

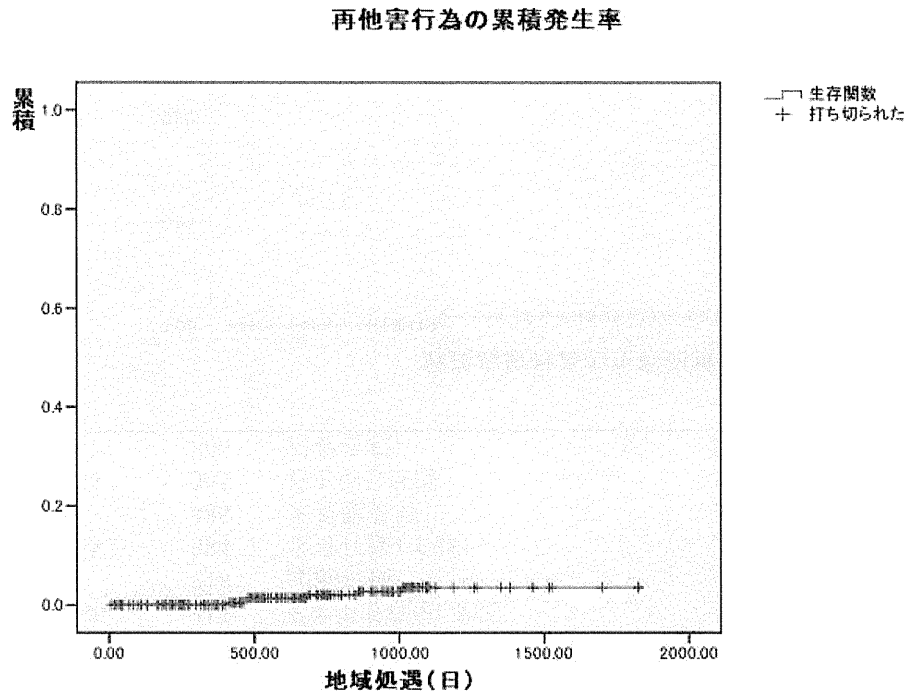
表2 処遇終了時点における対象者の状況（処遇終了対象者 n=154）

	n	( % )
医療観察法による再入院	3	( 2.0 )
精神保健福祉法による入院	16	( 10.5 )
精神保健福祉法による通院	119	( 78.3 )
精神科治療終了(死亡を除く)	5	( 3.3 )
死亡	8	( 5.3 )
うち事故	1	
うち病死	2	
うち自殺	5	
その他・不明	3	( 0.7 )
計	154	( 100.0 )

表3 再他害行為等 (n=293)

事例	退院後日数	行為	内容（記載された内容）	対処	診断	当初対象行為	自殺企図
A-1	不明	その他(わいせつ)	スカートを覗く	経過観察	F2	強制わいせつ	
A-2	402	傷害	主治医を殴打	再入院申立て	F3	傷害	なし
A-3	661	その他(傷害)	アルバイト仲間を殴打、少量出血	経過観察	F1	傷害	なし
C-1	470	傷害	詳細不明	医療保護入院	F2	強盗	なし
C-2	471	傷害	実母の前夫を殴打	措置入院	F8	傷害	なし
D-1	856	傷害	詳細不明	措置入院→再入院申立て	F2	殺人・殺人未遂	あり(既遂)
D-2	372	その他(万引き)	万引き	不起訴	F2	傷害	なし
D-3	1007	傷害	他患者の顔面を殴打	縫合処置、事件にせず	F2	殺人・殺人未遂	なし
D-4	211	その他(わいせつ)	保健師に卑猥な話かけ	ケア会議で指導	F2	強制わいせつ	なし
	709	その他(わいせつ)	訪問看護師の腕に接触	ケア会議で指導			
	400	その他(物損)	女子大生に絡み、携帯電話を破損	24条通報	F2	殺人・殺人未遂	あり(未遂)
D-5	681	傷害	入院他患者に暴行	精神保健福祉法入院継続			
	755	傷害	看護師を殴打	医療保護入院に切り替え			
D-6	36	不明	不明	不明	F1	放火	なし
D-7	223	その他(わいせつ)	痴漢行為	被害届なし、経過観察	F2	放火	なし
E-1	455	その他(暴力)	グループホーム入居者への首絞め	経過観察	F2	傷害	なし
	462	その他(暴力)	グループホーム入居者への首絞め	任意入院			
E-2	43	その他(暴力)	看護師への首絞め	不明	F2	傷害	なし

図1 重大な再他害行為累積発生率



日数	発生数	累積発生率
402	1	0.4%
470	1	0.9%
471	1	1.4%
681	1	2.0%
856	1	2.7%
1007	1	3.5%

追跡期間	日数	年数
Min	6	0.02
Median	801	2.19
Max	1826	5.00
Mean	758.6	2.077
Sum	222256	608.42

\*: 同一対象者に複数の重大な再他害行為が発生した場合は初回データのみを使用した

表4 自殺等 (n=293)

事例	退院後日数	内容	帰結	診断	当初対象行為
A-1	1373	不明	未遂	F2	殺人・殺人未遂
A-2	1313	ボタン電池服飲	未遂	F7	放火
	1385	ボタン電池服飲	未遂		
A-3	265	割腹自殺	既遂	F2	殺人・殺人未遂
B-1	524	不明(命令性幻聴に基づく行動)	未遂	F2	殺人・殺人未遂
D-1	992	首つり	既遂	F2	殺人・殺人未遂
D-2	335	多量服薬	未遂	F2	放火
D-3	1026	焼身自殺	既遂	F2	放火
D-4	415	タオルで首をしめる	未遂	F2	殺人・殺人未遂
	216	頭部打撲	未遂		
D-5	384	全身打撲(不詳)	未遂		
	486	大量服薬等	未遂		
D-6	365	首を切る自傷	未遂	F2	放火
D-7	866	投身自殺	既遂	F2	強制わいせつ・

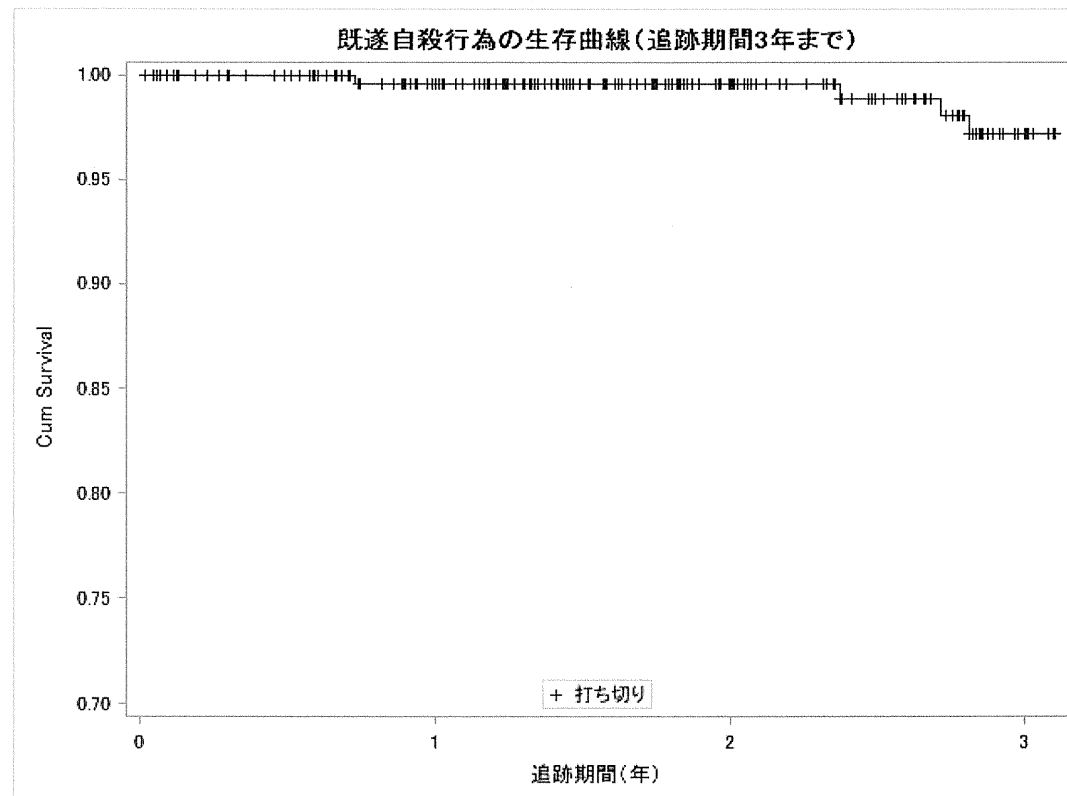
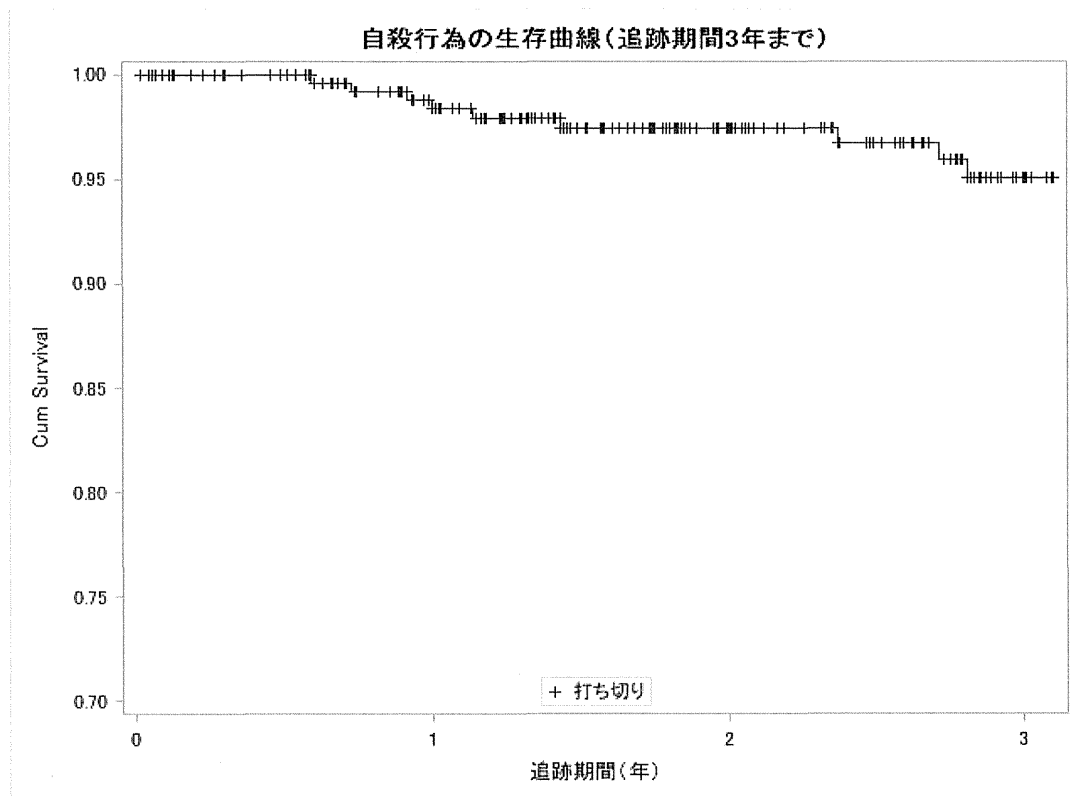
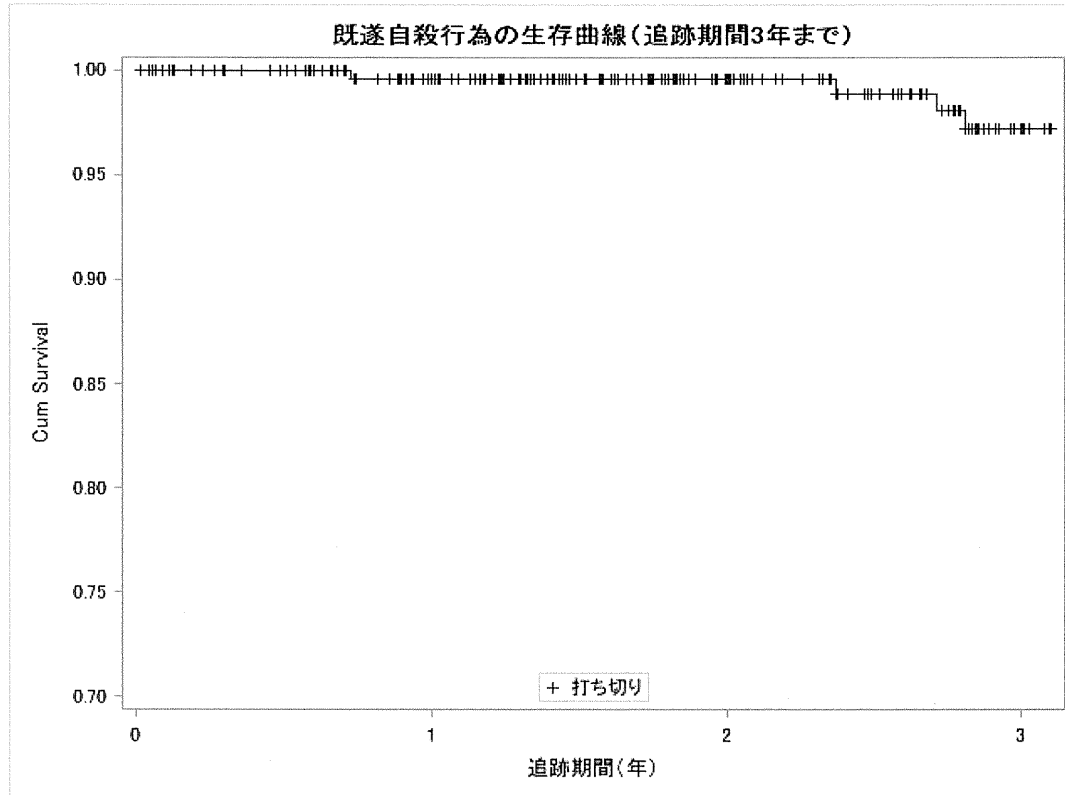


図2 自殺企図累積発生率



日数	発生数	累積発生率
216	1	0.4%
265	1	0.8%
335	1	1.2%
365	1	1.6%
415	1	2.1%
524	1	2.6%
866	1	3.2%
992	1	4.1%
1026	1	4.9%

追跡期間	日数	年数
Min	6	0.02
Median	801	2.19
Max	1826	5.00
Mean	758.6	2.077
Sum	222256	608.42



日数	発生数	累積発生率
265	1	0.4%
886	1	1.1%
992	1	1.9%
1062	1	2.7%

\*: 同一対象者に複数の自殺企図が発生した場合には初回データのみを使用した

表5 アルコール・薬物問題摂取 (n=293)

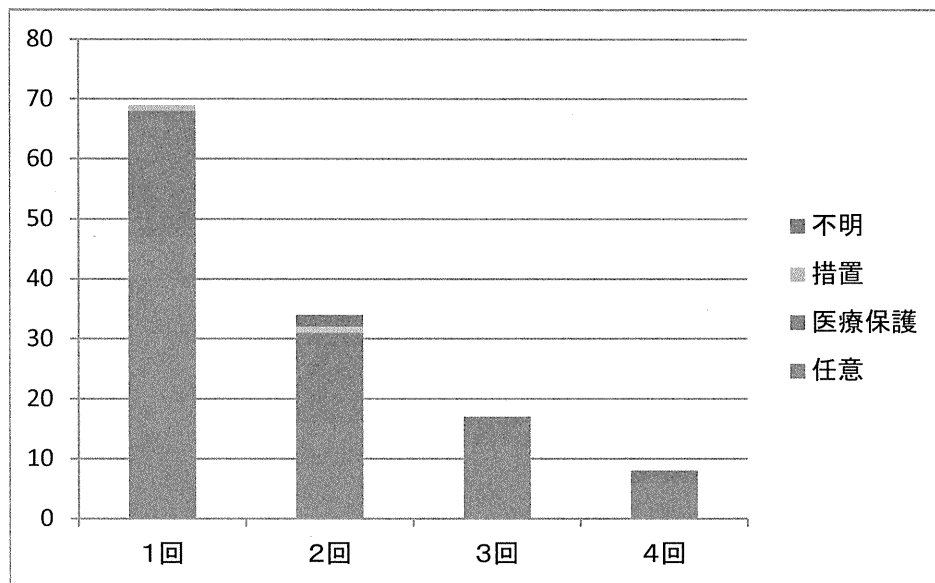
	通院処遇中の問題摂取		
	あり	なし	計
指定入院医療機関 における問題把握 あり	4	82	86
なし	1	206	207
計	5	288	293

表6 再入院・精神保健福祉法による等（処遇終了対象者 n\*=154）

	n	のべ回数
医療観察法による再入院申立	4 <sup>※1</sup> ( 2.6 )	4
精神保健福祉法による入院	69 <sup>※2</sup> ( 44.8 )	128

※1 1名は再鑑定中に死亡、3名は再入院

※2 このうち27名は通院処遇開始時点から入院(転院)



	任意	医療保護	措置	不明	計
1回目	47	21	1	0	69
2回目	16	15	1	2	34
3回目	12	5	0	0	17
4回目	6	2	0	0	8
計	81	43	2	2	128

表7 居住形態の変化 (n=293)

	退院時	1年目	2年目	3年目
家族同居	87	78	60	52
単身	61	62	48	37
グループホーム	41	38	25	16
援護寮	40	22	14	7
知的障害者施設	2	1	2	2
介護保険施設	1	1	2	1
救護施設	5	6	2	1
入院中	49	28	13	14
その他	7	6	3	2
計	293	242	169	132

表8-1 精神保健福祉サービスの利用 (n=293)

	n	( % )
あり	271	( 92.5 )
なし	22	( 7.5 )
計	293	( 100.0 )

表8-2 精神保健福祉サービス内容 (n=271)

	n	( % )
訪問看護	193	( 71.2 )
保健所の訪問	160	( 59.0 )
市職員の訪問	103	( 38.0 )
病院ダイケア	161	( 59.4 )
外来作業療法	29	( 10.7 )
作業所等	77	( 28.4 )
自助グループ(AA/NA/断酒会等)	15	( 5.5 )
民間リハビリ施設(MAC/DARK等)	3	( 1.1 )
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	10	( 3.7 )
その他	79	( 29.2 )

表9 就労 (処遇終了者 n=154)

	n	( % )
あり	18	( 11.7 )
なし	136	( 88.3 )
計	154	( 100.0 )

表10 収入・生計 (n\*=270)

※複数回答

	n	( % )
給与等	22	( 8.1 )
貯蓄	48	( 17.8 )
資産による収入	12	( 4.4 )
家族からの支援	92	( 34.1 )
障害者年金	147	( 54.4 )
生活保護	99	( 36.7 )
老齢年金	9	( 3.3 )
その他	22	( 8.1 )

### 3. 再び重大な他害行為を行った対象者及び再入院者に関する調査

研究分担者 田口 寿子

東京都立松沢病院



平成 25 年度厚生労働科学研究（障害者対策総合研究事業）  
医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究  
分担研究報告書

再び重大な他害行為を行った対象者及び再入院者に関する調査

研究分担者 田口 寿子 東京都立松沢病院

要旨：

1. 本研究は、医療観察法の対象者のうち、①通院処遇から再入院になった事例（再入院群）および②処遇終了後に再度重大な他害行為を行って 2 回目の医療観察法処遇になった事例（再処遇群）と、③入院・通院処遇を経て処遇終了に至った事例（処遇終了群）の 2 群の特徴と経過を比較し、社会復帰阻害要因を①②群から、促進要因を③から抽出することによって、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の達成課題と改善点を明らかにすることを旨とする。
2. 本研究は、平成 22～24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究」（主任研究者：平林直次）の分担研究「対象行為発生から社会復帰までの経過全般に関する研究」（分担研究者：田口寿子）を引き継ぐものである。
3. 平成 25 年度は、上記研究と同様、全国の 28 指定入院医療機関に対して、①②③の事例数調査を実施し、事例のある施設に調査票を送付し、①6 例、②5 例、③11 例について回答を得た。平成 22 年度から収集した事例数（暫定データ）は①32 例、②4 例、③34 例である。
4. 暫定データから、以下の点が明らかになった。
  - (1) 指定入院医療における達成課題
    - ・治療コンプライアンスの確立と全指定入院医療機関でのクロザピン使用。
    - ・丁寧な心理社会的介入による、対象者の疾病受容への内面的なプロセスの促進。
    - ・各対象者の特性に応じた、個別の達成可能な治療目標設定。
    - ・対象者が自ら支援を受け入れられる質の高い治療関係の構築。
    - ・併存障害の評価・介入・支援（指定医療機関共同での治療プログラム開発）。
    - ・地域処遇中の症状悪化時に有効なクライシスプランの作成。
    - ・家族への疾病教育・支援。
    - ・入院早期からの CPA（Care Programme Approach）会議開催による地域支援体制の構築。
    - ・指定通院医療機関での精神保健福祉法入院を介する円滑な地域移行。
  - (2) 指定通院医療における達成課題
    - ・対象者や地域関係者間の密な情報交換と良好な協力関係の構築。
    - ・積極的な家族支援。
    - ・対象者の能力やニーズに合わせた日中活動や就労支援。

- ・併存障害への心理社会的な援助の継続。
  - ・クライシスプランに沿った迅速な危機介入の実施と再被害行為の防止目的の精神保健福祉法入院の活用。
  - ・地域処遇関係者による議論を経た上での再入院申立て。
  - ・支援体制が弱体化しないよう十分配慮した上での通院処遇から一般精神医療への移行。
- （3）医療観察制度をより有効なものにするための改善点
- ・適切な処遇決定がなされるよう、精神保健判定医の質の向上を図る。
  - ・治療への動機づけ強化のため、退院・処遇終了時の審判期日開催を裁判所に積極的に依頼する。
  - ・入院・通院間のケア密度のギャップを改善するため、指定通院医療機関の医療・地域支援（特にマンパワー）の充実を図る。
  - ・入院処遇中の外出・外泊を増やせるよう、入院処遇ガイドラインを改訂する。
  - ・より円滑な地域移行のため、入院処遇のうち社会復帰期の治療を指定通院機関でも行える仕組みを考える。
  - ・再入院申立てに関する判断基準を策定する。
  - ・再入院・再処遇における2回目の入院処遇における治療のあり方を考える。
  - ・医療観察法対象者に対するスティグマティゼーション是正のための啓発活動をする。

研究協力者（50音順）：

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）  
桂木正一（国立病院機構菊池病院）  
兼行浩史（山口県立こころの医療センター）  
神谷早絵子（群馬県立精神医療センター）  
島田達洋（栃木県立岡本台病院）  
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）  
竹之内薫（鹿児島県立始良病院）  
竹林宏（埼玉県立精神医療センター）

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）  
林田健太郎（長崎県精神医療センター）  
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）  
山本暢朋（国立病院機構榊原病院）  
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（以下、再入院群）、および、②いったん処遇終了になった後、再び重大な他害行為を行って2回目の医療観察法処遇になった事例（以下、再処遇群）<sup>（\*注1）</sup>と、③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2）</sup>、の2群の特徴と事例の経過を比較し、医療観察法対象者の社会復帰支援の阻害要因を①②群から、促進要因を③から抽出することによって、医療観察制度発足後8年間の医療感観察法による医療と地域生活支援の有効性と問題点を明確にし、今後どのように制度を改善していくべきか提案することを目指す。

なお、本研究は、平成22～24年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究」（研究代表者：平林直次）の分担研究「対象行為発生から社会復帰までの経過全般に関する研究」（研究分担者：田口寿子）（以下、「平成24年度報告」とよぶ）を引き継ぐもので、本研究の対象事例は平成24年度報告において収集した事例も含む。

*\*（注1）通院処遇での問題点を明らかにする目的から、事例数の少ない再入院群、再処遇群は、入院・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も含めた。*

*\*（注2）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、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。*

## B. 研究方法

### 1. 調査期間および対象

平成25年度の本研究では、平成24年1月1日から平成25年9月30日までの間に、再入院、再処遇、処遇終了となった事例を収集するため、28の指定入院医療機関への事例数調査をした。25施設から回答を得、再入院群12例、再処遇群6例、処遇終了群21例の存在が明らかになった。事例のある施設へ調査票を送付し、平成25年12月末までに、再入院群6例、再処遇群5例、処遇終了群11例の調査票を回収した。

なお、平成24年度報告では、全国24の指定入院医療機関への調査により、平成17年7月15日の法施行より平成23年12月31日までの間の再入院群26例（再処遇例はなし）、処遇終了群23例の調査・分析結果を報告した。本報告では、平成24年度報告の事例と平成25年度に収集した事例を合わせた結果を報告する。

### 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、指定入院医療機関の入院日数・診断・入院経過の概要、指定通院医療機関の通院日数・診断・通院経過の概要・通院中の通院／通所／居住／経済／就労状況である。さらに、再入院群については再入院後の診断・入院経過の概要、再処遇群については2回目の医療観察法処遇における入院処遇の日数・診断・入院経過の概要、処遇終了群については終了後の転帰の記載も依頼した。

平成24年度報告では、再入院群では社会復帰阻害要因を、処遇終了群では社会復帰促進要因を、分担研究者が各調査票の入通院の経過の記載から抽出し、a.疾病・障害要因、b.医療要因、c.地域要因、d.制度要因の

4つに分類した。a.疾病・障害要因、b.医療要因、c.地域要因、d.制度要因の4つに分類して分析したため、今回の調査ではa.～d.についても各施設の意見の記載を求めた。

### 3. 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匿名化して提出された。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錠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一切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した。

#### (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。

#### (4) 医学上の貢献度の予測

すでに医療観察制度が開始し8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がある一方で、少数ながら通院処遇中に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、特に社会復帰の促進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、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25年11月18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（暫定データ）

移行通院からの再入院群（表1-1：平成22～24年度に収集した事例、表1-2：平成25年度に収集した事例）、直接通院からの再入院群（表2-1：平成22～24年度に収集した事例、表2-2：平成25年度に収集した事例）、再処遇群（表3：平成25年度に収集した事例）、処遇終了群（表4-1：平成22～24年度に収集した事例、表4-2：平成25年度に収集した事例）の一覧を表1～4に示す。また、再入院・再処遇群と処遇終了群の男女比、対象行為時年齢、精神科診断（主診断、併存障害）、対象行為の比較を表5に示す。

### 2. 再入院・再処遇群と処遇終了群との統計的比較

本研究では平成26年度も事例収集を進めるため、最終的な統計的比較は平成26年度の報告でまとめる予定である。平成25年

度まで収集した事例における暫定的な統計は以下のとおりである。

### (1) 社会的特徴

再入院+再処遇群は男性 28 名 (77.8%)、女性 8 名 (22.2%) 処遇終了群は男性 22 名 (64.7%)、女性 12 名 (35.3%) である (表 5-1)。平均年齢は、再入院+再処遇群は 36.8 歳、処遇終了群は 40.5 歳 (表 5-2) である。

### (2) 精神科診断

主診断<sup>(注3)</sup>は統合失調症圏が最も多い点は両群に共通しており (75.0%、64.7%)、次いで再入院・再処遇群では物質関連障害 (16.7%)、気分障害 (5.6%) の順、処遇終了群は気分障害 (20.6%)、物質関連障害 (5.9%) の順に多い (表 5-3)。再入院・再処遇群では併存障害のある事例の割合が処遇終了群 (44.4% > 26.5%) より高く、特に精神遅滞の併存率が高い (25.0% > 11.8%)。なお、医療観察法処遇中に主診断の変更があった事例が再入院・再処遇群に 19.4% (7 例)、処遇終了群に 14.7% (5 例) 認められる。

\* (注3) 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、再入院・再処遇群では殺人 (37.5%) > 傷害 (30.0%) > 放火 (20.0%)、処遇終了群では傷害 (35.3%) > 放火 (26.5%) > 殺人 (23.5%) の順に多い (表 5-4)。

## 3. 再入院群における社会復帰阻害要因

平成 24 年度報告では、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。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 つに分類した。なお、平成 25 年度の調査では、各指定入院医療機関から、上記 4 要因についての記載を求めた。

平成 25 度はまだ中間報告なので、以下に、4 要因の概略のみ示す。来年度の統括報告書では、より詳細な分析を行う予定である。

### (1) 疾病・障害要因

- ・病識や治療意欲の欠如により、服薬や通院を中断して症状悪化し、介入にも拒否的になった。
- ・薬物使用して症状悪化した。
- ・治療抵抗性で症状管理が困難、あるいは環境の変化などで症状悪化しやすく、介入にも拒否的になった。
- ・パーソナリティの偏りによる対人トラブルを起こした。
- ・知的障害があり、怒りや衝動のコントロールが困難だった。
- ・ストレス耐性が低いため、些細なことで症状が悪化した。

### (2) 医療要因

- ・症状コントロールが不十分なまま、通院に移行していた。
- ・入院処遇中に物質使用障害を見落とし、十分な教育的介入をしていなかった。
- ・アドヒアランス・病識の確立、疾病受容に至らなかった。
- ・パーソナリティ障害、発達障害併存例に対する心理教育的介入が困難だった。
- ・治療抵抗性統合失調症だがクロザピンを使用できなかった。

- ・退院時にクライシスプランが策定されていなかった。
- ・入院環境下でのストレス因、症状悪化時のサインなど把握に限界があった。
- ・注意サインがあったにもかかわらず、介入が遅れた。
- ・通院処遇中のプログラム参加を継続できなかった。

### （3）地域要因

- ・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、うまくいかなかった。
- ・地域支援体制が不十分だった（地域連携がうまくいかなかった／デイケアや訪問看護を導入しなかった、など地域処遇が緩かった／指定通院医療機関が遠かった／施設での服薬管理が不十分だった、など）ため、危機介入が遅れた。
- ・クライシスプラン、地域処遇実施計画書どおりの危機介入ができなかった。
- ・対象者と支援者の間の意思疎通がうまくいっておらず、本人のニーズに合った処遇がなされていなかった（デイナイトケアの負担、就労希望を考慮しなかった、など）。
- ・地域関係者の協力関係の破綻、指定通院医療機関の消極的な受け入れが対象者に不利益をもたらした。
- ・家族の問題に十分介入できなかった（家族がストレッサー／家族関係への介入が困難／家族の協力が得られない、など）

### （4）制度要因

- ・入院と通院の間に手厚さのギャップがあり、何が地域生活で問題になるか、入院中にリスク要因を十分把握できなかった。
- ・遠方への入院により通院への移行や情報伝達・入院中からの地域支援体制の構築

がきちんに行えなかった。

- ・対象者の居住地近くに指定通院医療機関、入所施設が少なく、遠方からの地域支援に限界があった。
- ・濃厚な医療的支援や症状モニタリングが必要な対象者を地域で支えきれなかった。
- ・（直接通院からの再入院の事例で）当初審判の通院決定にそもそも無理があった。
- ・再入院申立ての明確な基準がなく、再入院申立てが保護観察所の恣意的な裁量に委ねられているのは問題（明らかな他害がないのに、すぐに再入院申立てとなった／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／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、など）。
- ・パーソナリティ障害、知的障害により他害のリスクの高い対象者にどこまで医療観察法の入院治療を継続するのか、明確な基準がない。

### 4. 再処遇群における社会復帰阻害要因

平成25年度は、平成22～24年度の調査で把握されなかった再処遇の事例が4例報告された。

再処遇群は、医療観察法での通院処遇からいったん処遇終了に至った後に、再び重大な他害行為を行って2度目の医療観察法処遇、しかも入院処遇となったもので、これらの事例を詳細に検討することは、制度の問題点を浮き彫りにするために重要であると考えられる。4事例において再処遇に至った理由を4要因に分類すると、以下の通りである。

#### （1）疾病・障害要因

- ・病識がなく処遇終了後に治療を中断した。
- ・幻覚・妄想などの症状が持続していた。
- ・急激に症状が悪化する対象者で、通院処遇での対応が困難だった。

- ・知的障害があり心理社会的治療の効果が得られなかった。
- ・パーソナリティ障害による衝動コントロール不良、対人関係の問題があった。
- ・アルコール乱用があった。

## (2) 医療要因

- ・初回処遇が直接通院だった事例では、十分な疾病教育がなされておらず、病識・コンプライアンスの確立が不十分だった。
- ・対象者と支援者間の信頼関係構築が不十分だった。
- ・併存障害への介入が不足していた。
- ・急激な症状悪化に介入できなかった。

## (3) 地域要因

- ・指定通院医療機関と居住地が遠方だったため、処遇終了後の地域調整が困難だった。
- ・処遇終了後、支援体制が弱体化した（医療機関以外の支援がなくなった、保健所だけになった、など）ため、通院中断時の介入が困難になった。
- ・処遇終了後に転居し地域支援者との関係が途切れた／処遇終了後初回対象行為の被害者と同居した、などの対象者の生活状況の変化に対応できなかった。

## (4) 制度要因

- ・通院処遇から処遇終了への移行時に、地域支援体制が弱体化した。
- ・通院処遇満期になり、病状不安定であるにもかかわらず、申立てをしなかったため、自動的に処遇終了になってしまった。
- ・初回の当初審判の通院決定に問題があった（居住地近くに指定入院医療機関がないために直接通院だったと考えられ、通院では十分な疾病教育が実施できなかった）。
- ・初回の処遇が対象行為後長期間たってからの申し立てによるものだったため、対

象者が医療観察法の処遇や治療の意味を十分理解していなかった。

## 5. 処遇終了群における社会復帰促進要因

平成24年度報告では、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。社会復帰促進要因も、(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」、として分類した。

### (1) 疾病・障害要因

- ・定期的に通院・服薬し、病状が安定して経過していた。
  - 薬物療法、疾病教育などの治療反応性が高かった。
  - (病識が不十分でも) 対象者と支援者の良好な信頼関係が構築され、対象者が支援を受け入れた。
  - (病識は不十分でも) 服薬の重要性を理解し、一定のアドヒアランスが獲得できていた。
  - 症状モニタリング、服薬自己管理ができていた。
- ・病状悪化時のサイン、プロセスを対象者自身が理解し、クライシスプラン策定にも関わった。
- ・対象行為に対する一定の内省に至った。
- ・生活能力が高かった。

- ・就労希望など対象者自身の目標があるため、治療に対するモチベーションが高かった。
- ・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、薬物使用の中止など）。

## （２）医療要因

- ・入院処遇中の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。
- ・入院処遇中に症状悪化時の注意サイン、シナリオをきちんと把握し、通院処遇中にクライシスプランどおりの（危機）介入がなされた。
- ・入院処遇中に物質乱用の問題をきちんと評価・介入し、対応方法を検討していた。
- ・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（通所の頻度、通所先、就労支援など）。
- ・家族関係に問題のある場合、積極的に家族に対する心理教育や支援を行って、円滑な地域処遇を継続できた。
- ・再発防止のために、対象行為が性暴力の事例、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に、その問題に対する治療プログラムを通院中も継続した。
- ・危機介入の手段として精神保健福祉法入院を活用して、地域処遇を継続した。

## （３）地域要因

- ・地域処遇に対して関係機関が受容的、協力的であった（反対に、医療観察法対象者ということで地域資源の利用や処遇終了後の通院先決定が困難だった事例もある）。
- ・家族の協力が得られた事例も多かった。
- ・対象者に個人的に関わっている第三者（宗教関係者など）の支援もあった。
- ・処遇終了後も通院処遇と同様の濃厚な地域支援を継続した。

## （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社会復帰に必要な有効だった。
- ・指定入院医療機関が遠方の場合、直接退院して地域で支援することが困難なため、指定通院医療機関での精神保健福祉法入院による治療関係の構築が必要だった。
- ・処遇終了にあたり審判期日の開催があった方が、その後の治療継続に対する動機づけになると考え、期間満了前に申し立てたが、審判期日が開催されなかった。
- ・生活能力、自立度の高い対象者の中には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。
- ・指定通院医療機関が遠方のため通院が困難で、近くの医療機関への転医が望ましいと考えて早期に処遇終了した。
- ・指定通院医療機関の体制でも地域処遇が困難で、長期の精神保健福祉法入院が望ましいと考えて、満期前に処遇終了した。
- ・引き続き手厚い支援を継続する必要があったが、満期終了となった。
- ・指定通院中頻繁に精神保健福祉法入院する場合、通院期間の延長あるいは再入院が必要なのではないかと考えたが処遇終了となった。
- ・指定入院時の診断変更で本来医療観察法対象者ではないが通院処遇となり、処遇終了まで支援者はその必要性に疑問を感じていた。

## D. 考察

### 1. 再入院・再処遇群と処遇終了群の統計的な比較

平成 26 年度も引き続き事例収集を継続するため、再入院・再処遇群と処遇終了群



の統計的な比較検討は、各群の対象事例数を決定する平成 26 年度の報告において実施する予定である。

ちなみに、今年度の暫定データにおいては、平成 24 年度報告と同様、処遇終了群で、女性 (35.3% > 再入院・再処遇群 22.2%)、気分障害 (20.6% > 再入院・再処遇群 5.6%) の割合が高い、再入院・再処遇群で、物質関連障害 (27.8% > 処遇終了群 17.6%)、併存障害 (44.4% > 処遇終了群 26.5%)、精神遅滞の併存率 (25.0% > 処遇終了群 11.8%) が高い、という傾向が認められた。

## 2. 社会復帰促進／阻害要因の検討

### (1) 疾病・障害要因

再入院・再処遇群では、「治療抵抗性で症状管理が困難」、「症状悪化しやすい（あるいは急激）」、「幻覚・妄想などが持続」などが挙げられ、精神障害（特に統合失調症圏の障害）が重篤であることが地域処遇を困難にしていることが明らかである。

さらに、再入院・再処遇群では「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、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、が最も多く挙げられており、**適切な薬物療法**の選択と**病識・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社会復帰の促進において最も重要であることがわかる。統合失調症の対象者には、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」だけでなく、「対象行為に対する一定の内省に至った」、「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った」など、高い水準の治療効果を得て、通院処遇中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、**対象者と支援者との信頼関係が構築され、特に対象者が症状悪化時の支援者の介入を受け入れられるようになっていた**ため、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やニーズ、支援者との関係性、パーソナリティ傾向、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**と考えられる。

両群において併存障害の比率が高いが、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」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「薬物使用による症状悪化」、「パーソナリティの偏りや発達障害による対人トラブル」、「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」が社会復帰阻害要因として挙げられており、精神病性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強力な介入・支援**が必要であることがわかる。しかし、これらの併存障害に対して、医療観察法による医療に特別な治療戦略があるわけではなく、介入が困難であることに変わりはない。そのためにも、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の共同開発**が必

要である。

## （2）医療要因

再入院・再処遇群では、「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」、「入院先でクロザピン使用ができなかった」、「疾病教育による病識・服薬コンプライアンスの確立、疾病受容に至らなかった」、「精神遅滞、発達障害への心理教育的介入が困難」、「入院中に物質使用障害を把握できず、再使用防止教育をしなかった」、「（直接通院事例に対して）通院中のプログラム参加の継続、十分な疾病教育ができなかった」、「パーソナリティ障害、発達障害併存例に対する心理教育的介入が困難」などが阻害要因として挙げられている。反対に処遇終了群では、「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」、「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」、「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」、「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」などが挙げられている。

入院処遇では、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入院から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、入院処遇中に現時点での精神科治療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、保護的な入院環境下でのストレス因の特定、症状悪化時のサインなどの評価に限界があり、十分把握しきれないという指摘もあり、入院処遇中にすべての治療課題を把握・達成するのは困難な事例もあ

る。退院後に新たな治療課題が認められた場合や、入院中の治療を継続する必要がある場合には、通院処遇でもきちんと治療・介入ができるような体制を整えるべきである。

通院中の症状悪化時の対応について、再入院・再処遇群では、「退院時にクライシスプランが策定されていなかった」、「注意サインがあったにもかかわらず、介入が遅れた」、「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」、「急激な症状悪化に対する介入ができなかった」こと、反対に処遇終了群では、「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」、「クライシスプランどおりの危機介入がなされた」、「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」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、「家族に対する心理教育や支援」を行った事例が多く、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「地域処遇に対して関係機関が協力的だった」、

「家族の協力、対象者に個人的に関わっている第三者の協力が得られた」といった記載が多い。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 (Care Programme Approach) 会議を定期的を実施し、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。**

再入院・再処遇群では、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「(指定入院医療機関が退院先から、あるいは指定通院医療機関が処遇終了後の居住地から、遠方だった)」という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」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」、「情報伝達を十分行うことが困難だった」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」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。

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」、「当初より指定通院医療機関が受け入れに消極的だった」、「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」、「クライシスプラン、処遇実施計画書どおりの危機介入ができなかった」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。しかし、指定入院医療機関が居住地から遠い場合、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、対象者の居住地への外泊や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。入院処遇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居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、居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目指す、という選択肢もあってよいのではないかと考える。

なお、再処遇群では、再他害行為に至った要因として、処遇終了後の地域支援体制の弱体化が指摘されている。医療観察法下での地域処遇が活かされるよう、**通院処遇から処遇終了の移行にあたっては、当面、社会復帰調整官の関与以外の支援体制を継続することが重要である。**

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」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」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社会復帰に必要な有効だった」ことが挙げられているが、これは処遇終了に至ったほとんどの対象者に当てはまることであろう。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ってよい。

再入院群で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なのは、「入院処遇と通院処遇の間に支援の手厚さのギャップがあること」である。入院処遇中、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う。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」という指摘もあり、医療・支援におけるマンパワーの面で、指定入院医療機関と指定通院医療機関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すべきであり、そのためには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、入院から通院への移行に当たり、現在も指定通院医療機関での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、入院処遇から通院処遇に移行する際に、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、入院処遇中における治療の一部を指定通院医療機関が担うことが、医療観察法による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のではないかと考える。

また、再入院群においては、通院での治療が主体となるべき物質関連障害や、心理社会的介入に長期間を要し治療反応性も限られるパーソナリティ障害、発達障害、精神遅滞などの併存障害が再他害行為の主要因であるにもかかわらず、再入院となった事例がある。そのような再入院申立てや決定に対して「疑問を感じる」という声もあり、再入院にあたっての申立てや決定の基準を設ける必要があると考える。

### 3. 指摘された医療観察制度の問題点

再入院群、再処遇群、処遇終了群それぞれの事例を通して、指摘された医療観察法制度の問題点は、以下の通りである。

#### （１）審判に関する問題

まず、当初審判における診断と処遇決定