

定なら、初回外泊はホテルで、その次の外泊で自宅外泊など段階を踏んだ計画がたてられる。また、初回外泊が初回の対象行為地に行くことになる場合は、精神状態が不安定になることも予測されるのでその考慮も必要である。

ケース⑪（調整官参加）：病的体験、対象行為について否認していたが、入院6ヶ月が経過して、妄想体験について言語化しはじめた。どこまで理解できるか不明であるが、疾患教育など行なっているところである。有名な事件であり、退院先の選定が困難と予想される。家族は実名報道されなかったので、何とか本人に支援していけるが、同居はできない。

<伝えたこと>病的体験を語り始めたことは、医療者との関係構築され始めてきているのではないか。対象者の思考の固さが少し取れてきているのは、今までの治療効果と考えられる。退院地の調整が困難なことが予測されるので、入院中の疾病教育などの治療的な介入と平行して、退院地の調整を進めていくことが必要である。

ケース⑫：幻聴に支配されて職員への暴力がみられた。入院から幻聴の大きさに波はあるが、幻聴は持続している。入院して薬も飲んでのに幻聴がよくなると医療者への不信感がある様子。

<感じたこと>本人が期待している治療効果が得られないために、本人の医療不信やストレスが大きくなっている。本人が医療に期待することは治療意欲に結びつけることが可能ではないか。では、本人は何を入院治療に期待しているのか。薬物治療で「幻聴がなくなる」ことが困難である場合は、幻聴とうまく付き合っていくことへの介入をしていく。対象者がどのように困っているのか、まずは対

象者の話をじっくり聞いて、対象者のよき理解者の立場になることから始められないだろうか。そして、医療者としての立場から症状の変化についてアセスメントしていく。幻聴の変化についてモニタリング表でチェック、幻聴以外にも幻聴に影響しそうな日常生活での出来事についてセルフモニタリングしてもらい、振り返りを行なう中で幻聴の変化のパターンが見えてこないだろうか。医療者への不信がある中、対象者を支え、理解することからはじめられないだろうか。

ケース⑬（入院前MDT）：担当MDTで入院対象者の情報を共有し、責任観察レベルや私物管理のレベルについて決定、入院後のMDTを行なう日程などのスケジュールを立てる。支援システムへの記載内容を1枚のエクセルシートにまとめて情報がわかりやすくしてある。

ケース⑭（暴力行為後のMDT）：夜勤にかかる時間であったが、そのMDTに看護師が参加できていなかったことは非常に残念であった。対象者の状態が通常と比較して変化していることに、多くの看護師は気づけていたのだから、その対処方法を対象者と共有していけるかわりができるとよい。またCVPPP後の対象者へのデブリーフィングが行なえていたか気になる。デブリーフィングが充分でないとCVPPPが制裁であったと捉えられてしまい、治療的な意味合いが薄れてしまい、治療関係が後退してしまう恐れがある。

【プログラム参加】

参加したプログラム

朝の集い（各ゾーン）、SST、園芸、Yes-No（脳）プログラム（医療観察法のしくみ、脳のしくみ）、見えない声の正体（まとめ）、なかゆくい、リラクゼーション（?）、クラフ

ト、ゾーンミーティング（洗面具を持ちたいという希望）、全体ミーティング、

↓

コメディカルの数も多く、対象者の個別に合わせて充実したプログラムが展開されている。SSTやYes-Noプログラム、見えない声の正体など、日常生活に般化していけるプログラムへの看護師の参加が少なく、日常生活への般化が難しい。精神・神経センター病院では担当看護師が中心となって行なっている日常生活上でおきた問題の振り返りや対処方法についての話し合いなどコメディカルが中心となって扱っていることも、般化を難しくさせているのではないかと。

【治療評価会議】

担当看護師がまとめた1週間のサマリーがあり、看護チーム代表の看護師が発表、それに対するコメントと話し合われたことを記載していく。

事前に担当MDTのサマリーが記載されていて、その内容を治療評価会議で検討して承認などするため、1週間の治療評価会議の記録が担当MDTと治療評価会議の2つ残っている。B病院は、その場で治療評価会議画面に入力するので、1週間につき1つの記録である。

【同伴散歩中の無断離院訓練】

職員の配置交代の際には、病棟単位での訓練を行なっている。できるだけ多くの職員が参加できるように、同じ内容を2日連続行なっている。また、病院全体の無断離院時の訓練を行なっている。

【病棟構造】

ゾーン（ユニット）で施錠して行動範囲を区切る。急性期ゾーンの人が回復期ゾーンに行くときは、声をかける。ゾーンで生活エリ

アを区切ることの意味合いは、対象者のモチベーションにつながるのか。ゾーン毎で施錠している理由は聞かなかった。危険物の扱いなどゾーンにより変化がないなら、ゾーンごとの施錠は必要ないかもしれない。

【その他：危険物の取り扱い】

施設文化の影響もあるのだが、私物や危険物取り扱いの違いがみられた

	B病院	C病院
はし	入院直後のアセスメント時期はスプーンを使用	入院時から使用
カミソリ	SS預かりで使用時貸出。使用場所となる浴室が自室内ということもあるが使用後に返却。（使用中の付添いなし）	SS預かり。使用時も付添い。
ボールペン	治療ステージにより自己管理可	危険物扱いでSS預かり。使用時に貸出し。
煙草、小遣い	職員管理が数名	職員管理なし

対象者の病状によって個別の対応が必要ではあるが、施設が違ってもある程度は統一していたほうが、対象者自身が転院の際など混乱しないだろう。

ii. ピアレビュー全体をまとめて

【現状：できていること】

1. 対象者の全体像の把握や情報分析は、MDTで効果的に行なえている。
2. 提供しているプログラムは個性もあり効果的である。
3. 毎日の業務分担が細かくされていて対象者にかかわる内容が明確である。

【今後、期待すること】

1. プログラムをどのように般化していくかの検討
2. 病識・内省を深める介入の強化
3. 入院時から退院後の生活まで含めたかわりの実践
4. 家族への支援

【今後、期待することへの対応案】

プログラムを日常生活に般化していくためには、看護師が対象者の取り組んでいる治療課題を把握していないとならないし、看護師がプログラムで取り組んでいる内容、対処方法を把握していないとならない。

看護師一人ひとりの頑張りも必要だが、般化できるための体制作りも必要である。毎日の業務分担をゾーン担当にモジュール方式を加味してはどうか。ゾーン担当では、個別のかかわりが薄くなるのではないか。

<C病院での体制>

- ①看護体制はモジュール型プライマリー制。
勤務のたびに、担当MDTのプライマリーNs（以下PNs）もしくはアソシエートNs（以下ANs）が対象者の担当になってかわる。PNs、ANsが勤務していない場合は、同じモジュールの看護師が担当になる。
利点：対象者の状態把握が詳細になる。不安定になる細かいサインが把握されやすい。いろいろな介入方法を試しやすい。行動化前に効果的な介入ができる。行動化しなかったことで自尊心が高まる。信頼関係が構築されやすい。信頼関係が行動化の抑止力となる（担当Nsに迷惑をかけたくない・担当との約束を守るなど）。
欠点：問題行動が続く対象者の担当Nsは辛くなってしまふ→日々の担当につかないで距離をとることもある。担当との関係が上手いかわらないときもある→関係が上手い

かないのはなぜか、本人の治療課題としていく。

- ②対象者にどのような看護を提供するか、モジュールカンファレンスをできるだけ毎日行う。治療課題に沿った日常生活レベルで取り組んでいる課題（不安定さのサインへの対処など）について、情報共有をする。また、担当MDTで気がつかない状態変化などの情報共有をしたり、効果的な介入方法について検討する。
- ③プログラムにプログラム毎の担当Nsが参加する。復習や宿題についてPNsやANsに情報提供をして、プログラム参加のサポートをしていく。また、日常生活場面で般化できそうな場面があると、そのヒントの声かけやロールプレイなどきっかけづくりをして、プログラムを般化していく方法を支援していく。

- ④その他：問題行動の後の対応がやや不明？
（問題行動に対して病棟としてどのように対応していくか、対象者個人にどのように対応していくかある程度の方向性があるといいのではないか）

↓

C病院の観察法病棟では、原則として、入院治療中とはいえ、暴力行為は絶対に許される行為ではない。退院後の社会で生活していく中でも同様である。暴力行為があれば、地元警察（生活安全課）に通報する。

治療方針同様に処遇などに対しては、原則として、担当MDTが対応を検討していく。担当MDTで対応していくことが困難な場合（処遇に関して検討する際にパワーゲームに陥る、担当MDTに被害感を抱き治療関係が構築されにくいなど）は、治療評価会議をその決定の場としている。担当MDTが自分たちの責

任で自信をもって方針を決められるようになる」といい。

a. 病識や内省を深める介入の強化

入院時の対象者は、病識や内省を持たず、否定や否認をすることも多い。そのような中、入院時から治療的な枠組みの中で介入していかないと、病識も内省も深まらない。コメディカルが個別で面接など介入を行なっているが、その個別介入のほかには病棟全体で一定の枠組みがあると対象者にも職員にもよいと思う。

C病院では、全ての対象者に入院直後から看護師が服薬心理教育（ステップ1～3）を行なっている。参加拒否する対象者の場合は開始時期を遅らせることもあるが、そのうち、入院時期に近い他の対象者が参加しているのをみて、参加意思をみせてきたりもする。納得がいかない中での参加であっても、「自分は病気ではないけど、似たような体験をしたことがある」→「自分は病気ではないけど、その体験をおさえるために薬を飲んでいる」など、参加する中での病気や自分に起きている体験（症状）の捉え方の変化を大切にしている。

病棟でのプログラムとして、ステップの後には、心理が中心となつて行なうCBT入門という認知行動療法の入門プログラムがあり、そこで幻覚妄想などとの付き合い方の実践について学習していく。

コメディカルが行なっている個別のかかわりの他に、できたら全入院対象者に行なう規定のプログラムを作る。プログラムを作成することが大変なら、他の施設で使っているプログラムと同じことをやってみる。

病識も内省も介入しないと深まらない。否認していることに触れて、状態が揺らぐ

ことは予測される揺れなので、そこは必要な治療の一環として、しっかりと対応していきましょう。入院中に不安定になる中で、医療者のサポートで対象者自身がその対処方法を習得していけることが、退院後の対象者がよりよく生活していけることの手助けとなるし、それが医療観察法の入院医療に期待されていることだと思う。

1. 退院後の生活まで含めたかかわりの実践

O県は関東近辺と比較して施設などの地域資源が限られている。そういう現状の中で、退院地の調整に早期から介入しておくことは必須といえる。社会復帰ステージに移行してから退院地の調整を始めるのではなく、入院時から確認しながら、治療ステージ移行時や定期的な面接を行なう中で、入院時から本人に確認してそのイメージは実現可能かどうかを検討していく必要がある。入院治療の目標のひとつに早期の社会復帰の実現があげられている。具体的でなくてもいいので、本人が抱く退院後の生活を確認し、退院へのモチベーションを維持していく。

担当MDTの誰（どの職種）が、どのような介入をしていくか具体的な役割分担をして、意識して入院時から想定されている問題への早期の介入を行っていく。医療観察法病棟から訪問看護の実施し、C病院では退院後6ヶ月程度までを目安に地域からの要請があれば地域ケア会議に参加している。

b. 家族への支援

対象者の家族は、加害者である対象者の家族であるとともに、被害者の家族である場合も少なくない。対象行為自体、家族のありかたを大きく揺るがす出来事だったと予測される。家族は、対象者の変化に気が

つきながらも、過去に暴力を受けていたりした背景などから、介入ができずにいたことに自責的になったり、対象行為の地域住民からの反応の大きさに精神的に不安定になったり、地域で生活しづらくなっている場合もある。家族はつらく複雑な立場でありながら、対象者との何らかの関係は退院後も続いていくため、家族と対象者との付き合い方について治療的な意味で介入していくことは、対象者の退院後の生活に良い影響となる。

まずは、面会に来た家族に対して、対象者に会いにきてくれたことに敬意を示す。家族の理解者の立場から、対象行為によって家族の生活が変化すると予測されること、現在の生活についてなど、家族の状況を聞く。面会などを利用して、家族と医療者と話をする時間を意識してもち、家族支援も行っていく。→家族面接や家族への疾患教育などにつなげていく。

【ピアレビューのおわりに】

医療観察法における医療は、日本の精神医療を変えていくきっかけになっていきます。今、精神科の教科書に新しく追加されるような医療にかかわっている自分たち病棟チームに（適度な）自信と誇りを持ってください。

自分たちは、今までの精神科医療とは違う新しい医療を展開しているのです。今までの方法にとらわれないで私たちもチャレンジして、変化していきましょう。対象者さんたちは、病気が原因でうまくいかないことも多いですが、対象者さんの力を信じてみてください。たまには、「信じていたのに残念…」ということがあってもいいと思います。

対象者さんに寄り添いながら、対象者さんができる具体的な方法を、対象者さんと一緒に考えていってください。私たちが変わること、対象者さんたちも変わっていきます。

考 察

医療観察法が平成17年7月に施行されて、入院処遇も3年が過ぎた段階で、施設間の差異がみられている。地域や施設の特異性を反映して「多様性」として評価できる場所もあるが、医療の透明性や標準化という意味では問題を残すと云わざるを得ない。

また医療観察法医療は強い拘束力を持つ治療であることは論を待たないし、社会復帰の促進という観点よりも、高いレベルで共通した医療を提供し、入院期間を短縮する努力は絶えず意識づけなければならない。その時にピアレビューという介入の方法論は成功しているといえる。今回は2施設でのピアレビューの実際を報告しているが、ピアレビューの方法論にも工夫が必要である。

第1には今回の入院期間調査のように共通の施設を比較するデータが必要である。今回は入院期間に関して「短縮できるのでは」という仮説で臨んだために入院期間の推計を前提に実施された。これ以外にも治療や処遇の在り方、多職種チーム医療の在り方などを事前調査して臨むことが考えられる。

第2にピアである特徴は、上からの審査でなく共通基盤での意見の交流の中から、問題点や改善点を紡ぎ出す作業である。厚生労働省の監査も指定入院医療の全施設になされており、細かな点にわたって指示を出されるが、これは指示事項であり、ともに作り出し工夫するものではない。ピアレビューが成功するためには受け手の施設が胸襟を広げて、情報や問題点を共有することが前提である。受け入れ施設の協力なしには出向いて様々な臨床場面に参加して、初めてピアレビューとしての役割を果たすことができる。今回は初回であったためにピアレビューの受け入れに積極的な施設と、そうではない施設に分かれていた。高いレベルの医療を共通して作り上げている気概の共有が必要である。

第3に多職種によるピアレビューの有効性である。今回のピアレビューは医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士が参加して行った。ここに掲載した2病院は医師と看護師による報告書をもとにしている。医療観察法の医療が多職種で実施されており、ピアレビューもこの観点より実施されることが有効である。

第4に参加したピアレビューにとっても他施設の医療を深く知る機会となり、自らの医療を振り返る契機となる。このために先行施設のみがピアレビューになるのではなく、さまざまなパターンが検討されるべきである。後発施設からも新しい視点から見直す意味でも参加することを期待したいし、通院施設や地域精神保健福祉の現場より、また通院医療施設や鑑定医療施設の多職種メンバー、社会復帰調整官のピアレビューも今後の課題である。

E. 結論

今回のピアレビューを契機として退院促進が多少進んだ印象を有するが、ピアレビュー後のフォローアップによるピアレビューの評価が必要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

研究2. 入院対象者の精神科併存症に関する予備的研究

執筆担当研究者（分担研究者）：来住由樹 岡山県精神科医療センター

研究協力者：

川畑 俊貴（京都府立洛南病院）

吉岡 眞吾（国立病院機構東尾張病院）

森 裕（大阪府立精神医療センター）

村田 昌彦（国立病院機構北陸病院）

安藤久美子（国立精神神経センター）

竹中 央（岡山県精神科医療センター）

研究要旨

入院対象者の主診断と精神科併存症についての検討を、一つのパイロット施設でおこなった。精神遅滞（8/56=14%）、広汎性発達障害（5/56=9%）、物質関連障害（全体で16/56=29%、統合失調症で14/48=29%）の併存率は高く、統合失調症に伴う認知機能低下が重度である事例（9/48=19%）も多く、これらに対応できる治療構造と治療プログラムの準備が不可欠であると考えられた。一方で人格障害の診断は少なく、責任能力が認められる運用がきちんとなされていると推察された。

広汎性発達障害の診断は、まだ鑑定や日常臨床において十分な共有がなされておらず、その結果として、審判時に統合失調症であり、入院後に広汎性発達障害と診断される事例が散見された。また広汎性発達障害の診断での審判では却下となる事例がみられる一方で、入院決定を受ける事例もあり、審判の均霑化が必要と考えられた。なお基盤障害として広汎性発達障害を含む発達障害を診断することは治療構造を発達障害モデルで構成するために不可欠であり、併存診断は対象者に適正で濃厚な医療を提供し社会復帰を促進するために重要であると考えられた。

A. 研究目的

平成17年7月15日に医療観察法が施行され、4年目を迎えており、平成20年8月30日の時点で、当初審判での入院決定数が650件であり、184件の退院許可が行われ通院へと移行している。また退院と同時に処遇終了となったものもある。また入院決定件数は、都道府県毎で人口10万人に対して1.5人~0.15人と、10倍の開きがあり審判の均霑化の必要性が明確となっている。【図1】

また指定入院医療施設は、平成21年3月31日現在で、全国13カ所の国立・国立病院機構と3カ所の自治体立病院で437床の病床があるが、病床数は審判で決定させる入院者数には

及ばず、平成20年8月1日の省令以来は、鑑定入院先等で指定入院医療機関と協議を行い治療しつつ特定病床で待機することが続いている。

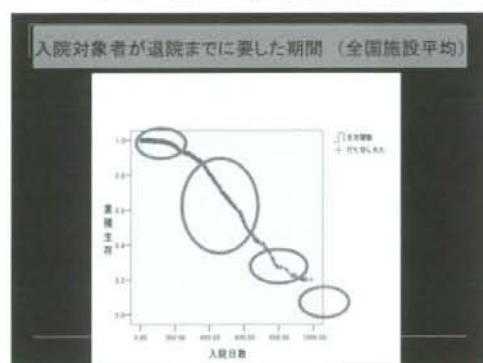
また指定入院医療機関における入院期間は、先行10病院（平成20年7月15日で1年6ヶ月をこえて運用している病院）のデータでは、入院期間が1年以下の短期群、1~2年の中核群、2~3年の長期群、3年超える退院困難群の4群に層別化される。【図2】

今後の指定入院医療機関での治療指針を治療内容の均霑化を行いつつ作成する上で、入院対象者の主診断と併存症とを把握することは不可欠であり、一つのパイロット施設を対象に、これについて検討をおこなった。

図1：都道府県別入院決定数(単位人口あたり)



図2：退院までに要した期間



B. 研究方法

指定入院医療機関から一施設をパイロット施設として選び、平成20年8月30日までに入院した全数56件について、主診断と併存症とについて調査した。併存症としては、精神遅滞、広汎性発達障害、物質関連障害、人格障害を取り上げ、その合併率を検討した。診断基準はICD-10を用い、特に精神遅滞はIQ70以下あるいは生育史を検討し20才までの日常生活能力や社会機能等から診断した。また物質関連障害は、入院者にスクリーニングで行われている、CAGE、DAST、AUDITを用いて物質関連問題の有無を評価した。

なお統合失調症についての認知機能低下の重症群(一般的な認知行動療法アプローチが困難であることが想定される群)について、

PANSSにおける陰性尺度の「疎通性障害」、「抽象思考の障害」、「常同思考」の3項目を評定し合計点数が、15以上(やや重度～最重度)であるものを、認知機能低下重症群として抽出した。

また特に広汎性発達障害について、審判で入院、不処遇、却下となった事例について事例検討した。なお入院事例は①審判時の診断が統合失調症であり、広汎性発達障害の診断の併存が明らかになったもの、②審判時の診断が統合失調症であり、入院後、その他の非器質性精神病性障害(ICD-10F28)に診断変更し、また広汎性発達障害の併存が明らかになったもの、③審判時の診断が統合失調症であり、入院後に広汎性発達障害のみへの診断変更となったものに類型し検討した。

(倫理面への配慮)

研究目的の治療はおこなわず、日常の臨床を、統計的解析と事例検討により考察した。また個別事例は、事例が特定できないように、内容を一部改変し、プライバシーの保護に配慮した。なお主任研究者の所属する岡山県精神科医療センター倫理委員会にて承認を得た。

C. 研究結果

(1) 主診断と併存症

主診断は統合失調症が48例(86%)、器質性精神障害が2例(3.5%)、双極性気分障害が2例(3.5%)、広汎性発達障害2例(3.5%)、アルコール幻覚症が1例(1.8%)であった。そして精神遅滞の併存が、統合失調症で7例(16%)、広汎性発達障害で3例(33%)であり、その他の疾患では併存がなかった。なお統合失調症で認知機能低下重症群は9例(19%)であった。【図3】

図3：主診断と精神遅滞および認知機能の低下の併存率

診断1: 発達障害の併存
 56事例のうちPDD併存ないしPDD pure が5事例(鑑定時診断は全て統合失調症)
 MRは10/56=18%。解体による認知機能低下を含めると20/56=36%
 MRとPDDとを合わせた発達障害の併存は12/56=21%。

	Normal IQ	解体に伴う認知機能の重度の低下	MR		
			Mild	Moderate	Severe
			Sc	28	9
Sc+PDD	1		1	1	
PDD	1		1		
双極性	2				
器質性精神障害+高次脳機能障害	1				
器質性・認知症	1				
Alc幻覚症・覚醒剤関連性精神病性障害	1				

発達障害の併存は、広汎性発達障害の併存ないし単独例は、5/56=9%、精神遅滞の合併は、10/56=18%であり、精神遅滞と広汎性発達障害とを合わせた発達障害の併存は、12/56=21%あった。よって発達障害を基盤障害とした事例の治療技術は重要であると考えた。

また何らかの認知機能の低下を呈する者が、統合失調症による認知機能低下が、10/56=19%、発達障害の併存が12/56=21%、器質的な変化による低下は2/56=4%であり、24/56=43%で認知機能が低下していた。

さらに物質関連障害の併存は、全体で16/56=29%、統合失調症事例で14/48=29%であり、物質関連障害の治療プログラムの開発と施行は不可欠と考えられた。なおパーソナリティ障害は1/56=2%と必ずしも多くはなかった(図2・3・4)。今後は1病院でのパイロットスタディから、すべての機関での研究に拡大する必要がある。【図4】【図5】

図4：主診断と物質関連障害・パーソナリティ障害との関係

診断2: 物質関連障害とPDの併存
 物質関連障害が16/56=29%、personality障害が1/56=2%

	総数	併存: 物質関連障害				併存: Personality Disorder		
		Alc	MAJ	有機溶剤	多剤	7729-A	7729-B	7729-C
Sc	45	9	3	1	1			
Sc+PDD	3			1				
PDD	2							
双極性	2							
器質性精神障害+高次脳機能障害	1							
器質性・認知症	1							
Alc幻覚症・覚醒剤関連性精神病性障害	1	1	1	1			1	

図5：併存症まとめ

診断3: 併存症まとめ

発達障害	PDD		5
	MR	Mild	7
		Moderate	1
		Severe	0
発達障害 小計			12-21%
ScによるIQ低下			10-19%
器質性変化によるIQ低下			2-4%
Personality Disorder	7729-A		0
	7729-B		1
	7729-C		0
物質関連障害	Alc	17-30%	10
	覚醒剤		4
	有機溶剤		2
	多剤		1

(2) 広汎性発達障害の事例検討

①入院事例(審判時診断が統合失調症で、広汎性発達障害の診断の併存が治療中に明らかになったもの)

30才代 女性

生育歴で明らかな広汎性発達障害の特性を有するが診断される事なく大学を卒業した。中学生のころにチック症状、強迫症状(不潔恐怖)があったが自然軽快した。中高校通じていじめが続いていた。20才ころから臭覚・聴覚過敏、両親に対する被害念慮が生じ、暴言暴力が出現した。大学を中退し自宅療養し、精神科に入通院している。

30才のころから「神と繋がっている」、「奇跡と迫害もされている」など明らかに奇妙な妄想に強く影響された生活となった。数

年の引きこもりののち、妄想気分と幻聴に強く影響され第三者への刃物での傷害をおこした。医療観察法入院決定をうける。

入院後に基盤障害に広汎性発達障害を有することを診断し、認知機能に則した混乱の整理や治療プログラムを準備した。家族にも基盤障害についても理解を促し、混乱を最小化する生活の枠組みが不可欠であることを共有した。

(コメント) 併存症診断は、対象者の行動を人格の問題でなく、発達障害問題であり支援が必要であることを、家族と社会復帰調整官、医療者が共有することで、治療関係が安定した。また特性に配慮した言葉かけや病院環境(生活スケジュール)を準備し、混乱が最小化することにより、統合失調症の症状もある程度安定した。

②入院事例(審判時診断が統合失調症で、入院後、その他の非器質性精神病性障害(ICD-10F28)に診断変更し、また広汎性発達障害の併存が明らかになったもの)

20才代 男性

生育歴で明らかな広汎性発達障害の特性を有するが診断される事なく大学を卒業した。中学生のころに自己臭妄想体験、高校生で関係妄想を有した。大学時代に集団活動の時に解離性失神をおこし、その頃から食事が食べられない、入浴できないなど、思考途絶、行動制止などカタトニア症状が生じ統合失調症と診断された。

大学卒業後営業職につくが、無遅刻無欠勤であるが対人関係のトラブルが続き半年程度で退職となった。その後大学時代から生じていた心理的退行と家族支配と強迫性増強のなかで、家族内での口論から自宅に放火した。医療観察法入院決定をうける。

入院後精査し診断変更し、広汎性発達障害とその他の非器質性精神病性障害と診断し、

対象行為は、むしろ広汎性発達障害に伴う適応不全状態と判断し、同障害の疾病理解と受容を進め、自己肯定感情を取り戻す支援を行い、混乱を最小化する環境調整を行い、退行を予防し、発達促進と自律に向けた日常生活計画をたて一人暮らしの準備をして退院とした。

(コメント) 治療の課題を精神症状だけでなく、広汎性発達障害にともなう混乱と心理的退行であると判断し、発達促進と自律を課題として治療構造を組み立てることで、精神病症状自体も緩和し、治療コンプライアンスも強化された。

③入院事例(審判時診断が統合失調症で、入院後、広汎性発達障害のみへ診断変更となったもの)

30才代 女性

精神遅滞があるが指摘されることなく普通学級に在籍し中学校卒業。いじめられ体験が小学生からあり。中学卒業後就労するが、いじめ、ランチ等をうけ、職を転々とする。自殺企図あり。20才の頃から関係念慮と要素性幻聴が時にあり。20才の頃初診し統合失調症と診断され入院する。

男女関係から混乱し、また就労先でいじめられ、タイムスリップと推測される幻聴様体験をし、自宅に放火した。医療観察法入院決定をうける。

入院後精査し診断変更し、広汎性発達障害と精神遅滞にともなう適応不全状態と判断し、同障害の疾病理解と受容を進め、自己肯定感情を取り戻す支援を行い、混乱を最小化する環境調整を行い、地元の知的障害者施設へと退院した。

(コメント) 医療観察法の医療の課題と言うよりは一般精神科医療の課題が如実に表れていた。医療観察法でなくとも治療の組み立ては可能であるが、被害念慮などの二次障害

を伴う広汎性発達障害の治療についての方法論がまだ十分に精神科医療機関で共有されていないため治療が停滞し、医療観察法医療に治療が持ち込まれていた。

責任能力の問題から却下への誘導とともに、その後の精神科医療での十分な介入はなされる保障とがなされることが今後の課題であると考えられた。

④入院事例（審判時診断が精神遅滞）

20才代 男性

養護学校高等部を卒業し通所型授産施設に通っていたころは安定していたが、残業等予定変更が続く職場で混乱し退職。以降自宅での暴言や破壊行為が目立つようになった。

こだわり・強迫症状が強まり、家族への暴力等により精神科入院を繰り返していた。しかしタイムアウトのみの入院で生活の構造化等が整備されず、症状は強まっていった。

予定通りでない食事の時間、きちんと整えていた自室の新聞が捨てられていたことに混乱し、近隣の家屋に放火した。医療観察法入院決定をうける。

入院後精査し診断変更し、広汎性発達障害の併存があり、対象行為は、むしろ広汎性発達障害に伴う適応不全状態と判断した。生活の構造化、コミュニケーション方法の工夫等により、急速に落ち着いた。

（コメント）医療観察法の医療の課題と言うよりは一般精神科医療の課題が如実に表れていた。医療観察法でなくとも治療の組み立ては可能であるが、地域での困難事例として医療観察法対象と審判されていた。

一般精神科医療における発達障害理解の充実が望まれる。

⑤却下事例（審判時診断が広汎性発達障害）

30才代 男性

児童へのわいせつ行為のため逮捕され、起

訴前本鑑定で統合失調症と診断され、医療観察法鑑定入院となった。

義務教育年齢からファンタジーに没入し、特に負荷がかかった場面で強まる傾向にあった。空想の内容は客観的に実現可能な範疇ではないが、対象者の強い興味を反映した内容であった。

対象者は、職場で対人関係によるストレスを感じていた。またいじめられもあり、ゲームの世界や婚約者のファンタジーへの没入を強めていた。退職後、知人のアパートで暮らすようになってからもそのファンタジーは続いていたが、職場での出来事を、まるで目の前で再現されるような想起（タイムスリップ）を繰り返していた。

焦燥が募り、性的衝動が高まり、短絡的に対象行為をおこしていた。自らの性嗜好を満たすための行為であり責任能力に問題はないと審判時には判断され、却下となり、その後起訴された。

（コメント）鑑定と審判において広汎性発達障害と統合失調症との鑑別はきわめて重要である。医療観察法鑑定においても責任能力の評価が必要で、それが審判に反映されるよう、カンファレンス形式の審判準備がなされることが全国的にも望まれる。

D. 考察

入院対象者の主診断と精神科併存症についての検討を、一つのパイロット施設でおこなった。精神遅滞（8/56=14%）、広汎性発達障害（5/56=9%）、物質関連障害（全体で16/56=29%、統合失調症で14/48=29%）の併存率は高く、統合失調症に伴う認知機能低下が重度である事例（9/48=19%）も多く、これらに対応できる治療構造と治療プログラムの準備が不可欠であると考えられた。一方で人格障害の診断は少なく、責任能力が認める運用がきちんとなされていると推察された。

これまで指定入院医療機関では治療プログラムについて、非薬物療法による治療の役割が強調され、特に認知行動療法モデルによるアプローチによる治療プログラムが開発されて来た。しかし発達障害を有する対象者の場合、まずは環境面の混乱を最小化し、特性に応じた目標設定と、一日の生活の構造化が必要とされるが、その点についての指定医療機関での共有が必要であると考えられた。

また認知機能が重度に低下した統合失調症を有する対象者には、現在準備できている疾病教育プログラム等は有効とは言えず、概念抽象化障害や常同思考等を有する対象者への治療プログラムの開発と標準化が必要と思われる。

物質関連障害の併存率は高く、自助グループによるプログラム他、物質関連障害治療プログラムの整備が急がれる。特に統合失調症者においても併存率は高く、その場合認知機能の問題から、標準型の物質関連障害プログラムでは断酒や断薬のための動機付け強化にならないことが経験されており、併存症としての物質関連障害への治療手段の開発と標準化が望まれる。

なお入院期間が長期となっている群では、併存症問題の解決が一つの鍵であると推察され、今後は全国データの把握と入院期間等との相関を解析する必要がある。

広汎性発達障害の場合、精神科併存症がない場合、基本的には裁判では責任能力を認定されると考えられ、むしろ審判時に責任能力について再度検討することが必要である。また精神科臨床の立場からは、広汎性発達障害の罹患率は高く、また広汎性発達障害を有する人の精神科依存症の罹患率は高いため、入院決定をうけた患者について、基盤障害として広汎性発達障害ほか発達障害の有無を評価することは必須と考えられる。

なお「審判時の診断が統合失調症であり、

入院後に広汎性発達障害のみへの診断変更となったもの」については、広汎性発達障害にともなう不適応状態の治療について医療観察法の枠組みでどこまで治療をおこなうかが課題となっており、入院継続時審判の課題となっている。

統合失調症が主診断である事例の治療においても、基盤障害にある発達障害の有無の評価と、それが存在する場合には発達障害に伴う認知特性の理解と、疾病特性に基づいた治療構造を準備することが治療を前進させるために効果を有していた。

また統合失調症の診断が当てはまらず、その他の非器質性精神病性障害（ICD-10F28）の診断に変更し、基盤障害に広汎性発達障害があるもの、広汎性発達障害が主診断で不適応状態となりフラッシュバック体験等が幻聴等の本態であり精神病状態（psychosis）にはないものは、特に広汎性発達障害の認知特性に基づいた治療と支援構造の導入が不可欠であった。また審判時診断が人格障害や精神遅滞であるときにも、入院後に精査すると基盤障害に広汎性発達障害が散見された。

医療観察法の治療においても、一般精神科臨床と同様に、広汎性発達障害の概念は有用であり、治療計画のうえで発達軸での評価は不可欠と考えられた。

E. 結論

入院対象者において、精神遅滞、広汎性発達障害、物質関連障害の併存率は高く、統合失調症に伴う認知機能低下が重度である事例も多く、これらに対応できる治療構造と治療プログラムの準備が不可欠である。

また広汎性発達障害の診断は、まだ鑑定や日常臨床において十分な共有がなされておらず、そのため鑑定、審判、治療に混乱を与えている。

審判の均霑化、指定医療機関の治療の均霑

化、不必要な長期入院を防ぎ社会復帰を促進するため併存症診断は重要であると考えられた。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究

平成 20 年度

分担研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 川副 泰成

国保旭中央病院

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究

分担研究者：川副 泰成 国保旭中央病院

研究協力者（*は分担研究者以外の報告書執筆担当者）：

赤須 知明（国保旭中央病院）	小高 晃（宮城県立精神医療センター）
浅野 誠（千葉県精神科医療センター）	佐賀大一郎（東京保護観察所八王子支部）
荒井 澄子（東京都南多摩保健所）	佐藤三四郎（東京福祉大学）
石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	鶴見 隆彦（横浜保護観察所）
伊藤順一郎（国立精神・神経センター精神保健研究所）	中嶋 正人（国立病院機構花巻病院）
伊藤 久雄（東京都立松沢病院）	野口 博文（国立精神・神経センター精神保健研究所）
岩成 秀夫（神奈川県立精神医療センター芹香病院）*	原澤 祐子（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
岩間 久行（神奈川県立精神医療センター芹香病院）	平林 直次（国立精神・神経センター武蔵病院）
遠藤 真美（さいたま保護観察所）	深谷 裕（国立精神・神経センター精神保健研究所）
上野 容子（東京家政大学）	三澤 孝夫（国立精神・神経センター武蔵病院）
岡江 晃（京都府立洛南病院）	美濃由紀子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
籠本 孝雄（大阪府立精神医療センター）	茂木 健一（神奈川県立精神医療センター芹香病院）
葛山 秀則（兵庫県立光風病院）	八木 深（国立病院機構東尾張病院）
香山 明美（宮城県立精神医療センター）	安井 弘美（大阪府立精神医療センター）
川畑 俊貴（京都府立洛南病院）	山本 哲裕（国立病院機構東尾張病院）
菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）	吉川 和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）
桑原 寛（神奈川県精神保健福祉センター）	分島 徹（東京都立松沢病院）

研究要旨

医療観察法の施行後3年以上が経過したが、通院処遇については施行当初は当初審判で通院処遇になった対象者（直接通院）が多かったものの、その後は入院処遇から通院処遇に移行した対象者（移行通院）が増加し、処遇終了に至った対象者も増えてきた。本研究は現に通院処遇を行っている各関係機関からのヒアリング等に基づいてその後の実情を把握した上で相互の連携のあり方について検討し、具体的には通院処遇において発生し得る個別の問題を解決するための方法論を明らかにしようとするものである。3ヵ年度の最終年度に当たる2008年度は、前年度までに続いて全国の保護観察所を対象として実施したアンケート調査の結果をまとめ、4つのテーマについて検討した。

まず「通院処遇の全国的な実施状況」については、「直接通院」に比較して「移行通院」が着実に増加し、両者の比率は51%対49%とほぼ半々になった。この変化を反映して、男性の増加、30歳台をピークとする一峰化、対象行為では殺人の増加、精神科主病名では統合失調症圏の増加などが見られた。関係機関の協力連携体制は積極的・ある程度積極的という評価が96%で、良好な状態であった。通院開始時の精神保健福祉法による入院は、直接通院43%、移行通

院12%だった。また通院処遇期間中の精神保健福祉法の入院は、現在入院中10%、過去に入院歴あり31%で、合せて41%に入院歴があった。

「通院処遇中の対象者の住居」では、同居56%、単身民間賃貸住宅19%、社会復帰施設17%、単身自家・社宅3%などの順であった。居住型社会復帰施設の利用については、対象者の特徴や地域の施設事情などによって様々であった。

「通院処遇中の対象者の身体合併症」では、他科受診が必要な身体合併症は19%の通院対象者に認められたが、その内訳は外来治療のみ15%、要入院3%、要入院・手術1%であった。

「処遇終了と関係機関の連携」では、対象者のうち処遇終了となった者は54名であり、処遇終了までの平均通院期間は19.4ヵ月だった。処遇終了の理由として通院処遇の目的達成68%のほか、死亡終了17%、対象外認定11%などがあるが、それらを除いても21.0ヵ月であった。通院終了後は、指定通院医療機関にそのまま通院73%、以前の医療機関7%、その他の医療機関18%、通院自体の終了2%であった。一般精神保健・医療・福祉への移行は91%で円滑であり、同様のケア体制を維持するように工夫されていた。

このほか、今年度は研究の集大成として小冊子「通院処遇ハンドブック」を作成し、初めて通院対象者を受け入れる関係者などの参考に供することにした。

A. 研究目的

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」または「法」という。）が2005年7月15日に施行された。医療観察法は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことにより、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」ものである（法1条）。

医療観察法の施行後7ヵ月の2006年2月時点では通院処遇の全例が当初審判で通院処遇になった対象者（直接通院）であり、しかも過半数が精神保健福祉法による入院となっていたと報告されていた¹⁾。その後は入院処遇から通院処遇に移行した対象者（移行通院）が増加しているが、通院処遇が終了した対象

者も出てきている。本研究は現に通院処遇を行っている関係機関からのヒアリング等に基づいてその後の実情を把握した上で、通院処遇における保護観察所、指定通院医療機関を始め、指定入院医療機関、他の医療機関、都道府県及び市町村、社会復帰施設、保健所、精神保健福祉センター等の連携のあり方について検討し、具体的には通院処遇において発生し得る個別の問題を解決するための方法論を明らかにすることを目的とする。

3ヵ年度の最終年度に当たる2008年度は、合計4回の分担研究会議を開催して研究課題に関する討論を行なうとともに、残された4つの研究課題に絞って資料を収集し、アンケート調査を実施し、さらに討論を加えた。即ち、「通院処遇の全国的な実施状況」、「通院処遇中の対象者の住居」、「通院処遇中の対象者の身体合併症」、「処遇終了と関係機関の連携」の4つである。なお、他の分担研究に加えて「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」との間でも適宜連携して研究を実施した。

本報告書では、研究方法に続いて以上の4つの課題毎に執筆担当者と分担研究者が研究結果、考察等を述べ、最後に結論等をまとめる。また、今年度は研究の集大成として小冊子「通院処遇ハンドブック」を作成し、初めて通院対象者を受け入れる関係者などの参考に供することにした。

参考文献

- 1) 岩成秀夫(2005), 触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究, 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(主任研究者:松下正明)平成17年度分担研究報告書。

B. 研究方法

1. 通院処遇アンケート調査

調査日を2008年12月1日に設定して、アンケート調査の形で「通院処遇の全国的な実施状況」、「通院処遇中の対象者の住居」、「通院処遇中の対象者の身体合併症」、「処遇終了と関係機関の連携」等に関する実態調査を行った。医療観察法の申立てから処遇の終了まで、一貫して関わり続けるのは保護観察所の社会復帰調整官であるので、昨年度と同様、法務省保護局の協力を得て全国の保護観察所に協力要請を行なって頂き、社会復帰調整官に回答して頂く方式とした。従って調査結果は、社会復帰調整官からみた通院処遇の実態という側面が反映される面があるので、解釈においてはその点への考慮が必要になる。なお、前2回の調査日が1月15日であったのに対し、今回は最終年度中の集計にかかる時間を考慮して12月1日に設定したため、約1ヵ月半早まっている。

全国の保護観察所(50ヵ所)とその支部(3ヵ所)の計53ヵ所に、依頼状のほか「医療観察

法通院対象者アンケート調査実施手順等について」(資料1)、「医療観察法通院対象者アンケート調査票A(平成20年度版)」(資料2)及び「医療観察法通院対象者アンケート調査票B(平成20年度版)」(資料3)を配布した。アンケート調査票A、Bともに個別対象者毎に1部回答し、返送して頂く方式をとった。集計分析は執筆担当者(研究協力者の*)が行ない、最終的には分担研究者の責任において行なった。

2. 通院処遇ハンドブックの作成

2006年度から3年間にわたり、本分担研究班では「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」との間で連携しながら通院処遇の現状、あり方、各種の課題、あるいは通院事例の検討を行ってきた。これらの検討結果をもとに、初心者にも理解しやすい平易な表現を心がけた「通院処遇ハンドブック」を作成し、関係機関の担当者の参考に供することにした。原稿は項目別に研究協力者で分担し、研究会議での検討を経て、最終的には分担研究者の責任で小冊子としてまとめた。A5版にして100頁足らずであり、多くの関係者に参考にして頂ければと考えている。

以下に、その内容を項目のみ紹介しておく。

通院処遇ハンドブック(目次)

第1章 地域社会における処遇の概要

1. 地域社会における処遇
2. 保護観察所(社会復帰調整官)
3. 生活環境調整と精神保健観察
4. ケア会議
5. 処遇実施計画

第2章 指定通院医療機関における医療

1. 通院医療と基本理念
 - (1) 通院医療の基本理念
 - (2) 多職種チームアプローチ

- (3) 指定通院医療機関
- 2. 通院医療開始前の準備
 - (1) 入院対象者への退院支援
 - (2) 移行通院と直接通院
 - (3) 個別治療計画の作成
- 3. 通院医療の開始（初診）
 - (1) 通院医療のオリエンテーション
 - (2) 個別治療計画書の説明と同意
 - (3) 対象者と多職種チームとの顔合わせ
- 4. 通院医療の進行
 - (1) 個別治療計画の実施－多職種チームの活動
 - (2) 定期的評価と見直し－多職種チーム会議
 - (3) ステージ分類
- 5. 通院医療の終了
- 6. 個別の医療サービス
 - (1) 外来診療
 - (2) 心理面接
 - (3) デイケア・ナイトケア
 - (4) 外来作業療法
 - (5) 訪問看護
 - (6) ソーシャルワーク
- 7. 通院医療におけるプログラム
 - (1) 疾病教育
 - (2) 認知行動療法
 - (3) 内省プログラム
 - (4) 生活機能回復プログラム
- 8. 緊急時の対応（指定通院医療機関）
 - (1) 対応の原則
 - (2) 緊急時の連絡・対応方法の説明

- (3) 精神保健福祉法による入院
 - (4) 通院処遇中の自殺
 - 9. 身体合併症への対応
 - 10. 通院医療における医療費
- ### 第3章 通院処遇における地域連携
- 1. 地域連携のあり方
 - 2. 地域における関係機関とその連携
 - (1) 行政機関の役割
 - (2) 個別の行政機関の役割
 - 3. 社会資源とその利用
 - (1) 居住系サービス
 - (2) 日中の支援
 - 4. 緊急時の対応（地域処遇）
 - (1) クライシスプラン
 - (2) 精神科救急システム
 - (3) 警察との連携
 - 5. 家族とその支援
 - 6. 地域社会での生活
 - 7. 情報管理と権利擁護
 - (1) 情報管理
 - (2) 権利擁護

（倫理面への配慮）

アンケート調査に際しては基本的に回答を選択式とし、調査項目から氏名、住所、生年月日が特定される可能性があるものは除外した。また、事例について研究班会議で言及する際には、研究班全体の方針に従い、個人情報保護の観点から同様に匿名化に十分な注意を払うこととした。

研究 I：通院処遇の全国的な実施状況

C. 研究結果

1. アンケート回収状況と集計結果

全国の保護観察所（50カ所）及びその支部（3カ所）、合計53カ所に調査票A、Bを配布し、通院係属者314人分の調査票Aと処遇終了者54人分の調査票Bを回収することができた。また、全国53カ所の保護観察所の内45ヶ所（約85%）から回答が得られた。法務省保護局の集計では2008年11月末日現在の通院係属者数は352件であり、精神保健観察最終結件数は97件でその内訳は表1の通りであった。アンケート調査票の回収率としては、調査票Aの通院係属者については約89%であった。また、調査票Bの処遇終了者については、今回のアンケート対象者が表1の中では期間満了（5人）、処遇終了（53人）、死亡（12人）の計70人に相当するので、回収率は約77%と推定された。

回答の得られた保護観察所別（支部を含む）の通院係属者数と処遇終了者数を図1に示す。

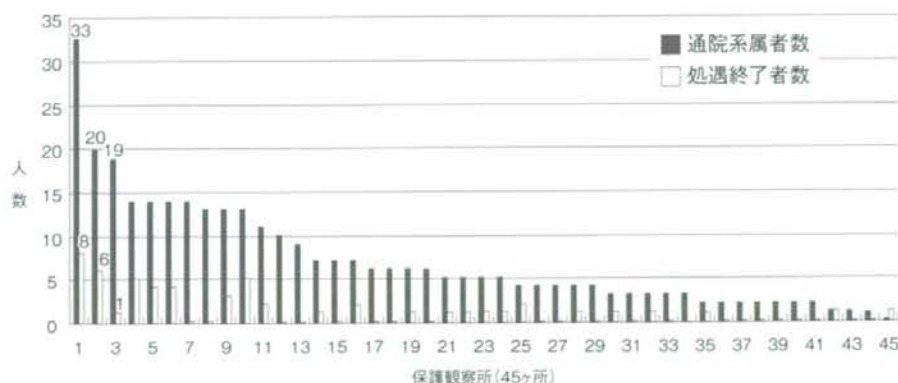
前2年間と同様、多くの対象者にかかわってきた保護観察所が数カ所ある一方、数名以下に留まるところも少なからず見られ、地域別のばらつきが大きいことが分る。概ね管轄地域の人口が反映されているが、人口密集地を抱えるところや地域の各種の事情が関与しているものと思われる。

今回の調査票Aの集計結果は、図A1～14-1-(6)、図B1～14、図C1～14、D1～9にまとめて示してある。図Aの系列は全体（計314人）の結果であり、当初審判で直接通院処遇になった「直接通院」群と、入院処遇から退院決定し通院処遇に移行した「移行通院」群を対比するために、図Bの系列を直接通院群（計159人）、図Cの系列を移行通院群（計153人）の結果とした。なお、2人については直接・移行通院の別が不明であった。また、図Dの系列は過去2年間を合わせた年次推移を示す図である。合計がそれぞれの図において314人、159人、153人に満たないのは、データの欠落のためである。

表1 精神保健観察最終結件数（平成20年11月末日現在）

最終結件数	期間満了	処遇終了	再入院	処遇決定取消	死亡	事件移送
97	5	53	4	2	12	21

図1 保護観察所別 通院係属者数・処遇終了者数



調査票 B の集計結果は、図 E1 ～ 8 に示してある。この系列は、処遇終了になった元通院対象者に関するものである。総数 54 人であるが、その数に満たない場合は、A と同様にデータに欠落がある場合である。

2. 通院処遇の概要

ここでは 1. 性別、2. 年齢、3. 対象行為の種類、4. 精神科主病名、5. 通院処遇の経緯、7. 通院医療サービスの利用状況、8. 通院対象者の全体的経過、10. ケア会議の開催状況、11. 障害福祉サービス等の利用状況、13. 地域関係機関の協力連携体制の項目について述べる。

まず性別についてであるが、調査時点で、直接通院では男性 102 人 (64%) 対女性 57 人 (36%)、移行通院では男性 118 人 (77%) 対女性 35 人 (23%) であり、全体では男性 221 人 (70%) に対し女性 93 人 (30%) となっていた (図 A1、B1、C1、D1)。直接通院の男女の割合は昨年度とはほぼ同じなので、移行通院が増加することで、男性の比率が徐々に増加していることが分る (図 D1)。

年齢分布については、移行通院は 30 代をピークに明らかな一峰性になっているのに対し、直接通院は 30 代に最大のピークがあるものの 50 代にもう 1 つのピークがあり二峰性の形をしている (図 A2、B2、C2、D2)。特に 40 代と 50 代は両者で逆の関係にあり、移行通院では 40 代が多く 50 代が少ないのに対し、直接通院では 40 代が少なく 50 代が多くなっている。その結果、全体の年齢分布は、一応 30 代をピークとする一峰性であるが、50 代にもわずかな隆起がみえる形となっている。3 年間の年次推移 (図 D2) でみると、2006 年度はまだ移行通院が少ないため、30 代と 50 代にピークのある二峰性の形を残しているが、2007、2008 年度になって移行通院が増加するとともに 20 代、40 代が増加して、現在の年齢分布になってきたことが見て取れる。

対象行為の種類別は、全体では軽度なものも含めると傷害が 97 件 (32%) と最多を占め、放火 94 件 (30%)、殺人・殺人未遂 84 件 (27%) の順であった (図 A3、B3、C3、D3)。これを直接通院と移行通院とで比較すると、多い順に直接通院では放火 60 件 (38%)、傷害 43 件 (27%)、殺人・殺人未遂 39 件 (25%) であり、移行通院では、傷害 52 件 (35%)、殺人・殺人未遂 45 件 (30%)、放火 34 件 (23%) であった。また移行通院は、殺人が 22 件 (15%) と多く、直接通院の 12 件 (8%) に比べ、比率で 2 倍近かった。移行通院は直接通院に比べ、放火が少ない代わりに傷害、殺人・殺人未遂等の直接的な他害行為の割合が高いのが特徴と言える。

精神科主病名に関しては、全体として統合失調症圏が 233 人 (72%) と最も多く、次いで気分障害が 41 人 (13%)、知的障害 18 人 (5%)、精神作用物質性障害が 16 人 (5%)、器質性精神障害が 8 人 (2%) の順であった (図 A4、B4、C4、D4)。統合失調症や知的障害が、この 3 年間で徐々に増加しているのに対し、器質性精神障害や精神作用物質性障害は少しずつ減少傾向にある。また、直接通院と移行通院の最も大きな違いは、統合失調症が移行通院で多く (直接 66%、移行 78%)、気分障害は直接通院に多いことである (直接 16%、移行 9%)。

通院処遇の経緯については、医療観察法施行から 3 年半近くが経過して、移行通院が着実に増加した結果、直接通院 159 人 (51%) と移行通院 153 人 (43%) の割合がほぼ半々となった (図 A5、D5)。移行通院の割合は、2006 年度 28%、2007 年度 40%、2008 年度 49% と確実に増加している。医療観察法施行から 2008 年 11 月 1 日までの当初審判における入院・通院決定数は、入院決定 715 人 (76.1%) 通院決定 224 人 (23.9%) となっているので (厚生労働省データ)、移行通院の割合は今後も増