

えください。(重複可)

代諾者	緊急措置入院	措置入院
家族	( )名	( )名
家族以外	( )名	( )名

g) もし経鼻栄養を行っていた場合、本人から同意を得た人数についてお答えください。

緊急措置入院	措置入院
( )名	( )名

## 問6 持効性注射剤の投与状況についてお聞きします。

a) 調査期間中に措置入院患者に対し、持効性注射剤の投与を実施しましたか？(重複可)

緊急措置入院	措置入院
( )名	( )名

h) もし持効性注射剤の投与を行っていた場合、本人の同意が得られずに、代諾者の同意を得た人数についてお答えください。(重複可)

代諾者	緊急措置入院	措置入院
家族	( )名	( )名
家族以外	( )名	( )名

i) もし持効性注射剤の投与を行っていた場合、本人から同意を得た人数についてお答えください。

緊急措置入院	措置入院
( )名	( )名

## 設問7 クロザリル<sup>®</sup>(クロザピン)の導入状況についてお聞きします。

a) クロザリル<sup>®</sup>(クロザピン)の製造販売が承認されましたが、調査期間とは関係なく、措置入院患者に導入済みまたは、導入する予定はあるでしょうか？

導入済み ( )名     導入予定 ( )名     導入予定なし

調査期間内に措置入院がなかった御施設は設問b)へ移動してください。

調査期間中に入院した措置入院患者に対して、クロザリルの投与または投与予定はありますか？

投与済み ( )名     投与予定 ( )名     投与予定なし

b) クロザリルを導入する予定である場合、クロザリル患者モニタリングサービス(CPMS と略)への登録が必要となります。その登録要件を満たしているかを教えてください。

医療機関登録要件

- 採血日当日に血液検査（白血球数及び好中球数）、血糖値（空腹時又は随時）及びヘモグロビンA1c検査結果を得ることができること  
 満たしている       満たしていない
  
- 好中球減少症・無顆粒球症に対して対応が可能であること
  - \* 常に血液内科医のアドバイスが受けられ、必要に応じて治療を受けられる体制になっていること
  - \* 個室の確保や抗菌剤の投与等の感染症対策が可能であること
  - \* 感染症対策について知識のあるスタッフがいること
  - \* 抗菌剤などの感染症に対する薬剤が常備されていること 満たしている       満たしていない
  
- 糖尿病内科医と連携が可能であること  
 満たしている       満たしていない
  
- CPMS登録医、クロザリル管理薬剤師、CPMSコーディネート業務担当者が各々2名以上いること（クロザリル管理薬剤師はCPMSコーディネート業務担当者と業務可能）  
 満たしている       満たしていない

調査期間内に措置入院がなかった御施設は設問9へ移動してください。

## 問8 クロザピンの投与状況についてお聞きします。

a) 調査期間中に措置入院患者に対し、クロザピン投与を実施しましたか？（重複可）

緊急措置入院      措置入院  
( )名      ( )名

j) もしクロザピンの投与を行っていた場合、本人の同意が得られずに、代諾者の同意を得た人数についてお答えください。（重複可）

代諾者      緊急措置入院      措置入院  
家族      ( )名      ( )名  
家族以外      ( )名      ( )名

k) もしクロザピンの投与を行っていた場合、本人から同意を得た人数についてお答えください。

緊急措置入院      措置入院  
( )名      ( )名

設問9 倫理会議についてお聞きします。なお、この設問では、緊急措置入院および行動制限を除いて、電気けいれん療法、向精神薬の非経口投与、経鼻栄養、持効性注射剤、クロザピン投与についてお答えください。

医療観察法では、「本人の同意によらない治療」を行う際には、治療の妥当性を倫理的な観点から根

拠を判断する「医療観察法病棟倫理会議（以下倫理会議）」と呼ばれる検討会議が開催されています。医療観察法における「倫理会議」は、第三者の（自施設以外の）精神医療の専門家である法律家、精神保健指定医などを含んだ人員で構成され、病状、必要と考えられる治療、その治療に対する本人の理解と同意の有無、治療を行わなかった際の対象者の不利益の有無と程度、さらに家族等本人の治療について支援者が存在する際にはその人物からの同意の有無などの観点から、本人の同意に基づかない治療について倫理的な根拠の妥当性を判断し、これを以て、「同意に基づかない治療」における医療行為の妥当性を担保しています。

この項では、精神保健福祉法の措置入院において、本人の同意によらない治療を行う場合、どのような対応を行っているかお聞きします。

- a) 院内に以前から倫理会議はありましたか？  
 医療観察法病棟内にある  精神保健福祉法病棟内にある  
 ない
- b) 措置入院患者に対し倫理会議が開催されている施設がございましたら、おおよその頻度を教えてください。  
 1回/月  2回/月  1回/週  それ以上  必要に応じて
- c) 措置入院患者に対し倫理会議が開催されている施設がございましたら、1回の倫理会議にかかった時間は平均どのくらいですか？  
 30分未満  30分～45分  35分～1時間  1時間以上
- d) 措置入院中の患者に本人に同意の得られない治療を行う可能性が生じた場合、治療の妥当性について、病院としてどのように検討を行っているか教えてください。  
 主治医の判断に任せている  
 病棟でカンファレンスを行っている  
 医局でカンファレンスを行っている  
 その他（ ）
- e) 措置入院中の患者に本人に同意の得られない治療を行う可能性が生じた場合、治療の是非を検討する際に優先的に留意していることはどれでしょうか。当てはまる項目を5個教えてください。  
 病識  同意能力  緊急性  侵襲性  薬物抵抗性  衝動性  拒絶性  
 自傷・自殺企図  暴力・他害行為  
 その他（ ）
- f) 措置入院中の患者に本人に同意の得られない治療を行う可能性が生じた場合、治療の必要性の説明と同意はどなたに行っているのでしょうか。当てはまる項目をすべて教えてください。  
 保護者  家族  後見人  行わない  
 その他（ ）
- g) 倫理会議が措置入院患者に対して継続的に開催されるとしたら、どのくらいの時間であれば業務に支障をきたさず開催できると思いますか？  
 30分未満  30分～45分  35分～1時間  1時間以上
- h) 倫理会議が措置入院患者に対して、どのくらいの頻度で継続的に開催すれば緊急の同意によらない治療に対応できると思いますか？

- 1回/2月  1回/月  2回/月  1回/週
- i) 倫理会議が措置入院患者に対して継続的に開催されるとしたら、どのくらいの頻度であれば業務に支障をきたさず開催できると思いますか？  
 1回/月未満  1回/月  2回/月  1回/週
- j) 倫理会議が措置入院患者に対して継続的に開催されるとしたら、緊急の同意によらない治療に対応するために、院内カンファレンスなどのピアレビューを開くことで、倫理会議の回数を減らすことは可能と思いますか？  
 はい（理由： \_\_\_\_\_）  
 いいえ（理由： \_\_\_\_\_）
- k) 倫理会議が措置入院患者に対して継続的に開催されるとしたら、緊急の同意によらない治療に対応する為に、院内カンファレンスなどのピアレビューを開くとしたら、どのくらいの頻度であれば業務に支障をきたさず開催できると思いますか？  
 1回/月未満  1回/月  2回/月  1回/週
- l) 倫理会議は精神科医療の専門家である精神保健指定医や法律家などの外部委員の招へいが必要となりますが、定期的に外部委員を依頼・確保することは可能でしょうか。  
 特に問題ない  
 困難がある。（理由： \_\_\_\_\_）  
 招へいできない。（理由： \_\_\_\_\_）
- m) 措置入院患者に対する倫理会議を催すために外部委員を招へいするとしたら、招へい可能な間隔をお答えください  
 1回/2月  1回/月  2回/月  1回/週  招へいできない
- n) 措置入院患者に対する倫理会議を催すために外部委員を招へいするとしたら、どのくらいの時間であれば依頼できると思いますか？  
 30分未満  30分～45分  35分～1時間  1時間以上  招へいできない
- o) 倫理会議が措置入院患者に対して継続的に開催されるとしたら、保険点数上の措置が行われるとしたら、外部委員の招へい等について改善される場所はあるでしょうか。またその理由についてもお答えください。  
 ある（理由： \_\_\_\_\_）  
 ない（理由： \_\_\_\_\_）

以上です。ご協力ありがとうございました。その他、倫理会議の運営について御意見がございましたら、お書きください。

お問い合わせ先国立精神・神経医療研究センター病院 精神科 石川 正憲  
東京都小平市小川東町 4-1-1 042-341-2711

### 3. 医療観察法の医療情報等の効率的な活用による

社会復帰促進に関する研究

研究分担者 村上 優

独立行政法人国立病院機構 琉球病院

平成 24 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および社会推進に関する研究  
分担研究報告書

医療観察法の医療情報等の効率的な活用による社会復帰促進に関する研究

研究分担者 村上 優 国立病院機構 琉球病院

研究要旨

医療観察法の医療を円滑に実施する上で、現病歴や生活歴、入院後経過等の情報伝達は不可欠である。本研究班では入院処遇と通院処遇の間でシームレスな医療情報の伝達を実現するためのシステムの検討を行った。具体的にはバックアップ、ネットワークシステムを含めた診療支援システムの改訂についての仕様作成、通院診療支援システムの作成とデモ版の試運転、マニュアル作成に取り組んだ。

また、今年度も診療情報の精度向上を目的として医療観察法診療情報管理研修会を開催した。入力操作演習を行なったことで、指定入院医療機関のデータエラーが減少したとの現場の意見もあり、結果としてアンケートでは継続的な開催を求める意見が多かった。

研究協力者（五十音順）

国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所司法精神研究部

岡田幸之 部長

菊池安希子 室長

国立病院機構 肥前精神医療センター

壁屋康洋 室長

国立病院機構 琉球病院

大鶴卓 医師

医療法人洋和会 池田病院

池田太一郎 医師

東海大学

柑本美和 准教授

促進するためには、医療機関での医療情報の収集、転院等の際には医療情報の確実な伝達が求められる。本研究では入院処遇と通院処遇の間でシームレスな医療情報の伝達を実現するための診療支援システムを開発する。

また、医療観察法の効果検証や実態把握に役立てるため、医療情報の収集や保存についても医療面、技術面、倫理面、法律面などから議論を重ね、その方策を提案する。

B. 研究方法

1) 研究班会議での議論

シームレスな医療情報の伝達等の実現のために、指定医療機関の医療従事者、研究者、技術者、法律家らと①診療支援システムの改訂、②ネ

A. 研究目的

適切な医療を提供し、円滑な社会復帰を

ットワークシステムおよび③バックアップシステムの構築について実現に向けた課題や問題点の整理を行った。課題として、Windows2003<sup>®</sup>サーバーの販売停止に伴い、2015年にサポートも終了するためサーバー環境への対応が必要なこと、既存の病院情報システム（電子カルテ）と、医療観察法診療支援システムとの連携機能がないこと、災害対策ができていないこと等が指摘された。

## 2) 医療観察法診療情報管理研修会

診療支援システムの入力情報のばらつき、誤った記入等について意見があり、分担班において今年度も入力精度の向上を目的として研修会を開催することとなった。平成24年6月28日に国立病院機構小諸高原病院（長野県）で、指定入院医療機関のスタッフを対象に、医療観察法診療情報管理研修会を開催した。会場にサーバーを設置し、模擬事例で実際にコンピュータを使った操作演習を実施した。

## C. 研究結果

### 1) 診療支援システム改定案の仕様作成

分担研究班で協議を重ね、指定入院医療機関で稼働中の診療支援システムの改訂案を作成した。新たな機能として、64ビット対応のサーバー設置、既存の電子カルテとの連動（HIS連携）、診療情報データの外部バックアップ機能とその際に必要となる通し番号を付加した（資料1）。

### 2) 通院診療支援システムのデモ版作成と試運転

外来機能を追加した診療支援シス

テムを作成し、デモ版の試運転を国立病院機構琉球病院、肥前精神医療センターの2カ所で開始した。琉球病院では院内LANに接続し、複数のパソコンで入力可能な体制とした（院内LAN型）。肥前精神医療センターでは1台のパソコンのみで運用した（単独型）。いずれも外部とは接続せずUSB内の患者情報を読み込んで使用し、端末には個人情報が残らない形をとり、個人情報は流出しない機能となっている。

### 3) 通院診療支援システムのマニュアル作成

デモ版の試運転に先立ち、通院診療支援システムの実務上のマニュアルとなる「外来診察機能説明書」を作成した（資料3）。

### 4) 医療観察法診療情報管理研修会

指定入院医療機関に開催案内を送付し、33名が出席した。経費削減のため医療観察法関連職種研修会と合同開催とした。昨年同様、参加者の選定については、医療機関により情報管理、システム担当が異なるため、当該医療機関の管理者に依頼した。昨年度と同様に、実施後に理解度や感想について意見聴取するアンケート調査を実施した（回収率100%、有効回答率100%）。研修会の資料およびアンケート結果は資料2のとおりである。

## D. 考察

1) 診療支援システムの改訂に向けて昨年度までの修正・追加項目の具体的な議論を行ってきた。本年度はサーバー環境、バックアップ、ネットワーク等の新機能の追加について仕

様を作成した(資料1)。仕様に準じて企業で製品化・販売がすすめば、転院や退院後の通院への移行、再入院後も診療情報が確認できるシステムが整備される。

2) 通院診療支援システムのデモ版を作成し、試運転を開始した。入院診療支援システムをベースに、外来で使わない部分の削除が主で、一部外来のみで使う機能を追加している。今のところ既存の紙カルテも併用しているが、外来やデイケアのパソコンからの入力が可能になったことで利便性は格段に向上し、情報共有が進んだとの意見が出ている。改善点としては、既存の診療録との連携を改善して欲しいとの意見が多かった。今のところ試運転は2医療機関のみだが、通院では建物や人員、立地等が医療機関毎に異なり、バリエーションも様々である。より多くの医療機関で試運転を重ねて、修正を行っていく必要がある。

3) 医療観察法診療情報管理研修会を昨年度に引き続いて行った。パソコンを使った操作演習については前回と同様だが、今後の指導的立場のスタッフを育成するため、講師側の人数を増やした。データ収集を行っている厚労科研班によると、未入力等のエラーが減ったとの意見もある。また、参加者からも継続を求める声が多く、研究班終了後も関連職種研修会との合同開催を予定している。

## E. 結論

心神喪失者等医療観察法の処遇におけるシームレスな医療情報の伝達のため、精神医学、法学等の分野で、実務や研究に従事

している者による研究を行い、当研究班の議論を重ねた。バックアップやネットワークシステムを含めた診療支援システムの改訂に向けた仕様作成、通院診療支援システムの作成とデモ版の試運転、マニュアルの作成を行った。概ね当分担班の当初の予定通り、診療支援システムの改訂と通院版の作成を行った。通院については既にデモ版の試運転も開始した。

今年度も医療観察法診療情報管理研修会を開催した。マニュアル配布や入力演習を実施する事で誤入力が減少していることから、現場や他の厚労科研班からの継続を求める声が多く、研究班終了後も継続して実施する予定である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1) 論文発表

- 1 村上優：応用医学としての司法精神医学. 精神医学. 54 巻・6 号：550-551. 2012
- 2 村上優：クロザピンの有効性と臨床的意義. 精神医学. 54 巻・11 号：1145-1150. 2012
- 3 大鶴卓：医療観察法の現状と今後の課題「指定入院医療機関より」. 日精協誌. 第 31 巻・7 号：709-715. 2012
- 4 大鶴卓：岩手県宮古市における災害支援. 病院・地域精神医学. 55 巻・1 号：64-69. 2012

### 2) 研究発表

- 1 村上優：多施設共同での症例集積研究から適切なクロザピン対象患者を考察する. 最適な統合失調症治療を考える学術講演会. 2012.6.30
- 2 村上優：クロザピンの有効性. 九州国



立病精神神経学会． 2012.10.26

- 3 大鶴卓：クロザピンにより社会復帰が促進された5症例の考察．第8回司法精神医学会． 2012.6.9
- 4 大鶴卓：琉球・菊池・肥前・花巻合同のこころのケアチームの活動報告．院総合医学会． 2012.11.17

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

No	システム	医療観察法 診療支援システム	タイトル	ハードウェア	要変更	備考
1						
仕 様 項 目						
1. 電子カルテサーバ						
(1) サーバ構成は						
(2) OS:Windows Server 2008 R2 Enterprise.						
(3) CPU:Xeon X5690(3.46GHz)以上。						
(4) 2CPUとすること。						
(5) メモリ:32GB以上。						
(6) ストレージシステムを使用する構成とすること。(ハードディスク:600GB/15krpm×11本以 上)						
(7) ストレージシステムは機器の単一障害では止まらない構成になっていること。						
(8) ストレージシステムはRAID1+0構成とすること。						
(9) 外部媒体(DVD、DATテープ、NASなど)へのバックアップが可能なこと。						
(10) 無停電電源装置(1500VA/980W以上)を装備すること。						
(11) MicrosoftOfficeProfessionalを含めること。						
2. 電子カルテクライアント						
(1) OS:Windows7Professional						
(2) CPU:Core 2 Duo 2.2GHz 相当以上						
(3) メモリ:4GB以上						
(4) 解像度: SXGA(1280×1024ピクセル)以上						
(5) MicrosoftOfficePersonalを含めること。						
3. 電子カルテプリンタ						
(1) 印刷速度:A4サイズ 28枚/分以上						
(2) 出力サイズ:A3対応						
(3) 総紙容量:総紙カセット枚以上(A3~A5:500枚以上)						
(4) ネットワーク対応とすること。						
4. ラベルプリンタ(検体ラベル出力用)						
(1) サーマル方式または熱転写方式とすること。						
5. フラットベッドスキャナ						
(1) A4サイズ対応のスキャナであること。						
(2) USBは全て使用不可とする為、全てLANタイプとすること。						
2					要変更	
仕 様 項 目						
5. その他全般						
(1) 電子カルテを安定稼働させる上で必要となるハードウェアは全て見積りに含めること。						
(2) 各部門システムと連携する上で必要となる連携用サーバは全て見積りに含めること。						
(3) 調達するハードウェアは全て国産メーカーのものとする。						

資料 2

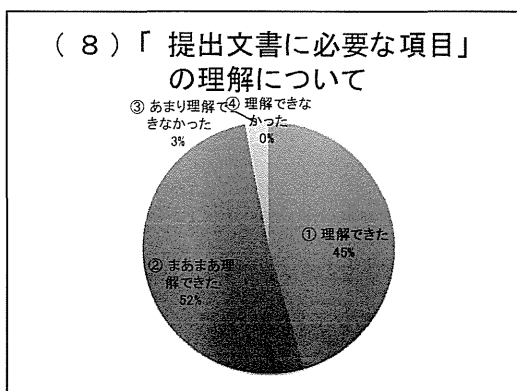
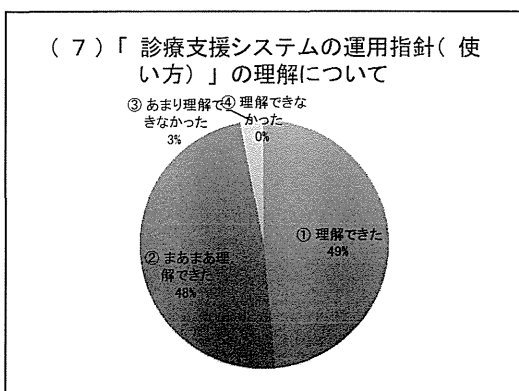
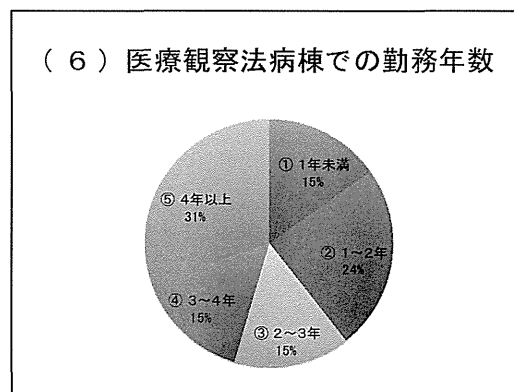
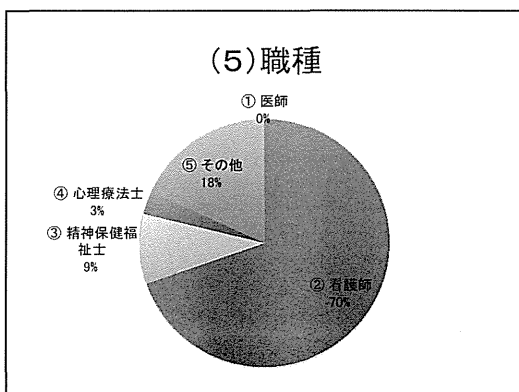
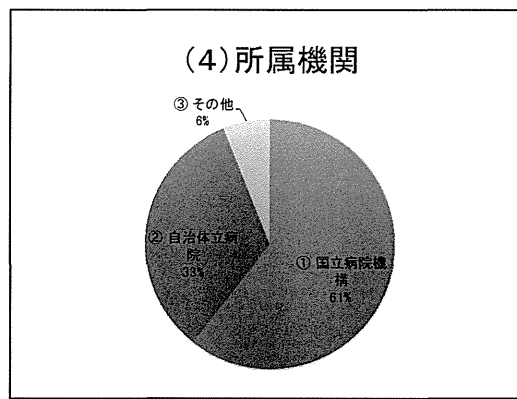
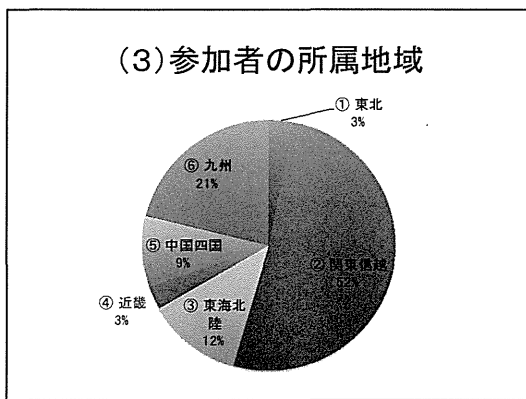
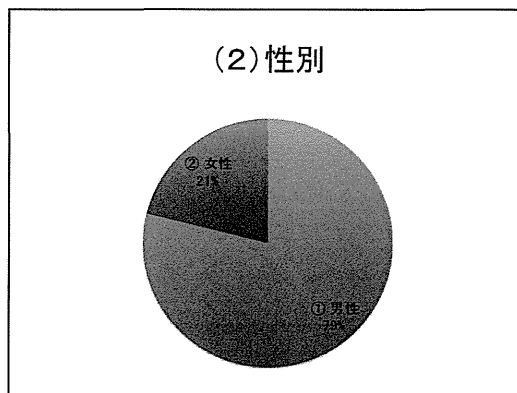
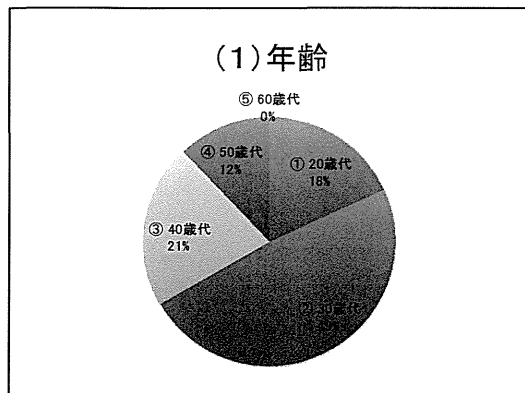
研修プログラムの概要

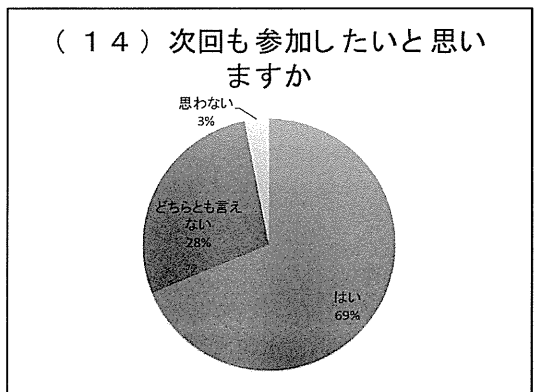
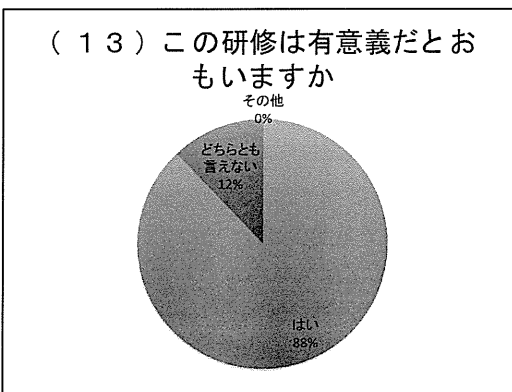
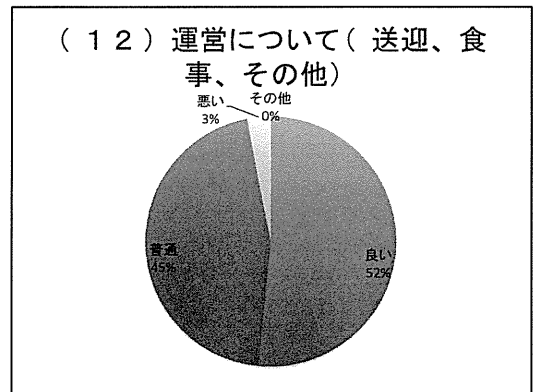
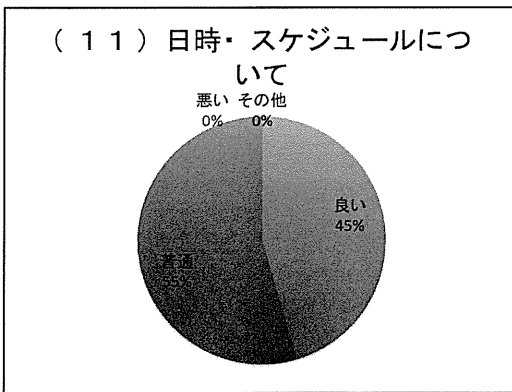
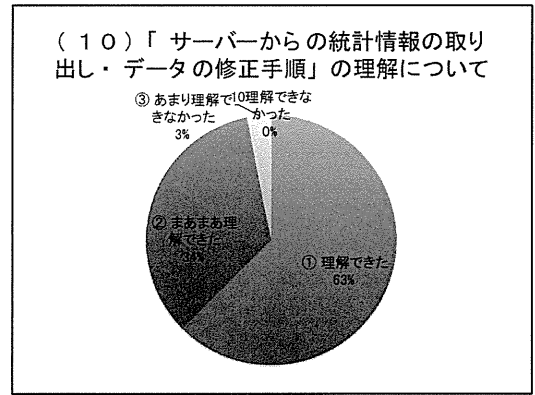
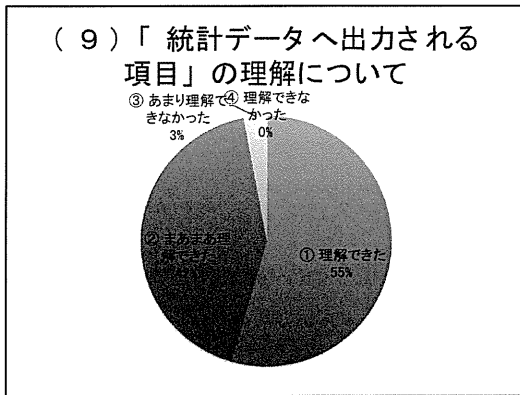
テーマ	概要	時間数
総論	現状の問題点と研修の必要性等を伝える	1 時間
診療支援システムマニュアルに基づく多職種の記録と治療計画	診療支援システムマニュアルに沿って、多職種チームの同時記録である「総合記録」、役割分担の明確化と共有のための「治療計画」等、診療支援システムの背景にある理念を伝達し、理念に沿った記載の仕方を伝える	1 時間
看護計画・看護師によるアセスメントツールの運用	「看護計画」画面や、Nsアセスメントツールの設定意図（理念）と使用法を伝える	30 分
提出文書・統計データに反映されるデータの入力について ～患者情報、アセスメント、治療評価会議等	「入院時基本情報管理シート」など厚生労働省ガイドラインに定められた提出文書に反映されるデータの入力元、および統計データ抽出機能によって抽出されるデータの入力元を明示し、必要なデータを正確に入力するための説明を行う	1.5 時間
対象者の移動に伴う記録～入退院、転院、特定病床	統計データ抽出機能によって抽出されるデータの入力元でもあり、また間違いやすく、かつ間違うと後からの修正が困難な対象者の移動に伴う記録について重点的に説明を行う	1 時間
データの抽出とチェック方法	統計データ抽出機能の使用法を解説し、抽出した統計データをもとに元データの誤りの有無を確認・修正する方法を伝達する	1 時間

表 2 医療観察法病棟診療録管理士研修会の職種別参加者数

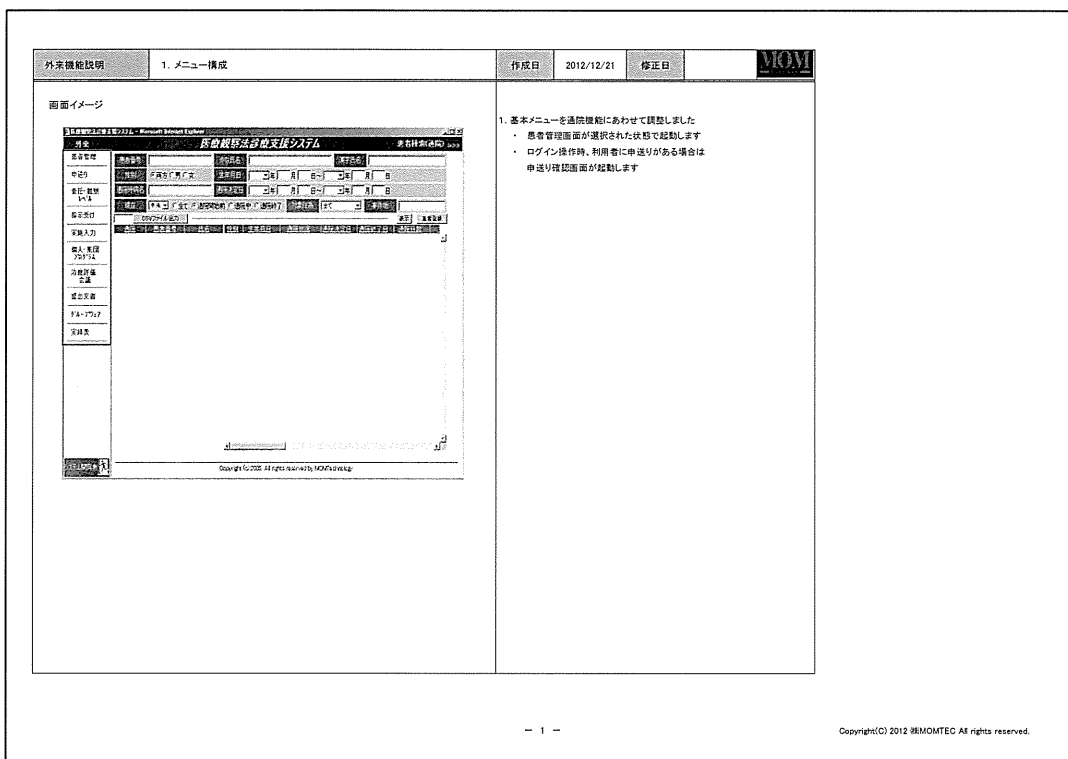
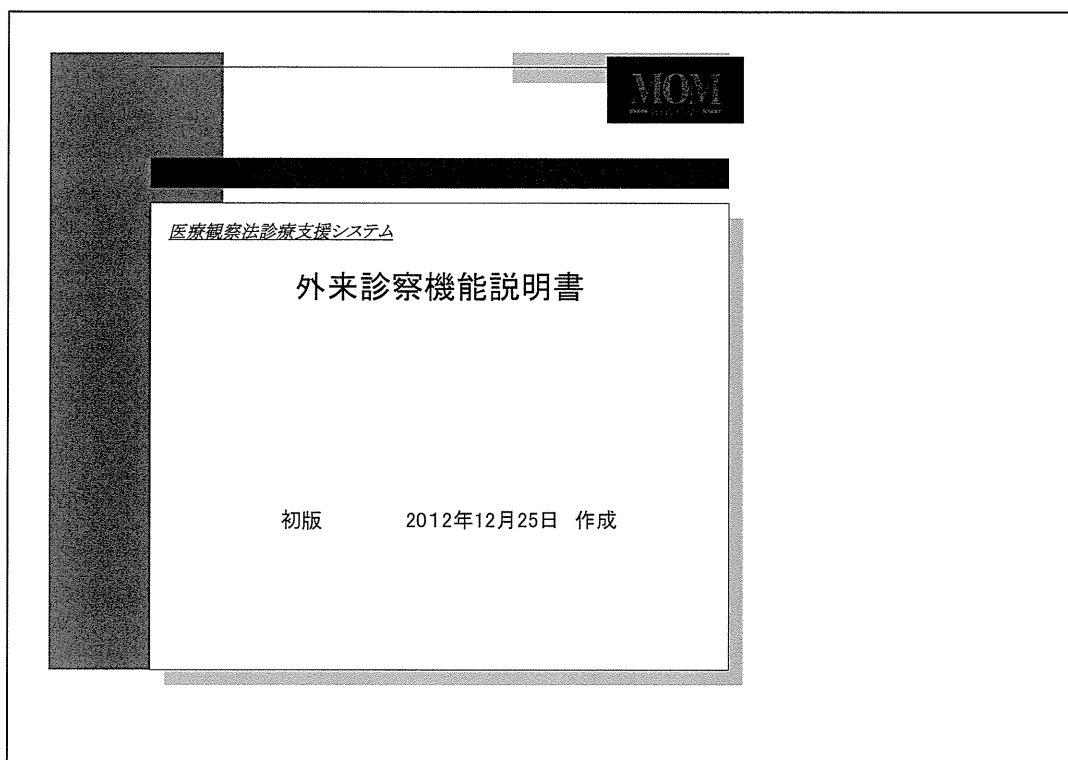
第 2 回	
事務	10
Ns	24
PSW	3
CP	1
計	38

(2) アンケート結果





## 通院版診療支援システムの操作説明書



※ 一部を示す

#### 4. 医療観察制度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

研究分担者 吉住 昭

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター臨床研究部顧問

平成 24 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および社会推進に関する研究  
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関する研究

研究分担者 吉住 昭 国立病院機構 肥前精神医療センター臨床研究部顧問

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。

また昨年度の報告において、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 月の警察官通報調査と比較し、差異が生じた要因について検討した。その結果、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ることが明らかとなった。これらの動向から、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ことが指摘された。

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。詳細は昨年度報告書に詳記した。

今年度は、通報書、事前調査書の各項目と指定医診察要否の判断への影響、診断書、消退届と措置要否判断ならびに措置入院期間への影響について、検討した。あわせて、2000年度の警察官通報ならびに2008年度の検察官通報との比較で差異が生じた要因について考察を行った。

#### 【結果】

全856例について、該当欄に記載のあった事例の通報内容を分析した。

事前調査票の記載があった847例を対象に、事前調査項目の措置診察の要否判断に与えた影響について、ロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。事前調査において認められた項目ごとの措置診察にかかるOdds比は、幻覚妄想6.12、自傷5.06、他害3.56、暴行2.17、傷害1.95、本人面接1.66、男性1.56、生活維持困難0.58、現在治療あり0.51であった。またCHAID法による決定木分析では、まず幻覚妄想の有無で分岐していた。幻覚妄想あり群は、以下、何らかの他害行為、暴行、自傷行為、衝動行為の有無が影響していた。幻覚妄想なし群は他害行為の有無で分岐し、以下、状況認知困難や自傷行為、器物損壊、幻聴の有無などが影響していた。

措置入院に関する診断書の検討では、問題行動では傷害B、暴行A・B、器物損壊B、自殺企図B、その他Aで、措置判断への影響で有意差が認められた。指定医2名の判断の一致状況については、強制わいせつA、暴行A、窃盗B、自殺企図A・Bで一致傾向が認められた。症状では、幻聴、妄想、連合弛緩、滅裂思考、抑うつ気分、衝動行為、興奮、暴言で措置判断への影響で有意差が認められた。判断の一致度は、重度精神遅滞で完全に一致し、知能障害、軽度精神遅滞、妄想、抑うつ気分、自殺念慮で一致傾向が認められた。状態像では、幻覚妄想、精神運動興奮、抑うつ状態、その他で措置判断への影響で有意差が認められた。判断の一致度は、抑うつで一致傾向が認められた。

措置診察を受けた522例を対象に、診断書各項目を独立変数、最終的に措置入院したかどうかを従属変数として、ロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。

ロジスティック回帰分析による各項目のOdds比は、傷害B34.2、物質依存26.1、暴行B23.9、器物損壊A14.5、自殺企図A11.8、幻聴6.4、衝動行為3.2であった。なお、易刺激性亢進0.2、その他B1144については、詳細を検討中である。

CHAID法による決定木分析では、まず暴行Bの有無で分岐した。暴行Bあり群では妄想、衝動行為、器物損壊が、暴行Bなし群では、自殺企図B、器物損壊、幻聴が、措置要否判断に影響していた。

措置入院期間に影響する入院時点の因子としてCRT法による決定木分析により措置入院期間の分析を行った。全例は妄想の有無で分岐し、妄想あり66.7±57.2日、妄想なし

33.1±33.8 日となり、以下、再分岐はしなかった。

#### 【考察】

事前調査において措置診察を行うかは、ロジスティック回帰分析においては、精神症状では幻覚妄想、行動面では自傷、他害（特に暴行、傷害）、他に本人面接あり、男性で Odds 比が高く、粗暴な他害行為あるいは自傷行為がリスクと評価されることで、措置診察が実施されているものと思われた。一方、生活維持困難、現在治療ありでは診察不要とされており、措置症状に留意しつつ治療関係を優先される場合があり得ることも示された。

決定木分析では幻覚妄想の有無で分岐し、ともに他害行為の有無で再分岐しており、以後は自傷行為や状況認知困難、暴行が判断に影響していた。

この判断は、検察官通報時のものと、きわめて類似しており、措置入院の事前調査の大半は警察官通報でもあることを考慮すれば、診察要否判断は、かなり安定しているといえた。

措置入院に関する診断書における措置判断への影響と一致率については、これまでの暴行と今後の自殺企図のおそれが認定された患者で要措置となりやすく、指定医の判断も一致しており、これは粗暴な行動や自殺企図のおそれがあれば行動制限を受けやすいといった点からと思われた。幻覚や妄想、易刺激性などの精神病症状でも要措置となりやすく指定医判断も一致していたが、診察時の所見は、一致しないこともあった。

ロジスティック回帰分析では、幻聴や衝動行為、傷害 B、物質依存、暴行 B、器物損壊 A、自殺企図 A など、病的体験等による問題行動が起こりうる状態像では、要措置となっていた。検察官通報より軒並み Odds 高いのは、警察官通報が他害行為と近接しているためとも思われた。その他 B や易刺激性亢進については、検証を要するとも思われた。

決定木分析でも、治療の必要性が高い症状や問題行動が揃うと要措置が多い群となっていた。特に、警察官通報では将来予測項目での分岐が多く、切迫した精神科救急医療場面を反映したものと思われた。症状と他害行為に関連が認められる場合に要措置となるのは、法が想定した対応であり、妥当な運用と思われた。ただ、要措置が少ない群は、治療の必要性について、分析に現れない因子の関与が認められる群でもあり、これらの症候が揃えば直ちに措置不要とするのは、やや短絡であると思われた。

措置入院期間に影響する入院時点の因子について決定木分析を行ったところ、妄想の有無のみで分岐しており、妄想が存在すると入院期間が延長する傾向があると思われた。

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、事例のリスクを直接評価したものではなく関係者が評価した内容であること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 年度における警察官通報について、昨年度に未集計であった詳細の集計結果を報告した。

事前調査の判断は、検察官通報と類似しており、判断は安定しているものと思われた。これは措置通報の大半は、警察官通報であり、その判断基準が検察官通報においても用いられているものと考えられた。

指定医診察では、精神症状、問題行動とも検察官通報より Odds 高く、将来予測項目で

の分岐が多く、切迫した精神科救急医療場면을反映しているものと思われた。

措置入院期間は、妄想の有無のみで分岐しており、措置症状や問題行動消退までは措置継続している可能性が示唆された。

このように、昨年も指摘したが、警察官通報は救急医療に軸足を移してきていることが明らかとなった。

措置入院制度は、医療観察法と並んで、触法精神障害者を処遇する制度であるが、より地域に近く、また対応する精神科医療機関も多いことから、今後とも定期的なモニタリングが必要であることを指摘した。

研究協力者	所属
島田 達洋	栃木県立岡本台病院
小口 芳世	慶応義塾大学精神神経科
猪飼紗恵子	山梨県立北病院
稲垣 中	公益財団法人神経研究所 臨床精神薬理センター
椎名 明大	千葉大学医学部附属病院 精神神経科
小泉 典章	長野県精神保健福祉 センター
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

## 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<sup>1・22)</sup>。

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

また昨年度の報告において、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月の警察官通報調査と比較し、差異が生じた要因について検討した。その結果、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ることが明らかとなった。これらの動向から、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ことが指摘された。

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。

## B 研究方法

2008年4月1日から2009年3月31日までに、全国64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、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う形式で、提出を求めた。詳細は昨年度報告書に詳記した<sup>1)</sup>。

事前調査の各項目について、その項目が認定されたかどうかを独立変数、診察を必要としたかどうかを従属変数として、ロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。各独立変数は、その項目が認められるか否か、定性的に評価した。

措置入院に関する診察では、患者1名に対して、要措置となる場合は2名の指定医が診察することとなる。ただし直前に緊急措置を経た場合は、3名の指定医が診察す

ることとなる。また、措置不要となる場合は、最初の指定医が措置不要とする場合、2名のうち1名の指定医が措置不要とする場合、緊急措置を経た場合は3名目の指定医が措置不要とする場合があり得る。このように、措置入院に関する診断書は、1枚から3枚が存在することになる。

今回の集計に際しては、緊急措置入院の診断書は除き、措置入院に関する診断書によって判断した。

指定医の判断の傾向についてはそれぞれの診断書ごとに検討した。また、診断書の各項目のうち、年齢、性別、問題行動（A：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動）、状態像を独立変数、最終的に措置入院となったかどうかを従属変数として、ロジスティック回帰分析および決定木分析を行った。

また、措置診察については、1名の指定医が診察した場合と2名の指定医が診察した場合があるが、症状・問題行動等については、いずれかの指定医が認定していれば、認められるものとした。Cohen kappaはExcelにて、Fisher直接確率はRを用いて求めた。

ロジスティック回帰分析はIBM社のIBM SPSS Statistics 21.0, Regressionを用い、強制投入法を施行した。なお有意確率は0.05以下としたが、厳しすぎるという見解もあり、p値0.3までは、その区別が明確になるように記載した。

決定木分析は同じくIBM SPSS Statistics 21.0, Decision Treeを用い、診察要否または措置要否を従属変数としてCHAID（Chi-squared Automatic Interaction Detection）を、措置入院期間を従属変数としてCRT（Classification and Regression Tree）を施行、いずれも親ノード50例以上、子ノード25例以上とした。なお、CHAIDでは有意確率を5%とし