

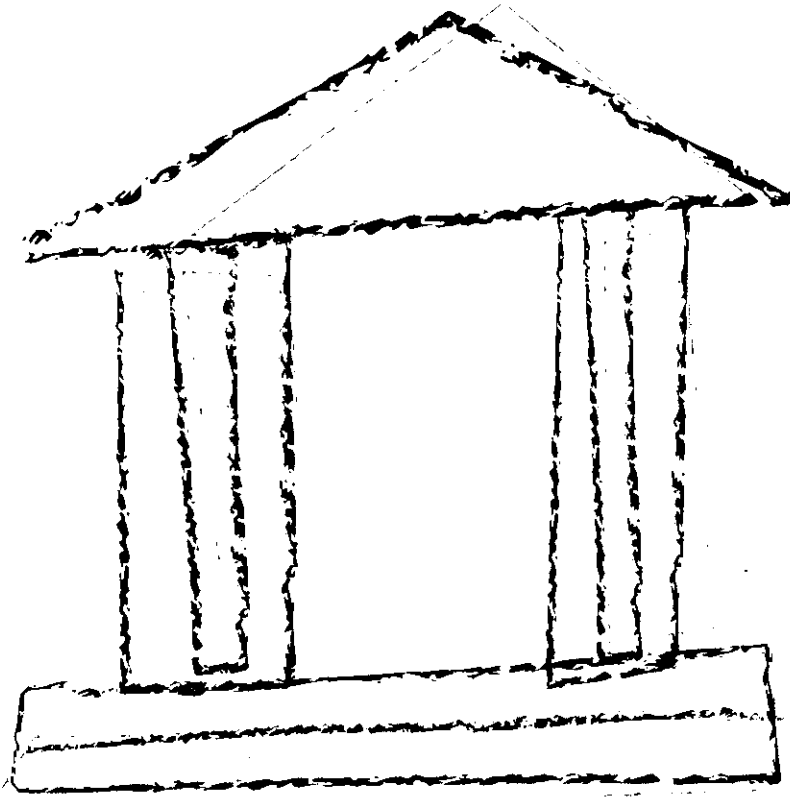
20030261

厚生科学研究研究費補助金
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15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 浦田 重治郎



平成16年(2004年)4月

厚生労働省 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15年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 浦田 重治郎
国立精神・神経センター武蔵病院

平成16（2004年）3月

目次

I. 総括研究報告	
措置入院制度の適正な運用に関する研究	
浦田 重治郎（国立精神・神経センター武蔵病院）	1
II. 分担研究報告	
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	
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）	19
2. 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	
－措置診察要否判断の事前調査ガイドラインのあり方に関する研究－	
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）	65
3. 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） 一般人の申請・保護観察所長、矯正施設長の通報・精	
神病院管理者の届け出ならびに知事等の職務により措置入院に関する診察を	
受けた事例を中心に	
吉住 昭（国立肥前療養所）	77
4. 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（2） ー措置入院診断のガイドライン案と措置診断書案の	
試行についてー	
吉住 昭（国立肥前療養所）	109
5. 措置入院患者の医療と社会復帰に関する研究	
浦田 重治郎（国立精神・神経センター武蔵病院）	135
6. 措置入院患者の医療と社会復帰に関する研究 その2：措置入院者の病状	
消退届改訂の検討	
浦田 重治郎（国立精神・神経センター武蔵病院）	147
III. 研究班名簿	162

平成15年度 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

平成15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、措置入院制度運用の状況実態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。

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經由して入手した、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。また本研究に関しては主任研究者の属する国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会で倫理審査を受け承認されている。

本研究はこれらの資料を基に、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）、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（分担研究者：吉住昭）、措置入院患者の医療と社会復帰のあり方に関する研究（分担研究者：浦田重治郎）の三つの分担研究に分け行われた。昨年度までに行政書類についてデータベース化した上で、昨年度は24条（警察官通報）及び25条（検察官通報）に関する実態データ分析を行ったので、今年度は残余についての分析を行うとともに、その結果に基づいてそれぞれのガイドラインと書式については案を提示し、千葉県、大阪府、高知県、佐賀県、鹿児島県の関係者の協力を得て検討した。

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では、一般人申請群においては事前調査でおおむね適正な振り分けが行われているものの、矯正施設長通報群においては適正な振り分けが行われているかを判断するに足る資料は得られなかったこと、また措置診察実施率（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こと、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、一定以上の割合でそれらについての情報が明確に記載されていなかったこと等が明らかになり、その結果に基づいた、全国統一のガイドラインと書式の案を検討した。

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では、一般人通報において自傷ならびに警察官通報に至らない程度の問題行動、矯正施設長において服役中に罹患した精神障害の治療継続、精神作用物質再使用への評価の問題、精神病院管理者では入院中に本人あるいは保護者が同意を撤回、また病院内での他害事件、知事職務診察では他の機関が申請をしない場面、公立病院への救急受診、不法滞在外国人の事例などが多いこと認められた。14年度の研究成果も踏まえ、措置診察では「精神障害の範囲」「責任能力・判断能力の判断基準」「問題行動と精神症状の関連に関する基準」「時間経過と症状に関する基準」「治療可能性をめぐる判断」「自傷他害にあたる問題行動の範囲に関する基準」「これまでの問題行動：過去どのくらいの期間かの基準」「今後おそれのある問題行動：おそれの判断基準、将来のどのくらいの期間かの基準」などの問題点が明らかになり、これに基づいてガイドラインと措置診断書書式の案を作成・検討した。

措置入院患者の医療と社会復帰のあり方に関する研究では、措置解除の発端となる指定医の判断が適正に記載されるためにも、書式の改訂とガイドラインが必要であると考えた。また、措置解除後の医療の確保と社会復帰支援が適正になされるためには措置解除時においてそのための方針の確定とその内容が消退届に記載される必要があると考えた。さらに、病状及び問題行動の再発防止のためには入院中の医療は言うに及ばず退院後にもACTやCPAといった欧米で行われている手法を取り入れていくとともに、社会資源の充実の必要性を言及した。

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）
渡辺康子（千葉県市川保健所）
昆啓之（千葉県立精神科医療センター）
立石隆志（大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課）
榊原純（大阪府立精神医療センター）

脇節子（高知県健康福祉部健康対策課）
弘瀬博（高知県健康福祉部健康対策課）
須藤浩一郎（医療法人須藤会土佐病院）
馬場弘子（佐賀中部保健所）
中路明伸（佐賀県厚生部健康増進課）
石丸大輔（医療法人杏仁会神野病院）
岩松洋一（鹿児島県保健福祉部障害福祉課精神障害係）
山畑良蔵（鹿児島県立始良病院）

A. 研究目的

大阪教育大学付属池田小学校で起こった児童殺傷事件を契機として、重大な他害行為を行った精神障害者の処遇について議論が高まっている。この被疑者が

一時的に措置入院となり、退院後に事件が発生し、しかも被疑者に詐病の可能性もあること、また同被疑者が以前行った傷害事件において精神障害であることを理由に不起訴処分となっていたことから、①通報等に対する精神保健指定医の診察決定が適正に行われているか、②措置入院及び措置解除に当たっての精神保健指定医の診断が十分な信頼性を持つものであるか等、措置入院制度の運用についても問題視する声が高まっている。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り、その信頼性が疑問視される事態に至ったことは、精神保健福祉行政の根幹に関わる重大な問題である。

このような状況を鑑み、本研究は、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実態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を目的として行われている。ことである。

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

1) 実態データ分析

精神保健福祉法第23条（一般人申請）および第26条（矯正施設長通報）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実証的に明らかにする。

2) ガイドラインと書式の検討

措置診察の要否判断のための事前調査を適正に実施し、かつ制度運用のモニタリングに役立つような事前調査ガイドライン案と事前調査書案を明らかにする。

2. 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

1) 実態データ分析

この研究は、一般人の申請、保護観察所長、矯正施設長の通報、精神病院管理者の届出または都道府県知事・政令指定市長の職務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、措置不要となった事例のその後の処遇、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。

2) ガイドラインと書式の検討

平成13年度と14年度に実施した検察官通報や警察官通報事例に関する研究から、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、措置入院に関する診断書の様式、精神症状や問題行動把握のためのアセスメントツール、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、指定医のための研修制度などを検討課題として指摘した。

平成15年度は、措置入院判定のためのガイドライン案を提示し、さらに措置入院に関する診断書案を作成した。また、5府県で試行し、措置診察を行なった指定医からガイドライン案と診断書案に対する意見をもらい、それらを集約することとした。

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

1) 実態データ分析

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記載をしたか否かを、作成された書類をもとに明らかにする。今年度は23条、25条2、26条、26条2、27条2項の解析と検討を行うとともに、24条及び25条の結果を含めて措置解除全体を検討した。

2) ガイドラインと書式の検討

平成12年度の措置入院者の症状消退届を検討した結果、措置入院制度が適正に運用されかつ再発防止のために退院後の医療及び社会生活が円滑に進められることを目的に、「措置入院者の症状消退届」の書式の改善が必要と考え、書式の改訂について検討した。

B. 研究方法

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

1) 実態データ分析

全国で平成12年度に精神保健福祉法第23条（一般人申請）および第26条

（矯正施設長通報）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。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年度の同法第23条によって通報を受けた416例（ただし、東京都については5月の1カ月間のみ）および同法第26条によって通報を受けた335例である。また、都道府県・政令都市別の措置診察実施率、措置入院率を比較した。

2) ガイドラインと書式の検討

5府県（千葉県、大阪府、高知県、佐賀県、鹿児島県）の精神保健福祉主管課、保健所等の協力を得て、事前調査ガイドラインと事前調査書の試行調査を実施した。調査期間は平成15年12月1日から平成16年2月15日までで、事前調査の対象となったのは、第23条（一般人申請）1例、第24条（警察官通報）11例、第25条（検察官通報）1例、第26条（矯正施設長通報）1例の計14例である。

2. 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

1) 実態データ分析

2000年4月1日から2001年3月31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23条

(一般人)、第25条の2(保護観察所長)、第26条(矯正施設長)、第26条の2(精神病院管理者)に基づく申請、通報、届出がなされ、または第27条第2項に基づき知事等の職務で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56の都道府県・政令指定都市からの508事例であり、一般人申請318例、保護観察所長通報1例、矯正施設長通報85例、精神病院管理者届出33例、知事等職務診察70例であった。

対象事例の、「通報書」(職務診察では事前調査書)、「措置入院に関する診断書」、「措置入院者の症状消退届」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。

それぞれの結果は、警察官通報⁶⁾ならびに検察官通報⁴⁾の結果との比較もあわせて行った。

2) ガイドラインと書式の検討

分担研究者と研究協力者によりガイドラインと診断書の素案を作成し、5府県各1名の実務指定医に意見を求めた。その意見をもとに、研究用のガイドライン案と診断書案を作成した。その後、平成15年12月から平成16年2月の間に5府県で措置診察を受けた3事例につき、措置診察を担当した指定医6名に従来の措置診断書に加えて、研究用の診断書に記載を依頼し、あわせてガイドライン案、措置診断書案、

措置制度全般に関するアンケートにも回答してもらった。その後、各府県レベルで個人情報に関する部分は黒塗りしたものを研究班事務局で回収した。そして、回収した意見をもとに、再度実務指定医の意見を聴取した。

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

1) 実態データ分析

「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。今年度は23条、25条2、26条、26条2、27条2項の解析と検討を行うとともに、平成14年度の24条及び25条の結果を含めて措置解除全体を検討した。平成12年度措置入院者数(24条は5月と11月の2ヶ月分)1490件中、1234件の「措置入院者の症状消退届」が解析対象となった。

2) ガイドラインと書式の検討

従来の「措置入院者の症状消退届」の問題点を改善した改訂書式案はA3版一枚から構成されている。基本的には従来の項目を踏襲しているが、以下のような項目を追加した。

- ①帰住先の住所を社会復帰後の生活場所と改めた。
- ②措置解除希望日を追加した。
- ③病名にICD-10コードを追加した。
- ④自傷他害のおそれを追加した。
- ⑤現病歴ならびに入院時現症を追加した。

- ⑥措置解除後の処置に関する意見を今後の精神科診療方針に改めた。
- ⑦従来の訪問指導等に関する意見及び社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見を社会復帰・生活支援に関する意見としてまとめた。
- 事前調査書式案や指定医診断書改訂書式案と同様に改訂書式案について妥当性や使い勝手を検討する必要がある、鹿児島県、佐賀県、高知県、大阪府、千葉県の5つの府県の精神保健事務担当者と精神保健指定医の協力を頂き、措置入院患者の「措置入院者の症状消退届」を提出されるときに、従来の書式で記載された上で改訂書式案の試用をお願いした。他の書式案と同様に3例について試用してもらった上で、改訂書式案についての意見を収集した。

(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。

また、書式案試行については、府県から送付する前に氏名等の個別情報をマスクして送付するよう依頼した。また試行用事前調査書案の保管・管理は責任者のもとで厳重に行い、研究の終了後はすみやかに破棄することとした。研究の実施に関しては、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おいて承認されている。

C. 研究結果

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

1) 実態データ分析

一般人申請 416 例のうち、322 例 (77.4%) が、措置診察を実施され、236 例 (56.7%) 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 82 例 (19.7%)、措置診察の結果、措置入院不要となったのは 82 例 (19.7%) であった。措置診察不要となった 94 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 9 例 (9.6%)、医療保護入院 32 例 (34.0%)、精神科への通院 18 例 (19.1%)、精神科医療不要 5 例 (5.3%)、その他 14 例 (14.9%) 不明 16 例 (17.0%) であった。

矯正施設長通報 335 例のうち、85 例 (25.4%) が、措置診察を実施され、59 例 (17.6%) 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 250 例 (74.6%)、措置診察の結果、措置入院不要となったのは 26 例 (7.8%) であった。措置診察不要となった 250 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 0 例 (0.0%)、医療保護入院 0 例 (0.0%)、精神科への通院 38 例 (15.2%)、精神科医療不要 8 例 (3.2%)、その他 16 例 (6.4%) 不明 188 例 (75.2%) であった。

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。

2) ガイドラインと書式の検討

試行調査の結果、事前調査ガイドラインと事前調査書の書式案の提示は有用であるという認識は一致した。事前調査ガイドライン案の内容については、ガイドライン作成の目的と原則について述べたあと、事前調査書案と

データ票記載のマニュアルから構成することが必要と考えられた。事前調査書案は、精神障害のうたがいと自傷他害のおそれ、措置診察の要否判断という必須事項と補助項目を区分してまとめ、文書決裁の際にわかりやすい書式として A3 用紙 1 枚にまとめることが適切かつ実用的と考えられた。また事前調査書にはデータ票を添付し、両者に共通の整理番号を付けて、事前調査、措置診察などの一連の業務が終わったあとでデータ票にコーディングを行い、データ票をもとにデータベースを構築していくことが、制度運用のモニタリング、個人情報の保護さらには事務作業の効率化に役立つと考えられた。本研究の成果を、事前調査から措置解除、退院・社会復帰にいたる過程のモニタリングシステム構築に役立てていくことが望まれる。

2. 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

1) 実態データ分析

今回、資料が得られたのは、このうち 56 の都道府県・政令指定都市からの 508 事例であり、一般人申請 318 例、保護観察所長通報 1 例、矯正施設長通報 85 例、精神病院管理者届出 33 例、知事等職務診察 70 例であった。診断は、いずれも F2: 統合失調症、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。過去に確実に措置入院歴があると判断され

るものは、一般人申請 35 例 (11.0%)、矯正施設長通報 12 例 (14.1%)、精神病院管理者申請 8 例 (24.2%)、知事等職務診察 12 例 (17.1%) であった。問題行動については自殺企図、放火または弄火、窃盗、性的異常行動などで指定医の判定はより一致していた。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。

知事等職務診察では 98.4%、精神病院管理者届出 84.8%、一般人申請 77.7%、矯正施設長通報 69.4% が要措置と判定され、指定医 2 名の判断が一致しなかったものは矯正施設長通報での 10.6% が最も高頻度であった。措置は不要と判断された事例のうち、一般人申請では 71.8% が入院していたが、矯正施設長通報では 30.7% にとどまった。

措置入院事例は、措置入院 6 ヶ月後までに知事等職務 82.6%、一般人申請 70.9%、矯正施設長通報 59.3%、精神病院管理者届出 50.0% が措置解除されていた。措置解除した事例のうち任意入院あるいは医療保護入院で入院継続していたのは矯正施設長通報 65.7%、一般人申請 58.3% に対して精神病院管理者届出 42.9%、知事等職務診察 35.1% であった。

一般人申請では自傷ならびに警察が関与したものの保護や通報はしていない事例が多かった。矯正施設長通報では服役中に罹患した精神障害の

治療継続、精神作用物質再使用への評価が問題となり、妄想に基づく他害で服役し、妄想が治まりきっていない事例も散見された。精神病院管理者届出では入院中に本人あるいは保護者が同意を撤回したものや病院内での他害事件が多かった。知事等職務診察では他の機関が通報しない事例、公立病院への救急受診、不法滞在外国人の事例などが多かった。

精神保健福祉法には、警察官、検察官のほか、これらの申請、通報等が規定されている。1 つの職種だけでは、精神障害者を適正な医療に結びつけることには不十分なこと、各申請、通報形態が相互に補完する形で精神障害者の適正な医療が開始されていることなどが明らかとなった。

2) ガイドラインと書式の検討

措置入院判定のためのガイドライン案について、検察官通報、警察官通報に関する実態データの分析結果をもとに検討したところ、ガイドラインには、以下の点を盛り込む必要があると思われた。

- ① 精神障害の範囲
- ② 判断能力（責任能力）の判断基準
- ③ 問題行動と精神症状の関連に関する基準
- ④ 時間経過と症状に関する基準
- ⑤ 治療可能性をめぐる判断
- ⑥ 自傷他害にあたる問題行動の範囲に関する基準
- ⑦ これまでの問題行動：過去どのくらいの期間かの基準
- ⑧ 今後おそれのある問題行動：おそ

れの判断基準、将来のどのくらいの期間かの基準

措置入院の判定に当っては、「精神保健精神障害者福祉に関する法律第二十八の二第一項の規定に基づく厚生大臣の定める基準」（昭和六十三年四月八日厚生省告示第百二十五号）が唯一の基準である。しかし、実地の運用に当たって、その解釈や判断に様々な差異が見られることは、多くの精神保健指定医が指摘しているところである。今回の研究による「精神保健精神障害者福祉に関する法律（以下「法」）」25条検察官の通報に関する精神保健指定医診察の結果を例にとれば、措置診察を受けたもののうち措置非該当と判断されたものに、「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.問題行動と精神症状に関連がない 4.問題行動に対する責任能力を認める 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つの要件が認められ、逆に上記に該当した場合に要措置入院と判断された事例も存在した。

「法第二十八の二第一項の基準」にてらせば、措置非該当の要件のうち、1と7について先の基準に示されている。また、2については、関連する事実行為などを考慮し、刑罰法令に触れる程度の他害行為を引き起こされるおそれ、と示されている。また、3から6の項目については、その基準が示

されていない事項である。

以上をふまえ、「措置入院判定のためのガイドライン案」を示し、以下の7つの基準を満たす場合に、措置入院該当と判定することが適切だと考える。

1. 「ICD-10 精神および行動の障害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在する
2. 問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当する
3. 問題となった行為は、精神症状によって生じたか、もしくは関連がある
4. 問題となった行為に対する判断能力や責任能力がないか、もしくは著しく障害されている
5. 問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が、診察時に持続しているか、軽快または消失している場合でも容易に再燃や悪化が予想される
6. 精神科の入院治療によって、精神症状の改善が認められるか悪化が防止される
7. 入院させなければ、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある

措置入院に関する診断書案について、平成13年度と14年度に実施した検察官通報や警察官通報事例に関する研究の結果をふまえ、診断書の形式について考慮する必要があるのは以下の項目であった。

- ① 診断はICD-10へ

- ② 措置入院歴は分かる形式
- ③ 問題行動と A、B の対応
- ④ 現在の症状、状態像については、項目数の整理
- ⑤ 判断の過程の分かる診断書

これを考慮して、措置入院に関する診断書案を作成した。それらは、

- 1.医療保護入院の1項、2項のように、緊急措置と通常の措置を分けた。
- 2.今後の集計作業を容易にするためにコード化した。
- 3.コンピューターで記載できるように考慮した。
- 4.A42 枚にし、1枚目は主にコード化の分、2枚目は自由記載欄とし、自由記載欄は十分なスペースをとった。
- 5.行政庁の欄は別にした。

その上で、職業、入院歴（初回、前回）、入院回数、症状など、今回の集計で欠損値の多いもの、一致率の低いものは除外し、A（問題行動）、B（おそれ）を1対1対応させた。

以上のガイドラインと書式について、試行し措置診察を行なった指定医からガイドライン案と診断書案に対する意見を得た。

「ICD-10 精神および行動の障害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在するという項目に対しては、ICD-10 の使用に不慣れが指摘される一方、ICD-10 を用いることで対象がひろがるのではないかとの危惧もあった。

次に、問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当するとの項

目は、どの程度が他害行為か、刑罰に触れる程度に具体的な資料が必要との意見があった。また、問題となった行為に対する判断能力や責任能力がないか、もしくは著しく障害されている、の項目については、判断能力、責任能力は医療の判断ではないとの意見がなされた。一方、この項では、自殺企図はあったが判断能力がある場合があり、その際いかなる判断をすべきかとの切実な意見もあった。また、判断能力をめぐっては、人格障害の取り扱いが大きな問題となった。

措置診断書案は、全体の構成に関しては、特に意見はなかったが、個別の項目である支援体制については、判断や記載の根拠が分かりにくいと言う意見があった。また、症状の分類については様々な意見が寄せられた。

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

1) 実態データ分析

平成12年度措置入院者数（24条は5月と11月の2ヶ月分）1490件中、1234件の「措置入院者の症状消退届」が解析対象となった。その内、1099件で6ヶ月以内に措置解除されていた。これから12年度全体を推計すると（24条が2ヶ月分であるため）ほぼ80%が6ヶ月以内に措置解除されていたことになる。なお6ヶ月以内の措置解除後の処置を措置解除全体で見ると、62%が入院を継続し、20.3%が退院して通院となり、9.4%が他院へ転院していたことになる。

消退届の記載から措置解除判断の妥当性を検討した。全消退届の中に41件(3.3%)に曖昧であるのがみられ、13件(1.1%)で不可とされるのがみられた。特に解除後の転帰が通院となっている曖昧7件(3.0%)、不可2件(0.9%)、転医103件では曖昧4件(3.9%)があった。

措置解除後の医療の確保と社会復帰支援に関して、「訪問指導等に関する意見」及び「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」の記載から検討した。「訪問指導等に関する意見」は「不要」あるいは「特になし」の記載を含めて何らかの記載のあるものが40.9%、「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」の記載では8%であった。

2) ガイドラインと書式の検討

現行の「措置入院者の症状消退届」には措置入院となった問題行動(措置症状)の改善に関して自由記載となっているなど書式にも改善の余地が認められたので、改訂の書式案を検討し、指定医により試行してみた。その結果、概ね改訂の必要性和書式案に概ねの賛同が得られた。しかし、いくつかの点ではさらに改善を求める意見があった。

まず診断欄については入院時病名の併記を求める意見があったが、これについては診断名が一致していない場合にのみ有用であると考えられる。ただ、不一致の場合には、後の現病歴ならびに入院時現症の欄に記載するようになっており、重複をさける必要

があった。

自傷他害の転帰欄を設けたが、本来措置解除は自傷他害のおそれが消失ないし軽快しているのだから不要という意見があった。しかし、本報告書の別の報告にあるように、消退届の中には自傷他害(のおそれ)が消失しているか否かが不明である事例、僅かではあれ軽快しておらず、本来であれば措置解除ができないと判断されるような事例も認められた。それ故に、自傷他害の転帰欄を新設する必要があると考えた。むしろ、要措置の判断がなされ措置入院となった事例において、入院後の再度の検討で措置要件となった問題行動が精神疾患とは関係がなかった場合には、問題行動があるにもかかわらず措置解除されることはあり得る。その様な場合にはその旨を入院後の症状経過ならびに診察時の症状欄に記載する必要がある。

現病歴ならびに入院時現症欄については、措置診断書等との重複とそれによる書類記載の過大な負荷を指摘する意見が多かった。確かに措置診察の診断書が保管されている担当部署に消退届があがり、そこで措置解除が決定されるのであれば重複となるのでこの記載欄への記載は必ずしも必要ない。しかし、診断が措置診察時と措置入院後では変更がある場合、措置診察時の診断が状態像名であった場合には、記載が必要となる。この点を記載の要領等で示しておく必要があると考える。

入院後の病状並びに診察時の症状

欄については、検査結果欄を設けよとの意見があったが、これについては特別の欄は必要なく、検査結果を記載する必要があるればこの欄か、あるいは詳細が必要であれば別紙記載と書いて別紙を添付するのでよいと考える。なお、症状消退の診察年月日は、本書式案をさらに改訂し、医療保護入院者の定期病状報告書にあるような「本報告に係る診察年月日と指定名署名欄を届出書書式案末尾に設ければよいと考える。

社会復帰・社会生活支援に関する欄については転院の場合には意見が尊重されない可能性や、また患者によってはかえって記載できない場合があるという指摘があった。後者については、まれな例であろうからその場合は白紙となることもやむを得ない。前者についてはむしろ措置入院患者の退院後のアフターケアに関する制度上の問題もあるので、医療観察法による社会復帰・社会生活支援を参考にしつつ、措置入院制度についても退院後の問題を検討する必要があると考えた

D. 考察

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

1) 実態データ分析

一般人申請群においては、措置診察不要と判断された事例について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。矯正

施設長通報群においては、診察が不要な事例が同通報全体の7割以上を占めていたが、措置診察不要と判断された事例についてその後の状況が不明である事例が四分之三を占め本調査からは適正な振り分けが行われているかを判断するに足る資料は得られなかった。

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あり、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。

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、一定以上の割合でそれらについての情報が明確に記載されていなかった。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」、「自傷行為(のおそれ)」、「他害行為(のおそれ)」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明確に記載されている必要がある。

適切な調査書の書式を全国で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が必要である。また、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実施し、結果を現場にフィードバックする仕組みの構築も必要であると考えられる。

2) ガイドラインと書式の検討

試行調査の結果、事前調査ガイドラインと事前調査書の書式案の提示は有用であるという認識は一致した。事前調査ガイドライン案の内容については、ガイドライン作成の目的と原則について述べたあと、事前調査書案とデータ票記載のマニュアルから構成することが必要と考えられた。事前調査書案は、精神障害のうたがいと自傷他害のおそれ、措置診察の要否判断という必須事項と補助項目を区分してまとめ、文書決裁の際にわかりやすい書式として A3 用紙 1 枚にまとめることが適切かつ実用的と考えられた。また事前調査書にはデータ票を添付し、両者に共通の整理番号を付けて、事前調査、措置診察などの一連の業務が終わったあとでデータ票にコーディングを行い、データ票をもとにデータベースを構築していくことが、制度運用のモニタリング、個人情報保護さらには事務作業の効率化に役立つと考えられた。本研究の成果を、事前調査から措置解除、退院・社会復帰にいたる過程のモニタリングシステム構築に役立てていくことが望まれる。

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

要否の判断の難しい境界事例が増えることも予測される。このため、公平かつ適正な調査実施を促進するためにも、特に第 25 条運用のガイドラインを設けるとともに、調査書の書式を整備する必要がある。

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も懸念される。このことは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がある。

2. 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

1) 実態データ分析

一般人、保護観察所長、矯正施設長、精神病院管理者の通報または知事等の職務により措置入院に関する診察を受けた事例の詳細を調査した。

通報者別に、一般人では自傷ならびに警察官通報に至らない程度の問題行動、矯正施設長では服役中に罹患した精神障害の治療継続、精神作用物質再使用への評価の問題が認められた。精神病院管理者では入院中に本人あるいは保護者が同意を撤回、また病院内での他害事件、知事の職務診察では他の機関が申請をしない場面、公立病院への救急受診、不法滞在外国人の事例などが多かった。

措置入院に関する通報は、警察官、検察官による通報が主であるものの、一般人、保護観察所長、矯正施設長、

精神病院管理者の通報、さらに知事職務診察も、それらを補完する形で運用されていた。

2) ガイドラインと書式の検討

精神疾患の入院の決定は、症状、行動上の問題、人口統計上の問題、支える体制など多岐にわたって判断される。そして、様々な要因がからむため、決定のばらつきが生じている。しかも、余りにそれが大きければ、患者家族を始めとし、多くの人に精神科医療に対する不信も生みかねない。また、措置入院という強制力と行動の制限を合法化する入院が、指定医という資格を持つ医師によってもばらつきがあるということはさらに重要な問題である。措置入院については、「精神保健精神障害者福祉に関する法律第二十八の二第一項の規定に基づく厚生大臣の定める基準」（昭和六十三年四月八日厚生省告示第百二十五号）があるが、この基準については、精神障害者であり、抑うつ、躁、幻覚妄想、精神運動興奮、昏迷、意識障害、知能障害、人格の病的状態により、入院させなければ、自傷行為、または刑罰に法令に触れる程度の他害行為を引き起こすおそれがあると認めた場合に、既往歴、現病歴、関連する事実行為などを考慮し、措置入院の決定を行うとしている。しかし、検察官通報、警察官通報に関する研究の結果、先にふれたように、「精神障害の範囲」「責任能力・判断能力の判断基準」「問題行動と精神症状の関連に関する基準」「時間経過と症状に関する基準」「治療可能性をめ

ぐる判断」「自傷他害にあたる問題行動の範囲に関する基準」「これまでの問題行動：過去どのくらいの期間かの基準」「今後おそれのある問題行動：おそれの判断基準、将来のどのくらいの期間かの基準」などが問題点として指摘された。それらをふまえ、ガイドラインではごく緩やかに、かつ最小限必要なことを盛り込むことを念頭に置いて、1. 「ICD-10 精神および行動の障害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在する 2. 問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当する 3. 問題となった行為は、精神症状によって生じたか、もしくは関連がある 4. 問題となった行為に対する判断能力や責任能力がないか、もしくは著しく障害されている 5. 問題となった行為を生じたか、もしくは関連した精神症状が、診察時に持続しているか、軽快または消失している場合でも容易に再燃や悪化が予想される 6. 精神科の入院治療によって、精神症状の改善が認められるか悪化が防止される 7. 入院させなければ、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある、の7点をもりこんだ。

その7点も数々の問題や実地に当たったの困難も指摘された。「ICD-10 精神および行動の障害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在するという項目に対しては、ICD-10の使用に不慣れが指摘される一方、ICD-10を用いることで対象がひろがるのではないかとの危惧もあった。こ

の点については、従来から精神保健福祉法の持つ問題点としても指摘がなされている。精神保健福祉法は、福祉法、患者の人権を守る法、強制入院法としての役割を有している。このことから、具体的な強制入院の対象については、ガイドラインに示した他の項目との組み合わせの中で、具体的にどの疾患のどのような病態が措置入院に該当するかを決定してゆく必要があろう。次に、問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当するとの項目は、どの程度が他害行為か、刑罰に触れる程度に具体的な資料が必要との意見があった。また、問題となった行為に対する判断能力や責任能力がないか、もしくは著しく障害されている、の項目については、判断能力、責任能力は医療の判断ではないとの意見がなされた。しかし、責任能力は確かに法的判断ではあるが、判断能力は、日頃の臨床の中で絶えず考慮している事項でもある。この点については、「34条の移送にかかわる指定医の基準試案」でも、「当該精神障害により、判断能力が著しく低下しているため入院治療の必要性が理解できず、本人の同意による入院が行われる状態にないこと」との基準が示されている。一方、この項では、自殺企図はあったが判断能力がある場合があり、その際いかなる判断をすべきかとの切実な意見もあった。また、判断能力をめぐる、人格障害の取り扱いが大きな問題となった。この点については、人格障害でも、様々な水準やカテゴリー

のものがあり、現状でも精神病相当では対応していることから、人格障害を対象から除外することはできず、一時的な症状が消退するまでは該当するのではないかとの現実的な判断も必要とされよう。

また、積み残しの課題として、1.問題となった行動や行為を過去のどの時点までさかのぼるのか、自傷行為または他害行為を引き起こすおそれをごとまで予想するかとの時間軸の問題、2.判断能力や責任能力の判定、3.攻撃性を含めた精神症状評価、4.措置判断に大きな影響を及ぼす本人をとりまくサポート体制の評価、5.緊急措置をめぐる精神科救急との関連やその際の判断の問題などを上げた。この点についても、未だ研究班での討議は緒にすぎたばかりであり、次年度以降議論を深めていきたい。

措置診断書案は、コード化、コンピューターでの記載可能、自由記載欄は判断の過程を表現できるよう十分なスペースの確保をまず考えた。その上で、今回の集計で欠損値の多いもの、一致率の低いものは除外した。さらに、措置入院の判断において支援体制も重要になるとの視点からその項目ももうけた。診断書案の全体の構成に関しては、特に意見はなかったが、個別の項目である支援体制については、判断や記載の根拠が分かりにくいと言う意見があった。また、症状の分類については様々な意見が寄せられた。措置診断書は、記載しやすくかつ判断の過程が表現できるものとする必要が

あり、さらに将来的にはデータベース化することも視野に入れることが必要とされよう。今後、今回上げられた意見を参考にし、上記の目的を達成するための診断書案を作成したい。

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

1) 実態データ分析

措置解除の発端となる指定医の判断が適正に記載されるためにも、書式の改訂とガイドラインが必要であると考えた。また、措置解除後の医療の確保と社会復帰支援が適正になされるためには措置解除時においてそのための方針が確定しその内容が消退届に記載される必要があると考えた。さらに、病状及び問題行動の再発防止のためには入院中の医療は言うに及ばず退院後には ACT や CPA といった欧米で行われている手法を取り入れていくとともに、社会資源の充実の必要性を言及した。

2) ガイドラインと書式の検討

現行の「措置入院者の症状消退届」には措置入院となった問題行動（措置症状）の改善に関して自由記載となっているなど書式にも改善の余地が認められたので、改訂の書式案を検討し、指定医により試行してみた。その結果、概ね改訂の必要性と書式案に概ねの賛同が得られた。しかし、いくつかの点ではさらに改善を求める意見があった。

まず診断欄については入院時病名の併記を求める意見があったが、これ

については診断名が一致していない場合にのみ有用であると考えられる。ただ、不一致の場合には、後の現病歴ならびに入院時現症の欄に記載するようになっており、重複をさける必要があった。

自傷他害の転帰欄を設けたが、本来措置解除は自傷他害のおそれが消失ないし軽快しているのだから不要という意見があった。しかし、本報告書の別の報告にあるように、消退届の中には自傷他害（のおそれ）が消失しているか否かが不明である事例、僅かではあれ軽快しておらず、本来であれば措置解除ができないと判断されるような事例も認められた。それ故に、自傷他害の転帰欄を新設する必要があると考えた。

現病歴ならびに入院時現症欄については、措置診断書等との重複とそれによる書類記載の過大な負荷を指摘する意見が多かった。確かに措置診察の診断書が保管されている担当部署に消退届があがり、そこで措置解除が決定されるのであれば重複となるのでこの記載欄への記載は必ずしも必要ない。しかし、診断が措置診察時と措置入院後では変更がある場合、措置診察時の診断が状態像名であった場合には、記載が必要となる。この点を記載の要領等で示しておく必要があると考える。

入院後の病状並びに診察時の症状欄については、検査結果欄を設けよとの意見があったが、これについては特別の欄は必要なく、検査結果を記載す