

C-2-1 自傷他害のおそれのある緊急事態の把握～緊急診察体制（時間内）

- 指定通院医療機関ケア調整者は、対象者の入所施設や精神保健行政機関担当者と情報共有し、対象者の安全情報を迅速に入手する。
- 対象者本人は、指定通院医療機関の連絡先を携帯し、緊急時に提示する。
- 指定通院医療機関は対象者の安全情報を迅速に社会復帰調整官に連絡する。
- 対象者の安全情報に基づき、ケア調整者および指定通院医療機関管理者は緊急事態かどうか社会復帰調整官と連携して判断する。
- 保護観察所および社会復帰調整官は、緊急事態の場合、緊急指示を関係機関に発し、緊急のコーディネートを実施する。
- 警察官は、自傷他害のおそれがあるものを保護した場合、対象者であっても24条通報を行う。通報を受けた精神保健行政機関は、社会復帰調整官および指定通院医療機関と連携し緊急措置に対応する精神保健診察可能な体制を準備する。
 - ・ 通報者 — 警察官による24条通報が原則である。
必要により指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は通報する。
 - ・ 診察命令 — 保健所を通じ、県知事や政令都市市長の診察命令を迅速に準備する。
 - ・ 診察者 — 1名は、指定通院医療機関指定医、もう1名は他の医療機関指定医とするなど、地域で事前に協議し決定しておく。
 - ・ 診察場所・入院受け入れ施設の準備 — 指定通院医療機関での診察が原則である。
 - ・ 診察場所までの移動の手配 — 警察への協力要請
- 普段対象者にかかわっている者が自傷他害のおそれを認めたときは、社会復帰調整官に連絡するとともに、その指示のもとで、26条の3の通報を行う。
精神保健行政機関は、社会復帰調整官および指定通院医療機関と連携し緊急措置に対応する精神保健診察可能な体制を準備する。
 - ・ 通報者 — 指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は通報する義務がある。
 - ・ 診察命令 — 保健所を通じ、県知事や政令都市市長の診察命令を迅速に準備する。
 - ・ 診察者 — 1名は、指定通院医療機関指定医、もう1名は他の医療機関指定医とするなど、地域で事前に協議し決定しておく。
 - ・ 診察場所・入院受け入れ施設の準備 — 指定通院医療機関での診察が原則である。
 - ・ 診察場所までの移動の手配 — 警察への協力要請

C-2-2 自傷他害のおそれのある緊急事態の把握～緊急診察体制（時間外）

- 時間外でも、指定通院医療機関は緊急時の連絡を受け、ただちに社会復帰調整官に連絡する。
- 保護観察所および社会復帰調整官は、時間外でも連絡がとれる体制をとる。
- 警察官は、自傷他害のおそれがあるものを保護した場合、対象者であっても24条通報を行う。通報を受けた精神保健行政機関は、社会復帰調整官および指定通院医療機関と連携し緊急措置に対応する精神保健診察可能な体制を準備する。
 - ・ 通報者 — 警察官による24条通報が原則である。
必要により指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は通報する。
 - ・ 診察命令 — 保健所を通じ、県知事や政令都市市長の診察命令を迅速に準備する。
 - ・ 診察者 — 地域精神科救急システムに従い1名の精神保健指定医による緊急措置にするなど、地域で事前に協議し決定しておく。

- ・ 診察場所・入院受け入れ施設の準備 — 指定通院医療機関が対応困難な場合、地域精神科救急システムに従い診察場所・入院施設を準備するなど地域で事前に協議し決定しておく。
- ・ 診察場所までの移動の手配 — 警察への協力要請
- 普段対象者にかかわっている者が自傷他害のおそれを認めたときは、社会復帰調整官に連絡するとともに、その指示のもとで、26条の3の通報を行う。
保護観察所および社会復帰調整官は、時間外で、指定通院医療機関が対応困難な場合、地域救急体制を利用できるように緊急対応を事前協議に従ってコーディネートする。
- ・ 通報者 — 指定通院医療機関の管理者及び保護観察所の長は通報する義務がある
- ・ 診察命令 — 保健所を通じ、県知事や政令都市市長の診察命令を迅速に準備する。
- ・ 診察者 — 地域精神科救急システムに従い1名の精神保健指定医による緊急措置にするなど、地域で事前に協議し決定しておく。
- ・ 診察場所・入院受け入れ施設の準備 — 指定通院医療機関が対応困難な場合、地域精神科救急システムに従い診察場所・入院施設を準備するなど地域で事前に協議し決定しておく。
- ・ 診察場所までの移動の手配 — 警察への協力要請

C-2-3 医療機関までの移動手段

- 警察への保護要請を原則とする。
- 本人が乗車を拒否しない場合救急隊要請も可能
- 緊急措置診察後は移送（措置）可能となる。移送時に警察に臨場要請する。
- その他（本人や家族、施設職員）

C-2-4 緊急措置診察可能な体制

- 保護観察所および社会復帰調整官が事前協議に従ってコーディネートする。
 - ・ 通報者 — 指定通院医療機関管理者・警察官・保護観察所の長など
 - ・ 措置命令者 — 精神保健福祉課職員・保健所職員
 - ・ 診察者 — 精神保健指定医（指定通院医療機関が原則）
 - ・ 診察場所 — 指定通院医療機関が原則
休日・時間外など対応不可能なら地域救急システムと連携
- ・ 往診する場合の職員安全確保 → 警察や保健所および精神保健福祉課と連携

C-2-5 入院の受け入れ

- 指定通院医療機関での受け入れが原則 → 受け入れ不可能な場合の体制事前調整
- 休日・時間外は、地域救急システムと連携するのを原則とする。
後日、指定通院医療機関に転院するかどうかは地域で事前に調整する。

III おわりに 指定通院医療の今後の課題

- 米国を中心に、包括型地域生活支援プログラム（ACT）が実践され、積極的介入で重症者を地域で支援する実践がされ、効果をあげている。ACTは、24時間365日の支援体制を実施し、緊急時にも患者の顔見知り職員が介入している。
- 本報告は、ACTチーム設置がなされていない状況で、いかに時間外緊急即応体制をとるかを考慮した。時間外においても、指定通院医療機関管理者および保護観察所の長は、自傷他害のおそれがある場合、通報義務がある。緊急時には、地域救急システムとの連携も必要である。

- 休日・時間外を含めた緊急即応体制は、是非必要であり、日本でも、基幹型指定通院医療機関や保護観察所へのモデル的ACTチーム設置を望む。

事例報告書

報告者（五十音順）

岩成 秀夫（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

岩間 久行（埼玉県立精神医療センター）

上野 容子（東京家政大学）

籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）

八木 深（国立病院機構東尾張病院）

過去に重大犯罪があり入院治療を受けたが、現在は通院医療にて地域で生活している 6 例を報告する。

事例 1 から 4 は、いずれも母親を殺害してしまったものである。事例 1 と 3 は、幻覚妄想状態に翻弄される形で殺害しているが、事例 2 と 4 は、衝動性や短絡性といった性格傾向も関与しての犯行であった。退院に至る過程は、病院側の働きかけが主である場合（事例 1, 2, 3）と家族の要望が主である場合（事例 4）とあり、退院後の帰住先も援護寮（事例 1）、单身アパート生活（事例 2）、自宅（事例 3, 4）と様々であった。また病識や服薬コンプライアンスについても、必ずしも良好とはいえない事例の方が多かった。

しかしいずれの事例にも共通することは、病院や地域のスタッフが密接に関わっていることと、訪問看護やデイケア、保健所生活教室などを利用してある程度のケア密度を維持していること、あるいは病状の良いときに予め病状悪化時の対応（早めに入院するなど）を定め、本人もそれに同意していることなどであった。スタッフが適切かつ濃厚に関わることで対象者の心がほぐれ、親近感や頼りにする気持ちが生れて良好な経過が得られる場合や、本来の社会生活能力が維持されていることで地域での生活が可能になる場合もあった。これらの事例は、医療観察法施行後の通院医療においても種々の示唆を与えるものと思われた。

事例 5 は、精神症状による放火という犯罪で措置入院した後、20 年以上も退院できなかった事例である。身寄りがなかったことも長期入院の理由と思われるが、新しい主治医の判断により、退院の方向付けができてからは病院や地域のスタッフの親身かつ適切な支援により、無事退院して新たな希望のある生活が可能になったものである。今後医療観察法が実施されれば指定入院医療機関の多職種チームで早期に適切な関わりがなされるはずであるから、身寄りがなくてももっと早期の退院と地域生活が可能になるだろう。

事例 6 は、犯行はあまりに重大ではあるものの、治療反応性が良好で、本来の性格傾向や社会適応能力あるいは家族関係に恵まれており、1 年間の入院の後、比較的早期に社会復帰して順調な経過をたどっている事例である。医療観察法の医療でなくても対応可能とも思われるが、長期経過後も時に妄想的解釈を漏らすことなどがあり、通院服薬を中断しないような注意や、デポ剤を使用するなど服薬忘れにも対応できるような工夫は必要である。

【事例1】 若年成人の男性 統合失調症 (ICD-10 F20.04) 殺人 (母親)

(生活歴及び現病歴)

A市にて出生、妹1人を持つ同胞2名の長子。両親との4人家族。出生時及び幼少時の発達に特記すべき問題はない。家族は、本人が小学校に上がるまでに転居を数ヶ所繰り返している。本人の元来の性格は、内向的で大人しく、素直な子であった。小中学校時代の学校生活の状況に、不登校や非行などの問題行動はない。最終学歴は高等学校卒業後、専門学校を卒業している。

本人は高等学校卒業後、B会社に入社し工事関係の職務に就いている。数年後、父ががんで病死したため、本人は一家を支えるという目的から資格を取ることを目指し、C専門学校に入学した。しかし、この頃から(本人X歳時)精神的な変調が現われ始めている。他人が自分のことを話しているとの幻聴が聴こえ始め、次いで自分の考えていることが周りに知れ渡ってしまうとの思考伝播体験、それとともに被害・関係妄想の出現、空笑などもみられるようになった。X+1歳時には、着ている洋服に盗聴器が仕掛けられているという幻覚妄想症状を訴え、全裸になって外を歩くなどの異常行動を生じたため、家族によりD精神科病院へ受診させた。即日、医療保護による入院となり、約3ヶ月の入院治療を受け症状は軽快した。退院後は地域の精神科クリニックで通院治療を受けることになったが、病識はなくすぐに通院しなくなり、医療中断となった。

X+2歳時、再び病状が悪化。幻聴、思考伝播体験、追跡妄想、被害関係妄想など、幻覚妄想状態が顕在化し、夜間不眠で夜中に近所を徘徊するようにもなった。この頃、『母はロボットであり、壊さなければ自分が社会に抹殺される、殺される。』との妄想を抱くようになった。母親は本人を再入院させるよう準備していた。一方、本人は妄想に支配され、母親を殺害する目的で、「明日入院したらしばらく出られないのでドライブに行こう」と誘い、母と妹を車に乗せて出かけた。その途中で妹を車から降ろし、高速道路に乗った。母親を殺害するために車の助手席を高速道路の分離帯に激突させた。しかし、目的を達することができず、ヘッドレストを抜き取って母親を刺した上、車外に引きずり出して後続の車に轢死させた。この事故で本人も全身を打撲し、総合病院に入院し治療を受けた。身体的治療の目途がついた段階で、極めて精神症状が悪く、24条通報のもとに措置該当と判断され精神科病院へ転院した。

転院後、haloperidol (1日量12mg)及びlevomepromazine (1日量75mg)の薬用量にて治療を開始した。薬物の効果は高く、比較的速やかに幻覚妄想症状は消褪した。約2ヵ月後頃に主剤を切り替え、haloperidolからrisperidone (1日量8mg)へ変更した。症状の悪化はみられず安定しており、最終処方はrisperidone 6mg 1日1回の服用となっている。しかし、病識は全くなく、母親の殺害について本人から聴取しても心理的動揺すら見せず、他人事のように述べていた。入院生活で病状の悪化や動揺は見られず、情動的にも安定していることを確認の後、入院9ヶ月目に叔父に保護者となってもらい措置入院から医療保護入院へ変更した。その後も病状は安定しており、入院442日目に任意入院へ切り替えることができている。しかし、家族(妹)は本人を受け入れることができず、叔父も同様に受入を拒否、長期に入院を続ける結果となっている。結局、650日の入院期間の後、将来自立することを目標として、援護寮に退院した。

入院中の諸評価は次の通りである。

(症状) 入院当初の幻覚妄想状態は比較的早期に消褪。その後、自発性低下、意欲減退、情動の鈍麻化、場をわきまえない感情や意見の表出、対人関係の構築が困難などの症状が残存した。母親の殺害の件については、退院直前にも『確かにあの時はお母さんを殺してしまったけど、今はもう大丈夫です。』と、他人事のように淡々と語り、内省のなさ、病識のなさ、現実検討力の低下などが認められた。治療の継続の必要性については、『本心では薬は飲まなくてもいい気がします。でも先生の指示だからちゃんと飲みますよ』と述べ、コンプライアンスの低さを示している。

(心理) ものの見方や心理機能が単純で、自分を含め他人の気持ちに無頓着。軽率な行動に走りやすい傾向。分かりやすい状況では常識的に振舞えるが、時に場の状況を読めず、そぐわない行動が生じる可能性がある。知的には問題がなく、構造がはっきりした生活では問題が露呈しないが、状況を見極め対処していく力の低さ、思考の浅さ等、社会生活を営む上で問題となってくると思われる。

(OT) 作業能力は高い。何事に対しても極端に表面的で感情のゆれが極めて少ない。場をわきまえない発言で相手の気分を害してしまうこともあるが、本人は気づかないでいる。

(看護) 事件に対して後悔や反省する言葉はなく、気持ちも伝わってこない。少しずつ他患とコミュニケーションがとれるようになり、感情表出もみられるようになったが、他人の気持ちを理解できないことが多い。病棟での生活は不活発で、同じ姿勢をとり長時間ベッドに座っているなど奇異な行動も見られる。言語や感情表出が表面的で病状は見えにくい。ADLは自立している。金銭の自己管理も可能である。患者とともに自宅訪問時、母親の仏壇を前に全く眼に入らぬかのごとく、自分のシェーバーを探していたのが印象的。妹から『お兄ちゃんが殺した』と詰め寄られても、『申し訳ないことをしたと思っているよ』と淡々とし、動揺もない。

退院後、援護寮に入寮し自立した生活訓練を始めた。当初、身の回りの自立した生活訓練から行っているが、本人は早く仕事を始めたいと希望し、現実検討能力の低さは変わらない。将来の本人の帰留先の設定が困難で、保護者の叔父も拒否的であったが、スタッフの粘り強い説得によってようやく叔父の近くにアパートを借りて住むことで了解を得た。帰留先の設定が可能となったので、本人の希望に沿ってアルバイトを行うこととし、本人がいくつかの候補を探し、そのうちの一つを決めることができた。入寮後、約9ヶ月目にアルバイトに出かけることも可能となった。入寮後の本人の変化は、対人関係場面で感情表出が自然になり対人関係に改善がみられたこと、奇異な行動は見られなくなったこと等であるが、事件に対する内省は得られていない。現在も援護寮でリハビリを行っている。

(考察)

激しい幻覚妄想症状に左右され、母親を撲殺した症例である。恐らく、心神喪失者等医療観察法案の対象とする症例の中で、もっとも良く見られるケースと思われる。精神症状は薬物療法によく反応し速やかに消失しているが、十分な病識を持たせるに至っていない。また、コンプライアンスも不良なケースであり、現在援護寮という保護的な環境下にあるため問題が露呈していないが、今後独立した生活において服薬や治療継続等をどう支援し

ていくか課題となる。事件に対する内省はなく、現実検討力も低い。様々な職種のスタッフから問題性を投げかける努力を行ってきたものの、その効果は得られていない。従って、独立した生活に移行した後に、本人のリスクを予測・管理し、適切な危機介入が行えないと、同様な事件の再発につながる可能性は十分ありうると考えられる。

本ケースに見られるように、事件の重大性から残された家族は本人に対する拒否的感情を拭い去れないでいる。本ケースと同様に、心神喪失者等医療観察法の対象患者は退院後の帰留先を設定することが極めて困難になる場合が多いと思われる。本ケースでは説得の努力を重ねた結果、幸運にも叔父が受入を納得してくれたが、叔父の側は不安を抱えながら身内であるという理由で渋々の了解をしているのである。

本ケースでは、社会復帰への道が比較的良好にたどれているように思われる。その要因として、知的能力や作業能力に大きな欠陥がないこと、対人場面での関係づくりの改善、アルバイトを得るなど職業機能が保たれていたことなどが挙げられる。これらの要因は社会復帰を成功させる上で重要な要素と考えられる。即ち、職業機能、対人関係など社会性機能等の改善は、患者の社会復帰を成功させ、さらに地域に定着させる上で極めて重要な要素と考えられる。

【事例 2】 40 代 男性 統合失調症 殺人（母親）

（生活史および病歴）

幼少時に両親は離婚。母親となじめず、高校時代に父親からの仕送りで一人暮らしをはじめた。大学受験に失敗し、ビデオ店等に勤めたが長続きしなかった。20 歳前後で発病して A 病院に初回入院し、その後、B 病院、C 病院に入院した。

X 年 1 月からスナックをしていた母親の元に住むようになったが、母親は酒癖が悪くて冷たかったという。同年 3 月、母親に寝ていたところを起こされ、顔面を殴打し、首を絞めて殺害した。さらに、灯油を撒き、放火した。逮捕されたが精神鑑定の結果、不起訴となり、同年 7 月、D 病院に措置入院となった。

退院後はアパートで单身生活をするようになった。時に精神状態が悪化し、D 病院に入院を繰り返していた。X+9 年 3 月、路上で、自転車に乗っていた見知らぬ男性に対して鉄パイプで顔面に殴打暴行を加え、殺人未遂で逮捕された。しかし、簡易鑑定の結果心神喪失とのことで、D 病院に措置入院となった。その後も D 病院に入院を繰り返している。

保護者となるべき人がいないため、市長同意の医療保護入院になっている。身内の中で本人がただ一人相談に乗ってもらえるのは従兄であるが。その従兄も一定の距離を保っている。普段の話し相手は D 病院で知り合った数人の男性患者のみである。

常日頃から、被害的に物事を考える傾向があるが、最近は、何とか自己コントロールができて、大きな混乱はない。サラ金から返済できないほど多額の借金をするなど金銭にルーズなところもあったが、最近は自制できている。

（D 病院の P S W のかかわりの経過）

- 1) X 年 7 月から X+5 年 6 月（初回入院から 8 回目の入院まで）

家の相続の手続きと医療費の支払いについて叔母と調整。借金の返済の相談。X+2年7月措置解除時の生活保護の申請。8月にF市内へのアパート退院。退院後9月にG市内へ転居。X+3年からX+4年にかけて数回の入院。X+5年1月に転居。カード会社の借金逃れが目的で、改名。

2) X+5年6月からX+8年7月

他院に入院。この間、D病院とのつながりが切れている。

3) X+9年4月の25条通報による措置入院からX+10年6月まで

このときは障害年金を担保に借金をしている。X+9年12月4日E病院から対応困難事例としてD病院に転院。障害年金の停止を受けたことに対して、再支給の手続き、生活保護との調整の援助。退院後、本人からPSWに訪問の依頼あり。この入院以降、D病院のPSWとのかかわりが本格的に続いている。

4) X+10年7月の初回訪問以降。

初回訪問は、保健所相談員と当院のPSWが同伴訪問。月1回の訪問継続。目的は、①単身者である患者との話し相手、②生活全般の相談、③社会資源の紹介、④医療へのつなぎ、⑤病識の自己把握の援助、⑥スムーズな入院対応、⑦事件、事故の危機の早期回避等。

短期間の入院を繰り返し、その間少しずつ生活用品が増えた。「他人が覗みつけるように感じる。被害妄想かもしれない。」と患者自らが理解し、「不安になったら早めに入院する」「事件を起こすとすべてを失う」と言うようになる。短期間の入院中も年金担保の借金返済についての調整や生活保護との調整が中心的な援助内容。その間、弁護士を自ら選び借金問題の清算が終了した。退院後は、紛失するといけなからPSWに部屋のスペアキーを預かってほしいという。訪問は、危機状態となる前に早目の入院対応をするという本人の依頼と病院医療への依存、主治医やPSWとの人間関係を基礎に、危機状態となる前に早目の入院対応を心がけ、社会生活上の制度、資源を教えながら、本人の自己決定を尊重した対応を心がけている。

(考察)

この事例は、母親殺害および放火、その9年後に傷害(殺人未遂)という重大な他害行為を行っている。それ以外にも暴行傷害行為が数回ある。傷害(殺人未遂)事件でX+9年にD病院に措置入院になって以降、D病院のPSWが意識的にかかわるようになり、前主治医の退職による主治医の交代もあった。

この時期を境に、患者への対応を以下のように変更した。①入院は当院が責任を持って引き受けるということを患者に提案し、患者も同意したこと。②危機的な状態になる前に、しんどくなれば早めに入院することを提案し、これにも患者が同意したこと。③月1回の訪問の継続。患者も訪問を歓迎するようになったこと。④どんなに腹立たしいことがあっても、暴力行為は絶対に許さないことを、機会あるごとに患者に繰り返し明言し、患者も努力する姿勢を見せたこと。また、その努力を評価すること。つまり、患者を孤立させないこと、暴力に対しては毅然たる態度を取ること。このシンプルな基本姿勢をはっきりと打ち出すことがこの患者に変化をもたらすのに有効であったと考えている。

【事例3】 20代 男性 統合失調症（破瓜型） 殺人（母親）

（病歴生活歴）

生育歴 A市にて第3子2男として正常分娩で出生。姉1人兄1人いる。姉と父は精神科で治療中。幼少時は自閉的であったが小学校時代は活発であった。幼少時より親の影響もあって新興宗教の信者となる。

中学時代 不眠に引き続き、突然「自分はただの人間ではない。神と心身とも融合している。自分は神に従って教義を教える“道人”であるにもかかわらず周囲のものはそれを理解しようとしなから腹が立つ」と興奮し、裸になりご飯を足で踏み潰して体中に塗り付けガラスを割るなどの状態のためB精神病院初診し3ヶ月間入院した。退院後不登校のまま中学を卒業した。

X-2年 中卒後自宅でテレビをみたりゲームをして過ごしていた。秋頃より特に父に対して暴力的となり、父は家を出て単身アパート暮らしをするようになった。その後本人の暴力のため家人全員が家を出て本人は単身生活となり、母親が食事を本人のもとに届ける日々が続いた。

X年 母の信仰が不十分であると不満をつのらせる中、母の電話対応が気に入らないとして、連日殴る蹴るの暴行を働き、母は死去した。逮捕されC地検に送付後D少年鑑別所に観護措置で入所した。入所後、お経を唱えるような独語、奇妙な仕草が見られ、一方的に自己の要求をし、容れられないと興奮し、暴れて教官に噛み付き怪我を負わせ、保護房に収容せざるをえない状態となり、少年鑑別所が措置通報し、診察の結果、E病院に措置入院した。

（入院後経過）

X年 入院直後は、保護室内で裸になり拳法のような仕草があり、独語も多い。放歌・ドア蹴り・飛び出し・拒薬があった。母の殺害については、「自分の行為であるけれど自然に体が動いてしまった。自己意識はあったが受動的だった。母に生まれ変わってほしいためにやった。自分の子供に生まれ変わってほしい」と語った。その後保護室格子にしがみつき降りようとしなからため職員4名で介入した。またタオルで首をしめる行動もあり極めて衝動性の高い状態が続いた。

X+2年 服薬により、幻覚妄想消失。自傷他害のおそれもなくなったので措置解除し医療保護入院に変更し、X+3年開放病棟に転棟した。

X+4年 任意入院に変更。女性への接近あったが内省にとぼしい。衝動行為なし。姉が同居に同意し退院した。デイケア毎日通所・訪問看護・2週に1度の外来通院の治療計画を実施している。

（共通評価項目まとめ X+4年10月現在 観察期間 3ヶ月）

- 服薬中断した場合、同様の行為の再発のおそれあり。GAS現在70点 悪化時には10点
- 内省・洞察に明らかな問題がある。共感性・服薬病気についての理解にも軽度の問題あり。治療継続しているが治療動機は表層的である。

- 個人的支援で姉の支援あるが、姉も病気で不安定のためストレス因子にもなり軽度の問題あり
- 現実的計画 合意がされておらず軽度の問題あり
 - 1 退院後の治療プラン説明 緊急時の対応について合意されていない
 - 2 日中の過ごし方 デイナイトケア毎日通所
 - 3 住居 持ち家。家人と同居であり問題なし。
 - 4 経済的問題 生活保護を受給し、経済的には自立している。
 - 5 緊急時の対応 取り決めをする必要あり 軽度の問題あり
 - 6 関係機関との連携 保健所との連携必要
 - 7 キーパーソン 姉が一応キーパーソンだが個人的支援は不安定
 - 8 地域への受け入れ態勢 一応地域在住。家族以外への衝動行為なし。地域の拒否はない。

(コメント)

医療観察法の医療は、1 病状の改善 2 同様の行為の再発防止 3 社会復帰促進の3段階で構成される。通院処遇では、病状の改善は既に到達されていると考えられ、2・3にかかるリスクアセスメント&マネジメントが重要である。このためのツールとして共通評価項目は必須である。

共通評価項目に従って本症例のリスクのシナリオを考えてみる。一番深刻なリスクは、服薬中断し家庭内暴力から傷害・殺人である。現時点では服薬良好でありリスクは切迫してないが、訪問看護やデイケアでの服薬モニタリングが必要である。

本症例のリスクに対処する治療戦略は以下のものが考えられる。

- 1 外来通院で薬物療法継続
- 2 訪問看護支援

姉に指示されることあるようだが、自己の感情を言語化し、自己対処方法についても話す。姉は時々感情表出高くなる。訪問では職員は本人と姉との緩衝地帯の役割を目指す。

- 3 デイケア毎日通所継続し服薬確認

本人が飽きないように目標設定必要。

- 4 緊急時の対応 今後合意必要
 - ・来院しなかったら電話・訪問
 - ・服薬中断時には入院を含めた早期介入必要（好調時に同意を得る）
- 5 内省・病識の改善をはかる（セルフモニタリング指導必要）

心理社会教育（服薬指導）は実施済みだが、継続指導が必要である。

- 6 保健所と緊急時の対応情報交換が必要

マネジメント 訪問看護デイケアで服薬確認

服薬中断時には入院を含めた早期介入必要

被害者保護 家族が対象になるので危険なら避難するよう打ち合わせ必要

今後セルフモニタリングツールを導入し、早期警告症状が出現した場合の対応方法や危機を防ぐ方法、危機に陥った場合の対処法などを本人とよく相談し、早めの介入を実現す

る必要がある。

【事例4】 40代 男性 てんかん性精神病 殺人未遂（母親）

（生活歴・現病歴）

農業を営む両親の下、長子として出生。同胞は弟1人。父方には精神障害で長期入院歴のある方がいる。身体的な既往歴は特にないが、幼稚園頃から睡眠中にけいれん発作が出現するようになり、中学入学頃まで続いた。しかしこのための医療は特に受けなかった。チック様の症状で中学時代にクリニックを受診し、脳波異常を指摘され1ヶ月程度服薬したが、そのまま中断している。成績は中程度、大学にも進学したが中退した。性格は内向的、神経質で心気傾向が強い。また強迫傾向があり、くどくて確認癖もみられる。酒、タバコはやらず、シンナー、覚醒剤、その他の依存性薬物とも全く無縁である。

高校時代の後半、頭重感、思考力低下のため某神経科受診し通院。大学時代には、近所の人声で「バカ、アホ」などと聞こえるようになった。20代前半の春頃から幻聴、被害妄想が増悪していた。数ヵ月後、本人自身入院を希望したが満床で入院できなかったところ、翌日、刑務所にでもいけば環境が変わって楽になるだろうという理由から、日頃から疎ましく思っていた母親をナイフで刺傷した。殺人未遂で逮捕され、起訴前嘱託鑑定で不起訴となり、某精神病院に同意入院となった。

（初回入院後の経過）

入院中は強迫症状と心気症状が強く、視力回復手術を受けたいと退院要求が頻回にあり、叶わないと110番通報をするという状態が続いていた。翌年春に本人が出向く必要のある手続のため家族の希望もあり父親同伴で外出し自宅に寄ったところ、刑務所に行くようなことをすれば退院できるだろうという理由で、今度は祖父を切りつけるという事件（軽傷）を起こしてしまった。地検による事情聴取等もあったが、結局そのまま入院を継続することになった。

強迫症状や心気症状はあるものの院内では幻聴や被害妄想はなく、格別の問題行動も見られなくなっていた。特に父親からの外泊要求が強いため、翌年春頃から月に2回程度の外泊が開始された。自宅に戻ると幻聴が出てくるという問題はあったが、しばらくは無事に外泊を繰り返していた。ところが数ヵ月後、外泊中に、病院に戻るよりは刑務所の方がいいという理由で、再び母親の腹部をナイフで刺傷し、切開手術が必要な重傷を負わせた。殺人未遂で逮捕拘留。起訴前嘱託鑑定で不起訴となり、数ヵ月後に同じ精神病院に措置入院となった。

入院中は幻聴や被害関係妄想は殆ど消失するが、強迫症状、先端恐怖、粘着性、自己中心性、短絡傾向は続いていた。それでも徐々にルールに従って行動もできるようになったので、2年後に措置解除し医療保護入院に切り替わった。また抗精神病薬や抗てんかん薬に加えてクロミプラミンを使用したところ、先端恐怖や不安症状が軽減し本人も喜んで服薬するようになった。症状の動揺は多少あるものの20代後半頃からは本人や父親の希望もあり、徐々に外泊の回数を増やしていった。毎週の外泊で安定して過ごせるようになったので、約3年半の入院を終えて退院、通院治療となった。

通院中も、退院した年とその翌年、幻聴が再燃し1ヶ月弱と4ヶ月弱の医療保護入院を行っている。その後、幻聴も目立たず家業の手伝いをしながら比較的安定していたが、30

歳前後の春、眠気を訴えて服薬が不十分になるに従い心気傾向や幻聴が強まってきた。入院も考慮されていたが、ある日突然、どうせ長生きできないなら母親を道連れに自殺しようと、母親にガソリンをかけて火を放った。母親は重度の熱傷から後に死亡。起訴前簡易鑑定の結果、不起訴となり再び同じ精神病院に措置入院となった。

入院後薬物調整等で幻聴や被害妄想は徐々に消失。心気傾向、強迫傾向、短絡傾向、一方的傾向などは持続しているものの措置症状は全く見られなくなったので、7年後に措置解除し医療保護入院となった。同時に父親の強い希望もあり、月に1、2回の外泊も開始した。翌年に院内自由散歩開始、作業療法開始、作業療法では頑張りを評価されるようになった。また退院後に備えて外泊中に保健所の生活教室に通うようにさせ、受持ちの看護師が退院後の訪問看護を行うことで保健所と調整を行ってきた。また服薬遵守の必要性の説明、悪化時には必要があれば即入院することなどを約束してもらい、8年半に及ぶ入院の後、退院となった。

(チームアプローチ後の経過)

退院後は入院中の受持ち看護師が月に数回、症状にあわせて訪問看護、週1回の保健所生活教室への参加、家業の手伝いなどを続けてきたが、幻聴が増悪したとき2回、短期の任意入院と医療保護入院を行った。現在は複数の看護師チームによる訪問看護、保健所生活教室で病状を見守り、具合の悪いときには早期介入、早めの外来受診、必要があれば入院などで対応することになっている。

(考察)

独特の短絡思考と強いこだわりから家族（特に母親）への殺人未遂や傷害を繰り返し、ついには母親が死亡する事態に至った事例である。

医療観察法の対象となる事例であるが、薬物療法や一般的な精神療法では幻聴や被害妄想あるいは独特の性格偏倚に対して十分効果的とはいええず、犯罪を確実に防ぐ方策が必ずしも明確ではない点が本事例の問題点となる。この事例の強迫性、粘着性、自己中心性、一方的傾向は、司法精神療法でも容易に改善をもたらすことができないのではないかと懸念されるが、重大な犯罪に至ったときは、本人自身が苦しくなり入院でもしようかと思っていたときであり、この時点で即座に適切に対応できれば未然に防げたかもしれないという可能性は残されている。

このような事例がなぜ外泊や退院を繰り返すことになったかは次のような事情があった。犯罪の対象が家族に限定されていたこと、入院中にはいわゆる粗暴な行為や言動がみられないこと、そして何よりも父親の「一家をになう長男としてなんとしても更正させたい」という静かだが決して揺るがない強い意志があったことが関係していた。いずれの外泊や退院も本人の強い希望と父親の強い意志があり、病院側が結局根負けして一定の条件を課した上、それがクリアされる形で行われている。

母親が死亡するに至った犯罪時の入院は8年半に及んだが、内省・洞察は表面的に留まるものの、本人の希望と父親の強い意志により、病院側が課す一定の条件を一つ一つクリアして、最終的に退院に至ったものである。特に本人は父親に対して強い感謝の念と裏切るわけにはいかないという気持ちを持っており、その点も退院が可能であろうという判断の根拠となった。しかし病院側には過去の経緯があるので、保健所にも関与してもらい、自宅近くに住む看護師を担当の訪問看護師（現在はチームで訪問看護）にして変化を早めにキャッチする体制を取り続けている。また少しでも病状が悪いと判断される場合は早めに入院することを本人にも了解してもらっている。

その結果前記退院後も2回、比較的短期の入院が行われた。ただ高齢になろうとしている父親に万一のことがあったとき、本事例をどのように処遇したら良いかは今後の大きな課題の1つである。

【事例5】 40代 女性 統合失調症 放火

－関係者の連携と地域社会資源の活用により、一人暮らしを実現し、社会的役割意識が持てるようになった事例－

（生育歴・職歴・病歴）

A市にて、鉄工所に勤務している父親と家業に従事している母親との間に、4人兄弟姉妹の第2子として生まれる。幼少時の生活は、かなり貧しかったようで、中学を卒業すると同時に料理屋に就職。歌が大好きで、歌手を目指し少ない給料を貯めて歌謡学校に通う時もあった。人間関係において、うまく人の輪に入っていけないことがあり、仕事場を3ヶ所程転々としたが、いずれも飲食関係だった。職場の環境は、仕事上誤ったことをすると殴られたり、朝9時頃から仕込みに入っても仕事が終わるのが11時頃と、寝る時間がやっとの大変な労働状況だった様である。

（措置入院までの経過）

20歳前頃より、職場の先輩と同僚達の様子が気になり始め、集団で自分をいじめ、辞めさせようとしているような気持ちが強くなっていき、目を合わせるのが怖くなったり、先輩達の挙動（髪を掻き揚げる、汗をふくなど）が、自分への嫌がらせのように思えて辛かったが、仕事を覚えてきて先が見えてきたようなところもあったので、我慢してがんばっていた。ある時、仕事の終了時に、「お前！あすはゆっくり休め！」と言われたのが（先輩達は本人の健康状態を気遣って言ったとのこと）、「もう来るな！」と言われたと思いこんでしまい、帰宅途中にムシャクシャして、ゴミ箱に何本もタバコの火を投げ入れ、店と寮に火をつけてしまう。その後、錯乱状態で交番に連行され、措置鑑定、措置入院となる。

（措置解除から退院の準備まで）

以来10年間措置解除されず、30代で区市町村同意による医療保護入院となる。父親は健康を害し、本人が入院中に病死。母親と兄弟姉妹の行方はわからずじまいである。

開放病棟の大部屋で、多少の摩擦を起すことはあっても、大きなトラブルはなく、医療保護入院に切り替わってから10年目に主治医から退院の話があった。本人は一生病院から出られないと思っていたのでとても驚いたようだ。病院にPSWもいたが、福祉事務所のケースワーカーが話しやすかったようで退院の件を相談した。それを聞いたケースワーカーが主治医に退院できる状態なのかを確認した上で、まず住居の確保を検討しなければと考え、担当保健師に連絡を取り、二人で地域生活支援センターに相談に行った。話し合いの結果、退院に向けて一人暮らしの練習の機会として、同地域にあるショートステイの利用を検討し、主治医に提案をした。本人には、主治医からショートステイの話をし、病院のPSWと共に見学をした上で、利用することになる。

（入院中から地域生活支援センターとショートステイの活用）

入院中の病院からショートステイを継続利用し、本人が一人暮らしに向けてどのような生活をおくることになるか、医療スタッフ（DR、PSW）、福祉事務所のケースワーカー、ショートステイ担当者、支援センタースタッフが共に見守り、観察することになる。

本人は、ショートステイ利用当初から行動的で、ショートステイの部屋を出て散歩をしたり、すぐ仕事をしたい旨のことを言い出すなど、支援する側も相当エネルギーを使った。活発な行動に付き合いながらも、現実検討を促し、利用回毎のショートステイの目的を具体的にしていた。（例えば、部屋内でゆっくり過ごす方法を自ら考える、同地域の作業所を見学する、支援センターのフリースペースを利用してみる等）本人の利用状況は、本人も記録し、担当スタッフも記録をとり、両方の記録をもとに、本人、ショートステイ担当スタッフ、病院 PSW、ケースワーカー、支援センタースタッフ、保健師が3回集まりをもち、今後の一人暮らしに向けてイメージづくりをするなど、関係者が顔を合わせることを重ねてきた。

ショートステイ利用 12回 宿泊総数 38日

（住居探しと作業所利用）

自分でショート利用の帰りに不動産屋を見て回ったり、福祉事務所のケースワーカーに同行を求め、物件を見に行ったりと、相変わらず活動的で支援者側があたふたしてしまうこともあったが、毎日、同地域内にある B 作業所に通所することを条件に主治医の退院許可が出て、アパートで一人暮らしを開始する。本人は、ショートステイ利用時に B 作業所のボランティアをしていたので、この提案は素直に受け入れた。B 作業所のボランティアとおして、すぐ仕事につくのではなく、少し準備時間が必要であることを徐々に理解してきていた。B 作業所は通所者の昼食をつくるプログラムがあり、本人は、食事づくりにも参加していった。これが以前の職歴を生かすことになり、とても生き生きと食事づくりに参加するようになった。本人も一緒に栄養のバランスの採れた昼食を食べられるので、一人暮らしの食生活の点でも安心だった。服薬の確認は、病院スタッフとの話し合いで、毎日顔を合わせている作業所スタッフが担当することにした。

（一人暮らしからグループホームに入居）

1ヶ月程経った頃、無断で作業所を休むことがあり、夕方、作業所スタッフが様子を見に行くと、頭から布団をかぶって寝ていた。風邪を引いたようで、食事もとらずにいたので、少しの時間スタッフも部屋に居ると、2階の物音が響き、横の部屋の音も筒抜けのような建物構造であることが判明する。スタッフは作業所で共に仕事をしていて、本人は音に敏感であることを感じていたので、ここに長く居ることは望ましくないと判断し、支援センターに相談の連絡が入る。支援センターから、病院の PSW、福祉のケースワーカー、保健師等に連絡をとり、この間の状況を伝え、病院にて主治医も参加したカンファレンスをもつことにした。その際、支援センターから同地域のグループホームに近々空きがでるので、そちらに入居できないだろうかという提案があった。生活保護受給中なので、短期移転の可否が議論されたが、無事グループホームに入居となる。本人は「早く入れば良かった！実は、グループホームは皆に監視されているような気がしていやだった」と正直に感想を述べてくれた。

以後、3年間、糖尿病で入院することもあったが、保健師の食事指導を受けながら、そ

れも何とか乗り越え、菓子づくりの専門学校に1年間通学することができた。この体験は本人にとって生きがいを感じ、自信にもつながっていったようだ。今は、とても生き生きしており、仲間とカラオケに行くことを楽しみにしており、昔習っていた得意の歌も披露しているようだ。支援センタースタッフに支援を受けながら、グループホームの近くに適当な物件を見つけ、一人暮らしを開始して1年が過ぎようとしている。

(就労へ向けて)

支援センターのスタッフに相談しながら、自らハローワークに通い、障害をオープンにして小料理屋の洗いの仕事を見つけてきて働き始めている。作業所にも週に2日通所している。

(考察)

当初、地域の支援関係者は地域の受け入れ体制や支援のあり方に不安が大きかったし、行動的でエネルギーが高い本人に振り回され感も強かった。しかし関係者も共同で粘り強く付き合い、本人の考えをできるだけ尊重しながらも現実検討を促し、一緒に振り返る時間をもてるような関わりを意識した。

福祉事務所のケースワーカーから、支援のバトンを受け取った支援センターが、病院、保健所、福祉事務所、ショートステイ、作業所、グループホーム関係者と連絡を密に取り合い、時々自分の思うようにいかない時に高揚してくる本人の気持ちを敏感に察知し、イライラ感が強い時にはできるだけ丁寧に付き合い、時には時間をかけてゆっくり話を聞き、時には一緒に行動し、俊敏に対応できるように務めてきた。

年齢的にも病状は落ち着いてきていると思われるが、行動的で、自覚できないままに疲労が蓄積したり、関係者との人間関係でつまづいた時などに、適時・適確に支援していくためにも、夕方の食事サービスの利用や、仲間との団欒等の機会をもてるように、支援センターとの関係は継続していけるような関わりをしている。

【事例6】 50代 男性 統合失調症(妄想型) 殺人(身内外)

－退院後安定して経過し社会復帰に成功している事例－

(生活歴・現病歴)

両親の下、3人同胞の長子として出生。比較的安定した家族関係のもとに格別の問題もなく成長し大学を卒業。生真面目、几帳面でやや内向的な性格であるが孤立することもなかった。アルコールや薬物の乱用歴はなく、身体的にも丈夫な方であった。大卒後は学校講師の後、建築関係の仕事にかわった。

20代後半頃、某所に出張していたが、そこで幻聴や被害関係妄想で発症しげっそりやつれて帰郷。その後も次第に妄想的言動や奇異な振る舞いが目立つようになり30代前半頃某大学病院受診。人工衛星に常に監視され、妨害されたり操られたりしているという病的体験を中心に活発な幻覚妄想状態にあった。通院治療で表面的には小康状態を得ていたが、30代後半頃からは近くの病院に転院し通院服薬を継続していた。

40代前半頃、仕事で出張していた所の女性と妄想的な理由もあり結婚、直後に通院中断。幻覚妄想が次第に表面化するようになり、再び妄想的言動や奇異な行為が目立ってきた。年末に近づくとつれ病的体験はますます活発化し、反体制派に日本が総攻撃を受けると怯える状態が続いていた。それらの幻覚妄想状態がピークに達した年末の某日、わいせつ行為で捕まる形で警察にそのことを知らせるつもりだった。しかし病院に連れて行かれたので逃げ出し、タクシーを乗り換えているうち運転手が（無賃乗車だと思って？）追いかけてきたので、反体制派だと察知しその運転手を激しく殴打して殺害した。

（入院後の経過）

起訴前鑑定の結果、統合失調症で心神喪失とされ検察官通報にて、某精神病院に措置入院となった。ハロペリドール 6mg、クロルプロマジン 100mg 程度で症状は改善したので3ヵ月後に措置解除、医療保護入院となった。やがて院内自由散歩となり、院内作業療法が開始された。一時妄想知覚様の症状が再燃したこともあったが、ハロペリドールのデポ剤に切り替えて改善し、几帳面で礼儀正しく安定した病棟生活を送れるようになった。翌年からは隔週の週末外泊を開始し、退院前には毎週の週末外泊になったが、約束もきちんと守り全く問題なく過ごせた。

本人の病状の改善ぶりを見て両親も自宅に受け入れてしっかり支えていきたいと表明され、妻も結婚を継続してくれることになった。本人も一応の病識が持てるようになり、犯行について謝罪の意を語るようになった。また退院後4週間に1回は必ずハロペリドールのデポ剤を注射することにも同意した。そのため入院から約1年後に両親宅へ退院し通院治療を続けることになった。

（退院後の経過）

退院当初は2週間に1回の通院、4週間に1回のデポ剤筋注。約2ヵ月後には元の会社にあいさつ回りをし、そこでアルバイトを始めるようになった。仕事の都合もあり約5ヵ月後より4週間に1回の通院とした。6ヵ月後には会社へ籍をおき月給制となった。通院服薬は退院前の約束通り規則的に行い、穏やかな節度ある態度が保たれていた。

しかし退院後約7ヶ月目に小さな危機が訪れた。サポートのキーパーソンであった父が病気で急死した上、その翌日に本人の第1子が誕生するという事態が生じた。困ったことがあればすぐに病院に電話をすることになっていたがその必要もなく、動転した母に替わり本人が中心となり事後の処理も行った。病気の再発もみられなかった。

その後は母も元気を取り戻し本人も仕事を継続、4週間に1回は定期的に通院しデポ剤筋注も続けた。軽度のうつ状態のとき経口薬を多少調整することもあったが、全体としては安定して仕事も継続できていた。夫婦仲も良くその後妻が第2子を出産。翌年不景気のため会社を解雇されたものの、すぐに別の会社に就職できた。通院服薬は規則的に行われ再発の兆候もなかった。しかし世間を騒がす事件があると「あれは反体制派がしていることだ」とポツリと漏らすことがあり、根深いところで妄想的解釈の存在を伺い知ることができるので、通院服薬継続の必要性は高いと判断された。退院以来長期間が経過したが、当初の約束通り定期的に通院服薬を行い、仕事も継続し、家庭でも殆ど問題なく過ごすことができている。

(考察)

統合失調症による幻覚妄想状態のピークするとき、妄想的に誤認したタクシー運転手を殺害した事例である。医療観察法の対象となる中心的な事例の1つであろうと思われる。

本事例は幸いにして薬物反応性が良好であり、病前に人格面や行動面での問題が全くなかったため、回復した姿を周囲が受け入れやすいという有利な面があった。そのため早い時期に両親が受け入れを表明し、結婚して間もない妻も離婚せずに本人を支えてくれることになった。また以前勤めていた会社も最初はアルバイトながら雇用してくれることになり、家庭面でも仕事面でも順調なスタートを切ることができた。これにより本人も周囲に対し感謝の念をもつことができ、そのことがさらに周囲の受け入れを良くするという好循環が生れたことも重要な点であった。

本来の律儀な性格のため当初の約束通り通院服薬も継続しているので、病状も安定し殆ど再発の兆候もみられなかった。退院後7ヶ月目の父の急死と第1子の誕生という一種の危機も事後処理を含めて再発することなく対応できた。デポ剤を中心的な処方していることも服薬忘れを防ぐことができ、このような場合病状の安定に寄与することが大きいと思われる。また退院後数年目に解雇されることになったが、すぐに別の会社に再就職できたことも幸運であった。

このように疾病管理面、家庭面、仕事面で安定していたことがこの事例の長期の良好な経過を支えてきたと思われるが、それでもなお根深いところで妄想的解釈の存在が伺われる点などは妄想型統合失調症の本質に由来するものだと考えられる。本例は医療観察法の3年の通院処遇の範囲を待たずに十分終了可能な事例であるが、病気の再発と治療の遅れが再犯に結びつく可能性がなお消失したとはいえないので、今後も長期にわたって治療を継続する必要があると判断される。

触法精神障害者の処遇の
モニタリングと社会復帰に関する研究

分担研究報告書

分担研究者 吉川 和男

国立精神・神経センター精神保健研究所

平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究
分担研究報告書

触法精神障害者の処遇のモニタリングと社会復帰に関する研究

分担研究者 吉川和男 国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部

研究要旨：

唯一の公的機関である精神保健研究所司法精神医学研究部を中心に、医療観察制度に関わる種々の機関からの情報を統合的に収集管理し、専門的な見地からの評価と分析を加え、その結果を関係機関に定期的にフィードバックすることによって、専門的医療の向上を図ると同時に、5年後の制度改正の必要性を根拠づけるための客観的なデータを集積、提供することを目的とした。本研究では、必要とされるデータ項目を選定し、かつ各種業務報告のための書式を用いたデータ入力支援システムを開発した。また、専門的医療の向上と運用状況の分析に必要な諸変数を各地の指定医療機関から収集し、定期的に司法精神医学研究部で分析し、制度上の問題点や具体的な改善計画を示し、外部評価班での評価を経た上で、関係機関や関係省庁に定期的に報告される包括的なシステムも検討した。

研究協力者：

井筒 節（国立精神・神経センター精神保健研究所
司法精神医学研究部）

岡田幸之（国立精神・神経センター精神保健研究所
司法精神医学研究部）

菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所
司法精神医学研究部）

柑本美和（国立精神・神経センター精神保健研究所
司法精神医学研究部）

下津咲絵（国立精神・神経センター精神保健研究所
司法精神医学研究部）

高島 愛（中央大学大学院理工学研究科）

野口博文（国立精神・神経センター精神保健研究所
司法精神医学研究部）

松本俊彦（国立精神・神経センター精神保健研究所
司法精神医学研究部）

A. 研究目的

平成17年より施行される「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）附則第3条には、「政府は指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう水準を高めるよう努めなければならない」と規定され、さらに、附則第4条には、「同法施行後5年を経過した時点で、政府は法律の施行状況の把握、国会への報告、検討、および法制の整備等を実施しなければな

らない」と規定されていることから、医療観察法制度における専門的医療の向上と施行5年後の法の見直しに向けて問題点を的確に把握することは、今後の厚生労働行政にとって極めて重要な課題である。

一方、本制度は、対象者の審判から処遇終了に至るまで、裁判所、指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、都道府県・市町村、精神障害者社会復帰施設等の機関が重層的な関わりを持つことから、これらの課題を達成していくためには、多岐にわたる膨大な情報を、

一元的かつ効率的に管理しつつ、客観的、統合的に評価・分析していくことが求められる。さらに、対象者は、精神障害と重大な他害行為という2重のハンディキャップを併せ持っていることから、その個人情報の取り扱いには倫理・人権の両面から格段の配慮が求められる。

本研究は、医療観察法の成立に伴い新設された、唯一の公的機関である精神保健研究所司法精神医学研究部を中心に、医療観察制度に関わる種々の機関からの情報を統合的に収集管理し、専門的な見地からの評価と分析を加え、その結果を関係機関に定期的にフィードバックすることによって、専門的医療の向上を図ると同時に、5年後の制度改正の必要性を根拠づけるための客観的なデータを集積、提供することを目的とするものである。

B. 研究方法

図1に示すように、平成14年度から厚生労働科学研究で実施されてきた「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」（主任：松下正明）（以下、松下班）の成果と厚生労働省が提示している各種ガイドラインを踏まえながら、本研究で開発したデータベース・システムを用いて、専門的医療の向上と運用状況の分析に必要な諸変数を各地の指定医療機関から収集する。これらの変数は定期的に司法精神医学研究部で分析され、制度上の問題点や具体的な改善計画が示される。これらは、精神医学、法学等の専門家によって構成される外部評価班での評価を経た上で、関係機関や関係省庁に定期的に報告される。

本研究は、「個人情報の保護に関する法律」、「疫学研究に関する倫理指針」及び「疫学研究に関する倫理指針の施行等について」を遵守し、所属研究機関の倫理委員会の審査・承認を得る。原則的に、調査の対象者にはインフォームド・コンセントを実施し、研究の目的を明確に伝えるとともに、研究によって対象者の処遇に不利益を生じさせないよう配慮する旨を伝える。ま

た、対象者のほとんどが心神喪失等の状態で入院していることから、調査に対する同意能力自体もその都度確認していく。特に対象者の個人情報保護のためには、対象者の匿名性の確保に努め、事件内容等の情報から対象者が特定されないことがないようにし、得られた個人情報は、所属研究機関のLANと独立したサーバーに保管し、アクセス自体も厳重に管理するものとする。

C. 研究結果

1. データ入力の方法の概略

図2に、データ入力の方法の概略を示した。

まず、厚生労働省及び精神保健研究所が作成する「入院時基本情報管理シート」、「新病棟治療評価会議シート」、「新病棟運営会議シート」、「入院継続情報シート」、「退院前情報管理シート」につき、コンピュータ画面上で入力できる「各種シート入力用ソフト」を開発する。(①)次に、このソフトを各医療機関に配布し、各医療機関は、コンピュータ画面上で情報入力や印刷を行う。ここで入力されたデータは、各医療機関のソフトウェア内に蓄積される。

(②)これら蓄積されたデータのうち必要な情報のみを、一定期間ごとに、「個人情報の保護に関する法律」等を遵守し、ID番号管理による匿名化、暗号化を行った上で、書留等により精神保健研究所へ郵送してもらう。(③)こうして精神保健研究所に集められた各医療機関のデータは、ネットワークから独立し、外部からはアクセスすることができないサーバに取り込まれ、その中にあるデータベースに統合される。これにより、平均入院期間、平均通院期間、再発率、再犯率、再入院回数、更には、これらの疾病別比率や、治療内容と予後の相関などのアウトカムが計算及び解析されることとなる。

(④)このようにして得られたアウトカムは、専門的見地にたった考察を加えた上で、関係機関や関係省庁に情報提供されると共に、国民に対する情報開示にも活用される。(⑤)特に、厚生労働省による、法に定められた5年後の法