

医療観察法統計資料

2025年版

重度精神疾患標準の治療法確立事業運営委員会

はしがき

2005 年 7 月 15 日に心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(医療観察法)が施行され 20 年以上が経過した。指定入院医療機関や指定通院医療機関の整備も進み、全国の保護観察所の社会復帰調整官も増員され、医療観察制度の実施体制は充実した。各種の研究調査や報告からすると、国外や法施行前の国内の状況との比較から、良好に運用されていると考えられる。一方、医療観察制度の運用状況については、あまり一般的に知られていなかった。

2022 年 9 月、医療観察制度の運用状況を報告するとともに医療観察法の附則で定められている精神医療全般の底上げを図ることを目的に「医療観察法統計資料 2020 年版」を作成し公開した。本資料はその第 2 弾である。重度精神疾患標準的治療法確立事業によって収集された指定入院医療機関のデータを幹事病院である国立精神・神経医療研究センター病院が事務局として集計した結果を中心に編集したものである。医療観察制度は、社会復帰を目的として適切に運用されており、その実態を広く報告することには大きな意義がある。

本資料は、第 1 部から第 5 部までで構成されている。第 1 部では、医療観察制度の概要を説明し、第 2 部から第 4 部までは、それぞれ入院処遇対象者全体、在院中の対象者、退院した対象者について指定入院医療機関の全体像を報告している。第 5 部は医療観察法支援者研修動画ライブラリー、研修モデルを報告している。本書を作成するにあたり、日頃より重度精神疾患標準的治療法確立事業に多大なご協力をいただいている指定入院医療機関をはじめ関係者の方々に深謝する。

目 次

はしがき	1
第 1 部 医療観察制度の概要	4
1. 医療観察法の基本事項	5
2. 関連する専門職	5
3. 手続きの流れの概観	6
4. 医療観察法による処遇	7
4-1. 指定入院医療機関における処遇	7
4-2. 指定通院医療機関における処遇	9
5. 医療観察法のもつ機能と課題	10
参考文献	11
第 2 部 入院処遇対象者全体	12
1. 入院時年齢	13
2. 性別	15
3-1. 主診断	16
3-1-1. 主診断（男女別）	18
3-2. 重複障害	19
4-1. 対象行為種別（単一選択）	21
4-1-1. 対象行為種別（単一選択・男女別）	23
4-2. 対象行為種別（複数選択）	24
5. 事件地	26
6. 再処遇	28
7. 転帰	29
8. 在院期間	31
第 3 部 在院中の対象者	34
1. 基準日年齢	35
2. 性別	36
3-1. 主診断	37
3-2. 重複障害	38
4. 転院歴（基準日までの暫定値）	39
5. 治療ステージ	40
6. 在院期間（基準日までの暫定値）	41
7-1. 隔離実人員（基準日時点の実施状況）	42
7-2. 身体的拘束実人員（基準日時点の実施状況）	43
第 4 部 退院済の対象者（抗告退院・死亡等を除く）	44
1. 退院時年齢	45
2. 性別	47
3-1. 主診断	48

3-2. 重複障害	50
4. 転院歴（退院日までの確定値）	52
5. 退院時転帰	54
6-1. 在院期間（退院日までの確定値／退院年別）	56
6-2. 在院期間（退院日までの確定値／入院年別）	58
7. 在ステージ期間（退院日までの確定値）	60
8-1. 隔離実人員（退院日までの確定値）	61
8-2. 身体的拘束実人員（退院日までの確定値）	62
第5部 医療観察法支援者研修動画ライブラリー、研修モデルの紹介	64
1. 医療観察法支援者研修動画ライブラリー	65
1-1. 公開リスト	65
1-2. 限定公開リスト	73
1-3. スライド資料	77
2. 研修モデル	78
2-1. 指定入院医療機関の新入職員向け	78
2-2. 指定入院医療機関の継続勤務者向け	78
2-3. 指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け	79
2-4. 地域の支援者向け	79

第 1 部 医療観察制度の概要

1. 医療観察法の基本事項

まず、医療観察法の基本事項を説明します。

正式名称

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
(平成 15 年法律第 110 号。2003 年 7 月 16 日公布、2005 年 7 月 15 日施行)

所管省庁

法務省と厚生労働省の共管による

目的

この法律の目的は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為）を行った者に対し、病状の改善と他害行為の再発防止を図り、社会復帰を促進することです（第 1 条）。

意義

この法律の意義は、重大な他害行為を行った精神障害者に対し、裁判所と法務行政、および精神医療福祉の関与を明らかにしたものであり、治療の継続と社会復帰支援の体制を制度化したことです。

対象

重大な他害行為^{a)}を行ったが、心神喪失等^{b)}と判断され、直ちに実刑とならない^{c)}者

a) 殺人、傷害、放火、強盗、不同意性交等、不同意わいせつの 6 種類（第 2 条第 1 項。傷害以外は未遂を含む）。医療観察法の対象になる行為という意味で、「対象行為」といいます。

b) 刑法第 39 条に定める「心神喪失」および「心神耗弱」のことです。

c) 不起訴となった、起訴されたが裁判で無罪判決が出た、有罪判決が出たが刑の執行が全部猶予されたパターン等があります（第 2 条第 2 項）。

該当する者（医療観察法の対象になる者という意味で、「対象者」といいます）について、検察官が地方裁判所に対して医療観察法による処遇を申し立てます。

2. 関連する専門職

医療観察制度において特別に設けられた、または運用手続き上必要となる専門職を紹介します。

1) 精神保健判定医

精神保健指定医として 5 年以上の経歴と過去 2 年間に措置診察の実績があり、「精神保健判定医等養成研修」を修了している医師等が精神保健判定医として名簿に登録されます。精神保健審判員は、精神保健判定医の中から処遇事件ごとに任命されます。医療観察法鑑定の鑑定医も、多くは精神保健判定医の中から指名されます。

2) 精神保健参与員

精神保健福祉士として 5 年以上の経歴を有しており、「精神保健参与員候補者養成研修」を修了し

ている者等が、精神保健参与員候補者として名簿に登録されます。精神保健参与員は、精神保健参与員候補者の中から処遇事件ごとに任命され、審判において精神保健福祉の視点から意見を述べます。

3) 社会復帰調整官

医療観察法の対象となっている期間を通じて（申立てから処遇終了まで）一貫して関与する立場にあり、対象者の社会復帰を支援します。生活環境の調査、生活環境の調整、精神保健観察、関係機関の連携確保などを担います。全国の保護観察所に配置されており、精神保健福祉士等の資格を有しています。

4) 付添人

医療観察法の申立てを受けた者には、必ず付添人をつけることとなっており、対象者の権利擁護を図っています。付添人は弁護士の資格を有しており、処遇の審判の際には、対象者の希望に基づいた意見を述べることができます。

3. 手続きの流れの概観

図 1 に、医療観察法に基づく手続きの流れを示しました。図中の当初審判を行うまでには、1) 処遇決定の申立て、2) 医療観察法鑑定の手続きがあります。

1) 処遇決定の申立て

検察官は、刑事手続きを終えたうえで医療観察法の「申立ての要件」を満たした場合には、地方裁判所に対し、その処遇の要否・内容を決定することを申し立てなければなりません（第 33 条第 1 項）。「申立ての要件」とは、「対象行為」（第 2 条第 1 項）を行った者であり、その者を不起訴にした場合（第 2 条第 2 項第 1 号）、あるいは起訴したが実刑または刑の一部の執行猶予の判決とならなかった場合を指します（第 2 条第 2 項第 2 号）。

2) 医療観察法鑑定

医療観察法の申立てを受理した裁判所の裁判官は、入院の要否を判定するために鑑定入院を命じます（第 34 条第 1 項）。鑑定入院の期間は、2 カ月を超えないことが原則で、最大 1 カ月の延長ができます（第 34 条第 3 項）。

医療観察法における鑑定入院の目的は、対象者が精神障害者であるかどうかの判断をし、この法律による医療の必要性があるかの判断に必要な診察や検査を実施して意見を述べることです（第 37 条）。この法律による医療が必要か否かに関わる判断は、3 つの評価軸によって行われています。3 つの評価軸とは、①疾病性（精神医学的診断と重症度）、②治療反応性

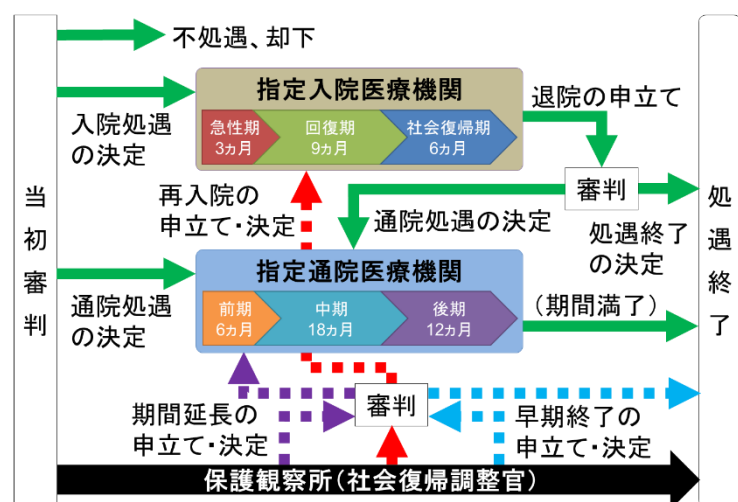


図 1 医療観察法に基づく手続きの流れ

（現在の精神医学の治療によって、精神症状が改善するか否かの可能性）、③社会復帰要因（社会復帰という目的を促進する要因、阻害する要因）になります。

3) 合議体による処遇の決定

地方裁判所では、1) 2) の手続きのあとに、裁判官と精神保健審判員の合議体で審判を行い、必要に応じて精神保健参与員が関与し、入院処遇、通院処遇、または不処遇を決定します（第 42 条第 1 項）。これが図 1 の当初審判になります。入院処遇決定の場合、対象者は指定入院医療機関で治療を受けることになります。通院処遇決定の場合、対象者は指定通院医療機関で治療を受けます。入院処遇を受けていた対象者が退院許可とともに通院処遇の決定を受けた場合も同様です。万が一、通院処遇中に病状が悪化し入院処遇による治療を要すると認められた場合、通院や社会復帰調整官との面接など遵守すべき事項に違反した場合には、再入院決定により再び指定入院医療機関で治療を受けます（第 61 条第 1 項）。通院処遇終了後は、多くの者が一般の精神科医療に移行することになります。

4. 医療観察法による処遇

1) 処遇の理念

- (1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
- (2) 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種のチームによる医療提供
- (3) プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供

4-1. 指定入院医療機関における処遇

1) 入院先

入院処遇の決定を受けた対象者は、医療観察法の入院医療を行う施設として国の指定を受けた「指定入院医療機関」に入院します。指定を受けることができるのは、国または都道府県（国立大学法人、独立行政法人、地方独立行政法人等を含む）が設置した病院です。指定入院医療機関は 2026 年 4 月 1 日現在、全国に 35 か所あります（図 2）。

2) 処遇の期間

期間に定めはありませんが、ガイドラインでは 1 年半を標準としており、治療は急性期（3 か月）、回復期（9 か月）、社会復帰期（6 か月）の 3 ステージに分かれ、それぞれに目標が定められています。ステージを進めるかどうかは、目標の達成状況をみて病棟の「運営会議」で決定します。治療の進み方に応じ、実

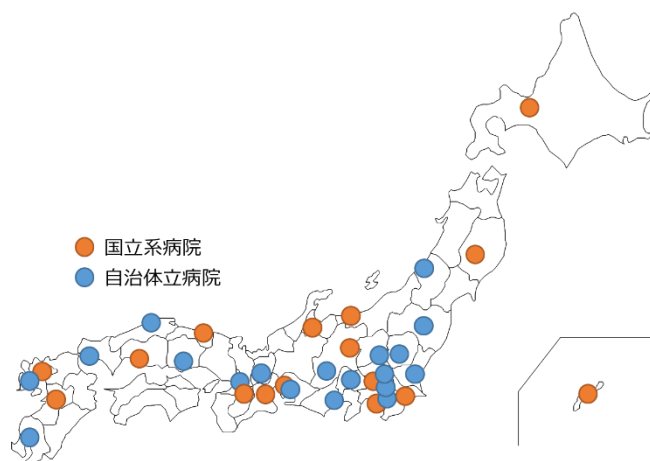


図 2 指定入院医療機関の整備状況（2026 年 4 月 1 日現在）

際の処遇期間は対象者によって異なります。また、指定入院医療機関は 6 ヶ月ごとに裁判所に入院継続確認の申立てを行い、裁判所は対象者の状態や治療経過に基づいて決定します。

3) 治療の内容

標準的な薬物療法のほか、各種の心理社会的な治療プログラムが行われます。治療ステージが進むと外出や外泊を行い、社会復帰に向けて必要な能力の獲得を目指します。治療は、医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士と、必要に応じてその他の専門職から構成される多職種チームで進めることが徹底されています。処遇中は、対象者本人を含め、多職種チーム、社会復帰調整官、地域の関係機関の職員などが集まって方針を検討する「MDT 会議」や「CPA 会議」などを重ね、退院を目指します。これらの会議では、対象者について多様な角度からの情報収集や状態についての分析、評価を行います（アセスメント）。

治療は、多職種チームによる個別の治療計画に基づいて行われます。治療計画を作成し、薬物治療や治療プログラムを実施し、病状評価、治療評価によって治療計画を見直すことを繰り返していきます。とりわけ、クロザピンや持続性注射剤、内省プログラムやケースフォーミュレーションなどの技法を用いた治療を積極的に行っています。

また、下記の会議を設け、医療の質や地域連携を確保する組織体制となっています。

(1) 外部評価会議

年 2 回程度開催し、病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開を行い、その評価を受けることで病棟運営の透明性を確保するための会議です。

(2) 運営会議

1 ヶ月に 1 回は開催し、病棟運営状況の報告聴取や運営方針の決定、全入院対象者共通の治療指針や緊急性評価基準の策定などを行うほか、各入院対象者についても状態や治療の進展を共有し、特に治療ステージの移行や入院継続/退院申立てについては最終決定を行います。

(3) 倫理会議

入院対象者の同意によらない治療行為を開始する必要性に関して、事前の協議を行う場になっています。また、同意によらない医療の継続に関する報告聴取や緊急的实施に対する事後評価も行い、対象者の権利擁護を図っています。精神医学の専門家の外部委員を招聘し、指定入院医療機関の管理者が主催します。

(4) 治療評価会議

治療の効果を判定するために、定期的に入院対象者の評価を行う目的で、原則として週 1 回開催されます。基本的には多職種チームで行われますが、状況に応じて、社会復帰調整官や対象者本人も参加します。

(5) 地域連絡会議

指定入院医療機関の状況及び医療観察法の施行状況について、関係機関、地域住民、有識者等関係者に報告し、話し合いを行う会議です。定期的に開催されています。

4) 退院後

病状が改善し、対象者が地域で生活する能力と環境が整うと、指定入院医療機関は裁判所に退院許可の申立てを行います。裁判所は退院が可能と判断すると、通常は対象者に引き続いて通院処遇を受けさせる決定を行いますが、3 つの評価軸に基づく医療観察法処遇の必要性を認めないなどの事情により、

医療観察法の処遇を終了する決定を行う場合があります。

表 1 指定通院医療機関の指定状況
(2026 年 4 月 1 日現在)

4-2. 指定通院医療機関における処遇

1) 通院先

通院処遇の決定を受けた対象者は、医療観察法の通院医療を行う施設として国の指定を受けた「指定通院医療機関」に通院します。指定入院医療機関と異なり、市町村立や民間の医療機関も、また病院のみならず診療所も指定を受けることができます。指定通院医療機関は、2026 年 4 月 1 日時点で、全国に 750 か所（病院 644 か所、診療所 106 か所）あります。薬局 2,367 か所、訪問看護 948 か所を含めると計 4,065 か所となっています（表 1）。

2) 処遇の期間

医療観察法では 3 年と定められており、治療は前期（6 か月）、中期（18 か月）、後期（12 か月）の 3 期に分かれます。3 年が経過すると、処遇は自動的に終了します。ただし、裁判所は保護観察所の長の申立てに基づき、処遇の早期終了を決定することができます。また逆に、最大 2 年の処遇延長を決定することができます。通院処遇が 5 年を超えて継続することはありません。

処遇中に著しい病状悪化や守るべき事項への違反があり、通院処遇による医療の継続が困難と判断した場合は、指定通院医療機関の管理者と協議した上で、保護観察所の長が再入院を申し立てます。裁判所がこれを認めると、対象者は指定入院医療機関で入院処遇を受けることになります。

3) 治療の内容

指定通院医療機関では、ガイドラインに基づく通院治療が行われます。外来診療に加えて、多くのケース

で訪問看護や障害福祉サービスが併用されます。また、医療観察法の通院処遇中であっても精神保健福祉法に基づく入院（任意入院、医療保護入院など）は可能です。

通院処遇中は、指定通院医療機関の多職種チームにより、通院対象者ごとに個別の治療計画が作成され、各職種が連携を図りながら医療を提供します。また対象者は通院治療と並行して、社会復帰調整官による精神保健観察を受けます。定期的な面会により、通院や生活の状況がモニタリングされ、必要な

都道府県	医療機関小計			薬局	訪問看護	総計
	病院	診療所				
北海道	60	54	6	43	19	122
青森県	12	11	1	77	7	96
岩手県	11	9	2	13	8	32
宮城県	18	15	3	24	17	59
秋田県	7	7	0	139	5	151
山形県	9	8	1	7	7	23
福島県	12	10	2	67	13	92
茨城県	21	19	2	367	28	416
栃木県	12	12	0	16	11	39
群馬県	8	7	1	153	9	170
埼玉県	35	25	10	120	69	224
千葉県	22	22	0	104	40	166
東京都	47	28	19	65	135	247
神奈川県	35	23	12	39	48	122
新潟県	15	13	2	445	16	476
山梨県	3	3	0	3	5	11
長野県	17	15	2	51	19	87
富山県	8	8	0	10	11	29
石川県	7	5	2	9	5	21
岐阜県	13	11	2	41	7	61
静岡県	19	19	0	23	12	54
愛知県	27	25	2	37	51	115
三重県	11	11	0	4	14	29
福井県	8	8	0	38	3	49
滋賀県	11	9	2	14	17	42
京都府	10	7	3	37	24	71
大阪府	44	36	8	61	112	217
兵庫県	25	23	2	13	41	79
奈良県	5	5	0	12	13	30
和歌山県	15	12	3	7	13	35
鳥取県	7	7	0	103	4	114
島根県	10	8	2	13	3	26
岡山県	10	9	1	8	15	33
広島県	14	12	2	9	15	38
山口県	10	9	1	13	8	31
徳島県	10	7	3	6	9	25
香川県	4	4	0	9	3	16
愛媛県	10	10	0	5	6	21
高知県	12	11	1	83	8	103
福岡県	32	29	3	25	28	85
佐賀県	10	9	1	9	7	26
長崎県	9	9	0	9	12	30
熊本県	11	11	0	8	14	33
大分県	7	6	1	9	7	23
宮崎県	10	10	0	4	5	19
鹿児島県	20	19	1	6	5	31
沖縄県	17	14	3	9	20	46
合計	750	644	106	2,367	948	4,065

しかしこのような支援を必要とする人は、医療観察法の対象者に限りません。そのため医療観察法で行われている治療や技法、支援の工夫などを、本法に直接携わらない精神保健医療福祉従事者や司法関係者、さらには一般社会に伝えていく必要があります。

参考文献

- [1] 壁屋康洋：複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究．厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究（研究代表者：平林直次）．平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書, pp. 30-49, 2021
- [2] 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部：医療観察法について. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/mtsa/>
- [3] 厚生労働省：指定入院ガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001080410.pdf>
- [4] 厚生労働省：指定通院ガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001080417.pdf>
- [5] 厚生労働省：指定通院医療機関の指定状況. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/sinsin/iryokikan_sitei.html
- [6] 三澤孝夫（監修）：『医療観察法審判ハンドブック』第 2 版（改訂版）ver.1.1. <https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/06-03.pdf>
- [7] 村杉謙次：多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究．厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究（研究代表者：平林直次）．平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書, pp.50-56, 2021
- [8] 日本精神神経学会：臨床医のための司法精神医学入門．新興医学出版社，東京，2013
- [9] 山内俊雄（監修）：司法精神医療（司法精神医学 5）．中山書店，東京，2006

第 2 部 入院処遇対象者全体

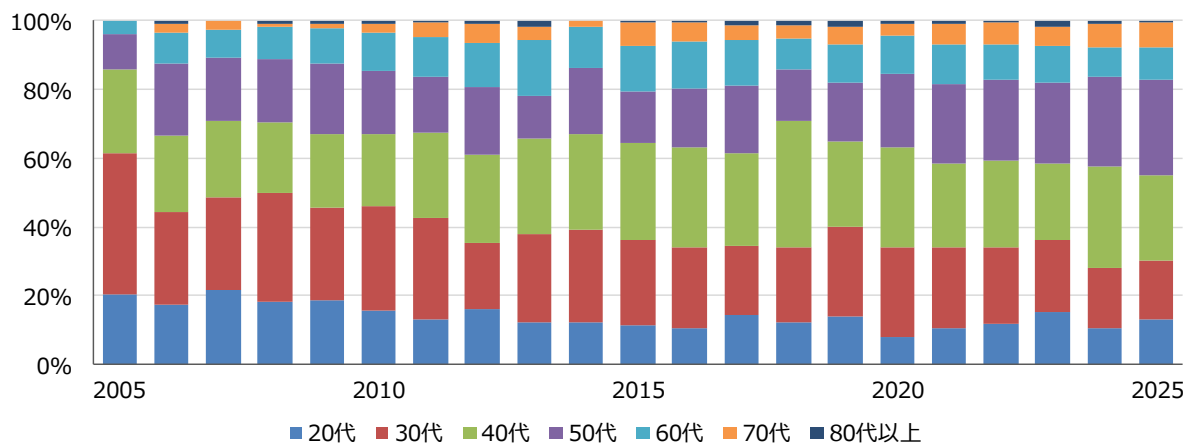
- 医療観察法の施行から 2025 年 12 月 31 日までに入院処遇を開始した 4929 名を対象に集計
- 単年集計、経年集計では、入院年（暦年）ごとに集計

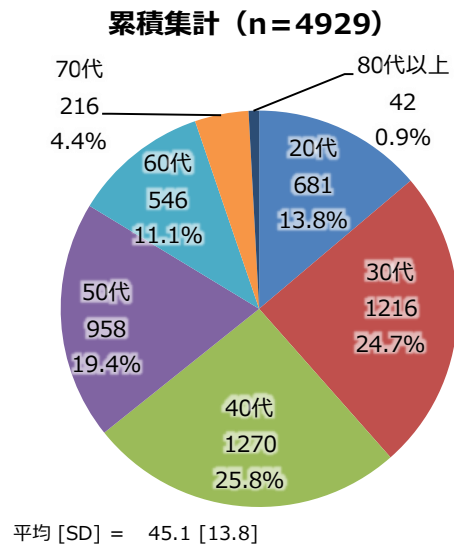
1. 入院時年齢

単年集計

入院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n= 49	n= 192	n= 251	n= 260	n= 209	n= 247	n= 281
20代	10 (20%)	33 (17%)	54 (22%)	47 (18%)	39 (19%)	39 (16%)	37 (13%)
30代	20 (41%)	52 (27%)	68 (27%)	83 (32%)	56 (27%)	75 (30%)	83 (30%)
40代	12 (24%)	43 (22%)	56 (22%)	53 (20%)	45 (22%)	51 (21%)	69 (25%)
50代	5 (10%)	40 (21%)	46 (18%)	48 (18%)	43 (21%)	46 (19%)	46 (16%)
60代	2 (4%)	17 (9%)	20 (8%)	24 (9%)	21 (10%)	27 (11%)	32 (11%)
70代	0 (0%)	5 (3%)	7 (3%)	3 (1%)	3 (1%)	7 (3%)	12 (4%)
80代以上	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)
平均年齢 [SD]	38.9 [9.6]	43.4 [13.9]	41.9 [13.1]	42.1 [12.9]	43.3 [13.6]	43.5 [13.8]	44.4 [13.6]
入院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n= 262	n= 276	n= 268	n= 260	n= 245	n= 274	n= 245
20代	42 (16%)	34 (12%)	33 (12%)	30 (12%)	26 (11%)	39 (14%)	30 (12%)
30代	50 (19%)	71 (26%)	72 (27%)	64 (25%)	57 (23%)	56 (20%)	53 (22%)
40代	68 (26%)	76 (28%)	74 (28%)	74 (28%)	72 (29%)	73 (27%)	90 (37%)
50代	51 (19%)	35 (13%)	52 (19%)	38 (15%)	42 (17%)	54 (20%)	37 (15%)
60代	34 (13%)	44 (16%)	32 (12%)	35 (13%)	33 (13%)	36 (13%)	22 (9%)
70代	15 (6%)	11 (4%)	5 (2%)	18 (7%)	14 (6%)	12 (4%)	10 (4%)
80代以上	2 (1%)	5 (2%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	4 (1%)	3 (1%)
平均年齢 [SD]	45.9 [14.5]	45.7 [14.4]	44.4 [12.4]	45.9 [14.2]	46.3 [13.6]	46.1 [14.2]	44.9 [13.2]
入院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n= 215	n= 240	n= 246	n= 258	n= 204	n= 239	n= 208
20代	30 (14%)	19 (8%)	26 (11%)	30 (12%)	31 (15%)	25 (10%)	27 (13%)
30代	56 (26%)	63 (26%)	58 (24%)	58 (22%)	43 (21%)	42 (18%)	36 (17%)
40代	53 (25%)	69 (29%)	60 (24%)	65 (25%)	45 (22%)	71 (30%)	51 (25%)
50代	37 (17%)	52 (22%)	57 (23%)	61 (24%)	48 (24%)	62 (26%)	58 (28%)
60代	24 (11%)	27 (11%)	28 (11%)	26 (10%)	22 (11%)	20 (8%)	20 (10%)
70代	11 (5%)	8 (3%)	15 (6%)	17 (7%)	11 (5%)	17 (7%)	15 (7%)
80代以上	4 (2%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (0%)	4 (2%)	2 (1%)	1 (0%)
平均年齢 [SD]	45.5 [14.7]	46.2 [12.8]	46.8 [14.1]	46.7 [13.5]	46.5 [14.8]	47.5 [13.5]	47.1 [13.7]

経年集計





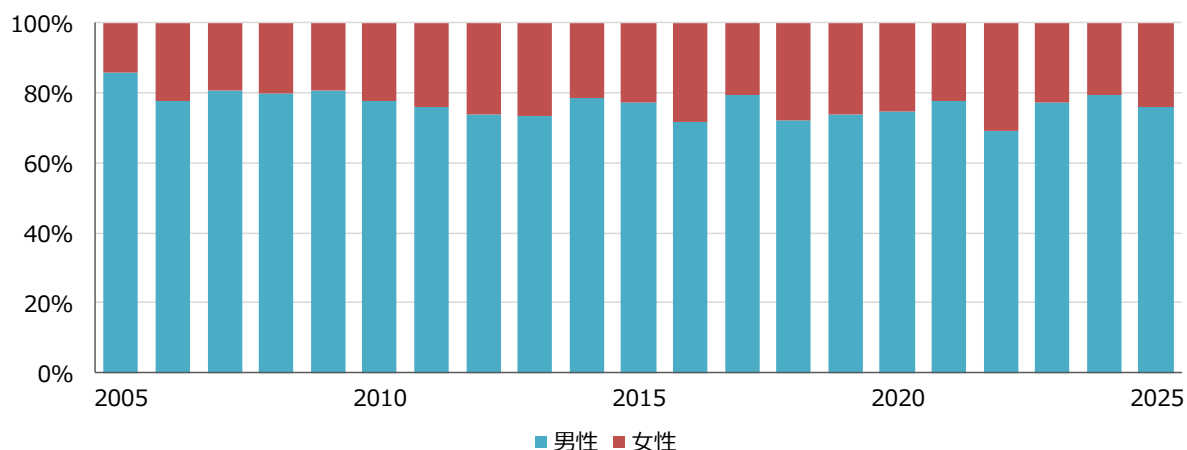
入院処遇対象者全体の入院時年齢の構成について、入院した年で層別して集計した。累積も集計した。累積では 30 代、40 代の対象者が多い。2020 年代に入ってから、30 代の割合が低下し、50 代の割合が上昇してきている。

2. 性別

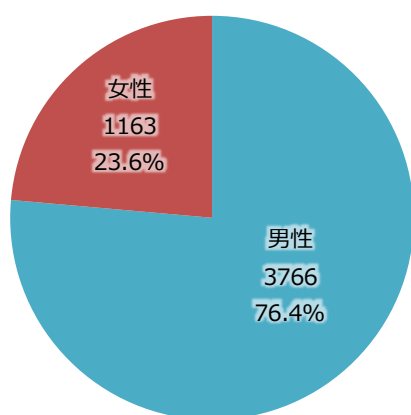
単年集計

入院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n = 49	n = 192	n = 251	n = 260	n = 209	n = 247	n = 281
男性	42 (86%)	149 (78%)	202 (80%)	208 (80%)	169 (81%)	192 (78%)	213 (76%)
女性	7 (14%)	43 (22%)	49 (20%)	52 (20%)	40 (19%)	55 (22%)	68 (24%)
入院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 262	n = 276	n = 268	n = 260	n = 245	n = 274	n = 245
男性	193 (74%)	203 (74%)	211 (79%)	201 (77%)	176 (72%)	217 (79%)	177 (72%)
女性	69 (26%)	73 (26%)	57 (21%)	59 (23%)	69 (28%)	57 (21%)	68 (28%)
入院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n = 215	n = 240	n = 246	n = 258	n = 204	n = 239	n = 208
男性	159 (74%)	179 (75%)	191 (78%)	178 (69%)	158 (77%)	190 (79%)	158 (76%)
女性	56 (26%)	61 (25%)	55 (22%)	80 (31%)	46 (23%)	49 (21%)	50 (24%)

経年集計



累積集計 (n=4929)

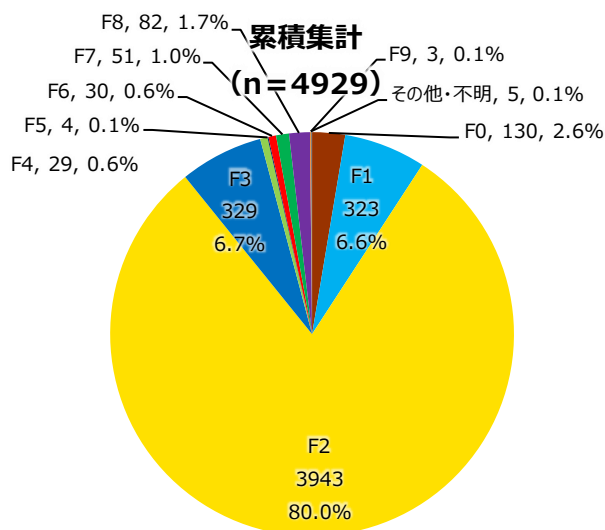
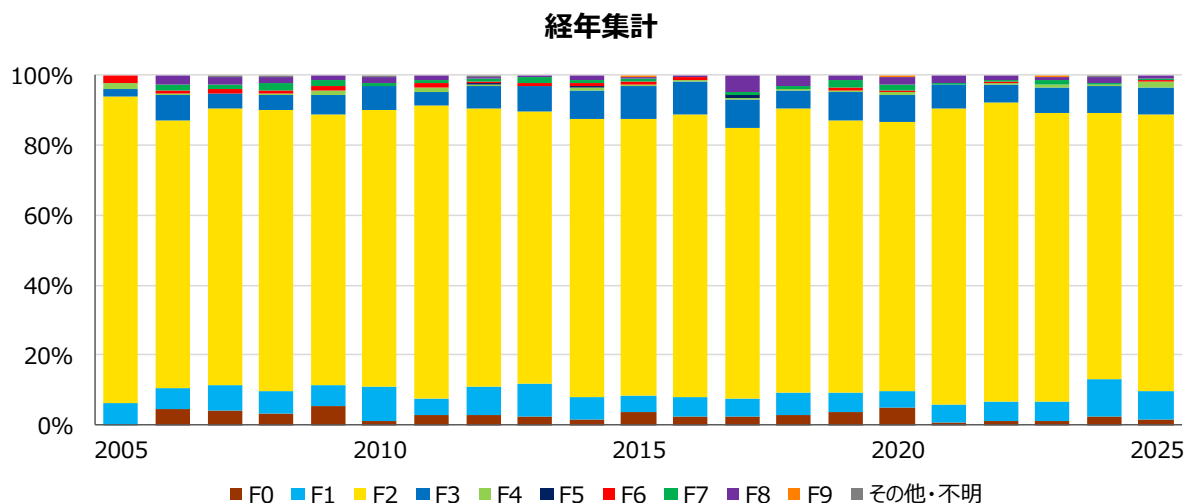


入院処遇対象者全体の性別の構成について、入院した年で層別して集計した。累積も集計した。累積では男女比は約 3 : 1 であり、経年的にみても比率に大きな変化はなかった。

3-1. 主診断

単年集計

入院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n= 49	n= 192	n= 251	n= 260	n= 209	n= 247	n= 281
F0 器質性精神障害	0 (0%)	9 (5%)	10 (4%)	8 (3%)	11 (5%)	3 (1%)	8 (3%)
F1 物質関連障害	3 (6%)	11 (6%)	18 (7%)	17 (7%)	13 (6%)	24 (10%)	13 (5%)
F2 精神病的障害	43 (88%)	147 (77%)	199 (79%)	209 (80%)	162 (78%)	196 (79%)	236 (84%)
F3 気分障害	1 (2%)	14 (7%)	11 (4%)	11 (4%)	11 (5%)	16 (6%)	11 (4%)
F4 不安障害	1 (2%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	3 (1%)	0 (0%)	3 (1%)
F5 身体関連障害	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害	1 (2%)	2 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	0 (0%)	4 (1%)
F7 知的障害	0 (0%)	3 (2%)	3 (1%)	5 (2%)	3 (1%)	3 (1%)	2 (1%)
F8 心理的発達障害	0 (0%)	5 (3%)	6 (2%)	5 (2%)	3 (1%)	4 (2%)	4 (1%)
F9 行動・情緒障害	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
その他・不明	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
入院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n= 262	n= 276	n= 268	n= 260	n= 245	n= 274	n= 245
F0 器質性精神障害	7 (3%)	6 (2%)	4 (1%)	9 (3%)	6 (2%)	6 (2%)	7 (3%)
F1 物質関連障害	22 (8%)	26 (9%)	17 (6%)	13 (5%)	13 (5%)	14 (5%)	16 (7%)
F2 精神病的障害	208 (79%)	215 (78%)	214 (80%)	206 (79%)	199 (81%)	213 (78%)	199 (81%)
F3 気分障害	17 (6%)	20 (7%)	21 (8%)	24 (9%)	23 (9%)	22 (8%)	12 (5%)
F4 不安障害	1 (0%)	1 (0%)	3 (1%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
F5 身体関連障害	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害	1 (0%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	1 (0%)	0 (0%)
F7 知的障害	3 (1%)	5 (2%)	2 (1%)	3 (1%)	0 (0%)	2 (1%)	2 (1%)
F8 心理的発達障害	1 (0%)	1 (0%)	4 (1%)	1 (0%)	1 (0%)	13 (5%)	8 (3%)
F9 行動・情緒障害	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
その他・不明	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
入院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n= 215	n= 240	n= 246	n= 258	n= 204	n= 239	n= 208
F0 器質性精神障害	8 (4%)	12 (5%)	2 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	6 (3%)	3 (1%)
F1 物質関連障害	12 (6%)	11 (5%)	12 (5%)	14 (5%)	12 (6%)	25 (10%)	17 (8%)
F2 精神病的障害	167 (78%)	185 (77%)	209 (85%)	221 (86%)	168 (82%)	182 (76%)	165 (79%)
F3 気分障害	18 (8%)	18 (8%)	16 (7%)	13 (5%)	15 (7%)	19 (8%)	16 (8%)
F4 不安障害	1 (0%)	3 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	2 (1%)	1 (0%)	3 (1%)
F5 身体関連障害	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
F7 知的障害	5 (2%)	4 (2%)	1 (0%)	1 (0%)	2 (1%)	1 (0%)	1 (0%)
F8 心理的発達障害	3 (1%)	5 (2%)	6 (2%)	4 (2%)	2 (1%)	4 (2%)	2 (1%)
F9 行動・情緒障害	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
その他・不明	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)



※主診断の分類は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版（ICD-10）による。

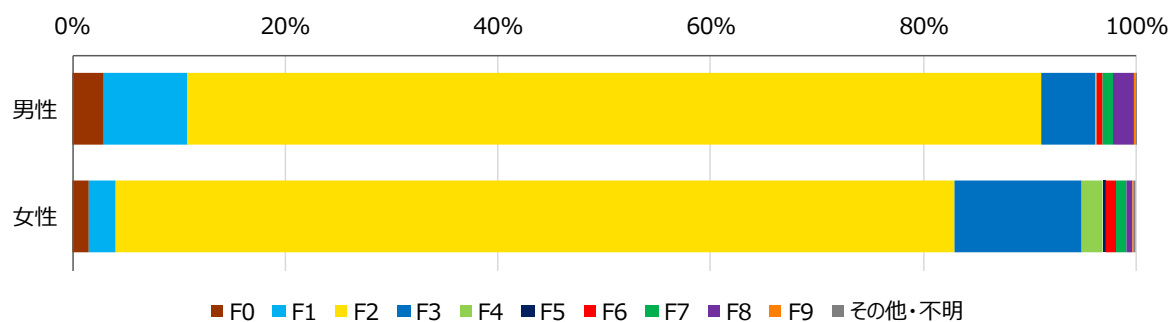
入院処遇対象者全体の精神科主診断の構成について、入院した年で層別して集計した。累積も集計した。

累積では精神科主診断の約 8 割を F2 が占めており、F3、F1 の順が続いている。経年的にみても精神科主診断の構成に大きな変化は認めない。

3-1-1. 主診断（男女別）

累積集計

入院年	男性 n= 3766	女性 n= 1163
F0 器質性精神障害	112 (3.0%)	18 (1.5%)
F1 物質関連障害	294 (7.8%)	29 (2.5%)
F2 精神病的障害	3026 (80.4%)	917 (78.8%)
F3 気分障害	189 (5.0%)	140 (12.0%)
F4 不安障害圏	7 (0.2%)	22 (1.9%)
F5 身体関連障害	0 (0.0%)	4 (0.3%)
F6 パーソナリティ障害圏	19 (0.5%)	11 (0.9%)
F7 知的障害	40 (1.1%)	11 (0.9%)
F8 心理的発達障害	74 (2.0%)	8 (0.7%)
F9 行動・情緒障害	2 (0.1%)	1 (0.1%)
その他・不明	3 (0.1%)	2 (0.2%)



※主診断の分類は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版（ICD-10）による。

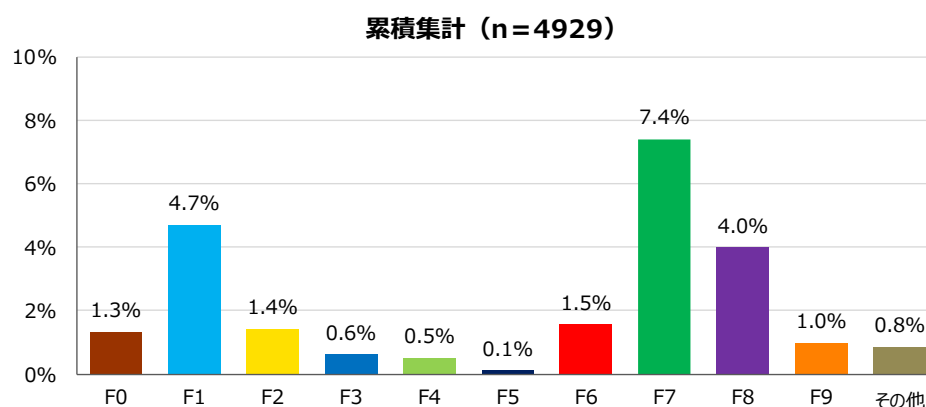
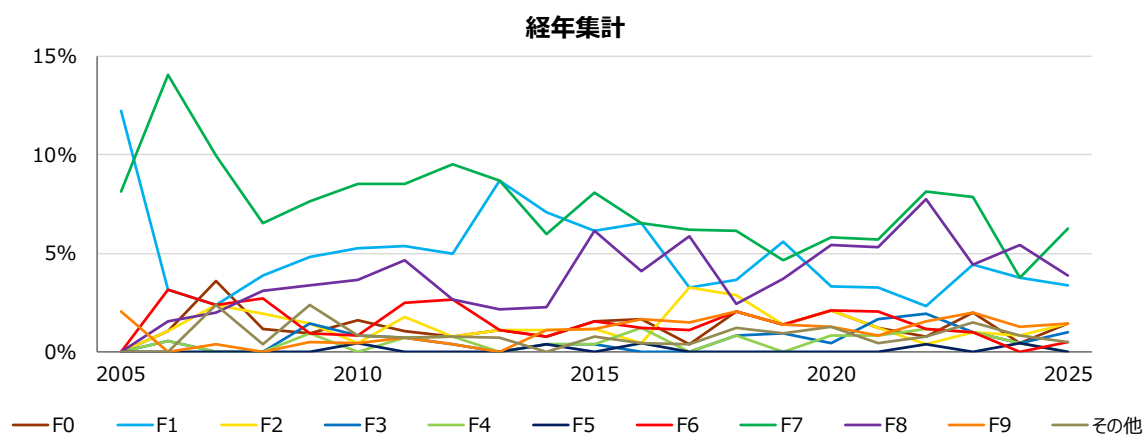
入院処遇対象者全体のうち男女別の精神科主診断の構成について、累積で集計した。

男性は女性と比較して F1 が占める割合が大きく（7.8% vs. 2.5%）、女性は男性と比較して F3 が占める割合が大きかった（12.0% vs. 5.0%）。

3-2. 重複障害

単年集計

入院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n = 49	n = 192	n = 251	n = 260	n = 209	n = 247	n = 281
F0 器質性精神障害	0 (0%)	2 (1%)	9 (4%)	3 (1%)	2 (1%)	4 (2%)	3 (1%)
F1 物質関連障害	6 (12%)	6 (3%)	6 (2%)	10 (4%)	10 (5%)	13 (5%)	15 (5%)
F2 精神病性障害	0 (0%)	2 (1%)	6 (2%)	5 (2%)	3 (1%)	1 (0%)	5 (2%)
F3 気分障害	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1%)	2 (1%)	2 (1%)
F4 不安障害圏	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)	2 (1%)
F5 身体関連障害	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害圏	0 (0%)	6 (3%)	6 (2%)	7 (3%)	2 (1%)	2 (1%)	7 (2%)
F7 知的障害	4 (8%)	27 (14%)	25 (10%)	17 (7%)	16 (8%)	21 (9%)	24 (9%)
F8 心理的発達障害	0 (0%)	3 (2%)	5 (2%)	8 (3%)	7 (3%)	9 (4%)	13 (5%)
F9 行動・情緒障害	1 (2%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	2 (1%)
その他	0 (0%)	0 (0%)	6 (2%)	1 (0%)	5 (2%)	2 (1%)	2 (1%)
入院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 262	n = 276	n = 268	n = 260	n = 245	n = 274	n = 245
F0 器質性精神障害	2 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	4 (2%)	4 (2%)	1 (0%)	5 (2%)
F1 物質関連障害	13 (5%)	24 (9%)	19 (7%)	16 (6%)	16 (7%)	9 (3%)	9 (4%)
F2 精神病性障害	2 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	3 (1%)	1 (0%)	9 (3%)	7 (3%)
F3 気分障害	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)
F4 不安障害圏	2 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	3 (1%)	0 (0%)	2 (1%)
F5 身体関連障害	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害圏	7 (3%)	3 (1%)	2 (1%)	4 (2%)	3 (1%)	3 (1%)	5 (2%)
F7 知的障害	25 (10%)	24 (9%)	16 (6%)	21 (8%)	16 (7%)	17 (6%)	15 (6%)
F8 心理的発達障害	7 (3%)	6 (2%)	6 (2%)	16 (6%)	10 (4%)	16 (6%)	6 (2%)
F9 行動・情緒障害	1 (0%)	0 (0%)	3 (1%)	3 (1%)	4 (2%)	4 (1%)	5 (2%)
その他	2 (1%)	2 (1%)	0 (0%)	2 (1%)	1 (0%)	1 (0%)	3 (1%)
入院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n = 215	n = 240	n = 246	n = 258	n = 204	n = 239	n = 208
F0 器質性精神障害	3 (1%)	5 (2%)	3 (1%)	2 (1%)	4 (2%)	1 (0%)	3 (1%)
F1 物質関連障害	12 (6%)	8 (3%)	8 (3%)	6 (2%)	9 (4%)	9 (4%)	7 (3%)
F2 精神病性障害	3 (1%)	5 (2%)	3 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	2 (1%)	3 (1%)
F3 気分障害	2 (1%)	1 (0%)	4 (2%)	5 (2%)	2 (1%)	1 (0%)	2 (1%)
F4 不安障害圏	0 (0%)	2 (1%)	2 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	1 (0%)	0 (0%)
F5 身体関連障害	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害圏	3 (1%)	5 (2%)	5 (2%)	3 (1%)	2 (1%)	0 (0%)	1 (0%)
F7 知的障害	10 (5%)	14 (6%)	14 (6%)	21 (8%)	16 (8%)	9 (4%)	13 (6%)
F8 心理的発達障害	8 (4%)	13 (5%)	13 (5%)	20 (8%)	9 (4%)	13 (5%)	8 (4%)
F9 行動・情緒障害	3 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	4 (2%)	4 (2%)	3 (1%)	3 (1%)
その他	2 (1%)	3 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	1 (0%)



※重複障害は複数選択可。分類は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版（ICD-10）による。

※重複障害の頻度は、診断閾値の相違などにより施設間のばらつきが大きいことに注意を要する。

入院処遇対象者全体の重複障害の構成について、入院した年で層別して集計した。累積も集計した。累積では重複障害はF7、F1、F8の順で多かった。

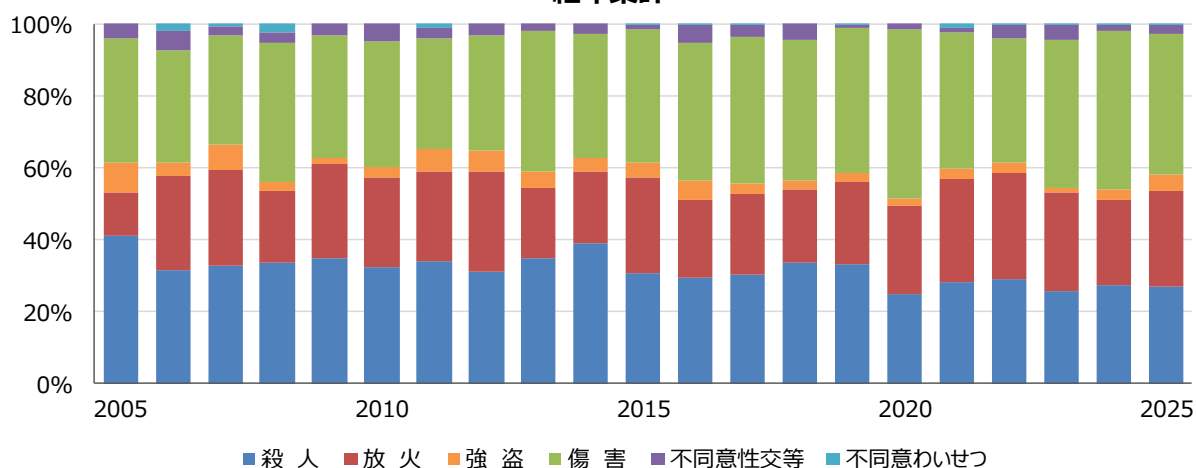
※本報告書での重複障害とは精神科主診断とは別に対象者が診断されている精神障害と定義する。

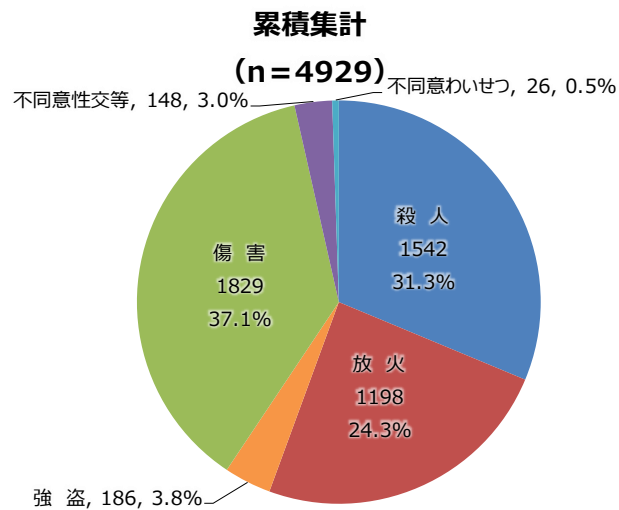
4-1. 対象行為種別（単一選択）

単年集計

入院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n= 49	n= 192	n= 251	n= 260	n= 209	n= 247	n= 281
殺人	20 (41%)	60 (31%)	82 (33%)	87 (33%)	73 (35%)	80 (32%)	95 (34%)
放火	6 (12%)	51 (27%)	67 (27%)	52 (20%)	54 (26%)	61 (25%)	70 (25%)
強盗	4 (8%)	7 (4%)	18 (7%)	7 (3%)	4 (2%)	8 (3%)	18 (6%)
傷害	17 (35%)	60 (31%)	76 (30%)	100 (38%)	71 (34%)	86 (35%)	86 (31%)
不同意性交等	2 (4%)	10 (5%)	6 (2%)	8 (3%)	7 (3%)	12 (5%)	9 (3%)
不同意わいせつ	0 (0%)	4 (2%)	2 (1%)	6 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1%)
入院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n= 262	n= 276	n= 268	n= 260	n= 245	n= 274	n= 245
殺人	81 (31%)	96 (35%)	104 (39%)	80 (31%)	72 (29%)	83 (30%)	82 (33%)
放火	73 (28%)	54 (20%)	54 (20%)	69 (27%)	53 (22%)	61 (22%)	50 (20%)
強盗	15 (6%)	12 (4%)	10 (4%)	11 (4%)	13 (5%)	8 (3%)	6 (2%)
傷害	84 (32%)	108 (39%)	92 (34%)	96 (37%)	94 (38%)	112 (41%)	96 (39%)
不同意性交等	9 (3%)	6 (2%)	8 (3%)	3 (1%)	12 (5%)	9 (3%)	11 (4%)
不同意わいせつ	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
入院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n= 215	n= 240	n= 246	n= 258	n= 204	n= 239	n= 208
殺人	71 (33%)	59 (25%)	69 (28%)	75 (29%)	52 (25%)	65 (27%)	56 (27%)
放火	49 (23%)	59 (25%)	71 (29%)	76 (29%)	56 (27%)	57 (24%)	55 (26%)
強盗	6 (3%)	5 (2%)	7 (3%)	7 (3%)	3 (1%)	7 (3%)	10 (5%)
傷害	86 (40%)	113 (47%)	93 (38%)	89 (34%)	84 (41%)	105 (44%)	81 (39%)
不同意性交等	2 (1%)	4 (2%)	3 (1%)	10 (4%)	8 (4%)	4 (2%)	5 (2%)
不同意わいせつ	1 (0%)	0 (0%)	3 (1%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)

経年集計





※傷害以外は未遂を含む。対象行為が複数ある対象者は、殺人、放火、強盗、傷害、不同意性交等、不同意わいせつの優先順位で分類。

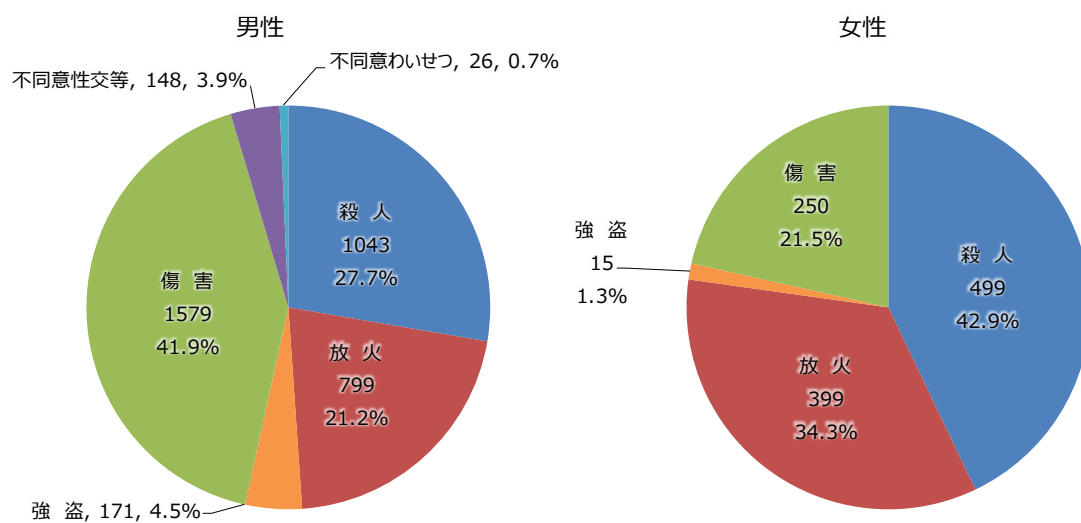
入院処遇対象者全体の対象行為（単一選択）の構成について、入院した年で層別して集計した。累積も集計した。

累積では傷害、殺人、放火の順で多く、強盗、不同意性交等、不同意わいせつが占める割合はわずかであった。対象行為（単一選択）の構成は経年的に大きな変化はみられなかった。

4-1-1. 対象行為種別（単一選択・男女別）

累積集計

性別	男性 n= 3766	女性 n= 1163
殺人	1043 (27.7%)	499 (42.9%)
放火	799 (21.2%)	399 (34.3%)
強盗	171 (4.5%)	15 (1.3%)
傷害	1579 (41.9%)	250 (21.5%)
不同意性交等	148 (3.9%)	0 (0.0%)
不同意わいせつ	26 (0.7%)	0 (0.0%)



※傷害以外は未遂を含む。対象行為が複数ある対象者は、殺人、放火、強盗、傷害、不同意性交等、不同意わいせつの優先順位で分類。

入院処遇対象者全体のうち男女別の対象行為（単一選択）の構成について、累積で集計した。

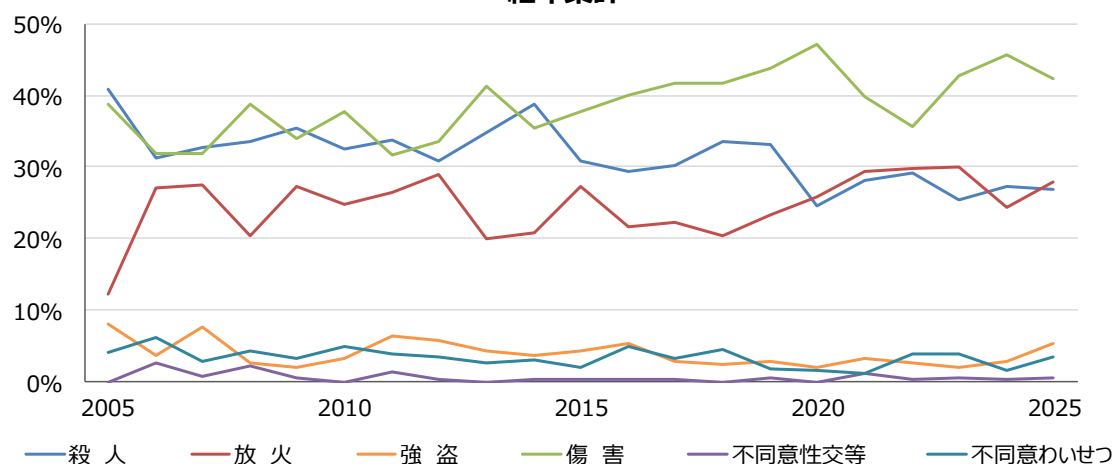
男性は女性と比較して傷害の占める割合が高く（41.9% vs. 21.5%）、女性は男性と比較して殺人と放火が占める割合が高かった（42.9% vs. 27.7%、34.3% vs. 21.2%）。また、不同意性交等、不同意わいせつは男性でのみ認めた。

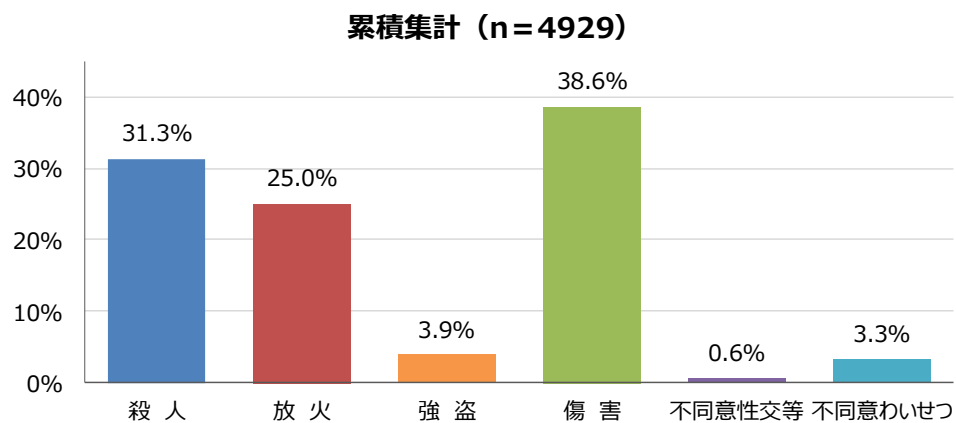
4-2. 対象行為種別（複数選択）

単年集計

入院年	2005 n= 49	2006 n= 192	2007 n= 251	2008 n= 260	2009 n= 209	2010 n= 247	2011 n= 281
殺人	20 (41%)	60 (31%)	82 (33%)	87 (33%)	74 (35%)	80 (32%)	95 (34%)
放火	6 (12%)	52 (27%)	69 (27%)	53 (20%)	57 (27%)	61 (25%)	74 (26%)
強盗	4 (8%)	7 (4%)	19 (8%)	7 (3%)	4 (2%)	8 (3%)	18 (6%)
傷害	19 (39%)	61 (32%)	80 (32%)	101 (39%)	71 (34%)	93 (38%)	89 (32%)
不同意性交等	0 (0%)	5 (3%)	2 (1%)	6 (2%)	1 (0%)	0 (0%)	4 (1%)
不同意わいせつ	2 (4%)	12 (6%)	7 (3%)	11 (4%)	7 (3%)	12 (5%)	11 (4%)
入院年	2012 n= 262	2013 n= 276	2014 n= 268	2015 n= 260	2016 n= 245	2017 n= 274	2018 n= 245
殺人	81 (31%)	96 (35%)	104 (39%)	80 (31%)	72 (29%)	83 (30%)	82 (33%)
放火	76 (29%)	55 (20%)	56 (21%)	71 (27%)	53 (22%)	61 (22%)	50 (20%)
強盗	15 (6%)	12 (4%)	10 (4%)	11 (4%)	13 (5%)	8 (3%)	6 (2%)
傷害	88 (34%)	114 (41%)	95 (35%)	98 (38%)	98 (40%)	114 (42%)	102 (42%)
不同意性交等	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
不同意わいせつ	9 (3%)	7 (3%)	8 (3%)	5 (2%)	12 (5%)	9 (3%)	11 (4%)
入院年	2019 n= 215	2020 n= 240	2021 n= 246	2022 n= 258	2023 n= 204	2024 n= 239	2025 n= 208
殺人	71 (33%)	59 (25%)	69 (28%)	75 (29%)	52 (25%)	65 (27%)	56 (27%)
放火	50 (23%)	62 (26%)	72 (29%)	77 (30%)	61 (30%)	58 (24%)	58 (28%)
強盗	6 (3%)	5 (2%)	8 (3%)	7 (3%)	4 (2%)	7 (3%)	11 (5%)
傷害	94 (44%)	113 (47%)	98 (40%)	92 (36%)	87 (43%)	109 (46%)	88 (42%)
不同意性交等	1 (0%)	0 (0%)	3 (1%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
不同意わいせつ	4 (2%)	4 (2%)	3 (1%)	10 (4%)	8 (4%)	4 (2%)	7 (3%)

経年集計





※傷害以外は未遂を含む。同じ種別の対象行為が複数ある対象者は、種別ごとに1回のみ計上。

入院処遇対象者全体の対象行為（複数選択）の構成について、入院した年で層別して集計した。累積も集計した。

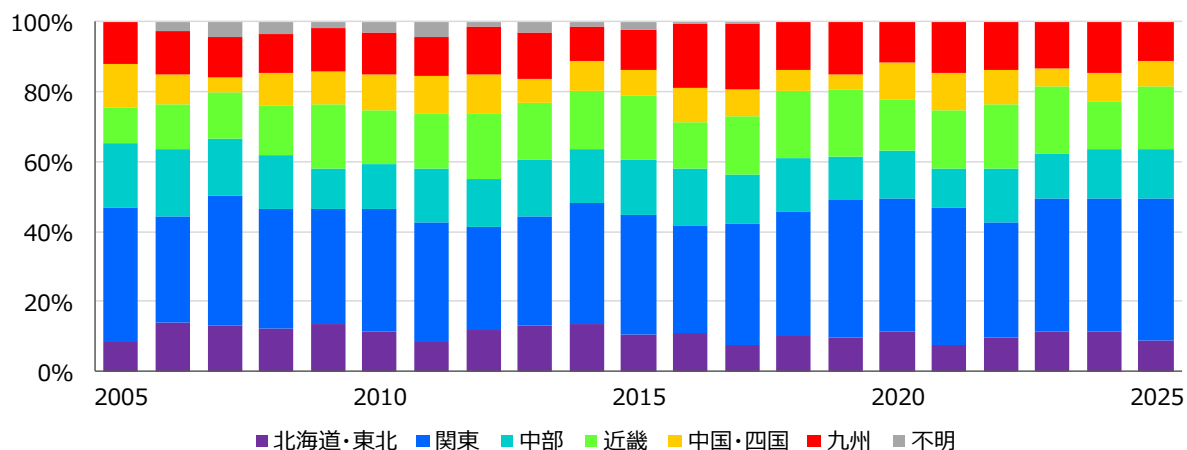
累積では、対象行為（単一選択）の構成と大きな違いはなかった。

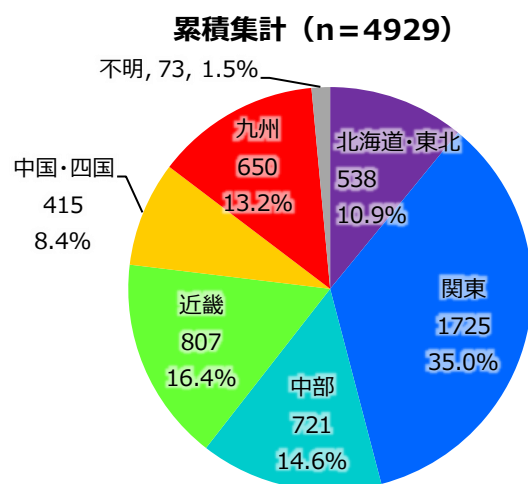
5. 事件地

単年集計

入院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n= 49	n= 192	n= 251	n= 260	n= 209	n= 247	n= 281
北海道・東北	4 (8%)	27 (14%)	33 (13%)	32 (12%)	28 (13%)	28 (11%)	24 (9%)
関東	19 (39%)	58 (30%)	93 (37%)	89 (34%)	69 (33%)	87 (35%)	96 (34%)
中部	9 (18%)	37 (19%)	41 (16%)	40 (15%)	24 (11%)	31 (13%)	43 (15%)
近畿	5 (10%)	25 (13%)	33 (13%)	36 (14%)	39 (19%)	38 (15%)	45 (16%)
中国・四国	6 (12%)	16 (8%)	11 (4%)	25 (10%)	19 (9%)	26 (11%)	30 (11%)
九州	6 (12%)	24 (13%)	29 (12%)	29 (11%)	26 (12%)	29 (12%)	31 (11%)
不明	0 (0%)	5 (3%)	11 (4%)	9 (3%)	4 (2%)	8 (3%)	12 (4%)
入院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n= 262	n= 276	n= 268	n= 260	n= 245	n= 274	n= 245
北海道・東北	31 (12%)	36 (13%)	36 (13%)	27 (10%)	27 (11%)	20 (7%)	25 (10%)
関東	77 (29%)	86 (31%)	93 (35%)	89 (34%)	75 (31%)	96 (35%)	87 (36%)
中部	36 (14%)	45 (16%)	41 (15%)	42 (16%)	40 (16%)	38 (14%)	37 (15%)
近畿	49 (19%)	45 (16%)	45 (17%)	47 (18%)	33 (13%)	46 (17%)	48 (20%)
中国・四国	29 (11%)	19 (7%)	23 (9%)	19 (7%)	24 (10%)	21 (8%)	14 (6%)
九州	36 (14%)	37 (13%)	26 (10%)	30 (12%)	45 (18%)	52 (19%)	34 (14%)
不明	4 (2%)	8 (3%)	4 (1%)	6 (2%)	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
入院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n= 215	n= 240	n= 246	n= 258	n= 204	n= 239	n= 208
北海道・東北	21 (10%)	27 (11%)	19 (8%)	25 (10%)	23 (11%)	27 (11%)	18 (9%)
関東	84 (39%)	92 (38%)	96 (39%)	85 (33%)	78 (38%)	91 (38%)	85 (41%)
中部	27 (13%)	33 (14%)	28 (11%)	40 (16%)	26 (13%)	34 (14%)	29 (14%)
近畿	41 (19%)	34 (14%)	41 (17%)	47 (18%)	39 (19%)	33 (14%)	38 (18%)
中国・四国	10 (5%)	26 (11%)	26 (11%)	26 (10%)	11 (5%)	19 (8%)	15 (7%)
九州	32 (15%)	28 (12%)	36 (15%)	35 (14%)	27 (13%)	35 (15%)	23 (11%)
不明	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

経年集計





※各地区に含まれる都道府県は次のとおり。

〔北海道・東北〕北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島〔関東〕茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、東京、神奈川

〔中部〕新潟、富山、石川、福井、山梨、長野、岐阜、静岡、愛知〔近畿〕三重、滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山

〔中国・四国〕鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知〔九州〕福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄

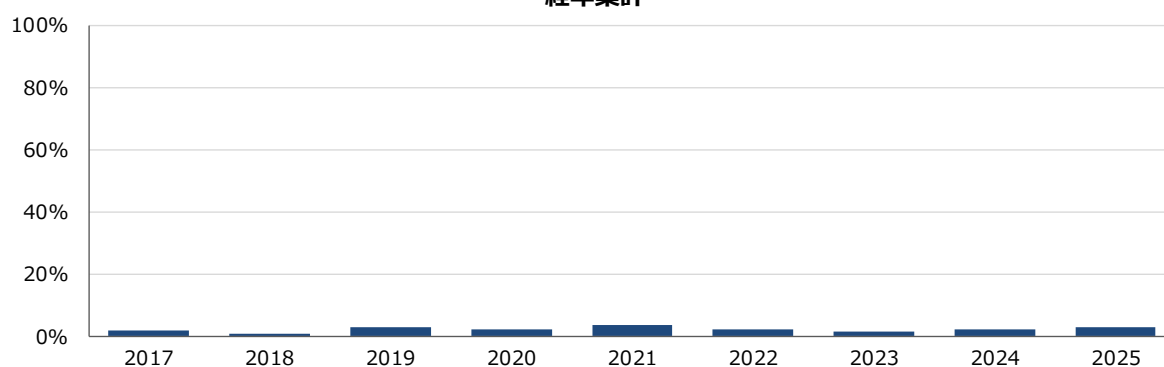
入院処遇対象者全体の事件地の構成を、対象者が入院した年で層別して集計した。累積も集計した。
累積では、事件地比率は地方別人口比率に近い数値であった。

6. 再処遇

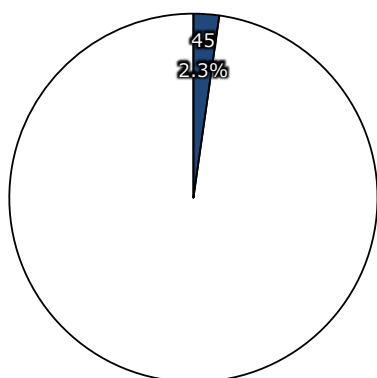
単年集計

入院年	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
	n= 145	n= 245	n= 215	n= 240	n= 246	n= 258	n= 204
実人員（割合）	3 (2.1%)	2 (0.8%)	6 (2.8%)	5 (2.1%)	9 (3.7%)	6 (2.3%)	3 (1.5%)
入院年	2024	2025					
	n= 239	n= 208					
実人員（割合）	5 (2.1%)	6 (2.9%)					

経年集計



累積集計（n=2000）



※再処遇の集計は、入院決定が2017年7月以降の者を対象とした。

入院処遇対象者全体の再処遇歴について、入院した年で層別して集計した。累積も集計した。
累積では再処遇の割合は全体の 2.3%であり、経年的にも同程度の水準で推移している。

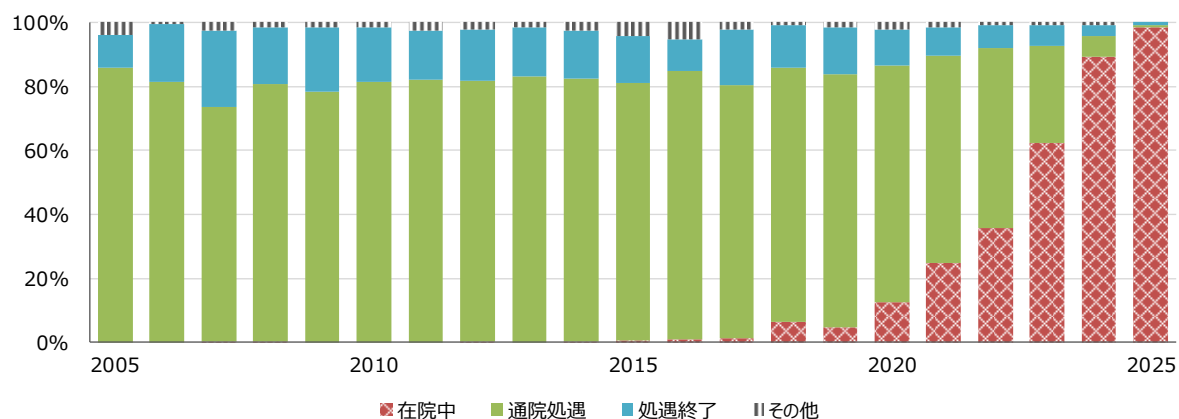
7. 転帰

単年集計

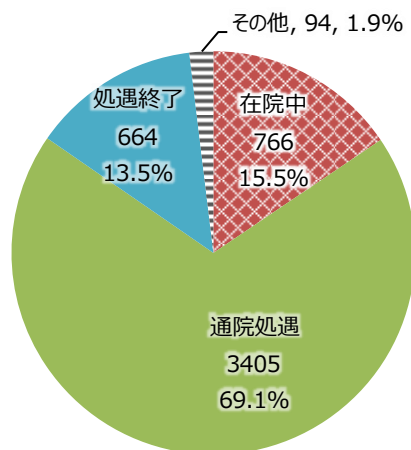
〔人数 (割合)〕

入院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n = 49	n = 192	n = 251	n = 260	n = 209	n = 247	n = 281
在院中	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
通院処遇	42 (86%)	156 (81%)	184 (73%)	209 (80%)	164 (78%)	201 (81%)	231 (82%)
処遇終了	5 (10%)	35 (18%)	60 (24%)	46 (18%)	42 (20%)	42 (17%)	43 (15%)
その他	2 (4%)	1 (1%)	6 (2%)	4 (2%)	3 (1%)	4 (2%)	7 (2%)
入院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 262	n = 276	n = 268	n = 260	n = 245	n = 274	n = 245
在院中	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	2 (1%)	2 (1%)	4 (1%)	16 (7%)
通院処遇	213 (81%)	229 (83%)	220 (82%)	209 (80%)	206 (84%)	216 (79%)	194 (79%)
処遇終了	42 (16%)	43 (16%)	40 (15%)	38 (15%)	24 (10%)	48 (18%)	33 (13%)
その他	6 (2%)	4 (1%)	7 (3%)	11 (4%)	13 (5%)	6 (2%)	2 (1%)
入院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n = 215	n = 240	n = 246	n = 258	n = 204	n = 239	n = 208
在院中	10 (5%)	30 (13%)	61 (25%)	92 (36%)	127 (62%)	213 (89%)	205 (99%)
通院処遇	170 (79%)	178 (74%)	159 (65%)	145 (56%)	62 (30%)	16 (7%)	1 (0%)
処遇終了	32 (15%)	27 (11%)	22 (9%)	19 (7%)	13 (6%)	8 (3%)	2 (1%)
その他	3 (1%)	5 (2%)	4 (2%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	0 (0%)

経年集計



累積集計（n=4929）



※「その他」には、データ未提出医療機関への転院例など、データ欠損により在院/退院の事実が把握できない者を含む。

入院処遇対象者全体の転帰の構成について、対象者が入院した年で層別して集計した。累積も集計した。累積では対象者のうち約 7 割が通院処遇に移行していた。

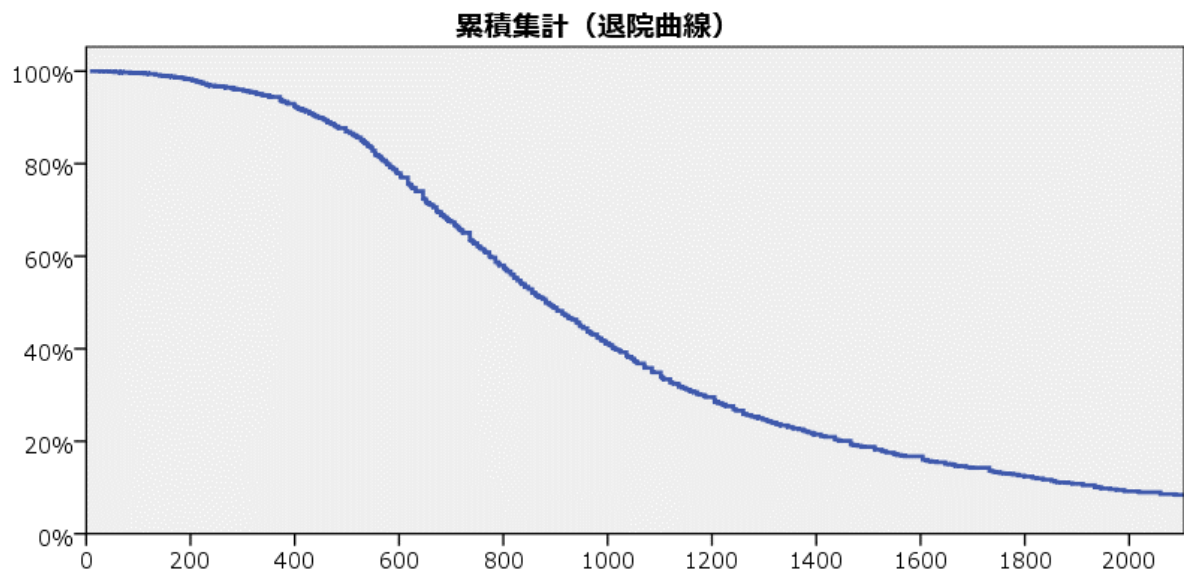
8. 在院期間

単年集計（在院期間区分の構成割合）

〔人数 (割合)〕

入院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n= 49	n= 192	n= 251	n= 260	n= 209	n= 247	n= 281
6ヵ月未満	4 (8%)	3 (2%)	8 (3%)	1 (0%)	5 (2%)	1 (0%)	5 (2%)
6～12ヵ月	16 (33%)	31 (16%)	15 (6%)	25 (10%)	10 (5%)	10 (4%)	14 (5%)
1～1.5年	9 (18%)	45 (23%)	49 (20%)	51 (20%)	24 (11%)	26 (11%)	26 (9%)
1.5～2年	7 (14%)	46 (24%)	72 (29%)	59 (23%)	40 (19%)	57 (23%)	58 (21%)
2～2.5年	6 (12%)	29 (15%)	44 (18%)	45 (17%)	47 (22%)	51 (21%)	44 (16%)
2.5～3年	2 (4%)	15 (8%)	26 (10%)	26 (10%)	27 (13%)	28 (11%)	38 (14%)
3～5年	3 (6%)	15 (8%)	28 (11%)	36 (14%)	35 (17%)	42 (17%)	60 (21%)
5年以上	2 (4%)	8 (4%)	9 (4%)	17 (7%)	21 (10%)	32 (13%)	36 (13%)
入院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n= 262	n= 276	n= 268	n= 260	n= 245	n= 274	n= 245
6ヵ月未満	6 (2%)	5 (2%)	5 (2%)	4 (2%)	3 (1%)	5 (2%)	0 (0%)
6～12ヵ月	15 (6%)	11 (4%)	8 (3%)	6 (2%)	13 (5%)	8 (3%)	6 (2%)
1～1.5年	27 (10%)	31 (11%)	25 (9%)	30 (12%)	26 (11%)	34 (12%)	16 (7%)
1.5～2年	49 (19%)	68 (25%)	58 (22%)	49 (19%)	47 (19%)	53 (19%)	30 (12%)
2～2.5年	39 (15%)	59 (21%)	35 (13%)	50 (19%)	41 (17%)	33 (12%)	42 (17%)
2.5～3年	44 (17%)	42 (15%)	46 (17%)	38 (15%)	31 (13%)	29 (11%)	37 (15%)
3～5年	61 (23%)	43 (16%)	59 (22%)	55 (21%)	53 (22%)	74 (27%)	64 (26%)
5年以上	21 (8%)	17 (6%)	32 (12%)	28 (11%)	31 (13%)	38 (14%)	50 (20%)
入院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n= 215	n= 240	n= 246	n= 258	n= 204	n= 239	n= 208
6ヵ月未満	2 (1%)	5 (2%)	1 (0%)	4 (2%)	2 (1%)	3 (1%)	94 (45%)
6～12ヵ月	7 (3%)	6 (3%)	8 (3%)	3 (1%)	4 (2%)	9 (4%)	114 (55%)
1～1.5年	14 (7%)	13 (5%)	13 (5%)	23 (9%)	9 (4%)	115 (48%)	0 (0%)
1.5～2年	30 (14%)	28 (12%)	40 (16%)	33 (13%)	33 (16%)	112 (47%)	0 (0%)
2～2.5年	32 (15%)	34 (14%)	30 (12%)	43 (17%)	93 (46%)	0 (0%)	0 (0%)
2.5～3年	31 (14%)	38 (16%)	34 (14%)	30 (12%)	63 (31%)	0 (0%)	0 (0%)
3～5年	73 (34%)	79 (33%)	120 (49%)	122 (47%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
5年以上	26 (12%)	37 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

※灰色の欄の数値は在院中の対象者を含む。



※転院例の在院期間は通算。

単年・累積集計（Kaplan-Meier法）

入院年	n (人)	退院済	在院中等	平均値		中央値	
		人数 (割合)	人数 (割合)	推定値 (日) [95%信頼区間]		推定値 (日) [95%信頼区間]	
2005	49	49 (100%)	0 (0%)	618	[436 – 801]	428	[309 – 547]
2006	192	191 (99%)	1 (1%)	754	[658 – 850]	603	[559 – 647]
2007	251	250 (100%)	1 (0%)	798	[723 – 873]	671	[627 – 715]
2008	260	259 (100%)	1 (0%)	871	[789 – 953]	717	[667 – 767]
2009	209	209 (100%)	0 (0%)	1027	[927 – 1126]	834	[778 – 890]
2010	247	247 (100%)	0 (0%)	1027	[947 – 1107]	810	[764 – 856]
2011	281	280 (100%)	1 (0%)	1075	[994 – 1155]	883	[797 – 969]
2012	262	260 (99%)	2 (1%)	1030	[944 – 1117]	875	[806 – 944]
2013	276	274 (99%)	2 (1%)	930	[865 – 994]	781	[728 – 834]
2014	268	265 (99%)	3 (1%)	1080	[998 – 1162]	928	[840 – 1016]
2015	260	254 (98%)	6 (2%)	1070	[990 – 1150]	879	[814 – 944]
2016	245	232 (95%)	13 (5%)	1105	[1020 – 1191]	903	[837 – 969]
2017	274	267 (97%)	7 (3%)	1118	[1042 – 1194]	958	[861 – 1055]
2018	245	229 (93%)	16 (7%)	1246	[1162 – 1331]	1064	[980 – 1148]
2019	215	205 (95%)	10 (5%)	1123	[1052 – 1195]	1029	[947 – 1111]
2020	240	210 (88%)	30 (13%)	1166	[1098 – 1234]	1071	[1014 – 1128]
2021	246	185 (75%)	61 (25%)	1144	[1083 – 1204]	1090	[1014 – 1166]
2022	258	166 (64%)	92 (36%)	1025	[979 – 1070]	1036	[924 – 1148]
2023	204	77 (38%)	127 (62%)	910	[876 – 944]	-	-
2024	239	26 (11%)	213 (89%)	680	[663 – 696]	-	-
2025	208	3 (1%)	205 (99%)	353	[348 – 358]	-	-
累計	4929	4138 (84%)	791 (16%)	1076	[1053 – 1098]	882	[864 – 900]

※転院例の在院期間は通算。「在院中等」は2025年12月31日までの観察打ち切り例。同日時点の在院者に加えて、在院中のまま以後のデータが欠損している対象者を含む。

入院処遇対象者全体の在院期間の構成について、対象者が入院した年で層別して集計した。また Kaplan-Meier 法による累積集計の結果で退院曲線を描いた。

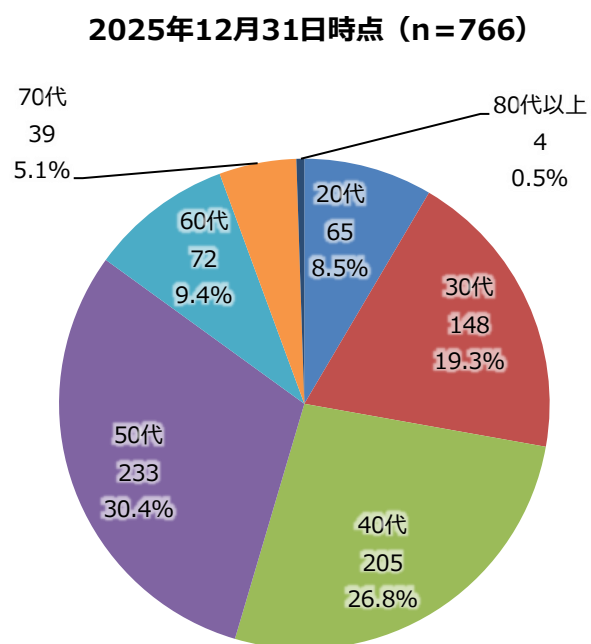
累計集計では、平均在院期間は 1076 日、在院期間中央値は 882 日であった。

※司法精神医療制度は国により大きく異なるため、在院期間に関する海外の司法精神病棟との単純な比較は困難である。EU加盟国（2013 年当時）の司法精神病棟における平均在院期間は 1.04 年から 10 年と幅が大きく、オランダ、スコットランド、ドイツ、イングランド&ウェールズ、アイルランドの司法精神病棟の平均在院期間が 7 年を超えていたとする調査報告（Tomlin et al., 2021）などがある。

第 3 部 在院中の対象者

- 2025 年 12 月 31 日に入院処遇中であった 766 名を対象に集計

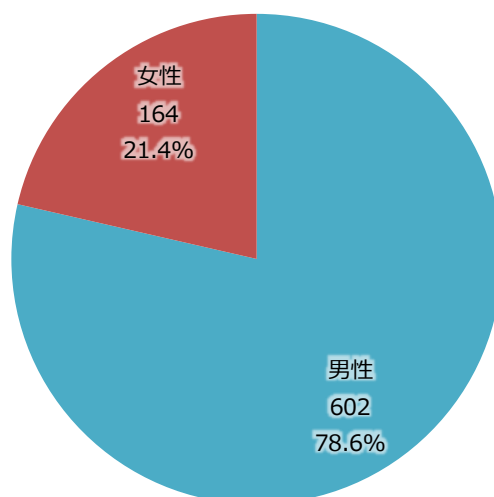
1. 基準日年齢



在院中の対象者の 2025 年 12 月 31 日時点での年齢構成を集計した。
50 代が最多であり、次いで 40 代、30 代であった。

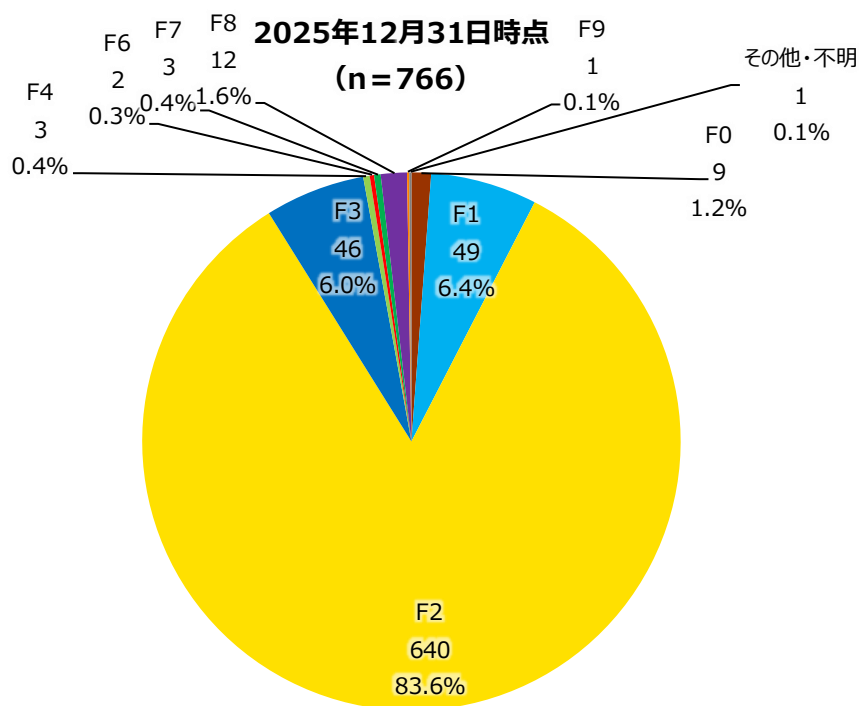
2. 性別

2025年12月31日時点 (n=766)



在院中の対象者の2025年12月31日時点での性別構成を集計した。
男女比は約4：1であった。

3-1. 主診断

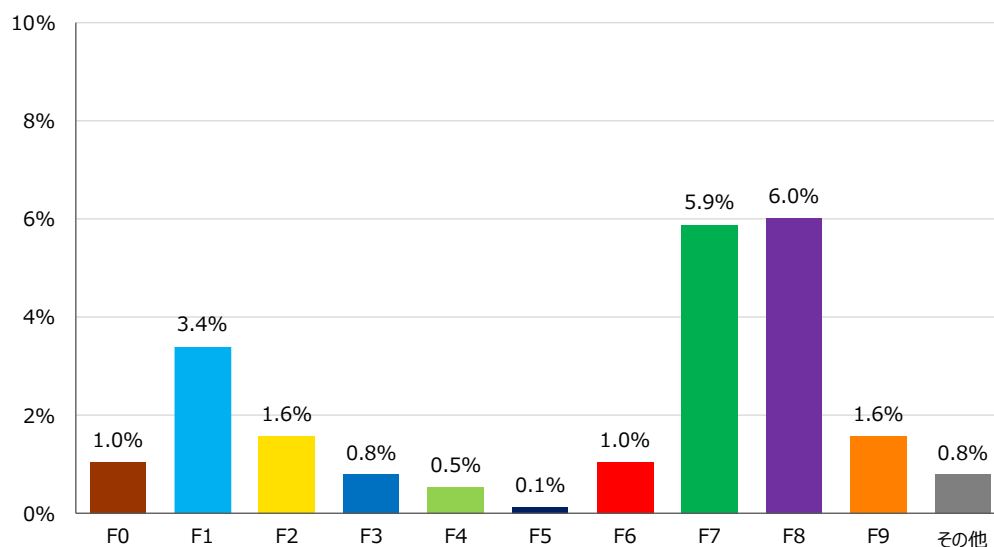


※主診断の分類は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版（ICD-10）による。

在院中の対象者の 2025 年 12 月 31 日時点での精神科主診断の構成を集計した。
精神科主診断の約 8 割を F2 が占めていた。

3-2. 重複障害

2025年12月31日時点 (n=766)



※重複障害は複数選択可。分類は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版（ICD-10）による。

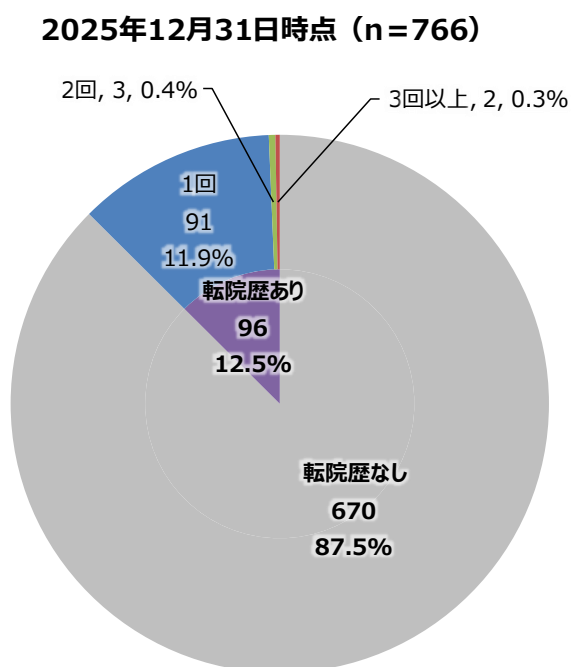
※重複障害の頻度は、診断閾値の相違などにより施設間のばらつきが大きいことに注意を要する。

在院中の対象者の2025年12月31日時点での重複障害の併存率を集計した。

重複障害の併存率はF8、F7、F1の順で高かった。

※本報告書での重複障害とは精神科主診断とは別に対象者が診断されている精神障害と定義する。

4. 転院歴（基準日までの暫定値）

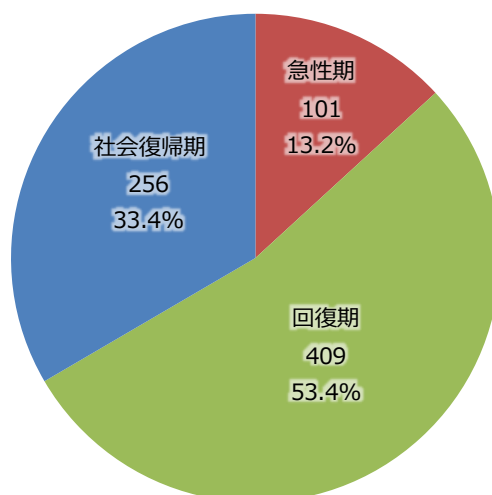


在院中の対象者の2025年12月31日時点までの転院歴を集計した。ここでいう転院とは、入院処遇決定後に指定入院医療機関を移ったものに限る。

転院歴がある対象者は12.5%であり、転院回数は1回が大半を占めていた。

5. 治療ステージ

2025年12月31日時点 (n=766)

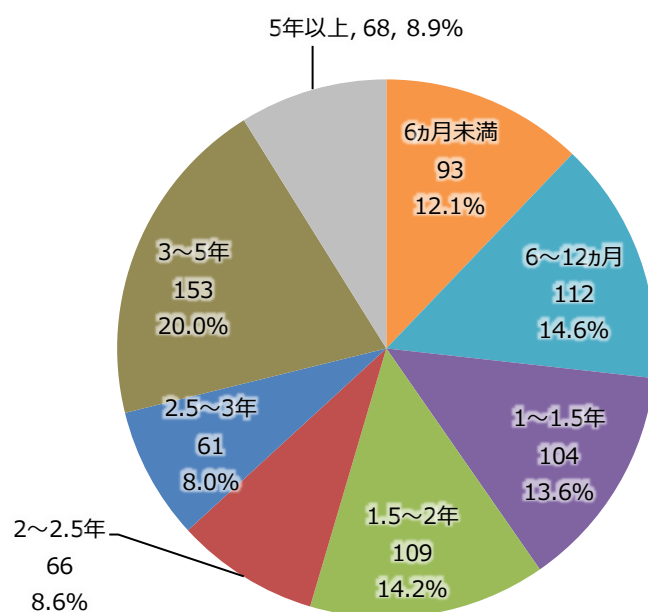


在院中の対象者の2025年12月31日時点の治療ステージの構成を集計した。

急性期、回復期、社会復帰期、各ステージの人数は入院処遇ガイドラインの各ステージ標準治療期間の比率（3ヵ月、9ヵ月、6ヵ月）と比較し、やや急性期が少なかった。

6. 在院期間（基準日までの暫定値）

2025年12月31日時点（n=766）



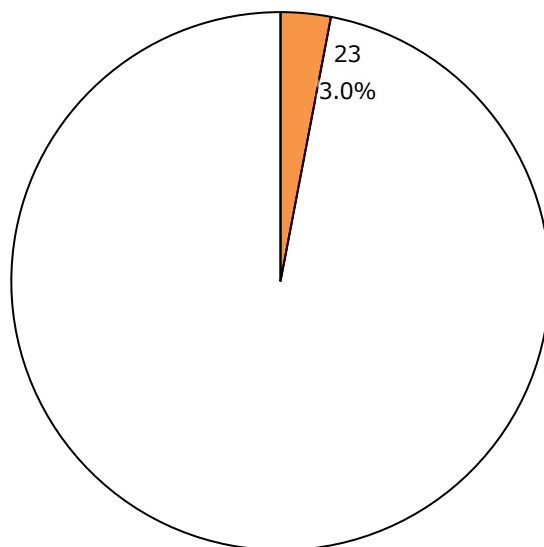
※入院から2025年12月31日までの在院期間（暫定値）で集計。転院例の在院期間は通算。

在院中の対象者の2025年12月31日時点の在院期間の構成を集計した。

約半数の対象者の在院期間が2年以下であった一方で、在院期間が5年以上の対象者を8.9%認めた。

7-1. 隔離実人員（基準日時点の実施状況）

2025年12月31日時点（n=766）



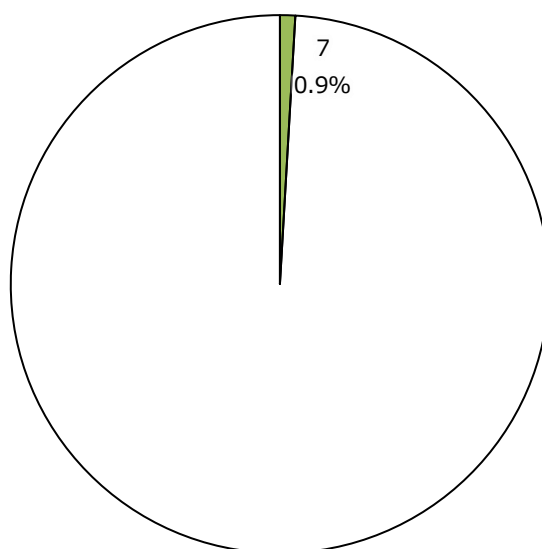
2025年12月31日時点に医療観察法病棟で隔離処遇を受けている対象者の実人員（実績値）を集計した。

2025年12月31日時点に隔離処遇を受けていた対象者は23名（3.0%）であった。

※令和7年度630調査（医療計画、障害福祉計画等に活用する目的で、精神科医療機関等を対象に毎年実施する調査）では、2025年6月30日時点で精神科病院に在院していた247808名（大半が精神保健福祉法に基づく入院）のうち11845名（4.8%）が隔離指示を受けていた。

7-2. 身体的拘束実人員（基準日時点の実施状況）

2025年12月31日時点（n=766）



2025年12月31日時点に医療観察法病棟で身体的拘束処遇を受けている対象者の実人員（実績値）を集計した。

2025年12月31日時点に身体的拘束処遇を受けていた対象者は7名（0.9%）であった。

※令和7年度630調査（医療計画、障害福祉計画等に活用する目的で、精神科医療機関等を対象に毎年実施する調査）では、2025年6月30日時点で精神科病院に在院していた247808名（大半が精神保健福祉法に基づく入院）のうち9167名（3.7%）が身体的拘束指示を受けていた。

第 4 部 退院済の対象者（抗告退院・死亡等を除く）

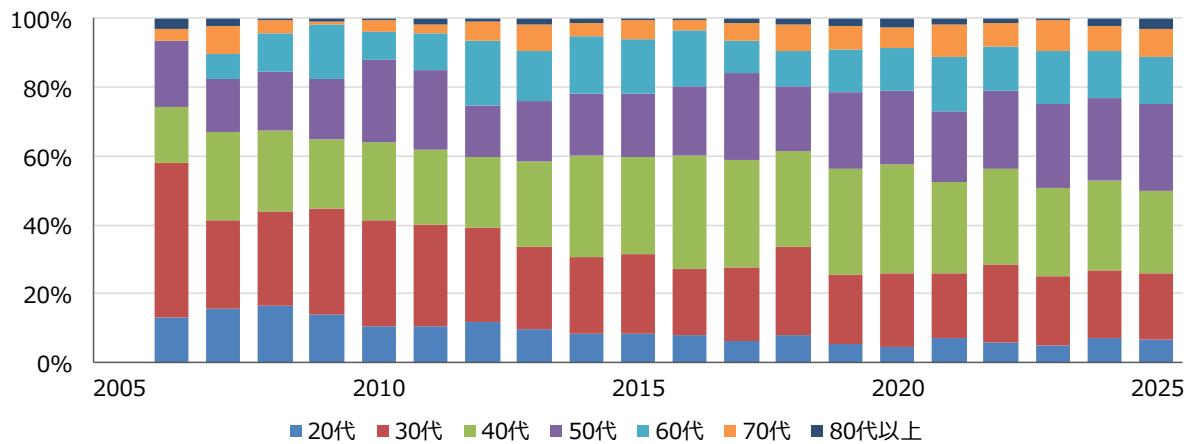
- 医療観察法の施行から 2025 年 12 月 31 日までに入院処遇を終了した 4069 名を対象に集計
（抗告退院・死亡等は除き、裁判所で通院処遇または処遇終了の決定があった者のみが対象）
- 単年集計、経年集計では、一部を除いて退院年（暦年）ごとに集計

1. 退院時年齢

単年集計

退院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n= 0	n= 31	n= 97	n= 141	n= 213	n= 184	n= 165
20代	0 (-)	4 (13%)	15 (15%)	23 (16%)	30 (14%)	19 (10%)	17 (10%)
30代	0 (-)	14 (45%)	25 (26%)	39 (28%)	65 (31%)	57 (31%)	49 (30%)
40代	0 (-)	5 (16%)	25 (26%)	33 (23%)	43 (20%)	42 (23%)	36 (22%)
50代	0 (-)	6 (19%)	15 (15%)	24 (17%)	37 (17%)	44 (24%)	38 (23%)
60代	0 (-)	0 (0%)	7 (7%)	16 (11%)	34 (16%)	15 (8%)	18 (11%)
70代	0 (-)	1 (3%)	8 (8%)	5 (4%)	2 (1%)	6 (3%)	4 (2%)
80代以上	0 (-)	1 (3%)	2 (2%)	1 (1%)	2 (1%)	1 (1%)	3 (2%)
平均年齢 [SD]	-	42.1 [14.5]	45.1 [14.8]	44.0 [13.5]	44.5 [13.6]	44.6 [12.7]	45.4 [13.5]
退院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n= 228	n= 199	n= 235	n= 299	n= 242	n= 240	n= 251
20代	27 (12%)	19 (10%)	20 (9%)	25 (8%)	19 (8%)	15 (6%)	20 (8%)
30代	62 (27%)	48 (24%)	52 (22%)	69 (23%)	47 (19%)	51 (21%)	64 (25%)
40代	47 (21%)	49 (25%)	69 (29%)	85 (28%)	79 (33%)	75 (31%)	70 (28%)
50代	34 (15%)	35 (18%)	43 (18%)	55 (18%)	49 (20%)	61 (25%)	47 (19%)
60代	43 (19%)	29 (15%)	39 (17%)	47 (16%)	39 (16%)	22 (9%)	26 (10%)
70代	13 (6%)	15 (8%)	9 (4%)	17 (6%)	8 (3%)	13 (5%)	19 (8%)
80代以上	2 (1%)	4 (2%)	3 (1%)	1 (0%)	1 (0%)	3 (1%)	5 (2%)
平均年齢 [SD]	46.9 [14.8]	47.8 [14.6]	47.2 [13.3]	47.3 [13.6]	47.3 [13.0]	47.7 [12.7]	47.5 [14.0]
退院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n= 197	n= 193	n= 213	n= 230	n= 251	n= 232	n= 228
20代	11 (6%)	9 (5%)	15 (7%)	13 (6%)	12 (5%)	16 (7%)	15 (7%)
30代	39 (20%)	41 (21%)	40 (19%)	52 (23%)	51 (20%)	46 (20%)	44 (19%)
40代	61 (31%)	61 (32%)	57 (27%)	64 (28%)	64 (25%)	61 (26%)	55 (24%)
50代	44 (22%)	41 (21%)	43 (20%)	53 (23%)	62 (25%)	55 (24%)	57 (25%)
60代	24 (12%)	24 (12%)	34 (16%)	29 (13%)	38 (15%)	32 (14%)	31 (14%)
70代	14 (7%)	12 (6%)	20 (9%)	16 (7%)	23 (9%)	17 (7%)	19 (8%)
80代以上	4 (2%)	5 (3%)	4 (2%)	3 (1%)	1 (0%)	5 (2%)	7 (3%)
平均年齢 [SD]	49.3 [13.5]	49.0 [13.4]	49.8 [14.3]	48.6 [12.9]	50.2 [13.4]	49.4 [14.0]	50.4 [14.3]

経年集計



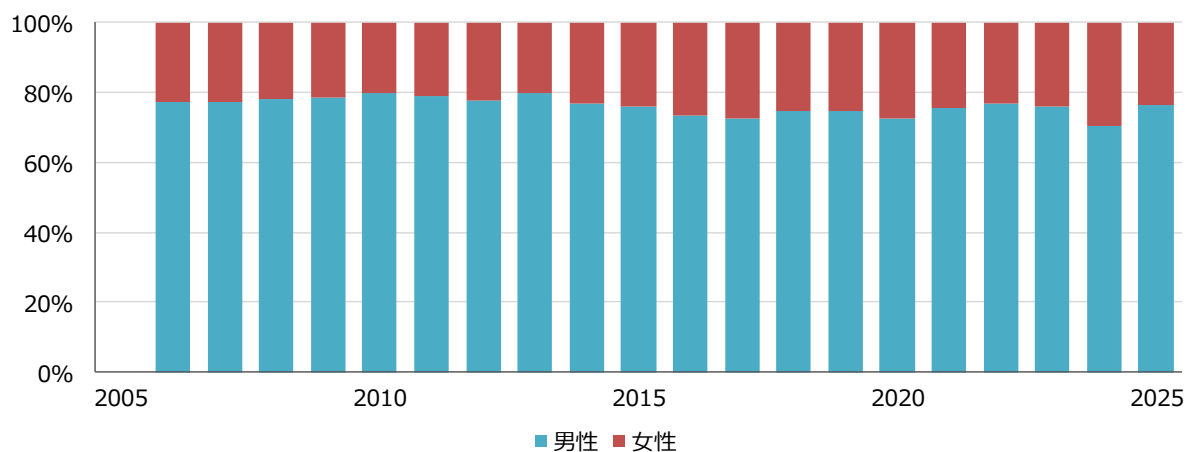
退院済みの対象者の退院時年齢の構成について、退院した年で層別して集計した。
経年的に退院時平均年齢は上昇傾向を認めており、2019 年以降は 50 歳前後で推移している。

2. 性別

単年集計

退院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n = 0	n = 31	n = 97	n = 141	n = 213	n = 184	n = 165
男性	0 (-)	24 (77%)	75 (77%)	110 (78%)	167 (78%)	147 (80%)	130 (79%)
女性	0 (-)	7 (23%)	22 (23%)	31 (22%)	46 (22%)	37 (20%)	35 (21%)
退院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 228	n = 199	n = 235	n = 299	n = 242	n = 240	n = 251
男性	177 (78%)	159 (80%)	181 (77%)	227 (76%)	178 (74%)	174 (73%)	187 (75%)
女性	51 (22%)	40 (20%)	54 (23%)	72 (24%)	64 (26%)	66 (28%)	64 (25%)
退院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n = 197	n = 193	n = 213	n = 230	n = 251	n = 232	n = 228
男性	147 (75%)	140 (73%)	161 (76%)	177 (77%)	191 (76%)	163 (70%)	174 (76%)
女性	50 (25%)	53 (27%)	52 (24%)	53 (23%)	60 (24%)	69 (30%)	54 (24%)

経年集計



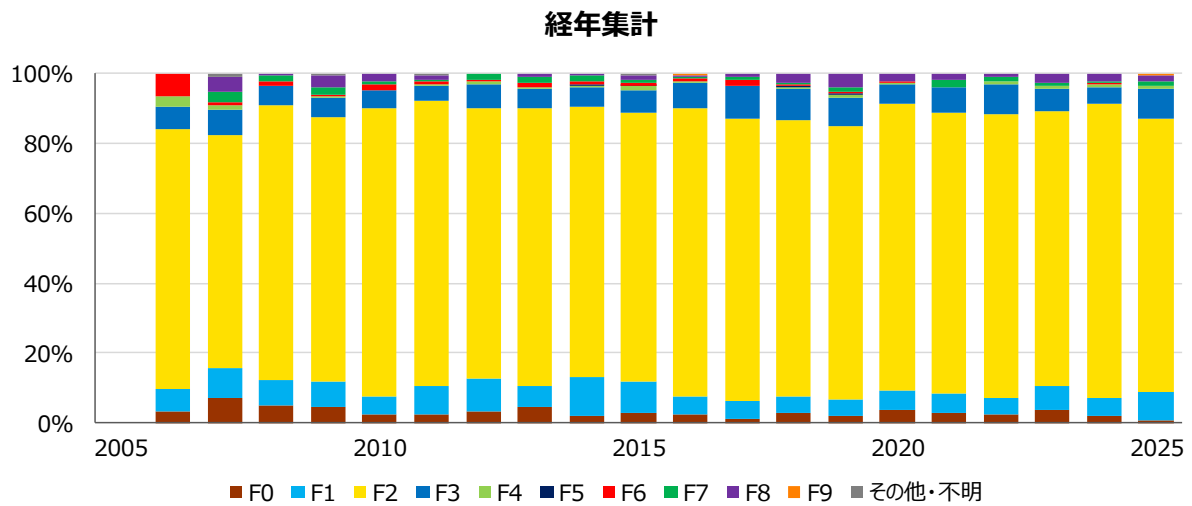
退院済みの対象者の性別の構成について、退院した年で層別して集計した。

男女比は約 3 : 1 であり、経年的に大きな変化はなかった。

3-1. 主診断

単年集計

退院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n= 0	n= 31	n= 97	n= 141	n= 213	n= 184	n= 165
F0 器質性精神障害	0 (-)	1 (3%)	7 (7%)	7 (5%)	10 (5%)	4 (2%)	4 (2%)
F1 物質関連障害	0 (-)	2 (6%)	8 (8%)	10 (7%)	15 (7%)	10 (5%)	13 (8%)
F2 精神病性障害	0 (-)	23 (74%)	65 (67%)	111 (79%)	161 (76%)	152 (83%)	135 (82%)
F3 気分障害	0 (-)	2 (6%)	7 (7%)	8 (6%)	12 (6%)	9 (5%)	7 (4%)
F4 不安障害圏	0 (-)	1 (3%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
F5 身体関連障害	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害圏	0 (-)	2 (6%)	1 (1%)	2 (1%)	1 (0%)	3 (2%)	1 (1%)
F7 知的障害	0 (-)	0 (0%)	3 (3%)	2 (1%)	5 (2%)	2 (1%)	1 (1%)
F8 心理的発達障害	0 (-)	0 (0%)	4 (4%)	1 (1%)	7 (3%)	4 (2%)	2 (1%)
F9 行動・情緒障害	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
その他・不明	0 (-)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
退院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n= 228	n= 199	n= 235	n= 299	n= 242	n= 240	n= 251
F0 器質性精神障害	7 (3%)	9 (5%)	5 (2%)	9 (3%)	6 (2%)	3 (1%)	7 (3%)
F1 物質関連障害	22 (10%)	12 (6%)	26 (11%)	26 (9%)	12 (5%)	12 (5%)	12 (5%)
F2 精神病性障害	176 (77%)	158 (79%)	182 (77%)	231 (77%)	200 (83%)	194 (81%)	198 (79%)
F3 気分障害	16 (7%)	11 (6%)	13 (6%)	19 (6%)	18 (7%)	23 (10%)	23 (9%)
F4 不安障害圏	2 (1%)	1 (1%)	1 (0%)	3 (1%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
F5 身体関連障害	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
F6 パーソナリティ障害圏	1 (0%)	3 (2%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	4 (2%)	1 (0%)
F7 知的障害	4 (2%)	3 (2%)	4 (2%)	3 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	1 (0%)
F8 心理的発達障害	0 (0%)	2 (1%)	1 (0%)	4 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	7 (3%)
F9 行動・情緒障害	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
その他・不明	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
退院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n= 197	n= 193	n= 213	n= 230	n= 251	n= 232	n= 228
F0 器質性精神障害	4 (2%)	7 (4%)	6 (3%)	5 (2%)	9 (4%)	5 (2%)	2 (1%)
F1 物質関連障害	9 (5%)	11 (6%)	12 (6%)	11 (5%)	17 (7%)	11 (5%)	18 (8%)
F2 精神病性障害	154 (78%)	158 (82%)	171 (80%)	187 (81%)	198 (79%)	196 (84%)	179 (79%)
F3 気分障害	16 (8%)	11 (6%)	16 (8%)	20 (9%)	16 (6%)	11 (5%)	19 (8%)
F4 不安障害圏	2 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)
F5 身体関連障害	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害圏	1 (1%)	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
F7 知的障害	2 (1%)	0 (0%)	4 (2%)	3 (1%)	2 (1%)	1 (0%)	3 (1%)
F8 心理的発達障害	8 (4%)	4 (2%)	4 (2%)	2 (1%)	7 (3%)	5 (2%)	4 (2%)
F9 行動・情緒障害	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
その他・不明	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)



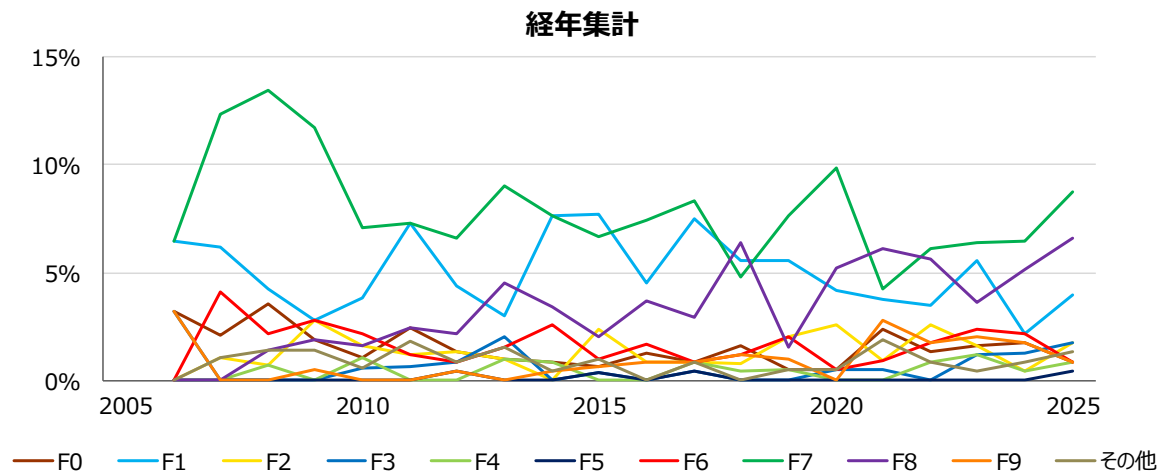
※主診断の分類は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版（ICD-10）による。

退院済みの対象者の精神科主診断の構成について、退院した年で層別して集計した。
精神科主診断の約 8 割を F2 が占めていた。経年的に精神科主診断の割合に大きな変化はなかった。

3-2. 重複障害

単年集計

退院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n= 0	n= 31	n= 97	n= 141	n= 213	n= 184	n= 165
F0 器質性精神障害	0 (-)	1 (3%)	2 (2%)	5 (4%)	4 (2%)	2 (1%)	4 (2%)
F1 物質関連障害	0 (-)	2 (6%)	6 (6%)	6 (4%)	6 (3%)	7 (4%)	12 (7%)
F2 精神病的障害	0 (-)	0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)	6 (3%)	3 (2%)	2 (1%)
F3 気分障害	0 (-)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (1%)
F4 不安障害	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)
F5 身体関連障害	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害	0 (-)	0 (0%)	4 (4%)	3 (2%)	6 (3%)	4 (2%)	2 (1%)
F7 知的障害	0 (-)	2 (6%)	12 (12%)	19 (13%)	25 (12%)	13 (7%)	12 (7%)
F8 心理的発達障害	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	4 (2%)	3 (2%)	4 (2%)
F9 行動・情緒障害	0 (-)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
その他	0 (-)	0 (0%)	1 (1%)	2 (1%)	3 (1%)	1 (1%)	3 (2%)
退院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n= 228	n= 199	n= 235	n= 299	n= 242	n= 240	n= 251
F0 器質性精神障害	3 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	4 (2%)
F1 物質関連障害	10 (4%)	6 (3%)	18 (8%)	23 (8%)	11 (5%)	18 (8%)	14 (6%)
F2 精神病的障害	3 (1%)	2 (1%)	0 (0%)	7 (2%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)
F3 気分障害	2 (1%)	4 (2%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
F4 不安障害	0 (0%)	2 (1%)	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	1 (0%)
F5 身体関連障害	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)
F6 パーソナリティ障害	2 (1%)	3 (2%)	6 (3%)	3 (1%)	4 (2%)	2 (1%)	3 (1%)
F7 知的障害	15 (7%)	18 (9%)	18 (8%)	20 (7%)	18 (7%)	20 (8%)	12 (5%)
F8 心理的発達障害	5 (2%)	9 (5%)	8 (3%)	6 (2%)	9 (4%)	7 (3%)	16 (6%)
F9 行動・情緒障害	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	2 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	3 (1%)
その他	2 (1%)	3 (2%)	1 (0%)	3 (1%)	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)
退院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n= 197	n= 193	n= 213	n= 230	n= 251	n= 232	n= 228
F0 器質性精神障害	1 (1%)	1 (1%)	5 (2%)	3 (1%)	4 (2%)	4 (2%)	2 (1%)
F1 物質関連障害	11 (6%)	8 (4%)	8 (4%)	8 (3%)	14 (6%)	5 (2%)	9 (4%)
F2 精神病的障害	4 (2%)	5 (3%)	2 (1%)	6 (3%)	4 (2%)	1 (0%)	4 (2%)
F3 気分障害	0 (0%)	1 (1%)	1 (0%)	0 (0%)	3 (1%)	3 (1%)	4 (2%)
F4 不安障害	1 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	3 (1%)	1 (0%)	2 (1%)
F5 身体関連障害	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)
F6 パーソナリティ障害	4 (2%)	1 (1%)	2 (1%)	4 (2%)	6 (2%)	5 (2%)	2 (1%)
F7 知的障害	15 (8%)	19 (10%)	9 (4%)	14 (6%)	16 (6%)	15 (6%)	20 (9%)
F8 心理的発達障害	3 (2%)	10 (5%)	13 (6%)	13 (6%)	9 (4%)	12 (5%)	15 (7%)
F9 行動・情緒障害	2 (1%)	0 (0%)	6 (3%)	4 (2%)	5 (2%)	4 (2%)	2 (1%)
その他	1 (1%)	1 (1%)	4 (2%)	2 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	3 (1%)



※重複障害は複数選択可。分類は、疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10版（ICD-10）による。

※重複障害の頻度は、診断閾値の相違などにより施設間のばらつきが大きいことに注意を要する。

退院済みの対象者の重複障害の併存について、退院した年で層別して集計した。

集計年ごとに変動はあるが、概ね F7、F1、F8 の割合が最も高かった。

※本報告書での重複障害とは、精神科主診断とは別に対象者が診断された精神障害と定義する。

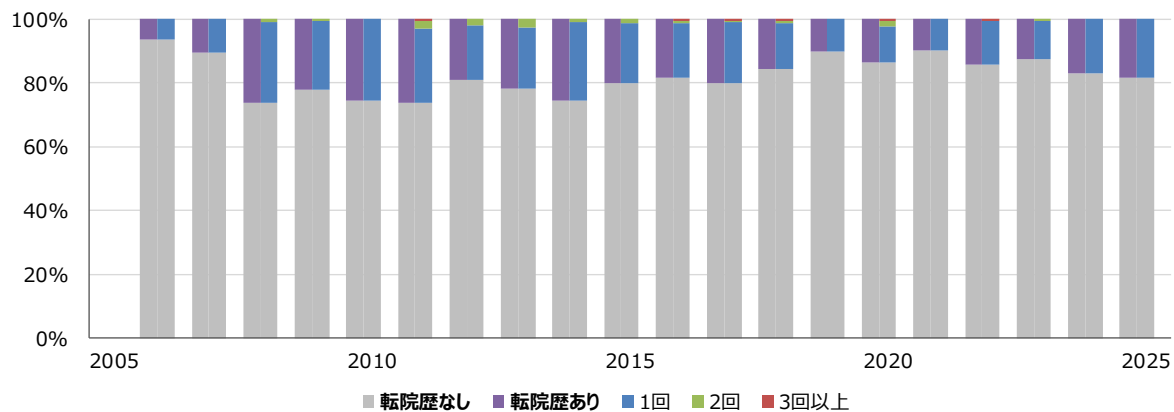
4. 転院歴（退院日までの確定値）

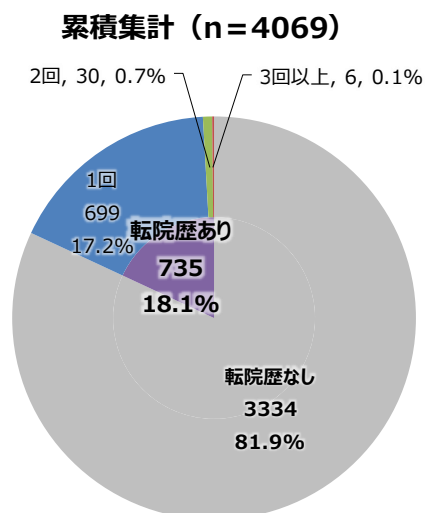
単年集計

〔人数 (割合)〕

退院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n = 0	n = 31	n = 97	n = 141	n = 213	n = 184	n = 165
転院歴なし	0 (-)	29 (94%)	87 (90%)	104 (74%)	166 (78%)	137 (74%)	122 (74%)
転院歴あり	0 (-)	2 (6%)	10 (10%)	37 (26%)	47 (22%)	47 (26%)	43 (26%)
1回	0 (-)	2 (6%)	10 (10%)	36 (26%)	46 (22%)	47 (26%)	38 (23%)
2回	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (0%)	0 (0%)	4 (2%)
3回以上	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
退院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 228	n = 199	n = 235	n = 299	n = 242	n = 240	n = 251
転院歴なし	185 (81%)	156 (78%)	175 (74%)	239 (80%)	198 (82%)	192 (80%)	212 (84%)
転院歴あり	43 (19%)	43 (22%)	60 (26%)	60 (20%)	44 (18%)	48 (20%)	39 (16%)
1回	39 (17%)	38 (19%)	58 (25%)	56 (19%)	41 (17%)	46 (19%)	36 (14%)
2回	4 (2%)	5 (3%)	2 (1%)	4 (1%)	2 (1%)	1 (0%)	2 (1%)
3回以上	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
退院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n = 197	n = 193	n = 213	n = 230	n = 251	n = 232	n = 228
転院歴なし	177 (90%)	167 (87%)	192 (90%)	197 (86%)	220 (88%)	193 (83%)	186 (82%)
転院歴あり	20 (10%)	26 (13%)	21 (10%)	33 (14%)	31 (12%)	39 (17%)	42 (18%)
1回	20 (10%)	22 (11%)	21 (10%)	32 (14%)	30 (12%)	39 (17%)	42 (18%)
2回	0 (0%)	3 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3回以上	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

経年集計





退院済みの対象者の転院歴の構成について、退院した年で層別して集計した。累積も集計した。ここでいう転院とは、入院処遇決定後に指定入院医療機関を移ったものに限る。

退院済み対象者の転院経験率は2015年以降、低下傾向を示していたが、2022年以降は上昇傾向に転じている。大半の対象者の転院回数は1回であった。

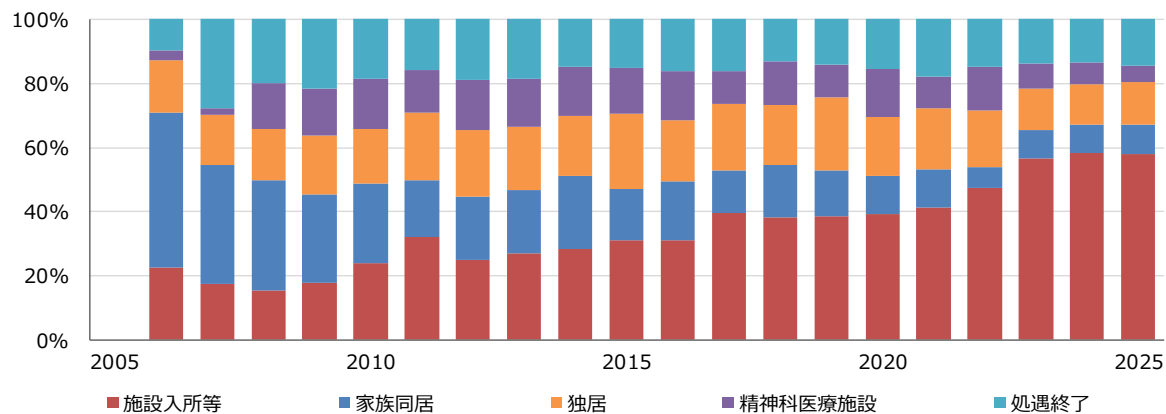
5. 退院時転帰

単年集計

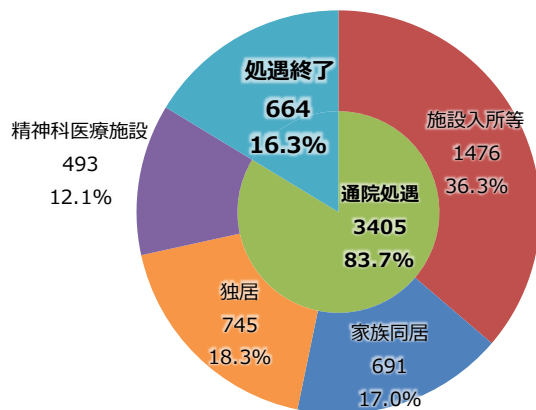
〔人数 (割合)〕

退院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n = 0	n = 31	n = 97	n = 141	n = 213	n = 184	n = 165
施設入所等	0 (-)	7 (23%)	17 (18%)	22 (16%)	38 (18%)	44 (24%)	53 (32%)
家族同居	0 (-)	15 (48%)	36 (37%)	48 (34%)	59 (28%)	46 (25%)	29 (18%)
独居	0 (-)	5 (16%)	15 (15%)	23 (16%)	39 (18%)	31 (17%)	35 (21%)
精神科医療施設	0 (-)	1 (3%)	2 (2%)	20 (14%)	31 (15%)	29 (16%)	22 (13%)
処遇終了	0 (-)	3 (10%)	27 (28%)	28 (20%)	46 (22%)	34 (18%)	26 (16%)
退院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 228	n = 199	n = 235	n = 299	n = 242	n = 240	n = 251
施設入所等	57 (25%)	54 (27%)	67 (29%)	93 (31%)	75 (31%)	95 (40%)	96 (38%)
家族同居	45 (20%)	39 (20%)	53 (23%)	48 (16%)	45 (19%)	32 (13%)	41 (16%)
独居	47 (21%)	39 (20%)	44 (19%)	70 (23%)	46 (19%)	50 (21%)	47 (19%)
精神科医療施設	36 (16%)	30 (15%)	36 (15%)	43 (14%)	37 (15%)	24 (10%)	34 (14%)
処遇終了	43 (19%)	37 (19%)	35 (15%)	45 (15%)	39 (16%)	39 (16%)	33 (13%)
退院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n = 197	n = 193	n = 213	n = 230	n = 251	n = 232	n = 228
施設入所等	76 (39%)	76 (39%)	88 (41%)	109 (47%)	142 (57%)	135 (58%)	132 (58%)
家族同居	28 (14%)	23 (12%)	25 (12%)	15 (7%)	22 (9%)	21 (9%)	21 (9%)
独居	45 (23%)	35 (18%)	41 (19%)	41 (18%)	33 (13%)	29 (13%)	30 (13%)
精神科医療施設	20 (10%)	29 (15%)	21 (10%)	31 (13%)	19 (8%)	16 (7%)	12 (5%)
処遇終了	28 (14%)	30 (16%)	38 (18%)	34 (15%)	35 (14%)	31 (13%)	33 (14%)

経年集計



累積集計（n=4069）



※「施設入所等」にはグループホームを含む。

退院済みの対象者の転帰の構成について、退院した年で層別して集計した。累積も集計した。

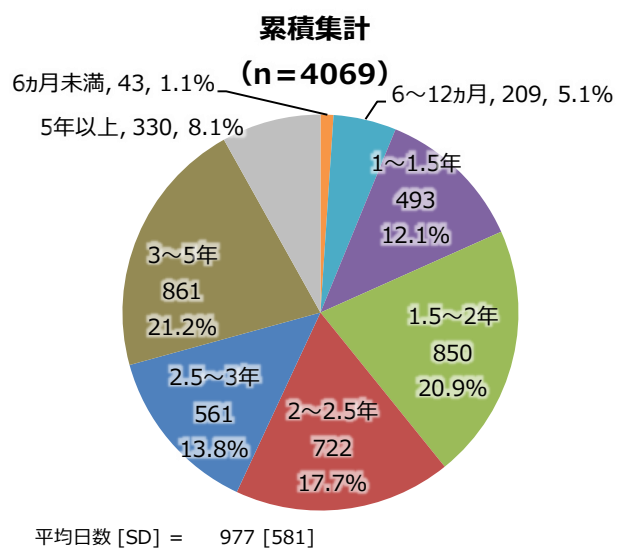
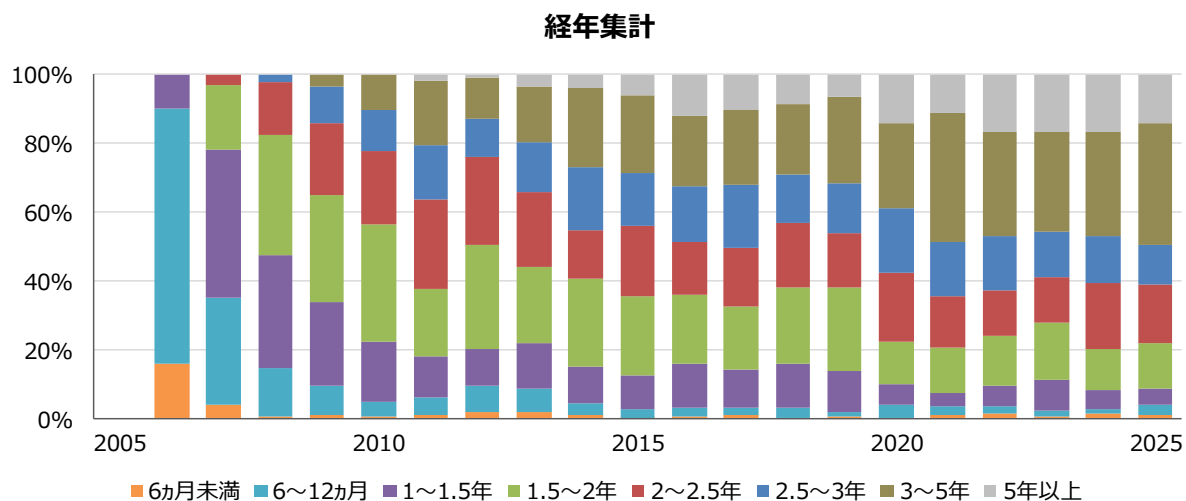
退院済みの対象者の約 8 割が通院処遇に移行していた。経年的に施設入所の割合が上昇してきた一方で、家族同居の割合は低下している。また 2020 年代に入ってから、独居、精神科医療施設の割合も低下傾向である。

6-1. 在院期間（退院日までの確定値／退院年別）

単年集計

〔人数 (割合)〕

退院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n = 0	n = 31	n = 97	n = 141	n = 213	n = 184	n = 165
6ヵ月未満	0 (-)	5 (16%)	4 (4%)	1 (1%)	2 (1%)	1 (1%)	2 (1%)
6～12ヵ月	0 (-)	23 (74%)	30 (31%)	20 (14%)	18 (8%)	8 (4%)	8 (5%)
1～1.5年	0 (-)	3 (10%)	42 (43%)	46 (33%)	52 (24%)	32 (17%)	20 (12%)
1.5～2年	0 (-)	0 (0%)	18 (19%)	49 (35%)	66 (31%)	63 (34%)	32 (19%)
2～2.5年	0 (-)	0 (0%)	3 (3%)	22 (16%)	45 (21%)	39 (21%)	43 (26%)
2.5～3年	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	3 (2%)	23 (11%)	22 (12%)	26 (16%)
3～5年	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (3%)	19 (10%)	31 (19%)
5年以上	0 (-)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (2%)
平均日数 [SD]	-	250 [74]	419 [145]	556 [186]	653 [228]	736 [275]	843 [352]
退院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 228	n = 199	n = 235	n = 299	n = 242	n = 240	n = 251
6ヵ月未満	4 (2%)	4 (2%)	2 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	2 (1%)	0 (0%)
6～12ヵ月	18 (8%)	13 (7%)	8 (3%)	7 (2%)	6 (2%)	6 (3%)	8 (3%)
1～1.5年	24 (11%)	27 (14%)	26 (11%)	30 (10%)	31 (13%)	26 (11%)	32 (13%)
1.5～2年	69 (30%)	44 (22%)	60 (26%)	68 (23%)	48 (20%)	44 (18%)	56 (22%)
2～2.5年	58 (25%)	43 (22%)	33 (14%)	62 (21%)	37 (15%)	41 (17%)	47 (19%)
2.5～3年	26 (11%)	29 (15%)	43 (18%)	46 (15%)	39 (16%)	44 (18%)	35 (14%)
3～5年	27 (12%)	32 (16%)	54 (23%)	67 (22%)	50 (21%)	52 (22%)	51 (20%)
5年以上	2 (1%)	7 (4%)	9 (4%)	18 (6%)	29 (12%)	25 (10%)	22 (9%)
平均日数 [SD]	775 [356]	837 [407]	930 [448]	965 [460]	1031 [538]	1069 [629]	1006 [627]
退院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n = 197	n = 193	n = 213	n = 230	n = 251	n = 232	n = 228
6ヵ月未満	1 (1%)	0 (0%)	2 (1%)	3 (1%)	2 (1%)	3 (1%)	2 (1%)
6～12ヵ月	3 (2%)	8 (4%)	6 (3%)	5 (2%)	4 (2%)	3 (1%)	7 (3%)
1～1.5年	23 (12%)	11 (6%)	8 (4%)	14 (6%)	22 (9%)	13 (6%)	11 (5%)
1.5～2年	48 (24%)	24 (12%)	28 (13%)	33 (14%)	42 (17%)	28 (12%)	30 (13%)
2～2.5年	31 (16%)	39 (20%)	32 (15%)	31 (13%)	33 (13%)	44 (19%)	39 (17%)
2.5～3年	29 (15%)	36 (19%)	33 (15%)	36 (16%)	33 (13%)	32 (14%)	26 (11%)
3～5年	49 (25%)	48 (25%)	80 (38%)	70 (30%)	73 (29%)	70 (30%)	81 (36%)
5年以上	13 (7%)	27 (14%)	24 (11%)	38 (17%)	42 (17%)	39 (17%)	32 (14%)
平均日数 [SD]	995 [530]	1182 [724]	1196 [631]	1247 [736]	1181 [682]	1235 [674]	1209 [661]



※転院例の在院期間は通算。

退院済みの対象者の在院期間（実績値）の構成について、退院した年で層別して集計した。累積も集計した。

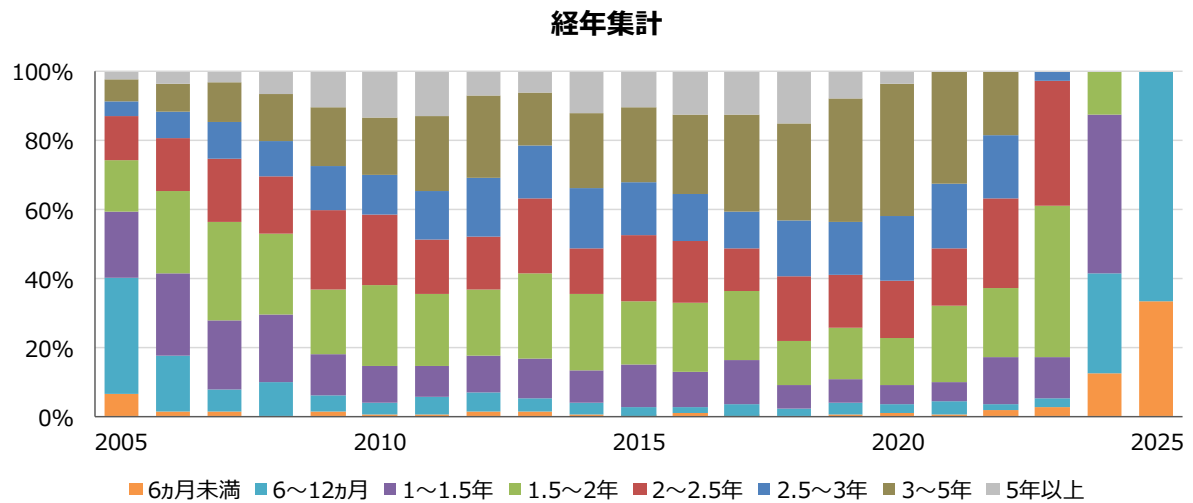
法施行後、経年的に在院期間は延長傾向を認め、2020年以降は1100～1200日台で推移している。

6-2. 在院期間（退院日までの確定値／入院年別）

単年集計

〔人数 (割合)〕

入院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n= 47	n= 191	n= 244	n= 255	n= 206	n= 243	n= 274
6ヵ月未満	3 (6%)	3 (2%)	4 (2%)	0 (0%)	3 (1%)	1 (0%)	2 (1%)
6～12ヵ月	16 (34%)	31 (16%)	15 (6%)	25 (10%)	10 (5%)	9 (4%)	14 (5%)
1～1.5年	9 (19%)	45 (24%)	49 (20%)	51 (20%)	24 (12%)	26 (11%)	24 (9%)
1.5～2年	7 (15%)	46 (24%)	70 (29%)	59 (23%)	39 (19%)	57 (23%)	58 (21%)
2～2.5年	6 (13%)	29 (15%)	44 (18%)	43 (17%)	47 (23%)	49 (20%)	43 (16%)
2.5～3年	2 (4%)	15 (8%)	26 (11%)	26 (10%)	27 (13%)	28 (12%)	38 (14%)
3～5年	3 (6%)	15 (8%)	28 (11%)	35 (14%)	35 (17%)	41 (17%)	60 (22%)
5年以上	1 (2%)	7 (4%)	8 (3%)	16 (6%)	21 (10%)	32 (13%)	35 (13%)
平均日数 [SD]	552 [382]	732 [607]	787 [472]	850 [579]	1037 [733]	1030 [639]	1085 [673]
入院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n= 255	n= 272	n= 260	n= 247	n= 230	n= 264	n= 227
6ヵ月未満	4 (2%)	4 (1%)	2 (1%)	1 (0%)	2 (1%)	1 (0%)	0 (0%)
6～12ヵ月	14 (5%)	11 (4%)	8 (3%)	6 (2%)	4 (2%)	8 (3%)	5 (2%)
1～1.5年	27 (11%)	31 (11%)	25 (10%)	30 (12%)	24 (10%)	34 (13%)	16 (7%)
1.5～2年	49 (19%)	67 (25%)	57 (22%)	46 (19%)	46 (20%)	53 (20%)	29 (13%)
2～2.5年	39 (15%)	59 (22%)	35 (13%)	47 (19%)	41 (18%)	33 (13%)	42 (19%)
2.5～3年	43 (17%)	42 (15%)	45 (17%)	38 (15%)	31 (13%)	28 (11%)	37 (16%)
3～5年	61 (24%)	41 (15%)	57 (22%)	54 (22%)	53 (23%)	74 (28%)	64 (28%)
5年以上	18 (7%)	17 (6%)	31 (12%)	25 (10%)	29 (13%)	33 (13%)	34 (15%)
平均日数 [SD]	1010 [640]	925 [536]	1075 [650]	1055 [605]	1089 [630]	1089 [593]	1138 [532]
入院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n= 202	n= 205	n= 181	n= 164	n= 75	n= 24	n= 3
6ヵ月未満	1 (0%)	2 (1%)	1 (1%)	3 (2%)	2 (3%)	3 (13%)	1 (33%)
6～12ヵ月	7 (3%)	5 (2%)	7 (4%)	3 (2%)	2 (3%)	7 (29%)	2 (67%)
1～1.5年	14 (7%)	12 (6%)	10 (6%)	22 (13%)	9 (12%)	11 (46%)	0 (0%)
1.5～2年	30 (15%)	28 (14%)	40 (22%)	33 (20%)	33 (44%)	3 (13%)	0 (0%)
2～2.5年	31 (15%)	34 (17%)	30 (17%)	43 (26%)	27 (36%)	0 (0%)	0 (0%)
2.5～3年	31 (15%)	38 (19%)	34 (19%)	30 (18%)	2 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
3～5年	72 (36%)	79 (39%)	59 (33%)	30 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
5年以上	16 (8%)	7 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
平均日数 [SD]	1066 [460]	1046 [402]	941 [340]	814 [269]	657 [175]	393 [150]	207 [132]



※転院例の在院期間は通算。

退院した対象者の在院期間（実績値）の構成について、入院した年で層別し集計した。

2020 年までに入院した対象者の在院期間は 1000 日を超える水準だが、2021 年以後は低下傾向を認める。退院した対象者の在院期間（実績値）は、現在、在院中の対象者が退院することで今後、数値が変化していくことから解釈には注意が必要である。

7. 在ステージ期間（退院日までの確定値）

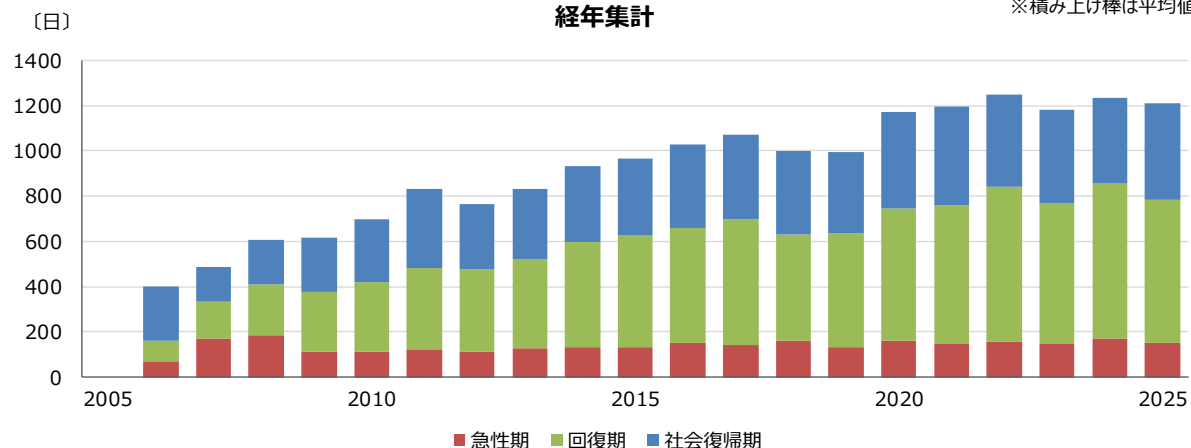
単年集計

〔平均日数〔SD〕〕

退院年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	n = 0	n = 31	n = 97	n = 141	n = 213	n = 184	n = 165
急性期	-	70 [38]	172 [523]	186 [539]	114 [97]	112 [83]	123 [102]
回復期	-	91 [103]	160 [100]	223 [333]	266 [158]	307 [201]	358 [256]
社会復帰期	-	241 [716]	153 [102]	198 [110]	238 [165]	278 [190]	348 [248]
退院年	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	n = 228	n = 199	n = 235	n = 299	n = 242	n = 240	n = 251
急性期	115 [67]	127 [104]	134 [112]	134 [109]	150 [147]	141 [123]	163 [333]
回復期	364 [205]	394 [268]	461 [325]	491 [386]	507 [368]	560 [515]	467 [383]
社会復帰期	285 [248]	312 [248]	338 [265]	340 [254]	369 [313]	370 [306]	368 [285]
退院年	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
	n = 197	n = 193	n = 213	n = 230	n = 251	n = 232	n = 228
急性期	135 [99]	162 [209]	145 [130]	158 [152]	148 [115]	173 [211]	153 [172]
回復期	503 [383]	586 [551]	617 [439]	684 [571]	623 [448]	681 [505]	629 [479]
社会復帰期	357 [271]	426 [344]	435 [375]	405 [424]	412 [448]	381 [314]	427 [384]

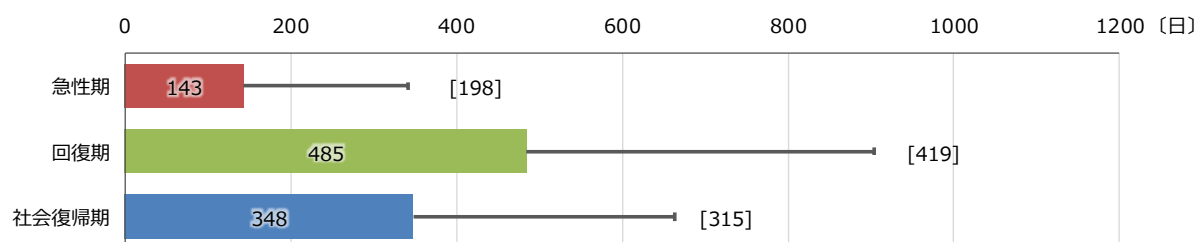
経年集計

※積み上げ棒は平均値



累積集計 (n=4069)

※カラーの棒は平均値、黒のヒゲは標準偏差



退院した対象者の在ステージ期間（実績値）の構成を、退院した年で層別して集計した。累積も集計した。

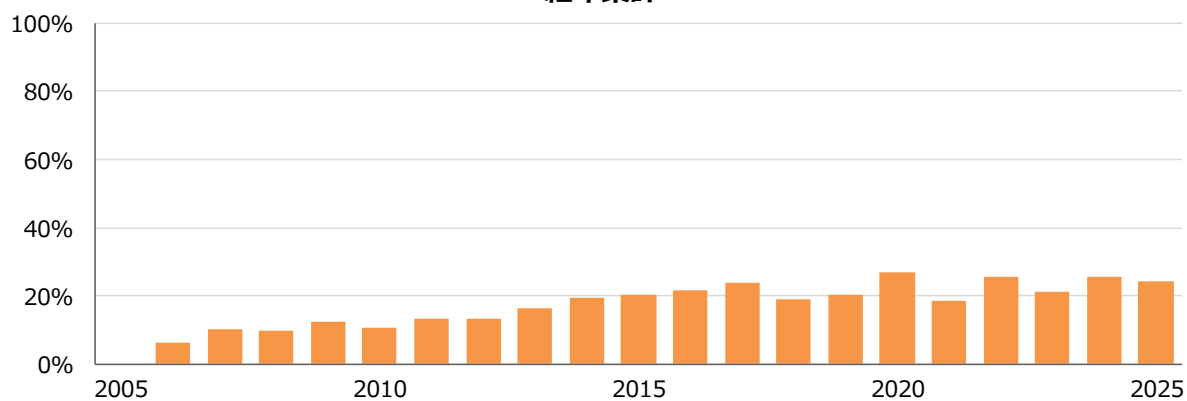
経年的に回復期、社会復帰期のステージ期間の延長傾向を認めた一方で、急性期ステージ期間は、ほぼ横ばいで推移していた。

8-1. 隔離実人員（退院日までの確定値）

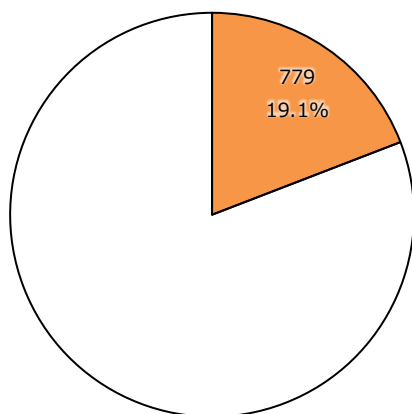
単年集計

退院年	2005 n = 0	2006 n = 31	2007 n = 97	2008 n = 141	2009 n = 213	2010 n = 184	2011 n = 165
実人員（割合）	0 (-)	2 (6%)	10 (10%)	14 (10%)	26 (12%)	20 (11%)	22 (13%)
退院年	2012 n = 228	2013 n = 199	2014 n = 235	2015 n = 299	2016 n = 242	2017 n = 240	2018 n = 251
実人員（割合）	30 (13%)	33 (17%)	46 (20%)	61 (20%)	52 (21%)	57 (24%)	48 (19%)
退院年	2019 n = 197	2020 n = 193	2021 n = 213	2022 n = 230	2023 n = 251	2024 n = 232	2025 n = 228
実人員（割合）	40 (20%)	52 (27%)	40 (19%)	59 (26%)	53 (21%)	59 (25%)	55 (24%)

経年集計



累積集計（n = 4069）



退院した対象者の隔離実人員（実績値）を、退院した年で層別して集計した。累積も集計した。

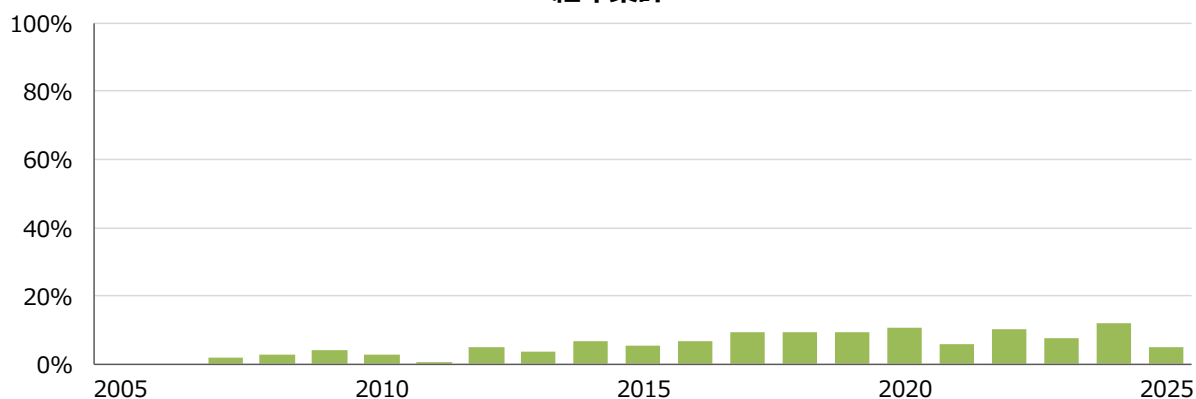
退院までの間に、隔離経験のある対象者の割合は法施行後、経年的に上昇傾向を認め、最近では 25% 前後で推移していた。

8-2. 身体的拘束実人員（退院日までの確定値）

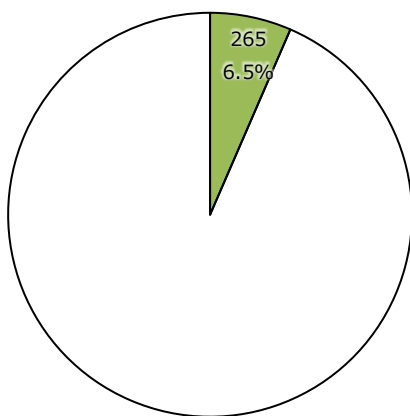
単年集計

退院年	2005 n = 0	2006 n = 31	2007 n = 97	2008 n = 141	2009 n = 213	2010 n = 184	2011 n = 165
実人員（割合）	0 (-)	0 (0%)	2 (2%)	4 (3%)	9 (4%)	5 (3%)	1 (1%)
退院年	2012 n = 228	2013 n = 199	2014 n = 235	2015 n = 299	2016 n = 242	2017 n = 240	2018 n = 251
実人員（割合）	11 (5%)	7 (4%)	16 (7%)	16 (5%)	16 (7%)	22 (9%)	23 (9%)
退院年	2019 n = 197	2020 n = 193	2021 n = 213	2022 n = 230	2023 n = 251	2024 n = 232	2025 n = 228
実人員（割合）	18 (9%)	21 (11%)	12 (6%)	24 (10%)	19 (8%)	28 (12%)	11 (5%)

経年集計



累積集計（n = 4069）



退院した対象者の身体的拘束実人員（実績値）を、退院した年で層別して集計した。累積も集計した。

退院までの間に、身体的拘束経験のある対象者の割合は、2010 年代後半以降は 5～12%で推移していた。

第 5 部 医療観察法支援者研修動画ライブラリー、研修モデルの紹介

令和 5、6 年度厚生労働科学研究費補助金「医療観察法における退院後支援に資する研究」の分担研究「医療観察法に必要な人材育成に関する研究」において、医療観察法指定医療機関や地域の支援機関における教育・研修の現状調査を実施したところ、時間や人員の不足、講師など人材の確保の困難さなどから研修機会が乏しいことが判明し、オンデマンド研修に活用できる動画のニーズが高いことが明らかとなった。これを受けて、研修動画ライブラリーを構築し、国立精神・神経医療研究センターが管理する YouTube チャンネルで視聴できるようにし、さらに研修動画を活用した各施設での研修モデルを提案した。

1. 医療観察法支援者研修動画ライブラリー

1-1. 公開リスト

<https://x.gd/5d9RC>



No.0「研修動画・研修モデルについて」（13:42） <https://youtu.be/hmQ1FfSKO-4>

医療観察法医療に関わる各機関での研修モデルを提案した動画です。①指定入院医療機関の新入職員向け、②指定入院医療機関の継続勤務者向け、③指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け、④地域の支援者向け（訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援事業所、グループホーム等）の4つに分けて研修モデルを作成しております。各施設の実情に合わせてご活用ください。

No.1「医療観察法総論：医療観察制度全般と理念」（16:04） <https://youtu.be/uYAxBhnJu-Y>

本コンテンツでは、医療観察制度の概要、目標・理念について解説します。本制度は、心神喪失や心神耗弱の状態で重大な他害行為を行った者に対し、専門的な医療と支援を提供することで、円滑な社会復帰を目指す仕組みです。この制度の目的や役割について、簡潔かつ分かりやすく紹介します。

No.4「各種ガイドラインについて」（12:50） <https://youtu.be/vRrINsV-fM8>

医療観察法に関連するガイドラインとして、地域処遇ガイドライン、指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドライン、指定通院医療機関運営ガイドライン、通院処遇ガイドライン、医療観察法災害ガイドラインがあります。医療観察法医療に携わるスタッフはそれぞれが関連するガイドラインの概要を紹介し、さらなる研修への導入になるよう解説いたします。

※ 研修動画「医療観察法総論」「入院処遇の流れ」「入院治療クリニカルパス」「入院処遇における各種会議について」も是非ご視聴ください。

No.5-1「入院処遇の流れ」（22:16） <https://youtu.be/yq6YrxBXqjk>

医療観察法の入院処遇は一般精神医療の入院と異なる点が多々あります。本動画では、入院前の準備から入院時の対応、入院時初期評価、各ステージ（急性期、回復期、社会復帰期）の目標、継続的な評価の手順、退院へ向けての流れなどについて解説いたします。

※ 研修動画「各種ガイドラインについて」「入院処遇における各種会議について」「入院処遇における治療プログラムについて」も是非ご視聴ください。

No.6「医療観察法クリティカルパスについて」（18:50） <https://youtu.be/0NcMXBlhsGI>

指定入院医療機関の均霑化の一助となるべく、医療観察法クリティカルパスを作成しましたので、紹介させていただきます。医療観察法クリティカルパスは、入院期間短縮とチーム医療の促進、職員教育に重点を置いたも

のであり、「導入時期の目安のチェックシートとしての簡素な構造」「プロセス重視の方向性や目標設定」を共通する構造・内容とした、共通クリティカルパスと疾患別コ・パスから構成されています。

No.10「心理士の役割」（16:15） <https://youtu.be/BGOvB1E0g>

本動画は「心理士の役割」として以下の内容で構成されています。

1. 加害者支援：受容・支持的立場と病気や対象行為と向き合う現実的立場のバランスをとる。
2. アセスメント：治療が難航する背景について薬物調整の可能性、対象者の生きづらさについて一歩踏み込んだアセスメントを行う。
3. つなぐ：アセスメントから得られた気づきを日々の生活で活用するセルフモニタリングにつなぎ、セルフモニタリングで得られた気づきを退院後に使用するクライシス・プランに活かせるようつないでいく。
4. 内省（三つの責任）を活かした地域生活へつなぐ：『三つの責任』を果たすことで内省を深化させ、内省を活かした地域生活が送れるようにつないでいく。

No.12「社会復帰調整官の業務」（16:43） <https://x.gd/SphZI>

本動画は医療観察法における社会復帰調整官の業務について解説したものです。

社会復帰調整官は主に以下の4つの職務を担います。

1. 生活環境調査：医療観察法鑑定と並行して行われる調査で、対象行為の受け止め方、住環境や経済状況、家族関係、地域サービスの利用状況等について生活環境調査結果報告書にまとめられます。
2. 生活環境調整：医療観察法入院処遇中に行われるもので、適切な医療が行われるように連携を図ると共に退院後の医療を調整したり、退院後の生活設計にかかわる調整を行ったり、各種精神保健福祉サービスに係る調整を行ったりします。
3. 精神保健観察：医療観察法通院処遇中に行われるもので、処遇実施計画書を作成し、必要な医療を受けているか否か、その生活状況を見守り、継続的な医療を受けさせるために必要な指導やその他の措置を行います。
4. 地域関係機関相互間の連携：裁判所、医療観察法鑑定入院医療機関、指定入院医療機関、指定通院医療機関、都道府県・市区町村、訪問看護ステーション、相談支援事業所、グループホーム、就労支援事業所など多岐にわたる地域関係機関の連携の中心的役割を担います。

No.13「医療観察制度における『対象者の権利擁護』とそれに携わる『専門職の対応』」（36:19）

<https://youtu.be/xN-J5IP1ZtM>

この動画では、医療観察制度の「対象者」の権利擁護とそれに携わる専門職の対応について、前半では、入院処遇、通院処遇における権利擁護関連制度を具体的に説明し、後半では、それに関わる司法精神医療・保健・福祉のスタッフの倫理観や対応を、対象者の「権利擁護」、「自己決定の尊重」、「病状悪化」、「再被害行為のリスク」などの要素も加え、解説しています。

No.14「加害者臨床、支援者の持つスティグマ」(18:23) <https://youtu.be/dqc0FIySmi4>

加害者臨床の特徴を紹介するとともに、医療観察法に携わる支援者の持つスティグマについて解説します。支援者は、スティグマを与える者にもスティグマを受ける者にも、スティグマを取り除く者にもなりえます。支援者は自身が持つスティグマに対して自覚的であることが求められます。そのためにできることは何か、考えていきましょう。

No.15「医療観察法病棟における治療共同体 Therapeutic Community～病棟マネージメントの実際とその課題～」(44:16) <https://x.gd/YsSzY>

治療共同体の核となる「権威的な治療関係の排除」と「当事者間におけるピアな関係性」に焦点を当て、医療観察法病棟での治療共同体としての病棟運営を、「対等」をキーワードに解説しています。理論を知ること大切ですが、動画の中から少しでも引っかかる部分を持っていただき、実践につなげていただけたら幸いです。この動画のねらいとしては、「病棟で治療共同体を実践していくこと」ですが、治療共同体をより理解していきたいという方のために書籍や学会、学びの場の紹介も行っております。

No.16「共通評価項目（第3版）について①活用編」(22:06) <https://youtu.be/IQeFALsN9G0>

本動画は、「共通評価項目（第3版）について」の前半「①活用編」として共通評価項目作成の経緯と目的について以下のような内容が盛り込まれています。後半の「②評価編」も合わせてご視聴ください。

- ・ リスクアセスメント研究：非構造的臨床判断から構造的臨床判断へ
- ・ リスク→「社会復帰要因」
- ・ 7 下位項目を足し合わせてリスクを見積もる
- ・ リスクに関連する項目～日常生活能力、衝動コントロール、怒りなど、治療戦略に重要なポイント
- ・ 多職種で共通言語に
- ・ 全国の多機関の評価を統一
- ・ データの蓄積と活用→EBM へ

No.17「共通評価項目（第3版）について②評価編」(38:58)

<https://youtu.be/3NqCCYvOFqg>

本動画は、「共通評価項目（第3版）について」の後半「②評価編」として評価時期と項目の解説について以下のような内容が盛り込まれています。前半の「①活用編」も合わせてご視聴ください。

- ・ 解説とアンカーポイント：「評価基準」に沿って評価
- ・ 状態像（行動、発言などの客観的な状態）の評価を基本
- ・ 判断の根拠となった臨床情報を具体的に「情報・判断材料・備考」に記載
- ・ 極力多職種チーム（MDT）で評価

No.18「医療観察法におけるアセスメント・評価尺度」(22:50) <https://x.gd/3yYNA>

医療観察法の入院・通院それぞれで記載すべき書類があります。この動画では、情報管理シートに必要なアセスメントに加え、治療経過を把握するうえで定期的に評価が推奨されているアセスメントツールについて説明します。

1. 医療観察法処遇に記載が必要なアセスメント
2. それぞれのアセスメントツール・尺度（GAF、ICF、心理検査所見）
3. 入院処遇中に定期評価が推奨されている尺度（BSI、SECL、CANFOR、生活満足度スケール、DAI-30、KIDI、SAI-J）

No.19「精神疾患の認知機能障害」(35:43) <https://youtu.be/s9PMObIWwhM>

統合失調症などの精神疾患では認知機能の低下が見られます。これは認知症とは異なるものです。注意、記憶、処理速度、遂行機能などが低下します。また表情認知といった社会認知も低下することが知られています。本動画では、精神疾患で見られる認知機能障害について患者さんの適応の困難との関わり、臨床的意義、評価法について説明します。

No.20「ケースフォーミュレーション」(18:49) <https://youtu.be/ie5pDIsd-TA>

この動画は、医療観察法による入院・通院処遇の中で活用できる「ケースフォーミュレーション」について紹介しています。これは「事例の定式化」とも呼ばれ、事例に関する情報を整理し、課題となっていることの要因を考え、治療方針を立てるプロセスが含まれます。ここでは、それらの内容を図式化することで、当事者や支援者と内容を共有しやすくする方法を紹介しています。

No.25「入院処遇における各種会議について」(18:41) <https://youtu.be/7Z1X4DUstIA>

医療観察法入院処遇においては、多種の会議が行われており、新入職員は混乱しやすく、各会議の意義や会議同士の関係性、会議に向けての準備作業など理解するまでに時間を要するものと思われます。本動画では、医療観察法病棟で行われる以下の主な9種類の会議について解説いたしました。

①外部評価会議、②運営会議、③倫理会議、④治療評価会議、⑤地域連絡会議、⑥CPA（ケアプログラムアプローチ）会議、⑦ケア会議、⑧MDT（多職種チーム）での会議（対象者を含まない）、⑨MDTと対象者をまじえた会議。

No.26-2「書類作成方法～裁判所提出書類～」(23:31) <https://youtu.be/QPGccji-ScU>

書類の裁判所提出の根拠は法律で定められている旨ガイドラインに記されています。提出種類は大別して電子カルテの基本情報から自動転送で作成されるシート5種と直接入力で作成する2種の計7種類、直接入力の要は①入院継続 or 退院前 MDT 会議における総合評価を3要件で述べることおよび②当該治療計画の評価を治療課題に則ってその治療効果を述べておくこと、要するに当該 MDT 会議と直接入力書類は整合

していることを理解していただきたいです。

No.27「入院処遇における治療プログラムについて」（16:37） <https://youtu.be/0T0tzJBjd0Y>

医療観察法入院処遇においては、一般医療に比して豊富なマンパワーによりさまざまな治療プログラムが実施されています。ただし、入院処遇ガイドラインにおいては1週間の治療プログラムのイメージとして掲載されている程度であり、具体的なプログラムが決められているわけではありません。このため実際に行われているプログラムは施設によってばらつきがありますが、本動画では、治療プログラムの全体像を把握していただくために、講師の所属する北海道大学病院附属司法精神医療センターの治療プログラムを一例として、その構成や代表的なプログラムについて解説いたしました。各治療プログラムの詳細については、それぞれの研修動画をご参照ください。

No.28「心理教育（総論、統合失調症）」（23:39） <https://youtu.be/MdDvnj740c8>

心理教育（サイコエデュケーション）は、医療観察法入院で実施される治療プログラムの中でも最も重要なプログラムの一つであると思われます。内省や再被害の防止のために本人が主体的に治療に参加するためには、病識の形成は最も重要な要素の一つです。

本動画では、心理教育の総論と、医療観察法対象者の主診断として最も多い統合失調症の心理教育の実際について解説しました。

No.29「心理教育（気分症：うつ病、双極症）」（24:47） <https://youtu.be/j6cB7kgFzIw>

心理教育（サイコエデュケーション）は、医療観察法入院で実施される治療プログラムの中でも最も重要なプログラムの一つであると思われます。内省や再被害の防止のために本人が主体的に治療に参加するためには、病識の形成は最も重要な要素の一つです。本動画では、一般精神医療において最も患者数が多く、医療観察法入院対象者の主診断の約5%を占める気分症（うつ病、双極症）の心理教育の実際について解説しました。

※ 気分症＝気分障害、双極症＝双極性障害

No.30「認知行動療法の基本」（33:05） <https://youtu.be/9XWHX9IDAqA>

認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy: CBT）は精神医療において最も主要な精神療法の一つであり、医療観察法医療においても活用されています。フルコースのCBTだけでなく、CBTのさまざまな要素がプログラムや日々の診療の中で沢山実践されています。本動画では、CBTのモデルや代表的な技法（認知再構成法、損得分析、行動活性化、問題解決技法、アクションプラン）について解説しました。

※ CBTpの研修動画も是非ご視聴ください。

No.31「CBT for Psychosis（CBTp）サイコーシスの認知行動療法」（38:36）

<https://x.gd/bOuSD>

Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) とは、サイコース（統合失調症をはじめとした精神症）の体験をどのように理解し、どのように反応するかを検討することで、対処する手助けをすることを目的とした認知行動療法です。サイコースの患者さんが大部分を占める医療観察法医療においては必要性の高い技法であると思われます。本動画は以下の内容で構成されています。

- ・ CBTp とは何か？
- ・ なぜ医療観察法で CBTp が必要なのか？
- ・ CBTp は特殊な CBT なのか？
- ・ 医療観察において CBT(p)が活用される状況
- ・ サステナブルな CBTp に向けて
- ・ 文献案内

No.32「内省プログラムによる対象行為の振り返り」（11:25） <https://youtu.be/5eLhhr9UL4w>

この動画は、医療観察法による入院処遇の中で実施される「内省プログラム」について紹介しています。このプログラムでは、入院処遇にいたった原因である他害行為の振り返りを行います。それまでにどのような人生を送ってきたか、他害行為には病状をはじめどのような要因が影響したのか、今後はどうすれば再発予防できるのかといったことについて、当事者同士で話し合いながら検討します。

No.33「認知機能リハビリテーションの紹介-神経認知への介入-」（19:07） <https://youtu.be/-zResPKuuxY>

認知機能リハビリテーションとは、精神疾患でみられる認知機能障害の改善をととして生活やリカバリーの向上を目指すためのプログラムです。日本で普及してきているモデルの中でも、NEAR、VCAT-J、FEP、コグトレについて簡単に紹介して比較した動画になっています。学習のきっかけにしてみてください。

No.34「包括的暴力防止プログラム CVPPP」（21:15） <https://youtu.be/Y8TaPQHTVGg>

包括的暴力防止プログラム（Comprehensive Violence Prevention and Protection Program: CVPPP）は元々医療観察法の施行のためのプログラムとして開発されました。英国のモデル参考に開発され、当初は「起こった、あるいは起こりそうな暴力」にどうやって対処するか、という性格のものでした。しかし現在では、当事者の人権擁護のための運動の高まりに合わせ、当事者の視点を重視した「Person centered」あるいは「Trauma informed」といった視点を重視し、「ケア提供者の当事者を封じ込めるような方法そのものが暴力の誘因になる」という考え方から予防を重視したものに变化しています。ここではこのプログラムの概要を短く解説しています。

No.35「対話実践・当事者研究」（18:20） <https://x.gd/lCEzV>

対話実践として当事者研究を紹介します。対話実践に興味を持っていただくことを目的としています。

本動画は以下の内容で構成されています。

いろいろな対話実践／当事者研究とは／認知・ヒューマンスティックアプローチ／当事者研究 実践のポイント／当事者研究の理念／当事者研究のイメージ／当事者研究の一般的な展開例／当事者研究が成り立つため／対話実践：オープンダイアログとは／医療観察法医療における対話実践の重要性／北海道大学病院附属司法精神医療センターでの取り組み／スタッフの苦勞・葛藤。

No.36「動機づけ面接の紹介」（17:21） <https://youtu.be/AZOwnppqggw>

動機づけ面接（MI）とは、対象者がもっている両価性（悩み）を解消したり動機づけを引き出すことによって行動変容や成長に導くコミュニケーションスタイルです。非協力的なクライアントにも有効であると報告されており、司法領域でもエビデンスを蓄積されています。簡単に概要を紹介した動画になっています。学習のきっかけにしてみてください。

No.37「トラウマインフォームドケア」（10:33） <https://youtu.be/dubRW0UsAIA>

触法精神障害者では通常精神障害に比してトラウマを経験している患者が多いと言われており、医療観察法対象者でもトラウマの経験者が多いと思われます。トラウマには生命の危機に瀕するような狭義のものと、「このケガ」とも呼ばれる広義のものがありますが、医療観察法の対象者を治療・ケアする際にはこれらのトラウマの視点を持った関り（トラウマインフォームドケア）が大切です。

厚生労働省科学研究費補助金「精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発のための研究」（研究代表者：西大輔）において研修動画が作成されており、本動画はその紹介とともに、医療観察法におけるトラウマの重要性について解説しました。

No.39「精神障害の診断と治療」（17:32） <https://youtu.be/Moa02gZjTqY>

精神障害の診断は、身体疾患とは質が異なり、根拠となる生物学的指標がほぼ存在せず、大部分の精神障害は疾患単位ではなく、症候群にすぎません。さらに精神障害には「病気」である精神疾患だけでなく、生まれつきの「発達」の特性、成長していく中で形成される「性格」も含まれるという特徴があります。また、精神障害の治療は、生物-心理-社会モデルのそれぞれの側面からの治療を包括的に行う必要があるという特徴があります。本動画ではこのような精神障害の特殊性について解説しました。

No.40「統合失調症」（24:25） <https://youtu.be/ff8LseSVorU>

医療観察法の対象者の主診断は統合失調症が最多であり、特に入院対象者は約 8 割に上ります。医療観察法医療は統合失調症臨床と言っても過言ではありません。一般臨床においても統合失調症は最もメジャーな疾患の一つですが、医療観察法の対象となる統合失調症患者さんは症状がより重症であり、社会復帰は格段に困難になりますので、患者さんをより一層深く理解し、精密に診立てなければ、リハビリは達成できません。本動画では、統合失調症の基本的な知識（疫学、症状、経過、治療など）や関わり方について解説しま

した。

No.41「神経発達症（主に注意欠如多動症、自閉スペクトラム症）」（23:19）

<https://youtu.be/QrLy82pGHmY>

医療観察法の対象者の主診断は統合失調症が多くを占めますが、神経発達症（知的発達症、注意欠如多動症、自閉スペクトラム症など）の併存が非常に多いと言われています。入院時には診断が付いている症例がそれほど多くはありませんが、入院中に発達特性が明らかとなることが少なくありません。神経発達症が併存することで、治療に難渋したり、社会復帰が一層困難となることがあります。本動画では、神経発達症の中で主に注意欠如多動症と自閉スペクトラム症について解説しました。

No.42「物質使用症～理解と対応～」（30:40） <https://youtu.be/Bs1mJwjiikg>

アルコールや薬物など物質への依存症（物質使用症）は渴望やコントロール障害、社会性の障害を主症状とする疾患です。本質は苦痛の回避であり、こころの痛みをやわらげるための自己治療であるという自己治療仮説、さらにその奥には他者不信、心理的孤立があるという信頼障害仮説も近年注目されています。他者不信と心理的孤立がもたらすこころの痛みが依存症であるなら、支援者が彼らを理解しようという対象理解のまなざし、安定した治療同盟の構築が重要です。単に依存物質をやめるやめないという表層的な治療のみでは心的苦痛の解決に届きません。こころの痛みに応え、長期的な治療関係の構築が必要です。自助グループも回復のために不可欠です。

No.43「気分症（うつ病、双極症）」（24:14） <https://youtu.be/xGSdEg5FeiY>

医療観察法入院対象者の主診断は統合失調症が大多数を占めますが、気分症（うつ病、双極症）はそれに次いで多く、約5%を占めます。一般精神医療においては、全体の3割弱に上り、最も主要な精神障害と言えます。しかし、うつ病や双極症は疾患単位ではなく、症候群であり、原因や経過、治療に対する反応などさまざまです。本動画では、気分症の基本的な知識（疫学、症状、経過、治療など）について解説しました。

No.49「地域支援・通院処遇の実際」（15:13） <https://youtu.be/Tov3K0eY-IM>

医療観察法通院処遇において、関わる人、関わる時期と関わり方に関する概要を15分程度の短時間でまとめました。指定通院医療機関従事者研修の内容をベースに作成しております。通院処遇の詳細および通院処遇で使用する各種ツールは、スライド最後の参考文献をご覧ください。

No.53「重度精神疾患標準的治療法確立事業（医療観察法データベース事業）」（7:10）

<https://youtu.be/aKb4P5F5am4>

この動画は、重度精神疾患治療法確立事業（医療観察法データベース事業）と医療観察法データベース事業で収集されたデータに基づいて作成された医療観察法統計資料2020年版の内容などについて報告して

います。

No.54「被害者の視点」(14:11) <https://youtu.be/e5-hR2Vbiw>

医療観察法は対象者の社会復帰を目的としたものですが、対象者の治療・ケアに関わる医療者・支援者は、そこに被害者がいることを忘れてはなりません。医療観察法医療に携わる者は、被害者や遺族、社会に対して説明のできる恥ずかしくない実践をしなければなりません。対象行為の被害者が家族である割合は半分弱ですが、家族に対する支援は十分とは言えません。被害者が第三者の場合、情報提供がほとんどなされず、犯罪被害者等基本法による被害者の権利が行使できません。本動画ではこのような被害者の現状について解説いたしました。

No.55「メタ認知トレーニング（MCT）の紹介」(32:20) <https://x.gd/8XZeU>

この動画では、医療観察法指定入院・通院医療機関でも広く実施されているメタ認知トレーニング（MCT）について紹介しています。MCT がどんなプログラムで、何をを目指すのか、どんなことを行うのかを説明しています。時間の関係で MCT についての詳細な説明はできませんが、MCT の導入とさらなる学習の際に参考になれば幸いです。

1-2. 限定公開リスト

No.2「医療観察法の概要（法学：総論・審判手続）」(1:29:49)

本動画は、「医療観察法の概要（法学：総論・審判手続）」として以下のように構成されています。

- I. 医療観察法総論：前提、略歴、構造、理念
- II. 審判手続：概観、処遇の申立て、鑑定入院と鑑定、生活環境の調査、合議体による審判
- III. 処遇決定：入院等の決定、処遇決定の要件、処遇決定に関するポイント、抗告・再抗告、被害者への配慮

No.3「医療観察法における医療と法」(34:35)

本動画は、「医療観察法における医療と法」として以下のように構成されています。

- I. 医療観察法における医療：入院・通院、退院・入院継続、（再）入院、地域精神医療と医療の継続、地域精神医療の実行
- II. インフォームド・コンセント：意義、治療の強制
- III. 医療の義務：精神医療の社会的責任、守秘義務と通報義務、個人情報保護、不法行為責任

No.5-2「心神喪失者等医療観察法に基づく『入院医療』」(1:05:14)

本動画は、「医療観察法における入院医療」として以下のように構成されています。

- ・ 医療観察法医療の位置づけ
- ・ 運用状況
- ・ 入院治療の実際、治療プログラム
- ・ トピックス①クロザピン治療
- ・ トピックス②神経発達症の対応
- ・ トピックス③社会復帰阻害要因、入院早期からの地域調整
- ・ 医療観察法における身体合併症治療

No.7「指定入院医療機関における医師の役割」（10:45）

この動画は指定入院医療機関における医師の役割を報告しています。指定入院医療機関における医師、特に精神保健指定医には法令上、ガイドライン上、様々な役割が定められています。また MDT における医師の役割についても報告しています。

No.8「指定入院医療機関における看護師の役割、コーディネーター業務」（11:39）

本動画では、指定入院医療機関での看護師の役割について解説しています。看護師はしばしばケアコーディネーターの役割を担うためタイトルに「コーディネーター業務」が加えられています。以下の 4 つの役割に分けて解説しています。

1. 入院期間を通して対象者を担当し関わる
2. ケアコーディネーター業務を行う
3. 治療プログラムの運用に関わる
4. 病棟全体の運営に携わり治療環境をつくる

No.9「医療観察法における精神保健福祉士の役割」（27:14）

本資料は、医療観察法の主に入院処遇に関わるスタッフ向けに作成した資料です。内容は、『社会復帰を目指す構造』と『指定入院医療機関における精神保健福祉士の役割』と『生活環境の調整』について整理しています。

No.11「医療観察法における多職種チーム医療～作業療法士の立場から～」（49:48）

本動画は、「医療観察法における多職種チーム医療 作業療法士の立場から」として以下のように構成されています。

- ・ リハビリテーションの準備性を高める
- ・ 治療的活動・場面を用いた適応評価・訓練
- ・ 日常生活に必要な技能・行動の学習・再学習
- ・ 現実的な目標設定の援助

- ・ 様々な状況に対処するための技能の獲得
- ・ 適応的行動を実行するための援助（再構成）

No.21「入院処遇におけるクライシスプラン」（30:18）

この動画では指定入院医療機関におけるクライシス・プランの特徴、作成プロセス、活用方法を解説します。クライシス・プランは対象者の社会復帰や希望・目標の実現を支援する文脈で用いられることで、協働的な病状管理のためのコミュニケーションツールとなり得ます。作成のプロセスでは対象者と支援者が協働し、心理教育、対象行為の振り返り、セルフモニタリングなどを基に具体的な計画を通院処遇に関わる支援者も含めて協働的に作成します。これらに加え、地域生活を見据えた内容作成や日常的な活用、習慣化が非常に重要です。

No.22「通院処遇におけるクライシスプラン」（31:35）

この動画では通院処遇に関わる支援者向けに医療観察法におけるクライシス・プランの特徴、作成プロセス、活用方法を解説します。クライシス・プランは対象者の社会復帰や希望・目標の実現を支援し、病状悪化を予防するための重要なコミュニケーションツールです。通院処遇において活用しやすいものにするため、入院処遇の作成プロセスに積極的に関わることや地域生活を想定した実践的な活用、日常的な習慣化が重要です。このような取り組みが対象者との協働的な病状管理や希望・目標に向けた支援のためのクライシス・プランを効果的にサポートします。

No.23「入院処遇におけるセルフモニタリングシート」（13:45）

この動画は医療観察法におけるセルフモニタリングシートの特徴、作成プロセス、活用方法を解説します。セルフモニタリングシートは対象者が自己理解を深め、病状悪化の兆候を早期に発見するための重要なツールです。作成には対象者と支援者が協働し、クライシス・プラン作成とともに進められます。さらに、地域生活を想定し、支援者との共有や日常的な活用、習慣化が重要です。対象者の希望や目標を支援するコミュニケーションツールとして、対象者の強みを活かし、安定した生活をサポートします。

No.24「通院処遇におけるセルフモニタリングシート」（20:45）

この動画では、通院処遇に関わる支援者向けに医療観察法におけるセルフモニタリングシートの特徴、作成プロセス、活用方法を解説します。セルフモニタリングシートは、対象者が病状の変化に気づき、自己理解を深めるとともに、病状悪化の兆候を早期に発見し、迅速な対応を可能にする重要なツールです。入院処遇中の段階から支援者が積極的に関与し、地域生活を見据えた実践的な内容を協働的に作成することが求められます。さらに、通院処遇における日常的な活用や習慣化が対象者の自己管理能力を高め、主体的な回復を効果的に支援します。

No.26-1「入院処遇での診療録記載方法～共通評価項目を用いて述べる～」(21:42)

指定入院医療機関の記録方法には“共通評価項目仕様のフォーカス記録様式設定”が敷かれています。これは全職種に敷かれているルールであってその目的は、対象者に認められている治療課題と治療効果を多職種が総合記録のフォーカスから初見で共有するための仕組みです。記録入力をする全職種は「いま書いているわたしのフォーカスはこの対象者のMDT会議の評定に影響する」まで考えて記録する技術が課されていることを念頭にあらためていただきたいと思います。

No.38「医療観察法対象者の家族支援～家族が健康を回復するための支援～」(29:31)

精神障害者の家族は制度的・歴史的に多くの責任と困難を負わされてきました。また、精神障害者の他害行為の場合、被害者にその家族が含まれる割合が高く、家族が傷つき、家族関係の修復が困難となります。医療観察法においても対象行為の被害者の約半数を家族が占めています。

医療観察法が施行されて今年で20年目を迎えますが、家族の支援については明確な規定や根拠はなく、医療観察法にかかわる関係機関の意志や判断に委ねられています。

ここでは対象者の治療協力者や支援者としてではなく、家族自身が社会的な健康を取り戻すため、個別・集団の支援の経験を踏まえて課題を考え、関係機関等に家族支援の必要性について理解を深めていただければ幸いです。

No.44「統合失調症の薬物治療（医療従事者編）」(21:07)

本動画は医療者向けの内容です。統合失調症の薬物療法の基本的な流れ（急性期から維持期の薬物療法）や、治療時の注意点について解説します。

No.45「統合失調症の薬物治療（支援者編）」(15:32)

本動画は統合失調症の当事者の家族を含む支援者向けの内容です。統合失調症の薬物療法に関する基本的な情報や、治療を継続するための工夫について解説します。

No.46「統合失調症の薬物治療（クロザピン編）」(30:15)

本動画は治療抵抗性統合失調症の治療薬であるクロザピンに関する内容です。クロザピンの基本情報、導入から維持治療までの流れ、使用時の注意点について解説します。

No.47「リスクアセスメント、セキュリティ、暴力対応」(17:39)

医療観察法医療に関わる支援者向け研修動画「リスクアセスメント・セキュリティ・暴力対応について」です。リスクアセスメント等の基本的な考え方について紹介しています。内容が関連している動画を研修動画内最後に紹介しておりますので、あわせてご視聴ください。

No.48「医療観察法に関する制度の説明」（18:28）

本資料は、医療観察法の『相談援助等』に関連する「精神障害者保健福祉手帳」「障害年金」「生活保護」「社会復帰の促進に向けた取り組み」を中心に説明しています。基本的には、医療観察法だからと言って支援内容や制度がおおきく変わるということはありませんが、現状において、医療観察法について知る機会は限られており、初めて関わる支援者もいる為、丁寧な情報共有と、地域関係機関と有機的な連携が重要であると考えています。

No.50「医療観察法における医療（通院医療）」（49:56）

本動画は、「医療観察法における通院医療」として以下のように構成されています。

- ・ 医療観察法における指定通院医療の役割と課題
- ・ 2種類の指定通院医療対象者（直接通院と移行通院）
- ・ 指定通院医療の概要（ガイドライン等から）
- ・ 指定通院医療を安全に進めるために（リスク評価とマネジメント）
- ・ 特定医療機関・特定病床と通院医療

No.51「地域で支える医療観察法」（26:50）

医療観察法制度の中での訪問看護ステーションの役割、医療観察法対象者の社会復帰に向けての支援の流れについて簡単ですがまとめました。このスライドがこれから医療観察法に携わる方々や、すでに携わり学びの途中の方々の一助になればと思います。

No.52「医療観察法と地域福祉～対象者を地域で受け入れるということ」（29:57）

医療観察法対象者の地域移行で、地域援助事業者がどのような視点をもって受け入れることが望まれるのか、地域で対象者を受け入れることがもたらす意味について考えることは地域の支援力を高めていきます。

※ 上記の研修動画のうち、No.2、3、5-2、11、16、17、50については、令和6年度精神保健判定医等養成研修会の研修動画を一部編集して研修動画として活用させていただいたものである。

1-3. スライド資料

国立精神・神経医療センターホームページ＞NCNPチャンネル＞医療観察法支援者研修

<https://x.gd/Ebu4H>

研修動画のスライド資料のダウンロード可能



このページでは、上記の医療観察法支援者研修動画ライブラリー公開リストが一覧になっており、スライド資料のダウンロードも可能になっている。

2. 研修モデル

2-1. 指定入院医療機関の新入職員向け

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
1 日 目	医療観察制度全般と理念 (1) 権利擁護(13) 加害者臨床・スティグマ (14)		各職種の役割（医師(7)、 看護師(8)、精神保健福 祉士(9)、心理士(10)）		休 憩	各職種の役割（作業 療法士(11)、社会復 帰調整官(12)）	治療共同体・チーム 医療(15) トラウマインフォー ムドケア(37)	CVPPP(34) リスクアセスメント、 セキュリティ、暴力 対応(47)	
2 日 目	治療プログラム(27) 心理教育（総論、統合失 調症）(28) 内省プログラム(32)		認知行動療法の基本 (30) CBTp(31)		休 憩	精神障害の診断と 治療(39) 統合失調症(40) 統合失調症の薬物 療法(45)	共通評価項目(16,17) アセスメント・評価尺度 (18)	電子カルテ操作説明 診療録記載方法(26- 1) データベース事業 (53)	
3 日 目	セルフモニタリングシー ト(24) クライシスプラン(22) ケースフォーミュレー ション(20)		各種ガイドライン(4) 入院処遇の流れ(5-1) クリティカルパス(6) 各種会議(25)		休 憩	精神保健福祉に関す る制度の説明(48) 家族支援(38) 被害者の視点(54)	神経発達症(41) 認知機能障害(19)	外出泊時の対応 書類作成方法(26- 2)	

※ 下線は本研究で作成された研修動画を活用できる（YouTube チャンネルの動画 No.を付記）。

※ 3 日間の研修は連日である必要はなく、特に 3 日目は勤務開始 1～2 週間後に実施する方法も考えられる。

2-2. 指定入院医療機関の継続勤務者向け

※ 30 分程度の内部研修を定期的に実施することを想定して内容のモデルを作成した。頻度は月 1 回ないし月 2 回以上の開催が望ましい。

※ いずれの項目も本研究で作成された研修動画が活用可能である。

※ 内部研修のほかに、地域の指定通院医療機関、地域の支援者、社会復帰調整官らと合同での対面研修の開催が強く推奨される。

※ 他の指定入院医療機関との情報共有ができる研修会や会議等への参加も強く推奨される（例：ブロック会議、関連職種研修会、MDT 研修、ピアレビュー等）。

内容	動画No.	内容	動画No.
1 医療観察法クリティカルパスについて	6	14 精神症の認知行動療法（CBTp）	31
2 対象者の権利擁護とそれに携わる専門職の対応	13	15 内省プログラム	32
3 加害者臨床、支援者の持つスティグマ	14	16 トラウマインフォームドケア	37
4 治療共同体、チーム医療	15	17 医療観察法対象者の家族支援	38
5 共通評価項目（第3版）について①活用編	16	18 統合失調症	40
6 共通評価項目（第3版）について②評価編	17	19 神経発達症	41
7 医療観察法におけるアセスメント・評価尺度	18	20 統合失調症の薬物療法	44
8 入院処遇におけるセルフモニタリングシート	23	21 クロザピン治療	46
9 入院処遇におけるクライシスプラン	21	22 リスクアセスメント、セキュリティ、暴力対応	47
10 ケースフォーミュレーション	20	23 医療観察法に関する精神保健福祉制度の説明	48
11 入院処遇における治療プログラムについて	27	24 地域支援・通院処遇の実際	49
12 心理教育（総論、統合失調症）	28	25 医療観察法データベース事業	53
13 認知行動療法の基本	30		

2-3. 指定通院医療機関（病院・診療所）の勤務者向け

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
1 日目	医療観察制度全般と理念 (1) 権利擁護(13) 加害者臨床・スティグマ (14)	セルフモニタリングシ ート(24) クライシスプラン(22) ケースフォーミュレー ション(20)	休 憩				治療共同体・チーム 医療(15) トラウマインフォー ムドケア(37)	共通評価項目 (16,17)	
2 日目									
	治療プログラム(27) 心理教育（総論、統合失 調症）(28) 内省プログラム(32)	精神障害の診断と治療 (39) 統合失調症(40) 統合失調症の薬物療法 (45)	休 憩		クロザピン治療(46) 神経発達症(41)		家族支援(38) 被害者の視点(54)	認知行動療法の基本 (30) 認知機能障害(19)	

※ 下線は本研究で作成された研修動画を活用できる（YouTube チャンネルの動画 No.を付記）。

※ 1 日目は必修とし、2 日目は経験の浅い職員など必要性に応じて組み合わせることが望ましい。

※ 内部研修のほかに、地域の指定入院医療機関、地域の支援者、社会復帰調整官らと合同での対面研
修への参加が強く推奨される。

2-4. 地域の支援者向け

	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
1 日目	医療観察制度全般と理念 (1) 権利擁護(13) 加害者臨床・スティグマ (14)	セルフモニタリングシ ート(24) クライシスプラン(22) ケースフォーミュレー ション(20)	休 憩				治療共同体・チーム 医療(15) トラウマインフォー ムドケア(37)	訪問看護の対応 (51) グループホーム の対応(52)	
2 日目									
	精神障害の診断と治療 (39) 統合失調症(40) 統合失調症の薬物療法 (45)	心理教育（総論、統合失 調症）(28) 神経発達症(41) 家族支援(38)							

※ 下線は本研究で作成された研修動画を活用できる（YouTube チャンネルの動画 No.を付記）。

※ 1 日目は必修とし、2 日目は経験の浅い職員など必要性に応じて組み合わせることが望ましい。

※ 内部研修のほかに、地域の指定入院医療機関、指定通院医療機関、社会復帰調整官らと合同での対
面研修への参加が強く推奨される。

医療観察法統計資料 2025 年版

発行日 2026（令和 8）年 7 月 31 日

発行元 重度精神疾患標準の治療法
確立事業運営委員会
