

表10 診察時の症状または状態像(2)

症状または状態像	一般人(23条)		警察官(24条)		検察官(25条)		矯正施設員(26条)		精神科監理者(26条の2)		知事等権限診療(27条2項)		
	Rate(2)	Cohen κ	Rate(1)	Cohen κ	Rate(1)	Cohen κ	Rate(1)	Cohen κ	Rate(1)	Cohen κ	Rate(1)	Cohen κ	
VI意識障害	4.9%	0.32	4.4%	7.6%	0.32	7.3%	5.1%	0.47	5.9%	2.7%	0.66	0.0%	0.0%
VI1.意識混濁	0.0%	---	2.7%	2.2%	0.14	2.0%	1.5%	-0.01	1.7%	1.4%	0.00	0.0%	0.0%
VI2.せん妄	2.0%	-0.01	1.8%	1.3%	0.28	1.7%	0.8%	0.89	3.4%	0.0%	---	0.0%	0.0%
VI3.もうろう	1.0%	0.00	0.9%	0.9%	0.00	0.7%	1.3%	0.40	0.0%	2.7%	-0.01	0.0%	0.0%
VI4.錯乱	2.0%	0.39	0.0%	3.4%	0.24	3.6%	1.0%	-0.01	1.7%	0.0%	---	0.0%	0.0%
VI5.その他	1.5%	0.00	0.9%	2.2%	-0.01	0.7%	1.8%	0.16	0.8%	2.7%	-0.01	0.0%	0.0%
VI知能障害	8.3%	0.81	6.2%	5.8%	0.58	3.3%	11.6%	0.75	16.1%	24.3%	0.65	27.3%	4.5%
VII精神遅滞	5.4%	0.85	1.8%	4.9%	0.59	1.7%	10.0%	0.77	13.7%	23.0%	0.66	18.2%	10.7%
VIII痴呆	4.4%	0.79	4.4%	1.1%	0.57	1.3%	2.7%	0.71	4.2%	4.1%	0.49	9.1%	0.0%
VIII1.全体的	2.4%	0.33	2.7%	0.2%	1.00	0.3%	1.3%	0.40	2.5%	0.0%	---	0.0%	0.0%
VIII2.まだら	2.4%	0.57	0.0%	0.7%	0.00	0.7%	1.5%	0.36	0.0%	1.4%	1.00	9.1%	0.0%
VIII3.仮性	0.5%	0.00	0.0%	0.0%	0.00	0.0%	0.0%	---	0.0%	0.0%	---	0.0%	0.0%
VIII4.その他	0.5%	0.00	1.8%	0.4%	0.67	0.0%	0.5%	0.50	0.8%	1.4%	0.00	0.0%	0.0%
IX人格的病的状态	47.3%	0.38	22.1%	41.0%	0.30	21.8%	47.5%	0.38	28.0%	62.2%	0.40	36.4%	60.7%
IXA人格障害	23.9%	0.45	15.0%	27.1%	0.36	16.8%	19.3%	0.31	14.4%	32.4%	0.42	9.1%	35.7%
IXA1.妄想性	8.8%	0.06	4.4%	8.1%	0.17	2.6%	10.3%	0.30	1.7%	8.1%	-0.04	0.0%	17.9%
IXA2.衝動性	17.1%	0.54	7.1%	18.2%	0.42	11.9%	12.0%	0.14	6.8%	25.7%	0.37	9.1%	25.0%
IXA3.演技性	4.9%	0.56	0.0%	3.6%	0.46	2.3%	1.0%	-0.01	0.8%	4.1%	0.49	0.0%	3.6%
IXA4.回遊性	1.5%	-0.01	2.7%	1.8%	0.00	1.3%	1.0%	0.28	1.7%	1.4%	0.00	0.0%	0.0%
IXA5.その他	4.4%	0.35	4.4%	7.4%	0.24	5.6%	5.3%	0.09	6.8%	8.1%	0.25	9.1%	3.6%
IXB発達性人格変化	28.8%	0.41	7.1%	16.8%	0.28	6.3%	32.6%	0.48	15.3%	45.9%	0.35	27.3%	32.1%
IXB1.欠陥状態	23.9%	0.40	5.3%	12.8%	0.32	5.0%	27.7%	0.37	11.9%	32.4%	0.31	18.2%	32.1%
IXB2.無関心	10.7%	0.44	2.7%	7.4%	0.23	4.0%	14.5%	0.39	7.6%	28.4%	0.32	18.2%	25.0%
IXB3.無為	18.5%	0.27	3.5%	11.0%	0.13	3.3%	17.3%	0.43	9.3%	28.4%	0.19	18.2%	25.0%
IXB4.その他	2.0%	-0.01	0.0%	2.5%	-0.01	2.0%	4.0%	0.27	2.5%	8.1%	0.25	0.0%	0.0%
IXその他	14.6%	0.45	13.3%	23.8%	0.52	16.8%	20.1%	0.52	20.3%	48.6%	0.63	36.4%	17.9%
IXA性心理的障害	1.0%	0.00	0.0%	0.4%	0.00	0.0%	1.2%	0.25	2.5%	4.1%	0.49	0.0%	0.0%
IXA1.フェティシズム	0.0%	---	0.0%	0.2%	0.00	0.0%	0.2%	1.00	0.0%	0.0%	---	0.0%	0.0%
IXA2.サド・マソヒズム	0.0%	---	0.0%	0.0%	0.00	0.0%	0.0%	0.06	0.0%	0.0%	---	0.0%	0.0%
IXA3.小児愛	0.0%	---	0.0%	0.0%	0.00	0.0%	0.0%	0.06	0.0%	0.0%	---	0.0%	0.0%
IXA4.その他	1.0%	0.00	0.0%	0.2%	0.00	0.0%	1.2%	-0.01	2.5%	4.1%	0.49	0.0%	0.0%
IXB薬物依存	5.9%	0.57	4.4%	13.0%	0.68	11.6%	10.3%	0.67	7.6%	44.6%	0.68	27.3%	3.6%
IXB1.覚醒剤	2.0%	0.39	2.7%	8.3%	0.68	7.9%	8.0%	0.61	5.1%	33.8%	0.66	18.2%	3.6%
IXB2.有機溶剤	2.0%	0.39	0.0%	3.8%	0.73	2.0%	3.7%	0.61	1.7%	21.6%	0.54	9.1%	0.0%
IXB3.睡眠薬	1.5%	0.80	1.8%	1.6%	0.44	1.0%	0.7%	0.86	1.7%	2.7%	0.66	0.0%	0.0%
IXB4.その他	1.5%	0.50	0.0%	2.2%	0.45	2.0%	1.2%	0.60	2.5%	1.4%	1.00	0.0%	0.0%
IXCアルコール症	7.8%	0.59	10.6%	12.8%	0.64	7.6%	9.8%	0.74	13.6%	5.4%	-0.02	9.1%	14.3%
IXDその他	3.9%	-0.02	1.8%	4.9%	0.14	3.0%	5.5%	0.24	5.1%	5.4%	-0.03	0.0%	7.1%

Rate(2) : 指定医2名の診察でいずれかが認定, Rate(1) : 指定医1名の診察で認定  
2000年4月1日~2001年3月31日(警察官通報は2000年5月ならびに11月)

表 1 1 措置要否判断

通報種別 根拠条文 措置要否判断	一般人 23条		警察官 24条		検察官 25条		保護観察所長 25条の2		矯正施設長 26条		精神病院管理者 26条の2		知事等職権診察 27条2項	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
要措置	247	77.7%	580	77.4%	531	73.8%	1	100.0%	59	69.4%	28	84.8%	69	98.6%
措置不要	71	22.3%	169	22.6%	189	26.3%	0	0.0%	26	30.6%	5	15.2%	1	1.4%
計	318	100.0%	749	100.0%	720	100.0%	1	100.0%	85	100.0%	33	100.0%	70	100.0%

2000年4月1日～2001年3月31日 (警察官通報は2000年5月ならびに11月)

表 1 2 指定医の措置要否判断の一致状況

通報種別 根拠条文 措置要否詳細	一般人 23条		警察官 24条		検察官 25条		保護観察所長 25条の2		矯正施設長 26条		精神病院管理者 26条の2		知事等職権診察 27条2項	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
要措置	183	57.5%	375	50.1%	524	72.8%	1	100.0%	58	68.2%	26	78.8%	22	31.4%
要緊急措置	62	19.5%	195	26.0%	4	0.6%	0	0.0%	0	0.0%	2	6.1%	47	67.1%
要措置(1名)	2	0.6%	10	1.3%	3	0.4%	0	0.0%	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%
措置不要一致	7	2.2%	22	2.9%	58	8.1%	0	0.0%	9	10.6%	2	6.1%	0	0.0%
要否不一致	8	2.5%	21	2.8%	20	2.8%	0	0.0%	6	7.1%	0	0.0%	0	0.0%
不要(1名)	56	17.6%	126	16.8%	111	15.4%	0	0.0%	11	12.9%	3	9.1%	1	1.4%
計	318	100.0%	749	100.0%	720	100.0%	1	100.0%	85	100.0%	33	100.0%	70	100.0%
Cohen κ	0.68		0.65		0.83		----		0.70		1.00		1.00	

2000年4月1日～2001年3月31日 (警察官通報は2000年5月ならびに11月)

要措置(1名)は研究班に診断書1枚しか届けられていないが、消退届など他の資料から措置入院したことが確実な事例。不要(1名)は、指定医1名の診察で措置不要と診断された事例。

表 1.3 診断ならびに措置入院の要否

診断	通報種別				一般人(23条)				警察官(24条)				検校官(25条)					
	要措置		措置不要		要措置		措置不要		要措置		要緊急措置		措置不要		要措置		措置不要	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
器質性精神障害	4	2.2%	3	4.8%	3	4.2%	10	2.6%	4	2.1%	4	2.4%	13	2.5%	0	0.0%	6	3.2%
精神作用物質による障害	9	4.9%	7	11.3%	7	9.9%	55	14.3%	29	14.9%	25	14.8%	66	12.5%	2	50.0%	24	12.7%
統合失調症、妄想性障害など	123	66.5%	27	43.5%	33	46.5%	219	56.9%	121	62.1%	45	26.6%	365	69.3%	2	50.0%	81	42.9%
気分障害	7	3.8%	6	9.7%	2	2.8%	15	3.9%	8	4.1%	8	4.7%	27	5.1%	0	0.0%	8	4.2%
神経症性障害、ストレス関連障害など	4	2.2%	3	4.8%	2	2.8%	2	0.5%	0	0.0%	5	3.0%	1	0.2%	0	0.0%	4	2.1%
生理的障害など	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
人格障害	9	4.9%	5	8.1%	5	7.0%	18	4.7%	10	5.1%	20	11.8%	8	1.5%	0	0.0%	11	5.8%
精神遅滞	1	0.5%	0	0.0%	0	0.0%	3	0.8%	0	0.0%	1	0.6%	2	0.4%	0	0.0%	20	10.6%
心理的発達障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
小児期および青年期の行動・情緒障害	1	0.5%	1	1.6%	0	0.0%	1	0.3%	0	0.0%	3	1.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
特定不能の精神障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
てんかん	0	0.0%	0	0.0%	1	1.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神障害なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	0.5%
その他	18	9.7%	10	16.1%	17	23.9%	40	10.4%	22	11.3%	48	28.4%	17	3.2%	0	0.0%	27	14.3%
不一致	9	4.9%	0	0.0%	1	1.4%	22	5.7%	1	0.5%	8	4.7%	28	5.3%	0	0.0%	6	3.2%
計	185	100.0%	62	100.0%	71	100.0%	385	100.0%	195	100.0%	169	100.0%	527	100.0%	4	100.0%	189	100.0%

診断	通報種別				矯正施設長(26条)				精神科管理者(26条の2)				知事特別権限(27条2項)					
	要措置		措置不要		要措置		措置不要		要措置		要緊急措置		措置不要		要措置		措置不要	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
器質性精神障害	2	3.4%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.1%	0	0.0%
精神作用物質による障害	15	25.4%	0	0.0%	9	34.6%	1	3.8%	1	50.0%	1	20.0%	0	0.0%	7	14.9%	0	0.0%
統合失調症、妄想性障害など	31	52.5%	0	0.0%	7	26.9%	21	80.8%	0	0.0%	1	20.0%	17	77.3%	30	63.8%	1	100.0%
気分障害	0	0.0%	0	0.0%	1	3.8%	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	1	4.5%	2	4.3%	0	0.0%
神経症性障害、ストレス関連障害など	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
生理的障害など	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
人格障害	2	3.4%	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	1	4.5%	1	2.1%	0	0.0%
精神遅滞	0	0.0%	0	0.0%	3	11.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
心理的発達障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
小児期および青年期の行動・情緒障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
特定不能の精神障害	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
てんかん	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
精神障害なし	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
その他	2	3.4%	0	0.0%	2	7.7%	2	7.7%	1	50.0%	1	20.0%	1	4.5%	6	12.8%	0	0.0%
不一致	7	11.9%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	9.1%	0	0.0%	0	0.0%
計	59	100.0%	0	0.0%	26	100.0%	26	100.0%	2	100.0%	5	100.0%	22	100.0%	47	100.0%	1	100.0%

2000年4月1日～2001年3月31日 (警察官通報は2000年5月ならびに11月)

表14 措置不要直後の対応

通報種別 根拠条文	一般人 23条		警察官 24条		検察官 25条		保護観察所長 25条の2		矯正施設長 26条		精神病院管理者 26条の2		知事等職権診察 27条2項	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
措置不要直後	2	2.8%	7	4.1%	18	9.5%	0	0.0%	1	3.8%	0	0.0%	0	0.0%
任意入院	49	69.0%	96	56.8%	82	43.4%	0	0.0%	7	26.9%	1	20.0%	1	100.0%
医療保護入院 通院	10	14.1%	39	23.1%	35	18.5%	0	0.0%	10	38.5%	2	40.0%	0	0.0%
医療不要	4	5.6%	14	8.3%	21	11.1%	0	0.0%	4	15.4%	0	0.0%	0	0.0%
欠損値	6	8.5%	13	7.7%	33	17.5%	0	0.0%	4	15.4%	2	40.0%	0	0.0%
計	71	100.0%	169	100.0%	189	100.0%	0	0.0%	26	100.0%	5	100.0%	1	100.0%

2000年4月1日～2001年3月31日（警察官通報は2000年5月ならびに11月）

表15 措置不要の理由

通報種別 根拠条文	一般人 23条		警察官 24条		検察官 25条		保護観察所長 25条の2		矯正施設長 26条		精神病院管理者 26条の2		知事等職権診察 27条2項	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
措置不要理由	8	11.3%	16	9.5%	13	6.9%	0	0.0%	3	11.5%	0	0.0%	0	0.0%
精神障害	34	47.9%	42	24.9%	8	4.2%	0	0.0%	0	0.0%	1	20.0%	1	100.0%
自傷他害	4	5.6%	8	4.7%	9	4.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
責任能力	0	0.0%	13	7.7%	35	18.5%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
症状関連	3	4.2%	29	17.2%	42	22.2%	0	0.0%	10	38.5%	0	0.0%	0	0.0%
症状持続	1	1.4%	1	0.6%	12	6.3%	0	0.0%	3	11.5%	0	0.0%	0	0.0%
治療可能	6	8.5%	7	4.1%	37	19.6%	0	0.0%	8	30.8%	4	80.0%	0	0.0%
将来予測	15	21.1%	53	31.4%	33	17.5%	0	0.0%	2	7.7%	0	0.0%	0	0.0%
特定不能	71	100.0%	169	100.0%	189	100.0%	0	0.0%	26	100.0%	5	100.0%	1	100.0%

2000年4月1日～2001年3月31日（警察官通報は2000年5月ならびに11月）

表16 措置入院6ヶ月後の転帰

通報種別 根拠条文 転帰	一般人 23条		警察官 24条		検察官 25条		保護観察所長 25条の2		矯正施設長 26条		精神病院管理者 26条の2		知事等職務警察 27条2項	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
措置解除	175	70.9%	506	87.2%	355	66.9%	1	100.0%	35	59.3%	14	50.0%	57	82.6%
内訳 緊急措置後に措置非該当	12	4.9%	16	2.8%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.6%	4	5.8%
措置症状消滅届提出	163	66.0%	490	84.5%	355	66.9%	0	0.0%	35	59.3%	13	46.4%	53	76.8%
措置継続	72	29.1%	74	12.8%	176	33.1%	0	0.0%	24	40.7%	14	50.0%	12	17.4%
計	247	100.0%	580	100.0%	531	100.0%	1	100.0%	59	100.0%	28	100.0%	69	100.0%
入院継続率が50%となる日数	77日目		50日目		94日目		---		113日目		141日目		46日目	

2000年4月1日～2001年3月31日 (警察官通報は2000年5月ならびに11月)

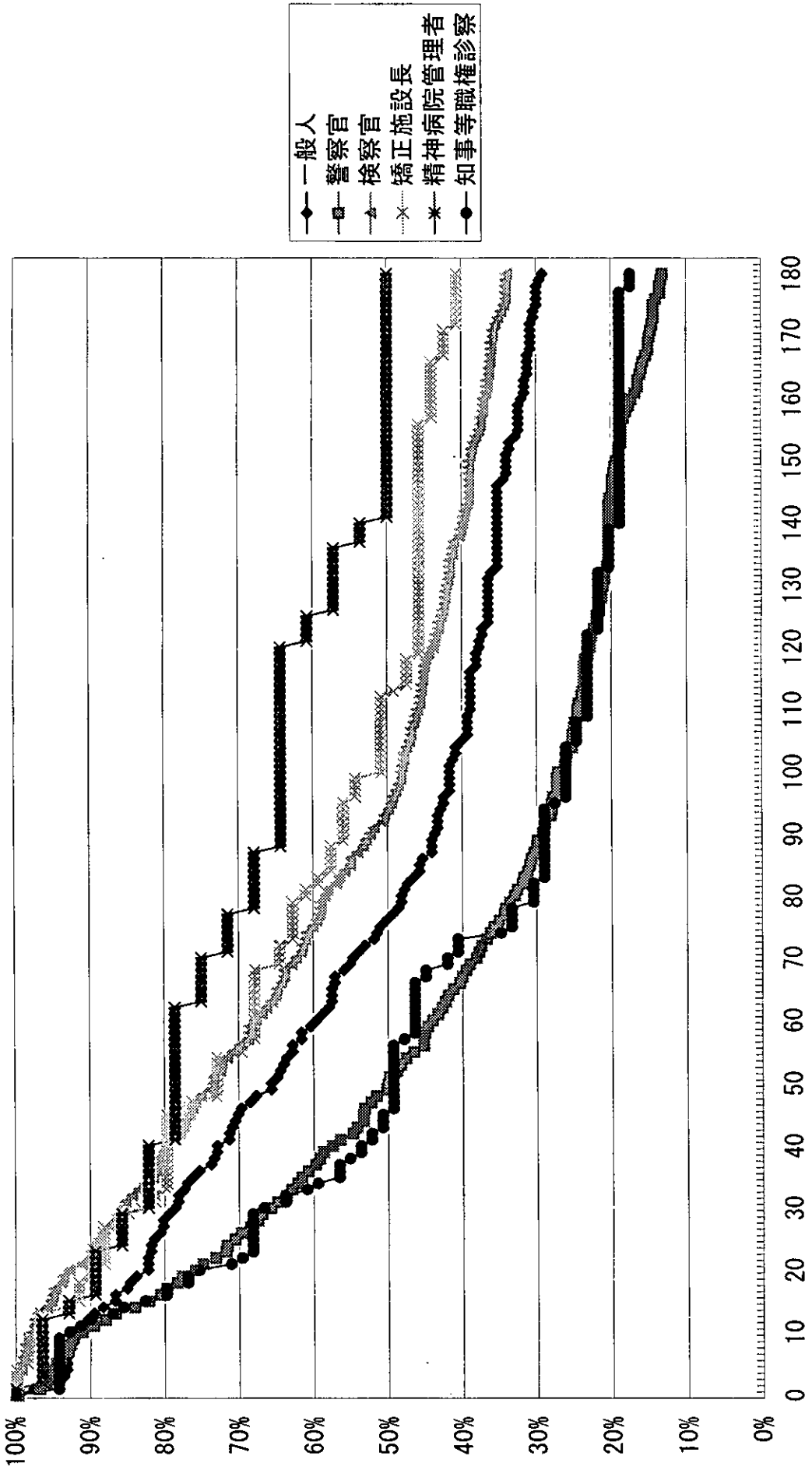
表17 措置解除直後の対応

通報種別 根拠条文 措置解除直後	一般人 23条		警察官 24条		検察官 25条		保護観察所長 25条の2		矯正施設長 26条		精神病院管理者 26条の2		知事等職務警察 27条2項	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
入院継続	112	64.0%	299	59.1%	248	69.9%	0	0.0%	24	68.6%	6	46.2%	19	35.8%
内訳 任意入院	16	9.1%	80	15.8%	63	17.7%	0	0.0%	6	17.1%	2	15.4%	8	15.1%
医療保護入院	50	28.6%	116	22.9%	87	24.5%	1	100.0%	10	28.6%	1	7.7%	6	11.3%
入院継続 (形態不明)	46	26.3%	103	20.4%	98	27.6%	0	0.0%	8	22.9%	3	23.1%	5	9.4%
通院	39	22.3%	98	19.4%	62	17.5%	0	0.0%	4	11.4%	5	38.5%	6	11.3%
転医	8	4.6%	51	10.1%	26	7.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	24.5%
死亡	1	0.6%	2	0.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
欠損値	3	1.7%	40	7.9%	19	5.4%	0	0.0%	7	20.0%	1	7.7%	15	28.3%
緊急措置後に措置非該当	12	6.9%	16	3.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	4	7.5%
計	175	100.0%	506	100.0%	355	100.0%	1	100.0%	35	100.0%	13	100.0%	53	100.0%

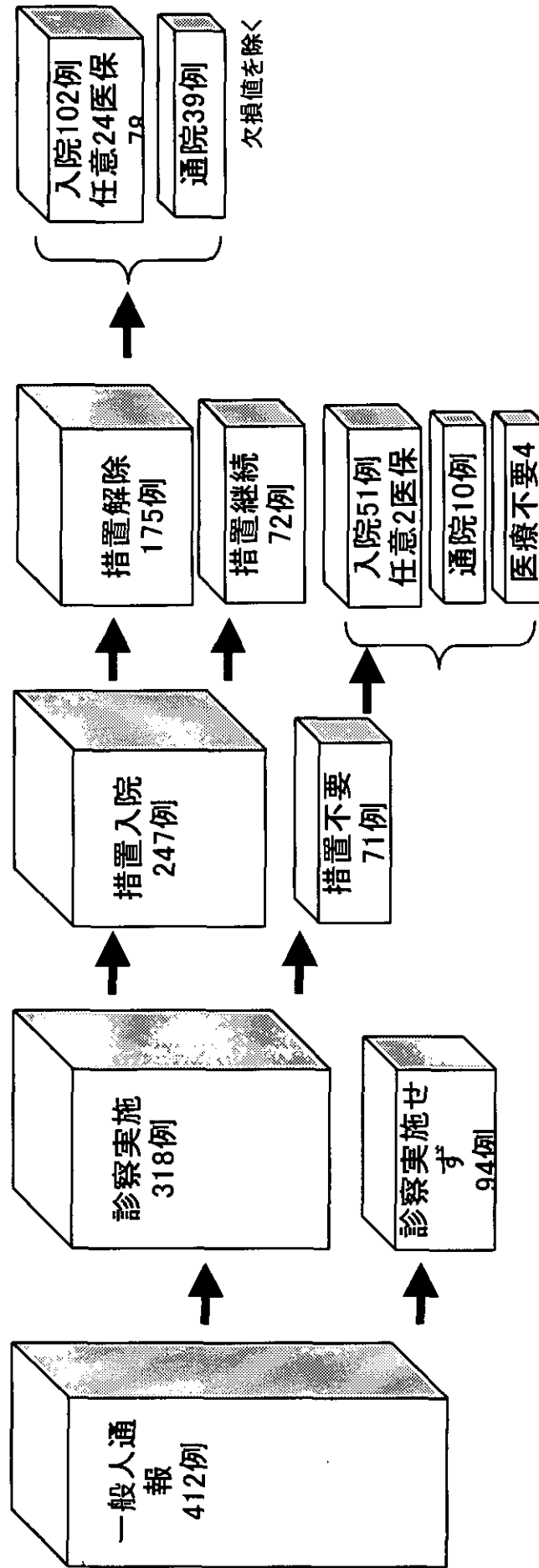
2000年4月1日～2001年3月31日 (警察官通報は2000年5月ならびに11月)



図1 措置入院180日後までの入院継続率の推移



# 一般人通報後の流れ

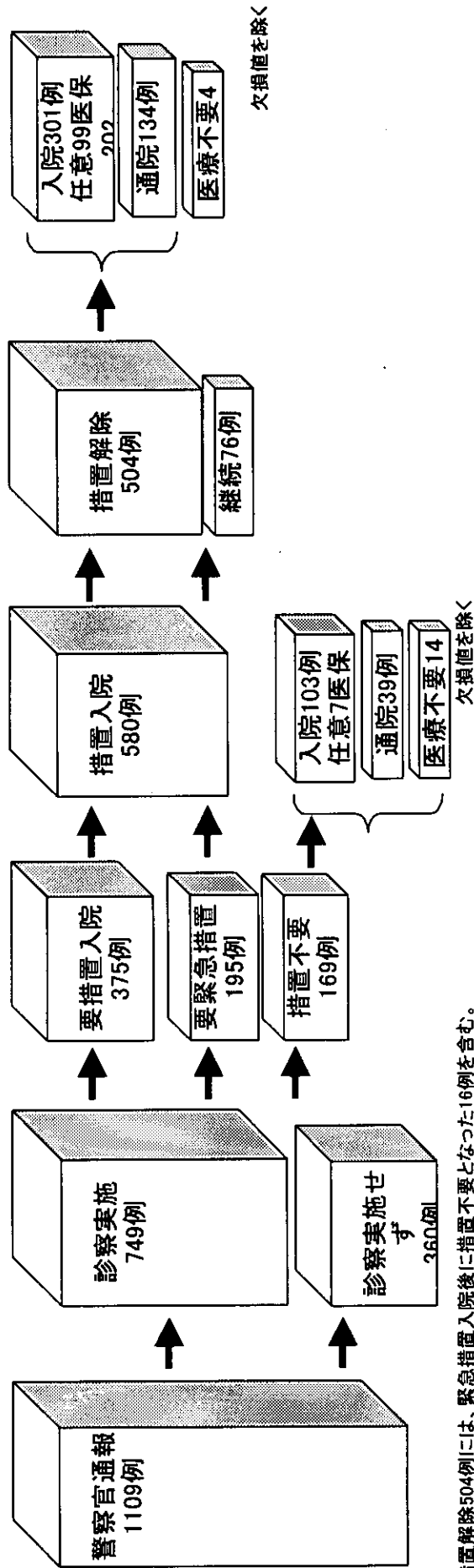


このほか、診察実施されたことが確認だが、診断書が入手できなかったものが4例認められた

欠損値を除く

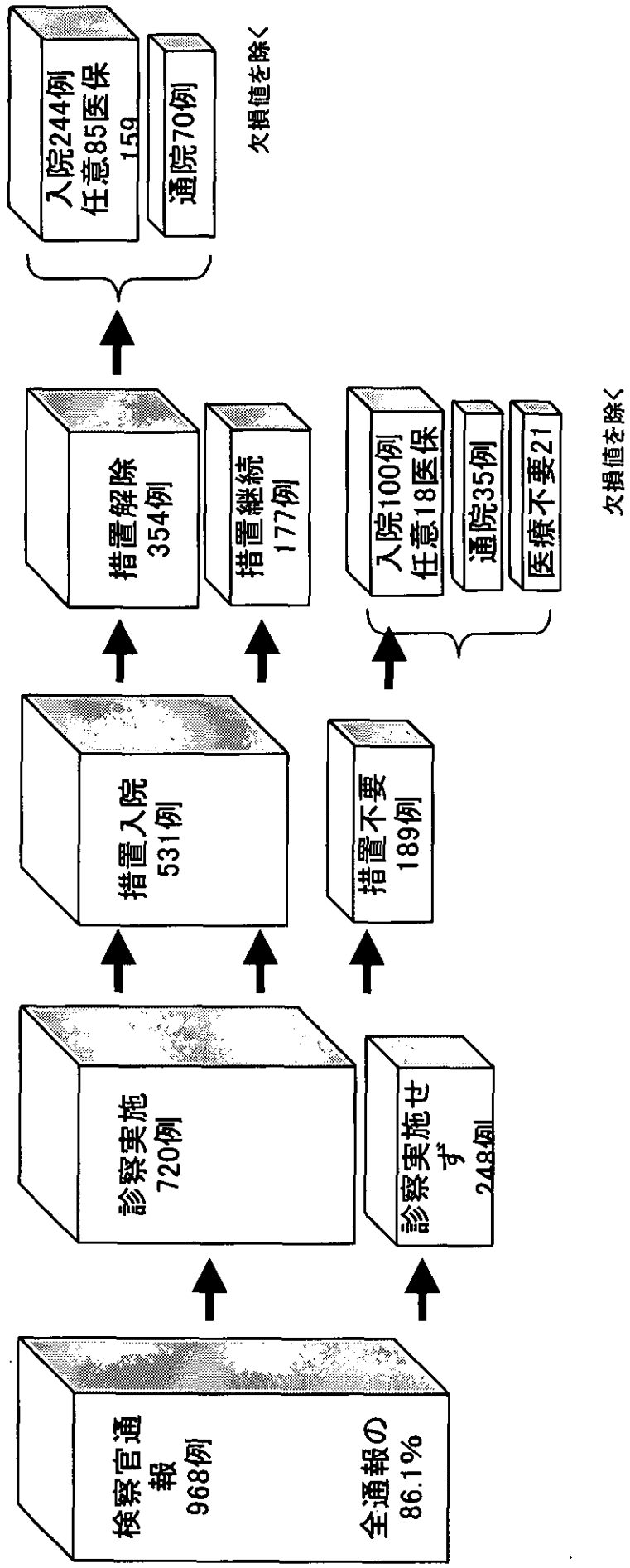


# 警察官通報後の流れ

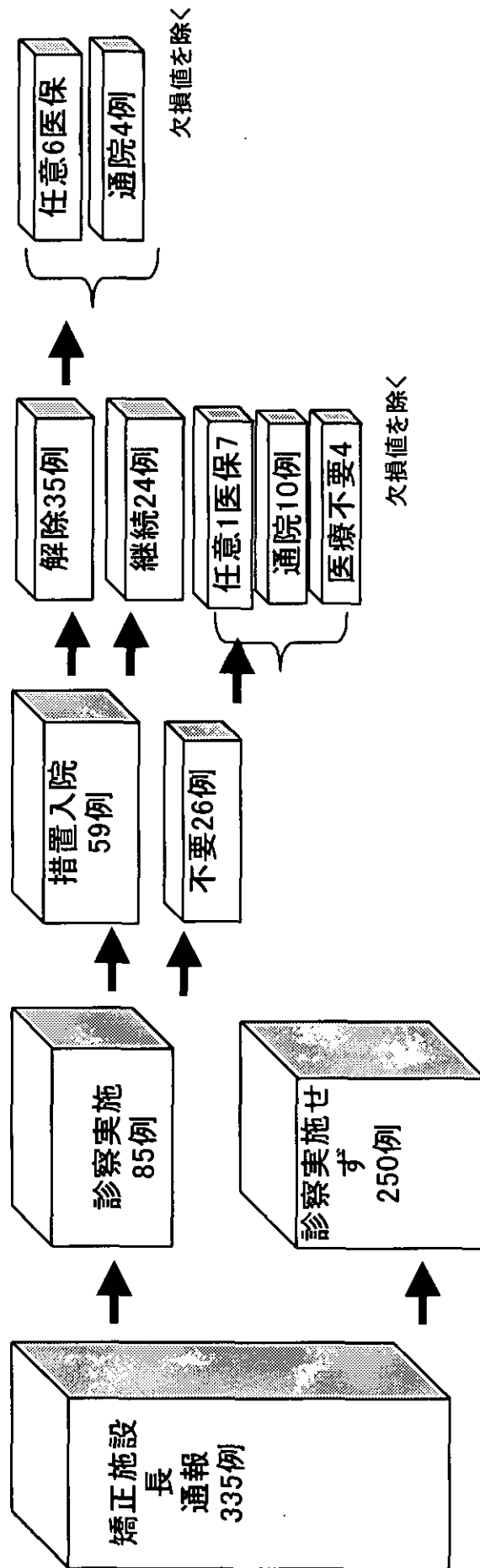


措置解除504例には、緊急措置入院後に措置不要となった16例を含む。

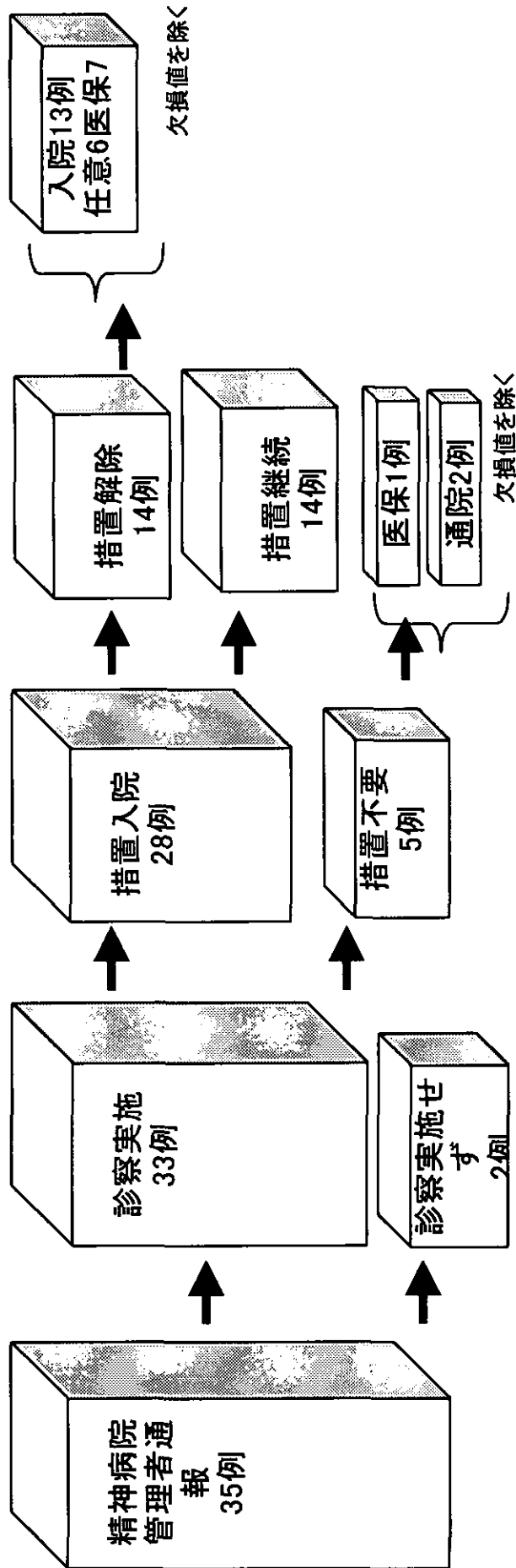
# 検察官通報後の流れ



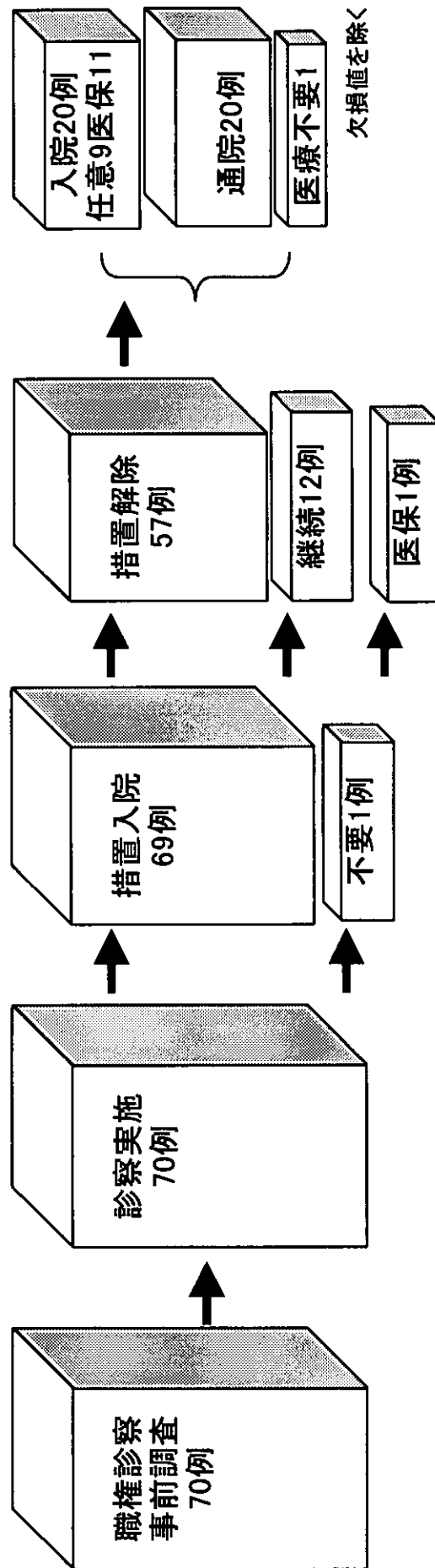
# 矯正施設長通報後の流れ



# 精神病院管理者通報後の流れ



# 知事等職権診察の流れ



# 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（2）

－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－

分担研究者 吉住 昭

国立肥前療養所

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

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（2）

－措置入院判断のガイドライン案と措置診断書案の試行について－

分担研究者 吉住 昭（国立肥前療養所）

研究協力者 藤林 武史（福岡市こども総合相談センター）

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）

昆 啓之（千葉県精神科医療センター）

榊原 純（大阪府立中宮病院）

須藤浩一郎（土佐病院）

石丸 大輔（神野病院）

山畑 良蔵（鹿児島県立始良病院）

#### 研究要旨

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、精神保健指定医（以下、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、措置入院に関する診断書案を作成し、5 府県で試行した。

ガイドライン案では、措置判定に 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、との 7 項目が必要であることを示した。

診断書については、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、1. 職業、入院歴（初回、前回）、入院回数、一部の症状など、検察官通報や警察官通報事例の集計で欠損値の多いもの、一致率の低いものを除外した。2. A（問題行動）、B（おそれ）を 1 対 1 対応させた。

5 つの府県で試行し、措置診察を行なった指定医よりガイドライン案と診断書案に対する回答を得

て、それらの分析を行なった。その結果、ガイドライン案で示した7つの基準についても、実地の運用についてはその判断をめぐって様々な問題があることが指摘された。診断書案でも、個別の項目での指摘があった。今後は積み残しの問題を含めて議論を深め、研究班のガイドラインと診断書を作成したい。

#### A. 研究目的

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。

#### B. 研究方法

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、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。

本研究は、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部会において承認を受けた。

#### C. 結果

ここではまず、検察官通報、警察官通報に関する研究結果を整理し、次にガイドライン案、診断書書式案を示し、最後に試行の結果にふれる。

1) 検察官通報、警察官通報に関する研究の結果から

主として検察官通報に関する研究から、以下の9項目が明らかとなった。その中から、ガイドライン、診断書書式に関連する問題点などを整理した。さらに、その問題の解決にむけて必要と思われる事項を矢印で示した。そのうち、下線部分は診断書書式に関連することであり、その他の分はガイドラインに必要とされる事項である。

①診断が雑多である。

→ICD-10の導入へ

②措置入院歴は、少なくとも95例(13.2%)に認められた。

→措置入院歴は分かる形式

③問題行動の項目については、指定医間の認定と予測の不一致は各問題行動において10%以上であった。

→具体的問題行動とA、B対応していない

→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:将来のどのくらいの期間かの基準

④現在の症状、状態像についても、項目数が多すぎることに加え、幻覚(0.61)や妄想(0.56)、精神運動興奮(0.18)、人格の病的状態(0.38)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。( )内は、Cohen  $\kappa$  を示す。

→項目の整理

⑤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、F7 では措置不要となる割合は高かった。

→治療可能性をめぐる基準

⑥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。

→上記③と同じ問題

⑦措置不要の判断については、措置不要となった理由を8つのパターンに分類できた。それらは、

イ. 精神障害がない

→精神障害の範囲

ロ. 問題行動そのものが自傷他害にあたらない

→自傷他害にあたる問題行動の範囲に関する基準

ハ. 問題行動に対する責任能力を認める

→責任能力（あるいは判断能力）の基準

ニ. 問題行動と精神症状に関連がない

→問題行動と精神症状の関連に関する基準

ホ. 診察時に精神症状が改善あるいは消失している

→時間経過と症状に関する基準

ヘ. 精神科治療の適応ではない

→上記⑤治療可能性をめぐる基準

ト. 自傷他害のおそれを認めない

→上記③今後おそれのある問題行動：将来のどのくらいの期間かの基準

チ. 特定不能

→判断の過程の分かる診断書

⑧措置解除された事例では、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、明らかに措置が継続していた。

→上記③今後おそれのある問題行動：将来のどのくらいの期間かの基準との関連

⑨要措置入院率、6ヶ月後の措置解除率は自治体間で差があった。

以上を整理すれば、ガイドラインには、上記に

照らして以下の点を盛り込む必要があると思われる。

イ. 精神障害の範囲

ロ. 判断能力（責任能力）の判断基準

ハ. 問題行動と精神症状の関連に関する基準

ニ. 時間経過と症状に関する基準

ホ. 治療可能性をめぐる判断

ヘ. 自傷他害にあたる問題行動の範囲に関する基準

ト. これまでの問題行動：過去どのくらいの期間かの基準

チ. 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

また、診断書の形式についても同様に考慮する必要があるのは以下の項目である。

イ. 診断はICD-10へ

ロ. 措置入院歴は分かる形式

ハ. 問題行動とA、Bの対応

ニ. 現在の症状、状態像については、項目数の整理

ホ. 判断の過程の分かる診断書

2) 措置入院判定のためのガイドライン案

以下にガイドライン案を示す。

精神障害者の入院の決定に関しては、絶対的な基準はなく、入院をめぐる地域差、医師間の差異が存在する。もとより、それは完全に一致するのが困難なことは論を待たない。しかし、そうであっても余りにその決定の差が大きすぎると精神科医療に関与する患者や家族を初めとし、多くの人に精神科医療に対する不信も生みかねない。さらに、医療保護入院や措置入院など強制力と行動の制限を合法化する入院が、精神保健指定医という資格を持つ医師によって、その判断に著しい差異が生ずるとすれば、さらに重要な問題となろう。

ここでは、平成13年度より開始された厚生労働科学研究「措置入院制度の適正な運用に関する

研究」による結果をふまえ、措置入院判定のためのガイドライン案を示す。

措置入院の判定に当たっては、「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。本基準によれば、

1. 精神障害者であり、
2. 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、
3. 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、
4. 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、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が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

尚、上記のガイドライン案については、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、あるいは自傷行為または他害行為を引き起こすおそれをどこまで予想するかの時間軸の問題、判断能力や責任能力の判定、攻撃性を含めた精神症状評価、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、あるいは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は、積み残された課題としてある。今後の研究成果をふまえてそれらの問題を整理していく必要がある。

## 2) 措置入院に関する診断書案（資料参照）

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以下の点を考慮し、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、1. 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た。2. A（問題行動）、B（おそれ）を1対1対応させた。

### 3) 指定医のアンケート結果

#### (1) ガイドライン案にある7基準について

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

イ. ICD-10 を用いることで対象がひろがるのではないか

ロ. ICD-10 の使用に慣れていない

ハ. DSM を好む人がいる

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

イ. どの程度が他害行為か

ロ. 「刑罰に触れる程度」の資料が必要

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

・精神症状により判断がつかなくなると明記すべき

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

イ. 判断能力、責任能力は医療の判断ではない

ロ. 自殺は別にすべき（自殺で判断能力がある場合がある）

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

イ. 判断が難しい

ロ. 診察時の症状をどのくらい前までとるか

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

・精神症状の改善が期待される」で十分であり、「悪化が防止される」は不要

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

・上記6の項目と同じ

#### (2) 診断書について

1. 診断：主と従が必要か

2. 支援体制、職歴が必要か。支援体制の項目はあいまい。

3. 問題行動：その他の欄が必要、今後の予想される問題行動は不要

4. 精神症状

イ. 「薬物作用物質」の項目：物質名があるが、むしろ急性中毒、依存、離脱とすべき

ロ. 「思考形式の障害」は不要

ハ. 「解離」は意識障害か

ニ. 「抑うつ」の項目に「刺激性興奮」があるのは何故か

5. 記載に要した時間は不要

#### (3) 措置制度全般について

イ. 措置判定の際司法鑑定を流用するのか、新たに判断を下すのか

ロ. 情報が少ないため添付書類の充実が必要

ハ. 司法と医療の関係では、相互の乗り入れが必要

ニ. 鑑定のための研修会の開催を

ホ. 人格障害、薬物、自殺の取り扱い

## D. 考察

### 1. ガイドラインについて

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て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、従来より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る。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、判断能力をめぐるのは、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、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。