

た。鑑定医として鑑定入院中に困難を感じた事項については、対象者が精神障害者であるかどうかの評価が困難であったとする回答が7通、対象者の精神障害が対象行為の主因かどうかの評価が困難であったとする回答が5通、対象行為の主因となった精神障害に治療可能性があるかどうかの評価が困難であったとする回答が20通、医療観察法医療によらなければ対象行為が再発する具体的・現実的な可能性があるかどうかの評価が困難であったとする回答が22通であった。審判結果に対する評価をみると、有効回答の約9割が、概ね納得のいく結果であったと回答していた。

#### D. 考察

##### 1. 回収率と過去調査との比較について

対象施設数の増加もあって、回収率は45.1%と昨年度(65.4%)と比較して大幅に低下したが、回答施設数は、129施設と昨年度(134施設)より若干の減少に止まった。鑑定入院事例・困難事例の収集数は、昨年度は171件(推定回収率44.1%)であったが、本年度は169件(推定回収率43.6%)であり、おおむね昨年度と同程度の回収率であるといえる。

##### 2. 施設概要調査

今年度の調査結果は、昨年度までの調査結果とほぼ同様であり、鑑定入院医療機関の施設概要については、本調査結果は概ね代表性を有しているものと推測される。

##### 3. 鑑定事例調査

鑑定入院事例の年齢・性別、生活歴に関しては昨年度と比較して大きな変化はない。対象行為別に見ると、傷害が最多で、殺人と放火がこれに続くという内訳も、裁判所の公式統計や先行研究の結果によく一致している。家族

が被害者となる事例の割合が全体の約半数に留まっていることも昨年度と同様である。責任能力鑑定や司法判断、医療観察法鑑定における責任能力の吟味の有無については、昨年度と同様に他の調査項目に比べて有効回答率が低かった。

鑑定入院対象者の精神科診断は統合失調症圏が最多で、副診断としては精神遅滞を伴うものが多かった。この傾向は昨年度までの結果と同様である。対象行為の時点で精神科に通院中ないし入院中であった者が全体の約4割を占めており、また対象者の過半数が過去に精神科入院歴を有していた。こうした結果は、医療観察法が既存の精神科医療に対する補完的役割を果たしていることを示すと同時に、一般精神科医療においてもリスクアセスメントに基づくリスクマネジメントが適切に行われるようになれば、医療観察法のような重厚なシステムの対象とされる患者を減少させることができる可能性を示唆するものである。

鑑定入院対象者は精神科急性期治療の可能な病棟で処遇されることが多い。しかしながら全体の約4分の1は15対1以下の病棟で処遇されており、十分なケアや観察が行われているかどうかについては疑問がある。今後も鑑定入院医療機関の医療水準の向上を図る必要があろう。

鑑定入院中、ほとんどの対象者に対して薬物療法が行われていた。また特殊な治療が行われた事例は僅かであった。隔離を要した対象者は全体の4分の3に及ぶが、その日数は事例により様々であった。身体的拘束が行われることは少なく、日数も比較的短期間に留まっていた。隔離・身体的拘束が長期化した事例は、対象者の罹患している疾患の重篤性による可能性が高いものと推測された。医療観察法制度黎明期の混乱に比べると、鑑定入院における医療については、標準的な精神科医療が行われるようになってきている可

能性が示唆される。

鑑定医と裁判所の判断は概ね一致を見ていた。不処遇となった対象者もなんらかの形で精神科医療につながっている事例が多かった。完全責任能力による申立却下は2例見られた。全体としては、医療観察法による審判は有効に機能していると思われる。

#### 4. 困難事例調査

昨年度に引き続き、困難事例調査は、鑑定事例調査とリンクして行ったため、定量的な解析が可能となっている。なお、鑑定入院中の困難事項に関しては、主治医の立場からの回答と鑑定医の立場からの回答を求めた。

主治医の立場から、鑑定入院中の困難事項としてあげられたのは、対象者の精神症状を理由とするものが多かった。その他としてあげられている項目では、精神科診断に関する問題、鑑定入院の事務上の問題、対象者の生活環境や環境調整の困難さ、対象者本人や家族との軋轢の他、裁判所等の関係機関の対応の是非を問う内容も散見された。今後、関係諸機関との相互理解とより一層の連携強化が図られる必要がある。

鑑定医の立場からの回答をみると、医療観察法の申立てに対する疑義が全体の6分の1の事例でみられた。この結果は、ほぼ昨年と同様である。昨年度は、疑義の理由としては、責任能力判断と医学的判断の両者がそれぞれ同程度に問題視されていたが、本年度は、医学的判断、申立時期、責任能力判断の順になっていた。その他の回答のなかには、医療観察法に関する基本的な知識を欠く記載も見られた。

鑑定入院中の困難事項としては、リスク評価を挙げる回答が最多で、次いで治療可能性の評価であった。治療可能性の評価とリスク評価は医療観察法鑑定の中核といえるものであり、これらが困難事項としてあげられることはある意味当然のことといえよう。

回答者のほとんどは審判結果を認識しており、おおむね審判結果に納得していた。

#### 5. 医療観察法や司法精神医学に関する知識

本調査は、回答者の医療観察法や司法精神医学に関する知識を直接問うものではない。しかし、鑑定事例調査、困難事例調査ともに、回答者自身の医療観察法や司法精神医学に関する知識不足によると思われる明らかに矛盾した回答が少なからずみられた。鑑定医である回答者であっても制度の理解が不十分と思われる回答が散見された。医療観察法鑑定を行う鑑定医のすべてが精神保健判定医名簿に登録されているわけではないが、鑑定医は、判定医と同等以上の学識経験をもつ裁判所が認定した医師である。こうしたいわば医療観察法に関する専門知識を持っていると思われる医師であっても、医療観察法に関する十分な知識を持っているとはかぎらないことを示唆する今回の調査結果は、判定医や鑑定入院医療機関の職員に対する医療観察法や司法精神医学に関する知識の啓発の必要性を示唆している。現在、指定医療機関の職員に対しては従事者研修をはじめ種々の研修の機会が提供されているが、鑑定入院医療機関の職員に対してはそうした研修の機会は設けられていない。鑑定入院医療機関であっても指定医療機関ではない施設も少なくない。今後は、鑑定入院医療機関の職員に対する研修・教育についても検討していく必要があるのではなかろうか。

#### 6. 対象者の責任能力に関して

医療観察法制定時に行われた議論では、論者の医療観察法への賛否を問わず、検察官の不起訴処分ならびにその前提となる精神科医による精神鑑定、特に、簡易鑑定が精確性を欠くことを指摘していた。検察官による責任能力判断ならびにその前提となっている起

訴前鑑定の再チェックは、医療観察法審判の重要な機能のひとつともいえる。しかし、今回の調査結果では、責任能力鑑定の結果やそれに伴う司法判断、医療観察法鑑定における責任能力の吟味など、責任能力に関する設問に関しては、他の項目と比較して無効回答の比率が高かった。調査票への記載漏れなのか、責任能力鑑定についての関心が低いのかは、今回の調査では不明である。しかし、責任能力を基準としてダイバージョンを行う医療観察法制度においては、鑑定入院に携わる者は、鑑定医であれ主治医であれ、対象者の刑事責任能力判断についても一定の情報を得ておくべきものと思われる。こうした観点からみると、責任能力に関する情報に関心が低いともとれるような今回の結果は、いささか不安の残るものである。

#### E. 結論

全国の鑑定入院医療機関に対して、施設概要調査、鑑定事例調査、困難事例調査を行った。

今年度はすべての鑑定入院医療機関を対象とした調査を行っており、回収率は低下しているものの、鑑定入院制度全体の実態をより正確に反映したものとなっていると思われる。

今回の調査の結果、鑑定入院医療機関の施設基準や運用は定常状態に入っていること、鑑定入院中の医療および観察の実施については、均霑化がなされていることが示唆された。しかし、回収率は40%程度であり、本調査に協力の得られていない鑑定入院医療機関における医療および観察については不明である。

鑑定入院制度の運用実態の把握に努めることは、医療観察法制度の適正な運用とこれに伴う他害行為を行った精神障害者の社会復帰の促進のためには不可欠である。指定入院医療機関に関してはデータベース事業が開始されるな

ど、医療観察法による医療に関してはモニタリング体制が確立されつつあるといえるが、鑑定入院に関しては、法規定のあいまいさもあって、そうした動きがみられない。鑑定入院は医療観察法制度の入り口であり、鑑定入院において行われている医療および観察に関するモニタリング体制が整備されてはじめて、医療観察法に関するモニタリング体制が確立されるといっても過言ではなかろう。

F. 健康危険情報 なし。

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
準備中。
2. 学会発表  
準備中。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
なし。
2. 実用新案登録  
なし。
3. その他  
なし。

## 分担研究報告

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う  
関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究

三澤 孝夫

国際医療福祉大学

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う関係機関職員の支援と  
研修方法の開発に関する研究

研究分担者：三澤 孝夫

（国際医療福祉大学 / 国立精神・神経医療研究センター）

研究協力者：

相川あや子（聖学院大学(社会福祉学)）

安藤久美子（国立精神保健研究所）

石井利樹（神奈川県立精神医療センター 芹香病院）

伊東秀幸（田園調布学園大学(社会福祉学)）

井上薫子（長谷川病院）

今村芙美（国立精神・神経医療研究センター）

岩崎香（早稲田大学(社会福祉学)）

上野容子（東京家政大学(社会福祉学)）

大森まゆ（国立精神・神経医療研究センター）

太智晶子（国立精神・神経医療研究センター）

岡田幸之（国立精神保健研究所）

小河原大輔（国立精神・神経医療研究センター）

金成透（所沢慈光病院）

垣内佐智子（静岡保護観察所）

菊池安紀子（国立精神保健研究所）

熊地美枝（国立精神・神経医療研究センター）

高崎邦子（滋賀県立精神医療センター）

澤恭弘（国立病院機構さいがた精神医療センター）

重吉大輔（東京保護観察所 立川支部）

島田明裕（国立精神・神経医療研究センター）

鈴木孝雄（多摩中央病院）

高木善史（神奈川県立精神医療センター）

高橋理沙（信州大学（看護学））

千野根理恵子（国立精神・神経医療研究センター）

平林直次（国立精神・神経医療研究センター）

福田章子（国立精神・神経医療研究センター）

松坂あづさ（東京保護観察所）

女鹿 穂子（いこいプラザ ケアホーム）

八木深（国立病院機構 東尾張病院）

若林朝子（国立精神・神経医療研究センター）

研究要旨

本研究は、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法等を参考として、医療観察法における地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにする。そして、その研修および実際の業務を支援していくためのツールを開発していく。また、関係機関等とも協力し、研修方法等について、具体的な提言を行っていく。

◆調査対象及び協力施設等

【国内 / 「司法精神医療福祉研究会」等】

国立精神・神経研究センター病院（指定入院・通院医療機関）/ 茨城県立友部病院（指定入院・通院医療機関）/ 神奈川県立精神医療センター芹香病院（指定入院・通院医療機関）/ 独立行政法人国立病院機構 久里浜アルコール症センター（指定入院医療機関）/ 栃木県立岡本台病院（指定通院医療機関）/ 都立松沢病院（指定入院・通院医療機関）/ 井の頭病院（指定通院医療機関）/ 薫風会山田病院（指定通院医療機関）/ こころのホスピタル町田（指定通院医療機関）/ 周愛利田クリニック（指定通院医療機関）/ 高月病院（指定通院医療機関）/ 多摩中央病院（指定通院医療機関）/ 所沢慈光病院/ 千葉大学付属病院（指定通院医療機関）/ 東京海道病院（指定通院医療機関）/ 東京武蔵野病院（指定通院医療機関）/ 根岸病院（指定通院医療機関）/ 長谷川病院（指定通院医療機関）/ 多摩あおば病院（指定通院医療機関）/ 東京足立病院（指定通院医療機関）/ 東京保護観察所（保護観察所）/ 東京保護観察所 立川支部（保護観察所）/ さいたま保護観察所（保護観察所）/ 千葉保護観察所（保護観察所）/ 高知保護観察所（保護観察所） / 福岡保護観察所（保護観察所）/ 国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部（研究・教育機関）/ 田園調布学園大学（研究・教育機関）/ 信州大学（研究・教育機関） / 聖学院大学（研究・教育機関）/ 早稲田大学（研究・教育機関）

【英国等】

Institute of Psychiatry(精神保健研究所) /Broadmoor Hospital(High Secure Hospital) /Chaucer Community Resouce Center(Community Resouce Center) /Denis Hill Unit (Bethlem Royal Hospital) / (MSU) /Camberwell Green Magistrates'Court(治安判事裁判所) /Orchard Lodge(青少年更正施設) /Belmarsh Prison (Healthcare Unit) /(拘置所/刑務所) /Maudsley Hospital(Southwark 自治体) /ASW 事務所(ASW 事務所) /MailStone(ホステル) /Shaftesbury Clinic(MSU) /Shaftesbury Clinic(ASW 事務所) /St.Martin of tours House(ホステル) /The Maroon Day Center(デイセンター) /Central Criminal Court(中央刑事裁判所) /Castle Day Center(デイセンター) /Maudsley Hospital(Southwark 自治体) /Southwark MIND(民間当事者団体) /Bracton Centre(MSU) /

※順不同

## A. 研究目的

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究(分担研究者:三澤孝夫)

本研究では、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法、研修方法やその内容等を参考として、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにする。そして、関係機関等とも協力し、現在、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への退院調整・社会復帰援助に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等の職員への研修方法について、具体的な提言を行っていく。

また、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への退院調整・社会復帰援助に実際に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等と協力し、医療観察法における通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助を支援していくためのツールを開発していく。

## B. 研究方法

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究(分担研究者:三澤孝夫)

本研究では、初年度、次年度は、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法、研修方法やその内容等を参考として、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らか

にした。そして、最終年度は、関係機関等とも協力し、現在、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への退院調整・社会復帰援助に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等の職員への研修方法について、具体的な提言を行い、研修会を企画し開催した。

また、初年度、次年度は、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への退院調整・社会復帰援助に実際に関わっている指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等と協力し、医療観察法における通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助を支援していくためのツールを開発した。

## C.&D 研究結果、及び考察

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究(分担研究者:三澤孝夫)

初年度、次年度は、海外で先進的に行われている司法精神医療・福祉のケアマネジメント手法、研修方法やその内容等を参考として、医療観察法における地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のために必要となる知識・技術を明らかにするため、海外(特に、医療観察法とその制度のモデルとなった英国の司法精神医療・保健・福祉システムなど)を調査するとともに、精神保健福祉、ケアマネジメント、司法精神保健福祉などを専門とする援助者、研究者の協力を得て、これらの円滑な退院調整・社会復帰援助を行うためのケアマネジメントや援助者への研修方法等について、聞き取り調査を行い、KJ法で結果を分類し、内容を複数の専門家を確認し、妥当性を検討した。

そして、調査した海外で先進的に行われている司法精神医療・保健・福祉の制度や実践を参考に、国内の各地域行われ始めている司法精神医療の取り組みなども調査し、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助の方法に必要な研修内容と方法を明らかにしていく。また、厚生労働省委託:の全国の指定入院・通院医療機関従事者研修会を行っている公益財団法人精神・神経科学振興財団と「入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のための研修(医療観察法関連職員中堅従事者研修)」について意見交換を継続的に行った。

また、「入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のための研修および実際の業務を支援していくためのツール」の開発については、「医療観察法審判ハンドブック」の改訂版を作成した。

そして、最終年度は、海外で先進的に行われている司法精神医療・保健・福祉の制度や実践を参考に、司法精神医療福祉研究会(関東甲信越地域を中心とする医療観察法の指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、都道府県の精神保健福祉センター、市区町村の保健所、精神保健福祉関連の社会復帰施設の実務担当者による研究会および連絡協議会)や全国指定入院医療機関精神保健福祉士連絡協議会(全国の指定入院医療機関の精神保健福祉士が加盟する連絡協議会)等の協力を得て、国内の各地域行われ始めている司法精神医療の取り組みなども調査し、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助の方法に必要な研修内容と方法を明らかにしていく。また、厚生労働省委託:の全国の指定入院・通院医療

機関従事者研修会を行っている公益財団法人精神・神経科学振興財団と「入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のための中堅従事者の研修(医療観察法関連職員上級者研修)」の開発について意見交換を継続的に行い、ある程度医療観察法の通院、地域処遇の経験を持つ実務者を対象としたモデルとなる研修プログラムを作成した。

また、前述の公益財団法人精神・神経科学振興財団や司法精神医療福祉研究会の協力を得て、作成したモデルとなる研修プログラムを、医療観察法の通院、地域処遇の関係機関(指定通院医療機関、精神保健福祉センター、保健所、訪問看護ステーション等)において、ある程度の経験を持つ実務者(精神保健福祉士、保健師、看護師、作業療法士、心理士、福祉関係の行政職員)に、二日間の研修を実際に行い、参加者にアンケート調査、および聞き取り調査を行うとともに、研修講師や事務局担当者にも聞き取り調査を行った。

#### D. 考察

司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う関係機関職員の支援と研修方法の開発に関する研究(分担研究者:三澤孝夫)

初年度、次年度は、英国における司法精神医療・保健・福祉発展の課程の中で、「1980年代後半から開始された[Medium Secure Unit]【地域保安病棟】の整備」とともに、「司法精神医療・保健・福祉に活用しやすいケアマネジメント手法が研究され、整備されたこと」、「精神医療・福祉関係者に、司法精神医療・保健・福祉分野の専門知識等や上記のケアマネジメント方法などのノウハウ、このような対象者に積極的に関わることの重要性など、司法精神医療に関わることの社会的な意義や倫理観な

ど共有化されたこと」が重要な要因になっている事を明らかにした。また、これらのことが行われていくためには、司法精神医療・保健・福祉を実際に行う関係者への専門的な研修が重要であったこと。特に、実際に退院者が増え始めた現状においては、初心者のため制度説明等の研修だけでなく、司法精神医療・保健・福祉分野の専門知識やノウハウ、倫理観や事例などを習得できる中堅従事者向けの研修など、より専門的で、実践的な研修が必要となることを明らかにした。

また、国や自治体が行う公的な研修以外の関係機関(指定入院・通院、地方自治体、社会復帰関係施設、権利擁護団体等)や関係者による司法精神医療・保健・福祉に関するその地域で定期的、継続的に行われる自発的な研修会の果たす役割が大きかったことも明らかにした。

また、「入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助のための研修および実際の業務を支援していくためのツール」として、『対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識に関するアセスメント票』、や「緊急時対応計画[クライシスプラン] Total Guidebook《作成マニュアル 記載例集》」を開発した。また、現在、その件数と重要性が急速に増してきている医療観察法の退院許可申立審判、通院処遇中の医療終了申立審判、通院継続申立審判、再入院申立審判などのカンファレンス、審判期日などに関係者が適切に対応できるよう、「医療観察法審判ハンドブック」の内容を大幅に拡充した改訂版を作成した。

そして、最終年度は、英国の司法精神医療における退院促進・社会復帰と研修制度の変遷を明らかにした。特に、司法精神医療において、

円滑な退院調整や地域での援助を行うためには、これらの実務担当者への専門的知識、スキル等の習得を目的とした実践的な研修が必要なことを明らかにした。

英国で司法精神医療・保健・福祉の実務担当者に対して行われている公的な研修やAMHPの研修内容を調査し、司法精神医療・保健・福祉の専門的知識、スキル等の習得を目的とした研修の中で重視している項目を抽出した。

英国の研修内容をもとにして、司法精神医療福祉研究会(関東甲信越地域を中心とする医療観察法の指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、都道府県の精神保健福祉センター、市区町村の保健所、精神保健福祉関連の社会復帰施設の実務担当者による研究会および連絡協議会)や医療観察法関係の各種機関や関係者等の協力を得て、国内の各地域行われ始めている司法精神医療の取り組みなども調査し、医療観察法における入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整・社会復帰援助の方法に必要な研修方法と内容の項目を作成した。

これらの項目を基にし、医療観察制度における入院処遇から通院処遇へ移行を円滑に行うため工夫や、地域における処遇等についての関わり方や注意点などについて、実際にかかわっている指定入院医療機関の退院調整に関わる職員や指定通院医療機関、都道府県、市区町村や保健所、福祉施設等の職員向けに、より具体的な知識や援助方法などの技法を伝えるために企画し、開催した。

## 分担研究報告

指定通院医療機関の治療機能の向上と多職種・  
多機関の連携を効果的に行う方策に関する研究

松原 三郎

社会医療法人財団松原愛育会 松原病院

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））

平成 24 年度～平成 26 年度 分担研究報告書

指定通院医療機関の治療機能の向上と  
多職種・多機関の連携を効果的に行う方策に関する研究

研究分担者 松原三郎（松原病院）

研究協力者：

津久江亮太郎、平岡美和（瀬野川病院）

長谷川直実、佐々木渉（ダイケアクリニックほっとステーション）

山中將至（溝口病院）

井上薫子（長谷川病院）

日暮恵美（東京都立中部総合精神保健福祉センター）

中村美智代、一ノ宮尚子（松原病院）

**研究要旨**

平成 24 年度は再入院事例を中心に処遇困難事例を収集し、医療観察法通院処遇中における精神保健福祉法上の入院に関する調査を行った。通院処遇中に精神保健福祉法上の入院をするタイミングは、比較的早めに行われており、これはさらなる病状の悪化を防ぐことにつながっている。通院医療を順調にすすめるうえでは、重要な役割を果たしている。

平成 24～26 年度を通して死亡事例を収集し、48 件の死亡事例を収集した。そのうち自殺事例は 27 件であった。自殺を予測することは困難ではあるが、対象者を手厚くサポートすることはもちろん、対象者だけでなく家族を支援することも、自殺を未然に防ぐ重要な要因である。また自殺事例に遭遇した通院処遇関係スタッフの多くが対象者の自殺に大きくダメージを受けている事が明らかとなり、関係スタッフへの心のケアが必要であることが示された。

北陸医療観察法研究会、通院医療等研究会、研究班会議を開催し、指定入院医療機関、指定通院医療機関、社会復帰調整官が連携する上での問題点を整理し、入院医療から通院医療への移行を順調に行うための方法を検討した。また多職種でのチーム医療の現状や各通院医療機関の状況を報告し、情報共有、意見交換を行い、医療観察法での通院医療の向上について検討した。

**A. 研究目的**

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）における通院処遇対象者に関する調査を行い、通院処遇の現状、問題点を把握する。また研究会を開催し、指定入院医療機関スタッフ、通院医療機関スタッフ、社会復帰調整官等の医

療観察法に携わっているスタッフ間での意見交換を行い、入院から通院への移行における課題、有効な多職種チーム医療について検討する。

**B. 研究方法**

（1）医療観察法通院処遇対象者における再入院事例調査

平成 24 年 7～8 月実施。指定通院医療機関に電話等で連絡し、医療観察法通院処遇対象者で医療観察法による再入院の申立てをして再入院となった方の有無を問合せ、該当する対象者がいた場合、調査用紙を送付し、記載後返信してもらった。

(2) 医療観察法通院処遇対象者における精神保健福祉法上の入院に関する調査

平成 24 年 10 月実施。北陸 3 県(富山、福井、石川) 11 件、北海道 2 件、広島 3 件、静岡 1 件、東京 1 件、長野 1 件の合計 20 件の指定通院医療機関に調査用紙を郵送し、郵送にて回収した。

(3) 医療観察法通院処遇対象者における死亡事例に関する調査

平成 24～26 年実施。各医療機関に電話をかけ、死亡事例の有無を確認し、有りの場合、調査用紙を送付し、郵送にて返信してもらい回答を得た。

(4) 通院医療等研究会

平成 25 年 2 月 16 日、平成 26 年 2 月 1 日、平成 27 年 1 月 24 日、いずれも東京都の建築会館にて研究会を開催した。

(5) 北陸医療観察法研究会

平成 24 年 10 月 27 日、平成 25 年 10 月 26 日、平成 26 年 11 月 22 日、いずれも石川県の本多の森会議室にて研究会を開催した。

(倫理面への配慮)

(1) 研究会、班会議において、参加者は守秘義務を持つものだけに限り、また、同時に個人の情報に関する資料については、会において検討が終わった後には、その資料を回収し破棄した。

(2) 事例調査では、松原病院倫理委員会にて、個別の事例に関する発表を行わないことを前提に許可を受け実施した。

C. 研究結果

(1) 医療観察法通院処遇対象者における再入院事例調査

25 例の再入院の事例について把握した。

性別：男 20 名、女 5 名

移行通院 16 名、直接通院 9 名

年齢：20 代 5 名(男 5 女 0)

30 代 7 名(男 4 女 3)

40 代 4 名(男 2 女 2)

50 代 5 名(男 5 女 0)

60 代 4 名(男 4 女 0)

対象行為：殺人・殺人未遂 11 名

傷害 4 名

放火 4 名

強制わいせつ 3 名

強盗 3 名

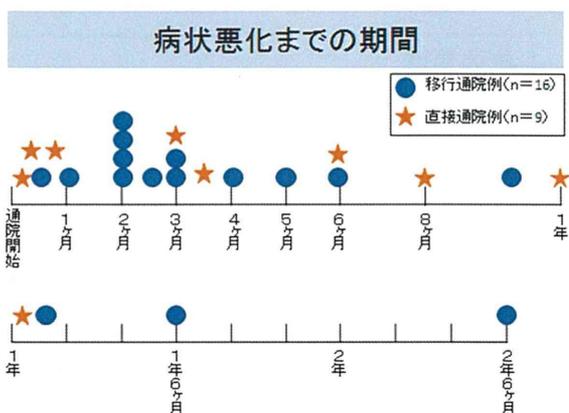
病名：統合失調症 18 名

感情障害(うつ病) 1 名

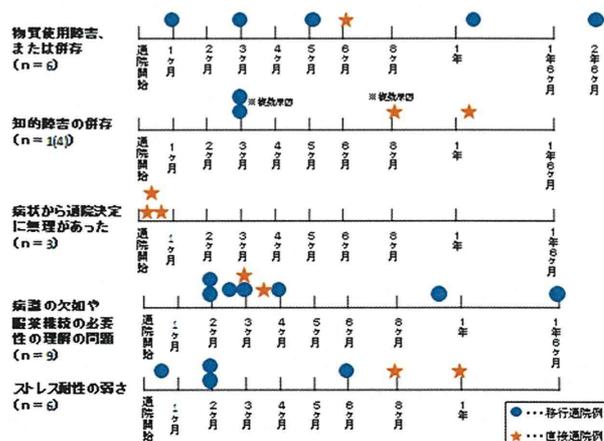
人格障害 1 名

物質使用障害 4 名

広汎性発達障害 1 名



病状悪化の要因の分類：



(2) 医療観察法通院処遇対象者における精神保健福祉法上の入院に関する調査

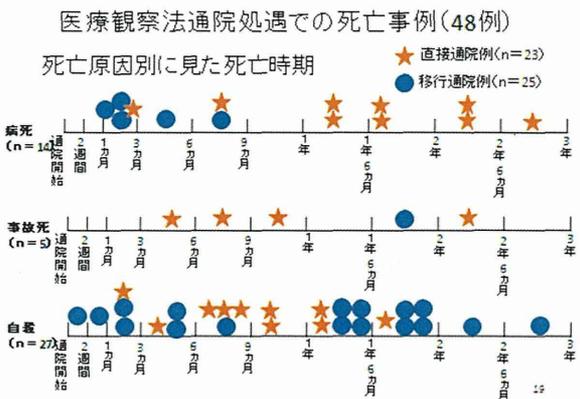
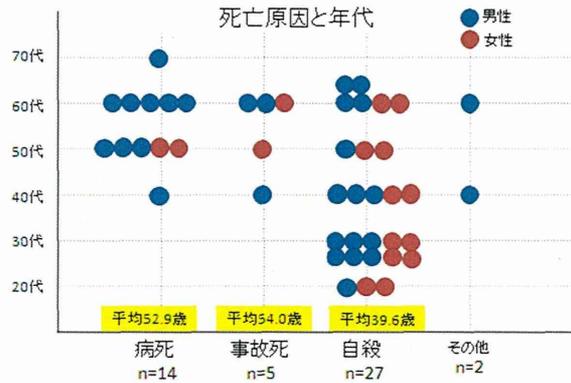
指定通院医療機関20病院のうち17病院からの回答があった。17病院には94名の通院処遇対象者(終了者も含む)がおり、そのうち40名が精神保健福祉法上での入院をしている。

40名のうち開始時入院は10名(うち4名は経過中の入院もあり)、経過中入院は34名であった。対象行為は傷害40%が多く、殺人・殺人未遂25%、放火25%となっている。診断名はF2統合失調症71.8%と最も多かった。入院理由をみると、開始時入院の理由は、居住地未定、医療チームとの関係構築、地域生活の支援体制構築、本人の生活訓練等であるが、経過中入院の理由は、病状悪化57%が最も多く、問題行動21%、身体的問題12%、休息入院6%と続く。入院形態は任意入院53%、医療保護入院38%、措置入院3%となっており、任意入院による早めの入院が行われていることが明らかとなっている。このことは、入院のタイミングが早めであったか否かについての説明では、早めの入院だった36%、病状の増悪は中等度28%となっており、早めの入院をしていることが明らかとなった。入院回数も1回が58%であるが、2回24%と状況に応じて早めの対応をとっていると考えられる。

(3) 医療観察法通院処遇対象者における死亡事例に関する調査

医療観察法通院処遇での死亡者数は平成26年6月6日時点で58件である。58件中48件の死亡事例について把握した。

48件のうち、病死14件4.2%、事故死5件10.4%、自殺56.3%、その他2件4.2%と、半数以上が自殺である。性別、年代、死亡時期は図のとおりである。



自殺事例27件について詳しくみていくと、直接通院10件37.0%、移行通院17件63.0%である。対象行為は以下の表のとおりの内訳となっている。

年代別対象行為(27例)											
	殺人		傷害		放火		強制わいせつ		強盗		計
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
20代				2			1				3
30代	3	4				1	1		1		10
40代	1	1			2	1					5
50代	2	1									3
60代	2	1	1		1	1					6
70代											
計	2	7	7	2	3	3	2		1		27

殺人・殺人未遂 9件(被害者が尊属8件)  
 傷害 9件(被害者が尊属4件)  
 放火 6件(自殺目的の放火3件)

殺人、殺人未遂の場合、女性7件中5件は子ども、1件は母親、1件は隣人が被害者で、男性2件のうち1件は家族と無理心中、1件は妻が被害者である。女性が子どもを殺害するケースが多いのが特徴である。逆に傷害の場合は男性の方が多い。

死亡時期については、1年未満が51.8%と半数が1年以内に自殺していることになる。

居住場所は55.6%が家族と同居しているが、家族からの支援がないというケースが意外と多く、対象者だけでなく家族支援も大切である。

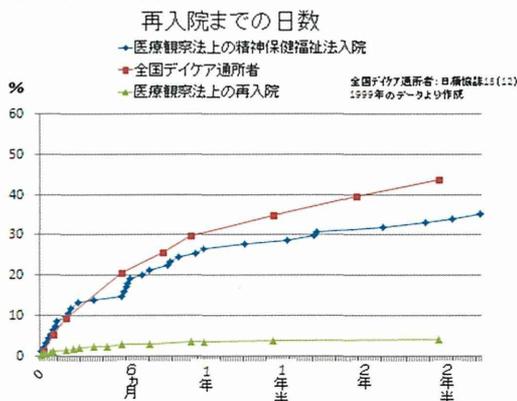
利用していたサービスをみると、訪問看護、デイケアを利用している方が多く、サポートが不十分なわけではなく、医療機関での支援は通常どおりにされている。

通院処遇中の問題点をみると、精神症状、家族の協力、病識欠如の順に多く、精神症状が自殺の最も大きな要因になっている。

#### D. 考察

(1) 医療観察法通院処遇対象者における再入院事例調査・精神保健福祉法上の入院に関する調査

医療観察法再入院、医療観察法通院処遇中における精神保健福祉法入院、一般精神医療での全国デイケア通所者の再入院までの日数を以下のグラフに表した。一般の精神医療を受けている人と医療観察法の医療を受けている人と病状の悪化は同じくらいで大きな差はない。



医療観察法の通院処遇者の再入院率が低い

は通院処遇中の精神保健福祉法の入院が再入院をふせいでいる大きな役割をしていると言える。病状が悪くなりすぎない早めの入院をしていることが功を奏している。ただ対象者にとって精神保健福祉法入院の自己負担が大きいという問題がある。

#### (2) 自殺事例調査

自殺事例27件について、通院患者数全体に割り戻すと、自殺死亡率は約1.6%となる。一般国民では自殺死亡率は0.02% (平成25年) である。自殺白書の統計資料から、自殺死亡率を比較すると以下の表の結果となる。

	一般人口	医療観察法	その他の疾患(%)	比較(倍)
20代男性	32.0	84.0		2.6
20代女性	12.6	168.1		13.3
30代男性	30.6	504.2		16.5
30代女性	12.9	336.1		26.1
40代男性	38.3	252.1		6.6
40代女性	13.7	168.1		12.3
50代男性	43.9	84.0		1.9
50代女性	16.0	168.1		10.5
60代男性	38.5	336.1		8.7
60代女性	16.1	168.1		10.4
アルコール依存			7~15(7.4%)	21.8
統合失調症			4~14(6%)	17.7
うつ病(気分障害)			6~15(7%)	20.6

30代女性が26.1倍と一般の自殺者数に比べ自殺率が高いことがわかる。特に殺人の中でも、子殺しの場合、罪責感が強く、そのため、自殺する傾向があることをふまえて、今後、自殺を未然に防ぐための一要因となると考えられる。

振り返ると自殺の前兆と思われる出来事があるとの回答は34.8%、なしは56.5%であった。前兆があるうち、それが自殺のサインと思ったのは25%、思わなかったは50%で、自殺を予測することは困難で、突然の出来事であるケースが大半である。

個別の自殺事例についてみると、家族が同居していても家族からの支援がないというケースが多く、対象者だけでなく家族支援も大切である。

さらに担当したスタッフとして精神的なダメージやストレスの有無については、かなりあった、ある程度あったをあわせると、95%がダ

メージやストレスがある状況である。またダメージやストレスに対してのケアの必要性については、おおいに必要である、ある程度必要であるをあわせると、89%がダメージ、ストレスのケアを必要としているのである。不幸にして生じてしまった自殺事故を教訓として前向きに再発防止策について直接かかわった多職種スタッフ、社会復帰調整官も含め協力しあうことが重要である。また、支援者でデブリーフィングを行うことで、強い心理的衝撃を受けている支援者をみつけることができ、また再発防止策を慎重に検討することも重要である。さらに家族に対するサポートも重要である。医療観察で手厚く支援していたにもかかわらず、自殺に至ったとなると家族は医療機関に対して怒りや不満などの陰性感情を抱きがちであり、残された家族に対するサポートは、対象者死亡で処遇終了したからと支援を打ち切るべきではなく、必要であればカウンセリングや後追い自殺の予防などサポートを続けていくべきである。

## (2) 移行通院における課題

入院処遇から通院処遇となる移行通院の場合、入院処遇中は常に誰かが見守っている環境から、いきなり地域に入り、環境が変わるのはやはり病状が悪くなることが予測される。入院機関と通院機関が同じ場合は、比較的、移行しやすいが、そのようなケースの方が少ない。通院機関とのスタッフとの信頼関係をつくっていくうえでも、移行準備段階で外泊回数を多くこなす、あるいは通院開始と同時に通院機関に入院することも、通院医療が順調に進むことに役立つと考えられる。移行段階において「外泊を何度も」とガイドラインに加えるべきである。外泊回数を増やすことは入院機関のスタッフの負担も大きくなるが、入院機関から1名、通院機関から1名等の協力体制で外泊回数を増やすことも必要と思われる。また直接通院の場合は、通院開始時の入院や通院中の精神保健福祉法上の入院については、対象者の負担とならないような改善が必要である。

## E. 結論

通院処遇中に精神保健福祉法上の入院をするタイミングは、比較的早めに行われており、これはさらなる病状の悪化を防ぐことにつながっている。通院医療を順調にすすめるうえでは、重要な役割を果たしている。

入院処遇中は比較的濃密な治療環境であるが、通院処遇では治療・支援体制ががらりと変わること、病状が悪くなることが予想される。このために、移行準備の段階で、通院医療機関との連携では、外泊や通院準備の回数を増やすなどが有効と思われる。通院開始までに、入院機関、通院機関双方のスタッフの協力体制を密にして、丁寧な情報共有が必要である。通院へ移行したあとも、多職種チームが手厚くサポートすることが通院医療において大切である。

医療観察法通院処遇者の自殺を予測することは困難ではあるが、対象者の罪責感をフォローする支援や、対象者だけでなく家族を支援することも、自殺を未然に防ぐ要因である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 医療観察法における通院処遇の課題. 法と精神医療 29 : 41-54, 2014

### 2. 学会発表

1) 医療観察法における通院医療. 第8回日本司法精神医学会大会 会長講演, 2012. 6. 8 金沢 司法精神医学 8(1)31-38. 2013

2) 学会認定精神鑑定医制度の概要について. 第8回日本司法精神医学会大会 シンポジウム, 2012. 6. 8 金沢 司法精神医学 8(1)85-87. 2013

3) 医療観察法通院処遇中の困難事例に関する検討. 第9回日本司法精神医学会大会, 2013. 6. 1 東京 司法精神医学 9(1)136.

2014

- 4) 入院処遇から通院処遇への移行における課題—当院の症例を通して—. 第9回日本司法精神医学会大会, 2013. 6. 1 東京 司法精神医学 9(1)130. 2014
- 5) 医療観察法通院処遇対象者における死亡事例報告. 第10回日本司法精神医学会大会, 2014. 5. 16 沖縄 司法精神医学 10(1). 2015
- 6) 母親を殺害した事例における家族支援について. 第10回日本司法精神医学会大会, 2014. 5. 16 沖縄 司法精神医学 10(1). 2015
- 7) 学会認定精神鑑定医制度の概要. 第10回日本司法精神医学会大会, 2014. 5. 16 沖縄 司法精神医学 10(1). 2015

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

# 分担研究報告

司法精神医療における行政機関の役割に関する研究

角野 文彦

滋賀県健康医療福祉部

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））  
平成 24 年度～平成 26 年度 分担研究報告書

司法精神医療における行政機関の役割に関する研究

研究分担者：角野文彦（滋賀県健康医療福祉部）

研究協力者：

原田小夜（聖泉大学看護学部准教授）

辻本哲士（滋賀県精神保健福祉センター所長）

村田 浩（大牟田保養院院長）

中原由美（福岡県嘉穂・鞍手保健所長）

梶本まどか（滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課課長補佐）

黒橋真奈美（滋賀県健康医療福祉部健康医療課副参事）

研究要旨：医療観察制度に基づいて、地域処遇を円滑に行うために、医療観察法と精神保健福祉法との有機的運用が求められている。これまでの研究では、行政機関の医療観察法処遇事例の支援の現状から行政機関の役割や司法医療機関との連携における課題を明らかにしてきた。本研究では、法整備から9年が経過し、地域処遇事例が増加する中、行政機関の地域処遇事例への司法医療機関と地域関係者との連携、対象者の社会復帰の現状から、地域処遇の課題を、毎年、全国の保健所を対象に調査を行うことにより検討した。

A. 研究目的

全国の保健所では、医療観察制度の地域処遇事例が年々増加している。地域処遇を円滑に行うために、医療観察法と精神保健福祉法との有機的運用が求められている。本研究では、行政機関の地域処遇事例への司法医療機関と地域関係者との連携、対象者の社会復帰の現状から、地域処遇の課題を検討した。

B. 研究方法

[調査対象・方法]

全国の 494 保健所（対象保健所内訳：県 392、政令市 8、中核市 40、指定都市 31、特別区 23）に対して自記式質問紙法による郵送留置き調査を毎年実施した。調査は毎年 9 月に行った。

25 年度と 26 年度は経年変化をみるためのコアの質問と年度ごとに抽出された課題を深めるための質問を加えた。

[調査内容]

- ① 調査票A：医療観察法の処遇ケースに関する司法精神医療と地域精神保健福祉との連携に関する意識、支援経験と地域処遇の課題(対象者の課題、体制上の課題、支援者のスキルと研修のあり方)
- ② 調査票B：保健所において、医療観察法施行後に支援を行ったケース概要（各年7月現在）

分析は記述統計を実施。項目名に欠損値を除いて集計した。

滋賀県立精神医療センター・聖泉大学倫理委員会の承認を受けた。

C. 研究結果

回答保健所数：

- 平成24年度 352カ所(回収率71.2%)
- 平成25年度 311カ所(回収率63.0%)
- 平成26年度 329カ所(回収率66.6%)

1. 調査票A

1)保健所の対応経験

保健所の対応経験有の割合は、表1のとおりで、約8割の保健所が法処遇事例の対応を経験している。対応事例数も増加しているが、平成24年度～25年度の増加に比べ、増加の伸びは少ない

表1 対応事例有の割合と事例数

	対応事例有の割合	事例数
平成24年度	77.3%	785
平成25年度	76.5%	1124
平成26年度	80.9%	1205

2) 管内における司法精神医療や地域処遇に関する研修の実施状況

管内研修が実施されている割合は、平成24年度からの3年間では、平成25年度が27.5%で前年度よりも増加したが、平成26年度は実施割合が減少しており、新しく担当になっても、

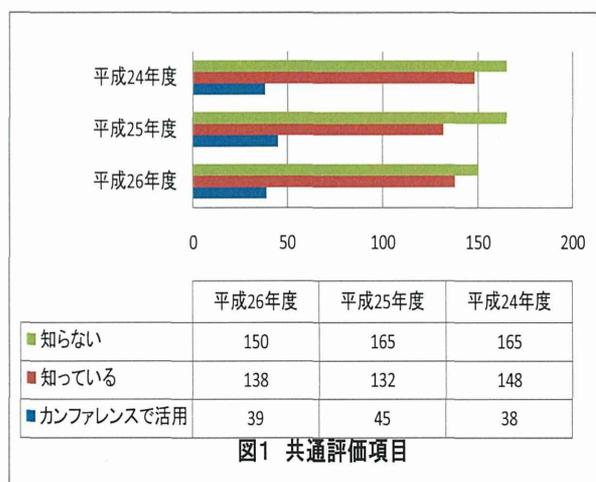
法に関する研修を受講する機会が少ない。研修内容では、保護観察所が主体で開かれる医療観察法制度運営協議会や講演会に参加し、他の地域での取り組みを聞く、制度を取り巻く現状の把握をしている等の記述があった。

表2 管内の研修会の実施状況

年度	有り		無し	
	n	%	n	%
平成24年度	72	22.1%	254	77.9%
平成25年度	90	27.5%	237	72.5%
平成26年度	77	23.6%	249	76.4%

3)共通評価項目について

共通評価項目は「知らない」の割合が45.9%とやや減少しているが、「活用している」の保健所数は39カ所(12.0%)で、横ばい。



共通評価項目活用者の評価は、「多いに役に立った」「役に立った」とほぼ全員が回答していることから、共通評価項目の普及、活用が必要である。

4)保健所担当者の不安

平成24年度から徐々に、「かなり不安」「不安」と感じる担当者の割合が高くなってきている。

表3 担当者の不安

	平成26年度	平成25年度	平成24年度
	n(%)	n(%)	n(%)
かなり不安	39(12.0)	24(7.8)	27(7.7)
不安	180(55.6)	176(57.5)	184(52.7)
あまり不安無し	96(29.6)	95(31.0)	129(37.0)
不安はない	9(2.8)	11(3.6)	9(2.6)

5)自由記載内容

記述内容を、退院調整・地域移行の段階、地域処遇中、処遇終了後、再犯に関する課題とその他として制度上の課題の4つに分類、内容を抜粋して記述した。

(1)退院調整・地域移行に関する課題

- ・管内に指定入院医療機関がないので、退院前から、必要な連携を行うにあたり、負担が大きい。
- ・保護観察所は地域支援につなぐ前に当事者・家族に支援の必要性について働きかけがなく、関係機関であるからとケア会議等に召集されるため、支援しづらい。
- ・本人のニーズと処遇計画書とのつながりがわかりにくい。
- ・当初審判で通院処遇となったものについては、本人が法について十分な学習がなく処遇が始まることから、支援の難しさを感じる。
- ・受け入れる地域側のGHと、送り出す側の病院双方の意見や理解に相違がある。
- ・保護観察所が中心となり、退院に向け段階的に地域関係機関へのつなぎをしているため、特別困難は感じていない。
- ・社会復帰調整官が精神保健福祉法の内容をあまりよく理解していない。
- ・心理発達テストは必ず実施してほしい。軽度知的障害がある場合、知的障害者の手帳が不問にされる包括的な診断をお願いしたい。
- ・処遇期間の延長のハードルがさらに高くなっ

ている。

- ・入院が長期であることを理由に地域処遇に移行させようとする動きがある。

(2)地域処遇中の課題

- ・ケア会議へ出席している人は、対等であることを前提に意見を述べ、処遇にどう活かすか検討する場であることを望む。
- ・薬物療法の効果があまり期待できず、関係がとりにくいケースについて、生育歴、学校及び社会生活等からの特性を関係者間で共有し、処遇を行うことが重要と考える。
- ・処遇中に措置・医療保護入院を要する状況となった場合は、法による入院の申し立てを検討するよう、社会復帰調整官に動いてほしい。
- ・入院処遇終了後の居住地のスタッフを含めて、早期から対象者の意志確認とともに現実的な方針を模索するべく働きかけてほしい。
- ・指定通院医療機関の主治医の認識によっては、法を軽視している印象を受け、対象者の認識にも影響していると感じるケースがある。“処遇中は仕方ないから言うことを聞いておく”“義務”というスタンスで、内省等がきちんと進んでいるのか不安を感じる。
- ・対象者の受入れに際しての不安が払拭できないことが多い。
- ・本人の生活状況の変化が生じた際など、連携、連絡を密にしてもらいたい。

(3)処遇終了後の支援に関する課題

- ・社会復帰調整官と同じように継続して行くことは難しく、本人も支援者も不安がある。
- ・本人が自ら支援をも求められない場合、処遇後の継続した関わり方が難しい。
- ・医療観察法の処遇終了となり、落ち着いた事例についても地域の支援がされていないと、保護観察所より指摘を受けた。地域の捉える患者像や支援との相違がある。