

【指定通院】・対象者や関係者間の情報交換を密にして、良好な協力関係を維持する。・積極的に家族への支援も行う。・モチベーションを高められるよう、対象者の能力やニーズに合わせた支援を提案する。・併存障害に対して心理社会的介入を継続する。・注意サインがある時は迅速にクライシスプランどおりに介入し、症状悪化時には積極的に精神保健福祉法入院を活用する。・再入院申立てに当たっては関係者間で議論して慎重に判断する。

最後に、医療観察法制度をより実効的なものに改善するために、精神保健判定医の質の向上、審判期日の開催、指定入院と指定通院の支援のギャップの克服、再入院の基準に関する議論、などの必要性を指摘した。

研究協力者（50音順）：

芦名孝一（群馬県立精神医療センター）  
新井薫（国立精神・神経医療研究センター病院）  
伊澤寛志（国立病院機構さいがた病院）  
今井淳司（東京都立松沢病院）  
梅本愛子（大阪府立精神医療センター）  
大鶴卓（国立病院機構琉球病院）  
大森まゆ（国立精神・神経医療研究センター病院）  
小澤篤嗣（神奈川県立精神医療センター一芹香病院）  
界外啓行（国立病院機構榊原病院）  
桂木正一（国立病院機構菊池病院）  
来住由樹（岡山県精神科医療センター）  
佐藤英樹（国立精神・神経医療研究センター病院）  
須藤徹（国立病院機構肥前精神医療センター）  
高橋正幸（岡山県精神科医療センター）  
竹林宏（埼玉県精神医療センター）  
土井清（国立病院機構鳥取医療センター）  
長澤淳也（長野県立こころの医療センター駒ヶ根）  
中嶋正人（国立病院機構花巻病院）

中谷紀子（国立病院機構やまと精神医療センター）  
中根潤（国立病院機構下総精神医療センター）  
西岡直也（国立病院機構久里浜アルコール症センター）  
野田哲朗（大阪府立精神医療センター）  
林田健太郎（長崎県精神医療センター）  
三澤史斉（山梨県立北病院）  
村上直人（静岡県立こころの医療センター）  
村杉謙次（国立病院機構小諸高原病院）  
村田昌彦（国立病院機構北陸病院）  
山形晃彦（茨城県立こころの医療センター）  
山口博之（国立病院機構賀茂精神医療センター）  
山畑良蔵（鹿児島県立始良病院）  
吉岡眞吾（国立病院機構東尾張病院）

#### A. 研究目的

本研究では、心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法）の対象者のうち、①入院処遇、通院処遇を経て処遇終了に至った事例（以下、処遇終了群）<sup>（\*注1）</sup>、②通院処遇

中に法61条1項による再入院申立てが行われ再入院になった事例<sup>(\*注2)</sup>、および再危害行為を起こして法42条1項による2回目の入院処遇になった事例(以下、再入院群)の2群の特徴と事例の経過を分析し、それぞれの社会復帰支援の過程における促進要因、阻害要因を抽出し、医療観察制度におけるより効果的な社会復帰支援のための達成課題を明らかにすることを旨とする。

\* (注1) この群は法による処遇をすべて経て処遇終了となった事例であり、当初審判で通院処遇(以下、直接通院)となり処遇終了となった事例、入院処遇終了と同時に処遇終了となった事例は含まない。

\* (注2) この群は全体の事例数が少なく、通院処遇における問題点を明らかにするという目的から、入院処遇から通院処遇を経て(以下、移行通院)再入院となった事例だけでなく、直接通院から再入院となった事例を含めた。

## B. 研究方法

### 1. 調査期間および対象

平成17年7月15日の法施行より平成23年12月31日までの間に処遇終了、再入院となった事例を、全国の指定入院医療機関(東京都の事例に関しては指定通院医療機関の協力も得た)から収集した。24年度は、23年度に送付済みの調査票の回収を完了し、研究対象とする事例数を、処遇終了群23例、再入院群26例(再危害行為を起こして2回目の入院処遇になった事例1例を含む)と確定した。

### 2. 調査内容

調査内容は、対象者の性別・対象行為時年齢・対象行為の概要、鑑定入院時の診断・

評価(共通評価項目の評定)、指定入院における入院日数・診断・入院経過の概要・治療プログラム・薬物療法の内容・評価(共通評価項目の評定の変化)、指定通院における通院日数・診断・通院経過の概要・通院中の通院/通所/居住/経済/就労状況・薬物療法の内容・評価(共通評価項目の評定の変化)である。さらに、処遇終了群については終了後の転帰、再入院群については再入院後診断・入院経過の概要・治療プログラム・薬物療法の内容・評価(共通評価項目の評定の変化)の記載も依頼した。

上記調査項目のうち、鑑定時・入院時・通院時の共通評価項目の評定および薬物療法の内容、通院中の経済状況・就労状況については、無回答が多かったため、集計できなかった。

### 3. 集計方法

対象行為時年齢・入院日数・通院日数・実質通院日数(=通院日数-精神保健法入院日数、後述)についてはMann-WhitneyのU検定、その他のカテゴリ変数については $\chi^2$ 二乗検定を行って、2群を統計的に比較した。解析にはSPSS Version12.0 J for Windowsを用い、両側検定で5%未満の水準を有意とした。

### 4. 分析方法

社会復帰支援過程における促進要因、阻害要因は、各調査票の入通院の経過の記載から抽出し、①疾病・障害要因、②治療要因、③地域要因、④制度要因の4つに分類した。各群の対象事例数が少なく、各要因の内容は個別性が高いもののいずれも重要であることから、すべて列挙した。

### 5. 倫理面での配慮

(1) 研究対象者の人権の擁護

各指定医療機関の診療録などから得られる情報は、連結不可能匿名化を行って提出された。研究の実施場所、各対象者の治療経過を詳細に記載した研究資料の保管場所は分担研究者の所属する施設の施設可能な場所に限定し、研究結果の報告にあたっては、対象者が特定されるおそれのある情報は公開しない形式で行い、個人情報保護に最大限に配慮することにより、対象者の人権を擁護する。

#### （2）研究対象者への不利益及び安全性

対象者に関する情報は、診療録等から後方視的に調査・集計するため、そのことによって新たに対象者へ侵襲、治療上の不利益は発生しない。

#### （3）研究内容の説明及び同意の方法

文部科学省および厚生労働省により作成された「疫学研究による倫理指針」（平成14年）によれば、本研究は、「人体から採取された資料を用いず既存資料等を用いる観察研究」であり、「研究対象者からインフォームドコンセントを受けることを必ずしも必要としない」ものであり、かつ本研究に関しては、目的を含む研究の実施についての情報は、研究報告書の刊行等により公開されるため、倫理指針の要請を満たしている。

ただし、法の対象者からは、各指定入院医療機関において、将来的に医療観察法医療に関する研究の対象となることについて、個人を特定される情報は決して公開されないという条件のもとで、包括的なインフォームドコンセントを取得している。本研究の対象者は、すべて入院処遇を経ているため、入院先の指定医療機関において、すでに説明を受け、包括的な同意は取得されて

いる。しかしながら、現在指定医療機関に再入院中の対象者については、可能な限り、各指定入院医療機関の研究協力者から本研究の内容を文書により説明し、文書による同意を取得するよう努めている。

#### （4）医学上の貢献度の予測

すでに医療観察制度が開始し7年以上経過し、同制度下の医療を受けて処遇終了となる事例ある一方で、少数ながら通院処遇中に他害行為のリスクが高まり再入院となった事例も発生している。それぞれの治療経過を分析することによって、医療観察法医療の有効性と同時に、今後改善すべき点を明らかにし、再他害行為を行わずに社会で生活していくために必要な治療やソーシャルワークがどのようなものなのか、特に再他害行為の防止という目的に対して現行の治療内容をどのように発展させていけばよいか、明らかにすることができると考える。本研究は、コストの高い医療観察法医療が社会に役立つ必要な医療となっているかどうか検証するだけでなく、より効果的な社会復帰支援モデルを提案することを目指すため、医学上の貢献度は大きいと考える。

なお本研究は、分担研究者の所属する東京都立松沢病院の倫理委員会の審議を経て、平成23年6月24日に研究実施に関する承認を得ている。

## C. 研究結果

### 1. 研究対象事例

処遇終了群の事例（表1）、移行通院からの再入院群の事例（表2）、直接通院からの再入院群の事例（表3）の性別、対象行為時年齢<sup>（注3）</sup>、精神科診断（主診断、併存障

害)は表のとおりである。

\* (注3) 個人情報保護の観点から、表には年齢層のみの記載とし、以下の平均年齢は対象行為時年齢から算出した。

## 2. 処遇終了群と再入院群の統計的比較

### (1) 社会的特徴

処遇終了群は男性16名(69.6%)、女性7名(30.4%)、再入院群は男性23名(88.5%)、女性3名(11.5%)で、うち直接通院からの再入院群8名は男性のみである(表4-1)。平均年齢は、処遇終了群37.6(±14.1)歳、再入院群は41.2(±14.6)歳(表4-2)である。男女比、平均年齢は2群間に統計的な有意差はない。

### (2) 精神科診断および平均入院処遇・通院処遇期間など

主診断<sup>(注4)</sup>に統合失調症圏が最も多い点は両群に共通しており(65.2%、80.8%)、次いで処遇終了群は気分障害(17.4%)、物質関連障害(13.0%)の順、再入院群では物質関連障害(15.4%)、気分障害(3.8%)の順に多い(表4-3)。統計的な有意差はないが、再入院群では併存障害のある事例の割合が処遇終了群(39.1%<57.7%)より高く、中でも精神遅滞の併存率が高い(13.0%<30.8%)。なお、医療観察法処遇中に主診断の変更があった事例が処遇終了群に17.4%(4例)、再入院群に19.2%(5例)認められる。

指定入院医療機関での平均入院処遇日数は、処遇終了群で481.0(±181.4)日、移行通院からの再入院群で599.3(±143.1)日と、再入院群で有意に長い(p<.05)。平均通院処遇日数は処遇終了群で851.3(±357.7)日、再入院群で614.6(±440.9)日と、処遇終了群で有意に長い(p<.05)。

また、通院処遇中の精神保健福祉法入院(以下、精神保健福祉法入院)の有無を比較すると、「入院あり」の事例が処遇終了群で34.8%、再入院群で92.3%と再入院群で有意に多い( $\chi^2=17.8$ ,  $df=2$ ,  $p<.001$ ) (表4-5)。再入院群では、再入院申立て前に精神保健福祉法入院した事例が65.4%(17例)、通院期間中ずっと指定通院医療機関で精神保健福祉法入院しており、実質的には地域処遇に移行できないまま再入院となった事例が11.5%(3例)である。実際に地域で生活していた日数(c)、すなわち通院処遇日数(a)から精神保健福祉法入院日数(b)を引いたものを実質通院日数(c=a-b)として比べてみると、その平均は処遇終了群で788.0(±378.6)日、再入院群で376.0(±361.7)日と、処遇終了群で有意に長い(p<.001)。また、各群内で(a)と(c)を月数に換算して比較した図では、処遇終了群では、36ヶ月の通院処遇期間が満了した(以下、期間満了)事例が43.5%(10例)であるため30~36ヶ月に大きなピークがあり、(a)と(c)の分布はほぼ同じ傾向を示している(表4-6、図1)が、再入院群では(a)と(c)の分布が異なり、(c)が6ヶ月以下の事例が50.0%(13名)を占めている(表4-6、図2)。

\* (注4) 処遇中に診断変更となった事例については、変更後の診断を採用している。

### (3) 対象行為

対象行為は、処遇終了群では放火(34.8%)、殺人(26.1%)・傷害(26.1%)、再入院群では殺人(42.3%)、傷害(30.8%)、放火(15.4%)の順に多く(表4-4)、それぞれの比率に有意差は認められない。

### (4) 通院処遇中の生活形態

「家族と同居」（処遇終了群 43.5%、再入院群 34.6%）、「単身生活」（同 30.4%、26.9%）、「施設入所」（同 13.0%、11.5%）の順に多い点は両群に共通しており（表 4-7）、それぞれの比率に有意差は認められない。

#### （5）通院・通所状況

通院状況は、処遇終了群で「規則的」87.0%、「概ね規則的」8.7%、「不規則」4.3%、再入院群ではそれぞれ 42.3%、23.1%、3.8%で（表 4-8）、「規則的」な通院が処遇終了群において有意に高率である（ $\chi^2=10.5$ 、 $df=2$ 、 $p<.01$ ）。再入院群では、処遇終了群には認められない「中断あり」が 15.4%、「精神保健福祉法入院継続」が 11.5%を示しており、「中断あり」は有意に高率である（ $\chi^2=3.4$ 、 $df=2$ 、 $p<.05$ ）。

通所状況は、「通所あり」が処遇終了群で 60.9%、再入院群で 65.4%を占め、処遇終了群の通所者では、「規則的」64.3%、「概ね規則的」13.0%、「不規則」14.3%、「中断あり」7.1%、再入院群ではそれぞれ 64.7%、11.5%、29.4%、0.0%（表 4-9）である。これらの比率には有意差は認められない。

### 3. 処遇終了群における社会復帰促進要因

以下は、処遇終了群の調査票の「入院経過・通院経過の概要」「処遇終了後の転帰」「自由記載欄」に記入された、医療観察法上の医療を円滑に終了し精神保健福祉法による精神科治療へ移行する上で促進的に働いたと考えられる事項を、社会復帰促進要因として抽出したものである。社会復帰促進要因は、（1）主に対象者の疾病・障害の改善に基づく要因を「疾病・障害要因」（2）主に医療関係者による治療効果に基づく要因を「医療要因」、（3）地域関係者、家族などの取り組みの成果に基づく要因を

「地域要因」、（4）医療観察制度の特性に基づく要因を「制度要因」、として分類する。さらに、処遇終了までの経過中に経験された医療観察制度の問題点として「自由記載欄」に指摘された事項を最後に挙げる。括弧内の数字は記載件数である。

#### （1）疾病・障害要因

- a. 定期的に通院・服薬し、症状が安定していた（18）
  - 病識、服薬アドヒアランスを獲得できた（10）
  - 対象行為についての内省が得られた（2）
  - 症状悪化時のサイン、対象行為に至ったプロセスを対象者自身が理解し、クライシスプラン作成にも関わった（2）
  - 病識は不十分だが、良好な信頼関係が構築されたため対象者が支援を受け入れた（4）
  - 病識は不十分だが、服薬の重要性を理解し、一定のアドヒアランスを獲得した（4）
- b. 症状悪化時の相談スキル・対処スキルが向上した（3）
- c. 物質関連障害についての取り組みがきちんとできた（断酒、違法薬物使用の中止など）（2）
- d. 生活能力が高く、就労という目標があったため、治療のモチベーションが高かった（2）
- e. 疾病が重く症状悪化もあったが、他害行為を起こさなくなった（2）

#### （2）医療要因

- a. 指定入院における取り組み
  - 家族に対する疾病教育などの介入を行った（5）
  - 薬物療法、および疾病教育などの心理社会的介入が有効だった（4）

- 物質乱用の問題をきちんと評価・介入し、対応方法を検討した (3)
  - 症状悪化時の注意サイン、シナリオをきちんと把握してクライシスプランを作成した (1)
- b. 指定通院における取り組み
- 対象者と支援者間で良好な関係を構築できた (6)
  - 家族に対する面接、心理教育などの支援を行った (6)
  - 再発防止のために、対象行為が性犯罪の事例、物質関連障害の併存がある事例、対象行為への内省に乏しい事例、対人関係スキルの低い事例などに、通院中もその問題に対する治療プログラムを継続した (5)
  - 通院処遇の内容を対象者の能力やニーズに沿ったものにした (依存症専門クリニックへの導入、通所の適否や頻度、通所先、就労支援など) (4)
  - 精神保健福祉法入院を危機介入の手段としてうまく活用した (4)
  - クライシスプランどおりの危機介入がなされた (1)
- (3) 地域要因
- a. 地域連携に関して
- 関係機関が地域処遇に対して協力的で、手厚い支援が提供できた (13)
  - 濃厚な支援を必要とする事例のため、処遇終了後も指定通院と同様の支援を継続できるようにした (3)
- b. 家族の協力が得られた (2)
- c. 対象者に個人的に関わっていた第三者 (宗教関係者など) の協力があつた (2)
- d. 遠方の指定入院先から直接退院してきた事例では、地域処遇への導入が困難なため、指定通院機関での精神保健福祉法入院による治療関係構築が有効だった (2)
- (4) 制度要因
- 特に地域処遇において、しっかりと治療や支援の枠組みが決まっていることが必要かつ有効な対象者だった (2)
- (5) 処遇終了群において経験された医療観察制度の問題点
- a. 通院処遇への移行の適否の問題
- 指定入院中に診断が見直され、本来観察法対象とならない障害の対象者にもかかわらず指定通院となり (4)、そのため、地域支援を行ったものの、処遇終了まで支援者はその必要性に疑問を感じていた (2)
  - 生活能力、自立度の高い対象者だったため、支援の手厚さが治療継続に阻害的になり、指定通院よりも精神保健福祉法通院の方が適切と思われた (1)
- b. 処遇終了の適否の問題
- 指定通院先が遠方で通院が困難なため、治療の継続性の観点から最寄りの医療機関への転医が望ましいとの判断で早期に処遇終了となった (3)
  - 指定通院の体制でも地域処遇の継続が困難で、精神保健福祉法入院が繰り返されたため、長期の精神保健福祉法入院が望ましいとされ、満期前に処遇終了となった (1)
  - 指定通院中に精神保健福祉法入院を繰り返しており、通院期間延長あるいは再入院が望ましいと考えられたが、そのまま期間満了となった (1)
- c. 処遇終了の審判期日に関する問題

処遇終了時に審判期日が開催された方がその後の治療継続への動機づけになると考え、満期前に申し立てたが、審判期日が開催されなかった（1）

d. 処遇終了後の支援体制に関する問題

- 期間満了となったが、引き続き手厚い支援を継続する必要がある、地域関係者・医療関係者の負担が指定通院と変わらない（3）
- 処遇終了後、最寄りのため対象行為前の通院先への転医を依頼したが、医療観察法対象者であることから円滑に進まなかった（1）

e. その他

- 医療観察法の対象者であるということで、地域資源の利用が限られた（1）

#### 4. 再入院群における社会復帰阻害要因

以下、再入院群の調査票の「入院経過・通院経過の概要」「処遇終了後の転帰」「自由記載欄」に記入された、通院処遇中に再び他害行為に至る可能性が高まり再入院に至った過程で対象者の社会復帰に阻害的に働いたと考えられる事項を、社会復帰阻害要因として抽出したものである。社会復帰阻害要因は、（1）主に対象者の疾病・障害の悪化などに基づく要因を「疾病・障害要因」（2）主に医療関係者の治療の取り組みの問題に基づく要因を「医療要因」、（3）地域関係者、家族などの取り組みの問題に基づく要因を「地域要因」、（4）医療観察制度の特性による困難に基づく要因を「制度要因」、として4つに分類する。なお、括弧内は、実質通院期間が6ヶ月以下だった事例の記載数/再入院群全体の記載数である。最後に、再入院までの経過中に経験された医療観察制度の問題点として

「自由記載欄」に指摘された事項を挙げる。

#### （1）疾病・障害要因

- a. 症状が悪化し、地域での支援を拒否した（10/20）
- 病識・治療意欲・服薬アドヒアランスなどが不十分で、服薬が不規則あるいは中断となり症状が悪化した（5/13）
  - 違法薬物を使用して症状が悪化した（1/3）
  - 退院（2）・転院（指定通院医療機関での精神保健福祉法入院）（2）による環境の変化がストレスとなり症状が悪化した（4/4）
- b. 併存障害により、他害行為の再発の可能性が高まった（4/6）
- パーソナリティの偏りや発達障害により対人トラブルが起こった（2/4）
  - 精神遅滞のためにストレス耐性が低く怒りや衝動のコントロールが困難だった（2/2）

#### （2）医療要因

- a. 指定入院の取り組みにおける問題
- 保護的な入院環境下では、ストレス因の特定、症状悪化時のサインなどの評価に限界があり、十分把握できなかった（2/4）
  - 症状コントロールが不十分、あるいは治療課題が未達成のまま通院に移行した（2/3）
  - 精神遅滞、発達障害に対する心理教育的介入が困難だった（3/3）
  - 指定入院中に物質使用障害を把握できず、再使用防止の教育をしなかった（1/2）
  - クロザピン使用・ECTが必要だったが、実施できない入院医療機関だった（1/2）
  - 疾病教育により病識・服薬コンプライアンスの確立、疾病受容に至らなかった（0/2）

- 入院中にクライシスプランが作成されていなかった (1/1)
- b. 指定通院の取り組みにおける問題
  - 症状悪化の注意サインがあったにもかかわらず、介入が遅れた (2/5)
  - クライシスプラン、地域処遇実施計画書に沿った介入をしなかった (2/3)
  - パーソナリティ障害、発達障害併存例に対して、地域での治療や支援が困難だった (2/3)
  - (直接通院事例に対して) 疾病教育を十分行えなかった (0/1)
  - 違法薬物の使用について地域で把握できなかった (1/1)
  - 対象者の希望に応じて遠隔地への外泊許可を繰り返し、行動観察ができなくなった (0/1)
- (3) 地域要因
  - a. 地域連携に関して
    - 遠方の入院先だったため、地域連携構築が不十分なまま退院となり、精神保健福祉法入院を介在させたが、治療関係や支援体制がうまく構築できなかった (3/4)
    - 指定通院先が当初より受け入れに消極的だった (1/1)
    - 地域関係者の協力関係・情報共有がうまく機能しなかった (2/4)
    - 地域連携支援体制が不十分あるいは地域処遇が緩かったため、危機介入が遅れた (1/2)
  - b. 家族との協力関係の構築や家族内の問題への介入が困難だった (1/5)
  - c. 見守り強化のためのデイナイトケアへの通所が対象者の負担となった (1/1)
- (4) 制度要因
  - a. (直接通院からの再入院事例で) 当初審判の通院決定にそもそも無理があった (2/2)
  - b. 指定入院と指定通院の間に支援の手厚さのギャップがあることが、地域処遇への移行にあたって対象者のストレス因になり、通院処遇後短期間で症状が悪化した (2/3)
  - c. 遠方の入院先からの通院への移行時に、情報伝達や地域支援体制の構築を十分行うことが困難だった (3/4)
  - d. 濃厚な医療的支援や症状モニタリングが必要な重症の対象者を、医療観察法の通院処遇によっても地域で支えきれなかった (1/1)
- (5) 再入院群において経験された医療観察制度の問題点
  - a. 再入院申立ての問題
    - どのような場合に再入院を申し立てるか明確な基準がなく、申立てが保護観察所の裁量に委ねられていることに疑問を感じる (例：明らかな他害行為の再発可能性がないのに、精神保健福祉法入院後すぐに再入院申立てとなった (2/2) / 新たな刑事手続きが必要な他害行為が起こったのに、そのまま再入院申立てになった (0/1) / 自殺企図を理由とした再入院が再鑑定なしに決定された (1/1) / 指定通院医療機関や鑑定人が通院処遇継続がのぞましいとしたが、社会復帰調整官が強く再入院を主張した (0/1)、など)
    - パーソナリティ障害、発達障害、精神遅滞が他害行為の主要因であるのに再入院となったことに疑問を感じる (1/1)
  - b. 再入院における治療の問題
    - 2度目の指定入院となった移行通院から



の対象者は再入院に拒否的であることが多く、治療関係の構築が一層困難になる（2/4）

- 再入院に特化した治療プログラムがないため、2度目の指定入院の対象者にも、その課題に応じて当初入院と同じものを繰り返すことが多くなり、医療スタッフも取り組みに困難を感じている（0/1）

#### D. 考察

##### 1. 処遇終了、再入院となった対象者全体に対する本研究対象者数の比率

裁判所の司法統計によると、平成17年～23年末までの医療終了（処遇終了）決定を受けた対象者数は214名、再入院決定を受けた対象者数は28名である（表5）。

本研究の処遇終了群は23名で、すべて指定入院からの移行通院後の処遇終了事例である。医療終了決定を受けた214名の中には、直接通院後の処遇終了事例も含まれておりその比率が不明であること、また期間満了の事例は審判を経ないため含まれていない<sup>（注5）</sup>ことから、本研究の処遇終了群が移行通院後の処遇終了事例に占める割合は不明である。

本研究の再入院群26名のうち、1名は再他害行為を起こして法42条1項による2回目の入院処遇になった事例で、再入院決定人数には含まれないため、本研究の再入院群は、再入院決定を受けた対象者の89.3%（25/28）を占めている。したがって、再入院群に関するデータは概ね再入院となった対象者全体の傾向を反映していると考えられる。

\*（注5）東京保護観察所社会復帰調整官室の統計資料によれば、平成23年10月31

日までの全国の精神保健観察の終結事例数は、期間満了が227名、処遇終了決定が205名で、ほぼ半々となっている。

##### 2. 処遇終了群と再入院群の比較から

対象者の男女比、平均年齢、精神科診断において、両群には統計的な有意差を認めないが、再入院群では女性の割合（11.5% < 処遇終了群 30.4%）が低く、併存障害のある割合（57.7% > 処遇終了群 39.1%）、特に精神遅滞の併存率が高い（30.8% > 処遇終了群 13.0%）。対象者全体に女性の占める割合は20～25%であることを考えると、女性より男性において再入院率が高い傾向がある。精神遅滞の対象者は、医療観察法医療の特徴である疾病教育などの学習効果が限定的で、ストレスコーピングや衝動性の問題のある事例が多く、地域支援が困難であることが予想される。また、物質関連障害の併存率が処遇終了群で26.0%、再入院群で30.8%といずれも高いが、後述のように、入院中から物質関連障害をきちんと診断し、入院・通院を通じて継続的に介入したかどうか、が地域処遇の成否を分けている。

平均入院処遇日数は再入院群で有意に長く（ $p < .05$ ）、処遇終了群より指定入院中の治療課題の達成に時間を要した事例、すなわちもともと医療、社会復帰支援などで困難な点のあった事例が多いことが推測される。また通院処遇中、再入院群では、通院状況が「規則的」だった率が有意に低く（ $p < .01$ ）、通院処遇中の精神保健福祉法入院率が有意に高く（ $p < .001$ ）、平均通院処遇日数、平均実質通院日数のいずれも有意に短い（ $p < .05$ 、 $p < .001$ ）。これは、処遇終了群が一定期間地域で安定して生活し、特に

43.5%が期間満了となった事例であること、反対に再入院群が症状悪化により精神保健福祉法入院での対応も困難と判断されて再入院となった事例であることから、予想できる結果である。ここではむしろ、再入院群で実質通院期間が6ヶ月未満の事例が50.0% (13名)、通院処遇中ずっと精神保健福祉法入院で経過した事例が11.5% (3名) である点が重要である。

### 3. 社会復帰促進／阻害要因の検討

#### (1) 疾病・障害要因

処遇終了群では「定期的に通院・服薬し症状が安定していた」こと (18)、再入院群では「病識・治療意欲・服薬アドヒアランスが不十分で、服薬が不規則あるいは中断となり症状が悪化した」こと (13) が最も多く挙げられており、適切な薬物療法の選択と服薬アドヒアランスの確立により、精神症状の安定を維持することが最も重要であることは明らかである。統合失調症の対象者に対しては、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おり、処遇終了群の中には、「病識・服薬アドヒアランスを獲得した」(10) だけでなく、「対象行為についての内省が得られ」(2)、「対象行為に至ったプロセスを理解してクライシスプランの作成にも関わる」(2) など、高い水準の治療効果を得て、地域処遇の間ずっと症状が安定していた事例もある。しかし、病識や服薬アドヒアランスの獲得が困難な事例も多く、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ための丁寧な個別の心理社会的介入が必要である。

ただ、病識、あるいは服薬アドヒアラン

スが不十分で、時に症状が悪化することがあっても、「良好な治療関係の中で支援を受け入れることができた」(4)、「症状悪化時の相談スキル・対処スキルを獲得した」(3)、「他害行為を起ささなくなった」(2) など、対象者が支援に対して肯定的・積極的になり、症状悪化時に支援者の介入を受け入れるようになることによって処遇終了に至った事例も少なくない。十分な病識と服薬アドヒアランスを確立し、対象行為に対する内省を得ることは重要ではあるものの、退院あるいは処遇終了に向けての治療目標設定は、それぞれの対象者の症状、パーソナリティ、知的水準など個別の状況に応じて異なるものであってよいと考える。

上記のとおり、併存障害の比率は両群において高いが、処遇終了群では「物質関連障害についての取り組みがきちんとできた」

(2) ことが社会復帰促進要因として挙げられ、反対に再入院群では「違法薬物を使用して症状が悪化した」(3)り、「パーソナリティの偏りや発達障害による対人トラブル」

(4)、「精神遅滞によるストレス耐性の低さ、怒りや衝動コントロールの困難」(2) が阻害要因として挙げられており、精神障害の治療と同時に、併存障害をコントロールするための介入・支援が必要であることがわかる。ただ、医療観察法医療だからといって、これらの併存障害に対する特別な治療戦略があるわけではなく、一般精神医療の現場と同様、対応が困難であることには変わりはない。全国の指定入院医療機関における過去の取り組みに基づいて、パーソナリティ障害、精神遅滞、発達障害それぞれの併存例に対する治療プログラムを共同で開発する試みが必要なのは

ないかと考える。

## （2）医療要因

処遇終了群では、「薬物療法および疾病教育などの心理社会的介入が有効だった」（4）、「物質乱用の問題をきちんと評価・介入し、対応方法を検討した」（3）、「通院中も（対象者個別の）問題に対する治療プログラムを継続した」（5）、「通院処遇の内容を対象者の能力やニーズに沿ったものにした」（4）などが挙げられている。反対に再入院群では、「症状コントロールが不十分、あるいは治療課題が未達成のまま、通院に移行した」

（3）、「クロザピン使用・ECTが必要だったが実施できない入院医療機関だった」（2）、「疾病教育により病識・服薬コンプライアンスの確立、疾病受容に至らなかった」（2）、「精神遅滞、発達障害への心理教育的介入が困難だった」（3）、「指定入院中に物質使用障害を把握できず、再使用防止の教育をしなかった」（2）、通院中に「（直接通院事例に対して）疾病教育を十分行えなかった」

（1）、「パーソナリティ障害、発達障害併存例に対する治療や支援が困難だった」（3）、「薬物使用を把握できなかった」（1）などが阻害要因として挙げられている。

特に、再入院群のうち、実質通院期間が6ヶ月未満の事例における疾病・障害要因、医療要因を見ると、病識や服薬アドヒアランスの問題（5）だけでなく、併存障害に基づく地域処遇の困難さ（5）、そして退院・転院（指定通院医療機関での精神保健福祉法入院）という環境変化のストレス（4）などの指摘がほぼ同数あり、入院中の治療課題が達成できていない、あるいは併存障害への介入やストレス因の十分な把握など、入院中に達成することが困難な問題がある

場合、短期間のうちに再入院になりやすい傾向が明らかに認められる。したがって、指定医療機関では、各対象者の治療課題やニーズをきめ細かく評価し、それに基づいて適切な薬物療法、治療プログラム、ていねいなケースワークを実施することが不可欠であり、治療課題が未達成のまま通院に移行することは極力避けなければならない。特に治療反応性を判断する上で、指定入院医療機関では現時点での精神科治療の手段を尽くすことが求められるため、クロザピンが使用できる体制を整えることが望ましい。

しかしながら、「保護的な入院環境下では、ストレス因の特定、症状悪化時のサインなどの評価に限界があり、十分把握できなかった」（4）という指摘が複数あり、指定入院中にすべての治療課題を達成するのは困難な事例があることも事実である。また、特に物質関連障害は通院での治療が主体となるべき障害であり、他の併存障害は心理社会的介入に長期間を要する上、治療反応性が限定的である場合も多く、「パーソナリティ障害、発達障害、精神遅滞が他害行為の主要因であるのに再入院となったことに疑問を感じる」（1）という声もある。

通院中の症状悪化時の対応について、処遇終了群では、「症状悪化時の注意サイン、シナリオをきちんと把握してクライシスプランを作成した」（1）、「クライシスプランどおりの危機介入がなされた」（1）、「精神保健福祉法入院を危機介入の手段としてうまく活用した」（4）ことが挙げられ、再入院群では、「入院中にクライシスプランが作成されていなかった」（1）、「症状悪化の注意サインがあったにもかかわらず、介入が

遅れた」(5)、「クライシスプラン、地域処遇実施計画書に沿った介入をしなかった」

(3)、「対象者の希望に応じて遠隔地への外泊許可を繰り返し、行動観察ができなくなった」(1)ことが挙げられている。地域処遇中の症状悪化時にできるだけ早期の介入ができるよう、入院中に症状悪化時の注意サインやシナリオを把握して有効なクライシスプランを作成し、地域処遇実施計画にその内容を反映させること、そして地域処遇の関係者には、対象者とクライシスプランを共有しながら必要な見直しを行い、注意サインが出ている時にはできるだけ迅速にプランどおりに介入して、さらなる症状悪化や他害行為の再発防止に努めることが求められる。

処遇終了群では、入院で「家族に対する疾病教育などの介入」(5)、通院で「家族に対する面接、心理教育などの支援」(6)を行った事例が多く、反対に再入院群では、地域要因の中に、「家族との協力関係の構築や家族内の問題への介入が困難だった」(5)ことが阻害要因として挙げられている。特に退院後自宅で家族と同居するなど家族の援助が得られる場合は、地域処遇を円滑に進めるために家族への疾病教育や積極的な支援を行うことも重要である。

### (3) 地域要因

処遇終了群では、促進要因として「関係機関が地域処遇に対して協力的で、手厚い支援が提供できた」(13)ことが最も多く挙げられており、「家族の協力」(2)、「対象者に個人的に関わっていた第3者の協力」(2)なども記載も見られる。その上で「濃厚な支援を必要とするため、処遇終了後も指定通院と同様の支援を継続できるようにした」

(3)事例もある。反対に再入院群では、地域支援体制・連携の構築が不十分だったことが阻害要因となっており、その理由として「指定入院が遠方だった」(4)ことが最も多く挙げられている。遠方の入院先からの退院の場合、緩やかな地域処遇への移行および対象者と通院先・地域関係者との関係構築の目的で、退院後に短期間の精神保健福祉法入院を介在させることがある。処遇終了群ではこの方法が「有効だった」(2)という指摘がある一方、再入院群ではそれでも「治療関係や支援体制がうまく構築できなかった」(4)、「情報伝達を十分行うことが困難だった」(4)ことが地域要因、制度要因、双方に挙げられており、さらに「転院による環境の変化がストレスとなり症状が悪化」(2)し、通院処遇中ずっと精神保健福祉法入院のままだった事例もある。

地域の関係機関の積極的な協力を得ることが通院処遇における支援の質を決定するため、入院早期からCPA会議を定期的に実施し、外出・外泊などの機会に対象者、入院医療機関関係者、地域関係者の間で緊密に情報交換を行って、しっかりとした地域支援体制の構築に努めることが不可欠である。実際、再入院群のうち、実質通院期間が6ヶ月以下だった事例では、「地域連携構築が不十分なまま退院となった」(3)、「当初より指定通院医療機関が受け入れに消極的だった」(1)、「地域関係者の協力関係や情報共有がうまく機能しなかった」(2)、「クライシスプラン、処遇実施計画書に沿った危機介入をしなかった」(2)といった指摘が多く、通院処遇開始後の地域の取り組みが不十分であると、地域処遇が短期間しか続かず再入院になりやすいのであろう。し

かし、入院先が帰住地から遠い場合、CPA 会議を開催や外出・外泊時に地域関係者と会う機会を作るといったことを頻繁に行うことができないため、対象者にとっても地域関係者にとっても、退院後の地域生活のイメージや支援体制が作れないまま、退院になってしまう。また、遠方の入院先では、対象者の帰住地への外泊や CPA 会議への地域関係者の参加に伴うコストの負担も大きい。指定入院中の転院は入院期間を長期化させるというデメリットがあるものの、入院先が遠方の場合、地域処遇への円滑な移行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であろう。また、近くに指定入院医療機関がない場合には、早期に通院処遇に移行し、帰住地に近い指定通院医療機関での精神保健福祉法入院を介して社会復帰をめざす、という選択肢もあってよいのではないかと考える。

地域処遇中、見守りを強化する目的で通所施設の利用頻度を高くすることが多いが、再入院群では、そのための「デイナイトケアへの通所が対象者の負担」(1) となり症状悪化をもたらした事例がある。一方、処遇終了群では、生活能力が高く就労希望のあった対象者に就労支援を行ったため、「治療のモチベーションが高かった」(2) ことが社会復帰促進要因となっており、地域処遇においても、対象者の能力やニーズに合わせた支援を行うことが、社会復帰・社会参加を進める上で重要である。

#### (4) 制度要因

処遇終了群では、「特に地域処遇において、しっかりと治療や支援の枠組みが決まっていることが必要かつ有効だった」(2) こと

が挙げられているが、これはおそらく処遇終了に至った多くの対象者に当てはまることであろう。実際、既に処遇終了群で指摘された社会復帰促進要因は、いずれも医療観察制度自体によってもたらされたものであると言える。

再入院群のうち、制度要因が指摘されている事例のほとんどは実質通院期間が6ヶ月以下の事例(8/10)である。地域処遇への円滑な移行ができなかった理由として重要と思われるのは、「指定入院と指定通院の間に支援の手厚さのギャップがあること」である。指定入院中、長期間、非常に保護的でケア密度の高い環境で生活していた対象者、特にストレス脆弱性の高い対象者にとっては、地域処遇への移行に伴う生活環境、ケア密度の変化そのものが症状悪化の原因になり得る。特に入院先が遠方で外泊訓練や地域関係者との情報交換、関係構築などが十分に行われていない状況で退院すると、さらにそのギャップは大きくなってしまふ。それだけではなく、「濃厚な医療的支援や症状モニタリングが必要な重症の対象者を医療観察法の通院処遇によっても地域で支えられなかった」(1) という指摘もあり、医療・支援におけるマンパワーの面で、指定入院と指定通院には歴然とした差がある。このギャップを小さくしていくためには、一方で、指定通院医療機関が通院医療・地域支援（特にマンパワー）の充実を図ることができるような行政の配慮、特に財政的な措置が必要であるが、指定入院医療機関でも、地域における対象者のストレス因や治療アドヒアランスの評価を十分に行うために、外出・外泊の機会をもっと増やせるよう入院処遇ガイドラインを改訂

する必要があるのではないかと考える。また、現在も指定通院医療機関における精神保健福祉法入院を介在させる工夫はなされているが、対象者の地域生活への移行をより円滑に行うためには、入院中によりセキュリティレベルが低く、地域生活に近い環境セッティングが必要であり、そのために、指定入院と指定通院の間に、一定の基準を満たす指定通院機関への入院ができるしくみを医療観察制度として考えていく必要があるのではないかと考える。それによって「遠方への入院」に伴う問題も解決できると同時に、指定入院における治療の一部を指定通院医療機関が担うことが、医療観察法医療のストラテジーを一般精神医療の現場に広げていくことにつながるであろう。

#### 4. 処遇終了群・再入院群において経験された医療観察制度の問題点

処遇終了群・再入院群それぞれにおいて、社会復帰促進／阻害要因としてではないが、事例を通して経験された医療観察法制度の問題点がいくつか指摘されている。

##### (1) 審判に関する問題

まず、当初審判での判断に対する疑義である。医療観察法鑑定で統合失調症と診断されて指定入院となった事例の中で、入院中に精神科診断が変更される事例が多いことは関係者間ではよく知られている（本研究でも処遇終了群の17.4%、再入院群の19.2%で主診断が変更）。特に、入院中にパーソナリティ障害、精神遅滞など、本来観察法の対象とならない障害の対象者がそのまま通院処遇になると、「処遇終了まで支援者はその必要性に疑問を感じ」（2）続けながら支援をすることになる。また、直接通院となってすぐに地域処遇が困難になり再

入院となった事例の中には、「当初審判の通院決定にそもそも無理があった」（2）ものもある。当初審判で適切な決定ができなかった理由は、何よりもまず医療観察法鑑定の判断に問題があったということであり、鑑定人すなわち精神保健判定医の一層の質の向上が求められる。

次に通院処遇への移行、あるいは処遇終了の適否の判断に関するものである。処遇終了群の中に、「生活能力、自立度が高く、支援の手厚さが治療継続に阻害的」である

(1)、「指定通院先が遠い」（3）など、医療観察法による通院処遇が治療継続に阻害的であると考えられたため、早期に処遇終了となった事例が認められる。これは地域処遇ガイドラインにおける処遇終了の基準にはあたらぬものの、現実的には対象者が継続的に医療を受けることのできる一定の条件が整っていれば、退院申し立て時、あるいは通院処遇早期に処遇終了とすることも必要な場合があるだろう。

さらに、審判期日について、審判期日が開催された方がその後の治療継続への動機づけになると考え、満期前に処遇終了を申し立てたが、審判期日が開催されなかった」

(1)との指摘がある。多くの地域で、処遇終了だけでなく退院許可の審判期日が開催されない傾向があるが、対象者が自己の法的立場を理解し、治療の動機づけを強化する上で審判期日が開催される意義が大きいため、裁判所に開催を積極的に働きかけていく必要がある。

##### (2) 再入院申立てに関する問題

再入院群において、「どのような場合に再入院を申し立てるか明確な基準がなく、申立てが保護観察所の裁量に委ねられてい

る」(4)、「パーソナリティ障害、発達障害、精神遅滞が他害行為の主要因であるのに再入院となった」(1)、処遇終了群でも「指定通院中に精神保健福祉法入院を繰り返しており、通院期間延長あるいは再入院が望ましいと考えられたが、そのまま期間満了となった」(1)など、再入院申立て、あるいは再入院（とならない）決定における基準のあいまいさが指摘されている。再入院群では症状悪化時の危機介入としてまず精神保健福祉法入院している事例が65.4%、通院処遇中ずっと精神保健福祉法入院の事例が11.5%であるが、精神保健福祉法入院することなく再入院申立てとなっている事例もあり、どのような場合に、どの時点で再入院申立てをするかという点について、関係者が共有している基準はない。今後、通院処遇の事例は増加していくため、精神保健判定医、指定医療機関関係者、保護観察所、裁判所の間で、再入院に関して議論していく必要があると考える。

### (3) 再入院における治療の問題

再入院後の経過に関する記載を見ると、移行通院からであれ、直接通院からであれ、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。対象者にとって指定入院は自己の自由の制限度が高い処遇であるため、特に地域処遇の関係者は、通院における医療、地域支援、危機介入をきちんと行って、再入院となる事態を避けるためのあらゆる努力をしなければならない。危機介入目的の精神保健福祉法入院直後に再入院申立てとなった事例もあり、医療者は社会復帰調整官と協議しながらできるだけ精神保健福祉法入院によって問題を解決

する手段を講じることが求められる。

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課題を適切に評価し、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。しかし実際には、初回入院時の治療があまり有効でなかったために再入院となった事例に対して特別な治療プログラムがあるわけではなく、「当初入院と同じものを繰り返すことが多くなり、医療スタッフも取り組みに困難を感じている」(1)という声がある。

### (4) 「医療観察法対象者」というスティグマの問題

処遇終了群では、地域関係者の理解と協力を得られたことで処遇終了に至った事例が多かったものの、「処遇終了後に最寄りのため対象行為前の通院先への転医を依頼したが、医療観察法対象者であることから円滑に進まなかった」(1)、「医療観察法対象者ということで、地域資源の利用が限られた」(1)という指摘があり、地域処遇を進める過程で「医療観察法対象者」というスティグマが問題となることもあるようである。手厚い地域のサポートを受けながら、多くの対象者が再び他害行為を行うことなく社会復帰を果たしている実情を、積極的に地域精神保健関係者に伝えていく努力も必要であろう。

## E. 結論 —より有効な社会復帰支援のための達成課題および問題提起

以上の考察をもとに、医療観察制度におけるより有効な社会復帰支援を実現するた

めに、指定入院、指定通院において達成しておくべき課題と、今後、医療観察制度をより実効的なものに改善するための問題提起を以下にまとめる。

### (1) 指定入院における達成課題

- ・適切な薬物療法の選択と治療コンプライアンスの確立により、対象者の精神症状の安定を維持する。指定入院医療機関では現時点での精神科治療の手段を尽くすことが求められるため、各施設でクロザピンが使用できる体制を整えていく必要がある。
- ・疾病理解を通して服薬アドヒアランスや病識を獲得するだけでなく、真の疾病受容に至ることができるよう、丁寧な個別の心理社会的介入によって、対象者の内面的なプロセスを促していく。
- ・退院あるいは処遇終了に向けての治療目標は、それぞれの対象者の症状、パーソナリティ、知的水準などに応じて、個別の達成可能なものとする。
- ・かりに病識や服薬アドヒアランスが不十分であっても、対象者が医療・支援に対して肯定的に受けとめ、症状悪化時に自ら医療者・支援者の介入を受け入れられるような治療関係を構築し、対象者の相談スキルを向上させることによって、治療コンプライアンスを高める。
- ・併存障害のある対象者には、精神病性障害だけでなく必ず併存障害の評価・介入・支援を行う。物質関連障害だけでなく、パーソナリティ障害、精神遅滞、発達障害それぞれの併存事例に対する過去の取り組みをもとに、指定医療機関が共同で治療プログラムを開発することが望ましい。

- ・地域処遇中の症状悪化時にできるだけ早期の介入ができるよう、入院中に症状悪化時の注意サインやシナリオを把握して有効なクライシスプランを作成し、退院時の地域処遇実施計画にその内容を反映させる。
- ・地域処遇に家族の協力が得られる場合、入院中から積極的に家族への疾病教育や支援を行う。
- ・入院の早い段階から CPA 会議を定期的開催し、外出・外泊などの機会に対象者、入院医療機関関係者、地域関係者の間で緊密に情報交換を行って、入院中から地域支援体制を構築する。地域処遇への円滑な移行のために、入院先が遠方の場合、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。帰住地近くに指定入院医療機関がない場合には、早期に通院処遇に移行し、帰住地に近い指定通院医療機関での精神保健福祉法入院を介して社会復帰をめざすことも考慮する。

### (2) 指定通院における達成課題

- ・通院処遇が開始する前に決めた地域支援の枠組みを維持しながら、対象者や関係者間の情報交換を密にして、良好な協力関係を築く。
- ・遠方の入院先であるために、退院前に十分な地域支援体制が整えられていない場合、円滑に地域処遇に移行できるよう、できるだけ精神保健福祉法入院を活用する。
- ・地域処遇を円滑に進める上で必要な場合は、積極的に家族への支援も行う。
- ・対象者のモチベーションを高められるよう、通所、就労支援などについては対象者の能力やニーズに合わせた支援を提案



し、特に併存障害のある対象者に対しては、手厚い心理社会的な援助を実施する。

- ・対象者とクライシスプランを共有しながら必要な見直しを行い、注意サインが出ている時にはできるだけ迅速にプランどおりに介入して、さらなる症状悪化や他害行為の再発防止に努める。症状悪化時には積極的に精神保健福祉法入院を活用して早期に改善を図ることに努め、精神保健福祉法入院で症状が改善しない場合であっても、対象者にとって指定入院は自己の自由の制限度が高い処遇であるため、再入院申立てに当たっては地域処遇の関係者間で議論して慎重に判断することが望ましい。

### （3）医療観察制度をより実効的なものに改善するための問題提起

- ・審判における対象者の処遇決定がより適切に行われるよう、精神保健判定医の質の向上が求められる。
- ・対象者が自己の法的立場を理解し、治療への動機づけを強化する上で審判期日の果たす役割が重要であるため、裁判所に審判期日の開催を積極的に働きかけていく。
- ・指定入院と指定通院の間にある支援の手厚さのギャップを改善するために、
  - ・指定通院医療機関が通院医療・地域支援（特にマンパワー）の充実を図ることができるよう行政の配慮、特に財政的な措置が必要である。
  - ・地域における対象者のストレス因や治療アドヒアランスの評価を十分に行うために、指定入院中の外出・外泊を増やせるよう、入院処遇ガイドラインを

改訂する。

- ・地域生活への移行をより円滑に行うために、指定入院と指定通院の間に、一定の基準を満たす指定通院機関への入院ができるしくみを考える。
- ・今後増えていくと予想される再入院について、
  - ・安定した地域処遇に至らない状況が持続する場合、（いつまで）精神保健福祉法入院を継続するのか、（どのタイミングで）再入院申立てをするのか、あるいは満期時に終了とするのか、関係者が共有できる判断基準を設定するために、精神保健判定医、指定医療機関関係者、保護観察所、裁判所の間で議論する必要がある。
  - ・2回目の指定入院の場合、できるだけ早期の社会復帰を目ざせるよう、再入院における評価や治療のあり方についても議論する必要がある。
- ・多くの対象者が再び他害行為を行うことなく社会復帰を果たしている実情を積極的に地域精神保健関係者に伝え、対象者に対するスティグマティゼーションを是正する。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

なし

### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

【表 1：処遇終了群】

|    | 性別 | 対象行為<br>時年齢 | 対象行為     | 主診断                      | 併存障害                |
|----|----|-------------|----------|--------------------------|---------------------|
| 1  | 男  | 20代         | 傷害       | 統合失調症                    | 多剤乱用<br>中等度精神遅滞     |
| 2  | 男  | 20代         | 放火       | 統合失調症                    | なし                  |
| 3  | 男  | 20代         | 強制わいせつ未遂 | 統合失調症                    | なし                  |
| 4  | 男  | 20代         | 強姦       | 統合失調症                    | なし                  |
| 5  | 男  | 30代         | 強制わいせつ   | 統合失調症                    | 軽度精神遅滞<br>パーソナリティ障害 |
| 6  | 男  | 30代         | 傷害       | 統合失調症→躁病                 | なし                  |
| 7  | 男  | 30代         | 傷害       | 薬物による遅発性精神病性<br>障害→気分変調症 | パーソナリティ障害<br>処方薬依存症 |
| 8  | 男  | 30代         | 殺人       | 統合失調症                    | なし                  |
| 9  | 男  | 40代         | 傷害       | 統合失調症                    | なし                  |
| 10 | 男  | 40代         | 放火       | アルコールによる精神病性障害           | アルコール乱用             |
| 11 | 男  | 40代         | 殺人未遂     | 統合失調症                    | なし                  |
| 12 | 男  | 40代         | 傷害       | 統合失調症                    | なし                  |
| 13 | 男  | 50代         | 殺人未遂     | うつ病                      | 強迫性障害               |
| 14 | 男  | 50代         | 放火未遂     | 統合失調症                    | アルコール乱用             |
| 15 | 男  | 60代         | 殺人未遂     | 統合失調症                    | なし                  |
| 16 | 男  | 70代         | 放火       | 統合失調症                    | なし                  |
| 17 | 女  | 20代         | 殺人未遂     | 統合失調症                    | なし                  |
| 18 | 女  | 30代         | 傷害       | 統合失調症<br>→境界性パーソナリティ障害   | なし                  |
| 19 | 女  | 30代         | 放火       | 統合失調症                    | なし                  |
| 20 | 女  | 40代         | 放火       | 統合失調症<br>→適応障害           | 軽度精神遅滞<br>処方薬乱用     |
| 21 | 女  | 40代         | 殺人未遂     | 解離性障害                    | アルコール依存症            |
| 22 | 女  | 50代         | 放火       | うつ病                      | なし                  |
| 23 | 女  | 60代         | 放火未遂     | 妄想性障害                    | アルコール依存症            |

【表 2：再入院群①（移行通院から）】

|    | 性別 | 対象行為<br>時年齢 | 対象行為   | 主診断                         | 併存障害                    |
|----|----|-------------|--------|-----------------------------|-------------------------|
| 1  | 男  | 20代         | 殺人未遂   | 統合失調症<br>→多剤による精神病性障害       | 精神遅滞                    |
| 2  | 男  | 20代         | 殺人未遂   | 統合失調症                       | 大麻依存症<br>多剤乱用           |
| 3  | 男  | 20代         | 強制わいせつ | 統合失調症                       | 軽度精神遅滞                  |
| 4  | 男  | 20代         | 放火     | 統合失調症                       | アスペルガー障害<br>強迫性障害       |
| 5  | 男  | 20代         | 殺人未遂   | 統合失調症                       | なし                      |
| 6  | 男  | 30代         | 殺人未遂   | 軽度精神遅滞                      | 薬物・アルコール乱用<br>パーソナリティ障害 |
| 7  | 男  | 30代         | 傷害     | 身体疾患による精神障害<br>→大麻による精神病性障害 | アルコール乱用                 |
| 8  | 男  | 30代         | 殺人     | 統合失調症                       | なし                      |
| 9  | 男  | 30代         | 殺人     | 統合失調症                       | なし                      |
| 10 | 男  | 40代         | 強制わいせつ | 統合失調症                       | なし                      |
| 11 | 男  | 40代         | 傷害     | 統合失調症                       | なし                      |
| 12 | 男  | 50代         | 強姦致傷   | 統合失調症                       | 大麻乱用                    |
| 13 | 男  | 50代         | 傷害     | 妄想性障害                       | アルコール依存症                |
| 14 | 男  | 50代         | 殺人     | 統合失調症<br>→統合失調感情障害          | パーソナリティ障害               |
| 15 | 男  | 60代         | 殺人     | 統合失調症                       | なし                      |
| 16 | 女  | 20代         | 殺人未遂   | 統合失調症                       | 多剤乱用<br>軽度精神遅滞          |
| 17 | 女  | 30代         | 殺人     | 統合失調症                       | なし                      |
| 18 | 女  | 30代         | 放火     | 統合失調症                       | 軽度精神遅滞                  |

【表 3：再入院群②（直接通院から）】

|   | 性別 | 対象行為<br>時年齢 | 対象行為 | 主診断                     | 併存障害     |
|---|----|-------------|------|-------------------------|----------|
| 1 | 男  | 20代         | 放火   | 急性精神病性障害<br>→統合失調症      | アスペルガー障害 |
| 2 | 男  | 20代         | 放火   | 統合失調症                   | 軽度精神遅滞   |
| 3 | 男  | 20代         | 傷害   | 統合失調症                   | なし       |
| 4 | 男  | 30代         | 傷害   | 統合失調症                   | 軽度精神遅滞   |
| 5 | 男  | 30代         | 傷害   | 大麻による精神病性障害             | 多剤乱用     |
| 6 | 男  | 30代         | 傷害   | 統合失調症                   | 中等度精神遅滞  |
| 7 | 男  | 50代         | 傷害   | 統合失調症                   | なし       |
| 8 | 男  | 60代         | 殺人   | うつ病→甲状腺機能低下<br>症によるうつ状態 | なし       |

【表 4：処遇終了群と再入院群の比較】

1. 男女比

|   | 処遇終了<br>(23人) | 再入院<br>(26人) |
|---|---------------|--------------|
| 男 | 16 (69.6%)    | 23 (88.5%)   |
| 女 | 7 (30.4%)     | 3 (11.5%)    |

2. 対象行為時年齢

|      | 処遇終了<br>(23人) |   |           | 再入院<br>(26人) |   |           |
|------|---------------|---|-----------|--------------|---|-----------|
|      | 男             | 女 | 計         | 男            | 女 | 計         |
| 20代  | 4             | 1 | 5 (21.7%) | 8            | 1 | 9 (34.6%) |
| 30代  | 4             | 2 | 6 (26.1%) | 7            | 2 | 9 (34.6%) |
| 40代  | 4             | 2 | 6 (26.1%) | 2            | 0 | 2 (7.7%)  |
| 50代  | 2             | 1 | 3 (13.0%) | 4            | 0 | 4 (15.4%) |
| 60代~ | 2             | 1 | 3 (13.0%) | 2            | 0 | 2 (7.7%)  |