

200905024A

厚生労働科学研究費補助金  
厚生労働科学特別研究事業

# 医療観察法導入後における 触法精神障害者への対応に関する研究

平成21年度 総括・分担研究報告書

---

主任研究者 吉 住 昭

平成22（2010）年3月

# 目 次

## I. 総括研究報告

医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究 .....	1
吉住 昭	

## II. 分担研究報告

1. 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の 現状に関する研究 .....	9
吉住 昭、尾島 俊之、野田 龍也、島田 達洋、山本 智一、入野 康 山下 俊幸、小高 晃、小泉 典章、瀬戸 秀文	
2. 医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する研究 .....	45
吉住 昭、尾島 俊之、野田 龍也、島田 達洋、山本 智一、入野 康 山下 俊幸、小高 晃、小泉 典章、瀬戸 秀文	
3. 触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究 .....	61
竹島 正、小山明日香、立森 久照、金田一正史、小泉 典章、松本 俊彦	

## 資 料

資料-1 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の 現状に関する研究 .....	83
資料-2 医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する研究 .....	115
資料-3 触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究 .....	122

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	129
---------------------------	-----

# 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究  
総括研究報告書

主任研究者 吉住 昭（国立病院機構 花巻病院）

## 研究要旨

本研究の目的は、触法精神障害者について、医療観察法が施行されているなか精神保健福祉法による措置入院制度が適切に運用されているかどうか、医療観察法と精神保健福祉法との役割分担が適切に行われているかどうかを明らかにするものであり、こうした実態に基づいて現行制度下における触法精神障害者の適切な処遇のあり方を示すことである。そのために、「医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に検察官通報に関する研究」「医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する研究」「触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究」の 3 つの研究を実施した。

### 「医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に検察官通報に関する研究」

41 都道府県から 873 例、13 政令指定都市から 183 例、計 1056 例の事例について分析を行い、あわせて前回 2000 年度に行った調査と比較した。ちなみに前回の調査では 56 の都道府県・政令指定都市からの 720 例について詳細な分析を行った。医療観察法の施行を考慮すると、重大な他害行為を行った事例は、医療観察法の申し立てが行われることで、措置通報件数は減少すると思われたが、現実には増加していた。また、年齢は変化なかったが、やや女性の比率が増加していた。措置診察は 588 例（55.7%）で実施され、今回、診察不要が増えていた。措置診察の結果、措置不要 148 例（14.0%）、要措置 440 例（41.7%）であった。

措置診察を受けたものの診断は、F1：精神作用物質障害 62 例（10.5%）、F2：統合失調症等 390 例（66.3%）、F3：気分障害 35 例（6.0%）などで、診断については、前回と今回でおおむね変化ないが、F8 が増加し、その他が減少していた。これは近年、発達障害が注目されたことによる影響も受けていると思われた。その他の減少は、措置入院に関する診断書に ICD-10 コード記入欄が追加されたことが影響していると思われた。措置入院期間は  $98.7 \pm 95.8$  日、措置入院後 180 日目の入院継続率 13.9%、入院継続率が 50% となるのは 67 日であった。前回は他害行為が重大か広義かで、措置入院期間は重大なほど延長していたが、今回、措置入院期間は短縮し、両群間に差異はみられなくなっていた。

診察要不要、措置要不要、措置解除か否かなどは、地方厚生局の管轄区域別に、その比率が異なっていた。

### 「医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する研究」

18 の指定入院医療機関のうち 17 より回答を得た。医療観察法による入院者 831 例のうち 118 例（14.2%）に精神保健福祉法による入院が認められた。精神保健福祉法入院が選択された事例には、殺人、放火、強姦がやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向が認められた。入院が

用いられる理由は、興奮等、身体合併症治療、判決から確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、通院処遇の危機介入、不処遇後に上級審で決定が覆るなどであった。対象行為直後に精神保健福祉法入院が選択された場合、医療観察法の手続が行われるまでの期間が有意に延長しており、単に病状の問題だけではなく、警察と検察の連携にも問題がある可能性がうかがわれた。また、医療観察法導入前の医療体制を充実させることの必要性も明らかとなった。

「触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究」

56か所の自治体から回答があった（回答率86.2%）。第24条および第26条による通報件数などは著しく増加しており、通報制度の運用の変化が背景にあると考えられた。第25条の通報件数などはあまり増加しておらず、医療観察法と第25条のトリアージが行われるようになった成果と考えられた。医療観察法の地域処遇については、自治体が一定の経験を積みつつあることが明らかになったが、医療観察法の地域処遇と地域精神保健医療福祉との連携については、地域精神保健医療体制の充実強化を前提として、検討すべき課題が残されていると考えられた。また、今回の調査から触法精神障害者の自殺関連行動が少なくないことが明らかになったが、触法精神障害者の処遇は、自殺予防の観点からも再検討が必要と考えられた。

精神保健福祉法や医療観察法の運用において、以上のような問題点や課題があることを踏まえた上で、法を運用していくことが必要である。さらに、今後も措置入院制度については、その実態をモニタリングしていくことが重要であり、そのことが、医療観察法施行の際目的の一つとされた、措置入院を含む一般精神科医療の質の向上に寄与できると考えられる。

- 分担研究者 吉住 昭（国立病院機構 花巻病院）  
竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）
- 研究協力者（順不同）
- 尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学）  
野田 龍也（浜松医科大学健康社会医学）  
島田 達洋（栃木県立岡本台病院）  
山本 智一（長崎県精神医療センター）  
入野 康（国立病院機構 花巻病院）  
山下 俊幸（京都市こころの健康増進センター）  
小高 晃（宮城県立こころの医療センター）  
小泉 典章（長野県精神保健福祉センター）  
瀬戸 秀文（長崎県精神医療センター、  
肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学）  
小山明日香（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
金田一正史（千葉県健康福祉部障害福祉課）  
松本 俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所）

## A. 研究目的

本研究の目的は、触法精神障害者について、医療観察法が施行されているなか精神保健福祉法による措置入院制度が適切に運用されているかどうか、医療観察法と精神保健福祉法との役割分担が適切に行われているかどうかを明らかにするものであり、こうした実態に基づいて現行制度下における触法精神障害者の適切な処遇のあり方を示すことである。

既に触法精神障害者についての措置入院の状況については、マクロ的なデータを示したものはあるが、実際に各都道府県や政令指定都市において措置入院制度がどのように取り扱われているのか示した研究成果はなく、また、措置入院が適切に行われていると考えにくい事例があるとの意見が最近多く聞かれるようになってきたことから、早急に実態を把握し、実態を踏まえた対策が急がれる状況にある。また、触法精神障害者については、医療観察法及び精神保健福祉法の枠組みで対応するため、実態を踏まえた両者の役割分担のあり方を示すことも大変重要なことである。

触法精神障害者にかかる措置入院研究等については、平成13年度「措置入院制度のあり方に関する研究」、平成14、15年度「措置入院制度の適正なあり方に関する研究」、平成16から18年度「措置入院制度の適正な運用と社会復帰に関する研究」、平成19、20年度「措置入院制度の運用実態に関する研究」と研究を進めてきた。その中で、13年度から18年度は、医療観察法施行前の平成12年度の全通報事例の「通報書等」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」「措置入院者の症状消退届」を都道府県・政令指定都市より収集し、通報毎の詳細な分析を行うとともに、措置入院に関するガイドラインを策定した。また平成19、20年度は、措置入院をモニターするための文書管理システムを作成し、文書管理システムについて都道府県主管課に対しアンケート調査を行った。

本研究は、平成13年度の特別研究のデータと比較することにより、触法精神障害者について医療観察法施行前後での措置入院制度の運用を明らかにすることが目的である。また、医療観察法は一般精神医療の底上げを目指すことが法施行時の目的ともなっており、医療観察法が措置入院の運用に変化を及ぼしたか研究を進めることは、その目的が達成されているかの一つの指標になりうる。

## B. 研究方法

上記の目的を達成するため、「医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に検察官通報に関する研究」「医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する研究」「触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究」の3つの研究班を組織した。

「医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に検察官通報に関する研究」では、2008（平成20）年4月1日から2009（平成21）年3月31日までに、全国64すべての都道府県・政令指定都市において、精神保健福祉法第25条（検察官）に基づく通報がなされた事例を対象とした。対象事例について、「検察官通報書」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」ならびに「措置症状消退届」を調査した。具体的には、必要項目について、資料に示した調査票に、記載マニュアルを参照しながら転記してもらう形式で提出を求めた。

「医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する研究」では、全国18の指定入院医療機関に2005（平成17）年7月15日から2009（平成21）年10月31日までの間に医療観察法入院処遇となった全事例を対象に、年齢、性別、診断、対象行為および入院処遇前に精神保健福祉法入院があるかどうかを調査した。また精神保健福祉法入院をしていた事例については、その詳細についても調査した。

「触法精神障害者に対する自治体の対応に関する

る研究」においては、全国の都道府県・政令指定都市（以下、自治体という）の精神保健福祉主管課長あてに「触法精神障害者に対する自治体の対応に関するアンケート調査」を郵送した。アンケートは、精神保健福祉法第24条・第25条・第26条の運用状況、措置入院制度の運用方法、第24条・第25条・第26条における医療観察法の対象行為該当と判断される事例数、自殺企図と判断される事例数、医療観察法の地域処遇事例数と地域精神保健活動の連携などであった。また、このアンケートの中で、1999（平成11）年度から2009（平成21）年度までの自治体の通報件数、27条診察事例数、29条措置入院件数について訊ねた。

研究に際しては、対象者の個人情報を守る目的で、氏名や住所等の情報は収集しないこととした調査票を作成し、自治体や指定入院医療機関において必要な事項を転記してもらう方式とした。収集された資料は、責任者のもとで、データ入力期間を除いて、鍵のかかるキャビネット内で管理し、解析終了後は速やかに処分することとした。本研究は、主任研究者が属する独立行政法人国立病院機構花巻病院倫理委員会において審査を受け2009年7月2日に研究実施が承認された。

### C. 研究結果と考察

#### 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に検察官通報に関する研究

41都道府県から873例、13政令指定都市から183例、計1056例（ $44.9 \pm 13.9$ 歳）の事例について分析を行い、あわせて前回2000年度に行った調査（56の都道府県・政令指定都市から720例の分析）と比較した。1056例は、男性873例（ $45.2 \pm 13.9$ 歳）、女性183例（ $43.4 \pm 13.5$ 歳）、男女比は4.8:1であった。医療観察法の施行を考慮すると、重大な他害行為を行った事例は、医療観察法の申し立てが行われることで、措置通報件数は減少すると思われたが、現実には増加し

ていた。また、年齢は変化なかったが、やや女性の比率が増加していた。

事前調査は1013例（95.9%）で実施されていた。

措置診察は588例（55.7%）で実施され、今回、診察不要が増えていた。診察不要468例（44.3%）の転帰は、任意入院24例、医療保護55例、精神科通院90例、医療不要6例、その他95例、欠損値197例で、今回、精神科通院が減少していた。

措置診察の結果、措置不要148例（14.0%）、要措置440例（41.7%）であった。措置不要148例は、任意入院11例、医療保護57例、精神科通院32例、医療不要3例、その他18例、欠損値27例で、今回、医療不要が減少していた。また診断は、F0：器質性精神障害24例（4.1%）、F1：精神作用物質障害62例（10.5%）、F2：統合失調症等390例（66.3%）、F3：気分障害35例（6.0%）、F4：神経症等4例（0.7%）、F6：パーソナリティ障害16例（2.7%）、F7：知的障害12例（2.0%）、F8：発達障害7例（1.2%）、診断なし2例（0.3%）、不一致36例（6.1%）で、今回、F8：発達障害が増加し、その他が減少していた。診断については、前回と今回でおおむね変化ないが、F8が増加し、その他が減少していた。これは近年、発達障害が注目されたことによる影響を受けていると思われた。その他の減少は、措置入院に関する診断書にICD-10コード記入欄が追加されたことが影響していると思われた。

診断と処遇の間では、F1で措置不要、F2で措置解除済、F3、F4、F6では措置不要が多く、F7で180日目での措置入院中が多かった。

措置入院後180日目には、34例（3.2%）が措置入院中であり、406例（38.4%）は措置解除され、今回、措置解除が増加していた。措置解除406例は、任意入院94例、医療保護180例、精神科通院95例、医療不要1例、その他30例、欠損値6例であり、その他のうち具体的な記載があった27例の内訳は、転医7例、医療観察法15例、帰国4例、他科1例であった。

通報時の他害行為の内容と処遇の関係では、重大な他害行為で診察不要が少なく、措置入院後180日目で措置入院中が多かった。一方、広義の触法行為では診察不要が多く、措置入院中が少なくなっていた。ただ措置入院期間は重大な他害行為と広義の触法行為で差はみられなかった。これについては、重大な他害行為の大部分を傷害がしめており、その軽重も含めて今後の検討課題と思われる。

措置入院期間は  $98.7 \pm 95.8$  日、措置入院後180日目の入院継続率13.9%、入院継続率が50%となるのは67日であった。今回は他害行為が重大か広義かで、措置入院期間は重大なほど延長していたが、今回、措置入院期間が短縮し、両群間に差異はみられなくなっていた。

地方厚生局の管轄区域別には、北海道東北では診察不要が多く、措置解除済が少なかった。関東信越では措置解除済が多かった。東海北陸では診察不要と措置入院中が多く、措置解除済が少なかった。近畿では診察不要が少なく、措置不要が多かった。中国四国と九州では診察不要が少なく、九州で措置解除済が多かった。入院期間では、東海北陸が、東海北陸は北海道東北、関東信越、近畿、中国四国より長く、九州も関東信越や近畿より長かった。これらの評価に際しては患者の病状に加え、地域の医療資源や治療文化、さらに社会的要因等の影響を考慮する必要がある。

#### 医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する研究

17の指定入院医療機関から831例 ( $42.6 \pm 13.3$  歳、男性653例、女性157例、性別未記載21例)の回答が得られ、そのうち精神保健福祉法入院が認められたのは118例(全体の14.2%)に120回であった。これらの診断はF0器質性精神障害3例、F1精神作用物質使用障害8例、F2統合失調症等94例、F3気分障害4例、F4神経症性障害1例、F6人格障害1例、

F7精神遅滞1例、F8発達障害4例、G4：てんかん2例であった。対象行為は、殺人30例、傷害44例、放火34例、強盗2例、強姦4例、強制わいせつ7例であった。年齢、性別、診断では精神保健福祉法入院の有無で有意差は認められなかったが、対象行為では殺人、放火、強姦で精神保健福祉法入院はやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向が認められた。

精神保健福祉法入院が用いられた理由は、興奮等68例、判決確定までの「つなぎ」22例、もともと精神科入院中に対象行為3例、不処遇後に上級審で決定が覆り入院処遇となったものの1例、分類不能26例であった。入院形態は、複数回答で、任意12例、医療保護24例、措置78例、緊急措置13例、応急1例であった。

精神保健福祉法入院期間は、医療観察法鑑定入院までの手続期間をほぼ反映するため、円滑な医療観察法の導入がなされたかどうかについて、対象行為から精神保健福祉法入院までの期間と精神保健福祉法入院期間の関連を検討したところ、「24日以上180日以内」での精神保健福祉法入院期間は15日前後と、すみやかな医療観察法の手続が行われていたが、「翌日まで」、および「2日から23日以内」に精神保健福祉法入院をしていた群は、いずれも精神保健福祉法入院期間は、6ヶ月弱で有意に延長しており、医療観察法の手続が円滑に開始されているとは言いがたかった。検察から入院した事例ではその後の対応も比較的円滑で、医療観察法を視野に置いた運用がなされているようであったが、警察から直接入院した事例では期間が有意に延長しており、問題点を指摘する報告も多かった。また、延長の理由については、書類送検の時期が遅れている、送検後の処理に時間を要しているなどの事情もあるようには推察された。さらに、長期の裁判を経た事例では、当然、治療開始まで時間を有しており、その間の医療を含め改善を求める意見も認められた。



## 触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究

第24条の運用実態では、平成15年度以降の通報件数の推移では第24条は増加傾向にあった。また、平成11年度と平成20年度を比較すると通報は約2倍に、第27条診察事例数、第29条措置入院件数も増加していた。この理由として、対象者が警察官の保護下でない、または身柄を拘束されていない状態での通報が約4割の自治体から報告があるなど、24条通報のあり方の変化、通報対象の拡大の影響が考えられた。また、平成20年4月1日から21年11月30日までの20ヶ月間に通報のあった事例のうち、医療観察法の対象行為該当と判断された事例は55.4%の自治体から報告があった。この理由として、警察の現場における医療観察法の認識、医療観察法の対象行為（放火、強制わいせつ、強姦、殺人、傷害、強盗）における放火、傷害の扱いなどの影響が考えられたが、適正なトリアージを行うためには、現場で経験された問題のフィードバックが重要であろう。平成21年4月1日から11月30日までの8ヶ月間に通報のあった事例のうち、通報時に自殺企図と判断される事例が42.9%の自治体から報告があったことは、自傷他害のおそれのある精神障害者などの処遇は、自殺予防の観点からもとらえる必要があることを示すものと考えられた。

医療観察法の施行は第25条の運用に最も影響を与えたと考えられる。平成15年度以降の通報件数の推移では第25条は、第24条、第26条ほどは増加していなかった。また、平成11年度と平成20年度を比較しても、人口10万に対する通報件数、第27条診察事例数、第29条措置入院件数とも増加していなかった。このことは、医療観察法の整備により、検察官によって医療観察法と精神保健福祉法第25条の間のトリアージが行われるようになったことが関係していると思われる。自治体からあげられた「24条通報により対応したケースであっても、第25条通報される場合がある」という問題点は、措置入院制度の運用上の問題として、どのような事例であるか、検討する必要があると考えられた。第

25条の運用における触法精神障害者の処遇については、拘留中のアルコール依存症対応（医療）などの医療観察法以前からの問題と、医療観察法の申し立ての間に措置入院等対応を求められるなどの医療観察法の制度的問題のふたつが存在すると考えられた。

平成15年度以降の第26条通報は著しく増加していた。また平成11年度と平成20年度の人口10万対通報件数、通報件数、第27条診察事例数、第29条措置入院件数とも増加しており、特に通報件数の増加が著しかった。この背景には「H18.5.23法務省矯正第3373号被収容者の釈放に関する訓令の運用について（依命通達）」の影響が考えられた。自治体の回答からみると、第26条通報への対応に自治体は苦慮している。第26条通報になる者には、発達障害、認知症も含めて、日常生活の自立が困難で、社会からの支援が届きにくい、または孤立しがちな者が多く含まれている可能性があり、単に第26条の適用の有無を論じるだけでなく、社会福祉的な視点の援助についても検討の必要があると考えられた。

医療観察法の地域処遇と地域精神保健福祉活動の連携については、医療観察法の施行から平成21年11月末までの間に地域処遇の実績についての経験があることを報告した自治体は49か所にのぼり、地域処遇の終了を経験した自治体も39か所にのぼることから、医療観察法における地域処遇についての自治体の経験が蓄積されつつあると思われた。その一方で、6か所の自治体からは、地域処遇については保護観察所が対応しており自治体で把握していないことなどを理由に、地域処遇で対応した事例数と終了した事例数については無回答であった。医療観察法では、保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者ならびに都道府県知事および市町村長との間において必要な情報交換を行うなどして協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努めなければならないとされているが地域処遇の事例数を把握していない自治体が1割程度存在したことは、医

療観察法の運用における自治体と保護観察所経験の蓄積を促すという観点から注意が必要と考えられた。

地域処遇期間中の自殺は3件発生しており、自殺死亡率に換算すると、人口10万対500を超える高い数値であった。このことは、触法精神障害者は自殺のハイリスク群でもあることを示唆するものであり、その処遇において自殺予防の観点も重要であることを示すものと考えられた。医療観察法は地域処遇における地域精神保健医療体制との連携の大事な時期を迎えており、地域精神保健医療体制の充実強化を前提として、地域の中で本人のケアマネージャー役を誰が担うか、および関係者・機関の役割分担のコンセンサスを形成していくことが重要と考えられた。

#### D. 結論

1. 2008年度に検察官通報が行われた事例について、その概要を示し、2000年度と比較した。検察官通報件数は増えていたが、診察不要が増加し、措置診察件数の占める割合は減少していた。診察の結果、要措置となる割合は変化がなかった。措置入院期間は短縮し、措置入院後180日目の入院継続率は明らかに減少しており、その要因のひとつとして医療観察法制定の影響も考慮する必要があると思われる。ただ、措置入院期間は短縮しているにもかかわらず、措置解除後の処遇は前回調査とは大差がなく、入院は継続しており、措置入院期間の短縮が総入院期間の短縮となったかは明らかではない。

2. 医療観察法による入院者831例のうち118例(14.2%)に精神保健福祉法入院が認められた。精神保健福祉法入院が選択された事例には、殺人、放火、強姦がやや多く、強盗と強制わいせつでやや少ない傾向が認められた。同法入院が用いられる理由は、興奮等、身体合併症治療、判決から確定までの「つなぎ」、もともと精神科入院中に対象行為、通院処遇の危機介入、不処遇後に上級審で決定が覆るなどであった。対象行為直後に精神保健福祉法入院が選択された場合、医療観察法の手続が行われるまでの期間が有意に延長しており、単に病状の問題だけ

ではなく、警察と検察の連携にも問題がある可能性がうかがわれた。また、医療観察法導入前の医療体制を充実させることの必要性も明らかとなった。

3. 触法精神障害者に対する自治体の対応については、56か所の自治体から回答があった(回答率86.2%)。第24条および第26条による通報件数などは著しく増加しており、通報制度の運用の変化が背景にあると考えられた。第25条の通報件数などはあまり増加しておらず、医療観察法と第25条のトリアージが行われるようになった成果と考えられた。医療観察法の地域処遇については、自治体が一定の経験を積みつつあることが明らかになったが、医療観察法の地域処遇と地域精神保健医療福祉との連携については、地域精神保健医療体制の充実強化を前提として、検討すべき課題が残されていると考えられた。また、今回の調査から触法精神障害者の自殺関連行動が少なくないことが明らかになったが、触法精神障害者の処遇は、自殺予防の観点からも再検討が必要と考えられた。

精神保健福祉法や医療観察法において、以上のような問題点や課題を踏まえ、両法を運用していくことが必要である。さらに、今後も措置入院制度につき、その実態をモニタリングしていくことが重要であり、そのことが、医療観察法施行の際目的の一つとされた一般精神科医療の質の向上に寄与できると考えられる。また、触法精神障害者の問題は、自殺も含め、単に法律の運用の適正化に止まるわけにはいかないニーズを背景に持っていることもあり、社会福祉援助も含めて、その支援のあり方を多角的に検討していく必要があると考えられた。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

# 分担研究報告書

医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく検察官通報の  
現状に関する研究

医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に関する研究

触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）  
医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究  
分担研究報告書

医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に基づく  
検察官通報の現状に関する研究

分担研究者 吉住 昭（独立行政法人国立病院機構 花巻病院）  
研究協力者 竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）  
尾島 俊之（浜松医科大学健康社会医学）  
野田 龍也（浜松医科大学健康社会医学）  
島田 達洋（栃木県立岡本台病院）  
山本 智一（長崎県精神医療センター）  
入野 康（独立行政法人国立病院機構 花巻病院）  
山下 俊幸（京都市こころの健康増進センター）  
小高 晃（宮城県立こころの医療センター）  
小泉 典章（長野県精神保健福祉センター）  
瀬戸 秀文（長崎県精神医療センター、肥前精神医療センター  
臨床研究部社会精神医学） 執筆担当

研究要旨

【目的】措置入院制度は、自傷・他害のおそれが認められた精神障害者を、知事等の命令により入院させる制度である。人権への制約が著しいが、時機を得た適用は危機介入の重要な手段でもあり、適正に運用がなされるべきである。

筆者らは、2000年度の都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用実態を分析し、検察官通報では通報時期や提供資料、事前調査では調査内容が統一されていないこと、措置診察では、指定医の判断はおおむね一致すること、措置通報、要否判断や入院期間での地域差があることなどが明らかとなった。その後、措置入院全体の件数は増加するなどの変化が指摘されていたが、2005年7月15日に医療観察法が本格施行されるなどの事情で、運用動向がさらに変化してきている可能性がある。

こうした点を踏まえ、また医療観察法と精神保健福祉法双方の役割分担のあり方を示すため、今回、再度、措置入院制度の運用実態を分析し、これに基づいて触法精神障害者の適切な処遇のあり方を検討することとした。

【方法】2008年4月1日から2009年3月31日までに、全国64すべての都道府県・政令指定都市において、精神保健福祉法第25条（検察官の通報）に基づく通報がなされた事例を対象とした。対象事例について、「検察官通報書」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」ならびに「措置症状消退届」を調査した。具体的には、事例ごとに、通報日、年齢・性別、事前調査の実施の有無とその内容、措置診察の実施の有無と実施しなかった場合の転帰、措置診察の結果と措置診断書

の内容、措置入院した場合は措置入院日、その措置入院が現在継続されているか解除されているかの区別、措置解除された場合は消退届の内容、措置解除日と転帰、措置入院しなかった場合はその後の転帰について、付録に示した調査票に、記載マニュアルを参照しながら必要事項を転記してもらう形式で、提出を求めた。

#### 【結果】

- ① 41 都道府県から 873 例、13 政令指定都市から 183 例、計 1056 例 (44.9 ± 13.9 歳) の通報例について分析を行った。男性 873 例 (45.2 ± 13.9 歳)、女性 183 例 (43.4 ± 13.5 歳)、男女比は 4.8:1 であった。前回 2000 年度に比して今回、年齢は変化なかったが、やや女性の比率が増加していた。
- ② 事前調査は 1013 例 (95.9%) で実施されていた。
- ③ 措置診察は 588 例 (55.7%) で実施され、今回、診察不要が増えていた。診察不要 468 例 (44.3%) の転帰は、任意入院 24 例、医療保護 55 例、精神科通院 90 例、医療不要 6 例、その他 95 例、欠損値 197 例で、今回、精神科通院が減少していた。
- ④ 措置診察の結果、措置不要 148 例 (14.0%)、要措置 440 例 (41.7%) であった。措置不要 148 例は、任意入院 11 例、医療保護 57 例、精神科通院 32 例、医療不要 3 例、その他 18 例、欠損値 27 例で、今回、医療不要が減少していた。
- ⑤ 措置入院後 180 日目には、34 例 (3.2%) が措置入院中であり、406 例 (38.4%) は措置解除され、今回、措置解除が増加していた。措置解除 406 例は、任意入院 94 例、医療保護 180 例、精神科通院 95 例、医療不要 1 例、その他 30 例、欠損値 6 例であり、その他のうち具体的な記載があった 27 例の内訳は、転医 7 例、医療観察法 15 例、帰国 4 例、他科 1 例であった。
- ⑥ 通報時の他害行為の内容と処遇の関係では、重大な他害行為で診察不要が少なく、措置入院後 180 日目で措置入院中が多かった。一方、広義の触法行為では診察不要が多く、措置入院中が少なくなっていた。ただ措置入院期間は重大な他害行為と広義の触法行為で差はみられなかった。
- ⑦ 診断は、F0: 器質性精神障害 24 例 (4.1%)、F1: 精神作用物質障害 62 例 (10.5%)、F2: 統合失調症等 390 例 (66.3%)、F3: 気分障害 35 例 (6.0%)、F4: 神経症等 4 例 (0.7%)、F6: パーソナリティ障害 16 例 (2.7%)、F7: 知的障害 12 例 (2.0%)、F8: 発達障害 7 例 (1.2%)、診断なし 2 例 (0.3%)、不一致 36 例 (6.1%) で、今回、F8: 発達障害が増加し、その他が減少していた。
- ⑧ 診断と処遇の間では、F1 で措置不要、F2 で措置解除済、F3、F4、F6 では措置不要が多く、F7 で 180 日目での措置入院中が多かった。
- ⑨ 措置入院期間は 98.7 ± 95.8 日、措置入院後 180 日目の入院継続率 13.9%、入院継続率が 50% となるのは 67 日であった。前回は他害行為が重大か広義かで、措置入院期間は重大なほど延長していたが、今回、措置入院期間は短縮し、両群間に差異はみられなくなっていた。
- ⑩ 地方厚生局の管轄区域別には、北海道東北では診察不要が多く、措置解除済が少なかった。関東信越では措置解除済が多かった。東海北陸では診察不要と措置入院中が多く、措置解除済が少なかった。近畿では診察不要が少なく、措置不要が多かった。中国四国と九州では診察不要が少なく、九州で措置解除済が多かった。入院期間では、東海北陸は北海道東北、関東信越、近畿、中国四国より長く、九州も関東信越や近畿より長かった。

【考察】 医療観察法の施行を考慮すると、重大な他害行為を行った事例は、医療観察法の申し立

てが行われることで、措置通報件数は減少すると思われたが、実際には微増していた。その一方で措置診察件数は減少し、また自治体からは、すでに警察官通報で措置入院しているような事例に対する機械的な通報が増えたとのコメントも少なからず寄せられていた。もっとも、このような事例に対しては、診察不要として処理されるなど、合理的な対応もなされていた。

検察官通報での他害行為の内容や、通報に際して鑑定書等が添付されるかどうかは、指定医診察が実施されるかどうかには影響していたが、措置要否の判断や措置入院期間、措置解除されるかどうかには影響は見られなかった。

事前調査に際して、診察不要は全例、精神科入院歴なしの事例であり、逆に精神科入院歴があれば少なくとも指定医診察は行われていたことから、過去の入院歴や措置入院歴は自治体職員が指定診察を行うかどうか判断するのにあたって、少なからず影響していた。

診断は、前回と今回でおおむね変化ないが、F8が増加し、その他が減少していた。これは近年、発達障害が注目されたことにより、診断がなされるようになった影響を受けていると思われた。その他の減少は、このほか、措置入院に関する診断書にICD-10コード記入欄が追加されたことが影響していると思われた。

診断と他害行為の軽重の間には、明確な関係は認められなかったが、処遇との間には、F0、F2、F7のように医療や保護の必要性を呈しやすい事例では、医療や保護がなされるように対処され、また、F1、F3、F6のように逸脱行動に対して、本人の保護を図るだけでなく、結果を本人にフィードバックすることで内省を深めるような治療上の必要性が認められる病態を呈する疾患では、医療や保護を優先せず、むしろ応分の責任を負わせるという対応がなされている可能性が推測され、その病態に応じて適切に対処されているものと思われた。

措置入院期間は前回に比して短縮しており、医療観察法が制定された影響は考慮する必要があると思われた。ただ、この7年間で精神科入院期間は、全般的に短縮していることもあり、入院期間が短縮した要因を考察するに当たっては、単に医療観察法制定の影響だけでなく、それをとりまく精神保健福祉政策、医療政策全般など、種々の要因の影響を受けていると思われた。ただ、他害行為が重大か広義かで、措置入院期間に差はみられなくなっており、重大な他害行為が医療観察法によって処遇されることになり、その影響を慎重に検討する必要がある課題とも思われた。

地域別には、処遇決定、入院期間などに差異は認められたが、これらの評価に際しては患者の病状に加え、地域の医療資源や治療文化、さらに社会的要因等の影響を考慮する必要がある。

なお、この研究結果の解釈にあたっては、資料収集の手順、また基礎となった行政資料の形式が必ずしも統一されていないこと、関係職種の判断基準は日常業務や日常診療の中で慣例的に行われる可能性があること、事例のリスクを直接評価したのではなく関係者が評価した内容であることにとどまること等の制約があることに留意する必要がある。

**【結論】** 2008年度に検察官通報が行われた事例について、その概要を示し、2000年度と比較し、差異が生じた要因について考察を行った。

検察官通報件数は微増していたが、診察不要が増加し、措置診察件数は減少していた。要措置となる割合は変化がなかったが、措置入院期間は短縮し、措置入院後180日目の入院継続率は明らかに減少しており、その要因のひとつとして医療観察法制定の影響も考慮する必要があると思われた。ただ、措置解除後の入院継続は、前回とは大差がなく、その意味で措置解除が早期の退院とは結びついていないことも考慮しておかなければならない。

## A. 研究目的

措置入院制度は、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」という。）に基づき、自傷・他害のおそれが認められた精神障害者を、知事・政令市長の行政処分として、本人の同意にかかわらず、指定病院に入院させる制度である。人権への制約が著しいため、その適用は慎重であるべきであるが、一方で時機を得た適用は地域における危機介入の重要な手段でもあり、適正な運用を確保することは、精神保健福祉において、きわめて重要な事項である。

筆者らは、2001年度の厚生労働科学特別研究費補助金に基づく研究事業を契機に、都道府県・政令指定都市における措置入院制度の運用実態を分析してきた<sup>1-19)</sup>。

結果、検察官通報において通報時期や提供資料が統一されているとは言い難いこと、事前調査では調査内容が自治体ごとに独自の方式で行われていること、措置診察では、指定医の判断はおおむね一致すること、ただし診断や措置要否での不一致は精神保健福祉法が予定した人権確保の方法であるものの、精神医療への信頼という点では問題が生じていること、入院期間で地域差があること、措置解除後に医療保護入院した場合などの動向は把握しづらいことなどが明らかとなった<sup>1-4)</sup>。

その後、措置入院全体の件数も、特に警察官通報で増加するなどの変化が指摘されていた。この中で、触法精神障害者への対応については、2005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」という。）が本格施行されるなど種々の事情が影響し、運用動向が変化してきている可能性がある。

そして、医療観察法附則第4条は、検討等として「政府は、この法律の施行後五年を経過した場合において、この法律の規定の施行の状況について国会に報告するとともに、その状況

について検討を加え、必要があると認めるときは、その検討の結果に基づいて法制の整備その他の所要の措置を講ずるものとする。」と規定している。また同第3条第2項は精神医療等の水準の向上として「政府は、この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。」と規定している。附則第4条の5年後の国会報告等に向けて、医療観察法の対象とならなかった触法精神障害者がどのように処遇されているか、附則第3条第2項の視点からも、精神保健福祉法第25条による検察官通報の状況について、全国的な調査を実施することとした。

この調査により、医療観察法施行前後で、触法精神障害者の他害行為後にかかる対応がどのように変化したか明らかにすることで、医療観察法5年後の国会報告等に関する重要な基礎データを示すこととした。

## B 研究方法

### 1 概要

#### (1) 調査期間

2008年4月1日から2009年3月31日までに、全国64すべての都道府県・政令指定都市において、精神保健福祉法第25条（検察官の通報）に基づく通報がなされた事例を対象とした。

#### (2) 収集した資料

対象事例について、「検察官通報書」「事前調査書」「措置入院に関する診断書」ならびに「措置症状消退届」を調査した。

具体的には、各都道府県・政令指定都市の担当者に、調査票を送付し、記載マニュアルを参照しながら必要事項を転記してもらった形式で、データを収集した。

なお、記載マニュアルと調査票は、この報告書に、資料として添付した。

## 2 集計

### (1) 通報から措置解除までの流れ

まず、事例ごとに、①通報日、②年齢・性別、③事前調査の実施の有無、④措置診察の実施の有無と実施しなかった場合の転帰、⑤措置診察の結果、⑥措置入院した場合は措置入院日、その措置入院が現在継続されているか解除されているかの区別、措置解除された場合はその解除日と転帰、⑦措置入院しなかった場合はその後の転帰を、明らかにした。

### (2) 措置入院期間

措置入院期間は、原則として調査票1ページ目に記載された措置解除日から措置入院日を減じ、措置入院日数を計算した。観察期間は2008年4月1日から2009年10月31日までであり、措置入院中の事例については、2009年11月1日現在の措置入院日数を求めた。この結果、観察期間は最短7ヶ月、最長1年7ヶ月となった。

欠損データは、措置入院日欠損例では、措置症状消退届の措置入院日、措置入院に関する2枚の診断書の診察日のうち新しい日付、通報日の順にあたり、矛盾の生じない日付を推定した。措置解除済例で、措置解除日欠損例は、措置症状消退届の措置解除希望日とし、同欄も空白の場合は、届出日の7日後として求めた。

### (3) 地域の区分

地域別に集計する場合は、表1により、地方厚生局の管轄区域ごとに区分した。ただし人口のバランスをとること、自治体に協力を仰ぐ際に個別の自治体ごとの結果は公表しないとした趣旨から、北海道と東北は1つにまとめた。

なお、地域差を検討する上で、司法機関の影響を考慮しやすくするため、表1には、高等裁判所の管轄区域表を示した。ただ、本稿において、地方厚生局ごとと高等裁判所ごとの両方の数値を示すと、いくつかの自治体で、個別の事例数が明らかになるケースが生じるため、表では厚

生局の数値のみを示した。

### (4) 欠損値の取り扱い

収集した資料に欠損データがあった場合の、具体的な処理方法については、表2に示す方針で確認を行った。

このほか、具体的な調整については、以後、それぞれ該当欄に示すこととした。

## 3 検察官通報書

検察官通報書は、法務省訓令の事件事務規程第74条により、同規程の様式第115号として規定され、全国でこの書式により通報されている。この項目のうち、①通報日、②年齢・性別、③罪名、④不起訴処分の日、⑤不起訴処分の要旨、⑥裁判の日、⑦刑名・刑期の転記を依頼した。また記載内容から⑧精神鑑定の有無と種類が確認できる場合は、同様に転記を依頼した。

このうち罪名については、医療観察法第2条第2項に列挙されている罪名を重大な他害行為とし、それ以外を広義の触法行為とした。

医療観察法第2条2項に列挙されている罪名と、刑法の同一の章に規定されていて医療観察法に列挙されていない罪名を、付録表1に示した。

具体的には、検察官通報書に記載されている罪名を、付録表1の罪名に照らし、対象行為または特例・加重規定にあたるものを重大な他害行為、それ以外の罪名を広義の触法行為と区分した。

その上で、重大な他害行為は、殺人、殺人未遂、放火、放火未遂、強盗、強盗未遂、強姦、強制わいせつ、傷害、傷害致死に区分した。

実際の通報書の罪名を、どのように区分したかは、付録表2に示した。

## 4 事前調査書

事前調査書については、都道府県・政令指定都市ごとに独自の書式が用いられている。このため、調査の基準となるべき資料として、以前この研究班が呈示した資料により、①通報日、②年齢・性別、③事前調査における本人面接の



有無、④幻覚・妄想あるいは明白に病的な行動や言動、⑤社会生活における状況認知・判断の障害、⑥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）、⑦自傷行為、⑧今回の申請・通報・届出に関する他害行為の有無、⑨今回の通報時点までの精神障害の診断歴の有無、⑩精神科治療歴・受診歴、⑪3ヶ月以内の精神障害の治療、⑫検察官通報の場合の起訴前鑑定の実施、⑬薬物乱用、⑭アルコール飲用、⑮措置入院先選択に関係する重大な身体合併症、⑯これまでの司法処分、⑰結論、について、転記を求めた<sup>17-19)</sup>。

## 5 措置入院に関する診断書

措置入院に関する診断書は、①診断日、②年齢・性別、③申請等の添付資料、④病名（主たる精神障害、従たる精神障害、身体合併症）、⑤入院回数（前回までの回数および措置入院歴の有無）、⑥重大な問題行動として殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害、暴行、恐喝、脅迫、窃盗、器物破損、弄火又は失火、家宅侵入、詐欺等の経済的な問題行動、自殺企図、自傷、その他について、これまでの問題行動と今後の予測、⑦現在の精神症状として、意識、知能、記憶、知覚、思考、感情・情動、意欲、自我意識、食行動、その他の重要な症状、問題行動等の各項目ならびに現在の状態像（幻覚妄想状態、精神運動興奮状態、昏迷状態、統合失調症等残遺状態、抑うつ状態、躁状態、せん妄状態、もうろう状態、認知症状態、その他）、⑧医学的総合判断として診察の結果が要措置とされたか措置不要とされたかの区別、また⑨この診察が通常診察か緊急措置診察かの区別について、転記を求めた。なお、④病名、⑤入院回数、⑥重大な問題行動、⑦現在の精神症状については、指定医の認定の一致状況も検討することとした。

このうち診断については、国際疾病分類第10版により分類した<sup>20-21)</sup>。

具体的には、診断書にICD-10コードが記載されているものは、それによることとした。記載

されていないものについては、国際疾病分類第10版の診断と同一の診断名が付されているものには、そのICD-10コードを付与した。また診断ガイドライン内に、包含する診断や除外される診断の解説がなされているものについては、その解説に準拠して、ICD-10コードを付与した。

なお、ICD-10コードの付与に際しては、原則として主診断、従診断ごとに検討したが、主診断と従診断をあわせて1つのICD-10コードが付与できるような場合（たとえば主診断：行動障害、従診断：精神発達遅滞の事例では、主診断だけでは分類不能だが、従診断を考慮することで、F70.1：治療を要する行動障害を伴う精神発達遅滞に分類可能となる）には、そのコードを主診断のICD-10コードとした。

以上の手順を経ても、なお、いずれのICD-10コードも付与できないが、精神障害であることは診断されているものは、特定不能の精神障害（F99）とした。

実際の診断を、どのように区分したかは、付録表3に示した。

その上で、措置診察では、指定医1名で診察が終了した場合は、診断の不一致という問題は生じないが、2名の指定医が診断を行った場合、診断が一致しない場合が存在する。この場合、双方の診断が一致する範囲で集計用のICD-10コードの上2桁を決定し、いずれかが診断なし、特定不能の精神障害とした場合は、もう一方の診断をもって集計した。診断が一致しない場合は、不一致として集計した。

付録表4に、2名の指定医の診断の組み合わせによる集計の一覧を示した。

## 6 措置症状消退届

措置症状消退届は、①報告日、②措置年月日、③年齢・性別、④病名（主たる精神障害、従たる精神障害、身体合併症）、⑤措置解除の処置に関する意見、⑥退院後の帰住先、⑦措置解除希望日の転記を依頼した。

なお、措置症状消退届に記載された診断の分

類については、措置入院に関する診断書における方法に準じて集計した。また措置入院時の診断と措置消退届の診断を対比する場合は、付録表4に準じた。

#### (倫理面への配慮)

研究に際しては、対象者の個人情報を守る目的で、通報書・事前調査書・診断書・消退届等への記載項目のうち氏名や住所、病院名等の情報は収集しないこととした調査票を作成し、各資料から必要な事項を自治体職員に転記してもらった方式とした。収集された資料は、独立行政法人国立病院機構花巻病院の責任者のもとで、データ入力期間を除いて、鍵のかかるキャビネット内で管理し、解析終了後は速やかに処分することとした。

以上の方針のもと、本研究は、主任研究者が所属する独立行政法人国立病院機構花巻病院倫理委員会において審査を受け、2009年7月2日に研究実施が承認された。

### C. 結果

#### 1 通報から措置解除まで

##### (1) 通報件数

41都道府県から873例、13政令指定都市から183例、計1056例(44.9 ± 13.9歳)の措置通報例が得られた。前回2000年度の検察官通報例を対象とした調査では通報968例であり、前回の1.09倍となった。

##### (2) 通報書の年齢・性別

表3に、年齢・性別を示した。

男性873例(45.2 ± 13.9歳)、女性183例(43.4 ± 13.5歳)で、男女比は4.8 : 1であった。

年齢層は10代1例(0.1%)、20代159例(15.1%)、30代268例(25.2%)、40代228例(21.6%)、50代219例(20.7%)、60代141例(13.4%)、70代35例(3.3%)、80代6例(0.6%)、不明1例(0.1%)であった。なお、以下、四捨五入の関係で百分率の総和は小数点以下の誤差が生じた箇所がある。

前回2000年度の検察官通報は968例(42.1 ±

13.2歳、男性832例、女性127例、男女比6.5 : 1)であり、前回と今回で年齢は変化なく( $F=1.031 < F_{0.05}(1055, 967)=1.109$ , n.s.)、今回、男女比では女性が増加していた( $\chi^2(1)=6.448$ ,  $p<.05$ )。

#### (3) 通報から措置解除までの状況

表4に、事前調査と指定医診察の実施状況を示した。

43例(4.1%)では事前調査は実施されず、1013例(95.9%)で事前調査が実施されていた。このうち425例(40.2%)は診察不要で、指定医診察は588例(55.7%)で実施されていた。

前回は事前調査の実施状況は明らかではなく、比較はできなかった。

表5に、指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況を示した。

指定医診察は、468例(44.3%)で診察不要となり、588例で実施された。結果、措置不要148例(14.0%)、要措置440例(41.7%)であった。措置入院後180日目には34例(3.2%)が措置入院中であり、406例(38.4%)は措置解除されていた。

前回との対比では、診察不要248例、措置不要189例、措置入院中177例、措置解除済354例であり、今回、診察不要が増加し、措置不要と措置入院中が減少していた( $\chi^2(3)=169.6$ ,  $p<.01$ )。

#### (4) 措置入院以外の対応

表6に、診察不要468例、措置不要148例、措置解除406例、それぞれの転帰を示した。

診察不要468例では、任意入院25例(468例の5.3%)、医療保護55例(同11.8%)、精神科通院90例(同19.2%)、医療不要6例(同1.3%)、その他95例(同20.3%)、欠損値197例(不明135例(同28.8%)、未記入12例(同2.6%)、空白50例(同10.7%))であった。

前回調査では診察不要248例のうち任意入院18例、医療保護42例、精神科通院74例、医療不要7例、その他42例、欠損値65例であり、今回、精神科通院が有意に減少し、欠損値(不明、未記入と空白)

は有意に増加していた ( $\chi^2(5)=26.4, p<.01$ )。

措置不要となった148例では、任意入院11例(148例の7.4%)、医療保護57例(同38.5%)、精神科通院32例(同21.6%)、医療不要3例(同2.0%)、その他18例(同12.2%)、欠損値27例(不明25例(同16.9%)、未記入と空白各1例(同0.7%))であった。

前回調査では措置不要189例のうち任意入院18例、医療保護82例、精神科通院35例、医療不要21例、その他と欠損値33例であり、今回、医療不要が減少し、その他と欠損値が増加していた ( $\chi^2(4)=16.9, p<.01$ )。

措置解除となった406例では、任意入院94例(406例の23.2%)、医療保護180例(同44.3%)、精神科通院95例(同23.4%)、医療不要1例(同0.2%)、その他30例(同7.4%)、欠損値6例(不明と未記入各1例(同0.2%)、空白4例(同1.0%))であった。その他のうち具体的な記載があった27例の内訳は、転医7例、医療観察法15例、帰国4例、他科1例であった。

前回調査では措置解除354例のうち任意入院85例、医療保護159例、精神科通院70例、医療不要0例、その他と欠損値40例であり、前回と今回の間に、有意差は見られなかった ( $\chi^2(4)=5.183, n.s.$ )。

## 2 検察官通報書

### (1) 他害行為の内容による分析

表7に、他害行為の内容別・指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況を示した。

全1056例では、重大な他害行為211例(殺人7例、同未遂7例、放火10例、同未遂11例、強盗7例、同未遂4例、強姦2例、強制わいせつ11例、傷害150例、同致死2例)、広義の触法行為833例、欠損値12例(未記入6例、空白6例)であった。重大な他害行為群で診察不要が少なく、措置入院中が多いこと、広義の触法行為群で診察不要が多く、措置入院中が少ないことが、認められた ( $\chi^2(6)=13.8, p<.01$ )。

このうち診察不要468例では、重大な他害行為80例(殺人3例、同未遂1例、放火6例、同

未遂7例、強盗2例、同未遂2例、強姦1例、強制わいせつ5例、傷害51例、同致死2例)、広義の触法行為384例、欠損値4例(空白4例)であった。

措置不要148例では、重大な他害行為30例(殺人3例、放火2例、同未遂2例、強盗未遂1例、強姦1例、強制わいせつ2例、傷害19例)、広義の触法行為114例、欠損値4例(未記入3例、空白1例)であった。

措置入院後180日目の措置入院中34例では重大な他害行為12例(強盗未遂1例、強制わいせつ2例、傷害9例)、広義の触法行為21例、欠損値1例(未記入1例)であった。

措置解除された406例は、重大な他害行為89例(殺人1例、同未遂6例、放火2例、同未遂2例、強盗5例、強制わいせつ2例、傷害71例)、広義の触法行為314例、欠損値3例(未記入2例、空白1例)であった。

前回は、重大な他害行為で診察不要58例、措置不要59例、措置入院中104例、措置解除済123例であり、重大な他害行為群では今回、診察不要が増え、措置入院中が減少していた ( $\chi^2(3)=62.4, p<.01$ )。

同様に広義の触法行為群では、診察不要177例、措置不要125例、措置入院中62例、措置解除済192例であり、今回、診察不要が増え、措置不要と措置入院中が減少していた ( $\chi^2(3)=74.3, p<.01$ )。

### (2) 精神鑑定の有無による分析

表8に、精神鑑定の有無別・指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況を示した。

全1056例で、精神鑑定あり581例(簡易鑑定538例、起訴前本鑑定20例、公判鑑定10例、不明12例、空白1例)、精神鑑定なし241例、わからない193例、空白41例であった。

診察不要468例では、精神鑑定あり165例(簡易鑑定155例、起訴前本鑑定3例、公判鑑定2例、不明5例)、精神鑑定なし139例、わからない133例、空白31例であった。

措置不要148例では、精神鑑定あり94例(簡

易鑑定 83 例、起訴前本鑑定 5 例、公判鑑定 3 例、不明 3 例)、精神鑑定なし 31 例、わからない 19 例、空白 4 例であった。

措置入院後 180 日目に措置入院中していた 34 例では、精神鑑定あり 30 例(簡易鑑定 26 例、起訴前本鑑定 3 例、不明 1 例)、精神鑑定なし 1 例、わからない 3 例であった。

措置解除された 406 例では、精神鑑定あり 292 例(簡易鑑定 274 例、起訴前本鑑定 9 例、公判鑑定 5 例、不明 3 例、空白 1 例)、精神鑑定なし 70 例、わからない 38 例、空白 6 例であった。

精神鑑定と処遇の関係は、精神鑑定ありで、診察不要が少なく、措置不要、措置入院中、措置解除済が多かった。また精神鑑定なしで診察不要が多く、措置入院中、措置解除済が少なかった。さらに不明等で診察不要が多く、措置不要および措置解除済が少なかった ( $\chi^2(6)=148.6, p<.01$ )。

### (3) 他の項目

他の項目については、追って、集計をする予定である。

## 3 事前調査書

### (1) 入院歴の有無による分析

表 9 に、精神科入院歴・措置入院歴の有無別・指定医診察、措置要否、措置転帰の各状況を示した。

全 1056 例で、精神科入院歴なし 746 例(70.6%)、あり 310 例(29.4%)であった。うち、措置入院歴なし 220 例(20.8%)、あり 90 例(8.5%)であった。

診察不要 468 例は、全例、精神科入院歴は認められなかった。

措置不要 148 例では、精神科入院歴なし 72 例(148 例の 48.6%)、精神科入院歴あり・措置入院歴なし 60 例(同 40.5%)、措置入院歴あり 16 例(同 10.8%)であった。

措置入院中 34 例では、精神科入院歴なし 16 例(34 例の 47.1%)、精神科入院歴あり・措置入院歴なし 12 例(同 35.3%)、措置入院歴あり 6 例(同 17.6%)であった。

措置解除済 406 例では、精神科入院歴なし 190 例(406 例の 46.8%)、精神科入院歴あり・措置入院歴なし 148 例(同 36.5%)、措置入院歴あり 68 例(16.7%)であった。

精神科入院歴なしで診察不要が多く、精神科入院歴あり・措置入院歴なしで措置不要、措置入院中、措置解除済が多く、措置入院歴ありで措置解除済が多かった ( $\chi^2(6)=355.0, p<.01$ )。ただ、診察実施 588 例では、精神科入院歴や措置入院歴の有無で、有意差は見られなかった ( $\chi^2(4)=3.234, n.s.$ )。

### (2) 他の項目

他の項目については、追って、集計をする予定である。

## 4 措置入院に関する診断書

### (1) 属性

表 10 に、措置診察を受けた 588 例(45.3 ± 13.5 歳)の年齢・性別を示した。

男性 504 例(45.2 ± 13.7 歳)、女性 84 例(46.0 ± 12.7 歳)で、男女比は 6:1 であった。

年齢層は 10 代 1 例(0.2%)、20 代 81 例(13.8%)、30 代 150 例(25.5%)、40 代 124 例(21.1%)、50 代 132 例(22.4%)、60 代 80 例(13.6%)、70 代 16 例(2.7%)、80 代 3 例(0.5%)、不明 1 例(0.2%)であった。

前回 2000 年度の検察官通報による診察は 720 例(42.1 ± 13.3 歳、男性 630 例、女性 90 例、男女比 7:1)であり、前回と今回で年齢 ( $F=1.030 < F_{.05}(587, 719)=1.137, n.s.$ )、性別 ( $\chi^2(1)=0.894, n.s.$ )とも変化はなかった。

### (2) 診断を行った指定医数

表 11 に措置診察を行った医師数を示した。

指定医 2 名の診察を受けたのは 505 例(85.9%)、1 名は 82 例(13.9%)、不明 1 例(0.2%)であった。不明は、措置診察が行われ措置不要となったとされるものの、診断書欄の記載がなく、指定医数が不明な事例である。

前回は、指定医 2 名の診察 602 例、1 名 118 例であり、今回、変化はなかった ( $\chi^2(2)=2.686, n.s.$ )。