

ガイドラインに記載されている通院処遇の原則の3年未満で処遇終了を申立てて終了した者は39名（35.1%）、3年を超えて処遇を継続した者は6名（5.4%）であった。3年を待たず社会復帰調整官処遇終了を申立てる場合、対象者の状態が安定していること、継続的な医療の確保およびケアの実施が可能であること等の要件を満たし地域関係者の合意を以てなされていると想定されるが、申立ての法的な基準はない。3割を超える対象者が早期に処遇を終了している現状では、早期終了の基準をある程度明確にする必要があると考えられる。

### 3) 再他害行為、自殺企図、再飲酒・違法薬物再摂取

本調査では、対象者のアルコール・薬物の再摂取の有無に加え、その対象者が入院していた指定入院医療機関においてアルコール・薬物の問題を把握されていたか否かについて尋ねた。その結果、概ね指定入院医療機関に入院している間に問題が把握されていたことが明らかになった。一方、指定入院医療機関の入院中に物質使用の問題が把握されずに退院後の摂取が認められた例は、全員の主診断がF2（統合失調症圏）であった。これは、F1（物質使用障害圏）が主診断である場合に比較すると、物質使用の問題が前景に立たず、精神症状の背後で見落とされている可能性を示している。入院医療を担当する医療者は、診断如何に関わらず、物質使用歴について詳細にアセスメントした上で、診療に当たる必要があると考えられる。

今年度、重大な再他害行為と考えられるものは237名中、4名（1.7%）5件認められた。昨年度は、148名中、2名（1.4%）2件であった。また、自殺企図は、昨年度148名中、9名10件、既遂（死亡）が3名（2.1%）であったのに対し、今年度の

調査では237名中、10名14件、既遂が4名（1.7%）となっていた。

ここで、再他害行為、自殺企図の発生数を海外文献および我が国の過去における報告を用いて検討する。

英国のMaden Aらは、中等度保安病棟medium(regional) secure unitを退院した患者の予後調査を実施し、1980～1994年の14年間に退院した触法精神障害者を平均6.6年追跡した結果、24%の者が再他害行為を行ったと報告している<sup>2)</sup>。

一方、スウェーデンではTabitaらが1992～2007年の15年間に同じく中等度保安病院medium secure hospitalを退院した患者88名を平均9.4年追跡し、重大な再他害行為は少なく4名（4.5%）のみであったと述べている<sup>3)</sup>。

我が国では、山上らが、1980年に精神障害を理由に不起訴処分または刑の減刑をされた触法精神障害者946例を11年間追跡し、102例（10.8%）が再他害行為を起こしていたと報告している<sup>4)</sup>。そのうち、罪種を、財産犯を除く殺人、放火、強盗、強姦・わいせつおよび粗暴犯に絞ると、77例（8.1%）となる。

我々の調査は、山上らに比べ母集団、観察期間ともに4分の1程度の規模である。しかしながら、医療観察法の地域処遇においては、社会復帰調整官の精神保健観察をはじめ、地域関係機関同士が密な連絡を取り合っているため、他害行為や自殺の発生をほぼ確実に把握される構造となっている。また、海外とは司法精神に関わる法律、処遇のシステム、地域社会資源の様相が異なっている。こうした相違から我々の調査を単純に他調査と比較することは適切ではない。しかしながら、少なくとも我々の調査結果は、現時点で海外の報告や山上らの再犯率等の数値を超えると思定される

ものではない。本調査結果は、再他害行為の防止をもって社会復帰を促進するという理念をもつ医療観察法医療の有効性がある程度実証しているものといえよう。

また、再他害行為と自殺企図(未遂含む)の間に相関が認められたことは、どちらか一方が見られた場合に他方にも留意する必要があること、精神症状の悪化により生じる行動として両方の可能性があることを念頭に置いて医療および観察に当たる必要があることを示している。

#### 4) 再入院等

本調査における再入院申立ては3件であった。全国的には再入院申し立て件数は単調に増加しており、今後本調査結果においても増加する可能性は高いと考えられる。

#### 5) 社会資源の利用および居住形態

退院時に家族同居の形態で居住した者は、入院等を除くとその後も同様の居住形態をとっていた。家族との同居が安定した生活構造である可能性と同時に、単身生活への移行が困難な対象者が多く含まれている可能性も否定できない。また、援護寮に入所してから1年間に単身生活に移行した対象者が半数近く認められ、対象者の社会復帰が一定の割合で実現、促進されているといえよう。

調査対象者の93.2%にあたる221名の対象者が、退院後に何らかの精神保健福祉サービスを活用していた。最も多く利用されていたものは訪問看護で62.1%であった。昨年度の調査では保健所の保健師の訪問が最多であった。今年度、新規の調査対象者の参入により変化が生じたとすれば、対象者の居住する地域で利用可能なサービス内容に偏在がある可能性が指摘される。地域社会資源に関しては、どのような領域においても、全国的に数の不足が指摘されている。対象者の社会復帰においては、既存の

社会資源を活用するとともに、地域の特性に合わせた社会資源の充実を社会全体に働きかけてゆく姿勢が必要であると考えられる。

#### E. 結論

今年度は、5つの指定入院医療機関が協働し予後調査を実施した。昨年度に引き続き、本年度の調査結果から、重大な再他害行為、自殺既遂の発生が低い水準に留まっていること、適宜、精神保健福祉法による入院を併用しながら、既存の社会資源を有効に活用した社会復帰がなされていることが明らかとなった。以上から、入院処遇対象者は、概ね良好な予後を達成していることが示唆された。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### I. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた法務省保護局および全国保護観察所の皆様に深謝致します。また、繁忙な病棟での業務の中協力をいただいた国立精神・神経センター病院、国立病院機構花巻病院、同さいがた病院、同琉球病院、都立松沢病院の各医療観察法病棟スタッフの方々にもお礼申し上げます。

## 参考文献

- 1) 「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究(1)(2)(3)」厚生労働科学研究「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究」（研究代表者 吉川和男、分担研究者 安藤久美子、岩成秀夫、美濃由紀子）  
平成 21 年度総括・分担報告書
- 2) Outcome of admission to a medium secure psychiatric unit. I. Short- and long-term outcome. Maden A, Rutter S, McClintock T, Friendship C, Gunn J. Br J Psychiatry. 1999 Oct;175:313-6.
- 3) Criminal recidivism and mortality among patients discharged from a forensic medium secure hospital. Tabita B, de Santi MG, Kjellin L. Nord J Psychiatry. 2012 Sep;66(4):283-9.
- 4) 「触法精神障害者 946 例の 11 年間追跡調査（第 1 報）－再犯事例 487 件の概要－」  
山上皓、小西聖子、吉川和男ほか。  
犯罪学雑誌 61:201-206.1995

表1-1 処遇継続・終了 (n=237)

施設	継続	終了	合計
国立精神・神経医療研究センター病院	32	33	65
国立病院機構さいがた病院	20	13	33
都立松沢病院	14	0	14
国立病院機構花巻病院	37	50	87
国立病院機構琉球病院	23	15	38
計	126	111	237

表1-2 診断内訳 (n=237)

	男性 ( % )	女性 ( % )	全体 ( % )
F0	2 ( 1.1 )	0 ( 0 )	2 ( 0.8 )
F1	17 ( 8.9 )	2 ( 4.3 )	19 ( 8 )
F2	159 ( 83.7 )	37 ( 78.7 )	196 ( 82.7 )
F3	8 ( 4.2 )	7 ( 14.9* )	15 ( 6.3 )
F4	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )
F5	0 ( 0 )	0 ( 0 )	0 ( 0 )
F6	1 ( 0.5 )	1 ( 2.1 )	2 ( 0.8 )
F7	1 ( 0.5 )	0 ( 0 )	1 ( 0.4 )
F8	1 ( 0.5 )	0 ( 0 )	1 ( 0.4 )
F9	1 ( 0.5 )	0 ( 0 )	1 ( 0.4 )
計	190 ( 100 )	47 ( 100 )	237 ( 100 )

p < .05 X<sup>2</sup>test

表1-3 対象行為内訳 (n=237)

	男性 ( % )	女性 ( % )	全体 ( % )
殺人・殺人未遂	60 ( 31.6 )	24 ( 51.1 )	84 ( 35.4 )
傷害	70 ( 36.8 )	3 ( 6.4 )	73 ( 30.8 )
放火	37 ( 19.5 )	19 ( 40.4 )	56 ( 23.6 )
強盗	9 ( 4.7 )	1 ( 2.1 )	10 ( 4.2 )
強制わいせつ・強姦	14 ( 7.4 )	0 ( 0 )	14 ( 5.9 )
計	190 ( 100 )	47 ( 100 )	237 ( 100 )

※傷害、強制わいせつ以外は未遂を含む

表2 処遇終了時点における対象者の状況 (n=111)

	n	( % )
医療観察法による再入院	2	( 1.8 )
入院中	2	
通院処遇中	0	
処遇終了	0	
精神保健福祉法による入院	11	( 9.9 )
精神保健福祉法による通院	88	( 79.3 )
精神科治療終了	10	( 9 )
うち死亡	6	
うち自殺	4	
計	111	( 100 )

表3 再他害行為等 (n=237)

対象者	行為日までの日数	(月数)	行為	内容 (記載された内容)	診断	当初対象行為	自殺企図	退院先
1	不明	不明	わいせつ	軽微な痴漢行為。事件化されていない。	F2	強制わいせつ	なし	援護寮
2	402	( 13.4 )	傷害	通院先の主治医を殴打。再入院申し立てを行った。	F3	傷害	なし	家族
3	856	( 28.5 )	傷害	措置通報され措置入院した後、再入院が申し立てられた。	F2	殺人・殺人未遂	あり(既遂)	援護寮
4	1007	( 33.6 )	傷害	他の患者の顔面を殴打、裂傷に対し縫合処置。事件化されていない。	F2	殺人・殺人未遂	なし	入院
5	211	( 7.03 )	わいせつ	保健師に対して卑猥な話をしたため指導。ケア会議で協議。	F2	強制わいせつ	なし	单身
5と同一	709	( 23.6 )	わいせつ	訪問看護師の腕を触ったため指導。ケア会議で協議。				
6	400	( 13.3 )	からむ、物損	駅で女子大生に対して、執拗に絡み携帯電話を壊した件で逮捕。措置通報された。	F2	殺人・殺人未遂	あり(未遂)	单身
6と同一	681	( 22.7 )	傷害	1回目で入院中、他患に対して後ろから暴行。引き続き入院。				
6と同一	755	( 25.2 )	傷害	看護師に対して後ろから殴打し、傷害を負わせた。医療保護入院に切り替え。				
7	36	( 1.2 )	不明	不明	F1	放火	なし	入院

表4 自殺等 (n=237)

対象者	行為日までの日数(月数)	内容(記載された内容)	既遂/未遂	診断	対象行為	退院先	精神保健福祉法入院との関係
1	265	( 8.8 ) 割腹自殺	既遂	F2	殺人・殺人未遂	単身生活	退院17日後
2	335	( 11.2 ) 多量服薬	未遂	F2	放火	家族同居	退院10ヶ月後
3	365	( 12.2 ) 首を切る自傷	未遂	F2	放火	グループホーム	企図前にはなし
4	415	( 13.8 ) タオルで首をしめる	未遂	F2	殺人・殺人未遂	家族同居	入院中 1回目入院15日目
5	524	( 17.5 ) 命令性幻聴に基づいた行動	未遂	F2	殺人・殺人未遂	援護寮	退院1年2ヶ月後
6	216	( 7.2 ) 頭部打撲	未遂	F2	傷害	援護寮	入院中 1回目入院24日目
6と同一	384	( 12.8 ) 全身打撲(負傷)	未遂				退院2週間後
6と同一	486	( 16.2 ) 大量服薬等	未遂				退院11日後
6と同一	588	( 19.6 ) 飛び降り	既遂				入院中に出走、行方不明となり既遂
7	992	( 33.1 ) 溢首	既遂	F2	殺人・殺人未遂	援護寮	退院1ヶ月後
8	1026	( 34.2 ) 焼身自殺	既遂	F2	放火	単身生活	退院1年3ヶ月後
9	1373	( 45.8 ) 不明	未遂	F2	殺人・殺人未遂	知的障害者入所施設	入院中 1回目入院28日目
10	1313	( 43.8 ) ボタン電池服飲	未遂	F7	放火	入院中	入院中 2回目入院3カ月目
10と同一	1385	( 46.2 ) ボタン電池服飲	未遂				入院中 1回目入院6カ月目

表5 アルコール・薬物再摂取 n=237

		通院処遇中の再摂取		
		あり	なし	計
指定入院医療機関	あり	14	43	57
における問題把握	なし	11	169	180
	計	25	212	237

表6 再入院、精神保健福祉法による等 n=111(処遇終了者のみ)

	n	のべ回数
医療観察法による再入院申立	3 <sup>※1</sup> ( 2.7 )	3
精神保健福祉法による入院	47 <sup>※2</sup> ( 42.3 )	84

※1 1名は再鑑定中に死亡、2名は再入院

※2 このうち16名は通院処遇開始時点から入院(転院)

図1

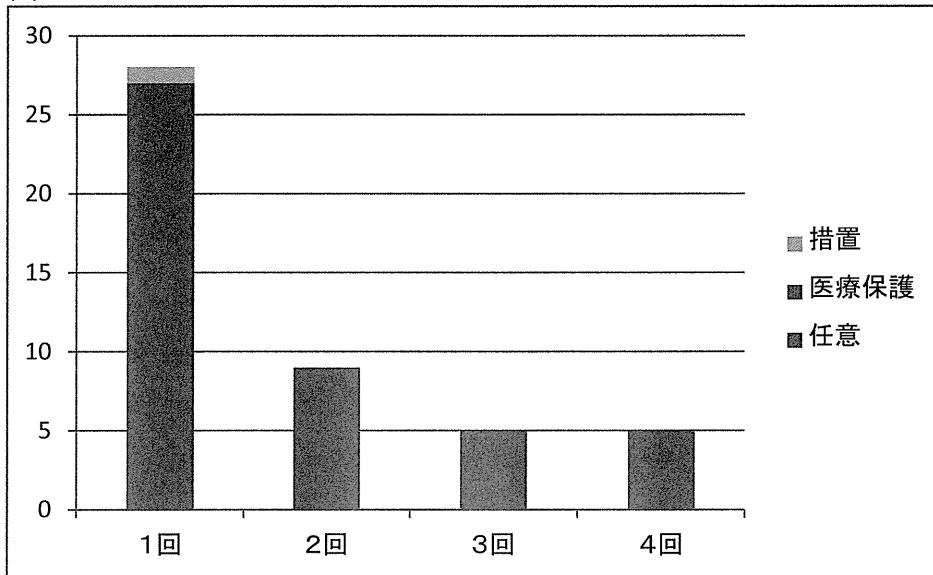


表7 居住形態の変化 (n=237)

	退院時	1年目	2年目	3年目
家族同居	70	66	54	41
単身	52	44	36	26
グループホーム	32	28	8	8
援護寮	32	11	10	4
知的障害者施設	1	1	2	2
介護保険施設	1	1	2	2
救護施設	4	5	1	1
入院中	40	23	11	9
その他	5	6	4	2
計	237	185	128	95

表8-1 精神保健福祉サービスの利用 (n=237)

	n	( % )
あり	221	( 93.2 )
なし	16	( 6.8 )
計	111	( 100 )

利用のない16名:入院中11名、援護寮・救護施設入所3名家族同居1名、独居1名

表8-2 精神保健福祉サービス内容 (n=221)

※複数回答

	n	( % )
訪問看護	147	( 62.1 )
保健所の訪問	116	( 48.9 )
市職員の訪問	74	( 31.2 )
病院デイケア	116	( 48.9 )
外来作業療法	23	( 9.7 )
作業所等	58	( 24.5 )
自助グループ(AA/NA/断酒会等)	11	( 4.6 )
民間リハビリ施設(MAC/DARK等)	1	( 0.4 )
病院・精神保健福祉センターなどにおけるアルコール・薬物依存症治療プログラム	8	( 3.4 )
その他	54	( 22.8 )

表9-1 就労 (n=237)

	n	( % )
あり	23	( 9.7 )
なし	214	( 90.3 )

表9-2 就労の時期 (n=14)

	n	( % )
退院後～12ヵ月	9	( 64.3 )
退院後12ヵ月～24ヵ月	3	( 21.4 )
退院後24ヵ月～36ヵ月	2	( 14.3 )

表10 収入・生計 (n=214) ※複数回答

	n	( % )
給与等	14	( 6.5 )
貯蓄	31	( 14.5 )
資産による収入	9	( 4.2 )
家族からの支援	61	( 28.6 )
障害者年金	104	( 48.6 )
生活保護	74	( 35.6 )
老齢年金	5	( 2.3 )
その他	9	( 4.2 )



### Ⅲ. 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

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
平林直次	医療観察法による医療－入院医療	精神保健福祉白書編集委員会	精神保健福祉白書 2013年版	中央法規	東京	2012年	148

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
松本聡子, 平林直次, 永田貴子, 朝比奈次郎, 瀬戸秀文, 吉住 昭	医療観察法入院と精神保健福祉法25条措置入院の運用実態について	精神科	20巻1号	89-93	2012年
安藤久美子, 永田貴子, 平林直次	医療観察法の現状と今後の課題	日本精神科病院協会雑誌	31巻7号	46-52	2012年
坂田増弘, 富沢明美, 大迫充江, 大島真弓, 佐藤さやか, 石川正憲, 平林直次, 伊藤順一郎	国立精神・神経医療研究センターにおける地域精神科モデル医療センターの概要	日本社会精神医学会雑誌	21巻3号	392-395	2012年
平林直次	疾患セルフマネジメントー疾病教育とクライシスプラン	日本社会精神医学会雑誌	21巻4号	518-522	2012年
岡田幸之, 安藤久美子, 平林直次	医療観察法における非同意治療とその監査システム	臨床精神薬理	15巻11号	1801-1807	2012年
新井 薫, 平林直次	医療観察法における指定入院医療機関の役割と機能ー現状と課題ー	犯罪と非行	174	32-54	2012年
村上 優	応用医学としての司法精神医学	精神医学	54巻6号	550-551	2012年
木田直也, 大鶴 卓, 福田貴博, 福治康秀, 村上 優	クロザピンの有効性と臨床的意義	精神医学	54巻11号	1145-1150	2012年

大鶴 卓, 村上 優	医療観察法の現状と今後の課題－指定入院医療機関より－	日本精神科病院協会雑誌	31巻7号	709-715	2012年
大鶴 卓, 村上 優	岩手県宮古市における災害支援～国立病院機構琉球・菊池・花巻・肥前病院合同による「こころのケアチーム」の活動報告～	病院・地域精神医学	55巻1号	64-69	2012年
竹島 正, 小山明日香, 入野 康, 金田一正史, 小泉典章, 松本俊彦, 瀬戸秀文, 吉住 昭	精神保健福祉法により通報実態から見た触法精神障害者の地域処遇上の課題－全国の都道府県・政令指定都市へのアンケート調査をもとに－	日本社会精神医学会雑誌	21巻1号	22-31	2012年

## IV. 研究成果の刊行物・別刷

連載

司法精神医学⑧

## 医療観察法入院と精神保健福祉法 25条措置入院の運用実態について\*

松本 聡子\*\* 平林 直次\*\* 永田 貴子\*\*  
朝比奈次郎\*\* 瀬戸 秀文\*\*\* 吉住 昭\*\*\*\*

**Key Words:** forensic psychiatry, mentally disordered offender, Medical Treatment and Supervision Act, index offence

### はじめに

従来、重大な他害行為を行った精神障害者の入院医療は主として精神保健福祉法による措置入院により行われてきたが、2005年7月15日に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(以下、医療観察法)」が施行されたことにより、医療観察法入院処遇および精神保健福祉法25条による措置入院の2つの入院形態より分担されることとなった。

医療観察法による入院処遇は最高裁判所の事務局が示した疾病性(当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失あるいは心神耗弱の原因となった精神障害と同様の精神障害の存在)、治療可能性(医療観察法による治療が精神障害の改善に必要であるかどうか)、社会復帰阻害要因(医療観察法による治療を行わなければ社会復帰の妨げとなるような同様の行為を行う可能性があるかどうか)の3要件をもとに審判によって決定される。なお、放火、殺人、傷害、強姦、強制わいせつ、強盗の6つの他害行為(傷害以外は未遂も

含まれる)のことを医療観察法では「対象行為」と呼び、対象行為を行った者のことを「対象者」と呼ぶ。

措置入院は「自傷他害の恐れ」を基準として決定される。しかし、両制度の対象となる者を区別する基準は明確ではなく、医療観察法に規定された6つの対象行為により措置入院となる場合と、医療観察法による入院処遇となる場合の線引きについては、臨床現場において混乱が存在するのが現状であり、また、両制度の運用実態を正確に調査・比較した報告も十分には行われていない<sup>1)</sup>。そこで本稿では、医療観察法入院処遇対象者と25条措置入院者の社会学的特性、精神科診断名、対象行為の類型を紹介しながら、両制度の運用実態について論じる。

### 医療観察法入院処遇について

精神障害者が重大な他害行為を行った場合、心神喪失あるいは心神耗弱が認定されなければ、検察官は裁判所に対し起訴してその処罰を求める。ただし、裁判により心神喪失が認定された場合は無罪、心神耗弱が認定された場合は減刑の確定判決が下される。一方、起訴前の時点で心神喪失あるいは心神耗弱が認定された場合は不起訴となる。

このようにして不起訴あるいは無罪・減刑によって懲役刑または禁固刑を執行されないケースについては、検察官は医療観察法による処遇を行う必要が明らかでない認められる場合を除き、医療観察法による処遇の要否と内容の決定を地方裁判所に申し立てることが定められている。申し立て後は裁判所により指定された医療機関における2~3カ月の医療鑑定法に基づく鑑定入院の間に審判の基礎となる鑑定が行われる。その後、裁判官1名と精神保健審判員(精神科医)1名を中心とする審判を経て、入院処遇、通院処遇、不処遇、申し立て却下のいずれかの決定が下される。

入院処遇および通院処遇は厚生労働大臣が指定した指定医療機関により行われる。なかでも、入院処遇を行う機関は指定入院医療機関と呼ばれており、厚生労働省による指定入院医療機関運営ガイドラインに示された運営・管理、人員配置、施設および設備の基準を満たすことが求められる。2011年3月の時点では26施設が指定医療機関として定められている。

### 25条措置入院について

都道府県知事または政令指定都市の市長は、2名の精神保健指定医の診察により自傷他害のおそれが認められた場合、精神障害者を本人の同意なく入院させることができる。うち、検察官の通報により行われるものは25条措置入院と呼ばれている。医療観察法の施行以前は、裁判により心神喪失が認定され無罪となった場合や、起訴前の時点で心神喪失あるいは心神耗弱が認定され不起訴となった場合は、25条措置入院の対象となっていた。

### 医療観察法入院処遇と 25条措置入院の現状と比較

前述したように、特に医療観察法に規定された6つの対象行為により措置入院となる場合と医療観察法による入院処遇となる場合を区別する基準は明確ではなく、今後も両制度の運用実態を正確に調査・比較しながら継続的に検討する必要がある。こうした背景に基づき、筆者らは厚生労働科学研究<sup>5)</sup>として、医療観察法入院処

遇対象者と25条措置入院者の社会学的特性、精神科診断名、対象行為の類型についての調査を行った。

2008年4月1日~2009年3月31日の調査期間中における全国の指定入院医療機関16施設(国立精神・神経医療研究センター病院、国立病院機構花巻病院、国立病院機構東尾張病院、国立病院機構肥前精神医療センター、国立病院機構北陸病院、国立病院機構久里浜アルコール症センター、国立病院機構さいがた病院、国立病院機構小諸高原病院、国立病院機構下総精神医療センター、国立病院機構琉球病院、国立病院機構菊池病院、国立病院機構神原病院、国立病院機構賀茂精神医療センター、岡山県精神科医療センター、大阪府立精神医療センター、長崎県精神医療センター)に入院処遇となった全症例288名を医療観察法入院群とし、調査期間中に6つの対象行為(放火、殺人、傷害、強姦、強制わいせつ、強盗、傷害以外は未遂も含まれる)により精神保健福祉法第25条(検察官の通報)措置入院となった全症例について、全国47都道府県および17政令指定都市の行政担当者に調査票の記入を依頼した結果得られた101名を25条措置入院群とした。

両群について、①社会学的特性(性別・年代)、②精神科診断名(医療観察法入院群では指定入院医療機関による診断名、25条措置入院群に関しては措置診察時の診断名)、③対象行為(重大な他害行為)の類型について、連結不可能匿名化された形で提供を受けた。診断基準としてはInternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)<sup>6)</sup>を用いた。

医療観察法入院群の男女比は女性61名(21.2%)：男性227名(78.8%)、25条措置入院群の男女比は女性20名(19.8%)：男性81名(80.2%)であった。年代別内訳については、医療観察法入院群は20代：57名(19.8%)、30代：84名(29.2%)、40代：60名(20.8%)、50代：50名(17.4%)、60代：30人(10.4%)、70代：4人(1.4%)、80代：3人(1.0%)であり、25条措置入院群は20代：16名(15.8%)、30代：32名(31.7%)、40代：23名(22.8%)、50代：13人(12.9%)、60代：13人(12.9%)、70代：3人

\* Forensic Psychiatry⑧—Current status of Medical Treatment and Supervision Act and Mental Health and Welfare Law (Section 25).

\*\* Satoko MATSUMOTO, Ph.D., Naotsugu HIRABAYASHI, M.D., Ph.D., Takako NAGATA, M.D. & Jiro ASAHINA, M.D.: 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院精神科(〒187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1); Department of Psychiatry, National Center Hospital of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8551, Japan.

\*\*\* Hidefumi SETO, M.D.: 長崎県精神医療センター; Nagasaki Medical Center of Psychiatry, Omura, Nagasaki, Japan.

\*\*\*\* Akira YOSHIZUMI, M.D.: 独立行政法人国立病院機構花巻病院; National Hospital Organization Hanamaki Hospital, Hanamaki, Iwate, Japan.

表1 診断名: ICD-10(人)

	医療観察法入院群 (n=288)	25条措置入院群 (n=101)
F0	5	3
F1	15	8
F2	222	70
F3	18	6
F4	1	0
F6	9	1
F7	8	2
F8	8	2
F9	1	0
G40	1	0
不一致	0	9

(3.0%), 80代: 1人(1.0%)であった。

主診断の内訳については、25条措置入院群では9人(8.9%)において精神保健指定医の診断結果が一致しておらず、今回の調査では診断名は不明(不一致)として解析の対象から除外した。両群の主診断の内訳は表1のとおりである。また、他害行為の内訳については表2に示した。これら医療観察法入院群の年齢および対象行為の分布や性別の割合は先行研究<sup>9)</sup>とおおむね一致していた。

これらの社会的特性、精神科診断名、対象行為についてクロス集計結果に基づく $\chi^2$ 検定を行い、医療観察法入院群と25条措置入院群の間で検討を行った。なお、年代・精神科診断名・対象行為については残差分析も行った。精神科診断名についてはF1(物質使用障害圏)、F2(統合失調症圏)、F3(気分障害圏)、その他に分類し直し、解析に使用した。解析にはSPSS for Windows ver. 17.0 J<sup>®</sup>を用い、有意水準を5%とした。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%水準で有意な結果と見なした。

解析の結果、年齢、性別、主診断の内訳については両群間で統計学的に有意な差はみられなかった。他害行為の内訳に関しては、殺人については医療観察法入院群95名(33.0%)、25条措置入院群7名(6.9%)であり、医療観察法入院群で殺人の割合が有意に高かった( $p < 0.001$ )。また、放火についても医療観察法入院群54名(18.8%)、25条措置入院群5名(5.0%)であり、医療観察法入院群での割合が有意に高いことが示された( $p < 0.001$ )。一方、傷害については医療観察法115名(39.9%)、25条措置入院群80名(79.2%)であり、25条措置入院群の方が有意に多いことが示された( $p < 0.001$ )。以上の結果から、医療観察法入院は25条措置入院と比較するとより重大な他害行為を行った精神障害者の医療を担当していることが示され、また、判断の際には対象行為の重大さが考慮されているものと推察された。

なお、医療観察法入院群のなかには女性の子殺しや女性および高齢者の放火のケースが含まれている。女性の気分障害では、無理心中の結果としての実子殺しが起こる場合があることはよく知られている<sup>10)~12)</sup>。そして、母子心中の場合、被害者は乳幼児であることも多いことから既述に至ることも少なくない<sup>10)~14)</sup>。こうした拡大自殺の症例の場合、殺人の加害者は同時に自殺未遂者でもあるため、自殺に対する綿密な医療および配偶者をはじめとする家族関係の修復が必要となる<sup>15)~18)</sup>。このような多彩で複雑な医療ニーズを持つ対象者が医療観察法指定入院医療機関において手厚い多職種チーム医療を受けることは適切と考えられる。また、放火は医療

表2 他害行為の類型(人)

	医療観察法入院群 (n=288)	25条措置入院群 (n=101)	調整済み標準化残差の 絶対値
医療観察法 対象行為			
・強姦	6	0	1.46
・強制わいせつ	11	4	0.06
・強盗	7	5	1.26
・殺人	95	7	5.12***
・傷害	115	80	6.79***
・放火	54	5	3.32***

$p < 0.001$ ,  $\chi^2 = 55.41$ , \*\*\*  $p < 0.001$  (残差分析)

観察法の対象となる他害行為であるが、肉体的に男性よりも劣る女性や高齢者でも実行しやすい対象行為であり、こうした行為は「弱さの犯罪<sup>19)</sup>」と表現されることもある。

### 医療観察法入院処遇と 25条措置入院の線引き

医療観察法に規定された対象行為が認められながらも措置入院に至ったケースが存在する理由は、病状によって即応性の高い措置入院によりさしあたり医療が開始され、その後、医療観察法申立てが行われる場合があるという点を一例としてあげることができる。こうした手続きは精神医療の迅速な確保の観点からは適切であるが、一方、病状が不安定で、より手厚い医療が必要な時期に医療観察法による入院処遇が行われていないという問題点も発生することに留意しなくてはならないであろう。

また、25条措置入院群101名のうち、25条措置入院解除後に医療観察法の申立てが行われた者が15名存在する。換言すると、医療観察法対象行為に相当する行為があっても86名(85.1%)の者は医療観察法の申立ては行われていなかったということになる。対象行為相当の行為が認められても医療観察法の申立てが行われていなかったのは強制わいせつ: 4名中4名(100%)、傷害: 80名中74名(92.5%)、強盗および放火: それぞれ5名中3名(60.0%)、殺人: 7名中3名(42.9%)であることから、傷害については申立ての判断の際に傷害の重症度が考慮され、それに応じて申立てが行われていると考えられる。

なお、殺人では7名中3名については申立てが行われていないが、検察官は「社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要が明らかでない」と認める場合を除き(医療観察法33条)申立てなければならないとされているため、申立てが行われなかった3名については「この法律による医療を受けさせる必要が明らかでない」と判断された根拠について、その後の予後を含めて詳細な検証が必要であろう。

今後はこのように医療観察法に規定された対象行為が認められた場合であっても25条通報に

より措置入院となる症例や、25条措置入院解除後に医療観察法の申立てが行われる症例など、医療観察法入院と25条措置入院の棲み分けにかかわる事例についてのさらなる調査を行うことが必要となると考えられる。

本稿においては、医療観察法入院群では指定入院医療機関による診断名、25条措置入院群に関しては措置診察時の診断名を解析に用いたが、医療観察法入院群のうちF6(パーソナリティ障害圏)に該当した9名の鑑定時の診断名の内訳は、F2: 6名、F7(精神遅滞)の重複障害: 1名、F6のみ: 2名であった。統合失調症と犯罪の関係については、元来の人格に犯罪傾向があり、少年時代から非行・犯罪を繰り返した後に統合失調症に罹患しその影響が加わることで重大犯罪に至ったものと、疾病主発病前には特に犯罪傾向を示しておらず、統合失調症の発病を契機として重大な犯罪に至ったものの2類型が存在すると唱える説<sup>20)21)</sup>があることからわかるように、こうした人格的な特徴と疾患と犯罪の関係については判断が難しい面もある。そのため、鑑定時にF2の診断が下されたものが指定入院医療機関においては他の診断名に修正されることも珍しくない<sup>22)</sup>。特に、鑑定時にはF2と診断されても入院後にF8(発達障害圏)に診断変更となるケースについては注目されている。

また、医療観察法による入院処遇の条件の1つに治療可能性(医療観察法による治療が精神障害の改善に必要であるかどうか)の存在があげられるが、F0(器質性精神障害圏)やF6やF8が主診断であっても、精神症状が悪化した結果対象行為に至ったと思われる場合は医療観察法の対象となる場合がある。こうしたことから、どういった人々を医療観察法の対象とすべきかや、その鑑定の方法については、今後検討の余地があるものと思われる。

本稿は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」の分担研究として行われたものの一部である<sup>9)</sup>。ご協力くださった全国の指定入院医療機関のスタッフの皆様はこの場を借りて心からの感謝を表します。

## 文 献

- 1) 川本哲郎. 医療観察法と措置入院のあいだ. 臨床精神医学 2009 ; 38 : 705-8.
- 2) 武井 満. 医療観察法と処遇困難患者. 臨床精神医学 2009 ; 38 : 709-13.
- 3) 水留正流. いわゆる「治療反応性」について—法律学の視点からの事例群の分析—. 法と精神医療 2008 ; 23 : 87-101.
- 4) 吉岡隆一. 精神保健福祉法と医療観察法における治療可能性と社会復帰(阻害)要因評価. 精神神経学雑誌 2008 ; 110 : 1168-77.
- 5) 平林直次, 松本聡子, 朝比奈次郎, ほか. 厚生労働科学研究費補助金. 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. 主任研究者 平林直次. 平成22年度総括・研究分担報告書. 東京:厚生労働省; 2011. p. 25-36.
- 6) 中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子, ほか. ICD-10精神および行動の障害 DCR研究用診断基準 新訂版. 東京:医学書院; 2008.
- 7) 和田久美子, 田中奈緒子, 中屋 淑, ほか. 医療観察法申し立て対象者225例の特性と処遇決定の現状. 臨床精神医学 2008 ; 37 : 415-23.
- 8) 奥村雄介. 拡大自殺を行った女性例3例について(うつ病と拡大自殺—その精神医学的考察—). 犯罪学雑誌 1990 ; 56 : 281-90.
- 9) 中田 修. 内因性うつ病の殺人とその責任能力. 犯罪学雑誌 1992 ; 58 : 49-57.
- 10) 稲村 博. わが国における心中の最近の傾向および危険の予測と対策. 精神科診断学 1993 ; 4 : 173-84.
- 11) 風祭 元. 精神医学の立場から—育児不安の究極的破綻: 子殺し—. こころの科学 2002 ; 103 : 44-9.
- 12) 風祭 元. 双極性障害の司法精神医学. 臨床精神医学 2006 ; 35 : 1427-30.
- 13) 品川信良, 野村雪光, 平岡友良, ほか. 産科および母子医療担当者の立場から「母子心中」を考える. 日本医事新報 1986 ; 3250 : 31-4.
- 14) 風祭 元. 拡大自殺による殺人—うつ病患者と犯罪—. こころの科学 2003 ; 107 : 116-22.
- 15) 石塚千秋, 鏡下成子, 佐藤親次. うつ病患者の拡大自殺未遂後の経過—精神鑑定事例2例の考察—. 臨床精神医学 2000 ; 29 : 761-8.
- 16) 安藤久美子, 猪俣健一, 島田亜紀子, ほか. 自らの加害行為によるPTSD類似症状—医療観察法の実子殺害例の検討から—. 臨床精神医学 2007 ; 36 : 1181-9.
- 17) 赤崎安昭, 森岡洋史, 畑 幸宏, ほか. 拡大自殺により実子を殺害したうつ病者に関する考察. 臨床精神医学 2008 ; 37 : 1201-12.
- 18) 風祭 元. 拡大自殺による殺人—うつ病患者と犯罪—. こころの科学 2003 ; 107 : 116-22.
- 19) 樽矢敏広, 平林直次. 「医療観察法」における指定入院医療機関における実態—とくに高齢対象者の場合—. 老年精神医学雑誌 2007 ; 18 : 492-8.
- 20) 風祭 元. 感情鈍麻と衝動行為—統合失調症慢性期の重大犯罪—. こころの科学 2004 ; 114 : 106-12.
- 21) 井上俊宏. 触法精神障害者の再犯についての多角的な研究—触法精神障害者946例の11年に亘る追跡調査結果の分析—. 犯罪学雑誌 1996 ; 62 : 161-84.
- 22) 平林直次, 佐藤真由美, 永田貴子, ほか. 厚生労働科学研究費補助金. 医療観察法における医療の質の向上に関する研究. 主任研究者 中島豊爾. 平成21年度総括・研究分担報告書. 東京:厚生労働省; 2010. p. 43-54.

\* \* \*

## 医療観察法の現状と今後の課題\*

安藤久美子\*1 永田 貴子\*2 平林 直次\*3

\*1 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部 \*2 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 病院精神科 \*3 同 第二精神診療部長

Key Words\*\* 医療観察法、指定医療機関、多職種チーム、地域ケア会議、クロザピン

### はじめに

医療観察法が施行されて、本年7月15日で7年が経過したことになる。本制度はわが国で初めて施行された司法精神医療に関する法として大きな期待のもとにスタートしたが、その一方で当初よりさまざまな懸念も指摘されていた。本稿では施行からの7年を振り返り、改めてその現状と課題について、入院処遇、通院処遇に分けて概説する。

### 〈入院処遇〉

#### 1. 概要

##### 〈全国の病床整備状況〉

平成17年7月15日に施行された医療観察法(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律)に基づき全国に設置された指定入院医療機関は、平成23年12月31日時点で28施設、666床(うち国関係:478床 都道府県関係198床)となった<sup>1)</sup>。平成23年7月15日までに指定入院医療機関が受け入れた対象者は1,496名(男性1,202名、女性294名)、その内訳は、入院中599名、転院255名、退院642名(通院処遇へ移行491名、退院と同時に処遇終了132名、死亡6名、抗告承認による退院4

名)であった<sup>4)</sup>。

#### 2. 現状-調査結果から-

本稿では、平成23年度に全国の指定入院医療機関に対して行われたアンケート結果<sup>2)</sup>の内容をもとに医療観察法入院医療の現状と問題点を述べる。

##### 1) 年代・診断・対象行為

平成23年7月15日までに全国の指定入院医療機関25施設が受け入れた対象者のうち転院症例255名を除く1,241名について、性別、年代を表1に、診断、対象行為を表2に示した。年代では30代が362名(29%)と最多で、80代以上も9名(1%)認められた。高齢者では身体疾患の合併や認知症の重畳に配慮を要する場合がある。診断では、F2(統合失調症圏)が981名(79.1%)、F1(物質使用障害圏)が86名(6.9%)、F3(感情障害圏)が64名(5.2%)であった。治療反応性の議論の組上に上がりやすいF6(パーソナリティ障害圏)、F7(精神遅滞)、F8(発達障害圏)はそれぞれ13名(1.1%)、18名(1.5%)、24名(1.9%)であった。対象行為では、殺人・殺人未遂407名(33.4%)、傷害420名(34.5%)が多く、次いで放火・放火未遂268名(22.0%)であった。

##### 2) 入院日数

上記入院対象者のうち、死亡と抗告による退院を除いた対象者1,219名の推定入院日数は、平均値729日(700~758日)、中央値841(804~878日)であった(Kaplan-Meyer法、括弧内は95%信頼区間)。さらに、退院と同時に処遇終了となった対象者を除き、入院処遇から通院処遇に

\* The current situation and issues of the medical treatment and supervision act

\*\* the Medical Treatment and Supervision Act, designated facilities, multidisciplinary team, care program approach, clozapine

表1 入院対象者の年代・性別

	入院対象者			通院対象者		
	男	女	計	男	女	計
20代	183 (19)	38 (15)	221 (18)	74 (15)	30 (16)	104 (15)
30代	288 (29)	74 (29)	362 (29)	156 (31)	57 (30)	213 (31)
40代	200 (20)	61 (24)	261 (21)	113 (23)	41 (22)	154 (22)
50代	194 (20)	51 (20)	245 (20)	85 (17)	34 (18)	119 (17)
60代	94 (10)	23 (9)	117 (9)	55 (11)	19 (10)	74 (11)
70代	20 (2)	6 (2)	26 (2)	17 (3)	8 (4)	25 (4)
80代	8 (1)	1 (0)	9 (1)	1 (0)	0 (0)	1 (0)
計	987 (100)	254 (100)	1,241 (100)	501 (100)	189 (100)	690 (100)

表2 診断(ICD-10)と対象行為の内訳

	入院処遇			通院処遇		
	入院中	退院	計	直接	移行	計
F0	9	22	31 (2.5)	7	7	14 (2.0)
F1	36	50	86 (6.9)	27	26	53 (7.7)
F2	493	488	981 (79.1)	178	349	527 (76.4)
F3	31	33	64 (5.2)	42	30	72 (10.4)
F4	3	5	8 (0.7)	1	4	5 (0.7)
F5	0	0	0 (0.0)	0	0	0 (0.0)
F6	5	8	13 (1.1)	2	3	5 (0.7)
F7	6	12	18 (1.5)	4	3	7 (1.0)
F8	9	15	24 (1.9)	3	4	7 (1.0)
F9	0	2	2 (0.2)	0	0	0 (0.0)
G30	0	1	1 (0.1)	0	0	0 (0.0)
G40	0	1	1 (0.1)	0	0	0 (0.0)
不明	7	5	12 (1.0)	0	0	0 (0.0)
計	599	642	1,241 (100)	264	426	690 (100)
殺人	105	100	205 (16.8)	18	78	96 (13.9)
殺人未遂	101	101	202 (16.6)	35	68	103 (14.9)
傷害	198	222	420 (34.5)	91	131	222 (32.2)
強盗	11	15	26 (2.1)	12	15	27 (3.9)
強盗未遂	9	11	20 (1.6)	1	0	1 (0.1)
放火	135	133	268 (22.0)	83	97	180 (26.1)
放火未遂	12	23	35 (3.0)	12	6	18 (2.6)
強姦	1	0	1 (0.1)	0	5	5 (0.7)
強姦未遂	3	9	12 (1.0)	2	7	9 (1.3)
強制わいせつ	20	25	45 (3.7)	8	15	23 (3.3)
強制わいせつ未遂	3	2	5 (0.4)	2	4	6 (0.9)
不明	1	1	2 (0.2)	0	0	0 (0.0)
計	599	642	1,241 (100)	264	426	690 (100)

表3 年度別推計入院日数

	中央値		平均値	
	日数	95%信頼区間	日数	95%信頼区間
平成20年度 (n = 625)	603	(577 - 629)	620	(591 - 650)
平成21年度 (n = 766)	688	(650 - 726)	740	(706 - 774)
平成22年度 (n = 863)	727	(695 - 759)	821	(779 - 864)
平成23年度 (n = 1,086)	748	(725 - 771)	897	(852 - 942)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院-退院(通院処遇)を対象とした場合



移行した対象者の標準的な入院日数を算出したところ、平成20年度では平均値603日、中央値620日、平成23年度では平均値748日、中央値897日であり、増加が認められた(表3)。

### 3) 転院

指定入院医療機関では、しばしば対象者の退院調整目的に指定入院医療機関の間で転院が行われる。転院経験の有無別に推計入院日数を同様の方法で算出すると、転院あり群:平均値1,134日(1,040~1,227日)、中央値986日(895~1,077日)、転院なし群:平均値806日(759~853日)、中央値686日(653~719日)であった。転院あり群は、転院なし群に比較して入院日数の平均値および中央値が有意に長かった。

### 4) 行動制限

総病床数で年間総行動制限の実施数を除いた病床あたりの隔離実施件数は、平成19年度の男性0.064、女性0.030(/床/年)から、平成23年度の男性0.138、女性0.047(/床/年)へと増加傾向を示していた。また、拘束件数は、約0.010~0.030/床/年間で推移し経年変化を認めていない。行動制限の原因としては、隔離では、暴力67.7%と衝動性67.7%がそれぞれ3分の2を占め、精神運動興奮56.9%、妄想36.9%、幻覚30.8%と続いていた。拘束では衝動性83.3%が最多で、次いで精神運動興奮77.8%、暴力50.0%、幻覚38.9%、妄想38.9%、不安38.9%であった。また、行動制限の実施期間に経年変化は認められず、7日以内、7~28日、28日以上がそれぞれ3分の1であったが、365日を超える長期隔離症例も3名含まれていた。行動制限を21回繰り返した症例は、多飲水が主たる理由であった。

### 5) 修正型電気けいれん療法 modified electric convulsive therapy; m-ECT

平成23年7月15日までにm-ECTが施行された対象者は20名(男性19名、女性1名)で、診断は統合失調症19名、急性一過性精神病性障害1名であった。m-ECTの適応理由は、精神症状18名(90.0%)、薬物抵抗性12名(60.0%)

が多く、m-ECTの対象症状(複数回答)では、暴力14名(70.0%)、幻覚11名(55.0%)、妄想11名(55.0%)が多かった。倫理会議では、15名が事前承認、3名が事後承認(2名未回答)であった。事後承認の3名はいずれも平成20年度の実施であり、その後の事後承認例はない。また、m-ECTは年間数例の対象者に実施され、実施件数に目立った変化は生じていない。概ね適切な適応判断、実施手続きがなされていると考えられる。

### 6) クロザピン投与状況

新規非定型抗精神病薬の1つであるクロザピンは、高い症状改善作用が期待される反面、低率ながら顆粒球減少症や心筋炎など重篤な副作用が生じ得る。そのため投薬可能な施設やモニタリング方法には厳格な基準が定められている。平成21年、平成22年で処方可能な施設は、それぞれ8施設、16施設と徐々に増加している。

### 7) 多職種医療連携

医療観察法医療では、各対象者を中心に、医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士の5職種が多職種チーム(multidisciplinary team; MDT)を形成し治療を進める。標準的な薬物療法に加え、疾病心理教育、認知行動療法、社会生活技能訓練(social skills training; SST)、個別・集団作業療法、心理面接、権利擁護講座などの種々の心理社会的プログラムが治療の進捗状況に合わせて選択される。また、地域ケア会議(care program approach会議; CPA会議)では、対象者、MDT、および地域関係者が参集し、臨床情報の共有や地域ケア計画の策定を協働して行っている。

このような医療観察法医療内容は、全国の指定入院医療機関で等しく実施されることを原則としている。そのため、平成19年度から指定入院医療機関は相互に病院を訪問し、実際に診療に臨席して医療内容の相互評価を行うピアレビューを実施している。その際、評定に用いられるチェックシートの結果では、平成23年度の「対象者参加型多職種チーム会議の実施」(78.6%)、「共通評

価項目による定期的評価」(64.3%)が、いずれも平成22年度に比べ増加しているものの80%に満たないこと、また「治療共同体のイメージによる病棟運営」「薬剤師の関わり」の実施率は低値にとどまっていることが指摘された。しかしながら、それ以外の指定入院医療機関として満たすべき項目はほぼすべてにおいて80%以上の実施率が得られており、全体として指定入院医療機関の機能や運営は良好と判断されている。

### 3. 今後の課題

以上から、以下のような今後の課題が抽出される。

#### 1) 転院

転院例では有意に入院が長期化していた。この背景には、転院先の治療チームや地域関係者との関係構築に時間を要する点や、そもそも遠方からでは地域調整を進めにくいような疾病性、社会復帰阻害要因が存在しているため転院が考慮されるという点が指摘されている。現状では、空床の状況によりやむを得ず遠方の医療機関が入院先に選定されることがあるが、全国で十分な病床が確保された暁には各対象者の退院地を考慮した決定が行われるべきである。

#### 2) クロザピン導入

医療観察法医療の必要性を担保する所謂3要件-「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」-のうち「治療反応性」を検討する際、十分な薬物治療を尽くしていることは重要な事項である。クロザピンの投薬環境は徐々に整備されてきているが、すべての指定入院医療機関で投薬が可能な状況には至っていない。一方、現時点でクロザピンの投薬が可能な指定通院医療機関は少数である。継続的な医療を確保するために、クロザピン導入の際に対象者の帰住予定の地域関係者へ説明し、協力体制を仰ぐことも重要である。

#### 3) 病棟規模による医療内容の格差

現在の指定入院医療機関は、病床数から概ね3つのタイプ(1病棟33床の標準型施設、17床程

度の小規模病棟、5床程度の小規模病床)に分けられる。各病棟は医療内容の均てんを原則としながら各規模の特性に応じた治療を展開しているが、少数病床の病棟では集団プログラムの実施には自ずと限界があり、対象者の凝集性から生じる力動的な治療効果を期待しにくい。また、医療観察法病棟に関与する医療者の人員不足や看護職員の配置の問題も指摘されている。

#### 4) 薬剤師の関与

医療観察法医療における薬剤師の関与の程度は各指定入院医療機関によりばらつきがある。薬剤師は入院処遇ガイドライン上、MDTのなかに明確に位置づけられていないが、対象者に服薬に関する質問や不安について医師とは異なる立場の者が専門的見地から応じることは、対象者の服薬援助に有益であると思われる。薬剤師との連携が無理なく図られることが望ましい。

### <通院処遇>

#### 1. 概要

##### <全国の通院機関の状況>

厚生労働省の当初目標では、人口100万人あたり2、3カ所、各都道府県に最低2カ所の指定通院医療機関の設置を目標として整備を進めてきた。平成23年12月31日時点における全国の指定通院医療機関は病院381カ所、診療所24カ所と報告されており<sup>4)</sup>、また、すべての都道府県において3カ所以上の指定通院医療機関が設置されていることから、当初の目標はほぼ達成されているといえる<sup>4)</sup>。しかし、地域によっては指定通院医療機関の偏在も目立っており、さらなる拡充が求められている。

#### 2. 現状-調査結果から-

通院医療の現状についても、平成23年度に全国の指定通院医療機関に対して行われたアンケート調査の結果<sup>1)</sup>をもとに報告する。本調査では平成17年7月15日~平成23年7月15日までに医療観察法の通院処遇を受けた対象者のうち、調査協力の得られた指定通院医療機関224カ所に通院していた690名である。このうち、当初審判にお

いて通院処遇を命じられた所謂「直接通院」者が264名(38.3%)、指定入院医療機関を退院して通院処遇に移行した「移行通院」者が426名(61.7%)であった。

### 1) 年代・診断・対象行為

通院対象者690名の性別、年代については表1に、診断および対象行為の内訳については表2に示した。年代では30代が31%と最も多かった。診断分類ではF2(統合失調症圏)が527名(76.4%)で、次いでF3(感情障害圏)が72名(10.4%)となっていた。また、重複診断を含めるとF1(物質使用障害圏)と診断された者は77名(11.6%)、F7(精神遅滞)と診断された者は69名(10.0%)であった。対象行為では傷害が222名(32.2%)と最も多く、殺人・殺人未遂199名(28.8%)、放火・放火未遂198名(28.7%)と続いていた。入院対象者と比較すると、性別では女性が、診断分類ではF3(感情障害圏)がやや多く、対象行為については殺人が少なく、放火が多いという傾向がみられた。

### 2) 指定通院期間と転帰

通院対象者690名のうち、平成23年7月15日時点において通院処遇を終了していた者は319名(46.2%)であった。処遇終了者の転帰については、一般精神医療に移行した者が269名(84.3%)、死亡が23名(7.2%)、うち自殺による死亡は12名(3.8%)、指定入院医療機関への再入院が17名(5.3%)、精神医療を終了した者が10名(3.1%)となっており、自殺や再入院事例では、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かった。

また、通院処遇を終了した319名のうち、死亡や再入院といった特殊な事情により早期に処遇終了となった40名を除いた279名の平均通院継続期間は878.5±282.1日(28.8カ月間、159~1,824日)で、法第44条で示されている通院処遇期間の3年間よりも短かった。なお、直接通院者群と移行通院者群では処遇終了までの期間に有意な差は認められなかった。

### 3) 精神保健福祉法による入院

通院処遇中に精神保健福祉法による入院を行っていた者は339名(49.1%)で約半数を占めており、のべ入院件数は571件であった。全入院件数を入院形態別に分類すると、任意入院が370件(64.8%)、医療保護入院が191名(33.5%)で、措置入院となっていた者も10名(1.8%)いた。入院理由については、問題行動が168件(29.4%)、環境調整が165件(28.9%)、病状悪化が115件(20.1%)と続いていた。最大入院回数は8回で3名が該当した。いずれの事例も併存している脳器質的疾患、身体疾患の悪化を理由に入退院が繰り返されていた。

### 4) 通院処遇中の問題行動

通院処遇中に認められた問題行動としては、服薬・通院の不遵守や訪問看護の拒否といった「医療の不遵守」に関する問題行動がみられた者が最も多く150名(21.7%)であった。その他には、言葉の暴力や性的暴力を含む「対人暴力」が認められた者が92名(13.1%)、放火や器物損壊などの「対物暴力」が認められた者が27名(3.9%)であった。これらについては今後も調査を継続し、要因を分析していく予定である。

## 3. 今後の課題

### 1) 指定通院医療機関の拡充

指定通院医療機関数については、人口100万人あたり2、3カ所、各都道府県に最低2カ所の指定通院医療機関という当初の目標を達成しているが、地域によっては通院に2時間以上かかるような事例も報告されている。こうした事例では通院の継続や緊急時の対応が困難であるだけでなく、訪問看護の活用にも限界があり、医療機関の偏在がもたらす影響は大きい。指定通院医療機関とは別に、デイケアや訪問看護については近医が担当するような運用も行われているが、今後は人口だけでなく圏域に配慮した医療機関の整備が求められている。

### 2) 「直接通院」における柔軟な制度運用

通院処遇を開始するに当たっては、「移行通院」

の場合であっても入院地から離れた新しい場所で新しい医療チームとの関係を構築していくことは簡単ではなく、入院中から数カ月以上の期間をかけて体制を整えたくえて退院となる。まして「直接通院」の場合には審判によって処遇が決定されるまでの短期間に居住環境や支援体制を整えなければならず、対象者はもちろん、受け入れる医療機関にとっても負担が大きい<sup>5)</sup>。したがって「入院によらない医療」が見込まれる事例については、鑑定入院中の社会復帰調整官の役割を「生活環境調査」とするだけでなく、早期から積極的に「生活環境調整」が行えるようにするなど、柔軟な制度運用を可能にすることが有用であろう。

### 3) 処遇前期の支援の充実

平田<sup>3)</sup>は2009年度における通院対象者の自殺件数について調査し、自身の所属する病院の在宅患者のそれと比較した。その結果、通院対象者100人あたりの年間自殺件数は0.58件であったのに対し、在宅患者は0.45件であったことから、通院対象者の自殺頻度はかなり高いものと推計し注意を促している。

また、筆者らの調査では、自殺や再入院などの事例は通院処遇が開始された後、比較的早期に転帰を迎えていたことから、とくに処遇前期においては医療と精神保健観察の両面から十分な注意を払い、重点的なケアが行えるような支援体制を確立する必要があると思われる。

### 4) ネットワークの構築と治療プログラムの均てん化

疾病教育、SSTといった一般精神科医療においても広く行われている治療プログラムに加えて、医療観察法対象者に対しては対象行為への内省やアンガーマネジメントなどの各種認知行動療法の実施が推奨されている。しかし、指定通院医療機関のスタッフは一般の精神科臨床と兼務で対応しているため、対象者にかけられる人員と時間には限界がある。

また、指定通院医療機関は原則非公開であるため、医療機関同士の情報交換も十分には行われていない。今後は、通院医療機関におけるネット

ワークを構築し、現行の処遇体制においても実行可能な通院医療向けの治療プログラムを普及させることにより、全国の指定通院医療機関における治療プログラムが均てん化されることが望まれる。

### 5) 精神保健福祉法による入院の有効な利用

通院対象者の約半数において精神保健福祉法による入院が行われていたが、その入院理由をみると、多職種チームとの信頼関係の構築や地域支援体制の確立を理由とした任意入院が1/3を占めていた。こうした通院開始時の入院は、長期的な視点で考えると、円滑な社会復帰の促進に有効な面もある<sup>1, 5)</sup>。また、問題行動や病状悪化時の入院に関しても多くの事例は比較的短期間に退院となっていたことからすると、むしろ早期の医療的介入が有効であったと評価することができるかもしれない。ただし、一部には処遇開始間もなくから精神保健福祉法による入院が開始され、長期間継続されている事例も存在する。事例の詳細な検討によりそうした要因を究明し、改善策の特定に努め、処遇決定時の判断にも還元させていくことが重要であると思われる<sup>5)</sup>。

## おわりに

ここまで述べたように、医療観察法は入院処遇、通院処遇のいずれにおいても解決すべき課題が少なくない。しかし、本法の特徴である透明で人権に配慮した処遇と医療方針、患者との協働による治療計画の策定、多職種によるチームアプローチ、アウトリーチを基本とした地域機関による連携などは、一般精神科医療にも寄与するところがある。医療観察法を通してみえてきた問題点を見直し、その利点をいかすことにより、わが国の精神医療の発展と改革をもたらすことが期待される。

## 文献

- 1) 安藤久美子：指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究。平成23年度厚生労働科学研究費補助金「医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究(主任研究者五十嵐慎人)」, pp.97-125, 2012.
- 2) 平林直次：入院医療における治療プログラムの多

- 様化に関する研究. 平成23年度厚生労働科学研究費補助金「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(主任研究者 中島豊爾)」, 2012 (in print).
- 3) 平田豊明: 医療観察法の効用と限界をどう評価すべきか? - 法施行後3年半の予後調査から - . 司法精神医学 6(1): 41-46, 2011.
- 4) 厚生労働省: 医療観察法の施行状況. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaioken/sinsin/shikou.html>
- 5) 松原三郎: 通院処遇の実際と問題点. Schizophrenia Frontier 12(3), 29-34, 2011.

日本精神科病院協会主催 平成24年度「精神保健指定医研修会」開催日程

〔更新申請のための研修会〕

回	開催期日	会場	定員
第107回 東京	平成24年7月18日(水)	京王プラザホテル「エミネンスホール」 東京都新宿区西新宿2-2-1 TEL 03-3344-0111	受付 終了
第108回 福岡	平成24年11月8日(木)	ホテル日航福岡「都久志の間」 福岡市博多区博多駅前2-18-25 TEL 092-482-1111	受付 終了
第109回 大阪	平成24年12月5日(水)	シェラトン都ホテル大阪「大和の間」 大阪市天王寺区上本町6-1-55 TEL 06-6773-1111	受付 終了
第110回 愛知	平成25年2月7日(木)	名鉄グランドホテル「柏の間」 名古屋市中村区名駅1-2-4 TEL 052-582-2211	300名 (申込受付中)

平成24年度更新対象者(有効期限が平成25年3月31日までの方)の指定医証番号

指定医取得年度	指定医証番号	指定医取得年度	指定医証番号
昭和52年度	3,973~4,074	平成4年度	8,850~9,168
	4,086~4,088	平成9年度	10,622~11,024
昭和57年度	4,472~4,598	平成14年度	12,761~13,161
昭和62年度	5,064~5,883		14,932~14,933
昭和63年度	5,884~6,500	平成19年度	14,934~15,485

その他、厚生労働省へ「延期申請」を行い、それが受理・承認された指定医

◎研修会案内書は、研修会実施団体のいずれかより、精神保健指定医各人が国に登録の住所地(自宅)へ送付されています。

〔新規申請のための研修会〕

回	開催期日	会場	定員
第18回 東京	平成24年9月24日(月) ~9月26日(水)	第一ホテル東京「ラ・ローズ」 東京都港区新橋1-2-6 TEL 03-3501-4411	300名 (申込受付中)

◎「新規申請のための研修会」は、当協会と全国自治体病院協議会がそれぞれ年1回開催いたします。

受講を希望される場合は、案内書を取り寄せてください。取り寄せ方法については、日精協ホームページ「研修会等のご案内-精神保健指定医研修会-新規」に掲載しています。

# 医療観察法における 指定入院医療機関の役割と機能 —現状と課題—

平 林 直 次 (国立精神・神経医療研究センター病院 第二精神診療部長)  
新 井 薫 (国立精神・神経医療研究センター病院 精神科医師)

## 目 次

- 1 はじめに
- 2 指定入院医療機関の運用状況
- 3 指定入院医療機関で行われる治療
- 4 医療観察法による入院治療を受けた対象者の予後
- 5 医療観察法における指定入院医療機関の課題

### 1. はじめに

平成 17 年 7 月 15 日、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」が施行され、平成 24 年 6 月 30 日時点までに延べ 2,599 件の申し立てがなされた。本法に基づく入院決定に至った対象者は 1,696 人に至り、655 人が入院中である。平成 22 年度末の全国の措置入院患者数が 1,515 人であったことと比較しても、本法が日本の精神科医療の中で担う役割は大きくなりつつあると言えるだろう。

一方で医療観察法には検討されるべき課題も多い。例えば、国内の精神科医が所属する団体として最大の日本精神神経学会は、ホームページで医