

2. 方法

1) 資料の収集

全国 59 の都道府県・政令指定都市に措置入院の要否決定までに作成される実際の行政書類の写しの提供を、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長から依頼した。送付を依頼した行政書類の写しは、個人情報保護の観点から、個人名、住所、病院名等の個人を特定可能な部分については墨塗りし、判読できないものになっている。

2) データベースの作成

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課に届いた資料の送付を受け、データベース化と解析を行った。「通報書」や「調査書」等の記載内容に基づいてコード化を行いデータベース化した変数は、資料1のとおりである。様式の定められている「通報書(検察官通報のみ)」「措置入院に関する診断書」および「措置入院者の症状消退届」については、自由記述部分も含めた全ての記載内容をデータベース化した。また、様式のない「通報書(検察官通報以外)」や「事前調査書」等については、全ての記載に目を通して、所定の項目についてコード化を行い、数量化したデータベースを作成するとともに、「精神障害を疑うにたる状況」「自傷行為」「他害行為」「措置診察の要否決定の根拠の記載」にあたる部分の文章をテキスト入力しデータベースに追加した。

「精神障害を疑うにたる状況」「自傷行為」「他害行為」に関しては、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第28条の二第一項の規定に基づき厚生大臣の定める基準」(昭和63年厚生省告示第125号)に基づき、かつテキスト入力の内容が一定に保たれるよう、作業はすべて特定の研究者の監督のもとで行った。

コード化にあたっては、それぞれの項目について、その項目に該当するとの記載があった場合には「あり」とコードし、該当しないとの記載があった場合には「なし」とコードし、その項目について何の記載もなかった場合には「記載なし」としてコードした。また、その情報が本来記載されているべき書類が送付されていなかった場合や、記載はあるもののその内容が判読不能の場合などは欠損値として処理した。なお、「通報因発生時の重大な他害行為(殺人、放火、強姦、強盗)の有無」と「通報因発生時の重大な他害行為以外の行為の有無」については、未遂は含まず、刑法等の法律に記載されている用語での記述があった場合にのみ「あり」とコードした。例えば、人を殴ったとのみ記載があり、傷害や暴行等の刑法等の法律に記載されている用語での記述がなかった場合には「あり」とはコードされない。また、検察官通報(25条)の通報書には罪状が記載されているので、この欄の記載に、「殺人」、「強盗」、「傷害」、「傷害致死」、「強姦・強制わいせつ」、「放火」の字句を含む事例(未遂、予備を含む)を抽出し、それぞれのカテゴリーを作成し集計を行った。

さらに、措置診察を実施しなかった事例、診察の結果、措置不要となった事例、および措置入院が解除された事例、については、それぞれ、その後の状態(入院したか、通院したかなど)を資料2の調査票により調べた結果をデータベース化した(本報告書では診察を実施しなかった事

例のその後の状態についてのみ結果を記載した、その他の集計は浦田と吉住の報告書を参照)。
なお、この「その後の状態」の調査にあたっては、個人情報保護の観点から、行政が把握している情報から判明するものについてのみ回答をもらい、行政が把握していない事例についての関係者や本人への情報収集は実施しないこととした。

表1 措置入院の要否(診察結果より)

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
要措置	7	63.6%	151	71.9%
措置不要	1	9.1%	31	14.8%
措置診察不要	3	27.3%	28	13.3%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表2 措置入院の期間

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
措置入院期間六カ月未満	4	36.4%	76	36.2%
措置入院期間六カ月以上	3	27.3%	75	35.7%
措置入院せず	4	36.4%	59	28.1%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表3 措置診察不要後の状況

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
任意入院	0	0.0%	1	3.6%
医療保護入院	1	33.3%	5	17.9%
精神科通院医療	0	0.0%	4	14.3%
精神科医療不要	0	0.0%	1	3.6%
その他	0	0.0%	7	25.0%
不明	2	66.7%	10	35.7%
合計	3	100.0%	28	100.0%

表4 年齢

	警察官通報		検察官通報	
	N = 11		N = 206	
平均値	44.6		42.6	
標準偏差	10.6		15.1	
最小値	26		18	
最大値	59		83	

表5 性

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
男性	7	63.6%	167	79.5%
女性	4	36.4%	43	20.5%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表6 精神科入院歴【通報までの生涯】

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	8	72.7%	105	50.0%
なし	0	0.0%	31	14.8%
記載なし	3	27.3%	74	35.2%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表7 精神科入院歴【通報前90日以内】

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	1	9.1%	21	10.0%
なし	1	9.1%	67	31.9%
記載なし	9	81.8%	122	58.1%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表8 精神科通院歴【通報までの生涯】

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	6	54.5%	99	47.1%
なし	1	9.1%	23	11.0%
記載なし	4	36.4%	88	41.9%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表9 精神科通院歴【通報前90日以内】

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	2	18.2%	58	27.6%
なし	1	9.1%	41	19.5%
記載なし	8	72.7%	111	52.9%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表10 措置入院歴【通報までの生涯】

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	0	0.0%	18	8.6%
なし	0	0.0%	36	17.1%
記載なし	11	100.0%	156	74.3%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表11 これまでの診断(延べ数)

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
器質性精神障害	0	0.0%	2	1.0%
アルコール	1	9.1%	10	4.8%
覚醒剤	0	0.0%	5	2.4%
精神分裂病圏	4	36.4%	106	50.5%
気分障害	0	0.0%	13	6.2%
人格・行動の障害	1	9.1%	6	2.9%
知的障害	1	9.1%	19	9.0%
その他の障害	1	9.1%	14	6.7%
障害を疑わせる記述	0	0.0%	14	6.7%
精神障害なし	0	0.0%	1	0.5%
記載なし	4	36.4%	51	24.3%
(総数)	11	100.0%	210	100.0%

表12 現在の診断(延べ数)

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
器質性精神障害	0	0.0%	5	2.4%
アルコール	1	9.1%	14	6.7%
覚醒剤	0	0.0%	4	1.9%
精神分裂病圏	3	27.3%	130	61.9%
気分障害	0	0.0%	15	7.1%
人格・行動の障害	0	0.0%	6	2.9%
知的障害	0	0.0%	22	10.5%
その他の障害	1	9.1%	16	7.6%
障害を疑わせる記述	1	9.1%	18	8.6%
精神障害なし	0	0.0%	0	0.0%
記載なし	6	54.5%	19	9.0%
(総数)	11	100.0%	210	100.0%

表13 痴呆の有無

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	1	9.1%	10	4.8%
なし	0	0.0%	6	2.9%
記載なし	10	90.9%	194	92.4%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表14 【通報因発生時】精神障害を疑うにたる状況

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	9	81.8%	109	51.9%
なし	0	0.0%	2	1.0%
記載なし	2	18.2%	99	47.1%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表15 【通報因発生時】自傷行為

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	3	27.3%	35	16.7%
なし	1	9.1%	0	0.0%
記載なし	7	63.6%	175	83.3%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表16 【通報因発生時】他害行為

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	11	100.0%	190	90.5%
なし	0	0.0%	0	0.0%
記載なし	0	0.0%	20	9.5%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表17 【通報因発生時】アルコールの使用を疑うにたる状況

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	0	0.0%	17	8.1%
なし	2	18.2%	19	9.0%
記載なし	9	81.8%	174	82.9%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表18 【通報因発生時】薬物の使用を疑うにたる状況

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	0	0.0%	2	1.0%
なし	2	18.2%	15	7.1%
記載なし	9	81.8%	193	91.9%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表19 通報時の所在

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
精神科入院中	0	0.0%	11	5.2%
拘留中・収監中	0	0.0%	118	56.2%
在宅など	5	45.5%	9	4.3%
その他	0	0.0%	0	0.0%
発見地	5	45.5%	0	0.0%
記載なし	1	9.1%	72	34.3%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表20 鑑定および簡易鑑定実施の有無

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	0	0.0%	119	56.7%
なし	0	0.0%	2	1.0%
記載なし	11	100.0%	89	42.4%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表21 鑑定および簡易鑑定以外の精神科的診察の有無

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	0	0.0%	22	10.5%
なし	0	0.0%	0	0.0%
記載なし	11	100.0%	188	89.5%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表22 今回の通報以前の司法処分の有無

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
あり	0	0.0%	29	13.8%
なし	0	0.0%	27	12.9%
記載なし	11	100.0%	154	73.3%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表23 調査書または通報書から判明した通報因発生時の重大な他害行為(延べ数)

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
殺人	1	9.1%	92	43.8%
放火	9	81.8%	76	36.2%
強姦*	0	0.0%	25	11.9%
強盗	1	9.1%	22	10.5%
記載なし	0	0.0%	-	-
(総数)	11	100.0%	210	100.0%

状の欄の記載に基づき判断した。ただし、検察官通報事例で通報書

*検察官通報では強制わいせつも含む

表24 調査書等から判明した通報因発生時の重大な他害行為以外の行為

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
傷害	1	9.1%	9	4.3%
暴行	0	0.0%	0	0.0%
恐喝	0	0.0%	0	0.0%
窃盗犯	0	0.0%	2	1.0%
知能犯	0	0.0%	0	0.0%
風俗犯	0	0.0%	19	9.0%
覚醒剤取締法違反	0	0.0%	0	0.0%
銃刀法違反	0	0.0%	20	9.5%
公務執行妨害	0	0.0%	2	1.0%
その他	0	0.0%	27	12.9%
記載なし	0	0.0%	137	65.2%
(総数)	11	100.0%	210	100.0%

表25 通報時の問題行動の内訳(延べ数)

	警察官通報	
	実数	%
対象他者あり	3	27.3%
対象器物あり	3	27.3%
対象自分あり	0	0.0%
(総数)	11	100.0%

表26 過去における犯罪または問題行為の有無

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
凶悪な他害行為あり	1	9.1%	9	4.3%
凶悪ではない犯罪行為あり	0	0.0%	22	10.5%
問題行為のみ	4	36.4%	26	12.4%
犯罪行為・問題行為なし	0	0.0%	10	4.8%
記載なし	6	54.5%	143	68.1%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表27 措置診察の要否(事前調査書による)

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
要措置診察	6	54.5%	139	66.2%
措置診察不要	2	18.2%	25	11.9%
記載なし	3	27.3%	46	21.9%
合計	11	100.0%	210	100.0%

表28 措置診察の要否決定の根拠の記載

	警察官通報		検察官通報	
	実数	%	実数	%
記載あり	6	54.5%	71	33.8%
記載なし	5	45.5%	139	66.2%
合計	11	100.0%	210	100.0%

分担研究報告書

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

分担研究者 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

分担研究報告書

精神保健指定医の措置入院の要否判断に影響する因子の影響度について

分担研究者 吉住 昭 (肥前精神医療センター)

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, 肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学)

研究要旨

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。

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)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、F0群で自殺企図72.51、精神運動興奮6.08、微罪3.41、F1群で殺人14.34、精神運動興奮6.26、放火または弄火5.44、F2群で自殺企図5.88、殺人4.71、精神運動興奮3.00、F3群で自殺企図26.45、措置歴9.98、躁9.40、F6群で躁19.06、人格障害5.01、精神遅滞4.86、F7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では、精神病症状があると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定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。

A. 研究目的

措置入院の要否は、最終的には、「二人以上の指定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければ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あると認めることについて、各指定医の診察の結果が一致した場合」（法第29条第1項）という基準により判定される。

2名の指定医の一致した判断という要件から、措置入院の要否判断には「指定医はどのように措置要否を判断するか」、「指定医の判断がどの程度、一致するか」という2つの課題があるといえる。

後者の「指定医の判断がどの程度、一致するか」という課題については、これまで診断、問題行動や状態像の評価、措置要否の判断などで、検察官^{1,2)}、警察官⁴⁾、その他の通報種別⁵⁾ごとに検討してきた。

それによると指定医判断の一致については、診断では不一致4.7%、その他として状態像などに留保6.1%にとどまり、診断は多くの場合、一致していた。問題行動では、自殺企図ならびに放火または弄火で十分な一致、殺人、傷害、自傷、不潔、窃盗、強盗、徘徊、性的異常行動、無銭飲食、無賃乗車で、一部に比較的良好一致がみられるのみであった。症状では、幻覚妄想、抑うつ、躁では比較的一致していたが、精神運動興奮、人格の病的状態ではCohen κ が低く、一致率に問題があった。措置要否が不一致であったのは、2名の指定医の診察を受けた事例の2.5%から7.1%にとどまった。

そして、前者の「指定医はどのように措置要否を判断するか」という課題については、措置不要例の判断理由として、(1)精神障害がない、(2)問題行動が自傷他害にあたらぬ、(3)問題行動に対する判断能力や責任能力を認める、(4)問題行動と精神症状の関連がない、(5)診察時に症状が改善、(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類型が明らかになった³⁾。

また、それぞれの指定医が、どのような事例において要措置とし、あるいは措置不要とするか、といった判断の傾向を検討した⁶⁾。結果、たとえばF0で女性、F7で40歳以上、措置入院歴があるF0、F2、F3、F2の多くの問題行動、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、F1、F2、F6、F7の幻覚妄想状態や精神運動興奮状態などで、有意に要措置とされていた。また、F6、F7の警察官、検察官通報、知能障害全般で、有意に措置不要とされていた。これらから、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」などの傾向が明らかになった。

ただ、「F2では幻覚妄想が認められると有意に要措置」といった場合、要措置の判断に対して、F2、幻覚妄想どちらの因子がどの程度、影響したのか、判然としないという問題が残される。

このため、因子相互間の影響を最小限にして、それぞれの因子が単独で要措置あるいは措置不要の判断に、どの程度影響しているのかをみていく必要があると思われる。

B. 研究方法

1 方法

2000年4月1日から2001年3月31日までに、全国59すべて（当時）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）に基づく申請、第25条（検察官）、第25条の2（保護観察所長）、第26条（矯正施設長）に基づく通報、第26条の2（精神病院管理者）に基づく届出がなされ、または第27条第2項に基づき知事または政令市長の職務により診察となった事例ならびに2000年5月1日から同31日、同11月1日から同30日までに第24条（警察官）に基づく通報がなされ診察となった事例の、「措置入院に関する診断書」（全3881枚、実人数1976名）に基づき分析した。

措置入院に関する診断書の項目のうち、被診察者の性別、年齢、これまでの問題行動と今後の予測、現在の病状または状態像、措置入院歴の有無を独立変数、措置入院の要否判断を従属変数として、全例、措置入院歴がある群、通報種別ごと、診断ごとに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。

ロジスティック回帰分析は、SPSS社の統計ソフトSPSS Base System 13.0ならびにSPSS Regression Modelsを用いた。具体的には、変数減少法を用い、有意差が認められない項目は、計算の過程で除外するという方式により行った。

分析に際し、年齢は10歳ごとのOdds比の変化、性別は女性を基準として男性のOdds比を求めた。問題行動については、これまでの問題行動か、今後の予測かにかかわらず、その項目にチェックがないものを基準として、ある場合のOdds比を求めた。なお、問題行動では、暴行、脅迫、器物損壊、窃盗、侮辱、

恐喝、徘徊、家宅侵入、風俗犯的行動、無断離院、無銭飲食、無賃乗車を微罪として、1つにまとめた。精神症状では、認められないことを基準として、認められる場合のOdds比を求めた。

2 倫理面への配慮

研究に際しては、対象者の個人情報を守る目的で、氏名、住所、病院名等の情報をすべてマスクしたものを資料として用いた。収集された資料は、前主任研究者の属する国立精神・神経センター精神保健研究所ならびに分担研究者の属する現肥前精神医療センターの責任者のもとで、データ入力期間を除いて、鍵のかかるキャビネット内で管理した。

以上の方針のもと、本研究は、主任研究者が属する国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会において審査を受け、2001年10月31日に研究の実施が承認された。

C. 結果

ロジスティック回帰分析の結果は、表1に示した。

1 全例

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。年齢層、性別、強盗、性的異常行動、不潔、昏迷、意識障害、痴呆、人格障害、残遺性人格変化、性心理的障害、薬物依存・アルコールは、計算の過程で除外された。

2 措置入院歴がある群

措置入院歴がある群における項目別のOdds比は、自殺企図9.73、精神運動興奮6.79、残遺性人格変化3.94、躁3.85、幻覚妄想3.65、男性2.64、微罪2.13、痴呆0.05、性心理0.02であった。

3 通報種別ごとの結果

(1) 一般人申請（法第23条）群

一般人申請群における項目別の Odds 比は、措置入院歴 16.24、自殺企図 8.60、傷害 4.75、精神運動興奮 4.19、微罪 3.81、人格障害 1.96、薬物依存・アルコール 0.49、うつ 0.41 であった。

(2) 警察官通報（法第24条）群

警察官通報群における項目別の Odds 比は、自殺企図 4.14、傷害 4.00、幻覚妄想 3.72、精神運動興奮 2.85、放火または弄火 2.71、措置入院歴 2.66、不潔 2.30、微罪 1.88、躁 1.83、薬物依存・アルコール 1.64、自傷 1.57、年齢層 1.12 であった。

(3) 検察官通報（法第25条）群

検察官通報群における項目別の Odds 比は、殺人 14.45、幻覚妄想 4.42、精神運動興奮 3.80、放火または弄火 2.89、自傷 2.57、自殺企図 2.26、躁 2.19、傷害 2.18、精神遅滞 0.38、うつ 0.27 であった。

(4) 矯正施設長通報（法第26条）群

矯正施設長通報群における項目別の Odds 比は、人格障害 43.11、男性 10.94、幻覚妄想 9.08、微罪 7.46、精神運動興奮 6.49、残遺性 3.69、傷害 3.28、痴呆 0.09、意識障害 0.00 であった。

4 診断ごとの結果

(1) F0（器質性精神障害など）群

F0群における項目別の Odds 比は、自殺企図 72.51、精神運動興奮 6.08、微罪 3.41、うつ 0.05、男性 0.03 であった。

(2) F1（精神作用物質による障害）群

F1群における項目別の Odds 比は、殺人 14.34、精神運動興奮 6.26、放火または弄火 5.44、微罪 3.87、自殺企図 3.25、傷害 3.24、幻覚妄想 3.15、措置入院歴 3.01、躁 3.00、自傷 2.58 であった。

(3) F2（統合失調症など）群

F2群における項目別の Odds 比は、自殺企図 5.88、殺人 4.71、精神運動興奮 3.00、傷害 2.85、幻覚妄想 2.20、放火または弄火 2.17、微罪 2.11、措置入院歴 1.86、自傷 1.66、年齢層 0.90、うつ 0.33 であった。

(4) F3（気分障害）群

F3群における項目別の Odds 比は、自殺企図 26.45、措置歴 9.98、躁 9.40、自傷 6.12、男性 4.05、微罪 0.11 であった。

(5) F6（人格障害）群

F6群における項目別の Odds 比は、躁 19.06、人格障害 5.01、精神遅滞 4.86、幻覚妄想 4.00、精神運動興奮 3.65、自傷 2.70、放火または弄火 2.57、傷害 2.50、薬物依存・アルコール 2.43、自殺企図 2.32、年齢層 1.67、性別 0.30 であった。

(6) F7（精神遅滞）群

F7群における項目別の Odds 比は、精神運動興奮 7.21、人格障害 6.13、幻覚妄想 5.45、放火 4.86、傷害 3.19、精神遅滞 0.23、意識障害 0.03 であった。

D 考察

これまで、措置入院を要するかどうかの判断を受ける患者は、重篤な症状、大きな問題行動を有する場合があります、それぞれの因子がどの程度、要措置の判断に影響しているのかわらかになっていなかった。今回、ロジスティック回帰分析により、それぞれの項目の関与の程度が明らかとなった。

なお、ロジスティック回帰分析においては、採用する計算方法により、結果に差異が生じる場合がある。今回、本文では強制投入法、変数増加法での計算結果については触れていないが、変数減少法で有意確率 0.1 以下であったものが強制投入法では有意確率が 0.1 を超え、変数増加法では計算から除外される項

目があった。また Odds 比が変動した項目もあり、変動の幅は、変数減少法で除外項目が多くなった群において、より大きい傾向があった。

今回は、計算方法により差異が生じることを指摘した上で、より有意確率から差が認められ、また他の問題が少なかった変数減少法により得られた数値のみ記載した。

以下、各群ごとの特徴について、検討していく。

1 全例

年齢、性別では有意差は認められなかったが、措置入院歴では約2倍の Odds 比があり、措置入院歴があると要措置と判定されやすいことが判明した。

精神病症状では、幻覚妄想、精神運動興奮、躁で約2倍の Odds 比があり、精神病症状があると要措置と判断されやすいことが判明した。逆に、うつ約0.7倍、精神遅滞約0.5倍の Odds 比であった。精神遅滞やうつ状態では要措置とされにくい一方で、自殺企図があると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る可能性があると思われた。精神遅滞では、要措置とされにくいことも判明した。

全例では、殺人、自殺企図で約4倍、傷害で3倍弱、放火または弄火、強盗、自傷、微罪で2倍前後の Odds 比があった。このことから、人の死が予測される場合には、自傷であっても他害であっても、要措置と診断されることが明らかとなった。他の問題行動では、おおむね2倍の Odds 比で、要措置とされていた。

なお、指定医は「殺人」の意義について、厳密な意味での刑法の殺意だけでなく、たとえば行為によって人の死が予測されるものも認定している可能性があることに留意する必

要がある。実際、検察官が対象者に殺人、殺人未遂の罪名をつけた件数を超えて、多くの検察官通報例で「殺人」のおそれが認定されていた。

2 措置入院歴がある群

措置入院歴がある群では、男性は女性の3倍、要措置と判断されており、体力また行動面での性差による特性から、要措置とされやすいものと思われた。

問題行動では自殺企図8倍弱が唯一、有意差をもって要措置と判断された項目であり、高率でもあった。

精神症状では、精神運動興奮、躁で約5倍、残遺性人格変化、幻覚妄想で3倍前後となっており、こうした精神症状では、頻回に措置入院に至る事態を繰り返す可能性があるとも思われた。逆に、痴呆、性心理的障害では、ほとんど措置入院とはされないことも明らかとなった。

3 通報種別ごとの特徴

(1) 一般人申請（法第23条）群

一般人申請では、自殺企図で10倍、措置歴で8倍、微罪、傷害、精神運動興奮で約4倍の Odds 比があった。重大な他害行為を行う場合には、警察や検察が関与することが主になると思われ、一般人申請では自殺企図、家庭内での重篤度の低い傷害や微罪にあたる行為での通報が主となるものと思われた。措置入院歴があることで Odds 比8倍となっており、これは、他の入院形態では対処が困難な場合に、通報・診察がなされているためとも思われた。

(2) 警察官通報（法第24条）群

警察官通報では、殺人、強盗、性的異常行動などの重罪にあたる問題行動は計算の過程で除外され、傷害4倍、放火または弄火2.7倍、微罪1.9倍などとなっていた。きわめて重大な他害行為は、逮捕され、刑事訴訟法の

手続きより警察から検察に送検されることで、警察官が判断しない例が多いため有意差が認められなかったものと思われた。その中で、傷害や放火など、偶然、結果が重大とならなかった事例では警察官が法第24条により通報を行っているともみられると思われた。

精神症状でも、幻覚妄想 3.5 倍、精神運動興奮 2.6 倍、躁、残異性人格変化、薬物依存・アルコールが 2 倍弱となっていた。このように警察官通報では精神科救急場面において措置入院が活用されていることの現れとも思われた。

なお、措置入院が police power を背景にした制度という主張から、従来、自殺企図や自傷行為では措置入院とするより、医療保護入院で対応するケースが多いと考えられていた。しかし、今回の結果からは、警察官通報では自殺企図 4 倍、不潔 1.9 倍、自傷 1.4 倍、また前述の措置入院歴がある事例においても、決して低いとはいえない Odds 比で要措置と判断されていた。このことから自傷場面であっても精神科救急場面など医療に緊急アクセスを要する場面において、警察は法第24条による通報を活用し、指定医もそれに応えて要措置と判断しているという実態があると思われた。

(3) 検察官通報（法第25条）群

検察官通報では、他害の因子で、殺人 16.6 倍、放火または弄火 3 倍、強盗 2.7 倍、傷害 2.3 倍と、これまでに、または今後おそれがある行動として殺人が認定された場合、圧倒的に要措置とされていた。放火や傷害では、警察官通報の場合と、大差はみられなかった。

自傷の因子では、自殺企図、不潔は除外されたが、自傷 3 倍と、やや高値となっていた。

精神症状では、幻覚妄想 4 倍、精神運動興奮 3.5 倍、躁 2.3 倍などは、警察官通報と大差

はなかった。一方、うつ、精神遅滞でそれぞれ 0.3 倍と、措置入院とされることが少ないようであった。検察官通報には逮捕後、措置診察までの時間経過があり、うつでは、診察時点では著明な意欲低下などでただちに自傷他害のおそれはない、精神遅滞では、逮捕後の時間経過とともに本人が安定し、指定医が福祉的な対応を重視する、といったことも影響していると思われた。

(4) 矯正施設長通報（法第26条）群

矯正施設長通報では、男性は女性の 13 倍と、圧倒的に要措置とされる傾向にあった。矯正施設入所に至った男性で、より行動化が起りやすいことなどが影響していると思われた。

問題行動では、微罪 7 倍弱、傷害 4 倍が要措置とされており、他の重大犯罪については計算の過程で除外されていた。矯正施設長通報においては、矯正施設入所に至った問題行動と、現在の問題行動が異なる場合もある。また、殺人などは、もともと稀な問題行動であり、ある人が近い将来、殺人を行うかどうかを予測することは、予測はなしえないと思われた。同様に、管理された矯正施設内での観察においてみられる行動から、将来の問題行動について予想することは非常に困難で、このため有意差が認められなかったものと思われた。

精神症状では、人格障害 44 倍、幻覚妄想、精神運動興奮で 7 倍程度、残遺性人格変化 5 倍弱が要措置となっていた。矯正施設という性質も考慮しても、人格障害があると高率に要措置とされていた。また、幻覚妄想、精神運動興奮など、矯正施設内での医療にもかかわらず陽性症状が持続しているもの、また残異性人格変化が認められるものでは、より要措置とされていた。一方で痴呆 0.08 倍、意識障害 0.001 倍などと、脳の器質的変化が考えられる状態では、ほとんどが措置不要となっ

ていた。

4 診断別の特徴

(1) F 0 (器質性精神障害など) 群

F 0 群では、男性は女性の 0.03 倍で措置不要、つまり女性では約 33 倍、要措置とされているが、この原因については判然としない。

問題行動では、自殺企図 72 倍と、圧倒的に要措置とされており、その一方、うつでは 0.05 倍で要措置 (つまり 20 倍で措置不要) とされており、症状よりは、症状に基づく問題行動によって措置入院の要否が判定されていた。

(2) F 1 (精神作用物質による障害) 群

F 1 群では、単に薬物乱用や依存では、有意差はみられないとして、計算から除外されており、精神運動興奮 6 倍、幻覚妄想と躁で 3 倍など、精神病症状がある場合に、要措置とされていた。ただ、他の問題行動に比較して、殺人 14 倍、放火または弄火 5 倍など、重大な他害行為のおそれがある場合には、要措置とされていた。

(3) F 2 (統合失調症など) 群

F 2 群では、問題行動で、自殺企図 6 倍、殺人 5 倍弱、傷害 3 倍弱、放火または弄火、微罪、自傷が 2 倍前後、精神症状で、精神運動興奮 3 倍、幻覚妄想 2 倍、うつ 0.3 倍、措置入院歴約 2 倍など、全例とおおむね共通していた。この群に特徴的なこととして、年齢が上がるにつれ要措置とされる Odds 比は 0.90 倍となっており、これは若年であるほど問題行動や精神症状が激しく、年齢が上がるにつれ、そうした面が軽減することを反映しているものと思われた。

(4) F 3 (気分障害) 群

F 3 群では、男性で 4 倍、措置入院歴があると 10 倍の Odds 比となっていた。問題行動で、自殺企図 26 倍、自傷 6 倍など、自傷のおそれが認定されると要措置とされていた。うつでは有意差が認められておらず、その一方、

躁では精神症状で約 10 倍の Odds 比が認められていた。躁状態、うつ状態の行動の特性を考慮すると、要措置の判断は行動面での評価によると思われた。

(5) F 6 (人格障害) 群

F 6 群では、年齢が上がるごとに 1.67 倍、男性で 0.30 倍の Odds 比があり、若年男性については、より措置不要と判断する傾向があるものと思われた。若年男性については、精神病症状による人格の荒廃が目立たず、むしろ人格障害本来の問題が顕在化している場合が多いことから、より矯正施設での対処が望ましい場合も多いことから、このような結果が出ているものと思われた。

精神症状では、躁 19 倍、精神遅滞、幻覚妄想、精神運動興奮、5 倍前後の Odds 比があり、躁状態あるいは精神病症状など顕著な症状を合併していると、要措置とされていた。ただ、精神遅滞や薬物依存・アルコールでもより要措置とされる傾向が認められた。問題行動では、自傷、放火または弄火、傷害、自殺企図で 2 倍前後となっていた。このように、人格障害であっても、精神病症状や、それに基づく問題行動がある場合には、より要措置とされるなど、制度本来の機能を果たしているものと思われた。

(6) F 7 (精神遅滞) 群

F 7 群では、精神運動興奮、人格障害、幻覚妄想で 6、7 倍の Odds 比があり、精神病症状が認められた場合、または人格障害を認められた場合に、要措置とされていた。放火または弄火、傷害でも 3、4 倍の Odds 比であった。一方、意識障害では 0.03 倍となっていた。放火または弄火では、要措置とされる場合が多いものの、

5 研究方法上の限界

(1) 結果利用に当たっての留意事項

各項目別の措置要否についての有意差検定

における考察でもふれたが、この Odds 比は、症状や問題行動などの所見がある場合に、指定医がどのように判断する傾向があるか、見立てを検討するにとどまっている。現実には、こうした所見がある場合に、どの程度、自傷他害に至る危険性があったかについては、今回の調査ではまったく評価されていないことに留意する必要がある。従って、この調査結果のみで、ある患者が措置入院を要するかどうかを判定する資料とすることはできず、今後の研究を待つ必要がある。

(2) 他の研究の動向

外国においては、退院後の患者の暴力発現頻度を求めた研究⁷⁾、入院患者へ治療可能な面への介入を行った研究⁸⁾、通院患者の暴力発現減少に向けての介入を試みた研究⁹⁾などがあり、自傷他害のおそれを検討する上で、参考となると思われる。

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、治療によって改善する可能性のある因子を含めて、診察後の処遇や実際の問題行動の発現頻度などの経過、明らかにしていく必要がある。

E. 結論

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。

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とされる」「F7 では窃盗が認められると有意に措置不要とされる」、などといったことが明らかとなった。

指定医は、主として、幻覚妄想状態や精神運動興奮状態など、精神病症状に着目して判断しているようであったが、問題行動、措置入院歴、などの影響も否定できないと思われた。

診断、問題行動、症状などのそれぞれが、

どの程度、影響しているかは明らかとなっておらず、この点については、今後、検討を進める必要がある。

(この報告書は、主として瀬戸秀文が執筆を担当した。)

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

I 文献

- 1)吉住昭，藤林武史，瀬戸秀文．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-検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について-．pp63-116 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究．平成 13 年度総括・分担研究報告書．2002
- 2)吉住昭，藤林武史，瀬戸秀文．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-検察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について-．pp57-96 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究．平成 14 年度総括・分担研究報告書．2003
- 3)吉住昭，藤林武史，瀬戸秀文．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-検察官通報がなされ措置不要になった事例について-．pp97-104 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究．平成 14 年度総括・分担研究報告書．2003
- 4)吉住昭，藤林武史，瀬戸秀文．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-警察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例に