日においても、警察官通報以外の警察官からの相談等について、警察と自治体による積極的な対応を想定しているのか。	夜間・休日においては、事案の緊急性や各自治体の体制に応じて可能な範囲で対応していただくことで差し支えない。
6	事前調査の実施	「専門職」について、具体的な職種の想定はあるのか。なぜ専門職なのか。	精神保健福祉相談員の要件を満たす者のほか、保健師等が想定される。精神保健医療福祉の専門知識があることで、より適切な事前調査が実施できると想定されるためである。
7		実際の現場では、速やかな対応と判断が求められるが、「協議・検討の体制」を確保し、「組織的に判断」を行うと、業務に影響が生じる可能性もあるが、よいか。保健所内で判定会議を開催することが必要か。	「組織的に判断」とは職員個人の恣意性を排除して公平性を確保し、また個人に責任を負わせることを回避するためであることを考慮された上で、組織として責任を取れるプロセスで判断いただきたい。(判定会議の開催までガイドラインで求めているものではない。)
8		管轄地域が広域であり、職員の派遣、面接を行う場合、移動時間も考慮した人員、体制(専門チーム)の整備が必要である。このため、電話等による事前聴取等、地域の実情にあわせた柔軟な対応が必要ではないか。	地域の実情や体制を踏まえた運用が必要な場合はあると考えているが、可能な限り原則的な考え方を踏まえた対応をお願いしたい。
9	事前調査の実施	通報を受理後、職員を「速やかに」派遣とあるが、「速やかに」とは具体的に何時間以内といった想定はあるのか。	地域の事情もあると認識しているが、可能な限り速やかに対応をお願いしたい。

9①		警察官通報では、警察官が保護をしていない状況での通報も多く、保護されていない場合は、自傷他害のおそれは少ないことから、警察官からの聞き取りにより、必要に応じて職員を派遣するということが良いのではないか。	P5(3)①にあげられているような場合には、被通報者が警察官に保護・逮捕等されていない状況での通報が行われる可能性があるが、このような場合でも、原則として事前調査は行うことが適当である。ただし、事前調査に際して、必要に応じて、警察に連絡し、臨場等の協力を要請することは考慮することが適当である。
10	事前調査時に確認すべき事項	「② 被通報者の言動」中、「● 幻覚・妄想又は明白な病的言動」(P9)について、有無及び程度を確認するとあるが、これは医学的判断になるのではないか。	医学的判断を要するレベルで確認を行う必要があるわけではなく、一般常識の範囲で幻覚や妄想等が認められるかについて確認を行うものである。
10①	措置診察を行わない決定をすることが考えられる場合	「平素を知る専門家の意見も参照することが適当である」(P11)と記載されているが、「専門家」とはどのような人か。	主治医等担当医の意見があることが望ましいが、担当PSWや本人をよく知る看護師、作業療法士、心理師等も含まれる。
10②	措置診察の要否判断を保留とすることが考えられる場合	Ⅲ5①「身体的な診療等、措置診察より優先すべき処置がある場合」(P12)について、緊急の処置を必要とする重症の身体的疾患(敗血症ショック、虚血性心疾患、重症外傷など)があるものの、精神科疾患による症状により身体疾患治療への同意が得られない場合の考え方と対応についてご教授願いたい。 1 このようなケースは広い意味での「自傷」と解釈できるのか。また、このようなケースを広い意味での「自傷」と解釈できるのであれば、措置診察の対象と判断してよいか。 2 このようなケースでは責任能力がないと判断できるのか。また、責任能力がないとすれば、家族の了解を得れば身体的な治療は可能か。さらに、家族がいない場合には、どのような対応が考えられるか。	自らその状況を引き起こしたのであれば自傷(自殺企図)であるが、身体疾患の程度により自傷かどうか、あるいは判断能力があるかどうかを判定できるものではない。緊急の処置を必要とする重症の身体疾患の場合は、身体疾患の治療を優先させる。身体的治療の同意については、一般の救急搬送の場合に準じる。
11	措置診察の要否判断を保留とすることが考えられる場合	P12Ⅲ5「② 酩酊により精神科の診察が困難な場合」中、酩酊者への対応としては、通報を受理後、調査の上、診察要否判断をいったん保留したのち、酩酊状態を脱した時点で改めて調査するとあるが、脱した時点で警察官が判断し通報とすることが適当ではないのか。	酩酊が覚めなくても措置診察を行うことが妥当な例外的状況もあるため、酩酊を脱しない状況での通報を不可とする取扱いは困難である。
11①		酩酊により精神科の診察が困難で措置診察の要否判断を保留し、改めて事前調査を行うこととした場合、その間の本人の保護は誰が行い、その期間はどのくらいか。また、例外的に酩酊状態が覚めていなくても措置診察を行うことが妥当と考えられる事例として、「(ウ)せん妄や痙攣を伴う急性中毒や離脱症状が生じている場合、(エ)幻覚や妄想等の精神病性の症状等が物質使用中または使用直後に起こった場合」(P13)については、身体症状、解毒等の治療を優先し、その後に調査を行い措置診察の要否を行うこととして良いか。	状況に応じて本人を保護した警察又は身体科の病院等で酩酊が醒めるまで対応することが想定されるが、具体的な対応については協議の場で関係機関と協議しておくことが適当と考えられる。 御指摘の場合は、ガイドラインでは、状況によっては、酩酊が醒めていなくても措置診察を行うことが妥当と考えられる事例としてあげているが、被通報者の状態によっては身体的治療を優先することも考えられる。
12	刑事手続等との関係	精神保健福祉法上は、通常通り通報から措置入院まで手続を行い、入院後、医療観察法等の手続等が開始された場合には、そのことをもって措置解除するなど、精神保健福祉法の手続を終了させるということによろしいか。	医療観察法に関する手続との関係では、患者が同法に基づく鑑定入院をした時点で措置入院の効力は消滅する。このため、措置解除の手続は不要であるが、措置都道府県等において当該患者に係る事実関係を把握するため、措置入院先病院に、症状消退届の「入院以降の病状又は状態像の経過」欄に「医療観察法に基づく鑑定入院となった」等適宜の記載をした症状消退届を提出させていただきたい。
12①	措置診察	夜間・休日の体制整備とは、例えば精神科救急医療のように、24時間、365日に渡って、患者を受け入れる体制の整備が求められていると理解してよろしいか。	夜間・休日においても、可能な限り迅速に必要な事前調査や措置診察の要否判断を行える体制の整備を進めて頂きたい。

13		「他害行為」について「原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいうもの」(P17)と明記した理由を伺いたい。	「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第28条の2の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準(昭和63年厚生省告示第125号)」の規定に基づくものである。
14	措置診察が不要となった後の支援	措置診察が不要となった後の支援において、居住地を管轄する保健所設置自治体と措置入院の要否判断を行った都道府県が異なる場合、支援の必要性の連絡についての被通報者の了解は、書面での了解を得ることが必要か。了解できない場合はどのように対応するのか。	書面の要否については、各自治体の個人情報保護条例等を踏まえて対応を判断していただきたい。了解が得られない場合にも、本人・家族等に他自治体の相談窓口を案内する等の対応を行うことが望ましい。
15	地域の関係者による協議の場の設置	都道府県等の「等」に保健所を設置する中核市も含まれるか。	「等」は政令指定都市を指す。中核市は、協議の場に参加することが想定される。
16		協議の場(代表者会議)について、県と政令市が共同で開催しても良いか。	共同で開催して差し支えない。
17		地域の関係者による協議の場とあるが、この協議の場は「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業」における「保健・医療・福祉関係者による協議の場」と兼ねることが可能か。	本ガイドラインに記載しているとおり、御指摘の協議の場を含め、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る場合には、当該会議体にその役割を担わせることとして差し支えない。
18		本ガイドラインにおいて、「ガイドラインを踏まえた警察官通報等から措置入院までの対応方針」についても協議することが望ましいとなっているが、警察官通報の運用についても懸案事項があれば、この場を活用して協議するということか。	貴見のとおり、協議の場で協議することが想定される。
19		困難事例への対応のあり方など運用に関する課題を協議するため、「個人」が特定されないよう配慮した上で、個別事例の検討を行うことは可能か。	個人情報が含まれないようにした上であれば、事例検討を行うことは可能である。
20		地域の関係者による協議の場を設定するにあたり、全県的に開催するのか、圏域毎に開催するのか。どちらにもそれぞれメリットがあるように思うが、国のイメージとしてはどうか。	全県的な開催の必要性は高いと考えられるが、必要に応じて圏域毎の協議の場も開催するなど、各地域の実情に応じて協議の場の設定を検討いただきたい。