

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その1（1）

措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究

退院3年後の治療継続・再入院の状況

研究分担者：瀬戸秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者：朝倉為豪（栃木県立岡本台病院），稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター，慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科），岩永英之（国立病院機構・肥前精神医療センター），牛島一成（沼津中央病院），太田順一郎（岡山市こころの健康センター），大塚達以（東北大学 大学院医学系研究科 精神神経学分野），小口芳世（聖マリアンナ医科大学 神経精神科学教室），奥野栄太（沖縄中央病院），木崎英介（大泉病院），来住由樹（岡山県精神科医療センター），小池純子（国立精神・神経医療研究センター），椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門），島田達洋（栃木県精神保健福祉センター），鈴木 亮（宮城県立精神医療センター），酢野 貢（石川県立こころの病院），田崎仁美（栃木県立岡本台病院），戸高 聰（国立病院機構・肥前精神医療センター），冨田真幸（大泉病院），中西清晃（国立精神・神経医療研究センター），中濱裕二（長崎県精神医療センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院），松尾寛子（元・長崎県精神医療センター），満留朱里（八幡厚生病院），宮崎大輔（長崎県精神医療センター），山田直哉（田川市役所），横島孝至（沼津中央病院），吉川 輝（岡山県精神科医療センター），吉住 昭（八幡厚生病院），芳野昭文（宮城県立精神医療センター），渡辺純一（井之頭病院）（敬称略・五十音順）

【趣旨】措置入院に関する知見は、措置入院に関する診断書や措置症状消退届など、行政資料を調査したデータが多い。ただ、こうしたデータでは、措置解除後については、あたかも別の入院であるかのように区別され、入院期間全体を見渡した医療内容、通院医療の状況、再入院、死亡リスクに関する十分な情報は、あまり得られない。このため今回、措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究を行い、措置入院患者の医療の動向を措置入院時から1ヶ月ごとの病状変化、措置解除から退院後の経過等を通して観察することとした。

この研究では退院3年後まで追跡しており、このうち退院1年後の治療継続・再入院の状況については一昨年度2021年度、退院2年後の治療継続・再入院の状況については昨年度2022年度の報告書にて報告した。本稿では、退院3年後の治療継続・再入院の状況について、報告する。

【方法】2016年6月1日から2019年9月30日までのうち連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。措置入院時、措置解除時および退院時に、年齢や性別、診断、症状、状態像、転帰、処方などを調査した。また精神症状・社会機能を1ヶ月お

きに措置解除・退院に至るまで操作的な評価尺度（PSP）を用いて評価した。あわせて、措置入院からの退院1年後、2年後、3年後の社会転帰状況等について検討した。

【結果】患者登録は、最終的に521例（男性324例、女性197例、男女比1.6対1）となった。このうち517例が退院に至り、うち494例について、研究協力施設から退院3年後の転帰にかかる回答が得られた。

回答が得られた494例のうち、退院後の観察期間最長1095日で、研究協力施設への入院状況は、入院した107例、入院していない366例、不明21例であった。研究協力施設での退院3年後の時点での治療状況は、入院中19例、通院継続中101例、（治療を）受けていない373例であった。治療を継続していない理由は、治療中断22例、他院紹介転院314例、治療終了8例であった。退院3年後の生存状況は、生存140例、死亡12例、不明352例であった。

観察期間1095日の時点で、退院後の研究協力施設への通院継続期間は、平均413.1日±標準誤差22.5日であった。このうち措置解除時の入院継続例534.0±31.8日、通院例503.2±57.8日、転医例158.0±65.5日であった。措置入院時の診断別にはF2統合失調症401.6±29.0日、F3気分障害548.9±60.7日などであった。

退院後の研究協力施設への再入院までの期間は、観察期間1095日で、全494例のうち115例（23.2%）で再入院しており、平均172.6日±標準誤差14.0日であった。このうち措置解除時の入院継続257例では再入院84例、236.4±21.2日、通院77例では再入院22例、218.7±38.1日などであった。措置入院時の診断別ではF2統合失調症295例では再入院90例、401.6±29.0日、F3気分障害76例では再入院29例、548.9±60.7日であった。

【結論】

以上、退院3年後の通院継続状況、再入院状況を示した。

A 研究の背景と目的

措置入院に関する知見は、措置入院に関する診断書や措置症状消退届など、行政資料を調査したデータが多い。ただ、こうしたデータでは、措置解除後については、あたかも別の入院であるかのように区別され、入院期間全体を見渡した医療内容、通院医療の状況、再入院、死亡リスクに関する十分なデータとは、なっていないかった。

筆者らは2010年度に全国の精神科救急入院料を算定している76医療機関を対象に、同年度に措置解除された1421例について後ろ向きコホート研究を行い、通院継続状況や再入院状況を明らかにしたり。

ただ、この調査は措置解除となったケースを対象としたもので、措置入院となった全例を対象としたものではない。措置入院となったケースが、どのように推移するのか、最も

的確に把握するには、やはり措置入院した全例を対象として、措置入院から措置解除、退院そして退院後一定期間の動向を見渡して検討する必要がある。

こうしたことから、措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究を行い、措置入院患者の医療の動向を俯瞰することとした。

このうち、年齢・性別、通報種別、精神科治療歴、通報者による自傷他害の評価、診断、入院時の症状、入院時の重大な問題行動、入院期間、転帰については2020年度の報告書において、「2020年9月18日における患者登録の状況」として報告した²⁾。同日以降に措置入院患者の新規登録はなく、措置入院時点の属性は、2020年度の報告書の通りである。ただ、2022年度において、一部の研究協力施設から追加の報告があったため、当該部分については個別に修正した。

この研究では退院3年後まで追跡を行っており、このうち退院1年後の治療継続・再入院の状況については、一昨年度2021年度の報告書にて報告した³⁾。また退院2年後の治療継続・再入院の状況については昨年度2022年度の報告書にて報告した⁴⁾。

本稿では、退院3年後の治療継続・再入院の状況について報告する。

B 方法

2016年6月1日から2019年9月30日までのうち、連続した1年間に研究協力施設に措置入院となった患者を対象とした。

研究協力施設およびその施設ごとの患者登録期間は、次の通りとなった。

名称	n	登録期間
宮城県立精神医療センター	74	2016年6月1日から2017年5月31日まで
栃木県立岡本台病院	197	
石川県立高松病院	25	
八幡厚生病院	22	
肥前精神医療センター	20	
長崎県精神医療センター	52	
琉球病院	10	2017年12月1日から2018年11月30日まで
井之頭病院	35	2018年1月1日から2018年12月31日まで
沼津中央病院	15	2018年2月1日から2019年1月31日まで
大泉病院	52	2018年10月1日から2019年9月30日まで
岡山県精神科医療センター	19	

調査項目は、全体で、措置入院時、措置解除時、退院時ごとに、次の通りとした。

措置入院時は、「性別」「生年月日」「措置入院となった年月日」「過去の治療歴（精神科治療歴の有無）、精神科初診時期、措置入院の既往、および入院歴」「申請・通報・届出時に問題視された自傷行為、他害行為（対人）、他害行為（対物）」「措置入院に際しての申請形式」「入院時診断（主たる精神科診断、従たる精神科診断、身体合併症）」「これまでの重大な問題行動、今後おそれある問題行動」「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動、状態像」とした。

措置解除時は、「措置解除時診断（主たる精神科診断、従たる精神科診断、身体合併症）」「措置解除年月日」「措置解除後の処置」「措置解除時点の経口薬処方」「措置解除日前の4週間以内に使用された持続性抗精神病注射薬の種類と合計投与量」「措置解除直後に退院した場合には、その時点でのケア会議実施状況ならびに参加者」とした。

退院時は、「退院年月日」「退院時点の経口薬処方」「退院日前の4週間以内に使用された持続性抗精神病注射薬の種類と合計投与量」「退院時点でのケア会議実施状況ならびに参加者」とした。

このほか、入院中1ヶ月ごとに精神症状・社会機能について、日本語版PSP（個人的・社会的機能遂行度尺度、Personal and Social Performance Scale）を用いて評価した。

また退院1年後、2年後、3年後は、「生存の有無（死亡の場合は死亡日、および死因）」「治療継続の有無、および最終受診日」「再入院の有無（再入院の場合、再入院年月日、および入院形態）」、退院1年後に「措置解除時あるいは退院時のケア会議実施状況」「調査時点前1ヶ月における各種サービスの利用状況」を調査した。

本稿では、このうち、退院3年後における調査項目について報告した。

(倫理的配慮)

この研究の対象者に対して、研究の意義と研究計画、プライバシー保護に関して十分な配慮がなされることなどを記載したポスターを掲示し、研究対象者とならないとの申し出があった場合には対象外とすることとして調査を行った。

以上のことを含む研究計画書について、研究代表者が所属していた長崎県精神医療センター倫理委員会にて審査を受け、2016年4月15日に承認を受けた。なお、2020年4月に研究代表者が福岡県立精神医療センター太宰府病院に転勤したことに伴い、太宰府病院研究審査委員会にも研究継続を報告し、改めての審査は不要とされた。

なお、この研究は臨床試験登録をおこなっており、UMIN 試験 ID:000022500 である。

C 結果

1 属性

退院3年後の報告が得られた494例について、措置入院時の通報種別は、図1に示した。なお、この報告は、退院1年後、退院2年後、退院3年後と、複数年にわたる報告となっており、類似の図表が存在することとなる。図表の混同を避け、3年後であることを示すため、図表の右肩に、「☆☆☆退院3年後」の印を付している。また、文中ならびに図中のパーセント表記については、四捨五入の都合から、その和が100%とならないことがある。

494例の内訳は、一般人申請(第22条)7例(1.4%)、警察官通報(第23条)450例(91.1%)、検察官通報(第24条)26例(5.3%)、矯正施設長通報(第26条)7例(1.4%)、精神病院管理者届出(第26条の2)3例(0.6%)、欠損値1例(0.2%)であった。

診断は、図2に示した。

この494例について、措置入院時→措置解除時の主たる精神障害は、後述の欠損値が変

動した事情に留意した上で、F0器質性精神障害27例(5.5%)→20例(4.0%)、F1精神作用物質障害31例(6.2%)→37例(7.5%)、F2統合失調症300例(60.7%)→190例(38.5%)、F3気分障害72例(14.6%)→74例(15.0%)、F4神経症10例(2.0%)→13例(2.6%)、F6パーソナリティ障害16例(3.2%)→13例(2.6%)、F7知的障害13例(2.6%)→18例(3.6%)、F8発達障害17例(3.4%)→15例(3.0%)、F9児童思春期障害6例(1.2%)→2例(0.4%)、欠損値2例(0.4%)→112例(22.7%)であった

なお、この欠損値110例については、移送により措置解除に至らず研究協力施設を退院した110例が含まれる。これらの例では、研究協力施設では措置症状消退届を作成しておらず、措置解除時診断が得られていないため、欠損値とせざるを得なかった。

2 退院後の医療機関への入院

(1) 研究協力施設への入院

退院3年後までの研究協力施設への入院の状況は、図3に示した。なお、左図は退院2年後から3年後、右図は退院直後から3年後までの入院状況とした(退院1年後から2年後、退院直後から2年後までについては、昨年度の報告書に記載、作図している。以下、同様である)。

退院日からの観察期間は最長1095日で、退院2年後から3年後までの1年間に研究協力施設への入院したことが判明しているのは51例(10.3%)であった。また、退院直後からの3年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは107例(21.7%)、この3年間に研究協力施設に入院していないのは366例(73.6%)、不明21例(4.3%)であった。

(2) 他の医療機関への入院および入院回数

退院3年後までの他の医療機関への入院の状況は、図4に示した。なお、左図は退院2年後から3年後、右図は退院直後から3年後

までの入院状況とした。また、他の医療機関への入院回数、措置入院が含まれるかについては図5に示した。

退院日からの観察期間は最長1095日で、退院2年後から3年後までの1年間に他の医療機関への入院したことが判明しているのは9例(1.8%)であった。また、退院直後からの3年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは41例(8.3%)、この3年間に他の医療機関に入院していないのは127例(25.7%)、不明326例(66.0%)であった。

退院2年後から退院3年後までの1年間に他の医療機関への入院回数は、1回4例(0.8%)、2回以上0例(0%)、不明25例(5.1%)、回答なし465例(94.1%)であった。この入院に、措置入院が含まれるかは、含まれていた1例(0.2%)、含まれていない2例(0.4%)、不明26例(5.3%)、未記入0例(0%)、欠損値465例(94.1%)であった。

3 研究協力施設での治療状況

退院3年後の時点における研究協力施設での治療状況は、図6に示した。

退院3年後の時点における研究協力施設での治療状況は、入院中19例(3.8%)、通院継続中101例(20.4%)、(治療を)受けていない373例(75.5%)、欠損値1例(0.2%)であった。研究協力施設で治療を継続していない理由は、治療中断22例(4.5%)、他院紹介転院314例(63.6%)、治療終了8例(1.6%)、死亡12例(2.4%)、その他5例(1.0%)、不明6例(1.2%)、欠損値127例(25.7%)であった。

研究協力施設で治療を継続していない理由について、自由記載されていたため、2021年度の報告書の分類に沿って意見の内容を分類し、図7に示した。

身体合併症を理由とするものとして、「リハビリ病院へ転院」、距離的な事情としては「帰国」などがあった。

その他として、「他院に措置入院した」「医療刑務所収監中」「施設へ入所」「相談による連絡」などがあった。

4 生存状況

退院3年後までの生存状況は、図8に示した。

退院3年後の時点において研究協力施設が知り得た範囲で、生存140例(28.3%)、不明352例(71.3%)、死亡12例(2.4%)であった。死因は、病死2例、自殺6例、事故死1例、不明3例であった。この点、年齢によって死亡リスクは異なるため、標準化死亡比など詳細については別に報告した。

5 退院後の通院継続期間

退院後の通院継続期間は、欠損値2例を含む494例で、平均413.1日±標準誤差22.5日(95%信頼区間 下限369.1日、上限457.2日)であった。

(1) 措置解除時の処置ごとの通院継続期間
措置解除時の処置別・退院後の通院継続期間は、図9(1)、また通院継続期間の生存曲線は図9(2)に示した。

このうち措置解除時の処置別にみると、措置解除時に入院継続となった257例で534.0±31.8(471.5.0-596.4)日、通院となった77例では503.2±57.8(389.8-616.6)日、転医28例では158.0±65.5(29.6-286.5)日、その他15例では388.8±130.9(132.2-645.4)日、移送110例では133.1±30.7(73.0-193.1)日、欠損値2例では576.5±366.6(0-1295.1)日であった。群間比較では、「入院継続と転医」、「入院継続と移送」、「通院と転医」、「通院と移送」、「その他と移送」の各群間で有意差が認められた。措置解除時の入院継続群と通院群では通院継続期間に差はなかった。

入院継続群257例のうち、研究協力施設への退院直後の通院継続167例(65.0%)、1095日で86例(33.4%)であった。通院77例では、退院直後48例(62.3%)、1095日で24例(31.2%)であった。

(2) 措置入院時診断ごとの通院継続期間

措置入院時の主たる精神障害 (ICD-10 カテゴリー別) ごとの退院後の通院継続期間は、図 10 (1)、また通院継続期間の生存曲線は図 10 (2) に示した。

このうち、措置入院時の主たる精神障害別にみると、ICD-10 で F0 器質性精神障害であった 27 例では、 320.2 ± 95.2 (133.6-506.7) 日、F1 精神作用物質障害 31 例では 408.5 ± 80.4 (251.0-566.1) 日、F2 統合失調症 295 例では 401.6 ± 29.0 (344.7-458.5) 日、F3 気分障害 72 例では 548.9 ± 60.7 (429.9-667.8) 日、F4 神経症性障害 10 例では 398.3 ± 138.6 (126.6-670.0) 日、F6 パーソナリティ障害 16 例では 184.1 ± 90.5 (6.7-361.4) 日、F7 知的障害 13 例では 242.0 ± 122.9 (1.2-482.8) 日、F8 発達障害 17 例では 548.3 ± 116.9 (319.2-777.4) 日、F9 児童思春期精神障害 6 例では 537.7 ± 219.6 (107.2-968.2) 日であった。群間比較では、「F6 パーソナリティ障害と F2 統合失調症」、「F6 パーソナリティ障害と F3 気分障害」、「F6 パーソナリティ障害と F8 発達障害」、また「F3 気分障害と F7 知的障害」の各群間で有意差が認められた。

6 退院後の再入院までの期間

退院後の研究協力施設への再入院までの期間は、観察期間 1095 日で、494 例のうち入院時診断が判明した 489 例で検討した。115 例が再入院、初回再入院まで平均 172.6 日 ± 標準誤差 14.0 日 (平均値の 95%信頼区間は下限 145.2、上限 200.0 日) であった。

(1) 措置解除時の処置ごとの再入院までの期間

このうち措置解除時の処置別にみると、措置解除時に入院継続となった 257 例では 84 例が再入院していた。初回再入院まで 236.4 ± 21.2 (194.8-277.9) 日であった。同様に通院群 77 例では 22 例が再入院、 218.7 ± 38.1 (144.0-293.4) 日、転医 28 例では 1 例が再入院、 3.6 ± 3.5 (0-10.4) 日、その他 15

例では 3 例が再入院、 160.5 ± 78.4 (6.9-314.1) 日、移送 110 例では 4 例が再入院、 28.5 ± 12.98 (3.0-53.9) 日、欠損値 2 例では 1 例が再入院、 365.0 ± 258.1 (0-870.9) 日などであった。

(2) 措置入院時診断ごとの再入院までの期間

措置入院時の主たる精神障害が、ICD-10 で F0 器質性精神障害であった 27 例では、再入院 8 例、初回再入院まで 320.2 ± 95.2 (133.6-506.7) 日、F1 精神作用物質障害 31 例では再入院 7 例、 408.5 ± 80.4 (251.0-566.1) 日、F2 統合失調症 295 例では再入院 90 例、 401.6 ± 29.0 (344.7-458.5) 日、F3 気分障害 72 例では再入院 29 例、 548.9 ± 60.7 (429.9-667.8) 日、F4 神経症性障害 10 例では再入院 1 例、F6 パーソナリティ障害 15 例では再入院 1 例、F7 精神遅滞 13 例では再入院 2 例、F8 発達障害 17 例では再入院 2 例、F9 児童思春期精神障害 6 例では再入院 2 例であった。

D 考察

1 属性について

患者登録の状況については、2020 年度の報告書にて、2020 年 9 月 18 日時点での登録 523 例について、詳細を示した¹⁾。ただ、2022 年度に一部の研究協力施設から全部で 2 例の追加報告があったため、関係する部分については個別に修正している。

ここで、診断については、2021 年度報告書でも記載したが、措置入院時の診断と措置解除時の診断の双方を示している²⁾。措置入院に関する調査では、措置入院時、措置解除時、一方の診断しか得られないことも少なくない。しかも、措置入院制度は、指定医の診断が一致しないことがありうることを人権保護に活用していることから、このデータ処理には一層、悩ましい場面が生じる。先行研究でも、検察官通報では措置入院時の診断と措置解除時の診断は、比較的一致するが、警察

官通報ではその一致率は低下することが知られている⁵⁻⁸⁾。この調査でも、措置解除時には措置入院時とは異なる診断とされたケースも、すくなくない。

この調査では、移送 110 例について、措置症状消退届がなく、措置解除時の主診断についての情報が得られていないため、措置入院時の診断を用いるしかなかった。この点、先行研究である措置入院者の後ろ向きコホート研究では措置解除時診断を用いており、比較に際して、留意を要する⁹⁾。

2 退院後の医療機関への入院について

退院後 1095 日以内に、研究協力施設には 494 例のうち 107 例 (21.7 %) が入院していた。

ここで、先行研究である措置入院者の後ろ向きコホート研究では退院 1421 例のうち 398 例 (28.0%) が入院しているが⁹⁾、先行研究の観察期間は最短 1 年半、最長 2 年半であり、今年度の報告では 1095 日であることから、観察期間を揃えるため、前年度 730 日の時点での結果と比較することが適切である。2022 年度の報告書にて、退院後 730 日以内に、研究協力施設には 502 例のうち 94 例 (18.7 %) が入院しており、この研究において有意に再入院は少なかった (Fisher 両側 $p=0.000$)。

他の医療機関への入院状況は、不明 326 例 (66.0 %) と、多くが不明であった。他の医療機関への措置入院が判明したのは 5 例 (1.0 %) であった。こうした調査に際して他の医療機関への措置入院について、あきらかにできる可能性は高くないと考えられた。

3 研究協力施設での治療状況について

退院 3 年後の時点では、研究協力施設では、入院中 19 例 (3.8%)、通院継続中 101 例 (20.4%)、あわせて 120 例 (24.3%) が治療を受けていた。後ろ向きコホート研究では、退院 1421 例のうち 441 例 (31.0%) が治療継続しており、この研究において有意に再入院は少なかった (Fisher 両側

$p=0.0062$)。

2021 年度の報告書²⁾では観察期間の相違を視野に置いていたが、今回、再入院、治療継続双方の割合が低い点からは、研究協力施設が措置入院を受け入れた後に地域の医療機関に戻すのか、そのまま研究協力施設での医療を継続しているかの差異、またシステムとしての移送が行われ、その数も 110 例にのぼることも結果に影響していると思われた。先行研究である後ろ向きコホート研究では措置解除例を対象としているが、この研究では措置入院例を対象としていることにも留意を要すると思われた。

医療継続していない理由は、他院紹介転院 314 例 (63.6 %) が過半数で、欠損値 127 例 (25.7 %) など、入院先医療機関が得られた情報に限りて収集した調査の性質上、情報が得られないものが少なくなく、このことも結果に影響した可能性は否定できない。

4 生存状況について

退院 3 年後の生存状況は、不明 352 例 (71.3 %) が最も多く、生存状況が判明しているのは、生存 130 例 (26.3 %)、死亡 12 例 (2.4 %) と、おおむね 3 分の 1 が判明するにとどまった。なお、年齢によって死亡リスクは異なるため、標準化死亡比など詳細については別に報告した。

5 退院後の通院継続期間について

退院後の観察期間 1095 日で、通院継続期間は平均 172.6 日±標準誤差 14.0 日であった。後ろ向きコホート研究では、退院後の観察期間 1 年半から 2 年半で 479 日であった⁹⁾。観察期間はほぼ同等であるため、治療状況で述べたのと同様に、研究協力施設が措置入院を受け入れた後に地域の医療機関に戻すのか、そのまま研究協力施設での医療を継続しているかの差異、またシステムとしての移送が 110 例あることも結果に影響していると思われた。

群間比較では、診断別では、いくつかの群の間において有意差があったが、後ろ向きコ

ホート研究でみられたような統合失調症と他群間の際ほどには明確にはならなかった。この点は、措置入院時と措置解除時で診断変更がなされることにも留意を要する。また、措置解除時の処遇別でも、転医や移送など、人為的判断によって治療の場が変更されている群で、有意に通院継続期間が短くなっているのは、やはり影響しうる因子であると考えざるを得ない。

6 退院後の再入院までの期間について

観察期間 1095 日で、退院後の再入院が判明したのは全 494 例のうち 115 例

(23.3%) で、再入院まで 172.6 日±14.0 日であった。後ろ向きコホート研究では退院後の観察期間 1 年半から 2 年半で 462 日であった。今年度の値と比較すると再入院までの期間が短くなるが、これは観察期間が相違することによると思われる。

7 まとめ

退院 3 年後の通院継続状況、再入院状況を示した。

退院後の研究協力施設への入院や治療状況については、後ろ向きコホート研究と大きな相違はない一方で、通院継続期間、再入院までの期間は、観察期間が平準化された今年度の時点において、研究協力施設が措置入院を受け入れた後に地域の医療機関に戻すのか、そのまま研究協力施設での医療を継続しているかの差異、またシステムとしての移送が行われ、その数も 110 例にのぼることも結果に影響していた。もちろん、観察期間が延長するほど、これらの期間の値は延長することに留意を要する。

とはいえ、このように制約はあるものの、措置入院した例を前向きに 3 年間、追跡した研究は、過去に例がない。措置入院では、本人の同意にかかわらず自傷他害のおそれがある精神障害者を都道府県知事・政令指定都市市長の命令により入院させるという制度であることから、追跡を試みることは大きな困難があるのは当然で、この研究におい

ても、3 年後までの結果を追跡できた数は、必ずしも多いとは言えない。ただ、本研究によって得られた値は、各研究協力施設が最善を尽くして収集した結果によるのも事実であり、これ以上の値を得ることは難しいのも、また事実である。

このようにして得られた今回の結果は、今後の措置入院医療を見渡すのにあたって、基礎となるべき資料である。

E 健康危険情報

なし

F 研究発表

1.論文発表 準備中

2.学会発表

G 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

文献

1) 瀬戸秀文, 稲垣中, 島田達洋, 他: 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) 措置解除された患者の長期転帰に影響する因子について. 臨床精神医学 47(3) 1005-1015, 2018

2) 瀬戸秀文, 朝倉為豪, 稲垣中, 岩永英之, 牛島一成, 太田順一郎, 大塚達以, 小口芳世, 奥野栄太, 木崎英介, 来住由樹, 椎名明大, 島田達洋, 鈴木 亮, 酢野 貢, 田崎仁美, 戸高 聡, 富田真幸, 中西清晃, 中濱裕二, 中村 仁, 平林直次, 松尾 寛子, 宮崎大輔, 山田直哉, 横島孝至, 吉川 輝, 吉住 昭, 芳野昭文, 渡辺純一. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その 1 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究 (1) 2020 年 9 月 18 日における患者登録の状況: 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究_

地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究（19-GC2-003）令和2年度_総括・分担研究報告書 pp177-190, 2021

(https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202018010A-buntan4%EF%BC%88%E5%88%86%E6%8B%85_%E7%80%AC%E6%88%B81%EF%BC%89%EF%BD%90177-190.pdf)

3) 瀬戸秀文, 朝倉為豪, 稲垣中, 岩永英之, 牛島一成, 太田順一郎, 大塚達以, 小口芳世, 奥野栄太, 木崎英介, 来住由樹, 小池純子, 椎名明大, 島田達洋, 鈴木亮, 酢野貢, 田崎仁美, 戸高聡, 富田真幸, 中西清晃, 中濱裕二, 中村仁, 平林直次, 松尾寛子, 宮崎大輔, 山田直哉, 横島孝至, 吉川輝, 吉住昭, 芳野昭文, 渡辺純一. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 (3) 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究_退院1年後の治療継続・再入院の状況: 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究_地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究 (19-GC2-003) 令和3年度_総括・分担研究報告書 pp199-206, 2022

(<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/157792>)
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/%E2%85%A1-%EF%BC%94%E3%80%80%E3%81%9D%E3%81%AE1-3%E3%80%80%E9%80%80%E9%99%A2%EF%BC%91%E5%B9%B4%E5%BE%8C%E3%81%AE%E6%B2%BB%E7%99%82%E7%B6%99%E7%B6%9A%E3%83%BB%E5%86%8D%E5%85%A5%E9%99%A2%E3%81%AE%E7%8A%B6%E6%B3%81%EF%BC%88%E7%80%AC%E6%88%B8%E5%85%88%E7%94%9F%EF%BC%89p199-206.pdf)

4) 瀬戸秀文, 朝倉為豪, 稲垣中, 岩永英之, 牛島一成, 太田順一郎, 大塚達以, 小口芳世, 奥野栄太, 木崎英介, 来住由樹, 小池純子, 椎名明大, 島田達洋, 鈴木亮, 酢野貢, 田崎仁美, 戸高聡, 富田真幸, 中西清晃, 中濱裕二, 中村仁, 平林直次, 松尾寛子, 満留朱里, 宮崎大輔, 山田直哉, 横島孝至, 吉川輝, 吉住昭, 芳野昭文, 渡辺純一. 措置通報および措置入院の実態に関する研究 その1 (1) 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究_退院2年後の治療継続・再入院の状況: 厚生労働行政推進調査事業費補助金 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)) 地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究 (22GC2004) 令和4年度_総括・分担研究報告書 pp100-114, 2023

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/164067>
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202218056A-buntan6_0.pdf

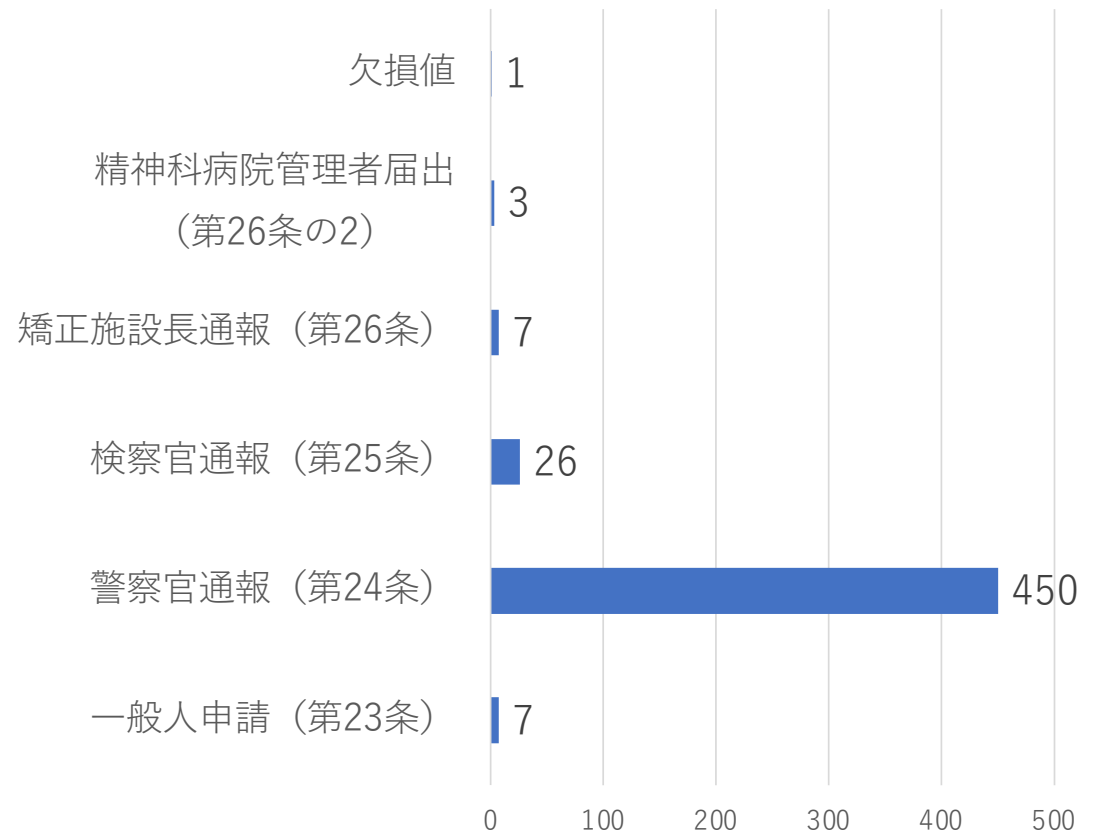
図1 通報申請届出の種別
n=494 (退院3年後)

警察官通報450例 (91.1%)

2010年後向きコホート研究に比して、今回の前向きコホートで警察官通報が多い(警察官通報と、それ以外の通報申請届出等と比較、Fisher両側 $p=0.0034$)。

2010年 後ろ向きコホート研究 n=1421例

一般人申請 (第23条) 43例 (3.0%)、
警察官通報 (第24条) 1216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%)、
医療観察法対象者 (第26条の3) 0例 (0.0%)、
知事等職務診察 (第27条第2項) 11例 (0.8%)、
情報欠損7例 (0.5%)





措置解除時

措置入院時

図 2
措置入院時の主たる精神障害と
措置解除時の主たる精神障害
n=494（退院3年後）

この494例の主たる精神障害は、措置入院時→措置解除時において、

欠損値2例（0.4%）→112例（22.7%）と増加していることに留意しつつ、

F0器質性精神障害27例（5.5%）→20例（4.0%）、
F1精神作用物質障害31例（6.3%）→37例（7.5%）、
F2統合失調症300例（60.7%）→190例（38.5%）、
F3気分障害72例（14.6%）→74例（15.0%）、
F4神経症10例（2.0%）→13例（2.6%）、
F6パーソナリティ障害16例（3.2%）→13例（2.6%）、
F7知的障害13例（2.6%）→18例（3.6%）、
F8発達障害17例（3.4%）→15例（3.0%）、
F9児童思春期障害6例（1.2%）→2例（0.4%）、
となっていた。

措置入院時の主たる精神障害のICD-10カテゴリーが、措置解除時の主たる精神障害のICD-10カテゴリーと同じ範疇にあったのは、306例（61.9%）であった。

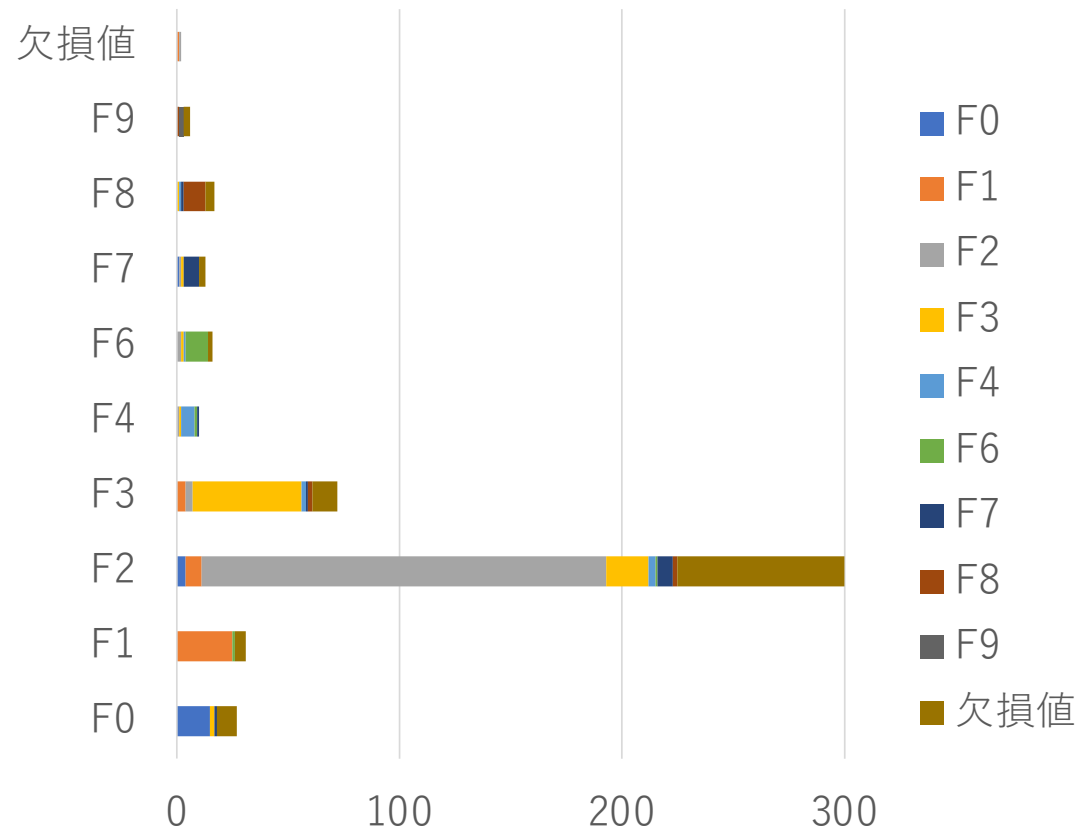


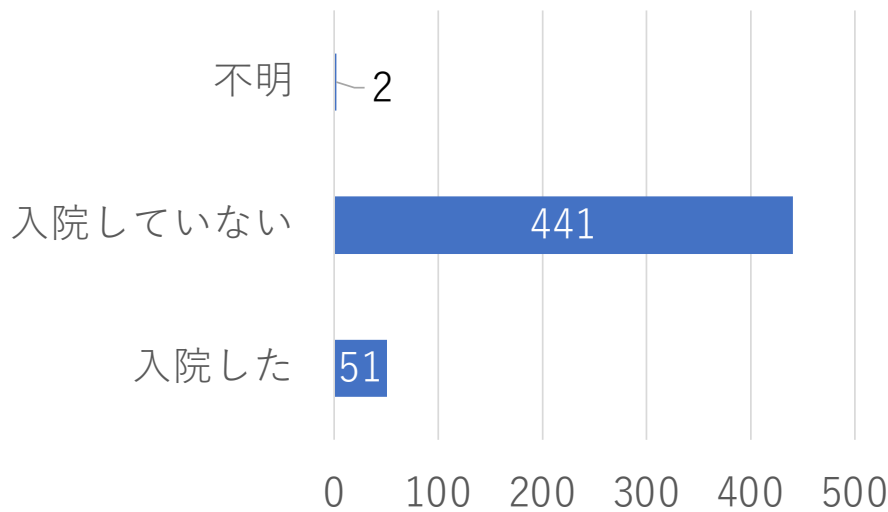
図3 退院3年後までの研究協力施設への入院（観察期間：1095日）n=494

退院2年後から3年後までの1年間に研究協力施設への入院の有無について尋ねた。研究協力施設に入院したことが判明しているのは51例であった。

退院直後から3年後までの3年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは107例、この3年間に研究協力施設に入院していないのは366例、不明21例であった。

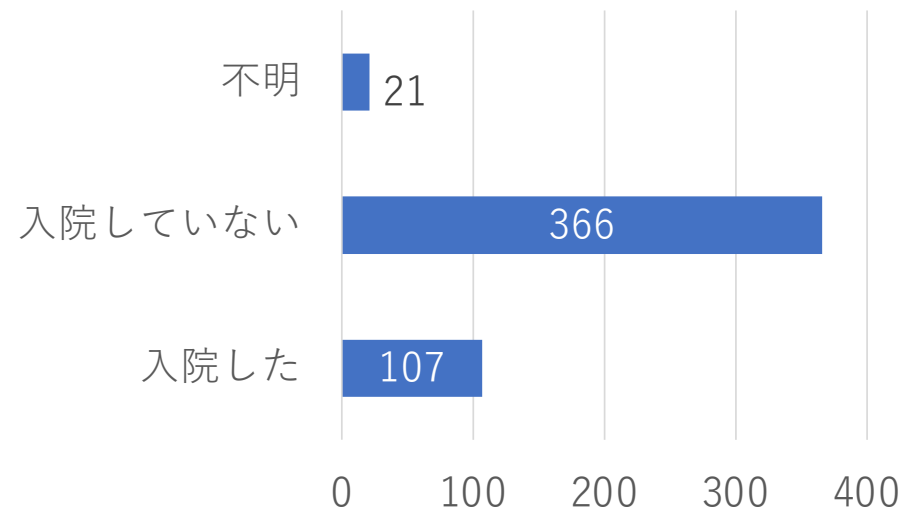
研究協力施設への入院

（退院2年後から3年後まで）



研究協力施設への入院

（退院直後から3年後まで）



なお、2021年度報告、退院日からの観察期間は最長365日で、退院1年後までの1年間に研究協力施設への入院したことが判明しているのは、対象496例のうち、入院した65例（12.9%）、入院していない411例（81.5%）、不明20例（4.0%）であった。

また、2022年度報告、退院日からの観察期間は最長730日で、退院1年後から2年後までの1年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは対象502例のうち、62例（12.4%）であった。退院直後から2年後までの2年間に研究協力施設に入院したことが判明しているのは94例（18.7%）、この2年間に研究協力施設に入院していないのは387例（77.1%）、不明21例（4.2%）であった。

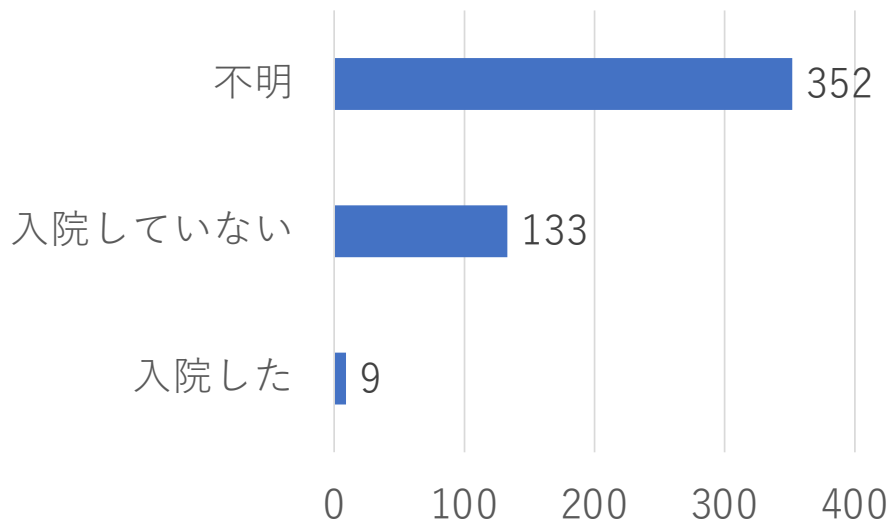
図4 退院3年後までの他の医療機関への入院（観察期間：1095日）n=494

退院2年後から3年後までの1年間に他の医療機関への入院の有無について尋ねた。他の医療機関に入院したことが判明しているのは9例であった。

退院直後から3年後までの3年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは41例、この3年間に他の医療機関に入院していないのは127例、不明326例であった。

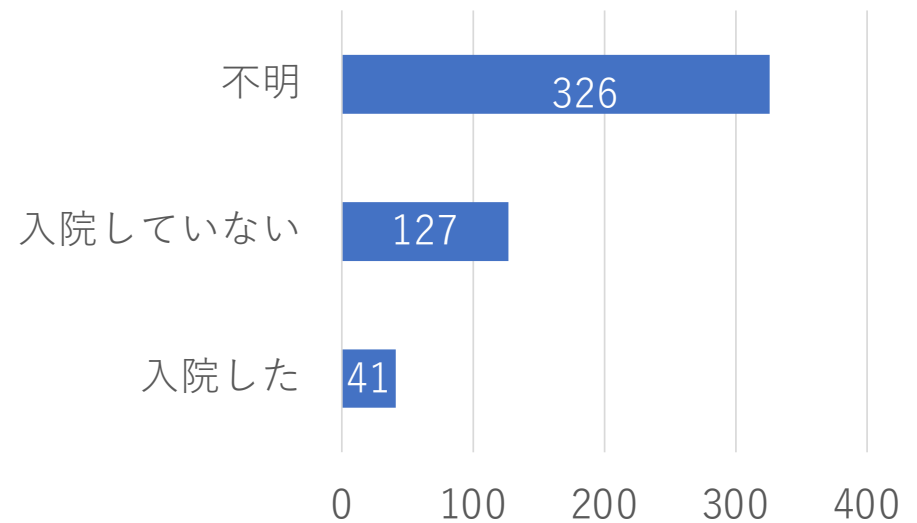
他の医療機関への入院

（退院2年後から3年後まで）



他の医療機関への入院

（退院直後から3年後まで）



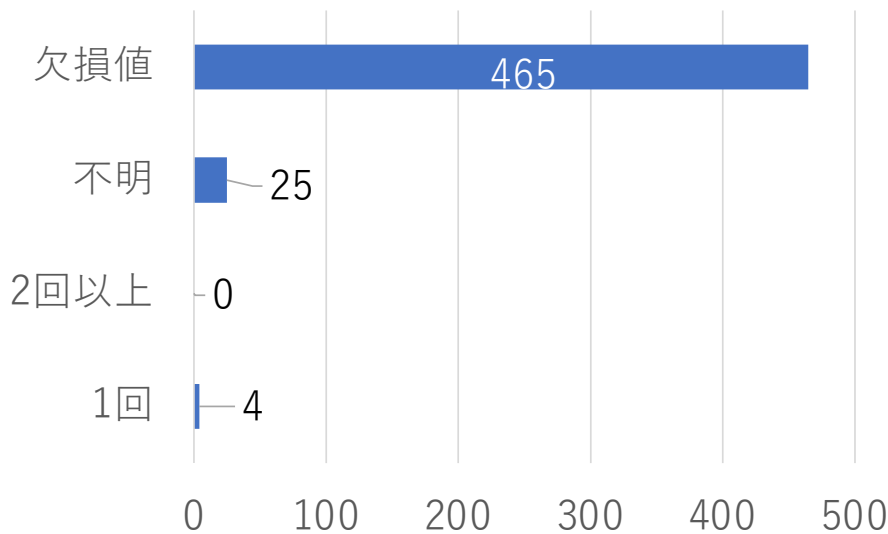
なお、2021年度報告、退院日からの観察期間は最長365日で、退院1年後までの1年間に他の医療機関への入院したことが判明しているのは、対象496例のうち、入院した25例（5.0%）、入院していない159例（31.5%）、不明306例（60.7%）などであった。

また、2022年度報告、退院日からの観察期間は最長730日で、退院1年後から2年後までの1年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは対象502例のうち17例（3.4%）であった。退院直後から2年後までの2年間に他の医療機関に入院したことが判明しているのは38例（7.6%）、この2年間に他の医療機関に入院していないのは123例（24.5%）、不明341例（67.9%）であった。

図5 退院2年後から3年後までの他の医療機関への入院（観察期間：1095日）n=494
 退院2年後から3年後までの1年間に他の医療機関への入院回数と、措置入院が含まれるかについて尋ねた。他の医療機関に入院したことが判明しているのは図4より51例だが、入院回数が判明しているのは4例、不明25例で、他は回答がなかった。また措置入院が含まれるのは1例（1年後まででは8例、2年後までで5例）であった。

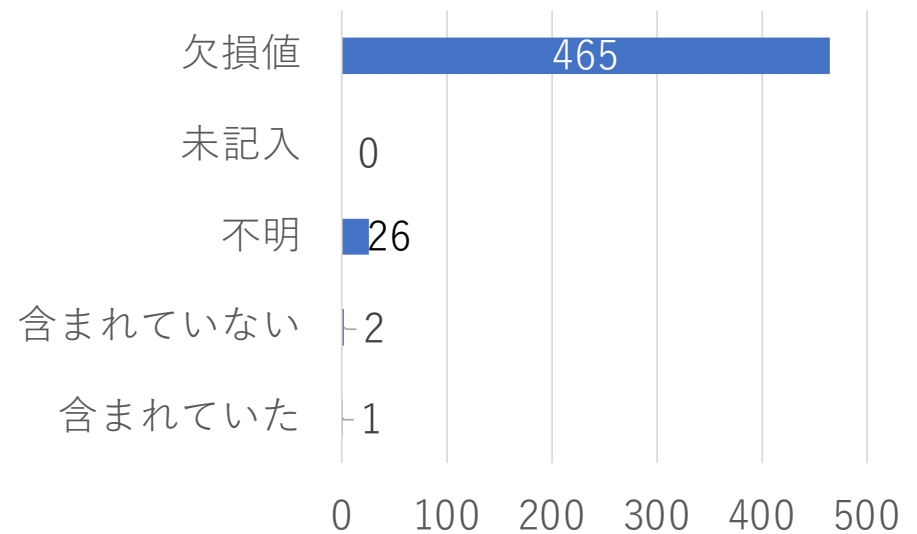
入院回数

（退院2年後から3年後まで）



措置入院が含まれるか？

（退院2年後から3年後まで）



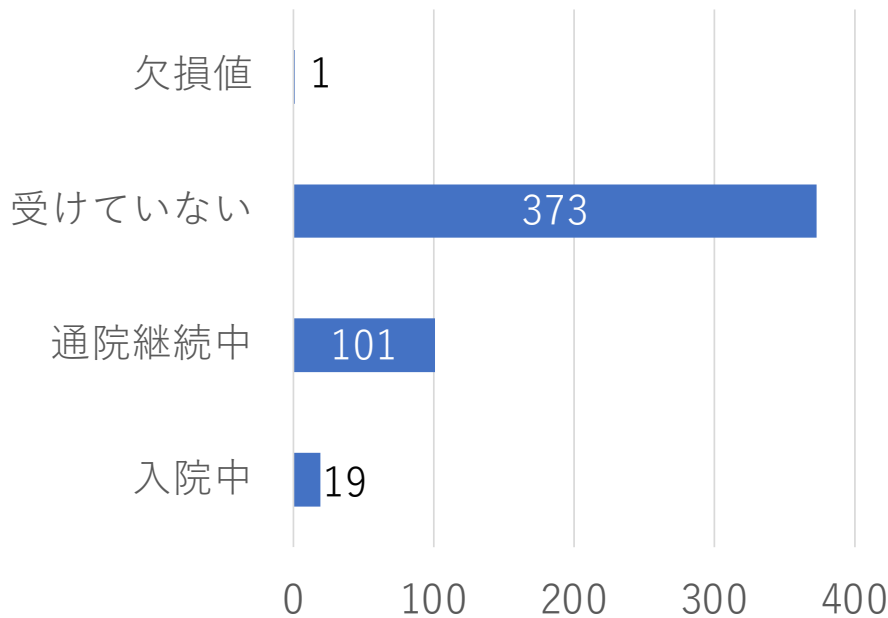
- * 本来であれば、退院3年後の入院回数、措置入院が含まれるか、については、退院1年後、2年後の入院回数、措置入院が含まれるかについて、比較検討を要する。ただ、上記に示したように、他院での入院状況については、1年後、2年後とも、ほとんど判明していない。また1年目の報告と2年目の報告で、重複を避けているか、必ずしも明確でなく、今回は上記の値のみ集計した。
- * *退院1年後から2年後までの1年間に他の医療機関への入院したことが判明しているのは9例（1年後まででは17例）であった。また、措置入院が含まれるのは5例（1年後まででは8例）であった。

図6 退院3年後までの研究協力施設での治療状況（観察期間：1095日） n=494

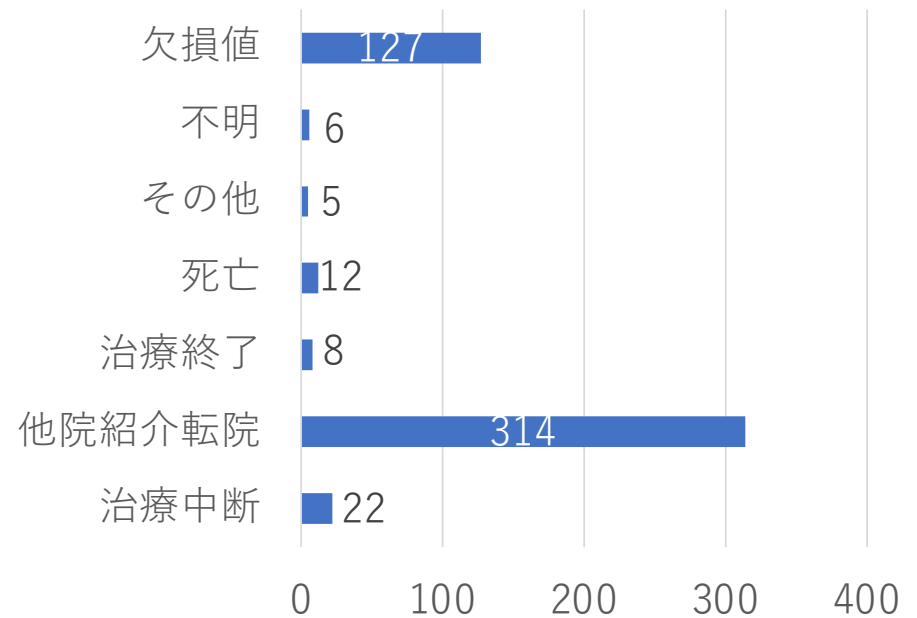
退院3年後の時点における研究協力施設での治療状況について尋ねた。

退院3年後の時点で入院中19例、通院継続中101例であった。治療が継続されていない理由は、他院紹介転院314例が最も多かった。

研究協力施設での治療状況 （退院3年後）



研究協力施設での治療状況 （退院3年後）



退院2年後の時点で入院中19例、通院継続中104例であった。治療が継続されていない理由は、他院紹介転院318例が最も多かった。

図7 研究協力施設で治療を
継続していない理由
(自由記載項目)
(観察期間：1095日) n=494

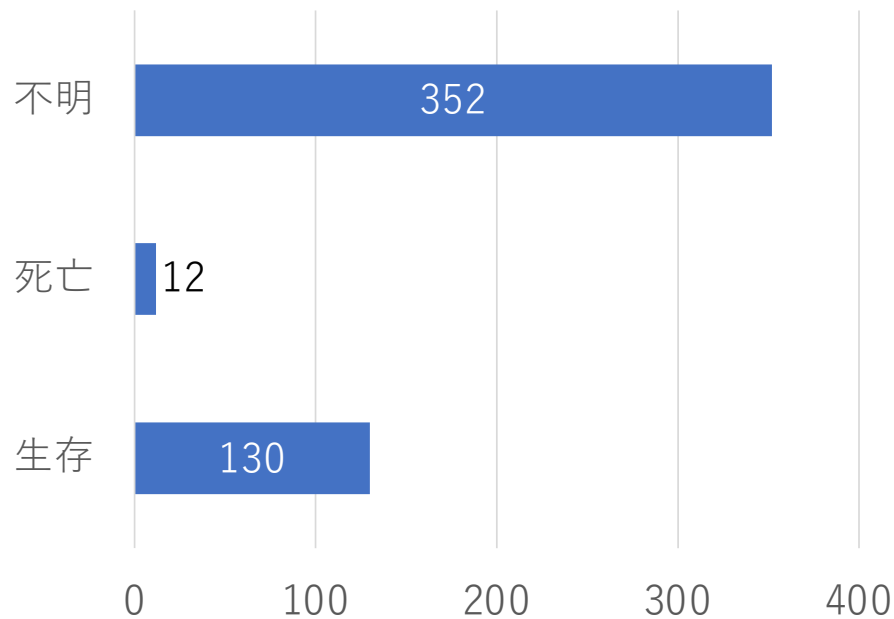
- 実質的に同一医療機関内で経過観察
 - (今回、該当なし)
- 身体合併症
 - リハビリ病院へ転院
- 距離的な事情
 - 帰国
- その他
 - 他県で措置入院した。
 - 医療刑務所収監中。
 - 施設へ入所。
 - 相談による連絡。
- 本人の希望
 - (今回、該当なし)

図8 退院3年後までの生存状況（観察期間：1095日）n=494

退院3年後の時点における生存状況について尋ねた。

退院3年後の時点で生存130例、不明352例、死亡12例であった。措置入院先が知り得た範囲で、死因は、病死2例、自殺6例、事故死1例、不明3例であった。

生存状況



死因

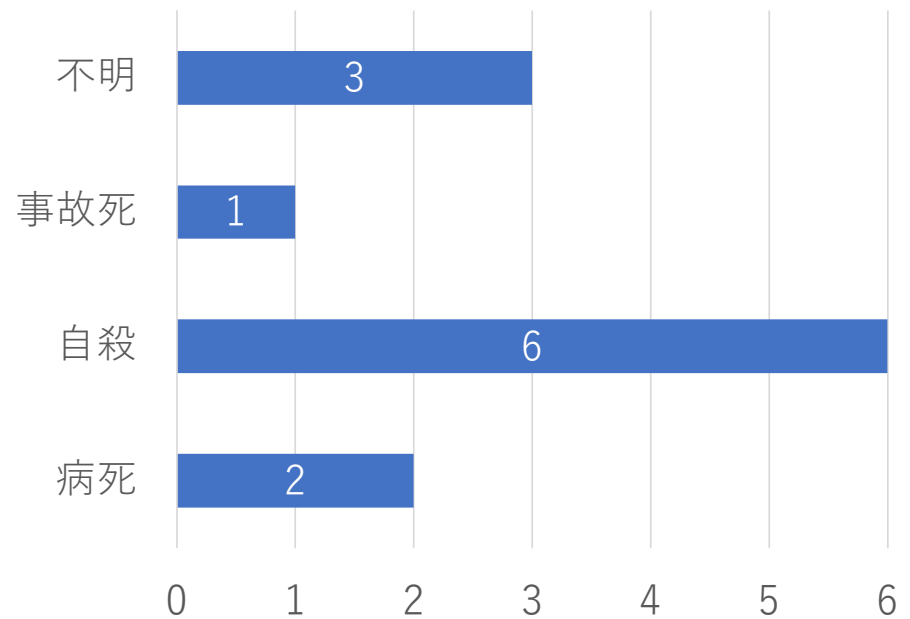
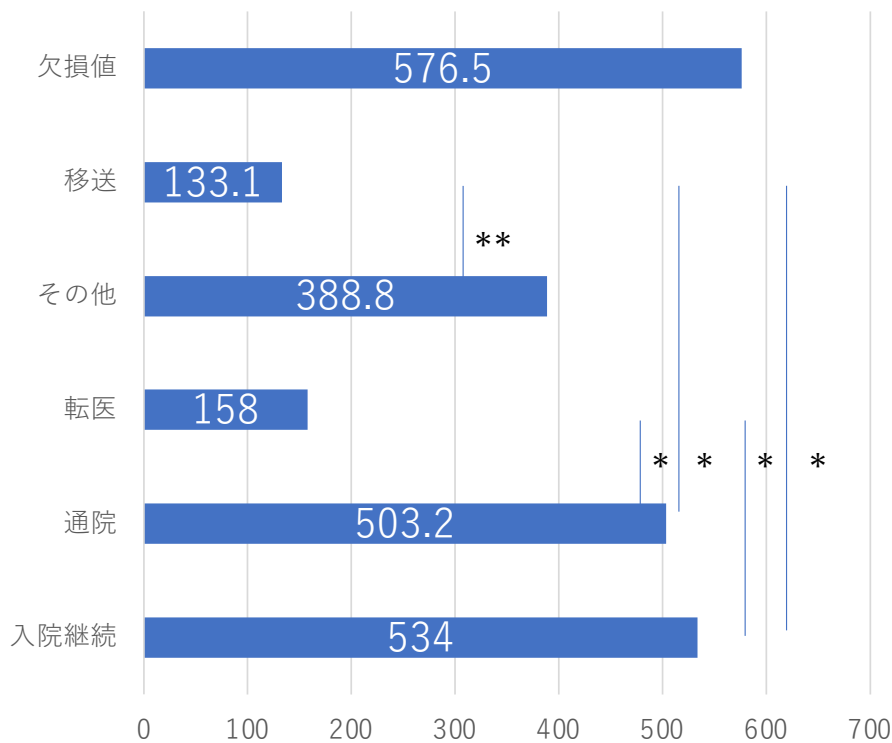


図9 (1) 措置解除時の処置別・退院後の通院継続期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置解除時の処遇別・通院継続期間について尋ねた。
 研究協力施設における通院継続期間は入院継続群534.0日、通院群503.2日に対して、転
 医158.0日、移送133.1日などであった。



*p<0.001, **p=0.011

	n	平均値 推定値	標準誤差	95%信頼 下限	区間 上限
入院継続	257	534.0	31.8	471.6	596.4
通院	77	503.2	57.8	389.8	616.6
転医	28	158.0	65.5	29.6	286.5
その他	15	388.8	130.9	132.2	645.4
移送	110	133.1	30.7	73.0	193.1
欠損値	2	576.5	366.6	0.0	1295.1
全例	489	413.1	22.5	369.1	457.2

措置入院した医療機関を通院先医療機関とした場合の
 通院期間であることに留意を要する。

図9 (2) 措置解除時の処置別・退院後の通院継続期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置解除時の処遇別・通院継続期間について尋ねた。
 入院継続群257例のうち、研究協力施設への退院直後の通院継続167例（65.0%）、1095
 日で86例（33.4%）であった。通院77例では、退院直後48例（62.3%）、1095日で24例
 （31.2%）であった。措置解除時の入院継続群と通院群では通院継続期間に差はなかった。

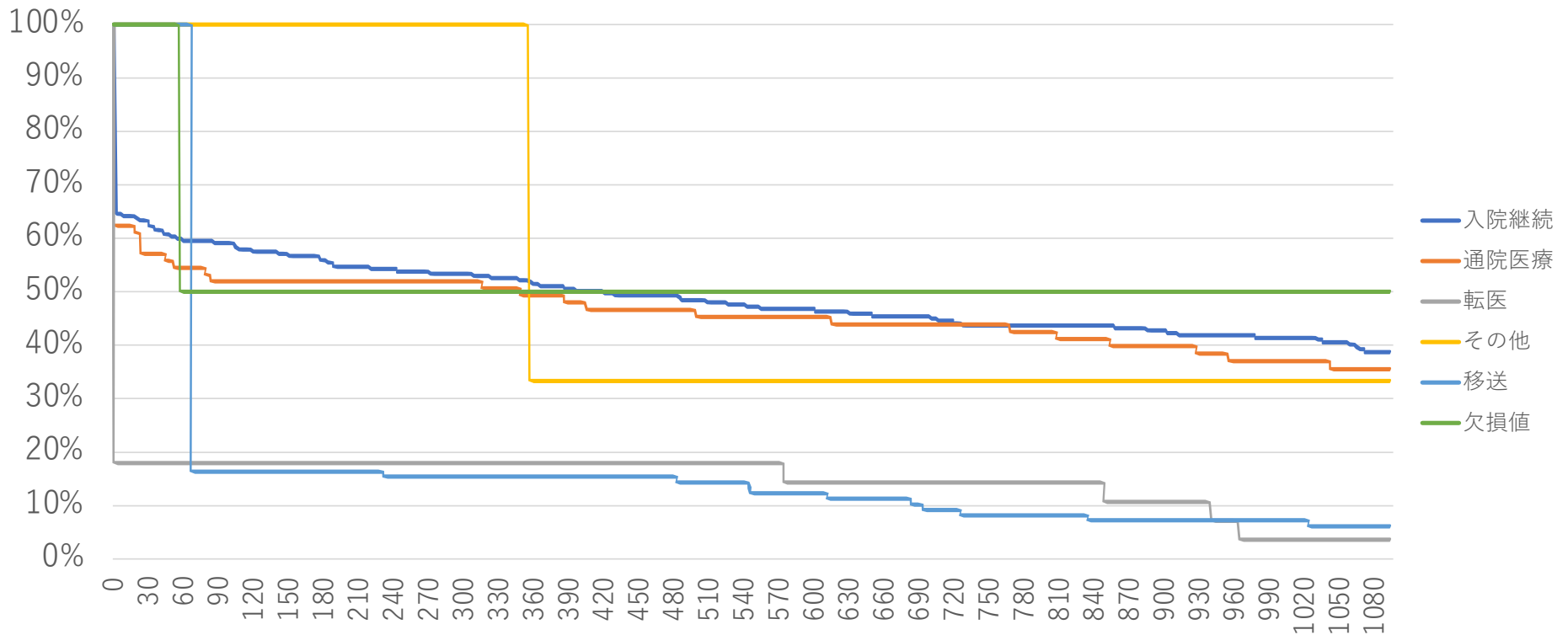
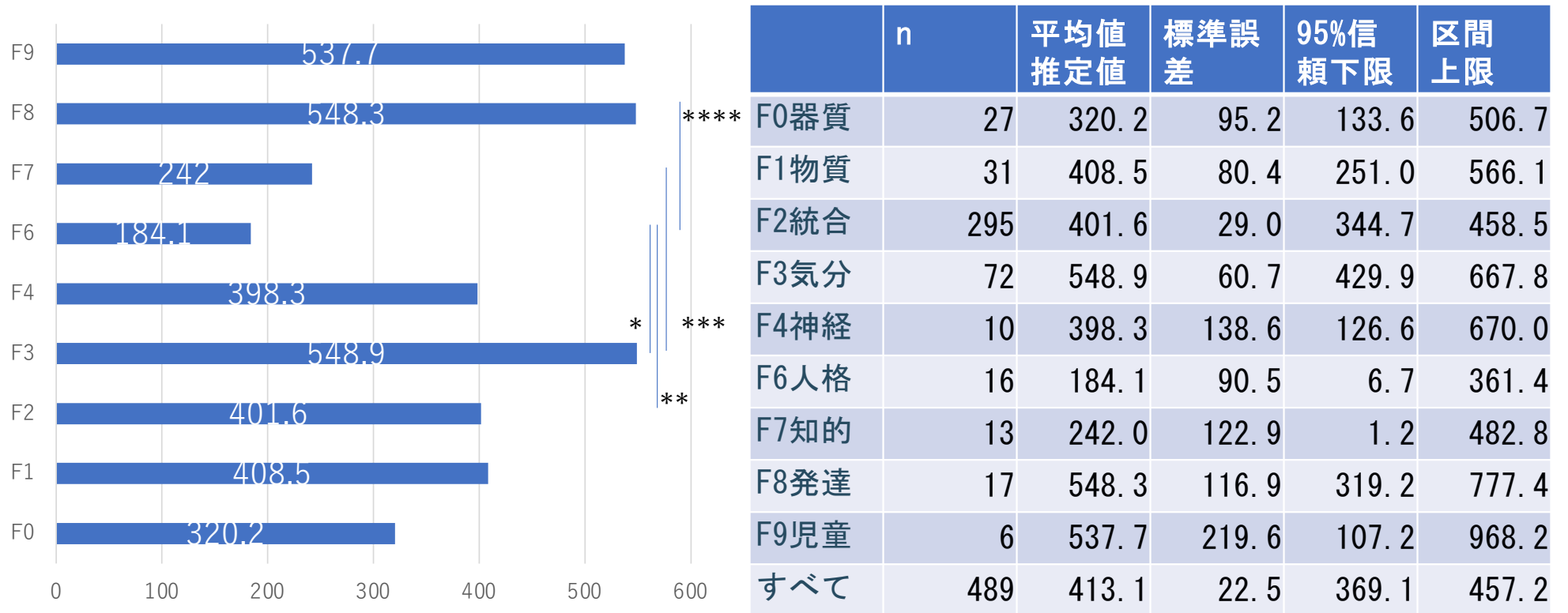


図10(1) 措置入院時主診断別・退院後の通院継続期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置入院時の主診断別・通院継続期間について尋ねた。
 通院継続期間は統合失調症401.6日、気分障害548.9日、発達障害548.3日などであった。
 気分障害や器質性に対して、パーソナリティ184.1日、知的障害242.0日など短かった。



*p=0.028, **p=0.002, ***p=0.038, ****p=0.013 501例には欠損値（診断記載なし等）2例を含む。

図10(2) 措置入院時主診断別・退院後の通院継続期間（観察期間：1095日）n=494

退院3年後の時点における措置入院時の主診断別・通院継続期間について尋ねた。

通院継続期間は統合失調症295例のうち、研究協力施設への退院直後の通院継続143例（48.5%）、1095日で75例（25.4%）であった。気分障害通院72例では、退院直後45例（62.5%）、1095日で26例（36.1%）であった。

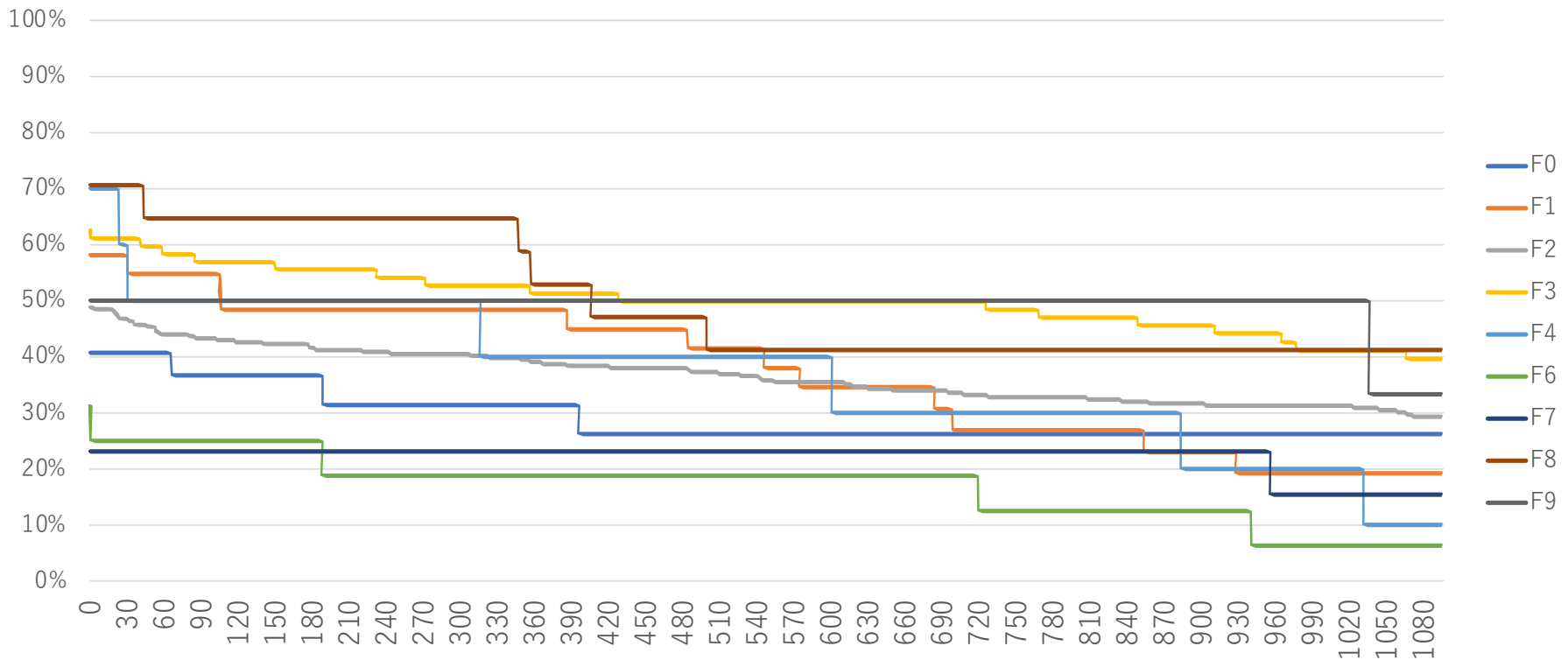
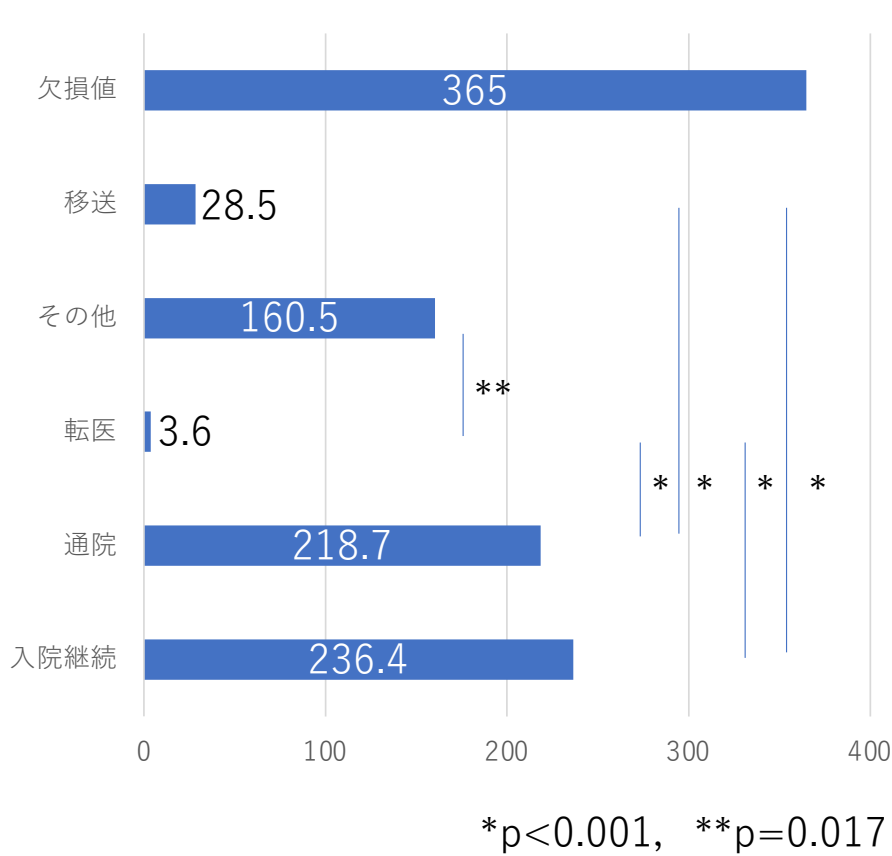


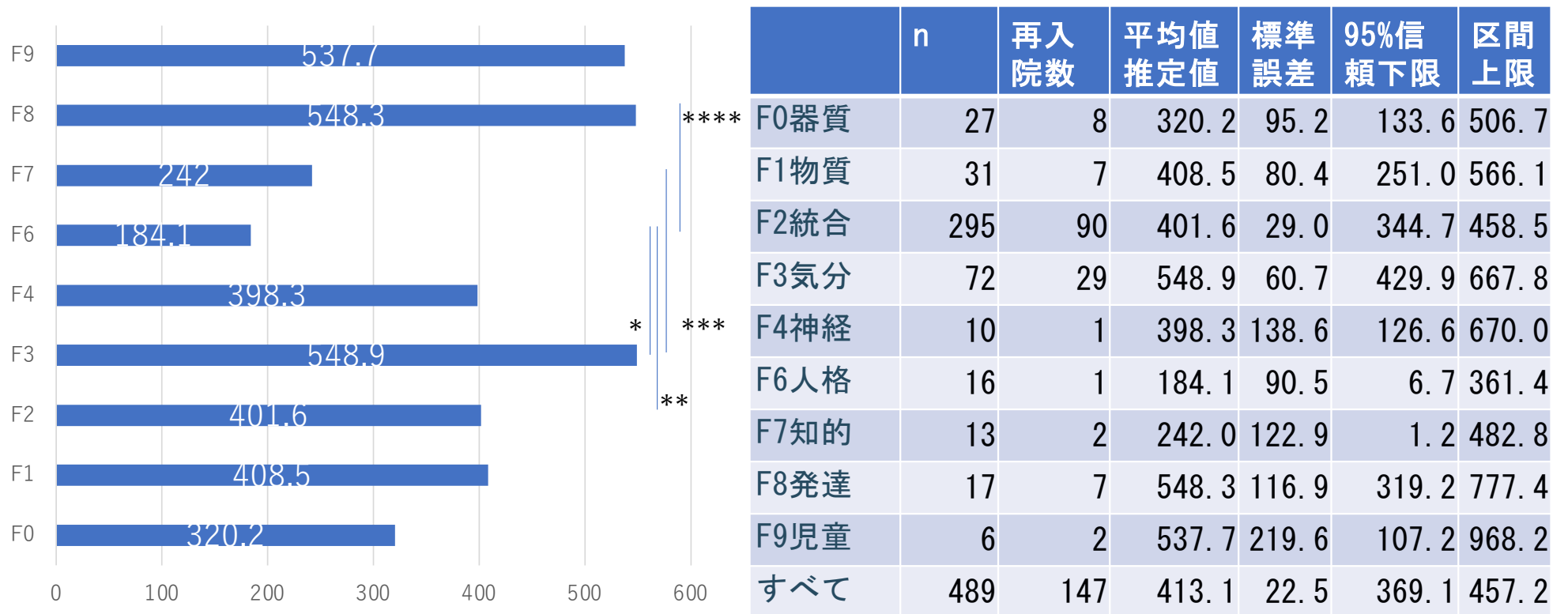
図 1 1 措置解除時の処置別・初回再入院までの期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置解除時の処遇別・初回再入院までの期間について尋ねた。
 研究協力施設における初回再入院までの期間は全例で172.6日であり、入院継続群236.4日、通院群218.7日に対して、転医3.6日、移送28.5日などであった。



	n	再入院数	平均値 推定値	標準 誤差	95%信 頼下限	区間 上限
入院継続	257	84	236.4	21.2	194.8	277.9
通院	77	22	218.7	38.1	144.0	293.4
転医	28	1	3.6	3.5	0	10.4
その他	15	3	160.5	78.4	6.9	314.1
移送	110	4	28.5	12.98	3.0	53.9
欠損値	2	1	365.0	258.1	0	870.9
全例	489	115	172.6	14.0	145.2	200.0

494例のうち、入院時診断が判明した489例で検討。
 措置入院した医療機関を通院先医療機関とした場合の
 通院期間であることに留意を要する。

図 1 2 措置入院時主診断別・初回再入院までの期間（観察期間：1095日）n=494
 退院3年後の時点における措置解除時の処遇別・初回再入院までの期間について尋ねた。
 研究協力施設における初回再入院までの期間は全例で172.6日であり、F2統合失調症群
 401.6日、F3気分障害群548.9日、F8発達障害群548.3日に対して、F6パーソナリティ障害群
 184.1日など短かった。



*p=0.028, **p=0.002, ***p=0.038, ****p=0.013

494例のうち、入院時診断が判明した489例で検討。
 転院例は措置解除時診断がなく、入院時診断とした。

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その2（1）

精神保健福祉法第24条に基づく

検察官通報の現状把握に関する研究

《5》事前調査における措置診察要否判断の検討

研究分担者： 瀬戸 秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター）、太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）、小口 芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）、小池 純子（国立精神・神経医療研究センター）、椎名 明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門）、島田 達洋（栃木県精神保健福祉センター）、中西 清晃（国立精神・神経医療研究センター）、中村 仁（長崎県精神医療センター）、藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）（敬称略・五十音順）

要旨

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）第24条に基づく検察官通報の現状を把握するため、2020年4月1日から2020年9月30日における検察官通報例について、全国すべての都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、調査を行った。

この研究について、1つの報告書とすると、かなりの分量となってしまふ。このため、この報告書は、次の6つに分けた。このうち《1》《2》《3》《4》については、2022年度の報告書において報告した。2023年度においては《5》《6》について報告する。

《1》検察官通報調査の概要と転帰（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《2》検察官通報の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《3》事前調査の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《4》措置診察例の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=288）

《5》事前調査における措置診察要否判断の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《6》措置診察における措置要否判断の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=555）

本稿では、このうち、《5》事前調査における措置診察要否判断の検討、について、以下、述べることとした。

《5》事前調査における措置診察要否判断の検討

【目的】 検察官通報において、通報を受けた都道府県・政令指定都市が、措置入院を要するかどうかの精神保健指定医（以下、指定医という）による診察（以下、措置診察という）を実施するかどうかの判断に際して、事前調査の各項目がどの程度、診察要否の判断に影響するか、その傾向を明らかにすることを目的とした。

【方法】 全国 47 都道府県・20 政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査への協力を求めた。対象は、2020 年 4 月 1 日から 2020 年 9 月 30 日までに受理したすべての検察官通報例とした。37 自治体から 566 例（48.4 歳± 14.7 歳、男性 456 例、女性 110 例）が提出された。このうち、指定医による措置診察が行われたのは 288 例で、278 例では措置診察は実施されていなかった。この 566 例について、事前調査の各項目を独立変数、措置診察の有無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。

【結果】 ロジスティック回帰分析による各項目の Odds 比は、自傷行為あり 8.6、他害行為あり 7.8、精神科治療歴あり 6.8、幻覚妄想・病的言動あり 5.7、本人面接あり 0.35、現在治療あり 0.31、生涯診断歴あり 0.1 であった。また CHAID 法による決定木分析では、まず精神科入院歴の有無で分岐した。全例では診察実施 50.7%であったが、精神科入院歴あり群では 100%であった。一方、精神科入院歴なし群では診察実施 32.5%にとどまり、起訴前鑑定の有無で分岐、両群とも幻覚妄想・病的言動の有無で分岐しており、これらの項目が措置診察の要否判断に影響していた。

【結論】 検察官通報されたケースの事前調査において、指定医の措置診察要否判断を検討したところ、自傷行為あり、他害行為あり、精神科治療歴あり、幻覚妄想・病的言動ありの項目で有意に診察実施と判断されていた。一方、本人面接あり、現在治療あり、生涯診断歴ありでは、有意に診察不要と判断されていた。また決定木分析においては、精神科入院歴があれば全例、措置診察が行われていた。精神科入院歴がなくても、起訴前鑑定が行われる、幻覚妄想・病的言動が認められる場合には、やはり措置診察が実施されていた。

措置診察の要否は、それぞれの因子ごと、また因子の組み合わせを考慮して判断されていた。そして、これらは、いずれも過去の調査と類似の傾向を示しており、事前調査における措置診察の要否判断は経年的には大きな変化はないと思われた。

A. 研究の背景と目的

措置入院にかかる通報・申請・届出がなされた例について、精神保健指定医（以下、「指定医」という）による診察（以下、「措置診察」という）を実施するかどうかは、通報を受けた都道府県・政令指定都市において判断することを求められる。

通報を行った警察官や検察官からは、他害

行為が再現することを懸念して、診察実施すべきであるとの見解がしばしば出される。一方で、患者本人、家族等、また受け入れた医療機関からは、措置入院以外の選択肢がなかったか、医療ではなく司法の対象ではないのか等の疑念が呈されることも、しばしばである。

措置診察要否については、2000 年度のす

すべての申請・通報・届出について対象とした調査（以下「2000年調査」という）、2008年度の検察官通報調査（以下「2008年検察官調査」という）、2010年5月と11月の警察官通報調査（以下「2010年警察官調査」という）、2016年度の矯正施設長通報調査（以下「2016年矯正施設調査」）がある。

このうち2000年調査においては、同年度になされた、すべての通報・申請・届出（ただし警察官通報については2000年5月および2000年11月に限る）を対象とした1976例が調査されているが、事前調査については、記述統計的な検討にとどまっている。ただ、この調査により、事前調査を行うべきとされた項目については、以後の各調査において事前調査の要点として列挙され、2018年に出された「措置入院の運用に関するガイドライン」においても、事前調査の要点とされている。

2008年検察官調査における992例、2010年警察官調査における847例については、ロジスティック回帰分析ならびに決定木分析により検討が行われた³⁴⁾。

2008年検察官調査における992例でのOdds比は、幻覚妄想・病的言動あり6.60、器物損壊3.64、傷害3.44、暴行3.42、自傷行為あり3.08、起訴前鑑定あり2.90、過去の司法処分あり2.46、その他の他害行為あり2.27、本人と面接した2.17、生活維持困難あり1.81、治療歴あり0.49、現在治療あり0.49であった。2010年警察官調査847例では、幻覚妄想・病的言動あり6.12、自傷あり5.06、他害あり3.56、暴行2.17、傷害1.95、本人面接あり1.66、男性1.56、生活維持困難あり0.58、現在治療あり0.51など類似する項目が影響していた。

決定木分析では、2008年検察官調査992例は、診察実施572例(57.7%)、診察不要420例(42.3%)であった。決定木は、まず幻覚妄想の有無で分岐した。幻覚妄想・病的言動あり群633例では診察実施471例

(74.4%)、診察不要162例(25.6%)であり、幻覚妄想・病的言動なし群359例では診察実施101例(28.1%)、診察不要258例(71.9%)であった。幻覚妄想・病的言動あり群は、他害行為の有無で、幻覚妄想・病的言動なし群は、起訴前鑑定の有無で分岐した。一方、2010年警察官調査847例では、まず幻覚妄想・病的言動の有無で分岐していた。幻覚妄想・病的言動あり群は、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・病的言動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。いずれも幻覚妄想・病的言動や他害行為の有無が影響していた。

2016年矯正施設長通報調査では、通報が顕著に多く、大半が診察不要とされていたことから、記述統計的な検討にとどまった³⁵⁾。

事前調査項目のOdds比や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たものではあるが、事前調査要否の判断が、どのような点を考慮してなされたか、その過程を明らかにする端緒となりうるものと思われた。

こうしたことから、今回、2020年における検察官通報調査においても、措置診察要否の判断について、同様の検討を行うこととした。

B. 方法

1 対象

2020年4月1日から2020年9月30日までの6ヶ月間において、全国すべての都道府県知事・政令指定都市市長に対して、精神保健福祉法第24条に基づいて検察官通報がなされた「精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人」について、対象とした。

2 調査の方法

2022年10月15日、全国すべての都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課に調査票を送付し、転記の上、2022年11月30

日までの返送を求めた。

3 調査内容

精神保健福祉法第24条に規定される通報内容や都道府県・政令指定都市における事前調査から、次の項目について、年齢や性別、その他、所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。

このうち、事前調査書より転記を求めた項目は、次の通りである。

- ①精神科入院歴、措置入院歴
- ②事前調査における本人面接の有無（以下、「本人面接」という）
- ③幻覚妄想あるいは明白に病的な行動や言動（以下、「幻覚妄想・病的言動」という）
- ④社会生活における状況認知・判断の障害（以下、「状況認知判断異常」という）
- ⑤基本的な生活維持の困難（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）（以下、「生活維持困難」という）
- ⑥自傷行為
- ⑦他害行為（今回の申請・通報・届出に関するもの）。なお、他害行為については、殺人・殺人未遂、傷害暴行、性的問題行動、侮辱、器物損壊、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火、その他を別に尋ねた。
- ⑧精神障害の診断歴の有無（今回の通報時点まで）（以下、「生涯診断歴」という）
- ⑨精神科治療歴・受診歴
- ⑩現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療（以下、「現在治療状況」という）
- ⑪起訴前鑑定の実施の有無（以下、「起訴前鑑定」という）
- ⑫備考として、薬物乱用、アルコール飲用、措置入院先選択に関係する重大な身体合併症、これまでの司法処分の有無

...

実際の調査票ならびに調査票記載マニュアルならびに記述統計結果は、2022年度報告書《3》事前調査の検討、に掲載した通りである。

4 統計

事前調査書より転記された前述①から⑫の各項目を独立変数、指定医による措置診察が実施されたかどうかを従属変数として、ロジスティック回帰分析ならびに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 29.0 for Mac OS X, Regression を用い、強制投入法を施行した。

決定木分析は同じく SPSS Statistics 29.0 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、3 階層まで、CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection) を施行した。

（倫理的配慮）

以上の研究計画書について、研究代表者が所属する、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の審査を受け、2020年12月15日に承認を受けた。

なお、調査予定の時期については、都道府県・政令指定都市の担当課は、新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」という。）のパンデミックの影響で繁忙を極めている等の状況を考慮して延期を繰り返さざるをえず、最終的に2022年10月15日に調査票発送に至ったものである。

C. 結果

1 調査対象について

47 都道府県・20 政令指定都市のうち、37 自治体（24 都道府県・13 政令指定都市）から 566 例の提出を受けた。ほか 1 つの自治体から、調査対象期間に該当例がない、との連絡を受けた。13 自治体からは協力できないとの返答があった。16 自治体からは、返答がなかった。

566 例のうち、指定医による措置診察が実施されなかったのは 278 例、実施されたのは 288 例であった。この措置診察要否について、以下、検討した。

2 年齢・性別・診断・措置診察要否判断

検察官通報がなされた 566 例については、2022 年度報告書《1》検察官通報調査の概要と転帰、《2》検察官通報の検討、《3》事前調査の検討、に、詳細を報告した。

改めて検察官通報 566 例の年齢・性別・診断・措置診察の転帰などの概要を示すと、年齢は平均 48.4 歳±標準偏差 14.7 歳、男性 456 例、女性 110 例（男女比 4.1:1）であった。事前調査は、うち 513 例（90.6%）で実施されていた。通報後の転帰は、診察不要は 278 例、診察実施 288 例であった。措置診察の結果は措置入院 234 例、措置不要 54 例で、調査時点で措置入院中 1 例、措置解除 233 例であった。

検察官通報の内容は、565 例に罪名の記載があり、医療観察法において重大な他害行為にあたるもの 118 例で、うち診察実施 65 例、診察不要 53 例であった。それ以外の広義の触法行為は 447 例で、うち診察実施 223 例、診察不要 224 例であった。

司法処分は、多くが起訴猶予で、心神喪失や心神耗弱など責任能力についての記載があったのは一部にとどまっていた。

起訴前鑑定が行われたのは 323 例で、重大な他害行為の場合に有意に起訴前鑑定が実施されていた。ただ、起訴前鑑定の多くは簡易鑑定であった。

事前調査の項目ごとに措置診察を診察実施としたか診察不要としたかの判断について記述統計的に検討を行った。幻覚妄想、状況認知判断異常、生活維持困難が明らかな例や自傷他害行為があれば診察実施と判断されていた。またアルコール・薬物乱用の問題がない例で診察実施と判断されていた。一方、診断歴がある、治療歴・受診の状況があるといった例では診察不要とされていた。なお、2022 年度報告書《3》事前調査の検討、にて詳細を報告したが、既に警察官通報がなされている事例について、重ねて検察官通報されることも少なくないことが明らかとなった。

3 事前調査項目の度数分布

検察官通報 566 例について、入院歴ならびに事前調査の各項目、診察実施かどうかの度数分布を、表 1 事前調査各項目の度数分布、に示した。

このうち、侮辱の 1 項目では、度数 0 であった。また、度数の出現頻度が 5%未満であったのは、自傷行為、殺人、性的問題行動、強盗、恐喝、詐欺、放火、弄火、薬物乱用、身体合併症であった。

そして、事前調査の各項目の多重共線性について、重回帰分析の方法で分散拡大係数 VIF (Variance Inflation Factor) を求め、表 2 事前調査各項目の多重共線性の評価、に示した。VIF 値は生涯診断歴 4.755、精神科治療歴 5.004、起訴前鑑定 4.464、起訴前鑑定有無 4.334 などがやや高いものの、他の項目は VIF 値 1 ないし 2 程度で、全項目、基準とされる 10 以下にとどまった。

4 事前調査各項目の診察要否判断への Odds 比

精神科入院歴等および事前調査の各項目を独立変数、措置診察実施かどうかを従属変数としてロジスティック回帰分析を行い、表 3 事前調査各項目の措置診察要否判断への Odds 比、に示した。

有意確率 5%以下で、95%信頼区間の下限、上限とも 1 を下回らないか、1 を上回らない項目の Odds 比 (95%信頼区間 下限・上限) および有意確率は、自傷行為あり 8.64 (1.56-47.78) $p=0.013$ 、他害行為あり 7.78 (2.58-23.44) $p<0.01$ 、精神科治療歴あり 6.78 (1.54-29.74) $p=0.011$ 、幻覚妄想・病的言動あり 5.72 (2.49-13.12) で、有意に診察実施されていた。一方、生涯診断歴あり 0.09 (0.02-0.39) $p=0.001$ 、現在治療状況あり 0.31 (0.14-0.66) $p=0.003$ 、本人面接あり 0.35 (0.18-0.68) $p=0.002$ の各項目では、有意に診察不要とされていた。

統計的に有意であった Odds 比については、図 1 事前調査各項目の措置診察要否判

断への Odds 比、にも示した。

5 決定木分析

精神科入院歴等および事前調査の各項目を独立変数、措置診察実施かどうかを従属変数として決定木分析を行い、図2 事前調査各項目の措置診察要否判断への組み合わせ、に示した。

CHAID 法による決定木分析では、まず精神科入院歴の有無で分岐した。全例では診察実施 50.7%、診察不要 49.3%であったが、精神科入院歴あり群 154 件では 100.0%、診察実施と判断され、ターミナルノードとなり分岐が終了していた。

精神科入院歴なし群 412 例では診察実施 32.5%にとどまり、起訴前鑑定の有無で分岐していた。このうち、起訴前鑑定あり群 190 例では診察実施 57.4%に上昇、一方、起訴前鑑定なし群 222 例では診察実施 11.3%にとどまっていた。

この両群とも幻覚妄想・病的言動の有無で分岐しており、いずれもターミナルノードとなっていた。起訴前鑑定あり・幻覚妄想・病的言動あり群 138 例では診察実施 68.8%、起訴前鑑定あり・幻覚妄想・病的言動なし群 52 例では診察実施 26.9%、起訴前鑑定なし・幻覚妄想・病的言動あり群 75 例では診察実施 25.3%、起訴前鑑定なし・幻覚妄想・病的言動なし群 147 例では診察実施 4.1%のようにわかれていた。

D. 考察

1 調査対象について

この報告書における調査対象および年齢・性別・診断など、属性については、昨年度の報告《1》《2》《3》《4》において述べた。

ここで、Odds 比や、決定木の分岐の差異を検討するのにあたっては、調査方法や背景についても留意しておく必要がある。ことに Odds 比は、ある事象が起きる確率の、その事象が起きない確率に対する比であり、念の

ため、それぞれの研究の母集団について確認しておく。

2000 年調査では、すべての通報・申請・届出 1976 例を対象としたが、それまで措置入院制度の実態について全国規模で調査が行われたことはなかったため、各都道府県において、どのような手順で事前調査が行われているか、まったく情報がなかった。このため、各都道府県から提出された黒塗り実施後の通報書や事前調査書、診断書、消退届を読み込み、問題点をあきらかにするといった方法で調査が行われた。なお、この時点では、事前調査の要点自体が各自治体間で必ずしも一定ではなく、記述統計的報告にとどまり、要点が措置診察要否判断に与える影響など、数理統計的な解析は行われていない。

2008 年検察官調査や 2010 年警察官調査でも、各都道府県・政令指定都市では事前調査項目は統一されてはいなかったが、今回と同様の調査票を用いており、事前調査の要点が措置診察の要否判断に与える影響をとりまとめている。なお現在でも各都道府県・政令指定都市の間では、事前調査書は標準化される様子はないが、2018 年に制定されたガイドラインには、今回の事前調査項目が調査の要点として書き込まれている。

2 年齢・性別・診断・措置診察要否判断について

詳細は 2022 年度報告書において述べた通りである。ただ、2022 年検察官調査において、検察官通報に先立って警察官通報が行われている例が多いこと明らかとなっているが、研究計画時点では同一例が別の通報形態にて重複して通報されるという事態は想定していなかったため、調査実施時点では十分に区別できておらず、この影響の度合いをあきらかにすることができていない。特に、既に警察官通報により措置入院している等の事情により、通報書の記載では重症であっても診察不要と評価されるなど、一見、不合理な判断がなされているかのように見えるケースが

存在することにも留意を要する。

また、《6》措置診察における措置要否判断の検討、において述べているが、2000年調査ではすべての通報申請届出があった1976例、2008年検察官調査では、856例のうち事前調査票に記載があった847例を対象としているが、2020年検察官調査では566例と、COVID-19により保健所が繁忙を極める等の事情もあってか、調査協力が得られた自治体がやや少なく、ケース数がやや少なかったことにも留意を要する。

3 診察要否判断のOdds比について

2000年調査では通報項目が標準化されておらず、全1976例の診察要否判断は、記述統計的報告にとどまっている。

2008年検察官調査では、847例を対象としており、項目別のOdds比および95%信頼区間は、Odds比の高い順に、恐喝8.81、幻覚妄想・病的言動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、起訴前鑑定あり2.90、性的問題行動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あり1.63、精神科治療歴あり0.49、現在治療あり0.49であった。

2020年検察官調査では、自傷行為あり8.64（2008年は3.08）、他害行為あり7.78（同1.63）、精神科治療歴あり6.78（同0.49）、幻覚妄想・病的言動あり5.72（同6.60）で、有意に診察実施されていた。また、生涯診断歴あり0.09（2008年は有意ではない）、現在治療状況あり0.31（2008年は0.49）、本人面接あり0.35（同2.17）の各項目では、有意に診察不要とされていた。

2008年検察官調査で有意に診察実施とされていた、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、起訴前鑑定あり2.90、性的問題行動2.75、過去の司法処分あり

2.46、その他の他害行為2.27、生活維持困難あり1.81の各項目は、2020年調査では有意ではなかった。

自傷行為や他害行為、精神科治療歴、幻覚妄想・病的言動のOdds比が高いのは、2008年と共通していた。一方、2008年は本人面接ありで有意に診察実施となっているが、2020年は本人面接ありで有意に診察不要となっていた。2010年の警察官通報でも、本人面接あり1.66と診察実施とされやすかった。これはCOVID-19パンデミックの中で、状況に応じて本人面接を行わずに事前調査が行われることが増えたことが影響していると思われる。

とはいえ、明確に症状や病的言動があるケースでは診察実施すべきとの判断には変化はなく、経年的に大きな変化はみられないと思われた。

4 決定木分析について

2000年調査では通報項目が標準化されておらず、全1976例の診察要否判断は、記述統計的報告にとどまっている。

2008年検察官調査では、847例を対象としており、まず幻覚妄想の有無で分岐していた。幻覚妄想・病的言動あり群は、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・病的言動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。

2020年検察官調査では、まず精神科入院歴の有無で分岐した。全例では診察実施50.7%であったが、精神科入院歴あり群では100.0%、診察実施と判断されていた。一方、精神科入院歴なし群では診察実施32.5%にとどまり、起訴前鑑定の有無で分岐、両群とも幻覚妄想・病的言動の有無で分岐しており、これらの項目が診察要否判断に影響していた。

今回の結果、まず精神科入院歴の有無を検

討し、次いで起訴前鑑定の有無を検討、さらに幻覚妄想・病的言動の有無を検討するという過程は、統計的な手順のみで得られた結果ではある。ただ、統計的な処理とはいえ、元データは事前調査担当者の思考過程を示した資料であり、その解析を行った訳なので、まず精神科入院歴があるか、起訴前鑑定は行われたか等、通報以前の精神科医師の評価はどうかを検討する、という点は、事前調査における担当者の思考過程を浮き彫りにしたものかも知れない。

また、度数の出現頻度が少ない項目については、Odds 比を求めても統計的に有意となりにくい。ただ、出現頻度が低くても、たとえば殺人のおそれなど、重要な項目はあるので、出現頻度が低く統計に影響しない項目だからといって、ただちに調査不要というようなことにはならない。

5 まとめ

検察官通報において指定医による措置診察要否判断について、自傷行為、他害行為、精神科治療歴、幻覚妄想・病的言動があれば診察実施され、生涯診断歴、現在治療状況、本人面接の各項目があれば診察不要とされていた。また、各項目の組み合わせからは、精神科入院歴の有無で分岐、あり群では 100.0%、診察実施と判断されていた。精神科入院歴なし群では診察実施は 32.5%にとどまった。これらは起訴前鑑定の有無で分岐し、起訴前鑑定あり群 190 例では診察実施 57.4%に上昇、起訴前鑑定なし群 222 例では診察実施 11.3%にとどまった。この両群とも幻覚妄想・病的言動の有無で分岐し、これらが認められると診察実施される頻度が高まっていた。

これらの結果について、一部、過去の調査と項目の入れ替わりはあるなど、多少、重視される項目に変動はみられるが、経時的には措置診察の要否判断に大きな変化はないと思われた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表 準備中

2.学会発表 準備中

G. 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

文献

1) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 他: 措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究. pp.19-63, 厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業) 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, 2011

2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知: 「措置入院の運用に関するガイドライン」について.

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3289&dataType=1&pageNo=1

3) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他(執筆担当: 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. pp55-91, 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復帰の促進に関する研究_平成 22 年度総括・分担研究報告書, 2011

4) 吉住昭, 島田達洋, 小口芳世, 他(執筆担当: 瀬戸秀文): 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(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復帰の促進に関する研究_平成 24 年度総括・分担研究報告書, 2013

5) 瀬戸秀文, 稲垣中, 岩永英之, 他: 措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究その2 (3) 精神保健福祉法第26条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究《3》事前調査の検討. pp585-602, 厚生労働科学研究補助金 (障害車政策総合研究事業 (精神障害分野)) 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究_平成30年度_総括・分担研究報告書, 2019

表1 事前調査各項目の度数分布

事前調査項目	度数	最小値	最大値	n	平均値	標準偏差
精神科入院歴	566	0	1	154	0.27	0.445
措置入院歴	566	0	1	67	0.12	0.323
本人面接	566	0	1	218	0.39	0.487
幻覚妄想	566	0	1	340	0.6	0.49
状況認知判断異常	566	0	1	333	0.59	0.493
生活維持困難	566	0	1	189	0.33	0.472
自傷行為	566	0	1	27	0.05	0.213
他害行為	566	0	1	433	0.77	0.424
殺人	566	0	1	9	0.02	0.125
傷害	566	0	1	84	0.15	0.356
暴行	566	0	1	105	0.19	0.389
性的問題	566	0	1	15	0.03	0.161
侮辱	566	0	0	0	0	0
器物損壊	566	0	1	89	0.16	0.364
強盗	566	0	1	1	0	0.042
恐喝	566	0	1	2	0	0.059
窃盗	566	0	1	68	0.12	0.325
詐欺	566	0	1	5	0.01	0.094
放火	566	0	1	10	0.02	0.132
弄火	566	0	1	3	0.01	0.073
生涯診断歴	566	0	1	414	0.73	0.444
精神科治療歴	566	0	1	404	0.71	0.452
現在治療状況	566	0	1	213	0.38	0.485
起訴前鑑定	566	0	1	311	0.55	0.498
薬物乱用	566	0	1	28	0.05	0.217
アルコール	566	0	1	62	0.11	0.313
身体合併症	566	0	1	11	0.02	0.138
過去の司法処分	566	0	1	168	0.3	0.457
精神鑑定有無	566	0	1	323	0.57	0.495
重大他害行為かどうか	566	0	1	118	0.21	0.407
診察実施	566	0	1	288	0.51	0.5

「本人面接」は、事前調査における本人面接の有無。「幻覚妄想・病的言動」は、幻覚妄想あるいは明白に病的な行動や言動。「状況認知判断異常」は、社会生活における状況認知・判断の障害。「生活維持困難」は、基本的な生活維持の困難（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）。「他害行為」は、今回の申請・通報・届出に関するもの。

表2 事前調査各項目の多重共線性の評価

事前調査の項目	非標準化係数		標準化係数 t 値		有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
(定数)	0.063	0.036		1.74	0.082		
精神科入院歴	0.518	0.042	0.461	12.286	<.001	0.505	1.982
措置入院歴	-0.007	0.053	-0.004	-0.124	0.901	0.612	1.634
本人面接	-0.045	0.029	-0.044	-1.576	0.116	0.901	1.11
幻覚妄想	0.181	0.037	0.177	4.911	<.001	0.544	1.84
状況認知判断異常	-0.013	0.036	-0.013	-0.354	0.723	0.569	1.758
生活維持困難	0.036	0.034	0.034	1.073	0.284	0.703	1.423
自傷行為	0.171	0.065	0.073	2.627	0.009	0.918	1.089
他害行為	0.218	0.044	0.185	4.9	<.001	0.5	2.001
殺人	-0.082	0.113	-0.021	-0.726	0.468	0.888	1.126
傷害	0.036	0.055	0.026	0.667	0.505	0.47	2.128
暴行	0.072	0.038	0.056	1.881	0.061	0.8	1.25
性的問題	-0.044	0.087	-0.014	-0.508	0.611	0.913	1.095
器物損壊	0.052	0.04	0.038	1.284	0.2	0.83	1.204
強盗	-0.027	0.334	-0.002	-0.082	0.935	0.904	1.106
恐喝	0.5	0.231	0.059	2.168	0.031	0.948	1.055
窃盗	-0.085	0.047	-0.055	-1.819	0.07	0.775	1.291
詐欺	0.082	0.145	0.015	0.565	0.572	0.964	1.037
放火	-0.203	0.118	-0.054	-1.719	0.086	0.732	1.367
弄火	0.353	0.201	0.051	1.762	0.079	0.837	1.195
生涯診断歴	-0.234	0.066	-0.207	-3.57	<.001	0.21	4.755
精神科治療歴	0.112	0.066	0.101	1.697	0.09	0.2	5.004
現在治療状況	-0.102	0.033	-0.099	-3.053	0.002	0.677	1.477
起訴前鑑定	0.111	0.057	0.111	1.967	0.05	0.224	4.464
薬物乱用	-0.013	0.065	-0.005	-0.195	0.846	0.902	1.109
アルコール	-0.049	0.044	-0.03	-1.1	0.272	0.934	1.07
身体合併症	0.049	0.1	0.014	0.492	0.623	0.938	1.067
過去の司法処分	0.049	0.032	0.045	1.525	0.128	0.813	1.231
精神鑑定有無	0.121	0.056	0.12	2.163	0.031	0.231	4.334
重大他害行為かどうか	0.048	0.048	0.039	0.988	0.323	0.464	2.156

「本人面接」は、事前調査における本人面接の有無。「幻覚妄想・病的言動」は、幻覚妄想あるいは明白に病的な行動や言動。「状況認知判断異常」は、社会生活における状況認知・判断の障害。「生活維持困難」は、基本的な生活維持の困難（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）。「他害行為」は、今回の申請・通報・届出に関するもの。

表3 事前調査各項目の措置診察要否判断へのOdds比

措置診断書の項目	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B) Odds比	95% 信頼区間 下限	95% 信頼区間 上限
精神科入院歴	36.191	3804.1	0	1	0.992	5E+15	0	.
措置入院歴	-3.925	4553.4	0	1	0.999	0.02	0	.
本人面接	-1.06	0.344	9.47	1	0.002	0.347	0.176	0.681
幻覚妄想	1.744	0.424	16.931	1	<.001	5.719	2.492	13.122
状況認知判断異常	-0.064	0.423	0.023	1	0.879	0.938	0.409	2.149
生活維持困難	0.366	0.372	0.966	1	0.326	1.442	0.695	2.993
自傷行為	2.157	0.873	6.108	1	0.013	8.641	1.563	47.784
他害行為	2.051	0.563	13.284	1	<.001	7.779	2.581	23.442
殺人	-1.464	1.348	1.179	1	0.278	0.231	0.016	3.25
傷害	-0.399	0.722	0.306	1	0.58	0.671	0.163	2.76
暴行	0.951	0.413	5.298	1	0.021	2.589	1.152	5.822
性的問題	-1.719	0.913	3.542	1	0.06	0.179	0.03	1.074
器物損壊	0.495	0.415	1.423	1	0.233	1.64	0.727	3.699
強盗	-15.4	40373	0	1	1	0	0	.
恐喝	20.788	28406	0	1	0.999	1E+09	0	.
窃盗	-0.795	0.532	2.233	1	0.135	0.452	0.159	1.281
詐欺	1.676	2.478	0.458	1	0.499	5.346	0.042	687.82
放火	-19.08	2320	0	1	0.993	0	0	.
弄火	18.792	2320	0	1	0.994	1E+08	0	.
生涯診断歴	-2.411	0.748	10.4	1	0.001	0.09	0.021	0.388
精神科治療歴	1.913	0.755	6.429	1	0.011	6.776	1.544	29.739
現在治療状況	-1.186	0.396	8.962	1	0.003	0.305	0.14	0.664
起訴前鑑定	0.286	0.557	0.262	1	0.609	1.33	0.446	3.968
薬物乱用	0.114	0.672	0.029	1	0.865	1.121	0.3	4.186
アルコール	-0.615	0.455	1.828	1	0.176	0.541	0.222	1.319
身体合併症	0.962	0.969	0.986	1	0.321	2.616	0.392	17.471
過去の司法処分	0.595	0.36	2.723	1	0.099	1.812	0.894	3.672
精神鑑定有無	1.955	0.609	10.316	1	0.001	7.061	2.142	23.274
重大他害行為かどうか	1.014	0.68	2.221	1	0.136	2.757	0.727	10.46
定数	-4.361	0.659	43.79	1	<.001	0.013		

有意確率5%以下の項目について、背景を黄色で示した。

「本人面接」は、事前調査における本人面接の有無。「幻覚妄想・病的言動」は、幻覚妄想あるいは明白に病的な行動や言動。「状況認知判断異常」は、社会生活における状況認知・判断の障害。「生活維持困難」は、基本的な生活維持の困難（睡眠・栄養・清潔の保持、電気・水道・ガスの確保、寒暑炎熱の防御等）。「他害行為」は、今回の申請・通報・届出に関するもの。

図 1 事前調査各項目の措置診察要否判断へのOdds比

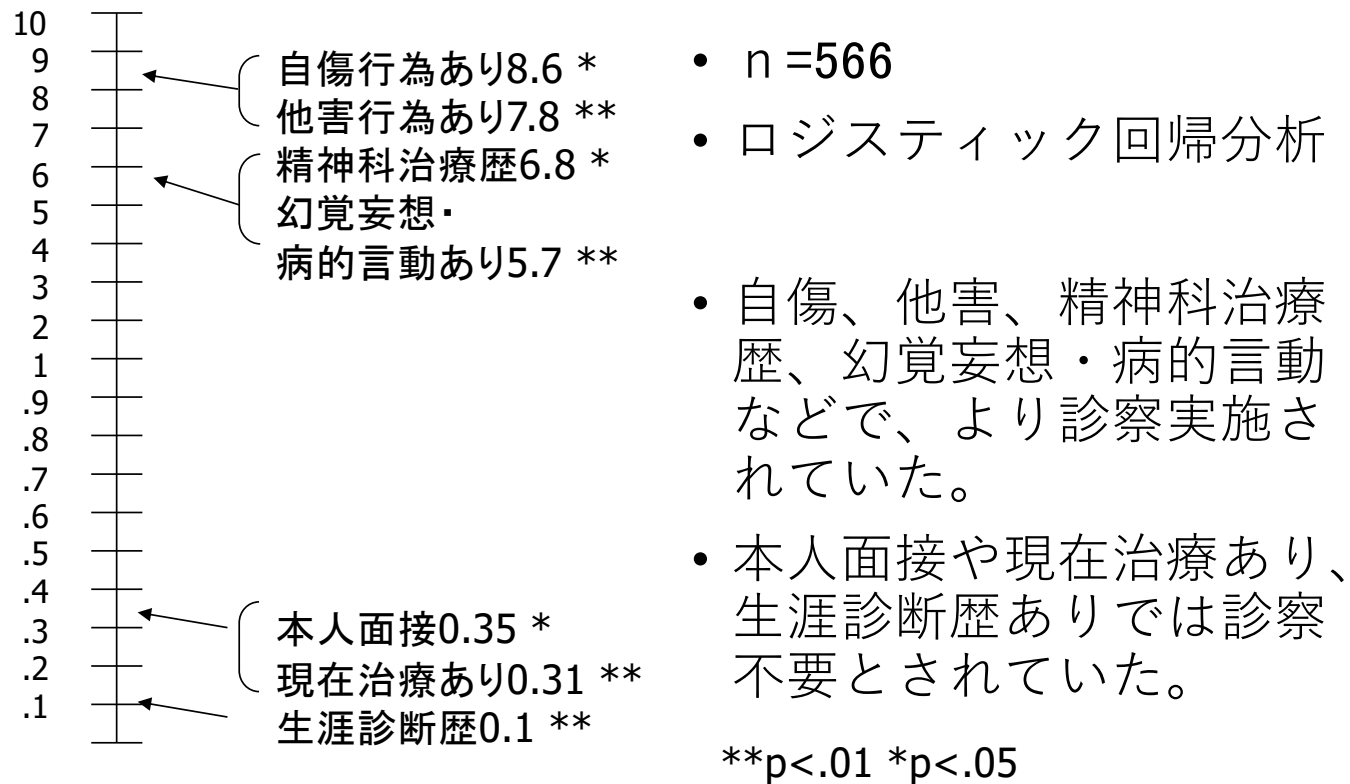
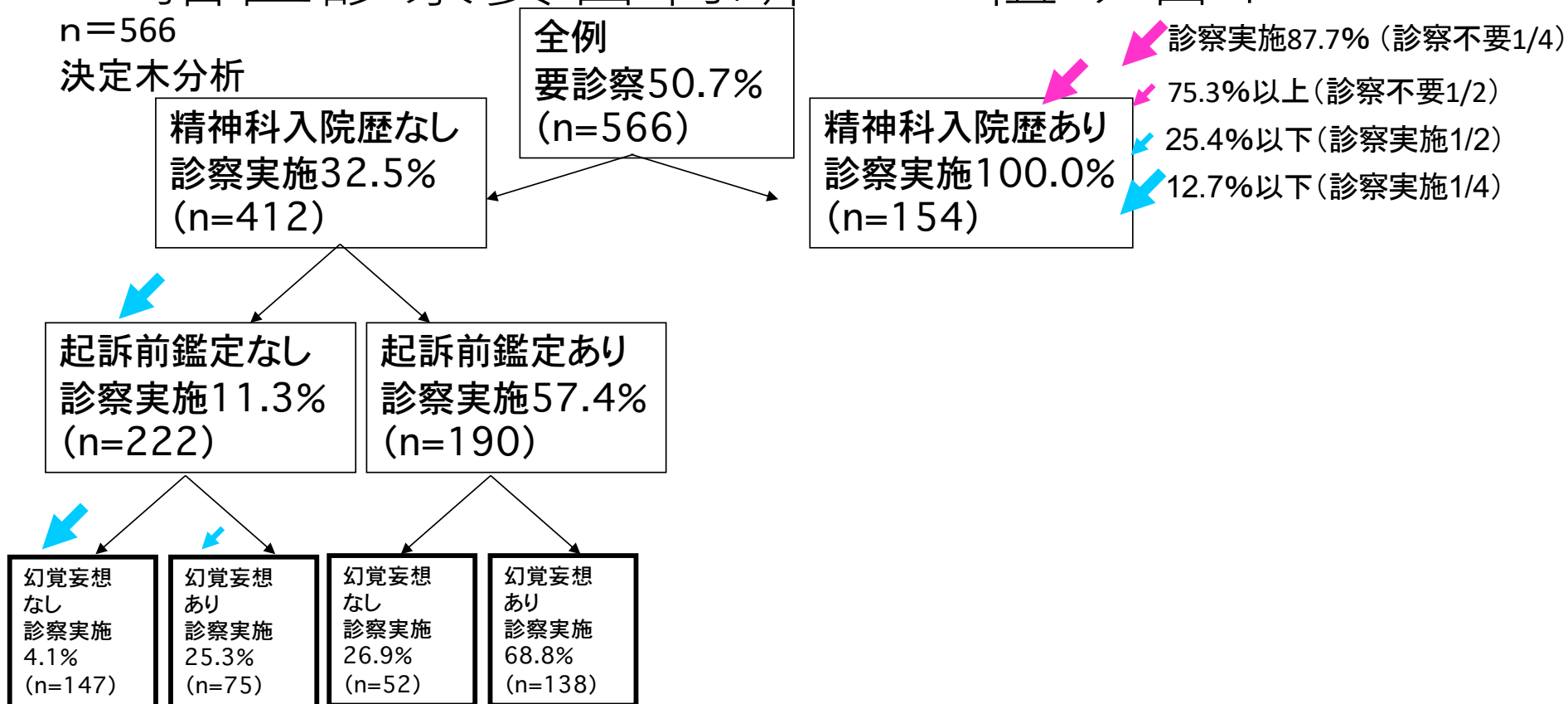


図 2 事前調査各項目の措置診察要否判断への組み合わせ



2010年度 警察官通報

措置通報および措置入院の実態に関する研究

その2（2）

精神保健福祉法第24条に基づく

検察官通報の現状把握に関する研究

《6》指定医の措置要否判断の傾向について

研究分担者： 瀬戸 秀文（福岡県立精神医療センター太宰府病院）

研究協力者： 稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／保健管理センター），太田 順一郎（岡山市こころの健康センター），小口 芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室），小池 純子（国立精神・神経医療研究センター），椎名 明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門），島田 達洋（栃木県精神保健福祉センター），中西 清晃（国立精神・神経医療研究センター），中村 仁（長崎県精神医療センター），藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター）（敬称略・五十音順）

要旨

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）第24条に基づく検察官通報の現状を把握するため、2020年4月1日から2020年9月30日における検察官通報例について、全国すべての都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、調査を行った。

この研究について、1つの報告書とすると、かなりの分量となってしまふ。このため、この報告書は、次の6つに分けた。このうち《1》《2》《3》《4》については、2022年度の報告書において報告した。2023年度においては《5》《6》について報告する。

《1》 検察官通報調査の概要と転帰（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《2》 検察官通報の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《3》 事前調査の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《4》 指定医診察例の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=288）

《5》 事前調査における措置診察要否判断の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=566）

《6》 措置診察における措置要否判断の検討（2020年4月1日から2020年9月30日、n=555）

本稿では、このうち、《6》措置診察における措置要否判断の検討、について、以下、述べることとした。

《6》措置診察における措置要否判断の検討

【目的】 検察官通報における精神保健指定医（以下、指定医という）の判断に際して、措置入院に関する診断書の各項目がどの程度、措置要否判断に影響するか、その傾向を明らかにすることを目的とした。

【方法】 全国 47 都道府県・20 政令指定都市すべての精神保健福祉主管課に対し、調査への協力を求めた。対象は、2020 年 4 月 1 日から 2020 年 9 月 30 日までに受理したすべての検察官通報例とした。37 自治体から 566 例（48.4 歳± 14.7 歳、男性 456 例、女性 110 例）が提出された。指定医による措置診察は 288 例に実施されており、うち 267 例で指定医 2 名の措置診察 534 件、21 例で指定医 1 名の措置診察 21 件、あわせて 555 件の措置診察が実施されていた。この 555 件について、措置入院に関する診断書の各項目を独立変数、措置要否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。

【結果】 ロジスティック回帰分析による各項目の Odds 比は、易怒性・被刺激性亢進 10.9、幻覚妄想状態 4.5、衝動行為 3.5、傷害 3.2、恐喝 0.1 であった。また CHAID 法による決定木分析では、まず易怒性・被刺激性亢進の有無で分岐した。全例では要措置 86.5%であったが、易怒性・被刺激性亢進あり群では 96.6%が要措置と判断されていた。一方、易怒性・被刺激性亢進なし群では要措置 77.2%にとどまり、妄想の有無で分岐、両群とも衝動行為の有無で分岐しており、これらの項目が措置要否判断に影響していた。

【結論】 検察官通報において指定医の措置診察が行われた例では、ロジスティック回帰分析にて、Odds 比それぞれ易怒性・被刺激性亢進 10.9、幻覚妄想状態 4.5、衝動行為 3.5、傷害 3.2 として有意に要措置と判断されていた。恐喝 0.1 は、有意に措置不要と判断されていた。また決定木分析において、それぞれの項目の組み合わせごとの措置要否判断が明らかとなった。

措置要否は、それぞれの因子ごと、また因子の組み合わせを考慮して判断されていた。そして、これらは、いずれも過去の調査と類似の傾向を示しており、指定医の判断は経年的には大きな変化はないと思われた。

A. 研究の背景と目的

措置入院にかかる精神保健指定医（以下、「指定医」という）の判断については、要措置であっても措置不要であっても、論議的となりやすい。

通報を行った警察官や検察官からは、他害行為が再現することを懸念して、要措置とすべきであるとの見解がしばしば出される。一方で、受け入れた医療機関からは、措置入院以外の選択肢がなかったか、医療ではなく司

法の対象ではないのか等の疑念が呈されることも、しばしばである。精神科救急入院料等の施設基準や診療報酬の基準に措置入院件数が加わったことで、受け入れる医療機関の認識に、幾分、変化はあるかも知れないが、医療経済的な手当てだけで措置入院にまつわるすべての問題が解決する訳ではない。患者本人による異議が呈されることがあることはもちろん、措置解除後に退院した患者が、再度の他害行為を行った際に、措置入院をしてい

たことを、再度の他害行為の被害者や関係者等から問題視される場面もありうる。措置診察となった患者について、指定医が措置要否を、きちんと見極めることは、とても大切である。

措置要否判断の傾向については、2000年度のすべての申請・通報・届出について対象とした調査（以下「2000年調査」という）、2008年度の検察官通報・2010年5月と11月の警察官通報調査（以下「2008年検察官&2010年警察官調査」、前者単独の場合は「2008年検察官調査」という）がある¹⁻⁷⁾。

2000年調査においては、同年度になされた、すべての通報・申請・届出（ただし警察官通報については2000年5月および2000年11月に限る）を対象として得られた、あわせて1976例において、指定医による措置診察3881件を対象に調査した¹⁻⁴⁾。指定医の判断の傾向として、診断書項目の措置要否判断へのOdds比は、殺人4.11、自殺企図4.00、幻覚妄想3.32、精神運動興奮3.15、傷害2.90、放火または弄火2.43、措置入院歴2.14、自傷2.01、躁1.98、微罪1.89、うつ0.69、精神遅滞0.58であった。また、決定木分析では、全3881件は14因子（年齢、性別、措置入院歴、躁、精神運動興奮、幻覚妄想、人格障害、薬物アルコール、残遺性人格変化、傷害、放火、微罪行為、自殺企図、自傷行為）の有無で46群に分類された。そして全例では措置率84.4%であったが、精神運動興奮があれば92.2%に、さらに傷害のおそれが加わると96.6%に上昇した。興奮がない群では73.5%にとどまり、さらに幻覚妄想もなければ60.2%に低下していた。

2008年検察官&2010年警察官調査における措置診察2211件（実人数1106例）についても、同様に検討が行われた⁵⁻⁷⁾。このうちOdds比が有意であったのは、症状の大項目では知覚3.26、思考5.21、感情・情動1.75、意欲3.89、小項目では幻聴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、高揚気分1.95、行為心迫7.00、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などであった。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。問題行動では、措置入院に関する診断書の略号として、A：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動の表記をそのまま用いると、重大な他害行為で、殺人B17.2、放火A2.38、放火B6.66、強制わいせつB12.22、傷害A1.99、傷害B8.72、広義の触法行為で暴行A2.53、暴行B9.97、恐喝B2.28、脅迫A1.62、脅迫B5.08、器物損壊A1.40、器物損壊B4.99、弄火または失火B7.45、家宅侵入A1.49、家宅侵入B5.26、窃盗B2.03、詐欺等B3.37であった。自傷行為では、自殺企図B3.27、自傷B3.37であった。その他の重大な問題行動B5.22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。なお、2008年検察官調査に限定すると、同調査では幻覚妄想26.2、躁11.94、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、詐欺等2.62、器物損壊2.19、強姦0.09などであった。

決定木分析では、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、問題行動、精神症状の双方が指定医の判断に影響していた。そして、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。

たしかに措置入院に関する診断書の症状や

問題行動などの項目の Odds 比や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たものではあるが、指定医の思考過程に類似しており、指定医がどのような点を考慮して措置要否を判断したか、その過程を明らかにする端緒となりうるものと思われた。

こうしたことから、今回、2020年における検察官通報調査においても、指定医の判断について、同様の検討を行うことで、検察官通報について現状を把握し、必要な対応を検討するに当たっての基礎資料とすることとした。

B. 方法

1 対象

2020年4月1日から2020年9月30日までの6ヶ月間において、全国すべての都道府県知事・政令指定都市市長に対して、精神保健福祉法第24条に基づいて検察官通報がなされた「精神障害者又はその疑いのある被疑者又は被告人」について、対象とした。

2 調査の方法

2022年10月15日、全国すべての都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管課に調査票を送付し、転記の上、2022年11月30日までの返送を求めた。

3 調査内容

精神保健福祉法第24条に規定される通報内容や都道府県・政令指定都市における事前調査、精神保健指定医の診察による措置入院に関する診断書、措置入院先医療機関から提出される措置症状消退届の記載内容から、次の項目について、年齢や性別、その他、所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。

このうち、「措置入院に関する診断書」より転記を求めた項目は、次の通りである。

- ① 申請等の添付資料の有無
- ② 年齢・性別
- ③ 病名

- ④ 入院回数
- ⑤ 重大な問題行動
- ⑥ 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
- ⑦ 医学的総合判断
- ⑧ 診断日
- ⑨ この診断書の診断が措置診察か緊急措置診察かの区別

なお、実際の調査票ならびに調査票記載マニュアルならびに記述統計結果は、2022年度報告書に掲載した通りである。

4 統計

「措置入院に関する診断書」より転記された項目のうち、性別、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、現在の状態像を独立変数、医学的総合判断を従属変数として、ロジスティック回帰分析ならびに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 29.0 for Mac OS X, Regression を用い、強制投入法を施行した。

決定木分析は同じく SPSS Statistics 29.0 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、3階層まで、CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection) を施行した。

(倫理的配慮)

以上の研究計画書について、研究代表者が所属する、福岡県立精神医療センター太宰府病院研究審査委員会の審査を受け、2020年12月15日に承認を受けた。

なお、調査予定の時期については、都道府県・政令指定都市の担当課は、新型コロナウイルス感染症（以下、「COVID-19」という。）のパンデミックの影響で繁忙を極めている等の状況を考慮して延期を繰り返さざるをえず、最終的に2022年10月15日に調査票発送に至ったものである。

C. 結果

1 調査対象について

47 都道府県・20 政令指定都市のうち、37 自治体（24 都道府県・13 政令指定都市）から 566 例の提出を受けた。ほか 1 つの自治体から、調査対象期間に該当例がない、との連絡を受けた。13 自治体からは協力できないとの返答があった。16 自治体からは、返答がなかった。

566 例のうち、指定医による措置診察が実施されなかったのは 278 例、実施されたのは 288 例であった。

指定医による措置診察が実施されたのは 288 例で、うち 267 例で指定医 2 名の措置診察 534 件、21 例で指定医 1 名のみ措置診察 21 件であった。あわせて 555 件の措置診察について、以下、検討した。

2 年齢・性別・診断・措置診察の転帰

措置診察が実施された 288 例については、2022 年度報告書《4》指定医診察例の検討に、詳細を報告した。

改めて年齢・性別・診断・措置診察の転帰などの概要を示すと、措置診察が実施された 288 例の年齢は、平均 49.8±標準偏差 14.4 歳であった。性別は、男性 237 例、女性 51 例（男女比 4.6 : 1）であった。

主たる精神障害の診断は、ICD10 コードごとに、F0 器質性 19 例、F1 精神作用物質 16 例、F2 統合失調症 185 例、F3 気分障害 23 例、F4 神経症 4 例、F6 人格障害 3 例、F7 知的障害 9 例、F8 発達障害 5 例、F9 児童思春期 1 例、なし 2 例、不一致 21 例であった。

措置診察の転帰は、措置入院 234 例、措置不要 54 例であった。緊急措置入院したケースはなかった。

3 診断書各項目の度数分布

指定医による措置診察は 288 例に実施され、うち 267 例で指定医 2 名の措置診察 534 件、21 例で指定医 1 名のみ措置診察 21 件、あわせて 555 件の措置診察が行われた。

この 555 件について、性別、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、医学的総合判断の度数分布を、表 1 措置入院に関する診断書各項目の度数分布、に示した。

このうち、意識混濁、もうろう、拒食、異食の 4 項目では、度数 0 であった。また、度数の出現頻度が 5%未満であったのは、せん妄、記銘障害、見当識障害、健忘、思考途絶、思考制止、強迫観念、感情失禁、行為心迫、昏迷、精神運動制止、離人感、させられ体験、解離、拒食、てんかん、自殺念慮、物質依存、不潔行為、殺人、放火、強盗、強制性交、強制わいせつ、恐喝、弄火または失火、詐欺等、自殺企図、自傷であった。

そして、診断書各項目の多重共線性について、重回帰分析の方法で分散拡大係数 VIF (Variance Inflation Factor) を求め、表 2 措置入院に関する診断書各項目の多重共線性の評価、に示した。VIF 値は見当識障害 2.781、記銘障害 2.516 がやや高いものの、ほぼすべての項目とも VIF 値は 1 ないし 2 前後で、基準とされる 10 以下にとどまった。なお、表には示していないが、重大な問題行動について、措置入院に関する診断書では、A : これまでの問題行動、B : 今後おそれのある問題行動、として明確に区別されているため、それぞれ別の項目として分散拡大係数 VIF を求めたところ、詐欺等 A9.77、詐欺等 B10.47 など、10 を越える値となった。このため、重大な問題行動については、A : これまでの問題行動、B : 今後おそれのある問題行動をわけるのはではなく、まとめて集計することとした。

4 措置入院に関する診断書各項目の要措置判断への Odds 比

性別、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、現在の状態像を独立変数、医学的総合判断を従属変数としてロジスティック回帰分析を行い、表 3 措置入院に関する診断書各項目の要措置判断

の Odds 比、に示した。

有意確率 5%以下で、95%信頼区間の下限、上限とも 1 を下回らないか、1 を上回らない項目の Odds 比 (95%信頼区間 下限・上限) および有意確率は、幻覚妄想状態 4.48

(1.64-12.3) $p=0.004$ 、易怒性・被刺激性亢進 10.9 (3.80-31.0) $p<0.01$ 、衝動行為 3.47 (1.57-7.68) $p=0.002$ 、傷害 3.17

(1.25-8.05) $p=0.015$ 、恐喝 0.11 (0.01-0.92) $p=0.042$ であった。統計的に有意であった Odds 比については、図 1 措置診察において、いずれかの指定医が認定した因子の措置要否判断への影響 (Odds 比)、にも示した。

5 決定木分析

性別、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、現在の状態像を独立変数、医学的総合判断を従属変数として、決定木分析を行い、図 2 措置診察において、いずれかの指定医が認定した因子の措置要否判断への影響 (決定木分析)、に示した。

CHAID 法による決定木分析では、まず易怒性・被刺激性亢進の有無で分岐した。全例では要措置 86.5%、措置不要 13.5%であったが、易怒性・被刺激性亢進あり群 266 件では 96.6%が要措置と判断され、ターミナルノードとなって分岐が終了していた。この群では要措置 96.6%、措置不要 3.4%で、措置不要は全例の 4 分の 1 以下であった。

易怒性・被刺激性亢進なし群 289 件は要措置 77.2%にとどまり、妄想の有無で分岐していた。このうち、妄想あり群 201 件は要措置 86.1%に上昇、一方、妄想なし群 88 件は要措置 56.8%に低下していた。

この両群とも衝動行為の有無で分岐しており、いずれもターミナルノード、分岐終了していた。易怒性なし・妄想あり群 201 件は衝動行為の有無で、衝動行為あり群 97 件 (要措置 97.9%) と、衝動行為なし群 104 件 (要措置 75.0%) にわかれた。一方、易怒性

なし・妄想なし群 89 件は衝動行為の有無で、衝動行為あり群 29 件 (要措置 72.4%) と、衝動行為なし群 59 件 (要措置 49.2%) にわかれていた。

D. 考察

1 調査対象について

この報告書における調査対象および年齢・性別・診断など、属性については、昨年度の報告<1>、<2>、<3>、<4>および今年度の報告<5>とは対象の性質が異なっていることに留意を要する。これら、<1>から<5>まで5つの報告は、いずれも1例につき1データであるが、この報告書<6>に限っては、検察官通報 566 例のうち、指定医による措置診察が実施されなかった 278 例のデータは含まれていない。しかも、措置診察が実施された 288 例は、前述のように、うち 267 例で指定医 2 名の措置診察 534 件、21 例で指定医 1 名のみ措置診察 21 件、あわせて 555 件の措置診察について検討しており、母集団に相違がある。

この点、措置診察に際して指定医 2 名が診察した例のみを対象とする方法も考えられるが、現実指定医 1 名の判断で措置不要としている自治体は多く、措置不要例が必要以上に除外されてしまい、指定医の措置要否判断の要点が見えづらくなる。このため、指定医 1 名のデータについて、あえて区別はしないこととした。

ここで、Odds 比や、決定木の分岐の差異を検討するのにあたっては、背景についても留意しておく必要がある。Odds 比は、ある事象が起きる確率の、その事象が起きない確率に対する比であり、念のため、それぞれの研究の母集団について確認しておく。

2000 年調査では、すべての通報申請届出 1976 例に対する 3884 件の措置診察を対象としている。2008 年検察官&2010 年警察官調査では検察官通報または警察官通報で措置診察が行われた 1106 例の措置診察 2211 件を

対象としている。そして2020年検察官調査は、検察官通報された566例のうち、措置診察となった288例の555件の措置診察を対象としている。

2000年調査3884件、2008年検察官&2010年警察官調査2211件、2020年検察官調査555件と、対象ケース数に限れば、2020年検察官調査に比して2008年検察官&2010年警察官調査は約4倍、2000年調査は約8倍の開きがある。また、すべての通報申請届出を対象としたのか、警察官通報と検察官通報の両方か、検察官通報だけか、といった対象による差異も考慮する必要がある。たとえば警察官通報では、興奮が著しい、あるいは、自殺企図など、必ずしも刑事手続きには至らない被通報者の問題行動が見られることも少なくないが、すくなくとも検察官通報であれば、必ず刑事手続きを経ており、少なくとも取り調べが可能な程度の問題行動となる等のバイアスが考えられる。このような差異があるために、前述のように、指定医の判断に至る際の病状の母数や程度に差異があることで、見かけ上、Odds比の差異があるような値となっている可能性は、視野に置く必要がある。

2 措置入院に関する診断書の様式変更と、それに影響を受けた項目について

2020年検察官調査の際に用いられていた措置入院に関する診断書は、2006年9月29日の、各都道府県・各指定都市精神保健福祉主管部(局)長あて厚生労働省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知「精神病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」(平成18年9月29日・障精発第09290005号)により、2006年10月から様式変更とされたものである。特に、この変更によって、重大な問題行動として診断書に列挙されている殺人、放火、強盗、強制性交、強制わいせつ、傷害、暴行、恐喝、脅迫、窃盗、器物破損、弄火または失火、家宅侵入、詐欺等の経済的な問題行動、自殺企

図、自傷、その他の17項目については、診断書ではA：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動、として明確に区別されることとなった。それ以前に用いられていた書式は、1988年5月13日、健医精発第16号、各都道府県精神保健担当部(局)長あて、厚生省保健医療局精神保健課長通知として「精神衛生法の一部を改正する法律による改正後の精神保健法の運用上の留意事項について」にて定められている。この、従前の書式では、問題行動について、1殺人、2傷害、3暴行、4脅迫の群、5自殺企図、6自傷、7不潔の群、8放火または弄火、9器物損壊、10窃盗、11侮辱、12強盗、13恐喝の群、14徘徊、15家宅侵入の群、16性的異常行動、17風俗犯的行動、18無断離院、19無銭飲食、20無賃乗車の群、21その他の、6群として、群ごとに、A：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動を評価する様式となっている⁸⁾。

2000年調査では、当時に用いられていた診断書が、このような様式であったため、問題行動欄の印だけでは、A：これまでの問題行動なのか、B：今後おそれのある問題行動なのか、診断書をみただけでは特定できないという問題があった。

つまり、1殺人、2傷害、3暴行、4脅迫の群において、たとえば1殺人、2傷害の番号に○印が付され、A、B双方に○が付されていた場合、次の7通りの組み合わせが存在することになる。

- (1)「殺人A、殺人B、傷害A、傷害B」
- (2)「殺人A、殺人B、傷害A 」
- (3)「殺人A、殺人B 、傷害B」
- (4)「殺人A 、傷害A、傷害B」
- (5)「殺人A 、傷害B」
- (6)「 殺人B、傷害A、傷害B」
- (7)「 殺人B、傷害A 」

このため、この記載を用いて、問題行動ごとのOdds比や決定木分析を検討することができなかった。

2006年に診断書の様式変更が行われたため、2008年検察官&2010年警察官調査では、このA、Bが項目ごとに独立して検討することでできた。

ただ、今回の2020年検察官調査では、A：これまでの問題行動、B：今後おそれのある問題行動を別々に検討したところ、前述のように、多重共線性の指標であるVIF値が高値となったため、結果として、重大な問題行動のA、Bを、わけずに検討することとした。

このほか、2020年検察官調査では、2008年検察官&2010年警察官調査当時に比して、診断書の様式について、刑法の改正に準拠して、強姦を強制性交と言い換える変更がなされているが、それ以外の項目は2008年検察官&2010年警察官調査と変更はなかった。

なお、これに関連して、措置入院に関する診断書については、2024年4月1日の改正精神保健福祉法の施行にあわせて、2023年7月13日の改正刑法の施行にら、強制性交を不同意性交等、強制わいせつを不同意わいせつに言い換える様式の変更が予定されている。

3 措置要否判断のOdds比について

2000年調査では通報など1976例に対する3884件の措置診察を対象とした。項目別のOdds比および95%信頼区間は、Odds比の高い順に、殺人4.11(2.14-7.89)、自殺企図4.00(2.74-5.85)、幻覚妄想状態3.32(2.67-4.13)、精神運動興奮状態3.15(2.54-3.89)、傷害2.90(2.25-3.73)、放火または弄火2.43(1.66-3.58)、措置入院歴2.14(1.48-3.10)、自傷2.01(1.47-2.73)、躁状態1.98(1.43-2.75)、微罪1.89(1.52-2.37)、うつ状態0.69(0.49-0.96)、精神遅滞0.58(0.40-0.85)であった。なお、年齢、性別、強盗、性的異常行動、不潔、昏迷状態、意識障害、痴呆、人格障害、残遺性人格変化、性心理的障害、薬物依存・アルコール

の各項目は、有意差が認められず計算の過程で自動的に除外されていた。

また、2008年検察官&2010年警察官調査では、通報1106例に対する措置診察2211件を対象とした。項目別のOdds比および95%信頼区間は、Odds比の高い順に、殺人B17.2(2.39-124.34)、暴行B9.97(7.14-13.91)、傷害B8.72(5.91-12.87)、放火B6.66(1.66-27.36)、幻覚妄想5.46(4.26-6.99)、脅迫B5.08(2.94-8.79)、自傷B3.37(2.17-5.22)、自殺企図B3.27(2.07-5.16)、精神運動興奮2.69(2.01-3.66)、放火A2.38(1.03-5.54)、傷害A1.99(1.43-2.67)、抑うつ0.66(0.41-0.98)、その他の状態像0.53(0.39-0.72)、もうろう0.29(0.09-0.93)であった。

統計的に有意であった項目とOdds比について、2008年検察官&2010年警察官調査と2000年調査を比較すると、殺人B17.2(2000年調査：殺人4.11)、傷害A1.99と傷害B8.72(同：傷害2.90)、放火A2.38と放火B6.66(同：放火または弄火2.43)、幻覚妄想5.46(同：幻覚妄想状態3.32)、自傷B3.37(同：自傷2.01)、自殺企図B3.27(同：自殺企図4.00)、精神運動興奮2.69(同：精神運動興奮状態3.15)、抑うつ0.66(同：うつ状態0.69)であった。また、2008年検察官&2010年警察官調査では、このほか、暴行B9.97、脅迫B5.08、その他の状態像0.53、もうろう0.29なども有意であった。また、2000年調査では措置入院歴2.14、躁状態1.98、微罪1.89、精神遅滞0.58などであったが、2008年検察官&2010年警察官調査では有意ではなかった。

この点、2008年検察官調査に限定すると、同調査では幻覚妄想26.2、躁11.94、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、詐欺等2.62、器物損壊2.19、強姦0.09などであった。

2020年検察官調査では、易怒性・被刺激性亢進 10.9、幻覚妄想状態 4.48、衝動行為 3.47、傷害 3.17、恐喝 0.09 となっていた。これらの項目について、2000年調査、2008年検察官&2010年警察官調査と比較すると、まず妄想ないし幻覚妄想については、2020年検察官調査では幻覚妄想状態 4.48、2008年検察官&2010年警察官調査では幻覚妄想 5.46（2008年検察官に限定すると幻覚妄想 26.2）、2000年調査では幻覚妄想状態 3.32 となっていた。また傷害についても、2020年検察官調査では傷害 3.17、2008年検察官&2010年警察官調査では傷害 A 1.99 と傷害 B 8.72（2008年検察官に限定すると傷害 3.98）、2000年調査では傷害 2.90 など、この2項目では、大きく変わらない数字となっていた。また、2020年検察官通報では、易怒性・被刺激性亢進 10.9、衝動行為 3.47、恐喝 0.09 なども有意であった。

4 決定木分析について

2000年調査では通報など 1976例に対する 3884件の措置診察を対象とした。全例は 14因子（年齢、性別、措置入院歴、躁、精神運動興奮、幻覚妄想、人格障害、薬物アルコール、残遺性人格変化、傷害、放火、微罪行為、自殺企図、自傷行為）の有無で 46群に分類された。そして全例では措置率 84.4%であったが、精神運動興奮があれば 92.2%に、さらに傷害のおそれが加わると 96.6%に上昇した。興奮がない群では 73.5%にとどまり、さらに幻覚妄想もなければ 60.2%に低下した。

また、2008年検察官&2010年警察官調査では、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、2008年検察官調査に限定すると、幻覚妄想で分岐し、幻覚妄想あり群は暴行の有無、暴行あり群は器物損壊の有無で分岐していた。幻覚妄想なし群は、自傷の有無で分岐し、自傷なし群は家宅侵入の有無で分岐していた。

2020年検察官調査では、まず易怒性・被刺激性亢進の有無で分岐した。全例では要措置 86.5%であったが、易怒性・被刺激性亢進あり群では 96.6%が要措置と判断されていた。一方、易怒性・被刺激性亢進なし群では要措置 76.9%にとどまり、妄想の有無で分岐、両群とも衝動行為の有無で分岐しており、これらの項目が措置要否判断に影響していた。

今回の結果、まず易怒性・被刺激性亢進の有無を検討し、次いで妄想の有無を検討、さらに衝動行為の有無を検討するという過程は、統計的なロジックのみで得られた手順ではある。ただ、易刺激的かどうか、妄想はあるかどうか、そして衝動性はどうかという順番で考えるのも、指定医の思考過程に類似しているといえる。そもそも措置入院に関する診断書は指定医の思考過程を示した資料であり、その解析を行った訳なので、統計処理を行っただけとはいえ、その背景にある思考過程が表出されても不自然ではない。

そして、2000年調査、2008年検察官&2010年警察官調査でも指摘されているように、「易怒性あり、妄想なし、衝動行為あり」等の群は、精神病症状なしでも要措置とされる余地があり、慎重な判断を要する。引き続き他の問題行動や精神症状との関係性を検討することが必要である。

また、度数の出現頻度が少ない項目については、Odds 比を求めても統計的に有意となりにくいところがあった。この点、対象を検察官通報のみとしたことで、昏迷や精神運動制止などの精神症状、あるいは自殺企図、自

傷など自傷行為は、刑事司法からはかわりにくく、Oddsを求めることや、決定木の分岐の対象外となったものと思われた。

これらの結果は、過去の調査と類似の傾向を示しており、指定医の判断に大きな変化はないと思われる。

5 COVID-19の影響

この調査の対象とした2020年4月1日から2020年9月30日までの6ヶ月間は、COVID-19パンデミックの初期にあたる。この時期、3月2日に全国の学校が休校、3月24日に東京オリンピック延期、有名人の死去が報じられ、4月7日には第1波に対応して一部都府県に緊急事態宣言が発出、4月16日には全国に広げられる等で社会全体が外出自粛、感染防止に神経質となり、保健所も感染者への対応で多忙をきわめていた。その後、医療機関や福祉施設でのクラスターが問題となる一方で、5月17日の週で第1波が終息した頃には飲食店への休業要請等で産業への影響が無視できなくなり、Go To トラベルキャンペーン等の経済対策が開始され始めた。その後、第2波がおさまったのが9月21日から27日までの週とされている。なお、COVID-19ワクチン接種が開始されたのは2021年2月17日からである。この時期は、社会全体が未知の感染症に戦々恐々とし、保健所の業務逼迫が切実な問題として報じられていた。

このような状況の時期であり、通報や措置要否判断にも何らかの影響を与えた可能性はあるが、この研究で得られた指標からは、COVID-19の影響を指摘するには至らない。とはいえ、COVID-19パンデミックの初期で、その影響があった可能性は否定できないため言及しておく。

6 その他

本稿執筆に際して、かつての措置入院に関する診断書の書式を探したが、この様式が使用されていた当時の書籍にあたり、ようやく、この様式がどのような制定経緯であった

かを知ることができた。

インターネットにより、現在、必要な情報は瞬時に検索し、呈示できる一方で、すこし前の診断書様式などは、改正のたびに公式の検索からは削除されてしまい、とたんに資料にあたるのが困難となってしまっている。

このような研究を行う上で、かつての資料がさほどの困難なく入手できることは、大切であり、法改正等に際しては、その時点で改正される以前の資料は、電子的に利用可能な形で保管、公表され続けるべきであると考えられた。

7 まとめ

検察官通報において指定医の診察が行われた例では、易怒性・被刺激性亢進、幻覚妄想状態、衝動行為、傷害などが認められる例で有意に要措置と判断されていた。これらは、過去の調査と類似の傾向を示しており、指定医の判断に大きな変化はないと思われた。

たしかに措置入院に関する診断書の症状や問題行動などの項目のOdds比や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たものではある。しかし、統計処理の元となった措置入院に関する診断書は、指定医の思考過程をもとに作成されたものである。このため、得られた結果は単に統計的な論理によって求められた値ではなく、その背景には指定医の思考過程が存在しており、指定医の思考過程に類似するのは当然といえる。このように、指定医は症状の重さを評価し、また症状が問題行動にどのように関係しているかを考慮して措置要否を判断していることが、これまでの調査によって、その過程が、すこしずつ明らかになってきているとも思われた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表 準備中

2.学会発表 準備中

G. 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

文献

1) 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, 厚生労働科学研究補助金(障害保健福祉総合研究事業)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年度総括・分担研究報告書, 2006

2) 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, 1067-1074, 2007

3) 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, 厚生労働科学研究補助金(障害保健福祉総合研究事業)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年度総括・分担研究報告書, 2007

4) 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, 469-478, 2009

5) 吉住昭, 島田達洋, 小口芳世, 他(執筆担当: 瀬戸秀文): 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, 厚生労働科学研究補助金(障害車対策総合研究事業)医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関

する研究_平成25年度_総括・分担研究報告書, 2014

6) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋他(執筆担当: 瀬戸秀文): 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, 厚生労働科学研究補助金(障害車対策総合研究事業)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

7) 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

8) 厚生省保健医療局精神保健課 監修: 精神保健福祉関係法令通知集. pp189-233, ぎょうせい, 東京, 1996

表1 措置入院に関する診断書各項目の度数分布（2枚組1枚目）

措置診断書の項目	度数	最小値	最大値	n	平均値	標準偏差
性別	555	0	1	454	0.82	0.386
I1意識混濁	555	0	0	0	0	0
I2せん妄	555	0	1	4	0.01	0.085
I3もうろう	555	0	0	0	0	0
II知能障害	555	0	1	34	0.06	0.24
III1記銘障害	555	0	1	21	0.04	0.191
III2見当識障害	555	0	1	16	0.03	0.167
III3健忘	555	0	1	20	0.04	0.187
IV1幻聴	555	0	1	237	0.43	0.495
IV2幻視	555	0	1	32	0.06	0.233
V1妄想	555	0	1	390	0.7	0.457
V2思考途絶	555	0	1	16	0.03	0.167
V3連合弛緩	555	0	1	147	0.26	0.442
V4滅裂思考	555	0	1	72	0.13	0.336
V5思考奔逸	555	0	1	42	0.08	0.265
V6思考制止	555	0	1	7	0.01	0.112
V7強迫観念	555	0	1	11	0.02	0.14
VI1感情平板化	555	0	1	56	0.1	0.301
VI2抑うつ気分	555	0	1	26	0.05	0.212
VI3高揚気分	555	0	1	65	0.12	0.322
VI4感情失禁	555	0	1	3	0.01	0.073
VI5焦燥激越	555	0	1	45	0.08	0.273
VI6易怒性被刺激性亢進	555	0	1	266	0.48	0.5
VII1衝動行為	555	0	1	309	0.56	0.497
VII2行為心迫	555	0	1	17	0.03	0.172
VII3興奮	555	0	1	140	0.25	0.435
VII4昏迷	555	0	1	2	0	0.06
VII5精神運動制止	555	0	1	4	0.01	0.085
VII6無為無関心	555	0	1	29	0.05	0.223
VIII1離人感	555	0	1	3	0.01	0.073
VIII2させられ体験	555	0	1	21	0.04	0.191
VIII3解離	555	0	1	2	0	0.06
IX1拒食	555	0	1	3	0.01	0.073
IX2過食	555	0	0	0	0	0

表1 措置入院に関する診断書各項目の度数分布（2枚組2枚目）

措置診断書の項目	度数	最小値	最大値	n	平均値	標準偏差
IX3異食	555	0	0	0	0	0
重要1てんかん	555	0	1	5	0.01	0.095
重要2自殺念慮	555	0	1	14	0.03	0.157
重要3物質依存	555	0	1	23	0.04	0.199
問題行動1暴言	555	0	1	100	0.18	0.385
問題行動2徘徊	555	0	1	33	0.06	0.237
問題行動3不潔行為	555	0	1	12	0.02	0.146
状態像1幻覚妄想	555	0	1	355	0.64	0.481
状態像2精神運動興奮	555	0	1	106	0.19	0.393
状態像3昏迷	555	0	1	3	0.01	0.073
状態像4残遺状態	555	0	1	50	0.09	0.287
状態像5抑うつ状態	555	0	1	18	0.03	0.177
状態像6躁状態	555	0	1	46	0.08	0.276
状態像7せん妄状態	555	0	1	4	0.01	0.085
状態像8もうろう状態	555	0	0	0	0	0
状態像9認知症状態	555	0	1	17	0.03	0.172
措置01殺人	555	0	1	15	0.03	0.162
措置02放火	555	0	1	20	0.04	0.187
措置03強盗	555	0	1	6	0.01	0.104
措置04強制性交	555	0	1	4	0.01	0.085
措置05強制わいせつ	555	0	1	19	0.03	0.182
措置06傷害	555	0	1	215	0.39	0.488
措置07暴行	555	0	1	258	0.46	0.499
措置08恐喝	555	0	1	19	0.03	0.182
措置09脅迫	555	0	1	74	0.13	0.34
措置10窃盗	555	0	1	93	0.17	0.374
措置11器物損壊	555	0	1	177	0.32	0.466
措置12弄火または失火	555	0	1	12	0.02	0.146
措置13家宅侵入	555	0	1	102	0.18	0.388
措置14詐欺等	555	0	1	18	0.03	0.177
措置15自殺企図	555	0	1	19	0.03	0.182
措置16自傷	555	0	1	21	0.04	0.191
措置17その他	555	0	1	105	0.19	0.392
医学的総合判断	555	0	1	480	0.86	0.342

表2 措置入院に関する診断書各項目の多重共線性の評価（2枚組1枚目）

措置診断書の項目	非標準化係数		標準化係数 t 値		有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
(定数)	0.426	0.055		7.692	<.001		
性別	0.044	0.039	0.05	1.149	0.251	0.773	1.293
I2せん妄	0.357	0.276	0.088	1.292	0.197	0.313	3.197
II知能障害	-0.124	0.063	-0.087	-1.975	0.049	0.759	1.317
III1記銘障害	-0.087	0.111	-0.049	-0.785	0.433	0.382	2.618
III2見当識障害	-0.064	0.138	-0.031	-0.465	0.642	0.32	3.121
III3健忘	0.016	0.096	0.009	0.166	0.868	0.533	1.875
IV1幻聴	0.01	0.032	0.015	0.32	0.749	0.671	1.49
IV2幻視	0.043	0.062	0.03	0.699	0.485	0.818	1.223
V1妄想	0.131	0.04	0.175	3.273	0.001	0.512	1.952
V2思考途絶	0.071	0.09	0.035	0.784	0.434	0.75	1.333
V3連合弛緩	0.023	0.035	0.03	0.658	0.511	0.723	1.383
V4滅裂思考	0.008	0.045	0.008	0.187	0.852	0.753	1.328
V5思考奔逸	0.055	0.06	0.042	0.912	0.362	0.681	1.469
V6思考制止	0.187	0.156	0.061	1.193	0.233	0.562	1.78
V7強迫観念	0.07	0.102	0.029	0.687	0.493	0.849	1.178
VI1感情平板化	0.068	0.056	0.06	1.211	0.227	0.599	1.67
VI2抑うつ気分	-0.121	0.1	-0.075	-1.214	0.225	0.384	2.601
VI3高揚気分	0.113	0.057	0.107	1.974	0.049	0.5	1.999
VI4感情失禁	-0.211	0.193	-0.045	-1.096	0.273	0.857	1.167
VI5焦燥激越	-0.033	0.054	-0.027	-0.624	0.533	0.8	1.249
VI6易怒性被刺激性亢進	0.147	0.032	0.215	4.558	<.001	0.657	1.521
VII1衝動行為	0.103	0.03	0.149	3.43	<.001	0.771	1.298
VII2行為心迫	0.056	0.084	0.028	0.664	0.507	0.811	1.233
VII3興奮	0.008	0.039	0.01	0.209	0.834	0.592	1.691
VII4昏迷	-0.03	0.247	-0.005	-0.122	0.903	0.779	1.284
VII5精神運動制止	0.136	0.219	0.034	0.622	0.534	0.499	2.003
VII6無為無関心	0.007	0.073	0.004	0.092	0.927	0.648	1.543
VIII1離人感	0.233	0.22	0.05	1.06	0.29	0.657	1.522
VIII2させられ体験	0.111	0.074	0.062	1.487	0.138	0.85	1.177
VIII3解離	0.255	0.241	0.045	1.057	0.291	0.818	1.223
IX1拒食	0.014	0.208	0.003	0.068	0.946	0.732	1.365

表2 措置入院に関する診断書各項目の多重共線性の評価（2枚組2枚目）

	非標準化係数		標準化係数 t 値		有意確率	共線性の統計量	
	B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
重要1てんかん	-0.12	0.149	-0.033	-0.803	0.422	0.861	1.161
重要2自殺念慮	0.016	0.115	0.007	0.138	0.89	0.528	1.892
重要3物質依存	-0.095	0.073	-0.056	-1.303	0.193	0.805	1.242
問題行動1暴言	-0.032	0.042	-0.036	-0.75	0.453	0.651	1.537
問題行動2徘徊	0	0.062	0	-0.002	0.999	0.787	1.27
問題行動3不潔行為	0.033	0.105	0.014	0.313	0.755	0.731	1.369
状態像1幻覚妄想	0.105	0.041	0.148	2.596	0.01	0.452	2.211
状態像2精神運動興奮	0.044	0.044	0.051	1.006	0.315	0.569	1.757
状態像3昏迷	0.317	0.222	0.068	1.426	0.155	0.645	1.551
状態像4残遺状態	-0.01	0.056	-0.009	-0.181	0.856	0.655	1.527
状態像5抑うつ状態	0.159	0.124	0.082	1.285	0.199	0.356	2.805
状態像6躁状態	0.045	0.073	0.037	0.625	0.532	0.428	2.336
状態像7せん妄状態	-0.245	0.261	-0.061	-0.938	0.349	0.351	2.852
状態像9認知症状態	0.257	0.105	0.129	2.45	0.015	0.524	1.908
措置01殺人	-0.069	0.087	-0.033	-0.794	0.428	0.869	1.151
措置02放火	0.015	0.085	0.008	0.173	0.863	0.674	1.483
措置03強盗	0.009	0.161	0.003	0.054	0.957	0.615	1.625
措置04強制性交	-0.174	0.192	-0.043	-0.904	0.367	0.646	1.549
措置05強制わいせつ	0.055	0.088	0.029	0.621	0.535	0.665	1.504
措置06傷害	0.072	0.033	0.103	2.207	0.028	0.673	1.485
措置07暴行	0.018	0.034	0.027	0.54	0.589	0.601	1.663
措置08恐喝	-0.127	0.088	-0.068	-1.444	0.149	0.669	1.494
措置09脅迫	0.005	0.043	0.005	0.121	0.904	0.792	1.262
措置10窃盗	0.075	0.042	0.081	1.791	0.074	0.709	1.41
措置11器物損壊	0.012	0.032	0.017	0.396	0.692	0.792	1.263
措置12弄火または失火	0.038	0.113	0.016	0.339	0.735	0.634	1.578
措置13家宅侵入	0.029	0.038	0.033	0.767	0.443	0.795	1.258
措置14詐欺等	0.006	0.079	0.003	0.083	0.934	0.882	1.134
措置15自殺企図	0.107	0.098	0.057	1.085	0.278	0.535	1.869
措置16自傷	-0.105	0.082	-0.059	-1.282	0.201	0.699	1.43
措置17その他	0.052	0.039	0.06	1.35	0.178	0.739	1.352

表3 措置入院に関する診断書各項目の要措置判断のOdds比（2枚組1枚目）

措置診断書の項目	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B) Odds比	95% 信頼区間 下限	上限
性別	0.284	0.511	0.308	1	0.579	1.328	0.488	3.617
I2せん妄	61.661	27412	0	1	0.998	6E+26	0	.
II知能障害	-1.241	0.693	3.211	1	0.073	0.289	0.074	1.123
III1記銘障害	-2.305	1.518	2.307	1	0.129	0.1	0.005	1.953
III2見当識障害	-0.87	3.1	0.079	1	0.779	0.419	0.001	182.38
III3健忘	0.966	1.391	0.482	1	0.487	2.628	0.172	40.161
IV1幻聴	-0.213	0.435	0.24	1	0.624	0.808	0.344	1.896
IV2幻視	0.547	0.818	0.447	1	0.504	1.728	0.348	8.586
V1妄想	0.948	0.496	3.655	1	0.056	2.58	0.976	6.817
V2思考途絶	18.85	8160	0	1	0.998	2E+08	0	.
V3連合弛緩	0.508	0.542	0.876	1	0.349	1.661	0.574	4.81
V4滅裂思考	0.31	0.698	0.197	1	0.657	1.363	0.347	5.352
V5思考奔逸	0.193	0.984	0.038	1	0.845	1.212	0.176	8.344
V6思考制止	19.822	13754	0	1	0.999	4E+08	0	.
V7強迫観念	0.714	1.218	0.343	1	0.558	2.042	0.188	22.238
VI1感情平板化	0.922	0.831	1.231	1	0.267	2.514	0.493	12.815
VI2抑うつ気分	-1.224	1.026	1.422	1	0.233	0.294	0.039	2.199
VI3高揚気分	2.251	1.184	3.615	1	0.057	9.501	0.933	96.748
VI4感情失禁	-3.179	1.742	3.332	1	0.068	0.042	0.001	1.264
VI5焦燥激越	-1.186	0.837	2.006	1	0.157	0.306	0.059	1.576
VI6易怒性被刺激性亢進	2.385	0.535	19.873	1	<.001	10.854	3.804	30.966
VII1衝動行為	1.244	0.405	9.439	1	0.002	3.47	1.569	7.676
VII2行為心迫	0.875	1.349	0.421	1	0.517	2.399	0.17	33.765
VII3興奮	0.43	0.712	0.366	1	0.545	1.538	0.381	6.203
VII4昏迷	14.334	24170	0	1	1	2E+06	0	.
VII5精神運動制止	3.103	30307	0	1	1	22.257	0	.
VII6無為無関心	0.571	1.317	0.188	1	0.664	1.771	0.134	23.422
VIII1離人感	15.856	36166	0	1	1	8E+06	0	.
VIII2させられ体験	19.786	7097.8	0	1	0.998	4E+08	0	.
VIII3解離	21.149	25529	0	1	0.999	2E+09	0	.
IX1拒食	18.463	19637	0	1	0.999	1E+08	0	.

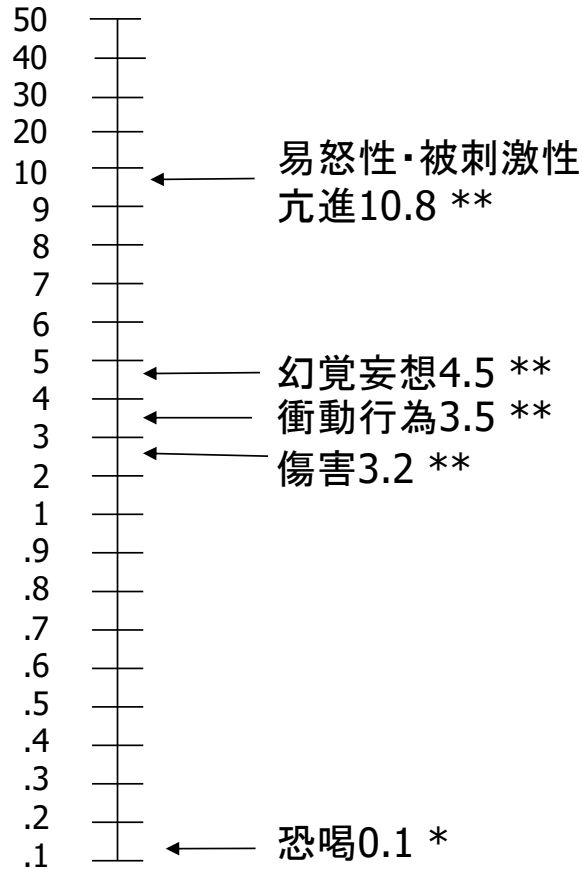
有意確率5%以下の項目について、背景を黄色で示した。

表3 措置入院に関する診断書各項目の要措置判断のOdds比（2枚組2枚目）

措置診断書の項目	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B) Odds比	95% 信頼区間 下限	上限
重要1てんかん	-2.136	1.593	1.799	1	0.18	0.118	0.005	2.678
重要2自殺念慮	-0.451	1.132	0.159	1	0.69	0.637	0.069	5.862
重要3物質依存	-0.74	0.874	0.717	1	0.397	0.477	0.086	2.645
問題行動1暴言	-0.607	0.652	0.866	1	0.352	0.545	0.152	1.957
問題行動2徘徊	-0.46	0.95	0.234	1	0.628	0.632	0.098	4.064
問題行動3不潔行為	17.541	9533.5	0	1	0.999	4E+07	0	.
状態像1幻覚妄想	1.499	0.517	8.393	1	0.004	4.476	1.624	12.339
状態像2精神運動興奮	0.862	0.793	1.182	1	0.277	2.368	0.501	11.2
状態像3昏迷	20.724	18650	0	1	0.999	1E+09	0	.
状態像4残遺状態	-0.301	0.71	0.179	1	0.672	0.74	0.184	2.978
状態像5抑うつ状態	1.559	1.547	1.015	1	0.314	4.754	0.229	98.627
状態像6躁状態	-0.198	1.091	0.033	1	0.856	0.821	0.097	6.969
状態像7せん妄状態	-39.99	23271	0	1	0.999	0	0	.
状態像9認知症状態	4.932	3.173	2.417	1	0.12	138.69	0.276	69588
措置01殺人	0.089	1.064	0.007	1	0.934	1.093	0.136	8.797
措置02放火	0.109	1.016	0.011	1	0.915	1.115	0.152	8.169
措置03強盗	2.31	2.257	1.048	1	0.306	10.075	0.121	839.98
措置04強制性交	-1.179	1.971	0.358	1	0.55	0.308	0.006	14.653
措置05強制わいせつ	0.911	1.165	0.612	1	0.434	2.487	0.254	24.385
措置06傷害	1.154	0.475	5.89	1	0.015	3.17	1.249	8.048
措置07暴行	0.014	0.44	0.001	1	0.974	1.014	0.428	2.403
措置08恐喝	-2.406	1.185	4.124	1	0.042	0.09	0.009	0.919
措置09脅迫	0.174	0.559	0.096	1	0.756	1.19	0.397	3.561
措置10窃盗	0.655	0.552	1.407	1	0.236	1.925	0.652	5.685
措置11器物損壊	0.062	0.43	0.021	1	0.885	1.064	0.458	2.473
措置12弄火または失火	-0.471	1.435	0.108	1	0.743	0.625	0.037	10.409
措置13家宅侵入	0.507	0.483	1.102	1	0.294	1.66	0.644	4.277
措置14詐欺等	-0.135	0.964	0.02	1	0.889	0.874	0.132	5.776
措置15自殺企図	1.898	1.133	2.805	1	0.094	6.674	0.724	61.53
措置16自傷	-0.686	1.033	0.44	1	0.507	0.504	0.066	3.819
措置17その他	0.629	0.501	1.578	1	0.209	1.876	0.703	5.007
定数	-1.969	0.67	8.639	1	0.003	0.14		

有意確率5%以下の項目について、背景を黄色で示した。

図 1 措置診察において、いずれかの指定医が認定した因子の措置要否判断への影響（Odds比）



- n=555ロジスティック回帰分析
- 被刺激性亢進、幻覚妄想、衝動行為、傷害などで要措置との判断がなされた。
- 恐喝では措置不要と判断された。

- 独立変数同士に強い相関関係があるか線形関係が成立する場合、小数の値が追加されるだけで回帰式が大きく変化するなどの弊害が生じ、多重共線性があるという。
- 多重共線性を評価するVIF (Variance Inflation Factors) 値を求めたところ、強盗AB、窃盗AB、詐欺A、その他ABにおいてVIF5以上、詐欺Bにおいて10.5と上昇していた。他害行為ABをまとめると、この問題は回避できた。このため今回は他害行為ABをまとめて評価した。

*p<.05 **p<.01

図 2 措置診察において、いずれかの指定医が認定した因子の措置要否判断への影響（決定木分析）

