

た。

（倫理面への配慮）

研究に際しては、対象者の個人情報を守る目的で、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、主任研究者が属した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 事前調査について

（1）ロジスティック回帰分析

事前調査票の記載があった847例を対象に、事前調査において認められた項目の措置診察に与えた影響について、ロジスティック回帰分析を行った。

表1に、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比および95%信頼区間を示した。

結果、有意確率0.05以下の項目で、そのOdds比および95%信頼区間は、男性1.55*（1.09-2.22）、事前調査で本人面接を行った1.66**（1.14-2.41）、幻覚妄想あるいは明白に病的な行動や言動6.12**（4.06-9.23）、基本的な生活維持の困難0.58*（0.36-0.93）、自傷行為あり5.06**（3.26-7.87）、他害行為あり3.55**（2.13-5.93）、傷害1.94*（1.06-3.56）、暴行2.17*（1.39-3.41）、現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療0.51**（0.34-0.79）であった。

年齢0.99-（0.98-1.00）、性的問題行動4.77-（0.57-39.61）、恐喝0.34-（0.08-1.53）、窃盗2.45-（0.59-10.24）、精神科治療歴2.20-（0.83-5.77）、アルコール問題0.59+（0.33-1.07）は、Odds比の95%信頼区間から関連があるとまでは認められなかった。

状況認知問題あり、殺人、侮辱、器物損壊、強盗、詐欺、放火、弄火、生涯診断歴あり、身体合併症あり、過去司法処分ありの各項目ではp値が大きく、また薬物問題ありでは問題を有する事例としては記載がなされていなかった（ $n=847$ 、**： $p<.01$ ，*： $p<.05$ ，+： $p<.1$ ，-： $p<.3$ ）。

（2）決定木分析

事前調査票の記載があった847例は、要診察516例（60.9%）、診察不要331例（39.1%）であった。この847例を対象に、事前調査において認められた項目の措置診察の要否判断に与えた影響について、決定木分析を行った。

図1に、措置診察実施に際しての事前調査内容に関する決定木分析による樹形図を示した。

決定木は、まず幻覚妄想の有無で分岐した。

幻覚妄想あり群581例では要診察437例（75.2%）、診察不要144例（24.8%）であり、幻覚妄想なし群266例では要診察79例（29.7%）、診察不要187例（70.3%）であった。

幻覚妄想あり群581例は、他害行為の有無で、他害行為あり群459例と他害行為なし群122例に分岐した。

幻覚妄想なし群266例も、他害行為の有無で、他害行為あり群118例と他害行為なし群148例に分岐した。

a 幻覚妄想あり・他害行為あり群

幻覚妄想あり・他害行為あり群459例は、要診察368例（80.2%）、診察不要91例（19.8%）であり、暴行の有無で分岐した。

幻覚妄想あり・他害行為あり・暴行あり群は、要診察 185 例 (87.3%)、診察不要 27 例 (12.7%) で、ターミナルノードとなった。

幻覚妄想あり・他害行為あり・暴行なし群は、要診察 183 例 (74.1%)、診察不要 64 例 (25.9%) で、自傷の有無で分岐した。

幻覚妄想あり・他害行為あり・暴行なし・自傷あり群は、要診察 59 例 (89.4%)、診察不要 7 例 (10.6%) で、ターミナルノードとなった。

幻覚妄想あり・他害行為あり・暴行なし・自傷なし群は、要診察 124 例 (68.5%)、診察不要 57 例 (31.5%) で、現在治療状況で分岐した。

幻覚妄想あり・他害行為あり・暴行なし・自傷なし・現在治療あり群は、要診察 46 例 (59.7%)、診察不要 31 例 (40.3%) で、性別で分岐した。

幻覚妄想あり・他害行為あり・暴行なし・自傷なし・現在治療あり・男性群は、要診察 33 例 (70.2%)、診察不要 14 例 (29.8%)、幻覚妄想あり・他害行為あり・暴行なし・自傷なし・現在治療あり・女性群は、要診察 13 例 (43.3%)、診察不要 17 例 (56.7%) で、ともにターミナルノードとなった。

幻覚妄想あり・他害行為あり・暴行なし・自傷なし・現在治療なし群は、要診察 26 例 (25.0%)、診察不要 78 例 (75.0%) で、ターミナルノードとなった。

b 幻覚妄想あり・他害行為なし群

幻覚妄想あり・他害行為あり群 122 例は、要診察 69 例 (56.6%)、診察不要 53 例 (43.4%) であり、自傷の有無で分岐した。

他害行為あり・自傷あり群 75 例は、要診察 59 例 (78.7%)、診察不要 16 例 (21.3%)、

他害行為あり・自傷なし群 47 例は、要診察 10 例 (21.3%)、診察不要 37 例 (78.7%) で、ターミナルノードとなった。

c 幻覚妄想なし・他害行為あり群

幻覚妄想なし・他害行為あり群 118 例は、状況認知困難の有無で分岐した。

幻覚妄想なし・他害行為あり・状況認知困難あり群は、要診察 29 例 (64.4%)、診察不要 16 例 (35.6%) で、ターミナルノードとなった。

幻覚妄想なし・他害行為あり・状況認知困難なし群は、要診察 28 例 (38.4%)、診察不要 45 例 (61.6%) で、本人面接の有無で分岐した。

幻覚妄想なし・他害行為あり・状況認知困難なし・本人面接あり群は要診察 18 例 (51.4%)、診察不要 17 例 (48.6%)、幻覚妄想なし・他害行為あり・状況認知困難なし・本人面接なし群は要診察 10 例 (26.3%)、診察不要 28 例 (73.7%) で、ともにターミナルノードとなった。

d 幻覚妄想なし・他害行為なし群

幻覚妄想なし・他害行為なし群 148 例は、自傷の有無で分岐した。

幻覚妄想なし・他害行為なし・自傷あり群 58 例は要診察 17 例 (29.3%)、診察不要 41 例 (70.7%) で、ターミナルノードとなった。

幻覚妄想なし・他害行為なし・自傷なし群 90 例は要診察 5 例 (5.6%)、診察不要 85 例 (94.4%) で、本人面接の有無で分岐した。

幻覚妄想なし・他害行為なし・自傷なし・本人面接あり群 31 例は、要診察 5 例 (16.1%)、診察不要 26 例 (83.9%)、幻覚妄想なし・他害行為なし・自傷なし・本人面接なし群 59 例は、要診察 0 例 (0.0%)、診察不要 59 例 (100.0%) で、ターミナルノードとなった。

2 措置診察について

(1) 措置判断への影響と一致率

a 問題行動

表 2 に、自傷他害行為の措置判断への影響と一致率を示した。

表 2 を、これまでの殺人（01A）について抜粋すると、次の通りである。

診断書 1 / 2	無 / 無	無 / 有	有 / 無	有 / 有
措置入院した	370	2	3	0
措置入院せず	26	0	1	0

これまでの殺人（01A）においては、措置入院をした事例のうち、診断医 2 名がいずれも、これまでの殺人を認めなかったのが 370 例、指定医 1 名がこれまでの殺人を認め、もう 1 名が認めなかったのが 2 例と 3 例で計 5 例、2 名の指定医がいずれも認めたのは 0 例となった。一方、措置入院をしなかった事例のうち、診断医 2 名がいずれも、これまでの殺人を認めなかったのが 26 例、指定医 1 名がこれまでの殺人を認め、もう 1 名が認めなかったのが 1 例と 0 例で計 1 例、2 名の指定医がいずれも認めたのは 0 例となった。これより、Fisher 直接確率 0.343 で、措置入院となるかどうかには影響していないと思われた。

また、指定医 2 名の認定が一致しているかどうか、Cohen κ は -0.01 であった。

以上から、これまでの殺人（01A）については、措置入院となるかどうかで有意差はなく、また 2 名の指定医間で判断の一致傾向は認められなかった。

このようにして、これまでの自傷他害行為を検討すると、暴行 A、その他 A で、措置判断への影響で有意差があり、他で有意差は認められなかった。指定医 2 名の判断の一致状況については、 κ 0.8 以上の項目はなかったが、強制わいせつ A、暴行 A、自殺企図 A で κ 0.6 以上の一致傾向が認められた。

また今後おそれのある自傷他害行為では、

傷害 B、暴行 B、器物損壊 B、自殺企図 B、で措置判断への影響で有意差があり、他は有意差なかった。指定医 2 名の判断の一致状況については、 κ 0.8 以上の項目はなかったが、窃盗 B、自殺企図 B で κ 0.6 以上の一致傾向が認められた。

b 症状・状態像

表 3 に、症状・問題行動・状態像等の措置判断への影響と一致率を示した。

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。また、強迫観念、感情平板化で差異傾向があった。判断の一致度は、重度精神遅滞で κ 1.0 と完全に一致し、知能障害、軽度精神遅滞、妄想、抑うつ気分、自殺念慮で κ 0.6 以上の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 κ 0.6 以上の一致傾向が認められた。

(2) ロジスティック回帰分析

表 4 に、措置診察においていずれかの指定医が認めた項目ごとの措置要否にかかる Odds 比と 95%信頼区間は、次の通りとなった。

まず、有意確率 0.05 以下の項目で、その Odds 比および 95%信頼区間は、傷害 B 34.25** (4.84-242.2)、暴行 B 23.86** (4.02-141.8)、器物損壊 A 14.46** (3.06-68.27)、自殺企図 A 11.84* (1.63-85.88)、その他 A 0.003** (0.000-0.183)、その他 B 1144.44** (10.69-122520.62)、幻聴 6.39* (1.51-26.93)、易怒性・被刺激性亢進 0.20* (0.05-0.76)、衝動行為 3.21* (1.03-10.04)、物質依存 26.11* (3.05-223.23)、であった。

また、p 値が 0.3 までのものは、放火 B

0.21+ (0.000-8.72)、恐喝 A 0.08+ (0.004-1.50)、脅迫 A 3.58-(0.54-23.52)、窃盗 A 36.83-(0.28-4887.11)、器物損壊 B 0.22+ (0.04-1.16)、家宅侵入 A 0.09-(0.03-2.92)、家宅侵入 B 24.0+ (0.62-930.06)、自傷 B 2.75-(0.52-14.62)、思考奔逸 5.15-(0.50-52.77)、強迫観念 0.12-(0.01-1.81)、感情平板化 12.21-(0.36-411.93)、高揚気分 4.06-(0.61-27.08)、興奮 2.14-(0.69-6.69)、てんかん 11.30-(0.21-609.64)、その他の症状 0.47-(0.13-1.66)、精神運動興奮状態 2.08-(0.54-7.96)、措置入院歴あり 0.19-(0.02-1.53)、であった。ただ、これらの項目は、Odds 比の 95%信頼区間について留意する必要がある。

他の項目は、p 値が大きかった (n=522、** : p<.01, * : p<.05, + : p<.1, - : p<.3)。

(3) 決定木分析

措置入院に関する診断書の記載があった 522 例は、要措置 387 例 (74.1%)、措置不要 135 例 (25.9%) であった。この 522 例を対象に決定木分析を行った。

図 2 に、措置診察に際しての措置要否判断に関する決定木分析による樹形図を示した。

決定木は、まず暴行 B の有無で分岐した。暴行 B あり群 276 例では要措置 256 例 (92.8%)、措置不要 20 例 (7.2%) となり、措置不要が半減した。暴行 B なし群 246 例では要措置 131 例 (53.3%)、措置不要 115 例 (46.7%) で、措置不要が倍増していた。

暴行 B あり群 276 例は、妄想の有無で分岐した。妄想あり群 206 例では要措置 200 例 (97.1%)、措置不要 6 例 (2.9%) であった。この群は、さらに衝動行為の有無で分岐し、衝動行為あり群 173 例では要措置 171 例 (98.8%)、措置不要 2 例 (1.2%)、衝動行為なし群 33 例では要措置 29 例 (87.9%)、措置不要 4 例 (12.1%) で、と

もにターミナルノードとなった。

妄想なし群 70 例では要措置 56 例 (80.0%)、措置不要 14 例 (20.0%) であった。この群は、さらに器物損壊 B の有無で分岐し、器物損壊 B あり群 41 例では要措置 37 例 (98.8%)、措置不要 4 例 (1.2%)、器物損壊 B なし群 29 例では要措置 19 例 (65.5%)、措置不要 10 例 (34.5%) で、ともにターミナルノードとなった。

一方、暴行 B なし群 246 例は、自殺企図 B の有無で分岐した。自殺企図 B あり群 67 例は要措置 57 例 (85.1%)、措置不要 10 例 (14.9%) で、ターミナルノードとなった。自殺企図 B なし群 179 例では要措置 74 例 (41.3%)、措置不要 105 例 (58.7%) で、措置不要が 2 倍近くに増加していた。

暴行 B なし・自殺企図 B なし群 179 例は、さらに器物損壊 B の有無で分岐し、器物損壊 B あり群 31 例では要措置 24 例 (77.4%)、措置不要 7 例 (22.6%) で、ターミナルノードとなった。一方、器物損壊 B なし群 148 例では要措置 50 例 (33.8%)、措置不要 98 例 (66.2%) で、幻聴の有無で再分岐した。幻聴あり群 45 例は要措置 23 例 (51.1%)、措置不要 22 例 (48.9%)、幻聴なし群 103 例は要措置 27 例 (26.2%)、措置不要 76 例 (73.8%) で、ともにターミナルノードとなった。

(4) 措置入院期間に影響する入院時点の因子-決定木分析による措置入院期間の分析

措置診察を受けた 522 例について、措置入院期間を従属変数、措置要否および診断書の各項目を独立変数として、CRT 法により決定木分析を行った。

全例は、まず要措置 387 例と措置不要 135 例に分岐した。この要措置群 387 例は措置入院期間 57.4 ± 53.9 日であった。この群は、妄想の有無で分岐し、妄想あり群 279 例 (53.4%) は、 66.8 ± 57.2 日、妄想なし

群 108 例（20.7%）は、 33.1 ± 33.8 日で、ともにターミナルノードとなった。

D 考察

1 事前調査における措置要否判断

（1）ロジスティック回帰分析

措置診察を行うかどうかの Odds 比は、精神症状では幻覚や妄想、行動面では自傷、他害（特に暴行、傷害）などで高かった。ロジスティック回帰分析では、他の因子の影響は排除されていることから、たとえば幻覚や妄想はそれ自体でも措置診察が行われるものと考えられた。また、自傷、他害（特に暴行、傷害）については、措置症状を有するかどうか、医師の判断を求められる場合が多いものと思われた。

また、本人面接ありでも、要診察とされることが多かった。本人面接ありと要診察の関係については、現実に本人の診察を行うには、本人が警察署にいるなど、診察可能な状況が必要あることが影響していると思われる。通報があっても、本人の所在が不明であったり、所在は判明していても会うことができない状況では、診察不能とせざるをえない。逆に、警察が本人の保護を継続するなどの状況では、警察の保護を維持するだけの必要性があるとの認識が生じうる現実の状態と、措置診察必要との判断との間に、影響があるためと思われた。

性別では、男性で、要診察とされることが多かった。これは同じ他害行為でも、体力的な差異から男性において被害が深刻化しやすいことも影響している可能性を考慮する必要もあると思われた。

一方、生活維持困難、現在治療ありでは診察不要との判断に傾いており、これは他の要因を排した後で、生活維持困難という点だけで検討した場合には、措置入院を要請するより、任意入院や医療保護入院などで対応することが望ましく、またそれで十

分な場合が想定されるためと思われた。

現在治療ありでは診察不要とされており、治療関係がある場合には、措置症状が明らかでなければあえて措置診察を行わないというのも、選択肢としてありうるものと思われた。

（2）決定木分析

決定木分析では、まず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た。

幻覚妄想あり・他害行為あり群では、暴行がある群で要診察 87.3%と高率に要診察となっており、一方で幻覚妄想あり・他害行為なし群では、さらに自傷行為なし群で要診察 21.3%にとどまっており、現実的な危険性がない群では、措置診察が行われる可能性は低いと思われた。

ただ、決定木分析では、他の多くの問題点の影響については、カイ 2 乗検定で有意差が出ない場面では評価されないこととなるため、こうした因子の影響については、留意しておく必要がある。

（3）事前調査まとめ

警察官通報における事前調査の結果は、検察官通報における事前調査の結果と、かなり類似したものとなった。

措置通報の大多数が警察官通報であることを考えれば、警察官通報が検察官通報に似たといったようなものではなく、措置要否の判断は警察官通報における判断が基本となっていて、検察官通報においても同様の基準で措置要否の判断が行われたものと考えられる。

この点において、事前調査における診察要否の判断は、かなり安定したものであるとも言えると思われた。

なお、事前調査については昨年度の調査において、既に医療機関に搬送された後に通報される等の事情で、診察不要とされる例があることについて、指摘している。

2 措置入院に関する判断

(1) 措置判断への影響と一致率

a 問題行動

これまで、また今後に暴行のおそれがあると認定された患者、また今後、傷害や器物損壊、自殺企図のおそれがあるとされた患者で、要措置となりやすかった。これらは、今後の傷害のおそれを除き、指定医の判断もおおむね一致しており、これは粗暴な行動があれば関係者が何らかの行動制限を考慮することからは、当然とも思われた。

ただ、他の重大他害行為では、有意差はみられず、また、検察官通報の報告においても指摘したが、銃刀法違反、覚醒剤、暴力行為処罰法など、比較的頻度の高い問題行動は「その他」で集計されることからだ。そして、これまでの問題行動については、情報がどの程度、指定医に伝えられているかが検証しづらいこともあり、判断の傾向は行為の種類ごとに異なってくるものと思われた。

b 症状・状態像

幻覚や妄想など精神病症状では要措置となりやすく指定医の判断も一致しており、これは精神病状態において自傷・他害に至る行動化が生じた場合は措置症状のひとつと位置づけられることから、当然であるとも思われた。

一方、連合弛緩、滅裂思考では、要措置となりやすいが、指定医の判断はあまり一致しておらず、症状の行動化に至りやすさが幻覚や妄想ほどではないためと思われた。

抑うつ気分、衝動行為、興奮など行動面に直接問題がある場合にも、要措置となりやすかったが、指定医の判断は一致していなかった。行動の背景にある心因や状況の評価で差が生じた可能性もあると思われた。

もちろん、措置入院に関する診察では、指定医診断の一致に、患者の人権保護機能

が付与されており、指定医の診断不一致がただちに問題となるわけではない。ただ、あまりに不一致の度合いが大きいと、制度への不信を招きかねないため、どの程度、判断が一致するかを評価し、モニタリングし続ける必要がある。

この調査の結果からは、少なくとも、主要な精神病症状やそれに伴う問題行動、状態像では一定の一致が認められた。このため、制度としては、不一致の果たす人権上の役割について理解を求めることも妥当と思われた。

(2) ロジスティック回帰分析

精神症状の Odds 比で有意なものは、幻聴 6.4、衝動行為 3.2、物質依存 26.1 などで、病的体験あるいは衝動性亢進等により問題行動が起こりうる状態像では、要措置となっていた。ただ、被刺激性亢進 0.2 となっていた点については、措置不要に傾いていたが、これはなお検討を要する。

これまで・今後おそれのある他害行為の各項目では、傷害 B 34.2、暴行 B 23.9、器物損壊 A 14.5、自殺企図 A 11.8 などで要措置とされており、症状と切迫した他害行為の関連で患者の判断能力を考慮した上で、措置入院を要するとの判断がなされていると想定された。

なお、その他 B での Odds 比 1144 となっていたが、これについてはデータについて、なお詳細な検討を要するものと考えている。

診断書では、これまで、今後おそれのある問題行動の有無のチェックが求められている。検察官通報に際しては、このすべてを独立変数として、措置要否を従属変数とすると、独立変数の項目数が多すぎるためか、解析が著しく困難となったことから、これまで・今後おそれのある問題行動は、まとめて評価することとした。ただ、警察官通報においては、時間的な事情から、その

ようなデータ処理を行うことができなかった。その他項目の Odds が異様に高い等の問題もあり。次年度以降に、改めて、このような処理を行った上で解析を試みたい。

（3）決定木分析

要措置が多い群は、治療の必要性が高い症状や問題行動が揃うことが想定される。暴行 B あり群では要措置 92.8%であり、これに妄想が加わると要措置率は 97.1%にまで上昇した。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。

一方、要措置が少ない群は、治療の必要性について、分析に現れなかった因子の関与が認められる群でもある。暴行 B なし・自殺企図 B なし群では要措置 41.3%であり、さらに器物損壊 B なし群では 33.8%まで低下しているが、これらでは暴行 B、自殺企図 B、器物損壊 B 以外の因子が関与して要措置となる群は、なお要措置となることが想定される。

（3）多変量解析での留意事項

ロジスティック回帰分析と決定木分析に際しては、2名の指定医のいずれかが認定するかどうかで集計し、この集計結果と措置診察の結果を対比した。ただ、2名の指定医のいずれかが認定したかどうかと、最終的にその患者が措置入院したかどうかには、ずれが生じる場合がある。たとえば、A、B 2名の指定医が診察をし、Aがある症状・問題行動等を認めて要措置、Bがその症状・問題行動等を認めず措置不要とした場合、Aがある症状・問題行動等を認めて措置入院を要するとしているにもかかわらず、独立変数の側では、その症状・問題行動等があることとされ、かつ、従属変数の側では措置不要として処理されていることに留意する必要がある。

また、いずれも、単純に統計学的手法によって導き出されたものであり、筆者ら

は、たとえば決定木分析のような思考手順で、診察要否や措置要否、また入院期間を決定するように推奨しているわけではない。

（4）措置入院期間に影響する入院時点の因子

まず、措置入院の有無で分岐したが、これは、措置入院期間を従属変数とした以上、措置入院していない群が措置入院期間 0 として分岐するのは当然と思われた。

分岐は、妄想の有無で分岐し、ともにターミナルノードとなった。

幻覚あり群では、幻覚なし群より措置入院期間が延長しており、これが措置症状となっている場合には、治療に、一定の期間を要することが明らかとなった。

3 研究の限界

この研究においては、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、通報事例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、警察官からの通報書と保健所が作成する事前調査書は自治体ごとにまちまちであり、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。

また、これらは行政資料に基づく調査であり、措置解除後の経過等を追うことはできない。

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、一律の判断基準や治療プロトコールが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。

また、この研究では、統計的手法による分析を行ったため、発現頻度が少ない症状や問題行動の措置診察要否や措置要否、措置解除の判断に与える影響は、どうしても測りづらいものとなってしまふ。こうした点に対しては、症状の問題行動に与えた影響を、その文脈に従って、個別に解析する方法をとらざるを得ない。この研究のように、行政機関からの資料を得るという手法で、個人情報保護に特段の注意を払う方法では、詳細な経緯の収集は不可能で、研究方法から、少数例の解析には困難があるものと思われた。

また、事例数 1056 例、うち措置診察 588 例、措置入院 440 例と、事例数はやや少ないことで、若干の偏りが生じる可能性についても考慮する必要がある。

2001 年度調査においても、検察官通報と警察官通報、その他のデータでは、事例数は同程度であったものの、それぞれの性質によると思われる偏りも認められており、その差異は今後検討を行っていく必要がある。

E. 結論

2010 年度における警察官通報について、前年度の特別研究報告に際して未集計であった詳細の集計結果を報告した。

幻覚妄想状態や精神運動興奮状態など精神病症状を呈する患者に対して、要措置との判断がなされることは、医療観察法施行の前後を通じて変化は見られなかった。

事前調査の判断については、検察官通報における判断と類似していたが、これは措置入院についての事前調査の大半は警察官通報例に対して行われるものであり、その判断基準が検察官通報例に対しても準用さ

れていると見られるとも思われた。

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 比が高く、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面を反映していた。

措置診察時の所見と、診察実施、措置診察の結果、措置入院期間等との関係については、警察官通報では、幻覚がある場合のみ入院期間が延長する影響が認められていた。

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。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

なし

2) 学会発表

1 瀬戸秀文, 島田達洋, 吉住昭, 小泉典章, 椎名明大, 稲垣中, 小口芳世, 猪飼紗恵子, 竹島正, 小山明日香: 医療観察法導入後における措置入院制度の現状-2000 年度と 2010 年度の警察官通報調査から-第 107 回日本精神神経学会, 札幌, 2012.5.23

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 年度総括・分担研究報告書. 2004

18) 竹島正, 三宅由子, 小山明日香, 田島美幸. 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究 分担研究報告書 1 : 事前調査ガイドライン案に関する調査. pp9-90 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
19) 竹島正, 立森久照, 長沼洋一. 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究. pp11-48 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

20) 瀬戸秀文, 島田達洋, 入野康, 山本智一, 小泉典章, 吉住昭, 竹島正, 尾島俊之, 野田龍也, 山下俊幸, 小高晃. 医療観察法入院処遇前における精神保健福祉法入院の現状. 臨床精神医学 40(11) : 1495-1505, 2011

21) 吉住昭, 竹島正, 尾島俊之, 他: 医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究. pp9-43 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究. 平成 21 年度総括・分担研究報告書. 2010

22) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他: 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 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究. pp55-91 厚生労働科学研究費補助金・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. 平成 22 年度総括・分担研究報告書. 2011

23) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他: 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. pp69-107 厚生労働科学研究費補助金・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. 平成 23 年度総括・分担研究報

告書．2012

24) 融道夫，中根允文，小宮山実 監訳．

ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン．医学書院，東京，1993 (World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992)

25) 中根允文，岡崎祐士，藤原妙子 監訳．

ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準．医学書院，東京，1994 (World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic criteria for research. 1993)

26) 西山詮．堅い精神科救急（緊急鑑定）

の実態と改革．精神経誌 86 : 89-119, 1984

27) 西山詮．大都市の措置入院-緊急措置入院の展開と基準-．精神経誌 101 : 729-736, 1999

図1 措置診察実施に際しての事前調査内容に関する決定木分析による樹形図

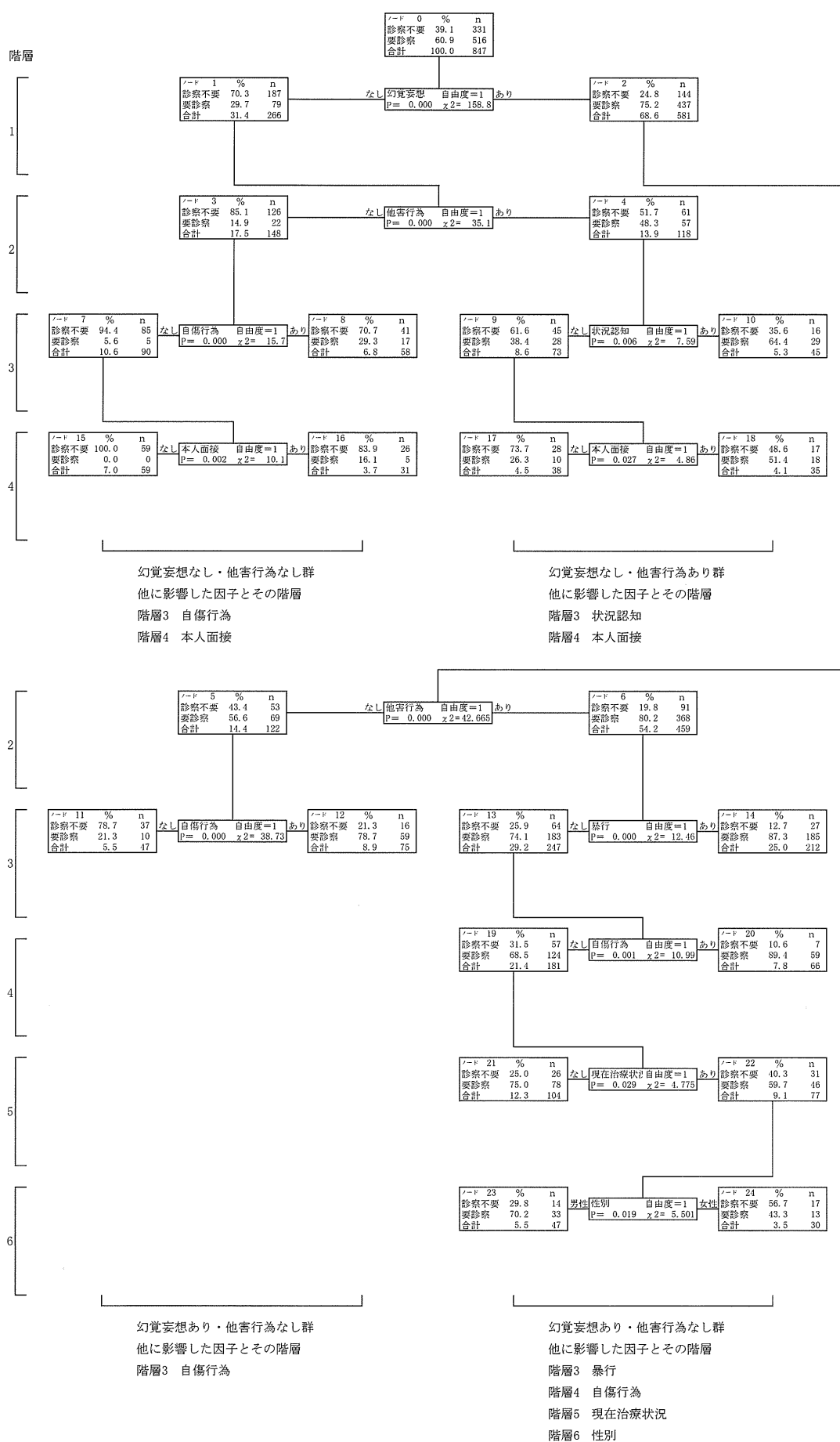


図2 措置診察に際しての措置要否判断に関する決定木分析による樹形図

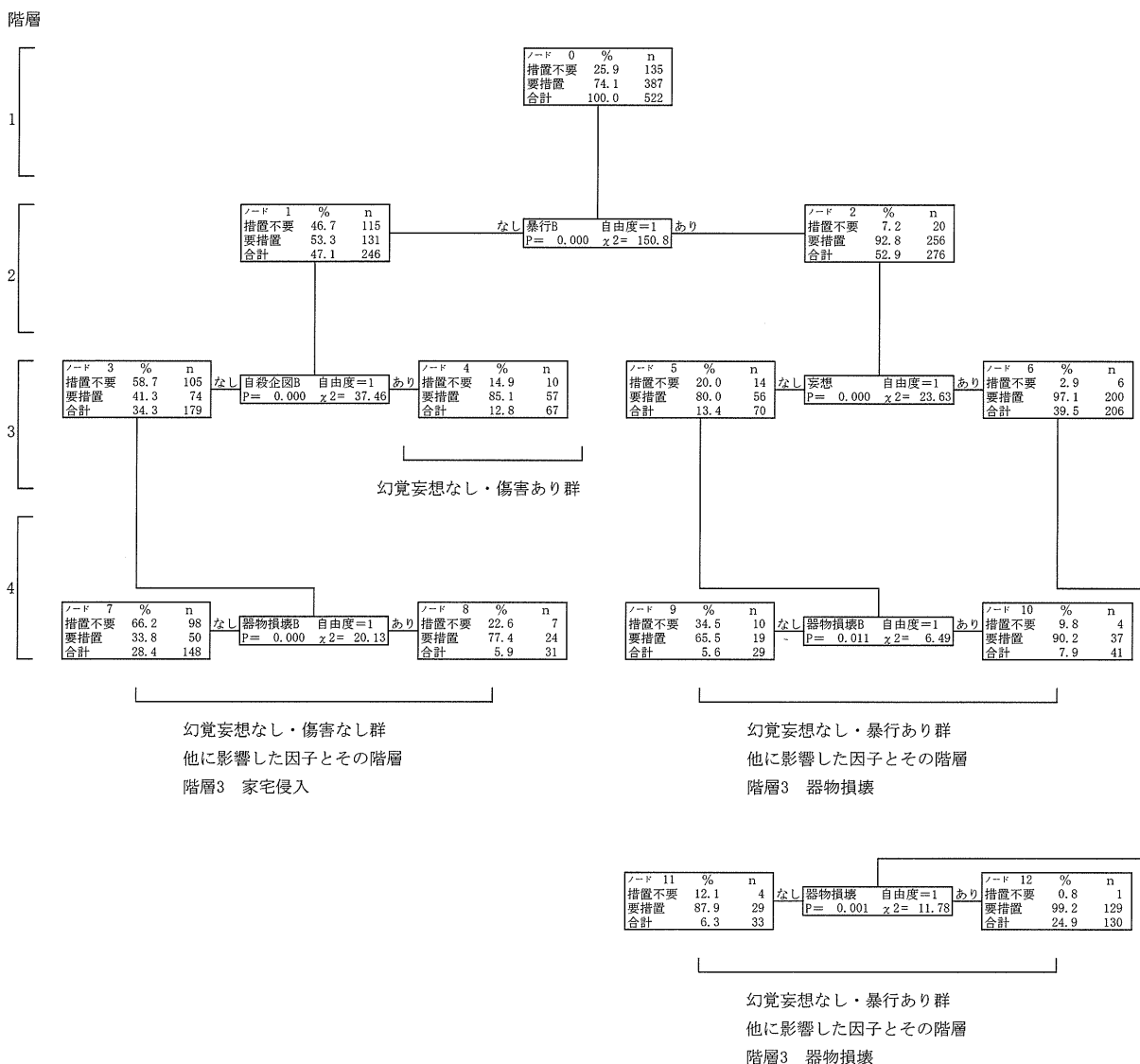


図3 措置入院期間と措置診察時の所見の決定木分析による樹形図

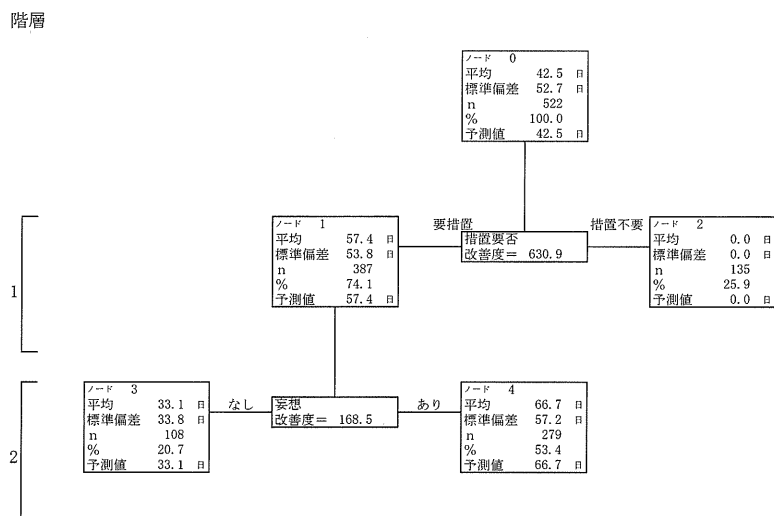


表1 事前調査において認められた項目ごとの措置診察にかかるOdds比

	有意確率	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼区間	
			下限	上限
年齢	0.206	0.99	0.98	1.00
男性	0.016 **	1.55	1.09	2.22
本人と面接した	0.008 **	1.66	1.14	2.41
幻覚妄想あり	0.000 **	6.12	4.06	9.23
状況認知問題あり	0.740	1.08	0.70	1.65
生活維持困難あり	0.023 *	0.58	0.36	0.93
自傷行為あり	0.000 **	5.06	3.26	7.87
他害行為あり	0.000 **	3.55	2.13	5.93
殺人	0.935	1.11	0.10	12.47
傷害	0.031 *	1.95	1.06	3.56
暴行	0.001 **	2.17	1.39	3.41
性的問題	0.148 -	4.77	0.57	39.61
侮辱	0.773	0.77	0.13	4.57
器物損壊	0.608	1.15	0.68	1.95
強盗	1.000	7.13E+08	0.00	
恐喝	0.160 -	0.34	0.08	1.53
窃盗	0.218 -	2.45	0.59	10.24
詐欺	1.000	9.08E+07	0.00	
放火	0.998	1.12E+09	0.00	
弄火	0.625	1.88	0.15	23.66
生涯診断歴あり	0.555	0.75	0.29	1.95
治療歴あり	0.112 -	2.19	0.83	5.77
現在治療あり	0.002 **	0.51	0.34	0.79
アルコール問題あり	0.083 +	0.59	0.33	1.07
身体合併症あり	0.898	1.09	0.31	3.77
過去の司法処分あり	0.355	1.72	0.55	5.40
定数	0.000	0.08		

n=992, -: p < 0.30, +: p < 0.10, *: p < 0.05, **: p < 0.01

表2 他害行為の一致率と措置要否判断への影響

診断書1 診断書2	全例				Cohen kappa			措置入院した				措置入院せず				措置入院した			措置入院せず			Fisher p=	
	なし	なし	あり	あり	P0=	Pc=	K=	なし	なし	あり	あり	なし	なし	あり	あり	○2	○1	×	○2	○1	×		
	なし	あり	なし	あり				なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	a	b	c	d	e	f		
殺人	01A	396	2	4	0	0.99	0.99	-0.01	370	2	3	0	26	0	1	0	0	5	370	0	1	26	0.343
	01B	381	5	12	4	0.96	0.94	0.30	356	5	10	4	25	0	2	0	4	15	356	0	2	25	0.488
放火	02A	383	4	8	7	0.97	0.94	0.52	356	4	8	7	27	0	0	0	7	12	356	0	0	27	1.000
	02B	381	8	7	6	0.96	0.94	0.43	355	8	6	6	26	0	1	0	6	14	355	0	1	26	1.000
強盗	03A	401	0	1	0	1.00	1.00	0.00	374	0	1	0	27	0	0	0	0	1	374	0	0	27	1.000
	03B	402	0	0	0	1.00	1.00	-----	375	0	0	0	27	0	0	0	0	0	375	0	0	27	1.000
強姦	04A	402	0	0	0	1.00	1.00	-----	375	0	0	0	27	0	0	0	0	0	375	0	0	27	1.000
	04B	401	0	1	0	1.00	1.00	0.00	374	0	1	0	27	0	0	0	0	1	374	0	0	27	1.000
強制わいせつ	05A	396	1	2	3	0.99	0.98	0.66 +	369	1	2	3	27	0	0	0	3	3	369	0	0	27	1.000
	05B	392	2	4	4	0.99	0.97	0.56	365	2	4	4	27	0	0	0	4	6	365	0	0	27	1.000
傷害	06A	273	37	39	53	0.81	0.65	0.46	253	36	35	51	20	1	4	2	51	71	253	2	5	20	0.750
	06B	199	56	59	88	0.71	0.54	0.38	180	53	55	87	19	3	4	1	87	108	180	1	7	19	0.019 *
暴行	07A	163	39	37	163	0.81	0.50	0.62 +	147	37	31	160	16	2	6	3	160	68	147	3	8	16	0.002 *
	07B	137	44	38	183	0.80	0.51	0.59	120	44	29	182	17	0	9	1	182	73	120	1	9	17	0.000 *
恐喝	08A	380	10	10	2	0.95	0.94	0.14	355	9	9	2	25	1	1	0	2	18	355	0	2	25	0.683
	08B	372	12	14	4	0.94	0.92	0.20	345	12	14	4	27	0	0	0	4	26	345	0	0	27	0.426
脅迫	09A	338	20	26	18	0.89	0.82	0.38	313	18	26	18	25	2	0	0	18	44	313	0	2	25	0.684
	09B	322	25	34	21	0.85	0.78	0.33	298	24	32	21	24	1	2	0	21	56	298	0	3	24	0.532
窃盗	10A	379	4	9	10	0.97	0.92	0.59	353	4	8	10	26	0	1	0	10	12	353	0	1	26	0.807
	10B	380	7	4	11	0.97	0.92	0.65 +	353	7	4	11	27	0	0	0	11	11	353	0	0	27	1.000
器物損壊	11A	241	38	40	83	0.81	0.58	0.54	220	37	39	79	21	1	1	4	79	76	220	4	2	21	0.138
	11B	210	52	48	92	0.75	0.54	0.46	189	51	46	89	21	1	2	3	89	97	189	3	3	21	0.031 *
弄火または失火	12A	380	5	10	7	0.96	0.93	0.46	354	4	10	7	26	1	0	0	7	14	354	0	1	26	1.000
	12B	376	6	10	10	0.96	0.91	0.53	349	6	10	10	27	0	0	0	10	16	349	0	0	27	0.810
家宅侵入	13A	350	14	17	21	0.92	0.83	0.53	325	13	16	21	25	1	1	0	21	29	325	0	2	25	0.588
	13B	336	21	20	25	0.90	0.80	0.49	310	20	20	25	26	1	0	0	25	40	310	0	1	26	0.260
詐欺等の経済的 な問題行動	14A	397	3	2	0	0.99	0.99	-0.01	370	3	2	0	27	0	0	0	0	5	370	0	0	27	1.000
	14B	398	3	1	0	0.99	0.99	0.00	371	3	1	0	27	0	0	0	0	4	371	0	0	27	1.000
自殺企図	15A	302	14	18	68	0.92	0.67	0.76 +	283	12	15	65	19	2	3	3	65	27	283	3	5	19	0.124
	15B	290	20	22	70	0.90	0.65	0.70 +	269	18	18	70	21	2	4	0	70	36	269	0	6	21	0.004 *
自傷	16A	297	24	28	53	0.87	0.68	0.59	280	24	22	49	17	17	4	0	49	46	280	0	21	17	0.000
	16B	276	33	30	63	0.84	0.64	0.56	259	29	24	63	17	4	6	0	63	53	259	0	10	17	0.001
その他	17A	351	20	11	20	0.92	0.84	0.52	331	16	9	19	20	4	2	1	19	25	331	1	6	20	0.025 *
	17B	357	16	12	17	0.93	0.86	0.51	333	14	11	17	24	2	1	0	17	25	333	0	3	24	0.410

表3 症状・問題行動・状態像等の一致率と措置要否判断への影響

診断書1 診断書2	全例			措置入院した			措置入院せず			措置入院した			措置入院せず			Fisher p=							
	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり	なし	あり	あり								
	なし	あり	なし	あり	Cohen P0=	kappa Pc=	κ =	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	あり	○2	○1	×	○2	○1	×	
	a	b	c	d	e	f																	
意識 せん妄 もうろう その他	I1	395	2	5	0	0.98	0.98	-0.01	368	2	5	0	27	0	0	0	0	7	368	0	0	27	1.000
	I2	395	3	2	2	0.99	0.98	0.44	368	3	2	2	27	0	0	0	2	5	368	0	0	27	1.000
	I3	396	3	2	1	0.99	0.98	0.28	369	3	2	1	27	0	0	0	1	5	369	0	0	27	1.000
	I4	400	1	1	0	1.00	1.00	0.00	373	1	1	0	27	0	0	0	0	2	373	0	0	27	1.000
知能 軽度障害 中等度障害 重度障害	II	377	3	9	13	0.97	0.91	0.67 +	350	3	9	13	27	0	0	0	13	12	350	0	0	27	1.000
	II軽	386	3	6	7	0.98	0.94	0.60 +	359	3	6	7	27	0	0	0	7	9	359	0	0	27	1.000
	II中	394	1	4	3	0.99	0.97	0.54	367	1	4	3	27	0	0	0	3	5	367	0	0	27	1.000
	II重	400	0	0	2	1.00	0.99	1.00 *	373	0	0	2	27	0	0	0	2	0	373	0	0	27	1.000
記憶 記銘障害 見当識障害 健忘 その他	III1	390	2	6	4	0.98	0.96	0.49	364	2	5	4	26	0	1	0	4	7	364	0	1	26	0.571
	III2	386	7	5	4	0.97	0.95	0.38	361	7	3	4	25	0	2	0	4	10	361	0	2	25	0.389
	III3	377	7	10	8	0.96	0.92	0.46	351	7	10	7	26	0	0	1	7	17	351	1	0	26	0.359
	III4	401	1	0	0	1.00	1.00	0.00	374	1	0	0	27	0	0	0	0	1	374	0	0	27	1.000
知覚 幻聴 幻視 その他	IV1	197	37	54	114	0.77	0.52	0.53	176	36	51	112	21	1	3	2	112	87	176	2	4	21	0.006 *
	IV2	371	10	14	7	0.94	0.91	0.34	344	10	14	7	27	0	0	0	7	24	344	0	0	27	0.629
	IV3	381	11	5	5	0.96	0.94	0.37	354	11	5	5	27	0	0	0	5	16	354	0	0	27	0.728
思考 妄想 思考途絶 連合弛緩 減裂思考 思考奔逸 思考制止 強迫観念 その他	V1	119	33	44	206	0.81	0.52	0.60 +	100	33	42	200	19	0	2	6	200	75	100	6	2	19	0.000 *
	V2	363	14	19	6	0.92	0.89	0.22	337	14	18	6	26	0	1	0	6	32	337	0	1	26	0.813
	V3	258	47	54	43	0.75	0.64	0.30	233	45	54	43	25	2	0	0	43	99	233	0	2	25	0.004 *
	V4	249	43	58	52	0.75	0.62	0.34	225	41	58	51	24	2	0	1	51	99	225	1	2	24	0.010 *
	V5	364	15	16	7	0.92	0.89	0.27	337	15	16	7	27	0	0	0	7	31	337	0	0	27	0.368
	V6	393	5	3	1	0.98	0.98	0.19	367	5	2	1	26	0	1	0	1	7	367	0	1	26	0.469
	V7	387	7	7	1	0.97	0.96	0.11	362	7	6	0	25	0	1	1	0	13	362	1	1	25	0.077 +
	V8	379	10	9	4	0.95	0.94	0.27	354	9	9	3	25	1	0	1	3	18	354	1	1	25	0.342
感情・情動 感情平板化 抑うつ気分 高揚気分 感情失禁 焦燥・激越 易怒性・被刺激 その他	VI1	336	22	26	18	0.88	0.81	0.36	310	22	26	17	26	0	0	1	17	48	310	1	0	26	0.096 +
	VI2	352	7	14	29	0.95	0.82	0.71 +	332	5	12	26	20	2	2	3	26	17	332	3	4	20	0.034 *
	VI3	350	20	18	14	0.91	0.85	0.37	324	20	17	14	26	0	1	0	14	37	324	0	1	26	0.544
	VI4	380	7	12	3	0.95	0.94	0.22	353	7	12	3	27	0	0	0	3	19	353	0	0	27	0.699
	VI5	174	153	27	48	0.55	0.50	0.10	166	140	23	46	8	13	4	2	46	163	166	2	17	8	0.163
	VI6	138	56	63	145	0.70	0.50	0.41	131	49	58	137	7	7	5	8	137	107	131	8	12	7	0.244
	VI7	384	7	10	1	0.96	0.95	0.08	359	7	8	1	25	0	2	0	1	15	359	0	2	25	0.365
意欲 衝動行為 行為心迫 興奮 昏迷 精神運動制止 無為・無関心 その他	VII1	80	75	78	169	0.62	0.52	0.20	68	69	76	162	12	6	2	7	162	145	68	7	8	12	0.010 *
	VII2	371	16	12	3	0.93	0.92	0.14	345	15	12	3	26	1	0	0	3	27	345	0	1	26	0.764
	VII3	141	73	78	110	0.62	0.50	0.24	126	67	73	109	15	6	5	1	109	140	126	1	11	15	0.004 *
	VII4	388	2	11	1	0.97	0.96	0.12	361	2	11	1	27	0	0	0	1	13	361	0	0	27	1.000
	VII5	396	3	3	0	0.99	0.99	-0.01	369	3	3	0	27	0	0	0	0	6	369	0	0	27	1.000
	VII6	358	18	23	3	0.90	0.89	0.07	332	17	23	3	26	1	0	0	3	40	332	0	1	26	0.464
	VII7	396	1	4	1	0.99	0.98	0.28	369	1	4	1	27	0	0	0	1	5	369	0	0	27	1.000
自我意識 離人感 させられ体験 解離 その他	VIII1	401	1	0	0	1.00	1.00	0.00	374	1	0	0	27	0	0	0	0	1	374	0	0	27	1.000
	VIII2	372	10	17	3	0.93	0.92	0.15	346	10	16	3	26	0	1	0	3	26	346	0	1	26	1.000
	VIII3	395	3	3	1	0.99	0.98	0.24	368	3	3	1	27	0	0	0	1	6	368	0	0	27	1.000
	VIII4	401	1	0	0	1.00	1.00	0.00	374	1	0	0	27	0	0	0	0	1	374	0	0	27	1.000

表3 症状・問題行動・状態像等の措置判断への影響と一致率(2)

診断書1 診断書2	全例	なし			あり			Cohen kappa			措置入院した				措置入院せず				措置入院した			措置入院せず			Fisher p=
		なし	あり	なし	あり	P0=	Pc=	$\kappa=$	なし	なし	あり	あり	なし	なし	あり	あり	○2	○1	×	○2	○1	×			
食行動	拒食 IX1	393	4	3	2	0.98	0.97	0.35	368	3	2	2	25	1	1	0	2	5	368	0	2	25	0.117		
	過食 IX2	397	3	2	0	0.99	0.99	-0.01	371	2	2	0	26	1	0	0	0	4	371	0	1	26	0.295		
	異食 IX3	401	1	0	0	1.00	1.00	0.00	374	1	0	0	27	0	0	0	0	1	374	0	0	27	1.000		
	その他 IX4	396	1	4	1	0.99	0.98	0.28	370	1	3	1	26	0	1	0	1	4	370	0	1	26	0.343		
他重要症状	てんかん発作 他1	394	4	2	2	0.99	0.98	0.39	368	3	2	2	26	1	0	0	2	5	368	0	1	26	0.430		
	自殺念慮 他2	331	23	14	34	0.91	0.77	0.60 +	308	21	13	33	23	2	1	1	33	34	308	1	3	23	0.680		
	物質依存 他3	369	12	10	11	0.95	0.90	0.47	344	12	8	11	25	0	2	0	11	20	344	0	2	25	0.711		
	その他 他4	383	9	9	1	0.96	0.95	0.08	358	7	9	1	25	2	0	0	1	16	358	0	2	25	0.390		
問題行動等	暴言 問1	227	52	58	65	0.73	0.58	0.35	208	51	51	65	19	1	7	0	65	102	208	0	8	19	0.029 *		
	徘徊 問2	325	29	28	20	0.86	0.79	0.33	300	29	26	20	25	0	2	0	20	55	300	0	2	25	0.354		
	不潔行為 問3	383	4	10	5	0.97	0.94	0.40	356	4	10	5	27	0	0	0	5	14	356	0	0	27	0.726		
	その他 問4	289	45	52	16	0.76	0.73	0.10	273	41	46	15	16	4	6	1	15	87	273	1	10	16	0.227		
現在の状態像	幻覚妄想 状01	146	44	39	173	0.79	0.50	0.59	127	42	37	169	19	2	2	4	169	79	127	4	4	19	0.000 *		
	精神運動興奮 状02	166	63	66	107	0.68	0.51	0.34	151	57	61	106	15	6	5	1	106	118	151	1	11	15	0.008 *		
	昏迷 状03	395	3	2	2	0.99	0.98	0.44	368	3	2	2	27	0	0	0	2	5	368	0	0	27	1.000		
	残遺状態 状04	357	18	21	6	0.90	0.88	0.18	331	17	21	6	26	1	0	0	6	38	331	0	1	26	0.671		
	抑うつ状態 状05	361	7	10	24	0.96	0.85	0.72 +	342	6	8	19	19	1	2	5	19	14	342	5	3	19	0.004 *		
	躁状態 状06	373	11	9	9	0.95	0.91	0.45	346	11	9	9	27	0	0	0	9	20	346	0	0	27	0.543		
	せん妄状態 状07	394	5	2	1	0.98	0.98	0.21	367	5	2	1	27	0	0	0	1	7	367	0	0	27	1.000		
	もうろう状態 状08	398	1	2	1	0.99	0.99	0.40	371	1	2	1	27	0	0	0	1	3	371	0	0	27	1.000		
	認知症状態 状09	397	1	2	2	0.99	0.98	0.57	371	1	1	2	26	0	1	0	2	2	371	0	1	26	0.295		
	その他 状10	344	24	27	7	0.87	0.85	0.15	326	20	22	7	18	4	5	0	7	42	326	0	9	18	0.011 *		

表4 措置診察においていずれかの指定医が認めた項目ごとの措置要否にかかるOdds比

項目	有意確率	Exp(B)	Exp(B) の 95% 信頼区間		項目	有意確率	Exp(B)	Exp(B) の 95% 信頼区間			
			下限	上限				下限	上限		
属性等	性別	0.722	1.217	0.413	3.583	妄想 V1	0.753	1.286	0.268	6.182	
	年齢	0.317	0.981	0.945	1.018	思考途絶 V2	0.618	0.503	0.034	7.485	
	精神科入院歴	0.769	1.037	0.816	1.317	連合弛緩 V3	0.607	1.45	0.352	5.962	
	措置入院歴	0.12 -	0.194	0.024	1.533	滅裂思考 V4	0.337	1.946	0.5	7.574	
	殺人	01A	0.583	0.251	0.002	34.658	思考奔逸 V5	0.168 -	5.146	0.502	52.768
		01B	0.474	0.287	0.009	8.718	思考制止 V6	0.5	0.328	0.013	8.336
	放火	02A	0.997	7.68E+09	0.	0.	強迫観念 V7	0.126 -	0.122	0.008	1.811
		02B	0.139 -	0.021	0	3.502	感情平板化 V11	0.163 -	12.209	0.362	411.932
	強盗	03A	1	0.001	0.	0.	抑うつ気分 V12	0.68	1.664	0.148	18.687
		03B	1	0.001	0.	0.	高揚気分 V13	0.148 -	4.056	0.607	27.077
強姦	04A	1	0.001	0.	0.	感情失禁 V14	0.997	5.58E+09	0.	0.	
	04B	1	0	0.	0.	焦燥・激越 V15	0.341	1.772	0.546	5.749	
強制わいせつ	05A	0.999	0	0.	0.	被刺激性亢進 V16	0.019 *	0.197	0.051	0.764	
	05B	0.998	2.28E+17	0.	0.	衝動行為 V17	0.045 *	3.209	1.026	10.038	
傷害	06A	0.462	0.55	0.112	2.706	行為心迫 V18	0.357	4.253	0.196	92.403	
	06B	0 **	34.247	4.843	242.192	興奮 V19	0.188 -	2.144	0.688	6.681	
暴行	07A	0.461	0.542	0.106	2.768	昏迷 V20	0.998	1.01E+09	0.	0.	
	07B	0 **	23.864	4.017	141.76	精神運動抑制 V21	0.505	3.933	0.07	219.957	
恐喝	08A	0.09 +	0.075	0.004	1.501	無為・無関心 V22	0.996	5.99E+10	0.	0.	
	08B	0.493	3.939	0.079	197.618	離人感 V23	0.999	0	0.	0.	
脅迫	09A	0.185 -	3.576	0.544	23.524	させられ体験 V24	0.726	1.696	0.088	32.591	
	09B	0.393	2.573	0.294	22.529	解離 V25	0.902	1.303	0.019	88.618	
窃盗	10A	0.148 -	36.825	0.277	4887.111	拒食 IX1	0.447	0.27	0.009	7.903	
	10B	0.997	9.55E+07	0.	0.	過食 IX2	0.761	0.433	0.002	96.091	
器物損壊	11A	0.001 **	14.459	3.062	68.27	異食 IX3	0.999	6.45E+11	0.	0.	
	11B	0.075 +	0.218	0.041	1.163	てんかん発作 他1	0.234 -	11.295	0.209	609.636	
弄火・失火	12A	0.445	0.178	0.002	15.006	自殺念慮 他2	0.396	2.313	0.333	16.078	
	12B	0.997	2.47E+08	0.	0.	物質依存 他3	0.003 **	26.11	3.054	223.228	
家宅侵入	13A	0.173 -	0.087	0.003	2.924	その他の症状 他4	0.242 -	12.741	0.179	906.358	
	13B	0.089 +	23.98	0.618	930.063	暴言 問1	0.885	1.096	0.317	3.784	
詐欺等	14A	1	7.11E+09	0.	0.	徘徊 問2	0.387	0.467	0.083	2.621	
	14B	1	0.011	0.	0.	不潔行為 問3	0.931	2.403	0	1.10E+09	
自殺企図	15A	0.014 *	11.841	1.633	85.877	他の問題行動 問4	0.242 -	0.472	0.134	1.662	
	15B	0.366	2.428	0.354	16.647	幻覚妄想 状01	0.813	1.228	0.223	6.781	
自傷	A16	0.98	0.98	0.201	4.785	精神運動興奮 状02	0.287 -	2.076	0.541	7.961	
	16B	0.235 -	2.75	0.517	14.617	昏迷 状03	0.451	0.202	0.003	12.94	
その他	17A	0.006 **	0.003	0	0.183	残遺 状04	0.477	2.876	0.157	52.748	
	17B	0.003 **	1144.439	10.69	122520.62	抑うつ 状05	0.51	0.397	0.026	6.181	
意識混濁	I1	0.45	8.485	0.033	2179.322	躁 状06	0.812	1.297	0.152	11.059	
	I2	1	0	0.	0.	せん妄 状07	1	1.90E+05	0.	0.	
せん妄	I3	0.997	1.65E+06	0.	0.	もうろう 状08	0.997	0	0.	0.	
	II	1	0	0.	0.	認知症 状09	0.881	0.525	0	2377.6	
軽度障害	II軽	1	1.43E+10	0.	0.	その他 状10	0.913	1.091	0.226	5.262	
	II中	1	4.43E+08	0.	0.						
中等度障害	II重	1	9.97E+08	0.	0.						
	III1	0.663	5.031	0.004	7131.311						
見当識障害	III2	0.77	1.964	0.021	180.784						
	III3	0.644	0.481	0.022	10.738						
健忘	IV1	0.012 *	6.386	1.514	26.93						
	IV2	0.899	1.171	0.101	13.586						
定数						0	0.022				

n=588, -:p < 0.30, +:p < 0.10, *:p < 0.05, **:p < 0.01

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 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関する研究
「措置入院に関する診断書」と「措置症状消退届」の診断について

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】前年度の調査において、われわれは検察官通報における措置入院の診断の精度に関する検討を行い、検察官通報における措置入院の診断の一致率は高いことを示した。今回われわれは、警察官通報により措置入院となった症例の入院時診断と措置解除時診断の一致率に関する検討を行った。

【方法】2010 年 5 月 10 日から 2010 年 5 月 31 日までの 1 ヶ月の間に全国 47 都道府県、19 政令指定都市で警察官通報による措置入院となった症例に関するデータベースより「措置入院に関する診断書（以下、診断書）」、および「措置症状消退届（以下、措置解除時診断書）」における ICD-10 診断（2 桁コード）に関するデータを抽出して、診断の一致率について検討した。

【結果】今回の検討では、1 人目の精神保健指定医（以下、指定医）によって作成された 330 例の措置入院に関する診断書と 2 人目の指定医によって作成された 327 例の診断書と、それらに対応する 333 例の措置解除時診断書を抽出し、それらに記載された診断について比較を行った。従って、本研究ではのべ 657 例の入院時診断とそれに対応する措置解除時診断が比較されたことになる。入院時診断の内訳は、F2（統合失調症，統合失調型障害及び妄想性障害）が 69.1%と最も多く、F3（気分障害）が 9.4%、F6（人格障害）が 6.2%、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）が 5.8%、F0（症状性を含む器質性精神障害）が 3.2%であった。一方、措置解除時診断の内訳は F2 が 66.1%、F3 が 9.6%、F6 が 7.2%、F1 が 5.9%、F0 が 3.3%であった。657 例のうち 547 例（83.2%）で入院時診断と措置解除時診断が一致していたが、 κ 係数は 0.68 にとどまり、昨年われわれが検討した検察官通報症例における κ 係数（0.77）より低値であった。

【考察】今回の解析では、警察官通報の措置入院において入院時と措置解除時の診断に高い一致率を認めたが、前年度の検察官通報よりも一致率は低かった。

研究協力者

瀬戸 秀文	長崎県精神医療センター
稲垣 中	公益財団法人神経研究所 臨床精神薬理センター
小口 芳世	慶應義塾大学精神神経科
猪飼 紗恵子	山梨県立北病院*

(*：論文執筆者)

A. 目的

我々は平成 23 年度の調査[1]にて、2009 年度に検察官通報が行われた例を対象に、入院時診断書と措置解除時診断書に記載された診断の比較を行い、検察官通報の措置入院においては入院時診断書と措置解除時診断書の診断の間に高い一致率を認めた。

措置入院は非自発的入院であって、その治療に関して一定以上の質が担保されることが望ましい。今回、警察官通報における措置入院が決定される際に、2 名の精神保健指定医の間の診断の一致に関する点について、措置症状消退届(以下、措置解除時診断書)に示された解除時診断との一致率について検討した。

B. 方法

2010 年 5 月 1 日から 2010 年 5 月 31 日までに、全国 47 都道府県、19 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全ての事例を対象とした。除外基準などは 2009 年度、厚生科学特別研究・医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究・分担研究報告書「医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究」[2]に準じた。

詳細は報告書を参照されたい[2, 3]。

今回の研究では、これらのうちから、措置診察時の際に要措置と診断され、措置解除がおこなわれた症例を対象に、入院時診断書、並びに措置解除時診断書における主たる精神科診断を比較し、ICD-10 コードが一致している事例を、「診断の一致」、それ以外を「診断の不一致」とみなして各々の診断書ごとに検討した。加えて、措置入院の際に作成された 2 通の入院時診断書における診断の一致率を検討した。さらに、緊急措置入院の際に作成された 1 通の緊急入院時診断書と措置入院の際に作成された 1 通の診断書もそれぞれ比較し、診断の一致率も検討した。

今回は、入院時診断書、並びに措置解除時診断書における主診断の項目について、ICD(国際疾病分類)-10[4]に準じて 2 桁のコードに振り分けた。除外基準として、状態像のみが記載されていたもの(例えば、妄想幻覚状態、退行期妄想状態)、措置解除時診断書に最終的な診断が未記載であったもの、従たる精神科診断しか記載されていなかったものは対象から除外した。入院時診断書、並びに措置解除時診断書における主診断の比較において、緊急措置入院者を対象から除外した。

措置入院に関する診察は、2 人以上の指定医の診察の結果、被診察者が「精神障害者であり、かつ医療療及び保護のため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に害を及ぼすおそれがある」[5]と通常 2 名の指定医が一致して認めるとき、都道府県知事の権限で入院させるものである。そのため、要措置の患者 1 名に対して、入院時診断書は 2 通存在するこ