

200400545A

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と 社会復帰支援に関する研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 浦田 重治郎

平成17年（2005）3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と  
社会復帰支援に関する研究**

平成 16 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・神経センター国府台病院

平成17年（2005）3月

## 目 次

### I. 総括研究報告

#### 措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究

浦田 重治郎（国立精神・神経センター国府台病院） …………… 1

### II. 分担研究報告

#### 1. 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所） …………… 9

#### 2. 措置入院にあたっての精神保健指定医の判断の標準化に関する研究

吉住 昭（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター） …… 111

#### 3. 措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究

浦田重治郎（国立精神・神経センター国府台病院） …………… 133

#### 4. 措置入院制度を含む精神科救急医療の適正な供給に関する研究

白石弘巳（東京都精神医学総合研究所） …………… 145

#### 5. 措置入院制度の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究

山崎敏雄（山崎病院） …………… 179

## 分担研究報告書

# 措置入院患者のフォロー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・神経センター国府台病院

平成16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と社会復帰支援に関する研究  
総括研究報告書

主任研究者 浦田重治郎（国立精神・神経センター国府台病院）

研究趣旨

本研究班は平成13年度「措置入院制度のあり方に関する研究」及び平成14年度—15年度「措置入院制度の適正な運用に関する研究」に引き続くものである。これらの研究は最近の精神障害者とされる人々により引き起こされた深刻な事件を検討することを発端としている。研究は平成12年度の措置入院に関わる一連の行政書類（通報書、調査書、診断書、措置入院者の症状消退届）を厚生労働省精神保健福祉課を通じて入手し、解析検討し、それに基づいてガイドライン等を検討してきた。その結果は以下のものであった。

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、警察官通報、検察官通報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いことが明らかになった。

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、措置診察において「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では、措置解除の発端となる指定医の判断の適正な記載が一部ではあるがなされていないこと、退院後の訪問指導については半数以上で記載されていないこと、退院後の社会復帰・社会生活支援については殆ど記載されていないことが明らかになった。

これらの結果に基づき、平成15年度には、事前調査、措置要否診察および措置解除届についてのガイドライン案と書式案を作成し、これらを5府県（千葉県、大阪府、高知県、佐賀県、鹿児島県）の精神保健福祉行政担当者及び精神保健指定医の協力を得て試行し、問題点を

検討した。

以上のように本研究は措置入院制度に関する多くの問題点を明らかにし、その改善のためにガイドライン案や行政書類の整備を検討しているが、それ自体が未だ道半ばであると共に収集された資料の解析についてもさらに詳細に検討する必要がある部分を残している。さらに、様々な困難を伴う措置入院患者の社会復帰について、精神科救急に果たす措置入院制度の役割と問題点について、あるいは措置入院患者の人権の問題について、特に精神医療審査会の果たす役割について検討をする必要があると考え、16年度以降も研究を継続することとなった。

#### 研究組織

##### 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 国立病院機構肥前精神医療センター  
浦田重治郎 国立精神・神経センター国府台病院  
白石弘巳 東京都精神医学総合研究所  
山崎敏雄 山崎病院

##### 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  
瀬戸秀文 進藤病院  
伊藤順一郎 国立精神・神経センター精神保健研究所  
亀井雄一 国立精神・神経センター国府台病院  
鈴木友理子 国立精神・神経センター国府台病院  
小山明日香 東京大学大学院医学系研究科  
田島 美幸 東京大学大学院医学系研究科  
小山 智典 国立精神・神経センター精神保健研究所  
高岡 道雄 兵庫県尼崎市保健所  
山下 俊幸 京都市こころの健康増進センター  
川端 博 京都多摩総合精神保健福祉センター  
平田豊明 千葉県精神医療センター  
沢 温 さわ病院  
藤村尚宏 東京武蔵野病院  
中村 満 東京都立豊島病院  
一瀬邦弘 東京都立豊島病院

梶 達彦	東京都立豊島病院
西村隆夫	東京都立府中病院
宮田裕章	東京大学大学院
浅井邦彦	浅井病院
猪俣好正	宮城県立精神医療センター
岡崎伸郎	仙台市精神保健福祉総合センター
川関和俊	東京都立中部総合精神保健福祉センター
斉藤昌治	井の頭病院
弟子丸元紀	国立病院機構菊池病院
中島豊爾	岡山県立岡山病院
永野貫太郎	第二東京弁護士会
平田豊明	千葉県精神科医療センター
三木恵美子	横浜法律事務所
三脇康生	京都大学大学院
八尋光秀	福岡県弁護士会

## 研究概要

平成16年度の研究は、以下のような五つの分担研究課題で行われた。

- (1) 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究（竹島正分担）
- (2) 措置入院にあつたての精神保健指定医の判断の標準化に関する研究（吉住昭分担）
- (3) 措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究（浦田重治郎分担）
- (4) 措置入院制度を含む精神科救急医療の適正な供給に関する研究（白石弘巳分担）
- (5) 措置入院等の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究（山崎敏雄）

これらの研究の概要について述べると以下の通りである。

- (1) 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究（竹島正分担）

本研究の目的はつぎの2つにまとめられる。

1. 措置入院制度を適正に運用するため、平成15年度研究で提案した「精神保健指定医による診察の要否」判断を行う際のガイドラインと記録様式等の有用性を検証すること、及び、
  2. 措置入院患者の適正な医療の確保と社会復帰支援のため、措置入院制度の運用状況をモニタリングするとともに、都道府県行政の社会復帰支援における役割を明らかにすることである。
- 1の研究は15年度研究による事前調査のガイドラインと記録様式等の有用性を評価するため、ガイドライン案におけるA. 事前調査の一般的事項、B. 事前調査書案の項目と記載事項、C. データ票案の項目と記載事項について、都道府県・政令指定都市を対象として質問紙調査を行った。2の研究は、①措置入院制度の運

用状況のモニタリングとして精神保健福祉法第 24 条の運用実態を把握するため、A. 平成 9 年から平成 16 年度前半までの 23 条、24 条、25 条、申請通報件数および全数、B. 平成 16 年度前半の警察官通報事例のうち保護下にある状態とない状態の通報件数、および通報以外で警察官からの相談の件数、C. 24 条運用の制度や施策の改善について質問紙調査を行い、また 1 政令指定都市、1 政令市において聞き取り調査を行った。研究協力者により京都市における保護なし通報の実態を分析し、また類型化して示すとともに、保護なし通報の問題点を考察した。

②都道府県行政の社会復帰支援に関して、医療観察法の対象外で措置入院制度の対象となる事例のうち、行政としての特別な関与が必要と考えられる事例として措置入院歴のある事例および前科・前歴等のある事例の特徴を把握するため、以前作成したデータベースを分析した。研究協力者により措置入院者の退院後の社会復帰支援体制を確立するにあたって、法制度上、踏まえておくべき手続きについて考察した。

これらの結果および考察は以下の通りである。1 の研究では、全事例の事前調査書の作成、警察署、救急隊への待機、同席の依頼、起訴前鑑定書の添付、違法性薬物に関わる捜査の継続、治療中の措置診察の要否判断、措置診察時の書類の閲覧について、また消退届における社会復帰支援の必要性の有無の記載と後のフォローについて重要であるという意見が多く、ガイドラインに明記することが望まれた。事前調査におけるガイドライン、調査書の様式提示、データ票の必要性に関してはおおむね意見が一致していたと思われる。今回の調査の結果および関係機関の意見を基にガイドラインを検討していくことが必要であると考えられた。2 の研究に関して、①措置入院制度の運用状況のモニタリングでは、通報件数は平成 12 年以降増加を示しているが、第 24 条の運用に関して都道府県・政令指定都市間でばらつきが示唆された。第 24 条を含めて、措置入院制度は今後危機介入の手段として運用が拡大する可能性もあり、警察等との連携を含めて、制度運用のあり方を検討する必要がある。なお研究協力者による検討では、京都市では平成 12 年度から実質的に警察官の保護下にある場合にも、必要に応じて診察を実施してきたが、保護なし通報が増加している。最も多いのは、保護解除後の通報で、他は、逮捕拘留中、身体的治療のため入院中、などである。今後、保護なし 24 条通報の状況を明らかにし、適正な通報であるかどうかを十分に検討した上で措置診察の要否を判断し、精神障害者の人権に配慮した措置入院制度のより適正な運用を図ることが行政に求められる役割と考えられた。②都道府県行政の社会復帰支援における役割を明らかにする研究では、措置入院歴のあった者は警察官通報で 45 名 (8.1%)、検察官通報で 33 名 (10.9%)、前科等のあった者は警察官通報で 36 名 (6.5%)、検察官通報で 84 名 (22.7%) であった。措置入院歴のあった者は、統合失調症圏の既往があった者の割合が高く、通報前の 90 日以内に精神科に入院していた者が比較的多かった。適切な治療の継続体制が必要である。前科等のあった群には覚醒剤関連障害の経験者が多い。措置入院期間は検察官通報において、措置入院歴のあった群に、今回の措置入院期間が 6 カ月以上であ



った者が多い。これより措置入院の履歴が措置解除に影響している可能性と、措置入院歴のある群に治療が困難な者が多い可能性が考えられた。また、研究協力者による検討において、精神保健福祉法の措置入院制度において社会的支援の体制を作るためには、具体的に必要とされる事例を検討して、その類型化をとおして具体的措置ないしガイドラインを提示することが要求されること、社会的支援に当たっては退院者本人やその家族等の保護者の同意の「任意性」や相談の「自発性」が、後に問題となることがあり得るので、要式化されたものであっても文書化しておくことが望まれる。

以上の結果に踏まえると、「精神保健指定医による診察の要否」判断を行う際のガイドラインと記録様式等の整備の必要性が明らかになった。また措置入院患者の適正な医療の確保と社会復帰支援のため、措置入院制度の運用状況をモニタリングすること、都道府県行政等が措置入院患者の社会復帰支援に留意すべき対象を踏まえつつ、社会復帰支援を行うための手続きを文書化する必要性が示された。

### (2) 措置入院にあつたての精神保健指定医の判断の標準化に関する研究（吉住昭分担）

精神保健指定医が措置入院の要否を判断する際の判断因子を明らかにするため、措置入院に関する診断書を検討した。

2000年4月1日から2001年3月31日までに、全国で措置入院に関する診察を受けた事例の診断書（警察官通報では同年5月と11月分）を検討した。

属性では、F0で女性、F7で40歳以上、措置入院歴があるF1、F2、F3では要措置とされやすい、などの傾向が認められた。通報種別では、F2はほぼ全通報種別で要措置とされていたが、F6、F7の警察官、検察官通報では措置不要とされやすかった。問題行動では、F2では多くの問題行動で要措置とされていたが、F2以外では傷害、暴行、脅迫、自殺企図、器物損壊、放火または弄火などで要措置とされていた。逆にF7の窃盗では措置不要とされやすかった。症状では、F1、F2、F6、F7の幻覚妄想状態、精神運動興奮状態で、要措置とされていた。全診断書でみると、知能障害は有意に措置不要とされていた。

措置診断書の問題行動や症状ごとに、要措置または措置不要との関連を検討した結果からは、たとえば「F2では、幻覚妄想が認められると有意に要措置」「F7では窃盗が認められると有意に措置不要」といったことなどが明らかとなった。

今後は、診断、問題行動と症状などそれぞれの因子が、どの程度、措置入院要否の判断に影響しているかを明らかとしていく必要がある。

### (3) 措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究（浦田重治郎分担）

措置入院患者における退院後の治療の在り方を明らかにするために、包括型地域生活支援プログラム（ACT）モデルを用いて措置入院患者が退院後の医療及び社会復帰・生活支援のニードの評価を実施計画に必要な事項を検討し、このサービスモデルのあり方の評価を行った。既に国府台地区で施行されている包括型地域生活支援プログラム

(ACT)の利用者のなかで、その経過中に措置入院の処遇をとったものを対象に、入院中、退院後の地域生活支援、特に再入院の危機時の対応について、量的に分析した。ACTのサービスのプロセスについては、日々のサービスの投入量をサービスコードの集計を通じて検討した。措置入院患者の5名をみると、退院後6ヶ月間に措置入院患者に提供されたサービスの総時間数は、2.8から128.4(時間)と大きな幅があった。中央値は38.9(時間)であった。措置入院以外の利用者では、サービスの提供時間の最小値は4.2(時間)、最大は185(時間)とその幅は広く、サービス時間の分布をみるとばらつきが明らかであり、入院形態別での特徴は特になかった。ケースマネジャーのアウトリーチ(地域への訪問)時間は、2.5から79.3(時間)であり、中央値は37.9(時間)であった。サービスの提供内容を個々のケースで見ると、精神症状・服薬管理(通常・危機時とも含む)が圧倒的に多かったが、一定の傾向は見られなかった。ACTの支援ニーズは、入院形態によって規定されるのではなく、それぞれの患者の持つニーズや周囲のサポート力によることが示唆された。しかし、措置入院の患者の多くは、医療中断のリスクの高いものが多いことが伺われ、この医療中断へのリスクに対してはACTのような治療および生活の両面で支援するプログラムが継続的に地域で関与するうえでの有用性が考えられた。

#### (4) 措置入院制度を含む精神科救急医療の適正な供給に関する研究(白石弘巳分担)

精神科救急医療と措置入院の関連について、明らかにし、改善の為の適確な提言を行うために、平成17年度は、東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査(調査1)、精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態(調査2)、都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査(調査3)の三つの調査を行った。その結果、精神科救急病棟への入院患者の約4分の1が、緊急措置および措置入院であり、措置入院ケースは、入院時状態像や他害リスクなどにおいて、精神科救急病棟全体の入院患者の中で重症患者の一群を形成することが判明した。措置入院制度は、精神科救急医療の局面では、重症患者の医療への迅速な導入に有用な制度として機能しているものと推測された。また、東京都の精神科救急医療事業を3回以上利用した精神障害者が100名余存在し、これらの患者は(緊急)措置入院になる場合が高いが、統合失調症の医療中断の他、人格障害や知的障害などの一群が含まれ、適切な地域精神保健活動やトリアージによって入院を回避できる可能性があるかと推定した。そのためにも、自治体が精神科救急情報センターを設置することが大きな課題であると交接した。

#### (5) 措置入院等の適正な運用における精神医療審査会のあり方に関する研究(山崎敏雄)

全国の精神医療審査会事務局を対象とした2003年度の活動実態調査、精神保健主管課を対象とした実地審査の実態調査、それに審査会活動における問題事例の収集・分析、という3つの調査・研究を行った。

審査会活動の実態調査では、審査委員の構成や審査方法の地域差をはじめ、合議体1回当たりの書類審査件数や返戻比率、請求審受理件数と不審査件数、請求審査件数と請求審査係数（書類審査に対する請求審査の比率）、それに請求受理から審査結果の通知までに要する日数など、審査会活動の実態を示す諸指標に著しい地域格差の存在することが再確認された。また、非自発入院者の直接審査件数は、イギリスやフランスに比して低い水準にあることが指摘された。一方、措置入院者の審査は、書類審査の返戻率や入院形式変更命令の比率などの面で、他形式の入院者に比べて厳密に行われているものと推測された。

2003年度の実地審査では6,416人の非自発入院者が面接審査されていた。実地審査医の約3分の1が精神医療審査会の医療委員を兼任しているが、実地審査による情報のうち150件が精神医療審査会に伝達されているのに対して、審査会から実地審査への情報伝達は15件にすぎなかった。審査会の調整機能が低調であることを物語る数値と思われた。また、長期在院の措置入院者は大半が実地審査の対象とされていたのに対して、隔離・拘束患者等の審査対象基準については、特に定められていない現状が判明した。

精神医療審査会活動において問題となった事例の収集・分析作業は、制度的問題点を抽出する上で重要である。これまでの2年度に61例の事例が集積され、問題の内容別に5群に分類されていたが、今年度は措置入院事例を主体に9例が追加された。第1群（医学的理由によらない入院継続群）をはじめとして、医療観察法の施行によっても解決されないと思われる事例や、非自発入院対象の不明瞭性を象徴する事例が提示された。

#### 今後の課題

平成17年7月の医療観察法の施行により、従来の措置入院制度の対象となった他害行為を起こした精神障害者のうち重大犯罪（殺人、放火、強盗、強姦、障害の一部）を犯した者は医療観察法の対象者となるが、それ以外は引き続き措置入院制度の対象者となる。その結果、措置入院制度は従来とは対象者が限定されるだけでなく、精神医療の中で果たす役割も若干の変化があると考えられる。すなわち、医療観察法対象外の他害行為と自傷行為（おそれを含む）が対象となるのであるが、これは多分に日常精神医療の中では救急の対象となる一群でもあり、措置入院制度の精神科救急に果たす役割が大きくなる可能性がある。と同時に、医療観察法では処遇決定から処遇解除まで裁判所における審判により決定されという厳密な制度として構築されているのに対して、本研究でも明らかのように措置入院制度では必ずしも厳密に運用されているとは言い難い部分も認められた。しかし、措置入院制度が日常救急医療の中での果たす役割が大きくなるとすれば、硬直した運用は円滑な診療にとっては足枷となる可能性もあり、地域の状況や医療の緊急性等を考慮した柔軟な運用が求められる。つまり、措置入院制度は強制医療という面では厳密な運用が、日常の医療という面では柔軟な運用と、大変困難な課題をこなさなくてはならないと考える。

本研究班は措置入院制度における通報から事前調査、精神保健指定医による措置診察、措置解除についてその実態を解析し、ガイドライン等を検討してきた。また、措置入院制度の精神科級友に果たす役割と、措置入院患者の人権の確保についても検討を進めてきた。今後もこれらの課題についてさらに掘り下げた研究を行い、措置入院制度の適正な運用に寄与できるようにしたい。

#### 健康危険情報

なし

#### 研究発表

##### 1. 論文発表

浦田重治郎、瀬戸秀文、立森久照：危機介入とアフターケア、措置解除から見えてくるもの、精神医学46（6）：599-605, 2004

##### 2. 学会発表

なし

#### 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

## 分担研究報告書

# 措置入院制度の適正な運用と 行政の役割に関する研究

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

平成 16 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と社会復帰支援に関する研究

分担研究報告書

措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究

分担研究報告書 1：事前調査ガイドライン案に関する調査

竹島 正（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）

小山明日香（東京大学大学院医学系研究科）

田島 美幸（東京大学大学院医学系研究科）

研究要旨

行政処分である措置入院制度は、その厳正な運用が必要であるため、事前調査を適正に実施し、かつ事前調査の運用実態を数値化して都道府県等の間で比較分析できるようにすることが望まれる。そこで平成 15 年度研究において、精神保健指定医による診察の要否判断を行う際のガイドラインと記録様式等を提案した。本研究はそれらの有用性を評価するものである。[対象と方法]全国の都道府県・政令都市（以下「県」と記述）の精神保健主管課 60 箇所を対象に質問紙調査を実施した。ガイドライン案によって、質問紙を作成し、A. 事前調査等における一般的事項、B. 事前調査書案の項目と記載事項、C. データ票案の項目と記載事項、それぞれについて、措置入院制度における事前調査ガイドラインとして都道府県・政令指定都市において使用する場合を想定して回答するよう依頼した。回答は 42 都道府県と 12 政令市から寄せられ、回収率は 90.0%であった。[結果] その結果、基本的に全事例に事前調査書を作成すること、警察署、救急隊に待機、同席を依頼すること、25 条における起訴前鑑定書の添付、違法性薬物の使用が疑われる場合の捜査の継続、既に精神障害と診断され、医療的介入が行われている場合の措置診察の要否判断、措置診察時の書類の閲覧についてはガイドラインに記載することが望ましい、という意見が多数であった。また、現地で調査を行うことを原則とすることについては、必要な対象を明確にすることで事前調査書の質的向上に寄与すると考えられる。また、消退届に社会復帰支援の必要性の有無を記載し、それをフォローしていくことはきわめて重要である、という意見が多く、ガイドラインに明記することが望まれた。以上、事前調査、ガイドライン、調査書、データ票の必要性に関しては概ね意見が一致していたと思われる。今回集められた意見をもとに研究会議や試行調査によって、ガイドライン案の検討を行い、また関係諸機関や団体等のヒヤリングを行いながら、ガイドライン案をまとめていくことが必要である。

## A. 研究目的

措置入院制度は都道府県知事によって入院措置をとる行政処分であることから、その厳正な運用が必要である。そのためには事前調査を適正に実施し、かつ事前調査の運用実態を数値化して都道府県等の間で比較分析できるようにすることが望まれる。そこで平成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と社会復帰支援に関する研究」（主任研究者 浦田重治郎）の分担研究「措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究」において、「精神保健指定医による診察の要否」判断を行う際のガイドラインと記録様式等を提案した。本研究の目的は、このガイドライン案の有用性を評価することである。

## B. 研究方法

全国の都道府県・政令都市（以下「県」と記述）の精神保健主管課60箇所を対象に質問紙調査を実施した。

「平成15年度研究で提案した、精神保健指定医による診察の要否判断を行う際のガイドライン案」（以下ガイドライン案）にそって、質問紙を作成した。

ガイドライン案は、つぎのような構成であり、それぞれについて質問項目を設定した。

A. 事前調査等における一般的事項：措置診察の要否判断のための事前調査をおこなうための一般的注意事項。

質問項目：申請・通報・届出のあった全事例についての事前調査書の作成、可能な限り現地に出向いて調査を行う原則、必要な場合警察官・救急隊の同席依頼、25条通報における起訴前鑑定書の添付、違法性薬物の使用が疑われる場合の捜査

継続要請、事前調査時にすでに精神障害と判明している事例の扱い、措置診察指定医の書類閲覧、措置入院の要否判断に関する書類の閲覧、措置入院後のフォローと社会復帰支援、それぞれについて、実態と行わない場合どんな事例か、これが望ましいか否かとその理由など。

B. 事前調査書案の項目と記載事項：事に調査書案の様式と記載のための注意事項。質問項目：様式化した事前調査書を作成しているか、調査書がある場合そこにある項目はガイドライン案に盛り込まれているか、この事前調査書案を例示することが望ましいか。

C. データ票案の項目と記載事項：事前調査の実態を、個人情報と切り離して分析するためのデータ票です。措置診察の要否判断を行なったあとで、記載する。

質問項目：様式化したデータ票を作成しているか、調査書がある場合そこにある項目はガイドライン案に盛り込まれているか、このデータ票案を例示することが望ましいか。

A B Cそれぞれについて、措置入院制度における事前調査ガイドラインとして都道府県・政令指定都市において使用する場合を想定し、意見については、都道府県等主管課または措置診察を実施することの多い現場経験者の意見をまとめて回答するよう依頼した。

回答は42都道府県と12政令市から寄せられ、回収率は90.0%であった。

## C. 研究結果

A. 事前調査等における一般的事項

表1に示すように、「申請、通報または届出のあった全事例について事前調査書を作成する」ことについての実態は、47

県 87.0%が原則として全事例に実施しているとしており、全事例には実施していないのは7県のみである。どのような事例に実施しないかは、表2に示す。主に25条通報、26条通報などで、他に資料がある場合や診断実施の要件がない場合である。表3に示すように、「申請、通報または届出のあった全事例について、精粗は別にして、書類として調査書を作成する必要がある」とガイドライン案に記載したことについて主管課担当者の意見は、全事例に実施することが望ましい45県83.3%、必ずしも全事例に実施する必要はない9県16.7%であった。表4は全事例に実施が望ましいとした理由、表5は必ずしも全事例に必要なとする理由として書かれたものを列挙した。望ましい理由としては診察の要否判断の根拠とする、記録を残す、行政の判断がされるので文書化は当然、などであった。必ずしも全事例には必要ないとする理由としては、他に医師の診察や鑑定など資料があれば必要ない、参考資料で足りればそれでよい、などがある。

事前調査実施については、大多数の県が原則として全事例実施を支持している。表6は「可能な限り対象者のいる現地に出向き、調査を行うことを原則とする」ことについての実態は、原則として全事例に実施している19県35.2%、全事例には実施していない35県64.8%であった。表7はどのような場合に実施していないかである。主に25条、26条通報で、資料があつたり、医師の意見や電話等で確認のできる場合である。これがガイドライン案に記載されたことについての主管課担当者の意見は、表8に示すとお

り、全事例に実施することが望ましい26県48.1%、必ずしも全事例に実施する必要はない28県51.9%と意見が分かれた。表9は全事例実施が望ましい理由、表10は必ずしも全事例には必要ない理由として挙げられたものである。全事例実施が望ましいとした理由は、事実確認、情報収集、正確さの確保、人権擁護などがあげられているが、望ましいという意見の中にも例外や対応できない場合、実施不要の場合を述べているものもある。必ずしも全事例に必要なとする理由としては、実態におけるもののほぼ同じく、他に十分な資料が存在する場合、25条、26条通報で医師の意見がある場合や釈放前には面会できない場合、遠方の刑務所からの通報がある、などというものである。

「事前調査において必要な場合に、警察署、救急隊等に連絡をとり、待機、同席等を依頼」することについての実態は、必要な場合には待機または同席等を依頼できているのは46県85.2%あり依頼できている県が多い(表11)。必要な場合にも待機または同席等は依頼できていない事例は、表12に示す通り、警察の事情、事実調査時の体制などがあげられている。このことについてガイドライン案に記載したことに対する担当者の意見は、表13に示すように、ガイドライン案への記載が望ましい52県96.3%と大多数を占めた。その理由は表14に列挙した。ガイドラインに載ることによって要請の根拠になる、職員の安全確保、事故回避などである。必ずしも記載する必要はないという2県の理由(表15)は、ほぼ全例同席の現状を変えたくない、危険のある場合はすでに保護されているし複数の職員での対応ができる、というものであ



る。

表 16 に示すように、第 25 条（検察官通報）における起訴前鑑定書の添付の実態は、原則として全事例に添付されている県は 26 県 48.1%、全事例には添付されていない県が 27 県 50.0%であり、不明が 1 県あった。表 17 に添付されていない事例を列挙した。検察の判断、時間的に間に合わない、本人の拒否などが挙げられている。このことについての主管課担当者の意見は、「全事例に添付することが望ましい」が 48 県 88.9%と多く、「必ずしも全事例に添付する必要はない」は 5 県のみであった（表 18）。全事例添付が望ましい理由は、表 19 に示すとおり、事前調査や措置診察の要否を判断する際の重要な資料や情報源となるというものが多く、必ずしも全事例添付は必要ないという理由は、鑑定が実施されない、あるいは間に合わない場合があることのほかに、個人情報流出を必要最小限にとどめるため、というものがあつた（表 20）。

表 21 に示すように、違法性薬物の使用が疑われる場合の捜査の継続についての実態は、原則として行なわれている 15 県 27.8%、必ずしも行なわれていない 23 県 42.6%、不明 16 県 29.6%であった。どのような場合に行なわれていないかは、表 22 に列挙した。警察の判断、行政が依頼をしても原則として行なわれない、通報になれば捜査は継続されていない、などが挙げられている。このことをガイドライン案に記載したことについて、主管課担当者の意見は、ガイドライン案への記載が望ましい 41 県 75.9%、かならずしも記載の必要なし 9 県 16.7%、

不明 4 県であった（表 23）。ガイドライン案への記載が望ましい理由は、表 24 に示すとおり、違法性のあるものを放置すべきでない、司法、医療、行政の役割分担を明確にする、司法と医療の連携、などが挙げられている。ガイドライン案に必ずしも記載する必要はない理由は、治療と違法使用は別問題、精神保健福祉法の範疇でない、捜査は検察の判断ですべき、などである（表 25）。

事前調査時にすでに精神障害と診断され、医療的介入が行なわれている場合の措置診察の要否判断についての実態は、「すでに医療的介入が行われている場合は、基本的には措置診察を行わない」、「すでに医療的介入が行われている場合も、調査結果に応じて措置診察を行なう」が同数の 27 県ずつであった（表 26）。このことについての原則をガイドライン案に記載したことについて主管課担当者の意見は、ガイドライン案への記載が望ましい 48 県 88.9%、かならずしも記載する必要はない 6 県 11.1%であった（表 27）。ガイドライン案への記載が望ましい理由は、表 28 に示すように、診察の要否判断の明記が必要、統一的な判断基準が示されることで対応が統一され迅速になる、などが挙げられている。必ずしも記載する必要はない理由は、表 29 に示すように、措置症状があれば措置診察判定が必要、典型的になることはなじまない、などである。

措置診察にあたる指定医が、対象者の「精神障害を疑うにたる理由」および「自傷他害行為」の事実および実態が記述されている書類等を閲覧することについての実態は、「原則として閲覧できるようにしている」が 45 県 83.3%、「必ずしも閲覧できるようにしていない」が 9 県 16.7%であった（表 30）。

これをガイドライン案に記載したことについて主管課担当者の意見は、「ガイドライン案への記載が望ましい」が 46 県 85.2%、「必ずしも記載する必要はない」が 8 県 14.8%であった（表 31）。ガイドライン案への記載が望ましい理由は（表 32）、措置診察をする上で必要な情報である、情報はなるべく提供すべき、閲覧可とする根拠になる、個人情報だが診察医も公務員であるから、などである。必ずしも必要ないとする理由は（表 33）、閲覧は当然だから書く必要はない、という意見が多い一方で、指定医の診察に他医の意見が反映されるのはまずいから外すべきという意見もあった。

「措置入院の要否判断に関する書類（調査書、指定医による診察結果）は、措置入院を行う精神科病院における初回診察時に閲覧できるようにすること」の実態は、「原則として閲覧できるようにしている」が 35 県 64.8%、「必ずしも閲覧できるようにはしていない」が 19 県 35.2%であった（表 34）。またこのことをガイドライン案に記載したことについて、主管課担当者の意見は、「ガイドライン案への記載が望ましい」が 41 県 75.9%、「必ずしも記載する必要はない」が 13 県 24.1%であった。ガイドライン案への記載が望ましい理由は（表 36）、適正な医療のための情報提供、治療に役立つ、閲覧可とする際の根拠となる、などである。必ずしも必要ない理由は（表 37）、個人情報の取り扱い上慎重にする必要がある、時間的に間に合わない、などである。

表 38 に示すように、措置入院後のフォローと社会復帰支援について、措置症状の消退届の「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」の記載への対応の実態は、「措置症状の消退届を待たず、措置入院後に病院訪問や面談を行い、対象者の同意が得られれば、退院時の社会復帰支援につなげている」が 13 県 24.1%、「措置症状の消退届の記載に応じて、退院時の社会復帰支援を行っている」が 34 県 63.0%、「措置症状の消退届の「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」に記載があっても、退院時の社会復帰支援を行なっている事例はほとんどない」が 6 県 11.1%であった。措置入院後のフォローと社会復帰支援のあり方について、ガイドライン案に方針を記載することについて、主管課担当者の意見は、表 39 に示すように、「ガイドライン案への記載が望ましい」が 42 県 77.8%、「必ずしも記載する必要はない」が 12 県 22.2%であった。ガイドライン案への記載が望ましい理由は（表 40）、社会復帰支援の必要性、退院促進、社会的入院解消、医療中断の防止、行政が関与した事例のフォローは当然、などであった。必ずしも必要でない理由は（表 41）、消退届では社会復帰支援に結びつきにくい、措置解除後も入院継続が多い、本人や家族の意向、既に行なわれているので記載することはない、などであった。

## B. 事前調査書案の項目と記載事項

様式化した事前調査書の作成については、「作成している」が 49 県 90.7%と大多数であり、作成していないのは 5 県のみであった（表 42）。様式化した事前調査書を作成している場合、そこにある重要項目は、今回提案の事前調査書案に盛り込まれているかについては、「盛り込まれている」が 23 県 42.6%、「盛り込まれていない項目がある」が 25 県 46.3%であった（表 43）。盛り込ま

れていない項目は表 44 に列挙した。この事前調査書案に修正を加え、各都道府県等に様式案として示すことについて、主管課担当者の意見は「例示することが望ましい」が 46 県 85.2%、「必ずしも例示する必要はない」が 7 県 13.0%であった（表 45）。例示することが望ましい理由は（表 46）、全国的に統一することが望ましい、他県との情報交換に有用、水準確保、厳正な運用、参考になる、などがあげられた。例示することが必ずしも必要でない理由は（表 47）、現在の様式で充分、一律にする必然性はない、などであった。

#### C. データ票案の項目と記載事項

様式化したデータ票の作成については、「作成している」は 6 県 11.1%のみであり、48 県 88.9%は作成していなかった（表 48）。様式化した票を作成している場合、そこにある重要項目は、今回提案の事前調査書案に盛り込まれているかについては、表 49 に示すように、「盛り込まれている」は 2 県 3.7%、「盛り込まれていない項目がある」が 3 県 5.6%であった。盛り込まれていない項目については表 50 に列挙した。このデータ票案に修正を加え、各都道府県等に様式案として例示することについて、主管課担当者の意見は、「例示することが望ましい」が 37 県 68.5%、「必ずしも例示する必要はない」が 16 県 29.6%であった（表 51）。例示することが望ましい理由は（表 52）、全国的に統一すればデータの比較ができる、個人情報保護と実態分析の統一化ができる、参考になる、などであった。例示が必ずしも必要でない理由は（表 53）、事前調査をデータとして保存すれば充分、負担が増える、分析が必要と思えない、などである。

#### D. 考察

本研究は、措置入院制度の実態を分析した結果をもとに作成した事前調査等ガイドラインと記録様式等を提案し、その有用性を評価するために行ったものである。これまでの研究によると、措置入院制度はおおむね適正に運用されているものの、昭和 25 年に制度が出来て 50 年以上を経て、都道府県によって運用に差を生じている可能性が指摘されている。本研究で示したガイドライン案等を導入することは、措置入院制度運用の適正化を図るとともに、仮に制度運用に違いがあるとした場合、どこにどのような違いがあるかを明らかにすることに役立つと思われる。

「申請、通報または届出のあった全事例について事前調査書を作成すること」に関しては、原則として全事例に実施しているという回答が多数で、かつガイドラインに記載することを望ましいとする意見が多く、しかも「必要ない」という意見も 25 条、26 条による通報に関する業務の実態を踏まえた意見であって、この点を注意事項としてまとめるならば、ガイドラインに取り上げることの支障はないと考えられた。

「申請、通報または届出の文書および状況を聴取した記録だけでなく、可能な限り対象者のいる現地に出向き、調査を行うことを原則とする」については、原則として実施しているという回答が少なく、実施が望ましいという回答も半数以下であった。「全事例に必要なとしない」という意見も、25 条、26 条による通報に関する業務の実態、医師の診断が行われている場合等、多くの理由があげられていた。以上のことから「可能な限り対象者のいる現地に出向き、調査を行う」ことをガイドラインに記載するのは、どのような事例に対して行うことを原則にするか、その範囲を

明確にすることが必要と思われた。

「面接前の状況把握の結果、申請、通報または届出の対象となった者の面接調査を行っているときに自傷他害行為が発生するおそれがあると判断した場合は、所属機関の上司、主管課担当者、精神科嘱託医等の助言を受け、警察署、救急隊等に連絡をとり、調査時の待機、同席等を依頼することを考慮する」ことについては、必要な場合に待機または同席を依頼しているという回答が多く、また記載が望ましいという回答がほとんどを占めることからガイドラインに記載することが適切と思われた。ただし少数意見であるが、ガイドラインに記載することで警察の協力をかえって得られなくなるという危惧もあったので、ガイドラインに記載することの目的や、待機・同席等の行為が警察署、救急隊等の必要性の判断の結果に基づくことを記載しておくことが必要と思われた。

「第 25 条（検察官通報）に関しては、通報時にできるかぎり起訴前鑑定書を添付するよう要請する。」については、実態として約半数の都道府県から添付されているという回答があり、添付が望ましいという回答が大多数を占めた。このため 25 条通報における起訴前鑑定書の添付に関しては、ガイドラインに記載することが望ましいと考えられた。ただし「全事例には必要ない」という意見の中に起訴前鑑定書の記載が措置診察に与える影響、個人情報の保護等の重要な意見があり、ガイドラインに記載するにあたっては、このような問題をどのように考えるか説明を付すことが必要と考えられた。

「覚醒剤等の違法性薬物の使用が疑われる場合は、捜査の継続を要請する。」につ

いては、原則として行われているという回答は少なく、一方でガイドラインへの記載が望ましいという意見が多数を占めることから、覚醒剤等の違法性薬物の使用が疑われる場合の処遇について、精神保健福祉行政側の課題が多いことが示唆された。捜査の継続の要請に関してガイドラインに記載しつつ、さらに具体的な方策を検討することが望ましいと考えられた。

「事前調査時に、すでに精神障害と診断されている場合も、医療状況と病状を主治医に確認する、保健所精神科嘱託医等の助言を得る、上司に報告のうえ判断を得る等を行って担当者の判断の適切性を確認することができない場合は指定医の診察を行う」ことについては、「医療的介入が行われている場合は措置診察は不要」という回答と「必要に応じて実施する」という回答がそれぞれ半数であった。またガイドラインへの記載が望ましいという回答は大多数を占めた。このことは措置診察の要否判断において、すでに精神障害と診断され、医療を受けている場合に措置診察の要否判断にばらつきが生じる可能性があることを示唆しており、ガイドラインに記載することの必要性を示すものと考えられた。

「措置診察においては、措置診察にあたる指定医に対象者の「精神障害を疑うにたる理由」および「自傷他害行為」の事実および実態が記述されている書類等を閲覧できるようにする。」については、原則として閲覧できるようにしているという回答、ガイドラインへの記載が望ましいという意見とも大多数を占めていた。必ずしも必要ないという意見にある「指定医の診察に他医の判断が反映される可能性がある」に配慮しつつ、指定医に事実情報を出来る限り提示することをガイ