

表107 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：4) 感情の平板化

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
n	10	71	統計量：F	2.83	統計量：t	1.52
平均	0.70	0.30	自由度1	9	自由度	9.92
不偏分散	0.68	0.24	自由度2	70	両側P値	0.16
標準偏差	0.82	0.49	P値	0.01 *		

表108 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：5) 抑うつ

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
n	10	71	統計量：F	2.06	統計量：t	0.84
平均	0.10	0.23	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.10	0.21	自由度2	70	両側P値	0.40
標準偏差	0.32	0.45	P値	0.24		

表109 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：6) 罪悪感

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
n	10	71	統計量：F	1.51	統計量：t	0.32
平均	0.10	0.14	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.10	0.15	自由度2	70	両側P値	0.75
標準偏差	0.32	0.39	P値	0.52		

表110 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：7) 解離

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
n	10	71	問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない		統計量：t	1.50
平均	0.20	0.00			自由度	9.00
不偏分散	0.18	0.00			両側P値	0.17
標準偏差	0.42	0.00				

表111 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：8) 知的障害

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
n	10	71	統計量：F	1.34	統計量：t	0.97
平均	0.90	0.65	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.77	0.57	自由度2	70	両側P値	0.34
標準偏差	0.88	0.76	P値	0.47		

表112 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：9) 意識障害

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
n	10	71	問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない		統計量：t	1.00
平均	0.10	0.00			自由度	9.00
不偏分散	0.10	0.00			両側P値	0.34
標準偏差	0.32	0.00				

表113 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：1) 対象行為への内省

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.60	統計量：t	0.83
平均	0.50	0.34	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.50	0.31	自由度2	70	両側P値	0.41
標準偏差	0.71	0.56	P値	0.26		

表114 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：2) 対象行為以外の他害行為への内省

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.65	統計量：t	0.99
平均	0.50	0.31	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.50	0.30	自由度2	70	両側P値	0.33
標準偏差	0.71	0.55	P値	0.23		

表115 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：3) 病識

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.07	統計量：t	1.87
平均	1.00	0.59	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.44	0.42	自由度2	70	両側P値	0.07
標準偏差	0.67	0.65	P値	0.80		

表116 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：4) 対象行為の要因理解

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.55	統計量：t	1.54
平均	1.00	0.65	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.67	0.43	自由度2	70	両側P値	0.13
標準偏差	0.82	0.66	P値	0.30		

表117 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：1) 生活リズム

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	2.43	統計量：t	1.19
平均	0.50	0.23	自由度1	9	自由度	10.07
不偏分散	0.50	0.21	自由度2	70	両側P値	0.26
標準偏差	0.71	0.45	P値	0.04 *		

表118 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：2) 整容と衛生

変数	問題行動あり	問題行動なし	差	等分散性の検定		t検定	
				統計量：F		統計量：t	
n	10	71		統計量：F	1.52	統計量：t	0.64
平均	0.10	0.18	0.08	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.10	0.15		自由度2	70	両側P値	0.52
標準偏差	0.32	0.39	0.07	P値	0.51		

表119 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：3) 金銭管理

変数	問題行動あり 問題行動なし		等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
n	10	71	統計量：F	3.89	統計量：t	0.98
平均	0.60	0.30	自由度1	9	自由度	9.66
不偏分散	0.93	0.24	自由度2	70	両側P値	0.35
標準偏差	0.97	0.49	P値	0.00 **		

表120 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：4) 家事や料理

変数	問題行動あり 問題行動なし		等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
n	10	71	統計量：F	3.56	統計量：t	1.02
平均	0.60	0.28	自由度1	9	自由度	9.72
不偏分散	0.93	0.26	自由度2	70	両側P値	0.33
標準偏差	0.97	0.51	P値	0.00 **		

表121 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：5) 安全管理

変数	問題行動あり 問題行動なし		等分散性の検定		t検定	
n	10	71	統計量：F	1.10	統計量：t	0.33
平均	0.20	0.15	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.18	0.16	自由度2	70	両側P値	0.74
標準偏差	0.42	0.40	P値	0.75		

表122 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：6) 社会資源の利用

変数	問題行動あり 問題行動なし		等分散性の検定		t検定	
n	10	71	統計量：F	1.58	統計量：t	0.63
平均	0.20	0.13	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.18	0.11	自由度2	70	両側P値	0.53
標準偏差	0.42	0.34	P値	0.27		

表123 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：7) コミュニケーション

変数	問題行動あり 問題行動なし		等分散性の検定		t検定	
n	10	71	統計量：F	1.27	統計量：t	0.62
平均	0.60	0.48	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.27	0.34	自由度2	70	両側P値	0.53
標準偏差	0.52	0.58	P値	0.74		

表124 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：8) 社会的引きこもり

変数	問題行動あり 問題行動なし		等分散性の検定		t検定	
n	10	71	統計量：F	1.23	統計量：t	0.57
平均	0.40	0.31	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.27	0.22	自由度2	70	両側P値	0.57
標準偏差	0.52	0.47	P値	0.58		

表125 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：9) 孤立

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t 検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.10	統計量：t	0.34
平均	0.50	0.44	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.28	0.31	自由度2	70	両側P値	0.73
標準偏差	0.53	0.55	P 値	0.95		

表126 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：10) 活動性の低さ

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t 検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.30	統計量：t	0.76
平均	0.40	0.28	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.27	0.21	自由度2	70	両側P値	0.45
標準偏差	0.52	0.45	P 値	0.51		

表127 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：11) 生産的活動・役割

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t 検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.04	統計量：t	0.15
平均	0.60	0.56	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.49	0.51	自由度2	70	両側P値	0.88
標準偏差	0.70	0.71	P 値	1.05		

表128 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：12) 過度の依存

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t 検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	2.28	統計量：t	0.81
平均	0.30	0.17	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.46	0.20	自由度2	70	両側P値	0.42
標準偏差	0.67	0.45	P 値	0.05		

表129 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：13) 余暇を有効に過ごせない

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t 検定 (Welchの方法)	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	2.38	統計量：t	0.75
平均	0.60	0.39	自由度1	9	自由度	10.09
不偏分散	0.71	0.30	自由度2	70	両側P値	0.47
標準偏差	0.84	0.55	P 値	0.04 *		

表130 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：14) 施設への過剰適応

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t 検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.07	統計量：t	0.14
平均	0.10	0.08	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.10	0.11	自由度2	70	両側P値	0.89
標準偏差	0.32	0.33	P 値	1.00		

表131 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：1) 一貫性のない行動

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.41	統計量：t	1.35
平均	0.40	0.20	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.27	0.19	自由度2	70	両側P値	0.18
標準偏差	0.52	0.43	P値	0.40		

表132 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：2) 待つことができない

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	3.14	統計量：t	1.43
平均	0.60	0.21	自由度1	9	自由度	9.82
不偏分散	0.71	0.23	自由度2	70	両側P値	0.18
標準偏差	0.84	0.48	P値	0.01 **		

表133 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：3) 先の予測をしない

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	2.59	統計量：t	1.06
平均	0.60	0.31	自由度1	9	自由度	10.00
不偏分散	0.71	0.27	自由度2	70	両側P値	0.31
標準偏差	0.84	0.52	P値	0.02 *		

表134 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：4) そそのかされる

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.02	統計量：t	0.81
平均	0.30	0.17	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.23	0.23	自由度2	70	両側P値	0.42
標準偏差	0.48	0.48	P値	0.86		

表135 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：5) 怒りの感情の行動化

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.37	統計量：t	0.70
平均	0.20	0.11	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.18	0.13	自由度2	70	両側P値	0.48
標準偏差	0.42	0.36	P値	0.44		

表136 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：1) 侮辱的な言葉

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
			問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない		統計量：t	
n	10	71	問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない		統計量：t	1.00
平均	0.00	0.01			自由度	70.00
不偏分散	0.00	0.01			両側P値	0.32
標準偏差	0.00	0.12				

表137 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：2) 社会的規範の蔑視

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定	t検定 (Welchの方法)
n	10	71	問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない	統計量：t
平均	0.00	0.04		自由度
不偏分散	0.00	0.04		両側P値
標準偏差	0.00	0.20		

表138 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：3) 犯罪志向的態度

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定	t検定 (Welchの方法)
n	10	71	統計量：F	統計量：t
平均	0.10	0.01	自由度1	自由度
不偏分散	0.10	0.01	自由度2	両側P値
標準偏差	0.32	0.12	P値	0.00 **

表139 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：4) 特定の人を害する

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定	t検定 (Welchの方法)
n	10	71	問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない	両群の標準偏差が0以下のため計算できない
平均	0.00	0.00		
不偏分散	0.00	0.00		
標準偏差	0.00	0.00		

表140 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：5) 他者を脅す

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定	t検定 (Welchの方法)
n	10	71	問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない	統計量：t
平均	0.00	0.01		自由度
不偏分散	0.00	0.01		両側P値
標準偏差	0.00	0.12		

表141 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：6) だます、嘘を言う

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定	t検定 (Welchの方法)
n	10	71	統計量：F	統計量：t
平均	0.10	0.03	自由度1	自由度
不偏分散	0.10	0.03	自由度2	両側P値
標準偏差	0.32	0.17	P値	0.00 **

表142 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：7) 故意の器物破損

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定	t検定 (Welchの方法)
n	10	71	問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない	統計量：t
平均	0.10	0.00		自由度
不偏分散	0.10	0.00		両側P値
標準偏差	0.32	0.00		

表143 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：8) 犯罪的交友関係

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	2.55	統計量：t	1.15
平均	0.20	0.04	自由度1	9	自由度	10.02
不偏分散	0.18	0.07	自由度2	70	両側P値	0.28
標準偏差	0.42	0.26	P値	0.03 *		

表144 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：9) 性的逸脱行動

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
			問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない		統計量：t	
n	10	71	問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない		統計量：t	1.00
平均	0.10	0.00			自由度	9.00
不偏分散	0.10	0.00			両側P値	0.34
標準偏差	0.32	0.00				

表145 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：10) 放火の兆し

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定 (Welchの方法)	
			問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない		統計量：t	
n	10	71	問題行動あり群の標準偏差が0以下のため計算できない		統計量：t	1.50
平均	0.40	0.00			自由度	9.00
不偏分散	0.71	0.00			両側P値	0.17
標準偏差	0.84	0.00				

表146 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：1) 退院後の治療プランへの同意

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.22	統計量：t	0.55
平均	0.50	0.38	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.50	0.41	自由度2	70	両側P値	0.59
標準偏差	0.71	0.64	P値	0.60		

表147 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：2) 日中活動

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.10	統計量：t	0.61
平均	0.40	0.55	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.49	0.54	自由度2	70	両側P値	0.55
標準偏差	0.70	0.73	P値	0.96		

表148 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：3) 住居

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.22	統計量：t	0.55
平均	0.50	0.38	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.50	0.41	自由度2	70	両側P値	0.59
標準偏差	0.71	0.64	P値	0.60		

表149 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：4) 生活費

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.58	統計量：t	0.19
平均	0.30	0.34	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.23	0.37	自由度2	70	両側P値	0.85
標準偏差	0.48	0.61	P値	0.47		

表150 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：5) 緊急時の対応

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.15	統計量：t	0.71
平均	0.40	0.58	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.49	0.56	自由度2	70	両側P値	0.48
標準偏差	0.70	0.75	P値	0.89		

表151 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：6) 関係機関との連携・協力体制

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.11	統計量：t	0.22
平均	0.50	0.45	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.50	0.45	自由度2	70	両側P値	0.83
標準偏差	0.71	0.67	P値	0.74		

表152 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：7) キーパーソン

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	2.22	統計量：t	1.63
平均	0.20	0.54	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.18	0.40	自由度2	70	両側P値	0.11
標準偏差	0.42	0.63	P値	0.19		

表153 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：8) 地域への受け入れ体制

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.09	統計量：t	0.66
平均	0.40	0.56	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.49	0.54	自由度2	70	両側P値	0.51
標準偏差	0.70	0.73	P値	0.96		

表154 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：1) 治療同盟

変数	問題行動あり	問題行動なし	等分散性の検定		t検定	
			統計量：F		統計量：t	
n	10	71	統計量：F	1.11	統計量：t	0.08
平均	0.20	0.21	自由度1	9	自由度	79
不偏分散	0.18	0.20	自由度2	70	両側P値	0.94
標準偏差	0.42	0.44	P値	0.94		



表155 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：2) 予防

変数	問題行動あり		問題行動なし		等分散性の検定		t検定	
	問題行動あり	問題行動なし	問題行動あり	問題行動なし	統計量：F	自由度	統計量：t	自由度
n	10	71			1.11	9	0.37	79
平均	0.70	0.62						
不偏分散	0.46	0.41						
標準偏差	0.67	0.64			P値	0.73	両側P値	0.71

表156 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：3) モニター

変数	問題行動あり		問題行動なし		等分散性の検定		t検定	
	問題行動あり	問題行動なし	問題行動あり	問題行動なし	統計量：F	自由度	統計量：t	自由度
n	10	71			1.17	9	0.50	79
平均	0.70	0.58						
不偏分散	0.46	0.53						
標準偏差	0.67	0.73			P値	0.86	両側P値	0.62

表157 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：4) セルフモニタリング

変数	問題行動あり		問題行動なし		等分散性の検定		t検定	
	問題行動あり	問題行動なし	問題行動あり	問題行動なし	統計量：F	自由度	統計量：t	自由度
n	10	71			1.85	9	2.55	79
平均	1.20	0.68						
不偏分散	0.62	0.34						
標準偏差	0.79	0.58			P値	0.15	両側P値	0.01 *

表158 退院後の問題行動有り群と問題行動なし群との比較：5) 緊急時の対応

変数	問題行動あり		問題行動なし		等分散性の検定		t検定	
	問題行動あり	問題行動なし	問題行動あり	問題行動なし	統計量：F	自由度	統計量：t	自由度
n	10	71			1.17	9	0.84	79
平均	0.80	0.59						
不偏分散	0.62	0.53						
標準偏差	0.79	0.73			P値	0.65	両側P値	0.40

## 文献

- 1) 高橋昇, 壁屋康洋, 西村大樹, 砥上恭子ら：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究（1）評定者間一致度の検証. 司法精神医学, 7, 印刷中.
- 2) 壁屋康洋, 高橋昇:共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究（2）～2010年7月15日現在の入院対象者の記述統計値. 平成22年度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）分担研究報告書：2011.
- 3) 砥上恭子, 壁屋康洋, 高橋昇, 西村大樹：

共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究（3）. 第7回日本司法精神医学会大会抄録集：48, 2011.

- 4) 高橋昇, 壁屋康洋, 砥上恭子, 西村大樹：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究（4）－項目反応理論による分析－. 第7回日本司法精神医学会大会抄録集：48, 2011.

- 5) 西村大樹, 高橋昇, 壁屋康洋, 砥上恭子：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究（5）－入院処遇期間による検討－. 日本心理臨床学会第30回大会論文集：621, 2011.

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

## 入院施設の機能化等に関する研究

平成 23 年度

分担研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 武井 満

群馬県立精神医療センター

分担研究報告書

入院施設の機能化等に関する研究

分担研究者：武井 満 群馬県立精神医療センター

研究協力者（順不同）：

赤田卓志朗（群馬県立精神医療センター）

樋掛 忠彦（長野県立駒ヶ根病院）

芦名 孝一（群馬県立精神医療センター）

小片 圭子（群馬県立精神医療センター）

黒田 治（東京都立松沢病院）

平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）

島田 達郎（栃木県立岡本台病院）

田口 寿子（東京都立松沢病院）

平林 直次（国立精神・神経センター 武蔵病院）

村上 直人（静岡県立こころの医療センター）

藤井 康男（山梨県立北病院）

仲田 明弘（静岡県立こころの医療センター）

宮田 量治（山梨県立北病院）

### 研究要旨

まず全国の医療観察法病棟の設置状況を概観し、病床規模と人口規模との関係や、病棟を有しない都道府県の現状について検討した。また医療観察法施行開始から平成24年3月31日までの全国の都道府県別の申立受理数、入院決定数、人口規模などについて検討し、各都道府県によって人口当たりの受理数や入院決定数、及び受理数に対する入院決定数の割合などに大きな格差があることを指摘し、その背景について検討した。

次に全国の医療観察法病棟の類型化を試み、相互の関係や合併症対策、さらには治療困難対策について検討し、病棟整備をさらに進めていくためのバックアップ体制整備の必要性などについて述べた。

## A. 研究目的

昨年度までの研究で、群馬県に関してではあるが、対象者数は実際に申し立てられた実数に比して、その約倍以上が存在していることが予測値として推定されたこと、また医療観察法施行後、6年以上が経過して、医療観察法病棟の設置現状がようやく見えてきたことなどから、これらの結果を踏まえて、医療観察法病棟についての現状分析を行い、類型化を試みる中で受け皿機関としての医療観察法病棟のあるべき姿を明らかにするべく本研究を行った。

## B. 研究方法

群馬県で明らかになった対象者数の予測値や現在までに明らかになった医療観察法病棟の設置状況を分析し、どのような機能を有する病棟が、どのような形でどの程度必要かなどについて各種の資料や研究会の議論を通して検討した。

## C. 研究結果

### 1. 全国の医療観察法病棟の設置状況

医療観察法病棟はその病床数の規模によって、これまでフルサイズ（フル規格病棟）、小規模病棟、小規格病棟の3つに分類されて来

た。平成22年9月現在のこれらの病棟の全国的分布状況は（その時点での準備中も含む）は図に示すとおりである（図1）。この図から明らかなように、北海道と四国にはまったく病棟がなく、東北、北陸、北九州などの各地方では病棟がない県が多く、国立、自治体立を問わず、まったく病棟を持たない県は20カ所に及ぶ。

次に全国の都道府県を人口規模別に整理して、病棟の設置の有無を見ると、表のごとくなる（表1）。人口100万人未満で病棟があるのは山梨、鳥取、佐賀の3県であり、残りの福井、島根、香川、徳島、高知の5県には病棟はない。山梨、鳥取は小規格病棟であり、佐賀だけが国立でフルサイズになっている。

同様に人口100～200万人で見ると、病棟が設置されているのは、岩手、山形、富山、奈良、三重、岡山、熊本、鹿児島、長崎、沖縄の10県であり、設置されていないのは青森、秋田、石川、滋賀、和歌山、山口、愛媛、大

分、宮崎の9県となっている。岩手、奈良、富山、沖縄、岡山はフルサイズであり、山形、三重、熊本、鹿児島、長崎は小規模病棟である。人口200～300万人で病棟が設置されているのは新潟、群馬、栃木、茨城、長野、広島の6県であり、新潟と広島の2県がフルサイズであり、群馬、栃木、茨城、長野が小規模病棟になっている。人口300～400万人は静岡のみが該当するが、静岡の病棟は小規格の12床となっている。人口400～500万人に該当する県はなく、人口500～1,000万人では病棟が設置されているのは埼玉、千葉、神奈川、愛知、大阪の1府4県であり、大阪だけが暫定の小規格病棟となっており、残りはフルサイズとなっている。また北海道、兵庫、福岡は人口が500万人以上いるにも拘わらず病棟がない。人口1,000万人以上では東京が該当し、自治体立としてフルサイズが一つに、国立がフルサイズを二つ有しており、計3つで99床が東京にはある。

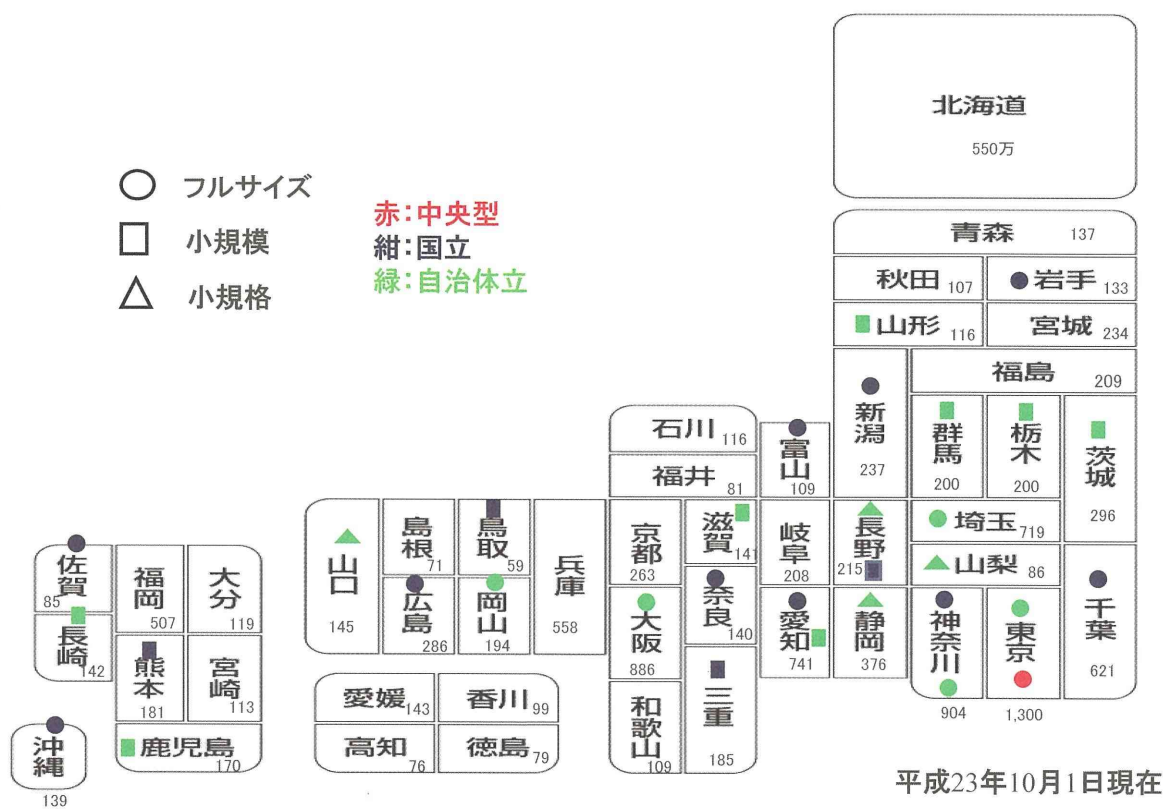


図1 医療観察法病棟分布図（準備中も含む）

表1 医療観察法病棟設置状況と人口規模

人口規模	都道府県名
• 100万人以下	山梨、福井、鳥取、島根、香川、高知、徳島、佐賀
• 100～200	青森、秋田、岩手、山形、富山、石川、滋賀、奈良、三重、和歌山 岡山、山口、愛媛、大分、宮崎、熊本、鹿児島、長崎、沖縄
• 200～300	宮城、福島、新潟、群馬、栃木、茨城、長野、岐阜、京都、広島
• 300～400	静岡
• 400～500	
• 500～1,000	北海道、埼玉、千葉、神奈川、愛知、兵庫、大阪、福岡
• 1,000万人以上	東京

これを見ると、関東を中心として整備が進んではいないが、相変わらず病床の絶対数不足という問題があり、その一方で、20カ所の県が病棟を有していないという偏在化の問題が際立っていることが分かる。また人口500万人以上いるにも拘わらず、病棟が全くない北海道、兵庫、福岡の3カ所、及び整備が遅れている大阪については、早急に何らかの対応を図る必要がある。さもないとこれらの地域から発生した対象者は、他の地域で治療を受けて、退院となってから地元に戻ってくることになる。そのため当該病棟の負担は重くなりすぎてしまうだけでなく、社会復帰が遅れ、再発や再被害行為にも繋がりやすいなど、対象者の不利益にもつながり、あらゆる点で良いことは何もないと言えよう。

## 2. 全国都道府県における当初審判申立の受理件数と入院決定数について

次に、平成17年7月15日の医療観察法施行開始から平成24年3月31日までに、全国において申し立てられて受理された件数とそのなかから入院決定となった件数について、各都道府県ごとの状況を分析した（表2）。

### 1) 当初審判申し立て受理件数

人口1万人当たりの受理件数を都道府県ごとに見ると、一番多いのは沖縄県（以下、県は省略）であり、次に福井、愛媛、長崎、広

島、島根、高知、鹿児島、青森、茨城と続くことになる。それに対して低い順に行くと、奈良、大分、岐阜、三重、愛知、秋田、佐賀、長野、石川、福島と続くことになる。これを具体的な数字でいうと、沖縄は人口1万人当たり、0.42人が対象者として申し立てられ受理されているのに対して、最低の奈良は0.11人ということになり、両者の間には約4倍弱の開きがあることになる。また大都会である東京と大阪のそれを比較すると、東京は0.21人であり、大阪は0.19人となっており、大阪の方が少ない値を示している。ちなみに群馬の場合は0.16人となっている（表3）。

このような数字の差が生じる背景には、どのような意味があるのか。拙速に判断は出来ないが、数字の低い都道府県ほど、触法精神障害者の数が少ないといった単純なことではないことは間違いないと言えよう。この4倍の開きについては、しっかりとした検証が必要であるが、おそらく警察の事件に対する対応の仕方、すなわち立件するかどうかの対応の仕方に問題の一つがあると筆者は考える。

### 2) 入院決定数

次に入院決定数を見ると、人口1万人当たりの入院数は、沖縄が0.28人と最も多く、鳥取が0.03人と最も低く、9倍の開きがあることが分かる。また東京と大阪のそれを比較すると、東京の0.14人に対して大阪は0.10人となり、や

はり大阪の方が低くなっている。ちなみに群馬のそれは0.13人となっている（表4）。

このように入院者数については、実に9倍の開きがあり、このことは深刻な問題であるといわざるをえない。このような差が生じるのは、もともと入院を必要とする触法精神障害者が多い県と少ない県があるということではないと筆者は考える。さまざまな意味で地域差があるにしても9倍もの開きが出るのは、もともと警察が事件として立件することが少なく（すなわち精神科病院へ入院させて事を済ませているという意味）、なおかつ審判において通院処遇か不処遇にしているということであり（ただし検察官が申立をせず起訴していることも一応はあり得る）、このようなことが生じるのは、司法精神医学に関する基本的理解不足が根底にあると筆者には推察される。もちろん病棟が整備されていなければ、当然、審判で入院処遇の判断を下しにくいことになり、無理をしても通院処遇にしまっているということもある。

### 3) 受案件数に対する入院数の割合

受案件数に対してどのくらいの割合で入院が決定されたかを見ると、宮城、群馬が78%台で最も高く、50%以下が鳥取の20%をはじめとして7県を数える。したがって最低と最高では約4倍の開きがここでも認められることになる（表5）。

この数字の差も、やはり大きな問題であろう。同じように審判がなされているのならば4倍の開きが出るのは、やはり大きすぎると言わねばならない。裁判官が審判にまだ不慣れであるといったこともあるかもしれないが、前述した大阪、兵庫、福岡などが低い値を示しているのを見ると、その背景には病棟を有していないという偏在化の問題が、結局、審判結果に影響を及ぼしていると言えるのではないか。

## 3. 全国の医療観察法病棟の現状分析

### 1) 一般精神病棟との関係

医療観察法病棟は当初はすべて独立型ということで始まったが、その後、小規格の併設型も設置可能となり現在に至っている。なぜ小規格併設型病棟が認められるようになったかは、各自治体病院の事情や人口が少ない場合は、対象者の数が限られるであろう事が予測されたことによると考えられる。山梨、長野、静岡、鳥取、大阪（ただし鳥取、大阪は暫定病棟）が現在までのところ併設型となっており、病床数も山梨の5床から静岡の12床までがある（群馬も平成12年3月までは6床で運用していたが、暫定病棟であり、平成24年3月1日からは16床の独立型として運用を開始した）。併設の形態も山梨のようにスーパー救急病棟との併設もあれば、静岡のように慢性期の病棟に併設されている場合がある（群馬県の暫定病棟6床も、慢性期の重症病棟に併設した）。なお群馬、山梨の併設型病棟の立ち上げの経過については、本研究班の報告書ですでに報告し、静岡についても23年度の報告書に報告予定である。

独立型の場合であれば、医療観察法病棟として他病棟から独立していることから、他病棟との関係は考慮される必要はない。しかし併設型では、併設された病棟との関係はたとえばセキュリティなどの面から検討されるべき課題が多く、病床規模は小さくても、運用上は独立型よりもむずかしい面が多いと考えられる。これまでのところ、どのような併設形態が望ましいか、併設された入院患者と医療観察法対象者との関係はどのようにしていけば良いかなどの結論は出ておらず、実際の運用を踏まえての検討が今後は必要と考えられる。

小規格併設型病棟のメリット・デメリットについては、表のようなことが考えられるが（表6）、人口が少なくとも100万人以上なり

表2

都道府県名	人口(万)	受理数	入院決定数	入院決定数	受理数	入院決定数
				(%)	人口(万)	人口(万)
北海道	550	119	74	62.1	0.22	0.13
青森県	137	33	22	66.0	0.24	0.16
岩手県	133	26	14	53.8	0.20	0.11
宮城県	234	50	27	54.0	0.21	0.12
秋田県	107	15	8	53.0	0.14	0.07
山形県	116	20	14	70.0	0.17	0.12
福島県	209	31	19	61.2	0.15	0.09
茨城県	296	69	42	60.8	0.23	0.14
栃木県	200	38	25	65.7	0.19	0.13
群馬県	200	32	25	78.1	0.16	0.13
埼玉県	719	145	103	71.0	0.20	0.14
千葉県	621	113	84	74.3	0.18	0.14
東京都	1,300	276	179	64.8	0.21	0.14
神奈川県	904	141	74	52.4	0.16	0.08
新潟県	237	51	33	64.7	0.22	0.14
富山県	109	19	9	47.3	0.17	0.08
石川県	116	17	12	70.5	0.15	0.10
福井県	81	25	15	60.0	0.31	0.19
山梨県	86	17	8	47.0	0.20	0.09
長野県	215	33	19	57.5	0.15	0.09
岐阜県	208	28	21	75.0	0.13	0.10
静岡県	376	69	47	68.1	0.18	0.13
愛知県	741	107	73	68.2	0.14	0.10
三重県	185	26	15	57.6	0.14	0.08
滋賀県	141	22	12	54.5	0.16	0.09
京都府	263	60	26	43.3	0.23	0.10
大阪府	886	167	88	52.6	0.19	0.10
兵庫県	558	106	60	56.6	0.19	0.11
奈良県	140	13	8	61.5	0.09	0.06
和歌山県	109	24	14	58.3	0.22	0.13
鳥取県	59	10	2	20.0	0.17	0.03
鳥根県	71	19	11	57.8	0.27	0.15
岡山県	194	34	20	58.8	0.18	0.10
広島県	286	79	44	55.6	0.28	0.15
山口県	145	34	17	50.0	0.23	0.12
徳島県	79	16	12	75.0	0.20	0.15
香川県	99	22	9	40.9	0.22	0.09
愛媛県	143	44	17	38.6	0.31	0.12
高知県	76	20	11	55.0	0.26	0.14
福岡県	507	105	60	57.1	0.20	0.12
佐賀県	85	13	10	76.9	0.15	0.12
長崎県	142	41	29	70.7	0.29	0.20
熊本県	181	41	20	48.7	0.23	0.11
大分県	119	13	7	53.8	0.11	0.06
宮崎県	113	23	18	78.2	0.20	0.16
鹿児島県	170	43	31	72.0	0.25	0.18
沖縄県	139	58	39	67.2	0.42	0.28

当初審判の申し立てに係る生活環境調査事件  
平成17年7月15日～平成24年3月31日

表3

都道府県名	受理数
	人口(万)
沖縄県	0.42
福井県	0.31
愛媛県	0.31
長崎県	0.29
広島県	0.28
鳥根県	0.27
高知県	0.26
鹿児島県	0.25
青森県	0.24
茨城県	0.23
京都府	0.23
山口県	0.23
熊本県	0.23
北海道	0.22
新潟県	0.22
和歌山県	0.22
香川県	0.22
宮城県	0.21
東京都	0.21
岩手県	0.20
埼玉県	0.20
山梨県	0.20
徳島県	0.20
福岡県	0.20
宮崎県	0.20
栃木県	0.19
大阪府	0.19
兵庫県	0.19
千葉県	0.18
静岡県	0.18
岡山県	0.18
山形県	0.17
富山県	0.17
鳥取県	0.17
群馬県	0.16
神奈川県	0.16
滋賀県	0.16
福島県	0.15
石川県	0.15
長野県	0.15
佐賀県	0.15
秋田県	0.14
愛知県	0.14
三重県	0.14
岐阜県	0.13
大分県	0.11
奈良県	0.09

当初審判の申し立てに係る生活  
環境調査事件  
平成17年7月15日～  
平成24年3月31日

表4

都道府県名	入院決定数
	人口(万)
沖縄県	0.28
長崎県	0.20
福井県	0.19
鹿児島県	0.18
青森県	0.16
宮崎県	0.16
鳥根県	0.15
広島県	0.15
徳島県	0.15
茨城県	0.14
埼玉県	0.14
千葉県	0.14
東京都	0.14
新潟県	0.14
高知県	0.14
北海道	0.13
栃木県	0.13
群馬県	0.13
静岡県	0.13
和歌山県	0.13
宮城県	0.12
山形県	0.12
山口県	0.12
愛媛県	0.12
福岡県	0.12
佐賀県	0.12
岩手県	0.11
兵庫県	0.11
熊本県	0.11
石川県	0.10
岐阜県	0.10
愛知県	0.10
京都府	0.10
大阪府	0.10
岡山県	0.10
福島県	0.09
山梨県	0.09
長野県	0.09
滋賀県	0.09
香川県	0.09
神奈川県	0.08
富山県	0.08
三重県	0.08
秋田県	0.07
奈良県	0.06
大分県	0.06
鳥取県	0.03

当初審判の申し立てに係る生活  
環境調査事件  
平成17年7月15日～  
平成24年3月31日

表5

都道府県名	入院決定数 (%)
	受理数
宮崎県	78.2
群馬県	78.1
佐賀県	76.9
岐阜県	75.0
徳島県	75.0
千葉県	74.3
鹿児島県	72.0
埼玉県	71.0
長崎県	70.7
石川県	70.5
山形県	70.0
愛知県	68.2
静岡県	68.1
沖縄県	67.2
青森県	66.0
栃木県	65.7
東京都	64.8
新潟県	64.7
北海道	62.1
奈良県	61.5
福島県	61.2
茨城県	60.8
福井県	60.0
岡山県	58.8
和歌山県	58.3
鳥根県	57.8
三重県	57.6
長野県	57.5
福岡県	57.1
兵庫県	56.6
広島県	55.6
高知県	55.0
滋賀県	54.5
宮城県	54.0
岩手県	53.8
大分県	53.8
秋田県	53.0
大阪府	52.6
神奈川県	52.4
山口県	50.0
熊本県	48.7
富山県	47.3
山梨県	47.0
京都府	43.3
香川県	40.9
愛媛県	38.6
鳥取県	20.0

当初審判の申し立てに係る生活  
環境調査事件  
平成17年7月15日～  
平成24年3月31日



表6 医療観察法病棟（小規格、小規模、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"> <li>・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。</li> <li>・他府県の対象者が入ってこない。</li> <li>・外出・外泊の付き添いが近距離でやりやすい。</li> <li>・治療の連続性、患者情報の連続性が確保されやすい。</li> <li>・併設された病棟患者との新しい人間関係が生まれる可能性がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者の数が限定される。</li> <li>・治療連続性が中途の間だけ途絶されやすい。</li> <li>・患者情報の連続性が中途の間だけ途絶されやすい。</li> <li>・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。</li> <li>・併設病棟同士の差別感が生まれやすい。</li> <li>・専任のコメディカルがない。</li> <li>・社会復帰期の対象者が集中しやすく、外泊が大変になる。</li> <li>・対象者が少ないため、各種会議の効率性が悪い。</li> <li>・提供できる治療プログラムが限定される。</li> </ul>	100万人以下？
小規模	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大都市部を除き、県内の全ての対象者を受け入れることができる。</li> <li>・それらについては治療の一貫性、患者情報の連続性が確保される。</li> <li>・スタッフが医療観察法の治療に専念できる。</li> <li>・極端に遠距離な対象者は入ってこないと考えられる。</li> <li>・社会復帰期を小規格に任せることもできる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・県外の対象者が開棟初期に多数入ってくる事が予測される。</li> <li>・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。</li> </ul>	200万人～400万人前後？
フルサイズ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・提供できるプログラムが多い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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る。</li> </ul>	500万人以上？

200万人以上の県であれば、独立型とすることが望ましいといえるが、100万人以下の県であれば、併設型の小規格病棟も選択の範囲にならざるを得ないと考えられる。またいずれにしても対象者は地元に戻ることを原則にしていることから、各県には少なくとも社会復帰期だけでも対応できる小規格病棟は必要であると言わざるを得ない。

なお併症問題は医療観察法病棟の大きな弱点であるが、併設型の1型として高度の総合病院機能を有する大学病院の精神科等に、1床でも2床でも医療観察法病床を設置することを試みるべきではないかと考える。

## 2) 地域性からみた分析

前述したように、対象者は必ず地元に戻ることを原則としており、このことは医療観察法の骨格となっている。医療観察法病棟の現状は、そのような意味で言えば、地元の対象者に限定して運用している場合と都道府県を跨いで対象者を受け入れている場合の二通りのパターンがある。そこで地域との関係から現状の医療観察法病棟を分析すると、＜地域密着型＞、＜基幹型＞、＜中央型＞の3つに分類することが可能である。

地域密着型とは、各都道府県が地元の対象者を中心に受け入れている場合であり、自治体立の小規格と小規模病棟が主にそれに当たる。しかし人口規模の大きい東京や埼玉のよ

うな場合では、フルサイズの場合もある。基幹型は地元の対象者も受け入れるが、その一方で病棟を持たないか、持っていても病床が不足している近隣県の対象者を受け入れている場合であり、一部を除きほとんどがフルサイズとなっている。国立の病棟が、事実上、これにあたっている場合が多い。

以上に対して、中央型とは全国からの対象者を受け入れると同時に、技術向上のための研修機能や、研究機能を有しており、センター機能ともいえる病棟である。一カ所は国立精神・神経センターがそれに相当する立場にあると考えられるが、必ずしも国立に限るものではなく、今後は少なくとも一カ所または二カ所程度が必要となるかもしれない。またこのような中央型は、以上の機能以外に医療観察法体制整備に関する問題の集約と企画機能、医療観察法に関わる事故調査機能等も必要になることが考えられ、医療観察法全体の体制整備推進機能をもつ施設と規定される。

### 3) 治療の一貫性からみた分析

対象者の治療は、基本的には急性期から社会復帰期まで、同一施設で一貫して行われることが望ましいことは大方の賛同を得られよう。しかし人口規模に応じた病棟整備が行われず、病棟を有しない都道府県も多数存在している現状にあっては、治療の一貫性を保つことは困難である。そこで治療の一貫性の視点から、現状の病棟を<自己完結型>、<急性期回復期型>、<回復期社会復帰期型>の3つに分類し、一貫性の問題について検討した。

治療を最初から最後まで実施出来るためには、人口規模に応じた病床数を有し、地元の対象者を基本的にはすべて受け入れることができる場合であり、これを自己完結型とすれば、当該病棟は地元で退院させることにもなることから、地域密着型でもあるということ

になる。治療の一貫性が確保されるためには、このような自己完結型が増加することが望ましい。

急性期回復期型は、他の都道府県からの依頼により受入れを行い、空床が出た時点で地元に戻すという機能を有する病棟である。前述した<基幹型>がそれにあたり、国立のフルサイズの病棟や自治体立では岡山がこれに相当する。

回復期社会復帰期型は対象者数に比較して病床数が不足した場合には、地元の対象者を受け入れられないことから、急性期回復期を他地域の病棟に依頼し、病床が確保された後に、主に回復期社会復帰期にある地元対象者を受け入れて治療することになる。小規模病棟がそれに当たることが多いが、小規模病棟でもフルサイズであっても病床が不足すれば他の病棟に依頼せざるを得ない。

小規模病棟さえもない都道府県の場合には、対象者の治療は地元以外の病棟が（しかも場合によっては複数の病棟が）、急性期から社会復帰期まですべて行わざるを得ないことになり、その病棟だけでなく対象者の負担が大きくなると同時に、入院から通院処遇への切り替えに多くの困難が生じることが予測される。できればこのような事態は避けたいところであり、このような意味からも、触法精神障害者問題に国が責任を持つようになった現在、各県はできたら小規模、少なくとも小規模であっても病棟整備をするという最小限の公の責任は果たすべきであると考えられる。英国がHSH（高度保安病院）中心からRSU（地域保安病院）中心になっていった経過を考えれば、病棟をまったく持たないことの弊害は大きく、法の下での平等にも反すると言えないのではないかと考えられる。

### 4) 疾病特性についての検討

医療観察法の対象者は、統合失調症などの

精神病圏の疾病を有する精神障害者であると考えられるが、この6年間の対象者の現状を見ると、必ずしも純粋な精神病圏の疾病以外に覚醒剤などの違法薬物の使用歴がある者やアルコールの依存症などを合併している者が少なからず認められる。同様な意味で、何らかの発達障害の要素が併存している者や人格障害の要素が併存している者なども認められる。すなわち精神病圏の1軸だけでなく、依存症や発達障害や人格障害などの2軸、場合によっては3軸を合併していると判断される事例が少なからず存在し、このような傾向が見えてきたこと自体が医療観察法の一つの大きな成果と言える。またこのような事例は、ときに治療に難渋することが、これまでの医療観察法の治療経験から次第に明らかになってきている。これらの事例を治療反応性なしとして処遇終了してしまうのは簡単であるが、その場合、これらの対象者の多くは、結局、一般精神医療で対応せざるを得ないということになり、十分な治療がなされない中で事件の再発に至ってしまうということも想定される。

したがってこれらの事例を、治療反応性なしとして処遇終了してしまうことはあまりにも問題があると言わねばならず、治療困難と治療反応性なしとは別概念であることを、ここでは明らかにしておく必要がある。本来、医療の対象であり治療が必要であると判断されれば、たとえ治療が困難であっても治療は行われるべきであり、それによって治療技術も進むことになる。それを治療反応性なしとして一般精神医療に投げ出してしまうのは、治療の放棄でしかないと言わねばならない。ただし実際問題として、小規模病棟のような併設型の病棟が、このような治療困難事例を抱えることになると、病棟の運用が事実上困難になることが予測されることから、それ以外の専門性をもった病棟が治療に当たる必要

が出てくることになる。そこでこれらの専門性のある病棟を疾病特性型病棟と名付け、以下のように分類した。

一つは依存症が併存している場合であり、これを依存症型とした。同様に、発達障害を併存している場合を発達障害型、人格障害を併存している場合を人格障害型とし、これらの病棟を疾病特性型病棟と総称した。対象者で、これらの疾病特性を有している場合には、必ずしも地元優先にとらわれず、蓄積されたプログラムや各種の技法を活用して、疾病特性に応じた治療を行い、しかる後に、再び地元の病棟に戻り、社会復帰していくという行程も考えられる。このような仕組みは、各自治体の病棟の限界を考えると一種のバックアップ体制になるものであり、小規模や小規模の病棟にとっては力強い助けになるといえるよう。

## 5) 身体合併症問題についての対応

身体合併症は急性疾患から慢性疾患まで、様々な段階の疾病状態があり、さらにはクロザピンの使用の必要性が明らかになる中で、顆粒球減少症などの副作用の問題も重要な課題となってきた。疾病の種類や状態によるが、医療観察法病棟には基本的に合併症対応機能がないことから、身体の病的状態が長引けば、付き添いの問題や高度の治療機能の必要性など、課題が山積するのは明らかである。現在は国立精神・神経センターに合併症病棟が一つ作られているに過ぎず、それ以外は各病棟の地域医療との連携に任されているだけである。しかしこのような地域医療機関との連携といった責任体制の曖昧なやり方で、この問題が解決つくとは到底思えず、もっとシステム的に捉えて問題解決に当たるべきである。疾病の様々な段階に応じて対応できるような仕組みが考えられることが期待される。

## 6) セキュリティーレベルについての検討

英国ではセキュリティーレベルに応じて、HSH、MSU、LSUの3つに司法病棟が分類されていることは、よく知られている。しかしわが国の場合、医療観察法病棟としてセキュリティーレベルは各設置病院の考え方が反映はされつつも、基本的には一律の扱いになっている。このようになってしまったのは、リスクという概念を医療観察法ではあえて排除し、社会復帰阻害要因という形でリスク評価の代わりにしたという経過があることによる。今とってみると、社会復帰阻害要因の概念は、リスク評価も含みつつ、なおより広い概念として定着しており、これはこれで由とされるところと考えるが、しかし、治療困難というだけでなく、実際にリスクの高い対象者が法施行後6年を経過する中で入所してきている現状にあっては、この問題を避けることなく、正面から向き合う時期に来ていると考える。その意味で現状は、リスクの概念を避けて一律の扱うことの弊害が出てきているといえよう。今後はセキュリティーの面から、リスク評価に基づいて、少なくとも2つなり3つなりの機能分化をしていく必要があると思われる。これによりリスクの高い事案はより重点的に、リスクの比較的低い事案はセキュリティーを一定程度緩くして、外出外泊なども頻回に行えるようにすることなどが求められ、これにより社会復帰の促進も図られ、貴重な病床の有効利用も図れると思われる。たとえば中央型や基幹型の一部がそれに相当することが予測されるが、小規格の併設型にそのような重いセキュリティーレベルを求めることは無理があるといわねばならない。

同じ意味で、社会復帰が困難で長期在院化せざるを得ないが、リスクの少なくなった事案については、医療観察法の枠組みを残しつつも精神保健福祉法下の病床を活用することが考えられ、たとえばこれらの病床をローセ

キュリティーと位置づけることが可能かもしれない。

## D. 考察

以上の現状分析を踏まえて、現在の医療観察法病棟の類型化を試み、各病棟の役割や相互関係、病床不足や偏在化の問題などについて検討した。

### 1. 医療観察法病棟の類型化の試み

#### 1) 地域密着型・自己完結型

地域密着型・自己完結型とは、主に地元の対象者を受入れて、急性期から社会復帰期までの一貫した治療を行い、地元で退院させて、地域の指定通院医療機関で治療を行う病棟である。このタイプの病棟が、治療の一貫性も保たれ、対象者も地元での医療を受けられることから不利益を被ることが少なく、一つの望ましい典型的な医療観察法病棟と言える。具体的に名前を挙げると、長崎、茨城、群馬、鹿児島、埼玉、東京などがこれに当たり、現在、準備中である山形、栃木、滋賀などもこれに当たる。主に自治体立の小規模病棟が多いが、一部は東京、埼玉にあるようなフルサイズもこれにあたる。ただし東京、埼玉、神奈川などの人口規模の多い都道府県では、対象者が増加する中で病床不足になっていくことも予測され、その場合は、他の基幹型病棟へ依頼せざるを得ないことも出てくることになる。そのような状況にならないためには、人口が500万以上の自治体については、フルサイズが二つ以上必要になることも想定され、今後の対象者数の変動を注意深く見ていく必要がある。

いずれにしてもこの地域密着型・自己完結型病棟が全国各地に設置され、そこで治療が完結されれば、偏在化の問題は解消されることになり、できるだけそのような方向で設置が進むことを期待したい。