

2) 精神科疾患(表3)

診断名は統合失調症87名(43.5%)、人格障害50名(25%)が突出して多かった。副病名も含めると、覚せい剤精神疾患22名(11%)と知的障害20名(10%)がこれらに次いで多くなっていた。

3) 精神科救急の利用状況

初回入院時についてみると、状態像は「幻覚妄想状態」71名(45.8%、ただし不明者を除いた数に対する比率)が圧倒的に多くなっていた(表4)。行動面での問題は「興奮」123名(72.8%)、自殺企図(10.7%)が多かった(表5)。また、家庭内で暴力行為が見られた者が73名あり、不明分を除いた136名中の53.7%に上った。受診の必要が発生してから受診までの期間は、「その日」が52名(17.7%)、「2,3日」25名(11.3%)、「1週間程度」12名(9.7%)、「それ以上」34名(14.5%)などとなっていた(表6)。直前の治療については、「治療中」124名(66.7%)、「治療中断中」31名(16.7%)、「未治療」21名(11.3%)となっていた(表7)。保護された場所は、「自宅」93名(49.5%)、「医療機関」23(12.2%)、「それ以外の建物」31名(16.5%)、「路上」33名(17.6%)となっていた(表8)。受診の際の同伴者としては、「警察官」が143名(78.1%)と圧倒的に多かった。「家族」の同伴は20名(10.9%)であった。搬送に用いられた車輛は、「警察車輛」が140名(79.1%)と圧倒的に多かった(表9)。入院形態は、「医療保護」105名(58%)、「緊急措置」60名(33.1%)、「措置」13名(7.2%)の順であった。「応急入院」は2名、「任意入院」は1名であった(表10)。

4) 2回目、3回目の入院時

今回の調査では、4回以上精神科救急医療事業による入院歴のある者が存在した。そのため、こうした事例については、最後から2番目の入院と、最後の入院をもって、それぞれ「2回目」、「3回目」の入院として集計した。「2回目」、「3回目」の入院の際の状況について、全体としてみる限り、1回目と比較して有意な変化は見られなかった(表4~10)。

5) 頻回利用者の分類

平成16年度、平成17年度に豊島病院等東京都立の4病院を3回以上利用した者について行った調査の結果、200人の頻回利用者が抽出されたが、今回は、対照群を設定するために、その200人の入院状況を入院の間隔に注目して分類したところ、表13のようになった。

6) 「頻回例」と「対照例」の比較

この結果、3年間に3回以上精神科救急医療事業により入院した95人が頻回利用者の中でも最大の「ヘビーユーザー」であると考えられることから、今回の比較調査では、この95人を「頻回例」とした。その内訳は、都立府中病院で30人、都立豊島病院で34人、都立墨東病院で23人、都立松沢病院で8人であった。「対照例」は、それぞれの医療機関で、「頻回例」の第1回目の入院直後に入院し、その後3年間精神科救急医療事業を利用して入院していない人とした。直後の入院者が「頻回例」であった場合には、その次の入院者で条件に該当する者を順次「対照例」とした。このようにして抽出された「対照例」に対し、「頻回例」と同じ小票を用いて、患者ごとにそれぞれの医療機関に勤務する精神科医が、診療録等に基づいて記入した。小票の情報はコンピュータに入力し、Excelアンケートソフト「太閤」を用いて、2群の特徴を統計的に解析した。

(1) 「頻回例」と「対照例」の性別と年齢、発病年齢

「頻回例」では、男49人(52%)：女46人(48%)、「対照例」では男56人(56%)：女44人(44%)であった。性別には群間で有意差を認めなかった(表14)。「頻回例」の平均年齢は36.6歳±12.4歳、「対照例」の平均年齢は、41.9歳±13.8歳であった。すなわち、「頻回例」が「対照例」より平均で約5歳若かった($p<0.01$)。また、「頻回例」の平均発症年齢は22.4歳±9.6歳、「対照例」の平均発症年齢は、31.4歳±14.4歳であった。すなわち、「頻回例」が「対照例」より平均で約9歳発症年齢が早かった($p<0.01$)。

(2) 「頻回例」と「対照例」の家族との同居(表15)

同居者については、「頻回例」で、親38人(40%)、

配偶者あり6人(6.3%)、子どもあり6人(6.3%)であった。一方、「対照例」では、親26人(27.4%)、配偶者あり21人(22.1%)、子どもあり20人(21.1%)であった。単身者については、「頻回例」39人(41.1%)、「対照例」21人(22.1%)となっていた。すなわち、「頻回例」では、親と同居する人や単身者が多く、「対照例」では、配偶者や子どもがいる人が相対的に多く、また単身者の比率が低かった。以上、「頻回例」と「対照例」の家族構成は有意に異なっていた。

(3) 「頻回例」と「対照例」の診断名(表16)

診断名については、「頻回例」では、多い順に「統合失調症」(38%)、「人格障害」(34%)と続いていたが、「対照例」では、「統合失調症」(46%)、「急性精神病」(17%)の順であった。診断名についても両群で有意差が認められた($p<0.01$)。

(4) 「頻回例」と「対照例」の状態像

(表17、18)

状態像については、「頻回例」では、「幻覚妄想」(31%)と「その他」(31%)が同数で最も多かったが、「対照例」では、「幻覚妄想」(59%)、「その他」(17%)の順であった。状態像についても両群で有意差が認められた($p<0.05$)。

また、行動面の状態については、「頻回例」と「対照例」の間で有意差は認められなかった。

(5) 「頻回例」と「対照例」の家族に対する暴力(表19)

家族に対する暴力については、「頻回例」で「あり」が39%であったが、「対照例」では26%であった。また、「頻回群」では「不明」が多くなっており、結果として、両群間で頻度に有意差が認められた。

(6) 「頻回例」と「対照例」の直前の治療(表20)

「頻回例」では、「治療中」78%、「中断」13%、「未治療」4%であったのに対し、「対照例」では、「治療中」40%、「未治療」33%、「中断」21%であった。「対照例」では精神科救急を利用して入院したのが初めての精神科受診であったという人が多かった点など、両群の直前の治療の状況は有意に異なっていた($p<0.01$)。

(7) 「頻回例」と「対照例」の社会復帰施設の利用(表21)

「対照例」で社会復帰施設を利用していたのは

わずか3%であった。これに対し、「頻回例」では利用者は16%いたが、一方で「不明」という回答が全体の過半数(56%)を占めた。こうした相違の結果、両群の間で、有意差が認められた($p<0.01$)。

(8) 「頻回例」と「対照例」の問題が生じてからの期間(表22)

「頻回例」で最も多かったのは「不明」であったが、次は、「その日」で27%であった。これに対し、「対照例」では、「1週間以上」という回答が最も多かった(39%)。両群の間には、統計的な有意差は認められなかったが、相違がある傾向が認められた。

(9) 「頻回例」と「対照例」の保護された場所(表23)

「頻回例」と「対照例」ともに「自宅」が過半数を占めた(それぞれ51%と54%)。一方、「頻回例」では「医療機関」が少し多く、「対照例」では「それ以外の建物」25%、「路上」18%などが多く、全体として両群の間に有意差が認められた($p<0.05$)。

(10) 「頻回例」と「対照例」の搬送手段(表24)

両群とも、「警察車両」が8割を占め、群間に有意差は認められなかった。

(11) 「頻回例」と「対照例」の入院形態(表25)

「頻回例」では「措置入院」が12%認められたが、「対照例」では認められなかった。また、「対照例」の方が「医療保護入院」が多かった(42%対55%)。両群の間には、有意差が認められた($p<0.01$)。

調査3. 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

1) 回答状況

調査票の回答は34自治体から得られ(平成17年3月5日現在)、有効回収率は56.7%である。

2) 結果

調査票の回答があった34の自治体のうち、精神科救急医療システムについて、精神科救急医療システムの運用が始まっていない自治体はなかった。政令指定都市で都道府県の精神科救急医療システムと一体化したシステム運用がなされている自治体は、10(29.4%)であった。

(1) 精神科救急医療実績について(表26)

回答を得られた自治体について、精神科救急

医療実績を表26に示した。電話相談係数、受診件数は、調査していないところ、入院件数の一部とカウントしているところ、入院件数をカウントした場合はカウントしていないと考えられるところ、などがあった。入院係数は、比較的比較しやすいが、入院者の入院形態について明らかではないとした自治体や、昼間は集計が取られていないとする自治体も認められた。

回答を得られた自治体の件数を総合すると、平成17年度は平成16年度に比較して、予算が微増し、電話相談や受診の件数は増えたが、入院件数はやや減少していた。入院件数で最も多くを占めていたのは医療保護入院、次いで任意入院であった。また、精神科救急システム整備事業の中で取り扱われた措置入院と緊急措置入院の件数については、東京が両者併せて1586件と、全体の約半数を占めた。一方、青森、福島、茨城、富山、鳥取、岡山、愛媛、大分、鹿児島などでは、両者併せて10件以下で、岐阜ではともに0件であった。

精神科緊急医療システムの概要については、精神科救急医療システムの運用時間は、緊急医療システムが構築されていない自治体での平日運用合計時間は平均15.7時間、土曜運用合計時間は平均19.6時間、日曜休日運用合計時間21.4時間であった。表3に精神科緊急医療システムの運用時間について示した。平日運用合計時間の平均は12.4時間、土曜運用合計時間の平均は18.6時間、日曜休日運用合計時間は21.3時間であった。

精神科救急医療システム運用時間帯中の警察官通報など措置入院に関する通報処理について、緊急システムがない自治体では、“措置通報の処理に対応するためのシステムは特に構築されておらず、その都度、保健所又は本庁主管課職員が通報処置を行う”という回答が71.4%から得られた。精神科救急医療システム運用時間帯中に通報を受けて措置診察が必要となった場合は、診察場所や指定医の確保はどのように行われているか、という質問に対する回答の分布を表6に示した。最も多く回答が見られたのは、“その都度、保健所又は本庁主管課職員が診察場所や指定医を確保する”というものであった。

平成17年1月1日時点で、国庫補助を受けた精神科救急情報センター（以下、センター）が整備されている自治体は全体の50.0%であった。それ以外では、“国庫補助を受けたセンターは未整備だが、精神科受付窓口がある程度センターの機能を果たしている”という自治体が14.7%、“精神科救急窓口は事務処理のみで、センターの機能は果たしていない”という自治体が14.7%、その他・未記入が29.4%であった。これらセンターを設置していない自治体に、センター整備の必要性をどのように感じているか質問したところ、“今後設置する予定”が23.6%、“必要性を感じており、時間は未定だが、現在、設置へ向けての準備検討を行っている”が17.6%であった。

また、精神科救急情報センターが整備されている自治体についてはセンターへの質問として、センターが整備されていない自治体については、精神科救急事業窓口（以下、窓口）の質問として、精神科救急の圏域との関係について質問したところ、精神科救急情報センターでは“自治体全域を一つのセンターで対応している”という回答が76.5%と一番多かったのに対し、窓口では“精神科救急医療の圏域ごとに窓口がある”という回答が一番多かった。設置形態については、センターが“固定されている”という回答が88.2%とほとんどであったのに対し、窓口では35.3%に止まった。同様に時間帯による対応機関の振り分けについても、“対応可能時間中は単一の機関が対応”という回答がセンターで94.1%を占めていたのに対し、窓口では58.8%に止まった。表15に設各施設の設置場所について示す。センターが最も多く設置されていたのは精神保健福祉センターで41.2%、これに対して窓口が最も多く設置されていたのは精神科救急医療機関で64.7%であった。一般（身体科）の救急医療情報センターとの関係については、異なる場所にあると回答したセンターが82.4%であった。各機関・人に対してセンター（窓口）に連絡をとるための電話番号は公開されているかについて質問したところ、センターでは警察を始め、全ての項目で7割以上の自治体が公開していた。一方で窓口では公開が5割を下回る項目が多くあり、精神科医療機関については17.6%にとどまった。

常勤のスタッフが「いる」との回答はセンターでは52.9%、窓口では5.9%であった。一時対応職員が精神科医や精神保健福祉士、看護師などの精神科専門職員であると回答した施設はセンターでは100.0%、窓口では70.6%であった。一時対応職員では十分な判断・対応が出来ないときについては、センター窓口両者とも、“精神科救急医療施設の医師に相談可能”という意見が最も多かった。機能については、センターで、医療機関までの搬送手段を決定するという意見が88.2%で最も多かった。また一時対応職員の対応マニュアルについても、既にマニュアルがあると回答したのはセンターで52.9%であった。

(3) 自由記載の内容

3-1) 精神科救急医療事業の課題

A 県

1. 運用上の課題

- (1) 措置診察を行う精神保健指定医の確保
- (2) 一次救急体制等の整備

2. 国等への要望

(1) 警察、司法、医師会等の関係機関との業務に関する調整

B 県

今後の課題

1. 初期救急医療体制の整備

2. 地元での受け入れ体制の整備

(1) 入り口の整備のみでなく、帰る場所等出口についての整備。アフターケア体制の整備充実。

(2) 救急につながらないように、日頃からの支援体制整備の充実。

C 県

1. 主治医等もおり、早急な治療が必要でないと判断できる人格障害圏の方が、夜間・休日に電話で緊急の受診先の紹介について相談してきた場合の対応に苦慮している。

2. 夜間診察・入院については当番の医療機関を確保しているが、深夜帯の受診はできない状況にあるため、緊急ケースについては県立病院での対応が可能であるが、ケースによっては翌日の日中の受診に持ち越す場合もある。

3. 身体合併症のある対象者を受け入れてくれる病院が少ない。

4. 当番病院が圏域全体で設定されているため、対象者の居住地から遠い入院先になる場合があり、退院後の医療継続困難になる場合がある。

D 県

1. 薬物依存・人格障害等司法対応か医療対応かで警察との調整が難しい時がある。

2. 人格障害の事例（リストカット、大量服薬等）について、一般救急病院での治療後に、精神症状も落ち着いた場合、精神科救急医療施設における自身の要否について、一般救急病院の医師と救急情報センター相談員および精神科救急医療施設の医師とで見解の相違があり、調整が困難な場合がある。

3. 患者受け入れを中心に行っている精神科救急医療施設は、精神単科の病院であるため、身体合併症患者の取り扱いに苦慮している。

4. 個人情報の取り扱いについて、医療機関から受療状況等の提供がしてもらえず、救急情報センターでのトリアージが困難な時がある。

E 県

空床確保が1床のため、当番病院に入院できない事例がある。

F 県

1. 当県の精神科救急医療システムは、夜間については全県で1病院での対応であるため、遠方からの利用が難しい。複数ブロック化が今後の課題となっている。

2. 自殺企図した精神疾患患者の対応など、一般救急との連携がスムーズにいかないことがある。

G 県

1. 指定医の確保（27条診察）

2. 警察・消防との連携

H 県

1. 当県の精神科救急医療システムは、夜間については全県で1病院での対応であるため、遠方からの利用が難しい。複数ブロック化が今後の課題となっている。

2. 自殺企図した精神疾患患者の対応など、一般救急との連携がスムーズにいかないことがある。

I 県

将来の課題

1. 精神科救急情報センターの拡充

2. 移送体制の拡充
3. 精神科救急医療センターの設置
4. 精神神経科診療所・クリニックの協力体制の確立
5. 民間精神科病院の協力体制の拡充

当面の課題

病床の確保

3-2) 精神科救急医療による入院や措置入院を繰り返す人に対する対応

A 県

地域生活の維持・継続が困難な重度の精神障害者に対して、保健・医療・福祉の専門職員が包括的なサービスを直接提供する A C T 事業を実施することにより、地域生活の維持・継続、再入院の回避を図っている。

B 県

地域生活の維持・継続が困難な重度の精神障害者に対して、保健・医療・福祉の専門職員が包括的なサービスを直接提供する A C T 事業を実施することにより、地域生活の維持・継続、再入院の回避を図っている。

C 県

(1) 措置入院となった患者について、退院後の課題に対する処遇検討会を実施している。

(2) 精神科救急情報センターと各保健福祉事務所等と連携をとり、「急を要しそうな事例」

「通報の可能性が高い事例」に対して、相談、訪問、事例検討会などを実施している。

D 県

効果的な対応方法が見当たらず苦慮している。

E 県

要支援度が高いケースとして、居住区の保健福祉センターが把握し、地域精神保健福祉活動の中で、訪問をこまめに行うなどして、地域生活支援を重点的に行っている。

3-3) 医療観察法施行に伴う課題、問題点について

A 県

1. 指定入院医療機関の確保が近県に必要。
2. 指定通院医療機関の職員への研修の機会および機関間の連携。質の担保。

B 県

1. 県内に指定医療機関が少ないこと。
2. 地元の医療機関や社会復帰施設が、対象者の受け入れをスムーズに行えるような働きかけが必要であること。

C 県

保護者の法律における定義は、精神保健福祉法も医療観察法も同義であるが、その選任手続きについて、地方裁判所と行政および保護観察所とで認識の相違がある。(地方裁判所にあつては、精神保健福祉法第 20 条に規定されている保護者となるべき者の確認をせずに、市長を保護者として取り扱い事務を進めようとする傾向がある。事件を起こした者の家族が保護者の任にあたってくれることは通常は期待できないとの認識を持っている様子)

D 県

1. 指定通院医療機関の数が少ない。
2. 入院にならず、いきなり通院になる対象者が発生しており、通院になるほうが、医療観察法の適用となることに違和感を感じる。

E 県

1. 指定通院医療機関が確保されていないため、地域での処遇体制が不十分であること。
2. 医療観察法の対象者の精神科救急での移送体制が十分でないこと。

F 県

1. 医療観察法の施行された時点で、警察官通報による措置入院中であった精神障害者が、措置症状消退・退院後事件に関わる時効の期間まで遡って、社会生活中の精神障害者を医療観察法の対象者として申し立てがなされるのは問題である。

2. 鑑定入院中の合併症の治療費が支給されないのは問題である。また生活困難者については、鑑定入院中の日用品費の支給も検討されるべき問題である。

3. 医療観察法の対象者として申し立てされた時点で、保護者となりうる扶養義務者が複数存在するが、家庭裁判所において保護者が選任されていない場合、市町村長が医療観察法上の「保護者」となるが、精神保健福祉法第 33 条 2 項を準用して、扶養義務者の同意がある時は 4 週間を限り、同意した扶養義務者を保護者としてみなされるような取り扱いが必要なので

はないか。

G 県

1. この法律を円滑かつ効果的に運用していくためには、退院後の社会復帰支援策の充実が不可欠であり、こうした分野における制度面、財政面での国の更なる支援が望まれる。

2. 入院施設の運営に当たっては、精神障害者の医療、保健および福祉に対する国民の理解と協力が不可欠であり、精神障害者に対する偏見の除去と理解の促進を図る必要がある。

H 県

現在のところ通院処遇の例はないが、地域処遇にあたり本市、特に保健所の関与について、少ない職員体制下での十分な関わり（処遇）が行えるか、また一方で保健所の負担増について危惧している。

I 県

すでに退院して社会復帰しているケースに医療観察法を適用し、鑑定入院をさせるなど、逆に社会復帰を阻害している。

J 県

25条第2項の通報の対応として

判決で有罪判決でも執行猶予がついた場合、医療観察法にある申し立てをするまでに、不服申し立てする期間が必要であり、結果的にその期間は措置入院とする事例があった。

どこも身柄の拘束義務がない中で、限られた時間での措置対応（事前調査や指定医等の手配等）であり、対応が難しかった。（人権への配慮やスタッフの安全等の面）

K 県

1. 地検により本法の適用基準に差があり、他県では申し立て0～1件のところもあるようだが、本県では9件（2月末）も発生しており、中には本法の対象とすべきではないようなケースも見受けられることから、地検に対し本法の趣旨を徹底するよう申し入れすべきである。

2. 件数に対し保護観察所の人員体制が不十分である。

3. 武蔵病院ではベッド数の不足からか、1年半の治療プログラムを満了しないまま退院となるケースもあると聞いている。このような場合、地域処遇中に再犯等が起きた場合、本法の運用が形骸化しているとの指摘を受けること

になるのではないか。

L 県

今後、対象者の増加に伴う指定通院医療機関の確保や、指定入院医療機関の整備。

M 県

通院処遇を受けた方が、緊急に医療機関の受診が必要な場合に、どの機関が一義的な対応に当たるのか不明確である。指定通院医療機関の夜間、休日の応需体制、精神科救急システムの利用可能性・住み分けなどの課題があり、事前の調整が必要である。

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) 回答状況

29の医療機関から回答があった（回答率50%）。そのうち、4医療機関からは5月に精神科救急医療システム整備事業による入院はなかったとの回答を得た。入院患者があったと回答した25の医療機関から、292事例の小票が回収された。

1医療機関で月平均11.7件の精神科救急入院があった。しかし、入院件数には大きなばらつきがあり、4医療機関では入院数が30件を超えていた。

2) 平成18年5月の精神科救急入院(図3)

図3に、5月1日から31日までの各日に精神科救急医療システム整備事業を利用して入院した患者数を示した。5月の休日(日曜日及び祭日)は、3日、4日、5日、7日、14日、21日、28日の7日間、土曜日は、6日、13日、20日、27日の4日間、他の20日間が平日である。休日でも最も入院者が多かったのは、4日で26人であった。この前後、ゴールデンウィークの期間中の入院者数が突出して入院者が多くなっていた。また、土曜日で最も入院者が多かったのは6日の17人であるが、ゴールデンウィークの影響があると考えられ、他の土曜日は8～9人であった。平日では、2日と31日の11人が最高であったが、少ない日は3人という日もあった。各利用日1日ごとの平均入院者は、休日約14人、土曜日10人、平日7.6人であった。

3) 平成18年5月の入院患者と入院曜日、時間帯(表27)

日中の時間帯(午前8時30分～午後5時)に入院した患者の数が多かったのは、休日(41.4%)であった。平日は、午後5時～午後10時までの時間帯の入院が最も多かった。休日を除き、午後10時から午前8時30分までの夜間の入院が、35%近くに達した。

4) 来院した日と入院病棟(表28)

利用日と入院病棟の間には特別の傾向は見いだせなかった。

5) 来院時間帯と入院形態(表29)

来院時間帯と入院形態については、「任意入院」や「措置入院」で日中の時間帯(午前8時30分～午後5時)と午後5時～午後10時までの時間帯の入院者が比較的多かった。一方、「医療保護入院」では、時間帯による差は明確には認められなかった。

6) 入院者の診断名と来院した日、時間帯

(表30、表31)

入院者の主診断名は、多い順に、F2(統合失調症圏)129件(44.6%)が飛び抜けて多く、以下、F3(気分障害のうち、うつ状態)29件(10.0%)、F3(気分障害のうち、躁状態)24件(8.3%)、F0(器質性精神障害)24件(8.3%)、F6(人格障害)18件(6.6%)等と続いていた。

来院した日と診断名の間(表30)、来院時間帯と診断名の間(表31)には特別の関係は見いだせなかった。

7) 診断名と警察官の同伴(表32)

入院に際して、警察官が同伴した人数は、49人(約20%)であった。このうち、診断名との関係では、F2(統合失調症圏)が33人と全体の約三分の2を占めた。そのほかでは、F1(アルコール以外の薬物)の患者の場合に、比較的警察官の同伴が多かった。逆に、F3(気分障害のうち、うつ状態)では入院係数が29人あったが、警察官が同伴した事例は皆無であった。

8) 診断名と主な搬送者(表33)

入院に際して、実際に搬送した者としては、「家族」が112人(38.4%)と最も多かった。「消防」79人(27.0%)、「警察」40人(13.7%)がこれに続き、往診と見られる「貴院車輛」が11人認められた。今回の調査では、「搬送会社車輛」は1人も認められなかった。

診断名との関係では、F0、F3(うつ状態)、F4などは、「家族」や「消防」による搬送が多く、F2では、さまざまな手段が用いられていたが、「行政職員」や「貴院車輛」を使った場合、F2はその過半数を占めていた。

9) 診断名と入院形態(表34)

入院形態については、「医療保護入院」159人(54.4%)、「任意入院」70人(24.0%)、「緊急措置入院」16人(5.5%)、「措置入院」15人(5.1%)、「応急入院」10人(3.4%)と続いていた。診断名との関係では、F2は、さまざまな入院形態で入院となっていたが、特に「緊急措置入院」と「措置入院」のそれぞれ62.5%、73.3%と多くを占めていた。

10) 診断名と入院病棟(表35)

入院病棟は、「精神科救急」102人(34.9%)、「精神一般病棟」63人(21.6%)、「急性期治療病棟」59人(20.0%)の順であった。この人数は、今回の調査で、比較的「精神科救急病棟」の認可を受けた医療機関からの回答が多かったことを反映していると考えられる。

11) 診断名と入院後の身体拘束(表36)

入院直後に、身体拘束を必要とした人は40人(13.7%)であった。実際にはこのうちの約半数(52.5%)がF2の患者に対してであった。

12) 診断名と入院後の隔離(表37)

入院直後に、隔離を必要とした人は154人(52.7%)であった。実際にはこのうちの約半数(51.3%)がF2の患者に対してであった。

13) 診断名と8月1日までの転帰(表38)

8月1日までの転帰は、「貴院通院中」117人(40.1%)、「他院に転院」69人(23.6%)、「貴院に入

院中」48人(16.3%)となっていた。

1 4) 平成11年度調査との比較

平成11年度の調査では、診断名は「精神分裂病」43.1%、「心因反応」10.5%、「アルコール依存症」8.9%、「躁うつ病」6.8%、「うつ病」5.8%、「器質性精神障害」5.4%、「人格障害」5.0%の順であった。今回の調査でも、統合失調症の44.6%であり、最も数が多く、かつその全利用者に占める比率も前回調査に近似していた。その他の疾患の割合も大きな差は認めなかった。

搬送については、前回調査時は、「家族」37.0%、「警察」29.8%、「消防」20.7%で大半を占めた。今回は、「家族」38.4%、「消防」27.0%、「警察」13.7%の順であった。搬送者の頻度が入れ替わり、警察の搬送が前回に比較して半数以下となった。

また、入院形態は、前回調査で、「任意入院」34.9%、「医療保護入院」49.5%、「緊急措置入院」10.3%、「措置入院」2.0%、「応急入院」1.2%の順となっていた。今回は、「任意入院」がやや少なくなっていたが、他は大きな変化はなかった。今回は、「緊急措置入院」が減少し、「措置入院」が増加していたが、両者を合計した比率は、前回とほぼ同様であった。

入院直後の行動制限は、前回調査では「保護室に隔離」47.3%、「身体拘束」23.4%等となっていたが、今回は、それぞれ52.7%、13.7%であった。隔離はほぼ同様であったが、身体拘束の件数はやや減少していた。

転帰については、前回調査では、入院後最長4か月までの間で、入院した医療機関で入院を継続中であったのは14.9%で他は転院25.1%か、退院58.6%していた。入院中は、15.8%であった。今回は、入院後最長3か月間と、前回の調査に比べて期間が短かったが、「他院に転院」(23.6%)や「貴院に入院中」(16.3%)の比率はほぼ同様であった。

調査5. 医療観察法施行以降の精神科治療の状況に関する調査

研究協力者の益子 茂(多摩総合精神保健福祉センター)、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)、岩下 覚(桜ヶ丘記念病院)、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(千葉県精神科医療センター)、中村 満(東京都立豊島病院)に参加してもらい、医療観察法施行以降の精神科救急や措置入院制度のあり方について討論した。

◇ 医療観察法施行後の問題について

- 1) 12月末頃で140～150の申し立て件数があった。約50件決定がでていいる。「入院決定」が80%くらい、「通院決定」が20%くらい(14～15件)だ。対象行為が認められない事例、責任能力がむしろあるとされた事例などについて、刑事事件ではあまりない「却下」が3件くらいでている。
- 2) 病院の設置状況は、武蔵病院、花巻病院が開き、東尾張(15床)が12月1日、肥前が1月1日、北陸が2月1日に開いた。この後もいくつか開く予定だ。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。
- 3) 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。とにかく治療優先とのことで措置入院となったが、回復したときに警察が聴取にやってきましたが、書類送検するだけでその後音沙汰がない(詳細略)。退院させたら逮捕されて、「医療観察法」に申し立てをされて、そのまま「鑑定入院」になった例もある。すでに刑事裁判が終わり、執行猶予付きの判決が出てしまった放火の事例で地元の精神科の病院に医療保護入院になってほとんど精神症状はないにもかかわらず、入院後に「医療観察法」の申し立てが行われた事例がある。「医療観察法」ができる前に起きた事件で措置入院をさせて、医療保護入院に切り替え、さらに退院して地域生活をしている段階で、警察が送検した事例

がある。地域生活をしている人まで、申し立てる必要があるのだろうか。以上、地域によって対応が不統一である可能性が高いのではないかと。「精神保健福祉法」でいくのか、「医療観察法」のどちらでいくか、判断基準を明らかにする必要があるのではないかと。影響を与えている要因の一つに、「措置入院」での入院可能性の自治体によるばらつきがある。措置になる率が非常に低い自治体では医療観察法の申立が多くなる可能性がある。結局、指定入院医療機関も、従来、「措置入院」を受けていた医療機関も刑務所も混乱することになるので、今のままではまずい。まず、鑑定医がきちんと標準化した基準を持たないといけないので、意見交換の場もつくるべきだと思う。

- 4) 逆に軽微な触法行為でも申立が行われることがある。また、以前の行為が起訴猶予になっており、措置入院した後、退院後に起訴猶予となっていた件で申立が行われるなどの例がある。こうしたことは、本来の触法精神障害者の社会復帰を図るとの医療観察法の趣旨にもとるのではないかと。
- 5) 「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。
- 6) 「医療観察法」は救急としての役割は果たせない。「鑑定入院」が鑑定のための入院であると同時に、急性期の治療としての役割も事実上は担わされているような感じがする。治療反応性を見るためには、きちんと治療はしなければいけない。ある指定入院医療機関では隔離室の使用がゼロだ。急性期の症例がないためだろう。
- 7) 「鑑定入院」がまったく法律的な規定がない。急性期治療の一番大事なときなのに、ガイドラインもないしクリニカル・パスもない。それに民間病院がとるのはお金が高いからだ。通常の倍の診療報酬であるばかりか保護室に入ると1万円上がる。民間病院は、病院によってかなり医療水準が違

う。

- 8) 「鑑定入院」でも、とくに「入院処遇」の判定基準がバラバラだ。その辺が混乱の元凶のような気がする。今回の「37 条鑑定」の非常に重要なところは、治療可能性をどうアセスメントするかということだ。PDD (広汎性発達障害: Pervasive Developmental Disorder) やパーソナリティ・ディスオーダーのある者たちの治療可能性をどうアセスメントするかということが、今後、「医療観察法」や「措置入院制度」の鑑定の大きな論点になってくると思う。その辺については、精神科医の間でコンセンサスがあるとは思えない。
- 9) 我々の県の場合、まだ「入院処遇」の基準ははっきりしないが、これまでの流れを見てみると、「鑑定入院」を2-3ヵ月して、それが終わった時点でまだ精神病理があり、それに基づく行動病理があって、セキュリティの問題が関係する場合、罪状を問わず「入院処遇」だ。そうではない事例に関しても、それほどセキュリティの問題はないのだが、注意力がないとか、家族のケアの能力が期待できないなど、在宅ケアの状態が整わない場合は「入院処遇」になる。それ以外が「通院処遇」となるような判断基準がおぼろげに見えてきた。それ以外に、対象行為の社会的インパクトが考慮される。殺人や、通り魔的な犯罪は「入院処遇」となる。そういう意味では「入院処遇」のストライクゾーンは広がった。
- 10) 医療観察法の申し立てをすると、その日のうちに鑑定入院命令が出るので、鑑定入院先に本人の身柄が移されるが、鑑定人が選任されるのはそれから数日後、遅いと1週間後になってしまう。そのため、受け入れた病院が何をしたいのかわからない。しかも裁判所は、鑑定人にはカルテ、捜査記録などのコピーをいっさい渡すが、鑑定入院先には渡さない。だから、鑑定入院先としては、名前程度しかわからない。最初はだいたい保護室に入れておくしかない。
- 11) 「発見通報」の場合、「警職法第3条」

で保護をされていないという事実を確認する。そして、「警職法第3条」の事実がないということ、保護されていない、要するに保護する必要がないということを警察が明言した場合には、身柄を押さえる義務はないと判断する。「発見通報」が急激に増えたのは、移送制度が始まってからだろうと思われる。移送制度ができた頃はずいぶんたくさんやったが去年は1件もなかった。それはなぜかと言うと、やはりいろいろ調査をしてくると、ほかの手段で対応していける。何が何でも「29条2-2」や「34条」を使わなければならない理由というのは、あえて存在しなかったのかという整理になってくる。

- 1 2) 東京都では、「救急」や「措置入院」する人格障害者が結構いるということだが、我々のところでは人格障害だということが病歴等、「27条」の事例の行政における調査で明らかになった場合は、「非該当」に持っていくように調整する。そういう意味で、「医療観察法」で「非該当」の者は「措置入院」でも「非該当」だ。
- 1 3) 「医療観察法」のメリットがもしあるとすれば、入院した人をいかに出せるかということだ。これまでの「措置入院」で5年たっても10年たっても出られない人がいた。措置解除になっても任意で長く入院している人もいる。「医療観察法」が社会防衛のために使われると、これと同じことが生じ、理念が絵に描いた餅になる。
- 1 4) 医療観察法の入院対象が身体合併症のため、他の医療機関にかかった場合の対応方針がまだ十分にできていない。「医療観察法」の「入院処遇」が継続している形でないといけないので、「医療観察法」の入院治療が一度終わって、別のところに入院するということになる、当然、裁判合議体の審判が必要になる。通院医療の決定は裁判合議体以外ではできないので、通院医療の決定が出されている以上は、処遇の中止ということにはならない。従って、総合病院で精神保健福祉法に基づいて治療を行うというのは、難しいのではないかと。

定病院の医師が兼務の形で診るのも現実的とはいえない。

◇ 精神科救急医療事業

- 1) 我々の県では、昼間は保健所がやっている業務を、夜と休日は救急情報センターが一括してやるということだ。平日の夜間、休日の昼間については、保健所職員がローテーションで精神科救急情報センターに詰めてやっている。ただ、調査の問題などいろいろあり、「24条」のみに限定している。医療の供給体制は、輪番病院制度を組んでいるが、休日は2病院2床ずつで4床。夜間は2病院1床ずつで2床というベッド数しか確保できていない。平成16年の1年間では、136件の「通報」があった。そのほか合わせて、全部で360件の電話が入っている。3分の1くらいが「通報」で挙がっているが、この136件を見ると、「精神保健診察不要」が15件挙がっている。さきほどのお話だと「発見通報」が乱発されているところがあるようだが、そういうものはそれほどひどくはなく、「不要」は15件だ。ただ、実際に「精神保健診察」に移ったものが67件あり、そのうち17件は「措置不要」だ。「処遇相談」の158件の中味を見ると、電話対応のみで「こうしてはどうでしょう」ということで終わっているケースが7-8割ある。「警察」、「保健所」、「情報センター」の三つで24時間対応しているが、輪番病院は22時までというのが課題だ。
- 2) 今回「医療観察法」ができて、それまで「措置」にしていた人を「医療観察法」に乗せているような感じがある。今までだったら「措置」で保健所にやってもらったような例でも、逮捕になったりする。ほかの家まで焼けてしまったら逮捕するが、自宅だけが丸焼けになっても「24条」だというのが我々の県のこれまでのやり方だった。私も保健所にいたときは、異議を申し立てられなかった。「24条」が挙げれば調査する。そういうふうに流れてしまったら抵抗ができないというのは、「医療観察法」ができてあまり変わっていないように思う。

「簡易鑑定」も、医師二人がその日のうちに行う「本鑑定」も、ほとんど30分～1時間の面接で「措置」にするかしないか決める。鑑定でどこまで何を見定めることができるのか。これは大変な問題だと思う。地域でやっている、医療に乗せられるのは10件に1件くらいで、あとは限りなく人格障害的な暴力行為、迷惑行為、アルコール依存、薬物依存の行動ということで、警察官も来るが、行ってみると酔っぱらっているので「どうしようもできない」で終わるといようなことが多々ある。「医療観察法」では、地域保健の弱点や問題点は、ほとんど何の解決もされていない。情報センターで問題なのは、鑑定入院の人はいいが、その後の指定医療機関同士の情報交換ができないし、「個人情報保護法」でどうするかの問題もある。たとえば通院命令で強制的に通院している人が具合悪くなって受診する場合を考えると、その人が本当に「医療観察法」上の対象者かどうか話を聞いて初めて分かり、その方の処遇をどうするか、となる。輪番病院に回すことができないとか、合併症の問題もある。

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

関与できるのかということだ。

- 3) 私の病院は民間の措置指定病院で「医療観察法」には直接かかわっていない。結論的に言うと、「医療観察法」が施行になってから何か現場で変わった点があるかと言われてもあまり実感が無い。ここでは、当院での5年ほどの「措置入院」の状況について話したい。全部で163名が「措置入院」している。年次別件数は多少の増減はあっても、30～35件で推移している。当院は比較的、覚醒剤中毒など精神常用物質の患者さんが多い。あとは統合失調症だ。まだ急性精神病が結構ある。また、状態像でそのまま「措置」になっていることもある。当院の近隣からもあるが、23区、他府県からもある。「措置解除」までの日数は、平均すると40日くらいである。そ「措置解除」後は、「措置を解除してすぐ退院」という人が63%、「医療保護入院」に切り替えた後退院した人、あるいはまだ入院している人が12%、「任意入院」に切り替えた人が25%だ。
- 4) 東京都で措置入院を繰り返している人のデータが精神保健福祉審議会でも出された。東京都の夜間救急ではなく「措置入院」のデータだ。東京は、年間1000件、多いときで1300件くらいある。「措置入院」自体は少し減っている。東京は「措置解除」が早いといわれており、事実、「措置病床」自体はあまり多くない。「措置診察」をしていると、同じ人がたまに来る。平成14年から16年の3年間に2回以上、「措置入院」となり、「措置解除」となった者が157人いて、回数は2～8回だ。8回という人も、男女一人ずついる。今回は、入院時だけでなく解除時の病名も調べた。薬物関連がかなり挙がっており、6割は統合失調症、人格障害は13.4%ある。薬物や人格障害は別としても、統合失調症でもこれだけ「措置」を繰り返してしまうということを、今後、薬物なども含めて対応していかなければならない。東京の場合、夜間救急にしる、昼間の措置にしる、指定病院に送ることになっているので、本人の住居地や発生

地とはだいぶ違っている。それから、「措置解除」後の通院の確保等ではっきりしたシステムがあるわけではない。地域の問題など、この辺の確保が今後の課題だ。以前から必要といわれながらしっかりしたものがなかったので、考え方を出していかなければならない。

5) 我々の病院(都立病院)には年間約400人の入院がある。時間外の救急受診者で、「24条通報」の受診者だ。「3回以上」の入院者が53名いる。性別では女性が弱冠多く、年代では20代、30代、診断では人格障害が多く、次が統合失調症だ。東京都では、「ひまわり」で救急の通報を受けて、各地区の病院に振り分ける。電話を受ける人は医学的知識があるわけではなく、事務の人が割り振って、診断、治療をしてもらう。夜間、休日は人格障害が多いという状況がある。入院形態は「緊急措置」が23ある。事例化の行為は、一人で2、3の行為があるなど重複している。対人暴行が多い。人格障害で死ぬ気がないが自傷行為などのある人も少なくない。

6) 我々の病院では今回、精神科救急を利用し、なおかつ3回以上入院の方について調べた。全部で77人となっているが、実は何度も何度も来るが外来で帰している人もいる。多種多様な例が出てきている。T病院が開設する前は、そのエリアも担当していた。併せて3回という人もかなりいるかもしれないが今回の調査では洩れている。受診される人の中に人格障害の方が結構おり、入院になる場合もあるが、外来レベルで投薬や注射をして帰っていただくケースが多い。入院は、やはり統合失調症が多いという印象だ。「3回以上何度も」というリピーターのような方の中には、後方転送になってある程度入院するが、退院してすぐに医療中断をしてしまう人がいる。だいたいそういう方は入院のパターンがいつも同じで、暴力の対象なども繰り返すという印象が強い。もう一つ気づいたことは、1ヵ月、2ヵ月という比較的短期間の間に、2回、

3回と入院する方がいる。それがいったん終結すると、その後ぜんぜん来なくなる人もいる。数回して親が対応を変えたりしたことが反映している可能性がある。

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

8) 調査の結果、何回も精神科救急を利用しているのは、「医療中断」から「措置」という人とは限らないことがわかった。実際は通院している人が多く、通院中に放火をしたり、家族を殴ったりするなどの行動上の問題を繰り返している人がいるということだ。それは、必ずしも「措置」という切り口で浮かび上がってきているのではなく、なぜかわからないが「休日、夜間に来やすい人たち」という一つの切り口があるのだろうと思う。それは東京都のシステムでの社会的な問題かもしれないし、家族の受け皿の問題かもしれないし、病状の特徴

なのかもしれない。いろいろな要因が複合的に絡み合った結果であるという気がする。今回の結果を分析することによって、「医療中断」に対する対策だけではない、より広範なサポート体制を整備するための資料としたい。

9) まとめ (分担研究者)

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

D. 考察

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

精神科救急医療システムの整備に当たっては、電話相談から外来受診で済む患者への対応、入院を要する患者への対応など、複数の要請に対応できるものでなければならない。精神科救急医療システムは、当初医療保護入院までの空床確保事業の色彩が強かったが、外来で対応できる一次救急のシステムが整備され、さらには三次救急の必要性が認識され、その定義が検討されてくるなど、その対象範囲が包括的となってきた。また、昨今は、身体救急や小児救急と併せて救急医療の枠組み

について整理が進んでいる(図1)。

措置入院は、自傷他害のおそれがある精神障害者を知事の命令で入院させる制度である。しかし、措置入院患者は必ずしも精神科救急患者とは認識されず、夜間休日も含め措置入院をもつばら扱うシステムを別に持っている自治体や、夜間休日には特別のシステムを稼働させていない自治体もあり、その運用は様々であることが今回の調査からも裏付けられた。

そのような中で、精神科救急病棟に関して今回調査した結果、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ことが推定された。

また、本研究の調査2で報告するように、東京都の精神科救急医療を3回以上利用した患者に関する調査から、少数ではあるが、日常の精神保健医療が十分に確保されないために何度もこのシステムを利用するものもいることが明らかになった。その中には、コンプライアンスが低い統合失調症患者の他、人格障害や知的障害の患者が家庭内などで暴力行為その他の問題行動を起こした結果、受診に至っている場合もあることが推測された。こうした患者のかなりの者は(緊急)措置入院しており、地域での治療やケアが一般化するのに伴い、こうした患者も増加することが予想されることから、精神科救急医療を使わずに地域精神医療の中で対応を行うことが課題となってくる。

特に、今年度から医療観察法が施行されることに伴い措置入院する患者に変化が見られる可能性がある。医療の姿勢としては、「病気」である患者は迅速に受け入れる姿勢を保ち、逆に人格障害など治療に十分に反応せず、本来刑事責任を問うべき者が措置入院してくることは異議を唱えるべきであろう。精神科救急医療の窓口を通してこのような患者が紛れ込んでくることを避けるためには、個々の精神科医が判断基準を明確にして診察に臨むだけでなく、精神科救急情報センターが行うオリエンテーションも重要となってくる。そのためにも、専門家が関与する精神科救急情

報センターが進み、ここで一定の方針のもとに、トリアージが行われる洋になることが重要と考えられる。

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

東京都の精神科救急医療システムを利用して、3回以上入院した精神障害者について調査したところ、一定の対象者にとっては精神科救急医療事業による強制治療が危機回避の切り札として利用されていることが明らかになった。精神科救急医療の頻回利用者には、日中の精神科治療や社会復帰のための資源が十分機能していない可能性がある。それらは基本的には、病状の不安定性や治療反応性など精神医学的な問題を反映したものであるが、精神科医療、あるいは精神保健福祉行政がこうした問題に対して改善策を検討すべきであることは間違いのないと思われる。

さらに、精神科救急医療の頻回利用者を、3年間に3回以上入院歴がある者とし、その対照の取り方を工夫したことで、頻回利用者のプロフィールがある程度明らかになった。すなわち、「頻回例」は、発症時期が対照例に比して早く、また救急受診時の年齢もより若い傾向があった。また、親世代と同居しているか、単身者が多く、配偶者や子どもがいることも多い「対照例」と家族構成にも相違が認められた。さらに、「頻回例」では、精神科受診中に精神科救急を利用する傾向があるのに対し、「対照例」では未受診が約三分之一を占めていた。このことは、「対照例」において問題が生じてからの期間が長い例が少なくなかったことや、社会復帰施設の利用が有意に少なかったこととも呼応している可能性がある。

受診に際して警察官が同伴する頻度には両群で差は認められなかったことから、「対照例」も問題行動を契機として受診に至る点では「頻回例」と相違はなかったと考えられるが、おそらくは、治療への反応性がよく、発病も遅いことなどから社会適応性も良い人がおり、さらには、同居家族の構成から考えて、家族からの支援が得やすいなどの要因があり、一旦治療を受けた

後は、病状が安定しやすい人が多い可能性が示唆される。これに対して、「頻回群」は、その日に問題が生じて入院に至る人が少なくないが、これは受診のきっかけとして、入院の前に家族に対する暴力が少なくないことなども関連している可能性がある。親世代との同居が多いことから、家族が暴力を抑止できない可能性があり、また、通院中である人が多く、治療に反応しにくい人である可能性もある。また、同様なことがくり返されるので、家族が精神科救急医療の受診を依頼することにためらいが低くなっている可能性も否定できない。すなわち、「頻回例」では、本人の病状、治療反応性、家族の力のなさ、などを背景にして、精神科救急医療の頻回利用に至ることが示唆される。また、そうした課題を抱えている人であるとすれば、社会復帰施設の利用が「対照例」と比較すると多くはなっているが、いまだ不十分に止まっている人が多い可能性と考えるべきであろう。

以上、頻回利用者への対応としては、受診継続に止まらず、現行以上に強力に地域精神医療サービスによる支援を必要としていることを明らかに示している。日本では、国府台病院で試行されてきた ACT などを重点的に活用して、このような頻回利用者への対策を講じる方法を検討すべきである。

調査 3. 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

都道府県ならびに政令指定都市（以下「自治体」）における精神保健福祉法（以下「法」）に基づく措置入院制度の運用ならびに精神科救急情報センターの整備状況や医療観察法施行に伴う問題点など、関連課題等に関して現状を明らかにする目的で平成 18 年 2 月から 3 月にかけて郵送によるアンケート調査を実施した。

精神科救急医療事業についての自由意見では、指定医の確保、病床確保（1 晩 1 床であったり、夜間対応できない当番医療機関がある、など）、身体疾患治療を合併した患者に対する医療確保の困難、かかりつけ医がいる場合の一時救急患者の対応（特に

人格障害など)、精神科救急情報センターの拡充、などが挙げられた。また、措置入院を繰り返すような患者に対する対応としては、退院後の課題に対する処遇検討会を実施したり、精神科救急情報センターと各保健福祉事務所等と連携をとり、「急を要しそうな事例」「通報の可能性が高い事例」に対して、相談、訪問、事例検討会などを実施している、などの回答があったが、対応に苦慮しているとした自治体もあった。さらに、平成17年7月から施行された医療観察法については、各自治体から多面にわたる問題点、課題が指摘された。特に、精神科救急医療や措置入院との関連では、「通院処遇を受けた方が、緊急に医療機関の受診が必要な場合に、どの機関が一義的な対応に当たるのか不明確である。指定通院医療機関の夜間、休日の応需体制、精神科救急システムの利用可能性・住み分けなどの課題があり、事前の調整が必要である」との意見が寄せられた。

精神科救急医療の拡充を図り、医療観察法を所期の目的に従い、安定運用するためには課題が多いことが明らかになったといえる。

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

今回の調査で、回答を寄せた精神科医療機関における精神科救急医療の実態が明らかになった。前回に比較して、今回の調査に回答した医療機関数は前回に比較して少なかったこともあり、今回の結果から、性急に結論を出すことには慎重であらねばならないが、今回の調査結果で最も印象的であったのは、1か月に30件もの精神科救急入院を受けている医療機関が一部ながら認められたことである。このような医療機関の中には、精神科救急病棟を有している場合が多く認められた。一方で、1ヶ月間に精神科救急医療システム整備事業による精神科入院件数が0である医療機関もあり、専門病棟の有無や精神科救急医療システムの如何により、精神科救急医療の実施状況に大きな差が生じていることが明らかである。

平成11年度の調査では、移送制度の制度化に

伴う警察の搬送のあり方についての議論が活発に行われていた。警察官の搬送は、前回調査時29.8%から13.7%に減少した。今回調査の警察官による搬送が必要にして十分な件数であったか否かについて検討が必要である。

入院形態については、今回の調査で、「任意入院」がやや少なくなったが、「緊急措置入院」と「措置入院」を合計した比率は、前回とほぼ同様で、特別の変化は認められない。

入院直後の行動制限は、隔離の頻度は変わらないものの、「身体拘束」が23.4%から、13.7%に減少した。この現象は、行動制限を最小化しようとする医療機関の努力の結果である可能性がある。

転帰については、前回調査と評価期間が異なったが、他院への転院や、医療機関で入院を継続中であった人の数等ほぼ同様と考えられた。この結果について、今回は精神科救急、精神科急性期治療、精神一般病棟で入院期間等に有意差を認めなかった。やはり、精神科入院はどれほど合理的に実施しても、改善に一定の日を必要とするということではないかと考えられる。入退院件数が非常に多くなっている病棟スタッフが疲弊を来さないためにも、過度な病棟運営を強いることのないようにすべきであると考ええる。

調査5. 医療観察法施行以降の精神科治療の状況に関する調査

医療観察法の実施状況には、すでに地域差が生じていること、現場の警察官の中に医療観察法の趣旨を理解していない者が少なくないこと、司法、更生保護、警察、医療、保健福祉行政、障害者福祉サービス実施機関、その他の連携状態がよくないこと、医療観察法の入り口が狭いことや一旦医療観察法のプロセスをはずれると二度と関われなくなる問題、裁判を確定する前に申立を行うことができないためのつなぎの25条通報(つなぎ措置入院)の問題、などについて指摘が行われた。また、措置入院制度についても、警察からの「発見通報」が非常に多くなり、保健所が対応に追われていること、今後、医療観察

法で保護観察中の者が地域に戻ってくることとなり、行政等の職員を中心として対応策を検討する必要があること、精神科救急の現場において指定医確保が困難になっている現状で特定医師制度がそれなりに利用されていること、などの事態が明らかとなった。今後とも、医療観察法の運用状況に注目し、精神科救急医療や措置入院制度への影響の波及を把握し、整合性のある制度と整えていく必要がある。

E. 結論

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。
2. 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。
3. 「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。

4. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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、以下のような指摘が行われた。

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」が行われる傾向が出てくるかもしれない。
4. 執行猶予後、裁判が確定するまでにもっぱら身柄を確保するために25条通報が行われることがある(いわゆる「つなぎ措置入院」)が、これは法の運用上問題がある。
5. 医療観察法が適切に運用されるためには、司法や医療の関係者の他、警察その他関係機関が十分な連携を取る必要がある。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。

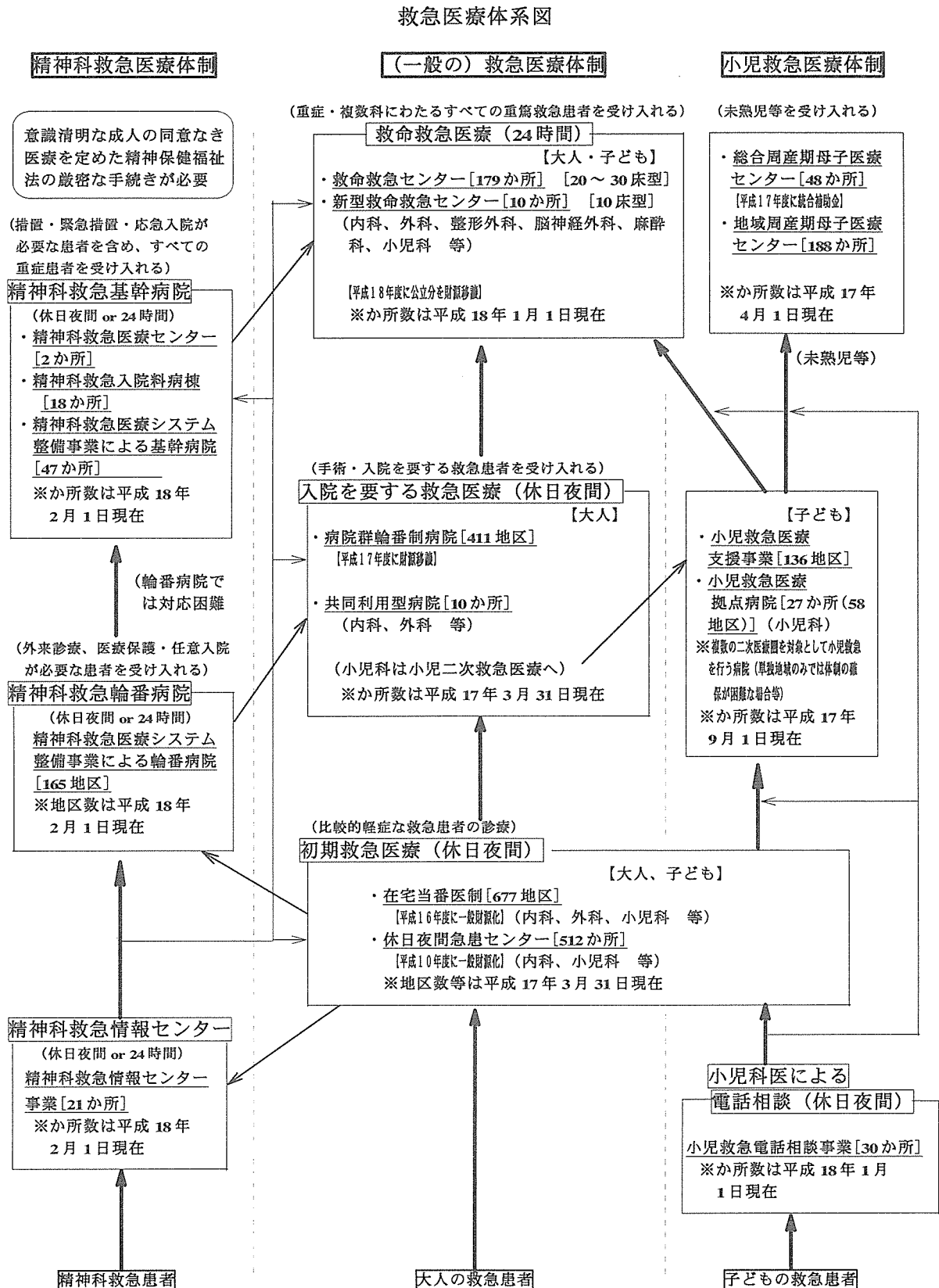
F. 研究発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

なし

図1 国の救急医療の体系図



(研究協力者平田豊明氏提供)

表1 精神科救急入院料認可病棟がある施設（2004 現在）

	都道府県	経営主体	病 院 名	精神科救急入院料病床数
1	佐賀	国立	国立肥前療養所	50
2	鳥取	国立	国立療養所鳥取病院	35
3	大阪	府立	大阪府立精神医療センター	32
4	群馬	県立	群馬県立 精神医療センター	33
5	栃木	県立	栃木県立岡本台病院	28
6	千葉	県立	千葉県精神科医療センター	50
7	神奈川	県立	神奈川県立精神医療センター 芹香病院	26
8	石川	県立	石川県立 高松病院	44
9	東京	法人	東京武蔵野病院	42
10	静岡	法人	財団法人復康会 沼津中央病院	46
11	静岡	法人	聖隷三方原病院	44
12	三重	法人	医療法人 居仁会 総合診療センターひなが	32
13	広島	法人	(医)瀬野川病院	60
14	愛媛	法人	松山記念病院	39
				444

2005年1月、岡山県立岡山病院が認可。大阪さわ病院、千葉の国立国府台病院が認可予定。

図2 アンケートから得られた精神科救急病棟の平均像(平田による)

精神科救急病棟の平均像(11施設)

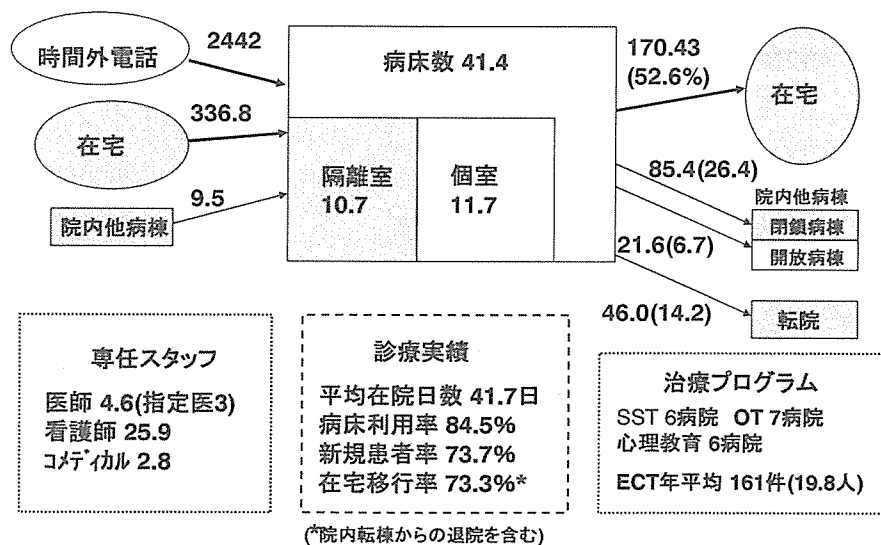


表2 精神科救急病棟における措置入院患者

	措置入院患者	救急病棟
人数	224人	938人
診断名		
F2	55.8%	51.0%
F3	24.3%	18.1%
F1	15.2%	12.4%
入院時状態像		
精神運動興奮	44.2%	25.3%
幻覚妄想	31.3%	29.2%
他害行為		
重大	14.7%	3.3%
中等度	49.1%	24.3%
軽度	16.1%	15.6%
入院時GAF	20.9%	31.6%
入院時保護室使用	92.0%	68.6%
退院先・転出先		
自宅	33.5%	50.6%
閉鎖病棟	39.7%	28.0%
他の精神科転科	20.1%	2.5%