

図25

措置率比較

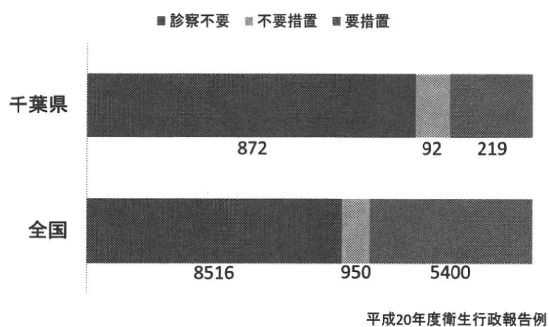
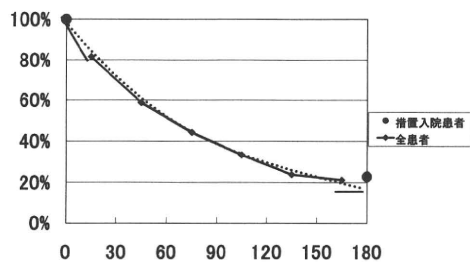


図26(参考)

措置入院患者の残存曲線(全国)



平成14年度厚生労働科学研究及び平成14年度精神保健福祉課調に基づく「第8回精神病床等に関する検討会」会議資料を一部改編

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合 研究事業）
重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究
研究分担報告

医療観察法導入後における触法精神障害者への
精神保健福祉法による対応に関する研究
その 2 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

研究分担者 吉住 昭 独立行政法人国立病院機構 花巻病院

研究要旨：

【目的】

筆者らは 2009 年度、厚生科学特別研究・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」において、2008 年度に検察官通報が行われた事例について調査し、その概要を示し、2000 年度との比較で差異が生じた要因について考察を行った。

結果、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する必要があることを指摘した。

昨年度は、これらの変化が生じた要因について、検察官の判断内容、事前調査における評価、措置診察時における症状や状態像、他害行為とその後の処遇等との関連を検討することができなかった。このため、今回、これらの関係を明らかにすることとして、解析を行った。

【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、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い形式で、提出を求めた。詳細は昨年度報告書に詳記した。

【結果】

検察官通報に至った理由は、重大な他害行為 211 例のうち 43 例 (20.4%) で記載があり、内訳は心神喪失 19 例、心神耗弱 2 例、嫌疑不十分 3 例、告訴取下 0 例、処分保留 1 例、その他 18 例であった。不起訴処分の理由の大半は「起訴猶予」などであったが、一部に詳細の記載があった。

事前調査票の記載があった 992 例を対象に、事前調査項目の措置診察の要否判断に与えた影響について、ロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。事前調査において認められた項目ごとの措置診察にかかる Odds 比は、恐喝 8.81、幻覚妄想あり 6.60、侮辱 5.46、身体合併症あり 4.16、殺人 4.03、器物損壊 3.64、傷害 3.44、暴行 3.42、自傷行為あり 3.08、鑑定あり 2.90、性的問題 2.75、過去の司法処分あり 2.46、その他の他害行為 2.27、本人と面接した 2.17、生活維持困難あり 1.81、いずれかの他害行為 1.63、治療歴あり 0.49、現在治療あり 0.49 であった。また CHAID 法による決定木分析では、まず幻覚妄想の有無で分岐していた。幻覚妄想あり群は、以下、何らかの他害行為、鑑定、生活維持困難、本人面接、窃盗、現在の治療、過去の司法処分それぞれの有無、年齢などが影響していた。幻覚妄想なし群は鑑定の有無で分岐し、以下、本人面接、アルコール問題、何らかの他害行為などが影響していた。

措置入院に関する診断書の検討では、これまでの重大な他害行為で傷害のみ措置要否判断で有意差があり、放火、強盗、強制わいせつ、傷害で、指定医 2 名の判断は一致、殺人で一致傾向があり、強姦では一致しなかった。今後おそれのある重大な他害行為でも傷害のみ措置要否判断に有意差があり、指定医 2 名の判断も強制わいせつのみで一致し、放火、強姦、傷害で一致傾向、殺人、強盗では一致しなかった。状態像では、幻覚妄想、精神運動興奮、その他で措置判断への影響で有意差があり、残遺状態で差異傾向が認められた。判断の一致度は、躁で指定医判断が一致し、幻覚妄想、昏迷、残遺状態、抑うつ、認知症で一致傾向があった。措置診察を受けた 588 例を対象に、診断書各項目を独立変数、最終的に措置入院したかどうかを従属変数として、ロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。

ロジスティック回帰分析による各項目の Odds 比は、幻覚妄想 26.2、躁状態 11.9、放火 8.61、強制わいせつ 8.57、抑うつ 6.58、認知症 5.99、傷害 3.98、自傷 3.85、暴行 3.40、精神運動興奮 2.77、家宅侵入 2.68、強盗 2.64、詐欺等の経済的問題行動 2.62、措置入院歴 2.34、器物損壊 2.19、脅迫 1.94、重大な他害行為 0.59、恐喝 0.41、せん妄 0.26、強姦 0.09 であった。CHAID 法による決定木分析では、まず幻覚妄想の有無で分岐した。幻覚妄想あり群では暴行、器物損壊が、幻覚妄想なし群では、傷害、家宅侵入が、措置要否判断に影響していた。措置症状消退届では、措置解除後の帰住先について、退院した 102

例では、自宅87例、施設1例、その他3例で、帰住先が空白なのは10例に過ぎなかった。一方、入院継続272例では、医療保護入院176例のうち、自宅23例、施設3例、任意入院94例では、自宅18例、施設3例などで、213例は行き先を空白としていた。

措置入院期間に影響する入院時点の因子として CRT 法による決定木分析により措置入院期間の分析を行った。全例からまず診断 (F0、F7、F8) 群 27 例 (6.1%) が 182.4 ± 167.1 日で分岐した。次いで自傷あり群 56 例 (12.7%) が 58.9 ± 45.3 日で分岐した。以下、窃盗あり群 97 例 (22.0%) が 115.7 ± 112.5 日で分岐、重大な他害行為群 66 例 (15.0%) が 111.2 ± 101.6 日で分岐、措置入院歴あり群 35 例 (8.0%) が 64.7 ± 39.5 日で分岐、残遺状態あり群 33 例 (7.5%) が 120.0 ± 66.0 日で分岐した。最後に器物損壊あり群 65 例 (14.8%) 74.3 ± 49.9 日と、器物損壊なし群 61 例 94.0 ± 78.8 日に分岐した。

【考察】

検察官通報書に、通報に至る理由が記載されていたもののうち、多くは起訴猶予とされており、心神喪失や心神耗弱とされたものは少数であった。ただ、通報理由欄に記載があったのは、約2割にすぎず、検察官通報に至る事例について、どのような事例が不起訴処分となるかの傾向は、なお不明な点が多かった。事前調査において措置診察を行うかどうかは、幻覚妄想あり、恐喝、殺人、器物損壊、傷害、暴行などで Odds 比が高く、たとえば幻覚妄想では精神症状、生活維持困難では、障害による生活困難、自傷や、他害（殺人、傷害、暴行、器物損壊、性的問題、恐喝）では、粗暴な他害行為あるいは自傷行為それ自体、鑑定ありでは、鑑定によって病態と問題行動の関係が明らかとなっていること、過去司法処分あり群では過去の処分から他害行為のリスクと評価されることで、それぞれ措置診察が実施されているものと思われた。一方、治療歴あり、現在治療ありでは診察不要とされており、措置症状に留意しつつ治療関係を優先される場合があり得ることも示された。

また決定木分析では、精神病症状の有無が診察実施となるかどうか大きく影響していると思われた。そして、幻覚妄想がある事例では、何らかの他害行為があれば要診察は増え、他害行為が明らかでなければ要診察は減少していた。病態が明らかで、かつ生活維持が困難で、しかも勾留中など面接調査が可能な場合、要診察の判断がされやすかった。生活維持困難があっても措置診察は行われやすかったが、窃盗などがある場合には必ずしも措置診察は行われていなかった。一方、現在の治療がある群で診察不要が増えており、治療関係があり、かつ現在は措置症状が顕著ではない事例では必ずしも措置診察を行わないという運用が行われていても、さほど不自然ではないと思われた。措置入院に関する診断書における措置判断への影響と一致率については、これまで、また今後に傷害のおそれがあると認定された患者、また今後、暴行や器物損壊のおそれがあるとされた患者で、要措置となりやすく、指定医の判断も一致しており、これは粗暴な行動があれば行動制限を受けやすいといった点からと思われた。幻覚や妄想、易刺激性などの精神病症状でも要措置となりやすく指定医判断も一致していたが、診察時の所見は、一致しないこともあった。

ロジスティック回帰分析では、措置入院歴など既往が考慮され、また精神病症状のうち、

幻覚妄想や躁状態、精神運動興奮や抑うつ、認知症など、病的体験等による問題行動が起こりうる状態像では、要措置となっていた。

決定木分析でも、治療の必要性が高い症状や問題行動が揃うと要措置が多い群となっていた、症状と他害行為に関連が認められる場合に要措置となるのは、法が想定した対応であり、妥当な運用と思われた。ただ、要措置が少ない群は、治療の必要性について、分析に現れない因子の関与が認められる群でもあり、これらの症候が揃えば直ちに措置不要とするのは、やや短絡であると思われた。措置症状消退届では入院継続例で帰住先不明が多く、通院例では明確となっている者が多かったが、これは当然ではあるものの、社会的入院の準備状態でもあり、社会復帰に向けた支援が必要とも思われた。

措置入院期間に影響する入院時点の因子について決定木分析を行ったところ、診断がF0、F7、F8 か、それ以外かで分岐し、以下、自傷、窃盗、措置入院歴、残遺状態、器物損壊の有無で、分岐していた。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、事例のリスクを直接評価したも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年度における検察官通報について、昨年度に未集計であった詳細の集計結果を報告した。幻覚妄想状態や精神運動興奮状態など精神病症状を呈する患者に対して、要措置との判断がなされることは、医療観察法の前後を通じて変化は見られなかった。医療観察法の施行によって、重大な他害行為の患者が同法で処遇されることもあり、そのような患者が減少したのは当然ではある。ただその一方で、医療観察法との関連で、判決言い渡しから確定までの、医療観察法が適用できない期間に、検察官通報によって措置入院等の対応がなされること、罰金刑の確定などで医療観察法の適用とならない傷害事例が検察官通報によって通報されるなどの実態が、新たに明らかとなった。

措置入院制度は、医療観察法と並んで、触法精神障害者を処遇する制度であるが、より地域に近く、また対応する精神科医療機関も多いことから、今後とも定期的なモニタリングが必要であることを指摘した。

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）

島田達洋（栃木県立岡本台病院）

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）

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）

稲垣中（慶応義塾大学大学院マネジメント研究科）

小口芳世（山梨県立北病院）

椎名明大(千葉大学医学部附属病院精神
神経科)

小山明日香(国立精神・神経センター精
神保健研究所)

猪飼紗恵子(山梨県立北病院)

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)

A. 研究目的

筆者らは2009年度、厚生科学特別研究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」において、2008年度に検察官通報が行われた事例について調査し、その概要を示し、2000年度との比較で差異が生じた要因について考察を行った¹⁾。

結果、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する必要があることを指摘した。

昨年度は、変化が生じた要因について、検察官の判断内容、事前調査における評価、措置診察時における症状や状態像、他害行為とその後の処遇等との関連を検討することができなかった。

このため、今回、これらの関係を明らかにすることとした。

B. 研究方法

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、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。詳細は昨年度報告書に詳記した¹⁾。

事前調査の各項目について、その項目が認定されたかどうかを独立変数、診察を必要としたかどうかを従属変数として、ロジスティック回帰分析と決定木分析を行った。各独立変数は、その項目が認められるか否か、定性的に評価した。

措置入院に関する診察では、患者1名に対して、要措置となる場合は2名の指定医が診察することとなる。ただし直前に緊急措置を経た場合は、3名の指定医が診察することとなる。また、措置不要となる場合は、最初の指定医が措置不要とする場合、2名のうち1名の指定医が措置不要とする場合、緊急措置を経た場合は3名目の指定医が措置不要とする場合があり得る。このように、措置入院に関する診断書は、1枚から3枚が存在することとなる。

今回の集計に際しては、緊急措置入院の

診断書は除き、措置入院に関する診断書によって判断した。

指定医の判断の傾向についてはそれぞれの診断書ごとに検討した。また、診断書の各項目のうち、年齢、性別、問題行動（A：これまでの、B：今後おそれのある問題行動を、あわせて1つの項目とした）、状態像を独立変数、最終的に措置入院となったかどうかを従属変数として、ロジスティック回帰分析および決定木分析を行った。

また、措置診察については、1名の指定医が診察した場合と2名の指定医が診察した場合があるが、症状・問題行動等については、いずれかの指定医が認定していれば、認められるものとした。

ロジスティック回帰分析はIBM-SPSS社のPASW Statistics 18.0 for Mac OS X, Regressionを用い、強制投入法を施行した。

決定木分析は同じくDecision Treeを用い、診察要否または措置要否を従属変数としてCHAID（Chi-squared Automatic Interaction Detection）を、措置入院期間を従属変数としてCRT（Classification and Regression Tree）を施行、いずれも親ノード50例以上、子ノード25例以上とした。なお、CHAIDでは有意確率を5%とした。

（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う方式とした。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、2009年度

厚生労働科学特別研究の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

1 検察官通報の詳細について

検察官が、事件の取扱いに際して、どのような判断をして検察官通報に至ったかを、表1に示した。

重大な他害行為211例のうち理由の記載があったのは43例（20.4%）で、内訳は心神喪失19例、心神耗弱2例、嫌疑不十分3例、告訴取下0例、処分保留1例、その他18例であった。

広義の触法行為833例のうち、理由の記載があったのは190例（22.8%）で、内訳は心神喪失72例、心神耗弱19例、嫌疑不十分2例、告訴取下0例、処分保留2例、その他95例であった。なお、重複回答例はなかった。

表2に、検察官通報に際しての不起訴処分の理由に記載があったものの一覧を示した。

大半は「起訴猶予」など、漠然とした記載しかなかったが、一部に「殺人未遂につき嫌疑不十分」「起訴猶予、親告罪の告訴の欠如」「罰金刑確定」など、記載があった。

表3に、裁判を受けた事例の裁判に関する記載を示した。多くは執行猶予付きの懲役刑であったが、一部に傷害とされる者に「罰金刑」との記載もあった。

2 事前調査について

(1) ロジスティック回帰分析

事前調査票の記載があった992例を対象に、事前調査において認められた項目の措置診察に与えた影響について、ロジスティック回帰分析を行った。

表4に、事前調査において認められた項

目ごとの措置診察にかかる Odds 比を示した。

結果、有意確率は 0.30 以下の項目で、統計的な有意差が得られた項目とその Odds は、次の通りとなった。

最も Odds が大きかったのは、恐喝 8.81+ であり、以下、幻覚妄想あり 6.60**、侮辱 5.46-、身体合併症あり 4.16-、殺人 4.03+、器物損壊 3.64**、傷害 3.44**、暴行 3.42**、自傷行為あり 3.08**、鑑定あり 2.90**、性的問題 2.75+、過去の司法処分あり 2.46**、その他の他害行為 2.27**、本人と面接した 2.17**、生活維持困難あり 1.81**、いずれかの他害行為 1.63-、治療歴あり 0.49*、現在治療あり 0.49**であった (n=992、** : p<.01, * : p<.05, + : p<.1, - : p<.3)。

年齢、状況認知問題あり、強盗、窃盗、詐欺、放火、弄火、生涯診断歴あり、薬物問題あり、アルコール問題ありの各項目では、p 値が大きく、関連があるとまでは認められなかった。

(2) 決定木分析

事前調査票の記載があった 992 例は、要診察 572 例 (57.7%)、診察不要 420 例 (42.3%) であった。この 992 例を対象に、事前調査において認められた項目の措置診察の要否判断に与えた影響について、決定木分析を行った。

図 1 に、措置診察実施に際しての事前調査内容に関する決定木分析による樹形図を示した。

決定木は、まず幻覚妄想の有無で分岐した。

幻覚妄想あり群 633 例では要診察 471 例 (74.4%)、診察不要 162 例 (25.6%) であり、幻覚妄想なし群 359 例では要診察 101 例 (28.1%)、診察不要 258 例 (71.9%) であった。

幻覚妄想あり群は、他害行為の有無で、

幻覚妄想なし群は、鑑定の有無で分岐した。

a 幻覚妄想あり・他害行為なし群

他害行為なし群 52 例は、要診察 19 例 (36.5%)、診察不要 33 例 (63.5%) で、ターミナルノードとなった。

b 幻覚妄想あり・他害行為あり群

他害行為あり群 581 例では、要診察 452 例 (77.8%)、診察不要 129 例 (22.2%) であり、鑑定の有無で分岐した。

鑑定あり群 257 例では要診察 228 例 (88.7%)、診察不要 29 例 (11.3%) であり、鑑定なし群 324 例では要診察 224 例 (69.1%)、診察不要 100 例 (30.9%) であった。

鑑定あり群は、以下、生活維持困難の有無で分岐し、困難あり群 92 例では要診察 87 例 (94.6%)、さらに本人面接あり群 44 例では全例、要診察となり、面接なし 48 例でも 43 例 (89.6%) が要診察となり、ともにターミナルノードとなった。困難なし群 165 例では窃盗の有無で分岐し、窃盗あり 29 例では 21 例 (72.4%) が要診察となったのに対し、窃盗なし 136 例では、120 例 (88.2%) が要診察となり、ともにターミナルノードとなった。

鑑定なし群 324 例は、現在治療の有無で分岐した。現在治療あり 142 例では、要診察 77 例 (54.2%) で、過去の司法処分あり 37 例 (要診察 29 例・78.4%・ターミナルノード) と司法処分なし 105 例 (要診察 48 例・45.7%) に分岐した。司法処分なし 105 例は、窃盗あり 28 例 (要診察 6 例・21.4%・ターミナルノード) と窃盗なし 77 例 (要診察 42 例・54.5%) に分岐した。窃盗なし 77 例は生活維持困難あり 26 例 (要診察 19 例・73.1%) と生活維持困難なし 51 例 (要診察 23 例・45.1%) に分岐し、ともにターミナルノードとなった。

鑑定なし・現在治療なし群 182 例は、生

活維持困難なし 115 例（要診察 87 例・75.7%・ターミナルノード）と生活維持困難あり 67 例（要診察 60 例・89.6%）とに分岐し、この群は 53 歳以下（要診察 41 例・97.6%）と 53 歳超（要診察 19 例・76.0%）に分岐し、ともにターミナルノードとなった。

c 幻覚妄想なし・鑑定あり群

鑑定あり群 110 例は、本人面接の有無で分岐した。本人面接あり群 47 例は、要診察 27 例（57.4%）、診察不要 20 例（42.6%）、本人面接なし群 63 例は、要診察 24 例（38.1%）、診察不要 39 例（61.9%）で、ともにターミナルノードとなった。

d 幻覚妄想なし・鑑定なし群

鑑定なし群 249 例は、アルコール問題の有無で、あり群 39 例は要診察 19 例（48.7%・ターミナルノード）、なし群 210 例は、要診察 31 例（14.8%）となった。

幻覚妄想なし・鑑定なし・アルコール問題なし群 210 例は、何らかの他害行為の有無で、なし群 66 例は要診察 3 例（4.5%・ターミナルノード）、あり群 144 例は要診察 28 例（19.4%）となった。

幻覚妄想なし・鑑定なし・アルコール問題なし・何らかの他害行為あり群 144 例は、本人面接あり群 47 例で要診察 14 例（29.8%）、なし群 97 例で要診察 14 例（14.4%）と、ともにターミナルノードとなった。

3 措置診察について

(1) 措置判断への影響と一致率

a 問題行動

表 5 に、他害行為の措置判断への影響と一致率を示した。

表 5 を、これまでの殺人（01A）について抜粋すると、次の通りである。

診断書 1 / 2	無/無	無/有	有/無	有/有
措置入院した	431	4	2	3
措置入院せず	63	1	0	1

これまでの殺人（01A）においては、措置入院をした事例のうち、診断医 2 名がいずれも、これまでの殺人を認めなかったのが 431 例、指定医 1 名がこれまでの殺人を認め、もう 1 名が認めなかったのが 4 例と 2 例で計 6 例、2 名の指定医がいずれも認めたのが 3 例となった。一方、措置入院をしなかった事例のうち、診断医 2 名がいずれも、これまでの殺人を認めなかったのが 63 例、指定医 1 名がこれまでの殺人を認め、もう 1 名が認めなかったのが 1 例と 0 例で計 1 例、2 名の指定医がいずれも認めたのが 1 例となった。これより、自由度 2 のカイ 2 乗値 0.543 となり、有意確率 0.762 で、措置入院となるかどうかには影響していないと思われた。

また、指定医 2 名の認定が一致しているかどうか、Cohen κ は 0.53 であった。

以上から、これまでの殺人（01A）については、措置入院となるかどうかで有意差はないが、2 名の指定医間で判断の一致傾向は認められた。

このようにして、これまでの重大な他害行為を検討すると、傷害のみ措置判断への影響で有意差があり、他で有意差は認められなかった。また、放火、強盗、強制わいせつ、傷害で、指定医 2 名の判断は一致し、殺人で一致傾向があり、強姦では一致しなかった。

また今後おそれのある重大な他害行為では、傷害のみ措置判断への影響で有意差があり、他は有意差なかった。また強制わいせつで、指定医 2 名の判断は一致しており、放火、強姦、傷害で一致傾向があったが、殺人、強盗では一致しなかった。

他のこれまでの他害行為では、暴行のみ措置判断への影響で有意差があり、他は、有意差はなかった。暴行、窃盗、器物損壊、家宅侵入、詐欺等で指定医2名の判断は一致しており、脅迫、弄火・失火、その他で一致傾向が認められた。

他の今後おそれのある他害行為では、暴行、脅迫、器物損壊、家宅侵入で措置判断への影響で有意差があり、他は、有意差はなかった。また窃盗で、指定医2名の判断は一致しており、暴行、器物損壊、家宅侵入、詐欺等、その他で一致傾向が認められた。

b 症状・状態像

表6に、症状・問題行動・状態像等の措置判断への影響と一致率を示した。

症状では、幻聴、妄想、連合弛緩、滅裂思考、被刺激性亢進、衝動行為、興奮、させられ体験、物質依存、暴言、徘徊で措置判断への影響で有意差が認められた。また、せん妄、健忘、焦燥・激越、解離で差異傾向があった。

判断の一致度は、妄想、解離、物質依存で一致し、知能障害、健忘、幻聴、連合弛緩、滅裂思考、易怒性で一致傾向が認められた。

状態像では、幻覚妄想、精神運動興奮、その他で措置判断への影響で有意差があり、残遺状態で差異傾向が認められた。判断の一致度は、躁で指定医2名の判断一致し、幻覚妄想、昏迷、残遺状態、抑うつ、認知症で一致傾向があった。もうろう状態は事例が少なく、統計上の理由で除外されていた。

(2) ロジスティック回帰分析

表7に、措置診察においていずれかの指定医が認めた項目ごとの措置要否にかかるOdds比を示した。

結果、有意確率は0.30以下の項目で、統

計的な有意差が得られた項目とそのOddsは、次の通りとなった。

最もOddsが大きかったのは、幻覚妄想26.2**であった。次いで躁状態11.9**、放火8.61*、強制わいせつ8.57**、抑うつ6.58**、認知症5.99*、傷害3.98**、自傷3.85**、暴行3.40**、精神運動興奮2.77**、家宅侵入2.68**、強盗2.64-、詐欺等の経済的問題行動2.62*、措置入院歴2.34+、器物損壊2.19*、脅迫1.94+、重大な他害行為0.59-、恐喝0.41-、せん妄0.26-、強姦0.09*、であった。

性別、年齢、精神科入院歴、殺人、窃盗、弄火・失火、自殺企図、その他の問題行動、昏迷、残遺状態、もうろう状態、その他の状態像の各項目では、p値が大きく、関連があるとはまでは認められなかった。(n=588、**：p<.01, *：p<.05, +：p<.1, -：p<.3)。

(3) 決定木分析

措置入院に関する診断書の記載があった588例は、要措置440例(74.8%)、措置不要148例(25.2%)であった。この588例を対象に決定木分析を行った。

図2に、措置診察に際しての措置要否判断に関する決定木分析による樹形図を示した。

決定木は、まず幻覚妄想の有無で分岐した。幻覚妄想あり群419例では要措置372例(88.8%)、措置不要54例(11.2%)となり、措置不要が半減した。幻覚妄想なし群169例では要措置68例(40.2%)、措置不要101例(59.8%)で、措置不要が倍増していた。

幻覚妄想あり群419例は、暴行の有無で分岐した。暴行なし群167例では要措置133例(79.6%)、措置不要34例(20.4%)で、ターミナルノードとなった。暴行あり群252例では要措置239例(94.8%)、措置不要13例(5.2%)で、措置不要はさらに半

減した。この群は器物損壊の有無でさらに分岐し、器物損壊あり群 130 例では要措置 129 例 (99.2%)、措置不要 1 例 (0.8%)、器物損壊なし群 122 例では要措置 110 例 (90.2%)、措置不要 12 例 (8.8%) で、ともにターミナルノードとなった。

一方、幻覚妄想なし群 169 例は、傷害の有無で分岐した。傷害あり群 56 例では要措置 36 例 (64.3%)、措置不要 20 例 (35.7%) で、ターミナルノードとなった。傷害なし群 113 例では要措置 32 例 (28.3%)、措置不要 81 例 (71.7%) で、措置不要が 3 倍近くに増加していた。幻覚妄想なし・傷害なし群 113 例は、さらに家宅侵入の有無で分岐しており、家宅侵入あり群 26 例では要措置、措置不要ともに 13 例 (50.0%)、家宅侵入なし群 87 例では要措置 19 例 (21.8%)、措置不要 68 例 (78.2%) で、ともにターミナルノードとなった。

4 措置症状消退届について

(1) 措置解除後の帰住先について

措置解除後に入院継続群 272 例では、うち医療保護入院で入院継続 176 例のうち、帰住先が空白となっていたのは 144 例と圧倒的に多く、具体的な行き先が示されているのは、自宅で家族と同居 14 例、自宅で単身 9 例、施設 3 例、その他 6 例などであった。任意入院で入院継続の 94 例では、やはり帰住先が空白は 69 例と最も多く、以下、自宅で家族と同居 12 例、自宅で単身 6 例、施設 3 例、その他 4 例などであった。入院形態不明あるいは他科で入院継続とした 2 例も、帰住先は空白となっていた。

通院医療 72 例と転医 29 例、その両方 1 例の計 102 例では、個別の内訳は表 8 に示した通りであるが、あわせて 55 例が自宅で家族と同居、32 例が自宅で単身（自宅は計 87 例）、施設 1 例、その他 3 例、空白 10 例

であった。

表 9 に、退院後の処置の「その他」の内容を、表 10 に、退院後の帰住先「その他」の内容を、それぞれ示した。

(2) 措置入院期間に影響する入院時点の因子-決定木分析による措置入院期間の分析

措置診察を受けた 588 例について、措置入院期間を従属変数、措置要否および診断書の各項目を独立変数として、CRT 法により決定木分析を行った。

全例は、まず要措置 440 例と措置不要 148 例に分岐した。この要措置群 440 例は措置入院期間（以下、この節で同じ） 99.0 ± 97.1 日であった。この群からは、まず診断 (F0、F7、F8) 群 27 例 (6.1%) が分岐し、 182.4 ± 167.1 日でターミナルノードとなった。

診断 (F2、F1、F3、F6、不一致、F4) 群 413 例は 93.6 ± 88.3 日で、自傷の有無で分岐した。自傷あり群 56 例 (12.7%) は、 58.9 ± 45.3 日でターミナルノードとなった。

自傷なし群 357 例は 99.0 ± 92.1 日で、窃盗の有無で分岐した。窃盗あり群 97 例 (22.0%) は、 115.7 ± 112.5 日でターミナルノードとなった。

窃盗なし群 260 例は 92.7 ± 82.6 日で、重大な他害行為かどうかで分岐した。重大な他害行為群 66 例 (15.0%) は、 111.2 ± 101.6 日でターミナルノードとなった。

広義の触法行為群 194 例は 86.5 ± 74.3 日で、措置入院歴の有無で分岐した。措置入院歴あり群 35 例 (8.0%) は、 64.7 ± 39.5 日でターミナルノードとなった。

措置入院歴なし群 159 例は 91.3 ± 79.2 日で、残遺状態の有無で分岐した。残遺状態あり群 33 例 (7.5%) は 120.0 ± 66.0 日でターミナルノードとなった。

残遺状態なし群 126 例は 83.8 ± 66.0 日で、器物損壊の有無で分岐した。器物損壊あり群 65 例 (14.8%) は 74.3 ± 49.9 日、器物

損壊なし群 61 例は 94.0 ± 78.8 日で、ともにターミナルノードとなった。

D. 考察

1 検察官通報に至る経緯について

検察官通報書に、通報に至る理由が記載されていたもののうち、多くは起訴猶予があげられており、心神喪失や心神耗弱とされたものは少数であった。ただ、通報理由欄に記載があったのは、重大な他害行為 211 例のうち 43 例 (20.4%)、広義の触法行為 833 例のうち 190 例 (22.8%) と、約 2 割にすぎず、大半の調査票には不起訴処分の詳細は、記載されていなかった。このことが、都道府県が転記を見合わせたのか、検察官が記載していないのかは明らかではないが、調査の集計上は、不明として処理せざるを得なかった。なお、前回の調査では、不起訴理由は調査報告されておらず、現時点ではこの点について比較可能な資料は見あたらなかった。

なお、裁判を受けた傷害の事例で、重大な他害行為であるにもかかわらず罰金刑が科せられた事例が認められた。この点、重大な他害行為として区分した 6 罪種のうち、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつには罰金刑は法定されていないが、傷害罪は刑法 204 条で、「人の身体を傷害した者は、十五年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。」と規定されており、傷害罪の刑罰として罰金刑が単独で課される場合がありうること、また実際にその適用例があることが明らかとなった。ここで、医療観察法が適用されるには判決文で対象行為を行ったことおよび心神耗弱または心神喪失であったことが認定される必要がある。罰金刑といっても有罪判決なので心神喪失はあり得ず、心神耗弱が認定されている場面に限られるが、その限りでは医療観察法の適

用場面はあり得る。ただ、罰金という量刑の性質からは軽微だが責任能力には問題ない事案とされたことがうかがわれ、心神耗弱が認定されて医療観察法の申し立てがなされる場面は想定しづらい。現実には罰金刑が確定した後に医療観察法の申立という事例があるかどうかは承知しないが、まれな事態ではないかと考える。

2 事前調査書

(1) ロジスティック回帰分析

措置診察を行うかどうかの Odds 比は、幻覚妄想あり、恐喝、殺人、器物損壊、傷害、暴行などで高かった。このことは、たとえば幻覚妄想では精神症状、生活維持困難では、障害による生活困難、自傷や、他害(殺人、傷害、暴行、器物損壊、性的問題、恐喝)では、粗暴な他害行為あるいは自傷行為それ自体、鑑定ありでは、鑑定によって病態と問題行動の関係が明らかとなっているため、過去司法処分ありでは過去の処分から他害行為のリスクが高いと評価されることで、措置診察が実施されているものと思われた。

一方、治療歴あり、現在治療ありでは診察不要とされており、治療関係がある場合には、措置症状が明らかでなければあえて措置診察を行わないというのも、選択肢としてありうるものと思われた。

(3) 決定木分析

a 幻覚妄想あり・他害行為なし群

決定木分析では、まず幻覚妄想の有無で分岐し、幻覚妄想があれば 74.4% が要診察となるが、なければ 28.1% しか要診察とならず、精神病症状の有無が診察実施となるかどうか大きく影響していると思われた。そして、幻覚妄想がある事例では、何らかの他害行為があれば要診察 77.8% と微増し、他害行為が明らかでなければ要診察

36.5%と減少していた。

b 幻覚妄想あり・他害行為あり群

他害行為がある群は、以下、分岐を続け、鑑定があると88.7%、さらに生活維持困難があると94.6%、そして本人面接があれば100%が要診察となるなど、病態が明らかにされており、かつ生活維持が困難で、調査に際して本人と面接がなされている場合、つまり本人の面接や、それに引き続く措置診察が在宅に比べて容易な勾留中である場合、全例に要診察と判断されていた。また、生活維持困難があれば、精神保健福祉の視点から措置診察が行われやすいが、この群で生活維持困難がなく、特に窃盗など違法ではあるが生命をつなぐ限度での生活能力には問題ないことが垣間見えやすい問題行動の場合には、必ずしも措置診察は行われなかったことがうかがえた。

幻覚妄想あり・他害行為あり・鑑定なし群では、現在の治療状況がある群で診察不要が増えていた。検察官通報書の記載内容中に、主治医の今後の治療に関する意見を採用して処遇を決定された事例が認められたが、治療関係が認められる事例で、かつ現在は措置症状が顕著ではない事例では必ずしも措置診察を行わないという運用が行われていても、さほど不自然ではないと思われた。

過去の司法処分については、認められる場合にはより深刻な行為の既往があることがうかがわれ、このために指定医診察を行うことが選択されているものと思われた。司法処分なし以下の群では、生活維持困難や窃盗は、前述の傾向がうかがえた。

幻覚妄想あり・他害行為あり・鑑定なし・現在治療なし群では、全般に要診察が増えていたが、これはこの群では治療中断傾向が想定されること、さらに生活維持困難があればその必要性が高まり、さらに若年で

あれば精神保健福祉以外の支援体制も構築しづらいことなどから、ほぼ全例で診察が実施されているものと思われた。

c 幻覚妄想なし・鑑定あり群

本人面接は、面接が必要ないことが他の事情で明らかでない限り、本人が面接可能な場所・環境にいるかどうか、つまり本人が通報時点で勾留されているか釈放されているかによって事実上、実施されるかが決まるといえる。

精神保健福祉法第25条の通報は、検察官にとって義務的な規定となっているが、その時期は規定されてはいない。とはいっても、身柄が拘束されている事例で、検察官が、被疑者の症状は切迫して直ちに治療が必要と判断した場合に、わざわざ被疑者を釈放して帰宅後に通報することは考えづらい。検察官の視点で、ただちに治療することまでは必要ないと判断される事例は釈放され、後刻に通報される等の運用が行われ、このために面接なしとなるものと思われた。身柄拘束が行われていない事例では、検察庁には逮捕を含む強制捜査の権限があるものの、自治体にはそのような権限がないことから、同等に考えることはできない。

終始、任意の取り調べが行われ身柄拘束が行われなかった事件では、事件の終結後に通報がなされても、本人の所在が不明な場合も、また本人が調査に応じない場合もあり、強制的な調査権限がないことから、診察不要とせざるを得ないとも思われた。また、通報時の本人の所在、特に逮捕などで身柄拘束がされていたのに釈放後に通報されるような事例では、検察官の治療の必要性についての意欲が反映するものとも考えられた。

d 幻覚妄想なし・鑑定なし群

幻覚妄想なし・鑑定なし群では、アルコール問題があれば、やや診察実施率が上昇

しており、アルコール関連問題があることで、事後の問題行動がそれなりの頻度で想定されるために、通報の適正な処理という視点から診察実施が望ましいという判断がなされている可能性が考えられた。またアルコール問題なし群では、他害行為がなければ要診察はわずか 4.5%であり、ほとんど危険性が想定できないことも、診察不要とされる理由と思われた。また、本人面接については、前述の理由が想定された。

4 措置入院に関する診断書

(1) 措置判断への影響と一致率

a 問題行動

これまで、また今後に傷害のおそれがあると認定された患者、また今後、暴行や器物損壊のおそれがあるとされた患者で、要措置となりやすく、指定医の判断も一致しており、これは粗暴な行動があれば関係者が何らかの行動制限を考慮することからは、当然とも思われた。

ただ、他の重大他害行為では、有意差はみられず、また、銃刀法、覚醒剤、暴力行為処罰法など、頻度の多い問題行動が「その他」で集計されており、実際の数値が低くなっている影響もうかがわれた。そして、これまでの問題行動については、情報がどの程度、指定医に伝えられているかが検証しづらいこともあり、判断の傾向は行為の種類ごとに異なってくるものと思われた。

b 症状・状態像

幻覚や妄想、易刺激性など精神病症状では要措置となりやすく指定医の判断も一致していたが、診察時点の所見は、一致しないこともあった。ただ、診察は常に同時に行われるわけではなく、時間をおいて、時には日を置いて行われる場合もあり、患者の症状や状態像の変化等で評価が異なる場合は、ありうると思われた。

知能障害では、判断は一致するものの、措置要否に差はなく、問題行動に対して措置入院といった強制的な対応をとるか、環境調整にて対応するかで見解が分かれやすかった。

衝動行為、興奮など行動面に直接問題がある場合にも、要措置となりやすかったが、指定医の判断は一致していなかった。行動の背景にある心因や状況の評価で差が生じた可能性もあると思われた。

物質依存の合併では、要措置となりやすく、指定医の判断も一致しており、是非はともかく、薬物関連問題における他害行為への対応の切実さを反映した判断と思われた。

もちろん、措置入院に関する診察では、指定医の診断が一致するかどうかにかかわらず、患者の人権を守る機能が付与されている。このことから、指定医の診断不一致がただちに問題となるわけではない。ただ、あまりに不一致の度合いが大きいと、制度への不信を招きかねないため、どの程度、判断が一致するかを評価し、モニタリングし続ける必要がある。

この調査の結果からは、少なくとも、主要な精神病症状やそれに伴う問題行動、状態像では一定の一致が認められた。このため、制度としては、不一致の果たす人権上の役割について理解を求めることも妥当と思われた。

(2) ロジスティック回帰分析

精神症状のうち、幻覚妄想や躁状態、精神運動興奮や抑うつ、認知症など、病的体験等により問題行動が起こりうる状態像では、要措置となっていた。ただ、せん妄では、合目的行動が困難なためか、措置不要となるようであった。

これまで・今後おそれのある他害行為の各項目では、放火、強制わいせつ、傷害、

自傷、暴行、家宅侵入、強盗、詐欺等の経済的問題行動、器物損壊、脅迫などで要措置とされていたが、強姦では措置不要となっており、強姦については合目的行動であることから、症状と他害行為の関連で患者の判断能力を考慮すれば、措置入院とするには疑問がもたれていることが想定された。

事前調査では、これまでの他害行為で殺人が指摘されているものはOdds比4.03となっていたが、措置診察では有意差は見られなかった。これは、措置診察では、その時点での状態像の評価に重点が置かれるため、落ち着いていれば措置不要との判断がなされるためと思われた。

属性等では、措置入院歴があれば要措置となる一方で、重大な他害行為では措置不要となっていた。これは、これまで・今後のおそれに対する評価と矛盾するかも考えられるが、他害行為から措置診察まで日時が経過し、本人の状態像が落ち着いている等によるものと思われた。

なお、上記のこれまで・今後おそれのある問題行動については、措置入院に関する診断書の当該項目において、指定医がこれまで、または今後おそれのある問題行動と認定したことと、措置入院となったかどうかを検討したものであり、そもそも医療観察法の適用を考慮するような状況での問題ではないことに、留意する必要がある。

（3）決定木分析

要措置が多い群は、治療の必要性が高い症状や問題行動が揃うことが想定される。幻覚妄想あり・暴行あり群では要措置94.8%であり、これに器物損壊が加わると要措置率は99.2%にまで上昇した。症状と他害行為に関連が認められる場合に要措置となるのは、法が想定した対応であり、妥当な運用と思われた。

一方、要措置が少ない群は、治療の必要性について、分析に現れなかった因子の関与が認められる群でもある。幻覚妄想なし・傷害なし群では要措置28.3%であり、さらに家宅侵入なし群では21.8%まで低下しているが、これらでは幻覚妄想、傷害、家宅侵入以外の因子が関与して要措置となる群が含まれており、たとえば気分症状などで傷害や家宅侵入以外の問題行動が認定された場合には、なお要措置となることが想定される。

なお、事前調査においては幻覚妄想あり633例で、うち要診察471例とされており、措置診察時点では幻覚妄想あり419例と減少しているが、これは事前調査時点と診察時点の状態像の変化や、事前調査時点以降に患者の情報がより集まっていること、診察によって患者の病態がより明らかになったことなどが影響していると思われた。

（4）多変量解析での留意事項

ロジスティック回帰分析と決定木分析に際しては、2名の指定医のいずれかが認定するかどうかで集計し、この集計結果と措置診察の結果を対比した。ただ、2名の指定医のいずれかが認定したかどうかと、最終的にその患者が措置入院したかどうかには、ずれが生じる場合がある。たとえば、A、B2名の指定医が診察をし、Aがある症状・問題行動等を認めて要措置、Bがその症状・問題行動等を認めず措置不要とした場合、Aがある症状・問題行動等を認めて措置入院を要するとしているにもかかわらず、独立変数の側では、その症状・問題行動等があることとされ、かつ、従属変数の側では措置不要として処理されていることに留意する必要がある。

5 措置症状消退届

（1）帰住先等について

入院継続例では、帰住先不明例が多くなっており、病状による入院継続の他に、帰住先調整が問題になっている事例も少なくないと思われた。

通院・転医例では、大半が自宅となっており、帰住先があり支援体制がある例では、病状安定とともに措置解除後にただちに退院している例もあるものと思われた。

なお、退院後の処置でその他と空白をあわせて 81 例で、帰住先でその他と空白が 316 例となっているが、この重複が 78 例あり、医療観察鑑定入院なども少なからず認められた。

また、帰住先として記載を求めている内容について、措置解除直後の帰住先なのか、それとも治療を終えて社会復帰する時点の最終退院時に「こうなる」という予測なのか不明確であり、このためにこの 2 つの立場での記載が混在しているという場面もある。

(2) 措置入院期間に影響する入院時点の因子

まず、措置入院の有無で分岐したが、これは、措置入院期間を従属変数とした以上、措置入院していない群が措置入院期間 0 として分岐するのは当然と思われた。

次いで、診断が F0、F7、F8 か、それ以外かで分岐した。認知症と精神遅滞、発達障害という、どちらかという環境調整が有用な群では、要措置とはなりづらいものの、一旦、要措置となった場合には、措置入院期間が延長する傾向にあることが伺われた。

診断が F2、F1、F3、F6、不一致、F4 いずれかの群は、自傷の有無で分岐した。これらの診断において、自傷あり群は、入院期間 58.9 日と短縮しており、自傷を来した症状の軽快が、措置解除に影響したものと思われた。

診断 (F2、F1、F3、F6、不一致、F4) で

自傷なし群は、窃盗の有無で分岐した。窃盗あり群は、115.7 日と延長、さらに窃盗なし群以下の重大な他害行為群でも 111.2 日と延長しており、これらは問題行動が軽減しづらいことが措置入院期間に影響したものと思われた。

一方、軽度の触法行為群で、措置入院歴がある事例は、64.7 日と短縮しており、その病態が、急性期症状に伴う問題行動が激しいものの、短期間に軽快するという性質を有するものと思われ、このために短期間で退院していると考えられた。

以下、残遺状態で延長、器物損壊があればやや短縮となっていた。

なお、CRT 法では、分岐が進むにつれ過剰適応を来す傾向があることが指摘されており、結果の解釈に際しては留意する必要がある。

6 研究の限界

この研究においては、検察官通報書や事前調査書を各自治体の職員に読み込みを依頼し、措置入院に関する診断書の選択肢部分の転記を求めるなど、資料収集に際しての制約が大きく、このため内容は、検察官通報事例の大枠をとらえたにとどまるものである。

また、検察官通報書と措置入院に関する診断書、措置症状消退届は全国で様式が統一されているが、事前調査書は自治体ごとにまちまちであり、このために収集される情報の内容も統一されておらず、限界があることに留意する必要がある。

さらに、措置通報から措置解除までの一連の流れは、それぞれの検察官、自治体職員、指定医、措置入院を受け入れた医療機関の判断や医療内容にゆだねられ、一律の判断基準や治療プロトコールが行われているわけではない。この研究は、各段階での

判断や見立てを総体として検討したものの結果であり、実際の措置入院制度運用の傾向を示すものにとどまることに留意する必要がある。

また、この研究では、統計的手法による分析を行ったため、発現頻度が少ない症状や問題行動の措置診察要否や措置要否、措置解除の判断に与える影響は、どうしても測りづらいものになってしまう。こうした点に対しては、症状の問題行動に与えた影響を、その文脈に従って、個別に解析する方法をとらざるを得ない。この研究のように、行政機関からの資料を得るという手法で、個人情報保護に特段の注意を払う方法では、詳細な経緯の収集は不可能で、研究方法から、少数例の解析には困難があるものと思われた。

また、事例数 1056 例、うち措置診察 588 例、措置入院 440 例と、事例数はやや少ないことで、若干の偏りが生じる可能性についても考慮する必要がある。

2001 年度調査においても、検察官通報と警察官通報、その他のデータでは、事例数は同程度であったものの、それぞれの性質によると思われる偏りも認められており、その差異は今後検討を行っていく必要がある。

E. 結論

2008 年度における検察官通報について、前年度の特別研究報告に際して未集計であった詳細の集計結果を報告した。

幻覚妄想状態や精神運動興奮状態など精神病症状を呈する患者に対して、要措置との判断がなされることは、医療観察法施行の前後を通じて変化は見られなかった。

事前調査や措置診察時の所見と、診察実施、措置診察の結果、措置入院期間等との関係については、症状や問題行動ごとに詳

記した。

重大な他害行為の患者が減少したのは当然ではあるが、判決言い渡しから確定までの、医療観察法が適用できない期間に、検察官通報によって措置入院等の対応がなされること、罰金刑の確定などで医療観察法の適用とならない傷害事例が検察官通報によって通報されている実態が、新たに明らかとなった。

措置入院制度は、医療観察法と並んで、触法精神障害者を処遇する制度であるが、より地域に近く、また対応する精神科医療機関も多いことから、今後とも、定期的なモニタリングが必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. 謝辞

業務が多忙な中で、調査票の記入いただいた都道府県・政令指定都市の担当者の方々に、心からお礼を申し上げたい。

また、最終的には個人情報保護の理由から調査票が提出できなかった自治体においても、資料提出に前向きのご尽力をいただいた担当者の方々に、感謝を申し上げます次第である。

J. 文献

- 1) 吉住昭，藤林武史，瀬戸秀文．措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報により措置入院に関する診察を

- 受けた事例について-. pp63-116 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成 13 年度総括・分担研究報告書. 2002
- 2) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について-. pp57-96 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 14 年度総括・分担研究報告書. 2003
- 3) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-検察官通報がなされ措置不要になった事例について-. pp97-104 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 14 年度総括・分担研究報告書. 2003
- 4) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究-警察官通報により措置入院に関する診察を受けた全事例について-. pp105-146 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 14 年度総括・分担研究報告書. 2003
- 5) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置入院および措置解除にあたっての精神保健指定医の判断基準の実態に関する研究 (1) 一般人の申請・保護観察所長, 矯正施設長の通報・精神病院管理者の届出ならびに知事等の職務により措置入院に関する診察を受けた事例を中心に. pp77-107 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 15 年度分担研究報告書. 2004
- 6) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 精神保健指定医が措置入院の要否を判断する際の判断因子について. pp111-131 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成 16 年度分担研究報告書. 2005
- 7) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 精神保健指定医の措置入院の要否判断に影響する因子の影響度について. pp49-61 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成 17 年度分担研究報告書. 2006
- 8) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 精神保健指定医の措置入院の要否判断に対する決定木分析による検討. pp97-108 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成 18 年度分担研究報告書. 2007
- 9) 吉住昭, 藤林武史, 瀬戸秀文. 措置診察時点での症状・問題行動の措置入院期間に及ぼす影響についての決定木分析による検討. pp109-113 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成 18 年度分担研究報告書. 2007
- 10) 吉住 昭, 瀬戸秀文, 藤林武史: 措置入院に際する精神保健指定医判断の標準化. 日精協誌 28(2) : 20-26, 2009
- 11) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について——措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討——. 臨床精神医学 36(9) : 1067-1074, 2007
- 12) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について. 日精協誌 28(2) : 27-32, 2009
- 13) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の

- 組み合わせによる影響について 措置入院に関する診断書の決定木分析による検討. 臨床精神医学 38(4) : 469-478, 2009
- 14) 竹島正, 浦田重治郎, 立森久照, 三宅由子. 措置通報に対する都道府県・政令指定都市の対応状況に関する研究. pp9-37 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成 13 年度総括・分担研究報告書. 2002
- 15) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 宮田裕章, 長沼洋一. 措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究. pp13-55 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 14 年度総括・分担研究報告書. 2003
- 16) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 長沼洋一, 宮田裕章. 措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究. pp19-63 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 15 年度総括・分担研究報告書. 2004
- 17) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 長沼洋一, 宮田裕章, 渡辺康子, 立石隆志, 脇節子, 弘瀬博, 中路明伸, 馬場弘子, 岩松洋一, 中村真一. 措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究-措置診察要否判断の事前調査ガイドラインのあり方に関する研究-. pp65-76 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 15 年度総括・分担研究報告書. 2004
- 18) 竹島正, 三宅由子, 小山明日香, 田島美幸. 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究 分担研究報告書 1 : 事前調査ガイドライン案に関する調査. pp9-90 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成 16 年度分担研究報告書. 2005
- 19) 竹島正, 立森久照, 長沼洋一. 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究. pp11-48 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成 17 年度分担研究報告書. 2006
- 20) 融道夫, 中根允文, 小宮山実 監訳. ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993 (World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992)
- 21) 中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子 監訳. ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準. 医学書院, 東京, 1994 (World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic criteria for research. 1993)

表1 不起訴処分の記載がある事例の理由と罪名の区分(重複回答可)

	重罪	微罪	未記入	計	
心神喪失	19	72	0	91	
心神耗弱	2	19	0	21	
嫌疑不十分	3	2	0	5	
告訴取下	0	0	0	0	
処分保留	1	2	0	3	
その他	18	95	1	114	
小計	43	190	1	234	
未記入	168	643	5	822	
計	211	833	6	1056	

重複回答例はなかった。