

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——

小池 純子^{1,2)}, 森田 展彰¹⁾, 針間 博彦³⁾, 中谷 陽二¹⁾

Junko Koike, Nobuaki Morita, Hirohiko Harima, Yoji Nakatani:
Actual Condition of Involuntary Admission by Order of the Prefectural Governor:
Focus on the Effects of the Medical Treatment and Supervision Act

措置入院の現状を、医療観察法施行の影響に着目しながら明らかにする目的で、平成16年7月15日から同19年7月14日までに、東京都の一自治体精神科病院に措置入院をした664名のうち、措置入院当時の情報が不明瞭である8名を除いた656名について実態を調査し検討した。

調査対象者の中で検察官通報数の割合は、全国的な調査や過去の東京都の実態調査と比べて顕著に低かった。この要因として、東京都の特性と調査対象機関の特性が重なることにより、救急的色彩の強い警察官通報の割合が高くなった結果、相対的に検察官通報の割合が低下したことが考えられた。措置入院患者における東京都特有の「都市型」の患者特性は、これまでの本調査機関及び東京都全体の措置入院に関する実態調査と類似する傾向を示していた。

医療観察法施行前後で、措置入院患者のプロフィールを比較したところ、現時点では医療観察法施行が措置入院に顕著な影響を与えているとは言えなかった。また医療観察法の対象行為である「重大な他害行為」に該当する場合でも検察官通報数は少なく、この種の事例の多くが、警察官の段階で処理されている可能性が示唆された。このような事例が措置入院になる場合、検察官が対象者を認知していないか、認知しているが申立てを行わないという2通りが考えられ、前者では、捜査の端緒および捜査手続に関する司法警察員と検察官の役割が問題になり、後者では、検察官の裁量が問題になると思われた。措置入院と医療観察法の選別が必ずしも明確に行われているとは言えない現状が推測され、選別が困難な事例に対して積極的に医療観察法を適用すべきかについては、今後の議論が必要と考えられた。措置入院と医療観察法は、他害行為のリスクを持つ精神障害者に対し重要な意義を持つ制度であり、法制度上の体系的な関連を再検討することにより、両者の関係を明確にすることが適切な医療の提供に繋がると考えられた。

<索引用語：措置入院，心神喪失者等医療観察法，触法精神障害者，司法精神医学，他害のおそれ>

I. はじめに

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法123号）」（以下、「精神保健福祉法」という）は「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」が認められる者について都道府県知事が行う入院措置を定めている（法29条）。措置入院は、自傷他害のリスクを持つ精神障害者を医療に導入する重要な役割を担う。現

著者所属：1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

2) 東京都立松沢病院看護部, Department of Nursing, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

3) 東京都立松沢病院精神科, Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

受 理 日：2009年9月5日

実の措置入院は、精神障害者に対して緊急的に講じる医療上の措置として用いられることから、主に精神科救急の機能を担う制度として検討されてきた^{8,10,12,15,24,31,38,39,41,44,65}。東京都に関しては、救急体制の整備^{10,31,38,39}、住所不定者や外国出身者の増加など、住民構造の変化との関連が指摘され^{22,23,31}、夜間に保護される事例の増加やその要因³¹も見出されている。しかし、最近の措置入院に関する実態調査は乏しい。

他方、措置入院は、非自発的入院という、憲法の保障する人権を侵害する可能性がある医療制度であることから、その正当化根拠^{11,14,16,17,64}や、措置診察上の問題^{2~4,47,48,55}が指摘されてきた。また措置入院は、殺人、傷害、放火などの他害行為を行った者が入院の対象となり得ることから、触法精神障害者処遇の一翼を担う制度としても関心を集めてきた。しかし、触法精神障害者を現行措置入院で処遇することには、制度上の問題^{2,6,7,20,21,32,33,43,51~53,55,63}、入院治療上の問題^{25~30,42,56,58~61}などの観点から、種々の限界が指摘されていた。

このような事情を考慮して、2005年7月に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法110号）」（以下、「医療観察法」という）が施行され、同法対象者に対し、裁判所の審判や指定医療機関での治療が行われている。医療観察法対象者は、重大な他害行為を行って刑法上の心神喪失または心神耗弱と認定された精神障害者（医療観察法2条3項）であり、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ及び傷害を行った者（同法2条2項）と定義されている（傷害を除き、未遂を含む）。

一方で、措置入院の対象者は精神障害によって自傷他害行為を行うおそれのある者であり、他害行為とは、刑罰法令に触れる程度の行為を指す⁴⁵。したがって、医療観察法施行に伴い、従来の措置入院患者のうち重大な他害行為を行った者が同法に振り分けられることになり、この結果、措置入院患者のプロフィールが変化していると予想され

る。しかし、措置入院と医療観察法は並列の関係にあること（医療観察法115条）や、傷害が軽い場合には医療観察法の申立てをしないことができる（医療観察法33条3項）ことから、実際には措置入院と医療観察法のいずれが優先されるか不確定なケースも少なくないと考えられ、制度の運用の実態が明らかにされる必要がある。

本研究の目的は、一自治体精神科病院の措置入院患者のデータをもとに、措置入院の現状について、特に医療観察法施行の影響に着目しながら動向を把握するとともに、他害行為のリスクを持つ精神障害者への適切な医療のあり方を検討することである。

II. 対象と方法

1. 対象

対象者は、医療観察法施行日（平成17年7月15日）を挟む平成16年7月15日から平成19年7月14日までに、東京都の一自治体精神科病院に措置入院した患者である。病歴検索システムから、該当する664名を抽出し、全件を調査対象とした。医療観察法の施行日を基準として、平成16年7月15日～平成17年7月14日を医療観察法施行前群（以下、「1群」という）、平成17年7月15日～平成18年7月14日を医療観察法施行後1年目群（以下、「2群」という）、平成18年7月15日～平成19年7月14日を医療観察法施行後2年目群（以下、「3群」という）に分類して検討を行った。なお、緊急措置入院後の本診察において、措置不要と判断された緊急措置入院患者は除外した。

2. 方法

措置入院患者の入院カルテ、看護記録を基礎資料とし、閲覧可能な場合は措置入院に関する書類（東京都の精神科救急受理票、措置入院に関する診断書）を参照して、著者らが作成した「措置入院に関する調査票」に情報をコード化して転記した。主な調査項目は病名、入院にいたる問題行動、入院・通院歴、性別、年齢、国籍、家族の有無、

職業、申請の形式などであり、検察官及び矯正施設の長の通報事例については、罪名、司法処分の内容、犯罪被害者の内訳を加えた。矯正施設入所歴と身体合併症の項目については、記載が見当たらないものは「不明」とした。また問題行動や状態像については、入院時点の事実に着目し、基礎資料に記載があるものを取り上げ、記載がないものは「なし」として扱った。状態像は瀬戸ら⁴⁷⁾の分類と同様に、措置診断書の「現在の病状又は状態像」の大項目、中項目に振り分けた。また年齢は10歳ごと、入院回数については0回、1回、2回、3～5回、6～10回、10回以上、不明のカテゴリーに分けてまとめた。

本稿では2段階の研究方法を用いる。

1) 比較研究

比較研究では、はじめに過去の調査結果との比較を行い、現在の措置入院の動向と特徴を見出すことを目的とした。措置入院に関する過去の報告では、調査期間はさまざまであるが、年ごとの件数や推移、特徴が把握されているため、本研究でも1年を1つの区切りとして1群から3群に振り分けた。

医療観察法施行による影響を確認するために、1群と2群、1群と3群のそれぞれの因子を比較した。この理由は、法施行直後では法が定着していないことが変化の要因に影響すると考えられたからである。

分析方法は、分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上存在するか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの直接確率法を用いた。それ以外の場合には χ^2 検定を行った。なお、変数のカテゴリーが3つ以上の場合には残差分析を行い、分割表のどの頻度が有意に多いかを確かめた。年齢、入院回数の平均にはt検定を用いた。有意水準は5%未満とし、統計解析にはSPSS for Windows Ver. 12.0 Jを用いた。

2) 事例検討

事例検討では、措置入院となった者の中に、医療観察法の対象となる可能性のある事例が含まれているかいないかを探ることを目的としている。医療観察法施行直後の2群では、法が定着していないことが調査結果に影響すると考え、対象者のうち、法施行後2年目である3群に措置入院した者に注目した。これに該当する者は223名おり、このうち措置診断書を閲覧できた者は191名であった。この191名から精神保健福祉法29条に基づく診察において、2名の精神保健指定医（以下、指定医）が共に医療観察法の対象行為に相当する種類の問題行動を措置入院の要件とし、さらに本調査対象機関の病院に継続入院した者*1 33名（34の問題行動）を抽出した（表3）。これらの者について診断名、申請の形式、措置入院の理由となる問題行動などの詳細と、措置入院後に警察や検察による刑事手続きがなされたかどうかに関する情報を収集した。

3) 倫理的配慮

カルテの閲覧にさいして、調査対象機関の「医学研究等における診療録等の閲覧・貸出における保有個人情報の管理、運用の方針について」を厳守した。また記載にあたって個人が特定できないように十分配慮した。実施にあたり、調査対象機関並びに筑波大学人間総合科学研究科研究倫理委員会の承認を得た。

III. 結 果

調査対象機関は東京都の自治体病院であることから、他院に措置入院している患者の身体合併症治療を引き受ける場合や、他院に措置入院した後一定期間がたってから、対応が困難な患者の治療を引き受ける場合（これらの場合、治療が終了すれば他院に戻る事例と、戻らない事例がある）がある。このような場合の入院では、現在の問題が重視され、措置入院時の問題行動や状態像が詳し

*1 東京都の夜間・休日精神科救急体制のもとで受けた措置入院患者は、転送システムが確立されている。このため本診察により措置入院が決定すると、措置入院の指定入院医療機関に後方転送される。

く記載されていないことがある。本研究では、措置入院患者 664 件のうち、措置入院当時の情報が不明瞭である者 8 名を除いた 656 名を分析の対象とした。なお 1 群に該当する者は 224 名、2 群は 209 名、3 群は 223 名であった。また本調査対象機関の措置入院数は、平成 17 年度 (4 月 1 日～3 月 31 日) の 1 年間では 207 名、これは東京都の措置入院者の 18.6% に相当する。また平成 18 年度に措置入院となった者は 236 名、東京都全体の 17.4% であった。

1. 措置入院の実態と各群の比較 (表 1)

1) 通報の種類と件数

東京都の精神科救急医療体制は、夜間休日の警察官の通報は都立 4 病院で診察を引き受け、緊急措置入院後はそのまま同院に入院するシステムになっている。しかし平日昼間に措置入院が決定した場合は、措置入院者受け入れ当番病院に入院する。この制度に基づき、調査対象機関は、夜間休日の警察官の通報に基づく指定医の診察により、緊急措置入院および措置入院が決定した者と、平日昼間において、措置入院者受け入れ当番病院となっていた場合に限って、措置入院が決定した者を受けることになっている。

調査結果では、措置入院となる通報の種類は、3 年間を通して警察官の通報が顕著に多く、全体の 95% 前後を占めている。これに対し検察官の通報は 12 名 (1.8%)、矯正施設長の通報は 3 名 (0.5%)、精神病院の管理者の通報は 5 名 (0.8%) であった。各群の通報の種類に有意差は認められなかった。

2) 検察官の通報の内訳 (表 2)

検察官の通報の内訳を表 2 に示した。罪名を見ると、1 群では、殺人を行った者が 2 名であったのに対し、2 群 3 群は 0 名であった。検察官の通報によって措置入院した者のうち、2 群 3 群にお

ける医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動を行った者は、傷害で逮捕された 1 名のみであった。診断名はうつ病が 1 名、その他は全て統合失調症であった。

3) 人口統計学的特性

年齢が不詳の 10 名を除いて年齢分布を見ると、全体の平均年齢は 39.1 ± 13.9 歳で、30 歳代が最も多く 30.9% を占めている。ついで 20 歳代 (23.9%)、40 歳代 (19.2%) の順に多い。50 歳代以上は徐々に対象者が減っていた。性別は、各群で 50% 以上が男性であったが、女性の占める割合が増えており 40% 以上に及んでいる。国籍は日本が 567 名 (86.4%) で、89 名 (13.6%) は諸外国の者^{*2}を受け入れている。東京都全体の外国人の受け入れ件数は、平成 17 年度は 57 名、平成 18 年度は 92 名であり^{*3}、これに対応する調査対象機関の受け入れ件数は 17 名 (東京都全体の 29.8%)、44 名 (同 47.8%) であった。対象者の住所は、東京都在住の者が 486 名 (74.1%) であった。「その他」の項目には、他府県在住者および住所不定者を含めており、123 名 (18.8%) がこれに該当している。家族は同居者が各群で 35% 前後、別居者が約半数、家族がいない者も 3% 程度存在した。受診時の同伴者は、警察官と家族が同伴する者が全体の 24.8% であり、同伴者が警察官のみの場合が 65.5% を占めていた。これらの調査項目に有意差はなかった。職業は無職者が 63.4% と半数以上を占めていた。最終学歴は中学 (高校中退者を含む) が 158 名 (24.1%)、高校 (大学・短大等の中退者を含む) が 210 名 (32.0%) で、両者で約半数に及んだ。刑務所入所歴、少年院入所歴のあるものはそれぞれ、46 名 (7.0%)、21 名 (3.2%) であった。これまでの入院、通院歴では、約半数に入院歴があり、入院回数は 1.7 ± 3.0 回であった。身体合併症は 15% 程度の者に確認されている。これらの項目

*2 原則的に外国国籍を有する者を指すが、日本人と婚姻関係にある者、および婚姻関係にあると思われる者は除外している。

*3 情報提供：東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療福祉課

表1 調査対象者の内訳

	全体(%)	①1群	②2群	③3群	χ^2 検定	
		医療観察法 施行前1年	医療観察法 施行後1年目	医療観察法 施行後2年目	①-②	①-③
人数(人)	656	224(34.1)	209(32.0)	223(33.9)	n.s.	n.s.
通報・申請者					n.s.	n.s.
警察官の通報(24条)	627(95.5)	216(96.4)	200(95.7)	211(94.6)		
検察官の通報(25条)	12(1.8)	3(1.3)	3(1.4)	6(2.7)		
矯正施設の長(26条)	3(0.5)	2(0.9)	1(0.5)	0(0.0)		
精神病院の管理者	5(0.8)	0(0.0)	3(1.4)	2(0.9)		
その他	9(1.4)	3(1.3)	2(1.0)	4(1.8)		
年齢					n.s.	n.s.
平均	39.1±13.9					
10歳代	19(2.9)	7(3.1)	5(2.4)	7(3.1)		
20歳代	157(23.9)	59(26.3)	43(20.6)	55(24.7)		
30歳代	203(30.9)	68(30.4)	70(33.5)	65(29.1)		
40歳代	126(19.2)	40(17.9)	41(19.6)	45(20.2)		
50歳代	77(11.7)	29(12.9)	23(11.0)	25(11.2)		
60歳代	44(6.7)	14(6.3)	12(5.7)	18(8.1)		
70歳以上	20(3.0)	4(1.8)	10(4.8)	6(2.7)		
不明	10(1.5)	3(1.3)	5(2.4)	2(0.9)		
国籍					n.s.	n.s.
日本	567(86.4)	202(90.2)	177(84.7)	188(84.3)		
その他	89(13.6)	22(9.8)	32(15.3)	35(15.7)		
住所					n.s.	n.s.
東京都	486(74.1)	167(74.6)	152(72.7)	167(74.9)		
その他	123(18.8)	45(20.1)	37(17.7)	41(18.4)		
不明	47(7.1)	12(5.3)	20(9.6)	15(6.7)		
性別					n.s.	n.s.
男性	370(56.4)	137(61.2)	112(53.6)	121(54.3)		
女性	286(43.6)	87(38.8)	97(46.4)	102(45.7)		
家族					n.s.	n.s.
同居	232(35.4)	80(35.7)	73(34.9)	79(35.4)		
別居	335(51.1)	114(50.9)	103(49.3)	118(52.9)		
なし	23(3.5)	5(2.2)	10(4.8)	8(3.6)		
不明	66(10.0)	25(11.2)	23(11.0)	18(8.1)		
通院・入院歴					n.s.	n.s.
入院歴あり	298(45.4)	100(44.6)	95(45.5)	103(46.2)		
通院のみ	151(23.0)	54(24.1)	41(19.6)	56(25.1)		
なし	125(19.1)	36(16.1)	43(20.6)	46(20.6)		
不明	82(12.5)	34(15.2)	30(14.3)	18(8.0)		
受診時同伴者					n.s.	n.s.
警察官のみ	430(65.5)	147(65.6)	138(66.0)	145(65.0)		
警察官と家族	163(24.8)	54(24.1)	51(24.4)	58(26.0)		
警察官とその他	45(6.9)	16(7.2)	14(6.7)	15(6.7)		
その他	18(2.8)	7(3.1)	6(2.9)	5(2.3)		
平均入院回数(回)	1.7±3.0				n.s.	n.s.
0回	266(40.5)	88(39.3)	81(38.8)	97(43.5)		
1回	98(14.9)	29(12.9)	25(12.0)	44(19.7)		
2回	63(9.6)	20(8.9)	22(10.5)	21(9.4)		
3~5回	80(12.2)	26(11.6)	29(13.9)	25(11.2)		
6~10回	36(5.5)	13(5.8)	14(6.7)	9(4.0)		
11回以上	8(1.2)	4(1.8)	3(1.4)	1(0.4)		
不明	105(16.1)	44(19.7)	35(16.7)	26(11.8)		
職業					n.s.	n.s.
あり	169(25.8)	57(25.4)	52(24.9)	60(26.9)		
なし	416(63.4)	133(59.4)	137(65.6)	146(65.5)		
不明	71(10.8)	34(15.2)	20(9.5)	17(7.6)		
病名					n.s.	n.s.
統合失調症	276(42.1)	96(42.9)	83(39.7)	97(43.5)		
急性精神病	157(23.9)	52(23.2)	63(30.1)	42(18.8)		
覚醒剤精神病	39(5.9)	21(9.4)	8(3.8)	10(4.5)		
アルコール精神病	11(1.7)	2(0.9)	1(0.5)	8(3.6)		
うつ病	36(5.5)	11(4.9)	5(2.4)	20(9.0)		
躁うつ病	19(2.9)	4(1.8)	10(4.8)	5(2.2)		
器質性精神病	17(2.6)	4(1.8)	4(1.9)	9(4.0)		
老年期精神病	6(0.9)	3(1.3)	2(1.0)	1(0.4)		
てんかん精神病	6(0.9)	3(1.3)	2(1.0)	1(0.4)		
精神遅滞	8(1.2)	2(0.9)	3(1.4)	3(1.3)		
人格障害	42(6.4)	10(4.5)	18(8.6)	14(6.2)		
その他	39(6.0)	16(7.2)	10(4.8)	13(6.1)		

表 1 続き

	全体 (%)	① 1 群	② 2 群	③ 3 群	χ^2 検定	
		医療観察法 施行前 1 年	医療観察法 施行後 1 年目	医療観察法 施行後 2 年目	①-②	①-③
					P	
身体合併症					n.s.	n.s.
あり	101 (15.4)	32 (14.3)	32 (15.3)	37 (16.6)		
なし	523 (79.7)	179 (79.9)	169 (80.9)	175 (78.5)		
不明	32 (4.9)	13 (5.8)	8 (3.8)	11 (4.9)		
最終学歴					n.s.	n.s.
中学	158 (24.1)	57 (25.4)	45 (21.5)	56 (25.1)		
高校	210 (32.0)	76 (33.9)	67 (32.1)	67 (30.0)		
大学	85 (13.0)	28 (12.5)	21 (10.0)	36 (16.1)		
大学院	4 (0.6)	2 (0.9)	1 (0.5)	1 (0.5)		
その他・不明	199 (30.3)	61 (27.3)	75 (35.9)	63 (28.3)		
結婚歴					n.s.	n.s.
既婚	90 (13.7)	23 (10.3)	37 (17.7)	30 (13.5)		
未婚	386 (58.8)	135 (60.3)	114 (54.5)	135 (60.5)		
離別	68 (10.4)	25 (11.2)	16 (7.7)	27 (12.1)		
死別	17 (2.6)	4 (1.8)	5 (2.4)	8 (3.6)		
不明	95 (14.5)	37 (16.4)	37 (17.7)	23 (10.3)		
刑務所入所歴					n.s.	n.s.
あり	46 (7.0)	18 (8.0)	17 (8.1)	11 (4.9)		
なし	502 (76.5)	167 (74.6)	148 (70.8)	187 (83.9)		
不明	108 (16.5)	39 (17.4)	44 (21.1)	25 (11.2)		
少年院入所歴					n.s.	n.s.
あり	21 (3.2)	8 (3.6)	8 (3.8)	5 (2.3)		
なし	526 (80.2)	177 (79.0)	158 (74.6)	193 (86.5)		
不明	109 (16.6)	39 (17.4)	43 (20.6)	25 (11.2)		
入院時の問題行動						
殺人	6 (9.1)	3 (1.3)	3 (1.4)	0 (0.0)	n.s.	n.s.
傷害	158 (24.1)	54 (24.1)	59 (28.2)	43 (19.3)	n.s.	n.s.
性的問題行動	19 (2.9)	9 (4.0)	6 (2.9)	4 (1.8)	n.s.	n.s.
強盗	3 (0.5)	2 (0.9)	1 (0.5)	0 (0.0)	n.s.	n.s.
放火・弄火	39 (5.9)	14 (6.3)	10 (4.8)	15 (6.7)	n.s.	n.s.
暴行	331 (50.5)	111 (49.6)	118 (56.5)	102 (45.7)	n.s.	n.s.
器物損壊	170 (25.9)	62 (27.7)	50 (23.9)	58 (26.0)	n.s.	n.s.
窃盗	20 (3.0)	6 (2.7)	7 (3.3)	7 (3.1)	n.s.	n.s.
家宅侵入	73 (11.1)	23 (10.3)	27 (12.9)	23 (10.3)	n.s.	n.s.
自殺企図	189 (28.8)	55 (24.6)	57 (27.3)	77 (34.5)	n.s.	*
自傷	205 (31.3)	67 (29.9)	64 (30.6)	74 (33.2)	n.s.	n.s.
その他	150 (22.9)	60 (26.8)	41 (19.6)	49 (22.0)	n.s.	n.s.
現在の病状又は状態像						
幻覚妄想状態	447 (68.1)	166 (74.1)	142 (67.9)	139 (62.3)	n.s.	*
精神運動興奮状態	503 (76.7)	177 (79.0)	163 (78.0)	163 (73.1)	n.s.	n.s.
抑うつ状態	158 (24.9)	35 (15.6)	40 (19.1)	83 (37.2)	n.s.	**
躁状態	157 (23.9)	37 (16.5)	41 (19.6)	79 (35.4)	n.s.	**
昏迷状態	48 (7.3)	19 (8.5)	20 (9.6)	9 (4.0)	n.s.	n.s.
意識障害	39 (5.9)	12 (5.4)	9 (4.3)	18 (8.1)	n.s.	n.s.
精神遅滞	25 (3.8)	5 (2.2)	10 (4.8)	10 (4.5)	n.s.	n.s.
認知症状態	10 (1.5)	4 (1.8)	2 (1.0)	4 (1.8)	n.s.	n.s.
人格障害	50 (7.6)	22 (9.8)	19 (9.1)	9 (4.0)	n.s.	*
残遺性人格変化	39 (5.9)	18 (8.0)	12 (5.7)	9 (4.0)	n.s.	n.s.
性心理的障害	4 (0.6)	2 (0.9)	0 (0.0)	2 (0.9)	n.s.	n.s.
薬物依存, アルコール症	55 (8.4)	29 (12.9)	8 (3.8)	18 (8.1)	**	n.s.

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が 5 以下のセルが全体のセルの 20% 以上あるか、期待値が 1 以下のセルが 1 つでもある場合は Fisher の正確確率検定 (両側検定) を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・* : $P < 0.05$, ** : $P < 0.01$, n.s. : 有意差なし

・職業には学生も含む。

・入院回数は、他国の入院回数も含む。

・結婚歴において、未婚者の中に同棲および事実婚を含んでいる。

・矯正施設入所歴、身体合併症については、記載がないものは「不明」として取り扱った。

・診断書は、平成 18 年 11 月頃から徐々に新書式に移行されている。

その際、「病状又は状態像」に関して、前書式にしたがって、著者らが適合する項目に修正した。

表2 精神保健福祉法 25 条通報者の内訳

		医療観察法 施行前 1 年	医療観察法 施行後 1 年目	医療観察法 施行後 2 年目	計
		N	N	N	
罪名	殺人	2			2
	傷害			1	1
	器物損壊	1	1		2
	窃盗 (未遂を含む)		1	2	3
	不法滞在		1		1
	条例違反			1	1
	公務執行妨害			1	1
	住居侵入			1	1
	計	3	3	6	12
犯行時診断名	統合失調症	2	3	6	11
	うつ病	1			1
	計	3	3	6	12

にも有意差は見られなかった。

4) 問題行動特性

措置診断書には、現在の問題行動と予測として起こり得る問題行動が記載されている。ここでは入院時の問題行動として選択された項目を、診断書の項目にそって表記した（複数選択）。結果の記載方法として、診断書の「性的異常行動」および「風俗犯行的行動」を「性的問題行動」としてまとめた。また「その他」には「不潔」「徘徊」「無断離院」「無銭飲食」「無賃乗車」「その他」を含めた。

全体で最も多い問題行動は暴行であり 331 名 (50.5%)、ついで自傷 205 名 (31.3%)、自殺企図 189 名 (28.8%)、器物損壊 170 名 (25.9%)、傷害 158 名 (24.1%) の順になっている。有意差が認められた項目は「自殺企図」で、1 群と 3 群の比較において、3 群に占める割合が増えていた (Fisher の直接確率法による、 $P < 0.05$)。これ以外の問題行動では、各群に差は認められなかった。

5) 診断名と状態像

診断名は、これまで行われた措置入院の実態調査³¹⁾をもとにして調査項目を設定した。ここに分類ができなかった精神病性障害、各種状態像が

診断名とされていた者については、全て「その他」に含めた。最も多かったのは統合失調症で、全体では 42.1% を占めた。各群の割合を概観すると、覚醒剤精神病は 1 群で 21 名 (9.4%) であったのに対し、2 群では 8 名 (3.8%)、3 群で 10 名 (4.5%) になっていた。またうつ病は 1 群が 11 名 (4.9%)、2 群が 5 名 (2.4%)、3 群は 20 名 (9.0%) であった。精神遅滞は 1 群が 2 名 (0.9%)、2 群では 3 名 (1.4%)、3 群は 3 名 (1.3%) であった。診断名に有意差は認められなかった。

状態像としては、幻覚妄想状態、精神運動興奮状態が最も多かった。1 群と 2 群を比較すると、「薬物依存、アルコール症」で 2 群の割合が少なかった。3 群では「幻覚妄想状態」(Fisher の直接確率法による、 $P < 0.01$)、「人格障害」(Fisher の直接確率法による、 $P < 0.05$) の割合が減り、「抑うつ状態」(Fisher の直接確率法による、 $P < 0.001$)、「躁状態」(Fisher の直接確率法による、 $P < 0.001$) の割合が増えた。

2. 医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動を行った事例

医療観察法施行後 2 年目に措置入院した者のう

表3 措置診察時の診断分類と医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動(33名による34の問題行動)

	殺人	傷害	放火	強盗	強制わいせつ	強姦	合計
F0		1	1				2
F1		2	2				4
F2		15			1		16
F3		4					4
F4		1					1
F5							
F6		3	1				4
F7		1			1		2
F8		1					1
F9							
合計		28	4		2		34

ち、医療観察法の対象行為に相当する種類の問題行動を措置入院の要件とした33名について、疾患と対象行為を表3に、代表的な事例を表4にまとめた。33名中、検察官の通報による事例は1名、他は全て警察官の通報事例であった。問題行動としては、傷害が圧倒的に多く、疾患では統合失調症が16名と最も多かった。警察や検察による刑事手続きがなされた事例は2名のみであった。

IV. 考 察

1. 調査対象機関における措置入院の動向

1) 申請・通報・届出別にみた特徴

我が国の精神保健福祉16年度版⁴⁶⁾によれば、平成15年6月の全国に見る警察官の通報数は8487件(77%)、検察官の通報数は1096件(10%)であり、1996年に行われた東京都全体の調査³¹⁾では、警察官の通報が1018件(81.3%)、検察官の通報が134件(10.7%)であった。これに対し本調査結果では、警察官の通報が95.5%と圧倒的に多く、検察官の通報は1.8%、矯正施設長や精神病院の管理者の通報はごく少数で、全国や東京都全体と比べると警察官の通報の割合が非常に多く、検察官の通報の割合が極端に少なかった。本調査に見る警察官の通報の割合が多い理由の一つとして、そもそも東京都の措置入院では、全体に占める警察官の通報数が多い^{31,38)}とい

う特性を持っているため、これが反映された結果であると考えられる。この特性の背景要因には、東京都の救急医療体制では、警察官が介入した社会的救急が優先される傾向にあること¹⁾や、行政救急医療システムの整備に伴い、警察官通報の中でもとりわけ夜間休日精神科救急を経由する警察官の通報の割合が増加したこと³¹⁾が指摘されている。

しかし、本調査における警察官の通報の割合は、東京都全体に見るそれよりも10%以上も多く、検察官の通報の割合においては、東京都全体と比較して極端に低い。このため、単に東京都の特性を反映しているだけとは言いがたい。これには、東京都が行っている精神科救急システム上、本調査対象機関は必然的に警察官の通報を受け入れる機会が多いことが影響していると思われる。さらに、東京都の中でも本調査対象機関が担当するブロックの特性として、単身者、外国人、職業不定者、薬物関連障害の患者、入院時に性的問題行動がある者が多く、来院時の家族の同伴や、家族同意による入院形態が少なく、措置入院が多いことが報告されており²³⁾、特に外国人の受け入れが多いことは、警察官の通報件数の増加要因に繋がると指摘されている³¹⁾。本調査では、過去の研究で見出されたブロックの特性を持ち続けている結果となっており、これもまた警察官の通報が増加す

表4 医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動を行った代表的な事例

	診断名	問題行動	被害者(物)	具体的な問題行動	通報の種類	転帰および措置入院後の司法処遇の有無
1	統合失調症	傷害	警察官	保護しようとした被害者に対し、ひっかいたり、かみついたりなどの暴力を振るった。	24条	自宅退院、なし
2	統合失調症	傷害	他人	飛行機内で暴れたことを注意した被害者に対し、暴力を振るった。	24条	自宅退院、なし
3	薬物依存+中毒性精神病	傷害	警察官	停車中の車の窓ガラス、車体をバットで損壊、駆けつけた警官に対してスタンガンやモデルガンを発射した。	24条	自宅退院、なし
4	統合失調症	傷害	他人	路上でうずくまっていたため、心配され声をかけられた。これに腹を立て、通行人を追いかけて殴りかかった。取調べのさい、通訳にもつかみかかった。	25条	自宅退院、なし
5	アルコール精神病	放火	自己	コンロの火を着衣につけた。	24条	自宅退院、なし
6	覚醒剤精神病	放火	家族	実家の窓ガラスを割る、ポストに放火した後、家族を殺して自分も死ぬとさわぐ。	24条	自宅退院、なし
7	重度精神遅滞+統合失調症	傷害	家族	無断で窓をあけたことに激しく怒り、ナイフを持って被害者を追いかけた。逃げようとした被害者は、窓から飛び降り下腿骨折(加療3ヶ月程度)をした。	24条	グループホーム入所、なし
8	認知症	放火	自宅	マッチでカーテンに放火し、天井まで燃える火事になった。	24条	自宅退院、なし
9	統合失調症	傷害	他人	被害者の態度に憤慨し、傘を振り回し、被害者の眼球を破裂させ逮捕される。留置所内で奇異行動があり、一旦釈放され受診に至った。	24条	医療観察法鑑定入院のため転院、あり
10	精神発達遅滞+統合失調症	傷害	家族	服薬を促されたことに憤慨し、被害者に熱湯を浴びせた(3ヶ月の加療を要する)。	24条	入院中、司法処遇になる予定なし
11	人格障害 (退院時：統合失調症)	放火 傷害	アパート 大家	家族との話し合いで、思い通りの返答が得られず逆上し、アパートの自室を全焼させる。警察官の保護時に精神科治療の必要性が考慮され、24条通報され措置入院となった。	24条	4ヵ月後退院逮捕少年鑑別所(入院を条件に少年院処遇免除)、あり
12	適応障害+人格障害	傷害	家族	浪費を注意した被害者に対し傷害(程度は不明)を負わせた後、マンション屋上から飛び降りようとする。	24条	自宅退院、なし

本事例の問題行動は、精神保健福祉法29条に基づく診察時に、2名の指定医が判断したものである。診断名はカルテに記載された通りに抽出した。

る一要因となっていると思われる。

したがって本調査では、東京都の特性と調査機関の特性が重なり、救急的色彩の強い警察官の通報の割合が高くなった結果、相対的に検察官の通報の割合が低下していると考えられる。

2) 患者特性からみた特徴

対象者の年齢は20歳代~40歳代が多数を占め、20歳代と30歳代のみで約半数に及んでいる。平均年齢は39.1±13.9歳で、中谷らによる調査³¹⁾による警察官の通報夜間休日群の平均年齢39.6歳とほぼ類似している。本調査対象機関は、夜間

休日の警察官の通報を受けているため、ほぼ類似する結果が得られたものと考えられた。また対象者の患者特性として、単身者、薬物関連障害者、居住地域以外の地域での事例化が多いが、永山ら²²⁾は、このような事例について東京都特有の「都市型」の患者と呼ぶべき特徴であるとみなしている。

指定医診察時の診断名では、統合失調症が最も多く、ついで急性精神病、人格障害、覚醒剤精神病の順に多かった。過去の実態調査と比較すると、西山³⁷⁾の調査では、統合失調症が最も多い52.7%であり、次に覚醒剤中毒が多く20.0%であった。1995年の永山らの調査²²⁾では、統合失調症(61.9%)、アルコール関連障害(9.1%)、薬物関連障害(8.0%)の順に多く、中谷らの調査³¹⁾では統合失調症が46.2%、覚醒剤精神病が6.7%であった。診断では統合失調症の割合が低下しながらも最も多く、覚醒剤に起因する精神症状の受け入れは少なくなっている。ただし、中谷ら³¹⁾が東京都全体の事例について「疾患を特定しない急性精神病、精神障害及び各種状態像が診断名とされる場合が3分の1を占めるため、実態が不明確である」と述べているのと同様に、本調査結果でもこれに該当する者は29.9%にのぼり、詳細な診断名の内訳は不明である。

以上のことから本調査結果は、これまでの東京都の措置入院の実態調査と類似した傾向を示し、東京都の措置入院の患者特性が反映された結果が得られたと思われる。

3) 問題行動からみた特徴

問題行動においては、暴行、自傷、自殺企図、器物損壊、傷害の順に多かった。これは、過去の東京都全体の調査とほぼ同様の結果が得られている。また本調査結果では、問題行動に占める自殺企図の割合が、1群に比して3群の割合が高くなっているところに有意差が認められている。中谷らの調査³¹⁾では、東京都全体の自殺企図の割合は15.3%、本調査対象機関に限ると19.8%であり、過去の調査との比較においても、自殺企図の割合は増加していると言える。この変化は、東京

都全体の自殺率の上昇に関連づけられるであろうか。このことについて東京都福祉保健局自殺総合対策東京会議における資料⁵⁷⁾を参照すると、東京都の自殺者数は、平成16年度で2679名、平成17年度では2669名、平成18年度は2510名、平成19年度は2817名であった。本調査では、医療観察法施行日を基準とした群の分類を行っているため正確な比較はできないが、東京都の自殺者数の推移が、1群と3群の自殺企図の割合に変化を及ぼしたとは考えにくい。

また1群と3群では、自殺企図のみでなく、状態像としての幻覚妄想状態を呈する割合が減少しており、抑うつ状態と躁状態を呈する割合が増加している。かりに他害行為の割合が減った結果、相対的に自殺企図の割合が増大したのであれば、主として統合失調症を有する重大な他害行為を行った者を受け入れている医療観察法の現状⁶²⁾から、措置入院に対する医療観察法施行の影響が萌芽的に現れたものと解釈することもできる。しかし、自殺企図の実数そのものが増加しており、他害行為の割合に有意差は認められていないため、この可能性は否定される。これらのことから、統計上の変化が見られた理由について、現時点では、東京都の措置入院の救急的機能が強まったことが反映されたという推測以外に、具体的な変化の要因は見出せなかった。

2. 措置入院からみた医療観察法運用の現状

1) 医療観察法前後の比較からみた問題点

本調査は、医療観察法施行前後の変化を措置入院の動向から把握したものである。医療観察法の成立過程には、重大な他害行為を行った精神障害者の病院管理上の法的・制度的不備に対して、日本精神科病院協会が中心となって法改正の検討を求めていた背景があった²¹⁾。そして、この法的・制度的不備は、主に重大な他害行為を行った精神障害者を現行措置入院制度で処遇することの限界を論拠としていた。このことから、医療観察法施行後の措置入院では、重大な他害行為を行った者が対象から除外されることが推測され、措置入院

の医療的側面が純化されることが期待されたと言えよう。

法務省資料⁹⁾による医療観察法の実施状況を参照すると、検察官の申立て件数は施行後1ヶ月余りが経過した8月は17件であったが、施行3ヶ月目では28件に達している。その後は毎月30~40件で推移しており、平成19年6月では44件の申立てがなされるまでに至った。このように医療観察法対象者は、1日1件ないしは2件の割合で定期的に申立てがなされている。県別にみた申立て件数⁴⁰⁾は、全国が1197件である中で、東京都は129件と圧倒的多数に及んでいる。ここから東京都では、他の地域に先行して医療観察法が機能していると考えられる。それにもかかわらず、本調査結果における医療観察法前後の患者のプロフィールや問題行動は、自殺企図および状態像以外に有意差が認められた項目はなく、統計上では明らかな変化が認められなかった。したがって現時点では、医療観察法施行が措置入院に顕著な影響を与えているとは言いがたい。その場合に問題となるのは、本来であれば医療観察法の対象となるような事例が、実際には措置入院の対象になっているのではないかという点である。

そこで、措置入院となった者の中に、医療観察法の対象となるはずの事例が含まれているかいないかを探るために、医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動を行った事例を取り上げ、参照した。これに該当する事例は、3群の中の191名中33名(17.3%)であり、この数値は決して少なくはないと思われる。具体的な問題行動の内容を見ると、事例1~4における問題行動は軽微であると思われるが、事例7~12に見る問題行動は軽微であるとは言えず、医療観察法の対象者とならなかったことがむしろ不自然に思われる事例であろう。武井⁵⁴⁾は、「医観察法施行下でも、重大な他害行為を行った精神障害者が警察官の通報により措置入院となり、立件がなされない可能性は残されているが、医療観察法の申立てを行うことにより一般病院の不十分な医療体制のもとで治療を継続せざるをえないような弊害を避けること

が期待できる」と述べている。また、精神保健福祉法43条と44条によれば、刑事事件や医療観察法に関する手続や処分を行う必要がある場合は、精神保健福祉法の諸措置よりもそれらが優先されると規定されている。それにもかかわらず、医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動を行った者が、実際には措置入院の対象となっていることが、本調査で明らかになった。

2) 措置入院と医療観察法の選別の難しさ

それでは、医療観察法の対象とされても不自然ではない事例が、なぜ措置入院の対象とされているのであろうか。まず、措置入院の診断書に記載されている問題行動は、捜査機関による判断ではなく、指定医の判断に基づくものであることを考慮しなければならない。たとえば診断書に「傷害」と記載されていても、それが厳密な意味で医療観察法の対象行為の「傷害」ではない場合があるであろう。しかし、明らかに重大と思われる問題行動の事例でも措置入院とされていることを考えると、別の要因が疑われる。そこで注目されるのは、医療観察法の対象行為に相当する種類の問題行動の事例の中で、検察官の通報により措置入院となった者が1名にすぎなかったことである。したがって、事件の処理における警察官と検察官の関係が背景にあるように思われる。そこで次に、警察官、検察官の職務の視点から検討してみたい。

医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動を行った者が、措置入院の対象になる可能性には、検察官が申立て対象者を認知していない場合と、検察官が認知しているが申立てを行わない場合の2通りが考えられる。医療観察法の対象者は、対象行為(医療観察法2条2項)を行った心神喪失者又は心神耗弱者であって、公訴を提起しない処分がなされた者であるか(同法同条3項1号)、確定裁判で無罪または刑が減輕された者(同法同条同項2号)であるから、この前提で、事件として立件されている必要がある。つまり、入院の契機となった他害行為が事件として立件されなければ、送検されないので、検察官は申立て対象者を認知できない。そして認知していなければ、当然

医療観察法の申立てには繋がらなくなってしまう。このため、検察官が申立て対象者を認知していない場合には、「捜査の端緒」が問題になる。「捜査の端緒」とは、捜査を開始するために、捜査機関が「犯罪があると思料する」〔刑事訴訟法（以下、「刑訴法」という）189条2項〕^{*4}に至った理由⁴⁹⁾、すなわち司法警察職員の認識根拠をいう。捜査機関の活動による職務質問、自動車検問、検視など、また犯人や犯罪被害者による申告等による自首、告訴などがこれに当たり、刑事訴訟法は、捜査が司法警察職員の主観に基づく決定により始まることを規定している⁵⁾。ここから、医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動について、犯罪だと認知したうえで警察官の通報がなされた場合であれば、事例9のように、事後的に、つまり措置入院を経てから、医療観察法の申立てがなされることになるのだらうと思われる。しかし警察官の通報に至る警察活動には、司法警察職員としての職務執行である場合と、単に警察官職務執行法（以下、「警職法」という）の規定に基づくものがある⁴⁵⁾。特に警職法3条^{*5}に基づいて対象者を保護した場合は、刑事手続ではなく行政警察権に基づく警察の保護作用の一環となる¹³⁾。このため、本研究対象事例9および11を除いた事例では、そもそも警職法3条のもとで保護された事例か、警察官が措置入院の契機となった他害行為を捜査の端緒と捉えていないために、結果的に警職法3条による保護に切り替えられた事例であると考えられる。このような場合は、医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動を行った者であっても、措置入院の対象になり得るわけである。

他方、検察官が認知しているが申立てを行わない場合には、医療観察法対象行為に相当する種類

の問題行動を行った者が、措置入院の対象になる可能性として2通りが考えられる。1つは、一次的な捜査機関である司法警察職員によって処分がなされてしまうことで、実質的には検察官の判断を経由しない場合である。ここでは捜査手続に対する司法警察職員と検察官の役割が問題になり得る。刑訴法191条1項によれば、検察官は捜査主体として捜査を行うことができることが規定されている。しかし通常は、検察官の捜査は補充的に行われ、実際には、検察官の捜査は十分な検察捜査を経ることなく、警察捜査の「上塗り捜査」によって検察調書が作成されることがあると指摘されている^{18,50)}。このため事件として立件されていても、警察官の捜査に基づく処分が優先されてしまう可能性がある。本調査の事例のうちこのような場合に該当し得るものとしては、いったん措置入院とされてからは警察や検察による刑事手続がなされた31例が考えられる。しかし、検察官に認知されながらその実質的な判断を経由しなかったのか、さきほど述べたような行政警察活動の一環としての処理が行われたのか、司法の外部からうかがうことはできない。

もう一つは、検察官の申立てにおける裁量権の問題である。医療観察法33条1項は、「この法律による医療を受けさせる必要が明らかでない」と認める場合を除き……申し立てなければならない」と規定されている。また傷害が軽い場合には、「傷害が軽い場合であって、当該行為の内容、……生活環境を考慮し、その必要がないと認めるときは、第1項の申立てをしないことができる」（同法同条3項）とされていて、検察官の裁量は非常に限定的になっていると考えられる。このため事例4は傷害が軽微であって、措置入院という

*4 刑事訴訟法189条2項

「司法警察職員は、犯罪があると思料するときは、犯人及び証拠を捜査するものとする」

*5 警察官職務執行法第3条

「警察官は、異常な挙動その他の事情から合理的に判断して左の各号の一に該当することが明らかであり、且つ、応急の救護を要すると信ずるに足りる相当な理由のある者を発見したときは、とりあえず警察署、病院、精神病患者収容施設、救護施設等の適当な場所において、これを保護しなければならない。

1号 精神錯乱又は酔いのため、自己又は他人の生命、身体又は財産に危害を及ぼす虞のある者」

環境下にあるために、医療観察法の申立てをしないことができた事例であると推測できる。一方、事例9では、精神障害に基づいて重大な他害行為を行っていると思われ、医療観察法による医療を受けさせる必要が明らかにならないと認められなかったため、措置入院を経た後に同法の申立てが行われたものと考えられる。

3) 望ましい処遇とは何か

それでは、いったん措置入院になった事例に対し、積極的に医療観察法を適用すべきであろうか。三好¹⁹⁾は、警察官の通報が医療観察法の申立てに先行する場合には、現場の警察官に医療観察法が周知されていないことを原因と考え、「捜査機関には、この点についての理解の周知徹底が望まれるところである」と述べている。これに対し、社会復帰を目前に控えていたにもかかわらず、事件発生から1年以上経過した時点で医療観察法の申立てがなされた事例³⁶⁾が報告されており、措置入院後に医療観察法が申立てられることについて、消極的な適用を望む見方もある。これらの見方の相違は、医療観察法の法的性格をどのように捉えるかによって生じるように思われる。

医療観察法の性格について中山³⁵⁾は、医療観察法は重大な他害行為を行った者の「再犯防止」と、精神障害者に対する「医療と社会復帰」という「二つの顔」を持つと指摘している。中谷³⁴⁾も同様に、本法は医療モデルと刑事司法モデルの「折衷モデル」であると論じている。本法の「再犯防止」すなわち刑事司法の側面が優先されると考えるならば、三好¹⁹⁾の示すとおり、精神保健福祉法の通報制度があるにせよ、まずは医療観察法の適用をはかるべきだということになる。これに対し、医療観察法では何よりも「医療と社会復帰」が強調されると考えると、精神保健福祉法による医療との間に根本的な相違は見出せなくなる。その場合、厳格に医療観察法を適用するよりも、措置入院患者として受け入れ、地域での早期の社会復帰を目指して治療を行うことが望ましい事例もあり得るであろう。

医療観察法の立法にあたって、措置入院との役

割分担が期待されていたが、本調査からはその選別が必ずしも明確に行われていない実態が推測された。措置入院と医療観察法は、両制度ともに、他害行為のリスクを持つ精神障害者に対し医療を提供し、問題行動の再発防止に資する重要な制度である。法制度上の関連を再検討することにより、両者の関係を明確にすることが適切な医療の提供に繋がると考えられる。

V. 本研究の限界と今後の展望

本研究は東京都の一自治体病院を対象としており、東京都全体の措置入院患者の一部を検討したにすぎない。また、措置入院は運用に地域差があることが指摘されており¹⁰⁾、本研究の結果は東京都という大都市の地域特性が強く反映している可能性がある。しかし、東京都のこれまでの実態調査と類似した結果が得られたことから、東京都の代表性を有する措置入院の最新の動向を明らかにできた点で研究意義があったと思われる。また、措置入院制度を担う精神科救急医療体制について、「神奈川県も大阪府も千葉県も東京都が歩んだ道をいくらか遅れて歩き始めた」³⁸⁾とされているように、今回明らかにされた点は東京都以外の地域にも示唆を与えられると思われる。

本研究は医療観察法施行日を挟む3年間という短い期間を見ており、今後医療観察法の運用が定着していくに従って、措置入院に与える影響が明瞭になる可能性がある。そのため、行政や司法機関の協力を得ながら、長期的かつ広範囲の調査を進める必要があると考えられる。

VI. ま と め

1. 措置入院の現状を、医療観察法施行の影響に着目しながら明らかにする目的で、平成16年7月15日から平成19年7月14日までに、東京都の一自治体精神科病院に措置入院した664名のうち、措置入院当時の情報が不明瞭である8者を除いた656名について実態を調査し検討した。
2. 本研究結果における検察官の通報数の割合は、

全国や過去の実態調査と比べて、顕著に低かった。この要因として、東京都の特性と調査対象機関の特性が重なり、救急的色彩の強い警察官の通報の割合が高くなった結果、相対的に検察官の通報の割合が低下していると考えられた。

3. 措置入院の患者特性に見出される特徴は、単身者、薬物関連障害者、居住地域以外の地域での事例化が多いなどの、これまでの東京都および調査対象機関の措置入院の実態調査と類似した傾向が認められた。このことから本調査結果は、東京都の措置入院の現状を反映していると推測された。
4. 医療観察法前後の患者のプロフィールや問題行動を比較したところ、医療観察法施行前1年と施行後の2年目の間で、問題行動としての自殺企図が有意に増加したこと、状態像として幻覚妄想状態の割合が減少し、抑うつ状態、躁状態の割合が増加したこと以外に、統計上では明らかな変化が認められなかった。したがって現時点では、医療観察法施行が措置入院に顕著な影響を与えているとは言えず、この要因として、医療観察法の対象となるはずの事例が、措置入院となっている可能性が考えられた。
5. 医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動を行った事例を抽出したところ、これに該当する事例は、医療観察法施行後2年目の191名中33名(17.3%)であった。この中には、医療観察法の対象者とならなかったことが不自然に思われる事例が存在し、医療観察法対象行為に相当する種類の問題行動を行った者が、実際には措置入院の対象となっていることが明らかになった。
6. 上記33名のうち32名は警察官による通報であった。このことから、その種の問題行動の多くが警察官の段階で処理され、検察官が、医療観察法申立て対象者を認知していない場合があることが推察された。
7. 医療観察法対象行為に相当する種類の問題行

- 動を行った者が措置入院になる可能性として、検察官が対象者を認知していない場合と、検察官が認知しているが申立てを行わない場合の2通りが考えられた。前者では捜査の端緒および捜査手続に対する司法警察職員と検察官の役割が問題になり、後者では検察官の裁量が問題になると思われる。ただし本事例では、どちらに該当するかは確認できなかった。
8. 立法段階で期待された措置入院と医療観察法の選別が必ずしも明確に行われているとは言えない現状が推測され、選別が困難な事例に対して積極的に医療観察法を適用すべきかについては、今後の議論が必要と考えられた。
 9. 精神保健福祉法の措置入院と医療観察法は、他害行為のリスクを持つ精神障害者に対し重要な意義を持つ制度であり、法制度上の体系的な関連を再検討することにより、両者の関係を明確にすることが適切な医療の提供に繋がると考えられた。

本調査を行うに当たり、膨大な資料の手配を行ってくださった元都立松沢病院病歴課今尾係長、他病歴課職員の方々、東京都のデータを提供してくださった東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療福祉課の菊本弘次参事および吉田一郎係長、執筆段階で多くの貴重なご助言を下さいました北海学園大学法学部の飯野海彦教授に深謝いたします。なお、本研究の結果の一部は第4回日本司法精神医学会大会(2008年5月、福岡)で発表した。

文 献

- 1) 飛鳥井望, 西山 詮, 三宅由子ほか: 精神科救急の実態—首都圏7施設共同一斉調査の結果から—。精神経誌, 96; 122-137, 1994
- 2) 藤森英之: 松沢病院における触法患者の実態—触法精神障害者の入院形態の変更をめぐる問題。法と精神医療, 12; 1-17, 1998
- 3) 八田耕太郎, 高橋丈夫: 臨床現場の総合的判断としての措置要件—精神科救急の現場における複合的事情—。精神科治療学, 16; 649-653, 2001
- 4) 堀 彰, 中村研之, 島田達洋ほか: 措置診察における二人の指定医間の項目評価一致率。精神医学, 44; 743-751, 2002

- 5) 藤永幸治, 河上和雄, 中山善房: 大コンメンター刑事訴訟法 第3巻. 青林書院, 東京, p. 40, 2001
- 6) 五十嵐禎人: イギリスにおける触法精神障害者の処遇—精神保健システムへの移送と専門治療施設—. 法と精神医療, 12; 65-76, 1998
- 7) 五十嵐禎人: 触法精神障害者の処遇 その現状と問題点. 臨床精神医学講座 19, 司法精神医学・精神鑑定(松下正明総編集). 中山書店, 東京, p. 406-420, 1998
- 8) 入谷修司, 大塚直尚, 黒木規臣ほか: 東京都における措置入院患者数の推移. 法と精神科臨床, 1; 41-50, 1997
- 9) 医療観察法. NET ホームページ: http://www.kansatuhou.net/03_shiritai/pdf/0808houmu_tsukibetsumoushitate.pdf
- 10) 岩尾俊一郎: 地域差からみた措置入院. 精神科治療学, 16; 769-774, 2001
- 11) 加藤久雄: 触法精神障害者に対する「措置入院」制度の法的諸問題—刑事治療制度の導入に向けて—. 日精協誌, 17; 146-153, 1998
- 12) 勝島聡一郎, 早馬 俊: 横浜市における精神科救急医療の現状と課題. 精神医学, 45; 1115-1123, 2003
- 13) 河上和雄: 保護という名の逮捕—大阪地裁昭和61年5月8日判決(公刊物未掲載)—. 判例タイムズ, 602; 33-36, 1986
- 14) 川本哲郎: 強制入院の正当化根拠. 法と精神医療, 4; 51-63, 1990
- 15) 小島 洋: 埼玉県における精神科緊急・救急医療事業及び応急入院制度. 日精協誌, 17; 23-29, 1998
- 16) 昆 啓之: 倫理学視点からみた措置要件. 精神科治療学, 16; 779-783, 2001
- 17) 熊倉伸宏: 強制入院の正当化根拠について. 法と精神医療, 4; 39-50, 1990
- 18) 松尾浩也, 田宮 裕: 刑事訴訟法の基礎知識〔質問と解答〕. 有斐閣, 東京, p. 37, 1975
- 19) 三好幹夫: 心神喪失者等医療観察法施行後2年の現状と課題について. 判例タイムズ, 1261; 25-35, 2008
- 20) 長尾卓夫: 触法精神障害者と措置入院制度の問題点. 日精協誌, 17; 124-127, 1998
- 21) 長尾卓夫: 重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇について—日精協の対応の経過—. 日精協誌, 21; 124-127, 2002
- 22) 永山紅美子, 林 直樹, 入谷修司ほか: 東京都の精神科救急医療と入院患者の地域特性—松沢病院救急病棟での経験から—. 精神医学, 37; 99-105, 1995
- 23) 永山紅美子, 林 直樹, 入谷修司ほか: 東京都の精神科救急医療の地域特性と年次変化—松沢病院救急病棟での経験から(2)—. 精神医学, 37; 663-667, 1995
- 24) 中村研之, 堀 彰, 辻 恵介: 栃木県の精神科緊急医療システムの整備が措置入院患者の特徴に及ぼす影響. 精神医学, 43; 87-91, 2001
- 25) 中谷真樹, 功刀 弘: 重大事件を起こした精神障害者の治療と社会復帰—分裂病患者を中心に—. 精神医学, 29; 1163-1169, 1987
- 26) 中谷真樹: 触法分裂病者の治療的背景とその処遇—公立病院における調査から(第2報)—. 臨床精神医学, 18; 1219-1226, 1989
- 27) 中谷陽二, 黒田 治, 大木 進ほか: 検察官・矯正施設長通報による措置入院者の治療について. 精神経誌, 94; 1099-1104, 1992
- 28) 中谷陽二: 触法精神障害者の治療—現状分析と提言—. 精神障害者の強制治療(西山 詮編). 金剛出版, 東京, p. 15-36, 1994
- 29) 中谷陽二: 分裂病殺人者の治療について. 分裂病犯罪研究). 金剛出版, 東京, p. 245-261, 1996
- 30) 中谷陽二: コミュニティ精神医療と触法精神障害者. 精神科治療学, 11; 1153-1158, 1996
- 31) 中谷陽二: 東京都における措置入院の実態に関する調査報告書. p. 1-7, 1998
- 32) 中谷陽二: 犯罪と精神保健行政—戦後の動向—. 臨床精神医学講座 19, 司法精神医学・精神鑑定(松下正明総編集). 中山書店, 東京, p. 421-428, 1998
- 33) 中谷陽二: 医療の視点からみた触法精神障害者問題. 刑法雑誌, 42; 253-265, 2003
- 34) 中谷陽二: 医療観察法の本質を問う—折衷モデルの行方—. 日精協誌, 25; 16-20, 2006
- 35) 中山研一: 心神喪失者等医療観察法の性格—「医療の必要性」と「再犯のおそれ」のジレンマ—. 成文堂, 東京, p. 202, 2005
- 36) 成瀬暢也, 竹林 宏, 田中邦明: 医療観察法において措置入院が関与する場合の問題について. 司法精神医学, 4; 111-112, 2009
- 37) 西山 詮: 堅い精神科救急(緊急鑑定)の実態と改革. 精神経誌, 86; 89-119, 1984
- 38) 西山 詮: 大都市の措置入院—救急措置入院の展開と基準—. 精神経誌, 101; 727-736, 1999
- 39) 西山 詮: 精神科救急の現状と課題—“経済”措置から“救急”措置へ—. 法と精神医療, 13; 1-27, 1999
- 40) 岡江 晃: 医療観察法の運用に地域差などのかた

よりはないか 現状と問題点. 日精協誌, 28; 13-19, 2009

41) 大野直規: 神奈川県における措置入院の現状と問題点. 法と精神科臨床, 4; 23-34, 2001

42) 大下 顕: 犯罪に当たる行為をおかした精神障害者に関する過去数年間の調査資料の検討. 法と精神医療, 19; 72-86, 2005

43) 小山田静江, 岩波 明, 上島国利ほか: 重大犯罪を犯した措置入院患者の処遇に関する検討. 法と精神科臨床, 1; 65-75, 1997

44) 斎藤昌治: 東京都における精神科救急医療システムとその問題点. 日精協誌, 17; 94-103, 1998

45) 精神保健福祉研究会: 三訂 精神保健福祉法詳解. 中央法規, 東京, p. 245, 2007

46) 精神保健福祉研究会: 我が国の精神保健福祉. 中央法規, 東京, p. 78, 2005

47) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について—措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討—. 臨床精神医学, 36; 1067-1074, 2007

48) 島田達洋, 堀 彰, 加藤 敏: 措置入院における医学的総合判断と疾病および臨床像との関連. 臨床精神医学, 24; 74-75, 2003

49) 田口守一: 刑事訴訟法 (第四版補正版). 弘文堂, 東京, p. 57, 2006

50) 田口守一: 刑事訴訟法 (第四版補正版). 弘文堂, 東京, p. 152-153, 2006

51) 武井 満: 精神科救急と触法問題—医療対応か司法対応か. 精神科救急医療 (飛鳥井望, 分島徹編集). 金剛出版, 東京, p. 203-214, 1998

52) 武井 満: 医療と司法の狭間の問題をいかに考えるか. 精神科治療学, 16; 663-668, 2001

53) 武井 満: 日本の精神鑑定の実状と問題点. 精神科, 1; 415-417, 2002

54) 武井 満: 医療観察法と事例シミュレーション. 星和書店, 東京, p. 48, 2008

55) 田玉逸男, 井口 喬, 平沼昇ほか: 措置入院の判断基準とその処遇について. 法と精神科臨床, 1; 51-62, 1997

56) 田玉逸男, 中川之子, 井口 喬ほか: 殺人を犯した触法精神障害者の治療と社会復帰に関する研究. 法と精神科臨床, 3; 52-73, 1998

57) 東京都福祉保健局自殺総合対策東京会議ホームページ: <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/to-kyokaigi/genjou1/index.html>

58) 津久江一郎, 小沼杏坪: 重大犯罪を犯し精神保健福祉法による鑑定入院後に入院した患者の緊急実態調査の報告について. 精神経誌, 104; 86-97, 2002

59) 津久江一郎, 小沼杏坪: 日本精神病院協会による「重大犯罪を犯し法による鑑定入院後に入院した患者の緊急調査」結果の法精神医学的検討. 日精協誌, 21; 17-26, 2002

60) 土屋賢治, 中谷陽二: 触法精神障害者の臨床的特徴について—1 公立病院における調査から. 精神医学, 38; 287-293, 1996

61) 和田一丸, 田村和義, 田中 真ほか: 入院精神疾患患者における退院と患者—家族関係に関する調査. 精神科治療学, 21; 1005-1009, 2006

62) 和田久美子, 田中奈緒子, 中屋 淑ほか: 医療観察法申し立て対象者 225 例の特性と処遇決定の実状. 臨床精神医学, 37; 415-423, 2008

63) 山上 皓: 我が国における現状と問題. 法と精神医療, 12; 32-47, 1998

64) 横藤田誠: 強制治療システムとその正当化根拠—アメリカの憲法判例を中心に. ジュリスト増刊; 105-111, 2004

65) 雪竹 朗: 東京都における緊急措置入院制度に基づく入院者の実態. 精神医学, 21; 935-943, 1979

Actual Condition of Involuntary Admission by Order of the Prefectural Governor :
Focus on the Effects of the Medical Treatment and Supervision Act

Junko KOIKE^{1,2)}, Nobuaki MORITA¹⁾, Hirohiko HARIMA³⁾, Yoji NAKATANI¹⁾

1) *Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba*

2) *Department of Nursing, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital*

3) *Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital*

A survey was conducted involving 664 individuals admitted to a public psychiatric hospital in Tokyo Prefecture between July 15, 2004 and July 14, 2007 as a result of involuntary admission by order of the prefectural governor (hereafter, involuntarily admitted patients). The characteristics of patients with a focus on the effects of the Medical Treatment and Supervision Act were investigated in 656 patients, excluding eight patients for whom information at the time of involuntary admission was unclear.

The proportion of patients in the present survey who had been reported by prosecutors was markedly low compared to nationwide and previous surveys. This was thought to be a result of the fact that the proportion of patients reported by the police, which tend to include emergency cases, was high due to the characteristics of the present hospital as well as the regional characteristics of Tokyo Prefecture. The characteristics of involuntarily admitted patients tended to be similar to those observed in previous surveys on involuntarily admitted patients at the present and other hospitals in Tokyo Prefecture.

Comparison of the characteristics of involuntarily admitted patients and problem behaviors that instigated admission before and after implementation of the Medical Treatment and Supervision Act showed no clear differences, indicating that the act had no marked effect on involuntary admission by order of the prefectural governor. In addition, only a small proportion of patients with problem behaviors corresponding to actions described in the Medical Treatment and Supervision Act were reported by prosecutors, suggesting that such patients were mostly reported by the police. In cases where patients faced involuntary admission by order of the prefectural governor after being reported by the police, the prosecutor may have either been unaware of the patient or, if aware, had not filed a petition. Issues may include clues for investigation in addition to the roles of judicial police officers and prosecutors in investigation procedures in the former case, and the discretion of prosecutors in the latter case. While opinions on the appropriateness of actively applying the Medical Treatment and Supervision Act to these patients vary depending on the interpretation of the act's legal characteristics, it appeared that involuntary admission by order of the prefectural governor was at present not clearly distinguished from the Medical Treatment and Supervision Act. Involuntary admission by order of the prefectural governor and the Medical Treatment and Supervision Act are systems that have significant implications for patients with mental disorders, who are likely to cause injury to themselves or others. In order to

facilitate the provision of appropriate medical care, it is important to clarify the systematic relationships within the legal system.

<Authors' abstract>

<**Key words**: involuntary admission by order of the prefectural governor, Medical Treatment and Supervision Act, mentally disordered offender, forensic psychiatry, liability to cause personal injury>
