

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

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

平成 22 年度～平成 24 年度 総合研究報告書

医療観察法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 国立病院機構肥前精神医療センター臨床研究部顧問

A. 研究目的

本研究の目的は、触法精神障害者について、医療観察法が施行されているなか精神保健福祉法による措置入院制度が適切に運用されているかどうか、医療観察法と精神保健福祉法との役割分担が適切に行われているかどうかを明らかにするものであり、こうした実態に基づいて現行制度下における触法精神障害者の適切な処遇のあり方を示すことである。

B. 研究方法

①検察官通報について、2008 年度 1 年間に検察官通報がなされた事例の調査データをもとにさらに解析を進めた。②警察官通報について、2010 年 5 月に全国の都道府県・政令指定都市で措置通報がなされた事例について調査した。③精神保健福祉法 26 条通報となったものの実態を把握した。④千葉県の措置入院制度の運用につき患者・施設調査などを実施した。⑤2010 年度の 1 年間に措置解除された患者の 2012 年 10 月現在の治療継続、生命転帰などに関する研究（「措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究」）を、10 箇所の病院で予備的に行った。

C. 研究成果および考察

以下、結果の一部を述べる。①検察官通報の分析では、入院時診断書 769 例と、措置症状消退届の 390 例について診断の一致を調査した。その結果、措置入院時診察と退院時診断の一致は 88.1%、カッパ係数 0.769 と一致度は高かった。②警察官通報については、回答のあった 53 の都道府県・政令指定都市からの 856 例について解析を行った。その結果、医療観察法試行前（2000 年度）に比較して、診察不要の増加（856 例中 334 例）、緊急措置診察の増加（856 例中 257 例）、入院期間の短縮（入院期間の中央値 42.0 日）などが顕著であった。措置診察や措置入院の要否に関連する因子の解析、診断の一致については現在解析中である。③精神保健福祉法 26 条通報となる事例には、医療保険もなく、安心して過ごす場所もないままに、わずかな所持金をもっただけで保護観察のつかない満期釈放となる精神障害者が含まれている可能性があることが明らかになった。このように、精神保健医療福祉サービスにアクセスしがたいところに深刻な問題をかかえた人たちが存在している可能性があり、26 条通報の実態をさらに明らかにしていく必要がある。④千葉県の調査では、措置入院患者のうち未治療の者は 4 分の 1 に過ぎないことや、措置解除後の処遇については不明なことが多く、

また転医等により予後が追えなくなる事例も多いことなどが明らかになった。⑤措置入院者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究については、現在までに回答のあった 6 病院 238 事例のうち入力終了した 148 例につき解析中である。

D. 結論

医療観察法導入後、警察官通報では大きな変化が認められた。一方、26 条通報における問題や、措置入院者の転帰調査の必要性も明らかになった。現行制度化における措置入院制度の実態や処遇のあり方について、今後も研究を継続する必要がある。

E. 健康危惧情報

なし

F. 研究発表

1) 論文発表

各研究に記載

2) 研究発表

各研究に記載

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

平成 22 年度～平成 24 年度 総合研究報告書

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

ならびに第 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究

分担研究者 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

1. 平成 22～24 年度において、研究 1「医療観察法導入後における第 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究」および研究 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（1）（2）」の 2 つの研究を実施した。
2. 研究 1：平成 21 年度厚生労働科学特別研究「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」において、2008 年度に全国すべての都道府県・政令指定都市における精神保健福祉法第 25 条の検察官通報例について、年齢、性別、診断、通報に至った他害行為や通報前の精神鑑定の有無、精神科入院歴と通報後の対応、その後の転帰を調査した。同年度に未了であった点について、分析を行った。結果、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、医療観察法の前後を通じて変化は見られなかった。事前調査においても幻覚妄想や他害行為のおそれは、単独でも要診察とされることが多く、治療の必要性の高い症状や問題行動が揃うとより診察実施されていた。医療観察法の施行によって、重大な他害行為の患者が同法で処遇されることもあり、そのような患者が減少したのは当然ではある。ただその一方で、医療観察法との関連で、判決言い渡しから確定までの、医療観察法が適用できない期間に、検察官通報によって措置入院等の対応がなされること、罰金刑の確定などで医療観察法の適用とならない傷害事例が検察官通報によって通報されるなどの実態が、新たに明らかとなった。
3. 研究 2：2010 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。調査の方法は、おおむね、研究 1 と同様である。

研究 2（1）全体像からは、警察官通報件数は、他の統計資料から、ほぼ倍増していることが明らかとなっているが、今回の調査からは診察不要が増加し、措置診察は減少し、要措置となる割合は変化がなかったが、措置入院期間は短縮し、措置入院後 180 日目の入院継続率は明らかに減少していた。警察官通報による措置入院は、夜間・休日の精神

科救急医療体制が整備されている地域では、緊急措置入院の多用もあわせて、精神科救急医療の一形態として、純化しつつあるともいえる現状にあった。

研究2(2) 判断に影響を与えた因子については、次の点が明らかになった

事前調査の判断では、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。

精神保健指定医による診察では、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。

研究2において対象とした警察官通報では、措置入院の大多数を占めており、この一群が救急医療に純化しているという点を考慮すると、司法精神医療の色彩を帯びる検察官通報ならびに医療観察法の医療体制とは、密接な関連を有するものの、視点の違いが生じてきていることに留意を要すると思われた。

研究協力者	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 *執筆担当
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
竹島 正	国立精神・神経医療研究 センター精神保健研究所
小山明日香	国立精神・神経医療研究 センター精神保健研究所
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

*論文執筆者

A. 研究目的

研究1：2009年度に、全国で2008年度に

おいて精神保健福祉法第25条（検察官の通報）に基づく通報がなされた事例について調査し、要措置となる割合や措置解除後の入院継続の割合は2000年度との比較で変化がない一方で、通報件数の微増、診察不要の増加、措置診察件数の減少、措置入院期間の短縮、措置入院後180日目の入院継続率の減少を指摘した。これら変化の要因のひとつとして医療観察法制定の影響も考慮する必要があるが、措置解除が早期の退院とは結びついていないことも考慮する必要があることを指摘した。

これらの変化が生じた要因と、検察官の判断内容、事前調査における評価、措置診察時における症状や状態像、他害行為とその後の処遇等との関連について検討するため、解析を行った。

研究2：2000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、精神保健指定医（以下、指定医）の判断はおおむね一致すること、措置通報、要否判断や入院期間での地域差があることなどが明らかとなった。その後、措置入院全体の件数は増加するなどの変化が指摘されていたが、2005年7月15日に医療観察法が本格施行されるなどの事情で、運用動向がさらに変化してきている可能性があり、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。

なお、解析量が多いため、2011年に（1）全体像、2012年に（2）判断に影響を与えた因子を検討した。

B. 研究方法

研究1：2008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、検察官通報がなされた事例を対象とした。対象事例について、「検察官通報書」「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。

研究2：2010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。具体的な調査内容は、研究1と、ほぼ同様である。

C. 研究結果

研究1：この研究から、以下のことが明らかとなった。

1 通報に際しての検察官の処分

全1056例のうち、検察官通報書欄に記載のあった1050例の通報内容を分析した。検察官通報に至った理由は、重大な他害行為21例のうち43例（20.4%）で記載があり、内訳は心神喪失91例、心神耗弱21例、嫌疑不十分5例、告訴取下0例、処分保留3例などであった。不起訴処分の理由の大半は「起訴猶予」であったが、一部に詳細の記載があった。

2 事前調査における措置診察要否の判断

事前調査票の記載があった992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、恐喝8.81、幻覚妄想あり6.60、侮辱5.46、身体合併症あり4.16、殺人4.03、器物損壊3.64、傷害3.44、暴行3.42、自傷行為あり3.08、鑑定あり2.90、性的問題2.75、過去の司法処分あり2.46、その他の他害行

為2.27、本人と面接した2.17、生活維持困難あり1.81、いずれかの他害行為1.63、治療歴あり0.49、現在治療あり0.49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、鑑定、生活維持困難、本人面接、窃盗、現在の治療、過去の司法処分それぞれの有無、年齢などが影響していた。幻覚妄想なし群は鑑定の有無で分岐し、以下、本人面接、アルコール問題、何らかの他害行為などが影響していた。

3 措置診察時の措置要否の判断

措置入院に関する診断書の検討では、これまでの重大な他害行為で傷害のみ措置要否判断で有意差があり、放火、強盗、強制わいせつ、傷害で、指定医2名の判断は一致、殺人で一致傾向があり、強姦では一致しなかった。今後おそれのある重大な他害行為でも傷害のみ措置要否判断に有意差があり、指定医2名の判断も強制わいせつのみで一致し、放火、強姦、傷害で一致傾向、殺人、強盗では一致しなかった。状態像では、幻覚妄想、精神運動興奮、その他で措置判断への影響で有意差があり、残遺状態で差異傾向が認められた。判断の一致度は、躁で指定医判断が一致し、幻覚妄想、昏迷、残遺状態、抑うつ、認知症で一致傾向があった。

措置診察を受けた588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、幻覚妄想26.2、躁状態11.9、放火8.61、強制わいせつ8.57、抑うつ6.58、認

知症5.99、傷害3.98、自傷3.85、暴行3.40、精神運動興奮2.77、家宅侵入2.68、強盗2.64、詐欺等の経済的問題行動2.62、措置入院歴2.34、器物損壊2.19、脅迫1.94、重大な他害行為0.59、恐喝0.41、せん妄0.26、強姦0.09であった。

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た。幻覚妄想あり群では暴行、器物損壊が、幻覚妄想なし群では、傷害、家宅侵入が、措置要否判断に影響していた。

4 措置解除直後（退院後）の処遇

措置症状消退届では、措置解除後の帰住先について、退院した102例では、自宅87例、施設1例、その他3例で、帰住先が空白なのは10例に過ぎなかった。一方、入院継続272例では、医療保護入院176例のうち、自宅23例、施設3例、任意入院94例では、自宅18例、施設3例などで、213例は行き先を空白としていた。

5 措置入院期間と措置診察時の症状等との関連

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。全例からまず診断（F0、F7、F8）群27例（6.1%）が182.4±167.1日で分岐した。次いで自傷あり群56例（12.7%）が58.9±45.3日で分岐した。以下、窃盗あり群97例（22.0%）が115.7±112.5日で分岐、重大な他害行為群66例（15.0%）が111.2±101.6日で分岐、措置入院歴あり群35例（8.0%）が64.7±39.5日で分岐、残遺状態あり群33例（7.5%）が120.0±66.0日で分岐した。最後に器物損壊あり群65例（14.8%）74.3±49.9日と、器物損壊なし群61例94.0±78.8日に分岐した。

研究2：この研究から、以下のことが明らかとなった。

(1) 全体像

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

② 事前調査は834例(97.4%)で実施されていた。

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

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

⑤ 措置入院後180日目には、17例(2.0%)が措置入院中であり、370例

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

⑥ 通報時の自傷他害のおそれと処遇の関係では、他害のみ群で診察不要が少なく、要措置と措置不要が多かった。重大他害行

為の既往として、傷害による医療観察法入院処遇歴を有する患者が措置入院していた。ただ、この患者がこの措置入院の時点で通院処遇中なのか不処遇なのかは不明であった。

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

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

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

⑩ 地方厚生局の管轄区域別には、関東信越では診察不要が少なく要措置が多かった。東海北陸では診察不要と措置入院中が多く、措置解除済が少なかった。近畿では要措置

と措置不要が多かった。中国四国では要措置が少なく、九州で診察不要が多かった。入院期間では、北海道東北と東海北陸が、関東信越や近畿に比して長く、中国四国が近畿に比して長い傾向にあった。

（２）判断に影響を与えた因子

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。

D. 考察

1 通報に際しての検察官の処分について

検察官通報書に、通報に至る理由が記載されていたもののうち、多くは起訴猶予とされており、心神喪失や心神耗弱とされたものは少数であった。ただ、通報理由欄に記載があったのは、約2割にすぎず、検察官通報に至る事例について、どのような事例が不起訴処分となるかの傾向は、なお不明な点が多かった。

2 措置診察要否の判断について

事前調査において措置診察を行うかどうか

かは、幻覚妄想あり、恐喝、殺人、器物損壊、傷害、暴行などでOdds比が高く、たとえば幻覚妄想では精神症状、生活維持困難では、障害による生活困難、自傷や、他害（殺人、傷害、暴行、器物損壊、性的問題、恐喝）では、粗暴な他害行為あるいは自傷行為それ自体、鑑定ありでは、鑑定によって病態と問題行動の関係が明らかとなっていること、過去司法処分あり群では過去の処分から他害行為のリスクと評価されることで、それぞれ措置診察が実施されているものと思われた。一方、治療歴あり、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。

また決定木分析では、精神病症状の有無が診察実施となるかどうか大きく影響していると思われた。そして、幻覚妄想がある事例では、何らかの他害行為があれば要診察は増え、他害行為が明らかでなければ要診察は減少していた。病態が明らかで、かつ生活維持が困難で、しかも勾留中など面接調査が可能な場合、要診察の判断がされやすかった。生活維持困難があっても措置診察は行われやすかったが、窃盗などがある場合には必ずしも措置診察は行われていなかった。一方、現在の治療がある群で診察不要が増えており、治療関係があり、かつ現在は措置症状が顕著ではない事例では必ずしも措置診察を行わないという運用が行われていても、さほど不自然ではないと思われた。

3 措置要否の判断について

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、また今後に傷害のおそれがあると認定され

た患者、また今後、暴行や器物損壊のおそれがあるとされた患者で、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、措置入院歴など既往が考慮され、また精神症状のうち、幻覚妄想や躁状態、精神運動興奮や抑うつ、認知症など、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。

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、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。

4 退院後の処遇について

措置症状消退届では入院継続例で帰宅先不明が多く、通院例では明確となっている者が多かったが、これは当然ではあるものの、社会的入院の準備状態でもあり、社会復帰に向けた支援が必要とも思われた。

5 措置入院期間と措置診察時の症状等との関連について

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、診断がF0、F7、F8か、それ以外かで分岐し、以下、自傷、窃盗、措置入院歴、残遺状態、

器物損壊の有無で、分岐していた。

6 研究の制約について

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。

研究2

(1) 全体像

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

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

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

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

そして緊急措置診察は257例に実施され

ていたが、これは措置診察522例の49.2%にあたり、かなり多用されているといえた。

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

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

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

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

措置診察での診断は、前回に比してF1：薬物と、その他（F0、F4、F5、F7、F8、F9、F99、G40、なし、その他）が減少しており、F3：気分障害と不一致が増加していた。その他群は前回、状態像診断なども含

まれていたが、今回ICD10コード欄が追加されたことでこうした群が減少したものと思われた。不一致群は多くは重複診断群であり、要措置が多いのは病態が複雑で、診断や治療に難渋するとの予測がなされるためとも思われた。

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

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

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

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

(2) 判断に影響を与えた因子

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比が高いのは、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면을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。

E. 結論

研究 1

2008年度における検察官通報について、昨年度に未集計であった詳細の集計結果を

報告した。

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、医療観察法の前後を通じて変化は見られなかった。事前調査においても幻覚妄想や他害行為のおそれは、単独でも要診察とされることが多く、治療の必要性の高い症状や問題行動が揃うとより診察実施されていた。医療観察法の施行によって、重大な他害行為の患者が同法で処遇されることもあり、そのような患者が減少したのは当然ではある。ただその一方で、医療観察法との関連で、判決言い渡しから確定までの、医療観察法が適用できない期間に、検察官通報によって措置入院等の対応がなされること、罰金刑の確定などで医療観察法の適用とならない傷害事例が検察官通報によって通報されるなどの実態が、新たに明らかとなった。

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 2

(1) 全体像

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

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

に減少していた。

警察官通報による措置入院は、夜間・休日の精神科救急医療体制が整備されている地域では、緊急措置入院の多用もあわせて、精神科救急医療の一形態として、純化しつつあるともいえる現状にあった。

(2) 判断に影響を与えた因子

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。

(3) 研究2（警察官通報）まとめ

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

- 1) 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: 1495-1505, 2011

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
- 2) 瀬戸秀文, 山本智一, 島田達洋, 入野康, 吉住昭, 小泉典章, 竹島正, 尾島俊之, 野田龍也, 山下俊幸, 小高晃: 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2008年度の検察官通報調査から-.第31回日本社会精神医学会,東京, 2012.3.16

H. 知的財産権の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)

平成 22 年度～平成 24 年度 総合研究報告書

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と
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

分担研究者 吉住 昭 独立行政法人 肥前精神医療センター臨床研究部顧問

研究要旨

【目的】

措置入院の診断の精度に関する検討は十分にされていない。そこで我々は、平成 23 年度と平成 24 年度において、警察官通報と検察官通報における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】

検察官通報：2008 年 4 月 1 日から 2009 年 3 月 31 日までに全国 47 都道府県、20 政令指定都市で検察官の通報が行われた者のうち、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「措置入院に関する診断書(以下、入院時診断書)」、および「措置症状消退届(以下、措置解除時診断書)」に記載された ICD-10 診断(2 桁のコード)を相互比較して、診断の一致率について検討した。

警察官通報：2010 年 5 月 10 日から 2010 年 5 月 31 日までに全国 47 都道府県、19 政令指定都市で警察官通報による措置入院となった者のうち、措置解除がおこなわれた症例を対象に「入院時診断書」、および「措置解除時診断書」における ICD-10 診断 (2 桁のコード) を相互比較して、診断の一致率について検討した。

【結果】

検察官通報：調査期間中に検察官通報がなされた 1056 例のうち、588 例で措置入院に関する診察が行われ、さらにこのうち 440 例が要措置と判定された。措置入院となった 440 例のうち、406 例が措置解除されており、このうち 390 例で措置解除時診断書に関するデータが得られていた。本研究で使用されたデータベースにはこれらの 390 例のうち、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 380 例、1 通存在するものが 9 例であった。したがって、本研究ではのべ 769 例の入院時診断書とそれに対応した措置解除時診断書に記載された診断が相互比較されたことになる。入院時診断書の診断の分布は、F0 (症状性を含む器質性精神障害)が 33 名(4.3%)、F1 (精神作用物質使用による精神および行動の障害)が 78 名(10.1%)、F2 (統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害)が 597 名(77.6%)、F3 (気分障害)が 36 名(4.7%)、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 5 名(0.7%)、F6 (成人のパーソナリティおよび行動の障害)が 6 名(0.8%)、F7 (精神遅滞 [知的障害])が 7 名(0.9%)、F8 (心理的発達の障害)が 7 名(0.9%)であった。また措置解除時診断書の診断名は、F0 が 26 名(3.4%)、F1 が 74 名(9.6%)、F2 が 594 名(77.2%)、F3 が 39 名(5.1%)、F4 が 2 名(0.3%)、F6 が 22 名(2.9%)、F7 が 4 名(0.8%)、F8 が 6 名(0.8%)、Z7(詐病)が 2 名(0.2%)であった。対象患者 769 例のうち、入院時診断書と措置解除時診断書の診断が一致したものは 679 例、診断が一致しなかったものは 91 例であり、極めて高い κ 係数($\kappa=0.77$)が得られていた。

警察官通報：今回の検討では、1 人目の精神保健指定医によって作成された 330 例の措置入院に関する入院時診断書と 2 人目の精神保健指定医によって作成された 327 例の入院時診断書と、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、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 が 69.1%と最も多く、F3 が 9.4%、F6 が 6.2%、F1 が 5.8%、F0 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 に留まっていた。

【考察】

検察官通報と警察官通報の措置入院において、入院時診断と措置解除時診断の間に高い一致率を認めた。また κ 係数の比較では、検察官通報の κ 係数 ($\kappa=0.77$) の方が警察官通報の κ 係数 ($\kappa=0.68$) よりも高い傾向にあった。現時点では診断面における検察官通報と警察官通報における措置入院制度の妥当性は一定以上に担保されている状況が示された。

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

措置入院は非自発性入院であって、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ものの、必ずしも医療の質について検討されては来なかった。

その原因の 1 つに診断の問題がある。ただし、今までこの問題で議論されてきたものは、措置入院が決定される際の 2 名の精神保健指定医(以下、

指定医)の間の診断の一致に関する問題であって、措置症状消退届(以下、措置解除時診断書)に示された最終診断との一致率については十分検討されてはいない。

また、医療観察法施行後の措置入院事例を対象とした、措置入院に関する診断書(以下、入院時診断書)の診断、措置解除時診断書の診断の一致については未検討であり、また医療観察法導入後における措置入院例の診断分類についても不明な点が多い。

そこで今回、検察官通報と警察官通報における措置入院が決定される際に、2 名の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

B-1 検察官通報

2008年4月1日から2009年3月31日までに、全国47都道府県、20政令指定都市において、精神保健福祉法第25条(検察官の通報)に基づく通報がなされた全ての事例を対象とした。2009年10月31日までに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の診断の項目を比較し、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」とし各々の診断書ごとに検討した。さらに各対象事例について、事前調査書、入院時診断書、並びに措置解除時診断書を調査したデータベースを用いた[1]。

B-2 警察官通報

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。これらのうちから要措置と診断され、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の主たる精神科診断の項目を比較し、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」とし各々の診断書ごとに検討した。さらに各対象事例について、入院時診断書、並びに措置解除時診断書を調査したデータベースを用いた。

検察官通報、警察官通報共に、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[2]に準じて2桁のコードに振り分けた。除外基準として、状態像を記載していたもの(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なもの、従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。さらに、緊急措置入院者を対象から削除した。

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」[3]と通常2名の指定医が一致して認めたとき、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通存在することになる。

(解析方法)

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[4]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、検察官通報の研究は、2009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、2009年7月2日に研究実施が承認された。警察官通報の研究は、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

1-1 検察官通報の詳細について

検察官通報をされた1056例のうち、診察実施となった者は588例、要措置となった者は440例であった。これらの588例のうち、調査期間中に措置解除となった者は406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393例で回収されていた。この393例のうち、3例は欠損値

が見られたため、今回検討対象となったのは 390 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 380 例、1 通存在する者が 9 例であった。したがって、今回の検討ではのべ 769 通の入院時診断書とそれに対応する措置解除時診断書の診断を比較したことになる。

1-2 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になる。

2 入院時診断書と措置解除時診断書の診断について

2-1 警察官通報の詳細について

総数 769 例のうち、男性は 655 例(85.2%)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 33 名(4.3%)、F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)が 78 名(10.1%)、F2(統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害)が 597 名(77.6%)、F3(気分障害)が 36 名(4.7%)、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 5 名(0.7%)、F6(成人のパーソナリティおよび行動の障害)が 6 名(0.8%)、F7(精神遅滞 [知的障害])が 7 名(0.9%)、F8(心理的発達の障害)が 7 名(0.9%)であった。

一方、措置解除時診断書の診断名は、F0 が 26 名(3.4%)、F1 が 74 名(9.6%)、F2 が 594 名(77.2%)、F3 が 39 名(5.1%)、F4 が 2 名(0.3%)、F6 が 22 名(2.9%)、F7 が 4 名(0.8%)、F8 が 6 名(0.8%)、

Z7(詐病)が 2 名(0.2%)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 678 例、「診断の不一致」は 91 例であり、一致率は 88.1%であった。総数 769 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、「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 [5] 高い κ 係数 ($\kappa = 0.77$) を得た。

診断カテゴリー別の一致率は F2 が 73.0% と最も高く、以下 F1 が 63.0%、F0 が 56.8%、F3 が 56.3%、F8 が 44.4%、F7 が 14.0%、F6 が 12.0%、F4 が 0%、Z7 が 0% の順であった(表 2)。また各診断分類の κ 係数は、F0 が 0.713、F1 が 0.749、F2 が 0.751、F3 が 0.706、F8 が 0.612 であった(その他の診断カテゴリーの κ 係数は、少数のため算出不可)。

2-2 警察官通報

総数 657 例のうち、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 3)は、F0 が 21 名(3.2%)、F1 が 38 名(5.8%)、F2 が 454 名(69.1%)、F3 が 62 名(9.4%)、F5 が 2 名(0.3%)、F4 が 12 名(1.8%)、F6 が 41 名(6.2%)、F7 が 15 名(2.3%)、F8 が 11 名(1.7%)、F9 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 3)。

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%、F6 が 57.4%、F7 が 46.7%、F8 が 43.8% であった(表 4)。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)。

2-3 検察官通報と警察官通報の入院時と措置解除時診断書の診断分布の比較について

検察官通報 (769 例) と警察官通報 (657 例) における措置入院時診断分布 (表 5) と措置解除時診断分布 (表 6) について比較した表を示した。検察官通報の入院時診断分布は F2>F1>F3 であるのに対し、警察官通報の分布は F2>F3>F6 であった。また、検察官通報の診断分布は F2>F1>F3 であるのに対し、警察官通報は F2>F3>F6 であった。

カテゴリー別の診断の一致率については検察官通報については、F2>F1>F0 であるのに対し、警察官通報については F2>F3>F1 の順に続いていた。

3 入院時診断書の診断について

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。

3-1 検察官通報

入院時診断書が 2 通とも存在した総数 380 例のうち、「診断の一致」は 356 例、「診断の不一致」は 24 例であり、一致率は 92.6% であった。総数 380 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 ($\kappa = 0.82$) を得た。

診断カテゴリー別の一致率は、F0 が 14 名 (70%)、F1 が 33 名 (73.3%)、F2 が 288 名 (93.8%)、F3 が 17 名 (85.0%)、F6 が 1 名 (20%)、F7 が 3 名 (75%)、F8 が 3 名 (75%) であった (表 7)。さらに診断カテゴリー別の κ 係数は、F0 が 0.815、F1 が 0.771、F2 が 0.853、F3 が 0.951 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)。

3-2 警察官通報

入院時診断書が 2 通とも存在した総数 325 例のうち、平均年齢は 42.6 ± 14.5 で、そのうち男性は、207 名 (64.7%) であった。「診断の一致」は 291 例、「診断の不一致」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。

診断カテゴリー別の一致率は、F0 が 66.7%、F1 が 71.4%、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。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)。

3-3 検察官通報と警察官通報の入院時診断書の一致率についての比較

第 24 条通報と第 25 条通報における「入院時診断書」の診断カテゴリー別の一致度を表 7 に示した。一致度は検察官通報においては F2>F3>F7=F8 であり、警察官通報においては F2>F6>F3 であった。検察官通報と警察官通報において共に、一致率が高い診断カテゴリーは F2 であった。

D. 考察

今回の解析の結果、検察官通報と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、検察官通報と警察官通報による措置入院患者の診断について比較と検討を行った。

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

検察官通報における入院時診断書の診断名としてはF2が77.6%と最多で、順にF1が10.1%、F3が4.7%と続いた。

さらに警察官通報における入院時診断書の診断名として、F2が69.1%と最多で、順にF3が5.8%、F6が6.2%と続いた。過去の精神保健福祉調査から得られる全措置入院のデータでは、F2の占める割合は平均66.8%（平成16年から平成22年度調査）[6-12]であった。今回の調査において、検察官通報においてF2の占める割合は高く、警察官通報における入院時のF2の占める割合は全措置入院データと同様の結果であった。また、警察官通報におけるF6の占める割合6.2%は、検察官通報におけるF6の割合(0.8%)と比べて高値であり、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。

人格障害が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[13]。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[14]が設けられているが、わが国においての基準はない。それゆえ、攻撃性や衝動性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今後も検討が必要と考える。

これまで、わが国では検察官通報や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。今回の調査における入院時診断と消退届の診断のκ係数は、検察官通報における

入院時診断と消退届の診断のκ係数は、0.77であり、警察官通報における入院時診断と消退届の診断のκ係数全体のκ係数は0.68と実質的に一致している値であった。今回の調査によって、警察官通報、検察官通報におい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。

1-2 入院時診断の一致について

検察官通報と警察官通報ともに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度であった。

検察官通報の各診断カテゴリー別のκ係数の項目は、F3>F2>F0>F1の順であり、入院時診断の精度はF3が最も高いという結果となった。

警察官通報の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。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。

検察官通報と警察官通報においてともにF2以外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、F2以外での診断カテゴリーにおいても診断の高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。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問題についてさらなる調査を行う必要がある。

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