

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) が要措置とされた第 9 最終ノードであった。

(2) 要措置率が高いノード

a 全例要措置とされたノード

精神運動興奮あり・傷害ありの第 5 ノード以下の分岐で、幻覚妄想あり、薬物アルコールありの第 2 2 最終ノード (133 例)、第 5 ノードから以下の分岐で幻覚妄想あり、薬物アルコールなし・64 歳以下・残遺症状ありの第 4 2 最終ノード (117 例)、精神運動興奮あり・傷害なしの第 6 ノード以下の分岐で、幻覚妄想あり・自殺企図あり・微罪ありの第 3 4 最終ノード (102 例) で、全例が要措置と判断されていた。

b 要措置率が高いノード

全例における要措置は 84.4% であり、措置不要は 15.6% であった。措置不要が 2 分の 1 の 7.8% となる、要措置率 92.2% 以上のノードを、要措置率が高いノードとした。

最も要措置率が高いノードが集中したのは、精神運動興奮あり・傷害ありの第 5 ノード (96.6%) 以下であり、第 3 2 最終ノード (90.2%) 以外のすべてのノードにおいて、要措置率 92.2% 以上となった。

また、精神運動興奮あり・傷害なしの第 6 ノード以下、幻覚妄想あり・自殺企図ありの第 2 3 ノード以下の、第 3 3 最終ノード (95.3%)、第 3 4 最終ノード (100.0%)、また第 1 3 ノード以下の自殺企図なし・男性・人格障害ありの第 4 4 最終ノード (98.3%)、第 6 ノード以下の幻覚妄想なし・自殺企図ありの第 2 5 最終ノード (92.6%) においても、要措置率が高かった。

さらに、精神運動興奮なし・幻覚妄想ありの第 3 ノード以下、傷害あり・微罪ありの第 1 6 ノードにおいても、要措置 93.8% の高値を示していた。

(3) 要措置率が低いノード

全例における要措置は 84.4% であり、措置不要は 15.6% であった。措置不要が 2 倍の 31.2% となる、要措置率 68.8% 以下のノードを、要措置率が低いノードとした。

a 要措置 50% 以下のノード

要措置 50% 以下となったのは、精神運動興奮なし・幻覚妄想なしの第 4 ノード以下の分岐で、自殺企図なし・躁なし以下にみられた。

まず、躁なしの第 1 9 ノードで 46.4%、さらに傷害なしの第 3 0 ノードで 40.2%、さらに男性の第 4 0 ノードで 34.9% となった。そして人格障害ありの第 4 6 最終ノードで 46.0% に上昇したものの、人格障害なしの第 4 5 最終ノードでは要措置 30.3% と、最も要措置とされる割合が低かった。

これを要措置とされる割合の低い順に並べ替えると、第 4 5 最終ノード 30.3%、第 4 0 ノード 34.9%、第 3 0 ノード 40.2%、第 4 6 最終ノード 46.0%、第 1 9 ノード 46.4% となった。以上 5 つのノードは、要措置の割合が 50% 以下にとどまっていた。

b 要措置 68.8% 以下のノード

要措置率が低いノードは、すべて、精神運動興奮なし・幻覚妄想なしの第 4 ノード (60.2%) 以下の分岐で、自殺企図なしの第 1 0 ノードで 52.3%、さらに躁なし・傷害ありの第 2 9 ノードで 65.6%、躁なし・傷害なし・女性の第 3 9 ノードで 58.7% などであった。

(4) 検証

検証により作成された樹形図 (検証図) は、図 2 に示した。

検証図では、まず幻覚妄想の有無で 510 例と 1447 例に分類された。幻覚妄想精あり 510 例の第 2 ノードは、精神運動興奮の有無で 183 例と 327 例に分類された。幻覚妄想なし、精神運動興奮なしの検証図第 6 ノードは、要措置 126 例 (61.5%) となり、樹形図第 4 ノードの要措置 60.2% とほぼ同様の値となった。

同様に、検証図第 7 ノード (幻覚妄想あり・精神運動興奮あり・傷害なし) 91.2% に対して樹形図第 1 3 ノード (精神運動興奮あり・傷害なし・幻覚妄想あり) 91.0% であった。また検証図第 8 ノード (幻覚妄想あり・精神運動興奮あり・傷害あり) 97.1% に対して樹形図第 1 1 ノード (精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想あり) 97.2% であった。さらに検証図第 4 ノード (幻覚妄想あり・精神運動興奮なし) 83.4% と樹形図第 3 ノード (精

神運動興奮なし・幻覚妄想あり) 82.5%など、やはりほぼ同様の値となった。

検証図第5ノード以下には、樹形図と同様の分類に相当するノードは認められなかった。

## D. 考察

### 1 意義

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くなっていないかった。

昨年度のロジスティック回帰分析により、それぞれの項目が、単独でどの程度、影響しているかが明らかとなり、今年度、決定木分析により、項目の組み合わせごとに、どの程度、要措置となるかの比率も明らかとなった。

また、樹形図には、思考過程を予測するといった性質はないが、措置診察に際しての指定医の思考過程に類似している点もあり、因子の組み合わせにより、より要措置、あるいはより措置不要に傾く、といった傾向も示すことができた。

具体的には、精神運動興奮が認められ、かつ幻覚妄想状態でもある場合には、何らかの治療を要すると判断されることが普通であると思われるが、この条件のノード5では要措置 96.6%の高値で要措置と判定されていた。一方、精神運動興奮、幻覚妄想ともに認められないノード4では、要措置 60.2%にとどまり、以下、躁、傷害、男性、人格障害などの因子により、若干、要措置の比率は上がるものの、このノード群は要措置の割合が概して低いものとなった。

また、今回の樹形図は、ロジスティック回帰分析で得られた Odds 比と比較すると、Odds 比と措置要否の判断の比率は、類似するものとなった。たとえば精神運動興奮の Odds 比は 3.15 であるが、精神運動興奮のない第1ノードで措置不要 26.5%、精神運動興奮のある第2ノードで措置不要 7.8%と、3.39 倍となった。同様に幻覚妄想の Odds 比は 3.32 であるが、検証図でも幻覚妄想のない第2ノードで措置不要 30.4%、幻覚妄想のある第1ノード

で措置不要 9.9%と、3.07 倍となっていた。

ただし、第3ノード以下では、このような関係は徐々に見られなくなっていた。ロジスティック回帰分析で求められた Odds 比は、他の因子の影響を排除した形で求められており、数学的に求められた値が、別の形で裏付けられることが、この図からも明らかとなった。

なお、樹形図では第1分岐が精神運動興奮の有無、検証図では幻覚妄想の有無と、異なっているが、これは両者の  $\chi^2$  乗値のわずかの差に起因するものであり、決定木分析においては、やむを得ない変動である。

### 2 研究方法上の限界

#### (1) 結果利用に当たっての留意事項

ロジスティック回帰分析によるオッズ比と同様に、この研究は、症状や問題行動などの所見がある場合に、事例がどの程度の割合で、要措置との判断を受けるか、指定医の見立てを検討するにとどまっている。この研究は、あくまでも指定医の判断の傾向を明らかにしたものであり、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つたかについては、今回の調査ではまったく評価されていない。こうした研究は諸外国には認められるが、日本には認められない<sup>7-9)</sup>。従って、この調査結果によって、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ないことには留意しておく必要がある。

#### (2) 他の研究の動向

決定木分析は、マーケティングなどの分野において、たとえばクレジットカードの審査で加入者の属性などから、債務不履行に陥る割合の高い群を発見する、ダイレクトメールで最も反応率の高い群を発見する、などの方法として、開発された。

精神医療分野への応用として、外国においては、入院中の問題行動と退院後の暴力の頻度を予測する研究<sup>8)</sup>があり、これは筆者らが診断書について決定木分析を行う契機ともなった。こうした資料の集積は、自傷他害のおそれを検討する上で、きわめて有用な手法といえる。

こうした統計的手法も活用しながら、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。

症状や問題行動の組み合わせ毎に、指定医がどの程度、要措置と判定するかが明らかとなり、症状や問題行動が顕著な場合にはより要措置と判断されやすいなど、判断の傾向が明らかとなった。

(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ついて-. pp105-146 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
- 5) 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 (1)一般人の申請・保護観察所長, 矯正施設長の通報・精神病院管理者の届出ならびに知事等の職務により措置入院に関する診察を受けた事例を中心に. pp77-107 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成15年度分担研究報告書. 2004
- 6) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 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について. pp111-131 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成16年度分担研究報告書. 2005
- 7) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 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. pp49-61 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成17年度分担研究報告書. 2006
- 8) Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, et al: Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry* 176: 312-319, 2000

図 1 (1) 樹形図 (ノード 3 以下)

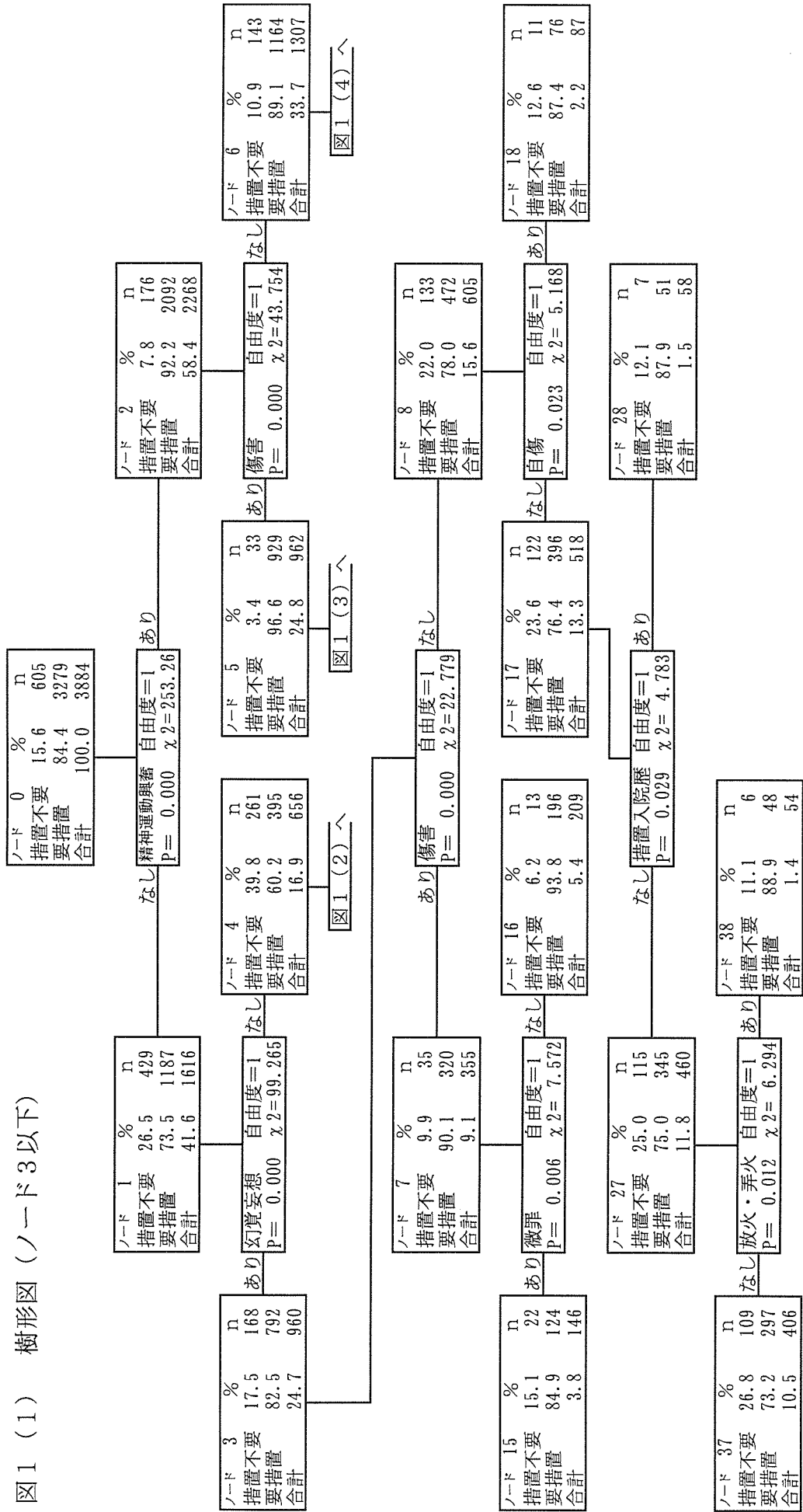


図1 (2) 樹形図 (ノード4以下)

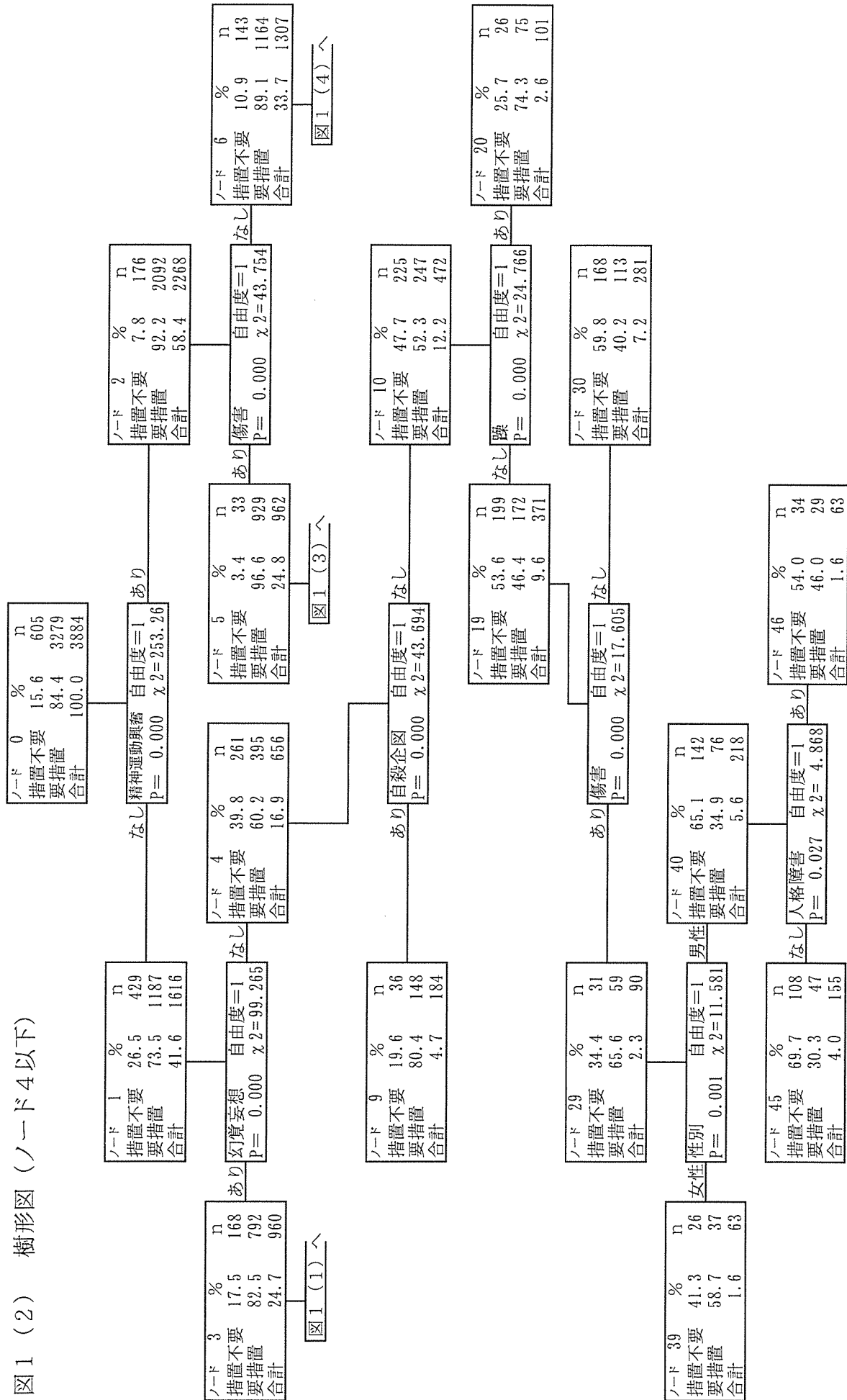


図1 (3) 樹形図 (ノード5以下)

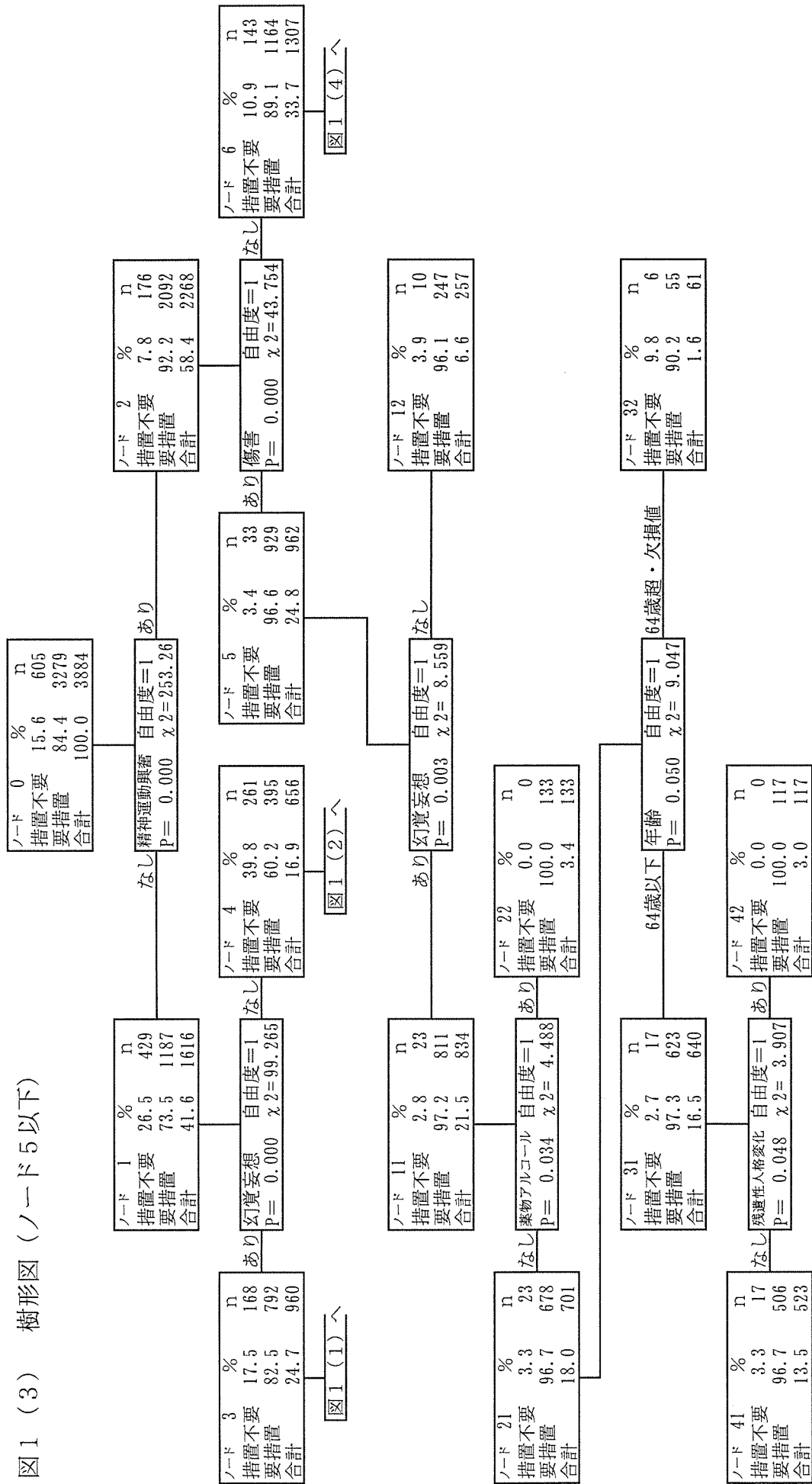


図1 (4) 樹形図 (ノード6以下)

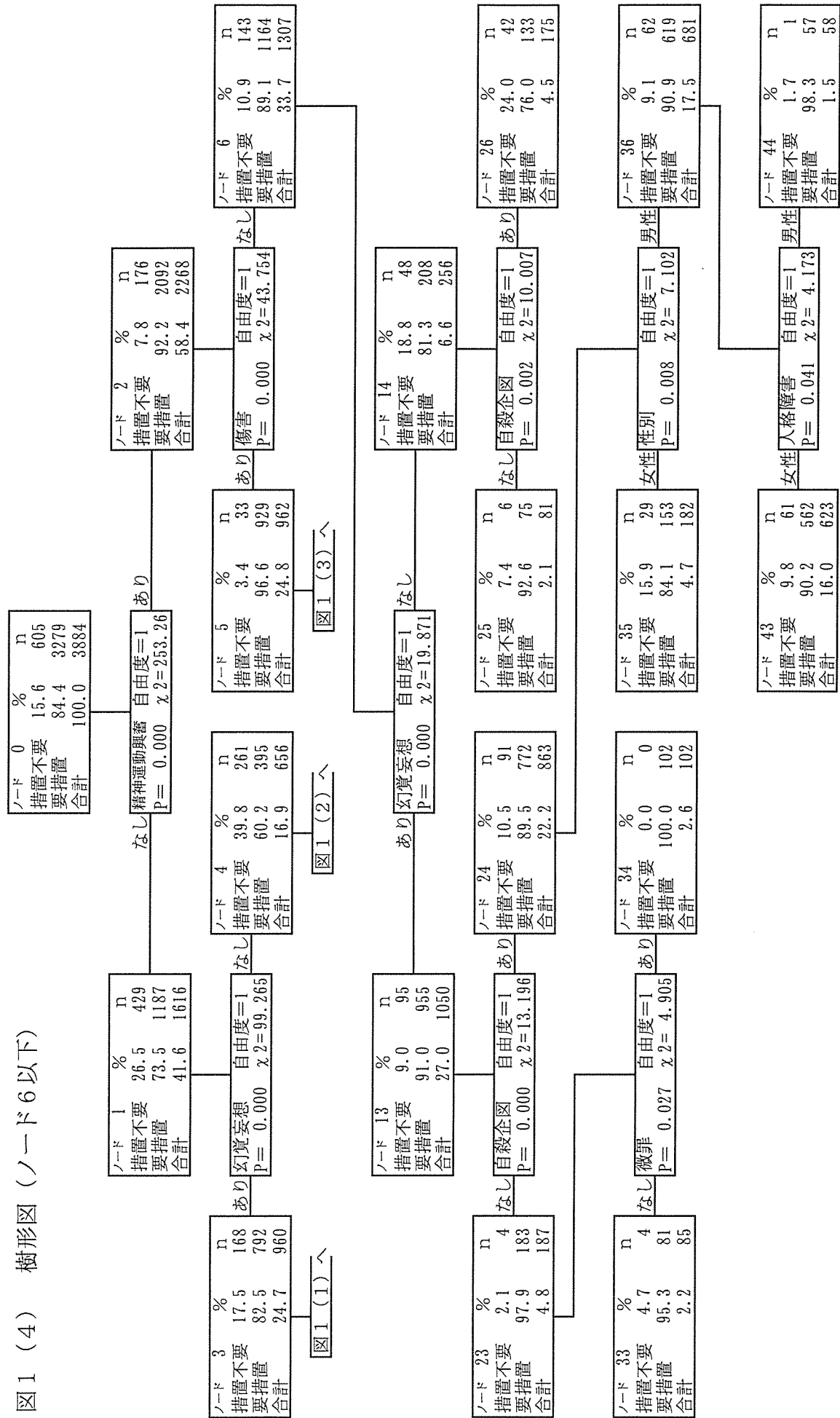
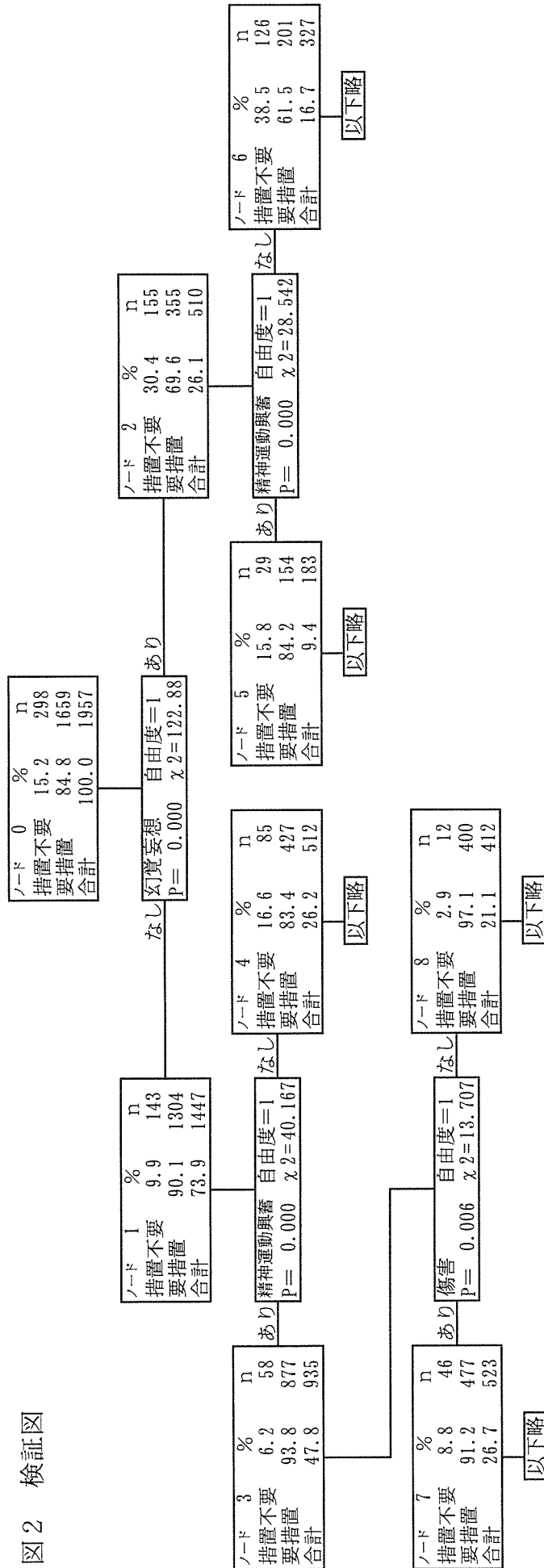


図 2 検証図



検証図においては、親ノード50、子ノード25例以上とし、事例を自動的に2群に振り分けることとした。



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  
分担研究報告書

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

分担研究者 吉住 昭(国立病院機構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(長崎県立精神医療センター)

**研究要旨**

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  $137 \pm 143$  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  $151 \pm 147$  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  $113 \pm 132$  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  $245 \pm 169$  日 ( $n=59$ )、なし群では入院期間  $145 \pm 143$  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  $86 \pm 108$  日 ( $n=210$ )、なし群では入院期間  $130 \pm 143$  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  $45 \pm 73$  日 ( $n=58$ )、なし群では入院期間  $102 \pm 114$  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。

## A. 研究目的

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、図1に示すように、広義の触法行為群と比較して、明らかに延長していた<sup>1)</sup>。

しかし、措置入院期間に影響を与える因子は、他害行為の内容だけではない。

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、検討を試みた。

## 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」ならびに「措置症状消退届」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、措置入院歴の有無について、指定医が一致して認定した項目を有、それ以外を無として因子を検討した。また措置入院日と措置症状消退届による措置解除日により措置入院期間を求めた。

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ヶ月である。

決定木分析は、SPSS社の統計ソフト SPSS Base System 13.0ならびに SPSS13.0 Classification Treesを用いた。分枝方法は、回帰分析を基礎としてノード内の分散を最小

としていく CRT として、指定医2名の一致して認定した各因子を独立変数、入院期間を従属変数として、親ノード100以上、子ノード50以上として分類を試み、各群における平均措置入院期間を求めた。

なお、樹形図については、統計ソフトにより一部を抽出しての検証が可能となっており、今回は、50%を自動抽出し、親ノード50以上、子ノード25以上、他の条件は同一として検証を行った。

### 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. 研究結果

決定木分析の結果は、図2に示した。

全例では入院期間  $137 \pm 143$  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  $151 \pm 147$  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  $113 \pm 132$  日 ( $n=539$ ) で分類された。親ノードと子ノード間の改善度(向上)、すなわち子ノードの分散の重み付けの和と、親ノードの分散の差は  $340.4$  であった。

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  $245 \pm 169$  日 ( $n=59$ )、なし群では入院期間  $145 \pm 143$  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  $86 \pm 108$  日 ( $n=210$ )、なし群では入院期間  $130 \pm 143$  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  $45 \pm 73$  日 ( $n=58$ )、なし群では入院期間  $102 \pm 114$  日 ( $n=152$ ) と分類され、それぞれ最終ノードとなった。

なお、検証図は、樹形図と同様の分岐を示した。

#### D. 考察

今回の結果は、診断 F2、F4、F7、F9 群で、殺人のおそれ・なし群が 917 例と、全体の 60.5% を占め、著しい偏りを示した。このため、あくまでも参考程度としてとらえる必要がある。

また、図 1 は検察官通報に限り、重大な他害行為の認定は検察官通報書によって行い、観察期間を 180 日に揃えたものである。一方、今回の報告では、検察官通報を含む他のすべての措置入院例について、問題行動のおそれは指定医 2 名の一致を持って認定し、入院が確認された期間は、最短 7 ヶ月、最長 19 ヶ月で、調整を行わず、生のデータを使用したものである。

図 1 に示した入院期間の中央値 94 日と、図 2 の平均入院期間 137 日のように差異が生じているのは、こうした要因の影響を受けているためである。

その上で、F2、F4、F7、F9 群において、殺人のおそれが認定されるかどうかで、入院期間 245 日と 145 日と、100 日もの差が見られていた。指定医の認定する殺人のおそれは、患者の言動による第三者の死亡がもたらされる懸念があるという趣旨をも含むが、人の死の懸念に対して、医療機関が慎重に対処していることが伺われた。

また、それ以外の病名群では、精神運動興奮が認定された群で、入院期間が短縮しており、さらに自傷行為が認定された群で短縮するなど、こうした陽性症状や他害には及ばない問題行動では、危機が去るとすみやかに措

置解除されている実態も明らかとなった。

なお、今回の決定木分析による入院期間の検討は、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、入院中の治療は考慮されていないことに留意する必要がある。

現実の措置入院の場面では、警察官が、その職務である治安維持を優先するあまり、保健所や指定医に、入院を迫るなどの問題があるが、検察官通報以外の通報では、問題行動の重大度を認定する基準さえ存在しない。自傷はともかくとして、指定医が認定した「殺人のおそれ」で現実に入院期間が延長している、ということについては、今後、措置入院において有用な具体的な危険性の評価方法を確立していく必要がある。

#### E. 結論

措置入院期間に影響する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。

症状や問題行動の組み合わせ毎に、平均入院期間が明らかとなり、特に F2、F4、F7、F9 群において、殺人のおそれが認定されると、入院期間が顕著に延長するなどの傾向が明らかとなった。

(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

2) SPSS Japan Inc. 決定木分析による分類と予測 トレーニングコース SPSS13J for Windows 200510-01. 2005

図1 入院継続率

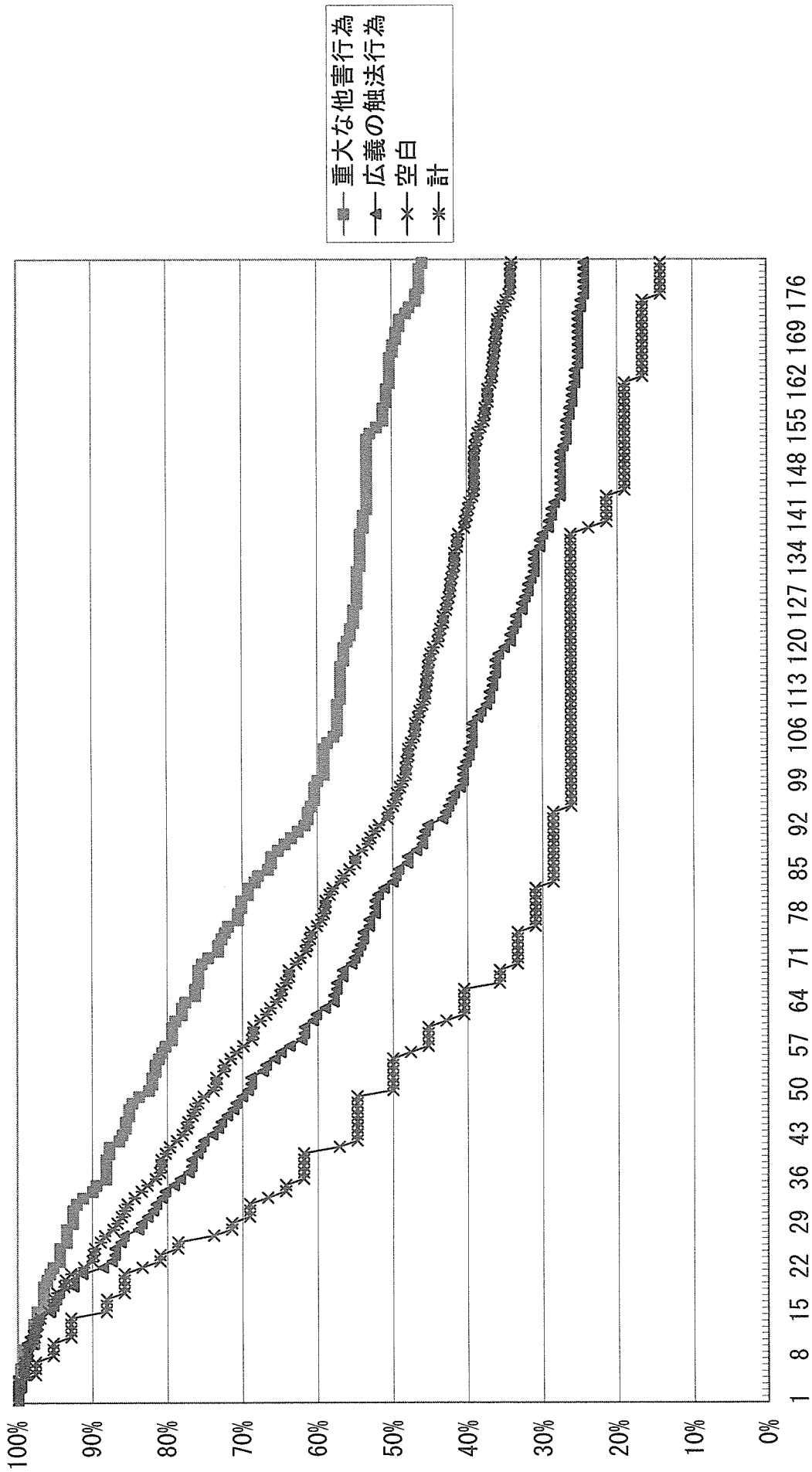
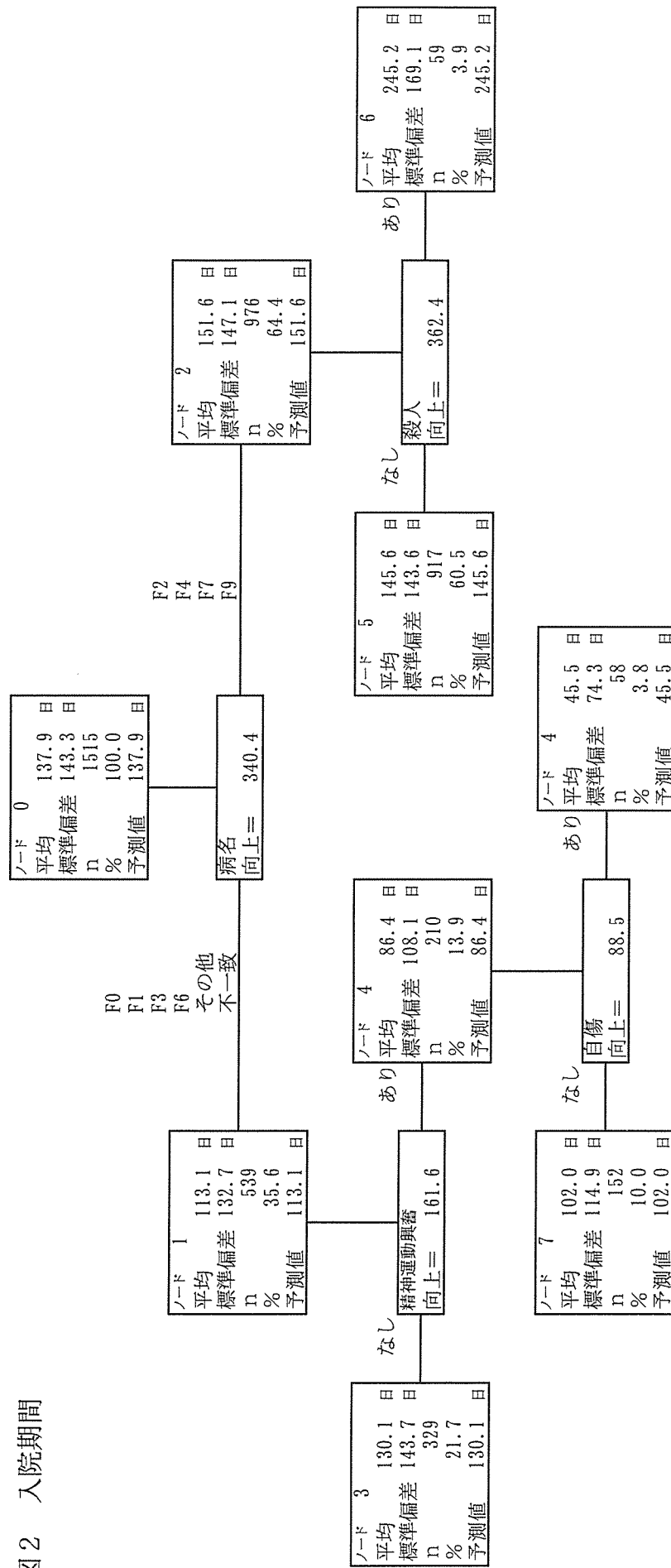


図2 入院期間



## 分担研究報告書

# 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

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 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  
分担研究報告書

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

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)  
研究協力者 立森 久照 (国立精神・神経センター精神保健研究所)  
研究協力者 瀬戸 秀文 (長崎県立精神医療センター)

**研究要旨**

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退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、表 1～表 7 に示したが、1. 措置症状消退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。次年度以降も措置入院制度については研究が進められると聞いているので、是非以上の二点も研究課題に加えていただければと思う次第である。

## A. 研究目的

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は、既に報告したとおりいくつかの問題点が浮かび上がった。そこで措置入院制度の適正な運用のためにはガイドラインが必要ではないかと考え、事前調査から措置診察要否決定、指定医の診察による措置入院要否決定、措置解除に関わる措置症状消退届けの三つの部分から成る一連のガイドライン案を検討することを目的として研究がなされてきた。本研究は其中で措置症状消退届けに関する部分のガイドライン案の研究である。

## B. 研究方法

平成16年度よりガイドライン研究を開始した。この2年間でガイドライン案を作成し、いくつかの都道府県において行政事務担当者や精神保健指定医からご意見をいただく機会を設定した。それらの意見に基づいて資料1のようなガイドライン案をまとめた。今年度はそのガイドライン案について、資料2のようなアンケートを作成し、国立精神医療施設17施設、自治体病院38施設、各都道府県の保健所長会50施設、各都道府県等の精神保健福祉センター64施設、日本精神科病院協会会員医療機関49施設の合計218施設に郵送にて依頼し、行政事務担当者及び精神保健指定医の意見を求めた。回収率は国立精神医療施設17施設中10施設(58.8%)、自治体病院38施設中27施設(71.1%)、各都道府県の保健所長会50施設中45施設(90%)、各都道府県等の精神保健福祉センター64施設中54施設(84.4%)、日本精神科病院協会会員医療機関49施設中35施設(71.4%)で、全体では218施設中171施設(78.4%)であった。この報告書ではこれらの意見を全体の結果としてまとめた。

## C. 研究結果

ガイドライン案に対する意見は以下のようであった。

1. 措置症状消退届を適正に記載すべきであるということについて

表1のごとく「了解しました、または問題ないと考えます」が160施設(93.6%)、「提案があります」が7施設(4.1%)、無回答4施設(2.3%)であった。提案については表1の下に示したとおりである。おおむね、記載の明瞭さについては問題なしと考えた。

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

表2のごとく「了解しました、または問題ないと考えます」が150施設(87.7%)、「提案があります」が18施設(10.5%)、無回答3施設(1.8%)であった。提案については表2の下に示したとおりである。

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、という項目について

表3のごとく「了解しました、または問題ないと考えます」が144施設(84.2%)、「提案があります」が18施設(10.5%)、無回答9施設(5.3%)であった。提案については表3の下に示したとおりである。

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

表4のごとく「了解しました、または問題ないと考えます」が131施設(76.6%)、「提案があります」が32施設(18.7%)、無回答8施設(4.7%)であった。提案については表3の下に示したとおりである。

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、という項目について

表5のごとく「了解しました、または問題ないと考えます」が153施設(89.5%)、「提案があります」が15施設(8.8%)、無回答3施設(1.7%)であった。提案については表5の下に示したとおりである。

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ない、という項目について

表6のごとく「了解しました、または問題ないと考えます」が107施設(62.5%)、「提案があります」が61施設(35.7%)、無回答3施設



設(1.8%)であった。提案については表6の下に示したとおりである。

7. 退院後の社会生活時の指導・援助方針に関する項目について

表7のごとく「了解しました、または問題ないと考えます」が144施設(84.2%)、「提案があります」が20施設(11.7%)、無回答7施設(4.1%)であった。提案については表7の下に示したとおりである。

#### D. 考察

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向うことは難しいと考えた。以下、アンケート(資料2)の大項目別に若干の検討を行ったうえで、今後ガイドラインを検討するうえでのポイントを考えてみた。

(1) 措置症状消退届を適正に記載すべきであるということについて

この項目については現場でも問題と考えられているようではほぼ同意をいただいたと考えている。以前にも指摘したように、措置症状消退届の用紙のスペースに限りがあり、必要な事項の記載が難しいという点は今後様式改訂時に考慮されるべきであろう。

(2) アンケート項目2～6の措置解除該当要件に関する各項目について

今回のガイドライン案の最大の欠陥は、措置入院要否ガイドラインを意識する余り日本語としても措置解除ガイドライン案としてもかなり不適切な表現となってしまった点である。多くの意見でこのことを明確にあるいは暗に指摘された。これらの指摘を含めて以下のように考えた。

まず、本来は措置入院要否判断がガイドラインに沿って適切になされれば、措置不要例が措置入院することは概ねあり得ないことと考えるべきであった。でなければ措置入院判定ガイドラインを検討している意義を損なってしまうのだから、措置不要例が紛れ込むこ

とを前提にした措置解除ガイドライン案を検討する必要はなかった。(ただ、長年入院部門を担当し措置入院を数多く受け入れてきた経験からあえて言及すれば、措置入院の判断に疑いを持たざるを得ない例に何度か遭遇しているの、つついその経験からの思考が影響したと弁解しておこう)

であれば、措置入院後適切に治療された結果、自傷他害のおそれもなくなり、措置解除されるというのが道筋である。すなわち、措置解除がなされるための措置症状消退の判断基準とは、精神保健福祉法第29条の四にある「入院を継続しなくても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ない」病状であると精神保健指定医が認めることである。「解釈」では「措置開始時の病状又は状態像が消滅したときは措置解除を行うべき」とあるが、これもあくまで一つの条件で、消失でなくとも軽快とか、あるいは病状は変わらないけれども環境条件が変わることでおそれがなくなる可能性もありうる。例えば、うつ病で子供の将来も考え道ずれの心中を行った症例の場合、心中の対象者がなくなることで他害のおそれが消失することもあるということが、医療観察法の対象についての議論でも問題となった。故に、病状の変化(消失あるいは改善)も重要なことではあるが、基本的には「自傷他害のおそれ」の消失が最優先事項となろう。むろん、自傷他害は精神症状により引き起こされていることが前提だから、「自傷他害のおそれ」の消失は精神障害の帰趨と関連するが、全てでないことは前述のような例が示している。

このように考えると、指定医による「自傷他害のおそれ」の消失の判断とそれに関連しての病状改善の判断が、措置解除が適正に行われる前提となる。この点は医療観察法の議論で最も大きな争点の一つであった。確かに、わが国における「自傷他害のおそれ」の見通しに関しては、大きな問題があったといわざるを得なかった。今回の平成13年度措置入院に関わるデータの解析結果からも問題なしとは言えなかった。しかし、医療観察法の成立に当たってはこの点について改善すべく、

海外で発展してきている司法精神医学について検討を重ね、鑑定及び審判を行う精神保健判定医にはその成果を研修させ、「自傷他害のおそれ」の見通しが適正に行われるようにしている。その点、措置入院制度では指定医の指定するときに3日間の研修を行い、また5年毎の更新の研修を行ってはいるが、医療観察法制度に比べると如何なものであろうか。

しかし、いずれにしても法的には措置解除は指定医による判断に基づくほかない。平成12年度のデータ解析による研究の結果でも報告したとおり、若干ではあるが明らかに措置解除が可能とは思われない措置症状消退届が見られた。つまり指定医の中には、例えば「自傷他害のおそれ」が消失（改善）していなくても、措置症状消退届を出して措置解除してしまう例外的な考えの方もいることを念頭に置かねばならない。であれば、むしろシステムとしてそのような例外的判断に対する対応、すなわち単独での判断は避け、措置症状消退届であっても複数の指定医による判断結果に基づくようにした方が良いのではなかろうか。また判断微妙な症例については、精神医療審査会が機能するということも考えられる。

以上のような点を踏まえて、今後改めて措置解除ガイドライン案を検討すべきと考えた。

(3) 措置解除後（将来の退院後）の社会生活時の指導・援助方針について

この点については概ねその必要性を痛感されていると感じられる意見であった。というより、現状ではそれを支える仕組みや退院後の社会生活を実際に支える社会資源が貧困であることが問題であり、例えば措置症状消退届に記載されても実効性が担保されないという指摘は厳しいながらも重要である。一方では、地域の関係諸機関（保健所、市町村、警察など）と検討をすることが実効性のあることという意見には注目すべきと考えた。また、その場合、当事者・家族等を含め各々の役割を含めて検討し、フォローアップ体制を共有化することが重要との提案もあり、傾聴に値する意見であった。

以上のごとく考えると、今回提示した措置解除に関するガイドライン案は極めて不十分

であり、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。次年度以降も措置入院制度については研究が進められると聞いているので、是非以上の二点も研究課題に加えていただければと思う次第である。

## E. 結論

措置解除に関するガイドライン案を作成し、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施設にアンケートを用いてガイドライン案に関する意見を聞いた。回収率は218施設中171施設(78.4%)であった。

ガイドラインの必要性については賛同いただいていることがうかがえる結果であったが、意見をつぶさに見るとガイドライン案の不十分性を感じざるを得ず、今後、さらなる検討を重ねてガイドラインを完成させるべきである。またその過程で措置解除後のフォローアップ体制等についても検討が必要である。

## 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

表1 措置症状消退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	160施設	93.6%
提案があります	7施設	4.1%
無回答	4施設	2.3%

措置入院を受ける側としては、どのような措置症状があったか不明なこともあるため、(入院届、病名について連絡ないか)どのような症状を改善したら措置症状か記載困難なことがあります。
適正にご記載いただくという趣旨に異論はありません。ただし、現状は保護者来院時や仮退院からの帰院時(仮退院中の措置症状が再燃すれば再入院、なければ措置症状消退届の提出を求めています。漫然とした外出代わりに仮退院を利用されないためです。)に届を提出したりされることが多くあります。措置解除後に医療保護入院が必要な場合に空白をなくすための方法です。消退届提出後に適否を判断して措置解除の通知をすると空白が生じます。措置解除されて、保護者の同意を得られない期間にどうように対応するのかも考慮する必要があります。
措置症状は関係性や場によって生じる所があります。措置解除可能(あるいはすべき)と消退とは別の概念です。「消退届」という言葉をやめて「措置解除申請」とすべきです。内容細目として「消退」も「解除を要す」もあると考えます。
差し戻しは実務上不可能。
信じがたい事例があるようで驚きました。
現行の書式が簡素すぎて、重要な事項を記入できない

表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	150施設	87.7%
提案があります	18施設	10.5%
無回答	3施設	1.8%

「必要条件だが十分かどうか」との意見がありました。
どの程度の断片的判断予想をすべきなのか基準がほしい。
日本語としておかしくないでしょうか。二重否定。
この表現では「措置解除該当」ではなく、措置観察時の「措置不要」の要件です。入院治療の結果、症状が改善して措置症状が消滅したという表現にしなければなりません。「入院治療」の結果、精神症状が改善し、自傷、他害のおそれが消失した」でよいのではないでしょう。
精神障害が改善している。
この文章は措置不要と判断された時の内容ではないか。治療を受け、措置解除が適当となった場合の表現としては適切ではない。
我々は精神症状が軽快し、A-3の場合に措置解除をしております。
29条-4に「入院を継続しなくても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ないと認められに至ったとき」とwるのでそのままの記載が望ましい。
解除の要件としては了解ですが、その後の医療(治療)の必要性についてはここでは必要ないのか疑問である。
問題ないとは思いますが、最終的には判定医の判断によるものと考えます。
質問文が理解困難です。精神保健福祉法における措置該当要件3項目として掲げてある(A-1, 2, 3)の記載例は逆なのではないでしょうか。逆ということであれば、了解です。
A-3の判断は難しい。また、未来永却の判断は不可能。
A-1 既にの意であり、A-2は自傷他害行為があったとしても意であろうが、又A-3は今後の意であろうが省略されすぎていて、入院時のことと混同しやすいのではないか。
A-1は満たせる条件なのかどうか。精神障害がない＝治癒という意味？
表現あやしくないか？訂正したものであれば了解。

A-1. 2. 3はそもそも措置要件でないものであり、これを措置解除要件とすることはおかしいのではないか。
措置入院直後にA-2非該当の届けを出した場合、措置入院そのものが否定されたこと。即ち、措置鑑定そのものが否定されたことにならないのか。A-1. A-3も同様だが、A-2の場合、起訴の検討が、その後必要となると思うが、いかがか。措置入院から医療保護入院への移行例が多いと思うが、その場合精神障害があるが、自傷他害がなくなって、A-2. A-3の判断そのものがなくなったということか。判断基準としては、不明確と思います。
一旦措置入院になっていながら、A-1. A-2という項目が、この時点で出現していることが理解できません。
「A-4 他の方で処遇することが望ましい(理由: ) (その場合の精神医学的対応について: )」を追加しては。長期措置入院をして、高齢化し、合併症治療が優先される場合もあるから

表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、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	144施設	84.2%
提案があります	18施設	10.5%
無回答	9施設	5.3%

「自傷、他害」の具体的な判断基準が必要ではないかとの意見もありました。
入院時にさかのぼって、再び判断して記載すべきなのか疑問。
「自傷、他害行為を行う危険性が無くなった」という意味でしょうか。
問題となった行為があり、措置入院した人を解除にあたっては、この行為が自傷他害に該当しないとはどういう意味か。当初は措置を条件を満する行為だったが、そうでないことが分かったという意味でしょうか。
上記と同じ理由でBは3のみ残せばあとは不要と思われます。(この表現では「措置解除該当」ではなく、措置観察時の「措置不要」の要件です。入院治療の結果、症状が改善して措置症状が消滅したという表現にしなければなりません。「入院治療」の結果、精神症状が改善し、自傷、他害のおそれが消失した」でよいのではないでしょう。)
この文章は措置不要と判断された時の内容ではないか。治療をうけ、措置解除が適当となった場合の表現としては適切ではない。
不要である
人によっては問題行動へ(自傷行為、他害行為)を広く解釈する場合もあるようです。
入院判定の項目としては適当であると思うが、「該当しない」ということを理由にするのは問題ではないか。症状が改善した等の記載が望ましいと思う。(診察した指定医2名の判定を否定することとなるので問題。診察した指定医の資質を疑うことから始めている様でいやだ)
2名の指定医により判断した結果、措置入院となったのだから、主治医1名による判断が上記のような内容であるなら、解除要件として適当ではないと考える。
AとBが重複しているように思えます。
行為が該当しないことと、医療(治療が必要)関与が引き続き必要か否かの2つが、独立して分かるような記述は必要はないか。
現行の措置診察の法制度に沿った結果である措置の妥当性に疑義が生じかねない事案であり、法制度に抵触しないか心配である。(本事案は、措置診察の判断に間違いがあり、そのことが明確になったため措置解除するという趣旨のガイドラインにならないか。)
これでは、そもそもの措置入院が違法行為なのでは？
他害行為による措置入院であったが、自傷行為のために退院行為状況をどのように判断すればよいのでしょうか。
まず「自傷他害」がなくなれば、措置を解除(消退届)し、他の入院形態に切り換えるべきではないでしょうか。
“おそれ”をどう扱うのですか？
措置入院判定が間違っていた場合に相当するということですね。
刑罰法令に触れる程度の他害行為について具体的に例示が必要。
自傷・他害行為でなくても、激しい興奮・滅裂な行動、高度の妄想等があれば、措置入院を継続する必要があると考える。