

10. 措置入院受け入れ先の病院へ、その事例の措置診察の診断書を情報提供として送付していますか？ 下記から実情に最も近いものを1つ選び数字に丸をしてください。

- 1) 原則として送付している
- 2) 受け入れ先の病院からの要請があれば送付している
- 3) 原則として送付していない
- 4) 事例による（具体的に _____)
- 5) その他（具体的に _____)

11. 平成13年10月1日から12月31日までの3ヵ月間の措置診察実施数（措置診察の回数ではなく措置診察を行った事例の件数）と措置診察に従事した指定医数（延べ数ではなく実数）を条文毎にご記入ください。

	23条	24条	25条	25条の2	26条	26条の2	27条の2
措置診察実施数							
措置診察に従事した指定医数							

12. 第25条通報についてお尋ねします。どの段階で通報がありますか？ 下記から実情に最も近いものを1つ選び数字に丸をしてください。

- 1) 原則として、不起訴処分決定後
- 2) 原則として、不起訴処分決定前
- 3) 事例による（具体的に _____)

13. 第25条通報についてお尋ねします。捜査資料等は添付されていますか？ 下記から実情に最も近いものを1つ選び数字に丸をしてください。

- 1) 通報時に添付されてくる
- 2) 要求すれば提供される
- 3) 資料は提供されないが、必要に応じて電話等で情報は得られる
- 4) その他（具体的に _____)

14. 第25条通報についてお尋ねします。簡易鑑定が行われてから通報のあった事例について、簡易鑑定の結果は添付されて来ますか？ 下記から実情に最も近いものを1つ選び数字に丸をしてください。

- 1) 通報時に添付されてくる
- 2) 要求すれば提供される
- 3) 資料は提供されないが、必要に応じて電話等で情報は得られる
- 4) その他（具体的に _____)

15. 第25条通報についてお尋ねします。簡易鑑定や精神科医による診察が行われてから通報のあった事例について、鑑定医等からの情報収集を行っていますか？ 下記から実情に最も近いものを1つ選び数字に丸をしてください。

- 1) 原則として行っている
- 2) 事例による
- 3) 行っていない

16. 第25条通報についてお尋ねします。措置診察の結果について検察官への通知を行っていますか？ 下記から実情に最も近いものを1つ選び数字に丸をしてください。

- 1) 原則として通知
- 2) 事例により通知（検察官からの問い合わせへの回答を含む）
- 3) 通知しない

17. その他第25条の処理に当たっての困難点、問題点等があれば、以下にご自由にお書きください。

[]

18. 第26条通報についてお尋ねします。入所中の医療の状況や罪状等の資料の収集についてはどうですか？ 下記から実情に最も近いものを1つ選び数字に丸をしてください。

- 1) 通報時に添付されてくる
- 2) 要求すれば提供される
- 3) 資料は提供されないが、必要に応じて電話等で情報は得られる
- 4) その他（具体的に

19. 第26条通報についてお尋ねします。通報のあった事例で措置診察が必要と判断された場合、診察時の保護者等の立会いは矯正施設から認められていますか？ 下記から実情に最も近いものを1つ選び数字に丸をしてください。

- 1) 認められている
- 2) 事例により異なる
- 3) 認められていない

20. その他第26条の処理に当たっての困難点、問題点等があれば、以下にご自由にお書きください。

[]

21. ご回答内容の確認のため後日連絡をとらせていただく場合がありますので、都道府県・政令指定都市名およびこの質問票をご記入いただいた方のお名前と連絡先をお教えてください。

都道府県・政令指定都市名 ()

お名前 ()

連絡先 ()

以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
措置入院制度のあり方に関する研究
分担研究報告書

措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の
実態に関する研究
一 検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について一

分担研究者 吉住 昭（国立肥前療養所）

研究協力者 藤林 武史（佐賀県精神保健福祉センター）
瀬戸 秀文（進藤病院, 国立肥前療養所臨床研究部社会精神医学）

研究要旨

検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について、精神保健指定医の措置要否判断の実態ならびに措置入院した事例の措置解除後の処遇を調査した。

50 の都道府県・政令指定都市から得られた 625 事例を検討した。男女比は 8 対 1 で、男性の犯罪率がもともと高いことにも関係が深いと思われた。年齢構成は、20 代から 50 代までは、ほぼ同じ割合であり、各世代にまんべんなく認められた。診断で最も多いのは、F 2：精神分裂病・妄想性障害であり、F 1：精神作用物質障害が続いた。診断の不一致は 29 例（4.6%）であった。しかし、診断名の不一致は、措置要否判断には大きな影響を与えていなかった。問題行動の内容については、診断書の選択肢が集計に適さないため、書式の改善が必要と考えられた。精神症状や状態像の把握には、大きく不一致があることが示唆された。しかし、この不一致については、単なる記載漏れか、あるいは別に要因があるのか、今後検討する必要があると思われた。

措置入院の判断は、要措置 74.2%、措置不要 25.8%であった。指定医 2 名の判断を受けた 525 例のうち、措置要否の不一致は 15 例（2.9%）であった。このうち、診断名が不一致であったのは 1 例のみであった。指定医が措置不要としたのは、状態像の経時変化が認められた事例など 5 つの類型があった。

診察が行われる率、措置入院となる率、6 ヶ月以内に措置解除がなされる率は、地域により幅広い格差が認められた。

措置入院後、措置入院による入院継続率が 50%となるのは、全事例では入院 95 日目であった。広義の触法行為群で 90 日目に対し、重大な他害行為群では 172 日目であった。

上記の結果をふまえ、今後も症例の分析を詳細に行っていく必要がある。さらに、精神保健指定医による判断の標準化に向けて、措置要否判断の具体的な判断指針、精神症状や問題行動把握のためのアセスメントツール、指定医の診断技術を高めるための研修制度、措置入院に関する診断書の様式、新規措置入院についてのチェック機能などが検討課題と考えられた。

A 研究目的

この研究は、検察官通報により精神保健指定医の措置入院に関する診察を受けた事例について、診察を受けた事例の診断、状態像、診察後の処置などを調査し、それらの事例がどのように処遇されたかを調査し、精神保健指定医の措置要否判断の実態を明らかにすることを目的とした。

特に今回は、精神保健指定医が公務員として行った措置入院に関する診察の状況を把握し、精神保健指定医の判断の一致や、どのような因子が措置入院の要否判断に影響を与えているかを検討した。また、措置入院した事例の措置解除時の対応を調査した。

さらに、これらの調査を通じて、措置入院制度についての基礎資料を作成し、今後の措置入院制度のあり方を考える上で必要となる精神障害の有無および自傷他害の判断の標準化のための試案を作成することを目的とした。

B 研究方法

1. 調査の概要

2000年4月1日から2001年3月31日までの間に、全国59の都道府県・政令指定都市で、精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報がな

され、精神保健指定医の診察を受けた事例を対象とした。

研究に際しては、主任研究者が所属する国立精神・神経センター倫理委員会国府台地区部会の審査を経て、氏名、住所、病院名等の個別情報を全てマスクしたものを主な資料として用いることとした。

具体的には、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長から全国59の都道府県・政令指定都市に対して、調査の目的を明確にした上で、対象事例についての通報から措置入院の要否決定までに作成された「検察官通報書」、「措置入院に関する診断書」、「措置入院者の症状消褪届」の提供を依頼した。

措置入院に関する診察を受けた事例については、診断書により、性別、年齢、問題行動、症状および状態像、措置要否の判定を調査した。さらに措置要否判断に影響を与えたと思われる要因を、「生活歴及び現病歴」や「診察時の特記事項」の自由記載から分析を試みた。

他害行為については、検察官通報書の罪名欄を参照した。

措置入院した患者については、症状消褪届の有無および内容により、措置解除の有無および解除後の処遇を調べた。

また、都道府県・政令指定都市ごとの措置診察数、措置率、措置解除についてもまとめた。

措置入院に関する診断書の集計に際して、診断書の診断名が従来診断、状態像による診断、疑い病名など多岐にわたっていたことから、状態像による診断、疑い病名以外は国際疾病分類第10版²⁾(ICD-10分類)に準拠する診断を付した。さらに、診断書が2枚ある事例については基準を作成し、1つの事例に1つの診断を付した。

2. 診断書

(1) 概要

措置入院に関する診断書(別表1)に記載を要する項目のうち、被診察者の性別、生年月日、年齢、初回入院期間の入退院日、前回入院期間の入退院日、初回から前回までの入院回数、問題行動の種類、これまでの問題行動と今後の予測、現在の病状または状態像、措置入院の要否について、集計を行った。なお、集計を行った結果、2枚の診断書間に相互に矛盾する記載がある事例、単純なデータ入力ミスが疑われる事例については、記載事項を確認し、通報書等も参照し、合理的な範囲で修正を行った。

(2) 過去の入院と入院形態

診断書の初回入院期間、初回入院形態、前回入院期間、前回入院形態のみ記載に基づき、事例の入院歴を示した。生活歴及び現病歴に入院歴

の記載があっても、該当欄に記載がないものは空白として取り扱った。

このほか、所定の欄に入退院日の記載が、「何年何月頃」と、日付が確定されていない事例では、コンピュータ入力の段階で、空白として取り扱った。同様に、措置入院歴についても、初回入院形態または前回入院形態のいずれかに措置入院の記載があるもののみを措置入院歴ありとした。

また、初回入院の入院形態、前回入院の入院形態のそれぞれについて、集計を行った。入院形態欄にも様々な記載が認められたことから、別表2に示すように、「措置入院」「緊急措置入院」「医療保護入院」「同意入院」「任意入院」「一般入院」「鑑定留置(鑑定入院)」のいずれか1つにまとめた。

(3) 診断

措置入院に関する診察は、1名もしくは2名の指定医によって行われるため、同一事例に2つの診断名がつけられる可能性がある。2名の指定医の診断名が完全に一致した場合は、診断名の決定には問題がないが、指定医の診断名が完全には一致しない場合には、どのように取り扱うかが問題となる。診断名が完全に一致していない場合でも、指定医が診断の範囲として見当をつけた範囲がおおむね同じである場合には、診断名が一致した場合に準じて集計した方が、結果に大きな誤差は生じないと思われる。例えば、ある事例を、1

名の指定医は「精神分裂病」と診断し、別の指定医は「精神分裂病の疑い」とした場合、診断不一致例に分類するよりは、「精神分裂病」として診断が一致した事例として考える方が、より事実に近い集計結果が得られると思われる。他の事例において、1名の指定医は「精神分裂病」と診断し、別の指定医は「幻覚妄想状態」と診断した場合でも、同様である。このように、指定医の診断の一致状況を判断する際に、診断名が完全に一致しなかった場合であっても、指定医が確証を持って診断できなかった疑い病名、状態像などの暫定診断の場合には、もう1名が診断した範囲と典型的に重複している場合には、一致例とみなすこととした。

以上の問題点を考慮し、この研究班では、まず1名の指定医が作成した診断書から1つの主診断を決定し、次に2名の指定医の主診断を照合する際の基準を示し、その基準に当てはめることで、その事例の診断を決定した。具体的には、別表3に示した手順で、1つの診断カテゴリーを決定した。決定の結果、割り振られたICD-10コードが別表4である。そして診断カテゴリー照合の基準は別表5の通りであり、別表5を具体的に示したものが別表6である。

(4) 問題行動

問題行動は、1.殺人、2.傷害、3.暴行、4.脅迫、5.自殺企図、6.自傷、7.不潔、8.放火又は弄火、9.器物損壊、10.窃盗、11.侮辱、12.強盗、13.

恐喝、14.徘徊、15.家宅侵入、16.性的異常行動、17.風俗犯的行動、18.無断離院、19.無銭飲食、20.無賃乗車、21.その他に分類され、その上で1.殺人～4.脅迫が1つずつの群といった具合に、5～7、8～13、14～15、16～20、21の6群に分けられている。そして群ごとにとりまとめ、A：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動を示す形式となっている。このため、特定の行動と、A：これまでの問題行動やB：今後おそれのある問題行動は、正確に対応していない

ここではまず21の問題行動にチェックがあるか否かを調べた。そしてチェック事例を、「指定医2名の診察を受けた事例では2名がチェックした事例」と「指定医1名の診察を受けた事例ではその指定医がチェックをした事例」とした。不一致事例は、「指定医2名の診察を受けた事例で1名のみチェックがある事例」とした。同様に、問題行動群ごとのAとBのチェックについて調査した。

(5) 状態像

状態像については、各項目からそれぞれ有無を検討し、「あり」のもののみ印をつけることになっている。それぞれの事例について「あり・あり」あるいは「なし・なし」で一致、あるいは「あり・なし」で不一致として示した。なお、精神遅滞については、1：軽度、2：中等度（中度）、3：重度として、精神遅滞の有無で

不一致であったものは不一致とし、精神遅滞の程度で不一致であったものは程度不一致とした。

(6) 措置要否について

措置入院の要否については、双方とも要措置としたものを、要措置で一致、措置不要としたものを措置不要で一致、一方が要措置で他方が措置不要としたものは不一致としてまとめた。

(7) 「生活歴及び現病歴」ならびに「診察時の特記事項」について

今回は、「生活歴及び現病歴」ならびに「診察時の特記事項」については、全例では詳細な検討をできなかったが、事例の概要を示す必要があると判断された事例については、研究者である3名の指定医が詳細を検討し、事例の特定ができないよう注意しながら簡単な概要を示すこととした。

3. 通報書

検察官通報書・都道府県政令指定都市の調査内容等の調査は、当研究班の竹島らの研究結果をそのまま準用した。なお、事例の問題行動のうち、重大な他害行為は、刑法の構成要件に照らし、殺人、強盗、傷害、傷害致死、強姦・強制わいせつ、放火およびその未遂、予備等に相当する問題行動を行ったものとした。広義の触法行為は、重大な他害行為以外の犯罪に相当する問題行動を行ったものとした。問題行動が空白となっている事例は、データの欠損等の

理由により、内容を確定できなかった事例である。

4. 消褪届

本研究では、2000年4月1日から2001年3月31日までの1年間に検察官通報がなされたすべての事例を対象としている。消褪届については、2001年10月31日までに提出された事例を対象としていることから、最短6ヶ月、最長18ヶ月の観察期間があることになる。このため、全事例の入退院については、観察期間をそろえることができる6ヶ月目を基準に、評価した。その上で、観察期間は異なるものの、全事例の入院期間についても参考として示した。措置解除後の処遇については、消褪届の措置解除後の処遇意見、入院継続の場合の入院形態に記載された通りにとりまとめた。ただし、処遇欄に記載がない事例や、明らかな記入の誤りについては、具体的な記載に基づき、措置解除後の処遇意見、入院継続の場合の入院形態の記載を改めた。たとえば、措置解除後の処遇意見、入院継続の場合の入院形態に記載がなく、入院後経過には「死亡退院」とある事例では、死亡退院として取り扱った。

5. 倫理面への配慮

研究に際しては、対象者の個人情報保護を目的で、氏名、住所、病院名等の個人情報を全てマスクしたものを主な資料として用いること

とした。

具体的には、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長から全国 59 の都道府県・政令指定都市に対して、調査の目的を明確にした上で、対象事例についての通報から措置入院の要否決定までに作成される実際の検察官通報書、措置入院に関する診断書、措置入院者の症状消褪届の提供を依頼した。行政書類の写し送付の際には、個人情報保護の観点から、氏名、住所、病院名等の個人を特定可能な部分についてはすべて自治体側で墨塗りし、判読できないように加工した資料の送付を依頼した。墨塗り加工については主任研究者で再確認した後、データ入力業者との間に民事上の守秘義務を課した契約を行った上で、入力作業を委託した。

調査資料は、個人情報を抹消したものを扱い、都道府県関係者や本人に対する情報収集は行わなかった。

さらに、収集された資料は、主任研究者の属する国立精神・神経センター精神保健研究所ならびに分担研究者の属する国立肥前療養所の責任者のもとで、データ入力期間を除いて、鍵のかかるキャビネット内で管理した。

データ入力により作成されたデータベースの国立精神・神経センター精神保健研究所と国立肥前療養所の間での受け渡しは、オンラインは使用せず、すべてフロッピーディスク、CD-ROMの郵送等により行った。

研究の終了後は、全てのデータは、すみやかに精神保健福祉課をとおして返却または処分することとした。

以上の方針のもと、本研究は、主任研究者が属する国立精神・神経センター倫理委員会国府台地区部会において審査を受け、2001年10月31日に研究の実施が承認されている。

C 結果

今回、措置入院に関する診察の資料が得られたのは、50 の都道府県・政令指定都市から 625 事例であり、のべ 1,158 枚の診断書を検討した。

表 1-1 に、診察した指定医の数を示した。

指定医 2 名が診察した事例は 525 例 (84.0%) であり、指定医 1 名のみが診察した事例は 100 例 (16.0%) であった

1. 年齢・性別

表 1-2 に、事例の年齢・性別を示した。

男性 556 例 (89.0%)、女性 69 例 (11.0%) であり、男女比は 8 対 1 であった。

年齢は、10~19 歳 3 例 (0.5%)、20~29 歳 135 例 (21.6%)、30~39 歳 151 例 (24.2%)、40~49 歳 139 例 (22.2%)、50~59 歳 124 例 (19.8%)、60~69 歳 62 例 (9.9%)、70~79 歳 9 例 (1.4%)、80~89 歳 2 例 (0.3%) であった。

2. 過去の入院歴・入院形態

(1) 入院期間等

表2-1に初回入院期間欄を、表2-2に前回入院期間を示した。

(2) 前回退院から今回診察までの期間

表2-3に、前回退院から今回診察までの期間を示した。

前回退院から今回診察までの期間は、1ヶ月以内 15例 (2.4%)、3ヶ月以内 18例 (2.9%)、6ヶ月以内 22例 (3.5%)、1年以内 32例 (5.1%)、3年以内 55例 (8.8%)、10年以内 64例 (10.2%)、10年超 28例 (4.5%)、空白 391例 (62.6%)であった。

(3) 措置入院歴の有無

表2-4に措置入院歴の有無を示した。

過去に確実に措置入院歴ありと判断されるものは86例 (13.8%)、措置入院歴が確定できないもの 539例 (86.2%)であった。

3. 診断

診断の決定手順は、先に方法の項で示したように、625例について、のべ 1,158枚の診断書に記載された主診断（以下、「主診断」という。）に、別表3ならびに別表4の手順で1,158枚のICD-10診断（以下、「診断カテゴリー」という。）を付与した。その上で、2枚の診断書がある事例については別表5ならびに別表6の手順で診断カテゴリーを照合し、625例のICD-10診断（以下「診断」という。）を決定する、という過程によった。

(1) 主診断

表3-1に主診断の診断カテゴリーを示した。これは、主診断欄の記載を、別表3ならびに別表4の基準にあてはめ、カテゴリー化したものである。

診察を受けた625名のうち、指定医2名の診察を受けた525名分1,050枚、指定医1名の診察を受けた100名100枚、緊急措置入院した患者4名の、その後に行われた措置診察診断書8枚、計1,158枚について、単純集計を行った。なお、詐病は精神障害なしに含めた。

(2) 診断カテゴリーの一致状況

表3-2に診断カテゴリーの一致状況を示した。

指定医1名のみの診察は100例 (16.0%)であり、指定医2名の診察は525例 (84.0%)であった。525例のうち、診断カテゴリーで一致をみたのは428例 (81.5%)、コード番号が不一致であったのは30例 (5.7%)、一方がコード番号で他方がその他50例 (9.5%)、双方ともその他17例 (3.2%)であった。

表3-3に詳細に指定医2名の診断カテゴリーの一致状況を示した。

(3) 診断

表3-4に625例の診断を示した。これは、表3-3の分布を、別表5ならびに別表6の基準にあてはめ、分類し直したものである。

診断は、F0：器質性精神障害 16例 (2.6%)、F1：精神作用物質による障害 85例 (13.6%)、F2：精

精神分裂病、妄想性障害など 390 例 (62.4%)、F 3 : 気分障害 29 例 (4.6%)、F 4 : 神経症性障害、ストレス関連障害など 5 例 (0.8%)、F 5 : 生理的障害など 0 例 (0.0%)、F 6 : 人格障害 15 例 (2.4%)、F 7 : 精神遅滞 21 例 (3.4%)、F 8 : 心理的発達の障害 0 例 (0.0%)、F 9 : 小児期および青年期の行動・情緒障害 0 例 (0.0%)、F 9 9 : 特定不能の精神障害 0 例 (0.0%)、G 4 : てんかん 1 例 (0.2%)、精神障害なし 1 例 (0.2%)、状態診断など「その他」とされるもの 33 例 (5.3%)、診断が不一致で診断確定ができないもの 29 例 (4.6%) であった。

(4) 診断と問題行動の重大度

表 3 - 5 に診断と問題行動の重大度を示した。

625 例のうち、重大な他害行為に相当する問題行動を行った事例は 224 例であり、広義の触法行為 268 例、詳細不明 133 例であった。F1 : 精神作用物質による障害 85 例のうち重大な他害行為 22 例、広義の触法行為 52 例、詳細不明 11 例、F2 : 精神分裂病、妄想性障害など 390 例のうち重大な他害行為 151 例、広義の触法行為 147 例、詳細不明 92 例などであった。

4. 問題行動

(1) 問題行動別チェック状況

表 4 - 1 に問題行動別チェック状況を示した。

問題行動について診断書では、問

題行動の項目の記載方法において、一つの問題行動に○がついた場合、その意味するところが、過去の問題行動を指しているのか、将来の問題行動を指しているのかが明確でない。たとえば殺人へのチェックがある事例は、「いままでの」問題行動として殺人が認定された事例、「今後おそれのある問題行動」として殺人が予測されている事例、殺人が認定かつ予測されている事例ならびに、単に殺人にチェックがあり認定か予測かが明示されていない事例の 4 通りが考えられる。診断書は、問題行動を一群として認定又は予測する形式となっており、今回の集計では、これらを個別に集計することはできなかった。

全 625 例のうち、殺人へのチェックは 51 例に認められ、うち指定医 2 名の診察を受けた 525 例のうち 48 例、指定医 1 名の診察を受けた 100 例のうち 3 例に、殺人へのチェックが認められた。

(2) 問題行動群別チェック状況

表 4 - 2 に問題行動群別チェック状況を示した。

全 625 例のうち、問題行動第 1 群 (殺人、傷害、暴行、脅迫) の A (これまでの問題行動) へのチェックは 327 例 (52.3%)、B (今後おそれのある問題行動) へのチェックは 316 例 (50.6%) にあった。2 名の指定医が診察した 525 例では、A の不一致 76 例 (14.5%)、B の不一致 83 例 (15.8%) であった。

5. 診察時の症状または状態像と指定医判断の一致状況

(1) 抑うつ状態

表5-1に抑うつ状態の評価における指定医判断の一致状況を示した。

(2) 躁状態

表5-2に躁状態の評価における指定医判断の一致状況を示した。

(3) 幻覚妄想状態

表5-3に幻覚妄想状態の評価における指定医判断の一致状況を示した。

全625例のうち、幻覚妄想状態は443例(70.9%)に認定された。このうち、幻覚280例(44.8%)、妄想368例(58.9%)、思考形式の障害147例(23.5%)に認定された。

2名の指定医が診察した525例では、幻覚妄想状態認定の不一致は66例(12.6%)であった。このうち、幻覚96例(18.3%)、妄想93例(17.7%)、思考形式の障害184例(35%)で不一致が認められた。

(4) 精神運動興奮状態

表5-4に精神運動興奮状態の評価における指定医判断の一致状況を示した。

全625例のうち、精神運動興奮は174例(27.8%)に認定された。このうち興奮状態49例(7.8%)、衝動行為74例(11.8%)に認定された。

2名の指定医が診察した525例では、精神運動興奮認定の不一致は177例(33.7%)であった。このうち、興奮状態109例(20.8%)、衝動行

為165例(31.4%)で不一致が認められた。

(5) 昏迷状態

表5-5に昏迷状態の評価における指定医判断の一致状況を示した。

(6) 意識障害

表5-6に意識障害の評価における指定医判断の一致状況を示した。

(7) 知能障害

a 知能障害

表5-7に知能障害の評価における指定医判断の一致状況を示した。

b 精神遅滞

表5-8に精神遅滞の評価における指定医判断の一致状況を示した。

精神遅滞の認定は、程度ごとに、軽度23例(4.4%)、中等度18例(3.4%)、重度4例(0.8%)であった。

精神遅滞の有無が不一致であったのは21例(4.0%)であった。

c 痴呆

表5-9に痴呆の評価における指定医判断の一致状況を示した。

(8) 人格の病的状態

表5-10に人格の病的状態の評価における指定医判断の一致状況を示した。

人格の病的状態は、認定135例(21.6%)、不一致140例(26.7%)であった。

a 人格障害

全625例のうち、人格障害は40例(6.4%)に認定された。このうち、妄想性人格障害15例(2.4%)、衝動性人格障害13例(2.1%)であった。

2名の指定医が診察した525例では、人格障害の不一致80例(15.2%)であった。このうち、妄想性人格障害46例(8.8%)、衝動性人格障害62例(11.8%)であった。

b 残遺性人格変化

残遺性人格変化は、認定90例(14.4%)、不一致92例(17.5%)であった。

(9) その他の症状または状態像

表5-11にその他の症状または状態像の評価における指定医判断の一致状況を示した。

a その他

その他の症状又は状態像は、66例(10.6%)に認定され、うち性心理的障害は4例(0.6%)認定に認定された。サド・マゾヒズム、小児愛は、認定、不一致とも0例であった。

b 薬物依存

全625例のうち、薬物依存38例(6.1%)に認定された。このうち、覚醒剤依存26例(4.2%)、有機溶剤依存9例(1.4%)、睡眠薬依存4例(0.6%)、その他の薬物依存6例(1%)に認定された。

2名の指定医が診察した525例では、薬物依存の不一致27例(5.1%)であった。このうち、覚醒剤依存の不一致25例(4.8%)、有機溶剤依存の不一致11例(2.1%)、睡眠薬依存の不一致1例(0.2%)、その他の薬物依存の不一致4例(0.8%)であった。

c アルコール症

アルコール症は、認定43例

(6.9%)、不一致23例(4.4%)であった。

d その他

その他の症状又は状態像は、認定10例(1.6%)、不一致27例(5.1%)であった。

6. 措置入院の判断

(1) 措置要否判断

表6-1に措置要否判断を示した。

要措置464例(74.2%)であり、措置不要161例(25.8%)であった。

(2) 指定医の要否判断の一致状況と措置要否判断の状況

表6-2に指定医の要否判断の一致状況を示した。

指定医2名の判断を受けた525例のうち、要措置で一致したのは458例(87.2%)、措置不要で一致したのは52例(9.9%)、不一致であったのは15例(指定医2名の診察を受けた525例に対して2.9%)であった。指定医1名の判断を受けた100例のうち、緊急措置となったのは4例(4.0%)、措置不要となったのは94例(94.0%)、措置入院となったのは2例(2.0%)であった。なお、指定医1名の診察で措置入院となった2事例は、研究班には診断書が1通しか届いていないが、措置入院したことが他の資料より明らかな事例(以下、書類不到達例)であった。

表6-3に措置要否判断の状況を示した。

要措置の判断を受けた464例のうち、要措置で一致したのは458例

(73.3%)、緊急措置となったのは 4 例 (0.6%) であり、このほか書類不到達例 2 例 (0.3%) がみられた。措置不要の判断を受けた 161 例のうち、指定医 2 名が措置不要で一致したのは 52 例 (8.3%)、指定医 2 名の判断が不一致であったのは 15 例 (2.4%)、指定医 1 名で措置不要となったのは 94 例 (15.0%) であった。

(3) 診断別措置要否判断の状況

表 6 - 4 に診断別措置要否判断の状況を示した。

F1 の精神作用物質 85 例のうち、要措置の判断を受けたのは 63 例であり、うち要措置で一致 61 例であり、緊急措置 2 例、措置不要の判断を受けたのは 22 例であり、うち指定医 2 名が措置不要で一致 6 例、指定医 2 名の措置要否不一致 1 例、指定医 1 名で措置不要 15 例であった。また、F2 の精神分裂病など 390 例のうち、要措置の判断を受けたのは 322 例であり、うち要措置で一致 318 例であり、緊急措置 2 例、書類不到達例 2 例、措置不要の判断を受けたのは 68 例であり、うち指定医 2 名が措置不要で一致 19 例、指定医 2 名の措置要否不一致 10 例、指定医 1 名で措置不要 39 例であった。

不一致 29 例のうち、要措置の判断を受けたのは 23 例であり、うち要措置で一致 23 例、措置不要の判断を受けたのは 6 例であり、うち指定医 2 名が措置不要で一致 5 例、指定医 2 名の措置要否不一致 1 例であった。

(4) 問題行動の重大度別措置要否判断の状況

表 6 - 5 に問題行動の重大度別措置要否判断の状況を示した。

問題行動の内容が不明な 133 例を除き、重大な他害行為群 224 例のうち、要措置 174 例 (77.7%)、措置不要 50 例 (22.3%) であった。要措置一致 174 例のうち 1 例は緊急措置入院であった。

広義の触法行為群 268 例のうち、指定医 2 名の診察を受けたのは 176 例 (65.7%) であり、うち要措置一致 174 例であり、緊急措置 2 例であった。また、措置不要 92 例のうち、指定医 2 名が措置不要で一致、31 例、措置要否不一致 5 例、指定医 1 名で措置不要 56 例であった。

(5) 措置不要事例の特徴

指定医が、措置不要とする場合は、以下の 5 類型であった。この 5 類型に対して、1 名ないし 2 名の指定医が同じ見解を有するかどうかによって、措置要否の判断が決定されている。そのためには、問題行動発生時の精神症状の把握、現時点での精神症状の把握、問題行動のとらえ方、事例の判断能力や責任能力が重要なポイントであり、精神疾患の診断名の不一致は重要ではなかった。

① 状態像の経時変化が認められた事例

問題行動時には、精神病状態や、薬物使用による酩酊・急性中毒状態にあったが、診察時には回復していた事例において、措置不要と診断さ

れる場合を認めた。指定医間で見解が不一致になるのは、自傷他害のおそれがある病像を呈する時期を広くとるか狭くとるかによると考えられた。また、症状が軽快あるいは改善していても、殺人、放火など、重大な問題行動を行っている場合には、措置入院の要否が一致しない傾向が認められた。

② 問題行動と精神症状の関連の乏しい事例

精神症状と問題行動が無関係あるいは関連が乏しいと捉えられた事例において、措置不要と診断される場合を認めた。指定医間で見解が不一致になるのは、問題行動と精神症状の関連の度合いによると考えられた。

③ 問題行動を自傷他害に含めないと判断される事例

窃盗などの経済犯については措置不要と診断される場合を認めた。指定医間で見解に不一致が認められるのは、「自傷他害の恐れ」の他害行為に、経済犯を含めるかどうかによると考えられた。

④ 入院治療可能性のない場合

精神遅滞など入院治療可能性のない事例に措置不要と診断される場合を認めた。また、慢性分裂病で陰性症状による社会的機能が著しく障害されている事例においても、措置不要と診断される場合を認めた。指定医間で見解に不一致が認められるのは、治療可能性の判断の不一致によると考えられた。

⑤ 問題行動に対する判断能力や責任

能力を認めた場合

人格障害や精神分裂病事例などで、問題行動に対して判断能力や責任能力を認めた事例に措置不要と診断される場合を認めた。指定医間で見解に不一致が認められるのは、事例の判断能力や責任能力の判定の程度によると考えられた。

7. 措置入院した事例

(1) 入院6ヶ月後の転帰

表7-1に措置入院6ヶ月後の転帰を示した。

措置入院した464例のうち、措置入院後6ヶ月までに措置入院者の症状消褪届が提出されていたのは308例(66.4%)であり、措置継続156例(33.6%)であった。

表7-2に診断別措置入院6ヶ月後の転帰を示した。

このうちF1精神作用物質では、入院63例のうち、措置解除47例、措置継続16例で、措置解除率は74.6%であった。また、F2精神分裂病などでは、入院322例のうち、措置解除199例、措置継続123例で、措置解除率は61.8%などであった。

表7-3に問題行動別措置入院6ヶ月後の転帰を示した。

重大な他害行為群では、入院174例のうち、措置解除92例、措置継続82例で、措置解除率は52.9%であった。広義の触法行為では、入院176例のうち、措置解除133例、措置継続43例で、措置解除率は75.6%であった。空白では、入院114例の

うち、措置解除 83 例、措置継続 31 例で、措置解除率は 72.8%であった。

表 7-4 に 6 ヶ月後までに措置解除されたものの入院形態等を示した。

308 例が措置入院後 6 ヶ月までに措置解除されており、うち入院継続したのは 213 例であった。入院形態の内訳は、任意入院 64 例、医療保護入院 99 例、入院形態不明 50 例であった。また退院等 59 例、措置解除後の対応不明 34 例、死亡 2 例であった。

表 7-5 に問題行動の重大度別措置解除後の入院形態等を示した。

措置入院後 6 ヶ月以内に措置解除となったのは 308 例で、うち重大な他害行為 92 例、広義の触法行為 133 例、空白 83 例であった。このうち、措置解除後入院継続したのは 213 例で、うち重大な他害行為 72 例、広義の触法行為 88 例、空白 53 例であった。措置解除後の対応等の内訳は、任意入院 64 例、医療保護入院 99 例、入院形態不明 50 例、退院等 59 例、措置解除後の対応不明 34 例、死亡 2 例であった。このうち重大な他害行為では、任意入院 16 例、医療保護入院 33 例、入院形態不明 23 例、退院等 14 例、措置解除後の対応不明 6 例であった。また広義の触法行為では、任意入院 23 例、医療保護入院 42 例、入院形態不明 23 例、退院等 29 例、措置解除後の対応不明 14 例、死亡 2 例であった。空白では、任意入院 25 例、医療保護入院 24 例、入院形態不明 4 例、退院等 16 例、措

置解除後の対応不明 14 例であった。死亡 2 例は、いずれも広義の触法行為であった。

(2) 全調査期間の転帰

参考資料 1 に全調査期間の入院形態等を示した。

この研究では、全事例の観察期間は、最短 6 ヶ月、最長 18 ヶ月である。観察期間が異なるため、参考として示した。措置入院した 464 例のうち、措置入院継続 107 例、措置解除 320 例、不明 37 例であった。措置解除 320 例のうち、措置解除後入院継続 247 例で、入院形態は任意入院 68 例、医療保護入院 119 例、入院形態不明 60 例であった。また退院等 70 例、措置解除後の対応不明 37 例、死亡 3 例であった。

参考資料 2 に問題行動の重大度別全調査期間の入院形態等を示した。

この研究では、全事例の観察期間は、最短 6 ヶ月、最長 18 ヶ月である。観察期間が異なるため、参考として示した。措置入院となった 464 例のうち、重大な他害行為 174 例、広義の触法行為 176 例、空白 114 例であった。措置入院継続となったのは 107 例であった。

(3) 措置入院 6 ヶ月までの在院率

図に措置入院 6 ヶ月までの在院率を示した。

措置入院 6 ヶ月時点での在院率は、全事例では 33.6%であり、うち重大な他害行為 47.1%、広義の触法行為 24.4%、空白 27.2%であった。在院率が 50%となったのは、全事例では

95 日目であり、重大な他害行為 172 日目、広義の触法行為 90 日目、空白 61 日目であった。

8. 自治体別の状況

今回の研究では、50 の都道府県・政令指定都市で 625 例の診察が行われていた。対象人口 102,405 千人では、診察を受けた事例は人口 100 万人当たり年間 6.1 件であった。

各自治体間での人口 100 万対措置診察件数も、最小 1.3 から最大 26.6 までのばらつきが見られた。

人口 100 万対年間措置診察件数は、5 件未満 28 カ所、5 件以上 10 件未満 15 カ所、10 件以上 20 件未満 5 カ所、20 件以上 1 カ所であった。

診察の結果、49 都道府県・政令指定都市で措置入院となった事例が認められた。措置率（要措置 / 措置診察）は、50%未満 6 カ所、50%以上 60%未満 7 カ所、60%以上 70%未満 8 カ所、70%以上 80%未満 5 カ所、80%以上 90%未満 9 カ所、90%以上 15 カ所であった。

措置解除率（措置解除 / 要措置）も、50%未満 17 カ所、50%以上 60%未満 6 カ所、60%以上 70%未満 7 カ所、70%以上 80%未満 3 カ所、80%以上 90%未満 8 カ所、90%以上 8 カ所であった。

また、問題行動の重大度別措置入院 6 ヶ月後の転帰を調べた。重大な他害行為があり措置入院した事例 174 例中 92 例（52.9%）が措置入院 6 ヶ月後に措置解除となっており、

自治体別では、措置解除率（措置解除 / 要措置）の中央値は 50.8%で、最小 0%から最大 100%に幅広く分布していた。広義の触法行為のみがあり措置入院した事例 114 例中 83 例（75.6%）が措置入院 6 ヶ月後に措置解除となっており、自治体別では、措置解除率（措置解除 / 要措置）の中央値は 80.9%で、最小 0%から最大 100%に幅広く分布していた。

9. 事例の概要

（1）措置入院不要とされた事例

措置入院不要とされた 161 事例では、犯行時と診察時に状態像が変化していた事例、アルコールや薬物による一過性の影響がみられた事例、身体状態の衰弱がみられた事例、医療保護入院や任意入院で十分と判断された事例、財産犯のみで著しい他害のおそれがないと評価された事例、犯罪内容が軽微でしかも本人が反省を表明した事例、人格障害で措置入院よりは訴追が相当とされた事例などが認められた。

なお、訴追が相当と評価された事例のうち、一部は、検察官が起訴を行った事例も認められた。

（2）症状性を含む器質性精神障害（F0）事例

症状性を含む器質性精神障害（F0）の 16 事例では、痴呆、脳炎後遺症、意識障害、てんかんの精神運動発作などによる問題行動が認められ、意識障害による記憶の欠落が認められた事例が多かった。16 例のうち 12

例が措置入院したが、そのうち 9 例は措置入院 6 ヶ月までに措置解除されていた。

(3) 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F 1) 事例

精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F 1) の 85 事例では、アルコール、覚醒剤、有機溶剤のほか、睡眠剤、大麻などの酩酊、依存、中毒事例が認められた。診断に人格障害が併記されている事例も多く認められた。いずれの薬物においても、再使用直後に問題行動に至った事例と、最終使用から数年を経ておりフラッシュバックと思われる現象により問題行動に至ったと思われる事例が認められた。酩酊による問題行動の事例においては、診察時には酩酊状態から脱しており、他害のおそれはないものと判断されるものが多かった。

85 例のうち、63 例が措置入院したが、うち 47 例は措置入院 6 ヶ月までに措置解除され、措置継続は 16 例であった。

(4) 成人の人格及び行動の障害 (F 6) 事例

成人の人格及び行動の障害 (F 6) の 15 事例では、分裂病性人格障害、妄想性人格障害、反社会性人格障害などが認められた。15 例のうち 6 例が措置入院したが、うち 5 例は措置入院 6 ヶ月までに措置解除され、措置継続は 1 例であった。

(5) 精神遅滞 (F 7) 事例

精神遅滞 (F 7) の 21 事例では、

多くの事例が、福祉的対応が必要として措置不要の判断が下されていた。21 例のうち 19 例は措置入院不要と判断され、措置入院したのは 2 例であったが、6 ヶ月転帰は措置解除 1 例、措置継続 1 例であった。

10. 「生活歴及び現病歴」ならびに「診察時の特記事項」

今回は、「生活歴及び現病歴」ならびに「診察時の特記事項」については、全例では詳細な検討を行うことができなかったが、データ入力が行先行して終了した 107 例については、事例や状態像の概要、問題行動の詳細等の検討を行った。

なおこの項目についての詳細は、次年度の研究において報告する予定である。

① 状態像の概要

状態像の概要については、状態像が経時変化した事例が認められた。

状態像が経時変化する場合は、問題行動時のみに病的状態あるいは酩酊・急性中毒状態であったもの、拘留中の一時点にのみ病的状態にあったもの、診察時点のみ病的状態にあったもの、およびこれらの組み合わせに大別することができた。状態像の経時変化が認められた事例の多くは F1 精神作用物質使用障害ならびに F2 精神分裂病・妄想性障害であった。また、精神作用物質使用障害でない事例であっても、アルコールの影響を受けて問題行動に至った事例も認められた。経時変化があった

ことで、指定医診察時の診察後の処遇決定に問題が生じる事例も認められた。

②問題行動の概要

今回、全例の検討を行うことはできなかったが、一部の事例を検討した結果では、診断書への検察官通報に至るまでの問題行動の記載が不十分なものが多かった。

そして、問題行動の詳細について記載があった事例からは、問題行動の程度、被害者に与えた影響なども十分に配慮すべきことも必要ではないかと思われる事例も認められた。今回検討を行った事例でも、放火に分類された事例の中には、自宅ほか数軒が全焼したのから、部屋の一部を焦がしたのまでが含まれていた。放火等の場合でも、その結果として家が全焼してしまったのか、一部の焼損で済んだのかは、退院後の家族や地域の受け入れ態勢の問題などからも、決して同一に考えることはできないと考えられた。

また、殺人の場合にも、同じ殺人であっても未遂で軽症のもの、重症のもの、既遂のものと同様であった。殺人等の場合でも、被害者が誰か、どのような結果となったのかは、患者のその後の治療に際しても重大な影響を及ぼす事項であり、未遂と既遂を併せて論じることはできないと思われた。

さらに、刃物を持って歩いていて強盗予備とされた事例など、公益を図る視点からは確かに強盗予備では

あるものの、通常の「強盗」のニュアンスとは若干異なる事例も散見された。

このように、問題行動については、単に該当する罪名だけではなく、その行動内容の詳細を検討して評価する必要がある事例が、少なからず認められた。

D 考察

1. 年齢・性別について

男女比8対1と差がついていたが、これは男性の犯罪率がもともと高いこと¹⁾(1998年の総検挙人数：男性251,540, 女性72,723; 男女比3.5対1)にも関係が深いと思われた。

年齢構成について、20歳代から50歳代までは、ほぼ同じ割合であったが、19歳以下の者はきわめて少なかった。これは、未成年者の刑事事件に対しては少年法が適用されるため、検察官通報となることが少ないことと推測されるが、現時点では確定できなかった。

2. 診断について

多くの診断書では国際疾病分類による診断名の記載がみられたが、別表3に示したように、従来診断名も多く使われていた。状態像や疑い病名の診断名も多くみられており、短時間の診察時間内に、確定診断が困難であることを表していた。

この研究においては、これら従来診断名や状態像での診断名を、国際疾病分類基準のいずれかにあてはめ

るためには、別表3～6の手続きを行わざるをえなかった。

診断で最も多いのはF2：精神分裂病・妄想性障害であり、F1：精神作用物質障害が続き、F0、F3、F6、F7は、2～5%と少なかった。疾患毎の外来受療率と比べても、F2とF1は診察されている率が高く、法25条における診察になる可能性が高い精神疾患と低い精神疾患があることになる。

診断の不一致は29例(4.6%)であり、不一致となった組み合わせとして最も多いのは、F1とF2の11例であった。しかし、後述したように、診断名の不一致は、措置要否判断には大きな影響を与えていなかった。

個別の診断書を検討した結果、措置入院に関する診断書の診断名には、標準化された診断名を記載することが望ましいと考えられた。

3. 精神科受診歴・措置入院歴

現行の診断書では、精神科受診歴は、初回と前回の入院形態、入院回数しかわからず、過去の入院治療歴は明らかでなかった。過去の入院形態がどのようなものであったかは、現時点における措置要否判断において重要な情報源になりうることを考えると、記載方法に改善を要すると考えられた。

この調査においては、初回と前回以外の入院形態が不明なため、過去に措置入院歴のある事例を正確に集

計することができなかった。そこで、結果に記載したように、初回入院形態または前回入院形態のいずれかに措置入院の記載があるもののみを措置入院歴ありとし、少なくとも86例(13.8%)に措置入院歴を確認した。このことから、措置入院を繰り返す一群の事例が少なからず存在することを示唆していると思われた。

4. 問題行動について

問題行動の内容について、診断書の選択肢から集計した。ただし問題行動の「これまでの問題行動」と「今後おそれのある問題行動」は、3～5種類の問題行動に対して判定するようになっており、個々の問題行動のいずれが認定され予測されているかは、わかりにくい書式になっている。この点を考慮したため、問題行動の事実認定、将来予測についての指定医の判断の集計は、問題行動の群ごとに評価した。集計結果から、指定医間の認定と予測の不一致率は各問題行動において10%以上と高かったが、この結果が、指定医の認定や予測の精度のばらつきに由来するのか、診断書書式がもたらしたものかは、判然としない。問題行動の認定や予測の書式にも改善が必要と考えられる。

なお、自由記載欄を検討した結果からは、単に問題行動の罪名だけではなく、放火等において示したように、その行動内容・結果の詳細を検討して評価する必要がある事例が、