

とになる。

結果では、期待値と実際の回答である実測値とどれだけずれているかについて、 χ^2 -検定を行った。さらに「診断の一致」、「診断の不一致」の分類がどれだけ信頼性のあるものかを検討するために κ 係数[6]を求めた。 κ 係数の解析には、IBM-SPSS社のPASW Statistics 19.0 for windows, regressionを用いた。

(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、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2011年度厚生労働科学特別研究の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 警察官通報の詳細について

警察官通報をされた856例のうち、診察実施となった者は518例であった。これらの518例のうち、調査期間中に措置解除となった者は368例存在し、このうち措置解除時診断書に関連したデータは368例で回収されていた。この368例のうち、5例は欠損値が見られたため、今回検討対象となったのは333例であった。

一方、入院時診断書に関しては、入院時診断書が2通存在するものが327例、1通存在する者が3例であった。従って、今回の検討ではのべ657通の入院時診断書と

措置解除時診断書の診断を比較したこととなる。

2 入院時診断書と措置解除時診断書の診断について

総数657例の平均年齢は42.4±14.4歳、男性の割合は422例(64.2%)であった。入院時診断書の診断の分布(表1)は、F0(症状性を含む器質性精神障害)が21名(3.2%)、F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)が38名(5.8%)、F2(統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害)が454名(69.1%)、F3(気分障害)が62名(9.4%)、F4(神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害)が12名(1.8%)、F5(行動症候群)が2名(0.3%)、F6(成人のパーソナリティおよび行動の障害)が41名(6.2%)、F7(精神遅滞[知的障害])が15名(2.3%)、F8(心理的発達の障害)が11名(1.7%)、F9(特定不能の精神障害)が1名(0.2%)であった。

一方、措置解除時診断書の診断名は、F0が22名(3.3%)、F1が39名(5.6%)、F2が434名(66.1%)、F3が63名(9.6%)、F4が21名(3.2%)、F6が47名(7.2%)、F7が15名(2.3%)、F8が16名(2.4%)であった。(表1)

上記の診断コードをもとに、入院時診断書と措置解除時診断書において、「診断の一致」、「診断の不一致」を区別したところ、「診断の一致」は547例、「診断の不一致」は110例であり、一致率は83.2%であった。期待値と実際の回答である実測値とどれだけずれているかについて、 χ^2 -検定により確認した結果、「診断の一致」には有意差を認めた($p < 0.05$)。さらに、「診断の一致」、「診断の不一致」について、 κ 係数を求めたところ、実質的に一致しているとみなさ

れる高い κ 係数($\kappa=0.68$)を得た。

診断カテゴリー別の一致率は、F0 が 63.6%、F1 が 64.1%、F2 が 95.2%、F3 が 71.4%、F4 が 42.9%、F6 が 57.4%、F7 が 46.7%、F8 が 43.8%であった(表 2)。さらに診断カテゴリー別の κ 係数は、F0 が 0.64、F1 が 0.63、F2 が 0.78、F3 が 0.69、F6 が 0.59、F7 が 0.54 であった(その他の診断分類の κ 係数は、少数のため算出不可)。

また不一致群(N=110)の組み合わせについて、入院時診断書(1 人目の指定医)-入院時診断書(2 人目の指定医)は F2-F1 の組み合わせが 9 名(8.2%)と多く、F2-F3、F2-F6 の組み合わせの順に続いており、それぞれ 8 名(7.3%)、8 名(7.3%)であった(表 3)。

3 入院時診断書の診断について

ここでは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。

入院時診断書が 2 通とも存在した総数 325 例の平均年齢は 42.6±14.5 歳であり、そのうち男性は、207 名(64.7%)であった。2 通の入院時診断書の診断が一致していた症例は 291 例、不一致であった症例は 34 例であり、一致率は 89.5%であった。総数 325 例において、期待値と実際の回答である実測値とどれだけずれているかについて、 χ^2 -検定により確認した結果、「診断の一致」には有意差を認めた ($p<0.05$)。「診断の一致」、「診断の不一致」の分類について、 κ 係数を求めたところ、実質的に一致しているとみなされる高い κ 係数($\kappa=0.79$)を得た。

入院時診断書の診断名は、F0 が 8 名(2.7%)、F1 が 16 名(5.5%)、F2 が 215 名(73.9%)、F3 が 26 名(8.9%)、F6 が 17 名

(5.8%)、F7 が 2 名(0.7%)、F8 が 4 名(1.4%)であった。(表 4)

診断カテゴリー別の一致率は、F0 が 66.8%、F1 が 71.3%、F2 が 91.5%、F3 が 73.0%、F4 37.5%、F6 が 73.9%、F7 が 15.4%、F8 が 57.1%であった(表 5)。

また、一致群(34 名)の組み合わせについて、入院時診断書(1 人目の指定医)-入院時診断書(2 人目の指定医)は F2-F3 の組み合わせが 9 名(26.5%)と多く、F2-F7 の組み合わせが 6 名(17.6%)と続いた(表 6)。診断カテゴリー別の κ 係数は、F0 が 0.794、F1 が 0.832、F2 が 0.863、F3 が 0.822、F6 が 0.840、F7 が 0.250 であった(その他の診断分類の κ 係数は、少数のため算出不可)。

4 緊急措置入院時の診断について

ここでは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 通の診断書をそれぞれ比較し、診断の一致率を検討した。緊急措置入院時と入院時診断書が 2 通とも存在した総数 311 例あり、平均年齢は 41.4±14.6 歳で、そのうち男性は 190 名(61.1%)であった。

「診断の一致」は 250 名、「診断の不一致」は 61 名で、その一致率は 80.4%であり、 κ 係数は 0.63 であった。

診断の分布は、入院時診断書の診断名は、F0 が 9 名(2.9%)、F1 が 12 名(3.9%)、F2 が 216 名(69.5%)、F3 が 32 名(10.3%)、F4 が 8 名(2.6%)、F6 が 28 名(9%)、F7 が 4 名(1.3%)、F8 が 2 名(0.6%)であった(表 7)。

診断カテゴリー別の一致率は、F0 が 50.0%、F1 が 32.1%、F2 が 81.2%、F3 が 53.1%、F4 が 44.4%、F6 が 51.2%、F7 が 42.9%、F8 が 40.0%であった(表 8)。

また、不一致群(N=61)の組み合わせにつ

いて、緊急措置入院時診断書・入院時診断書はF2-F1の組み合わせが11名(18.0%)と多く、F2-F3、F2-F6の組み合わせの順に続いており、それぞれ7名(11.5%)、7名(11.5%)であった(表9)。

診断カテゴリー別のκ係数は、F0が0.657、F1が0.458、F2が0.706、F3が0.655、F6が0.642であった(その他の診断分類のκ係数は、少数のため算出不可)。

D. 考察

今回の解析の結果、警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間に高い一致率を認めた。

今回の報告では措置入院における医療の質評価の一部として、警察官通報による措置入院患者の診断について検討を行った。警察官通報による措置入院は救急医療ないし危機介入的な性格を持つため、今回の結果が措置入院全般の一部を示す可能性はある。

以下、今回の結果の特徴を検討した。

1-1 入院時診断書と措置解除時診断書の診断の一致について

今回の入院時診断書の診断名として、統合失調症が69.1%と最多で、順に気分障害が5.8%、人格障害が6.2%と続いた。過去の精神保健福祉資料から得られる全措置入院のデータでは、統合失調症の占める割合は平均66.8% (平成16年から平成22年度調査)[7-13]であった。今回の調査において、入院時の統合失調症圏の占める割合は全措置入院のデータと大きく変わらない割合であった。

一方、今回の調査では人格障害の占める割合が6.2%であり、前年度調査での検察

官通報における人格障害0.8%[1]と比べて高値であった。人格障害と診断される患者の入院が警察官通報においては高いことが示された。人格障害については、自発的治療の対象とはなっても非自発的治療の対象とすべきではないとする意見もある[14]。また、英国では人格障害を強制入院させる根拠として治療可能性の基準[15]が設けられているが、わが国においてそのような基準は設定されていない。それゆえ、攻撃性や衝動性にといった感情及び意志に関する機能も含めて総合的に判断することが求められており、措置入院における人格障害の扱いについては課題が残っている。

これまでわが国では警察官通報による措置入院を対象を限定した調査は十分に行われていない。今回の調査によって、入院時診断書と措置解除時診断書の診断の一致率、κ係数は共に十分に高く、一致することが明らかになった。今回の調査における入院時診断と消退届の診断のκ係数は、前年度の検察官通報[1]における全体のκ係数(κ=0.77)よりも0.68と低値ではあったが、実質的に一致していた。本研究では、警察官通報においても措置入院時診断書と措置解除時診断書の一致率の高さが示された。

1-2 入院時診断の一致について

措置入院時の指定医の診断は有意に一致しており、入院時診断書と措置解除時診断書の診断間の一致率よりも高値であった。さらに各診断カテゴリー別のκ係数の項目は、F2>F6>F1の順であり、入院時診断の一致度はF2が最も高いという結果となった。今回の調査においては、F1、F6の各項目の度数は少ないため、κ係数が高値で算出された可能性に留意する点があるが、

前年度の検察官通報の結果[1]に引き続き、F2 以外での診断カテゴリーにおいても診断の高い精度を示す結果となった。

措置入院時の診断の妥当性はその後の治療内容に大きな影響を与えるので、長期転帰をも大きく左右するものと推測できる。平尾らは大学病院精神科に入院した患者の入院時 DSM-III 診断と入院3年後の確定診断の一致度と長期転帰について検討しており[16]、正しい入院時診断が行われていた患者群の方が長期転帰も有意に良好であると報告している。しかし、措置入院時の診断の妥当性や一致がどのように臨床に影響するのかについてはこれまで、未検証であり今後検討が必要とされる。さらに措置入院時の診断の妥当性がそのまま診断の質につながるわけではない。そのため、措置入院医療の質を確保するためにもこの課題についてさらなる調査を行う必要がある。

1-3 緊急措置入院における診断の一致について

緊急措置入院は、通常の措置入院よりも簡略な手続きで、措置権限を行使することになる。これまでに堀らが行った栃木県での措置入院の調査において、緊急措置入院は精神科救急における緊急介入としての意味合いが強いことが示されている[17]。今回の調査では、実際に緊急措置入院となった患者の診断分布と診断の精度について検討した。患者の医療や保護の視点が優先されることが多く、即断即決が求められる緊急措置入院においても、緊急措置入院時診断書と入院時診断書は 80.4%と高値を示し、診断の不一致は少ないことが示された。

措置入院は、非自発的入院という憲法の

保障する人権を侵害する面もある医療制度であることから、その正当化根拠や措置診察上の問題が指摘されている[17-19]。

今回の結果より、入院時診断書と措置解除時診断書の診断の一致率は十分に高いものと考えられ、現時点では診断面における警察官通報における措置入院制度の妥当性についても、一定以上に担保されたものと考えられる。しかし、措置入院に関連した診断の妥当性・信頼性については、今後も継続的に評価を行い、現状把握に努める必要がある。

2 研究の限界

本研究においては、警察官通報書などについて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大枠をとらえたにとどまるものである。また診断についてコードは ICD-10 の 2 桁に留まっており、より詳細な一致の比較をすることが出来ていない。また、即断即決が求められる可能性が高い精神科救急においては、診断よりも措置入院の要否に重点が置かれていることも考慮すべきである。

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[18]。さらに緊急措置入院の運用の実態は都道府県によりばらつきが極めて高いとされる。それゆえ、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。

最後に、今回の調査においては、措置入院 368 例と事例数が少なく、緊急措置入院の診断についてはさらに事例数は少ないため、若干のかたよりが生じた可能性がある。

E. 結論

今回の調査は、これまでの研究の中で対象数が全国の警察官通報による措置入院患者を対象とした最大規模の調査結果であった。

今回の解析の結果、警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間に高い一致率を認めた。

本調査では、事前調査書の各項目などに地域差があるが、全国を平均した結果が示されたものであり、警察官通報による措置入院時の診断についても一定の質の確保をしている状態を示すものとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

猪飼 紗恵子、小口 芳世、稲垣 中、瀬戸 秀文、吉住 昭：精神保健福祉法第 24 条（警察官通報）に基づく措置入院の入院時、および措置解除時の診断の一致度に関する検討。第 109 回日本精神神経学会総会、2013.5.23-25.

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より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申し上げます次第である。

J. 文献

1. 吉住昭, et al., 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「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 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および社会推進に関する研究 研究分担報告厚生労働科学研究費補助金. 2011.
2. 吉住昭, 竹島正, and 瀬戸秀光, 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. 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. 2009: p. p9~43.
3. 吉住昭, 平林直次, and 瀬戸秀文, 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. 厚生労働科学研究費補助金. 重大な他害行為を犯した精神障害者の適切な処遇および社会復帰の推進に関する研究. 平成 22 年度研究分担報告. 2010: p. p 55~91.
4. 融道男, 中根允文, 小宮山実ほか監訳, ICD-10 精神および行動の障害一臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院. 1993.

5. 精神保健福祉研究会：改訂精神保健福祉法詳解. 中央法規，東京，pp177－180，2000. 2000.
6. Dewey, M.E., Coefficients of agreement. *Br J Psychiatry*, 1983. 143: p. 487-9.
7. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，精神保健福祉資料平成16年度調査.
8. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，精神保健福祉資料平成17年度調査.
9. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，精神保健福祉資料平成18年度調査.
10. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，精神保健福祉資料平成19年度調査.
11. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，精神保健福祉資料平成20年度調査.
12. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，精神保健福祉資料平成21年度調査.
13. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，精神保健福祉資料平成22年度調査.
14. 平田豊明，【措置要件 自傷他害のおそれをどう診立てるか】 人格障害ケースの措置入院を考える. *精神科治療学*，2001. 16(7): p. 669-673.
15. 堀彰，英国における精神病質をめぐる論争 殺人を犯し特殊病院に入院中の精神病質の2症例を通して. *精神医学*，1999. 41(8): p. 883-889.
16. 平尾文雄, et al. 入院時診断の正誤と予後との関連について. *精神科診断学*，1995. 6(4): p. 485-493.
17. 堀彰, et al. 緊急措置入院の臨床的意義 栃木県における措置診察の調査に基づいて. *精神医学*，2005. 47(4): p. 421-429.
18. 平林直次，司法精神医療をめぐる諸問題 医療観察法入院処遇の問題点と今後の課題 医療観察法による入院処遇と精神保健福祉法による措置入院の比較. *司法精神医学*，2007. 2(1): p. 44-50.

表1. 第24条通報の総数 657 例における「入院時診断書」と「措置解除時診断書」の診断

診断	入院時		解除時	
F0 (器質性精神障害)	21	(3.2%)	22	(3.3%)
F1 (精神作用物質)	38	(5.8%)	39	(5.9%)
F2 (統合失調症圏)	454	(69.1%)	434	(66.1%)
F3 (気分障害)	62	(9.4%)	63	(9.6%)
F4 (神経症性障害)	12	(1.8%)	21	(3.2%)
F5 (行動症候群)	2	(0.3%)		
F6 (人格障害)	41	(6.2%)	47	(7.2%)
F7 (精神遅滞)	15	(2.3%)	15	(2.3%)
F8 (発達障害)	11	(1.7%)	16	(2.4%)
F9 (特定不能の精神障害)	1	(0.2%)		

表2. 第24条通報における「入院時診断書」と「措置解除時診断書」(547例)
診断カテゴリー別の一致度

診断カテゴリー	一致度 (%)
F2 (統合失調症圏)	95.2%
F3 (気分障害)	71.4%
F1 (精神作用物質)	64.1%
F0 (器質性精神障害)	63.6%
F6 (人格障害)	57.4%
F7 (精神遅滞)	46.7%
F8 (発達障害)	43.8%
F4 (神経症性障害)	42.9%

表 3. 第 24 条通報における「入院時診断書」-「措置解除時診断書」
 不一致群（110 例）診断の組み合わせ

「入院時診断書」-「消退届」	人数	%
F2（統合失調症圏）-F1（精神作用物質）	9	8.2%
F2（統合失調症圏）-F3（気分障害）	8	7.3%
F2（統合失調症圏）-F6（人格障害）	8	7.3%
F2（統合失調症圏）-F4（神経症性障害）	7	6.4%
F3（気分障害）-F6（人格障害）	7	6.4%
F2（統合失調症圏）-F0（器質性精神障害）	5	4.5%
F1（精神作用物質）-F2（統合失調症圏）	5	4.5%
F6（人格障害）-F2（統合失調症圏）	5	4.5%
その他	56	51.0%

表 4. 第 24 条通報における「入院時診断書」一致群（291 例）における診断分布

「入院時診断書」	人数	%
F0（器質性精神障害）	8	2.7%
F1（精神作用物質）	16	5.5%
F2（統合失調症圏）	215	73.9%
F3（気分障害）	26	8.9%
F6（人格障害）	17	5.8%
F7（精神遅滞）	2	0.7%
F8（発達障害）	4	1.4%

表 5. 第 24 条通報における「入院時診断書」（325 例）の診断カテゴリー別の一致度

診断カテゴリー	一致度(%)
F2（統合失調症圏）	91.5%
F6（人格障害）	73.9%
F3（気分障害）	73.0%
F1（精神作用物質）	71.3%
F0（器質性精神障害）	66.8%
F8（発達障害）	57.1%
F4（神経症性障害）	37.5%
F7（精神遅滞）	15.4%

表 6. 第 24 条通報における「入院時診断書」不一致群 (34 例) の組み合わせ

「入院時診断書」	人数	%
F2 (統合失調症圏) -F3 (気分障害)	9	26.5%
F2 (統合失調症圏) -F7 (精神遅滞)	6	17.6%
F0-F1, F2-F1, F2-F6, F4-F7, F6-F7, F8-F2,	各 2	5.9%
F1-F6, F3-F4, F4-F0, F4-F2, F6-F5, F8-F7, F9-F0	各 1	2.9%

表 7. 第 24 条通報における「緊急措置入院時診断書」(311 例) の診断分布

「入院時診断書」	人数	%
F0 (器質性精神障害)	9	2.9%
F1 (精神作用物質)	12	3.9%
F2 (統合失調症圏)	216	69.5%
F3 (気分障害)	32	10.3%
F4 (神経症性障害)	8	2.6%
F6 (人格障害)	28	9.0%
F7 (精神遅滞)	4	1.3%
F8 (発達障害)	2	0.6%

表 8. 第 24 条通報における「緊急措置入院診断書」(311 例)における診断カテゴリー別の一致度

診断カテゴリー	一致度 (%)
F2 (統合失調症圏)	81.2%
F3 (気分障害)	53.1%
F6 (人格障害)	51.2%
F0 (器質性精神障害)	50.0%
F4 (神経症性障害)	44.4%
F7 (精神遅滞)	42.9%
F8 (発達障害)	40.0%
F1 (精神作用物質)	32.1%

表 9. 第 24 条通報における「緊急措置入院時診断書」と「入院時診断書」
不一致群 (61 例) の組み合わせ

「緊急措置入院時」－「入院時診断書」	人数	%
F2（統合失調症圏）－F1（精神作用物質）	11	18.0%
F2（統合失調症圏）－F3（気分障害）	7	11.5%
F2（統合失調症圏）－F6（人格障害）	7	11.5%
F3（気分障害）－F2（統合失調症圏）	5	8.2%
F6（人格障害）－F3（気分障害）	5	4.9%
F2（統合失調症圏）－F7（精神遅滞）	3	4.9%

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 3）措置入院者に対する医療提供等に関するオピニオン調査

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

要旨

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が施行され 7 年が経過した現在、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく措置入院制度の果たすべき役割についても改めて考察する必要がある。このため、千葉県で措置入院患者を受け入れている精神科病院に勤務している医師に対し、措置入院患者に対する医療提供の内容と実施における課題に関するアンケート調査を行った。47 施設に調査票を郵送し、17 施設から計 156 通の回答を得た。修正型電気痙攣療法、持効性注射製剤の使用、クロザピンの投与、他害行為に対する直面化、仮退院や退院前訪問を用いた退院支援のいずれにおいても、措置入院患者に対し行うべきでないとする意見は少数に留まった。他方、これらの治療を実施するにあたり困難をきたすことがしばしばあるとされ、その理由は治療内容によって相互に異なり、患者の精神症状、患者の同意、家族の理解、諸手続の煩雑さ、リスク管理の問題など多岐に渡っていた。したがって、より円滑な措置入院処遇と治療効果の改善のためには、複数の課題に対し個別に適切な対処を考案していく必要があることが示された。具体的には、最新の治療についての患者及び家族への啓発、重厚な医療提供を可能にする環境整備、それらを通じて患者の内省を深化させる取組み、退院準備促進のための地域社会資源の拡充と運用の効率化等が課題と考えられた。

研究協力者氏名	所属施設及び職名
椎名明大*	千葉大学医学部附属病院 精神神経科・助教
伊豫雅臣	千葉大学医学部附属病院 精神神経科・教授

(*：論文執筆者)

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、実際にそのように運用されている。

他方、措置入院制度自体に対しても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、医療観察法制度が一定の回答を果たしているといえる。しかし、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。

医療観察法施行後において、措置入院制度運用はどう変化したのか。我々はこの疑

問について 2010 年度から調査を開始し、措置入院期間の短縮化が一定程度果たされていること、頻回措置患者や犯罪傾向の高い患者への対応が不十分であること、現場の精神科医師の実感として措置入院患者の属性について大きな変化は感じられていないこと、多職種チーム医療を意識する頻度が増えたこと等を明らかにした。

今回我々は、措置入院患者に対して行われる入院治療の内容について、臨床場面で精神科医師がどのように感じているか、とりわけ従前から一般入院患者においても議論が多かった、修正型電気痙攣療法、持効性注射剤の使用、クロザピンの投与、他害行為への直面化、仮退院や退院前訪問等による退院支援を主な論点として、その実施の経験、是非、困難を感じる局面等について意見を収集することとした。これを通じて、我々は現在の措置入院運用の抱える問題を明らかにし、措置入院と一般の精神科入院、医療観察法の入院の差異を明確化し、またそれらを通じて措置入院のより効果的な運用のために必要な方策についての知見を得ることを目的とした。

B. 対象と方法

我々は、公的資料及び過去の調査結果等を参照し、千葉県下の精神科病院(精神病床を有する総合病院を含む)のリストを作成した。我々はそのリストから、明らかに措置入院を受け入れていないと考えられる施設を除外して、計 47 施設からなる送付リストを調査対象として選定した。そしてその各施設に対して調査票を送付し、各施設に所属する精神科医師全員に対し、郵送による回答を求めた。なお、複数の施設に所属

している精神科医師については、各々1回のみ回答するよう要請した。

調査票は別紙の通りである。調査内容として、「修正型電気痙攣療法(mECT)」「持効性注射製剤(デポ剤)の使用」「クロザピンの投与」「他害行為への直面化」「仮退院や退院前訪問等による退院支援」の5項目について、措置入院患者に対する実施経験の有無、措置入院患者に対して実施することの是非、実施に困難を感じた経験の有無、実施が困難となる理由(複数選択及び自由記載)を挙げ、他に関連する事項についての自由記載を求めた。

倫理的配慮

本研究は介入研究ではないため、本研究の遂行により患者が治療上の不利益を受ける可能性は想定されない。また、本研究は精神科医師に対する意見調査であり、調査内容に患者個人情報的一切含んでいない。

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.結果

(1)調査票数

送付先の精神科病院のうち17施設から回答があった。またその他の送付先のうち2施設からは、当該病院では措置入院を受け入れていない旨の連絡を受けた。

回収された調査票は計156通であった。

(2)回答者属性

調査票における回答者の属性は下記の通りである。

回答者の性別は男性125名、女性30名、無回答1名であった。

回答者の年齢は 45.4 ± 12.1 歳(平均 \pm 標準偏差、以下同じ)、精神科臨床経験年数は 16.6 ± 11.9 年であった。精神科臨床経験年数のヒストグラムを図1に示す。

精神保健指定医資格の有無については、指定医資格あり126名、指定医資格なし28名、無回答2名であった。

回答者の過去1年間の措置診察件数は、1~5回が最多であり指定医の回答者の概ね半数を占めた。過去1年間の措置診察件数のヒストグラムを図2に示す。

(3)各項目に関する意見

①修正型電気痙攣療法

措置入院者に対してmECTの実施経験があると回答した者は有効回答者の約4分の1だった。措置入院者に対してmECTを実施すべきでないと回答した者は全回答者の約1割だった。実施すべきとした者のうち困難を感じた経験を有する者の割合は約2割だった(図3)。困難を感じる理由としては、患者及び家族の同意が得づらいというものが全体の約半数を占めた。

②持効性注射製剤

措置入院者に対してデポ剤の実施経験があると回答した者は有効回答者の約3分の1だった。措置入院者に対してデポ剤を使用すべきでないと回答した者は全回答者の約1割だった。実施すべきとした者のうち困難を感じた経験を有する者の割合は有効回答者の約6分の1だった(図4)。困難を感じる理由としては、患者の同意が得づらいというものが全体の半数以上を占めた。

③クロザピンの投与

措置入院者に対してクロザピンの投与

経験を有する者はほとんどいなかった。措置入院者に対してクロザピンを投与すべきでないという回答した者は全回答者の約4分の1だった。実施すべきとした者のうち困難を感じた経験を有する者は全回答者の約3分の1だった(図5)。困難を感じる理由としては、患者の同意が得づらいというものや諸手続が煩雑であるというものが最多で各々全体の4分の1ずつを占めた。

④他害行為への直面化

措置入院者に対してその他害行為への直面化を行った経験があると回答した者は有効回答者の約3分の2だった。措置入院者に対して他害行為への直面化を行うべきでないという回答した者は全回答者の約1割だった。実施すべきとした者のうち困難を感じた経験を有する者は全回答者の約4分の1だった(図6)。困難を感じる理由としては、精神症状が重いというものが最多で全体の約半数を占めた。

⑤仮退院や退院前訪問等を用いた退院準備

措置入院者に対して仮退院や退院前訪問等を用いた退院準備を行った経験があると回答した者は有効回答者の約半数だった。措置入院者に対して退院準備を行うべきでないという回答した者は全回答者の約6分の1だった。実施すべきとした者のうち困難を感じた経験を有する者の割合は約4割だった(図7)。困難を感じる理由としては、諸手続が煩雑というものとリスク管理が困難というものが多く各々全体の4分の1を占めた。特殊な治療が実施困難な理由の内訳について図8にまとめた。

(4)その他の自由記載意見

合計91件の自由記載意見を得た。内容は、患者の精神症状や病識に関する問題、病棟の構造や人員に関する技術的問題、家族の理解や経済状況等に関する問題、地域社会資源の乏しさに関する問題、身体合併症発生時に関する問題、他害行為等のリスク管理の問題、諸手続の煩雑さに関する問題等、多岐に渡っていた。これらを論点毎に分類すると、表1のようになる。

その他、他に分類しがたい意見としては以下のような内容が挙げられた。

- ・退院支援としての外出・外泊については、仮退院制度を用いず、措置解除後に任意入院若しくは医療保護入院に入院形態を変更したうえでやっている。
- ・措置入院の契機となった他害行為に対して患者本人が責任を感じていることが示唆される場合でも、措置入院した後で司法の場で裁判を受けることが困難である。
- ・本来は医療観察法の適応とすべきと考えられる措置入院事例を経験した。
- ・措置解除のタイミングの見極めが難しい。
- ・措置解除後に医療保護入院等が継続される場合、医療費が事実上家族の負担となるため、治療の継続が難航することがある。
- ・精神症状に起因しない他害行為により措置入院となったことが後から判明することがあり、その場合には治療が困難となる。
- ・患者の精神疾患に対する治療行為そのものは他の入院形態の場合と特に違いはない。

- ・家族の病気や慶弔、他院受診、運転免許更新等の用務において外出や仮退院の可否の判断に迷うことがある。
- ・行政当局と医療者との間で措置入院患者の治療目標について温度差を感じることもある。
- ・措置解除のタイミングについて一定の指針若しくはコンセンサスを形成する必要があるのではないかと。

(上記は、回答者の記載した意見内容を要約のため当方が一部改変しまとめたものであり、文責は当方に帰属する。)

D. 考察

(1) 回収率について

厚生労働省調べによる平成 22 年度の精神保健福祉資料(いわゆる 630 調査)によると、同年 6 月 30 日現在における千葉県の精神科病院(精神病床を有する総合病院を含む)は計 53 施設(うち千葉市 9 施設、市外 44 施設)あり、そのうち 6 施設が公的病院(うち千葉市 4 施設、市外 2 施設)、指定病院が 29 施設(うち千葉市 4 施設、市外 25 施設)であるとされる。したがって千葉県下で措置入院を受け入れている精神科病院は 35 施設となる。我々は、公的資料等から千葉県下の精神科病院のリストを作成し、そのうち措置入院を受け入れていないことが明らかでない施設を除く 47 施設に調査票を送付し、17 施設から回答を得た。今回の調査送付先は措置入院を受け入れている精神科病院を網羅していると仮定すると、施設における回収率は $17/35=48.6\%$ となる。

なお、今回の調査で回収した調査票は計 156 通であった。平成 22 年度の精神保健福祉資料によると、千葉県の精神科病院で診

療に従事している医師数は常勤 351 名(うち千葉市 68 名、市外 283 名)、非常勤 446 名(うち千葉市 55 名、市外 391 名)の計 797 名である。このうち公立病院及び指定病院の勤務医の割合は明らかでなく、複数の精神科病院に勤務している医師もいるため、調査対象の母集団たる精神科医師の数は算出が困難であるが、仮に常勤精神科医師を母数とすると、人数ベースでの回収率は $156/351=44.4\%$ となる。実際にはこの母数のうち非指定病院のみに勤務している医師もいるため、実質的な回収率はこの数値より大きいものとなる。

両者を勘案し、今回の調査においては対象となる精神科医師の概ね半数弱の意見を集約することができたと考えられる。

(2) 回答者属性について

今回の調査における回答者属性と、昨年度に実施した千葉県の精神科医師に対するアンケート調査の回答者属性との比較を表 2 に示す。

昨年度と今年度では対象が異なるため両者を比較することの意義は薄いだが、年齢・性別・精神科臨床経験年数に関して両者は類似していることから、今回の調査対象が特定の集団に偏っている可能性は高くないと推察される。ただし、昨年度に比べ今回調査では回答者に占める指定医の割合が高かった。これは、今年度の調査対象を措置入院にコミットしている施設に限定したことと関係しているものと思われる。

(2) 措置入院患者の治療に関する意見

今回の調査では、措置入院患者に対する入院医療を提供するうえでしばしば議論となる 5 種類の治療法について、現場における問題意識を問うた。

mECT、デポ剤の使用、クロザピン投与、他害行為への直面化、退院支援のいずれも、措置入院患者に対し実施すべきではないと回答した者は少数だった。しかし、クロザピン投与に関しては約4分の1が措置入院患者に対しては行うべきでないと回答した。その理由について特段の記載は見当たらなかったが、合併症発現時の対応が困難になるおそれや、服薬の継続性を確保することに対する懸念が、投与を忌避する理由として推察される。また、実際に措置入院患者にクロザピン投与を行った経験のある回答者はごく僅かであったことを考えると、「実施すべきでない」というよりも「どのように実施すべきかの見当がつかない、実感が持てない」というのが多勢の意見であるのかもしれない。

mECTとデポ剤については、措置入院患者に対する実施経験を有する回答者は少数派であったが、ほとんどの回答者が将来の実施には積極的であった。また実施に当たり困難を感じることも多くはないようである。他方、困難を感じる理由の内訳はmECTとデポ剤とで若干異なっており、前者については患者のみならず家族の同意を得るのが困難であるようだが、後者については家族の同意が問題となることはほとんどない。両者の差は、それぞれの手技に対するイメージの違いと、mECTの実施に当たり麻酔科等との連携において家族への十分な説明を求められること等に起因しているものと思われる。

他害行為に対する直面化は、半数以上の回答者が実施経験ありと回答しており、既に一般精神科医療現場にも浸透しつつあるようだ。直面化技法は司法精神医療の文脈

で語られることが多く、症例報告も増えつつあるが、我が国においては伝統的に措置入院が司法精神医療の一端を担ってきたため、臨床家の立場としては措置入院患者への治療の一環として他害行為への直面化を取り入れることの重要性が省みられていたと考えることも可能である。

措置入院患者に対する退院支援についても、半数の回答者が経験済みだった。また自由記載にも見られるとおり、措置解除し医療保護入院等への入院形態切替えを行ってから退院支援を開始する事例も多いものと推察され、実際にはほとんどの措置入院患者に対して何らかの退院支援が行われている可能性もある。他方では、措置入院中の患者に対して退院支援を行うことに困難を感じた回答者も半数近くに及んだ。この点については、退院支援を開始するタイミングの問題と、支援に伴う手続の問題、リスク管理と責任の明確化の問題について議論する必要がある。

概括すると、措置入院患者に対する治療に困難を感じない理由は、治療手段によってかなり異なっているといえる。mECTでは患者及び家族の同意、デポ剤では患者の同意、クロザピンの投与では患者の同意と諸手続、他害行為への直面化では患者の精神症状、退院準備では諸手続とリスク管理が最大の理由だった。これらの理由に見られる課題に対処して治療を円滑に進めるために必要な方策も、個別に考えていく必要がある。

まずmECTに関しては、特に家族に対しその効果と安全性を明確に説明できるようにすること、さらには電気痙攣療法に対する過去の歪んだイメージの払拭の為の取組

みが必要であろう。同時にその限界性も踏まえ、より安全で効果的な治療手段の確立も求められている。施設内及び施設間での連携強化も重要だろう。次にデポ剤については、家族の同意が問題となることはほとんどなく、また症状が改善して退院した後も継続して受療する必要があることに鑑みると、患者の理解を促すことの重要性は計り知れない。特に罹病期間の長い患者にあっては、従来型抗精神病薬の筋肉内投与に伴う不快な副作用や恐怖感を経験している場合もあり、より丁寧な説明が求められる。治療者側としても、精神科医師昨今の非定型抗精神病薬の持効性注射製剤を使いこなす技術の研鑽に努めることが必要だろう。

クロザピン投与に関しては、我が国で適応が認められてからまだ日が浅く、その厳格な施設要件も相まって、投与可能な施設はまだ十分に増加していないのが現状である。この点については、一般精神科医療においてより医療資源を充実させ底上げを図っていくことが重要であるが、他方では重篤な精神症状を有している措置入院患者こそクロザピンを優先的に必要としているのではないかというジレンマがある。この問題に対する早急な回答を用意することは難しい。クロザピン投与に当たっては、直接的に処方を行う医師・薬剤のみならず、病状悪化時や有害事象発現時のバックアップ体制の確保が不可欠であるためである。

措置入院患者に対する退院支援のあり方については、前述のように複数の論点がある。まず、措置入院中から仮退院や退院前訪問を用いた積極的な退院支援を行う必要があるか否かについては、事例毎に対応方

針が異なるとはいえ、実質的な退院準備は措置解除に至ってから行うとする自由意見が複数散見された。これは医療機関側として措置入院患者による失踪や他害行為のリスクを考えると現実的な対応策であると考えられる。措置解除までは積極的な退院支援を実施しないことによる患者側のデメリットには十分な配慮が必要であるが、そもそも仮退院や退院前訪問が行われるのは患者本人の病状が一定程度改善してからであることが多いものと想定されるので、入院形態変更後の支援開始という方針には一定の合理性があると言える。次に、支援に関わる諸手続の煩雑さという問題については、措置入院患者は深刻な病状のみならず社会的問題も抱えている事例が多いため、複数の機関が患者の支援に参与することが不可避であり、よって手続や連絡調整に要する時間も増えてしまうという構造的問題がある。この点については、日頃から関係機関間の連携を密にしておくこと、事例毎に支援の方針を策定し問題認識の共有に努めること、特別に濃厚な支援を必要とする場合の条件やその内容についてあらかじめ決めていくこと等が対応策として考えられる。ただこれらにはいずれも人員及び時間的資源の投入が要請されるものであるから、現実的には他の業務との兼ね合いが常に問題となる。最後に、退院支援に当たり措置入院患者の他害行為等のリスクをどのように管理するか、またその責任をどう分担するかという問題がある。前者に対しては、司法精神医療の現場で培われつつあるリスクアセスメントツールを活用することが一定の回答となり得る。後者においては、やはり関係機関間での共通認識を持ち、有事の

折の対処方針をあらかじめ定めておくことが重要であろう。さらに、昨今医療観察法制度においても取り上げられることの増えてきた、発達障害、薬物依存、パーソナリティ障害等を有する患者への対応など、既存の法制度では十分な手当ができない局面があることに鑑みた今後の議論も必要である。

E. 結論

今回我々は、措置入院医療において問題となりがちな論点について、千葉県下で措置入院を担っている精神科医師に対するアンケート調査を実施した。その結果、mECT、持効性注射製剤、クロザピン使用、他害行為に対する直面化、退院支援のいずれにおいても、措置入院下では行うべきでないとする確たる根拠は見いだせなかった。他方、これらを措置入院下で実施するに当たっては項目毎に種々の課題があり、個別に対応していく必要があることが明らかとなった。具体的には、最新の治療手法に対する医療者側の研鑽と患者家族への啓発、施設間での密接な連携体制の構築、司法精神医療で培われた治療技法の積極的な導入、リスクアセスメントに基づく諸手続の効率化等が求められているといえる。

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

精神科臨床経験年数

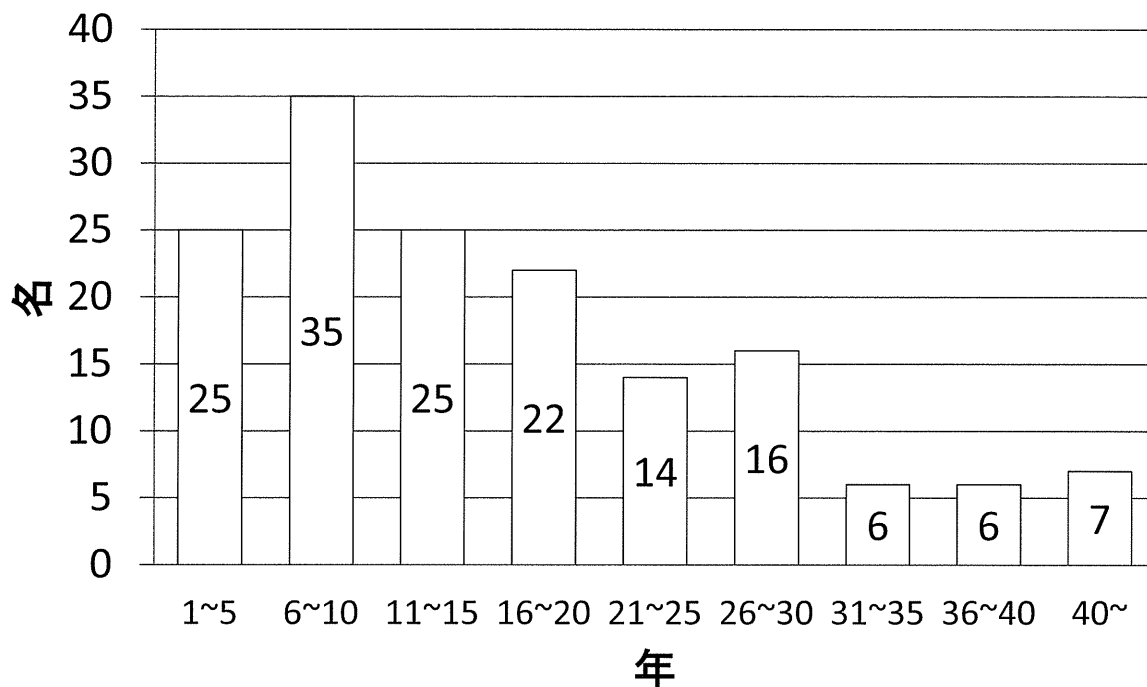


図2

過去1年間の措置診察件数

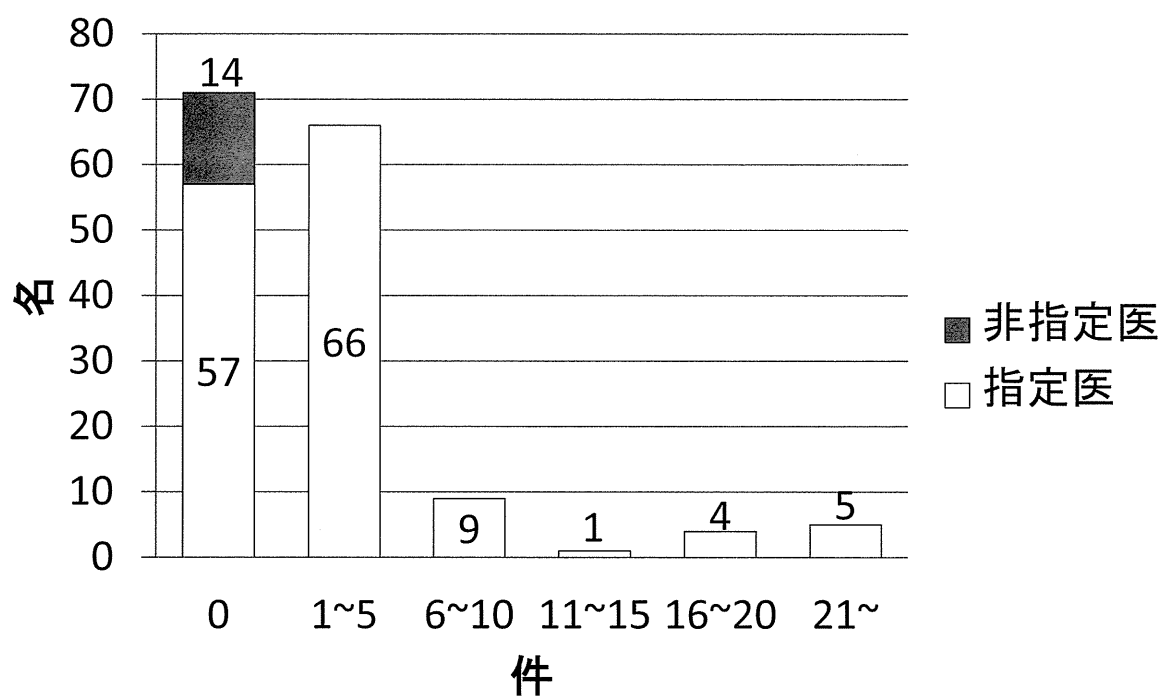
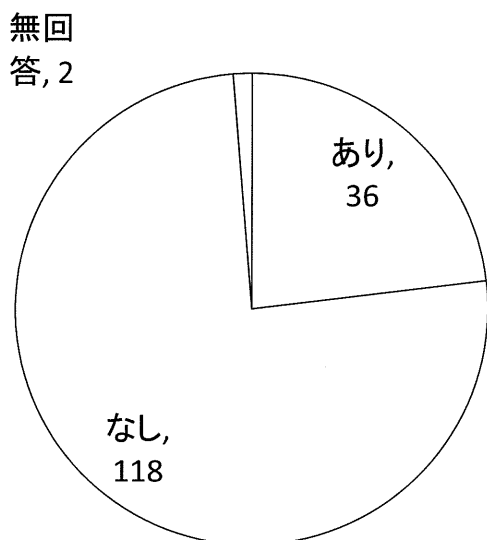


図3

修正型電気痙攣療法

実施経験



実施に対する意見

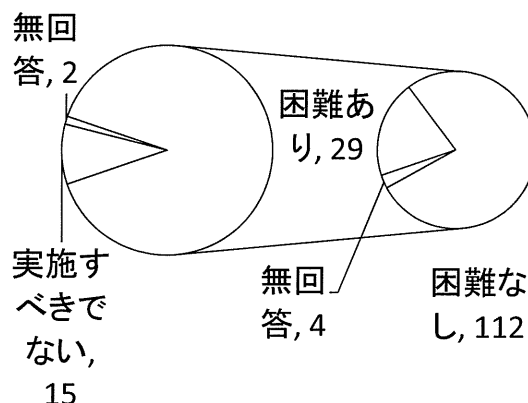
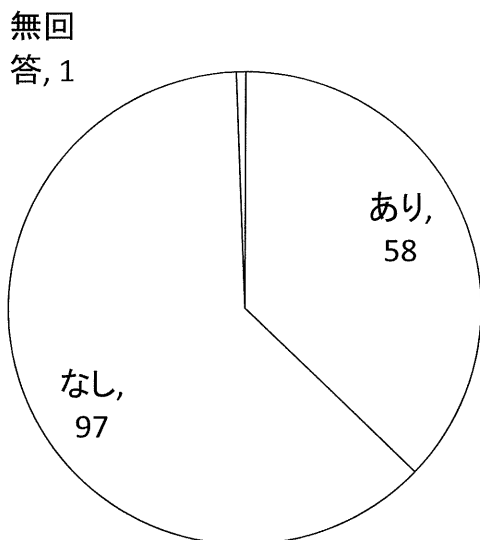


図4

持効性注射剤

実施経験



実施に対する意見

