

972日（262.0-1682.0日）と幅広く分布していた。また、各施設の運用日数と推定入院期間との間には有意な関連を認めなかった。

c) 転院の有無と入院継続率

転院の有無と推定入院日数を表4-1、図2に示した。ここでいう転院とは、当初入院した指定入院医療機関から退院地に近い指定入院医療機関に退院調整を目的として転院した場合を指す。

転院実施の有無から2群に分け入院期間を推計した。転院を経験していた対象者は189名、転院を経験していなかった対象者は587名であった。入院日数の推計中央値は、それぞ

れ862日（95%信頼区間778.5-945.5）、607日（95%信頼区間575.2-638.8）であった。転院した対象者の推計入院日数は、転院を経験しない対象者に比較して有意に長かった（Log Rank検定 $p<0.001$ ）。

d) 性別入院期間

性別と推定入院日数を表5-1、図3に示した。男性622名、女性154名であった。入院日数の推計中央値はそれぞれ758日（95%信頼区間720.0-796.0）、637日（95%信頼区間586.0-688.0）であった。

Kaplan-Meyer法による推定入院日数を比較すると男性の入院期間は、女性と比較すると

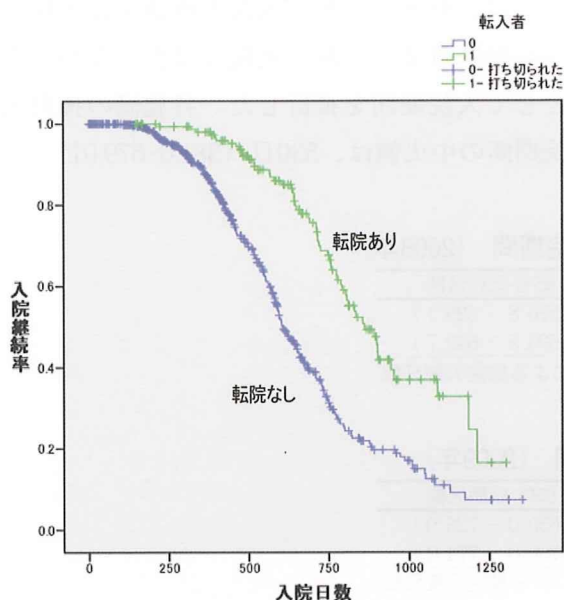


図2 転院の有無と入院継続率

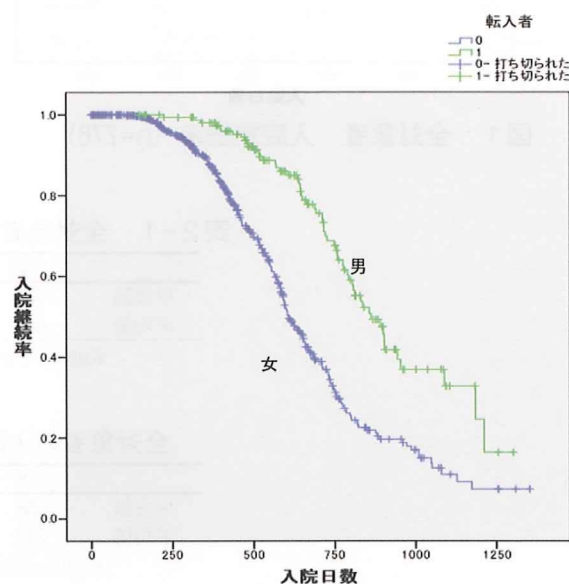


図3 性別 入院継続率

表4-1 転院の有無別全対象者の入院期間

		日数	95% 信頼区間
中央値	転院なし	607	(575.2 - 638.8)
	あり	862	(778.5 - 945.5)
平均値	転院なし	674	(637.2 - 710.1)
	あり	906	(844.1 - 968.0)

表5-1 性別入院期間 (2009年)

	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
女	637	(586 - 688)	617	(560 - 674)
男	758	(720 - 796)	710	(666 - 754)
すべて	740	(706 - 774)	688	(650 - 726)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数

有意に長かった (Log Rank検定 $p<0.001$)。

e) 世代別入院期間

対象者の世代と推定入院日数を表6-1に示した。また、70歳で区切った世代別推定入院期間を表6-2、図4に示した。70歳以上で390日 (95%信頼区間317-463)、69歳以下で748日 (95%信頼区間 714-783)であった。

70歳以上の対象者の入院期間は69歳以下の対象者の入院期間と比較し短かった (Log Rank検定 $p<0.001$)。つまり、70歳以上の高齢者では入院が長期化する傾向は認められなかった。

f) 診断別入院期間

診断別の推定入院日数を表7-1に示した。推定入院日数は、診断別に比較してみると有

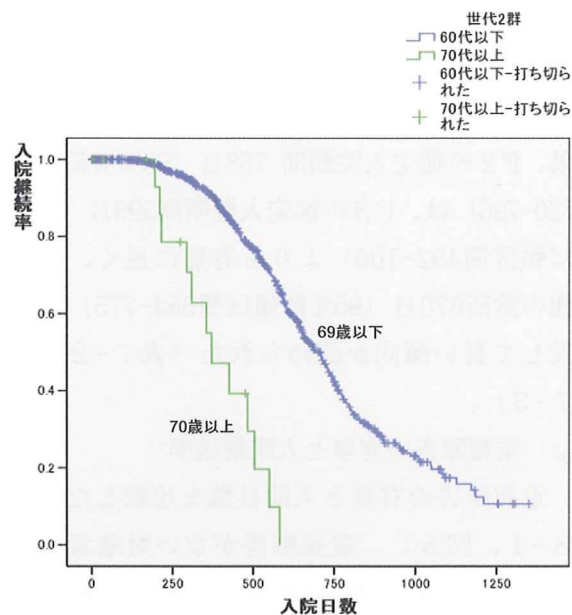


図4 世代別 入院継続率

表6-1 全対象者の入院期間 (2009年)

	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
20代	646	(563 - 729)	666	(607 - 724)
30代	755	(655 - 855)	806	(738 - 873)
40代	661	(575 - 747)	715	(655 - 776)
50代	714	(654 - 774)	709	(659 - 760)
60代	658	(470 - 846)	765	(656 - 873)
70代	371	(258 - 484)	392	(318 - 465)
80代	550	-	550	-
90代	195	-	195	-

Kaplan-Meier法による推定入院日数

表6-2 世代別入院期間 (2009年)

	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
69歳以下	748	(714 - 783)	710	(671 - 749)
70歳以上	390	(317 - 463)	371	(248 - 494)
すべて	740	(706 - 774)	688	(650 - 726)

Kaplan-Meier法による推定入院日数

表7-1 診断別入院日数 (2009年)

	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
F0	646	(554 - 738)	583	(468 - 698)
F1	653	(559 - 747)	747	(590 - 905)
F2	712	(668 - 756)	758	(720 - 796)
F3	517	(417 - 617)	599	(492 - 706)
F4	168	-	235	(104 - 365)
F5	-	-	-	-
F6	643	(577 - 709)	607	(458 - 757)
F7	517	(373 - 661)	620	(370 - 870)
F8	775	(583 - 967)	756	(638 - 874)
F9	-	-	-	-
G40	530	-	530	-

Kaplan-Meier法による推定入院日数

意差が認められた (Log Rank検定 $p<0.001$)。そこで、F1、F2、F3、その他の診断に分けて、推定入院期間を比較した。その結果、F2の推定入院期間 758日 (95%信頼区間 720-796) は、F3の推定入院期間599日 (95%信頼区間492-706) よりも有意に長く、その他の診断670日 (95%信頼区間564-775) に比較して長い傾向が認められた (表7-2、表7-3)。

g) 重複障害の有無と入院継続率

重複障害の有無と入院日数を比較した (表8-1、図5)。重複障害がない対象者の入院日数の推計中央値は688日 (95%信頼区間 644-732) であった。重複障害がある対象者の入院日数の推計中央値は684日 (95%信頼区間 606-762) であった。また、図5に重複障害の有無別に、入院継続率を示した。入院600日頃までは、重複障害を持つ群は、持たない群より入院継続率は低かったが、入院日数が1,000日を超える頃より、重複障害を持つ群の入院

継続率が高くなった。

h) 対象行為別推定入院期間

対象行為別に推定入院期間を示した (表9-1)。対象行為が異なっても推定入院期間の違いは認められなかった。

i) 入院期間を長期化する因子

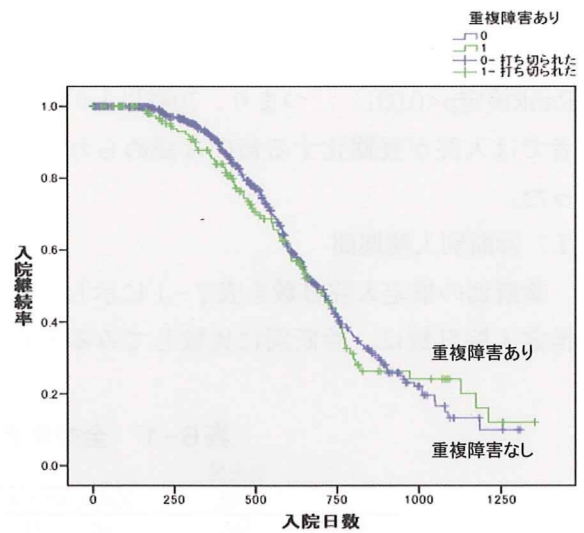


図5 重複障害の有無と入院継続率

表7-2 診断別入院期間 (2009年)

	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
F1	747	(590 - 905)	653	(559 - 747)
F2	758	(720 - 796)	712	(668 - 756)
F3	599	(492 - 706)	517	(417 - 617)
それ以外	670	(564 - 775)	643	(587 - 699)
すべて	740	(706 - 774)	688	(650 - 726)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数

表7-3 診断別入院期間 (2009年)

	F1	F2	F3	その他
F1				
F2			$x^2=7.7p=0.005$	$x^2=3.1p=0.080$
F3				
その他				

有意な箇所のみ値を記入

表8-1 重複障害の有無と入院日数 (2009年)

重複障害の有無	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
なし (n=614)	688	(644 - 732)	736	(699 - 773)
あり (n=162)	684	(606 - 762)	733	(661 - 804)
すべて (n=776)	688	(649 - 726)	740	(706 - 774)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数

これまで述べた結果を整理すると、推定入院期間を長期化する因子は、転院の有無、性別、世代、診断名であった。そこでこれらの因子を独立変数として、また入院期間を従属変数として、Cox回帰分析を行った（表10-1）。その結果、推定入院期間を長期化する因子として、69歳以下であること、F2、転院の既往が抽出された。

(3) 鑑定時診断と指定入院医療機関による診断の一致率

鑑定における診断と指定入院医療機関における診断を比較し一覧表に示した（表

11-1）。その結果医療観察法による医療の必要性に関する鑑定時の診断と指定入院医療機関の診断の一致率は、91.2%であった。指定入院医療機関に入院後、精神科診断名が変更になった症例は、8.8%（68例）であった。精神科診断の変更の主なパターンは、F2から、F8、F6、F7、F3、F1、その他（いずれも3例以下）に変更されており、それぞれ16名、9名、9名、8名、6名、20名であった（表11-2）。

D. 考察

表9-1 対象行為別入院期間（2009年）

	中央値		平均値	
	日数	95%信頼区間	日数	95%信頼区間
殺人	790	(729 - 852)	729	(660 - 798)
傷害	739	(684 - 793)	721	(655 - 787)
放火	697	(634 - 759)	643	(601 - 685)
強盗	663	(551 - 775)	620	(429 - 811)
強制わいせつ	643	(526 - 759)	594	(569 - 619)
強姦	604	(476 - 731)	587	(350 - 824)
すべて	740	(706 - 774)	688	(650 - 726)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数

表10-1 Cox回帰

	B	S.E.	Wald	p	Exp (B)	95%信頼区間
性別 (男=0, 女=1)	0.21	0.14	2.15	0.142	1.23	0.93 - 1.64
世代 (60代以下=0, 70代以上=1)	1.88	0.31	37.28	0.000	6.53	3.57 - 11.91
診断 (その他=0)			10.33	0.016		
F1	-0.47	0.33	2.04	0.153	0.63	0.33 - 1.19
F2	-0.48	0.20	5.55	0.018	0.62	0.41 - 0.92
F3	0.07	0.30	0.05	0.815	1.07	0.60 - 1.91
転出 (あり=0, なし=1)	0.95	0.15	40.82	0.000	2.58	1.93 - 3.46

$\chi^2=102.9$ p=0.000

表11-1 鑑定における診断と指定入院医療機関による診断の一致度

	指定入院医療機関による診断										合計
	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7	F8	F9	G40	
不明			1								1
F0	12		1								13
F1		32	2								34
F2	3	6	618	8	1	9	9	16		1	671
F3	1	2	1	37		1					42
F4			2		2	1					5
F6						1					1
F7		1					3	1			5
F8											
F9			1						1		2
G40										2	2
合計	16	42	625	45	3	12	12	17	1	3	776

一致率：91.2%

表11-2 鑑定時診断と指定入院医療機関による診断が異なった事例

鑑定時診断		指定入院医療 機関による診断	人数
F2	⇒	F8	16
F2	⇒	F6	9
F2	⇒	F7	9
F2	⇒	F3	8
F2	⇒	F1	6
その他（それぞれ3件以下）			20

本研究調査には限界が存在する。まず、本研究の入院期間は推計値であり、実際の入院期間ではない。退院者だけから入院期間を計算すると、調査時点で入院継続している者の入院期間は算入されず、入院期間は実際より短くなる。そこで、Kaplan-Meyer法を用いて入院期間を推計することが推奨されている¹⁾。Kaplan-Meyer法では、入院継続中の者も含めた入院期間を推計することができるのが利点である。

次に、本研究の調査項目は限られており、各対象者の退院地の医療・保健・福祉体制は調査項目に含まれていない。また、指定入院医療機関の置かれた地域特性も考慮されていない。したがって、指定入院医療機関別に推計した入院日数を比較したとしても、そのまま指定入院医療機関の差を示すものではない。このような研究の限界を踏まえた上で、本研究の調査結果を慎重に検討する必要がある。

以上のような研究の限界が存在するが、本研究は、医療観察法施行日から調査日までに入院処遇となったすべての対象者を補足しており、我が国の医療観察法入院対象者の概要を把握するにはきわめて有用な調査であろう。

指定入院医療機関の推計入院期間に影響を与える因子

本研究結果によれば、推計入院日数の中央値および平均値はそれぞれ688日（95%信頼区間650-726）、740日（706-774）であった。厚生労働省から提出された入院処遇ガイドラ

インに示された入院期間18ヶ月（547.5）と比較すると、推計入院期間は中央値で140.5日、平均値で192.5日、ガイドラインよりも長かった。

また、図1に示したとおり、入院決定者の20%程度が1,000日を超える長期入院に移行することが予想され、昨年度と比較しても変化はない。しかし、図1をみると、入院期間が1,000日を超えても入院継続率は低下し、入院期間が1,250日に達するのは入院決定者の約10%程度である。

1,250日を超えてからも入院継続率は、緩徐に低下することが予想されるが、いずれは平坦となり、退院困難者が出現すると考えられる。つまり、全体の入院期間が長期化していること、また1,250日を超える超長期入院者が出現していることが明らかとなった。

入院処遇ガイドラインに示された入院期間は、海外からの報告と比較するときわめて短期間であり、また、すべての対象者に対して一様に目安として示されたものである。個別の事例の適切な入院期間を考える際には、対象者の特性や個別の対象者の抱える地域要因などを考慮して設定されるべきであろう。そのために、本研究では対象者の特性に関する調査を実施し、入院期間を長期化する因子の抽出を試みた。

入院期間が長期化する要因として、性別、世代、診断名、転院の有無が挙げられた（Log Rank検定）。そこで、これらの因子を独立変数として、また入院期間を従属変数としてCox回帰分析を行った。入院期間を長期化する因

子として、70歳未満、F2統合失調症圏、転院の既往が抽出された。

入院期間を長期化する因子として、70歳未満であることが抽出された。

70歳以上の高齢者に焦点を当ててみると、高齢者であることは入院期間を長期化させる要因ではない。

最高裁判所から示された医療観察法対象者の3要件は、疾病性、治療必要性、社会復帰要因である。高齢者の場合、診断面ではF1、特に認知症の割合が高くなり、治療可能性は低下すること、また身体機能の低下により再他害行為を遂行する能力が低下することなどもあって、社会復帰阻害要因が低くなることが多い。このため3要件を満たさなくなり処遇終了となったり、入院処遇が必要でなくなり比較的短い期間で通院処遇に移行したりするものと考えられる。

暴力リスクと年齢は負の相関関係にあり²⁾、若い世代は暴力リスクがより高く、衝動性のコントロールが困難であり再他害行為の可能性が低下せず入院が長くなる傾向にあると考えられる。

F2はF3に比較し有意に入院期間は長く、その他の診断に比し、入院期間が長くなる傾向を示していた。その理由としては、F2、主として統合失調症そのものの経過、残遺症状の存在、病識獲得の困難さ、薬物抵抗性などさまざまな原因をあげることができる。

現在、医療観察法による入院処遇では、指定入院医療機関が地域に密着した医療を実現するほどには整備されていないのが現実である。対象者が事件地から離れ、指定入院医療機関に入院することもしばしばである。そのような事例の中には、指定通院医療機関の選定、住居の決定、退院後の地域ケア体制の構築・地域ケア計画の立案のために退院地に近い指定入院医療機関に転院した上で、地域調整を進めるべき事例が含まれている。このよ

うな事例では、転院に伴うデメリットだけではなく、もともと抱えている地域調整の困難さから、入院期間が長期化しているものと考えられる。そのため、地域調整の困難な事例では、当初からできる限り退院地に近い指定入院医療機関が選定されることが必要である。

本研究の結果によると、重複障害は長期入院化の因子ではなかった。その一方で、結果で述べたとおり、重複障害を持つ対象者は、入院約600日を境に入院継続率に大きな変化が認められる。入院600日前には入院継続率は急速に低下するものの、600日を超えると入院継続率の低下は鈍化する。この理由として、主診断と副診断の組み合わせによって、入院期間に与える影響が異なることが予想された。例えば、急性一過性精神病性障害と精神遅滞の組み合わせでは精神病症状が速やかに消失し、結果として入院期間が短くなることが予想される。一方、統合失調症と精神遅滞の組み合わせでは、重複障害を持たない統合失調症よりも、病識獲得、ストレス対処スキルの獲得、退院後のアドヒアランスの向上などに困難が予想され、入院期間が長期化することを経験する。今後、入院期間に影響を与える主診断と副診断の組み合わせを明らかにし、それに応じた適切な治療（治療プログラム）を提供していく必要がある。

今後は、入院対象者の重症度、対象行為、日常生活能力、病識、内省の深度、住居の形態、家族の有無、退院地の医療資源や社会資源の質と量など、入院期間に影響を与える可能性のある因子をさらに調査し、これらの因子を考慮した上で、入院期間を設定する必要性がある。また入院治療に当たっては、入院期間を長期化する因子に焦点をあて治療を押し進めていくことが重要であろう。

引用文献

- 1) 高橋善弥太. ロジスチック・Cox回帰入門. 日本医学館, 東京, 1997
- 2) アンソニー・メイデン (著). 暴力を治療する精神保健におけるリスク・マネジメント・ガイド. 星和書店, 東京, 2009, 吉川和男 (訳)
- 4) 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: ニューヨーク市における一般的精神医療施策, 触法精神障害者医療施策. 司法精神医学, 2010; 5 (1) : 25-33
- 5) 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, 2009; 28 (10) : 43-48

E. 結論

厚生労働省は、指定入院医療機関の確保については、全国で720床程度（国関係420床、都道府県関係300床）を目標として整備を進めてきた。平成21年7月15日現在に整備された病床数は410床にとどまっており、さらに病床整備を進める必要がある。しかし、医療観察法の目的は、再び同様の行為を行うことなく社会復帰することであることを考慮すると、地域に密着した医療の提供を可能とするような病床整備や、地域ケアの充実こそが望まれている。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1 岡田幸之, 安藤久美子, 五十嵐禎人, 黒田治, 樽矢敏広, 野田隆政, 平田豊明, 平林直次, 松本俊彦: 刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き (第4版). 精神保健研究, 2009; 22 (55) : 65-67
- 2 平林直次: 指定入院医療機関の現状と今後の課題. 国立医療会誌医療, 国立医療学会, 2010; 64 (3) : 204-205
- 3 今村扶美, 松本俊彦, 藤岡淳子, 森田展彰, 岩崎さやか, 朝波千尋, 壁屋康洋, 久保田圭子, 平林直次: 重大な他害行為に及んだ精神障害者に対する「内省プログラム」の開発と効果測定. 司法精神医学, 2010; 5 (1) : 2-15
2. 研究発表
- 1 平林直次: シンポジウム 指定入院医療機関における長期入院その対策. 第5回日本司法精神医学大会, 群馬, 2009.5.16
- 2 平林直次: 特別講演 医療観察法病棟における統合失調症の再発予防. 第1回千代田中央文京地区再発予防研究会, 東京, 2009.6.6
- 3 平林直次: 特別講演 医療観察法による医療-指定入院医療機関の現状-. 第57回山陰精神神経学会, 鳥取, 2009.7.18
- 4 菊池安希子, 岩崎さやか, 水野由紀子, 美濃由紀子, 朝波千尋, 樽矢敏広, 安藤久美子, 平林直次, 吉川和男: 医療観察法病棟における一般的他害行為防止プログラムの試行 (2). 第5回日本司法精神医学大会, 群馬, 2009.5.15
- 5 佐藤真由美, 平林直次, 永田貴子, 澤潔, 新井薫, 大森まゆ, 樽矢敏広: 医療観察法における行動制限の実態調査~行動制限期間に関連する因子の検討~. 第5回日本司法精神医学大会, 群馬, 2009.5.16
- 6 永田貴子, 平林直次, 樽矢敏広, 八木深, 須藤徹, 村上優, 来住由樹: 医療観察法入院処遇による入院期間調査. 第5回日本司法精神医学大会, 群馬, 2009.5.16
- 7 澤潔, 平林直次, 永田貴子, 佐藤真由美, 樽矢敏広, 森崎洋平: 医療観察法病棟における入院期間の長期化に関する調査. 第

105回日本精神神経学会学術総会，兵庫，
2009.8.21

H. 知的財産権の登録・出願状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
医療観察法による医療提供のあり方に関する研究
（研究代表者：中島 豊爾）
分担研究

入院医療における社会復帰促進に関する研究

平成 21 年度
分担研究報告書

平成 22（2010）年 3 月

分担研究者 来住 由樹

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

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）

分担研究報告書

入院医療における社会復帰促進に関する研究

分担研究者：来住 由樹 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

研究協力者：

平林 直次（国立療養所多摩全生園）	村杉 謙次（国立病院機構 小諸高原病院）
大森 まゆ（国立精神・神経センター病院）	中根 潤（国立病院機構 下総精神医療センター）
中嶋 正人（国立病院機構 花巻病院）	村上 優（国立病院機構 琉球病院）
石丸 正吾（国立病院機構 花巻病院）	大鶴 卓（国立病院機構 琉球病院）
高橋 昇（国立病院機構 花巻病院）	桂木 正一（国立病院機構 菊池病院）
八木 深（国立病院機構 東尾張病院）	岸田 学（国立病院機構 榊原病院）
吉岡 眞吾（国立病院機構 東尾張病院）	山口 博之（国立病院機構 賀茂精神医療センター）
須藤 徹（国立病院機構 肥前精神医療センター）	森 裕（大阪府立精神医療センター）
中川 伸明（国立病院機構 肥前精神医療センター）	林田健太郎（長崎県立精神医療センター）
壁屋 康洋（国立病院機構 肥前精神医療センター）	佐藤 浩司（群馬県立精神医療センター）
村田 昌彦（国立病院機構 北陸病院）	村上 直人（静岡県立こころの医療センター）
西岡 直也（国立病院機構 久里浜アルコール症センター）	山畑 良三（鹿児島県立始良病院）
真栄里 仁（国立病院機構 久里浜アルコール症センター）	宮田 量治（山梨県立北病院）
川本 孝憲（国立病院機構 さいがた病院）	西村 大樹（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）
伊澤 寛史（国立病院機構 さいがた病院）	宮田 純平（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）

研究要旨

法施行後4年にあたる、平成21年7月15日までの間に指定入院医療機関に入院したすべての対象者968人について、審判（鑑定）時の診断と入院後の診断、および重複（従）診断の有無とその内容について全数調査した。

主診断変更は、全入院患者の11.1%（107件）で行われており、その74%（80件）は統合失調症から、8.3%（9件）は気分障害からであった。また変更された主診断は、23%（25例）が汎性発達障害、16%（17例）が人格障害、13%（14例）が精神遅滞、11%（12例）が器質性精神障害であった。

さらに重複（従）診断は、23.3%（226例）で診断されており、特に入院機関での主診断が汎性発達障害、精神遅滞、物質関連障害の時に、重複（従）診断がつけられており、それぞれ

46% (12/26件)、45% (10/22件)、37% (22/60件)であった。

また逆に、従診断の分布をみると、精神遅滞、物質関連障害、てんかんないし器質性精神障害、人格障害、広汎性発達障害の順で多く、それぞれ17% (142件)、11.7% (100件)、8.1% (69件)、4.9% (42件)、4.1% (35件)であった。

これらの結果から鑑定および審判時に、特に広汎性発達障害の診断について十分な検討がなされる必要があり、さらに人格障害など責任能力上の疑義が生じる診断については、審判時の地方裁判所でのカンファレンス等を通じて、再度責任能力について検討する機会が持たれるように鑑定人ないし審判員が意見を提示する必要があると考えられた。また入院後に器質性精神障害への診断変更が行われることも比較的多くみられており、指定入院医療機関での器質性精神障害の治療能力を高めることも課題であると考えられた。

ところで重複診断の存在は、その有無のみの比較では、入院期間への影響は与えていなかったが、治療の組み立て方、治療反応性の判断に影響を与えていると考えられ、かつ地域移行後の治療の支援の在り方にも大きく影響を与えたと考えられた。よって重複（従）診断がなされることが多かった物質関連障害、広汎性発達障害、精神遅滞、てんかんないし器質性精神障害の診断の有無についての検討は、指定入院医療機関にてスクリーニングに近い意識でなされるべきであり、かつその診断後に行われる治療プログラムの共有が急がれると考えられた。

さらに指定入院医療機関ごとの主診断の分布をみると、頻度が全ての医療機関で多い統合失調症や気分障害では分布に偏りはないものの、特に広汎性発達障害では0%の施設から～10%の施設まであり、また物質関連障害では、0%から22%と医療機関ごとに重複診断の頻度の差異が大きかった。よってこれらの疾患は、標準的な診断のあり方を共有する必要があると考えられた。

つづいて対象行為が病院内殺人および病院内傷害致死の事例について、平成21年7月15日までの968人の入院対象者を母数とした全数調査をおこなった。結果は、精神保健福祉法入院中の病院内殺人は10件、殺人未遂は2件であり、一般入院中の病院内殺人が1件であった。また対象者の診断は統合失調症が92% (12件)であり、残りの1件は物質関連障害であった。事件場所が病院である時の被害者は全て入院患者で9件あり、外泊中の対象行為では被害者は全て親族で2件であった。なお外出中の事件は認めなかった。また対象行為と症状との関係は直接的であるものが、92% (12件)であった。

これらの事例は精神保健福祉法下での入院治療を受けていたにも拘わらず対象行為が起きているという点で、とくに注意を要する事例であると考えられた。すなわち治療反応性と社会復帰阻害要因との関係について議論を尽くす上で象徴的な群であり、社会復帰阻害要因の吟味と対象行為と症状の関係について十分な検討がなされ、治療反応性の検討が十全に行われる必要がある。よって更に事例の詳細な検討を行い、医療観察法と精神保健福祉法による医療との重なりと切り分けとについて検討し、長期化事例の処遇の在り方についての整理につなげる必要があると考えられた。

また対象行為が性犯罪であるもの（強姦と強制わいせつ）について、平成21年7月15日の時点まで968人の入院対象者を母数とした全数調査を行った。これは性犯罪は、暴力犯罪とは性

質を異にするものであり、治療反応性の検討の上でも、対象行為特異的な検討と治療技法を要すると考えたからである。

対象行為が性犯罪であるものは49件であり、その内訳は、強姦既遂が3件、強姦未遂が11件、強制わいせつが35件であった。そして主診断は統合失調症が87%（39件）であったが、強姦（未遂）よりも、強制わいせつの場合、診断が広範となり、統合失調症が80%（28件）の他に、物質関連障害1件、気分障害2件、解離性障害1件、広汎性発達障害2件、てんかん1件であった。

なお性犯罪の常習性は20～28%と比較的高かったが、発病前の性逸脱については今回の調査では不明であった。被害者は多くが思春期以降の女性であったが、児童に対するものが1件認められた。強姦（未遂）の場合、対象者の多くが統合失調症であり、その多くは陽性症状など疾病主導で対象行為が行われていた。

なお精神遅滞を重複するものが29%あり、さらに陰性症状が進行しているものを含めるとそれよりも多くの人数となると推測され、認知機能が低下している対象者の治療の組み立ての共有が必要な状態であった。

なお対象行為が性犯罪である入院者は、1施設あたり0～7人であり、該当する対象者が1人もいない施設もあった。そのため各施設が少ない面前の対象者をもとに、独自に治療反応性の判断などのアセスメントや、必要な治療プログラムの開発を行っているのが現状であった。すなわち自施設での治療経験だけでは、全体を推測して議論することは困難であり、アセスメントの在り方について、共通の指標をもち、治療技法についての共有が必要であると考えられた。

また医療観察法にて対象者のアセスメントに用いられている共通評価項目の信頼性と妥当性の検討を行うための予備研究をおこなった。すなわち共通評価項目は、北米で開発されたHCR-20等を基礎にして作成されているが、共通評価項目を多職種の共通言語としてだけでなく、リスクマネジメントツールとしての臨床的有用性示すには、信頼性と妥当性とを検証し、統計的な信頼性・妥当性が担保された尺度へと改訂を進めることが必要であると考えた。

そこで評定者一致度の検証を行うために、入院対象者のデータを基に作成された20事例を、26名の臨床心理技術者が共通評価項目を評定し、評定者間信頼性をKendallの一致係数によって検証した。一致度0.6以上を基準とした場合、中項目（17項目）では14項目が0.6を超える一致度であり、3項目の一致度が低かった。一致度の低い項目については、評定に当たった臨床心理技術者や各施設からの意見を聴取した上でアンカーポイントの見直しが必要であると考えられた。来年度以降、信頼性の検証を進め、さらに目的変数を定めて妥当性の検討にもつなげる必要がある。

A. 研究目的

医療観察法における入院医療は、検察官による起訴の有無の決定、裁判所による裁判、医療観察法の申し立て、医療観察法鑑定、そ

して地方裁判所での審判をへて開始されている。よって事実認定、責任能力判定などの司法的見地、および精神科診断と治療反応性、社会復帰要因などの精神医療的見地からの判断は、以前の措置入院制度と比すると厳密か

つ多様な視点から評価され実施されている。
また医療観察法が施行された平成17年7月15日から平成20年7月15日までの4年間で、本法による入院件数は968件であった。そして入院期間の検討は当厚生労働科学研究の平林班「入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究」にて検討されており、毎年7月15日に定点観測が続けられ知見が蓄積されてきている。

一方で入院による治療効果や治療内容を検討するには、まず審判における診断と入院医療機関の診断結果の結果を比較し、入院医療から、審判や鑑定過程を検証することが必要である。

さらに入院医療の内容を検証し、均霑化を進めていくには、入院後の治療経過の中で確定した主診断の分布、重複診断の内容とその頻度についての情報が必要であると考えた。また主診断はもとより、重複診断（従診断）についても、治療的な取り組みは可能な限り行われる必要があるが、診断の在り方が均質性をもつのか、ばらつきがあるのかについても検討する必要があると考えた。

また退院申し立て審判にて、疾病性に加えて、治療反応性と社会復帰要因との両者の観点から議論が行われているが、治療反応性の限界についての考え方、社会復帰阻害要因その判断の在り方についての共有は必ずしも十分とは言えない。そこで治療反応性の限界についての議論と、社会復帰阻害要因への介入が精神保健福祉法入院で解決することの是非とその適応を考える上で、議論が組み立てやすい対象行為が病院内での殺人および傷害致死について全例調査を行うこととした。これらの事例は精神保健福祉法下での入院治療を受けていたにも関わらず対象行為が起きているという点で、とくに注意を要する事例である。

また6つの対象行為のなかで、強姦と強制

わいせつとは、他の暴力犯罪と性質を異にするものであり、治療反応性の検討の上でも、対象行為特異的な検討と治療技法を要すると考え、平成21年7月15日の時点まで968人の入院対象者を母数とした全数調査を行うこととした。そして対象行為が性犯罪である入院対象の分布を施設ごとに確認し、対象者特性と被害者の情報を整理し、治療反応性の判断などアセスメントの在り方や、必要な治療プログラムの開発の現状を把握する必要があると考えた。

さらに医療観察法にて対象者のアセスメントに用いられている共通評価項目の信頼性と妥当性の検討を行うこととした。すなわち共通評価項目は、HCR-20等を基礎にして作成されているが、共通評価項目を多職種の共通言語としてだけでなく、リスクマネジメントツールとしての臨床的有用性示すには、信頼性と妥当性を検証し、統計的な信頼性・妥当性が担保された尺度へと改訂を進める必要があると考えた。

B. 研究方法

1. 審判（鑑定）時主診断と指定入院医療機関での診断主診断の比較、および指定入院医療機関での重複診断について

平林分担研究「入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究」により、平成21年7月15日におこなわれた、毎年の指定入院医療機関ごとの入院期間調査を基礎資料として、調査票（資料1）を作成し、を全ての指定入院医療機関に送付し、全施設から回答を得た。

調査項目は、年齢、性別、対象行為、審判決定書きによる診断名（ICD10）、入院医療機関による主診断名（ICD10）、入院機関による重複診断名（精神遅滞、広汎性発達障害、物質関連障害、人格障害、神経症性障害、器質性及び症状性精神障害の有無およびICD10）、

身体合併症の有無とその内容、入院決定日、医療観察法病棟入院日、指定入院医療機関同士の当該施設への転入院日有無と期日、治療ステージ移行日、退院決定日、現在の処遇、入院日数、共通評価項目（初回評価、6カ月、21年7月15日）とした。

2. 対象行為が病院内殺人ないし傷害致死である事例調査について、個票（資料2）を作成し、全指定入院医療機関に送付し、全施設から回答を得た。転院や再入院などにより同一対象者の個票が複数となった時には、重複を避けるため、延べ数でなく実数に整理した。なお平成21年7月15日の時点まで累積968人の全指定入院対象者を母数とした。

調査項目は、各指定入院医療機関での該当対象者の実数と個別情報（①精神保健福祉法での入院中か一般科に入院中か、対象行為が起きた病院は精神科単科病院か総合病院精神科か、事例の概要（200字程度）、今後の見通し又は転帰）とした。

3. 対象行為が強姦（未遂）ないし強制わいせつである事例調査について、個票（資料3）を作成し、全指定入院医療機関に送付し、全施設から回答を得た。転院や再入院などにより同一対象者の個票が複数となった時には、重複を避けるため、延べ数でなく実数に整理した。なお平成21年7月15日の時点まで累積968人の全指定入院対象者を母数とした。

調査項目は、各指定入院医療機関での該当対象者の実数と個別情報（被害者の年齢、被害者の性別、事例の概要（200字程度）、症状と対象行為との関係、行った治療の内容と効果、課題として残っていること）とした。

（倫理面への配慮）

審判時診断と入院医療機関の診断の変化に関する研究、および重複診断の研究において、調査項目は統計的数値や一般的内容に限

定しており、個人情報収集していない。

また対象行為が病院内での殺人と傷害致死であるもの、および対象行為が強姦と強制わいせつであるものの全数調査は、個人を特定する情報は収集せずに行い、その手法について主任研究者の所属する岡山県精神科医療センターの倫理委員会にて、研究についての検討と承認を受けた。

C. 研究結果

1. 審判（鑑定）時主診断と指定入院医療機関での診断主診断の比較

審判（鑑定）時の主診断と、指定入院医療機関での主診断の変更は、全入院患者の11.1%（107件）で行われていた（図1）。審判（鑑定）時主診断の分布と指定入院医療機関での主診断毎の件数の分布は表1のとおりである。すなわち、審判時と指定入院医療時の診断を比較すると、統合失調症が816件から747件へと減少しており、広汎性発達障害が1件から26件へ、人格障害が7件から23件へ、精神遅滞が10件から22件へ、器質性精神障害が19件から28件へ、物質関連障害が51件から60件へ、と増加していた。

当初審判（鑑定）時診断からの変更

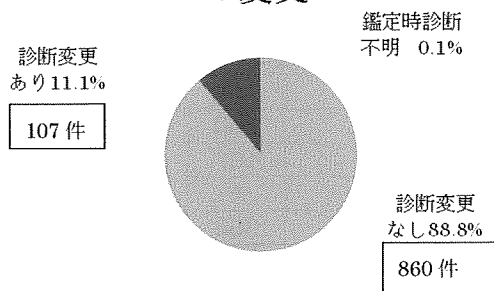


図1：当初審判時（鑑定時）診断と指定入院医療機関（平成21年7月15日）診断変更の頻度

表1：審判（鑑定）時主診断の分布と指定入院医療機関での主診断の分布

	審判（鑑定時診断）	入院機関診断
F0 器質性精神障害	19	28
F1 物質関連障害	51	60
F2 統合失調症	816	747
F3 気分障害	48	49
F4 神経症性障害	8	6
F6 人格障害	7	23
F7 精神遅滞	10	22
F8 広汎性発達障害	1	26
F9 青年期の行動情緒の障害	2	2
G4 てんかん	5	5
不明	1	0
総数	968	968

また当初審判（鑑定）時の主診断名ごとに、指定入院医療機関での診断変更の件数を確認すると、件数が多いものから、統合失調症からが74%（80件）、気分障害からが8.3%（9件）であった。また変更後の主診断は、広汎性発達障害が23%（25例）、人格障害が16%（12例）、精神遅滞が13%（14例）、器質性精神障害が11%（12例）であった。

さらに診断変更を主診断名ごと詳細にみると、器質性精神障害（F0）の入院後の診断変更は3件で全て統合失調症に、物質関連障害（F1）の入院後の診断変更は4件で、統合失調症が2件、気分障害が1件、人格障害が1件であり、物質関連問題は従診断へと移行し

ていた。

統合失調症（F2）の入院後の診断変更は80件で、その内訳は多岐にわたり、広汎性発達障害（F8）が23件で28.8%、人格障害（F6）が15件（18.8%）、精神遅滞（F7）が12件（15%）、器質性精神障害（F0）が10件（12.5%）、物質関連障害（F1）が8件（10%）、気分障害（F3）が8件（10%）であった。また気分障害（F3）からの診断変更は、物質関連障害（F1）が3件（33.3%）、器質性精神障害（F0）が2件（22.2%）、統合失調症、神経症性障害、人格障害、精神遅滞がそれぞれ1件（11.1%）であった。

また人格障害（F6）からの診断変更は2件

表2：当初審判時診断と指定入院医療機関（平成21年7月15日）診断変更の内訳

鑑定時と指定入院医療機関での診断変更			鑑定時診断からの変更の内訳		
	n	%		n	%
診断変更なし	860	88.8	不明	1	0.9
診断変更あり	107	11.1	F0（器質性精神障害圏）から	3	2.8
鑑定時診断不明	1	0.1	F1（物質関連障害圏）から	4	3.7
合計	968	100.0	F2（統合失調症圏）から	80	74.1
			F3（気分障害圏）から	9	8.3
			F4（神経症・ストレス関連障害圏）から	5	4.6
			F6圏から	2	1.9
			F7圏から	2	1.9
			F9圏から	1	0.9
			G40から	1	0.9

表3：当初審判時（鑑定時）診断が器質性精神障害（F0）の入院後の診断変更（平成21年7月15日）の内訳

鑑定時診断 F0					
	n	%	変更の内訳	n	%
診断変更なし	16	84.2	F0⇒F2	3	100
診断変更あり	3	15.8			
合計	19	100			

表4：当初審判時（鑑定時）診断が物質関連障害（F1）の入院後の診断変更（平成21年7月15日）の内訳

鑑定時診断 F1					
	n	%	変更の内訳	n	%
診断変更なし	47	92.2	F1⇒F2	2	50
診断変更あり	4	7.8	F1⇒F3	1	25
合計	51	100	F1⇒F6	1	25

表5：当初審判時（鑑定時）診断が統合失調症（F2）の入院後の診断変更（平成21年7月15日）の内訳

鑑定時診断 F2					
	n	%	変更の内訳	n	%
診断変更なし	736	90.2	F2⇒F0	10	12.5
診断変更あり	80	9.8	F2⇒F1	8	10
合計	816	100	F2⇒F3	8	10
			F2⇒F4	2	2.5
			F2⇒F6	15	18.8
			F2⇒F7	12	15
			F2⇒F8	23	28.8
			F2⇒F9	1	1.3
			F2⇒G40	1	1.3

表6：当初審判時（鑑定時）診断が気分障害（F3）の入院後の診断変更（平成21年7月15日）の内訳

鑑定時診断 F3					
	n	%	変更の内訳	n	%
診断変更なし	39	81.3	F3⇒F0	2	22.2
診断変更あり	9	18.8	F3⇒F1	3	33.3
合計	48	100	F3⇒F2	1	11.1
			F3⇒F4	1	11.1
			F3⇒F6	1	11.1
			F3⇒F7	1	11.1

表7：当初審判時（鑑定時）診断が神経症・ストレス関連障害（F4）の入院後の診断変更の内訳

鑑定時診断 F4					
	n	%	変更の内訳	N	%
診断変更なし	3	37.5	F4⇒F2	2	40
診断変更あり	5	62.5	F4⇒F3	1	20
合計	8	100	F4⇒F6	1	20
			F4⇒F8	1	20

表8：当初審判時（鑑定時）診断が人格障害（F6）の入院後の診断変更（平成21年7月15日）の内訳

鑑定時診断 F6						
	n	%		変更の内訳	n	%
診断変更なし	5	71.4		F6⇒F2	1	50
診断変更あり	2	28.6		F6⇒F7	1	50
合計	7	100				

表9：当初審判時（鑑定時）診断が精神遅滞（F7）の入院後の診断変更（平成21年7月15日）の内訳

鑑定時診断 F7						
	n	%		変更の内訳	n	%
診断変更なし	8	80		F7⇒F1	1	50
診断変更あり	2	20		F7⇒F8	1	50
合計	10	100				

表10：当初審判時（鑑定時）診断が小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の精神障害（F9）の入院後の診断変更（平成21年7月15日）の内訳

鑑定時診断 F9							
	n	%		変更の内訳	n	%	
診断変更なし	1	50		F9⇒F1	1	100	
診断変更あり	1	50					
合計	2	100					

表11：当初審判時（鑑定時）診断がてんかん（G40）の入院後の診断変更（平成21年7月15日）の内訳

鑑定時診断 G40							
	n	%		変更の内訳	n	%	
診断変更なし	4	80		G40⇒F2	1	100	
診断変更あり	1	20					
合計	5	100					

あり、内訳は統合失調症が1件、精神遅滞が1件であり、精神遅滞（F7）からの診断変更は2件あり、1件は物質関連障害、もう1件は広汎性発達障害であった。

次に、指定入院医療機関での重複診断の有無と、審判時主診断が変更になる頻度をみると、重複診断がある場合があったときに、主診断名変更になることが多く、重複診断がある場合179件（20.8%）と681件（8.1%）であった。重複診断別にみると、特に精神遅滞、広汎性発達障害、人格障害、器質性精神障害、神経症性障害の重複のあるときには、主診断変更が行われやすい傾向にあった（表13）。他方で、物質関連障害と身体合併症の重複は、診断変更に影響を与えていなかった（表14）。ただし指定入院医療機関で新たな診断

がついたとき、対象行為と直接的な関連を持つのはいずれかを検討し、主診断と従診断が入れかわっているものを含んでいた。

主診断の変更は、入院後初回共通評価項目が、衝動性、非社会性の各項目が高いもの、または物質乱用の項目が低いもので行われることが多く、精神病症状が高いと、逆に診断変更が行われることが少なかった（表15）。なお入院期間の長期化と主診断変更の関係をみると、特に相関はなかった（表16）。

つづいて診断変更の頻度について、指定入院医療機関ごとにみると、診断変更の比率は0%から28%とばらつきが大きく、その数は、0%の3施設、0～10%の5施設、10～28%の7施設であった（表17）。均霈化の観点からはこの要因を検討することが必要な値であ

表13：重複診断の有無と主診断変更率

	重複障害		精神遅滞		広汎性発達障害		神経症性障害		人格障害		器質性精神障害	
	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
診断変更なし	179	681	124	555	36	640	14	660	36	638	52	625
診断変更あり	47	60	26	61	12	74	5	81	14	73	20	65
変更率 (%)	20.8 8.1		17.3 9.9		25 10.4		26.3 11		28 10.3		28 9.4	
	X ² =28.38, p=.00 重複障害で 診断変更が多い		X ² =6.62, p=.01 重複で 診断変更が多い		X ² =9.62, p=.00 重複で 診断変更が多い		X ² =4.37, p=.04 重複で 診断変更が多い		X ² =14.51, p=.00 重複で 診断変更が多い		X ² =22.17, p=.00 重複で 診断変更が多い	

表14：物質関連障害や身体合併症の重複診断の有無と主診断変更率

	物質関連障害	
	あり	なし
主診断変更なし	96	578
主診断変更あり	17	68
変更率 (%)	15.1	10.5
X ² =1.94, p=.16 物質関連障害の重複と 診断変更には関連が認められない		

	身体合併症	
	あり	なし
主診断変更なし	150	537
主診断変更あり	17	55
変更率 (%)	10.2	9.3
X ² =0.12, p=.73 身体合併症と診断変更には 関連が認められない		

表15：主診断の変更と初回評価時の共通評価項目

	診断変更なし		診断変更あり		p
	mean	SD	mean	SD	
精神病症状	1.84	0.47	1.66	0.58	0.00
非精神病性症状	1.68	0.58	1.68	0.58	0.94
自殺企図	0.47	0.77	0.45	0.76	0.80
内省・洞察	1.74	0.51	1.69	0.49	0.26
生活能力	1.64	0.63	1.74	0.53	0.26
衝動コントロール	1.21	0.88	1.59	0.66	0.00
共感性	0.96	0.60	1.08	0.59	0.09
非社会性	0.64	0.85	1.20	0.88	0.00
対人暴力評価	1.38	0.90	1.41	0.87	0.90
コミュニティ要因	1.12	0.67	1.12	0.66	0.99
個人的支援	1.46	0.63	1.36	0.61	0.15
ストレス	1.70	0.54	1.66	0.58	0.56
物質乱用	0.34	0.65	0.70	0.86	0.00
現実的計画	1.86	0.50	1.81	0.57	0.44
コンプライアンス	1.52	0.60	1.39	0.59	0.06
治療効果	0.94	0.39	1.03	0.37	0.08
治療・ケアの継続性	1.85	0.50	1.84	0.50	0.55
Mann-Whitney U検定					

表16：入院期間と主診断変更の有無の関係

①全数	非長期化群	長期化群
主診断変更なし	791	69
主診断変更あり	98	9
X ² =0.02, p=.89 診断変更と長期化との間には関連を認めなかった。		

②主診断が統合失調症	非長期化群	長期化群
主診断変更なし	669	67
主診断変更あり	73	7
X ² =0.01, p=.92 診断変更と長期化との間には関連を認めなかった。		

表17：施設ごとの比較 当初審判時（鑑定時）と指定入院施設での診断変更（平成21年7月15日）

施設名	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
対象者数	69	7	93	32	33	99	46	80	52	88	99	41	26	18	88	96
診断変更なし	58	7	87	23	29	81	46	74	45	81	89	35	25	18	70	92
診断変更あり	11	0	6	9	4	18	0	6	7	7	10	6	1	0	18	4
診断変更率（%）	15.9	0	6.4	28	12	18	0	7.5	14	8	10	15	3.9	0	20	4.2

X²=43.84, p=.00

表18：当初審判時（鑑定時）の診断（平成21年7月15日現在）

		鑑定時診断											合計			
		不明	F0： 器質性 障害	F1： 物質 関連 障害	F2： 統合 失調症	F3： 気分 障害	F4： 神経症 性障害	F6： 人格 障害	F7： 精神 遅滞	F8： 広汎性 発達 障害	F9： 青年期 情緒行 動障害	G40： てん かん				
A	n		2	3	59	2		1	2							69
	%		2.9%	4.3%	85.5%	2.9%		1.4%	2.9%							100%
B	n			1	4	1		1								7
	%			14.3%	57.1%	14.3%		14.3%								100%
C	n			5	83	3			2							93
	%			5.4%	89.2%	3.2%			2.2%							100%
D	n				31	1										32
	%				96.9%	3.1%										100%
E	n		1	1	28	1			2							33
	%		3.0%	3.0%	84.8%	3.0%			6.1%							100%
F	n		2	4	88	4		1								99
	%		2.0%	4.0%	88.9%	4.0%		1.0%								100%
G	n		1	3	42											46
	%		2.2%	6.5%	91.3%											100%
H	n		1	5	59	10	2	1					1	1		80
	%		1.3%	6.3%	73.8%	12.5%	2.5%	1.3%					1.3%	1.3%		100%
I	n			2	45	3							1	1		52
	%			3.8%	86.5%	5.8%							1.9%	1.9%		100%
J	n		2	3	80	1	1		1							88
	%		2.3%	3.4%	90.9%	1.1%	1.1%		1.1%							100%
K	n	1	1	9	77	8	2	2								100
	%	1.0%	1.0%	9.0%	77.0%	8.0%	2.0%	2.0%								100%
L	n		1	1	37		1		1							41
	%		2.4%	2.4%	90.2%		2.4%		2.4%							100%
M	n		1	2	20	3										26
	%		3.8%	7.7%	76.9%	11.5%										100%
N	n			1	17											18
	%			5.6%	94.4%											100%
O	n		4	5	69	7	2								1	88
	%		4.5%	5.7%	78.4%	8.0%	2.3%								1.1%	100%
P	n		3	6	77	4		1	2	1					2	96
	%		3.1%	6.3%	80.2%	4.2%		1.0%	2.1%	1.0%					2.1%	100%
合計	n	1	19	51	816	48	8	7	10	1	2	5				968
	%	0.1%	2.0%	5.3%	84.3%	5.0%	0.8%	0.7%	1.0%	0.1%	0.2%	0.5%				100%

表19：指定入院医療機関での診断（平成21年7月15日現在）

	主診断										合計	
	F0： 器質性 障害	F1： 物質 関連 障害	F2： 統合 失調症	F3： 気分 障害	F4： 神経症 性障害	F6： 人格 障害	F7： 精神 遅滞	F8： 広汎性 発達 障害	F9： 青年期 情緒 行動 障害	G40： てん かん		
A	n	3	3	53	2			1	7			69
	%	4.3%	4.3%	76.8%	2.9%			1.4%	10.1%			100%
B	n		1	4	1		1					7
	%		14.3%	57.1%	14.3%		14.3%					100%
C	n	1	8	81	1			2				93
	%	1.1%	8.6%	87.1%	1.1%			2.2%				100%
D	n		1	24			4	3				32
	%		3.1%	75.0%			12.5%	9.4%				100%
E	n	1		26	1	1	1	2	1			33
	%	3.0%		78.8%	3.0%	3.0%	3.0%	6.1%	3.0%			100%
F	n	6	4	70	5	1	3	4	5	1		99
	%	6.1%	4.0%	70.7%	5.1%	1.0%	3.0%	4.0%	5.1%	1.0%		100%
G	n	1	3	42								46
	%	2.2%	6.5%	91.3%								100%
H	n	2	5	53	13	2	2		1	1	1	80
	%	2.5%	6.3%	66.3%	16.3%	2.5%	2.5%		1.3%	1.3%	1.3%	100%
I	n	1	3	39	4		2		1		2	52
	%	1.9%	5.8%	75.0%	7.7%		3.8%		1.9%		3.8%	100%
J	n	1	3	76	3		2	1	2			88
	%	1.1%	3.4%	86.4%	3.4%		2.3%	1.1%	2.3%			100%
K	n		13	73	9	1	3	1				100
	%		13.0%	73.0%	9.0%	1.0%	3.0%	1.0%				100%
L	n	1	1	32	1		1	1	4			41
	%	2.4%	2.4%	78.0%	2.4%		2.4%	2.4%	9.8%			100%
M	n	2	2	19	3							26
	%	7.7%	7.7%	73.1%	11.5%							100%
N	n		1	17								18
	%		5.6%	94.4%								100%
O	n	5	6	62	3	1	2	5	3		1	88
	%	5.7%	6.8%	70.5%	3.4%	1.1%	2.3%	5.7%	3.4%		1.1%	100%
P	n	4	6	76	3		2	2	2		1	96
	%	4.2%	6.3%	79.2%	3.1%		2.1%	2.1%	2.1%		1.0%	100%
合計	n	28	60	747	49	6	23	22	26	2	5	968
	%	2.9%	6.2%	77.2%	5.1%	0.6%	2.4%	2.3%	2.7%	0.2%	0.5%	100%

った。なお指定入院医療機関ごとの審判（鑑定）時診断と入院後の診断の詳細は、表18、表19の通りである。

2. 指定入院医療機関での重複診断について
指定入院医療機関での精神科重複（従）

診断は、23.3%（226例）でなされていた（表20）。それは特に入院機関での主診断が広汎性発達障害、精神遅滞、物質関連障害の時に、重複（従）診断がつけられており、それぞれ46%（12/26件）、45%（10/22件）、37%（22/60件）であった（表21）。