

れていない項目について、報告した。

1 通報等の形式

76 医療機関から 1,421 例が報告された。

通報等の形式（2010 年当時の条文番号）は、表 1 に示した。一般人申請（第 23 条）43 例（3.0%）、警察官通報（第 24 条）1,216 例（85.6%）、検察官通報（第 25 条）107 例（7.5%）、保護観察所長通報（第 25 条の 2）3 例（0.2%）、矯正施設長通報（第 26 条）29 例（2.0%）、精神病院管理者届出（第 26 条の 2）5 例（0.4%）、知事等職務診察（第 27 条第 2 項）11 例（0.8%）、未記入 3 例（0.2%）、空白 4 例（0.3%）であった。警察官通報が全体の 85.6% を占めていた。

2 年齢・性別

年齢・性別は、表 2 に示した。

年齢は 44.3±14.4 歳で、男性 940 例（45.2±14.3 歳、うち 1 例は年齢不明）、女性 481 例（42.6±14.4 歳）、男女比 2:1 であった。

年齢層は、10 歳代の男性 16 例、女性 9 例、計 25 例（1.8%）であった。以下、20 歳代は男性 124 例、女性 80 例、計 204 例（14.4%）、30 歳代は男性 214 例、女性 126 例、計 340 例（23.9%）、40 歳代は男性 229 例、女性 135 例、計 364 例（25.6%）、50 歳代は男性 183 例、女性 59 例、計 242 例（17.0%）、60 歳代は男性 132 例、女性 48 例、計 180 例（12.7%）、70 歳代は男性 31 例、女性 17 例、計 48 例（3.4%）、80 歳以上男性 10 例、女性 7 例、計 17 例（1.2%）であった。

なお、2010 年 5 月の警察官通報により措置入院した事例の消退届では、355 例（42.8±14.6 歳）男女比 1.9:1、男性 228 例（42.2±14.8 歳）、女性 118 例（43.5±14.0 歳）、不明 9 例であった。

本調査と警察官通報消退届群を比較すると、年齢 ($t(1774)=1.734, p=.083, n.s.$)、性別 (Fisher $p=0.950, n.s.$) で、ともに有

意差を認めなかった。

3 診断

診断は、表 3 に示した。

F0: 器質性精神障害 83 例、F1: 精神作用物質障害 153 例、F2: 統合失調症 822 例、F3: 気分障害 154 例、F4: 神経症 48 例、F6: パーソナリティ障害 85 例、F7: 知的障害 40 例、F8: 発達障害 24 例、F9: 児童思春期精神障害 6 例、診断情報欠損 6 例であった。

消退届群では、F0: 14 例、F1: 21 例、F2: 232 例、F3: 34 例、F4: 13 例、F6: 24 例、F7: 8 例、F8: 7 例、F9: 2 例であった。

コホート群において F1 が多く F2 が少ない傾向はあるものの、有意差は認められなかった ($\chi^2(7)=12.9, .05 < p=.076 < .10$)。

精神科治療歴、措置入院歴は、長期転帰の報告を参照されたい。

4 措置入院から退院までの入院期間

図 1 に措置入院から退院までの入院期間について示した。

措置入院期間の中央値 43.6 日（平均 88.2 日）、全入院期間の中央値 71.4 日（平均 141.3 日）であった。

いずれも、最小値 0 日、最大値 6619 日で、全入院期間の観察は 2010 年度の措置解除例を 2013 年度までに調査していることから、最長・措置解除後 3 年半あまりで打ち切ったこととなる。

ここで、2010 年の警察官通報における、措置入院した 387 例の緊急措置入院期間を含む措置入院期間は、中央値 42.0 日、180 日目の入院継続率 3.9% であり、コホート群の措置入院期間の中央値 43.6 日と、ほぼ一致した。

5 措置解除後の処遇

措置解除後の処遇を表 4 に、入院継続例の入院形態は、表 5 に示した。

入院継続 822 例で、うち任意 217 例、医療保護 594 例、他科 5 例、その他 6 例（医

療観察法鑑定入院 1 例、鑑定入院 2 例、空白 3 例)であった。通院 405 例で、転医 140 例、死亡 4 例、その他と空白あわせて 50 例で、入通院以外 194 例であった。

2010 年の警察官通報では、入院 229、通院 118、それ以外 40 で、統計的には有意差はみられなかった ($\chi^2(2)=3.093, n. s.$)。

6 現在の入院状況

現在の入院状況を表 6 に示した。

入院継続 39 例、既に退院 976 例、死亡 1 例、未記入と空白あわせて 405 例であった。

7 退院後の帰住先

退院後の帰住先を表 7 に示した。

自宅 882 例と圧倒的に多く、内訳は家族と同居 580 例、単身 281 例、それ以外 21 例であった。次いで施設 52 例、その他 128 例、不明と未記入、空白をあわせて 359 例であった。

8 再入院の有無と再入院までの日数

再入院の有無を表 8 に、再入院までの日数を表 9 に示した。

再入院の有無は、あり 398 例 (28.0%)、なし 375 例 (26.4%) で拮抗していたが、不明とそれ以外あわせて 648 例 (45.6%) が最も多かった。

措置解除された後に、一連の入院から退院した後の再入院までの期間は、全例平均 462 日であった。

診断別にみると、統合失調症 536 日で、これは精神作用物質障害 403 日、神経症 278 日、パーソナリティ障害 322 日、知的障害と 447 日との間では、特に差は認められなかった。これに対し、器質性精神障害 249 日、気分障害 310 日、発達障害 158 日に比較すると、統合失調症 536 日は、有意に延長していた (Kaplan-Meier, Log Rank、* 再入院した児童 1 例は、除外した)。

なお、再入院と措置解除後の処遇の関係では、転医 140 日と入院継続群 526 日、通院医療 447 日などの間でも有意差が認められ

たが、これは転医がバイアスとして影響しうるとも思われた。退院後の帰住先では、差異は認められなかった。

9 措置入院先での治療継続状況と最終受診までの日数

措置入院先での治療継続状況は表 10 に、治療不継続の理由は表 11 に、最終受診までの日数を、診断別に表 12 に、措置解除時の処遇別に表 13 に、それぞれ示した。

措置入院先での治療継続ありは 441 例 (31.0%)にとどまり、なし 952 例 (67.0%) が圧倒的に多く、それ以外 28 例 (2.0%) でとなった。

治療不継続の理由は、治療中断 98 例 (952 例の 10.3%)、転院 705 例 (同 74.1%)、治療終了 45 例 (同 4.7%) などであった。

措置解除された後に、一連の入院から退院したあと最終受診までの期間平均は、全例で 479 日であった。

このうち、統合失調症 553 日で、器質性精神障害 336 日、精神作用物質障害 410 日、神経症 322 日、パーソナリティ障害 195 日に比して、有意に長く、気分障害 442 日、発達障害 354 日に比して延長傾向にあった。また、精神作用物質障害、気分障害、知的障害 464 日はパーソナリティ障害 195 日に比して、有意に長く、器質性精神障害も延長傾向にあった (Kaplan-Meier, Log Rank)。

措置解除された時点における処遇と、最終受診までの日数の関係を検討した。

最終受診までの日数の平均は、全例 479 日、入院継続群 586 日で、通院医療群 449 日、転医群 82 日、死亡群 0 日、その他群 187 日に比して、死亡以外の群との比較で、有意に長かった。

ここで、入院継続群 586 日が通院医療群 449 日、差 137 日であり、全入院の入院期間 141.3 日、措置入院期間 88.2 日で、差 53.1 日を考慮しても、入院継続群は最終受

診までの日数が延長していた。

通院医療群も、転医群、その他群との比較で、有意に延長していた。

転医群も死亡群、その他群も死亡群との間で、有意差に延長していた。(Kaplan-Meier, Log Rank)

なお、退院後の帰住先では、差異は認められなかった。

D. 考察

1 通報種別

通報の割合は、警察官通報が圧倒的に多く、2010年の衛生行政報告例と比較して、差異は認められなかった。

2 年齢・性別

本調査を、警察官通報時点群と比較すると、警察官通報時点群に比してコホートで、年齢はやや高く ($p < .001$)、男女比ではコホートで男性が多く、警察官通報時点群で女性が多い ($\chi^2(1) = 11.2, p < .01$ 。参考： $\chi^2(2) = 42.4, p < .01$) という結果となった。

ただ、年齢については、警察官通報調査は措置入院時、今回は措置解除時点の調査であり、措置入院期間も影響しうること、性別は男性で要措置になりやすいなどの傾向も影響することから、コホート群と比較するには消退届の年齢・性別を用いる必要があると思われる。

消退届のデータで比較する限り、年齢・性別に有意差はなく、両群の年齢・性別に差異はないと考えられた。

3 診断

診断では、有意差はないものの、F1が多くF2が少ないとの傾向が認められた。ただ、これは、調査対象医療機関を、国公立病院精神科と精神科救急入院料を算定する医療機関を対象としており、他の医療機関を除いたため、これらの機関が精神作用物質障害の患者を受け入れている、あるいは他の医療機関が統合失調症など精神病性障害の

患者をより受け入れ、相対的に調査対象医療機関においてこうした患者が減っている、といった事情も考えられると思われる。

こうしたことから、年齢、性別、診断において、今回のコホート群は、警察官通報群と大差はないものと思われる。

4 措置入院から退院までの入院期間

コホート研究では措置入院期間の中央値43.6日に対して、警察官通報も中央値42.0日と、ほぼ一致しており、この点でも両群には差異は認められなかった。

コホート研究で、措置入院期間の平均88.2日と、中央値43.6日に対して顕著に延長していたが、この中央値と平均値の分離は、措置入院期間の最短0日に対し最長6619日と顕著に延長する例が存在するためと思われる。

5 措置解除後の処遇

措置解除後の処遇は、圧倒的に入院継続が多く、措置症状が消退した後もなお治療を要する症状があるものと思われる。

6 現在の入院状況

措置入院した患者が、措置解除後にどうなっているのか、明らかにした研究は、全国規模では存在しない。

2010年に措置解除された措置入院患者が、2013年時点で大半が「既に退院」となっているということは、今回、初めて明らかにしたものである

ここで、措置解除された患者について、しばしば、「医療保護や任意で、ずっと入院している」という説明がなされることがあるが、実際には大半が退院しているということが明らかにはなった。ただ、その一方で、観察を最短2年半、最長3年半で打ち切ってはいるが、入院継続39例(1421例の2.7%)であり、この群については、退院が困難な事情があるものとも推定される。

加えて、この調査では、一旦、他院に転院した場合には、観察を打ち切ることとし

た。このため「身体合併症で他院に転院した後、元の病院に再入院した」というような事例は、退院したものとしてカウントされていることに、注意を要する。

このようにして、毎年、この割合で入院継続群が新たに発生するとも考えると、少数例ではあっても長期間でみると、決して無視できず、この群をについて、「医療保護や任意で、ずっと入院している」という説明は、大半が退院しているという事実だけを見れば正しくはないが、軽視できない見解でもある。

7 退院後の帰住先

退院後の帰住先は、自宅が圧倒的に多く、しかも家族と同居がその過半数を占めていた。これは措置入院が精神科救急に純化しており、急性発症の精神疾患への対応が増えている影響とも思われた。もっとも、単身やそれ以外の事例も少なからず認められており、家族が支援する能力を有するかどうかは別問題でもあり、結果の解釈にあたっては慎重さを要すると思われた。

8 再入院までの日数

措置入院先での治療継続ありは 31.0%にとどまり、なし 67.0%が圧倒的に多くなっていた。これは措置入院がすべての病院で対応されているのではなく、一部の病院で集中して対応されているため、措置症状が消退した後には患者の通院などにより利便性の高い医療機関に通院先が設定されているためとも思われた。

診断と再入院までの日数において、統合失調症で、器質性精神障害、気分障害、発達障害に比して延長していた。統合失調症においては、良好な環境や治療の継続について治療上、配慮を要するが、これらの疾患に比してよりそうした調整がなされた結果であろうとも思われた。逆に、これらの疾患が措置入院にいたる場面も、もちろん衝動制御に問題がある場面が想定しやすく、

その制御が十分ではないという点はあるが、治療環境の整備に関する問題への対応が十分ではない可能性も考えられた。

9 措置入院先での治療継続状況と最終受診までの日数

措置入院先での治療継続状況は、あり 31.0%にとどまり、なし 67.0%、それ以外 2.0%であり、措置入院先での治療不継続の理由としては、治療中断 10.3%に対して、転院 74.1%と圧倒的に多く、これも再入院についての検討と同様、措置入院先と一般医療の役割分担のためとも思われた。なお、治療終了も 4.7%あることが明らかとなった。

最終受診までの日数は、統合失調症において、他の診断より延長しており、統合失調症において治療継続の配慮がなされていると思われた。またパーソナリティ障害においては他の診断より最終受診までの日数は短縮しており、治療対象から除かれている可能性があるとも思われた。

措置解除時点における処遇と最終受診までの日数の関係では、入院継続群が通院群、その他群に比して延長しており、入院中に治療継続の下地となる治療関係構築や環境調整がなされた可能性があると思われた。

10 自治体ローカルルールの問題

調査票の記載に関連して、一部の医療機関では、退院後の帰住先を、当該病院と記載したものが認められた。

調査に際して、措置症状消退届の転記を求めたため、都道府県によって、提出されたものをそのまま受理する、実質的に帰る場所を記載する、「措置解除が措置入院における退院なのだからその時点で病院に居続けるなら帰住先は病院の住所」という見解から修正を求めるなどの対応が混在しており、調査結果に影響しているものと思われた。

同様の問題は、「転医」でもみられた。パ

イロットスタディにおいて、別の病院に移った場合は、入院、通院ともに「転医」とした医療機関がある一方で、別の病院に移った場合に、入院なら「転医」、通院なら「通院」として記載した例が混在した。

本調査では、この点、通院または転院にチェックがついた場合には、付問として、「当院に通院」「他院に入院」「他院に通院」としたが、用語の定義が不明瞭で回答が分散しているという点は、帰住先と同様の問題があるとも思われた。

このように、診断書等各書式の用語「通院」「転医」「帰住先」の解釈が統一されおらず、かつ自治体や各医療機関が一定の回答に仕向ける等のローカルルールが、調査結果の一部に影響を与えていた。

用語の意義を統一し、形式的な入院形態にとらわれず実質的な情報を記載すべき欄には、その旨を注釈する必要があるものと思われた。

E. 結論

コホート群は、警察官通報（2010年）群との間において、年齢・性別・診断・措置解除後の処遇で有意差は認められなかった。措置入院期間の中央値もほぼ一致していた。

措置解除時点で入院継続となった群は、入院期間を差し引いても通院群、その他群に比して治療継続期間が長く、入院中に治療継続の下地となる関係構築や環境調整等がなされた可能性がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 研究発表

なし

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

I. 謝辞

業務が多忙な中で、調査票の記入いただいた調査対象医療機関の担当者の方々に、心からお礼を申し上げたい。

また、最終的には種々の理由から調査票が提出できなかった調査対象医療機関においても、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可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可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可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) 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 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の現状に関する研究. pp69-91 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 24 年度総括・分担研究報告書. 2013
- 25) 吉住昭, 島田達洋, 小口芳世, 他: 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-.

pp81-95 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究. 平成 25 年度総括・分担研究報告書. 2014

26) 瀬戸秀文, 吉住昭: 医療観察法施行前後の措置入院の変化-特に警察官通報の現状ならびに指定医の判断傾向について-. 臨床精神医学 43(9) 1325-1334, 2014

27) 瀬戸秀文: 医療観察法が施行された後に措置入院に変化があったか-措置入院の現状ならびに医療観察法入院直前の精神保健福祉法入院について-. 司法精神医学 10(1), 印刷中 (3月末に発行予定), 2015

表1 通報等の形式

通報等の形式(当時の条文番号)	n	%
一般人申請(第23条)	43	3.0%
警察官通報(第24条)	1216	85.6%
検察官通報(第25条)	107	7.5%
保護観察所長通報(第25条の2)	3	0.2%
矯正施設長通報(第26条)	29	2.0%
精神病院管理者届出(第26条の2)	5	0.4%
知事等職務診察(第27条第2項)	11	0.8%
未記入	3	0.2%
(空白)	4	0.3%
計	1421	100.0%

* 2014年4月1日の精神保健福祉法改正により条文番号が一部変更

表2 年齢・性別

年齢層	男性	女性	計	%
10歳台	16	9	25	1.8
20歳台	124	80	204	14.4
30歳台	214	126	340	23.9
40歳台	229	135	364	25.6
50歳台	183	59	242	17.0
60歳台	132	48	180	12.7
70歳台	31	17	48	3.4
80歳以上	10	7	17	1.2
不明	1	0	1	0.1
計	940	481	1421	100.0

表3 診断

診断	n
F0 器質性精神障害	83
F1 精神作用物質障害	153
F2 統合失調症	822
F3 気分障害	154
F4 神経症	48
F6 パーソナリティ障害	85
F7 知的障害	40
F8 発達障害	24
F9 児童思春期精神障害	6
診断情報欠損	6
計	1421

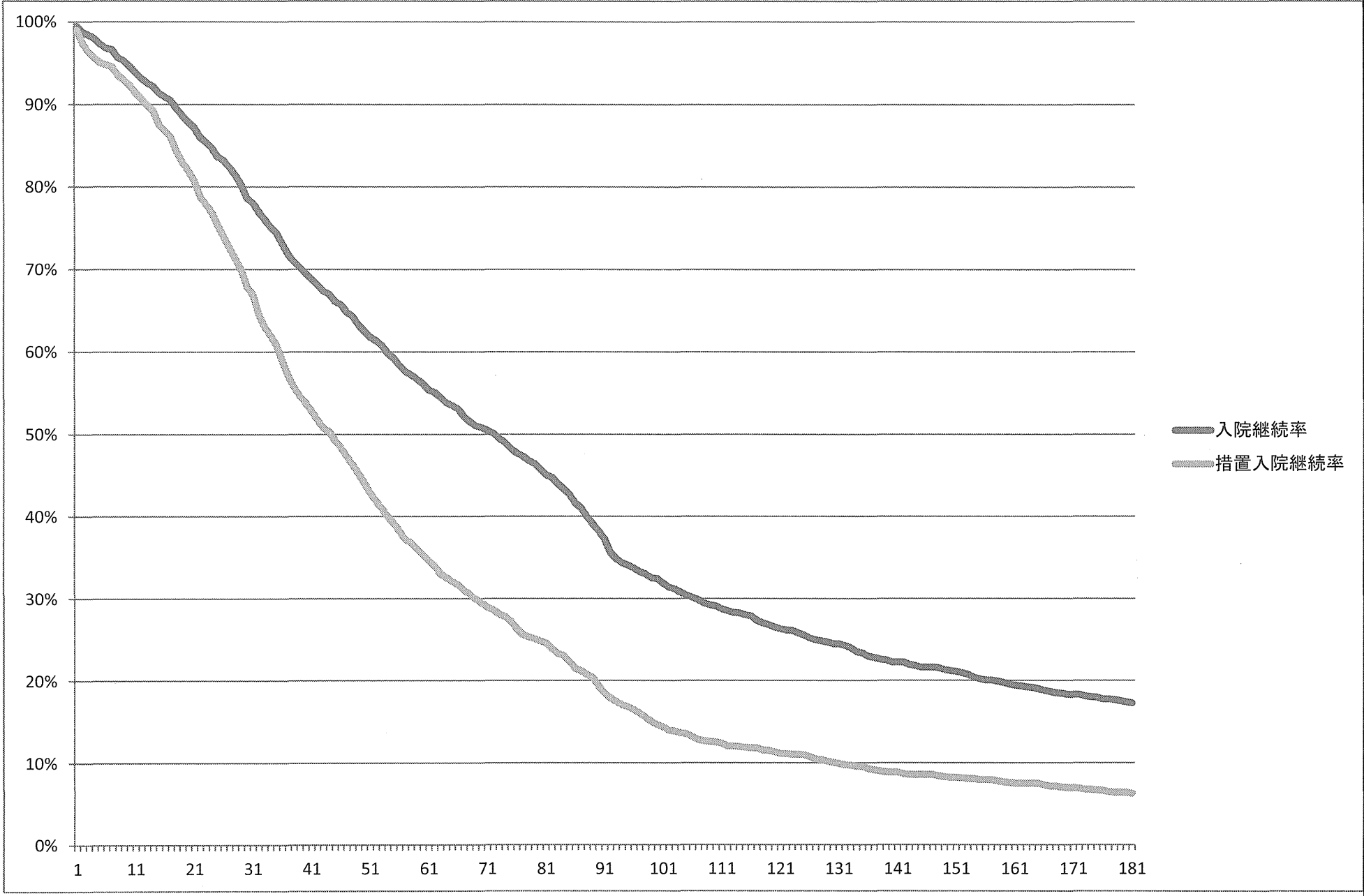


表4 措置解除後の処遇

措置解除後の処遇	n
入院継続	822
通院医療	405
転医	140
死亡	4
その他	43
(空白)	7
計	1421

表5 入院継続例の入院形態

入院形態	n
任意	217
医療保護	594
他科	5
医療観察法鑑定入院	1
鑑定入院	2
(空白)	3
計	822

表6 現在の入院状況

現在の入院状況	n
入院継続	39
既に退院	976
未記入	292
死亡	1
(空白)	113
計	1421

表7 退院後の帰住先

退院後の帰住先	n
自宅	882
施設	52
その他	128
不明	7
未記入	320
(空白)	32
計	1421

表8 再入院の有無

再入院の有無	n
あり	398
なし	375
不明	547
未記入	79
(空白)	22
計	1421

表9 再入院までの日数

診断	平均
器質性精神障害	249
精神作用物質障害	403
統合失調症	536
気分障害	310
神経症	278
人格障害	322
知的障害	447
発達障害	158
全例	462

表10 措置入院先での治療継続状況

治療継続	n
あり	441
なし	952
不明	2
未記入 (空白)	19
計	1421

表11 治療不継続の理由

理由	n
治療中断	98
他院紹介転院	705
治療終了	45
死亡	31
その他	62
未記入 (空白)	8
計	472
計	1421

表12 最終受診までの日数(診断別)

診断	平均
器質性精神障害	336
精神作用物質障害	410
統合失調症	553
気分障害	443
神経症	322
人格障害	195
知的障害	464
発達障害	354
児童思春期	481
全例	479

表13 最終受診までの日数(措置解除時の処遇別)

措置解除時の処遇	平均
入院継続	586
通院医療	449
転医	82
死亡	0
その他	187
全例	479

平成 26 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 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究
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
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
（その 1-2）措置解除・退院後の生命転帰に関する検討

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
八幡厚生病院

研究要旨：

措置入院患者に適切な医療を提供するためには、治療の実態や退院後の死亡率とそれらに影響を与える因子についても検討する必要があるが、わが国ではこれまでこれらに関する調査が行われたことがなかった。今回我々は全国 76 ヶ所の精神科医療機関において 2010 年 4 月 1 日～2011 年 3 月 31 日に措置解除となった患者 1,421 人を対象とする後ろ向きコホート研究を実施して、死亡リスクについて検討した。対象患者の性別は男性 940 人、女性 481 人で、平均年齢は 44.3 歳であった。ICD-10 による精神科主診断は F2（822 人）が最も多く、F3（154 人）、F1（153 人）が 10%以上であった。対象患者のうち 51 人の死亡が確認されたが、その内訳は死亡後に措置解除となった者が 4 人、措置解除後に退院とならないまま死亡した者が 1 人、転医・転院後に死亡した者が 1 人、退院日限り当該医療機関と接触がなかったが、調査時点までに死亡していたことが判明していた者が 16 人で、この他に措置入院となっていた医療機関で短期間であっても外来で経過観察されていた者のうち 30 人が死亡していた。当該医療機関における外来経過観察中の Kaplan-Meier 法に基づく 1 年死亡率は 2.94%であった。対象患者の死亡リスクが一般人口と同等と仮定した場合の 1 年死亡率の期待値は 0.306%であったので、標準化死亡比（SMR）は 9.61 と推定され、診断別に見ると F2 の SMR は 6.55、F3 の SMR は 16.35 であった。これらは過去の疫学研究で観察された SMR より明らかに高かった。

研究協力者（五十音順）

稲垣 中（論文執筆者）
青山学院大学国際政治経済学部
青山学院大学保健管理セ

ンター

遠藤 洋 公益財団法人神経研究所
附属晴和病院
小口芳世 慶應義塾大学医学部精神
神経科学教室

小泉典章	長野県精神保健福祉センター
島田達洋	栃木県立岡本台病院
瀬戸秀文	長崎県精神医療センター

A. 研究目的

2011年に実施された通称・630調査¹⁾によると、2010年6月にわが国では617名の精神障害患者が措置入院となり、このうち95.9%に相当する、592名が2011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概して精神症状が重症で、社会的・経済的にも多くの問題を抱えていると推測できるので、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。その背景には措置入院に関する調査がこれまではもっぱら医療政策の観点から行われ、都道府県・政令指定都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いて、措置解除を転帰の指標としたものしか行われてこなかったことに起因するようと思われる。

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ものなので、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、退院後の治療継続や再入院を回避することの重要性が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留意する必要性は大きい。

今回我々は全国76ヶ所の精神科医療機関で措置解除となった患者を対象に、措置入院患者が退院となった後の治療継続率、再入院率、および死亡リスクなどといった長期転帰について検討を行った。紙幅の関係より、本稿では措置入院患者の退院後の生命転帰に絞って記載する。

なお、今回の報告書の内容は、いわば速報であって、中途脱落例などの扱いについては未だ検討の余地があることを御了解されたい。

B. 研究方法

1. 対象および調査期間

本研究の対象は2010年4月1日から2011年3月31日までの1年間に全国76ヶ所の精神科医療機関（表1参照）において措置解除となった患者1,421名である。

一部の都道府県・政令指定都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、こういった措置入院を継続したまま転院となった場合は検討対

象に含めなかった。

2. 調査方法

本研究では各研究協力施設に保管されていた診療録、『措置入院に関する診断書』、および『症状消退届』の記載に基づいて下記の①～⑯の事項について調査した。

- ① 性別
- ② 措置解除時の満年齢
- ③ 措置入院となった年月日
- ④ 措置入院に際しての申請等の形式
- ⑤ 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、身体合併症を転記した。

⑥ 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。

⑦ 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った自傷行為、他害行為（対人）、他害行為（対物）の有無、および『措置入院に関する診断書』より入院時、および入院前に見られた「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」を記載した。

⑧ 措置解除年月日

⑨ 措置解除後の処置

『症状消退届』における「措置解除後の処置に関する意見」の記載を転記した。

⑩ 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、および退院となっていた場合には退院年月日を転記した。

⑪ 退院時処方

退院時点で処方されていた経口薬の名前と用法・用量、および退院前の1ヶ月間に使用されたデポ剤の名前を記載した。

⑫ 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。

⑬ 再入院の有無と再入院年月日

⑭ 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

⑮ 調査票記入時点における生死の別と死因、死亡年月日

⑯ 調査票記入年月日

3. 解析方法

対象患者の背景因子に関する単純／クロス集計を行った上で、Kaplan-Meier法を用いて退院から死亡に至る期間（生存期間）、および退院後1年以内に死亡する率（1年死亡率）を算出した。また、措置入院患者の一般人口と比較した相対的な退院後死亡リスクを評価するために、厚生労働省により作成された生命表に記載された性・年齢別死亡率の値を用いて標準化死亡比

(standardized mortality ratio: SMR) を算出した。なお、対象患者の措置解除から1年間の時期は2010年から2011年にまたがっていたので、SMRの算出に際しては、2010年²⁾の死亡率と2011年³⁾の各性・年齢別死亡率の平均値を採用した。SMRの計算は最初に対象患者全体について行い、しかる後に、診断カテゴリー別に集計を行った。データ解析には統計ソフト JMP 9.0を使用した。

4. 倫理面への配慮

本研究の実施に際しては、本分担研究班の長が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. 研究結果

1) 対象患者の背景因子

研究協力に同意が得られた76施設より1,421人分の調査票が回収された。対象患者の性別は男性が940人、女性が481人で、男女比は概ね2対1であった。平均年齢(標準偏差; 範囲)は44.3歳(14.4; 14~92)であった。ICD-10による精神科主診断のカテゴリーは統合失調症圏(F2)が822人(58.1%)と最も多く、気分障害(F3; 154人, 10.9%)、アルコール薬物関連障害(F1; 153人, 10.8%)がこれに次ぎ、以下、パーソナリティ障害(F6; 85人, 6.0%)、器質性障害(F0; 83人, 5.9%)、神経症性障害(F4; 48人, 3.4%)、知的障害(F7; 40人, 2.8%)、

発達障害圏(F8; 24人, 1.6%)、行動・情緒障害圏(F9; 6人, 0.4%)の順に多く、この他に診断に関する情報が欠損していた者が6名存在した。身体合併症は96人(6.8%)に存在した。

措置入院に際しての通報形式については、警察官通報(第24条)が大半(1216人; 86.0%)を占め、以下、検察官通報(第25条; 107人, 7.6%)、一般人申請(第23条; 43人, 7.6%)、矯正施設長通報(第26条; 29人, 2.1%)、知事等職務診察(第27条第2項; 11人, 0.8%)、精神科病院管理者届出(第26条の2; 5人, 0.4%)、保護観察所長通報(第25条の2; 3人, 0.2%)の順に多く、この他に通報形式に関する情報が欠落していた者が7人存在した。

措置要件の内訳は、自傷519人、他害(対人)が1,006人、他害(対物)が703人であった(重複あり、表2)。

対象患者の入院施設の所在地は北海道東北の者が116人(8.2%)、関東の者が720人(50.7%)、東海北陸の者が65人(4.6%)、近畿の者が111人(7.8%)、中四国の者が199人(14.0%)、九州の者が210人(14.8%)であった。

今回の措置入院よりも以前に精神科治療歴が確認された者は1,053人、治療歴がなかった者が291人で、この他に不明もしくはデータ未記入であった者が77人存在した(表2)。精神科医療との初回接触日から措置診察に至る期間に関しては、0日、すなわち措置診察の時に初めて精神科医療と接触した者が284人、1~90日の者が45人、91~180日の者が24人、181~365日の者が36人、366~730日の者が48人、

731日～1,825日の者が147人、1,826～3,650日の者が184人、3,651～7,300日の者が229人、7,301日以上の者が211人で、この他に初回接触日から措置診察に至る期間に関するデータが回収されなかった者が213人存在した。過去の精神科入院歴については、入院歴がなかった者が590人、入院経験を有さない者が730人で、この他に入院歴不明の者が101人存在した。さらに、措置入院歴に関しては、措置入院歴があった者が271人、措置入院歴がなかった者が841人で、この他に措置入院歴不明の者が309人存在した。

2) 対象患者の措置解除後の転帰 (図1)

対象患者1,421人のうち、措置解除後も入院が継続された者は822人で、解除後の処遇に関しては任意入院となった者が217人、医療保護入院となった者が594人、他科に入院となった者が3人で、この他に処遇未記入であった者が6人存在した。退院後通院医療に移行した者が405人、転医、あるいは転院となった者がそれぞれ140人と5人、患者死亡により措置解除となった者が4人存在し、この他に治療関係が終了とされた者が16人、帰国した者(外国人と推測される)が2人、施設入所となった者が1人、医療観察法の鑑定入院に移行した者が9人、警察に引き渡された者(措置入院直前に触法行為を行ったものと推測される)が15人存在した。

3) 死亡率に関する検討 (図2)

検討対象である1,421人のうち、措置解除前に死亡した4人の他に47人の死亡が

確認された。この他に調査票記入時点で生存が確認された者が521人存在し、残りの848人は転院、治療中断などの理由により生死の別が不明であった。

これらの47人の死亡者の背景を見ると、転医・転院となった145人のうちの1人、退院日限りで当該医療機関と交流を絶った者526人のうちの16人、そして、当該医療機関で退院後短期間であっても治療を受けた702人のうちの30人より構成されていた。

これら702人の平均追跡期間は715.0日(425.6日; 1～1,366日)で中央値は804日であった。精神科主診断は統合失調症圏が434人、気分障害が85人、アルコール薬物関連障害が71人、パーソナリティ障害が27人、器質性障害が28人、神経症性障害が20人、知的障害が17人、発達障害圏が14人、行動・情緒障害圏が3人で、この他に診断に関するデータが欠損していた者が3人存在した。

診断が明らかな699人のうち、死亡が確認された30人の診断内訳は統合失調症圏が12人、気分障害が8人、アルコール薬物関連障害が4人、パーソナリティ障害が2人、器質性障害が3人、発達障害圏が1人で、Kaplan-Meier法に基づく全体の1年死亡率は2.94%であった。一方、2010年と2011年のわが国の生命表より算出された対象患者の1年死亡率の期待値は0.306%であった。したがって、SMRは9.61と考えられた。

対象患者数が50人以上であるF1、F2、F3について、1年死亡率のKaplan-Meier法による観察値と生命表に基づく期待値を

算出したところ、アルコール薬物関連障害の観察死亡率は 1.47%、期待死亡率は 0.267%、統合失調症圏の観察死亡率は 1.92%、期待死亡率が 0.293%、気分障害の観察死亡率は 0.386%、期待死亡率は 6.31% で、SMR はそれぞれ 5.51, 6.55, 16.35 と推定された。

D. 考察

政府統計⁴⁾によると、2010 年度のわが国では措置解除が 5,770 件行われたとされている。したがって、今回の調査ではそのうちの 24.6% (1,421 件) の措置解除患者に関するデータが北は北海道、南は沖縄に至る各地から回収されたことになる。したがって、今回の調査では数的に言っても、地域的にいっても、概ね全国の措置解除患者を代表するサンプルが得られたと考えても差支えはないであろう。

統合失調症を中心とした重症精神障害患者の寿命が一般人口と比較して短いことは 19 世紀半ばには既に指摘されていた。例えば、Farr⁵⁾は 1841 年に生命表法を用いた死亡率の検討により、最も死亡リスクの低い精神科病院・収容施設でさえも死亡リスクは一般人口の 3 倍であることを報告しているし、1940～50 年代には Alstrom らや Odegard らが呼吸器疾患や感染症による精神障害者の死亡率が高いことを報告している⁶⁾。ただし、重症精神障害者というカテゴリー分類は科学的観点から見ても曖昧なので、後の時代では対象を統合失調症患者、あるいは気分障害患者に限定して、標準化死亡比 (Standardized Mortality Ratio: SMR) を死亡リスクの指標とした疫学研究が数多く行われている。SMR とは性

別や年齢の構成が異なる複数の集団の死亡リスクの比較を行う際に用いられる統計学的手法の 1 つで、一般人口における性年齢階級別死亡率を検討の対象となる群(この場合は統合失調症患者群ということになる)に外挿することによって得られる期待死亡数(率)で、実際に観察された死亡数(率)を割った商のことである。

近年、海外で実施された疫学研究の結果を要約すると、①近年の先進国における統合失調症患者の SMR は 2.89～4.45、双極性障害の SMR は 2.5～3.3、単極性うつ病の SMR は 2.0 であること、②統合失調症、および双極性障害の死亡リスクの増加分の多くの部分は身体疾患による早期死亡によりもたらされること、③統合失調症患者が現代医学の進歩による恩恵をノンコンプライアンスの問題によって一般人口ほどは享受できないために、近年は SMR の値は増加している可能性があることなどが指摘されている⁷⁻¹⁴⁾ (表 3)。

わが国でも全国 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患者を対象に実施された Japan Extensive Study of Schizophrenia (JESS) と呼ばれる調査の一環として実施された JESS2000 追跡調査において統合失調症圏患者の死亡リスクについて検討されている¹⁵⁾。この調査では JESS2000 で登録された 2,307 人の統合失調症患者のうち、2005 年 9 月 1 日までに少なくとも 204 人の死亡が確認され、一般人口と比較した SMR は 2.026 以上と推計されているが、気分障害の SMR についてこれまでのわが国では十分に検討されてはいないようであった。

今回、措置入院患者の退院後の SMR は

9.61 と従来考えられていたより高く、統合失調症に限定した SMR は 6.55、気分障害に限定した SMR に至っては 16.35 といった極めて高い値になっていた。

その背景には、措置入院患者が一般の入院患者と比較して、全体に精神症状が重症で、さまざまな社会的・経済的援助や支援を要しているにも関わらず、退院後の支援体制が十分に整えられているとは言い難いことも関与していると思われる。特に、気分障害患者の SMR が 16.35 と突出して高いことは退院後の支援体制を整える際の優先付けの面で示唆に富んだ所見であると考えられる。

E. 結論

本研究により、措置入院より退院した患者の死亡リスクは一般人口の 9.61 倍で、このうち統合失調症患者は 6.55 倍、気分障害患者は 16.35 倍であることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

野上和香, 稲垣 中: 多剤大量投与と突然死. 臨床精神薬理 2015; 18(1); 27-35

2. 研究発表

1) 稲垣 中: わが国における抗不安薬・睡眠薬処方現状. シンポジウム 9 ベンゾジアゼピン系抗不安薬の功罪, 適切な使い方・

整理の仕方再検討(司会: 渡邊衡一郎, 加藤正樹), 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 東京, 2014.6.27

2) 稲垣 中: 措置入院となった精神病圏患者の長期転帰について. シンポジウム 63 措置入院制度の現状と問題点(司会: 吉住昭, 小泉典章), 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 東京, 2014.6.28

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

参考文献

1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課, 独立行政法人国立精神・神経センター精神保健研究所: 精神保健福祉資料 平成 23 年度 6 月 30 日調査の概要. 東京, 2013.

http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h23/h23_630_sasshitai.pdf

2) 厚生労働省: 平成 22 年簡易生命表の概況.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life10/index.html>

3) 厚生労働省: 平成 23 年簡易生命表の概況.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/>

- hw/life/life11/index.html
- 4) http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL71050103.do;jsessionid=wbKMRMwTBc5jPvS4QvRFSYvNnwY5rVMTllhL13yzhr2lsmLh1yQ!810732621!-194117107?_toGL71050103_&listID=000001083541&forwardFrom=GL71050102
 - 5) Far W: Report upon the mortality of lunatics. *Journal of the Statistics Society of London* 4: 17-33, 1841.
 - 6) Mortensen PB: Mortality and physical illness in schizophrenia. In: *The epidemiology of schizophrenia* (ed. by Murray RB, Jones PB, Susser E, et al.), p.p.275-287, Cambridge University Press, Cambridge, 2003.
 - 7) Tran E, Rouillon F, Loze JY, et al.: Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. *Cancer* 115: 3555-62, 2009.
 - 8) Brown S, Kim M, Mitchell C, et al.: Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 196: 116-21, 2010.
 - 9) Kiviniemi M, Suvisaari J, Pirkola S, et al.: Regional differences in five-year mortality after a first episode of schizophrenia in Finland. *PsychiatrServ* 61: 272-9, 2010.
 - 10) Castagnini AC, Bertelsen A: Mortality and causes of death of acute and transient psychotic disorders. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol* 46: 1013-7, 2011.
 - 11) Castignini A, Foldager L, Bertelsen A: Excess mortality of acute and transient psychotic disorders: comparison with bipolar affective disorder and schizophrenia. *ActaPsychiatrScand* 128: 370-375, 2013.
 - 12) Høye A, Jacobsen BK, Hansen V: Increasing mortality in schizophrenia: are women at particular risk? A follow-up of 1111 patients admitted during 1980-2006 in Northern Norway. *Schizophr Res* 132: 228-232, 2011.
 - 13) Newman SC, Bland RC: Suicide risk varies by subtype of affective disorder. *ActaPsychiatrScand* 83: 420-426, 1991.
 - 14) Osby U, Brandt L, Correia N, et al.: Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 58: 844-50, 2001.
 - 15) 稲垣中, 中川敦夫, 不破野誠一ほか: 国立病院機構精神科病院に入院している統合失調症圏患者の死亡リスク (JESS 追跡研究その1). 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 統合失調症の治療の標準化と普及に関する研究 総括研究報告書 (主任研究者: 塚田和美): 79-82, 2010.