

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入院処遇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（本研究でも再入院・再処遇群の19.4%、処遇終了群の14.7%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、本来医療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」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」と考えられるものもある。当初審判で適切な決定ができなかった理由の第一は医療観察法鑑定の判断の問題であるため、医療観察法鑑定を行う**精神保健判定医のいっそうの質の向上**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、「指定通院医療機関が遠い」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ある。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ないものの、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**ということである。

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」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も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の開催の意義は大きい**。今後、裁判所に審判期日の開催を積極的に働きかけていく必要があるだろう。

（2）再入院申立てに関する問題

再入院群では、「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」、「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」などの具体的な事例を通して、再入院申立ての明確な基準がなく、保護観察所の恣意的な裁量に委ねられているのではないかと、そうであれば問題である、といった指摘がなされている。処遇終了群でも「通院処遇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」事例があり、再入院にしないという判断の方の基準も曖昧であると指摘されている。

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ほとんど（93.8%）で、中には通院処遇中ずっと精神保健福祉法入院という事例もある（9.4%）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る。今後通院処遇対象者は増加する一途のため、**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基準作りが必要で、精神保健判定医、指定医療機関関係者、保護観察所、裁判所の間で議論していかなければならない**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調査票の記載を見ると、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。入院処遇は拘束度の高い処遇であるため、それを繰り返すことは対象者にとっては望ましいことではなく、地域処遇関係者は、**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、**まず精神保健福祉法入院によってできるだけ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」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」、「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」

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。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現状を、積極的に地域精神保健関係者に伝えていく**努力が必要である。

E. 結論

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）指定入院医療における達成課題

- ・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できるよう、クロザピンが使用できる体制を整える。
- ・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、各対象者の症状、ニーズ、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。
- ・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・支援を肯定的に受けとめ、症状悪化時に自ら支援者の介入を受け入れられるような質の高い治療関係を構築し、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。
- ・どの対象者にも、精神病性障害と同時に、

- 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。
 - ・入院早期より CPA 会議を定期的で開催し、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。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地域移行することも考慮する。
- (2) 指定通院医療における達成課題
- ・通院処遇を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。
 - ・入院先が遠方のため、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、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拘束度の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。
 - ・医療観察法下での地域処遇が十分に生かされ、処遇終了後の地域支援体制が弱体化しないよう、通院処遇から処遇終了へ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そのまま継続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を向上させる研修を充実する。
 - ・対象者が自分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、裁判所に対し審判期日の開催を積極的に依頼する。
 - ・入院処遇と通院処遇の間の医療・支援の手厚さのギャップを改善するため、指定通院医療機関の通院医療・地域支援（特にマンパワー）の充実を図る。
 - ・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、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。
- ・地域生活への移行をより円滑に行うために、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での入院処遇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、精神保健判定医、指定医療機関関係者、保護観察所、裁判所の間で議論し、関係者が共有できる判断基準を策定する。
 - ・再入院・再処遇における2回目の入院処遇では、できるだけ早期の社会復帰を目ざせるよう、初回入院とは異なる評価や治療のあり方を考える。
 - ・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現状、および医療観察法による医療の効果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：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>

	性別	対象行為 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 →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 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 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 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 →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 →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 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 1-2：平成 25 年度に収集した事例>

19	男	20 代	強盗致傷	統合失調症→ 多剤による精神病性障害	多剤乱用 軽度精神遅滞
20	男	50 代	殺人未遂	統合失調症	なし
21	女	20 代	殺人未遂	統合失調症	なし
22	女	20 代	傷害	統合失調症	なし
23	女	40 代	傷害	統合失調症	なし

【表 2：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>

	性別	対象行為 時年齢	対象行為	主診断	併存障害
24	男	20 代	放火	急性精神病性障害 →統合失調症	アスペルガー障害
25	男	20 代	放火	統合失調症	軽度精神遅滞
26	男	20 代	傷害	統合失調症	なし
27	男	30 代	傷害	統合失調症	軽度精神遅滞
28	男	30 代	傷害	大麻による精神病性障害	多剤乱用
29	男	30 代	傷害	統合失調症	中等度精神遅滞
30	男	50 代	傷害	統合失調症	なし
31	男	60 代	殺人	うつ病→甲状腺機能低下 症によるうつ状態	なし

<表 2-2：平成 25 年度に収集した事例>

32	女	20 代	殺人未遂	覚せい剤による 精神病性障害	境界性パーソナリティ障害
----	---	------	------	-------------------	--------------

【表 3：再処遇群】

<平成 25 年度に収集した事例>

	性別	対象行為 時年齢	初回 対象行為	再処遇の 対象行為	主診断	併存障害
33	男	30 代	放火	殺人未遂 傷害	統合失調症	なし
34	男	30 代	放火	放火	統合失調症	なし
35	男	30 代	強制 わいせつ	傷害	双極性障害	なし
36	女	40 代	放火	傷害	統合失調症→覚せい剤に よる精神病性障害	軽度精神遅滞 パーソナリティ障害

【表 4：処遇終了群】

<表 4-1：平成 22 年～24 年度に収集した事例>

	性別	対象行為 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 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 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 障害→気分変調症	パーソナリティ障害 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 →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 →適応障害	軽度精神遅滞 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 4-2：平成 25 年度に収集した事例>

	性別	対象行為 時年齢	対象行為	主診断	併存障害
24	男	20代	傷害	統合失調症→躁病 ^{ヒート}	なし
25	男	20代	傷害	統合失調症	なし
26	男	30代	傷害	妄想性障害	なし
27	男	30代	傷害	統合失調症	発達障害
28	男	40代	傷害致死	統合失調症	なし
29	男	40代	傷害	統合失調症	なし
30	女	30代	放火	双極性障害	軽度精神遅滞
31	女	30代	殺人未遂	妄想性障害	なし
32	女	40代	放火	双極性障害	なし
33	女	40代	殺人	アルコールによる行動障害	軽度精神遅滞
34	女	50代	殺人	統合失調症	なし

【表 5：再入院・再処遇群と処遇終了群との統計的比較】

1. 男女比

	再入院 (32人)	再処遇 (4人)	再入院+再処遇 (36人)	処遇終了 (34人)
男	25 (78.1%)	3 (75.0%)	28 (77.8%)	22 (64.7%)
女	7 (21.9%)	1 (25.0%)	8 (22.2%)	12 (35.3%)

2. 対象行為時年齢

	再入院 (32人)			再処遇 (4人)			再入院+再処遇 (36人)			処遇終了 (34人)		
	男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
20代	9	1	10(31.3%)	0	0	0(0.0%)	9	1	10(27.8%)	6	1	7(20.6%)
30代	7	4	11(34.4%)	3	0	3(75.0%)	10	4	14(38.9%)	6	4	10(29.4%)
40代	2	4	6(18.8%)	0	1	1(25.0%)	2	5	7(19.4%)	6	4	10(29.4%)
50代	5	2	7(21.9%)	0	0	0(0.0%)	5	2	7(19.4%)	2	2	4(11.8%)
60代 ～	2	1	3(9.4%)	0	0	0(0.0%)	2	1	3(8.3%)	2	1	3(8.8%)

3. 精神科診断

	再入院 (32人)	再処遇 (4人)	再入院+再処遇 (36人)	処遇終了 (34人)
<主診断>				
統合失調症圏のみ	14 (43.8%)	2 (50.0%)	16 (44.4%)	17 (50.0%)
統合失調症圏+	11 (34.4%)	0 (0.0%)	11 (30.6%)	5 (14.7%)
統合失調症(計)	25 (78.1%)	2 (50.0%)	27 (75.0%)	22 (64.7%)
気分障害のみ	1 (3.1%)	1 (25.0%)	2 (5.6%)	4 (11.8%)
気分障害+	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (8.8%)
気分障害(計)	1 (3.1%)	1 (25.0%)	2 (5.6%)	7 (20.6%)
物質関連のみ	2 (6.3%)	0 (0.0%)	2 (5.6%)	1 (2.9%)
物質関連+	3 (9.4%)	1 (25.0%)	4 (11.1%)	1 (2.9%)
物質関連(計)	5 (15.6%)	1 (25.0%)	6 (16.7%)	2 (5.9%)
神経症性障害等	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)
パーソナリティ障害	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)
精神遅滞	1 (3.1%)	0 (0.0%)	1 (2.8%)	1 (2.9%)
<併存障害>				
併存障害あり	15 (46.9%)	1 (25.0%)	16 (44.4%)	9 (26.5%)
物質関連 ¹⁾	5 (15.6%)	0 (0.0%)	4 (11.1%)	4 (11.8%)
神経症性障害等 ¹⁾	1 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (2.9%)
パーソナリティ障害 ¹⁾	2 (6.2%)	1 (25.0%)	3 (8.3%)	2 (5.9%)
精神遅滞 ¹⁾	8 (25.0%)	1 (25.0%)	9 (25.0%)	4 (11.8%)
発達障害	2 (6.2%)	0 (0.0%)	2 (5.6%)	1 (2.9%)

¹⁾ これらの診断が複数ついている事例が、各診断に重複して含まれている。

4. 対象行為

	再入院 (32人)	再処遇(のべ) (4人・8件)	再入院+再処遇 (36人・40件)	処遇終了 (34人)
傷害	10(31.3%)	2(25.0%)	12(30.0%)	11(32.4%)
傷害致死	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(2.9%)
傷害計	10(31.3%)	2(25.0%)	12(30.0%)	12(35.3%)
殺人	6(18.8%)	0(0.0%)	6(15.0%)	2(5.9%)
同未遂	8(25.0%)	1(12.5%)	9(22.5%)	6(17.6%)
殺人計	14(43.8%)	1(12.5%)	15(37.5%)	8(23.5%)
放火	4(12.5%)	4(50.0%)	8(20.0%)	7(20.6%)
同未遂	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	2(5.9%)
放火計	4(12.5%)	4(50.0%)	8(20.0%)	9(26.5%)
強盗	1(3.1%)	0(0.0%)	2(5.0%)	0(0.0%)
強姦・強制わいせつ	3(9.4%)	1(12.5%)	3(7.5%)	2(5.9%)
同未遂	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1(2.9%)
強姦・強制わいせつ計	3(9.4%)	1(12.5%)	3(7.5%)	3(8.8%)

5. 通院処遇期間と実質通院期間（＝通処遇期間－精神保健福祉法入院期間）

	再入院 (32人)	実質通院 期間	再処遇 (4人)	実質通院 期間	再入院 +再処遇 (36人)	実質通院 期間	処遇終了 (34人)	実質通院 期間
0~3月	3	8*	0	0	3	8	1	1
3~6月	4	6	0	0	4	6	1	3
6~12月	4	2	1	1	5	3	1	0
12~18月	4	2	1	1	5	3	4	3
18~24月	3	4	0	0	3	4	3	4
24~30月	4	2	1	1	5	3	1	3
30~36月	3	5	1	1	4	6	21**	18
36月~	5	0	0	0	5	0	2	2
不明	2	3	0	0	2	1	0	0
精神保健福祉 法入院あり	30	93.8%	2	50.0%	32	88.9%	13	38.2%

* うち3名は通院処遇中ずっと精神保健福祉法入院

**うち16名は満期終了

4. 入院処遇から通院処遇を経ないで処遇終了となる事例の予後調査

研究分担者 村田 昌彦

独立行政法人国立病院機構 北陸病院

平成 25 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）
医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究
分担研究報告書

入院処遇から通院処遇を経ないで処遇終了となる事例の予後調査

研究分担者 村田 昌彦 独立行政法人国立病院機構 北陸病院

研究要旨：

【目的】入院処遇の後、通院処遇とならずに医療観察法による処遇を終了して退院した対象者の基本情報を整理・分析し、退院後の医療状況等について調査を行う。

【方法と対象】指定入院医療機関において入院までの経過および入院中の経過について情報を整理し収集する。さらに個別に同意の得られた対象者について、退院後の状況について追跡調査を行う。また、処遇終了の判断の妥当性について関係者間で討論を行う。

【結果】平成 25 年度は医療観察法による入院の退院時に処遇終了となった 187 名分のデータが得られ、分析を行った。全処遇終了事例の平均年齢は 50.5 歳±16.1 (SD) で、性別は男性 138 名（平均年齢 51.2 歳±16.5）、女性 38 名（平均年齢 48.1 歳±14.3）であった。退院時の診断は、ICD-10 分類によると F0=21 名、F1=21 名、F2=77 名、F3=8 名、F4=3 名、F5=該当者なし、F6=12 名、F7=12 名、F8=11 名であり、悪性腫瘍などの身体合併症による者 17 名、診断がつかない者 3 名、その他 2 名であった。退院後の一般精神医療機関への連携では、民間医療機関への通院 39 名、公的機関への通院 21 名、民間医療機関への任意入院 10 名、公的機関への任意入院 7 名、民間医療機関への医療保護入院 54 名、公的機関への医療保護入院 30 名、医療不要 4 名、その他 22 名であった。

平成 25 年度は、9 月 21 日に伊豫班五十嵐分担研究班「医療観察法における人権擁護に関する研究」の研究会に参加し、処遇終了による退院事例について、医療面だけでなく法的な側面から検討を行った。

【考察】指定入院医療機関は 30 施設まで増えているが、処遇終了による退院者は一昨年より二十数名で推移し増加しておらず、各施設が慎重に判断していると思われる。F2 事例の割合はこの 3 年で 43.4%⇒56%⇒54.5%と推移しており、クロザピンの投与が拡大する中で目立った減少は認めないが、高齢者や通院の地理にメリットが得られる場合など限定的となりつつある。しかしクロザピン抵抗性の強い対象者が存在し、治療反応性の限界から処遇終了となる対象者が出現し始めているが、彼らのような所謂「重度かつ慢性」でリスクが低下した事例への対策が求められる。

研究協力者（五十音順）

大鶴 卓 国立病院機構 琉球病院
田口 寿子 東京都立松沢病院
須藤 徹 国立病院機構 肥前精神医

療センター

中嶋 正人 国立病院機構 花巻病院
中根 潤 国立病院機構 下総精神医
療センター

永田貴子	国立精神・神経医療研究センター病院	
平林直次	国立精神・神経医療研究センター病院	
細川宗仁	国立病院機構	北陸病院
松原拓郎	国立病院機構	北陸病院
村上 優	国立病院機構	琉球病院
村杉謙次	国立病院機構	小諸高原病院
山口博之	国立病院機構	賀茂医療医療センター
八木 深	国立病院機構	花巻病院
吉岡眞吾	国立病院機構	東尾張病院

A. 研究目的

本研究は「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）の分担研究として、平成 22 年度より開始され、本年が 4 年目に当たる。本研究では、「医療観察法から精神保健福祉法による医療への円滑な移行に関する研究」として、入院処遇の後、通院処遇とならず医療観察法による処遇が終了となった対象者の基本情報を整理・分析し、処遇終了となった対象者の退院後の医療について調査を行う。

B. 研究方法

1. 対象および調査期間

研究対象は①平成 17 年 7 月 15 日以降これまでに医療観察法による入院の後、処遇終了により退院した対象者について診療録（診療支援システム）を基にした情報収集を行う。②処遇終了で退院する対象者本人より同意を取得し、本人および退院後に精神保健福祉法による精神科医療を受ける予定先の施設から情報収集を行う。

2. 調査内容

研究①：既に処遇終了により退院した対象者に関し、レトロスペクティブに調査を行う。以下の項目を調査票に設定し、全国の指定入院医療機関に記入を依頼した。平成 25 年度の調査票は平成 24 年度までに使用したものを踏襲した。

1) 対象者の社会的特性

対象者の年齢、性別、精神科診断名（鑑定時および入院後の診断）を確認した。

2) 診断変更の有無

鑑定時の診断から入院後に診断が変更されたか、された場合はその理由を調査した。

3) 入院に至る経緯

入院に至った対象行為と精神医学的な関連を調査した。

4) 退院時の審判で調整を要する事項がなかったか。

5) 処遇を終了とした要因

3 要件に沿って調査を行った。

6) 入院中に行った治療について

修正型電気けいれん療法（mECT）とクロザピンの使用について調査を行った。

7) 退院後の処遇内容

医療観察法による退院後に利用する精神科医療として、精神保健福祉法による通院、同法による任意入院、医療保護入院、通院不要、その他を民間医療機関あるいは公的医療機関を区別して調査した。

8) 退院時のリスク評価

退院後に設定した居住環境における想定されるリスクの蓋然性（高度～低い）およびその程度（重度～軽度）をどのように判断したか調査を行った。

研究②：処遇終了事例について追跡調査を行う。調査票は平林研究班の永田分担研究の内容に準じて行うよう昨年変更したものを使用した。

3. データの解析

処遇終了となり退院した 187 事例について解析を行った。

5. 倫理面への配慮

本研究はすでに独立行政法人国立病院機構北陸病院における倫理委員会の審査を受け、承認を得ている。倫理面への配慮は以下のように行っている。

研究①：すでに退院した対象者に関する社会的特性、精神科診断などの情報は、鑑定書、生活環境調査報告書、診療録をもとに後方視的に調査・集計することから、新たに対象者への侵襲は発生しないと考えられた。そのため、文部科学省および厚生労働省から提出された「疫学研究に関する倫理指針」によれば観察研究にあたり、研究対象者からの個別的な同意取得は不要と考えられ、病棟内の対象者が常時閲覧できる場所に研究内容や不同意可能なことなどを記載したポスターを掲示した。

研究②：今後退院する予定の対象者の追跡調査は通常の医療内容を超えていると判断されるため、厚生労働省より提出された「臨床研究に関する倫理指針」によると介入研究に該当する。そこで施設より退院申請が行われた時点、すなわち対象者が研究に不参加を表明しても不利益とならない状況を保証した上で、病棟担当医より文書および口頭で説明を行い、文書にて同意を得ることが可能な者のみ研究対象とする。

C. 研究結果

I 処遇終了退院対象者の状況について

1) 社会的特性

今年度は平成 17 年 7 月 15 日の法施行以来、平成 25 年 12 月 31 日までの処遇終了退院対象者 187 事例に関する情報を得た。

1-1) 年齢・性別

164 名の処遇終了事例の平均年齢は 50.5 歳 (SD=16.1) で、昨年までの平均年齢 50.5 歳と同じであった。年齢幅は 20 歳から 88 歳で昨年と同じであった。男性 149 名の平均年齢は 51.2 歳 (±16.5)、女性 38 名の平均年齢は 48.1 歳 (±14.3) であった。

1-2) 疾患別対象者数

指定入院医療機関による ICD-10 に基づいた診断では以下のとおりであった。

F0 (器質性精神疾患) 21 名

F1 (物質使用障害) 21 名

F2 (統合失調症圏) 77 名

F3 (気分障害圏) 8 名

F4 (神経症性障害) 3 名

F5 (生理的障害および身体因的要因による行動障害) 0 名

F6 (パーソナリティ障害) 12 名

F7 (知的障害) 12 名

F8 (発達障害) 11 名

悪性腫瘍などの身体合併による処遇終了 17 名

診断がつかない 4 名

その他 2 名 (事務手続き上、外国籍)。

1-3) 診断変更事例

指定入院医療機関に入院後、診断が変更された事例、ICD-10 における F コードの 1 ケタが変更されるような変更事例は 61 名 (32.6%) であった。変更内容について、鑑定入院時の診断からどのように変更され

たか診断ごとに記す。

医療観察法による鑑定診断で F0 と診断された 5 名では、F2 に 2 名、F6 に 2 名、該当診断なしが 1 名となった。

F1 と診断されていた 5 名は、F0、F3、F7 が 1 名ずつ、F6 が 2 名に変更された。

F2 と診断されていた 38 名は F0 に 13 名、F1 に 3 名、F3 に 1 名、F4 に 2 名、F6 に 12 名、F7 に 1 名、F8 に 6 名と変更された。

F3 と診断されていた 5 名は F0、F1、F6、F7 各 1 名ずつ、該当診断なしが 1 名となった。

F4 と診断されていた 1 名は F8 に変更された。F6 と診断されていた 3 名は F7、F8 に各 1 名ずつ、該当診断なしが 1 名と変更された。F7 と診断されていた 2 名は F1、F8 に各 1 名変更され、他は 2 名であった。

1-4) 退院後の転帰

処遇終了後に受診予定となる医療機関が民間あるいは公的機関であるか区分して調査を行った（図 1；縦軸は人数）。全処遇終了事例では、精神保健福祉法での通院は 60 名（民間医療機関 39 名、公的医療機関 21 名）、任意入院 17 名（民間 10 名、公的 7 名）、医療保護入院 84 名（民間 54 名、公的 30 名）、措置入院なし、医療不要 4 名、その他（施設入所など）22 名であった。

2) 処遇終了理由

処遇を終了とした理由について示す（図 2；縦軸は人数）。

総じて処遇終了とした理由として治療効果に限界を感じる事が最も多かった。今回の報告では身体合併症など特殊な状況を除き、精神医学的な判断を行った事例にしばって確認した。

処遇終了となった理由を診断別に順位で

示す（資料 1～7）。

F0 では治療反応性の乏しさが 14 名で選択され、最も多かった。次位には退院後の施設等の調整が順調に行われたことが検討されている（資料 1）。

F1 においても治療反応性が乏しいことが 5 名と多かったが、一過性の病状によると判断されたものが 4 例と疾病性に疑義を感じたことが優先的に検討されている（資料 2）。次位では任意性の治療がベターだとする理由が 5 名であった。物質使用障害による対象者に対し、治療プログラムが各施設で行われているが、指定入院医療機関という強制性の強い閉鎖的環境では治療に限界を感じていることが多いようである。

F2 では統合失調症に限定すると、主たる理由として 51 名が「治療反応性に乏しいこと」で最も多く、次いで 9 名が「リスクが低いこと」を理由としていた（資料 3）。今回調査した中にはクロザピンが投与された事例が 1 例報告されており、薬物反応性に限界が生じた事例の処遇の在り方について、今後検討していく必要がある。

妄想性障害の 3 名では、治療反応性に乏しいこと、汎化可能性が低いこと、リスクが低いことが 1 名ずつであった（資料 4）。

F6 では疾病性に疑義を持つ理由が 6 名と多かったが、治療反応性に疑義を持つ事例も 4 名と多く認められた（資料 5）。

F7 の知的障害を軽度と中等度に分けて確認すると、軽度では処遇を終了する理由について特に傾向はなく、治療反応性に乏しいことや疾病性の不在など、対象行為や入院後の治療経過などによって異なっていた。中等度になると治療効果に乏しいことが優先的に検討されていた（資料 6）。

F8 では 5 名が治療反応性に乏しいことを理由とされて多かったが、次いで疾病性が

不在と考えられた3名と多かった(資料7)。

3)法施行後の経過による変化

平成17年7月15日に本法が施行されたことから、

第I期：17年7月15日より1年間

第II期：18年7月より1年間

第III期：19年7月より1年間

第IV期：20年7月より1年間

第V期：21年7月より1年間

第VI期：22年7月より1年間

第VII期：23年7月より1年間

第VIII期：24年7月より1年間

と区分し、経過に沿って比較検討を行った。

3-1) 処遇終了退院者数(図3;縦軸は人数)

第I期は法施行後間もないため退院者自体が少ないこともあり1名のみであったが、時間がたち第IV期には48名まで増えたが、以後減少し、第VI期では23名となった。第VII期は26名、第VIII期では22名となっており、今後約20名程度で推移していく可能性がある。

各期における疾患別の変化を図4に示す(縦軸は人数)。

各期を通してF2が多いものの、期別にみるとその占める割合は異なっている。F6、F7、F8はVI期に8名存在したが、第VII期は2名、第VIII期では1名と減少しており、この減少は母集団での対象者数の減少と関連しているか確認が必要と思われる。

3-2) 入院期間の変化

入院期間は第VII期の743.4日まで延長傾向にあったが、第VIII期では646.2日に短縮していた(図5;縦軸は日数)。

各疾患の入院期間をみると(図6)、F2の入院期間が長く事例数が多いため平均入

院期間を押し上げていたが、第VII期になり入院期間が減少したため総平均入院期間が抑制されたと考えられた。

3-3) 診断が変更された対象者の割合の変化

入院後に診断が変更された事例について第I期から第VIII期まで経過を追ってみると、処遇終了事例における診断変更事例の割合は第II期から第VII期まで若干変動はあるものの50%超から徐々に減少し、第VII・第VIII期では22~23%程度となっていた(図7)。

3-4) 退院後の転帰とリスク評価について

退院時に想定されたリスクについて、その頻度あるいは重篤度と退院後の転帰との関係性について確認した。

リスク頻度と退院後の転帰を図8(縦軸は人数)に示し、リスク重篤度と退院後の転帰を図9(同)に示す。

リスク頻度および重篤度と退院後の転帰についてはほぼ同様のパターンで、平成24年度と同じパターンであった。ただし、平成25年度新たに増えた対象者は中等度以下にリスクが評価されている者が多く、処遇終了退院であっても退院時にはリスクを低下させていることが推測される。

4) 処遇終了により退院した対象者の予後調査について

平成24年度登録した対象者について追跡調査を開始した。認知症のため本人の同意が取れなかった事例はあるが、新たに2例の同意を得ており、今後さらに同意の取得を拡大し、退院後の状態について確認していきたい。

Ⅱ．五十嵐班研究会における法律関係者との議論

当研究班の共同研究者（医療観察法従事者）と五十嵐班の共同研究者（主として法律関係者）と処遇終了退院事例について議論を行った。

処遇終了退院の実態を報告すると、F2で治療反応性に疑義が生じて退院となる事例に関し、この要件のみで退院が認められることはなく、治療により一定程度リスクが低下したことも併記しないと認めてもらえない場合があるとの意見があった。リスクが低下したにもかかわらず退院できない長期入院化する事例について、制度的な問題が指摘された。長期化する事例については精神保健福祉法において「重度かつ慢性」事例として調査を行っており、将来的に対応可能となるか議論を行っているようであった。

二つの事例を個人が同定できないようにして提示し、処遇終了の判断について検討を行った。まず統合失調症と鑑定で診断されていたが、医療観察法での入院後自己愛型パーソナリティ障害と診断が変更され、退院した事例を提示した。医療関係者から自己愛型パーソナリティ障害より妄想型パーソナリティ障害ではないか、統合失調症の可能性もあるがなお確診に至らないのではないかと診断内容について指摘があったほか、内服薬を中止して評価した期間が7か月では短いのではないかと指摘があった。法律関係者からは異論はなかったが、退院時に付添人をつけることで援助できることがあるだろうとの意見があった。

二例目は入院中でクロザピンが副作用のため使用できなくなった統合失調症事例について、薬物療法だけでなく本人や地域の

支援者での状態モニタリングに限界があり、治療上限界があるため処遇終了を検討していることを提示した。医療関係者からは妄想に基づく不安感が行動化に至らないために、抗精神病薬での効果が限定的であれば、抗不安薬を増量することが提案された。また、リスクアセスメントを精密にすることも提案された。この事例は以前医療観察法の入院を終了後、通院処遇中に訪問指導を受けた直後に再他害行為を行っており、地域処遇への移行が困難と考えられた。

D．考察

平成25年度は187名の情報を得ることができた。医療観察法施行後増加していた処遇終了退院者数は第IV期を境に減少するようになったことが明らかとなったが、平成25年度の調査により第VI期以降20数名程度で推移していることが明らかになった。指定入院医療機関数は30を数えるようになり、退院者も増加している中で処遇終了退院者の数は増加し続けるのではなく一定数を保っていたのは、各医療機関が慎重な判断を行い通院処遇に繋いでいることが理由と考えられる。

F2の処遇終了者は第VI期で10名（43.5%）、VII期は14名（56%）、VIII期は12名（54.5%）と昨年度と比べ横ばいとなった。クロザピンの使用が拡大することにより統合失調症の治療効果が改善して減少することが予想されたが、F2の占める割合はほとんど変わらなかった。平成25年度の事例の中にはクロザピンを使用した効果が乏しい対象者が存在しており、今後薬剤反応性に乏しい事例や副作用により使用できなくなった事例が処遇終了となって退院することが予想される。クロザピンはこれまでの非定型抗精神病薬に対する治療抵

抗性を示す統合失調症事例の約半数に効果を示すといわれているが、残りの約半数は効果が得られないことでもあり、彼らへの対応策を検討する必要がある。琉球病院では沖縄県内と限定されるが、クロザピンをもってしても治療効果が限定的にしか得られない対象者に対して強力なアウトリーチによって支えていくことで退院を可能としているとの報告があり、有用な解決策の一つと考えられる。しかしながら、このような介入が困難な場合、一定のリスクが低下した対象者をどのように処遇すべきか検討を要する。「重度かつ慢性」患者の定義はこれから決められることになるが、指定入院医療機関の重装備が不要とされて精神保健福祉法による入院へ移行する対象者はこれまで約 55% 存在しており、彼らに適切な医療を提供する環境を整備することが求められる。医療観察法が施行された初期は薬物抵抗性により治療反応性の限界と判断されることが多かったが、平成 25 年度新たに集積された F2 の事例では高齢者や通院環境上あえて処遇終了とされた者が多く、薬物反応性の限界設定が向上している印象がある。これはクロザピンの導入が進んでいることによるだろうが、クロザピンを投与することによって効果が得られつつも、投与可能な医療機関がないために退院が困難となる事例もあり、今後同剤の使用できる施設の拡充が求められる。

診断に関し、鑑定時 F2 とされていた診断から入院後他の診断に変更された者は 38 名いたが、逆に入院後 F2 に変更された者は 5 名にすぎず、鑑定での F2 の診断のありかたに若干の疑問がある。時間的に制約の大きい鑑定と比較して、時間とマンパワーで余裕のある入院中の評価であるためより精度は高いと思われるが、この変更の

妥当性について、追跡調査を行うことで確認できれば指定入院医療機関にフィードバックすることで今後もより精度の高い診断が可能になると思われる。鑑定時から F6 に診断が変更された事例は 17 名と比較的多いが、この変更では疾病性に疑義があると処遇のありかたにも影響を与えうるので、診断変更の妥当性について確認する意義は高いと考えられる。

今回の成果をまとめるにあたり、各指定入院医療機関のみなさまのご協力に感謝いたします。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1) 論文発表

なし

2) 研究発表

なし

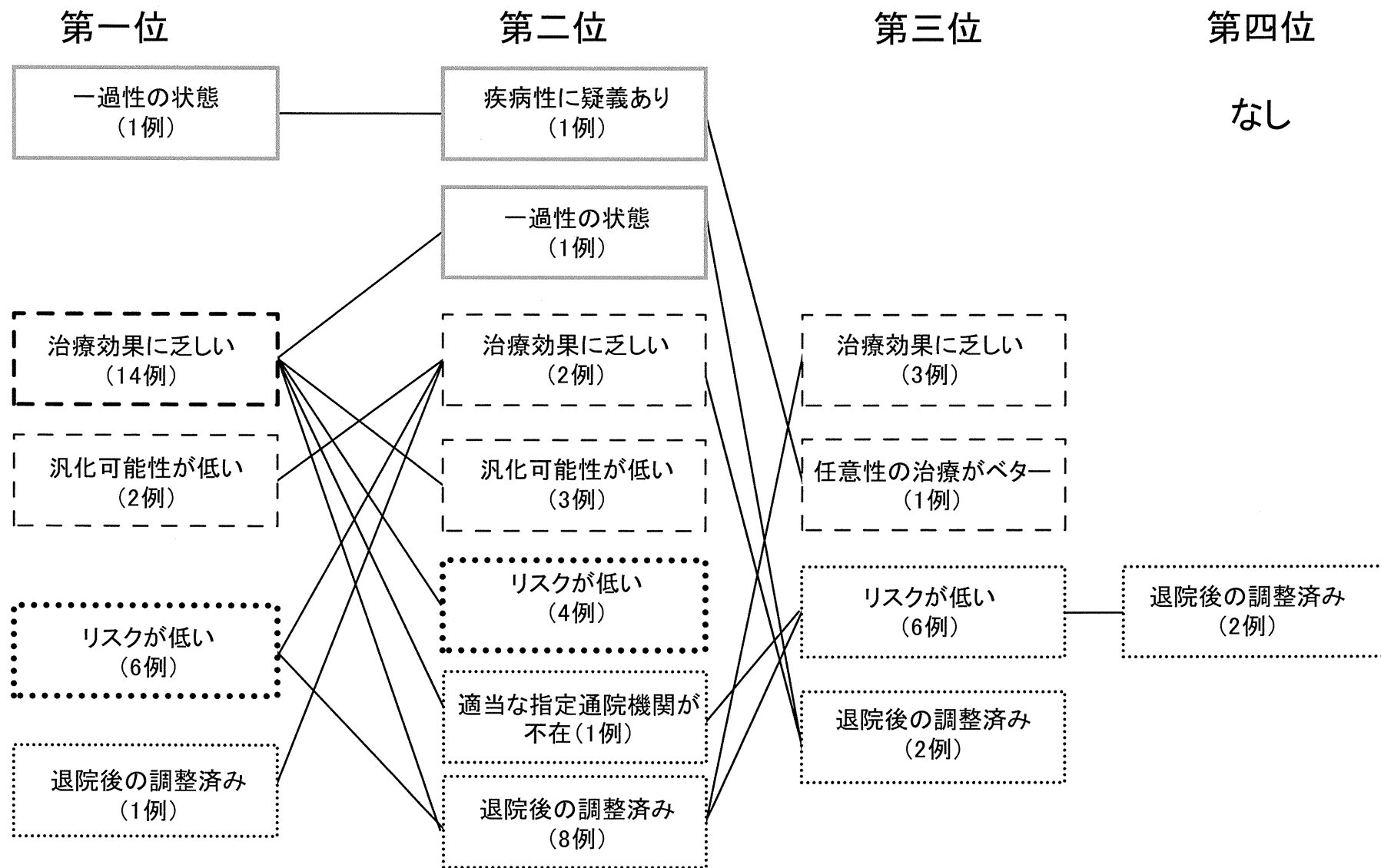
G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

厚生労働省ホームページ「心神喪失者等医療観察法による入院対象者の状況」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/index.html>

(資料1) 器質性精神障害 (F0:24例) の処遇終了理由



(資料2) 物質使用障害(F1:18例)の処遇終了理由

