

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１（１）

措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する前向き コホート研究：措置入院中の精神障害者の社会機能に関する検討

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：*稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／同保健管理センター）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、大塚達以（宮城県立精神医療センター）、中西清晃（国立精神・神経医療研究センター）、酢野 貢（石川県立高松病院）、渡辺純一（井之頭病院）、岩永英之（国立病院機構肥前精神医療センター）、横島孝至（沼津中央病院）、奥野栄太（国立病院機構琉球病院）、中村 仁（長崎県精神医療センター）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、吉住 昭（医療法人社団翠会八幡厚生病院）

*論文執筆者

要旨

【目的】措置入院患者の措置入院時、措置解除時の社会機能と、措置入院中の社会機能の改善度について検討する。

【方法】『措置入院患者の前向きコホート研究』のデータベースから 2016 年 6 月 1 日以降に協力施設に措置入院となり、2018 年 11 月 18 日までに措置解除となった患者のデータを抽出し、個人的・社会的機能遂行度尺度（Personal and Social Performance Scale: PSP）により評価された措置入院時、および措置解除時の社会機能と、措置入院期間中の改善度について検討した。

【結果】対象患者は男性 202 人、女性 115 人の合計 317 人（平均年齢 43.2 歳）で、対象患者の 90.9%を警察官通報、59.0%を統合失調症圏が占め、80.8%が今回の措置入院より前に精神科治療歴を、52.1%が精神科入院歴を、22.7%が措置入院歴を有していた。平均措置入院期間は 66.1 日であった。措置入院中に PSP の 4 つの下位項目のうち、「セルフケア」は平均 3.85 点から 2.17 点まで、「社会的に有用な活動」は 4.21 点から 2.63 点まで、「個人的・社会的関係」は 4.36 点から 2.72 点まで、「不穏な・攻撃的な行動」は 4.89 点から 2.00 点まで、PSP 総得点は平均 24.0 点から 61.2 点までいずれも統計学的有意に改善していた。

【考察】今回の中間解析の結果、措置入院機関中の社会機能の平均改善度が PSP 総合点で 37.2 点に相当することが示された。

A. 研究の背景と目的

厚生労働省公表の衛生行政報告例によれば、平成 29 年度のわが国では 6,899 人の精神障

害患者が措置入院となったことが示されている¹⁾。措置入院となる際には、精神障害のために自身を傷つける、あるいは他人に害を及ぼ

す恐れがあることが要求され、一方、措置解除に際しては、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れなくなることが要件とされるが、これらの基準には曖昧な点があり、精神保健指定医間の判断に齟齬が見られる可能性を否定できない。措置入院が都道府県知事・政令指定市長の命令に基づく行政処分的一种であり、その費用が公費によって賄われることを考慮すると、かかる齟齬は医療の公平性や納税者に対する説明責任の点で問題であり、客観的指標に基づく検証が必要と思われる。現在、われわれは『措置入院患者の前向きコホート研究 (Prospective Cohort Study of Patients with Mental Illness Hospitalized Compulsorily by Prefectural Governors: 以下、ProCessors 研究)』と呼ばれる研究を実施しているが、今回われわれは 2018 年 11 月 18 日までにこの研究に登録された患者の入院時、および措置解除時データを利用して、措置入院期間中の社会機能の改善の程度について予備的検討を行った。

B. 方法

ProCessors 研究は協力施設に措置入院となった全ての患者を対象とした現在進行中の前向きコホート研究である。入院の際に対象患者は『措置入院に関する診断書』と診療録の記載に基づいて、①性別、②生年月日、③措置入院年月日、④入院時点の精神科主診断、精神科従診断、身体合併症、⑤措置入院に際しての申請等の形式、⑥精神科治療歴、⑦措置要件、⑧精神症状、問題行動、状態像などの概要などについて登録されるとともに、『個人的・社会的機能遂行度尺度 (Personal and Social Performance Scale: PSP)』と呼ばれる評価尺度による社会機能の評価を受けた。登録完了後、対象患者は概ね月 1 回のペースで PSP の評価を受け、措置解除の際には PSP 評価と併せて、『症状消退届』と診療録の記載に基づいて、⑩措置解除時の精神科主診断、精

神科従診断、身体合併症、⑪措置解除年月日、⑫措置解除後の処置に関する意見、⑬措置解除時処方に関する情報が、また、退院時には⑭退院年月日、⑮退院後の帰住先、⑯退院時処方に関する情報が登録された。

PSP とは、Morosini ら²⁾によって作成された精神障害者の社会機能を評価する尺度で、「セルフケア」、「社会的に有用な活動」、「個人的・社会的関係」、「不穏な・攻撃的な行動」の 4 つの下位項目より成るプロフィール型評価尺度としてのパートと、Global Assessment of Functioning (GAF: 機能の全体的評定尺度)³⁾と同様に、1 点 (最低レベル) から 100 点 (最高レベル) の範囲で包括的に社会機能を評価するインデックス型評価尺度である「PSP 総得点」のパートから構成されている。4 つの下位項目はそれぞれマニュアルのアンカーポイントにしたがって、症状なし (1 点) から最重度 (6 点) までの 6 段階で評価される。PSP 総得点はマニュアルに記載されているアンカーポイントに基づいて、4 つの下位項目の評点から操作的に 1~10 点、11~20 点、……、91~100 点の 10 点刻みの 10 カテゴリーに分類され、1 桁目の点数は評価者が判断するようになっている。PSP には Morosini らによる原版以外に複数の版が存在するが、ProCessors 研究では UBC 社版 PSP の日本語版⁴⁾を採用した。PSP は対象者の直近 4 週間程度の状態を考慮して評価されるのが一般的であるが、臨床現場の実態としては、措置解除決定の際に過去 4 週の症状に基づいて決定されるとは考えにくいと思われたので、本研究では直近 2 週間の状態を評価することとした。また、措置解除・継続の判断とは独立した PSP 評価を行うために、ProCessors 研究では事前に訓練を受けた看護師、あるいは後期研修医により評価を行うことにした。

今回の中間報告では ProCessors 研究に 2018 年 11 月 18 日までに登録され、かつ、同日までに措置解除された患者を対象に、対象患者の背景因子、措置入院時の精神症状・状

態像の概要, 措置入院時の PSP 評点に関する単純集計, およびクロス集計を行うとともに, 措置入院期間中の社会機能の改善度について検討を行った。検討に際しては, 措置入院前後の比較を行う場合は Wilcoxon の符号付順位検定を, 2 群間の比較を行う場合は Wilcoxon の順位和検定を, 3 群以上の群間比較を行う場合は Steel-Dwass 検定を行い, 解析ソフト JMP 11.0 を使用することとした。

ProCessors 研究を実施するにあたっては, 研究グループの長である瀬戸秀文が所属する長崎県精神医療センター内の研究倫理審査委員会による承認(承認日:2016 年 4 月 15 日)を得るとともに, UMIN 試験 ID: 000022500 として開始前に臨床試験登録を行った。

C. 結果／進捗

1) 背景因子

2018 年 11 月 18 日までに 437 人の措置入院患者が ProCessors 研究に登録され, このうち 317 人が研究協力施設内で措置解除された。この 317 人の性別は男性が 202 人 (63.7%), 女性が 115 人 (36.3%) で, 平均年齢 (標準偏差: 最小～最大) は 43.2 (14.2: 15～84) 歳であった。入院施設内訳は, 栃木県立岡本台病院が 87 人 (27.4%), 宮城県立精神医療センターが 74 名 (23.3%), 長崎県精神医療センターが 50 人 (15.8%), 石川県立高松病院が 25 人 (7.9%), 井之頭病院が 21 人 (6.6%), 八幡厚生病院と肥前精神医療センターがそれぞれ 20 人 (6.3%) ずつ, 沼津中央病院が 11 人 (3.5%), 国立病院機構琉球病院が 9 人 (2.8%) であった。入院時の ICD-10 による精神科主診断内訳は統合失調症圏が 187 人 (59.0%) と最も多く, 以下, 気分障害 (55 人, 17.4%), アルコール・薬物関連障害 (F1: 22 人, 6.9%), 器質性精神障害 (F0: 14 人, 4.4%), パーソナリティ障害 (F6: 13 人, 4.1%), 発達障害 (F8: 11 人, 3.5%), 精神発達遅滞 (F7: 7 人, 2.2%), 神経症性障害 (F4: 5 人, 1.6%), 行動・情緒障害圏 (F9: 3 人, 0.9%) の順に多

かった。身体合併症は 33 人 (10.4%) に存在した。措置入院の際の申請等の形式の大半を警察官通報 (精神保健福祉法第 23 条:288 人, 90.9%) が占め, 以下, 検察官通報 (第 24 条: 13 人, 4.1%), 親族又は一般人申請 (第 22 条: 7 人, 2.2%), 矯正施設長通報 (第 26 条: 6 人, 1.9%), 精神科病院管理者届出 (第 26 条の 2: 3 人, 0.9%) の順に多かった。措置要件の内訳は自傷が 105 人 (33.1%), 他害 (対人) が 245 人 (77.3%), 他害 (対物) が 193 人 (60.9%) で (重複あり), 自傷行為のみで措置入院となったと考えられた者は 24 人 (7.6%), 措置要件に他害 (対人), あるいは他害 (対物) が含まれていたことが確認できたものが 289 人 (91.2%) であった (一部データ欠損あり)。今回の措置入院より前に精神科治療歴を有した者は 256 人 (80.8%), 精神科入院歴を有した者は 165 人 (52.1%), 今回の入院以前に措置入院歴を有した者は 72 人 (22.7%) であった。措置入院時の状態像は, 幻覚妄想状態が 193 人 (60.9%) と精神運動興奮状態の 189 人 (59.6%) が特に多く, 以下, 躁状態, および混合状態が 40 人 (12.6%), 抑うつ状態が 35 人 (11.0%), 統合失調症等残遺状態が 25 人 (7.9%), 認知症状態と昏迷状態が 6 人 (1.9%) ずつ, せん妄状態ともうろう状態がそれぞれ 5 人 (1.6%) ずつ, アルコール依存症が 2 人 (0.6%) で, 「その他」にコードされた者が 17 人 (5.4%) 存在した (重複あり)。

措置入院から措置解除に至る期間 (措置入院期間) の中央値 (最小～最大) は 54 (4～382) 日, 平均措置入院期間 (標準偏差) は 66.1 (52.0) 日であった。

2) PSP 下位項目評点の改善幅

対象患者の措置入院時, および措置解除時の PSP 下位項目の症状プロフィールを表 1 に示した。4 つの下位項目のうち, 「セルフケア」の平均点 (標準偏差) は 3.85 (1.28) 点から 2.17 (1.07) 点まで, 「社会的に有用な活動」は 4.21 (1.03) 点から 2.63 (0.95) 点ま

で、「個人的・社会的関係」は 4.36 (1.00) 点から 2.72 (0.95) 点まで、「不穏な・攻撃的な行動」は 4.89 (0.76) 点から 2.00 (0.97) 点まで、いずれも統計学的に有意に改善していた (いずれも $p<0.0001$; Wilcoxon の符号付順位検定)。ただし、「不穏な・攻撃的な行動」の平均改善幅が 2.88 点であったのに対し、その他の 3 項目の平均改善幅は 1.59~1.78 点にとどまった。

3) PSP 総得点の改善幅

措置入院時点の PSP 総得点は 11~20 点をピークとするやや左に偏った分布を示し、貧弱な機能レベルを示す 30 点以下の者は 242 人 (76.3%)、軽度機能障害を示す 71 点以上の者は 0 人で、平均 PSP 総得点 (標準偏差) は 24.0 (9.1) 点であった。一方、措置解除時点の PSP 総得点は 51~60 点をピークとする分布を示し、PSP 総得点が 30 点以下の者は 12 人 (3.8%)、71 点以上の者が 68 人 (21.4%) を占め、平均 PSP 総得点 (標準偏差) は 61.2 (13.9) 点であった。措置入院中に PSP 総得点は統計学的有意に改善しており ($p<0.0001$; Wilcoxon の符号付順位検定)、その平均改善幅 (標準偏差) は 37.2 (14.9) 点であった (表 1, 図 1)。

背景因子別に見てみると、性別、入院歴、措置入院歴の有無と PSP 総得点の改善幅の間に有意な差はなかったが、警察官通報で措置入院となった患者はそれ以外より改善幅が有意に大きく ($p=0.0356$, Wilcoxon の順位和検定)、精神科治療歴のある患者は治療歴のない患者よりも有意に改善幅が小さかった ($p=0.0148$, 同)。措置要件に関しては、他害 (対人)、他害 (対物) の有無と PSP 総得点の改善幅の間に有意な差はなかったが、対象患者を措置要件が自傷行為のみであった 24 人と措置要件に他害行為が含まれていた 289 人に分けて比較したところ、PSP 総得点の改善幅に有意な差はなかったものの、数字の上では措置要件が自傷行為のみであった患者の

改善幅の方が 5.3 点大きかった。年齢に関しては、数字上は 29 歳までの群はその他の群より PSP 総得点の改善幅がやや小さかったが統計学的有意差は認められなかった (Steel-Dwass 検定)。精神科主診断に関しては、数字の上で発達障害患者と器質性精神障害患者の改善幅はやや小さかったが、統計学的有意差は見られなかった (Steel-Dwass 検定) (表 2, 表 3, 表 4)。

D. 考察

わが国の精神保健福祉法の規定によると、精神障害のために自身を傷つける、あるいは他人に害を及ぼす恐れがある場合に措置入院が適用され、一方、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなった場合に措置解除が行われることになっているが、これらの基準には曖昧な点があり、地域間、病院間、あるいは精神保健指定医間で様々な差が存在する可能性も否定できないところである。措置入院が都道府県知事・政令指定市長の命令に基づく行政処分の一種で、費用のかかなりの部分が公費により賄われている関係上、このような齟齬は可能な限り小さくすることが望まれるが、現在のわが国には措置入院患者がどのような状態で入院となり、どの程度改善した段階で措置解除がなされているかに関する客観的データが存在しないのが実情である。本研究はこれらの実情に踏まえて実施された本邦初の前向きコホート研究で、既に報告済みである後ろ向きコホート研究である ReCoMendors 研究^{5,6)}と併せて、今後の措置入院制度の運用や措置入院・解除の客観的判断基準を検証する際の基礎資料となることが期待される。

今回の検討対象である 317 人の措置入院時点の平均 PSP 総得点は 24.0 点、各下位項目の評点は「不穏な・攻撃的な行動」の平均評点が 4.89 点で最も高く、「セルフケア」の 3.85 点が最も低かった。海外でこれまでに実施された臨床研究を見る限りでは、全体として、

「社会的に有用な活動」と「個人的・社会的関係」の評点は相対的に重症で、「セルフケア」と「不穏な・攻撃的な行動」は相対的に軽症であったが^{7,10)}、本研究における下位項目の評点の分布はこれらと大きく異なっていた。その背景には本研究の対象が自傷・他害のおそれを有する措置入院患者であったことが寄与しているものと推測され、実際、自傷・他害のおそれの改善した措置解除の時点では先行研究と同様に「社会的に有用な活動」と「個人的・社会的関係」の評点は相対的に重症で、「セルフケア」と「不穏な・攻撃的な行動」の評点は相対的に軽症となっていた。

本研究では措置入院から措置解除までの間に PSP 総得点が平均 37.2 点改善していたことが示された。これまでのわが国では、入院を継続しなくてもその精神障害のために自傷・他害の恐れがなくなることという曖昧な基準で措置解除がなされていたが、今回、評価尺度の改善幅の形で具体的に示された。一方、これまでに海外で実施された統合失調症を対象とする臨床研究を参照すると、抗精神病薬の投与による平均改善幅は 20.8 点⁷⁾、12.3 点¹⁰⁾、6.6~8.8 点¹²⁾、9.16 点¹³⁾、8.3~12.2 点¹⁴⁾、10.7 点¹⁵⁾に留まっていたが、本研究における改善幅はこれらより明らかに大きかった。この背景には、本研究の対象が臨床試験に編入される患者より総じて重症であったため、改善幅が大きくなったものと推測される。

診断と PSP 総得点改善幅の関係に関しては、アルコール・薬物関連障害患者、気分障害、パーソナリティ障害患者、統合失調症圏患者の平均改善幅は 37.0~42.0 点と相対的に大きく、一方、発達障害患者 (28.7 点)、器質性精神障害患者 (30.4 点) の平均改善幅は相対的に小さかった。本稿執筆時点において、本研究に組み入れられた器質性精神障害患者、パーソナリティ障害患者、発達障害患者、およびその他の患者のサンプルサイズは 10~14 人と少ないことに注意を要するが、数字上、

発達障害患者の措置入院時の平均 PSP 総得点は他よりも低く、措置入院中に改善幅も他よりも小さいことは今後も検討を要するものと思われる。

ところで、図 1 にも示した通り、措置入院時と措置解除時の PSP 総得点の分布には明らかな差が認められた。もちろん、精神症状が極めて重症であるにもかかわらず措置入院とならないことや、逆に精神症状が比較的軽症であるにもかかわらず措置入院となったり、措置入院が継続されたりすることは実務上珍しいことではないので、PSP 総得点のみで措置入院・解除の判定を行えないことは自明であるが、集団レベルで措置入院・措置解除の適否を検討する際の指標として PSP を用いることに関しては、医療の質 (Quality of Care) の検証の観点から考慮の余地があるかもしれない。例えば、ある地域の措置解除時の PSP 総得点の分布が他の地域と大きく異なるなどと言った場合には、その原因について検証を行うなどといったことを行うのである。以前から、都道府県・政令指定市間で人口あたり措置入院件数に大きな差が見られることが指摘されてきたが¹⁶⁾、このような格差が発生する原因については十分に明らかにされてはいない。しかしながら、例えば、「措置入院に関する診断書」、「措置入院者の定期病状報告書」、「措置入院者の症状消退届」などを提出する際に PSP の評価も要求し、定期的に一括集計するシステムを設けることができれば、措置入院の運用の妥当性や地域差の要因の検証が可能になるとともに、社会への説明責任も果たせると考える。

最後に今回の中間報告の限界と今後の課題について述べる。

今回の報告では、ProCessors 研究の対象患者のうち、2018 年 11 月 18 日までに措置解除となった 317 名に検討対象を限定したが、検討から除外された 120 人の中に措置入院が長期間継続された患者が含まれていると考えられるので、バイアスが発生した可能性が否

定できない。実際、今回の中間報告における平均措置入院期間は 66.1 日と、2010 年度に措置解除された患者の約 4 分の 1 が登録された後ろ向きコホート研究である ReCoMendors 研究（76.6 日）と比較すると 10.5 日も短い。

第二に今回の検討対象がわが国の措置入院患者全体を代表しているかどうかが問題となる。ReCoMendors 研究では協力施設 76 ケ所と概ね全国規模と言っていると考えられたが、今回の報告では協力施設は 9 ケ所と少ないので、対象患者の代表性において議論の余地があるかもしれない。しかしながら、今回の調査は確かに施設数こそ少ないものの、大都市圏から農村部まで、また、西は沖縄から東は栃木県まで広範に患者をリクルートしており、しかも、その数は 1 年あたりの措置入院件数の 5% に相当するので、結論に大きな影響が見られるほどの問題は発生していないであろうと考えている。ただし、この問題については協力施設や対象患者を増やすとともに、全登録患者の追跡の完了後に再検討を行うなどといった対策が必要であろう。

これと関連して、今回の報告では診断や通報の種別ごとのサブグループ解析を十分に行えなかったが、これらの件についても協力施設や対象患者の増加が望まれる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋ほか: 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 48: 323-333, 2018.
- 2) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋ほか: 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 2): 措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. 臨床精神医学 48: 335-342, 2018.

2. 学会発表

- 1) Inagaki A, Seto H, Shimada T, et al.: Social functioning at admission in patients with mental illness hospitalized compulsorily by prefectural governors in accordance with the provisions of Article 29 of the Japanese Mental Health Act. ISPOR 21st Annual European Congress, Barcelona, Spain, November 10-14, 2018.

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

なし

文献

- 1) 厚生労働省. 衛生行政報告例/平成 29 年度衛生行政報告例/統計表/年度報 第 1 章 精神保健福祉/1/精神障害者申請・通報・届出及び移送の状況, 申請通報届出経路・処理状況・都道府県一指定都市 (再掲) 別.

<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&query=%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E7%94%B3%E8%AB%8B%E3%83%BB%E9%80%9A%E5%A0%B1%E3%83%BB%E5%B1%8A%E5%87%BA%E5%8F%8A%E3%81%B3%E7%A7%BB%E9%80%81%E3%81%AE%E7%8A%B6%E6%B3%81%E5%F%BC%8C%E7%94%B3%E8%AB%8B%E9%80%9A%E5%A0%B1%E5%B1%8A%E5%87%BA%E7%B5%8C%E8%B>

- [7%AF%E3%83%BB%E5%87%A6%E7%90%86%E7%8A%B6%E6%B3%81%E3%83%BB%E9%83%BD%E9%81%93%E5%BA%9C%E7%9C%8C%EF%BC%8D%E6%8C%87%E5%AE%9A%E9%83%BD%E5%B8%82%EF%BC%88%E5%86%8D%E6%8E%B2%EF%BC%89%E5%88%A5&layout=dataset](#) (2019 年 3 月 15 日アクセス)
- 2) Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R: Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 101: 323-329, 2000.
 - 3) American Psychiatric Association (高橋 三郎, 大野 裕, 染矢俊幸・訳): DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院, 東京, 2002.
 - 4) 稲田俊也, 山本暢朋, 相澤 玲ほか: 日本語版 PSP (個人的・社会的機能遂行度尺度) 評価トレーニングシート Ver.1.0. 社団法人日本精神科評価尺度研究会, 2011.
 - 5) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋ほか: 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* 48: 323-333, 2018.
 - 6) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋ほか: 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2): 措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. *臨床精神医学* 48: 335-342, 2018.
 - 7) Fu DJ, Turkoz I, Walling D, et al.: Paliperidone palmitate once-monthly maintains improvement in functioning domains of the Personal and Social Performance scale compared with placebo in subjects with schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 192: 185-193, 2018.
 - 8) Rocca P, Montemagni C, Zappia S, et al.: Negative symptoms and everyday functioning in schizophrenia: a cross-sectional study in a real world-setting. *Psychiatry Res* 218:284-289, 2014.
 - 9) Schreiner A, Bergmans P, Cherubin P, et al.: A prospective flexible-dose study of paliperidone palmitate in nonacute but symptomatic patients with schizophrenia previously unsuccessfully treated with oral antipsychotic agents. *Clin Ther* 36: 1372-1388, 2014.
 - 10) Suttajit S, Arunpongpaisal S, Srisurapanont M, et al.: Psychosocial functioning in schizophrenia: are some symptoms or demographic characteristics predictors across the functioning domains? *Neuropsychiatr Dis Treat* 11:2471-2477, 2015.
 - 11) Kane JM, Peters-Strickland T, Baker RA, et al.: Aripiprazole once-monthly in the acute treatment of schizophrenia: findings from a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry* 75: 1254-60, 2014.
 - 12) Marder SR, Kramer M, Ford L, et al.: Efficacy and safety of paliperidone extended-release tablets: results of a 6-week, randomized, placebo-controlled study. *Biol Psychiatry* 62: 1363-1370, 2007.
 - 13) Mauri M, Mauri MC, Adami M, et al.: Efficacy and tolerability of paliperidone ER in patients with unsatisfactorily controlled schizophrenia by other

- antipsychotics: a flexible-dose approach. Int Clin Psychopharmacol 30: 329-337, 2015.
- 14) Meltzer HY, Bobo WV, Nuamah IF, et al.: Efficacy and tolerability of oral paliperidone extended-release tablets in the treatment of acute schizophrenia: pooled data from three 6-week, placebo-controlled studies. J Clin Psychiatry 69: 817-829, 2008.
 - 15) Zhang H, Li H, Liu Y, et al.: Safety and efficacy of paliperidone extended-release in Chinese patients with schizophrenia: a 24-week, open-label extension of a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Neuropsychiatr Dis Treat 12: 69-77, 2016.
 - 16) 厚生労働省 web ページ http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/sankou1_2.pdf (2019年3月15日アクセス) .

表 1 措置入院時，措置解除時の PSP プロフィール（平均値±標準偏差）

	措置入院時評点	措置解除時評点	改善幅
セルフケア	3.85±1.28	2.17±1.07	1.78*
社会的に有用な活動	4.21±1.03	2.63±0.95	1.59*
個人的・社会的関係	4.36±1.00	2.72±0.95	1.65*
不穏な・攻撃的な行動	4.89±0.76	2.00±0.97	2.88*
総得点	24.0±9.1	61.2±13.9	37.2*

PSP: 個人的・社会的機能遂行度尺度 (Personal and Social Performance Scale)

*: $p < 0.0001$ (Wilcoxon の符号付順位検定)

人数(人)

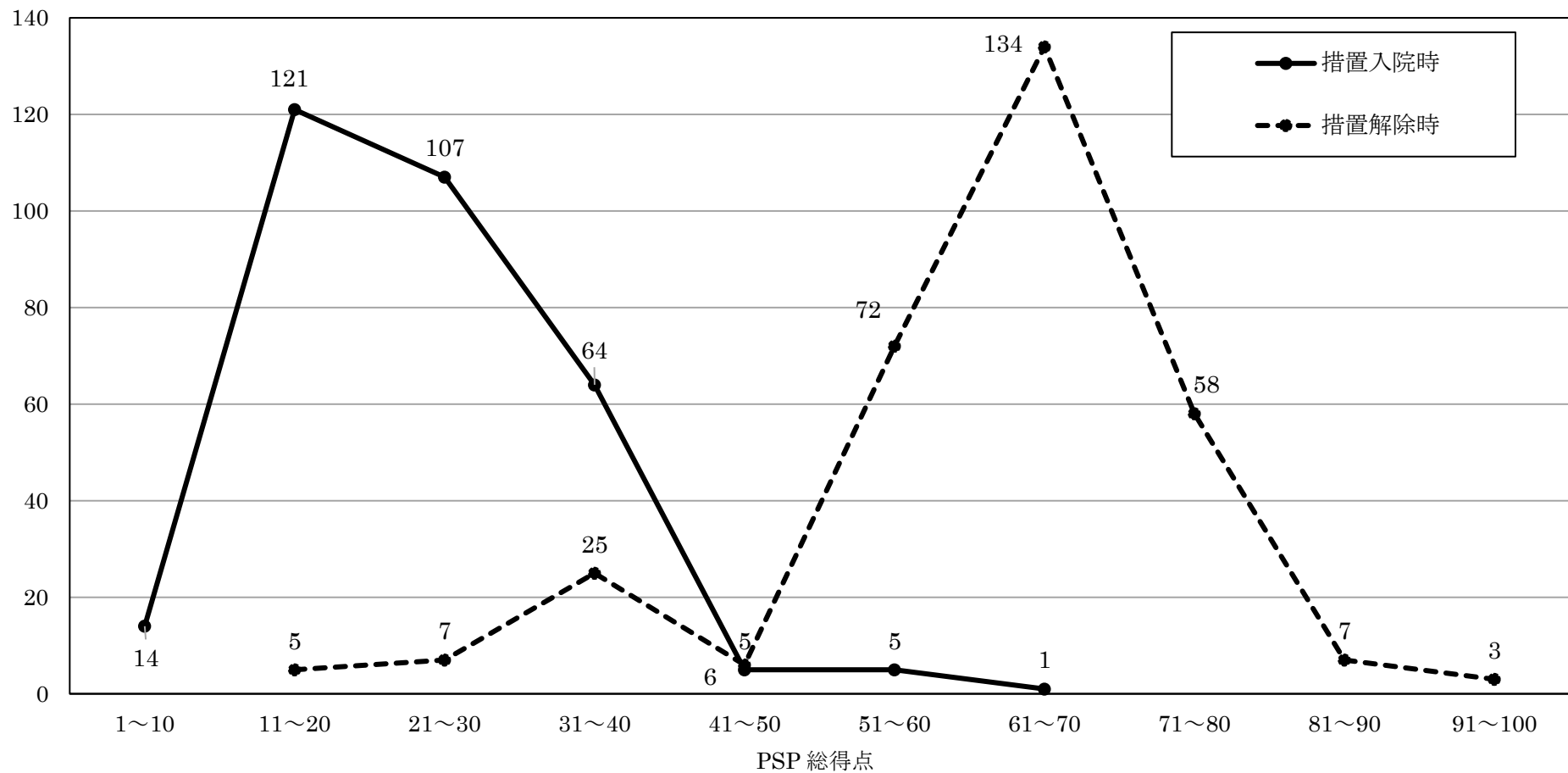


図1 PSP 総得点の分布の変化：措置入院時対措置解除時

表2 措置入院中の PSP 総得点改善と背景因子（その1， 平均値±標準偏差）

因子	あり	なし	検定*
性別			
男性	37.4±14.8	36.9±15.3	
通報の種別			
警察官通報	37.7±14.9	32.1±14.7	p=0.0356
治療歴			
治療歴	36.3±14.8	41.1±14.7	p=0.0148
入院歴	36.2±14.3	38.5±15.7	
措置入院歴	35.6±13.7	38.2±15.3	
措置要件			
自傷	39.2±16.0	36.1±14.2	
他害（対人）	37.2±15.2	37.7±14.9	
他害（対物）	37.6±14.6	36.6±15.8	
自傷のみ**	36.9±14.9	42.2±15.9	

*: Wilcoxon の順位和検定

**：措置要件が自傷行為のみの者と措置要件に他害行為を含む者の比較を行った

表3 措置入院中の PSP 総得点改善と背景因子（その2，平均値±標準偏差）

因子	患者数	PSP 総得点改善幅 (平均値±標準偏差)
年齢		
29 歳まで	54	33.6±18.2
30 代	78	37.2±11.8
40 代	84	38.7±15.3
50 代	57	37.5±15.3
60 代以上	44	38.5±14.2
ICD-10 精神科主診断		
統合失調症圏 (F2)	187	37.0±14.5
気分障害 (F3)	55	40.0±14.5
アルコール・薬物関連障害 (F1)	22	42.0±14.1
パーソナリティ障害 (F6)	13	37.4±17.9
発達障害 (F8)	11	28.7±21.3
器質性精神障害 (F0)	14	30.4±17.8
その他	10	34.3±18.5

表 4 措置入院中の PSP 総得点改善と背景因子（その 3，平均値±標準偏差）

因子	患者数	措置入院時評点	措置解除時評点	改善幅
ICD-10 精神科主診断				
器質性精神障害 (F0)	14	24.1±9.4	53.5±16.8	30.4±17.8
アルコール・薬物関連障害 (F1)	22	21.2±6.7	63.2±13.9	42.0±14.1
統合失調症圏 (F2)	187	24.5±9.4	61.5±12.5	37.0±14.5
気分障害 (F3)	55	24.5±10.2	64.5±10.9	40.0±14.5
パーソナリティ障害 (F6)	13	28.7±5.8	66.1±16.6	37.4±17.9
発達障害 (F8)	11	18.9±4.1	47.6±21.6	28.7±21.3
その他	10	19.3±6.1	53.6±21.1	34.3±18.5

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1 (2)

複数回措置入院歴がある精神障害者の現状把握に関する研究

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／同保健管理センター）、*大塚達以（宮城県立精神医療センター）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、中西清晃（国立精神・神経医療研究センター）、酢野 貢（石川県立高松病院）、渡辺純一（井之頭病院）、岩永英之（国立病院機構肥前精神医療センター）、横島孝至（沼津中央病院）、奥野栄太（国立病院機構琉球病院）、中村 仁（長崎県精神医療センター）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、吉住 昭（医療法人社団翠会八幡厚生病院）

*論文執筆者

要旨

措置入院患者において過去の入院歴や退院後の再入院率の高さなどが指摘されており、措置入院を繰り返している患者が存在することが想定されている。措置入院を繰り返すことは、患者本人及び家族への負担は大きく、繰り返す措置入院を予防することは重要である。しかしながら、措置入院歴が複数回ある患者の臨床的特徴など不明な点が多く有効な対応策がないのが現状である。そこで、有効な介入やサポートを検討する際に必要となる、複数回措置入院歴のある患者の実態を把握することを目的に調査を行った。措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究（ProCessors 研究）に参加している研究協力 9 医療機関にて 1 年間に登録された措置入院患者のうち過去の治療歴の情報のある 431 名を対象とした。対象者を過去の治療歴により 3 群（治療歴も入院歴もない群、過去に入院歴はあるが措置入院歴がない群、過去に措置入院歴がある群）に分け、調査項目につき比較検討を行った。調査内容は、措置入院に関する診断書に記載された情報に加え、過去の精神科治療歴、入院時の個人的・社会的機能遂行度尺度（Personal and Social Performance Scale: PSP）の点数とした。さらに、本調査での入院直前の 2 年間の措置入院歴を調べ、措置入院を繰り返している群の特徴について検討を行った。解析対象者 431 名のうち、過去の治療歴別の人数は、治療歴も入院歴もない者は 205 例（48%）、過去に入院歴はあるが措置入院歴がない者は 128 例（30%）、過去に措置入院歴がある者は 98 例（23%）であった。患者背景や臨床的特徴については 3 群間で大きな違いは見られなかったが、PSP の下位項目のセルフケアの得点が高く、日常生活上のサポートを要していることが示唆された。また、過去 2 年間に複数回措置入院となっている患者は 53 例（12.3%）おり、その群に限ると、若い男性が多く、全体と比べると F0、F1、F3 の割合が高くなっていた。措置入院を繰り返すのは比較的若い時期であり、罹患後の本人や家族の疾病理解や治療導入での困難さが一因になっている可能性が考え

られた。本報告は ProCessors 研究の中間報告であり、今後症例数を増やして、さらなる検討を行っていく予定である。

A. 研究の背景と目的

措置入院患者数は年々増加しており、その背景には様々な要因があると考えられるが、措置入院患者において過去の入院歴（措置入院歴）や再入院率の高さが指摘されており、措置入院を繰り返している群が措置入院数の増加の一因である可能性がある。これまでに行われた措置入院の実態調査では、およそ 40-50%に過去の入院歴があり、20%で過去に措置入院歴があると報告されている。また、措置入院患者の後ろ向きコホートにおける再入院調査では、27.9%が 1 年以内に再入院となり、39.1%が 2 年以内に再入院となっており、過去の入院歴で層別した解析では、1 年再入院率は 33.8% vs 7.1%、2 年再入院率は 45.3% vs 18.8%であったとして、過去の入院歴が再入院と関連していたと報告されている。

措置入院を繰り返すことを予防し措置入院患者数を減らすということも目標の 1 つではあるが、措置入院を繰り返している患者自身にとってもまたその家族にとっても様々な面での負担が大きく、その群に対する必要な介入やサポートについて検討することが重要であると思われる。具体的な介入やサポートを検討する上で、措置入院を繰り返している群の実態を知る必要があるが、その頻度も含めてこれまでに実態調査は行われていない。そのため、措置入院を繰り返す群がどの程度存在するのか、またその特徴はどのようなものかを知るために、研究協力病院に措置入院した患者の措置入院の診断書の情報をもとに、実態調査を行った。

B. 方法

研究方法：措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究（ProCessors 研究）。

対象者：2016 年 5 月 16 日から 2019 年 9 月 30 日までに研究協力病院（11 病院）に措置入

院及び緊急措置入院となった患者。なお、本研究は現在も継続して調査を行っており、本報告における対象者は、2016 年 5 月 16 日から 2017 年 5 月 29 日の間に調査対象病院（9 病院）に措置入院及び緊急措置入院となった患者。

研究協力病院：栃木県立岡本病院、石川県立高松病院、八幡厚生病院、肥前精神医療センター、長崎県精神医療センター、琉球病院、井之頭病院、沼津中央病院、宮城県立精神医療センター、大泉病院、岡山県精神医療センターの 11 病院。本報告における調査対象病院は大泉病院と岡山精神医療センターを除く 9 病院。

調査項目：措置入院に関する診断書から得られた、性別、年齢、精神科治療歴（治療歴の有無、過去の精神科入院回数、過去の措置入院回数など）、申請等の形式、入院時点の主たる精神障害、入院時点の従たる精神障害の有無、重大な問題行動 AB（自傷の有無、他害対人の有無、他害対物の有無）、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、入院時 PSP 得点。

調査期間：2016 年 5 月 16 日から開始し、現在追跡調査を継続中。

倫理的配慮：長崎県精神医療センター内研究倫理審査委員会による承認を得た（承認日：2016 年 4 月 15 日）。

臨床試験登録：UMIN 試験 ID: 000022500

統計解析／分析方法：対象者を過去の治療歴により 3 群（治療歴も入院歴もない群、過去に入院歴はあるが措置入院歴がない群、過去に措置入院歴がある群）に分け、調査項目に

つき比較検討。さらに、過去 2 年間に措置入院となった群の調査項目上の特徴を抽出。

C. 結果／進捗

2016 年 5 月 16 日から 2017 年 5 月 29 日の間に調査対象病院 (9 病院) に措置入院及び緊急措置入院となった患者は 436 例であったが、そのうち過去の治療情報が不明な 5 例を除いた 431 名を解析対象とした。過去の治療歴別の人数 (図 1) は、治療なし・入院歴なし群 (以下、入院歴なし群) は 205 例 (48%)、過去に入院歴はあるが措置入院歴がない群 (以下、措置入院歴なし群) は 128 例 (30%)、過去に措置入院歴がある群 (以下、措置入院歴あり群) は 98 例 (23%) であった。

性別：措置入院歴なし群では男女ほぼ同数であったが、措置入院歴あり群では男性の割合が非常に高かった (男性の割合；入院歴なし群 61.0%、入院歴あり群 56.3%、措置入院歴あり群 73.5%)。

年齢：平均年齢は、入院歴なし群が 45.2±16.8 歳、入院歴あり群が 45.6±13.7 歳、措置入院歴あり群が 45.1±12.8 歳で、統計学的な有意差は認めなかった。10 歳毎の年代別の人数分布では、入院歴なし群では 30-40 歳代にピークがあり (22.4%、23.4%)、入院歴あり群では 40-50 歳代にピークがあり (25.0%、27.3%)、措置入院歴あり群では 40 歳代にピーク (28.6%) に 30 歳代 (22.4%) と 50 歳代 (22.4%) が同数であった (図 2)。

精神科治療歴：入院歴なし群では、精神科治療歴がない割合は 41.0% (不明の 3.4%は含まず) であった。精神科入院回数は、入院歴あり群で、1 回が 29.7%、2 回以上が 61.7%、不明が 8.6%であり、本調査の入院日から過去 2 年間に限った入院回数では、なしが 13.3%、1 回が 24.2%、2 回以上が 18.0%、不明が 44.5% であった。また措置入院歴あり群の精神科入

院回数は、1 回が 14.3%、2 回以上が 82.7%、不明が 3.1%であり、過去 2 年間に限った入院回数は、なしが 7.1%、1 回が 34.7%、2 回以上が 29.6%、不明が 28.6%であった。さらに、措置入院歴あり群について、過去の措置入院歴については、1 回が 58.2%、2 回以上が 36.7%、不明が 5.1%であり、過去 2 年間に限った場合、なしが 16.3%、1 回が 46.9%、2 回以上が 7.1%、不明が 29.6%であり、半数以上が 2 年間の間に本調査の措置入院も含めて 2 回以上措置入院をしている結果であった (図 3)。

措置入院の申請等の形式：全体では警察官通報が 396 例 (92.0%) とほとんどを占めており、3 群とも同様の傾向は見られたが、検察官通報は措置入院あり群が 6.1%と他の 2 群に比べて割合が高かった (3.9%、1.6%)。

主診断および従診断：全体では F2 が 61.0% を占め、3 群とも F2 の割合が最多であり (57.6%、67.2%、60.2%)、特に入院歴あり群での F2 の割合が高かった (図 4)。措置入院歴あり群では、F3 の割合が 18.4%と他の 2 群よりも高かった (15.6%、13.3%)。従診断が付けられていたものは 17.6% (18.5%、17.2%、16.3%) であった。

重大な問題行動：全体では、自傷のみは 6.7% で、他害のみが 56.6%、自傷他害の両方を認めた割合は 36.7%であった。3 群に分けると、措置入院歴あり群では他害のみを認めた割合が 65.3%と高かった (50.2%、60.2%) が、自傷のみを認めた割合は 4.1%と他の 2 群に比べて低かった (6.8%、8.6%)。また、対人他害の割合は 87.8% (72.2%、68.8%)、対物他害の割合は 72.4% (48.3%、57.0%) と他の 2 群よりも高かった (図 5)。

現在の精神症状：全体では、衝動行為ありの割合が 74.7% (76.1%、71.1%、76.5%) と最も高く、易怒性被刺激性亢進ありが 73.3%

(72.7%、70.3%、78.6%)、妄想ありが 71.5% (68.3%、74.2%、74.5%)、興奮ありが 64.5% (66.8%、60.2%、65.3%)、幻聴ありが 47.6% (41.5%、53.1%、53.1%) の順で割合が高く、3 群で有意な差は認めなかった。3 群間で、措置入院歴あり群で割合が高かったのは連合弛緩で、40.8%で認められ、他の 2 群 (22.4%、26.6%) よりも有意に割合が高かった。

その他の重要な症状：てんかん発作は全体で 2.1%と少なかったが、措置入院歴あり群で 4.1%と割合が高かった。自殺念慮は全体では 17.2%で認められていたが、措置入院歴あり群では 8.2%と他の 2 群よりも割合は低かった (18.5%、21.9%)。物質依存は全体では 6.5%で、3 群とも大きな違いはなかった (4.9%、8.6%、7.1%)。

問題行動等：措置入院歴あり群では暴言ありの割合が 71.4%と他の 2 群よりも高かった (54.6%、50.0%)。

現在の状態像：幻覚妄想状態は全体では 64.5%が呈しており、3 群間での差異は認めなかった (60.5%、68.0%、68.4%)。精神運動興奮状態であった割合は、全体では 61.5%で、3 群とも同等の割合であった (63.9%、57.8%、61.2%)。

入院時 PSP 得点：全体の平均は 26.2 ± 9.8 で、入院歴なし群が 26.4 ± 9.3 、入院歴あり群が 26.6 ± 10.4 、措置入院歴あり群が 25.3 ± 10.4 で有意な差は認めなかった。下位項目の平均点では、いずれも大きな差は認めなかったが、セルフケアの得点は、措置入院歴あり群で 4.0 ± 1.1 と他の 2 群の 3.7 ± 1.3 、 3.7 ± 1.2 よりも高く、社会的に有用な活動も、措置入院連記あり群と入院歴あり群でそれぞれ 4.2 ± 1.0 、 4.2 ± 0.9 と入院歴なし群の 4.0 ± 1.0 よりも高かった。一方で不穏な・攻撃的な行動は、措置入院歴あり群で 4.7 ± 0.8 、入院歴あり群は 4.6 ± 0.9 に対して、入院歴なし群では 4.8 ± 0.8

と高い結果であった。

過去 2 年間に本調査の入院も含め 2 回以上措置入院となった群の特徴：男性の割合は 75.5%、平均年齢は 40.2 歳 (40 歳代が 30.2%と最多で 30 歳代が 26.4%) であった。主診断では多い順に、F2 が 56.6%、F3 が 18.9%、F1 が 9.4%、F0 が 7.5%であった (全体ではそれぞれ、61.0%、15.5%、6.0%、5.3%)。

D. 考察

本調査では、1 年間の調査期間に 9 つの研究協力病院に措置入院となった患者のうち、過去の精神科治療歴の情報のある 431 名について解析を行った。

はじめに繰り返す措置入院患者の定義について言及する。本調査では、措置入院を繰り返す患者の背景や臨床的特徴などを抽出していくことを目的としているが、繰り返す入院の定義が曖昧であるため、過去に措置入院歴があり、本調査時点での措置入院も加えて、2 回以上措置入院をしている群を複数回措置入院歴あり群と呼ぶこととした。

今回の研究では、複数回措置入院の中でも、短い期間に複数回措置入院となっている群に着目し、過去 2 年間の入院回数及び措置入院回数を調査した。措置入院歴あり群 ($n=98$) の過去 2 年間に 2 回以上措置入院をしている患者は 53 例あり、これは全体の 12.3%であった。これらの群では若い男性が多く、全体と比べると F0、F1、F3 の割合が高くなっていた。措置入院を繰り返すのは比較的若い時期であり、罹患後の本人や家族の疾病理解や治療導入での困難さが一因になっている可能性が考えられた。しかし、2 年間の措置入院歴の情報は 30%ほどが不明であったため過小評価になっている可能性があり、症例数を増やして検討する必要があると思われる。今後引き続き症例数を増やして措置入院を繰り返している群の背景や臨床的特徴を明らかにしていく予定である。

治療歴で3群に分けた検討からは、概ねどの群も同じような背景や臨床的特徴の傾向が見られた。措置入院あり群では、連合弛緩を認めた割合が高く病状の悪さがうかがわれるが、衝動行為や易怒性被刺激性興奮などの割合は3群とも同様に、入院時のPSPの下位項目である不穏・攻撃的な行動については3群で大きな差はなく、入院時の状態像としては大きな違いはないと考えられた。一方で、入院時のPSPの下位項目セルフケアは、他の2群に比べ措置入院あり群で点数が高いことから、食事や服薬などの日常の身の回りのケアが十分ではない可能性が高く、もともとケアが十分ではなかったのか、あるいは、病状悪化に伴ってケアが不十分になったかの区別はできないが、服薬管理も含めた日常生活のサポートを要している可能性は示唆された。

本報告は、現在進行中のProCessors研究の中間報告であり、今後、症例数を増やした上で改めて考察を行う予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

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

なし

文献

- 1) 小池純子、森田展彰、針間博彦、他：措置入院の現状に関する研究－医療観察法施行の影響に着目して－. 精神神経学雑誌. 111(11)：1345-1362, 2009.
- 2) 瀬戸秀文、稲垣中、島田達洋、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) 措置入院となった精神障害者の前向きコホート研究：措置入院時における精神症状・社会機能. 日本医療研究開発機構委託研究(長寿・障害総合研究事業 障害者対策総合研究開発事業 精神障害分野) 医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究. 平成28年度研究開発分担報告書. pp127-154, 2016.
- 3) 高木学、吉村文太、耕野敏樹、他：岡山県精神科医療センタースーパー救急病棟における統合失調症治療. 臨床精神薬理. 13: 943-955, 2010.
- 4) 吉住昭、稲垣中、瀬戸秀文、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4) 措置入院となった精神障害者の治療転機に関する後ろ向きコホート. 厚生労働科学科研費補助金(障害者対策総合研究事業) 重大な他害行為を起こした精神障害者の適切な社会推進に関する研究. 平成24年度分担研究報告書. p119-124, 2012.
- 5) 吉住昭、瀬戸秀文、稲垣中、他：措置入院となった精神障害者の治療転機に関する後ろ向きコホート研究. (その1-1) 警察官通報調査との対比ならびに治療継続状況等に関する検討. 厚生労働科学研究補助金(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促進に関する研究. 平成25年度～平成26年度総合研究報告書. pp45-51, 2014.

図1 治療歴

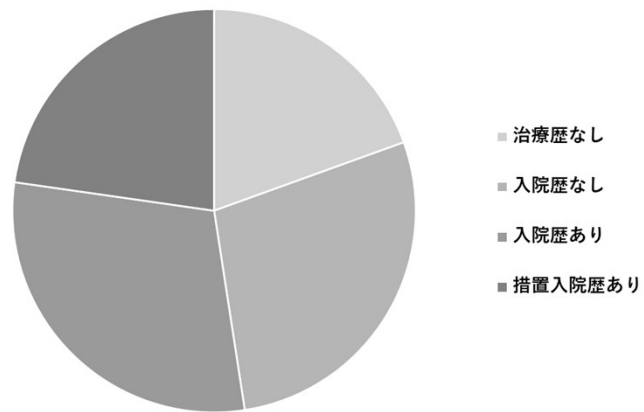


図2 年齢

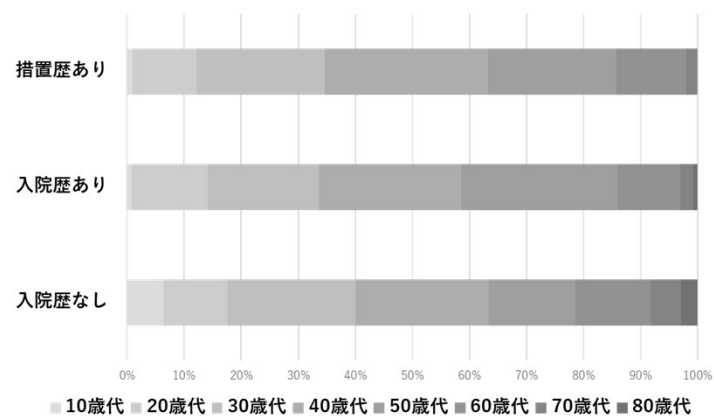


図3-1 入院歴

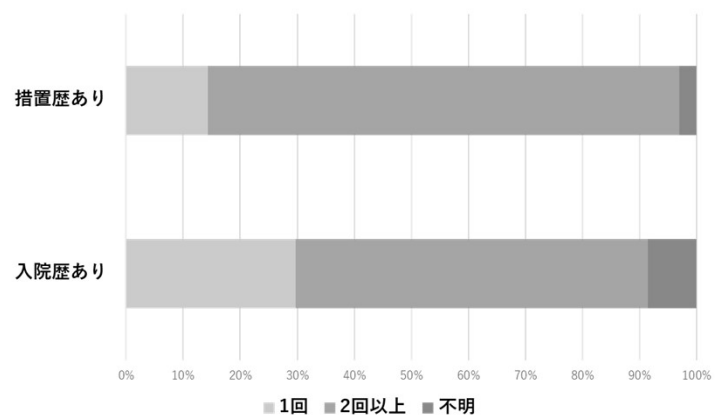


図3-2 過去2年間の入院回数

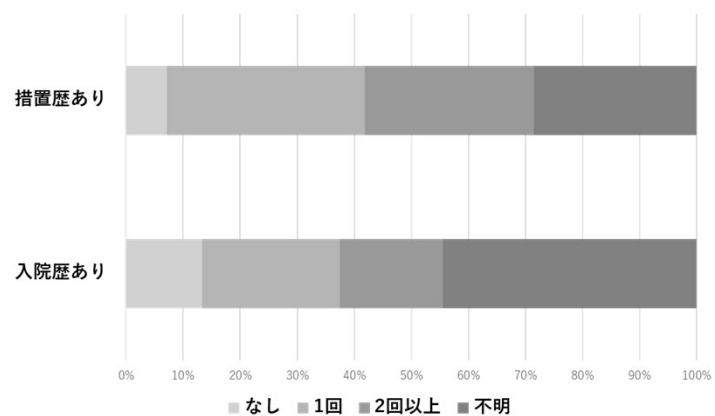


図3-3 措置入院歴

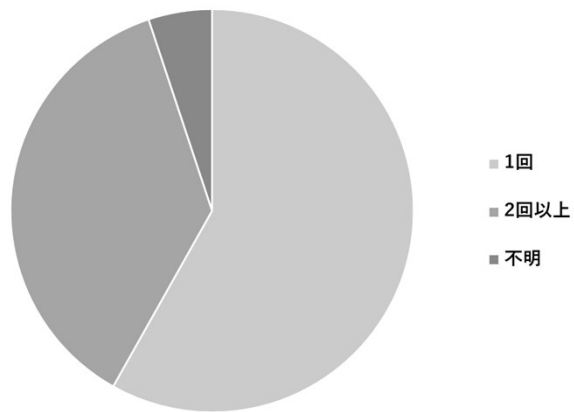


図3-4 過去2年間の措置入院回数

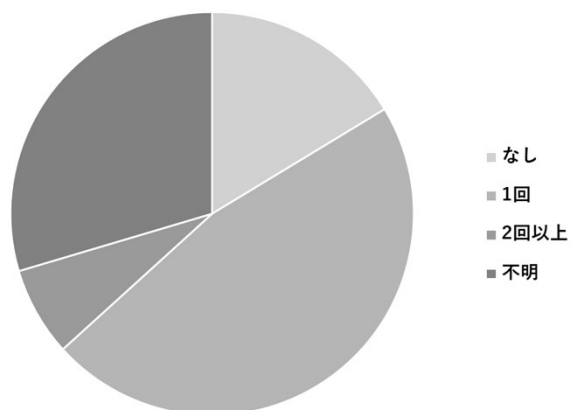


図4 主診断

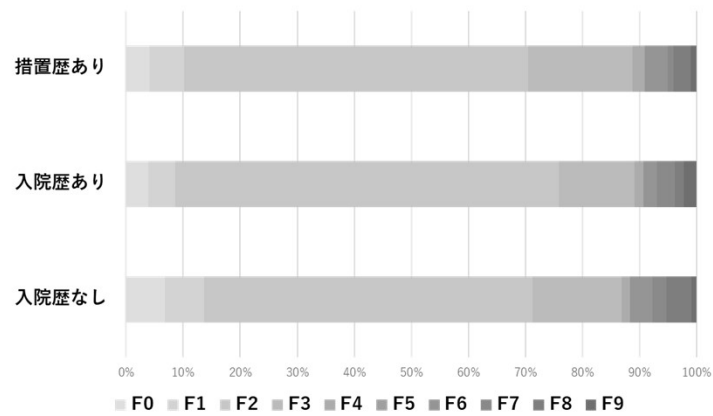


図5-1 措置要件（自傷・他害）

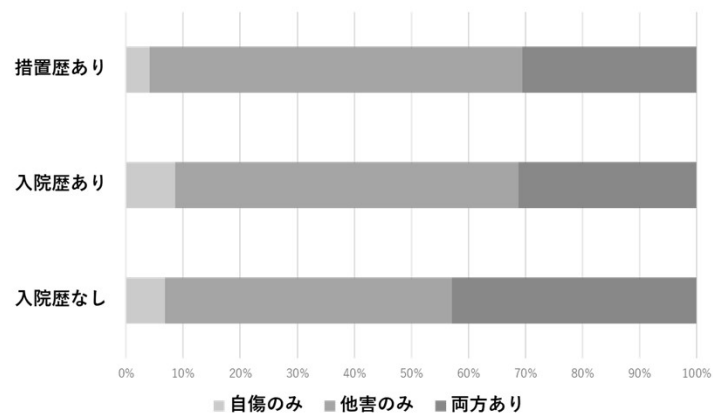


図5-2 措置要件（他害・対人）

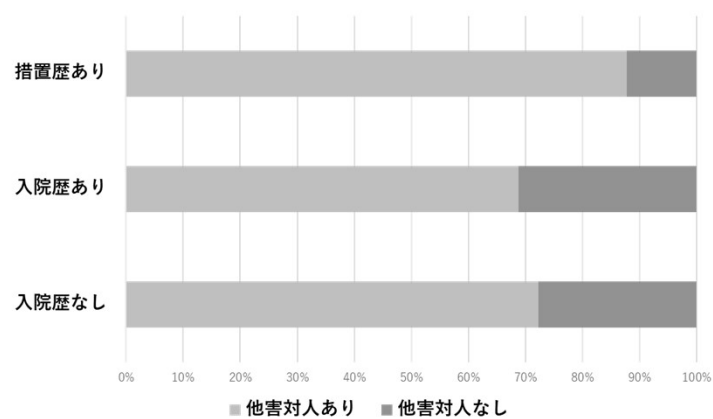
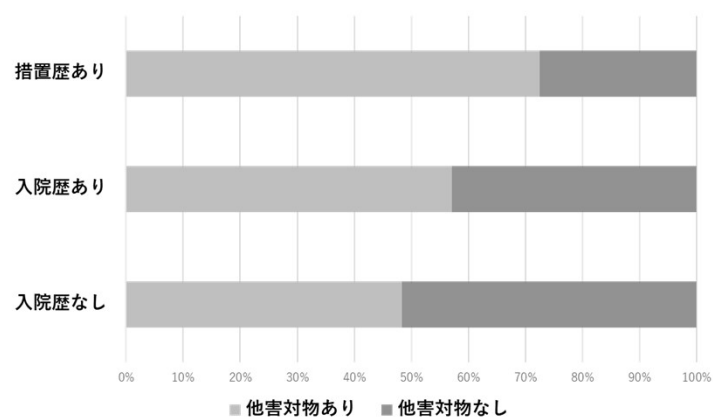


図5-3 措置要件（他害・対物）



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： 退院時のケア会議実施状況と退院後のサービス利用状況

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／同保健管理センター）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、大塚達以（宮城県立精神医療センター）、中西清晃（国立精神・神経医療研究センター）、酢野 貢（石川県立高松病院）、渡辺純一（井之頭病院）、岩永英之（国立病院機構肥前精神医療センター）、横島孝至（沼津中央病院）、奥野栄太（国立病院機構琉球病院）、*中村 仁（長崎県精神医療センター）、太田順一郎（岡山市こころの健康センター）、吉住 昭（医療法人社団翠会八幡厚生病院）

* 論文執筆者

要旨

【目的】ガイドラインが示される以前の措置入院となった精神障害者の退院時のケア会議の実施状況と退院後のサービスの利用状況について精査し、これまでの傾向について検討を行った。

【方法】2016年6月1日から2019年9月30日まで、調査対象施設ごとに1年間ずつの調査期間を設定し、調査期間に措置入院した患者を対象とした。調査対象施設は宮城県立精神医療センター、栃木県立岡本台病院、石川県立高松病院、八幡厚生病院、肥前精神医療センター、長崎県精神医療センター、琉球病院、井之頭病院、沼津中央病院、大泉病院、岡山県精神医療センターとした。退院時のケア会議実施状況は、前6施設は退院後1年時、後5施設では退院時に確認した。また退院後1年時のサービス利用状況を調査した。

【結果】先行6施設における退院後1年時調査では、計333例が対象となり、後発5施設では、55例が研究の対象となった。全388例のうち、179例がケア会議を実施していた。ケア会議への参加者は、保健所職員が一番多かった。また、本人が不在のままケア会議が行われているケースがあることも判明した。また、1年後のサービス利用状況では保健師の訪問などの行政の直接サービスが継続されているケースが多いことも判明した。

【考察】ケア会議の重要性については、ある程度理解されているが、実施状況は54%にとどまっている。サービス利用状況は、訪問看護や保健師訪問などの在宅サービス利用者が多い。しかし、精査が不十分であり今後も継続した検討が必要である。

A. 研究の背景と目的

これまで措置解除者の退院後の支援については、入院先医療機関に委ねられており、行

政の関与は明確には、規定されていなかった。

2018年3月に示された「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライ

ン」では地方公共団体は、措置入院者の退院後支援に関する計画を作成することとなり、その際、計画書の内容に関する会議を入院中に開催し、協議することとなった。しかし、従前、措置入院ののちに退院した患者については、退院時点でケア会議が行われたか、また退院後にどの程度のサービスを受けているかといった状況は、明らかではなかった。

このため、本研究では、ガイドラインが示される以前に措置入院した患者の、退院時点でのケア会議の実施状況と退院後のサービスの利用状況について調査し、これまでの傾向について明らかにした。

B. 方法

1. 対象

この研究では、2016年6月1日から2019年9月30日まで、調査施設ごとに1年間ずつの調査機関を設定し、調査機関に措置入院した患者を対象とした。調査対象施設は、宮城県立精神医療センター、栃木県岡本台病院、石川県立高松病院、八幡厚生病院、肥前精神医療センター、長崎県精神医療センター、琉球病院、井之頭病院、沼津中央病院、大泉病院、岡山県精神科医療センターとした。退院時のケア会議実施状況は、前6施設は、退院後1年、後5施設では、退院時に確認した。また、退院後1年時のサービス利用状況を調査した。

2. 調査内容

上記11機関に対し、医師記録や看護記録などカルテに記載してある事項に関して所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。調査状況については、図1に示した。

(1) 基本情報

①生年月日、②性別、③年齢、④措置入院日、⑤措置解除日、⑥退院日

(2) 退院1年後評価

- ①入院の有無・入院形態・入院回数
- ②他精神科病院での入院の有無・入院回数・

措置入院の有無

③自病院での入院あるいは通院継続の有無・受診なしの理由

④生存確認

⑤ケア会議実施の有無・参加者

⑥サービス利用の有無・利用サービス内容

3. 調査の方法

11機関に対し、毎月調査票を送付し、転記の上、返送を求めるものとした。

(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、長崎県精神医療センター倫理委員会の審査を受け、2016年4月15日に承認を受けた。

C. 結果

1. ケア会議の実施状況

ケア会議の実施状況として先行6施設における退院後1年調査では、計333例が対象となり、後発5施設では、55例が研究の対象となった。全388例のうち、ケア会議を実施したと回答した対象者は、179例(46%)であった。これらは図2に示した。

2. ケア会議の参加者

退院時にケア会議を実施した179例に参加者について精査した。参加者については、複数回答とした。参加者のうち保健所の職員が136例に参加している。次に本人144例、家族が118例、行政職員94例、相談支援事業所36例、施設職員20例、警察1例、不明3名、その他51例となっている。その他の内訳として障害者自立支援センター職員、地域定着生活支援センター、地域包括支援センター、弁護士、退院後に通院する医師・精神保健福祉士、ACT職員、児童相談所、教諭、教育委員会、職場の上司、社会福祉協議会、市町村社会福祉課、家庭裁判所調査官、訪問看護ステーションが上がっている。また、144例で患者本人が参加している結果となった。これらは、

図 3 に示した。

3.退院後 1 年におけるサービスの利用状況

退院後 1 年におけるサービス利用状況として 272 例が回答した。受けていたと回答してあるものが 85 例、受けていないが 33 例であった。また、不明が 171 例、未記入が 42 例あった。これらについては図 4 に示している。サービスを利用していた 85 例の内訳として保健師訪問などの行政の直接サービスが 46 例、訪問看護 38 例、相談支援事業所などの相談系サービス 14 例、就労継続支援事業所などの就労系サービス 12 例、グループホームなどの住居系サービス 11 例、デイケア 10 例、地域活動支援センターなどの日中系サービス 1 例、その他福祉サービス 4 例、その他 10 例となっている。その他の内訳として ACT、AA(自助グループ)、支援学校、社会福祉協議会による金銭管理、市役所、周辺住民へのフォロー、ヘルパー、配食サービス、入院中の利用している結果となった。サービス状況については、図 5 に示している。

D. 考察

1. ケア会議について

ケア会議の実施状況をみるとほぼ半数が実施している状況となっている。ガイドラインが示される以前よりケア会議の重要性について認識されていた可能性が高いと考えられる。その一方でケア会議を実施していない場合も半数あることがわかっている。ケア会議を実施していない患者については、ケア会議を実施せずに退院となるケース、措置入院のまま転院するケースが考えられる。

参加者については、措置入院の法制度上、保健所(136 例：76%)や行政機関(94 例 53%)の参加が多い結果となっており、退院時のケア会議に参加していることから退院後の支援になんらかの支援を行っている可能性が高いことが考えられる。家族の参加も 179 例のうち 136 例(66%)と多く、家族からの支援の検

討もしくは家族支援を行われている可能性が考えられる。しかし、患者本人が不在のケア会議が実施されている場合もあり、本人不在による支援の検討がなされている可能性があることも分かった。警察の関与についても 1 件に留まっている。

2. サービス利用状況について

退院 1 年後におけるサービス利用状況として 85 例が利用していたと回答しており、46 例(54%)が行政の直接的なサービスを利用していることがわかっている。措置入院の法制度上、行政機関が退院後も支援を継続していることが、示唆された。ガイドラインが示される以前より行政機関の関与および支援があったことが考えられる。行政機関の関与および支援については、保健師の訪問が考えられる。近隣とのトラブルなど行政機関の関与が必要となりうる患者が多い可能性も考えられる。

次に訪問看護や ACT、配食サービス、ヘルパーなど在宅サービスを利用している事例が多いことがわかった。壁屋は医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究において家事や料理ができないことやいくつかの項目の合計点により暴力や問題行動のリスクに関連があることや家事や料理ができないと自殺のリスクにも関連があると述べており、訪問看護やヘルパーなどの利用が生活や症状安定の一助となっている可能性が考えられる。その一方で就労継続支援事業所のような就労系、デイケア、地域活動支援センターのような日中系のサービスの通所サービスを利用している事例は少ない結果となった。しかし、通所サービス利用については、サービスが充足している地域や不足している地域等の問題もあると思われ、行政機関等の地方公共団体の支援が必要となっている可能性が考えられる。

本研究では、ケア会議の実施状況の確認、利用しているサービス状況を明らかにするこ

とし、ケア会議の実施状況、参加者については明らかにすることができた。しかし、サービス利用状況については、利用状況を明らかにすることはできたが、利用傾向などについては、サービス利用状況などの先行研究などとの比較など今後さらなる精査が必要であると考ええる。

以上のような点に配慮しながら今後も精査を行っていく必要がある。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表

なし

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

なし

文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知:「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」 pp9-14,2018
- 2) 壁屋康洋,砥上恭子,高橋昇,ほか: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【若手育成型】医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成25年～27年度総合研究報告書 第2章共通評価項目第2版の研究結果と第3版への改定. pp45-90, 2016.

調査状況 措置入院から退院まで

2019年2月7日現在

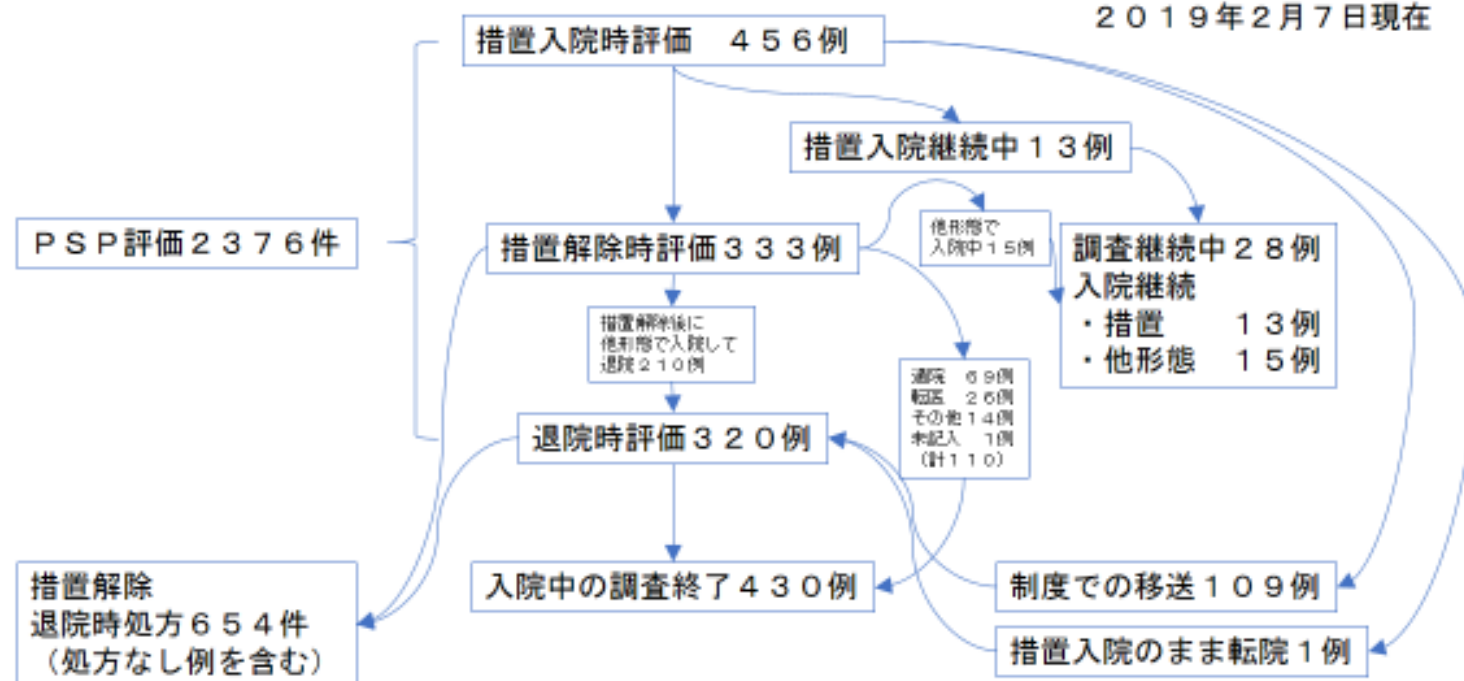


図1 調査状況

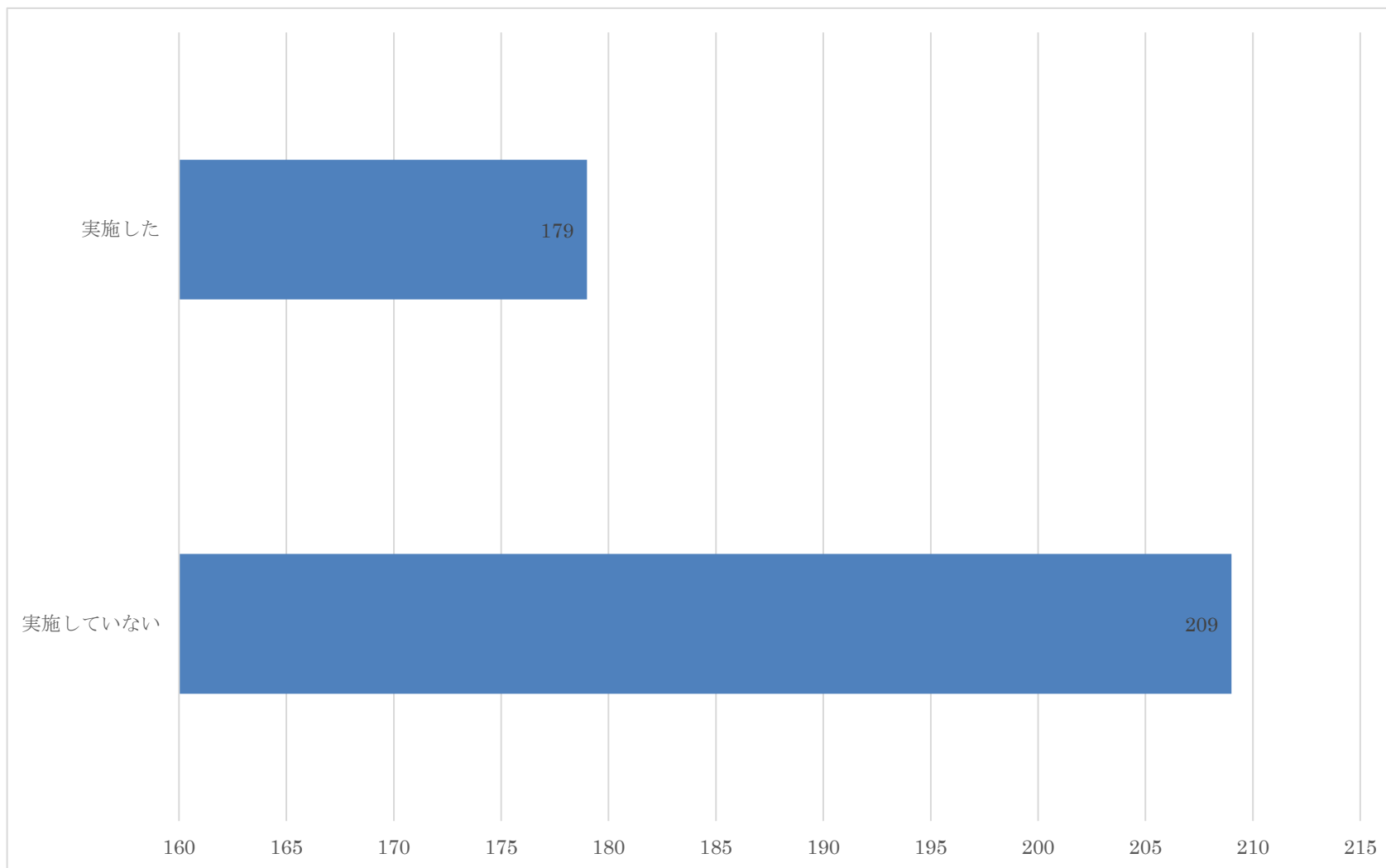


図2 ケア会議の実施状況

ケア会議参加者

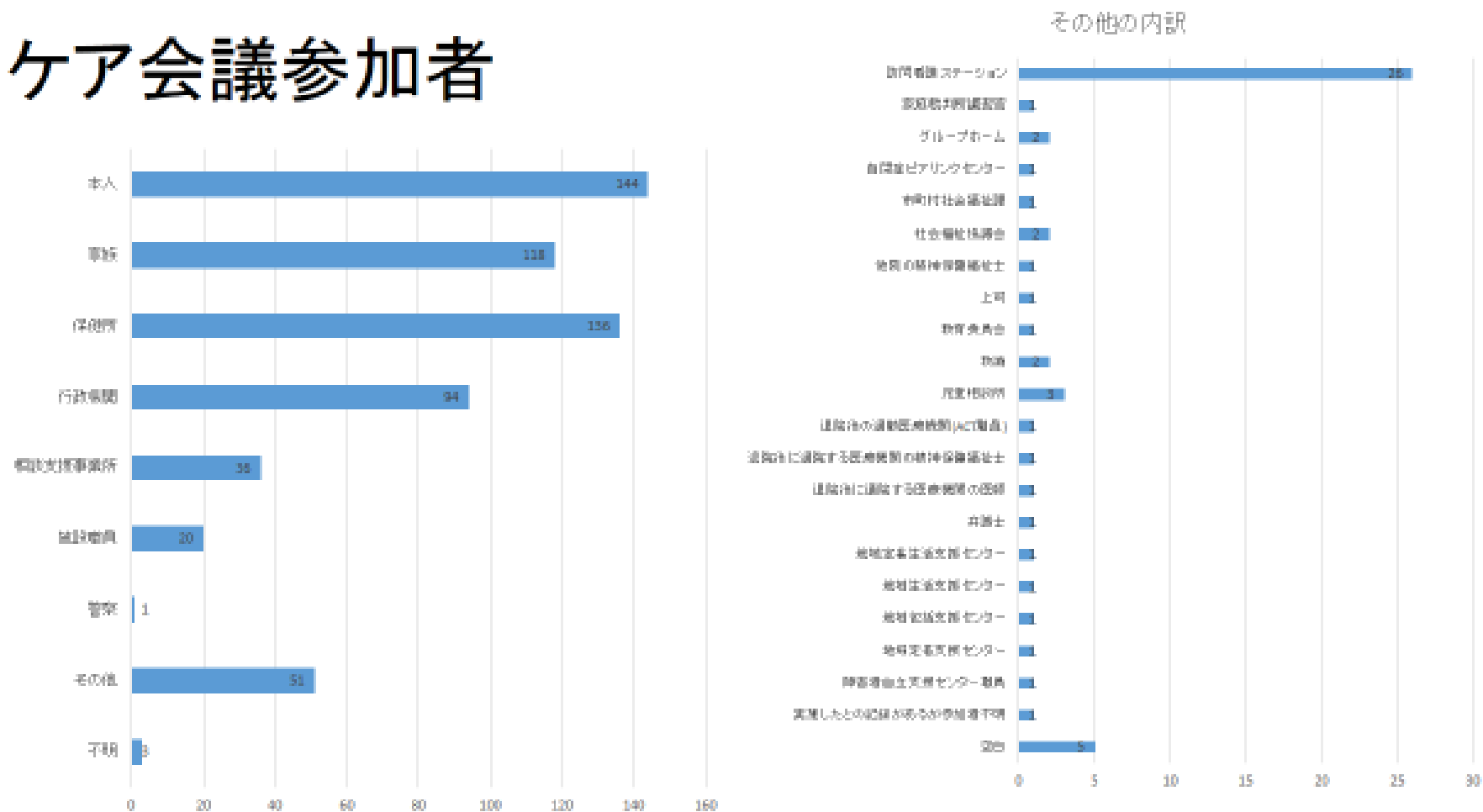


図 3 ケア会議参加者

サービス実施状況

複数回答

n=272

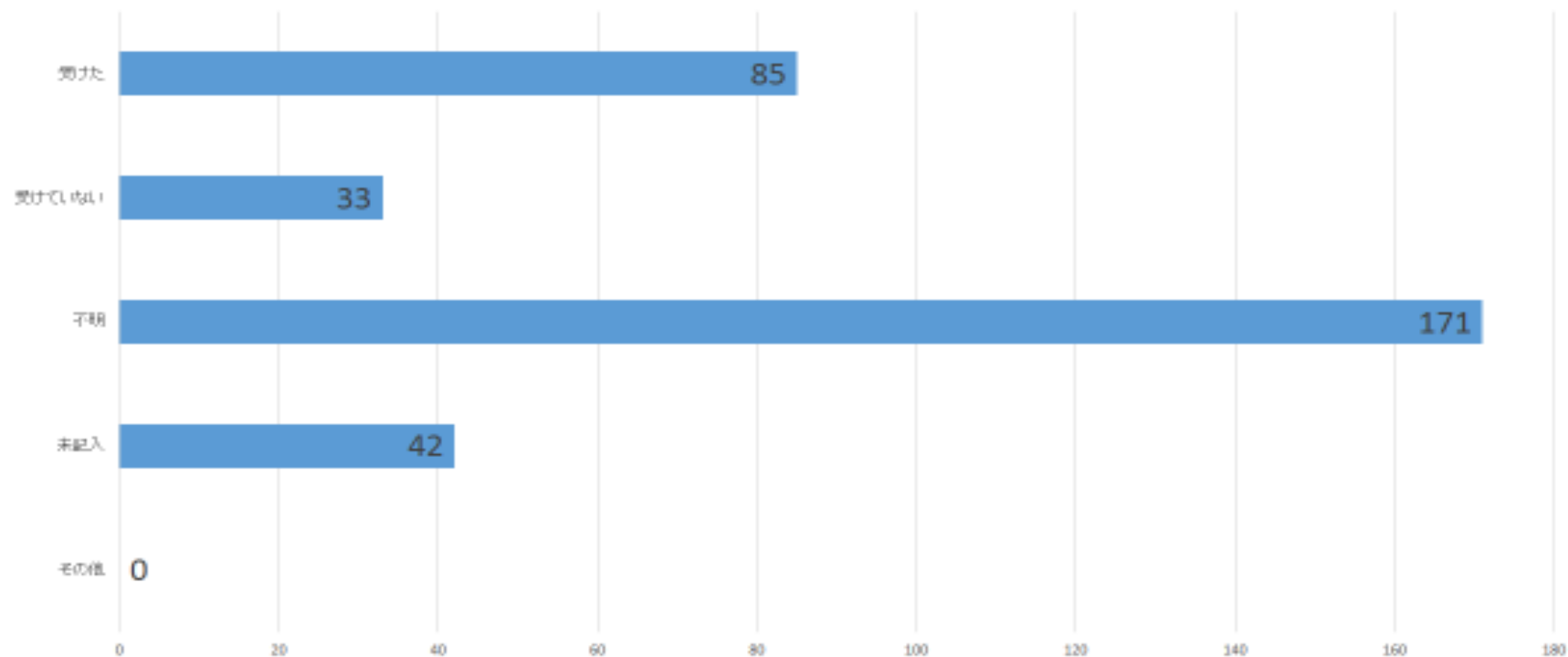


図 4 退院 1 年後のサービス利用状況

退院1年後でのサービスの種類 複数回答

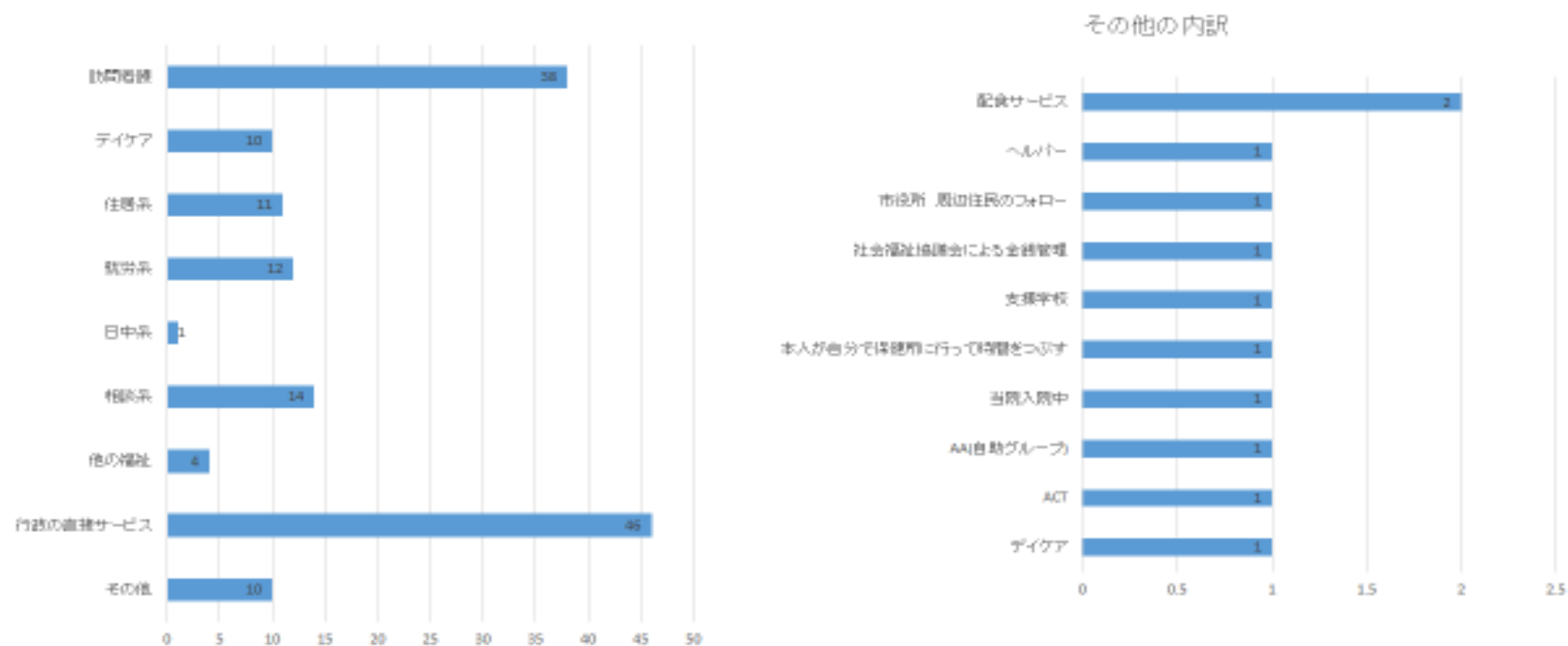


図5 退院1年後でのサービス利用の種類

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 (1)

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 《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

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）、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（宮城県立精神医療センター）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）、奥野栄太（国立病院機構・琉球病院）、木崎英介（大泉病院）、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（栃木県立岡本台病院）、鈴木 亮（宮城県立精神医療センター）、酢野 貢（石川県立高松病院）、田崎仁美（栃木県立岡本台病院）、柘植雅俊（栃木県立岡本台病院）、戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター）、富田真幸（大泉病院）、中西清晃（石川県立高松病院）、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（長崎県精神医療センター）、宮崎大輔（長崎県精神医療センター）、山田直哉（八幡厚生病院）、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）

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 26 条に基づく矯正施設長通報の現状を把握するため、2016 年度における通報例について、都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、矯正施設長通報について、調査を行った。

本研究について、1 つの報告書とすると、かなりの分量となってしまう。このため、この報告書は、次の 4 つに分けた。

《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰（2016 年 5 月、n=299（概要は n=389））

《2》矯正施設長通報の検討（2016 年 5 月＋2016 年度指定医診察、n=389）

《3》事前調査の検討（2016 年 5 月＋2016 年度指定医診察、n=389）

《4》指定医診察例の検討（2016 年度指定医診察、n=98）

本稿では、このうち、《1》矯正施設長通報例の転帰、について、以下、述べることにした。

《1》矯正施設長通報例の転帰

【目的】措置入院制度における矯正施設長通報は、衛生行政報告例によると、2000 年度 397 件であったが、2002 年度 852 件と倍増、2005 年度に 1909 件と 5 倍増、2010 年度 3063 件、2016 年度 5339 件と 10 倍を超えて増加した。これは、そして 2016 年度の全通報

28346 件の 18.8%を占めている。ただ、その大半は、指定医診察不要とされており、診察実施は 140 件にとどまっている。そこで、今回、矯正施設長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を目的として調査を行うこととした。

【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、調査協力を依頼した。対象は、2016 年 5 月 1 日から 2016 年 5 月 31 日までに受理したすべての矯正施設長通報例とした。対象例について、矯正施設長通報書からは、年齢、性別、居住地、釈放日、刑罰に関する事項などについて、所定の調査票に転記を求めた。事前調査書からは、事前調査における本人面接の有無、幻覚妄想、状況認知・判断の障害、生活維持困難の有無、自傷他害行為、診断歴、治療歴・受診の状況やアルコール・薬物乱用の有無、重大な身体合併症などの転記を求めた。研究実施は、長崎県精神医療センター倫理委員会の承認を受けた。

【結果】回答 52 自治体のうち、46 自治体（31 都道府県・15 政令市）から対象 299 例の提出を受けた。平均年齢±標準偏差は 43.0±15.7 歳、男性 246 例、女性 47 例、記載なし 6 例（男女比 5.2 : 1）であった。事前調査 242 例に実施されていた。指定医診察が実施されたのは 8 例、診察不要 291 例であった。

診察不要 291 例の転帰は任意入院 3 例、精神科通院 17 例、医療不要 27 例、その他 26 例、不明 163 例、未記入・空白 55 例であった。

【結論】矯正施設長通報は顕著に増加しているが、その大多数は指定医診察不要とされており、転帰が不明のケースが大半であった。自治体担当者からは「何のための通報なのか」との見解が複数記されており、制度の意義について再考を要するとも考えられた。

A. 研究の背景と目的

措置入院制度においては、警察官通報や検察官通報にまつわる問題がとりあげられることが多い。

これは、もちろん、この 2 つの通報形態の通報が多いことが要因である。2016 年度の衛生行政報告例では、2016 年度 1 年間の精神保健福祉法第 22 条から第 26 条の 3 に規定される通報申請届出は 28346 件であり、このうち一般人申請（第 22 条）299 件（1.1%）、警察官通報（第 23 条）20711 件（73.1%）、検察官通報（第 24 条）1943 件（6.9%）、保護観察所長通報（第 25 条）14 件（0.0%）、矯正施設長通報（第 26 条）5339 件（18.8%）、精神科病院管理者届出（第 26 条の 2）39 件（0.1%）、医療観察法対象者（第 26 条の 3）1 件（0.0%）となっている¹⁾。

このように、警察官通報は 73.1%、検察官通報は 6.8%と、この 2 つの形態で全体の

80%あまりを占めている。ただ、あらためてみると、矯正施設長通報は、2016 年度には全通報の 18.8%にあたっており、検察官通報より多くなっている。

ただ、矯正施設長通報は、しばらく前には非常に少なく、また現在でも医療機関では現実に対応することは少ない、他の通報形態とは一線を画するような動きを見せている。

これは、通報全体を見渡してみると、その増加が近年、顕著で、特徴的な動向を示していることとも関連しているようでもある。

通報の年次推移は、全通報で、図 1 に示すように、1996 年には 6417 件であったが、2000 年度 9591 件、2002 年度 11053 件と増加傾向が出現、2004 年度に 13690 件と倍増、2012 年度 21046 件に 3 倍増、2016 年度 28346 件と 4 倍を超えて増加している

（衛生行政報告例は 1996 年までは年ごと、1997 年以降、年度ごとに集計されている）。これを通報形態ごとに分けて考えると、警察

官通報では、1996年には4547件であったが、2000年度7557例、2002年度8487件と増加傾向が出現、2005年度に10386件と倍増、2010年度12327件、2016年度20711件と4倍を超えて増加した。そして、検察官通報は、1996年1080件、2000年度1075件、2002年度1096件、2005年度に985件と、ほぼ横ばいであったが、医療観察法施行以降、精神鑑定に関心が高まったためか、2010年度1275件、2016年度1943件と倍増している。

ここで矯正施設長通報の通報件数は、図2に示すように、1996年に257件、2000年度に397件であったが、その後、2002年度に852件と倍増、2005年度に1909件と5倍増、2010年度3063件、2016年度5339件と10倍を超えて増加している。

矯正施設長通報は、このように顕著に増加している。どういった事情から、このような増加を示すのか、その要因を検討する必要がある。

そこで矯正施設長通報の動向を検討する。すると、2016年度の矯正施設長通報では、申請通報届出件数5339件、調査により診察の必要がないと認めた者5187件（97.2%）、診察を受けた者140件（2.6%）、集計に現れない者12件（0.2%）であった。140件の内訳は、1次診察のみ実施24件、2次診察実施（法第29条該当症状の者）83件、法第29条該当症状でなかった者、措置以外の入院4件、入院以外の処遇29件とされている。圧倒的多数が、診察不要とされている点で、他の通報形態と異なっている。移送を行った件数も明らかにされており、調査から1次診察場所まで2件、1次診察場所から2次診察場所まで6件、2次診察場所から病院まで66件となっていた。

このように、大半は、診察不要とされており、診察実施は140件にとどまっていた。大半は、診察不要として、淡々と処理されている状況にあった。

ここで、矯正施設長通報については2001年度に、竹島が通報と事前調査を対象に、また吉住が指定医の判断とその後の経過について、行った研究がある²⁻³⁾。

竹島、吉住らの研究では、2000年度の矯正施設長通報を対象としており、この期間、衛生行政報告例によれば397件の通報がなされている。この研究では355例の回答が得られており、同年度の89.4%について調査された結果である（この報告書では、ケースの数え方について、衛生行政報告例によるものを件、研究結果によるものを例と、使い分ける）。

そして、この竹島による通報と事前調査を対象とした研究からは、2000年度1年間における矯正施設長通報355例のうち、85例が指定医診察を受け、59例が措置入院していた。250例、74.6%は指定医診察が行われず、直後の経過は入院0例、通院38例、医療不要8例、その他16例、不明188例と、大多数が不明であった。また行為から通報までの期間が、矯正施設に収容されていた期間の影響で、かなり長期となっていたのが特徴とされた。

また吉住による指定医の判断とその後の経過についての研究からは、年齢や診断で統合失調症圏が多いことは他と大差なかったが、矯正施設長通報では男女比11対1と男性に多く、また指定医2名の判断が一致せず措置不要となった割合が他の通報形態に比して高かった。矯正施設入所中に罹患した精神障害の治療継続、精神作用物質の再使用の評価、妄想に基づく他害で服役したものの妄想が治まりきらずに矯正施設から退所する事例の問題が指摘されていた。

ここで、改めて2016年度の通報における、その後の動向について、件数をみると、診察実施140件では、1次診察のみ24件、2次診察で要措置83件、措置不要33件（他の入院4件、入院以外29件）となっている。この点、2000年度の衛生行政報告

例では、通報 397 件で、うち調査により診察の必要がないと認めた者 300 件、要措置 63 件、措置不要 33 件である。指定医診察の実施は、件数的には微増し、割合的には激減している。

このように、矯正施設長通報には、通報数の激増、診察割合の激減しており、通報されたケースの大多数は、診察に至らないという状況にある。

ただ、多数の通報例が診察不要となっているが、診察不要とされている事例は、どのような特徴を有するのかは、竹島の報告のみで、この報告に示された特徴が現在も同様であるのかは明らかではない。

ここで犯罪白書によると、2015 年 12 月 31 日における刑務所収容人数は 58497 人、2015 年度の出所者 24737 人とされている⁴⁾。実に出所者 24737 人のうち 5339 件、単純計算でも約 19.9%が通報されていることになる。

もちろん、受刑者の約 4 分の 1 は、精神障害を抱える、ということではあるので、この激増は、精神障害を抱える受刑者の全員を、法の文言に照らして、そのまま通報するように方針変更された、ということかとも思われる。

ただ、長い間、本当に必要な事例を通報するという運用がなされていたところ、特に協議もなく、文言通りに運用することとなると、当然、問題も生じる。

果たして、この顕著な動向は、どのような要因によるのかは、明らかにする必要がある。

2001 年度の調査からは、実際の通報については、情報が乏しいとの指摘もある。

また、筆者らは昨年度、長期措置入院患者の現状を明らかにしたが、その中には矯正施設長通報患者が一定の存在感を示しており、長期入院などの課題があることも明らかとなっている⁵⁾。このように、矯正施設長通報においては、種々の課題がある。

ただ、2001 年の調査からは、既に 17 年が経過しており、現状もこのような状況にあるかは、あきらかではない。当時は 397 件しかなかった通報が、2016 年度には 5339 件と、10 倍を超えて増加しており、この点については、明らかにする必要がある。

そして、今般、厚生労働省からは、措置入院の運用に関するガイドラインが通知された^{6,7)}。ただ、このガイドラインは警察官通報を主体に検討されたものであり、矯正施設長については、いまだ検討がなされていない。矯正施設長通報は通報件数の約 2 割を占めており、現状把握の必要性は大きい。

そこで、今回、矯正施設長通報について現状を把握し、全体像を明らかにした上で、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を目的として調査を行うこととした。

B. 方法

1. 対象

この研究では、矯正施設長通報における通報、事前調査、指定医診察、措置解除時の状況を調査することで、これらの現状を明らかにする目的である。

この目的のためには 2016 年度の、すべての矯正施設長通報例を収集して解析を試みればよいとも考えられる。

しかし、2016 年度の矯正施設長通報は、前述のように 5339 件と、膨大である。その一方で、矯正施設長通報から指定医診察が実施されたのは 140 件にとどまる。通報の特徴と、指定医診察の傾向の両方をみることができそうな通報例の収集策を講じる必要がある。

このため、2016 年 5 月 1 日から 2016 年 5 月 31 日までの 1 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 26 条に基づく矯正施設長通報がなされた「精神障害者またはその疑いのある収容者」について、対象とした。

そして、指定医診察例が僅少であることも考慮し、2016年4月1日から2017年3月31日までの1年間において、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26条に基づく矯正施設長通報がなされた「精神障害者またはその疑いのある収容者」のうち、都道府県・政令指定都市において、精神保健福祉法第27条に基づく精神保健指定医の診察を要すると判断された事例についても、対象とした。

2. 調査内容

精神保健福祉法第26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、所定の調査票に転記を求める形式で、調査を行った。

(1)「矯正施設長通報書」より転記する項目

- ① 通報日
- ② 年齢・性別
- ③ 居住地
- ④ 矯正施設からの釈放・退院・退所の日
- ⑤ 症状の概要
- ⑥ 罪名、刑名、刑期
- ⑦ 診察の必要性に関する意見
- ⑧ 引き取り人の有無

(2)「事前調査書」より転記する項目

- ① 事前調査日
- ② 年齢・性別
- ③ 事前調査における本人面接の有無
- ④ 幻覚妄想あるいは明確に病的な行動や言動の有無・状況
- ⑤ 社会生活における状況認知・判断の障害の有無・状況
- ⑥ 基本的な生活維持の困難の有無・状況
- ⑦ 自傷行為の有無・状況
- ⑧ 他害行為の有無・状況

- ⑨ 精神障害の診断歴の有無
- ⑩ 精神科治療歴・受診歴の状況
- ⑪ 現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療状況
- ⑫ アルコール・薬物乱用の有無
- ⑬ 措置入院先選択に関係する重大な身体合併症の有無

(3)「措置入院に関する診断書」より転記する項目

- 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

(4)「措置入院者の症状消退届」より転記する項目

- ① 報告日
- ② 措置年月日
- ③ 年齢・性別
- ④ 病名
- ⑤ 措置解除後の処置に関する意見
- ⑥ 退院後の帰住先
- ⑦ 措置解除希望日（または措置解除日）

(5)とりまとめ票の記載項目

所定の調査票においては、その第1ページに、通報例の年齢、性別、通報日の記載を求めた。また、とりまとめ票においては、第2ページ目以降に詳記されている各項目のうち、事前調査を実施したかどうか、指定医診察を実施したかどうか（実施していない場合にはその転帰）、診察後に措置入院していない場合にはその転帰、措置入院した場合には

措置入院日と措置解除日、現在の措置入院状況、措置解除した場合にはその転帰について、改めての記載を求めた。

なお、実際の調査票ならびに調査票記載マニュアルは、参考資料の通りである。

3. 調査の方法

2018年10月3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、2018年10月31日までの返送を求めた。

(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、長崎県精神医療センター倫理委員会の審査を受け、2018年9月19日に承認を受けた。

C. 結果

1. 年齢・性別について

47都道府県・20政令市のうち、52自治体から調査への協力を受けた。46自治体(31都道府県・15政令市)から299例の提出を受けた。6自治体では該当例がなかった。

平均年齢±標準偏差は43.0±15.7歳、男性246例、女性47例、未記入6例、男女比5.2:1であった。

年齢・性別については、図3に示した。

なお、この調査では、「2016年5月1日から2016年5月31日までの矯正施設長通報例」ならびに「2016年4月1日から2017年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察例」の2群について、まとめて資料提出を求めており、これは、あわせて389例であった。年齢・性別は、42.9±15.3歳、男性326例、女性57例、未記入6例、男女比5.7:1であった。この群の詳細は、《2》矯正施設長通報の検討、および《3》事前調査の検討、において述べた。

また、「2016年4月1日から2017年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察例」は98例、42.8±13.7歳、男性88例、女

性10例、男女比8.8:1であった。この指定医診察例についての詳細は、《4》指定医診察例の検討、において述べた。

これらの調査区分については、図4に示した。

2. 診断について

診断については、指定医診察が行われるまで、判明しない。そのため、通報があった例のうち、実際に診断が判明するのは、一部にとどまる。ただ、矯正施設内での診断が通報書等に記載されており、その情報が得られる場合がある。

こうしたことから、通報例について、矯正施設長通報書に記載されている診断については、《2》矯正施設長通報の検討、に、指定医診察を行って得られた診断については、《4》指定医診察例の検討、において述べた。

3. 事前調査の実施状況について

2016年5月の通報299例のうち、事前調査は、「実施した」242例(80.9%)、「実施していない」57例(19.1%)であった。

事前調査の実施状況については、図5に示した。

4. 2016年5月 矯正施設長通報299例の転帰

2016年5月 矯正施設長通報299例の転帰は、事前調査のみで指定医診察を行わなかったもの291例(97.3%)、指定医診察を実施したもの8例(2.7%)であった。指定医診察を実施した8例では、7例(全299例の2.3%)が措置入院し、うち6例(同2.0%)は調査時点で措置解除され、措置入院継続は1例(同0.3%)のみであった。

改めて事前調査のみで指定医診察を行わなかった291例の転帰は、任意入院3例(全299例の1.0%)、医療保護入院0例(同0.0%)、精神科通院17例(同5.7%)、医療

不要 27 例（同 9.0%）、その他 26 例（同 8.7%）、不明 163 例（同 54.5%）、未記入と空白で 55 例（同 18.4%）であった。

指定医診察を実施した 8 例では、7 例（全 299 例の 2.3%）が措置入院し、1 例（同 0.3%）は措置不要となり、医療保護入院していた。また措置入院後に措置解除された 6 例（同 2.0%）では、任意入院 1 例（同 0.3%）、医療保護入院 5 例（同 1.7%）、転院 1 例（同 0.3%）のようであった。なお、指定医診察例についての詳細は、《4》指定医診察例の検討、において述べた。

2016 年 5 月 矯正施設長通報 299 例の転帰については、図 6 に示した。

D. 考察

1. 調査対象について

方法の欄でも述べたが、この研究では、矯正施設長通報における通報、事前調査、指定医診察、措置解除時の状況を明らかにすることを目的とした。この目的を達成するためには、対象とする年度の、すべての矯正施設長通報例を収集して解析を試みればよいとも考えられる。

しかし、近年、矯正施設長通報は顕著に増加しており、2016 年度では前述のように 5339 例と、膨大である。このすべてを対象とすることは、都道府県・政令指定都市の負担が大きく、自治体の協力を得られないおそれもある。自治体の協力を得やすくするためにも、統計解析に影響が少ない範囲で、対象を絞る必要があると考えられた。

また、2000 年度の矯正施設長通報調査においては、同年度の通報 397 件のうち、355 例の回答が得られていることも考慮し²⁾、2016 年度の矯正施設長通報 5339 件の 12 分の 1、445 件として、仮に 355 例が得られれば、その 79.7%に相当するため、1 ヶ月分を対象とすることは妥当であると考えた。

このため 2016 年 5 月 1 日から 2016 年 5 月 31 日までの 1 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 26 条に基づく矯正施設長通報がなされた「精神障害者またはその疑いのある収容者」を対象とした。

ただ、その一方で、2016 年度における矯正施設長通報 5339 件に対して、指定医診察は 140 件と僅少である。統計解析のできるだけ実態を示すには、この 140 件については、できるだけ多くを収集する必要があるとも考えられた。このことから、2016 年 4 月 1 日から 2017 年 3 月 31 日までの 1 年間において、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 26 条に基づく矯正施設長通報がなされた「精神障害者またはその疑いのある収容者」のうち、都道府県・政令指定都市において、精神保健福祉法第 27 条に基づく精神保健指定医の診察を要すると判断された事例についても、対象とすることとした。

このようにして、調査対象を定め、調査を行った。

実際には、2016 年 5 月の矯正施設長通報として 299 例の提出があり、これは 445 件の 67.1%にあたる。また、この指定医診察例についての詳細は、《4》指定医診察例の検討、において述べることとしているが、2016 年度の指定医診察 140 件のうち、98 例の資料提出を受けており、これは 70.0%にあたる。

2016 年 5 月に指定医診察が行われたのは 8 例であった。同年の指定医診察 140 例であることから、その 70%が 98 例で、これを 12 等分すると、およそ 8 例にあたる。月あたりとなれば多少のばらつきもあり得るため参考値ではあるが、一定の代表性を有していると考えられる。

2. 年齢・性別について

「2016 年 5 月 1 日から 2016 年 5 月 31 日までの矯正施設長通報例」は、299 例、43.0±15.7 歳、男性 246 例、女性 47 例、不

明・未記入 6 例、男女比 5.2 : 1 であった。

2000 年の矯正施設長通報では、通報 335 例では、年齢が判明している 322 例において、 38.5 ± 13.5 歳であった。また男性 309 例、女性 19 例、不明 7 例であった²⁾。

この 2 群を比較すると、前回に比して今回は年齢が高いようであった ($F=1.352 > F_{0.01}(298, 321)=1.206, p<0.01$)。

年齢が高くなっていることについては、矯正施設入所者の高齢化の影響もあり得ると考えられた。

また性別では、前回に比して、今回は女性の割合が増しているようであった ($\chi^2(2)=17.1, p<0.01$)。なお、性別不明例においては、もちろん単なる記載漏れともいえるケースもあるが、性同一性障害である旨の記載とともに性別欄を空白とした例もあった。通報に際して、被通報者の性別違和の取扱いの位置づけは明確でない中で、矯正施設は長く被通報者を処遇した現場からの通報という性質もあり、現場でのこの問題への配慮がうかがわれるとも考えられた。

3. 事前調査の実施状況について

調査に際しては、とりまとめ票に、事前調査の実施状況の記載を求めた。

ただ、ここで、各自治体の事前調査についての認識は、多少、異なる様子であった。電話で問い合わせのみのものも調査であるとする自治体がある一方で、そのレベルでは調査にはあたらないとする自治体も見受けられた。また、「通報書に詳細な資料あり」「分類担当者から簡易通報である旨を電話で聴取した」などの理由で、事前調査書が作成されていない場合もあった。

このため、事前調査票の各項目にチェックがある通報例についても、とりまとめ票には「実施していない」と回答されている自治体があり得る。

事前調査について具体的な基準がない中で、この調査にあたっては、このいずれの見

解も、妥当として、事前調査の実施状況については、とりまとめ票への記載を、そのまま集計した。このような状況のため、事前調査の実施状況については、結果に、多少の揺らぎが生じている。

4. 転帰について

2016 年 5 月の矯正施設長通報例のうち、資料提出を得た 299 例では、指定医診察不要は 291 例であった。この 291 例の転帰は任意入院 3 例、医療保護入院 0 例、精神科通院 17 例、医療不要 27 例、その他 26 例、不明 163 例、未記入・空白 55 例であった。

ここで、2000 年度の矯正施設長通報例では、通報 335 例のうち、85 例が指定医診察を実施されており、診察不要は 250 例であった。この 250 例の転帰は任意入院 0 例、医療保護入院 0 例、精神科通院 38 例、医療不要 8 例、その他 16 例、不明 188 例であった。

2016 年 5 月の 291 例を、精神科医療を要する（任意入院 3 例、医療保護入院、精神科通院 17 例の和）20 例、医療不要 27 例、その他 26 例、不明等（不明 163 例と未記入等 55 例）218 例として、2000 年度の相応部分と比較すると、精神科医療を要する群が減少し、医療不要が増加していた ($\chi^2(3)=20.348, p<0.01$)。精神医療が必ずしも必要そうではなくても、精神科診断名が付されている場合には、とりあえず通報しているという状況がうかがわれる結果といえる。

指定医診察は 8 例であった。その転帰についての 2000 年度との比較は、《4》指定医診察例の検討、において述べた。

5. 顕著な増加について

このように、矯正施設長通報は顕著に増加しているが、その大多数は指定医診察不要とされており、精神科医療を要しない状態であった。

それでは、どのようなことで、矯正施設長

通報は顕著に増加したのでしょうか？

通報については、通報書の作成など、矯正施設側の労力もかかることで、単に法に定められているので機械的に行っている訳でもないだろう。

通報する側は、退所後の支援や経過観察について問題意識が大きいのではないかと考えられる。実際の診察では、問題事例も存在し、支援を要したとの報告がなされることもあり、実際に支援を要する場面も隠されているのではないとも思われる。

こうした問題については、やはり、通報書を検討した方がよいと考えられる。

このような点から、《2》矯正施設長通報の検討において、通報書の検討を行うこととした。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表 なし

2.学会発表 なし

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 なし

文献

1) 政府統計の総合窓口．衛生行政報告例：
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450027&tstat=000001031469>, last accessed on Jan. 9, 2019

2) 竹島正，立森久照，三宅由子，小山智典，長沼洋一，宮田裕章．措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究：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

pp. 19-63, 2004

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

(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：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 pp. 77-107, 2004

4) 法務省．平成 28 年版 犯罪白書～再犯の現状と対策のいま～（第 4 章第 1 節 2、4）
<http://hakusyo1.moj.go.jp/jp/63/nfm/mokuji.html>, last accessed on Feb. 28, 2019

5) 瀬戸秀文（執筆担当），稲垣中，岩永英之，太田順一郎，大塚達以，島田達洋，鈴木亮，酢野貢，田崎仁美，柘植雅俊，中西清晃，中濱裕二，中村仁，松尾寛子，宮崎大輔，山田直哉，吉住昭，渡邊大輔，芳野昭文：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）長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究．平成 28 年度国立研究開発法人 日本医療研究開発機構委託研究 医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究 研究開発分担報告書 pp189-208, 2018

6) 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

7) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知：「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について．

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1

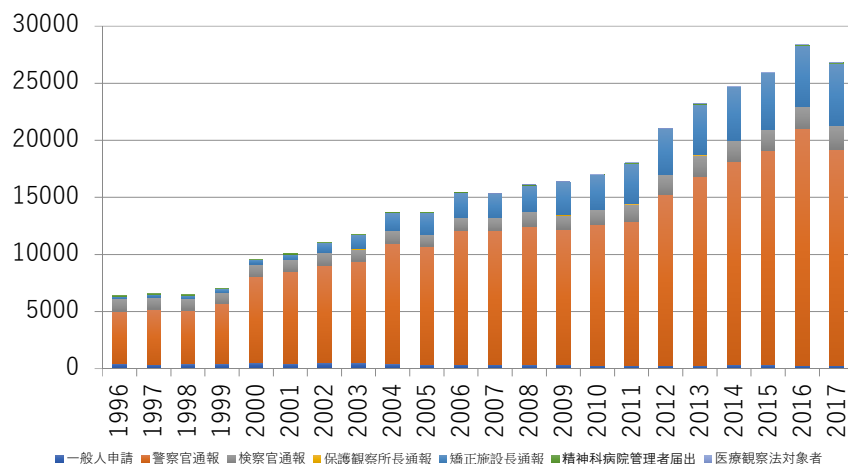


図1 通報申請届出の件数

1996年と1997年度から2017年度までの衛生行政報告例から、一般人申請、警察官通報、検察官通報、保護観察所長通報、矯正施設長通報、精神科病院管理者届出、医療観察法対象者の通報の件数について、作図した。

通報の年次推移は、全通報で、1996年には6417例であったが、2000年度9591例、2002年11053例と増加傾向が出現、2004年に13690例と倍増、2012年21046例に3倍増、2016年度28346件と4倍を超えて増加している（衛生行政報告例は1996年までは年ごと、1997年以降、年度ごとに集計されている）。

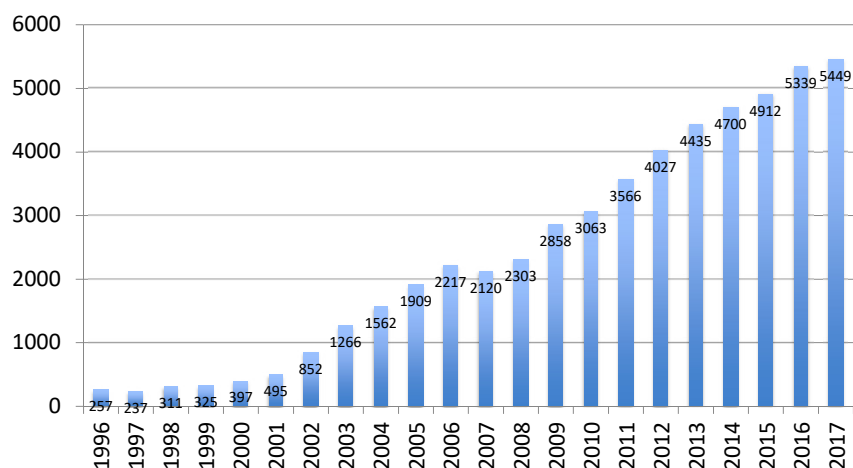


図2 矯正施設長通報の件数

図1と同様に、1996年と1997年度から2017年度までの矯正施設長通報件数について、作図した。

矯正施設長通報の通報件数は、1996年度に257例、2000年度に397例であったが、その後、2002年に852例と倍増、2005年に1909例と5倍増、2010年3063例、2015年度4912例と10倍を超えて増加していた。

図3 年齢・性別

2016年5月1日から2016年5月31日
までの矯正施設長通報299例では、

年齢 43.0 ± 15.7 歳、
男性246例、女性47例、未記入6例
(男女比5.2:1)であった。

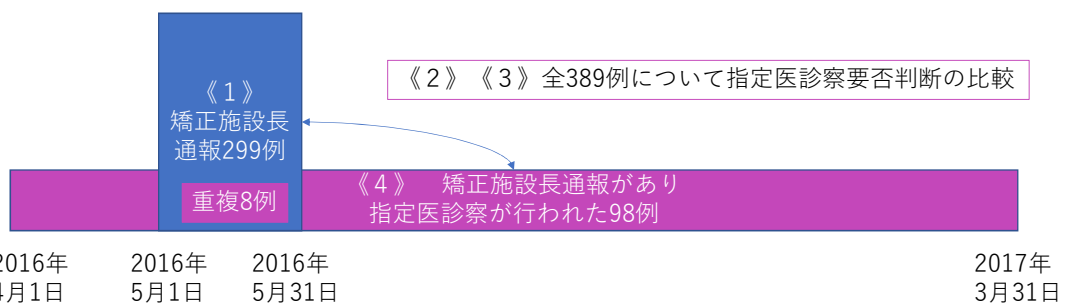
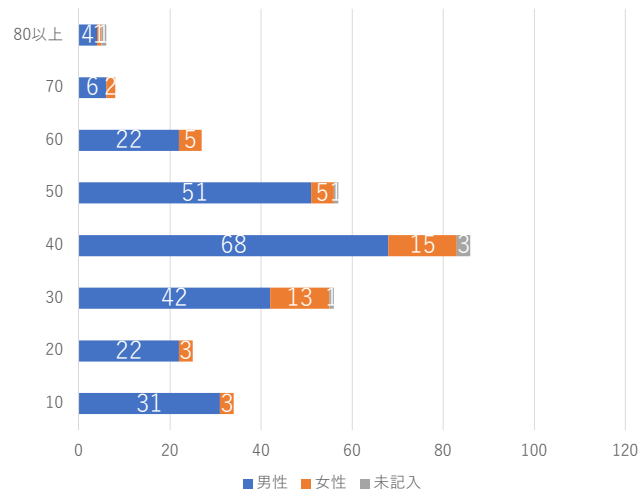


図4 この調査における資料ならびに報告書《1》《2》《3》《4》の関係について
この調査においては、都道府県・政令指定都市に対して矯正施設長通報例について次の区分で資料提出を求めた。

《1》 2016年5月1日から2016年5月31日までの矯正施設長通報例として資料提出を受けた。

この群は、矯正施設長通報例の転帰（2016年5月、 $n=299$ ）として報告した

《4》 2016年4月1日から2017年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察例として資料提出を受けた。

この群は、指定医診察例の検討（2016年度指定医診察、 $n=98$ ）として報告した。

その上で、この報告書においては、

《2》 矯正施設長通報の検討（2016年5月+2016年度指定医診察、 $n=389$ ）

《3》 事前調査の検討（2016年5月+2016年度指定医診察、 $n=389$ ）

において、《1》と《4》の2群を比較した。

図5 事前調査の実施状況

2016年5月1日から2016年5月31日
までの矯正施設長通報299例では、
実施した 242例（80.9%）
実施していない 57例（19.1%）
であった。

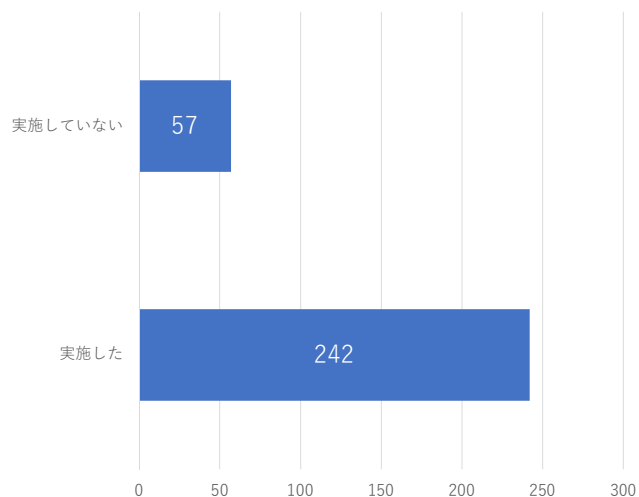
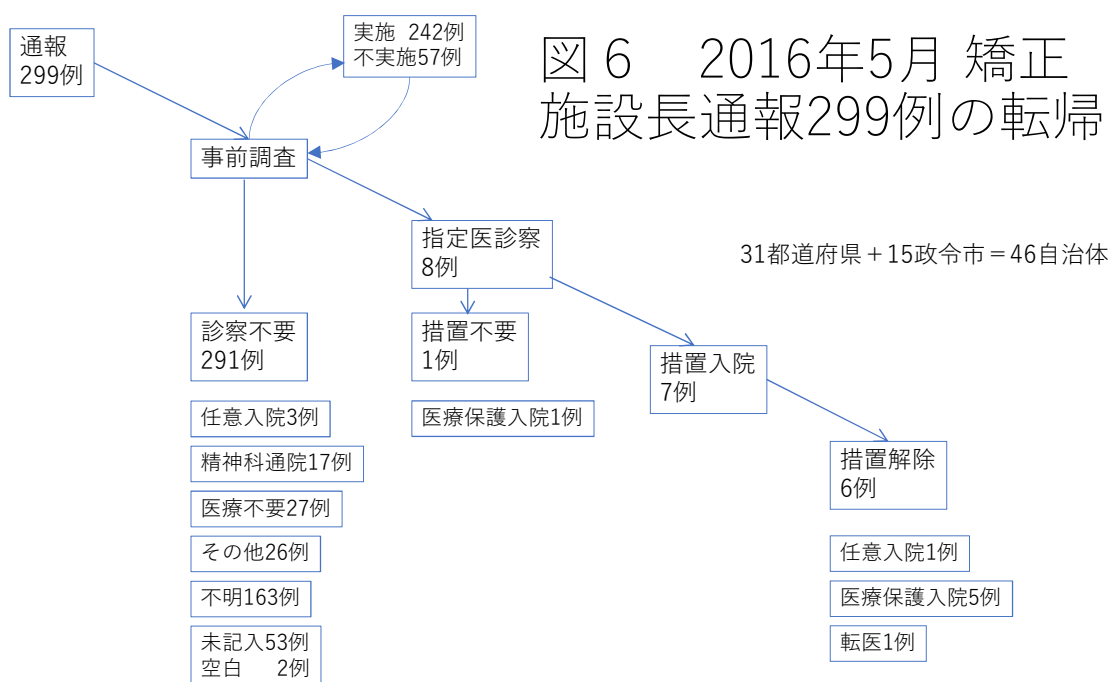


図6 2016年5月 矯正施設長通報299例の転帰



措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究 矯正施設長通報調査票

とりまとめ表

通 報 日	年 月 日
年 齢 ・ 性 別	歳 男 ・ 女 ・ 未記入

事 前 調 査 は	1. 実施した 2. 実施していない
指 定 医 の 診 察 は	1. 実施した 2. 実施していない 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他（ ） 6. 不明
診 察 後 の 経 過 は	1. 措置入院した 2. 措置入院していない 1. 現在も措置入院中 2. 既に措置解除した 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他（ ） 6. 不明 措置入院日 年 月 日 措置解除日 年 月 日 措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含みます。

データ目録			
1	通 報 書	1. あり 2. なし	
2	事 前 調 査 書	1. あり 2. なし	
3	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察） 2. なし 3. 診察実施せず	
4	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察） 2. なし 3. 診察実施せず	
5	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察） 2. なし 3. 診察実施せず	
6	措 置 症 状 消 退 届	1. あり 2. なし 3. 措置入院していない 4. 医療機関から未提出	

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

矯正施設長通報書・データ票

確認欄

通 報 日	年 月 日			☐
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入		☐
帰 住 地	1. 矯正施設入所前に当自治体に居住 2. 帰住地調整で当自治体が帰住地とされた 3. 帰住地がないため矯正施設所在地に通報 4. その他 () 5. 不明 6. 記載なし			☐
症 状 の 概 要 病名や病状、自傷他害の有無や既往、精神科治療状況ならびに身体合併症の状況に関する情報について、転記してください。	病 名			
	自 傷 他 害	人に対する他害行為のおそれ	1. 記載なし 2. なし 3. あり	
		物に対する他害行為のおそれ	1. 記載なし 2. なし 3. あり	
		自傷行為のおそれ	1. 記載なし 2. なし 3. あり	
	治 療	重大な他害行為の既往【複数回答可】	1. 記載なし 2. なし 3. 殺人未遂 4. 殺人(既遂) 5. 放火 6. 強盗 7. 強制性交(強姦) 8. 強制わいせつ 9. 傷害	
		精神科治療の状況	1. 記載なし 2. なし 3. あり	
		身体合併症の状況	1. 記載なし 2. なし 3. あり	
病 状	上の「病名」「自傷他害」「治療状況」に、印をつけることができる場合には、「病状」は空欄で差し支えありません。印をつけることができない場合には、通報書の病状を転記してください。		☐	
矯 正 施 設 か ら の 釈 放 ・ 退 院 ・ 退 所 の 日	年 月 日			☐
引 き 取 り 人	1. 記載なし 記載がある場合 (2から5に○) 【複数回答可】 2. 家族や親族 3. 友人・知人など 4. 施設等の関係者 5. その他 ()			☐
罪 名	1. 記載なし 2. 記載あり ()			☐
刑 名	1. 記載なし 記載がある場合 (2から10に○) 【複数回答可】 2. 懲役 3. 禁錮 4. 罰金 5. 拘留 6. 科料 7. 少年院等への送致 8. 婦人相談所入所 9. その他 ()			☐
刑 期	1. 記載なし 2. 記載あり ()			☐
診 察 の 必 要 性 に 関 す る 意 見	1. 記載なし 記載あり (2か3に○) 2. 指定医診察が必要 3. 指定医診察不要・簡易通報			☐

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

事前調査書・データ票

確認欄

事前調査日		年 月 日			☐
年齢・性別		歳	男・女		☐
事前調査における本人面接の有無		1. 面接した 2. 面接していない 3. わからない			☐
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
社会生活における状況認知・判断の障害		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
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)		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
自傷行為		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
他害行為の有無 (今回の申請・通報・届出に関するもの)		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
他害行為が「1. 明らか」「2. 軽度」は右の該当項目に○印(複数選択可)		1. 殺人・殺人未遂 2. 傷害 3. 暴行 4. 性的問題行動 5. 侮辱 6. 器物損壊 7. 強盗 8. 恐喝 9. 窃盗 10. 詐欺 11. 放火 12. 弄火 13. その他()			☐
精神障害の診断歴の有無 (今回の通報時点まで)		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
精神科治療歴・受診歴		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
現在(3ヶ月以内)の精神障害の治療		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
備考	薬物乱用	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
	アルコール飲用	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
	措置入院先選択に関係する重大な身体合併症	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
	これまでの司法処分	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
結論		1. 指定医診察を行う 2. 指定医診察は行わない 3. 不明			☐

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本に該当する記載がないものの、選択肢のいずれともいえないなど、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

確認欄

[illegible]

-4-
540

確認欄

[illegible]

–5–
541

措置入院に関する診断書・データ票

申請等の形式		i 親族又は一般人申請（第22条） ii 警察官通報（第23条） iii 検察官通報（第24条） iv 保護観察所長通報（第25条） v 矯正施設長通報（第26条） vi 精神病院管理者届出（第26条の2） vii 医療観察法対象者〔指定通院医療機関管理者通報、保護観察所長通報〕（第26条の3） viii 都道府県知事・指定都市市長職務診察（第27条第2項）	
申請等の添付資料		i あり ii なし	
年齢・性別		歳	男・女
病名 ICDの記載がないものの み、病名を転記してください。		1 主たる精神障害 ICD（ ）	2 従たる精神障害 ICD（ ）
3 身体合併症			
入院回数		初回から前回まで 計 回（うち、措置入院歴 なし・あり）	
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	
1 殺人 2 放火 3 強盗 4 強制性交・強姦 5 強制わいせつ 6 傷害 7 暴行 8 恐喝 9 脅迫 10 窃盗 11 器物破損 12 弄火又は失火 13 家宅侵入 14 詐欺等の経済的な問題行動 15 自殺企図 16 自傷 17 その他（ ）	A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他（ ） II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記憶障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ） IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他（ ） V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他（ ） VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他（ ） VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心拍 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他（ ） VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他（ ） IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他（ ） <その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存（ ） 4 その他（ ） <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他（ ） <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他（ ）	
医学的総合判断		I 要措置 II 措置不要	
診断日		年 月 日	
この診察は？		1. 通常診察 2. 緊急措置診察	

確認欄

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄（問題行動は上欄）の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

措置入院者の症状消退届・データ票

確認欄

報 告 日	年 月 日			☐
措 置 年 月 日	年 月 日			☐
年 齢 ・ 性 別	歳		男 ・ 女	☐
病 名 ICDの記載がないものの み、病名を転記してくださ い。	1 主たる精神障害 ICD ()	2 従たる精神障害 ICD ()	3 身体合併症	☐
措 置 解 除 の 処 置 に 関 する 意 見	1 入院継続（任意入院・医療保護入院・他科） 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()			☐
退 院 後 の 帰 住 先	1 自宅（i 家族と同居 ・ ii 単身） 2 施設 3 その他 ()			☐
措 置 解 除 希 望 日	月 日 (曜日)			☐

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

2018年（平成30年）度
厚生労働行政推進調査事業費 補助金
障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究
矯正施設長通報
調査のお願い
（調査票記載マニュアル）

2018年6月10日 版

厚生労働行政推進調査事業費 補助金
（障害者政策総合研究事業（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
（H28－精神－指定-001）研究代表者 藤井 千代

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部
措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究
研究分担者 瀬戸 秀文
長崎県病院企業団 長崎県精神医療センター

2018年8月1日

都道府県・政令指定都市
精神保健福祉担当課 御中

平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金
精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究
研究代表者 藤井 千代
(国立精神神経医療研究センター精神保健研究所部長)
措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究
研究分担者 瀬戸 秀文
(長崎県精神医療センター診療部長)

「精神保健福祉法第26条に基づく矯正施設長通報に関する調査」 について協力をお願い

謹啓 盛夏の頃となりましたが、貴台におかれてはますますご清祥のことと存じます。平素より、私どもの研究班には、たいへんお世話になっており、厚く御礼申し上げます。

私ども、2001年度(平成13年度)以降、厚生労働科学研究費補助金・日本医療研究開発機構の研究事業をもとに、都道府県における措置入院制度の運用実態を分析してまいりました。この間、2016年には相模原市において措置入院歴を有する元職員が障害者施設を襲撃する事件も発生し、措置入院制度のあり方に関しては種々の検討が行われているところであります。

このたび、精神保健福祉法第26条による矯正施設長通報の状況について、全国的な調査を実施することとなりました。矯正施設長通報は、衛生行政報告例によると、2000年度には397件であったものが、2016年度には5339件と、13倍超の増加をしております。その一方で、実際に措置入院となったのは、2000年度63件に対して2016年度に83件と、ほとんど変化がありません。

この調査により、矯正施設長通報にかかる対応がどのように変化したかなどが明らかにできるものと考えております。

具体的な調査の進め方につきましては、同封の調査手順をご参考いただきたく存じます。

調査の概要は以下の通りで、2001年度に行ったものとほぼ同様の調査を、再度実施いたします。なお、本研究実施については、研究分担者施設において倫理委員会の承認を得ております。

ご多用中、誠に恐れ入りますが、このことについて、よろしくお願い申し上げます。

謹白

○ 2016年度(平成28年度)に矯正施設長通報がなされた事例のうち、指定医診察を行ったかどうかで区分し、調査対象とさせていただきます。

指定医診察を行った事例(1年分を対象とします)

☑ 2016年4月1日から2017年3月31日の通報例

指定医診察を行っていない事例(1ヶ月分を対象とします)

2016年5月1日から2016年5月31日の通報例

○ 個々の事例の「通報書」、「事前調査書」、「措置入院に関する診断書」、「措置症状消退届」について、所定の調査票に転記の上、返送いただきたく存じます。

○ ご返送いただきました調査票は、研究分担者施設で厳重に管理し、解析をいたします。また、解析終了後は速やかに処分いたします。

○ 都道府県・政令指定都市ごとの集計は行いません。

ご多忙の折、誠に申し訳ございませんが、2018年10月31日までに返信用封筒にてご返送いただければ幸いです。疑問の点は、下記のメールにてご連絡いただければと存じます。

連絡先

〒856-0847

長崎県大村市西部町1575-2

長崎県精神医療センター

診療部長 瀬戸 秀文

Tel. 0957-53-3103

Fax. 0957-52-2401

E-mail: setohidefumi@ybb.ne.jp

大変恐縮ながら、お電話でのお問い合わせは、担当者が御連絡先をお預かりし、後日の連絡とさせていただきます。できるだけ電子メールでの照会をお願いいたします。お問い合わせは、電子メール(または郵便、ファックス)にて、重ねてお願いいたします。

もくじ

協力をお願い	2
とりまとめ表	4
とりまとめ表 記載例	5
通報書 データ票	6
通報書 参照の要点	7
事前調査書 データ票	8
事前調査書 参照の要点□	9
措置入院に関する診断書 データ票	1 2
措置入院に関する診断書 第1面 参照の要点	1 3
措置入院に関する診断書 データ票	1 4
措置入院に関する診断書 第2面 参照の要点	1 5
措置症状消退届 データ票	1 6
措置症状消退届 参照の要点	1 7

措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究 矯正施設長通報調査票

とりまとめ表

通 報 日	年 月 日
年 齢 ・ 性 別	歳 男 ・ 女

事前調査は	1. 実施した 2. 実施していない
指定医の診察は	1. 実施した 2. 実施していない 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明
診察後の経過は	1. 措置入院した 2. 措置入院していない 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明 1. 現在も措置入院中 2. 既に措置解除した 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明
	措置入院日 年 月 日 措置解除日 年 月 日 措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含まれます。

データ目録			
1	通 報 書	1. あり 2. なし	
2	事前調査書	1. あり 2. なし	
3	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察） 2. なし 3. 診察実施せず	
4	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察） 2. なし 3. 診察実施せず	
5	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察） 2. なし 3. 診察実施せず	
6	措置症状消退届	1. あり 2. なし 3. 措置入院していない 4. 医療機関から未提出	

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

措置入院者の実態把握と必要な医療密度に関する研究 矯正施設長通報調査票

とりまとめ表

通 報 日	年 月		
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入	

本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。
なお、種々の配慮から、あえて性別を記載されない場合もありますので、氏名等からの推定は不要です。

事前調査は	1. 実施した	2. 実施していない
指定医の診察は	1. 実施した	2. 実施していない
措置入院した事例は現在措置入院しているかどうか、措置解除している事例は措置解除後の状況を記載してください。	1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他（ ） 6. 不明	
診察後の経過は	1. 措置入院した	2. 措置入院していない
	1. 現在も措置入院中 2. 既に措置解除した	1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他（ ） 6. 不明
	措置入院日	年 月 日
	措置解除日	年 月 日

診察実施していない事例は、調査後の状況を記載してください。

措置入院していない事例は、診察後の状況を記載してください。

措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含まれます。

データ目録

データ目録				
1	通 報 書	1. あり 2. なし	緊急措置診察が行われた事例では診断書の枚数が異なる場合があります。区別を記載願います。	
2	事 前 調 査 書	1. あり 2. なし		
3	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし	3. 診察実施せず
4	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし	3. 診察実施せず
5	措置入院に関する診断書	1. あり（通常診察・緊急措置診察）	2. なし	3. 診察実施せず
6	措 置 症 状 消 退 届	1. あり 2. なし 3. 措置入院していない 4. 医療機関から未提出		

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

通報書・データ票

確認欄

通 報 日	年 月 日			☐	
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女 ・ 未記入		☐	
帰 住 地	1. 矯正施設入所前に当自治体に居住 2. 帰住地調整で当自治体が帰住地とされた 3. 帰住地がないため矯正施設所在地に通報 4. その他 () 5. 不明 6. 記載なし			☐	
症 状 の 概 要 病名や病状、自傷他害の有無や既往、精神科治療状況ならびに身体合併症の状況に関する情報について、転記してください。	病 名				
	自 傷 他 害	人に対する他害行為のおそれ	1. 記載なし	2. なし	3. あり
		物に対する他害行為のおそれ	1. 記載なし	2. なし	3. あり
		自傷行為のおそれ	1. 記載なし	2. なし	3. あり
		重大な他害行為の既往【複数回答可】	1. 記載なし	2. なし	3. 殺人未遂
	治 療	精神科治療の状況	1. 記載なし	2. なし	3. あり
		身体合併症の状況	1. 記載なし	2. なし	3. あり
	病 状	上の「病名」「自傷他害」「治療状況」に、印をつけることができる場合には、「病状」は空欄で差し支えありません。印をつけることができない場合には、通報書の病状を転記してください。			☐
矯 正 施 設 か ら の 釈 放 ・ 退 院 ・ 退 所 の 日	年 月 日			☐	
引 き 取 り 人	1. 記載なし 記載がある場合（2から5に○）【複数回答可】 2. 家族や親族 3. 友人・知人など 4. 施設等の関係者 5. その他 ()			☐	
罪 名	1. 記載なし 2. 記載あり ()			☐	
刑 名	1. 記載なし 記載がある場合（2から10に○）【複数回答可】 2. 懲役 3. 禁錮 4. 罰金 5. 拘留 6. 科料 7. 少年院等への送致 8. 婦人相談所入所 9. その他 ()			☐	
刑 期	1. 記載なし 2. 記載あり ()			☐	
診 察 の 必 要 性 に 関 す る 意 見	1. 記載なし 記載あり（2か3に○） 2. 指定医診察が必要 3. 指定医診察不要・簡易通報			☐	

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

通報書（参照の要点）			
知事 殿		年 月 日 矯正施設（拘置所・刑務所・少年刑務所・少年院・少年鑑別所・婦人補導	
下記の精神障害者を精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第26条により通報します。			
精神障害者	氏 名	本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。なお、種々の配慮から、あえて性別を記載されない場合もあります。性別が記載されていない場合は、氏名等からの推定は不要で、「未記入」を選択していただければと存じます。	
	生年月日	別	
	本 籍		
	帰 住 地		
釈 放 の 日		釈放または仮釈放の日（予定日を含む）を転記してください。	
罪名等	罪 名		
	刑名刑期		
症状の概要			
引 取 入	氏 名		
	住 居		
その他参考事項			

矯正施設長通報では、特に定まった書式や、記載の取り決めは、現時点ではありません。条文に定められた項目が列記され、必要に応じて膨らませた通報が、多いようです。

この「通報書」は、最大公約数的なものとして、研究班で、この研究のために仮に想定して作成したものです。

この調査では、措置診察を要するかどうかの判断に有用な情報が、通報書に記載されているかどうか、を対象としてい

この調査の対象は、次の通りです。
事前調査までで終了の事例：
2017年5月1日から2017年5月31日まで
措置診察が実施された事例：
2017年4月1日から2018年3月31日まで

精神保健および精神障害者福祉に関する法律

（矯正施設の長の通報）

第二十六条 矯正施設（拘置所、刑務所、少年刑務所、少年院、少年鑑別所及び婦人補導院をいう。以下同じ。）の長は、精神障害者又はその疑のある収容者を釈放、退院又は退所させようとするときは、あらかじめ、左の事項を本人の帰住地（帰住地がない場合は当該矯正施設の所在地）の都道府県知事に通報しなければならない。

- 一 本人の帰住地、氏名、性別及び生年月日
- 二 症状の概要

事前調査書・データ票

確認欄

事前調査日		年 月 日			☐
年齢・性別		歳	男・女		☐
事前調査における本人面接の有無		1. 面接した 2. 面接していない 3. わからない			☐
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
社会生活における状況認知・判断の障害		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
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)		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
自傷行為		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
他害行為の有無 (今回の申請・通報・ 届出に関するもの)		1. 明らか 2. 軽度 3. ない 4. 不明			☐
他害行為が「1. 明らか」 「2. 軽度」は右の該当項 目に○印(複数選択可)		1. 殺人・殺人未遂 2. 傷害 3. 暴行 4. 性的問題行動 5. 侮辱 6. 器物損壊 7. 強盗 8. 恐喝 9. 窃盗 10. 詐欺 11. 放火 12. 弄火 13. その他 ()			☐
精神障害の診断歴の有無 (今回の通報時点まで)		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
精神科治療歴・受診歴		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
現在(3ヶ月以内)の 精神障害の治療		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
検察官通報の場合の 起訴前鑑定の実施		1. あり 2. なし 3. 不明			☐
備考	薬物乱用	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
	アルコール飲用	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
	措置入院先選択に関係 する重大な身体合併症	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
	これまでの司法処分	1. あり 2. なし 3. 不明			☐
結論		1. 指定医診察を行う 2. 指定医診察は行わない 3. 不明			☐

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本に該当する記載がないものの、選択肢のいずれともいえないなど、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

精神保健福祉法第27条に基づく調査書（参照の要点）

調査保健福祉事務所

調

氏名、生年月日、
住所、職業は
ありません。

調査員

本人確認のため、
性別と年齢の転
記をお願いします。

調査内容

対 象 者	(氏名)	年 月 日
	(現住所)	TEL
	(職業)	(保険の種類)
保 護 に 当 た っ て い る 者	(氏名)	(年齢) 歳 (続柄) (職業)
	(住所)	TEL
被申請者の状況		
1 被申請者の行動および社会に及ぼす影響		
幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動 社会生活における状況認知・判断の障害 基本的な生活維持の困難 自傷行為、他害行為 について、記載を抜き出し、該当する項目に 印をつけてください。 ある県で使われている調査書です。 調査書を一読いただき、 データ票の該当部分に 印をつけてください。		
(本人との面接の結果)		
本人面接を行ったかどうか、 記載をお願いします。		
(家族との面接)		
(調査結果)		
精神障害の診断歴の有無(今回の通報時点まで)、 精神科治療歴・受診歴、 現在(3ヶ月以内)の精神障害の治療、 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について、 記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。		
2 過去の入院歴およびその他参考事項(1日の平均飲酒量など)		
3 家族構成		
指 定 医 に よ る 診 察 の 必 要 性	有 ・ 無	
上 記 診 察 の 場 所		

精神障害者調査書（参照の要点）

本人確認のため、
性別と年齢の転記
をお願いします。

調 査 機 関 名		調 査 員 職 氏 名	
調 査 対 象 者	氏 名	生 年 月 日 ・ 年 齢	年 月 日 (歳)
	性 別	現 住 所	
	保 険 等	社保 (本人・家族) 国保 (世帯主・家族) 生保 (申請中・受給) なし その他 ()	
	保 護 者 氏 名	生 年 月 日 ・ 続 柄	年 月 日 (歳) ()
	職 業	現 住 所	
調 査 場 所		通 報 の 区 分	
調 査 年 月 日		年 月 日	通 報 受 理 年 月 日
申請・通報に至った経過、問題行動等 幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動 社会生活における状況認知・判断の障害 基本的な生活維持の困難 自傷行為、他害行為 ある県で使われている 調査書です。 調査書を一読いただき、 データ票の該当部分に 印をつけてください。			
保護の状況 1. 自宅に保護 放置 ・ その他 () 2. 在宅医療の有無 有 ・ 無 3. 精神科病院に入院 病院名 () 入院年月日 (年 月 日) 入院形態 () 本人面接を行ったかどうか、 記載をお願いします。			
指定医診察の必要性		有 ・ 無	
保 健 所 長 の 意 見			
(家族歴) (現病歴) 精神障害の診断歴の有無(今回の通報時点まで)、 精神科治療歴・受診歴、 現在(3ヶ月以内)の精神障害の治療、 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について、 記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。 (過去の入院経過等、参考事項)			

精神障害者調査書（参照の要点）

申請通報届出区分		22条 23条 24条 25条 26条 26条の2									
調査者職氏名						調査年月日		年 月			
精神障害者	居住地										
	氏名					生年月日・年齢		年 月 日（ 歳）			
	保険等	社保(本人・家族) 国保(世帯主・家族) 生保(申請中・受給) なし その他()									
現に保護の任にあっている者						続柄					
症状の概要	幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動 社会生活における状況認知・判断の障害 基本的な生活維持の困難 自傷行為、他害行為 について、記載を抜き出し、該当する項目に印をつけてください。										
病歴・生活歴	ある県で使われている調査書を改変したものです。 調査書を一読いただき、データ票の該当部分に印をつけてください。										
飲酒	1日 合 飲酒開始 歳 飲酒習慣					喫煙	1日 本 喫煙開始 歳 喫煙習慣				
合併症						薬物	なし ・ あり ()				
本人家族	氏名	年齢	続柄	健康状態	職業	氏名	年齢	続柄	健康状態	職業	
			本人								
環境											
調査意見		本人面接を行ったかどうか、記載をお願いします。									

確認欄

[illegible]

555

措置入院に関する診断書（参照の要点）

申請等の形式	i 親族又は一般人申請（第22条） ii 警察官通報（第23条） iii 検察官通報（第24条） iv 保釈（第25条） v 矯正施設長通報（第26条） vi 医療観察法対象者〔指定通院医療機関等（第27条）〕 vii 都道府県知事・指定都市市長職務執行者（第28条）		
申請等の添付資料	i あり ii なし		
被診察者（精神障害者）	フリガナ	氏名	（男・女）
	住所	府県	市区町村
	職業		
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー（ ）	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー（ ）	3 身体合併症
生活歴及び現病歴 （推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること）	病名は、主たる精神障害、従たる精神障害は、ICDカテゴリーの（ ）内に、F20、F31などのコード番号の転記いただくだけでも結構です。コード番号がないものは、病名 初回入院期間、前回入院期間だけでなく、生活歴及び現病歴欄で、過去に、措置入院歴があれば、入院回数欄の措置入院歴「ある」に○印を記載してください。		
初回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 （入院形態 ）		
前回入院期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 （入院形態 ）		
初回から前回までの入院回数	計 回 入院回数を、そのまま転記してください。		
重大な問題行動 （Aはこれまでの、Bは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、問題行動等、現在の状態像（該当のローマ数字、算用数字及びローマ字を○で囲むこと。）		
1 殺人 2 放火 3 強盗 4 強姦 5 強制わいせつ 6 傷害 7 重大な問題行動は、○印をそのまま転記してください。 8 弄傷又は失火 9 家宅侵入 10 詐欺等の経済的な問題行動 11 自殺企図	A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B A B	<現在の精神症状> I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他（ ） II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記憶障害 IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他（ ） VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他（ ） VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心拍 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他（ ）	

確認欄

[illegible]

確認欄は、左欄（問題行動は上欄）の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

16 自傷 17 その他 ()	A A	B B	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () <その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診 察 時 の 特 記 事 項			
医 学 的 総 合 判 断		I 要措置 II 措置不要	
以上のように診断する。		F 月 日	
精神保健指定			
この診察が、通常の診察でなく、精神保健福祉法第29条の2の規定を適用して緊急措置入院とした診察の場合、緊急措置診察の欄に印をつけてください。特に診断書が3枚ある場合、診察日が数日にまたがる場合は、緊急措置診察が実施されている場合が考えられますので、ご注意ください。			
(行政庁における記載欄) 診察に立会った者 氏名 (親権者、配偶者等) 診 察 場 所 診 察 日 時 職 員 氏 名			
行政庁の措置			
行政庁メモ			

記 載 上 の 留 意 事 項

- 生活歴及び現病歴の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 初回及び前回入院期間の欄は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 問題行動の欄には、Aはこれまでに認められた問題行動を、Bは今後おそれのある問題行動を指し、該当する全ての算用数字、A及びBを○で囲むこと。
- 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月に認められたものとし、主として最近のそれに重点をおくこと。
- 診察時の特記事項の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

措置入院者の症状消退届・データ票

確認欄

報 告 日	年 月 日			☐
措 置 年 月 日	年 月 日			☐
年 齢 ・ 性 別	歳		男 ・ 女	☐
病 名 ICDの記載がないものの み、病名を転記してくださ い。	1 主たる精神障害 ICD ()	2 従たる精神障害 ICD ()	3 身体合併症	☐
措 置 解 除 の 処 置 に 関 する 意 見	1 入院継続（任意入院・医療保護入院・他科） 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()			☐
退 院 後 の 帰 住 先	1 自宅（i 家族と同居 ・ ii 単身） 2 施設 3 その他 ()			☐
措 置 解 除 希 望 日	月 日 (曜日)			☐

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

確認欄は、左欄の記載が空白の場合に、原本が空白など、写し間違いでない場合に、✓を入れてください。

措置入院者の症状消退届（参照の要点）

平成 年 月 日

病院名

所在地

管理者名

印

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ					年 月 日生
	氏名	(男・女)		本人確認のため、性別と年齢の転記をお願いします。		(満 歳)
保 護 者	住 所	府県	郡市 区	町村 区		
	フリガナ			続柄	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生
	氏名	(男・女)		生年月日	(満 歳)	
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区		
措置年月日	フリガナ			続柄	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生
	氏名	(男・女)		生年月日	(満 歳)	
	住 所	都道 府県	郡市 区	町村 区		
	措置年月日は、そのまま転記してください。					
病 名	1 主たる精神障害	ICDカテゴリー ()		2 従たる精神障害	ICDカテゴリー ()	
	ICDカテゴリー ()			身体合併症		
入院以降の病状又は状態像の経過 〔措置症状消退と関連して記載すること〕	病名は、主たる精神障害、従たる精神障害は、ICDカテゴリーの()内に、F20、F31などのコード番号の転記いただくだけでも結構です。コード番号がないものは、病名を、そのまま転記いただくよう、お願いします。					身体合併症は、診断名を、そのまま転記してください。
措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	署 名					
措置解除の処置に関する意見	1 入院継続（任意入院・4 死亡 5 その他（		「措置解除の処置に関する意見」および「退院後の帰宅先」は、○印をそのまま転記してください。			
退院後の帰宅先	1 自宅（i 家族と同居 3 その他（					
帰宅先の住所	都道 府県	郡市 区	町村 区			
訪問指導等に関する意見						措置解除希望日は、そのまま転記してください。
障害福祉サービス等の活用に関する意見						
主治医氏名						

記載上の留意事項

措置解除希望日

月 日 (曜日)

届け出は希望日の1週間前までに提出のこと。

- 1 ☐ 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること
- 3 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

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 (2)

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 《2》矯正施設長通報書の検討

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

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）、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（宮城県立精神医療センター）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）、奥野栄太（国立病院機構・琉球病院）、木崎英介（大泉病院）、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（栃木県立岡本台病院）、鈴木 亮（宮城県立精神医療センター）、酢野 貢（石川県立高松病院）、田崎仁美（栃木県立岡本台病院）、柘植雅俊（栃木県立岡本台病院）、戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター）、富田真幸（大泉病院）、中西清晃（石川県立高松病院）、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（長崎県精神医療センター）、宮崎大輔（長崎県精神医療センター）、山田直哉（八幡厚生病院）、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）

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 26 条に基づく矯正施設長通報の現状を把握するため、2016 年度における通報例について、都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、矯正施設長通報について、調査を行った。

本研究について、1 つの報告書とすると、かなりの分量となってしまう。このため、この報告書は、次の 4 つに分けた。

《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰（2016 年 5 月、n=299（概要は n=389））

《2》矯正施設長通報の検討（2016 年 5 月＋2016 年度指定医診察、n=389）

《3》事前調査の検討（2016 年 5 月＋2016 年度指定医診察、n=389）

《4》指定医診察例の検討（2016 年度指定医診察、n=98）

本稿では、このうち、《2》矯正施設長通報の検討、について、以下、「述べることとした。

《2》矯正施設長通報の検討

【目的】矯正施設長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を目的として調査を行った。

【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、調査を行

った。対象は、2016年5月1日から2016年5月31日までに受理したすべての矯正施設長通報例および2016年4月1日から2017年3月31日までに実施したすべての矯正施設長通報からの指定医診察例とした。矯正施設長通報書では年齢、性別、帰住地、釈放日、刑罰に関する事項などについて所定の調査票に転記を求めた。この研究実施については、長崎県精神医療センター倫理委員会の承認を受けた。

【結果】回答 51 自治体（35 都道府県・16 政令市）のうち、対象例なし 1 自治体、50 自治体から 389 例の提出を受けた。平均年齢±標準偏差は 42.9±15.3 歳、男性 326 例、女性 57 例、記載なし 6 例（男女比 5.7 : 1）であった。

通報書の内容ごとに指定医診察要否判断について検討を行った。帰住地がない例、具体的な自傷他害行為の記載がある例、重大他害行為の既往がある例で診察実施される傾向がうかがわれた。

【結論】症状や問題行動が重篤な例だけでなく、帰住地がないなど社会的サポートが乏しい例において、指定医診察が行われていると考えられた。

A. 研究の背景と目的

措置入院に関する通報は、顕著に増加している。矯正施設長通報も、《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰、図 1，図 2 に示すように、顕著に増加している。

ここで、改めて、矯正施設長通報を規定している精神保健福祉法第 26 条について確認すると、次の通りである。

（矯正施設の長の通報）

第二十六条 矯正施設（拘置所、刑務所、少年刑務所、少年院、少年鑑別所及び婦人補導院をいう。以下同じ。）の長は、精神障害者又はその疑のある収容者を釈放、退院又は退所させようとするときは、あらかじめ、左の事項を本人の帰住地（帰住地がない場合は当該矯正施設の所在地）の都道府県知事に通報しなければならない。

- 一 本人の帰住地、氏名、性別及び生年月日
- 二 症状の概要
- 三 釈放、退院又は退所の年月日
- 四 引取人の住所及び氏名

このように、精神保健福祉法第 26 条では、矯正施設から釈放、退院、退所する該当事例は、すべて通報を要するように規定され

ている。

そして、実際の運用を規定する法務省の、被収容者の釈放に関する訓令の運用について、では、次のように定められている。

被収容者の釈放に関する訓令の運用について（依命通達）（抄）2006 年 5 月 23 日
法務省矯成 3373 号

4 釈放に伴う通知

（2）精神障害者の通報等

ア 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 26 条に基づく通報が必要と思料される場合には、あらかじめ当該被収容者等の帰住地（帰住地がない場合は当該矯正施設の所在地）の都道府県の担当部署、保護観察所、病院等と連絡を密にし、必要に応じて、出所又は出院の直前に帰住地最寄りの矯正施設に移送し、その矯正施設から出所又は出院させる方法を講じるなど、医療及び保護の便宜を図るよう留意すること

イ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 26 条に基づく通報を行う場合には、同条に定める事項のほか、指定医診察希望日及び希望診察場所も併せて通知すること。

ウ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 26 条第 2 号（症状の概要）の記載事

項については、症状の軽重により次のとおりとすること。

(ア)本人を入院させなければ、その精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある、精神病院に入院させるか若しくは特別の保護指導が必要と認められた者については、できる限り症状を詳細に記載し、入院についての意見を付すること。

(イ)上記(ア)以外の軽症度の者については、病名の記載にとどめ、特に参考となるべき事項があれば併記すること。

このように、4(2)ウ、において、措置入院など精神医療や特別の保護指導を要することがうかがわれる者については詳細に通知し、それ以外の者については簡潔にして、通報を行うように規定されている。

そこで、改めて《1》図2をみると、矯正施設長通報の増加傾向が出現したのは、2002年頃であり、この訓令が発出されたのは2006年5月23日である。このため、この増加が、何か特定のことがらとの関係があるかは、わからないとしか、言いようがない。

ただ、現実には、矯正施設長通報は増加している。矯正施設長通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とするため、本稿では、矯正施設長通報書の検討を行った。

具体的には、上記《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰、において述べた389例について、通報のみにとどまった例と、指定医診察が行われた例について対比して、矯正施設長通報の検討を行った。

B. 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、調査を行った。対象は、2016年5月1日から2016年5月31日までに受理したすべての矯正施設長通報例および2016年4月1日から2017年

3月31日までに実施したすべての矯正施設長通報からの指定医診察例とした。

調査全体については、《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰、に述べた。また、この研究における調査区分は、図1に示した。

具体的には、年齢、性別、帰住地、釈放日、刑罰に関する事項など、以下の項目を「矯正施設長通報書」から所定の調査票に転記を求めた。

- ① 通報日
- ② 年齢・性別
- ③ 帰住地
- ④ 矯正施設からの釈放・退院・退所の日
- ⑤ 症状の概要
- ⑥ 罪名、刑名、刑期
- ⑦ 診察の必要性に関する意見
- ⑧ 引き取り人の有無

(倫理的配慮)

以上のことを含む研究計画書について、研究代表者が所属する、長崎県精神医療センター倫理委員会に審査を受け、2018年9月19日に承認を受けた。

C. 結果

(1) 年齢・性別

回答51自治体(35都道府県・16政令市)のうち、対象例なし1自治体、50自治体から389例の提出を受けた。平均年齢±標準偏差は42.9±15.3歳、男性326例、女性57例、記載なし6例(男女比5.7:1)であった。

このうち、診察実施98例では、年齢42.8±13.7歳、男性88例、女性10例(男女比8.8:1)、診察不要291例では、年齢42.9±15.8歳、男性238例、女性47例、未記入6例(男女比5.1:1)であった。年齢は、この2群に差異はなく($F=0.757 < F_{0.01}(290, 97)=1.301$, n.s.)、性別でも差異はなかった(Fisher, $p=0.1421$, n.s.)。

年齢・性別については、図2に示した。

(2) 帰住地・引取人

帰住地は、図3に示した。

通報書に記載された帰住地では、「矯正施設入所前に当自治体に居住（当自治体）」で、診察実施40例、診察不要104例、「帰住地調整で当自治体が帰住地とされた（調整の結果）」で診察実施6例、診察不要48例、「帰住地がないため矯正施設所在地に通報（帰住地なし）」で診察実施28例、診察不要37例、「その他」で診察実施13例、診察不要52例、「不明」で診察実施8例、診察不要36例、「記載なし」で診察実施3例、診察不要14例であった。

「帰住地なし」群で診察実施が多く、「調整の結果」群で診察不要が多かった ($\chi^2(4)=19.813, p<.01$)。なお、「不明」群と「記載なし」群は、期待度数が少なく、情報が得られていないという点で類似しており、検定に際しては、一群にまとめた。

引取人も、図3に示した。

引取人では、「記載なし」「家族・親族」「施設」「友人・知人」「その他」から複数回答とした。ただ実際には複数回答したものはなかった。回答は、家族・親族が多く、記載がないものが続いていた。施設や友人・知人は少数であった。

「記載なし」で診察実施が多く、「家族・親族」「施設」で診察実施が少なかった ($\chi^2(3)=15.486, p<.01$)。検定に際しては、「友人・知人」「その他」ならびに未記入は、上記同様の理由で一群にまとめた。

引取人のその他には、引取人との関係性や本人・家族に関する事情が、少なからず記載されており、表3に示した。

(3) 病名等

通報書に記載された病名は、表2に示した。

表2は、国際疾病分類第10版（ICD-10）精神および行動の障害のコード番号に準じて、まとめた。

精神保健福祉法第26条第2号では、通報すべき項目として「症状の概要」が列挙されている。このことから、病名が記載されていると考えられる。ただ、通報書に記載された病名は、矯正施設内での対応に際して付されたものである。指定医診察のような手順を踏まえたものではなく、どの程度の信頼ができるかには、慎重な留意が必要である。

実際の記載は、必ずしもICD-10には準拠しておらず、心因反応などの従来診断、不安、不眠など症状名、胃炎や膝痛、眼精疲労など、本人にとっては重要であっても、退院後の精神科的対応に直接には影響しそうなものも含まれている。

若干、混沌とした情報であるので、病名は、記載内容にできるだけ忠実な形で表に転記し、ICD-10のFコード順になるように並べ替えた。その際、2つ以上の病名が付されたものは、最初に記載されている病名を主な病名、2つめ以降に記載されたものを併記された病名として、主な病名を基準に並べた。病名ごとの診察実施と診察不要は、次のようになった。

F0 器質性精神障害 21例（併記された病名を有する6例を含む）では、診察実施2例、診察不要19例であった。

F1 精神作用物質障害 106例（同14例）では、診察実施26例、診察不要80例であった。

F2 統合失調症 54例（同10例）では、診察実施29例、診察不要25例と、病名別では唯一、診察実施が診察不要を上回っていた。

F3 気分障害 32例（同13例）では、診察実施12例、診察不要20例であった。

F4 神経症 26例（同7例）では、診察実施4例、診察不要22例であった。

F5 生理的障害 38例（同15例）では、診察実施1例、診察不要37例であった。

F6 パーソナリティ障害 16例（同2例）では、診察実施6例、診察不要10例であっ

た。

F7 知的障害 47 例（同 11 例）では、診察実施 5 例、診察不要 42 例であった。

F8 発達障害 19 例（同 8 例）では、診察実施 5 例、診察不要 14 例であった。

F9 小児青年期障害 9 例（同 1 例）では、診察実施 1 例、診察不要 8 例であった。

その他 1 例（同 1 例）では、診察実施 0 例、診察不要 1 例であった。

病名の記載がない 18 例では、診察実施 6 例、診察不要 12 例であった。

（４）自傷他害のおそれについて

自傷他害のおそれについては、通報書に記載された内容をもとに、都道府県・政令市の担当職員が、「人に対する他害行為のおそれ」「物に対する他害行為のおそれ」「自傷行為のおそれ」が記載されているかどうかについて、おおまかに読み取ることとして、図 4 に示した。

なお、この読み取りを担当する自治体職員に対して、自傷他害は「自己または他人の生命身体財産を害する刑罰法令に触れる程度の行為」とされていることを説明した上で、

「対人他害」行為について「叩く、蹴る、暴言を浴びせる、など他人の生命身体を傷つける行為」、「対物他害」行為について「壊す、盗む、だます、立ち入り禁止を守らない、など他人の財産を傷つける行為」、「自傷」行為を「自殺企図など自身の生命身体財産を傷つける行為」と例示した。

対人他害行為では、診察実施 98 例のうち、あり 55 例、なし 10 例、記載なし 33 例、診察不要 291 例のうち、あり 5 例、なし 133 例、記載なし 153 例であった。診察実施で、ありが多く、診察不要で、なしと記載なしが多かった ($\chi^2(2)=171.3, p<.01$)。

対物他害行為では、診察実施 98 例のうち、あり 48 例、なし 16 例、記載なし 34 例、診察不要 291 例のうち、あり 6 例、なし 128 例、記載なし 157 例であった。診察

実施で、ありが多く、診察不要で、なしと記載なしが多かった ($\chi^2(2)=136.9, p<.01$)。

自傷行為では、診察実施 98 例のうち、あり 41 例、なし 20 例、記載なし 37 例、診察不要 291 例のうち、あり 6 例、なし 129 例、記載なし 156 例であった。診察実施で、ありが多く、診察不要で、なしと記載なしが多かった ($\chi^2(2)=110.7, p<.01$)。

（５）重大他害行為の既往

重大な他害行為の既往は、殺人、殺人未遂、放火、強盗、強制性交、強制わいせつ、傷害のうち、該当するものの記載を求めた。

まず重大な他害行為の既往のいずれか 1 つ以上にチェックがある場合では、診察実施 98 例で、あり 41 例、なし 19 例、記載なし 38 例であった。診察不要 291 例では、あり 11 例、なし 39 例、記載なし 241 例であった。診察実施で、ありが多く、診察不要で、なしと記載なしが多かった ($\chi^2(2)=101.0, p<.01$)。

殺人では、診察実施 98 例のうち、既往あり 8 例、既往なし 90 例、診察不要 291 例のうち、既往あり 1 例、既往なし 290 例であった。また、殺人未遂では、診察実施 98 例のうち、既往あり 6 例、既往なし 92 例、診察不要 291 例のうち既往あり 0 例、既往なし 291 例であった。

放火では、診察実施 98 例のうち、既往あり 6 例、既往なし 92 例、診察不要 291 例のうち既往あり 2 例、既往なし 289 例であった。

強盗では、診察実施 98 例のうち、既往あり 6 例、既往なし 92 例、診察不要 291 例のうち既往あり 2 例、既往なし 289 例であった。

強制性交では、診察実施 98 例のうち、既往あり 1 例、既往なし 97 例、診察不要 291 例のうち既往あり 1 例、既往なし 290 例であった。

強制わいせつでは、診察実施 98 例のう

ち、既往あり 3 例、既往なし 95 例、診察不要 291 例のうち既往あり 0 例、既往なし 291 例であった。

傷害では、診察実施 98 例のうち、既往あり 23 例、既往なし 75 例、診察不要 291 例のうち既往あり 6 例、既往なし 285 例であった。

(6) 罪名

通報書に記載された罪名は、表 3 に示した。

表 3 に示すように、複数の罪名を有する者が少なくなかった。このため、重大な他害行為、他の刑法犯を含む罪名、薬物犯罪を含む罪名、道路交通法違反の順に集計し、2 つ以上の区分にまたがる場合は、先に述べた方に含めた。

重大な他害行為を含む罪名を有するのは 51 例で、うち診察実施 23 例、診察不要 28 例であった。

他の刑法犯を含む罪名を有するのは 103 例で、うち診察実施 35 例、診察不要 68 例であった。

薬物犯罪を含む罪名を有するのは 47 例で、うち診察実施 8 例、診察不要 39 例であった。

道路交通法違反を含む罪名を有するのは 6 例で、うち診察実施 1 例、診察不要 5 例であった。

(7) 刑名

刑名は、複数回答で、記載なし 237 例（診察実施 41 例、診察不要 196 例）、懲役 141 例（診察実施 53 例、診察不要 88 例）、罰金 8 例（診察実施、診察不要ともに各 4 例）、その他 8 例（診察実施、診察不要ともに各 4 例）であった。

その他の記載内容は、複数回答で、診察実施では、「観護措置」1 例、「虞犯」1 例、「労役」2 例、「過去の犯罪歴で懲役刑 2 回」としたもの 1 例、診察不要では、「在宅試験観察」

3 例、「労役所留置」1 例であった。

(8) 刑期

通報書に記載された刑期は、表 4 に示した。

労役場留置は 4 例で、うち診察実施 2 例、診察不要 2 例であった。

刑期 1 年までは 28 例で、うち診察実施 12 例、診察不要 16 例であった。

刑期 2 年までは 51 例で、うち診察実施 14 例、診察不要 37 例であった。

刑期 3 年までは 34 例で、うち診察実施 10 例、診察不要 24 例であった。

刑期 5 年までは 13 例で、うち診察実施 4 例、診察不要 9 例であった。

刑期 10 年までは 11 例で、うち診察実施 9 例、診察不要 2 例であった。

刑期 10 年以上では 4 例で、うち診察実施 4 例、診察不要 0 例であった。

(9) 診察の必要性に関する意見

診察の必要性に関する意見では、指定医診察必要とされた 50 例では、診察実施 49 例、診察不要 1 例であった。記載なし 243 例では、診察実施 48 例、診察不要 195 例、簡易通報であるとした 96 例では、診察実施 1 例、診察不要 95 例であった。

D. 考察

1. 指定医診察の要否判断について

(1) 年齢・性別

診察実施 98 例と診察不要 291 例では、年齢に差異はなかった。性別について、診察実施 98 例では男女比 8.8 : 1、診察不要 291 例では男女比 5.1 : 1 で、多少、男女比に違いはあったが、この違いは有意ではなかった。ただ、矯正施設長通報においては、もともと男性が多く。この結果は、その上で特に診察実施群においても男性が多い、というほどでもない、ということである。

（２）帰住地・引取人

精神保健福祉法では、「帰住地」や「引取人」について、特に定義はない。たとえば措置症状消退届や医療保護入院届にも「帰住地」の用語が用いられてはいるが、精神保健福祉法の本文で、この用語が用いられているのは、第２６条のみである。また、精神保健福祉法の解釈を掲載した、精神保健福祉法詳解にも、「帰住地」「引取人」の用語それ自体の解説は、掲載されていない。

帰住地とは何か、引取人とは何か、それぞれ明確な定義がなされていない一方で、条文には通報すべき項目として定められている。

このように、曖昧な項目ではあるが、この調査では、帰住地を、矯正施設から一般社会に戻る際に居住を予定している場所という趣旨であると考え、「矯正施設入所前に当自治体に居住（当自治体）」、「帰住地調整で当自治体が帰住地とされた（調整の結果）」、「帰住地がないため矯正施設所在地に通報（帰住地なし）」、「その他」、「不明」、「記載なし」などに区分した。また引取人についても、家族や友人、施設など、退所後に本人を支援する立場にある人々であると考え、「家族・親族」「施設」「友人・知人」「その他」などに区分した。

帰住地と指定医診察の関係では、「帰住地なし」群で診察実施が多く、「調整の結果」群で診察不要が多かった。これは、「調整の結果」群では、既に帰住地調整がすすんでいる状況であり、このことから、他の状況も整っていることが想定されるものと思われた。

一方で、「帰住地なし」群は、居住地がなく、矯正施設から出る際に特に支援を要する者であるといえる。別の見方をするなら、社会内でのサポートが得られず、矯正施設による支援が十分にできないか、行き届かず、帰住地が設定できない、といった行き詰まりがある者とも考えられる。こういう社会的状況に置かれている者であれば、矯正施設の側に、退所後に、入院環境に置くことを期待し

て通報するということも考えられる。こうした背景を有する場合、指定医診察を要するという判断になりやすいとも考えられる。

引取人についても同様で、「記載なし」群では診察実施が多くなっており、「家族・親族」「施設」群では診察実施が少ないという結果が得られていた。なお、この欄についてのコメントは、引取人について「家族・親族」「施設」「友人・知人」「その他」の区分で想定されていない部分を補足するものであったが、記載は多くなく、おおむねこの区分で調査目的は達成されるものと思われた。

（３）病名等について

通報書に記載された病名は、表２に示したように、実に多彩であった。

2000年度調査においては、通報355例を診察実施85例と診察不要250例それぞれについて、これまでの病名と現在の病名について、調査されている²⁾。なお、2000年度の病名は、複数の病名を有する被通報者は病名ごとにカウントされており、総和は355例とはならない。

また、この報告書《２》矯正施設長通報の検討、は、図１に示したように、2016年度の矯正施設長通報のうち、2016年５月の全例と、2016年度の指定医診察実施例の全例を比較したものである。2016年度的全通報例を調査して、その中で、診察実施例と診察不要例を比較したものではない。一方、2000年度は矯正施設長通報の全例を調査している。このため、この２つの調査を比較する際には、対象が異なることに留意を要する。

ただ、こうした点を踏まえた上でも、2016年度では、2000年度の現在の診断と比較して、いくつかの特徴がありそうである。たとえばF0器質性精神障害は、2000年度診察実施3例、診察不要4例であるが、2016年度は、診察実施2例、診察不要19例となっている。これは高齢化に伴い認知症などが

増えたことの影響が考えられる。

また、他の病名では、一見、大差はない。ただ、診察不要群は母集団が約 10 倍であることの影響をどのように見積もるかは、悩ましい。診察不要群のケース数を、一律に 12 倍に乗じた上で、有意確率を通常の 12 分の 1 に厳しくして、検定を行う方法も考えられるが、数合わせとの批判もあり得る。単純集計だけでも、統合失調症において、やや診察実施が多い以外は、診察不要が圧倒的である、と見るができるかも知れない。

(4) 自傷他害のおそれについて

通報書に記載された自傷他害のおそれと、診察実施の状況については、対人他害行為、対物他害行為、自傷行為のいずれでも、診察実施で、ありが多く、診察不要で、なしと記載なしが多かった。措置入院は、自傷他害のおそれを要件としているため、通報書の記載においても、こうした点が見て取れるのは、ある意味、当然ではあるといえる。

なお、2000 年度調査では、対人と対物をあわせた他害行為は、診察実施 85 例で、あり 37 例、診察不要 250 例で、あり 52 例であった。一方、自傷行為は、診察実施 85 例で、あり 3 例、診察不要 250 例で、あり 4 例であった。

やはり母集団の差異を考慮する必要があるが、2000 年度においては自傷行為例が少ない、あるいは 2016 年度において、自傷行為を認める場合でも診察実施となる様子が、やや目立っていた。

(5) 重大他害行為の既往

重大な他害行為全体の既往で検討すると、診察実施で、ありが多く、診察不要で、なしと記載なしが多かった。殺人、放火など行為の種類ごとについては、ケース数が少ないため、観測値の変動により結論が変動する可能性もあり、検討は見合わせた。

なお、2000 年度では通報 335 例のうち 20

例に重大な他害行為が認められているが、当時は全数調査であり、かつ、医療観察法制定前の調査で重大な他害行為を殺人、放火、強盗、強姦と定義していることもあり、単純比較はできなかった。ただ、当時の調査においても、重大他害行為は 20 例（殺人 8 例、放火 5 例、強姦 3 例、強盗 4 例）であり、診察実施群では 13 例、診察不要で 7 例と、診察実施される場合が多いようであった²⁾。

(6) 罪名

通報書に記載された罪名は、表 3 に示したように、やはり多彩であった。

罪名が多彩であり、かつ同一人物が複数のカテゴリーに属する罪名を有する場面も少なくなく、また罪名の情報が記載されていない通報書が半数を占めていた。

統計処理の都合上、道路交通法違反を含む罪名の 6 例を他の刑法犯を含む罪名 103 例に加えて検討したところ、重大な他害行為と他の刑法犯を含む罪名を含む罪名では診察実施となり、記載がない群では診察不要が多いようでもあった ($\chi^2(3) = 22.4, p < .01$)。

2000 年調査においては、入所時の問題行動が約半数に記載されておらず、出所時には入所時の問題は重要な情報ではないと判断されているとの考察されていた。今回も、約半数には記載がなく、矯正施設の対応には変化がないようであった。

(7) 刑名

刑名も記載がないもので大多数であった。この点では、やはり入所時の問題行動が出所時には重要な情報ではないと判断されている可能性があると思われた。

なお、記載されているものの大多数は懲役であったが、一部に、罰金の労役場留置、少年法の処遇などがあった。

(8) 刑期

刑期は、表 4 に示されているように、大多

数は記載されていなかった。記載されていない群では、診察実施は少ないようであった。そして、刑期が記載されているものの多数は、数年以内で、長期にわたるものはごくわずかであった。

ここで、5年を超える懲役のものは、大多数が診察実施とされていた。もちろん長期の懲役であれば入所時の問題行動が重いと想定され、その重さを反映しているものと思われた。ただ、問題行動の重さ以外にも、長期の服役による社会内での生活基盤の喪失も考慮されてのことである可能性も考えられた。

反対に、短い刑期において診察実施が少ないうようにも見受けられた。ただ、これは、入所時の問題行動が相対的に軽いということと、社会内でのサポートが相対的に得やすいといった事情も反映してのこととも思われた。

(9) 診察の必要性に関する意見

診察の必要性に関する意見については、指定医診察必要とされた例では、大多数が診察実施されており、簡易通報、すなわち診察不要を示唆する通報については、ほぼすべて、診察不要とされていた。その点では、矯正施設の意向は、きわめて尊重されていると思われた。

意見が記載されていなかった例では、少なからず診察実施されていた。ただ、母集団を考慮すると、診察実施例の中で意見が記載されていなかった例が少なからずあったと解釈する方が、より適切かも知れない。

2. 矯正施設長通報の増加について

矯正施設長通報の通報件数は、《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰、図1および図2に示したように、1996年に257件、2000年度に397件であったが、その後、2002年度に852件と倍増、2005年度に1909件と5倍増、2010年度3063件、2016年度5339件と10倍を超えて増加している。

では、こういった通報が増えたのであろうか。

この点、病名や罪名について、再度みてみることにする。

病名では、通報例の年齢自体は、前回に比して上昇はしていないものの、高齢化に伴い認知症などが増えたことは、考慮しておくべき点かも知れない。

また診察不要291例のうち統合失調症は25例と少なく、他の病名が多いことの影響が大きいかも考えられる。表2の病名を一覧してみると、F1精神作用物質障害、特に覚醒剤関連、F5生理的障害、特に不眠症、F7知的障害が、かなり目立っている。不眠症であっても精神疾患として通報されている現状を考慮すれば、矯正施設において、とりあえずFコードの診断が付されたケースについては精神疾患として通報する、という運用が行われているといえる。

罪名についてみると、診察不要群では、重大他害行為を含む罪名28例、他の刑法犯68例、薬物39例、道路交通法5例、未記入150例であった。罪名を伏せてもよいと矯正施設側が考えるような、簡易通報ならびに事実上の簡易通報ケースが、多く含まれていると思われた。

つまり、矯正施設においては、通報書に罪名情報を書くまでもなく、病名では不眠症や覚醒剤、知的障害で、しかも落ち着いておりただちに措置入院が想定しづらいケースであっても、精神保健福祉法第26条の精神障害者であると判断して、矯正施設長通報に至っているものと考えられた。

ここで、通報の増加について考える際には、矯正施設長通報の趣旨は何か、という点からの検討が必要である。

精神保健福祉法は、精神障害者の医療および保護を行い、社会復帰の促進や自立、社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行うことを規定している。

そして矯正施設は、刑事施設であり、入所

者が一定期間を過ごすのにあたって、デリケートな性質を有し、その内部における情報を出すのには、法的な裏付けを十分に確保すべき場所でもある。

このような場所において、入所者に精神障害が発見され、退所後も援助の必要性が認められた場合には、入所中の情報を、適正な形で、矯正施設の外に出すことも、不当とは言えない。

こうした考え方を採れば、矯正施設長通報は、単に、矯正施設からの退所者を、精神科病院に、たとえば措置入院や、他の形態で入院させるために行われているものではないともいえる。

実際、精神保健福祉法第26条は「精神障害者又はその疑のある収容者」と規定しており、社会復帰、福祉増進などの目的にかなうことを考慮し、このようなケースであっても全例、通報する、という考え方もあり得る。2006年の法務省通知は、この考え方に依拠するということもできる。

とはいえ、26条は、第5章第2節、指定医の診察ならび措置入院、の項目に規定されている。つまり、矯正施設長通報は、措置入院を前提とする制度でもある。したがって、この通報は、措置入院を要すると想定される範囲で行うべきであると考えることも妥当である。

このように、26条には、広く捉えることも狭く捉えることも妥当という、2つの考え方が並立している。

この並立について、2006年通知は、措置を要する者は詳しく、そうでないものはそれなりに、という形で、解決を試みている。

そして、施設内の、管理された平穏な環境では、落ち着いて過ごせる者であっても、施設から退所し、制限がなくなった段階で落ち着きを失い、それを支援する者もないという状況下で、自身を傷つけ他人に害を及ぼすおそれが顕著となる者は、一定数、存在する。

もちろん、措置入院は、診察時点で自傷他害のおそれを有する者に限り、要措置とするという点は、譲れない。ただ、そこまでのリスクはなくても、精神保健福祉の一定の支援が必要な者は、その通報を受けた者の周辺に、少なからず存すると思われる。そのような脆弱性を有する入所者に対して、精神保健福祉法だけでなく、一定の支援を組み立てることに気がしやすいのは、何より本人の身柄を拘束している矯正施設であるとも考えられる。こうしたことから、入所者について精神保健福祉法の支援が必要なケースについて、広くとらえて通報を義務づける26条の規定は、不当とは言えない。

ただ、通報を受ける側からすれば、必ずしも、そうとはいえないとも考えられる。実際、「そうでないものはそれなりに」という簡易通報はともかく、診察についての意見が付されていないケースについても、ただちに診察不要となり、それに対応終了となる場合も、少なくない。もちろん、法の趣旨は、前述のように並立しており、このような対応も十分に妥当である。加えて、通報を受ける側にも、対応には容量があるという現実が、この対応の妥当性を後押ししている。

もちろん、全例を通報するという考え方は、精神保健福祉の網にかけねばならない退所者を、しかるべく、対応する、とっかかりを作ることにあると考えられる。

もちろん、精神疾患を有する入所者全員を通報すれば、漏れはない。しかし、実際、このような通報が機械的であるとして、現場からは疑問の声が、少なからず、綴られている。

この報告では、通報例は1ヶ月分、指定医診察例は1年分として、資料を収集しており、単に数値を読むと、1対1の対応のようにも見えるかも知れない。実際には、12対1の状況であることに留意しながら、現場での問題を読み取る必要がある。

矯正施設側の問題は踏まえた上で、通報を

受ける側の事情も、考慮すべきである。この具体的な解決は、トリアージといった点に求められるのかも知れない。

こうした問題に対して、実際に都道府県・政令市が、適正に対応しているのか、また件数増加についての負荷はどうか、については、《3》事前調査の検討、において、みていくこととしたい。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 なし

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 なし

文献

- 1) 精神保健福祉法研究会監修．四訂 精神保健福祉法詳解, 2016
- 2) 竹島正，立森久照，三宅由子，小山智典，長沼洋一，宮田裕章．措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究：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 pp. 19-63, 2004

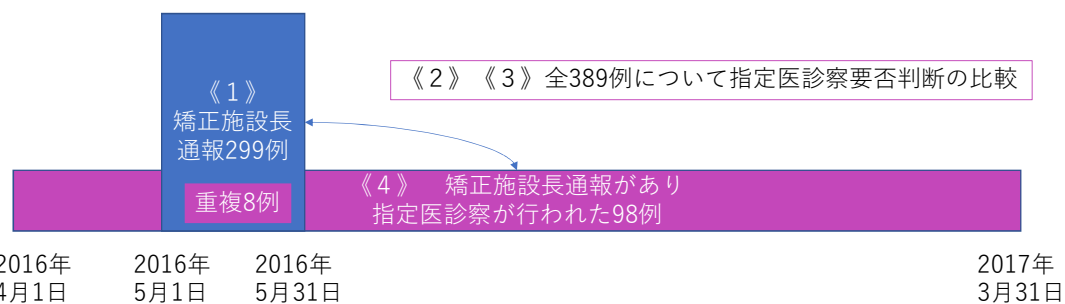


図1 この調査における資料ならびに報告書《1》《2》《3》《4》の関係について
この調査においては、都道府県・政令指定都市に対して矯正施設長通報例について次の区分で資料提出を求めた。

《1》 2016年5月1日から2016年5月31日までの矯正施設長通報例として資料提出を受けた。

この群は、矯正施設長通報例の転帰（2016年5月、 $n=299$ ）として報告した

《4》 2016年4月1日から2017年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察例として資料提出を受けた。

この群は、指定医診察例の検討（2016年度指定医診察、 $n=98$ ）として報告した。

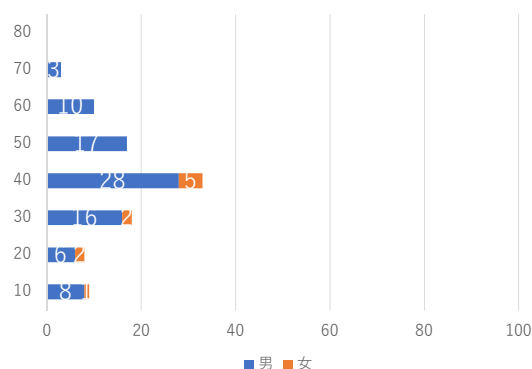
その上で、この報告書においては、

《2》 矯正施設長通報の検討（2016年5月＋2016年度指定医診察、 $n=389$ ）

《3》 事前調査の検討（2016年5月＋2016年度指定医診察、 $n=389$ ）

において、《1》と《4》の2群を比較した。

診察実施（ $n=98$ ）



診察不要（ $n=291$ ）

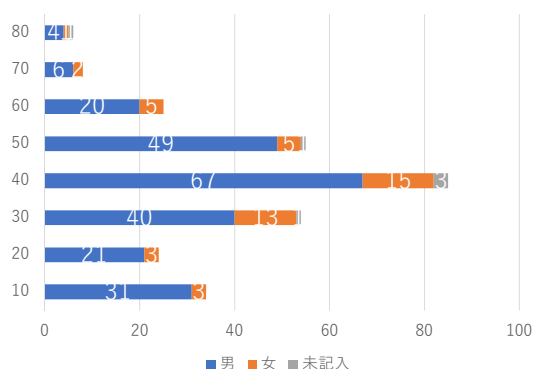


図2 年齢・性別

「2016年5月1日から2016年5月31日までの矯正施設長通報例」「2016年4月1日から2017年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察例」あわせて389例では、年齢 42.9 ± 15.3 歳、男性326例、女性57例、未記入6例（男女比5.7：1）であった。

このうち、診察実施98例では、年齢 42.8 ± 13.7 歳、男性88例、女性10例（男女比8.8：1）、診察不要291例では、年齢 42.9 ± 15.8 歳、男性238例、女性47例、未記入6例（男女比5.1：1）であった。この2群に差異はなかった（ $F=0.757 < F_{.01}(290, 97)=1.301$, n.s.）。

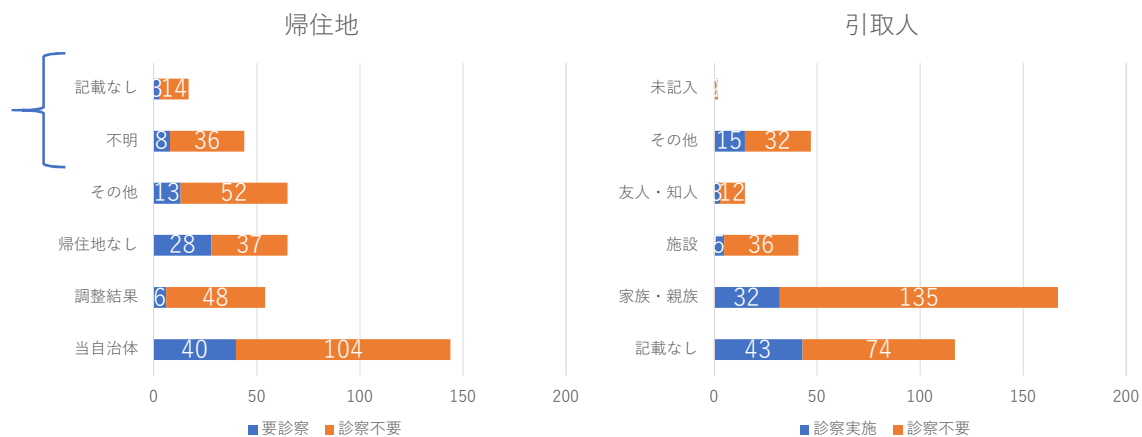


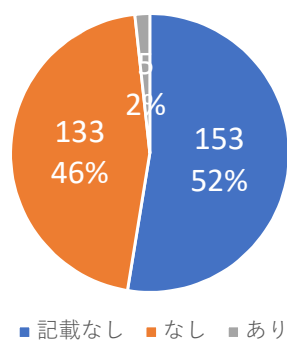
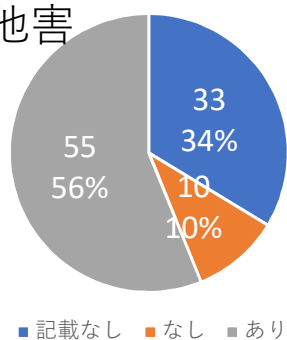
図3 居住地ならびに引取人
 通報書に記載された居住地では、「帰住地なし」群で要診察が多く、「調整の結果」群で診察不要が多かった
 ($\chi^2(4) = 19.813$, $p < .01$)。
 引取人では、「記載なし」「家族・親族」「施設」「友人・知人」「その他」から複数回答とした。ただ実際には
 複数回答したものはなかった。家族・親族が多く、記載がないものが続いていた。施設や友人・知人は少数であっ
 た。「記載なし」で診察実施が多く、「家族・親族」「施設」で診察実施が少なかった ($\chi^2(3) = 15.486$,
 $p < .01$)。
 引取人のその他には、引取人との関係性や本人・家族に関する事情が、少なからず記載されており、表1に示した。

図4 自傷他害について
対人他害・対物他害・自傷ごとに

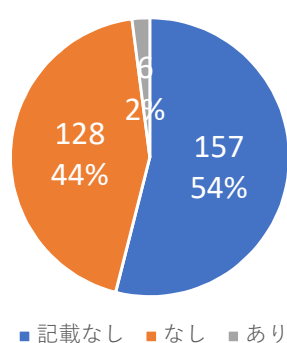
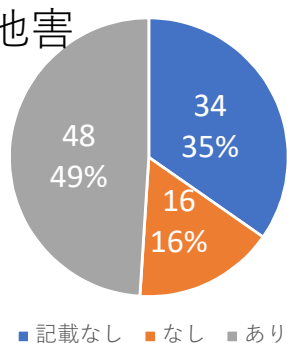
・要診察 n=98

・診察不要 n=291

対人他害



対物他害



自傷

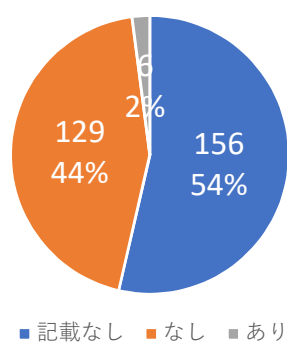
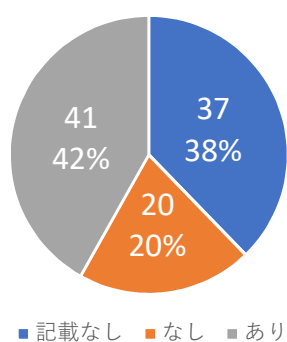


表1 引取人についての補足 記載内容

記載内容	診察実施	診察不要
内妻	1	1
実母のいる区で別居での生活を希望		1
続柄の記載なし（1）、続柄不明（1）		2
雇用主		1
引受人として施設名を記載（2）、施設入所調整中（1）、更生保護施設（1）		4
地域生活定着支援センターが帰住先調整（1）、保護観察所への出頭予定との記載あり（1）		2
精神科病院		1
特別調整対象者	1	
なし（8）、引き取り人なし（2）	2	8
不明	1	
本人に関与可能な親族不明	1	
家族の病気や経済的理由で引き取りできない	1	
該当なし（2）、該当者なし（1）	1	2
未設定（1）、未設定と記載（1）		2
未定	7	16
（空白）	83	251
計	98	291

引取人について、「記載なし」「家族・親族」「友人・知人」「施設」「その他」から複数回答とした。ただ実際には複数回答したものはなかった。

引取人の項目その他に、空白欄を用意しておいたところ、は、引取人との関係性や本人・家族に関する上記のような事情が、少なからず記載されていた。

表2 通報書に記載された病名《F0器質性精神障害・F1精神作用物質障害》

主な病名	併記された病名	診察実施	診察不要
認知症			1
認知症疑い			2
脳炎後遺症（1）、頭部外傷後遺症・てんかん・眼精疲労		2	
てんかん			6
てんかん	統合失調症（1）、覚醒剤後遺症（1）、器質性不安障害疑（1）、軽度精神遅滞（1）		4
てんかん性精神病			2
てんかん発作	軽度知的障害の疑い		1
外傷性てんかん			2
外傷性てんかん	不安・不眠・軽度知的障害（疑い）		1
F0器質性精神障害	小計	2	19
アルコール依存症			5
アルコール依存症	アルコール依存性認知症疑（1）、社会不安障害（1）、双極性障害（1）、不眠症（1）		4
アルコール依存症	アルコール人格変化（1）、広汎性発達障害（1）	2	
アルコール依存症疑い			1
アルコール精神病			1
覚醒剤依存症			5
覚醒剤後遺症		5	17
覚醒剤後遺症	てんかん（1）、不眠症（2）		3
覚醒剤後遺症	人格障害・摂食障害（1）、反社会性人格障害（1）、多動性障害・てんかん（1）	3	
覚醒剤精神病	双極性障害	1	
覚醒剤後遺精神病		2	
覚醒剤精神病		3	4
中毒性精神障害（覚醒剤精神病）		1	
覚醒剤中毒後遺症		3	21
覚醒剤等薬物中毒後遺症、覚醒剤乱用後遺症（各1）			2
覚醒剤中毒後遺症	躁うつ病（1）、不眠（1）		2
覚醒剤後遺症の疑い（2）、覚醒剤中毒後遺症の疑い（1）			3
覚醒剤取締法違反			1

病名は、記載内容を元に、できるだけICD-10のFコード順になるように並べ替えた。その際、2つ以上の病名が付されたものは、最初に記載されている病名を主な病名、2つめ以降に記載されたものを併記された病名として、主な病名を基準に並べた。なお、件数を明らかにする趣旨で、類似の病名であっても分けて記載したものがある。

表2 通報書に記載された病名《F1精神作用物質障害・F2統合失調症》

主な病名	併記された病名	診察実施	診察不要
有機溶剤中毒後遺症（1）、有機溶剤後遺症（1）		1	1
物質関連障害（1）、物質使用障害（2）			3
薬物依存症			1
薬物精神病（1）、中毒性精神病（2）			3
薬物後遺症（1）、薬物乱用後遺症・解離反応・右膝痛（1）			2
薬物後遺性精神病、薬物精神病・精神不安		2	
覚醒剤およびその他の薬物による精神病性障害		1	
覚醒剤・有機溶剤後遺精神病・てんかん（疑い）		1	
覚醒剤・有機溶剤後遺症			1
多剤使用による残遺性精神病性障害・軽度精神遅滞		1	
中毒性精神障害			1
F1精神作用物質障害	小計	26	81
統合失調症		10	17
統合失調症	てんかん・アルコール依存症（1）、不眠・てんかん（1）		2
統合失調症	覚醒剤後遺症	2	
統合失調症	軽度精神遅滞（2）、精神遅滞（1）	2	1
統合失調症	広汎性発達障害・知的障害	1	
統合失調症（あるいは統合失調感情障害、躁病型F25.0）		1	
統合失調症の疑い		4	2
統合失調症または覚醒剤精神障害の疑い		1	
破瓜型統合失調症の疑い		1	
統合失調症	有機溶剤・覚醒剤乱用のある統合失調症	1	
反応性精神病		1	
急性多形性精神病性障害		1	
非定型精神病		1	1
非定型精神病	認知症	1	
非定型精神病の疑い		1	
幻覚・妄想（1）、幻聴（1）			2
精神病疑い		1	
F2統合失調症	小計	29	25

表2 通報書に記載された病名《F3気分障害・F4神経症》

主な病名	併記された病名	診察実施	診察不要
うつ病		2	8
うつ病	不眠症	1	
うつ病	ディメンティア（1）、不安神経症・統合失調症・アルコール依存症（1）		2
仮面うつ病		1	
抑うつ	不眠症		1
躁うつ病			1
躁うつ病	アルコール依存症	1	
躁状態		1	
双極性感情障害（現時点では軽度）			1
双極性障害		1	2
双極性障害	広汎性発達障害の疑い（1）、反応性精神病（1）	2	
双極性障害	薬物後遺症		1
双極性障害・躁状態		1	
双極性障害の疑い	パニック発作	1	
感情障害	アルツハイマー病等、器質性疾患	1	
感情障害	（双極性障害）（1）、（不安障害）（1）、（躁うつ病）（1）		3
抑うつ神経症			1
F3気分障害	小計	12	20
パニック障害			2
パニック障害	神経症・知的障害（1）、不眠（1）		2
強迫性障害（2）、強迫性障害の疑い（1）			3
強迫性障害	うつ病	1	
適応障害（1）、適応障害・過呼吸（1）			2
外傷性ストレス障害、うつ病エピソード			1
転換性障害（ヒステリー）		1	
心身症		1	
不安障害（2）、不安障害疑い（1）			3
不安神経症			3
不安神経症	アルコール依存症		1
心因反応	うつ病	1	
心因反応	知的障害		1
拘禁反応	不安障害		1
神経症（2）、神経症・睡眠障害（1）			3
F4神経症	小計	4	22

表2 通報書に記載された病名《F5生理的障害・F6パーソナリティ・F7知的障害》

主な病名	併記された病名	診察実施	診察不要
不眠症			11
非器質性不眠症（4）、不眠（3）、睡眠障害（2）			9
不眠	不安（4）、イライラ（1）、不眠の症状（1）		6
不眠症	覚醒剤（1）、覚醒剤後遺症（1）、覚醒剤中毒後遺精神病（1）、覚醒剤中毒後遺症の疑い（1）		4
不眠症	抑うつ状態（1）、強迫性障害（1）、神経症（1）		3
不眠症	不安症	1	1
摂食障害			3
F5生理的障害	小計	1	37
人格障害		3	5
人格障害、適応障害		1	
人格障害（解離性障害、パーソナリティ障害）			1
境界性パーソナリティ障害		1	
境界性パーソナリティ障害	知的発達・広汎性発達障害疑い		1
パーソナリティ障害（疑い）（1）、精神病質人格障害疑い（1）		1	1
放火癖			1
性同一性障害	適応障害（精神病相当）		1
F6パーソナリティ障害	小計	6	10
軽度精神遅滞（1）、軽度の精神発達遅滞（1）、精神発達遅滞（軽度）（1）			3
軽度精神遅滞（1）、知的障害（B2）（1）	てんかん		2
軽度知的障害		1	15
軽度知的発達障害			1
軽度知的障害	統合失調症（1）、不眠（1）、ADHD疑い（1）		3
軽度知的障害疑い（1）、軽度知的障害の疑い（心理技官判定）（1）、軽度精神発達遅滞の疑い（1）			3
知的能力障害（軽度）	自閉症スペクトラム障害（広汎性発達障害）		1
境界知能	注意欠陥多動性障害の既往		1

表2 通報書に記載された病名《F7知的障害・F8発達障害・F9小児青年期障害・その他》

主な病名	併記された病名	診察実施	診察不要
中等度精神遅滞			3
中等度精神遅滞	広汎性発達障害	1	
中等度知的障害	認知症		1
知的障害		2	3
知的障害	不安・イライラ感・不眠の症状		1
精神遅滞（3）、精神発達遅滞（2）			5
精神発達遅滞	気分障害疑い・統合失調症の疑い	1	
F7知的障害	小計	5	42
広汎性発達障害		1	1
広汎性発達障害・特定不能のもの（2）、自閉症スペクトラム障害（2）			4
広汎性発達障害	注意欠陥多動性障害		2
アスペルガー症候群（1）、広汎性発達障害（ASD）疑い（1）	不眠		2
広汎性発達障害	非社会性パーソナリティ障害（1）、夜尿症（1）	2	
自閉症スペクトラム障害	自己愛性パーソナリティ障害	1	
軽度自閉症	軽度精神遅滞および統合失調症（疑い）	1	
自閉症スペクトラム障害の疑い			3
学習障害（算数）の疑い			1
特定不能の心理的発達の障害	（情動発達の障害）		1
F8発達障害	小計	5	14
素行障害（行為障害）			1
注意欠陥多動性障害		1	1
注意欠陥多動症（混合状態）（1）			1
多動性障害	軽度知的障害		1
注意欠陥多動症（混合状態）疑い（1）、注意欠陥多動症（不注意優位状態）疑い（1）、注意欠陥多動症 疑い（1）、注意欠陥多動性障害（軽快状態）の疑い（1）			4
F9小児青年期障害	小計	1	8
ナルコレプシー	腰部脊柱管狭窄症術後・C型肝炎・胃炎・腰痛・便秘		1
その他	小計	0	1
確定診断未定		1	
記載なし		5	12
小計		6	12
総計		98	291

表2 通報書に記載された病名《まとめ》

主な病名	診察実施	診察不要
F0器質性精神障害	2	19
F1精神作用物質障害	26	81
F2統合失調症	29	25
F3気分障害	12	20
F4神経症	4	22
F5生理的障害	1	37
F6パーソナリティ障害	6	10
F7知的障害	5	42
F8発達障害	5	14
F9小児青年期障害	1	8
その他	0	1
確定診断未定	1	0
記載なし	5	12
総計	98	291

参考：2000年度の矯正施設長通報調査の病名との対比

主な病名	2016年度の通報例		現在の診断(2000年)		これまでの診断(2000年)	
	診察実施	診察不要	診察実施	診察不要	診察実施	診察不要
F0器質性精神障害	2	19	3	4	0	1
F1精神作用物質障害						
うちアルコール	2	11	5	19	4	5
うち覚醒剤	24	70	22	59	12	9
F2統合失調症	29	25	36	28	22	14
F3気分障害	12	20	2	3	2	4
F6パーソナリティ障害	6	10	4	12	1	6
F7知的障害	5	42	11	45	7	40
その他	12	82	18	85	8	21
障害を疑わせる記述			4	8	5	6
精神障害なし			0	0	1	1
記載なし	5	12	4	4	33	153
総計	98	291	85	250	85	250

2000年度の各病名は、病名の重複により、総計と一致していない。

2000年度は矯正施設長通報の全例を調査しており、2016年度は図1のような調査対象となっている。

この2つの調査を比較する際には、診察実施は1年間、診察不要は1ヶ月間と調査期間が異なること、

2000年度の病名は、複数の病名を有する被通報者は病名ごとにカウントされており、総和は355例とはならないことに留意を要する。

表3 罪名

罪名	診察実施	診察不要
殺人	4	1
殺人、殺人未遂・器物損壊（１）、殺人予備・銃砲刀剣類所持等取締法違反（１）	2	
殺人未遂		1
殺人未遂、銃砲刀剣類所持等取締法違反		1
殺人未遂、傷害、建造物侵入、住居侵入	1	
現住建造物等放火	1	
現住建造物等放火、現住建造物等放火未遂（１）、傷害・覚醒剤取締法違反（１）	2	
非現住建造物等放火、窃盗（１）、器物損壊（１）	1	1
強盗	1	
強盗殺人未遂・殺人未遂・傷害・銃刀法違反・公務執行妨害・器物損壊	1	
強盗、建造物侵入	1	
強盗、傷害（１）、建造物侵入・銃刀法違反（１）、銃砲刀剣類所持等取締法違反（１）、窃盗（１）		4
強盗致傷（１）、強盗致傷保護事件（１）		2
強盗未遂、銃刀法違反	1	
強制わいせつ事案		1
強制わいせつ・窃盗（１）、公衆に著しく迷惑をかける暴力的不良行為等の防止に関する法律違反（１）、準強制わいせつ・窃盗（１）		3
傷害	2	5
傷害、暴行（１）、公務執行妨害（１）、住居侵入・器物損壊・窃盗（１）、窃盗（１）	4	
傷害、恐喝未遂保護事件（１）、暴行・窃盗（１）、公務執行妨害（１）、傷害保護事件（１）、器物損壊（１）、住居侵入（１）、道路交通法違反（１）、詐欺・窃盗（１）		8
傷害致死	1	1
傷害致死、窃盗	1	
重大な他害行為を含む罪名	23	28
公務執行妨害	3	
恐喝	1	1
恐喝未遂		1
恐喝未遂、窃盗未遂		1
脅迫		1
脅迫、威力業務妨害		1
暴行		1
暴力行為等処罰に関する法律違反		1
住居侵入・窃盗・窃盗未遂（１）、建造物侵入・器物損壊（１）		2
窃盗	10	29
窃盗、建造物侵入（１）、住居侵入（１）、住居侵入・覚醒剤取締法違反（１）、窃盗未遂（１）、暴力行為等の処罰に関する法律違反（１）、建造物侵入・道路交通法違反（１）		6

表3 罪名

罪名	診察実施	診察不要
窃盗、住居侵入・器物損壊・建造物損壊（１）、暴行・道路交通法違反（１）、有印私文書偽造行使・詐欺・住居建造物侵入・大麻取締法違反・関税法違反（１）	3	
窃盗、道路交通法違反	2	1
窃盗未遂		1
窃盗未遂、建造物侵入		1
常習累犯窃盗	3	9
常習累犯窃盗、建造物損壊、道路交通法違反、有印私文書偽造、同行使	1	
常習累犯窃盗、詐欺（１）、銃砲刀剣当初時等取締法違反（１）		2
詐欺	1	3
詐欺、詐欺未遂（１）、詐欺保護事件（１）		2
詐欺、傷害（１）、窃盗（１）、無銭飲食（１）	3	
器物損壊	3	
器物損壊、公務執行妨害、傷害	1	
偽計業務妨害、建造物損壊	1	
有印私文書偽造、同行使		1
有印私文書偽造、同行使、電磁的公正証書原本不実記録未遂		1
公衆に著しい迷惑をかける行為の防止に関する条例違反（類似名称を含む）	1	2
銃砲刀剣当初時等取締法違反、器物損壊	1	
銃砲刀剣類所持等取締法違反	1	1
他の刑法犯を含む罪名	35	68
覚醒剤取締法違反	6	24
覚醒剤取締法違反、毒物および劇物取締法違反・窃盗（１）、大麻を栽培した事犯（１）	2	
覚醒剤取締法違反、窃盗（４）、暴行（１）、暴行・脅迫（１）、道路交通法違反（１）、麻薬および向精神薬取締法違反（１）、建造物侵入・窃盗（１）		9
大麻取締法違反		1
大麻取締法違反、詐欺		1
麻薬および向精神薬取締法違反		3
麻薬および向精神薬取締法違反、窃盗、建造物侵入		1
薬物犯罪を含む罪名	8	39
道路運送車両法違反、自動車損害賠償保障法違反、道路交通法違反	1	
道路交通法違反		2
道路交通法違反（酒気帯び、無免許）（１）、無保険で原付自転車の運転（１）		2
無免許運転過失致傷、自動車損害賠償保障法違反、道路交通法違反		1
道路交通法違反を含む罪名	1	5
転記なし	1	1
記載なし	2	
（空白）	28	150
総計	98	291

表4 刑期

刑期	診察実施	診察不要	刑期	診察実施	診察不要
40日		1	3年2月		1
42日		1	3年6月	1	2
60日	1		3年8月		1
120日	1		4年		2
労役所留置	2	2	4年2月	1	1
6月		1	4年6月	1	2
7月	1	2	5年	1	
8月	3	2	5年まで	4	9
9月	1		5年4月	1	
10月	4	2	6年	2	
1年	3	9	8年	1	
1年まで	12	16	9年	3	
1年2月	1	4	10年	2	2
1年4月	3	2	10年まで	9	2
1年5月	1	1	11年6月	1	
1年6月	3	9	12年	1	
1年8月		3	15年	2	
1年10月		2	10年以上	4	0
2年	6	16	記載あり転記なし	2	2
2年まで	14	37	(空白)	41	199
2年2月	2	3	総計	98	291
2年4月	2	3	40日から120日まではすべて労役、6月以上はすべて懲役刑であった。		
2年6月	1	6	なお、2つ以上の懲役を科されたり、懲役と労役場留置の両方を執行されている場合は、期間を通算した。		
2年8月	1	1	罰金額は省略した。		
2年10月	1	2			
3年	3	9			
3年まで	10	24			

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

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

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）、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（宮城県立精神医療センター）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）、奥野栄太（国立病院機構・琉球病院）、木崎英介（大泉病院）、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（栃木県立岡本台病院）、鈴木 亮（宮城県立精神医療センター）、酢野 貢（石川県立高松病院）、田崎仁美（栃木県立岡本台病院）、柘植雅俊（栃木県立岡本台病院）、戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター）、富田真幸（大泉病院）、中西清晃（石川県立高松病院）、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（長崎県精神医療センター）、宮崎大輔（長崎県精神医療センター）、山田直哉（八幡厚生病院）、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）

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 26 条に基づく矯正施設長通報の現状を把握するため、2016 年度における通報例について、都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、矯正施設長通報について、調査を行った。

本研究について、1 つの報告書とすると、かなりの分量となってしまう。このため、この報告書は、次の 4 つに分けた。

《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰（2016 年 5 月、n=299（概要は n=389））

《2》矯正施設長通報の検討（2016 年 5 月＋2016 年度指定医診察、n=389）

《3》事前調査の検討（2016 年 5 月＋2016 年度指定医診察、n=389）

《4》指定医診察例の検討（2016 年度指定医診察、n=98）

本稿では、このうち、《3》事前調査の検討、について、以下、「述べることとした。

《3》事前調査の検討

【目的】矯正施設長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を目的として調査を行った。

【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、調査を行った。

対象は、2016年5月1日から2016年5月31日までに受理したすべての矯正施設長通報例および2016年4月1日から2017年3月31日までに実施したすべての矯正施設長通報からの指定医診察例とした。

事前調査書からは、事前調査における本人面接の有無、幻覚妄想、状況認知・判断の障害、生活維持困難の有無、自傷他害行為、診断歴、治療歴・受診の状況やアルコール・薬物乱用の有無、重大な身体合併症などの転記を求めた。

この研究実施については、長崎県精神医療センター倫理委員会の承認を受けた。

【結果】回答 51 自治体（35 都道府県・16 政令市）のうち、対象例なし 1 自治体、50 自治体から 389 例の提出を受けた。男性 326 例、女性 57 例、記載なし 6 例（男女比 5.7 : 1）、平均年齢±標準偏差は 42.9±15.3 歳であった。

事前調査の内容ごとに指定医診察要否判断について検討を行った。事前調査を実施するか実施と同等の情報をもとに指定医診察判断が行われている様子が明らかとなった。症状や問題行動、既往の点から検討すると、幻覚妄想が明らかな例や自傷他害行為、診断歴、治療歴・受診の状況があれば診察実施と判断されていた。アルコール・薬物乱用の有無では、問題がない例で診察実施と判断されていた。重大な身体合併症については、例数が乏しく、判断に与える影響は明らかではなかった。一方、状況認知判断の問題や生活維持困難な例では、情報自体が得られていない「不明」例も少なくなかった。自治体からは膨大の通報について、その意義や内容について疑問視するコメントも寄せられていた。

【結論】矯正施設長通報の顕著な増加のもとでも、精神症状が明らかな例や問題行動が重篤な例では診察実施されており、指定医診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われている様子が明らかとなった。

A. 研究の背景と目的

矯正施設長通報が顕著に増加していることは、《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰、に示した。また、《2》矯正施設長通報の検討、においては、精神保健福祉法第26条に定められているように、矯正施設退所時に「精神障害者又はその疑のある収容者」について、かなり多くの通報がなされている実態が、あきらかになった。

それでは、このように膨大な通報に対し、都道府県・政令指定都市は、どのように対応しているのだろうか。

そこで、矯正施設長通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とするため、本稿では、事前調査書の検討を行った。

具体的には、上記《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰、において述べた 389 例について、通報のみにとどまった例と、指定医診

察が行われた例について対比して、矯正施設長通報の検討を行った。

B. 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、調査を行った。対象は、2016年5月1日から2016年5月31日までに受理したすべての矯正施設長通報例および2016年4月1日から2017年3月31日までに実施したすべての矯正施設長通報からの指定医診察例とした。

調査全体については、《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰、に述べた。また、この研究における調査区分は、図1に示した。

具体的には、年齢、性別、精神症状や問題行動、治療歴などに関する事項など、以下の項目を「事前調査書」から所定の調査票に転記を求めた。

① 事前調査日

- ② 年齢・性別
- ③ 事前調査における本人面接の有無
- ④ 幻覚妄想あるいは明確に病的な行動や言動の有無・状況
- ⑤ 社会生活における状況認知・判断の障害の有無・状況
- ⑥ 基本的な生活維持の困難の有無・状況
- ⑦ 自傷行為の有無・状況
- ⑧ 他害行為の有無・状況
- ⑨ 精神障害の診断歴の有無
- ⑩ 精神科治療歴・受診歴の状況
- ⑪ 現在（3ヶ月以内）の精神障害の治療状況
- ⑫ アルコール・薬物乱用の有無
- ⑬ 措置入院先選択に関係する重大な身体合併症の有無

（倫理的配慮）

以上のことを含む研究計画書について、研究代表者が所属する、長崎県精神医療センター倫理委員会に審査を受け、2018年9月19日に承認を受けた。

C. 結果

（1）年齢・性別

回答 51 自治体（35 都道府県・16 政令市）のうち、1 自治体で対象例なし、50 自治体から 389 例の提出を受けた。平均年齢±標準偏差は 42.9±15.3 歳、男性 326 例、女性 57 例、記載なし 6 例（男女比 5.7 : 1）であった。なお、年齢性別の詳細は、《2》矯正施設長通報の検討、に示した通りである。

（2）事前調査の実施状況

事前調査の実施状況について、とりまとめ票に、事前調査を、「実施した」か「実施していない」か、の回答を求めた。

表 1 に、事前調査の実施状況と事前調査書の有無ならびに指定医診察実施状況を示した。

事前調査を実施した 326 例では、診察実施 92 例、診察不要 234 例であるのに対し、事

前調査を実施していない 63 例では、診察実施 6 例、診察不要 57 例であった（Fisher 片側, $p=0.0007$ ）。

視点を変えて、事前調査書がある 309 例では、診察実施 88 例、診察不要 221 例であるのに対し、事前調査書がない 80 例では、診察実施 10 例、診察不要 70 例であった（Fisher 片側, $p=0.0017$ ）。

この 2 つの視点をまとめ、事前調査を実施したか、事前調査書がある 339 例では、診察実施 93 例、診察不要 246 例であり、そのいずれの情報もないもの 50 例では診察実施 5 例、診察不要 45 例となり、情報がある群では診察実施、情報がない群では診察不要が多かった（Fisher 片側, $p=0.0042$ ）。

なお、2016 年 5 月の 299 例に限定すると、事前調査を実施したか、事前調査書がある 254 例では、診察実施 8 例、診察不要 246 例であり、そのいずれの情報もないもの 45 例では全例、診察不要となっていた。元の集団において、診察実施が圧倒的に少なく、この 2 群に差は見いだされなかった（Fisher 片側, $p=0.2667$, n.s.）。

（3）事前調査における本人面接

「面接した」群では、診察実施 41 例、診察不要 6 例である一方で、「面接していない」群で、診察実施 47 例、診察不要 212 例であった。なお、「不明・未記入」群では診察実施 10 例、診察不要 73 例であった。

「面接した」群で、診察実施が多く、「面接していない」群と「不明・未記入」群で、診察不要が多かった。（ $\chi^2(2)=110.425$, $p<.01$ ）

（4）幻覚妄想の有無

幻覚妄想の有無は、図 2 に示した。

「明らか」50 例では診察実施 48 例、診察不要 2 例、「軽度」25 例では診察実施 13 例、診察不要 12 例、「ない」184 例では診察実施 7 例、診察不要 177 例、「不明」37 例で

は診察実施 16 例、診察不要 21 例、「未記入」 93 例では診察実施 14 例、診察不要 79 例であった。

「明らか」群の診察不要 2 例と期待度数が少なく、症状があるという点で「軽度」群と類似しており、これらは検定に際し「あり」群にまとめた。その上で、「あり」群と「不明」群で診察実施が多く、「ない」群と「未記入」群で診察不要が多かった。 $(\chi^2(3)=181.562, p<.01)$

(5) 状況認知判断異常の有無

状況認知判断異常の有無は、図 3 に示した。

「明らか」41 例では診察実施 38 例、診察不要 3 例、「軽度」26 例では診察実施 12 例、診察不要 14 例、「ない」128 例では診察実施 3 例、診察不要 125 例、「不明」104 例では診察実施 31 例、診察不要 73 例、「未記入」93 例では診察実施 14 例、診察不要 76 例であった。

「明らか」群と「軽度」群で診察実施が多く、「ない」群と「未記入」群で診察不要が多かった $(\chi^2(4)=146.224, p<.01)$ 。

(6) 生活維持困難の有無

生活維持困難の有無は、図 4 に示した。

「明らか」16 例では診察実施 15 例、診察不要 1 例、「軽度」17 例では診察実施 10 例、診察不要 7 例、「ない」140 例では診察実施 14 例、診察不要 126 例、「不明」125 例では診察実施 44 例、診察不要 81 例、「未記入」91 例では診察実施 15 例、診察不要 76 例であった。

「あきらか」群の診察不要 1 例と期待度数が少なく、症状があるという点で「軽度」群と類似しており、これらは検定に際し、「あり」群にまとめた。その上で、「あり」群、「不明」群で診察実施が多く、「ない」群と「未記入」群で診察不要が多かった $(\chi^2(3)=72.222, p<.01)$ 。

(7) 自傷行為の有無

自傷行為の有無は、図 5 に示した。

「明らか」30 例では診察実施 27 例、診察不要 3 例、「軽度」12 例では診察実施、診察不要ともに 6 例、「ない」234 例では診察実施 30 例、診察不要 204 例、「不明」24 例では診察実施 21 例、診察不要 3 例、「未記入」89 例では診察実施 14 例、診察不要 75 例であった。

「明らか」群の診察不要 3 例と期待度数が少なく、症状があるという点で「軽度」群と類似しており、これらは検定に際し、「あり」群にまとめた。また「不明」群の診察不要 3 例と期待度数が少なく、症状があるかどうか不明確という点で「未記入」群と類似しており、これらは検定に際し「不明・未記入」群にまとめた。その上で、「あり」群で診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多かった $(\chi^2(2)=84.508, p<.01)$ 。

(8) 他害行為の有無

他害行為の有無は、図 6 に示した。

「明らか」58 例では診察実施 46 例、診察不要 12 例、「軽度」16 例では診察実施 12 例、診察不要 4 例、「ない」211 例では診察実施 12 例、診察不要 199 例、「不明」14 例では全例、診察実施、「未記入」90 例では診察実施 14 例、診察不要 76 例であった。

「明らか」と「軽度」群で診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多かった $(\chi^2(2)=153.833, p<.01)$ 。

(9) 生涯診断歴

生涯診断歴は、図 7 に示した。

「あり」210 例では診察実施 72 例、診察不要 138 例、「なし」32 例では診察実施 10 例、診察不要 22 例、「不明」69 例では診察実施 6 例、診察不要 63 例、「未記入」78 例では診察実施 10 例、診察不要 68 例であった。

「あり」群で診察実施が多く、「不明」群と

「未記入」群で診察不要が多かった ($\chi^2(3)=26.136, p<.01$)。

(10) 精神科治療・受診歴

精神科治療・受診歴は、図8に示した。

「あり」190例では診察実施70例、診察不要120例、「なし」44例では診察実施11例、診察不要33例、「不明」76例では診察実施7例、診察不要69例、「未記入」79例では診察実施10例、診察不要69例であった。

「あり」群で診察実施が多く、「不明」群と「未記入」群で診察不要が多かった ($\chi^2(3)=30.569, p<.01$)。

(11) 現在の精神科治療状況

現在、すなわち3ヶ月以内の精神科治療状況は、図9に示した。

「あり」187例では診察実施63例、診察不要124例、「なし」64例では診察実施11例、診察不要33例、「不明」59例では診察実施11例、診察不要48例、「未記入」79例では診察実施10例、診察不要69例であった。

「あり」群で診察実施が多く、「未記入」群で診察不要が多かった ($\chi^2(3)=15.467, p<.01$)。

(12) 薬物乱用の有無

薬物乱用の有無は、図10に示した。

「あり」126例では診察実施39例、診察不要87例、「なし」75例では診察実施29例、診察不要46例、「不明」97例では診察実施19例、診察不要78例、「未記入」91例では診察実施11例、診察不要80例であった。

「なし」群で診察実施が多く、「未記入」群で診察不要が多かった ($\chi^2(3)=19.352, p<.01$)。

(13) アルコール飲用の有無

アルコール飲用の有無は、図11に示した。矯正施設長通報例では、直前にアルコール飲用例はなく、アルコール問題の有無という点で、検討した。

「あり」37例では診察実施14例、診察不要23例、「なし」88例では診察実施35例、診察不要53例、「不明」167例では診察実施36例、診察不要131例、「未記入」97例では診察実施13例、診察不要84例であった。

「なし」群で診察実施が多く、「未記入」群で診察不要が多かった ($\chi^2(3)=21.392, p<.01$)。

(14) 身体合併症の有無

身体合併症の有無は、図12に示した。

身体合併症については、「措置入院先選択に関係する重大な身体合併症」とした。

「あり」2例では診察実施、診察不要とも1例ずつ、「なし」144例では診察実施55例、診察不要89例、「不明」144例では診察実施29例、診察不要115例、「未記入」98例では診察実施13例、診察不要85例であった。

「なし」群で診察実施が多く、「未記入」群で診察不要が多かった ($\chi^2(3)=21.392, p<.01$)。

(15) 過去の司法処分の有無

過去の司法処分の有無は、図13に示した。

「あり」155例では診察実施65例、診察不要90例、「なし」28例では診察実施11例、診察不要17例、「不明」114例では診察実施12例、診察不要102例、「未記入」92例では診察実施10例、診察不要82例であった。

「あり」群で診察実施が多く、「不明」群と「未記入」群で診察不要が多かった ($\chi^2(3)=49.032, p<.01$)。

D. 考察

1. 事前調査の実施状況

事前調査の実施状況は、自治体の回答をそのまま、集計した。このため、事前調査票の各項目にチェックがあっても、他に比して十分な事前調査を行っていない、などの理由で「実施していない」と回答している自治体があり得る。

ただ、実際に調査票の事前調査ページに記載があれば、事前調査なのか決裁にかかる稟議資料なのかは、ともかくとして、そのページ記載が可能な情報を自治体が所持していたと考えられる。このため、事前調査を「実施していない」との回答であっても、自治体が情報を有しているかどうかは検討する必要がある。なお、この情報を有するかどうかは、自治体がどれだけ事前調査の精度を保とうと努力しているかを反映するものでもある。

実際、「通報書に詳細な資料あり」「分類担当者から簡易通報である旨を電話で聴取した」などの記載とともに、事前調査を「実施していない」との回答もあり、自治体が「事前調査は実施していない」と評価した通報例であっても、事前調査に相当する情報を所持して判断している場合があり、この2つの数値が一致しないケースがある。

その上で、実際に、自治体を実質的に、どの程度の情報を有しているかは、表1に示す通りである。情報を有していれば診察実施、情報がなければ診察不要となるのは、ある意味当然ではあるが、診察が必要そうなケースでは情報を渡し、それ以外は情報を伏せるという運用を反映した結果ではあった。形式的な通報が多いという事情を考慮すれば、情報は通報の重要度に相応させる必要がある。

その上で、実際に事前調査における本人面接を行ったかどうか、では、「面接した」群で診察実施が多く、「面接していない」群で診察不要が多かった。これは面接の可否を判断するための情報が、診察の可否を判断する情報と相関すると想定されるためとも考えら

れた。

そして、事前調査のデータ所持状況からは、自治体が相応するデータをもとに指定医診察の可否を判断しているといえるものと思われた。

なお、このような不一致が生じるのは、事前調査とは何か、という点が、あいまいであることが影響していると考えられる。2016年時点では、厚生労働省の措置入院の運用に関するガイドラインは通知されておらず¹⁾、事前調査は精神保健福祉法第27条に根拠こそあるものの、具体的な手順は各自治体に委ねられており、必ずしも明確化されたものではなかった。今後、事前調査の位置づけや内容も、都道府県・政令市において徐々に標準化されることが期待される。

2. 症状について

症状があれば診察実施と判断されることが多かったのは、ある意味、当然かも知れない。

ここで、状況認知判断異常や生活維持困難では、幻覚妄想に比して、「不明」が、多かった。これは、2016年の時点では事前調査項目に状況認知判断異常は明示されておらず、幻覚妄想であれば、症状として気付かれやすく記載されやすいと考えられるが、その点で、状況認知判断異常や生活維持困難では、やや記載されにくいというようなことが影響していると思われた。

3. 自傷他害について

自傷あるいは他害のいずれかで、「明らか」と「軽度」群では診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多かった。措置入院制度が精神症状による自傷他害のおそれを要件にしている以上、ある意味、当然ではあった。

4. 診断・既往歴について

(1) 診断・治療歴について

生涯診断歴や精神科治療歴、また現在の治

療状況が、「あり」と回答される群で診察実施が多く、「不明」群と「未記入」群で診察不要が多かった。《2》矯正施設長通報の検討、でも述べたように、不眠症などであっても通報されていることを考えれば、精神科診断を受けたことがある例において、より診察実施となるのは、納得できる場所であった。

（2）薬物乱用歴について

薬物乱用歴においては、「なし」群で診察実施が多く、「未記入」群で診察不要が多く、「あり」群では差は認められなかった。

薬物の問題がなければ、精神病などの可能性が高いと判断され、薬物の問題があれば、それと精神症状の関連を検討された結果であると思われる。

（3）アルコール乱用の有無

この調査は、他の通報形態との比較が必要となる場合を想定し、2008年度の検察官通報調査、2010年度の警察官通報調査と共通の調査票で調査した。

ここで、警察官通報や検察官通報では、診察に至る経緯での、酩酊状態の有無が想定される。一方、矯正施設長通報においては、矯正施設内での飲酒は不可能であるので、必然的に、被通報者がアルコール問題を抱えているかどうかの回答を求めることとなっている。

その上で、アルコール乱用の問題においても、「なし」群で診察実施が多く、「未記入」群で診察不要が多く、「あり」群では差は認められなかった。

薬物同様、アルコール乱用の問題がなければ、精神病などの可能性が高いと判断され、薬物の問題があれば、それと精神症状の関連を検討された結果であると思われる。

ただ、この項目では、不明が多かった。矯正施設内での飲酒ができないために、矯正施設においてアルコール問題の有無が把握されていない、把握されている場合でも通報に記

載されていない、事前調査で本人に尋ねても飲酒問題について本人が否認するといった場合、などが考えられた。

（4）身体合併症

身体合併症の項目について、「なし」群で要診察が多いというより、「なし」といえる情報が通報書に記載されている場合に診察実施との結論に至り、「未記入」群では、そういった情報の記載もないため診察不要に至る、とも考えられた。身体合併症の項目については、「明らか」群は、要診察、診察不要とも、各1例と、期待度数が少なく、身体合併症の項目は参考値にとどめた方がよいかもしれない。

ただ、重大な身体合併症については、一旦、措置入院となってしまうと、措置入院先医療機関には、きわめて大きな負担となってしまう。しかし、この危機感は、矯正施設や保健所等では十分な共有という状況にはない。このため、措置入院してしまった場合には、精神科病院、総合病院ともに深刻な問題となることがある。

こうしたことから、措置入院先選択に関係する重大な身体合併症については、数が少なくても、決して軽視はできない。

（5）過去の司法処分の有無

矯正施設長通報なので、過去の司法処分は、全例にある。ここでは、今回の矯正施設入所以前の司法処分について尋ねた。

過去に司法処分がある方が、診察実施されることとなり、それがなければ診察不要と判断されてはいた。ただ、矯正施設の側で、措置入院を要すると思われるケースは詳しく情報を提供するような運用がなされており、過去の司法処分の有無が診察要否に与える影響については、慎重な評価が必要である。

5. 調査対象と統計処理について

今回、2016年5月の診察不要291例と2016年度の診察実施98例を対象としてお

り、調査対象は図1のように、凸の字のような形となっている。この2つの集団が、正規分布していることは想定できない。このため、カイ2乗検定などを用いて比較することとした。

また、2000年度の全通報形態についての調査と2008年検察官通報調査ならびに2010年警察官調査においては、調査対象の全例を対象としたため、それぞれの因子が、どの程度、指定医診察に影響するかのOdds比を求めた。ただ、ロジスティック回帰分析を用いる場合には、診察不要291例、診察実施98例でもあり、診察実施に影響するパラメータを9つまでであれば解析可能と考えることもできる⁴⁾。これについては次年度に検討を行う方針である。

そして、このような関係性にあるため、どの因子が、どの程度、診察要否という結論に影響するかのOdds比を求めることはできない。このため、今回の報告は、単純集計にとどめている。

仮に、診察要否を従属変数、年齢や病名、今回の事前調査の各項目を独立変数とした場合に、どの項目がどの程度影響を下かを見るためには、このため、今回は、記述統計とカイ2乗検定などにとどめることとした。

6. 通報増加の事前調査への影響について

このような統計処理を行わざるを得なかったのは、通報が顕著に増えている影響が大きい。通報の大半は診察不要とされており、仮に2016年5月の通報例に限った場合、診察実施8例は、全299例の2.7%に過ぎない。5%の危険率で有意差を求めるとして、この8例全例が、わずかな例外である可能性も考慮せざるを得なくなり、正規分布を想定できないために統計解析の手法が幾分、限られるところはある。

ただ、本稿で述べたように、診察実施群と診察不要群を比較した結果からは、少なくと

も事前調査では、診察すべきケースは診察されているように見える。そういう意味では、適正に処理されているようでもある。

ただ、通報は顕著に多く、このため適正な事前調査を行うのにあたって、少なくない負荷があることは、想定できる。ただ、実際の書類から、個別のケースへの負荷状況を知るのは難しい。このような負荷状況については、個別の調査よりは、聞き取りのほうが、その状況を適切に表現できると思われる。

この調査では、こうした聞き取りは行っていないが、それを必要と思われるようなコメントは、いくつかの都道府県から調査票に付記されていた。

これらのコメントは、調査本来の目的ではないが、今後の制度を考える上で有用と思われるので、表2に示した。

このように顕著にケースが増えてしまうと、たしかに、トリアージを考慮する場面ともなる。

この点、矯正施設の側では、《2》矯正施設長通報の検討でも述べたが、2006年通知において、「措置を要する者は詳しく」「そうでないものはそれなりに」という形で、事実上のトリアージを推奨している。

ただ、矯正施設の側でトリアージを行うことは、精神保健福祉法第26条が「精神障害者又はその疑のある収容者」として、広く網をかけていることを考慮すると、難しいところもある。

事前調査を行う際には、精神保健福祉法の立法の趣旨として精神保健福祉につなぐ必要のあるものを適切に手当てした上でのトリアージを考慮せねばならないと思われる。

そして、こうした検討を経て、指定医診察が行われることになった場合、指定医が、また措置入院を受け入れた精神科医療機関が、適正に対応しているのか、については、

《4》指定医診察例の検討、において、みていくこととしたい。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 なし

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 なし

文献

- 1) 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
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
長通知：「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」について.
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc3290&dataType=1&pageNo=1
- 3) 竹島正，立森久照，三宅由子，小山智典，長沼洋一，宮田裕章．措置通報等に対する都道府県等の対応状況に関する研究：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 pp. 19-63, 2004
- 4) Peduzzi P1, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. J Clin Epidemiol. 49(12):1373-9. 1996

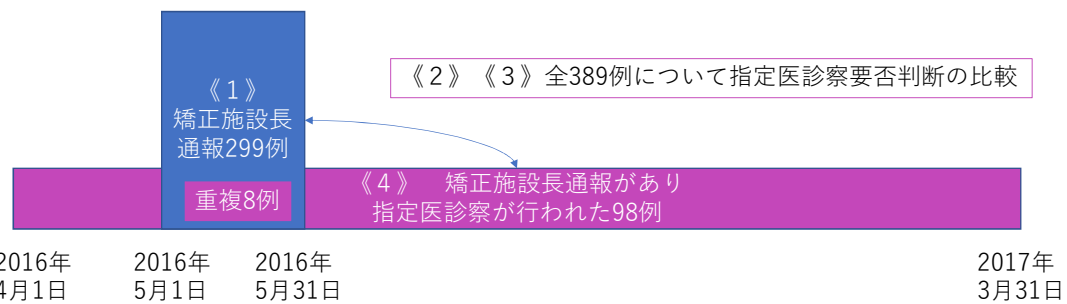


図1 この調査における資料ならびに報告書《1》《2》《3》《4》の関係について
この調査においては、都道府県・政令指定都市に対して矯正施設長通報例について次の区分で資料提出を求めた。

《1》 2016年5月1日から2016年5月31日までの矯正施設長通報例として資料提出を受けた。

この群は、矯正施設長通報例の転帰（2016年5月、 $n=299$ ）として報告した

《4》 2016年4月1日から2017年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察例として資料提出を受けた。

この群は、指定医診察例の検討（2016年度指定医診察、 $n=98$ ）として報告した。

その上で、この報告書においては、

《2》 矯正施設長通報の検討（2016年5月＋2016年度指定医診察、 $n=389$ ）

《3》 事前調査の検討（2016年5月＋2016年度指定医診察、 $n=389$ ）

において、《1》と《4》の2群を比較した。

図2 幻覚妄想の有無

「あり」群と「不明」群で診察実施が多く、「ない」群と「未記入」群で診察不要が多い。

($\chi^2(3)=181.562$, $p<.01$)

「明らか」群の診察不要2例と期待度数が少なく、症状があるという点で「軽度」群と類似しており、これらは検定に際し、「あり」群にまとめた。

「面接していない」「診察していない」群には、それぞれ、取り下げのため診察不要となった1例が含まれる。

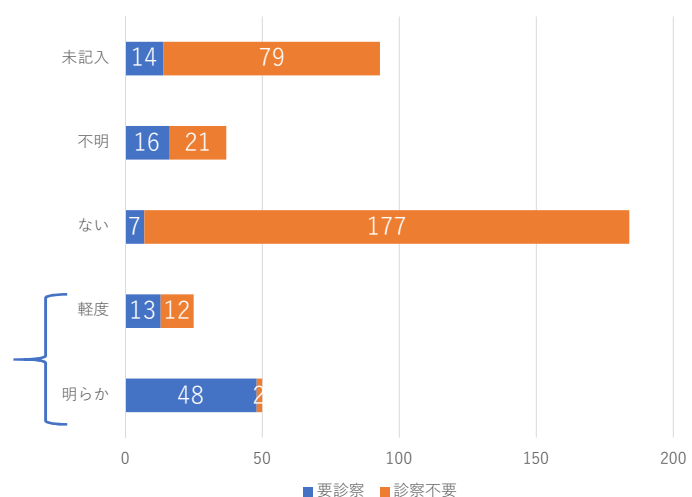


図3 状況認知判断異常の有無

「明らか」群と「軽度」群で診察実施が多く、「ない」群と「未記入」群で診察不要が多い。

($\chi^2(4) = 146.224$, $p < .01$)

ただし、「明らか」群の診察不要3例と、「ない」群の要診察3例は、ともに期待度数が少なく、カイ2乗値については、参考値にとどめた方がよいかもしれない。

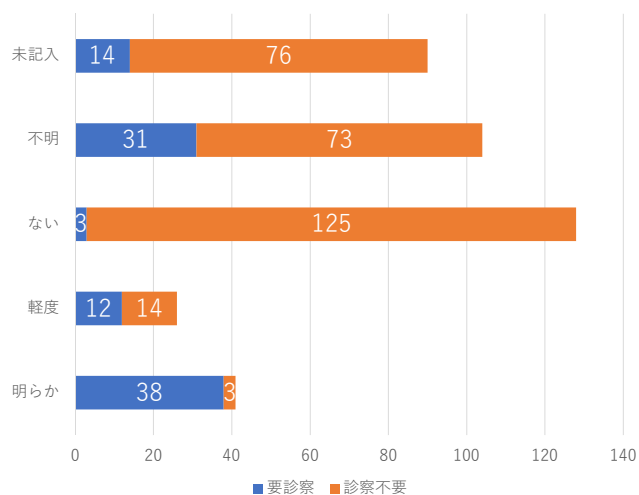


図4 生活維持困難の有無

「あり」群、「不明」群で診察実施が多く、「ない」群と「未記入」群で診察不要が多い。

($\chi^2(3) = 72.222$, $p < .01$)

「あきらか」群の診察不要1例と期待度数が少なく、症状があるという点で「軽度」群と類似しており、これらは検定に際し、「あり」群にまとめた。

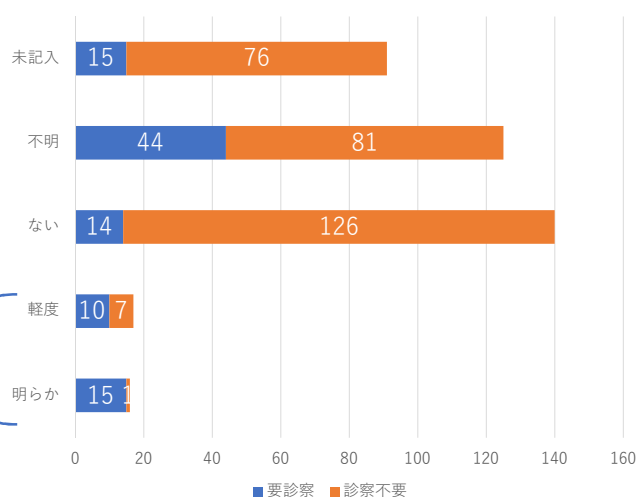


図5 自傷行為の有無

「明らか」と「軽度」群で診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多い。

($\chi^2(2) = 84.508$, $p < .01$)

「明らか」群の診察不要3例と期待度数が少なく、症状があるという点で「軽度」群と類似しており、これらは検定に際し、「あり」群にまとめた。

「不明」群の診察不要3例と期待度数が少なく、症状があるかどうか不明確という点で「未記入」群と類似しており、これらは検定に際し、まとめた。

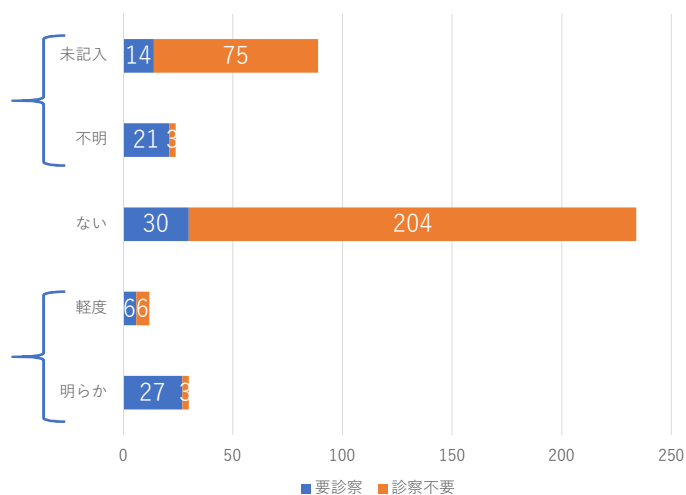


図6 他害行為の有無

「明らか」と「軽度」群で診察実施が多く、「ない」群で診察不要が多い。

($\chi^2(2) = 153.833$, $p < .01$)

「明らか」群の診察不要4例と期待度数が少なく、症状があるという点で「軽度」群と類似しており、これらは検定に際し、「あり」群にまとめた。

「不明」群の診察不要0例と期待度数がゼロのため、情報がないという点で「未記入」群と類似しており、これらは検定に際し、一群にまとめた。

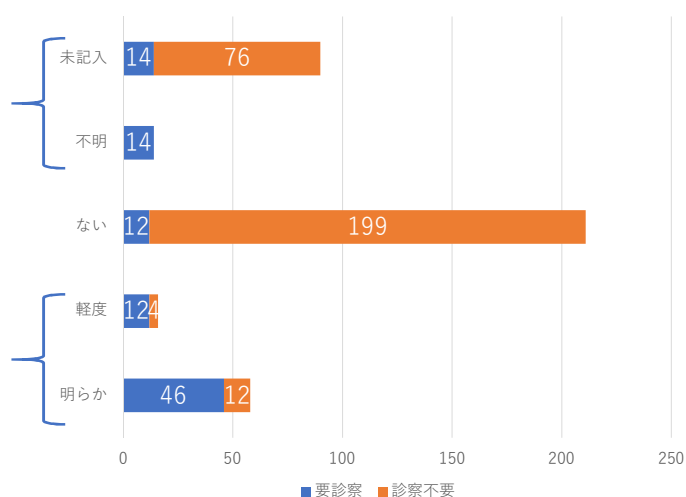


図 7 生涯診断歴

「あり」群で診察実施が多く、
「不明」群と「未記入」群で診察不要が多い。

($\chi^2(3) = 26.136$, $p < .01$)

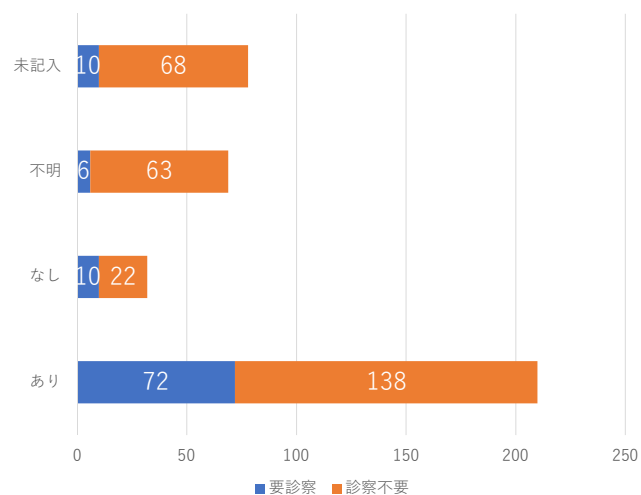


図 8 精神科治療・受診歴

「あり」群で診察実施が多く、
「不明」群と「未記入」群で診察不要が多い。

($\chi^2(3) = 30.569$, $p < .01$)

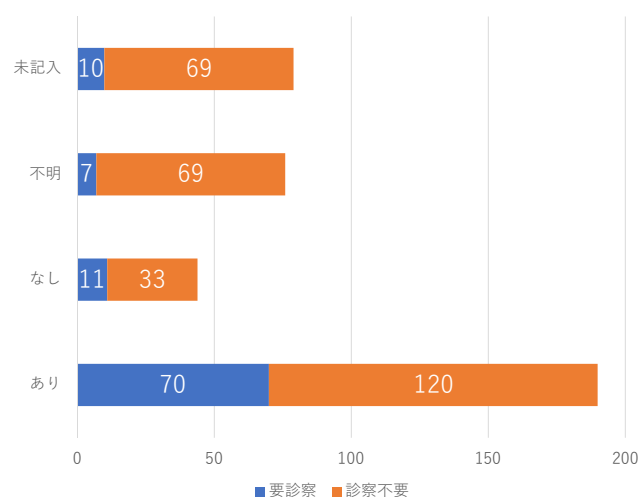


図 9 現在の精神科治療状況

現在、すなわち 3 ヶ月以内の精神科治療状況を示した。

「あり」群で診察実施が多く、
「未記入」群で診察不要が多い。
($\chi^2(3) = 15.467$, $p < .01$)

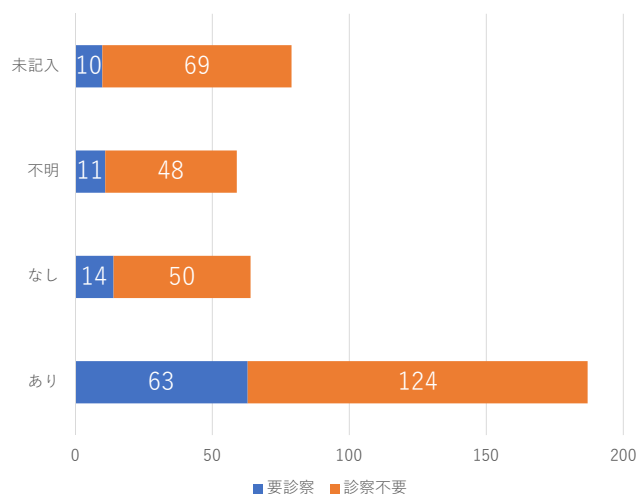


図 10 薬物乱用の有無

「なし」群で診察実施が多く、
「未記入」群で診察不要が多い。
($\chi^2(3) = 19.352$, $p < .01$)

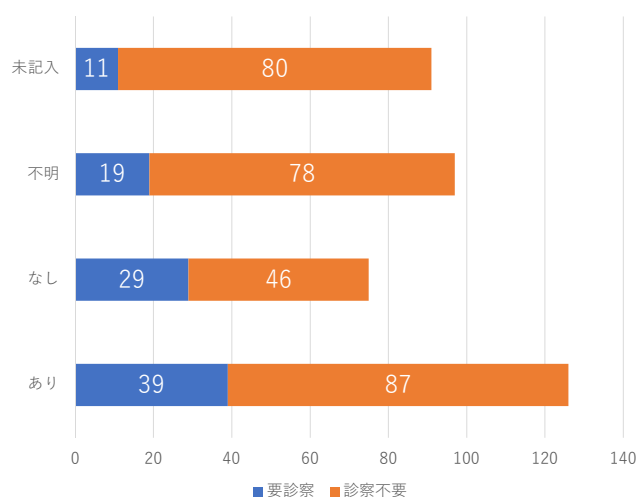


図 1 1 アルコール飲用の有無

「なし」群で診察実施が多く、
「未記入」群で診察不要が多い。
($\chi^2(3) = 21.392$, $p < .01$)

警察官通報など他の通報・申請・届出と
共通の調査票で調査した。

警察官通報では、診察に至る経緯での、
酩酊状態の有無が想定される。

一方、矯正施設長通報においては、アル
コール問題を抱えているかどうか回答
されている可能性がある。

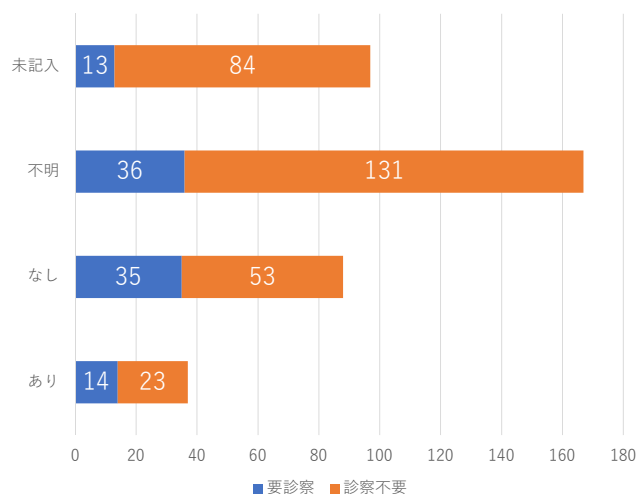


図 1 2 身体合併症の有無

措置入院先選択に関係する重大な身体合
併症とした。

「なし」群で診察実施が多く、
「未記入」群で診察不要が多い。
($\chi^2(3) = 21.392$, $p < .01$)

「なし」群で要診察が多いというより、
「なし」といえる情報が通報書に記載され
ている場合に要診察との結論に至り、
「未記入」群では、そういった情報の記載
もないため診察不要に至る、
とも考えられる。

「明らか」群は、要診察、診察不要とも、
各1例と、期待度数が少なく、カイ2乗値に
ついては、参考値にとどめた方がよいかも
しれない。

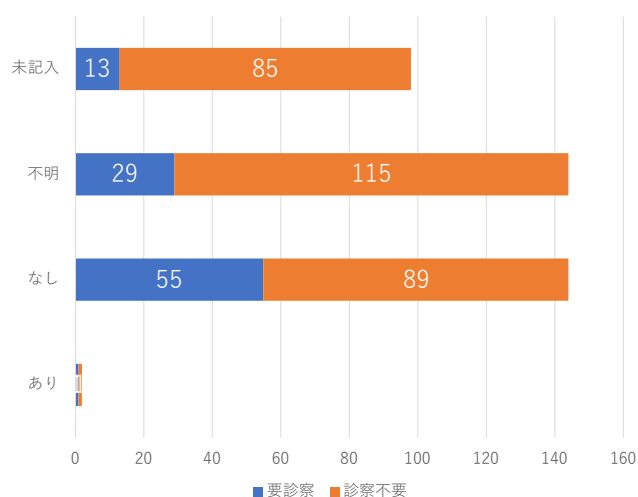


図 1 3 過去の司法処分の有無

「あり」群で診察実施が多く、
「不明」群と「未記入」群で診察不要が多い。

($\chi^2(3) = 49.032$, $p < .01$)

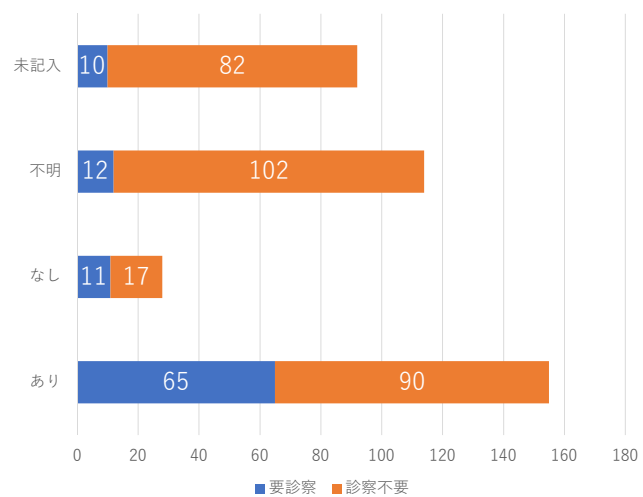


表1 事前調査の実施状況と事前調査書の有無
ならびに指定医診察実施状況

事前調査の実施状況から		診察実施	診察不要	計
「実施した」		92	234	326
事前調査書	「あり」	87	209	296
	「なし」	5	25	30
「実施していない」		6	57	63
事前調査書	「あり」	1	12	13
	「なし」	5	45	50
計		98	291	389
事前調査書の有無から		診察実施	診察不要	計
「あり」		88	221	309
事前調査	「実施した」	87	209	296
	「実施していない」	1	12	13
「なし」		10	70	80
事前調査	「実施した」	5	25	30
	「実施していない」	5	45	50
計		98	291	389
事前調査実施か事前調査書あり		93	246	339
どちらの情報もない		5	45	50
計		98	291	389

参考：2016年5月の299例における情報存否と診察要否

事前調査実施か事前調査書あり	8	246	254
どちらの情報もない	0	45	45
計	8	291	299

表2 自治体からのコメント

自治体	コメント
A自治体	当自治体は件数自体が非常に多く、ご指定の調査対象期間だけでもかなりの数にのぼります。また、調査票の内容が非常に緻密で、記録の読み込みと記載に非常に時間がかかることが想定されます。 また、申し訳ありませんが、行政として、予算要求や議会对応等が活発に行われるこの時期に、本来業務を放棄して、貴研究班の調査に職員をはりつけて対応させることはできかねます。できる範囲で入力した調査票を提出させていただきます。 当方としても、26条事例で刑務所等から「不眠」や「不安」という“病名”が記載されていたり、既に退所しているのにアリバイ作りのように送られてくる書類を日々目にし、仕組みとして大きな課題を抱えている分野だと思いますので、実態を様々な角度から検証していただき、矯正施設等への働きかけを含めて、研究班で一定の方向性を示していただければと期待しております。
B自治体	26条通報全般で感じている課題 (1) 帰住地がないため矯正施設所在地に通報されたケースが、2016年4月1日から2017年3月31日までの間に20件程度（全50件程度）あった。これらの中には、後に帰住地が他都道府県に決まっているケースがあると考えられる。帰住地を調整中や決定しそうな場合（かつ自傷他害行為もなく措置診察が不要と刑務所が考えているケース）であれば、できるだけ帰住地に通報して欲しい。 (2) 通報してくる必要性がないケースが多数ある。 中でも、診断名が「軽度知的障害（疑い）」「発達障害（疑い）」「不眠症」等であり、自傷他害行為がない、投薬をしていない、これまでに精神科通院歴がない、今後の精神科通院医療の必要性もない、といった場合には、特に必要性のなさを感じる。

* 入力注：コメントにおける地名や件数は、文意を損なわない範囲で、改変した。

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

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 《4》指定医診察例の検討

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

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）、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（宮城県立精神医療センター）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）、奥野栄太（国立病院機構・琉球病院）、木崎英介（大泉病院）、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（栃木県立岡本台病院）、鈴木 亮（宮城県立精神医療センター）、酢野 貢（石川県立高松病院）、田崎仁美（栃木県立岡本台病院）、柘植雅俊（栃木県立岡本台病院）、戸高 聡（国立病院機構・肥前精神医療センター）、富田真幸（大泉病院）、中西清晃（石川県立高松病院）、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（長崎県精神医療センター）、宮崎大輔（長崎県精神医療センター）、山田直哉（八幡厚生病院）、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）

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26条に基づく矯正施設長通報の現状を把握するため、2016年度における通報例について、都道府県・政令指定都市に協力を依頼し、矯正施設長通報について、調査を行った。

本研究について、1つの報告書とすると、かなりの分量となってしまう。このため、この報告書は、次の4つに分けた。

《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰（2016年5月、n=299（概要はn=389））

《2》矯正施設長通報の検討（2016年5月＋2016年度指定医診察、n=389）

《3》事前調査の検討（2016年5月＋2016年度指定医診察、n=389）

《4》指定医診察例の検討（2016年度指定医診察、n=98）

本稿では、このうち、《4》指定医診察例の検討、について、以下、「述べることにした。

《4》指定医診察例の検討

【目的】矯正施設長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を目的として調査を行った。

【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、調査を行った。対象は、2016年4月1日から2017年3月31日までに実施したすべての矯正施設長

通報からの指定医診察例とした。措置入院に関する診断書からは診断、症状、問題行動などについて、措置症状消退届からは診断、措置解除後の処置に関する意見、帰住先などについて、転記を求めた。この研究実施については、長崎県精神医療センター倫理委員会の承認を受けた。

【結果】回答 52 自治体のうち、38 自治体（29 都道府県・9 政令市）から対象 98 例の提出を受けた。男性 88 例、女性 10 例（男女比 8.8 : 1）、平均年齢±標準偏差は 42.8±13.7 歳であった。指定医診察の結果、要措置 57 例、措置不要 41 例であった。緊急措置入院となった例は、なかった。

措置不要 41 例の転帰は医療保護入院 7 例、精神科通院 11 例、医療不要 3 例、その他 5 例、不明・未記入 15 例であった。

観察期間は、ケースにより最短 1 年半、最長 2 年半であるが、要措置 57 例のうち、56 例は措置解除されていた。措置解除時の転帰は、任意入院 10 例、医療保護入院 34 例、転医 1 例、精神科通院 7 例、医療不要 1 例、その他 3 例であった。

措置入院期間は、中央値 88 日、平均日数±標準偏差は 129.7±153.4 日（最少 14 日、最大 825 日で措置入院継続中）、180 日目の入院継続率 14.0%であった。

【結論】指定医診察例のうち、実際に要措置となるのは 58%と、他の通報形態に比して少なかった。大多数は観察期間のうちに措置解除されており、長期措置入院となっていたのはごくわずかであった。

A. 研究の背景と目的

矯正施設長通報は顕著に増加しているが、そのような増加のもとでも、《3》事前調査の検討、において報告したように、精神症状が明らかな例や問題行動が重篤な例では指定医診察が実施されており、指定医診察を要するかどうかについての適正な事前調査が行われていることが明らかとなった。

それでは、実際に指定医診察の結果は、どのようなものであったのだろうか。また、要措置となったケースは、どの程度の期間、措置入院し、措置解除後はどのように対応されたのであろうか。

そこで、矯正施設長通報について現状を把握し、必要な対応を検討するにあたっての基礎資料とするため、本稿では、指定医診察が実施された例を対象に、措置入院に関する診断書と措置症状消退届の検討を行った。

B. 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、調査を行っ

た。対象は、2016 年 4 月 1 日から 2017 年 3 月 31 日までに実施したすべての矯正施設長通報からの指定医診察例とした。

調査全体については、《1》矯正施設長通報調査の概要と転帰、に述べた。また、この研究における調査区分は、図 1 に示した。

具体的な調査内容は、年齢、性別、病名、入院回数、精神症状や問題行動、医学的総合判断など、以下の項目を「措置入院に関する診断書」から所定の調査票に転記を求めた。また、年齢、性別、病名、措置解除後の処置、退院後の帰住先など、以下の項目を「措置症状消退届」から所定の調査票に転記を求めた。

（1）「措置入院に関する診断書」より転記する項目

- 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

(2)「措置入院者の症状消退届」より転記する項目

- ① 報告日
- ② 措置年月日
- ③ 年齢・性別
- ④ 病名
- ⑤ 措置解除後の処置に関する意見
- ⑥ 退院後の帰住先
- ⑦ 措置解除希望日（または措置解除日）（倫理的配慮）

以上のことを含む研究計画書について、研究代表者が所属する、長崎県精神医療センター倫理委員会に審査を受け、2018年9月19日に承認を受けた。

C. 結果

1. 措置入院に関する診断書について

(1) 年齢・性別

年齢・性別は、図2に示した。

2016年4月1日から2017年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察は98例、平均年齢±標準偏差は42.8±13.7歳、男性88例、女性10例、男女比8.8:1であった。

なお、前回2000年4月1日から2001年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察は85例、37.8±12.3歳、男性78例、女性7例、男女比11.1:1であった。

この2群において、年齢 ($F=1.241 < F_{0.01}(97, 84)=1.413$, n.s.)、性別 (Fisher 片側 $p=0.4221$, n.s.) に差異はなかった。

(2) 診断

診断は、主たる診断ごとに、図3に示した。

措置入院に関する診断書は、1名の指定医で措置不要となる場合は1枚にとどまるが、2名の指定医が診察した場合には2枚、緊急措置診察が行われた場合には3枚が存在することとなる。この研究では、通常診察の診断書2枚がある場合には、2名の指定医の診断カテゴリーが一致している場合にはその範囲とし、一致していない場合は不一致例として取り扱うこととした。

全例では措置入院57例、措置不要41例であったが、F0器質性精神障害3例（うち措置入院1例）、F1精神作用物質使用障害21例（措置入院16例、措置不要5例）、F2統合失調症30例（措置入院18例、措置不要12例）、F3気分障害8例（措置入院3例、措置不要5例）、F4神経症2例（全例、措置不要）、F6人格障害3例（うち措置入院1例）、F7知的障害4例（全例、措置不要）、F8発達障害2例（うち措置入院1例）、なし4例（全例、措置不要）、不一致21例（措置入院17例、措置不要4例）であった。

なお、前回2000年4月1日から2001年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察85例では、F0器質性精神障害3例、F1精神作用物質使用障害24例、F2統合失調症38例、F3気分障害1例、F6人格障害4例、F7知的障害3例、その他4例、不一致8例であった。これをF1、F2、その他、不一致の4群に分けて検討すると、2000年度はF1は24例、F2は38例、その他15例、不一致8例、2016年度ではF1は21例、F2は30例、その他26例、不一致21例で、2016年度で統合失調症が減り、不一致が増えていた ($\chi^2=9.042$, $p<0.05$)。

不一致21例は、表1左段に示した。

不一致21例における指定医診察の転帰は、措置入院17例、措置不要4例であった。

また、いずれかの指定医が従診断を有すると重複診断した35例は、表1右段に示し

た。

重複診断 35 例では、措置入院 25 例、措置不要 10 例であった。いずれの指定医も従診断を診断しなかった 63 例では、措置入院 32 例、措置不要 31 例となり、従診断を有すると措置入院となりやすかった（Fisher 片側 $p=0.0373$ ）。

（３）症状・問題行動

症状、問題行動は、２名の指定医が、どのように判断したかを解析するのに、98 例では不足であると考えられた。このため、筆者らが次年度以降に予定している検察官通報例や警察官通報例に対する判断と合わせて検討する予定である。

（４）措置診察の転帰

措置診察の転帰は、図 4 に示した。

57 例が措置入院しており、緊急措置入院したケースはなかった。

なお、2000 年度の矯正施設長通報例では措置入院 57 例、措置不要 26 例であり、今回はやや措置不要が多い傾向がうかがわれた（Fisher 片側 $p=0.0773$ ）。

（５）措置不要例の転帰

措置不要となった 41 例については、医療保護入院 7 例、精神科通院 11 例、医療不要 3 例、その他 5 例、不明・未記入 15 例であった。

なお、2000 年度の矯正施設長通報例では措置不要 26 例で、その後に任意入院 1 例、医療保護入院 7 例、精神科通院 10 例、医療不要 4 例、欠損値 4 例となっていた。

入院か通院かその他かにまとめると、2016 年 7 例、11 例、23 例、2000 年 8 例、10 例、8 例となり、この両群に差異はなかった（ $\chi^2(2)=4.226$, n.s.）。

２．措置症状消退届について

（１）措置入院期間

措置入院期間は、図 5 に示した。

措置入院した 57 例のうち、調査実施した時点では最短 1 年半、最長 2 年半が経過しており、56 例が措置解除されていた。

措置入院期間は、平均日数±標準偏差で、 129.7 ± 153.4 日、最少 14 日、最大 825 日であった。また中央値は 88 日で、措置入院 180 日目の入院継続率は 14.0%であった。なお、措置入院を継続していた例の措置入院期間は、調査時点で計算した。

なお、2000 年度の矯正施設長通報で措置入院した 59 例では、中央値 141 日（平均値未算出）、180 日目の入院継続率 40.7%（24 例）であった。

（２）措置解除後の処置

退院後の処置は、前後するが、図 4 に示した。

医療保護入院 34 例、任意入院 10 例、転医 1 例、精神科通院 7 例、医療不要 1 例、その他 3 例であった。

なお、2000 年度の矯正施設長通報で措置入院した 35 例では、入院継続 24 例（任意入院 6 例、医療保護入院 10 例、入院形態不明 8 例）、通院 4 例、欠損値 7 例であった。

入院継続か、それ以外かの比較では、2016 年度は 44 例、12 例、2000 年度は 24 例、11 例で、差はなかった（Fisher 片側 $p=0.2054$, n.s.）。

（３）退院後の帰住先

退院後の帰住先は、図 6 に示した。

自宅・家族と同居 6 例、自宅・単身 4 例、施設 4 例、その他 38 例、未記入 4 例であった。

（４）診断

措置解除時診断および入院時診断との一致度については、次年度以降に検討する予定である。

D. 考察

1. 措置入院に関する診断について

(1) 年齢・性別

年齢・性別については、今回 2016 年 4 月 1 日から 2017 年 3 月 31 日までの 98 例と、前回 2000 年 4 月 1 日から 2001 年 3 月 31 日までの 85 例で差異はなかった。

矯正施設長通報として通報されるケースのうち、実際に指定医診察が実施される群に限ると、差異はなく、制度を必要とする中核群は変わっていないとも思われた。

(2) 診断

診断は、2000 年度に比して、2016 年度で統合失調症が減り、不一致が増えていた。ただ、不一致 21 例は表 1 に示したように変化に富んでおり、明確な要因が指摘できる状態でもなかった。このため、診断の差異は、他の通報形態の動向もあわせて検討する必要があると思われた。

また、今回の報告でも、35 例 (35.7%) で重複診断が指摘されていた。重複診断があるものでは要措置と判断されやすい傾向はうかがわれた。ただ、これは重複診断のためか、それとも、元々、重症であるためかは、これだけのデータからは判断しづらい。

(3) 措置診察の転帰

措置診察では、前回に比して措置不要がやや増えているようでもあったが、統計的な有意差までは認められず、今後モデル化を検討する必要がある。

(4) 措置不要例の転帰

措置不要 41 例のうち、医療保護入院は 7 例にとどまり、精神科通院 11 例まで含めると約半数に精神科医療を要する状態であった。ただ、医療不要、その他、不明・未記入なども約半数であった。

この分布は、2000 年度と大差なく、その点でも中核群においては、差はないように思

われた。

2. 措置症状消退届について

(1) 措置入院期間

措置入院期間の中央値は 88 日で、2000 年度の中央値 141 日より短縮していた。180 日目の入院継続率も 40.7% (24 例) から 14.0% (8 例) に低下していた。

このように、措置入院期間の短縮は、矯正施設長通報例においても認められていた。

なお、長期措置入院の調査では、矯正施設長通報例が約 20% を占めていた²⁾。調査時点では大多数が措置解除されており、長期措置入院となるのは一部に限られるようであった。

(2) 措置解除後の処置

措置解除後の処置は、2000 年度と 2016 年度で差はなかった。この点でも中核群においては、差は生じていないように思われた。

(3) 退院後の帰住先

退院後の帰住先は、大半が入院継続であることから、入院先医療機関としたものが多かった。一部、入院継続でも「自宅」「施設」など実質的な帰住先を記載した消退届もあったが、自治体の「指導」により、形式的な記載が優先されていることもあり、実質的な帰住先は不明であるものが目立っていた。

3. まとめ

以上、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を行うために、通報書、事前調査書、措置入院に関する診断書、措置症状消退届について分析した。

矯正施設長通報は、近年、顕著に増加しており、自治体ではその対応に多くの労力がさかれ、制度の意義について疑問の声もきかれるようであった。

実際の指定医診察については、2000 年度と比較して大差なく行われており、この制度

を真に要する中核群は、大きな変化がないともいえる状況であった。

ただ、措置入院制度全体では、あまり目立たない矯正施設長通報ではあるが、長期措置入院などでは約2割を占めるなど、一定の存在感もあり、数が少なくても、対応には慎重さを要するものと考えられた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

- 1.論文発表 なし
- 2.学会発表 なし

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 なし

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
（1）一般人の申請・保護観察所長，矯正施設長の通報・精神病院の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：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 pp. 77-107, 2004
- 2) 瀬戸秀文，稲垣中，島田達洋，他：長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究．臨床精神医学（印刷中）2019

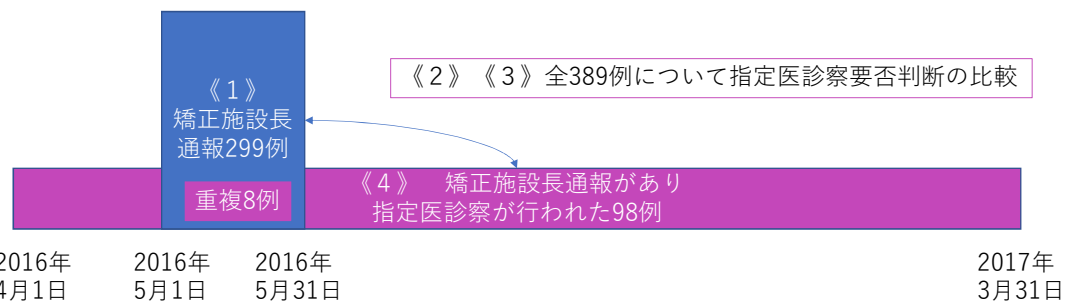


図1 この調査における資料ならびに報告書《1》《2》《3》《4》の関係について
この調査においては、都道府県・政令指定都市に対して矯正施設長通報例について次の区分で資料提出を求めた。

《1》2016年5月1日から2016年5月31日までの矯正施設長通報例として資料提出を受けた。

この群は、矯正施設長通報例の転帰（2016年5月、 $n=299$ ）として報告した

《4》2016年4月1日から2017年3月31日までの矯正施設長通報・指定医診察例として資料提出を受けた。

この群は、指定医診察例の検討（2016年度指定医診察、 $n=98$ ）として報告した。

その上で、この報告書においては、

《2》矯正施設長通報の検討（2016年5月＋2016年度指定医診察、 $n=389$ ）

《3》事前調査の検討（2016年5月＋2016年度指定医診察、 $n=389$ ）

において、《1》と《4》の2群を比較した。

図2 年齢・性別

2016年4月1日から2017年3月31日までの
矯正施設長通報・指定医診察例

98例

42.8 ± 13.7 歳

男性88例、女性10例

男女比8.8：1

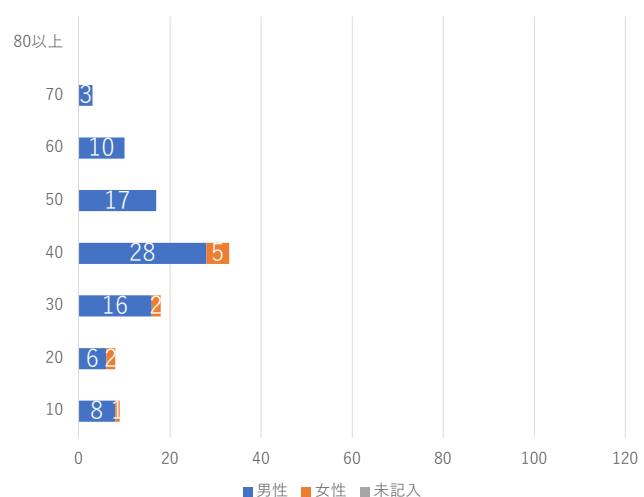
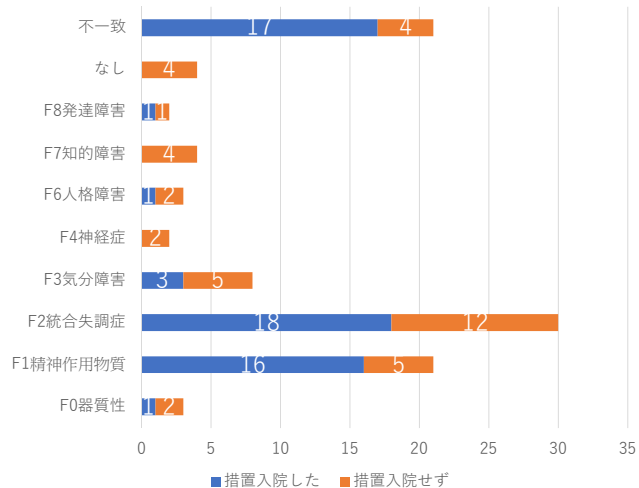


図3 矯正施設長通報の指定医診察
診断



矯正施設長通報の指定医診察
不一致21例

措置入院した17例の診断

- F1+F7 : F3
- F2+F1 : F1 2例
- F3 : F9
- F2+F8 : F7+F2
- F0+F6 : F6+F7
- F2 : F3+F7
- F2 : F3
- F2 : F6
- F1+F8 : F6
- F0+F7 : F7
- F1+F7 : F7+F1
- F1+F7 : F2+F7
- F1 : F6+F7
- F6+F7 : F8+F7
- F2+F7 : F8+F7
- F2 : F0+F2

措置不要4例の診断

- F4 : なし
- F4 : F9
- F2+F1 : F1
- F4 : F4+F9

矯正施設長通報の指定医診察
措置要否判断に
影響する因子

- ロジスティック回帰分析
- 決定木分析

実施予定

図4 矯正施設長通報の指定医診察
退院後の処置

措置症状消退届をもとに集計したため、
とりまとめ表とは、一部、集計値が異な
るところがある。

参考：とりまとめ表による集計

任意入院10例

医療保護入院34例

転医1例

精神科通院7例

医療不要1例

その他3例

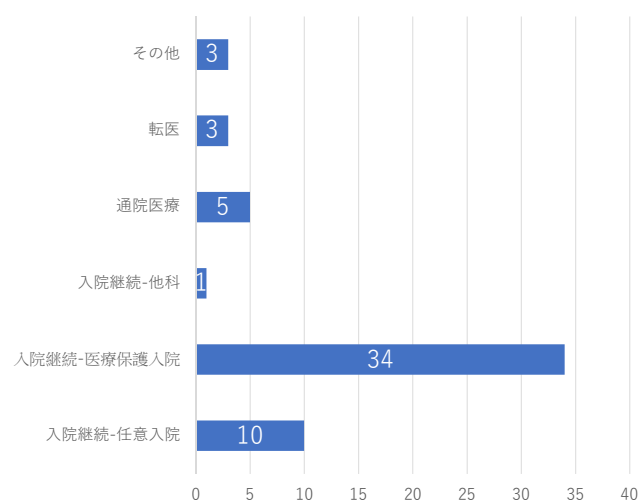


図5 矯正施設長通報の指定医診察
措置入院期間

平均値129.7±153.4日
 (最少14日、最大825日(措置継続中))
 中央値88日
 180日目の入院継続率14.0%
 なお、措置入院を継続していた1例の措置入院期間は、調査時点で計算した。

2000年度の矯正施設長通報で措置入院した59例では、
 中央値141日(平均値未算出)
 180日目の入院継続率40.7%(24例)

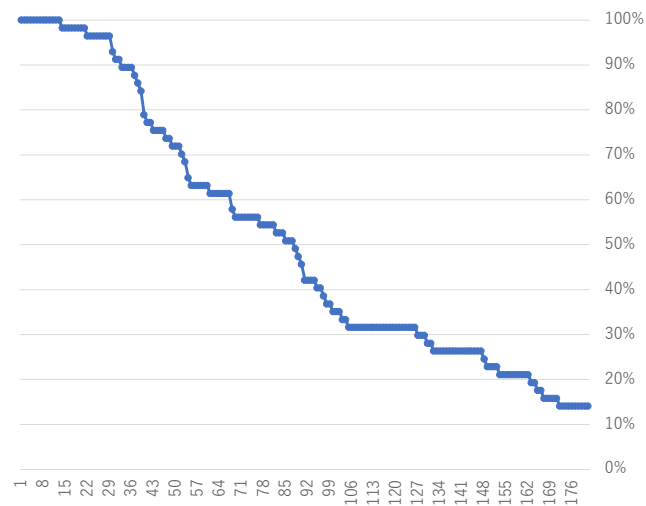
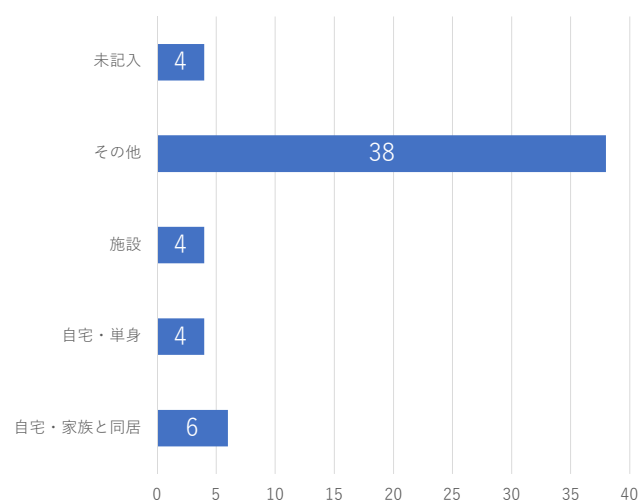


図6 矯正施設長通報の指定医診察
措置解除後の帰住先

帰住先は大多数が「その他」であった。
 その他38例の記載内容は、
 入院継続として医療機関名称など：9例
 ダルク入所：1例
 未定・不明：6例
 未記入空白：22例

都道府県・政令市において、この欄に「措置解除直後の状況を記載すること」との指導がなされている場合が少なくなく、このため、退院後の帰住先についての情報を大づかみすることができない。



2016年度 矯正施設長通報に基づく 指定医診察98例

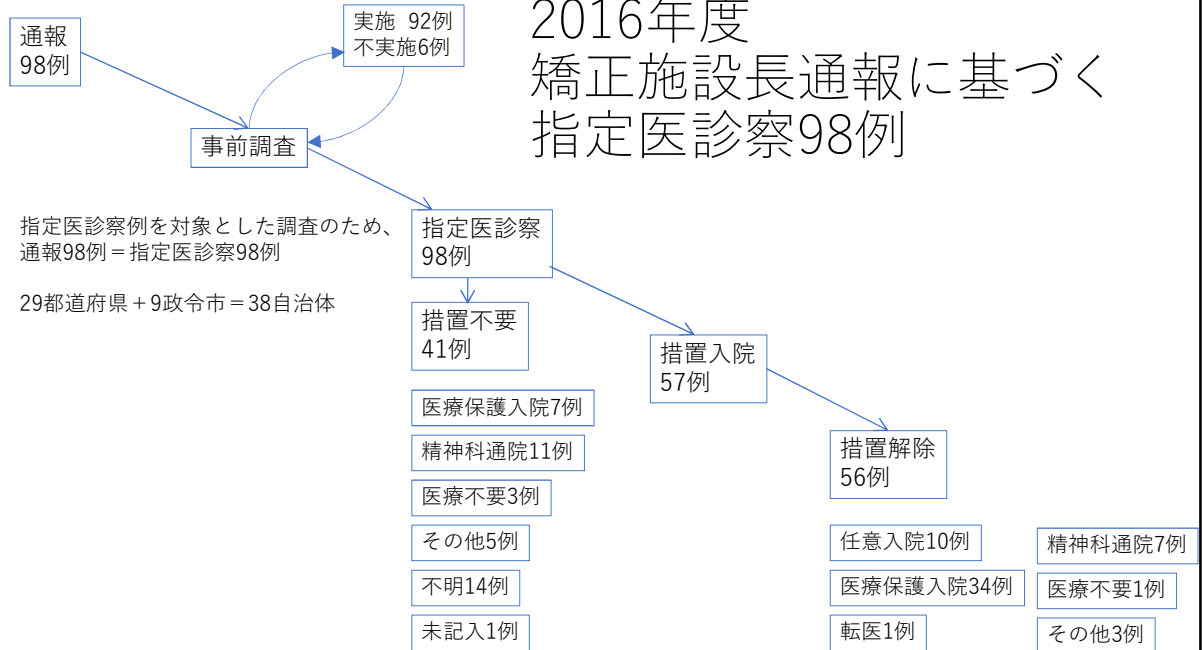


表1 主診断が不一致例（左段）および従診断を有する例（右段）の一覧

指定医 A の		指定医 B の		措置診察	指定医 A の		指定医 B の		措置診察
主診断	従診断	主診断	従診断	の転帰	主診断	従診断	主診断	従診断	の転帰
F0	F6	F6	F7	措置入院	F0	F7	F0		措置入院
F1	F7	F2	F7	措置入院	F0	F6	F6	F7	措置入院
F1	F7	F3		措置入院	F1	F2	F1		措置入院
F1	F7	F7	F1	措置入院	F1	F7	F1		措置入院
F2		F0	F2	措置入院	F1	F3	F1	F8	措置入院
F2	F1	F1		措置入院	F1		F1	F6	措置不要
F2	F1	F1		措置入院	F1		F1	G4	措置入院
F2	F1	F1		措置不要	F1	F1	F1		措置入院
F2		F6		措置入院	F1	F1	F1	F8	措置入院
F2	F8	F7	F2	措置入院	F1	F6	F1		措置入院
F3	F7	F2		措置入院	F1	F7	F2	F7	措置入院
F3		F2		措置入院	F1	F7	F3		措置入院
F3		F9		措置入院	F1	F7	F7	F1	措置入院
F4		なし		措置不要	F2		F0	F2	措置入院
F6		F1	F8	措置入院	F2	F1	F1		措置入院
F6	F1	F1		措置入院	F2	F1	F1		措置入院
F7		F0	F7	措置入院	F2	F1	F1		措置不要
F8	F7	F2	F7	措置入院	F2	F0	F2	F0	措置入院
F8		F4	F8	措置不要	F2	F8	F7	F2	措置入院
F8	F7	F6	F7	措置入院	F2	F6			措置不要
F9		F4		措置不要	F2	F6			措置不要
左段は、2名の指定医の主診断が不一致となった21例である。指定医診察の転帰は、措置入院17例、措置不要4例であった。					F3	F7	F2		措置入院
左段は、いずれかの指定医の診断において、従診断が付された35例である。指定医診察の転帰は、措置入院25例、措置不要10例であった。					F3	F1	F3	F1	措置入院
なお、左段と右段では重複したケースがある。					F3	F7			措置不要
指定医2名の場合、調査票の4ページの記載を指定医 A、5ページの記載を指定医 B とした。診察が A → B、B → A の順か、同時に行われたかは、調査していない。					F3	F7			措置不要
					F3	F0			措置不要
					F6		F1	F8	措置入院
					F6	F1	F1		措置入院
					F7		F0	F7	措置入院
					F7	F1			措置不要
					F7	F4			措置不要
					F8	F7	F2	F7	措置入院
					F8		F4	F8	措置不要
					F8	F7	F6	F7	措置入院
					F8	F3	F8	F3	措置入院

総合病院における措置入院患者の実態調査

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：*小口芳世（聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室）

*論文執筆者

要旨

【目的】 総合病院精神科における措置入院の実態を調査する。

【方法】 2013年4月1日～2019年2月22日までの期間に聖マリアンナ医科大学病院に入院した措置入院患者の患者背景、診断名、診断名、問題行動、通報様式、後方移送の有無、当院入院期間を抽出し、当院に措置入院に至った経緯や患者転帰に関して把握を行った。

【結果】 同期間における措置入院患者は8名いた。年代は10代から50代で40代が4名と最多であった。性別は男性6名、女性2名と男性有意となった。診断名は統合失調症が4名と最多で双極性障害が2名、器質性精神障害が2名であった。問題行動としては暴行が6名と多かった。通報様式はほぼ全例警察官通報、後方移送は4例であった。入院期間は、ほぼ8-12週以内に収まっている例が多かった。転帰に関しては多様であった。

【考察】 当院における措置入院患者は普遍的であると考えられ、当院かかりつけの患者が措置要件を満たした場合のフォローや後方移送、身体合併症目的で措置入院のまま転院といったケース等を受け入れている。身体合併症加療という観点から、精神疾患の患者の自傷行為等で救急救命外来に搬送されるケース（措置入院相当例）を今一度見直すことが必要である。また当院のような総合病院においても措置入院の医療水準は担保され、医療機関へスムーズな橋渡しがなされているものと考えられる。

A. 研究の背景と目的

平成28年7月に起きた相模原障害者施設殺傷事件を契機に措置入院患者の処遇に注目が集まっていた中、平成30年3月に厚生労働省は「措置入院の運用に関するガイドライン」を発表した。措置入院患者は一般的には精神科救急指定病院にて治療等を行う事が多いが、当院のような精神科を有する総合病院においても措置入院患者を扱うケースは少なくない。措置入院患者への対処を適切に行う事は、精神科医療を展開していく上で、極めて重要な業務の一つと言える。そのため、当院における措置入院患者に関する実態把握を

行い、総合病院が担うべき役割を明らかにしていきたい。

B. 方法

過去6年分のカルテから措置入院関連の診療情報を収集する。具体的には平成25年4月1日から平成31年2月22日までの期間において、当院に入院した措置入院患者の年代、性別、診断名、問題行動、通報様式、後方移送の有無、当院入院期間を抽出し、当院に措置入院に至った経緯や患者転帰に関して把握を行う。定量的な解析は行わず、カルテに記載

されている診療情報を転記して利用する。

収集した個人情報には個人情報管理者（当科精神保健福祉士 久米 歩）が管理を行い、学会や論文発表の際は、個人が確実に特定されないよう配慮する。例えば、患者個人は症例 A、生活史に関する記載は B 病院等とする。また、取得した個人情報についてはカルテより抽出した際に、対応表を作成すると共に、氏名・患者 ID を削除し、症例登録番号を新たに付けた状態で解析を行う。作成した対応表は神経精神科医局の鍵付きの棚で保管する。なお、収集した個人情報は本学のみにおいて利用することとし、他の研究機関へは提供しない。収集した診療情報は容易にアクセスできないよう、神経精神科医局へパスワードロックをかけて保管する。試験実施については大学 HP に課題名・実施責任者・症例登録の対象となる期間・抽出項目（患者背景や措置入院に至った背景・理由等）を公開し、患者より申し出があった場合は解析対象より除外する。なお、収集した個人情報と対応表は研究終了・中止後 5 年間、もしくは論文公表等後から 3 年間の経過した日のいずれか遅い期日まで保管する。

本研究は本学の生命倫理審査委員会の承認を得て行っている。（承認番号 第 4009 号）

C. 結果

表 1 に平成 25 年 4 月 1 日から平成 31 年 2 月 22 日までの当院措置入院患者一覧を示した。同期間における措置入院患者は 8 名いた。年代は 10 代から 50 代で 40 代が 4 名と最多であった。性別は男性 6 名、女性 2 名と男性有意となった。診断名は統合失調症が 4 名と最多で双極性障害が 2 名、器質性精神障害が 2 名であった。問題行動としては暴行が 6 名と多く、自傷、恐喝ならびに器物損壊、殺人未遂で起訴前鑑定にまわり不起訴となった後に措置入院になる者もいた。通報様式はほぼ全例警察官通報であったが、不起訴処分例は検察官通報であった。後方移送は 4 例で、2 例

当院で措置鑑定を行い、そのまま措置入院となったケースや他科との協働を要する医療を目的として当院に転院してきた症例がいた。入院期間は 16 週の 1 例を除き、ほぼ 8-12 週以内に収まっている例が多かった。転帰に関しては、医療保護入院に切り替えて退院に至ったケースもあれば、措置入院のまま転院するなど、多様であった。

D. 考察

今回の調査では、約 6 年間という期間において、聖マリアンナ医科大学病院神経精神科病棟に入院した措置入院患者の実態を明らかにした。男女比では男性、疾患としては統合失調症が多く、問題行動としては暴行、警察官通報が目立つ等、これまでの厚生労働省がまとめた知見に概ね一致する¹⁾。すなわち、総合病院における措置入院患者の特性は普遍的であると考えられる。ところで、6 年間で 8 例は少ないという見方ができる一方、措置入院ガイドラインが国から発せられたことを鑑みると、当院のような総合病院においても措置入院患者を受けただけの入出システムの整備と医療水準を担保していく必要がある。

入り口という観点から、まず挙げたいのは当院に通院していたケースである。わが国においては当該病院に通院している患者は原則、同院でフォローするケースが多いのが現状である。今回の調査においてもかかりつけであった 1 例において自傷他害のおそれが認められた場合は当院において措置診察を行い、一度は病床調整の関係で他院での措置入院を余儀なくされたが、一定期間の加療を終えた後は当院に措置入院のまま戻った。さらに後方移送というシステムにおいても、十分その機能を発揮できており、神奈川県における基幹病院の救急病床を確保するべく、急性期の症状が緩和した後に当院に移送されている。もう一つ特筆すべきなのは身体合併症を含めて、他科との協働を要する医療目的で当院に転院するケースである。総合病院における措置入

院患者受け入れの主たる目的となるが、精神症状の観点から一般身体科に入院できないケースは少なくなく、精神科病床にしながら身体加療精査を行うケースは一定数存在すると考えられる。症例 H の場合、当科の病床にしながら他科との協働を要する医療を受けていた。吉邨ら²⁾は総合病院精神科において身体合併症を求められるケースに関して 3 点あると述べている。第一が身体疾患を有する精神科救急患者への対応、第二に慢性経過を辿るが精神症状や問題行動が顕著である精神疾患患者に身体合併症が生じ対応に苦慮する場合、第三に自殺を図り救命救急センターに搬送された精神疾患患者への対応である。第一、第二の場合は、症例 H など類似ケースが想定され、当院のような総合病院において措置入院であったとしても十分対応は可能である。問題となるのは第三の場合である。このようなケースは当院において連日搬送されており、ケースによっては措置入院相当例に該当する可能性多々あると推測されるものの、措置入院に至るシステムの煩雑さの理由等から、身体疾患精査加療後に医療保護入院に至る例は少ない。彼らの中には精神科受診をしていない所謂精神疾患予備群を含んでおり、本来、自傷あるいは他害のリスクを有しているにも関わらず、情報不足等から適切なアセスメントが不十分になる可能性もある。このようなケースにどのように対処するかは実際、総合病院によって区々であると思われるが、総合病院における措置入院のあり方という観点から改めて見直してみる必要がある。さらに付記しておきたいのは、自傷他害のおそれのある精神疾患患者において、警察で保護した時から移送あるいは入院決定に至るプロセスで身体合併症の対応の必要性が生じたというケースである。2018 年 6 月に開催された第 14 回日本司法精神医学会にて著者は、保護から移送に至るプロセスで意識障害を呈し、当院救命救急外来に搬送され、身体精査加療を行い特記所見がないことを確認した後に精

神科対応を求められたが、措置要件を満たすものの本人の覚醒遅延のために警察官通報に時間を要し、対応に苦慮した症例を報告した。

次に措置入院ガイドラインでも示されているように、措置入院の医療の質を担保することやどのように退院をさせるかという出口の問題に関して述べたい。結論として、当院のような総合病院の精神科も一定の役割を果たしていることが、少数例ではあるが、本調査を通して明らかとなった。まず医療水準であるが、当院における入院期間は 4-12 週の範囲が多く、入院期間中に措置解除に至っている例が存在することは特筆すべきである。薬剤調整や他科との協働を要する医療、環境調整に加えて心理介入や家族間調整等、濃厚な精神科医療が提供できており、当院退院後も医療機関へ適切に繋げる等、切れ目のない盤石な出口体制を整備している点も重要である。そのためにはケース会議を開く等して、職種に関わらず当該患者に関わる全てのスタッフが丸となりサポートした上で、退院になるか、転院になるか等、当該患者のその後の処遇を熟慮することが必要である。総合病院においても精神科救急指定病院と同様の医療レベルを維持できるように努めている。

しかしながら本調査ではサンプル数が少なく、前述の知見を立証するには症例数を増やす必要がある。今後は多施設と共同して、同内容の調査を行い、総合病院における措置入院患者の実態を明らかにしていきたい。なお、今回の調査結果を第 15 回日本司法精神医学会大会 in Hanamaki にて報告予定である。

【謝辞】

なし

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

- 1) 小口芳世：精神科を有する一般総合病院における措置入院相当例への対応 第14 回日本司法精神医学会大会 In YAMAGUCHI 山口 2018 年 6 月 1 日 -2 日

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

なし

文献

- 1) 厚生労働省：措置入院に係る医療等の充実に関する参考資料 2016.8.1
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000149866.pdf>
- 2) 吉邨善孝, 横山正宗：精神科救急における身体合併症の対応．精神神経学雑誌 113 巻 2 号: 335-342, 2011.

表1 平成25年4月1日から平成31年2月22日までの当院措置入院患者状況

症例	年代	性別	診断名	問題行動	通報様式	後方移送	当院に措置入院に至った経緯	当院入院期間	転帰
症例 A	40代	女性	統合失調症	暴行	警察官	なし	当院通院中で当院受診時に幻覚妄想状態で職員を暴行、A病院に4週間、措置入院したが、依然幻覚妄想状態が持続し、当院に措置入院のまま転院	8週	薬物調整を含めた加療を行い、8週後に措置症状消退を確認して医療保護入院に切り替えて退院、以後は当院外来に通院継続中
症例 B	40代	男性	器質性精神障害 てんかん	暴行	警察官	あり	B病院通院中で複数の入院歴、うち1回は措置入院（暴行で警察官通報）。その後B病院に通院していたが、家族との諍いを契機に家族への暴行あり、C病院（基幹病院）に措置入院。3週間後、後方移送にて当院に措置入院のまま転院	4週	薬物ならびに環境調整を行ったところ、症状徐々に軽快、2週後、措置症状消退を確認し、医療保護入院とした上で、その2週後にB病院に転院（医療保護入院）となった
症例 C	10代	女性	双極性障害	暴行 自傷	警察官	あり	Dクリニック通院中であったが、自己中断。数年後、家族との諍いを契機に家族への暴行と自傷を試み、E病院（基幹病院）に措置入院。4週後、後方移送にて当院に措置入院のまま転院	4週	薬物調整を含めた加療ならびに心理介入を行い、2週後に措置症状消退を確認、医療保護入院となった。2週後に当院での心理介入継続が難しいとの理由で退院、退院後はDクリニックに再度紹介受診

症例 D	20 代	男性	器質性 精神障 害	恐喝 器物 損壊	警察官	あり	F クリニック通院 中で措置入院歴あ り（暴行で警察官 通報）。退院後 F クリニック通院し ていたが、近隣と のトラブルを契機 に近隣への恐喝や 器物損壊を認め、 G 病院（基幹病 院）に措置入院。 2 週間後、後方移 送にて当院に措置 入院のまま転院	10 週	薬物調整を含めた加療ならび に心理介入を行い、4 週後に措 置症状消退を確認、医療保護 入院となった。6 週後に退院、 退院後は F クリニックに再度 紹介受診として当院も心理介 入フォロー
症例 E	50 代	男性	統合失 調症	暴行	警察官	なし	H 病院通院中で入 院歴あり。退院後 数年通院していた が、自己中断。翌 年、幻覚妄想状態 で警察官への暴行 を認めたため I 病 院に措置入院。2 週間後、服薬拒否 で妄想持続してい るため、他科との 協働を要する医療 目的で当院に措置 入院のまま転院	8 週	入院後に方針変更し、通常の 薬物加療を行い、2 週後に措置 症状消退を確認、医療保護入 院となった。さらに薬物調整 を行い、6 週後に退院、生活の 環境調整目的に I 病院に転院 （医療保護入院）
症例 F	40 代	男性	統合失 調症	暴行	警察官	あり	当院に通院歴ある がいずれも短期、 自己中断してい た。数年後、幻覚 妄想状態で家族と の諍いを契機に家 族への暴行あり、 J 病院（基幹病 院）に措置入院。 4 週後、後方移送 にて当院に措置入 院のまま転院	16 週	薬物調整を含めた加療を行っ たが、経過中、退院請求や両 親が同意者になることに反対 するなどして入院期間が長期 化、8 週後に措置症状消退を確 認、医療保護入院となった。 家庭内調整を行った上で、さ らに 8 週後に退院、退院後は J 病院に通院

症例 G	30 代	男性	統合失調症	殺人未遂（起訴前鑑定にて不起訴）	検察官	なし	複数の医療機関を受診しており、複数の入院歴あり。最後の入院の退院後同年、幻覚妄想に基づき見知らぬ人を殺害しようと試み逮捕、起訴前鑑定にて不起訴となり、K 病院に措置入院、薬物反応性乏しく、10 週後、他科との協働を要する医療目的で当院に措置入院のまま転院	6 週	薬物調整ならびに他科との協働を要する医療を行い、精神症状が比較的安定したため、6 週後、K 病院に措置入院のまま転院となった
症例 H	40 代	男性	双極性障害	暴行	警察官	なし	複数の医療機関を受診しており、複数の入院歴あり、最後の入院の退院後は身体疾患を併発し、他科との協働を要する医療を導入、数年後、家族との諍いを契機に医療的処置を拒否、知人への暴力もあったため、警察に付き添われ当院受診時に警察官へ暴行、そのまま当院に措置入院	10 週	薬物調整ならびに家族間調整を行い、精神症状が安定したため、4 週後に措置症状消退を確認、医療保護入院となった。さらにケース会議などを開くなどして、6 週後に自宅近くのクリニックに通院する方向となり退院した

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：措置入院患者の退院後自殺リスクに関する検討

研究分担者：瀬戸秀文（長崎県精神医療センター）

研究協力者：*稲垣 中（青山学院大学教育人間科学部／同保健管理センター）、島田達洋（栃木県立岡本台病院）、小口芳世（聖マリアンナ医科大学）、小泉典章（長野県精神保健福祉センター）、吉住 昭（医療法人社団翠会八幡厚生病院）

*論文執筆者

要旨

【目的】措置入院患者の退院後自殺リスクについて検証する。

【方法】2010年4月1日～2011年3月31日に研究協力施設で措置解除された1,421人の措置入院患者を対象とする後ろ向きコホート研究データベースより、退院後に当該施設と1回以上接触を持った704人を抽出し、退院後自殺率、および自殺に関する標準化死亡比（以下、自殺SMR）を算出した。

【結果】対象患者の性別は男性499人、女性205人、平均年齢は44.5歳で、全体の6割強を統合失調症圏（439人）が占めた。対象患者704人の総観察期間は493,274日であり、この間に発生した37人の死亡者のうち、少なくとも11人が自殺であった。Kaplan-Meier法による退院後1年以内の推定自殺率は1.47%、人年法に基づく自殺リスクは1,000人年あたり8.14件、自殺SMRは退院1年後の時点で41.8、2年後の時点で24.6であった。自殺SMRを最初の1年は3ヶ月刻み、その後は1年刻みで評価したところ、退院後の第1トリメスタ（退院1～91日後）の自殺SMRは66.85と最も高く、第2トリメスタ（退院92～182日後）、第3トリメスタ（退院183～273日後）がそれぞれ37.99、41.12とこれに次いで高く、第4トリメスタ（退院274～365日後）と2年目（退院366～730日後）はそれぞれ21.93、6.82と低下傾向にあった。

【考察】これまでに海外で行われたコホート研究では重症精神障害患者の自殺SMRは11.5～32.3とされていたが、今回観察された措置入院患者の退院後自殺SMRはこれよりも高く、わが国の措置入院患者は一般の重症精神障害患者より高い退院後自殺リスクを有すること、また、自殺リスクは退院3ヶ月以内が特に高く、その後も退院9ヶ月までは高い状態が持続することが示唆された。

A. 研究の背景と目的

厚生労働省が毎年公表している衛生行政報告例によると、平成22年度のわが国では1年あたり5,504人の精神障害患者が措置入院となったとされている⁷⁾。措置入院患者はそれ以外の入院患者と比較して精神症状が相対的

に重症であり、社会的・経済的な面においてもさまざまな問題を抱えていると推測されるので¹⁷⁾、措置入院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内容や長期転帰に関する実地データを反映した適切な医療・援助提供体制を構築することが望ま

しいと考えられるが、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、どの程度社会機能が改善した状態で退院となり、どの程度の期間通院治療が継続され、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高いかに関するデータが存在しない。

このため、われわれは『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（Retrospective Cohort study of Patients with Mental Illness Hospitalized Compulsorily by Prefectural Governors: 以下、ReCoMendors と略）』と呼ばれるコホート研究を完了し、『措置入院患者の前向きコホート研究（Prospective Cohort Study of Patients with Mental Illness Hospitalized Compulsorily by Prefectural Governors: 以下、ProCessors 研究）』と呼ばれるコホート研究を遂行中である。

本稿では ReCoMendors 研究で収集されたデータを用いて、措置入院患者の退院後の自殺リスクについて検討する。

B. 方法

ReCoMendors 研究は 2010 年度、すなわち 2010 年 4 月 1 日から 2011 年 3 月 31 日の間に全国 76 ヶ所の精神科医療機関で措置解除された患者の診療記録、措置入院に関する診断書、および症状消退届に記載された表 1 の情報に基づく退院後 1.5～3.5 年転帰に関する後ろ向きコホート研究である。既に退院後の再入院率、治療継続率、全体の死亡率に関する検討結果が論文化されているが^{10,16)}、今回は死亡の中でも自殺率に特化した検討を行う。

ReCoMendors 研究では 1,421 人分の調査票が回収された。全体の死亡率に関する論文と同様に、今回の自殺率に関する検討においても、この 1,421 人から措置解除後に即座に転医、転院、帰国となった 147 人、措置解除時に治療不要とされて治療終了となった 16 人、おそらくは入院前に触法行為を行ったた

めに措置解除後に警察対応となった 15 人、医療観察法の鑑定入院に移行した 9 人、施設入所となった 1 人、患者死亡に伴って措置解除となった、あるいは措置解除後も入院継続となり、最終的に死亡退院となった 10 人、措置解除後も入院継続となり、調査日に至るも入院が継続されていた 38 人、措置解除後の詳細な状況を把握できない 2 人、退院日に関するデータが欠落していた 3 人、退院後に研究協力施設と 1 回も接触していなかった 476 人を除く 704 人を解析対象とした。

自殺リスクについて検討するに際しては、Kaplan-Meier 法に基づいて、対象患者の退院後自殺率を算出した上で、対象患者がわが国の一般人口と同等の死亡リスクを有するとの仮定を置いて算出した期待自殺率を計算し、Kaplan-Meier 法に基づく自殺率との比を標準化死亡比（standardized mortality ratio: SMR）として、自殺リスクの指標とみなした。わが国の一般人口の自殺率に関しては、厚生労働省社会・援護局総務課自殺対策推進室に照会して、2010 年、および 2011 年の性年齢別自殺率に関するデータ（警察庁自殺統計原票データを基にした特別集計）の提供を受け、退院後の最初の 1 年間の自殺率は 2010 年データ、次の 1 年間の自殺率は 2011 年データを採用するものとして、1 年（365 日）自殺率、2 年（730 日）自殺率、および退院後 1～91 日（第 1 トリメスタ）、92～182 日（第 2 トリメスタ）、183～273 日（第 3 トリメスタ）、274～365 日（第 4 トリメスタ）、366～730 日（2 年目）の自殺率と、それぞれの SMR を算出した。データ解析には統計ソフト JMP 11.0 を使用した。

ReCoMendors 研究を実施するにあたっては国立病院機構肥前精神医療センターの研究倫理審査委員会の承認を受けた。調査に際し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情報は収集しない形式の調査票を作成し、各施設の職員の協力を得て、必要事項を転記する方式を採用した。

C. 結果

1) 背景因子

対象患者の性別は男性が 499 人 (70.8%), 女性が 205 人 (29.1%), 平均年齢 (標準偏差) は 44.5 (13.6) 歳, 年齢の中央値 (最小～最大) は 43 (14～81) 歳であった。措置入院から措置解除までの平均期間は 76.6 日, 中央値 (最小～最大) は 49.5 (1～1,826) 日, 措置入院から退院までの平均期間は 153.2 日, 中央値 (最小～最大) は 88 (1～2,390) 日であった。退院後の平均観察期間は 700.7 日, 中央値 (最小～最大) は 773.5 (2～1,347) 日で, 対象患者 704 人の総観察期間は 493,274 日であった。診断, 措置入院の際の申請等の形式, 措置要件, 治療歴, 措置入院から措置解除に至る期間などの背景因子に関しては, 既に別論文にて触れているが, ここでは表 1 および表 2 に要約した。

2) 退院後自殺リスク

対象患者 704 人のうち, 調査日の時点で生存が確認されていた者は 441 人で, この他に治療中断や転院などによる追跡中断者が 226 人, 死亡が確認された者が 37 人存在した。

37 人の死亡者の死因内訳は自殺が 11 人 (29.7%), 病死が 10 人 (27.0%) で, 残る 16 人 (43.2%) は死因不明, あるいは死因に関する情報が得られていなかった。

自殺者の死亡時期の内訳は第 1 トリメスタが 4 人, 第 2 トリメスタが 2 人, 第 3 トリメスタが 2 名, 第 4 トリメスタが 1 人で, この他に退院後 2 年目と 3 年目 (731 日～) にそれぞれ 1 名ずつ自殺していた。

Kaplan-Meier 法に基づく推定 1 年自殺率は 1.47% (95%CI: 0.51～2.42), 推定 2 年自殺率は 1.69% (同: 0.64～2.75), また, 人年法に基づく自殺リスクは 1,000 人年あたり 8.14 件と考えられた (図 1)。

厚労省より提供された 2010 年のわが国における自殺率データに基づく 1 年期待自殺数は男性が 0.216 人, 女性が 0.032 人の合計

0.247 人 (期待自殺率 0.0351%), 2 年期待自殺数は男性が 0.419 人, 女性が 0.065 人の 0.484 人 (同 0.0688%) であった。すなわち, 自殺に関する SMR は 1 年時点で 41.8 (95%CI: 14.5～69.0), 2 年時点で 24.6 (同: 9.3～39.9) であった。

退院後の自殺率を時期別に検討したところ, 第 1～4 トリメスタ内の Kaplan-Meier 法による推定自殺率はそれぞれ 0.59% (95%CI: 0.01～1.16), 0.33% (同: 0.00～0.79), 0.36% (同: 0.00～0.86), 0.19% (同: 0.00～0.57) であった。一方, 第 1～4 トリメスタ内の期待死亡率はそれぞれ 0.00878%, 0.00873%, 0.00880%, 0.00884% であった。したがって, 第 1～4 トリメスタの自殺 SMR はそれぞれ 66.85 (同: 1.51～132.2), 37.99 (同: 0.00～90.54), 41.12 (同 0.00～98.01), 21.93 (同: 0.00～64.86) である。また, 退院後 2 年目の 1 年間の Kaplan-Meier 法による推定自殺率は 0.23% (同: 0.00～0.68), 期待自殺率は 0.034% (505 人中 0.172 人) であった。したがって, 退院後 2 年目の自殺に関する SMR は 6.82 (同: 0.00～60.16) である (表 3)。

D. 考察

措置入院患者はそれ以外の入院患者と比較して相対的に精神症状が重症であり, 社会的・経済的な面においてもさまざまな問題を抱えていると推測される。したがって, 措置入院患者が退院後に地域で生活するためには, 治療内容や長期転帰に関する実地データを反映した適切な医療・援助を提供することが望まれる。特に, 措置入院者の退院後自殺リスクを可能な限り低下させることは医療政策的観点からも最重要の課題の 1 つと考えられるが, 措置入院に関するこれまでの調査は行政機関の保有するデータに基づくもののみであったために, この問題については十分な検討が行われておらず, おそらくは今回の報告が最初のコホート研究であると推測される。

今回の報告では最初に Kaplan-Meier 法に

基づく退院後自殺率と 95%信頼区間を算出した上で、わが国の一般人口の性・年齢別自殺率に基づく期待自殺率を別途算出して、Kaplan-Meier 法に基づく自殺率を期待自殺率で割った商を自殺に関する SMR（以下、自殺 SMR）と定義して、自殺リスクの指標とした。このような手法を採用したのは、若年者の自殺率は相対的に低く、男性と比べて女性の自殺率は低いので¹¹⁾、実際には性・年齢別の死亡リスクに差がなかったとしても、その集団の性別や年齢の分布の差によって、見かけ上の自殺率（粗自殺率）に大きな差が見られる可能性があるためである。

今回の検討では Kaplan-Meier 法による措置入院患者の推定 1 年自殺率は 1.47%、1 年経過時点における自殺 SMR は 41.8 であった。以前より重症精神障害を有する患者の自殺リスクは一般人口より高いことが様々なコホート研究において示されてきた。表 4 に比較的最近に報告された調査の結果を要約したが、海外における重症精神障害患者の自殺 SMR は 11.5～32.3 程度であったのに対して、今回 ReCoMendors 研究で観察された自殺リスクはこれよりも高く、わが国の措置入院患者は一般の重症精神障害患者より高い退院後自殺リスクを有するものと推測された。

永田ら¹⁴⁾は 2007 年 7 月から 2012 年 7 月の間に退院となった医療観察法入院患者 216 人の退院後死亡リスクについて検討したが、この時の Kaplan-Meier 法による推定 1 年自殺率は 0.6%と今回観察された自殺率の 4 割強に留まっていた。医療観察法入院患者は殺人、放火、強盗、強制性交、強制わいせつ、傷害などといったより重大な他害行為を行った精神障害者を対象としているので、措置入院患者より相対的に高い自殺リスクを有すると推測されるが、実際にはそのようになってはいないことになるが、その背景には医療観察法医療は精神保健福祉法の下での医療と比較して潤沢な費用とマンパワーが投入され、通院医療が継続できるよう配慮されていること

が関与していると推測されるので、措置入院患者の死亡リスクを改善するべく、退院後の支援体制を整備することの優先度は高いものとする。

なお、これまでの議論においては、自殺 SMR は退院後一定であると仮定して検討を行ったが、実はこの仮定は自明ではなく、SMR が時期によって大きく変動する可能性は十分に考えられるところである。そこで、今回の検討では退院 1～91 日後（第 1 トリメスタ）、92～182 日後（第 2 トリメスタ）、183～273 日後（第 3 トリメスタ）、274～365 日後（第 4 トリメスタ）、366～730 日（2 年目）の 5 つに分割して、それぞれの SMR を算出したが、第 1 トリメスタの SMR が 66.85 と最も高く、第 2、第 3 トリメスタの SMR がそれぞれ 37.99、41.12 とこれに次いで高く、第 4 トリメスタより SMR が低下してゆくことが観察された（表 3）。厚生労働省は平成 30 年 3 月に「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」¹³⁾を発表したが、このガイドラインでは精神保健福祉法第 47 条に基づく相談支援業務の一環として、自治体を中心となって措置入院患者への退院後支援を原則として 6 ヶ月行うこととされたが、少なくとも、自殺リスク回避の観点からは退院後 6 ヶ月では十分とは言えないように思われた。

【謝辞】

本研究で使用された 2010 年、および 2011 年の性年齢別自殺率に関するデータを提供いただいた厚生労働省社会・援護局総務課自殺対策推進室の御厚意に厚く御礼申し上げます。

ReCoMendors 研究に御協力いただいた各施設のスタッフ、およびデータ入力を担当した独立行政法人国立病院機構花巻病院の菊池たえ子氏、押切悦子氏、長崎県精神医療センターの吉富麻里子氏の御協力に心からの感謝を申し上げます。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1.論文発表

- 1) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋ほか: 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 48: 323-333, 2018.
- 2) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋ほか: 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2): 措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. 臨床精神医学 48: 335-342, 2018.

2.学会発表

- 1) Inagaki A, Seto H, Shimada T, et al.: Social functioning at admission in patients with mental illness hospitalized compulsorily by prefectural governors in accordance with the provisions of Article 29 of the Japanese Mental Health Act. ISPOR 21st Annual European Congress, Barcelona, Spain, November 10-14, 2018.

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

なし

文献

- 1) Brown S, Inskip H, Barraclough B: Causes of excess mortality of schizophrenia. Br J Psychiatry 177: 212-217, 2000.

- 2) Brown S, Kim M, Mitchell C, et al.: Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. Br J Psychiatry 196: 116-121, 2010.
- 3) Castagnini AC and Bertelsen A: Mortality and causes of death of acute and transient psychotic disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 46: 1013-1017, 2011.
- 4) Castagnini AC, Foldager L, Bertelsen A, et al.: Excess mortality of acute and transient psychotic disorders: comparison with bipolar affective disorder and schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 128: 370-375, 2013.
- 5) Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, et al.: Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. JAMA Psychiatry 70: 931-939, 2013.
- 6) Dutta R, Murray RM, Allardyce J, et al.: Mortality in first-contact psychosis patients in the UK: a cohort study. Psychol Med 42: 1649-1661, 2012.
- 7) e-Stat: 衛生行政報告例/平成 22 年度衛生行政報告例 統計表 年度報.
https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&query=%E5%B9%B3%E6%88%9022%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E3%80%80%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E7%94%B3%E8%AB%8B%E3%83%BB%E9%80%9A%E5%A0%B1%E3%83%BB%E5%B1%8A%E5%87%BA%E5%8F%8A%E3%81%B3%E7%A7%B%E9%80%81%E3%81%AE%E7%8A%B6%E6%B3%81&layout=dataset&stat_infid=000012536335 (2019 年 3 月 6 日アクセス)
- 8) Hoang U, Stewart R, Goldacre MJ: Mortality after hospital discharge for

- people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ* 243: d5422, 2011.
- 9) Høye A, Jacobson 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.
 - 10) 稲垣 中, 瀬戸秀文, 島田達洋ほか: 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2): 措置入院患者の退院後の死亡リスクに関する検討. *臨床精神医学* 48: 335-342, 2018.
 - 11) 警察庁: 平成 29 年中における自殺の状況資料.
http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H29/H29_jisatsunojoukyou_01.pdf (2019 年 3 月 6 日アクセス)
 - 12) Kiviniemi M, Suvisaari J, Pirkola S, et al.: Regional differences in five-year mortality after a first episode of schizophrenia in Finland. *Psychiatr Serv* 61: 272-279, 2010.
 - 13) 厚生労働省: 地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン. 2018.
http://www.phcd.jp/02/t_seishin/pdf/seishin_tmp03.pdf (2019 年 3 月 6 日アクセス)
 - 14) 永田貴子, 平林直次, 立森久照ほか: 医療観察法指定入院医療機関退院後の予後調査. *精神医学* 58: 633-643, 2016.
 - 15) Osby U, Brandt L, Correia N, et al.: Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 58: 844-850, 2001.
 - 16) 瀬戸秀文, 稲垣 中, 島田達洋ほか: 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* 48: 323-333, 2018.
 - 17) 杉山直也, 長谷川花, 野田寿恵ほか: 精神科救急入院患者レジストリを用いた措置入院者の臨床特徴の緊急解析. *精神医学* 59: 779-788, 2017.
 - 18) Walter F, Carr MJ, Mok PLH, et al.: Suicide methods and specific types of accidental death and fatal poisoning among discharged psychiatric patients: a national cohort study. *J Clin Psychiatry* 79: 17m11809, 2018.

表1 背景因子（その1）

男性／女性	499 人（70.8%）／205 人（29.1%）	
年齢（歳）		
平均（標準偏差）	44.5	（13.6）
中央値（最小～最大）	43	（14～81）
ICD-10 精神科主診断		
統合失調症圏（F2）	439 人	（62.4%）
気分障害（F3）	87 人	（12.4%）
アルコール・薬物関連障害（F1）	69 人	（9.8%）
器質性精神障害（F0）	27 人	（3.8%）
パーソナリティ障害（F6）	26 人	（3.7%）
不安障害（F4）	19 人	（2.7%）
精神発達遅滞（F7）	17 人	（2.4%）
発達障害（F8）	14 人	（2.0%）
行動・情緒障害圏（F9）	3 人	（0.4%）
精神運動興奮	1 人	（<0.1%）
情報なし	2 人	（0.3%）
身体合併症	38 人	（5.4%）
治療歴		
精神科治療歴あり	532 人	（75.6%）
精神科初回接触日～措置診察日		
0 日	146 人	（20.7%）
1～90 日	16 人	（2.3%）
91～180 日	10 人	（1.4%）
181～365 日	15 人	（2.1%）
366～730 日	27 人	（3.8%）
731～1,825 日	73 人	（10.4%）
1,826～3,650 日	89 人	（12.6%）
3,651～7,300 日	126 人	（17.9%）
7,301 日以上	109 人	（15.5%）
治療期間不明	66 人	（9.4%）
精神科入院歴あり	376 人	（53.4%）
措置入院歴あり	145 人	（20.6%）
精神科治療歴なし		
精神科治療歴不明	27 人	（3.8%）

表2 背景因子（その2）

措置入院の際の申請等の形式		
警察官通報（旧第24条）	588人	（83.5%）
検察官通報（旧第25条）	62人	（8.8%）
一般人申請（旧第23条）	23人	（3.3%）
矯正施設長通報（旧第26条）	16人	（2.3%）
知事等職務診察（旧第27条第2項）	6人	（0.9%）
精神科病院管理者届出（旧第26条の2）	3人	（0.4%）
保護観察所長通報（旧第25条の2）	3人	（0.4%）
情報なし	3人	（0.4%）
措置要件（重複あり）		
自傷	226人	（32.1%）
他害（対人）	508人	（72.2%）
他害（対物）	367人	（52.1%）
措置入院日～措置解除日（日）		
平均（標準偏差）	76.6	（142.7）
中央値（最小～最大）	49.5	（1～1,826）
措置入院日～退院日（日）		
平均（標準偏差）	153.2	（232.5）
中央値（最小～最大）	88	（1～2,390）
退院後観察期間（日）		
平均（標準偏差）	700.7	（419.3）
中央値（最小～最大）	773.5	（2～1,347）

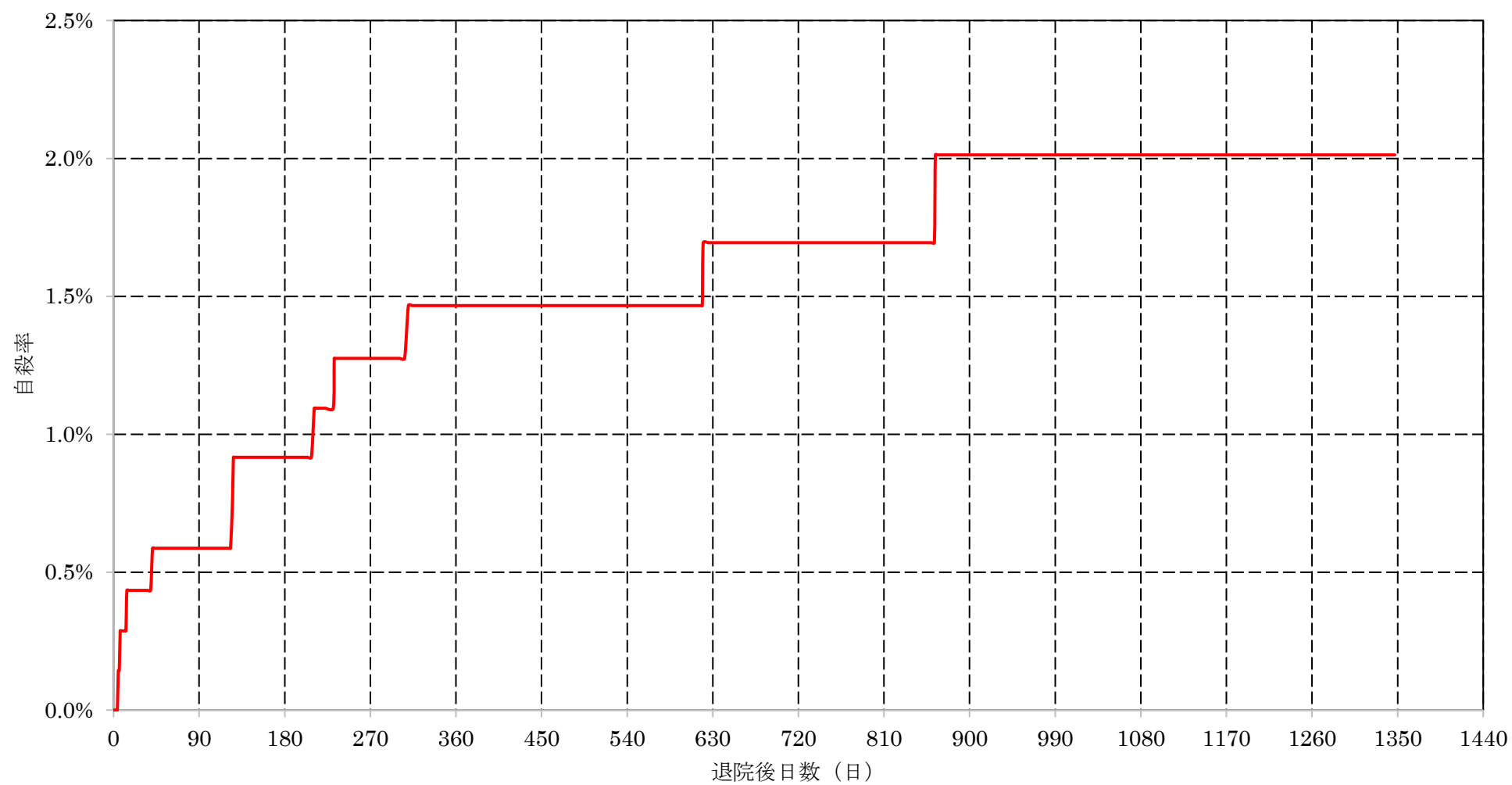


図1 退院後自殺曲線

表 3 退院後日数と自殺に関する標準化死亡比

時期	患者数	観察死亡数	推定死亡率* (95%信頼区間)	期待死亡数 (期待死亡率)	自殺に関する SMR (95%信頼区間)
第 1 トリメスタ (1～91 日)	704	4	0.59% (0.01～1.16)	0.062 人 (0.00878%)	66.85 (1.51～132.2)
第 2 トリメスタ (92～182 日)	619	2	0.33% (0.00～0.79)	0.054 人 (0.00873%)	37.99 (0.00～90.54)
第 3 トリメスタ (183～273 日)	572	2	0.36% (0.00～0.86)	0.050 人 (0.00880%)	41.12 (0.00～98.01)
第 4 トリメスタ (274～365 日)	526	1	0.19% (0.00～0.57)	0.046 人 (0.00884%)	21.93 (0.00～64.86)
2 年目 (366～730 日)	505	1	0.23% (0.00～0.68)	0.172 人 (0.03396%)	6.82 (0.00～20.16)

SMR: standardized mortality ratio (標準化死亡比)

*: Kaplan-Meier 法による

表4 重症精神障害患者の自殺に関する標準化死亡比

報告者	研究実施国	自殺に関する標準化死亡比			追跡期間 (年)	備考
		全体	男性	女性		
統合失調症						
Brown et al. (2000) ¹⁾	英国	27.94	—	—	13	
Brown et al. (2010) ²⁾	英国	18.18	—	—	25	
Kiviniemi et al. (2010) ¹²⁾	フィンランド	13.97	—	—	5	
Høye et al. (2011) ⁹⁾	ノルウェー	—	17.5	15.0	14.5*	一般人口より抽出された対照群と比較したリスク比
Hoang et al. (2011) ⁸⁾	英国	17.8～24.7	—	—	1	
Castagnini et al. (2013) ⁴⁾	デンマーク	15.7	—	—	—	
急性一過性精神病性障害						
Castagnini et al. (2011) ³⁾	デンマーク	30.9	—	—	5	
Castagnini et al. (2013) ⁴⁾	デンマーク	14.7	—	—	6.9*	
双極性障害						
Osby et al. (2001) ¹⁵⁾	スウェーデン	—	18.0	22.4	11.1*	
Hoang et al. (2011) ⁸⁾	英国	13.5～32.1	—	—	1	故意の自傷及び自殺，不慮か故意か決定されない事件
Castagnini et al. (2013) ⁴⁾	デンマーク	15.2	—	—	—	

Crump et al. (2013) ⁵⁾	スウェーデン	—	5.09	4.66	7	年齢, 婚姻, 教育, 薬物依存歴を勘案したハザード比
		—	11.98	16.98		年齢のみを勘案したハザード比
Høye et al. (2016) ⁹⁾	ノルウェー	22.8	16.1	31.8	9.6**	
単極性うつ病						
Osby et al. (2001) ¹⁵⁾	スウェーデン	—	20.9	27.0	10.2*	
Høye et al. (2016) ⁹⁾	ノルウェー	23.9	24.0	23.7	9.6**	
混合						
Dutta et al. (2012) ⁶⁾	英国	11.65	11.53	12.04	11.5±9.3***	初回接触患者（統合失調症: 53.6%, 統合失調感情障害: 14.1%, 双極性障害: 10.5%, 精神病性うつ病: 6.3%, その他: 15.5%）
Walter et al. (2018) ¹⁸⁾	デンマーク	32.3	—	—	～30	神経症性障害: 25.8%, 物質関連障害: 22.3%, 気分障害: 21.5%, 統合失調症圏: 14.9%, パーソナリティ障害: 7.2%, その他: 8.2%

* : 平均値, ** : 双極性障害, 単極性うつ病を併せた平均値, *** : 平均値±標準偏差