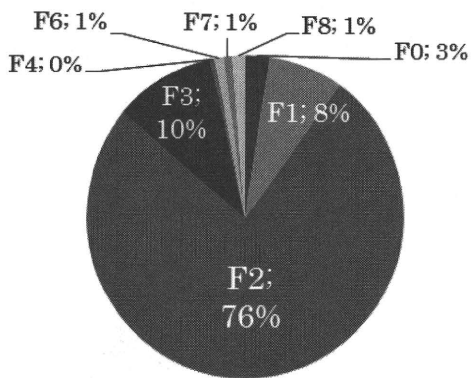


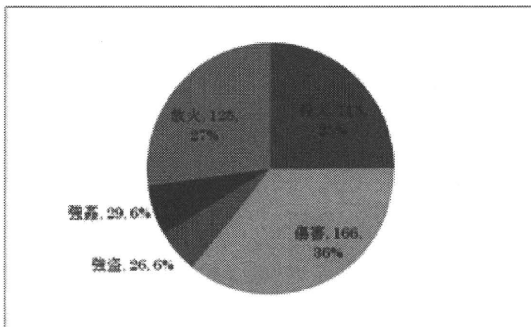
F2:337名(75.9%)、F3:46名(10.4%)、F4:2名(0.5%)、F6:4名(0.9%)、F7:4名(0.9%)、F8:6名(1.4%)であった。

〔F2〕統合失調症等が全体の75.9%を占めており、次いで〔F3〕気分(感情)障害が10.4%、〔F1〕精神作用物質使用による精神および行動の障害(アルコール・薬物関連の障害)が7.7%となっていた。



7) 対象行為と被害者(物)との関係

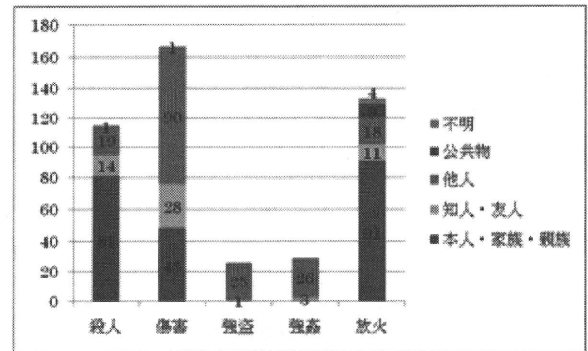
対象行為については、殺人115名(24.9%)、傷害166名(36.0%)、強盗26名(5.6%)、強姦29名(6.3%)、放火125名(27.1%)であった(重複あり)。



家族・親戚220名(46.8%)、知人・友人57名(12.1%)、他人178名(37.9%)、公共物9名(1.9%)、不明6名(1.3%)であった(重

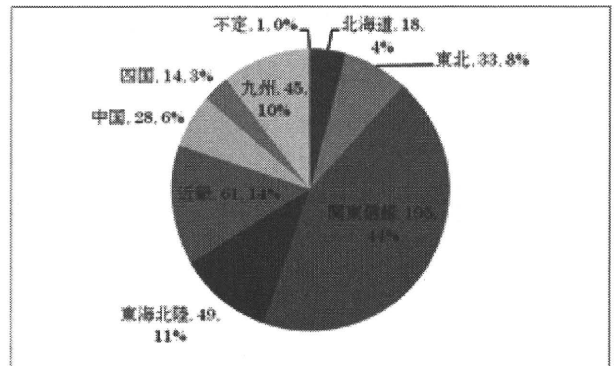
複あり)。

対象行為と被害者(物)との関係については、殺人・殺人未遂や放火・放火未遂に関しては、被害者が家族・親戚である割合がかなり高かった。殺人・殺人未遂の被害者が家族・親戚であった割合は70.4%であった。放火・放火未遂においては68.4%であった。強盗、強姦・強制わいせつの被害者はほとんどの事例で他人が被害者となっていた。傷害に関しては、家族・親戚に比べて、知人や他人が被害者となっている割合が高かった。



8) 対象者の住居地

対象者の調査時現在の住居地は、北海道18名(4.1%)、東北33名(7.4%)、関東甲信越195名(43.9%)、東海北陸49名(11.0%)、近畿61名(13.7%)、中国28名(6.3%)、四国14名(3.2%)、九州・沖縄45名(10.1%)、不定1名(0.2%)であった。

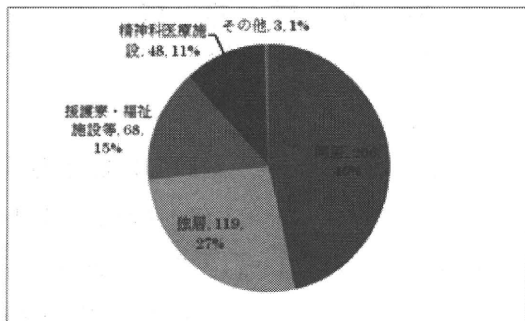


また、調査時現在において、対象行為時の居住地であった都道府県から別の都道府県外に移転した者は、28名で全体の6.3%であった。

転入先の地域は、東北に1件、関東甲信越に11件、東海・北陸に5件、近畿に3件、中国に3件、四国に1件、九州・沖縄に4件であった。

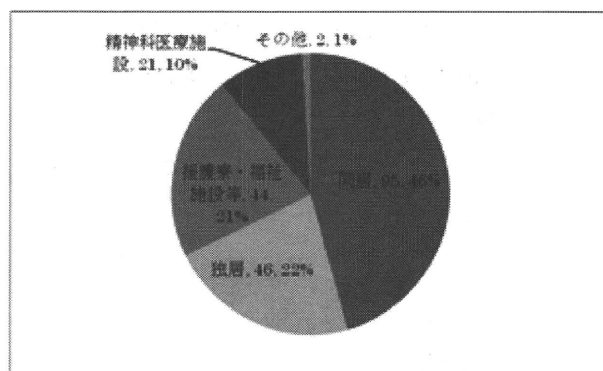
9) 対象者の住居形態

対象者の住居形態は、家族と同居している者が206名(46.4%)と半数以上を占めており、独居が119名(26.8%)、援護寮・福祉施設等が68名(15.3%)、精神科病院が48名(10.8%)、その他が3名(0.7%)であった。



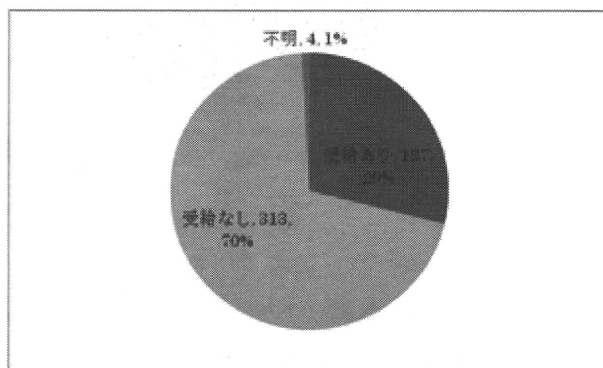
10) 被害者との同居率

家族・親族が被害者であった208名のうち、被害者である家族と同居している者が95名(45.7%)であった。そのほかには、独居が46名(22.1%)、グループホーム・各種施設等が44名(21.2%)、精神科病院が21名(10.1%)、その他2名(1.0%)であった。



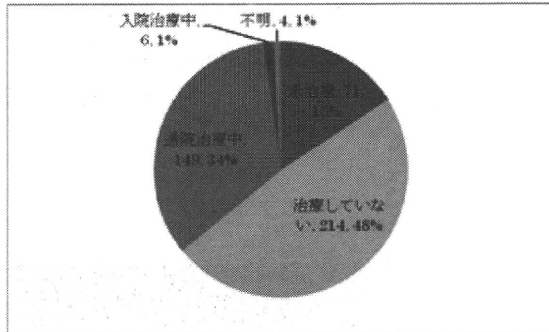
11) 生活保護の受給状況

生活保護の受給状況においては、受給していない者が313名(70.5%)で、受給している者が127名(28.6%)、受給状況が不明な者が4名(0.9%)であった。

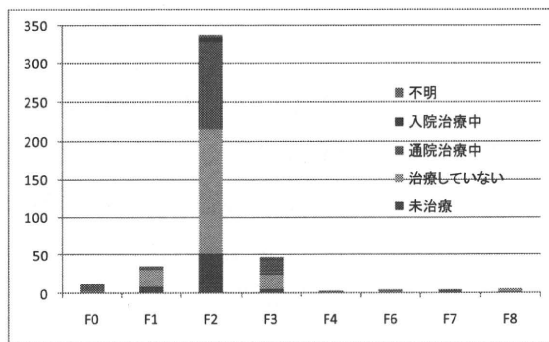


12) 対象行為時の治療状況および年齢・疾患との関係

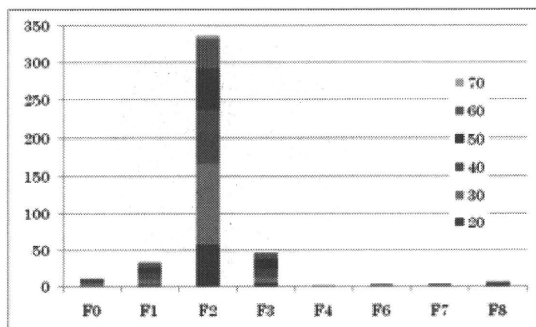
対象行為時の治療状況においては、治療中だった者は155名であり、その内訳は通院治療中が149名(33.6%)、入院治療中が6名(1.4%)であった。治療を中断、あるいは治療を終結しているなどの理由で、対象行為時に治療を行っていない者は214名(48.2%)であり、全くの未治療の者も71名(16.0%)いた。



次に、対象行為時の治療状況と疾患との関係についてみると、対象行為時に未治療であった者の疾患名は〔F2〕がほとんどを占めていた。



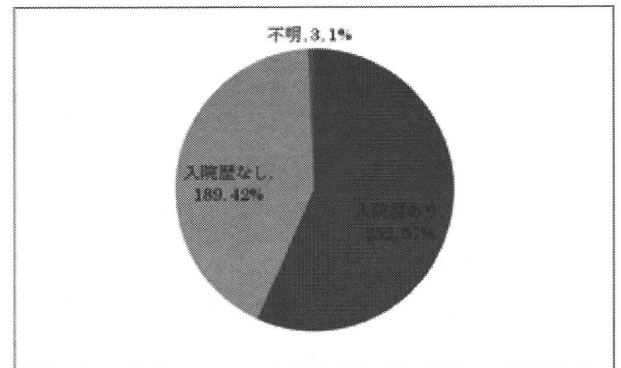
疾患名と年齢(年代)との関係をグラフで示した。例えば、統合失調症でみると、半数は20代、30代の比較的若年の年齢層で占めるが、残りの半数は40代以上の中高年の年齢層が占めており、慢性の経過を辿っている者も少なくないことが分かる。



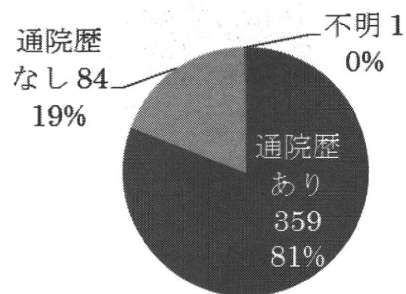
1 3) 精神科治療歴

対象行為以前の治療歴についてみると、入院治療歴がある者が 252 名 (56.8%)、入院治療歴がない者が 189 名 (42.6%)、不明が 3 名 (0.7%)であった。

また、入院形態が明らかになった者のうち、措置入院を経験している者が 83 名 (18.7%)、医療保護入院を経験している者が 145 名 (32.7%)であった。



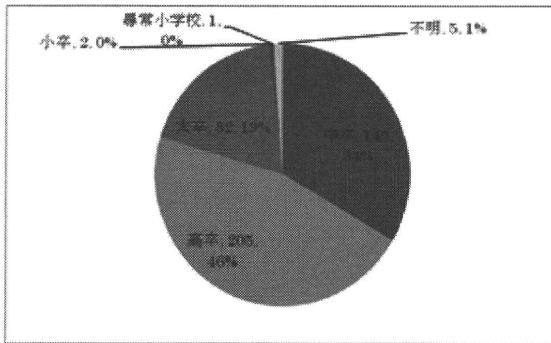
通院治療歴については、通院治療歴がある者が 359 名 (80.9%)、通院治療歴がない者が 84 名 (18.9%)、不明が 1 名 (0.2%)であった。



1 4) 教育歴

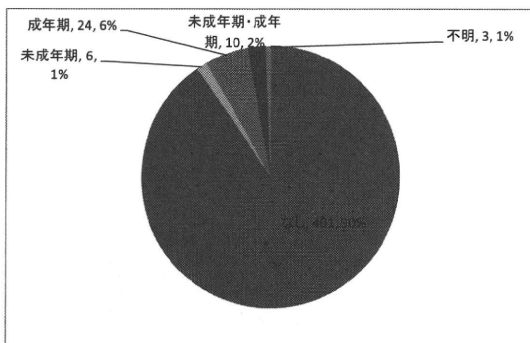
最終学歴については、小学校卒業が 3 名 (0.7%)、中学校卒業が 149 名 (33.6%)、

高校卒業が 205 名(46.2%)、短大・大学卒業以上が 82 名(18.5%)、不明が 5 名(1.1%)であった。



1 5) 矯正施設の入所経験

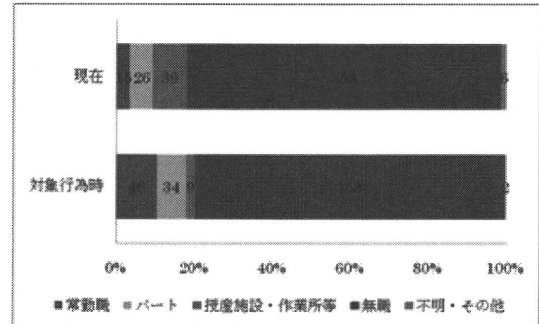
対象行為以前の矯正施設の入所経験については、未成年期に入所経験がある者が 6 名 (1.4%)、成年期の入所経験がある者が 24 名 (5.4%)、未成年期および成年期に入所経験がある者が 10 名 (2.3%)で、入所経験がない者 401 名 (90.3%)、不明が 3 名 (0.7%)であった。



1 6) 就労状況

対象行為時と調査時現在の就労状況について比較すると、いずれの時点でも無職であった者が最も多かった。常勤職に就いていた者は 46 名から 15 名へ、パート勤

務の者は 34 名から 26 名へと減少していた。授産施設、就労訓練施設等に通っていた者は、対象行為時には 9 名、調査時現在では 39 名であった。

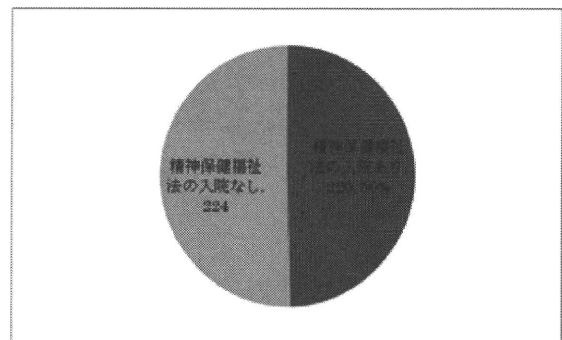


1 7) 通院処遇中における精神保健福祉法による入院

ここでは、通院処遇中の精神保健福祉法による入院の概要について示す。なお、精神保健福祉法による入院に関する詳細な分析については、「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究 (3)」を参照されたい。

(a) 入院の有無

通院処遇中の精神保健福祉法による入院の有無に関しては、入院ありが 220 名 (49.5%)、入院なしが 224 名(50.5%)であった。



(b) 通院処遇に至る形式

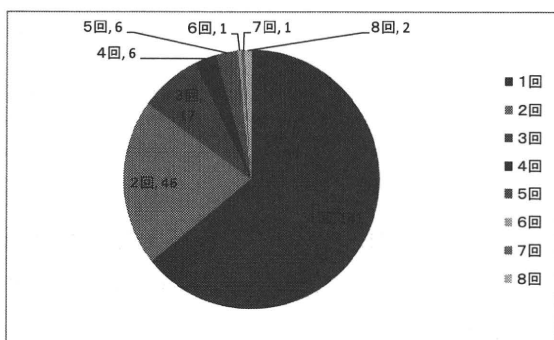
精神保健福祉法による入院の有無について、通院に至る形式（「直接通院」／「移行通院」）との関係を見ると、「直接通院」となった 177 名のうち、精神保健福祉法による入院があった者が 107 名（60.5%）、「移行通院」となった 267 名のうち、精神保健福祉法による入院があったものが 113 名（42.3%）となっており、解析の結果、「移行通院」の方が有意に入院率は低かった（ χ^2 検定 $p < .05$ ）。

精神保健福祉法による入院ありと答えた 220 名の平均入院日数は 172.5 日、(SD 値=178.8 中央値=112 最短日数=1 最長日数=1203)であった。

(c) 入院回数

入院回数は、1 回が 141 名（64.1%）、2 回 46 名（20.9%）、3 回 17 名（7.7%）、4 回 6 名（2.7%）、5 回 6 名（2.7%）、6 回 1 名（0.5%）、7 回 1 名（0.5%）、8 回 2 名（0.9%）であった。

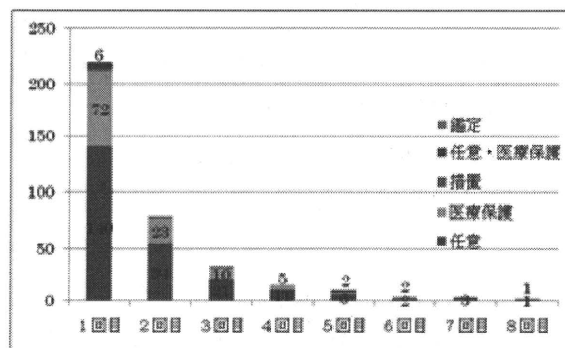
なお、全体の平均入院回数は 1.67 回で最頻値は 0 回であった。



(d) 入院回数と入院形態との関係

通院処遇中の精神保健福祉法による入院形態（任意／医療保護／措置）は、入院

ありと答えた 220 人中ののべ 367 件の入院のうち、任意入院が 246 件（67.0%）、医療保護入院が 123 件（33.5%）、措置入院が 5 件（2.2%）であった。



18) 通院処遇中にみられた問題行動の概要

通院処遇中に何らかの問題行動が認められた者は、444 名中 203 名（45.7%）であった。また、2009 年 7 月 16 日から 2010 年 7 月 15 日に発生した問題行動の延べ件数は表 3 のとおりであった。

17 項目の問題行動のうち最も多く見られた問題行動は「14. 服薬の不遵守・不遵守傾向」であり 74 例（16.9%）で、次に「13. 通院・通所の不遵守・不遵守傾向」が 49 例（11.2%）、「3. 他者への非身体的暴力など」が 43 例（9.8%）と続いていた。なお、昨年の調査で比較的多かった「アルコールの乱用・依存等（依存者の場合には再飲酒も含む）」の項目は 39 例（8.9%）でやや減少していた。

次に、昨年と同様に、17 項目の問題行動のうち、いくつかの問題行動をまとめ、以下のように整理した。

(a)「対人的暴力行動（問題行動 2, 3, 4 を合わせたもの）」

(b)「対物的暴力行動（問題行動 6, 7 を合わせたもの）」

(c)「暴力行動等（問題行動 2, 3, 4, 6, 7 を合わせたもの）」

(d)「アルコール・違法薬物関連の問題（問題行動 10, 11 を合わせたもの）」

(e)「医療への不遵守等（問題行動 13, 14, 15 を合わせたもの）」

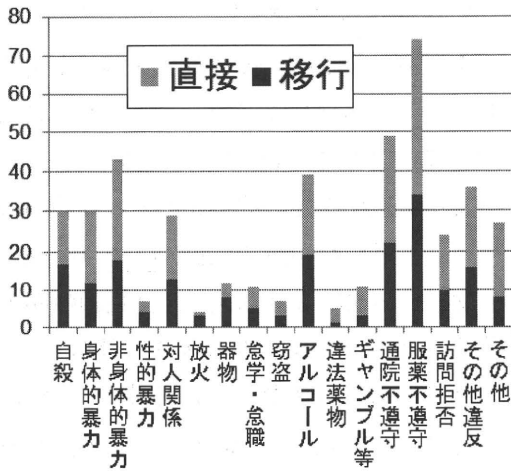
これらの 5 項目の小計結果をみると、「医療への不遵守等」は 107 例で 24.4% を占めていた。また、身体的および非身体的暴力と性暴力をまとめた「対人的暴力行動」は 60 例で 13.7%、「放火など」や「器物への暴力」をまとめた「対物的暴力」は 15 例で 3.4%となっており、これらを総計した「暴力行動」全般では、73 例で 16.7%であった。「アルコール・薬物関連の問題」については 43 例で 9.8%であった。

表 3：問題行動の報告があった例数

	問題行動（内容）	直接	移行	計	%
1	自殺・自殺企図・自傷など	17	13	30	6.8
2	他者への身体的暴力など（性的な暴力を除く）	12	18	30	6.8
3	他者への非身体的暴力など（暴力的言動や態度）	18	25	43	9.8
4	他者への性的な暴力など	4	3	7	1.6
	2+3+4 対人暴力行動（重複を考慮）	24	36	60	13.7
5	上記以外の対人関係の問題（対人的なルール違反を含む）	13	16	29	6.6
6	放火など（未遂	3	1	4	0.9

	も含む)				
7	器物への暴力（放火などをのぞく）	8	4	12	2.7
	6+7 対物的暴力行動（重複を考慮）	10	5	15	3.4
	2+3+4+6+7 暴力的行動等（重複を考慮）	33	40	73	16.7
8	怠学、怠職、ひきこもりなど	5	6	11	2.5
9	窃盗・万引きなど	3	4	7	1.6
10	アルコール乱用・依存など（依存者の場合は再飲酒も含む）	19	20	39	8.9
11	違法薬物の使用・乱用・依存	1	4	5	1.1
	10+11 アルコール・違法薬物関連の問題	20	23	43	9.8
12	ギャンブル、買い物などの薬物以外の依存行動	3	8	11	2.5
13	通院・通所の不遵守・不遵守傾向	22	27	49	11.2
14	服薬の不遵守・不遵守傾向	34	40	74	16.9
15	訪問看護・訪問観察の拒否	10	14	24	5.5
	13+14+15 医療への不遵守（重複を考慮）	47	60	107	24.4
16	その他の日常生活上の規則、ルールの違反など	16	20	36	8.2
17	その他の問題行動（具体的に）	8	19	27	6.2
	計	196	242	438	100
	問題行動なし	152	89	241	44.3

なお、問題行動を通院処遇までの過程別に集計し、グラフで示したものが次の図である。



図：問題行動の報告があった例数

1 9) 通院処遇中にみられた問題行動とその他の変数の関連性

確認された問題行動について、性別、通院処遇までの経緯、診断分類や対象行為などのいくつかの変数との関連を分析した。結果は次の通りである。

(1) 性別

性別については、いずれの問題行動においても有意差を認められた項目はなかった。これは平成 20 年、21 年の調査と同様の結果であった。

一般的に暴力行動をはじめとするいくつかの項目については、男性のほうがより発生率が高いことが知られている。しかし、医療観察法対象者に関しては、こうした特性は必ずしも認められないことがわかった。この結果は、翻せば、女性対象者においても暴力的な問題行動やアルコール・薬物関連の問題が同程度に発生していることを示している。したがって、リスクマネジメントの視点においては、従来からの

指摘のとおり、男女の別（つまり男性のほうが問題行動が発生しやすいであろうといった感覚など）にとらわれすぎないように注意する必要があるといえるかもしれない。

なお、このように男女差が、直接に問題行動の頻度のちがいで現れることはないのであるが、後述するように、たとえば診断分類の別のなかで、さらに男女を別々に分析をすると、それぞれにおいて有意な問題行動の特徴は異なるという結果が得られている。

(2) 通院処遇までの経緯

通院処遇までの経緯は「直接通院」と「(入院からの) 移行通院」の二通りがある。この分類にしたがって発生した問題行動との関連について分析した。

その結果、今回確認したすべての問題行動について、直接通院対象者と移行通院対象者の間で有意な差はみられず、発生率はほぼ同様であることがわかった。

別に報告しているとおり、この通院処遇までの経緯は推定される処遇終了までの期間に違いがあるが、この結果とあわせるならば、終了までの期間の差異は問題行動の発生頻度の違いでは必ずしも説明できるわけではないことが示唆されるであろう。

(3) 診断分類

診断分類では、いくつかの有意差が認められた。主なものを列挙する。

(a) 「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」について

「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」は、アルコールやその他の物質使用に関連する精神障害に関する項目である。本調査では、F1を主診断とする者は34名であった。さらに副診断にもF1が含まれている者を含めると49名であった。この49名について、問題行動との関連をみても、アルコール・物質関連の診断をもつ者は、他の疾患をもつ通院対象者と比較して、通院処遇中の「アルコールの乱用・依存等（依存者の場合には再飲酒も含む）」、「違法薬物の使用・乱用・依存等」、「物質使用に関する問題行動（問題行動 10, 11）」が有意に多いことが確認された（Fisher 直接法、両側、 $p < 0.01$ ）。アルコール・物質使用に関連する障害を有する者の社会内処遇中にあたっては、アルコールや薬物の再使用等に注意するべきであることは言うまでもない。

さらに「通院の不遵守」「訪問の拒否」といった項目についても、有意に多いことが確認された（Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$ ）。

薬物やアルコールの問題で対象行為に及んだ者の場合には、その物質の再使用についての注意はもちろんのこと、医療そのものへの遵守についても注意を払うべきであることが再確認された。

また、F1の群の効果について、男女別（男性44名、女性5名）に見てみると、全体では有意ではなかった「怠学、怠職」の項目が（男性では有意ではなかったが）、女性ではF1の診断がつかない群に比較して、有意に高いことが示された（Fisher 直接法、両側、 $p < 0.01$ ）。

(b) 「F2. 統合失調症等」について

本調査では、F2（統合失調症等）を主診断とする者は337名であった。さらに副診断を含むと全体では341名であった。この群では、それ以外の群に比較して「訪問の拒否」の項目が相対的に低かった（Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$ ）。統合失調症圏の治療にあたっては、他の障害に比較して、訪問などの受け入れはされやすく、治療の継続などにあたって、訪問という手法を有効に活用できる可能性が高いことが示唆されるといえるであろう。

また、F2の群の効果について、男女別（男性246名、女性95名）に見てみると、全体では有意ではなかった「身体的暴力」の項目が（男性では有意ではなかったが）、女性ではF2の診断がつかない群に比較して、有意に低いことが示された（Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$ ）。

また、全体では有意ではなかった「アルコールの問題」が（女性では有意ではなかったが）、男性ではF2の診断がつかない群に比較して、有意に低いことが示された（Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$ ）。

(c) 「F4. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」について

本調査では、F4を主診断とする者は2名、副診断とする者を含めると9名であった。この群では、その他の群に比較すると「服薬の不遵守」の傾向が有意に高いことが示された（Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$ ）。いわゆる“神経症圏”の人々については他の疾患（ことに統合失調症）に比べておそらく服薬の自己管理が行われやすいと思われるが、一方ではむしろそのことが服薬

管理のむずかしさを招くことにもなるということを示唆している可能性がある。

(d) 「F6. 成人の人格および行動の障害」について

本調査では、F6 を主診断とする者は 4 名、副診断にもつ者まで含めると全体で 7 名であった。問題行動との関連をみてみると、「訪問の拒否」の項目が有意に多く認められた (Fisher 直接法、両側、 $p < 0.01$)。

パーソナリティの障害があるということは、その診断基準に反映される障害自体の定義からみても、対人関係上の問題はきたしやすいととらえてよいと思われるが、このことが医療者や社会復帰調整官らの訪問を受けつづけることにも問題をきたしやすいということを示しているのかもしれない。

(e) 「F7. 精神遅滞」について

本調査では、F7 を主診断とする者は 4 名であった。さらに副診断として F7 を有する者を含めると全体では 43 名にのぼった。F7 の診断がつくことと問題行動との関連をみてみると、他の疾患をもつ通院対象者と比較して、「火の扱いに関する問題行動 (Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$)」「器物に対する暴力行動 (Fisher 直接法、両側、 $p < 0.01$)」および「その他の生活上の規則の不遵守 (Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$)」が有意に多いことが示された。

一般に、精神遅滞の者にみられる犯罪については放火や窃盗などの犯罪との関連が指摘されているが、本研究によっても同様の結果が得られたことになる。

(3) 対象行為等

対象行為と問題行動の間で有意な関連が認められた項目のうち、主なものについて報告する。

(a) 「殺人」

対象行為が「殺人」である者では、通院処遇中の「アルコールについての問題」は有意に低いことが示された (Fisher 直接法、両側、 $p < 0.01$)。さらに、男女別にみると、男性では対象行為が「殺人」である場合には、「対人関係上の問題」を有意にきたしやすいことが示された (Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$)。

(b) 「傷害」

対象行為が「傷害」である者では、通院処遇中の「アルコールに関する問題」が有意に多いことが示された (Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$)。

また、「傷害」の群の効果について、男女別に見てみると、全体では有意ではなかった「その他の違反」の項目が (男性では有意ではなかったが)、女性では (他の対象行為の群に比較して)、有意に高いことが示された (Fisher 直接法、両側、 $p < 0.05$)。

(c) 「強姦」「強制わいせつ」

対象行為が「強姦」や「強制わいせつ」といった性暴力である者は、「他者への身体的暴力行動」が有意に高いことがわかった (Fisher 直接法、両側、 $p < 0.01$)。対象行為が「性暴力」である場合には、通院中に暴力的な問題行動が多いことは昨年、および一昨年の調査と同様の結果を示していた。

比較的累犯事例が多いとされる性暴力などの対象行為であっても、通院処遇中の問題行動が必ずしも同様のかたち(=性暴力)で発生するとは限らず、より広い視野で注意を払っていく必要があるといえるであろう。

(d)「放火」

対象行為が「放火」である者のうち、男性では、「その他の違反行為」が有意に多いことがわかった(Fisher 直接法、両側、 $p < 0.01$)。これは、昨年にも同様の結果が得られたが、対象行為が放火である事例をたどってみると、再被害行為(問題行動)として放火が行われたケースでは、すでに再入院あるいは受刑中となっているケースなどがいくつか含まれていたことから、その後の調査対象から外れていることが結果に影響している可能性がある。すなわち、対象行為が「放火」である場合には、再度「放火」を繰り返すタイプとその他の比較的軽微な犯罪を繰り返すタイプに分かれることが予測される。

<第二部：各論的研究>

(3) モニタリング研究の分析結果の評価に関する研究(分担研究者：松原)

事例検討を通じて、医療観察法における治療では強制的治療システムと多職種チームによる手厚いサポートが功を奏し、再被害行為を防止し地域社会での安定した生活につながっていることを確認した。

また「通院医療等研究会」の開催を通じて事例報告、対応困難事例を通しての通院処遇の課題の提起、モニタリング研究の報告などを行って情報交換による通院医療機関の医療の質の向上に努めた。

(4) 指定入院医療機関におけるリスクマネジメントの信頼性と妥当性に関する研究(分担研究者：平林)

平成17年7月15日から平成20年12月31日までの調査期間中に国立精神・神経医療研究センター病院に入院した対象者86名のうち68名(79.1%)に精神科治療歴があり、最終受診日の判明した63名のうち48名(76.2%)の対象者が最終受診日から6カ月以内に対象行為を起こしていることを明らかになった。退院時のHCR-20得点では、C,R領域では、それぞれ「衝動性(C4)」と「ストレス(R5)」が最も高く、「否定的な態度(C2)」と「治療的試みに対する遵守性の欠如(R4)」が最も低いという結果であった。つまり、今回の入院治療をとおして多職種チームとの信頼関係を形成し、疾病教育や服薬心理教育などの治療プログラムによって病識を得し服薬の必要性の理解も進み、ケア・マネジメントを導入し、退院後の医療継続が期待できると予想された。しかし、衝動性

(C4)とストレス(R5) は退院時においても高い傾向があり、今後、怒りの対処(Anger Management)、ストレスコーピングに関する治療プログラムの改善や導入をすみやかに進める必要があると考えられた。

Kaplan-Meier 法で推計された医療観察法病棟入院期間(日数)は、中央値 604 日(95%信頼区間 479-729 日)であった。過去の措置入院の回数が多いと推定入院期間が有意に長くなることが明らかとなった(回帰係数 0.41、リスク比 1.51、 $p<0.05$)。

退院後の予後の追跡調査では、対象者 101 名の退院時の転帰調査、および予後調査に同意の得られた 43 名の調査を行った。観察期間(中央値で 767 (37-1541) 日)中に、医療観察法による再入院および同様の他害行為は観察されなかったが、自殺を 1 例認めた。精神保健福祉法による入院は 18 名、延べ 37 件であった。ほとんど全ての対象者が、デイケア等の精神保健福祉サービスを利用していた。退院後、精神保健福祉施設を利用していた者の半数は地域単身生活に移行していた。退院後の通院処遇では、他害行為は認められず、任意入院を利用した精神保健福祉法による計画的危機介入が行われ、適切な医療提供が行なわれていることが伺われた。

(5) 指定入院医療機関における司法精神科看護に関する研究—医療観察法スタッフへの暴力発生後の危機介入(分担研究者：山口)

指定入院医療機関に勤務する医療スタッフを対象とした病棟内での暴力被害に関する調査では H17~H18 年に開棟した全国の医療観察法病棟 6 施設の多職種ス

タッフを対象に、対象者からの被暴力体験後の経過記録と危機介入に焦点を当て、アンケートと IES-R を実施した。その結果、暴力発生後の経過記録における被害者、加害者の名前については、実名と匿名記載の両者が存在することが確認された。医療観察法病棟では暴力発生後には精神保健福祉法の病棟よりも IES-R の危険群が低水準であることがわかった。インフォーマル・ディブリーフィングによるスタッフのメンタルケアが実施され、効果がある可能性が示唆された。暴力発生後の支援者としての管理者への教育も今後検討されるべきであるということが示唆された。

(6) 指定入院医療機関における脳機能画像データ等の有効性に関する検討(分担研究者：福井)

暴力をとまなう統合失調症患者、暴力をとまなわない統合失調症患者、健常者を対象に、tract-based spatial statistics (TBSS; Smith et al., 2006) という解析法を用いて、全脳における白質神経の構造を調べた。重大な他害行為を行なった統合失調症患者 13 名(男性 12, 女性 1) と重大な他害行為のない統合失調症患者 13 名(男性 10, 女性 3)、健常者 14 名(男性 8, 女性 6) を対象とした。年齢の平均±標準偏差はそれぞれ、 35.31 ± 10.88 、 40.85 ± 8.31 、 27.14 ± 3.84 であった。

暴力をとまなう統合失調症群では、健常者群や暴力をとまなわない統合失調症患者群に比較して、眼窩前頭前皮質内側部における白質の Fractional Anisotropy (FA) 値に低下傾向がみられた。一方で、暴力をとまなわない統合失調症患者と健

常者の比較では、この領域の FA 値の低下はみられない。すなわち、統合失調症が暴力行動をとまなう場合、灰白質と白質のネットワークにおける異常があることが示唆された。

(7) 治療プログラムの開発と妥当性に関する研究（分担研究者：菊池）

医療観察法対象者の攻撃性に影響を与える要因について既存資料からのデータ収集を開始し、予備的検討を行った。医療観察法指定入院医療機関に入院中の男性で統合失調症診断がついている者、かつ、回復期にある者を対象として、自記式質問紙を用いて「攻撃性」「怒りの様式」「衝動性」「問題解決力」「共感性」「怒りの制御」を測定する尺度に記入をしてもらった。相関分析の結果、医療観察法の統合失調症男性患者においては、攻撃性は衝動性、怒りを外に向ける傾向と有意な相関を見せた。そして、衝動性は「問題解決力」および「共感性」と、怒りを外に向ける傾向は「共感性」および「怒りの制御」と有意な相関を見せた。以上のことから、医療観察法の統合失調症男性患者の攻撃性を変化させるためにターゲットとする要因は「衝動性」と「怒りを外に向ける傾向」であり、そのためには「問題解決力」、「共感性」、「怒りの制御」を高める介入が必要であるとの予備的結果が得られた。この結果から、「問題解決法」「社会的推論（共感性を高めることを目的とした内容）」「感情マネジメント（怒りのマネジメントも含む）」の介入要素は、再他害行為防止基盤プログラムに含める内容として妥当である可能性が示唆された。

D. 考察

第一の研究であるモニタリング研究では、(1)の入院医療に関するモニタリングでは、入院対象者という一群の現時点での特徴を捉えることはできたといえるであろう。もっとも、このモニタリングはすべての入院対象者をとらえたものではない。しかし省庁から示されている公式の医療観察法入院処遇者全体と同様の基本属性を示していることから、代表性のある集団であると考えられ、結果についてもある程度の般化が可能であると考えられた。ただし、医療観察法の入院処遇のモニタリングに通常診療録情報を用いることに由来するデータ入力上の問題が多く認められた。今後はそうした課題に取り組み、また全国の指定入院医療機関のより多くの協力を得る努力をしながら、データの精度を上げていくことが課題である。

(2)の指定通院に関する研究では、今回はとくに通院中の問題行動に注目した分析を中心におこなった。今回得られた結果のように、どのような対象者ではどのような問題行動が見られやすいのかといったこと、そしてそうした問題行動は通院開始からどのような時期にみられやすいのかといったことなどを把握することは、対象者の社会復帰の促進をするうえできわめて有用な情報である。今後はさらに入院から通院へと移行する対象者も増加することなどから、対象者の特徴もより多様化することが予想される。きめ細やかな通院医療の実施のためにも、できる限り全数調査を目指した形で研究を進めていくことが求められるといえるであろう。

第二の研究である詳細な事例についての調査研究は、それぞれ興味深い結果を得ているが、いずれも事例を重ねていくことが必要なものであり、今後も継続的に研究していくことで一層有用な知見が得られるものと期待できる。

E. 結論

本研究班は最終年度を迎えるが、このなかで実施している研究は、いずれも制度の施行初期の実態を明らかにしているものであるといえる。

したがって、今回得られた結果と比較して、今後それらがどのように変化していくのかということに注意して、継続的にデータを蓄積して追跡をしていくことが、非常に重要であるといえるであろう。

<謝辞>

本研究班の研究は、いずれも、多くの医療観察法対象者の方々、医療スタッフの方々のご協力のもとで、行われています。この場を借りて皆様に深くお礼申し上げます。

F. 研究発表

1. 論文発表

本研究に関する論文発表については、本報告書「Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表」に掲載した。

2. 学会発表

1) 松原三郎：直接通院になった統合失調症の一

例. 第17回北陸司法精神医学懇話会 2008. 7. 12 金沢

- 2) 松原三郎：心神喪失者医療観察法. 第36回日本精神科病院協会精神医学会 パネルディスカッション 2008. 10. 10 盛岡
- 3) 美濃由紀子, 岡田幸之, 菊池安希子, 牧野貴樹, 吉川和男：医療観察法制度の通院医療における精神保健福祉法入院の併用実態と課題－指定通院医療機関のモニタリング調査から－. 第4回 日本司法精神医学大会, p45, 2008年5月 (福岡)
- 4) 美濃由紀子, 宮本真己, 吉川和男：指定通院医療機関における触法精神障害者の治療・ケアの現状と課題－多職種チームスタッフの抱える困難に焦点をあてて－. 第4回 日本司法精神医学大会, p23, 2008年5月 (福岡)
- 5) 美濃由紀子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 吉川和男：指定通院医療機関における診療記録の量的・質的データ分析－医療観察制度による専門的医療向上のためのモニタリング研究－. 日本精神科看護学会 第15回 専門学会Ⅱ, 2008年11月 (佐賀)
- 6) 美濃由紀子：触法精神障害者の地域処遇－指定通院医療機関における治療・ケアの現状と課題. 司法精神医療ワークショップ『触法精神障害者の治療・処遇をめぐる現状と展望』, 東京都, 2008. 5. 12.
- 7) 安藤久美子：モニタリング研究報告～通院対象者の分析～. 第4回通院医療研究会, 建築会館, 東京, 平成22年2月6日
- 8) 美濃由紀子, 安藤久美子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 吉川和男：医療観察制度における通院処遇期間中の精神保健福祉法入院による併用実態－指定通院医療機関のモニタリング調査3年目の結果から－. 第5回 日本司法精神医学大会, 2009年5月 (群馬)
- 9) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本 真己：医療観察法病棟における多職種チーム連携の利点と課題－入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告－. 日本精神科看護学会 第16回 専門学会Ⅰ, 2009年7月 (名古屋)
- 10) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真己：触法精神障害者の治療プログラム実施に対する看護職の取り組み－医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療の実践報告－.

- 第40回 日本看護学会－精神看護，2009年8月（島根）
- 11) 美濃由紀子、宮本真巳：指定入院医療機関における司法精神医療の実態に関する研究－多職種による入院時受け入れ面接と内省深化のアプローチに焦点をあてて－. 第40回 日本看護学会－精神看護，2009年8月（島根）
 - 12) 美濃由紀子、岡田幸之、菊池安希子、佐野雅隆、吉川和男：指定通院医療機関における専門的医療向上のためのモニタリング研究－医療観察制度施行2年後の静態情報等の結果から－. 日本精神科看護学会 第16回 専門学会Ⅱ，2009年11月（熊本）
 - 13) 美濃由紀子、佐藤るみ子、宮本真巳：入院時面接を含む入院後48時間の濃厚な関わりの中で看護師が果たす役割－医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告－. 日本精神科看護学会 第16回 専門学会Ⅱ，2009年11月（熊本）
 - 14) 美濃由紀子、龍野浩寿、宮本真巳：医療観察法病棟におけるリスク管理の実態とリーダーシップをめぐる困難感－看護師長インタビューの結果から－. 第29回 日本看護科学学会学術集会，2009年11月（千葉）
 - 15) 松原三郎：指定通院医療機関に対するアンケート調査結果報告. 第5回司法精神医学会，2009. 5. 15 群馬
 - 16) 松原三郎：15才で殺人事件を起こした広汎性発達障害の1例. 北陸司法精神医学懇話会2009. 7. 11 金沢
 - 17) 松原三郎：医療観察法改正に向けて－地域ケア体制の充実. 国際シンポジウム 2009. 10. 1 東京
 - 18) 松原三郎：民間精神病院からみた医療観察法の問題点と法改正への提言，第37回日精協精神医学会シンポジウム座長 2009. 11. 12 香川
 - 19) 安藤久美子、菊池安希子、佐野雅隆、金子英俊、岡田幸之：医療観察法における通院処遇対象者の実態と通院処遇中の問題行動に関する分析. 第47回日本犯罪学会，慶応義塾大学，2011. 11. 27.
 - 20) 安藤久美子：モニタリング研究報告～通院対象者の分析～. 第5回通院医療研究会，建築会館，東京，2011. 1. 29.
 - 21) 松原三郎：医療観察法が一般精神科医療に与えた影響について. 第6回司法精神医学会シンポジウム，2011. 6. 5 東京
 - 22) 松原三郎：通院処遇アンケート調査からみた通院医療の問題点(1). 第6回司法精神医学会一般演題，2010. 6. 4 東京
 - 23) 松原三郎：通院処遇アンケート調査からみた通院医療の問題点(2). 第6回司法精神医学会一般演題，2010. 6. 4 東京
 - 24) 松原三郎：多職種チームにおける通院医療の円滑化に向けた試み～情報共有ツール「通院MDT経過シート」の作成. 第6回司法精神医学会一般演題，2010. 6. 4 東京
 - 25) 松原三郎：医療観察法における通院処遇について. 法と精神医療学会第26回大会 研究報告 2010. 12. 4 東京
 - 26) 松原三郎：指定通院医療機関における医療. 国際シンポジウムパネルディスカッション 2010. 12. 12 東京
 - 27) 松原三郎：通院処遇の課題～対応困難事例の検討～. 第5回通院医療等研究会2011. 1. 29 東京

G. 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

II. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
吉川和男	マルチシステムミック・セラピー : Multisystemic Therapy (MST)	藤岡淳子	関係性における暴力ーその理解と回復への手立てー	岩崎学術出版社	東京	2008	107-119
黒田治, 佐藤浩司, 島田達也, 武井満, 吉川和男	医療観察法事例シミュレーション	武井満編		星和書店	東京	2008	
監訳: 吉川和男, 訳: 富田拓郎, 石川信一, 松本俊彦, 井筒節, 吉澤雅弘, 安藤久美子, 佐藤寛, 岡田幸之	児童・青年の反社会的行動に対するマルチシステムミックセラピー	S. W. Henggeler, S. K. Schoenwald, C. M. Borduin, M. D. Rowland, P. B. Cunningham		星和書店	東京	2008. 10	
岡田幸之	裁判員制度と精神鑑定	五十嵐禎人	専門医のための精神科臨床リュミエール 1. 刑事精神鑑定のすべて	中山書店	東京	2008	63-76
岡田幸之	精神鑑定と裁判員裁判	中谷陽二	精神医療と法	弘文堂	東京	2008. 8	105-121
岡田幸之	国際生活機能分類 (ICF) の基本的考え方と概要	精神保健福祉士・社会福祉士養成基礎セミナー編集委員会	精神保健福祉士・社会福祉士養成基礎セミナー 1 医学一般 人体の構造と機能および疾病	へるす出版	東京	2008. 12	59-80

菊池安希子	精神科リハビリテーション・統合失調症の認知行動療法	松原三郎	専門医のための精神科臨床リュミエール4, 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰, 責任編集	中山書店	東京	2008	59-67
監訳: 菊池安希子, 訳: 下津咲絵, 井筒節, 朝波千尋, 今村扶美, 岩崎さやか, 佐藤さやか, 小林清香	統合失調症のための集団認知行動療法	エマ・ウィリアムズ		星和書店	東京	2008.11	
安藤久美子	発達障害 (Asperger 症候群)	五十嵐禎人	専門医のための精神科臨床リュミエール1. 刑事精神鑑定のすべて	中山書店	東京	2008	160-172
松原三郎	医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題	中谷陽二	精神科医療と法	弘文堂	東京	2008.8	145-158
松原三郎	わが国の精神科医療とその課題	松原三郎	専門医のための精神科リュミエール4 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰	中山書店	東京	2008	2-17
吉川和男	「責任能力と精神鑑定」わが国の責任能力判定の行方	中谷陽二	責任能力の現在一法と精神医学の交錯	金剛出版	東京	2009	65-85
吉川和男 (訳)	暴力を治療するー精神保健におけるリスク・マネジメント・ガイドー	Anthony Maden.		星和書店	東京	2009	
吉川和男	心神喪失者等医療観察法	総編集: 山内俊雄	精神科専門医のためのプラティカル精神医学	中山書店	東京	2009	636-640

吉川和男大宮 宗一郎	コミュニティ ・ケア-マルチ システミック ・セラピー (MST)	総編集: 齋藤万比 古	子どもの攻撃 性と破壊的行 動障害	中山書 店	東京	2009	188-202
岡田幸之	「裁判員制度 と精神鑑定」刑 事責任能力と 裁判員制度		責任能力の現 在-法と精神 医学の交錯	金剛出 版	東京	2009	120-134
福井裕輝, 西中 宏吏	パーソナリテ ィ障害	総編集: 齋藤万比 古	子どもの攻撃 性と破壊的行 動障害	中山書 店	東京	2009	82-89
福井裕輝 (訳)	サイコパス- 冷淡な脳	James Blair/Derek Mitchell/Karina Blair		星和書 店	東京	2009	
菊池安希子	医療観察法	松原達哉	カウンセリング 実践ハンド ブック	丸善	東京	2011	590-591
福井裕輝	パーソナリテ ィ障害	福田正人, 鹿島 晴雄	専門医のため の精神科臨床 リュミエール 21	中山書 店	東京	2010	186-197

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
吉川和男	わが国の司法精神医学の 現状	心と社会	134-39(4)	10-15	2008
吉川和男	Anthony Maden: Treating Violence-a guide to risk management in mental health-Oxford University Press Inc, New York, 2007, BOOK REVIEW	犯罪学雑誌	74 (4)	134-135	2008
吉川和男	医療観察法の見直しに向 けて-国立精神・神経セ ンター司法精神医学研究 部の立場から	精神医学	50(11)	1059-1061	2008
吉川和男, 富田拓郎 , 大宮宗一郎	少年犯罪・非行の精神療 法-マルチシステミック ・セラピー (MST) による アプローチ	精神療法	34 (3)	306-313	2008

岡田幸之	刑法39条とその周辺についての精神医学的視点からの考察	司法精神医学	3(1)	83-87	2008
岡田幸之, 美濃由紀子	医療観察法の鑑定入院で看護には何が求められているか	精神看護	11(3)	73-78	2008
岡田幸之, 安藤久美子	非行と広汎性発達障害—司法と医療の協力のために—	小児科臨床	61(12)	2608-2613	2008
美濃由紀子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 吉川和男	指定通院医療機関における診療記録の量的・質的データ分析—医療観察制度による専門的医療向上のためのモニタリング研究—	日本精神科看護学会 第15回専門学会Ⅱ学会誌		473-477	2008
菊池安希子	統合失調症への EMDR の摘要	こころの臨床 a'・la・carte	27(2)	317-324	2008
安藤久美子, 平林直次, 岡田幸之	司法精神医療	こころの臨床 a'・la・carte	27(4)	611-617	2008
松原三郎	病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方	日精協誌	27(5)	390-395	2008
松原三郎	医療観察法の地域サポートと ACT	臨床精神医学	37(8)	1029-1036	2008
松原三郎	精神病床利用状況調査からみたわが国の精神科医療の課題	日精協誌	27(11)	967-979	2008
富田拓郎, 岡田幸之, 松本俊彦, 菊池安希子, 美濃由紀子, 福井裕輝, 吉川和男	反社会的行動・破壊的行動を含めた、中学校向け包括的メンタルヘルスクリーニング尺度の学校における臨床応用—都立公立中学校での試行的調査と学校への支援	精神保健研究	21(54)	53-62	2008
川田良作, 福井裕輝, 吉川和男	サイコパスの脳病態と治療・神経心理学的研究を中心に	精神保健研究	21(54)	45-52	2008
菊池安希子	統合失調症の認知行動療法	総合病院精神医学	20(3)	304-311	2009
菊池安希子	「関係性における暴力—その理解と回復への手立て」	日本嗜癲行動学会誌	25(4)	329-331	2009

Per Lindqvist, Pamela J. Taylor and Emma Dunn, James R. P. Ogloff, Jeremy Skipworth, Peter Kramp, Sean Kaliski, Kazuo Yoshikawa, Pierre Gagné, Lindsay Thomson	Offenders with Mental Disorder on Five Continents: A Comparison of Approaches to Treatment and Demographic Factors Relevant to Measurement of Outcome	International Journal of Forensic Mental Health	8(2)	81-96	2009
吉川和男	精神鑑定をめぐる諸問題	こころの臨床 a'・la・carte	28(3)	461-466	2009
吉川和男	「特集 精神鑑定と責任能力」特集にあたって	こころの臨床 a'・la・carte	28(3)	390-391	2009
吉川和男	医療観察法制度の現状と課題	医療福祉建築	165	10-11	2009
吉川和男, 佐野雅隆男	医療観察法における施設基盤の整備	臨床精神医学	38(5)	. 617-621	2009
岡田幸之	裁判員制度における精神鑑定	司法精神医学	4(1)	88-94	2009
岡田幸之, 安藤久美子, 黒田治, 五十嵐禎人, 平林直次, 松本俊彦, 樽矢敏広, 野田隆政, 平田豊明	裁判員制度における精神鑑定の課題—全国の模擬裁判に参加した精神科医らの意見調査から	精神科	14(3)	183-189	2009
菊池安希子	身体医学的に説明できない症状の認知行動療法	精神科治療学	24(276)	119-121	2009
菊池安希子 (書評)	認知行動療法と構成主義心理療法: 理論・研究そして実践 マイケル・J・マホーニー編	ブリーフサイコセラピー研究	18(1)	68-70	2009
Taiki Takahashi, Tarik Hadzibeganovic, Sergio A. Cannas, Takaki Makino, Hiroki Fukui, and Shinobu Kitayama	Cultural Neuroeconomics of Intertemporal Choice	Neuro Endocrinol Lett.	13;30(2)		2009
福井裕輝	触法精神障害者の処遇—反社会性の治療	精神科治療学	24(9)	1025-1031	2009
福井裕輝	脳と責任能力	こころの臨床 a'・la・carte	28(3)	517-522	2009