

院例に関して極力全例を調査するために、平成 24 年 1 月に再度、全指定入院医療機関に事例確認のアンケートを行い、研究対象を平成 23 年 12 月 31 日までに処遇終了ないし再入院となった事例とした。確認できた事例数は、①処遇終了例は、東京都下の指定通院医療機関の協力を得て収集した 4 例、指定入院医療機関のうち指定通院を行っている施設から報告された 21 例（計 25 例）②再入院例は、再入院先の指定入院医療機関から報告された 26 例、である。

指定入院医療機関からの事例数の報告状況を、表 1 に示した。括弧内は、当初審判で入院処遇となり通院処遇に移行した（以下、移行通院という）後、再入院申立てがなされた事例数で 26 例中 17 例である。他は当初審判で通院処遇となり、その経過中再入院申立てがなされた（以下、直接通院という）事例で 26 例中 9 例である。

2. 調査の進捗状況

第 1 回の事例確認の後、事例の存在する指定入院医療機関に順次調査票を送付した。現時点（平成 24 年 2 月 13 日）で調査票の回答があったのは、処遇終了 9 例、再入院（移行 16 例、直接 5 例）17 例である。うち、事例検討を行って調査を終了しているのは、処遇終了 3 例、再入院 10 例である（平成 22 年度に、東京都下の事例で、処遇終了 4 例、再入院例 1 例が調査終了している）。

調査票の回答件数が少ない理由は、指定入院・指定通院・再入院で医療機関が異なる事例、入院中に他の指定入院医療機関に転院している事例が多く、全経過を追跡するのに非常に時間がかかるため、欠損データも多く、直接聞き取り調査を行わないと十分な情報収集が実施できない状況である。さらに調査票上だけでは、社会復帰促進要因、阻害要因、再入院に至った経緯や理由などが判然とせず、事例の問題点を析出するには、入院医療機関の担当多職種チームや社会復帰調整官、

地域関係者とともに、時間をかけて事例検討を行なうことが有効であった。事例検討会は平成 22 年度に都内の事例について 2 回、平成 23 年度は 4 つの指定入院医療機関で計 5 回（2 回は報告書作成以降に実施予定）行っている。平成 23 年度実施した事例検討会において取り上げた事例のうち、処遇終了 3 例と、移行通院からの再入院 4 例（処遇終了に近い時期での再入院 2 例、退院後まもなくの再入院 2 例、通院処遇を精神保健福祉法入院で継続した後の再入院 1 例）に関する議論の要旨を以下に記載する。

3. 事例検討

【処遇終了例 1：60 代女性】

<対象行為> 放火未遂（酩酊時、妄想対象の隣人宅に灯油を撒布し火をつけようとした）

<精神科診断> 妄想性障害・アルコール依存症

<事例と治療経過の概要>

生育環境が不良で知能水準も低い。10 代から長い飲酒歴があり、対象行為前には連日大量飲酒し、ブラックアウトもあったが、アルコール問題が判明したのは指定入院後だった。

指定入院後、服薬（リスペリドン 1mg）により、妄想は残存していたものの発展することなく、情動が安定した。病識がなかったが、不眠に対する睡眠薬の効果を自覚してから服薬の必要性を認識し、入院約 3 ヶ月後より自分の疑い深さを認識し始めた。心理教育的介入により、孤独感から飲酒量が増え、酩酊時の記憶障害が被害妄想（隣人が自宅に入ってきて物を盗む、など）に発展していったことを理解できるようになり、対象行為について後悔の念があるため、断酒をめざして SST で飲酒を断る練習を行った。しかし本人は「断酒は簡単にできる」という甘い認識であったため、退院後の再飲酒の可能性は高いと判断されていた。入院 6 ヶ月目から 3 ヶ月ごとに CPA（Care Program Approach）会議を開催した。退院後、

本人は仕事をすることを希望したが、まずデイケアに通所する、飲み友達と離れるために元の居住地より遠く通院先に近いところにアパートを借りる、飲酒したら精神保健福祉法で入院する、という方針になった。しかし新しいアパートでの生活に対する不安が強かった。

1年の指定入院後、通院およびデイケア、心理面接、訪問看護、ヘルパー利用によって支援するという体制で通院処遇に移行した。が、3週間後に飲酒し受診しなかったため、任意入院となった(3週間)。その後、通院、ヘルパーとの買い物以外は自宅でテレビをみて過ごすなど生活は安定していった。8ヶ月目より、自宅で大声を出したり、転倒に加え、ヘルパーによって飲酒の事実が確認されたことから、入院ではなくアルコール依存症専門のクリニックへの通院、抗酒剤の内服、禁酒プログラムやAA(Alcoholics Anonymous)への定期的参加を導入した。しかしその後も転倒、失禁などがあり、ずっと飲酒が疑われていた。金銭管理が適切にできず、記憶力や生活能力にも問題があり、1年5ヶ月目にHDS-R(改定長谷川式簡易知能評価スケール)を実施した(21点)。年金が盗られるという被害妄想が強くなり、訪問看護で飲酒が確認されたため、1年6ヶ月目に2回目の任意入院となった(約2ヶ月)。退院後も飲酒が続き、生活能力にも問題が見られたため、宅配サービスを開始し、介護認定(要介護1)を受けて、2年目からは週2回ヘルパーによる家事支援が導入された。2年5ヶ月目、隣人に鍵を預け外出し、物が盗まれたとの訴えが見られたが、断酒は維持され、鍵を自己管理するよう指導すると訴えはなくなった。転倒、経済的不安は、飲酒による問題と認識するようアプローチし、徐々に本人の断酒に対する意識も高まった。隣人との接触は、孤立した生活への対処でもあったが、不適切な距離が精神状態の不安定さと関連する問題となっており、観察と指導が必要であったが、被害妄想への発展はなかった。指定通院およびアルコール専門クリ

ニックへの通院は規則的となり、生活支援も整い、処遇終了後は保健所がコーディネーターとなることになったため、3年で処遇終了を申し立て、決定した。

<議論>

1. 指定入院の治療に関して

- ・指定入院でアルコール問題を把握し評価できたことはよかったが、入院中には飲酒できる環境ではなく、外泊回数の制限(2回実施したのみ)もあり、退院後断酒ができるかどうかの評価が困難だった。そのため早期の退院という方針にした。
- ・物質使用障害の疾病教育プログラムがまだ策定されていない時期で、SST(Social Skills Training)の中で飲酒を断る練習などを行うことを通してしか、疾患教育を行えなかった。
- ・クライシスプランも現在のフォーマットはなく、「スリップしたら入院」「さびしくなったらまず病院に連絡する」「日中過ごす場所を確保する」といった対応のみを決めた。それを関係機関でクライシスプランとして共有することはなかった。

2. 指定通院の治療・支援に関して

- ・スリップを繰り返したが、その過程で本人の注意サインが詳しくわかった(孤独感・経済的不安→飲酒→転倒、失禁、不眠・経済的不安の増強→さらに飲酒→妄想へ発展)。
- ・生活能力の低さから介護認定を受け、介護保険によるサービスを受けるようになったことで、ヘルパー、ケア・マネージャーなども関わり、より支援が重層的になった。そのことが本人の安定につながった。

3. 処遇終了に至った理由

- ・入院中から医療スタッフとの治療関係が構築されていた。
- ・通院処遇の中でも支援者とつながることによって、本人が再飲酒による問題を起こさずに生活していけるようになった。
- ・ケア会議が有効に機能し、関係者が定期的に集まって情報交換・情報共有を密に行った。地域で

さまざまな職種が介入しての多角的な支援を本人も受け入れていたため、医療観察法の枠組みをはずしても地域で支えられるめどがたった。

【処遇終了例 2：20代男性】

＜対象行為＞ 強姦（幻聴の影響下でマンションのエレベーター内で犯行に及んだ）

＜精神科診断＞ 妄想型統合失調症

＜事例と治療経過の概要＞

IQ が高く、国立大学に現役合格するが、20 歳頃より口数が減り、空笑が見られるようになった。大学を 1 年留年して卒業後、アルバイトをしていたが、精神病体験により外国に行くこともあった。対象行為は幻聴で「セックスをすると大人になれる」と言われて行ったもので、「自首しろ」という幻聴により自首した。

医療観察法鑑定中に幻覚・妄想は消失し、指定入院中は感情鈍麻、エネルギーの低さ、受身的な態度など陰性症状が前面に出ていた（ブロムペリドール 4mg で維持）。知的水準は保たれ、疾患教育に対する知的理解は高いものの、陽性症状の改善が速やかだったこともあって、疾患管理の重要性や再発の可能性に対する意識は低かった。回復期では日常のストレス及び症状の変化、その際の本人の思考を丁寧に振り返る作業を行った。その中で性的な認知に対する評価も行い、大きな歪みは見られなかったが、共感性の低さがあり、「大人になる」という本人のテーマが精神症状に大きく影響して対象行為に至ったプロセスが明らかになった。疾患の影響によって対象行為が起きたことも理解できるようになり、注意サインと性的な問題とを関連させてクライシスプランを作成した。家族の受け入れは良いものの、本人には過干渉な上疾病に対する理解が乏しく、本人の治療への動機づけが足りないこともあり、自宅への帰住には十分な介入を必要とした。家族教育を何度も行い、疾病理解を深めるとともに、さらに本人の言い分や気持ちを汲み取るような関わりの重要性を伝え

ることで、徐々に家族の本人への接し方は改善した。社会復帰期に、本人自ら、注意サイン表を用いて自分の疾患の説明と管理方法を両親に話す場を設けたことで、両親の不安も軽減し本人への過度な心配もなくなった。1 年 7 ヶ月で自宅へ退院し、授産施設へ通所することになった。

通院処遇の間、地域は協力的で、家族面接も 2～4 週間に 1 回継続した。治療への積極的な動機づけは入院中と同様見られなかったものの、性的逸脱を含め問題行動は全く見られず、定期的な通院・服薬も継続した。週 2 回の授産施設通所もきちんと続けていたが、本人の就労への希望は経済的・社会的地位の高いものに向けられていたため、あくまで通所は通院処遇中のみという意識であった。家族が本人の意志を尊重し、見守る姿勢になって親子関係のあり方が改善したことで、本人の精神状態も落ち着いて経過し、本人は徐々に自分の学歴相当の活動（大学再受験の勉強）を求めるようになった。ケア会議では、本人の病識の低さと深刻味の乏しさを懸念する声もあったが、地域生活が安定し治療が継続されていること、さらに家族からの支援も十分に機能していることから、2 年 6 ヶ月で処遇終了となった。治療の動機づけをする目的で、審判期日が開催されるよう、3 年の満期の前に申立てを行った。

＜議論＞

1. 指定入院の治療について

- ・入院中ずっと症状が安定していたため、病感に乏しく、病識の獲得が困難であった。入院中の症状悪化要因の特定も難しかった。対象行為に対する内省面接などをしっかりと行って、その反応を見てみてもよかったかもしれない。

- ・対象行為地近くまで外出したことで、少なくともしっかり治療を続けようという自覚を持つことができた。

- ・陰性症状が強く、治療に対して主体的に関わろうとしないため、疾患について知的な理解が進み、服薬をきちんと行っているにもかかわらず、常に

アドヒアランスが確立していないことが懸念された。

・家族関係の問題があったこと、本人のアドヒアランスがはっきりしないため家族のサポートが不可欠であったことから、家族教育を念入りに行ったことはその後の治療にも役立った。

2. 指定通院中の治療・支援について

・通院となつてからも、定期的に家族面接を継続したことで、両親の疾病理解が進み、親子関係もよい方向に変わった。

・入院治療中、「大人になる」というテーマが対象行為に影響を与えたと評価していたが、通院中の心理面接等ではそれを深めることができなかった。

3. 処遇終了に至った理由

・病状が安定していた。
・家族が本人を見守るといふ姿勢でしっかり支えることができるようになった。

【処遇終了例 3： 40 代男性】

<対象行為> 傷害

<精神科診断> 妄想型統合失調症

<事例と治療経過の概要>

服役中に刑務官に対し興奮して暴力をふるい、起訴されたが、心神耗弱で執行猶予付き判決が確定し、医療観察法対象者となった。過去に受刑歴、違法薬物使用歴がある。

1 つ目の指定入院医療機関で社会復帰期までの治療を行い、退院地調整を行う目的で家族のいる地域の指定入院医療機関に転院した。精神症状はオランザピン 10mg でコントロールされ、一定の病識やアドヒアランスも得られていたが、対象行為に対する内省は深まらなかった。社会復帰調整官への不信感が強い、生活能力は高いが金銭感覚がルーズである、飲酒すると衝動性が高まる、女性対象者へのセクハラ行為がある、など課題が多かった。家族と調整官がアパートを探す予定であったが、なかなか進展せず、結局対象者とスタッフが外出して探すことになった。治療参加、飲酒、

女性関係、金銭管理などの注意サインを本人と確認し、クライシスプランを作成した。2 年 4 ヶ月で、通院処遇に移行した。

関係者は通院処遇の維持は困難なのではないかと予想していたが、一番懸念されていた金銭管理をきちんと行い、通院・服薬も行っていった。指定通院医療機関の訪問看護以外に保健師も訪問しており、その保健師と良好な関係を築き、生活保護のため、福祉事務所のケースワーカーも訪問していた。通院 6 ヶ月後より「ずっと幻聴・幻視があった」と訴えたが、特に行動に影響を及ぼすことはなかった。通院 1 年後にデイケア通所を中断したり、年に 1 回程度女性への不適切な接近があったりしたため、その都度チームで介入し緊急デイケア会議を開くなどして対応した。定期的に通院できていたため、2 年 10 ヶ月目に処遇終了を申し立て、決定した。

<議論>

1. 指定入院の治療について

・退院地調整目的の転院は、もっと早い段階で行う方がよかった。社会復帰に向けての準備は居住地となる地域で行わないと、入院期間が必要以上に長くなってしまう。

・物質関連の問題（過去に違法薬物使用歴あり、飲酒問題あり）に関する介入が足りなかった（結局、通院処遇中にも問題にはならなかったが）。

・集団プログラムでリーダー的役割を果たせたことで、医療チームとの関係性構築にも役立った。

2. 指定通院の治療・支援について

・2 つ目の指定入院医療機関と指定通院医療機関が同じだった

ため、入院中から築いた担当医や医療スタッフとの良好な関係が維持され、定期的に通院していた。

・本人はケア会議や手厚い介入（何度も同じことを聞かれる、など）に抵抗感が強かった。

3. 処遇終了に至った理由

・定期的に通院し、病的体験を言語化できるようになり、必要な時には担当医など医療スタッフに

相談できるようになった。

- ・関係性の密度としては、本人が抵抗感を示していた医療観察法の手厚い支援体制よりも精神保健福祉法による介入の方が望ましいと思われた。

【移行通院からの再入院例 1：50代男性】

＜対象行為＞ 強姦致傷（服薬中断後、易怒性・衝動性が高まり、路上で対象行為に及んだ）

＜精神科診断＞ 妄想型統合失調症

＜事例と治療経過の概要＞

両親が離婚し母に養育される。20代で大麻を使用し、幻覚が出現した。逮捕歴もある。母の経営する飲食店を手伝っていた30歳頃より「店の客が噂する」などと言い始め、母を殴って精神病院に入院した。退院後も家庭内でトラブルが続くが隠蔽して通院し、下半身を露出するという性的逸脱行動もあった。40代で見合い結婚後いったん精神症状が改善したが、数年後より本人・妻の両方と折り合いの悪い兄弟が実家に戻り同居し始めてから症状が悪化した。通院・服薬も不規則となって治療を中断すると、妻への暴力が出現したため、妻がハロペリドール（液）を隠してのませたが、副作用が出て母が中止させた。その後性欲が高まって風俗通いをし始め、対象行為を起こした。

指定入院後、半年ほど幻聴、性的な内容の妄想、滅裂思考があり、アリピプラゾール、ハロペリドールが投与され、最終的にはオランザピン 20mgで陽性症状がある程度改善した。性格はおとなしく、信仰している宗教の影響で性的抑圧が強かった。疾病について理解して服薬も必要であると認識していたが、治療への自発的関わりや動機づけは乏しかった。家族も疾病理解が不十分で、特に母とは関係構築が困難であったため、家族教育を行った。服薬中断して性欲が増し対象行為に至ったという経緯も理解でき、注意サインも把握してクライシスプランを策定した。地域は協力的で、過去に入院した病院が指定通院医療機関となり、その病院のデイケアに通所することが決まり、1

年7ヶ月で退院となった。

通院となってから、デイケアに週4回通い、通院・服薬も定期的に行って症状は安定していたが、約1年後電波体験を自覚し、2ヶ月任意入院した。通院開始の約2年後、本人の母・兄弟との葛藤関係から、キーパーソンだった妻が子を連れて家出した。本人は淡々としていたが、この頃より減薬を希望し始め、オランザピン 15mgに減量された。通院2年6ヶ月となり、処遇終了が検討され始めたところ、妻との離婚が成立し、落ち着かない様子があったため、症状モニタリングを強化し、関係者は緊密に連絡を取り合って経過観察していた。本人の強い希望でさらにオランザピンが減量され、デイケアで本人の注意サインが観察されるようになっていた。その矢先、2年9ヶ月時、通院先の女性職員にわいせつ行為に及んだため、再入院が申し立てられた（調査時は再入院から間もない時期で、再入院における治療は開始されたばかりである）。

＜議論＞

1. 初回入院の治療について

・元来おとなしい性格で、内省プログラムでは、統合失調症の症状が改善すれば性暴力には至らないと判断され、症状コントロールを主体に介入した。性暴力は再犯の可能性が高いこと、両親の離婚、支配的な母、宗教による強い性的抑圧などの背景があることを考え、性犯罪に焦点を当てた心理社会的介入をして、怠薬→症状悪化→性暴力に至った過程をもっと丁寧に検討すべきだった。

・入院中、疾病について理解し、自分の症状や注意サインも認識していたが、真の病識獲得には至らなかったのではないと思われる。

・再入院に至った重要な要因である家族問題への介入は、初回入院時より困難であった。家族への疾病教育は十分行ったものの、疾病を受容できない母との信頼関係がなかなか構築できず、また複雑な家族間の葛藤状況も把握できなかった。

2. 指定通院の治療・支援について

・通院も通所も休むことなく継続し、“優等生”の対象者だった。関係者は皆、問題なく処遇終了になる事例だと思っていたが、入院中から把握や介入が困難だった家族問題の紛糾から再他害行為につながった。

・「薬を減らしてほしい」という要請の真意が何なのか？病識が確立されていないのか？

・微小とはいえ注意サインが出ていたことを察知していた関係者がいたが、通院・通所はきちんと行われており、離婚など家庭状況が混乱していたための一過性のものではないかと考え、症状モニタリングは丁寧に行ったものの、クライシスプラン通りの対処をせず経過を見ていたところに再他害行為が起こった。危機管理を厳密にすべきだったかもしれない。

3. 検討課題

・精神症状による性暴力であっても、精神症状の悪化と性衝動との関連について洞察し、性暴力防止プログラムを行う必要があるか？

・家族問題への介入は、社会復帰のための環境調整において重要だが、困難なことも多い。どのような支援を考えていくか？

・通院処遇中の再発サインへの対応、クライシスプランの適用は迅速に行うべきか？危機管理は常に厳しく行なわなければならないか？

【移行通院からの再入院例 2：20 代男性】

<対象行為> 殺人未遂、傷害（大麻起因性の被害妄想から、飲食店の 2 名の客に対し牛刀で斬りかかり、傷害を負わせた）

<精神科診断> 当初：鑑別不能型統合失調症 →

転院先：統合失調症、大麻依存症、多剤乱用 → 通院先：物質による精神病性障害、大麻依存症 → 統合失調症、大麻依存症

<事例と治療経過の概要>

10 代の時暴走族に属し、複数の補導歴がある。専門学校中退後職を転々とし、20 代でクラブに通い、マリファナ、MDMA を頻回使用、覚せい剤、

LSD を数回使用した。対象行為約 5 ヶ月前に思考化声、被害関係妄想が出現し、1 週間前より活発となって「(被害者は)自分や家族を狙っている犯人と仲間だ」という被害妄想から対象行為に至った。責任能力鑑定、医療観察法鑑定時いずれでも物質使用歴が把握されず、統合失調症と診断されて医療観察法入院処遇となった。

入院後 7 ヶ月間、遠隔地の病院で社会復帰期までの治療を受け、退院先、通所先などすべて決定した上で、帰住地の病院に転院した。リスペリドン 4mg（その後クエチアピン 700mg に変更）で症状は安定し、外泊訓練、クライシスプランの見直しなどを行ったが、転院後対象行為前的大麻使用が明らかになったため、物質使用障害プログラムも行った。疎通性は良好で、内省も深まって被害者への手紙を書くなどしており、特に問題がなかったため、1 年 3 ヶ月で通院処遇へ移行した。

退院後、援護寮に入所してデイナイト・ケアへ通所した。通院先で疾病教育や物質使用障害プログラムへも参加し、適宜薬物検査なども行っていたが、順調に経過し、半年ほどで自宅へ帰った。1 年後より就労を希望してハローワークに通ったが、対象行為などについて話してしまい採用されず、作業所に通所することになった。交際相手ができるなど徐々に対人関係が広がり、過活動になってクラブに出入りするなど生活が乱れ、作業所通所の意欲も減退した。通院 2 年 3 ヶ月目に症状の微小再燃があり数週間、医療保護入院した。2 年 6 ヶ月目、大麻の再使用により主治医や家族に対する被害妄想などが出現したため、医療保護入院となって、2 ヶ月後再入院が申し立てられた。

再入院後、服薬（リスペリドン 6mg）で幻覚妄想は消褪したが、再入院となったことが不満で治療への意欲が乏しかった。就労問題や結婚問題などに関するストレスへの対処法として大麻の再使用に至ったこと、ストレス脆弱性が高い（外泊などの刺激があると被害妄想などの微小再燃がある）ことなどが判明し、物質使用障害プログラム

（SMARPP）やダルクへの参加、ストレス対処法の学習などを行っているところである。また大麻再使用、再入院となったことで、家族の本人に対する陰性感情が強くなったため、家族介入も丁寧に行っている。なお再入院先では、やはり統合失調症ではないかと考えている。

<議論>

1. 初回入院の治療について

- ・社会復帰期で帰住地の指定入院医療機関に転院となり、外泊などの仕上げだけを転院先で行った。
- ・当初の入院先では統合失調症との診断で、その前提での対応が続いたため、物質関連の問題に対する評価が不十分だったかもしれない。ストレス脆弱性についても、当初の入院先で指摘されていたものの、転院先では十分考慮して介入をしていなかった。

2. 指定通院の治療・支援について

- ・通院先の担当医は大麻誘発性の精神病性障害と診断しており、物質の問題に焦点を当てて対応していたため、精神症状悪化に対する介入が遅れたと考えられる。
- ・クライシスプランがうまく活用されておらず、早期の危機介入がなされなかったため、本人の精神症状が悪化していき、周囲の忠告も聞けない状態になっていた。家族も訪問看護師もどう介入してよいかわからず、困っていた。

3. 再入院後の治療について

- ・ストレス脆弱性が高いことがわったため、対処法を獲得するようなプログラムを行うとともに、その点を注意しながら、クライシスプランを作成し直す。また、クライシスプランには、家族や交際相手から見た他覚的な注意サインも記載していくようにする。
- ・統合失調症という診断を明らかにして、今後は精神症状への対処として早期の入院を考える方針を通院医療機関とも共有していく。

4. 検討課題

- ・特に社会復帰期など治療がかなり進んだ段階で

指定入院医療機関を転院する場合、対象者について、転院先で十分把握できるよう、密な情報交換が行われているか？

- ・この事例では、当初の入院先と転院先の診断、さらに通院先の診断が異なり、そのため対象者に対する治療法や危機介入に対するスタンスも異なっていたことが、再入院に至る結果になった。再入院によって、問題点が明確になったことで今後はより効果的な危機介入ができるようになるだろうが、初回入院でそれができるようになるにはどうしたらよいか？

【移行通院からの再入院例 3：30代男性】

<対象行為> 殺人未遂（両親に対する）

<精神科診断> 妄想型統合失調症

<事例と治療経過の概要>

大学卒業後アルバイトをしていたが、20代半ば頃より自宅に閉居し、被害妄想、希死念慮が出現した。受診を拒否したため、保健師が介入して精神病院に3か月入院した。通院していたが、対象行為の1か月前から幻覚妄想状態となり、興奮が出現したため、担当医より入院を勧められたが拒否し、薬が増量された。「このままだと入院させられてしまう」という思いから、両親に果物ナイフで切りつけた。

指定入院後、リスペリドン3mgで精神症状は迅速に改善した。疾病教育、個別SST、作業療法などが行われ、内省プログラムで疾患と対象行為との関係を理解することができたが、しばしば「病人でありたくない」と言っていた。集団場面で他者への配慮、共感性を示すこともできた。被害者である両親が本人の受入れに抵抗感を持っていたため、退院後は単身アパート生活、デイケア通所、家族への相談援助の継続が計画された。1年5ヶ月で退院となった。

通院開始後、きちんと通院・通所していたが、年末年始の休みの間に怠薬し、被害妄想が再燃した。年明けに母と病院スタッフが訪問した際、部

屋に閉じこもって介入を拒否したため、調整官が警察官の協力を得て本人を病院に連れていき、医療保護入院となり、リスペリドン 4mg で興奮は消退したが、洞察・治療意欲が深まらないため、再入院が申し立てられた。

再入院後、抗告したが棄却された。当初薬をこっそりためて大量服薬し、その後服薬を拒否したため、ハロペリドールの筋注を 1 週間行った。その後、しぶしぶハロペリドールを内服するようになったため、陽性症状は改善し、陰性症状が前景となった。治療プログラムには参加するものの対人交流は乏しく、思考は貧困で、治療意欲は曖昧だった。受容的に関わりながら、時間をかけて治療の必要性を説明した。再入院後しばらくたって、再入院前の症状再燃の理由が怠薬であったことが判明したため、デポ剤（デカン酸フルデカシン 37.5mg/4 週）を導入し、服薬教育を再度念入りに行った。両親との関係調整を行い、通院先の訪問看護を導入して、1 年 11 ヶ月で退院となった。治療の継続性に疑問があるとされ、裁判所での退院前カンファレンスは 2 回実施されたが、支援体制が構築されていると判断されて退院決定となった。再入院前と同じアパートで生活し、同じ病院で通院処遇を継続している。

< 議論 >

1. 初回入院の治療について

- ・治療プログラムで知識や一定の病識は獲得され、疾患と対象行為の関係についても理解しており、「自分には治療が必要だ」と述べていた。しかし、常々「病人でありたくない」「薬をのむのは病人だ」と言っており、内心服薬したくない気持ちがあるのではないかと感じられた。

- ・服薬で迅速に症状が良くなって、そのまま経過していたため、注意サインの把握や症状悪化要因の評価が難しかった。

2. 指定通院の治療・支援について

- ・退院後あまり時間がたっていないうちに正月休みとなり、ケアの密度が低下したことで怠薬、症

状悪化に至ってしまった（が、本人が怠薬したことを打ち明けたのは再入院後しばらくたって症状が改善してからである）。

3. 再入院後の治療について

- ・怠薬によって迅速に症状が悪化することがわかり、クライシスプランを作成し直した。

- ・疾病教育や服薬教育を再度十分行い、デポ剤を導入したが、病識や治療コンプライアンスが向上したかどうか、入院中の評価には限界がある。入院中と退院後のケアの密度にギャップがありすぎるため、入院の枠組みの中では受療できても、地域移行した時にどうなるか、判断が難しい。

4. 検討課題

- ・通院処遇に移行しても維持できる服薬アドヒアランスを獲得するためには、入院中にどのような働きかけが必要か？服薬アドヒアランスが確立されているかどうか、入院中の評価はどのように行ったらよいか？

- ・対象者が疾病の理解から疾病の受容に至るような支援とはどのようなものか？

- ・再入院事例に対する治療は、初回入院時と同じでよいか？再入院であることを踏まえた治療計画やプログラムが必要ではないか？

【移行通院からの再入院例 4：60 代男性】

< 対象行為 > 殺人（入院中に他患にライターで着火したトイレットペーパーを投げつけ、全身熱傷を負わせて殺害した）

< 精神科診断 > 妄想型統合失調症

< 事例と治療経過の概要 >

17 歳時、意識消失発作で入院歴がある。大学卒業後 20 代で発症し、以後、激しい自傷他害行為が繰り返され（入院中に割腹自殺企図など複数の自殺企図・暴力・器物損壊、通院先の院長を脅迫、隣人を刃物で刺傷、通院先の看護師をストーキング、など）、精神病院に入院している期間が長かった。対象行為は、入院中に、恋愛妄想と体感幻覚に基づいて女性患者に対して起こしたものである。

1 審では心神耗弱で有罪となったが、2 審で心神喪失、無罪となり、医療観察法の入院処遇となった。

初回入院の直後は不穏で、対象行為への関与は否認していた。病識は乏しいが、「体のため」といって内服には応じていた。「妄想」「幻聴」「事件」という言葉に反応しやすく、退院調整がうまく進まない精神的に不安定になった。疾病学習を行っても疾病の理解や病識は得られず、内省プログラムでは「暴力はいけないこと」と認められるようにはなったものの、対象行為は否認したままだった。ストレス耐性が低く、ストレス負荷下で症状が悪化し、他者への被害妄想から興奮、行動化に至ることが多かった。病棟のルールを守って生活できていたため、指定通院医療機関近くにある援護寮に入所し、病院のデイナイト・ケアに通所することになって、1年6ヶ月で退院となった。

通院処遇となってまもなく、すでに家族と争いのあった遺産相続に関する問題が起こり、その刺激によって退院2~3週間後には妄想、体感幻覚が出現したため、短時間の診察で通院先に医療保護入院となった。2ヶ月後、再入院の申立てがなされた。

再入院後、短時間の診察で再入院に至ったことに対して納得がいかない様子だった。体調管理のモニタリングにより、体感幻覚とされた症状が実際の体調不良によるものと明らかになり、その後体感幻覚の訴えは減っていった。初回入院と同じ治療プログラムを実施し、強化することを目ざしたが、手厚い支援体制を構築しないと退院は困難であると考えられた。5ヶ月後に居住地に近い指定入院医療機関に転院になった後、身体疾患により死亡した。

<議論>

1. 初回入院の治療について

・無罪になったのに医療観察法入院になった、ということが理解できていなかった。病識獲得も対象行為の内省も困難だったが、症状悪化時のアセスメントが比較的容易だったため、モニタリング

をしっかりと行えば、地域生活が可能という判断で退院となったと思われる。

3. 指定通院の治療・支援について

・症状が悪化して妄想が活発になると他害行為に至る可能性が極めて高いため、通院先に近い援護寮入所、デイナイト・ケア通所という、比較的濃厚な支援体制が敷かれたが、9~21時のデイナイト・ケア通所は60代の対象者には負担だったかもしれない。

・毎日訪問看護を行い、モニタリング面接が行えれば、症状悪化を回避できたかもしれないが、地域でそこまで密な症状モニタリングを行うことは困難で、そこまで手厚い支援を要する対象者を退院させてよいのか、という議論にもなる。

・遺産相続問題や国家賠償金（無罪となったため）などをめぐる家族や弁護士との関係が複雑で、それも明らかなストレス要因だったため、初回入院中にもっとその問題を整理しておいた方がよかったかもしれない。

3. 再入院後の治療について

・初回入院先と連携して、セルフモニタリングシートを修正・作成した。

・本人の抵抗が非常に強いため、対象行為および再入院前の症状増悪についての振り返りは行えず、今後の対策を主眼に治療を進め、居住地に近い指定入院医療機関に転院となった。

4. 検討課題

・通院処遇では、観察を密に行う目的でデイケアやデイナイトケア通所というワンパターンの体制をとっているが、それがすべての対象者に適しているのか？（特に退院直後の頻回の通所は対象者の負担となり、早期の症状再燃に繋がるおそれもある）。別の形の支援をどう考えるか？

・密な精神症状のマネジメント、濃厚な症状モニタリングを地域処遇の中で行っていくことができるか？どこまでのケア密度を指定通院医療機関や地域に求めることができるか？そこまで必要とする対象者を退院させられるのか？退院が困難であ

れば、ずっと入院処遇を継続するのか？

【移行通院からの再入院例 5：30 代女性】

<対象行為> 殺人未遂（被害妄想により実母を刺傷した）

<精神科診断> 妄想型統合失調症、軽度精神遅滞、多剤乱用歴あり

<事例と治療経過の概要>

幼少時からネグレクトなどの虐待を受け、両親は離婚。中学時代にはシンナー乱用、高校時代から覚せい剤乱用があり、高校中退後は母に売春を強要されるなど、生育環境は劣悪であった。18歳時に結婚し2子をもうけるが、第2子出産後、22歳時に不眠、被害妄想などで発症して入院したことを契機に離婚し、子は養護施設に入所した。生活保護を受け単身生活をしていたが、服薬が不規則なため、退院しても2〜3ヶ月で症状が再燃して再入院、ということを繰り返しており、ほとんど地域生活は送れていなかった。対象行為当時は退院の約1ヵ月後で起こっている。

初回の指定入院後、薬物療法（オランザピン25mg、バルプロ酸ナトリウム900mgなど）の効果は限定的でなかなか症状が安定せず、被害者の母に対する替え玉妄想を含め体系構築された妄想と幻聴が持続した。対象行為に対する内省や服薬の必要性に対する一定の理解は得られ、何とか二重見当識の中で生活することが可能な状態になった。治療反応性が限界に達していること、子どもの存在によって唯一現実につながれているため居住地に戻って治療を行う方が現実検討を改善させられる可能性があることから、1年6ヶ月で通院処遇に移行し、帰住先に近い指定通院医療機関に医療保護入院となった。

医療保護入院後も薬物療法・作業療法・心理面接が実施されていたが、患者密度が濃いことなどがストレスとなって徐々に症状が悪化し、薬物増量によっても改善せず、他患及びスタッフに対する暴力行為、器物破損、迷惑行為が起るようにな

った。ECTかクロザピン以外に症状改善の可能性はないと判断され、2年2ヶ月後、再入院申し立てが行われた。

再入院時は初回入院よりも症状がさらに悪化しており、減裂状態で隔離やECTを行った。クロザピンを導入し、600mgで劇的に症状は改善した。帰住先に近い指定入院医療機関に転院の予定である。

<議論>

・この事例の初回入院の頃はまだクロザピンが使えなかった。今後は、治療反応性の限界に達したという判断は、やはりクロザピン導入で行わないとできないであろう。

D. 考察

本研究の実施によってまず明らかになったのは、医療観察法医療という限られた枠の中であっても、事例に関する情報収集が困難であるという点で、多くの指定入院医療機関関係者の多大な協力を得て、時間のかかる煩雑な調査を行わないと、事例について正確に把握することができなかった。今年度は、昨年度の予備調査の結果から作成した調査票を指定入院医療機関に送付して事例収集を進め、再入院例については26例すべてを把握することができた。しかし、初回指定入院先、指定通院先、再入院先がいずれも異なる医療機関である事例の場合、再入院先から事例の報告を受けても、初回指定入院時の医療内容について詳細な情報を持っていないことが多く、初回入院先に個別に問い合わせるなどの補充の調査が必要な状況である。処遇終了例についても、昨年度東京都下の処遇終了例を追跡してみても、入院と通院医療機関が異なる多くの事例について詳細を把握することが非常に困難だったため、処遇終了までの経過が一医療機関で把握できている事例を探すことにして、指定通院を行っている指定入院医療機関から事例収集を進めた。その結果21例を収集したが、これは

全国の処遇終了例のうちのごく一部に過ぎず、しかも一つの医療機関で医療観察法治療を終結した事例に限られるという点で、偏ったサンプルに過ぎない。

研究対象とする事例数は処遇終了 25 例、再入院 26 例と確定した。保護観察所によれば、法施行から平成 23 年 12 月 31 日までの医療観察法の入院決定は 1459 件、退院許可決定は 672 件、再入院決定は 26 件（注・データは速報値）なので、平成 23 年 12 月 31 日時点で、入院した対象者の 46% はすでに退院し、退院者の 4% が再入院していることがわかる。再入院について全例の再入院先から報告を受けているが、平成 22 年度、平成 23 年度を通して調査を終了したのは処遇終了 7 例、再入院 11 例にとどまるため、今後さらに調査を進めて最終年度には全例の調査を終え、分析結果を報告したい。

事例の経過や問題点を把握するための調査には時間がかかるとはいえ、そのために実施した事例検討会は毎回大変有意義であった。特に社会復帰調整官、指定通医療機関の医師、PSW（精神保健福祉士）などの関係者が参加すると、地域処遇における困難や問題点を明確になって、それぞれが関わっている医療観察法医療に役立てることができ議論が展開され、また個々の関係者が抱えている問題意識を共有できる場にもなった。その有意義な示唆に富んだ内容をどのように最終的な研究結果の報告に反映できるか、という点も次年度の検討事項である。

以下、まだまとまっていない中間報告の形ではあるが、今年度の調査で明らかにできた点、現時点で指摘できる問題点などを挙げる。

1. 指定入院における医療

・再入院例における女性の割合は 12% (3/26) で、対象者全体では 25% 程度であることを考えるとあきらかに女性よりも男性において再入院率が高い。また再入院例では、物質関連障害のある対象者が

27%、知的障害のある対象者が 19% を占めている。これが有意に高率なのかどうか、対象者全体の正確なデータがないためわからないが、物質関連障害のある事例では、恵まれない生育歴、家庭問題、反社会性を含めたパーソナリティ要因、物質の再使用など、知的障害のある事例では、学習能力の低さ、衝動性コントロール不良、ストレス脆弱性など、症状悪化や他害行為の防止がより難しくなる因子が多いことが推測される。

・処遇終了例、再入院例いずれにおいても、指定入院中に十分な介入ができない点も多く、治療課題をすべて達成できていないままに退院となった事例が認められる。それは入院という環境下では、限定的な評価しかできないため、特に物質依存の問題が解決できているか、服薬アドヒアランスが本当に確立したか、については通院処遇に移行してからでないと明らかにできない。したがってそれらが対象行為と関連していた場合、注意サインの把握、症状悪化や他害行為に結びつく要因の特定にも限界があり、有効に機能するクライシスプランも作成しにくくなることになる。

・統合失調症の対象者に対して、現在すべての指定入院医療機関で疾病学習、服薬教育、内省プログラムなどが実施されているものの、真の病識を獲得するのが困難な事例も多い。その困難さ自体にアプローチし、疾病の受容に至る内面的なプロセスを促し寄り添うような個別の心理的介入が必要なのではないかと考えられる。

・家族が退院後の支援者である場合、家族に対しても対象者本人と同様、丁寧な疾病教育による疾患理解が欠かせない。家族問題が社会復帰阻害要因であることが考えられる時には、入院中にその点に介入しておくことも、退院後の地域処遇中の症状再燃を防ぐ上で重要である。

・対象者の症状、悪化要因や注意サインの十分な把握のためには一定の時間を要するため、対象者と医療スタッフ・地域関係者との関係構築や治療の継続性という点から考えると、指定入院中の転

院はマイナス要因となりがちである。転院が前提となる場合、退院後の円滑な地域処遇のためには、帰住地近くの指定入院医療機関へできるだけ早期に移ることが望ましい。近くに指定入院医療機関がない場合は、通院処遇に切り替え、帰住地近くの指定通院医療機関への精神保健福祉法入院を仲介して社会復帰をめざした事例もあり、それもある程度やむを得ないと考えられる。

2. 指定通院における医療・支援

- ・治療課題が一部未達成のまま退院しても、処遇終了に至った事例では、医療スタッフ・地域関係者・家族など支援者との関係構築ができており、引き続き治療課題に取り組んだ、定期的な通院や服薬で病状が安定していた、対象者が相談スキルを獲得した、処遇終了後も地域で通院処遇と同様に支援できる体制が整えられた、といったことがプラス要因として存在している。

- ・地域支援体制が整ったため、治療課題が未達成ではあるもののいったん退院したが、やはり比較的短期間の通院処遇後に、あるいは通院処遇後ずっと精神保健福祉法入院を継続した後に再入院となった事例は、薬物抵抗性で病識も欠如しており、症状悪化時の他害行為の可能性が高い統合失調症の重症例で、医療観察法の対象者としてストライクゾーンの事例である。クロザピンにより症状が改善するかどうかは鍵となるため、そのような対象者の社会復帰を促進する上で、クロザピンを処方できる指定通院医療機関を拡充していくことが課題となるだろう。

- ・クライシスプランが作成されていても、ストレスが高まった状況や症状再燃時に十分有効に活用されておらず、うまく危機介入ができていない事例がある。危機介入が良いタイミングで行われることで再入院を避けられたのではないかと考えられる事例があるだけに、通院処遇において、常に対象者と関係者の間でクライシスプランの見直しや共有を意識して行っていく必要がある。

- ・対象者のさらされる刺激・ストレスのレベルやケア密度において、入院と通院との間のギャップが大きすぎるため、入院中安定していても通院後すぐに症状が不安定となり、退院後短期間で精神保健法入院、さらに再入院に至る事例がある。制度自体が作り出しているこのギャップをより小さくするために、入院においては、社会復帰期より開放的な処遇、通院においては、濃厚だけではなくより個別化したケア計画や地域処遇のあり方の模索がなされるべきではないかと考える。その点からも、すでに事例が蓄積されてきている現在、医療現場の経験を踏まえて、制度開始前に作成された医療観察法の入院処遇ガイドライン、地域処遇ガイドラインを改訂する必要があるだろう。

3. 再入院における医療

- ・再入院に対する対象者の拒否感は強く、治療関係の構築も初回入院時以上に困難であることがうかがわれるため、やはり通院処遇中の症状コントロールや危機介入をきちんと行って、再入院を避ける努力をしなければならない。また、危機介入の精神保健福祉法入院の直後に再入院申立てをしている事例もあり、社会復帰調整官とよく議論しながら、精神保健福祉法入院で問題を解決する手段を講じることも必要である。

- ・やむなく再入院に至った場合も、初回入院と同様の治療を繰り返すのではなく、これまでの医療で未達成だった治療課題、再入院に至った過程で明らかになった新しい問題点を検討し、それに対して集中的に介入することによって、できるだけ早期の退院を図ることが望ましい。

E. 結語

収集した半数にも満たない数の事例を検討しただけであるが、上記のような多くの示唆を得ることができた。今年度は特に再入院事例を中心に調査してきたため、既存の指定入院、指定通院にお

ける医療・支援のあり方の課題や制度上の問題点などが垣間見えてきたと感じている。今後は、残りの事例の聞き取り調査を進め、全体のデータをそろえていきたい。特に、直接通院から再入院に至った事例については、移行通院からの再入院例との比較や、当初審判での通院処遇の判断の妥当性などを検討する上で有益と考え、今年度途中から事例収集を開始したため、今後、調査や事例検討を行いたい。次年度は、これらのデータのより詳細な分析を行って提言をまとめ、最終報告を行う予定である。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

田口寿子：医療観察法における再入院事例について。（千葉大学社会精神保健教育研究センター主催、司法精神保健カンファレンスにて講演。2011年11月16日）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

【表 1】 指定入院医療機関における再入院、処遇終了*の事例数

施設 No.	再入院	処遇終了	施設 No.	再入院	処遇終了
1	6(4)	0	15	0	1
2	6(4)	0	16	0	1
3	3(3)	0	17	0	0
4	3(1)	2	18	0	0
5	2(2)	0	19	0	0
6	2(1)	0	20	0	0
7	1(1)	3	21	0	0
8	1(1)	0	22	0	0
9	1(0)	0	23	0	0
10	1(0)	0	24	0	0
11	0	6	25	0	0
12	0	3	26	0	0
13	0	3	27	0	0
14	0	2	28	0	0
			合計	26(17)	21

*指定通院も行っている指定入院医療機関において、入院・通院を経て処遇終了に至った事例で、退院と同時に処遇終了となった事例は含まない。表 2 についても同様。

【表 2】 処遇終了例（調査票記入分のみ）

性別	対象行為 時年齢	対象行為	主診断	併存障害 物質乱用歴
男	20代	強姦	統合失調症	なし
男	20代	強制わいせつ 未遂	統合失調症	なし
男	20代	放火	統合失調症	なし
男	30代	強制わいせつ	統合失調症	なし
男	30代	殺人	統合失調症	なし
男	40代	傷害	統合失調症	なし
男	40代	殺人未遂	統合失調症	なし
男	40代	傷害	統合失調症	なし
女	60代	放火未遂	妄想性障害	アルコール依存症

【表 3】 移行通院からの再入院例（調査票記入分のみ）

性別	対象行為時 年齢	対象行為	主診断	併存障害 物質乱用歴
男	20代	殺人未遂	大麻による精神病 性障害	大麻乱用歴あり
男	20代	殺人未遂・傷害	統合失調症	大麻依存症 多剤乱用歴あり
男	20代	放火	統合失調症	アスペルガー-症候群 強迫性障害 トウレット障害
男	20代	殺人未遂	統合失調症	なし
男	30代	殺人未遂	軽度精神遅滞	薬物アルコール乱用 パーソナリティ障害
男	30代	傷害	一般身体疾患によ る精神障害	なし
男	30代	殺人	統合失調症	なし
男	30代	強制わいせつ	統合失調症	中等度精神遅滞
男	40代	強制わいせつ	統合失調症	なし
男	40代	傷害	統合失調症	なし
男	50代	強姦致傷	統合失調症	大麻乱用歴あり
男	50代	傷害	妄想性障害	アルコール離脱せん妄
男	50代	殺人	統合失調感情障害	なし
男	60代	殺人	統合失調症	なし
女	20代	殺人未遂	統合失調症	軽度精神遅滞 覚せい剤・有機溶剤 乱用歴あり
女	30代	殺人	統合失調症	なし
女	30代	放火	統合失調症	軽度精神遅滞

【表 4】 直接通院からの再入院例（調査票記入分のみ）

性別	対象行為 時年齢	対象行為	主診断	併存障害 物質乱用歴
男	20代	傷害	統合失調症	なし
男	20代	放火	統合失調症	アスペルガー症候群
男	30代	傷害	大麻による精神 病性障害	大麻乱用歴あり
男	30代	傷害	統合失調症	軽度精神遅滞
男	50代	傷害	統合失調症	なし

2. 医療観察法入院処遇対象者の精神科受診歴の

有無に関する予備的調査

研究分担者 平林 直次

国立精神・神経医療研究センター

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）
重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究
分担研究報告書

医療観察法入院処遇対象者の精神科受診歴の有無に関する予備的調査

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

研究要旨：

医療観察法対象者は、精神科受診歴の有無から 2 群に分けることができる。精神科受診歴を持つ対象者では「医療継続」が課題となるし、精神科受診歴を持たない対象者では「医療導入」が課題となる。そこで、国立精神・神経医療研究センター病院に入院処遇となった対象者について、精神科受診歴の有無を調査し 2 群に分け、両群の特徴を明らかにすることを目的として、社会学的特性、診断名、対象行為などについて統計学的に比較した。調査対象は 2008 年 2 月 1 日から 2011 年 7 月 15 日までに同センター病院に入院処遇となった 88 名中、再入院事例を除いた 86 名（受診歴あり群 74 名、受診歴なし群 12 名）とした。また、受診歴あり群においてはさらに対象行為が精神科最終受診日から 2 ヶ月未満の群（41 名）と 2 ヶ月以上の群（33 名）の 2 群に分類した。解析結果は次の通りである。

1. 医療観察法対象者の既往歴の調査から、精神保健福祉法および医療観察法における「医療の継続性（アドヒアランス）」「再発予防」「早期危機介入」「医療への導入」の課題が確認された。

2. 受診歴あり群と受診歴なし群の 2 群比較の結果、受診歴なし群の方が、対象行為が自宅以外への放火であった対象者（ $\chi^2=13.0$, $df=2$, $p<0.001$ ）、対象行為時に主婦であることや十分な不動産収入の存在などの理由があった上で無職であった対象者（ $\chi^2=11.3$, $df=2$, $p<0.001$ ）の割合が多く、また、言語性 IQ（ $Z=-2.1$, $p<0.05$ ）、動作性 IQ（ $Z=-3.9$, $p<0.001$ ）と全検査 IQ（ $Z=-3.3$, $p<0.001$ ）ともに有意に高いことが示された。

3. 対象行為が精神科最終受診日から 2 ヶ月未満の群と 2 ヶ月以上の群の比較については、2 ヶ月未満の群の方が動作性 IQ と言語性 IQ の間に乖離がないものの割合が有意に少なく（ $\chi^2=6.9$, $df=2$, $p<0.01$ ）、言語性優位の乖離がある対象者の割合が有意に多い（ $\chi^2=6.9$, $df=2$, $p<0.05$ ）ことが示された。

しかし、本研究においてはサンプル数および調査項目の少なさおよびデータの精度に由来する限界が存在していることから、今後、精神科受診歴の有無や最終受診日から対象行為までの期間に関してさらなる調査が望まれる。

研究協力者

国立精神・神経医療研究センター病院

松本聡子

永田貴子

黒木規臣

大森まゆ

新井 薫

A. 研究目的

2005年7月15日に医療観察法が施行され、精神保健福祉法と併せて2つの法制度の下に精神医療が置かれることとなった。精神保健福祉法を基本として精神医療が提供されているが、重大な他害行為を契機として裁判所が審判を行った結果、医療観察法の対象となる場合がある。ただし、重大な他害行為を認めた場合であっても、医療の緊急性が高い場合や、軽微な他害行為の場合など、必ずしも医療観察法の対象とはされず、精神保健福祉法の措置入院の対象とされている実態は平成22年度の本研究班にて報告したとおりである。すなわち、この2つの法制度は互いに別々の制度でありながら、きわめて密接に運用されており、精神医療の水準の向上を考えた場合、両制度のシームレスな連携が重要なのである。

本分担研究は、対象行為発生以前の精神保健福祉法による医療の受診および入院状況を明らかにし、対象行為の発生に関連する因子を抽出し、ひいては精神障害者が重大な他害行為に至らずに済む精神医療保健福祉のあり方を示すことを目的とした予備的研究である。

B. 研究方法

1. 対象および調査期間

調査対象は2008年2月1日から2011年7月15日までに国立精神・神経医療研究セ

ンター病院に入院処遇となった全症例88名中、再入院事例2名を除いた86名を対象とした。

2. 調査内容

調査内容は①性別、②対象行為時年齢、③鑑定時診断名、④精神科受診歴の有無、⑤対象行為（放火／殺人／傷害／強姦／強姦わいせつ／強盗の6つの他害行為。傷害以外は未遂も含まれる）およびその特徴（自宅への放火、自宅以外への放火、自殺目的、拡大自殺目的）、⑥被害者の種別（両親／両親以外の知人／不知者／放火）、⑦触法歴（なし／起訴猶予／罰金／執行猶予／実刑）、⑧職歴（最長が7年未満／7年以上14年未満／14年以上）および就労状況、⑨学歴（中卒以下／中卒以上だが高校は未卒／高卒／高卒後さらに進学）、⑩同居者の有無（同居者の有無、家族との同居の有無、被害者との同居の有無）、⑪精神科受診歴、⑫IQ（全検査IQ、動作性IQと言語性IQの乖離）、⑬婚姻歴、⑭精神科最終受診日から対象行為までの日数（受診歴あり群のみ。最終受診日が年月までしかわからなかった場合は当該月の15日を最終受診日とした）についての情報を鑑定書と生活環境調査報告書から採取した。

なお、診断基準としては、International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems（ICD-10）国際疾病分類第10版（2003年改訂）を用いた。

3. 調査方法

カテゴリー変数に関してはクロス集計結果に基づくカイ二乗検定および残差分析を行った。残差分析においては調整済み標準化残差の絶対値が1.96以上で5%水準、2.56以上で1%水準、3.09以上で0.1%水準の有意な