

響し、運用動向が変化してきている可能性がある。

先般、医療観察法の附則に規定された5年後の国会報告が行われたが、措置入院制度の運用状況については、この間、通報数の増加や入院期間の短縮など、顕著な変化がある。

ただ、これらは措置入院制度によって処遇される患者の全体的な動向を大づかみしたにとどまるものであり、いくつかの性質を有する患者群が、それぞれどのように対応され、どう社会復帰していったのかは、必ずしも明らかとはなっていない。

また、医療観察法附則第3条第2項は精神医療等の水準の向上として「政府は、この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。」と規定している。このため、専門的な医療の水準と、個々の精神障害者の特性に応じた必要かつ適切な医療の水準を明らかにしていく必要がある。

このため精神保健福祉法第24条による警察官通報の状況について、全国的な調査を行い、医療観察法施行前後で、触法精神障害者の他害行為後にかかる対応がどのように変化したか明らかにすることで、重大な他害行為を行った精神障害者の適切な処遇及び社会復帰支援に関する重要な基礎データを示すこととした。

B 研究方法

1 概要

(1) 調査期間

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。

(2) 収集した資料

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、各都道府県・政令指定都市の担当者に、調査票を送付し、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う形式を原則として、データを収集した。

なお、記載マニュアルと調査票は、この報告書に、資料として添付した。

2 集計

(1) 通報から措置解除までの流れ

まず、事例ごとに、①通報日、②年齢・性別、③事前調査の実施の有無、④措置診察の実施の有無と実施しなかった場合の転帰、⑤措置診察の結果、⑥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その解除日と転帰、⑦措置入院しなかった場合はその後の転帰を、明らかにした。

(2) 措置入院期間

措置入院期間は、原則として調査票1ページ目に記載された措置解除日から措置入院日を減じ、措置入院日数を暦日で計算した。入院初日および入院末日はそれぞれ1日として計算した。観察期間は2010年5月1日から2011年9月30日までであり、措置入院中の事例については、2011年10月1日現在の措置入院日数を求めることとした。この結果、観察期間は1年3ヶ月から1年4ヶ月となった。

欠損データは、措置入院日欠損例では、措置症状消退届の措置入院日、措置入院に関す

る2枚の診断書の診察日のうち新しい日付、通報日の順にあたり、矛盾の生じない日付を推定した。措置解除済例で、措置解除日欠損例は、措置症状消退届の措置解除希望日とし、同欄も空白の場合は、届出日の7日後として求めた。

また、緊急措置入院ののちに措置入院した事例は、最初の緊急措置入院した日から措置症状消退届が提出されるまでの、都道府県知事からの命令を受けている期間を通算して、措置入院期間を計算した。ただし、緊急措置入院期間は判明するように区別して計算した。

(3) 地域の区分

地域別に集計する場合は、付録表1により、2010年の国勢調査をもとに地方厚生局の管轄区域ごとに区分した。ただし人口のバランスをとること、個別の自治体ごとの結果は公表しないとして自治体に協力を仰いだ趣旨から、北海道と東北は1つにまとめた。

なお、地域差を検討する上で、司法機関の影響を考慮しやすくするため、付録表1には、高等裁判所の管轄区域表を示した。ただ、本稿において、地方厚生局ごとと高等裁判所ごとの両方の数値を示すと、いくつかの自治体で、個別の事例数が明らかになるケースが生じるため、表では厚生局の数値のみを示した。

(4) 欠損値の取り扱い

収集した資料に欠損データがあった場合の、具体的な処理方法については、付録表2に示す方針で確認を行った。

このほか、具体的な調整については、以後、それぞれ該当欄に示すこととした。

3 通報書

警察官通報は、書面により行われるところ、電話連絡により行われ、それを担当者が聞き取ってとりまとめることと、自治体により様々であった。

また、書面によって通報が行われるところ

でも、その書式は多様であった。

こうしたことから、①通報日、②年齢・性別、③通報時点の本人の所在地と状況、④精神科治療歴・受診歴、⑤自身を傷つけるおそれの有無と具体的内容、⑥他人に害を及ぼすおそれの有無と具体的内容、⑦今回と過去の重大他害行為(殺人、傷害、強盗、放火、強姦、強制わいせつ)の有無、について、転記を求めた。

4 事前調査書

事前調査書については、都道府県・政令指定都市ごとに独自の書式が用いられている。このため、調査の基準となるべき資料として、以前この研究班が呈示した資料により、①通報日、②年齢・性別、③事前調査における本人面接の有無、④幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動、⑤社会生活における状況認知・判断の障害、⑥基本的な生活維持の困難(睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等)、⑦自傷行為、⑧今回の申請・通報・届出に関する他害行為の有無、⑨今回の通報時点までの精神障害の診断歴の有無、⑩精神科治療歴・受診歴、⑪3ヶ月以内の精神障害の治療、⑫薬物乱用、⑬アルコール飲用、⑭措置入院先選択に係る重大な身体合併症、⑮これまでの司法処分、⑯結論、について、転記を求めた¹⁷⁻¹⁹⁾。

5 措置入院に関する診断書

措置入院に関する診断書は、①診断日、②年齢・性別、③申請等の添付資料、④病名(主たる精神障害、従たる精神障害、身体合併症)、⑤入院回数(前回までの回数および措置入院歴の有無)、⑥重大な問題行動として殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害、暴行、恐喝、脅迫、窃盗、器物破損、弄火又は失火、家宅侵入、詐欺等の経済的な問題行動、自殺企図、自傷、その他について、これまでの問題行動と今後の予測、⑦現在の精神症状とし

て、意識、知能、記憶、知覚、思考、感情・情動、意欲、自我意識、食行動、その他の重要な症状、問題行動等の各項目ならびに現在の状態像(幻覚妄想状態、精神運動興奮状態、昏迷状態、統合失調症等残遺状態、抑うつ状態、躁状態、せん妄状態、もうろう状態、認知症状態、その他)、⑧医学的総合判断として診察の結果が要措置とされたか措置不要とされたかの区別、また⑨この診察が通常診察か緊急措置診察かの区別について、転記を求めた。なお、④病名、⑤入院回数、⑥重大な問題行動、⑦現在の精神症状については、指定医の認定の一致状況も検討することとした。

このうち診断については、国際疾病分類第10版により分類した²⁰⁻²¹⁾。

具体的には、診断書にICD-10コードが記載されているものは、それによることとした。記載されていないものについては、国際疾病分類第10版の診断と同一の診断名が付されているものには、そのICD-10コードを付与した。また診断ガイドライン内に、包含する診断や除外される診断の解説がなされているものについては、その解説に準拠して、ICD-10コードを付与した。

なお、ICD-10コードの付与に際しては、原則として主診断、従診断ごとに検討したが、主診断と従診断をあわせて1つのICD-10コードが付与できるような場合（たとえば主診断：行動障害、従診断：精神発達遅滞の事例では、主診断だけでは分類不能だが、従診断を考慮することで、F70.1：治療を要する行動障害を伴う精神発達遅滞に分類可能となる）には、そのコードを主診断のICD-10コードとした。

以上の手順を経ても、なお、いずれのICD-10コードも付与できないが、精神障害であることは診断されているものは、特定不能の精神障害（F99）とした。

実際の診断を、どのように区分したかは、付録表3に示した。

その上で、措置診察では、指定医1名で診察が終了した場合は、診断の不一致という問題は生じないが、2名の指定医が診断を行った場合、診断が一致しない場合が存在する。この場合、双方の診断が一致する範囲で集計用のICD-10コードの上2桁を決定し、いずれかが診断なし、特定不能の精神障害とした場合は、もう一方の診断をもって集計した。診断が一致しない場合は、不一致として集計した。

付録表4に、2名の指定医の診断の組み合わせによる集計の一覧を示した。

6 措置症状消退届

措置症状消退届は、①報告日、②措置年月日、③年齢・性別、④病名（主たる精神障害、従たる精神障害、身体合併症）、⑤措置解除の処置に関する意見、⑥退院後の帰住先、⑦措置解除希望日の転記を依頼した。

なお、措置症状消退届に記載された診断の分類については、措置入院に関する診断書における方法に準じて集計した。また措置入院時の診断と措置消退届の診断を対比する場合は、付録表4に準じた。

（倫理面への配慮）

研究に際しては、対象者の個人情報保護を目的で、通報書・事前調査書・診断書・消退届等への記載項目のうち氏名や住所、病院名等の情報は収集しないこととした調査票を作成し、各資料から必要な事項を自治体職員に転記してもらう方式とした。収集された資料は、独立行政法人国立病院機構花巻病院の責任者のもとで、データ入力期間を除いて、鍵のかかるキャビネット内で管理し、解析終了後は速やかに処分することとした。

以上の方針のもと、本研究は、主任研究者が属する独立行政法人国立病院機構花巻病院

倫理委員会において審査を受け、2011年7月28日に研究実施が承認された。

C. 結果

1 通報から措置解除まで

(1) 通報件数

40都道府県から658例、15政令指定都市から202例、計860例の措置通報例が得られた。措置通報日が対象期間外であった4例を除外し、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±14.8歳)について集計した。

前回2000年5月および11月の警察官通報を対象とした調査では通報1109例であり、得られた事例は前回の0.77倍となった。

(2) 通報書の年齢・性別

表1に、年齢・性別を示した。

男性492例(42.5±15.2歳)、女性343例(41.7±14.3歳)、不明21例で、男女比は1.4:1であった。

年齢層は10代25例(2.9%)、20代166例(19.4%)、30代220例(25.7%)、40代195例(22.8%)、50代125例(14.6%)、60代80例(9.3%)、70代38例(4.4%)、80代3例(0.4%)、不明4例(0.5%)であった。なお、本報告中、四捨五入の関係で百分率の総和は小数点以下の誤差が生じうる。

前回2000年度の警察官通報は1109例(39.3±14.1歳、男性764例、女性298例、年齢不明23例、性別不明47例、男女比2.6:1)であり、前回と今回で年齢は変化なく($F=1.101 < F_{.05}(855, 1085)=1.112$, n.s.)、今回、男女比では女性が増加し、不明例も減少した($\chi^2(2)=40.095$, $p<.01$)。

(3) 通報から措置解除までの状況

表2に、事前調査と指定医診察の実施状況を示した。

22例(2.6%)では事前調査は実施されず、

834例(97.4%)で事前調査が実施されていた。このうち312例(36.4%)は診察不要で、指定医診察は522例(61.0%)で実施されていた。

前回は事前調査の実施状況は明らかではなく、比較はできなかった。

表3に、指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況を示した。また図1に、通報例への対応(概要)を示した。

指定医診察は、334例(39.0%)で診察不要となり、522例で実施された。結果、措置不要135例(15.8%)、緊急措置を含め要措置387例(45.2%)であった。措置入院後180日目には17例(2.0%)が措置入院中で、370例(43.2%)は措置解除されていた。

前回(診察不要360例、措置不要169例、措置入院中76例、措置解除済504例)との対比では、今回、診察不要が増加し、措置入院中が減少していた($\chi^2(3)=30.686$, $p<.01$)。

(4) 緊急措置診察について

図2に通報例への対応(詳細)を示した。

措置診察は522例に実施されていたが、このうち通常診察は265例(522例の50.8%)で、257例(522例の49.2%)は緊急措置診察として実施されていた。

緊急措置診察が実施された257例のうち183例(257例の71.2%)が緊急措置入院となり、74例(257例の28.8%)は措置不要となっていた。この点、通常診察の場合、265例のうち204例が要措置、61例が措置不要であり、緊急措置診察か通常診察かで、措置要否について差異は見られなかった($\chi^2(1)=1.978$, n.s.)。

緊急措置入院した183例について、全例に後追いで措置診察が行われていた。155例(183例の84.7%)で要措置となり、28例(183例の15.3%)で措置不要となっていた。緊急措置入院期間は、初日を含め、1日41

例（183例の22.4%）、2日90例（183例の49.2%）、3日39例（183例の21.3%）、4日13例（183例の7.1%）となった。

（5）措置入院以外の対応

表4に、診察不要334例、措置不要135例、措置解除387例、それぞれの転帰を示した。

診察不要334例では、任意入院32例（334例の9.6%）、医療保護入院84例（334例の25.1%）、精神科通院69例（334例の20.7%）、医療不要26例（334例の7.8%）、その他61例（334例の18.3%）、不明・未記入・空白62例（334例の18.6%）であった。

前回調査では診察不要359例のうち任意入院27例、医療保護入院174例、精神科通院65例、医療不要17例、その他34例、不明42例であり、今回と前回では、変化はみられなかった（ $\chi^2(5)=44.498$, $p<.01$ ）。

措置不要となった135例では、入院55例（うち任意入院3例で135例の2.2%、医療保護入院52例で135例の38.5%）、精神科通院38例（135例の28.1%）、医療不要18例（135例の13.3%）、その他と不明24例（その他7例で135例の5.2%、不明17例で135例の10.4%）であった。

前回調査では措置不要169例のうち入院103例（任意入院7例、医療保護入院96例）、精神科通院39例、医療不要14例、その他と不明（欠損値）13例であり、今回、その他と不明が増え、入院が減少していた（ $\chi^2(3)=14.747$, $p<.01$ ）。

措置解除となった387例では、入院129例（任意入院66例で387例の17.1%、医療保護入院163例で387例の42.1%）、精神科通院118例（387例の30.5%）、医療不要6例（387例の1.6%）、転医6例（387例の1.6%）、その他と不明28例（その他17例で387例の4.4%、不明・未記入・空白11例で387例の2.8%）であった。2008年度の検察官通報で

措置解除後に医療観察法申立による鑑定入院、帰国、他科入院といった対応がなされた事例が認められたが、今回はそのような事例は、見あたらなかった。

前回調査では措置解除354例のうち入院299例（任意入院80例、医療保護入院116例、形態不明103例）、精神科通院98例、医療不要0例、その他と欠損値58例（緊急措置入院後の措置不要例の転帰が判明していない）であり、前回に比して通院が増え、入院継続とその他が減少していた

（ $\chi^2(3)=55.583$, $p<.01$ ）。

2 通報書

（1）本人の所在と転帰との関係

表5に、通報時点の本人の所在、状況と指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況を示した。

本人が警察署内に所在する646例では、診察不要は170例にとどまり、措置不要117例と措置入院359例（措置入院中16例、措置解除済343例）が多く、少なくとも指定医の診察は行われていた。警察署以外（自宅92例、その他66例、記載なし33例、不明4例、空白15例）の210例では、診察不要が164例と多くなっており、措置不要18例、要措置28例（措置入院中1例、措置解除済27例）と少なかった。（ $\chi^2(2)=180.6$, $p<.01$ ）。

本人の状況については、少なくとも保護・勾留されている場合、診察不要は188例にとどまり、措置不要124例と措置入院359例（措置入院中16例、措置解除済343例）と、指定医の診察が行われることが多かった。その他・不明では、診察不要146例が多く、措置不要11例と要措置24例で、措置診察はあまり行われていなかった（ $\chi^2(2)=167.5$, $p<.01$ ）。

（2）自傷・他害のおそれと各転帰との関係

表6に、自傷・他害のおそれと指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況を示した。

自傷および他害については、

- a 自傷他害両面から評価する場合（自傷他害の両方がある、自傷のみ、他害のみ、両方ない）
- b 自傷の有無で評価する場合（他害の有無は問わない）
- c 他害の有無で評価する場合（自傷の有無は問わない）

の、3通りの視点で検討した。

- a 自傷他害両面から評価する場合

対応について検討すると、自傷他害群では診察不要 68 例、措置不要 39 例、要措置 91 例（措置入院中 5 例、措置解除済 86 例）、自傷あり群では診察不要 58 例、措置不要 28 例、要措置 62 例（全例措置解除済）で、この 2 群では対応に差異はみられなかった。他害あり群では診察不要 146 例と少なく、措置不要 62 例と要措置 224 例（措置入院中 12 例、措置解除済 212 例）が多かった。また、なし群では診察不要 62 例が多く、措置不要 6 例と要措置 10 例（全例措置解除済）が少なかった（ $\chi^2(6)=66.2$, $p<.01$ ）。

- b 自傷の有無で評価する場合

あり群では診察不要 126 例、措置不要 67 例と多く、要措置 153 例（措置入院中 5 例、措置解除済 148 例）であった。なし群では診察不要 140 例、措置不要 50 例、要措置 183 例（措置入院中 6 例、措置解除済 177 例）であった。不明・未記入・空白群では診察不要 68 例と多く、措置不要 18 例、要措置 51 例（措置入院中 6 例、措置解除済 45 例）と少なかった。

自傷行為だけでみると、自傷のおそれがある場合は措置不要、ない場合は要措置、不明等の場合は診察不要とされていた。

- c 他害の有無で評価する場合

あり群では診察不要 214 例と少なく、措置不要 101 例、要措置 315 例（措置入院中 17 例、措置解除済 298 例）と多かった。なし群では診察不要 63 例と多く、措置不要 15 例、要措置 50 例（全措置解除済）であった。不明・未記入・空白群では診察不要 57 例と多く、措置不要 19 例、要措置 22 例（全措置解除済）と少なかった。

他害行為だけでみると、あり群では要措置となることが多く、なし群では診察不要が多く、不明・未記入・空白群では診察不要が多くなり、かつ要措置が少なくなっていた。

（3）自傷・他害行為の有無と各転帰との関係

表7に、重大な他害行為と指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況を示した。

- a 殺人

856 例のうち、今回、殺人ありとしたのは 2 例にとどまった。ただし、この 2 例について調査票を確認したところ、具体的な記載内容からは脅迫や恐喝にあたるわけではなく、実質的には、該当なしとすべきものであった。殺人については「既往あり」2 例であったが、これについては実際に事実があるのか、上記のような問題があるのか、詳細は不明である。記載がなかったのは 790 例で、未記入 49 例、空白 13 例であった。

- b 傷害

856 例のうち、今回、傷害ありとしたのは 59 例にとどまった。既往ありとしたのは 19 例で、1 例に医療観察法入院歴があった（通報時点で医療観察法通院処遇中なのか処遇終了となっているのかは、記載がなかった）。記載がなかったのは 717 例で、未記入 48 例、空白 13 例であった。

- c 強盗

856 例のうち、今回、強盗ありとしたのは 2 例にとどまった。ただし、内容の詳細には

業務妨害や泥酔といったものが記載されているのみであった。また既往ありとしたのも 3 例であったが、この詳細は不明である。記載がなかったのは 791 例で、未記入 47 例、空白 13 例であった。

d 放火

856 例のうち、今回、放火ありとしたのは 12 例にとどまった。このうち 3 例でいずれも自宅が全焼していた。3 例は、状況から本人の行為と思われるが、現行犯でなく取り調べに際しても支離滅裂で状況がまったくわからない事例、放火で逮捕された後に警察官通報となった事例、年齢的な事情のために医療観察法の適用を考慮しづらい可能性がある事例などであった。

他は火を建物に近づける、自身の体に火をつける、火を使って他人を威圧あるいは燃料を散布、などであった。

また既往ありとしたのも 4 例であった。記載がなかったのは 777 例で、未記入 50 例、空白 13 例であった。

e 強姦

856 例のうち、今回、強姦ありとしたものはなかった。既往ありとしたのは 2 例であったが、詳細は不明であった。記載がなかったのは 791 例で、未記入 50 例、空白 13 例であった。

f 強制わいせつ

856 例のうち、今回、強制わいせつありとしたのは 5 例にとどまった。また既往ありとしたのも 1 例であった。記載がなかったのは 786 例で、未記入 49 例、空白 15 例であった。

自傷行為および他害行為の詳細は、記載内容の分析を行った上で、次年度に報告の予定である。

3 事前調査書

精神科入院歴や措置入院歴の有無別・指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況、通報書・事前調査書の各項目と診察実施の関係については、次年度に報告の予定である。

4 措置入院に関する診断書

(1) 属性

表 8 に、措置診察を受けた 522 例（ 41.9 ± 14.8 歳）の年齢・性別を示した。

男性 327 例（ 41.7 ± 15.1 歳）、女性 183 例（ 42.5 ± 14.2 歳）で、男女比は 1.8 : 1 であった。

年齢層は 10 代 17 例（3.3%）、20 代 101 例（19.3%）、30 代 131 例（25.1%）、40 代 124 例（23.8%）、50 代 80 例（15.3%）、60 代 44 例（8.4%）、70 代 21 例（4.0%）、80 代 3 例（0.6%）、不明 1 例（0.2%）であった。

前回 2000 年度の警察官通報による診察は 749 例（ 39.3 ± 13.8 歳、男性 569 例、女性 180 例、男女比 3.2 : 1）であった。

今回の年齢 41.9 ± 14.8 歳は前回 39.3 ± 13.8 歳に比して、有意に上昇し（ $F=1.154 > F_{.05}(521, 748)=1.141, p<.05$ ）、性別も有意に女性が増えていた（ $\chi^2(1)=20.191, p<.01$ ）。

(2) 診断を行った指定医数

表 9 に措置診察を行った医師数を示した。

指定医 3 名の診察を受けたのは 145 例（27.8%）、2 名は 267 例（51.1%）、1 名は 107 例（20.5%）、不明 3 例（0.6%）であった。不明は、措置診察が行われ要措置あるいは措置不要となったとされるものの、診断書欄の記載がなく、指定医数が判明していない事例である。

(3) 診断

表 10 に、前述の手順で集計した診断を示した。

指定医診察が実施された 522 例について、ICD10 により集計した診断は、

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。

前回、F0：18 例、F1：109 例、F2：385 例、F3：31 例、F4：7 例、F5：2 例、F6：48 例、F7：3 例、F8：0 例、F9：4 例、F99：0 例、G4：0 例、精神障害なし 0 例、その他 110 例、不一致 31 例であった。

事例数が少ない診断の群では前回と今回との比較ができないため、双方で一定の事例数が認められた F1（前回 109 例、今回 38 例）、F2（同 385 例、295 例）、F3（同 31 例、42 例）、F6（同 48 例、38 例）、不一致（同 31 例、46 例）、その他として F0、F4、F5、F7、F8、F9、F99、G40、なし、その他をまとめた群（同 144 例、63 例）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（ $\chi^2(5)=44.845, p<.01$ ）。

（4）診断と他害行為

表 1 1 に、診断別・自身を傷つけるまたは他人に害を及ぼすおそれの状況を示した。

a 自傷他害両面から評価する場合

F1、F2、F3、F6、不一致、その他（前記以外の診断）の 6 群について、自傷他害、他害のみ、なしまたは自傷の 3 カテゴリーについて検討した。F1 で自傷他害 13 例、他害のみ 20 例、なしまたは自傷 5 例、同様に F2 で 75 例、180 例（多）、40 例（少）、F3 で 7 例、20 例、15 例（多）、F6 で 10 例、13 例（少）、

15 例（多）、不一致で 10 例、22 例、14 例、その他で 15 例、31 例、17 例となった。

カイ 2 乗検定および残差分析にて、F2 で他害が多く、なしまたは自傷が少なく、F6 で他害が少なく、なしまたは自傷が多く、F3 でなしまたは自傷が多かった（ $\chi^2(10)=32.023, p<.01$ ）。

b 自傷の有無で評価する場合

上記 6 群について、自傷の有無をみると、F1 で自傷あり 17 例、なし・不明・未記入をあわせて 21 例、同様に F2 で 108 例（少）、187 例（多）、F3 で 20 例、22 例、F6 で 24 例（多）、14 例（少）、不一致で 22 例、24 例、その他で 29 例、34 例となった。

F2 で自傷なしが多く、F6 で自傷ありが多かった（ $\chi^2(5)=12.208, p<.05$ ）。

c 他害の有無で評価する場合

上記 6 群について、他害の有無をみると、F1 で他害あり 33 例、なし・不明・未記入をあわせて 5 例、同様に F2 で 255 例（多）、40 例（少）、F3 で 27 例（少）、15 例（多）、F6 で 23 例（少）、15 例（多）、不一致で 32 例、14 例、その他で 46 例、17 例となった。

F2 で他害ありが多く、F3 と F6 で他害ありが少なかった（ $\chi^2(5)=28.938, p<.01$ ）。

（5）診断と処遇

表 1 2 に、診断別・指定医診察転帰・措置要否転帰・措置転帰の各状況を示した。

上記 6 群について、措置要否をみると、F1 で要措置 25 例、措置不要 13 例、同様に F2 で 242 例（多）、53 例、F3 で 30 例、12 例、F6 で 20 例（少）、18 例、不一致で 40 例（多）、6 例、その他で 30 例（少）、33 例となった。

F2、不一致で要措置が多く、F6、その他で措置不要が多かった（ $\chi^2(5)=47.351, p<.01$ ）。

表 1 3 に、診断別・措置不要後・措置解除後の詳細を示した。

事例数が少ない診断の群については、（3）

で6群にまとめており、措置解除後については6群で入院継続か通院その他かでまとめた。措置不要後については診断、転帰とも一定の事例数が得られないため、F2、F3、その他の3群で、入院か通院その他かについて検討した。

措置不要後135例では、F2で入院35例（多）、通院その他18例（少）、同様にF3で5例、7例、その他で15例（少）、55例（多）となった。

F2で入院が多くて通院が少なく、F2、F3以外群で入院が少なくて通院その他が多かった（ $\chi^2(2)=24.866, p<.01$ ）。

措置解除後387例では、F1、F2、F3、F6、不一致、その他（前記以外の診断）の6群について、入院継続か通院その他かをみたところ、F1で入院継続11例、通院その他14例、同様にF2で154例、88例、F3で19例、11例、F6で9例、11例、不一致で19例、21例、その他で17例、13例となり、いずれにも差異はなかった（ $\chi^2(5)=8.590, n.s.$ ）。

（6）他の項目

他の項目については、追って、集計をする予定である。

5 措置症状消退届

（1）入院期間

措置入院した387例の措置入院期間は57.4±53.1日であった。措置入院後180日目の入院継続率3.9%で、入院期間の中央値（＝入院継続率50%となる日）は42日となっていた。

前回、入院期間の中央値は50日、措置入院後180日目の入院継続率33.3%で、明らかに短縮していた。

（2）診断別・措置入院期間

表14に診断別入院期間、表15に群間比較を示した。また図3に、診断別・措置入院

後180日目までの入院継続率を示した。

措置入院期間、措置入院後180日目の入院継続率および入院継続の中央値（ $T_{1/2}$ ）は、全事例57.4±53.9日、3.9%、42日であった。診断別には、F0:44.8±29.3日、0.0%、33日、F1:50.7±60.6日、4.0%、43日、F2:66.7±56.1日、4.5%、53.5日、F3:38.1±43.7日、3.3%、28.5日、F4:26.1±28.4日、0.0%、21日、F5:10.0±11.3日、0.0%、10日、F6:32.9±26.0日、0.0%、28.5日、F7:69.5±30.4日、0.0%、69.5日、F8:23.5±10.8日、0.0%、22日、不一致:50.0±54.3日、5.0%、40日であった。F9の2日、G40の3日は、各1例のためである。

入院期間の平均値の差についても、F1、F2、F3、F6、不一致、その他（前記以外の診断）の6群にまとめた。その他群は同様に32.9±29.0日、0.0%、27.5日であった。群間比較したところ、F2に対し、その他群が有意に短く、F3とF6が短い傾向にあった（ $F=4.739, Bonferroni p<.05$ ）。

（2）自傷他害のおそれ別・措置入院期間

表16に、自傷他害のおそれ別・措置入院期間、表17に群間比較を示した。また図4に、自傷他害のおそれ別・措置入院後180日目までの入院継続率を示した。

自傷他害のおそれがある91例の措置入院期間、措置入院後180日目の入院継続率および入院継続の中央値（ $T_{1/2}$ ）は、65.4±57.8日、3.9%、42日であった。他害のみ群224例は同様に61.4±56.3日、4.9%、47日、自傷のみ群62例は35.3±31.1日、0%、29日、なし群10例は31.2±28.9日、0%、29日であった。群間比較したところ、自傷のみ群に対し、自傷他害群と他害のみ群が有意に長かった（ $F=5.529, Bonferroni p=.004$ ）。

（3）他の項目

他の項目については、追って、集計をする予定である。

6 地域別の差異

(1) 管轄区域別の処遇

表 1 8 に管轄区域別・指定医診察転帰・措置要否転帰・措置転帰の各状況を示した。

北海道東北 32 例では診察不要 16 例、措置不要 5 例、要措置 11 例（措置入院中 1 例、措置解除済 10 例）、関東信越 468 例では同様に 133 例（少）、71 例、264 例（8 例、256 例）（多）、東海北陸 99 例では 73 例（多）、6 例（少）、20 例（4 例、16 例）（少）、近畿 88 例では 31 例、24 例（多）、33 例（1 例、32 例）、中国四国 67 例では 31 例、16 例、20 例（2 例、18 例）（少）、九州 102 例では 50 例（多）、13 例、39 例（1 例、38 例）であった（ $\chi^2(10) = 98.946, p < .01$ ）。

(2) 入院期間

表 1 9 に、地方厚生局の管轄区域別・入院期間、表 2 0 に群間比較を示した。また図 5 に、管轄区域別・措置入院後 180 日目までの入院継続率を示した。

措置入院期間、措置入院後 180 日目までの入院継続率および中央値（ $T_{1/2}$ ）は、北海道東北 107.3 ± 75.5 日、9.1%、94 日、関東信越 51.1 ± 43.3 日、2.7%、38.5 日、東海北陸 100.8 ± 105.7 日、15.0%、79 日、近畿 41.9 ± 49.6 日、3.0%、28 日、中国四国 83.6 ± 60.5 日、10.0%、76 日、九州 63.4 ± 54.1 日、2.6%、51 日であった。

入院期間の平均値の差では、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（ $F = 4.739$, Bonferroni $p < .05$ ）。具体的には、北海道東北は関東信越より 56.2 日、近畿より 65.4 日、東海北陸は関東信越より 49.7 日、近畿より 58.9 日、有意に延長しており、

また中国四国は近畿より 41.7 日、長い傾向にあった。

D 考察

1 通報例の概要

(1) 前回調査との変化

報告された事例は、前回 1109 例、今回 856 例であり、単純に数自体を見ると、減少しているようにみえる。

しかし、前回 2000 年度については、ほぼすべての自治体から回答があったが、今回は回答を寄せた自治体は 55/66 に減少していた。

また、調査対象とした期間も、前回は 2000 年 5 月 1 日から 5 月 31 日および 11 月 1 日から 11 月 30 日の計 61 日間としたが、この 10 年間で警察官通報の件数が倍増していることを考慮し、今回は 2010 年 5 月 1 日から 5 月 31 日までの 31 日間を調査期間とした。

前回と今回で、多少、条件は異なるものの、警察官に保護される等により通報がなされるという警察官通報の要点は保たれていると考え、以下、得られた資料同士の比較を行った。

(2) 通報例の年齢・性別

前回と今回で、年齢は変化がないが、男女比では 2.6 : 1 から 1.4 : 1 に女性の比率が増加していた。

前回、男性が多い理由として、体力的な面から、逸脱行動が暴力として認知されやすいことを指摘しており、この点を指摘する見解は多い²³⁻²⁴⁾。

ただ、この見解では、女性の比率が増加していることが説明できない。

このことについては、警察官通報は、後述のように、精神科救急にシフトしており、しかも、市民は、単に暴力に対処するだけでなく、不合理な言動への対応を警察官に求めることが多いが、この要請に警察官が応じるようになってきていること、警察官が応じやす

くなった背景に精神科救急医療体制が整備されたことなどがある。このために女性の比率が増えた可能性も、考慮しておく必要がある。

また、年齢・性別が不明の事例が報告されているが、これは警察官から電話等で連絡があった時点で通報として受付を行ったが、その後に通報が取り下げられる等により通報処理が終了したため、保健所が年齢・性別を知り得なかったような場合も含まれる。

もともと、今回は、措置入院した事例の年齢・性別不明例も減少している。これは調査方法の変更も少なからず影響している。前回は黒塗りしたコピーの提出を求めたが、今回は個人情報保護法の施行もあり自治体に調査票への転記を求めており、このために記載漏れが減少したものと思われた。

ここで記載漏れと思われる事例については、自治体に照会すべきではあるが、全体として少数であり、調査に協力いただいた自治体に重ねて照会するなど追加の負担を求めることにはためられるところがあり、そのまま集計することとした。

（３）通報受理から措置診察が実施されるまでの状況

a 事前調査

事前調査の実施状況は、前回は明らかではなく、この変化は不明である。

事前調査を行わなかった具体的な事例には、警察から通報の形式を利用した情報提供が行われた事例、以前から保健所からもキーパーソンに受診勧奨をしていたが、切迫していない問題のために通報がなされ、改めての調査までは行わずに診察不要となされた事例などが認められた。

b 指定医診察までの状況

指定医診察の実施状況は、診察不要とされたものが前回に比して増加しており、措置入院後 180 日目に措置入院中であったものが減

少していた。

診察不要が増加した背景には、2008 年度の検察官通報調査において「形式的な通報が多くなった」等の指摘が少なからず認められているが、警察官通報でも類似の記載が認められた²⁵⁾。

たとえば、警察からの電話連絡と通報書の提出に数日の間があく形で運用されている自治体では、「電話での通報を受け、保護当日に受診に同行した」との記載があるものも、複数例、認められた。具体的には、「保護当日のうちに警察官から連絡があり、病院受診に同伴したが、その後に、警察官通報として、この通報書が提出された」といった記載が散見された。

もちろん、こうした対応については、適切な医療を適切な時期に提供するという本来の法の趣旨に合致しているといえる。書類上の処理が後日となったことについては、より優先されるべき職務が優先された結果であるに過ぎない。後刻の通報書を提出するという処理について、以前は省略されていた可能性もあるが、昨今、法の規定は生真面目に実行するという風潮のもと、そのような実務を反映した対応と評価することができる。

ただ、通報は、本人が保護されていても、必ずしも保護されている間に行われるとは限らない。実際、保護に至らない相談ケースの通報や保護解除直後に通報がなされた事例もあり、通報を受けた保健所では、改めて本人宅を訪問するしかなく、切迫した問題がないという情報と合わせて、診察不要とされているものと思われた。

さらに、中には警察が関与することとなった事態から数日、数ヶ月、中には年単位の時間が経過して通報されていたものもあった。もちろん、こうした事例では、本人は事件直後に医療保護入院等で対応され、通報時点で

は既に退院している等の対応が大半ではあった。

保健所が事例を把握していない場合には、形式的通報であっても有用な場合があるが、なかには「1年前に『首をくくる』自傷行為があった」として通報された事例もあり、しかも当時の対応は不明となっていた。

もちろん、たとえ1年後に自殺企図の通報がなされても、形式的には警察官通報が行われたことにはなるし、仮にこの1年間に新たな問題が生じていないのであれば、実際には指定医診察の必要はなかったとも言えるが、明らかに時期を逸しており、再考を求めたいところではある。

時機を逸した通報あるいは形式的通報については、医療観察法でも長期経過後の申立として問題となっているが、可能な限り早期の対応が行われる体制を構築する必要がある。

ここで、保健所に形式的通報がなされた場合に、通院中や入院中の医療機関に情報提供がなされるかという問題もある。医療機関との連携を重視して、節度を保ちつつ密接に情報交換する自治体もあれば、医療機関が請求しない限り、措置入院させた患者であっても一切の情報を渡さない自治体も存在する。形式的な通報であっても、今後の本人の精神保健福祉に生かすためには、情報を共有することが警察官通報を規定した精神保健福祉法の趣旨にかなうと思われ、今後の運用に際して留意すべきことと思われた。

なお、このほか診察不要には、本人の所在不明などもあり、診察を行いようがない事例も含まれている。

c 措置診察

措置診察件数は前回749件から今回522件と、一見すると227件(0.70倍)減少したようにみえる。ただ、今回の調査期間は前回の約半分であり約1.4倍に増加しているといえ

る。

措置診察が増加した背景には、もちろん通報件数の増加によって、措置診察の実施自体が増えた可能性がある。また、診察の要否が悩ましい事例についても、各地域に精神科救急医療体制が整備され、地域によっては夜間や休日の措置診察が幾分、行いやすくなったような側面もある。こうした要因が、相互に影響して、診察件数が増えている可能性はあるものと思われた。

d 緊急措置診察と緊急措置入院

緊急措置診察と緊急措置入院は、精神保健福祉法第29条の2第1項に「都道府県知事は、前条第一項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、第二十七条、第二十八条及び前条の規定による手続を採ることができない場合において、その指定する指定医をして診察をさせた結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しいと認めるときは、その者を前条第一項に規定する精神科病院又は指定病院に入院させることができる。」と規定されている。

つまり緊急措置入院は、①措置入院を要する精神障害者について、②急速を要し、所定の手続を採ることができない場合、③1名の指定医が「直ちに入院しないと自傷他害のおそれが著しい」と診断することを要件として実施することができる。また、緊急措置診察は、救急時に所定の手順を採ることができない場面における指定医1名に簡略化された措置診察といえる。

緊急措置診察は257例に実施されており、これは措置診察が実施された522例の49.2%にあっていた。

緊急措置診察や緊急措置入院は謙抑的に実施すべきとの見解もあるが、現実には31自

治体（回答 40 都道府県のうち 22 都道府県、同 15 政令市のうち 9 政令市）で緊急措置診察が実施され、うち 29 自治体（21 都道府県、8 政令市）で緊急措置入院が実施されていた。

都道府県と政令市で緊急措置診察および緊急措置入院の実施自治体数に差はなく、また、緊急措置診察と通常診察でも要措置の割合に差はなく、緊急措置診察および緊急措置入院は、診察日を見る限り休日が多く、おそらく夜間、休日の救急場面において多用され、その後すみやかに措置診察が行われている実態があるといえる。

現実の精神科救急場面では、緊急措置入院を用いて 72 時間以内の救急医療をとりあえず行った上で、措置診察にてその後の措置入院の要否を審査するという運用は、もはや大都市だけでなく全国に根付きつつある。

精神科救急医療において、緊急措置入院は有用性が高いことが指摘されている²⁴⁾。

まず、緊急措置診察は指定医 1 名に依頼できれば、とりあえずの処遇決定ができるという利点があり、警察官や行政職員、そして何より患者自身の診察待機時間を短縮することができる。

また、一旦、緊急措置入院となった後も、72 時間以内に措置診察という事実上の再審査が行われる。この時間は、人格障害や薬物等の興奮などの場合には、ちょうどよいクールダウン期間となっている。診察時点で落ち着いていれば、事実上、そこで措置解除も可能となり、入院数日目に、緊急措置入院を措置入院として入院継続するのが適切か、それとも退院あるいは他の形態での入院継続とするのが適切か、外部の指定医の審査にさらされるという点で、人権擁護機能も発揮することができる。もちろん、短期間での再審査によって、結果的に措置入院期間も短縮することとなり、特に、人格障害や薬物事例など、

どちらかといえば措置入院が適切でないと思われる事例に対して医療費を支出することも少なくすむこととなる。漫然と措置入院がなされているという批判に対しても、短期間で再審査がなされることは、より好ましい対応と思われる。

また、通常の措置診察では、警察署において警察官が保護している状況で行われることが多い。措置診察の場面で指定医が措置不要と判断すると、時に警察官から強い不満が表明される場合があり、対応に難渋することがある。緊急措置入院している場合には、後追い診察の場面に警察官はいないため、こうした不満に対処する必要性も、警察に保護されている場面ほどには多くない、などの点も指摘することができる。

このような利点を考慮すると、緊急措置入院は、今後も積極的な活用を考慮されるべき入院形態とも思われる。

ただ、72 時間の時間制約は、へき地、離島、医師不足の地域では、二度手間として嫌われ、使いづらい点もあるため、72 時間が適切かどうかについては今後検討する必要がある。

e 措置入院以外の対応

診察不要 334 例は、前回より今回で増えているものの、対応には差異はなく、患者の状態に大きな差はないものと思われた。

措置不要 135 例では、その他と不明が増え、入院が減少していた。その他と不明の増加については、その内容が漠然としており、詳細は不明である。

措置解除 387 群では、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ており、短期間で退院する傾向が顕著となっていること、その分が通院医療として継続されるようになっていることを反映した結果と思われた。

f 県と中核市の役割分担の問題

診察不要・措置不要後の対応が不明な事例において、一部、県と中核市の役割分担に問題がある場面が指摘された。

道府県と政令指定都市の役割分担については、少なくとも措置入院についての権限は政令市長に委譲されているために明確である。

これに対して、中核市では、措置入院の権限はなお都道府県にある。一方で都道府県が指定医診察を実施しない場合や措置不要となった場合に、その後の対応は中核市の保健所が行うこととなり、都道府県の保健所はその後の対応を承知しないという場合があることが判明した。このことから、措置診察結果などが円滑に伝えられているかには疑問もあり、今後、運用実態を明らかにしていく必要があると思われた。

2 通報内容の処遇への影響

(1) 本人の所在・状況と転帰の関係

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かった。保護が継続されているという点で、警察官は「異常な挙動その他周囲の事情から合理的に判断して精神錯乱や泥酔のため、自己または他人の生命、身体、財産に危害を及ぼすおそれがあり、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由がある」という判断を保護時点から通報時点まで継続していることでもある。

こうした事例においては、警察官が保護を要すると判断した問題行動について、事前調査段階でも持続しており、診察を要するという見解に至っているものと思われた。

これに対し、本人が警察署以外で、保護されていない状況下では、診察が行われないことも少なくなかった。

(2) 自傷他害のおそれ

自傷他害群と自傷あり群では対応に差異はないが、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影響しているものと思われた。

自傷に限り、他害の有無を問わずに評価すると、自傷のおそれがある場合は措置不要、不明等の場合は診察不要となる一方で、ない場合は要措置とされており、これはおそらく他害の点が重視されているものと思われた。

他害に限り、自傷の有無を問わずに評価すると、あり群では要措置となることが多く、なし群では診察不要が多く、不明・未記入・空白群では診察不要が多くなり、かつ要措置が少なくなっており、自傷のおそれを有するものが、なし群と不明群にわかれているものと思われた。

(3) 重大他害行為について

重大他害行為について、「今回あり」としたものは、全体に事例数が少なかった。さらに、殺人と強盗では、「今回あり」とした事例でも、内容を詳細に検討すると、殺人や強盗にはあたらず、行為の内容を詳細に検討する必要があると思われた。

3 事前調査

精神科入院歴や措置入院歴の有無別・指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況、通報書・事前調査書の各項目と診察実施の関係については、次年度に報告の予定である。

4 措置診察

(1) 属性

年齢は、警察官通報がなされた時点では、前回と今回で変化はないが、措置診察が行われた時点では約 2 歳、有意に上昇していた。認知症等、高齢者に多い診断はさほど認められず、また若年者の軽微な自傷行為等の通報が診察不要とされている等の事情があれば通報例の年齢が下がる等の変化となっているは

ずで、この点についての要因は、判然としない。

女性の増加については、診察の行われやすさや市民からの通報に対する警察の変化、精神科救急医療体制の整備などの要因があることは、通報の点で指摘した通りである。

（２）診断

a 分類

診断については、前回 2000 年度の研究では、疑病名、状態像、反応病名、分類不能などと分類せざるを得ない診断名が少なくなかった。今回、診断書に ICD-10 コードの記入欄が付されたことで、これらが著明に減少し、F99 に包摂できる程度に少数となった。このため、F0 から F9、F99 に区分した。

ただ、診断の多寡を評価するのにあたっては、統計的な手法を採らざるを得ないが、事例数が少ないと、こうした検定を行うことができない。このため、事例数が少ない診断として「その他」群（F0、F4、F5、F7、F8、F9、F99、G40、なし、その他）にまとめた上で F1、F2、F3、F6、不一致の 6 群相互に比較することとした。なお、措置不要群は、これでも事例数が少ないため、F2、F3 とそれ以外の 3 群で比較した。

b 前回と今回の事例数の変化

診断では、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。

アルコール・薬物群の減少は、薬物事件の報道などが影響し、警察で保護された段階で検査が行われているのかも知れない。もちろん、これらは強制的な医療ではなく、本人の自発的な医療が望ましいという見解がより広まったために措置通報自体が減少したという経過であれば望ましいが、このような仮説を裏付ける所見は、現時点では認められない。

また、その他群は措置入院ではなく任意入院や医療保護入院で十分であるということが考えられた。なお、前回調査の「その他」群には状態像診断がかなりの数が含まれていたが、今回、診断書に ICD10 コードを付与することになったことも影響し、付表 4 に示すように状態像診断はかなり減少していることに留意する必要がある。

一方、F3：気分障害については増加しており、これは躁状態による興奮、うつ状態による自殺企図などの場面が考えられる。

不一致群は、2 人の指定医の診断について、まったく見立てが異なる場合と、重複診断のどちらを現在の状態の要因と捉えるかの見解が一致していない場合がある。また、ICD10 コード記載欄を設けたことで、暫定的に診断コードを付与されてしまうために、暫定診断にずれが生じていることも考慮する必要がある。

前者の、主診断がまったく異なるカテゴリーである場合（たとえば 1 人目の指定医の主診断が F2 であるのに対し、2 人目の指定医の主診断が F1、F6、F8 であるような場合）と、後者の主診断と従診断が入れ替わっている場合（たとえば 1 人目の指定医の主診断が F2 で、従診断が F1、F6、F8 などであるのに対し、2 人目の指定医の主診断が F1、F6、F8 で、従診断が F2 とされるような場合）を、同じ不一致群とすると、異なる群をまとめるようにもなるが、重複診断を有する一群として捉えることもできる。

この群では、要措置とされることが多くなっており、これは病態が複雑で、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。

なお、検察官通報で見られた F8 の増加は、警察官通報ではあまり明らかにはならなかった。

c 診断ごとの自傷他害のおそれ

診断ごとの自傷・他害のおそれでは、自傷と他害を合わせて、あるいはそれぞれ別に検討した場合でも、F2：統合失調症で他害のおそれが多く、F3：気分障害と F6：人格障害で自傷が多いという結果であった。これは、統合失調症においては病的体験に基づいて行動化してしまう等のため、気分障害や人格障害では機序は異なるものの自傷行為が生じてしまうためとも思われた。

d 診断ごとの処遇

F2：統合失調症で要措置が多く、F6：人格障害とその他で要措置が少なくなっていた。

F1：薬物では、差異は見られなかった。

このことから、警察官通報を契機として措置入院となる人格障害や薬物事例は、今回の調査でも認められた。こうした事例は、警察官、事前調査を担当する自治体職員、指定医、措置入院先の医療機関職員を悩ませていることが伺われた。ただ、こうした群は緊急措置入院ののちに措置非該当となるなどして、実際に措置入院となる件数は減少しており、仮に措置入院となったとしても入院期間は短縮するなどしており、措置入院の適正な運用に向けて関係者が引き続き努力しているところも明らかとなった。

e 診断ごとの措置不要後の対応

措置不要となった 135 例では、その後に F2：統合失調症で入院、その他で通院が多くなっており、これは病的体験に影響された行動が直近に生じた統合失調症では、怠薬などの問題が生じていることが多いかと思われた。一方で、その他群で通院が多いことは、問題行動が病的体験によらず了解可能なものであるために、入院加療までは必要としないかと思われた。

f 診断ごとの措置解除後の対応

措置解除となった 387 例では、いずれの診断でも入院、通院に差は見られなかった。このことから、医療機関を全体としてみる限り、診断にかかわらず、医療機関は措置解除後には病状に応じて対処しているといえるものと思われた。

5 措置症状消退届

(1) 措置入院期間

a 全例の措置入院期間

今回の調査で特筆すべきは、まず、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。

さらにいえば、この調査では、2010 年 5 月に措置入院した全員が現在までに措置解除されており、現時点での措置入院継続は 0 例という衝撃的な値が得られている。

措置入院期間が短縮した理由については、措置入院は救急での対応に有効ではあるが、長期に措置入院を継続していると、社会復帰に際して必要となる外出や外泊を行いつらいなど、措置の形態では制約が多くあることから、治療上の配慮から措置解除がなされているとも考えられる。

また、措置入院期間は全例で 57.4 日であり、3 ヶ月の直前に措置解除が集中している。精神科救急入院料などの特定入院料は 3 ヶ月を限度に算定できるとされており、一定数の自宅等への退院を算定要件ともしている。また定期病状報告書による最初の審査も 3 ヶ月目であることが機能している可能性もあり、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ともいえる。

ただし、措置入院期間が短縮したとして、こののちに医療保護入院あるいは任意入院となった事例が適正に入院しているかどうかは、この調査からはわからないところであり、こ

の点、検討する必要がある。

措置入院期間は前回 2000 年度より明らかに短縮しており、医療観察法が制定された影響は考慮する必要がある。

ただ、この 10 年間で精神科入院期間は、全般的に短縮しており、入院期間短縮の要因を考察するに当たっては、単に医療観察法制定の影響だけでなく、それをとりまく精神保健福祉政策、医療政策全般など、種々の要因の影響についても検討する必要があると思われる。

b 診断別の措置入院期間

F2：統合失調症で延長し、F3：気分障害と F6：人格障害で短縮していた。

統合失調症では措置入院期間 66.7 日となっており、その他群 32.9 日より有意に延長していたが、F2 群は主に怠薬により再燃した統合失調症で、その他群は認知症の興奮、解離や不安障害、知的障害や発達障害の一過性の興奮などでもあり、この程度の入院期間の差異は生じるものと思われた。

c 自傷他害別の措置入院期間

自傷他害のおそれと措置入院期間では、自傷のみ 35.3 日、なし 31.2 日に対し、自傷他害 65.4 日、他害のみ 61.4 日と、明らかに延長していた。これは、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、家族や被害者等との関係調整を要する場面があること、関係者が措置解除に慎重になること、統合失調症において、他害の患者が多いことから、統合失調症の状態安定に一定期間を要することなどが影響していると思われた。ただこの点について言及するには、ロジスティック回帰分析等の、他の因子の影響を除外するための指標を用いなければならないとも思われた。

6 地域別の差異

地域ごとにみると、関東信越と近畿において診察不要が少なく、措置入院件数が多く、あるいは措置入院期間が短いといった大都市圏の特徴のいくつかが揃っている。

また、診察不要が多くなっている地区があるが、これはある自治体の運用として、たとえば当日に警察官と保健所が共同して医療機関に患者を搬送したあと、後日に通報書のみ提出するという形態をとっている箇所があり、この自治体の通報件数が多いことも全体に影響を及ぼしているものと思われた。

ただ、それを考慮しても、地域差は従前から指摘されており、検察官通報の報告書でも指摘したが、精神保健福祉の体制だけでなく、人口比、地域の犯罪発生率など、多くの社会的要素の影響も考慮する必要がある。疫学研究等では、病気・死亡など生物学的な指標にはあまり差が出ないのに、制度に係るものでは大きな差が出るという結果が出る人が多いといわれている。医療観察法でも、この地域差が問題となっている。均一な処遇を行うために、各医療機関、判定医などかなりの研修を行っていかにかかわらず、たとえば沖縄と大分の間には 10 倍近い申立の差があり、措置入院制度にも見られるこうした地域差に対して、本研究の成果をフィードバックして可能な限り、その運用を均てん化してゆく作業が必要である²⁵⁾。

7 警察官通報と検察官通報の差異

今回調査した警察官通報では、警察官による保護の後に措置通報がなされ、措置診察または緊急措置診察が行われることが多かった。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、それと密接に関連しながら運用されていた。緊急措置入院の多用もあわせて、警察官通報は精神科救急医療の一形態として、救急医療の色彩を濃くしており、救

急医療に純化しつつあるともいえる現状にあった。

この点、医療観察法の施行に伴い、重大な他害行為が同法にて処遇されることになり、軽微な触法行為（医療観察法に列挙されていない severe な触法行為を含む）が検察官通報で対応されることとなった。検察官通報が、刑事事件として逮捕されるなどして、一定期間は被疑者としての取り調べを経てから精神医療の現場に到来するという点で、司法精神医療の色彩を帯びているのと、好対照をなしているといえる。

警察官通報は、措置入院の大多数を占めている。この措置入院の大多数を占める警察官通報が救急医療に純化してき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による措置入院あるいは医療観察法とは、視点の違いがあることに留意を要すると思われた。

8 医療観察法との関係

この調査の対象は警察官通報でもあり、医療観察法は検察官に申立義務を課したものであるから、直接には警察官通報は医療観察法の影響を受けるものではない。しかし、現実には医療観察法入院処遇前に精神保健福祉法による措置入院、あるいは任意入院、医療保護入院をしている事例は少なからずあり²⁴⁾、医療観察法の運用状況を考える上で、精神保健福祉法による入院を含む医療の動向は無視できないものである。

この調査においても、少なくとも3例の放火によって建物が全焼したとの報告があり、年齢的な事情で医療観察法の適用が考えづらい事例も含まれる可能性があるが、その後の申立については追跡できない。

なお、警察官が解釈した行動について、自治体職員が調査票に転記するという調査の手

法上、たとえば「殺す」と脅したことが「今回、殺人や強盗あり」とカウントされることにもなっていた。自治体側では保健師や事務担当者が転記したと思われるが、専門家でない者が逸脱行動の法的側面について解釈している場面については、留意しておく必要があると思われた。

9 研究の限界

この研究においては、警察官通報書や事前調査書を各自治体の職員に読み込みを依頼し、措置入院に関する診断書の選択肢部分の転記を求めるなど、資料収集に際しての制約が大きく、このため内容は、警察官通報事例の推移の大枠をとらえたにとどまるものである。

また、措置入院に関する診断書、措置症状消退届は全国で様式が統一されているが、通報書と事前調査書は資料に示したように、自治体ごとにまちまちであるだけでなく、警察官通報はしばしば口頭のみでなされることもあり、このために収集される情報の内容も統一されておらず、限界があることに留意する必要がある。

さらに、措置通報から措置解除までの一連の流れは、それぞれの警察官、自治体職員、指定医、措置入院を受け入れた医療機関の判断や医療内容にゆだねられ、一定の判断基準によって行われているわけではない。この研究は、各段階での判断や見立てを総体として検討したものの結果であり、実際の措置入院制度運用の傾向を示すものにとどまることに留意する必要がある。

E. 結論

2010年5月1日から5月31日までの31日間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年度と比較し、差異が生じた要因について考察を行った。

警察官通報は、通報に即応する精神科救急医療体制が徐々に整備されていることや緊急措置入院の多用などによって精神科救急医療に純化しており、司法精神医療の色彩を帯びる検察官通報による措置入院や医療観察法とは、視点の違いがあることに留意を要すると思われる。

また、今回の調査では措置入院した事例は、180日の観察期間で大多数が、そして1年を経過した時点では全例が措置解除されており、措置入院期間の短縮は明らかで、救急医療へのシフトが鮮明となっていた。

今回調査した警察官通報は、警察官による保護された後に措置通報がなされ、措置診察または緊急措置診察が行われることが多かった。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、それと密接に関連しながら運用されていた。緊急措置入院の多用もあわせて、警察官通報は精神科救急医療の一形態として、救急医療の色彩が濃く、救急医療に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いる。このため、措置入院の大多数を占める警察官通報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による措置入院や医療観察法とは、視点の違いがあることに留意を要すると思われた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 研究発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 謝辞

業務が多忙な中で、調査票の記入いただいた都道府県・政令指定都市の担当者の方々に、心からお礼を申し上げます。

また、最終的には個人情報保護の理由から調査票が提出できなかった自治体においても、資料提出に前向きのご尽力をいただいた担当者の方々に、感謝を申し上げる次第である。

J. 文献

- 1) 吉住昭，藤林武史，瀬戸秀文．措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報により措置入院に関する診察を受けた事例について-．pp63-116 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究．平成 13 年度総括・分担研究報告書．2002
- 2) 吉住昭，藤林武史，瀬戸秀文．措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について-．pp57-96 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究．平成 14 年度総括・分担研究報告書．2003
- 3) 吉住昭，藤林武史，瀬戸秀文．措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報がなされ措置不要になった事例について-．pp97-104 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究．平成 14 年度総括・分担研究報告書．2003
- 4) 吉住昭，藤林武史，瀬戸秀文．措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-警察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について-．pp105-146 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究．平

成 14 年度総括・分担研究報告書. 2003

5) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究 (1)一般人の申請・保護観察所長, 矯正施設長の通報・精神病院管理者の届出ならびに知事等の職務により措置入院に関する診察を受けた事例を中心に. pp77-107 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 15 年度分担研究報告書. 2004

6) 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

7) 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

8) 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. pp97-108 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

9) 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. pp109-113 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

10) 吉住 昭, 瀬戸秀文, 藤林武史: 措置入院に際する精神保健指定医判断の標準化. 日精協誌 28(2) : 20-26, 2009

11) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保

健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について---措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討---. 臨床精神医学 36(9) : 1067-1074, 2007

12) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について. 日精協誌 28(2) : 27-32, 2009

13) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の組み合わせによる影響について 措置入院に関する診断書の決定木分析による検討. 臨床精神医学 38(4) : 469-478, 2009

14) 竹島正, 浦田重治郎, 立森久照, 三宅由子. 措置通報に対する都道府県・政令指定都市の対応状況に関する研究. pp9-37 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成 13 年度総括・分担研究報告書. 2002

15) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 宮田裕章, 長沼洋一. 措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究. pp13-55 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 14 年度総括・分担研究報告書. 2003

16) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 長沼洋一, 宮田裕章. 措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究. pp19-63 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 15 年度総括・分担研究報告書. 2004

17) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 長沼洋一, 宮田裕章, 渡辺康子, 立石隆志, 脇節子, 弘瀬博, 中路明伸, 馬場弘子, 岩松洋一, 中村真一. 措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究-措置診察要否判断の事前調査ガイドラインのあり方に関する研究-. pp65-76 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 15