

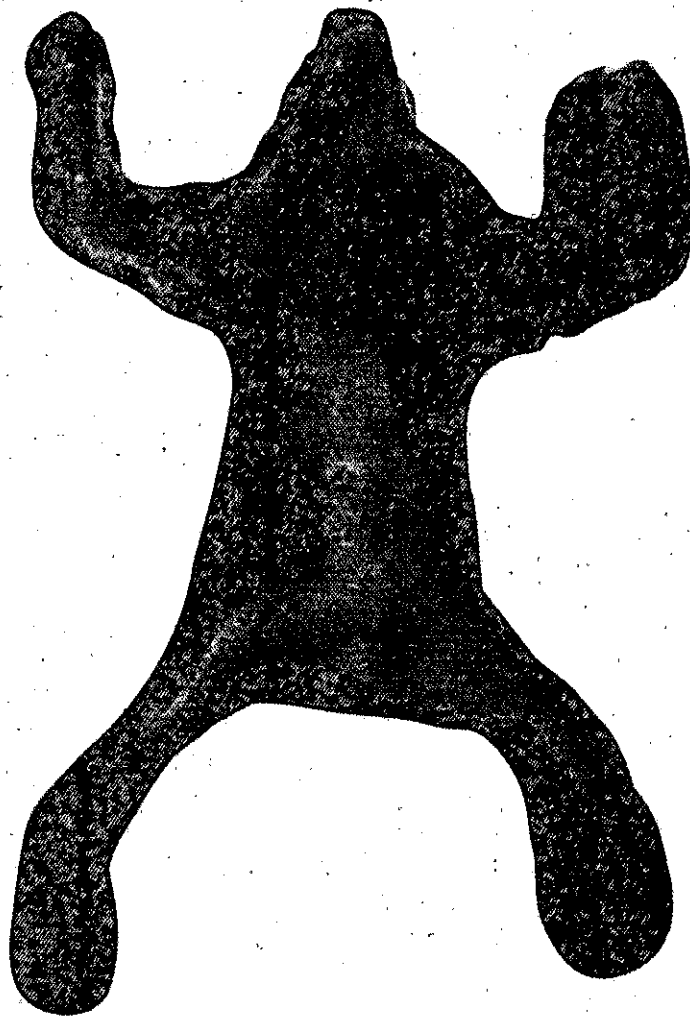
20020302

厚生労働科学研究費補助金 障害保健福祉総合研究事業

措置入院制度の 適正な運用に関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 浦田重治郎



平成15年(2003年)4月

目次

I. 総括研究報告書

措置入院制度の適正な運用に関する研究(総括)	1
----------------------------------	---

主任研究者 浦田 重治郎

II. 分担研究報告書

1. 措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究	13
--	----

竹島 正, 立森 久照, 三宅 由子, 小山 智典, 宮田 裕章, 長沼 洋一

2. 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	
---	--

(1) 検察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について	57
---	----

吉住 昭, 藤林 武史, 瀬戸 秀文

(2) 検察官通報がなされ措置不要になった事例について	97
---------------------------------------	----

吉住 昭, 藤林 武史, 瀬戸 秀文

(3) 警察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について	105
---	-----

吉住 昭, 藤林 武史, 瀬戸 秀文

3. 措置入院患者の医療と社会復帰のあり方に関する研究	147
---------------------------------------	-----

浦田 重治郎

III. 資料

調査依頼一式と研究にもちいた資料の書式	155
-------------------------------	-----

研究班名簿

I. 総括研究報告書

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
「措置入院制度の適正な運用に関する研究」
総括研究報告書

主任研究者 浦田重治郎（国立精神・神経センター武蔵病院）

研究要旨

本研究の目的は、都道府県・政令指定都市における措置入院制度運用の状況を実証的に明らかにするとともに、措置入院制度の適正な運用に資する具体的な方策を提言することである。

措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究によって、精神保健福祉法第24条（警察官通報）および第25条（検察官通報）による通報事例の通報から精神保健指定医による診察決定までの実態を明らかにした。その結果、警察官通報、検察官通報ともおおむね適正に運用されているものの、措置診察の要否に関する調査を必要とする事例が多いことがわかった。また措置入院制度が創設されて50年を経て、制度運用に地域差を生じている可能性が示唆された。このため措置入院制度の運用を適正に行うためのモニタリングと評価のあり方、措置診察要否決定のための事前調査および措置入院要否判断のガイドラインと記録様式等を明らかにする必要がある。

措置入院および措置解除にあたっての指定医の判断基準の実態に関する研究から、指定医による措置入院要否の判断はおおむね一致しているものの、問題行動の記載、措置入院の要否判断に関する重要な精神症状の記載に不一致があることがわかった。また検察官通報に基づく診察群のうち措置不要と判断された要因を分析したところ、措置入院の要否判断において指定医が基本的な考え方を共有することが望ましい事項が明らかになった。さらに2名の指定医間の判断が不一致であった事例を分析したところ、精神症状の把握、自傷他害行為を引き起こすおそれについて判断が異なっていた場合があった。また指定医の診察等の実態には、地域差がある可能性が示唆された。このため措置入院の対象となる疾患、状態像、自傷他害行為の範囲等について、一定の判断指針案を明らかにするとともに、これらの有効性を検証していく必要がある。

措置入院患者の医療と社会復帰のあり方に関する研究によって「措置入院者の症状消退届」を解析した結果、措置解除は速やかになされているものの、措置解除後も医療保護入院や任意入院で入院を継続されていることが多いことがわかった。措置入院を契機とする入院は長期になっている可能性があり、措置入院患者の延べ入院期間の短縮と円滑な社会復帰が重要な課題であると考えられた。また措置解除の判断の根拠が読みとれる記載が不十分な事例が少なくな

いことが明らかになった。「措置入院者の症状消退届」の記載は行政の措置解除決定の根拠となるものであり、その改善が必要である。また措置解除後の社会復帰への対応の記載も不明確であることが明らかになったが、措置入院患者の延べ入院期間の短縮と社会復帰を推進するためには、たとえ入院を継続する場合であっても、社会復帰のための方針の記載を確実にするとともに、実体的な対策も考えるべきである。

分担研究者

竹島 正（国立精神・神経センター
精神保健研究所）

吉住 昭（国立肥前療養所）

研究協力者

立森久照（国立精神・神経センター
精神保健研究所）

三宅由子（国立精神・神経センター
精神保健研究所）

A. 研究目的

本研究の目的は、都道府県・政令指定都市における措置入院制度運用の状況を実証的に明らかにするとともに、措置入院制度の適正な運用に資する具体的な方策を提言することである。

措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究：精神保健福祉法第24条（警察官通報）および第25条（検察官通報）による通報事例の通報から精神保健指定医による診察決定までの実態を、都道府県・政令指定都市において作成された書類をもとに明らかにする。

措置入院および措置解除にあたっての指定医の判断基準の実態に関する研究：精神保健福祉法第24条（警

察官通報）および第25条（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、精神保健指定医による措置入院の要否判断の実態、措置不要とされた事例のその後の対応、措置入院した事例の措置解除後の処遇を、実際の診断書をもとに明らかにする。

措置入院患者の医療と社会復帰のあり方に関する研究：精神保健福祉法第24条（警察官通報）および第25条（検察官通報）によって措置入院となった患者の、措置解除に当たって精神保健指定医が適切な判断と指示をしたか否かを、作成された書類をもとに明らかにする。

B. 研究方法

措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究：全国で平成12年度に精神保健福祉法第24条（警察官通報）および第25条（検察官通報）によって通報を受け、精神保健指定医による診断を行った事例、行わなかった事例について、通報書、調査書等の書面の写しをもとに、通報から措置入院までの流れ、および事例の詳細を明らかにした。また精神保

健福祉法第24条（警察官通報）および第25条（検察官通報）による通報群の比較を行った。本報告書の対象は、都道府県・政令指定都市から提出された行政書類の写しに基づく、平成12年5月と11月の2カ月間に同法第24条によって通報を受けた1,109例および平成12年度に精神保健福祉法第25条によって通報を受けた968例である。

措置入院および措置解除にあたっての指定医の判断基準の実態に関する研究：精神保健福祉法第24条（警察官通報）および第25条（検察官通報）により指定医の診察を受けた事例について、指定医の作成した診断書の写しをもとに、精神保健指定医の措置要否判断の実態、措置不要事例のその後の対応、措置入院事例の措置解除後の処遇の解析を行った。本報告書の対象は、都道府県・政令指定都市から提出された指定医による診断書の写しに基づく、平成12年5月と11月の2カ月間に同法第24条によって指定医の診察を受けた749例（なお、竹島分担研究者の報告書では診察750例となっているが、この違いは消退届けのみが添付されて診断書が添付されていなかった事例を本研究の対象から除外せざるを得なかったためである）、平成12年度に精神保健福祉法第25条によって指定医の診察を受けた720例および措置不要と判断された189事例である。

措置入院患者の医療と社会復帰のあり方に関する研究：「措置入院者の症状消退届」の写しをもとに、措置解除までの期間（措置入院期間）、措置解除後の転帰、措置解除の判断、措置解除後の社会復帰の対応について解析した。本報告書の対象は、都道府県・政令指定都市から提出された症状消退届の写しに基づく、平成12年5月と11月の2カ月間に同法第24条によって措置入院となり症状消退届のあった527例および平成12年度に精神保健福祉法第25条によって措置入院となり症状消退届のあった414例である。

（倫理面への配慮）

本研究で解析した資料は、調査の目的を明確にしたうえで厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課課長名の文書依頼を行い、都道府県・政令指定都市から厚生労働省精神保健福祉課を経由して入手した、平成12年度の全国の措置入院に関する通報書、事前調査書、措置入院に関する診断書、措置入院者の症状消退届、起訴前鑑定書等の、氏名等の個別情報をマスクしたものである。これらの保管・管理には厳重な注意が必要であり、データ入力期間をのぞいて精神保健研究所内で責任者のもと、鍵のかかるキャビネット内で管理した。データ入力にあたっては、厳格な資料の管理や守秘義務等を含む契約を締結し、専門の業者に入力を依頼した。資料から作成

されたデータベースについても、外部に内容が流出することのないよう、責任者のもとで厳重な管理を行った。本研究で用いた資料とデータベースは主任研究者または分担研究者が認めた研究協力者のみ使用、閲覧することが可能である。また、研究の終了後は、資料はすみやかに精神保健福祉課に返却することとした。これらの研究に関しては、主任研究者のもとで、研究全体についての倫理審査を主任研究者の所属する国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会に申請し、審査の結果、研究の実施が承認されている。

C. 研究結果

措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究：警察官通報1,109例のうち、750例(65.1%)に措置診察を実施され、565例(50.9%)が措置入院になっていた。措置診察が実施されなかった事例は359例(32.4%)、措置診察の結果、措置入院不要となったのは185例(16.7%)であった。措置診察不要となった359例において、措置診察不要の判断が下された直後の状態は、任意入院27例(7.5%)、医療保護入院174例(48.5%)、精神科への通院65例(18.1%)、精神科医療不要17例(4.7%)等であった。検察官通報968例のうち、720例(74.4%)が、措置診察を実施され、531例(54.9%)が措置入院になっていた。措置診察が実施されなかった事例は248例

(25.6%)、措置診察の結果、措置入院不要となったのは189例(19.5%)であった。措置診察不要となった248例において、措置診察不要の判断が下された直後の状態は、任意入院18例(7.3%)、医療保護入院42例(16.9%)、精神科への通院74例(29.8%)、精神科医療不要7例(2.8%)等であった。

警察官通報群と検察官通報群の比較では、検察官通報群ではより男性が多く、やや年齢が高い。また、精神科入院歴および通院歴も検察官通報群に多く、措置入院歴も多い。診断においては、両群とも精神分裂病が最も多いことは共通していた。自傷行為、他害行為、アルコール使用、薬物使用については、記載なしをそのような状況なしと判断して比較すると、自傷行為は警察官通報群で4分の1以上に認められるのに対し、検察官通報群では5%程度であり、大きな差があった。しかも非診察群においてその差はさらに大きかった。他害行為は両群とも8割以上に認められ、特に検察官通報群では9割に近い。他害行為の存在は、両群共に要診察の判断の確率を増加させる可能性がある。アルコールおよび薬物の使用については、両群ともありの割合は1割に満たないが、「なし」と明確に記載のあるものの割合は、警察官通報群に多かった。鑑定は圧倒的に検察官通報群における実施の割合が高く、警察官通報群ではほとんどなかった。今回通報以前の司法処分につ

いても、検察官通報群では記載なしが相対的に少なく、4分の1程度があり、1割程度がなしと判明しているが、警察官通報群では95%以上記載がなかった。通報因発生時の重大な他害行為（殺人、放火、強盗、強姦）は、警察官通報群ではほとんどないが、検察官通報群では放火の6.5%を筆頭に数%に認められた。それ以外の行為では、警察官通報群の9割が「問題行動」のレベルであり、犯罪行為ではないと判断されるものであるのに対し、検察官通報群では傷害、窃盗犯、銃刀法違反など、犯罪行為と判断されるものの割合が高かった。過去における犯罪行為の有無についても、警察官通報群では問題行為のみが多いのに対し、検察官通報群では重大な他害行為でない他害行為ありが2割強、重大な他害行為も3%程度あった。検察官通報群において実際に非診察であったものでは、要否の根拠が記載されているものの割合が他の群に比較して多かった。措置入院したもののうち、消退届のあるものは、警察官通報群では9割を超えているが、検察官通報群では78%に留まっていた。

措置入院および措置解除にあたっての指定医の判断基準の実態に関する研究：警察官通報に基づく診察群は、年齢は20歳代から40歳代まではほぼ同じ割合で、50歳代が続き、男女比は3対1であった。診断は、F2（精神分裂病等）が最も多く、F1（精

神作用物質による障害）が続き、F0（器質性精神障害等）、F3（気分障害）、F6（成人の人格および行動の障害）、F7（精神遅滞）は、それぞれ2~7%と少なかった。措置入院歴は少なくとも8.8%に認められた。問題行動については、無賃乗車、放火または弄火、自殺企図で指定医の判定はより一致しており、侮辱、無断離院、恐喝、殺人などでは一致率に差がみられた。同様に、措置要否判断に関わる重要な精神症状でも、幻覚や妄想では比較的一致していたが、精神運動興奮、人格の病的状態などでは一致率に差がみられた。580例（77.5%）は要措置と判定され、指定医2名の判断が一致しなかったものは全体の2.8%と少なかった。このうち195例は緊急措置入院であった。診断別措置要否判断では、F1（精神作用物質による障害）、F2（精神分裂病等）では多くが要措置となっていたが、F6（成人の人格および行動の障害）では措置不要が多かった。措置入院となった事例は、措置入院6ヶ月後までに506例（87.3%）が措置解除（緊急措置入院後の措置非該当16例を含む）されており、診断ごとの有意差は認められなかった。措置解除した事例の約60%は、任意入院あるいは医療保護入院で入院継続していた。警察官通報に基づく指定医の診察、措置入院および措置解除には、その運用に地域差がある可能性が示唆された。

検察官通報に基づく診察群は、年

年齢構成は 20 歳代から 50 歳代まではほぼ同じ割合で、男女比は 9 対 1 であった。診断で最も多いのは、F2（精神分裂病等）であり、F1（精神作用物質による障害）が続き、F0（器質性精神障害等）、F3（気分障害）、F6（成人の人格および行動の障害）、F7（精神遅滞）は、それぞれ 2～5%と少なかった。F1（精神作用物質による障害）、F2（精神分裂病等）では診察が行われることが多かった。措置入院歴は、少なくとも 13.2%に認められた。問題行動の項目については、指定医間の認定と予測の記載の不一致率は各問題行動において 10%以上と高かった。同様に、現在の症状、状態像についても、幻覚や妄想、精神運動興奮、人格の病的状態など、措置要否判断に関わる重要な精神症状においても、10%から 30%の記載の不一致があった。531 例（73.2%）は要措置と判定され、指定医 2 名の判断が一致しなかったものは全体の 2.8%であった。診断別措置要否判断では、F1（精神作用物質による障害）、F2（精神分裂病等）では多くが要措置となっていたが、F6（成人の人格および行動の障害）、F7（精神遅滞）では措置不要が多かった。問題行動の重大度別措置要否判断では、重大な他害行為群では広義の触法行為群より要措置と判定されやすい傾向にあった。措置入院事例は、措置入院 6 ヶ月後までに 410 例（77.2%）が措置解除され、診断ごとの有意差は認められなかった。しかし、重大な他害

行為を行っていた事例は、広義の触法行為の事例に比較し、措置入院期間が長い傾向がみられた。さらに措置解除した事例の約 70%は、任意入院あるいは医療保護入院で入院継続しており、通院はわずかであった。検察官通報に基づく指定医の診察等の運用実態には、地域差がある可能性が示唆された。

検察官通報に基づく診察群のうち措置不要と判断された 189 例のうち、1 名の指定医で判断された事例は 111 事例、2 名の指定医で判断された事例は 78 事例、2 名の指定医の診断において、指定医間の判断が不一致であったために措置不要となった事例は 20 事例であった。非該当となった主たる要因を分類したところ、「1.精神障害がない」「2.問題行動そのものが自傷他害にあたらない」「3.問題行動に対する責任能力を認める」「4.問題行動と精神症状に関連がない」「5.診察時に精神症状が改善あるいは消失している」「6.精神科治療の適応ではない」「7.自傷他害のおそれを認めない」の 7 類型に分類できた。また、非該当の主たる要因を特定できなかったものも認められた。さらに、2 名の指定医間の判断が不一致であったために措置不要となった事例を分析した結果、精神症状の把握が二人の指定医間で異なっていた場合、自傷他害の将来予測について判断が異なっていた場合があった。

措置入院患者の医療と社会復帰の

あり方に関する研究：6ヶ月以内に措置解除となった割合は、警察官通報群は83.7%、検察官通報群は67.4%であった。男女別の6ヶ月以内の措置解除率は、警察官通報群の女性が97.3%で最も高く、警察官通報群の男性、検察官通報群の男性、検察官通報群女性と続いていた。また疾患別の6ヶ月以内の措置解除率は、件数の少ないF0（器質性精神障害等）等を除くと、検察官通報群のF6（成人の人格および行動の障害）が最も高く、警察官通報群のF3（気分障害）、警察官通報群のF1（精神作用物質による障害）、警察官通報群のF2（精神分裂病等）等と続いていた。措置解除後の転帰についてみると、入院継続は検察官通報群で警察官通報群より高かった。措置解除判断（入院以降の病状または状態像の経過を措置症状消退と関連して記載することとなっている）の記載状況では、警察官通報群では最低13字から最大280字、25条では最低19字から最大580字の字数で記載されていた。その記載内容は、「1.病状の改善及び措置症状の消退が明瞭に読みとれるもの」「2.形式的には病状及び措置症状の改善が記載されているが記載は具体性に乏しいもの」「3.精神症状と措置症状が改善したか明確には読みとれないもの」「4.措置症状が改善したとは読みとれないもの」に区分できた。このうち前2者については措置解除の理由が読みとれると判断するとしても、「3.精神症状と措置症状が

改善したか明確には読みとれないもの」については判断が困難、「4.措置症状が改善したとは読みとれないもの」については措置解除が書類上は不適切と考えられるが、警察官通報群条では前者が3.0%、後者が0.9%、検察官通報群では前者が3.6%、後者が0.2%で認められた。「訪問指導等に関する意見」は「不要」あるいは「特になし」を含めて、警察官通報群では39.7%で、検察官通報群では41.5%で何らかの記載がされていた。警察官通報群では転帰が入院継続の場合28.3%であるが、通院の場合は59.6%、転医の場合53.8%に記載されていた。検察官通報群では転帰が入院継続の場合31%であったが、通院の場合は71.3%、転医の場合は60.7%であった。しかし「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」については、警察官通報群4.4%、9.4%とほとんど記載がなかった。

D. 考察

措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究：本研究によって、精神保健福祉法第24条（警察官通報）および精神保健福祉法第25条（検察官通報）の、通報から措置入院、措置解除までのおおよその流れを把握することができた。また警察官通報と検察官通報は、おおむね条文に応じた運用がなされていることがわかった。措置診察不要と判断された事例についても通報時にすでに精神科医療を受けている者も多く、

また措置診察不要の判断が下された直後の状態から考えても、必要な対象には措置診察が実施されていた。また措置診察の結果、措置不要の判断が下された場合も、医療の必要性がある場合は医療保護入院等の適応となっており、おおむね適正な振り分けが行われていた。しかし措置診察実施率（診察実施数 / 通報数）、措置入院率（措置入院数 / 通報数）は、都道府県・政令指定都市によって大きな差がみられた。今回の研究ではこの原因を明らかにすることはできないが、制度化されて50年以上を経た措置入院制度が、長い年数の間に都道府県・政令指定都市間で運用に差が生じていることが懸念される。

本研究のためにコード化した項目は、多くの項目で「記載なし」の割合が高かった。この理由として、これらの事項に関する記載が義務づけられていないこと、措置診察の要否判断に重要と考えられていない項目について記載していない可能性があること、また提出されなかった資料に「記載なし」となった項目についての情報が記載されていた可能性も否定できない。しかし措置診察の要否判断に必須と考えられる情報および要否判断の結果とその根拠についても一定以上の割合で「記載なし」が存在したことは問題である。

本研究の結果、警察官通報、検察官通報の行われた事例にも、措置診察を要するもの、要しないものが含まれており、措置診察の要否に関す

る調査を行う必要性が明らかになった。少なくとも通報の原因となる出来事が発生した時点の「精神障害を疑うにたる状況」、「自傷他害行為」といった措置要件に該当する状態の有無とその程度、および措置診察の要否判断の結果とその判断根拠については、全ての事例について調査書に明確に記載する必要がある。また措置診察の要否判断と具体的な処遇の判断に結びつく重要な情報と考えられる「精神科受療歴」、「措置入院歴」、「精神科的診断」、「通報の原因となる出来事が発生した時点のアルコール使用」、「通報の原因となる出来事が発生した時点の薬物使用」、「これまでの犯罪または問題行為」についても全ての事例について明確に記載されていることが望ましい。

また措置入院は制度化されて50年以上を経たが、長い年数の間に都道府県・政令指定都市間で運用に差が生じていることが懸念され、措置入院制度全体の状況について、定期的なモニタリングを可能とする枠組みを作る必要性が示唆された。

現在、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律案」が審議されているが、仮にこの法律が成立した場合には現在の第25条（検察官通報）の適用対象は、より精神保健指定医の診察の要否判断の難しい境界事例の割合が増加することも予測される。

これらの課題を解決するためには、適切な調査書の書式を統一して定め

ること、措置診察の事前調査および措置診察要否判断のガイドラインを定めること、および本研究のような措置入院制度の状況のモニタリングを定期的実施し、その結果を現場にフィードバックする仕組みを構築することが有効であると考えられる。

措置入院および措置解除にあたっての指定医の判断基準の実態に関する研究：警察官通報に基づく診察では77.5%要措置と判定され、指定医2名の判断が一致しなかったものは全体の2.8%と少なく、指定医の臨床的判断に差のある事例は少数であった。しかし問題行動の項目については、無賃乗車、放火または弄火、自殺企図で指定医の判定はより一致していたものの、侮辱、無断離院、恐喝、殺人などでは一致率に差がみられた。同様に、措置要否判断に関わる重要な精神症状でも、幻覚や妄想では比較的一致していたが、精神運動興奮、人格の病的状態などでは一致率に差がみられた。現実に警察官通報を契機に措置入院となっているのは、自傷他害のおそれが切迫しており、緊急に治療を要する事例が多いが、一部に指定医によって判断の異なる事例が認められた。現在の法律や政省令、通達等には、指定医の共有すべき医学的判断基準は示されていない。指定医の医学的判断に差があること、判断が困難な事例があること、薬物乱用など対応を統一すべき場合があることから、措置入院

の要否判断に関する指定医のガイドライン策定が必要と考えられた。

検察官通報に基づく診察では73.2%は要措置と判定され、指定医2名の判断が一致しなかったものは全体の2.8%と少なく、指定医の臨床的判断自体に差のある事例は少数であった。しかし問題行動の項目については、指定医間の認定と予測の記載の不一致率は各問題行動において10%以上と高かった。同様に、現在の症状、状態像についても、幻覚や妄想、精神運動興奮、人格の病的状態等、措置要否判断に関わる重要な精神症状においても、10%から30%の記載の不一致があった。また指定医の診察等の実施状況には、地域差がある可能性が示された。

検察官通報に基づく診察群のうち措置不要と判断された189例について、措置入院非該当とした主たる要因を分類したところ7類型に分類できたが、非該当の主たる要因を特定できなかったものも認められた。さらに、2名の指定医間の判断が不一致であったために措置不要となった事例を分析した結果、精神症状の把握、自傷他害行為を引き起こすおそれについて判断が異なっていた場合があった。

措置入院に関する診察における指定医の判断に際しては、法律上、「自傷他害のおそれ」という抽象的な基準が与えられ、診察にあたる指定医の医学的判断が尊重されているが、措置入院制度の適正な運用には、措

措置入院の要否判断において、具体的にどのような疾患、状態像、問題行動がある事例を措置入院の対象としていくか、指定医の間で共有すべき医学的判断基準を明らかにする必要があると考えられた。

今後、精神保健指定医による判断の標準化に向けて、措置入院の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、措置入院者のフォローアップ体制の整備等が必要と考えられるが、その第一段階として、措置入院の対象となる疾患、状態像、自傷他害行為の範囲等について、一定の判断指針案を明らかにするとともに、これらの有効性を検証していくことが必要と考えられた。

措置入院患者の医療と社会復帰のあり方に関する研究：措置解除までの期間の第24条と第25条における差は、第24条が一部の都道府県等では精神科救急に利用されており短期入院となる事例も多いこと、第25条は他害行為が基盤にあることによると推測される。措置解除後の転帰は入院継続が多く、これにより一部の患者では医療保護や任意入院に比べると入院が長期化している可能性がうかがえた。しかし措置入院から医療保護入院等に変更になった後の経過の把握は、法制度あるいは個人情報

保護の観点からも困難である。措置解除においては、指定医の診察による措置入院者の症状消退届を都道府県知事（その代理の保健所職員）が判断して措置解除を決定する事になっている。ゆえに措置入院者の症状消退届の記載がこの決定を行うに十分か否かが問題となる。病状の改善及び措置症状の消退が明瞭に読みとれる場合は、この書類により措置解除が可能であり、措置解除決定は根拠がもてる。形式的には病状及び措置症状の改善が記載されているものの、記載は具体性に乏しい場合には、措置解除決定は指定医の判断に委ねており、行政の判断は形式的となる。それゆえに指定医の判断に問題があれば措置解除決定は根拠のないものになりかねない。精神症状と措置症状が改善したか明確には読みとれない場合には、これで措置解除決定を行うことは本来行えないはずである。さらに措置症状が改善したとは読みとれない場合は、措置解除はできないはずである。しかしこの研究のデータである「措置入院者の症状消退届」は実態としてすべて受理されており、本来措置解除決定ができない例に処置解除がなされていることになる。措置解除の統一した方針の必要性がうかがわれる結果である。

訪問指導等に関する意見、社会復帰施設・在宅福祉制度等の活用に関する意見の記載は、社会復帰の促進や円滑な治療継続を促すためのものであるが、その記載は不十分であっ

た。記載の不足が社会復帰や治療継続の努力不足と同義語ではないが、その可能性はある。これらは症状消退届の様式の問題であると同時に、一方で措置解除に関する判断が指定医個々に任せ過ぎているという問題でもあったと考えられた。社会復帰のための方針の記載を確実にするとともに、実体的な対策も考えるべきである。

E. 結論

本研究の目的は、都道府県・政令指定都市における措置入院制度運用の状況を実証的に明らかにするとともに、措置入院制度の適正な運用に資する具体的な方策を提言することである。

措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究によって、精神保健福祉法第 24 条（警察官通報）および第 25 条（検察官通報）による通報事例の通報から精神保健指定医による診察決定までの実態を、都道府県・政令指定都市において作成された書類をもとに明らかにした。その結果、警察官通報、検察官通報とも、おおむね適正に運用されていることがわかった。しかし警察官通報、検察官通報とも、措置診察の要否判断を必要とする事例も多く、措置入院制度が創設されて 50 年を経て、制度運用の適正化を要する地域差を生じている可能性も示唆された。このため措置入院制度の運用を適正に行うためのモニタリングと評価のあり

方、措置診察の事前調査および措置診察要否判断のガイドラインと記録様式等の案を示す必要がある。

措置入院および措置解除にあたっての指定医の判断基準の実態に関する研究から、指定医による措置入院要否の判断はおおむね一致しているものの、問題行動の項目における記載、措置要否判断に関わる重要な精神症状の記載に不一致がみられた。また検察官通報に基づく診察群のうち措置不要と判断された189例の非該当となった主要因を分析したところ、措置入院の要否に関する判断において指定医が基本的に考え方を共有することが望ましい事項があることがわかった。さらに2名の指定医間の判断が不一致であったために措置不要となった事例を分析した結果、精神症状の把握、自傷他害行為を引き起こすおそれについて判断が異なる場合があった。また警察官通報、検察官通報に基づく指定医の診察等の運用実態には、地域差がある可能性が示唆された。措置入院に関する診察における指定医の判断に際しては、法律上、「自傷他害のおそれ」という抽象的な基準が示されているが、今後は具体的にどのような疾患、状態像、問題行動がある事例を措置入院の対象としていくのか、指定医の間である程度の基準を共有していくことが必要であり、判断が困難な場合や特殊な事態への対応や自傷他害行為の範囲等についても、一定の判断指針案を明らかにするとともに、

これらの有効性を検証していくことが必要と考えられた。

措置入院患者の医療と社会復帰のあり方に関する研究によって、措置解除は速やかになされているものの、措置解除後も医療保護入院や任意入院で入院を継続されていることが多いことがわかった。措置入院を契機とする入院は長期になっている可能性があり、措置入院患者の延べ入院期間の短縮と円滑な社会復帰が重要な課題であると考えられた。「措置入院者の症状消退届」の記載では、措置解除の判断の根拠が読みとれる様な記載が不十分な事例が少なくなることが明らかになった。「措置入院者の症状消退届」の記載は行政の措置解除決定の根拠となるものであり、その改善が課題である。また措置解除後の社会復帰への対応の記載も不明確であることが明らかになったが、措置入院患者の延べ入院期間の短縮と社会復帰を推進するために

は、例え入院を継続する場合であっても、社会復帰のための方針の記載を確実にするとともに、実体的な対策も考えるべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

II. 分担研究報告書

平成 14 年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
措置入院制度の適正な運用に関する研究
分担研究報告書

措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究

分担研究者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究協力者 立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

三宅 由子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

小山 智典（東京大学大学院医学系研究科）

宮田 裕章（東京大学大学院医学系研究科）

長沼 洋一（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨：本研究は、精神保健福祉法第 24 条（警察官通報）および第 25 条（検察官通報）による通報事例の通報から精神保健指定医による診察決定までの状況を、都道府県・政令指定都市において作成された書類をもとに検討するものである。本報告書の対象は、都道府県・政令指定都市から提出された行政書類の写しに基づく、平成 12 年 5 月と 11 月の 2 カ月間に同法第 24 条によって通報を受けた 1,109 例および平成 12 年度に精神保健福祉法第 25 条によって通報を受けた 968 例である。警察官通報 1,109 例のうち、750 例（67.6%）が、措置診察を実施され、565 例（50.9%）が措置入院になっていた。措置診察が実施されなかった事例は 359 例（32.4%）、措置診察の結果、措置入院不要となったのは 185 例（16.7%）であった。措置診察不要となった 359 例において、措置診察不要の判断が下された直後の状態は、任意入院 27 例（7.5%）、医療保護入院 174 例（48.5%）、精神科への通院 65 例（18.1%）、精神科医療不要 17 例（4.7%）等であった。検察官通報 968 例のうち、720 例（74.4%）が、措置診察を実施され、531 例（54.9%）が措置入院になっていた。措置診察が実施されなかった事例は 248 例（25.6%）、措置診察の結果、措置入院不要となったのは 189 例（19.5%）であった。措置診察不要となった 248 例において、措置診察不要の判断が下された直後の状態は、任意入院 18 例（7.3%）、医療保護入院 42 例（16.9%）、精神科への通院 74 例（29.8%）、精神科医療不要 7 例（2.8%）等であった。措置診察不要と判断された事例については措置診察となった事例と比べて通報時にすでに精神科医療を受けている者も多く、また措置診察の結果、措置不要の判断が下された場合も、医療の必要性がある場合は医療保護入院等の適応となっていると思われることから、おおむね適正な振り分けが行われているものと考えられた。しかし、措置診察実施率（診察実施数 / 通報数）、措置入院率（措置入院数 / 通報数）は、都道府県・政令指定都市によって大きな差がみられた。今回は単年度調査でこの原因については本研究からは明らかにすることはできないが、制度化されて 50 年以上を経

た措置入院制度が、長い年数の間に都道府県・政令指定都市間で運用に差が生じていることも懸念された。通報となる事例には、通報のみで必ずしも精神保健指定医による診察を必要としない事例も含まれており、通報に至る状況も多様であるため、精神保健指定医による診察要否決定のための事前調査が適正に行われる必要がある。このためには今後の措置入制度運用のモニタリング体制の整備を図る必要がある。措置診察の要否判断に必須と考えられる情報および要否判断の結果とその根拠についても一定以上の割合で記載なしが存在したことからも、適切な調査書の書式を統一して定めること、措置診察の事前調査および措置診察要否判断のガイドラインを定めること、および本研究の様な措置入院制度の状況のモニタリングを定期的を実施し、結果を現場にフィードバックする仕組みの構築が必要と考えられる。特に精神保健福祉法第 24 条および第 25 条運用のガイドラインと事前調査書の様式の整備が重要である。

A. 研究目的

措置入院制度は、精神保健福祉法に基づく入院形態のうち最も厳正な運用が求められる入院制度である。本研究は、精神保健福祉法第 24 条（警察官通報）および第 25 条（検察官通報）による通報事例の通報から精神保健指定医による診察決定までの状況を、都道府県・政令指定都市において作成された書類をもとに検討するものである。本研究の目的は、都道府県・政令指定都市における措置入院制度運用の状況を実証的に明らかにすることである。

B. 研究方法

全国で平成 12 年度に精神保健福祉法第 24 条（警察官通報）および第 25 条（検察官通報）によって通報を受け、精神保健指定医による診断を行った事例、行わなかった事例について、通報書、調査書等の書面の写しをもとに、通報から措置入院までの流れ、および事例の詳細を明らかにした。この検討に関しては、診断の内訳、犯罪行為の内訳、措置入院後の転記などを数量的にとらえるとともに、

通報理由、措置診察の要否決定の根拠などについては、実際の書類の記述を詳細に読むことにより詳細な解析を行った。具体的には次のとおりである。

1. 対象

本報告書の対象は、都道府県・政令指定都市から提出された行政書類の写しに基づく、平成 12 年 5 月と 11 月の 2 カ月間に同法第 24 条によって通報を受けた 1,109 例および平成 12 年度に精神保健福祉法第 25 条によって通報を受けた 968 例である。この中には、12 年度中に措置診察は実施されたが、通報書の提出日が 13 年度になっているものが 1 例含まれる。これは緊急性を要するため、事前に略式で連絡を行い、対応をしたのちに正式な通報書を送付したと考えられる事例であったので、対象に含めた。なお、本研究は平成 13 年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業「措置入院制度のあり方に関する研究」に引き続き実施されたもので、同研究と同一の資料を用いている。検察官通報（25 条）については、既に「措置入院制度のあり方に

関する研究」の平成 13 年度総括・分担研究報告書において結果が公表されているが、本研究の検察官通報（25 条）の対象数の方が多くなっている。これは、資料の提出時期の関係上、「措置入院制度のあり方に関する研究」の平成 13 年度総括・分担研究報告書の対象に含めることのできなかつた都道府県・政令指定都市のデータが追加されているためである。

解析した資料は、警察官通報（24 条）では、通報書 619 通、調査書 910 通など、検察官通報（25 条）では、通報書 823 通、簡易鑑定書 153 通、調査書 577 通、供述調書 27 通、鑑定書 55 通などであった。なお、簡易鑑定書等については、本調査の関連部分のみの写しを使用した。都道府県・政令指定都市の協力率は警察官通報（24 条）では、91.5%（54 / 59）検察官通報（25 条）では 94.9%（56 / 59）である。

2. 方法

1) 資料の収集

全国 59 の都道府県・政令指定都市に措置入院の要否決定までに作成される実際の行政書類の写しの提供を、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依頼した。送付を依頼した行政書類の写しは、個人情報保護の観点から、個人名、住所、病院名等の個人を特定可能な部分については墨塗りし、判読できないものになっている。

2) データベースの作成

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課に届いた資料の送付を受け、データベース化と解析を行った。

「通報書」や「調査書」等の記載内容に基づいてコード化を行いデータベース化した変数は、資料 1 のとおりである。様式の定められている「通報書（検察官通報のみ）」「措置入院に関する診断書」および「措置入院者の症状消退届」については、自由記述部分も含めた全ての記載内容をデータベース化した。また、様式のない「通報書（検察官通報以外）」や「事前調査書」等については、全ての記載に目を通して、所定の項目についてコード化を行い、数量化したデータベースを作成するとともに、「精神障害を疑うにたる状況」「自傷行為」「他害行為」「措置診察の要否決定の根拠の記載」にあたる部分の文章をテキスト入力しデータベースに追加した。

「精神障害を疑うにたる状況」「自傷行為」「他害行為」に関しては、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 28 条の二第一項の規定に基づき厚生大臣の定める基準」（昭和 63 年厚生省告示第 125 号）に基づき、かつテキスト入力の内容が一定に保たれるよう、作業はすべて特定の研究者の監督のもとで行った。

コード化にあたっては、それぞれの項目について、その項目に該当するとの記載があった場合には「あり」とコードし、該当しないとの記載があった場合には「なし」とコードし、その項目について何の記載もなかった場合には「記載なし」としてコードした。また、その情報が本来記載されているべき書類が送付されていなかった場合や、記載はあるもののその内容が判読不能の場合などは欠損値として処理した。なお、「通報因発生時の重大な他害行為（殺人、放火、強姦、

強盗)の有無」と「通報因発生時の重大な他害行為以外の行為の有無」については、未遂は含まず、刑法等の法律に記載されている用語での記述があった場合にのみ「あり」とコードした。例えば、人を殴ったとのみ記載があり、傷害や暴行等の刑法等の法律に記載されている用語での記述がなかった場合には「あり」とはコードされない。

さらに、措置診察を実施しなかった事例、診察の結果、措置不要となった事例、および措置入院が解除された事例、については、それぞれ、その後の状態(入院したか、通院したかなど)を資料2の調査票により調べた結果をデータベース化した(本報告書では診察を実施しなかった事例のその後の状態についてのみ結果を記載した、その他の集計は浦田と吉住の報告書を参照)。なお、この「その後の状態」の調査にあたっては、個人情報保護の観点から、行政が把握している情報から判明するものについてのみ回答をもらい、行政が把握していない事例についての関係者や本人への情報収集は実施しないこととした。

3) 集計

はじめに、警察官通報(24条)事例1,109例(以下、通報群と称す)について、コード化を行いデータベース化した変数に沿って集計をした。また、通報群を「措置診察が実施された事例」(以下、診察群と称す)と「措置診察が実施されなかった事例」(以下、非診察群と称す)に区分し同様の集計をした。さらに都道府県・政令指定都市別にみた場合、通報件数、通報の内容に差がみられるか検討した。さらに都道府県・政令指定都市別の

診察実施率および措置入院率について検討した。

次に、検察官通報(25条)事例968例(以下、通報群と称す)について、コード化を行いデータベース化した変数に沿って集計をした。また、通報群を「措置診察が実施された事例」(以下、診察群と称す)と「措置診察が実施されなかった事例」(以下、非診察群と称す)に区分し同様の集計をした。なお、検察官通報(25条)の通報書には罪状が記載されているので、この欄の記載に、「殺人」、「強盗」、「傷害」、「傷害致死」、「強姦・強制わいせつ」、「放火」の字句を含む事例(未遂、予備を含む)を抽出し、それぞれのカテゴリーを作成し集計を行った。「傷害」については、「過失を含む」と「過失を含まない」の分類を行った(「傷害致死」は過失に該当する事例がなかったためこの分類は行っていない)。さらに都道府県・政令指定都市別の診察実施率および措置入院率について検討した。

最後に、警察官通報(24条)群と検察官通報(25条)群の比較を行った。

4) 倫理面への配慮

都道府県・政令指定都市への調査協力にあたっては、調査の目的を明確にした厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課課長名の文書依頼を行った。都道府県・政令指定都市から厚生労働省精神保健福祉課を経由して入手した、平成12年度の全国の措置入院に関する通報書、事前調査書、措置入院に関する診断書、措置入院者の症状消退届、起訴前鑑定書等の、氏名等の個別情報をマスクしたものを主な資料として用いた。こ