

## 措置診察における連携のありかた

### ——入口における2つの連携——

根本 康

措置入院制度はさまざまな問題を抱えているが、他害行為に関する医療と司法の連携の可能性と、措置診察における身体評価を通じた連携の可能性について述べた。他害行為について、措置診察における医学的な判断では「精神障害である」かつ「自傷他害のおそれのために医療及び保護の必要性」の判断を行うのに対し、司法的な判断では犯罪の成立要件を検証して起訴するか判断するという根本的な違いがある。さらに判断にかけられる時間や判断するための情報量が大きく異なる。この2つは判断プロセスが異なるために、措置診察の時点で医療と司法との連携は難しい。しかし「いわゆるグレーゾーン事例」では司法との連携が必要となる場合があり、どのタイミングで司法と連携をとり、どのような手続きで処置を判断するのか、といった連携モデルを今後検討していくことが重要である。近年、身体疾患に起因した精神症状や COVID-19 の除外などで措置診察における身体評価の必要性が増している。しかし措置診察前の身体評価は時間的な制約もあり、あらかじめ身体科医療機関に評価目的を明確に伝えるなどの工夫が必要である。また身体評価の時期は、措置入院を予定する医療機関の診療体制や身体科医療機関との連携状況などによって異なってくる。地域によって違うかもしれないが、身体評価を行う医療機関の選定が難しい現状があり、日頃から地域内で身体科医療機関と精神科医療機関で身体合併症医療に準じた連携を模索する必要がある。将来的には身体管理も可能な指定病院でまず措置入院を受けていくシステムを作ることも必要かもしれない。

#### 索引用語

措置診察, 司法, グレーゾーン事例, 身体評価, 連携

#### はじめに

措置診察では精神保健指定医が精神障害であることの「診断」を行い、そのうえで自傷他害のおそれのために医療および保護の必要性を「判断」する。しかしこの「診

断」と「判断」が難しい事例があることを多くの精神科医は経験しているのではないだろうか。例えば、他害行為で警察官通報された被通報者を措置不要だと判断しても、その後事件が起きることを心配して結論がうまく導けないことはないだろうか。もう1つ例を出そう。被通報者が興奮を伴う異常行動を認めた場合、血液・画像検査などを行

著者所属：さいたま市立病院精神科

編注：本特集は、第117回日本精神神経学会学術総会シンポジウムをもとに浅見隆康（群馬大学健康支援総合センター）を代表として企画された。

doi : 10.57369/pnj.23-058

わずに問診だけで脳炎などの頭蓋内病変や甲状腺疾患といった身体疾患による精神症状を否定することはできらるうか。

情報や時間が限られた措置診察を精神保健指定医は強いられているのが実態ではないだろうか。この窮屈な措置診察を変えるキーワードが「連携」である。本稿では他害行為に関する医療と司法の連携の可能性と、措置診察における身体評価を通じた連携の可能性について取り上げる。

## 1. 他害行為に関する医療と司法の連携の可能性

### 1. グレーゾーン事例とは

相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チームによる報告書<sup>5)</sup>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を「いわゆるグレーゾーン事例」と表現した。しかしコンセンサスを得たグレーゾーン事例の定義はまだない。司法精神医学の観点では、犯行において精神障害が部分的に影響している事例がグレーゾーン事例に該当すると考える。個人的には、『医療観察法』の対象となる他害行為（殺人、傷害、放火、強盗、強制性交等、強制わいせつ）でなくても、例えば他害行為を理由に措置入院を繰り返すなど、医療と司法が連携して取り組む必要性が高い事例もグレーゾーン事例に含まれると考える。

精神保健指定医への意識調査<sup>4)</sup>で、約半数の精神保健指定医が措置診察時に要措置としなければいけないようなプレッシャーを感じていた。その理由はさまざま考えられるが、精神障害の他害行為への関与が否定的な「いわゆるグレーゾーン事例」において、保安的な判断を周囲から暗に求められているように感じる者もいるだろう。その場合は措置不要と判断して司法側に戻せば、このようなプレッシャーが軽減するかもしれない。そこで「いわゆるグレーゾーン事例」において医療と司法の連携の可能性を模索する必要がある。

### 2. 犯罪とは

警察官が「異常な挙動その他周囲の事情から判断して、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」と判断した場合に『精神保健福祉法』第23条の警察官通報が適応される。この場合、検察に送致されないために司法の介入はない。逆に警察に検挙され、被疑者として検察に送致されて初めて刑事事件とし

て扱われる。捜査を通して、検察官は犯罪の成立要件である「構成要件該当性」-「違法性」-「責任」の3つの検証を行い、「構成要件に該当する違法かつ有責な行為」と認めた場合に犯罪が成立する。なお参考までに他害行為が発生してからの司法と医療の流れを図1に示した。

### 3. 精神鑑定の位置づけ

犯罪の成立要件の1つである「責任」は精神機能が関与しており、犯行に精神障害の影響が懸念される場合に精神鑑定が行われる。精神鑑定は起訴前鑑定と公判鑑定に分けられ、起訴前鑑定はさらに本鑑定と簡易鑑定に分けられる。それぞれの鑑定は精神科医などが行うが、建前としては責任能力の判断はしないことになっている。鑑定結果を踏まえて検察官は犯罪の成否や処罰の要否等を考慮して起訴・不起訴を決定する。

### 4. 簡易鑑定の流れ

本稿では通報後速やかに実施される措置診察に注目しているため、犯行後比較的早期に実施される簡易鑑定に焦点を絞る。

地域によって運用の違いはあるかもしれないが、簡易鑑定の一般的な流れは次の通りである。検察から依頼を受けた鑑定人は事前に検察から事件に関する資料、例えば調書や治療歴があれば診療録などの提供を受ける。事前に頭部CTや知能検査が実施可能なことはあるが、身体評価はほとんどできない。鑑定人は勾留期間中に被疑者を数時間から1日かけて問診し、鑑定後に検察官に精神症状の見立てや事件への影響などの意見を口頭で伝え、鑑定書にて報告する。鑑定事項は犯行当時と鑑定時の精神障害の有無、精神障害を認めた場合は犯行への影響（機序）、『精神保健福祉法』における検察官通報の要否などの記載を求められることが多い。

### 5. 措置診察における医学的な判断と司法的な判断

他害行為に対する、措置診察における医学的な判断と司法的な判断を比較検討していく（表1）。

#### 1) 精神状態の評価時期

精神状態の評価時期は措置診察と精神鑑定で異なる。措置診察は所定の手続きを踏んだうえで、速やかに実施され、犯行時に近い精神状態を評価する。一方で簡易鑑定は勾留期間中に実施される。具体的には、逮捕後48時間以内に送致の判断が行われ、その後24時間以内に勾留が決定され

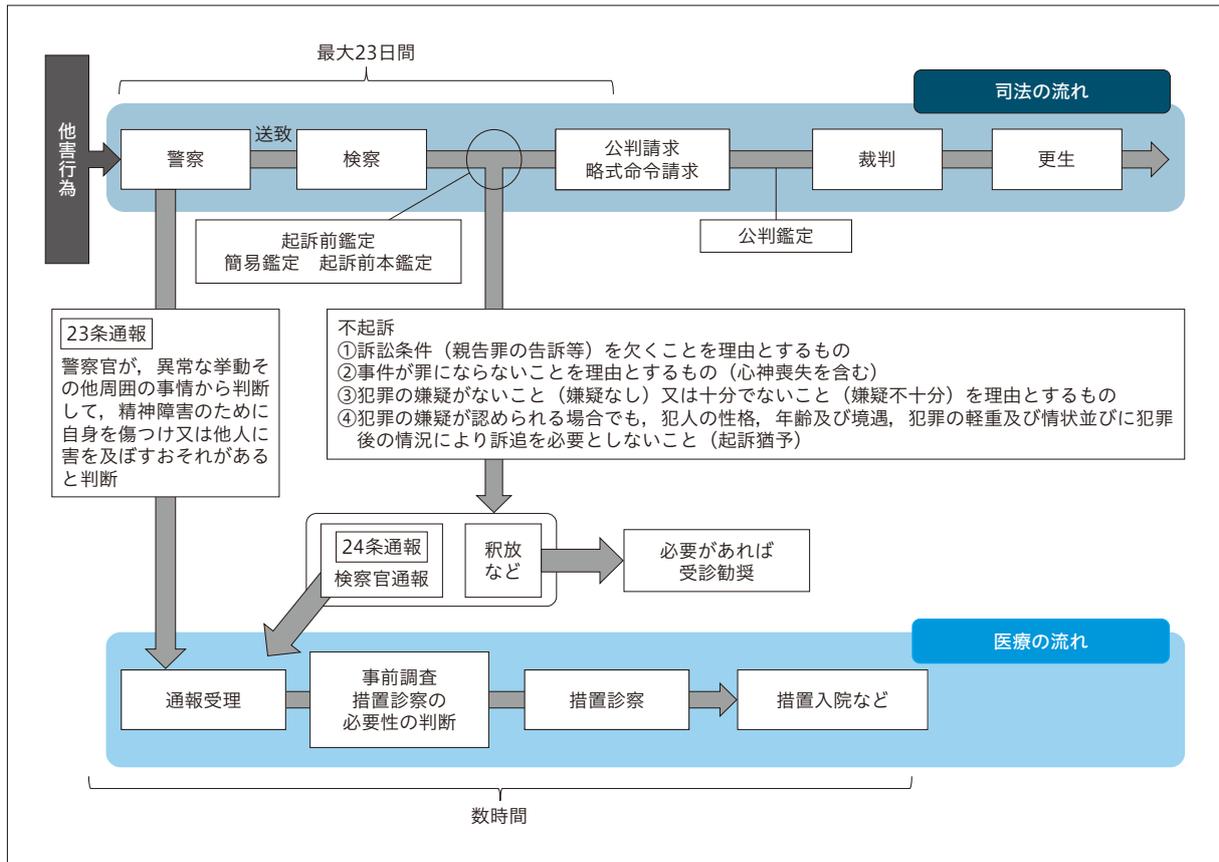


図1 他害行為が起きてからの司法と医療の流れ

表1 措置診察における医学的な判断と司法的な判断の違い

	措置診察における医学的な判断	司法的な判断
目的	・精神障害の有無 ・自傷他害のおそれのために医療及び保護の必要性の判断	・犯罪の立証（「構成要件該当性」「違法性」「責任」） ・起訴の必要性の判断
判断の時期	・犯行後間もない時期	・犯行後 2～23 日 ※検察官が必要と判断すれば、勾留期間中に精神鑑定を行う
情報収集の期間	数時間	最大 20 日間
情報量	少ない	多い
連携	司法との連携はない	重大な犯罪であれば医療観察法の申し立て ※精神鑑定が行われれば、鑑定人（精神科医が多い）との意見交換はある

ると、最大20日間の勾留が実施される。つまり犯行から2～23日が経過した時期の評価であり、すでに精神症状が静穏化していることが少なくない。鑑定では被疑者の記憶をもとにした陳述や被疑者の犯行後からの調書などの資料から犯行当時の精神障害の有無、程度を推測することになる。

2) 措置診察における医学的な判断とは  
精神保健指定医は措置診察で「精神障害である」かつ

「自傷他害のおそれのために医療及び保護の必要性」の判断を行う。措置診察における医学的な判断とは迅速な医療介入の必要性の判断を下すことだといえる。措置診察の要否のための事前調査でさまざまな情報が収集されるが、調査開始時の時間帯や家族の有無などによって情報の量・質は異なり、また時間的な制約があるために情報が不十分のまま措置診察に臨むことは珍しくない。

### 3) 司法的な判断とは

検察官は多方面から情報を収集して犯罪の成立要件を検証し、勾留期間内で起訴するかどうかの「司法的な判断」を行う。犯行への精神障害の影響を考慮する必要が生じた場合に簡易鑑定などの起訴前精神鑑定が行われる。この際の鑑定資料は、家族や被害者、第三者からの調書や診療録、犯行時や取り調べでの被疑者の様子を収めた動画など多岐にわたる。なお、検察にとって都合の悪い情報が省かれて鑑定人に情報提供されている可能性はある。個人的な感想だが、起訴前鑑定では犯行時の具体的な状況が提示されるので、犯行時の精神症状の考察がしやすくなるのが措置診察との大きな違いだと考えている。

## 6. 医療と司法の連携の可能性

### 1) 措置診察における連携の可能性

上述のように、措置診察における医学的判断へのプロセスは、司法的な判断へのプロセスとは異なる。また司法では時間をかけた慎重な判断が求められるのに対し、措置診察では速やかな判断を求められ、判断にかけられる時間が大きく異なる。このような違いが措置診察の場面での司法との連携を困難にしている。そこで入院後に改めて司法側に相談できるシステムがあると有益だろう。

### 2) 司法から医療へのアクセス

措置診察で措置不要となっても別の入院形態で入院するなど、治療へのアクセスは残されている。しかし検察官が起訴よりも精神症状への治療を優先させる必要があると考えた場合、不起訴のうえで検察官通報か受診勧奨の選択肢しかない。この時点で精神症状は静穏化し、入院治療が必要な状態でも措置要件は満たさない状態になっていることが多く、医療保護入院相当の事例が少なくない。仮に検察官通報をしても事前調査で措置診察が不要と判断されることが多く、医療へのアクセスの悪さを訴える検察官が多いように感じる。確実に入院処遇になる場合は受診勧奨で十分だが、そうでない場合は家族らと相談しながら精神科医療機関への入院を試みる検察官もいる。鑑定人の立場からすると、措置要件を満たさないが、入院が必要な不起訴事例の医療へのアクセスを改善することは必要だと考える。

### 3) 司法側におけるグレーゾーン事例

簡易鑑定後に検察官と意見交換すると、再犯防止のために司法側で何ができるのか、ということに熱心な検察官が多い印象を受ける。パーソナリティ障害や知的障害ないし境界知能の他害行為、クレプトマニアへの対応について意

見を求められることが多い。司法側にもグレーゾーン事例が存在し、医療側の「いわゆるグレーゾーン事例」の状態像と被るのではないだろうか。このような事例は治療反応が良好とは言い難く、粘り強くかかわっていく必要があり、なかには措置入院や再犯を繰り返すなど、精神科医療機関や行政機関、司法機関などの関係機関の間で連携をとる必要がある事例が含まれる。

### 4) 司法との連携の可能性

通報対象となった行為を止めるために、被通報者に病気としてとらえさせるべきなのか、犯罪としてとらえさせるべきなのか、という疑問が生じるが、これが「いわゆるグレーゾーン事例」の本質だと考えている。犯行内容やそのときの精神状態に応じて医学的な介入と司法的な介入を使い分けるべきだと個人的には思うが、そのためには医療と司法の連携は欠かせない。措置診察の時点での司法との連携は難しいため、どのタイミングで司法と連携をとり、どのような手続きで処遇を判断するのか、といった連携モデルを今後検討していくことが重要である。

## II. 身体評価を通じた連携の実例

### 1. 措置診察における身体評価

#### 1) 措置診察における身体評価の必要性

精神疾患の診断は短時間で確定診断をつけることは難しいが、措置診察では目の前の状態像と収集しうる情報から診断を求められる。また、その後の治療までを考えると身体疾患の除外は必要であるが、措置診察はあくまでも医療および保護の必要性を「判断」することが目的で、確定診断を行うわけではないので、身体評価にどこまで重点をおくかが問題である。最近は措置診察における感染防止や措置入院を行う医療機関の選定において、COVID-19を意識した対応が求められるようになり、COVID-19大流行を通して身体評価の必要性が高まり、身体科との連携が重要になってきた。ただし、見方を変えれば、COVID-19によって従来から措置診察に潜在していた身体合併症の問題が顕在化したともいえる。

#### 2) 身体評価が必要な病態とは

『措置入院の運用に関するガイドライン』<sup>1)</sup>では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として、「身体科救急受診を要する程度の身体症状、外傷等がある場合は、措置診察の要否判断よりも救命等必要な身体的な診療を優先」するとしているが、当然のことである。問題とな

表2 措置症状をきたしうる身体疾患の1例（内因性精神病は除外）

症状	考慮すべき身体疾患	
暴力	消化器	肝疾患
	神経	てんかん（発作中または発作間欠期）、中枢神経感染症（梅毒、真菌感染症、ヘルペス脳炎）、正常圧水頭症、外傷性脳損傷、アルツハイマー病、ハンチントン病、パーキンソン病
	腎	腎臓病
	代謝・内分泌	ウィルソン病、クッシング病、甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症、ポルフィリン症、低血糖
	膠原病	全身性エリテマトーデス
	その他	電解質異常、全身性感染症、ビタミン欠乏症
易怒性	神経	片頭痛
	代謝・内分泌	甲状腺機能亢進症、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群（SIADH）
	その他	睡眠時無呼吸症候群
脱抑制 （不適切な冗談や おどけ）	神経	脳腫瘍（前頭葉）、脳卒中、ハンチントン病
	代謝・内分泌	ウィルソン病
	その他	梅毒
度を越えた気分 の高揚	神経	ハンチントン病、多発性硬化症、脳卒中、外傷性脳損傷（挫傷など）
	代謝・内分泌	甲状腺機能亢進症
	その他	薬剤惹起性精神障害
過敏性	代謝・内分泌	ウィルソン病、副腎不全
	その他	悪性貧血
幻覚	神経	脳卒中、てんかん、ハンチントン病、異染色性白質ジストロフィー、脳炎
	腎	腎不全
	代謝・内分泌	副甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能低下症、ウィルソン病
	その他	アルコール離脱、梅毒、薬剤惹起性精神障害、全身性エリテマトーデス
自殺行動	神経	てんかん、ハンチントン病
	腎	腎不全
	その他	がん
不安定な歩行	消化器	肝不全
	神経	正常圧水頭症、中枢性運動疾患、クロイツフェルト・ヤコブ病などのプリオン病、進行性核上性麻痺

（文献3を参考に作成）

るのは身体疾患に起因した精神症状で、症状性・器質性精神障害などが該当する。措置診察において身体評価が必要と思われる精神状態を個人的にまとめたものを表2に示す。

### 3) 身体評価を行う時期

イメージしやすいように、著者が精神科病院に勤務していたときの自験例を紹介する。警察官通報時に興奮していた被通報者が、措置二次診察では傾眠傾向だったため、意識障害を考えて身体科医療機関で身体評価をすべきではないかと同行した県職員に主張した。しかし対応できる医療機関がないとのことで、やむなく措置入院としたが、その

数時間後に呼吸状態が悪化し、措置解除のうえで救急医療機関に搬送した。肝性脳症の診断だった。このような経験から、身体疾患の影響を少しでも疑えば、措置診察前に身体評価を行うべきだと考えるようになった。しかし現在勤務する有床総合病院精神科でこのような事例を受けた場合、一旦精神病床に入院させ、入院後に意識障害の原因精査を行うことを考える。入院後に速やかに身体科と連携がとれる体制が院内にあるからである。ただし当院は指定病院ではないので、現実はこのようにはいかないだろう。

この例からは措置入院を予定する医療機関の診療体制や

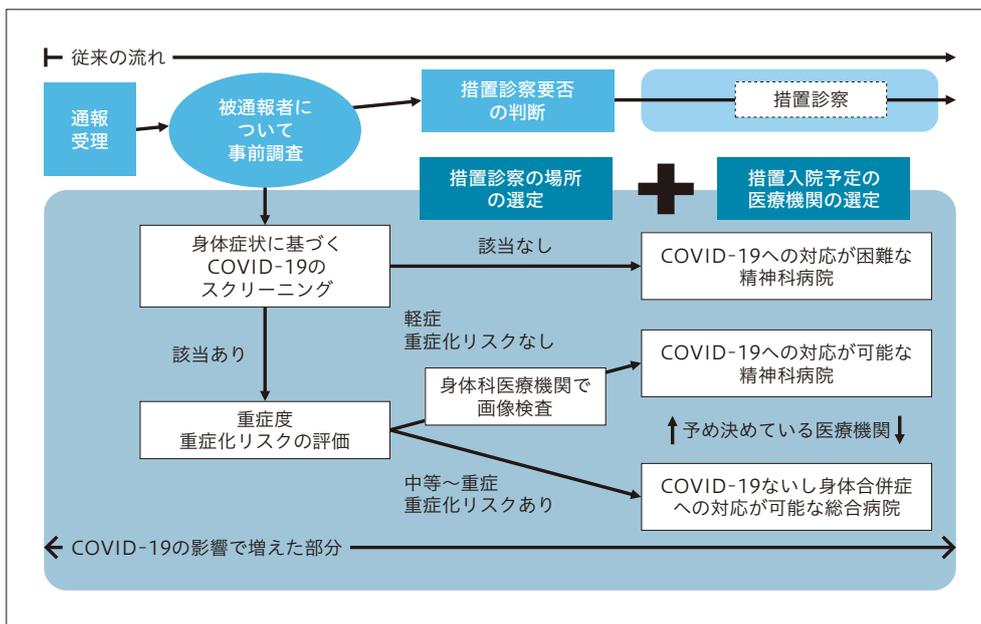


図2 COVID-19の影響を受けた措置入院の流れ

身体科医療機関との連携状況などによって、身体評価を行う時期が異なることがわかる。さらに施設ごとのCOVID-19などへの対応力によっても身体評価の時期は変わる。

#### 4) 措置診察前の身体評価のゴール

発熱外来を行う内科医は、「発熱があるといってもCOVID-19だけ考えればいいわけではないから、鑑別から診断までに時間がかかる」と話していた。措置診察前に身体評価を行う場合、時間的な制約もあるため、身体評価の目的を絞り込む必要がある。また精神症状と無縁の身体的異常が偶然見つかった場合の対応も考えておく必要がある。このように身体評価を依頼する際は依頼先の懸念を払拭することが重要で、これらが曖昧だと身体評価を行う医療機関を見つけることが難儀になる。

話は逸れるが、身体評価には費用が発生するが、現在の措置入院制度では被通報者が費用を負担する。被通報者に経済的な問題があったり、家族などが不在で検査への同意がとれない場合は身体評価が十分に行えない可能性があることも留意すべきだろう。

## 2. COVID-19の影響

### 1) COVID-19の診断

COVID-19はインフルエンザや感冒に似ているが、嗅覚・味覚障害の頻度が高いことが特徴とされ、インフルエンザ様症状に加えて、嗅覚・味覚障害があれば、COVID-19の蓋然性が高いとされる<sup>2)</sup>が、問診や臨床所見だけでは

COVID-19を見抜くことが困難である。疑い患者の要件も定められているが、特異的な所見があるわけではない。さらに被通報者の精神症状の影響で身体症状が正確に伝えられない可能性もある。そこでPCR検査、抗原検査によるSARS-CoV-2の検出が診断根拠になる。現時点ではPCR検査が信用性の高い検査だが、検査技法によっては結果が出るまでに数時間かかり、措置診察前の検査としては使いづらい。一方、抗原検査は偽陰性となる可能性がPCR検査と比べて高く、迅速に行っても信頼性に問題がある。さらに過去にCOVID-19に罹患した場合、PCR検査が陽性でも感染性が低い場合もあり、検査結果の解釈が複雑になってきている。

### 2) COVID-19への対応

著者が勤務する埼玉県では、大流行期では、措置診察前の事前調査で身体症状からCOVID-19のスクリーニングを行い、感染が疑われる場合には重症度や重症化リスクを評価したうえで然るべき医療機関で対応するシステムを作っていた(図2)。スクリーニングで症状が軽症と判断されたり、スクリーニング後に微熱などの症状が出現した場合は身体科医療機関で画像検査などを行うが、その医療機関はその都度探しているようである。

このようにCOVID-19の大流行によって措置診察前のスクリーニングや措置入院を行う医療機関の調整などの手順が増え、結果として措置入院制度の運用に影響を及ぼしていた。また、対応時間が長くなることで被通報者や自治

体職員、警察署員の待機などに伴う負担が増えたり、移送車両への出費が増えたなどの話も著者は聞いた。しかし精神科医療機関の COVID-19 の検査能力が上がってきているという話もあり、COVID-19 のワクチン接種の普及や検査技法や治療方法の開発によって現状が改善されることが期待される。

### 3. 連携のあり方

#### 1) 身体評価を通じた連携の現状

『措置入院の運用に関するガイドライン』<sup>1)</sup>では「身体的な診療が必要な状態は、措置診察を直ちに行わない理由にはなるが、措置診察の必要性を阻却する理由にはならない」とある。著者は COVID-19 の影響で精神科医療機関が身体症状により過敏になった印象をもつ。一方、身体症状を認めても身体評価を行う医療機関がなかなか見つからなかったり、身体評価後に措置診察を引き受ける精神科医療機関が見つからないことから、措置診察までの調整が難航したという話を聞いたことがある。著者の勤務先は指定病院ではないが、通報を受診したものの身体症状を理由に措置診察の調整がつかず、当院を受診して入院になることがたまにある。これは身体疾患の治療を優先させるために措置診察は不要という扱いになるのかもしれないが、実質的には措置診察「実施不可能」例だろう。地域差はあると思うが、身体的な診療にたどり着くこと自体が難しいのが現状かもしれない。

#### 2) 従来の連携モデルの限界

従来から身体科と精神科の連携モデルとして縦列モデルと並列モデルが持ち出される。前者は治療優先度を鑑みて精神科ないし身体科が初期治療にあたり、もう一方の科が後方支援に回るモデルで、後者は精神疾患と身体疾患の治療を並行して行っていくモデルである。

コロナ禍前は縦列モデルと並列モデルを地域事情に応じて使い分けをしていたと思われるが、COVID-19 の影響で措置入院制度における身体評価の必要性が増した。措置診察前の段階で身体症状が疑わしければ、積極的に有床総合病院精神科で対応するのが理想だが、その病院数は充足されているとは言い難いのが現状である。さらに精神病床の規模や精神科医の数、時間外の診療体制、指定病院であるかどうか、精神病床での COVID-19 の対応状況など、施設ごとで対応力が異なる。そこで日頃から地域内で身体科医療機関と精神科医療機関で身体合併症医療に準じた連携を模索する必要がある。将来的には身体管理にも対応可能な

指定病院でまず措置入院を受け入れ、身体管理が不要となった時点で精神科医療機関に転院するシステムを作ること検討してもよいかもしれない。そのためには有床総合病院精神科の数を増やす以外に精神科医療機関における身体症状への対応力の強化を図ることが必要である。また COVID-19 などの特別な対応を要する感染症の対応に関しては、病院の診療体制や病棟構造の影響を受けるため、従来の身体合併症の連携モデルとは別の連携のあり方を検討する必要がある。

## おわりに

措置入院制度はさまざまな問題を抱えているが、他害行為に関する医療と司法の連携の可能性と、措置診察における身体評価を通じた連携の可能性について述べた。実態調査があまりない部分であり、日常臨床を通して感じたことをまとめており、客観性に欠けていたり、地域によってはあてはまらない内容が含まれることはご容赦いただきたい。しかし本稿で措置入院制度における連携への関心が高まり、活発な議論の一助になれば幸いである。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

謝辞 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室の村松太郎先生には、本稿の作成にあたって丁寧な助言と指導をしていただきました。この場を借りて深く感謝いたします。

## 文献

- 1) 厚生労働省：「措置入院の運用に関するガイドライン」について。2018 ([https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1)) (参照 2021-11-15)
- 2) 厚生労働省：新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 診療の手引き、第 5.2 版。2021 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000815065.pdf>) (参照 2021-10-31)
- 3) Morrison, J.: When Psychological Problems Mask Medical Disorders: A Guide for Psychotherapists, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2015 (宋 龍平訳, 松崎朝樹監訳: 精神症状に潜む身体疾患 66—モリソン先生のルールアウト—。メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2021)
- 4) 根本 康, 太田順一郎, 伊藤哲寛ほか: 措置入院制度に対する精神保健指定医の意識に関するアンケート調査。精神誌, 120 (12); 1060-1073, 2018
- 5) 相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止策検討チーム: 報告書—再発防止策の提言—。2016 (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihookenfukushibu-Kikakuka/0000145258.pdf>) (参照 2021-11-15)

# How to Cooperate in a Medical Examination for Involuntary Hospitalization : Cooperation from Report to Hospitalization

Yasushi NEMOTO

Saitama City Hospital

The involuntary hospitalization system involves various problems. In the present study we aimed to investigate two topics : the possibility of cooperation with the judiciary, and the possibility of cooperation for the purposes of involuntary hospitalization through physical evaluation such as medical examination.

There is a fundamental difference in purpose between medical judgment, such as a medical examination, for involuntary hospitalization and judicial judgment. While the former consists of “assessment of mental disorder” and “necessity of medical care and protection for the risk of self-harm and other harm”, the latter is concerned with whether to prosecute by verifying whether the patient committed a crime. Thus, there are large differences in the amount of information and the amount of time required to make judgments. Thus, cooperation between medical care staff and judiciary in the medical examination for involuntary hospitalization is difficult because of these different processes. However, in “gray-area cases”, it is necessary to discuss how to achieve cooperation between medical care staff and the judiciary.

Medical examination for involuntary hospitalization requires the exclusion of mental symptoms such as those caused by physical disease and COVID-19 infection. As we must examine physical evaluation in a limited time period, we need to clarify the purpose of physical evaluation. In addition, the timing of physical evaluation depends on the medical care system and cooperation with the medical institution where the patient is planning to be hospitalized. However, it is not easy to find a medical institution to perform physical evaluation ; therefore, it is necessary to establish a network for cooperation on physical complication medical care. In the future, it may be necessary to build such a system to receive hospitalizations at designated hospitals.

## Author's abstract

### Keywords

medical examination for involuntary hospitalization, judiciary, gray-area cases, physical evaluation, cooperation