

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

総括研究報告書

他害行為を行った精神障害者の診断、治療  
及び社会復帰支援に関する研究

平成 18 年度総括・分担研究報告書

主任研究者 山上 皓

平成 19 年 3 月

# 目 次

## I 平成 18 年度総括研究報告書

他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究

主任研究者 山上 皓 ..... 1

## II 平成 18 年度分担研究報告書

1. 他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究

分担研究者 岩成 秀夫 ..... 11

2. 他害行為を行った精神障害者に対する入院医療に関する研究

分担研究者 武井 満 ..... 87

3. 他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究

分担研究者 岡田 幸之 ..... 155

4. 他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究

分担研究者 宮本 真巳 ..... 218

5. 他害行為を行った精神障害者の特徴に関する研究

分担研究者 吉川 和男 ..... 286

## はじめに

本書は、平成 18 年度厚生科学研究費補助金（こころの健康科学 研究事業）による「他害行為を行った精神障害者の診断、治療および社会復帰支援に関する研究」の報告書である。

平成 17 年 7 月 15 日の「心神喪失者等医療観察法」の施行に伴い、我が国では「心神喪失等の状態において他害行為に及んだ精神障害者（以下、触法精神障害者と称する）」を、新たな専門処遇制度（医療観察法制度）のもとで処遇することになった。

本研究の主たる目的は、医療観察法制度の下で開始された触法精神障害者のための専門医療（以下、司法精神医療と称する）の質的向上を図り、もって本制度の運用を円滑ならしめることにある。この領域では、すでに本法が制定された平成 15 年度より「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」（以下、「松下研究」と称する）が、我が国のこの領域の専門家を集めて 3 年間に亘り進められ、司法精神医療の円滑な導入に大きく貢献したところである。「松下研究」は平成 17 年度で終了したが、本研究その後継研究として、同研究が法施行の準備段階より開拓し、展開してきた医療観察法制度関連諸領域の研究を、17 年 7 月より開始された司法精神医療の実践に照らして検証し、問題点を明らかにし、改善策等を検討すなどして、将来の法改正に備える役割をも担うことになる。

法施行後 1 年あまりを経て、医療観察法制度の運用のあり方を概観すると、指定入院医療機関の偏在や病床数の不足など、制度導入期の一時的な困難が見られはしたが、概ね順調に経過している。審判や事例検討の場を通して、精神医療関係者と司法・法務関係者との交流が密となり、触法精神障害者についての共通理解や、専門職それぞれの相互理解も深まってきているように見える。

本研究は、医療観察法による審判から、指定入院医療機関における医療、指定通院医療機関における医療と、医療観察法に関わる全領域の医療上の問題を扱うだけでなく、関連領域の課題として、精神科救急等一般精神科医療における触法精神障害者処遇に関わる問題や、責任能力鑑定に関する問題などをも広く取り上げている。そうした総合的な視点に立つての研究が、我が国の司法精神医療の確立と、一般精神科医療の健全な発展のために必要であるという考えによるものである。

なお、本年度における本研究全体の進行状況を記すと、平成 18 年 6 月 19 日に、分担研究者および研究協力者に集まっていた第 1 回全体会議、平成 18 年 11 月 3 日には研究成果の中間報告を兼ねて全体会議、平成 19 年 2 月 24 日、本年度の究成果報告かである第 3 回全体会議を行った。

## 他害行為を行った精神障害者の診断、治療 及び社会復帰支援に関する研究

主任研究者 山上 皓 東京医科歯科大学教授

### 研究要旨

心神喪失等の状態で他害行為を行った精神障害者の処遇のあり方について、先行研究の成果を踏まえつつ、責任能力鑑定の質の向上、心神喪失等の状態で他害行為を行った者の属性、医療必要性の判定に関する知見を深め、対象者に提供すべき入院・通院医療及び社会復帰支援の内容、コメディカルスタッフ等による援助の内容等の課題について実証的見地から検証し、その質の向上に資することを目的として研究を行った。

「総括研究および、他害行為を行った精神障害者の処遇判定に関する研究（山上）」では、医療観察制度施行当初事例（施行後 10 カ月間）についての全国規模の調査に基づいて、他害行為を行った精神障害者の処遇判定に関する、精神鑑定医と、裁判官等司法・法務関係者の見解等を比較調査し、専門家それぞれの見解の傾向とその背景等について、その一端を明らかにした。精神鑑定医と社会復帰調整官の処遇に関する意見の比較検討を行ったが、社会復帰調整官のほうが、精神鑑定よりも「入院が必要」とする率が高く、「本法の適用は不要」とする率が低いこと、などが明らかにされた。

「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究（岩成）」では、①通院処遇の実態についての調査に加えて、現場で問題とされている、「通院処遇中の精神保健福祉法による入院」等について、事例研究も含めて検討を行った。①の実態調査では、平成 19 年 1 月 15 日までに本法による通院医療を命じられた 116 例（全対象事例の約 90%）について調査票を回収できたが、そのうち、当初審判により直接通院決定された対象者（直接通院）は 84 例（72%）、入院処遇から退院決定され通院処遇に移行した対象者（移行通院）は 32 例（28%）であった。通院処遇中の精神保健福祉法による入院については、これまでにこれを利用した事例は総計 41 例（36%）で、このうち 34 例が、直接通院例であった。当初審判での通院決定の予想以上の多さ、遠隔地の指定入院医療機関からの通院処遇への移行、審判における判断の問題などより、様々な場合に精神保健福祉法の入院が利用されている現状が判明した。通院開始時にデイケアを実施されていない事例も多く（48 例、53%）、必須と考えられる訪問看護も満足にはなしえない現状も明らかにされた。

「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究（武井）」では、他害行為を行った精神障害者の処遇システム全体の中での入院医療のあり方に注目して研究を行った。本年度は、まず、刑罰法令に触れる行為を行った者の処遇システムについて、医療観察法施行前と施行後の変化を比較検討し、重大な他害行為を行った者の処遇に関する医療観察法の意義を検証しながら、施行後の処遇システムについて、入り口、受け皿、地域処遇、及びそれに伴う法的諸手続、とくに精神保健福祉法と医療観察法と刑法の整合性・連続性などに焦点を

当て課題の設定を行い研究に取り組んだ。具体的には、入り口問題として、他害行為を行った精神障害者に最初に関わることになる精神科救急を行っている医療機関に実態調査のためのアンケートを実施した。また、受け皿問題として、一つには、指定入院医療機関の現状とその抱えている課題をアンケートによって調査した。同じく受け皿問題として、一般精神科病院で、過去重大な他害行為を行い、かつ治療に難渋している事例について、スーパービジョン形式による事例検討会を行った。またシステムの運営に関わる重要な職種の一つではあるが、国家資格化されていない臨床心理技術者の問題を取り上げ、事例検討会とアンケート調査を通して、その現状と抱えている課題を把握した。

「他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究（岡田）」の今年度の主たる研究成果としては、(1)「刑事責任能力にかんする精神鑑定所の手引き（18年度版）」が策定されたこと、(2)米国精神医学と法学会による、精神鑑定ガイドラインの翻訳をおこなったことが挙げられる。(1)の手引きについては、平成17年度厚生労働科学研究費補助金の分担研究において作られた17年度版をさらに簡易鑑定用に焦点をしばって、改定したものであり、その作業では多くの精神鑑定に従事する精神科医らの研究協力者とともに東京地方裁判所の裁判官の意見を取り入れることもできた。(2)については、(1)の手引きをより洗練されたものにするうえで、米国の知見を参考にすることができた。また、国内の専門雑誌において、この米国のガイドラインの全訳とその解説を付したものを紹介した。

「他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究（宮本）」の研究では、以下の8項目への取り組みを通じて、司法精神看護とその関連領域における臨床実践の指針とその裏付けについて明確化を図っている。1) 指定入院医療機関の医療に対するスタッフの意識：先行3施設のスタッフを対象に、開設前の期待や危惧と開設後の実態の比較を求めた結果、多職種連携と手厚いケアは期待通りだが、処遇システム整備の遅れが期待外れ、鑑定、審判への疑義と、地域の受入れは危惧した通りの結果だった。2) グループ・プログラムにおける多職種の連携と役割分担：個別評価に沿った個別処遇は軌道に乗りつつあるが、各ユニットや病棟全体の集団特性の評価に見合う治療効果の向上という課題が明確化した。3) 対象行為の確認の実施状況と対象者の内省プロセス：対象者の大半は対象行為を後悔し、親、被害者への申し訳なさへと推移しつつあり、深い内省に根ざす社会的責任感に至る可能性も示唆された。4) 指定入院医療機関におけるクリティカルパス：急性期パス改善と全期パス作成に取り組み中である。5) 対象者の地域自立支援に向けた連携をめぐる問題：病棟看護師は、地域社会の抵抗や無関心、関係機関の認識不足、社会復帰調整官による調整不調等に不満を持ちつつ自らの工夫不足を反省している。6) 指定通院機関では、訪問を軸とした援助関係作りが軌道に乗りつつあるが人手、時間の制約が多い。7) 多職種による事例検討会の機能：事例提供者は担当する対象者について、精神病理、身体病理、発達課題、社会的学習と幅広い視野から情報を整理・統合し課題整理を行う機会を得てエンパワメントされているが、その持続には検討内容をMDTで共有することや検討内容を踏まえた実施が重要である8) CVPPPの実施状況：欧米より身体介入件数は少ないが円滑に実施しているが早期介入が課題である

「他害行為を行った精神障害者の医療必要性に関する研究（村上）」では、医療観察法医療の必要性を評価するための鑑定に関し、入院対象者の医療観察法鑑定書を基礎にして、「医

療必要性の判断」に関して疑義ある 28 症例を集積した。また症例の検討会を検証する検討会を実施しガイドラインを作成する場合の留意すべき点に関して検討した。入院対象者について臨床的及び共通評価項目を症例ごとに検討し判断の妥当性を検証した。「医療必要性に関して疑義」を大別すると次のようになる。1) 対象行為の事実の認定が不十分となる症例、2) 刑事責任能力（心神喪失ないし心神耗弱）の判断に疑義がある、3) 診断が異なる（特に発達障害圏）、4) 疾病性では一過性精神病性障害や対象行為と原因となる疾病が直接関係のない場合、5) 人格障害や成人した発達障害、精神遅滞など治療反応性（治療可能性）、6) 社会復帰要因（リスクなど）に関する医療観察法における位置づけ、7) 医療観察法による医療の必要性の判断では入院でなく通院処遇が適当とする症例、8) その他疑義がある考えた症例では短期入院ですむ症例を集積した。また、現在使用されている共通評価項目の解説とアンカーポイントの検討を指定入院医療機関で行い、見直し案（共通評価項目改定版）を提示した。大きな改定は評価期間を 3 ヶ月として治療による変化を追いやすくする点で、その他は文言や説明の追加を中心とする。その評価を支援する電子カルテの開発を行い、全国の指定入院医療機関への診療支援システムの導入を行った。「診療支援システム運用マニュアル」と「取り扱い説明書」を作成した。

「他害行為を行った精神障害者の特徴に関する研究（吉川）」では、国立精神・神経センター武蔵病院の医療観察法病棟に入院した 36 例の特徴を明らかにするために、入院処遇および退院後の社会復帰阻害要因を検証した。対象者の入院処遇中の急性期病棟における滞在日数は平均 84.8 日（中央値 85.0 日、標準偏差 36.5）で、重回帰分析の結果、急性期の滞在日数と有意に負の相関がみられた独立変数は、女性であること（標準偏回帰係数-.59、有意確率.012）と退院後家族と同居できる可能性が高いと判断されたこと（標準偏回帰係数-.46、有意確率.01）であった。また、急性期の滞在日数と有意に正の相関が見られた独立変数は入院時に高年齢であること（標準偏回帰係数.44、有意確率.01）と PANSS の陰性症状スコア（標準偏回帰係数.45、有意確率.01）であった。また、対人暴力は平成 18 年 3 月 31 日時点までに 6 件（16.7%）認められたが、これを従属変数としてコックス回帰分析を行った結果、相対危険率では有意な要因は見いだせなかった。

#### 分担研究者

山上 皓（東京医科歯科大学難治疾患研究所）

岩波秀夫（神奈川県立精神医療センター斧香病院）

武井 満（群馬県立精神医療センター）

岡田幸之（国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部）

宮本真巳（東京医科歯科大学大学院保健衛生研究科・精神看護学）

吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部）

# 他害行為を行った精神障害者の処遇判定に関する研究

山上 皓  
安藤久美子  
和田久美子

医療観察法事例の分析

報告者：和田久美子

## A. 研究目的

平成 17 年 7 月 15 日に「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（以下、医療観察法）が施行され、各地の裁判所、医療機関等において、医療観察法に基づく審判と治療が開始された。

本研究では、医療観察法の審判決定書、生活環境調査報告書の医療観察制度関連記録に基づき、他害行為を行った精神障害者の診断、処遇判定、治療、社会復帰支援等のあり方について検討し、精神鑑定や審判に際してみられる検察官や裁判官、鑑定医や判定医、社会復帰調整官や参与員など諸専門家の見解、論点を整理し、専門領域間のコンセンサス作りを促すことが目的である。

## B. 方法

対象者は、2005 年 7 月から 2006 年 5 月 31 日の間に決定が下された医療観察法対象者 227 例であり、うち移送ケース 1 例、重複ケース 1 例を除外した 225 例を研究対象とした。法務省の協力のもとに得られた対象者に関する決定書、生活環境調査報告書、治療必要性鑑定書から、罪名、診断、決定内容等の情報を得た。診断については、決定書に記載されているものを用い、決定書に記載されていないものについては、生活環境調査報告書から情報を得た。診断は、原則として ICD-10 に従った。

## C. 結果

性別の内訳は男性が 160 例（71.1%）、女性が 65 例（28.9%）であった。対象行為時の平均年齢は 42.3 歳で標準偏差が 13.7、最高年齢は 90 歳、最少年齢は 20 歳であった。

主診断の内訳を表 1 に示す。障害名別では、F2（統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害）が 162 例（72.0%）で最も多く、ついで F3（気分障害）が 23 例（10.2%）であった。

処遇決定の内容は入院 121 例（53.8%） 通院例 60 例（26.7%） 不処遇 35 例（15.6%） 却下 8 例（3.5%） 取り下げ 1 例（0.4%）であった。

表 1 主診断の内訳と決定内容 (ICD-10)

決定内容	F0 器質	F1 物質	F2	F3 気分障害	F4 神経症	F6 人格障害	F7 精神遅滞	F8 発達障害	合計
入院	1 (10.0)	7 (38.9)	102 (63.0)	11 (47.8)	-	-	-	-	121 (53.8)
通院	6 (60.0)	5 (27.8)	42 (25.9)	7 (30.4)	-	-	-	-	60 (26.7)
不処遇	3 (30.0)	3 (16.7)	15 (9.3)	5 (21.7)	1 (50.0)	2 (66.7)	5 (83.3)	1(100.0)	35 (15.5)
却下	-	3 (16.7)	2 (1.2)	-	1 (50.0)	1 (33.3)	1 (16.7)	-	8 (3.6)
取り下げ	-	-	1 (0.6)	-	-	-	-	-	1 (0.4)
合計	10(100.0)	18(100.0)	162(100.0)	23(100.0)	2(100.0)	3(100.0)	6(100.0)	1(100.0)	225(100.0)

罪種別内訳を表 2 に示す。傷害が 86 例 (38.4%) と最も多く、殺人は 61 例 (27.2%) 放火 47 例 (21.0%) であった。罪種と決定内容の間に有意差は認められなかった ( $\chi^2$  検定)。

表 2 罪種別内訳 (対象行為が認められなかった 1 例を除く計 224 例)

	入院	通院	不処遇	却下	取り下げ	合計
殺人	38 (31.4)	15 (25.0)	7 (20.0)	0 (0.0)	1(100.0)	61 (27.2)
放火	25 (20.7)	17 (28.3)	5 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	47 (21.0)
強盗	7 (5.8)	3 (5.0)	4 (11.4)	1 (14.3)	0 (0.0)	15 (6.7)
強制わいせつ	8 (6.6)	2 (3.3)	5 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (6.7)
傷害	43 (35.5)	23 (38.3)	14 (40.0)	6 (85.7)	0 (0.0)	86 (38.4)
合計	121(100.0)	60(100.0)	35(100.0)	7(100.0)	1(100.0)	224(100.0)

決定書に記載された責任能力認定と決定内容を表 3 に示す。全体として、心神喪失と判定されたものが 57.0%、心神耗弱と判定されたものが 40.0%であった。審判において心神喪失、心神耗弱が否定された 5 例全例において、却下の決定が下された。表 4 において、心神喪失または心神耗弱と認定された対象の決定内容を示す。心神喪失と認定されたもののうちの 64.3%が入院、27.1%が通院となった一方、心神耗弱とされたもののうちの 41.5%が入院、28.1%が通院と決定された。不処遇となった事例のうち、31.4% (11/35) が心神喪失、65.7% (23/35) が心神耗弱と認定されていた。心神喪失または心神耗弱と明記されていなかった 2 例と心神喪失、心神耗弱ではないと判定された 5 例を除いた計 218 例において、責任能力認定と決定内容を比較してみると、2 群間に優位差が認められ、心神喪失と認定された例のほうが、入院決定が下された割合が高かった (表 4、 $\chi^2(4)=20.899$ 、 $p=0.000$ )。



表 3 裁判所による責任能力認定と決定内容

	心神喪失	心神喪失 または耗弱	心神耗弱	喪失、耗弱の 否定	計
入院	83 (64.3)	1 (50.0)	37 (41.5)	-	121 (53.8)
通院	35 (27.1)	-	25 (28.1)	-	60 (26.7)
不処遇	11 (8.5)	1 (50.0)	23 (25.8)	-	35 (15.5)
却下	-	-	3 (3.4)	5 (100.0)	8 (3.6)
取り下げ	-	-	1 (1.1)	-	1 (0.4)
合計	129 (100.0)	2 (100.0)	89 (100.0)	5 (100.0)	225 (100.0)

表 4 心神喪失、心神耗弱と認定された事例と決定内容

決定内容	責任能力認定		合計
	心神喪失	心神耗弱	
入院	83 (64.3)	37 (41.6)	120 (55.0)
通院	35 (27.1)	25 (28.1)	60 (27.5)
不処遇	11 (8.5)	23 (25.8)	34 (15.6)
却下	0 (0.0)	3 (3.3)	3 (1.4)
取り下げ	0 (0.0)	1 (1.1)	1 (0.5)
合計	129 (100.0)	89 (100.0)	218 (100.0)

決定書に記載された責任能力認定と診断名の関係を表 5 に示す。F1 では、心神喪失と認定されたものは 38.9%、心神耗弱と認定されたものが 50.0%であったが、心神喪失、心神耗弱を否定されたものも 11.1%存在した。F2 において、心神喪失と認定されたものは 64.2%、心神耗弱と認定されたものは 33.3%であった。心神喪失、心神耗弱が否定されたものも 1 例存在した。F3 においては、心神喪失が 43.5%、心神耗弱が 56.5%と、ほぼ二分される結果となった。

表 5 決定書に記載された責任能力認定と診断名

決定書に記載された 責任能力認定	診断名 (ICD-10)								合計
	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7	F8	
心神喪失	6 (60.0)	7 (38.9)	104 (64.2)	10 (43.5)	0 (0.0)	1 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	129 (57.3)
心神耗弱	4 (40.0)	9 (50.0)	54 (33.3)	13 (56.5)	1 (50.0)	2 (66.7)	5 (83.3)	1 (100.0)	89 (39.6)
心神喪失または 心神耗弱	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.9)
心神喪失・心神 耗弱の否定	0 (0.0)	2 (11.1)	1 (0.6)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (17.8)
不明	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
合計	10 (100.0)	18 (100.0)	162 (100.0)	23 (100.0)	2 (100.0)	3 (100.0)	6 (100.0)	1 (100.0)	225 (100.0)

次に、専門家よる処遇決定の判断の関係について述べる。鑑定医と社会復帰調整官における、処遇決定の内容の割合を表 6 に示す。鑑定医が治療必要性鑑定書において、「入院が必要」と述べたものは 43.0%、「通院が必要」と述べたものは 22.0%、入院か通院かを明記していないが、「本法による医療が必要」と述べたものが 15.0%、「本法による医療は不要」と述べたものが 16.0%であった。一方、社会復帰調整官のうち、「入院が必要」と述べたものは 61.3%、「通院が必要」と述べたものは 20.0%、「本法による医療は不要」と述べたものが 5.0%であり、2 群間において優位差が認められた ( $\chi^2(9)=55.963$ 、 $p=0.000$ )。つまり、社会復帰調整官のほうが「入院が望ましい」と判断する可能性が高いことが明らかとなった。

表 6 鑑定医と社会復帰調整官の意見の内容の割合

意見の内容	鑑定医の意見	社会復帰調整官の意見
入院	96 (43.2)	138 (62.2)
通院	48 (21.6)	45 (20.3)
本法による医療必要	36 (16.2)	0 (0.0)
本法による医療不要	33 (14.9)	11 (5.0)
その他	9 (4.1)	28 (12.6)
計	222 (100.0)	222 (100.0)

$\chi^2(12)=59.197$ 、 $p=0.000$

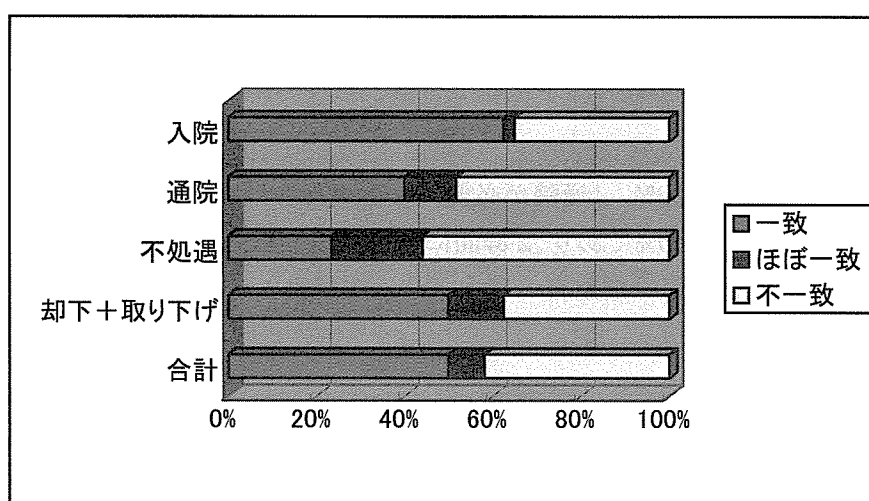
鑑定人と社会復帰調整官における、処遇に関する意見の一致の割合を表 7 に示す(調査、鑑定いずれかが行われなかった 3 例を除く)。鑑定医が入院か通院かを明記せず、「本法による医療が必要」と述べたケースが、入院あるいは通院になった場合は「ほぼ一致」とした。入院ではおおむね一致する割合が高いが、通院や不処遇においては、双方の意見が一致しない割合が増えることが明らかとなった。

表 7 鑑定医と社会復帰調整官の意見の一致の割合

	入院	通院	不処遇	その他	合計
一致	75 (62.5)	24 (40.0)	8 (23.5)	4 (50.0)	111 (50.0)
ほぼ一致	3 (2.5)	7 (11.7)	7 (20.6)	1 (12.5)	18 (8.1)
不一致	42 (35.0)	29 (48.3)	19 (55.9)	3 (37.5)	93 (41.9)
合計	120 (100.0)	60 (100.0)	34 (100.0)	8 (100.0)	222 (100.0)

$\chi^2(6)=25.608$ 、 $p=0.000$

図1 鑑定医と社会復帰調整官の意見の一致の割合



決定内容と鑑定医、社会復帰調整官との意見の一致の関係を表8に示す。決定内容が鑑定医、社会復帰調整官の意見と一致したものは、ほぼ一致したものと含めると、約半数に達した。また、決定内容が鑑定医の意見と一致、ほぼ一致したものは24.4%で、社会復帰調整官の意見のみと一致したものは9.9%、鑑定医と社会復帰調整官の意見は一致したが、決定内容とは異なっていたものもあり、3.2%であった。三者の意見が不一致であったケースも7.5%存在した。

入院決定のほうが、他の決定内容よりも、鑑定医、社会復帰調整官の意見と決定内容が一致する割合が高かった。

表8 鑑定医、社会復帰調整官の意見と決定内容との関係

決定内容と鑑定医、調整官との意見の一致	入院	通院	不処遇	却下	取り下げ	合計
鑑定医、調整官の意見双方と一致	74 (61.7)	18 (30.0)	6 (17.6)	1 (14.3)	0 (0.0)	99 (44.6)
鑑定医、調整官の意見双方とほぼ一致	21 (17.5)	2 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (10.4)
鑑定医の意見とのみ一致	12 (10.0)	18 (30.0)	17 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	47 (21.2)
鑑定医の意見とのみほぼ一致	2 (1.7)	5 (8.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (3.2)
調整官の意見とのみ一致	10 (8.3)	7 (11.7)	4 (11.8)	1 (14.3)	0 (0.0)	22 (9.9)
調整官の意見=鑑定医意見だが決定内容と不一致	0 (0.0)	3 (5.0)	2 (5.9)	1 (14.3)	1 (100.0)	7 (3.2)
三者不一致	1 (0.8)	7 (11.7)	5 (14.7)	4 (57.1)	0 (0.0)	17 (7.5)
合計	120 (100.0)	60 (100.0)	34 (100.0)	7 (100.0)	1 (100.0)	222 (100.0)

#### D. 考 察

##### 1. 診断名別

診断名別にみると、F2（統合失調症）が最も多く、7割を占めていた。これは施行当初の予測と一致する知見である。ついでF3（気分障害）が23%、F1（物質関連障害）が8%を占めた。診断と決定内容との関係をみると、入院決定となる割合が最も高かつ

たのは F2 (統合失調症圏) で、ついで F3 (気分障害) であった。F4 (神経症)、F6 (人格障害)、F7 (精神遅滞)、F8 (発達障害) は不処遇となる割合が高かった。これらは医療必要性判定の 3 要件のうち、「治療可能性の乏しさ」を理由とし、不処遇決定が下されていた。今回は主診断のみ取り上げたが、重複診断を有するものも 47 例 (20.9%) 存在する。今後は併存疾患との決定内容との関連についても調査していく予定である。

## 2. 罪種別

罪種別に見ると、殺人、殺人未遂が 27% と高い割合であったが、最も多いのは傷害 (38%) であった。傷害に関しては法 33 条 3 項において、軽い障害については申し立てをしないことができると規定されているが、実際には軽い障害のものも多く含まれていた。また、罪種と決定内容の間に優位差が認められなかったことから、罪種に基づく他害性の軸に加え、障害の程度という軸によって審判対象者が選択されていることが予測される。

## 3. 責任能力の認定

審判において、225 例中 129 例 (57.3%) が心神喪失と認定されていた。平成 16 年度犯罪白書では、検察段階における心神喪失認定数と心神耗弱認定数の比を、裁判段階でのそれと比較してみると、前者では 324 : 280 であるのに対し、後者では、3 : 148 である。検察段階と裁判段階での心神喪失認定率にみられるこの大きな差については、一部は、事件後間もない検察段階のほうが、より重症の精神障害者を対象とすることから説明可能であろう。しかし、その差のより大きな理由は、わが国が触法精神障害者に対する責任ある処遇制度を欠く中で、検察と裁判の二段階において別個に処遇判定してきたことによると考えられる。

また、検察段階で不起訴となり、審判において心神喪失、心神耗弱を否定されたものは全例却下となっている。これは、裁判官のほうがより厳しい判定を下していることが予測される。さらに、心神喪失と認定されたものの方がそれ以外の責任能力認定をされたものよりも入院決定が下される割合が高いことが明らかとなった。これは、医療必要性判定の 3 要件のひとつである「疾病性」が責任能力判断に影響を及ぼしたものと考えられる。診断名別責任能力をみると、やはり F2 において心神喪失と判定される割合が高かった。F7 で心神喪失とされた 1 例の診断は「妄想性人格障害」であり、より疾病性を有するものであったことが予測される。

## 4. 専門家による意見の一致について

表 7、8、図 1 は、鑑定人と社会復帰調整官の間で述べられた、処遇に関する意見と決定内容との関係について調べたものである。結果から、鑑定医よりも社会復帰調整官のほうが、「入院が適当」という意見を述べる傾向にあることが明らかとなった。鑑定医、社会復帰調整官はそれぞれ異なった視点から鑑定、調査を行っていることから、双方の意見が異なってくる可能性はある。しかし、精神症状は治療によって容易に変化するものであるが、環境調整はケースによっては困難な場合が多く、社会復帰調整官はどうしても保守的な意見を述べざるを得ないのかもしれない。また、入院の決定においては

意見が一致しやすいが、それ以外の処遇については意見が分かれる可能性が高いことが示唆された。医療必要性判定の3要件を満たした場合、「要入院」と判断することは容易であるが、満たすかどうかの判断に難渋する場合や、現在のところ整備中である指定入院医療機関、指定通院医療機関が遠方であるなどの問題が生じた場合、鑑定医、社会復帰調整官の間において、処遇意見が一致しなかったことが予測される。現在、指定入院医療機関、指定通院医療機関は施行当初よりも増加しており、処遇の決定については今後の変化が見込まれる。

また、医療必要性判定の基準は共通評価項目、鑑定ガイドライン、司法精神医療等人材養成研修会企画委員会の合意文書などにおいて示されているが、診断や症状によってはまだあいまいな部分があり、今後の検討を要することが示唆される。また、鑑定、調査から審判までの間に環境調整が行われ、審判時点において、調査時に考えられた処遇より緩い処遇決定がなされていたケースも存在したため、意見の不一致が生じた可能性も考えられる。今後は、さらに調査を進め、諸専門家の見解、論点を整理し、専門領域間のコンセンサス作成につなげていく予定である。

#### D. 健康危険情報

なし

#### E. 研究発表

## 他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究

分担研究者 岩成 秀夫 神奈川県立精神医療センター芹香病院長

### 研究要旨

3年間の研究の初年度に当たる平成18年度は、1) 通院処遇の実態調査を実施して、医療観察法の実施から1年半程度が経過した通院処遇の現状について把握することを主要なテーマとし、現場にかなりの困惑と混乱をもたらしている2つの問題、2) 通院処遇中の精神保健福祉法による入院と3) 現場から見た通院処遇判断の適切性、について事例研究も含めて検討を行った。また入院処遇に比較してマンパワー等への手当てが格段に少ない通院医療を実施するに際して、指定通院医療機関の負担状況を把握するため4) 指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査を行った。

まず通院処遇の実態調査であるが、現に通院係属中の事例を対象とし、全国53ヶ所の保護観察所及びその支部の協力を得て通院処遇アンケート調査を実施した。調査日は平成19年1月15日に設定したが、116人の事例について調査票を回収できた。法務省保護局の集計では、平成18年12月末の通院係属中の対象者は全国で122人であったことなどから、調査日時点の通院係属中の対象者は130人弱と推計されるので、アンケート調査回収率は約90%ということになる。

その結果の概要であるが、保護観察所別の通院係属者数は、ほぼ人口に見合う数字になっているが、一部に相当多い地区もあり地区ごとの判断や事情の相違が覗かれた。また当初審判により直接通院決定された対象者（直接通院）は84人（72%）、入院処遇から退院決定され通院処遇に移行した対象者（移行通院）は32人（28%）であり、入院処遇からの移行も増加していた。通院開始時に精神保健福祉法の入院なしで対応できた者の割合が、直接通院で58%（49人）であったが、移行通院では87%（28人）に増加していた。しかし移行通院でも、様々な理由で精神保健福祉法の入院から開始されたものが4人（13%）存在した。

通院処遇中の精神保健福祉法による入院について、調査日時点で入院中の事例は全体で16人（14%）であり、通院処遇開始以後過去に利用した事例も含めると41人（36%）であった。通院処遇の入り口別に見ると、直接通院34人（42%）、移行通院7人（22%）であり直接通院が多いことが分かる。通院処遇中の精神保健福祉法の入院は法的に認められているものであるが、当初は病状の悪化等による一時的な入院の際に利用されることが想定されていた。しかし医療観察法施行後の状況は、様々な場合に精神保健福祉法の入院が利用されていることが判明した。しかも少数例ではあるが、当面退院の目途すら立たない事例も発生してきている。このような状況は医療観察法の根幹に関わる事態であり、引き続き適切な処遇のあり方について検討していく必要がある。

現場から見た通院処遇判断の適切性についてであるが、これは審判に関わる問題ともいえる。当初審判や退院申立てにおける審判で、通院処遇の適切性を十分吟味して判断されているのか疑問に感じる事例が通院処遇とされて、現場に困惑と混乱をもたらしている状況が少なからず報告されている。通院処遇を適切に行うため、少なくとも対象者には、病識や治療必要性

の理解、内省や洞察、衝動のコントロールなどの課題についてある程度達成されている必要がある。それが不十分なまま通院処遇が開始されたり、入院処遇において治療反応性がないという理由で通院処遇に移行させたりする決定がなされると、精神保健福祉法の医療保護入院にされたまま退院の目途も立たない事態が発生することになる。

最後に指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査を、パイロット・スタディとして分担研究協力者の所属する 7 指定通院医療機関において、13 名の対象者に関わっている 46 名の関係職種に対して実施した。各医療機関の対象者は 1~2 名がほとんどであり、体制作りも進めながらひとつずつ取り組んでいるという印象であった。ごく単純な平均時間であるが、1 日に各病院で 2 時間程度、各職種においては 40 分程度が、対象者 1 名に関わっている時間として算出された。しかし当然ながら今後、通院対象者は増えていくわけであり、その動きはある日ドラスティックに進む可能性も否定できない。今から通院処遇（地域処遇）にマンパワーや財源を向ける具体的な対策を考えて進めていく必要がある。

#### 研究班員（五十音順）

吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）

佐藤三四郎（埼玉県立精神保健福祉センター）  
鶴見隆彦（法務省横浜保護観察所）

中嶋正人（国立病院機構花巻病院）

#### 研究協力者（五十音順）

浅野 誠（千葉県精神科医療センター）

野口博文（国立精神・神経センター精神保健研究所）

荒井澄子（東京都南多摩保健所）

原澤祐子（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

石井利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

平林直次（国立精神・神経センター武蔵病院）

伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）

深谷 裕（国立精神・神経センター精神保健研究所）

伊藤久雄（東京都立松沢病院）

三澤孝夫（国立精神・神経センター武蔵病院）

岩間久行（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

岩本真美（法務省水戸保護観察所）

美濃由紀子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

上野容子（東京家政大学）

茂木健一（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

岡江 晃（京都府立洛南病院）

籠本孝雄（大阪府立精神医療センター）

八木 深（国立病院機構東尾張病院）

葛山秀則（兵庫県立光風病院）

香山明美（宮城県立精神医療センター）

安井弘美（大阪府立精神医療センター）

川副泰成（国保旭中央病院）

山本哲裕（国立病院機構東尾張病院）

桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）

分島 徹（東京都立松沢病院）

小高 晃（宮城県立精神医療センター）

佐賀大一郎（法務省東京保護観察所八王子支部）

## A. 研究目的

平成 17 年 7 月 15 日に医療観察法が施行されてから 1 年以上が経過したが、当初審判での通院処遇が予想以上に発生していることや、入院処遇から通院処遇への移行も順次増加をしており、通院処遇の重要性がここに来てますます増大してきている。そのため通院処遇の実態を調査して、まずは通院処遇の現状をできるだけ正確に把握するとともに、問題点や課題を整理して、より適切な通院処遇の提供を目指していかなければならない。

また通院処遇中であるにもかかわらず精神保健福祉法による入院を行っている事例が少なからず発生していることが昨年度の調査でも判明している。今年度はその傾向がどのように推移しているか、前記アンケート調査の結果を示すとともに、この通院処遇中の精神保健福祉法による入院についてさまざまな角度から検討を行い、整合性のある位置付けを提示する必要があると考える。

精神保健福祉法の入院を多用せざるを得ない理由のひとつに、審判での通院処遇の判断が適切であったかという問題も指摘されている。これは審判における医療観察法医療の必要性の判断にかかわる問題であるが、通院処遇の現場でどのような困難を感じているかという視点からのフィードバックも大切である。そのため幾つかの事例の検討を通して現場からみた通院処遇判断の適切性の検討を行った。

入院処遇に比べて通院処遇への人員や予算面の措置は現状では格段に少ない状況であり、その分指定通院医療機関への負担が大きくなっているという声が各地で聞かれるようになった。そのため指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査を実施して、どの程度の負担が現実にあるか把握することとした。単に時間の調査だけで負担の状況を把握できるのかという点、誰をあるいはどの職種を対象にして調査を行うことが妥当であるかなど、まだ検討すべき部分もあるので、今年度は研究協力者の所属する指定通院医療機関のみを対象にパイロット・スタディの形で調査を実施することにした。

## B. 研究方法

### 1. 通院処遇の実態調査

調査日を平成 19 年 1 月 15 日に設定して、アンケート調査の形で通院処遇の実態調査を行った。医療観察法の申立てから処遇の終了まで、一貫して関わり続けるのは保護観察所の社会復帰調整官であるので、法務省保護局の協力を得て全国の保護観察所に協力要請を行っていただき社会復帰調整官に回答してもらう方式とした。指定通院医療機関については、今年度は同様のアンケート調査が他の研究班から行われていることもあり、実施しなかった。そのため調査結果は、社会復帰調整官からみた通院処遇の実態という側面が反映される項目もあると思われるので、解釈においてはその点への考慮が必要になる。

全国 53 ヶ所の保護観察所とその支部に、依頼状のほか「医療観察法通院処遇アンケート調査実施手順等について」（資料 1）、「医療観察法通院処遇アンケート調査票 A（平成 18 年度版）」（資料 2）及び「医療観察法通院処遇アンケート調査票 B（平成 18 年度版）」（資料 3）を配布した。アンケート調査票 A は個別対象者ごとに 1 部回答、調査票 B は保護観察所またはその支部ごとに 1 部回答し返送してもらう方式をとった。集計分析は調査者である分担研究者の責任において行った。



## 2. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院の検討

前章の通院処遇アンケート調査において関係項目の集計分析結果を精査するとともに、分担研究会議において精神保健福祉法による入院について、法的側面、医療的側面及び対象者の視点など様々な角度から検討を行った。

## 3. 現場から見た通院処遇判断の適切性の検討

現場に困惑と混乱をもたらしている大きな要因の1つが、通院処遇の現場を正しく理解して通院処遇の決定がなされているかという問題がある。これは医療観察制度の成否にもかかわる重要な問題である。これについては分担研究会議において問題となる事例を報告して協議するとともに、審判における判断基準や、通院処遇体制の整備不足に関わる問題点などを踏まえながら検討した。

## 4. 指定通院医療機関における通院医療に要する時間の調査

指定通院医療機関にとって通院対象者を受け入れることは、現在の体制ではかなりの負担になるという声が出ている。そのため指定通院医療機関の通院医療に関わっている職員を対象にして通院医療に要する時間の調査を行った。しかし提供する医療サービスを削減すれば時間の負担は減少するわけであるから、医療観察法の通院医療として必要な医療サービスを適切に提供しているかどうかについても点検が必要である。ただし、どのような状態の対象者には、どの程度の医療サービスを提供すべきであるかについては明確に定まったものはない。そのような点を考慮して、今年度はパイロット・スタディとして、分担研究協力者の所属する指定通院医療機関のみを対象として調査を実施した。

対象の指定通院医療機関に依頼状のほか、「医療観察法通院処遇タイムスタディ調査票記入の手引き」と「タイムスタディ調査票」を配布し、通院対象者を担当している全ての多職種チームのメンバー全員が、通院医療に要した時間を小項目に分類して記入する方式とした。調査期間は平成19年1月29日から同年2月12日までの2週間を設定した。集計分析は分担研究者の責任の下、本研究テーマの担当者（石井）が行った。

（倫理面への配慮）

事例を紹介する場合は、研究班全体の考え方に従い、個人情報保護の観点から匿名化に十分な注意を払った。またアンケート調査に関しても、調査項目から個人情報が特定される可能性のある項目は全て除外した。

## C. 研究結果及び考察

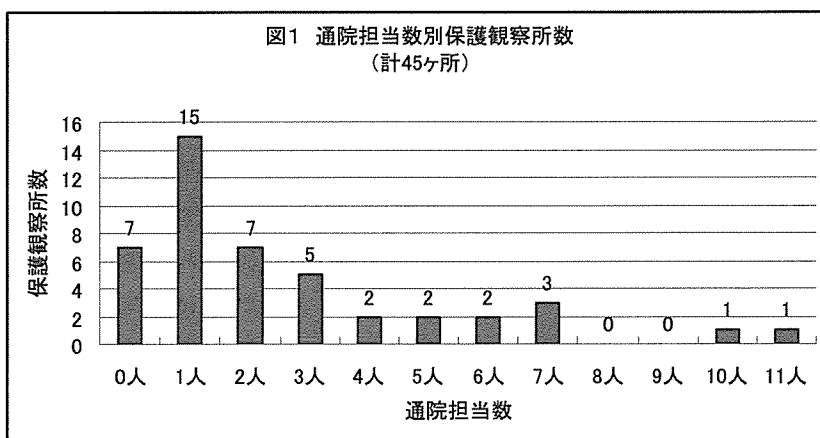
### 1. 通院処遇の実態調査

#### 1) アンケート回収状況と集計結果

全国53ヶ所の保護観察所並びにその支部に調査票を配布し、通院対象者116人分の調査票Aと45カ所の保護観察所から調査票Bを回収することができた。法務省保護局の集計では平成18年12月末日の通院係属中の対象者数は全国で122人であったので、この1年間に通院対象者が約100人増加したこ

とを考慮すると、平成19年1月15日の調査日時点の通院対象者は全国で130人弱と推計される。すなわち調査票Aの回収率は約90%ということになるので、その結果は通院対象者の傾向をほぼそのまま反映しているものと考えられる。また調査票Bの回収率は85%であったが、通院対象者の発生がなかった保護観察所においては回答されなかった場合もあるのではないかとと思われる。

通院対象者の担当数別にみた保護観察所数をみると、図表1のような結果であった。多くの保護観察所では概ね管轄内の人口に見合った対象者の受け入れを行っていたが、2つの保護観察所においては、抜きん出て通院担当数が多かった。それらの保護観察所の管内で医療観察法の対象者が多かったということもあろうが、入院処遇と通院処遇の判断基準や地域の事情が他と異なっている可能性もある。



11人の通院担当数のX保護観察所管内と10人を担当するY保護観察所管内の大きな違いは、通院開始時の対応であった。Xでは11人中9人が精神保健福祉法による入院で開始されているのに対し、Yでは10人全員が精神保健福祉法の入院なしで通院医療を開始されていた。その理由として、Yでは指定通院医療機関付設の社会復帰施設等での通院対象者の受け入れが良好であり、デイケアやデイナイトケアの回数を多くして対応できている状況がうかがわれた。また通院処遇中の精神保健福祉法による入院についての考え方が、Xでは「医療観察法で可能とされているので必要なら自由に行って良い」という考え方であるのに対し、Yでは「円滑な通院処遇と社会復帰を目的として短期間に限定するならば行って良い」と異なっていることも一因かもしれない。ともあれ同じように通院対象者を多く抱える2つの保護観察所管内の間でも考え方や地域の事情が相当異なるものと思われた。

表1 通院担当数別保護観察所数

通院担当数	保護観察所数	%
0人	7	15.6
1人	15	33.3
2人	7	15.6
3人	5	11.1
4人	2	4.4
5人	2	4.4
6人	2	4.4
7人	3	6.7
8人	0	0.0
9人	0	0.0
10人	1	2.2
11人	1	2.2
計	45	100.0

今回の通院処遇アンケート調査の調査票Aの集計結果は、図A1～25、図B1～25、図C1～25にまとめて示してある。図Aの系列は全体(計116人)の結果であり、当初審判で直接通院処遇になった直接通院群と、入院処遇から退院決定し通院処遇に移行した移行通院群を対比するために、図Bの系列は直接通院群(計84人)、図Cの系列は移行通院群(計32人)の結果としている。それぞれの図において総計が116人、84人、32人に満たない場合は、データに欠落があるためであり、その点を考慮して図を見ていただきたい。

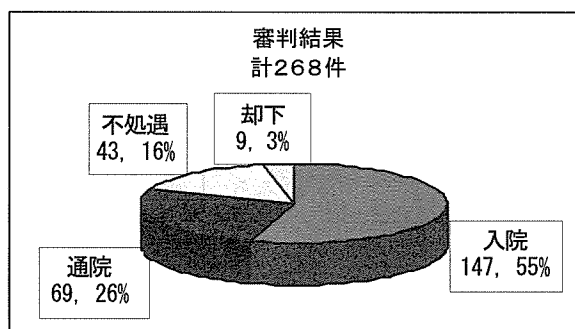
## 2) 通院対象者のバックグラウンド

ここでは1.性別、2.年齢、3.家族状況、4.住居状況、5.経済状況、6.重大な他害行為の種類、7.過去の犯罪歴、8-1.粗暴傾向、8-2.性的逸脱傾向、9-1.精神科主病名、9-2.精神科副病名、10.事件前5年間精神科治療歴について述べる。

まず性別（図 A1、B1、C1）では、移行通院群が増加するに従い男性の割合が高くなっており、調査時点では全体で男性 77 人（66%）、女性 39 人（34%）であった。ちょうど 2 対 1 という割合である。

図 2 は医療観察法施行後 1 年が経過した平成 18 年 7 月 14 日時点で審判結果が判明している対象者 268 人について、その決定結果の分布を示したものである。入院決定と通院決定の割合はほぼ 2 対 1 になっていることがわかる。ここから推測すれば今後入院処遇からの移行はさらに増加し、通院処遇における移行通院群の割合は増えると思われるので、男性の比率もさらに増してくることが考えられる。年齢（図 A2、B2、C2）については、基本的には 30 代をピークとしてほぼ 1 峰性の山型を呈しているが、60 代のみは直接通院 10 人に対し、移行通院は 0 人と対照的であった。

図 2 医療観察法施行後 1 年間の審判結果



生活状態を反映する家族状況、住居状況、経済状況であるが（図 A3~5、図 B3~5、図 C3~5）、家族状況では全体としては家族と同居が 75 人（65%）、家族と別居が 17 人（15%）そして単身が 22 人（19%）という割合であった。これを直接通院群と移行通院群と比較すると、直接通院では家族と同居が 60 人（71%）を占めるのに対し、家族と別居と単身を合わせても 23 人（28%）に過ぎなかった。一方、移行通院では家族と同居は 15 人（48%）と半数にも満たず、家族と別居と単身を足すと 16 人（52%）に達していた。家族が身近で支えることが通院処遇の大きなサポートになることがうかがわれる結果であった。事件直前の住居状況については、全体では自家が 60 人（52%）と最も多く、次いで民間賃貸住宅 32 人（28%）、公共賃貸住宅 13 人（11%）の順であったが、直接通院群と移行通院群とではそれほど意味のある差はなかった。事件直前の対象者の収入から判断した経済状況に関しては、全体で無職・自活不可が 40 人（35%）と多く、無職・自活可 33 人（28%）、生活保護 23 人（20%）、有職・自活可 10 人（9%）が続いていた。無職・自活可と生活保護の割合は直接通院でも移行通院でも大差ないのに比較し、有職・自活可は直接通院で 9 人（11%）に対し、移行通院では 1 人（3%）と低下し、無職・自活不可が直接通院 25 人（30%）に対し、移行通院では 15 人（47%）と大幅に増加していた。理由はいろいろあるだろうが、経済的困窮が入院処遇に一定の関連を有することが推測される。

他害行為に関連する項目としては、重大な他害行為の種類、過去の犯罪歴、粗暴傾向、性的逸脱傾向の 4 つがあげられる（図 A6~8-2、図 B6~8-2、図 C6~8-2）。重大な他害行為の種類としては放火が 38 人（32%）と最も多かった。これは直接通院でも移行通院でもほぼ同様の結果であった。また殺人と強盗は移行通院の方がそれぞれ 13%ずつと直接通院より多く、逆に 1 ヶ月未満の傷害は、直接通院 25% に対し移行通院 13%であり、直接通院に多かった。過去の犯罪歴では、全体としては重大な他害行為あ

りが18人(16%)、重大でない他害行為ありが23人(20%)、他害行為なしが71人(63%)という割合であった。これは直接通院群でも移行通院群でもほぼ同様の結果であった。事件前5年間の行動傾向では、全体として粗暴傾向ありは41人(37%)、粗暴傾向なしが60人(53%)、どちらともいえないが11人(10%)であった。また性的逸脱傾向は、あり6人(5%)、なし98人(88%)、どちらともいえない8人(7%)であった。これらも直接通院群と移行通院群とでは大差はなかった。

精神科主病名、精神科副病名、事件前5年間精神科治療歴の結果は以下の通りである(図A9-1~A10、図B9-1~B10、図C9-1~C10)。主病名では全体として統合失調症圏が75人(65%)と最も多く、次いで精神作用物質性障害と気分障害が14人(12%)ずつで並び、器質性精神障害が6人(5%)であった。これを直接通院と移行通院で比較すると、統合失調症圏とそれ以外に分けたとき、直接通院で51%対41%なのに、移行通院では82%対12%と圧倒的に統合失調症圏に偏っていた。一方、副病名で見ると、直接通院では精神遅滞が45%と多く、心理的発達障害は0%、人格行動障害は13%と比較的少なかった。それに対し移行通院では精神遅滞は29%とやや少なくなり、心理的発達障害14%、人格行動障害29%と増加していた。これを要するに、直接通院群では主病名で統合失調症以外も比較的多く、精神遅滞の合併は直接通院が決定されることが多いようである。一方、移行通院では統合失調症圏が主であるが、心理的発達障害や人格行動障害などの問題を抱える事例が一定程度存在すると考えられた。事件前5年間の精神科治療歴では、直接通院も移行通院も大差なく、全体で入院歴ありが41人(36%)、通院歴のみが35人(32%)、治療歴なしも35人(32%)であった。過去に何らかの精神科治療歴がある者が76人(68%)を占めていることは、一般の精神科医療のフォローアップ体制が十分とはいえないことを示唆する数字かもしれない。

### 3) 通院処遇開始時の対応

この項では通院処遇が開始されたときの対応に関連する項目、11-1 通院処遇の経緯、11-2 調査時点での通院医療のステージ、12. 通院決定の理由、13. 通院開始時の対応、14. 精神保健福祉法の入院なしで通院を開始した場合の状況、15. 精神保健福祉法の入院で通院処遇を開始した理由、16. 精神保健福祉法の入院形態、17. 精神保健福祉法の入院の場合の入院施設についての調査結果を報告する(図A11-1~17、図B11-1~17、図C11-1~17)。

まず通院処遇の経緯については、前述したように、当初審判で直接通院決定された直接通院群が84人(72%)、入院処遇から退院決定され通院処遇に移行した移行通院群が32人(28%)であり、医療観察法の医療が進行するにつれ、入院処遇からの移行通院群が増えてきている。調査時点での通院医療のステージについては、全体で前期が56人(54%)、中期が33人(32%)、後期が5人(5%)という割合であった。通院処遇は原則3年で終了することになっているが、すでに5人は後期通院医療に移行しているという結果であった。一方、ステージ分類が困難な事例も9人(9%)存在したが、精神障害の種類などから回復過程を明確にステージ分類することが困難な事例も含まれるので当然の結果であろう。通院決定の理由(複数回答可)に関しては、全体で疾病性軽減98人(59%)、社会復帰阻害要因軽減48人(29%)、合議体で意見不一致7人(4%)、不明・その他14人(8%)という結果であった。合議体で意見不一致の7人はすべて直接通院であること、入院処遇で治療反応性がないという理由で通院処遇が決定された者が2人、指定入院医療機関が遠隔地であるという理由で通院処遇となった者が3人い