

この様な「懲罰的性格」は非自発的入院の場合には一層強まるだろう。こうして本来は治療機能を担うべき精神科医療機関が懲罰機能をも担わされることになる。当然のことながら対象者にとっての利益処遇である治療と不利益処遇である懲罰とは互いに相反し、この両者が漫然と併存すれば精神科医療機関の治療機能が阻害されてしまう。

また措置移送対象者の病状が外来通院相当である場合に、その者が送検・起訴されることなく精神科病院への非自発的入院を強いられれば、その者は司法的には極めて不十分に処遇される一方、医療的には極めて過剰に処遇されていることとなる。さらに対象者が事実上の「責任無能力」扱いに居直りつつ、過剰な行動制限への不満から行動化に至るかもしれない。対象者を入院継続としたまま、このような行動化を抑えることは困難であろう。このように不適切な医療的・司法的対応の結果、触法精神障害者の中から医原的な処遇困難者がつくられてしまう。このような事態は本人が抱える問題を医原的に拡大・強化してしまう点で処遇困難者と化した

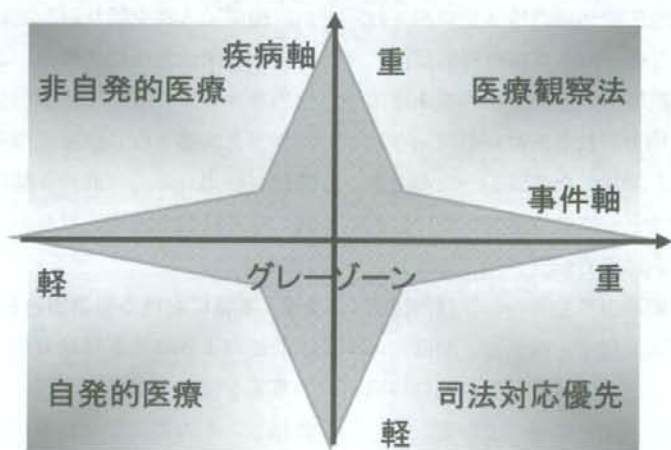
対象者自身にとっても重大な不利益となる。

2-3 医療トリアージの確立とその影響

このような処遇困難者への対策として県立精神科病院では当直医による（緊急）措置診察段階での強制入院の適否の判断（以下、医療トリアージと記す）を厳密化した。例えば覚せい剤使用が疑われる事例では診察前に警察官による尿検査実施を求め、その結果覚せい剤陽性であればその者は司法対応（急性中毒症状などで救急治療が必要であれば治療終了の後に）されるようになった。

ここでトリアージの概念を図2に示す。措置移送対象者は疾病軸すなわち精神症状の重症度と事件軸すなわち他害行為の重大度によって振り分けられる。精神症状の重症度は対象者が非自発的入院を必要とする程度と言い換えることもできる。

1994年以降、医療トリアージの厳密化により県立精神科病院の措置入院数は1993年度の67件から1994年度の38件に減少した。ところが図1に示したように群馬県全体の措置入院件数は1993年度から1994年度に急増している。一



疾患軸重＝非自発的医療の必要性大 事件軸重＝刑罰の必要性大

図2 トリアージの概念図

方で同時期の通報等件数は横這いからやや減少となっている。このことは県立病院が入院適応外とした対象者が（県立精神科病院に比して人員配置が薄い）輪番精神科病院などに搬送され、そこでより高率に措置とされたと推測される。そして 1995 年度には県内の措置入院件数は 1993 年度並となり、県立病院以外の医療機関も医療トリアージをより厳密化したものと思われる。これらは警察官をはじめとする通報する側からは通報の敷居が高くなったと受け取られ、1993 年の以降の通報等件数の漸減を来したと考えられる。

このような医療トリアージの厳密化は警察官など通報する側からは、それ以前なら精神科病院に入院となった事例（神経症圏やパーソナリティ障害圏を中心に）を病院側が自己都合で治療拒否していると見えるかもしれない。さらにそれが精神障害に由来しないとしても対象者の「自傷他害のおそれ」が持続していれば、医療機関が果たすべき義務を放棄しているようにも見えるだろう。

2-4 旧情報センター・旧移送体制の成立

1990 年代後半に概ね通報抑制が続いた後、2000 年度には県立病院任意入院中に傷害事件を起こした知的障害者の処遇に関して、入院を求める警察と非自発的入院の適応外とする県立病院の対立から県警本部と県保健福祉部との会議がもたれた。この会議で県警は「措置移送の実施」と「情報センターの設立」を県当局に求めた。この要請は精神保健福祉法の改正に伴い措置移送を含めた移送が「都道府県知事の責務」とされたことを受けたものであり、同じ時期には移送実施体制の立ち上げが群馬県精神病院協会などの精神科医療関係者と県当局との間でも検討されていた事情も併せ、移送体制と情報センター（以下、それぞれ旧移送体制、旧情報センターと記す）が設立されることとなった。こ

の旧移送体制では午前 8 時 30 分から午後 10 時まで、通報等を受けた保健所から保健師と移送要員が現場に出動し事前調査を実施した。調査結果の報告を受けた旧情報センター精神科医師は保健所長に措置診察実施の是非を助言し、受け入れ病院と措置診察医を斡旋した。診察実施となれば現場の出動要員は対象者を受け入れ病院に搬送し、措置診察の立会い、事後の事務処理などを実施した。旧情報センターは 2000 年 12 月より県内精神科医師の当番制により試験的に運用開始された。

2-5 移送体制の成立による措置移送の変化

ここで図 1 から旧移送体制成立後の群馬県における措置移送の変化を指摘する。

- ① 移送体制始動後に通報等総数が増加。
- ② 始動前には通報等総数と診察実施件数は殆ど違いがなかったが、始動後は差が付くようになり、診察実施件数も独自の増減を示すようになった。
- ③ 措置入院件数は比較的安定して一定の水準を維持。

ここで①は東京都などとの先行事例と同様（西山 1999）に本県においても措置移送体制の整備により通報等総数が増加したことを示し、警察官など通報する側の意識の変化を反映する。②は措置移送体制の成立により行政トリアージが実効的に確立したことを示し、③はこの間に医療トリアージの一貫性が保たれたことを示す。このように通報等総数と、措置診察実施件数、措置入院件数とその推移は措置移送の各段階でのトリアージの概要とその変化を反映していると思われる。さらに 24 条警察官通報に関して他の都道府県と比較検討した場合（注）、上記②、③は本県の措置移送の特徴とも言える。

3. アウトリーチの概要とその意味

3-1 アウトリーチが開始された事情

2001年4月より旧情報センターはこころの健康センター（精神保健福祉センター）の業務とされ、常勤の精神科医師1名が配置された。精神科医師が行政機関の一員として日常的に保健所と連携し始めたことを契機に、保健所保健師は通報が予期される緊急性のある事例や地域での困難事例に関して旧情報センター医師に連絡するようになった。さらに旧情報センター医師は保健所、市町村の保健師らの要請を受けて訪問指導などにも同行した。このような活動の中で訪問者の説得を受けた対象者が通院・服薬を再開・継続したという事例などは、その後のアウトリーチの原型となった。

3-2 新移送体制＝情報センターによる措置移送の一元化とアウトリーチの組織化

「旧移送体制」の成立により通報等件数は予想以上に増加し、出勤要員は連日の夜間待機と頻繁な時間外招集を強いられる上に、措置移送中に負傷することもあった。そこで2003年度に県当局は「旧移送体制」を見直し、現場での事前調査と職員による移送実施を従来の午後10時までから午後5時15分までとするのを県警に提案した。しかし県警はそれを受け容れず、県警と県当局の調整は完全に停滞したまま移送体制の見直しは議会で取り上げられた。最終的に県総務部長の裁定により情報センターに人員を集約し通報等の受理から事前調査、移送、措置診察後の事務処理までを一貫して担う「新移送体制」の成立に至った。新移送体制は2004年1月より始動した。それに伴う当情報センターへの増員・組織化によりアウトリーチ活動も通報対応以外の主要業務として認識され、組織的に展開された。

3-3 アウトリーチの概要

当情報センターによるアウトリーチは精神保

健福祉法上の精神保健福祉センターによる保健所・市町村への技術支援として実施される。一般的には保健所や市町村、各種医療機関から各々が対応に困難を有する事例＝対象者について「相談」や「情報提供」を受け、必要に応じて対象者を「訪問」するなどして方針確定に必要な対象者の情報を収集し、関係者との「支援会議」を開き情報と対応方針の共有化を図る。入院適応の可能性が高く未受診、治療中断などで措置移送対応が予想される対象者には早期の治療導入を念頭においた2次予防的な対応となり、措置移送により非自発的入院となった対象者には退院後の治療継続を目した3次予防的な対応となる。

実際には県内11ヶ所の保健所に対して情報センターに所属する保健師がそれぞれ保健所1～2ヶ所を、精神科医師が3～4ヶ所を地区担当として受け持ち、それぞれの担当地区について「相談」「訪問」「支援会議」を実施する。以下、具体的に事例を提示する。

3-3-1 アウトリーチから措置移送により治療導入に至った事例 20代男性 統合失調症

生活歴 発育発達に著変なし。高卒後就職した。X-5年「周りの人の様子がおかしい」と言い仕事を辞めた。以後自宅にて閉居。X-2年頃より独語空言出現。X-1年には家族への暴力などあり、家族は役場や保健所に相談したが受診には踏み切れなかった。

情報センターの関与 X年、本人の暴力行為を契機に家族が保健所に相談、保健所・役場保健師と共に情報センター職員（含医師）が訪問した。本人は幻覚妄想が顕著で拒否的だが不穏ではなかった。即時の強制治療の対象ではなく継続的に受診勧奨するが、暴力行為などあれば措置移送対象に相当すると判断し、家族の同意下にその旨を管轄保健所から警察署に連絡した。

引き続き訪問実施し、その際に家族より「本人が騒いだ時に警察に連絡したが、本人が黙っていると警官がそのまま帰ってしまう。」と伝えられた。家族の同意と本人黙認の下、Y月Z-3日駐在所警官と処遇検討実施。Y月Z日、本人は再び症状増悪した。家族からの110番通報の後、24条通報となり緊急措置診察が実施された。診察の結果、本人はA病院医療保護入院となった。

事例のまとめ アウトリーチにより対象者・家族・関係者への情報提供がなされ、家族・関係者の状況対応能力を強化することが出来た。このような情報提供は非自発的入院も対象者への医療サービスの一環であることを対象者に明示することが出来た。またそれは強制入院に伴い対象者と関係者が対立的となることを回避し、退院後の支援をより円滑化することができた。

3-3-2 入院圧力に抗しトリアージの原則を堅持した事例 50代男性 反社会性人格障害

生活歴 同胞5人中第4子三男としてA市にて出生。中卒後就職し非行グループに属す。18歳より少年院・刑務所などに4回の入所歴があった。殆ど定職に就かず46歳でA市実家に戻り母親、2兄と同居。その後も様々な問題行動があったと家族は言う。

X年Y-2月、本人は無免許・飲酒運転中に自損事故を起こした。身体的な問題はなかったが、この頃より胸部苦悶を訴え、連夜のように救急車を呼び、毎回受診後は病院職員を威嚇した。家族への暴力・金の無心も続いていた。

当情報センターの関与 同年Y-1月10日、家族が保健所に来所相談し保健所は情報センターに連絡した。その後、家族が本人の暴力を避け妹宅に避難すると本人は「除け者にされた」と逆恨みし同月19日未明、妹宅に行き鉄パイプを振り回し110番通報されB警察署より精神保健福祉法24条通報された。当情報センターに

よる事前調査後、措置診察実施され「反社会性人格障害」の診断で不要措置・要通院とされた。診察後に情報センターより今後の対応方法について「刑事責任について本人の自覚を促し、一方で必要に応じて自発的受診を促す。」と家族に説明し、さらにその旨を診察結果と併せて保健所・警察署に連絡した。

Y月7日、本人は再び妹宅に行き自動車を破壊し逮捕された。同月18日に本人は精神保健福祉法25条通報され、同月23日に情報センターが事前調査を実施した。本人は拘留中にD病院外来受診し服薬により落ち着いていた。非自発的入院の適応はなく措置診察不実施とした。しかし検察官は本人が再び同様の他害行為を行うことを危惧していた。その後、保健所・警察署に対応方法を再確認。さらに妹宅を訪問し家族にも同様に説明した。

拘留期限の同月25日には、本人家族の依頼を受けた県議員から情報センターに「本人を入院させてほしい」との連絡があった。情報センター医師より状況を説明したところ県議は了解した。さらに同日の釈放時に本人は警察官受診援助によりC病院受診した。診察に当たったC病院当直医の要請を受け、情報センターよりこれまでの経過を情報提供した。その結果、従来の方針が確認された後、本人は近医D病院通院することとし帰宅した。

同月30日、情報センター・保健所・市役所が共同で本人宅を訪問。本人宅、妹宅、地元警察署を訪問し、それぞれに対応方法について説明し了承と協力の約束を得た。さらにD病院主治医を訪問しこれまでの経過と対応方針を説明した。

その後、保健所・市役所と連絡をとりつつ、定期的に本人宅を訪問した。本人は通院継続し、家族との距離を保ちつつ気ままに生活した。半年ほどでD病院外来は治療終結となり、本人の

問題行動も見られないことから定期的な訪問も終結とした。保健所・市役所によればその後も著変無く現在に至っている。

事例のまとめ 本事例は措置移送において「入院適応外」されたが、その後も「治安的入院」を再三要請された。それに対してトリアージの原則を貫徹し得たのは、当情報センターが措置移送を担う主体として一元的に対応できたことによる。

4. トリアージとアウトリーチの相補的性格

上記事例では通報対応時に対象者は通院相当と判断され帰宅したが、対象者が適切に通院できない場合、症状増悪を背景に対象者が再度他害行為に及ぶ可能性は高い。さらに帰宅後の対象者への周囲からの支援が期待できなければ、入院させなかったための症状増悪による他害行為を回避することは、対象者の非自発的入院を正当化する理由となる。しかし、その様な入院処遇は措置診察時点での対象者の疾病性の程度から乖離し、トリアージの原則からは不適切であり、対象者の医原的処遇困難患者化を危惧させる。

一方で入院適応外と判断された(＝理解力を有する)対象者に、措置診察後も適切な受診と他害行為の抑止を直接かつ継続的に勧告できれば、勧告を無視しての他害行為の再起の責任は対象者自身が負うことになる。この場合、事後的なアウトリーチを前提に他害行為の再起の懸念に左右されることなく適切なトリアージが可能となる。あるいは適切なトリアージを可能とするためにはアウトリーチを必要とし、アウトリーチもまた適切なトリアージを前提としていると換言できる。

このように医療観察法対象者をも含む他害の事実を有する精神障害者に対する医療の場の治療機能を維持するためにはトリアージと

アウトリーチの実施、或いはそれらを両輪とする公的機関の存在が要請される。

5. 群馬県の措置移送体制の問題点

ここまで精神科医療・保健における治療機能の維持という観点からトリアージとアウトリーチの必要性を当情報センターの経験に即して述べた。

最後に当情報センターの現状の問題点と今後の展望について述べる。

5-1 体制構築に関する問題点

これまでに見たように、当情報センターの成立は群馬県の精神科救急体制の現場で生じた問題に対して、関係者がその都度の対応を積み重ねた結果である。そのような経緯は場当たりのでもあり、そのため移送体制そのものやその運用の原則を評価・検討する機関が存在しない。一般的には精神医療審議会やその専門部会、あるいは精神科救急システム調整会議などが評価・検討を担うと思われるが、群馬県の措置移送体制は2003年12月に県議会で確認された総務部長裁定を根拠とし、既存の審議会などと直接関係なく成立し、その後も措置移送体制と夜間休日精神科救急など既存の諸施策との関係が整理されていない。換言すれば措置移送体制とその基本原則を策定・評価・検討し他の施策との調整を図る中枢機能が存在しない。

措置移送の現場で発生する具体的な問題について司法・医療・行政関係者による事例検討会において関係者間の意見調整がされている。しかし、それは個別事例に関する意見交換にとどまり、措置移送体制全体を評価し、体制の再構築を検討するものではない。

このように措置移送体制そのものに対する「中枢機能」の不在は、既存の精神科救急体制と措置移送体制との間の調整を困難にしている。これによる問題を措置移送体制の側から指摘す

れば、2001年に旧移送体制が始動して以来の措置入院件数の増加を大きく上回る措置移送件数の増加は、1次、2次救急の対象者をも措置移送（＝3次救急）体制が対応していることによる部分が多い。ところが群馬県の精神科救急体制の実態は、1991年の始動以来、機関病院と輪番病院での空床確保であり、明確な1次、2次救急体制が存在しないため、措置移送体制の進展により却って顕現した1次、2次救急の需要に対応できていない。このまま措置移送件数が増加すれば、移送実施主体及び移送受け入れ病院の容量を超過してしまうことが危惧される。

また総務部長裁定やそれ以前の旧移送体制の実施要項などには、トリアージに関する具体的な原則などは明示されず、情報センター医師による属人的なトリアージが想定されている。ここで個別的なトリアージの積み重ねから客観的な原則を形成することも「中枢機能」の役割と考えられるが、その不在故に個別のトリアージは属人的な判断に留まることになる。

このような傾向は、要綱類に記載されていないアウトリーチの場合はさらに顕著であり、その目標や適応の設定に関して関係者間の認識が必ずしも一致しないことがある。

6. 現状認識と展望

本稿においてこれまで検討したように、他害の事実を有する精神障害者への医療及び福祉の場がその治療機能を維持するためには、措置移送における適切なトリアージと、予防活動としてのアウトリーチが必要であると考えられる。そして措置移送が相当の強制力を伴う公権力の発揮である以上、トリアージとアウトリーチを担う主体は行使される権限に見合った正当性と公共性を担保できなければいけない。或いはそのような要請により群馬県の措置移送体制の現状がある。もちろん群馬県の措置移送体

制・精神科救急体制は、現状に至る過程での場当たり的な状況対応の蓄積という側面に由来する諸問題を抱えている。しかし群馬県当局が現状の措置移送の必要性への認識に立ち、その公正な評価・検討を担う主体を確立できるならば、現状を踏み台としてより有効な措置移送体制を構築することが出来るだろう。その様な経験は精神障害者に対する社会福祉の向上に資すると共に、本研究班の主題に対しても有益な知見を提供し得ると考える。

参考文献

- 武井満：「精神科救急と触法問題—医療対応か司法対応か—」 飛鳥井・分島編「精神科救急医療」 1998年 金剛出版 東京
- 武井満：『『人格障害ケース』の非自発入院を考える』 日精協誌 第28巻第2号
- 群馬県保健福祉課：保健福祉統計年報 平成8年度～平成15年度
- 群馬県医務課：衛生年報 平成2年度～平成7年度
- 赤田卓志朗：「群馬県精神科救急情報センターにおけるアウトリーチ活動 — 危機介入を中心とした訪問活動の現状と分析」 精神医学 vol.150 No.12
- 芦名孝一：「群馬県における『行政型』精神科救急情報センターの成立とその意義—医療と司法のはざままで苦慮した3症例を通して—」 法と精神科臨床 7 2006年
- 芦名孝一：「行政責任としてのアウトリーチ活動—精神科救急情報センターの立場から」 此の科学 132号 2007年
- 西山詮：「大都市の措置入院—救急措置入院の展開と基準—」 精神神経学雑誌 第101巻9号

注 ここでは厚労省ホームページおよび総務省ホームページに掲載されている衛生行政報告例

を用い、1996年度から2007年度までの全国および各都道府県の24条警察官通報について通報件数、診察実施件数、措置入院件数を求めた。政令市分については所在する道府県に一括とした。ここで対象を24条通報に限ったのは、措置移送のうち24条によるものが狭義の精神科ハード救急になじむことにより、24条以外を排

除したのはそれぞれ、23条については自治体による対応の差が大きいが件数は十分に少ないこと、25条は年度ごとの変化に乏しくかつ件数が少ないこと、26条については近年全体として増加傾向であるが、自治体により増加率の差が大きく、それが所在する矯正施設の姿勢の差によるものと推測されること、その他25条の2通報、26条の2届出、27条の2によるものなどは件数が極めて少ないことによる。

全国のデータを図1に示す。全国でみれば24条通報件数の増加が続いている。それに比べて診察実施件数の増加は鈍く、措置入院件数は診察実施件数に並行している。通報件数の増加に対して措置診察をしないことが増えている。

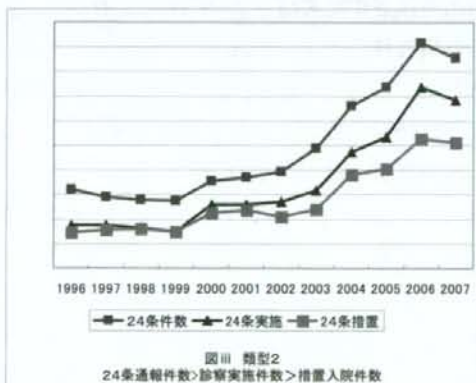
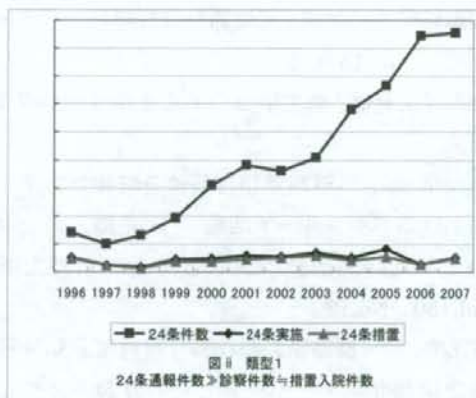
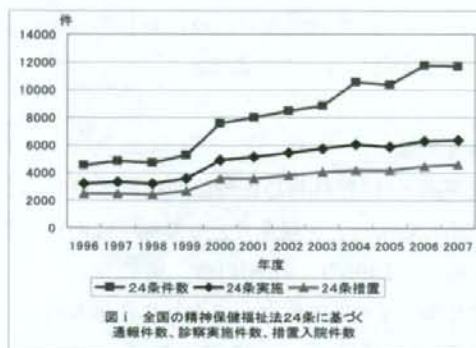
このように近年の24条通報件数の増加を前提に、24条通報件数と診察実施件数、措置入院件数の相対的な関係に注目すれば、都道府県ごとの各数値の変化は大きく3つのパターンとその他に大別される。

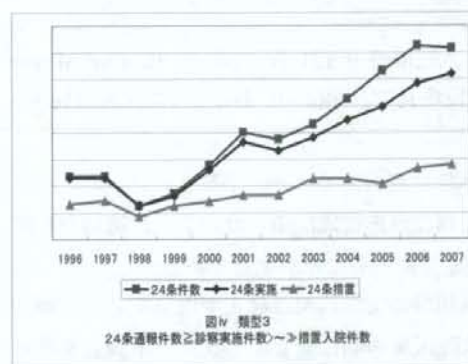
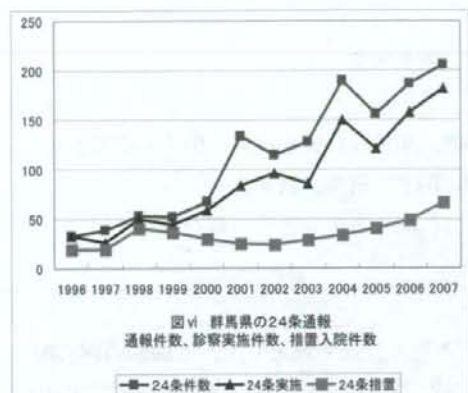
まず類型1を図2に示す。この類型1では診察実施件数が通報件数より措置入院件数側に寄っている。概ね警察官からの通報に対して措置診察を実施しないことが多いが、実施した場合には殆どが措置入院となっている。47都道府県中19カ所が類型1に含まれる。

次に類型2を示す。類型2では、診察実施件数が通報件数と措置入院件数の中間付近にある。警察官通報に対して一定の割合（過半数）で措置診察を実施し、措置診察をされた対象者は一定の割合で措置入院となっている。13カ所が類型2にあてはまる。

次に類型3を示す。類型3では診察実施件数が措置入院件数より通報件数側に寄っている。警察官通報に対して措置診察実施となる確率が高いが、措置診察の結果措置入院となる割合は比較的低い。類型3には7カ所が含まれる。

その他の7カ所が類型1から類型3の何れに





えるかもしれない。この仮説を検証するためには都道府県ごとのより詳細なデータを検討する必要がある。

衛生行政報告例は以下の URL より。

1996 年度～2006 年度

http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/sem_k_Ichiran

2007 年度

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001035603>

も属さない。それらでは他に比べて 24 条通報件数の増加がはっきりしない、年度ごとのバラツキが大きく何れの類型とも決定しがたいという理由による。

ここで群馬県における同様のデータを示す。本県は類型 3 に含まれている。本県の 24 条通報件数も 2001 年以降に増加傾向にあるが、2001 年度と 2004 年度の増加率が高く、その翌年は減少している。増加が著しい年度はそれぞれ旧移送体制と新移送体制が始動した年度に一致している。診察実施件数に比して措置入院件数が少ない（3 分の 1 以下）は本県の特徴と言える。しかし本県では措置診察後の医療保護入院・任意入院となる事例も平均して 80 件程度あり、診察実施件数と措置入院件数の差が少ない自治体に比べて、病状の程度という点でより広範囲の対象者に措置移送が対応していると言

研究協力者 国立精神・神経センター病院

平林直次 佐藤真由美 永田貴子 澤 潔 森崎洋平 樽矢敏広

厚生労働科学研究『他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰に関する研究』

分担研究 「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究」 武井班

医療観察法指定入院医療機関の実態調査と今後のあり方に関するアンケート調査

要旨

1. 全国のすべての指定入院医療機関 404 床（保護室を除く）を対象として、各機関の運営開始から平成 20 年 7 月 15 日現在までにおける入退院数、入退院日、指定入院医療機関での転院の有無、転院日についてアンケート調査を行った。
2. 調査時点での延べ入院数は、625 名（退院 204 名、入院継続中 421 名）であり、Kaplan-Meyer 法による「推定」入院日数の中央値および平均値はそれぞれ 603 日（95%信頼区間 576.8・629.1 日）、620 日（590.5・649.7 日）であった。
3. 入院決定者の 20%程度が 1,000 日を超える長期入院に移行することが予測された。
4. 今後、長期入院対策が最も重要な課題であり、過剰な病床整備に陥らないように適切な病床数を設定すること、地域ケアの充実による退院促進を進めることが重要である。
5. 指定入院医療機関における身体合併症医療、行動制限の実施状況、修正型電気ケイレン療法の実施状況を明らかにするために、全国の指定入院医療機関に対してアンケート調査を行った。
6. 平成 19 年 10 月 1 日～平成 20 年 9 月 30 日までに身体合併症のために転院（外泊）、通院処遇に移行、処遇終了のいずれかとなった対象者は 8 名であった。
7. 医療観察法施行から調査時点までに、医療観察法病棟で電気けいれん療法が 6 症例に対して実施されていた。
8. 各指定入院医療機関の運用開始から平成 20 年 9 月 30 日までに行われた拘束・隔離の件数は、隔離 81 件（82.7%）、拘束 17 件（17.3%）であった。
9. 行動制限の実施期間から 7 日以内の短期群と 7 日超の長期群とを比較してみると、主診断が統合失調症の場合、行動制限期間は短縮し、それ以外の診断の場合、延長することが明らかとなった。

はじめに

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」に規定された指定入院医療機関で行われている医療の概要を明らかにするために、平成 18 年度および 19 年度に指定入院医療機関に対してアンケート調査を実施した。平成 18

年度研究では、指定入院医療機関における医療の実態の概要や、外出・外泊の実施方法、身体合併症医療の確保など今後の課題が明らかとなった。また、平成 19 年度研究では、指定入院医療機関で実施されている治療プログラムや今後開発導入が必要な治療プログラム、行動制限の実施状況、持効性注射製剤の投与状況、修正

型電気けいれん療法の実施状況が明らかとなった。

医療観察法施行前に示された入院処遇ガイドラインでは、入院期間は18か月と想定された。医療観察法施行から3年が過ぎ、指定入院医療機関から退院し、通院処遇となった対象者も増えつつある。退院者の入院期間は必ずしもガイドラインに示されたように一様ではない。入院期間については、個別の医療機関からの報告はあるものの、全国規模の実態調査は実施されていない。平成22年度には医療観察法の見直しが予定されており、それに伴って入院運営・処遇ガイドラインの見直しも行われることが予想されるが、その基礎となるデータ収集が必要である。

本年度の研究目的は、入院対象者の入院期間を明らかにし、医療観察法の見直しや、入院運営・処遇ガイドラインの見直しに向け提言を行うこと、また、身体合併症、行動制限の実施状況、修正型電気療法の実施状況などに変化がないかを明らかにするために、平成19年度に引き続きアンケート調査を実施し、指定入院医療機関の医療の実態を明らかにすることである。

研究方法と対象

- ① 全国のすべての指定入院医療機関を対象として、各機関の運用開始から平成20年7月15日現在までにおける入退院数および入退院日、指定入院医療機関の間の転院の有無と転院日について調査を行った。各指定入院医療機関に調査用紙を郵送し回答を得た。なお、プライバシーに配慮し、個別の対象者を特定できる情報は一切収集しなかった。また、統計学的解析はSPSS ver13.0を用いて、Kaplan-Meyer法により入院期間（入院日数）を推計した。
- ② 平成20年9月30日において設置されてい

た医療観察法病棟に従事する医師（病棟責任者）を対象として、郵送によるアンケート調査を行った。アンケート調査用紙、「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査票」を資料1に掲げた。調査項目は、指定入院医療機関の概要、身体合併症、行動制限の実施状況、修正型電気けいれん療法（以下：mECT）の実施状況である。なお、アンケート調査に当たっては、各症例のプライバシーに配慮し、個人を特定する情報については調査を行わなかった。

結果および考察

平成20年7月15日現在、設置されていた指定入院医療機関は全国で16施設あり（表1-1）、総病床数は404床であった。この16施設に調査用紙を郵送し、全施設から回答を得た。

1. 指定入院医療機関の推計入院期間

(1) 概要

指定入院医療機関の開設から調査日までの日数は、中央値702.5日（21日～1,078日）であった。指定入院医療機関の病床数は、33床9施設、17床6施設、5床1施設であった。調査日までの入院延べ数は、756名（退院204名、入院継続中552名）であった。なお、この中には指定入院医療機関の間で転院が行われていた対象者が含まれており、転院「元」、転院「先」それぞれで数えられており、調査実施日において入院していた指定入院医療機関に算入して集計した。その結果、調査日時点での延べ入院数は、625名（退院204名、入院継続中421名）であった（表1-2）。そのうち指定入院医療機関の間で転院を経験した対象者は、130名であった。なお、病床数404床に対して入院継続中421名となったのは、現在、指定入院医療機関では保護室なども病床として入院を受け入れている

表1-1 指定入院医療機関の整備状況(平成20年7月15日現在)

	開棟年月日	病床数	運用日数
国立精神・神経センター病院	平成17年8月2日	33	1078
—独立行政法人国立病院機構—			
花巻病院	平成17年10月1日	33	1018
東尾張病院	平成17年12月1日	33	957
肥前精神医療センター	平成18年1月1日	33	926
北陸病院	平成18年2月1日	33	895
久里浜アルコール症センター	平成18年4月1日	17	836
さいがた病院	平成18年4月1日	33	836
小諸高原病院	平成18年6月15日	17	761
下総精神医療センター	平成18年10月10日	33	644
琉球病院	平成19年2月1日	17	530
菊池病院	平成19年9月3日	17	316
榊原病院	平成19年10月15日	17	274
賀茂精神医療センター	平成20年6月24日	33	21
—都道府県立—			
大阪府立精神医療センター	平成19年9月7日	5	312
岡山県精神科医療センター	平成19年10月1日	33	288
長崎県立精神医療センター	平成20年4月1日	17	105
計		404	

表1-2 指定入院医療機関入院数と退院数

	退院	入院継続中	計
転院 なし	175	320	495
あり	29	101	130
計	204	421	625

平成20年7月15日現在

表1-3 全対象者の入院期間

	日数	95%信頼区間
中央値	603	(576.8 - 629.1)
平均値	620	(590.5 - 649.7)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数

ためである。

入院日数と入院継続率の関係を図1に示した。推計入院日数の中央値および平均値はそれぞれ603日(95%信頼区間576.8 - 629.1日)、620

日(95%信頼区間590.5 - 649.7日)であった(表1-3)。

(2) 指定入院医療機関別の推計入院日数

指定入院医療機関別に入院期間を推計した。

表2-1 施設別入院期間

施設	入院数	退院数	推定入院		運営日数	退院率
			中央値	平均値		
1	60	14	554 (419.1 - 688.8)	588 (503.6 - 672.4)	836	23.3
2	64	7	611 (572.8 - 649.1)	571 (528.5 - 613.6)	644	10.9
3	64	28	688 (539.4 - 836.6)	602 (517.1 - 687.4)	1018	43.8
4	8	0			836	0.0
5	35	15	425 (382.3 - 467.7)	449 (392.4 - 505.2)	761	42.9
6	62	24	583 (528.6 - 637.4)	592 (514.9 - 668.6)	957	38.7
7	67	21	549 (414.3 - 683.7)	552 (471.9 - 632.4)	926	31.3
8	69	34	520 (453.0 - 587.0)	536 (485.9 - 607.1)	1078	49.3
9	66	18	617 (497.7 - 736.3)	616 (531.6 - 700.4)	895	27.3
10	25	3		421 (393.0 - 448.5)	530	12.0

なお、入院期間を推計するためには、一定数以上の退院数が必要であり、その指定入院医療機関の開設日から調査日までの期間が12ヶ月以上の10施設についてのみ推計した。10施設の推計中央値、平均入院日数を表2-1に示した。なお、指定入院医療機関の間で転院が行われていた症例については、転院元の指定入院医療機関に入院日から転院日まで入院し退院には至らなかったとして入院期間を推計した。

2施設については退院数が少なく算出できなかった。各施設の推計入院期間の中央値は、520日(453.0-587.0日)～688日(539.4-836.6日)と幅広く分布していた。また、各施設の運用日数と推定入院期間との間には有意な関連を認めなかった。

(3) 転院の有無と入院継続率

転院の有無と入院推定入院日数を表3-1に示した。ここでいう転院とは、当初入院した指定入院医療機関から退院地に近い指定入院医療機関に退院調整を目的として転院した場合を指す。転院実施の有無から2群に分け入院期間を推計した。転院を経験していた対象者は130名、転院を経験していない対象者は495名であった。入院日数の推計中央値は、それぞれ836日(95%信頼区間724.8-947.2)、562日(95%信頼区間521.2-602.8)であった(表3-1)。転院した対象者の推計入院日数は、転院を経験しない対象者に比較して有意に長かった、(Log Rank検定 $p < 0.001$)。

【考察】

はじめに、本研究調査には、限界が存在することについて述べる。まず、本研究の入院期間は推計であり、実際の入院期間ではないことである。退院者だけから入院期間を計算すると、調査時点で入院継続している者の入院期間は算入されず、入院期間は実際より短くなる。そこで、本研究では、Kaplan-Meier法を用いて入院期間を推計した。Kaplan-Meier法では、入院継続中の者も含めた入院期間を推計することができるのが特徴である。次に、今回の調査項目には、対象者の年齢性別、診断名、重症度、対象行為、退院後の受け入れ医療・保健・福祉の資源量などを含んでいない。つまり、対象者の重症度や退院後の地域受け入れ体制などを考慮せずに入院期間を推計している。さらに、指定入院医療機関の置かれた地域特性、病床規模、開設からの運用期間なども考慮されていない。したがって、指定入院医療機関別に推計した入院日数を比較したとしても、そのまま指定入院医療機関の差を示すものではない。このような研究の限界を踏まえた上で、本研究の調査結果を慎重に検討する必要がある。

(1) 指定入院医療機関の推計入院期間

本調査結果によれば、入院日数の中央値および平均値はそれぞれ603日(95%信頼区間576.8-629.1日)、620日(95%信頼区間590.5-649.7日)と推計された。厚生労働省から提出された入院処遇ガイドラインに示された入院期間18ヶ月(547.5日)と比較すると、推計入院

表3-1 転院の有無別全対象者の入院期間

		日数	95% 信頼区間	パーセンタイル		
				25%	50%	75%
中央値	転院なし	562	(521.2 - 602.8)	745	562	395
	あり	836	(724.8 - 947.2)		836	604
平均値	転院なし	580	(547.8 - 613.1)			
	あり	751	(697.1 - 805.1)			

期間は中央値で55.5日、平均値で72.5日、ガイドラインよりも長い。

もともと入院処遇ガイドラインに示された入院期間は海外からの報告と比較すると極めて短期間であり、また、すべての対象者に対して一様に目安として示されている。本来、入院処遇ガイドラインの入院期間の適切さを考える際には、対象者の特性やその対象者の抱える地域環境を考慮して適切に設定されるべきである。そのためには、今後、まず、入院対象者の社会的特性、診断名と重症度、対象行為、日常生活能力、病識、内省の深度、住居の形態、家族の有無、退院地の医療資源や社会資源の質と量など、入院期間に影響を与える因子を明らかにすべきである。それから、これらの因子を考慮した上で、入院期間を設定すべきである。

今回、結果には示さなかったが、入院日数は正規分布しておらず、入院期間から入院対象者はいくつかの群（グループ）に分かれることが予想される。指定入院医療機関の入院期間は、3群に大別されることが予測されている²⁾。今後、それぞれの群の存在を確認することに加えその特徴を明らかにし、それぞれの入院期間や特徴に応じたクリティカルパスを作成し、標準的な医療モデルを示す必要がある。

(2) 指定入院医療機関の推計入院期間と病床不足の見通し

厚生労働省は、指定入院医療機関の確保については、全国で720床程度(国関係420床、都道府県関係300床)を目標として整備を進めてきた。平成20年7月15日現在に整備された病床数は404床にとどまっており、現在も深刻な病床不足が続いている。そこで、今後必要とされる病床数、病床不足解消の見通しについて考察した。

入院処遇ガイドラインに示されたとおり、入院期間が18ヶ月(547.5日)とした場合、404

床の病床では年間269.3人、月当たり22.4人の退院が見込まれる。しかし、調査時点においては運用期間が18ヶ月に満たない病床数が139床(34.4%)あり、18ヶ月を超える病床数は265床(65.6%)だけであった。この265床では、入院期間18カ月とした場合、年間176.7人、月当たり14.7人の退院が期待される。

しかし、現状では退院数は予測よりも少ない。平成19年9月から平成20年8月までの1年間に退院決定または医療終了の決定を受けた件数は、124人(法務省資料より)、月当たり10.3人である。運用期間18ヶ月を越える265床だけから退院があったとしても、年間124人の退院数であるから、現状では入院期間は780.0日と算出される。

平成19年9月から平成20年8月までの1年間で252人、月当たり21.0人が入院決定されている。もし、同数の入院決定があり、入院期間が現状のまま780.0日だったとしたら、全国で539床が必要である。

しかし、本研究の結果からすると、図1に示したとおり、入院決定者の20%程度が1,000日を超える長期入院に移行することが予想される。また、図1をみると、この長期入院移行者が1,000日を超えると急速に退院するとは考えにくく、さらに長期化する可能性すらある。したがって、約3年間で約20%の病床が入院受け入れ機能を失う。そこで年間6.7%の長期入院移行者が出現すると仮定した場合、539床の病床が整備されたとしても、毎年その6.7%、36床が新規の入院受け入れは困難となり、それを補うために同数の病床を整備し続けなければならない。一方で、施設別に長期入院移行率を見ると、10%程度にとどまっている施設もあり、各指定入院医療機関は長期入院移行率を10%以下に低下させる努力が必要であろう。

以上のことから、病床整備を進めつつも、長

期入院者対策を行うことが最も重要である。

国立精神・神経センター病院における行動制限の実施状況を月別に調査してみると、ほとんど実施されていなかった行動制限が平成 20 年 5 月を境に急速に増加した。今回、その内訳をデータとして示していないが、特定の対象者に対して行動制限が繰り返された。対象者の特徴を整理すると、重複障害を有する対象者であり、切迫した攻撃性、衝撃性が持続的にあるいは断続的に出現し、行動制限が長期化している。このような対象者は、これまで主として国、都道府県立病院、精神科病院によって長期入院や長期にわたる行動制限で対応されてきた症例と思われる。つまり、「切迫した社会復帰阻害要因が持続する対象者」が長期入院に移行することが予想される。

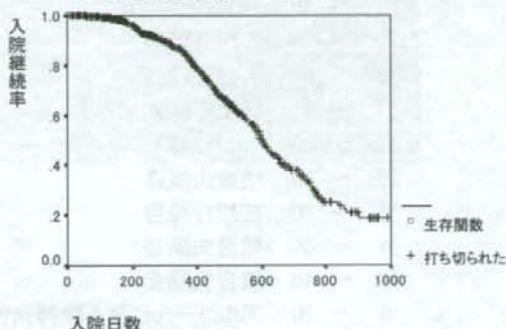
もう一つの長期入院者のタイプは、平成 17 年度に行われた厚生労働科学研究で示された「陰性症状が強い」、「日常生活能力が低い」、「特性不安が低い」対象者、つまり認知機能が低い対象者になることが予想される。指定入院医療機関で実施されている医療の特徴は、多職種チームによる治療プログラムであるが、これらの特徴を有する対象者に対しては治療効果が上がりにくいと考えられる。

以上のことをまとめると、長期入院者の特徴は、①切迫した社会復帰阻害要因を持続する対象者、②社会復帰阻害要因は切迫したものではないがある程度の高さを持ち、認知機能の低下または知的障害があり、入院継続が必要な対象者である。

我が国では、現在、「病院医療中心から地域生活中心へ」と精神科医療が急速に変化しつつある。精神科病床 7 万床の削減が進められている。このような精神科医療における変化を考えると、指定入院医療機関の病床整備だけではなく、地域ケアの充実による退院促進が最も重要な課題

図1 入院日数と入院継続率

-全入院対象者- 625人



であろう。

今回の研究結果では、指定入院医療機関の運用期間と入院期間の間には関連性を認めなかった。しかし、指定入院医療機関の開設からの期間が長くなるにつれ長期入院群や退院困難者が出現し、入院日数の中央値や平均値は伸びることが予測される。長期入院者の調査とその対策を早急に行う必要がある。

2. 指定入院医療機関の医療の実態

(1) 身体合併症

表 4-1 に示した通り、平成 18 年 10 月 1 日～平成 20 年 9 月 30 日までに身体合併症のために転院（外泊）、通院処遇に移行、処遇終了のいずれかとなった対象者は 13 名であった。昨年度の調査では 5 名であったが、本年度は 8 名に増加していた。原因となった身体合併症は、緊急性を要するものから、慢性に経過するものまで様々であった。慢性に経過する疾患（肺がん、慢性腎不全）では、処遇終了に至るケースがみられた。幅広い診療科での治療が必要であったが、本年度は消化器系の疾患（胆嚢炎、膵炎、胆石症）が多い傾向にあった。

(2) 電気けいれん療法の実施状況

医療観察法施行から調査時点までに、医療観察法病棟で電気けいれん療法が 6 症例に対して

表 4-1 身体合併症の内訳

性	年代	精神科診断	身体合併症	対応
男	～ 30	統合失調症	急性虫垂炎	転院(外泊)
男	～ 70	妄想性障害	肺ガン	処遇終了
女	～ 60	妄想性障害	異型狭心症	転院(外泊)
男	～ 90	持続性認知症	肺気腫	処遇終了
男	～ 80	妄想性障害	慢性腎不全(透析)	通院処遇
男	～ 60	統合失調症	ソケイヘルニア	転院(外泊)
男	～ 70	妄想性障害	胆嚢炎	転院(外泊)
男	～ 60	統合失調症	胆嚢炎	転院(外泊)
男	～ 40	統合失調症	特発性膵炎	転院(外泊)
男	～ 70	アルコールによる精神病性障害	慢性腎不全	処遇終了
男	～ 30	妄想型統合失調症	虫垂炎	転院(外泊)
男	～ 30	統合失調症	胆石陥とん(ERCP)	転院(外泊)
男	～ 30	統合失調症	胆石(予定手術)	転院(外泊)

注意:背景が灰色は2007年度、白色は2008年度のデータである。

実施されていた。対象者の性別、年齢、診断、対象行為は表 5-1 に示した通りで、6 症例中 5 症例が統合失調症であった。電気けいれん療法の方法は、すべての症例において、静脈麻酔薬、筋弛緩薬、酸素化を用いた修正型 ECT (modified ECT: mECT) の方法がとられていた。また、波形もすべてパルス波で行われた。実施にあたっては、対象者の同意が得られた症例が 6 例中 2 例であったが、家族の同意は全症例で取得されており、倫理会議では事前または

事後に全症例で承認を得ていた。また、実施中には、継続するための事前承認を得て継続実施されていた。

表 5-2 に示したとおり、電気けいれん療法の理由は、不明の 1 例を除くとすべて他害の危険の回避であった。また、その原因となった症状や状態は、暴力(対人・対物暴力)、衝動行為や精神運動興奮が持続している幻覚妄想状態と、カタレプシーを主症状とする亜昏迷状態であった。さらに、適応理由としては、すべての症例

表 5-1 電気けいれん療法症例の性別、年齢、診断、対象行為

性	年代	精神科主診断名	対象行為
男	～ 40	統合失調症	傷害
男	～ 40	統合失調症	放火
男	～ 50	統合失調症	殺人(未遂)
女	～ 60	急性一過性精神病性障害	傷害
男	～ 30	統合失調症	強盗
男	～ 30	統合失調症	殺人

注意:背景が灰色は2007年度、白色は2008年度のデータである。

表 5-2 電気けいれん療法の適応の原因と理由

mECTの理由	原因となった症状	適応理由
他害の危険の回避	幻覚・妄想・暴力・衝動性・その他	精神症状・薬物抵抗性・薬物副作用・ECT有効歴・対象者希望
他害の危険の回避	幻覚・妄想・精神運動興奮・暴力・衝動性	精神症状・薬物抵抗性
他害の危険の回避	幻覚・妄想・暴力・衝動性・拒薬	精神症状・薬物抵抗性・対象者希望
不明	カタレプシー	薬物抵抗性・薬物副作用
他害の危険の回避	カタレプシー	精神症状・薬物抵抗性
他害の危険の回避	幻覚・妄想	精神症状・薬物抵抗性

が薬物抵抗性や薬物副作用のため治療手段が限られている一方で、他害などのリスクが高く、何らかの対応を必要とする精神症状を有するため電気けいれん療法が適応とされたと思われる。

(3) 行動制限の実施状況

1) 概要

アンケート調査の対象となった 16 施設は、それぞれ医療観察法病棟の開棟時期が異なっていた。そのため各施設の開棟から平成 20 年 9 月 30 日までに行われたすべての行動制限を調査し、表 6-1～6-3 に示した。

調査期間中に行われた拘束・隔離の件数は、隔離 81 件 (82.7%)、拘束 17 件 (17.3%) であった。行動制限の実施状況を診断別に見ると表 6-4 に示したとおり、F2:75.5%、F6:10.2%、F0:7.1%、F8:4.1%、F7:3.1%であった。

行動制限の原因となった症状は表 6-5 に示したとおり、暴力(68.4%)、精神運動興奮(55.1%)、衝動性(51.0%)、妄想(34.7%)、幻覚(30.6%)の順で多く、必ずしも幻覚や妄想を伴わない状態での行動制限が多く認められた。

表 6-6 に示したとおり、行動制限を行った場合、常時(65.3%)、15 分以内(24.5%)、30 分以内(6.1%)、60 分以内(1.0%)の間隔で対象者の状態が観察されていた。表 6-7、6-8 に隔離、拘束を実施した理由を示した。

行動制限の実施日数は年度別に分けて表 6-9 と表 6-10 に示した。なお、部分制限とは一日のうちで行動制限を解除した時間帯を持つ場合である。全制限日数とは、終日制限した日数と部分制限をした日数の合計日数である。平成 19 年度と平成 20 年度の全制限日数を Mann -

表6-1 隔離・拘束の実施状況

年代	男	女
～ 10		
～ 20		
～ 30	29	3
～ 40	20	12
～ 50	14	2
～ 60	9	3
～ 70	3	2
～ 80		
～ 90	1	
～ 100		
	76	22

表6-2 隔離の実施状況

年代	男	女
～ 10		
～ 20		
～ 30	23	3
～ 40	16	12
～ 50	12	2
～ 60	6	3
～ 70	2	2
～ 80		
～ 90		
～ 100		
	59	22

表6-3 拘束の実施状況

年代	男	女
～ 10		
～ 20		
～ 30		6
～ 40		4
～ 50		2
～ 60		3
～ 70		1
～ 80		
～ 90		1
～ 100		
	17	0

表6-4 行動制限の診断別内訳

	件数	n=98
F0	7	(7.1%)
F1	0	(0.0%)
F2	74	(75.5%)
F3	0	(0.0%)
F4	0	(0.0%)
F5	0	(0.0%)
F6	10	(10.2%)
F7	3	(3.1%)
F8	4	(4.1%)
F9	0	(0.0%)

表6-5 行動制限の原因となった症状(複数回答可)

原因となった症状	隔離 n=81	拘束 n=17	全体 n=98
幻覚	24 (29.6%)	6 (35.3%)	30 (30.6%)
妄想	26 (32.1%)	8 (47.1%)	34 (34.7%)
カタレプシー	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
希死念慮	1 (1.2%)	1 (5.9%)	2 (2.0%)
精神運動興奮	43 (53.1%)	11 (64.7%)	54 (55.1%)
暴力(対人・対物暴力)	58 (71.6%)	9 (52.9%)	67 (68.4%)
衝動性	42 (51.9%)	8 (47.1%)	50 (51.0%)
多弁・多動	2 (2.5%)	0 (0.0%)	2 (2.0%)
観念奔逸	1 (1.2%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)
行為心迫	1 (1.2%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)
不安	3 (3.7%)	1 (5.9%)	4 (4.1%)
焦燥感	10 (12.3%)	4 (23.5%)	14 (14.3%)
抑うつ気分	1 (1.2%)	1 (5.9%)	2 (2.0%)
精神運動制止	1 (1.2%)	0 (0.0%)	1 (1.0%)
拒薬	5 (6.2%)	2 (11.8%)	7 (7.1%)
身体合併症	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
意識障害	0 (0.0%)	1 (5.9%)	1 (1.0%)
その他	11 (13.6%)	3 (17.6%)	14 (14.3%)

注: ()は、各群における各症状を有する患者の割合を示す

表6-6 行動制限中の観察頻度

観察間隔	隔離		拘束	
	件数	割合	件数	割合
常時観察	51	(63.0%)	13	(76.5%)
15分以内	22	(27.2%)	2	(11.8%)
30分以内	6	(7.4%)		(0.0%)
60分以内	1	(1.2%)		(0.0%)
未記入	1	(1.2%)	2	(11.8%)
	81		17	

表6-7 隔離理由とその件数(複数回答可)

隔離理由	件数	n=81
刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和するため	43	(53%)
他害の危険を回避するため	52	(64%)
自殺あるいは自傷の危険を回避するため	4	(3%)
他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護するため	36	(24%)
自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護するため	6	(4%)
身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行するため	5	(3%)
その他	1	(1%)
未記入	3	(4%)

表6-8 拘束理由とその件数（複数回答可）

n=19

拘束理由	他害の危険の回避	自殺・自傷の危険の回避	その他
突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合	3		
身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合	4		
患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合	6	3	
せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること			2
その他			1
未記入			

表 6-9 行動制限(隔離・拘束)の日数(2007年度)

	全制限日数(件) n=25		終日制限(件) n=18		部分制限(件) n=13	
～3日以内	13	(52.0%)	6	(33.3%)	7	(53.8%)
～7日以内	2	(8.0%)	4	(22.2%)	0	(0.0%)
～14日以内	1	(4.0%)	3	(16.7%)	0	(0.0%)
～21日以内	3	(12.0%)	4	(22.2%)	1	(7.7%)
～28日以内	1	(4.0%)	1	(5.6%)	0	(0.0%)
28日超	5	(20.0%)	0	(0.0%)	5	(38.5%)

(未記入4名を除く)

表 6-10 行動制限(隔離・拘束)の日数(2008年度)

	全制限日数(件) n=63		終日制限(件) n=57		部分制限(件) n=35	
～3日以内	12	(19.0%)	17	(29.8%)	10	(28.6%)
～7日以内	9	(14.3%)	10	(17.5%)	6	(17.1%)
～14日以内	7	(11.1%)	3	(5.3%)	6	(17.1%)
～21日以内	6	(9.5%)	9	(15.8%)	0	(0.0%)
～28日以内	6	(9.5%)	5	(8.8%)	3	(8.6%)
28日超	23	(36.5%)	13	(22.8%)	10	(28.6%)

(未記入10名を除く)

図6-1 長期行動制限(28日超)症例の全行動制限日数の分布

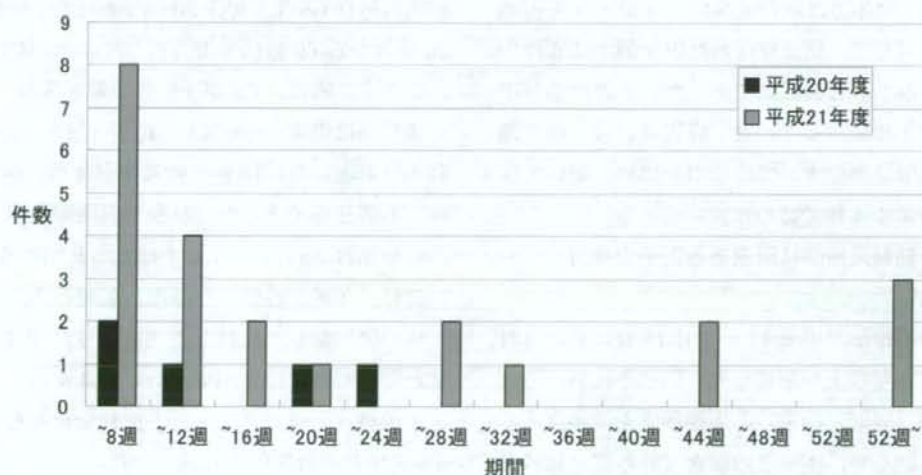


表6-11 行動制限期間が超長期(40週超)対象者の内訳

性	年代	精神科主診断名	副診断	対象行為	終日制限 日	部分制限 日	全制限日数 日
男	～ 30	F06	広汎性発達障害	傷害	122	166	288
女	～ 40	F60	軽度精神遅滞	放火	304	0	304
男	～ 50	F07.0		強姦	365～	0	365～
男	～ 40	F84		傷害	365～	0	365～
男	～ 50	F20.0		殺人	0	365～	365～

原因症状	理由	刺激を遮断して静穏で 保護的な環境を提供す ることにより症状を緩 和するため	他害の危険を回避する ため	他の患者との人間関係 が著しく損なわれない ように保護するため
幻覚・妄想・興奮・暴力・衝動性		○	○	○
興奮・暴力・衝動性		-	○	-
暴力・衝動性・焦燥感・その他		-	○	○
暴力・衝動性・焦燥感		○	-	-
幻覚・妄想・暴力		-	○	-

Whitney 検定にて比較したところ、平成 20 年度で有意に長期化していることが分かった ($p < 0.01$)。また、全制限日数が 28 日を越える“長期”行動制限の全制限日数を図 6-1 に示した。

2007 年度は最長が 141 日であったが、平成 20 年度は最長が 365 日超で 3 件認めた。さらに、全制限日数が 40 週を超える“超長期”行動制限症例 5 件の内訳を表 6-11 に示した。性別は、男性が多く、年齢は 20～40 歳代であった。主診断は、全体では統合失調症が 4 分の 3 を占めるのに対して、超長期行動制限症例では 5 件中 1 件のみが統合失調症であった。3 件は全制限日数が 1 年に至っていた。原因症状は、超長期行動制限症例のすべてで暴力を認め、続いて衝動性が多く 4 件で認めた。

2) 行動制限期間に関連する因子の検討 はじめに

医療観察法が平成 17 年 7 月 15 日に施行され、すでに 3 年以上が経過した。同法下における行動制限（隔離、拘束）の実態調査を昨年度より行っているが、本年度の調査で昨年度と比較し

て全行動制限の期間が長期化していることが分かった。そのため、今回われわれはどのような因子が行動制限期間に関連するのかを検討した。

対象と方法

平成 20 年 9 月 30 日までに入院処遇となった対象者（法務省報告では平成 20 年 8 月 31 日時点で 650 人）に関して、行われたすべての行動制限症例 98 件の中で、期間の不明な 10 件を除いた 88 件を対象とした。表 6-12 に示した通り、性別は男性 68 件、女性 20 件であった。年齢は 20 歳代から 60 歳代まで分布していた。ICD-10 による主診断は、F2 が 68 件で最も多かった。対象行為は傷害（致死含む）40 件、放火 23 件、殺人（未遂含む）18 件、強姦など 4 件、強盗 1 件、不明 2 件であった。行動制限期間を 7 日以内の短期群 36 件と、7 日を超える長期群 52 件に分け、年齢、性別、主診断、対象行為、行動制限の原因症状を比較した（表 6-12、6-13）。統計学的解析には、SPSS ver.13.0 を用いて、 χ^2 乗検定とロジスティック回帰分析を行い、5%未満を統計学的に有意とした。

表 6-12 行動制限実施期間と背景(社会的特性・診断・対象行為)

		短期群(件)	長期群(件)	全体(件)
		36	52	88
性別	男性	26 (72.2%)	42 (80.8%)	68
	女性	10 (27.8%)	10 (19.2%)	20
年齢	20歳代	13 (36.1%)	16 (30.8%)	29
	30歳代	12 (33.3%)	17 (32.7%)	29
	40歳代	1 (2.8%)	12 (23.1%)	13
	50歳代	7 (19.4%)	5 (9.6%)	12
	60歳代	3 (8.3%)	2 (3.8%)	5
主診断	F2	33 (91.7%)	35 (67.3%)	68
	F2以外	3 (8.3%)	17 (32.7%)	20
	F6	1 (2.8%)	7 (13.5%)	8
	F7	1 (2.8%)	2 (3.8%)	3
	F8	0 (0.0%)	3 (5.8%)	3
	F0	1 (2.8%)	5 (9.6%)	6
対象行為	傷害(致死を含む)	17 (47.2%)	23 (44.2%)	40
	放火	12 (33.3%)	11 (21.2%)	23
	殺人(未遂を含む)	6 (16.7%)	12 (23.1%)	18
	強姦	0 (0.0%)	3 (5.8%)	3
	強盗	1 (2.8%)	1 (1.9%)	2
	不明	0 (0.0%)	2 (3.8%)	2

** : p<0.001

表 6-13 行動制限期間と原因症状

		短期群 n=36	長期群 n=52
原因症状	暴力	21 (58.3%)	41 (78.8%) *
	精神運動興奮	20 (55.6%)	30 (57.7%)
	衝動性	17 (47.2%)	26 (50.0%)
	妄想	13 (36.1%)	20 (38.5%)
	幻覚	11 (30.6%)	18 (34.6%)
	焦燥感	7 (19.4%)	7 (13.5%)
	拒薬	0 (0.0%)	7 (13.5%)
	不安	1 (2.8%)	3 (5.8%)
	希死念慮	1 (2.8%)	1 (1.9%)
	多弁・多動	2 (5.6%)	0 (0.0%)
	抑うつ気分	1 (2.8%)	1 (1.9%)
	観念奔逸	0 (0.0%)	1 (1.9%)
	行為心迫	0 (0.0%)	1 (1.9%)
	精神運動制止	0 (0.0%)	1 (1.9%)
	カタレプシー	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	身体合併症	0 (0.0%)	0 (0.0%)
	意識障害	0 (0.0%)	0 (0.0%)
その他	6 (16.7%)	7 (13.5%)	

注: ()は、各群における各症状を有する患者の割合を示す

* p<0.05

結果

短期群と長期群を比較したところ、年齢、性別、対象行為、原因症状の幻覚・妄想・興奮・衝動性の比率では有意差を認めなかった。短期

群と比較すると、長期群において主診断が F2 以外の対象者 (p<0.001)、および行動制限の原因症状が暴力の対象者 (p<0.05) が有意に多かった。そこで、「行動制限期間」を目的変数