

療観察法の施行凍結を求める声明を公表し続けている。そこでは指定医療機関の整備が遅れている点が指摘されているほか、「医療観察法の運営に膨大な国費が投入され、(中略)一般精神科医療の「底上げ」や「地域ケアの充実」は財政的に後送り、ないしは実質的な切り捨てとなる危惧がある」との見解が示されている¹⁾。医療観察法による医療制度は、精神科医の間でも評価が定まっていないのである。

筆者は本稿において、指定入院医療機関の現場の職員の視点からこの制度の現状と課題について論じてみたい。まず最初に指定入院医療機関の運用状況について説明する。次に入院治療の概略を紹介し、対象者の予後について他の精神医療のデータと比較を試みる。最後に、医療観察法における入院治療の課題について考察を試みる。

2 指定入院医療機関の運用状況

指定入院医療機関の整備状況

厚生労働省の発表²⁾によると、平成23年12月31日時点で指定入院医療機関は28か所(666床)となった。指定入院医療機関は720床を目標に整備されており、全国における病床の総数は目標達成に近づいている。問題は施設の偏在である。それは医療観察法の施行直後から指摘されており、平成21年時点では病床の地域偏在について自治体病院の参加を促進する法の環境整備も論じられたことがあった³⁾。しかし、平成24年度になっても北海道や四国には指定入院医療機関が存在していないのである(図1)。

医療観察法は一般精神科医療に比べて多くのコストをかけて手厚い医療を行う特徴があるため、ある程度のアクセスの悪さを許容し地域ごとに機能を集約した施設を作ることは合理的といえる。しかし、対象者の入院地と退院予定地があまり離れていると、退院のための環境調整は困難になる。具体的な例として、宮田らは指定入院医療機関に入院中の対象者が1泊2日の外泊を行う際に必要になる費用を算出した⁴⁾。医療機関と同一の都道府県内に外泊を行う際の費用が平均4,410円であったのに対し、医療機関がある地方

厚生局管轄区域外に外泊を行う際の費用は平均133,390円であった。後者のような条件では、退院地において対象者を支援する関係者が医療機関を訪問する際にも膨大な時間と費用の負担が発生する。これらは結果として退院に向けた地域調整に支障をきたすことになる。

医療観察法が対象者の社会復帰を命題として掲げるからには、指定入院医療機関の位置関係が地域調整の阻害要因となる事態は優先的に是正されるべきである。

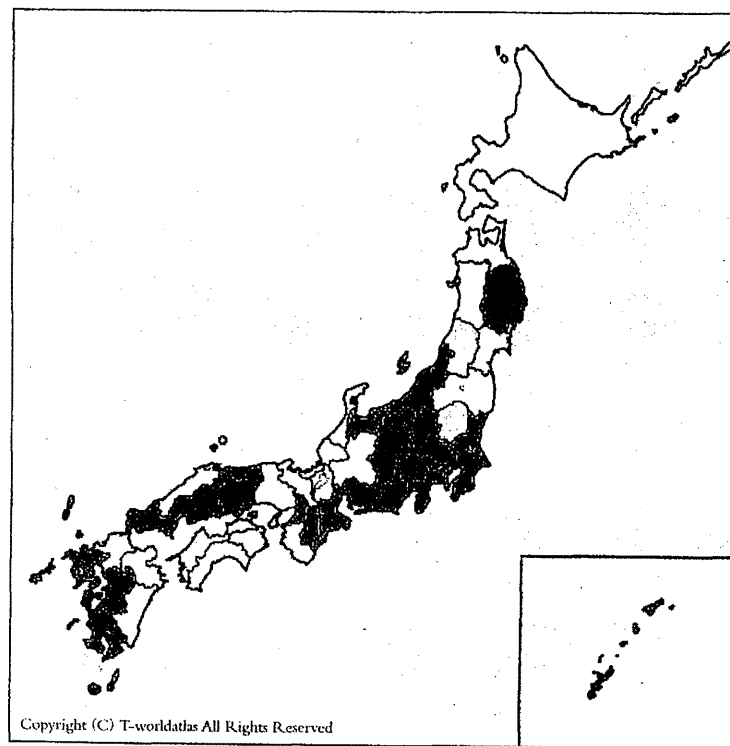


図1: 指定入院医療機関の整備状況: 濃い灰色に塗られた都道府県には指定入院医療機関が存在。薄い灰色に塗られた都道府県は建設中。(平成23年12月31日現在)

入院処遇を受ける対象者に関する統計情報

入院対象者の属性を調べた各種統計は複数存在するが、ここでは国立精神・神経医療研究センター病院における調査の結果を示す。調査期間は平成17年7月15日から平成23年8月31日までの間である。結果の詳細を表に示し、それぞれについて解説を加える。

表1: 医療観察法入院処遇を受けた対象者の男女比は、男性が85.4%を占め、平均年齢は男女とも40代であった。なお、未成年者は医療観察法の対象とならないが、高齢であることのみを理由に本法の適用が回避されることはない。そのために80歳を超える対象者もしばしば入院決定を受ける。

表2: 対象者の診断はF2(統合失調症圏)が8割ほどであった。F1(物質関連障害)が主診断である者は10%ほどであったが、併存診断として持つ者が12.8%存在しており、対象者の約5分の1は物質関連の問題を持っていた。F3(気分障害)は6.7%であった。F6(パーソナリティ障害)は主診断0.6%に対し併存診断5.8%であった。日本の司法制度ではパーソナリティ障害が心神喪失・心神耗弱の理由と判断されることは稀であるため、医療観察法対象者における有病率が上記のような比率になるものと考えられる。

表3: 対象行為の内訳としては、約4割が殺人・殺人未遂で最多であった。以下、傷害が3割、放火が2割と続く。強盗と強制わいせつ/強姦はそれぞれ5%程度であった。この数字は、医療観察法の申し立てが恣意的なものであることに配慮しながら参照すべきである。ごく軽微な被害の傷害事件などについては、警察官が事件として扱わずに処理したり、検察官が敢えて医療観察法を申し立てないこともある。(そのほうが治療に有利なことがある。)しかし殺人が発生した場合にそのような処理が行われることは考えにくい。つまり、罪状によって司法手続きの適用閾値が異なるので、医療観察法対象者の対象行為の比率と精神障害者が発生させた全ての事件の比率には相違がありえる。

表4: 医療観察法入院処遇を受けた対象者の治療歴は重要な情報の一つである。対象者の8割以上が、以前に精神科受診歴を持っていた。入院歴

を持つものも6割を超えていた。過去の治療が奏功しなかったこと、あるいは治療を中断してしまったことが、対象行為につながる精神症状と関連している症例が多いと考えられる。

表には無いが、当センターにおいて対象者74名について最終受診日から対象行為発生までの日数を調査した。8名は不明であったが、33名が4週間以内であり、そのうち16名は1週間以内だった。一方で、25名は3ヶ月後以降に対象行為を発生していた。7名は最終受診から2年以上経ってから対象行為を発生していた。対象行為の直前まで通院を継続していた者も少なくはない。一方で約1割の対象者は治療を中断して2年以上も経過してから対象行為が発生させていたということが示唆されている。

表1 入院対象者の性別ごとの比較

	対象者		年齢	
	人数	%	平均値	標準偏差
男性	140	85.4	42.8	15.2
女性	24	14.6	42.5	10.5

表2 精神科診断内訳

	主診断		併存診断	
	人数	%	人数	%
F0	2	(1.2)	1	(1.2)
F1	17	(10.4)	11	(12.8)
F2	130	(79.3)	1	(1.2)
F3	11	(6.7)	0	(0.0)
F4	2	(1.2)	1	(1.2)
F5	0	(0.0)	0	(0.0)
F6	1	(0.6)	5	(5.8)
F7	1	(0.6)	9	(10.5)
F8	0	(0.0)	1	(1.2)
F9	0	(0.0)	0	(0.0)
合計	164	100.0%	29	33.7%

診断コードはICD-10に準拠

表3 対象行為の内訳

	人数	%
殺人	66	40.2
傷害	47	28.7
強盗	9	5.5
強姦・強制わいせつ	8	4.9
放火	34	20.7

表4 精神科受診歴および入院歴

	あり		なし		不明
	人数	%	人数	%	人数
精神科受診歴	136	82.9	28	17.1	0
精神科入院歴	98	59.8	64	39	2
入院形態別					
措置入院	43	26.2	119	72.6	2
医療保護入院	45	27.4	117	71.3	2
任意入院	29	17.7	133	81.1	2

3 指定入院医療機関で行われる治療

①医療観察法の理念

厚生労働省の医療観察法ガイドラインには法の理念として以下の3項目が挙げられている。

- 「ノーマライゼーションの観点を踏まえた対象者の社会復帰の早期実現」
- 「標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療の提供」
- 「プライバシー等人権に配慮しつつ透明性の高い医療の提供」

これらはいずれも医療観察法以前の精神科医療において課題とされていたものである。当時は、触法精神障害者を対象とした医療は、精神保健福祉法に規定される措置入院の制度のみであった。措置入院とは、精神障害のために自傷他害のおそれがある患者に対し、精神保健指定医2名の診察に基づき都道府県知事命令で強制的に入院治療を受けさせる制度である。なお、自傷他害のおそれがなくなった時には措置解除を行うべきとされる。措

置解除は、入院治療にあたる病院の精神保健指定医1名が判断することが通常の方法である。患者本人が退院請求を行い、精神医療審査会の判断に基づいて措置解除を行う方法もある。

医療観察法が施行される少し前にあたる平成13年、「精神科治療学」という医学雑誌で措置入院が特集された。そこでは複数の視点から措置入院制度の抱える問題点についての指摘がなされた。本論ではその中の二つに注目する。一つは措置入院の地域差に触れた岩尾の論文⁵⁾で、もう一つは自傷・他害行為のリスクの予測の困難さと、その責任の所在について論じた澤による論文⁶⁾である。

岩尾の指摘の中でも目を引くのが、措置入院の継続期間は東京都では3か月未満のものが62%であり、富山県では10年以上のものが62%を占めるというデータである。これほどの違いは両地域における患者層の違いだけでは説明できず、措置入院の制度の運用状況に大きな地域差が発生してしまうということが示唆されている。

極端な長期入院は現代の精神科治療の潮流から外れたものであるが、逆に、入院期間が短すぎて治療が不十分なままで退院に至る症例も存在しえる。どの程度の治療を措置入院の制度で行うべきであるのか、判断することは簡単ではない。澤は、措置入院は制度上の歯止めがあり漫然と長期継続することは困難と論じている。その上で澤は措置入院の運用状況のばらつきについて、「措置入院の入院基準、退院基準がはっきりしない」からであると指摘し、措置解除については、自傷・他害の予見を「100%判断することは精神医学の限界を超え不可能とするなら、それは解除判断するのもその指定病院の指定医の業務とするのでなく、公的立場の指定医にさせ、その判断の責任は都道府県知事が負うべきである」と論じている。

医療観察法においては「入退院基準をはっきりさせる」ためのきまりと「入退院の判断を裁判所の業務とする」という制度が定められた点で措置入院とは異なっている。まず入退院基準については、医療観察法の鑑定を行う際から、対象者は「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」の三つの要素を軸

にその適用を検討される^(注)。疾病性とは、精神障害の有無と対象行為の関連を意味する。例えば、幻覚や妄想が対象行為と関係するの否かと言うことを判断する。治療反応性については、対象者の精神障害が治療によって改善するか、また、その改善を維持して日常生活に反映できるか、ということの評価する。社会復帰要因とは、対象者が地域の中で生活する上で必要な支援や、逆に対象者を不安定化させる要因を示す。例えば、訪問看護の利用で服薬の指導が必要であるとか、知人から大麻を入手して使用することが幻覚の再燃につながるなどという情報について検討する。措置入院の入退院判断（すなわち、自傷他害のおそれの有無）と比べて、上記三要素についての評価はより明確に行われるものと考えられる。

次に、本法で対象者を入退院させる判断の主体は、裁判所において精神科医1名と裁判官1名から設置される「合議体」である。さらに、病院は各対象者につき6ヶ月毎に入院継続の要否を判断し、詳細な情報を添付して裁判所に報告することが義務付けられており、その情報をもとに合議体が入院継続の必要性の有無を判断し、結論を出すことになっている。つまり、治療者と処遇の決定権を持つ者が異なるのである。合議体は医療機関から提供された情報をもとに対象者の入院継続の可否を判断するだけでなく、時に入院機関の治療担当者とカンファレンスを開催し、治療方針について共に検討する役割を持つ。このようにして各対象者につき、治療チームの外部からの評価が定期的に行われることは、治療水準を高め、そのばらつきを是正する圧力としても働いている。

その他にも本法の理念を実現すべくして行われている取り組みとして、指定入院医療機関は毎年相互に職員を派遣して治療内容を検討するピアレビューを行っている。近年においては入院が長期化している症例について検討することに注力されており、これも社会復帰の早期実現、治療水準の均てん化をめざすための仕組みとなっている。医療観察法入院機関は現在でも全国に30程度しかなく、国公立病院や特定独立行政法人に限定されるという条件があって病院間連携が可能になった側面もある。（平成21年6月30

日時点で精神科病院の総数は1,636施設、342,446病床である）

さらに、医療観察法入院機関における医療の透明性を担保するための試みとして、病棟に外部のアドボカシー委員を招聘していることも特筆すべきである。当センターでは病棟に外部の弁護士が定期的に訪問している。対象者が希望すれば病棟内で弁護士の面接を受けられるのである。

(注) 疾病性、治療反応性、社会復帰要因の三つは医療観察法の3要件と呼ばれ、最高裁の解説（最高裁判所事務総局：「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったものの医療及び観察等に関する法律」及び「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったものの医療及び観察等に関する法律による審判の手続等に関する規則」の解説：平成17年3月、刑事裁判資料第284号）で定義されたものである。

②入院治療の特徴

医療観察法の第1条には、対象者の「病状の改善及び他害行為の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」が目的として掲げられている。社会復帰は現代の精神疾患の治療において普遍的かつ重要な目標であるが、本法対象者においてはそこに他害行為の防止と言う中間目標が加わる。そこで指定入院医療機関での治療は、精神症状の改善を目指しつつ、暴力的な行動の修正にも配慮したものになっている。

精神疾患に対する治療技法には、薬物療法と非薬物療法（心理・社会的治療）が存在する。精神疾患に対する薬物療法の有用性は言うまでも無いが、一定の割合で薬物治療抵抗性の精神症状が出現する。また、薬物療法は症状に合わせて適切に調整できてこそ効果を発揮するが、幻聴や妄想を持つ者が自分の精神症状を正確に把握し表現できるとは限らない。病識欠如は精神疾患全般に出現し得る症状である。さらに、精神症状が悪化した際に適切な対処法を選択できないために暴力的な行動をとる者もいる。それらの問題を解決する手助けを行い、薬物療法の治療効果を高めるのが非薬物療法である。

医療観察法の入院治療においては、多職種から提供される徹底した非薬物療法が特徴といえる。本法の病棟には医師、看護師、心理療法士、作業療法士、精神保健福祉士が配属されており、各職種が専門性を活かした治療プログラムを運営している。対象者は複数の治療者の支援を継続的に受けて、各プログラムに数ヶ月ずつの時間をかけて取り組むことになる。

医療観察法入院治療では対象者が自発的に治療に取り組めることに重きを置いている。治療者は対象者の疾病理解を深めさせるほか、健康的な生活を維持するための動機付けを行う。治療遵守の向上のためには、対象者の疾病受容を促進する必要もある。自身が病気であることを受け容れられない対象者は少なくは無い。それは精神科臨床の困難な課題のひとつであり、病識の欠如だけでなく精神疾患に対する知識不足、偏見や恐怖感などが複合的に影響している。

③入院治療の概略

医療観察法病棟では対象者ごとに医師・看護師・心理療法士・作業療法士・精神保健福祉士の5職種からなる担当チーム（multi-disciplinary team: MDT）が組織される。対象者は自分のMDTとのかかわりを軸として病棟内で生活し、それに加えて各専門家の運営するプログラムに参加して治療を受ける。MDTによる面接は対象者の入院直後から、対象者の病状や治療課題に応じて開催され、本人に対する疾患教育や、治療方針の決定、本人からのフィードバックなどの多彩な役割を兼ねている。

対象者は入院すると最初に「急性期」という治療段階に置かれる。「急性期」では精神症状の軽減や治療を受け容れること、病棟生活に慣れることが目標とされる。対象者が「急性期」の課題を達成したと判断される状態になると、病院の管理者の権限で治療段階を「回復期」に変更することができる。この段階の目標としては、病識の獲得、治療の必要性の理解、表現能力の訓練、衝動性のコントロールなどができると定められている。また、病棟から安全に外出することも目標となる。「回復期」の目標を達成すると、同様に「社会復帰期」に変更できる。この段階においては外泊訓練を行いながら家

族や援助者との関係を調整すること、また、疾病に対する病識や自らの行為に対する内省を深め、健康で安全な生活を送る動機を得ることが大きな目標となる。それらの目標を達成したと判断されると、指定入院医療機関での治療は終了し、退院が病院から裁判所に申し立てられる。

治療の評価には、先述した医療観察法の3要件が重要である。対象者の疾病性の理解、つまり正確に診断を付けて、症状がいかんして対象行為を誘発したのかを把握することが、再被害行為の予防の最初のステップとなる。治療反応性の把握は、治療によって対象者がどれくらい変化するかを予測し、それに合わせた治療計画を立てる上では重要な作業である。社会復帰要因の調整は、対象者を地域で生活させるために必須の条件であり、医療機関内外の様々な関係者の協力を要する。

病棟においては対象者の生活そのものに治療的な意味合いを持たせる工夫が為されており、それに加えて多岐にわたる治療プログラムが存在する。以下では具体的な治療内容について、いくつかの代表的なプログラムにも触れながら説明する。

・対象者の日常生活

入院した対象者には個室が与えられ、食事・洗濯・入浴などの身の回りのことや治療プログラムへの参加、余暇活動などに共有スペースを利用する。対象者の居住エリア^(注)は性別と治療の進み度合いに応じて分けられており、それに伴って病棟入院者が小グループに分けられている。各グループは生活エリアを共有するだけでなく、毎朝職員の協力を得ながらミーティングを行って、生活上の決まりごと（例：TVのチャンネルや食堂での座席など）を決めたり、一日の予定についての情報を交換したりする。その場で対象者同士のトラブルについて話し合いを持つこともある。また、社会復帰期グループでは、共同で調理実習を行うこともある。

(注) 対象者の生活エリアは、①急性期②回復期③社会復帰期④共用の四つに区分される。女性は総数が少ないため治療ステージを問わず共用エリアの

居室を貸与される。男性は治療ステージに応じて生活エリアを移動することが想定されているが、各エリアの病床数が限られているため、必ずしも対象者の治療ステージと生活エリアは一致しない。

・疾病教育

入院した対象者が治療の早期から導入されるのが疾病教育のプログラムである。全ての対象者は裁判所で審判を受け、診断名と対象行為の内容を含む決定を宣告されて入院機関へとやってくるのだが、自身の疾病とその症状や治療を正しく理解している対象者はごくわずかである。そのため入院機関のスタッフは、対象者が新しい環境に適応することを支援しながらも、対象者自身が疾病を受け容れ治療に取り組むことを促していく。

疾病教育のためのプログラムは、三段階の構成になっている。最初の段階では、スタッフの自己紹介や病棟のオリエンテーションから始まり、入院環境への適応を支援する。第二の段階で、疾病と治療について学び、病識の獲得を目指す。初期には精神疾患の一般論に触れ、次第に対象者自身の症状を検討するような構成になっている。また、第二段階からは対象者が集団で疾病について学び、ディスカッションを交わすような場面も登場する。第三段階は、病識を持っていることが参加条件であり、対象者の治療における主体性を育成し、再発予防へ自ら取り組めるようにすることが目標になる。この段階で症状悪化のサイン・再発予防のための方策についても検討し、クライシスプランを作成する。

・社会生活技能訓練・集団作業療法

対象者の中には対人交流、特に支援者への相談を不得手とするものも少なくない。そこで社会技能訓練（SST）や、集団作業療法が行われる。挨拶をする、会話を続ける、自己主張をするといったコミュニケーションの技術を、実践を通じて身に付けさせる。その結果、無用な他者との衝突を避けることができるようになったり、支援者への相談・連絡がより容易になったりすることを目指している。

SSTはプログラムの時間内にコミュニケーションの技法について練習し、それを日常生活で活用することが宿題とされる。これは獲得した技法が本人に定着し、実際の生活の中で活用できるようにすることを目的としたものであり、プログラムの重要な課程の一部である。MDTが対象者に課された宿題の練習相手を務めることも多い。

・他害防止プログラム

医療観察法の対象者には、精神科での治療を受けながらも対象行為が発生させたものも少なくない。彼らには、緊急事態に適切に対処する能力を獲得することが他害行為の防止に有用である。自身で解決できない問題に直面したときにどのように行動すればよいかを理解していない対象者も多いため、具体的な思考と行動のための技能を指導することも必要になる。

そのため、他害防止プログラムとして認知行動療法の技法を応用したトレーニングを行っている。プログラムは、問題解決法・かたより思考・社会的推論・コミュニケーションスキルの4部構成になっており、物の考え方やコミュニケーションの基本的な技法を一つずつ習得するように工夫されている。

・物質使用障害治療

物質とはアルコール・覚醒剤・大麻や脱法ドラッグなどの精神作用物質一般を示す。物質使用障害が主診断である場合に限らず、物質依存／乱用は精神障害者の暴力行為のリスクを増大させる因子として示されている⁷⁾。そこで病棟内で毎週1回、物質使用障害の集団療法を行っている。対象者は10名程度のグループを形成し、教材を用いてディスカッションを行う。

全ての入院対象者は臨床心理士によりスクリーニングされ、物質使用と対象行為に関連があると判断されると同プログラムへの参加が推奨される。松本によると①物質使用障害の治療効果は、患者が自発的に参加するか強制的に参加するかであまり変わらない②物質使用障害の治療効果はプログラム提供期間の長さに影響される、という特徴があるため、治療の必要性が高い対象者に対しては、入院期間を通して同プログラムへの参加が強く推奨される⁷⁾。

入院中には精神作用物質を容易に入手できないため、物質使用障害の治療の成果が問われるのは退院後である。物質使用を再開し、精神症状が悪化することを予防するために、様々な対策が講じられる。抗酒薬の使用や、自助グループへの参加はよく用いられる手法である。

・内省プログラム

自身の疾病と事件の関連について学ぶプログラムも用意されている。内省プログラムである。今村らは、医療観察法対象者が自らの他害行為へとつながっていく生き方全体を振り返り、変化への動機と被害者への共感性を養うプログラムが必要であると述べている⁸⁾。犯罪加害者には共感性が乏しく暴力肯定的な価値感を持つものもいるが、それは彼ら自身の被虐待歴や暴力の観察学習を経て獲得された特性であることも少なくない。同時に彼らは自らの苦痛を否認し、健康的で向社会的な自己像を持ってなくなる。そのような者が「被害者の気持ちを考えなさい」と反省を強いられても、表面的な謝罪の言葉が出てくるに過ぎない。

そこで内省プログラムでは、以下の3点を目標に集団での治療に取り組む。①自身の心の痛み・悲しみ・怒りと言った感情に気付き、言葉で表現する。②自分の人生を受容し、肯定的な未来の自己イメージや自尊感情を育む。③他害行為に至った要因や同様の行為を防ぐ手立て、自分の果たすことの出来る責任について考える。責任については次のように説明されている。「自らの行動の結果を引き受け、「問題とされる行動」を振り返ること（説明責任）、その振り返りをもとに、将来の再他害行為を防止すること（再他害防止責任）、そして、被害者（家族や地域社会といったコミュニティを含む）に対する謝罪と具体的な償いの行動をとること（謝罪・賠償責任）。」⁸⁾

内省プログラムでは具体的な作業として、疾病がどのように対象行為につながっていくかという関連性を図にまとめることを行う。対象者は自分史の作成、事件の振り返り、社会的責任の考察という課題に取りくんで得たものを記録に残すことになる。治療者はそれを対象者と共有し、社会生活における治療計画・危機介入のプランを作成することにつなげていくことを支

援する。

なお内省プログラムに対しては外部からの批判もあった。曰く「事件当時を無理に振り返らせる治療法」「自殺を誘発させかねない」といったものである。批判の中にはプログラムの趣旨を理解せずに発せられたものもあるが、対象者の自殺との関連については検証されるべき課題と言える。対象者の自殺に関する統計情報は後述する。

・クライシスプラン作成

入院治療が終盤に差し掛かると、対象者が主体となり、症状のモニタリングと対処行動の一覧表を作成する。対象者の精神症状を健康～緊急事態まで3段階程度に分けて、各状態に応じた本人及び治療者の危機介入の方策をまとめた物を、クライシスプランと呼ぶ。例えば、幻聴や妄想などの精神症状が出現したら、本人は頓服薬を飲み、訪問看護師は主治医に連絡し、と言った具体的な計画を決めておく。そこでは必ず強制入院が必要となるような病状悪化時についても想定し、介入プランを作成しておく。クライシスプランには、精神症状が安定している時に作成された、強制治療に対する事前同意の意味合いが含まれる。症状悪化時には病識が失われると、対象者が自ら適切な治療を受けることができない。そのようなときに可能な限り本人が決めた方法で治療することを取り決めておくと言う点で、リビングウィルの発想に近い。

4 医療観察法による入院治療を受けた対象者の予後

本論ではここまで医療観察法指定入院医療機関における治療について説明してきた。本法による医療は、一般的な精神科医療と比べ、多くの時間と費用が必要とされる。それでは、効果の程はどうであろうか。コストに見合った効果を挙げていると評価することができるだろうか。以下に医療観察法対象者についての予後調査2つを要約して引用する。

・入院対象者の予後の詳細な調査⁹⁾

永田らは医療観察法入院機関から退院した対象者のうち、同意の得られ

た148名を対象に予後調査を行った。観察期間は4日から1,761日であり、中央値は750日であった。暴力的な他害行為の再発は5名(3.4%)にあり、内訳は、傷害1件、暴行2件、強制わいせつ1件、不明1件となる。その他器物損壊が1件発生した。また、自殺が3件発生した。この調査中に医療観察法による再入院が1件認められた。本法による通院処遇中に精神保健福祉法による入院は、58名が延べ93回行った。93回の内訳は、任意入院61回、医療保護入院31回、措置入院1回であった。調査期間に就労したことがある対象者は10名であった。

・対象者の全数把握¹⁰⁾

平田は平成20年12月末における医療観察法対象者の転帰を全数把握して報告した。それによると当初審判で入院処遇となった747例中474例が入院を継続中であり、215例が通院処遇に移行し、58例が処遇終了となっていた。入院からの移行群を含む通院処遇450例では、364例が通院を継続し、86例が終了していた。自殺数は12例(入院中3例、通院中9例)であった。

医療観察法の適用条件を鑑みれば、治療効果の評価には再他害行為の発生を指標のひとつとすることが必要だろう。また、精神科疾患の予後の重要な指標として対象者の自殺にも注目すべきだろう。次に、医療観察法以前の日本や、医療観察法病棟がモデルとした英国の司法精神科病棟における調査を引用する。

・昭和55年に心神喪失・心神耗弱と判断された患者の追跡調査¹¹⁾

Yoshikawaらは、昭和55年に、裁判所もしくは検察により、心神喪失もしくは心神耗弱と裁定されて入院した患者726人のうち、観察期間に退院して追跡調査が可能だった489人について平成3年まで追跡した。調査対象は統合失調症とその他の精神病性障害が合わせて67.3%、気分障害は8.6%、アルコール関連疾患が12.9%、覚せい剤関連疾患が3.1%であった。入院契機となった犯罪は殺人22.1%、傷害15.3%、暴行4.5%、強姦／強制わいせつ4.1%、強盗3.7%、放火14.3%であり、そのほかは

器物損壊、窃盗、詐欺などの犯罪であった。

追跡調査の結果は、52人(10.6%)に65件の暴力犯罪がみられた。再犯までの期間の中央値は669日、平均は977日であった。暴力犯罪の内訳は以下の通り:殺人10件、傷害33件、暴行15件、強姦／強制わいせつ4件、強盗3件。

・触法精神障害者の予後調査¹²⁾

高田は精神鑑定を受けるなどして措置入院になった患者32名(男性24名、女性8名)を調査した。触法行為の種類として、殺人が26例を占め、他に殺人+放火が1例、強姦未遂1例が含まれていた。診断は精神分裂病(筆者注:統合失調症の旧称)が28例を占めた。調査対象の患者のうち3名が自殺した。

・英国での調査¹³⁾

Daviesらは、1983年から2003年に英国司法精神科病棟(medium secure)に入院した595人について調査を行った。観察期間の平均値は9.4年であった。

調査対象のうち、4人が院内で死亡し、550人が退院に至った。550人のうち542人について再判決の情報が得られた。なお542人のうち、mental illnessに該当した364人のうち50人(13.7%)が、また、psychopathic disorderに該当した147人のうち22人(15.0%)が殺人、殺人未遂、強盗、強姦、放火について有罪判決を受けた^(注)。退院から再犯までの時間の平均は3.2年であった。

入院中に4人が死亡し、退院後に53人が死亡した。院内死亡を含めた57人の死亡のうち18人が自殺と認定され、8人は縊首や落下が含まれる死因不明の評決であった。

(注) 英国 mental health act の対象は mental illness, psychopathic disorder, mental impairment, severe mental impairment の4群にカテゴリー分けされている。精神病性障害や気分障害は mental illness に分類され、パーソナリティ障害が psychopathic disorder とされることが多いよう

である。日本の医療観察法対象者は、mental illness 群と相同性が高い。

本論において Yoshikawa らの調査を参照するうえで注意すべきは、同調査の対象には医療観察法の適応外となる犯罪（窃盗や詐欺など）で入院となった者が 40.5%を占める点と、他害行為の再発を公的記録から抽出している点である。Yoshikawa は院内で発生した暴力は検察の記録に残らないことが多いため、暴力の再発率を低く見積もることになると指摘している。また、Davies らの論文でも他害行為の再発を判決から抽出している。そのような様々な条件の違いから単純な比較は難しいが、Yoshikawa や Davies の調査で調査対象の 10%以上に暴力的な触法行為の再発が認められており、医療観察法対象者の再他害行為発生率は低く抑えられていると言えるだろう。

自殺の発生率については、高田の調査は小規模ではあるが、触法精神障害者の自殺が高頻度に発生することを示唆している。Davies の調査では 595 人のうち自殺は少なくとも 18 人にみられた。なお、平成 11 年時点での自殺死亡率（人口 10 万人対）は日本が 25.0 であるのに対し英国は 7.5 であった¹⁴⁾。国民全体における自殺率にこれだけの違いがあることを踏まえると、医療観察法による医療は触法精神障害者の自殺に抑制的であるとも考えられる。

くりかえし述べるが医療観察法とこれらのデータの比較においては、調査対象の疾病や罪状の違いがあり、単純な比較は適さないという問題がある。また医療観察法対象者の詳細な調査は同意取得者のみを扱っているということも、バイアスが発生する原因となる。医療観察法の治療効果を検証するためには、全ての対象者について再他害行為の発生や入院の有無、自殺の発生に至るまでを把握し、統計情報として公表するような制度が必要である。

5 医療観察法における指定入院医療機関の課題

入院期間について

平成 17 年度の厚生労働科学研究班において、指定入院医療機関で実施

されている評価尺度や社会資源調査に関するデータベースの解析を行った。入院期間を延長させる要因として「陰性症状が強いこと」、「日常生活能力が低いこと」、などが挙げられた。

平林らの調査¹⁵⁾によると、入院機関については平成 20 年度から一貫して中央値、平均値ともに長くなっており、入院期間は長期化する傾向が認められた。以下に同調査の結果を示す。

平成 23 年度の調査では、指定入院医療機関の推計入院日数が、死亡及び抗告退院を除き、処遇終了となった対象者と通院処遇となった対象者を対象として算出された。推計入院日数の平均値及び中央値は、それぞれ 729 日、841 日であった。入院日数と入院継続率との関係について図 2 に示した。

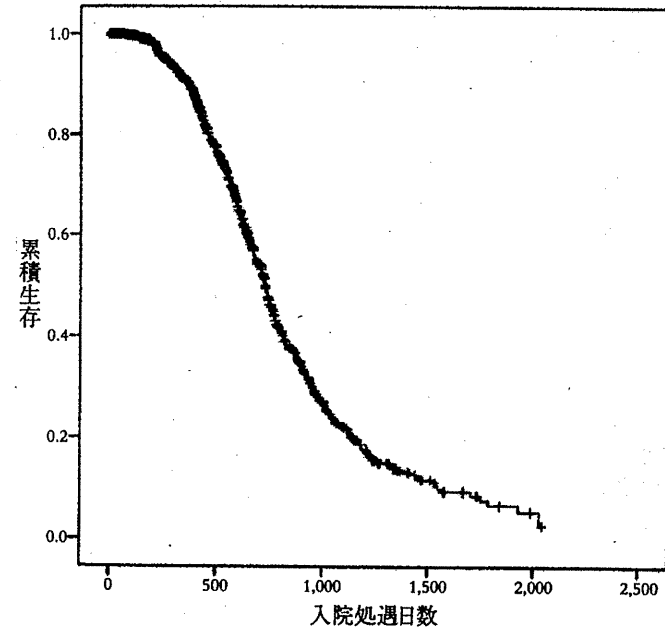


図 2 入院日数と入院継続率

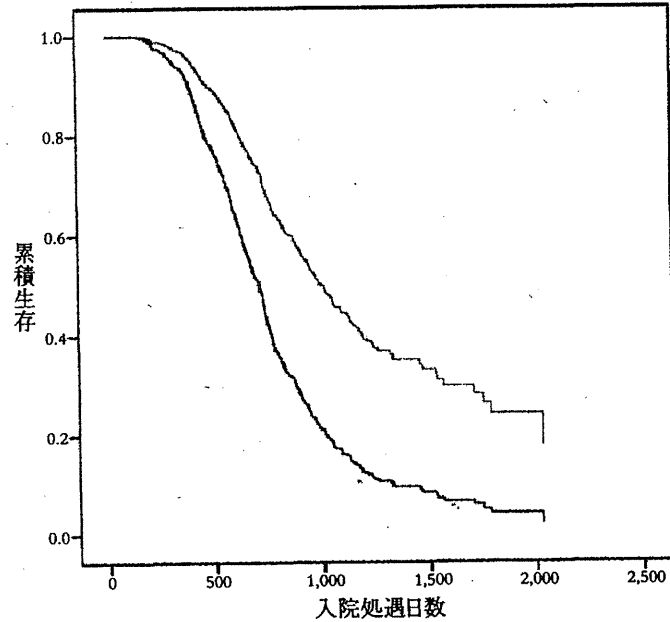


図3 転院経験の有無別 入院継続率 —転院有 —転院無

また、処遇終了となった対象者を除き、転院経験の有無別に、推計入院日数が算出された(図3)。推計入院日数の平均値及び中央値は、転院あり群: 1,134日、986日、転院なし群: 806日、686日であった。転院経験のある対象者の推計入院日数の平均値及び中央値は、転院経験のない対象者に比較して有意に長かった。

転院の有無による入院日数の違いには、対象者の診断や対象行為の種別、症状の重篤さなどが考慮されていない。そのため、もともと退院困難であった対象者が転院有群に多いという交絡因子も考えられる。

上記の調査からは、医療観察法対象者のなかでもより長期にわたって入院治療が必要になる一群が存在することが示唆される。それは陰性症状が強い、日常生活能力が低い、など短期的には改善が難しい要因と関連してい

た。一方で、治療反応性が極めて良好であったり、攻撃性・衝動性がすぐに改善するなどして、より短時間で社会生活に適応できるようになる者もいる。今後はこれらの違いに対応できるように、制度上の工夫がなされても良いと思われる。例えば英国の司法精神科病棟は、保安レベル、職員の配置や治療目標が異なる複数の種類が存在する。医療観察法指定入院医療機関においても、機能的な分化を検討しても良いだろう。

再他害行為と再入院

医療観察法の対象者の多数は入院処遇を受け、その後通院処遇に移行して治療を継続する。症状の悪化に応じて精神保健福祉法に基づく入院を利用しつつ、他害行為の再発を防いでいる。その治療効果の検証にはまだ時間が必要であるが、現在のところは一定の効果を挙げていると評価することもできるだろう。ただし従来の精神科医療と比較すると、本法の医療はかなりの費用と時間をかけて施行されるものと言える。

一つの問題としては、どれだけ手厚い治療を行っても、再他害行為をゼロにはできないことが挙げられる。これは医療の不確実性や再他害行為リスクの予測の困難さを考えれば止むを得ないが、すこしでも再他害行為を減らすための努力を続けるべきであろう。具体的には、再他害行為事例に関する詳細な情報を集積・分析し、それをもとに議論が進められるべきである。

もう一つは、入院の多さである。病状悪化の予防・治療のために入院をするのは現状では必要で止むを得ない対応である。しかし病状のコントロールが入院によらず達成できるのなら、そのほうがより望ましい。入院・退院の繰り返しは対象者の生活の確立を困難にするものであり、医療資源への負担にもなるからである。そこで、対象者が病院外で支援を受ける地域精神保健サービスが充実し、入院医療機関との連携を深めることが求められる。精神科医療がアウトリーチで提供されることが促進され、それを継続できるような医療政策も必要だろう。

医療観察法による治療のあり方について

最後に、触法精神障害者の治療を、一般精神科医療から切り離れた制度

で行うことについての考察を行う。この制度には賛否両論があり、本法による医療が一般精神科医療の水準を大きく上回る医療資源を要求する事にも批判があるのは冒頭で触れたとおりである。

本法の処遇を受ける者の大多数は精神科受診歴があったにもかかわらず症状をコントロールできずに事件を起こしていた。逆に、精神科で治療を受ける者の大多数は重大な他害行為を犯したりはしない。また、治療中断は精神症状悪化と関連するが、治療中断後から対象行為までの期間には大きなばらつきがあり、「誰が、いつ、重大な他害行為を発生させるか」判断することは不可能である。そのため、一般精神科医療の水準を満遍なく高めることは、精神障害のために他害行為を犯す者が発生するリスクを減らすためには効率的でない。一方、暴力に関する研究では、暴力を予測する因子として過去の暴力そのものが有用であると示されている¹⁶⁾。つまり、触法精神障害者に対して重点的に医療を施すことは、効率的に再他害行為のリスクを減少させると考えられる。限られた医療資源で精神科医療のさまざまな問題に取り組まなくてはならない現状に対する暫定的な解決策が、医療観察法であると言えるかもしれない。

本法が直面する課題は、日本の精神科医療全体にとっての課題でもある。本法において得られた知見は共有され、精神科医療の進歩に役立てられるべきである。

参考文献

- 1) 医療観察法の施行凍結を求める—施行予定時期を目前にしての声明—:日本精神神経学会ホームページ
(http://www.jspn.or.jp/ktj/ktj_k/opinion17_06_24.html)
- 2) 医療観察法指定医療機関の整備状況:厚生労働省ホームページ
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/shikou.html>)
- 3) 村上優:医療観察法の見直し—指定入院医療機関より:司法精神医学4(1);52-57, 2009

- 4) 宮田量治、他:医療観察法による遠隔地入院処遇のもたらす指定入院医療機関の負担について:精神神経学雑誌111(12);1485-1498, 2009
- 5) 岩尾俊一郎:地域差からみた措置入院:精神科治療学16(8);769-774, 2001
- 6) 澤温:入院措置解除をめぐる問題点:精神科治療学16(7);675-681, 2001
- 7) 松本俊彦:物質使用障害治療:司法精神医療等人材養成研修会教材集、日本精神科病院協会、精神・神経科学振興財団;393-397, 2007
- 8) 今村扶美、他:内省・洞察:司法精神医療等人材養成研修会教材集、日本精神科病院協会、精神・神経科学振興財団;406-410, 2007
- 9) 永田貴子:医療観察法入院処遇対象者の予後と予後に影響を与える因子に関する研究: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 分担研究報告書
- 10) 平田豊明:医療観察法の現在 5年間に浮き上がった問題点 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
- 11) K.Yoshikawa, Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan: Criminal Behaviour and Mental Health,17:137-151, 2007
- 12) 高田進:司法精神鑑定を受けた精神障害者の予後:米子医学雑誌43(2);140-159, 1992
- 13) S.Davies, et al.: Long-term outcomes after discharge from medium secure care: a cause for concern, The British journal of Psychiatry; 191, 70-74, 2007
- 14) 諸外国の自殺死亡率:厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyu/suicide04/11.html>
- 15) 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 障害者対策総合研究事業(精神障害分野) 分担研究報告書
- 16) 吉川和男:HCR-20 第2版 暴力のリスク・アセスメント 日本語版、星和書店、東京、26, 2007

研究

報告

クロザピンの有効性とその臨床的意義*

木田直也** 大鶴 卓 福田貴博 福治康秀
村上 優

抄録

精神医学 54: 1145-1150, 2012

クロザピン (CLZ) は、治療抵抗性統合失調症の適応を持つ唯一の抗精神病薬であり、陽性症状に効果が高いことは過去にも報告されている。ただ、その具体的な標的症候を示す報告は本邦ではなく、それを明らかにすることを目的とした。CLZ 投与は、早期から陽性症状に特に効果的であった。その標的症候としては、幻覚・妄想に最も効果的で、猜疑心・敵意・非協調性にも十分な効果が期待できることがわかった。陰性症状や神経症候群は、観察した期間での改善は限定的であった。CLZ の効果は、最低でも 6~12 か月投与継続した後に判定することが望ましいと思われた。維持量の平均 400 mg/日は、過去の報告と同様の結果であった。

Key words

Clozapine, Treatment-resistant schizophrenia, BPRS, CGI-C, CPMS

はじめに

2009年7月に日本で発売されたクロザピン (CLZ) は、治療抵抗性統合失調症の適応を持つ唯一の抗精神病薬であることから、その有用性¹⁾に高い期待が寄せられている。一方で、CLZ 治療を開始した患者数は、2011年12月末で約600例であり、限られた精神科医が CLZ による治療を経験している状況である。

その背景として、ひとつには、クロザリル患者モニタリングサービス (CPMS) に登録することが必須であり、そのために検査体制の整備、血液内科・糖尿病内科との連携などさまざまな準備と手続きが必要なが挙げられる。次に、CLZ の処方 CPMS 規定に沿って採血・検査を行い、

その結果で判断することから、投与対象となる患者に開始・継続できるかどうかという懸念もあるだろう。しかし、これらは CLZ による治療を進める際に、精神科医が最も懸念する重大な副作用である無顆粒球症の早期発見・早期対処のために必要なことである。

このような状況下では、CLZ の市販後の臨床例をまとめた報告^{5,10)}はおのずと限られている。CLZ は陽性症状に効果が高いことは知られているが、その具体的な標的症候を示す報告は、少なくとも本邦ではない。具体的な標的症候が明確になることは、CLZ 投与が望ましい患者像がより明確にイメージできることに繋がる。

筆者が所属する国立病院機構琉球病院では、病院内で多職種による多層的な体制を整え、2012

表1 全症例の概要1 (2012年1月時点)

症例数	31例	
治療抵抗性	反応性不良	30例(96.8%)
	耐容性不良	1例(3.2%)
性別	男	24例(77.4%)
	女	7例(22.6%)
開始時年齢	平均(分布)	39.8歳(25~61歳)
他院からの紹介		5例(16.1%)
CLZ 開始直前の抗精神病薬の種類数	単剤	8例(25.8%)
	2剤	16例(51.6%)
	3剤	5例(16.1%)
	4剤	2例(6.5%)
CLZ 開始直前の主剤 [クロロプロマジン (CP) 換算で最も多い抗精神病薬である。うち2症例については CP 換算で同量のため、主剤は2つとした]	オランザピン	18例(54.5%)
	リスベリドン	7例(21.2%)
	クエチアピン	4例(12.1%)
	アリピプラゾール	1例(3.0%)
	その他の非定型薬 定型薬	0例(0%) 3例(9.1%)
CLZ 開始直前の前薬の CP 換算量	平均(分布)	1,332 mg (500~2,850 mg)

年1月時点で31症例に CLZ による治療を開始した。本稿では、その中で3か月以上処方継続している20症例の処方前、3か月、6か月、12か月後の CGI-C、BPRS 評価を基に、CLZ の有効性とその臨床的意義を考察し報告する。なお、この論文については、日本精神神経学会利益相反基準に照らして、開示すべき企業がないことを明記しておく。

全症例の概要

当院では、2012年1月時点で31症例に対して、CLZ による治療を開始した。治療抵抗性の分類については、反応性不良が30例で、耐容性不良は1例のみであった。男女別については、男性24例と女性7例であった。開始時の平均年齢は39.8歳であり、その分布は25~61歳で、30代、50代が多かった。他院からの紹介は5例であった(表1)。

CLZ 開始直前の抗精神病薬の種類数については、単剤8例、2剤16例、3剤5例、4剤2例であり、2剤以上を使用していたものは75%近く

にも上った。CLZ 開始前の主剤 [クロロプロマジン (CP) 換算で最も多い薬剤] としては、オランザピンが18例(54.5%)と最も多く、リスベリドン7例(21.2%)、クエチアピン4例(12.1%)、アリピプラゾール1例(3.0%)と続いた。CLZ 開始直前の前薬の CP 換算量の平均は1,332 mg であり、500 mg~2,850 mg まで分布していた。CGI-S による投与前重症度評価では、中等度の精神疾患1例(3%)、顕著な精神疾患8例(26%)、重度の精神疾患22例(71%)であった(表2)。当院では、病院全体の取り組みとして抗精神病薬の単剤化を進めているが、最大用量を使用しても、病状を抑えることができず、抗精神病薬への抵抗性があり、やむなく多剤併用療法となっていた。

CLZ 開始時の入院病棟は、医療観察法病棟で9例、一般精神科病棟22例であり、医療観察法病棟のほうが病床数に対して処方率が高かった。

投与31例の内28例が継続しており、そのうち6例が退院した。中止3例のうち2例は、それぞれ白血球減少、けいれん発作の副作用のため中止で、もう1例は同意撤回による中止であっ

2012年5月7日受稿、2012年9月3日受理

** 独立行政法人国立病院機構琉球病院 (〒904-1201 沖縄県国頭郡金武町字金武7958-1), KIDA Naoya, OHTSURU Taku, FUKUDA Takahiro, FUKUDA Yasuhide, MURAKAMI Masaru : National Hospital Organization Ryukyu Hospital

表2 全症例の概要2(2012年1月時点)

統合失調症投与前重症度 (CGI-S)	正常	0 例
	精神疾患の境界域	0 例
	軽度の精神疾患	0 例
	中等度の精神疾患	1 例 (3%)
	顕著な精神疾患	8 例 (26%)
	重度の精神疾患	22 例 (71%)
非常に重度の精神疾患	0 例	
開始時病棟	医療観察法病棟	9 例
	一般精神科病棟	22 例
継続・中止	継続数(内退院数)	28 例(6 例)
	中止数(中止理由)	3 例(白血球減少, けいれん発作, 同意撤回)
投与期間	6 か月未満	16 例
	6 か月~1 年未満	7 例
	1 年以上(最長)	8 例(1 年 11 か月)
用量	平均最大量(分布)	483 mg/日(350~600 mg/日)
	平均維持量(分布)	400 mg/日(175~600 mg/日)

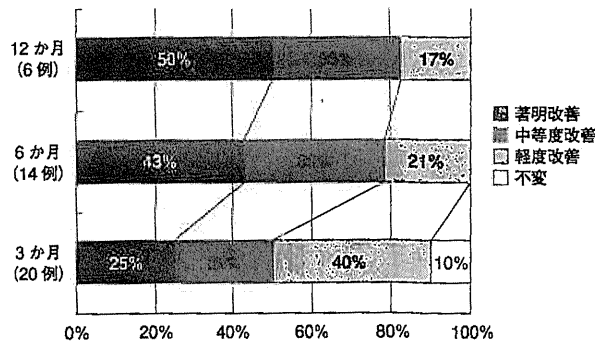


図1 CGI-Cの改善度

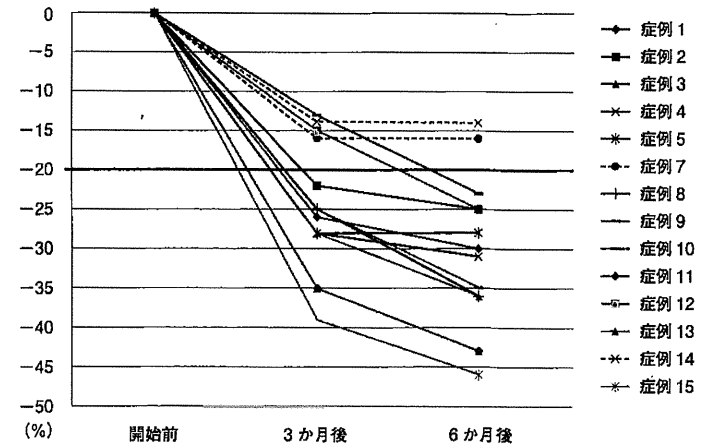
た。
投与期間は、6 か月未満が 16 例、6 か月~1 年未満が 7 例、1 年以上が 8 例であり、最長 1 年 11 か月であった。最大量の平均は 483 mg/日であり、その分布は 350~600 mg/日であった。維持量の平均は 400 mg/日であり、その分布は 175~600 mg/日であった。ただし、最大量、維持量には個人差が大きかった。

CGI-C, BPRS の評価結果

CLZ を 3 か月以上継続投与し、CGI-C, BPRS

を評価した 20 症例について、開始前(20 例)、3 か月後(20 例)、6 か月後(14 例)、12 か月後(6 例)の評価結果を以下に示す。

CGI-C は、CLZ 投与 3 か月後では著明改善 25%、中等度改善 25% であり、6 か月後では、同 43%、36% と改善した患者が増加し、12 か月では、同 50%、33% とさらに増加した。また、不変例は投与 3 か月後では 10% 存在したが、6 か月後には認めなくなり、悪化例も認めなかった。6 か月継続した 14 例全例が軽度改善以上であり、中等度改善以上の改善率は 79% に達して



投与開始後 6 か月後において、BPRS 総得点が 20%以上改善した症例 12 症例 / 14 症例

図2 BPRS 総合得点の改善度

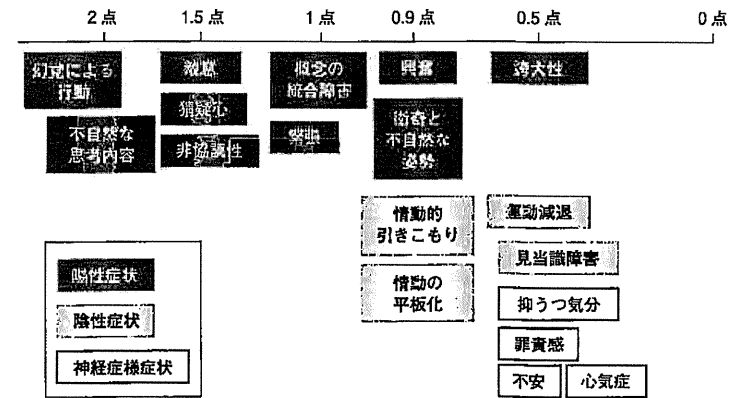


図3 BPRS 下位項目の改善度

いた(図1)。

CLZ 投与を 6 か月継続し、BPRS 評価ができた 14 例の合計スコア平均値は、投与前 60.5(範囲は 32~83)、3 か月後 45.4、6 か月後 41.6 であった。BPRS 合計スコアが投与前と 6 か月後を比較し、20% 以上改善した例は 14 例中 12 例であり、

BPRS は CGI-C と同様、長期投与で改善度が高かった(図2)。BPRS 全項目で改善を認めており、特に、陽性症状の幻覚による行動、不自然な思考内容の項目は顕著な改善を認め、敵意、猜疑心、非協調性の項目も改善度は高かった。陰性症状の情動的引きこもり、情動の平板化は比較的改善を

認めたと、運動減退、見当識障害の改善は限定的であった。神経症様症状も改善は認めたと効果は乏しく、特に下位項目の心気症は効果が最小であった(図 3)。

考察

CLZ の効果は、CGI-C、BPRS 合計スコアの推移をみると、投与 3 か月後に確認できる可能性が高いが、その後に投与 6 か月後や 12 か月後に初めて効果が認められる例があることを示している、このことから、CLZ の効果は最低でも 6~12 か月投与継続した後に判定することが望ましいと思われる。これは、CLZ 投与開始後 12 か月間の経過をみた Meltzer の報告⁶⁾と一致する。

CLZ が他剤無効の陽性症状に効果があることは他の報告^{3,4,5,7,10)}とも共通していた。CLZ の投与前から投与 6 か月後の BPRS の各症状別改善度をみてみると、最も効果が期待できる CLZ の標的症状は幻覚・妄想であり、猜疑心・敵意・非協調性の症状に関しても十分な効果が期待できることがわかった。治療抵抗性統合失調症患者でも、特にこの症状を有している者に CLZ 投与が最も効果が期待できることがわかり、これは臨床実感とも一致していた。陰性症状や神経症様症状については、観察した期間での改善は限定的であった。よって、CLZ 投与により精神症状の中で比較的早期に改善が期待できるのは陽性症状であると言える。また、中核症状が陰性症状・神経症様症状の治療抵抗性統合失調症者の場合には、観察期間にはさらに長期が必要かもしれない。

CLZ の維持量(平均投与量)の平均 400 mg/日(分布は 175~600 mg/日)は、他の報告^{1,2,8,9)} 300~500 mg/日と同様の結果であった。

これまでの抗精神病薬による治療に反応しなかった幻覚や妄想を中心とした陽性症状が CLZ 治療により改善することで、患者は精神症状と心理的距離が取れ、疎通性や現実検討能力も改善していく。こうした患者と医療スタッフが円滑にコミュニケーションをとれるようになり、心理社会的アプローチも行いやすくなる。そこでは、ひと

つには医師、看護師、作業療法士、臨床心理士など各専門職種による集団および個別プログラムとして疾病教育が行われる。その過程で統合失調症の症状、薬の副作用や服薬継続の重要性について患者の理解が進み、2~3 回/日の自己体温測定など単独での体調と服薬の管理が可能となる。またクライシスプランを作成し、退院後に発熱など体調や精神症状に変化があった場合は、まずどこに連絡するか、どういう行動をとるか、などを具体的に文章化・視覚化して患者および家族などの支援者に明示して繰り返し確認し、退院後の生活の不安の軽減に努めている。退院後は、デイケア通所と ACT(包括型地域生活支援プログラム)を組み合わせ、訪問看護師などさまざまな専門職種よりなる多職種チームによるサービス提供を行い、緊急時はクライシスプランに沿った行動が遂行される。その結果として、患者の社会復帰が促進され、維持される。他剤無効の医療観察法症例が CLZ による薬物療法で病状が改善し、多くの心理社会的治療が可能となり、社会復帰が促進されたという事実は、この見解を強く支持する。

CLZ の対象者については、陽性症状が強く長期入院となっている患者や、活発な病的体験のために隔離や身体拘束などの行動制限を頻回もしくは長期にわたって行っていた患者など重症例に対して投与を検討した。CGI-S による投与前重症度評価では、耐容性不良の 1 例を除いて、30 例のすべてが顕著もしくは重度の精神疾患であったことはこのことを裏付ける。

CLZ の投与が必要であると判断された場合は、本人もしくは家族などの代諾者に説明を行い、家族がいらない 1 例を除いてすべての代諾者からの同意を得た。本人もしくは代諾者から同意を得られた症例にはすべて CLZ による治療を開始した。治療者が誠意と情熱をもって、最適であると思われる CLZ による治療を繰り返し提示したときに、明らかな非同意をした例はなかった。

当初懸念された定期的な検査への患者の不満は、ほとんど聞かれなかった。その理由として、ひとつには、必要とされる説明を十分行い同意を

取得することが心理教育的効果につながったことが挙げられる。また CLZ の治療経過とともに患者は効果を実感し、自ら処方継続を希望する例が圧倒的に多くなり、治療継続のための検査も厭わなくなったことも挙げられる。

本報告は、20 症例の検討であるが、全例がこれまでさまざまな薬物療法で改善が困難であった治療抵抗性統合失調症例であるため、CLZ の治療効果はきわめて高いと言える。CLZ 治療を基礎として心理社会的アプローチを組み合わせることで、社会性の乏しかった患者の地域生活への移行や拡大のチャンスを与えることができると感じている。

本報告が、クロザピンの効果や臨床的意義を臨床家が理解する一助になれば幸いである。なお、現在、多施設共同にて症例を集積し同様の視点から報告する準備を進めている。

文献

- 1) Chang JS, Ahn YM, Park HJ, et al: Aripiprazole augmentation in clozapine-treated patients with refractory schizophrenia: An 8-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 69: 720-731,

2008

- 2) 榎本哲郎: クロザピン(クロザリル®). 最新精神医 16: 467-473, 2011
- 3) 石郷岡純, Herbert Y. Meltzer, 村崎光邦, 他: Clozapine の実像に迫る—Meltzer 先生を囲んで. *臨精薬理* 13: 1799-1812, 2010
- 4) Kane J, Honigfeld, G, Singer J, et al: Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* 45: 789-796, 1988
- 5) 来住由樹: Clozapine 導入決断の条件・タイミング. *臨精薬理* 15: 189-196, 2012
- 6) Meltzer HY: Dimensions of outcome with clozapine. *Br J Psychiatry Suppl* 17: 46-53, 1992
- 7) 大鶴卓: 医療観察法における治療抵抗性. *日社精医誌* 20: 423-425, 2011
- 8) Taylor, D, Mace S, Mir S, et al: A prescription survey of the use of atypical antipsychotics for hospital inpatients in the United Kingdom. *Int J Psychiatry Clin Pract* 4 (No. 1): 41-46, 2000
- 9) Taylor D, Paton C, Kapur S: モーズレイ処方ガイドライン第 10 版(内田裕之, 鈴木建文, 渡邊衛一郎訳). アルタ出版, 2011
- 10) 渡邊治夫, 澤温, 谷水知美, 他: 治療抵抗性統合失調症に対する clozapine 使用の現状と問題点. *臨精薬理* 14: 1615-1624, 2011

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

パルス波 ECT ハンドブック

Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy

原著 Mankad MV et al
監訳 本橋伸高・上田 諭
訳 竹林 実・鈴木一正

●A5 頁224 2012年
定価5,250円(本体5,000円+税5%)
JISBN 978-4-260-01565-3

精神科診療に必須の治療法である電気けいれん療法(ECT)は、世界標準のノリス波治療器が普及しているが、十分な治療効果を得るためには、麻酔、電気刺激、発作後反応の段階で様々なパラメータを適切に設定し評価することが必要である。本書は、最新理論、装置と手順、様々なパラメータの設定・評価法を簡潔に記載した、米国の最新テキストの全訳。ECTの最大の臨床効果と安全性を追求する、すべての精神医療関係者必携の書。

医療観察法の現状と今後の課題

指定入院医療機関より

大鶴 卓*1 村上 優*2

*1 独立行政法人国立病院機構琉球病院 精神科医長・医療観察法病棟 医長 *2 同 院長

Key Words 医療観察法, 指定入院医療機関, 多職種チーム医療, MDT, 審判

はじめに

医療観察法は平成17年7月15日に施行され、平成23年末までに申立て2,457名、入院決定1,488名、退院許可846名が審判にて決定されている。琉球病院（以下、当院という）医療観察法病棟は平成21年2月1日に開棟し、これまでに約100名の対象者の入院を受け入れてきた。

医療観察法は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に医療および保護を行うことを目的にしており、わが国で初めての司法モデルでの強制治療である。その目的は、病状の改善および同様の行為の再発を防止し社会復帰を促進することであり、さまざまな決定に司法が関与しているが、実務は社会復帰を目的とした精神科医療そのものである。筆者は、当院医療観察法病棟医長として勤務しており、その経験と実践も含め医療観察法の現状と課題について述べる。

鑑定（刑事責任能力鑑定、医療観察法鑑定）の現状と課題

医療観察法施行後は、鑑定書が他の精神科医の目にふれる機会が増え、その作業に参加する者も増加し、全体としてのコンセンサスの形成や鑑定医自身へのフィードバックがかかるようになり、医療観察法施行当初に比べると、全体として鑑定の質と精度ともに向上している。

今後の課題としては、医師個人の判断だけでなく、コンセンサスに基づいた標準的で客観性が担保された医療観察法鑑定が望まれる。当院では、鑑定書はカンファレンス方式で作成している。鑑定医以外に複数の精神科医師を含む多職種チームを作り、3、4回のカンファレンスを経て、鑑定医が最終的な結論を出すようにしている。将来的には鑑定センターの設立も検討すべきかもしれないが、現時点でもカンファレンス方式を取り入れることにより鑑定医が入手できる情報が格段に増え、議論を重ねることで鑑定精度の向上につながる。

審判の現状と課題

医療観察法の処遇は地方裁判所での裁判官と精神保健審判員による合議体によって決定され、裁判所の決定で対象者の処遇が決まるというわが国で初めての制度である。この審判での合議体には、精神保健審判員以外にも必要に応じて鑑定医や指定入院医療機関の医師等が参加する。審判の決定についてはカンファレンス方式が採用されており、精神科医と裁判官の議論のなかで審判の結論が決定している。このような手続きを通して司法と精神医学の対話が格段に進んだ。筆者は主に指定入院医療機関の医師として参加しているが、カンファレンスを重ねるなかで裁判官の精神医学の知識やそれに基づく判断が明らかに高まっていると実感している。医療観察法により司法と精神医学の対話が生まれた点は、大きな前進である。

医療観察法入院治療

1. 病棟の偏在

審判で入院が決定されると指定入院医療機関へ入院する。指定入院医療機関や病床は偏在があり四国、近畿、北海道の病床が少ないことが指摘されている。とくに北海道は現時点で病床はなく、確保の目的も立っていない。当院では全国の保護観察所とハイビジョン画質のテレビ会議システムを導入しており、社会復帰調整官との会議や家族説明はそれを有効に活用している。また必要時には現地に対象者とともに行き退院調整を行っており、退院調整に大きな障害はない、しかし、対象者は居住地に近い場所で治療を受けることが望ましく、広大な北海道に病床を確保する必要がある。

2. 指定入院医療機関での治療の実際

1) ガイドラインに基づく医療の提供

指定入院医療機関の医療は、厚生労働省から示されている指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドラインに基づき行われている。さまざまな指定入院医療機関で治療プログラムも含めた治療の進め方に大きな差異はなく、ガイドラインに基づく医療の提供により病院や地域間での医療格差が少なくなり、均てん化が可能となる。

医療観察法では、多職種チーム（multi-disciplinary team, 以下MDTという）で治療を行うことが特徴である。対象者ごとに担当MDTが構成され、治療を進めていく。個別のMDT会議では、各職種がそれぞれの専門性に基づき対等に意見を述べ、最終的にMDTとしての評価や合意が形成される。その評価をもとに対象者とMDTで面接を繰り返しながら、CPA（care program approach）で治療方針を決定し、それに基づき各職種が専門性をいかして個別の治療計画を立案し治療介入を行っている。治療を進めるうえで最も大切なことは、対象者の主体的な治療参加であ

る。治療方針を立案するために厳密で正確な評価が必要なことは当然だが、治療動機や希望もふまえ対象者が主体的に参加できるよう治療を進めていく必要がある。

医療観察法では上述の対象者ごとのMDT会議以外にさまざまな会議がガイドラインにて定められている。週1回の治療評価会議は個別のMDTで決定した治療方針を協議する場であり、勤務の都合上参加できないものを除き全職種が参加している。この会議で個別のMDTで立案された治療方針は承認・見直しされ、再度個別のMDTで協議するしくみである。またこの会議は病棟内のピアレビューの意味も持っており、担当MDT以外と率直な意見交換を行うことで新たな視点が見つかることも多い。

毎月開催される運営会議は、病棟の運営状況の報告、治療評価会議を経て決定された治療方針の検討・承認を得る場であり、院長・副院長・看護部長・事務部長を始めとした病院管理者が参加する。具体的には治療ステージ移行、初回の院内散歩・院外出の承認、入院継続・退院申請の承認など治療の大きな節目や責任レベルの拡大について協議・決定する場である。個別のMDT会議や治療評価会議は決定権を持っていない水平構造であり、運営会議で最終的な責任を持つ管理者が垂直的に決定する構造となっている。当院では、運営会議でステージ移行や外出許可が承認されないことも少なくなく、それは管理者からみて評価や治療方針に問題がある場合が多く、運営会議は個別のMDTの治療が効果を上げているかをチェックする場としても機能している。また緊急の外出泊、事故時などには臨時運営会議で協議を行い、対策を決定している。

毎月開催される倫理会議は外部委員も参加し、本人の同意によらない治療などの事前・事後の協議・承認を行っている。デボ剤、クロザリル、m-ECTは事前の承認が前提であり、隔離、拘束、緊急時の注射などの治療も事後に妥当性の協

議を行っている。倫理会議での検討事例は困難症例であることも多く、当院では倫理会議を外部精神科医からのスーパーバイズの場としても活用し、議題の協議以外に評価や治療方針についても助言をもらっている。

このように治療方針の決定に関して各種会議のプロセスを経ることは、治療方針や治療効果をチェックする機能だけでなく、治療の透明性・客観性を担保することにつながっている。個別のMDTが対象者の主体性を尊重し治療を進めながら、各種会議を経て治療方針と責任の所在が決定していくプロセスは、医療観察法入院医療の両輪である。

2) 当院での入院治療の実態

医療観察法入院医療は、ガイドラインで18カ月が基準とされており、その内訳は急性期3カ月、回復期9カ月、社会復帰期6カ月であり、各ステージの治療目標が示されている。当院での各ステージの実際の治療について記す。

○入院時面接

入院時の面接から治療は始まる。対象者は裁判所より入院を告知され、入院決定書を受け取っている。そのなかに疾病名、対象行為、入院の理由などが説明されており、それを対象者と一緒に確認することから始めている。対象者は司法での取り調べや鑑定先での面接や治療を経ており、自身の病状や対象行為に対して本人なりの理解や考えを持っている。それを入院時に確認し、尊重しながらその後の治療方針を立てている。

○急性期

急性期では、治療関係の構築、治療参加の準備性を高める、診断・病状・人格・能力などの評価を主体としている。入院後に担当MDTは、入院の理由について対象者と面接を繰り返す。対象行為や疾病罹患をすべて否定する対象者はまれであ

り、病気や対象行為への本人なりの理解や考えを治療の糸口としている。そのなかには治療者が理解に苦しむ内容もあるが、MDTの考えを一方向的に押し付けることはせず、「どうしてそのような考えや理解に至ったのか」を丁寧に聞くことから始めている。

医療観察法医療では、内省や病識の獲得が重要とされ、そのためには対象者自身の主体的体験や理解も汲んだ個別的な治療が欠かせない。急性期での心理教育は基本的な疾病と治療の説明に加え体験談などを輪読し、対象者のとまどいや不安も含めた体験的理解につながることを目的としている。その他のプログラムも制度理解・集団への参加を促すものであり、その後の治療参加の準備性を高めるアプローチとしている。

急性期治療の過程で治療関係の構築とともに対象者の疾病・人格特性の評価を行って入院治療による改善の予測を立て、それに基づきできるだけ具体的に退院地や退院後の生活イメージをMDTで共有し、その後の治療方針を立案している。同時に急性期の間で薬物療法の目的を立てることも大切である。対象者はすでに鑑定入院で薬物療法を受けており、医療観察法入院時には病状は表面上落ち着いているが、ストレス時に容易に病状悪化を認めたり、強固な陽性症状を内在している対象者も多い。

急性期の間にできる限り病状改善を目指し薬物調整を行うことで、その後の心理社会的治療の効果もふまえた入院治療での改善の予測の精度が上がり、より具体的な退院後の生活イメージが可能となる。当院では、治療抵抗性統合失調症の治療薬であるクロザピンの調整も含め急性期の間で薬物調整を終わらせることを目指している。

○回復期

回復期では、対象者の疾病・人格・能力特性に対しMDTを中心とした多層的な心理社会的治療が中心である。集団や個別プログラムで疾病教育

SST、ストレスマネジメント、制度理解などの治療を行い病識や内省を深めることを目指している。集団参加も自由度が高くなり、対象者自身が役割や責任を持つことができるよう工夫している。

再被害行為を防ぐことに最も有効なものは、対象者の主体的な治療参加である。薬物療法のコンコーダンスプログラム、被害を考えるプログラム、症状悪化のケースフォーミュレーションなどは、対象者の言葉や考えを尊重しながら対象行為や病気を振り返ることができるように配慮している。プログラムは行うだけでは効果は薄く、それを振り返ることや日常場面でいかすことが重要である。

当院では主に看護師がさまざまな治療プログラムを振り返る面接を持つことで理解を深め、一般化につなげている。医療観察法では看護師はケアコーディネーターとしての役割を持ち、病状改善の程度、プログラムの理解度、内省や病識などの評価を総合的に把握し、治療効果と課題を対象者とも共有しながら円滑に治療が進むようマネジメントしている。ケアコーディネーターとして看護師が対象者とMDTの橋渡しとなり、治療をマネジメントするという看護師像は新しいものであり、MDTによる治療の成否は看護師にかかっているともいえる。

また看護師は、対象者が困ったときに相談できるようにすることを大切にしている。医療観察法入院治療では看護面接が繰り返されており、その目的は疾病や対象行為の振り返りだけでなく、対象者が「何で困ったり、つまづいたりしているか」に自ら気づき、相談できるためでもある。丁寧に本人の話を聞き、相談希求能力を高めるアプローチは退院後の治療や生活にとっても重要である。

このように対象者の主体的治療参加を伴ったMDTアプローチを続けることは、対象者が単に病気を理解するだけでなく病状の悪化と対象行為の関係を理解でき、それを防ぐためにはどうすればよいかを考え続けることにつながり、病状悪化のサインと相談スキルの向上、クライシスプラン

作成、具体的な地域生活のイメージ構築が自然にできるように工夫している。

○社会復帰期

社会復帰期では、外泊を通して具体的な退院後の社会生活の最終調整を行う期間である。それまでもケア会議で情報共有は繰り返しているが、社会復帰期では、地域での支援体制、クライシスプラン、実際の生活や治療スケジュールなどを対象者も交えて細部まで話し合い決めていくケア会議を繰り返しながら、退院地に外泊を繰り返し、退院後の具体的な生活のイメージを共有していく。また院内にあるデイケアの協力を得て、対象者が入院中にデイケア訓練を続けるようにしている。デイケア訓練は、対象者の退院後のスケジュールに合わせ週に2～4回、長い対象者では1年以上通い続け退院につなげている。

当院では、疾病受容と対処能力の向上、地域生活を行うための生活能力と相談希求能力の向上のどちらも重視している。生活者として地域生活が安定して送れることは退院後の病状の安定にとって欠かすことはできない。しかし医療観察法入院では対象者の単独外出や外泊は認められておらず、その際に医学的管理のために職員が同伴するため人手がかり、外出泊の機会が少なくなる問題がある。その問題を克服するため当院では社会復帰ユニットに生活訓練室を併設し、包括的生活技能訓練を行っている(図1,表1)。

生活訓練室は1LDKのアパートの1室をイメージし、キッチン、6畳の居間、風呂、トイレ、洗濯機など生活に必要なものは設置されている。生活訓練室は社会復帰病棟の病床の並びにあり、看護師の観察は他の病床と同じようにできるため長期間の擬似退院生活訓練が可能となる。対象者と具体的な地域生活をイメージし、献立と予算を決め、買い物と調理、一般的な家事、日中の過ごし方として院内デイケアの参加、屯服薬も含めた内服自己管理、緊急時の携帯電話のかけ方の練習

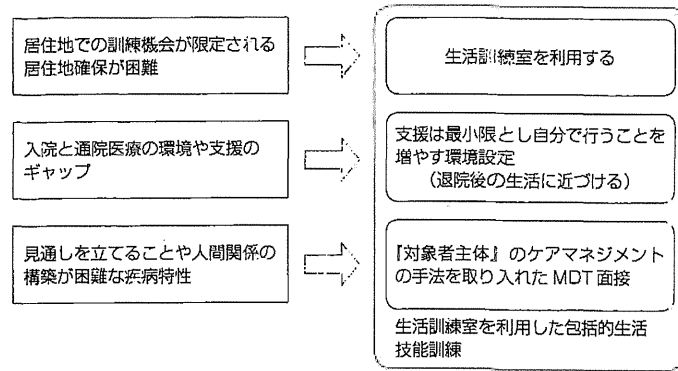


図1 生活訓練室を利用した包括的生活技能訓練

表1 包括的生活技能訓練の位置づけ

処遇	急性期～	回復期～	社会復帰期		通院処遇
生活の場			病院		地域
訓練	ADL 訓練	IADL 訓練 (外出訓練)	包括的生活 技能訓練	外泊訓練	
作業の様	手段として の作業	目的を持った 作業	模倣的作業 (院内シミュレー ション)	居住地での作業 (シミュレーシ ョン)	実生活の作業 (リアルオキュ ペーション)
スキルの発揮	限定的	部分的	連続的, 包括的		自律的

などの包括的な生活技能を訓練できるようになっており、徐々に日数を延ばして1～2週間程度の訓練を繰り返すようにしている。

このような包括的な生活訓練を通して、「思ったより食事を作るのは大変だった。デイケアに参加すると疲れるので、朝と夕食の献立はもう少し簡単にしなければいけない」「予算よりも食費がかかり過ぎた。もう少し節約しないとお金が足りなくなる」「1人でいるとさみしい。日中の過ごし方をもう少し考えたい」などの自らの気付きにつながり、次の生活訓練でその課題に取り組むことを繰り返しながら、生活者としての実感とスキルを高め、実際の外泊訓練にいかしている。対象者単独での外泊ができず機会が限定されている現状では、各医療観察法病棟に生活訓練室が設置

されることで入院から通院への支援や環境のギャップを埋めることにつながると考える。

また社会資源の乏しさゆえに退院が困難となっている現実もある。当院では、多職種が地域に出て行き社会資源のスタッフと関係を作り、その信頼関係のなかで対象者がグループホームや作業所等の社会資源へつながる実践を行っている。将来的には社会資源が充実することを期待するが、短期的にそれが難しいならば、現時点ではいままる社会資源と多職種でつながっていくしかない。

3) ガイドラインについて

医療観察法入院治療では、急性期、回復期、社会復帰期を通してガイドラインに沿った医療を展開している。急性期は評価、病状の改善、リスク

アセスメントが主体であるが、回復期から社会復帰期へ移行する過程でリハビリやストレスマネジメントの概念を積極的に取り入れ、ケアマネジメントの手法を用いた対象者主体の包括的な精神科リハビリテーションへと転換していき、その実務は一般的な精神科医療と同じである。

また担当 MDT が治療の責任は負うが、対応できる範疇を越えた問題が起こった場合には職員全員でそれを共有して対処する雰囲気を作っており、病棟全体の力を使う多職種チーム医療へと発展させることを心がけている。ガイドラインにより多職種チーム医療が構造化されている医療観察法入院治療は、筆者が精神科医療のなかで実現したいと思っていた理想に近いものである。

退院審判

退院審判は、対象者だけでなく担当 MDT、裁判官や精神保健審判員にとっても重要な場である。審判の場で「入院はきつかったが自分を見つめ直す場になった。これをいかし二度と同じような失敗をしないようにがんばりたい」との内容の話をする対象者も多い。対象者にとっては、入院の総まとめの機会となり、また今後続く地域生活への決意表明の場になる。当院では担当 MDT はできる限り全員が参加して対象者と一緒に審判を受けており、MDT への入院治療のフィードバックを受ける機会になっている。

裁判官や精神保健審判員はこれまで入院や入院継続の決定で対象者と関わりを続けてきているが、直接接したのは入院決定の審判のときのみであり、その後は書面やカンファレンス等の情報しかない。退院審判時に対象者の病状の改善、病気と対象行為の振り返り、具体的な地域生活の実現性とその決意を目にすることで、入院治療の効果が実感として理解できる場になっている。

これまでは司法が精神科の治療行為に関与し続ける機会はほとんどなかったはずである。医療観察法においては司法と精神科医療の対話が生まれ

たが、それは単なる処遇決定の場ではなく、その治療過程に共司して関与し続ける機会となったことが重要な成果と考える。

医療観察法通院

審判にて退院が決定されると通院処遇へ移行する場合がほとんどである。当院は入院指定医療機関であるとともに通院指定医療機関であり、筆者は医療観察法通院も担当している。入院から通院まで連続して主治医として関与できることは治療の連続性の確保のために非常に重要である。医療観察法入院から通院を通して担当すると、入院から地域生活に移行し慣れるまでに3か月から1年程度かかる例が多いことに驚かされる、通院は社会復帰調整官を軸とし、クライシスプランも含まれた対象者主体の地域ケアマネジメントである。たしかに入院と比べ人的資源は少なくなるが、医療観察法入院中から、対象者も含めたケア会議を通して情報共有を繰り返し、顔の見える関係のなかで地域生活のイメージを多機関が連携して構築することで有機的な支援体制は可能であると実感している。

また当院以外の県内の指定通院医療機関へ通院となった対象者の初回ケア会議には入院担当 MDT が参加し、入院時に立てた治療計画がうまく機能しているかどうかを確認し、必要があれば助言を行っている。このような医療観察法通院の実践を入院医療に還元しながら、さらなる入院医療の向上につながるよう心がけている。

医療観察法入院医療の現状と課題

最後に医療観察法入院治療の現状と課題をまとめる。医療観察法というわが国初の司法モデルの強制治療ができたことにより、司法と精神医学の対話が生まれたこと、精神鑑定が広がり質が向上したこと、ガイドラインに基づく多職種チーム医療の構造化、リスクアセスメントを用いた医療の展開などは新しいものであり、精神科医療の向上

や展開に寄与するものである。

医療観察法入院治療の効果としては、法の理念通りに社会復帰が促進されたのか、再被害行為が防止できているのか、附則にも示されるように一般精神科医療へ還元できているのか、などが挙げられる。

社会復帰の促進に関しては、平林らの平成21年度の厚生労働科学研究の入院全対象者の入院期間調査¹⁾より考察する。平成21年7月15日時点までのデータでは、全対象者の入院期間の中央値は688日、平均値は740日であり、1,250日を超えて約10%の対象者の入院が続いていると予測されている。9割の対象者は退院できていると予測されている。9割の対象者は退院できているが、約1割の長期入院者への対策が課題となる。医療観察法は対象者の8割強が統合失調症であり、当院での経験からも長期在院者のなかには治療抵抗性統合失調症者も少なからず含まれると考える。

そのような対象者に対して当院ではクロザピン、m-ECTの治療を積極的に行っている。当院医療観察法病棟でこれまでに12例の対象者にクロザピンを投与し、5例の社会復帰が促進できた。当院が中心となりフォローする例だけでなく、県外・県内の指定通院医療機関へ処方継続を引き継いだ例、当院でクロザピン処方を行い地元の指定通院医療機関とケアや訪問看護を連携して行う例などさまざまな連携の形があり、それを工夫することでクロザピン処方の可能性を広げることができる。医療観察法医療の必要性の判断の3要件の1つに治療反応性が含まれていること、指定医療機関の医療は最新で専門的なものが求められていることにより、指定入院医療機関は治療抵抗性統合失調症に対しクロザピンの処方を積極的に進める必要がある。

また当院は年間6,000件以上の訪問看護の実績があり、平成24年より琉球病院ACT(R-ACT)の体制を整備し、今後はより重度の精神

障害を有していても地域生活が可能となると考える。

再被害行為の防止については、永田らの平成23年度の厚生労働科学研究の医療観察法入院を経て通院に移行した対象者の予後研究²⁾より考察する。同意が取れた142名の予後調査では、退院後に軽微なものも含み他害行為は6件あり、措置入院1名、医療観察法再入院1名であった。

措置入院1名、再入院1名が重大な他害行為を起こしたと想定しても再被害行為の数は少ない。法の目的である病状の改善および同様の行為の再発を防止し社会復帰を促進することは現時点では達成できていると考える。しかし、平成23年11月に医療観察法に基づき入院していた対象者が施設内で他の対象者を絞殺し逮捕される事件が起こっており、今後司法精神医学会が中心となった事故調査と報告がなされることを期待する。

最後に一般精神科医療への還元についてだが、これは道半ばと言わざるを得ない。前述の通り現時点で還元できたものもあるが、今後はガイドラインに基づく対象者の主体性を尊重した多職種チーム医療やさまざまな心理社会的治療技法を一般精神科医療へ還元する責務を自覚し、日々の業務を続けていきたい。

文 献

- 1) 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21年度厚生労働科学研究分担研究報告書，2010。
- 2) 永田貴子：医療観察法入院処遇対象者の予後と予後に影響を与える因子に関する研究。平成23年度厚生労働科学研究分担研究報告書，2012。

参考文献

- 1) 五十嵐禎人：医療観察法に基づく精神鑑定。精神科治療学 24：1077-1082，2009。
- 2) 村上 優：医療観察法の存続は可能か—指定入院医療機関より—。精神神経学雑誌 113：468-476，2011。
- 3) 村上 優：医療観察法と多職種チーム医療。日精協誌 30(8)：759-764，2011。

