

2005年11月から2006年1月末に実際措置診察を行った6県市の指定医に、研究班で作成した措置入院判定ガイドラインと措置診断書案について、アンケート調査を行った。次に、そ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を、2006年11月に218の精神科関連機関（精神科医療施設、精神保健福祉センター、保健所）に送付し、添付したアンケートへの回答を求めた。

（倫理面への配慮）

上記1の研究に使用するデータの使用については、当時の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。2、3については、個人情報を取り扱うものではなく、倫理委員会の承認は不要と判断した。

## C. 研究結果

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の分析<sup>1)</sup>

1)  $\chi^2$ 検定による分析（表1）

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（39歳以下または40歳以上）、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、措置入院歴の有無と措置入院の要否判断について検討した。

### 1. 全診断書による分析

措置入院歴を有する群、警察官通報、知事職務診察では有意に要措置、検察官通報、矯正施設長通報で措置不要とされていた。精神症状では、自殺念慮または企図など抑うつ状態、多弁・多動、思考奔逸、易怒性・被刺激性亢進、誇大性など躁状態、幻覚妄想状態、精神運動興奮状態、残遺性人格変化で有意に要措置とされていた。ただ、診断別に検討すると、自殺念慮などの抑うつ状態では、要措置とされないことも多く、診断別に差異があることも明らかになった。その一方で、意識混濁、夜間せん妄、精神遅滞、回避性人格障害において、有意に措置不要とされていた。全体として明確な精神症状を有する事例で要措置と、そういった症状を有しない事例では措置不要とされる傾向が認められた。

### 2. 措置入院歴を有する事例

措置入院歴がすべての診断書に記載されているとは限らず、このために措置入院歴なしとされている事例の中に措置入院歴がある事例が含まれる可能性は少なからずあるものと思われる。今回検討を行った措置入院歴を読み込んだ事例については、通報種別においても、全診断書では差異がない一般人申請、あるいは有意に措置不要とされていた検察官通報でも有意に要措置とされていた。こうした傾向は、多くの問題行動や精神症状でも同様であった。ただ知能障害では、全体として、有意に措置不要とされていた。

### 3. 診断毎の事例

F1では、事例の属性では特に特徴は認められなかったが、問題行動において、殺人、傷害、暴行、脅迫、自殺企図、自傷、不潔、放火または弄火、器物損壊、窃盗、侮辱、恐喝、徘徊、家宅侵入では問題行動が認められた方が、有意に要措置とされていた。

症状では、人格障害ならびに妄想性、衝動性、覚醒剤などの薬物依存を指摘された事例で有意に要措置とされていた。ただし幻覚妄想状態や精神運動興奮状態、自殺念慮などの影響を考慮する必要があると思われる。

F2は、一部の項目を除き、全診断書における傾向と類似していた。

F3では内的不穏、罪責感、自殺念慮または企図などの抑うつ状態で、有意に要措置とされているほかは、やはり全診断書の傾向と類似していた。

F6では、通報種別では警察官通報、検察官通報で有意に措置不要、措置入院歴を有する群で、有意に要措置とされていた。そして人格障害では、妄想性、演技性、回避性の人格障害を認められた事例では措置不要とされ、衝動性人格障害で有意に要措置とされていた。

これらの結果から、人格障害の有無では、措置要否の判断に大きな影響はなく、幻覚妄想や精神運動興奮などの精神症状に多くの影響を受けているようであった。

F7では40歳以上、また措置入院歴がある事例で有意に要措置とされており、これまでの既往、現在の精神症状や支援体制が影響し

ているようでもあった。

## 2) ロジスティック回帰による分析<sup>2)</sup>

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。

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。

### 1. 全例 (表 2)

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。

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。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。

### 2. 措置入院歴がある群 (表 2)

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いた。

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 倍前後となっていた。

### 3. 通報種別ごとの特徴

警察官通報 (法第 24 条)、検察官通報 (法第 25 条) のみ示す。

#### (1) 警察官通報 (法第 24 条) 群 (表 3)

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。

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。

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。

#### (2) 検察官通報 (法第 25 条) 群 (表 3)

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。

### 4. 診断別の特徴

F1 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。

F2 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 倍となっていた。

F3 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。

F6 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。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。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。

F7 群では、精神運動興奮、人格障害、幻覚妄想で 6 から 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。

### 3) 決定木による分析<sup>3)</sup>

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、全例を対象に決定木分析を行い、各群における要措置と判定される割合を求めた。

### 1. 決定木分析の概要 図 1

樹形図は、まず精神運動興奮の有無で分類された。以下同様に分類を続け、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。

#### 2. 少ない分岐によるノード

最も少ない 3 段階の分岐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) が要措置とされた第 12 最終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) が要措置とされた第 9 最終ノードであった。

#### 3. 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 22 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 42 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 34 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 32 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 23 ノード以下の、第 33 最終ノード (95.3%)、第 34 最終ノード (100.0%)、また第 13 ノード以下の自殺企図なし・男性・人格障害ありの第 44 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 25 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16ノードにおいても、要措置93.8%の高値を示していた。

#### 4. 要措置率が低いノード

##### 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19ノードで46.4%、さらに傷害なしの第30ノードで40.2%、さらに男性の第40ノードで34.9%となった。そして人格障害ありの第46最終ノードで46.0%に上昇したものの、人格障害なしの第45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45最終ノード30.3%、第40ノード34.9%、第30ノード40.2%、第46最終ノード46.0%、第19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10ノードで52.3%、さらに躁なし・傷害ありの第29ノードで65.6%、躁なし・傷害なし・女性の第39ノードで58.7%などであった。

上記の結果は、樹形図(検証図)により検証された。

#### 参考：措置入院期間<sup>4)</sup> 図2

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。

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。

## 2. 都道府県政令指定都市における指定医会の開催状況<sup>5)</sup>

### 1. 開催状況

宮城県、山形県、茨城県、群馬県、東京都、神奈川県、静岡県、和歌山県、島根県、山口県、高知県、佐賀県の12都県、ならびに仙台市、横浜市、北九州市、3政令指定都市の計15自治体で指定医会が開催されていた。また、千葉県は指定医会に代え、病院長・指定医会議を年1回開催しており、秋田県は、今後指定医会を開催する予定があるとしていた。

### 2. 実施自治体について

表4に、指定医会を実施している自治体の、開始時期、開催頻度、主催団体を示した。

### 3. 主催団体

自治体は主催もしくは事務局事務を行うなどの関与をしていた。自治体が事務局となり、別団体が主催、政令指定都市と県との共催な

どもあった。

#### 4.出席率

出席率は80%以上から20%までばらつきがあった。

#### 5.討論議題

措置関連では、診断基準、事例の検討さらには措置診察の際の指定医の確保などが話題となっていた。措置以外では医療保護入院、応急入院、移送制度など入院形態や入院に至る際の問題、隔離、身体拘束など行動制限の問題、精神医療審査会における審査状況や弁護士会など外部からの人権審査機関との連携や、精神障害者の権利擁護などが話題となっていた。

さらに、精神科救急システムの現状についての研修や、通院医療費公費負担制度や障害者手帳への審査状況、また、調査を行った時期との関係で、精神保健福祉法の改正、心神喪失者医療観察法、障害者自立支援法の説明など多岐にわたっていた。

### 3. 指定医の判断の標準化のためのガイドライン研究<sup>6)</sup>

#### 1. 措置診察を行った指定医のガイドライン等に関する意見

6 県市の41名の指定医から回答を得た。

##### (1) 措置入院判定ガイドライン(表5)

7つの項目は、いずれも8割以上の賛同を得ていた。一方重要な提案もなされていた。重要な指摘については、「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」と重複する点も多く、2の項で一括して示す。

##### (2) 措置診断書案(吉住資料)(表5)

診断書案については、将来的に電子化を視野に入れ、さらには統計処理を可能にし、措置診察を受けた事例を、国や都道府県レベルでのモニターを可能にすることを念頭に置いて作成した。そして、実際に措置診察を行った指定医に使用してもらい、その後意見を求めた。

診断書案については、「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、診断名については状態像記載でしか記載できないとの意見も見られた。また、問題行動については「これまで」は、どこまで遡るのか、今後の予想は、どの程度「予見性」を持たせるものなのかなど、記載の際の判断基準にまで意見があった。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(特に、「措置不要の場合の医療の要否についての意見」の項目)に対する疑問もあった。

#### (3) 措置入院制度全般について

措置入院の診察に関する事前調査については、その充実を希望する声が多く、事前調査マニュアル、手引書のようなものが必要で、それによって都道府県ごとの判断が標準化されるとしていた。

措置入院者の定期病状報告については、特に長期措置入院の問題にふれ、様式も変え措置を解除できない理由を中心に記述させる必要がある、治療の経過や、改善度がわかるようなものがほしいとの意見があった。

措置入院消褪届については、症状消退に判断についてのガイドラインやマニュアルの必要性、さらには、運用に関し指定医2名の診察としてはどうかとの意見があった。

また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、今後の議論が必要と思われた。

#### 2. 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(表6)

措置診察を行った指定医の意見を参考に一部変更したもの(項目4の責任能力を削除、さらに「著しく低下」と表現を改めた。項目6を「改善が期待される」に変更)と、7つの

項目を満たした場合に措置該当とする項目を加えた計 8 項目を精神科関連施設に提示し意見を集約した。

218 の精神科関連機関のうち 171 か所からの回答を得た（国立 10、自治体 27、日本精神科病院協会関連 35 の計 72 の精神科医療施設、54 精神保健福祉センター、45 保健所）。回答率は、78.4%であった。8 つの項目は、項目 8 を除きいずれも 8 割以上の賛同を得ていた。一方重要な提案もなされており、そのうち指定医により指摘された項目も含め以下に示す。

#### 1. ガイドライン案について

各項目に対し、項目 8 の「7 つの項目を満たした場合に措置該当とする」を除き、全て 8 割以上が「了解しました。提案はない」との回答であり、大方の賛同が得られたと判断された。しかし一方、項目 1 と 6 については、他の項目に比して、「提案有り」との記載が多かった。

1. 項目 1：精神障害者を ICD-10 の範囲とする

この点に関する意見は、1. ICD-10 では範囲が広すぎる、2. ICD-10 の習熟、3. 何桁表示とするか、4. 状態診断とせざるを得ない場合の取扱い、5. G コード（てんかん関連）の取扱いに、まとめられた。

2. 項目 2：問題行動の自傷他害への該当

この点については、1. 自傷行為の範囲と取扱い、2. 他害行為の範囲、3. 未遂事件への対応が意見として上げられていた。

3. 項目 3：問題の行為と精神症状の関連

提案は、1. 関連の程度、2. 「精神症状」との記載が不適切との意見があった。

4. 項目 4：判断能力がないか、著しく低下

この項目については、当初「判断能力と責任能力」の両者を記載していたが、診察に当たった指定医の提案で、責任能力の判断は司法領域の問題との指摘があり、精神科関連施設の調査では削除した。また、法 28 条の 2 基準では、判断能力に言及した表現はなく、今回の提案でもこの項目は不要との意見もあった。一方、1. 判断能力の判定の困難さと基準の必要性、2. 人格障害の入院適応、3. 行為

時と診察時のタイムラグ、4. 制御能力への言及も、提案で示されていた。

5. 項目 5：精神症状の持続や易再燃性

この点については、拡大解釈の可能性や持続のみを措置の要件とする意見がみられた。

6. 項目 6：治療反応性

提案の中には、1. 判断の基準があいまいとするもの、2. 措置診察の場面での判断は困難との指摘、3. 具体的な疾患名を上げその疾患への具体的対応策の不備を述べたもの、4. 狭く解釈される危険性を含め治療の場から排除するための方便ではとの意見、5. 他の項目で充分でありこの項目は不要と述べたものまであった。また医療観察法に関連しての意見も見られた。

7. 項目 7：入院による自傷他害の防止

これについては、表現の方法（高度なおそれなど）に関していくつか提案がなされていた。

8. 項目 8：上記 8 項目の該当

7 項目を満たした場合に限定するものから、項目数を減らすべきとの意見、指定医の判断にゆだねるべきとするものまであった。

## D. 考察

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の分析

以下の 3 つの方法による分析においては、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（ある）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。

1)  $\chi^2$  検定による分析

研究結果からは、たとえば「F2 では、幻覚妄想が認められると有意に要措置」「F7 では窃盗が認められると有意に措置不要」など、いくつかの指定医判断のパターンが指摘できる。また、診断にかかわらず幻覚妄想や精神運動興奮など精神病症状、傷害や暴行などの問題行動があると有意に要措置と判断する、

などの傾向が明らかになった。

## 2) ロジスティック回帰による分析

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が明らかになっていなかった。今回のロジスティック回帰分析により、たとえば全例の分析を例にとると、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、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など、それぞれの項目の関与の程度が明らかとなった。

## 3) 決定木分析による措置要否の判断と入院期間の決定

### 1. 措置要否の判断

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、たとえば精神運動興奮の Odds 比は 3.15 であるが、精神運動興奮の有無で、措置不要が 7.8% から 26.5% と 3 倍強になるなど、Odds 比と措置要否の判断の比率は、類似するものとなった。

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、さらに決定木分析により、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。

### 2. 措置入院期間の決定

本結果について、参考までに示す。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。

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、入院期間で 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。

## 2. 都道府県政令指定都市における指定医会の開催状況

今回の調査により、既に約 4 分の 1 の自治体において指定医会が実施され、諸制度、措置入院や医療保護入院など強制的な入院の適否が具体的な事例で論じられていることが明らかとなった。このような試みが各地で行われることで、指定医判断のばらつきが狭められ、さらにはそのことを通して、地域間の格差も是正ができる可能性がある。

## 3. 指定医の判断の標準化のためのガイドライン研究

### 1) ガイドライン案について

各項目に対し、措置診察を行った指定医と精神科関連施設とも、精神科関連施設の項目

8を除き、全て8割以上が「了解しました。提案はない」との回答であり、大方の賛同が得られたと判断された。しかし一方、精神障害者の範囲と治療反応性については、他の項目に比して、「提案有り」との記載が多くあった。以下いくつかの点についてふれる。

「精神障害者をICD-10の範囲とする」については、F6、7、8、9については、「判断能力」や「治療可能性」とも絡み、狭めるべきとの提案が見られた。しかし、現行の精神保健福祉法においては、法5条の定義にあたるものが精神障害者とされ、精神障害者であれば措置入院の対象とされるという構造がある。この点については、「福祉、医療、強制入院の法の対象者は、それぞれの局面において、厳密に規定されるべきである。対象精神障害を疾患名で区分することは現実には困難であり、状態像で規定する」との立場もあるが、今後はいかなる状態を措置該当とするのか、あるいは、状態像とICD-10との関連など、整理していく必要がある。

「問題行動の自傷他害への該当」については、法28条の2の規定に基づき厚生労働大臣の定める基準(昭和63年4月8日厚生省告示第125号)に規定されており、他害行為については、「原則として刑罰法令にふれる程度の行為」とされている。しかし、医療関係者が必ずしも刑罰法令に精通しているとは言い難く、司法と医療との連携・交流は今後さらに重要となろう。

「判断能力がないか、著しく低下」については、当初「判断能力と責任能力」の両者を記載していたが、診察に当たった指定医の提案で、責任能力の判断は司法領域の問題との指摘があり、精神科関連施設の調査では削除した。すでに判断能力についても、多くの意見が述べられているが、それらを、参考しつつ「判断能力」の判断の基準を考慮していくことは、重要な問題となろう。

「治療反応性」は、最も多く提案がなされた事項であり、医療観察法に関連しての意見も見られた。治療反応性は、医療観察法の鑑定でも重要な項目となっている。これは、医療観察法では、医療の目的の中で、「病状の改

善」が明確にうたわれていることにもあろう。一方、措置入院については、法28条の2の基準を見ても、治療反応性に言及したものはなく、十分な議論が必要とされる。

## 2) 措置診断書案について

診断書案については、「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、問題行動については、どの程度「予見性」を持たせるものなのかなど、記載の際の判断基準にまで意見があった。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。今回出された意見を待つまでもなく、措置診断書は2006年に若干の改訂がなされた。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) 措置入院制度について

措置入院の診察に関する事前調査については、その充実を希望する声が多く、事前調査マニュアル、手引書のようなものが必要で、それによって都道府県ごとの様式が一定となるとしていた。

措置入院者の定期病状報告については、特に長期措置入院の問題にふれ、様式も変え措置を解除できない理由を中心に記述させる必要がある、治療の経過や、改善度がわかるようなものがほしいとの意見があった。

措置入院消褪届については、症状消退に判断についてのガイドラインやマニュアルの必要性、さらには、運用に関し指定医2名の診察としてはどうかとの意見があった。

また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、今後の議論が必要と思われた。

## E. 結論

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した。

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では、指定医はどのような点を考慮し、要否判断をしたか、その判断の過程が明らかになった。

指定医会は、未だ開催されている自治体は少数であった。今後、議論の場を整備し、自治体ごとに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。

ガイドライン研究の結果、ガイドラインの7項目については、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。また研究班で提示した措置診断書案についても、大多数の指定医の賛同が得られた。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。さらに、指定医に対して行った措置入院全般に関する意見は、多岐にわたりかつ一つ一つが重要な問題であり、今後さらに研究を進めていくことが必要と思われた。

## 文献

1) 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・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成16年度分担研究報告書. 2005

2) 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・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成17年度分担研究報告書. 2006

3) 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対する決定木分析による検討. 厚生労働科学研究費補助金・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年度分担研究報告書. 2007 (印刷中)

4) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 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. 厚生労働科学研究費補助金・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年度分担研究報告書. 2007 (印刷中)

5) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 都道府県・政令指定都市における精神保健指定医に対する研修会の実施状況について. Pp62-71 厚生労働科学研究費補助金・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17年度分担研究報告書. 2006

6) 吉住昭, 瀬戸秀文, 鶴丸藍子. 指定医の判断の標準化のためのガイドライン研究. 厚生労働科学研究費補助金・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年度分担研究報告書. 2007 (印刷中)

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

吉住昭, 瀬戸秀文, 藤林武史: 危機介入と精神科医療, 精神医学, 46, 591-598, 2004

### 2. 学会発表

瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住昭: 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. 日本精神神経学会, 福岡, 2006.5

吉住昭, 瀬戸秀文, 藤林武史: 都道府県・政令指定都市における精神保健指定医に対す

る研修会の実施状況。日本精神神経学会，福岡，2006.5  
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

**G. 知的所有権の取得状況**

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1 診断書の項目別・措置要否一覧(1)

属性	措置入院歴		F0	F1	F2	F3	F6	F7
	全診断書	あり群						
全例	----	*****	n.s.	n.s.	*****	n.s.	##	#####
性別(男性)	n.s.	n.s.	#	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
若年(39歳以下)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	#
措置入院歴あり	*****	----	n.s.	**	*	*	n.s.	n.s.
通報種別	全診断書	措置入院歴	F0	F1	F2	F3	F6	F7
一般人申請	n.s.	***	n.s.	n.s.	***	n.s.	n.s.	*
警察官通報	*	**	n.s.	n.s.	*****	n.s.	##	n.s.
検察官通報	###	*	n.s.	n.s.	*****	n.s.	##	*****
矯正施設長通報	#	n.s.	n.s.	n.s.	***	n.s.	n.s.	n.s.
精神病院長届出	n.s.	n.s.	----	n.s.	***	n.s.	n.s.	n.s.
知事職務診察	*****	n.s.	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*
問題行動	全診断書	措置入院歴	F0	F1	F2	F3	F6	F7
殺人	*****	n.s.	n.s.	**	*****	n.s.	n.s.	n.s.
傷害	*****	*****	**	*****	*****	*	*****	*****
暴行	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
脅迫	*****	*****	n.s.	*****	*****	*****	*****	**
自殺企図	*****	*	n.s.	*****	*****	**	***	n.s.
自傷	*****	**	n.s.	*****	*****	**	***	*
不潔	*****	n.s.	n.s.	*	*****	n.s.	n.s.	n.s.
放火または弄火	*****	n.s.	n.s.	**	*****	n.s.	n.s.	***
器物損壊	*****	*****	n.s.	*****	*****	**	*****	***
窃盗	*****	*	n.s.	*	*****	*	n.s.	###
侮辱	*****	*	n.s.	*****	*	n.s.	*	n.s.
強盗	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
恐喝	*****	*	----	*	**	n.s.	**	*
徘徊	*****	**	n.s.	*****	*****	n.s.	*	n.s.
家宅侵入	*****	n.s.	n.s.	***	*****	*	n.s.	n.s.
性的異常行動	*****	#	n.s.	n.s.	*****	n.s.	n.s.	n.s.
風俗犯的行動	**	n.s.	----	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.
無断離院	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
無銭飲食	*****	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
無賃乗車	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
その他	*****	n.s.	n.s.	*	n.s.	***	**	n.s.
問題行動	全診断書	措置入院歴	F0	F1	F2	F3	F6	F7
I 抑うつ状態	**	n.s.	n.s.	n.s.	#	n.s.	n.s.	n.s.
I 1.抑うつ気分	**	n.s.	n.s.	n.s.	###	n.s.	n.s.	n.s.
I 2.内的不穏	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.
I 3.焦燥・激越	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
I 4.精神運動制止	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----
I 5.罪責感	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.
I 6.自殺念慮または企図	***	n.s.	n.s.	*	n.s.	***	**	n.s.
I 7.睡眠障害	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
I 8.食欲障害または体重減少	n.s.	n.s.	n.s.	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
I 9.その他	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
II 躁状態	*	**	*	*	n.s.	n.s.	**	n.s.
II 1.高揚気分	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
II 2.多弁・多動	*	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.
II 3.行為心迫	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
II 4.思考奔逸	*	n.s.	----	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
II 5.易怒性・被刺激性亢進	**	*	*	*	n.s.	n.s.	**	n.s.
II 6.睡眠障害	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.
II 7.誇大性	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.
II 8.その他	n.s.	----	----	n.s.	*	n.s.	----	----

有意に要措置 \* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001, \*\*\*\* : p<.0001, \*\*\*\*\* : p<.00001, \*\*\*\*\* : p<.000001

有意に措置不要 # : p<.05, ## : p<.01, ### : p<.001, #### : p<.0001, ##### : p<.00001, ##### : p<.000001

表1 診断書の項目別・措置要否一覧(2)

症状	措置入院歴							
	全診断書	あり群	F0	F1	F2	F3	F6	F7
III 幻覚妄想状態	*****	*****	n.s.	*****	*****	n.s.	**	*****
III 1. 幻覚	*****	n.s.	n.s.	*****	*	n.s.	*	***
III 2. 妄想	*****	**	n.s.	*****	*****	n.s.	**	*****
III 3. させられ体験	*****	*	n.s.	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
III 4. 思考形式の障害	*****	***	n.s.	***	*****	n.s.	*	***
III 5. 著しく奇異な行為	*****	*	n.s.	*****	***	n.s.	n.s.	n.s.
III 6. その他	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IV 精神運動興奮状態	*****	*****	**	*****	*****	n.s.	*****	*****
IV 1. 減裂思考	*****	*	n.s.	***	*****	n.s.	*	n.s.
IV 2. 硬い表情・姿勢	*****	*	n.s.	*****	*****	n.s.	n.s.	*
IV 3. 興奮状態	*****	***	***	*****	*****	n.s.	**	*****
IV 4. 衝動行為	*****	*****	*****	*****	*****	n.s.	***	*****
IV 5. 自傷	*****	n.s.	n.s.	**	**	n.s.	n.s.	n.s.
IV 6. その他	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
V 昏迷状態	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
V 1. 無言	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.
V 2. 無動・無反応	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----	n.s.	----
V 3. 拒絶・拒食	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
V 4. その他	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.
VI 意識障害	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
VI 1. 意識混濁	##	n.s.	#	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.
VI 2. (夜間)せん妄	#	n.s.	##	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----
VI 3. もうろう	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----
VI 4. 錯乱	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----
VI 5. その他	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.
VII 知能障害	#####	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
VII A 精神遅滞	#####	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
VII B 痴呆	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----
VII B 1. 全体的	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----	----
VII B 2. まだら(島状)	n.s.	*	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----
VII B 3. 仮性	n.s.	----	----	----	*	----	----	----
VII B 4. その他	n.s.	----	n.s.	n.s.	n.s.	----	----	----
VIII 人格の病的状態	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	**
VIII A 人格障害	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
VIII A 1. 妄想性	n.s.	n.s.	n.s.	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
VIII A 2. 衝動性	n.s.	n.s.	n.s.	**	n.s.	n.s.	*	*
VIII A 3. 演技性	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
VIII A 4. 回避性	#	n.s.	----	n.s.	#	n.s.	n.s.	n.s.
VIII A 5. その他	##	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
VIII B 残遺性人格変化	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*
VIII B 1. 欠陥状態	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	**
VIII B 2. 無関心	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*
VIII B 3. 無為	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	*
VIII B 4. その他	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.
IX その他	n.s.	n.s.	n.s.	*	n.s.	n.s.	*	n.s.
IX A 性心理的障害	n.s.	*	----	----	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IX A 1. フェティシズム	n.s.	----	----	----	*	n.s.	----	----
IX A 2. サド・マゾヒズム	----	----	----	----	----	----	----	----
IX A 3. 小児愛	----	----	----	----	----	----	----	----
IX A 4. その他	n.s.	*	----	----	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IX B 薬物依存	n.s.	n.s.	n.s.	**	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IX B 1. 覚醒剤	n.s.	n.s.	----	***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IX B 2. 有機溶剤	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IX B 3. 睡眠薬	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IX B 4. その他	n.s.	n.s.	----	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----
IX C アルコール症	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
IX D その他	#####	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	----	n.s.	#

有意に措置 \* : p<.05, \*\* : p<.01, \*\*\* : p<.001, \*\*\*\* : p<.0001, \*\*\*\*\* : p<.00001, \*\*\*\*\*: p<.000001

有意に措置不要 # : p<.05, ## : p<.01, ### : p<.001, #### : p<.0001, ##### : p<.00001, ##### : p<.000001

表2 全例・措置入院歴有りのOdds比

	全例				措置入院歴がある群			
	有意確率	Exp (B)	Exp (B) の95% 信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp (B) の95% 信頼区間	
			下限	上限			下限	上限
措置入院の既往歴	0.00	2.14	1.48	3.10	----	----	----	----
性別(男性)	----	----	----	----	0.07	2.64	0.93	7.49
年齢	----	----	----	----	----	----	----	----
I うつ	0.03	0.69	0.49	0.96	----	----	----	----
II 躁	0.00	1.98	1.43	2.75	0.08	3.85	0.85	17.43
III 幻覚妄想	0.00	3.32	2.67	4.13	0.00	3.65	1.65	8.06
IV 精神運動興奮	0.00	3.15	2.54	3.89	0.00	6.79	2.88	16.04
V 昏迷	----	----	----	----	----	----	----	----
VI 意識障害	----	----	----	----	----	----	----	----
VII A 精神遅滞	0.01	0.58	0.40	0.85	----	----	----	----
VII B 痴呆	----	----	----	----	0.07	0.05	0.00	1.22
VIII A 人格障害	----	----	----	----	----	----	----	----
VIII B 残遺性	----	----	----	----	0.07	3.94	0.88	17.60
IX A 性心理	----	----	----	----	0.00	0.02	0.00	0.29
IX B 薬物アルコール	----	----	----	----	----	----	----	----
微罪	0.00	1.89	1.52	2.37	0.08	2.13	0.92	4.97
殺人(重罪相当)	0.00	4.11	2.14	7.89	----	----	----	----
傷害(重罪相当)	0.00	2.90	2.25	3.73	----	----	----	----
放火(重罪相当)	0.00	2.43	1.66	3.58	----	----	----	----
強盗(重罪相当)	----	----	----	----	----	----	----	----
性的異常(重罪相当)	----	----	----	----	----	----	----	----
自殺企図	0.00	4.00	2.74	5.85	0.01	9.73	1.92	49.36
自傷	0.00	2.01	1.47	2.73	----	----	----	----
不潔	----	----	----	----	----	----	----	----
定数	0.00	0.42	----	----	0.10	0.36	----	----

性別は女性を基準として男性のOdds比を求めた。年齢は10歳ごとを1つの層として、層を上下した場合のOdds比を求めた。それ以外の項目は、精神症状や問題行動がないことを場合を基準として、ある場合のOdds比を求めた。なお、Odds比は、指定医が要措置と判断するかどうかについて求めたものであり、現実の危険性の評価ではないことに留意する必要がある。

表3 警察官・検察官通報Odds比

	警察官通報(法第24条)群				検察官通報(法第25条)群			
	有意確率	Exp (B)	Exp (B) の95% 信頼区間		有意確率	Exp (B)	Exp (B) の95% 信頼区間	
			下限	上限			下限	上限
措置入院の既往歴	0.00	2.66	1.37	5.17	----	----	----	----
性別(男性)	----	----	----	----	----	----	----	----
年齢	0.07	1.12	0.99	1.27	----	----	----	----
I うつ	----	----	----	----	0.00	0.27	0.15	0.49
II 躁	0.01	1.83	1.13	2.96	0.01	2.19	1.26	3.83
III 幻覚妄想	0.00	3.72	2.62	5.27	0.00	4.42	3.04	6.42
IV 精神運動興奮	0.00	2.85	2.02	4.04	0.00	3.80	2.53	5.69
V 昏迷	----	----	----	----	----	----	----	----
VI 意識障害	----	----	----	----	----	----	----	----
VII A 精神遅滞	----	----	----	----	0.00	0.38	0.22	0.66
VII B 痴呆	----	----	----	----	----	----	----	----
VIII A 人格障害	----	----	----	----	----	----	----	----
VIII B 残遺性	----	----	----	----	----	----	----	----
IX A 性心理	----	----	----	----	----	----	----	----
IX B 薬物アルコール	0.03	1.64	1.04	2.58	----	----	----	----
微罪	0.00	1.88	1.31	2.70	----	----	----	----
殺人(重罪相当)	----	----	----	----	0.00	14.45	4.79	43.60
傷害(重罪相当)	0.00	4.00	2.58	6.20	0.00	2.18	1.49	3.21
放火(重罪相当)	0.01	2.71	1.28	5.73	0.00	2.89	1.65	5.07
強盗(重罪相当)	----	----	----	----	----	----	----	----
性的異常(重罪相当)	----	----	----	----	----	----	----	----
自殺企図	0.00	4.14	2.44	7.01	0.05	2.26	1.01	5.05
自傷	0.04	1.57	1.01	2.43	0.02	2.57	1.16	5.67
不潔	0.02	2.30	1.17	4.49	----	----	----	----
定数	0.00	0.22	----	----	0.01	0.62	----	----

性別は女性を基準として男性のOdds比を求めた。年齢は10歳ごとを1つの層として、層を上下した場合のOdds比を求めた。それ以外の項目は、精神症状や問題行動がないことを場合を基準として、ある場合のOdds比を求めた。なお、Odds比は、指定医が要措置と判断するかどうかについて求めたものであり、現実の危険性の評価ではないことに留意する必要がある。

表4 指定会を実施している自治体

名称	開始時期	開始年	開催頻度	主催団体	主催団体その他	出席率
宮城県	平成13年度以降の実施は確認できるが、それ以前は不明である。	2001	年1回	自治体	宮城県と仙台市が合同で開催している。なお、同日、精神科病院長会議も開催している。	20%以上
山形県	不明		不定期	自治体		40%以上
茨城県	開始時期は不明です。		年1回	その他	県が主催しており、共催の団体はありません。	60%以上
群馬県	2001年2月から	2001	年2回	その他	指定医会自体が会長、副会長、常任理事、etc.がいて、その理事会で運営。ただし事務局は、こちらの健康センター内に置いています。	40%以上
東京都	開始時期は不明～概ね昭和53年以降	1978	年1回	自治体		不明
神奈川県	平成15年度	2003	年1回	自治体		40%以上
静岡県	平成11年度から	1999	年1回	自治体、精神科病院協会、精神科診療所協会	静岡県精神保健福祉センター	20%以上
和歌山県	平成5年頃	1993	不定期	自治体		20%以上
島根県	平成13年よりも以前から		年1回	その他	精神保健福祉センター	80%以上
山口県	正確には不明。 S62法改正後しばらくして、現在と形はちがうかもしれない。	1988	年1回	自治体		40%以上
高知県	不明(平成9年には開催されていました)	1997	年1回	自治体		20%以上
佐賀県	平成13年度より県と精神科病院協会が1回ずつ主催して年2回、開催している。	2001	年2回	自治体、精神科病院協会		40%以上
仙台市	平成13年度以降の実施は確認できるが、それ以前は不明。	2001	年1回	自治体	宮城県、仙台市の共同で実施。同日に精神科病院長会議も開催している。	20%以上
横浜市			無回答	無回答		無回答
北九州市	平成14年度	2002	年1回	自治体	無回答	不明

表5 指定医のガイドライン案、診断書案についてのアンケート結果

質問事項		回答内訳			
1 ガイドライン(案)各項目の適否について		了解・問題ない	提案有り	記載なし	計
1(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	33	7	1	41
1(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	36	5	0	41
1(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	39	2	0	41
1(4)	問題となった行為に対する判断能力や責任能力がないか、もしくは著しく障害されている	34	6	1	41
1(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	38	2	1	41
1(6)	精神科の入院治療によって、精神症状の改善が認められるか悪化が防止される	33	7	1	41
1(7)	入院させなければ、自傷行為、または他害行為を引き起こすおそれがある	38	2	1	41
2 診断書(案)について		了解・問題ない	提案有り	記載なし	計
2(1)	「主たる精神障害・従たる精神障害・身体合併症(診断名)」欄	38	3	0	41
2(2)	このうち、ICD-10欄を設けること	30	11	0	41
2(3)	「措置入院の要否」欄に「措置不要の場合の医療の要否についての意見」を選択すること	37	4	0	41
2(4)	過去の精神科入院歴・措置入院歴・職歴・支援体制欄について	34	6	1	41
2(5)	「問題行動」欄について	32	9	0	41
2(6)	「精神症状」欄について	20	20	1	41
2(7)	「現病歴」欄について	35	6	0	41
2(8)	「診察時の症状」欄について	37	4	0	41

表6 精神科関連機関のガイドライン各項目に対する賛否

		了解・問題ない	提案有り
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	121	19
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	126	15
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	126	13
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	120	19
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	129	10
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	113	24
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	128	10
8	7つの項目を満たす場合に、措置入院該当と判定することが適切だと考える	105	32

図1 樹形図 (ノード3以下)

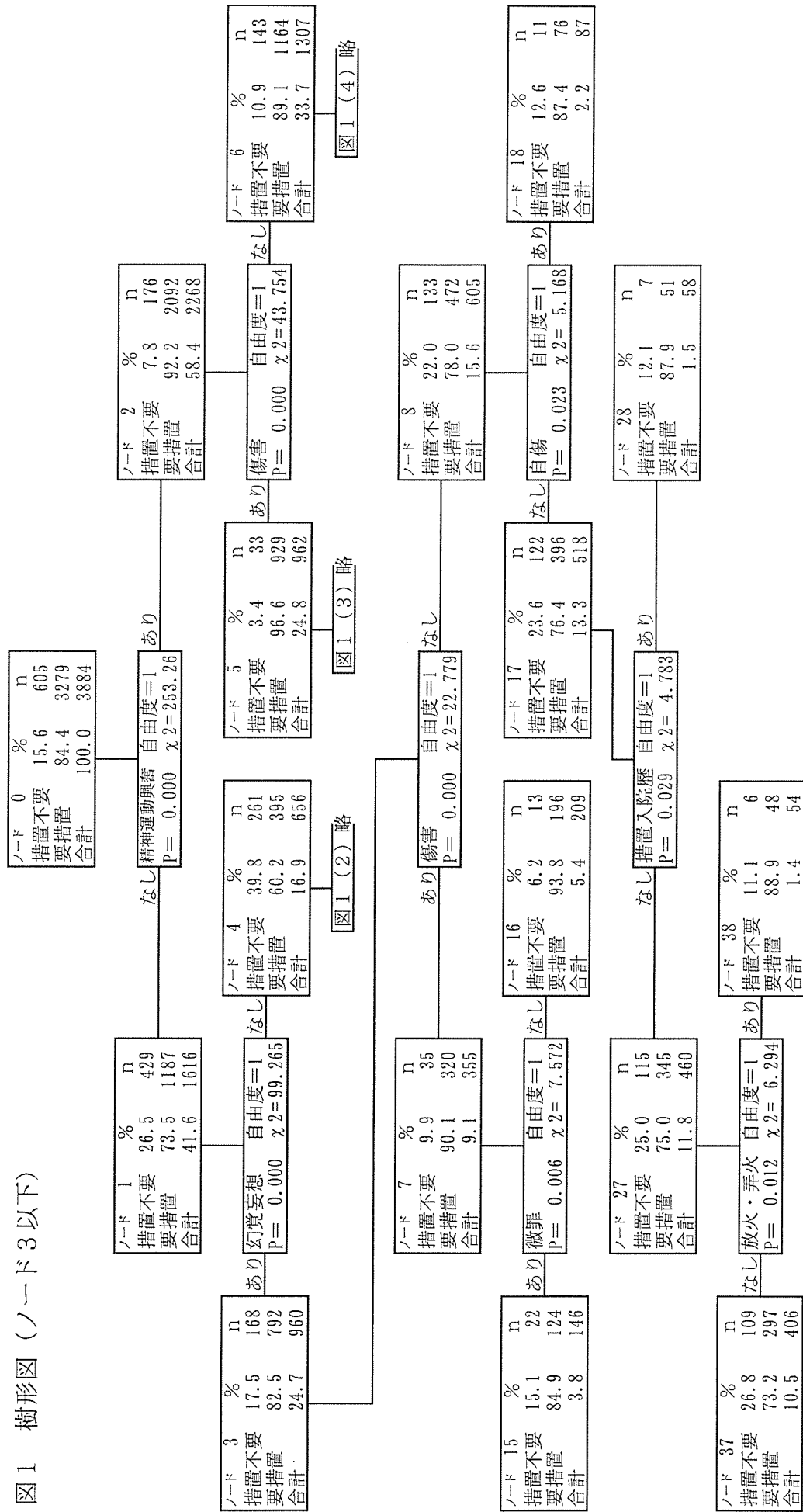
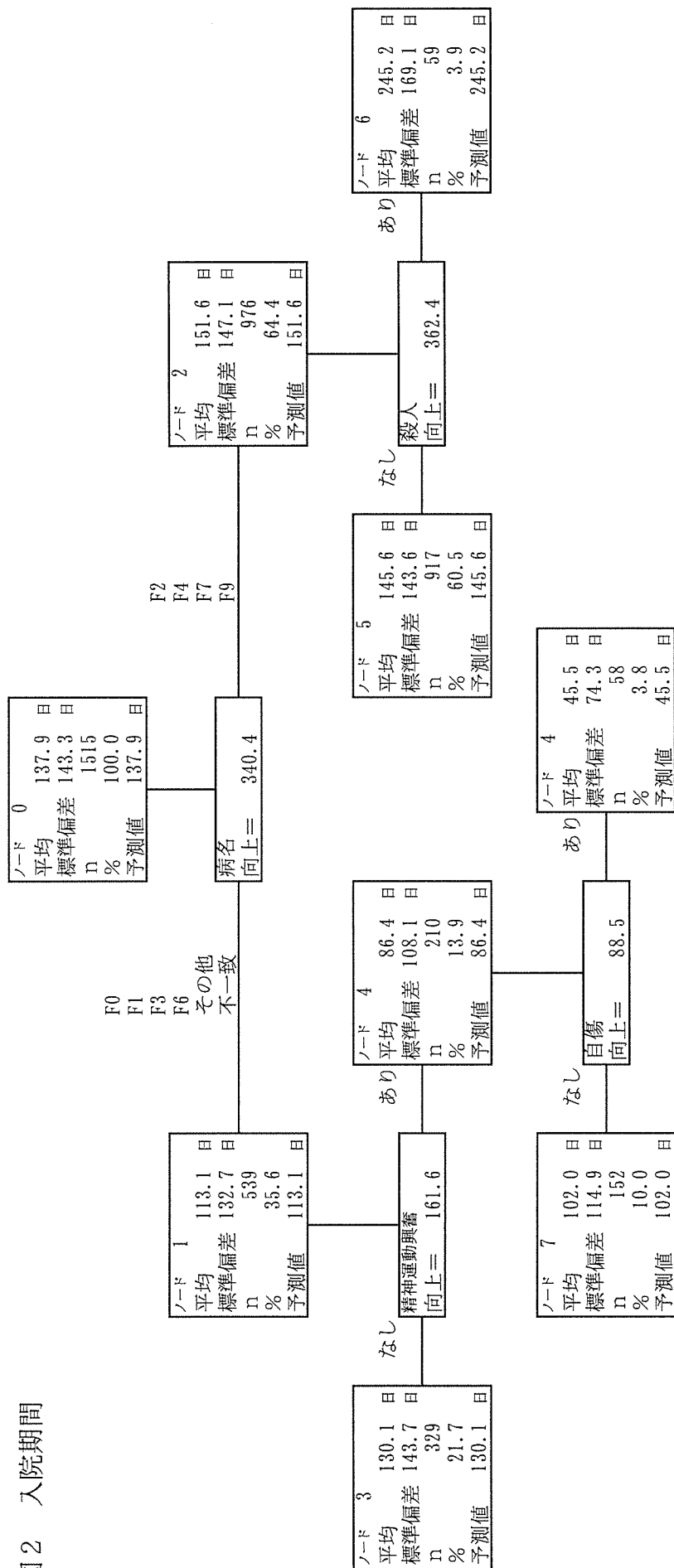




図2 入院期間



ガイドライン研究用

措置入院の可否に関する診断書（案）

受診者	ふりがな			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	<input type="text"/> <input type="text"/> 歳	
	氏名						
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦19 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦20	<input type="text"/> <input type="text"/> 年	<input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	住所	〒					
通報種別	<input type="checkbox"/> 一般人申請(第23条) <input type="checkbox"/> 矯正施設長通報(第26条) <input type="checkbox"/> 警察官通報(第24条) <input type="checkbox"/> 精神科病院長届出(第26条の2) <input type="checkbox"/> 検察官通報(第25条) <input type="checkbox"/> 知事政令市長職務診察(第27条第2項) <input type="checkbox"/> 保護観察所長通報(第25条の2)						
上記の受診者について、精神保健および精神障害者福祉に関する法律第27条の規定により措置入院に関する診察を行った結果は、次の通りです。 年 月 日 精神保健指定医 署名							
主たる精神障害						ICD-10コード	
						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
従たる精神障害						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
身体合併症							
過去の治療歴	過去の精神科入院歴	あり	なし	不明	あり	なし	不明
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現病歴	家族歴、既往歴、生活歴、就学・就労状況ならびに精神障害を発症する前後の状況、医療機関への受診状況、問題行動の内容、その他参考となる事実を記載してください。						
(陳述者) (添付資料)							



## 分担研究報告書

# 措置入院患者のフォローと 社会復帰に関する研究

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 16～17 年度)

分担研究者 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)