

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、検察官通報と警察官通報の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、検察官通報、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。

措置通報から措置解除までの一連の流れは、それぞれの検察官、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[15]。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。

また、検察官通報の措置入院 769 例、検察官通報措置入院 657 例と事例数は少なく、緊急措置入院の診断の比較については未検討のため、かたよりが生じた可能性についても考慮する必要がある。

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検察官通報と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、検察官通報、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、検察官通報と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 25 条 (検察官通報) 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 108 回日本精神神経学会総会, 2012.5.24-26.

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. (発表予定)

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, 竹島 正, 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.
2. 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—臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院. . 1993.
 3. 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.
 4. Dewey, M.E., Coefficients of agreement. Br J Psychiatry, 1983. 143: p. 487-9.
 5. Spitzer, R.L., J.B. Forman, and J. Nee, DSM-III field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. Am J Psychiatry, 1979. 136(6): p. 815-7.
 6. 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.
 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 17 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 18 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 19 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 20 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 21 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 22 年度調査.
 13. 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.
 14. 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.
 15. 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 25 条通報の総数 769 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	入院時診断書		措置解除時診断書	
F0 (器質性精神障害)	33	(4.3%)	26	(3.4%)
F1 (精神作用物質)	78	(10.1%)	74	(9.6%)
F2 (統合失調症圏)	597	(77.6%)	594	(77.2%)
F3 (気分障害)	36	(4.7%)	39	(5.1%)
F4 (神経症性障害)	5	(0.7%)	2	(0.3%)
F6 (人格障害)	6	(0.8%)	22	(2.9%)
F7 (精神遅滞)	7	(0.9%)	4	(0.8%)
F8 (発達障害)	7	(0.9%)	6	(0.8%)
Z7 (詐病)	0	(0%)	2	(0.2%)

表 2. 第 25 条通報における「入院時診断書」と「措置解除時診断書」(769 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)	73.0%
F1 (精神作用物質)	63.0%
F0 (器質性精神障害)	56.8%
F3 (気分障害)	56.3%
F8 (発達障害)	44.0%
F7 (精神遅滞)	14.0%
F6 (人格障害)	12.0%

表 3. 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 4. 第 24 条通報における「入院時診断書」と「措置解除時診断書」（657 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 5. 第 24 条通報と第 25 条通報における入院時診断

入院時診断分布	入院時第 25 条通報（769 例）	入院時第 24 条通報（657 例）
診断		
F0（器質性精神障害）	4.3%	3.2%
F1（精神作用物質）	10.1%	5.8%
F2（統合失調症圏）	77.6%	69.1%
F3（気分障害）	4.7%	9.4%
F4（神経症性障害）	0.7%	1.8%
F5（行動症候群）		0.3%
F6（人格障害）	0.8%	6.2%
F7（精神遅滞）	0.9%	2.3%
F8（発達障害）	0.9%	1.7%
F9（特定不能の精神障害）		0.2%

表 6. 第 24 条通報と第 25 条通報における解除時診断の比較

解除時診断分布		
診断	解除時第 25 条通報 (769 例)	解除時第 24 条通報 (657 例)
F0 (器質性精神障害)	3.4%	3.3%
F1 (精神作用物質)	9.6%	5.9%
F2 (統合失調症圏)	77.2%	66.1%
F3 (気分障害)	5.1%	9.6%
F4 (神経症性障害)	0.3%	3.2%
F6 (人格障害)	2.9%	7.2%
F7 (精神遅滞)	0.8%	2.3%
F8 (発達障害)	0.8%	2.4%
Z7 (詐病)	0.2%	

表 7. 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

入院時診断	入院時第 25 条通報 (380 例)	入院時第 24 条通報 (325 例)
診断	一致度	一致度
F0 (器質性精神障害)	70.0%	66.8%
F1 (精神作用物質)	73.3%	71.3%
F2 (統合失調症圏)	93.8%	91.5%
F3 (気分障害)	85.0%	73.0%
F4 (神経症性障害)	-	37.5%
F6 (人格障害)	20.0%	73.9%
F7 (精神遅滞)	75.0%	15.4%
F8 (発達障害)	75.0%	57.1%

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 3) 千葉県における措置入院制度運用の実態把握と医療観察法施行後の
変化に関する調査研究

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

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、制度運用が定常状態に入りつつある現在、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。しかしながら我が国では措置入院患者の処遇実態やその後の転帰、医療観察法施行後の措置入院の運用と課題等に関する調査はあまり行われていない。今回我々は、千葉県全域を対象として3年間に渡り複数の事項について調査を行った。平成22年度においては、県下の措置入院事例の収集を試み、28施設206件の回答を得た。措置入院患者のうち未治療の者は4分の1に過ぎず、過去の精神科治療が奏効せず措置入院に至る事例が一定程度存在すること、過去の入院歴がある患者は措置入院が長期化する傾向があること、転院や措置解除に伴い予後が追えなくなる事例が多いことが示された。平成23年度においては、医療観察法の施行により精神保健医療福祉はどのように変化したのかの所感を県下の精神科医師に問うた。80施設306名の回答を得た。その結果、精神医療現場そのものの変化はさほど実感されていないものの、多職種チーム医療や頻回措置入院患者の扱いなど、医療観察法のスキームを一般精神医療に応用することが意識されている様子が見受けられた。一方で、精神医療現場の多忙、措置診察や判定医業務の寡占、診断書作成業務の増加などの課題も抽出された。平成24年度においては、措置入院患者の処遇に携わっている精神科医師に対し、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ついて問うた。17施設156通の回答を得た。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異なった。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る。

ところで、措置入院制度については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、医療観察法制度がその回答を提起することを期待したい。一方で、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。

これらの課題は措置入院制度運用の問題であることもさることながら、措置入院処遇を受けた患者の実像がよく見えていないために問題解決に向けた議論が進みづらいという面がある。医療観察法との対比で考えると、医療観察法対象者は当初審判の申立てを受けた段階から保護観察所の社会復帰調整官がその処遇に一貫して関与し、処遇終了まで対象者の経過をフォローアップする仕組みになっている。また、対象者に関与する多職種が一堂に会しケア会議を行うことにより、対象者の情報を共有しその社会復帰を支援するという体制も構築されている。これに対し、措置入院制度においては、精神保健指定医の判断により措置入院が決定された後で患者の処遇を担うのは実質的に入院施設である精神科病院のみであり、措置症状が消退し退院となった後は、その処遇を追跡するための仕組みは一切設

けられていない。このため、一方では措置症状の消退に至らず措置入院処遇の長期的継続を余儀なくされる患者がおり、他方では早々の措置解除により退院となりその後の予後が不明となってしまう患者も多い。また、医療観察法の入院処遇とことなり、措置入院下での医療内容を規定する法令はほとんどなく、措置入院中の治療についての調査も限定的にしか行われていない。

他方においては、医療観察法の施行により精神保健医療福祉はどう変わったのか。医療観察法の対象となる患者は日本全体で2000人程度と予測されており、全精神障害者の0.1%にも満たないものであるから、患者統計などのデータに与えるインパクトは微小であろう。だが、精神医療の現場で患者と関わる精神科医師の視点から見たら、数値上は検出が難しい何らかの変化、例えば外来患者の軽症化、多職種チームや施設間連携の促進、差別や偏見の改善若しくは悪化といったものが感じられている可能性がある。

措置入院制度の実態を明らかにし、いわゆるポスト医療観察法時代においてこの制度がどのように活用されるべきかを論ずるためには、現行の措置入院の運用実態を詳らかにするとともに、医療観察法施行後の精神保健医療福祉の運用上の変化の有無を明らかにすることが必要である。

我々は上記の観点に基づき、3年間の調査研究を実施した。

B. 対象と方法

本研究は平成22年度から平成24年度まで3年間に渡り、千葉県の精神科医療機関を対象にして行われた。

我々は、公的資料等を参照し、千葉県下の医療機関の中から、措置入院を受け容れていると思われる精神科医療機関と、それ以外の精神科医療を提供している病院及び診療所を可能な限り抽出した。そしてその各施設に対し調査票を送付し、郵送による回答を求めた。

平成22年度調査においては、平成21年10月以降平成22年9月までに措置入院した患者の全数について、県下で措置入院を受け容れている精神科医療機関に対し回答を求めた。患者個票において回答を要請した調査項目は、当事者の入院時年齢・性別、過去の精神科治療歴及び入院回数、過去の犯罪歴、入院時精神科診断及び最終診断、事件発生から入院までの日数、通報種別、緊急措置入院の有無、今回の措置入院にかかる他害行為等の内容、措置入院日数、措置解除後の処遇及び回答時点における処遇、帰住先または想定される帰住先、処遇困難事由の有無及び内容並びに対処方策、要措置の判断に対する主治医の意見、今後必要な社会資源、その他自由意見である。

平成23年度調査においては、県下の精神科医療機関に対し、施設票と個人票からなる調査票を郵送し、回答を求めた。調査対象は施設に勤務する全精神科医師である。施設票における調査項目は、施設属性(精神科病院、総合病院(精神病床あり・なし)、精神科診療所、その他の施設)、医療観察法による指定入院医療機関であるか否か、同法による指定通院医療機関であるか否か、医療観察法による鑑定入院を受け容れているか否か、精神保健福祉法による措置入院指定病院であるか否か、及び施設に所属する精神科医師数である。個人票における調査

項目は、回答者属性(年齢、性別、臨床経験年数、指定医の有無及び実績、判定医の有無及び実績)の他、精神医療体制の変化(医療現場が忙しくなった、多職種チーム医療を意識した、他施設と連携しやすくなった、比較的軽症の患者が増えた、精神医療の質が向上した、精神医学の知識が普及した、精神医療への偏見が強まった、重症者を診療する機会が増えた、診断書作成等の作業が増えた、人権について話す機会が増えた、精神医療制度への関心を深めた)、入院治療環境の変化(新規措置入院患者の精神症状、措置入院患者の退院マネジメント、頻回措置入院者、院内暴力事例)、制度に対する意見(措置診察の業務分担、不要措置患者のフォロー、措置解除の判断、頻回措置患者への対応)である。なお、精神医療体制の変化については臨床経験5年以上の者、入院治療環境の変化については措置入院指定病院に勤務している精神保健指定医のみに対して回答を求めた。

平成24年度調査においては、県下で措置入院を受け容れている精神科医療機関に対し調査票を送付して、各施設に所属する精神科医師の回答を求めた。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

本研究は患者への介入を一切含んでいないため、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。

平成22年度調査については、本研究は千葉大学大学院医学研究院における倫理審査委員会の審査に付され、平成22年12月1日付けで承認を受けた。そして平成22年12月22日付けでUMIN臨床試験登録システムに登録(UMIN000004768)され研究概要を公示されたうえで実施され、平成23年2月17日に完了したものである。

平成23年度調査については、UMIN臨床試験登録システムに登録(UMIN000006824)され研究概要を公示されたうえで実施され、平成24年2月6日に完了したものである。

平成24年度調査については、臨床試験ではないため、登録を行っていない。

本研究においては、各年度のいずれにおいても患者の個人を同定するおそれのある情報を収集しなかった。また、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

平成22年度調査においては、我々は千葉県下の精神科医療機関50施設に対して調査票を送付した。うち28施設から回答があった。

回答のあった施設のうち、調査対象となる期間内に措置入院患者を受け容れた実績があった医療機関は18施設であった。返送された患者個票は計207通であった。以下に結果の概要を示す。

患者の平均年齢は43.6歳、性別は男が

143例、女が63例であった。過去の精神科治療歴については、措置入院時点で治療中であった者が70例、治療を中断していた者が83例、未治療の者が47例であった。過去に精神科に入院したことのある者は105例であった。犯罪歴については、服役したことのある者が25例、服役したことはないが逮捕されたことのある者が24例、服役または逮捕歴がなく補導されたことのある者が4例で、犯罪歴のない者は141例だった。措置入院における通報主体は、警察官が177例、検察官が12例、矯正施設長が2例、その他が4例、無回答・不明が12例だった。事件発生から措置入院までの日数については、当日が122例、翌日が41例であった。

措置入院時点におけるICD-10分類による精神科主診断は、F0が9例、F1が37例、F2が133例、F3が20例、F4が1例、F6が2例、F7が3例であった。緊急措置入院が行われた事例は57例だった。今回の措置入院にかかる他害行為のうち重大な内容のものとしては、殺人が2例、殺人未遂が2例、放火(未遂含む)が9例、強盗(未遂含む)が1例、性犯罪(未遂含む)が2例、傷害致死が1例、傷害が38例(いずれも延べ件数)だった。それ以外の他害行為については、暴行が59例、脅迫等が22、窃盗が12例、器物破損が52例、詐欺が5例、自殺企図が29例、その他が36例(いずれも延べ件数)だった。措置入院患者の最終的な精神科診断については、F0が10例、F1が39例、F2が121例、F3が19例、F4が2例、F6が4名、F7が3名、F9が1名だった71例(37%)において入院時診断と最終診断が異なっており、特に17例(8%)においてはICD-10のカテゴリーが異なっていた。調査

対象のうち措置入院期間が明らかなものは193例で、その平均在院日数は 47.9 ± 48.8 日であった。措置解除までの経過が確認された事例における措置入院期間は、平均 56.1 ± 50.4 日、中央値49日であった。

措置解除後の処遇は、医療保護入院が70例、任意入院が21例、外来通院が39例、治療終了が4例、逮捕が9例、転院が47例、死亡が1例、調査時点で措置継続中が8例であった。調査時点での患者の処遇は、調査機関への通院中が45例、他院への通院中が17例、調査機関への入院中が22例、他院への入院中が3例、他施設への紹介等により不明が83例、通院中断等による不明が24例であった。患者の帰住先または想定される帰住先としては、自宅で家族同居が104例、自宅で単身が45例、グループホームが9例、その他の施設が10例、未定が25例であった。精神保健指定医による要措置の判断に対する主治医の意見としては、措置入院の判断は適切とされたのが185例、任意入院が妥当とされたのが1例、医療保護入院が妥当とされたのが9例、医療観察法が妥当とされたのが5例、起訴が妥当とされた事例はなかった。処遇困難の理由としては、精神病症状が62例、他の精神症状が5例、ADLの低下が5例、問題行動が42例、家族や環境の問題が62例、身体合併症が11例(いずれも延べ件数)であった。今後必要と考えられる社会資源等については、訪問看護が82例、デイケア・ナイトケアが56例、夜間休日の緊急対応が32例、社会復帰施設が42例、保護観察等の司法的関与が18例(いずれも延べ件数)であった。

平成23年度調査においては、我々は千葉県下の精神科医療機関181施設に対して調

査票を送付し、うち 80 施設から回答があった。

施設属性は、有効回答 79 件中、精神科病院が 20 施設、総合病院(精神病床あり)が 9 施設、総合病院(精神病床なし)が 7 施設、精神科診療所が 41 施設であった。

回答者の平均年齢は 47 歳、性別は男性が 8 割を占めた。臨床経験年数は平均 18.8 年で、回答者の約 4 分の 3 が精神保健指定医であった。過去 5 年間の措置診察頻度についてはばらつきが大きかった。精神保健判定医は回答者の 1 割強であった。

5 年以上の臨床経験を有する回答者に 11 項目について 3 段階で評価を尋ねたところ、「強く思う」と回答した者が多かったのは「診断書作成等の作業が増えた」「多職種チーム医療を意識した」「医療現場が忙しくなった」「比較的軽症の患者が増えた」の項目だった。逆に「思わない」の回答が目立ったのは「精神医療への偏見が強まった」「重症者を診療する機会が増えた」「他施設と連携しやすくなった」「人権について話す機会が増えた」の項目だった。入院治療環境における 2005 年以前との変化について、措置入院指定病院に勤務している精神保健指定医である回答者に所感を問うたところ、いずれの項目についてもほとんどの回答者が「どちらともいえない」と回答した。措置診察の業務分担については、「多くの指定医に分担させるべき」との意見が 104 名と最多であった。不要措置患者に対する扱いについては、「保健所等の第三者が関わる仕組みを作るべき」との意見が 144 名で最多であった。措置解除の判断については「現状のままで良い」が 149 名と最多であった。頻回措置患者への対応については、「患者に

通院を義務づける仕組みを作るべき」が 157 名と過半数であった。

平成 24 年度調査においては、47 施設に対し調査票を送付し、17 施設から回答があった。回収された調査票は計 156 通であった。

調査項目のうち、mECT については、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、実施すべきでないと回答した者は約 1 割、困難を感じた経験を有する者の割合は約 2 割だった。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。デボ剤については、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、実施すべきでないと回答した者は約 1 割、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。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。クロザピンの投与については、実施経験がある者はほとんどなく、実施すべきでないと回答した者は全回答者の約 4 分の 1 だった。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。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と諸手続が煩雑であるというものが最多であった。他害行為への直面化については、実施経験があると回答した者は有効回答者の約 3 分の 2、実施すべきでないと回答した者は約 1 割、困難を感じた経験を有する者の割合は約 4 分の 1 だった。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あった。仮退院や退院前訪問等を用いた退院準備については、実施経験があると回答した者は有効回答者の約半数、実施すべきでないと

回答した者は約 6 分の 1、困難を感じた経験を有する者の割合は約 4 割だった。困難を感じる理由としては、諸手続きが煩雑というものとリスク管理が困難というものが多かった。

D. 考察

平成 22 年度調査における全措置入院事例に対する回収率は 64%以上と推計された。患者の 3 分の 1 が治療中であり、また半数以上が入院歴を有する患者であることから、これまでの治療では病状コントロールが不良なために措置入院となった患者が一定数存在することが示唆される。措置解除に至った患者について分析してみると、過去に入院歴のある患者群の平均措置入院期間は 65.7 日であり、入院歴のない患者群の平均である 47.0 日に比べて有意に長い(T 検定、 $p=0.036$)。過去に入院治療を行ったにも関わらず措置入院に至ったという事実は、措置入院の長期化のリスク因子であると考えられる。犯罪歴のない者と、服役、逮捕、補導のいずれかを経験したことのあつる者とを比較したところ、過去の措置入院回数において、犯罪歴なし群では平均 0.26 回、犯罪歴あり群で平均 0.81 回と、有意差が見られた(T 検定、 $p=0.0024$)が、全入院回数において有意差はなかった。今回の調査において措置入院期間の残存曲線を作成してみたところ、概ね 3 ヶ月以内に全事例のうち約 8 割が措置解除に至っていることが推計された。比較対象として、医療観察法施行前である平成 14 年度における全国データと比べると、措置解除までの期間はかなり短くなっており、いわゆる重大事犯が措置入院から医療観察法処遇へと移行し

たことによる影響が考えられる。千葉県においては、新たな措置入院患者が長期の措置入院継続を余儀なくされることは予防できているようである。ただし、最終的には調査対象患者の半数近くが措置入院した医療機関からは追跡不能となっているのが現状である。患者の帰住先として想定されるのはやはり家族との同居が最多であり、これが全体の半数を占める。措置入院患者はその他害行為の既往のため、家族や地域住民との軋轢を起こすおそれが高く、生活環境の調整に難渋する事例も散見されるが、その割にグループホーム等の利用があまり進んでいないことは今後の課題である。処遇困難の理由としては、精神病症状と家族や環境の問題が最多を占めた。この点は他の精神科入院医療でも同様であると思われるが、措置入院患者においてはもともとソーシャルサポートが十分でない事例が多いため、環境調整により難渋することになるのではないかと考えられる。今後必要な社会資源については、訪問看護やデイケアといった既存の精神科医療の枠組みの活用を挙げる声が多かった。その他の項目では断酒会や薬物依存に関する自助グループを挙げる回答が散見された。

平成 23 年度調査においては、千葉県下の精神科医師の過半数が回答したと考えられる。精神保健指定医のうち措置診察業務に従事している者は約半数であり、そのさらに半数程度の医師に措置診察業務が集中している現状がある。多くの精神科医師はこのことを問題視しており、より広くたくさんの医師が指定医業務を分担すべきだと考えているようである。しかし実際には公平な指定医業務の分担はなかなか難しい。措

措置入院指定病院で実際に措置入院患者の処遇に当たっている精神科医師には、指定医療業務を集約すべきであるという主張が少なからず見られ、公平性と集約性のジレンマの存在が示唆される。2005年以前に比べて多くの精神科医師が感じている変化としては、精神医療現場が多忙になり、特に診断書作成業務が多くなったことである。一部に精神科患者の軽症化を実感する意見が見られたが、これは措置入院指定病院のような比較的重厚な精神医療を提供する病院ではあまり実感されておらず、患者全般の軽症化が進んだというよりは裾野が広がったと考えるべきであろう。他方、多職種チーム医療について考える機会や精神医学全般に関する知識の普及を謳う声もあった。この点は医療観察法の施行とそれに伴う各種研修会の実施がその一助となっている可能性がある。措置入院の現場における所感は医療観察法前後でほとんど変化していないように見える。だが不要措置患者や頻回措置患者に対して特別な介入の仕組みを作る必要があるとする意見は多かった。

平成24年度調査においては、実質的な回収率は50%弱と推計される。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。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。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。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であり、実際には措置解除後も含めると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。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。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。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り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、患者の理解を促すことの重要性は計り知れない。治療者側としても、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、投与可能な施設がまだ十分に増加しておらず、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。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、入院形態変更後の支援開始という方針に一定の合理性はあると言える。支援に関わる諸手続の煩雑さという問題については、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定めていくこと等が対応策として考えられる。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。また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

平成 22 年度調査においては、措置入院患者のうち未治療の者は 4 分の 1 に過ぎず、過去の精神科治療が奏効せず措置入院に至る事例が一定程度存在すること、過去の入院歴がある患者は措置入院が長期化する傾向があり、より手厚い支援が必要であると

考えられるとともに、そのような事例の発生を予防するために精神医療を底上げする取り組みも重要であると考えられること、犯罪歴のある患者は通常の入院よりもむしろ措置入院を繰り返す傾向があるかもしれないこと、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、処遇困難の理由としては精神病症状と家族及び環境の問題が最多であり、一般精神科医療と大差ないこと、措置解除にあたり一定期間の通院援助や社会内処遇における指導監督等を果たす公的なサポートの仕組みをつくることも検討の余地があると思われることが明らかとなった。

平成 23 年度調査においては、精神医療現場そのものの変化はさほど実感されていないようであったが、多職種チーム医療や頻回措置入院患者の扱いなど、医療観察法のスキームを一般精神医療に応用することが意識されている様子が見受けられた。一方で、精神医療現場の多忙、措置診察や判定医業務の寡占、診断書作成業務の増加などの課題も抽出された。

平成 24 年度調査においては、mECT、持効性注射剤、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

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 4）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

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

措置入院患者に適切な医療・福祉を提供するためには、措置入院患者の治療内容の実態や退院後の再入院率、治療継続率、死亡率やそれらに影響を与える因子について検討を行う必要があるが、これまでのわが国ではこれらについて調査されたことがなかった。今回われわれは全国 5ヶ所の精神科医療機関において 2010 年 4 月 1 日から 2011 年 3 月 31 日までに措置解除となった 144 名の患者を対象に 2012 年 10 月から 11 月に至る転帰を調査した。対象患者の性別は男性が 90 名、女性が 54 名、平均年齢は 44.8 歳であった。ICD-10 精神科主診断は F2 が 80 名で最も多く、F3（17 名）、F1（15 名）、F6（13 名）が比較的多かった。今回の措置入院より前に精神科治療歴があった者は 102 名、入院歴があった者は 66 名、措置入院の既往のあった者は 31 名であった。通報の形式のほとんど（136 名）は警察官通報であり、自傷を要件として措置入院となった者が 44 名、他害（対人）を要件としたものが 95 名、他害（対物）を要件としたものが 68 名であった（重複あり）。Kaplan-Meier 法に基づく 1 年再入院率は 27.9% で、男性患者は女性患者よりも、また、入院歴があった患者はなかった患者より早く再入院となる傾向が認められた。退院直後に措置解除された施設における治療が中止される率は高く、治療継続期間の中央値は 255 日であった。データに欠損がない 133 名の退院患者ののべ 48,513 日に及ぶ観察期間中（平均 364.76 日/人）に 2 名が死亡したことが確認された。厚生労働省の作成した生命表に基づく期待死亡数は観察期間 1 年の場合は 0.550 人、2 年の場合は 1.149 人なので、標準化死亡比は 1.741～3.634 と考えられた。

研究協力者氏名	所属研究機関名及び職名
稲垣 中	公益財団法人神経研究所臨床精神薬理センター・副センター長*
猪飼紗恵子	山梨県立北病院・医師
小口芳世	慶應義塾大学医学部精神神経科学教室・大学院生
瀬戸秀文	長崎県精神医療センター・医長
島田達洋	栃木県立岡本台病院・医長
加藤元一郎	慶應義塾大学医学部性神経科学教室・准教授
菊本弘次	駒木野病院・院長
岩下 覚	桜ヶ丘記念病院・院長
田中祥雅	公益財団法人井之頭病院・副院長
吉岡眞吾	国立病院機構東尾張病院・司

	法精神医学部長
林 直樹	精神医学研究所附属東京武蔵野病院・診療部長
川上宏人	慈雲堂内科病院・医長
鶴丸藍子	国立病院機構肥前精神医療センター・精神保健福祉士

(*：論文執筆者)

A. 研究目的

平成 19 年に実施された通称・630 調査によると、平成 18 年 6 月にわが国では 566 名の精神障害者が措置入院となり、94.2%に相当する 533 名が平成 19 年 6 月 30 日までの約 1 年間に退院したことが示されている。

措置入院となった患者はそれ以外の入院患者より精神症状が重症のことが多く、社会的・経済的にもさまざまな問題を抱えているものと推

測できるので、措置入院となった患者が退院後に地域で生活するためには彼らが受けている治療の内容や長期転帰に関する実情に基づいて、適切な医療・援助を提供する体制を構築する必要があるが、現在のわが国には措置入院患者がどの程度の期間、どのような治療を受けて退院となり、通院治療がどの程度の期間継続され、どの程度の患者が再入院となり、一般人口と比較してどの程度死亡リスクが大きいかなどといった事項に関する十分なデータが存在しないのが実情である。その背景には、最近になるまで措置入院に関する調査が医療政策の観点から行われ、都道府県・政令指定市の所轄部署の保管する『措置入院に関する診断書』や『措置入院者の症状消退届』やこれらと関連した行政文書に基づき、措置解除を転帰指標としたものしか存在しなかったことに起因しているように思われる。

もちろん、一般に措置解除は精神症状が改善した結果行われるので、治療転帰の指標として措置解除の有無や措置解除に至るまでの日数を使用することには一定の合理性がある。しかしながら、措置解除後に長期にわたって入院が継続されることは少なくないし、退院した後の治療継続や再入院を回避することの重要性は措置解除に劣るものではないことを考慮すると、退院までの期間や退院後の治療継続率、再入院率や死亡リスクといったことにも関心を持つ必要性は大きいものと考えられる。

これらの認識のもと、われわれは措置入院患者が措置解除となってから退院に至るまでの期間、退院後の治療継続率、再入院率、および措置入院患者の死亡リスクなどといった長期転帰を調査することを目的として、今回は全国 10ヶ所の精神科医療機関における予備解析を行った。

B. 研究方法

1) 対象患者

2010年4月1日から2011年3月31日に至

る期間に独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター、独立行政法人国立病院機構東尾張病院、山梨県立北病院、栃木県立岡本台病院、長崎県立精神医療センター、慈雲堂内科病院、桜ヶ丘記念病院、井之頭病院、駒木野病院、東京武蔵野病院において措置解除となった全ての者を本研究の対象患者とした。

なお、一部の都道府県・政令指定市では措置入院となった患者をいったん特定の医療機関に入院させた後に、措置入院を継続したまま他の病院に転院させるといったシステムを採用しているが、このように措置入院を継続したまま転院となった場合には検討の対象には含めないこととした。

2) 方法

本研究では各研究協力施設に保管されていた入院診療録、外来診療録、および措置入院となった際に作成された『措置入院に関する診断書』、措置解除となった際に作成された『症状消退届』の記載に基づいて下記の事項について調査した。なお、調査票記入は2012年10月1日～11月30日の間に行われるものとした。

- a) 性別
- b) 措置解除時点における満年齢
- c) 措置入院となった年月日
- d) 措置入院に際しての申請等の形式

『措置入院に関する診断書』の記載に基づいて、当該措置入院が第23条、第24条、第25条、第25の2、第26条、第26条の2、第26条の3、第27条の2のいずれの申請に基づくものであったかを記載した。

e) 診断

『症状消退届』に記載されていた精神科主診断、精神科従診断、身体合併症を記載した。

f) 過去の治療歴

『措置入院に関する診断書』の記載に基づいて、①精神科治療歴の有無、

②初めて精神科を受診した時期、③過去に措置入院となった既往の有無、④精神科初回入院期間と入院形態、⑤精神科前回入院期間と入院形態、⑥通算精神科入院回数を記載した。

g) 措置要件

診療録および『措置入院に関する診断書』の記載に基づき、当該措置入院時に措置要件となる自傷行為、対人他害行為、対物他害行為が見られたかを記載するとともに、『措置入院に関する診断書』の「重大な問題行動」、「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」に関する記載を転記した。

h) 措置解除年月日

i) 措置解除後の処置

『症状消退届』の「措置解除後の処置に関する意見」における記載を転記した。

j) 退院年月日

措置解除後、調査票記入まで入院が継続されたかと、退院となっていた場合には退院年月日を記載した。

k) 退院時処方

退院時点で処方されていた経口薬とデポ剤について記載した。

l) 退院時帰住先

『症状消退届』の「退院時帰住先」に関する記載を転記した。

m) 再入院の有無と再入院年月日

n) 当該研究協力施設における最終受診日と治療中断の理由

o) 調査票記入時点における生死の別と死因、死亡年月日

p) 調査票記入年月日

3) 解析方法

各対象患者の背景因子に関する単純集計、およびクロス集計を行った上で厚生労働省の作成

した2010年および2011年の生命表に基づく期待死亡数と実際の死亡数との比である標準化死亡比 (standardized mortality ratio: SMR) を算出するとともに、Kaplan-Meier 法を用いて退院より再入院に至る期間、退院より治療中断に至る期間の中央値を求め、再入院率、治療中断率とそれらに影響を与える因子を Cox 回帰分析を用いて解析する予定であるが、現段階では症例数が少ない上に、データクリーニングも完了していないので、今回は SMR と Kaplan-Meier 法による粗集計の結果のみを示すこととした。データ解析には統計ソフト JMP 9.0 を使用して、 $p < 0.05$ の場合には統計学的に有意な差があるものとみなした。

(倫理面への配慮)

本研究の実施に際しては、本分担研究班の長の所属する国立病院機構肥前精神医療センターにおける研究倫理審査委員会の承認を受けた。なお、調査施行にあたっては患者名や施設内 ID、生年月日などといった個人の特定に繋がるような情報は収集しなかった。

C. 結果

2013年1月28日の時点で研究協力に同意がえられた10施設より456名分のデータが返送されているが、今回は2012年12月1日までにデータが回収され、かつ入力を完了した144名分のデータに基づいて報告する。

対象患者の性別は男性が90名、女性が54名、平均年齢(標準偏差)は 44.8 ± 14.0 歳であった。ICD-10精神科主診断の内訳は、F0が7名、F1が15名、F2が80名、F3が17名、F4が5名、F6が13名、F7が4名、F8が1名、F9が2名であり、身体合併症を有する者が15名存在した。施設の別は栃木県立岡本台病院が85名、井之頭病院が29名、国立病院機構肥前精神医療センターが20名、山梨県立北病院が9名、国立病院機構東尾張病院が1名であった。今回の措置入院よりも以前に精神科治療歴があった

者は102名、なかった者は36名、不明もしくはデータ未記入であった者は6名であった。過去の精神科入院の回数は0回が68名、1回が24名、2回が10名、3回が8名、4回が5名、5回が6名、6～10回が11名、11回以上が2名、不詳もしくは未記入であった者が10名存在した。過去に措置入院となった既往を有する者は31名、なかった者は90名、不明または未記入であった者は25名であった。

調査対象となった措置入院に際しての通報の形式は一般人申請（第23条）が2名、警察官通報（第24条）が136名、検察官通報（第25条）が1名、矯正施設長通報（第26条）が2名、精神科病院管理者届出（第26条の2）が1名であり、自傷を要件として措置入院となった者が44名、他害（対人）を要件としたものが95名、他害（対物）を要件としたものが68名であった（措置入院の要件については重複あり）。

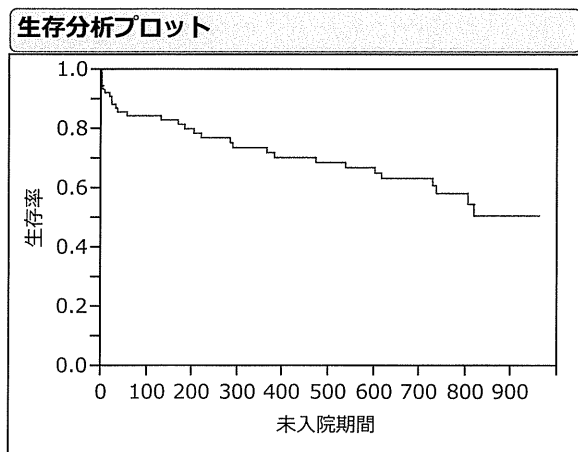


図1 再入院曲線 (n=134)

措置解除後の処置については、入院継続となっていた者が86名、通院医療となった者が44名、転医となった者が7名、詳細未記入の者が3名で、この他に医療観察法による鑑定入院となった者と警察に移管された者、治療の必要なとされた者がそれぞれ1名ずつ存在した。入院継続となった86名については、任意入院に切り替えられた者が22名、医療保護に切り替えられた者が58名、他科に転床となった者が2名、詳細不明の者が4名であった。

措置解除後、調査日の時点になっても入院が継続していた者は5名であった。すなわち、残りの139名は少なくとも1回は退院となったわけであるが、これらから退院日に関するデータが欠損していた6名を除く133名を再入院率、通院継続率、および死亡率に関する解析の対象とした。この133名の措置入院となってから退院となるまでの平均期間（標準偏差）は118.1日（133.8）であった。

この133名のうち33名が観察期間中に再入院となっており、Kaplan-Meier法に基づく1年以内に再入院となった率（1年再入院率）は27.9%、2年再入院率は39.1%であった（図1）。

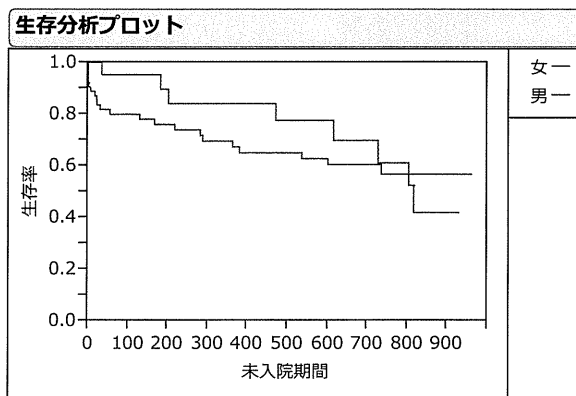


図2 再入院曲線：男女間比較

再入院率を男女間で比較したところ、男性の方が女性よりも早く再入院となる傾向があり、半年再入院率は男性が23.9%、女性が16.0%であった（図2）。

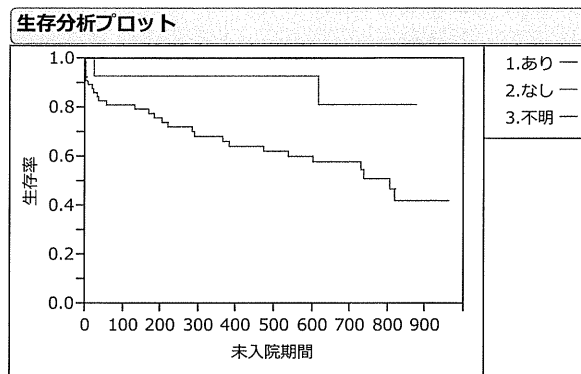


図3 再入院曲線：入院歴の有無による比較

さらに、過去の入院歴の有無によって再入院率の比較を行ったところ、入院歴があった群の1年再発率、2年再入院率がそれぞれ33.8%、

45.3%であったのに対して、入院歴がなかった群はそれぞれ 7.1%、18.8%であった (図 3)。

治療継続率に関しては、措置入院となった施設における治療継続のみを取り扱う解析と他施設における治療継続を観察期間の打ち切りとみなす解析の 2 通りを行った。何らかの事情で他院に紹介・転院となった場合は、前者の解析では治療中断と見なされ、後者では治療継続と見なされることになる。

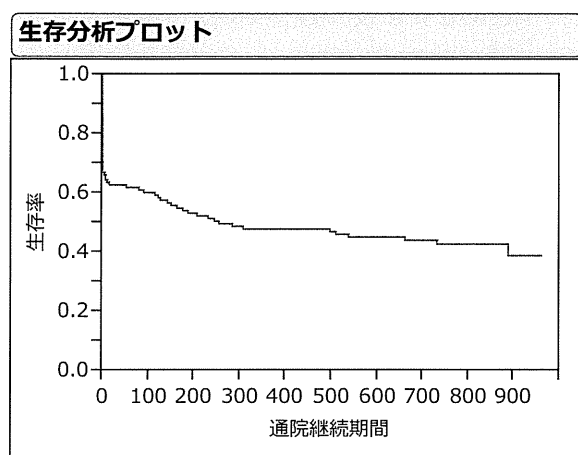


図 4 調査施設における治療継続曲線

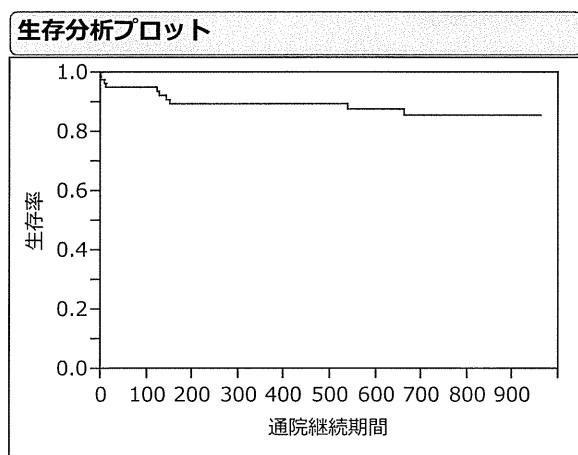


図 5 治療継続曲線

措置入院となった施設における治療継続のみを取り扱う解析では退院後、即座に転院となるケースが少なくないこともあってか退院直後の治療中断が極めて多く、治療継続期間の中央値は 255 日であった (図 4)。

一方、他施設における治療継続を観察期間の打ち切りとみなす解析では治療中断は少なく、1 年治療中断率は 10.5%、2 年治療中断率は

14.3%であった (図 5)。

133 名の退院患者ののべ 48,513 日に及ぶ観察期間中 (患者 1 名あたり平均 364.8 日) に、少なくとも 2 名が死亡していることが確認され、観察期間完了時になお 50 名が生存しており、81 名は生死の別が不明であった。厚生労働省の作成した 2010 年の生命表に基づくこれら 133 名中の 1 年後の期待死亡数は 0.550 人、2010 年と 2011 年の生命表に基づく 1 年後の期待死亡数は 1.149 人なので、SMR は 1.741~3.634 と考えられた。

D. 考察

本研究の結果、措置入院患者の退院後 1 年以内の再入院率は 27.9%、治療継続期間の中央値は 255 日、そして退院後の標準化死亡比は 1.741~3.634 と考えられた。

現在のわが国では精神障害者の再入院率や治療継続率、あるいは死亡率に関する信頼のおけるデータが乏しいので、ここでは全国 17 ヶ所の旧・国立精神科病院に 2000 年 9 月 1 日の時点で入院していた全ての患者を対象に実施された Japan Extensive Study of Schizophrenia (JESS) と呼ばれる調査より、治療継続率と死亡率に関する検討を行った JESS2000 追跡調査と呼ばれる研究結果を参照し、比較検討を行ってみる。

JESS2000 追跡調査によると、JESS2000 で登録された統合失調症患者 2,307 名のうち、少なくとも 204 名が 2005 年 9 月 1 日までに死亡しており、一般人口と比較した SMR は少なくとも 2.026 倍と推計されていた。また、JESS に登録後に最初に退院する時点で入院日数が 180 日未満であった統合失調症患者、および入院期間が 2 年以上で主治医より条件が整えば退院可能と判断された社会的入院の統合失調症患者の 1 年再入院率はそれぞれ 38.9~40.1%、28.9%であった。すなわち、今回の解析の結果、措置入院患者の SMR は通常の入院患者とほぼ等しいかやや高い可能性があり、再入院率に関