

B 研究方法

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について、措置不要と判断された事例の診断書を対象とした。

これらの診断書の「生活歴及び現病歴」ならびに「診察時の特記事項」について研究者である3名の指定医が、不要となった要因について詳細な検討を行い、共通する要因のカテゴリー化とそれぞれの事例数をカウントした。また、指定医間で措置の判断が不一致となった事例についてもその要因について分析調査を行った。

C 研究結果

(1) 措置不要事例の概況

今回、措置入院に関する診察の資料が得られたのは、55の都道府県・政令指定都市からの720事例であった。指定医2名が診察した事例は602例(83.6%)、1名のみが診察した事例は118名(16.4%)であった。その結果措置不要と判断されたのは189事例で通報事例の26.3%であった。

措置不要と判断された189事例のうち、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事例であった。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。

(2) 措置不要判断の要因とカテゴリー化

189事例の措置入院に関する診断書の「生活歴及び現病歴」及び「診察時の特記事項」から非該当となった主たる要因を読み込み分類したところ、「精神障害がない」「問題行動そのものが自傷他害にあたらぬ」「問題行動に対する責任能力を認める」「問題行動と精神症状に関連がない」「診察時に精神症状が改善あるいは消失している」「精神科治療の適応ではない」「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、診断書を読み込んでも、非該当の主たる要因を特定できなかったものを「特定不能」に分類した。

以下に、措置不要と判断された主たる要因についてそれぞれ説明を加え、代表事例を示す。

<カテゴリー1 精神障害がない>

診断名に精神疾患の診断名がなく、記載文中に詐病などの記載がみられるものを、本カテゴリーに分類した。

事例1 60代男性 窃盗

【生活歴及び現病歴】窃盗等で頻回の逮捕歴があり、X年Y月自動車を盗んだため、逮捕された。

【特記事項】アルツハイマー症や心因反応といった診断で精神科通院していたため、今回の診察に至っているが、特に精神症状は認めず、今回の犯罪は精神障害が原因ではない。

＜カテゴリー2 問題行動そのものが自傷他害にあたらぬ＞

窃盗、家宅侵入、薬物事犯等、当該問題行動が「自傷他害」にあたらぬと指定医が捉え、措置不要と判断したものを本カテゴリーに分類した。

事例2 20代男性 精神分裂病 家宅侵入

【生活歴及び現病歴】幻聴に基づき家宅侵入し、飲食しているところを警察に保護される。

【特記事項】家宅侵入については異常体験と関係の可能性はある。過去も現在も興奮や暴力行為等はない。

＜カテゴリー3 問題行動に対する責任能力を認める＞

問題行動に対して、「責任能力を認める」「是非弁別能力の障害はない

い」といった記載が見られた場合に、本カテゴリーに分類した。

事例3 40代男性 分裂病 窃盗

【生活歴及び現病歴】前科歴、精神科入院歴ともに数回あり。幻聴に基づく窃盗。

【特記事項】幻聴を認めるが、弁別能力は障害されておらず、強く異常体験

＜カテゴリー4 問題行動と精神症状に関連がない＞

問題行動に対して、「幻覚妄想等の精神症状との関連を認めない」等と記載がある場合に、本カテゴリーに分類した。

事例4 30代男性 精神分裂病 殺人未遂

【生活歴及び現病歴】10代の頃から治療歴あり、無為・情意鈍磨で安定していたが、親族に対する殺人未遂。

【特記事項】心気症状・心気妄想はあるものの、今回の事件は病的体験に基づいたものではない。

＜カテゴリー5 診察時に精神症状が改善あるいは消失している＞

問題行動を起こした時には、何らかの精神症状がありその精神症状に

基づいた行動であったとしても、診察時には精神症状が改善あるいは消失しているとの記載がある場合に、本カテゴリーに分類した。

事例5 30代 男性 躁うつ病 傷害

【生活歴及び現病歴】10年前より発症。事件の数ヶ月前より睡眠障害、酩酊下で傷害、暴行事件を起こす

【特記事項】躁状態に加えてアルコール酩酊下による犯行。拘留期間中の内服治療で症状は改善した。

精神症状に基づく問題行動を過去起こしたものの、現在反省していたり、入院に同意するなど、自傷他害のおそれを認めないと判断され、措置不要となった事例を本カテゴリーに分類した。

事例7 40代 男性 精神分裂病

【生活歴及び現病歴】20年以上の治療歴。近隣の騒音に立腹し、包丁で脅す行為

【特記事項】陽性症状はない。事件に対する反省や相手への謝罪の言葉、治療に対しても拒絶がみられない

<カテゴリー6 精神科治療の適応ではない>

精神障害にあてはまるが、精神科治療の適応ではないと判断され、措置不要となった事例を本カテゴリーに分類した。

事例6 20代 男性 精神遅滞 強制わいせつ

【生活歴及び現病歴】療育手帳所持。10代の頃より、窃盗と強制わいせつを繰り返し、逮捕歴や入院歴がある。

【特記事項】簡単な質問にも理解しがたく知的障害がある。治療可能性がなく福祉的対応が妥当

<カテゴリー8 特定不能>

措置不要と判断した根拠が明確に記載されておらず、要因が特定できなかったものを、本カテゴリーに分類した。

事例8 50代 男性 精神分裂病 傷害

【生活歴及び現病歴】治療歴はなし。妄想に基づき他人に傷害。

【特記事項】訂正不能、長期にわたり持続する被害妄想が顕著。妄想に支配

<カテゴリー7 自傷他害のおそれを認めない>

(3) 措置不要要因カテゴリー毎の事例数

措置不要となった189事例を、上記8カテゴリーを主要因とする事例数を集計した。ただし、複数の要因によって措置不要と判断され、単

一の要因カテゴリーに分類が困難な事例は複数要因群とした。その結果を表1に示す。

表1 措置不要要因の分類

措置不要要因	n	%
精神障害がない	13	6.9%
自傷他害にあたら ない	8	4.2%
責任能力がある	9	4.8%
症状関連性がない	35	18.5%
症状が持続してい ない	42	22.2%
治療可能性がない	12	6.3%
自傷他害のおそれ なし	37	19.6%
特定不能	33	17.5%
計	189	100.0%

(4) 指定医間で措置判断が不一致となった事例の分析

措置不要と判断された189事例のうち、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は20事例あり、その不一致の詳細な分析検討を行った。

その結果、表2に示すように、不一致点として2とおりのパターンが存在することが明らかになった。ひとつは、上記7カテゴリーの判断要

因の根拠となる精神症状の把握が二人の指定医間で異なっていた場合である。一方の精神保健指定医は妄想があると判断し、他方の精神科医は妄想ではないと判断するといった例がみられた。そのために診断名が異なる事例もあった。

指定医間の判断が異なる二つめのパターンは、自傷他害の将来予測について判断が異なる場合である。一方の精神保健指定医は自傷他害の可能性が高いと判断し、他方の精神保健指定医は可能性の高いと判断していない。

D 考察

(1) 措置不要事例の概況

措置不要の判断は、720事例のうち189事例で、通報事例の28.9%であった。そのうち、58.7%と過半数の事例は、一人の指定医で診察が行われていた。このことは法的な手続きからは何ら問題はなく、一次診察で指定医が措置不要と判断した場合には、2人目の指定医の措置判断を待たずに措置不要が確定する。しかし、重大な問題行動を起こした事例に対して措置不要の判断を行うことは、社会的影響が強くその判断を一人の指定医にのみ任されているという現実がある。また、指定医間の判断が不一致となった事例は20例で、2人の指定医が診断を行った全602事例に対する割合は3.3%であった。精神

症状のとらえ方や自傷他害の予測等精神医学的な診断に正反対の意見がみられており、判断に困難な事例が少なからず存在している。以上の事情から、一人の指定医による措置不要の判断で正確な判断が行われたとみなしてよいか、検討を要する課題と考えられる。ちなみに、自治体によっては、2名の指定医が同時に診察を行っているところもあり、指定医診察のあり方の運用によっては、2名の指定医による診察を全事例に行うことも可能である。

(2) 措置不要判断の根拠のカテゴリー

精神保健指定医の措置入院の判定基準は、精神保健福祉法第28条の2項によって、「厚生大臣の定める基準に従い、当該診察をし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があるかどうか」と定められている。

189事例の措置不要の判断根拠を詳細に検討した結果、「精神障害」「自傷他害のおそれ」を加えて、7つのカテゴリーに分類することができた。

カテゴリー1「精神障害がない」カテゴリー7「自傷他害のおそれがない」は法文どおりの判断基準である。

カテゴリー3「問題行動に対する責任能力を認める」とカテゴリー4「問題行動と精神症状に関連がない」は、「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」という文言の中の「精神障害のために」を、「精神症状の影響下に行われたかどうか」を判断の基準においたものである。その意味で、法文の解釈を深く読み込んだ判断と考えられる。

カテゴリー6「精神科治療の適応ではない」で措置不要とした事例は、精神遅滞や人格障害に多かった。いずれも法第5条において精神障害と定義されており、自傷他害のおそれがあれば法文どおり、措置入院が必要と判断される事例である。しかし、精神科治療の可能性はない、あるいは適応ではないといった判断から、措置不要の判断になっている。この要因による措置不要の判断は、法文上の判断基準に治療可能性の概念を付加して行われたものであった。

カテゴリー2「問題行動そのものが自傷他害にあたらない」といった判断は、経済犯や不法侵入、薬物使用などの事例の場合に行われている。他害行為とは、厚生大臣の定める基準によると、「原則として刑罰法令に触れる程度の行為」をいう。この「刑罰法令に触れる程度」という文言の「程度」の解釈を、他人に身体的精神的な実害を与えるものを他害行為

であるとみなし、それ以外の問題行動の場合には他害行為のおそれがないとみなしたものであった。

カテゴリー5「診察時に精神症状が改善あるいは消失している」は、過去の問題行動が精神症状の影響下に行われたとしても、診察の時点でその精神症状が改善しておれば、措置不要となる判断であった。25 条通報事例は、事件発生後逮捕送検され診察に至るまでに相当の期間が経過しているため、この間に治療が行われ治癒なり改善している事例は少なくない。ここで問題となるのは、「自傷他害のおそれがある」と判断し予見する期間をどの範囲まで捉えるかである。例えば、現在症状が改善していても、将来の服薬中断・症状再燃までを予見して「自傷他害のおそれ」と捉えるか否かが、また、将来の再飲酒や精神作用物質の再使用を予測できるとして、酩酊下における「自傷他害のおそれ」があると捉えるか否かが、指定医によって判断の分かれるところである。指定医間の不一致事例においても、自傷他害の予見の範囲の捉え方は、不一致の主たる原因になっていた。法文や基準には、具体的な予見の範囲までは詳述されておらず、個々の指定医の判断に任されているところである。

以上、措置不要の判断根拠は、7 つのカテゴリーに分類することができたが、カテゴリー1と7以外の5

つの要因は、法文や基準には具体的な記載がないが、指定医診察の際、より踏み込んだ解釈が要求されるものであった。また、前述したように、自傷他害の予見の範囲も詳述されていない。そのため、精神保健指定医全体のコンセンサスになっておらず、不一致事例を生み出す原因となっているとも考えられる。

(3) 根拠が特定されない診断書

措置不要の診断書を読み込んでも、非該当の主たる要因を特定できなかったものをカテゴリー8「特定不能」と分類し集計したところ、33 事例17.5%であった。代表事例の記載にあるように、その記載された文章からは、措置不要と判断された根拠が読み取ることができないものであった。

これは、「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」調査でも述べているように、現在の診断書書式が措置判断の根拠を明確にするようには整っていないことも原因の一つと考えられる。一方、措置入院に関する診断書が、医療保護入院者の入院届のように精神医療審査会の審査にまわることがなく、入院の必要性についてチェックするシステムが現行の精神保健福祉法上になくとも一因である可能性もある。

(4) 措置判断の不一致

指定医間の措置判断の不一致率は3.3%であった。現行法においては、不一致になった場合には措置不要と決定する。しかし、指定医の判断が不一致による措置不要の決定が社会に与える影響が大きいことが予想され、たとえ3.3%であったとしても、指定医間の判断の違いが改善されるような取り組みが必要である。不一致の要因は、精神症状の把握と自傷他害の予測の2点が主なものであった。また、同じ精神症状を捉えていても、本人の反省と治療への同意を措置不要判断の根拠にする場合としない場合があった。

これらの不一致は診断技術と要否判断の捉え方に由るものであり、精神保健指定医による判断の一致率を上げていくためには、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、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の整備、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などが検討課題として考えられる。

E 結論

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。

今後、精神保健指定医による判断の手助けとなる具体的な指針が必要と考えられた。

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

I 文献

なし

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（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—

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

警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、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調査した。

2000年5月1日から31日まで、ならびに2000年11月1日から30日まで、全国59の都道府県・政令指定都市において精神保健福祉法第24条に基づく警察官通報がなされ、診察となった事例を対象とした。

今回、資料が得られたのは、このうち52の都道府県・政令指定都市からの749事例であった。事例は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3対1であった。診断は、F2：精神分裂病，妄想性障害が最も多く、F1：精神作用物質による障害が続き、F0、F3、F6、F7は、それぞれ2～7%と少なかった。措置入院歴は、少なくとも66例（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疑問があった。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疑問があった。

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、F2 では多くが要措置となっていたが、F6 では措置不要となっていた。措置は不要と判断された事例の約半数は入院していた。

措置入院事例は、措置入院6ヶ月後までに504例(86.9%)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。

上記の結果をふまえ、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、措置入院ならびに緊急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などが検討課題と考えられた。

A 研究目的

この研究は、警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、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、措置不要となったもののその後の処遇、措置入院した事例の措置解除時の状況も調査した。

これらの調査を通じ、今後の措置入院制度のあり方を考える上で必要となる基礎資料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5月1日から同31日まで、ならびに2000年11月1日から同30日までに、全国59の都道府県・政令指定都市において精神保健福祉法第24条に基づく警察官通報がなされ、診察となった事例を対象とした。

対象事例の、「警察官通報書」、「措置入院に関する診断書」、「措置入院者の症状消褪届」に基づき分析した。

なお、緊急措置入院した時点で措置入院事例として取り扱い、その後の措置入院に関する診察で措置不要となった事例は、措置解除に準じて集計した。

2. 診断書

(1) 概要

措置入院に関する診断書の項目のうち、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した。

(2) 診断

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。具体的方法については、平成13年度の報告書⁵⁾に記した。

(3) 問題行動

診断書では、問題行動は21に分類され、その上で6群に分けられている。そして群ごとに、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やBは、正確に対応していない

ここでは21の問題行動と6つの問題行動群毎にチェックがあるか否かを調べ、不一致事例は、「指定医2名の診察を受けた事例で1名のみのチェックがある事例」とした。

(4) 状態像

状態像についても、各項目からそれぞれ有無を検討し、「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。

問題行動ならびに状態像について、2名の指定医の診察を受けた事例では、一致率を検討するためにCohen κ 値を求めた。Cohen κ については、0.8~1.0：完璧、0.6~0.8：十分、0.4以上：中等度、0.4未満：一致率に問題あり、と考えられている。

(5) 「生活歴及び現病歴」ならびに「診察時の特記事項」について

「生活歴及び現病歴」ならびに「診察時の特記事項」について、研究者である3名の指定医が詳細に検討した。

3. 通報書

警察官通報書・都道府県政令指定都市の調査内容等の調査⁴⁾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、事例の問題行動は、警察官通報書には罪名など明らかな基準により記載される項目がないことから、竹島らにより対人他害行為、対物他害行為、自傷行為、その他に分類を行った。

4. 消褪届

消褪届は、2001年10月31日までに提出された事例を対象とした。そのため、措置入院後、最短6ヶ月、最長18ヶ月の観察期間がある。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。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によった。

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た。

さらに、収集された資料は、前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。

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武蔵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た。

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、52の都道府県・政令指定都市から749事例であり、のべ1527枚の診断書を検討した。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、この違いは消褪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。

表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446例(59.5%)であり、指定医1名のみが診察した事例は303例(40.5%)であった。

1. 年齢・性別

表2に事例の年齢・性別を示した。

男性569例(76.0%)、女性180例(24.0%)であり、男女比は3対1であった。

年齢は 39.2 ± 13.9 歳であり、10~19歳31例(4.1%)、20~29歳181例(24.2%)、30~39歳210例(28.0%)、40~49歳157例(21.0%)、50~59歳105例(14.0%)、60~69歳47例(6.3%)、70~79歳13例(1.7%)、80~89歳4例(0.5%)、未記入1例(0.1%)であった。

2 過去の入院歴・入院形態

(1) 入院期間等

表3に初回入院期間を、表4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5に、前回退院から今回診察ま

での期間を示した。

(3) 措置入院歴の有無

表6に措置入院歴の有無を示した。

過去に確実に措置入院歴があると判断されるものは66例(8.8%)であった。

3 診断

表7に、診断を示した。

診断は、F00～F09：器質性精神障害 18例(2.4%)、F10～F19：精神作用物質による障害 109例(14.6%)、F20～F29：精神分裂病，妄想性障害など 386例(51.5%)、F30～F39：気分障害 31例(4.1%)、F40～F49：神経症性障害，ストレス関連障害など 7例(0.9%)、F50～F59：生理的障害など 2例(0.3%)、F60～F69：人格障害 49例(6.5%)、F70～F79：精神遅滞 4例(0.5%)、F80～F89：心理的発達の障害 0例(0.0%)、F90～F98：小児期および青年期の行動・情緒障害 4例(0.5%)、F99：特定不能の精神障害 0例(0.0%)、G40～G41：てんかん 0例(0.0%)、精神障害なし 0例(0.0%)、状態像診断など「その他」とされるもの 109例(14.6%)、診断が不一致で診断確定ができないもの 30例(4.0%)であった。

診断が不一致で診断確定ができないもの(以下、診断不一致群) 31例

のうち、F2とF6での不一致8例、F1とF2での不一致5例などが多かった。

表8に、問題行動の対象別診断を示した。

通報書の問題行動の記載から、この調査全般において、通報書に記載された問題行動を基準に、竹島らが、問題行動を対象別に、対人他害行為、対物他害行為、自傷行為に区分した(竹島報告書参照)。

診察が行われた事例における問題行動の対象は、対人他害行為 515例(68.8%)、対物他害行為 62例(8.3%)、自傷行為 104例(13.9%)、その他 68例(9.1%)であった。

いずれの診断でも、対人他害行為の割合が多かった。

4 問題行動

(1) 問題行動別チェック状況

表9に問題行動別チェック状況を示した。

749例のうち、問題行動へのチェックは、器物損壊 230例(30.7%)、傷害 209例(27.9%)、自傷 157例(21.0%)、徘徊 154例(20.6%)、自殺企図 118例(15.8%)、暴行例ならびに脅迫がそれぞれ 115例(15.4%)、家宅侵入 85例(11.3%)などであった。

殺人へのチェックは 17例(2.3%)

に認められた。指定医2名の診察を受けた446例では、殺人ありで一致5例(1.1%)、不一致24例(5.4%)であった。

2名の指定医の判定について、偶然の一致を検証するためにCohen κ 値を求めたところ、無賃乗車0.80で、放火または弄火0.74、自殺企図0.67などで高く、侮辱0.17、無断離院0.19、恐喝0.26、殺人0.27などで低かった。

(2) 問題行動群別チェック状況

表10に、問題行動群別チェック状況を示した。

749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403例、B(今後おそれのある問題行動)へのチェックは442例にあった。指定医2名が診察した446例では、Aの不一致93例(20.9%)、Cohen κ 0.55、Bの不一致85例(19.1%)、Cohen κ 0.52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11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12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13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。

749例のうち、幻覚妄想状態は472例(63.0%)に認定された。このうち、幻覚307例(41.0%)、妄想373例(49.8%)に認定された。

2名の指定医が診察した446例では、幻覚妄想状態認定の不一致は76例(17.0%)、Cohen κ 0.60であった。

(4) 精神運動興奮状態

表14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。

749例のうち、精神運動興奮状態は452例(60.3%)に認定された。このうち、興奮状態299例(39.9%)、衝動行為262例(35.0%)に認定された。

2名の指定医が診察した446例では、精神運動興奮状態認定の不一致は116例(26.0%)、Cohen κ 0.18であった。

(5) 昏迷状態

表15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16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 1 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。

知能障害の認定は 21 例 (2.8%) であり、不一致 15 例であった。

b 精神遅滞

表 1 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。

c 痴呆

表 1 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 2 0 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、125 例 (16.7%) に認定されたが、不一致 124 例 (27.8%)、Cohen κ 0.30 であった。

(9) その他の症状または状態像

表 2 1 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。

このうち薬物依存は 67 例 (8.9%) に認定され、不一致 26 例 (5.8%)、Cohen κ 0.68 であった。このうち、覚醒剤は認定 44 例 (5.9%)、不一致 17 例 (1.6%)、Cohen κ 0.68、有機溶剤は認定 16 例 (2.1%)、不一致 7 例 (1.6%)、Cohen κ 0.73、アルコールは認定 52 例 (6.9%)、不一致 28 例 (6.3%)、Cohen κ 0.64 であった。

6 措置入院の判断

(1) 措置要否判断

表 2 2 に措置要否判断を示した。

要措置 580 例 (77.4%) であり、措置不要 169 例 (22.6%) であった。

(2) 指定医の措置要否判断の一致状況と措置要否判断の状況

表 2 3 に指定医の措置要否判断の一致状況を示した。

要措置の判断を受けた 580 例のうち、要措置で一致したのは 375 例 (50.1%)、緊急措置となったのは 195 例 (26.0%) であり、このほか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) 10 例 (1.3%) がみられた。

措置不要の判断を受けた 169 例のうち、指定医 2 名が措置不要で一致したのは 22 例 (2.9%)、指定医 2 名の判断が不一致であったのは 21 例 (2.8%)、Cohen κ 0.65、指定医 1 名で措置不要となったのは 126 例 (16.8%) であった。

(3) 診断別措置要否判断の状況

表 2 4 に診断別措置要否判断の状況を示した。

F10~F19 : 精神作用物質 109 例のうち、要措置 84 例であり、うち要措置で一致 54 例、緊急措置 29 例、書類不到達例 1 例であった。措置不要

25 例では、措置不要で一致 1 例、要否不一致 2 例、指定医 1 名で措置不要 22 例であった。

F20～F29：精神分裂病 385 例のうち、要措置 340 例であり、うち要措置で一致 217 例、緊急措置 121 例、書類不到達例 2 例であった。措置不要 45 例では、措置不要で一致 8 例、要否不一致 8 例、指定医 1 名で措置不要 29 例であった。

診断不一致 31 例のうち、要措置 23 例であり、うち要措置で一致 22 例、緊急措置 1 例であった。措置不要 8 例では、措置不要で一致 2 例、要否不一致 6 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 2 5 に問題行動の重大度別措置要否判断の状況を示した。

対人他害行為が認められた 515 例では、要措置 392 例、措置不要 123 例、対物他害行為 62 例では、要措置 54 例、措置不要 8 例、自傷行為 104 例では要措置 83 例、措置不要 21 例であった。問題行動別の措置要否判断には、有意差は認められなかった。

(5) 措置不要直後の対応

表 2 6 に、措置不要直後の対応を示した。

措置不要直後に入院したのは 103 例 (60.9%) であり、うち任意入院 7 例 (4.1%)、医療保護入院 96 例

(56.8%) であった。ほか、通院 39 例 (23.1%)、医療不要 14 例 (8.3%)、欠損値 13 例 (7.7%) であった。

表 2 7 に、診断別措置不要直後の対応を示した。

F10～F19：精神作用物質で措置不要となった 25 例のうち、措置不要直後に入院したのは 16 例 (64.0%) であり、うち任意入院 2 例 (8.0%)、医療保護入院 14 例 (56.0%) であった。ほか、通院 4 例 (16.0%)、医療不要 2 例 (8.0%)、欠損値 3 例 (12.0%) であった。

F20～F29：精神分裂病で措置不要となった 45 例のうち、措置不要直後に入院したのは 38 例 (84.4%) であり、すべて医療保護入院であった。ほか、通院 3 例 (6.7%)、医療不要 2 例 (4.4%)、欠損値 2 例 (4.4%) であった。

表 2 8 に、問題行動の重大度別措置不要後の対応を示した。

対人他害行為で措置不要となった 122 例のうち、措置不要直後に入院したのは 77 例 (62.6%) であり、うち任意入院 7 例 (5.7%)、医療保護入院 70 例 (56.9%) であった。ほか、通院 25 例 (20.3%)、医療不要 12 例 (9.8%)、欠損値 9 例 (7.3%) であった。

(6) 措置入院事例の特徴

要措置と判断された患者は、幻覚

妄想状態あるいは精神運動興奮状態のために、軽度の犯罪行為であっても、結果的に被害の乏しい迷惑行為を行ったものに多かった。一部には放火や殺人など重大な他害行為を行った患者も含まれていたものの、これらは少数であり、併せて自傷行為をも行うなど著しい精神病状態のために、ただちに治療を要するような状態が多かった。

しかしながら一部には、診断書からはほぼ同様の事例と思われるのに、一方は措置入院となり、他方は措置非該当となっているような事例も認められた。こうした事例には、問題行動が自傷他害といえるかどうかの基準、おそれがあるかどうかの基準が問題となっているような場合も含まれていた。

7 措置入院した事例

(1) 入院6ヶ月後の転帰

表29に、措置入院6ヶ月後の転帰を示した。

措置入院した580例のうち、緊急措置入院後の措置診察で非該当となったのは16例(2.8%)、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488例(84.1%)、措置継続76例(13.1%)であった。

表30に、診断別措置入院6ヶ月

後の転帰を示した。

F20～F29 精神分裂病では、入院340例のうち、措置解除293例(86.2%)、措置継続47例(13.8%)であった。

表31に、問題行動の重大度別措置入院6ヶ月後の転帰を示した。

対人他害行為392例では、措置解除339例(86.5%)、措置継続53例(13.5%)であった。

表32に、措置解除直後の対応を示した。

措置解除直後に入院したのは301例(59.5%)であり、うち任意入院99例(19.6%)、医療保護入院202例(39.9%)であった。ほか、通院134例(26.5%)、医療不要4例(0.8%)、欠損値67例(13.2%)であった。

表33に、診断別措置解除後の対応を示した。

F20～F29 精神分裂病で、措置解除直後に入院したのは194例(66.2%)であり、うち任意入院54例(18.4%)、医療保護入院140例(47.8%)であった。ほか、通院68例(23.2%)、医療不要1例(0.3%)、欠損値30例(10.2%)であった。

表34に、問題行動の重大度別措置解除後の対応を示した。

対人他害行為で措置解除となった339例のうち、措置解除直後に入院

したのは 205 例 (60.5%) であり、うち任意入院 61 例 (18.0%)、医療保護入院 144 例 (42.5%) であった。ほか、通院 93 例 (27.4%)、医療不要 3 例 (0.9%)、欠損値 38 例 (11.2%) であった。

(2) 措置入院 6 ヶ月後までの入院継続率

図 1 に、措置入院 6 ヶ月後までの入院継続率を示した。

措置入院 6 ヶ月時点での入院継続率は 12.8% であり、うち対人他害行為 13.0%、対物他害行為 9.6%、自傷行為 15.7%、欠損値 13.1% であった。

入院継続率が 50% となったのは、全事例では 50 日目であり、対人他害行為 52 日目、対物他害行為 54 日目、自傷行為 42 日目、欠損値 66 日目であった。

8. 自治体別の状況

(1) 診察件数および措置要否

図 2 に、自治体別措置診察件数を示した。

52 の都道府県・政令指定都市で 749 件の診察が行われていた。

人口 200 万人以上の自治体は調査時点で 20 カ所であったが、診察件数の上位 20 位以内の 23 自治体に人口 200 万人に満たない自治体が 13 カ所入っていた。

図 3 に、人口 100 万対自治体別措置診察件数を示した。

各自治体間での措置診察件数も、最少 0.5 から最大 26.4 までのばらつきがみられた。各自治体間での人口 100 万対措置診察件数も、最少 1.0 から最大 26.6 までのばらつきがみられた。5 件未満 29 カ所、5 件以上 10 件未満 17 カ所、10 件以上 20 件未満 4 カ所、20 件以上 1 カ所であった。

図 4 に厚生労働省の地方厚生局が管轄する地域を参考（北海道地方と東北地方は 1 つにまとめた）に、人口 100 万対地域別措置診察件数を示した。

関東甲信、近畿、中国四国、九州で診察件数が多く、関東甲信、中国四国、九州では要措置となる率が多く、近畿では措置不要がやや多かった。また東海北陸では診察件数自体が少なかった。

(2) 入院件数および入院 6 ヶ月後の措置継続率

図 5 に、自治体別措置入院件数を示した。

52 の都道府県・政令指定都市で 581 件の入院が行われていた。

入院件数の上位 20 位までの 24 自治体に人口 200 万人に満たない自治体が 14 カ所入っていた。

図 6 に、人口 100 万対自治体別措置入院件数を示した。

各自治体間での措置入院件数も、最少0.5から最大21.4までのばらつきがみられた。5件未満38カ所、5件以上10件未満10カ所、10件以上20件未満2カ所、20件以上1カ所であった。

入院6ヶ月後の措置解除では、多くの割合で措置解除となっていたが、一部に措置継続が多い自治体が見られた。

図7に、人口100万対地域別措置入院件数を示した。

関東甲信、中国四国、九州で入院件数が多く、中国四国、九州では入院6ヶ月後に措置継続されている率が多かった。東海北陸では措置入院が少なく、北海道・東北、近畿もやや少なかった。

(3) 措置解除件数ならびに解除後の処遇

図8に、自治体別措置解除件数を示した。

45の都道府県・政令指定都市で件が措置解除されていた。

措置解除件数の上位20位までの24自治体に人口200万人に満たない自治体が13カ所入っていた。

図9に、人口100万対自治体別措置入院件数を示した。

各自治体間での措置解除件数も、最少0.0から最大19.5までのばらつきがみられた。5件未満43カ所(措

置解除0件を含む)、5件以上10件未満7カ所、10件以上20件未満2カ所であった。

措置解除となった事例では、多くの割合で任意入院または医療保護入院となっていたが、一部に通院が多い自治体が見られた。

図10に、人口100万対地域別措置解除件数を示した。

関東甲信で解除件数が多かった。措置解除後の対応では、特に地域差は認められなかった。

図4, 7, 10の地域別件数を、図11にまとめた。

D 考察

1 年齢・性別について

男女比3対1と差がついていたが、これは、病的体験にもとづく行動が出現した場合には体力的な格差を背景に男性で事例化しやすいことにも影響を受けているものと思われた。

年齢構成について、20歳代から30歳代で最も多く、次いで40歳代、50歳代、60歳代、10歳代と続いていた。精神疾患の発症年齢、また性差と同様、体力的な格差を背景に若年層で事例化しやすいことに影響を受けている可能性もあると思われた。

2. 過去の入院期間・入院形態

診断書の記載は、初回入院ならび

に前回入院についてのみ、その入退院年月日と入院形態を記載することとなっている。

たしかに、措置要否の判断にあたり、過去の入院歴・入院形態、措置入院歴の有無といった情報は必要である。また入院期間についても、短期間の入院を頻回に繰り返すのか、長期入院したままであったのかなど入院の様式、最終退院から現在までの期間、といった情報は、有用である。しかし、入退院の詳細な日付までは、必ずしも必要とはいえず、概要が示されれば十分である。

以上から、たとえば、初回入院期間、前回入院期間、入院形態ならびに入院回数については、総入院回数と措置入院歴の有無などといった記載に改める必要もあると思われた。

3 診断

診断は、F20～F29：精神分裂病、妄想性障害などが最も多く、F10～F19：精神作用物質による障害、状態像診断など「その他」とされるものが、続いており、F70～F79：精神遅滞はわずかであった。状態像診断が多いことについては、警察官の保護から比較的短い時間で診察がなされることにより、確定診断に至らないことも影響していると思われた。

問題行動の対象については、対人

他害行為を有するものが多かった。しかし、問題行動を対人他害行為、対物他害行為、自傷行為と分類しても対応に明らかな差異を見いだすことはできなかった。問題行動の分類が困難であることの背景には、「自傷他害のおそれ」の範囲が不明確という問題が反映されているためとも思われた。

4 問題行動

問題行動の判定に際して、無賃乗車、放火または弄火、自殺企図などでは指定医の判定は一致していたが、侮辱、無断離院、風俗犯的行動、恐喝、殺人、不潔、徘徊、傷害などでは Cohen κ も低値であり、これらの項目での一致には偶然が関与している可能性をも考慮すべきと思われた。

5 診察時の症状、状態像

各項目の認定率は、幻覚妄想状態 63.1%、精神運動興奮状態 60.4%などが多く、人格の病的状態、抑うつ状態、躁状態は 10%前後であった。

しかし、幻覚、妄想、精神運動興奮状態や人格の病的状態では不一致率 10～30%と高く、精神運動興奮状態や人格の病的状態では Cohen κ が低値で、一致率に問題がある項目も認められていた。

これらの一致率については、他の

研究¹⁾とほぼ同様の結果が認められた。

6 措置要否の判断

措置診察を受けた事例の 77.4%は要措置と判定されており、うち緊急措置入院が 26.0%であった。一方、措置不要事例の多くは指定医 1 名で措置不要となっており、指定医 2 名の診察を受けた事例の多くは、措置要否の判断は一致しており、Cohen κ 0.65 と比較的高値であった。

警察官通報で要措置とされたのは、幻覚妄想状態あるいは精神運動興奮状態など精神障害があることが比較的明らかで、かつ問題行動の結果もそれほど重大ではなく、ただちに治療を要するような事例が多かった。

問題行動は、対人他害行為、対物他害行為、自傷行為と区分したが、問題行動の種類と措置要否の間には特に関連は認められなかった。

措置不要となった事例も、直後には 60%以上が入院しており、診察が行われた患者の多くは、措置要否にかかわらず、入院となることが多かった。

一部には、ほぼ同様の事例であるのに措置要否の判断が分かれた事例も認められ、問題行動が自傷他害といえるかどうかの基準、おそれがあるかどうかの基準が問題となっている事例も認められた。

また、緊急措置入院の位置づけにも問題があった。措置入院は法 29 条第 1 項に、緊急措置入院は同 2 項に規定がなされており、措置入院が原則、緊急措置入院が例外といった位置づけがなされている。しかしその一方で、措置入院の診断書と緊急措置入院の診断書は、同じ様式の診断書に記載されることとなっている。

こうしたことから、この研究班の中でも、調査に際して、措置入院と緊急措置入院を、条文が異なることで形式的には別の法的根拠を有する別の入院形態と考える立場と、措置入院に先行して適用される緊急的な措置であり実質的には同じ入院形態の一部と考える立場など、いくつかの考え方が認められた。

同じ制度の原則と例外という形式であれば、診断書の様式は同一で差し支えないとも思われたが、別の制度であるのならば、たとえば法 33 条 2 項に基づく扶養義務者同意による医療保護入院と、法 33 条 1 項に基づく保護者同意による医療保護入院に準じて、診断書の様式も改めることで、より明確化することができるとも思われた。

7 措置入院事例の経過

措置入院 6 ヶ月後までに 84.5%が措置解除されており、診断ごと、問