

臨床心理技術者回答用

この調査は、「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」)」に規定される鑑定入院における医療内容の適正化・標準化に資することを目的としております。

ご回答いただいた結果は集計・解析のうえ、厚生労働科学研究の報告書として公表いたします。また、学会・論文発表に使用することがあります。その際、データは匿名化され、回答いただいた先生方の個人が特定されることはありません。平成 24 年 11 月 21 日までにご返送くださいますよう何卒ご協力お願いいたします。

調査責任者： 千葉大学社会精神保健教育研究センター
法システム研究部門 教授 五十嵐 禎人
問い合わせ先： 法システム研究部門 特任助教 東本 愛香
TEL: 043-226-2586 FAX: 043-226-2561
a-tomoto@faculty.chiba-u.jp

I あなたは「医療観察法鑑定入院における対象者の診療に関する指針」を鑑定入院医療の参考にしていますか。 ☒ してください。

☐ はい ☐ いいえ

II 2011 年 10 月 1 日～2012 年 9 月 30 日までの期間でかかわった鑑定入院で最後に退院したケースについてあなたが行った業務のすべてに☒をしてください（複数回答可）。

- ☐ 心理検査
- ☐ 多職種チーム内での心理検査の多職種チーム内での検査結果のフィードバック
- ☐ 心理療法
- ☐ 疾病教育(教育プログラム)
- ☐ 多職種ミーティングの参加
- ☐ 多職種ミーティングのマネジメント
- ☐ その他()

III 2011 年 10 月 1 日～2012 年 9 月 30 日までの期間でかかわった鑑定入院で最後に退院したケースについてもっとも当てはまるものに○をつけてください。

A 多職種チームで鑑定にかかわったと実感できた	とても当てはまる	当てはまる	どちらでもない	当てはまらない	全く当てはまらない
B 多職種チームで鑑定入院に関わる必要性が実感できた	とても当てはまる	当てはまる	どちらでもない	当てはまらない	全く当てはまらない
C 自身（自身の職種）の役割が明確であった	とても当てはまる	当てはまる	どちらでもない	当てはまらない	全く当てはまらない

施設名

お名前

ご協力ありがとうございます。

平成24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）
「医療観察法制度における鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究」

分担研究報告書

分担研究課題「鑑定入院における医療の適切性に関する研究」

鑑定入院のアウトカム指標の確立に関する研究（中間報告）

研究分担者 椎名 明大 千葉大学医学部附属病院こどものこころ診療部

研究要旨

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。）における鑑定入院は、医療観察法の対象者の予後に大きな影響を与える可能性があるにも関わらず、その適正化がなされているとはいえない現状がある。我々は鑑定入院が適切に行われたかを正確に評価するための指標（鑑定入院のアウトカム指標）の作成を試みた。この目的のため、我々はデルファイ法を採用した。今年度において我々はアウトカム指標候補を収載した調査票の作成途上にあり、今後デルファイパネルを選定する予定である。

A. 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及び観察等に関する法律（以下「医療観察法」という。）が平成17年に施行された。同法においては、対象者に対して医療観察法による医療を提供すべきか否かの鑑定を行うこととなっているが、この鑑定及び鑑定中の対象者を受け容れる鑑定入院については法令による基準がなく、鑑定入院対象者の処遇にばらつきがあることが指摘されている。さらに、鑑定入院の目的は鑑定その他医療的観察とされているが、個々の対象者にとって鑑定入院が適切に行われたかを正確に評価するための指標（鑑定入院のアウトカム指標）がないのが現状である。

医療観察法の医療を対象者に提供すべきか否かを判断するにあたり、鑑定入院は大きな重要性を担っている。また、鑑定入院中に対象者が受けた医療内容は、対象者の予後にも

大きく影響する可能性がある。上記の視点から、対象者に適切な鑑定入院医療を提供することは極めて重要であり、その達成度を後方的に評価するための指標の確立が急務であるといえる。本研究は鑑定入院のアウトカム指標を明らかにすることにより、個々の対象者にとっての鑑定入院の適切性を的確に評価し、もって鑑定入院制度の運用を適正化することを目的とする。

本研究の達成により、鑑定入院のアウトカム指標が明らかとなり、個々の対象者により適切な鑑定入院処遇を提供するための要件が可視化される。これにより医療観察法制度の運用実態が改善し、対象者に対する医療の質も向上することが期待できる。

B. 研究方法

我々は上記の目的を達成するために、デルファイ法による研究プロトコルを作成した。

プロトコルは下記の通りである。

(1) 調査票の作成

デルファイ法によるアウトカム指標の確立のため、アウトカム指標候補を記載した調査票の作成を行う。調査票の作成は以下の手順に基づいて行われる。

まず、以下の各号に定められた文献をすべて精読し、その内容のうち「鑑定入院とは何か」「鑑定入院の目的・意義」「鑑定入院のアウトカム」のいずれかに関連していると考えられる記載を全て抽出する。

- ・「医学中央雑誌」（国内最大級の医学文献データベース）において「鑑定入院」の用語検索で検出されたすべての文献
- ・Pubmed（世界最大級の医学文献データベース）において「MTS act」の用語検索で検出されたすべての文献
- ・LEX判例データベース（国内最大級の判例データベース）において「鑑定入院」の用語検索で検出されたすべての文献
- ・Google（世界最大級のインターネット検索プロバイダ）インターネット検索において「鑑定入院」の用語検索で検出されたウェブサイトのうち上位100件に表示されたもの

次に、抽出された記載（アウトカム関連項目）を、鑑定入院対象者及び鑑定入院実務における客観的かつ測定可能な記載様式に変換する。

上記の手順で得られた項目を「鑑定入院アウトカム指標候補」とする。

(2) デルファイパネリストの選択

アウトカム指標候補を評価し、最終的にアウトカム指標として確立させる役割

を担うデルファイパネリストは、下記の手順により選択される。

1) 医師枠

前述の調査票作成のために参照した文献において複数回に渡り氏名が掲載されていた医師であって、かつ医療観察法に規定される精神保健判定医である者のうち、氏名の掲載数が多い順に、研究参加を承諾した者を最大12名まで選定する。

また上記のほか、日本司法精神医学会の推薦を受けた医師であってかつ医療観察法に規定される精神保健判定医である者を最大3名まで選定する。

2) 医師を除く医療従事者枠

前述の調査票作成のために参照した文献において複数回に渡り氏名が掲載されていた看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者、薬剤師のいずれかである者であって、かつ医療観察法の実務に携わった経験を有する者のうち、氏名の掲載数が多い順に、研究参加を承諾した者を最大8名まで選定する。

また上記のほか、日本司法精神医学会の推薦を受けた上記各職種に属する者を最大3名まで選定する。

3) 法曹枠

前述の調査票作成のために参照した文献において複数回に渡り氏名が掲載されていた弁護士、検察官、裁判官、大学法学部教員のいずれかであって、かつ医療観察法の実務に携わった経験を有する者のうち、氏名の掲載数が多い順に、研究参加を承諾した者を最大6名まで選定する。

また上記のほか、日本弁護士連合会の推薦を受けた上記各職種に属する者を最大3名まで選定する。

なお、千葉大学社会精神保健教育研究センターに所属する者はパネリストから除外する。

デルファイパネリストの総人員は15名以上35名以下とする。

デルファイパネリスト候補者に対し、研究内容を記載した説明同意文書を送付し、返送を要請する。返送された同意書にデルファイパネリスト候補者の記名があることを以て研究参加の同意が得られたものとする。

(3) デルファイラウンド

調査票とデルファイパネルが完成した後に、デルファイラウンドを実施する。デルファイラウンドは最大計5回まで行われる。

第1ラウンド

調査票に収載された「アウトカム指標候補」を第一次調査票としてパネリストに送付する。

パネリストは「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを評点する。この評点はImpact Pointと称し、Likert Scaleによる5段階評価（5：極めてふさわしい、4：ややふさわしい、3：どちらともいえない、2：あまりふさわしくない、1：全くふさわしくない）で行う。また、その際パネリストは、調査票に収載されていない内容であってパネリストが「鑑定入院のアウトカム指標」にふさわしいと考えられる新たな項目を最大10種類まで自由に追加記載

することができることとする。

第2ラウンド

返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-1）を算出し、各項目名とIP-1を付して第二次調査票に収載する。またこの際、第1ラウンドでパネリストによって追加された項目も同時に収載する。

パネリストは第二次調査票を閲覧したうえで、「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを同様に評点する。

第3ラウンド

返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-2）を算出し、各項目名とIP-2を付して第三次調査票に収載する。

パネリストは第三次調査票を閲覧したうえで、「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを同様に評点する。

第4ラウンド

返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-3）を算出し、各項目名とIP-3を付して第四次調査票に収載する。なお、このとき、第四次調査票と第三次調査票を比較し、すべての項目において、IP-3をIP-2で除した数値が0.95以上1.05未満であった場合、第4

ラウンドは行わず、調査終了とする。

パネリストは第四次調査票を閲覧したうえで、「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを同様に評点する。

第5ラウンド

返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-4）を算出し、各項目名とIP-4を付して第五次調査票に収載する。なお、このとき、第五次調査票と第四次調査票を比較し、すべての項目において、IP-4をIP-3で除した数値が0.95以上1.05未満であった場合、第5ラウンドは行わず、調査終了とする。

パネリストは第五次調査票を閲覧したうえで、「アウトカム指標候補」のそれぞれについて、各項目が鑑定入院のアウトカム指標としてふさわしいか否かを同様に評点する。

デルファイラウンドは第5ラウンドまでで終了とする。返送された調査票を集計し、各「アウトカム指標候補」に付されたImpact Pointの合計点をパネリスト数で除した平均点（IP-5）を算出する。

得られた調査結果を整理して「鑑定入院のアウトカム指標」とする。

（倫理面への配慮）

本研究は患者を対象とするものではない。

デルファイパネリストに対しては前述の通り事前に書面による同意を得たうえで研究を行うこととする。

本研究の計画は「鑑定入院のアウトカム指標の確立に関する研究（実施責任者：五十嵐

禎人）」として千葉大学大学院医学研究院の倫理審査に付され、平成24年8月29日（千大医総第364号）に承認を受けたものである。

C. 研究結果

平成24年1月末現在における本研究計画の進捗状況は、調査票作成の途上にある。その詳細は下記の通りである。

- (1) 医学中央雑誌によって検出された計68報の文献を精読した。そのうち55報において計231項目のアウトカム関連記載が抽出された。
- (2) Pubmedによって検出された計3報の文献を精読中である。
- (3) LEXデータベースによって検出された計17種類の判例を精読した。そのうち鑑定入院に関する記載があったものは12報であった。これらの文献からアウトカム関連記載として5項目が抽出された。
- (4) Googleインターネット検索によって検出された計100種類のウェブサイトを精読した。その内訳は、判例（裁判所の判例またはそれに対する意見を述べるもの）10報、病院紹介（病院の紹介において鑑定入院に言及しているもの）15報、ニュース（報道において鑑定入院に言及しているもの）6報、意見（鑑定入院の運用について何らかの意見表明をしているもの）27報、文献（鑑定入院に関する記述を含む文献）17報、公文書（行政機関により作成されたもの）4報、その他（上記のいずれにも当てはまらないもの）5報であった。また、鑑定入院とは直接関係のないウェブサイトが16報検出された。これらの文献からアウトカム関連項目として38項目が抽出された。

以上、現時点において総計274項目のアウトカム

トカム関連項目が抽出されている。

D. 考察

今回我々は、鑑定入院の運用の適正化を図るために、鑑定入院のアウトカム評価指標の作成を試みた。現在、研究は当初の計画に沿って順調に進捗しているところである。

E. 結語

我々は、医療観察法鑑定入院制度の適切な運用のために、デルファイ法を用いて鑑定入院のアウトカム評価指標を作成することを試みた。研究は現在進捗中である。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし。

2. 学会発表

なし。

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

平成 24 年度 分担研究報告書

指定入院医療機関モニタリングに関する研究

研究分担者 菊池 安希子

平成24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）
「医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究」

分担研究報告書

指定入院医療機関モニタリングに関する研究

研究分担者 菊池 安希子 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 司法精神医学研究部 室長

研究要旨

【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及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」の施行から7年が経過した。医療観察法をめぐる病床数の推移や治療の現状をマクロ的な視点で把握し、政策の影響を分析していくことは重要な社会政策上の一課題である。評価を適切に行うためには、モニタリングデータを収集し、適切な手法を用いた分析を行うことが重要である。本研究では指定入院医療機関における対象者の概要を把握し、推移を把握することを目的とした。

【方法】2011年～2012年に医療観察法指定入院医療機関である26施設（2011年7月時点の全施設）に調査を依頼し、モニタリング指標に関するデータを収集した。収集したデータをデータベース化し、基礎集計を行った。2011年7月15日までに各施設に医療観察法による入院をした全対象者1,364名を対象とした。

【結果と考察】本報告では、2011年7月15日までに各施設に入院した26施設の対象者1,364名について報告している。これは2011年6月30日時点として厚生労働省から公表された入院決定数1,347名とほぼ同数である。2011年7月15日までの対象者の概要として全数を把握できたと考えられる。2010年7月16日～2011年7月15日の間に入院処遇開始となった対象者は、前年より大幅に増加していた。性別、年齢階級別、主たる対象行為別、入院処遇中の対対象者の入院経路に変化がみられた。今後の動向把握が必要であると考えられる。一方、主たる診断別、入院処遇期間の長期化傾向には変化がみられなかった。また、入院処遇開始後、4～5年、5～6年たった対象者のうちそれぞれ約5%が在院中となっている。今後も継続したモニタリングが必要ではあるが、各年入院処遇開始者のうち約5%が5年以上入院処遇となる可能性が考えられる。

【結論】今後も入院状況の変化をモニタリングしていくとともに、在院が長期となっている対象者への治療提供の在り方や、それに対する制度運用の在り方を検討していくことが必要である。

研究協力者：	安藤久美子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
長沼 洋一（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）	津村 秀樹（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
岡田 幸之（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）	

平林 直次 (国立精神・神経医療研究センター病院)

長沼 葉月 (首都大学東京)

佐野 雅隆 (東京理科大学)

安藤 幸宏 (長崎県精神医療センター)

磯村 信治 (山口県立こころの医療センター)

今井 淳司 (東京都立松沢病院)

岩間 久行 (神奈川県立精神医療センター 芹香病院)

上馬場伸始 (さいがた病院)

大鶴 卓 (琉球病院)

桂木 正一 (菊池病院)

来住 由樹 (岡山県精神科医療センター)

下田光太郎 (鳥取医療センター)

武井 満 (群馬県立精神医療センター)

中川 伸明 (肥前精神医療センター)

中嶋 正人 (花巻病院)

中谷 紀子 (やまと精神医療センター)

中根 潤 (下総精神医療センター)

長澤 淳也 (長野県立こころの医療センター 駒ヶ根)

西岡 直也 (久里浜医療センター)

野田 哲朗 (大阪府立精神医療センター)

三澤 史斉 (山梨県立北病院)

村上 直人 (静岡県立こころの医療センター)

村杉 謙次 (小諸高原病院)

村田 昌彦 (北陸病院)

吉岡 眞吾 (東尾張病院)

山口 博之 (賀茂精神医療センター)

山畑 良蔵 (鹿児島県立始良病院)

山本 暢朋 (榊原病院)

A. 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及び観察等に関する法律（以

下、医療観察法）」の施行から7年が経過した。

各地域の指定入院医療機関の設置は着実に進んでおり、病床についても徐々に増えてきている。まだ地域偏在はみられるものの、病床数の不足は以前より緩和されつつある。とはいえ24条通報などで対応された事件などを考慮するとまだ不足しているという報告 [1] もみられる。

各地で治療的取り組みが蓄積されていく中で、退院後の通院先の未整備、入院の長期化、治療困難事例の存在、といった課題が指摘されるようになり、特に長期化の要因として転院の問題など [2] が報告されている。そこで治療の適正化を図って、通院に関する診療報酬の強化、長期入院者に対する診療報酬の通減などの政策的取り組みが行われている。

これらの医療観察法をめぐる病床数の推移や治療の現状をマクロ的な視点で把握し、政策の影響を分析していくことは重要な社会政策上の一課題である。このような評価を行うためには、モニタリングデータを収集し、適切な手法を用いた分析を行うことが重要である。本研究では指定入院医療機関における対象者の概要の推移を把握し、検討することを目的とした。

本報告では、昨年度（2011年度）～本年度（2012年度）にかけて収集したモニタリングデータについて、クリーニングを終えたデータの基礎集計報告を行う。

B. 研究方法

1) 対象施設

2011年7月15日時点で医療観察法指定入院医療機関である26施設に調査を依頼した。

全施設からの調査への同意が得られた。

2) 対象者

調査時点までに各施設に医療観察法による入院をした全対象者とした。

3) データ収集項目

医療観察法病棟の診療において作成が求められている以下の各種シートに記載されているデータファイル（または、これにかわる情報が得られるもの）および各病院に導入されている診療支援システムから患者管理欄（未導入の病院についてはこれに該当する項目）で閲覧できるデータを匿名化して収集した。各種シートは以下の通りである。

- ・入院時基本情報管理シート
- ・入院情報継続管理シート（6ヶ月）
- ・退院前基本情報管理シート
- ・新病棟治療評価シート（1週間）
- ・新病棟運営会議シート（1ヶ月）
- ・外出・外泊計画シート

収集は、研究協力者のNY、NH、SM、研究分担者のKAが各施設を直接訪問し、セキュリティ管理の施されたフラッシュメモリを用いてデータ（診療支援システムが未導入の場合は該当情報を含むシートをプリントアウトしたもの）を収集した。各施設においては事前に連絡先担当者を指定いただき、当日には作業場所と診療支援システムにアクセス可能なPCの手配、各種調査時の事務的支援等をいただいた。

各種シートは、対象者の氏名、ふりがな、住所、本籍、生年月日、電話番号、保護者の氏名、住所、生年月日、電話連絡先等の情報をエクセルによるマクロツール（個人情報削除ツール）を利用して、自動的に削除してファイルを収集した。紙媒体のデータの場合には、上記の個人情報を削除した上で写しを取り、後日データ化した。個人情報削除ツールが正常に動作しない場合は、その場で、ツールの改訂を行った上で作業を実施し、そ

れでも正常に動作しない場合は、各ファイルを一つ一つ手作業で目視し、該当情報を削除した。このように個人情報の取り扱いには厳密な注意を払ってデータを収集した。

なおデータ収集は、原則として、1施設ごとに終日（9-17時）、作業員2名を予定し割り当てた。

各施設への訪問は、協力対象施設数、対象患者数の増加のため、2011年9月～2012年8月に実施した。

4) データ集計

本報告では、対象者の概要について年度ごとの推移を報告する。

なお本報告では、入院処遇対象者について下記のように群別を行い報告する。

- ・ 2005年度
2005年7月16日～2006年7月15日
- ・ 2006年度
2006年7月16日～2007年7月15日
- ・ 2007年度
2007年7月16日～2008年7月15日
- ・ 2008年度
2008年7月16日～2009年7月15日
- ・ 2009年度
2009年7月16日～2010年7月15日
- ・ 2010年度
2010年7月16日～2011年7月15日

各施設から収集したデータについて、指定入院医療機関同士での転院者については、各施設のデータを把握できる限り結合し分析に用いた。なお、再入院者については、データを結合せずに集計した。

（倫理面への配慮）

本研究は、（独）国立精神・神経医療研究センターの研究倫理審査委員会の承認を受け実施された。また、データを提供する病院においても、必要と判断される場合は、病院ま

たは自治体に設置された研究倫理審査委員会の承認または、(独) 国立精神・神経医療研究センターで委任され実施される研究倫理審査の承認を得て、調査を実施した。

データの収集に際しては上記のように個人を同定しうる情報は厳密に削除した上で収集しているほか、データを保存する記憶メディアについては2重に暗号化を行うなど、データの取り扱いには最大限の配慮を払って調査を実施した。

C. 研究結果

26施設(2011年7月15日までの実対象者数1,364件分)についてデータを集計した。

表1、図1に処遇開始年度別の対象者の性別の割合の推移を示す。2011年7月15日までの実入院対象者数は、男性1078人(79.0%)、女性286人(21.0%)であった。

2010年度入院処遇開始者数は、過去最多の284名であり、制度開始以降、概ね男性80%、女性20%で推移してきたが、2010年度入院処遇開始者については男性75.0%、女性25.0%となっていた。

表2、図2に処遇開始年度別の対象者の年齢階級の割合の推移を示す。年齢階級については、2010年度は、20代35名(12.3%)、30代83名(29.2%)、40代65名(22.9%)、50代57名(20.1%)、60代31名(10.9%)、70代以上13名(4.6%)であった。

表3、図3に処遇開始年度別の対象者の主たる対象行為の割合の推移を示す。2010年度では殺人・殺人未遂が100名(35.2%)、傷害が81名(28.5%)、放火・放火未遂が75名(26.4%)、強盗・強盗未遂が10名(3.5%)、強姦・強姦未遂・強制猥褻・強制猥褻未遂が17名(6.0%)、その他1名(0.4%)であった。例年より殺人・殺人未遂、放火・放火未遂の

割合がやや高く、傷害の割合がやや低くなっていた。

表4、図4に、処遇開始年度別の対象者国際疾病分類(ICD-10)による主たる診断別(調査時点)の在院患者の状況を示す。2010年度はF0:2名(0.7%)、F1:20名(7.0%)、F2:230名(81.0%)、F3:17名(6.0%)、F6:5名(1.8%)、F7:1名(0.4%)、F8:4名(1.4%)、その他(調査時点の診断不明など)3名(1.1%)であった。概ね例年同じ傾向で推移しており、F2が毎年8割前後を占めている。

表5、図5に2011年7月15日までに指定入院医療機関に入院処遇となった対象者の性・年齢階級・主たる対象行為別の対象者数を示す。男女別にみると、主たる対象行為が傷害の割合が男性では約30~40%を占めているのに対し、女性では、70代以上以外は、15%前後となっている。その一方女性では、殺人等、放火等の割合が男性より高くなっている。年齢階級別にみても、男性で高齢になるほど殺人等の割合が大きくなっていた。また、放火等については男女とも70代以上で割合が大きかった。

図6に各年7月15日時点で在院中であった入院処遇対象者の年ごとの入院経路の割合の推移を示す。各時点で在院している指定入院医療機関において入院処遇開始となった者(特定病床や特定機能病院入院となった者もこちらに含む)がここ数年80%を占めており、2011年7月15日時点ではやや80%を割ったものの割合は大きく変動はしていなかった。

図7には、各年度入院処遇開始となった対象者の2011年7月15日時点での入院状況を示す。2010年度に入院処遇となった対象者(入院処遇開始から1年以下の対象者)のうち

2011年7月15日時点で退院となったのは1名(0.4%)であり、以下2009年度(入院処遇開始から1-2年)28名(13.0%)、2008年度(入院処遇開始から2-3年)156名(67.2%)、2007年度(入院処遇開始から3-4年)218名(84.5%)、2006年度(入院処遇開始から4-5年)219名(95.6%)、2005年度(入院処遇開始から5-6年)141名(96.6%)であった。

D. 考察

本報告では、2011年7月15日までに各施設に入院した26施設の対象者1,364名について報告している。これは2011年6月30日時点として厚生労働省から公表された入院決定数1,347名とほぼ同数である。2011年7月15日までの対象者の概要として全数を把握できたと考えられる。

入院処遇開始した対象者の性別の推移であるが、近年男性約8割に対し、女性が約2割と推移してきていたが、2010年7月16日～2011年7月15日では、女性が約25%と割合が増加している。入院処遇開始した対象者の総数としては2009年度の215名に対し2010年度には284名と、約70名増加している。その増加分のうち約30名を女性が占めており、こうした傾向が今後も続いていくのか、一時的なものなのか今後も動向を検討する必要があると思われる。

年齢階級別では、30代が最も多く、40代、50代と続く傾向に変化は見られないが、ここ数年下がり続けていた20～40代の合計の割合がやや増加している。一般人口の年齢階級別の構成比や、一般精神科病院に在院中の患者の年齢階級別構成は年々高齢化している。一方平成22年版犯罪白書[4]によると平成20年から平成21年の検挙人員の推移では40代ま

での割合がこれまでの減少傾向から横ばいになっており、こうした推移を反映しているのかもしれない。

主たる対象行為別では殺人・殺人未遂、傷害が3割前後、放火・放火未遂が約4分の1を占めていた。これらで全体の約9割前後を占めることは例年と変わらない傾向であるが、傷害については、ここ3年36-37%を占めていた割合が28.5%と減少しており、殺人等、放火等がそれぞれ割合を増加させている。これは1つには対象者に占める女性の割合の増加が影響していると考えられる。

一方、精神障害主診断別では、2010年度もF2が8割以上を占めていた。これらはこれまでの新規入院対象者の属性の推移と大きな違いは見られない。

入院処遇中の対象者の入院経路については、2008年からここ数年割合に大きく変化はみられないが、2011年在院者については「転院」による入院割合はわずかに減少している。指定入院医療機関数の増加に伴い新たに病棟が開棟すると、その地域を住所地とする他院入院者が転院することになる。すなわち、新しい病棟の開棟と転院者の発生は不可分なものではある。一方で、こうした転院は患者の生活環境を大きく変えてしまうものであり、転院の既往は入院処遇の長期化要因の一つであると指摘する先行研究もある。本報告で明らかになったように、転院が減少傾向にあることは入院期間の短縮化に寄与する可能性があり、今後の動向を注視していくことが重要であろう。

各年度に入院処遇となった対象者の2011年7月15日時点での転帰からは、入院処遇開始から2～3年たった対象者のうち約3分の1、3～4年たった対象者のうち約15%が入院処遇継続中のままであり、ガイドライン上

のおおよそ1年半の入院処遇という目安との乖離が示されている。こうしたことはここ数年指摘されているものの入院処遇の短期化には至っていない。指定入院医療機関のさらなる整備等により今後、短期化が見込まれる可能性もあるが、現状において、どこが想定通りの数値であり、どこが想定と異なっているかを再検討し、現状の入院期間が妥当な治療期間を反映したものであるのか等を検討する必要があると考えられる。また、入院処遇開始後、4－5年、5－6年たった対象者のうちそれぞれ約5％が在院中となっている。今後も継続したモニタリングが必要ではあるが、各年入院処遇開始者のうち約5％が5年以上入院処遇となる可能性が考えられる。こうした超長期入院処遇対象者への今後の対応・処遇、また新たな超長期入院処遇対象者の発生を下げる方策について、検討が必要であると考えられる。

E. 結論

本報告では、法施行後～2011年7月15日までに各指定入院医療機関（26施設）に入院処遇となった対象者1,364名について、1年ごとの入院処遇開始対象者の概要の推移について報告した。

2010年7月16日～2011年7月15日の間に入院処遇開始となった対象者は、前年より大幅に増加していた。性別、年齢階級別、主たる対象行為別、入院処遇中の対象者の入院経路に変化がみられた。

一方、主たる診断別、入院処遇期間の長期化傾向には変化がみられなかった。

今後も入院状況の変化をモニタリングしていくとともに、こうした傾向が持続するのか、一時的なものであるのか、またその要因と制度運用上の影響を検討する必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 長沼洋一、菊池安希子、長沼葉月、安藤久美子、中澤佳奈子、津村秀樹、岡田幸之：医療観察法指定入院医療機関モニタリング調査からみた退院と関連要因。第8回日本司法精神医学会大会，金沢，2012.6.9.

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 引用文献

- 1) 武井満、赤田卓志朗、芦名孝一：群馬県と全国における医療観察法対象者の予測値に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」平成22年度総括・分担報告書，2011, pp.185-203.
- 2) 西村大樹：入院対象者の社会復帰に関する研究：1) 指定入院医療機関における地域移行にいたるまでの期間および長期化要因の検討。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」平成22年度総括・分担報告書，2011, pp.70-95.
- 3) 菊池安希子、八木深、安藤久美子、佐野雅隆、平林直次、岡田幸之；指定入院医療機関におけるモニタリングに関する研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「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」平成22年度総括・分担報告
書, 2011, pp.7-19.

- 4) 法務省:「平成22年版犯罪白書」
[http://hakusyol.moj.go.jp/jp/57/nfm/
n_57_2_1_1_1_2.html#h01010105](http://hakusyol.moj.go.jp/jp/57/nfm/n_57_2_1_1_1_2.html#h01010105) (平成25
年1月28日)

I. 謝辞

本研究の実施にあたっては、全国の指定入
院医療機関のみなさまに多大なるご厚意とご
支援・ご協力をいただきました。厚く御礼申
し上げます。

表1.入院処遇開始年度別の性別

年度	男		女		計
2005	115	(78.8%)	31	(21.2%)	146
2006	184	(80.3%)	45	(19.7%)	229
2007	209	(81.0%)	49	(19.0%)	258
2008	187	(80.6%)	45	(19.4%)	232
2009	170	(79.1%)	45	(20.9%)	215
2010	213	(75.0%)	71	(25.0%)	284
計	1078	(79.0%)	286	(21.0%)	1364

図1. 入院処遇開始年度ごとの性別の割合

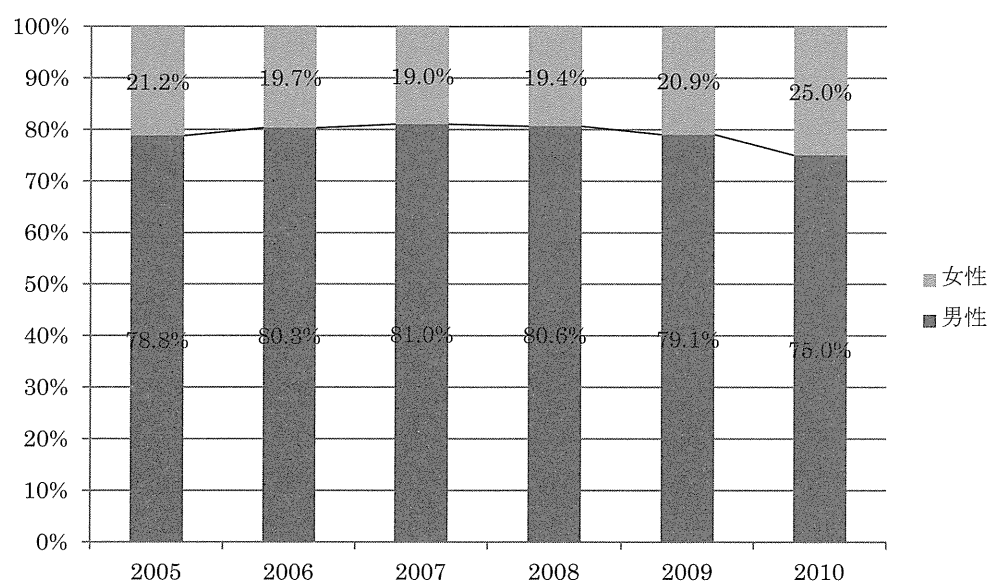


表2.入院処遇開始年度別の入院処遇開始時年齢階級

年度	20-29歳	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上	計
2005	20 (13.7%)	49 (33.6%)	31 (21.2%)	26 (17.8%)	12 (8.2%)	8 (5.5%)	146 (100.0%)
2006	36 (15.7%)	71 (31.0%)	56 (24.5%)	36 (15.7%)	24 (10.5%)	6 (2.6%)	229 (100.0%)
2007	32 (12.4%)	79 (30.6%)	60 (23.3%)	52 (20.2%)	29 (11.2%)	6 (2.3%)	258 (100.0%)
2008	30 (12.9%)	75 (32.3%)	46 (19.8%)	47 (20.3%)	22 (9.5%)	12 (5.2%)	232 (100.0%)
2009	29 (13.5%)	51 (23.7%)	52 (24.2%)	45 (20.9%)	32 (14.9%)	6 (2.8%)	215 (100.0%)
2010	35 (12.3%)	83 (29.2%)	65 (22.9%)	57 (20.1%)	31 (10.9%)	13 (4.6%)	284 (100.0%)
計	182 (13.3%)	408 (29.9%)	310 (22.7%)	263 (19.3%)	150 (11.0%)	51 (3.7%)	1364 (100.0%)

図2. 入院処遇開始年度ごとの年齢階級の割合

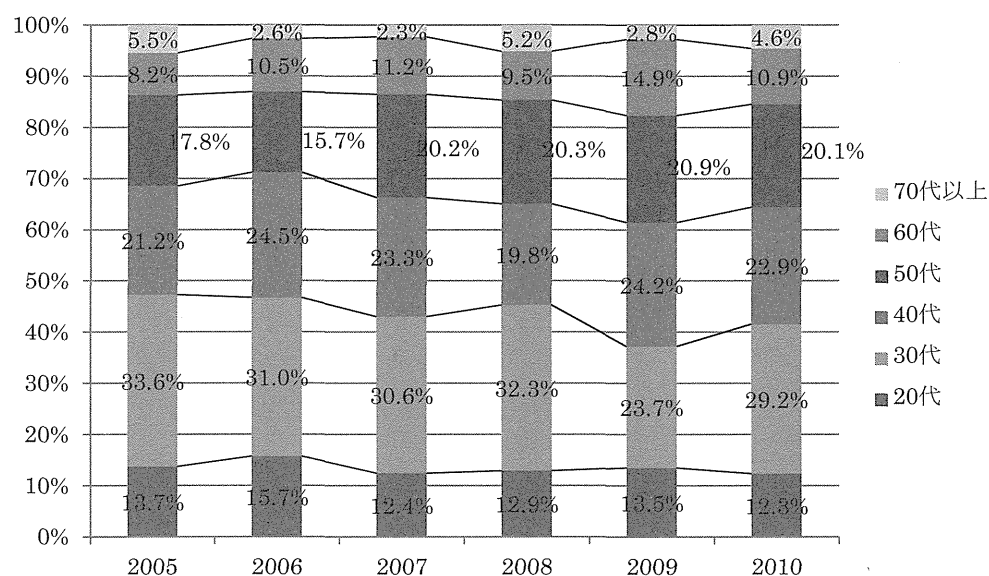


表3.入院処遇開始年度別の主たる対象行為

年度	殺人・殺人未遂	傷害	放火・放火未遂	強盗・強盗未遂	強姦・強姦未遂・ 強制猥褻・強制猥褻未遂	その他 ^{注)}	計
2005	49 (33.6%)	44 (30.1%)	31 (21.2%)	8 (5.5%)	14 (9.6%)	0 (0.0%)	146 (100.0%)
2006	76 (33.2%)	67 (29.3%)	67 (29.3%)	10 (4.4%)	9 (3.9%)	0 (0.0%)	229 (100.0%)
2007	77 (29.8%)	95 (36.8%)	62 (24.0%)	13 (5.0%)	11 (4.3%)	0 (0.0%)	258 (100.0%)
2008	78 (33.6%)	86 (37.1%)	49 (21.1%)	7 (3.0%)	12 (5.2%)	0 (0.0%)	232 (100.0%)
2009	70 (32.6%)	81 (37.7%)	52 (24.2%)	6 (2.8%)	5 (2.3%)	1 (0.5%)	215 (100.0%)
2010	100 (35.2%)	81 (28.5%)	75 (26.4%)	10 (3.5%)	17 (6.0%)	1 (0.4%)	284 (100.0%)
計	450 (33.0%)	454 (33.3%)	336 (24.6%)	54 (4.0%)	68 (5.0%)	2 (0.1%)	1364 (100.0%)

注)「その他」は、再入院の際など直接対象となる行為がない場合を含む。

図3.入院処遇開始年度ごとの主な対象行為の割合

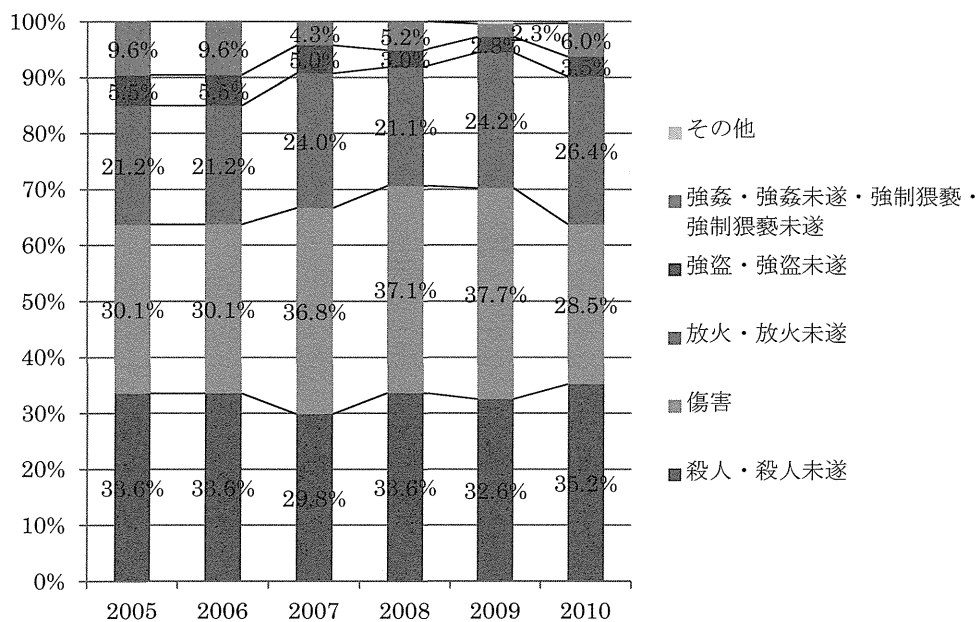


表 4. 入院処遇開始年度別の主たる診断（調査時点でのICD-10分類）

年度	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7	F8	その他	計
2005	4 (2.7%)	9 (6.2%)	119 (81.5%)	8 (5.5%)	2 (1.4%)	1 (0.7%)	1 (0.7%)	2 (1.4%)	0 (0.0%)	146 (100.0%)
2006	8 (3.5%)	12 (5.2%)	184 (80.3%)	11 (4.8%)	1 (0.4%)	2 (0.9%)	4 (1.7%)	7 (3.1%)	0 (0.0%)	229 (100.0%)
2007	11 (4.3%)	24 (9.3%)	197 (76.4%)	12 (4.7%)	2 (0.8%)	3 (1.2%)	3 (1.2%)	6 (2.3%)	0 (0.0%)	258 (100.0%)
2008	9 (3.9%)	9 (3.9%)	183 (78.9%)	14 (6.0%)	3 (1.3%)	4 (1.7%)	5 (2.2%)	5 (2.2%)	0 (0.0%)	232 (100.0%)
2009	5 (2.3%)	17 (7.9%)	174 (80.9%)	9 (4.2%)	0 (0.0%)	1 (0.5%)	5 (2.3%)	4 (1.9%)	0 (0.0%)	215 (100.0%)
2010	2 (0.7%)	20 (7.0%)	230 (81.0%)	17 (6.0%)	2 (0.7%)	5 (1.8%)	1 (0.4%)	4 (1.4%)	3 (1.1%)	284 (100.0%)
計	39 (2.9%)	91 (6.7%)	1087 (79.7%)	71 (5.2%)	10 (0.7%)	16 (1.2%)	19 (1.4%)	28 (2.1%)	3 (0.2%)	1364 (100.0%)

注:

F0: 症状性を含む器質性精神障害
F1: 精神作用物質使用による精神および行動の障害
F2: 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害
F3: 気分(感情)障害
F4: 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
F6: 成人のパーソナリティおよび行動の障害
F7: 精神遅滞[知的障害]
F8: 心理的発達の障害
その他: 不明

図 4. 入院処遇開始年度ごとの主な診断の割合

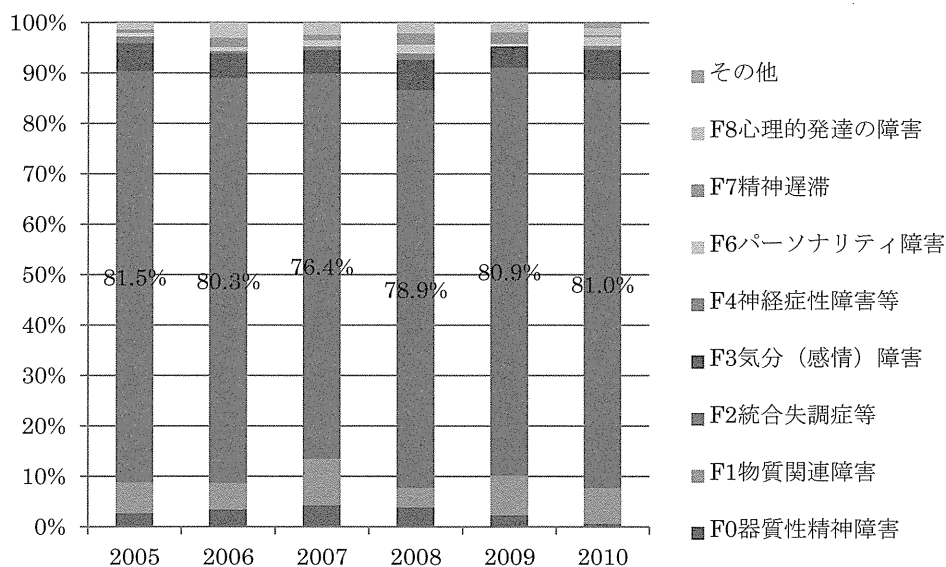


表 5. 性別、年齢階級別の主たる対象行為

性別	年齢階級	殺人・殺人未遂	傷害	放火・放火未遂	強盗・強盗未遂	強姦・強姦未遂・ 強制猥褻・強制猥褻未遂	その他	計
男性	20代	39 (25.5%)	54 (35.3%)	37 (24.2%)	14 (9.2%)	9 (5.9%)	0 (0.0%)	153 (100.0%)
	30代	89 (27.7%)	128 (39.9%)	60 (18.7%)	15 (4.7%)	29 (9.0%)	0 (0.0%)	321 (100.0%)
	40代	68 (28.7%)	101 (42.6%)	48 (20.3%)	8 (3.4%)	12 (5.1%)	0 (0.0%)	237 (100.0%)
	50代	59 (28.4%)	83 (39.9%)	48 (23.1%)	5 (2.4%)	13 (6.3%)	0 (0.0%)	208 (100.0%)
	60代	38 (32.2%)	36 (30.5%)	33 (28.0%)	5 (4.2%)	5 (4.2%)	1 (0.8%)	118 (100.0%)
	70代以上	14 (34.1%)	12 (29.3%)	14 (34.1%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	41 (100.0%)
女性	20代	12 (41.4%)	4 (13.8%)	11 (37.9%)	1 (3.4%)	0 (0.0%)	1 (3.4%)	29 (100.0%)
	30代	49 (56.3%)	10 (11.5%)	25 (28.7%)	3 (3.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	87 (100.0%)
	40代	36 (49.3%)	12 (16.4%)	25 (34.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	73 (100.0%)
	50代	27 (49.1%)	9 (16.4%)	18 (32.7%)	1 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	55 (100.0%)
	60代	14 (43.8%)	5 (15.6%)	13 (40.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	32 (100.0%)
	70代以上	5 (50.0%)	0 (0.0%)	4 (40.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (100.0%)

図 5. 通算の性別・年齢階級別の主な対象行為

