

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 18 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 19(2007)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..... 15
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 61
吉住 昭（国立病院機構肥前精神医療センター）
- ・指定医の判断の標準化のためのガイドライン研究..... 63
- ・精神保健指定医の措置入院の要否判断に対する決定木分析による検討 97
- ・措置診察時点での症状・問題行動の措置入院期間に及ぼす影響についての
決定木分析による検討 109
3. 精神保健指定医の措置解除に関するガイドライン(案)の研究 115
浦田重治郎（国立精神・神経センター国府台病院）
4. 措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究 129
鈴木友理子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
5. 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 147
白石 弘巳（東洋大学）
6. 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 167
平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

IV. 資料（措置入院制度運用に関する調査書）

1. ガイドライン(案)および記録様式(案)
2. アンケート

I . 総括研究報告書

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 18 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)

研究要旨

本研究は措置入院に関する平成12年度のほぼ1ヵ年の事例の行政書類を解析検討した結果に基づいて、措置入院制度の適正な運用に資する目的で、本制度の各段階（通報に基づく措置診察振り分け、措置診察、措置解除）におけるガイドラインの策定と行政書式の様式改訂について実地での試用、および本制度が精神科救急に果たす役割、さらには措置入院患者の人権確保について精神医療審査会の活動実態や問題点を引き続き検討した。

措置入院制度運用に関するガイドライン案は昨年度までの検討に基づいて作成された。ガイドライン案は竹島による事前調査ガイドライン(案)、吉住による指定医の措置入院判定のためのガイドライン(案)、および浦田による指定医の措置解除に関するガイドライン(案)より構成されている。事前調査の部分では元来全国统一の書式がなかったので事前調査書案、事前調査データ票案および事前調査の記録記載マニュアルも竹島は作成した。このガイドライン案および書式案についてアンケートにより国立精神医療施設、自治体病院、日本精神科病院協会会員医療機関、各都道府県の保健所長会施設、各都道府県等の精神保健福祉センターに郵送にて依頼し、行政事務担当者及び精神保健指定医の意見を求めた。

その結果、措置入院制度運用の入り口である「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドラインを提示するとともに、制度の運用実態を全国レベルでモニタリングして、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化にその結果を役立てていくことは必須であると考えられた。また、指定医の措置入院判定のためのガイドライン(案)は、多くの指定医や精神科関連施設から賛同が得られたと考えられるが、提案事項として上げられた意見には貴重なものも多く認められ、今後、措置入院制度の適正な運用に向けて、提案事項について議論を進めていくとともに、医療観察法の施行なども考慮し、措置入院制度とその運用に関して、モニタリングをする必要があると思われた。なお、措置解除に関するガイドライン案についての様々な意見もさることながら、現場における措置解除運用上の問題点についても多くの意見があり、今回のガイドライン案を即実用に問うことは難しく、措置入院判定のためのガイドライン案の研究でなされている措置入院要否判断基準と関連付け、措置解除該当要件すなわち「自傷他害のおそれ」の消失に関する精神医学的な検討、および措置解除後のフォローアップ体制の在り方についても同様に司法精神医学の議論を念頭に検討する必要があると考えた。

吉住昭らはガイドライン研究以外に精神保健指定医の措置入院の要否判断に対する決定木分析による検討と措置診察時点での症状・問題行動の措置入院期間に及ぼす影響についての決定木分析による検討をおこなった。その結果、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と考えられた。

鈴木友理子は措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究において、措置入院患者における退院後の治療のあり方について積極的な医療および生活支援を取り入れた包括型地域生活支援(ACT)プログラムの試行例を通じて効果(措置入院患者へのACTモデルの試行)、および非自発的外来通院制度をすでに導入している欧米諸国の状況に関して文献のレビュー(非自発的外来治療制度の文献的考察)についての研究を行った。その結果、ACTは多様な支援により

退院後の地域生活に円滑に移行を目指したものの、一部には医療中断、服薬中断により再発、再入院を免れることができなかったが、それでも継続的な支援の提供により、再入院はより円滑であったことが伺われた。なお文献レビューでは非自発的外来治療制度の効果について、これまでの先行研究からは結論を出すことはできなかった。

白石弘巳は精神科救急医療と措置入院の関連について明らかにし、改善のための提言を行うために、平成 17 年度に行った東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査を引き続き行い、精神科救急を頻繁に利用しなくてもすむように、地域精神保健福祉のさまざまなサービスをニードに応じて提供できる体制づくりが必要であると指摘した。また精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態を行い、平成 11 年度の調査と比較して警察官による搬送の減少、身体拘束の減少を認めた。その他、医療観察法試行以降の動きについて関係者間で意見交換を行った。

平田豊明の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では、措置入院者にとっての精神医療審査会には相談・説明・調整・監査的役割が存在していることを明らかにした。また精神医療審査会連絡協議会のシンポジウム(3回)に提示された事例から、措置入院制度の問題点を検討し、「緊急措置入院」「措置解除の問題」「自傷他害の要件とおそれの判断」「保護者も退院要求をする場合」「実地審査との関係」「審査会の独立性」「人格障害者の措置入院」「医療観察法の対象事例の問題」などの問題点が存在することを明らかにした。

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)
鈴木 友理子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
白石 弘巳 (東洋大学)
平田 豊明 (静岡県立こころの医療センター)

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)
瀬戸 秀文 (長崎県立精神医療センター)
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)
長沼 洋一 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
角野 文彦 (東近江保健所)
山下 俊幸 (京都市こころの健康増進センター)
藤林 武史 (福岡市こども総合相談センター)
鶴丸 藍子 (国立病院機構肥前精神医療センター)
五十嵐 禎人 (千葉大学)
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)
澤 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（千葉県立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（東京大学）
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（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）

研究目的

精神障害者のその病状に起因した犯罪に該当する触法行為についての精神医療制度上の対策は長年措置入院制度によって対応されてきた。しかしながら近年、措置入院や措置解除等の制度運用について様々な問題点が指摘されてきた。特に、平成12年の大阪府下における学童への重大な事件を契機に措置入院制度の問題点が注目され、その一つの解決策として新たに医療観察法制度が発足した。医療観察法は重大な犯罪に該当する触法行為を対象としているので、それ以外の触法行為は精神保健法の措置入院制度により引き続き対応せねばならず、また自殺企図を含む精神障害ゆえの緊急性の高い問題行動についても本制度の果たす役割は大きい。しかるに本制度について一部の地域に限定した検討、症例検討や理論的検討はなされたが、全国レベルでの実態及び問題点は明らかでなかったので、平成12年度のほぼ1ヵ年の事例(24条分は2か月分)を行政書類に基づいて解析検討することから実態と問題点の解明を目的として研究を平成13年度から開始した。その結果、本制度の運用はおおむね妥当に行われているも

の、一部には措置診察要否の振り分け、措置入院要否判断における基準、措置解除の曖昧さと解除後のフォロー等について問題点が認められ、また報告書・診断書・解除届け等の書式にも不十分な点のあることが明らかになった。そこで平成16年度からはこれらの措置入院制度の適正な運用に資する目的で、本制度の各段階（通報に基づく措置診察振り分け、措置診察、措置解除）におけるガイドラインの策定と行政書式の様式改訂について実地での試用を含めた検討を引き続き行うとともに、本制度が精神科救急に果たす役割、及び措置入院患者の人権確保について精神医療審査会の活動実態や問題点を検討した。

研究概要

本研究班は竹島、吉住、浦田による共同研究ガイドライン案の検討を行ってきているが、それを含め以下のように研究班を構成している。

- (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）
- (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(鈴木友理子分担)
- (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(平田豊明分担)

今年度まず竹島、吉住、浦田のガイドラインに関する研究について概要を報告し、各研究者の個別の研究はその後にまとめた。

1. 措置入院制度運用に関するガイドライン案に関する研究

資料1に提示したように、措置入院制度運用に関するガイドライン案は昨年度までの検討に基づいて作成された。ガイドライン案は竹島による事前調査ガイドライン(案)、吉住による指定医の措置入院判定のためガイドライン(案)、および浦田による指定医の措置解除に関するガイドライン(案)の三部より構成されている。なお、事前調査の部分では元来全国统一の書式がなかったので事前調査書案、事前調査データ票案および事前調査の記録記載マニュアルも作成した。このガイドライン案および書式案についてアンケートにより国立精神医療施設、自治体病院、日本精神科病院協会会員医療機関、各都道府県の保健所長会施設、各都道府県等の精神保健福祉センターに郵送にて依頼し、行政事務担当者及び精神保健指定医の意見を求めた。その結果は以下の通りであった。

1-1. 事前調査ガイドライン(案)等に関する結果：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)

措置入院制度の適正な運用を図るため、「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドライン、事前調査書の書式をまとめ、制度の運用実態をモニタリングする方法を検討した。

昨年の研究をもとに「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改訂し、措置入院制度にお

ける「精神保健指定医による診察の要否判断」に関わる機関・施設(保健所、精神保健福祉センター、精神科医療機関)を対象にアンケート調査を実施した。アンケートはガイドライン案の内容、書式案の項目それぞれについて、各案に提示された内容で良いと思うか否かを問い、そうでない場合には改訂のための意見を自由記述で回答する形式である。その結果、保健所45箇所、精神保健福祉センター54箇所、精神科医療機関72箇所の計171箇所から回答が得られた。回答を必須とした保健所と精神保健福祉センターについての回収率は87.7%であった。得られた回答から、調査項目ごとに、提示された内容で良いと思っている割合を示し、改訂のための意見を箇条書きで示した。

ガイドライン案アンケートについては以下の結果が得られた。

「原則として申請、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」ことが望まれる」について「了解または問題なし」という回答は、保健所で38ヶ所(84.4%)、精神保健福祉センターで44ヶ所(83.0%)、全体で124ヶ所(84.4%)であった。提案は、「24条以外を事前調査書作成の対象とする方がよい」「26条等で明らかに自傷他害の恐れのない「連絡」という意味合いの強い通報については必要ない。それ以外は必要」「理想としては全例の事前調査が望ましいが、①情報量②緊急性③人的余裕等により、弾力的運用が現実的」などであった。

「事前調査終了後には、個人情報に含まれない事前調査データ票を作成して措置入院制度の運用実態のモニタリングに役立てる」については「了解または問題なし」という回答は、保健所で34ヶ所(79.1%)、精神保健福祉センターで41ヶ所(77.4%)、全体で120ヶ所(83.3%)であった。提案は、「データ票の集約や解析をどのような形でどう活用すべきか、より明確化が必要」「事前調査の段階で措置診察非該当となるケースがいかにか多いかを考えても、精度管理が必要」などであった。

「可能な限り現地に出向き、本人または保護者等との面接を含めた事前調査を行う」に

については「了解または問題なし」という回答は、保健所で42ヶ所(93.3%)、精神保健福祉センターで43ヶ所(81.1%)、全体で124ヶ所(86.1%)であった。提案は、保健所からは「23条、24条以外は面会ができないことが多く困難」などであった。

「事前調査は「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」について「了解または問題なし」という回答は、保健所で45ヶ所(100.0%)、精神保健福祉センターで47ヶ所(90.4%)、全体で135ヶ所(93.8%)であった。提案は「自傷他害のおそれについては、警職法3条の保護有無により、保護されている場合には、「おそれがありうる」、保護されていない場合には、「おそれは乏しい」との前提に立ってもよい」などであった。

「所属機関の上司、主管課、精神科嘱託医等の意見を聞き、その結果をもとに、警察署に、警察官の調査時の待機や同席等を依頼する」について「了解または問題なし」という回答は、保健所で40ヶ所(88.9%)、精神保健福祉センターで41ヶ所(77.4%)、全体で124ヶ所(86.1%)であった。提案は、「自傷他害行為が緊急に生ずる場合、上司などの意見を求めるまでもなく、警察官の同席を求める必要がある」などがあつた。

「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、拘留中の様子のわかるものを添付するよう要請する」について「了解または問題なし」という回答は、保健所で44ヶ所(100.0%)、精神保健福祉センターで46ヶ所(86.8%)、全体で132ヶ所(92.3%)であった。提案は、「国レベルの合意が必要」などであった。

「事前調査時にすでに治療的介入が行われ、その結果として、対象者の状態が変化している場合は、精神保健指定医による診察を実施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等の情報収集を行い、そのうえで所属長の指示を得る」について「了解または問題なし」という回答は、保健所で37ヶ所(84.1%)、精神保健福祉センターで

38ヶ所(73.1%)、全体で107ヶ所(75.4%)であった。提案は、「たとえ一時的に症状が落ち着いていても診察の実施が望ましい」などであった。

「診察にあたる精神保健指定医が、「申請、通報又は届出の書類」「事前調査書」「起訴前鑑定書(第25条の場合)」等、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「了解または問題なし」という回答は、保健所で42ヶ所(93.3%)、精神保健福祉センターで47ヶ所(90.4%)、全体で133ヶ所(93.0%)であった。提案は、保健所からは「書類の作成が間に合わない場合は口頭で説明する方がよい」などであった。

「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(書類の作成が間に合わない場合は口頭で説明する)」について「了解または問題なし」という回答は、保健所で43ヶ所(95.6%)、精神保健福祉センターで50ヶ所(94.3%)、全体で135ヶ所(93.8%)であった。提案は、「措置入院先は、どのような所見で措置入院の判断がなされたのか、不明なまま診療を開始することはできないので閲覧は当然」などであった。

「措置入院後は、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、必要に応じて退院時の支援とフォローアップにつないでいく」について「了解または問題なし」という回答は、保健所で42ヶ所(95.5%)、精神保健福祉センターで34ヶ所(64.2%)、全体で114ヶ所(79.7%)であった。提案は「誰がどのようにしてどのようなタイミングで社会復帰支援の必要性を把握し、退院時のフォローアップを行っていくのかについて明記した方がよい」「措置解除時に社会復帰支援というのは、現実的でない」などであった。

事前調査の書式案については、「了解または問題なし」という回答は、保健所で29ヶ所(67.4%)、精神保健福祉センターで41ヶ所(78.8%)、全体で104ヶ所(74.8%)であった。提案は、「主な精神科治療歴に診断名を追加」「アルコール概取の有無、覚醒剤、シンナ

一などの有無、意識障害の有無、身体合併症の有無、外傷の有無の欄が必要」「必要最小限の項目も留めるべき」などであった。

制度の運用実態をモニタリングする方法として提示した事前調査データ票に「必要な項目がきちんとおさえられていたか」という質問には、「了解または問題なし」という回答は、保健所で33ヶ所(78.6%)、精神保健福祉センターで40ヶ所(76.9%)、全体で112ヶ所(81.2%)であった。提案は、保健所からは「データ票の集約や解析ならびに活用方法の明確化が必要。よって、現時点においては、事前調査データ票は不要」などであった。「事前調査データ票の作成は日常の業務の中で可能か」という質問には、「十分可能」という回答は、保健所で28ヶ所(62.2%)、精神保健福祉センターで15ヶ所(30.0%)であった。「事前調査データ票にある情報を電子データにすることは日常の業務の中で可能か」という質問には、「十分可能」という回答は、保健所で26ヶ所(57.8%)、精神保健福祉センターで13ヶ所(26.0%)であった。「電子化されたデータの解析は日常業務の中で可能か」という質問には、「十分可能」という回答は、保健所で14ヶ所(31.1%)、精神保健福祉センターで10ヶ所(20.0%)、精神科医療施設で3ヶ所(7.9%)、全体で27ヶ所(20.3%)であった。

「事前調査等ガイドライン、事前調査書、事前調査データ票の全国共通の様式を定めることについてどう考えますか」とついて「了解または問題なし」という回答は、保健所で33ヶ所(76.7%)、精神保健福祉センターで43ヶ所(81.1%)、全体で113ヶ所(81.9%)であった。提案は、「様式およびデータの解析プログラムシステムを全国共通版で作成し、全国の自治体に配布してほしい。解析システムを独自で作るのは困難」「本県では長く主管課と各保健所相談員で申請、通報等の対応について、議論を重ねている。あらためて全国共通のデータ票でのモニタリングは必要ない」「現場で働いている精神保健指定医の立場からすると、全国共通の様式を定めることは妥当」などであった。

以上の結果から以下のような考察をした。回答を必須とした保健所と精神保健福祉センターについての回収率が87.7%であったこと、また改訂のための意見の詳細な記載があり、「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドラインの必要性を認めたとうえで重要な意見が多く記載されたことから、本研究の目的を達成するだけの情報収集はできたと考えられる。

措置入院制度は制度創設以来60年近くを経過し、それぞれの都道府県等で運用実態が異なっている現状は、すでに措置入院制度の運用実態の分析結果からも指摘されているところである。厚生労働省においては、平成16年9月に精神保健福祉対策本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めることとしているが、この改革を推し進めていくには、地域精神医療の充実、危機介入の方法としての措置入院制度の適正な運用は必須である。また、24条通報が増加するなど制度の運用実態が変わりつつある現状や、心神喪失者等医療観察法の成立により、25条の運用実態も変わっていくであろうことを考慮すると、制度運用に入り口である「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドラインを提示するとともに、制度の運用実態を全国レベルでモニタリングして、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化にその結果を役立てていくことは必須である。一方、実際に事前調査にあたる都道府県の現場では、相当量の業務をかかえ、すでに一定の業務手順や様式をもって日常業務を行っている現状があり、それらを踏まえた事前調査ガイドラインの提示、制度の運用実態を全国レベルでモニタリングする方法の提示が必要と考えられる。

1-2. 指定医の措置入院判定のためのガイドライン(案)に関する結果：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)

精神障害者の入院の決定に関しては、絶対的な基準はなく、入院をめぐる地域差、医師間の差異が存在する。もとよりそれは、完全に一致するのが困難なことは論を待たない。しかしそうであっても、余りにその決定の差が大きすぎると精神科医療に關与する患者や家族を初めとし、多くの人に精神科医療に対する不信も生みかねない。特にそれが、都道府県知事による強制的な入院である措置入院において、指定医という資格を持つ医師による判定に著しい差異が生ずれば、さらに重要な問題となろう。本研究の目的は、措置入院の決定に際し、指定医の判断を標準化するためのガイドライン案を提示し、それに対する意見を集約することにある。そのために本研究では、イ.措置診察を行った指定医のガイドライン案と措置診断書案に関する意見、措置入院制度全般に関する意見、ロ.それを受けて若干の修正を行ったガイドライン案に対する全国の精神科医療施設、精神保健福祉センター、保健所の意見を集約した。

イ.措置診察を行った指定医のガイドライン案に関する意見

措置入院判定ガイドラインと措置診断書案について、6 県市の 41 名の指定医から回答を得た。ガイドラインに定めた 7 項目について 8 割以上の指定医は、特に問題はないとしていた。措置診断書案については、症状欄について多数の意見があった。また、事前調査、消褪届けについてもマニュアルやガイドラインの必要を述べていた。措置入院全般については、指定医の資格要件、運用にまつわる問題、医療観察法との関連など、重要な指摘が多岐にわたってなされ、その意見について、今後議論していく必要があると思われた。

ロ.精神科医療施設、精神保健福祉センター、保健所のガイドラインに関する意見

イの意見をもとに一部変更した措置入院判定ガイドライン(1.「ICD-10 精神および行動の障害」に該当する精神障害があるか、それに基づく症状が存在する 2.問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当する 3.問題となった行為は、精神症状によって生じたか、もしくは関連がある 4.問題となった

行為に対して、判断能力がないか、もしくは著しく低下している 5.問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が、診察時に持続しているか、軽快または消失している場合でも容易に再燃や悪化が予想される 6.精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されるか悪化が防止される 7.入院させなければ、精神症状によって自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある)に加えて、「7つの項目を満たす場合に措置入院が適切である」について、218 の精神科関連機関(精神科医療施設 104、精神保健福祉センター64、保健所 50)に送り 171 カ所からの回答があった。その結果、各項目概ね約 8 割が特に問題はないとしていた。しかし、ICD-10 では範囲が広すぎる、判断能力の判断、治療反応性については、多くの提案が寄せられた。

本ガイドライン案は、多くの指定医や精神科関連施設から賛同が得られたと考えられるが、提案事項として上げられた意見には貴重なものも多く認められた。今後、措置入院制度の適正な運用に向けて、提案事項について議論を進めていくとともに、医療観察法の施行なども考慮し、措置入院制度とその運用に関して、モニタリングをする必要があると思われた。

1-3.精神保健指定医の措置解除に関するガイドライン(案)の結果(浦田重治郎)

平成 13 年度から行った平成 12 年度の措置入院制度に関わる一連の行政書類による実態の分析結果、措置入院に関するガイドラインが必要と考えた。本研究は其中で措置症状消褪届けに関する部分のガイドライン案の研究である。

今年度はそのガイドライン案(資料 1)についてアンケート(資料 2)により精神科医療施設、保健所長会、精神保健福祉センター合計 218 施設の行政事務担当者及び精神保健指定医の意見を求めた。回収率は 218 施設中 171 施設(78.4%)であった。

結果は、浦田の分担研究報告の表 1~表 7 に示したが、1.措置症状消褪届を適正に記

載すべきであるということについて「了解しました、または問題ないと考えます」93.6%、「提案があります」4.1%、無回答 2.3%であった。2. 措置解除の要件として精神保健福祉法の措置該当要件3項目(A-1 精神障害がない、A-2 自傷・他害行為は精神障害によらない、A-3 入院によらなくとも自傷・他害行為が抑えられる)を満たさないということについて「了解しました、または問題ないと考えます」が87.7%、「提案があります」10.5%、無回答 1.8%であった。3. 問題となった行為は、自傷行為または他害行為に該当しないについて「了解しました、または問題ないと考えます」84.2%、「提案があります」10.5%、無回答 5.3%であった。4. 問題となった行為に対する判断能力がある、という項目について「了解しました、または問題ないと考えます」76.6%、「提案があります」18.7%、無回答 4.7%であった。5. 問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が、診察時に持続していないか、軽快または消失し容易には再燃や悪化が予想されないについて「了解しました、または問題ないと考えます」89.5%、「提案があります」8.8%、無回答 1.7%であった。6. 精神科の入院治療によって精神症状の改善が期待されないについて「了解しました、または問題ないと考えます」62.5%、「提案があります」35.7%、無回答 1.8%であった。7. 退院後の社会生活時の指導・援助方針について「了解しました、または問題ないと考えます」84.2%、「提案があります」11.7%、無回答 4.1%であった。なお提案については各表の下に示した。

措置解除に関するガイドライン案についての今回のアンケート調査では様々な意見が寄せられた。ガイドライン案の内容についての意見もさることながら、現場における措置解除運用上の問題点についても多くの意見があり、今回のガイドライン案を即実用に問うことは難しく改めて検討する必要性を感じた。その場合、以下の2点で検討するのが妥当かと考える。まず第一は、措置入院判定のためのガイドラインでなされている措置入院要否判断基準と関連付け、措置解除該当要件すな

わち「自傷他害のおそれ」の消失に関する精神医学的な検討を最近の司法精神医学の議論に踏まえて再度行う必要がある。第二には措置解除後のフォローアップ体制の在り方についても同様に司法精神医学の議論を念頭に検討する必要がある。

2. ガイドライン以外の研究

2-1. 吉住は平成12年のデータベースに基づいて指定医による措置入院の要否判断や措置入院期間に影響を及ぼす因子に関する研究を行った。

①精神保健指定医の措置入院の要否判断に対する決定木分析による検討(吉住昭)

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)3884枚について、決定木分析を行った。

分析には、SPSS13.0 Classification Treesを用い、CHAIDにて親ノード100以上、子ノード50以上とし、5%の有意水準にて年齢、性別、診断、問題行動、状態像の分類を試みた。全例では要措置84.4%(n=3884)であった。樹形図は、まず精神運動興奮の有無で2268例と1616例に分類された。以下同様に、最少3段階、最多7段階に46ノードに分類され、最終ノードは24(最大623例、最小54例)となった。最も少ない分枝で最終ノードに達したのは、精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想なしで92.2%(128例のうち118例)が要措置とされたノードならびに精神運動興奮なし・幻覚妄想なし・自殺企図ありで80.4%(184例のうち148例)が要措置とされたノードであった。また精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想ありの分岐で、薬物アルコールありのノード(133例)、同なしの分岐で64歳以下・残遺症状ありのノード(117例)、精神運動興奮あり・傷害なし・幻覚妄想

あり・自殺企図あり・微罪ありのノード（102例）で、全例が要措置と判断されていた。一方、精神運動興奮なし・幻覚妄想なし・自殺企図なし・躁なし・傷害なし・男性・人格障害なしでは30.3%（155例のうち47例）が要措置とされるにとどまっていた。

決定木分析による樹形図は、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。したがって、措置要否の判断に用いることはできない。ただし、これまで保健指定医が、措置要否の判断に際して、どのような点を考慮しているかについては、乏しい資料しか存在しなかったため、その判断の過程を明らかにする端緒となると思われる。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、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措置診察時点での症状・問題行動の措置入院期間に及ぼす影響についての決定木分析による検討（吉住昭）

検察官通報の時点で、検察官に重大な他害行為のおそれが認定されて措置入院となると、その後180日目までの入院期間は、広義の触法行為群と比較して、明らかに延長していた。今回、他の症状や問題行動と、その後の入院期間について、決定木分析により、検討した。

2000年4月1日から2001年3月31日まで（警察官通報では同年5月と11月）に、全国で措置入院に関する診察を受け、措置入院となった1515例の入院期間について、決定木分析を行った。なお、措置入院期間の観察期間は、資料収集の事情から、2000年4月1日から2001年10月31日までであり、最短7ヶ月、最長1年7ヶ月であった。全例では入院期間137±143日（n=1515）であった。樹形図は、

まず病名で分類され、最少2段階、最多3段階に8ノードに分類され、最終ノードは5（最大917例、最小58例）となった。

樹形図は、最初、F2、F4、F7、F9いずれかの病名で一致した群では入院期間151±147日（n=976）、それ以外（F0、F1、F3、F6、その他、不一致）の群では入院期間113±132日（n=539）で分類された。F2、F4、F7、F9群は、殺人のおそれの有無で、あり群では入院期間245±169日（n=59）、なし群では入院期間145±143日（n=917）と分類され、それぞれ最終ノードとなった。それ以外（F0、F1、F3、F6、その他、不一致）の群では、精神運動興奮の有無で、あり群では入院期間86±108日（n=210）、なし群では入院期間130±143日（n=329）と分類され、なし群は最終ノードとなった。精神運動興奮あり群は、自傷の有無で、あり群では入院期間45±73日（n=58）、なし群では入院期間102±114日（n=152）と分類され、それぞれ最終ノードとなった。

決定木分析による樹形図により、入院時に、殺人の恐れが認定されると、措置入院期間が顕著に延長することが、改めて確認された。他の重大な他害行為の、措置入院期間への影響は、決定木分析からは、明らかではなかった。

この結果は、入院時の症状や問題行動などの所見と、措置入院期間をみたものであり、入院中の治療、また措置解除後の入院継続期間などは考慮されていないが、診断、精神運動興奮や幻覚妄想などの症状、殺人や自傷などの問題行動は、入院期間に影響を与えていた。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。

2-2. 措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究（鈴木友理子）

措置入院患者における退院後の治療のあり方について、積極的な医療および生活支援の取り入れた包括型地域生活支援（ACT）プログ

ラムの試行例を通じて効果を検討した（課題 1. 措置入院患者への ACT モデルの試行）。また、非自発的外来通院制度をすでに導入している欧米諸国の状況に関して文献のレビューを行い、先行研究やデータに基づいて本制度のこれまでの知見について整理する（課題 2. 非自発的外来治療制度の文献的考察）。

課題 1 については、前年度までの研究方法を継続して、ACT で支援を受けている措置入院経験者の経過、特に再発の可能性、そしてこれらの危機時の ACT での対応のありかたについて検討した。情報収集は ACT-J のケースマネジャーの臨床プロセスの記録をデータベースより抽出し、過去 30 ヶ月間にさかのぼり ACT-J により提供されたサービスコードを検討した。課題 2 については、非自発的外来治療制度をすでに実施している国々における制度を概観し、先行研究から、強制外来治療の有効性と課題について検討した。本目的のために、Pubmed, PsycINFO, Google Scholar を用いて文献検索を行った。

課題 1 について、措置入院群の 5 名をみると、退院後 30 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、123.8 から 472.2（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 29.5（時間）、最大は 1078.4（時間）とその幅は広く、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措置入院経験者へのアウトリーチ（地域への訪問）は、202 から 459（件）、81.4 から 301.9（時間）であった。サービスの領域は、どのケースでも精神症状・服薬管理、日常生活の支援が最も多く、個別のニーズに応じて住居に関する支援、家族支援、本人への心理教育など多様であった。課題 2 については、既に非自発的外来治療制度を導入している欧米諸国における先行研究は多数発表されているが、この効果評価研究としてエビデンスレベルが高いといわれる無作為比較試験は米国から二つ出されているのみであった。しかし、いずれも非自発的外来治療が対照群に比較して、再入院率、入院期間のアウトカム指標において統計的に有意な結果は得られていなかった。これら二つの研

究のメタアナリシスでも上記指標において、統計的に有意な結果は得られていなかった。

課題 1 について、ACT が提供した支援は、入院時、退院初期に地域生活に円滑に移行できるように、医療的支援に加えて、日常生活支援、住居確保に関する支援、家族支援、本人への心理教育など多様であった。特に医療中断、服薬中断をしたものは、再発、再入院を免れることができなかったが、それでも継続的な支援の提供により、再入院はより円滑であったことが伺われた。課題 2 について、非自発的外来治療制度の効果について、これまでの先行研究からは結論を出すことはできなかった。しかし、法的介入という非自発的外来治療制度の特性から、無作為化比較試験で効果を評価するには、研究デザイン、法的、倫理的、実施面で課題が山積しており、これらの結果は必ずしも本制度を否定する結論ではないと考えられた。

2-3. 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）

精神科救急医療と措置入院の関連について明らかにし、改善のための提言を行うために、平成 17 年度に行った東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査を進展させ、また、精神科救急入院患者の実態調査などを行った。東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査では、都立 4 病院にて、3 年間に 3 回以上救急入院した 95 人の患者の特徴について対照をとって調査した。その結果、「頻回例」は、発症年齢、精神科救急の初回利用時年齢、家族構成、通院状況、家族への暴力の頻度、などについて「対照例」と異なっていた。「頻回例」では、病状が不安定で、家族に対する暴力が少なくなく、治療中でも十分な効果が得られていないと考えられる場合があり、家族からの支援を受けにくい、などの問題が明らかとなった。こうした患者について、精神科救急を頻繁に利用しなくてもすむように、地域精神保健福祉のさまざまなサービスをニードに応じて提供できる体制づくりが必要であると指摘した。

精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者

の実態では、精神科救急医療システム整備事業に参加している医療機関にアンケートを行い、29医療機関から回答を得た。精神科救急入院者数には、医療機関ごとに大きな差が認められた。平成18年5月に精神科救急医療システム整備事業で入院した患者数は、292人であった。平均入院者は、全29病院で、休日約14人、土曜日10人、平日7.6人であった。平均入院者は、休日約14人、土曜日10人、平日7.6人であった。警察官による搬送は、平成11年度の調査と比較して減少していた。身体拘束を受ける人の比率は、平成11年度に比して減少していた。3ヶ月後までの転帰は平成11年度の調査とほぼ同様であると考えられた。その他、医療観察法試行以降の動きについて関係者間で意見交換を行った。

2-4. 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（平田豊明）

今年度は精神医療審査会への退院等請求内容から措置入院者の実態を検討した。資料は熊本県の15年6ヶ月間の退院等請求内容を用いた。全請求件数は382件、措置入院は107件(28.0%)、医療保護は268件(70.2%)であった。措置入院の入院者は減少しているが、請求件数は多くなっている。また、請求率について医療保護入院者と比較すると、措置入院者は平成11~10年は医療保護入院者の5.6倍であったが、平成11~15年は18.7倍であった。疾患では統合失調症が84%と多く、男性が89%であった。請求内容別でみると、一番多いのはいわゆる退院請求が31件(29%)であった。次に多いのが、「措置入院の異議申し立て」(20件)、「措置解除請求」(17件)であった。何らかの処遇の不满を述べている例も14件であった。措置要件から検討すると、暴力行為(34件)、脅迫行為(17件)、殺人(14件)、傷害行為(10件)の順であった。また、医療観察法に関係する内容(殺人、傷害、放火、強盗など)は32件であった。審査結果は、「現

在の入院形態での要入院継続」が103件、「措置解除(入院形態の変更)」は2件、「保護者を変更して入院形態を変更して入院継続」が1件であった。後、7件は審査会の意見を付記として病院管理者に伝え、入院形態の変更を行ったのは7件であった。審査結果通知後、請求者の状態を1年後に主治医から調査した。その結果、「どうか納得」は39.9%、「不満足」は29.9%、「不満足で再請求」は29.9%であり、審査結果に「不満足」は約6割であった。最近3年間の措置入院者の再請求率(32.4%)は、医療保護入院者(24.6%)よりも多かった。措置入院制度の問題点は、①治療的同意の手続きが明確でないこと、②処遇の基準がないこと、③措置解除の在り方の問題などがある。

以上から、措置入院者にとっての精神医療審査会には、相談・説明・調整・監査的役割が存在している。他に、精神医療審査会連絡協議会のシンポジウム(3回)に提示された事例から、措置入院制度の問題点を検討した。問題点は、「緊急措置入院」「措置解除の問題」「自傷他害の要件とおそれの判断」「保護者も退院要求をするに場合」「実地審査との関係」「審査会の独立性」「人格障害者の措置入院」「医療観察法の対象事例の問題」などであった。

結論

本研究班では最初の3年間で平成12年の行政資料に基づく措置入院制度運用実態の検討し、措置入院制度運用のガイドラインや諸書式等の改定の必要性を明らかにした。平成16年度からの研究ではガイドライン案を作成し、実際に措置入院を運用している行政担当者や精神保健指定医に意見を聞いてきた。その結果、この研究班の目指した措置入院制度運用ガイドラインの必要性が認められるとともに多くの実務における問題点も議論された。また、措置入院患者の退院後のフォローと社会生活支援が必要であり、包括型地域生活支援(ACT)プログラムのような積極的・集中的手法の重要性を認識した。そのほか、措

措置入院制度が精神科救急においても重要な役割や、精神医療審査会の活動を通じて措置入院患者の処遇についても検討した。

医療観察法制度が運用されるようになったとはいえ、医療観察法の適用を受けない触法行為や自殺等の自傷行為を行った精神障害者の医療において措置入院制度は重要な役割を担っている。ガイドライン案の検討をはじめとするこれまでの措置入院制度運用に関する研究の内容がさらに深められ、精神医療の質が少しでも向上するために寄与することが期待される。

健康危険情報

なし

研究発表

なし

知的財産権の出願・登録状況

なし

II. 分担研究報告書

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 18 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

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)
角野 文彦 (東近江保健所)
山下 俊幸 (京都市こころの健康増進センター)

研究要旨:【目的】措置入院制度の適正な運用を図るため、「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドライン、事前調査書の書式をまとめる。また、制度の運用実態をモニタリングする方法を提案する。【方法】研究の成果をもとに「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、制度の運用実態をモニタリングするためのデータ票案を改訂し、改訂案をもとにアンケート調査を実施した。アンケートはガイドライン案の内容、書式案の項目それぞれについて、各案に提示された内容で良いと思うか否かを問う、そうでない場合には改訂のための意見を自由記述で回答する形式である。調査対象は、保健所 50 箇所、精神保健福祉センター 64 箇所、精神科医療機関 104 箇所の計 218 箇所であり、それぞれ 45 箇所 (90.0%)、55 箇所 (85.9%)、71 箇所 (68.3%)、の計 171 箇所から回答を得た。回答を必須とした保健所と精神保健福祉センターについての回収率は 87.7%であった。得られた回答から、調査項目ごとに、提示された内容で良いと思っている割合を示し、改訂のための意見を箇条書きで示した。【結果】事前調査ガイドライン案の内容、事前調査書案の書式についてはおおむね「了解または問題なし」という回答が得られたが、具体的な改訂のための意見も多く出された。事前調査データ票については、データ票の集約や解析ならびに活用方法の明確化が必要との意見があった。これらの全国共通の様式を定めることについて「了解または問題なし」という回答は、保健所で 33 ヶ所 (76.7%)、精神保健福祉センターで 43 ヶ所 (81.1%)、全体で 113 ヶ所 (81.9%) であった。【考察】回答を必須とした保健所と精神保健福祉センターについての回収率が高く、精神保健指定医による診察の要否判断のための事前調査ガイドラインの必要性を認めただうえで、改訂のための重要な意見が詳細に記載されていたことから、本研究の目的を達成するだけの情報収集は達成できたと考えられる。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づき、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後 10 年で進めていくには、危機介入としての措置入院制度の適正な運用は必須である。また、24 条通報が増加するなど制度の運用実態が変わりつつある現状や、心神喪失者等医療観察法の成立により、25 条の運用実態も変わっていくであろうことを考慮すると、制度運用のゲートキーパーである「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドラインの提示と、制度の運用実態を全国レベルでモニタリングして、精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化にその結果を役立てていくことは必須である。本研究では、18 年度研究成果を踏まえて、総合研究報告書に事前調査ガイドラインと事前調査票を提示した。また、制度の運用実態をモニタリングするための電子データ票の開発準備を行った。平成 18 年度から始まった厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」では、改革ビジョン推進のためのフォローアップ研究を行うこととしている。本研究の成果を、上記のフォローアップ研究で行われる電子調査票の開発に引き継ぐことで、措置入院制度の運用実態のモニタリングが進むことが期待される。

A. 研究目的

措置入院制度の適正な運用を図るため、「精神保健指定医による診察の要否判断」のための事前調査ガイドライン、事前調査書の書式をまとめる。また、制度の運用実態をモニタリングする方法を提案する。

B. 研究方法

17年度研究では、措置入院制度における「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、県市6箇所の協力を得て、これらの実地試行調査とアンケート調査を実施した。18年度研究では、まず実施試行とアンケートから得られた意見をもとに「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改訂した。次にこの改訂した「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について、措置入院制度における「精神保健指定医による診察の要否判断」に関わる機関・施設から広く意見を収集するためにアンケート調査を実施した。アンケートはガイドライン案の内容、書式案の項目それぞれについて、各案に提示された内容で良いと思うか否かを問い、そうでない場合には改訂のための意見を自由記述で回答する形式である。調査対象は、保健所50箇所、精神保健福祉センター64箇所、精神科医療機関104箇所の計218箇所である。保健所および精神保健福祉センターに対しては必ず回答をお願いし、精神科医療施設については、特に意見のない場合は回答の必要がないとした。その結果、保健所45箇所、精神保健福祉センター55箇所、精神科医療機関71箇所、の計171箇所から回答が得られた。回答を必須とした保健所と精神保健福祉センターについての回収率は87.7%であった(表1)。得られた回答から、調査項目ごとに、提示された内容で良いと思っている割合を示し、改訂のための意見を箇条書きで示した。なお、改訂のための意見に具体的な都道府県名があった場合はすべて「本県」に統一した。

(倫理面への配慮)

本研究は、「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についての意見をアンケート調査により収集する内容である。アンケート調査の回答には個人を特定可能な情報は含まれていない。アンケートの表紙には、回答内容の確認をする際に使用する目的で記入者の氏名と連絡先電話番号の記入がなされるが、この情報は上記の目的以外には使用しないことを明記している。回答内容の確認が不要となった時点でこの情報は回答内容と切り離して破棄される。以上の様な対策から倫理的な問題は発生しないと考えられる。

C. 研究結果

1. 事前調査ガイドライン案について

1) 下線部(A)「ゆえに、原則として申請、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し、指定医による診察の要否判断の根拠を明確にすることが望まれる」について(表2)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で38箇所(84.4%)、精神保健福祉センターで44箇所(83.0%)、全体で124箇所(84.4%)であった。「提案がある」という回答は、保健所で7箇所(15.6%)、精神保健福祉センターで9箇所(17.0%)、全体で23箇所(15.6%)であった。

提案は、「24条以外を事前調査書作成の対象とする方がよい」「26条等で明らかに自傷他害の恐れのない「連絡」という意味合いの強い通報については必要ない。それ以外は必要」「理想としては全例の事前調査が望ましいが、①情報量②緊急性③人的余裕等により、弾力的運用が現実的」などであった。

2) 下線部(B)「事前調査終了後には、個人情報に含まれない事前調査データ票を作成して措置入院制度の運用実態のモニタリングに役立てる」について(表3)

「了解または問題なし」という回答は、保健所で34箇所(79.1%)、精神保健福祉センターで41箇所(77.4%)、全体で120箇所(83.3%)であった。「提案がある」という回