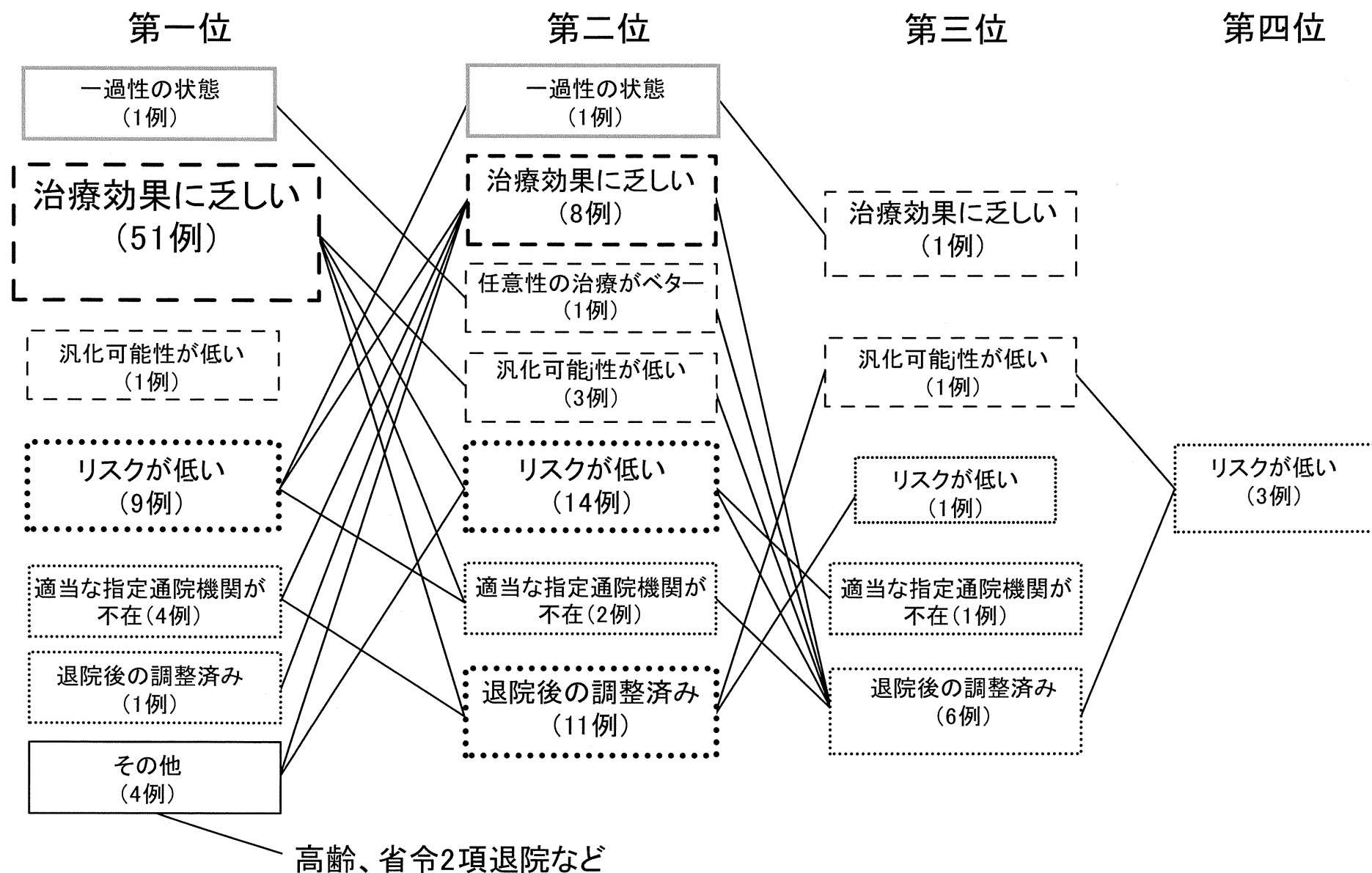


(資料3) 統合失調症(F20:71例)の処遇終了理由



(資料4) 妄想性障害 (F22:3例) の処遇終了理由

治療効果に乏しい
(1例)

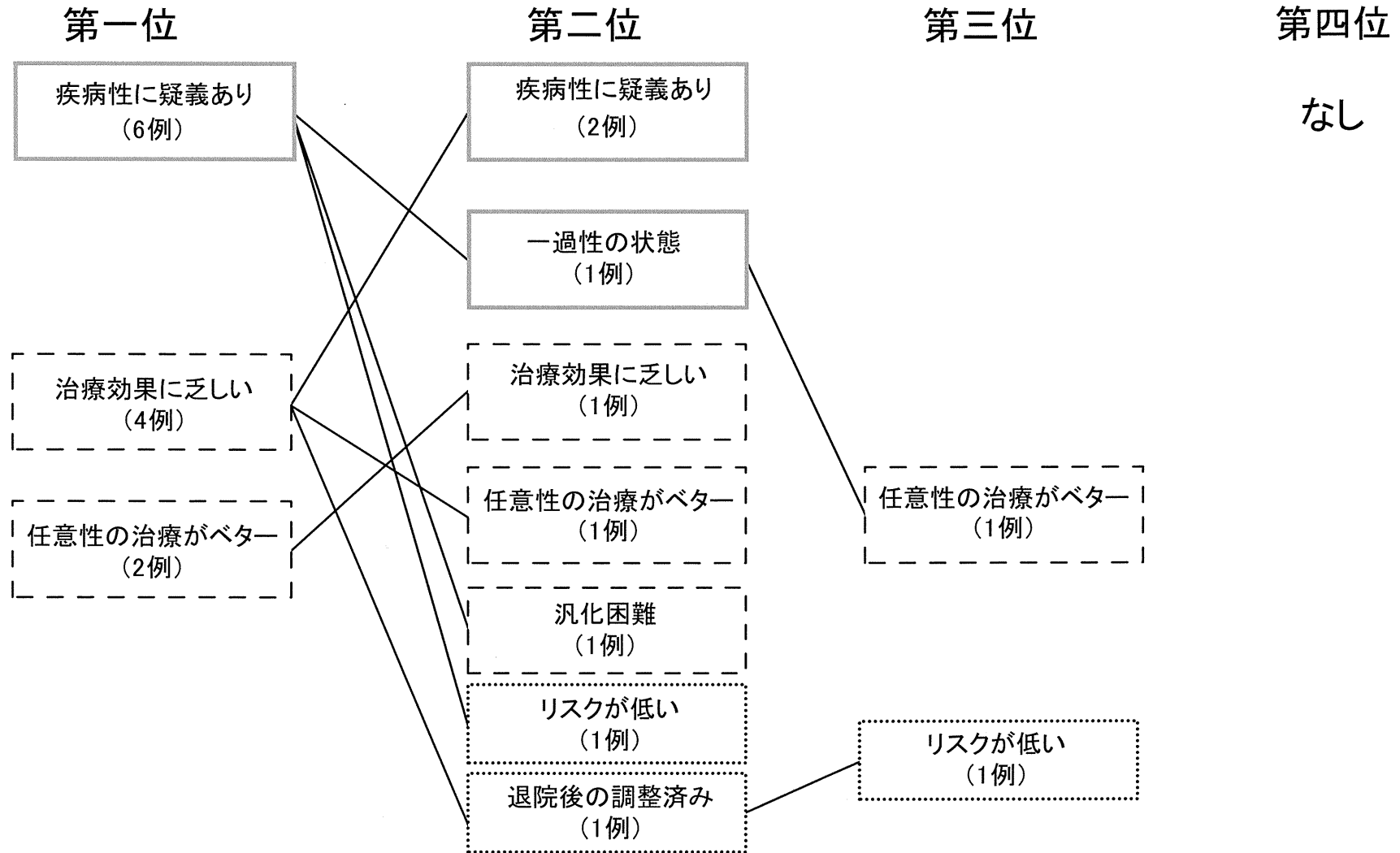
汎化可能性が低い
(1例)

リスクが低い
(1例)

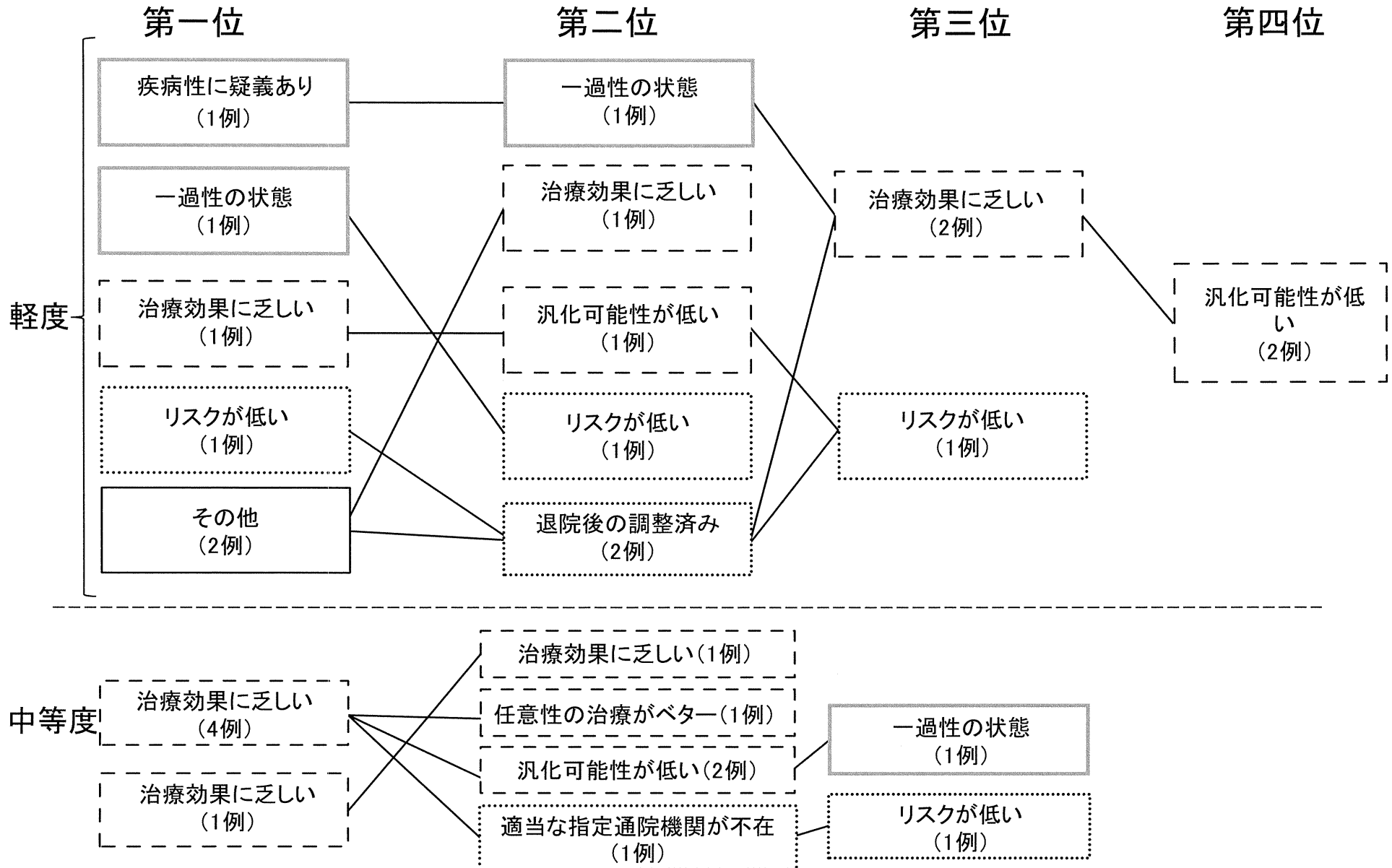
退院後の調整済み
(1例)



(資料5) パーソナリティ障害(F6:12例)の処遇終了理由



(資料6) 知的障害(11例)の処遇終了理由



(資料7) 発達障害(11例)の処遇終了理由

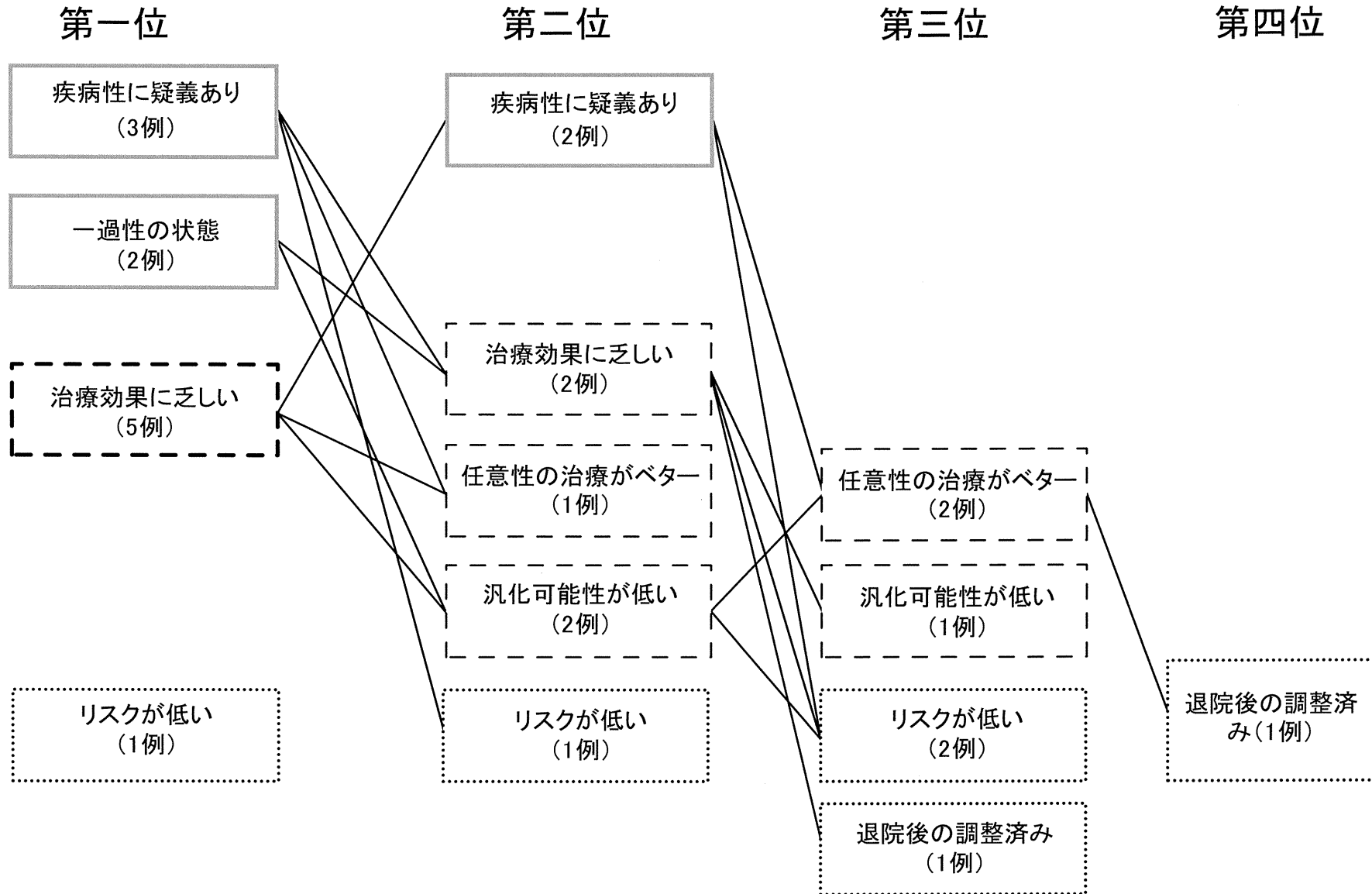


図1：退院後に利用した医療機関（縦軸は人数）

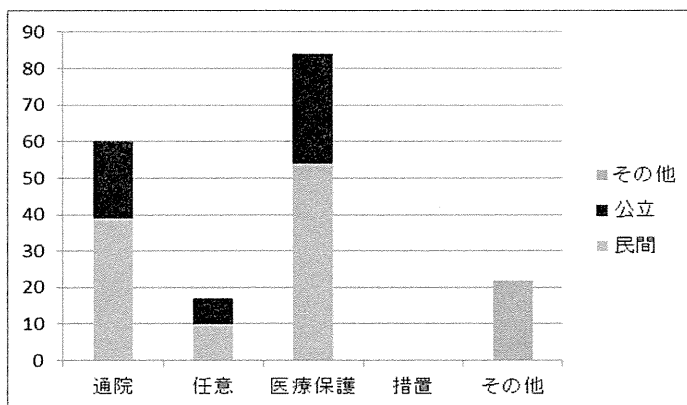


図2：処遇終了の理由（縦軸は人数）

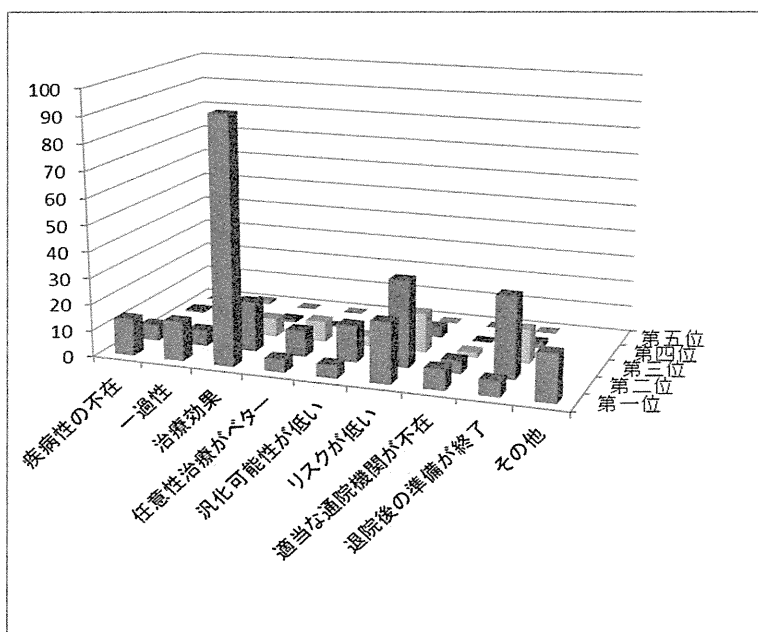


図3：法施行後の処遇終了事例の発生数（縦軸は人数）

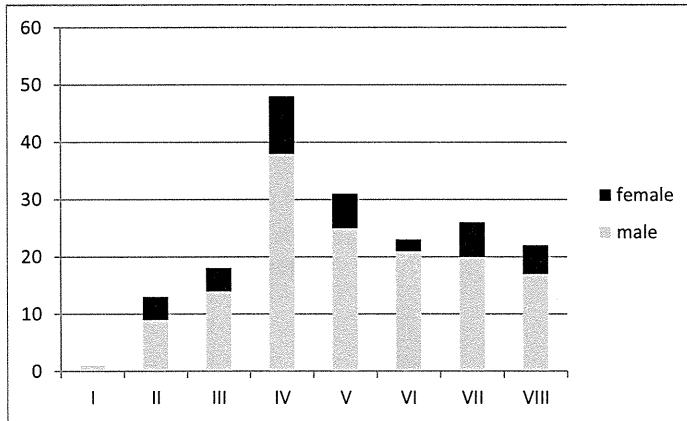


図4：各期における疾病数（縦軸は人数）

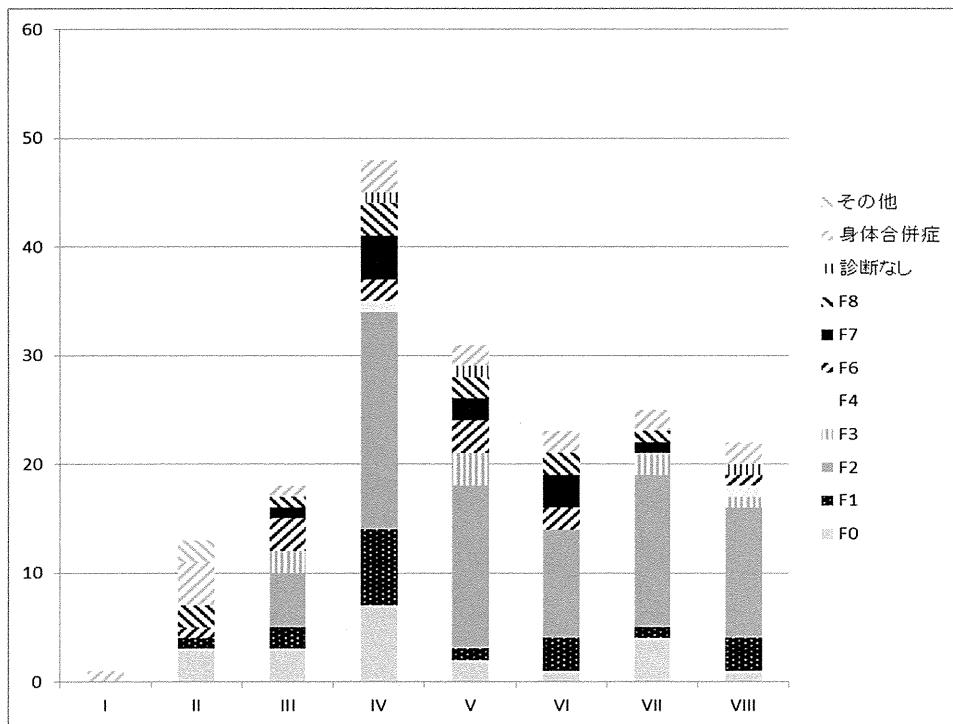


図5：処遇終了事例の平均入院期間（縦軸は日数）

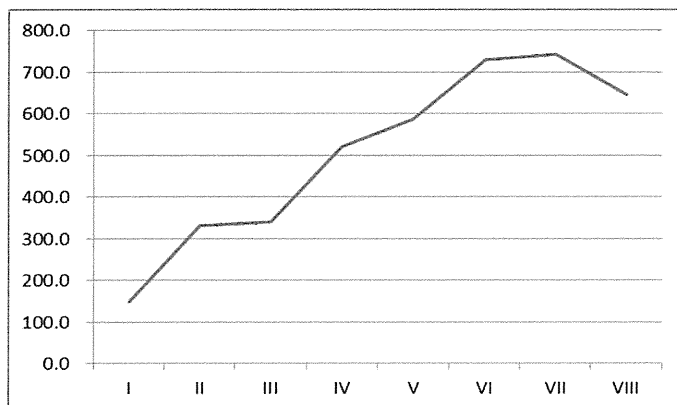


図6：疾病ごとの入院日数の変化（縦軸は日数）

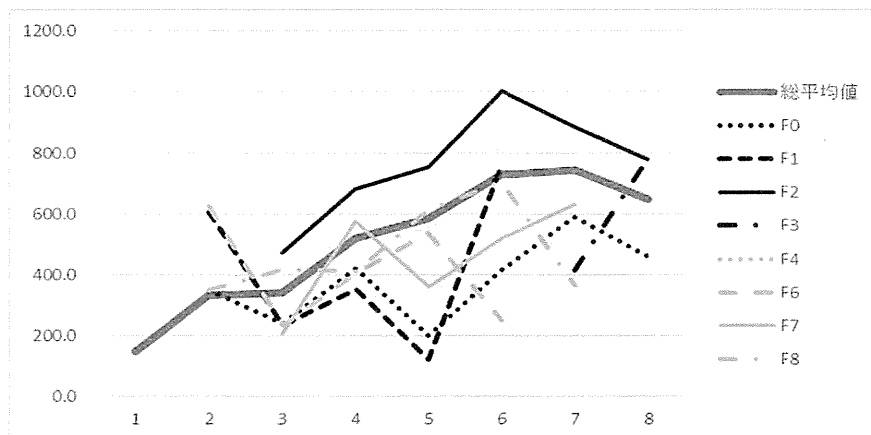


図7：各期における診断変更者の割合（注：第I期は処遇終了事例は1名のみ、診断変更なかったため0%）

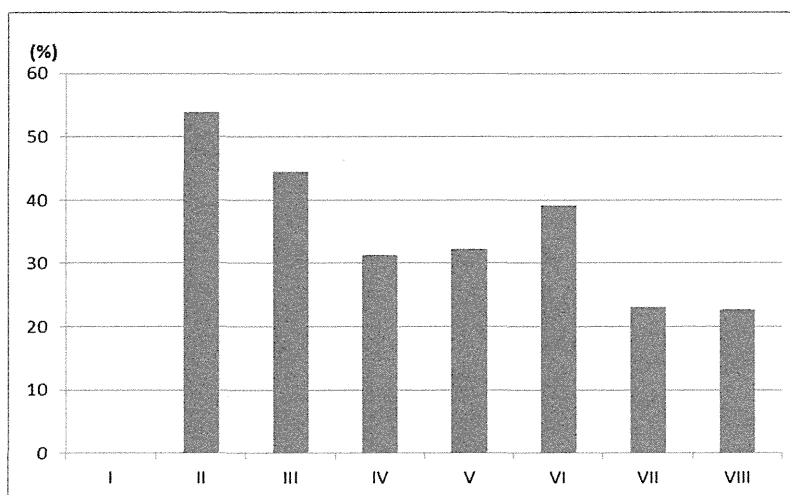


図8：リスク頻度と退院後の転帰（縦軸は人数）

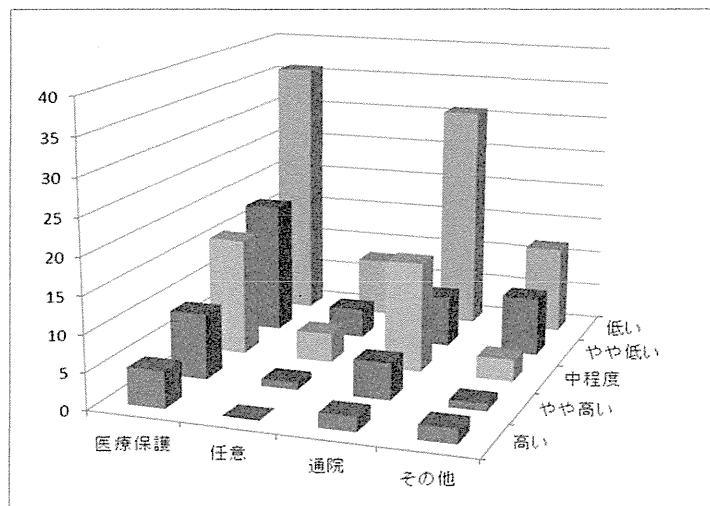
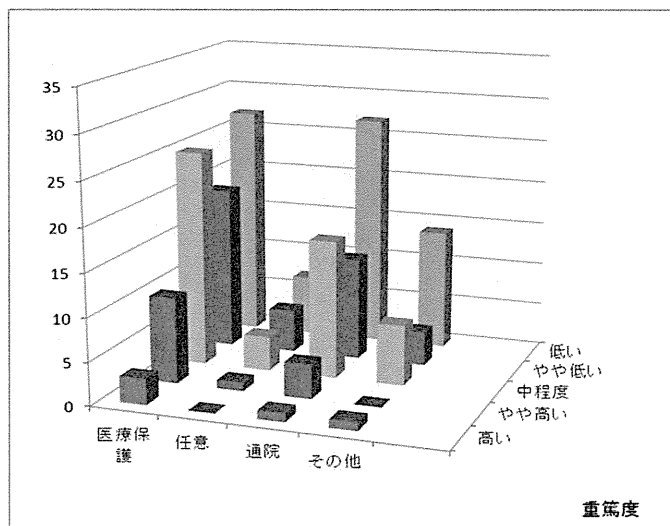


図9：リスク重篤度と退院後の転帰（縦軸は人数）



5. 医療観察法による医療と精神保健福祉法による

医療との役割分担及び連携に関する研究

研究分担者 吉住 昭

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター臨床研究部顧問

平成 25 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）

医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究

分担研究報告書

医療観察法による医療と精神保健福祉法による医療との役割分担及び連携に関する研究

（その 1）医療観察法導入後における精神保健指定医の措置要否判断について

措置入院に関する診断書各項目の措置要否判断にかかる Odds 比ならびに各項目の組み合わせと措置要否判断の割合について— ロジスティック回帰分析および決定木分析による検討

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

研究要旨

全国 64 すべての都道府県・政令指定都市において、2008 年 4 月 1 日から 2009 年 3 月 31 日までにおける検察官通報事例、ならびに 2010 年 5 月 1 日から 2010 年 5 月 31 日までにおける警察官通報事例を対象に、措置入院に関する診断書の各項目のチェック状況と、措置要否判断にかかる Odds 比をロジスティック回帰分析で求めた。あわせて各項目の組み合わせと措置要否判断の割合を決定木分析で求めた。

措置要否判断への Odds 比は、幻覚妄想状態 5.46 や精神運動興奮状態 2.69 など、問題行動に直接影響する症状・状態像が認められれば、要措置との Odds 比が上昇していた。特に重大他害行為の Odds 比は、殺人のおそれ 17.2、傷害のおそれで 8.72 と高く、これらのおそれが認定されれば、要措置とされやすかった。全体的に精神科救急医療を要する状態との認定で要措置とされやすくなっていたが、他害行為のおそれが存在すれば精神症状に関係なく要措置とされる余地が認められた。

各項目の組み合わせと措置要否判断の割合は、暴行のおそれと妄想の有無でまず分岐しており、症状や問題行動一方だけでなく問題行動と精神症状の両方が指定医の判断に影響していた。この手法でも、暴行のおそれがあり妄想がない群では最後まで精神病症状が影響しておらず、精神症状に関係なく要措置とされる余地は認められた。また、決定木分析によって得られた樹形図は、統計的な論理だけで得られてはいるが、臨床医の思考過程に類似しており、精神保健指定医が、措置要否の判断に際して、どのような点を考慮したか、その判断の過程を明らかにする端緒となりうるものと思われた。

研究協力者

島田 達洋 （栃木県立岡本台病院）
小口 芳世 （慶応義塾大学精神神経科）
猪飼紗恵子 （山梨県立北病院）
稲垣 中 （青山学院大学国際政治経済学部）
椎名 明大 （千葉大学医学部附属病院精神神経科）

小泉 典章 （長野県精神保健福祉センター）
瀬戸 秀文 （長崎県精神医療センター、肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学） 執筆担当

A. 研究目的

措置入院制度は、精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）に基づき、自傷・他害のおそれが認められた精神障害者を、知事・政令市長の行政処分として、本人の同意にかかわらず、指定病院に入院させる制度である。人権への制約が著しいため、その適用は慎重であるべきであるが、一方で時機を得た適用は地域における危機介入の重要な手段でもあり、適正な運用を確保することは、精神保健福祉において、きわめて重要な事項である。

筆者らは、2001年度の厚生労働科学特別研究費補助金に基づく研究事業を契機に、都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用実態を分析してきた¹⁻²⁴。その結果、通報に際しての提供資料の内容や事前調査の内容が統一されていないこと、措置診察においては、指定医の判断は、判断の不一致をもって措置としないという制約を前提に、病状の見立てについて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、この10年あまりの間で、精神保健福祉をめぐる環境は変化している。具体的には、2005年に医療観察法が施行されたこと、精神科救急医療体制が徐々に整備されつつあること、また診療所の増加や医師不足など、多様な現象が生じている。これらが同時進行する中で、措置入院についても特に警察官通報件数が倍増しており、このため措置入院制度をめぐる動向が変化している可能性がある。

このため2009年度から、再び、検察官通報と警察官通報の動向について調査を行っている。

2008年度の検察官通報について、総数は微増していたが、診察不要が増加し、措置

診察件数は減少していることを2009年度に報告した。その際、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おり、そ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と思われた。ただ、措置解除後の入院継続は、前回とは大差がなく、その意味で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ている。

また警察官通報については、2010年5月において、通報件数は倍増しているが、診察不要が増加し、措置診察は減少しており、指定医診察ののちに要措置となる割合は変化がなかった。そして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。これらの動向から、警察官通報による措置入院は、夜間・休日の精神科救急医療体制が整備されている地域における緊急措置入院の多用もあわせて、精神科救急医療の一形態として純化しつつあるともいえる現状にあった。警察官通報は、措置入院の大多数を占めており、この一群が救急医療に純化しているという点を考慮すると、司法精神医療の色彩を帯びる検察官通報ならびに医療観察法の医療体制とは、密接な関連を有するものの、視点の違いが生じてきていることに留意を要することが指摘された。

このように措置入院制度の運用には変化が生じているが、このことが精神保健指定医の措置入院要否の判断に、どのように影響しているかは、現時点では明らかではない。

精神保健指定医の判断基準については、2000年の調査で、幻覚妄想など自傷、他害行為に直接結びつく精神症状、また生命に直接危険がある行為があれば要措置と判断されていることが明らかとはなっているが、

措置入院制度の動向が変化したにもかかわらず精神保健指定医の措置入院要否の判断は安定しているのか、それとも動向の変化に対応して何らかの変化が生じているのか、については、明らかではない。措置入院制度全体で動向が変化しているのであれば、指定医の判断の傾向が変化している可能性についても考慮しておく必要がある。

また、措置入院制度が適正に運用されているかどうかについては、措置入院を受け入れる医療機関の側から、不適切な措置入院例が存在しているとの批判が常にある。

こうした問題点があり、現時点の精神保健指定医の措置要否判断の動向は、どのようなものであるのか、明らかにしておく必要がある、今回、措置入院に関する診断書各項目の措置要否判断にかかる Odds 比ならびに各項目の組み合わせと措置要否判断の割合について検討した。

B. 研究方法

2008年4月1日から2009年3月31日までに、全国64すべての都道府県・政令指定都市において、精神保健福祉法第25条（検察官の通報）に基づく通報がなされた事例ならびに2010年5月1日から2010年5月31日までに、同じく精神保健福祉法第24条（警察官の通報）に基づく通報がなされた事例を対象とした。対象事例について、「通報書」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」ならびに「措置症状消退届」を調査した。具体的には、事例ごとに、通報日、年齢・性別、事前調査の実施の有無とその内容、措置診察の実施の有無と実施しなかった場合の転帰、措置診察の結果と措置診断書の内容、措置入院した場合は措置入院日、その措置入院が現在継続されているか解除されているかの区別、措置解除された場合は消退届の内容、措置解除日と転帰、措置入院しなかった場合はその後の転

帰について、調査票に記載マニュアルを参照しながら必要事項を転記してもらう形式で、提出を求めた。詳細は2009年度報告書ならびに2011年度報告書に詳記した^{21,23)}。

このうち今年度は、措置入院に関する診断書の内容と、その診断書における措置要否の結論について、検討した。

診断書の各項目のうち、年齢、性別、問題行動、状態像を独立変数、最終的に措置入院となったかどうかを従属変数として、ロジスティック回帰分析および決定木分析を行った。

ロジスティック回帰分析はIBM-SPSS社のSPSS Statistics 21.0 for Mac OS X, Regressionを用い、強制投入法を施行した。なお、多重共線性の問題を回避するため、各項目それぞれについて単独でOdds比を求めた。

決定木分析は同じくSPSS Statistics 21.0 for Mac OS X, Decision Treeを用い、親ノード50例以上、子ノード25例以上、有意確率を5%としてCHAID（Chi-squared Automatic Interaction Detection）を施行した。検証については、無作為に2群に分けることとして、同様に施行した。

（倫理面への配慮）

研究に際しては、対象者の個人情報を保護する目的で、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、研究分担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、検察

官通報については2009年7月2日に、警察官通報については2011年7月28日に、それぞれ研究実施が承認された。

C. 結果

1 措置入院に関する診断書各項目の措置要否判断にかかる Odds 比について

措置入院に関する診断書2211例（実人数1106名）を分析した。措置入院に関する診断書は、1名の指定医で要措置となる場合は1例（1枚）、緊急措置入院のあとに2名の指定医の診断を受ける場合は3例（3枚）など、状況により発生する枚数が1枚から3枚の範囲で異なるが、ここでは診断書ごとの指定医の判断の動向を評価した。

措置入院に関する診断書各項目の措置要否判断にかかる Odds 比を、表に示した。

（1）属性

性別では、Odds 比 1.19 ではあったが有意確率 0.154 で、男性が女性に比して要措置と判断されやすいとはいえなかった。

年齢では、1歳増すごとに、Odds 比 1.01 で、有意に要措置と判断されやすかった。

措置入院歴では、Odds 比 1.20 だが、有意確率 0.131 で、措置入院歴がある方が要措置と判断されやすいとはいえなかった。

（2）症状および状態像

措置入院に関する診断書に症状として列挙されている大項目のうち、意識（意識混濁、せん妄、もうろう、その他）、知能（軽度障害、中等度障害、重度障害）、記憶（記銘障害、見当識障害、健忘、その他）の全部で、有意ではなかった。また知覚（その他）、思考（思考奔逸、思考制止、強迫観念、その他）、感情・情動（感情失禁、焦燥・激越、その他）、意欲（昏迷、精神運動制止、その他）、自我意識（離人感、その他）、食行動（拒食、過食、異食）、その他の重要症状（てんかん発作、その他）、ならびに状態像のうち、昏迷状態、残遺状態、躁状態、

せん妄状態、認知症状態でも、有意ではなかった。

Odds 比の値が有意であったのは、大項目では知覚 3.26、思考 5.21、感情・情動 1.75、意欲 3.89 であった。

そして、有意に要措置と判断されている小項目をみると、まず、幻聴 3.23、幻視 2.87、妄想 5.28、思考途絶 2.87、連合弛緩 3.22、滅裂思考 3.28、感情平板化 2.55、無為・無関心 2.03、させられ体験 3.10 など、精神病症状で Odds 比が高かった。また、高揚気分 1.95、行為心迫 7.00 など気分障害（躁状態）の症状でも上昇していた。易怒性・被刺激性亢進 2.40、衝動行為 3.45、興奮 3.37、自殺念慮 1.75 など非特異的な症状でも上昇がみられた。一方で、解離 0.34、食行動その他 0.35、物質依存 0.57 などでは低下がみられた。

状態像では、幻覚妄想状態 5.46、精神運動興奮状態 2.69 などで上昇が見られる一方、もうろう状態 0.29、抑うつ状態 0.66、その他の状態像 0.53 などで低下していた。

（3）問題行動

措置入院に関する診断書には、重大な問題行動17項目とその他の問題行動4項目が列挙されている。

重大な問題行動は、医療観察法の対象行為6項目を含む16項目とその他1項目が列挙されており、それぞれ、A（これまでの行動）とB（今後おそれのある行動）に区別されている。このうち措置要否判断について有意であったのは、医療観察法対象行為では、殺人B 17.2、放火A 2.38、放火B 6.66、強制わいせつB 12.22、傷害A 1.99、傷害B 8.72 であった。

医療観察法対象行為以外の重大な問題行動に列挙されている粗暴な行為では、暴行A 2.53、暴行B 9.97、恐喝B 2.28、脅迫A 1.62、脅迫B 5.08、器物損壊A 1.40、器物損壊B 4.99、弄火または失火B 7.45、家宅侵入A

1.49、家宅侵入 B 5.26 であった。

また、経済的な他害行為では、窃盗 B 2.03、詐欺等 B 3.37 であった。

自傷行為では、自殺企図 B 3.27、自傷 B 3.37 であった。

その他の重大な問題行動 B 5.22 であった。

その他の問題行動では、暴言 2.43、徘徊、2.48、その他 1.88 であった。

2 措置入院に関する診断書各項目の組み合わせと措置要否判断の割合について

前項と同様に、措置入院に関する診断書 2211 例（実人数 1106 名）を分析した。2211 例の措置要否の判断は、要措置 1824 例（82.5%）、措置不要 387 例（17.5%）であった。

図に、措置入院に関する診断書各項目の組み合わせと措置要否判断の割合について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 1042 例では要措置 1000 例（96.0%）、措置不要 42 例（4.0%）であり、暴行 B なし群 1169 例では要措置 824 例（70.5%）、措置不要 345 例（29.5%）であった。

両群とも妄想の有無で再分岐した。暴行 B あり群 1042 例は、妄想あり群 735 例と妄想なし群 307 例に分岐した。暴行 B なし群 1169 例も、妄想あり群 640 例と妄想なし群 529 例に分岐した。

なお、検証として、ノードの大きさを半分にして 2 群にわけ検証したが、同じ性質を有するノードでの措置率はほぼ一致していた。

（1）暴行 B あり・妄想あり群

暴行 B あり・妄想あり群 735 例は、要措置 724 例（98.5%）、措置不要 11 例（1.5%）であり、傷害 B の有無で分岐した。

暴行 B あり・妄想あり・傷害 B あり群 439 例は、要措置 437 例（99.5%）、措置不

要 2 例（0.5%）であり、以後、図のように、無為・無関心の有無で分岐し、無為・無関心なし群はさらに幻視の有無で分岐し、それぞれターミナルノードとなった。暴行 B あり・妄想あり・傷害 B なし群 296 例は、要措置 287 例（97.0%）、措置不要 9 例（3.0%）であり、以後、図のように、衝動行為の有無で分岐し、それぞれターミナルノードとなった。

（2）暴行 B あり・妄想なし群

暴行 B あり・妄想なし群 307 例は、要措置 276 例（89.9%）、措置不要 31 例（10.1%）であり、興奮の有無で分岐した。

暴行 B あり・妄想なし・興奮あり群 148 例は、要措置 139 例（93.9%）、措置不要 9 例（6.1%）、暴行 B あり・妄想なし・興奮なし群 159 例は、要措置 137 例（81.2%）、措置不要 22 例（13.8%）であり、ともにターミナルノードとなった。

（3）暴行 B なし・妄想あり群

暴行 B なし・妄想あり群 640 例は、要措置 536 例（83.8%）、措置不要 104 例（16.3%）であり、暴行 A の有無で分岐した。

暴行 B なし・妄想あり・暴行 A あり群 41 例は、要措置 22 例（53.7%）、措置不要 19 例（46.3%）であり、ターミナルノードとなった。暴行 B なし・妄想あり・暴行 A なし群 599 例は、以後、図のように、衝動行為の有無で分岐した。衝動行為あり群は傷害 B の有無で分岐し、ともにターミナルノードとなった。衝動行為なし群は、傷害 B、器物損壊 B、窃盗 B、自殺企図 B、感情平板化の順で分岐し、各項目の「あり」群は、そこでターミナルノード、感情平板化なし群もターミナルノードとなった。

（4）暴行 B なし・妄想なし群

暴行 B なし・妄想なし群 529 例は、要措置 288 例（54.4%）、措置不要 241 例（45.6%）であり、自殺企図 B の有無で分岐した。

暴行 B なし・妄想なし・自殺企図 B あり

群 118 例は、要措置 107 例（90.7%）、措置不要 11 例（9.3%）で、ターミナルノードとなった。暴行 B なし・妄想なし・自殺企図 B なし群 411 例は、要措置 230 例（56.0%）、措置不要 181 例（44.0%）で、以後、図のように、家宅侵入 B、窃盗 B、傷害 B、器物損壊 B、措置その他 A、幻聴の順で分岐し、各項目の「あり」群は、そこでターミナルノード、幻聴なし群は年齢 34 歳以下か 34 歳超かで分岐し、ともにターミナルノードとなった。

D. 考察

1 措置入院に関する診断書各項目の措置要否判断にかかる Odds 比について

（1）属性

措置要否の判断に際して、男性か女性かでは有意差はみられず、指定医の判断に至ってしまえば特に性別は影響していないものと思われた。ただ、性差と措置要否の判断の関係を考慮する際には、この結果は措置診察の場面における指定医の判断を評価したものであり、ここに至るまでに検察官や警察官が通報するかどうか、保健所が措置診察を行うかどうかなどの判断の過程を経ていることに留意する必要がある。

年齢については、今回、1 歳上昇ごとに Odds 比 1.01 となっており、若年者より高年齢者の方が要措置と判断されやすいものと思われた。ただ、今回の対象群の年齢構成が、30 代から 50 代が多く、他の年代は少ないという特徴があり、性差と同様、措置診察に至るまでの過程で種々の選択が行われていることを考慮し、この年齢の範囲の患者が多い場合に見られる傾向であることに留意する必要がある。この範囲の年齢であれば、高年齢者の方が、長期の罹患により精神症状が増悪していたり、あるいは家族の高齢化や長期の罹患で支援が得られにくい等の事情を有する者が多くなってい

る等ことなども考慮しておく必要がある。

措置入院歴については、今回は Odds 比 2.14 で要措置とされたが、今回は Odds 比 1.20 ($p=.131$) と有意差がみられなかった。有意差がなくなったことについて、救急医療にシフトしたことで、活発な精神症状を呈する患者が増え、措置入院歴が措置要否判断に与える影響が、相対的に小さくなったとも考えられる。ただ、救急医療の頻回利用群は存在すると思われ、この群は、措置入院歴があるほど要措置となりそうにも考えられるが、今回、この資料からは、このことは明らかにはならなかった。

（2）症状および状態像

症状では、精神病症状や躁症状において、Odds 比が上昇していたが、これらの症状の存在で要措置とされるのは、制度本来の目的にかない、妥当なものと思われた。また解離、物質依存などで Odds 比が低下していることも、措置症状の有無を比較的厳密に評価されていることの反映とも思われた。

状態像の項目では、幻覚妄想 5.46、精神運動興奮 2.69 などで Odds 比が高く、抑うつ、もうろう、その他の状態像では Odds 比は低かった。

各項目の値は、症状単独の値よりやや低くなっていたが、これは、状態像項目は症状小項目の「まとめ」的な項目であり、情報の圧縮に伴って枝葉が切り落とされる形で数値が異なっているものと考えられた。

ただ、今回の Odds 比の 95% 信頼区間内に、前回の Odds 比はおさまっており、前回と今回の結果の間に明らかな差があるとは認められなかった。

このように、幻覚妄想や精神運動興奮など、問題行動に直接影響する症状や状態像が認められれば、要措置との Odds 比が上昇していた。

（3）問題行動

医療観察法対象行為では、殺人 B で Odds

比 17.2、傷害 B で 8.72 となっており、今後のおそれが認定されれば、ともに要措置とされやすく、これは前回、それぞれ 4.11、2.90 より上昇していた。

救急医療場面において傷害以上の事例も医療観察法対応前に扱われており、特に放火 A、傷害 A などでは病状悪化等でまず救急医療が優先されているものと考えられる。ただ、その一方で、これらの Odds 比の上昇は、他害行為のおそれが存在すれば精神症状に関係なく要措置とされる余地が認められることでもあった。

なお、前回の措置入院に関する診断書では、重大な問題行動は AB を分けて評価することができない様式であったため、直接の比較は困難である。

医療観察法対象行為以外の重大な問題行動に列挙されている粗暴な行為や経済的な他害行為では、前回は微罪にまとめたため、比較しづらかった。ただ、いずれも、A これまでの問題行動だけでは Odds 比はやや低い、B 今後のおそれがある問題行動では Odds 比が上昇していた。

自傷行為では、いずれも A（これまでの行動）では有意差なしとなったが、B（今後のおそれ）を評価された場合、Odds 比は上昇しやすいものと思われた。ただ、今回の Odds 比の 95%信頼区間内に、前回の Odds 比はおさまっており、前回と今回の結果の間に明らかな差があるとは認められなかった。

その他の重大な問題行動 B 5.22 であった。これは、診断書に具体的に予想される行為の名称が記載されているものを取りまとめ、予想される行為が明示されている以上、今後のおそれが上昇するのは自然であるとされる。

2 措置入院に関する診断書各項目の組み合わせと措置要否判断の割合について

(1) 暴行 B あり・妄想あり群

暴行 B あり・妄想あり群 735 例は、要措置 724 例 (98.5%)、措置不要 11 例 (1.5%) と、この段階で既に要措置 98.5% と、措置不要は、わずか 1.5% にまで低下している。

確かに、暴行 B と妄想を合併する群は、精神病状態であることがうかがわれ、これらの群については、緊急の医療のためにも要措置との判断は肯定しうるものと思われる。

この群は、以下、傷害 B、無為・無関心、幻視、衝動行為などの有無により、要措置 94.6% から 100% の範囲で影響はあるが、大差なく、ほぼ全例が要措置と判断されており、通常の統計学的な有意差を 5% の危険率で考えることからすれば、最初の 2 因子がともに肯定されれば、指定医はそれだけで要措置と診断されているものともいえる。

(2) 暴行 B あり・妄想なし群

暴行 B あり・妄想なし群 307 例は、要措置 276 例 (89.9%)、措置不要 31 例 (10.1%) と、この段階で要措置 89.9% で、やはり 90% 近くが要措置と判断される状況にあった。

以下、興奮の有無により分岐し、興奮あり群では要措置 93.9% に上昇していた。

ただ、この暴行 B あり・妄想なし群には、この後の下位項目でも他の精神病症状は出現しておらず、たとえば躁状態やパーソナリティ障害の興奮状態などが含まれると思われた。

前回、今回とも、こうした群ではパーソナリティ障害の有無では分岐しておらず、この一群に、これらの興奮が紛れ込んでるのは、ほぼ確実である。つまり、パーソナリティ障害などであっても、暴行のおそれがあれば要措置とされる余地があることが、改めて認められたともいえる。

措置入院制度では、精神病状態や躁状態

ではないにもかかわらず要措置とされることについて、適切ではないとの議論も少なくない。ただ、こうした問題群に対して、緊急措置入院の多用や、措置入院期間の短縮は、措置入院制度を適切に運用しようという医療機関側の対応が反映している可能性はある。

（3）暴行 B なし・妄想あり群

暴行 B なし・妄想あり群 640 例は、要措置 536 例(83.8%)、措置不要 104 例(16.3%)であった。

以下、暴行 A、衝動行為、傷害 B、窃盗 B、器物損壊 B、自殺企図、感情平板化、などの有無により、この群は要措置 53.7%から 100%まで、多彩な分岐を示していた。

たとえば暴行 AB なし・妄想あり・衝動行為あり・傷害 B あり群では要措置 100%となった。一方で、暴行 B なし・暴行 A あり群では、要措置が低下していた。妄想と今後おそれのある行動がともに存在する群で要措置とされる率が上昇していたことから、精神病症状を背景に具体的な他害行為のおそれが認められれば要措置との判断とされることが明らかとなった。

（4）暴行 B なし・妄想なし群

暴行 B なし・妄想なし群 529 例は、要措置 288 例(54.4%)、措置不要 241 例(45.6%)であった。

以下、自殺企図 B、家宅侵入 B、窃盗 B、傷害 B、器物損壊 B、重大その他 A、幻聴、年齢により、要措置 5.2%から 90.7%の範囲で影響がみられた。これらは、それぞれの因子の「あり」とした群で、要措置の割合が高くなっており、この群においても具体的な他害行為のおそれが認められれば要措置との判断とされることが明らかとなった。

（5）分析方法について

決定木分析（CHAID）は、すべての因子でカイ二乗検定を行い、最大のカイ二乗値

で二分し、繰り返す手法である。分析の結果、得られる樹形図は、指定医の思考過程と類似しており、因子の組み合わせは、指定医の判断と近似する面もある。

ここで、暴行 B あり・妄想あり群では要措置 98.5%である一方、暴行 B なし・妄想なし群は 54.4%にとどまっている。

ここで、前回 2000 年度の調査と比較すると、2000 年度では、まず精神運動興奮で分岐していたが、今回は、まず暴行 B で分岐しており、この点では、異なっていた。この点では、前述のように今回は緊急措置入院が多用されるようになってきていることなど前提となる患者の状態像の変化も考慮する必要がある。

ただこの点も、上位の階層において、項目や順番は変化しているものの、問題行動と精神症状が分岐に影響している点は、前回と今回で同様となっている。

なお、前回と今回では、調査期間を短縮したことにより今回の事例数が少ないこと。また診断書が書式変更されていることの影響を考慮する必要がある。

6 研究の限界

この研究においては、措置入院に関する診断書の各項目にチェックがあるかどうかと措置要否判断の関係を検討しているが、そもそも、診断書の各項目にチェックをするかどうかは、それぞれの指定医に委ねられており、一律の判断基準があるわけではない。措置診察における指定医の判断を検討しているが、実際には指定医の措置要否判断の不一致は措置不要とすることで人権を守る背組とする制度の特徴とあわせ、実際の措置入院制度運用の傾向とは多少のずれが生じる可能性について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

や問題行動の措置要否判断に与える影響は、どうしても測りづらいものになってしまう。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、調査対象の 82.5% が要措置という集団であることには留意が必要である。

加えて、ロジスティック回帰分析に際しては、計算方法により結果に若干の差異が生じる問題がある。前回、診断と症状の交互作用が問題となり、診断を外すと回帰モデル適合度改善していたが、今回、さらに項目が増え、モデルに投入する項目を絞らざるをえず、多重共線性の問題を回避するため、個別の Odds 比を求める形式としており、こうした点も留意する必要がある。

決定木分析については、統計的な論理のみによって導かれた図であり、臨床的思考に類似はしているが、この手順での措置要否判断をすることを推奨するものではない。

E. 結論

2008 年度における検察官通報ならびに 2010 年 5 月における警察官通報について、これまで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。

措置要否判断の Odds 比について、精神症状では、幻覚妄想や精神運動興奮など、問題行動に直接影響する症状が認められれば、前回同様、要措置に傾いていた。重大他害行為では、殺人 B で Odds 比 17.2、傷害 B で 8.72 と高く、これらのおそれが認定されれば、要措置とされやすかった。放火 A や傷害 A など医療観察法対象行為例も、まず措置入院で救急医療を要すると判断さ

れていた。粗暴な他害行為でも、今後おそれのあると認定されると要措置、自殺企図 B や自傷 B でも、要措置とされやすかった。精神症状に関係なく、他害行為が存在すれば、それだけで要措置とされる余地は認められた。全体的に精神科救急医療を要する状態との認定で要措置とされやすくなっていた。

因子の組み合わせでは、今後の暴行おそれと妄想の有無でまず分岐しており、問題行動と精神症状の両方が指定医の判断に影響していた。また精神病症状がないのに行動面だけで要措置と判断される一群が存在していた。症状や問題行動一方だけが措置要否判断に影響するものではなく、臨床医の思考過程に類似しており、この結果をもとに、個別の事例の現実の危険性は判断できず、措置要否の判断に用いることはできないが、精神保健指定医が、措置要否の判断に際して、どのような点を考慮したか、その判断の過程を明らかにする端緒となりうるものと思われた。

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

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たい。

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。

なお、統計処理に際し、浜松医科大学健康社会医学講座・尾島俊之先生から多重共線性の問題が生じていることについてご指摘を頂いた。記してお礼を申し上げます。

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