

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 16 年度～平成 18 年度 総合研究報告書

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..... 37
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..... 61
浦田 重治郎（国立精神・神経センター国府台病院） 〈平成 16～17 年度〉
鈴木 友理子（国立精神・神経センター精神保健研究所）〈平成 18 年度〉
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..... 79
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..... 119
山 崎 敏 雄（山崎病院） 〈平成 16～17 年度〉
平 田 豊 明（静岡県立こころの医療センター） 〈平成 18 年度〉

III. 研究成果の刊行に関する一覧表

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

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16年度～平成18年度 総合研究報告書

総括報告書

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、精神障害者によるいくつかの重大事件を契機として、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、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(殺人、放火、強姦、強盗、傷害の一部)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ない。また精神障害ゆえの緊急性の高い自殺企図等の自傷行為を含む問題行動を示す場合には、緊急措置入院や措置入院による対応等で措置入院制度の果たす役割は大きい。一方、措置入院制度には地域格差を含め様々な問題が指摘されてきたにも関わらず、制度運用に関する検討は一部の地域に限定した、あるいは症例検討や理論的検討しかなされておらず、全国レベルでの実態及び問題点は検討されてこなかった。そこで平成12年度について、ほぼ1カ年の事例(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、措置入院制度の運用実態と問題点の解明を目的とした研究を平成13年度から開始した。その結果、措置入院制度の運用はおおむね妥当に行われているものの、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、これらの問題点を改善する目的で、措置入院制度の各段階(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行ってきた。また同時に、措置解除後の社会生活支援を含めたフォロー、措置入院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てきた。

このような本研究の結果は、措置入院制度の実地面での運用改善が図られるとともに、次期精神保健福祉法改正等施策面での対応にも資すると考えている。また、医療観察法対象外の触法患者への対応と同時に、今日大きな問題となっている自殺等を含め精神科救急医療改善へも資すると考える。

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)
浦田重治郎(国立精神・神経センター国府台病院)〈平成16～17年度〉
鈴木友理子(国立精神・神経センター精神保健研究所)〈平成18年度〉
白石 弘巳(東洋大学)
山崎 敏雄(山崎病院)〈平成16～17年度〉
平田 豊明(静岡県立こころの医療センター)〈平成18年度〉

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 (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)
小山明日香 (東京大学大学院医学系研究科)
田島 美幸 (東京大学大学院医学系研究科)
小山 智典 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
高岡 道雄 (兵庫県尼崎市保健所)
川端 博 (明治大学法科大学院)
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)
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 16～18 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
(平成 16～17 年度 浦田重治郎分担、平成 18 年度 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
(平成 16～17 年度 山崎敏雄分担、平成 18 年度 平田豊明分担)

なお本研究班は竹島、吉住、浦田により措置入院制度運用のガイドライン(案)を共同で検討してきている。これについて簡単にまとめておくと以下のごとくである。

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。平成 18 年度は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。

以下、各分担者別に研究概要をまとめた。

(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)

行政処分である措置入院制度は、その厳正な運用が必要であるため、事前調査を適正に実施し、かつ事前調査の運用実態を数値化して都道府県等の間で比較分析できるようにすることが望まれる。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等をまとめる。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。

研究方法：16 年度においては、全国の都道府県・政令都市（以下「県」と記述）の精神保健主管課 60 箇所を対象に 16 年度版ガイドライン案についての質問紙調査を実施した。ガイドライン案にそって、質問紙を作成し、A. 事前調査等における一般的事項、B. 事前調査書案の項目と記載事項、C. データ票案の項目と記載事項、それぞれについて、措置入院制度における事前調査ガイドラインとして都道府県・政令指定都市において使用する場合を想定して回答するよ

う依頼した。回答は 42 都道府県と 12 政令市から寄せられ、回収率は 90.0%であった。17 年度においては、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」のガイドライン等の改訂を行い、「措置入院の要否判断」ガイドライン、診断書案、症状消退届案と合わせて、実地試行調査を行った。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。実地試行は、宮城県、千葉県、京都市、高知県、熊本県、佐賀県の 6 県市で行い、精神保健福祉主管課、保健所、精神保健福祉センターから 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。18 年度研究においては、17 年度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等を改訂し、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。

結果および考察：16 年度研究の結果、基本的に全事例に事前調査書を作成すること、警察署、救急隊に待機、同席を依頼すること、25 条における起訴前鑑定書の添付、違法性薬物の使用が疑われる場合の捜査の継続、既に精神障害と診断され、医療的介入が行われている場合の措置診察の要否判断、措置診察時の書類の閲覧についてはガイドラインに記載することが望ましい、という意見が多数であった。また、現地で調査を行うことを原則とすることについては、必要な対象を明確にすることで事前調査書の質的向上に寄与すると考えられる。また、消退届に社会復帰支援の必要性の有無を記載し、それをフォローしていくことはきわめて重要である、という意見が多く、ガイドラインに明記することが望まれた。以上、事前調査、ガイドライン、調査書、データ票の必要性に関しては概ね意見が一致していた。今回集められた意見をもとに研究会議や試行調査によって、ガイドライン案の検討を行い、また関係諸機関や団体等のヒヤリングを行いながら、ガイドライン案をまとめていくことが必要である。

17 年度研究の結果、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 カ所 (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一定の支持があると考えられた。

18 年度研究の結果、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、一方、16 年度研究、17 年度研究では把握しきれなかった具体的な改訂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。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、3 年間の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おり、本研究の成果は、この研究で行われる電子調査票の開発に組み込まれることで、措置入院制度の運用実態のモニタリングに役立つものと考えられる。

（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）

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関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、精神保健指定医（以下、指定医）という資格を持つ医師による判断に著しい差異が生ずれば、さらに重要な問題となろう。

本研究は、1. 指定医が措置入院の要否を判断する際に影響を与えている因子に関して分析すること、2. 都道府県政令指定都市などで指定医の判断の標準化に向けて指定医会などの試みがなされているか調査すること、3. 将来の電子化も見据えた措置診断書案の提示、4. 指定医の判断の標準化のためのガイドラインの作成とそれに対する意見を集約することにある。それらを通じ、措置入院の決定に際し、指定医の判断を標準化することを目的とする。

1. 指定医が措置入院の要否を判断する際に影響を与えている因子に関する分析

2000 年 4 月 1 日から 2001 年 3 月 31 日までに、全国で措置入院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）をもとに、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ことを目的とした。

イ. χ^2 検定

措置診断書の問題行動や症状ごとに、要措置または措置不要との関連を検討した。属性では F0 で女性、F7 で 40 歳以上、措置入院歴がある F1、F2、F3 では要措置とされやすいなどの傾向が認められた。通報種別では、F2 はほぼ全通報種別で要措置とされていたが、F6、F7 の警察官、検察官通報では措置不要とされやすかった。問題行動では、F2 では多くの問題行動で要措置とされていたが、F2 以外では傷害、暴行、脅迫、自殺企図、器物損壊、放火または弄火などで要措置とされていた。逆に F7 の窃盗では措置不要とされやすかった。症状では、F1、F2、F6、F7 の幻覚妄想状態、精神運動興奮状態で要措置とされていた。全診断書でみると、知能障害は有意に措置不要とされていた。

ロ. ロジスティック回帰分析

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。属性ごとの上位 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。

ハ. 決定木分析

措置入院要否の判断過程を、決定木法によって分析した。全診断書では要措置 84.6%であったが、精神運動興奮の有無で 2268 例（要措置 92.2%）と 1611 例（同 73.5%）に分かれた。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）であった。最も少ない分枝で最終ノードに達したノードは、1.精神運動興奮あり・傷害あり・幻覚妄想なし：要措置 92.2%（118/128 例）、2.精神運動興奮なし・幻覚妄想なし・自殺企図あり：要措置 80.4%（148/184 例）であり、全例が要措置とされていたノードは、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（102 例）であった。逆に要措置の割合が低いノードは、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 30.3%（47/155 例）であった。

ロジスティック回帰分析や決定木分析の結果は、措置要否の判断に直接的には用いることはできないが、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たか、その判断の過程を明らかにする端緒となると思われた。

2. 都道府県政令指定都市における指定医会の開催状況

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、各地域の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、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。全体の約 4 分の 1 の自治体で指定医会が行われていた。開催されているところでは、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、自治体ごとに議論の場を整備し、指定医の間での合意形成を図っていく必要があると思われた。

3. ガイドライン研究

1) ガイドライン案

6 県市の 41 名の措置診察に当たった指定医の回答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、措置診察に当たった指定医、精神科関連機関とも各項目概ね約8割が特に問題はない、と回答していた。しかし一方、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。

2) 措置診断書案

6県市の41名の指定医から回答を得た。「精神症状」欄以外は概ね8割程度で、「了解。問題無し」との回答であった。「精神症状」については多くの意見があり、診断名記載と同様に状態像記載で充分ではとの意見が見られた。また、この診断書の法的位置づけと絡んで、記載内容の強制力に対する疑問もあった。今後、記載に関するマニュアル等を充実させるとともに、措置診断書は貴重なデータベースになりうることも考慮に入れて、個人情報保護を念頭に置きつつ、電子化の方策も考えていく必要がある。

3) 措置入院全般に関する意見

6県市41名の指定医の措置入院制度全般への意見では、「発見通報」の問題、診察の際の問題(警察の保護下で実施など)、医療保護入院との関連、指定医に対する研修会の必要性、指定医の資格要件、指定医の資質、指定医診察への国公立病院の関与、外国人・単身者・人格障害等への対応、入院先の選択、情報の必要性、仮退院、措置解除の基準、治療継続のシステム、ダイバージョン、治療結果のフィードバック、簡易鑑定の内容への疑問、医療観察法との関連など、多岐にわたり、一つ一つが重要な問題であり、今後の研究が必要と思われた。

(3) 措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究

(平成16~17年度 浦田重治郎分担、平成18年度 鈴木友理子分担)

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を検討する。(課題1.措置入院患者へのACTモデルの試行)。また、措置入院患者のフォロー体制として、非自発的外来通院制度が欧米では多くの地域で導入されているが、これらの制度の運用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、市川市国府台地区で実施されているACTプログラムの利用者のなかで、その経過中に措置入院の処遇をとったものを対象にして、入院中、退院後の地域生活支援、特に症状再発や再入院などの危機対応に、ACTスタッフから提供されたサービスについて、量、種類、時期について検討した。情報は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、先行研究に基づき本制度の有効性と課題について検討した。この目的のために、Pubmed, PsycINFO, Google Scholarを用いて文献検索を行った。

課題1について、措置入院経験者、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)とやはりその幅は広く、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たが、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発表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、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はこれまでの先行研究からは本制度が対照条件に比較して効果的であるとはいえなかった。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、実施面で課題が残り、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。

(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）

研究目的

障害者の人権を尊重するノーマライゼーションの考え方などを背景として、精神障害者を治療し、またリハビリテーションを行うために、従来以上に通院医療が重視されるようになってきている。このように地域で精神障害者を支えていくためには、通院による治療を補完し、緊急に精神科治療が必要な事例に対して、夜間休日においても迅速に対応することが求められている。

平成7年、厚生省（当時）は夜間休日の精神科救急医療システムを整備するための事業を開始し、現在までに全国47都道府県で精神科救急医療が実施されるようになった。

自傷他害を要件とする措置入院は、患者の生命を守り、また社会の安全を守るために都道府県知事の命令によって行われるものである。平成17年度から、いわゆる重大な触法行為を行った精神障害者に対しては、医療観察法が適用されることになったが、重大犯罪が発生する前に迅速な対応が求められているところであり、この意味でも精神科救急医療事業が果たすべき役割は小さくない。そこで、本研究班では、精神科救急医療システム整備事業、措置入院制度などの現状について調査し、今日的課題を見出し、改善を進めるための方針を見出すために、以下の一連の調査研究を行った。

調査1. 精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態

1. 精神科救急システムの基幹的病院を構成する精神科救急病棟の運用実態を調査したところ、平均6週間で入院患者の4分の3を自宅退院させていた。
2. 精神科救急病棟への入院患者の約4分の1が、緊急措置および措置入院であった。
3. 措置入院ケースは、入院時状態像や他害リスクなどにおいて、精神科救急病棟全体の入院患者の中でも、重症患者の一群を形成することが判明した。
4. 措置入院制度は、精神科救急医療の局面では、重症患者の医療への迅速な導入に有用な制度として機能しているものと推測された。

調査2. 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

1. 都立4病院にて、3年間に3回以上救急入院した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。
2. 「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。

3. こうした患者について精神科救急が迅速に対応することの意義はあるが、精神科救急を頻繁に利用しなくてもよいように、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ような体制づくりが必要であると指摘した。

調査3. 自治体における精神科救急の最近の運用実態

1. 平成17年3月5日現在の有効回答34について分析した。その結果、措置入院に対するシステム(緊急医療システム)を構築しているのは、6都府県であった。
2. 緊急システムのない自治体の7割では、夜間休日に措置診察の必要が生じたときには、保健所または本庁主管職員が通報処理を行うと回答した。
3. 精神科救急情報センターについて国庫補助を受けている自治体は17あった。救急情報センターは一ヶ所に固定して設置される傾向が高かったのに対し、窓口では輪番病院などにおかれ、電話番号の公開も概して低かった。
4. 精神科救急を事業化し、効率的に有効利用していくために、情報センターの果たす役割は大きいと考えられた。

調査4. 精神科救急医療システムの実施状況に関する医療機関調査

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。

調査5. 医療観察法施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。その結果、以下のような意見が出された。

1. 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。
2. 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。
3. 「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16～17年度 山崎敏雄分担、平成18年度 平田豊明分担)

平成16年度から18年度の3年間にわたって、本研究班は、措置入院制度の適正な運用を図るために、精神医療審査会はどのような役割を果たすべきかを研究課題として、様々な角度から調査を実施し、結果を分析した。

平成16年度は、精神医療審査会の活動実態および実地審査の現状を把握するために、審査会事務局(精神保健福祉センター)および都道府県・政令市の精神保健主管課に対してアンケート調査を実施した。また、平成14年度に開始した「審査過程での問題事例」の集積と検討を継続し、措置入院事例を中心に9例を追加した(累積70例)。審査会の活動実態調査では、依然として地域格差が著しい現状が示されたが、措置入院に関しては、相対的に厳密な審査がなされていると思われた。実地審査の現状調査では、実地審査医の約3分の1が精神医療審査会の医療委員を兼任していたが、審査会から実地審査への情報伝達が、その逆の流れよりも少ない(約9分の1)現状が示された。

平成17年度は、長期措置入院者のプロフィールを把握するために、審査会事務局に依頼して、平成17年上半期に書類審査された措置入院者病状報告書から、5年以上措置入院を継続する事例(588例)を選別し、記載内容の一部を集計してもらった。その結果、医療観察法関連の他害行為の事実のある事例が約3分の2を占めていること、入院期間の平均は19.7年に及ぶこと、他害行為の重大性や隔離の必要性が在院の長期化因子ではないことなどが指摘された。また、長期措置入院者数にも地域格差が目立ったが、措置解除基準が統一性を欠くことが要因の一つと推測された。報告徴収権等の調査権限を活用して、精神医療審査会が長期措置入院者のチェックを強化すべきことを提言した。

平成18年度は、精神医療審査会の活動性が高い熊本県に焦点を当てて、15年半に及ぶ審査記録から措置入院者による退院請求等の実態を分析した。措置入院者は年々減少しているが、退院等の請求審査の比率は増加していること、審査結果に不満を抱き再請求する事例の比率が医療保護入院よりも高いことなどが示されたほか、事例分析を通じて、措置入院制度の問題点を指摘し、精神医療審査会の調整・相談・監査機能を活用してこれらの問題点の克服を試みるべきことを提言した。

結論

本研究班では平成13年度からの最初の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。本研究班は今年度で終了するが、今後も何らかの形で本研究が引き継がれ、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

1. 論文発表

- (1) 浦田重治郎、瀬戸秀文、立森久照：
危機介入とアフターケア—措置解除から見えるもの
精神医学 46・6、599～605、2004

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

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16年度～平成18年度 総合研究報告書
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)
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)
三宅 由子(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)
川端 博(明治大学法科大学院)
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等をまとめる。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:16年度においては、全国の都道府県・政令都市の精神保健主管課60箇所を対象に16年度版ガイドライン案についての質問紙調査を実施した。17年度においては、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」のガイドライン等の改訂を行い、「措置入院の要否判断」ガイドライン、診断書案、症状消退届案と合わせて、6県市を対象に実地試行調査を行い、回収された30件のアンケートの結果を分析した。18年度研究においては、17年度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等を改訂し、改訂案をもとに、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箇所を対象にアンケート調査を行った。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。

結果および考察:16年度研究の結果、基本的に全事例に事前調査書を作成すること、警察署、救急隊に待機、同席を依頼すること、25条における起訴前鑑定書の添付、違法性薬物の使用が疑われる場合の捜査の継続、既に精神障害と診断され、医療的介入が行われている場合の措置診察の要否判断、措置診察時の書類の閲覧についてはガイドラインに記載することが望ましい、という意見が多数であった。また、現地で調査を行うことを原則とすることについては、必要な対象を明確にすることで事前調査書の質的向上に寄与すると考えられた。また、消退届に社会復帰支援の必要性の有無を記載し、それをフォローしていくことはきわめて重要である、という意見が多く、ガイドラインに明記することが望まれた。以上、事前調査、ガイドライン、調査書、データ票の必要性に関しては概ね意見が一致していた。17年度研究の結果、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箇所(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一定の支持があると考えられた。

18年度研究の結果、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概ね

「了解または問題なし」という回答が得られたが、一方、16年度研究、17年度研究では把握しきれなかった具体的な改訂意見も多く出された。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。

本研究では、3年間の研究成果を踏まえて、事前調査ガイドラインと事前調査票をまとめた。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おり、本研究の成果は、この研究で行われる電子調査票の開発に組み込まれることで、措置入院制度の運用実態のモニタリングに役立つものと考えられる。

A 目的

行政処分である措置入院制度は、その厳正な運用が必要であるため、事前調査を適正に実施し、かつ事前調査の運用実態を数値化して都道府県等の間で比較分析できるようにすることが望まれる。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等をまとめる。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 方法

16年度においては、全国の都道府県・政令都市の精神保健主管課60箇所を対象に16年度版ガイドライン案についての質問紙調査を実施した。回答は42都道府県と12政令市から寄せられ、回収率は90.0%であった。

17年度においては、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」のガイドライン等の改訂を行い、「措置入院の要否判断」ガイドライン、診断書案、症状消退届案と合わせて、6県市を対象に実地試行調査を行った。精神保健福祉主管課、保健所、精神保健福祉センターから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。

18年度研究においては、17年度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等を改訂し、改訂案をもとに、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箇所を対象

にアンケート調査を行った。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。

C 結果

1. 16年度

「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」については、47県87.0%から原則として全事例に実施していると回答があった。このことをガイドライン案に記載したことについての主管課担当者の意見は、全事例に実施することが望ましい45県83.3%、必ずしも全事例に実施する必要はない9県16.7%であった。

「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」ことについての実態は、原則として全事例に実施している19県35.2%、全事例には実施していない35県64.8%であった。このことをガイドライン案に記載したことについての主管課担当者の意見は、全事例に実施することが望ましい26県48.1%、必ずしも全事例に実施する必要はない28県51.9%と意見が分かれた。

「事前調査において必要な場合に、警察署、救急隊等に連絡をとり、待機、同席等を依頼」することについての実態は、必要な場合には待機または同席等を依頼できているのは46県85.2%であった。このことをガイドライン案に記載したことに対する担当者の意見は、「記載が望ましい」が52県96.3%であった。

第 25 条（検察官通報）における起訴前鑑定書の添付の実態は、原則として全事例に添付されている県は 26 県 48.1%、全事例には添付されていない県が 27 県 50.0%であり、不明が 1 県あった。このことをガイドライン案に記載したことについての主管課担当者の意見は、「全事例に添付することが望ましい」が 48 県 88.9%であった。

違法性薬物の使用が疑われる場合の捜査の継続についての実態は、原則として行なわれている 15 県 27.8%、必ずしも行なわれていない 23 県 42.6%、不明 16 県 29.6%であった。このことをガイドライン案に記載したことについて、主管課担当者の意見は、ガイドライン案への記載が望ましい 41 県 75.9%、必ずしも記載の必要なし 9 県 16.7%、不明 4 県であった。

事前調査時にすでに精神障害と診断され、医療的介入が行なわれている場合の措置診察の要否判断についての実態は、「すでに医療的介入が行われている場合は、基本的には措置診察を行わない」、「すでに医療的介入が行われている場合も、調査結果に応じて措置診察を行なう」が同数の 27 県（50.0%）ずつであった。このことをガイドライン案に記載したことについて主管課担当者の意見は、ガイドライン案への記載が望ましい 48 県 88.9%、必ずしも記載する必要はない 6 県 11.1%であった。

措置診察にあたる指定医が、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することについての実態は、「原則として閲覧できるようにしている」が 45 県 83.3%、「必ずしも閲覧できるようにはしていない」が 9 県 16.7%であったこのことをガイドライン案に記載したことについて主管課担当者の意見は、「ガイドライン案への記載が望ましい」が 46 県 85.2%、「必ずしも記載する必要はない」が 8 県 14.8%であった。

「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」の実態は、「原則として閲覧できるようにしている」が 35 県 64.8%、「必ずしも閲覧できるようにはしていない」が 19 県 35.2%であった（表 34）。このことをガイドライン案に記載したことについての主管課担当者の意見は、「ガイドライン案への記載が望ましい」が 41 県 75.9%、「必ずしも記載する必要はない」が 13 県 24.1%であった。

措置入院後のフォローと社会復帰支援について、措置症状の消退届の「訪問指導等に関する意見」「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」の記載への対応の実態は、「措置症状の消退届を待たず、措置入院後に病院訪問や面談を行い、対象者の同意が得られれば、退院時の社会復帰支援につなげている」が 13 県 24.1%、「措置症状の消退届の記載に応じて、退院時の社会復帰支援を行っている」が 34 県 63.0%、「措置症状の消退届の「訪問指導等に関する意見」「社会復帰施設、在宅福祉制度等の活用に関する意見」に記載があっても、退院時の社会復帰支援を行なっている事例はほとんどない」が 6 県 11.1%であった。ガイドライン案に方針を記載することについての主管課担当者の意見は、「ガイドライン案への記載が望ましい」が 42 県 77.8%、「必ずしも記載する必要はない」が 12 県 22.2%であった。

様式化した事前調査書の作成については、「作成している」が 49 県 90.7%と大多数であり、作成していないのは 5 県のみであった。様式化した事前調査書を作成している場合、そこにある重要項目は、今回提案の事前調査書案に盛り込まれているかについては、「盛り込まれている」が 23 県 42.6%、「盛り込まれていない項目がある」が 25 県 46.3%であった。

様式化したデータ票の作成については、「作成している」は 6 県 11.1%のみであり、48 県 88.9%は作成していなかった。様式化した票を作成している場合、そこにある重要項目は、今回提案の事前調査書案に盛り込まれているかについては、「盛り込まれている」は 2 県 3.7%、「盛り込まれていない項目がある」