

1) 対象および方法

(1) 評価対象事例集の作成について

研究開始時点で稼働している16の指定入院医療機関の臨床心理技術者1名につき2事例ずつの事例作成を依頼した。その結果、予定される全事例数は76となった。

事例は評定値を分散させるため、入院時（急性期）、回復期移行時、社会復帰期移行時、退院時の4つのステージに均等に分散させた。

事例の様式は、個人を特定できる情報を除き、対象者の性別、診断名、対象行為、簡単な病歴、評価期間中の臨床情報よりなった。この臨床情報は17項目ごとに分けて記載された。生の臨床情報をそのまま載せることはせず、適宜表現の修正や補足情報の追加が行われ、実際の事例とは異なるものにするよう配慮した。

(2) 評定について

医療観察法精神医療においては、共通評価項目を多職種チームの共通言語と位置づけているため、評価は多職種チームの話し合いによって行なわれている。これに対して、今回の研究では臨床心理技術者の個人評定の結果を利用することとした。これは共通評価項目の心理測定学的な特徴としての評定者間信頼性は個人評定によって確認しうると考え得られたためである。また、多職種チームによる評定では、職種間の力関係やチームワークの成熟度など心理測定学的なものとは異なる要因が評定に影響してくると考えられるためである。さらに、多くの評定事例について各指定入院医療機関でチーム評定を実施することは実質的には困難と考えられたためである。

今回、個人評定を行った臨床心理技術者は、医療観察法病棟の開始前の研修において共通評価項目に関する14時間のワークショップを受講していることを条件とした。まだワークショップを受講していなかった者につい

ては、他の施設において開催されたワークショップを受講してもらった。

(3) 評定者間信頼性の指標について

共通評価項目は「問題なし=0点」、「軽度の問題=1点」、「明らかな問題あり=2点」の3段階評価であり、順序尺度として位置付けることができる。順序尺度の評定者間信頼性には、Kendallのw係数が使われる。同じ順位のデータが存在する場合は修正が加えられたwtが使われる。

Kendallのw係数についての一般的な評価基準は示されていない。研究の対象により基準を設定する必要がある。先行研究では（cf,Belfrage,1998）では、HCR-20のH尺度で.85、C尺度で.62、R尺度で.56という例がある。Cohenの κ 係数も評定者間の信頼性の指標として遣われるが、その評価基準についてはいくつかの提案がなされており（SKETCH研究会、2005）、それらを参考にすると許容可能な最小水準は0.6以上とすることが妥当と考えた。

(4) スケジュール

まず、平成22年1月22日までに38事例、平成22年9月までに79事例の作成を目標とした。実際には平成22年2月28日までに50事例が作成された。

それらのうち20事例について、26名の臨床心理技術者による評定結果が得られた。今回はそのデータを元にして評定者間信頼性を明らかにすることとした。

(5) 倫理的な配慮

他機関の研究協力者と共有する医療観察法入院対象者の情報からは住所・氏名ならびに会社名・学校名・地名等個人の特定につながるような個人情報は削除する。

情報漏洩を防ぐため、データの受け渡しは基本的に手渡しもしくは書留での郵送とする。e-mailを使用するときはパスワードロックまたは暗号化を行い、パスワードはe-mail

以外の手段で伝達する。各施設でのデータの管理は、所属施設の心理療法士が責任をもって行う。

評定者間一致度の検証に用いたテキスト情報（事例集）は、評定者間一致度の算出が終了した時点でシュレッダーにかけて処分する。データの保管に関し、紙情報は鍵のかかるロッカー、電子情報はインターネットに接続していないパソコン、もしくは暗号化されたドライブに保管する。

発表には統計的な値のみを発表し、一事例の詳細な情報を発表することはしない。

2) 結果

20事例についての26名の臨床心理技術者による評定結果をもとに、Kendallの評定者間一致度を産出した（同順位がある場合の補正をかけているのでWtと表記した）。20事例の内訳は入院時（急性期）5例、回復期5例、社会復帰期2例、退院時8例であった。欠損値のある事例は分析の対象から除外された。

共通評価項目は大項目5個、中項目17個、小項目61個の三層構造となっているが、評定者間一致度は中項目と小項目について産出した。

結果は表2から表10に示した。

（1）中項目（17項目）の評定者間信頼性

表2から、中項目の中でWtが0.6以上となっているのは、「精神病症状」、「非精神病性症状」、「自殺企図」、「内省・洞察」、「生活能力」、「衝動コントロール」、「非社会性」、「対人暴力」、「個人的支援」、「コミュニティ要因」、「物質乱用」、「現実的計画」、「コンプライアンス」、「治療ケアの継続性」の14項目であった。「共感性」、「ストレス」、「治療効果」の3項目は0.6未満の一致度であった。

（2）「精神病症状」の小項目の評定者間信頼性

表3から、6つの小項目全てにおいてWtは0.6を上回っていた。

（3）「非精神病性症状」の小項目の評定者間信頼性

表4から、「不安・緊張」、「怒り」、「感情の平板化」、「解離」、「知的障害」はWtが0.6以上であった。しかし「興奮・躁状態」、「抑うつ」、「罪悪感」、「意識障害」は0.6以下であった。特に「意識障害」のWtが低く、カイ2乗検定でも有意とならなかった。

（4）「内省・洞察」の小項目の評定者間信頼性

表5から、全ての小項目が0.6のWtであった。

（5）「生活能力」の小項目の評定者間信頼性

表6から、前半の9項目では0.6以上のWtであったが、後半の5項目はWtが低かった。特に「施設への過剰適応」で低く、有意とならなかった。

（6）「衝動コントロール」の小項目の評定者間信頼性

表7から、最初の「一貫性のない行動」「待つことができない」の2項目では0.6以下のWtであったが、他の3つの小項目は0.6であった。

（7）「非社会性」の小項目の評定者間信頼性

表8から、0.6以上のWt値を示した項目は「性的逸脱行動」のみであり、それ以外は低い値であった。

(8) 「現実的計画」の小項目の評定者間信頼性

表9から、全ての小項目が0.6以上のWtであった。

(9) 「治療ケアの継続性」の小項目の評定者間信頼性

表10から、全ての小項目が0.6以上のWtであった。

3) 考察

入院対象者を基に作成された20事例について、26名の臨床心理技術者による、共通評価項目の評定者間信頼性をKendallの一致係数によって検証した。

一致度0.6以上を基準とした場合、中項目(17項目)では14項目が0.6を超える一致度であり、3項目の一致度が低かった。

小項目の一致度は「精神病症状」「内省・洞察」「現実的計画」「治療・ケアの継続

性」において全ての小項目で0.6以上の一致度であった。「非精神病性症状」「生活能力」「衝動コントロール」「非社会性」においては一致度の低い項目がいくつか含まれていた。

「やや問題あり」「問題あり」と評定される頻度が非常に少ない項目では、ごく一部の評定結果の変動でWtが低下し、0.1以下となる。例えば、「非精神病性症状」の「9. 意識障害」、「生活能力」の「14. 施設への過剰適応」、「非社会性」の「1. 侮辱的な言葉」「3. 犯罪志向的態度」「6. だます、嘘を言う」「7. 故意の器物破損」「10. 放火の兆し」である。

一致度の低い項目については、評定に当たった臨床心理技術者や各施設からの意見を聴取した上でアンカーポイントの見直しが必要である。

今後は予定された事例全てについての評定を行い、再度、評定者間の信頼性を検討していく予定である。

表2 中項目(17項目)のKendallのWt

	Subject	Rater	Wt	Chisq	Df	p-value
1. 精神病症状	20	26	0.816	403	19	<.001
2. 非精神病性症状	20	26	0.692	342	19	<.001
3. 自殺企図	19	26	0.628	294	18	<.001
4. 内省・洞察	20	26	0.853	421	19	<.001
5. 生活能力	17	26	0.641	267	16	<.001
6. 衝動コントロール	19	26	0.697	326	18	<.001
7. 共感性	19	26	0.598	280	18	<.001
8. 非社会性	19	26	0.634	297	18	<.001
9. 対人暴力	19	26	0.920	431	18	<.001
10. 個人的支援	19	26	0.659	308	18	<.001
11. コミュニティ要因	19	26	0.900	421	18	<.001
12. ストレス	19	26	0.519	243	18	<.001
13. 物質乱用	18	26	0.806	356	17	<.001
14. 現実的計画	19	26	0.937	438	18	<.001
15. コンプライアンス	19	26	0.733	343	18	<.001
16. 治療効果	18	26	0.487	215	17	<.001
17. 治療・ケアの継続性	18	26	0.943	417	17	<.001

表3 「精神病症状」の小項目のKendallのWt

精神病症状の小項目	subjects	ratars	Wt	Chisq	df	P-value
1) 通常でない思考	20	26	0.778	385	19	<.001
2) 幻覚に基づいた行動	20	26	0.680	336	19	<.001
3) 概念の統合障害	20	26	0.844	417	19	<.001
4) 精神病的しぐさ	20	26	0.768	378	19	<.001
5) 不適切な疑惑	20	26	0.776	383	19	<.001
6) 誇大性	20	26	0.639	316	19	<.001

表4 「非精神病性症状」の小項目のKendallのWt

非精神病症状の小項目	Subjects	ratars	Wt	Chisq	df	P-value
1) 興奮・躁状態	20	26	0.593	293	19	<.001
2) 不安・緊張	20	26	0.622	307	19	<.001
3) 怒り	20	26	0.777	384	19	<.001
4) 感情の平板化	20	26	0.754	372	19	<.001
5) 抑うつ	19	26	0.523	245	18	<.001
6) 罪悪感	19	26	0.570	267	18	<.001
7) 解離	19	26	0.732	343	18	<.001
8) 知的障害	19	26	0.900	422	18	<.001
9) 意識障害	19	26	0.039	18	18	0.456

表5 「内省・洞察」の小項目のKendallのWt

内省・洞察の小項目	Subjects	ratars	Wt	Chisq	df	P-value
1) 対象行為への内省	20	26	0.669	331	19	<.001
2) 対象行為以外の他害行為への内省	19	26	0.710	332	18	<.001
3) 病識	20	26	0.642	317	19	<.001
4) 対象行為の要因理解	20	26	0.828	409	19	<.001

表6 「生活能力」の小項目のKendallのWt

生活能力の小項目	subjects	raters	Wt	Chisq	df	P-value
1) 生活リズム	20	26	0.800	395	19	<.001
2) 整容と衛生	20	26	0.851	420	19	<.001
3) 金銭管理	20	26	0.832	411	19	<.001
4) 家事や料理	19	26	0.766	359	18	<.001
5) 安全管理	19	26	0.690	323	18	<.001
6) 社会資源の利用	18	26	0.679	300	17	<.001
7) コミュニケーション	20	26	0.639	316	19	<.001
8) 社会的引きこもり	20	26	0.693	342	19	<.001
9) 孤立	20	26	0.797	394	19	<.001
10) 活動性の低さ	20	26	0.580	286	19	<.001
11) 生産的活動・役割	19	26	0.543	254	18	<.001
12) 過度の依存	19	26	0.398	186	18	<.001
13) 余暇を有効に過ごせない	20	26	0.452	223	19	<.001
14) 施設への過剰適応	20	26	0.048	23.5	19	0.216

表7 「衝動コントロール」の小項目のKendallのWt

衝動コントロールの小項目	subjects	raters	Wt	Chisq	df	P-value
1) 一貫性のない行動	19	26	0.558	261	18	<.001
2) 待つことができない	19	26	0.576	270	18	<.001
3) 先の予測をしない	19	26	0.691	323	18	<.001
4) そそのかされる	19	26	0.765	358	18	<.001
5) 怒りの感情の行動化	19	26	0.613	287	18	<.001

表8 「非社会性」の小項目のKendallのWt

非社会性的小項目	Subjects	raters	Wt	Chisq	df	p-value
1) 侮辱的な言葉	19	26	0.052	24.5	18	0.139
2) 社会的規範の蔑視	19	26	0.555	260	18	<.001
3) 犯罪志向的態度	19	26	0.084	39.4	18	0.00249
4) 特定の人を害する	19	26	0.519	243	18	<.001
5) 他者を脅す	18	26	0.577	255	17	<.001
6) だます、嘘を言う	19	26	0.036	17	18	0.523
7) 故意の器物破損	19	26	0.061	28.7	18	0.0526
8) 犯罪的交友関係	19	26	0.177	83	18	<.001
9) 性的逸脱行動	19	26	0.650	304	18	<.001
10) 放火の兆し	19	26	0.039	18	18	0.456

表9 「現実的計画」の小項目のKendallのWt

現実的計画の小項目	subjects	ratars	Wt	Chisq	df	p-value
1) 退院後の治療プランへの同意	19	26	0.889	416	18	<.001
2) 日中活動	19	26	0.939	439	18	<.001
3) 住居	19	26	0.930	435	18	<.001
4) 生活費	19	26	0.782	366	18	<.001
5) 緊急時の対応	19	26	0.959	449	18	<.001
6) 関係機関との連携・協力体制	19	26	0.958	448	18	<.001
7) キーパーソン	19	26	0.753	352	18	<.001
8) 地域への受け入れ体制	19	26	0.923	432	18	<.001

表10 「治療ケアの継続性」の小項目のKendallのWt

治療・ケアの継続性的小項目	subjects	ratars	Wt	Chisq	df	p-value
1) 治療同盟	19	26	0.776	363	18	<.001
2) 予防	19	26	0.925	433	18	<.001
3) モニター	19	26	0.987	462	18	<.001
4) セルフモニタリング	19	26	0.848	397	18	<.001
5) 緊急時の対応	19	26	0.983	460	18	<.001

E. おわりに

本論では共通評価項目の信頼性・妥当性の検証を行うにあたり、まず国内外のリスクアセスメント研究の流れを概観した。次に妥当性の検証を始めるにあたり、共通評価項目が何を測っているのか、第二に共通評価項目に何を期待するのかという議論の結果を示した。第三に評定者間信頼性の検証を行った。共通評価項目を、科学的な根拠によって裏付けられた尺度とするため、今後更なる今後信頼性と妥当性の検証に取り組んでいきたい。

F. 文献

秋月玲子・松原三郎 (2007) 共通評価項目による予後の評価と多職種チームの対応 (第1回司法精神医学会大会 一般演題抄録). 司法精神医学, 2, 99.
 安藤久美子 (2003) 暴力に関する欧米の司法精神医学的研究 (2) 暴力のリスクア

セスメントツール 犯罪学雑誌69 (6) pp.220-232.

安藤久美子ら (2009) 医療観察法における処遇決定に関する要因の分析 司法精神医学, 4, 13-22.

Belfrage, H. (1998) Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital: Integrating research and clinical practice. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 328-338.

Burgess (1925) The working of the indeterminate sentence law and the Parole System in Illinois. Springfield: Illinois Parole Board.

Douglas, K. S., Klassen, C., Ross, D., Hart, S. D., Webster, C. D., & Eaves, D. (1998, August) Psychometric properties of HCR-20 violence risk assessment scheme in insanity acquittees. *Poster presented at the Annual meeting of the American*

- Psychological Association*, 1998, San Francisco.
- Douglas, K. S., & Ogloff, J. R. P. (2003). Multiple facets of risk for violence: The impact of judgmental specificity on structured decisions about violence risk. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 19-34.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P., Hart, S. (2003) Evaluation of a Model of Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379.
- Douglas, K.S., Guy, L.S. & Weir, J. (2006) HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme: Overview and Annotated Bibliography (Visit <http://www.sfu.ca/psyc/faculty/hart/Resources.htm> for updates)
- Douglas, K.S., Webster, C.D., Hart, S.D., Eaves, D., Ogloff, J.R.P. 著 吉川和男 監訳 (2007) *HCR-20コンパニオンガイド* 星和書店
- Hare, R.D. (2003) (西村由貴 訳 2004) *PCL-R 第2版 日本語版テクニカルマニュアル* 金子書房
- Harris G, Rice M, Quinsey V: Abandoning evidence-based risk appraisal in forensic practice: comments on Hart et al. *British Journal of Psychiatry*, 2007.
- Hart S, Michie C, Cooke D: Precision of actuarial risk assessment instruments. *British Journal of Psychiatry* 190 (suppl): s60.s65, 2007
- 松下正明ら (2004) 触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰に関する研究 平成15年度 総括・分担研究報告書 厚生労働科学研究費補助金 ところの健康科学研究事業
- Monahan, J. (1981) *Predicting Violent Behavior—An Assessment of Clinical Techniques*. Sage Publications, Beverly Hills, CA
- Monahan, J. (2006). A jurisprudence of risk assessment forecasting harm among prisoners, predators, and patients. *Virginia Law Review Association*, 92, 391-435.
- 森丈弓・濱口佳和・黒田治 (2004) 精神障害を有する受刑者の再犯予測に関する研究. *犯罪心理学研究* 42 (2), 43-58.
- 長岡弘顕・安形静男・高池俊子・寺戸亮二・永井文昭・寺尾博志 (1998) 釈放受刑者の再犯予測と仮釈放に関する研究 第1報告 再犯要因の分析と再犯予測. *法務総合研究所研究部紀要*, 31, 189-216.
- 大江由香・森田展彰・中谷陽二 (2007) 性犯罪少年の諸特性と性非行の反復傾向との関係—日本語版J-SOAP-IIの適用性の検証. *犯罪学雑誌*, 73 (6), 165-173.
- 大江由香・森田展彰・中谷陽二 (2008) 性犯罪少年の類型を作成する試み—再非行のリスクアセスメントと処遇への適用—. *犯罪心理学研究*, 46 (2), 1-13.
- 大槻隆司 (1990) 多数回受刑者の再犯要因を探る—一回限りの受刑で構成したものとの比較考察から—. *刑政*, 101 (8), 30-39.
- SKETCH研究会 (2005) 「臨床データの信頼性と妥当性」サイエンティスト社
- Steadman, H.J. & Cocozza, J.J. (1974) *Creators of the criminally insane—Excessive Social Control of Deviance*. Lexington Books, Lexington, MA
- 高野 務・石川 亨・大槻 真人・佐々木浩之・野村順一・大原健功 (2005) 少年非行におけるリスクアセスメントの研究—再犯危険性をいかにとらえるか. *家裁調査官研究紀要*, 2, 65-92.
- 性犯罪者処遇プログラム研究会 (2006) 性犯罪者処遇プログラム研究会報告書.

- Urbaniok,F (2007) FOTRES Forensisches
Operationalisiertes Therapie-Risiko-
Evaluations-System, Zytglogge. (6) ,216-234.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart,
S.D., 著 吉川和男 監訳 (2007)
HCR-20 星和書店
- 山上皓・小西聖子・吉川和男・井上俊宏・謝
麗亜 (1995) 触法精神障害者946例の11年間
追跡調査 (第一報) -再犯事件487件の概要.
犯罪学雑誌,61 (5) ,201-206.
- 吉川和男 (1995) 精神分裂病殺人犯に見る再
犯の予測要因と予測可能性.犯罪学雑誌,61

G. 健康危険情報

なし

H. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 研究発表

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

入院施設の機能化等に関する研究

平成 21 年度
分担研究報告書

平成 22（2010）年 3 月
分担研究者 武井 満
群馬県立精神医療センター

平成 21 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

医療観察法における医療の質の向上に関する研究

分担研究者： 武井 満 群馬県立精神医療センター 院長

研究協力者：	田口 寿子（東京都立松沢病院）
赤田卓志朗（群馬県こころの健康センター・ 精神科救急情報センター）	林 直樹（東京都立松沢病院）
芦名 孝一（群馬県こころの健康センター・ 精神科救急情報センター）	平林 直次（国立精神・神経センター武蔵病院）
黒田 治（東京都立松沢病院）	藤井 康男（山梨県立北病院）
佐藤 浩司（群馬県立精神医療センター）	宮田 量治（山梨県立北病院）
島田 達洋（栃木県立岡本台病院）	樋掛 忠彦（長野県立駒ヶ根病院）
	平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）
	東海林 勝（下総精神医療センター）

研究要旨

医療観察法は施行開始から4年以上が経過したが、各都道府県の病棟設置の取り組み状況、地域住民の病棟設置に対する受け止め方などを明らかにするために、藤井、宮田によって自治体病院に対するアンケート調査がこれまで経年的に行われ、今年度も同様のアンケートを実施することで、この間の状況の変化を明らかにしてきた。その結果は、年を経ることに自治体病院の考え方や地域住民の考え方が、病棟設置を受け入れる方向になってきていることが示された。

このような状況の変化の中で、ようやく医療観察法病床数は目標の半数以上を越えたことから、適正規模と適正配置という新たな課題に向かうことになったと考える。この問題を考えるための一つの要点は、治療の継続性、一貫性の確保という点にあることから、このような観点からアンケート調査を指定入院医療機関を対象として実施した。その結果、例えば、指定入院医療機関であっても必ずしも指定通院医療機関にはなっていないという現状が明らかになった。この問題は指定通院医療機関の治療の実際が指定入院医療機関にフィードバックされにくいという課題も含めて、今後はさらに検討される必要があると考えられた。

次に医療観察法の小規格病棟をすでに実施している大阪府立精神医療センター、静岡こころの医療センター、群馬県立精神医療センターの3県立病院の医療観察法担当職員にアンケートを行い、小規格病棟を実施しての意識調査を行った。またこれらの結果を踏まえて、小規格、ハーフサイズ、フルサイズの各病棟規模のメリット、デメリットについて検討した。

また群馬県立精神医療センターは、この間、独立型の病棟を目指してきたが、さまざまな経過があり、とりあえず小規格の暫定病棟を改築で開棟することになり、平成21年6月から当該病棟は運用が開始された。地域住民への対応も含めて、この間の病棟立ち上げから実際の運用に至るまで、具体的に報告することは今後に益することが大であると考えられたことから、佐藤によって報告書としてまとめられた。

最後に、医療観察法の対象者数を予測することは、幾つかの根拠に基づきつつも、実際は困

難な面が少なからずある。しかしこの問題は、今後の医療観察法の病棟規模やその適正配置に関して重要な意味を持っており、何らかの形で研究を継続する必要がある課題であると考えられる。今回は群馬県内に関してだけであるが、精神保健福祉法24条通報から26条通報までの一括かつ正確な管理が群馬県では可能であったことから、これらの数字を根拠として、芦名、赤田が医療観察法の対象者数について検討を加えた。

A. 研究目的

本分担研究班に与えられたテーマは入院施設の機能化等の研究であり、その課題の意味は多岐に渡ると考えられる。当初、医療観察法病棟は出来るだけ多くの都道府県の国公立病院に整備することを目的にされたと理解するが、さまざまな理由から、残念ながらこの間の病棟整備は遅々として進まなかった。しかし医療観察法施行開始後4年以上が経過するなかで、ようやく400床以上を越えるまでに至った（厚労省の資料では、平成21年8月の段階で、国立は総整備予定病床数478床中386床、都道府県関係は同じく219床中63床、国立と都道府県関係の総整備予定病床数697床のうち449床が稼働中であるとされている）。この数字を見る限り、病床数の確保に関しては、ある意味では峠は越えたとも言えるが、一方で上記の数字に見られるように、整備のしやすい国立から整備が開始されたという経過もあり、入院施設の絶対数の確保という課題に関してはある程度の目途は付いてはきたが、入院施設の偏在という新たな課題が生じてきていることがうかがえる。

医療観察法の病棟整備は一大事業であり、道は容易ではないが、それだけに一旦病棟を作ってしまうとやり直しは簡単にはできないという問題があり、今後は医療観察法病棟の病床数の規模とその適正配置をどうするかという課題について、対象者数の予測をも鑑みながらとり組んでいくべき時期に来ていると考えられる。そこで今回は、この点に大きく

まとをしぼって、まずは以下の5点から研究を実施するものである。

- ①各都道府県と自治体病院の医療観察法病棟への取り組み状況について調査する。
- ②医療観察法に限らず、医療にとってもっとも重要なのは治療の一貫性、継続性の確保という課題であるが、どの程度、現状の指定入院医療機関がこの問題をクリアできているか、またそうなるためにはどうすれば良いかなどについて調査を行う。
- ③医療観察法病棟は、現在のところ30床規模のフルサイズ、15床規模のハーフサイズ、14床以下の小規格に大きく分けられるところであるが、これらの各病床規模からみた医療観察法病棟のメリットとデメリットについて考察を試みた。特に一般精神科病床と併設されることから、もっとも問題が生じやすいと考えられた小規格病棟に関しては、すでに小規格病棟を実際に運用している大阪府立精神医療センター、静岡県立こころの医療センター、群馬県立精神医療センターの3府県の病院について、医療観察法病棟に直接関わっている職員に対してアンケートを実施し、職員の抱えている問題意識を探った。
- ④平成21年6月から、群馬県では小規格病棟（医療観察法病床6床＋鑑定入院のための一般精神病床1床）の運用を開始しているが、開始前の状況も含めて、今後実際に小規格病棟を立ち上げて運用する場合には、貴重と考えられる内容がいくつか確認されたことから、群馬県立精神医療センター

小規模病棟の実際の立ち上げの経過から運用の実際について、スタッフの意見等も交えて具体的に報告をする。

⑤医療観察法の対象者が人口あたりどの位出現するかは、今後の重要な研究テーマであるが、さまざまな要素が複雑に絡まっているために、その数値を明らかにしていくことは極めて困難な課題である。

そこで当面は、移送制度のほぼ完全な実施により、24条通報から26条通報までを一括して管理している群馬県の場合に限って検討し、とりあえず第一報として報告する。

B. 研究方法

これまでの我々の入院施設に関する研究は、実際に医療観察法の病棟を運用していなかったことから、あくまでも一定の予測に基づいての研究にならざるを得ない面があったが、今回は平成21年6月15日から、暫定病棟ではあるが、実際に医療観察法病棟の運用（6床）が開始されたことから、これまでの山上班や松下班で行われてきた研究成果を現実的場面で応用することになった。したがってこのような観点から、厚労省の言うように全ての都道府県に病棟を整備することを目標としつつも、今年度は当センターで開始した小規模病棟を一つの題材にして、その実際の運用に関する検証を中心として行うこととした。そこで前記の①、②、③についてはアンケート調査を実施して分析検討を行い、④については群馬県立精神医療センターの歴史的経過から始まり、医療観察法病棟設置に至った必然的経過と運用の実際を各種の資料等を持ち寄り、検討し報告書として作成した。⑤については、群馬県精神科救急情報センターの通報件数をデータとして整理し、検討を行った。

C. 研究結果と考案

1. 都道府県の医療観察法病棟への取り組み状況（藤井、宮田の報告参照）

藤井、宮田の報告書にあるとおり、平成18年、20年、21年の3カ年にわたる経年的調査のなかで、指定入院医療機関の設置の必要性の理解と設置の方向性の傾向が次第に増加してきているのがわかる。また指定入院医療機関をやる以上は、出来るだけ県内を中心として、入院処遇から通院処遇までを実施するという考え方が多数を占めるようになってきている。これは医療観察法の本来の趣旨にも則った好ましい傾向と考えられ、これまではまずは何としても病床を確保しなければならないという状況にあったことから、病床の地域偏在という問題にまで手を着ける余裕はなかったと考えられるが、予定の病床の半数以上を確保出来てきた現在、調査結果にあるとおり、将来に禍根を残さないためにも、病床の適正配置という課題により一層取り組むべき時期に来ていると考える。また各自治体が医療観察法病棟設置に賛同しないということも大幅に減少しており、地域住民の反対が減少してきていることとあいまって、病棟偏在の是正を実行に移す機が熟しつつあると推察する。この問題の解決には、関係者一同の協体制の下での厚生労働省のさらなる強い働きかけが、各自治体になされる必要があると思われる。

2. 医療観察法医療における医療の継続性と適正配置について（宮田の報告参照）

英国の司法病棟では、HSH（高度保安病院）中心が次第にMSU（中等度保安病院）に移行し、MSUはさらにRSU（地域保安病院）という考え方に集約されていると聞くところであるが、このような英国の例を引くまでもなく、対象者の治療は出来るだけ地域におい

て、入院処遇から通院処遇まで一貫して継続的に治療できることが一つの理想であることは言うまでもない。また厚労省は、原則として、全ての都道府県において指定入院医療機関の整備を行うことを再三、述べている。

このような明確な考え方があるにもかかわらず、宮田の調査では、現在稼働中の指定入院医療機関について調べたところ、17施設中、指定通院医療は10施設でしか行われていなかった。その理由としては、医療観察法施行当初における地域住民と病院との間で取り交わされた妥協案として、やむを得ずそうなったことが挙げられているが、医療者の立場からみれば、指定入院医療機関が通院医療も出来るようになることに異論はないと思われる。またこの問題は、この点だけに問題があるのではなく、要は対象者の入院中に提供された濃厚な医療・ケア体制から、いかにスムーズに通院医療に移行できるかという大きな課題を有しており、国立中心に出来上がってきた指定入院医療機関の置かれた地域特性を考えた場合、地域密着型の医療を行ってきた都道府県立病院との相違が、今後はしっかりしたデータの基に語られる必要が出てくるものと思われる。

3. 大阪府立精神医療センター、静岡県立こころの医療センター、群馬県立精神医療センター小規模病スタッフに対するアンケート調査（図1、図2）

現在までのところ、医療観察法小規模病棟として、大阪府立精神医療センターが5床、静岡県立こころの医療センターが2床、群馬県立精神医療センターが6床で病棟運営を実際に行っており、今後、長野県立駒ヶ根病院、山梨県立北病院、石川県立高松病院、山口県立こころの医療センター、鳥根県立こころの医療センターなどが小規模病棟の実施を予定している。小規模病棟は既存病棟を改築

して実施するケースが多く、またいずれにしても既存病棟に併設して運用されることが予測されることから、独立型の場合と異なり、良くも悪くも一般病棟との関係などに関し、さまざまな課題があることが想定される。

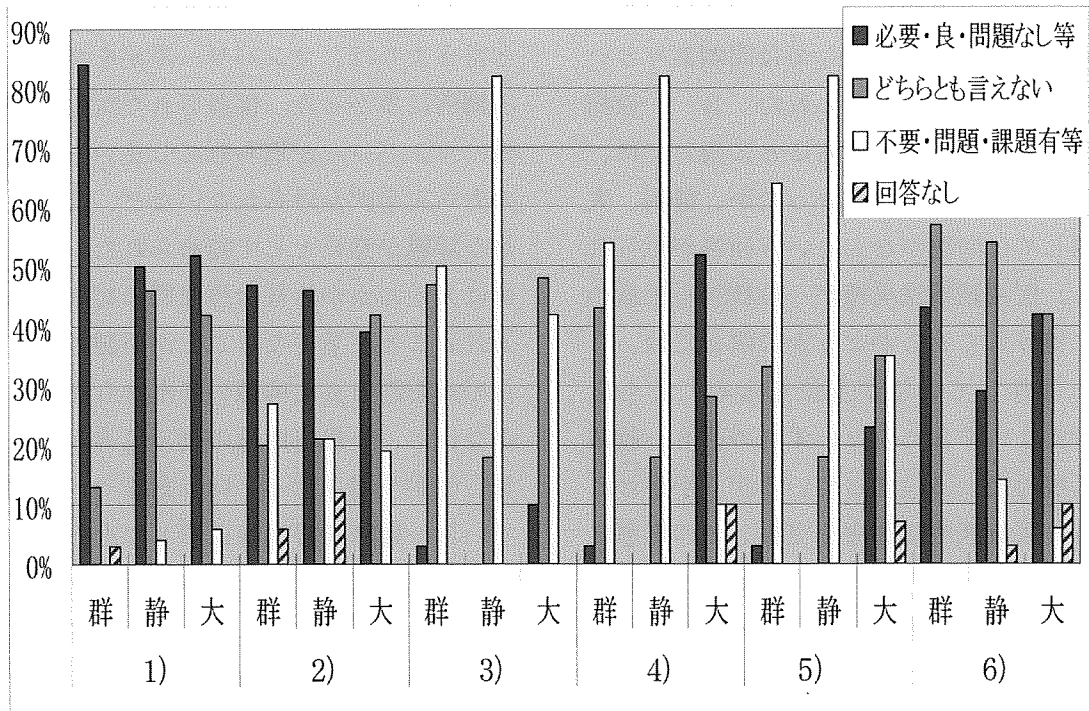
そこで実際に運用している大阪、静岡、群馬の3県の病院の医療観察法病棟の担当スタッフに対して、医療観察法に関する考え方や病棟の運用状況について、アンケート調査を行った（資料1 アンケート調査票参照）。

<結果と考察>

まず図1の医療観察法病棟の現状分析に関して述べる。1) 医療観察法の病棟設置の必要性に関しては、群馬県をはじめとして、3県とも半数以上が必要としており、どちらとも言えないを含めると、9割以上が肯定的な回答であった。2) 事前研修の良否に関しては、良かったが3県とも半数近くを占めたが、大阪はどちらとも言えないが良かったを上回った。3) 小規模の医療観察法病棟の運営に関しては、群馬、静岡はどちらとも言えないと問題があるが圧倒的に多かった。大阪もほぼ同様な傾向にあった。4) 併設一般病棟の運営に関しては群馬、静岡は問題が多かったが、大阪だけは問題ないが半数を占めた。5) 病棟全体の運営については群馬、静岡、大阪とも問題が多いとどちらとも言えないが多数を占めた。6) 本格的な小規模病棟の設置については群馬は4割以上が積極的に進めるべきで、残りがどちらとも言えないであり反対はなかった。静岡、大阪についてもどちらとも言えないと積極的に進めるべきが多数を占めたが、ただし両県の場合には積極的に進めるべきでないも少数みられた。

次に図2の今後の予測し得る課題等に関して述べる。1) 厚労省のガイドラインについては、3県とも同様な傾向が見られ、概ね問題ないとどちらとも言えないが多数を占め

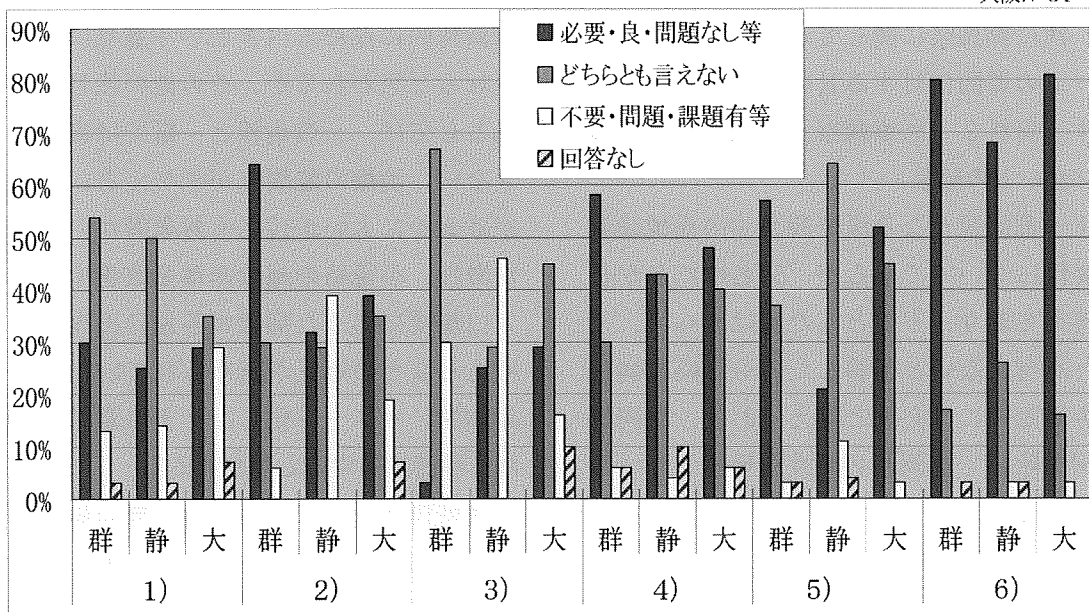
群馬N=30
静岡N=28
大阪N=31



- 1) 医療観察法病棟の設置そのもの 2) 事前研修 3) 医療観察法病棟の運営
4) 併設一般病棟の運営 5) 病棟全体の運営 6) 本格的な小規模病棟設置について

図1. 医療観察法病棟の現状分析に関して

群馬N=30
静岡N=28
大阪N=31



- 1) 厚労省のガイドライン 2) 多職種チーム 3) 一般病棟で鑑定入院を行っていること
4) 医療観察法病棟が一般精神科医療の向上に寄与しているか
5) 医療観察法医療を実施しての実感
6) 医療観察法の裁判官や社会復帰調整官が関与する仕組み

図2. 今後の予測し得る課題等に関して

た。ただし問題があるという意見も3県ともにみられた。2)多職種チームに関しては、3県とも群馬を筆頭に一定以上の評価が得られたが、静岡、大阪に関しては問題ありという意見も少なからず認められた。3)一般病棟で鑑定入院を行っていることに関しては、どちらとも言えないが多かったが、静岡、大阪に関しては問題がないという回答が見られた。4)医療観察法病棟が一般精神科医療の向上に寄与しているかどうかに関しては、3県とも寄与しているが上位を占め、どちらとも言えないを含めるといずれの県も一般精神科医療の向上に役立っているがうかがわれた。5)医療観察法医療を実施しての実感に関しては、群馬、大阪についてはやって良かったが半数以上を占め、どちらとも言えないを含めると肯定的な意見が大部分を占めた。ただし静岡に関してはどちらとも言えないが6割を越えていた。6)医療観察法の裁判官や社会復帰調整官が関与する仕組みに関しては、3県とも必要が大多数を占めた。

以上、3県を比較した結果を簡単にまとめたが、次に群馬県に関してのみになるが、アンケートの質問に対する具体的な意見について示す(資料2 医療観察法病棟に関する職員アンケートの結果)。

まず一番問題となる医療観察法の病棟設置の必要性についてであるが、30名中25名が必要と答えており、不要とした者はおらず、どちらとも言えないと回答した者も、県立病院が生き残るのには必要と答えており、無回答の1例を除いて全例が必要性を理解していると考えられた。

事前研修に関しては、不要とした者はおらず、良かったと言うものが多かった。問題は十分な研修時間が取れず、より多くのスタッフが参加できなかったことに課題が残っていると考えられ、その点の工夫が今後必要になると思われた。

現状のBSユニット、すなわち医療観察法病棟の運営に関しては、問題がないと答えたのは1名のみであり、医療観察法の医療に反対と言うよりは、マンパワー不足を挙げる声が圧倒的に多かった。併設された医療観察法病棟にマンパワーが取られてしまい、一般病棟の方へ人手がかけられないなど、現実的で深刻な課題が意見として認められた。小規格病棟は人手のかかる社会復帰期の対象者を受け入れることが多くなることが予想され、これらの点を踏まえた病棟の基準作りを考えていかないと、小規格病棟の建設は進みにくくなることが予測される。同じ意味で、併設されている一般精神科病棟に関しても、人手不足の問題が深刻に受け止められており、病棟全体としての運営に関しても、同様にマンパワー不足が挙げられていた。また法の異なる対象者を、同一病棟でやるのは看護にとってとても大変、やりにくいといったマンパワー不足以外の問題指摘もあった。

本格的な小規模病棟(17床)にしていくことについては、マンパワーを確保出来るならば積極的に進めるべきという意見にほぼ集約されると思われるが、その他の注目すべき意見としては、一般病棟と一緒に集中してできない、治療の醍醐味が味わえる、17床の方がはるかによいが17名も対象者がいるかどうか微妙、小規格の施設基準を改善すればより人口規模にあった病棟が各地に出来るかとも考えるなどの意見が認められていた。17床を具体的にイメージ化したときの意見と考えられ、傾聴に値すると思われる。

多職種チームについては、概ね順調という意見が圧倒的に多かったが、掛け持ちが多い、兼務のため時間が取れないなど、ここでも多職種チーム医療の不満というよりは、コメディカル等のマンパワー不足が指摘されている。

一般病棟で鑑定入院業務を行っている点に

関しては、現在までのところではよく分からないというのが実情と考えられた。鑑定入院は多職種チームの動きを一般病棟に般化できる機会になっているという意見は、セキュリティーの問題を考えなければ、注目すべき意見と捉えられる。

一般精神科医療の向上に良い影響が出ているかに関しては、出ていると評価した者が多く、治療プログラムの導入などやりやすい、自分で考えるので医療の向上につながる、一般病棟での応用が十分出来る、多職種チーム医療の実現に向かっていているなど積極的な意見が多数認められていた。

医療観察法医療を実施しての実感では、やって良かったがやはり多数を占め、前向きの意見が多かったが、会議や書類が多いという問題意識にも、今後は目を向ける必要があるかも知れない。

医療観察法の裁判官や社会復帰調整官の関与する仕組みについては、必要とする意見が圧倒的に多く、その意見内容的を得ているものが多く認められた。

以上、群馬県立精神医療センター医療観察法小規格病棟の運用に関わる職員の主だった意見を具体的に挙げてみた。全体としてみると、小規格病棟はマンパワーや併設一般病棟との関係などに課題があることがやはり認められた。しかし医療観察法医療に取り組んで良かったこと、多職種チームの良さ、一般精神科医療向上への寄与、裁判所の関与などにおいて、一定程度以上の評価が得られているという結果になった。

そこで次のこれらのアンケート結果を基に、医療観察法病棟小規格、15小規模のハーフサイズ、30床規模のフルサイズのそれぞれについて、そのメリット、デメリットについて考察を行った（表1）。

これらのまとめから、まず小規格病棟のデメリットを極力少なくするためには、マンパ

ワーの確保と人口規模に見合ったベッド数の検証が必要であり、ある程度、正確に対象者数の予測を行うことが求められよう。これに対して人口規模に見合いさえすれば、ハーフサイズは明らかにメリットが多いことが考えられる。またフルサイズに関しては、メリットは多いが、今後はどうしても機能分化という課題に取り組まねばならない時期が来ることが予測される。このことは必ずしもデメリットになるものではないが、大きな課題として、今後に残されているといえよう。

以上、まだまだ流動的であり結論が出せるような時期には至っていないが、当面整理できることとして考察を行った。

4. 群馬県における小規格病棟6床を立ち上げた経過と運用状況、及び現状の問題点（佐藤の報告参照）

群馬県では厚労省の要請を受けて、平成21年6月15日より暫定病棟として、改築によって医療観察法小規格病棟6床を開棟した。当センターとしては当初より、しかも早期に独立型の本格病棟を作ること志向していたところであったが、国行政と県行政の狭間にあつて、病院だけの判断で実施できることには限界があり、当面の対応として暫定病棟を作ることになったものである。

そもそも群馬県立精神医療センターがなぜ医療観察法のような法整備が精神科医療には必要であるかを主張するようになった経過は、平成3年から始まった精神科救急の問題が背景にあった。「警察官が関与した場合は県立精神医療センターが対応する」という当時の救急の要領から示されるように、24条通報を中心とする一極集中がそれ以来始まり、県内の精神鑑定もそのほぼ全部を引き受けざるを得ない中で、我われは司法精神医療の世界に足を踏み入れざるを得なくなった。このような経過を体験していることにどれだけの

表1 医療観察法病棟（小規格・ハーフ・フルサイズ）のメリットとデメリット

	メリット	デメリット	人口規模
小規格	<ul style="list-style-type: none"> ・限られた対象者数なので各種会議で患者状況を把握しやすい。 ・他府県の対象者が入ってこない。 ・外出の付き添いが近距離でやりやすい。 ・治療の連続性、患者情報の連続性が確保されやすい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の数が限定される。 ・治療連続性が中途の間だけ途絶されやすい。 ・患者情報の連続性が中途の間だけ途絶されやすい。 ・医療観察法病棟が中心になり、一般病棟が疎かになりやすい。 ・併設病棟同士の差別感が生まれやすい。 ・専任のコメディカルがない。 ・社会復帰期の対象者が集中しやすく、外泊が大変になる。 ・対象者が少ないため、各種会議の効率性が悪い。 ・提供できる治療プログラムが限定される。 ・現状ではマンパワー不足が明らかである。 	100万人以下？
ハーフサイズ	<ul style="list-style-type: none"> ・大都市部を除き、県内の全ての対象者をほぼ受け入れることができる。 ・地域密着型として、治療の一貫性、患者情報の連続性が確保される。 ・スタッフが医療観察法の治療に専念できる。 ・極端に遠距離な対象者は入院してこないと考えられる。 ・他県からの入院者に関しては社会復帰期を小規格病棟に任せることもできる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・県外の対象者が開棟初期に多数入ってくることが予測される。 ・提供できる治療プログラムがフルサイズと比べて限られる。 ・小規格病棟ほどではないが、提供できる治療プログラムが限定される。 ・条例等の制約により人員確保に困難がある。 	200万人～400万人前後？
フルサイズ	<ul style="list-style-type: none"> ・人口規模の大きい都道府等については、フルサイズが必要である。 ・提供できるプログラムが多い。 ・スタッフが医療観察法の治療に専念できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・極端に遠方の対象者も受け入れなければならない場合がありえる。 ・機能分化という課題に、今後は取り組む必要が出てくる可能性がある。 	500万人以上？

意味があるかは分からないが、今回暫定病棟ではあるが、医療観察法病棟を作るに至った経過を、このような原点を踏まえた問題意識の下に報告することは、医療観察法とは何かという根本的課題を見失わないためにも意味があるものと考ええる。

小規格病棟の立ち上げと運用の実態についての佐藤の報告は、佐藤の言葉を借りれば、結論を提示するものではなく、あくまでも運用の実態の報告であるとしているが、そのような意味でも報告書としての役割は十分に果たしているものと考えるところである。

5. 医療観察法の申し立て対象者は法施行以前の措置移送でどのように処遇されていたか（芦名、赤田の報告参照）

群馬県では、精神保健福祉法29条の2の2の措置入院のための移送を、ほぼ完全な形で実施していることから、これらの事例の通報形態と行われた他害行為の具体的内容を把握することが可能となっている。そこでこれらのデータを基にして、医療観察法施行以前の措置入院のための移送事例と法施行後の医療観察法申し立て事例の比較検討を行った。25条通報事例にだけ限れば、予測される申し立て件数は年間2、3件であったが、25条通

報に24条通報の事例を加えると、医療観察法申し立て予測件数は年間5件～9件となり、2006年度2件、2007年度7件、2008年度5件、2009年度5件というこれまでの実績とある程度一致することになる。

24条通報に関しては、都道府県によって統計基盤がかならずしも統一されていないと予想されるが、群馬県の現状に限れば、そのようなことはないことから、このような予測値が可能となった。本研究は全国的規模で実施されることが望ましいが、現状は24条通報の実態が不明などの不確定要素があり、正確な予測は困難である。しかしそうはいつても、今後、医療観察法の対象者数を出来るだけ正確に把握することは、病床規模やその適正配置のあり方を考える上で重要な要点となる。今回の芦名、赤田の報告書は、群馬県に限った内容であるが、その意味では重要な研究内容を含むものであり、まずは第1報として報告する。

D. 結語

当分担研究班の研究課題は、入院施設の機能化等に関する研究であった。今年度は、医療観察法病棟の適正規模と適正配置に関して、都道府県の取り組み状況の調査にはじまり、治療の継続性・一貫性の観点からの調査、小規模病棟の運用の実態の調査、小規格

とハーフサイズ、フルサイズとの比較検討、そして群馬県における医療観察法対象者と法施行前の措置移送対象者との比較などについて報告した。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

武井満：人格障害ケースの非自発入院を考える、日精協誌 第28巻・第2号、33—37、2009.

武井満：医療観察法と処遇困難患者、臨床精神医学 第38巻・第5号、709—713、2009.

武井満：司法精神医学の「未来」、司法精神医学 第5巻・第1号、34—43、2010.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

資料1 医療観察法病棟に関する緊急アンケートのお願い

皆さんの協力により、本年6月に医療観察法病棟6床が開棟しました。現在、7名の対象者が実際に入院して治療を受けていますが、医療観察法病棟を実施しての現状分析と今後の課題等を明らかにするために、現在までに明らかになった内容を基にした意見で結構ですので、アンケート調査にご協力をお願いします。アンケートの対象の方は、今回はとりあえずB病棟看護スタッフと医療観察法に関与しているコメディカルスタッフ、及び同じく医療観察法に関与している医師に限らせていただきます。無記名で結構ですので、率直な意見を聞かせてください。

なお本アンケート結果は、厚生労働科学研究「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」（主任研究者：中島豊爾）のうちの「入院施設の機能化等に関する研究」（分担研究者：武井満）に活用するものです。

院長 武井満

1. 医療観察法病棟の現状分析に関して

1) 病棟設置そのものについて（いずれかに○を付けてください。以下、同様）

必要、どちらとも言えない、不要

その理由：

2) 事前研修について

良かった、どちらとも言えない、内容不十分、不要

その理由：

3) 現状のBSユニットの運営について

問題はない、どちらとも言えない、問題がある

その理由：

4) 現状の B1 ユニットの運営について

問題はない、どちらとも言えない、問題がある
その理由：

5) 現状の B 病棟全体の運営について

問題はない、どちらとも言えない、問題がある
その理由：

6) 本格的な小規模病棟（17床予定）にしていくことについて

積極的に進めるべき、どちらとも言えない、積極的に進めるべきでない
その理由：

2. 今後の予測し得る課題等に関して

1) 厚労省のガイドラインについて

概ね問題ない、どちらとも言えない、問題がある
その理由：

2) 多職種チームについて

概ね順調、どちらとも言えない、課題が多い
その理由：

3) 一般病棟で鑑定入院業務を行っていることについて

問題ない、どちらとも言えない、課題が多い
その理由：

4) 当センターの一般精神科医療の向上に良い影響が出ているかどうか

出ている、どちらとも言えない、ない、悪影響がある
その理由：