

かたちで処遇を終了した。なお、医療観察法による処遇終了後は、アパートでの単身生活を開始したようだが、月1回の訪問看護なども導入しながら治療を継続しているという。

<長期化事例2>

処遇期間：1,456日
1976年生まれ 男性
診断：F2 統合失調症
対象行為：傷害（被害者：家族）
通院形態：移行通院

本事例は約1年6ヶ月の入院処遇を経て、移行通院となった事例である。指定入院医療機関から退院後は、アパートでの単身生活により通院処遇を開始した。しかし通院開始当初より、まだ病識が不十分なところがあったため、通院処遇中に服薬の不遵守などの問題行動が見られた際には状態が悪化する前に1ヶ月間程度の比較的短期間の精神保健福祉法による入院を導入しながら治療を継続した。通院処遇開始から3年の時点ではまだ治療に対する義務的な意識が強かったため、1年間の処遇の延長を申請した。しかし、その後も十分に治療意欲が高まったとは言えず、治療へのアドヒアランスの点でも懸念されたため、訪問看護を継続するなどして支援体制を整えて処遇の終了を申請した事例であった。

<長期化事例3>

処遇期間：1,449日
1971年生まれ 男性
診断：物質使用による精神障害
対象行為：傷害（被害者：他人）
通院形態：直接通院

本事例は、対象行為以前より精神科に通院

しており、常勤職に就いて、社会適応も比較的良好な生活を送っていたが、通院治療を中断中に傷害事件を起こし、医療観察法の対象となった事例である。審判の結果、直接通院となったが、処遇開始当初より、仕事優先の生活に戻ってしまい、通院の不遵守が目立っていた。そのため、独自の判断で薬物療法を中断し、症状が再燃すると、医療保護入院するといった生活を繰り返していた。デボ剤の使用も検討されたが副作用への苦痛が大きいため断念せざるを得ず、治療に難渋していたところ、他者への暴言、アルコール乱用使用などの問題行動も発生した。さらに医療の不遵守などの問題行動も重なり、症状が急性増悪したため、再度鑑定の申し立てが行われ、指定入院医療機関への入院決定となった。通院処遇開始から約4年後の処遇の変更であった。

<長期化事例4>068-0002

処遇期間：1,334日
1979年生まれ 男性
診断：統合失調症、精神遅滞
対象行為：殺人未遂（被害者：実母）
通院形態：移行通院

約1年6ヶ月の入院処遇を経て、移行通院となった事例である。指定入院医療機関から退院後は、知的障害者施設に入所した。通院や服薬にも問題なくケア計画に遵守した生活を送っていたが、通院処遇開始から約1年後に突然の自殺未遂をした。そのため支援体制を強化して処遇を継続してきたが、指定通院医療機関が居住地から遠方にあるために、即時的な対応が難しいこと、通院の旅費などの経済的負担などを考え、医療観察法による処遇を終了し、近隣の医療機関において精神保健福祉法による通院治療を継続することになった。

(b) 考察

1) 処遇終了者の転帰

【研究Ⅱ】では処遇終了者に焦点をあてて分析をおこなった。調査対象となった690名のうち約半数にあたる319名(46.2%)がすでに処遇を終了していた。また、一般精神医療に移行された269名のうち227名(84.4%)は処遇終了後も同じ医療機関で治療が継続されていた。医療観察法に基づく医療では、より自発的で積極的な治療への意欲が求められることになるが、処遇終了後も同じ医療機関や同じスタッフによって引き続き治療が継続されることは、対象者の大きな安心感につながり、その後の治療へのコンプライアンスにもよい影響を与えるものと考えられた。

さらに、精神保健福祉法による治療に移行された後も、医療観察法処遇時と同様の多職種チームによって医療が継続されている可能性も高い。チーム医療による多角的視点から患者を支援する体制というのは、疾病の再燃を防止する観点でも非常に有意義なものであると推測される。今後は処遇終了者のその後の転帰についても調査することが可能であれば、多職種チームによる医療への効果をより明らかにすることができると思われ、興味深いところである。

2) 平均通院期間

再入院事例および死亡事例といった特殊な事情により早期に処遇終了となった者を除いた処遇終了者の平均通院期間は 878.5 ± 282.1 日(平均28.8ヶ月間)で、これは医療観察法第44条による通院医療満期期間である3年よりも約8ヶ月短いものであった。

一方、死亡および再入院によって処遇を終了した者の平均通院継続期間は、約14.5ヶ月間となっており、一般精神医療への移行群と

比較するとおよそ半分の期間で処遇が終了となっていた。また、自殺や再入院といった処遇の継続に直接影響を与えるような問題行動は、処遇開始から1年未満に有意に多く発生していたことから、リスクマネジメントの視点から考えると、処遇開始から1年間という期間には、より注意深い観察と支援が必要であると思われた。

3) 転帰分類別の比較

転帰分類別の比較では、自殺事例については女性の方が多い傾向があったが、診断との関係は明らかではなかった。

また、通院処遇に至る形式では、直接通院と移行通院の間に処遇終了までの期間の長さに有意な差が見られなかったことから、いずれの通院形態によっても一定の自殺・自傷行為のリスクがあることを示しているといえ、より個別的なリスク評価が必要になると思われる。そこで他の要因についてもみてみると、自殺事例では、精神保健福祉法による入院の有無および通院処遇中の自殺・自傷行為の有無の両項目において有意な差が認められた。この結果は、一般的に処遇中に自殺・自傷行為があった場合には、その対処として精神保健福祉法による入院が行われていることが多いため、単に両者の項目が交絡した要因を含んでいることを示していると思われるが、むしろこの結果から考えなければならぬことは、通院処遇中に自殺・自傷行為がみられた場合には、おそらく医療者側も一層の注意を払って処遇が行われていたものと思われるにも関わらず、結果として自殺に至ってしまったということであろう。この重要な課題については、今後もモニタリング研究により事例を蓄積しながら、自殺事例の特徴についてより詳細に検討し、自殺防止にむけた介

入方法を探っていく必要があると思われた。

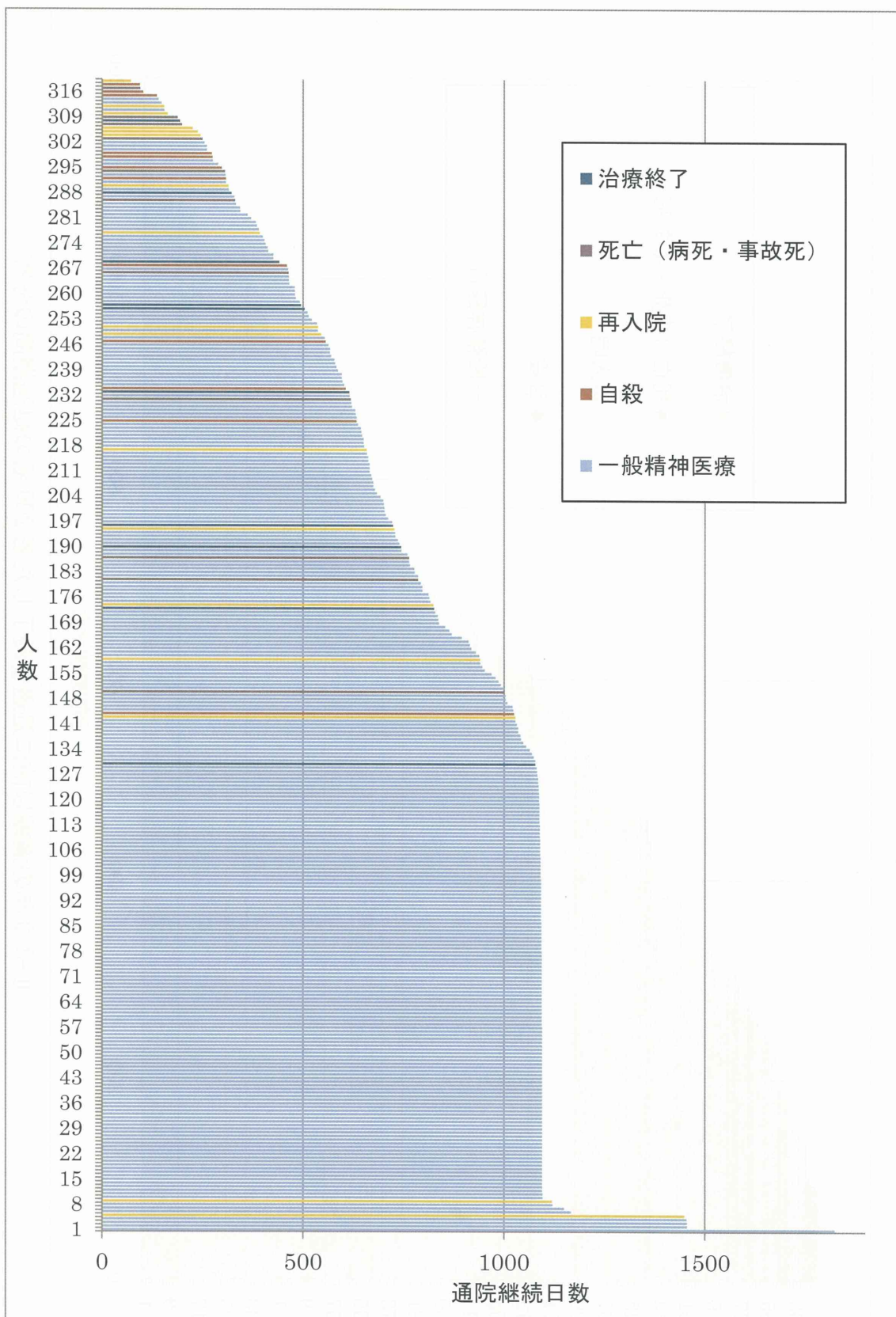
一方、再入院の事例では、性別、診断名、対象行為名、通院処遇に至る形態等の静的要因については、いずれの項目においても有意な差はみられなかったが、通院処遇中の暴力行動や医療の不遵守の有無といった動的要因が再入院事例に大きく関連していることがわかった。再入院にあたっては、処遇形態を変更することで治療への仕切り直しを行うとともに、入院施設での集中的な疾病教育やアンダーマネージメントなどの専門的な治療が期待されているものと思われた。

4) 長期化事例

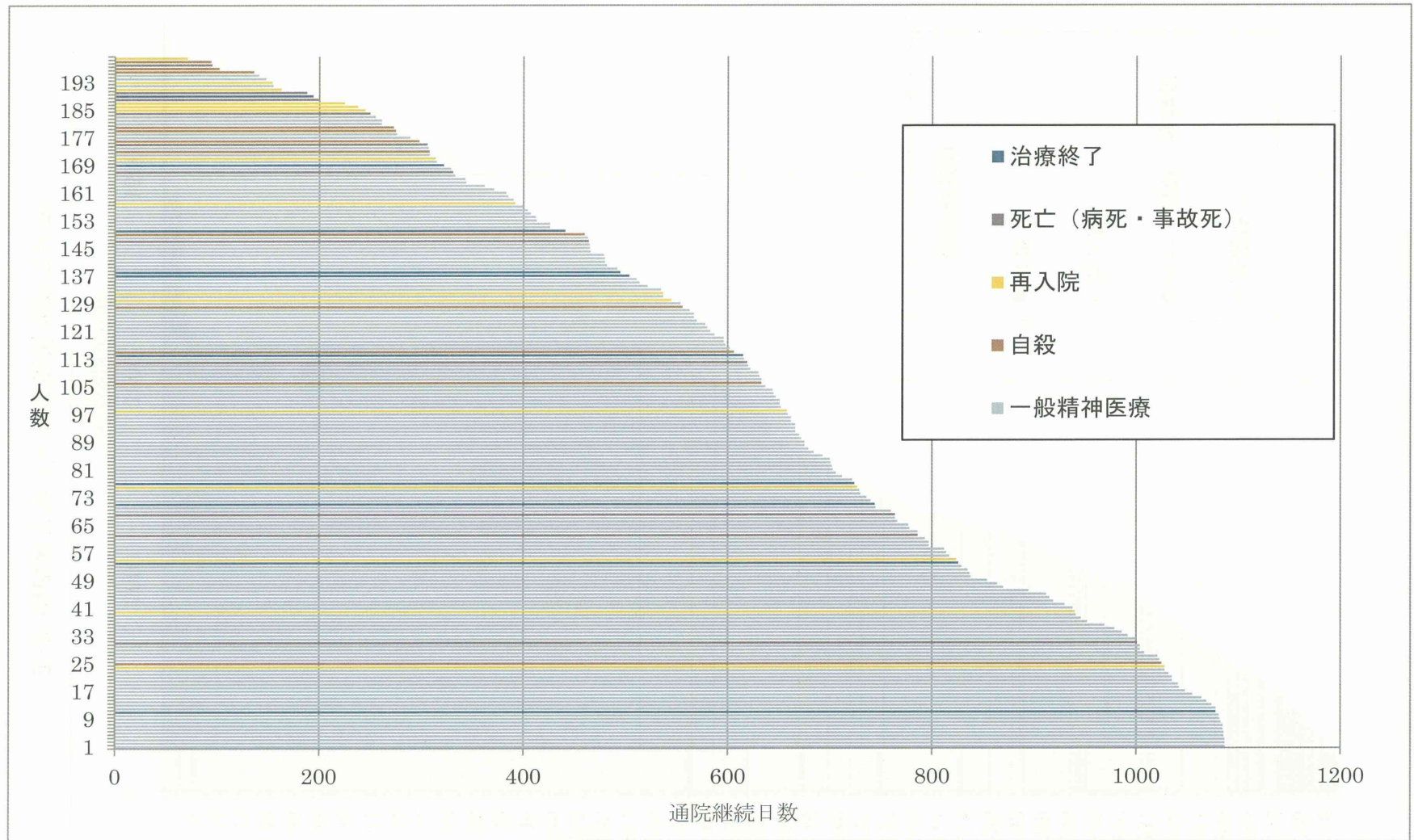
処遇期間が長期化していた11名中6名については、法による満期通院期間の3年を超えている日数が100日未満であり、そのプロフィールは満期終了者のそれと大きく変わらないものであった。一方で、残りの5名については、いずれも1年以上長期化しているケースであり、前述のとおり、通院処遇を開始した当初から病識の獲得や服薬のコンプライアンスに問題のあるケースが多かったことから、通院医療を長期化させないためには、これらの観点をより重視した処遇計画を立てて行く必要があると思われた。

最後に、医療観察法による医療が終了した後も、同じ通院医療機関で多職種チームによる手厚い医療が続けられている事例が多く、このことは、処遇終了者の安心感や治療継続の動機付けにもつながり、ひいては急激な病状の悪化や再度同様の行為に至る可能性を下げる要因としても大きく貢献しているものと思われる。現在のところ、それに伴う人的負担や経済的負担は各指定通院医療機関が請け負うかたちになっているが、今後はそうした各指定通院医療機関による医療経済的負担を

軽減させ、一般医療のなかでも医療観察法と同レベルの手厚い治療体制で対象者を支えていくことが、ひいては対象者の社会復帰を促進し同様の他害行為を防止するという本法における最大の目的を長期的に実現することにつながるものと思われた。



Ⅱ-2. 処遇終了者 319 名の処遇期間の分布



Ⅱ-3. 3年の満期以前に処遇を終了した者 200名の処遇期間の分布

2-3.

【研究Ⅲ】

通院処遇中の問題行動に関する検討

(a) 結果

1) 解析方法

調査票により報告されている通院処遇中に発生した問題行動について集計し、分析を行った。

問題行動の項目については、昨年度の調査で用いた17項目に加えて、「その他の問題行動」として記述が多かった「金銭管理上の問題」と「病状悪化に伴う問題」の2項目を新たに追加し、全19項目にまとめて解析を行った（複数選択可）。表Ⅲ-1に通院処遇中の問題行動の項目を示した。

なお、「2～4以外の対人関係上の問題（対人的なルール違反を含む）」の具体的な内容としては「デイケアで知り合った異性への過度の接触」「グループホームでの対人トラブル」「医療スタッフに相談のないまま、被害者に会いに行く」などの問題行動をあてはめた。また、「生活上の規則の不遵守」の項目には、「グループホームでの生活規則に従わない」、「タバコなどの物品の交換」、「無断外泊」などの問題行動をあてはめ、「その他（身体管理に関わる問題）」の項目には「保清を保てない」「糖尿病の身体管理」などをまとめて集計した。

表Ⅲ-1：通院処遇中に発生が報告された問題行動の項目

1	自殺・自殺企図・自傷など
2	他者への身体的暴力など (性的な暴力を除く)
3	他者への非身体的暴力など (暴力的言動や態度)
4	他者への性的な暴力など
5	上記2～4以外の対人関係上の問題 (対人的なルール違反を含む)
6	放火など (未遂も含む)
7	器物への暴力(放火などをのぞく)
8	怠学、怠職、ひきこもりなど
9	窃盗・万引きなど
10	アルコール乱用・依存など (依存者の場合は再飲酒も含む)
11	違法薬物の使用・乱用・依存
12	ギャンブル、買い物などの 薬物以外の依存行動
13	通院・通所の不遵守・不遵守傾向
14	服薬の不遵守・不遵守傾向
15	訪問看護・訪問観察の拒否
16	その他の日常生活上の規則、 ルールの違反など
17	病状悪化に伴う問題行動
18	金銭管理上の問題
19	その他(身体管理に関わる問題)

2) 通院処遇中にみられた問題行動の概要

通院処遇中に何らかの問題行動が報告された者は、690名中319名(46.2%)であった。また、2005年7月16日から2011年7月15日までに発生したことが報告された問題行動の延べ件数は表Ⅲ-2のとおりであった。

19項目の問題行動のうち最も多く見られた問題行動は「14. 服薬の不遵守・不遵守傾向」で91例(13.2%)であった。次に「13. 通院・通所の不遵守・不遵守傾向」が89例(12.9%)、「3. 他者への非身体的暴力など」と「16. その他の日常生活上の規則、ルールの違反など」が68例(9.9%)と続いていた。なお、昨年調査で比較的多かった「アルコールの

乱用・依存等（依存者の場合には再飲酒も含む）」の項目は39例（8.9％）となっており、やや減少していた。

次に、昨年と同様に、19項目の問題行動のうち、いくつかの問題行動をまとめ、以下のように整理した。

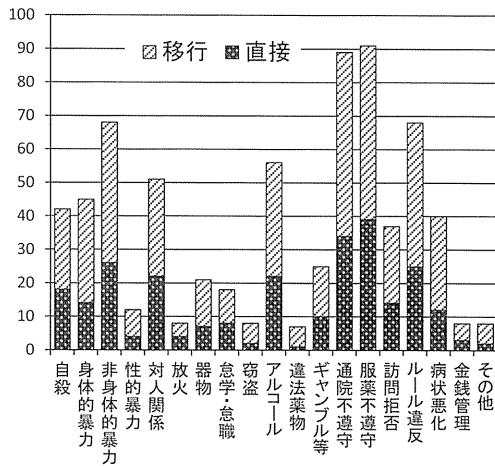
- (ア)「対人的暴力行動（問題行動2、3、4を合わせたもの）」
- (イ)「対物的暴力行動（問題行動6、7を合わせたもの）」
- (ウ)「暴力行動等（問題行動2、3、4、6、7を合わせたもの）」
- (エ)「アルコール・違法薬物関連の問題（問題行動10、11を合わせたもの）」
- (オ)「医療への不遵守等（問題行動13、14、15を合わせたもの）」

これらの5項目について、重複している事例を考慮して小計結果をまとめると、「医療への不遵守等」は150例となり、全体の21.4％を占めていた。また、身体的および非身体的暴力と性暴力をまとめた「対人的暴力行動」は92例で13.1％、「放火など」や「器物への暴力」をまとめた「対物的暴力」は27例で3.8％となっており、これらを総計した「暴力行動」全般では、111例で15.8％であった。「アルコール・薬物関連の問題」については59例で8.4％であった。

表Ⅲ－２：通院処遇中に発生が報告された問題行動別の集計

	問題行動（内容）	直接	移行	計	%
1	自殺・自殺企図・自傷など	18	24	42	6.0
2	他者への身体的暴力など（性的な暴力を除く）	14	31	45	6.4
3	他者への非身体的暴力など（暴力的言動や態度）	26	42	68	9.9
4	他者への性的な暴力など	4	8	12	1.7
	2+3+4 対人暴力行動（重複を考慮）	34	58	92	13.1
5	上記以外の対人関係の問題（対人的なルール違反を含む）	22	29	51	7.4
6	放火など（未遂も含む）	4	4	8	1.2
7	器物への暴力（放火などを除く）	7	14	21	3.0
	6+7 対物暴力行動（重複を考慮）	11	16	27	3.9
	2+3+4+6+7 暴力的行動等（重複を考慮）	43	68	111	15.8
8	怠学、怠職、ひきこもりなど	8	10	18	2.6
9	窃盗・万引きなど	2	6	8	1.2
10	アルコール乱用・依存など（依存者の場合は再飲酒も含む）	22	34	56	8.1
11	違法薬物の使用・乱用・依存	1	6	7	1.0
	10+11 アルコール・違法薬物関連の問題	23	36	59	8.6
12	ギャンブル、買い物などの薬物以外の依存行動	10	15	25	3.6
13	通院・通所の不遵守・不遵守傾向	34	55	89	12.9
14	服薬の不遵守・不遵守傾向	39	52	91	13.2
15	訪問看護・訪問観察の拒否	14	23	37	5.4
	13+14+15 医療への不遵守（重複を考慮）	59	91	150	21.7
16	その他の日常生活上の規則、ルールの違反など	25	43	68	9.9
17	病状悪化に伴う問題行動	12	28	40	5.8
18	金銭管理上の問題	3	5	8	1.2
19	その他（身体管理に関わる問題）	2	6	8	1.2
	計	267	435	702	100
	問題行動なし	141	230	371	53.8

なお、これらの問題行動を通院処遇に至るまでの形式別に集計し、グラフで示したものが図Ⅲ－1である。



図Ⅲ－1：通院処遇に至るまでの形式別に示した問題行動例数

3) 問題行動とその他の変数の関連性

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

3-1) 通院処遇に至るまでの形式

通院処遇に至るまでの形式は「直接通院」と「(入院からの) 移行通院」の二通りに分類される。この分類にしたがって発生した問題行動との関連について分析した。

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

3-2) 性別

性別では、暴力的行動において有意傾向がみられた (Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$)。平成20年から平成22年までの調査では、性別に関して有意差は認められなかったが、今年

度の調査では男性のほうが暴力的な問題行動が認められやすいことがわかった。

なお、男性群、女性群といったような性別全体での比較では問題行動に有意な差は認められなかったが、後述するように、たとえば各診断に分けたうえで、さらに男女の差を分析すると、いくつかの項目においては、性別によって有意な問題行動の特徴が異なるという結果が得られている。

3-3) 年代

年代では、いくつかの有意差が認められた。

まず、20代の者では、他の年代に比較して「通院不遵守」の項目の割合が高かった (残差分析、 $p < 0.01$)。また、30代の者では、「器物への暴力」、「対物的暴力行動 (問題行動6、7)」が他の年代に比べて多かった (残差分析、 $p < 0.05$)

また、20代～40代と50代以上の者にまとめて比較すると50代以上の者では「器物への暴力」が有意に少ないことが示された (残差分析、 $p < 0.05$)。

3-4) 診断分類

診断分類別に有意差が認められたものを列挙する。

(i) 「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」について

「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」は、アルコールやその他の物質使用に関連する精神障害に関する項目である。本調査では、F1を主診断とする者は53名であった。さらに副診断にF1が含まれている者を含めると77名であった。

まず、主診断がF1である53名について問題行動との関連をみてもみると、アルコール・物

質関連の診断をもつ者は、他の疾患をもつ通院処遇対象者と比較して、通院処遇中の「アルコールの乱用・依存等（依存者の場合には再飲酒も含む）」、「物質使用に関する問題行動（問題行動10、11）」が有意に多いことが確認された（残差分析、 $p < 0.01$ ）。

次に、主診断及び副診断にF1が含まれる77名について問題行動との関連をみてみると、「アルコールの乱用・依存等（依存者の場合には再飲酒も含む）」、「物質使用に関する問題行動（問題行動10、11）」だけでなく、「通院不遵守（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」「医療への不遵守（問題行動13、14、15）（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」でも有意に多いことが示された。

また、F1の群の効果について、男女別（男性67名、女性10名）にみてみると、「対物的暴力（問題行動6、7；Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」、「火の扱いに関する問題（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」、「怠学、怠職（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」の項目では女性の発生率の方が有意に高く、暴力的行動（問題行動2、3、4、6、7；Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」においても高い傾向がみられた。

(ii) 「F2. 統合失調症等」について

本調査では、F2（統合失調症等）を主診断とする者は527名であった。この群では、それ以外の群に比較して「アルコールの乱用・依存等（依存者の場合には再飲酒も含む；残差分析、 $p < 0.05$ ）」、「物質使用に関する問題行動（問題行動10、11）」の項目が相対的に低かった（残差分析、 $p < 0.01$ ）。

また、F2の群の効果について、男女別（男性391名、女性136名）に見てみると、全体では問題の発生率は多くないものの、「他者への身体的暴力（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」

は男性のほうが多かった。一方、「その他の対人的問題（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」は女性の方が多い傾向があった。

(iii) 「F3. 気分（感情）障害」について

本調査では、F3を主診断とする者は72名であった。この群では、他の疾患を主診断とする群と比較すると、「通院不遵守」の割合が低かった（残差分析、 $p < 0.01$ ）。

また、F3における性差としては、「その他の対人関係上の問題（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」において男性の方が有意に高く、「対人暴力行動（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」、「ギャンブル・買い物などの薬物以外の依存行動（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」の2項目においても男性の方が高い傾向が示された。

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

本調査では、F4を主診断とする者は5名、副診断とする者を含めると8名であった。具体的には、強迫性障害3名、適応障害2名、神経症（未分類）3名などが含まれていた。この群では、その他の群に比較すると「服薬の不遵守」の傾向が有意に高いことが示された（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）。

(v) 「F6. 成人の人格および行動の障害」について

本調査では、F6を主診断とする者は5名おり、具体的には器質性人格障害2名、妄想性人格障害1名、境界性人格障害1名、人格障害（未分類）1名であった。

問題行動との関連をみてみると、「火の扱いに関する問題（残差分析、 $p < 0.01$ ）」「アルコール乱用・依存（残差分析、 $p < 0.01$ ）」

「アルコール・違法薬物関連の問題（問題行動10、11；残差分析、 $p < 0.05$ ）」、「訪問の拒否（残差分析、 $p < 0.01$ ）」において有意に多いことがわかった。また、「対物暴力行動（問題行動6、7；残差分析、 $p < 0.10$ ）」についても他の診断に比較して多い傾向がみられた。

(vi) 「F7. 精神遅滞」について

本調査では、F7を主診断とする者は7名であった。さらに副診断としてF7を有する者を含めると全体では69名にのぼった。

まず、主診断がF7である7名の問題行動については、他の疾患をもつ通院処遇対象者と比較して、「火の扱いに関する問題行動（残差分析、 $p < 0.01$ ）」、「器物に対する暴力行動（残差分析、 $p < 0.01$ ）」が有意に多いことが示された。

次に、F7の診断をもつ者と問題行動との関連をみると、「対物暴力行動（問題行動6、7；Fisher直接法、両側、 $p < 0.01$ ）」、「対人暴力行動（問題行動2、3、4；Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」、「火の扱いに関する問題行動（Fisher直接法、両側、 $p < 0.01$ ）」、「器物への暴力（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」、「通院不遵守（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」、「病状悪化に伴う問題行動（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」という多くの項目において有意に高い結果となった。また、その他にも「他者への非身体的な暴力（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」、「対人関係上の問題（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」、「その他の日常生活上の規則、ルール違反（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」の項目でも比較的高い傾向が示された。ただし、いずれにおいても男女の差異はみられなかった。

(vii) 「F8. 心理的発達の問題」について

本調査においてF8を主診断とする者は7名であり、副診断にF8を有する者を含めると20名であった。F8の診断がつくことと問題行動との関連を見てみると、「病状悪化に伴う問題行動」の項目が有意に高かった（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）。

さらに、F8の群の効果をみると、性別（男性16名、女性4名）では有意差が認められた項目はなかったが、「通院不遵守（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」では女性の方が高い傾向があった。

3-5) 対象行為

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

(i) 「殺人」

対象行為が「殺人」である者では、通院処遇中の「暴力的行動（問題行動2、3、4、6、7；残差分析、 $p < 0.01$ ）」、「アルコール・違法薬物関連の問題（問題行動10、11；残差分析、 $p < 0.01$ ）」の項目において有意に低いことが示された。また、「対人暴力行動（問題行動2、3、4；残差分析、 $p < 0.10$ ）」、「火の扱いに関する問題行動（残差分析、 $p < 0.10$ ）」、「アルコールについての問題（残差分析、 $p < 0.10$ ）」も他の対象行為に比較して低い傾向がみられた。男女別の分析では、男性では対象行為が「殺人」である場合には、「他者への非身体的な暴力（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」が多い傾向があり、女性では「怠学・怠職（Fisher直接法、両側、 $p < 0.05$ ）」といった問題行動が有意に多いことが示された。

(ii) 「傷害」

対象行為が「傷害」である者では、通院処遇中の「自殺に関連する問題（残差分析、 $p < 0.05$ ）」は有意に少なく、「暴力的行動（残差分析、 $p < 0.10$ ）」、「アルコール・違法薬物関連の問題（残差分析、 $p < 0.05$ ）」が有意に多い結果となった。また、「対人暴力行動（残差分析、 $p < 0.10$ ）」、「訪問看護・訪問観察の拒否（残差分析、 $p < 0.10$ ）」においても多い傾向がみられ、「火の扱いに関する問題（残差分析、 $p < 0.10$ ）」では少ない傾向がみられた。

さらに「傷害」群の効果について、男女別に見てみると、女性の方が「その他の対人関係上の問題」の発生率が高い傾向があることも示された（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）。

(iii) 「強盗」

対象行為が強盗である者では、「訪問看護・訪問観察の拒否（残差分析、 $p < 0.05$ ）」が有意に多いことがわかった。なお、性差については有意な差は認められなかった。

(iv) 「強姦」「強制わいせつ」

対象行為が「強姦」や「強制わいせつ」といった性暴力である者は、「対人暴力行動（残差分析、 $p < 0.05$ ）」、「暴力的行動（残差分析、 $p < 0.05$ ）」、「他者への性的な暴力（残差分析、 $p < 0.01$ ）」が有意に高いことがわかった。

なお、対象者は全て男性であったため性差による分析は行っていない。

(v) 「放火」

対象行為が「放火」である者では、「自殺に関連する問題（残差分析、 $p < 0.05$ ）」と「火の扱いに関する問題（0.01）」が有意に多いことが分かった。また、男性では、「その他

の違反行為（Fisher直接法、両側、 $p < 0.01$ ）」が有意に多く、「他者への身体的暴力（Fisher直接法、両側、 $p < 0.10$ ）」も多い傾向があることがわかった。

(b) 考察

1) 通院処遇に至るまでの形式と問題行動との関連について

通院処遇に至るまでの形式については、問題行動との関連は認められておらず、さらに【研究Ⅱ】でも報告されているとおり、処遇終了までの期間との関連も認められていなかった。つまり、これらの結果を合わせて考えると、移行通院者は入院治療によって問題となる行動が減少したため、退院決定を受けるとき点ではすでに直接通院者と同程度の安定した状態にあると解釈できる一方で、直接通院となった対象者については、実際に通院処遇が開始されるまでの期間は極めて短いにも関わらず、各指定通院医療機関においては、指定入院医療機関が退院に向けて実施しているような、対象者に対するアセスメントや介入方法の検討が整えられている結果であるとも考えられる。

今後は、こうした各医療機関による経験的な実績を共有し、より実践的での確なりリスクアセスメントの指標として応用していくことができれば、非常に有用なものとなることが期待される場所である。

2) 性別との関連について

性差については、今年度の調査からははじめて男性のほうが暴力的な問題行動を起こしやすいという結果が得られている。一般的に暴力行動をはじめとするいくつかの項目については、男性のほうがより発生率が高いことが知られており、今回の分析結果からは、医

療観察法対象者にも同様の傾向があることが明らかとなった。一方、他の問題行動については顕著な男女差は認められなかった。この結果は、たとえば、女性対象者においてもアルコール・薬物関連の問題などの発生率に大きな差がないことを示している。リスクマネジメントの視点からすると、従来の指摘のとおり、男性の暴力的行動に注意を払うとともに、その他の問題行動については男女の別（つまり男性のほうが問題行動が発生しやすいであろうといった感覚など）にとらわれすぎないように注意する必要もあるといえよう。

3) 年代との関連について

年代との関連をみると、より若年の年代層においては、とくに通院の不遵守に注意し、デイケアや訪問看護などをうまく活用しながら処遇計画を立てる必要があると思われた。

また、今回の調査では、対人暴力に関しては年齢による違いは明らかではなかったが、「対物暴力（放火および器物への暴力）」については30代において有意に多く、50代以上では「器物への暴力」が有意に低かい結果となっており、対物的な暴力に関しては、細かなプロフィールにおいて違いがみられることがわかった。今回の結果だけでは、どのような要因がこれらの違いに影響を及ぼしているのかについては明らかにはないが、実際の処遇にあたっては、年齢別にリスク評価を行っていくことも未然に暴力を防止する手立てになるものと考えられた。

さらに今後は、対人暴力と対物暴力の質的な違いについても注目して分析をすすめていくことにより、より具体的なリスクマネジメントの策定にも役立つものと思われた。

4) 診断分類との関連について

4-1) 「F1. 精神作用物質使用による精神及び行動の障害」について

F1の診断をもつ者については「アルコールの乱用・依存等（依存者の場合には再飲酒も含む）」、「物質使用に関する問題行動（問題行動10、11）」が有意に多いほか、「医療への不遵守」においても有意に多いことが確認されている。社会内処遇中にあたっては、アルコールや薬物の再使用等に注意すべきであることは言うまでもないが、それに加えて医療そのものへの遵守についても注意を払うべきであることが再確認されたといえよう。

また、事例数が少ないため、まだ安定した結果とはいえないが、とくにF1の診断をもつ女性については、暴力的な行動として問題が表出されやすいとも考えられ、これについては引き続き、注意深く分析を進めていく必要があると思われた。

4-2) 「F2. 統合失調症等」について

F2については、診断別の特徴としては明らかな項目は認められなかったが、男性ではより暴力的な問題が多く、女性では対人関係における問題が多かったことは、性差による影響が大きく反映されているものと考えられる。ただし、発生件数の点では、他の診断と比較して決して多いわけではないということにも注意しておく必要があるであろう。

4-3) 「F3. 気分（感情）障害」について

本調査では、F3を主診断とする者は72名であった。この群では、他の疾患を主診断とする群と比較すると、「通院不遵守」の割合が低かったことから、一旦病識が得られれば、他の診断群と比較して治療への動機づけは高くなるものと思われた。

また、F3における性差としては、対人関係上の問題や暴力、ギャンブル・買い物などの依存行動において男性の方が有意に高いことが示されたが、これについては、男性における双極性障害の割合がより高かったことが影響しているとも考えられ、解釈には注意を要すると思われた。

4-4) 「F4. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」および「F6. 成人の人格および行動の障害」について

F4の診断をもつ者については服薬の不遵守が他の診断に比較して有意に多い結果となっている。一般的にいわれる“神経症圏”に該当する者は、他の疾患（ことに統合失調症）に比べて治療へのコンプライアンスや服薬の自己管理等の点で医療者からの積極的な働きかけが行われてない可能性があるが、本法で処遇されている対象者については、病識の獲得が不十分でなかったり、薬物療法の必要性についても十分な理解が得られていない者も少なくないという点からすれば、診断名に関わらず、治療への動機付け面接や疾病教育を継続的に行っていくことが重要であると考えられた。

また、F6の診断をもつ者については、その障害自体の診断の定義からみても、さまざまなかたちで不適応行動を表出しやすいと考えられ、今回の結果もかなり幅広い問題行動において有意な差が認められていた。ただし、F4、F6の診断をもつ者については事例数が少ないため、解釈にあたっては今後も事例数を重ね、慎重に行っていく必要があると思われた。

4-5) 「F7. 精神遅滞」について

DSMによれば、F7の診断はⅡ軸として診

断されるものであるが、対象者の中にはF7を主診断とする者も7名含まれていた。

副診断としてF7をもつ者を含めた解析では、非常に幅広い問題行動において有意な差が認められた一方で、F7のみを主診断としてもつ者に限って分析してみると、「火の扱いに関する問題行動」、「器物に対する暴力行動」のみが有意に多い結果となっており、一般に精神遅滞をもつ者の犯罪としては放火との関連が指摘されているように、本研究によっても既存の知見を確認する結果となった。

また、性差についてはいずれの項目においても差異はみられなかったことから、F7の診断をもつ者については、性別にかかわらず、幅広い問題行動に注意を払う必要があると考えられた。

4-6) 「F8. 心理的発達の問題」について

近年、成人における発達障害の診断（副診断も含む）が重要視されており、治療的アプローチを検討するにあたって非常に有用な視点となることがある。今回の調査ではF8領域の診断をもつ者は20名であった。

一般にF8の診断をもつ者では、対人関係におけるコミュニケーション上の問題や独自のこだわり行動や思考が強くなると、適度に自己主張したり、医療機関に相談するといった適切な援助希求ができないといった特徴がある。そのため、結果として病状を悪化させたり、通院を拒否したりといった問題行動に発展してしまう可能性もあると考えられる。今回の調査でも「病状悪化に伴う問題行動」において有意に多い結果となっていたことは、そうした背景が関係していた可能性が考えられる。また、今回の結果では「通院不遵守」については女性の方が多い結果となっ

ていたが、これまでの臨床的な感覚からすると、性差に関わらず、治療の必要性に対する理解が十分になされていない者の場合には、こうしたリスクはむしろ他の診断よりも多く発生しやすいようにも思われる。したがって、F8の診断をもつ者に対しては、医療機関を単なる治療の場として考えるのではなく、生活全般の援助であったり、日常の相談ができる場所として広い視野で考えられるような意識を高めていく介入が有効であるのではないかと思われた。

5) 対象行為との関連について

対象行為と別に問題行動との関連をみてみると、暴力に関する問題行動は、対象行為が「殺人」の場合には低くなり、「傷害」の場合に多くなるという結果が得られている。一般に、対象行為が「殺人」の場合には、その行為の重大性からその対象者も暴力性が高い人物であるかのような先入観にとらわれがちかもしれないが、今回の結果はそうした先入観とは異なる結果であった。

一方で、一般的に累犯事例が多いとされている「性的暴力」や「放火」が対象行為であった場合には、やはり通院中の問題行動も「性的な暴力」や「火の扱いに関する問題」が多い結果となっており、これまでの知見を立証する結果であった。

また、「性的暴力」と「放火」についてそれぞれの特徴をみてみると、対象行為が「性的暴力」である場合には、暴力的な行動全般において、他の対象行為の場合よりも発生率が有意に高いことが特徴であった。この結果は昨年、および一昨年に引き続き、今回の調査でも同様の傾向がみられていることから、比較的安定した結果であると考えてよいと思われる。これが示していることは、性的暴力

という行為の背景には、より暴力性の高い行動が含まれているという「行為」の特徴であるのかもしれないし、あるいは衝動性のような、行為を行う者による「個人」の特性を示しているのかもしれないが、いずれにおいてもリスクマネジメントの観点からは非常に重要な視点であると思われた。

また、「放火」については、「火の扱いに関する問題」以外では、「自殺・自傷」の割合が高いことも重要な結果であった。これまでの放火研究によれば、精神障害者による放火事件では、自殺目的の放火である場合も少なくないと言われていることから、対象行為が「放火」である者のなかには「自殺・自傷」との関連の強い一群が存在すると考えられ、たとえば、通院処遇後も漠然とした希死念慮を抱いていたり、ストレスの対処方法として、放火を含め、何らかの方法で自傷行為に向いやすい者がいることを示唆しているものと思われた。

6) 問題行動の発生に関するまとめ

ここまでさまざまな結果の概要を示してきたが、その解釈にあたっては、必ずしも原因と結果というような因果関係を説明しているとは限らないこと、本データは全数調査ではないため、結果の再現性については慎重に検討すべきであることなどの限界がある。また、各指定通院医療機関の所在地や各対象者に提供している医療内容等の個別の特徴をこれらの解析結果にどのように反映させていくべきかなどといった課題も残されている。

しかし、通院処遇対象者の問題行動に関する情報を継続的に収集していくような研究は本調査がはじめてであり、対象者の属性や発生した問題行動の内容などを疾患や対象行為の側面から分析することは、クライシスプ

ランの策定にひとつの示唆を与えるだけでなく、リスクマネジメントの視点から精神保健観察を行うにあたっても有用であると思われる。

E. 結論

本研究では、医療観察法のもと全国の指定通院医療機関で処遇されている通院処遇対象者690名を対象に通院処遇の実態について調査した。

【研究Ⅰ】では、通院処遇対象者の実態について検討した。通院処遇対象者の属性は、昨年度から、入院処遇を経て通院となった移行通院者の人数が直接通院者を上回るようになり、その属性も入院処遇対象者のそれに類似したものになりつつあることがわかった。

また、対象行為と被害者の関係をみると、家族が対象行為の被害者となっている事例のうち、その約半数は対象行為後も対象者と同居しており、対象行為の被害者でありながら対象者の主たる援助者であるという複雑な立場に置かれていることがわかった。今後は、対象者のみならず、その家族も支援していくことが、ひいては対象者の再度同様の他害行為を防止し、社会復帰を促進するにあたってもひとつの有用なアプローチとなりうるものと思われる。

【研究Ⅱ】では、処遇終了となった319名について検討した。一般医療に移行した269名の平均通院継続期間は平均29.1ヶ月間となっており、法44条で定められている通院処遇期間の3年間よりも短かった。また、自殺や指定入院医療機関への再入院事例をみると、通院処遇開始から1年以内に転帰を迎えている者が有意に多くなっており、通院処遇が開始されて比較的早い時期にはとくに医療と精神保健観察の両面から十分な注意を払う必要が

あると思われた。

【研究Ⅲ】では、通院処遇中の問題行動に関して検討した。通院処遇中に何らかの問題行動が報告された者は319名で、5人に1人は医療の不遵守に関する問題行動が認められることがわかった。また、対象行為や診断分類との関連からもいくつかの有用な示唆が得られており、こうした分析を続けて行くことは、通院処遇中のクライシスプランの策定にひとつの示唆を与えるだけでなく、リスクマネジメントの視点から精神保健観察を行うにあたっても役立つものと思われる。

なお、本研究は、全国の指定通院医療機関のうち224施設における通院処遇対象者690名を対象としたものであり、全数調査には至っていないという点で限界がある。しかし、本法施行から継続してモニタリング調査を実施し、全通院処遇対象者の半数以上のデータを収集・分析しているのは、全国でも本研究だけであり、非常に重要かつ貴重な調査であるといえる。

本研究は、その対象をあくまでも研究協力に依拠しているため、今後の調査対象の拡大には自ずと限界がある。しかし、本制度を適切に運用し、本法対象者によりよい医療を提供するためにも、引き続きデータを蓄積し、通院処遇対象者の処遇の実態を明らかにしていくことが重要であり、本研究によって見出された結果や課題を全国の指定通院医療の現場にフィードバックすることにより、医療観察法による専門的医療のさらなる向上に寄与することが期待される。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 菊池安希子、長沼洋一、安藤久美子、岡田幸之：医療観察法の運用状況. Schizophrenia Frontier 12(3), 17-22, 2011

2. 学会発表

- 1) 安藤久美子、中澤佳奈子、佐野正隆、長沼洋一、菊池安希子、岡田幸之：「医療観察法指定入院医療の実態に関する調査研究」. 第7回日本司法精神医学学会大会、岡山、2011.6.4.
- 2) 中澤佳奈子、安藤久美子、長沼洋一、菊池安希子、岡田幸之：「医療観察法における対象行為と被害者との関係」. 第7回日本司法精神医学学会大会、岡山、2011.6.4.
- 3) Ando, K : Analysis of the Current Situations of Forensic Mental Health Services in Japan. Current Issues and Future Perspective of Criminal Psychiatry, 16th World Congress of the International Society for Criminology, 2011.8.5-9.
- 4) Nakazawa, K, Ando, K, Suzuki, S, Okada, T : Relationship between Victims and Objective Acts in the Medical Treatment and Supervision Act in Japan. 16th World Congress of the International Society for Criminology, 2011.8.5-9.
- 5) 安藤久美子、中澤佳奈子、長沼洋一、菊池安希子、岡田幸之：医療観察法通院処遇における問題行動のリスクファクター. 第31回日本社会精神医学会、東京、2012.3.16.

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

<謝辞>

本研究にご協力いただきました全国の指定通院医療機関のスタッフの皆様方に、心より感謝申し上げます。本来であれば、調査にご協力頂いております各指定通院医療機関名とそのご担当者様のお名前をあげてお礼申し上げますところですが、医療機関と対象者の匿名性に配慮して、伏せさせていただきます。

平成 23 年度 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Shiina A, Fujisaki M, Nagata T, Oda Y, Suzuki M, Yoshizawa M, Iyo M, Igarashi Y	Expert consensus on hospitalization for assessment: a survey in Japan for a new forensic mental health system	Ann Gen Psychiatry	8	10-11	2011
松原三郎	通院処遇の実際と問題点	Schizophrenia Frontier	12(3)	167-172	2011
松原三郎	医療観察法における通院処遇	法と精神医療	26	54-64	2011
菊池安希子, 長沼洋一, 安藤久美子, 岡田幸之	医療観察法の運用状況	Schizophrenia Frontier	12(3)	17-22	2011

