

観察法」上の対象者かどうか話を聞いて初めて分かり、その方の処遇をどうするか、となる。輪番病院に回すことができないとか、合併症の問題もある。

これから通院命令が出ている方たちの「救急」をどうするか。また、各指定通院医療機関と保護観察所の両方でどうリンクしていくかという問題もあって、解決されていない。スタッフも、デイケアに通わせるのか、訪問をどうするのか、医療体制としてどれくらい人員が必要なのかということがまったく五里霧中の状態だ。まず、情報センターの役割は、「医療観察法」でのイニシアチブをどれくらいとれるか。情報を確保してどれくらい対処できるかではないかと思う。公立病院なので、やれと言われればやるのが当たり前だとは思いますが、私たちの技術もあまりにも未熟であり、地域の保健所の相談員もどうしていいのかとまどっている。逮捕か保護かの問題が変わっていない。警察官が決めたことを押し返すこともできないのが今の地域保健の在り方だ。いい処遇にもっていくためにも、根本的な部分に関してどれくらい精神保健が司法に関与できるのかということだ。

- 3) 私の病院は民間の措置指定病院で「医療観察法」には直接かかわっていない。結論的に言うと、「医療観察法」が施行になってから何か現場で変わった点があると言われてもあまり実感が無い。ここでは、当院での5年ほどの「措置入院」の状況について話したい。全部で163名が「措置入院」している。年次別件数は多少の増減はあっても、30〜35件で推移している。当院は比較的、覚醒剤中毒など精神常用物質の患者さんが多い。あとは統合失調症だ。まだ急性精神病が結構ある。また、状態像でそのまま「措置」になっていることもある。当院の近隣からもあるが、23区、他府県からもある。「措置解除」までの日数は、平均すると40日くらいである。そ「措置解除」後は、「措置を解除してすぐ退院」という人が63%、「医療保護入院」に切り替えた後退院した人、あるいはまだ入院している人が12%、「任意入院」に切り替えた人が25%だ。
- 4) 東京都で措置入院を繰り返している人のデータが精神保健福祉審議会で出された。東京都の夜間救急ではなく「措置入院」のデータだ。東京は、年間1000件、多いときで1300件くらいある。「措置入院」自体は少し減っている。東京は「措置解除」が早いといわれており、事実、「措置病床」自体はあまり多くない。「措置診察」をしていると、同じ人がたまに来る。平成14年から16年の3年間に2回以上、「措置入院」となり、「措置解除」となった者が157人いて、回数は2〜8回だ。8回という人も、男女一人ずついる。今回は、入院時だけでなく解除時の病名も調べた。薬物関連がかなり挙がっており、6割は統合失調症、人格障害は13.4%ある。薬物や人格障害は別としても、統合失調症でもこれだけ「措置」を繰り返してしまうということを、今後、薬物なども含めて対応していかなければならない。東京の場合、夜間救急にしろ、昼間の措置にしろ、指定病院に送ることになっているので、本人の住居地や発生地とはだいぶ違っている。それから、「措置解除」後の通院の確保等ではっきりしたシステムがあるわけではない。地域の問題など、この辺の確保が今後の課題だ。以前から必要といわれながらしっかりしたものがなかったので、考え方を示していかなければならない。
- 5) 我々の病院(都立病院)には年間約400人の入院がある。時間外の救急受診者で、「24条通報」の受診者だ。「3回以上」の入院者が53名いる。性別では女性が弱冠多く、年代では20代、30代、診断では人格障害が多く、次が統合失調症だ。東京都では、「ひまわり」で救急の通

報を受けて、各地区の病院に振り分ける。電話を受ける人は医学的知識があるわけではなく、事務の人が割り振って、診断、治療をしてもらう。夜間、休日は人格障害が多いという状況がある。入院形態は「緊急措置」が23ある。事例化の行為は、一人で2、3の行為があるなど重複している。対人暴行が多い。人格障害で死ぬ気がないが自傷行為などのある人も少なくない。

- 6) 我々の病院では今回、精神科救急を利用し、なおかつ3回以上入院の方について調べた。全部で77人となっているが、実は何度も何度も来るが外来で帰している人もいる。多種多様な例が出てきている。T病院が開設する前は、そのエリアも担当していた。併せて3回という人もかなりいるかもしれないが今回の調査では洩れている。受診される人の中に人格障害の方が結構おり、入院になる場合もあるが、外来レベルで投薬や注射をして帰っていただくケースが多い。入院は、やはり統合失調症が多いという印象だ。

「3回以上何度も」というリピーターのような方の中には、後方転送になってある程度入院するが、退院してすぐに医療中断をしてしまう人がいる。だいたいそういう方は入院のパターンがいつも同じで、暴力の対象なども繰り返すという印象が強い。もう一つ気づいたことは、1ヵ月、2ヵ月という比較的短期間の間に、2回、3回と入院する方がいる。それがいったん終結すると、その後ぜんぜん来なくなる人もいる。数回して親が対応を変えたりしたことが反映している可能性がある。

- 7) 我々の病院は17人と少ない。調べたのは平成12年からの5年間で、その5年間に3回入院した人だ。平成12年以前に入院したことがあり、調査期間に1回、2回入院した人ははずれているので、数がかかなり少ない。頻回入院のケースについては、だんだん松沢のケースになっていっているケースが多い。我々の病院の頻回例の中には、スタートが救急という人が結構いる。17人の内訳は確かに印象程度にしか言えないが、やはり統合失調症の人が多い。それから人格障害、薬物関連だ。MR、あるいは自閉症の患者さんが何回か利用されている。今回のケースには入れていないが、他県の養護施設から来た人もいる。もう一つ、東京都の救急の致命的な欠陥だが、リピーターのほとんどは翌日転送だ。どこかの病院で治療して、しばらくすると、また救急の場に現れる。想像するに、おそらく治療が継続してきちんとできていないのだろう。もう一つ目立ったのは、たとえば刑務所から帰って2、3日目とか、病院から退院して2、3日目で、交番に行つて「人を殺そうだ」と言う。それを警察がとりあわずに追い帰すと、その辺で（人を）殴ったりする。そういう人が、同じパターンで入院しているケースがある。

- 8) 調査の結果、何回も精神科救急を利用しているのは、「医療中断」から「措置」という人とは限らないことがわかった。実際は通院している人が多く、通院中に放火をしたり、家族を殴ったりするなどの行動上の問題を繰り返している人がいるということだ。それは、必ずしも「措置」という切り口で浮かび上がってきているのではなく、なぜかわからないが「休日、夜間に来やすい人たち」という一つの切り口があるのだろうと思う。それは東京都のシステムでの社会的な問題かもしれないし、家族の受け皿の問題かもしれないし、病状の特徴なのかもしれない。いろいろな要因が複合的に絡み合った結果であるという気がしている。今回の結果を分析することによって、「医療中断」に対する対策だけではない、より広範なサポート体

制を整備するための資料としたい。

9)まとめ（分担研究者）

お疲れのところ、長い間お話をいただき、ありがとうございました。

いきなり大事件を起こす患者さんもいるが、そういう人、とくに未受診の人は私たちが防ぐことはできない。精神保健医療の人間にできることは、「措置入院」や精神科救急医療を利用した人、さらには今後は、医療観察法で通院命令が出ている人たちを、悪くならないように支えたり、悪くなってもバックアップできるようにしたりすることであろうと思われる。そういう中で、「救急」と「措置」と「医療観察法」というものができた。入院医療前のいろいろな問題についてもお話いただいたし、これからは、退院後の課題がだんだん明らかになってくるだろうと思う。また、今日は、医療観察法の鑑定入院や「医療観察法」で入院中の「身体合併症」などいろいろ問題があることを教えていただいた。本日の話を整理して、精神保健医療の課題と改革の方向について検討し、来年の調査につなげていきたいと思う。

分担研究報告書

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

分担研究者 山崎 敏雄

山崎病院

分担研究報告書

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(第2報)

分担研究者	山崎 敏雄 (山崎病院)	
研究協力者	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)	
	平田 豊明* (千葉県精神科医療センター)	
	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)	* 報告書執筆者

研究要旨

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老年事例のうち、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。

A. 研究目的

措置入院の在院患者数やその人口比に著しい地域差のあることは、かねてより指摘されてきた。緊急措置入院の適用頻度や措置解除基準など、措置入院制度の運用に地域差があるためと考えられる。精神医療審査会は、入院者からの退院請求の審査と半年に一度提出される定期病状報告書の書面審査を通じて、措置入院継続の妥当性を評価している。すなわち、措置入院からの離脱をコントロールする機能の一端を担っている。その機能のあり方は、長期措置入院者の累積状況に影響を及ぼす。

本研究は、措置入院者をはじめとする精神科入院患者の権利擁護状況をモニタリングし、必要があれば改善策を立案するために行われるものである。今回は、書類審査を通じて精神医療審査会事務局に把握される措置入院者に関する情報を収集し、長期措置入院者のプロフィールと処遇の実態を調査・分析することを研究テーマとした。

個人情報保護の観点および調査方法上の制約から、今回の調査によって得られる情報は限定的なものにとどまらざるをえない。しかし、措置入院者の権利擁護に対する精神医療審査会の役割を見直すうえで、有用な所見をもたらすであろう。また、医療観察法体制の行く末を見通し、挫折を回避する方策を論ずる機会を提供するであろう。

B. 研究方法

全国 60 か所の精神医療審査会事務局に対して、以下の調査を依頼した（資料 1 参照）。

1. 2005 年 4 月 1 日から同年 9 月 30 日までの 6 ヶ月間に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抽出する。
2. これらの事例の定期病状報告書の項目の

うち、以下の項目について、所定の集計表にデータを入力する（入力制限付きのエクセルファイル）。

- (1) 入院先病院の属性
 - (2) 性別
 - (3) 年代
 - (4) 今回の措置入院の継続期間（満年数）
 - (5) 主たる精神障害の病名（ICD-10）
 - (6) 従たる精神障害の病名（ICD-10）
 - (7) 身体合併疾患
 - (8) 隔離
 - (9) 注意必要度
 - (10) 日常生活の介護度
 - (11) 問題行動（複数回答）
 - (12) 保護者の続柄
3. 以上を入力したファイルをフロッピーディスクにダウンロードして郵送もしくは電子メールにファイルを添付して送信する。
 4. 個人が特定できないよう十分に配慮して調査票を作成した。また、個別データは厳重に管理し、研究終了後には廃棄処分にした。

C. 結果

60 か所の精神医療審査会事務局のうち、59 か所から回答があった。報告事例数は 588 例であった。この事例数は、精神保健福祉資料最新版（平成 15 年度 6 月 30 日調査の概要）に示された 5 年以上の措置入院者 753 名の 78.1% に当たる。

以下に各項目の単純集計の結果を示す。

1. 入院先病院の属性
 - (1) 国立もしくは独立行政法人立病院：16
 - (2) 都道府県立病院：52
 - (3) 市町村立ないし国保立病院などの公立病院：9
 - (4) 民間病院：498

(5) 無回答：13

5年以上の長期措置入院者の84.7%は民間の指定病院に在院しており、国公立病院への在院率は13.1%にすぎなかった。この配分は、病床の官民比率にほぼ一致する。

2. 性別

(1) 男：474

(2) 女：114

男性が80.6%、女性が19.4%の比率であった。平成15年6月30日調査では、全在院患者に占める男性の比率は52.6%であるから、長期措置入院者では著しく男性の比率が高いことになる。

3. 年齢

(1) 20歳代：6

(2) 30歳代：49

(3) 40歳代：100

(4) 50歳代：230

(5) 60歳代：156

(6) 70歳代：45

(7) 80歳代：2

(8) 90歳代以上：0

50代が39.1%を占め、次いで60代26.5%、40代17.0%、30代8.3%、70代7.7%、20代1.0%と続いた。40代と50代で過半数の56.1%を占めた。平成15年6月30日調査によれば、全在院患者329,096人に占める20歳以上40歳未満の比率は10.7%、40歳以上65歳未満の比率は49.6%、65歳以上の比率は39.0%であるから、長期措置入院者の年齢構成は、40代と50代の比率が高いといえる。

4. 今回の措置入院の継続期間

(1) 5年以上10年未満：173

(2) 10年～15年：87

(3) 15年～20年：56

(4) 20年～25年：51

(5) 25年～30年：64

(6) 30年～35年：71

(7) 35年～40年：54

(8) 40年以上：32

平均在院期間は19.7年、最長は48年であった。20年以上の長期措置入院者が半数近い46.3%を占めた。平成15年6月30日調査では、5年以上の在院者137,507人中に占める20年以上在院者の比率は34.9%であるから、措置入院者の長期在院の傾向が明らかである。

5. 主たる精神障害の病名

(1) F2群：541

(2) F3群：2

(3) F0群：9

(4) F1群：9

(5) F6群：7

(6) F7群：13

(7) その他：7

統合失調症を主とするF2群が92.0%を占め、以下、F7群2.2%、F0およびF1群1.5%、F6群1.2%、F3群0.3%と続いた。平成15年6月30日調査では、F2群61.1%、F3群7.0%、F0群17.5%、F1群5.3%、F6群0.7%、F7群2.8%であるから、F2群の突出が明らかである。

6. 従たる精神障害の病名

(1) F2群：1

(2) F3群：2

(3) F0群：2

(4) F1群：12

(5) F6群：17

(6) F7群：23

(7) その他：22

(8) 無回答：509

従たる精神障害の診断が付されている事例は 79 例 (13.4%) であった。従たる診断の中では、F7 知的障害群 (29.1%)、F6 人格障害群 (21.5%)、F1 物質依存群 (15.2%) の 3 群で全体の 3 分の 2 を占めた。

主診断の 92% を占める F2 群 541 例のうち、副診断として F1 が付されている事例が 9 例、F3 が 2 例、F6 が 10 例、F7 が 19 例、その他が 17 例、合計 57 例 (F2 群の 10.5%) あった。

7. 身体合併症

- (1) なし : 403
- (2) あり : 130
- (3) 無回答 : 55

有回答 533 例のうち、24.4% に何らかの身体合併症があった。

8. 隔離

- (1) 多用 (しばしば必要) : 102
- (2) 時々必要 : 168
- (3) ほとんど不要 : 318

しばしば隔離を要する事例は 17.3%、時々必要な事例が 28.6% で、過半数の 54.1% の事例では、隔離がほとんど不要であった。

9. 注意必要度

- (1) 常に嚴重な注意 : 234
- (2) 随時一応の注意 : 339
- (3) ほとんど不要 : 15

常時嚴重な注意が必要な事例は 39.8% で、随時一応の注意が必要な事例が 57.7% を占めた。

10. 日常生活の介護度

- (1) 極めて手数のかかる介助 : 161
- (2) 比較的簡単な介助と指導 : 296
- (3) 生活指導 : 128

(4) その他 : 2

(5) 無回答 : 1

介護度の高い事例は 27.4% で、ほとんど介護を要しない事例も 21.8% に及んだ。

11. 問題行動

A は問題行動の事実があった事例、B はそれが予測される事例である。

(1) 殺人

・ AB 双方 : 145

・ A のみ : 9

・ B のみ : 5

・ なし : 429

(2) 傷害

・ AB 双方 : 262

・ A のみ : 8

・ B のみ : 12

・ なし : 306

(3) 暴行

・ AB 双方 : 426

・ A のみ : 19

・ B のみ : 20

・ なし : 123

(4) 脅迫

・ AB 双方 : 133

・ A のみ : 6

・ B のみ : 6

・ なし : 443

(5) 自殺企図

・ AB 双方 : 92

・ A のみ : 10

・ B のみ : 13

・ なし : 473

(6) 自傷

・ AB 双方 : 147

・ A のみ : 6

・ B のみ : 11

・ なし : 424

(7) 不潔

- ・ AB 双方 : 207
- ・ A のみ : 4
- ・ B のみ : 9
- ・ なし : 368

ただし、「不潔」が自傷他害行為に該当するかどうかについては、疑問がある。

(8) 放火・弄火

- ・ AB 双方 : 58
- ・ A のみ : 7
- ・ B のみ : 3
- ・ なし : 520

(9) 器物破損

- ・ AB 双方 : 195
- ・ A のみ : 13
- ・ B のみ : 15
- ・ なし : 365

(10) 窃盗

- ・ AB 双方 : 63
- ・ A のみ : 7
- ・ B のみ : 2
- ・ なし : 516

(11) 侮辱

- ・ AB 双方 : 72
- ・ A のみ : 7
- ・ B のみ : 4
- ・ なし : 505

ただし、「侮辱」の定義は曖昧である。自傷他害行為とすべきかどうかについても疑問がある。

(12) 強盗

- ・ AB 双方 : 14
- ・ A のみ : 1
- ・ B のみ : 2
- ・ なし : 571

(13) 恐喝

- ・ AB 双方 : 32
- ・ A のみ : 3

- ・ B のみ : 2

- ・ なし : 551

(14) 徘徊

- ・ AB 双方 : 226
- ・ A のみ : 11
- ・ B のみ : 16
- ・ なし : 335

「徘徊」の定義も曖昧で、自傷他害行為に該当するかどうか、疑問がある。

(15) 家宅侵入

- ・ AB 双方 : 64
- ・ A のみ : 7
- ・ B のみ : 11
- ・ なし : 506

(16) 性的異常行動

- ・ AB 双方 : 49
- ・ A のみ : 11
- ・ B のみ : 7
- ・ なし : 521

「性的異常行動」の定義も曖昧である。医療観察法の対象となる強姦と強制わいせつに限定すべきであろう。

(17) 風俗犯的行動

- ・ AB 双方 : 18
- ・ A のみ : 0
- ・ B のみ : 6
- ・ なし : 564

「風俗犯的行動」の定義は何か、それが周知されているかどうかについては疑問がある。

(18) 無断離院

- ・ AB 双方 : 70
- ・ A のみ : 5
- ・ B のみ : 40
- ・ なし : 473

この項目だけは、「Aのみ」(問題行動の事実があったが今後再発のおそれはない)という選択肢よりも、「Bのみ」(問題行動の事実はないが今後出現のおそれあり)が上回って

いた。初回入院の事例では、無断離院の事実
はありえないから、当然の結果ともいえる。
そもそも、「無断離院」自体は、自傷他害行為
という措置入院の要件に該当するとは思えな
い。「不潔」「侮辱」「徘徊」といった項目とと
もに、今後は「問題行動」として特筆すべき
かどうか再検討を要する。

(19) 無賃乗車

- ・ AB 双方：8
- ・ A のみ：6
- ・ B のみ：2
- ・ なし：572

措置入院定期病状報告書に示された以上
19 項目の問題行動のうち、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、強盗のいずれかの履歴
を有する事例（「AB 双方」に「A のみ」を加
えた事例）は、全体の 3 分の 2 に近い 386 例
（65.6%）に及んだ。

12. 保護者の続柄

- (1) 第一親等：256
- (2) 第二親等：219
- (3) その他の親族：25
- (4) 市区町村長：49
- (5) その他：34
- (6) 無回答：5

第一親等（配偶者、父、母、子）の保護者
が 43.5%、第二親等（同胞、祖父母、孫）が
37.2%と 8 割以上を占めた。身寄りがないか、
あっても保護者に選任されることを拒むため、
首長が保護者となっている事例は 8.3%であ
った。

D. 考察

1. 措置入院者数の地域差

平成 15 年 6 月 30 日調査によれば、自治体

別・在院期間別の措置入院者数は、図 1 のよ
うに示される。

東京都で措置入院の在院者数が多いのは、
人口が多いだけでなく、精神科医療へのアク
セス手段として措置入院が活用されているた
めであろう。特に平成 15 年当時、夜間・休
日は警察を経由した緊急措置診察によってし
か精神科救急サービスを利用できないという
システム上の制約があった。そのため、措置
入院者の大半は在院 6 ヶ月未満の急性期患者
で占められている。

大阪府や神奈川県、横浜市など、大都市圏
で短期の措置入院者数が優位を占めるのも、
精神科救急システムの特性によるところが大
きいと思われる。

これに対して、5 年以上の長期措置入院者
数が多い自治体（上位の 5 県は、鹿児島県、
埼玉県、福岡県、岐阜県、愛媛県）は、何ら
かの要因によって措置解除にプレーキがかか
ってきたため、措置入院継続患者が累積した
ものと推測される。

昭和 50 年代までは、「経済措置」と呼ばれ
る医療費支払い軽減のための措置入院が許容
された時代があったが、近年では、障害年金
や生活保護に切り替えられ、長期間の「経済
措置」は人道上、許容されなくなっているは
ずである。何が、このような長期措置入院者
の地域差を産み出しているのだろうか。

2. 殺人履歴群と非殺人群の比較

地域差の問題を論ずる前に、まず今回の調
査から得られた情報に基づいて、長期措置入
院者のプロフィールを描き出してみよう。

前章で示したように、長期措置入院者は、
統合失調症の中高年男性が優位を占め、約 3
分の 2 は、医療観察法の対象となる重大犯罪
の履歴があった可能性が高い。ただし、傷害
や放火・弄火、性的異常行動といった問題行

動の種別は、必ずしも重大犯罪に該当するとは限らないため、殺人の履歴のある 154 例を重大犯罪の履歴が確実な群とし、それ以外の 434 例とプロフィールや処遇を比較してみることにする。

(1) 入院先病院

殺人例 154 のうち、民間病院に在院しているのは 105 例 (68.2%)、国公立病院が 45 例 (29.2%) であった。非殺人例 434 では民間病院 393 例 (90.6%)、国公立病院 32 例 (7.4%) であったから、殺人例では、非殺人例に比べて、国公立病院への在院比率が有意に高かった (図 2)。官民の役割分担からみて妥当な配分といえるが、民間病院からは、職員密度の高いパブリックセクターが重大触法事例をもっと引き受けるべきであるとする意見もありうる。ただし、殺人例が病棟管理の上で難渋するいわゆる「処遇困難例」と一致するわけではない。

(2) 性別

殺人例では、非殺人例に比べて男性の比率が有意に高かった (図 3)。

(3) 年齢構成

殺人例では、非殺人例に比べて 40 代の比率がやや高かったものの、有意差はなかった (図 4)。

(4) 措置入院期間

平均在院期間は、殺人例が 14.3 年、非殺人例が 21.5 年と、逆説的ともいえる結果となった (図 5)。他害行為が重大だからといって、措置入院の在院期間が必ずしも長くなるわけではないことを示している。

(5) 主診断

主診断の 92% が F2 群で占められており、殺人例と非殺人例との間に主診断別の有意差は認められなかった。

(6) 副診断

副診断の付されていた 79 例中、殺人例は

29 例 (36.7%) あった。全事例 588 例に占める殺人例 154 例の比率は 26.2% であったから、副診断の付された事例に殺人例が有意に多かったといえる。

(7) 身体合併症

身体合併症を伴う事例は、殺人例 31 例 (20.1%)、非殺人例 99 例 (22.8%) と有意差はなかった。

(8) 隔離

しばしば隔離を要する事例は、殺人例 39 例 (25.3%)、非殺人例 63 例 (14.5%) で、殺人例の比率が有意に高かった (図 6)。病棟管理上に問題のある事例は、やはり殺人例のほうが高い結果を示していた。

一方、隔離がほとんど不要という事例は、殺人例 86 (55.8%) のほうが非殺人例 232 (53.5%) よりも比率が高かった。すなわち、他害行為の重大さにかかわらず、長期措置入院事例の過半数は、ほとんど隔離の必要がない事例群であることが判明した。

(9) 注意必要度

注意の必要度については、殺人例と非殺人例とで有意差はなかった (図 7)。

(10) 介護度

殺人例の介護度は、非殺人例よりも低い傾向が示された (図 8)。

(11) 保護者の続柄

保護者が首長の事例は、殺人例 24 (15.6%)、非殺人例 25 (5.8%) と、殺人例で有意に比率が多かった (図 9)。殺人例では、第一親等の親族が保護者となる比率は非殺人例と変わらないが、第二親等以上の親族は保護者選任を敬遠する傾向が強いことを示している。

3. 措置入院の長期化因子

今回の調査では、措置入院者の定期病状報告書から機械的に回答できる項目のみを選別して回答してもらったため、措置入院が長期

化する因子を詳細に把握・分析することはできなかった。

しかし、今回の概略的調査からでも、一部の因子を抽出することはできる。例えば、国公立病院に入院中の事例の平均措置入院期間は14.4年、民間病院では20.4年と、それぞれ殺人例と非殺人例の平均在院期間に近い結果となっていた(図10)。男女別では、男性が平均18.6年、女性が23.8年と、女性の在院期間が有意に長かった(図11)。また、副診断のある事例79例の在院期間が16.3年、ない事例が20.2年と、予測を裏切る結果となっていた(図12)。

予測通りなのは年齢で、80歳代以上の2例(平均在院期間14.5年)を除くと、20代5.7年、30代8.1年、40代11.9年、50代21.8年、60代24.1年、70代24.9年と、年代が上がるほど在院期間が長くなっていた(図13)。全事例の82.7%を占める40代、50代、60代の事例群では、30歳前後で措置入院になり、そのまま病院内で年齢を重ねたことになる。

このほかの項目についても、在院期間の相関因子を検討してみる。

身体合併症の有無は在院期間にほとんど相関しなかった。

隔離の頻度では、多用が18.7年、時々使用が22.3年、ほとんど不要が18.6年であった(図14)。

注意の必要度では、常に厳重な注意が22.4年、随時一応の注意は18.0年、ほとんど不要が13.7年と、臨床的要因が反映されたと思われる結果を示した(図15)。

介護度でも、介護度の高い群が24.9年、中等度の群が18.2年、低い群が16.3年と、同様の傾向を示した(図16)。

問題行動のうち、殺人例では非殺人例よりも在院期間が短いという逆説的結果を示した

ことは前述したが、医療観察法の対象事例を含む可能性のある他害行為の履歴のある事例群386例の平均在院期間が18.4年であるのに対して、そのような他害行為の履歴のない事例群202例では22.1年と、やはり、予測を裏切る結果を示した(図17)。

保護者の内訳別では、第一親等が17.3年、第二親等が23.6年、その他の親族が21.2年、首長が15.6年、その他が18.6年と、首長同意よりも第一親等以外の親族が保護者となっている事例群のほうが在院期間が長いという結果となった(図18)。

以上をまとめると、民間病院に在院している非重大触法事例の女性で、介護度の高い中高年患者ほど措置入院期間が長く、副診断の併存や身体合併症、隔離の頻度といった臨床的な因子は在院期間に相関しない、という結果になっている。

20年近くにわたって措置入院を解除できない長期在院患者というと、一般的には、深刻な精神病理と行動病理が持続し、隔離室から出すことさえ困難ないわゆる「処遇困難事例」が想定されるが、今回の調査から浮かび上がる長期措置入院事例の典型は、予測に反していた。むしろ、処遇困難な慢性重症患者が少なからず含まれることは間違いないであろうが、多数派ではないということである。言い方を換えれば、措置入院継続の判断基準が標準化されていない現状が、今回の調査で浮き彫りになったといえよう。

4. 措置入院制度の運用に係わる精神医療審査会の役割

精神医療審査会は、措置入院患者からの退院請求がなくとも、6ヶ月に1度の書類審査において、措置入院継続の妥当性を検証する権限をもち、措置継続に疑問があれば、報告徴収権や審問権を駆使して詳しい調査を

することができる。そして、措置入院要件がないと判断されれば、知事による措置解除と入院形式の変更、場合によっては退院命令を勧告することもできる。

前項で論じたように、今回の調査結果は、長期の措置入院継続患者の中に、自傷他害のおそれという措置入院の要件を拡大解釈して、漫然と措置入院を継続している事例の混在している可能性が示唆された。措置入院は、外出や外泊に知事の許可が必要など、他の入院形態に比べて行動制限の多い入院形式である。家族が保護者への選任を拒んでいる、医療費の支払いに不安がある、過去に重大な他害行為がある、といった事由によって、現在さし迫った自傷他害行為リスクがあるとは思えない事例を長期間措置入院させることは、容認されるものではない。

精神医療審査会は、書類審査を通じて、措置入院継続の要否を厳密にチェックすべきである。精神医療審査会に与えられた調査権限は、措置入院継続の要否判断においては、「行使することができる権限」ではなく、「行使しなければならない権限」と解して、措置入院の継続に必然性を感じさせない定期病状報告書に遭遇したならば、病院に向いて積極的に調査すべきである。

5. 医療観察法施行後の措置入院制度運用の変化

医療観察法の施行によって、いわゆる重大6犯罪の加害者となった精神障害者のうち、責任能力の減免を理由に不起訴となった事例や公判を経て実刑判決に至らなかった事例は全て、従来の検察官通報に代わって、医療観察法への申し立てがなされることとなった。これにともなって、今後は、年間約1,000件に上る検察官通報とそれに基づく措置入院は減ると予測されるが、申請・通報の大多数を

占める警察官通報（年間約10,000件）とそれに基づく措置入院に変化はないと思われる。

警察官通報およびそれに基づく措置入院や緊急措置入院の制度は、大都市部では精神科救急医療へのアクセス手段という臨床的な意義を持っている。しかし一方、警察官通報は、触法事例がその法的責任を十分に吟味されることなく医療に移管される危険性をはらんでいる。重大6犯罪に該当すると思われる他害行為をともなったとしても、精神科治療歴のある事例の中には、警察の判断で措置入院に移管され、法的責任が不問に付される事例が含まれていた。

医療観察法は、こうした警察段階での安易な医療への移管（diversion）に歯止めをかける可能性がある。すなわち、重大な他害行為を伴う事例は、少なくとも検察送致となる比率が高まるものと期待される。医療の側も、触法事例の安易な医療への移管を防止するために、医療観察法の存在を活用すべきであろう。

医療観察法体制はまた、入院処遇事例の人権擁護や入院継続要件のチェックの面で、従来の精神保健福祉法よりも厳密な監査を要請している。指定入院医療機関は頻繁に外部監査を受け、入院処遇継続の要否は6ヶ月に一度、裁判体で評価される。その評価法も標準化されている。

こうした医療観察法の外部監査システムは、現行の措置入院制度下における監査システムにも影響をもたらすであろう。すなわち、精神医療審査会制度はもとより、知事権限に基づく実地指導と実地審査にも、厳密さと標準化を要請することとなる。

ところで、今回の長期措置入院者のプロフィール調査の結果は、医療観察法の行方を暗示している。殺人をはじめとする重大触法事例は、医学的理由のみならず、地域住民や

家族の抵抗など非医学的な理由によっても長期間の措置入院継続を余儀なくされているものと推測される。たとえ措置解除されたとしても、精神科病院内にとどまっている事例も数多いと思われる。今回の調査は、触法事例の社会復帰の困難さをあらためて浮き彫りにした。医療観察法による入院処遇事例の社会復帰にも、これに優るとも劣らない障壁が待ち構えているものと関係者は覚悟すべきであろう。

E. 結論

全国精神医療審査会事務局に依頼した措置入院者の定期病状報告書の調査を通じて、5年以上の長期措置入院者588例のプロフィールを分析した。その結果、統合失調症圏の中高年男性が多数派を占め、殺人など医療観察法の対象となる他害行為の履歴のある事例が3分の2近くに上った。しかし、長期措置入院患者の中には、臨床的に必ずしも重症とは思えない事例が少なからず混在する可能性も示された。漫然とした措置入院の長期化をチェックする上で、精神医療審査会が果たすべき役割は大きい。医療観察法が要請する外部監査システムを参考に、措置入院者の外部

監査システムが再検討されてしかるべきである。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

全国精神医療審査会連絡協議会（平成18年2月24日、東京都）において、研究成果の一部を報告した。

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

[参考文献]

- 1) 平田豊明：精神医療審査会。司法精神医学 4；司法精神医療，276-286，中山書店，東京，2005
- 2) 金子晃一，伊藤哲寛，平田豊明，川副泰成編：精神保健福祉法－その理念と実務。53-69，星和書店，東京，2002
- 3) 山崎敏雄他：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。平成16年度厚生労働科学研究「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」報告書。179-202，2005

図1 自治体別・入院期間別措置入院者数(平成15年6月末)

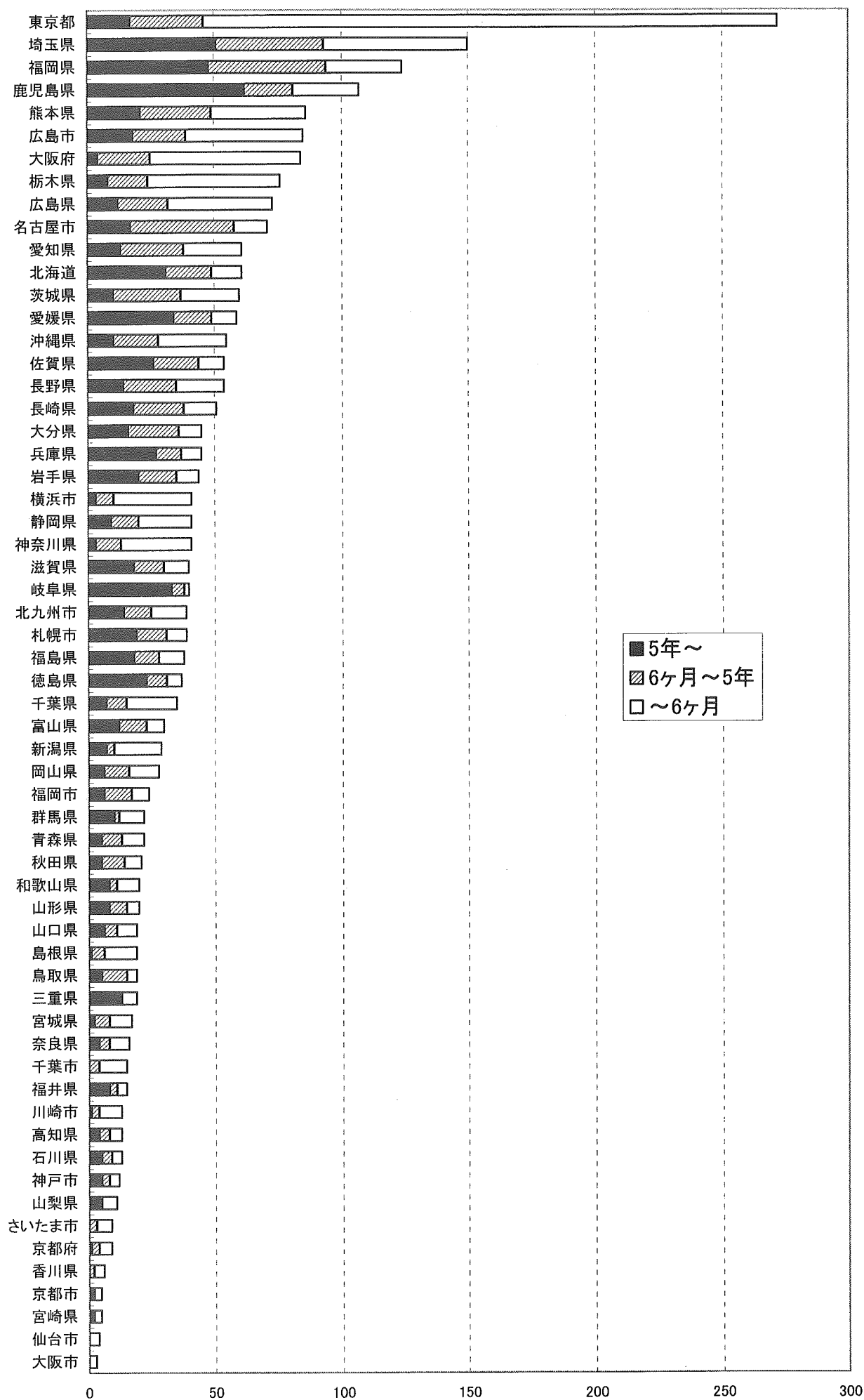


図2 入院先

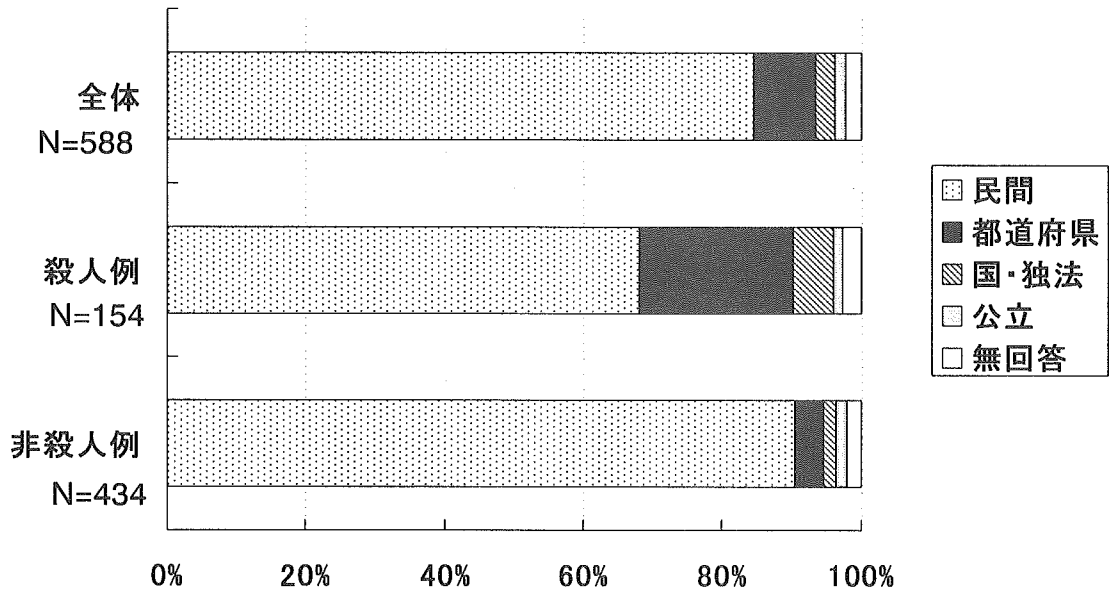


図3 性別

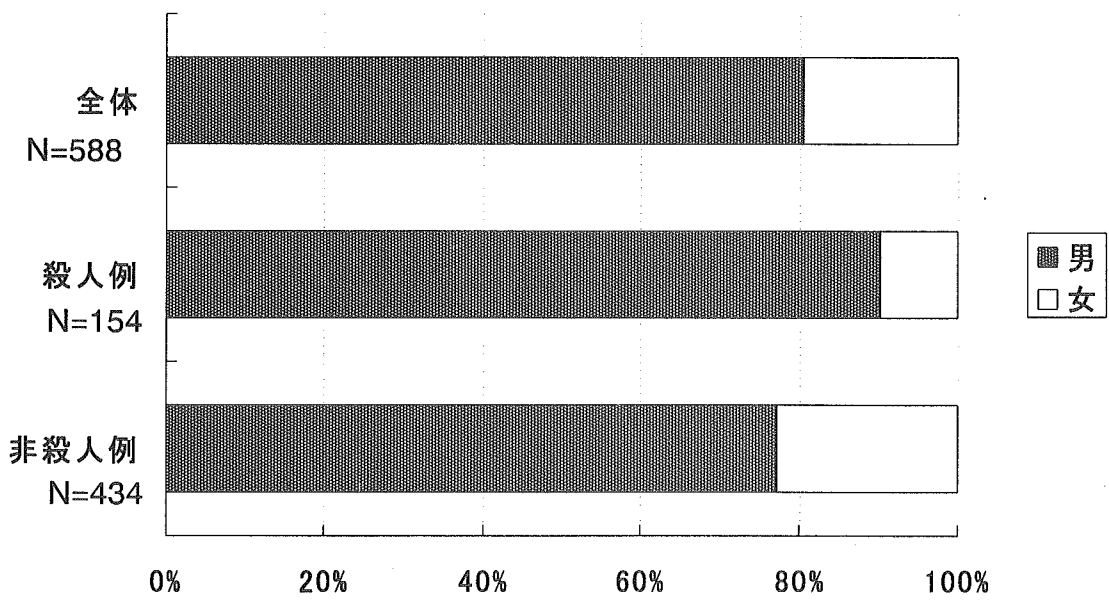


图4 年齢構成

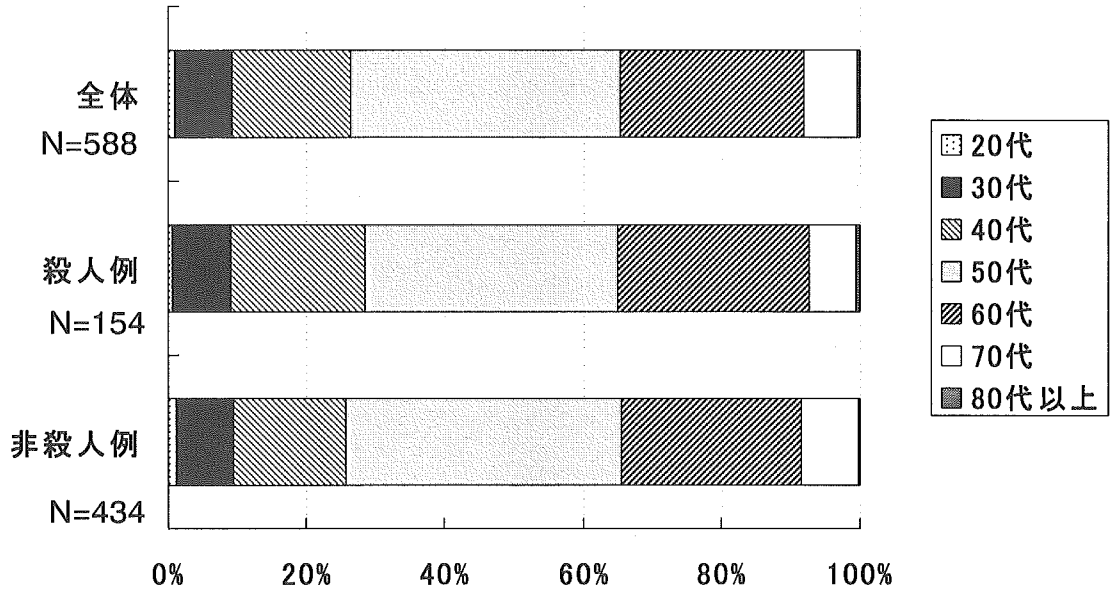


图5 平均在院年数

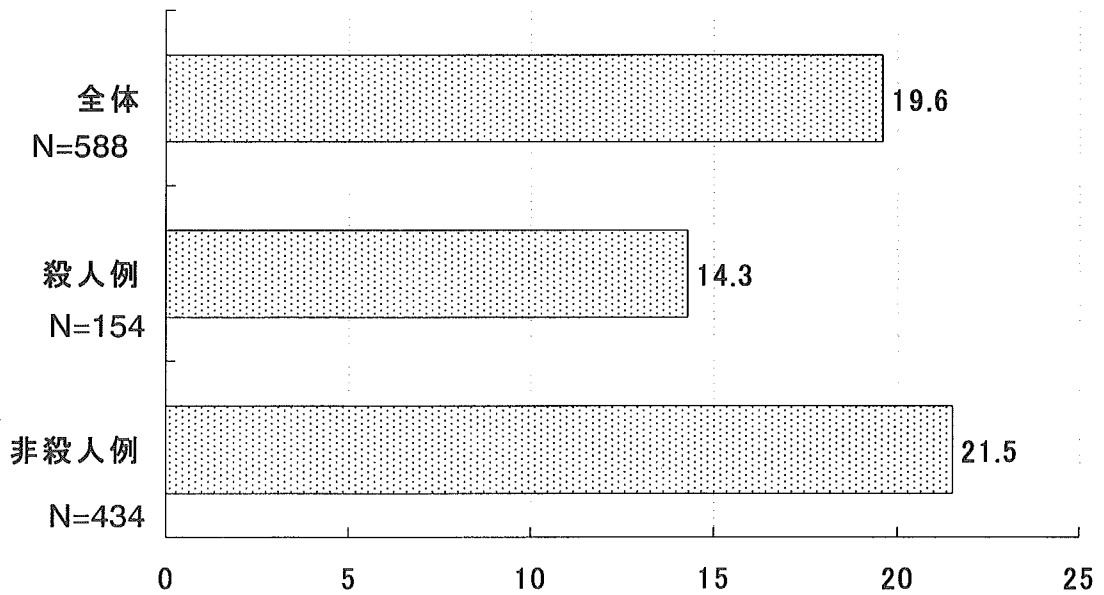


図6 隔離

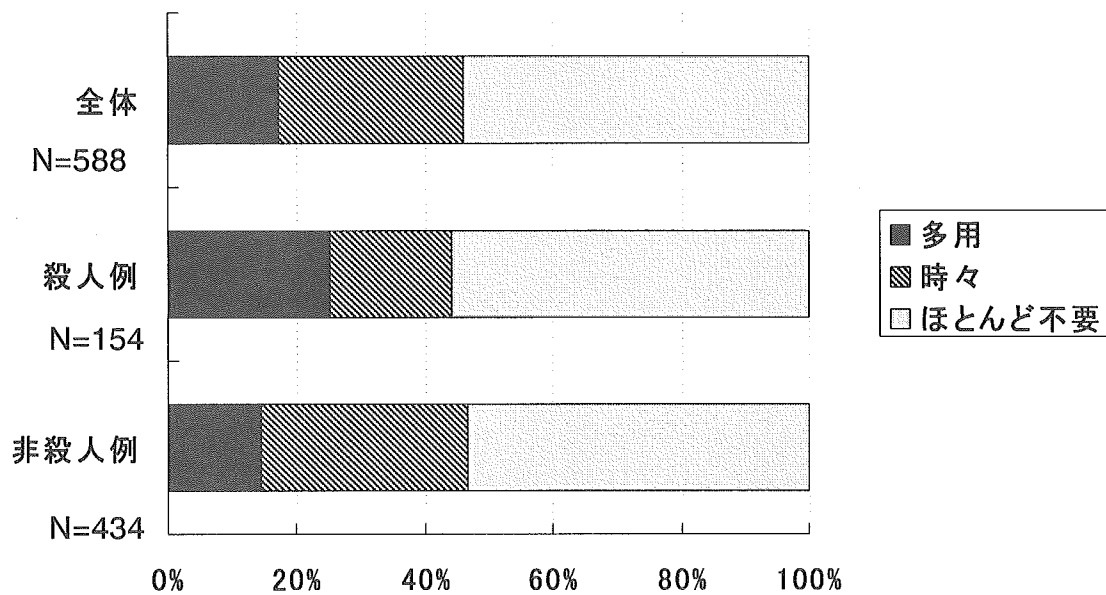


図7 注意の必要度

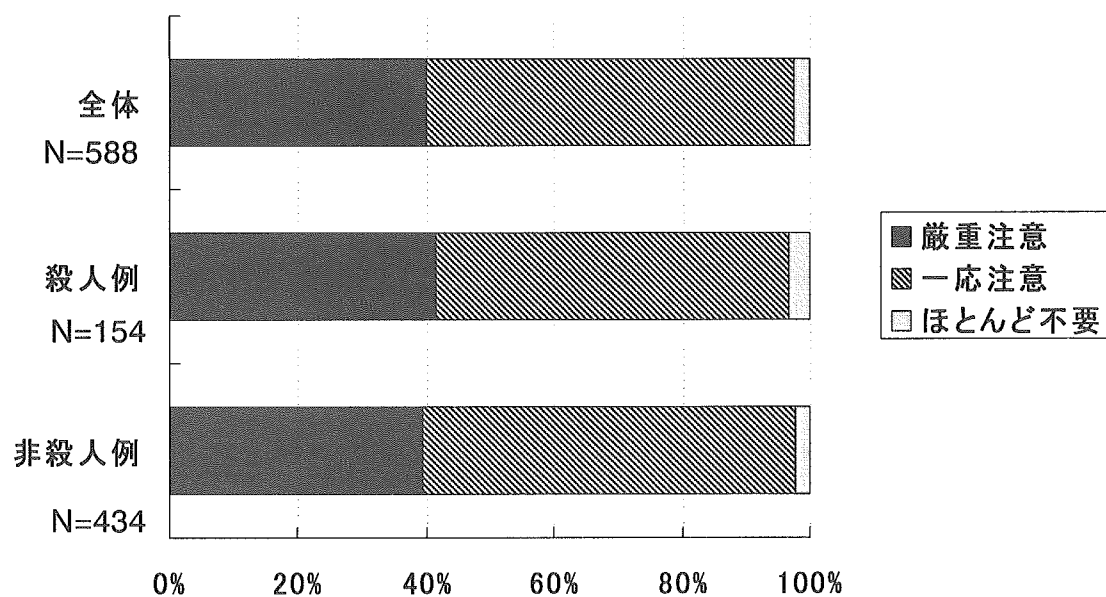


図8 介護度

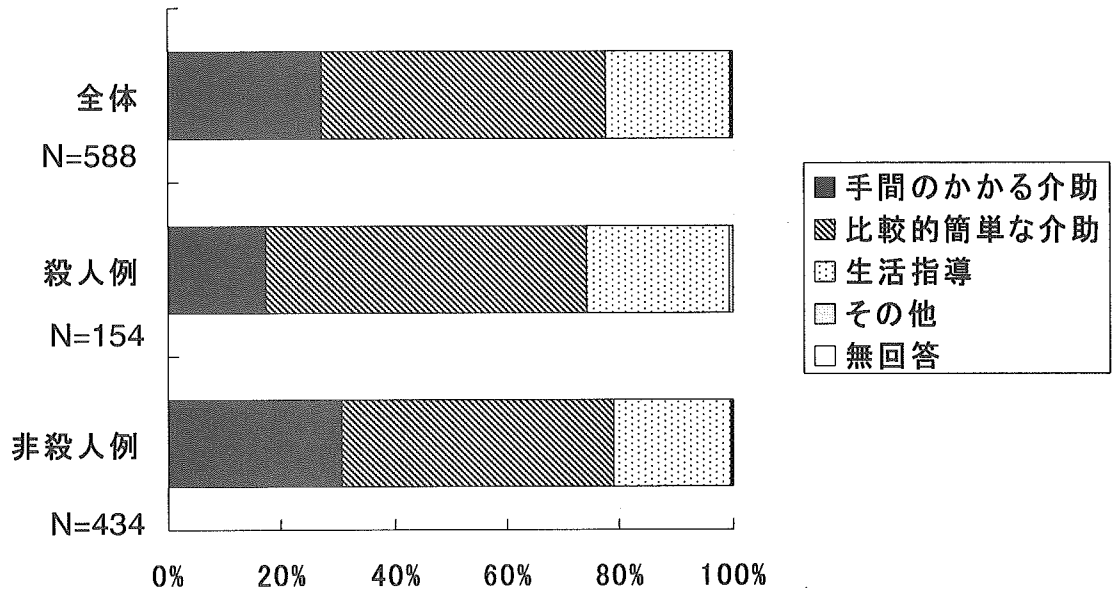


図9 保護者

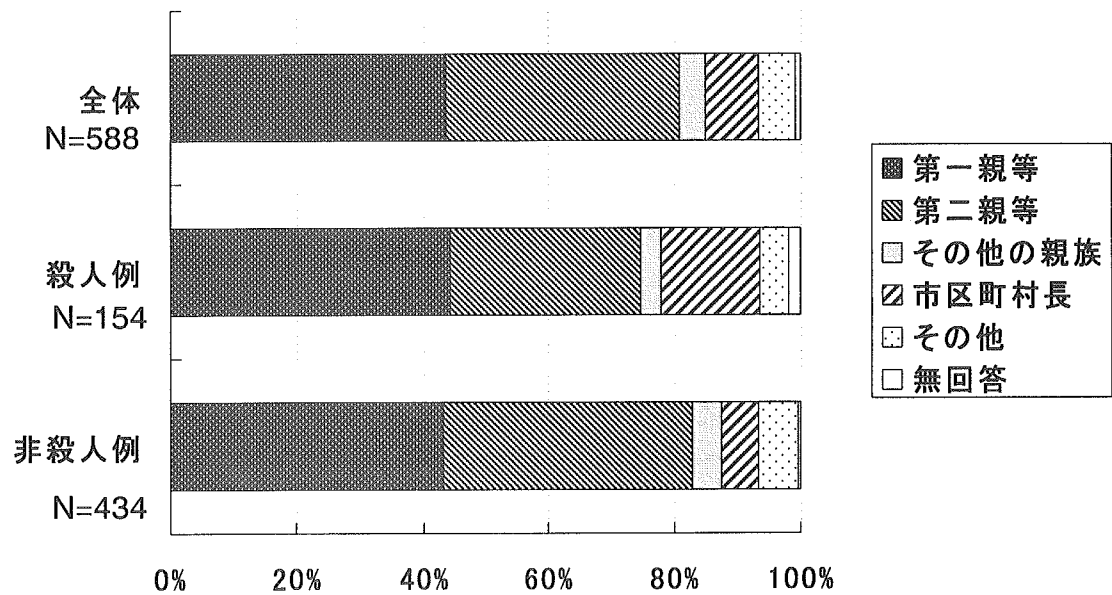


図10 入院先と在院年数

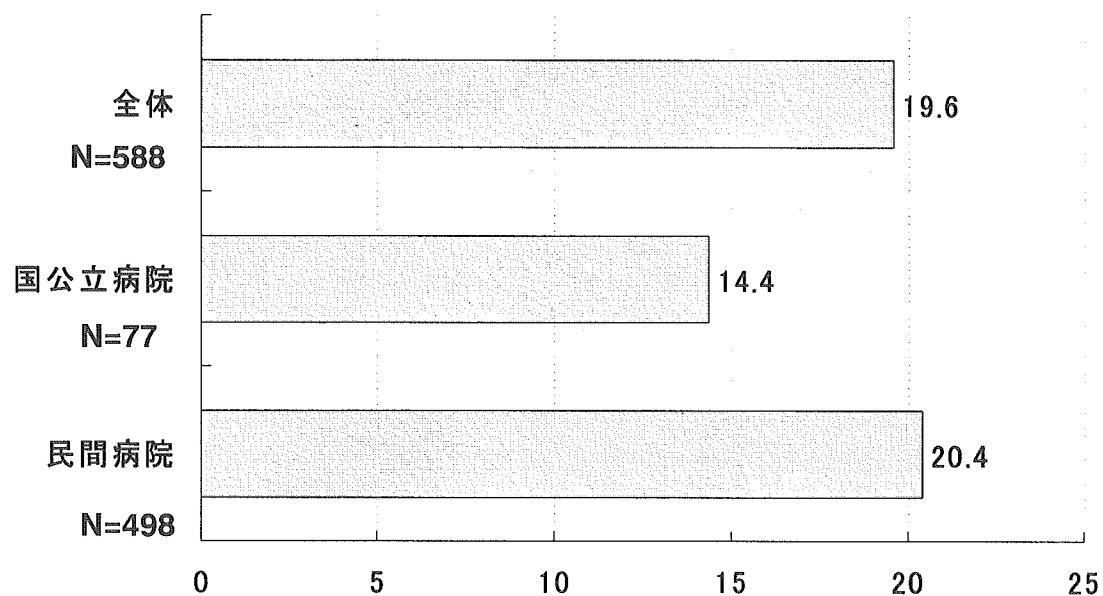


図11 性別と在院年数

