

の場合の両方について質問をしたところ、医師、看護師、臨床心理士の職種は担当か否かに関係なくともに参加したことがあった。逆に作業療法士は担当か否かに関係なく参加したことがなかった。精神保健福祉士は担当のみ参加したことがあった。

(2) 各職種での事例検討 (表5参照)

現状では医師以外の職種では、各職種のみでの事例検討は行われていなかった。医師は事例検討を行っているが、インタビューの中で「でも医師同士だと話が広がらない。医師の得意な分野があるから。処方とか…」という発言が聞かれていた。

(3) 事例検討会の参加・不参加の理由 (表3参照)

参加理由については、【スーパーバイザーの助言】、【看護の心境の理解】、【対象者への関わりでの新たな発見】、【情報共有】、【行動変容の機会】、【困難感の軽減】、【事例への関心】、【個人的な呼びかけ】、【担当者であること】があげられた。不参加理由については、【仕事量の多さ】、【関心の低下】、【気力の低下】、【担当以外への関心のなさ】、事例検討会の開催時間の問題や<ケースカンファレンスとの違い>、看護師以外の職種は<参加しにくい>などの【運営方法の問題】が挙げられていた。

(4) 事例検討会の効果 (図6参照)

効果として一番多く挙げられていたのは【看護師の心境理解】であった。その他、【困難な事例の共有】、【視野の拡大】、【心理的負担の軽減】、【スーパーバイザーの存在】が効果的と感じている人が多かった。また、少数意見ではあるが看護の【不足している情報の補填】ができることや【多職種の位置づけの見直し】が効果的と感じているという意見もあった。

(5) 多職種事例検討会を継続して開催していくための方法 (図6参照)

課題としてあげられていたものは、<参加していない人をどう取り込むか>という点での【事例検討会の効果の伝達】、【多職種参加の必要性】や<看護職の話題が中心>であるため【多職種が参加しやすい方法の検討】など多職種の参加に関する課題も挙がっていた。その他、<カンファレンスとの違い>や<もっと事例について話す>ほうがいいといった【事例検討会の位置づけを提示】や【事例内容の充実】が挙げられていた。

しかし、<看護職の話題が中心>の事例検討会と感じている反面、多職種に事例を提供を依頼した場合は提供してもらえるかという質問を投げかけたところ、「出さないと。自分の性格上軽く作れないし。」という返答であった。その点からも<事例提供者の負担の軽減>や<安心感の確保>などの【安全の保障】も課題として挙げられていた。

(6) 困った場合の対処方法 (図7参照)

困った場合の対処方法に関しては、看護と看護以外の職種(以下、他職種)で大きな差が見られたので比較してみた。他職種では多職種チーム(以下、MDT)内外に限らず、相談する職種について【職種は関係ない】という結果だったが、看護についてはMDT以外に相談する場合は同じ看護職がほとんどだった。また、MDT内でも同じ看護職が第一選択としてあげられていた。

精神保健福祉士は、地域調整などで地域との連携を図っているため、社会復帰調整官を始めとした地域スタッフに相談しているのも特徴的だったが、いずれにしても職種を意識して相談しているわけではなかった。

D. 考察

1) 事例検討会の実際

事例提供の動機のうち、「治療意欲が低い、治

療導入の困難さ」「対人関係上の問題」「内省が深まらない」は医療観察法の医療の特徴としてあげられる介入である。

「治療意欲が低い、治療導入の困難さ」は、医療観察法における医療には、18ヶ月間という治療期間の目安とともに、各治療ステージにおける到達目標が設定されている。対象者ごとに個別の目標設定を行わなければならない部分もあるが、一般に、治療意欲が低く、治療導入が困難な対象者の場合は、実際には治療が少しずつ進んでいても、事例提供者が対象者の治療は進んでいないと感じることがあった。

事例検討会の中では、対象者がどう考えているのか聞いていくことや、対象者に医療者は現状に行き詰まりを感じていることを率直に伝えてみるなどが提案され、それを実行して見てみた場合の影響などについて話し合いが行われていた。

「対人関係上の問題」に関しては、入院治療の経過の中で、解決困難な場面に直面した対象者が、怒りや攻撃性などを露わにする、不適切な感情表出を行った場面が取り上げられていた。これらは、急性期治療ステージから回復期治療ステージの対象者にてであることが多かった。

事例検討会の中では、対象者が適切な感情表現を行えない背景の理解や、怒りや攻撃性の表出により医療者自身がどう感じるかを伝えてみるなどについて話し合いが行われていた。

医療観察法による医療では「内省が深まらない」対象者への関わりが特に重視されており、重大な他害行為を行ったについて対象者とじっくり話し合い、内省を深めていくための関わりを展開している。しかし、医療観察法以前は、このような関わりを私たち看護師はほとんど経験してこなかったため、当初はどのような関わりをしていけばいいのか手探り状態であった。「内省が深まらない」対象者への関わりについて

は、日々のカンファレンスでも話し合われることが多いが、事例検討会の中では、内省深化に向けた関わりの方針についての話し合いも交えながら、対象者個別の関わり方法が検討されていた。

事例検討会で取り上げられた39事例のうち、重複障害のある統合失調症が10例あった。事例検討会では、統合失調症と知的障害や薬物依存などの障害を持つ対象者が、退院後の生活を過ごしやすいようにするために、多方面から介入方法について話し合いが行われていた。

事例検討会後の質問紙調査で、「事例検討会で学んだことを実践できそうですか」に非常に自信があると回答している割合が、H20年度は21.1%でH18年度の6.2%と比べて3倍以上になっていることから、事例検討会で話し合われる内容が実践可能な具体的な内容に変化してきていることが伺われる。

一方で、内容の理解度、実践度、満足度のすべてにおいて、「どちらともいえない」と回答している割合が増加してきている。この結果からは、事例検討会自体のあり方の検討も必要であることが示唆される半面、職員の配置交代が多く、医療観察法病棟に配属されてからの期間が短い職員の割合が多いことが伺われる。

対人援助とは人間対人間の関わりであり、援助者と被援助者の関係性には必ず、両者の意思や感情が影響を及ぼしている。従って、対象者と関わる際には、いかに自分の感情を自覚できるかが重要な意味を持つてくる。自分の感情に気がつくことが、援助関係を形成するための第一歩になることを認識し、自分の感情と向き合う作業が求められる。

事例検討会は、対象者と向き合った時に自分の中に湧いてくる感情を自覚するための重要な手がかりであり、また自分だけでなく他の援助者も同様に感じていたという感情の共有を実感

する機会となる。

このような体験は、自分の中に生じてきた感情を自覚し、その意味を理解し、適切に表現するという自己一致原則を実行する力を身に付ける出発点ともいえる。

自己一致の手法を用いて援助関係を展開することは、対象者が、自分の他者に与える影響を発見し、他者理解のきっかけをつかむための手がかりとなると考えられる。

2) 事例検討会を多職種で継続していくための方法

事例検討会への参加意欲に関する回答結果では、[必ず参加したいと思っている]、[できるだけ参加したいと思っている]が全体の90%と高いものの、実際の参加状況は、今年度の検討会10回のうち参加回数が0~3回に止まっている者が61.8%で、参加意欲と実際の参加状況との間にはズレが生じていた。

ここでは、質問紙調査とインタビュー調査の結果から伺われる、事例検討会への参加理由、不参加理由の分析に基づいて、改善策を検討する。さらに、自由記載回答の分析から、多職種で行う事例検討会を今後も継続していくための体制作りについて考察する。

(1) 事例検討会への参加理由について

質問紙調査の結果からは、参加理由として、【視野の拡大】、【自己研鑽】、【対象者ケアの向上】があがっている。インタビュー結果からは、【スーパーバイザーの助言】、【看護師の心境の理解】、【対象者への関わりに関する発見】、【情報共有】、【行動変容の機会】、【困難感の軽減】、【事例への関心】などがあがっていた。これらのことから、新たな気づきが得られることが、参加促進の重要な要因と考えられる。

さらに、事例検討会への参加継続には、質問紙調査から得られた【安心して話せる環境】や、インタビュー結果から得られた＜安心感の確保

＞を始めとする【安全の保障】が必要不可欠であると考えられる。そこで、参加・不参加の理由と【安心の保障】の関係を空間配置してみた(図8参照)。

この図からもわかるように、【安全の保障】が基盤にあり、たとえ参加しても、【安全の保障】が実感できないと不参加の傾向に陥る可能性があると考えられる。

医療観察法指定入院医療機関での事例検討会について、笠松ら¹⁾は、エンパワメント効果が得られなかった事例検討会では、提供者側の要因(阻害要因)として、会や参加者への信頼関係が不足し、自己一致が十分にできなかったことが要因として大きかったと述べている。

インタビュー調査でも、事例検討会で気持ちを吐き出しても收拾がつかないという安心感が必要であるとの意見が聞かれた。すなわち、事例検討会の中で率直に発言しても責められないことや、何を話しても何らかの収束がつかないことにより、【安全の保障】を実感できて初めて自己一致が可能となる。さらには、自己一致によって気づきが得られ、新たなケアをイメージできることが、事例提供者や他の参加者のエンパワメントにつながるという。

(2) 事例検討会への不参加理由について

質問紙調査の結果では、不参加理由としては、＜勤務上の都合＞などの【業務との調整困難】が多かったが、同時に【心理的負担】という理由も挙げられていた。この結果から、不参加の理由として【業務との調整困難】を選択している回答者も、その気持ちを掘り下げていくとまた別の理由がある可能性も示唆された。

一方、参加経験のない人へのインタビューでは、『「ちゃんとできなくちゃいけない」という思い込みを捨てられるといいのに…と思う。』という意見が聞かれた。

これらの結果から、事例提供によって自分の

看護を査定されるのではないかという不安や、自分の感情と向き合うことへの抵抗感が、事例検討会への参加をためらわせている可能性が考えられる。

これらの結果から、事例検討会の運営に関しては【安全の保障】が基盤に求められており、それが効果的な事例検討会の運営にもつながっていると見える。

今後の改善点としては、質問紙調査結果から、【安心して話せる環境】、【意見交換しやすい環境】が得られ、これらはインタビュー結果から得られた【安全の保障】とも関連していると考えられる。そこからさらに、＜多職種の参加＞や＜臨床へ反映＞へと発展していくことにより【会の活性化】がもたらされることが期待されている。

またそのために、職員の【時間の確保】や、＜事例検討会の効果伝達＞、＜事前の資料の配布＞、＜周知＞、＜興味を持ってもらう＞などの【広報の工夫】といった条件を整えることが、【会の活性化】をもたらしとされた。さらに、要望として、【スーパーバイザー的存在の拡大】があげられていた。

インタビュー結果からも、事例検討会の効果を高める要因として【スーパーバイザー的存在】があげられていた。事例検討会について、「仕事以外の席で愚痴をこぼしたり、話をする」とは違う。節度を保ちながら話し合っていくことが大切である。同じ「話をする」ことであるが、事例検討会は構造化されていることに意味がある」と【スーパーバイザー的存在】を重視している意見がきかれた。これらのことから【スーパーバイザー的存在の拡大】が、【安全の保障】及び【会の活性化】につながると思われる（図9参照）。

また、質問紙調査やインタビューの中で、＜ケースカンファレンスとの違い＞に関連して、

質問や事例についてもっと話し合いたいという声が聞かれており、職種の違いや経験年数など個人の背景によって、事例検討会に求めていることにズレのあることが感じられた。このズレが結果として、【安全の保障】の阻害要因になることも考えられる。

確かに、対象者の病状や、ケアの方法への関心が高いスタッフの場合、事例提供者の感情や対象者との相互作用に焦点を当てた討論には馴染みにくい可能性がある。従って、統合的な視点に立つ事例検討会の方法と意義について理解を促すための広報活動と合わせて、医療者の感情に重点を置いた事例検討会と、対象者の理解やケア方針に重点をおいたケースカンファレンスを別々に設定するなどの工夫も必要であると考えられる。

(3) 他職種の事例検討会参加について

他職種は、担当MDTの一員であるプライマリー看護師やアソシエート看護師の意見が、必ずしも看護師チームの意見と一致しないことを実感していた。

また、看護師以外他職種は、職種における担当職員は自分自身のみであり、同職種の意見にあまり影響を受けないが、看護師は、担当以外の看護師も含む看護チームで関わっていくため、担当看護師の考えが必ず優先されるとは限らないことが明らかになった。

また、看護師は対象者1名に対し担当者が2名いることから、困った場合の対処方法としてMDT内では同じ看護職との相談が第一選択肢としてあげられており、MDT以外でも同じ職種である看護師に相談することがほとんどだった。

高崎らの報告²⁾にあるように、看護師は、看護チームと担当MDTの2つのチームに所属しながら、対象者に医療を提供していることから、MDT内外に壁を感じやすいといえる。

当病棟の事例検討会は看護師を対象として実施されてきたが、当初から他職種の参加も求めており、特に今年度からは他職種の参加が増え、多職種参加型の事例検討会となってきた。

インタビュー結果から、他職種が感じている事例検討会の効果としては、【看護師の心境理解】が一番にあがっている。また、「何回か出たけど、何例かは看護の事例検討会で、看護の関わりをどうしたらいいか？という話になっている。もちろん協力は惜しまないけど、自分の勉強というより協力している感じ。」という意見も聞かれたことから、看護のための事例検討会というイメージが強い。そのため多職種からも事例提供をしてもらうなど、多職種の多職種による多職種のための事例検討会にしていくことが望ましいと考えられる。

E. 結論

本研究を通して以下の示唆が得られた。

- ① 事例検討会の運営には【安全の保障】が必要不可欠である
- ② 事例検討会への参加が援助職のエンパワメントにつながるためには、参加者の自己一致が重要である。
- ③ 【業務との調整困難】という解決可能な要因が不参加の理由に上がっていることから、包括的な視点に立つ事例検討会の方法論を周知する必要が認められる。
- ④ 事例検討会は看護職だけでなく多職種によって実施していくことにより効果が高まる。

他院の医療観察法病棟でも事例検討会を実施するためには、上記の4点に留意して浮運営していくとよいと思われる。ただし、事例検討会を定着させていくためには効果を実感することが必要なため、すでに実施している施設の職員が、ピアレビューの一環として他施設の事例検討会に参加していくことも必要であると思われ

る。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 笠松理恵子, 美濃由紀子, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本正巳:「多職種参加による事例検討会の有効性医療観察法病棟におけるグループ・スーパービジョン機能に関する研究—エンパワメント効果に影響を及ぼす要因」。第39回日本看護協会学会論文集—精神看護—, p164-166, 2008

2. 学会発表

- 1) 笠松理恵子, 美濃由紀子, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本正巳:「多職種参加による事例検討会の有効性医療観察法病棟におけるグループ・スーパービジョン機能に関する研究—エンパワメント効果に影響を及ぼす要因—」。第39回日本看護協会学会—精神看護—, 2008

<参考・引用文献>

- 1) 笠松理恵子, 美濃由紀子, 大迫充江, 佐藤るみ子, 宮本真巳:「多職種参加による事例検討会の有効性医療観察法病棟におけるグループ・スーパービジョン機能に関する研究—エンパワメント効果に影響を及ぼす要因」。第39回日本看護協会学会論文集—精神看護—, p164-166, 2008
- 2) 高崎邦子, 美濃由紀子, 宮本真巳:「多職種の参加による事例検討会を活用したスーパービジョンの実際—触法精神障害者の事例検討を通じて—」。第38回日本看護協会学会論文集—精神看護—, p153-155, 2007

7) 包括的暴力防止システム (CVPPP) の実施状況

包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP) の展開と臨床での運用の実際

研究者名：○下里誠二 信州大学医学部保健学科

西谷博則 (独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター)

松尾康志 (独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター)

大迫充江 (国立精神・神経センター病院)

研究要旨

本邦初である精神科医療における患者の攻撃あるいは暴力に介入する技法である包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP) が医療観察法病棟に導入され、運用されている。

本年度は、法施行後から現在に至るまで、日本の精神科医療の歴史の中で初めての試みとして始まった CVPPP がどのように展開されてきたかについてまとめた。

CVPPP は単に身体的介入に限定された技術ではなく、攻撃的な患者にケアとして如何に適切に関わるかについて包括的な視点から構成されたプログラムである。その技術を習得するために 4 日間の「CVPPP トレーナー養成研修」が設けられており、指定入院医療機関のスタッフは全員が CVPPP を習得しケアに当たっている。平成 20 年 12 月末までに、指定入院医療機関、あるいは日本精神科看護技術協会等の主催により全国で 49 回の研修会が実施され、そのうち 32 回は指定入院医療機関の主催で行われている。研修会臨床の看護師が 4 日間の長期研修に参加することは勤務の都合上困難なことが多いが、受講者は 414 施設 1530 名に上っており、一般精神科病棟のスタッフにも CVPPP への期待は高いものと考えられる。今後さらに指定入院医療機関を中心にした CVPPP 普及への展開が望まれる。

A. 研究目的

包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme: CVPPP) は指定入院医療機関に必要な暴力に対する介入技法として取り入れられてきた。昨年度の研究では、CVPPP による介入の実態とスタッフの意識変化を中心に検討し、指定入院医療機関のスタッフが、エビデンスに根ざしたリスクアセスメントや言語的介入の重要性を理解し、暴力への介入に意識的に関わるようになっていること、CVPPP の習得が攻撃

性の高まった対象者と接する際のスタッフ側の不安の減少につながっていることが明らかになった。

本年度は 4 年が経過する中で CVPPP がどのように展開されてきたかを振り返る中から、今後の CVPPP の方向性を探ると共に、指定入院医療機関における暴力に対する介入の実例を検討し、CVPPP を活用するための要点を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

指定入院医療機関の病棟師長を対象に、CVPPP の実際の使用数、暴力に対する介入についての学習会の開催状況、実際の活用事例についてアンケート調査を行った。さらにCVPPP の構成要素（包括的暴力防止プログラム認定委員会編、2004）である「アセスメント」、「ディエスカレーション」、「身体的介入技法」、「ディブリーフィング」について有効だと考えるか否かについて、「感じない、あまり感じない、どちらとも言えない、やや感じる、大いに感じる」の5段階のよる評価を求めた。

アンケートは電子メールで回答を得た。

（倫理面への配慮）

アンケート調査にあたっては、個人情報特定されないよう配慮すること、回答は任意であり、拒否できること、拒否しても不利益を生じないこと等についての説明を調査依頼書に明記した。回答が得られたものについては同意が得られたものとした。

C. 研究結果

1. CVPPP 研修の展開の概要

CVPPP は単なる身体的介入技術に限定されるものではなく、攻撃的な患者にケアとして如何に適切に関わるかについて包括的な視点から構成されたプログラムであり、アセスメントの方法、コミュニケーション技術による興奮状態への介入法（ディエスカレーション）、身体的介入技法（チームテクニクス、ブレイクアウェイ法）、心理的サポート（ディブリーフィング）からなっている。

その技術の習得については「CVPPP トレーナー養成研修」として4日間のトレーニングコースを設けている。誤った知識が伝達されないようにするため、この4日間のトレーナー養成

研修を受けた者だけが「トレーナー」として自施設内で他のスタッフに技術を伝えることが認められる。施設外の者にも技術を伝えるには、さらに研修を運営できる能力を身につけた「インストラクター」として認定される必要がある。

CVPPP 研修会は、平成20年12月末までに全国で49回実施され、そのうち32回は指定入院医療機関の主催で行われた。414施設1530名がCVPPP トレーナーコースを受講した（表1）が、そのうち、401施設822名は司法病棟を有する施設以外の施設からの参加であった。これまでに研修を主導することのできるインストラクターが135名養成されたが、このうち100名は司法病棟を有する施設の所属であった。

2. 指定入院医療機関におけるCVPPPの展開

1) 指定入院医療機関における身体的暴力とCVPPPによる身体的介入（表2）

平成20年12月までに、指定入院医療機関13病棟で起こった身体的暴力は301件であり、標的別ではスタッフを対象としたものが203件、他患者を対象としたものが91件、その他が7件あった。このうち半数以上の163件でCVPPPの身体介入技法を使用していた。

2) CVPPPに対する評価（表3）

CVPPPの有効性に関するアンケートでは、身体的介入では1人が、ディブリーフィングでは4人がどちらとも言えないと回答していたがその他はすべて有効であると感じていた。

3) 指定入院医療機関における、CVPPPの活用例

アンケートより、CVPPPの活用例を示す。

（事例1）

本例ではホールで他患者と一緒にテレビを見ていた患者が、隣に座っている男性患者の頭を平手で殴った。「何だよ！」と殴られた患者が声を上げたが、本患者は看護師に「何もしてねえよ！」と、攻撃的な言葉とともに詰め寄ってき

た。異変を知って駆けつけた看護師3名が対応し、「少し落ち着いて話しましょう」と鎮静が図れるよう言葉をかけた。しかし身体の動きが大きくなり、更にエスカレートしていく状況であったため CVPPP のチームテクニクスの一つである両脇をホールドする方法（スタッフが患者の両側から患者の両腕を支える方法）により、「自室で話しましょう」と誘導した。ホールドには大きな抵抗はなく、自室ベッドにホールドのまま腰掛け、面接を続けた。面接の看護師に「あいつは前から馬鹿にしてやがった」「あいつと一緒にテレビを見たくなかった」と徐々に暴力を振るった状況を認める発言が出てきた。間もなく主治医が来室、ホールドを手のみに変更し、更に面接を続けた。今回の暴力の状況を振り返り、暴力という手段はどんなことがあってもいけないこと、嫌な感情を持っている他者との距離をどのようにとるのか、誰に相談するのか等について、ディブリーフィングを行った。その結果、対象者は薬物を調整すること、しばらくは自室で静かに過ごすこと、今後も今回の暴力に関して振り返りをしていくことなどを了解したので、ホールドを解除した。面接時間は1時間程度であった。

（事例2）

この対象者は入院して約1年半以上を経過していたが、想像性、コミュニケーションの障害があり、日常生活の援助、調整にも繊細な対応が必要とされた。独特の認知傾向からストレスを感じ、更に混乱し暴力に至るという構図が推定されていたが、瞬時に暴力という行為に発展するため、未然に防止することは極めて困難な状況であり、十数回の暴力が繰り返されていた。医師の診察・処置が必要なレベルの被害に遭っている看護師も複数名おり、この患者との対面を外している看護師も複数いた。

ある時、食事のお膳の食器の配置が違うとい

う理由から、下膳に来た看護師を足蹴りし、この看護師は負傷した。被害にあった看護師がパニックアラームを押し、チームテクニクスによる身体介入、身体介入をしながらのディエスカレーションにより、約40分で落ち着き身体介入を解除した。この後のカンファレンスで、この患者の場合、繰り返される暴力行為の現実を考えると、関わり方の前提として「暴力行為」を想定した対応が必要ではないかという提案が行われた。「人を殴ってしまう行為（暴力）」をしてしまうことは、原因が認知傾向であれ何であれ良くないことであり、暴力を振るう体験を患者自身がしないこと、当然被害者がでないことが重要であるということが確認された。

患者はPICU使用中であり、一定の行動制限下であったが「3人以上の対応とし、身体介入の体制で対面すること」、「自室に入る前に、部屋の壁際に座ってもらい十分な距離を置くこと」、「対応者は座らないこと」、「検温、処置など直接患者に触れる場合は後ろ向きの姿勢になってもらうこと」等について、患者自身に理由を説明し、了解の上で対応することとした。

これらの対応により、この後半年間に2回の暴力未遂があったが、未遂で何とか止めることができ、直接被害はなく、患者自身も人を殴ることなく経過した。

（事例3）

本例は入院して5ヶ月を経過した対象者で、病状、生活ともに安定していたが、両親の面会が2回続き、3回目の面会の予約が入ったところ、「あの人達から逃げたかったのに…！」と言いだし、不眠に続き、言動が混乱してきた。昼食後、自室から大声、怒声が聞こえたため、数名の看護師、2名の医師が自室ドア越しに見ると、興奮して壁を拳で叩く、頭突きをする等、緊張病様の精神運動興奮状態と思われる自傷行為が見られた。看護師5名で介入したが、声か

けに「何だ、お前ら！何で（病気が）治らないんだア！」と拳を振り回して殴りかかってきた。チームテクニクスにより身体介入を行い、腹臥位の状態で固定した後に仰臥位の体勢をとり、ディエスカレーションを続けた。腹臥位の固定中から SpO₂、脈拍を測定したところ、SpO₂は正常域だが、脈拍 150 回を超えていた。主治医もディエスカレーションに加わり対応を続けた。その後の対応として移室が必要と判断して鎮静を待ち、脈拍 100 以下を鎮静の目安とすることにした。声かけに時々、混乱した言葉が聞かれる状態が続いて約 1 時間半が経過した時点で、脈拍が 80~90 回に落ちてきた。部屋を移動することを説明し、仰向けから俯せに体位を変更し、ホールドの状態ですべてに腰掛け、再度、落ち着くために移動を説明、ホールドの状態ですべてを移室した。

D. 考察

CVPPP 研修を受講した看護スタッフは、指定入院医療機関を中心にすでに全国で 1,500 名を超え、指定入院医療機関ではない施設も 401 施設が参加している。このことから、司法精神医療にとどまらず、精神医療の中で広く暴力介入技法の専門性が期待されていることであることが伺われる。インストラクターも指定入院医療機関を中心に増えつつあり、今後、指定入院医療機関を有する施設が一般精神医療の施設に向けても研修を展開していくことによって、CVPPP はさらに普及することが期待できる。

CVPPP の効果については、ほぼ有効であると考えられているが、身体的介入やディブリーフィングについて、どちらとも言えないという回答があったことについては、慎重な検討が必要である。これらの回答は、CVPPP への理解や熟達の不足からきているとも考えられるが、CVPPP には臨床実践と結びつけにくい部分が

あることを示唆しているとも考えられるからである。今後、CVPPP 研修による学習効果を高めるための工夫と共に、身体的介入やディブリーフィングの技法をさらに発展させ、有効性を高めていく必要がある。

患者の暴力に対して医療として如何に関わるかを系統的に考え、援助の方法として確立させていく上で、司法精神医療が担う役割は大きい。今後、実践の積み重ねを通じて、より現実的な内容を検討すると共に、公開研修を行うなど、一般精神医療への浸透を図ることが求められている。

CVPPP の活用例の事例 1 は「隔離拘束によらず介入する」可能性を示すものである。すなわちこの事例から、行動制限最小化を実現するためには、技術の向上とスタッフの意識変化(児島ら, 2007) が不可欠であることが指摘されてきたが、それは実行可能であることが示唆される。

従来、精神科医療では、暴力行為があればとりあえず一旦隔離をし、落ち着いてから面接、というようなことを良く経験してきたが、その場で振り返ることができれば、患者にとっても早い段階で問題を解決でき、早期に事態の収拾を測ることが可能である。

このような対応は豊富な看護スタッフを有する司法精神科病棟であるからこそできるとも言えるが、一般精神科医療においても患者のリスクレベルに応じて、より充実した看護スタッフを配置できればそれが可能になると考えられる。すなわち、マンパワーの充実、患者の尊厳を保ち、入院生活の QOL を高めていくには不可欠であると考えられる。

また、事例 2 では「予測不能の暴力に対してリスクマネジメントを徹底させる」ための方法が示されている。

患者が予測不能の突発的な暴力行為を繰り返

すため、そのことが影響して生活の援助にも困難を来していた。この事例から、援助する側が暴力リスクをなくすために何ができるかを検討し、患者、スタッフが同じ方向性をもって援助を展開していくことによって双方のリスクを減少できることが確かめられた。暴力リスクに対してスタッフが共通した理念を持つことは、暴力のケアをする上で重要であることがわかる。

事例 3 からは、「客観的な評価を取り入れることによって暴力に対応しやすくなる」ことがわかる。この事例でスタッフは、暴力行為が始まってから終息するまでの間、患者の身体状態を把握しながら、どうしたら患者が落ち着くかを冷静に評価し変化に対応することができていたと考えられる。

CVPPP の利用は、何よりも冷静で落ち着いた対応（下里他，2005，中山他，2008）を可能にするものであり、そのことが患者の安全を守ることに繋がると考えられる。とりわけ、暴力事態をコーディネートする管理的役割を担うスタッフは、CVPPP の定着によつて的確な方向性を指示しやすくなると考えられる。

E. 結論

本稿ではこれまでの CVPPP の展開と実践について検討した。

CVPPP は指定入院医療機関を中心に展開されてきたが、一般精神医療にも広がりつつあり、今後もさらに広がっていくことが期待される。

CVPPP を取り入れた実践には、隔離をせずに鎮静を図る可能性が高く、状況に応じて冷静に対応を変えることができるという利点が認められた。

<参考文献>

包括的暴力防止プログラム認定委員会編：包括的暴力防止プログラムマニュアル。医学書院，

2004，東京

児島一行，板橋ひろみ，村岡耕栄：CVPPP 導入のための取り組み。竹田総合病院医学雑誌，33，58-62，2007

中山晋，古谷貴司，齊藤康司：患者からの暴力行為に対するスタッフの不安の軽減 包括的暴力防止プログラムを導入して。日本精神科看護学会誌，51(1)，242-243，2008

下里誠二，西谷博則，松尾康志，平石孝美：包括的暴力防止プログラムの教育効果に関する研究。日本看護研究学会雑誌，28(3)，305，2005

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 須藤徹，黒木まどか，壁屋康洋，益田和利，廣田英樹，西谷博則，平野誠：奇妙な語呂合わせにかられ，他害行為を繰り返す症例 診断および責任能力に関する考察。司法精神医学，3(1)，148，2008

2) 益田和利，壁屋康洋，西谷博則：母親との相互依存関係に起因する傷害行為により，入院となった対象者への認知行動療法的アプローチ。司法精神医学，3(1)，138，2008

3) 倉田有紀，四宮美絵，西谷博則：内省の深まりのなかった対象者へのアプローチ 治療への動機付けと退院に至るまでの経過。司法精神医学，3(1)，137，2008

4) 菊池安希子，朝波千尋，安藤久美子，今村扶美，岩崎さやか，大迫充江，小原陽子，金子一恵，小松容子，田川理絵，樽矢敏広，三澤剛，水野由紀子，平林直次，吉川和男：武蔵病院医療観察法病棟における一般的他害行為防止プログラムの開発。司法精神医学，3(1)，135，2008

5) 木原深雪，大迫充江，佐藤恵子，島田亜紀子，高野和夫，佐藤るみ子，宮本真巳：医療

観察法指定入院医療機関における看護師の社会復帰支援に関する研究. 精神科看護, 35(4), 48-55, 2008

- 6) 下里誠二: 暴力のリスク・マネジメント
暴力のリスク・アセスメント. 精神医療, 52, 110-113, 2008

2. 学会発表

- 1) 谷本桂, 下里誠二: 包括的暴力防止プログラム運用の効果に関する研究 フォーカスグ

ループインタビューからの検討. 日本看護研究学会雑誌, 31(3), 332, 2008

- 2) 下里誠二, 谷本桂: 精神科における暴力対処の教育プログラムに関する研究 包括的暴力防止プログラム研修後の意識調査. 日本看護研究学会雑誌, 31(3), 251, 2008

表1 CVPPP 研修の展開状況

	司法施設	司法施設以外	計
トレーナー養成研修開催数	32	17	49
トレーナー養成研修受講施設	13	401	414
トレーナー養成研修受講者	※708	822	1530
インストラクター数	※100	35	135

※指定入院医療機関を有する施設に所属している数。司法病棟以外の別の病棟等に所属している場合もある

表2 CVPPP による身体的介入の状況

	身体的暴力 (対スタッフ)	身体的暴力 (対患者)	身体的暴力 (対その)	全件数
身体介入あり	131	29	3	163
身体介入なし	72	62	4	138
計	203	91	7	301

表3 CVPPP の有効性についての評価

	大いに有効だと感じ	有効だと感じる	どちらでもない	あまり有効だと感じない	有効だと感じない
アセスメント	10	3	0	0	0
ディエスカレーション	10	3	0	0	0
身体介入	4	8	1	0	0
デブリーフィング	5	4	4	0	0
CVPPP全般として	7	6	0	0	0

他害行為を行った精神障害者の医療必要性に関する研究
(医療観察法における医療必要性に関する研究)

分担研究報告書

分担研究者 村上 優

国立病院機構琉球病院

厚生労働科学研究費事業 「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」(主任研究者 山上 皓)

分担研究課題：医療観察法における医療必要性に関する研究

分担研究者： 村上 優 (NHO 琉球病院)

研究協力者： 須藤 徹 (NHO 肥前精神医療センター), 壁屋 康洋 (NHO 肥前精神医療センター), 村田 昌彦 (NHO 北陸病院), 平野 誠 (NHO 肥前精神医療センター)

研究要旨

医療観察法の審判においては、社会復帰という目的のために医療が必要かどうか判断され処遇が決定される。本研究においては、指定入院機関各施設治療担当医師により作成された事例プロフィールを集積し、治療必要性の判断の妥当性を合同討議形式で分析し下記結果を得た。①審判においては、「三軸→総合判断」という医療的発想が、司法的・理念的に先鋭化され、「三要件」として運用されている。こうした運用の実態は、対象者の人権の保護や治療的介入の展望を得る上で、重要かつ望ましいものである。②一方で各要件における事実認定には、多くの疑義がある実態があり、対象者を詳細に検討し、なるべく早期の段階で適切な判断をしていく必要がある。③疾病性の判断に関しては、「精神科診断は経過を観察して初めて下すことが出来ることが多い。」という事実が審判で認められて合理的な診断変更は認められることが多い。これは、臨床の実際に基づく適切な傾向であり堅持されなければならない。④治療反応性と社会復帰要因に関しては、それぞれ要件としての独立した判断基準を整備していくことが望ましいが、難治例に関してはお互いに関連した相対的なものである。政策的な部分も含めて、今後の課題として残っている。

A. 研究目的

医療観察法の目的は「心神喪失又は心神耗弱の状態を殺人、放火等の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の実施を確保するとともに、そのために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善とこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、本法の対象者の社会復帰を促進することを目的とする。」とされており、「社会復帰」のための医療必要性があるということが、当処遇をするにあたっての必須の前提になっている。審判においては、この社会復帰という目的のために医療が必要かどうか判断され処遇が決定される。これまでの議論で、医療必要性は「疾病

性」「治療反応性」「社会復帰要因」という三軸を中心に、それぞれに措置入院で想定されているよりも長い時間軸を考慮し判定するという指針が、裁判所および審判員の間で合意されている。法は、平成17年7月に施行され約4年が経過した。実際に本法が運用され、本法による処遇の対象者が医療を受けてきている。実際の審判において、こうした「医療必要性」がどのように判断され、その判断が、「社会復帰」のための医療必要性として適切であったかどうかの検討は喫緊の課題である。そうした視点で、審判において①法の趣旨や国連原則に照らして医療必要性が適切に判断されているか②実際の審判で適切な事実認定が行われているかを検討し、実際の指定入院機関の治療実態からみて③三軸

それぞれの判断についてどういう基準が適切であるかを明らかにすることを目的とした。

本研究は、指定入院医療機関として、入院処遇になった対象者の治療に当たっている実務者が、その詳細なケースの検討と治療経過をもちより、審判が法の目的に適った判断をしているかどうかを議論したものである。大局的にみれば、現場の医療従事者は対象者をあくまで「患者」として治療に当たっており、その社会復帰のために強制医療が適切であるかどうかを絶えず臨床的に検討している。こうした現場からの所見は、審判の事実認定の精度を上げるためにもっとも有用な情報となろう。法の倫理と対象者の人権を保つ上で、もっとも重要な研究と考えられる。

B. 研究方法

これまでに指定入院医療機関に入院となった症例のうち、平成 18 年度は各施設からの疑義症例に関して、平成 19 年度は肥前精神医療センターの診断に関する疑義症例に関して検討してきた。平成 20 年度は指定入院医療機関に入院となった後に処遇終了になった 34 症例に関して、各施設治療担当医師により作成された事例プロフィールを集積し、合同討議形式で分析した。

(倫理面での配慮)

研究目的の治療ではなく、日常臨床を、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、内容を改変し、プライバシーの保護に配慮した。このため本研究によって、患者個人の利益が損なわれる可能性はなく、倫理上の問題は無いと考える。

C. 研究成果

I. 審判に際して、三軸は適切に考慮されているか

(1) 医療観察法による医療を開始・継続・終了する判断は

1. 対象行為を行った際の精神障害を有しているか (疾病性)
2. その精神障害を改善するために医療観察法による医療が必要であるか (治療反応性)
3. 医療観察法による医療を行わなければ、社会復帰の阻害となる対象行為と同様の行為を行う可能性がある (社会復帰要因)

以上三要件を判断して行うことになっている。「三要件のいずれか一つでも一定水準を下回る場合医療観察法の医療必要性がないと判断しうる。」ことになっている。各施設からの報告では、こうした判断の形式的な枠組みは良く遵守されており、「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」という三軸が考慮されずに審判で決定がなされている例はなかった。むしろ逆に三軸が司法判断として、三要件として判断がなされている。すなわち、要件を満たしているかどうかの事実認定の精度は別にして、少なくとも形式的には、入院処遇となった事例は全て三要件を満たしていることが条件となっていた。一方、入院処遇後、処遇終了となった事例も多く各施設から集約した結果 34 例が集積できた。下記にその概要を示す。なお、個人が特定されないよう、三要件にかかわらない部分に関して内容は変更している。なお、討議を通して、要件別に整理している。

(処遇終了となった全 34 例)

I. 主として疾病性

① パーソナリティ障害

(026600) 20 代：鑑定診断は統合失調症。対象行為は傷害。入院後、明らかな幻覚妄想を認めず、ドラッグフリーにしても不変であった。ただ、被害的認知を生じやすく、また自己が他者に対して抱いたイメージを投影して自分が嫌

いな対象者に「嫌われている」という歪んだ認知に陥ることがあった。この傾向に基づいて暴力行為に至ることもあった。共感性は極めて乏しかった。統合失調症の症状を認めず、特定不能のパーソナリティ障害と考え、地元の病院に通院することで処遇終了とした。

(030800) 20代：殺人事例。鑑定中は事件を覚えてないと否定し通し、統合失調症の診断で心神喪失・医療観察法入院となった。入院後、精神症状はなく論理的な思考力に障害はなかった。半年間の評価で、犯行時の記憶は保たれており、覚えてないというのは虚言であったこと、殺害の動機があったことなど、総合的に考慮しパーソナリティ障害であるとの判断が受け入れられ、疾病性の要件を満たしておらず処遇終了となった。

(017400) 30代：傷害事件を起こし、妄想性障害の診断で入院。入院時は、全ての医療を拒否し、スタッフとの意思疎通も拒絶していたが、その後も根気強く精神療法的な介入をすすめていった結果、対象行為は妄想に基づくものではなく、意図して行ったものであること、疾患についても狭義の精神障害ではなくパーソナリティ障害の範疇にあることが明らかになり、疾病性の要件を満たしていないという理由で処遇終了となった。

(008200) 50代：【鑑定診断：双極性感情障害（躁状態）、軽度知的障害、非社会性パーソナリティ障害 入院後診断：軽度知的障害、反社会性パーソナリティ障害】躁状態で姉宅に放火したとして、双極性感情障害、軽度知的障害、非社会性パーソナリティ障害の診断で入院。過去に複数回の犯罪、逮捕歴や他患への恐喝・リンチなど反社会的行為を繰り返していた。姉に対しても金銭の無心や脅迫を繰り返していたが、対象行為は金銭の無心にいった際に不在であったことから腹を立て、衝動的に放火したもので

ある。反応性に興奮し、衝動行為に及ぶことが多いが、病歴上で持続的な気分の高揚は確認されなかった。軽度知的障害、反社会性パーソナリティ障害の診断で5ヶ月目に疾病性、治療反応性の要件を満たさないとして退院（医療観察法による医療の終了）を申立て、処遇終了。地元精神科病院へ任意入院の上で住居を探し、現在は賃貸住宅で独居。

(018400) 30代：対象行為前より傷害事件を繰り返し、統合失調症と診断され複数回の措置入院歴あり。2度の傷害事件を起こし、医療観察法の申し立てが行われた。医療観察法による鑑定では、パーソナリティ障害と診断され、刑事責任能力の再検討の必要性が指摘された。また、指定入院医療機関による手厚い医療資源を活かした治療が必要とされた。当初審判では、パーソナリティ障害との診断は保留されたが、統合失調症の可能性が否定できないことから、入院処遇と決定された。指定入院医療機関では、再度、パーソナリティ障害と診断され、また薬物療法や各種の治療プログラムを実施したが治療効果は得られず、退院の申し立てが行われた。地方裁判所では退院の申し立ては棄却されたが、高等裁判所では決定を取り消し、地方裁判所で行われた再審判の結果、処遇終了となった。

②発達障害

(005200) 40代：【鑑定診断：統合失調症、アスペルガー障害 入院後診断：アスペルガー障害】家事手伝いをまじめに行っていたが、積雪が多く除雪が負担となりストレスが高まっていた。その不満が家族への暴力となって表出し、制止しようとした近所の住民に傷害を与えてしまったものである。家族に対して状況依存的に被害的となっていたが、内容的に了解可能であり、幻覚は認めなかった。経過からアスペルガー障害と診断し、退院申請を行った。帰

住地調整に時間がかかり、退院申請から処遇決定まで8ヶ月かかった。当院退院後、鑑定病院に短期間医療保護入院し、現在独居している。

(022600) 30代：対象行為は傷害。統合失調症との診断で入院。入院後、確かに薬物の減量で被害的になることはあったが、発達上の問題があり生育歴及び現症（特定に物事へのこだわりの強さ、社会的コミュニケーションの障害など）よりPDD-NOSがベースにあることが分かった。また、詳しく聴取すると対象行為は幻覚妄想に基づくものではなく、思考の偏りから衝動的に行ったものであることもわかった。薬物療法により幻覚妄想は収まっていたが衝動的に性的な発言を繰り返したり、物事にこだわって同じ質問を繰り返したりし、知能も軽度遅滞レベルであったことから心理社会的介入が全く奏効せず、処遇終了として以前入院したことのある居住地の隣の地区の病院に入院した。

③物質使用障害

(004200) 40代：【鑑定診断：双極性感情障害、躁状態 入院後診断：物質使用障害】SSRIを個人輸入し、躁状態を惹起させた上で飲酒し抑制が低下した状態で傷害行為に至った。鑑定では双極性感情障害、躁状態と診断された。当院入院後は炭酸リチウムを主体とした治療を行い、気分の変動は認めなかった。感情障害および酒害についての教育を行い、退院申請を行った。当院では物質使用障害と診断し、本人に退院後自らの意志で通院し、アルコールについてのカウンセリングも併せて受けていくことを説明し、合意を得た。付添人（私選弁護士）は通院処遇を求めたが、処遇終了で自宅に退院した。

(012200) 40代：【鑑定診断：反社会性パーソナリティ障害、衝動性パーソナリティ障害、アルコールおよび抗不安薬・睡眠導入剤に対する依存状態、覚醒剤乱用後遺症 入院後診断：

非社会性パーソナリティ障害、アルコール依存症候群、鎮静薬あるいは睡眠薬依存症候群】睡眠薬による意識水準が低下していた状態で、同居していた同胞への不満を抱き放火を行い、医療観察法による入院となった。入院後は特に睡眠薬への欲求は認められず、幻覚や妄想等の症状、意識水準の変動も認めなかったため、上記診断であると判断した。いずれも医療観察法による強制医療では治療効果の汎化が困難であると考え、疾病性の要件を満たさないと判断し、退院申請を行った結果、処遇終了となった。退院後同胞と同居し、通院している。

④心因反応その他

(034900) 30代：被害妄想に基づく傷害で入院。鑑定時の診断は不明で、鑑定入院期間中も薬物療法を行わない中で、精神病性症状は存在せず。入院後も薬物療法を行わず経過観察していたが、一貫して精神病性症状は認められず、生活や対人関係全般においてもトラブルなく過ごす。知的にも問題なく、偏った人格傾向も認められず、急性一過性精神病性障害と診断。同疾病についての心理教育を行い、将来的にストレス状況下で被害妄想が再発する可能性を伝え、その際には地域の医療機関に相談するとの流れを作った上で、処遇終了、自宅への退院となった。

II. 主として治療反応性

①統合失調症

(001010) 50代：統合失調症。傷害致死を起こし入院。入院時は激しい拒否や強い易怒・攻撃性がみられたが、薬物療法と一定の枠組み設定にて保護的環境下では大きな問題行動なく生活できるようになった。しかし人格水準低下が著しく、疾患の長期経過により固着した重篤な思路障害のために医療観察法に基づく各種専門

療法を理解し継続する能力を欠いていることから、本法の治療に対する治療反応性は全くなく、本法の対象外と判断された。保護的条件下での長期的な入院治療が必要であり、処遇終了し一般精神科病院に医療保護入院となった。

(011020) 40代：【鑑定診断：統合失調症 入院後診断：統合失調症】統合失調症で放火したとして、入院となった。入院時より幻覚妄想は活発で、病識も欠如していた。計 13 種類の抗精神病薬と 2 種類の気分安定薬、ならびに電気けいれん療法を 11 回行ったが、症状に変化はみられなかった。病棟の治療プログラムにも継続して参加できず、病的体験から自傷や他対象者への攻撃性に改善が得られず、内省は得られず自身の行為を正当化し続けたため、治療反応性に乏しいと考え、処遇終了の上で精神保健福祉法による医療保護入院となった。

(025060) 40代：破瓜型統合失調症。思春期の頃に入院したまま過ごしてきた。家族歴濃厚で二人の姉妹も統合失調症を発病している。対象行為は殺人未遂で、妄想に基づき他患を足で殺意を持ってけり、頭部外傷で被害者は植物状態。治療反応性に乏しく、1 年半関わったが心理社会的介入が全く奏効しなかった。入院していた病院は受け入れを拒否したため、そこから別の病院に話を付けてもらい、処遇終了して転院。

(003010) 40代：統合失調症。父親に対する殺人未遂。人格荒廃が進んでおり、言語による疎通性も大幅に障害されていた。病識は完全に欠如し、服薬も拒否。やむを得ずブラインド投与を続けていたが、薬物への治療反応性も極めて乏しかった。入院中、他害行為や危険行動などは一切なかった。治療反応性の限界から、長期にわたる入院治療が今後も必要と判断し、処遇終了して一般精神科病院に医療保護入院とした。

②認知症

(006020) 50代：【鑑定診断：反復性うつ病性障害、軽度知的障害 入院後診断：前頭側頭変性症】肝炎に対するインターフェロン治療後、抑うつ症状を生じるようになり、精神科病院に通院、入退院を繰り返していた。気分が優れないながら景気の良い同業者をねたみ、放火した。当院入院後は気分的に安定しており、淡々と過ごしていた。作業療法では獲得されているはずである職業技能が拙劣であることが観察された。日常的に運動機能の低下や外出時の判断能力の低下を確認し、頭部 CT で前頭側頭部の萎縮を認め、神経心理検査では前頭葉機能の低下も認められた。これらの所見から前頭側頭変性症による脱抑制によって対象行為が行われたと判断し、退院申請した。退院決定後、鑑定病院に医療保護入院した。

(013030) 60代：統合失調症で自宅に放火し入院。50代後半に脳梗塞に罹患し、右片麻痺及び歩行障害が認められた。また、脳血管性認知症を合併しており中等度の記憶力障害・見当識障害もみられた。薬物療法・心理教育等を中心に治療を行ったが、本人に病識がなく、また、認知症を合併しているため、これ以上の治療反応性は低いと思われた。幻覚・妄想等の異常体験は残存していたが、保護的環境下では問題行動は見られず、再犯のリスクも低いと思われたため処遇終了とし、一般精神科病院に医療保護入院となった。

(014030) 60代：自宅に放火し、アルコールによる残遺性障害及び遅発性精神病性障害及び認知症の診断にて入院。薬物療法により精神病性症状は一定の治療効果を認めたが、認知症による記憶障害が著しく、治療効果の汎化は困難であった。また、糖尿病性腎症を合併しており、近い将来腎透析が必要な程身体症状が重篤な状態であった。認知症のためこれ以上の治療反応

性には限界があり、今後は身体合併症に対する治療を優先させる状態であると判断したため処遇終了とし、一般精神科病院に医療保護入院となった。現在は透析施設のある総合病院に転院。

(016040) 70代：統合失調症に基づく妄想から殺人未遂事件を起こし、医療観察法による入院処遇となった。抗精神病薬投与を行ったが被害妄想は持続し、病識の獲得や内省の深化は困難であった。入院後、記銘記憶障害、せん妄などが認められ、前頭葉型認知症と診断された。また、身体機能の低下が著しく、杖歩行時の転倒の予防、理学療法による身体機能の維持、褥創の予防が必要であった。対象行為当時と同様の被害妄想は持続していたが、治療可能性はきわめて低く、また身体機能を考えると社会復帰阻害要因は少ないと判断され処遇終了となった。処遇終了後、退院地の精神科病院に医療保護入院となった。

(023060) 60代：鑑定診断はうつ病。対象行為は自殺し損ねての放火。入院時より好轉的で、疎通がほとんど取れなかった。抗うつ薬にも反応せず、食事が入らないこともあった。入院後の観察では記銘力障害を認め、見当識障害も徐々に悪化。SPECTで後頭葉と帯状回後部の血流低下を認め、アルツハイマー型認知症と診断変更。弟の住む地域の老人病院に入院が決まり処遇終了とした。

(027070) 70代：妄想性障害。幻聴、被害関係妄想、迫害妄想がみられ、家族で死のうと灯油を撒き放火しアパートを焼損させ入院処遇となった。物忘れなどの症状も見られ、妄想の改善も限定的であった。薬物調整による増悪防止以外の治療効果が期待できず治療反応性がない、退院後継続した介護・医療が受けられる生活環境が提供できるとして処遇終了の申立てを行い医療終了となり、施設に入所。

(029080) 70代：精神科入院中、妄想が増悪

し他患者に対して傷害を起し入院。入院時、活発な妄想や緊張病状態を示していたが薬物療法で軽快。しかし、軽快後も見当識障害・記銘力障害顕著で、HDRは一桁。治療の継続は必要だが、認知症のために現状以上の治療反応性は低く、薬物療法でリスクはさがったとして処遇終了し、一般精神科病院に医療保護入院となった。

(032080) 60代：放火殺人。統合失調症の診断で、無罪判決を受けた後に入院処遇となった。入院中に明らかな躁病エピソードがみられ、事件時の詳細な振り返りによって、双極性障害に診断変更した。入院経過中、意欲低下・記銘力低下などが明らかになっていき、アルツハイマー型認知症の合併もあった。気分は薬物療法でコントロールできたが、単身で寛解を維持できるほどには、生活技能の改善ができず、保護的環境ではリスクは低いと判断し、処遇終了、一般精神科に任意入院となった。

(033090) 40代：統合失調症の診断で、自殺目的の放火で他の指定入院医療機関に入院。その後、退院地調整を目的に当院に転院となるが、転院時、記憶障害をはじめとした認知機能障害が顕著であった。また、神経学的に構音障害・嚥下障害などの球麻痺症状、やや左側優位の上肢の筋萎縮と筋力低下といった下位運動ニューロン障害、失調性歩行・下肢の痙性麻痺といった上位運動ニューロン障害が認められ、頭部MRIの所見(両側前頭葉を中心としたびまん性的大脑皮質萎縮、右側優位の両側海馬領域の萎縮)や病歴を併せ考え、前頭側頭型認知症(MNDtype)と診断。治療反応性は極めて低いと考え、運動ニューロン障害に対する早急な専門的な治療も必要と判断し、処遇終了とし神経内科併設の一般精神科に医療保護入院となった。

③物質関連障害

(007020) 50代：【鑑定診断：統合失調症，アルコール中毒 入院後診断：アルコール依存症候群】幻覚妄想の影響化で自宅に放火したとして統合失調症，アルコール中毒の診断で入院。逮捕拘留後の断酒に伴い，精神症状は速やかに消失し，陰性症状等も見られない。入院後は抗精神病薬を中止したが症状の再燃はみられず，対象行為はアルコール精神病の影響と判断した。対象行為の原因となった疾病は既に存在せず，アルコール依存の治療継続に同意していることから6ヶ月目に退院を申立て，処遇終了となった。生活保護の救護施設へ入所し，アルコール依存の治療のため専門医療機関へ通院。

(021050) 30代：アルコール離脱せん妄で幻聴に支配され，第3者を傷害し入院。逮捕3日後から幻覚妄想は消失し，入院時にはアルコール依存のみを認めた。日本語を理解しない外国人のため，通訳を依頼し翻訳機を使用しながらアルコール依存者プログラム等を試みたが，功を奏せず，また精神療法等言語的介入も困難であり，集団でのプログラムにも実質的な参加がほとんどできなかった。対象者は在留期限の更新をすることなく帰国し治療を受ける意向を示した。以上から，処遇終了と判断され，ただちに母国に帰国した。

(024060) 40代：鑑定診断は覚せい剤精神病＋反社会性パーソナリティ障害。対象行為は妄想に基づき火炎瓶を投げて放火。入院時も妄想は持続していたが，接触は保たれ，妄想に左右された言動はなかった。薬物調整により幻覚妄想は寛解状態となったが，パーソナリティ特性に基づき病棟内で度重なる逸脱行為を認めた。薬物依存に関するプログラムには積極的に参加していたが，退院したらまたやるかも，と言っていた。入院中も衣服にまぎれて覚せい剤を送付してもらうことがあり警察に介入してもらっ

た。疾病性が消失したことを理由に退院申し立てを行うこととなり，依存症に関しては任意性に基づく治療の方がより治療的であるとの方向で調整官と一致したため，処遇終了とした。リスクに関しては警察に情報提供して視察対象としてもらうこととした。

④知的障害

(009020) 50代：【鑑定診断：双極性感情障害（躁状態），軽度知的障害，非社会性パーソナリティ障害 入院後診断：中等度知的障害】躁状態で父親に暴行を加え，数時間後に外傷性脳内出血で死亡させ，殺人として知的障害，双極性感情障害の診断で入院。病歴上で持続的な気分の高揚は確認できず，暴行の理由はタバコを巡る父親との口論であった。対象行為以前の暴力についても，判断力の乏しさや衝動制御能力の低さに基づくものであると判断し，診断は中等度知的障害。知的な問題が大きく，対象行為を理解することも困難であった。疾病性，治療反応性の要件を満たさないとして，5ヶ月目に退院（医療観察法による医療の終了）を申立て，処遇終了。地元精神科病院に医療保護入院。

(031080) 40代：統合失調症で放火したとして，入院となった。入院後評価で，中等度知的障害と生活不適應による妄想様反応で放火したことがあきらかになった。薬物調整で，保護的環境下では大きな問題行動なく生活できるようになったが，生活技能全般の獲得・汎化が困難であり，非常に長期の援助を要すると判断された。治療反応性に限界があり，また保護的環境下でのリスクは低いと考えられ，処遇終了し一般精神科に医療保護入院となった。

⑤その他

(010020) 30代：【鑑定診断：てんかんの複雑部分発作重積とその後のもうろう状態，統合

失調性パーソナリティ障害 入院後診断：てんかん】複雑部分発作重積とその後のもうろう状態で強制わいせつを行ったとして入院。対象行為については部分的に想起できるが、内容は曖昧。当院入院後は複雑部分発作が一度みられたのみ。対象行為後の措置入院、拘留、鑑定、当院入院の2年間にわたって発作は2回のみで、発作のコントロールは良好なこと、対象行為以前から自発的に通院しており、退院後も継続的な医療が望めること、精神症状を伴わないてんかんはそもそも医療観察法の対象外であると考えられることなどから6ヶ月目に退院を申立て、「帰住地近隣にてんかんを専門とする医療機関があり、処遇終了の上で当該施設へ通院する方が、通院処遇で指定通院医療機関へ通院するよりも、対象者にとって有益であるため医療観察法による医療を終了することが望ましい」との意見を付した。処遇終了となり、実家からてんかんの専門施設へ通院。

Ⅲ. 主として社会復帰要因

①身体機能低下

(028008) 80代：妄想性障害で傷害を起こし入院。入院時肺気腫で持続酸素療法中。HDR測定不能なほど、身体状況が悪く、疎通が取れなかった。鑑定中より肺炎を繰り返しており、身体の回復は困難でリスクは低いと判断され、内科併設の一般精神科病院に転医、処遇終了となった。

(015004) 60代：妄想性障害（アルコール依存症）から自宅アパートに放火し、医療観察法入院処遇となった。薬物療法への反応性は良好で、新たに妄想が産出されることはなくなった。ただし、対象行為当時抱いていた妄想については十分な病識を獲得するには至らなかった。入院時より咳、痰が目立ち、腫瘍マーカー検索、胸部 X-P、造影 CT、気管支鏡などの検査を実

施し、肺がん（腺がん）と診断された。身体合併症治療の協定を結んでいる総合病院に受診し、外科手術の適応があること、できる限り早く実施する必要があることが判明した。協定先の総合病院は指定入院医療機関ではなく、精神保健福祉法による任意入院の上、精神科病棟で外科治療を行うことになった。すでに、薬物療法により精神症状が消失しており、身体合併症の存在もあり、社会復帰阻害要因は低いことから処遇終了となった。

(015004) 30代：20代でI型糖尿病を発症し、その後統合失調症を発症した。食事のコントロール、多飲水のコントロールが悪く、精神科医療機関の入退院を繰り返していた。精神科医療機関に入院中、病院のそばのスーパーで強盗未遂を起こし、医療観察法の対象となった。入院後も血糖値のコントロールが困難で、100条3項に基づく転院を行った。統合失調症は認知機能障害が強く、疾病教育などの効果は限定的であった。対象者の地元では身体合併症があることから指定通院医療機関をはじめとして、複数の精神科医療機関から断られ、隣県の精神科クリニックへの通院と、その付属の援護寮に入所する形での調整となった。その枠組みで医療を継続すればもはや医療観察法の医療を継続する必要がないと判断され、医療終了の決定となった。

(020005) 70代：抑うつ型統合失調感情障害で拡大自殺を図り家人を傷害し入院。入院後認知症の初期段階の病態を合併し、身体機能の低下が顕著となった。対象者が再び同様の行為を行うリスクは低下し、医療的介入よりも介護や日常生活援助が重要であると判断され、処遇終了し、高齢者専門施設に転医した。

②その他

(002001) 30代：双極性障害。出産後のうつ