

とに、長期化を防ぐために可能な方策を検討し、長期化群の回復を促進する治療方略や治療プログラムを検討することが必要である。

そこで本研究では、全国データをもとに、共通評価項目、精神科診断や重複診断により長期化の要因を検討し、さらに岡山県精神科医療センターのデータから事例検討にもとづいて長期化要因を整理することにより、長期化要因の全体像を明らかにすることを目的とする。

研究2：入院による治療効果や治療内容を検討するには、まず審判における診断と入院医療機関の診断結果の結果を比較し、入院医療から、審判や鑑定過程を検証することが必要である。

さらに入院医療の内容を検証し、均霑化を進めていくには、入院後の治療経過の中で確定した主診断の分布、重複診断の内容とその頻度についての情報が必要であると考えた。また主診断はもとより、重複診断（従診断）についても、治療的な取り組みは可能な限り行われる必要があるが、診断の在り方が均質性をもつのか、ばらつきがあるのかについても検討する必要があると考えた。

研究3：

①対象行為が病院内での殺人および傷害致死の全例調査

これらの事例は精神保健福祉法下での入院治療を受けていたにも関わらず対象行為が起きているという点で、とくに注意を要する事例である。件数が少なく全体を俯瞰することが必要と考えた。

②対象行為が強姦と強制わいせつとの全例調査

他の暴力と性質を異にするものであり、治療反応性の検討の上でも、対象行為特異的な検討と治療技法を要すると考えた。ま

た医療機関ごとの入院数も多くなく、全体を俯瞰する必要があると考えた。

③性暴力事例の類型化の試みとアプローチ方法の検討

医療観察法対象者のように狭義の精神障害を基盤とした性暴力事例の要因別の類型化は未確立である。治療を均霑化していくために、経験と治療方略についての共有が不可欠であると考えた。

④性暴力（性衝動の亢進を含む）の評価と治療

性暴力の治療について検討するには、日本では明確な整理がなく、海外での知見を集約し、評価や治療方法についてガイドライン等を整理する必要があると考えた。

研究4：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究

共通評価項目は、HCR-20等を基礎にして作成されているが、共通評価項目を多職種の共通言語としてだけでなく、リスクマネジメントツールとしての臨床的有用性を示すには、信頼性と妥当性を検証し、統計的な信頼性・妥当性が担保された尺度へと改訂を進めることが必要である。

B. 研究方法

研究1：

①共通評価項目からみた長期化要因の抽出、2010年8月31日までの間に医療観察法の入院決定を受けた全対象者から、研究協力が得られ、データの収集できた23の指定入院医療機関を2010年10月1日までに退院して通院処遇となった対象者のデータを用いた。その結果収集された81の事例について、2年をこえる長期化群と2年以内の標準群とに分けて、ロジスティック回帰分析（変数減少法）により検討した。

②精神科診断による長期化要因の抽出

2009年7月15日までに全ての指定入院医療機関に入院したすべての対象者968人についての、精神科診断、重複診断についての全数調査をもとに、2年をこえる長期化群と2年以内の標準群とに分けて、整理をおこなった。

③岡山県精神科医療センターにおける長期化要因についての検討

2011年12月31日時点で全国の入院決定者は1,488人であり、岡山県精神科医療センターには107人の入院があった。統計データでなく、詳細な事例検討をもとに具体的な長期化要因（入院期間が2年6ヶ月をこえるもの）の抽出を行った。

研究2：全ての指定入院医療機関で、平成22年7月15日の入院患者について、診断変更と入院医療機関での主診断名（ICD10）、重複診断名（精神遅滞、広汎性発達障害、物質関連障害、人格障害、神経症性障害、器質性及び症状性精神障害）、転入院日有無、入院日数について調査票を用いて調べた。

研究3：

①対象行為が病院内殺人ないし傷害致死である事例調査について、全指定入院医療機関に調査票を送付し、全施設から回答を得た。転院や再入院などにより同一対象者の個票が複数となった時には、重複を避けるため、延べ数でなく実数に整理した。なお平成21年7月15日の時点まで累積968人の全指定入院対象者を母数とした。

②対象行為が強姦（未遂）ないし強制わいせつである事例について、全指定入院医療機関に調査票を送付し、全施設から回答を得た。転院や再入院などにより同一対象者の

個票が複数となった時には、重複を避けるため、延べ数でなく実数に整理した。なお平成21年7月15日の時点まで累積968人の全指定入院対象者を母数とした。

③性暴力事例の類型化の試みとアプローチ方法の検討

性暴力が対象行為の事例について、国立病院機構小諸高原病院をパイロット施設として、診断と治療の在り方の整理をおこなった。そして性暴力に至った各対象者を要因別に類型化し、それぞれに導入したアプローチ方法の有効性を検討した。

④性暴力（性衝動の亢進を含む）の評価と治療
性暴力に関する一般的知識、および海外における評価や治療方法についてのガイドライン等を、文献検討により、レビューした。

研究4：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究

（平成21年度）評定者間信頼性の検討は、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つの治療ステージに分散された20事例を26名の評定者が共通評価項目を評定し、Kendallのw係数による評定者間一致度を算出することにより行った。

（平成22年度）2010年7月15日時点で入院対象者を受け入れている22の指定入院医療機関のうち、研究協力の得られた19の指定入院医療機関の入院対象者のデータを用いた。データの抽出は診療支援システムのCSV出力プログラムを用いた。最終的に、2010年7月15日時点で入院していた対象者439名分を集積した。そして共通評価項目の評定値に関する記述統計値をまとめ、治療ステージ、性別、年齢、診断、対象行為ごとの群間比較をおこなった。

(平成23年度)対象は2008年4月1日～2009年3月31日の間に医療観察法の入院決定を受けた対象者であり、そのうち研究協力が得られ、データの収集できた19の指定入院医療機関を2010年10月1日までに退院して通院処遇となった対象者のデータを用いた。収集されたN数は、退院後の問題行動についての解析では81名、精神保健福祉法の入院の解析では医療観察法病棟退院直後の精神保健福祉法の入院事例を除いたために64名となった。予測妥当性の検討のために、『性的な暴力』、『身体的な暴力』、『非身体的な暴力』、『医療への不順守』、『アルコール・物質関連問題』のいずれかの問題行動の有無、また、精神保健福祉法での入院の有無で2群に分類し、医療観察法入院中の共通評価項目の得点を比較した。

C. 研究結果

研究1：2年をこえる入院を要する群（長期化群）の多くは幻覚妄想に基づく行動が回復しない治療抵抗性統合失調症であった。

また初回入院継続時の共通評価項目の評点比較で、長期化群は、「精神病症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」の6項目において評点が高く、交絡因子を取り除くと、「精神病症状」「内省・洞察」とが長期化群を予測する項目として抽出された。入院対象者は、1年以内短期群と1年から2年の標準群、2年以上の長期化群に分かれた。

研究2：2009年7月15日までの間に指定入院医療機関に入院したすべての対象者968人について、審判（鑑定）時の診断と入院後の診断、および重複（従）診断の有無とその内容について全数調査した。

主診断変更は、全入院患者の11.1%（107件）で行われており、その74%（80件）は統合失調症から、8.3%（9件）は気分障害からであった。

また変更された主診断は、23%（25例）が広汎性発達障害、16%（17例）が人格障害、13%（14例）が精神遅滞、11%（12例）が器質性精神障害であった。さらに重複（従）診断は、23.3%（226例）で診断されており、特に広汎性発達障害、精神遅滞、物質関連障害が主診断の時に複（従）診断を有することが多く。46%（12/26件）、45%（10/22件）、37%（22/60件）であった。また従診断の分布をみると、精神遅滞、物質関連障害、てんかんないし器質性精神障害、人格障害、広汎性発達障害の順で多く、それぞれ17%（142件）、11.7%（100件）、8.1%（69件）、4.9%（42件）、4.1%（35件）であった。

研究3：

①対象行為が病院内での殺人および傷害致死の全例調査

2009年7月15日の時点での精神保健福祉法入院中の病院内殺人は10件、殺人未遂は2件であり、一般入院中の病院内殺人が1件であった。また対象者の診断は統合失調症が92%（12件）であり、残りの1件は物質関連障害であった。事件場所が病院である時の被害者は全て入院患者で9件あり、外泊中の対象行為では被害者は全て親族で2件であった。なお外出中の事件は認めなかった。また対象行為と症状との関係は直接的であるものが、92%（12件）であった。

また対象行為が院内殺人である入院者は、1施設あたり0～7人であり、該当する対象者が1人もいない施設もあった。そのため各施設が少ない面前の対象者をもとに、独自に治療反応性の判断などのアセスメントや、必要な治療プログラムの開発を行っているのが現状であった。

②対象行為が強姦と強制わいせつの全例調査

2009年7月15日の時点での対象行為が性暴力（強姦と強制わいせつ）であるものは、

49件であり、その内訳は、強姦既遂が3件、強姦未遂が11件、強制わいせつが35件であった。そして主診断は統合失調症が87% (39件) であったが、強姦 (未遂) よりも、強制わいせつの場合、診断が広範となり、統合失調症が80% (28件) の他に、物質関連障害1件、気分障害2件、解離性障害1件、広汎性発達障害2件、てんかん1件であった。被害者は多くが思春期以降の女性であったが、児童に対するものが1件認められた。強姦 (未遂) の場合、対象者の多くが統合失調症であり、その多くは陽性症状など疾病主導で対象行為が行われていた。

なお精神遅滞を重複するものが29%あり、さらに陰性症状が進行しているものを含めるとそれよりも多くの人数となると推測された。

③性暴力事例の類型化の試みとアプローチ方法の検討

小諸高原病院医療観察法病棟では、累計68名 (2011年3月31日時点) の入院対象者の中で、対象行為が性暴力の対象者は8名、過去に性暴力に及んだ対象者を含めると計10名という多数の入院対象者に性暴力行動にまつわる問題が認められている。同院の性暴力事例10例の概要をまとめると、同院での性暴力事例は全て基盤となる精神障害 (多くは統合失調症) を発症後に、性暴力に至っており、性的虐待の既往は認められなかった。しかし妄想や命令性幻聴が性暴力行為時に明らかであった事例は2例のみであり、その2例も含め、全ての事例において性暴力に至る上で複合的要因の存在が想定された。

小諸高原病院では、再他害行為のリスクをはかる上で、特に性暴力の程度・頻度のエスカレート度合い、認知や思考の歪み (否認、最小化、合理化、正当化) の程度、の

2点を重要視している。これらのポイントに関して各職種の面接や評価尺度でアセスメントし、「性暴力の機制」を念頭に置いた類型化を試み、そして各事例に必要なアプローチ方法を検討し、導入するといった流れでの取り組みを実践していた。

④性暴力 (性衝動の亢進を含む) の評価と治療の文献レビュー

性嗜好障害の治療の目的は、逸脱した性的空想を抑制し、それに伴う逸脱した性的欲求や行動を抑制することにより、常習的な性暴力を低減することである。

性嗜好障害に対する認知行動療法では、逸脱した性的行動につながるような思考の過程や選択について理解させ、自分自身の偏った思考パターンに焦点をあてることにより、最終的には、1. 認知の歪みの同定と改善、2. 被害者への共感の強化、3. 再発の防止を目標として行われている。この手法は、わが国の矯正施設でも採用されており、性犯罪者処遇プログラムの一貫としてリラプス・プリベンション技法による認知行動療法が導入されている。

また薬物療法は、抗精神病薬や選択的セロトニン再取込阻害剤 (SSRI)、そして直接的に性的欲動の減退を目的とした抗アンドロゲン剤およびLH-RH作用薬によるホルモン療法が性的欲動の減退を目的とした抗アンドロゲン剤およびLH-RH作用薬によるホルモン療法が諸外国ではおこなわれている。

研究4：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究

(平成21年度) 評定者間信頼性をKendallの一致係数によって検証すると、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。

(平成22年度)中項目では、「精神病性症状」、「非精神病性症状」、「衝動コントロール」、「対人暴力」、「コンプライアンス」が治療が進むにつれ改善することが示された。また、11項目で、急性期および回復期と社会復帰期との間に有意差が認められた。「非社会性」、「コミュニティ要因」、「物質乱用」で男性の方が得点が高く、「個人的支援」では若い世代の方が家族の支援が得られやすいという結果が認められた。診断や対象行為別の比較でも、いくつかの有意差が認められた。

(平成23年度)精神保健福祉法入院の有無による群間比較では、「自殺企図」で入院あり群の得点が有意に低かったが、入院あり群は全員得点が0点であった。また、問題行動の有無による群間比較では、「自殺企図」、「共感性」、「非社会性」に有意差が認められ、「自殺企図」では問題行動あり群の方が有意に得点が低かったが、入院あり群は全員得点が0点であった。「共感性」、「非社会性」では、問題行動あり群の得点が有意に高かった。

D. 考察

研究1：

2年をこえる入院を要する群(長期化群)の多くは治療抵抗性統合失調症であった。よって治療抵抗性統合失調症の治療方略を明確にすることが必要であり、クロザピンの処方検討を比較的早い時点で行うことが必要と考えられた。

また初回入院継続時の共通評価項目の評点比較から、「内省・洞察」がうまくいかないことが入院を長期化させており、内省・洞察をもたらす治療プログラムを洗練させることが必要であることが分かった。内省が深まらないときには、再暴力リスクがたかければ治療を続けるしかないし、それが低い場合には地域支援体制の充実を準備することを行うほかに考えられた。そのためには、早期から

社会復帰調整官とともに地域調整を行い、家族関係の再構築に向けた支援を重ねることが必要と考えられた。

また広汎性発達障害は、実数は多くはないが、その診断は長期化予測因子であった。よって広汎性発達障害を有する対象者への治療プログラムを洗練させることが必要である。

入院対象者は、1年以内短期群と1年から2年の標準群、2年以上の長期化群に分かれる。長期化群を少なくするために最も効果的な方法は、短期群と標準群を確実に期間内で確実に治療を進め、必要期間で退院させることであると考えられる。その上で長期化群の要因の分析を進め、それに応じた治療方略を策定していくほかない。

研究2：

審判(鑑定)時および指定入院医療機関での診断変更の頻度の観点からみて、鑑定および審判時に、特に広汎性発達障害の診断について十分な検討がなされる必要がある、さらに人格障害など責任能力上の疑義が生じる診断については、審判時の地方裁判所でのカンファレンス等を通じて、再度責任能力について検討する機会が持たれるように鑑定人ないし審判員が意見を提示する必要があると考えられた。

また重複(従)診断治療の組み立て方、治療反応性の判断に影響を与えていると考えられ、かつ地域移行後の治療の支援の在り方にも大きく影響を与えると考えられた。よって重複(従)診断がなされることが多かった物質関連障害、広汎性発達障害、精神遅滞、てんかんないし器質性精神障害の診断の有無についての検討は、指定入院医療機関にてスクリーニングに近い意識でなされるべきであり、かつその診断後に行われる治療プログラムの共有が急がれると考えられた。また精神遅滞に加え統合失調症に伴う認知機能障害を含め

ると、認知機能が低下している対象者の比率は多く、治療の組み立てに工夫が必要と考えられた。

さらに指定入院医療機関ごとの主診断の分布をみると、頻度が全ての医療機関で多い統合失調症や気分障害では分布に偏りは無いものの、特に広汎性発達障害では施設ごとの診断頻度が、0%～10%と差異が大きく、物質関連障害では、0%～22%と医療機関ごとに重複診断の頻度の差異が大きかった。よってこれらの疾患は、標準的な診断のあり方を共有する必要があると考えられた。

研究3：

①対象行為が病院内での殺人および傷害致死の全例調査

1施設当たり0件から3件と分布に偏りがあるとともに、多い施設でも3件であり、単独施設の事例から、般化してみることに無理がある件数であった。

病院内殺人ないし病院内傷害致死による入院事例は、精神保健福祉法下での入院治療を受けていたにも関わらず対象行為が起きているという点で、とくに注意を要する事例であると考えた。すなわち治療反応性と社会復帰阻害要因との関係について議論を尽くす上での象徴的な群であり、社会復帰阻害要因の吟味と対象行為と症状の関係について十分な検討がなされ、治療反応性の検討が十全に行われる必要がある。よって更に事例の詳細な検討を行い、医療観察法と精神保健福祉法による医療との重なりと切り分けとの検討し、長期化事例の処遇の在り方について整理につなげる必要があると考えられた。

②対象行為が強姦と強制わいせつの全例調査

1施設あたり0～7人であり、該当する対象者が1人もいない施設もあった。すな

わち自施設での治療経験だけでは、全体を推測して議論することは困難であり、アセスメントの在り方について、共通の指標をもち、治療技法についての共有が必要であると考えられた。よって治療反応性の判断などのアセスメントや、必要な治療プログラムの開発は施設横断的に行う必要があると考えられた。

③性暴力事例の類型化の試みとアプローチ方法の検討

性暴力事例に対するアセスメントを通し、性暴力に至る要因として、①精神病症状、②性に関する認知の歪み、③衝動、④欲求、⑤性嗜好異常、⑥人格傾向の偏り、⑦知的障害、の7つの要因を抽出した。そして各要因が重なる中央部分に分布された6事例は性暴力を繰り返してきた事例であり、性暴力の程度・頻度はエスカレート傾向にある。一般的に累犯性、社会的に問題のあるのは性嗜好異常群とされているが、当病棟の累犯性のある6事例に関して言えば、性嗜好異常が明らかな事例は3事例のみである。全体的にみると、「衝動」寄りに分布されている事例が多く、衝動制御の障害が性暴力に至る大きな要因となっていることが想定された。性暴力の治療において、疾病は各要因、特に「衝動」の増幅因子となっているため、まずは基礎疾患の治療（薬物療法、疾病教育など）が優先される。「性に関する認知の歪み」に対しては認知面の変容を促すアプローチ（認知行動療法、社会規範プログラムなど）を行い、その後、行動面の変容を促すアプローチ（社会技能トレーニングなど）、被害者への共感性育成を高めるアプローチ（被害者について考える会、内省プログラムなど）を順次導入し、最後に再被害行為防止に向けた具体的な対処法を確立（クライシスプランなど）する

といったアプローチを実践していた。また、類型化することによって、性に関する認知の歪みが目立たないことが明らかになった事例では、認知面の変容を促すアプローチを省いたり、知的障害や発達障害などの器質的な影響で内省面を深めることが困難と考えられた事例では被害者への共感性育成を高めるアプローチは省く、などの工夫を行い、限られた入院期間の中でアプローチの効率性を高めることも意識されていた。

④性暴力（性衝動の亢進を含む）の評価と治療の文献レビュー

SSRIは、近年の動物実験等の研究により、脳内の5-HT濃度の上昇が性的動因や性行動の低減に関連していることが明らかになり、5-HTに作用を及ぼす薬剤としてSSRIが注目されるようになった。SSRIは主に軽度から中程度の性嗜好障害に有効であるとされているが、重大な副作用がなく、ホルモンへの影響も少ないことから、とくに青年期の性犯罪者の治療に多く用いられている。

なおホルモン療法であるが、性的動因の低減のために用いられている代表的なホルモン剤はエストロゲンである。さらに、黄体形成ホルモン放出ホルモンアゴニスト（LHRHアゴニスト）、抗アンドロゲン剤が諸外国では用いられている。

治療アルゴリズムは、欧米では、まず性嗜好障害をもつ全治療対象者に対して、およそ3ヶ月から6ヶ月の期間をかけて、性的衝動のコントロールを目的とした認知行動療法が実施される。また他の精神疾患を合併している場合には、同時に併存疾患に対する薬物療法も行われる。そして次に、心理学的アプローチだけでは治療効果が不十分であると判断されたケースに対しては、性的問題の重篤さなどに照らして、性嗜好障害そのものを標的とした薬物療法が組み

合わされる。

研究4：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究

共通評価項目の信頼性と妥当性を検討したところ、一定の評定者間信頼性と構成概念妥当性が確認された。また、共感性や非社会性といった安定的なパーソナリティ要因が退院後の問題行動を予測するなど、予測的妥当性も部分的に確認された。

しかしながら、信頼性・妥当性が確認されなかった項目もあり、N数が少ないことから多変量解析を用いた十分な検討が行えなかったなどの問題も残されている。臨床的有用性示すには、尺度の改訂も考慮しながら、信頼性・妥当性の検討をさらに進める必要がある。

（平成21年度）評定者間信頼性をKendallの一致係数によって検証すると、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。

（平成22年度）中項目では、「精神病性症状」、「非精神病性症状」、「衝動コントロール」、「対人暴力」、「コンプライアンス」が治療が進むにつれ改善することが示された。また、11項目で、急性期および回復期と社会復帰期との間に有意差が認められた。「非社会性」、「コミュニティ要因」、「物質乱用」で男性の方が得点が高く、「個人的支援」では若い世代の方が家族の支援が得られやすいという結果が認められた。診断や対象行為別の比較でも、いくつかの有意差が認められた。

（平成23年度）精神保健福祉法入院の有無による群間比較では、「自殺企図」で入院あり群の得点が有意に低かったが、入院あり群は全員得点が0点であった。また、問題行動の有無による群間比較では、「自殺企図」、「共感性」、「非社会性」に有意差が認められ、「自殺企図」では問題行動あり群の方が有意に得点

が低かったが、入院あり群は全員得点が0点であった。「共感性」、「非社会性」では、問題行動あり群の得点が有意に高かった。

E. 結論

平成21～23年度において、研究1「入院が長期化する要因調査」、研究2「医療観察法入院対象者の診断変更、重複診断についての精神科診断に関わる調査」、および研究3「治療において特別の工夫を要すると考えられる性暴力、院内殺人事例の調査および性暴力への治療についての文献レビュー」、研究4「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究」の4つの研究を実施した。

2009年7月15日までの間に指定入院医療機関に入院したすべての対象者968人について、審判（鑑定）時の診断と入院後の診断、および重複（従）診断の有無とその内容について全数調査した。

主診断変更は、全入院患者の11.1%（107件）で行われており、鑑定および審判時に、特に広汎性発達障害の診断について十分な検討がなされる必要があり、さらに人格障害など責任能力上の疑義が生じる診断については、審判時の地方裁判所でのカンファレンス等を通じて、再度責任能力について検討する機会が持たれるように鑑定人ないし審判員が意見を提示する必要があると考えられた。

2年をこえる入院を要する群（長期化群）の多くは幻覚妄想に基づく行動が回復しない治療抵抗性統合失調症であった。よって治療抵抗性統合失調症への治療方略を明確にする必要があり、クロザピンの処方検討を比較的早い時点で行うことが必要と考えられる。

また広汎性発達障害は、実数は多くはないが、その診断は長期化予測因子であった。よって広汎性発達障害を有する対象者への治療プログラムを洗練させることが必要である。

入院対象者は、1年以内短期群と1年から

2年の標準群、2年以上の長期化群に分かれる。長期化群を少なくするために最も効果的な方法は、短期群と標準群を確実に期間内で確実に治療を進め、必要期間で退院させることであると考えられた。

対象行為が病院内殺人ないし傷害致死である事例、強姦（未遂）ないし強制わいせつである入院対象者の数は、実数は少なく、病院ごとの事例数が限られるので全数データをもとに知見を共有することが必要と考えられた。類型化を試みアプローチ方法の検討し共有することも有用と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 来住由樹：心神喪失者等医療観察法の運用の現状と今後の見通し－指定入院医療機関の立場から. 法と精神医療25, 54-65, 2010
- 2) 来住由樹：心神喪失者等医療観察法の施行後3年を迎えて 指定入院医療機関における治療と地域移行の現況 開棟1年間の実践から見えてきたこと. 病院地域精神医学52（2）, 108-111, 2009.12

2. 学会発表

- 1) 来住由樹：医療観察法における広汎性発達障害の考え方 責任能力と治療反応性について, 第6回日本司法精神医学会大会, 東京, 2010. 6. 4-5
- 2) 来住由樹：医療観察法の現在 5年間に浮き上がった問題点 フルサイズ指定入院医療機関の立場から 現状と一般精神科医療への影響, 第6回日本司法精神医学会大会, 東京, 2010. 6. 4-5
- 3) 来住由樹：コアシンポジウム 医療観察

法医療から精神保健福祉法医療への新たな展開. 第31回日本社会精神医学会, 東京, 2012. 3.15-16

2. 実用新案登録
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

3. その他
なし

1. 特許取得
なし

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 21 年度～平成 23 年度

総合研究報告書

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

平成23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）

平成21年度～平成23年度 総合研究報告書

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

まず医療観察法の小規模病棟を設置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、小規模病棟の抱えている課題やスタッフの医療観察法に対する捉え方などについて調査検討した。その結果、全体としてみると、小規模病棟はマンパワーや併設された一般精神病棟との関係などに課題が多いことが認められた。しかしその一方で、併設型であっても、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、一般精神医療の向上への寄与、裁判所の関与などにおいて、高い評価が認められた。

次に群馬県に関してではあるが、県内の触法精神障害者に関わる関係機関の協力を得て、対象者がどのくらい出現するか予測値について、調査、検討した。その結果、群馬県に関しては2010年までの対象者の実数は25名であったが、予測された対象者数は実数の倍以上であった。群馬県では、精神保健福祉法の29条の2の2の措置入院のための移送制度を、精神科救急情報センターを精神保健福祉センター内に設置して、ほぼ完全な形で実施している。そのこともあって、重大な他害行為を行って24条の警察官通報になっても、近年ではきちんと警察により立件されるようになってきており、他害の事実がある場合の警察官受診援助も原則行われていない。現在問題となっているのは、精神科病院内における重大な他害行為の扱いであり、病院から警察に通報が行われても、立件されない場合が多い。以上から明らかになった群馬県のこの数字を全国の申立件数と比較検討すると、現在の病床目標数800床では到底足りないことが想定された。重大な他害行為に関し警察がきちんと立件するようになれば、対象者の数は大幅に増加することが予測された。

以上のこれまでの結果を踏まえて、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日までの全国都道府県別の申立受理数、入院決定数、人口規模などに

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存在していることを明らかにし、その背景の一つとして病棟の偏在化の問題を挙げた。

次に全国の医療観察法病棟の類型化を試み、類型化された病棟の相互関係や合併症対策、さらには治療困難対策について検討した。今後、病棟整備をさらに進めていくためには、各自治体に対するバックアップ体制を構築していく必要があり、そのためには医療観察法病棟をシステム論的に位置づけし、国はビジョンとして明示していく必要があると考えられた。

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た。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。そのため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加えて入院施設の偏在という新たな課題が生じてきた。

また当初の病床数の配備の根拠についての詳細は、筆者が知るところではないが、現場的な立場から、各都道府県にあってどのくらいの病床数が必要であるかをある程度明らかにしておくことは、医療観察法の運用にとって欠かすことの出来ない課題であると考えられたことから、群馬県に関してだけではあるが、対象者数を予測し、その結果を基に全国における対象者数の予測を行った。その結果は、実際に申し立てられている対象者数の倍以上が本来ならば申し立てられる可能性があることが示された。そこでこのような現状を確認し、病床の絶対数不足の改善と偏在化を改善するのを念頭に置いて、医療観察法病棟の設置をいかに進めていくかについて本研究を行った。

B. 研究方法

平成21年度は、実際に小規模病棟を運用している群馬県、静岡県、大阪府の三つの病院で医療観察法に関わっているスタッフの意識調査を、アンケートを通して行い、併設型の病棟が抱えている課題を明らかにするとともに、医療観察法に対する取り組み状況、具体的な病棟立ち上げ経過などについて調査した。

次にこれらの調査結果から、アンケートの対象となった病院のスタッフの医療観察法に対する意識はおおむね前向きに捉えられていることが示されたが、同時に併設型病棟の抱える課題も少なくないことが明らかになった。

平成22年度は、これらの結果を踏まえ、群馬県に関してではあるが、県内の触法精神障害者に関わる関係機関の協力を得て、対象者がどのくらい出現するかについて、調査、検討した。

平成23年度は、以上の結果を踏まえ、医療観察法病棟の絶対数不足と偏在化の問題を念頭に置いて、全国の医療観察法病棟の類型化を試み、それに基づくシステム化について議論を重ねた。

C. 研究結果

1. 21年度の研究成果

アンケート調査の結果では、全体としてみると、小規模病棟はマンパワーや併設された一般病棟との関係などに課題が多いことが認められた。しかしその一方で、併設型であっ

でも、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、一般精神医療の向上への寄与、裁判所の関与などにおいて、一定程度以上の高い評価が認められた。

また小規模病棟の立ち上げ経過と実際の運用状況を調査した結果では、大きなデメリットとして、やはりマンパワーの確保が重要であること、併設される一般精神病床との関係に、課題が多いことが示された。これらのことから、小規模病棟やフルサイズ病棟の可能性を視野においた、人口規模に見合ったベッド数の必要性の検証がまず優先されるべきであり、そのためには、ある程度正確な対象者数の把握が必要であると考えられた。

2. 平成22年度の研究成果

医療観察法の対象者数を正確に算定するためには、以下の4点から検討される必要がある(図1)と考えられた。

- ①警察により、事件として「立件」されて検察庁に送致されないと、医療観察法の対象者になる可能性はない。

- ②他害のおそれとは、事実上は他害の事実がすでにあつて、放置するとなおかつおそれがあるという意味であるが、重大な他害行為を行って24条の警察官通報になった場合、きちんと立件されているかどうか問題となる。

- ③重大な他害行為を行ったにもかかわらず、「警察官受診援助」となって入院となっている場合はどのように扱われているか。

- ④一般精神科病院内で重大な他害行為があった場合はどうしているか。

以上の4点から検討を行ったが、その結果、群馬県に関しては2010年までの対象者の実数は25名であったが、予測された対象者数は実数の倍以上であった(表1)。群馬県では、精神保健福祉法の29条の2の2の措置入院のための移送制度を、精神科救急情報センターを精神保健福祉センター内に設置して、ほぼ完全な形で実施している。そのこともあつて、重大な他害行為を行って24条の警察官通報になつても、近年ではきちんと警察により立件

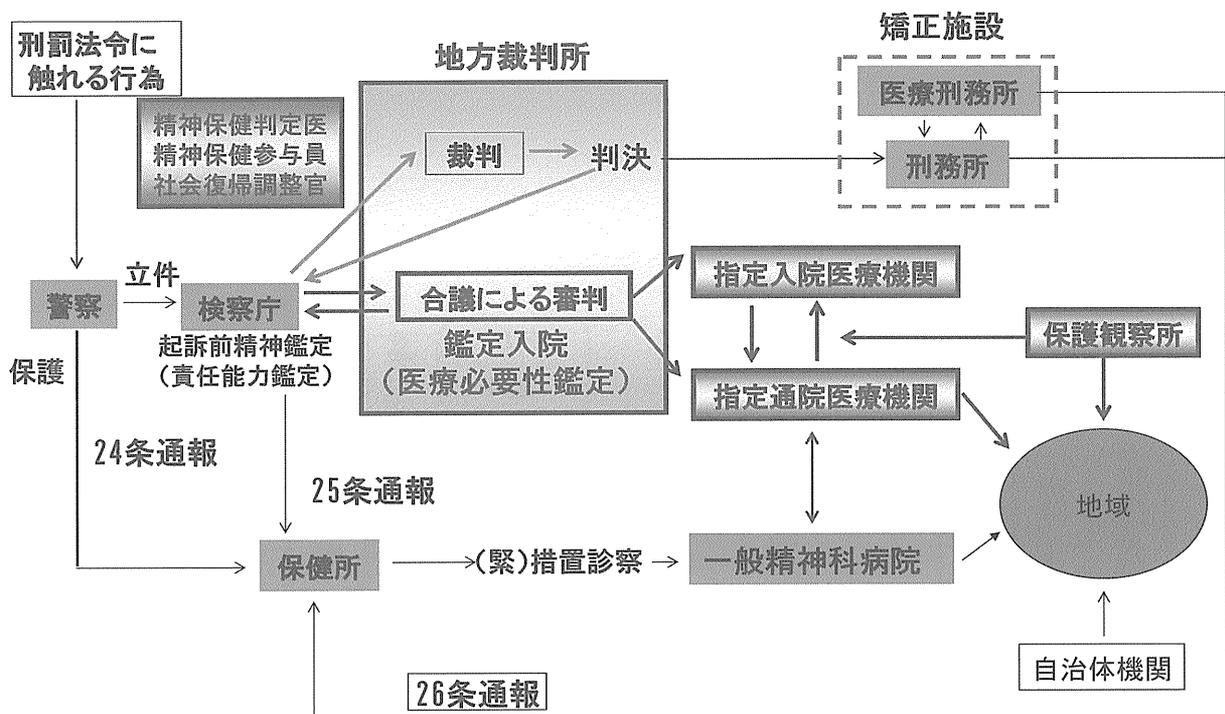


図1 医療観察法の意義：精神保健福祉法通報制度との関係

表1 群馬県における医療観察法申立数予測値

申し立て数	実数（行為日）	24条通報（通報日）	院内事件（発生日）	予測総数
2005年	1	6	不明	7+不明分
2006年	1	5（-2）	不明	4+不明分
2007年	8	2	不明	10+不明分
2008年	5	2	4（-2）	9 確定
2009年	4	1	8	13 確定
2010年	6	不明	4（-1）	9+不明分
延べ人数	25	14	13	52+ a

（ ）は医療観察法に申し立てられた件数
（2011 武井）

されるようになってきており、他害の事実がある場合の警察官受診援助も原則行われていない。現在問題となっているのは、精神科病院内における重大な他害行為の扱いであり、病院から警察に通報は行っても立件されないことが多い。以上から明らかになった群馬県のこの数字を全国の申立件数と比較検討すると、現在の病床目標数では到底足りないことが予測された。重大な他害行為に関し警

察がきちんと立件するようになれば、対象者の数は大幅に増加することが予測された。

3. 平成23年度の研究結果

1) 全国の医療観察法病棟の分布状況

平成22年9月現在の、医療観察法病棟の全国的分布状況（その時点での準備中も含む）を示す（図2）。この図から明らかのように、まったく病棟を持たない県は20カ所に及ぶ。

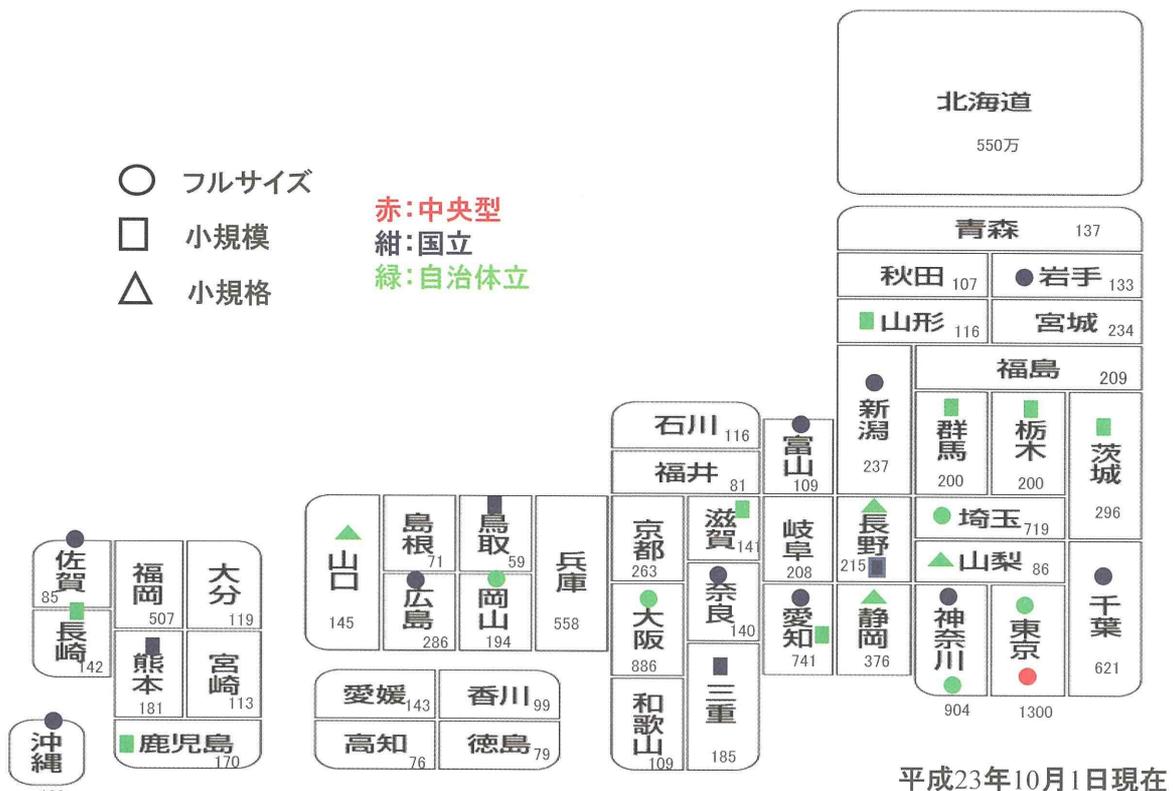


図2 医療観察法病棟分布図（準備中も含む）

また北海道、兵庫、福岡には人口が500万人以上いるにも拘わらず病棟はない。さらに四国にも一カ所もない。したがって、現状は病床の絶対数不足に加えて、偏在化の問題が際立っている。

2) 全国都道府県の受理件数と入院件数

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中から入院決定となった件数について、各都道府県の状況を分析した(表2)。その結果、人口1万人当たりの数字にして比較検討すると、当初審判申し立て受理件数については、最高と最低では約4倍の開きがあり、入院決定数については実に9倍の開きがあることが分かった。また受理件数に対する入院数の割合についてみると、やはり最低と最高では約4倍の開きが認められた。これに関しては、様々な要因があるとは思われるが、医療観察法病棟の絶対数不足と偏在化の問題が少なからず関与していることは間違いのないと思われた。

D. 考察

1. 小規格病棟の立ち上げ経過とスタッフの医療観察法への捉え方

たとえ小規格であっても、医療観察法病棟を設置した病院のスタッフは、医療観察法の理解が進むこともあり、前向きであることが大変多かった。また小規格病棟は一般病棟に併設されていることから、そのことを積極的に活用しようとする立場の考え方もあったが、その一方でマンパワー不足の問題や併設による病棟管理の難しさを挙げるスタッフが多かった。このことから、医療観察法に関しては実際にその内容を理解すれば、病棟設置に反対する立場の者は少なくなると考えられた。

現在の病床の絶対数不足や偏在化の問題を考えると、たとえ小規格病棟であっても、全

国に作られることが望まれるが、その一方で小規格病棟と小規模病棟の両方を経験した筆者の立場からいうと、事情さえ許されれば、少なくとも独立型の小規模病棟の方が望ましいと考えられた。

2. 医療観察法対象者の予測数

群馬県民200万人に関して言えば、医療観察法の申立数は、実数では年平均で4名から8名が出現することが想定された。しかし24条通報の問題や精神科病院内の事件数を加えると、年平均で9~13名の申立数が出現することが予測された。

この数字を全国に当てはめると、1,824件という5年間の申立総実数に対して、少なくとも2,700~3,900名の申立数がなければならず、現状は、35万床の一般精神病床に対象者とされるべき相当の数が埋もれていることが考えられた。このような状況が生じるのは、警察が重大な他害行為があっても、事件として立件しないことによる。今後、24条通報流れや院内事件などが積極的に立件されるようになれば、対象者数は大幅に増加することが予測される。病床数がどのくらいあれば良いかはむずかしい課題であるが、少なくとも現在目標となっている800床では不足することは明らかであり、このことを前提にして、かつ偏在化が起これぬようにすることを念頭において、さらに病床整備を進めていく必要があると考えられた。

3. 医療観察法病床の類型化とシステム化のための試論

全国の医療観察法病棟について、一般精神病棟との関係、地域性、治療の一貫性、疾病特性、セキュリティレベル、合併症などの観点から検討を加え、現状の医療観察法病棟の分類整理をまず行った。

地域性からは〈地域密着型〉、〈基幹型〉、〈中

表2 当初審判の申し立てに係る生活環境調査事件

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
島根県	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

平成17年7月15日～平成24年3月31日

中央型〉の3つに分けられた。治療の一貫性からは〈自己完結型〉、〈急性期回復期型〉、〈回復期社会復帰期型〉の3つに分けられた。疾病特性からは〈依存症型〉、〈発達障害型〉、〈人格障害型〉の3つに分けられた。合併症については〈合併症Ⅰ型〉、〈合併症Ⅱ型〉、〈地域医療連携型〉の3つに分けられた。またセキュリティレベルからは、〈ローセキュリティユニット〉を作る必要性あることが示された。

次にこれらの分類を基に、医療観察法病棟を〈地域密着型・自己完結型〉、〈地域密着型・回復期社会復帰期型〉、〈基幹型・急性期回復期型〉、〈基幹型・急性期回復期型・疾病特性型〉、〈中央型・合併症Ⅰ型〉、〈合併症Ⅱ型〉、〈地域医療連携型〉に類型化した。

これらの類型化により、対象者を一律に扱うだけでなく、今後はそれぞれの疾病特性に応じた対応や、合併症に関しても円滑に対応できるようになることが期待される。また各自治体に医療観察法病棟の設置を進めていくためには、このような疾病特性型病棟や中央型・合併症Ⅰ型、合併症Ⅱ型などを、国は現場任せにせず計画的に順次整備していく必要があり、そうすることで、これらが自治体病院に対するバックアップ体制の役割を果たすことになり、各自治体にあっても安心して医療観察法医療に専念できるようになると考えられる。

現状のように20カ所の自治体で病棟が整備されていない、人口が500万人以上いるにも拘わらず病棟がまったく整備されていないといったことは、法の趣旨や運用上からも言っても論外であり、たとえばこれらのビジョンを国は明示するなどして、なんとしてもこの現状を打開していかなければならないと考える。

4. 精神医療改革のための戦略

一般精神病床数をいかに減らしていくかを

具体的に述べるのはむずかしが、医療観察法の施行により、ようやく一般精神病床数削減の必然性と可能性が見えてきたと言えるかもしれない。その意味で医療観察法の病床整備と法の適切な運用は、精神医療改革にとって、どうしても避けては通ることが出来ないものである。医療観察法病床数を少なく見積もりすぎ、一般精神病床に相変わらず頼っているのであれば、一般精神病床数に医療観察法病床数を上乘せさせただけのことにしかならず、残念ながら精神医療改革は進まないだけでなく、医療費も増加を招くことにしかつながらない。

病院経営者の立場に立てば、雇用の確保と医療費の確保なくして病院の存在はないことから、とくに医療費の確保は最優先事項になるのもやむを得ないと言えるが、そうであるならば、医療観察法の適切な運用が軌道に乗ってきた時点で、一般精神病床数の大幅な削減を図ると同時に、それに見合った雇用確保のための医療費を確保するなどのことを行う必要がある。このような長期的視野に立った政策を実行することで、初めて一般精神医療の底上げも図ることが可能になると考えられるものであり、35万床もそのまま、医療観察法病棟も中途半端といったどちらつかずになることだけは、是非とも避けたい事態である。

E. 結論

1. 医療観察法に前向きな病院や関係者は、次第に増加の傾向にある。病院スタッフも同様な傾向にある。
2. 群馬県の調査から、本来ならば医療観察法に申し立てられる可能性のある対象者は、実数の倍以上いることが予測された。またこれらの対象者の多くが、24条通報流れや受診援助流れ、院内事件などで一般精神病床35万床に埋もれていることが

推定された。

3. 医療観察法に申し立てられるかどうかは、警察が事件として立件するかどうかにかかっており、今後は警察に対し、医療観察法の趣旨と仕組みを理解してもらう必要がある。
4. 2の結論から、医療観察法病床は現行の目標である800床では不足することが予測された。医療観察法病床数は一般精神病床数と相関した関係にあり、医療観察法病床の適正数の確保に合わせた一般精神病床数35万床の削減が、今後は必要であり、そのことが精神医療改革を促進すると考えられた。
5. 現在の医療観察法病棟の設置状況は、偏在化の問題が目立ち始めており、円滑な法の運用のためには、少なくとも地域密着型・回復期社会復帰期型、できれば地域密着型・自己完結型が全国に展開されていくことが必要である。
6. 医療観察法病棟の未設置県は20カ所あり、さらに人口が500万人以上いるにもかかわらず医療観察法病棟を有しない都道府県が複数ある。このような状況は真っ先に解消されなければ、法の平等な運用は困難である。
7. 治療困難事案に対応するためにも、疾病特性型の病棟設置を今後は計画的に進めていく必要がある。
8. 身体合併症については、中央型・合併症Ⅰ型、合併症Ⅱ型、地域医療連携型と

いったように類型化し、国は現場任せにせず系統的に整備していく必要がある。

9. 国立精神神経センターは中央型と明確に位置づけ、研修機能に加えて、医療観察法体制整備機能や事故調査機能などを果たせるべきである。
10. 医療観察法病棟を有する自治体病院においては、今後はローセキュリティユニットと位置づけられる病棟の整備を行う必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 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.

H. 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

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

通院医療の実態把握に関する研究

平成 21 年度～23 年度

総合研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 松原 三郎

松原病院

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）

平成21年度～平成23年度 総合研究報告書

通院医療の実態把握に関する研究

分担研究者：松原 三郎 松原病院

研究協力者：

松原 良次（札幌花園病院）

橘 武蔵（旭川圭泉会病院）

江口 義則（釧路保護観察所）

札幌保護観察所

函館保護観察所

旭川保護観察所

釧路保護観察所

静岡保護観察所

高平 大悟（富山保護観察所）

長谷川雄介（富山市民病院）

宮部真弥子（谷野呉山病院）

浜守 大樹（谷野呉山病院）

道場 弘幸（福井保護観察所）

田辺めぐみ（公立能登総合病院）

村田 昌彦（独立行政法人国立病院機構北陸病院）

津田 政和（独立行政法人国立病院機構北陸病院）

林 宏幸（独立行政法人国立病院機構北陸病院）

堂前 大輔（金沢保護観察所）

朝本 哲夫（金沢保護観察所）

平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）

平川 孝昭（溝口病院）

坂 晶（沼津中央病院）

平野慎一郎（三方原病院）

高平 大悟（富山保護観察所）

伊東 徹（富山市民病院）

宮部真弥子（谷野呉山病院）

浜守 大樹（谷野呉山病院）

新谷 紀子（石川県立高松病院）

竹内 幸治（石川県立高松病院）

朝本 哲夫（金沢保護観察所）

清水志をり（松原病院（福井県））

中村美智代（松原病院）

秋月 玲子（松原病院）

吉川 明弘（松原病院）

林 央花（松原病院）

研究要旨

医療観察法における通院医療の実態把握を目的として、以下の研究を行った。

(1) 医療観察法通院処遇アンケート調査

平成21年12月に全国305の指定通院医療機関に調査用紙を郵送し、171件の回答が得られた。医療機関に関する調査、通院処遇継続中対象者の個別調査、通院処遇終了対象者の個別調査からなり、医療観察法における通院医療の現状について統計的に把握できた。

(2) 通院処遇ワークショップ in 札幌、静岡の開催

平成22年12月に札幌、平成23年12月に静岡で通院ワークショップを開催した。現地の保護観察所のご協力のおかげで盛會に終えることができた。北海道では指定入院機関がないうえに面積が広いがゆえの問題点が挙げられ、多くの指定通院医療機関が北海道地区に指定入院機関の設置を強く望んでいる状況であった。静岡県は平成23年1月に指定入院機関12床が開設されたところで、入院機関と通院機関が社会復帰調整官を中心に連携がとれおり、県全体的に通院医療が良好に行われていた。