

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究
分担研究報告書

医療観察法導入後における触法精神障害者への
精神保健福祉法による対応に関する研究
その 1 医療観察法施行後の変化に関する opinion 調査

研究分担者 吉住 昭 国立精神・神経医療研究センター病院

要旨

医療観察法の施行により精神保健医療福祉はどう変わったのか。精神科医師の所感を問う目的で我々は千葉県下の精神科医師に対するアンケート調査を行った。精神科医療機関 181 施設に対して調査票を送付し、80 施設(回答率 44.2%)、306 名(推定回収率 57.1%)から回答を得た。その結果、精神医療現場そのものの変化はさほど実感されていないようであったが、多職種チーム医療や頻回措置入院患者の扱いなど、医療観察法のスキームを一般精神医療に応用することが意識されている様子が見受けられた。一方で、精神医療現場の多忙、措置診察や判定医業務の寡占、診断書作成業務の増加などの課題も抽出された。

研究協力者

千葉大学医学部附属病院精神神経科

椎名明大

伊豫雅臣

A. 研究目的

平成 17 年 7 月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」という。)が施行された。それによって、我が国で他害行為を行った精神障害者(いわゆる「触法精神障害者」)に対する医療は大きく変化したといえる。一方で、医療観察法は従来の刑事訴訟制度や精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「精神保健福祉法」という。)等に

基づく精神保健医療福祉制度を大きく変えることなく制定されたという経緯があるため、従来行われてきた触法精神障害者の処遇と医療観察法制度との関係は極めてわかりづらい構造になっている。

具体的には、医療観察法施行前には、触法精神障害者の多くは精神保健福祉法による措置入院制度により処遇されていたわけであるが、医療観察法施行後、精神保健福祉法第 25 条に基づく通報の対象となる触法精神障害者のうち、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったとされる者は、医療観察法第 33 条等に基づき検察官による申立ての対象となり、措置通報の対象からは原則として除外されることとなった。これにより、現在の措置入院の対象となる者は、検察官通報においては

微罪若しくは責任能力以外の面で公訴を提起しない者のみとなった。他方では、精神保健福祉法第24条に基づく警察官による通報制度をはじめ他の通報制度は維持されている。

従って、措置入院制度は従来に比べ、より軽微な他害行為を行った治療的緊急性の高い触法精神障害者の処遇に特化していくことになるものと思われる。

ところで、措置入院制度については従来からいくつかの問題が指摘されてきた。重大な他害行為を行った触法精神障害者の処遇制度として措置入院制度の治療構造は不十分であるという批判に対しては、医療観察法制度がその回答を提起することを期待したい。一方で、軽微な他害行為を頻回に起こし措置入院を繰り返すような患者の処遇をどうするか、措置症状が消退した患者に対するその後の精神医療はどうあるべきか、といった課題は積み残されているのが現状である。

これらの課題について議論するにあたり、医療観察法施行後6年を経た現在、我が国の精神保健医療福祉はどのように様変わりしたのかを明らかにすることが必要であろう。

医療観察法の施行により精神保健医療福祉はどう変わったのか。医療観察法の対象となる患者は日本全体で2000人程度と予測されており、全精神障害者の0.1%にも満たないものであるから、患者統計などのデータに与えるインパクトは微小であろう。だが、精神医療の現場で患者と関わる精神科医師の視点から見たら、数値上は検出が難しい何らかの変化、例えば外来患者の軽症化、多職種チームや施設間連携の促進、差別や偏見の改善若しくは悪化といったものが感じられている可能性がある。

精神科医師が主観的に評価した医療観察法施行後の変化をまとめることを通じて、医療観察法施行後の精神保健医療福祉の運用上の変化の有無を明らかにすることが、本研究の目的である。

B. 研究方法

対象と方法

我々は、公的資料等を参照し、千葉県下の医療機関のうち精神科及び関連する科名を標榜している施設を抽出した。そしてその各施設に対し調査票を送付し、各施設に所属する精神科医師に郵送による回答を求めた。

調査票は施設票と個人票からなる。施設票における調査項目は、施設属性(精神科病院、総合病院(精神病床あり・なし)、精神科診療所、その他の施設)、医療観察法による指定入院医療機関であるか否か、同法による指定通院医療機関であるか否か、医療観察法による鑑定入院を受けられているか否か、精神保健福祉法による措置入院指定病院であるか否か、及び施設に所属する精神科医師数である。

個人票における調査項目は、回答者属性(年齢、性別、臨床経験年数、指定医の有無及び実績、判定医の有無及び実績)の他、精神医療体制の変化(医療現場が忙しくなった、多職種チーム医療を意識した、他施設と連携しやすくなった、比較的軽症の患者が増えた、精神医療の質が向上した、精神医学の知識が普及した、精神医療への偏見が強まった、重症者を診療する機会が増えた、診断書作成等の作業が増えた、人権について話す機会が増えた、精神医療制度への関心を深めた)、入院治療環境の変化(新規措置入院患者の精神症状、措置入院患者の退院マネジメント、頻回措置入院者、院内暴力事例)、制度に対する意見(措置診察の業務分担、不要措置患者のフォロー、措置解除の判断、頻回措置患者への対応)である。なお、精神医療体制の変化については臨床経験5年以上の者、入院治療環境の変化については措置入院指定病院に勤務している精神保健指定医のみに対して回答を求めた。

倫理的配慮

本研究は精神科医師に対するアンケート調査であり、患者を対象とした研究ではない。また本研究で取り扱うデータは患者個人情報を含まない。

本研究は UMIN 臨床試験登録システムに登録 (UMIN000006824) され研究概要を公示されたうえで実施され、平成 24 年 2 月 6 日に完了したものである。

収集した調査票は研究協力者の所属施設において厳重に管理し、解析完了後に破棄した。

C. 研究結果

1. 回収率

我々は千葉県下の精神科医療機関 181 施設に対して調査票を送付した。うち 80 施設から回答があった(回答率 44.2%)。また、回収された個人票は計 306 件だった。平成 20 年医師・歯科医師・薬剤師調査によると千葉県の精神科医師数は 536 名であり、個人票の推定回収率は 57.1% である。

2. 施設票

施設属性は、有効回答 79 件中、精神科病院が 20 施設、総合病院(精神病床あり)が 9 施設、総合病院(精神病床なし)が 7 施設、精神科診療所が 41 施設、その他の施設が 2 施設であり、診療所が半数を占めた(図 1)。医療観察法による指定入院医療機関は 1 施設、医療観察法による指定通院医療機関は 8 施設、鑑定入院の受け入れ実績を有する施設は 5 施設、措置入院指定病院は 16 施設だった(図 2)。施設ごとの精神科医師数は、1 名が 28 施設で最多であった(図 3)。

3. 個人票

(1) 回答者属性

回答者の平均年齢は 47 歳だが、30 代が 93 名と最多であった(図 4)。性別は男性が 8 割を占めた(図 5)。臨床経験年数は平均 18.8 年で、10~14 年が 56 名で最多であった(図 6)。回答者の約 4 分の 3 が精神保健指定医であり、過去 5 年間の措置診察

頻度については、「経験なし」が 49 名、「経験はあるが最近では行っていない」が 56 名、「年 1~2 回以下」が 55 名、「年 3~10 回程度」が 55 名、「月 1~2 回以上」が 18 名と、ばらついていた(図 7)。精神保健判定医は回答者の 1 割強であり、過去 5 年間の審判員・鑑定医経験数は「経験なし」が 3 名、「1~2 回以下」が 9 名、「3~5 回程度」が 14 名、「6~10 回程度」が 10 名、「11 回以上」が 3 名と、ばらついていた(図 8)。

(2) 精神医療体制の変化

5 年以上の臨床経験を有する回答者に「医療現場が忙しくなった」「多職種チーム医療を意識した」「他施設と連携しやすくなった」「比較的軽症の患者が増えた」「精神医療の質が向上した」「精神医学の知識が普及した」「精神医療への偏見が強まった」「重症者を診療する機会が増えた」「診断書作成等の作業が増えた」「人権について話す機会が増えた」「精神医療制度への関心を深めた」という 11 項目について「強く思う」「やや思う」「思わない」の 3 段階で評価を尋ねたところ、「強く思う」と回答した者が多かったのは「診断書作成等の作業が増えた」「多職種チーム医療を意識した」「医療現場が忙しくなった」「比較的軽症の患者が増えた」の項目だった。逆に「思わない」の回答が目立ったのは「精神医療への偏見が強まった」「重症者を診療する機会が増えた」「他施設と連携しやすくなった」「人権について話す機会が増えた」の項目だった(図 9)。

(3) 入院治療環境の変化

入院治療環境における 2005 年以前との変化について、措置入院指定病院に勤務している精神保健指定医である回答者に所感を問うた。新規措置入院患者の精神症状の軽重、措置入院患者の退院マネジメントの難易、頻回措置入院者の増減、院内暴力事例の増減については、いずれもほとんどの回答者が「どちらともいえない」と回答した(図

10)。

（４） 制度に対する意見

措置診察の業務分担については、「多くの指定医に分担させるべき」との意見が 104 名と最多で、「熟練した少数の医師に集中させるべき」の 33 名を上回った(図 11)。不要措置患者に対する扱いについては、「保健所等の第三者が関わる仕組みを作るべき」との意見が 144 名で最多であり、「第三者が関わるべきではない」の 8 名を大幅に上回った(図 12)。措置解除の判断については「現状のままが良い」が 149 名と最多で「第三者などより厳密に行うべき」の 73 名や「より柔軟に決定すれば良い」の 17 名を大きく上回った(図 13)。頻回措置患者への対応については、「患者に通院を義務づける仕組みを作るべき」が 157 名と過半数であった(図 14)。

（５） クロス集計及び統計解析

1. 施設間格差

精神保健判定医のほとんどは精神科病院若しくは精神病床を有する総合病院に所属していた(図 15)。措置入院指定病院に勤務している医師(臨床経験 5 年以上)に比べて、それ以外の施設の医師の方が、「比較的軽症の患者が増えた」と感じている割合が高い(カイ二乗検定、 $P<0.01$)。対して措置入院指定病院の医師は半数以上がこれを否定している(図 16)。また、措置診察の業務分担に関する意見について、「どちらともいえない、わからない」という回答を除いて検定したところ、措置入院指定病院に勤務している医師は、それ以外に施設の医師に比べて「熟練した少数の医師に集中させるべき」とする見解が強い傾向を認めた(カイ二乗検定、 $P<0.05$ 。図 17)

2. 臨床経験年数による差異

臨床経験 10 年未満の医師は「比較的軽症の患者が増えた」という見解について、臨床経験 10 年未

満の医師よりも臨床経験 10 年以上の医師の方が、「強く思う」または「やや思う」と肯定的に考える傾向が強かった(カイ二乗検定、 $P<0.05$)。ただし、「強く思う」と「思わない」の比率は臨床経験の多少によらず概ね一定であり、臨床経験豊富な医師が必ずしも患者の軽症化を実感しているとは言い切れない(図 18)。

一方、「診断書作成等の作業が増えた」という見解については、臨床経験 10 年以上の医師の方が肯定する割合が有意に高かった(カイ二乗検定、 $P<0.01$ 、図 19)。

D. 考察

今回の調査においては、千葉県下の精神科医師の過半数が回答しており、本調査は千葉県の精神科医師の意見のある程度集約したものであると考えることができる。

精神保健指定医のうち措置診察業務に従事している者は約半数であり、そのさらに半数程度の医師に措置診察業務が集中している現状がある。多くの精神科医師はこのことを問題視しており、より広くたくさんの方の医師が指定医業務を分担すべきだと考えているようである。しかしながら、指定医業務の分担を主張する精神科医師の多くは実際には診療所の勤務でかつ個人開業の医師が含まれており、公平な指定医業務の分担はなかなか難しい。加えて、措置入院指定病院で実際に措置入院患者の処遇に当たっている精神科医師には、指定医業務を集約すべきであるという主張が少なからず見られた。自由記載においても一部指定医の資質に疑問を呈するとする回答があった。そこには公平性と集約性のジレンマが存在する。さらに、精神保健判定医については、一部の医師に業務負担が集中している。医療観察法の審判や鑑定は措置診察以上に負担の大きい業務であり、精神科病院や有床総合病院のような多数の精神科医師を擁する施設の医師でなければ実施できないのが実状であろう。

2005年以前に比べて多くの精神科医師が感じている変化としては、精神医療現場が多忙になり、特に診断書作成業務が多くなったことである。このことは患者から見た精神科受診への敷居が下がったことや、障害者年金や生活保護等といったセーフティネットの普及との関連から論ずる必要があるかもしれない。一部に精神科患者の軽症化を実感する意見が見られたが、これは措置入院指定病院のような比較的厚重的な精神医療を提供する病院ではあまり実感されていない。患者全般の軽症化が進んだというよりは裾野が広がったと考えるべきであろう。診断書作成業務の増加についてはベテランの精神科医師の方が強く実感しているようだが、患者の軽症化に対する所感は臨床経験年数の差異に大差はなかった。医療観察法の施行が直接的に一般精神科患者の軽症化に寄与しているとはいえないようである。

他方、多職種チーム医療について考える機会や精神医学全般に関する知識の普及を謳う声もあった。この点は医療観察法の施行とそれに伴う各種研修会の実施がその一助となっている可能性がある。

措置入院の現場における所感は医療観察法前後でほとんど変化していないように見える。だが不要措置患者や頻回措置患者に対して特別な介入の仕組みを作る必要があるとする意見は多かった。この点についても医療観察法の通院処遇や社会復帰調整官による生活環境調整の仕組みがスタートしたことと無関係ではあるまい。一方で措置解除の仕組みについては現行通りで良いとする意見が多数であった。医療観察法制度施行前の議論では医師の判断による措置解除が困難であるという論点があったが、現場の精神科医師はかかる問題をさほど懸念していないようである。

E. 結論

今回我々は千葉県下の精神科医師に対するアンケート調査を行い、医療観察法前後における臨床

現場の変化について所感を問うた。精神医療現場そのものの変化はさほど実感されていないようであったが、多職種チーム医療や頻回措置入院患者の扱いなど、医療観察法のスキームを一般精神医療に应用することが意識されている様子が見受けられた。一方で、精神医療現場の多忙、措置診察や判定医業務の寡占、診断書作成業務の増加などの課題も抽出された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図1 施設属性（有効回答79件）

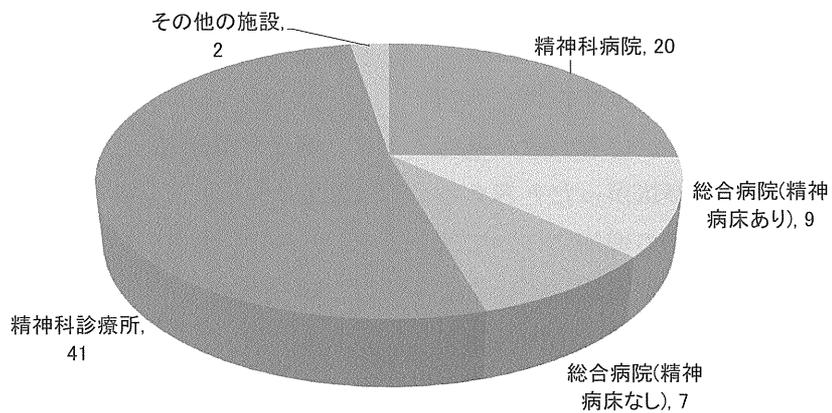


図2 施設毎の指定基準（有効回答79件）

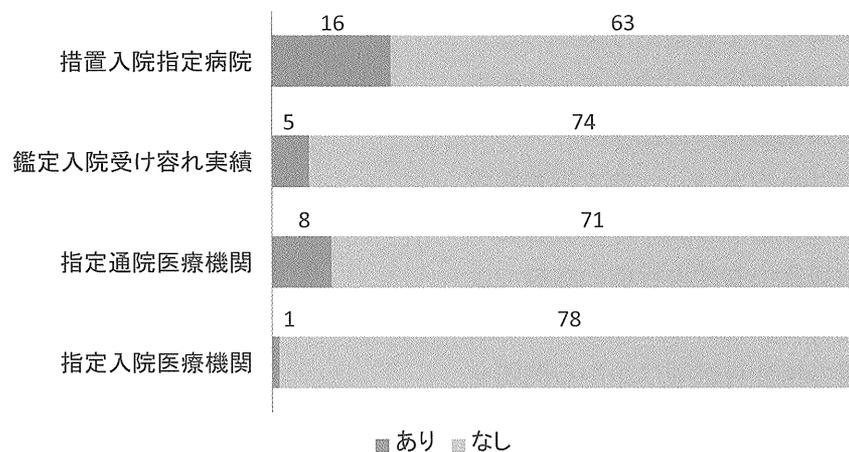


図3 施設毎の精神科医師数 (有効回答76件)

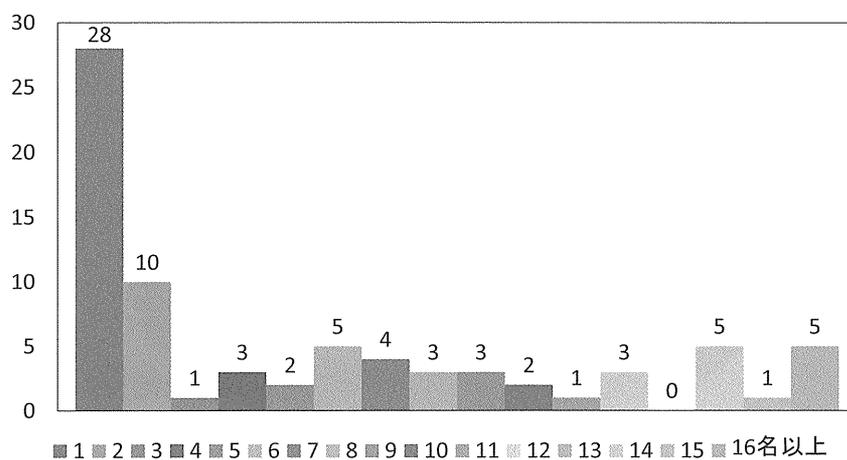


図4 回答者の年齢 (有効回答304件)

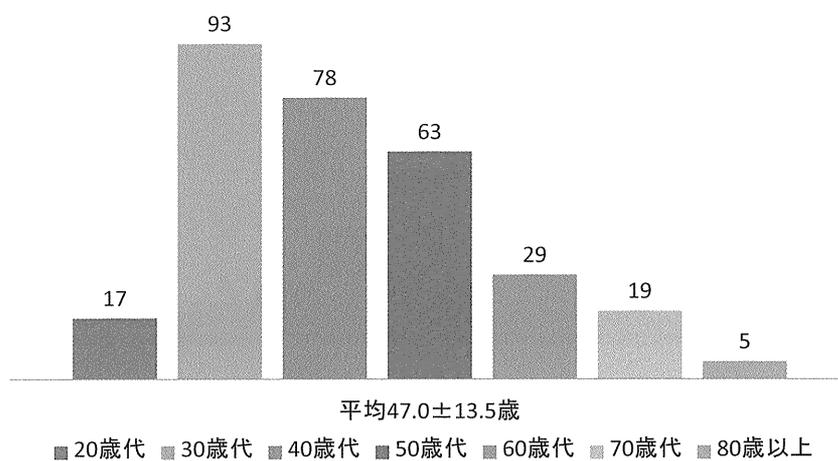


図5 回答者の性別（有効回答303件）

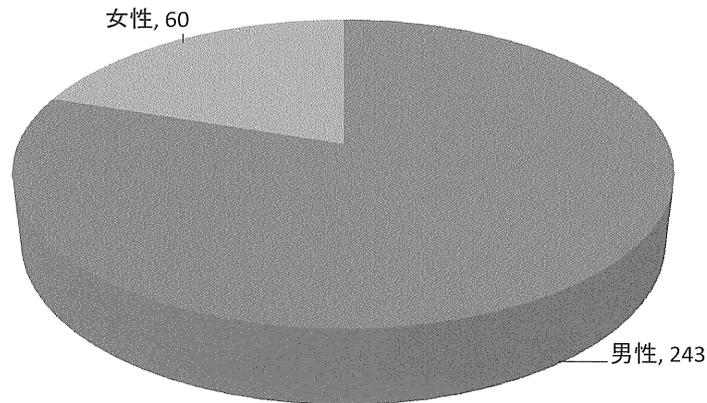


図6 回答者の臨床経験年数（有効回答302件）

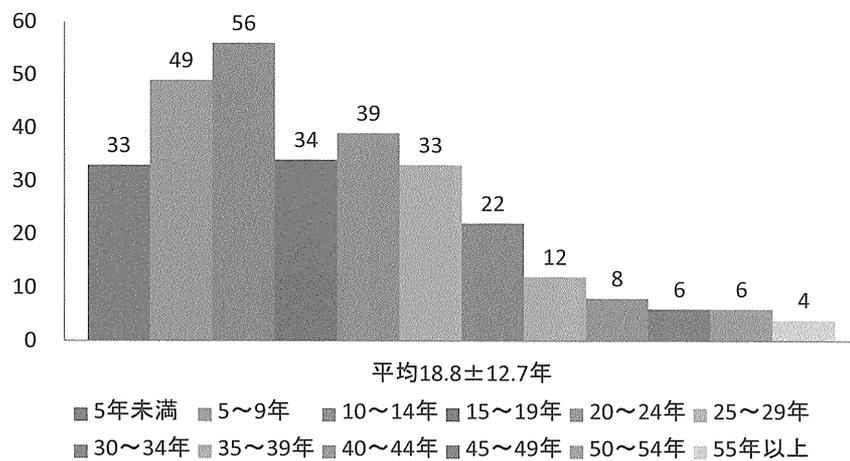


図7 過去5年間の措置診察頻度 (有効回答305件)

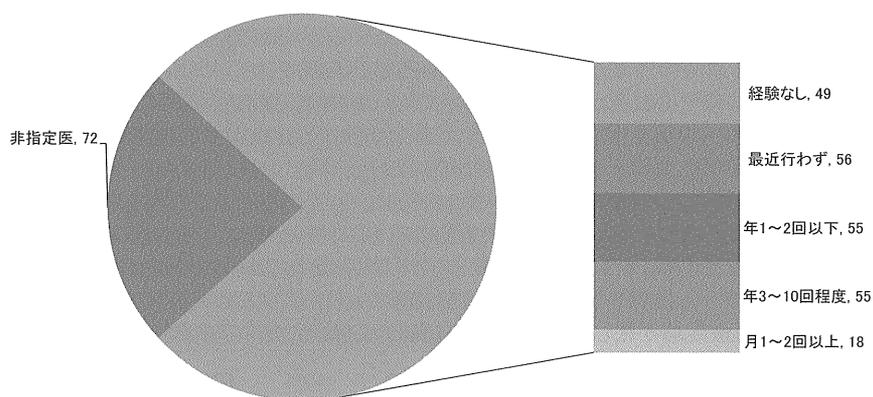


図8 過去5年間の審判員・鑑定医経験数 (有効回答304件)

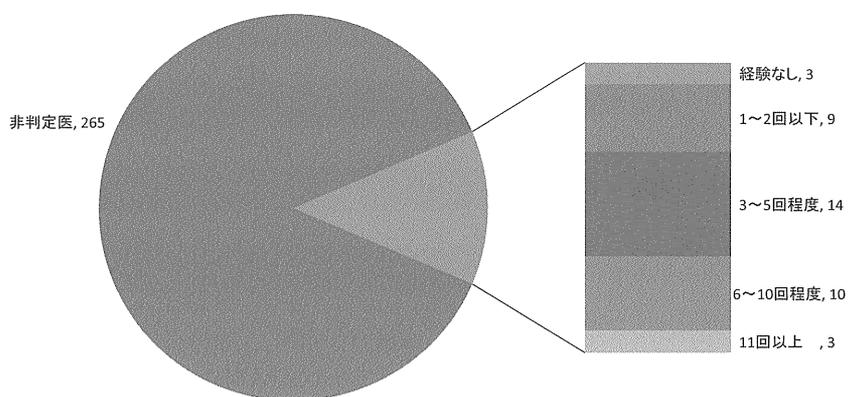


図9 精神医療現場における2005年以前との変化
 (有効回答260～263件、臨床経験5年以上の者が対象)

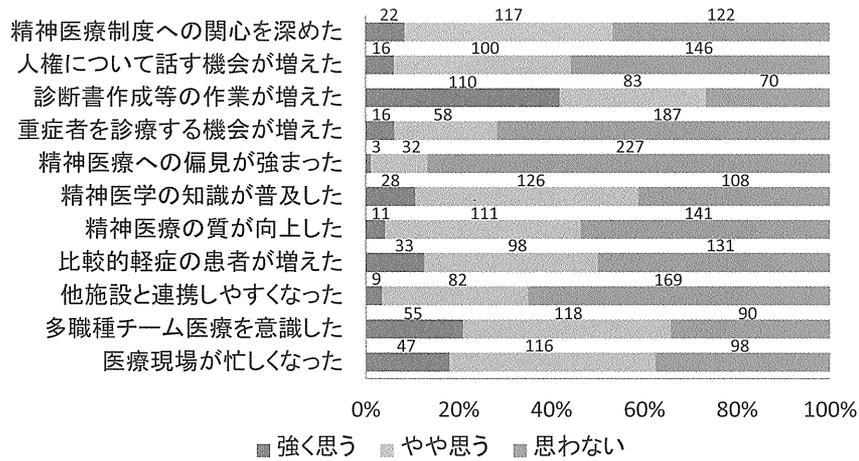


図10 入院治療環境における2005年以前との変化
 (有効回答141～142件、措置入院指定病院に勤務している指定医が対象)

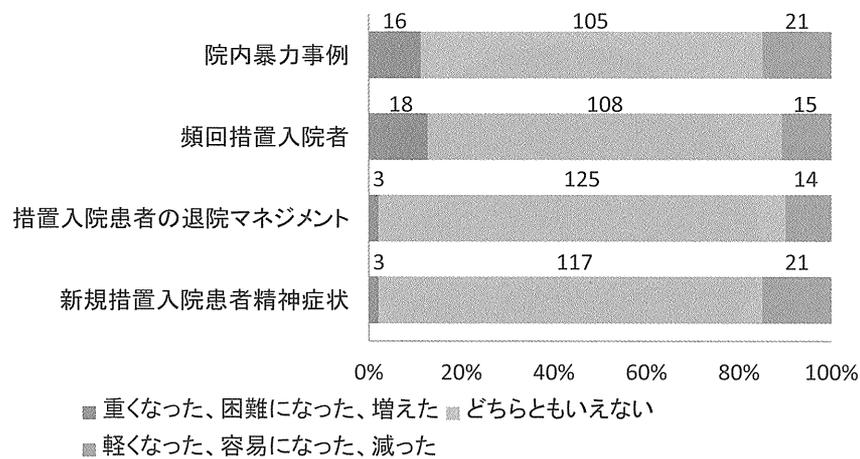


図11 措置診察の業務分担 (有効回答272件)

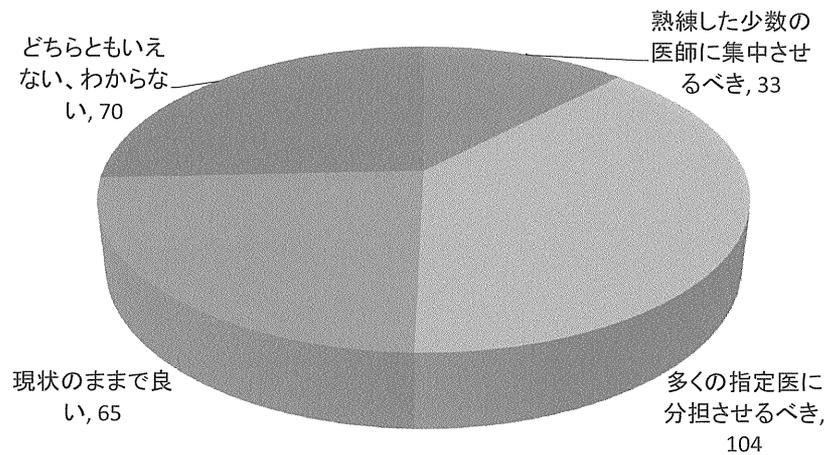


図12 不要措置患者に対する扱い (有効回答275件)

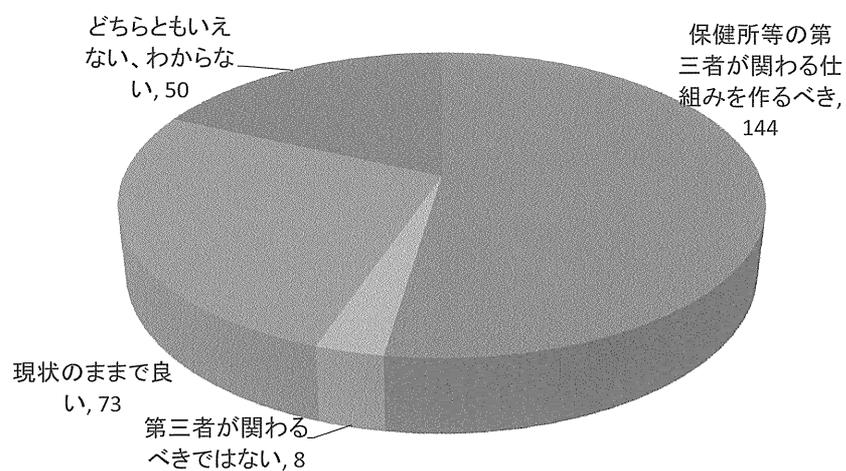


図13 措置解除の判断（有効回答274件）

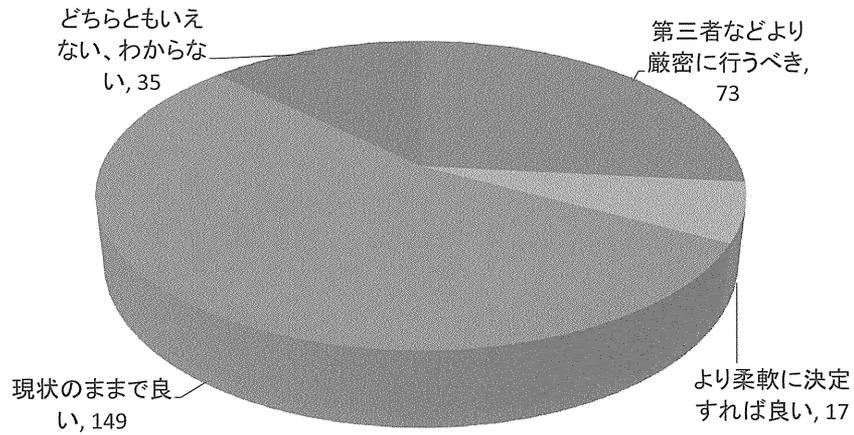


図14 頻回措置患者への対応（有効回答274件）

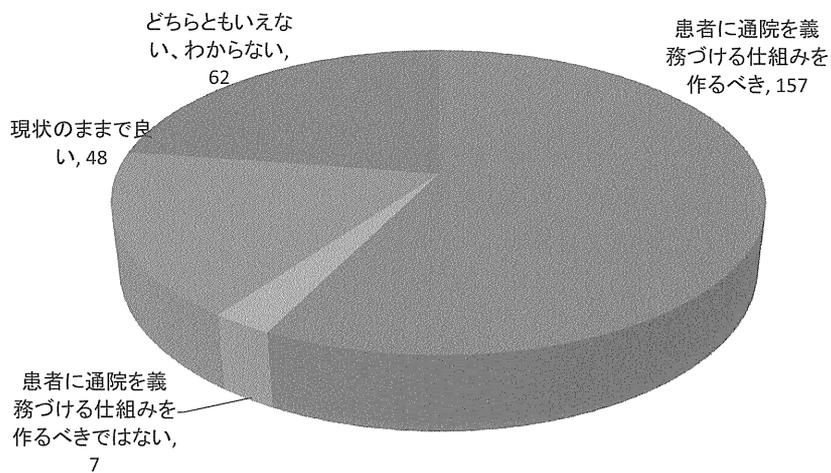


図15 施設間格差(1)

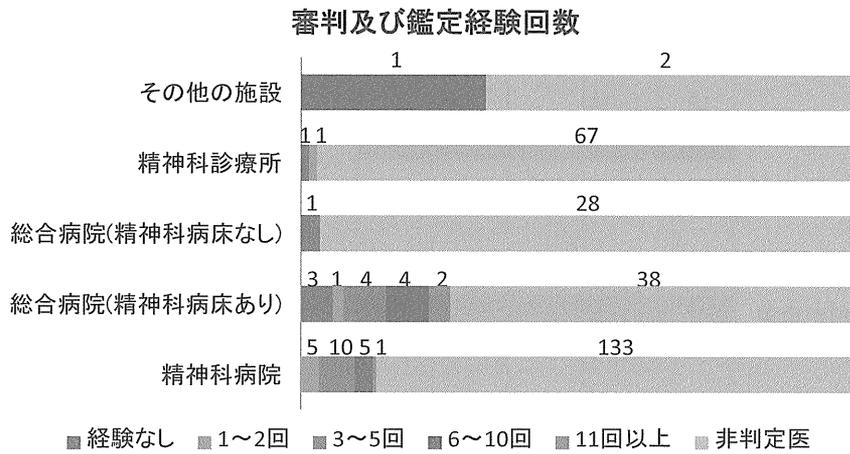


図16 施設間格差(2)

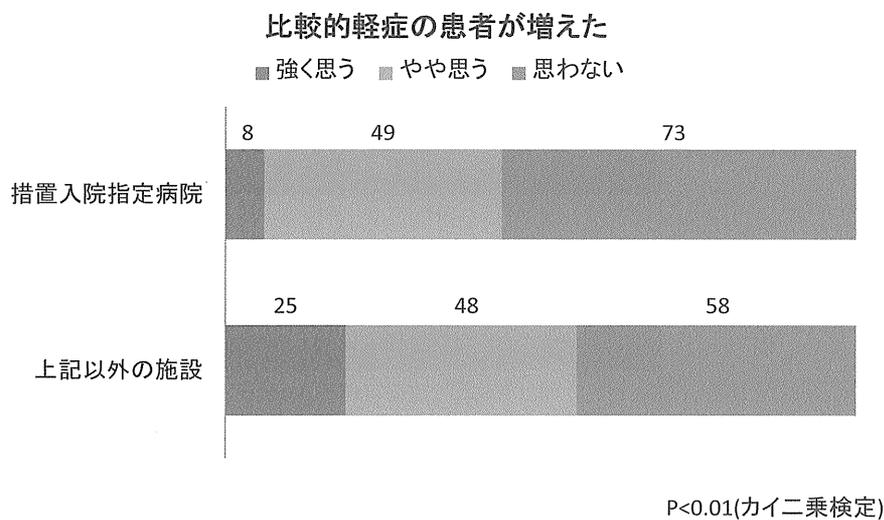


図17 施設間格差(3)

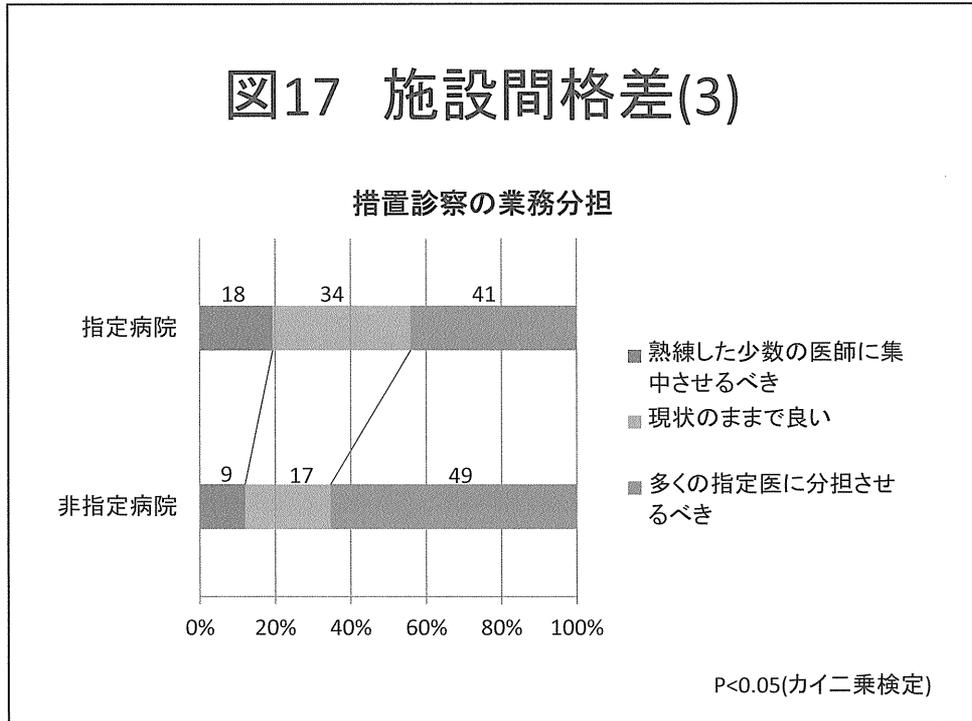


図18 臨床経験による認識の差異(1)

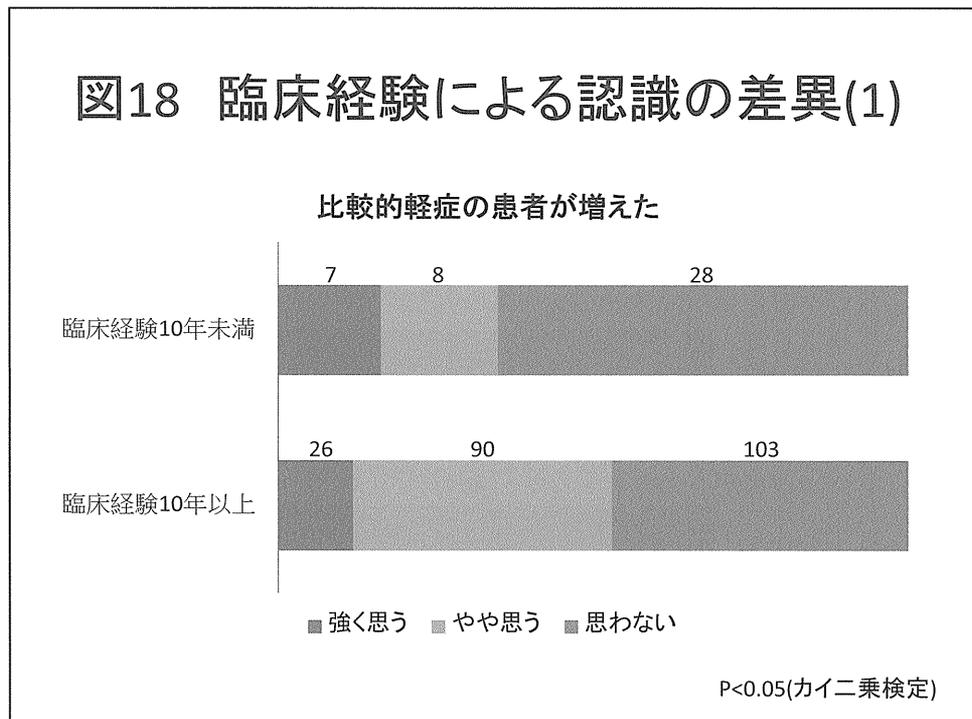
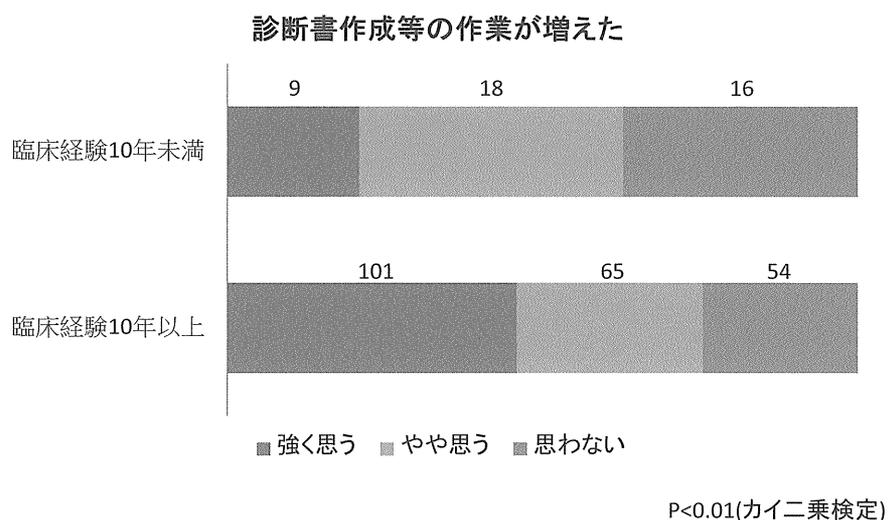


図19 臨床経験による認識の差異(2)



平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究
分担研究報告書

医療観察法導入後における触法精神障害者への
精神保健福祉法による対応に関する研究
その 2 医療観察法導入後における精神保健福祉法第24条に基づく
警察官通報の現状について

研究分担者 吉住 昭 独立行政法人国立病院機構 花巻病院

研究要旨

【目的】

措置入院制度は、自傷・他害のおそれが認められた精神障害者を、知事等の命令により入院させる制度である。人権への制約が著しいが、時機を得た適用は危機介入の重要な手段でもあり、適正に運用がなされるべきである。

筆者らは、2000年度の都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用実態を分析し、警察官通報では提供資料、事前調査では調査内容が統一されていないこと、措置診察では、指定医の判断はおおむね一致すること、措置通報、要否判断や入院期間での地域差があることなどが明らかとなった。その後、措置入院全体の件数は増加するなどの変化が指摘されていたが、2005年7月15日に医療観察法が本格施行されるなどの事情で、運用動向がさらに変化してきている可能性がある。

こうした点を踏まえ、また医療観察法と精神保健福祉法双方の役割分担のあり方を示すため、今回、再度、措置入院制度の運用実態を分析し、これに基づいて触法精神障害者の適切な処遇のあり方を検討することとした。

【方法】

2010年5月1日から2010年5月31日までに、全国66すべての都道府県・政令指定都市において、精神保健福祉法第24条（警察官の通報）に基づく通報がなされた事例を対象とした。対象事例について、「通報書」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」ならびに「措置症状消退届」を調査した。具体的には、事例ごとに、通報日、年齢・性別、事前調査の実施の有無とその内容、措置診察の実施の有無と実施しなかった場合の転帰、措置診察の結果と措置診断書の内容、措置入院した場合は措置入院日、その措置入院が現在継続されているか解除されているかの区別、措置解除された場合は消退届の内容、措置解除日と転帰、措置入院しなかった場合はその後の転帰について、付録に示した調査票に、記載

マニュアルを参照しながら必要事項を転記してもらった形式で、提出を求めた。

【結果】

① 40 都道府県から 654 例、15 政令指定都市から 202 例、計 856 例（42.1±13.9 歳）の通報例について分析を行った。男性 492 例（42.5±15.2 歳）、女性 343 例（41.7±14.3 歳）、男女比は 1.4 : 1 であった。前回 2000 年度に比して今回、年齢は変化なかったが、女性の比率が増加していた。

② 事前調査は 834 例（97.4%）で実施されていた。

③ 措置診察は 522 例（61.0%）で実施され、今回、診察不要が増えていた。診察不要 334 例（39.0%）の転帰は、任意入院 32 例、医療保護入院 84 例、精神科通院 69 例、医療不要 26 例、その他 61 例、不明・未記入・空白 62 例で、前回と今回に対応に差はなかった。

④ 措置診察の結果、措置不要 135 例（15.8%）、要措置 387 例（45.2%）であった。措置不要 135 例は、任意入院 3 例、医療保護入院 52 例、精神科通院 38 例、医療不要 18 例、その他 7 例、不明 17 例で、その他と不明が増え、入院が減少していた。

⑤ 措置入院後 180 日目には、17 例（2.0%）が措置入院中であり、370 例（43.2%）は措置解除され、今回、措置解除が増加していた。そして最終的には全例が措置解除されており、内訳は任意入院 66 例、医療保護入院 163 例、精神科通院 118 例、医療不要 6 例、転医 6 例、その他 17 例、不明・未記入・空白 11 例であった。

⑥ 通報時の自傷他害のおそれと処遇の関係では、他害のみ群で診察不要が少なく、要措置と措置不要が多かった。重大他害行為の既往として、傷害による医療観察法入院処遇歴を有する患者が措置入院していた。ただ、この患者がこの措置入院の時点で通院処遇中なのか不処遇なのかは不明であった。

⑦ 措置診察が行われた 522 例の診断は、F0 : 器質性精神障害 12 例（2.3%）、F1 : 精神作用物質障害 38 例（7.3%）、F2 : 統合失調症等 295 例（56.5%）、F3 : 気分障害 42 例（8.0%）、F4 : 神経症等 22 例（4.2%）、F5 : 生理的障害 2 例（0.4%）、F6 : パーソナリティ障害 38 例（7.3%）、F7 : 知的障害 8 例（1.5%）、F8 : 発達障害 5 例（1.0%）、F9 : 小児期の行動情緒障害 2 例（0.4%）、G40 : てんかん 3 例（0.6%）、なし 4 例（0.8%）、状態像 3 例（0.6%）、不一致 46 例（8.8%）、不明・未記入 2 例（0.4%）であった。F1、F2、F3、F6、不一致、その他（F0、F4、F5、F7、F8、F9、F99、G40、なし、狭義のその他をまとめた群）で比較したところ、今回、F1 : 薬物とその他が減少し、F3 : 気分障害と不一致が増加していた。

⑧ 診断と処遇の間では、F2 と不一致で要措置、F6 とその他で措置不要が多かった。

⑨ 措置入院期間は 57.4±53.1 日、措置入院後 180 日目の入院継続率 3.9%、中央値（入院継続率が 50%となる日）は 42 日であった。今回、措置入院期間は明らかに短縮していた。

⑩ 地方厚生局の管轄区域別には、関東信越では診察不要が少なく要措置が多かった。東海北陸では診察不要と措置入院中が多く、措置解除済が少なかった。近畿では要措置と措置不要が多かった。中国四国では要措置が少なく、九州で診察不要が多かった。入院期間では、北海道東北と東海北陸が、関東信越や近畿に比して長く、中国四国が近畿に比して長い傾向にあった。

【考察】

報告件数について、前回 2000 年 5 月と 11 月は 1109 例、今回 2010 年 5 月は 856 例であり、単純に数自体は、減少しているように見えるが、前回 2000 年度は、ほぼすべての自治体からの回答、今回は回答自治体は 55/66 に減少し、調査対象期間も半減したことを考慮すると、約 1.4 倍に増加したといえる。

今回、女性が増加しており、これは警察官通報が精神科救急医療と密接に関連するようになり、より通報が行いやすくなったことの影響が大きいものと思われた。

通報から指定医診察、さらに措置解除までの過程では、診察不要が増加しており、これには当日にとりあえずの対応がなされた後に、通報が形式的になされること、保護解除例や相談例の通報などが影響していた。

措置診察件数も前回 749 件から今回 522 件と、期間を考慮すると約 1.4 倍に増加していた。この背景には、通報件数の増加によって、措置診察実施が増えたこと、精神科救急医療体制が整備された地域では夜間や休日の措置診察が行いやすくなっていることなどが相互に影響しているものと思われた。

そして緊急措置診察は 257 例に実施されていたが、これは措置診察 522 例の 49.2%にあたり、かなり多用されているといえた。

精神科救急医療の実施に際して、緊急措置診察や緊急措置入院は謙抑的に用いるべきとの指摘もあるが、指定医の招聘、警察官や保健所職員、患者本人の診察待機時間の短縮、72 時間以内に措置診察の形で事実上の再審査が行われることでの人権擁護機能、この 72 時間は薬物事例や人格障害事例に適度なクールダウン期間となること、そして結果的に措置入院期間も短縮することなど、かなりの有用性が指摘できる。

措置入院以外・以後の対応について、診察不要 334 例では対応に差異はなく、措置不要 135 例ではその他と不明が増え入院が減少し、措置解除 387 例では通院が増え、入院継続が減少していた。この 10 年間で、入院医療は全般的に短縮化したことを反映するものと思われた。

通報時の本人の状況が処遇に与える影響については、本人が警察署内にて保護されている場合に、それを診察不要とした事例は少なく、逆に保護されていない状況下では、診察不要も少なくないことが明らかとなった。

自傷他害のおそれについては、他害あり群では診察が行われ、なし群では診察不要が多くなるなど、行動面の問題は診察実施の決定に大きな影響を与えていた。なお、重大他害

行為については、事例数が少なく、評価できなかった。

措置診察での診断は、前回に比して F1：薬物と、その他（F0、F4、F5、F7、F8、F9、F99、G40、なし、その他）が減少しており、F3：気分障害と不一致が増加していた。その他群は前回、状態像診断なども含まれていたが、今回 ICD10 コード欄が追加されたことでこうした群が減少したものと思われた。不一致群は多くは重複診断群であり、要措置が多いのは病態が複雑で、診断や治療に難渋するとの予測がなされるためとも思われた。

診断ごとでは、F2：統合失調症では病的体験に基づく行動化による他害のおそれ、F3：気分障害と F6：人格障害で自傷行為への懸念が多かった。こうしたことから、F2：統合失調症で要措置が多くなり、F6：人格障害とその他で要措置が少なくなったものと考えられた。

そして今回、特筆すべきは、措置入院 180 日目の措置入院継続率が、前回 33.3%に対して、今回 3.9%と、著しく低下している点である。措置入院後 1 年余をみると、全例で措置解除されており、措置入院期間も中央値は前回 50 日から今回 42 日に短縮していた。このような短縮は、措置入院は救急対応に有効だが治療上の制約も大きいこと、精神科救急入院料などの特定入院料の算定は 3 ヶ月までであること、定期病状報告書による最初の審査が 3 ヶ月に行われることなど、措置入院の長期化には二重、三重の歯止めが用意されている。

ただ、自傷他害のおそれと措置入院期間では、自傷他害 65.4 日や他害のみ 61.4 日に対し、自傷のみ 35.3 日、なし 31.2 日と、他害が存在することで明らかに措置入院期間は延長していた。他害行為がある場合には、その消退に日時を要するだけでなく、関係者が措置解除に慎重になること、家族や被害者等との関係調整を要することが関与していると思われた。

なお、この研究結果の解釈にあたっては、資料収集の手順、また基礎となった行政資料の形式が必ずしも統一されていないこと、関係職種の判断基準は日常業務や日常診療の中で慣例的に行われているもので統一されたものではないこと、事例のリスクを直接評価したのではなく関係者が評価した内容にとどまること等の制約があることに留意する必要がある。

【結論】

2010 年 5 月に警察官通報が行われた事例について、その概要を示し、2000 年 5 月および 11 月の調査と比較し、差異が生じた要因について考察を行った。

警察官通報件数は、他の統計資料から、ほぼ倍増していることが明らかとなっているが、今回の調査からは診察不要が増加し、措置診察は減少し、要措置となる割合は変化がなかったが、措置入院期間は短縮し、措置入院後 180 日目の入院継続率は明らかに減少していた。

警察官通報による措置入院は、夜間・休日の精神科救急医療体制が整備されている地域

では、緊急措置入院の多用もあわせて、精神科救急医療の一形態として、純化しつつあるともいえる現状にあった。

警察官通報は、措置入院の大多数を占めており、この一群が救急医療に純化しているという点を考慮すると、司法精神医療の色彩を帯びる検察官通報ならびに医療観察法の医療体制とは、密接な関連を有するものの、視点の違いが生じてきていることに留意を要すると思われた。

研究協力者

竹島 正

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

島田 達洋

(栃木県立岡本台病院)

小泉 典章

(長野県精神保健福祉センター)

稲垣 中

(慶応義塾大学大学院マネジメント研究科)

小口 芳世

(慶応義塾大学精神神経科)

椎名 明大

(千葉大学医学部附属病院精神神経科)

小山明日香

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

猪飼紗恵子

(慶応義塾大学精神神経科)

瀬戸 秀文

(長崎県精神医療センター，肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学) 執筆担当

定病院に入院させる制度である。人権への制約が著しいため、その適用は慎重であるべきであるが、一方で時機を得た適用は地域における危機介入の重要な手段でもあり、適正な運用を確保することは、精神保健福祉において、きわめて重要な事項である。

筆者らは、2001年度の厚生労働科学特別研究費補助金に基づく研究事業を契機に、都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用実態を分析してきた¹⁻¹⁹⁾。

結果、警察官通報において提供資料が統一されているとは言い難いこと、事前調査では調査内容が自治体ごとに独自の方式で行われていること、措置診察では、指定医の判断はおおむね一致すること、ただし診断や措置要否での不一致は精神保健福祉法が予定した人権確保の方法であるものの、精神医療への信頼という点では問題が生じていること、入院期間で地域差があること、措置解除後に医療保護入院した場合などの動向は把握しづらいことなどが明らかとなった¹⁻⁴⁾。

その後、措置入院全体の件数も、特に警察官通報で増加するなどの変化が指摘されていた。この中で、触法精神障害者への対応については、2005年7月15日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」という。)が本格施行されるなど種々の事情が影

A. 研究目的

措置入院制度は、精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律(以下、「精神保健福祉法」という。)に基づき、自傷・他害のおそれが認められた精神障害者を、知事・政令市長の行政処分として、本人の同意にかかわらず、指