

安藤久美子, 美濃由紀子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 八木深, 吉川和男	医療観察法の運用の実態と今後の課題	社会精神医学雑誌	18(2)	246-251	2009
西中宏吏, 福井裕輝	性犯罪者治療の現状と課題	精神科治療学	24(9)	1109-1115	2009
美濃由紀子, 安藤久美子, 岡田幸之, 佐野雅隆, 菊池安希子, 吉川和男	指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究-通院処遇期間の推定と精神保健福祉法入院の併用実態分析を中心に-	臨床精神医学	39(1)	93-100	2010
大澤達哉, 西中宏吏, 福井裕輝, 吉川和男, 吉川真理	「精神鑑定と責任能力」Q&A集	こころの臨床 a'・la・carte	第28巻3号	392-444	2009
川田良作, 福井裕輝, 吉川和男	サイコパスの脳病態と治療・神経心理学的研究を中心に	精神保健研究 21	(54)	45-52	2008
松原三郎	医療観察法対象者の地域サポートの将来	臨床精神医学	38(5)	641-645	2009
松原三郎	医療観察法の将来象	精神医学	51(12)	1144-1145	2009
松原三郎, 八木深, 村上優, 平林直次, 土居正典, 水留正流, 池田太一郎	ニューヨークにおける一般精神医療施策、触法精神障害者医療施策	司法精神医学	5(1)	掲載予定	2010
永田貴子, 平林直次	司法精神医学医療における特効性注射剤の意義	臨床精神薬理	12	1135-1141	2009
佐藤真由美, 平林直次	医療観察法における行動制限-行動制限の最小化・最適化を目指して-	日本精神科病院協会雑誌	28(10)	43-48	2009

IV. 研究成果の刊行物・別刷

医療観察法における施設基盤の整備

吉川 和男 佐野 雅隆

臨床精神医学 第38巻 第5号 別刷

アークメディア

特集

心神喪失者等
医療観察法の
改正をめぐって

第4部 入院医療

1. 医療観察法における施設基盤の整備

吉川 和男¹⁾ 佐野 雅隆²⁾

Key words: 司法精神医学, 医療観察法, 指定入院医療機関, 特定医療施設, 特定病床

1 はじめに

医療観察法制度は、平成13年6月8日、大阪で発生した池田小学校児童殺傷事件を契機に国会で審議が開始され、平成15年7月16日には公布され、平成17年7月15日より施行というかなり短期間のうちに誕生した制度である。このため、3年を経過した現時点で、いくつか問題が生じるのもやむを得ないものと思われる。しかし、この制度の運用の根幹に関わる施設基盤の整備が進んでいない状況については、慎重に経過を追っていく必要がある。本稿では、施設基盤の整備状況を概観し、これに対処するために省令改正によって誕生した特定医療施設の特定病床について述べ、ここから付随するいくつかの問題点について必要病床数のシュミレーションを用いて考察したい。

2 施設基盤の整備状況の遅れ

指定入院医療機関は、執筆段階で、表に示したように、国関係では13カ所、都道府県関係では3カ所が指定されている。また、国関係では、国立精神・神経センター病院(東京都)ではさらに合併症対応病床として新たに33床が建設準備中で

あり、国立病院機構琉球病院(沖縄県)では17床が今年度中に増築開棟予定、国立病院機構松籟荘病院(奈良県)は33床で今年度中に新規開棟予定となっている。さらに、都道府県関係では、現在5床の大阪府立精神医療センターが将来33床での運営を予定し、東京都立松沢病院が33床、茨城県立友部病院が17床、鹿児島県立始良病院が17床、山形県立鶴岡病院が17床、長野県立駒ヶ根病院が5床、群馬県立精神医療センターが6床、山梨県立北病院が5床でそれぞれ建設準備中であるとされる。つまり、国関係では14の精神科病院に465床、都道府県関係では10の精神科病院に183床を整備する予定であるとし、今後、原則としてすべての都道府県での整備を目指すことで、全国で総計720床程度の病床を整備することを目指している。

しかし、現在、指定入院医療機関の整備がかなり遅れているのが現状である。その理由としては、地域住民からの合意が得られないことに加え、特に、都道府県関係では病院側が了解しても、都道府県が指定医療機関の設置に消極的な姿勢を示していることがあげられる。その理由は地域によってさまざまであるが、共通しているのは、他県の患者まで治療することの理由がみいだせないということであろう。都道府県関係の病床数が5床

Provision of forensic mental health beds in Japan

¹⁾ YOSHIKAWA Kazuo 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〔〒187-8553 小平市小川東町4-1-1〕

²⁾ SANO Masataka 早稲田大学創造理工学研究科経営システム工学

表 指定入院医療機関の整備状況（平成21年3月31日現在）

病院名	都道府県	病床数	開棟日
国関係			
①国立精神・神経センター病院	東京都	33	平成17年7月15日
②国立病院機構花巻病院	岩手県	33	平成17年10月1日
③国立病院機構東尾張病院	愛知県	33	平成17年12月1日
④国立病院機構肥前精神医療センター	佐賀県	33	平成18年1月1日
⑤国立病院機構北陸病院	富山県	33	平成18年2月1日
⑥国立病院機構久里浜アルコール症センター	神奈川県	50	平成18年4月1日
⑦国立病院機構さいがた病院	新潟県	33	平成18年4月1日
⑧国立病院機構小諸高原病院	長野県	17	平成18年6月15日
⑨国立病院機構下総精神医療センター	千葉県	33	平成18年10月10日
⑩国立病院機構琉球病院	沖縄県	17	平成19年2月1日
⑪国立病院機構菊池病院	熊本県	17	平成19年9月3日
⑫国立病院機構神原病院	三重県	17	平成19年10月15日
⑬国立病院機構賀茂精神医療センター	広島県	33	平成20年6月24日
都道府県関係			
⑭岡山県立精神科医療センター	岡山県	33	平成19年10月1日
⑮大阪府立精神医療センター	大阪府	5	平成19年9月7日
⑯長崎県立精神科医療センター	長崎県	17	平成20年4月1日
合計		437	

や17床といった小規模なものが予定されているのは、そのような理由からである。

3 特定医療施設および特定病床の設置

指定入院医療機関の深刻な病床不足を受け、平成20年8月1日、厚生労働省は医療観察法に基づく指定医療機関等に関する省令の一部(附則第2条)を改正する省令を公布・施行している。この省令の概要は、指定入院医療機関の病床不足時の臨時的、応急的な措置として、厚生労働大臣が、当分の間、すべての指定入院医療機関において病床不足が生じた場合に、特定医療施設、または、特定病床と呼ばれる指定入院医療機関以外の医療施設の病床において、入院による医療を行う措置を実施できるようにしたものである。

ここでいう特定医療施設、特定病床とは、具体的には、国または都道府県が設置する精神科病院、都道府県または都道府県および都道府県以外の地方公共団体が設立した地方独立行政法人が設置する精神科病院、精神保健福祉法第19条の8に規定する指定病院、さらに、指定通院医療機関の指定

を受けた病院である。

特定医療施設および特定病床への入院には、二つの形態がある。すなわち、改正附則第2条1項による入院と2項による入院である。いわゆる1項入院は、鑑定入院後に入院決定を受けた者に対してなされ、「当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医の診察の結果、その症状に照らし、上記の措置の実施によりその精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けることができなくなると認められるもの」と規定されている。また、2項入院は、指定入院医療機関において社会復帰期にある者に対してなされ、「当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医の診察の結果、当該者に対する医療の提供の経過およびその症状に照らし、早期に社会復帰することが可能であり、および上記の措置を実施した場合においても、その円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けるにあたって支障が生じないと認められるもの」と規定されている。

いずれの入院においても、その管理責任は、その入院を委託した指定入院医療機関にあり、その

指定入院医療機関の医師、看護師、その他の職員は、治療計画を策定し、定期的な診察や病状の評価を行いながら、治療計画に基づいた適切な医療を提供することになっている。ただし、入院期間は1項、2項入院ともに基本は3カ月で、2項入院に限って、さらに3カ月の延長が認められている。また、1項入院で入院している者は、指定入院医療機関の病床に空きが出た場合には、速やかに指定入院医療機関に移送することになっている。

なお、1項入院の対象者を入院させる特定医療施設においては、「健康保険法に基づく診療報酬の算定の方法により、精神科救急入院料または精神科急性期治療病棟入院料の施設基準を満たしている病棟を有すること」、2項入院の対象者を入院させる特定医療施設においては、「健康保険法に基づく診療報酬の算定の方法により、精神科病棟入院基本料1または2の施設基準を満たし、かつ、精神科作業療法、入院生活技能訓練療法および精神科退院前訪問指導料の算定実績があり、当該医療機関内に精神保健福祉士および作業療法士または臨床心理技術者を配置し、社会復帰に関する十分な体制を確保していること」との一定の条件が付されている。

この省令改正に先立って、厚労省は、平成20年7月18日付で、パブリックコメントを募集した。パブリックコメントはのべ8通であり、いずれも導入に否定的な意見であったが、それに対して、厚労省側の返答としては、病床不足の応急的な措置であり、ご理解いただきたいといった趣旨の回答をしている。

この省令等の一部改正に対して、日本精神科病院協会は、平成20年8月11日付で、今回の措置は臨時応急的な対応策として認めざるを得ないとしながらも、「(医療観察法)が重大な他害行為を行った者に対して円滑な社会復帰ができるように質の高い医療を専門医療施設で行うことを基本理念としていることからすれば、本法の根幹を揺るがす事態に陥っているといわざるを得ない。本法の目的を達成するためには、まず、指定入院医療機関病床の整備を最優先課題として努力をすべきであり、また同時に今回やむを得ず行われる特定医療施設の利用については、その医療内容や人

権の確保等が十分な程度に行われるように配慮されなければならない」との要望書を厚労省に提出している。

しかし、厚労省はこれらの応急措置によっても病床不足の問題は乗り切れることは困難であったと思われ、平成21年2月13日付で、再び、省令の再改正のためのパブリックコメントを募集した後、平成21年3月10日に再度改正省令を公布施行した。主な改正点は、特定病床のいわゆる1項入院のうち指定入院医療機関に設置されている特定病床に限って入院期間の上限3カ月を6カ月に延長することと、特定医療施設の設置基準を緩和することの2点である。寄せられたパブリックコメントはのべ4通で、すべてこの2点の改正に対する批判であった。これらに対する回答として厚労省は、「特定病床による対応については、指定入院医療機関の施設を活用するものであり、専用病床と比べると人員配置は低いものの、対象者病状の把握や病状に応じた医療の提供という面では特定医療施設における対応よりも優れているものであると考えており、現下の病床不足の状況においては、特定病床による対応を一定程度増やす必要がある」と回答している。また、設置基準の緩和については、「現在の都道府県立病院には、精神科救急入院料や精神科急性期治療病棟入院料を算定していない病棟が多くなっており、都道府県立病院が特定医療施設になれないケースがあり、調整に支障を来している」からであるとの理由が示された。

ここで、特定病床に対する入院費の支払いについて若干触れておきたい。特定医療施設側は、特定病床に対する費用として、鑑定入院の入院費と同額を指定入院医療機関側に請求できる。ご存じの方も多いと思うが、鑑定入院費用は保護室の利用の有無(保護室利用料は1日1万円)によっても異なるが、1日あたり約5万円を裁判所に請求できる。一方、指定入院医療機関側は、1項入院中の対象者であれば、急性期の入院医学管理料として約6万6千円を請求でき、2項入院であれば、対象者は社会復帰期にあるため、約5万8千円を請求できることになっている。指定入院医療機関はこの中から、特定医療施設に対して入院医療

費を支払うのである。さて、日本精神科病院協会からは、2回目の省令改正後は、特定病床に対する要望や声明は出されなかった。その理由は、特定指定病床を引き受けることによる収益面でのメリットがあることがわかったからではないかと思われる。

現在までのところ(平成21年3月)、この特定医療施設および特定病床の利用状況の詳細は公表されていないが、例えば、1項入院については、入院期間は数日から数カ月とばらつきが多いが、平均して40日程度であり、対象となった延べ人数も60数名ともいわれている。また、2項入院については、いまだ10名未満で、さほど多くは利用されていないようである。

特定医療施設と特定病床の問題としては、指定入院医療機関で当初想定されていた、手厚い人員配置による、専門的な治療を提供できないことがあげられる。医療観察法施行時より、最も人手を要する急性期の治療を鑑定入院中に指定入院医療機関よりも人員配置が薄い一般精神科病院で施さなければならない問題が指摘されていたが、その問題が1項入院の導入によってさらに深刻なものとなる可能性がある。また、2項入院を導入することによって、指定入院医療機関が社会復帰期にある患者のリハビリテーションや家族調整を十分にしないまま、対象者を他病院に転院させてしまうことが常態化してしまう懸念もある。さらに、いずれの入院形態であっても、管理責任は当該の指定入院医療機関にあることから、指定入院医療機関のスタッフは頻回な出張を余儀なくされることになる。しかし、特定指定病床の患者の管理を任される指定入院医療機関の人員は増員されておらず、実質的にオーバーベッドの状態を対象者の治療にあたっているのである。

このような状況が長引くと、指定入院医療機関に勤務するスタッフが、患者を最後まで治療しようという責任感や義務感を維持することが難しくなったり、出張や雑務に追われて、肝心の本体の病棟業務に集中できず、事故やトラブルを引き起こし、バーンアウトによって就労意欲をなくしてしまうことも懸念される。

4 必要病床数のシュミレーション

厚生省は医療観察法制度を始めるにあたって、措置入院制度の時の平均在院日数を参考に必要病床数を算定した。そこで、われわれは、実際の運用が始まった医療観察法制度のデータに基づいて、あらためて医療観察法制度に必要な指定入院医療機関の病床数を統計学的にシュミレーションし直してみることにした。月別の入院決定数は、法務省の公開データから算出した値を基にし、シュミレーションの条件として、4週に一度、平均20件(標準偏差5件)の正規分布に従った患者が入院決定を受けると仮定した。

なお、われわれが毎年実施しているモニタリング調査⁹⁾では、通院処遇に至った入院処遇の事例の入院日数は、平均441.8日(SD=155.4中央値=434最小値=47最大値=861)である。この平均入院日数は、現段階では、早期退院者が多く出ているデータであることから、本来の平均在院日数よりも短い可能性が高い。そこで、現在入院処遇中の事例を含めて最尤法による推定を行ったところ、平均523.0日(SD=212.3)となり、現時点では、平均在院日数はほぼ1年半であると考えられた。

このことから、ここでは平均在院日数を75週(1年半)とし、さらに、治療困難者や処遇困難者の蓄積から、平均在院日数が増えていく可能性も考慮して、100週(2年)、150週(3年)となった場合の必要病床数についてもシュミレーションを行った。

図に示したように、75週(1年半)、100週(2年)、150週(3年)のそれぞれについて1週目から250週までの入院患者数を時系列で捕捉し、上記した条件で100回試行したときの患者数の平均値をグラフ化した。このグラフより、開始直後は入院患者数が直線的に増加していき、それぞれ約420床、550床、800床程度で平衡状態になることがわかる。また、平衡状態になるまでの時間としては約100週、125週、170週を必要とすることもわかる。すなわち、平均在院日数が厚生労働省の予測どおり1年半で十分であるならば、2年を少し経過した時点において420床で病床数が平衡状態となる

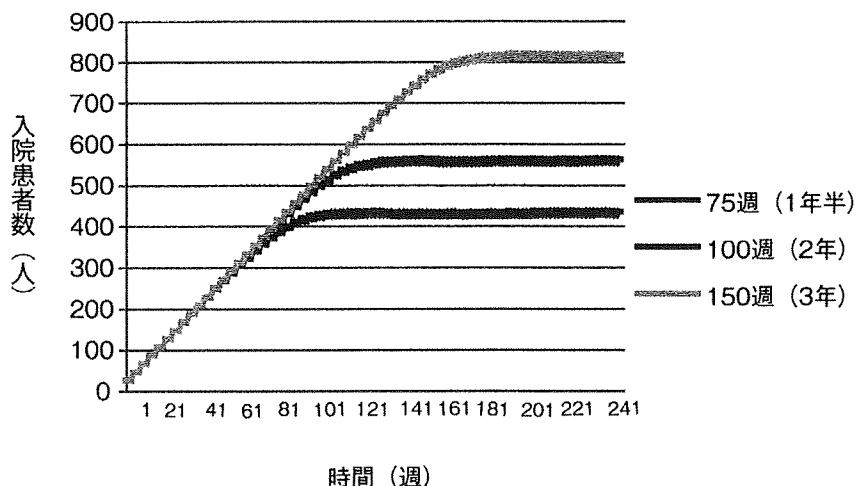


図1 指定入院医療機関の必要病床数のシュミレーション

はずである。しかし、実際には3年が経過した時点で、総病床数が437床となっても病床不足が改善されていない現状を鑑みると、平均在院日数は今後1年半よりも若干長くなっていくのではないかと推察される。今後、いわゆる処遇困難例が蓄積していくにつれ、この日数は、長くなる可能性が高く、厚生労働省が目標としている720床で、どこまで対処できるのか見守っていく必要がある。他方、平均在院日数を1年半に維持するため、処遇困難例を治療不可能という理由で入院処遇の対象外として退院の申立てをしていけば、今後はこのような事例が一般の精神科病院に転院させられ、そこで蓄積されていくことになりかねない。

英国の司法精神科病院は、必要な保安レベルに合わせて、高度、中等度、低度の3段階に分かれている。そして、平均在院日数は、高度保安病院で7～8年、中等度保安ユニットで3～4年、低度保安ユニットで1～2年といわれている。わが国の指定入院医療機関は英国の中等度保安ユニットをモデルとしたが、平均在院日数の点からみると、残念ながら今のところ低度保安ユニットのレベルである。触法精神障害者の治療には、長い時間がかかること²⁾をわれわれは認識し直さなければならない。

5 おわりに

現在の医療観察法の指定入院医療機関の病床数は、わが国の司法精神科医療を維持するにはぎりぎりの数であり、しかも、それは1年半という極めて短い平均在院日数によってなんとか維持されている状態である。しかし、この入院期間は、手厚い医療を対象者に施すには十分であるとはいえず、ときには、対象者への治療も道半ばで、病床数不足の解消のためという行政的な要請によって絶たれてしまう可能性もある。このような指定入院医療機関における司法精神科医療が、果たして、一般の精神科医療関係者、司法関係者、あるいは国民からの期待に十分応えているといえるのか、あらためて議論する必要がある。

文献

- 1) 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究」(主任研究者: 吉川和男). 平成20年度総括・分担研究報告書, 2009
- 2) Maden A: Treating Violence-a guide to risk management in mental health. Oxford University Press New York, 2007 (トニー・メイデン: 暴力を治療するー精神保健におけるリスク・マネージメント・ガイドー, 吉川和男訳: 星和書店, 東京, 2009)

第 28 回日本社会精神医学会

シンポジウムⅣ 心神喪失者等医療観察法と地域サポート

医療観察法の運用の実態と今後の課題

安藤久美子, 美濃由紀子, 岡田幸之,
菊池安希子, 佐野雅隆, 八木 深, 吉川和男

日本社会精神医学会雑誌 Vol.18 No.2 (2009) 別刷

表1 対象行為種別内訳

対象行為種 N (%)	入院対象者 (N=271)	(%)	通院対象者 (N = 119)	(%)
殺人 / (うち殺人未遂件数)	74 / (44)	(27.3)	15 / (8)	(12.6)
放火 / (うち放火未遂件数)	69 / (10)	(25.5)	41 / (6)	(34.5)
強盗	15	(5.5)	5	(4.2)
強制わいせつ	15	(5.5)	17	(14.3)
傷害 (傷害致死を含む)	88	(32.5)	47	(39.5)
不明	10	(3.7)	0	
合計 (重複回答あり)	271	(100.0)	125	(100.0)

* 対象行為種の「殺人」「放火」「強盗」「強制わいせつ」については、医療観察法第二条第二項により未遂事件も含まれる。

指定入院医療機関の整備が不十分であり、全国数箇所に点在するのみであったことが影響していた可能性がある。入院病床数自体に限りがあったことだけではなく、支援の中心となることが多い親族らの居住地から離れて遠方の入院施設で治療を受けることによるデメリットの方が大きいなどの理由で、通院医療がより適切であると判断されたと考えられるかもしれない。

現在では全国の指定医療機関の拡充にともない、医療機関の偏在化も緩和されつつあり、その運用をとりまく状況も変わってきていると思われる。そこで、本法施行後3年半の経過を振り返り、実際の医療や処遇がどのように行われてきたのかについて以下に細かく検討してみたい。

3. 指定入院医療機関における運用の実態

本稿では、医療観察法による医療や処遇の運用の実態について明らかにするため、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究 (主任研究者吉川和男)」の結果に基づいて、入院処遇と通院処遇に分けて検討した。なお、本研究では個人名、住所地の詳細等の個人が特定できる情報についてはデータの収集範囲から除外し、データはすべて匿名化したものを用いており、国立精神・神経センターの倫理審査委員会の承認を得て実施したものである。

(1) 入院対象者の特性

「指定入院医療機関におけるモニタリングに関する研究 (分担研究者八木深)」⁶⁾では、全国の6箇所の指定入院医療機関から協力を得て、入院処遇の実態について定期的に調査を実施している。本研究の対象は、平成20年7月15日時点で指定入院医療機関において入院処遇を受けている合計323名である。これは、厚生労働省によって発表されている平成20年7月1日時点における全国の入院対象者数423例の76.4%にあたる。

本研究において収集できた情報のなかから、本調査の対象者について人口統計学的変数をみると、性別 (N = 219) は男性168名 (77%)、女性51名 (23%) で、平均年齢は41.1 ± 12.3歳であった。対象行為の内訳 (N=271) は、傷害 (傷害致死を含む) が88例 (32.5%) で最も多く、次に殺人・殺人未遂が74例 (27.3%) (うち、未遂44例)、放火・放火未遂が69例 (25.5%) (うち未遂10例) と続いていた (表1)。ICD-10 (国際疾病分類第10版精神および行動の障害) による疾患名の内訳 (N=272) は「F2: 統合失調症型障害および妄想性障害」が204例 (75%) と最も多く全体の4分の3を占めており、次に「F3: 気分障害」16例 (5.9%)、「F1: 精神作用物質使用による精神および行動の障害」11例 (4.0%) と続いていた (表2)。

また、厚生労働省では「処遇ガイドライン」のなかで対象者の特性を評価するためのツールとして「共通評価項目」を提唱している。「共通評価項目」とは、生物学、社会学および心理学的視点か

表2 疾患名別内訳 (ICD-10による)

疾患名	入院対象者 (N=272)	(%)	通院対象者 (N = 119)	(%)
F0 (器質性疾患)	3	(1.1)	2	(1.7)
F1 (物質使用障害)	11	(4.0)	16	(13.4)
F2 (統合失調症圏)	204	(75.0)	92	(77.3)
F3 (気分障害)	16	(5.9)	15	(12.6)
F4 (神経症圏)	2	(0.7)	0	0
F6 (人格障害)	1	(0.4)	2	(1.7)
F7 (精神遅滞)	1	(0.4)	9	(7.6)
F8 (発達障害)	1	(0.4)	2	(1.7)
その他	1	(0.4)	3	(2.5)
不明	32	(11.9)	0	0
合計 (重複診断あり)	272	(100.0)	141	(100.0)

らみた5つの主要要素をさらに細分化した合計17の下位項目によって構成される評価ツールで、それぞれの下位項目には最大8つの具体的な評価指標が設定されている。評価にあたっては、各評価指標の内容を総合的に判断して、0 = 「問題なし」、1 = 「軽度の問題あり」、2 = 「明らかな問題あり」の3段階で下位項目ごとに評点する。共通評価項目に示されている17項目については表3に示した。この評価ツールについては信頼性、妥当性の検討は行われておらず、現在のところまだ標準化されているわけではない。しかし、いわば複数の問題が列挙されているなかで多重選択によって、より重要な問題に重み付けをしたものとしてみることはできる。その結果、次のような解釈が可能である。

本調査の対象者が、入院処遇開始時点において最も高い得点を示していた項目は、環境的要素に分類される「現実的計画」で、次に得点の高かった項目は、治療的要素に分類される「治療・ケアの継続性」、精神医学的要素に分類される「精神病症状」や「非精神病症状」と続いていた。ここであげられている「現実的計画」というのは、対象者の現実的判断能力等を評価するのではなく、地域での生活を維持するための実行可能な計画が立てられているか、また人的、財政的な支援体制は確立しているかなどの視点から評価する項目である。共通評価項目には、たとえば、対人暴力の有

表3 共通評価項目

主要要素	下位項目
精神医学的要素	精神病症状
	非精神病症状
	自殺企図
個人心理的要素	内省・洞察
	生活能力
	衝動コントロール
対人関係的要素	共感性
	非社会性
	対人暴力
環境的要素	個人的支援
	コミュニティ要因
	ストレス
	物質乱用
	現実的計画
治療的要素	コンプライアンス
	治療効果
	治療・ケアの継続性
個別項目	個別に設定された3項目

無などを代表とする対人関係のあり方や、衝動性のコントロール能力の有無といった、より対象者個人の心理学的な特性を表す項目も評価項目として含まれているなかで、実際の支援体制や治療の継続といった地域生活において即座に必要となるような、生活に密着した項目が入院処遇となった対象者において高い得点を示していたことは注目

に値する。

ところで、医療観察法では処遇を判断する構成要素として、「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」の3つの要素があげられており、これらのすべてが該当する場合に処遇が決定される⁹⁾。ここで、先に示した調査結果をこの3つの要素に照らし合わせてみると、最も得点の高かった「現実的計画」は「社会復帰要因」に包含される代表的な項目である。また、「治療・ケアの継続性」については「治療反応性」を判断するための重要な視点のひとつとして考えられる。そして、「精神病症状」や「非精神病症状」については、精神医学的症状の重篤さを示す「疾病性」に該当する項目といえる。このような結果を踏まえて考えると、これまでのところ対象者の処遇を判断するにあたっては、「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」の3つの構成要素が概ね適切に検討されているといえるであろう。

(2) 処遇経過

次に、処遇が開始されたあとの治療期の推移について検討する。厚生労働省の処遇ガイドラインによれば、入院処遇では急性期、回復期、社会復帰期の3つのステージに分けて治療が進められており、それぞれの治療期間は、おおむね3カ月、9カ月、6カ月が目安とされている。本調査の対象者のうち、それぞれの治療期を終了している事例のみを取り出して、その滞在日数を分析したところ、急性期は120.3 (± 83.6) 日、回復期は209.9 ± 114.1 日、社会復帰期は187.7 ± 92.0 日であった。また、本調査対象のうち、すでに転院や退院、処遇終了などの理由により入院処遇が終了した者は97例で、入院滞在期間は平均441.8 ± 155.4 日（最小値47日、最大値861日）であった。これらの結果は標準偏差の範囲が広いと非常に大まかな比較にしかすぎないが、各期間の平均値をみると、急性期治療の期間はガイドラインの目安よりも約1カ月程度長期化している一方で、入院期間全体では概ねの目安とされている18カ月よりも約4カ月間短縮されていた。

指定入院医療機関における治療者としての著者

の経験によれば、急性期と回復期におけるもっとも大きな処遇の違いは生活環境の拡大であろう。つまり、急性期には主に入院医療機関内に留まっていた生活空間が、回復期になると院外への外出が許可され、生活環境がより公共の場所へと広げられることになる。したがって、回復期への移行にあたっては、確実な病状の安定とそれに対する確かな評価が求められることになる。それゆえ慎重に判断しようとする姿勢が急性期の治療期間を延長させることに少なからず影響を与えているのかもしれない。一方、その後の回復期から社会復帰期への移行に関しては、平均で2～3カ月以上早まっており、これによって最終的な全入院期間もガイドラインで示された目安より大幅に短縮される結果につながったものと思われる。ただし、本調査の対象者のなかには、本法施行当初に診断や治療可能性について疑義があるとして、入院後、比較的早期に処遇の終了が決定した事例も含まれていることから、今回の結果で示された各治療期間の長短や全入院期間について検討するにあたっては限界がある。したがって、今後も調査対象を拡大しながら調査を継続し、処遇期間の実態をより正確に把握していく必要があり、こうした結果を明らかにすることは、今後、ガイドラインの各治療期間の見直し等を検討するにあたっても有益な情報を提供できるものと思われる。

4. 指定通院医療機関における運用の実態

(1) 通院対象者の特性

「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究(1)－精神保健福祉法による入院併用の実態分析を中心に－(分担研究者美濃由紀子)」⁴⁾では、調査協力の同意を得た全国の35箇所の指定通院医療機関の通院対象者119名について分析している。これは厚生労働省によって発表されている平成20年7月1日時点における全通院対象者212名の約56%にあたる。本研究の対象となった119名のうち、平成20年7月15日の調査時点で通院医療を継続していた者は103例で、通院処遇を終了した者は16例であった。後者の内訳を

みてみると、本法による処遇終了となった者が14名で、指定入院医療機関に再入院となった者が2例であった。人口統計学的項目については、性別は男性86名(72%)、女性33名(28%)で、平均年齢は 45.8 ± 13.6 歳であった。対象行為については、傷害(傷害致死を含む)が47例(39.5%)で最も多く、次に放火・放火未遂が41例(34.5%)(うち未遂6例)と続いていた(表1)。疾患名の内訳(ICD-10による)は「F2: 統合失調症型障害および妄想性障害」が92例(77.3%)および「F3: 気分障害」15例(12.6%)で全体の9割を占めていた(表2)。

(2) 治療経過

調査時点で通院処遇が終了していた16名のうち、正確な通院日数が得られた14名の通院期間の平均は 532 ± 279 日であった。これは、およその通院処遇期間として厚生労働省のガイドラインのなかで示されている3年よりも大幅に短縮されたものとなっている。また、彼らの処遇終了後の経過について調査したところ、14名中12名は、処遇終了後に一般精神科医療に移行されていた。つまり、精神疾患は持続しており今後も治療が必要であることには変わりはないが、「本法による医療を行わなければ再び同様の他害行為を行う現実的可能性」については消失し、一般精神医療のもとにおいても十分に安定した治療生活を送れるものと判断されたと考えられる。

その一方で、通院処遇中の事例においても精神保健福祉法による入院治療が行われている事例が散見されていることは注目に値する。本調査⁴⁾では、通院対象者のうち49名(41%)が通院処遇中に精神保健福祉法による入院の経験があった。また、その詳細をみてみると、入院形態は任意入院が72%、医療保護入院が28%となっており、措置入院に該当する者はいなかったが、入院回数が2回以上あると回答した者も全体の3割にのぼっており、平均入院期間は 124 ± 156 日と比較的長期の入院となっていることがわかった。さらに精神保健福祉法による入院が通院処遇中のいずれの時期に発生しているのかについて検討した結果、通院処遇開始直後から入院を開始し、比較的入院期

間が長期化している「Prolonged stay (長期的入院) 型」、通院処遇開始直後に短期間の入院治療を行っている「Soft landing (軟着陸) 型」、病状の急性増悪期に短期間のみの入院治療を行っている「Emergency/Temporary (緊急/一時) 型」と通院処遇中の病状の悪化などにより比較的長期に入院治療が必要となった「Relapse (再発) 型」の大きく4つのタイプに分類されることがわかった。

また、筆者ら「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究(2) - 通院処遇期間中の問題行動 - (分担研究者: 安藤久美子)」²⁾は、通院処遇中の問題行動について、自傷や暴力、薬物乱用や医療への不遵守などから構成される16の具体的な項目をあげて調査したところ、119例中60例(50.4%)と約半数の事例で何らかの問題行動が発生していた可能性を明らかにした。最も多かった問題行動は「服薬の不遵守・不遵守傾向」の20例(16.8%)で、次に「他者への非身体的暴力(身体的接触のない、暴力的言動や態度)」7例(5.9%)、「アルコール乱用・依存等(依存者の場合には再飲酒も含む)」7例(5.9%)などの問題行動が他に比べて高い割合で発生していた。また、少数ではあるが、指定入院医療機関を退院後、再他害行為により再入院となった事例や、通院処遇中の自殺事例についても報告されており、開放的な社会内処遇を目指す一方で、通院処遇における医療の継続や精神保健観察の難しさが改めて明らかになったといえる。

しかし、ここで別の視点に立ち返って考えると、本法では手厚い医療と地域ぐるみの支援体制に精神保健観察を組み合わせることによって、対象者に発生した問題行動を援助者がいち早くきちんと把握できる体制が整えられているということになる。これは治療への早期介入だけでなく、生活を支援していく上でも非常に有用であろう。また、精神保健福祉法による入院に関しても、臨床実務的な視点からいえば、普段は通院治療により十分に安定した生活が保てるが、病状の悪化を予測して早期に入院による治療的介入を行うことが有益であるケースや、治療者-患者間の治療契約に抵触するような問題行動が発生した際には、時を待た

ずして即座に入院治療を行うことがその後の治療にも有効であるケースがあることは明らかであり、処遇の途中で入院治療を行うことが必ずしも治療の後退を反映しているとはいえないかもしれない。したがって、今後は対象者の病勢や問題行動の発生時期などとも照らし合わせながら、医療観察法による通院処遇のなかで、精神保健福祉法による入院をどのように組み合わせ、活用していくことができるのかについて検討していくことが重要であると思われる。

5. おわりに

医療観察法の施行から4年が経過し、わが国の司法精神医療は新しい精神医療の一分野として確立しつつある。しかし、入院病床数の不足を補うための特定医療施設における臨時応急的な医療体制や、身体合併症をもつ対象者の処遇体制の未整備など、今後解決すべきいくつかの課題もまだ残っている。また、具体的な処遇内容の検討や治療プログラムの効果についても、ようやくデータが蓄積されてきた段階である。

2010年には医療観察法施行後はじめての改正が予定されている。今後もひとつひとつの事例を積み重ねながら分析を進めていくことは、本法が現場にとってより実地的なものになるための一助をなすだけでなく、ひいては一般精神医療の現場にも広く還元できるようなエビデンスに基づいた医療を提供していくことにつながるものと期待される。

文 献

- 1) 安藤久美子, 岡田幸之, 小山明日香, 他: 医療観察法における処遇決定に関する要因の分析, 司法精神医学 4(1): 13-22, 2009
- 2) 安藤久美子: 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」(主任研究者: 吉川和男), 分担研究報告書「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究(2) - 通院処遇期間中の問題行動 -」, 2009
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課医療観察法医療体制整備促進室: 医療観察法の施行状況, 平成21年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究」(主任研究者: 吉川和男), 第1回研究者会議, 2009年6月4日
- 4) 美濃由紀子: 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」(主任研究者: 吉川和男), 分担研究報告書「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究(1) - 精神保健福祉法による入院併用の実態分析を中心に -」, 2009
- 5) 最高裁判所事務総局: 「心神喪失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」及び「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による審判の手続等に関する規則」の解説, 平成17年3月 刑事裁判資料第284号, 2005
- 6) 八木 深: 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」(主任研究者: 吉川和男), 分担研究報告書「指定入院医療機関におけるモニタリングに関する研究」, 2009

指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究 —通院処遇期間の推定と精神保健福祉法入院の 併用実態分析を中心に—

美濃由紀子 安藤久美子 岡田 幸之
佐野 雅隆 菊池安希子 吉川 和男

臨床精神医学 第39巻 第1号 別刷

アークメディア

◆研究報告◆

指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究 —通院処遇期間の推定と精神保健福祉法入院の併用実態分析を中心に—

美濃由紀子^{1,2)} 安藤久美子¹⁾ 岡田 幸之¹⁾
佐野 雅隆³⁾ 菊池安希子¹⁾ 吉川 和男¹⁾

抄録：医療観察法による通院医療の実態を明らかにすることは、本法制度における専門的医療の向上にとって極めて重要な課題である。本研究は、指定通院医療機関に通院処遇となった対象者の静態情報等を収集し、通院処遇期間の推定を試み、同法制度の運用状況を把握するとともに、通院処遇中における精神保健福祉法入院の併用実態と課題の明確化を図ることを目的とした。全国の指定通院医療機関35施設の協力を得て、調査対象者数は119名であった。収集したデータより明らかになった静態情報等の集計結果の一部から、以下の2点が示唆された。1. 通院処遇継続中の対象者と処遇が終了して一般精神医療に移行した対象者の通院日数分布の尤度を最大にするパラメータを計算したところ、対象者の97.5%が、4.45年の範囲で処遇が終了することが推定された。2. 医療観察法通院処遇中の精神保健福祉法による入院のあり方には、4つのタイプ分けが可能であり、それぞれに効果や検討課題を含んでいることがわかった。特に、先行研究⁴⁾では見られなかった[IV .Relapse (再発)型]に関しては、今後の動向を注意深くモニタリングしていく必要があることが示唆された。

臨床精神医学 39 : 93 ~ 100

Key words : 医療観察法, 指定通院医療機関, 通院処遇, 精神保健福祉法, 処遇期間の推定

(2009年11月5日受理)

1 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律(以下、医療観察法)」による通院医療の実態を明らかにすることは、本法制度における専門的医療の向上にとって極めて重要な課題である。中でも、通院処遇中の精神保健福祉法による入院のあり方について

共同研究者一覧	
氏 名	所 属
牧野 貴樹	東京大学総括プロジェクト機構

は、各種関係者間によって調査・議論^{1,2)}がなされてはいるものの、実態の把握が困難な状況が続いている。特に、通院処遇の対象者毎の入院分布(形態・日数・回数)などを詳細に調査した研究に関しては、吉川を主任とする研究班のもの以外に

Monitoring research on the designated medical bureau for outpatients; On estimation of outpatient treatment durations and the admissions under the Mental Health and Welfare Act

¹⁾ MINO Yukiko, ANDO Kumiko, OKADA Takayuki, KIKUCHI Akiko and YOSHIKAWA Kazuo 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 [〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1]

²⁾ 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 ³⁾ SANO Masataka 早稲田大学大学院創造理工学研究科

表1 調査対象機関数・対象者数と全体数

全国の指定通院医療機関数	全国の通院処遇決定者数	調査協力施設数	データ収集サンプル数
318 施設 (H20. 8. 14 時点： 厚生労働省発表)	212 名 (H20. 7. 1 時点： 厚生労働省発表)	35 施設	119 名
・国：11 施設 ・自治体立：42 施設 ・民間等：265 施設		・国，自治体立：15 施設 ・民間等：20 施設	・ H20. 7. 15 時点 通院中 103 例 ・ 処遇終了 14 例 ・ 再指定入院 2 例 全通院対象者の約半数以上 (56%) のデータを収集

は見当たらない。医療観察法が施行されて、3年が経過し、指定入院医療機関からの移行通院処遇者が増えてきたこともあり、直接通院者と移行通院者との(精神保健福祉法による)入院経過の比較・検討などにも必要になってきたと考えられる。また、通院処遇が終了した者も出てきたことから、通院処遇期間に関する検討も行っていく必要がある。

そこで、本研究では、指定通院医療機関に通院処遇となった対象者の静態情報等を収集し、通院処遇期間の推定を試み、同法制度の運用状況を把握するとともに、通院処遇中における精神保健福祉法入院の併用実態と課題の明確化を図ることを目的とした。

2 研究方法

1. 調査対象

全国の全指定通院医療機関318施設に本研究への協力を依頼し、同意が得られた35施設を調査対象施設とした。調査対象者は、調査対象期間内に調査対象施設で通院処遇となった者：119名とした。

2. 調査対象期間

調査対象期間は、医療観察法制度が開始されたH17年7月15日から起算して、H20年7月15日(調査日)までの3年間とした。

3. データ収集方法

協力が得られた指定通院医療機関35施設に対して、「基本データ確認シート」³⁾を送付して、調査対象期間中の通院処遇者に関する情報の記入

を、担当チームスタッフに依頼した。同様のシートを用いた調査をH19年度から実施しているため、前回の対象期間(H19年7月15日まで)から継続している通院処遇者には、基本情報がすでに入力されている「継続用」シートを配布し、H20年度の更新分だけの記入を依頼した。また、H20年度より新たに通院処遇となった者に関しては、「新規用」シートを配布し、必要な基本情報の記入も求めた。

4. 解析方法

本研究では、収集したデータによって明らかにした静態情報等の集計値を提示するとともに、通院処遇継続中の対象者と処遇が終了して一般精神医療に移行した対象者の通院日数分布の尤度を最大にするパラメータを計算し、通院処遇期間の推定を行った。また、通院処遇中の精神保健福祉法の入院経験のある各事例の通院処遇開始日から調査日(H20年7月15日)までの入院期間と回数分布を、比較・検討した。

5. 倫理的配慮

本研究では、個人名・住所地の一部等の個人を特定することができる部分については、情報の収集範囲から除いた。

研究遂行にあたっては、疫学研究指針を遵守し、研究者側(国立精神・神経センター精神保健研究所)と調査対象施設側(指定通院医療機関35施設)の両者について、倫理審査委員会による審査による承認を得たうえで実施した(調査対象施設側に倫理審査委員会の設置がない場合には、研究者側の倫理審査委員会において審査を代行した)。

表2 結果 (n=119)

性別	男 86名 (72%) 女 33名 (28%)
年齢	平均 45.8歳±13.6 s.d. 範囲 23歳～77歳
通院形態	直接通院処遇 66名 (55%), 入院処遇より移行通院処遇 47名 (40%), 不明 6名 (5%)
通院継続中者の通院継続期間 n=103	平均 404日±268 s.d. 範囲 6日～978日
通院処遇終了までの通院期間 n=16	平均 532日±279 s.d. 範囲 71日～915日
診断名 【Fコード】(重複あり)	F0:2名 (2%), F1:16名 (14%), F2:92名 (77%), F3:15名 (13%), F6:2名 (2%), F7:9名 (8%), F8:2名 (2%)
対象行為名 (重複あり)	殺人7名 (6%), 殺人未遂8名 (7%), 傷害致死3名 (3%), 傷害44名 (37%), 強盗5名 (4%), 強姦1名 (1%), 強姦未遂2名 (2%), 強制わいせつ11名 (9%), 強制わいせつ未遂3名 (3%), 放火35名 (29%), 放火未遂6名 (5%)
被害者 (物) (重複あり)	家族・親戚 36名 (30%), 知人・友人 16名 (13%), 他人 57名 (48%), 不明 11名 (9%)
対象行為時の治療状況	通院治療中 33名 (29%), 入院治療中 2名 (2%), 治療中断中 52名 (46%), 未治療 26名 (23%)
過去の措置入院	あり 50名 (42%), なし 69名 (58%)
教育歴	小学校卒 3名 (2%), 中卒 41名 (34%), 高卒 41名 (34%), 短大・大卒以上 28名 (24%), 不明 6名 (5%)
過去の矯正施設の入所経験	未成年期にあり 2名 (2%), 成年期にあり 7名 (6%), 未成年期および成年期にあり 2名 (2%), なし 103名 (86%), 不明 5名 (4%)
生活保護	あり 34名 (29%), なし 76名 (64%), 不明 9名 (7%)

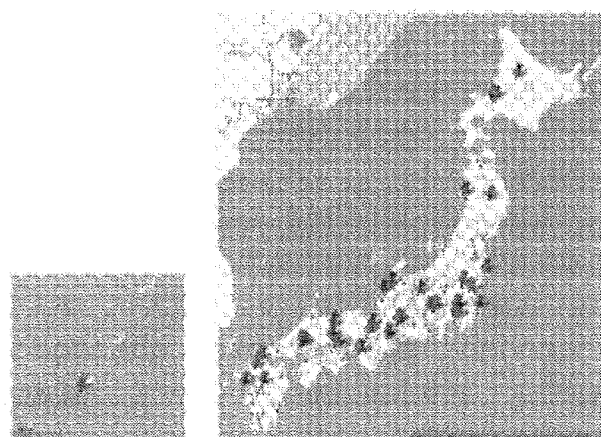


図1 調査対象施設の地理的分布

3 研究結果

1. 本研究結果の位置づけ

調査対象機関数・対象者数と全体数との関係

を、表1に示す。

本研究では、調査時点での全通院対象者212名中、119名(全国の通院対象者の約半数以上: 56%)のデータを収集した。

調査協力施設の立地に関しては、図1に示すように、ほぼ全国的に分布していた。

2. 静態情報の集計結果

収集した静態情報データの概要を表2に示す。これらのデータについての詳細は、文献³⁾を参照されたい。

3. 通院処遇終了までの日数 (通院処遇決定日ー通院処遇終了日より算出)

全119名中、H20年7月15日時点で、すでに通院処遇が終了している者は16名(14%)であった。通院処遇が終了した16名中、一般精神科医療へ移行した者は12名(10%)であり、2名(2%)は死亡による終了であった。死亡者2名のうち1名は自殺による死亡であり、もう1名は身体合併症(肝臓がん)による死亡であった。通院処遇中に指定

入院医療機関へ再入院となった者は2名(2%)であった。処遇終了者16名のうち、日数不明の2名を除いた14名の終了までの通院期間の平均は、532日±279 s.d. (約17.7カ月間)であった。

処遇終了者16名のうち、一般精神医療に移行した12名中、日数不明者1名を除いた11名の処遇終了までの通院期間の平均は、625日±235 s.d. (約20.8カ月間)であった。(中央値=602 最小値=163 最大値=915)

4. 通院処遇終了までの期間の推定

本調査で、一般精神医療に移行した処遇終了者の11名の処遇終了までの平均期間は625日であった。しかし、この数字は、処遇終了までに時間がかかっているケースなど、調査日時点での通院処遇継続中の95例が、サンプルに含まれていないため、この数字だけで処遇終了までの日数を評価することには限界がある。そこで、これらのサンプルを含めて処遇終了日を評価するために、処遇開始から処遇終了までの日数が「平均 μ 日±s.d. σ 日」の正規分布で分布するというモデルを立てて、最尤推定法を用いて、継続中95例と処遇終了11例の日数分布にモデル分布がもっとも近くなるようなモデルのパラメータ μ および σ を計算した。

具体的には、次のような計算式を利用した。 n 個の独立な事例 $S = \{s_1, s_2, \dots, s_n\}$ に対するモデルパラメータ (μ, σ) の尤度は、そのモデルから各事例が生じる確率の積で記述される。

ここで、事例 s_i が「 x_i 日目に処遇終了」であった

$$L(\mu, \sigma) = \prod_{i=1}^n P(s_i | \mu, \sigma) \quad (1)$$

場合、正規分布の仮定より、モデルからその事例が生じる確率は次式で計算できる。

また、事例 s_i が「 y_i 日経過時点で処遇継続中」で

$$P(s_i = x_i | \mu, \sigma) = \frac{1}{\sigma\sqrt{2\pi}} \exp\left(-\frac{(x_i - \mu)^2}{2\sigma^2}\right) \quad (2)$$

あった場合、累積正規分布関数を用いて、次式で計算できる。

そこで、継続中95例と処遇終了11例の106事

$$P(s_i > y_i | \mu, \sigma) = \int_{y_i}^{\infty} P(s_i = x | \mu, \sigma) dx = \frac{1}{2} \left(1 - \operatorname{erf}\left(\frac{y_i - \mu}{\sigma\sqrt{2}}\right)\right) \quad (3)$$

例に対し、式(1)で計算される尤度を最大化するようなパラメータを計算させた。

その結果、 $\mu = 1,003$, $\sigma = 311$ という結果が得られた。すなわち、処遇継続中の人も含めたデータより、処遇終了までの日数が平均1,003日±311日と推定された。

5. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院

1) 精神保健福祉法による入院の有無と日数と回数

通院処遇中の精神保健福祉法による入院の有無に関しては、あり49名(41%)、なし70名(59%)であった。

精神保健福祉法による入院の有無と通院に至る形式(直接/移行)との関係を見ると、直接通院処遇者66名のうち入院があった者が34名(52%)、移行通院者47名のうち入院があったものが12名(26%)となっており、移行通院者の方が有意に入院率が低かった(χ^2 検定 $p < .01$)。

精神保健福祉法による入院ありと答えた49名の、入院平均総日数は124日、(SD値=155 中央値=67 最短日数=2 最長日数=790)であった。入院回数は、1回34名(70%)、2回9名(18%)、3回2名(4%)、4回3名(6%)、5回1名(2%)であった(図2)。

2) 入院回数と入院形態との関係

通院処遇中の精神保健福祉法による入院形態(任意/医療保護/措置)は、入院ありと答えた49人中の延べ75回の入院のうち、任意入院が54回(72%)、医療保護入院が21回(28%)、措置入院が0回(0%)であった(図3)。

通院処遇中の任意入院(54回)の平均入院期間は、入院1回あたり約79日(範囲2日～449日)であった。

通院処遇中の医療保護入院(21回)の平均入院期間は、入院1回あたり約91日(範囲2日～348日)であり、任意入院の平均入院日数よりも長かった。

(入院回数は、調査日：H20年7月15日時点で入院継続中であった者も含む。入院日数は、入院

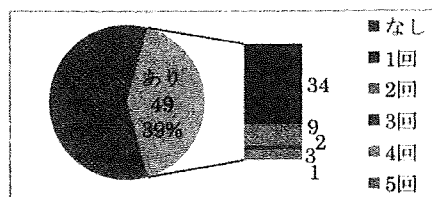


図2 通院処遇中の精神保健福祉法による入院の有無と回数

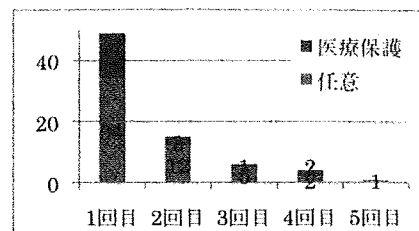


図3 各対象者の精神保健福祉法による入院の入院形態

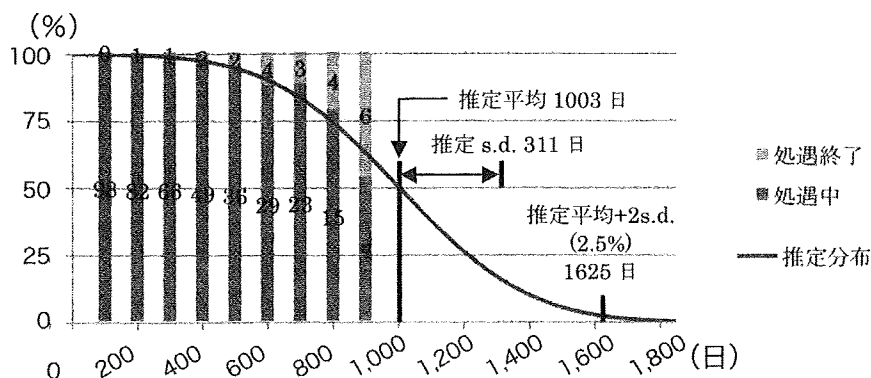


図4 通院処遇終了までの期間の推定

日～調査日までの期間をカウントした)

精神保健福祉法による入院ありと答えた49人の対象者ひとりあたりの入院日数は平均124日±156 s.d.であった。

3)通院処遇開始日からの精神保健福祉法における入院期間の推移(n=49)

入院ありの49名における入院期間の推移を図5に示した(図5の詳細については考察2で述べる)。

4 考察

1. 通院処遇終了までの期間の推定

図4では、この推定された処遇継続率の分布を曲線で、また、データ上で100日、200日などが経過した後の処遇継続・処遇終了の事例数(死亡等、処遇終了以外で中断した場合を含まない)を棒グラフと数値で示した。

医療観察法による通院期間は3年(延長2年まで)と定められていることから3年経過後は、半年毎に処遇延長の申し立てをしない限り、通院処遇は終了となる。

本調査は制度施行後3年間のものであり、通院処遇が3年を経過した事例はデータの中にはない。言い換えると、事例中の処遇終了者は、処遇終了申し立てにより、(3年を待たずして)早期に処遇が終了した事例である、ということができる。

今回の最尤推定法に基づく処遇終了期間の推定は、これらの事例だけをもとに、単純なモデルに基づいて推定したものであるが、それでも分布の平均は1,003日(2.75年)と、3年よりも短くなっており、3年(1095日)経過時点では、約62%が処遇終了すると推定される。また、平均+2s.d.の期間である1,625日(4.45年)で、97.5%の対象者の処遇が終了すると推定される。

このことから、現時点では、最長処遇期間である5年以内にほとんどの対象者の処遇が終了することが示唆されたが、通常通院処遇期間である3年という期間内に、処遇終了とならない者が、約38%という推定数字をどう捉えていくかは、議論すべき点であると考えられる。

今後は、3年経過後のデータを含めて分析することで、より正確な処遇終了日数の推定を目指し