

厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究）

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

措置入院患者の医療と社会復帰に関する研究

分担研究者 浦田 重治郎（国立精神・神経センター武蔵病院）

研究協力者 瀬戸 秀文（進藤病院 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）

研究要旨

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。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みると、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。以上から、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。

A. 研究目的

平成15年7月、「心神喪失等の状態で重

大な犯罪行為を行った者に対する医療及び

観察法律（以下、医療観察法と略す）」が国

会において成立し、2年以内に施行されることとなった。これにより医療観察法が施行されると、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法と略す）」による措置入院制度は大きな変更を伴う。現在の措置入院の対象から医療観察法が対象と定めている者が除外され、精神保健福祉法が対象とする措置入院患者は重大な犯罪行為以外の他害行為と自傷行為に限定される。他害行為が限定されることにより他害行為が減少するが、自傷行為は変化がないために、結果としては自傷行為の方に重みが大きくなる。また、措置入院制度が精神科救急の中で今まで以上に重要な役割を果たすようになると考えられる。

医療観察法の成立はもう一つ重要な問題が提起した。医療観察法は対象者の社会復帰を前提とした入院医療を行うと共に、退院となった対象者あるいは通院処遇となった対象者には指定通院医療機関が医療を担う一方、社会復帰調整官が中心となり社会生活を支援する体制がとられることを定めている。現在検討中であるが、指定入院医療機関に入院となった対象者には入院中から退院後に向けた社会復帰対策が入院期間の職員だけでなく社会復帰調整官をはじめとする地域の生活支援に携わる組織も含めた計画が練られることになると考えられる。他方、従来の措置入院制度ではその対象者に限った社会復帰対策を講じておらず、これは特に問題を抱える措置入院患者の円滑な社会復帰と再発防止策にとっては大変問題が多いことを示していると考えられる。

本研究は、措置入院患者に適正な医療がなされ、その結果、病状が改善すると共に、措置入院の契機となった「自傷他害」ない

し「自傷他害のおそれ」が改善した時に、地域社会への復帰の道が開かれていくために、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行政書類をもとに検討することである。その結果に基づき、措置入院患者の社会復帰について適切な対応がなされるよう提言したい。

B. 研究方法

今年度は23条（一般人申請）から27条2項（知事職務診察）で措置入院となった症例の「措置入院患者の症状消退届」に基づいてその実態について検討した。ただ、24条（警察官通報）と25条（検察官通報）については昨年度までに解析・検討を行っているが、各条項との比較検討のために再掲した。なお、本研究で注目したのは以下の点についてである。

(1) 6ヶ月以内の措置解除と措置解除後の処置。

(2) 「入院以降の病状または状態像の経過（措置症状消退と関連して記載すること）」から措置解除の判断。

(3) 「訪問指導等に関する意見」と「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」から措置解除後の対応。

倫理面への配慮：本研究は個人情報に対する配慮が充分に必要であるが、本研究の資料である措置入院に関する通報から措置解除までの行政書類は厚生労働省精神保健福祉課を経由して、氏名等の個人情報をマスクして収集されたものを用いており、当初から個人情報は切り離され保護されている。これらの資料については精神保健研究所内で厳重に管理している。また、研究に当たっては主任研究者浦田重治郎の属する

国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会において倫理審査を受け承認されている。以上から、倫理面への配慮は十分に なされており、問題ないとする。

C. 結果

(1) 6ヶ月以内の措置解除と措置解除後の処置

検討対象となった措置入院数は、23条（一般人申請）は236件、24条（警察官通報）は565件、25条（検察官通報）は531件、25条2（保護観察所長通報）は2件、26条（矯正施設長通報）は59件、26条2（精神病院管理者の届出）は28件、27条2項（知事職務診察）は69件で、総数1490件あった。同様に検討対象となった措置解除届数は、23条（一般人申請）は189件、24条（警察官通報）は527件、25条（検察官通報）は407件、25条2（保護観察所長通報）は2件、26条（矯正施設長通報）は35件、26条2（精神病院管理者の届出）は16件、27条2項（知事職務診察）は58件で、総数1234件あった。

その内6ヶ月以内に措置解除されたのは、23条は163件69.1%、24条は473件83.7%、25条は359件67.6%、25条2は2件100%、26条は31件52.5%、26条2は14件50%、27条2項は57件82.6%で、総数1099件あった。すなわち、6ヶ月以内に最も措置解除が進んだのは25条2が100%と最も多かったが、措置件数が僅かであり、対象者が少年法による保護観察処分者であることも反映されているのかもしれない。それに続いたのが24条であり、2

7条2項（知事職務診察）がほぼそれに並んでいた。23条と25条はほぼ3分の2強が6ヶ月以内に措置解除され、26条と26条2がほぼ半数と6ヶ月以内の措置解除が少なかった。措置入院全体でみると（24条が2ヶ月分であるので推計値）、12年度措置入院数4315件中3464件80.2%が6ヶ月以内に措置解除されていたことになる。

6ヶ月以内の措置解除後の処置についてみた。入院の継続では25条2が2件100%が最も高く、26条が23件74.2%と続き、以下、25条）は252件70.6%、23条は112件68.8%、24条は289件61.1%と続き、26条2は6件40.6%で27条2項は19件35.8%と低かった。処置が通院であったのは、26条2が5件38.5%で最も高く、23条は39件23.9%が続き、以下、24条は98件20.7%、25条は62件17.3%、26条が23件74.2%、27条2項（は6件11.3%の順であり、25条2は当然0件であった。処置が転医であったのは、27条2項は13件24.5%とほぼ4人に1人が転院しており、24条は46件9.7%（推計値ならば276件の転院であったことになる）と続き、以下、26条2が1件7.7%、25条（が26件7.2%、23条が8件4.9%の順であり、25条2と26条はいずれも0件あった。12年度の6ヶ月以内の措置解除後の処置を措置解除全体でみると（24条が2ヶ月分であるので推計値）、2148件の措置解除中2148件62%が入院を継続し、704件20.3%が退院して通院となり、324件9.4%が他

院へ転院していたことになる。

(2)「入院以降の病状または状態像の経過(措置症状消退と関連して記載すること)」から措置解除の判断

主として「入院以降の病状または状態像の経過(措置症状消退と関連して記載すること)」欄から、その記載が措置解除について適正な判断が可能かという点について検討した。その際、①病状改善及び措置症状の消退が具体的に記載されているものから、記載は具体性に乏しいが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までは、措置解除を判断できると考えて「可」とした。②精神症状と措置症状が改善したかの記載が「曖昧」で措置解除を決定する上では判断に困るであろうと考えた。さらに③措置症状が改善したとは読みとれないもの記載については、措置解除の根拠にならないと考え、「不可」とした。判読不明等は複写の問題もあり「不明」とした。その結果を通報条分別にみたのが表3-1から表3-8である。全体では1234件の消退届の中に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。23条189件では曖昧が10件(5.3%)、不可が6件(3.2%)、24条527件では「曖昧」が15件(2.9%)、「不可」が5件(0.9%)で、25条405件では「曖昧」が14件(3.4%)で、「不可」が1件(0.2%)、25条2の2件中ではいずれも0件であった。26条分35件では曖昧0、不可1件(2.9%)で認められた。26条2の16件中ではいずれも0件であった。27条2項では58件中に2件「曖昧」がみられた。表3に示した措置解除後の転帰別にみ

ると、入院継続813件では曖昧28件(3.4%)、不可9件(1.1%)、通院234件では曖昧7件(3.0%)、不可2件(0.9%)、転医103件では曖昧4件(3.9%)、その他79件では曖昧2件(2.9%)、不可2件(2.9%)であった。

(3)「訪問指導等に関する意見」と「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」から措置解除後の対応

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。表4-2から表4-8までに示したように、「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は、全体では507件(40.9%)であった。各条文別にみると、23条では93件(49.2%)、24条では209件(39.7%)で、25条では163件(40.0%)、25条2では0件、26条では12件(34.2%)、26条2では7件(43.7%)、27条2項では23件(39.6%)、総数では507件(41.1%)であった。表4-1で示したようにその記載有無を転帰別でみると入院継続では252件(30.9%)、通院例の場合144件(64%)、転医の場合55件(53.4%)、その他で53件(61.6%)で記載されていた。なお各条文別の転帰別記載状況は表4-2からひょう4-8に詳細に示してある。

表5-2から表5-8で示した「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」の記載については、何らかの記載のあるものが全体ではわずか102件(8.

0%)にすぎなかった。通報条分別では23条で31件(16.4%)、24条では23件(4.4%)、25条では39件(9.4%)、25条2では0件、26条では4件(11.4%)、26条2では2件(12.5%)、27条2項では3件(5.2%)、全体では102件(8.3%)と記載の乏しさが目立った。表5-1で示したように転帰別では、入院継続で52件(6.3%)、通院で40件(17.8%)、転医で5件(4.9%)、その他で5件(5.8%)であった。各条文別の転帰別記載状況は表の通りである。

D. 考察

1. 措置入院期間について

12年度の措置入院患者のうち6ヶ月以内に措置解除されたのは、本研究のデータから推計すると約80%ということになる。ただそのうちの62%が他の入院形態での入院が継続されており、結局、措置解除によって6ヶ月以内に退院したのはさらに相当少なくなる。また6ヶ月以内に措置解除が24条(警察官通報)では83.7%、27条2項(知事職務診察)では82.6%と全体の平均を超えていた。24条では相当数が精神科救急として機能している可能性があること、27条2項では精神科救急の他に不法滞在外国人事例が含まれていることなどがあり、6ヶ月以内の措置解除が進むと考えられた。それでも24条では61%強が入院継続になっており、措置解除イコール退院ではないので、入院期間はさらに長くなっていることとなる。すでに他の調査で新規入院患者の退院率では措置入院が最も低いことが明らかにされている。

むろん措置入院となる事例では病状の重症度の他に退院を困難にする諸因子が他の入院形態に比べて大きいこともあり、入院期間が長くなっていると考えられる。しかし、後述するように入院中の治療は言うに及ばず退院後の治療及び社会生活支援を含めた改善、さらには社会資源の充実等の施策によって措置入院者の退院促進が重大な課題である。

2. 措置解除の実態と問題点

措置解除は精神保健福祉法第二十九条の四に、「都道府県知事は、第二十九条第一項の規定より入院した者(以下「措置入院者」という)が、入院を継続しなくても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ないと認められるに至ったときは、直ちに、そのものを退院させなければならない。この場合においては、都道府県知事は、あらかじめ、そのものを入院させている精神病院又は指定病院の管理者の意見を聞く者とする」とあり、更に第二十九条の五において「措置入院者を入院させている精神病院又は指定病院の管理者は、指定医による診察の結果、措置入院者が、入院を継続しなくても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ないと認められるに至ったときは、直ちに、その旨、そのものの症状その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない」と定められている。また、精神保健福祉法詳解によれば、「都道府県知事は・・・当該患者の症状がなお措置解除するには不相当であるという心証を得たときは措置を継続するが、精神病院の管理者の意見がなお措置要という意見であっても、

他の方法により措置解除が適当という判断に立てば、病院の管理者の意見にかかわらず措置解除をなし得る」とある。すなわち、措置解除には指定医の診察の結果が必要であるが、措置解除を判断し決定するのは都道府県知事であると言うことになっている。それ故に、指定医の診察による措置入院者の症状消退届は、都道府県知事（その事務代行者）が措置入院の要件である自傷他害のおそれがなくなり、措置解除を決定する根拠となるように記載がなされているかが問題となると考える。そうなると、結果で報告した①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には、行政がこの書類により解除できるか否かが可能であり、措置解除決定は根拠がもてる。また具体性に乏しいが形式的には病状及び措置症状の改善が記載されている場合には、措置解除決定は指定医の判断に委ねているとしても、行政の判断は形式的であれ書類上は問題はないと考えられる。ただしこの場合、指定医の症状消退に関する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。それ故に、むしろ精神症状や問題行動についての具体的な記載を求めて書類を病院管理者に差し戻す必要があると考える。次に②のような精神症状と措置症状が改善したかハッキリとは読みとれない曖昧な場合には、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、本来であれば書類を病院管理者に差し戻し、精神症状や問題行動について具体的な記載を求めるべきである。そしてもっとも重大なのは、③の措置症状が改善したとは明らかに読みとれない場合は、本来であれば措置解除は出来ないと考えられる。にもかかわらず、著者

らの検討した資料では「措置入院患者の症状消退届」のある例はすべて措置解除されている。すなわち、僅かな事例ではあるが、本来措置解除決定の判断に困難があったり、措置解除が出来ないと思われる不適切な記載例でも措置解除がなされていることになり、精神保健福祉法やその解釈からして矛盾していると考えられる。

ところで、これらの不適切な記載を措置解除後の転帰別に検討してみると、その大半は入院継続例であった。入院が継続されることにより、自傷他害のおそれが不明であったり消失してなくとも、そのリスクは相当に回避されるであろうから、一見問題がないように考えられる。しかし、医療保護入院であれ任意入院であれ、措置入院のように「自傷他害のおそれの消失」という退院の要件はないので、措置解除時に自傷他害のおそれが消失していない例でのその後の退院に問題が生じる可能性を残している。さらに転帰が退院となった例にも、自傷他害のおそれが不明であったり消失していないと考えられる記載があったことは、入院継続例以上に法に定められた要件が守られていないということで問題があり、今後、措置入院者の症状消退届がその記載方法も含め適正になされるように検討する必要がある。

なお、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。実際に措置入院者の症状消退届の中にはそのゆな事例も認められた。この場合、他害行為であれば本来司法の領域にあ

るものと考えられる。特に、いわゆる人格障害ではこの問題が議論となることは、現在、医療観察法の試行に向けてその対象者に関する検討の中で大きな問題となっており、人格障害については医療観察法の対象外であるというのがほぼコンセンサスとなっている。この点については措置入院制度においても再検討する必要がある、すでに吉住昭分担研究者が措置診察におけるガイドライン案の中で提起している。

3. 措置解除後の問題点と今後の課題

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この点について方針が定められている必要がある。措置入院者の症状消退届の中の「訪問指導等に関する意見」をみると、記載されているのは極簡略なものも含めて約4割である。その中で通院となった例では、24条では6割弱、25条では7割強で記載されていた。特に記載で明確に要否を示している例ではその根拠も示されており、退院後の治療と社会復帰に配慮していることが伺われた。一方、未記載例では退院後の医療と社会復帰の方針が定められているか否かは疑問が残る。むしろ医療の確保だけについて言えば多くの場合は退院後入院施設へ通院が継続されることが多い。本研究は措置入院者の症状消退届という書類の記載に限定された検討であるので、実際には退院後のフォローを実施されている例もあると考えられるが、一方では措置解除退院後のフォローが不十分で病状再燃から問題が再び顕在化する例もあり、措置入院という結果に至った大きな問題を抱える例への退院後の治療体制の確立は重要である。特に、通院例においては担当施設だけで日

常社会生活における病状や生活環境の実態が把握しきれない事例も少なくないので、保健所・市町村を含む関係諸機関との連携が重要となる。この点では、平成7年の精神保健福祉法の改正でそれまで定められていた27条診察対象者及び措置入院後の退院者に対する保健所職員による訪問指導に関する第43条の規定が削除され、第47条で新設された精神障害者全般を対象とした訪問指導等の規定の中へ吸収されたが、このことが措置入院者のフォロー体制に影響していないかは懸念される。

「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」はほとんど記載されていない。25条で措置解除が通院となる例で4分の1強に記載されていたが、24条では7%弱であり、通院例でも記載の乏しいことは気がかりであった。それでも、解除時にはほぼ治癒ないし完全寛解の状態にあり、入院以前の社会生活状態に復帰でき、必ずしも社会生活支援を要さない例もあろう。しかし、不完全寛解や後遺状態などで社会生活能力障害を伴っていたり、あるいは家庭や社会の問題を抱えておりそのために社会生活が困難となっていることも措置入院者では決して珍しくない。にもかかわらず、記載が乏しいのは何なのだろう。一つには医師が病院や診療所の外来を中心とした医療の中に社会生活支援を含めた福祉的分野を通常の治療に組み込んでいて記載に及ばない例もあろうが、逆に福祉的分野には必ずしもなじんでいないことがあり、措置入院者の退院にあたって社会生活支援を策定し記載することが出来ない可能性が考えられる。もう一つは、例え知っていても、実際に利用できる社会資源がまだま

だ不足しているために、具体的な社会生活支援を策定することが困難であることも影響していることも考えられる。

措置入院者の症状消退届を通してみた退院の実態は、一部ではあるが措置解除の根拠となる診断結果に不適切と考えられるものがあつたことと、多くの例で退院後の医療の確保と社会復帰支援について対応が欠如ないし不十分な可能性が明らかになった。医療観察法が遅くとも平成17年7月には実施されるとこの分野については通院処遇となつた場合には医療の確保と社会復帰支援が相当のが行われるように法に定められており、現在その為の準備がなされている。一方、医療観察法の対象以外の自傷・他害行為により措置入院となる者の退院後の医療と社会復帰支援が現在のままであれば、アフターケアの欠陥による退院後の病状悪化や問題行動の再発が問題としてクローズアップされることになり、措置入院制度自体の問題となるであろう。

精神障害者は精神病院に長期収容されてきた精神医療の歴史の中で、精神障害という病気だけでなく社会生活においても障害のある人たちの地域での生活への移行を進めるといふ欧米における20世紀後半の精神医療のあり方の変化がケアマネジメントを生み出した。我が国においても長期収容から地域生活への移行が模索される過程でケアマネジメントが検討され、平成15年度から精神障害者のケアマネジメントが開始された。ケアマネジメントは利用者である生活全般にわたるニーズを評価し、その結果に基づいて援助計画を立て、ニーズにあつた援助サービスに結びつけて、包括的かつ継続的にサービスの供給を行う

ことにより精神障害者が地域社会で生活することを確保するためのシステムである。これはしばしば重症の精神障害と社会生活の障害だけでなく家庭や地域での様々な問題を抱える措置入院患者にとっては、このケアマネジメントは重要である。しかし、重症の精神障害者にはこの標準的なケアマネジメントでは必ずしも有効でないことから、その後 Assertive Community Treatment (ACT) と呼ばれる集中型・包括型のケアモデルが開発された。これは多職種（精神科医、PSW、看護師、臨床心理士、作業療法士等）チーム全体の関わりにより、少ないケースロードで、生活の場へのアウトリーチも含めた直接サービス（服薬管理や健康管理などの医療的援助、金銭管理や外出援助、生活面のアドバイスなどの生活支援、スキルトレーニング、就労援助などのリハビリテーションプログラムなど）も含め、期限ももうけず、24時間365日利用可能な地域ケアである。その結果、重症な精神障害者であっても入院が回避できるか短期間の入院で済むとされている。我が国でも遅ればせながら一昨年から国立精神・神経センター精神保健研究所と同国府台病院の連携により ACT が試みられている。また、英国の司法精神医療では社会復帰の過程で Care Programme Approach (CPA) というシステムによって地域ケアを行っている。CPA は社会生活にたいする援助とともに、問題行動に対してリスクアセスメントとリスクマネジメントにより危機に対する介入や偶発的出来事への対応の計画の策定も同時に行っている。ACT や CPA のような手法が我が国においても確立されれば、新たな司法精神医療の

みならず、措置入院者の退院後の病状悪化防止や問題行動の再発防止の観点から有用と思われる。

ただ、例えこのような手法が有用であるとしても以下のような問題点があり、これを克服することが重要となる。一つは措置入院制度では退院後のフォローに関する規定がない。かつて保健所職員等の訪問の規定があったが、平成7年の精神保健福祉法改定で削除された。それ故に今後の法改正の際に措置解除後のフォローを法に盛り込む必要がある。もう一つは、例えフォローを制度化しても、地域ケアに必要な地域資源が整備されていなければ画餅となる。すでに7万2千人の地域社会への移行の問題でも地域資源の不足が議論を呼んでいる。これは国の施策として行われないと整備は進まないと思われるので、今後の施策を期待したい。

E. 結論

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。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。

以上から、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。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

表1. 条項別年間措置件数(24条は2ヶ月分)、6ヶ月以内措置解除

	23条	24条	25条	25-2条	26条	26-2条	27-2条	計(推計)
措置入院数	236	565	531	2	59	28	69	4315
解析措置解除届数	189	527	407	2	35	16	58	3869
6ヶ月以内解除数	163	473	359	2	31	14	57	3464
6ヶ月以内解除率	69.1%	83.7%	67.6%	100.0%	52.5%	50.0%	82.6%	80.2%

表2. 6ヶ月以内措置解除後転帰

	23条	24条	25条	25-2条	26条	26-2条	27-2条	計	計(%)
6ヶ月以内解除数	163	473	359	2	31	14	57	3464	100%
入院継続	112(68.8)	289(61.1)	252(70.6)	2(100)	23(74.2)	6(40.6)	19(35.8)	2148	62.0%
通院	39(23.9)	98(20.7)	62(17.3)	0(0)	4(12.9)	5(38.5)	6(11.3)	704	20.3%
転医	8(4.9)	46(9.7)	26(7.2)	0(0)	0(0)	1(7.7)	13(24.5)	324	9.4%
死亡	1(0.6)	2(0.4)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)		
その他不明	3(1.8)	38(8.1)	19(5.0)	0(0)	3(9.7)	1(7.7)	19(35.8)	273	7.9%

()内は%

表3-1. 症状消退記載の妥当性(全条分)

	可	曖昧	不可	不明
入院	774	28	9	2
通院	223	7	2	2
転医	98	4	0	1
死亡	1	0	0	4
その他	72	2	2	3
計	1168	41	13	12

表3-2. 症状消退記載の妥当性(23条分)

	可	曖昧	不可	不明
入院	123	5	5	0
通院	39	3	1	0
転医	8	1	0	0
死亡	1	0	0	0
その他	2	1	0	0
計	173	10	6	0

表3-3. 症状消退記載の妥当性(24条分)

	可	曖昧	不可	不明
入院継続	314	11	4	0
通院	101	3	0	0
転医	52	0	0	0
死亡	0	0	0	2
その他	38	1	1	0
計	505	15	5	2

表3-4. 症状消退記載の妥当性(25条分)

	可	曖昧	不可	不明
入院継続	278	11	0	1
通院	70	0	1	2
転医	24	3	0	1
死亡	0	0	0	2
その他	12	0	0	2
計	384	14	1	8

表3-5. 症状消退記載の妥当性(25-2条分)

	可	曖昧	不可	不明
入院	2	0	0	0
通院	0	0	0	0
転医	0	0	0	0
死亡	0	0	0	0
その他	0	0	0	0
計	2	0	0	0

表3-6. 症状消退記載の妥当性(26条分)

	可	曖昧	不可	不明
入院	26	0	0	0
通院	4	0	0	0
転医	0	0	0	0
死亡	0	0	0	0
その他	3	0	1	1
計	33	0	1	1

表3-7. 症状消退記載の妥当性(26-2条分)

	可	曖昧	不可	不明
入院	9	0	0	1
通院	4	0	0	0
転医	1	0	0	0
死亡	0	0	0	0
その他	1	0	0	0
計	15	0	0	1

表3-8. 症状消退記載の妥当性(27-2条分)

	可	曖昧	不可	不明
入院	22	1	0	0
通院	5	1	0	0
転医	13	0	0	0
死亡	0	0	0	0
その他	16	0	0	0
計	56	2	0	0

表4-1. 訪問記載(全条分)

	有り	無し
入院	252	563
通院	144	81
転医	55	48
死亡	3	2
その他	53	33
計	507	727

表4-2. 訪問記載(23条分)

	有り	なし
入院	51	82
通院	34	9
転医	6	3
死亡	1	0
その他	1	2
計	93	96

表4-3. 訪問記載(24条分)

	有り	無し
入院継続	93	236
通院	62	42
転医	28	24
死亡	1	1
その他	25	15
計	209	318

表4-4. 訪問記載(25条分)

	有り	無し
入院継続	90	203
通院	42	21
転医	17	11
死亡	1	1
その他	13	8
計	163	244

表4-5. 訪問記載(25-2条分)

	有り	無し
入院継続	0	2
通院	0	0
転医	0	0
死亡	0	0
その他	0	0
計	0	2

表4-6. 訪問記載(26条分)

	有り	なし
入院	6	20
通院	2	2
転医	0	0
死亡	0	0
その他	4	1
計	12	23

表4-7. 訪問記載(26-2条分)

	有り	無し
入院継続	3	6
通院	2	3
転医	1	0
死亡	0	0
その他	1	0
計	7	9

表4-8. 訪問記載(27-2条分)

	有り	無し
入院継続	9	14
通院	2	4
転医	3	10
死亡	0	0
その他	9	7
計	23	35

表5-1. 施設等利用記載(全条分)

	有り	無し
入院	52	763
通院	40	185
転医	5	98
死亡	0	5
その他	5	81
計	102	1132

表5-2. 施設等利用記載(23条分)

	有り	なし
入院	17	116
通院	12	31
転医	2	7
死亡	0	1
その他	0	3
計	31	158

表5-3. 施設等利用記載(24条分)

	有り	無し
入院継続	12	317
通院	7	97
転医	1	51
死亡	0	2
その他	3	37
計	23	504

表5-4. 施設等利用記載(25条分)

	有り	無し
入院継続	18	275
通院	17	46
転医	2	26
死亡	0	2
その他	2	19
計	39	368

表5-5. 施設等利用記載(25-2条分)

	有り	無し
入院継続		2
通院		0
転医		0
死亡		0
その他		0
計		2

表5-6. 施設等利用記載(26条分)

	有り	なし
入院	2	24
通院	2	2
転医	0	0
死亡	0	0
その他	0	5
計	4	31

表5-7. 施設等利用記載(26-2条分)

	有り	無し
入院継続	1	8
通院	1	4
転医	0	1
死亡	0	0
その他	0	1
計	2	14

表5-8. 施設等利用記載(27-2条分)

	有り	無し
入院継続	2	21
通院	1	5
転医	0	13
死亡	0	0
その他	0	16
計	3	55

分担研究報告書

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

分担研究者 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

分担研究報告書

措置入院患者の医療と社会復帰に関する研究

その2：措置入院者の症状消退届改訂の検討

分担研究者 浦田重治郎（国立精神・神経センター武蔵病院）

研究協力者 瀬戸 秀文（進藤病院 国立肥前療養所）

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。新たな書式案を作成し、それを千葉県、大阪府、高知県、佐賀県、鹿児島県の5府県の精神保健福祉担当課を通じて指定医に試用してもらい、意見を求めた。その結果、概ね新たな書式案の必要性和妥当性があることが確認された。ただ、若干の更なる改善と使用時の記載容量の必要性があることが明らかとなった。今後は、厚生労働省精神保健福祉課において措置入院者の症状消退届の改訂が検討されることを期待したい。

A 研究目的

措置入院制度は申請ないし通報後の事前調査、指定医による診察、措置入院、措置解除という一連のいずれもが適正に運用されねばならない。本分担研究では措置解除についてその運用状況を検討した。まず措置解除は精神保健福祉法第29条4項及び5項の規定により、知事に指定された精神保健指定医の診察の結果でない場合は、指定医の診察の結果をもとに病院長から知事への「措置入院者の症状消退届」に基づい

て措置入院が解除される。この手順が適正に運用されたかについて、「措置入院者の症状消退届」を解析・検討してきたが、以下のように結論づけられる。

（1）指定医の診察の結果としての措置入院者の症状消退届に、措置入院が解除できると知事（その事務代行者）が判断するために必要な記載が、僅かな事例で荒れ必ずしもなされていない。また、具体性に乏しく曖昧な記載のために、確かに措置入院時の問題が改善し、措置解除しうるのか否か

の判断が困難と思われる記載も若干認められた。

(2)にも関わらず措置解除されていると言うことは、「意見を聞いた結果、当該患者の症状がなお措置解除するには不相当であるという心証を得たときには措置を継続するが、・・・」と精神保健福祉法詳解にある解釈とは乖離しており、一部の措置解除は事実上指定医に一任されていることになる。

(3) 症状消退届の記載を見ると、措置解除後、多くは入院が継続されていたが、通院となった例で重要な事項と思われる「訪問指導等に関する意見」や「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」の記載が乏しく、治療の継続や社会生活の確保による再発防止の対応が不明であった。

(4) その原因の一部に措置入院者の症状消退届の書式に不十分な点もあると考えられた。

以上のような状況に踏まえて、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。

2. 研究方法

(1) 「措置入院者の症状消退届」改訂書式案の作成

前述のような従来の「措置入院者の症状消退届」(資料1)問題点を改善した改訂書式案(資料2)はA3版一枚から構成されているが、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。措置解除後、他の入院形態による

入院が継続される場合にあっては、将来退院される場合の生活場所を記載する。

② 措置解除希望日

措置解除は症状消退届に基づいて知事が決定するという形式をとるが、患者・家族や治療者側にすれば退院日を事前に設定されていることが望ましいので、この項目を追加した。

③ ICD-10 コード

病名は基本的にはICD-10に準拠することが望ましいと考えた。

④ 自傷他害の恐れ

従来の書式では自由記載になっているために、症状消退届の中に自傷他害の恐れを転帰に記載されておらず、そのために措置解除を決定する根拠が不明瞭であることが認められたので、この項目を追加し、自傷他害の恐れを改善を読みとれるようにした。

⑤ 現病歴ならびに入院時現症

従来の書式にはなかったが、この届が診断書と照合されずとも容易に入院時までの経過が記載されることにより、自傷他害の恐れを含め入院後の変化を読みとることが可能となり、措置解除の判断を容易にすると考えた。

⑥ 今後の精神科診療方針

従来は措置解除後の処置に関する意見という項目をこのように改めた。入院が継続される場合でも以降の診療方針及び将来の社会復帰の見込み等を明らかにし、通院の場合には医療の確保や再発防止のための対策を記載することにより、時に問題となる措置解除後の治療の欠如を防止することが可能になると考えた。

⑦ 社会復帰・生活支援に関する意見

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この項目にまとめ、再発防止のための社会生活支援が具体的に検討可能となるようにした。

(6) 記載の基本的な問題は措置入院の要否に関する診断書とほぼ同様である。

①□で選択する項目はレ記号で選択する。

②病名欄は必ず ICD-10 のコードを記入する。

③自由記載は読みとれる文字で簡潔に記載する。

④入院時診断を入院後に変更した場合、あるいは入院時診断が不一致または状態像で記載されていた場合には、入院時診断名を現症歴ならびに入院時現症の記載欄に記載する。その場合、変更ないし確定に至る理由も記載する。

⑤措置解除後の診療方針及び社会復帰・生活支援に関する意見は該当項目を選択し、かつ具体的な方策を自由記載欄にする。また、入院以前からすでに利用されている社会資源を措置解除後ないしその後の退院において引き続き利用される場合にも該当項目をレ記号で選択する。

⑥保護者欄の記載で、保護者が市町村長や後見人となっている社会福祉法人等である場合には市町村長名または社会福祉法人名を氏名欄に記載し、かつ市町村長ないし社会福祉法人であることを続柄欄に記載する。その場合、性別、生年月日、年齢、住所の記載は不要である。

保護者の住所が本人住所と同じである場合には該当欄をレ記号で選択し、改めて住所を記載する必要はない。

(2) 書式案の試用

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り、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いただいた上で、改訂書式案についての意見を資料3のアンケートに基づいて行った。

3. 研究結果

「措置入院者の症状消退届」改訂書式案の試用は5府県で計14例について試みられた。アンケート結果は表1に示したが、ここでは「措置入院者の症状消退届」改訂書式案に関する部分だけの結果を報告する。

(1) 「主たる精神障害・従たる精神障害・身体合併症〔診断名〕」欄についての結果。

「了解しました、または、問題ないと考えます」という回答が13件、「提案があります」という回答は1件であった。提案は「(診断名欄は)入院時と退院時の両方あった方がよい」というものであった。

(2) 「自傷他害の恐れ」欄について結果

「了解しました、または、問題ないと考えます」という回答が10件、「提案があります」という回答は4件、無回答1件であった。提案の3件は「消褪届という性格上、本来的にこの欄は必要ないものと考えます。ただ実際の臨床事例において「消失」と言いきるのが難しい、「軽快」と判断したい場合があります。従って「消失」と「軽快」の2つの項目はあってよいかもしれませんが、それ以外は必要ないものと考えられる」

等、症状消退届の性格上、不変や悪化の項目は不要とする意見であった。(3)「現病歴ならびに入院時現症」欄について

「了解しました、または、問題ないと考えます」という回答が8件、「提案があります」という回答は6件であった。提案は「再記する必要のこともあります、書く量が増えてしまいます」等の重複や仕事量増大の指摘が4件、と目立った。他には「註釈中「入院時診断が不一致・状態像などの場合は」の一文は意味をとりづらい。「不一致の場合や状態や状態像しか記載されていない場合は」という意味か」注釈文への指摘と「手書きの場合、もっと書くスペースが欲しいです」であった。

(4)「入院後の症状経過ならびに診察時の症状」欄について

「了解しました、または、問題ないと考えます」という回答が11件、「提案があります」という回答は3件であった。提案は「措置解除の可能(あるいは措置症状が消退した)と判断した診察年月日をどこかに付記した方がよい」「臨床検査所見欄の必要性」等の指摘であった。

(5)「今後の精神科診療方針」欄について

「了解しました、または、問題ないと考えます」という回答が13件、「提案があります」という回答は1件であった。提案は「従来のもので十分では」というものであった。

(6)「社会復帰・社会生活支援に関する意見」欄について

「了解しました、または、問題ないと考えます」という回答が11件、「提案があります」という回答は3件であった。提案は「通院が他病院になることが多いので、こ

ちらの希望がどこまで尊重されるかは不明です」、「チェック項目が既に具体的であると思うのですが、さらにどこまで具体的内容を下欄に記載すればいいのか分かりません」「暴力団関係者などの場合、具体的社会復帰支援が難しく、その場合、『不要の場合の理由』に記載することが難しく、”理由”の記載を除外して頂きたい。實際上、これほど細かな項目が必要なのか再検討頂きたい」というものであった。

(7) 消退届書式(案)全体について、ご意見があれば、ご記入下さい

特に問題なし等の意見が2件、具体的な意見記載が8件、無記載が4件であった。ご意見としては「現在の消褪届に比べて、良く練られた案だと思います。患者さんの病歴や症状、自傷他害の恐れなどについて詳しく書かなければならなくなるので、指定医一人一人解除の時期について十二分に吟味するようになるのではないのでしょうか」や「患者さんの今後の方針など項目が充実しており、退院後のフォローアップのためにも良い書式となっていると思う」等の書式改訂へ積極的な評価をしていただいた意見が多かった。また「・・・指定医が様々な届出等の書類の記載のため、過大な負担を迫っている現場の実情をもう少し理解して頂きたい」「ワープロソフトの必要性」等の現在指定医が抱えている繁忙さを訴える意見もあった。

D. 考察

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恐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ったり、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。むろん、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。

いずれにせよ現行の措置入院者の症状消退届には不完全な箇所があり、この点を解決するために新しい書式が必要である。厚生労働省精神保健福祉課においてはこの研究班での検討結果を参考とされ、書式を改訂されるよう期待する。

E 結語

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。新たな書式案を作成し、それを千葉県、大阪府、高知県、佐賀県、鹿児島県の5府県の精神保健福祉担当課を通じて指定医に試用してもらい、意見を求めた。その結果、概ね新たな書式案の必要性和妥当性があることが確認された。ただ、若干の更なる改善と使用時の記載容量の必要性があることが明らかとなった。今後は、厚生

労働省精神保健福祉課において措置入院者の症状消退届の改訂が検討されることを期待したい。

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

資料3

指定医の措置症状消退判定に関するアンケート

1. 消退届（案）について

(1) 「主たる精神障害・従たる精神障害・身体合併症〔診断名〕」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

(2) 「自傷他害の恐れ」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

(3) 「現病歴ならびに入院時現症」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

(4) 「入院後の症状経過ならびに診察時の症状」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

(5) 「今後の精神科診療方針」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

(6) 「社会復帰・社会生活支援に関する意見」欄について

- a 了解しました、または、問題ないと考えます
- b 提案があります

(7) 消退届書式〔案〕全体について、ご意見があれば、ご記入下さい

2 措置入院制度全般について

(1) 措置入院の診察に関する事前調査についてご意見あれば、ご記入下さい。

(2) 措置入院に関する診断書についてご意見があれば、ご記入下さい。

(3) その他、措置入院制度全般にご意見があれば、ご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。

表1 指定医の措置症状消退判定に関するアンケート結果

	了解・問題なし	提案有り	無回答
「主たる精神障害・・・」欄について	13	1	0
「自傷他害の恐れ」欄について	10	3	1
「現症歴・・・」欄について	8	6	0
「入院後の症状経過・・・」欄について	11	3	0
「今後の精神科診療方針」欄について	13	1	0
「社会復帰・社会生活支援・・・」欄について	11	3	0
消退届書式案全体について	2	8	4