

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 17 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 18(2006)年 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..... 1
浦田重治郎（国立精神・神経センター国府台病院）

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..... 11
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
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..... 49
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）
3. 措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究..... 73
浦田重治郎（国立精神・神経センター国府台病院）
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..... 87
白石弘巳（東洋大学）
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..... 121
山崎 敏雄（山崎病院）

- (資料) 措置入院制度運用に関するガイドライン研究調査票..... 141

総括研究報告書

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

国立精神・神経センター国府台病院

平成 17 年度厚生労働科学研究補助金(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)

研究要旨

平成 16 年度よりはじまった本研究班は、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。これらの先行研究では、厚生労働省精神保健福祉課において集められた平成 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）を入手し、それをデータベース化して解析検討し、措置入院制度の実態と問題点を明らかにするとともに、それに基づいてガイドライン案や事前調査書、措置入院要否診断書、措置入院者の症状消退届け等の行政書式の改善について検討してきた。平成 16 年度からの研究は、データベースによる更に詳細な検討を行うとともに、ガイドライン案と行政書式案について実地に試行調査を行っている。また、精神科救急医療において措置入院制度が果たす役割や措置入院患者の人権確保の観点から精神医療審査会の活動についても検討した。そのために平成 16 年度からは以下のようなテーマで分担研究を行ってきた。

- (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) 措置入院制度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 (山崎敏雄分担)

なお、竹島、吉住、浦田の分担研究者はガイドライン案及び事前調査書・措置入院要否診断書・措置入院者の症状消退届け等の行政書式について改定のための案を共同で検討し、それらの案を宮城県、千葉県、京都市、高知県、熊本県、佐賀県の 6 県市において試行調査した。これらの結果については竹島分担研究者が報告している。

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	(独立行政法人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	(東洋大学)
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, 肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学)
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・神経センター精神保健研究所)
平田 豊明 (千葉県精神科医療センター)
長沼 洋一 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
藤林 武史 (福岡市こども総合相談センター)
五十嵐禎人 (東京都精神医学総合研究所)
池原 毅和 (東京アドボカシー法律事務所)
一瀬 邦弘 (東京都立豊島病院)
岩下 覚 (桜ヶ丘記念病院)
岩成 秀夫 (神奈川県立精神医療センター)
梶 達彦 (東京都立府中病院)
鴻巣 泰治 (埼玉県立精神保健福祉センター)
沢 温 (さわ病院)
陶山 満雄 (東京都立墨東病院)
築島 健 (札幌市精神保健福祉センター)
長島 美奈 (千葉県精神科医療センター)
中村 満 (東京都立豊島病院)
西村 隆夫 (東京都立府中病院)
藤村 尚宏 (東京武蔵野病院)
益子 茂 (東京都多摩総合精神保健福祉センター)
宮田 裕章 (早稲田大学)
分島 徹 (東京都立松沢病院)
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 (益城病院)
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)
三木恵美子 (横浜弁護士会)
三脇 康生 (仁愛大学)
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 (山崎敏雄分担)

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)

先行研究における措置入院制度運用の実態分析の結果、措置診察の要否判断に関しては、措置診察不要の場合も、医療の必要な場合は医療保護入院等となっていることから、おおむね適正な振り分けが行われていることが明らかになった。しかし、都道府県・政令指定都市（以下、都道府県等という）における措置診察実施率（診察実施数/通報数）、措置入院率（措置入院数/通報数）に差が見られたこと、通報書・申請書等における措置診察要否の判断根拠不明確例が見られたことから、措置診察要否判断のガイドライン、事前調査書の共通の様式を整備し、制度運用の実態をモニタリングすることが必要と考えられた。このため、16 年度研究においては「精神保健指定医による診察の要否判断」のガイドライン案と書式案を作成し、都道府県等の精神保

健福祉主管課を対象に質問紙調査を実施した。17 年度は、16 年度研究の成果を踏まえて「精神保健指定医による診察の要否判断」のガイドラインと書式案の実地試行版（以下、事前調査試行版という）を作成し、「措置入院の要否判断」ガイドライン、診断書案、症状消退届の実地試行版と合わせての、同一都道府県等における試行調査を行った。実施都道府県等は、宮城県、千葉県、京都市、高知県、熊本県、佐賀県の 6 県市であった。事前調査試行版に関して 30 件のアンケート回収があり 16 年度研究における質問紙調査では浮かび上がらなかった具体的な意見や提案を得ることができた。

ガイドライン案に関する主要な意見は下記のとおりである。

- ①「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」ことについては、近年増加している保護なし通報、連絡通報の場合、調査書の作成は困難である。すでに入院中の事後通報に関しては、簡易な調査でよいのではないか。
- ②「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、事務を迅速に行うためには現実的に無理がある、23 条、24 条等以外では不可能であるなど、通報種類による考慮が必要である。
- ③「精神障害を疑うにたる理由」についての項目をガイドラインに盛り込んでほしい。
- ④「すでに精神障害と診断され、医療的介入が行われ、『精神障害を疑うにたる理由』および『自傷他害行為』が改善し、すでに指定医による診察を必要としない状態であると判断された場合」の対処について、記述を明確にする必要がある。

⑤「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、薬物依存の治療を優先する立場から、捜査継続の要請の必要性を保健所で判断することが適当か疑問である。

⑥「措置入院は知事による行政処分であることを踏まえて、措置入院段階、措置入院中、措置解除時における社会復帰支援の必要性を把握し、必要に応じて支援と見守りを行うよう配慮していく」について、医療継続のための訪問看護等の充実、支援体制を組むための連絡ルートの確立が必要との意見があった。

事前調査書案に関しては、書式に関する具体的な提案等があった。

データ票案に関しては、書式に関する具体的な提案等とともに、データ票をどのように保管し、どのように活用するのか示す必要があるとの意見があった。

以上のような事前調査試行版に関するアンケート結果から、事前調査試行版をもとに、本研究に関係した都道府県の精神保健福祉行政担当者等を構成員として、研究会形式で検討の場を持つことにより、本研究の最終年度である18年度において、本研究の成果としての「精神保健指定医による診察の要否判断」のガイドラインと事前調査の書式を確定することが可能と考えられた。措置入院患者の退院・社会復帰支援に関しては、17年度において、宮城県、京都市、熊本県において聞き取り調査を行ったところであるが、医療継続のための訪問看護等の充実、支援体制を組むための連絡ルートの確立に関してさらに情報収集を行い、少なくとも、退院・社会復帰支援に関する参考事例集にはまとめる必要があると考えられた。

措置入院制度の適正な運用における行政の役割としては、国は、措置入院制度の適正な運用のために、事前調査の適正な実施を図る

ための措置として、事前調査ガイドライン等の確立を図る必要があると考えられる。また、国・都道府県等で共同して、措置入院制度の運用実態のモニタリングを行い、各都道府県等においては、その結果に応じて制度運用を改善していく必要があると考えられた。

(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

(吉住昭分担)

1) 措置入院要否判断に影響を及ぼす因子の検討

精神保健指定医が措置入院の要否を判断する際には、様々な因子に影響を受けている。診断、問題行動、症状などの因子が、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にするため、措置入院に関する診断書を検討した。

データベースの中にある2000年4月1日から2001年3月31日間の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）についてロジスティック回帰分析を行い、その項目が認められた場合の認められなかった場合に対する措置入院要否判定のOdds比を求めた。

対象とした診断書全例における項目別のOdds比は、殺人4.11、自殺企図4.00、幻覚妄想3.32、精神運動興奮3.15、傷害2.90、放火または弄火2.43、措置入院歴2.14、自傷2.01、躁1.98、微罪1.89、うつ0.69、精神遅滞0.58であった。通報種別や診断ごとの上位3項目のOdds比は、措置入院歴がある群では自殺企図9.73、精神運動興奮6.79、残遺性人格変化3.94、通報別では、一般人申請群で措置入院歴16.24、自殺企図8.60、傷害4.75、警察官通報群で自殺企図4.14、傷害4.00、幻覚妄想3.72、検察官通報群で殺人14.45、幻覚妄想4.42、精神運動興奮3.80、矯正施設長通報群

で人格障害 43.11、男性 10.94、幻覚妄想 9.08であった。また診断別では、F 0 群で自殺企図 72.51、精神運動興奮 6.08、微罪 3.41、F 1 群で殺人 14.34、精神運動興奮 6.26、放火または弄火 5.44、F 2 群で自殺企図 5.88、殺人 4.71、精神運動興奮 3.00、F 3 群で自殺企図 26.45、措置歴 9.98、躁 9.40、F 6 群で躁 19.06、人格障害 5.01、精神遅滞 4.86、F 7 群で精神運動興奮 7.21、人格障害 6.13、幻覚妄想 5.45であった。

このことから、幻覚妄想や精神運動興奮などの症状が認められる場合には要措置と判断されやすく、うつ状態や精神遅滞では要措置と判断されにくいことが判明した。また、問題行動で自殺企図や殺人や放火など生命、身体に重大な危険の恐れがある問題行動が示唆される場合には要措置とされやすいなど、指定医の判断は症状と関連した逸脱行動を主に措置入院の要否を判定していた。また措置入院歴があると要措置と判定されやすいことなども判明した。

ただ、これらの Odds 比は、あくまでも、症状や問題行動などの所見が認められた場合の、指定医の判断の傾向をまとめたものにすぎない。従って、この調査結果からは、ある患者が措置入院を要するかどうかの精神保健指定医の判断を予測する資料とはなるが、このような所見を有する患者が現実には、どの程度、自傷他害に至る危険性があるかについてはまったく検討されていない。今後、措置入院の診察を受けた事例が、実際には、どの程度の危険があったのか、診察後の処遇や実際の問題行動の発現頻度などの経過を含めた研究を行うことで、明らかにしていく必要がある。

2) 都道府県における精神保健指定医講習会等の実施状況に関する調査

精神保健指定医の措置入院の要否に対する判断は、統合失調症や気分障害など、典型的

な事例では、おおむね一致することは明らかとなっている。しかし、たとえば薬物依存や人格障害では一致率が低下しており、結果として全体では一定のばらつきが生じている。措置入院の判定では入院の判定に指定医 2 名の判断を求め、一致しない場合は入院措置を見送ることで患者の人権を守る作用さえ果たしている。しかし、判断の不一致が多いと、判断の合理性に疑いが生じ、精神医療への信頼を失うことにもなりかねない。このため指定医には、ある程度の標準的な資質の確保が要請されている。

指定医の職務を行う上で、地域における実際の臨床例への対応に議論が起こることも少なくない。指定医の判断の標準化のため、臨床例に即して、都道府県・政令指定都市ごとに、所属指定医間での合意形成を行う必要がある。そして、その合意の地域間の格差を狭めていくことで、精神保健指定医全体の判断が標準化されるとも考えられる。

このため、まず各地域に指定医がこうした議論を行う機会が設けられているかどうかの問題となる。このことを明らかにする目的で、各地域における指定医の判断の標準化を目的とする研修会・講習会（指定医会）の開催状況について、調査を行った。

2005 年 7 月に、全国の都道府県・政令指定都市精神保健担当課に対して、アンケート調査を行った。調査の内容は、指定医会開催の有無、開催している場合は、その頻度、内容、指定医の出席状況、開始時期、などとした。

宮城県、山形県、茨城県、群馬県、東京都、神奈川県、静岡県、和歌山県、島根県、山口県、高知県、佐賀県の 12 都県、ならびに仙台市、横浜市、北九州市、3 政令指定都市の計 15 自治体で指定医会が開催されていた。また、千葉県は病院長・指定医会議を開催、秋田県は開催予定としていた。開始時期は、東京都

1978年、山口県1988年、和歌山県1993年など、主催団体は自治体、精神科病院協会、精神科診療所協会、その他、出席率は島根県80%、茨城県60%、他は20%から40%程度であった。話題は、措置入院関連では診断基準、事例検討、指定医の確保が最も多く、それ以外では医療保護入院、応急入院、移送制度、隔離、身体拘束、精神医療審査会、弁護士会による人権擁護審査などであった。

このように、全体の約4分の1の自治体で指定医会が行われており、措置入院の診断基準や、事例検討、精神医療審査会からの指摘に対する討論など、その自治体で行われている精神医療を、指定医という専門的な立場から幅広く討論する場として活用されていた。今後は、実際の臨床例に即して、判断を標準化するため、自治体ごとに、指定医の間での合意形成を図っていくこと、また、その議論の場を整備する必要があると思われた。

(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あ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の退院後の医療及び社会復帰・生活支援の過程を検討し、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-J）の利用者の中で、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、措置入院患者の18ヶ月の経過における日々のサービス提供量を、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名の退院後18ヶ月間に提供されたサービスの総時間数は、53.9から

263.9（時間）と大きな幅があった。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14.0（時間）、最大は710.1（時間）とその幅は広く、入院形態別での特徴は特に見られなかった。ケースマネジャーの措置入院経験者へのアウトリーチ（地域への訪問）件数は、63件から183件であり、中央値は104件であった。サービスの提供内容を個々の症例で見ると、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、そのほか、家族に対する支援、日常生活支援など様々で一定の傾向は見られなかった。

措置入院を経験したもののうち、ACT-Jプログラムの支援を受けながらも、本年度の観察期間中に2名が再入院（うち1人は再度、措置入院）した。これらの再入院時のACTの役割として、本人や家族に対する治療の促し、関係者（機関）との連絡調整であり、再入院は防げなかったにしても、その過程はより円滑であったことが伺われた。限定された症例数であるが、措置入院の患者は、医療中断より再入院のリスクの高いものが多いことが示唆されたが、対象者の中・長期の経過では、治療関係は改善し、症状は安定化し、サービスの内容も精神症状・服薬管理に加えて、就労支援、住居サービス（転居の支援）など、社会生活に関するサービスへと広がっていった。措置入院後、非自発的外来治療のあり方や、どの程度の期間の地域生活支援が必要かについては、本症例群をさらに長期に観察を続けると同時に、より地域精神保健システムが充実している欧米における知見を体系的に検討する必要があるだろう

(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）

1) 東京都の精神科救急頻回利用者について
東京都立4病院の夜間休日の精神科救急医

療事業を頻回に利用している精神障害者が存在する。そのような患者が安定して社会生活を営めるようにするために何が必要であるかを検討することを目的として、この事業を3回以上した者について、患者ごとに小票を作成し、統計的に分析した。

東京都立4病院の精神科救急医療事業を3回以上利用した人が200人いた。男性120人、女性80人で平均年齢は38.2歳であった。調査時点で単身生活者であったのは69人(34.5%)に達していた。精神科的診断は、統合失調症(43.5%)、人格障害(25%)が突出して多かったが、副病名も含めると、覚せい剤精神疾患(11%)と知的障害(10%)がこれらに次いで多くなっていた。初回入院時についてみると、状態像は幻覚妄想状態(45.8%)、自殺企図(10.7%)が多かった。また、家庭内で暴力行為が見られた者が34%あり、家庭内で保護された者が49.5%いた。同伴者としては、警察官が78.1%と圧倒的に多かった。入院は、医療保護(58%)、緊急措置(33.1%)で大半を占めた。その後の2回の入院の際の、問題発生からの期間(第1回目は「その日」が25%)、そのときの医療中断の有無(第1回目「あり」が15%)、入院時同伴者(「警察官」が71.5%)、入院形態(「医療保護」57.5%、「緊急措置」29%)などの比率は、2回目、3回目の入院時にも全体として大きな変化が認められなかった。

一定の対象者にとっては精神科救急医療事業による強制治療が危機回避の切り札として利用されていることが明らかになった。精神科救急医療の頻回利用者には、日中の精神科治療や社会復帰のための資源が十分機能していない可能性がある。それらは基本的には、病状の不安定性や治療反応性など精神医学的な問題を反映したものであるが、精神科医療、あるいは精神保健福祉行政がこうした問題に対して改善策を検討すべきであることは間違

いないと思われる。次年度には、これらの問題を改善させる方策について具体的に研究し、提言に結びつけたい。

2) 自治体における精神科救急の最近の運用実態

都道府県ならびに政令指定都市(以下「自治体」)における精神保健福祉法(以下「法」)に基づく措置入院制度の運用ならびに精神科救急情報センターの整備状況や医療観察法施行に伴う問題点など、関連課題等に関して現状を明らかにする目的で平成18年2月から3月にかけて郵送によるアンケート調査を実施した。

まだ回収できていない調査票があるため、精神科救急医療の実績については未集計である。精神科救急医療事業についての自由意見では、指定医の確保、病床確保(1晩1床であり、夜間対応できない当番医療機関がある、など)、身体疾患治療を合併した患者に対する医療確保の困難、かかりつけ医がいる場合の一時救急患者の対応(特に人格障害など)、精神科救急情報センターの拡充、などが挙げられた。また、措置入院を繰り返すような患者に対する対応としては、退院後の課題に対する処遇検討会を実施し、精神科救急情報センターと各保健福祉事務所等と連携をとり、「急を要しそうな事例」「通報の可能性が高い事例」に対して、相談、訪問、事例検討会などを実施している、などの回答があったが、対応に苦慮しているとした自治体もあった。さらに、平成17年7月から施行された医療観察法については、各自治体から多面にわたる問題点、課題が指摘された。特に、精神科救急医療や措置入院との関連では、「通院処遇を受けた方が、緊急に医療機関の受診が必要な場合に、どの機関が一義的な対応に当たるのか不明確である。指定通院医療機関の夜間、休日の応需体制、精神科救急

システムの利用可能性・住み分けなどの課題があり、事前の調整が必要である」との意見が寄せられた。

精神科救急医療の拡充を図り、医療観察法を所期の目的に従い、安定運用するためには課題が多いことが明らかになったといえる。

3) 医療観察法試行以降の精神科治療の状況

措置入院と精神科救急医療のあり方についての調査研究を進めるに当たり、平成17年7月より施行された医療観察法の影響で、措置入院と精神科救急医療にも新たな状況も発生していることが推定される。このため、各方面で臨床現場の情報に接している医師や精神保健福祉士が参加し、問題点を洗い出すための意見交換を行った。

平成18年2月11日、公立病院医師、精神保健福祉センター職員(医師あるいは精神科ソーシャルワーカー)などが参加して意見交換を行った。その結果、以下のような医療観察法については、指定入院病床が遅ればせながら整備されてきているが、「通院命令」が出る比率が高く(1月末現在で「入院命令」の約半分)、地域の精神科医療機関が対応に追われている、重大な加害行為を行ったが、「24条通報」で措置入院になってしまった事例がある、逆に軽微な触法行為で申立が行われる、以前の行為が起訴猶予になっていたことから措置入院した後、退院後に申立が行われるなどの例があることが報告され、法の所期の目的に照らして疑問がある、などの意見がでた。また、「医療観察法」の「入院処遇」の判定が困難である(ストライクゾーンが非常に小さくなっている)ことから、今後、治療優先という形で「24条通報」をした方がよいとの考え方が出てくるかもしれない、との意見もあった。

意見交換を通じて、医療観察法の影響下で、今後、措置入院制度や精神科救急医療制度がどのような対応をしていくべきか、さらに十

分な情報収集が必要であることが明らかになった。

(5) 措置入院制度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(山崎敏雄分担)

長期措置入院者のプロフィールを把握することを目的として、2005年4月1日から同年9月30日までの半年間に精神医療審査会で書類審査された措置入院者の定期病状報告書のうち、5年以上措置入院を継続している事例を対象として、機械的に回答可能な選択項目の調査・集計を全国60の精神医療審査会事務局に依頼したところ、59の事務局から合計588例の個別データが寄せられた。

病床配分を反映して84.5%が民間病院に在院しており、平均在院期間は19.7年。80.6%が男性で、主診断の92%が統合失調症であった。問題行動の種別のうち、医療観察法の対象事例を含むと推測される「殺人」「傷害」「放火・弄火」「性的異常行動」「強盗」の履歴のいずれかがある事例は386例(65.6%)あった。

殺人の履歴のある事例154例とそれ以外の434例とでいくつかの項目を比較したところ、殺人履歴群は非殺人群に比べて、国公立病院への在院比率が高く、男性の比率が高かったが、在院期間はやや短かった。隔離室の使用頻度が高い反面、介護度は低かった。

また、在院期間は、民間病院に在院中の中高年事例のうち、重大な他害行為を伴わない事例や女性患者で長かった。すなわち、長期の措置入院患者は、いわゆる「処遇困難事例」とは必ずしも重ならないことが推測された。

措置入院継続の判定基準が標準化されていないため、長期措置入院者数には大きな地域差がある。退院請求審査や書類審査を通じて措置入院継続の妥当性を評価する役割を担う

精神医療審査会は、長期措置入院者の権利擁護にもっと積極的に関与し、医療観察法の指定入院医療機関が受ける外部監査に倣って、措置入院の漫然とした長期化をチェックする制度を検討すべきである。

今後の課題

本研究班では当初データベースの解析により措置入院制度の抱えている問題点について検討してきた。その結果に基づいて、措置入院制度の抱える問題点の改善に向けてガイドライン及び行政書式改定を目指してきた。この2年、ガイドライン案と行政書式改定版案を作成し、いくつかの都道府県に協力をお願いして、通報から措置診察の要否判断、措置入院要否の診察、措置解除の各段階において実例を対象として試行し、その結果について調査した。今年度もこの結果の一部は報告されているが、今後さらにこれらの調査結果を詳細に検討して、また関係者の意見を聴取して、ガイドライン及び行政書式改定案を完成させる必要がある。なお、ガイドラインが完成しても措置入院制度の運用に供することが重要であるので行政担当者等との意見交換も必要と考えられる。

本研究班は来年度で3年目を迎える。データベースの解析もほぼ完了し、ガイドラインや行政書式改定案も完成すると一応一段落したということになる。しかしながら、昨今の措置入院に関する変化や措置入院制度における問題の根深さを考えると、引き続き措置入院制度をモニタリングし、かつ問題点について検討指摘するための継続的な研究体制が必要であると、この5年間の研究を通じて痛感していることを付記しておく。

健康危険情報 なし

研究発表

1. 論文発表 なし
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 17 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

分担研究者 竹島 正(国立精神・神経センター精神保健研究所)

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)

長沼 洋一(国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究要旨

本研究の目的は「精神保健指定医による診察の要否判断」のガイドラインと書式案の実地試行版を作成し、試行調査を行い、行政の実務に用いるための問題点の有無を把握することである。「措置入院の要否判断」ガイドライン、診断書案、症状消退届の実地試行版と合わせて、「精神保健指定医による診察の要否判断」のガイドラインと書式案の実地試行版の試行調査を行った。その上で試行調査に協力のあった精神保健福祉主管課、保健所、精神保健福祉センターを対象にガイドライン案等についての詳細なアンケート調査を行い、その結果を分析した。協力のあった機関は 30 力所であった。その結果、各設問に関して「了解または問題なし」という回答は 53.3%から 100.0%の範囲内にあり、16 年度に行った質問紙調査では浮かび上がらなかった具体的な意見や提案を知ることができ、その多くはガイドライン等の確定に採用できるものと考えられた。また、「事前調査等ガイドライン、事前調査書、データ票の全国共通の様式を定めること」については、「了解または問題なし」という回答が 24 力所(85.7%)あり、全国共通のガイドラインや書式を定めることには支持があると考えられた。最終年度である 18 年度は、本研究に関係した都道府県の精神保健福祉行政担当者等を構成員として、研究会形式で検討の場を持つことにより、本研究成果としての「精神保健指定医による診察の要否判断」のガイドラインと事前調査の書式を確定する予定である。

A 研究目的

平成 13 年度厚生科学研究事業(厚生科学特別研究事業)「措置入院制度のあり方に関する研究」(主任研究者 竹島 正)および平成 14～15 年度厚生労働科学研究事業(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」(主任研究者 浦田重治郎)における、措置入院制度運用の実態分析の結果、措置診察の要否判断に関しては、措置診察不要であっても医療の必要な場合は医療保護入院等の適用となるなど、おおむね適正な振り

分けが行われていることがわかった。しかしながら、都道府県・政令指定都市(以下、都道府県等という)における措置診察実施率(診察実施数/通報数)、措置入院率(措置入院数/通報数)に差が見られたこと、通報書・申請書等における措置診察要否の判断根拠不明確例が見られたことから、措置診察要否判断のガイドライン作成と、事前調査書等の全国共通書式の設定を行い、制度運用のデータベースを作成することにより、都道府県等におけ

る制度運用の実態をモニタリングすることで制度運用の一層の適正化を促すことが必要と考えられた。

このため、本研究の初年度である16年度においては「精神保健指定医による診察の要否判断」のガイドライン案と事前調査書の書式案を作成した。そして、都道府県等の精神保健福祉主管課を対象に質問紙調査を実施し、措置診察要否判断のガイドライン、事前調査書の書式の共通化の要否および内容に関する意見を収集した。

17年度は、16年度研究の成果を踏まえて「精神保健指定医による診察の要否判断」のガイドラインと書式案の実地試行版（以下、事前調査試行版という）を作成し、それを用いて試行調査を行い、行政の実務に用いる上での問題点を把握することとした。

B 研究方法

16年度研究の成果を踏まえた上で事前調査試行版を作成し、「措置入院の要否判断」ガイドライン、診断書案、症状消退届の試行版と合わせての、実地試行調査を行った（資料参照）。実施都道府県等は、宮城県、千葉県、京都市、高知県、熊本県、佐賀県の6県市であった。事前調査試行版による試行調査に協力のあった精神保健福祉主管課、保健所、精神保健福祉センターを対象にアンケート調査を行い、30件のアンケートを回収することができ、その結果を分析した。

（倫理面への配慮）

本研究は、措置診察要否判断のガイドライン作成と事前調査書の書式の共通化を検討するための事前調査試行版を作成し、その問題点を把握することを目的とするものである。都道府県等から返送されたアンケートには個人情報含まれず、倫理的な問題は発生しないと考えられた。

C 研究結果

1. ガイドライン案について

1) 下線部(A)『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よって、指定医による診察の要否判断の根拠を明確にする』ことについて(表1-1)

「了解または問題なし」という回答が26カ所(有効%:86.7%(以下%は有効%を示す))、「提案がある」という回答が4カ所(13.3%)であった。

提案の内容は、「保護なし通報及び連絡連通報については、調査書の作成は困難」、「この部分はぜひ必要」、「もう少し簡素化して欲しい」、「指定医の診察を要しない事例が相当数ある」、「第24条の事後通報の場合、簡易的な調査でよい」、「既に入院中の場合は調査不要」等であった。

2) 下線部(B)『事前調査終了後にデータ表を作成する』ことについて(表1-2)

「了解または問題なし」という回答が21カ所(70.0%)、「提案がある」という回答が9カ所(30.0%)であった。

提案の内容は、「事前調査書とデータ票を同じ様式にして2枚書かなくてもすむようにしてほしい」、「不要である」、「目的がわからない」、「データ票の集計により、自傷行為、他害行為の程度やそのおそれが措置診察を受けることに相当するか明らかになる様であれば賛成である」等であった。

3) 下線部(C)『出来る限り現地に出向き、迅速かつ正確に、担当者自身が調査を行うことを原則とする』ことについて(表1-3)

「了解または問題なし」という回答が22カ所(73.3%)、「提案がある」という回答が8カ所(26.7%)であった。

提案の内容は、「勤務時間外に通報があった場合は現実的に無理」、「ケースバイケースである」、「通報根拠内容の記載をきちんとする

方法での改善を希望する」、「通報種類によって考慮してほしい」、「23条、24条、34条以外については不可能」等であった。

4) 下線部(D)『「精神障害を疑うにたる状態」と「自傷他害のおそれ」の有無を明らかにすることにより、精神保健指定医による診察の要否を判断するために行う』ことについて(表 1-4)

「了解または問題なし」という回答が 27 カ所 (90.0%)、「提案がある」という回答が 3 カ所 (10.0%) であった。

提案の内容は、「精神障害を疑うにたる理由の項目をガイドラインに盛り込んでほしい」、「診察要否について統一的な判断が出来るような基準を示してほしい」等であった。

5) 下線部(E)『所属機関の上司、主管課担当者、精神科嘱託医等の意見を聞き、警察署・救急隊等に、調査時の待機、同席等を依頼する』ことについて(表 1-5)

「了解または問題なし」という回答が 28 カ所 (93.3%)、「提案がある」という回答が 2 カ所 (6.7%) であった。

提案の内容は、「市町村との連携のもと一緒に対応させた方がよい」、「保健所の職員も単身では行かず、数人で行く」、「救急隊に待機をお願いできるのか」、「危険が予測される場合は警察官の待機・同席だけでなく、保護を申請することも必要である」等であった。

6) 下線部(F)『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』ことについて(表 1-6)

「了解または問題なし」が 27 カ所 (96.4%)、「提案がある」が 1 カ所 (3.6%) であった。提案の内容は、「拘留中の様子等も添付する」であった。

7) 下線部(G)『事前調査時に、すでに精神障害と診断され、医療的介入が行われ、「精神障害を疑うにたる理由」および「自傷他害行為のおそれ」に変化があり、すでに精神保健指定医による

診察を必要としない状態であると判断された場合は、精神保健指定医による診察を依頼しないことができる。この場合、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意見を得る、上司に報告のうえ判断を得る等、担当者の判断を確認する手続を行う』ことについて(表 1-7)

「了解または問題なし」という回答が 21 カ所 (70.0%)、「提案がある」という回答が 9 カ所 (30.0%) であった。

提案の内容は、「最終的には所属長判断」、「前半部分との関連性で読んだ場合混乱しやすい」、「主治医への確認、保健所嘱託医等の意見、上司に報告のうえ判断を得る、の 3 つの項目が全てをみたすのか、いずれかを満たせばよいのか、わかりにくい」、「事前調査で診察不要と判断してもその後のフォローが問題となる」、「診察を要する、要しない判断基準を追加明記する」等であった。

8) 下線部(H)『(1)(2)のいずれに属するとも判断できない場合は精神保健指定医による診察を依頼する』ことについて(表 1-8)

「了解または問題なし」という回答が 26 カ所 (86.7%)、「提案がある」という回答が 4 カ所 (13.3%) であった。

提案の内容は、「要否の判断であれば、『否』の判断の項目も必要」、「事前調査書については診察を実施する場合・しない場合とも決裁をとるので、決定は担当者の判断ではなく、保健所長の判断ということになる」等であった。

9) 下線部(I)『書類等を閲覧できるようにする』ことについて(表 1-9)

「了解または問題なし」が 30 カ所 (100.0%) であった。

10) 下線部(J)『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』ことについて(表 1-10)

「了解または問題なし」という回答が 25 カ所 (83.3%)、「提案がある」という回答が 5 カ所 (16.7%) であった。

提案の内容は、「調査書は後で作成するので口頭で説明している」、「現状では診察結果診断書は後日送付されてくることとなっているため、『調査書のみ閲覧できる』とすることを希望する」等であった。

11) 下線部(K)『措置入院が決定してからも捜査を継続することを要請する』ことについて(表 1-11)

「了解または問題なし」という回答が 26 カ所 (86.7%)、「提案がある」という回答が 4 カ所 (13.3%) であった。

提案の内容は、「捜査の継続は警察の判断で行われるべきものであり、保健・医療サイドは当事者の治療および社会復帰を最優先と考えて支援すべきであり、捜査の要請は絶対すべきでない」、「薬物依存の治療を優先する立場から、捜査継続の要請の必要性を保健所で判断することが適当か疑問である」等であった。

12) 下線部(L)『措置入院段階、措置入院中、措置解除時における社会復帰支援の必要性を把握し、必要に応じて支援と見守りを行うよう配慮していく』ことについて(表 1-12)

「了解または問題なし」という回答が 26 カ所 (86.7%)、「提案がある」という回答が 4 カ所 (13.3%) であった。

提案の内容は、「県本庁はこの役割までは行えないので表現を変える必要がある」、「医療機関のソーシャルワーカーとの連携、訪問看護の充実も重要」、「単独の支援ではなく各機関との連携や本人を交えた話し合いやかかわ

りが必要」、「支援の体制を組むのにある程度の時間が必要となる。定期的な連絡を行うルート確立が必要」等であった。

2. 事前調査書案について

1) 「事前調査書案の記載項目について、必要な項目がきちんとおさえられていたか、または不要な項目がなかったか」について(表 2-1)

「了解または問題なし」という回答が 16 カ所 (53.3%)、「提案がある」という回答が 14 カ所 (46.7%) であった。

提案の内容は、「面接場所の記入欄を追加」、「保護者欄を保護者等にする」、「『調査時の状況』を記載する欄を設ける」、「家族構成・家族の状況等(同居、別居、同居者の収入状況)を加える」、「精神科の治療歴があり、3カ月以内の受診のある場合には診断名および主要症状の記入欄を設ける」、「飲酒暦・アルコール摂取量についての項目を追加する」、「保護者でない家族と面接する場合も多いので、『面接有(続柄)』を追加する」、「『申請・通報・届出の理由』と『精神障害を疑うにたる理由・自傷他害のおそれ』は重複するところもあるので、1つの項目にまとめたほうが書きやすい」、「生育暦の記入項目、既往歴(精神以外)を追加する」、「記述の部分がもう少しあるとよい」、「データ票にコードする項目については調査書にも対応する項目を記載して欲しい」、「『保護者』は『現に保護の任にあたっている者』とすべき」、「主な精神科治療歴欄は、期間、通院・入院の区別、診断名等が必要」等であった。

2) 下線部(M)『「幻覚、妄想あるいは明白に病的と思われる行動(興奮や多動、重い持続する引きこもり等)の有無や程度」、「社会生活における状況認知や判断の障害の有無や程度」、「睡眠、栄養、清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑・炎熱の防御など、基本的な生活の維持の困難の有無や程度」などに留意して記載する』としたことについて(表 2-2)

「了解または問題なし」という回答が 26 カ所(86.7%)、「提案がある」という回答が 4 カ所(13.3%)であった。

提案の内容は、「上記の項目を盛り込んでいただくと調査漏れを防ぎ、措置診察要否の判断に役立つ」、「少しでも医学的判断が必要であるのか、基準、程度の判断が難しい」、「疑うにいたる経緯については具体的に記載したほうが判断の参考になるので『具体的に記載する』とする」等であった。

3) 下線部(N)『本人が行った行為であることの事実確認の有無がわかるように記載する』としたことについて(表 2-3)

「了解または問題なし」が 28 カ所(93.3%)、「提案がある」が 2 カ所(6.7%)であった。

提案の内容は、「『本人が行った行為かどうかがはっきり分かるように記載する』としたほうがわかりやすい」等であった。

4) 下線部(O)『現在の精神科受診の有無を、3ヶ月以内として、有の場合の主治医氏名・連絡先、対象者等の病状についての主治医の意見を記載する』としたことについて(表 2-4)

「了解または問題なし」という回答が 22 カ所(73.3%)、「提案がある」という回答が 8 カ所(26.7%)であった。

提案の内容は、「病院名、服薬や受診状況が記載できるようにする」、「3ヶ月としたことの根拠がわからない」、「治療中断ケースもあるため最終の治療状況を把握すればよい」、「事前調査実施時にもっていた情報で記載すると

いうことかまわないのか」、「『対象者の直近の症状に』とする」、「現在の受診の有無を 3ヶ月以内とすることについては問題ないが、過去の治療暦の欄をもう少し詳しく記入できるようにしたほうがよい」、「3ヶ月以上受診中断していても、主治医としての意見聴取することは多々ある」、「受診していても服薬していない場合もあるので服薬の有無についても記入できるとよい」等であった。

5) 下線部(P)『第 25 条(検察官通報)の場合は、起訴前鑑定の実施の有無と、その結果を記載する』としたことについて(表 2-5)

「了解または問題なし」という回答が 30 カ所(100.0%)であった。「検察庁との摺り合わせは上部段階で出来ているのか」という質問の記載があった。

6) 下線部(Q)『申請、通報または届出時の薬物乱用、アルコールの飲用、措置入院先の選択にかかわる重大な身体合併症の有無、これまでの司法処分の有無を記載する』としたことについて(表 2-6)

「了解または問題なし」という回答が 26 カ所(92.9%)、「提案がある」という回答が 2 カ所(7.1%)であった。

提案の内容は、「『これまでの司法処分の有無』が必要かどうかはわからない」、「調査時に司法処分の有無をチェックすることは困難な場合がある」等であった。

7) 下線部(R)『精神保健指定医の診察不要の場合はその理由を記載する』としたことについて(表 2-7)

「了解または問題なし」という回答が 30 カ所(100.0%)であった。

3. データ票案について

1)「データ票案について、必要な項目がきちんとおさえられていたか、または不要な項目はなかったか」について(表 3-1)

「了解または問題なし」という回答が 20 カ所 (69.0%)、「提案がある」という回答が 9 カ所 (31.0%) であった。

提案の内容は、「生年月日は不要」、「保護者が不明な場合もある」、「通院・服薬の継続があったかどうか項目があるとよい」、「診察不要の場合の理由についても項目を設けコード化されたほうがよい」、「事前調査書とデータ票案は様式をまとめて 1 つにしてほしい」、「データ票案を作成する目的が不明である。運用実態を分析するのであれば事前調査書のみでも把握できる」、「データ票は不要である」等であった。

2)下線部(S)『生活歴、家族構成・家族の状況等の詳細はコード化せず、同居者の有無のみコードする』としたことについて(表 3-2)

「了解または問題なし」という回答が 26 カ所 (92.9%)、「提案がある」という回答が 2 カ所 (7.1%) であった。

提案の内容は、「同居者の有無、さらにその中での精神疾患の有無について記入する」、「有無のみでは何も判断できない」等であった。

3)下線部(T)『精神障害を疑うにたる理由として、「幻覚、妄想あるいは明白に病的と思われる行動の有無」、「社会生活における状況認知や判断の障害の有無」、「基本的な生活の維持の困難の有無(睡眠、栄養、清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑・炎熱の防御等)」をコードする』としたことについて(表 3-3)

「了解または問題なし」という回答が 22 カ所 (78.6%)、「提案がある」という回答が 6 カ所 (21.4%) であった。

提案の内容は、「『幻覚、妄想などの精神症

状や病的と思われる行動の有無』、『日常生活における状況の認知や判断の障害の有無』とする」、「明確に分けられない場合が多々あり、役に立たないデータしか集まらないと思う」、「基本的な生活維持の困難は例示項目の 1 つでもあれば『有』となるのか明記してほしい」等であった。

4)下線部(T)『自傷行為(未遂を含まず)の有無、他害行為の有無およびその内容をコードする』としたことについて(表 3-4)

「了解または問題なし」という回答が 27 カ所 (93.1%)、「提案がある」という回答が 2 カ所 (6.9%) であった。

提案の内容は、「自傷行為にも項目を設けたほうがよい」、「未遂・既遂・おそれなどの程度も項目があるとよい」、「内容を書かないならこの項目は不要である」等であった。

5)下線部(U)『措置診察の場所、同時診察の有無、保護者同席の有無をコードする』としたことについて(表 3-5)

「了解または問題なし」が 26 カ所 (89.7%)、「提案がある」が 3 カ所 (10.3%) であった。

提案の内容は、「他害行為が保護者に向けられている場合と保護者以外に向けられている場合とで同席する割合も変わるとされる」、「内容を書かないのであればこの項目は不要」等であった。

6)下線部(V)『貴県市でデータ票の集計を行うこと』について(表 3-6)

「了解または問題なし」という回答が 24 カ所 (80.0%)、「提案がある」という回答が 6 カ所 (20.0%) であった。

提案の内容は、「『個人情報を含まないため…』とあるが、それならば生年月日は不要である」、「集計することによって全国の比較はできるが、その意味目的がよくわからない」、「県の自由裁量とする」、「必要と考えている機関で集計すればよい」、「不要である、「あま

り仕事を増やしてほしくない」等であった。
7) 下線部(W)『事前調査等ガイドライン、事前調査書、データ票の全国共通の様式を定めること』について(表 3-7)

「了解または問題なし」という回答が 24 カ所 (85.7%)、「提案がある」という回答が 4 カ所 (14.3%) であった。

提案の内容は、「使いやすい・わかりやすい様式に改正されればよい」、「可能であれば点数化も検討していただきたい」、「データ票のみ不要」、「ガイドラインについてはもう少し詳細に、またデータ票については自傷他害行為、またはそのおそれおよび、診察不要の際の基準についても言及してほしい」、「必要に応じて、県版を作成可能としてほしい」、「様式は電子ファイルで送付して欲しい」、「全国の状況を比較検討可能とするため、ホームページ等での公表をしてほしい」等であった。

D 考察

本研究の目的は「精神保健指定医による診察の要否判断」のガイドラインと書式案の実地試行版を作成し、試行調査を行い、行政の実務に用いるための問題点の有無を把握することである。このため、宮城県、千葉県、京都市、高知県、熊本県、佐賀県の 6 県市に協力を依頼して実地試行版による試行調査を行い、アンケートへの回答を依頼し、その結果を分析した。

ガイドライン案に関しては、「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」の合理性、「出来る限り現地に出向き、担当者自身が調査を行うこと」の必要な範囲、「精神保健指定医による診察を依頼しない場合」の判断過程、「薬物乱用が疑われる場合に、措置入院が決定してからも捜査を継続することの要請すること」の適否に関して、行政実務を踏まえた的確な意見が得ら

れた。ガイドライン案においては、措置入院制度運用の実態分析の結果と、近年の第 24 条通報（警察官通報）の増加および通報実態の変化等を踏まえて、「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」という考え方を示しているが、これは改訂第 2 版「精神保健福祉法詳解」に示された、事前調査に精粗を認める考え方と必ずしも一致するものではない。しかし、第 24 条通報（警察官通報）の増加および通報実態の変化、および本研究の成果等を踏まえて、「精神保健福祉法詳解」の記載内容の検討を行う必要を示唆するものと考えられる。また、「措置入院段階、措置入院中、措置解除時における社会復帰支援の必要性を把握し、必要に応じて支援と見守りを継続していく」ことに関しては、その必要性を肯定する見解が示され、特に、医療継続、定期的な連絡ルートの確立の指摘があった点は重要と思われる。社会復帰支援に関しては、本研究の調査対象 6 県市のうち 3 県市において聞き取り調査も実施しており、18 年度報告書において、社会復帰支援において重要と思われる実践例を報告する予定である。

事前調査書案に関しては、挙げるべき項目の提案、文言の修正等、具体的な意見が得られた。これらの多くは事前調査書の書式に反映することが可能である。

データ票案に関しては、データ票を作成することの意味、使用の目的等をより明確にすること、その上で、データ票に記載することが意味のある項目に絞り込み、業務負担をできる限り軽減することが求められていると考えられる。先行研究における措置入院制度運用の実態分析の経験および第 24 条通報（警察官通報）の増加および通報実態の変化、心神喪失者等医療観察法の施行にともなって措置入院制度の運用実態が変化していくと予想さ