

れた治療環境のなかで、厚生労働省が示すガイドラインや各施設が多くを共通する医療観察法運用マニュアルに沿った医療が提供されている。医療観察法の目的に沿って医療を提供しているか、医療の質を管理という視点よりピアレビューシステムを導入した。

2. ピアレビューの目的

厚生労働省によって医療監査が毎年おこなわれて、医療観察法医療がガイドラインや運用マニュアルに沿った運用に関する監査は行われているが、社会復帰に向けた治療や評価などの内容に踏み込んだ監査は行われずに、整えなければならない形式や手順への監査にとどまる。ピアレビューの目的は、「社会復帰の促進」が円滑に行われているかを同じ医療観察法医療を担当する仲間・同僚として審査を行い、評価して検証し、共に問題や課題を認識して、その改善点を見出すように、具体的な提案することである。

「社会復帰の促進」が困難なケースは、1) 実際に入院が長期化している対象者、2) 予め長期化が懸念される対象者（治療抵抗性、重複障害－発達障害・知的障害・人格障害・物質使用障害の対象者、再被害行為の可能性、より重大な状況での被害行為）、3) 自殺企図や自殺の可能性が高い対象者があげられる。

3. ピアの定義

医療観察法における専門家は多岐にわたるが、ここでは医療観察法指定入院機関を中心に、今後は指定通院機関で働く専門職種を「仲間・同僚」（ピア）とする。具体的には同施設に勤務する医師、看護師、臨床心理士（臨床心理技術者）、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師、管理栄養士をさす。臨床心理士以外は国家資格であり、資格を定める法律で守秘義務を規定している。医療観察法入院施設は国立ないし都道府県立の施設であり、臨床心

理士も含めて国家（地方）公務員で、その点からも守秘義務は法律で明記され罰則規定も有する。ピアとなる専門家は守秘義務を有していることから、訪問先ではその施設の職員と同等で、医療観察法医療の枠内での医療活動には制限を設けていない。

ピアとなる専門職種はその経験年数や上級資格（医師であれば精神保健指定医や学会認定医など）は問わない。医療観察法医療は発足して5年であり、我が国での臨床経験は限定的で、ピアレビューを通して相互に研鑽することに重要性を見出している。

4. 医療観察法医療における位置

ルールに沿って行われる公式なピアレビューと、任意で行われる非公式なピアレビューに分けている。医療観察法病棟では公式のピアレビューと位置付ける。期間や職種、目的を明確にしている。ピアレビューをするためには医療観察法病棟で対象者、医療情報（電子カルテを含む）に接近できることが前提となり、対象者の医療上の必要性（診断や治療、リハビリテーションに関する意見交換）を扱い、診療の援助を行う。

5. 相互訪問

ピアレビューは基本的に相互の視察（インスペクション）によって行う。施設を多職種で訪問して、1) 多職種チーム医療の機能に関する評価や意見、2) ピアレビュー対象者の評価や意見、3) 多職種チーム会議に参加して共に治療処遇に関して検討、4) 施設の総合的な評価や意見、5) その他（自由意見）を実施する。

6. 専門性の検討（テクニカルレビュー）

医療観察法医療は1) 多職種チーム医療、2) mECTやクロザピンなど精神科医療領域における先駆的医療の実施、3) 広い認知・

行動療法の実施、細かな心理教育、持続的な物質使用障害プログラム、対象行為や疾病など内省プログラムなどの心理社会的治療の採用を行っている。これらの治療に関して施設間で差異を検討し必要な技術移転を相互に円滑に図る。

薬物療法に関してクロザピンを例にとれば、クロザピンの導入準備、CPMSとの連携、施設内CPMS体制、クロピン運用マニュアルやクロザピンのクリティカルパスの作成、服薬指導、クロザピン適応の検討、クロザピン効果判定、副作用判定が検討課題となる。医師・薬剤師・看護師を中心に狭義の薬物療法の管理をめぐる検討を基礎にして、クロザピンを継続して服薬するための心理教育、適応レベルを向上させる心理社会的なアプローチなど検討を行い意見を交換する。専門性の向上を円滑に図る。同様のことは認知行動療法や心理教育の多様な専門的治療に関して検討を行い、技術の導入や是正を円滑化する。

7. 多職種的位置づけ

ピアレビューを複数の職種で実施する。医療観察法医療では多職種が配置され、一般精神科医療に比べて配置数は多く多職種チームが構成されている。単に多職種で分担するだけでなく有機的な連携と統合を行うことが求められている。多職種チーム医療はそのヒエラルキーや業務分担と統合などは施設間のばらつきが大きく多様である。各職種の構成やリーダーシップを成熟させるためにも、多職種チームに対する外部評価が必要で、より機能が高まるチームをめざす。

対象者は各専門職種の専門による視点より多角的に評価を受けて、治療計画が立案され、定期的に見直し評価されて、治療ステージに沿って社会復帰に向けた過程がたてられる。いわば対象者の個別性を重視し一律ではない治療が構成されるが、そこで最も重要視され

ることは当事者自身の治療へ参加である。当然、疾病や対象行為を否認し、妄想的な世界から疎通が取れないケースも存在するが、多くは鑑定や審判の経過の中で、自らの診断や症状について議論を聞く機会があり、その過程を経て処遇が決定されて起きているために、全くの治療拒否はまれで、なんらかの糸口が存在する。多職種の誰かが糸口を探り、疾病に関する情報を提供し、対象者の権利擁護を積極的に行い、共感しながら、治療の有効性を説いてゆくにはMDTの存在が前提となる。

各職種の役割は専門性により明確に分けられているわけではなく、相互の共同作業が進むと、互いの専門性の理解も深まり、疾病や個人を見る視点が進化し拡大する。ケースフォームフォームレーションを作業療法士が実施して心理療法士がフォローする。また集団療法でのファシリテーターや補助者の役割も入れ替わりながら運営される。SSTも看護師が主導して実施されることも一般的である。

認知行動療法は治療セッションだけでなく、ホームワークとして課題が出されると日々の生活中でサポートされ、実際の生活で現れた危機にも即座に取り上げられるなど、重層腕切れ目ない治療が可能になる。全てがいつでも多職種で構成されると感じられるのは医療観察法のMDTの特徴といえる。

これらを維持するために、MDT会議、MDT面接、治療方針を決めるCPA (care program approach)、治療評価会議 (病棟で評価や治療を方向づける)、倫理会議 (同意によらない治療や処置について外部委員を招いての妥当性の検討)、運営会議 (ステージ移行、処遇継続や退院の請求) などの、医療観察法での治療を支える枠組みが存在する。複数の協働機会が制度化されており、その上に裁判所が退院や入院継続・終了などの処遇を決定する法律モデルの強制入院制度が存在し、制度そのものが多職種により協働作業を加速する。裁判

所（裁判官と精神保健審判員）が退院や処遇終了の権限を有しており、社会復帰を進めるのはMDTと対象者が協働して裁判所に回復を証明してゆく。主治医は医療の権限の全てが委ねられている一般精神科医療とはことなる構造を有している。

MDTは対象者や裁判所を含めて、多様なコミュニケーションをおこない相互の理解を深め重層的なチーム医療となる。

専門性の尊重を基盤とした役割補完、調整能力、関係性の構築がチームに求められる。予めケアコーディネーターは決められており、多くはプライマリーナースがこの役を担う。かれらの成長は著しく、新しい看護師像を提供するといっても過言ではない。MDTの持つ凝集性や専門性が協働作業を、これまでのチーム医療とは違った水準へ押し上げている。

多くのスタッフに恵まれているからこそできることを列挙すると次のようになる。第1に全ての対象者が多職種医療を受けることができる。第2に多様な治療（薬物療法、心理社会的療法）が可能になる。第3に隔離・拘束などの大幅に減少する。第4に常時観察などリスクマネジメントが緻密になる。第5に外出や外泊などの調整に多職種で関与して多角的な介入が可能となる。まだ地域との取り決めで、対象者の単独外出や外泊は認められず、この際の医学的管理には人手を要するために、外出や外泊の機会が制限されるなどの課題を有しているものの、グループホームへの試験入所も病院スタッフが関与して行われるので、これら施設の安心にもつながっている。

研究結果と考察

1. 入院が長期化するかその可能性が高い困難な統合失調症（表2）

入院が長期化するかその可能性が高い困難症例等について46症例が報告された。困難な

要因に関しては、

- 1) 精神病状態の治療抵抗性：被害関係妄想が出現し暴力を繰り返す、荒唐無稽な妄想と関係被害妄想、活発な幻聴妄想で薬物抵抗性。治療反応性が不十分。mECTも一時的効果。クロザピンを有害事象で中止後は症状の改善なし。
- 2) 対人暴力傾向：衝動性が高く。隔離拘束を繰り返す。暴言以外の会話が少なく、面接が困難でニーズも組取れない。衝動性が高い。自傷他害の頻発。ストレス脆弱性で現実ストレスのみで容易に行動化。
- 3) 人格要因：脅すなど対人操作性が強い。生活管理ができない、人格変化が来て思考が浅薄で内省が得られない。対人関係で自己中心的でスタッフを受け入れず。治療同盟を築けない。信頼関係の確立が難しく、症状として周囲を寄せ付けない奇妙さが持続。対人操作性。保護的な環境にいることで現実社会へ移行することへの不安。
- 4) 身体合併症や薬物認容性不良：腸閉塞を繰り返す。常時身体的なコントロール必要。
- 5) アドヒアランス：薬物療法に拒否的。病識がなく、対象行為も否認している。
- 6) 内省欠如：疾病否認が強く地元への妄想に固定。対象行為の否認。不安耐性が低く、ストレス脆弱性が高い。将来への不安も強く、剃刀を隠し持ったというエピソード
- 7) セルフケア困難：金銭コントロール、自己コントロールに欠け保護的なかわりが必要。

としている。被害感を抱きやすく、治療抵抗性。と本人要因が主要であるが、これらが複合して存在する。

「家族問題：家族が地元に戻ることを拒否。家族がアルコール依存で多問題で疾患理解も悪い。家族支援体制が欠落。」をあげるケース、「専

表2 困難事例・要検討事例22年度

性別	年齢	診断時期	入院後	副診断	入院期間	主診型	重複障害	対為類型	概要	症例の概要	問題の概要	問題解決意見	最善の改善水準	社会復帰阻害要因
男	50	20.1	20.1	60.8	4	1	1	6	1/2/3/ 4/5/6/ 7/8/9	これまでも入院歴が長い、過去入院中に放火、逃げ切れなかった患者が死亡。陽性症状はないが、服薬中断で幻覚妄想。回復期で外出とOT。	窃盗や暴力に訴える。トラブル時は「火をつけるぞ」と脅す。生活管理ができず自室で放尿・便。身体能力低下で転倒し骨折。腸閉塞を繰り返し、下剤や食事などコントロール必要。	身体ケアが必要なことから精神保健法の入院、ケアホームの入所を目標。	閉鎖環境での精神科入院	リスクは悪化時、将来も高い
男	60	20.0	20.0		5	1		2	3/5/6/ 7/8	30年前に殺人(父)で措置入院。措置解除し任意入院中に被害妄想により他の患者を傷害。経過が長く社会体験が乏しい。母も死亡、次兄が長兄を殺害するなど家族も深刻な問題を抱える。	治療反応性が不十分。人格変化が来て思考が浅薄で内省なし。家族にも問題がありサポートは期待できない。常に被害関係妄想が出現し些細なことで暴力を繰り返す。	ある程度の期間は入院継続をして治療反応性が不十分であれば精神保健法の入院に切り替える。大量の抗精神病薬で深刻な副作用。クロザピンの検討。	閉鎖環境での精神科入院	リスクは可能性のレベル
男	20	20.1	20.1	84	3	1	3	2	4/5/7/ 9/	診断が統合失調症よりPDDに変更されたが、あ家族が納得せず入院施設が変更された。母親もPDD的で病院との関係州府が困難。	初診時は激しい幻覚妄想状態がみられ、鑑定時には統合失調症。下ぞくが地元に戻ることを拒否し、家族の理解がなく本人も社会復帰の意欲なし。光等無益な妄想と関係被害妄想から対象行為。行為は認めるが反省はない。	家族の理解を得る努力を続け、単身生活を目指し、グループホームへ入所を図る。エビリファイが著効している。診断の確立と継続的な薬物療法。	保護的単身生活が可能	適切な治療では低い。
男	30	20.1	20.1		4	1		2	6/7/	暴力による警察介入が頻回にあった。対象行為は近隣住人への傷害(全治1か月)。管手期間中より身体拘束。入院後も拘束で経過観察。	内省を欠く、衝動性が高い。社会復帰が困難、処遇終了で一般入院で入院を続ける可能性。暴力による措置入院の既往が多数。帰住地未定。		閉鎖環境での一般精神科入院	病状悪化し、現在はリスクが高い。改善時のリスクは可能性レベル。
男	40	20.0	20.0		3	1		1	3/5/	20歳で発病。幻聴が活発。15歳から働くが長続きせず。アルコールなどの嗜癖行動。29歳より入院・入所を経て自宅で生活するが浪費問題があり家族と折り合いつかず施設入所。怠業後に症状悪化して施設内女性を殺害。	対人関係で自己中心的でスタッフを受け入れず。治療同盟を築けない。副作用で苦しんだ経過より薬物療法に拒否的。活発な幻聴妄想は薬物抵抗性である。病識がなく、対象行為も否認している。	クロザピンの適用を予定。その効果に期待。治療準備性が得れば、改めて治療同盟を構築し心理社会的アプローチを試みる。	常時の助言や介助を要するが閉鎖環境は不要	悪化時は可能性レベル。安定時は高くない。
男	40	20.3	21		4	2		1	3/5/6/	高1年で発病。診断を受けたのみで未治療で経過。H5妄想に基づき自動車窃盗で逮捕され24条通報で治療を受け入退院を繰り返す。H18被害の関係図けが強く、被害妄想に基づいて両親を包丁で切り付け傷害。	被害の関係図けや作為体験が活発。現実的検討が不良。ストレス脆弱性、衝動制御不良。対人暴力7回、自傷・自殺企図2回。7種類の抗精神病薬でも効果に乏しく治療抵抗性。	精神症状の改善を見ないと心理社会的治療効果を望めない。薬物療法に治療抵抗性で、mECTの適応。	閉鎖環境を要するが一般精神科	リスクは高い
男	40	6	6	7	4	6	2	3	3/4/6/ 7/9/	20歳事故で頭部外傷後てんかん。24歳児に自動車運転中に発作で転落事故。この頃より幻聴が出現、衝動的な自殺企図や母親に対する他害行為を繰り返す。母親の頭を包丁で切りつけるなどの他害行為。	幻聴がひどく薬物療法に抵抗性。衝動性が高く。隔離拘束を繰り返す。	治療反応性が非常に乏しく処遇終了が妥当。入院先を広げて転院先を探す。	閉鎖環境を要するが一般精神科	リスクは高いが治療時は可能性レベル

性別	年齢	診察判断時	主入院断後	副診断	予入院期間	類主診型	類重複障害型	行為類型	問題概要	症例の概要	問題の概要	問題解決意見	最善の改善水準	社会復帰阻害要因
男	30	20.1	20.1		4	1		2	6月7日	既往として暴力による警察介入が頻回にある対象者で、対象行為は近隣の住人に対する全治約1ヶ月の傷害。鑑定期間中より継続して身体拘束が行われており、対象施設入院後も拘束で経過観察されている。	内省を欠く、衝動性が高い。内省が出来てこないのではないかと社会復帰が難しいのではないかと。処遇終了で一般医療で入院を続けたいといけなくなる人なのではないか。暴力による措置入院の既往が多数。家族にも暴力。帰住地未定。	社会内処遇は困難なのではないかと、という見立て。FIQ=62で知的にも厳しい。	閉鎖環境を要する精神科などで対応可能	
男	30	1	1		3	4	2	2	4/8/11	15歳より有機溶剤、飲酒を開始し、17歳より被害関係妄想。21歳で覚せい剤を使用し幻聴、被害妄想出現。24歳からクリニックに通院するがアルコール、有機溶剤、処方薬乱用が続き、傷害や住居侵入、窃盗あり。対象行為は幻聴に基づく母に対する殺人未遂。	物質使用関連プログラムがなく統合失調症モデルの治療ですすむ。認知機能障害の評価がなされていない。治療課題が山積したまま経過。退院後も物資使用にケア不足で、この課題への焦点化もなされていない。	薬物調整が鍵	常時の助言や介入を要する閉鎖環境は不要	悪化時はリスクは高い。現在や退院時はリスクは可能性レベル
男	50	20.0	20.0		3	1	5	2	1/2/3/4/5/	46歳妄想気分が出現し、以前勤務していた会社に被害関係妄想、注察妄想、易刺激性、易怒性。通行人に目をつけられたと関係妄想に基づき傷害し、制止した人にも傷害	疾病否認が強く地元への妄想に固定している。信頼関係の確立が難しく、症状として周囲を寄せ付けけない奇妙さが持続。	疾病確認プログラムには参加し、病状のセルフモニタリングの開始。	保護的な単身生活	リスクは悪化時、現在、将来も高い
女	20	20	20	71.1	3	1	2	6	1/2/3/4/5/	中学2年より不登校、17歳両親離婚を契機に情動不安定。幻覚妄想状態。20歳で初診し10回の入院歴あり。放火歴3回で幻聴に衝動制御の障害。欲求不満耐性の低さ。「死ぬ」などの幻聴、同居の父親への陰性感情などより自宅放火。	過去の入院で、院内でも放火や暴力が繰り返されている。今回も水をソファに撒くなど行為が繰り返される。MRがあるとはいえ過去の問題にけじめをつけてこなかった課題がある。	過去の記録を取り寄せ、行為と症状の関係、対処のあり方をレビューし、対象行為のみならず、一連の行為と症状との関係への治療。	閉鎖環境を要する精神科での対応可能	高い（状態悪化、退院後）
男	30	1	1		3	4	2	2	4/8/11	15歳より有機溶剤、飲酒を開始し、17歳より被害関係妄想。21歳で覚せい剤を使用し幻聴、被害妄想出現。24歳からクリニックに通院するがアルコール、有機溶剤、処方薬乱用が続き、傷害や住居侵入、窃盗あり。対象行為は幻聴に基づく母に対する殺人未遂。	物質使用関連プログラムがなく統合失調症モデルの治療ですすむ。認知機能障害の評価がなされていない。治療課題が山積したまま経過。退院後も物資使用にケア不足で、この課題への焦点化もなされていない。	物資の再使用と認知機能への影響の評価。評価に基づく系統的な治療プログラムの導入と継続。	常時の助言や介入を要する閉鎖環境は不要	悪化時はリスクは高い。現在や退院時はリスクは可能性レベル
女	50	20.0	20.0		4	1		2	3/5/7/8/	高2幻覚妄想状態で発病。32歳より精神科入院退院を繰り返す。病識欠如し通院服薬継続ならず。攻撃性や非協調性が見立ち、対人トラブル。暴力が絶えない。入院中にイラダチを解消する目的で同室の患者に剃刀で頸部で数回切りつけた。	明らかな精神病性症状の表出は認めない。拒薬はないが治療関係がむずべず、暴言以外の会話が少なく、面接が困難。薬物調整にても状態変化せず。ニーズも喜美取れないまま入院が長期化。	敵対的な対人関係の今手に精神病性症状があると想定される。更なる薬物調整（高用量、クロザピンなど）の検討。MDTだけでなく病棟全体での関わり、非侵襲的な言語を解さない日々の定期接触。	医療観察入院など対応困難	悪化時は高いし、現在でも可能性の高さ。

性別	年齢	診断時	入院後	副診断	入院期間	主診型	重複障害型	対為類型	問題概要	症例の概要	問題の概要	問題解決意見	最善の改善水準	社会復帰阻害要因
男	50	20.1	20.1		4	1	2	1	7/8/	30歳頃の発病。以降は自閉的な生活を送る。服薬中断から病的体験が活発化し、混乱状態で父親を刺殺して自宅に放火をした。	帰住地が未定で3年半が経過。金銭コントロール、自己コントロールに欠ける。退院後も保護的なかかわりが必要。	他害リスクは低減しているため地域での支援体制の充実を図ることで退院へつなげる。	保護的な単身生活が可能	現在や退院後はリスクは低い。
男	30	4	20.9	20.9	4	1		1	3/7/8/	大学院卒業後教員とり発病。2回の入院歴。自宅で仕事手伝い。対象行為は父親の内縁妻に咎められて逆上して刺殺した。	父がアルコール依存で対象者の疾患への理解も悪い。家族支援体制が欠落している。被害感を抱きやすく、治療抵抗性。mECTはある程奏功したが一時的効果	クロザピンの適用を検討するが。対象者の理解を得られず。元来知的水準も高く、治療が奏功すれば社会復帰の可能性は低くない。	保護的な単身生活が可能	現在はリスクは低いといえないレベル。
男	50	20	20		4	1	1	1	3/5/6/7/8/11/	20歳で発病。22歳で飛び降り自殺企図により精神科治療。30回以上の入院歴がある。父親に被害妄想、作為体験に支配され金槌で頭部を殴打して殺害。	クロザピンを使用する有害事象で中止。症状の改善なく継続。対象行為の否認もある。内省も得られていない。治療反応性が乏しく現実検討能力低い。治療の限界を感じ精神保健福祉法での入院を検討している。	入院歴のS病院への転院希望し内諾も得られている。慢性の統合失調症で衝動性も高く、認知機能低下による人格変化もみられる。治療効果は乏しく社会復帰は困難である。Hお具の治療環境の中で時間をかけて社会復帰要因を再構築することも選択肢。	閉鎖環境を一般精神科	悪化時は現状はリスクは可能性レベル
女	30	60.3	60.3		4	6	1	2	2/3/6/	子どもの頃より自傷行為が始まりエスカレート。自宅や病院の放火など他害行為がみられ、精神科83愛の入院歴。入院中に退院への不安より、怒りの解消に眠っている患者をいすで殴り傷害。医療観察法入院後も自傷行為やスタッフ・患者へ殴るけるの他害行為を繰り返す。治療抵抗性。	自傷互いの頻発。ストレス脆弱性で現実ストレスで容易に行動化。対人関係を伴う社会生活の体験の乏しさ。地域社会での生活への不安。対人操作性。保護的な環境に在ること現実社会へ移行することへの不安。強迫的要素。	行動療法的アプローチが一時期有効。デパケンなどの気分調整剤による薬物療法。	保護的な単身生活が可能。家族の支援や援護寮	
男	30	20.0	20.0	3	1			1	3/5/	幻聴、被害関係妄想、妄想伝播の影響下で母親を包丁で殺害未遂。自ら救急車を呼び母親を乗せた後自殺目的で自宅に放火。精神症状は軽減したが持続し、病的体験に左右される行動がみられる。	精神症状が持続し、それに左右される行動が散見される。病識、対象行為に対する内省も不十分で、不安耐性が低く、ストレス脆弱性が高い。将来への不安も強く、剃刀を隠し持ったというエピソードもある。	薬物調整。MDT面接を増やし、CPTAの回数を増やし、治療方針や今後の見通しを共有する。	常時の助言や介助を要する。	リスクは可能性レベル
男	30	20.0	20.0		4	1		1	3/5/6/	短大を中退する前後より家庭内暴力が顕著となる。医療機関にかかると継続しない。退院後に次第に幻覚妄想状態が再燃し、隣人を刃物で刺さし殺人未遂。	幻聴や被害妄想が活発で、異常体験に支配されて暴力を振るうなどの粗暴行為が続き、隔離を繰り返す。反省が乏しく抑制する意思もない。	薬物療法の反応性が長期の隔離。mECTの導入に向けて本人の同意を得た。効果がなければクロザピンを使用する。	医療観察法の入院処遇	悪化時も現在も高いリスク

性別	年齢	診断時期	入院後	副診断	入院期間	主診型	重複障害型	対為類型	問題概要	症例の概要	問題の概要	問題解決意見	最善の改善水準	社会復帰阻害要因
女	40	20.0	20.0		3	1		15		過去に通行人を包丁で刺し措置入院歴あり。怠薬から症状再燃し入院を繰り返す。対象行為は隣人宅に上がり包丁で刺して殺人未遂。疾病否認、対象行為を否認し治療拒否。現在は治療プログラムに参加するようにはなった。	対象行為、疾病の否認が続く。服薬継続、治療プログラムの継続はできているが、退院後は医療の支援や生活保護以外の支援は必要ないという。	直面化には反発が大きく医療不信となる。信頼関係の形成が効果があるが、現状では退院は困難。	保護的な 単身生活	悪化時は高いリスク、現在は低い、退院するリスクの可能性はある。

入院期間予測

- 1) 短期入院群
- 2) 中期入院群
- 3) 長期入院群
- 4) 退院困難群
- 5) 入院対象者の処遇終了群

対象行為類型

- 1) 殺人群
- 2) 傷害事件（重篤）
- 3) 傷害事件（軽症）
- 4) 傷害致死
- 5) 性犯罪（強姦・強制わいせつ）
- 6) 放火群
- 7) 強盗群

問題の概要

- 1) 対象行為と疾病が相関しない（病気が改善や治療しても、他害リスクは改善しない）
- 2) 対象行為に対して責任能力を問うべき症例
- 3) 疾病の性質として治療抵抗性
- 4) 重複障害による困難
- 5) 対象行為否認、内省、病識が不十分
- 6) 他害リスク
- 7) 居住地が得られない
- 8) 社会復帰後の援助がえられない
- 9) 自立生活困難（high dependency）
- 10) 再入院
- 11) その他

門治療の欠落：物質使用関連プログラムがなく統合失調症モデルのみの治療。退院地も物資使用障害に対するケア不足。」をあげるケースがある。

治療抵抗性に関してはクロザピン使用が鍵になるが、有害事象（肝機能障害、てんかん発作）により継続使用ができない症例、対象者の同意が得られず使用を回避している症例がみられる一方で、クロザピンを使用している施設が少ない（7施設）現状も反映している。

暴力傾向が疾病要因によるものか人格要因によるものかに分けて対応が検討されている。前者では時間をかけてでも治療効果を期待して継続するが、人格要因では（認知）行動療

法的なアプローチや一部薬物療法（バルプロ酸など）への期待があるが治療効果に関しては不知である。

内省が困難で、対象行為すら否認している場合に直面化には反発が大きく医療不信となり信頼関係の形成ができない。時間をかける意味があると指摘する。

治療ゴールを「閉鎖環境での治療継続」とする症例で、他害リスクが大きい症例では医療観察法入院施設で継続するが、他害リスクが軽減できた症例では医療観察法入院施設での強い管理の必要性に疑問を投げかける。対応困難な対象者に同意による治療への導入を目指して姿勢には敬意を示しつつ、裁判所の

治療反応性の判断を求めるべき時期を指摘する。

2. 訪問施設について総合評価

ピアレビューを通して指摘を受ける施設も、指摘するピアレビューの施設も相互に評価できる点と、改善すべき点が明確になる。

例えば、治療評価に関して「MDT会議の17項目評価後の治療計画の担当多職種役割分担の目標が明確になっている。各職種がそれぞれの専門性を生かしたアプローチの計画をしていることから三カ月目の評価もしやすい。ただし、評価方法はほぼ質的な評価となっており、さらに精神力動的なアセスメントも考えていってほしい。また、CBT理論・スキルを用いた介入であれば、仮説的アセスメント、確認介入を展開しアセスメントを確認していく評価も行ってはどうか。チームでフォーミュレーションするために、スケール使用も考慮してはどうか。」などの具体的な提案がなされる。これらの提案を、その後にもどのように反映させるかについての評価も必要である。

これらの指摘事項は評価、全般、治療環境、MDT会議、多職種チーム、共通評価項目、インテーク面接、治療計画、入院期間、薬物療法、治療プログラム、治療評価会議など多岐にわたる項目で具体的に表現され活発に意見交換がなされている。

医療観察法入院処遇ガイドラインが示され、共通の治療環境や方法が採用されていることを背景に、認知行動療法などの治療に関する意見交換や技術移転がすすみ、mECTやクロザピンの導入について相互に意見交換が進んでいるが、やはり各施設が有する多職種チームの機能や運営に関しては活発な相互批判がみられる。

3. 自殺企図について (表3)

平成21年7月15日より22年7月14日までに

自殺未遂に関しては5件が報告され、既遂事例はない。

自殺企図の予測可能性は2名がなく、2名が予測し、1名が不明とてされていた。一般的な対策や、早期の対策が取られ回避されている。一般的な対策としては自殺念慮の確認、自殺企図歴への注意、自殺念慮への関心とスタッフの関与を表現、私物の確認、尺度での評価を実施するなどがあげられる。緊密な情報交換を病棟全体でおこない、外出・外泊についても運営会議などでリスクアセスメントが綿密に行われており、それに基づき計画をしている。

予測性があったケースでは双極性障害で40歳でうつ状態で発病し、50歳そう状態後のうつ状態で自殺を繰り返し自殺目的の放火をしたケースでは、医療観察法入院後も慢性的なうつ状態で自殺念慮がうかがえた。言語表現能力が低いことにはカード用いて希死念慮の程度を提示するようにし、認知行動療法やSSTで積極的に気分のモニタリングと、自殺の行動化に関するコーピングスキルを学習し要注意サインをレッドカードで示していたが、身体的な変化（胆石手術の術後）が契機で自殺企図となった。予め予測されて観察が密に行われて回避されている。

直接の予測性がない症例でも病歴の中には自殺企図歴が多くみられる。20代で抑うつ症状をきたし発病、30代で被害妄想・希死念慮、焼身自殺企図。40代で妄想気分により実父の首を絞めて殺害したケースでは、具体的な退院調整を進めているさなか、縊首による未遂を起こした。その後は自室内の私物の撤去、薬物調整、常時観察、MDTによる振り返り、対象者へはエンパワメントを実施しているが、表現がされていない場合でも潜在的なリスクを想定して対応がなされている。

自殺の予測性は他害行為と同様に多職種で綿密なリスクアセスメントをそのつどに繰り返

表3 自殺企図

自殺（既遂・未遂）症例				予測可能性	症例の概要	回避の工夫	自由記載
性別	年代	対象行為	診断 F				
男	40	殺人	2	無	20歳代で抑うつ症状。34歳で被害妄想・希死念慮。35歳焼身自殺企図。40歳で妄想気分で実父の首を絞めて殺害。調整官と退院調整や就労について悲観してタオルで縊首による未遂	自室内の私物の撤去、薬物調整、常時観察、MDTによる振り返りとエンパワメント	
男	60	放火	3	あり	40歳でうつ状態。50才そう状態後のうつ状態で自殺を繰り返し、自殺目的の放火。入院後も慢性的なうつ状態	言語表現能力が低い。カード用いて希死念慮の程度を提示するようにし、レッドカード時は要注意サイン	タオルを首に巻いて縊首。胆石手術後で腹痛軽減して無事退院した矢先の未遂。
女	50	殺人	2	あり	35歳被害関係妄想で発病。入院治療を受け退院したが介護を要する両親を悲観して両親を殺害。入院時より希死念慮、絶望感を訴えており常時観察。スタッフが観察場所を離れたすきにまくらカバーで首を絞め、ベッド柵に頭を入れ首を挟む	抗うつ剤が追加し、精神症状の改善が図られる。MDTスタッフを同世代の女性に交代し訴えに傾聴し、背中をさする身体的接触にでの安心感を与え徐々に精神安定へ	希死念慮があり予測可能。自殺を考えている対象者はわずかなすきをうかがって行動に出る。完全に防止しようとすれば身体拘束など苦痛を伴う処置となる。スタッフが切迫したリスクはないと判断して措置を取らなかった。リスク評価が適切か、自傷リスクが高いと判断すれば慎重な常時観察すべき。
男	30	傷害	6	無	MRでストレス体制が低い。金武千万など省可知不安から容易に精神病状態。過去の自殺企図歴暗視。幻覚妄想状態で隔離中に靴下を結び首に巻く	カーテン・私物・危険物の一時預かり・密な観察	不穏状態で隔離の既往あるが自殺企図歴はない。希死念慮の発言なし。幻覚妄想状態で混乱し、突発的行動。事前予測が難しい。密な観察をして未然に予防。
男	30	放火	7、8	不明	PDD、軽度MR。社会復帰期、ストレス脆弱性が顕著。施設入所予定で、施設の大部屋に反応して縊首や焚火に飛びこむ。	隔離室を使用し観察。心理面接中心のアプローチと対人関係調整。	MDT評価と看護師による観察。病棟カメラは設置されえ散るが、ブラインドカーテン日もありハードに配慮欠如

返すことが重要で、サインを見のがさず、これらのリスクを念頭に置いたマネジメントを心がける。特に状態がよく、社会復帰が想定されて準備が進んでいる時にこそ、これらのリスクを再度吟味する。

4. ピアレビューの効果と限界

医療観察法入院施設間の専門職種がピアレビューを通して、均霈化を図り、相互の情報の共有化を促進し、医療観察法の目的である「社会復帰の促進」に向けた医療へ向かう効果がある。一方でピアレビューによるばらつきがあり、また指摘する意見のばらつきがあり全体をまとめることは困難である。ピアレビュー

も啓発を受けることが多く、他施設での研修機会にもなっているのも総合評価に表れている。

施設や症例の個別性を念頭に置くとナラティブにとり、まとめることは困難で、まとまりのないものになる。多彩な評価が得られる利点を生かしつつ質の高いレビューを行うには、ピアレビューの研修を行って後に出向く、またはピアレビューの資格などを設定して規格を設けることも検討すべきである。

医療観察法医療をどの施設で受けても、高い水準の医療や支援を受けることができることが医療観察法制度への信頼性を増し、またわが国の精神科医療の水準を高めることにつ

ながっている。

ピアレビューの課題をあげると次のとおりである。

- 1) 問題点の整理が全体として困難である。
- 2) 社会復帰促進の一助となったか（目的は果たせたか）。
- 3) ピアレビューの期間の問題

そのためにピアレビューの改善としては、これまでと同様に相互交流を目的とするが、ピアレビューを3年以上病棟経過した施設より派遣して、ピアレビューを受ける施設が「臨床体験に裏打された体験を学べた」「問題が相談できた」「評価を受けて自信となった」との満足度を得やすくする。症例報告は社会復帰促進に何らかの問題を有するケースに限定する

と下記のようになる。

- 1) 入院が18か月以上の全ケース
- 2) 予め長期が予測される困難例
- 3) 入院期間が2年以上、3年以上の残り10%に焦点を合わせ経過、現在の3要件と全体の医療観察法治療必要性の評価、今後の方針について詳細な報告施設（運用・治療・チーム・病棟文化の）全体評価と課題の整理をおこなう。

今後はピアレビューを担当する多職種チームを先行施設や社会復帰に向けた実績のある施設より選定して実施する方向を検討し、これらを安定的に行うためにピアレビューの制度化を提案する。

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

医療観察法における医療の質の向上に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究

平成 22 年度

分担研究報告書

平成 23（2011）年 3 月

分担研究者 平林 直次

国立精神・神経医療研究センター病院

分担研究報告書

入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究

分担研究者：平林 直次 国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者：

松本 聡子（国立精神・神経医療研究センター 新井 薫（国立精神・神経医療研究センター
病院） 病院）
朝比奈次郎（国立精神・神経医療研究センター 大森 まゆ（国立精神・神経医療研究センター
病院） 病院）
永田 貴子（国立精神・神経医療研究センター
病院）

研究要旨

1. 平成22年度においては、研究1「指定入院医療機関における入院期間調査」および研究2「入院医療機関の医療の実態調査」および研究3「指定入院医療機関のfidelity確保を目的としたチェックシートの作成」の3つの研究を実施した。
2. **研究1**：国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟（同法合併症対応病棟を除く）における、入院処遇から通院処遇に移行する標準的期間を推定するために、抗告退院、病死、処遇終了を除いた95名（退院56名、転院10名、入院中29名）について、Kaplan-Meyer法により入院日数を推計した。推計入院日数の中央値729日（95%信頼区間658-799日）、平均値は875日（95%信頼区間757-994日）であった。
3. **研究2**：病床あたりの隔離実施件数は平成19年度の男性0.064、女性0.030/床/年から、平成22年度の男性0.110、女性0.011/床/年へと男性においては増加傾向を示し、女性においては減少傾向を示した。また、病床あたりの拘束実施件数は、約0.01~0.02/床/年の間で推移しており、経年的変化を認めなかった。
4. 疾患別行動制限の実施割合をみると、F2（統合失調症圏）では74.3%から49.4%に減少し、F6（パーソナリティ障害）では11.4%から27.7%に増加し、F7（精神遅滞）では5.7%から13.3%に増加していた。
5. 修正型電気けいれん療法（m-ECT）の実施状況に顕著な変化は認められず、概ね適切に実施されていると判断された。
6. クロザピン導入は着実に進んでいるが、好中球減少症・無顆粒球症への対応、および糖尿病診療を担当する内科医との連携困難が今後の課題であった。
7. **研究3**：指定入院医療機関のFidelityを確保するためチェックシートを作成し、全国の指定入院医療機関で実施し、その実態を評価した。
8. チェックシートを集計した結果、対象者参加型の多職種チーム会議の開催、共通評価項目による定期的な評価の実施、治療共同体をイメージした病棟運営の意識、クロザピンの導入、薬剤師の多職種チーム参加といった点が今後の課題として挙げられた。

平成22年度においては、研究1「指定入院医療機関における入院期間調査」および研究2「入院医療機関の医療の実態調査」および研究3「指定入院医療機関のfidelity確保を目的としたチェックシートの作成」の3つの研究を実施した。研究1は医療観察法の施行された7月15日を調査日として、平成19年度より全国の指定入院医療機関の実態調査を継続してきた研究である。平成22年7月15日現在において、25施設が設置されており、全数調査を継続的に実施するための方法の確立が求められていた。そこで本年度はこの全国調査の継続を目標とした準備作業を行うとともに、研究1として指定入院医療機関の中から国立精神・神経医療研究センター病院を対象として入院期間調査と転帰調査を実施した。また、研究2として、行動制限、m-ECTの実施状況、クロザピンの導入状況について従来通り全国調査を行った。

本分担研究報告書においては、上記、研究1～3について報告する。

研究1. 指定入院医療機関における入院期間調査

A. 研究目的

平成17年に医療観察法が施行され、平成19年度より毎年7月15日を調査日として、指定入院医療機関の実態調査を継続してきた。この間、指定入院医療機関は25施設に増加した。施設の増加と入院処遇対象者の増加により、従来から継続してきた入院処遇対象者の全数調査はひとつの分担研究班として実施するには規模が拡大し、調査の効率化や調査の正確性に関する工夫なくして継続することは困難な状況となった。

そこで、本年度は全国の指定入院医療機関の全数調査を継続するための予備的研究を行うとともに、入院期間のモニタリングの継続

として国立精神・神経医療研究センター病院の医療観察法病棟の入院期間および転帰調査を実施した。本分担研究報告書では同センターの調査結果を報告する。また、全国の指定入院医療機関に対して実施した実態調査から行動制限およびm-ECTの実施状況、身体合併症医療、クロザピンの導入状況を報告する。

B. 研究方法と対象

国立精神・神経医療研究センター病院の医療観察法病棟は、平成17年8月2日に33床で開棟し、平成22年4月4日に身体合併症医療にも対応できる病床として、さらに33床を増床し、現在、2病棟計66床となっている。合併症病棟が開棟してから調査日までの期間が3カ月と短いため、本年度は既存病棟の33床に入院した対象者のみを調査した。

平成17年8月2日の病棟運用開始から平成22年7月15日現在までにおける入院対象者の社会的特性（年代、性別）、指定入院医療機関による診断名、対象行為、入院期間について調査を行った。なお、プライバシーに配慮し、個別の対象者を特定できる情報は一切収集しなかった。また、統計学的解析はSPSS ver17.0を用いて、Kaplan-Meyer法により入院期間（入院日数）を推計した。

なお、本研究の実施に当たっては、分担研究者の所属する国立精神・神経医療研究センター病院に設置された倫理委員会および主任研究者の所属する岡山県精神科医療センターの倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1. 概要

平成22年7月15日現在までの延べ入院数は109名であった。表1-1に性別年代を示した。男性93名（85.3%）、女性16名（14.7%）であり、年代別では30代が32名（29.4%）と最も多く、次いで40代32名（27.5%）、50代の22名（20.2%）

の順に多くなっていた。対象行為の内訳を表1-2に示した。対象行為別では殺人（未遂も含む）が45名（41.3%）と最も多く、次いで傷害が31名（29.0%）、放火（未遂も含む）21名（19.2%）の順に多くなっていた。診断内訳を表1-3に示した。診断内訳ではF2（統合失調症圏）が85名（78.0%）と最も多く、ついでF1（物質使用障害）の10名（6.7%）、F3（気分障害）の8名（6.7%）の順に多くなっていた。

入院対象者の転帰については、表1-4に示した。抗告退院2名、死亡1名、処遇終了11名、退院56名、他の指定入院医療機関への転院10名、入院中29名であった。なお、抗告退院とは、対象者等によって抗告の申立てが行われ、審判で認められ退院となった者である。病死の1名は入院後に悪性腫瘍が見つかり、

本人の希望もあり医療観察法病棟内で緩和医療を継続した症例である。また、退院許可となり退院した対象者56名のうち家族と同居した者が22名（39.3%）、施設に入所した者が20名（35.7%）、単身生活となった者が14名（25.0%）であり、家族あるいは他者と共同生活することになった者が42名（75%）であった。

2. 推計入院期間

入院後、急性期から社会復帰期まで入院処遇ガイドラインに示された通り標準的治療経過をたどり退院許可となった対象者の入院期間を明らかにするために、抗告退院、死亡退院、処遇終了に伴う退院者を除き、統計学的解析を実施し、入院期間の推計を行った。入院期間の推計値については、表1-5に示した。

表1-1 性別・年代 (n=109)

	男	女	計	%
20代	12	1	14	(12.8)
30代	27	6	32	(29.4)
40代	24	6	30	(27.5)
50代	19	3	22	(20.2)
60代	8	0	8	(7.3)
70代	2	0	2	(1.8)
80代	1	0	1	(0.9)
	93	16	109	(100.0)

表1-2 対象行為内訳 (n=109)

強制わいせつ	7	(6.4)
強盗	3	(2.8)
強盗未遂	2	(1.8)
殺人	22	(20.2)
殺人未遂	23	(21.1)
傷害	31	(28.4)
放火	16	(14.7)
放火未遂	5	(4.6)
合計	109	(100.0)

表1-3 診断内訳 ICD10 (n=109)

	男	女	計	%
F0	1	0	1	(0.9)
F1	10	0	10	(9.2)
F2	74	11	85	(78.0)
F3	6	2	8	(7.3)
F4	0	2	2	(1.8)
F6	1	0	1	(0.9)
F7	1	1	2	(1.8)
F8	0	0	0	(0.0)
F9	0	0	0	(0.0)
	93	16	109	(100.0)

表 1-4 入院対象者の転帰 (n=109)

	人	%
抗告退院	2	(1.8)
死亡(病死)	1	(0.9)
処遇終了	11	(10.1)
処遇終了・医療無し	1	
処遇終了・入院	8	
処遇終了・通院	2	
退院	56	(51.4)
退院・家族同居	22	
退院・施設	20	
退院・単身	14	
転院	10	(9.2)
入院中	29	(26.6)
計	109	100.0

その結果、病状が回復し退院許可となった対象者および転院となった対象者は95名（退院56名、入院中29名、転院10名）となり、推計入院期間は平均値が875日（95%信頼区間757-994）、中央値が729日（95%信頼区間658-799）であった。昨年度の推計入院期間は平均値が727日（637-818）、中央値が669日（549-789）であり、入院期間が長期化する傾向が認められた。

D. 考察

対象者の社会的特性、診断および対象行為の内訳は平成21年度調査の結果と比較して変化は認められなかった。

入院期間については、平成21年度と比較すると中央値および平均値ともに長くなっており、入院期間は長期化する傾向が認められた。平成19年度に調査を開始して以来、一貫して入院期間は延長しており、長期入院化対策が喫緊の課題である。

今後、長期入院化対策を考える上では、信頼性の高い入院期間の推計および長期入院化が停止し定常状態に達するまでに要する期間を予測する必要がある。また、ひとつの指定入院医療機関から提出されたデータから入院期間を推測するのではなく、全国の指定入院医療機関からのデータから推計することが必須である。

現在、わが国の指定入院医療機関の診療録はすべて「診療支援システム」と呼ばれる共通の電子診療録が導入されている。このようなシステムを適切に利用することによって、今後、全国のデータを効率的に収集することが期待される。今後は入院対象者数の増減、入院期間の動向、指定入院医療機関の転院の有無、各治療ステージの期間、退院時の転帰などのデータを全国規模で収集し、医療観察法入院処遇に関する基礎的データを定期的に更新することが期待される。

表 1-5 対象者の入院期間

	年度	日数	95%信頼区間
平均値	平成21年度	727	637-818
	平成22年度	875	757-994
中央値	平成21年度	669	549-789
	平成22年度	729	658-799

研究 2. 指定入院医療機関における対象者の実態調査

A. 研究目的

研究 2 の目的は、指定入院医療機関における、行動制限、修正型電気けいれん療法、身体合併症医療、クロザピンの投与状況を調査し、同医療機関における医療の実態を明らかにすることである。

B. 研究方法と対象

平成22年7月15日において設置されていた医療観察法病棟に従事する病棟医長を対象として、郵送によるアンケート調査を行った。アンケート調査用紙、「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査票」を資料 1 に掲げた。調査項目は、身体合併症医療、行動制限の実施状況、電気けいれん療法の実施やクロザピンの投与状況についてである。調査期間は平成21年10月1日～平成22年7月15日までである。本調査は平成19年度から継続されており、平成22年度の医療の実態を示すとともに、これまでに蓄積されたデータと比較することにより経年的変化を検討した。

医療観察法施行日である7月15日にさまざま調査が実施されており、入院医療の実態に関する本調査においても本年度より調査日を7月15日とした。このため平成22年度の調査期間は、平成19年度から平成21年度と比較すると調査期間が88日短くなっている。また、平成22年度については、同一症例に対して拘束13回、隔離9回を調査期間内に繰り返し行った症例があり、行動制限回数がきわめて多く、行動制限を受けた他の対象者と特性が異なっており、はずれ値とした。同症例における行動制限実施回数は拘束1回、隔離1回として集計した。ただし、今後、個別の症例検討が必要である。また、1年以上にわた

り行動制限が継続されていた症例については、個別に検討を加えた。

C. 研究結果

1. 行動制限の実施状況

調査実施日平成22年7月15日時点において全国に25の指定入院医療機関が設置されており、19施設から回答が得られ、回収率は76.0%であった。なお、アンケート調査に当たっては、各症例のプライバシーに配慮し、個人を特定する情報については収集しなかった。

全国の指定入院医療機関における行動制限の実施数を年度別、性別・年代別に表 2-1-1～表 2-1-3 に示した。

総病床数で総行動制限の実施数を除して、1病床あたりの隔離実施件数を計算し、表 2-2 に示した。平成19年度の男性0.064、女性0.030/床/年から、平成22年度の男性0.110、女性0.011/床/年へと男性においては増加傾向を示し、女性においては減少傾向を示した。また、病床あたりの拘束実施件数は、約0.01～0.02/床/年の間で推移しており、経年的変化を認めなかった。

平成22年度の調査期間中における行動制限の実施率は、男性0.123、女性0.018床/年であった。

診断別行動制限の実施件数を表 2-3 に示した。疾患別行動制限の実施割合をみると、F2（統合失調症圏）では74.3%から49.4%に減少し、F6（パーソナリティ障害）では11.4%から27.7%に増加し、F7（精神遅滞）では5.7%から13.3%に増加していた。

行動制限の原因となった症状を年度別に表 2-4-1、表 2-4-2 に示した。希死念慮のために行動制限を実施した者は、平成19年度には認められなかったが、平成22年度には隔離5.2% 拘束78.9%と著しい増加を示した。また不安を原因とする行動制限も、隔離では12.1%に増加していた。焦燥感については、隔離

表 2-1-1 年齢性別_行動制限実施数

年齢	性別	年度				計
		H19	H20	H21	H22	
～ 20	男	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0
～ 30	男	12	17	19	12	60
	女	0	3	0	1	4
～ 40	男	4	15	15	18	52
	女	5	7	12	2	26
～ 50	男	5	9	21	16	51
	女	1	1	0	1	3
～ 60	男	4	6	9	9	28
	女	3	0	1	1	5
～ 70	男	0	3	1	1	5
	女	0	2	0	2	4
～ 80	男	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0
～ 90	男	1	0	0	0	1
	女	0	0	0	0	0
		35	63	78	63	239

表 2-1-2 年齢性別_隔離実施数

年齢	性別	年度				計
		H19	H20	H21	H22	
～ 20	男	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0
～ 30	男	8	15	15	12	50
	女	0	3	0	1	4
～ 40	男	3	12	14	14	43
	女	5	7	6	1	19
～ 50	男	5	7	19	15	46
	女	1	1	0	1	3
～ 60	男	3	4	7	8	22
	女	3	0	1	1	5
～ 70	男	0	2	1	1	4
	女	0	2	0	0	2
～ 80	男	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0
～ 90	男	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0
		28	53	63	54	198

表 2-1-3 年齢性別_拘束実施数

年齢	性別	年度				計
		H19	H20	H21	H22	
～ 20	男	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0
～ 30	男	4	2	4	0	10
	女	0	0	0	0	0
～ 40	男	1	3	1	4	9
	女	0	0	6	1	7
～ 50	男	0	2	2	1	5
	女	0	0	0	0	0
～ 60	男	1	2	2	1	6
	女	0	0	0	0	0
～ 70	男	0	1	0	0	1
	女	0	0	0	2	2
～ 80	男	0	0	0	0	0
	女	0	0	0	0	0
～ 90	男	1	0	0	0	1
	女	0	0	0	0	0
		7	10	15	9	41

ただし、同一施設で同一症例に対して拘束 13 回、隔離 9 回を繰り返した症例は、拘束、隔離各 1 件として集計した。

表2-2 1病床あたりの行動制限実施数

年度	行動制限実施数		隔離実施数		拘束実施数	
	男	女	男	女	男	女
H19	0.087	0.030	0.064	0.030	0.023	0.000
H20	0.119	0.031	0.095	0.031	0.024	0.000
H21	0.159	0.032	0.137	0.017	0.022	0.015
H22	0.123	0.018	0.110	0.011	0.013	0.007

表2-3 診断別行動制限実施数

H19年度	H20年度		H21年度		H22年度		計			
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%		
F0	2	(5.7)	5	(7.9)	2	(2.6)	0	(0.0)	9	(3.5)
F1	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(3.8)	2	(2.4)	5	(1.9)
F2	26	(74.3)	48	(76.2)	42	(53.8)	41	(49.4)	157	(60.6)
F3	0	(0.0)	0	(0.0)	8	(10.3)	0	(0.0)	8	(3.1)
F4	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(3.8)	0	(0.0)	3	(1.2)
F5	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
F6	4	(11.4)	6	(9.5)	13	(16.7)	23	(27.7)	46	(17.8)
F7	2	(5.7)	1	(1.6)	2	(2.6)	11	(13.3)	16	(6.2)
F8	1	(2.9)	3	(4.8)	5	(6.4)	4	(4.8)	13	(5.0)
F9	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
G4	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.2)	1	(0.4)
不明	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.2)	1	(0.4)
	35	(100.0)	63	(100.0)	78	(100.0)	83	(100.0)	259	(100.0)

表2-4-1 隔離の原因となった症状（複数回答可）

	H19年度 n=26		H20年度 n=51		H21年度 n=63		H22年度 n=58		計 n=249	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
幻覚	5	(19.2)	5	(9.8)	12	(19.0)	13	(22.4)	49	(24.7)
妄想	5	(19.2)	5	(9.8)	20	(31.7)	19	(32.8)	65	(32.8)
カタレプシー	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
希死念慮	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(9.5)	3	(5.2)	10	(5.1)
精神運動興奮	15	(57.7)	15	(29.4)	37	(58.7)	29	(50.0)	109	(55.1)
暴力（対人・対物暴力）	17	(65.4)	17	(33.3)	36	(57.1)	41	(70.7)	135	(68.2)
衝動性	18	(69.2)	18	(35.3)	33	(52.4)	32	(55.2)	107	(54.0)
多弁・多動	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(6.3)	3	(5.2)	9	(4.5)
観念奔逸	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.5)
行為心拍	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.5)
不安	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(6.3)	7	(12.1)	14	(7.1)
焦燥感	2	(7.7)	2	(3.9)	9	(14.3)	8	(13.8)	27	(13.6)
抑うつ気分	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.5)
精神運動制止	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.5)
拒薬	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(4.8)	2	(3.4)	10	(5.1)
その他	14	(53.8)	14	(27.5)	6	(9.5)	3	(5.2)	44	(22.2)

表2-4-2 拘束の原因となった症状（複数回答可）

	H19年度 n=7		H20年度 n=10		H21年度 n=15		H22年度 n=19		計 n=51	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
幻覚	3	(42.9)	3	(30.0)	2	(13.3)	3	(15.8)	11	(21.6)
妄想	3	(42.9)	5	(50.0)	2	(13.3)	5	(26.3)	15	(29.4)
カタレプシー	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
希死念慮	0	(0.0)	1	(10.0)	5	(33.3)	15	(78.9)	21	(41.2)
精神運動興奮	4	(57.1)	7	(70.0)	10	(66.7)	17	(89.5)	38	(74.5)
暴力（対人・対物暴力）	4	(57.1)	5	(50.0)	9	(60.0)	2	(10.5)	20	(39.2)
衝動性	5	(71.4)	3	(30.0)	11	(73.3)	16	(84.2)	35	(68.6)
多弁・多動	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(13.3)	3	(15.8)	5	(9.8)
観念奔逸	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
行為心拍	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
不安	0	(0.0)	1	(10.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.0)
焦燥感	1	(14.3)	3	(30.0)	3	(20.0)	0	(0.0)	7	(13.7)
抑うつ気分	0	(0.0)	1	(10.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.0)
精神運動制止	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
拒薬	1	(14.3)	1	(10.0)	2	(13.3)	0	(0.0)	4	(7.8)
その他	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(20.0)	2	(10.5)	5	(9.8)

13.8%に増加していた。ただし、アンケート調査では複数選択が可能であり、これらの症状のみで行動制限が必ずしも実施されたことを意味していない。

行動制限中の観察頻度を表2-5に示した。行動制限実施時に常時観察が行われていた頻度は隔離66.5%、拘束84.9%であった。残りの隔離33.5%、拘束15.1%においては常時観察が行われていなかった。

行動制限の理由とその件数については、表2-6-1、表2-6-2に示した。「自殺企図または自傷行為が著しく切迫している状態」を理由に、隔離を実施したものは37.9%、拘束を実施したものは43.4%であった。

行動制限の実施期間を表2-7-1、表2-7-2、図1に示した。行動制限の実施期間については統計学的には明らかな経年的変化は認められなかったが、平成19年度に比較すると行動制限期間が1週間を超える件数が増加傾向を示していた。また、行動制限の実施日数についても、行動制限の実施期間が3日以内24.0%であるのに対して、それを超えるものが76.0%あり、行動制限の期間は3日以上に及ぶことが多かった。なお、行動制限の実施期間が365日を超える長期隔離症例は、すべて男性であり30~50代であった。診断別に見

ると統合失調症が3例と最も多いが、広汎性発達障害2例、器質性パーソナリティ障害1例が含まれていた。

2. m-ECT（modified electric convulsive therapy）の実施状況

医療観察法施行後、調査日までに13症例（男性12例、女性1例）においてm-ECTが実施されていた。その内訳については表2-8-1に示した。精神科診断は、統合失調症12例、急性一過性精神病性障害1例であった。m-ECTの種類では、無けいれんと有けいれんにて施行された1例が含まれていた。m-ECT適応と判断した理由は、精神症状による症例11例、薬物抵抗性の症例8例であった。倫理会議での承認状況については、事前承認10例であったが、事後承認3例が含まれていた。本年度においては事後承認例はなかった。

3. 身体合併症

医療観察法病棟に入院処遇中に身体合併症のため転院（外泊）、処遇終了、通院処遇となった者は、平成19年度：5人、平成20年度：8人、平成21年度：10人であったが、平成22年度：2人と減少していた。

表 2-5 行動制限中の観察頻度

全体 (H19年度-H22年度)

観察間隔	隔離	%	拘束	%
常時観察	137	(66.5)	45	(84.9)
15分以内	56	(27.2)	4	(7.5)
30分以内	10	(4.9)	1	(1.9)
60分以内	1	(0.5)	0	(0.0)
未記入	2	(1.0)	3	(5.7)
	206	(100.0)	53	(100.0)

表 2-6-1 隔離理由とその件数 (複数回答可)

全体 (H19年度-H22年度)

隔離理由	件数	(N=206)
他の入院対象者との人間関係を著しく損なうおそれがあるなど、その言動が自身の病状や予後に悪く影響する状態	74	35.9%
自殺企図または自傷行為が著しく切迫している状態	78	37.9%
他の入院対象者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない状態	62	30.1%
急性精神運動興奮等のため、不隠、多動、爆発性などが目立ち、一般の病室では医療または保護を図ることが著しく困難な状態	61	29.6%
身体的合併症の検査および処置等のため、隔離処置が必要な場合	49	23.8%
その他	53	25.7%

表 2-6-2 拘束理由とその件数 (複数回答可)

全体 (H19年度-H22年度)

拘束理由	件数	(N=53)
ア. 自殺企図または自傷行為が著しく切迫している状態	23	43.4%
イ. 多動または不隠が顕著である状態	40	75.5%
アまたはイの他に、精神障害のためにそのまま放置すれば自身の生命に危険が及ぶおそれがある状態	5	9.4%
その他	16	30.2%

表 2-7-1 行動制限 (隔離・拘束) の制限週数 (終日+部分)

H19年度		H20年度		H21年度		H22年度		全体 (H19年度-H22年度)	
制限週数		制限週数		制限週数		制限週数		制限週数	
~1週	15 57.7%	~1週	19 30.2%	~1週	31 39.7%	~1週	35 42.2%	~1週	100 40.0%
~2週	2 7.7%	~2週	9 14.3%	~2週	10 12.8%	~2週	11 13.3%	~2週	32 12.8%
~3週	3 11.5%	~3週	6 9.5%	~3週	6 7.7%	~3週	14 16.9%	~3週	29 11.6%
~4週	1 3.8%	~4週	5 7.9%	~4週	4 5.1%	~4週	3 3.6%	~4週	13 5.2%
~8週	2 7.7%	~8週	9 14.3%	~8週	14 17.9%	~8週	8 9.6%	~8週	33 13.2%
9週~	3 11.5%	9週~	15 23.8%	9週~	13 16.7%	9週~	12 14.5%	9週~	43 17.2%
	26 100.0%		63 100.0%		78 100.0%		83 100.0%		250 100.0%

表 2-7-2 行動制限 (隔離・拘束) の制限日数 (終日+部分)

全体 (H19年度-H22年度)

制限日数	(N=246)
~3日以内	59 24.0%
~7日以内	44 17.9%
~14日以内	28 11.4%
~21日以内	25 10.2%
~28日以内	14 5.7%
28日超	76 30.9%
	100.0%

制限日数=終日制限日数+部分制限日数