

厚生労働行政推進調査事業費補助金
障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係る
体制整備・周辺制度の整備に係る研究

平成28年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 岡田 幸之

平成 29 年（2017）年 3 月

目 次

I . 総括研究報告

観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係る 体制整備・周辺制度の整備に係る研究	-----	3
岡田幸之		

II . 分担研究報告

1 . 全国の指定入院医療機関を対象としたモニタリング調査研究(入院モニタリング研究)	-----	10
河野稔明		
2 . 全国の指定通院医療機関を対象としたモニタリング調査研究(通院モニタリング研究)	-----	26
安藤久美子		
3 . 他害行為をした精神障害者の医療および社会復帰過程の国際比較研究	-----	47
五十嵐禎人		
4 . 精神保健判定医養成等制度運用の見直しに関する研究	-----	63
八木 深		
(資料1)精神保健判定医等養成研修会受講生アンケート		
(資料2)養成研修アンケート 有用だと思った講義		
(資料3)養成研修アンケート もっと理解を深めたいと思った講義		
5 . 医療観察法医療従事者養成等制度運用の見直しに関する研究	-----	93
三澤孝夫		
(資料1)アンケート集計結果		
(資料2)模擬事例と演習方法		
(資料3)演習課題と記載様式		
(資料4)事例演習の進め方【講師&ファシリテーター用】		

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）
総括研究報告書

観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係る
体制整備・周辺制度の整備に係る研究

研究代表者 岡田 幸之

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部
国立大学法人 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 精神行動医科学分野

研究要旨：本研究では、政策決定上必須である制度運用の実態データを 11 年に亘り継続的に悉皆性を求めて収集しており、これを多角的に分析し、政策提言と医療現場への還元を行い、専門家の育成方法の開発までを手掛ける。入院モニタリング（A 分担：河野）、通院モニタリング（B 分担：安藤）、国際比較（C 分担：五十嵐）、判定医養成手法開発（D 分担：八木）、医療従事者養成手法開発（E 分担：三澤）の 5 分担研究による。

A 分担では、法施行以来 9 年間の全入院処遇対象者 2175 名の匿名化診療データの分析をすすめた。「超長期在院者（在院 5 年以上の者）」のテキスト分析により、治療反応性の弱さ、他害リスクの残存などの退院阻害要因、クロザピン、デボ剤、精神保健福祉法入院などの退院促進要因を確認することなどができた。

B 分担では、全国の約 9 割の指定通院医療機関の協力によって 1955 件のデータを収集、分析した。1328 名（67.9%）がすでに処遇を終了しており、その平均通院日数は 927.8 ± 312.0 日（最短 9 日、最長 1827 日）であった。処遇終了後、一般精神医療に移行した 1171 名のうち 992 名（84.7%）は処遇終了後も同じ医療機関で治療が継続されており、その 9 割以上が通院継続していることなどを確認した。

C 分担では、我が国の医療観察法病棟のモデルとされた英国における司法精神医療について、我が国との比較を念頭に調査・研究した。最近の英国の司法精神医療に関する種々のデータは、我が国の司法精神医療に関する法制度の骨格を英国のように変更・拡大した場合に起こり得る事態を示唆しているものと考えられた。

D 分担では、精神保健判定医等養成研修会の全受講生 289 名にアンケートを実施し、司法精神医療等人材養成研修企画委員会で、多職種チーム医療の実際がわかるようなプログラムを提言した。厚生労働省判定事例研究会に、通院か不処遇かの検討事例、同様の行為を起こす具体的現実的可能性があるかの検討事例、器質因と治療可能性の検討事例を提供し、研修に寄与した。

E 分担は、先進的な海外の司法精神医療・福祉制度の手法や国内での実践を参考に、今後の医療観察制度で必要となる退院調整や地域への移行、地域での援助等についての専門的知識やスキルを明らかにし、関係機関職員のための研修方法や内容、教材、ガイドラインを作成した。

研究分担者

河野 稔明	(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)
安藤 久美子	(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所)
五十嵐 禎人	(千葉大学社会精神保健教育研究センター)
八木 深	(国立病院機構 花巻病院)
三澤 孝夫	(国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 / 国際医療福祉大学)

A . 研究目的

本研究では、政策決定上必須である制度運用の実態データを 11 年に亘り継続的に悉皆性を求めて収集しており、これを多角的に分析し、政策提言と医療現場への還元を行い、専門家の育成方法の開発までを手掛ける。

入院モニタリング (A 分担 : 河野) 通院モニタリング (B 分担 : 安藤) 国際比較 (C 分担 : 五十嵐) 判定医養成手法開発 (D 分担 : 八木) 医療従事者養成手法開発 (E 分担 : 三澤) の 5 分担研究による。

B . 研究方法

(A 分担)

全国の指定入院医療機関 (30 施設、約 800 床) への訪問によるデータ収集と分析を行う。その結果と英国の司法精神保健サービスの視察や文献情報を参考にして、具体的な政策提言を示す。

(B 分担)

全国の指定通院医療機関 (約 600 施設) への「基本データ確認シート」による調査と分析を毎年繰り返して実施する。より効率的に質の高いデータを悉皆で収集する調査法の開発も行う。

(C 分担)

日、英、米の司法精神医療について各国の専門家への構造化面接を中心に定性的に比較検証し、全国の司法精神医療従事者の web 会議で検討を加え、日本の現状にそった制度モデルを作成する。

(D 分担)

精神保健判定医を対象とする研修で意見調査を実施し、企画委員会に還元し、質の改善をはかり、ケースブック作成などを通じて、効果的に医療観察法の現場に還元する方法も開発する。

(E 分担)

実務者の意見や英国の司法精神医療の研修方法を調査して、地域支援に必要な知識、技術を明らかにし、実務者研修への具体的な提言を行い、演習用模擬事例、テキストを開発していく。

(倫理面への配慮)

研究に関する倫理指針等を遵守し、倫理委員会の承認を得て研究を遂行している。

C . 研究結果

1) 達成度について

各班とも、データ収集、分析、検討と

政策提言の準備に入っており、3年計画の2年度目として予定通りの達成度である。国内外での学会発表、国際誌への論文掲載も順調に行われている。

2) 研究成果の学術的意義について

入院長期化要因、リスクマネジメント等、本領域の学術研究の現在のトピックを確実に追及している。触法精神障害者の社会復帰を第一の目的とした国際的にも類を見ない医療観察法制度を研究対象とし、その国際比較を行うことは学術的意義が高い。

3) 研究成果の行政的意義について

運用状況の把握調査は国策である医療観察法では必須である(A、B分担)。運用10年を超えた現在、制度のモデルとなった英国と比較することも政策上きわめて重要である(C分担)。そうした研究成果の還元を地方での研修にも目を向けて進めることは厚労行政に有益である(D、E分担)。

4) その他特記すべき事項について

通院モニタリングは現在の研究費と手法では限界がある。データ収集を国の制度運用の一環に公式に組み込むなど効率的な方法の開発整備をすべく、この点を今後の目標の一つに位置づけたい。

D. 考察

(A分担)

法施行以来9年間の全入院処遇対象者2175名の匿名化診療データの分析をすすめた。「超長期在院者(在院5年以上の者)」では、治療反応性の弱さ、他害リスクの残存が退院阻害要因となっているケ

ースが多かった。退院促進要因はクロザピン、デボ剤、精神保健福祉法入院が挙げられた。治療ステージ移行で、ステージダウンは全体で1.7%が経験していた。このうち調査時現在も在院していた者は在院期間が著しく長期化しており、治療が難渋していることが示唆された。ステージスキップは全体で7.1%が経験しており、疾病性の欠如、治療反応性の限界、身体疾患・介護の必要による“打ち切り型”と、病状や病状以外の要因の迅速な改善による“飛び級型”があることが示唆された。全員退院者で、多くは在院期間が短く、通院処遇に移行せずに医療観察法処遇を終えていた。

(B分担)

全国の約9割の指定通院医療機関の協力によって1955件のデータを収集、分析した。1328名(67.9%)がすでに処遇を終了しており、その平均通院日数は 927.8 ± 312.0 日(最短9日、最長1827日)であった。処遇終了後、一般精神医療に移行した1171名のうち992名(84.7%)は処遇終了後も同じ医療機関で治療が継続されており、その9割以上が通院継続していた。通院処遇中に精神保健福祉法による入院治療を受けていた者は960名(49.1%)であった。通院処遇開始直後から入院がおこなわれている例では、医療観察法処遇自体が通院処遇から開始されている者(いわゆる直接通院)が多く、環境調整を目的とした入院が最も多かった。一方、通院処遇の途中から入院している例では、1回目の入院理由が「病状悪化」「問題行動」であるケースが多かつ

た。社会生活のための環境設定や病状悪化に対する早期介入など、個々の対象者の状態に合わせて入院治療が併用されていることが推察された。

(C 分担)

我が国の医療観察法病棟のモデルとされた英国における司法精神医療について、我が国との比較を念頭に調査・研究した。英国と日本とでは、司法精神医療の対象とされる患者に関する法制度の骨格も大きく異なっており、単純に比較することには慎重でなければならない。しかし、最近の英国の司法精神医療に関する種々のデータは、我が国の司法精神医療に関する法制度の骨格を英国のように変更・拡大した場合に起こり得る事態を示唆しているものと考えられた。

(D 分担)

精神保健判定医等養成研修会の全受講生 289 名(初回 106 人継続 183 人)に対しアンケートを実施した。研修を有用・まあまあ有用と評価した受講生は 99%、理解/まあまあ理解と回答した受講生は 98%でいずれも平成 27 年度よりも 1%増えた。全般的に、グループディスカッションの評価が高かった。法律や各職種の役割については、具体的事例の解説をもとに医療観察法の仕組みを説明してほしいとの声があり、司法精神医療等人材養成研修企画委員会で、多職種チーム医療の実際がわかるようなプログラムを提言した。また最高裁判所司法統計によると審判のばらつきは現在も持続しており、精神保健判定医の研修は、今後も重要で

ある。厚生労働省判定事例研究会に、通院か不処遇かの検討事例、同様の行為を起こす具体的現実的可能性があるかの検討事例、器質因と治療可能性の検討事例を提供し、仮想化し再入院事例についてケースブック事例を作成し、研修に寄与した。

(E 分担)

先進的な海外の司法精神医療・福祉制度の手法や国内での実践を参考に、今後の医療観察制度で必要となる退院調整や地域への移行、地域での援助等についての専門的知識やスキルを明らかにした。これに基づいて、これらを行う関係機関職員のための研修方法や内容、教材、ガイドラインを作成し、提案した。また、これらの調査や検証の過程で、有効な支援ツールなどを紹介した。

E . 結論

医療観察法の入院長期化要因、通院中の問題の発生状況などを明らかにした(A、B 分担)。現在の英国の司法精神医療をめぐる課題が日本の政策決定の参考になることが確認された(C 分担)。こうして得られた知見を研修を通じた還元は医療の均てん化に寄与するものである(D、E 分担)。

F . 健康危険情報

(なし)

G . 研究発表

1) 国内

口頭発表

5 件

原著論文による発表 2件

それ以外（レビュー等）の発表 3件

そのうち主なもの

・論文発表

1. 安藤久美子、曾雌崇弘、河野稔明、岡田幸之：成果を社会実装する 心神喪失者等医療観察法施行10年。精神保健研究，30，2016（印刷中）

・学会発表

1. 安藤久美子、曾雌崇弘、中澤佳奈子、岡田幸之：医療観察法通院対象者の精神保健福祉法による入院治療に関する分析。第12回日本司法精神医学会大会，千葉，2016.18-19
2. 曾雌崇弘、安藤久美子、中澤佳奈子、岡田幸之：通院処遇中における問題行動を抑制するポジティブ要因の抽出にかかわる研究。第12回日本司法精神医学会大会，千葉，2016.18-19

2) 国外

口頭発表 5件

原著論文による発表 5件

それ以外（レビュー等）の発表 0件

そのうち主なもの

・論文発表

1. Shiina A, Tomoto A, Omiya S, Sato A, Iyo M, Igarashi Y: Differences between British and Japanese perspectives on forensic mental health systems: A preliminary study. World J Psychiatr (in press)
2. Ando K, Soshi T, Nakazawa K, Noda T, Okada T: Risk Factors for Problematic Behaviors among

Forensic Outpatients under the Medical Treatment and Supervision Act in Japan. Front Psychiatr 2016; 7: 144.

doi: 10.3389/fpsyat.2016.00144

3. Shiina A, Iyo M, Igarashi Y: Defining outcome measures of hospitalization for assessment in the Japanese forensic mental health scheme: a Delphi study. Int J Ment Health Syst, 2015 28;9:7
4. Nagata T, Nakagawa A, Matsumoto S, Shiina A, Iyo M, Hirabayashi N, Igarashi Y: Characteristics of Female Mentally Disordered Offenders Culpable under the New Legislation in Japan: A Gender Comparison Study. Crim Behav Ment Health 2015 Mar 10.
5. Shiina A, Iyo M, Hirata T, Igarashi Y: Audit study of the new hospitalization for assessment scheme for forensic mental health in Japan. World J Psychiatr 2015 June 22; 5(2): 234-242

・学会発表

1. Okada T, Fujii C: Japan's Court-Ordered Treatment System for Serious Criminal Offenders Who Were Found Not Guilty or Whose Charges Were Dropped by Reason of Insanity. 14th ICLMH, Vienna, July 15 2015.
2. Ando K, Okada T: Analysis of the Current Situation of Forensic

- Outpatients in Japan. 14th ICLMH, Vienna, July 15 2015.
3. Kono T, Kikuchi A: Analysis of the Current Situation of Forensic Inpatients in Japan. 14th ICLMH, Vienna, July 15 2015.
 4. Fujii C, Ando K, Mizuno M: Ethical issues concerning how to deal with mentally disordered offenders under treatment orders. 14th ICLMH, Vienna, July 15 2015.
 5. Shiina A, Nagata T, Imai A, Iyo M, Mellisop G, Igarashi Y. A Review of the Psychiatric Care Provided to Patients Who Subsequently Offended. 14th ICLMH, Vienna, July 15 2015.

H . 知的財産権の出願・登録状況
(なし)

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

全国の指定入院医療機関を対象としたモニタリング調査研究（入院モニタリング研究）

研究分担者 河野 稔明

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部

研究要旨：

全国の医療観察法指定入院医療機関を訪問して提供を受けた，法施行以来9年間の全入院処遇対象者2175名の匿名化診療データを，昨年度に引き続いて分析した。本年度は，超長期在院者の詳細分析および変則的な治療ステージ移行の分析を行った。量的分析に加え，「入院継続情報管理シート」や「退院前基本情報管理シート」などの記載を対象にした分析も予備的に行った。また，英国の司法精神保健サービスの視察を行い，わが国の医療観察制度の改善に資する情報を収集した。

超長期在院者の退院阻害要因は多様であり，特に治療反応性の弱さ，他害リスクの残存が要因となっているケースが多かった。病識の欠如，退院調整の難渋も，一定数の対象者に該当した。退院促進要因はクロザピン，デポ剤，精神保健福祉法入院という，相互に意味合いが異なる要因が挙げられた。

変則的な治療ステージ移行のうち，ステージダウンは全体で1.7%が経験していた。このうち退院者は全員が通院処遇に移行していたが，在院者は在院期間が著しく長期化しており，治療が難渋していることが示唆された。ステージスキップは全体で7.1%が経験しており，全員退院者であった。多くは在院期間が短く，通院処遇に移行せずに医療観察法処遇を終えていた。ステージスキップの要因には，疾病性の欠如，治療反応性の限界，身体疾患・介護の必要による“打ち切り型”と，病状や病状以外の要因の迅速な改善による“飛び級型”があることが示唆された。

英国の司法精神保健サービスは，処遇のレベルが細かく設定され，条件付き退院の制度があることなどから，対象者が社会復帰を進めやすい仕組みになっていた。これらは，わが国の医療観察制度においても，対象者のさらなる社会復帰促進と，医療資源の効率的な活用のために参考になると思われる。

研究協力者

藤井 千代（国立精神・神経医療研究センター
— 精神保健研究所 社会復帰
研究部）

医療観察法は2005年に施行されて10年以上が経過し，わが国の司法精神医療システムとして定着してきた。入院処遇に関しては，全国で現在32施設が入院医療機関として指定され，計34病棟825床（予備病床を含む）が稼働している。病床の地理的偏在の問題はあるが，すでに整備目標は達成し，病床不足

A．研究目的

に伴う制度発足当初の混乱は解消された。一方で、在院期間が長期化し、一部の対象者は退院が困難になっていること、薬物抵抗性の統合失調症や重複障害による難治例の存在などが課題として浮上してきている。

医療観察法には、指定入院医療機関における医療のみならず、一般精神科医療、精神保健福祉全般の水準向上が謳われており、医療観察制度の運用をモニタリングし、課題を解決していくことは、わが国の精神保健医療福祉全体にとって重要と考えられる。そのため国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部（以下、当研究部）では、医療観察法の施行当初より指定医療機関に調査を行い、モニタリングを継続してきた。指定入院医療機関に対しては、調査員が一施設ずつ訪問して診療データの提供を受けており、当研究部ではモニタリングに必要な情報を豊富に含むデータを蓄積している。

本研究班の初年度である 2015 年度は、2014 年度までに収集したデータを記述的に分析し、対象者の基本属性が経年的に安定していることや、在院期間が引き続き長期化していることを示した。また、在院期間 5 年以上の超長期在院者が 47 名いることを示し、うち 30 名が入院継続中であることや、回復期が遷延するケースが多いことなどを報告した。

本年度は、同じ調査データを用いて、超長期在院者の詳細分析（退院阻害要因、退院促進要因の抽出）および変則的な治療ステージ移行（ステージダウン、ステージスキップ）の発生状況と要因に関する分析を行った。前者については、昨年度の記述的分析結果を踏まえ、超長期在院者は何が原因で退院できないのか、その原因を何が解決したのかを、治療経過の記録から読み取り、在院長期化の防

止・解決のために着目すべき点を明らかにすることを旨とした。後者については、変則的な治療ステージ移行のある対象者には、入院処遇ガイドラインで定められた標準的な入院治療のモデルが必ずしも適合しない者が多いと推測し、その発生状況を集計するとともに、ステージを変則的に移行させる判断の根拠となった要因を治療経過の記録から抽出した。これにより、変則的な治療ステージ移行のある対象者には実際に標準的な治療モデルが適合していないのか、治療や処遇のあり方を変えるべきなのかを検討するための基礎となる情報を得ることを旨とした。

さて、わが国の医療観察制度は英国の司法精神医療をモデルに設計されたものであるが、実際の制度は両国間で異なる点も多い。医療と刑事司法の間のダイバジョンシステムが英国にあって日本にないことは大きな違いであるが、司法精神医療システムの中でも、英国の司法病棟には 3 つの保安レベルがあるのに対し、日本のそれは単一の保安レベルで設計され、条件付き退院の仕組みがないなどの違いがある。医療観察制度をテーマとする本研究では、現行制度のよりよい運用をめざすとともに、制度そのものの見直しによる司法精神医療の改善についても考える必要がある。そのため、本年度は、英国の司法精神保健サービスの現場を視察し、制度見直しの可能性について整理することも目的とした。

B．研究方法

1．入院モニタリング調査データの分析

1) 調査データ

当研究部が 2014 年度までに実施した医療観察法指定入院医療機関への訪問調査で収集し、保有しているデータを既存情報として分析した。具体的には、2014 年 7 月 14 日当時の全指定入院医療機関 30 施設で、医療観察

法病棟開棟から同日までに医療観察法の入院処遇を受けた対象者（在院者，転退院者の双方を含む）2175名に関する以下の情報である（途中，指定入院医療機関間で転院した者については，データを連結して1名と計数）。

入院時基本情報管理シート

入院継続情報管理シート

退院前基本情報管理シート

治療評価シート

運営会議シート

入院経路，治療ステージ変更履歴，転退院年月日，転退院経路を追加した患者管理欄いずれも，各施設が医療観察法病棟で使用している診療支援システムに蓄積されており，訪問調査の際に調査員がシステムから抽出し，その場で匿名化を施して当研究部に持ち帰ったものである。～は厚生労働省が定めた「入院処遇ガイドライン」において標準的に作成するよう指定されているものであり，同一様式（Microsoft Excelブック）で作成されている。は，診療支援システムに表示された「患者管理欄」と呼ばれる対象者一覧をCSV形式でエクスポートし，それに調査員がシステムに登録されている情報を補足したものである。

なお，保有しているデータは，訪問調査に先立って各施設から同意を得た上で取得したものであり，当研究部の施錠された資料室に設置された，施錠されたキャビネットに収納されたサーバーに保管されている。サーバーには，研究部で承認した者のみが，同室内の端末からのみアクセスすることができ，サーバーと端末で構成されるネットワークは，その他のネットワークには接続されていない。

2) 分析方法

(1) 超長期在院者の詳細分析

2014年7月14日までに5年以上に及ぶ入

院処遇を経験した対象者47名を対象とした。対象者のプロフィールは表1のようになっていた。

先に説明した～の各種シートの記載を参照し，退院阻害要因を抽出した。すでに退院していた対象者17名については，退院促進要因についても抽出した。

抽出にあたっては，主に「入院継続情報管理シート」および「退院前基本情報管理シート」の「医療観察法の処遇における治療経過」欄および「今後の目標と治療方針」欄の記述，ならびに共通評価項目のスコアおよび「情報/判断材料/備考」の記述に注目した。また，医療機関によっては「入院継続情報管理シート」に「入院を継続する必要がある理由」欄が「退院前基本情報管理シート」に「処遇終了を申し立てる理由」欄が設けられているため，これらの記述にも注目した。このほか，必要に応じて他のシート（ ， ， ）を参照した。

記載されている内容から，退院を阻害し入院を長期化させている要因（退院阻害要因）を抽出した。また，退院した対象者については，それが加わったことにより退院が実現した要因（退院促進要因）を抽出した。全員について順次この作業を行い，抽出された要因を選別ないしは結合・分割し，要因のカテゴリーを作成した。カテゴリーは相互におおむね独立しており，退院を直接に阻害または促進したといえる内容であることを確認した。

作成したカテゴリーを用いて，各対象者の退院阻害要因および退院促進要因を分類した。1名の対象者の要因を複数のカテゴリーに分類することは可能としたが，当該カテゴリーの要因が退院を明らかに阻害または促進したことが記述内容から読み取れるカテゴリーのみを計上した。また，退院阻害要因については入院当初は多くの対象者が多少なりとも複

数の要因を有しているため、入院後3年程度を経て消滅されず、すでに軽減・解消した要因と対比して残存していることが明確な要因のみを計上した。

(2) 変則的な治療ステージ移行の分析

本研究では変則的な治療ステージ移行を「ステージダウン」と「ステージスキップ」に分類し、その発生状況と該当する対象者の特性、また変則的な治療ステージ移行に至った要因を分析した。

ステージダウンは「治療ステージが通常の順序とは逆向きに移行すること」と定義した。回復期→急性期、社会復帰期→急性期、社会復帰期→回復期の3パターンがありうる。ステージスキップは「通常は次に経るべき治療ステージを経ないこと」と定義した。入院→回復期、入院→社会復帰期、急性期→社会復帰期、急性期→退院、回復期→退院の5パターンがありうる（前二者は再入院の場合であっても現実的には考えにくいので、実質3パターン）。ただし、後二者については、死亡、抗告、別件での逮捕などに伴って退院した場合には計上しなかった。

全対象者2175名について、ステージダウンおよびステージスキップの有無をクロス集計した。また、在院中の対象者は、現時点でステージダウンまたはステージスキップを経験していなくても、将来経験する可能性があるため、退院者（死亡、抗告、別件での逮捕などに伴う退院者を除く）1392名と2014年7月14日現在の在院者753名の各群に分けて同様に集計した。

次に、ステージダウンおよびステージスキップの有無によって分けられた4つのサブグループについて、退院者と在院者のそれぞれで在院期間を集計した。また、退院者については処遇終了割合（通院処遇に移行せず医療

観察法処遇を終了した対象者の割合）を集計した。さらに、ステージダウンのみがあった対象者（D群）およびステージスキップのみがあった対象者（S群）について、退院者と在院者のそれぞれで対象者の入院時年齢と主診断を集計した。

ステージスキップのあった退院者については、その特性を量的変数から捉え、ステージスキップの要因のパターンについて見当をつける目的で、在院期間と退院時年齢の散布図を描画した（退院後の処遇状況でマーカーの色を分けてプロットした）。その上で、散布図上で類似の特性を有する対象者群から数例ずつ抽出し、当該対象者の各種シート～の記載を参照し、ステージスキップの要因を抽出する予備的検討を行った。

2. 英国の司法精神保健サービスの視察

2017年2月13日から17日まで、西ロンドン精神保健NHSトラストの顧問司法精神科医、David Reiss医師のコーディネートにより、イングランドおよびウェールズを中心とする英国の司法精神保健サービスの視察および関係者への聞き取り調査を行った。プログラムの概要は以下のとおりであった。

13日：セントバーナズ病院にてサービス全体の説明、スリーブリッジ中等度保安ユニットの各病棟の見学

14日：同院テムズロッジ中等度保安ユニットのブレント病棟にて、病棟回診およびCPA会議の見学

15日：ブロードモア高度保安病院の見学

16日：イングランド・ウェールズ中央刑事裁判所（オールドベイリー）にて、触法精神障害者の司法手続きの説明、公判の見学

17日午前：インスタントケアソリューションズ運営のホステル（援助付き段階的移行地域ユニット）の見学、聞き取り調査

17 日午後：Interpersonal Dynamics approach の講義

(倫理面への配慮)

入院モニタリング調査データの分析は、既存情報を用いた観察研究として国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の審査・承認を得て実施した。なお、2014年度までに取得した当該情報は、当時の全指定入院医療機関を共同研究機関とし、各施設が保有する既存情報の提供を受けて実施する観察研究として同倫理委員会の審査・承認を得て収集していたものである。情報の取得、分析とも、「個人情報保護に関する法律」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して行っており、情報の匿名化および取り扱いは先述のとおりで、適切な個人情報保護に努めている。

英国の司法精神保健サービスの視察および聞き取り調査では、個人に係る情報は取り扱わなかったが、現場への立ち入りや関係者へのインタビューを伴うため、スタッフの業務や患者・入居者の治療・生活の妨げにならないよう、先方の意思や希望をこまめに確かめるなどの配慮を行った。

C. 研究結果

1. 超長期在院者の詳細分析

超長期在院者の退院を特に阻害していた要因(表2)としては、治療反応性の弱さ、他害リスクの残存が多く、それぞれ約半数の対象者に該当した。治療反応性の弱さが要因となったケースの大半は、明確な原因は不明だが改善が停滞するか著しく緩徐であった。他害リスクの残存も、多くのケースで特異的な背景がなく、衝動性の高さが改善しないことによるものであった。病識の欠如、退院調整の難渋も、一定数の対象者に該当した。

超長期在院者の退院を特に促進した要因(表3)には、クロザピン、デボ剤、精神保健福祉法入院が抽出されたが、明確な要因がみられない対象者もいた。

2. 変則的な治療ステージ移行の分析

1) 発生状況(表4)

全対象者2175名のうち、ステージダウンは37名(1.7%)が、ステージスキップは154名(7.1%)が経験していた。

退院者のみに限ると、ステージスキップは1割以上が経験していた。

一方、在院者のみに限ると、ステージスキップの経験者はいなかったが(すなわち、急性期から回復期を経ずに社会復帰期に移行したケースはなかった)、ステージダウンは2.5%が経験していた。

2) 在院期間と処遇終了割合(表5)

在院期間(在院者は2014年7月14日までの実績値)は、ステージダウンがあると長くなり、ステージスキップがあると短くなっていた。ステージダウンのみがあった対象者では、退院者で平均3年を超え、在院者では調査時点で同じく4年半を超えていた。一方、ステージスキップがあった対象者(全員、退院者)では、平均で入院処遇の目安とされる1年半を下回り、中央値では1年強にとどまっていた。

退院者の処遇終了割合(通院処遇に移行せず医療観察法処遇を終了した割合)は、ステージダウンがあると低率で、ステージスキップがあると高率であった。

3) 入院時年齢と主診断(表6)

入院時年齢は、退院者D群では平均値、中央値とも40代で、入院処遇対象者全体(2015年度に報告済み)とほぼ同じであった。一方、

退院者 S 群では同じく 50 代と高く、在院者 D 群では 30 代と低かった。

主診断は、D 群では F2 (統合失調症圏) に集中し、特に在院者ではその傾向が顕著であったが S 群では F2 が最多ではあるものの、F2 以外の疾患にも広く分散した。

4) ステージスキップのある退院者における在院期間と退院時年齢の分布 (図 1) とステージスキップの要因 (表 7)

ステージスキップのある退院者の多くは短期間で退院しており、入院が長期間に及んだ者は少数であった。短期在院者は年齢が広く均一に分布したが、長期在院者には高齢者がいなかった。また、通院処遇に移行した対象者は、多くが短期間で退院していた。以上より、ステージスキップのある退院者を、短期間で退院した幅広い年代の群 = 短期群、在院が長期化した比較的若い群 = 長期群、通院処遇に移行した群 = 通院群 の 3 群で捉えることとした。

上記 3 群について数例ずつ抽出し、治療経過の記載からステージスキップの要因を抽出したところ、治療反応性に関係する要因はすべての群にみられた。これに対し、疾病性の欠如によるものは短期群のみにみられた。通院群では、治療反応性の限界に直面し、改善を遂げられなかった場合と、病状が速やかに改善したことや病状以外の要因が元より良好であることにより、標準的な入院治療のステップをすべて踏まずとも改善を遂げた場合の両方があった。

3. 英国の司法精神保健サービスの視察

英国の司法病棟の保安レベルには高度、中等度、低度の 3 段階があるが、今回は高度および中等度の病棟を訪問した。なかでも、中等度保安ユニットでは複数の病棟を見学し、

提供される多様なサービスについて説明を受けたため、中等度保安ユニットを中心に報告する。

中等度保安ユニットに入院した患者は、まず新入院病棟 (admission ward) に入り、そこでアセスメントを受けて、具体的な治療方針を立てるのが一般的である。その後、患者の状態に応じて high-dependency, dependency, rehabilitation などの ward に移っていく。また、女性専用、青年専用の病棟も設置されている。日本では医療観察法病棟の中に急性期、回復期、社会復帰期、女性の各ユニットがあるが、英国では保安ユニットの中に患者の状態や特性に応じた病棟があり、病棟 = ward とユニット = unit の概念の上下関係がほぼ逆になっている。日本と同様、患者には多職種チーム (MDT) が付くが、MDT は患者が病棟を移るごとに替わるという。

保安ユニットの患者はさまざまな経路で入院してきており、精神保健法のどの条項に基づく入院かによって、強制治療の可否が異なる。また、入院命令とは別軸となっている拘束命令の有無により、患者の行動範囲も異なっている。患者の状態によっては、単独での外出も可能となっており、病院の向かいにあるコンビニエンスストアまで、駅前の商店街までなど、許可された範囲で自由に行動することができる。トラブルなく時間内に帰院したかどうかアセスメントの対象となっており、成功の実績を積み重ねることで患者の処遇がステージアップする仕組みになっている。

保安ユニットでは、MDT 以外にも歯科医師、言語聴覚士、手足治療師、検眼士などの専門職が患者にサービスを提供している。プライマリヘルスケアのオフィスもあり、スタッフが常駐している。また、家族療法家が配置され、患者の家族を巻き込んで家族シス

テムへのアプローチを治療の大きな柱として位置づけているのが特徴的である。患者の就労支援についても、専門のスタッフ（employment specialist）が配置されており、入院中から継続的に支援を行っている。また、青年期の患者を中心に、一般的な教育のサービスも提供されている。このほか、ユニット内に advocacy office が設置され、患者はフルタイムで権利擁護サービスを受けられることや、tribunal が設置され、審判を行えるようになっていることも特筆すべき点である。このように、保安ユニットには、精神障害の治療のみならず、患者が必要とする多様なサービスを提供する設備や人員が整備されている。

今回、低度保安ユニットは訪問しなかったが、低度の場合は通常の外出のみならず、学校や職場に通うことも可能な場合がある。また、条件付き退院の決定が出た患者は、地域のホステルなどに移ることができる。

以下、ホステルに移った患者の処遇について報告する。患者はホステルに移ると入居者（resident）と呼ばれ、司法ルートを経由していない一般の精神障害者とともに生活する。当初は病院から social supervisor（以下、SS）と呼ばれるスタッフが毎週ホステルを訪れ、入居者が問題なく生活しているか、ホステル側の満足度はどうかを評価する。1 ヶ月経つと CPA 会議を開催し、その後 SS の訪問は隔週となる。ホステルのサービスマネージャーは、入居者の生活についてレポートを作成し、SS に提出する。SS は、入居者が退院の条件を遵守しているかどうかを法務大臣に報告することになっている。ホステルには SS 以外に、精神科医（入居者が入院していた病院の医師、ただし病棟チームではなくアウトリーチチーム）が 4 週間ごとに、employment specialist が 6 ヶ月ごとに訪問してサービスを提供する。治療薬は、訪問する精神科医が

レビューして一般診療医（GP）が処方することになっている（デポ剤は精神科医か GP が注射する）。

条件付き退院の入居者が条件に違反した場合は、病院に呼び戻されることがある（recall）。病院は recall に備えて態勢を整えており、直ちに入院させることができるため、ホステルとしては大きな困難なく対処することが可能である。

訪問したホステルでは、サービスレベルが 3 段階に設定されていた。建物ごとにサービスが異なり、高レベルではスタッフが住み込み、食事の準備や与薬を含め、入居者のケアのすべてを行う。中レベルでは 24 時間スタッフの支援を受けることが可能である。低レベルではスタッフの支援は日中のみ（9～17 時）提供される。サービスレベルの移行は CPA 会議で決定され、入居者が低レベルのサービスで一定期間、適応的に生活できれば自治体が提供する公営アパートなどに移っていく。

ホステルは NHS ではなく民間の事業者が運営しており、その資金は保健医療サービス委託グループ（Clinical Commissioning Group）と呼ばれる NHS から委託を受けた組織と、社会福祉協議会（council）から支出される。

D．考察

1．超長期在院者の詳細分析

在院期間 5 年以上の 47 名のうち、17 名はすでに退院しており、その中でも 11 名は通院処遇に移行したことから、超長期在院者においても、少なくとも一部は、通常の入院処遇終了が可能であることが示唆された。

超長期在院者には転院歴を有する者が多く、2 回転院したケースもあることから、転院が在院長期化に影響している可能性がある。し

かし、逆に長期在院となりやすい対象者で、治療上の理由により転院を必要とすることが多い可能性も考えられる。

退院阻害要因は多岐にわたっており、該当する対象者数を足し合わせると全体の人数を大きく上回ることから、複合的な要因を抱える対象者も多いことが示唆される。治療反応性の弱さ、他害リスクの残存が要因となっているケースが多かったが、そのさらに背後にある原因は明確でなく、対策を立てにくいことがうかがえた。また、病識の欠如や治療の拒否など、入院治療の進展の前提となる段階で難渋しているケースと、退院後の治療継続の見込みや退院調整といった、地域の医療につなげるのに必要な心理的、社会的要因の改善が後れをとっているケースがあり、いずれも一定数に上ることが示された。

退院促進要因は3つが抽出されたが、意味合いが異なるものであった。クロザピンは、他の抗精神病薬で十分に改善しなかった病状が改善したという点で、根本的な問題の解決に寄与したといえる。デポ剤は、同様に病状を安定させることで退院を実現させているが、服薬コンプライアンスの不十分な対象者に対して退院後の治療継続を確保する目的で導入することが多く、治療の遵守・自己管理の向上に課題を残していると考えられる。これらに対して精神保健福祉法入院は、医療観察法下で可能な治療を尽くしたものの、引き続き精神科入院治療は必要であり、すぐに地域で生活するのは難しいというケースが多いと推察される。精神保健福祉法入院は長期在院の消極的な解決方法であるが、このような対応が必要な対象者もいることが示された。

退院阻害要因および退院促進要因の探索は、診療の中で作成される各種シートに記載されたテキストデータを用いて行ったが、体系的な方法論に依拠した分析ではなく、客観性は

不十分である。今回の分析は予備的なものであるため、今後は体系的な方法論を用いて、より恣意性を排除した分析を行うことが必要である。

2. 変則的な治療ステージ移行の分析

ステージダウンは全体で 1.7%、在院者に限ると 2.5%が経験しており、稀ではなかった。ステージダウンがあると在院期間が相当に長いことから、厳密な臨床評価に基づいてステージアップしていても、症状の再発や問題行動などにより、治療を仕切り直さなければならない対象者が少数ながらいることが示唆される。ステージダウンのあった対象者のうち、退院者は長期間の入院治療を要しながらも全員が通院処遇に移行しており、一般的な治療や環境調整のステップを一通り積み重ねることで、時間はかかったが社会復帰の準備が整った群と思われる。一方で在院者は、在院期間が著しく長期化しており、治療が難渋していることが示唆される。退院者と在院者とは調査時点で横断的に分けているに過ぎないため、在院者の中にも間もなく退院に至った対象者がいると思われるが、一部は退院のめどが立たないまま長期在院となっている可能性がある。また、ステージダウンのあった在院者は、ほとんどが統合失調症圏で、年齢が若いことから、精神病症状が活発であるか、他害リスクが高く、治療を行っても十分に安定した状態に至りにくいことが示唆される。

ステージスキップは全体で 7.1%、退院者に限ると 11.1%が経験しており、高い頻度で発生していた。在院期間が短く、通院処遇に移行せず医療観察法処遇を終了した割合も高いことから、身体疾患や治療反応性の欠如などにより、標準的な入院処遇の一部を行わずに、早期に精神保健福祉法入院や身体科入院、

また一般の精神科通院治療への移行を進めるケースが多く含まれると思われる。ステージスキップのあった対象者は退院者のみであったが、年齢が高く、診断が多様であったことから、身体疾患の悪化や医療観察法入院処遇下での治療の限界により、入院処遇を切り上げて医療観察法以外の環境で治療することが望ましいと判断された対象者が多くを占めることが推察される。

治療経過の記載に基づく予備的検討から、ステージスキップの要因として、疾病性の欠如、治療反応性の限界、身体疾患・介護の必要が浮かび上がった。これは退院時年齢と主診断の量的分析から示唆された、入院処遇を切り上げて医療観察法以外の環境で治療することが望ましいと判断された一群であり「打ち切り型」の退院といえる。このほかに、病状の早期改善や、病状以外の要因が元より良好であることによる「飛び級型」のステージスキップもあることが示された。これらの要因は一部の対象者の分析に基づいており、客観性も十分ではないが、至当な結果といえる。今後、体系的な分析により、カテゴリーの整理と、それに基づく疫学的分析が必要である。

3. 英国の司法精神保健サービスの視察

英国の司法精神保健サービスは、わが国の医療観察制度と比較して、処遇のレベルが細かく設定されていること、精神障害の治療以外にも、身体的ケア、家族への介入、教育、就労支援など、患者が必要とする多様なサービスが提供されやすい仕組みが整っていることが特徴として挙げられる。これは、ホステルのように、保健医療から福祉に重点が移っても同様である。また、病院のサービスが地域に乗り入れていることで、病院と地域が連携しやすい環境になっている。

わが国の医療観察制度では、入院処遇から

通院処遇に移行するときに、対象者本人はもちろん、関係者にとっても最も緊張の高まる時期の一つとなっている。退院を申し立てるには、外出・外泊訓練を積み重ね、何度もアセスメントを行い、あらゆる面が十分に改善していること、その状態が維持されると見込まれることを確認する必要がある。常時スタッフが付いていた病院から、一般市民と同じ地域へ、環境が大きく変わっても対象者が耐えられるよう、多くの時間と医療資源をかけて調整を行っている。これは、ひとたび退院すると、病状が悪化したり問題行動が生じたりしても、すぐには再入院することが難しいことが一因と思われる。通院処遇に移行しても精神保健福祉法入院をすることは可能であり、通院処遇開始当初から計画的に精神保健福祉法入院をすることも多いが、医療観察制度の枠内で段階的な社会復帰の仕組みが用意されれば、対象者の早期退院、医療資源のより効率的な活用が可能かもしれない。

この点で、英国の司法精神保健サービスは大いに参考になると思われる。まず、退院に向けて保安レベルが徐々に下がること、そして条件付き退院により、退院後も必要が生じれば直ちに病院に戻れることは、患者の社会復帰を強力に促進する仕組みと考える。サービス密度が低下し、患者の自由度が上昇したときに、一定割合でそれに適応できないケースが生じるが、適応できなければ比較的簡単に元に戻るため、その一定割合で生じるリスクに対処しつつ、適応できたケースの社会復帰を速やかに進めることができる。また、中等度保安レベルでは単独外出が、低度保安レベルでは就労・就学が可能であること、地域に戻っても病院のスタッフが定期的にフォローすること、入院中も退院後も充実した就労支援を受けられることは、患者に病院と地域の環境のギャップを感じさせにくく、また

入院中から地域生活をイメージさせやすくしているのではないかとと思われる。

わが国の医療観察制度では、社会復帰調整官が入院処遇中から（さらには鑑定入院中から）通院処遇終了まで一貫して対象者を支え、社会復帰を強力にサポートしているが、対象者の処遇レベルの多段階化、仮退院制度、病院と地域間のサービスの乗り入れなどがあれば、社会復帰はさらに促進されると思われる。もちろん、これらの仕組みを導入するには多くの検討・調整が必要であり、現実的には困難なものもあると思われるが、導入の可能性が少しでもあるものから検討してもよいかもしれない。

E．結論

超長期在院者の退院阻害要因は多様であり、複合している場合も多かった。特に、治療反応性の弱さ、他害リスクの残存が要因となっているケースが多かったが、そのさらに背後にある原因は明確でなかった。退院促進要因はクロザピン、デポ剤、精神保健福祉法入院という、相互に意味合いが異なる要因が挙げられた。

変則的な治療ステージ移行のうち、ステージダウンは全体で 1.7%が経験していた。このうち退院者は全員が通院処遇に移行していたが、在院者は在院期間が著しく長期化しており、治療が難渋していることが示唆された。ステージスキップは全体で 7.1%が経験しており、全員退院者であった（退院者に占める割合は 11.1%）。多くは在院期間が短く、通院処遇に移行せずに医療観察法処遇を終えていた。ステージスキップの要因には、予備的検討から、疾病性の欠如、治療反応性の限界、身体疾患・介護の必要による“打ち切り型”と、病状や病状以外の要因の迅速な改善による“飛び級型”があることが示唆された。

英国の司法精神保健サービスは、処遇のレベルが細かく設定され、条件付き退院の制度があり、病院のサービスが地域に乗り入れていることなどから、対象者が社会復帰を進めやすい仕組みになっていることが特徴と考えられた。これらは、わが国の医療観察制度でも、対象者のさらなる社会復帰促進と、医療資源の効率的な活用のために参考になると思われる。

本研究では今年度、入院モニタリング研究の調査データのうち、テキストデータを用いて、課題となっている在院長期化の要因などに関する分析を行った。医療観察法入院処遇のモニタリングに関しては、「医療観察法重度精神疾患標準的治療法確立事業」において来年度にデータベースシステムの運用が開始され、オンラインによるデータ収集と分析、レポートの作成が可能となる。同システムでは基礎的なデータを高い速報性をもって悉皆的に分析することができる。今後は、データベースシステムによる分析で明らかとなった課題について、本研究のように対象を限定した詳細な分析を行うことで、課題解決に向けて迅速で効率的な研究を行う体制が実現するものと期待される。

F．健康危険情報

なし

G．研究発表

1．論文発表

- 1) 河野稔明, 岡田幸之, 平林直次. 医療観察法入院処遇に適した在院期間代表値の選定—3 つの平均値に着目して. 司法精神医学 12: 11-18, 2017.
- 2) 安藤久美子, 河野稔明, 曾雌崇弘, 岡田幸之. 研究成果を社会実装する 心神喪失者等医療観察法施行 10 年. 精神保健研究

63: 17-24, 2017.

- 3) 河野稔明, 安藤久美子, 藤井千代, 菊池安希子, 中澤佳奈子, 曾雌崇弘, 米田恵子, 長沼洋一, 岡田幸之. 特集 III 医療観察法制定から 10 年を振り返って—医療観察法制定から 10 年: 現況分析. 精神科 29: 151-159, 2016.

2. 学会発表

- 1) 河野稔明, 藤井千代, 菊池安希子, 岡田幸之. 医療観察法入院処遇における治療ステージダウン・スキップの状況. 第 12 回日本司法精神医学会大会, 千葉, 2016 年 6 月 18 日 ~ 19 日.

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

< 謝辞 >

本研究の実施にあたっては, 全国の指定入院医療機関の皆様, 英国の司法精神保健サービスの関係者の皆様に, 多くのご協力をいただきました。深く感謝を申し上げます。

文献

- 藤井千代. 医療観察法指定入院医療のモニタリング調査研究. 平成 27 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)「観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係わる体制整備・周辺制度の整備に係わる研究」(研究代表者: 岡田幸之) 総括・分担研究報告書, pp.19-30, 2016.
- 安藤久美子. 医療観察法指定通院医療機関モ

ニタリング調査研究. 平成 27 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)「観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係わる体制整備・周辺制度の整備に係わる研究」(研究代表者: 岡田幸之) 総括・分担研究報告書, pp.31-44, 2016.

菊池安希子. 指定入院医療機関モニタリングに関する研究. 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)「医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究」(研究代表者: 五十嵐禎人) 総括・分担研究報告書, pp.93-106, 2014.

表1 超長期在院者のプロフィール

		超長期在院者 (n = 47)	退院者 (n = 17)	在院者 (n = 30)
性別	男 女	44名 (94%) 3名 (6%)	17名 (100%) 0名 (0%)	27名 (90%) 3名 (10%)
年齢 (退院者は退院時、 在院者は2014年 7月14日現在)	平均値(標準偏差) 中央値 20代 30代 40代 50代 60代 70歳以上	43.3歳 (10.3) 41歳 1名 (2%) 20名 (43%) 14名 (30%) 8名 (17%) 3名 (6%) 1名 (2%)	42.2歳 (9.1) 38歳 0名 (0%) 10名 (59%) 3名 (18%) 3名 (18%) 1名 (6%) 0名 (0%)	43.9歳 (11.1) 41歳 1名 (3%) 10名 (33%) 11名 (37%) 5名 (17%) 2名 (7%) 1名 (3%)
主診断 (ICD-10)	F0 F2 F6 F8	1名 (2%) 42名 (89%) 2名 (4%) 2名 (4%)	1名 (6%) 15名 (88%) 1名 (6%) 0名 (0%)	0名 (0%) 27名 (90%) 1名 (3%) 2名 (7%)
対象行為 (択一式にて集計)	殺人(未遂を含む) 傷害(傷害致死を含む) 強盗(未遂を含む) 強姦・強制わいせつ (未遂を含む) 放火(未遂を含む)	18名 (38%) 17名 (36%) 3名 (6%) 3名 (6%) 6名 (13%)	8名 (47%) 3名 (18%) 2名 (12%) 1名 (6%) 3名 (18%)	10名 (33%) 14名 (47%) 1名 (3%) 2名 (7%) 3名 (10%)
転院回数	0回 1回 2回	16名 (34%) 25名 (53%) 6名 (13%)	7名 (41%) 7名 (41%) 3名 (18%)	9名 (30%) 18名 (60%) 3名 (10%)
退院後の処遇状況	通院処遇に移行 医療観察法処遇を終了	-	11名 (65%) 6名 (35%)	-
在院期間 (在院者は2014年 7月14日までの 実績値)	平均値(標準偏差) 中央値 5~6年 6~7年 7~8年 8~9年	-	2043日 (233) 1949日 14名 (82%) 2名 (12%) 1名 (6%) 0名 (0%)	2330日 (367) 2277日 12名 (40%) 11名 (37%) 4名 (13%) 3名 (10%)

表2 超長期在院者の退院阻害要因 (n = 47)

要因のカテゴリー	人数(割合)
病識の欠如	13 (28%)
治療(治療内容変更)の拒否	6 (13%)
他害リスクの残存	23 (49%)
強固な妄想に基づくもの	5 (11%)
執着・こだわりに基づくもの	2 (4%)
衝動性の高さによるもの	17 (36%)
治療反応性の弱さ	25 (53%)
改善の停滞, 著しく緩徐な改善	22 (47%)
認知の偏り・思考の硬さがあり, 般化が困難	2 (4%)
知的能力が低く, プログラムの理解・習得が困難	2 (4%)
退院後の治療の継続が不確実	7 (15%)
非特異的な能力の低さ・低下により, 地域生活が困難	8 (17%)
生活能力	5 (11%)
コミュニケーション能力	2 (4%)
認知機能	1 (2%)
退院に向けた調整の難渋	14 (30%)
本人の要因によるもの	1 (2%)
家族の要因によるもの(受け入れ拒否など)	6 (13%)
地域の要因によるもの(住民の拒絶など)	5 (11%)
指定通院医療機関の確保困難	3 (6%)
住居の確保が困難	2 (4%)

カテゴリー間, サブカテゴリー間の重複計上あり。

表3 超長期在院者の退院促進要因 (n = 17)

要因のカテゴリー	人数(割合)
クロザピンの導入による病状の改善	6 (35%)
デボ剤の導入による退院後の治療継続の確保	1 (6%)
精神保健福祉法入院への移行による入院治療の継続	5 (29%)

いずれのカテゴリーにも計上されなかったケースあり。

表 4 変則的な治療ステージ移行の発生状況

全対象者 (n=2175)	ステージダウンなし	ステージダウンあり	行の合計
ステージスキップなし	1989 (91.4%)	32 (1.5%)	2021 (92.9%)
ステージスキップあり	149 (6.9%)	5 (0.2%)	154 (7.1%)
列の合計	2138 (98.3%)	37 (1.7%)	2175 (100.0%)
退院者 (n=1392)	ステージダウンなし	ステージダウンあり	行の合計
ステージスキップなし	1225 (88.0%)	13 (0.9%)	1238 (88.9%)
ステージスキップあり	149 (10.7%)	5 (0.4%)	154 (11.1%)
列の合計	1374 (98.7%)	18 (1.3%)	1392 (100.0%)
在院者 (n=753)	ステージダウンなし	ステージダウンあり	行の合計
ステージスキップなし	734 (97.5%)	19 (2.5%)	753 (100.0%)
ステージスキップあり	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
列の合計	734 (97.5%)	19 (2.5%)	753 (100.0%)

死亡，抗告，別件での逮捕などに伴う退院者を除く。

表 5 変則的な治療ステージ移行の有無別の在院期間と処遇終了割合

		在院期間 (日)		処遇終了割合
		平均値(標準偏差) [中央値]		
退院者 (n=1392)				
ステージダウンなし	ステージスキップなし	747 (325)	[693]	9.3% (114/1,225)
ステージダウンなし	ステージスキップあり	513 (400)	[396]	87.2% (130/149)
ステージダウンあり	ステージスキップなし	1,193 (495)	[1,300]	0.0% (0/13)
ステージダウンあり	ステージスキップあり	767 (389)	[875]	40.0% (2/5)
在院者 (n=753)				
ステージダウンなし	ステージスキップなし	629 (516)	[513]	-
ステージダウンあり	ステージスキップなし	1,671 (751)	[1,484]	-

死亡，抗告，別件での逮捕などに伴う退院者を除く。

表6 ステージダウンまたはステージスキップのいずれかがある対象者の入院時年齢と主診断

		退院者D群 (n=13)	退院者S群 (n=149)	在院者D群 (n=19)
入院時 年齢	平均値(標準偏差)	42.2歳(11.3)	52.4歳(17.6)	35.7歳(9.6)
	中央値	41歳	53歳	32歳
	20代	2名(15%)	18名(12%)	5名(26%)
	30代	3名(23%)	24名(16%)	8名(42%)
	40代	5名(38%)	26名(17%)	5名(26%)
	50代	2名(15%)	26名(17%)	1名(5%)
	60代	1名(8%)	27名(18%)	0名(0%)
	70歳以上	0名(0%)	28名(19%)	0名(0%)
主診断 (ICD-10)	F0	2名(15%)	22名(15%)	0名(0%)
	F1	1名(8%)	18名(12%)	0名(0%)
	F2	9名(69%)	78名(52%)	17名(89%)
	F3	0名(0%)	2名(1%)	0名(0%)
	F4	0名(0%)	3名(2%)	0名(0%)
	F6	1名(8%)	10名(7%)	1名(5%)
	F7	0名(0%)	11名(7%)	0名(0%)
	F8	0名(0%)	4名(3%)	1名(5%)
	その他	0名(0%)	1名(1%)	0名(0%)

D群はステージダウンのみ、S群はステージスキップのみがあった群。

表7 予備的検討によるステージスキップの要因

短期間で退院した幅広い年代の群(短期群)

- 認知症による治療反応性の乏しさ
- 疾病性の欠如(精神症状を認めない)
- 身体疾患, 介護の必要

在院が長期化した比較的若い群(長期群)

- 治療反応性の限界

通院処遇に移行した群(通院群)

- 治療反応性の限界(知的障害によるもの)
- 病状が速やかに改善し, 退院可能
- 病識, 内省, 社会復帰要因が十分で退院可能

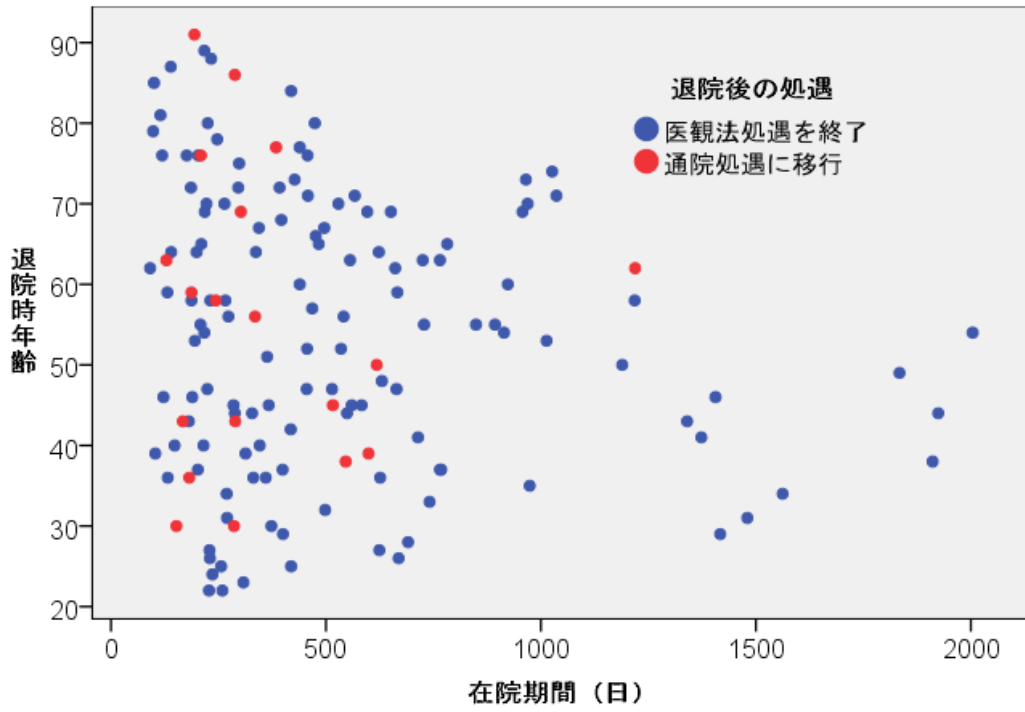


図1 ステージスキップのある退院者における在院期間と退院時年齢の分布

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

全国の指定通院医療機関を対象としたモニタリング調査研究
（通院モニタリング研究）

研究分担者 安藤 久美子

国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部

研究要旨

本研究では、医療観察法の通院処遇者に関する情報を収集し、評価・分析することにより、本制度における通院医療の実態について探るとともに、本制度の医療と処遇に関する課題を明らかにすることを目的としている。本年度は、全国の指定通院医療機関のうち、約 9 割の機関の協力によって、1955 件（重複ケースを含む）のデータを収集し、分析を行った。

対象者の疾患分類では、統合失調症圏が 77.6%、感情障害圏が 8.8%となっており、主診断を F7（精神遅滞）、F8（心理的発達の障害）とする者も 2.4%を占めていた。対象者の性別および年齢の分布については、本調査開始時からほぼ同様の結果を示しており、男性が約 4 分の 3 を占めており、30 代、40 代の者が最も多いことがわかった。

処遇終了者の分析では、調査対象者の 7 割近くの 1328 名（67.9%）がすでに処遇を終了していた。処遇を終了した 1328 名の平均通院日数は 927.8 ± 312.0 日（平均 30.9 ヶ月、最短：9 日、最長 1827 日）であった。これは医療観察法第 44 条による通院医療満期期間である 3 年よりも約 5 ヶ月短いものであった。処遇終了後、一般精神医療に移行した 1171 名のうち 992 名（84.7%）は処遇終了後も同じ医療機関で治療が継続されており、その 9 割以上が通院を中断することなく、治療を受け続けていることが明らかになった。しかしその一方で、治療中断となった事例や、再被害行為のため指定入院医療の決定となった事例もあることが明らかとなった。

通院処遇中に精神保健福祉法による入院治療を受けていた者は 960 名（49.1%）とほぼ半数を占めていた。入院開始時期と入院期間をもとに分類した入院タイプの比較では、通院処遇開始直後から入院が開始されているタイプ 1 およびタイプ 2 では、直接通院の者の割合が多く、環境調整を目的とした入院が最も多かった。一方、通院処遇の途中から入院が開始されたタイプ 3 および 4 については、1 回目の入院理由が「病状悪化」、「問題行動」であるケースが多かった。これらの結果からは、社会生活のための環境設定や病状悪化に対する早期介入など、個々の対象者の状態に合わせて入院治療が併用されていることが推察された。

今後も偏りのない情報を広く集め、見出された課題を全国の指定通院医療機関の

現場にフィードバックしていくことは、本法における専門的医療のさらなる向上にも大きく寄与するものと思われた。

研究協力者

中澤佳奈子	国立精神・神経医療研究センター病院 科研費心理療法士
三澤孝夫	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 / 国際医療福祉大学
岡田幸之	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 客員研究員

A．研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(以下、医療観察法)」による通院医療の実態をモニタリングし、本制度における専門的医療の向上と医療の均てん化を目指して、本研究では、指定通院医療機関で提供されている通院医療にかかる情報を収集し、評価・分析することにより、本制度の通院医療における実態と課題を明らかにすることを目的とした。

B．研究方法

1．調査対象

調査対象施設は、全国の指定通院医療機関のうち、本研究に対して協力が得られた504施設である。調査対象者は、調査対象期間内に通院処遇となった2019件のうち、転院などの理由で重複していたケースを除いた1955名であった。転院前後の情報をまとめた連結事例は61名であった。

施設ごとの受け入れ対象者数については、転院などによる重複ケースに関わらず、累計人数で集計すると、最も多かったのは49名(1施設)で、次いで37名(1施設)、36名(1施設)、31名(1施設)、29名(1施設)であった。

2．調査対象期間及びデータ収集期間

調査期間は、医療観察法制度が開始されたH17年7月15日から起算して平成28年7月15日の11年間とした。また、データ収集期間はH29年1月31日までとした。

3．データ収集方法

協力が得られた指定通院医療機関504施設に対して、「基本データ確認シート(資料1)」を送付した。収集データの「基本データ確認シート」は、「継続用」「新規用」の2種類を設定し、昨年度に実施した同様の調査から継続して対象となっている者には、基本情報がすでに入力されており、今年度分の経過を追加記入する「継続用」シートを、今年度より新たに通院処遇となった者に関しては、「新規用」シートを配布し、担当チームスタッフ等に記入を依頼した。

4．解析方法

本研究では、収集したデータによって明らかになった静態情報等の集計値を提示するとともに、精神保健福祉法による入院の実態や入院治療を併用した対象者の特性、処遇終了者の特性やその医療継続状況などについても検討した。

5．倫理的配慮

本研究では、個人名、都道府県以降の住所、生年月日の一部等の個人を特定することができる部分については、情報の収集範囲から削除した。また、収集したデータは、研究機関に設置された2重ロックのかかる制限区域内に保管した。

研究遂行にあたっては、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針を遵守し、国立精神・神経医療研究センターに設置されている

倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。

C. 研究結果

本研究では、以下の3つのテーマについて分析を行った。

【分析 I】通院処遇者の実態に関する分析

【分析 II】対象者の処遇に関する分析

【分析 III】通院処遇中の精神保健福祉法による入院の実態に関する分析

【分析 I】通院処遇者の実態に関する分析

厚生労働省の発表によれば、2016年12月31日時点における指定通院医療機関数は574施設と報告されている。そのうち、本研究で同意の得られた指定医療機関数は504施設であった。これは全指定通院医療機関の約9割の医療機関に該当し、我が国の指定通院医療を代表するデータであるといえる。

指定通院医療機関数および通院対象者数等の概要は下表のとおりである。

全国指定通院医療機関数	調査協力施設数	データ収集数
574 施設 <small>(2016.12月末時点：厚生労働省発表)</small> ・病院：511施設 ・診療所：63施設	504 施設 ・国・自治体：72施設 ・民間施設等：432施設	2019 例 <small>(2017.1月末時点)</small> 解析対象者 1955 例 ・通院継続中 588 例 ・処遇終了 1331 例 <small>(鑑定入院・再入院 49 例、死亡 63 例を含む)</small> ・指定通院期間を転院し、転院前後の情報を連結完了 61 例 ・指定通院機関を転院 11 例 <small>(転院先の情報未回収)</small> ・調査票未回収のため現在の処遇状況不明 25 例

解析対象者 1955 名の概要は下表のとおりである。

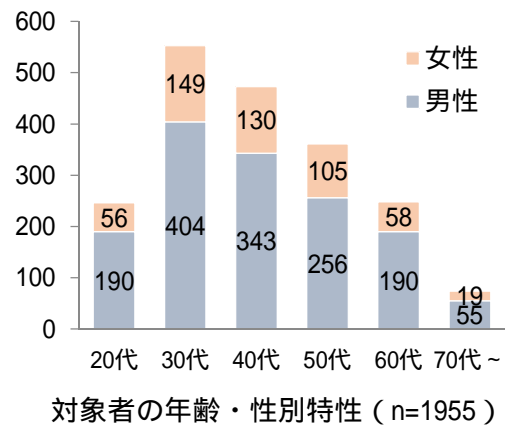
性別	男 1438 名 (73.6%) 女 517 名 (26.4%)
年齢	平均 44.8 歳±13.2 (s.d.) 範囲 20 歳 ~ 91 歳
通院形態	直接通院処遇 536 名 (27.4%) 入院処遇より移行通院処遇 1419 名 (72.6%)
通院処遇継続中の者の平均通院期間 (転院先情報のない者および2016年度調査票未回収者を除く；n = 588)	平均 520.6±335.8 日(s.d.) 範囲 2 日~1774 日
通院処遇終了者の平均通院期間 (死亡 63 名、再鑑定・再入院 49 名等を除く；n = 1209)	平均 961.7 ± 279.7 日(s.d.) 範囲 63 日 ~ 1827 日
診断名 【Fコード】	F0: 22 名 (1.1%) F1: 152 名 (7.8%) F2: 1517 名 (77.6%) F3: 172 名 (8.8%) F4: 14 名 (0.7%) F5: 1 名 (0.1%) F6: 14 名 (0.7%) F7: 20 名 (1.0%) F8: 28 名 (1.4%) その他(G40 など):14 名(0.7%)
対象行為名 (択一式にて集計)	殺人 585 名 (29.9%) 傷害 664 名 (34.0%) 強盗 90 名 (4.6%) 強姦 94 名 (4.8%) 放火 522 名 (26.7%)

被害者(物) (択一式にて集計)	家族・親戚 926 名 (47.4%) 知人・友人 182 名 (9.3%) 他人 693 名 (35.5%) 本人宅に放火(他者への損害なし) 120 名 (6.1%) 公共物・その他 29 名 (1.5%) 不明 5 名 (0.3%)
対象行為時の 治療状況	通院治療中 714 名 (36.5%) 入院治療中 45 名 (2.3%) 治療中断・治療終了 805 名 (41.2%) 未治療 375 名 (19.2%) 不明 16 名 (0.8%)
過去の入院歴	あり 1102 名 (56.4%) なし 842 名 (43.1%) 不明 11 名 (0.6%)
教育歴	小学校卒業 9 名 (0.5%) 中学校卒業 672 名 (34.4%) 高校卒業 887 名 (45.4%) 短大・大学卒業 368 名 (18.8%) 不明 19 名 (1.0%)
過去の矯正施設の 入所経験	未成年期にあり 32 名 (1.6%) 成年期にあり 113 名 (5.8%) 未成年期および成年期にあり 30 名 (1.5%) なし 1737 名 (88.8%) 不明 43 名 (2.2%)
直近の生活保護	あり 657 名 (33.6%) なし 1293 名 (66.1%) 不明 5 名 (0.3%)

(1) 性別と年齢

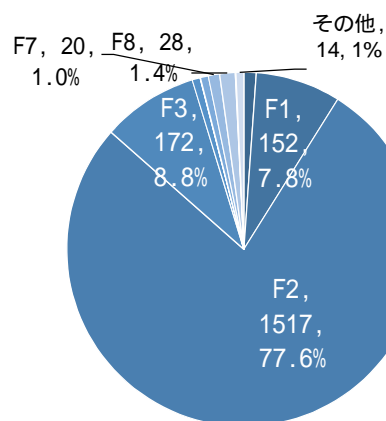
本調査において対象となった通院対象者の性別は、男性 1438 名 (73.6%)、女性 517 名 (26.4%) であった。通院開始時点の対象者の平均年齢は 44.8 歳 (SD = 13.2、最小値 =

20、最大値 = 91、中央値 = 43) であり、年代で見ると性別にかかわらず 30 代が最も多かった。



(2) 主診断名 [Fコード]

1955 事例の診断名の内訳は、Fコード F0: 22 名 (1.1%)、F1: 152 名 (7.8%)、F2: 1517 名 (77.6%)、F3: 172 名 (8.8%)、F4: 14 名 (0.7%)、F5: 1 名 (0.1%)、F6: 14 名 (0.7%)、F7: 20 名 (1.0%)、F8: 28 名 (1.4%)、F9: 1 名 (0.1%)、その他 (G40 など): 14 名 (0.7%) であった。



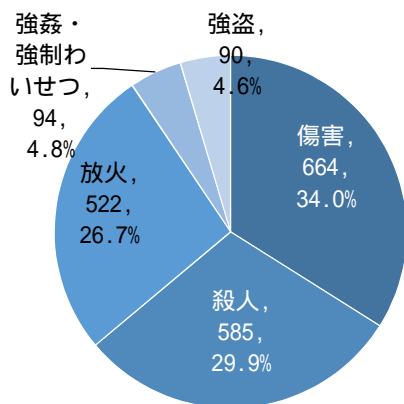
主な診断名(F1～9)分類 (n=1955)

(3) 対象行為

[択一式にて集計、未遂を含む]

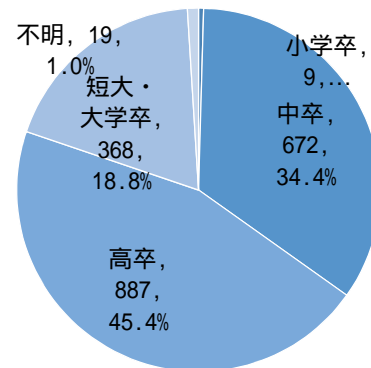
対象行為の内訳は、件数が多い順に傷害 664 名 (34.0%)、殺人 585 名 (29.9%)、放

火 522 名 (26.7%)、強姦・強制わいせつ 94 名 (4.8%)、強盗 90 名 (4.6%) であった。



対象行為の分類 (n=1955)

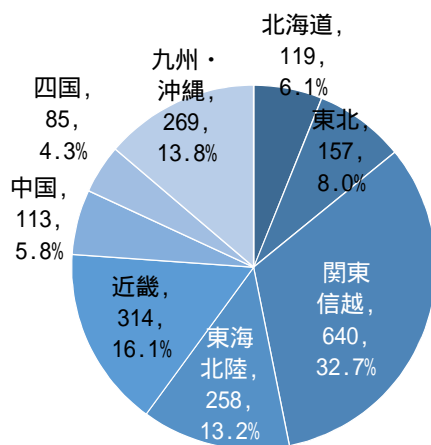
業以上が 368 名 (18.8%)、不明が 19 名 (1.0%) であった。



対象者の教育歴 (n = 1955)

(4) 対象者の居住地

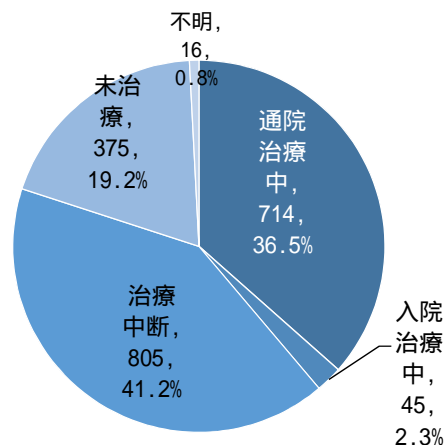
対象者の調査時現在の住居地域は、北海道 119 名 (6.1%)、東北 157 名 (8.0%)、関東甲信越 640 名 (32.7%)、東海北陸 258 (13.2%)、近畿 314 名 (16.1%)、中国 113 名 (5.8%)、四国 85 名 (4.4%)、九州・沖縄 269 名 (13.8%) であった。



対象者の調査時現在の居住地 (n=1955)

(6) 対象行為時の治療状況

対象行為時の治療状況については、治療中であった者は 759 名 (38.8%) で、その内訳は通院治療中が 714 名 (36.5%)、入院治療中が 45 名 (2.3%) であった。治療中断などの理由で、対象行為時に治療を行っていなかった者は 805 名 (41.2%) であり、全くの未治療の者も 375 名 (19.2%) いた。



対象行為時の治療状況 (n=1955)

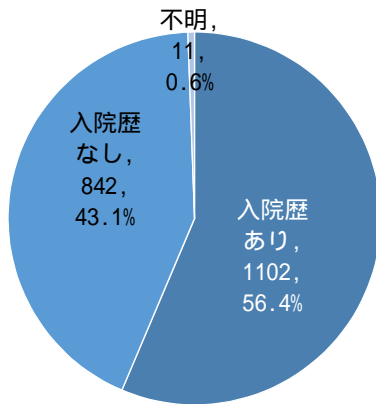
(5) 教育歴

最終学歴については、小学校卒業が 9 名 (0.5%)、中学校卒業が 672 名 (34.4%)、高等学校卒業が 887 名 (45.4%)、短大・大学卒

(7) 対象行為以前の入院歴

対象行為以前の治療歴についてみると、入院治療歴がある者が 1102 名 (56.4%)、入院治療歴がない者が 842 名 (43.1%)、不明が

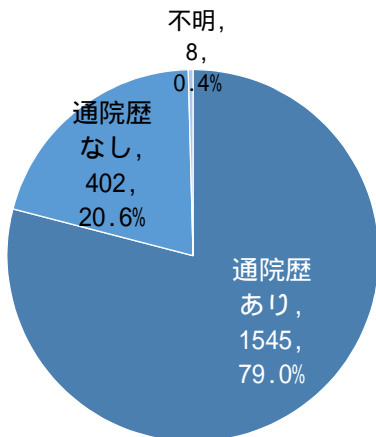
11名(0.6%)であった。



対象行為以前の精神科入院歴 (n = 1955)

(8) 対象行為以前の通院歴

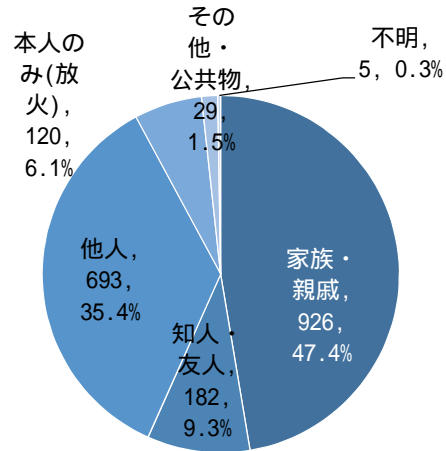
対象行為以前に通院歴のある者は 1545 名 (79.0%) あり、精神科通院歴のない者は 402 名 (20.6%)、不明が 8 名 (0.4%) であった。



対象行為以前の精神科通院歴 (n = 1955)

(9) 対象行為の被害者 [択一式にて集計]

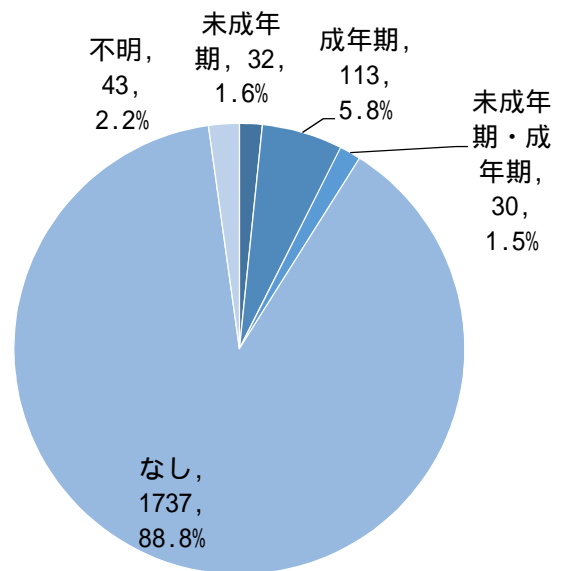
対象行為の被害者(物)については、家族・親戚 926 名 (47.4%)、知人・友人 182 名 (9.3%)、他人 693 名 (35.5%)、本人以外に被害者なし (自宅へ放火) 120 名 (6.1%)、公共物・その他 29 名 (1.5%)、不明 5 名 (0.3%) であった。



対象行為の被害者の内訳 (n = 1955)

(10) 矯正施設の入所経験

対象行為以前の矯正施設の入所経験については、入所経験がない者が 1737 名 (88.8%) とほとんどを占めていた。未成年期に入所経験がある者が 32 (1.6%)、成年期の入所経験がある者が 113 名 (5.8%)、未成年期および成年期に入所経験がある者も 30 名 (1.5%) おり、不明が 43 名 (2.2%) であった。

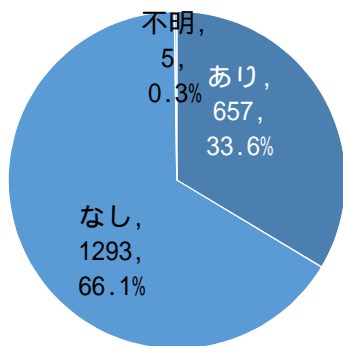


対象行為以前の矯正施設への入所歴 (n = 1955)

(11) 生活保護の受給の有無

調査時現在における生活保護は、受給して

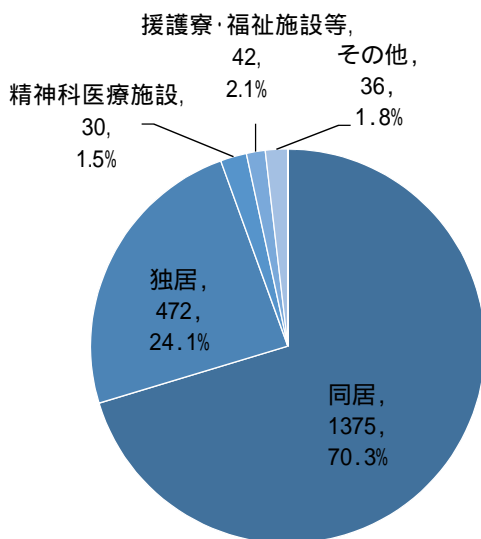
いる者が 657 名 (33.6%)、受給していない者が 1293 名 (66.1%)、受給状況が不明な者が 5 名 (0.3%) であった。



調査時現在における生活保護受給の有無
(n = 1955)

(12) 対象行為時の住居形態

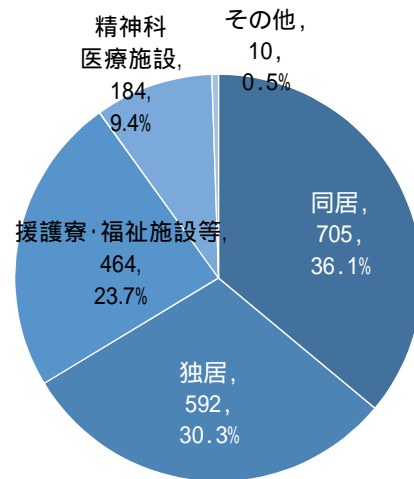
対象者の住居形態は、家族等と同居している者が 1375 名 (70.3%) であり、独居が 472 名 (24.1%)、援護寮・福祉施設等が 42 名 (2.1%) であった。また、精神科病院に入院中の者も 30 名 (1.5%) おり、その他 (ホームレス) の者が 36 名 (1.8%) であった。



対象行為時の住居形態 (n = 1955)

(13) 調査時現在の住居形態

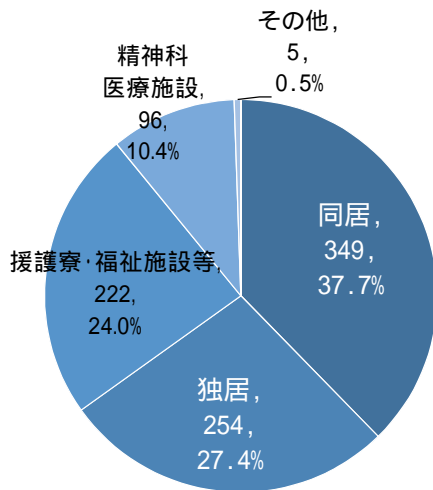
調査時現在の対象者の住居形態は、家族等と同居している者が 705 名 (36.1%) であり、独居が 592 名 (30.3%)、援護寮・福祉施設等が 464 名 (23.7%) であった。また、精神科病院に入院中の者も 184 名 (9.4%) いた。その他 (刑務所、パート先住み込み等) の者が 10 名 (0.6%) であった。



調査時現在の住居形態 (n = 1955)

(14) 被害者との同居

家族・親族が被害者であった者は 926 名 (47.4%) であった。そのうち、調査時現在において被害者である家族と同居している者が 349 名 (47.7%) であった。そのほかには、独居が 254 名 (27.4%)、グループホーム・各種施設等が 222 名 (24.0%)、精神科病院が 96 名 (10.4%)、その他 5 名 (0.5%) であった。



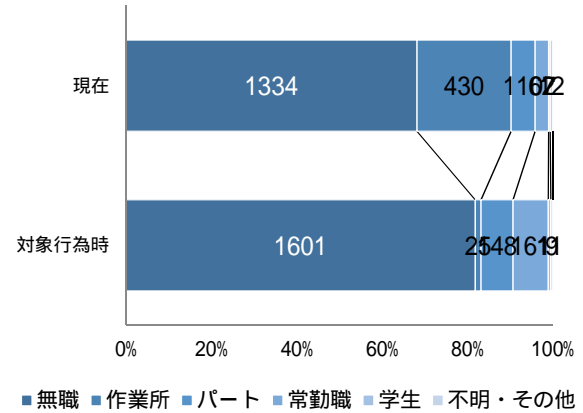
対象行為時の住居形態 (n = 1955)

(15) 就労状況

対象行為時と調査時現在の就労状況についてみると、いずれの時点でも無職であった者が最も多かった（対象行為時：1601名（81.9%）、調査時現在：1334名（68.2%））。

対象行為時の就労状況は、常勤職に就いていた者は161名（8.2%）、パート勤務の者は148名（7.6%）、授産施設、就労訓練施設等に通っていた者は25名（1.3%）であった。このほか、学生だった者が11名（0.6%）、不明の者が9名（0.5%）であった。

一方、調査時現在の就労状況は、常勤職に就いている者は62名（3.2%）、パート勤務の者は110名（5.6%）であり、授産施設、就労訓練施設等に通っている者は430名（22.0%）であった。このほか、学生が7名（0.4%）、不明の者が12名（0.6%）であった。

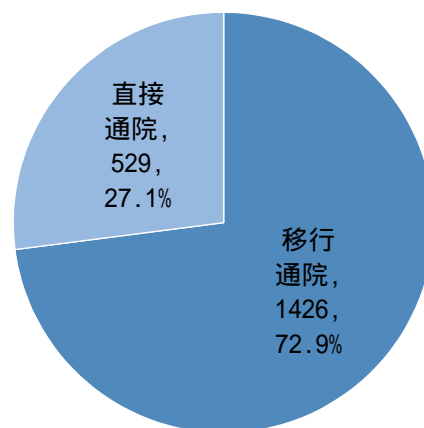


対象者における就労状況の推移 (n = 1955)

【分析II】対象者の処遇に関する分析

(1) 通院処遇に至るまでの形式

通院処遇に至るまでの形式には、当初審判により入院によらない医療が決定され、医療観察法による通院処遇が開始される形式（以下、「直接通院」という）と審判により入院による医療が決定され、指定入院医療機関での入院処遇を経た後に通院処遇に移行される形式（以下、「移行通院」という）の二通りがある。「直接通院」「移行通院」の内訳は「直接通院」となった者が529名（27.1%）、「移行通院」となった者が1426名（72.9%）であった。

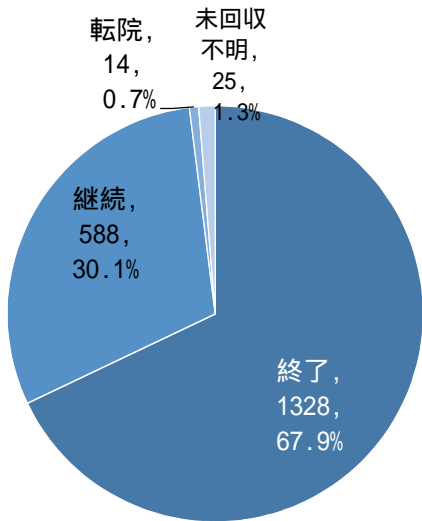


(人)

通院形態（直接 / 移行）の割合 (n = 1955)

(2) 調査時点の処遇状況

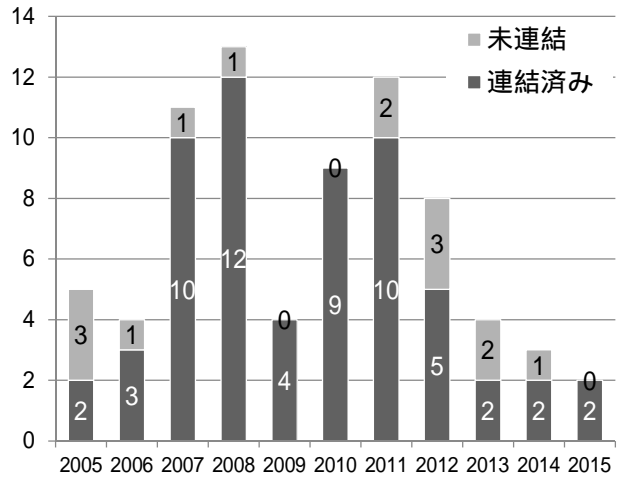
本研究の解析対象者 1955 名のうち、調査日時点において通院を継続している者は 588 名 (30.1%)、指定通院を終了した者は 1328 名 (67.9%) であった。また、調査日時点において、他の指定通院医療機関に転院しているが、転院後の処遇状況についての調査が完了できていない者は 14 名 (0.7%)、調査票が回収できず、調査日時点の状況が不明の者が 25 名 (1.3%) であった。



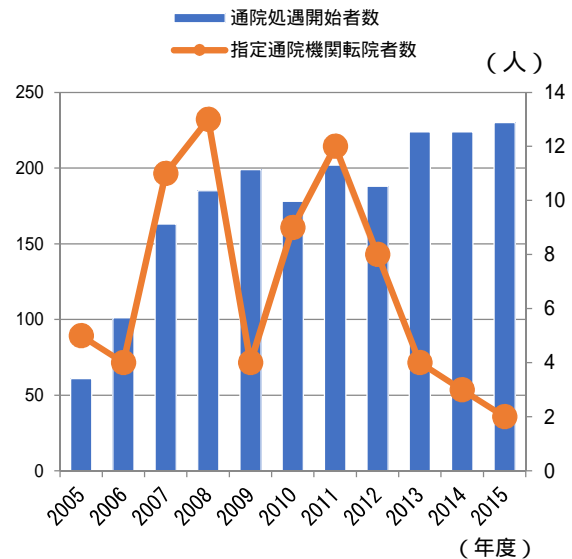
通院対象者の処遇状況 (N=1955)

(3) 指定通院医療機関の転院

調査対象者のうち、通院処遇中に他の指定通院機関への転院を経験していた者は 75 名 (解析時点ではすでに処遇終了している者も含む) であり、このうち転院前後の情報が連結できた者は 61 名であった。



通院処遇開始年度ごとの転院者数
(n = 75)



年度別の通院処遇開始者数と転院者数
(n = 1955)

(4) 処遇期間

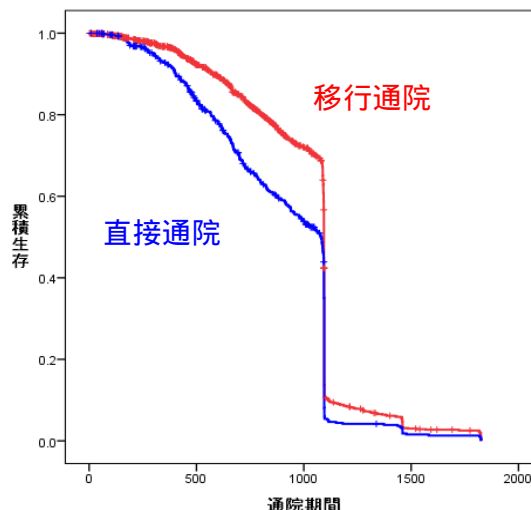
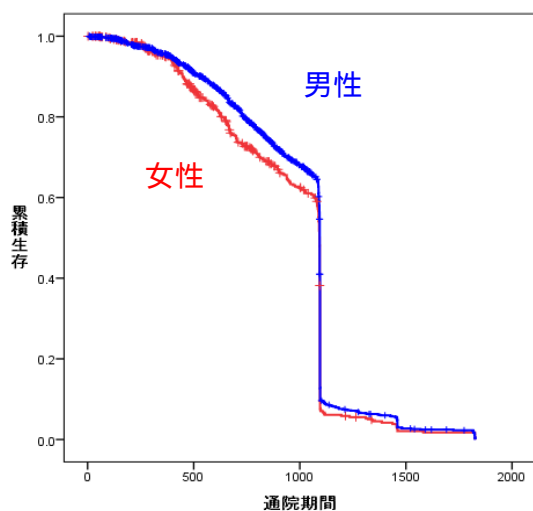
調査日時点において処遇を終了した 1328 名の平均通院日数は 927.8 ± 312.0 日 (平均 30.9 ヶ月、最短: 9 日、最長 1827 日) であった。

通院形態別に平均通院期間をみると、直接通院にて処遇を開始した者 (433 名) の平均通院日数は 859.9 ± 328.7 日であり、移行通院にて処遇を開始した者 (893 名) の平均通院

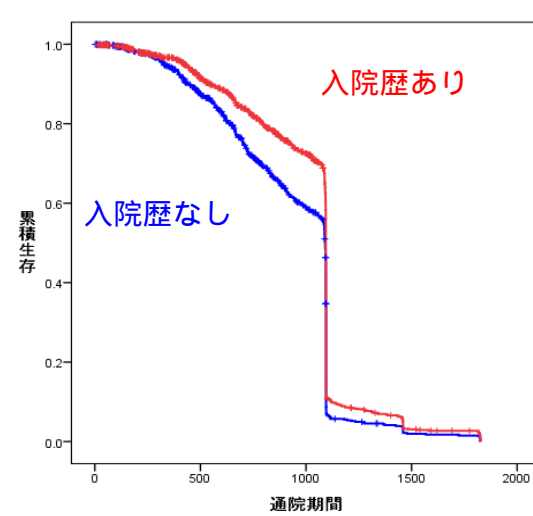
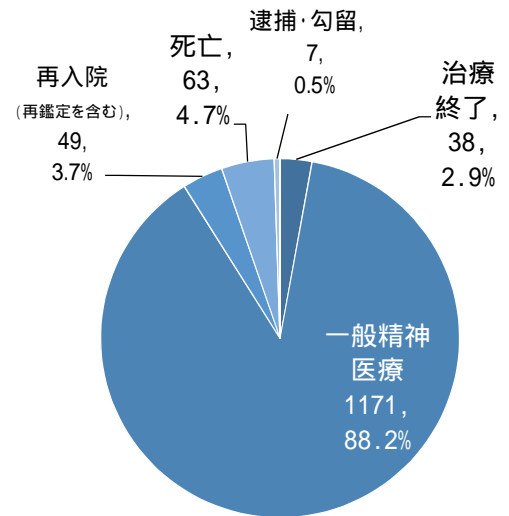
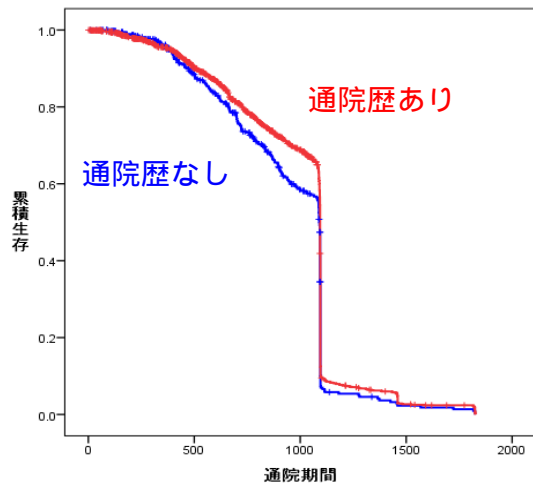
日数は 960.7 ± 298.2 日であった。処遇終了者 1328 名の通院処遇期間を図 1 に示した。

(5) 通院期間の推定

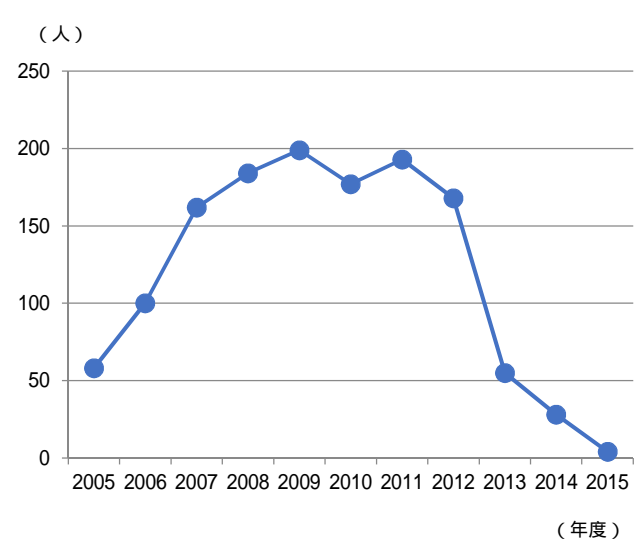
全通院処遇者のうち、転院等の理由によりその後の転機が不明であった対象者 41 名を除外したうえで、Kaplan-Meier 法により性別および通院処遇に至るまでの形式（直接通院 / 移行通院）医療観察法による処遇前の通院歴・入院歴の有無によって対象者を群分けし、処遇終了までの期間について比較した。その結果、男性（1403 名）の推定平均通院処遇期間は 980.3 ± 9.0 日（平均 32.7 ヶ月間）で、女性（511 名）の推定平均通院処遇期間は、 933.7 ± 15.4 日（31.1 ヶ月間）であった。両群の推定平均通院処遇期間を比較すると、女性の方が男性よりも通院期間が有意に短いことが示された（ $p < .05$ ）。また、直接通院群（517 名）の推定平均通院処遇期間は 882.8 ± 15.0 日（平均 29.4 ヶ月間）で、移行通院群（1397 名）の推定平均通院処遇期間は、 1003.9 ± 8.9 日（33.4 ヶ月間）であった。同様に両群の推定平均通院処遇期間の比較したところ、両群には有意差が認められ、直接通院群のほうが移行通院群よりも通院期間が短いことが示された（ $p < .01$ ）。



さらに、医療観察法による処遇を受ける前の通院歴については、通院歴なし群（393 名）の推定平均通院処遇期間は 913.3 ± 16.8 日（平均 30.4 ヶ月間）で、通院歴あり群（1514 名）の推定平均通院処遇期間は、 978.1 ± 8.8 日（32.6 ヶ月間）であった。また、入院歴についてみると、入院歴なし群（824 名）の推定平均通院処遇期間は 922.6 ± 12.0 日（平均 30.8 ヶ月間）で、入院歴あり群（1079 名）の推定平均通院処遇期間は、 1003.2 ± 10.1 日（33.4 ヶ月間）であった。通院歴・入院歴の両群の推定平均通院処遇期間の比較したところ、両群には有意差が認められ、通院歴あり群、入院歴あり群のほうが通院・入院歴なし群よりも通院期間が短いことが示された（順に $p < .05$, $p < .01$ ）。



処遇終了後の転帰の内訳 (n=1328)



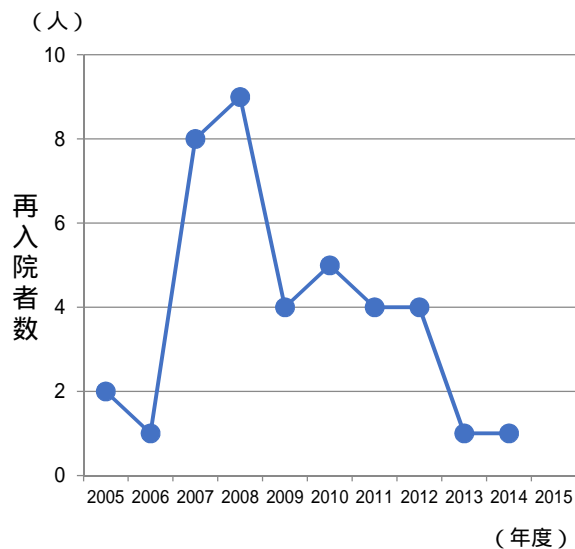
(6) 処遇転帰

調査日時点において処遇を終了した 1328 名の転帰について分類したところ、一般精神医療へ移行した者が 1171 名 (88.2%)、再鑑定で入院中であるものおよび指定入院医療機関に再入院となった者が 49 名 (3.7%)、完全に治療を終結した者が 38 名 (2.9%)、死亡により処遇終了となった者が 63 名 (4.7%)、通院処遇中の違法行為などにより逮捕・服役となった者が 7 名 (0.5%) であった。

開始年度別の処遇終了者数 (n=1328)

(7) 再入院について

調査日時点において処遇を終了した 1328 名のうち、指定入院機関への再入院となった者は 39 名 (2.9%) であった。通院開始年度別の再入院数を示した。



通院開始年度別の再入院者数の変化 (n=39)

(8) 自殺について

調査日時点において処遇を終了した 1328 名のうち、自殺既遂のため処遇終了となった者は 33 名 (2.5%) であった。そのうち直接通院の者が 21 名、移行通院の者が 11 名であり、平均処遇期間は 505.1 ± 330.7 日 (最短: 60 日 ~ 最長 1158 日) であった。

(9) 一般精神医療へ移行後の

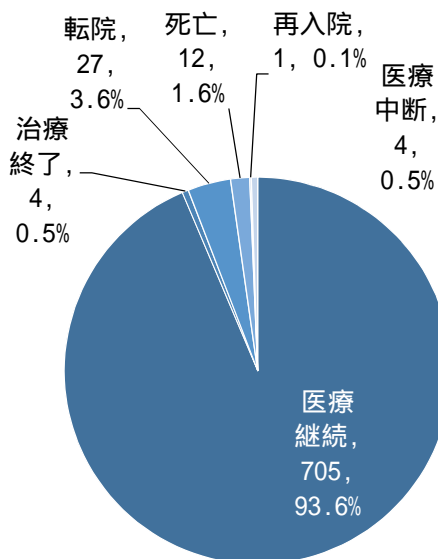
医療継続状況

指定通院医療を終了後、一般精神医療へと移行した対象者は 1171 名 (88.2%) であった。通院処遇機関において精神科治療を継続している者の、処遇終了後の治療継続状況を明らかにするため、一般精神医療へ移行後、6 ヶ月以上が経過している者を対象として追加調査を実施した。

一般精神医療へ移行後、他の精神科医療機関において治療を継続することになったものは 179 名 (15.3%)、通院処遇機関において精神科治療を継続している者は 992 名 (84.7%) であった。この 992 名のうち、調査票への回答が得られ、処遇終了から 6 ヶ月以上が経過している者は 753 名 (75.9%) であり、処遇

終了からの平均追跡日数は 991.9 ± 650.6 日 (33.1 ヶ月; 最短: 182 日 ~ 最長 3155 日) であった。

調査時点において、精神科治療を継続している者は 705 名 (93.6%) とほとんどを占めており、精神科治療を終了した者も 4 名 (0.5%) いた。居住地に近い病院などへ転院し他者は 27 名 (3.6%)、処遇終了後に身体疾患などによって死亡した者は 12 名 (1.6%) であった。しかし一方で、通院を中断した者が 4 名 (0.5%)、他害行為によって鑑定・入院処遇となった者も 1 名 (0.1%) いることが明らかとなった。



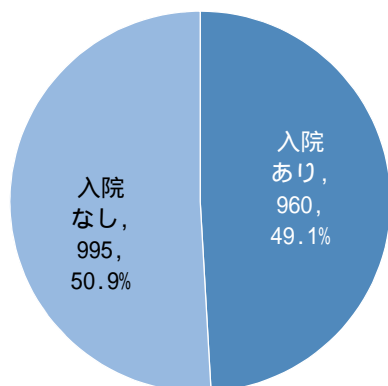
一般精神医療へ移行後の医療継続状況 (n = 992)

【分析】通院処遇中の精神保健福祉法による入院の実態に関する分析

(1) 通院処遇中の精神保健福祉法による入院併用の有無

通院処遇中に精神保健福祉法による入院治療を受けていた者は 960 名 (49.1%) であり、入院治療なしの者は 995 名 (50.9%) であっ

た。



精神保健福祉法による入院の有無
(n = 1955)

さらに、精神保健福祉法による入院の有無について、通院に至る形式(「直接通院」/「移行通院」)との関係を見ると、「直接通院」となった529名のうち、精神保健福祉法による入院があった者が308名(58.2%)、「移行通院」となった1426名のうち、精神保健福祉法による入院があったものが652名(45.7%)となっていた。

(2) 精神保健福祉法による

入院併用の分類

精神保健福祉法による入院のあった960名について、入院の開始時期と入院継続日数に基づいて、以下の4タイプに分類した。なお入院継続日数については、診療報酬の入院基本料の初期加算点数が90日を境に変わることから、この日数を基準に分類した。

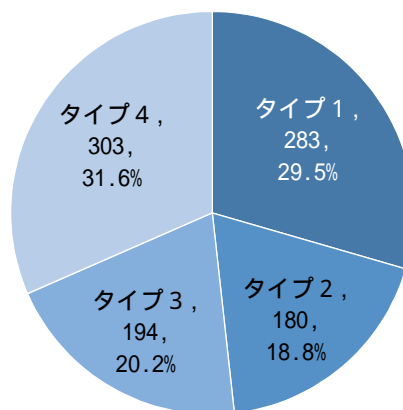
タイプ1：通院処遇開始直後から長期の入院(91日以上)があったケース

タイプ2：通院処遇開始直後から短期の入院(91日未満)があったケース

タイプ3：通院処遇の途中から長期の入院(91日以上)が1回以上あったケース

タイプ4：通院処遇の途中から短期の入院(91日未満)のみがあったケース

タイプ1は283名(29.5%)、タイプ2は180名(18.8%)、タイプ3は194名(20.2%)、タイプ4は303名(31.6%)であった。



入院タイプの内訳 (n = 960)

(3) 各入院タイプの通院期間の比較と1回目の入院理由の内訳(図2-1、2-2)

タイプ1における推定通院処遇期間の平均日数は 991.3 ± 21.1 日であった。通院処遇期間の5割以上の期間にわたって精神保健福祉法による入院治療を受けていたケースが143名(50.5%)と半数を占めており、このうち68名は、通院処遇の全期間にわたって入院していた。1回目の入院理由は環境調整が8割と多くを占め(224名、79.2%)、次いで問題行動26名(9.2%)、病状悪化26名(9.2%)、休息入院5名(1.8%)、身体疾患の治療2名(0.7%)であった。

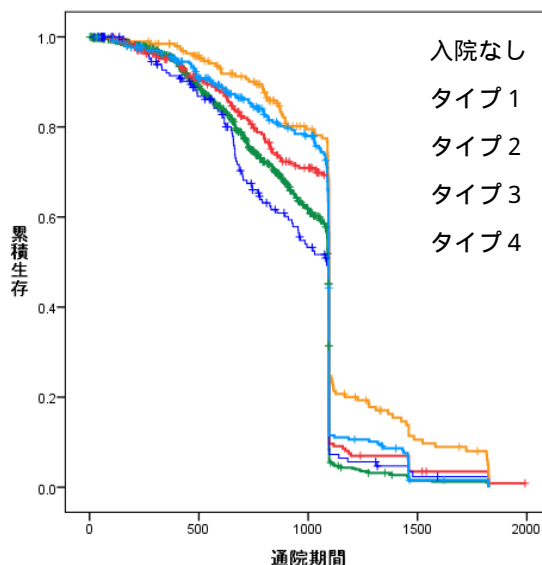
タイプ2における推定通院処遇期間の平均日数は 903.7 ± 27.0 日であった。通院処遇期間の5割以上の期間にわたって精神保健福祉法による入院治療を受けていたケースは23名(12.8%)であった。1回目の入院理由は、タイプ1と同様に、環境調整が大半であった

(153名、85.0%)。他の理由は多い順に、病状悪化10名(5.6%)、問題行動が5名(2.8%)、休息入院5名(2.8%)、身体疾患の治療7名(3.9%)であった。

タイプ3における推定通院処遇期間の平均日数は1108.5±25.3日であった。通院処遇期間の5割以上の期間にわたって精神保健福祉法による入院治療を受けていたケースは53名(27.3%)であった。1回目の入院理由は病状悪化が半数を占め(103名、53.1%)、次に問題行動(57名、29.4%)と休息入院(26名、13.4%)、環境調整は7名(3.6%)、身体疾患の治療1名(0.5%)であった。

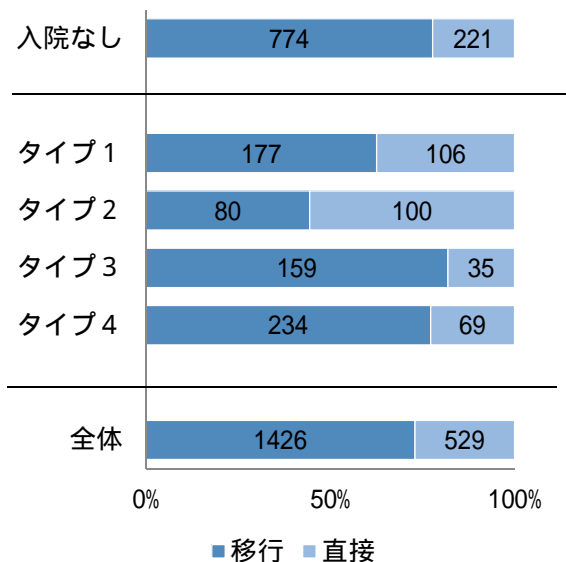
タイプ4における推定通院処遇期間の平均日数は1020.8±18.1日であった。通院処遇期間の5割以上の期間にわたって精神保健福祉法による入院治療を受けていたケースは2名(0.7%)であった。1回目の入院理由は病状悪化が約半数を占め(144名、47.5%)、次いで休息入院(82名、27.1%)と問題行動(55名、18.2%)、環境調整10名(3.3%)、身体疾患6名(2.0%)、その他6名(2.0%)であった。

上記の様な入院タイプ1~4と入院なし群の通院期間をKaplan-Meier法を用いて比較したところ、もっとも通院期間が短かったのはタイプ2(通院処遇開始直後から短期の入院)で、入院なし群(推定平均通院期間934.6±10.6日)との比較では有意な差は見られなかったが、その他の群(タイプ1, 3, 4に比べて優位に通院期間が短かった。一方、タイプ3(通院処遇の途中から長期の入院)は他の入院タイプ(タイプ1, 2, 4)に比較して、有意に通院期間が長いことが示された(p<.05)。



(4) 通院処遇に至るまでの形式

通院処遇に至るまでの形式は、タイプ1では移行通院が約6割、直接通院が約4割であった。タイプ2では移行通院が約4割、直接通院が約6割であった。タイプ3およびタイプ4については移行通院が約8割、直接通院が約2割であった。解析の結果、タイプ1、2では直接通院が、タイプ3、4では、移行通院が有意に多いことが示された(χ^2 検定 p<.01)。



通院タイプごとの通院処遇に至るまでの形式の内訳 (n=1955)

D．考察

本研究は、全国の指定通院医療機関のうち、504 指定通院医療機関からの調査協力を得て実施した。これは全体の約 9 割の医療機関に該当することから、我が国の指定通院医療を代表するデータであるといえる。本分析では、医療観察法施行後 11 年間のデータをまとめて、その実態を示した。

対象者の基本属性は男性が 4 分の 3 を占めており、平均年齢は 44.8 歳 ± 13.2 (s.d.) (範囲 20 歳 ~ 91 歳) であった。行為対象者の疾患分類では、統合失調症圏が 77.6%、感情障害圏が 8.8% となっており、主診断を F7 (精神遅滞)、F8 (心理的発達の障害) とする者も 2.4% を占めていた。対象行為の分類では、傷害が 34.0% と最も多く、次に殺人 29.9%、放火 26.7% と続いており、本法施行当初と比較しても大きな違いは認められなかった。

一方で、この数年間の傾向をみると、高齢の対象者数が増加しており、それに伴って身体合併症をもつ対象者も増加傾向にある。身体合併症をもつ対象者については、入院処遇者については身体合併症にも対応した特定の指定入院医療機関において治療を行うことができる環境が整っているが、通院対象者については、指定通院機関が地域の専門の医療機関と個別に連携および依頼することにより治療を継続しているという実態がある。今後は精神科医療のみならず、他科の地域医療機関との連携も強化し、処遇終了後の治療をどのように継続させていくかといった課題も見据えたうえで、より実践的な取り組みを推進していくことが重要であると思われた。

【研究 II】では対象者の処遇に関して、とくに処遇期間や処遇終了後の状況等に注目して分析を行った。

(1) 処遇終了者の転帰

調査対象となった 1955 名のうち 7 割近くの 1328 名 (67.9%) がすでに処遇を終了していた。また、一般精神医療に移行した 1171 名のうち 992 名 (84.7%) は処遇終了後も同じ医療機関で治療が継続されており、その 9 割以上が通院を中断することなく、治療を受け続けていることが明らかになった。処遇終了後も同じ医療機関や同じスタッフによって引き続き治療が継続されることは、対象者の大きな安心感につながり、その後のアドヒアランスの向上にもよい影響を与えるものと考えられる。一般医療に移行後も地域の行政機関との連携を保ちながら、多職種、多機関が関与して、対象者の生活を支えていけるようなシステムが作られることが期待される。

しかしその一方で、治療中断となった事例や、再被害行為のため指定入院医療の決定となった事例もあった。処遇終了と同時に治療中断となっていたり、保健師などが訪問を継続して行っているようなケースであっても、結果として治療が中断してしまうケースなども報告されていることから、通院処遇中から、治療の必要性に関する心理教育や治療・通院継続のための動機づけなどについては、繰り返し行っていく必要があるかもしれない。

(2) 平均通院期間

調査日時点において処遇を終了した 1328 名の平均通院日数は 927.8 ± 312.0 日 (平均 30.9 ヶ月、最短 : 9 日、最長 1827 日) であった。これは医療観察法第 44 条による通院医療満期期間である 3 年よりも約 5 ヶ月短いものであった。

また、性別や通院処遇に至る形式別に、処遇終了時までの通院期間について比較したところ、性別では女性の方が通院期間が短く、通院に至る形式では直接通院群の方が通院期間が短いことが示された。加えて、医療観察法

による通院処遇が開始される前の通院歴や入院歴についても、通院や入院歴のない者のほうが通院期間が短かった。こうした結果の背景としては、女性対象者の方が家族との同居率が高く、身近に支援者が存在すること、また、直接通院群では、当初審判において、比較的病状が安定しており、地域生活における支援体制も十分に整っているケースが該当しやすいことなどの条件が処遇期間の短縮に影響しているのではないかと思われた。

【分析 III】では、通院処遇中の精神保健福祉法による入院に関する分析を行った。

(1) 通院処遇中の精神保健福祉法等による入院

通院処遇中に精神保健福祉法による入院治療を受けていた者は960名(49.1%)とほぼ半数を占めていた。この960名について通院に至る形式(「直接通院」/「移行通院」との関係を見ると、「直接通院」群529名のうち308名(58.2%)、「移行通院」群1426名のうち652名(45.7%)が入院治療を受けていた。これらの結果から、通院に至る形式に関わらず、約半数のケースが、精神保健福祉法による入院を適宜、併用しながら通院処遇を進めていることが推測された。

(2) 精神保健福祉法等による入院のタイプ

入院開始時期と入院期間をもとに分類した入院タイプの比較では、通院処遇開始直後から入院が開始されているタイプ1およびタイプ2では、初回審判にて入院によらない治療が決定された「直接通院」の者の割合が多いことが分かった。ただし、その入院理由としては「環境調整」が最も多かったことから、本法による通院治療を開始するにあたって、よりよい社会内生活を送るための環境設定や、通院する医療機関の担当スタッフとの治療関

係の確立等を目的としている可能性が考えられる。また、タイプ2においては、他のタイプに比べ有意に通院処遇期間が短いことも示されており、処遇開始時に、対象者の生活環境や治療者との関係性の基盤を整えることが、その後の通院処遇を円滑にする一因となっていると推察される。しかし、通院処遇開始直後から入院を開始し、その後も長期に入院治療が続いていたタイプ1に該当する者のうち、約半数の者が通院処遇期間の半分以上の期間を入院しており、さらに、このうち68名については、処遇開始から終了まで入院が継続されていた。こうしたケースの中には、審判時には気づかれなかった問題が、通院処遇が決定された後に明るみに出たようなケースや、審判当初には目立たなかった病状が急激に悪化してなかなか回復の兆しが見えなかったケースなども含まれていることが推測された。これらのケースについてはより詳細に処遇の概要を把握する必要があると思われる。

通院処遇の途中からの入院が開始されたタイプ3および4については、1回目の入院理由が「病状悪化」、「問題行動」であるケースが多かった。ただし、通院処遇の途中からの入院が開始されたタイプ3およびタイプ4のケースでは、通院処遇期間の5割以上の期間入院していたケースは、それぞれ53名(27.3%)、2名(0.7%)と少なかったことから、病状が悪化したとしてもより早期に介入ができていたため、入院治療が長期化することを避けることができたとも考えられた。

E. 結論

ここまで医療観察法の通院処遇の実態を示してきた。さまざまな角度から分析した結果を速やかに各医療現場に還元していくことは、今後のさらなる医療観察法医療の発展にも有用であると思われる。また、本法の真の

評価にあたっては、処遇を終了した後も医療が継続されていることや、再被害行為や問題行動の発生がなく、安全な社会復帰を遂げていることを確認していく必要がある。したがって、今後は処遇終了後の対象者についてもその経過を追っていけるようなシステム作りが実現することが期待される。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表

安藤久美子・中澤佳奈子・照本麦子・岡田幸之 医療観察法医療における円滑な社会内処遇につなげるための検討． 第 36 回日本社会精神医学会．2017.3，東京．

H．知的財産権の出願・登録状況

1．特許取得

該当なし

2．実用新案登録

該当なし

3．その他

該当なし

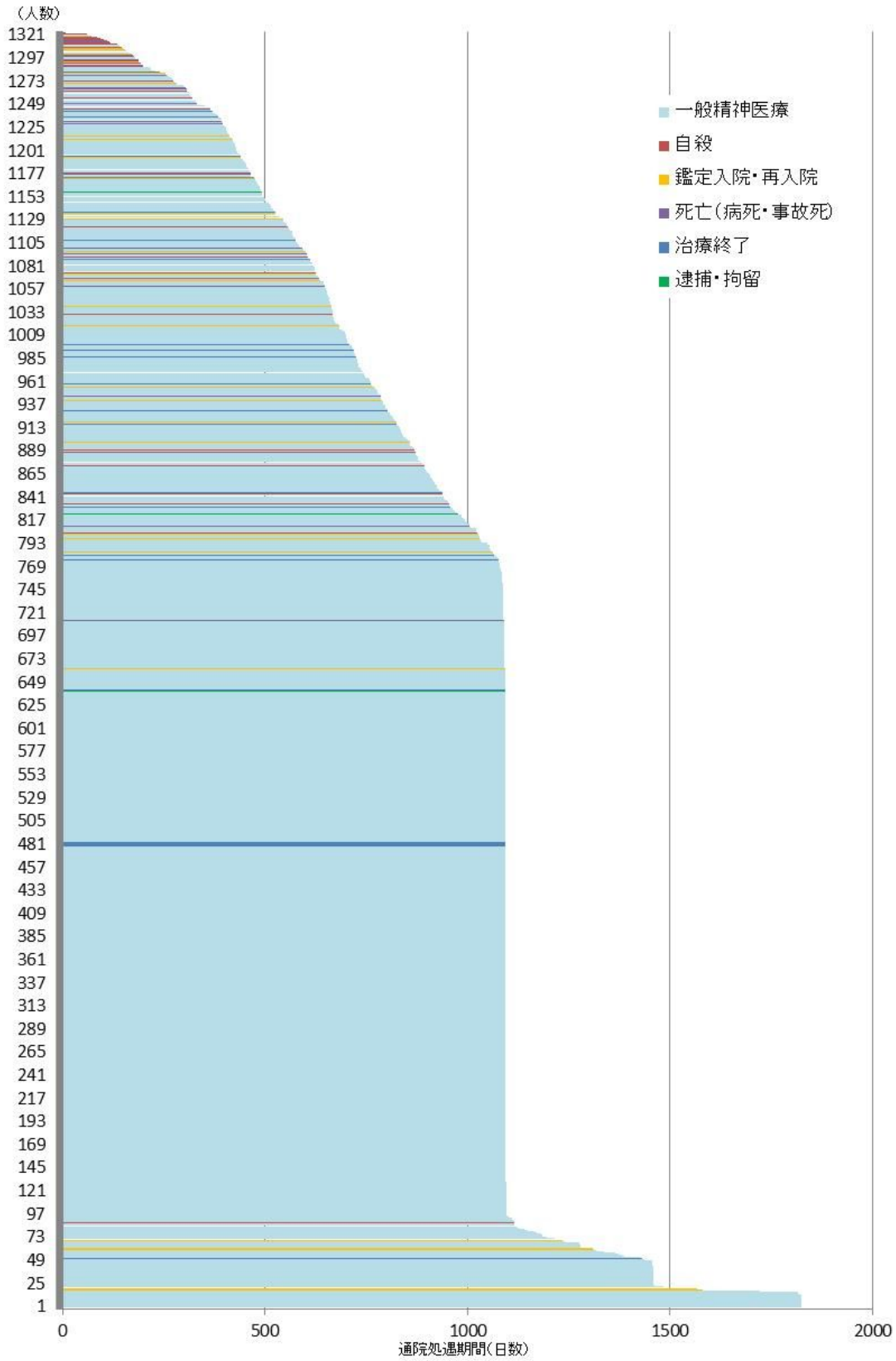


図1 処遇終了者の通院処遇期間

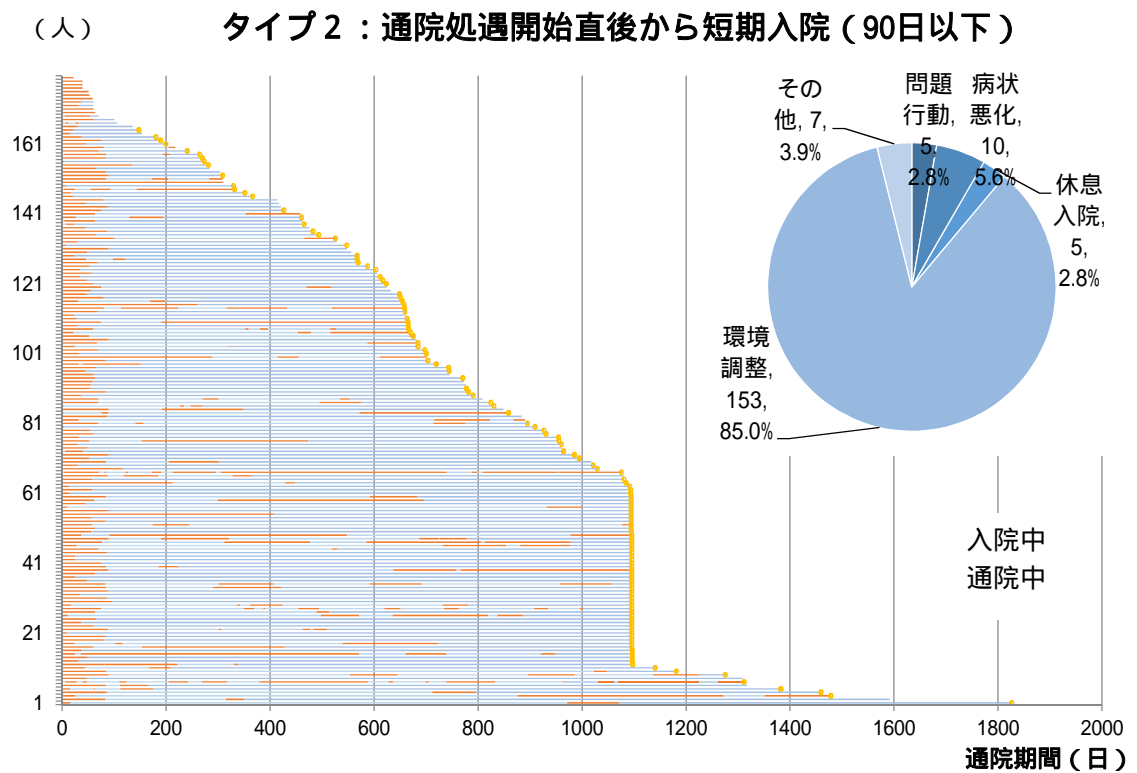
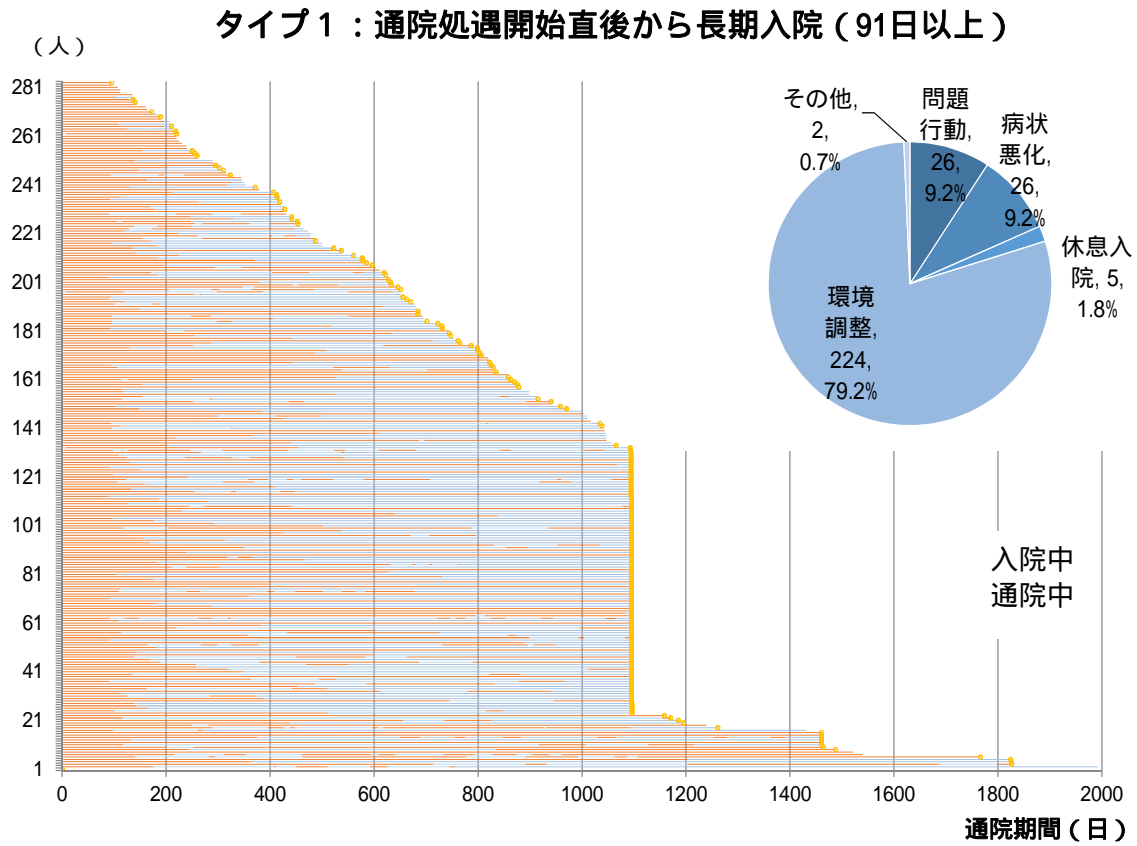
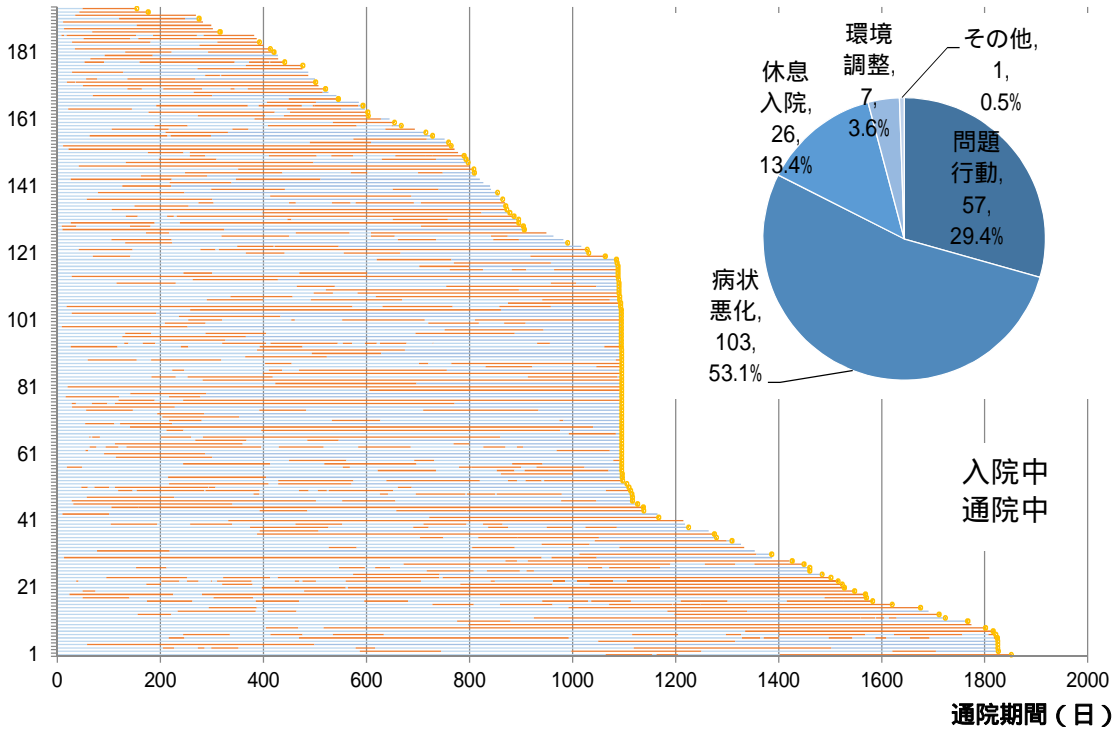


図 2-1. 通院処遇期間中の入院期間の分布および1回目の入院理由の内訳

(人)

タイプ3：通院処遇途中から長期入院（91日以上）あり



(人)

タイプ4：通院処遇途中から短期入院（91日未満）のみ

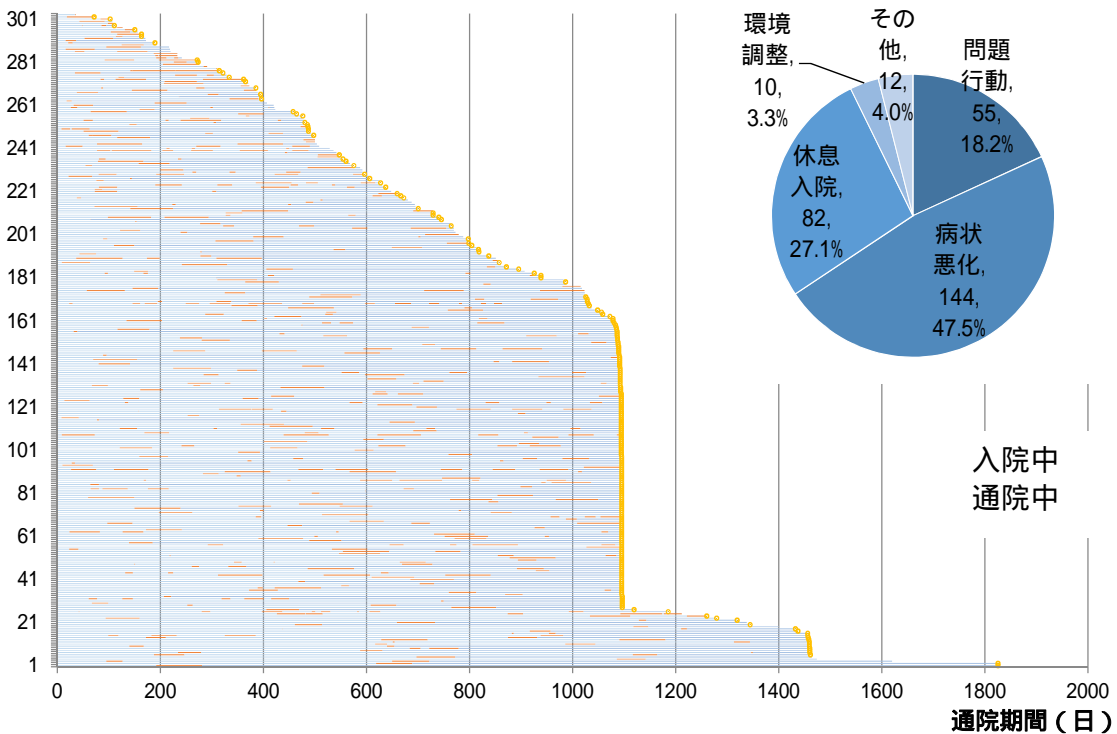


図 2-2. 通院処遇期間中の入院期間の分布および1回目の入院理由の内訳

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）
分担研究報告書

他害行為をした精神障害者の医療および社会復帰過程の国際比較研究

分担研究者：五十嵐禎人(千葉大学社会精神保健教育研究センター)

研究要旨

本研究では、概ね平準化したと思われる医療観察法制度を俯瞰的に検討し、より良い司法精神医療を構築するために、「司法精神医療を取り巻く環境や考え方を含め他害行為を行った精神障害者の社会復帰過程における諸外国の制度との相違を明らかにすること」を目的としている。本年度においては、昨年度に引き続き、我が国の医療観察法病棟のモデルとされた英国における司法精神医療について、我が国との比較を念頭に調査・研究した。

英国と日本とでは、法体系の根幹や歴史的・文化的背景が大きく異なり、司法精神医療の対象とされる患者に関する法制度の骨格も大きく異なっており、単純に比較することには慎重でなければならない。しかし、最近の英国の司法精神医療に関する種々のデータは、我が国の司法精神医療に関する法制度の骨格を英国のように変更・拡大した場合に起こり得る事態を示唆しているといえよう。我が国における今後の司法精神医療の在り方は考えるうえでは、英国の実態を踏まえたうえで、我が国の歴史・文化や社会に適合した制度設計を模索していく必要があるといえよう。

研究協力者

椎名明大	(千葉大学社会精神保健 教育研究センター)
------	--------------------------

確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている。

A. 研究目的

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(平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。)が平成17年7月15日に施行された。

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対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその

本邦においては、これまで他害行為を行った精神障害者に適切な処遇を行うための手続きを定めた特別法が存在せず、諸外国に比して司法精神医学及び司法精神医療の基盤が極めて脆弱であるという問題が指摘されていた。医療観察法制度の施行によって初めて治療や社会復帰を考えた本格的な司法精神医療が開始されたといえる。

医療観察法は施行後10年を数え、その理

念、運用、治療内容等に関しては徐々に普及と平準化が進みつつあるように思われる。他方では、医療観察法制度そのものに対する批判も根強く、また法制度が必ずしも我が国の精神医療の実情にそぐわないという意見もある。

とりわけ、医療観察法制度の対象者の入院期間の長期化は、制度施行から時を経て顕在化してきた大きな問題の一つである。施行前から、医療観察法制度は地域移行支援の面で弱点があることが一部研究者らによって指摘されていた。対象者の地域移行が進まなければ、指定入院医療機関の病床不足やそれに関わる医療費の増大はもとより、他害行為を行った精神障害者に濃厚な医療を提供しその社会復帰を促すという本法の理念そのものが毀損されることになりかねない。

医療観察法医療の質の高さやアウトカムについては、いくつかの報告がなされており、現時点では概ね良好な成果を上げているとされている。そのような状況において、対象者の地域移行の問題を論じるにあたっては、医療内容そのものとは別に、対象者の社会復帰を取り巻く環境や、司法精神医療に対する考え方といった、より大局的見地に立った考察が必要であるように思われる。

医療観察法制度の成立過程に今一度立ち返り、欧米諸国の司法精神医療との異同をあらためて分析する必要がある。

我が国は司法精神医療を導入するにあたり、英国（より正確に言えば England と Wales）の制度、特にその治療の仕組みを大いに参考したとされているが、実際にはその内容には種々のレベルで相違があること

が指摘されている。例えば、我が国の指定入院医療機関は英国の中等度保安病棟をモデルとして作られたものであるが、英国では司法精神医療機関として他に高度保安病棟や低強度保安病棟といった施設類型があるのに対し、我が国では医療観察法病棟の機能分化はほとんどなされていない。また、両国が司法精神医療の対象としている患者層にも相当の違いがある。加えて、対象者の退院先も、我が国では家族との同居の割合が高いが、英国ではほとんどが独居かグループホームへの移行を目指している。このような差異は、もとより歴史や文化を異にする両国になじむ制度設計をそれぞれが目指したことを考えれば当然の帰結である。ただ、そのような背景事情を踏まえた上でなお、我が国が新たに導入すべき制度や考え方があるのかどうかは、十分に検討されたとは言いがたい。さらに、英国で現在大きな課題となっている「危険な重度パーソナリティ障害者」の処遇や、財政難による司法精神医療にかかる費用に対するプレッシャーなどは、日本においても近い将来議論の対象になっていく可能性がある。そういった意味も踏まえて、医療観察法制度が概ね平準化した現在における我が国と英国の司法精神医療制度を包括的に比較しておくことには意義があると思われる。

本年度の研究では、司法精神医療を取り巻く環境や考え方を含め他害行為を行った精神障害者の医療および社会復帰過程における日英の相違を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

研究初年度である平成 27 年度は、司法精

神医療に対する考え方の日英比較を学識経験者に対する半構造化面接によって明らかにし、その結果をもとに全国の指定医療機関等をインターネット回線で結び、我が国の実情に即した対象者の社会復帰支援体制について Web カンファレンスで議論を行った。

日英の司法精神医療の考え方の違いは制度のみならずその源流にある司法精神科医の考え方にも及んでいることが明らかとなった。すなわち、日本の司法精神科医は自身が社会の安全に対して責任を負っているとは考えておらず、そのためパーソナリティ障害を司法精神医療の対象とすることには反対している。またサイコパスは病気ではないと考えており、物質使用障害についても強制的医療の対象とするのは消極的である。結果として、医療観察法の主な対象疾患は統合失調症となっている。これは一般精神科医療と地続きの構造であり、医療観察法の対象者も一般精神科病院等で通院処遇を受けながら社会復帰を目指す、英国で言うインテグラルモデルの考え方が採用されている。他方、英国の精神科医は、自身に与えられた権限を勘案すると社会の安全に対しても一定の責任を負っているものと自負している。そのため、パーソナリティ障害も司法精神医療の対象とし、サイコパスも病気として治療対象として扱っている。しかしながら、サイコパスに対する治療的アプローチの効果は疑問視されており、入院の適応には消極的であるなど、ジレンマを抱えている。複雑な病態の患者を抱えるのは一般精神科医には難しいため、司法精神患者は司法精神科医が診療に当たるというパラレルモデルが多く地域で採用さ

れている。

今年度はこのような違いを生むようになった社会的背景、両国の司法精神医療の発展の歴史を比較検討するとともに、英国で現在問題となっているいくつかの論点について現状を整理するため、文献的考察を行った。

(倫理面への配慮)

本年度の研究は文献研究であり、取り扱う情報に患者個人情報に含まれておらず、倫理的な問題を生じない。

C. 研究結果

1) 基本データ

英国と日本の基本データを表1に示す。

英国(グレートブリテン及び北アイルランド連合王国)の国土面積は日本のおよそ三分の二程度であるが、人口は約半分であり、人口密度は日本より低い。そして、国民総生産は日本に劣るものの一人あたりに直すと日本を上回っている。政治形態は立憲君主制であり、元首はエリザベス2世女王である。実際に国政を担うのは内閣総理大臣を頂点とする政府であり、議院内閣制を採る点は、日本と類似している。国民の貧富の格差を示すジニ係数は両国とも西欧諸国の水準であり、米国やアジア、アフリカに比べると低い。また、両国とも国民皆保険制により比較的 low コストで一定水準の医療が受けられる点も類似している。

2) 犯罪統計

両国の犯罪統計情報を表2に示す。

人口あたりの犯罪件数を比較してみると、すべての犯罪で日本は英国を下回っており、

世界でも最も安全な国であると称される日本の特徴が反映されている(Civitas Crime Briefing, 2012)。ただし、殺人に関しては両国間の差異はさほど大きくはない。また、英国では男性に対する性加害でも強姦罪が適用されるなど、犯罪の定義に差がある点には留意が必要である。

3) 司法精神医療の対象患者に関する統計

両国の司法精神医療の対象患者についての統計を表3に示す。英国のデータはモーズレイ病院の中等度保安病棟における2015年の時点調査である。日本のデータは、全国の鑑定入院医療機関を対象として、2013年7月1日から2014年6月30日までの間に鑑定入院を行った事例に関する調査のデータである。母集団の性質が異なるため、比較には一定の留意が必要であり、単純な比較はできないが、英国では女性の比率が低く、パーソナリティ障害と診断される患者の割合が高い。これは、日本ではうつ病女性による子殺しの事例が一定数含まれること、医療観察法制度が心神喪失又は心神耗弱を前提としていることに起因していると思われる。また、過去に入院歴を有する者の割合が高いのが日本の特徴であり、このことが一般精神医療の貧弱さに対する批判を呼んでいる。

また、司法精神病棟に入院している精神病患者についての両国のデータを表4に示す。英国のデータは前記のモーズレイ病院の中等度保安病棟におけるデータであり、日本のデータは国立精神・神経医療研究センター病院及び東京都立松沢病院の医療観察法病棟における2014年の時点調査である。

年齢層は日本の方がやや高い。また入院となった患者のみで比較すると性別比は両国間で有意差はなくなる。他害行為の種別では、英国で性犯罪が多いのが特徴であるが、これも日本の医療観察法が心神喪失者ないし心神耗弱者のみを対象としていることによるものと思われる。結局のところ、両国の実態を単純に比較してみても、制度の土台が異なるので、本質的な差異がどこにあるのかは見えづらい。

4) 触法精神障害者に関する処遇制度の歴史

1. 英国における歴史

英国における精神障害者の拘禁に関する最初の法律は、1714年に制定されたVagrancy Actsであり、司法精神医療の源流であるとされている(Lynch, 2002)。同法では、2人以上の治安判事(justice of the peace)の判断に基づいて、“furiously mad and dangerous wandering lunatics”(凶暴で危険な精神病浮浪者)を、精神病のあるあいだ「拘禁し、必要な場合には身体拘束する」命令を治安判事は宣告できるようになった。

その後1800年に起こったHadfield事件を契機としてCriminal Lunatic Actが制定され精神異常抗弁により無罪とされた精神障害者を無期限に拘束することが可能となった。1816年にCriminal Lunatics Actが改正され、服役中に精神病を発症した受刑者を国務大臣の命令でasylumへ移送できるようになった。対象とされたのは有罪確定後のすべての受刑者(convicted prisoner)であり、移送にあたっては2人の医師によるinsanityであるという診断が必要であった。

1867年に改正された Criminal Lunatics Act は、刑務所からの移送の対象となる criminal lunatics を "unfit from imbecility of mind for penal discipline" (精神薄弱のために刑務所の規律に不適) な者へと拡大した。

1890年にそれまでの精神病者関連の法律を統合して Lunacy Act 1890 が制定された。同法の特徴は「精神障害者の治療やケアをどうするかというよりは、不法監禁を防ぐためのあらゆる安全策がとられた」(松下、1997)のものであり、同法の成立以後のイギリスにおける強制入院手続きでは、精神病でない人の不法拘禁を防止することを主目的とした徹底したリーガリズムが採用されることになった。

1913年 Mental Deficiency Act が制定され、mental defective (精神薄弱者) を精神病者とは別の施設で処遇することが定められた。同法では mental defective は、idiots (白痴者)、imbeciles (痴愚者)、feeble-minded persons (精神薄弱者)、moral imbeciles (道徳的低能者) の4種類に分類されていたが、は従来の精神病者関連法規では医療の対象外とされていたものであった。また、1930年の Mental Treatment Act によって、英国において精神科医療に初めて患者自身の自発的意思による voluntary admission (自発的入院) の仕組みが導入された (Bowen, 2008)。

英国における触法精神障害者に対する専門処遇施設は、1816年に Bethlem Hospital に設けられた犯罪者病棟 (criminal wings) が最初である。1863年内務省によって Broadmoor State Criminal Asylum が建設された。これが今日の高度保安病院 (High

Security Hospital) の源流にあたる。Criminal Asylum の運営・管理は内務省によって行われており、入退院の権限も内務大臣に委ねられていた。その後、触法精神障害者に関する法の改正に伴い、対象とされる患者が拡大し、そのたびに司法精神医療専門施設の不足と増設が繰り返されていた。1946年 National Health Service Act 1946 が成立し、National Health Service (国民保健サービス：以下、NHS) の体制が整備された。Criminal Lunatic Asylum も内務省から保健省へと移管されたが、入退院の決定権は内務省に残されていた。これらの施設が、一般の精神科病院と同様に保健省の管轄に移されるのは、1959年に Mental Health Act 1959 (以下、MHA59) が成立し、「危険かつ暴力的または犯罪性傾向のために special security (特殊な保安) のもとでの治療を要する」と判断された者のための治療施設 (特殊病院 special hospital と呼ばれた) として位置付けられるようになってからであった。また、MHA59 によって初めて、犯行時の責任能力の有無を問わずに、治療の必要性に応じて、司法システムから精神保健システムへの移送を行うことが可能となった。つまり、触法行為を行ってはいないものの、より security の低い一般の精神科病院では治療の困難な入院患者 (処遇困難患者) を special hospital に転院させることが可能となったのである。

英国では、コミュニティー・ケアを原則とする MHA59 の制定と、政府の推進した精神科病床の削減政策の結果、NHS の精神科医療サービスのなかに存在する閉鎖病棟はきわめて少数になった。そのため、NHS

の一般精神科医療サービスでは、触法行為を行った精神障害者や開放病棟では治療の困難な患者の治療を引き受けることが困難になり、結果として special hospital や刑務所に触法行為を行った精神障害者が過剰収容される事態となった。special hospital と地域の一般精神科病床との橋渡しをし、触法行為を行った精神障害者の社会復帰を促進するために設置されたのが regional secure unit(地域保安病棟:RSU)である。RSUは、中等度保安病棟(medium secure unit)とも呼ばれる。中等度保安病棟は、1975年から整備され始め(Coid, 2001)、1983年にMental Health Actが改正されてほぼ現在の形になった。また、special hospital をめぐってはいくつかの大きな不祥事があり、それらの事件の査問委員会は改善策として病院の閉鎖を提言していた。そのため、special hospital の管理・運営組織は、1996年に保健省からNHSに移管され、special hospital は high security hospital と名称を変えた。2001年から2002年にかけて3つのHigh Security Hospital はそれぞれ近隣のNHS Mental Health Trust に統合された。

英国では他害行為を行った精神障害者に対する地域処遇に関する議論が1990年代に活性化したが、そのテーマの一つは、パラレルモデルとインテグラルモデルのいずれが優れているかについてであった(Gunn, 1977)。最終的に、英国ではパラレルモデルが採用され、他害行為を行った精神障害者は地域処遇においても司法精神医療の専門家がケアを提供し続けている。

1996年以後、治療中の精神障害者や治療適合性を理由に入院治療を拒否された精神

病質者による事件が相次ぎ(Maden, 2007; Tyrer, 2010)、批判を受けた政府は危険なパーソナリティ障害者(dangerous severe personality disorder: DSPD)に対する精神医療の取り組みを開始した(Ministry of Justice and Department of Health, 2008; Freestone, 2012)。2007年のMental Health Act改正では治療適合性基準が撤廃され、性犯罪者や治療可能とは言えないサイコパスに対しても精神科病院への非自発的入院を発動することができるような方向へと舵が切られた。しかし、その成果は良好とは言えず、現在ではサイコパスは矯正施設で処遇する方が効率的であるというコンセンサスが生まれつつある。

2. 日本における歴史

日本では1900年に精神病患者監護法が制定された。同法は、精神病を理由とする不法監禁の防止を目的としたものであったが、同時に、それまでもあった私宅監置も一定の法手続きのもとで合法するものであった(Nakatani, 2012)。

現行刑法は1907年に制定された。その制定過程で、触法精神障害者の免責後の処遇に関して、欧米にならって特別な処遇制度を設けるべきとの議論もあった。しかし、精神病患者に監置が必要であるのは触法行為を行った場合だけではないこと、現に精神病患者監護法により監置処分が行われていることを理由に、刑法には触法精神障害者に関する特別な処遇制度は設けられなかった。

1919年精神病院法が制定され、各道府県に公立病院を設置するという規定がつけられたが、財政上の問題もありその整備は進まず、患者の多くは私宅監置の状態に置か

れていた。免責された触法精神障害者のうち、「司法官庁特ニ危険ノ虞アリト認ムルモノ」については地方長官による入院の対象とされていた。

1950年精神障害者の医療・保護に関する総合的な法律として精神衛生法が制定され、精神病者監護法と精神病院法は廃止された。精神衛生法により私宅監置は禁止された。都道府県立精神科病院の設置が義務づけられたが、指定病院（都道府県立精神科病院に代わる施設として指定された民間病院）がある場合には設置を延期できるという規定もあったため、公的病院の整備は進まなかった。免責された触法精神障害者については、都道府県知事の権限による措置入院で対処することが予定されていたが、措置入院の要件は、「自傷・他害のおそれ」であり、その対象には触法行為を行っていない患者も含まれていた。措置入院度のあり方については、いわゆるライシャワー改正（1965年）による通報・届出制度の強化や緊急措置入院制度の導入などはあったものの、条文には大きな改正は行われずに現在に至っている。

1960年代の「精神病院ブーム」によって精神病床数は飛躍的に増加したが、そのほとんどは、民間精神科病院で占められていた。民間精神科病院に精神医療の大部分を委ねる状況になっていった(Nakatani, 2000)。

現行刑法の改正については戦前から検討が行われていたが、戦後の改正作業は1956年から始まり1961年に改正準備草案が公表されたが、その中では免責された触法精神障害者に関する保安処分として、治療処分、禁絶処分の導入が提案されてい

た。1961年に「刑法改正草案」が提出されると精神神経学会内に刑法改正問題研究委員会が設置され、刑法改正に関する意見書の作成にあたった。1965年に発表された第一次意見書では「準備草案で規定している治療処分や禁絶処分のほかに、常習犯人に対する保安処分の規定を要望し、労働嫌忌者に対する労働処分や保護観察などの非収容処分、さらに、去勢の措置なども考慮すべきであろうなどナチスの保安処分に近い案を出して注目を浴びた」(田村、1976)。その後、同委員会の意見書案では、保安処分を治療処分と禁絶処分とに限定したが、次第に精神神経学会内でも意見の対立が生じた。

最終的に、1971年の総会で決議された「保安処分新設に反対する決議」では、「違法な行為を行った人であっても、精神障害者に対しては、何よりも医療が先行すべきであり、保安処分は、治療の名のもとに、障害者を社会から排除しようとするものにほかならない。また、保安処分の考えは、精神障害者即犯罪素質者という、誤った先入観に発するものである事、精神障害者概念の拡大によって、保安処分制度が、一般市民の人権をも侵害するものとなる危険性がある事を指摘しなくてはならない」として、保安処分制度導入に反対した。

2001年に大阪教育大学附属池田小学校事件が起きて触法精神障害者の処遇をめぐる議論が盛んに行われ、最終的に、2003年に心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律が成立し、2005年から施行された。ただし、触法精神障害者を始めとした一般の精神科病院での処遇が困難な患者（処遇困難例）に

関する特別な処遇施設の要否に関する議論は、遅くとも 1990 年代には始まっていた。1999 年の精神保健福祉法改正に際しては、衆参両院の委員会が「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇の在り方については、幅広い観点から検討を早急に進めること」という附帯決議を行っており、池田小学校事件も決議を受けて厚生労働省・法務省共催の検討会が開催されていたさなかの出来事であった。

医療観察法は、重大な触法行為を行い、刑事司法機関によって心神喪失・心神耗弱者と認定され刑を免れた精神障害者の処遇手続を定めた法律である。医療観察法は、対象となった精神障害者に対して、国の責任において適切な医療を継続的に提供することによって、その病状を改善し、さらに再発・再燃予防を通して再び同様の重大な他害行為を行うリスクを減少させ、最終的に当該精神障害者の社会復帰の促進を図るための法制度である。

医療観察法の施行によって、わが国に初めて、単なる診断だけではなく、治療や社会復帰などをも視野に入れた司法精神医学専門サービスが確立されたといえる (Fujii, 2014)。

5) 英国における司法精神医療の現状

英国の司法精神医療に関する最近の研究結果を紹介する。

英国における前向きコホート研究によると、6.6 年のフォロー期間中に、退院した触法精神障害者の 75% が再入院、24% が再犯を経験し、26% は退院することがなかった (Maden, 1999)。別の研究では、20 年間で 48.7% が再犯し、2 年及び 5 年再犯率はそ

れぞれ 26.2% と 40.7% だった。退院後 1 年毎に 3.9~4.2% ずつ再犯リスクが上がっていくという (Gibbon, 2013)。非司法精神科急性期病棟からの退院者の 4 分の 1 が 20 週間以内に暴力を起こす (Doyle, 2012)。司法精神医療を経た患者の 2 年間再犯率は 28% であり、矯正施設からの出所者 (56%) や保護観察を受けた者 (58%) に比べて良好な予後を示した (Home Office, 1999)。他方、ランダム化比較試験では、高密度ケアが 2 年後の暴力発生率を下げるというエビデンスは得られなかったという (Walsh, 2001)。中等度保安病棟からの退院者 959 人に対するコホート研究の結果、1 年間の再入院率は 28.2% だった (Maden, 2006)。女性の再犯は少なく、物質乱用者は再犯リスクが 6 倍に上がった (Riordan, 2006)。中等度保安病棟から退院した知的障害者の 11% が 1 年以内に再犯し、58% が警察沙汰にならない暴力的行為を起こし、28% が Mental Health Act による入院となった (Alexander, 2006)。

英国では他害行為を行った精神障害者の地域処遇については、パラレルモデルが採用されており、他害行為を行った精神障害者は地域処遇においても司法精神医療の専門家がケアを提供し続けている。しかし、ケア密度には地域格差が大きく、地域によっては他害行為を行った精神障害者の処遇をかなりの程度一般精神医療に担わせているのが現状である。近年では他害行為を行った精神障害者の地域ケアにかかる個人的及び社会的コストが問題視させることが多い。

司法精神医療は一般精神医療に比べて入院 5.9 倍、通院 1.6 倍のコストを要すると

される(Coombs, 2011)。英国における危険な重度パーソナリティ障害者(DSPD)に対する治療プログラムのコストは、MSUで年間一人当たり13~16万英ポンドと推計される(Barret, 2005; Curtis, 2007)が、その費用対効果を証明するエビデンスは未だ乏しい(Fortune, 2010; Tyrer, 2010; Davies, 2007)。治療中断事例では未治療よりさらに他害行為のリスクが増すとされる(McCarthy, 2010; McMurrin, 2007)。このため最近では、サイコパス治療は精神病棟ではなく刑務所内で行う方向にシフトしつつある。

触法精神障害者に対する社会内処遇についても、費用対効果には疑問が残っている。ACTを用いたRCTでは有効性を証明できなかった(Solomon, 1995)。他方、薬物事例に対する社会内処遇の費用対効果は証明されている(Connock, 2007; Davies, 2009)。

このように、触法精神障害者に特別なケアを行っても、一般精神科医療と再入院率や再犯率が変わらなかったというデータもある。

司法精神医療が効果を発揮するために、さらなる人的・経済的投資が求められている。一方で昨今の保守党政権下ではさらなる予算削減が進みつつある。例えば、予算削減により近年、刑務所内の自殺率が70%上昇したとされる(Ministry of Justice, 2014)。

このように、英国の司法精神医療の現状には、様々な課題がある。

6) 強制治療に関するセーフガード

Mental Health Actでは同法に基づく非自発的入院中の精神障害者に対する強制治

療を認めているが、この強制治療の範囲には、薬物療法や精神療法をはじめ、経鼻栄養などの身体治療も含まれている。拒食患者に対する経鼻栄養や統合失調症患者の帝王切開を是認した判例もある。非自発的入院後3ヶ月間を経過した場合の治療には患者本人の同意もしくはSecond Opinion Appointed Doctor(SOAD)の承認が必要とされる。しかし、それまでの治療には制限がなく、精神保健審判所(Mental Health Review Tribunal)への申立ても入院の要否のみが審査対象であり、強制治療に関するセーフガードとしての機能はない。実際には入院3ヶ月以内に重大な有害事象が報告されている。電気けいれん療法及び精神外科は、原則として患者本人の同意なくして施行できない。ただし、埋込型ホルモン療法や脳深部刺激療法はこうした監視の対象になっていない。SOADの審査件数は30年で13倍になった。およそ4分の1の事例で治療内容の変更が示唆された。しかしSOADが治療計画の抜本的見直しを指示したのは4%にとどまる。緊急治療に対する事後的評価の仕組みは整備されていない。

我が国の場合、患者の同意のない治療に関しては、医療観察法病棟では、倫理会議の仕組みが設けられており、外部からの精神科医も招聘したうえで、治療の適否等について事前審査や事後評価が行われている。しかし、このような仕組みは一般の精神科医療については設けられていない。

D. 考察

英国と日本とでは、政治体制や経済状況は比較的似ているものの、法体系の根幹や歴史的・文化的背景が大きく異なること

もあって単純な比較を行うことには慎重でなければならない。そもそも、両国で司法システムから精神保健システムへのダイバージョンの対象とされる患者についても、英国では責任能力ではなく、精神科治療の必要性であるのに対して、我が国では責任能力の減弱を理由に刑を免れることが大前提であり、そのうえで精神科治療の必要性の有無・程度によってさらにふるいにかけられる。両国の司法精神医療の対象患者に関する統計をみても、我が国では統合失調症を中心とした精神病患者が主体であり、パーソナリティ障害患者はほとんどいないのに対して、英国では、統合失調症が主体であるところと同じであるが、パーソナリティ障害患者が一定の割合で存在しており、その治療や処遇が課題とされている。

触法精神障害者の処遇制度の歴史の変遷をみると、英国では、1800年のCriminal Lunatics Actの時点から免責された触法精神障害者は、一般の精神障害者とは異なる特別な法律で処遇されていた。触法精神障害者に関する特別な処遇施設は1816年から設置されていたが、本格的な施設であるCriminal Asylumは、内務省の管轄であり、刑務所の一部として運営されていた。

第二次世界大戦後に始まったspecial hospitalに関する種々の改革の動きは、基本的には従来一般の精神保健システムとは切り離され孤立していたCriminal Asylumやspecial hospitalなどの触法精神障害者に関する特別な処遇施設を、精神保健システムのなかに的確に位置づけるための改革であったといえよう。

MHA59によって司法精神医療関連法規が一般の精神保健関連法規のなかに統合さ

れたことにより、special hospitalは危険性の高い精神障害者であれば触法行為の有無を問わずに入院させることができるようになった。しかし、MHA59以後のspecial hospitalの管理運営体制の変遷の示すように、司法精神医療関連法規が一般の精神保健関連法規のなかに統合されただけでは、司法精神医療専門施設の一般の精神保健システムからの孤立の問題は解決されなかった。一般の精神保健システムからの孤立の問題を解決するためには、一般の精神保健システムと一体化した管理運営体制が構築される必要があったのである。

以上のような英国における経過を考えると、英国の司法精神医療は、刑務所からはじまり、いわば脱刑務所化の一環として、精神保健システムのなかに移管され、現在の体制になったように思われる。

これに対して、我が国においては、現行刑法定時から、免責された触法精神障害者に対する特別な処遇制度は設けられておらず、一般の精神障害者と同一の法制度・施設で対応されてきた。医療観察法によって、初めて、免責された触法精神障害者の処遇に関する法制度ができたが、地域処遇においては精神保健福祉法による医療の併用が予定されていることに示されるように、医療観察法による医療は、当初から、精神保健システムのなかに位置付けられた制度である。英国でのパラレル、インテグラルの議論でいえば、我が国の司法精神医療は、インテグラルモデルとして制度設計されているのである。その一方で、司法システムから精神保健システムへの移送の基準は責任能力の有無であり、治療の必要性ではない。脱刑務所化のような視点は当初からな

い。そのため、刑務所に収容されている精神病患者の処遇をどのようにするかなどの課題は未だ残されたままである。

最近の英国における司法精神医療の現状に関する研究結果は、それほど芳しいものとはいえない。再犯をアウトカムにした研究をみると、司法精神医療を受けていない刑務所収容者などに比較すればかなり低いものの、我が国の医療観察法対象者に関する予後調査等で得られているデータと比較するとかなり高率といえる。しかし、この点に関しては、双方の犯罪率の相違や双方の制度の対象とされる患者の質の相違を抜きに単純に比較することに意味はない。ただし、我が国でも制度の骨格を大幅に変更してパーソナリティ障害や物質使用障害の患者を司法精神医療の対象とするようになれば、現在のような低い再犯率を維持することは困難になることを示唆するデータといえよう。

費用対効果に関する研究、特に、パーソナリティ障害やサイコパスに関する費用対効果に関する研究の結果は、これらの患者の治療については、司法精神医療専門施設より刑務所の方が優れていることを示唆する結果といえる。このことは、パーソナリティ障害やサイコパスと統合失調症等の精神病との精神疾患としての特性の相違やそれに伴う治療方法の相違を考えれば、ある意味、当然の結果と思われる。精神障害と診断されるからといって、精神科病院で治療することが適切とはいえない事例もあることは、今一度、よく銘記される必要があるであろう。

なお、費用対効果の問題は、今後、我が国の司法精神医療においても問題とされる

可能性がある。今後、こうした面での研究も行っていく必要があるだろう。

我が国は、医療観察法制度の導入にあたり、英国の中等度保安病棟の構造や治療プログラムに学ぶところが大きかった。司法精神医療の先進国とされる英国でも、数々の困難な問題が生じている実態を踏まえ、今後、わが国の文化と実状に適合した制度設計を模索していく必要があるといえよう。

文献

- Alexander, R. T., Crouch, K., Halstead, S., Piachaud, J. (2006). Long-term outcome from a medium secure service for people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*, 50(Pt 4), 305-315.
- Barrett, B., Byford, S., Seivewright, H., Cooper, S., & Tyrer, P. (2005). Service costs for severe personality disorder at a special hospital. *Crim Behav Ment Health*, 15(3), 184-190.
- Bowen, P. (2008). *Blackstone's Guide to The Mental Health Act 2007*, Oxford University Press.
- Coid, J., Kahtan, N., Gault, S., Cook, A., Jarman, B. (2001). Medium secure forensic psychiatry services: comparison of seven English health regions. *Br J Psychiatry*, 178(1), 55-61.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., Frew, E., Liu, Z., Taylor, R. J., et al. (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic

- evaluation. *Health Tech Assess*, 11(9), 1e171.
- Coombs, T., Walter, G., Brann, P. (2011). Overview of the national mental health benchmarking project. *Australas Psychiatry*, 19(1), 37-44.
- Curtis, L., & Netten, A. (2007). *Unit Costs of Health and Social Care 2006*. Canterbury: Personal Social Services Research Unit.
- Davies, L., Jones, A., Vamvakas, G., Dubourg, R., Donmall, M. (2009). *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): cost-effectiveness analysis*. London: Home Office.
- Doyle, M., Carter, S., Shaw, J., Dolan, M. (2012). Predicting community violence from patients discharged from acute mental health units in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(4), 627-637.
- Fortune, Z., Rose, D., Crawford, M., Slade, M., Spence, R., Mudd, D., . . . Moran, P. (2010). An evaluation of new services for personality-disordered offenders: staff and service user perspectives. *Int J Soc Psychiatry*, 56(2), 186-195.
- Freestone, M., Taylor, C., Milsom, S., Mikton, C., Ullrich, S., Phillips, O., Coid, J. (2012). Assessments and admissions during the first 6 years of a UK medium secure DSPD service. *Crim Behav Ment Health*, 22(2), 91-107.
- Fujii, C., Fukuda, Y., Ando, K., Kikuchi, A., Okada, T. (2014). Development of forensic mental health services in Japan: working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *Int J Ment Health Syst*, 8, 21.
- Gibbon, S., Huband, N., Bujkiewicz, S., Hollin, C. R., Clarke, M., Davies, S., Duggan, C. (2013). The influence of admission characteristics on outcome: evidence from a medium secure forensic cohort. *Personal Ment Health*, 7(1), 1-10.
- Gunn, J. (1977). Management of the mentally abnormal offender: integrated or parallel. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 70, 877-880.
- Gunn, J. (2004). Introduction: what is forensic psychiatry? *Crim Behav Ment Health*, 14 Suppl 1, S1-5.
- Home Office. (1999). *Reconvictions of offenders sentenced or discharged from prison in 1995, England and Wales (Statistical Bulletin 19/99)*. London.
- Lynch, R. M., Simpson, M., Higson, M., & Grout, P. (2002). Section 136, The Mental Health Act 1983; levels of knowledge among accident and emergency doctors, senior nurses, and police constables. *Emerg Med J*, 19(4), 295-300.
- Maden, A. (2007). England's new Mental Health Act represents law catching up with science: a commentary on Peter Lepping's ethical analysis of the new mental health legislation in England and Wales. *Philos Ethics Humanit Med*, 2, 16.
- Maden, A. Rutter, S., McClintock, C. et al. (1999). Outcome of admission to a

- medium secure psychiatric unit. I: Short- and long-term outcome. *Br J Psychiatry*, 175, 313-316.
- Maden, A., Skapinakis, P., Lewis, G., Scott, F., Jamieson, E. (2006). Gender differences in reoffending after discharge from medium-secure units. National cohort study in England and Wales. *Br J Psychiatry*, 189, 168-172.
- McCarthy, L., Duggan, C. (2010). Engagement in a medium secure personality disorder service: a comparative study of psychological functioning and offending outcomes. *Crim Behav Ment Health*, 20, 112-128.
- McMurrin, M., Theodosi, E. (2007). Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment? *Psychology, Crime & Law* 13: 333-343.
- Ministry of Justice and Department of Health. (2008). *Forensic Personality Disorder Medium Secure and Community Pilot Services: Planning and Delivery Guide*. London.
- Ministry of Justice. (2014). *Criminal Justice Statistics Quarterly Update to March 2013*.
<https://www.gov.uk/government/statistics/criminal-justice-statistics-quarterly-march-2013>
- Nakatani, Y. (2012). Challenges in interfacing between forensic and general mental health: a Japanese perspective. *Int J Law Psychiatry*, 35(5-6), 406-411.
- Nakatani, Y., Kojimoto, M., Matsubara, S., Takayanagi, I. (2010). New legislation for offenders with mental disorders in Japan. *Int J Law Psychiatry*, 33(1), 7-12.
- Riordan, S., Haque, S., Humphreys, M. (2006). Possible predictors of outcome for conditionally discharged patients--a preliminary study. *Med Sci Law*, 46(1), 31-36.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995). One year outcomes of a randomized trial of case management with seriously mentally ill clients leaving jail. *Eval Rev*, 19, 256-273.
- Tyrer, P., Duggan, C., Cooper, S., Crawford, M., Seivewright, H., Rutter, D., Maden, T., Byford, S., Barrett, B. (2010). The successes and failures of the DSPD experiment: the assessment and management of severe personality disorder. *Med Sci Law*, 50(2), 95-99.
- Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tyrer, P., Creed, F., Murray, R., Fahy, T. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ*, 323(7321), 1093-1096.
- 五十嵐禎人：司法精神医学の歴史と現状：イギリスにおける歴史と現状．司法精神医学 第1巻 司法精神医学総論，松下正明編，中山書店，東京，94-119．
- 松下正明：イギリスの精神保健関連法の歴史．臨床精神医学講座第22巻，精神医学と法，松下正明、斎藤正彦（編），pp87-99，中山書店，東京（1997）

田村幸雄：保安処分と刑法改正．p 456-472
現代精神医学体系第 24 巻司法精神医学、中
山書店、1976

E. 結論

英国と日本とでは、法体系の根幹や歴史的・文化的背景が大きく異なり、司法精神医療の対象とされる患者に関する法制度の骨格も大きく異なっており、単純に比較することには慎重でなければならない。しかし、最近の英国の司法精神医療に関する種々のデータは、我が国の司法精神医療に関する法制度の骨格を英国のように変更・拡大した場合に起こり得る事態を示唆しているといえよう。我が国における今後の司法精神医療の在り方は考えるうえで、英国の実態を踏まえたうえで、我が国の歴史・文化や社会に適合した制度設計を模索していく必要があるといえよう。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

Shiina A, Tomoto A, Omiya S, Sato A, Iyo M, Igarashi Y. Differences between British and Japanese perspectives on forensic mental health systems: A preliminary study. World J Psychiatr 2017; 7(1): 8-11

2. 学会発表

なし

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

表1 英国と日本の基本データ

	英国	日本
人口	65 百万人	127 百万人
国土面積	244 千平方キロ	378 千平方キロ
人種	白人 87% アジア人 7% 黒人 3% その他 3%	日本人 99% その他 1%
政治形態	立憲君主制	立憲君主制
一人あたり年間 GDP	46 千米ドル	38 千米ドル
ジニ係数	32.8	37.6

表2 英国と日本の犯罪統計

罪種	英国	1000 人あたり	日本	1000 人あたり
殺人	537	0.009	938	0.007
傷害	322,611	5.7	27,864	0.22
強姦	20,725	0.36	1,409	0.011
その他の性犯罪	43,475	0.76	7,654	0.060
強盗	57,818	1.0	3,324	0.026
器物損壊および放火	506,190	8.9	141,895	1.1
全犯罪	3,718,043	65	1,917,929	15

表3 司法精神医療の対象患者の比較

	英国	日本	
人種	英国人 25.6% アフリカ人 13% カリビアン 23% その他 39%		
性別	男性 90% 女性 10%	男性 74% 女性 26%	< 0.001
精神科診断	F2 78% F3 4% F6 13% その他 2% 診断なし 3%	F2 69% F3 10% F6 2% その他 19% 診断なし 1%	
過去の入院歴	あり 24% なし 76%	あり 52% なし 48%	< 0.001

表4 司法精神病棟における精神病患者の比較

	英国	日本	
性別	男性 88% 女性 12%	男性 86% 女性 14%	N.S.
平均年齢	38±12	45±13	< 0.05
他害行為	殺人（未遂含む） 12% 傷害 52% 強盗 3% 放火 5% 性犯罪 18% その他/犯罪なし 11%	殺人（未遂含む） 34% 傷害 45% 強盗 5% 放火 14% 性犯罪 2% その他/犯罪なし 0	

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）
 分担研究報告書

精神保健判定医養成等制度運用の見直しに関する研究

研究分担者 八木 深 独立行政法人国立病院機構 花巻病院院長

研究要旨：本研究の目的は、判定医と司法精神医療従事者の養成制度や研修の有効性について調査し、調査結果をもとに改善提案を行い、コンセンサスを得て、ガイドライン、マニュアル、ツール、それらを使うための研修システムなどの一連の成果物を発表することにある。平成 28 年度は、精神保健判定医等養成研修会（以下「養成研修会」）全受講生 289 名（初回 106 人継続 183 人）に対しアンケートを実施した。回収率は 89.3% で前年度を 4 % 上回り、有用・まあまあ有用と回答した受講生は 99%、理解/まあまあ理解と回答した受講生は 98% でいずれも平成 27 年度よりも 1% 増え、高水準であった。判定医では鑑定の実際と審判員の業務、参与員では審判シミュレーションが高評価であった。グループディスカッションの評価が高く、法律や各職種の役割については、具体的事例の解説をもとに医療観察法の仕組みを説明してほしいとの声があり、司法精神医療等人材養成研修企画委員会（以下「企画委員会」）で、多職種チーム医療の実際がわかるようなプログラムを提言した。最高裁判所司法統計によると審判のばらつきは現在も持続しており、精神保健判定医の研修は、今後も重要である。厚生労働省判定事例研究会に、通院か不処遇かの検討事例、同様の行為を起こす具体的現実的可能性があるかの検討事例、器質因と治療可能性の検討事例を提供し、仮想化し再入院事例についてケースブック事例を作成し、研修に寄与した。

研究協力者		平林直次	（国立精神・神経医療研究センター病院）
大島紀人	（東京大学学生相談ネットワーク本部・NHO 花巻病院）	村上優	（NHO 榊原病院）
来住由樹	（岡山県精神科医療センター）	村田昌彦	（NHO 北陸病院）
須藤 徹	（NHO 肥前精神医療センター）	安田拓人	（京都大学法科大学院）
田口寿子	（国立精神・神経医療研究センター病院）	山本輝之	（成城大学法学部）
平田豊明	（千葉県精神科医療センター）	NHO	独立行政法人国立病院機構
		五十音順	

A . 研究目的

本研究の目的は、司法精神医療従事者の養成制度や研修の有効性について調査し、

結果をもとに改善提案を行い、コンセンサスを得て、ガイドライン、マニュアル、ツール、それらを使うための研修システムなどの一連の成果物を発表することにある。

1．養成研修会受講生アンケート

養成研修会の実際を把握し、企画委員会に対し養成研修会プログラムの改善提言を行うことを目的とする。

2．厚生労働省判定事例研究会事例提供

事例を厚生労働省判定事例研究会（以下「判定事例研究会」）に提供し、既に判定医になった者に対し鑑定・審判にあたっての考え方を整理する機会を提供し、質の担保をはかることを目的とする。

3．ケースブック用仮想事例作成

判定事例研究会事例を仮想化し、ケースブックの形で公表し、制度を円滑に運用する上で有用な情報を提供し、精神保健判定医の質のさらなる向上を図る。

B．研究方法

1．養成研修会受講生アンケート

実態を把握するため、受講生全員を対象に平成19年以降同内容のアンケート(資料1)を実施した。項目を以下に示す。

- 1 初回研修・継続研修の別
- 2 参加種別（精神保健判定医・精神保健
参与員・福祉職）
- 3 研修内容全体の有用度
- 4 講義内容全体の理解度
- 5 有用と思った講義
- 6 もっと理解を深めたいと思った講義
- 7 内容が重複していると思った講義
- 8 今後の研修会の進め方等の意見

9 判定医について

- a) 措置入院の要否に係る診察経験の有無
- b) 刑事責任能力鑑定の経験
(簡易鑑定・嘱託鑑定・公判鑑定)

2．判定事例研究会への事例提供

指定医療機関に募集し、論点があり、研究班で結論が一致する例を選択した。

3．ケースブック用仮想事例作成

判定事例研究会で検討した事例を仮想化し、審判や鑑定の考え方の道筋を指し示し判定事例ケースブックの形で整理した。

【倫理的配慮】

本研究は、医療観察法の鑑定・審判・医療の目的で収集されたデータを事後に検討し、今後の鑑定・審判・医療の向上をはかるものであり、介入を伴わないレトロスペクティブな観察研究に該当する。本研究はケースブックや学会・論文発表という形式で成果を公開することを意図しており、連結可能匿名化情報を扱うので、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の適用範囲となる。

ケースブック事例作成に際して、個人情報保護し事例が特定されないように、以下の点に留意し仮想化した。

- 1) 固有名詞は出てきた順にA、B、Cとアルファベット1文字のみで記載する。
- 2) 年齢は30代等と記載し明示しない。
さらに、変更も考慮する。
- 3) 性別や家族も可能な限り変更する。
- 4) 出来事についても可能な限り改変し特定されないように対処する。

本研究は、平成27年度花巻病院倫理審査委員会承認を受けて実施した。

4．最高裁判所司法統計の分析

最高裁判所司法統計を用いて、平成 17 年から平成 26 年を 3 期に分割し、高等裁判所管区でまとめて比較し、決定にばらつきがあるかを平成 27 年度に分析した。

C. 研究結果

1. 養成研修会受講生アンケート

1) アンケート回収率・参加種別

平成 28 年度の受講生は 289 名(判定医 117 参与員 172 初回 106 継続 183)で、回収率は 89% (初回 92%継続 88%)であった(図 1・2)(表 1)。

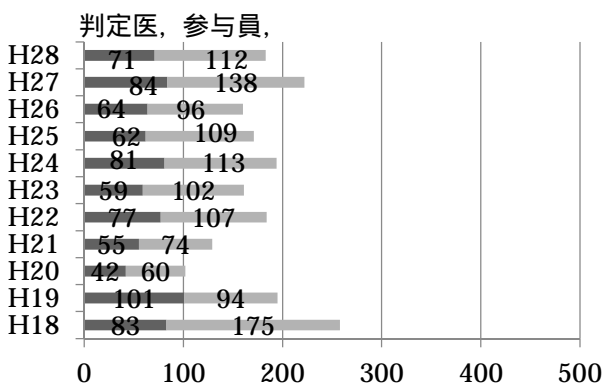
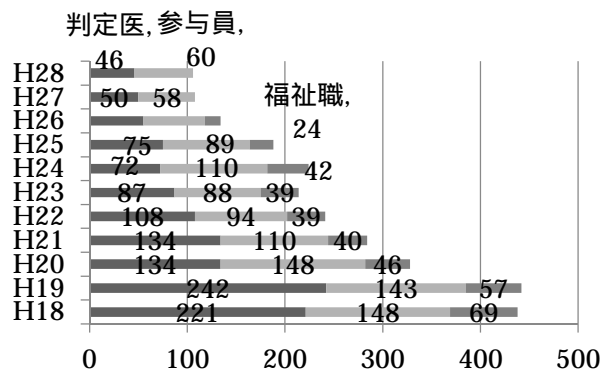


図 1 参加職種初回 (上) 図 2 継続 (下)

	職種	参加者	回収数	回収率
初回	判定医	46	43	93%
	参与員	60	54	90%

初回計	106	97	92%	
継続	判定医	71	63	89%
	参与員	112	98	88%
	継続計	183	161	88%
合計		289	258	89%

表 1 平成 28 年度参加者数、回収数・率 (職種・研修種別不明 14 名は含めず)

2) 判定医の責任能力鑑定経験の有無

平成 28 年度の初回研修会参加者判定医 43 名について、責任能力鑑定の経験あり 18 名(42%)、なし 19 名(44%)、無回答 6 名(14%)であった。責任能力鑑定経験者は無経験者とほぼ同数であった。

責任能力鑑定経験がある判定医の鑑定内訳は、簡易鑑定のみ 6 名、起訴前嘱託鑑定のみ 5 名、簡易鑑定および起訴前嘱託鑑定 3 名、全て 4 名であった。

平成 19 年度から平成 28 年度までの 10 年間の累計で初回研修会参加者判定医 852 名が責任能力鑑定経験について回答し、鑑定経験あり 424 名(50%)、なし 373 名(44%)、無回答 55 名(6%)であった。責任能力鑑定経験者は無経験者を上回った(図 3)。

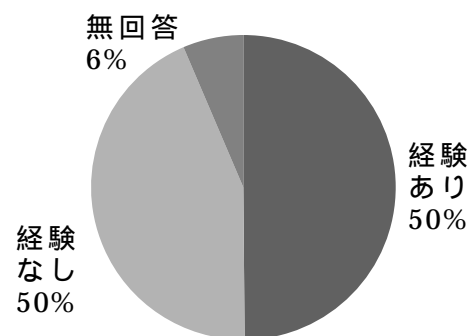


図 3 H19-28 年度累計初回責任鑑定経験

平成 19 年度から平成 28 年度まで 10 年間の累計で責任能力鑑定経験がある判定医の鑑定内訳は、簡易鑑定のみ 170 名(40%)、

起訴前嘱託鑑定のみ 34 名 (8%)、簡易鑑定および起訴前嘱託鑑定 70 名 (17%)、公判鑑定のみ 36 名 (8%)、簡易鑑定および公判鑑定 21 名 (5%)、起訴前嘱託鑑定および公判鑑定 10 名 (2%)、全て 56 名 (13%)、鑑定経験内容無回答 27 名 (6%) であった。公判鑑定経験は 123 名 (29%) であった (図 4)。

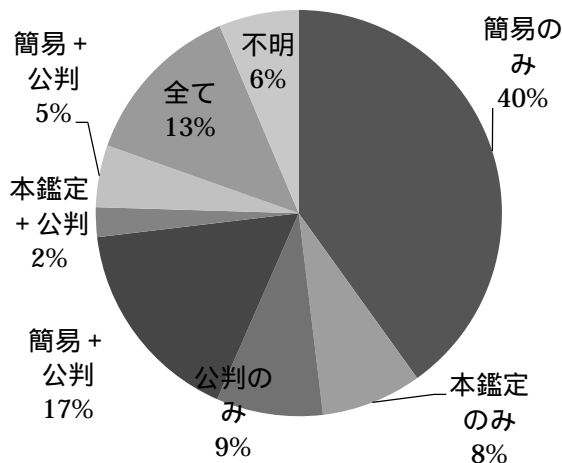


図 4 判定医責任能力鑑定経験累計 H19-H28

3) 養成研修会の有用度

有用と回答した受講生は 71% (H27 年 70%) であった。判定医の 70% (H27 年 65%)、参与員の 71% (H27 年 73%) が有用と回答した。やや有用と合わせると、99% (H27 年 98%) の受講生が研修会を評価している。研修の種類、職種別の有用度は表 2 の通りである。

	有用	やや有用	あまり有用でない	有用でない
初回	73%	24%	3%	0%
判定医	(72%)	(24%)	(4%)	(0%)

初回	83%	17%	0%	0%
参与員	(67%)	(26%)	(0%)	(0%)
継続	67%	33%	0%	0%
判定医	(60%)	(36%)	(3%)	(0%)
継続	64%	33%	2%	0%
参与員	(70%)	(30%)	(0%)	(0%)

表 2 研修種別・職種別有用度 (カッコ内は前年度)

平成 27 年度より、福祉職の参加がなくなったため、福祉職用のプログラム「自治体・行政機関の役割」、「地域保健福祉職員業務を割愛し、以下の 19 項目から構成された。

- 1 触法精神障碍者の処遇の歴史
- 2 医療観察法の概要 (法学)
- 3 医療観察法における医療と法律
- 4 医療観察法における保護観察所の役割
- 5 医療観察法が行う医療の特徴
- 6 医療観察法における看護の役割
- 7 医療観察法における薬物療法
- 8 医療観察法における作業療法士の役割
- 9 刑事責任鑑定と医療観察法
- 10 医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務
- 11 精神保健参与員の業務と責任
- 12 精神保健参与員業務演習
- 13 医療観察法における入院医療
- 14 医療観察法における通院医療
- 15 審判シミュレーション
- 16 我が国における医療観察法の施行状況
- 17 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告
- 18 グループディスカッション 1
- 19 グループディスカッション 2

初回判定医は 1 から 10、13 から 19、初

回参与員は1から8、11から19、継続判定医参与員ともに16から19を受講した。

各プログラムの有用回答率を職種ごとに示す(資料2)。初回判定医は、医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務について(81%)、審判シミュレーション(72%)、グループディスカッション(72%)の有用回答が多く、我が国における医療観察法の施行状況(44%)、医療観察法における通院医療(47%)、医療観察法が行う医療の特徴(47%)

の有用回答は少なかった。初回参与員は、審判シミュレーション(72%)、医療観察法における入院医療(69%)の有用回答が多く、薬物療法(46%)の有用回答は少なかった。

継続判定医は、グループディスカッション、問題となった事例について7割以上が有用と回答する一方、施行状況は56%にとどまった。継続参与員でも同様の傾向が見られた。

全職種を通じ、グループディスカッションの評価が高い一方、医療観察法の施行状況、医療観察法が行う医療の特徴は、有用とする者が少なかった。

4) 養成研修会の理解度

受講生の56%(平成27年59%)が理解できた、42%(平成27年38%)がまあまあ理解できたと回答し、両者合わせて98%(平成26年97%)が良好な理解を示した。研修の種別、職種別の理解度は表3の通りである。

	理解 できた	まあ あ理解	あまり 理解 できず	理解 できず
初回 判定医	59% (52%)	41% (46%)	0% (2%)	0% (0%)

初回 参与員	38% (50%)	60% (47%)	2% (3%)	0% (0%)
継続 判定医	69% (59%)	31% (38%)	0% (3%)	0% (0%)
継続 参与員	58% (66%)	37% (31%)	5% (3%)	0% (0%)

表3 研修種別・職種別理解度
(カッコ内は前年度)

もっと理解を深めたいと思った項目(資料3)について、初回判定医は刑事責任鑑定と医療観察法(30%)、医療観察法における医療と法律(28%)、医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務(26%)の割合が多く、医療観察法における作業療法士の役割(9%)、我が国における医療観察法の施行状況(9%)、グループディスカッション(9%)の割合が少なかった。継続判定医では、精神鑑定または処遇が問題となった事例報告(27%)、我が国における医療観察法の施行状況(24%)の割合が多かった。

初回参与員では、精神保健参与員業務演習(43%)、精神保健参与員の業務と責任(41%)の割合が多く、医療観察法における作業療法士の役割(7%)、医療観察法における看護の役割(11%)の割合が少なかった。継続参与員は、どの項目も20%以下と低かった。参与員では、自らの専門に関するプログラムについて理解を深めたいという回答が多かった。

5) 養成研修会の今後の進め方等について

養成研修会への要望(自由記載)をまとめると、以下の通りである。

「医療観察法医療で出会う症例」を念頭においた事例提示や多職種でのグループワ

ークなど、実践的な参加型プログラムの評価が高かった（実務経験のある継続研修受講者でも高評価だった）。

判定医では、医療観察法の解説に加え、鑑定に関する研修への要望が強かった。

参与員では、実務に関連する講義や演習の充実への要望が強かった。

グループディスカッション、職種ごとの業務の具体例など実践的な内容が役に立ったという意見が多かった。

最新の医療観察法の現状についてもっと聞きたいという意見があった。

研修日程がタイトという意見があった。

以下に自由記載の内容を分類し掲載する。

【会場・運営】

・椅子を座り心地のよいものにして欲しい
(2)・席が狭かった(3)・トイレの数が少なく、休憩時間が足りなかった・エアコンが寒かった(2)・会場がせまかった(3)

・平日にしてもらいたい・フォローアップや定期的な研修を希望する(2)・研修日程を早く知りたい(3)・継続研修は2年間の経験なしで受講要とされるが、審判経験数で要・不要を判断しても良いのではないのでしょうか？・中国地方でも開催してほしい・資料の持ち帰りが大変なので後日郵送してほしい

【研修内容について】

・内容の重複は多少あっても確認にもなるので構わないと思う・詰め込み過ぎでペースが速い(3)・3日間は長すぎる(3)・内容が複雑で初見では理解が難しい・講義が長い(4)・意見交換の場が欲しい・法律の講義にもっと時間を使っても良い(2)・参与員業務演習がもう1コマあってもよかった・実務に役立つ演習、シミュレーションを増やしてほしい(2)・模擬カンファレンスがよかった・事例検討では不処遇や通院処遇例などもっと判断に悩むものがあったても良かった・処遇

終了 再処遇の例を取り上げてほしい・審判のロールプレイが見たい・退院許可審判の事例が興味深かった・具体事例の解説をもとに医療観察法の仕組みを説明してもらおうと参考になると思いました・医師向けの専門用語が多いので参与にでも理解できるように配慮してほしい・審判シミュレーションで審判前の打合せの様子などを聞けてよかった・対象者の人権擁護、具体的な地域生活調整について聞きたかった

【グループディスカッション】

・良かった、勉強になった(15)・休憩時間をきちんと確保してほしい・グループの人数が多すぎる(9)・資料の事前配布、事前に読む時間が欲しい(8)・1日目、2日目にもディスカッションの時間がほしい・地域の状況も含めたディスカッションができるとよい・司会と書記を1回ずつ分けた方がよかった・事例を通じて医師の考え方を知ることができて良かった

【全体的に】

・大変勉強になった(17)・言葉が聞きとりにくい講義があった・活字が小さくて見えづらい・講師の話し方の癖が気になった・ネットを使った講義やレポート提出等の対処も考えてほしい・質問する人が決まっていたしつこい・黄色の文字のスライドは読みにくい

2. 判定事例研究会事例提供

通院か不処遇かの判断に論点がある事例、同様の行為を起こす具体的現実的可能性の評価に論点がある事例、器質因と治療可能性に論点がある事例の計3事例を研究会に提示した。

3. ケースブック用仮想事例作成

平成28年度判定事例研究会提供事例を

仮想化しケースブック事例とした。

事例 1 概要

【対象者】 50歳代、男性

【対象行為】現住建造物等放火（自宅）

標記対象者については、Y+14月25日、C地方裁判所において、対象行為につき、刑法第39条第2項の規定により刑を減輕する旨の判決が言い渡され、Y+15月9日、同判決が確定した。

【既往歴】日光過敏症 対象行為後、バセドウ病が判明した。

【アルコール・薬物使用歴】薬物乱用 ない。飲酒 機会飲酒で、ビール数杯程度。

【犯罪歴】なし。

【趣味】映画鑑賞、男の手料理。自営業になってから、毎日食事を作っていた。

【家族歴】 明らかな精神疾患の既往を持つ者はなし。父は土地持ちでアパートを経営していたが、30年前、60歳代で、心不全で死去した。実母は、結婚後、専業主婦であったが、現在は施設に入所している。鑑定面接における対象者の発言によると、「真面目で厳しかった」。長姉は、困ったことがあると親身になってくれた。結婚し他県にいる。次姉は、結婚し他県在住で、子は2人でビシビシきついことを言う。

【生活歴・現病歴】対象者は、末っ子の長男だったので、親から甘やかされたが、幼稚園に通い友達と普通にゴッコ遊びをし発達に問題は指摘されていない。小中高と成績は中の上で、友達もいた。

高校卒業後、大手製造業に従事した。22歳時、対象者は、社員の不倫現場を目撃し、上司に相談すると、不倫していた社員が停職になり、その後復職してきた同僚から白い目で見られ出勤しづらくなり休職した。休職中、会社から毎日状況確認の電話が入り、ストレスから過食になり、10kgほど

体重が増加したが、休職期間満了と同時に退職したいということを出せず、何も話をしなくて、焦点が合わない感じ、皆がいると食事にも出てこない状態であった。対象者は、母親に、「頭がおかしいから、精神科に行きたい」と述べたが、受診はしなかった。

23歳、対象者は、大手製造業を退職し、別の工場で工員として勤務した。対象者は、同時期に、給料の2か月分約25万円ほどの革靴を断り切れずに購入し、居酒屋のバイトを始め、バイトの方が忙しくなり、工場を休みがちになり、上司から、そんなに居酒屋がいいならこっちは辞めてもいいと言われ、口論になって、そういう言葉が出るなら辞めますと言って辞めた。その後、紹介で製造会社の正式社員になった。

34歳、対象者は、知人の紹介で、現妻と結婚した。子供はなかった。

48歳、同居していた実母が認知症を発症し、物盗られ妄想が出現した際、対象者は、実母の言う事を真に受けて、疲れから、不眠が出現し、抑うつ的になり、飛んでいる飛行機が大きく見えたり、携帯の呼び出し音に過敏になり、電気が身体に触る感じがして、対象者の様子を心配した妻が、気分転換に外出に連れ出した時、神社の前を通りかかると、唐突に手を合わせ、世界平和を拝みだすなどの奇異な言動があったが、実母が施設入所し、自然に軽快した。

目の疲れから54歳で早期退職し、親の残した土地を元手に不動産業を始めた。X-1年の家賃収入は140万円で、積み立てを崩したり母の年金を生活費に充てている。鑑定面接における妻の発言によると、「優しく真面目」である。

【対象行為前の精神状態】X-1年夏頃から、多汗、下痢とやせが始まり、店で知り合っ

た初対面の人を家に招くなど、いつもと違って活動的で、X-1年秋、献血で甲状腺機能異常を指摘されたが受診はせず、Y-4月には眼球突出を自覚していた。

Y-3月末から、対象者は、倦怠感が出現し、意欲、興味が低下し、仕事に行くが、犬の散歩や庭いじりもしなくなった。

Y-2月、次姉夫婦が泊まりに来ることになり、対象者は、倦怠感が強くなかなか準備に取り掛かることができなかったが、来訪する1週間前から、得意の男の手料理と部屋の模様替えを始めた。次姉夫婦が対象者の家に泊まった際、物事をきっぱり言う性格の次姉から、料理の一品一品にきつい口調で小言を言われ続けたと感じ、対象者は自信を喪失し、元気がなくなって、外に出るのを嫌がって、かなり落ち込み、顔つきもおかしくなった。

Y-1月上旬、対象者は、抑うつ気分、罪責感、意欲低下、集中力低下、易疲労感、活動性低下がさらに悪化し、庭の手入れや犬の世話、仕事で外出するのも億劫になり、妻によると、趣味の映画の話など日常会話も成り立たなくなった。妻の供述によると、対象者は、夜中に起き出して、引き出しを開けて何やらゴソゴソと物を出しており、妻が何をしているか尋ねても明確な答えがなかった。

Y-1月中旬、妻の供述によると、対象者は、口数が少なくなり、いつも悲しげな顔をして、仕事を休み自宅に引きこもるようになった。大事していた犬の散歩もしなくなり、庭の手入れもせず、全く外出しなくなったので、いつもは対象者がする食材の買い出しも妻がしていた。対象者は、死にたいとか、一緒に死のうとか話すようになり、理由を尋ねると、希望がなくなったから死にたい、家が建てられなくなったから

と述べた。対象者が作成するビルの帳簿はY-1月20日分までしか記載されていなかった。

Y-1月下旬、妻の供述によると、対象者は、仕事にも行かず引きこもるようになり、落ち込むことが多くなり、気力や意欲がなくなり、いつも悲しそうな顔をするようになり、犬をペットショップに連れて行って爪切りを月に1度していたのだが、それも行かなくなり、妻が誘っても返事がなかった。そのうち、対象者は、死にたい、一緒に死のうと妻に言うようになった。顔の白斑、日光過敏症のことばかり考えるようになり、「生きていても良いことがないような。妻に先に死なれたらどうしようかという考えで。良いことがない」との結論に至った。次姉とのやりとりで、自信をもっていた接待を否定されたことも自分への自信を完全に消失してしまった。全身倦怠感もさらに悪化し、椅子に座ったまま日中も過ごすようになった。夜間不眠も悪化し、夜中に1階のパソコンでゲームをやり続けていることもあった。そのような中で強い希死念慮が出現するようになった。

Z-7日夜頃、妻の供述によると、対象者は、妻に死にたいと言ってきた、

Z-4日、対象者は、囑託鑑定によると、妻と一緒に死のうと考え灯油入りのポリタンクを1階から2階に持って上がり、妻に対し、死にたいと話し、妻は、私は死にたくないと話し、対象者をなだめ、ポリタンクを下に片付けた。対象者は、止められたことについて、なんか、他人事、自分にはあんまり響いてこなかったと語っている。

Z-1日、対象者は夕食を食べなかった。妻の供述によると、対象者はこの日、1日を通して気分が沈んでいる様子で、何を尋ねても返事がなかった。

【対象行為の状況】X年Y月Z日、妻の供述によると、妻は何かゴソゴソと人が動いているような物音で目を覚ました。隣のベッドに対象者はいなかった。妻が寝室から廊下に出ると煙のような臭いがした。妻が台所のドアを開けて台所の中を見ると、流し台の前に対象者が立っていた。台所の中は真っ暗なのに煙の臭いがし、居間の襖を開けると、向かって右側にある押し入れの前辺りに炎が見え、パチパチと音がして煙が出ていた。妻は風の通り道を作れば炎の勢いが強くなると思い、対象者の話を聞くため襖を閉めた。妻が対象者に対し、何してんの、こんなことしてと尋ねたが、対象者は何も言わず妻の両腕を掴んできた。妻は対象者を振り払って階段を降りた。妻が外に出て隣人に火事を知らせ午前3時13分、119番通報した。妻が再び家の中に戻ると、対象者は廊下と台所の間に仰向けに倒れていた。妻は隣人を呼び、2人で対象者を外に運び出した。

その後、消防車がやってきて、消火を始め、対象者は、妻に、ごめん、ごめんと言って謝っていた。

【対象行為後の状況】X年Y月Z日、対象者は、対象行為後、Q病院に搬送され、気道熱傷、顔面、両上肢1度熱傷にて救急科へ入院し、ICU入室し、人工呼吸器管理となり、Z+8日に抜管した。Z+11日、対象者は、昼夜問わず覚醒し、「手袋にハチが見える」と幻視認め、セロクエル25mg/d開始となった。Z+15日、対象者は、ICUにいる状態ではなくなったが、天井にテレビが見えて、妻が再婚すると放送されていたと述べるなど、つじつまの合わない会話は続いており、精神科へ転科し、医療保護入院した。Z+27日、甲状腺機能障害のためコンサルトし、バセドウ病の診断で加

療開始となった。Z+37日、任意入院へ切り替えとなった。Z+44日、多弁、他患者への過干渉みられ、抗うつ薬中止となった。それでも、Y+2月9日頃より、同様に多弁、過活動、他患者への過干渉がみられ、軽躁状態を呈し、気分安定化薬の投与開始となった。Y+3月5日退院となった。Y+3月19日からY+6月18日まで、起訴前囑託鑑定のために、E病院に入院した。Y+6月末から、自宅にいて、裁判を受け、心神耗弱が認定され、Y+14月25日に懲役3年執行猶予4年の判決を受けた。Y+15月9日、検察官により医療観察法の申し立てがされ、同日、対象者は、G病院に鑑定入院した。

【起訴前囑託鑑定】X年Y+6月18日 現在の被疑者は、薬物療法の効果により病状は軽快しているものの、依然として精神科的入院加療の継続を要する中等症エピソードの程度にある。精神障害が本件犯行に与えた影響は著しく大きい。被疑者は本件犯行当時、精神障害の影響により、善悪を判断する能力は著しく障害され、その判断に従って行動する能力も著しく障害されていた。

【医療観察法の鑑定中の治療と精神状態】

鑑定入院当初観察のため隔離を実施したが、抑うつ症状がないため、入院8日目に隔離を解除した。対象者は、H病棟では、他の患者とUNOをして楽しむなど、病棟に馴染んでいた。処方は以下の通りである。

甲状腺治療薬等： チラージン(50)1T チラージン(25)1T メルカゾール(5)1T 塩酸ミノサイクリン(100)1Cap アルファロール0.5μ 朝1x1 クレストール(5)1T タ1x1 タリオン(10)2T 朝夕2x1 酸化マグネシウム(500)3T n3x1 センノシド(12)2T vds

精神科薬： バルプロ酸ナトリウム

SR(200)2T ジブレキサ細粒1mg vds

【医療観察法鑑定 精神現症】鑑定時表情は柔らかく笑顔で視線を合わせ、礼儀正しい。鑑定時や対象行為時に特に幻聴を認めない。鑑定時意識清明で、健忘等記憶障害も認めない。現在は応答はスムーズで思考狭窄も認めない。対象行為時は、集中力を欠き思考狭窄を認め、苦しみから逃れるには死ぬしかないと思っていた。会話の理解に問題なく、知的水準に問題を認めない。対象行為は、何回か逡巡した上での行為で、衝動的とはいえない。過去に、革靴を勧められて購入し、ローンが払えなくなったことがあり、衝動買いの可能性はあるが、その1回だけである。鑑定時、意欲の低下や抑うつ、不眠を認めない。性格は、真面目で几帳面、他人のことが気になる。熱中しやすい。下田の執着気質に近いと考えられる。鑑定時の対象者の陳述によると、人の悪口を言ったりするのは好きじゃなくて、あそこの人は何だかんだと大きい声で指摘する人がいて、そういう言い方は良くないと言って、敵を作ってしまったことがあった。

【医療観察法検査所見】血液検査で炎症反応や貧血を認めず、血液生化学検査で、肝機能・腎機能も正常で、血清学的検査でB型肝炎・梅毒・C型肝炎いずれも否定できる。甲状腺機能は、TSH0.689(0.5-5.0) μ IU/ml FT3 2.60(2.30-4.00) pg/mL FT4 1.24(0.90-1.70)ng/dLと正常範囲にある。サイログロブリン 114.70(33.70以下)ng/mL 高値、抗甲状腺ペルオキシダーゼ TPO 抗体 81.2(16.0未満)IU/mL TRAb 定量/ECLIA 2.5(2.0未満)IU/L 高値であった。甲状腺自己抗体 TRAb 陽性からバセドウ病と診断でき、甲状腺ホルモン補充治療の結果、甲状腺機能は現在安定している。心電

図・脳波・頭部MRI・胸部腹部レントゲンは正常範囲内。

【医療観察法鑑定心理検査】WAIS は言語性 IQ104、動作性 IQ102、全検査 IQ104 で平均の知的能力を有し、能力間に大きな偏りが無いことから、社会生活を送る上で能力的困難は生じないと思われる。BDI15点で、現在、やや抑うつがある。MMPI では、724コードで、不全感と自信の低さを伴った不安、心配、抑うつが特徴的である。ロールシャッハテストでは、反応時間に遅延はなく、ほとんどのカードは数秒で反応していることから思考停滞などはみられない。会話量は比較的多いが、自身の経験など反応に結びつかないような話が多い印象である。反応数は少ないながら一般的なものが多く、形態質は良好である。また、つながりが不自然な反応に対しては違和感を説明するなど現実検討ができています。

【共通評価項目抜粋】評価期間対象行為6か月前から評価時点

3) 自殺企図 評価：2 = 明らかな問題あり 対象行為の放火は、自殺企図として行われた。鑑定時は自殺念慮や自殺企図を認めない。

4) 内省・洞察 評価：1 = 軽度の問題あり 対象行為への内省：0 = 問題なし 取り返しのつかないことをしたと反省している。

対象行為以外の他害行為への内省：0 = 問題なし 他に他害行為がない。病識：1 = 軽度の問題あり。自らがバセドウ病に罹患していることを理解し、対象行為時にはうつ病に罹患していたことも理解する。しかし、病識はやや浅く、すでに抑うつはないから問題はもうないと思っている様子もあり、ストレス脆弱性や、自殺念慮が症状であることの認識はこれからさらに深化することが望まれる。軽度の問題がある。

対象行為の要因の理解：0 = 問題なし。対象行為の原因となった自殺念慮がうつ病の症状であることは理解する。

14) 現実的計画 評価：2 = 明らかな問題あり

退院後の治療プランについて対象者から十分に同意を得ている：2 = 明らかな問題あり 今後立案 現状の通院を継続することは可能である。日中の活動、過ごし方（仕事、娯楽など）について計画され、対象者自身がそのことを望んでいる：0 = 問題なし 日中は、園芸や趣味の映画を継続する予定である。住居について確保されている：0 = 問題なし 新居を建築しそこに住む予定である。生活費などの経済的問題：0 = 問題なし 不動産を営み経済的には問題ない。緊急時の対応：2 = 明らかな問題あり 今後立案 各関係機関との連携・協力体制：保健所と連絡をとり作成予定。退院後の対象者にとってキーパーソン：0 = 問題なし 妻がキーパーソンである。地域への受け入れ体制、姿勢 0 = 問題なし 転居後の地域の拒否はないと考えられる。

15) コンプライアンス 評価：0 = 問題なし 指示に従う。

16) 治療効果 評価：0 = 問題なし うつ状態はすでに軽快しており、バセドウ病についても、治療で甲状腺機能は正常に保たれている。

17) 治療・ケアの継続性 評価：0 = 問題なし 鑑定入院前、自宅に8か月余りいて、精神科に通院し服薬を継続していた。

治療同盟：0 = 問題なし 治療関係に問題はない。鑑定入院前、自宅に8か月余りいて、精神科に通院し、治療同盟を構築していた。予防：0 = 問題なし 妻と通院機関で予防可能。モニター：0 = 問題なし

妻が状態をモニター可能である。セルフモニタリング：0 = 問題なし 心配事をずっと考え込むのが要注意であることを取り上げ、面接した。緊急時の対応の合意：今後立案

B その後の経過

医療観察法鑑定主文

1 対象者が精神障害者であるか否か：対象者は、対象行為時に、バセドウ病による器質性双極性障害に罹患し、重症うつ病エピソードの状態にあり、自殺念慮が高まり対象行為に至った。重症うつ病エピソードがなければ対象行為はなく、対象者の人格とは異質な対象行為であり、重症うつ病エピソードが対象行為に著しい影響を与えた。対象者は、現在うつ状態を呈していないが、バセドウ病による器質性双極性障害に罹患し、対象行為前と同様に、些細なストレスから、うつ状態だけでなく躁状態を含む気分変動をきたしやすい状態が持続しており、現在も対象行為を行った際の精神障害が持続している。

2 精神障害者である場合、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律で定める医療を受けさせる必要があるか否か：対象者は、次姉が対象者の接待に対し述べた批判をストレスに感じうつ病エピソードをきたし、自殺念慮が高まり対象行為を行ったものであり、今後も、些細なストレスによっても気分変動をきたし、再び同様の行為を行う具体的現実的可能性がある。対象者が、ストレス対処を身に着け、状態悪化時にすみやかに対処して、同様の行為を行うことなく社会に復帰するためには、社会復帰調整官の対応

を含む手厚い対応が可能な、医療観察法の医療の実施が必要である。

3 仮に必要な場合は、同法律に定める入院による医療が必要か否か：対象者は、現在抗うつ剤を服用しなくてもうつ状態を呈しておらず、自殺企図の恐れも特になく、鑑定入院前8か月間自宅におり、通院を継続し精神状態の安定を維持していたことを考慮すると、入院によらない医療で医療の継続を担保できると意見する。

C 論点の整理(コメント)

直接通院を考えるのに適したケースと考えられる。

1 抑うつがないのでもう治癒して治療のターゲットがないと考えるなら、対象行為時と同等の精神障害がないと考えられ、不処遇になろう。抑うつがなくても、器質性双極性感情障害が継続し、些細なストレスで気分変動をきたす可能性があり、対象行為時と同様に精神障害が持続していると考えれば、処遇の必要性を考慮することになる。治療可能性があり、治療しなければ同様の行為を行う具体的現実的可能性があるなら処遇して見守ることになる。

2 入院か通院かの意見だが、本事例はレアケースで、公判中8か月間自宅にいて、通院を継続し、裁判と言うストレス下でも精神症状の悪化はなかったのが確認されている。この条件だと、すでに通院での安定が確保されていることになり、入院を選択する必要性は低い。さらに、現在通院中の機関が指定通院医療機関の指定を受けていることも有利である。

3 本事例を離れて、在宅の経験がない、指定通院医療機関と縁がないという場合、通院で医療継続が可能かを判断するためには、病状安定していることは重要だが、それだけでなく、関係構築という課題のた

め、医療観察法の入院の選択の余地はあるのかが論点になる。その際、本人の病識や医療の受け入れも重要な因子になる。本事例は、病気の認識があり、服薬と通院継続の意思が確立されている。

事例2の概要

【対象者】30歳代、女性

【対象行為】傷害(万引きをとがめた店員に暴行・傷害した)

【既往歴】鑑定入院中に、外陰部壊死性筋膜炎、敗血症を発症。近隣の総合病院で、臀部デブリードマン、S状結腸ストマ造設術、膀胱瘻増設術実施。抗告審での原決定取り消し地裁差し戻しで退院後、ストマ閉鎖術、痔瘻根治術実施。

【家族歴】明らかな精神疾患の既往を持つ者はなし。父は農家。母は農家の専業主婦をしていたが、対象者23歳時に脳出血で他界。弟は、対象者の2歳下で、家業の農業の手伝いをしている。

【生活歴】乳幼児健診で言葉の遅れを指摘され、4~7歳まで言葉の教室に通った。

小学生のころより成績不良で、中学の成績表は、5段階評価でほとんど1か2だった。中学3年時、コミュニケーションがうまく取れないことを理由にいじめられた。高校に進学したが、同級生との仲が悪くなり、2年生の2学期より不登校となり、1年間休学したのち中退した。高校中退後は、家業の農業や農協の仕事をしたが作業は覚えられず、単純作業のみ行っていた。母親他界後は、食器洗いやゴミ出しなどの簡単な家事を手伝った。

【アルコール・薬物使用歴】飲酒：缶ビール1~2本/日。問題飲酒歴なし。喫煙：20~40本/日。違法薬物の摂取歴は否定。

【犯罪歴】X 3年、住居侵入罪で検挙(寒

さしのぎで他人の家の風除室に入った)

【現病歴】17歳、不登校となったところより、大音響で音楽をかける、窓を開けて叫ぶ、「天井から誰かの声が聞こえる」と言って部屋を散らかすなどあり、A病院初診。紹介にてB病院を受診した。B病院受診時、滅裂思考、幻聴、誇大的な言動を認めた。心因反応の診断で、HPD 2.25mg/日が処方され、服用により寛解状態となった。そのため、18歳時には処方が中止され、20歳で治療終了となった。

24歳、母が入院したところより独語、不眠、自室の物を壊す等の行動あり、同年3月～7月、C病院に入院した。入院中、「農協で段取りが悪いと言われた」との不満の訴えや、「時計が欲しい」「B病院に行きたい」等の要求あり、興奮して裸になったりベッドを壊したりしたが、次第に落ち着いた。(退院時処方：RIS 8 mg+LP 50 mg等)

退院後は、デイケアに週1～3回通所し、他の日は、農業の手伝いや農協のパートの仕事をした。仕事が忙しくなったり叱責されたりすると、頭痛や吐き気などの身体愁訴や被害妄想の訴えで、救急車を呼び、自ら入院を希望。数か月間の入院を計6回繰り返した。入院中は、家族に対する不満を訴え、スタッフの前でわざと倒れる、他患のベッドに放尿する、スタッフに乱暴する等の逸脱行為があり、しばしば身体拘束された。薬物療法は、抗精神病薬(CP換算200～800mg)、VPA400mg、複数の抗不安薬・睡眠導入剤が併用された。

27歳ごろより、買い物やホスト通いで浪費し、家族の財布から金を盗むようになった。浪費が治らないため、X-6年、家族がB病院に転院させたが、B病院では、処方変更の必要はなく、デイケアや、PSWの相談が必要と言われ、X-4年、再度C病院に転

医した。

X-2年8月、入院させてもらえなかったことを理由に、自分の腹部をナイフで刺傷し、総合病院に入院。C病院に転入院し、同年9月に退院した。以降も、家族に小遣いの要求を断られると入院を希望することが続いた。

【対象行為前後の精神状態】X年3月1日、農協で勤務中に救急車を呼んだことで、農協から苦情があり、パートを解雇された。その後は、父から毎日2000円小遣いをもらっていたが、買い物で使い果たし、家族の財布から金を盗むため、父が小遣いを渡さなくなった。

X年3月20日朝、前日に金を盗んだことを父から叱責され、父に「もうしない」と約束したものの、どうしても買い物がしなくなった。店に行き、万引きをしたところを店員にみつきり、もみ合いとなり、店員に殴る蹴るの暴行をした。他の客が入店すると、トイレに逃げこみ、通報で臨場した警察官に逮捕された。

(対象行為時の薬物療法：

Sultopride150mg+OLZ10mg + VPA400mg)

【起訴前囑託鑑定】X年4月～5月 D病院に鑑定留置。意識は清明だが、話がまわりくどく、しつこく、まとまらず、質問の意図を理解せず、返答がちぐはぐだった。粗暴性や反抗的態度はなく、物静かで礼節を保っていた。「タバコを吸え」「部屋から出る」との幻聴があると訴えた。

対象行為については、「お金がなくて困っていた」「幻聴にやれって言われてやった」「自分は病気だ。反省している。店員さんに謝りたい」との発言を繰り返した。

鑑定中、事件当時の処方にOLZ10mg等が追加された(CP換算900mg)。拒薬はなく、次第に幻聴の訴えはなくなった。

WAIS- で、FIQ=50 VIQ=55 PIQ=52(言語理解50 知覚統合54 作動記憶60 処理速度52)で、軽度～中等度の知的障害を認めた。

結論として、統合失調症の重度の幻覚妄想状態と軽度精神遅滞の状態である仕事をせず、買い物に金を浪費する生活で、家族の財布から金を盗むほど窮地に追いやられていた。金銭的に苦しく、買い物ができないストレス下で、持病が悪化し「(万引きを)やれ」という幻聴が出現し、犯行に及んだ。事前に万引きを計画し、行為が悪いことだとの自覚はあり、他の客が入店するとパニックになりトイレに逃げるなど、犯行に計画性があり、違法性、反道徳性の認識はあったが、行動制御能力が欠如していた。とされ、心神喪失の判断で不起訴となり、医療観察法の申立となった。

【医療観察法の鑑定中の治療と精神状態】X年5月～6月 E病院に鑑定入院。当初は、ぼーっとして呂律不良で、返答に時間がかかる状態で、薬剤減量(CP換算900 850mg)後は、活動性改善したが、「テレビがみたい」「退院したい」「タバコ吸いたい」と昼夜問わず訴え、要求が通らないと床に倒れる、壁に額をぶつける、看護師を叩こうとする等の行動を認めた。対象行為については、「声で『万引きしてみろ』と聞こえた」「幻聴のためにやった」と述べたが、現在の幻聴の有無ははっきりしない。「弁護士さんに何を言えば、罪は軽くなるかな」等、免責を意識する発言があった。心理検査は本人が拒否し、中止された。

医療観察法鑑定主文

(1)疾病性：統合失調症の長い病歴があり、幻聴は常には存在しないが、感情の平板化、思考の貧困、意欲の低下、認知機能の低下等の陰性症状が持続している。統合失調症

の残遺症状としての社会遂行能力の低下により、お金がなければ万引きをすればよいという短絡的な思考で、対象行為を起こした。「万引きをやれ」との幻聴は願望充足的だが、人格水準低下による、規範遵守の自覚の乏しさがあり、疾病性がある。X-11年～起訴前鑑定の、4回の知能検査では、IQ=50前後で知的障害を認めるが、生育歴より、生来性の知的障害ではなく、統合失調症による認知機能低下である。

(2)治療反応性：一般に、統合失調症の幻聴や妄想に対しては、非定型抗精神病薬の効果はある。疾病教育により、再発、再犯の予防効果が期待できる。

生活環境調査報告書意見

通院、薬物療法で病状は安定していたが、問題行動は散見されていた。対象者は、「物欲しさと、『万引きしてみろ』という、自分にとって都合の良い幻聴に、気持ちが負けて、対象行為をやってしまった」「店長に迷惑をかけた。謝りたい」「通院してデイケアに通いゲームをしたい」「家の手伝いをしたい」と述べている。

家族は「薬は飲んでいたし、病状悪化時は受診に同席していた」「対象者は、事件直前に『もう財布からお金は盗まない』と言っていた。まさか強盗するとは思わなかった」「これ以上何を支援すればいいのかわからない」と述べ、困惑している。

本件と疾患との関係についての洞察の深化、社会復帰促進のために、治療プログラムを提供できる医療と、生活環境調整が必要。

【臨床検査】血液検査、尿検査、頭部MRI、胸部X線、心電図とも異常所見は認めなかった。

【当初審判 審判期日】対象行為の理由を問われて、「お金がなかったから」と返答。

自身の病気については「統合失調症」と返答した。幻聴については、「聞こえていない」と言ったり、「神様から聞こえた」と言ったり返答が二転三転した。同様の事件を起こさないためには「買い物をやめること」と答えた。

【当初審判 決定書】入院処遇決定。

対象行為当時、対象者は統合失調症に罹患し、現在も同様の精神障害を有する。

幻聴の内容は、自己にとって都合がよく、荒唐無稽ではないが、残遺状態で人格水準が低下し、感情のコントロール・自制・社会的規範遵守の自覚が乏しく、逸脱行動を抑えられない状態だった。

審判期日では、悪いことをした旨振り返り、自己の行為の違法性は認識しているが、疾病や治療の必要性の認識は不十分である。

自らの欲求を満たす金がないという対象行為と同様の状況では、同様の精神状態となり、幻聴が聞こえて弁識能力・行動制御能力が失われて同様の他害行為に至る可能性がある。医療観察法の強固な枠組み内で、薬物療法、疾病教育、生活技能訓練等を行い病状の改善を図る必要がある。

【入院後の経過】X年8月、指定入院医療機関F病院に入院。入院当初より、幻聴は否定。事件当時の幻聴について「あるにはあった」が、事件を起こしたのは幻聴のせいではなく、金がなかったからだと述べた。拒薬はなく、日々のケアには協力が得られるが、身体疾患を「すぐに手術して治してほしい」との訴えや、「OTでパソコンをやりたい」等、自身の要求を一方的にしつこく訴える傾向がある。幻聴で事件を起こしたわけではない、として本人が抗告。

【抗告審 決定書】心神喪失者であるとの判断には事実誤認がある、として原決定破棄、地裁差し戻し。

犯行の動機が金がないのに物を買いたいという理由である

犯行が計画的・合目的的である

犯行当時統合失調症の症状は大きく悪化していなかった

違法性、反道徳性の認識があった

幻聴は願望充足的で対象行為は幻聴に支配されたものではない

X年10月 F病院退院。

【抗告による退院後の状況】家族は引き受けを拒否。付添人の調整で、身体合併症の治療と療養を目的に、B病院に入院。B病院では、服薬は遵守し、睡眠もとれていたが、退院やケアの要求にスタッフが対応できないと、床に寝そべる、壁に頭をぶつける、他の患者のお菓子を食べる等の逸脱行動や、対応したスタッフへの暴力があり、隔離処遇とされた。

X年12月、B病院内で審判期日。当初審判の際に、幻聴の有無についての返答を翻した理由や、事実はどうだったかについて、問いただされると混乱し、付添人に対し、ネクタイをつかんで、殴ろうとした。

【原決定差し戻し後の再審判の決定書】

入院処遇決定。

対象行為時は、統合失調症の残遺症状による人格水準低下の影響下にあった。現在も、統合失調症に罹患しており、疾病性を認める。

現在も、暴力、自傷、盗食などの衝動行為が抑制できない状態であり、継続的な治療が必要である。

指定入院医療機関の担当医は「知的障害による精神状態で説明ができる」「知的障害のため心理社会的介入の効果は限定的」と主張するが、知的能力低下は統合失調症の慢性経過による病状の一部であり、治療効果が全くないとまでは言えない。

医療による積極的な改善が見込めなくても、現状維持、病状悪化の抑制の目的で、治療反応性は肯定される。

家族は受け入れを拒否し、対象者の受け入れを表明している医療機関、福祉支援サービスがない。

B その後の経過

【2度目の入院決定後の経過】X+1年6月、F病院に再度入院した。入院時のインタビュー面接で、対象者は「自分は統合失調症と買い物依存症」「金銭管理が目標」と述べ、現在の幻聴は否定した。B病院での逸脱行動については、「タバコが吸いたくて暴れた」と説明した。「前回、抗告したら、退院しても家に帰れず、閉じ込められたから」と抗告は望まず、「お父さんと付添人に電話して、早く退院させて」と要求した。入院2日後、身体合併症の処置で点滴治療を行ったことに不満を持ち、スタッフに暴力をふるい、さらに、故意に転倒し、前額部を裂傷、その後も転倒を繰り返したため、身体拘束となった。その後、身体拘束に不満をもち、「やっぱり抗告する」と付添人に連絡した。常時観察を行いつつ行動制限の一時解除を行うなどしたが、スタッフによる態度の使い分けが目立ち、暴力や自傷が散発したため、行動制限の解除が困難だった。暴言、暴力、自傷を主なターゲットとして行動モニタリング表を作成、常時観察のスタッフの交代ごとに評価し、翌日、約束が守れていることを確認したうえで、行動拡大を図る方針としたところ、次第に逸脱行動が減少した。約1か月半で身体拘束終了。その後は病棟内適応している。

C 論点の整理(コメント)

この症例で検討すべきことは以下の4点である。

動機が了解可能で、違法性を認識し、計

画的、合目的的に行われたように見える行為で、「人格水準の低下」「衝動制御困難」と判断し、責任能力を減じるために、検討することは何か。

統合失調症の残遺状態と、知的機能の障害のある対象者について、医療観察法による治療反応性を、どのように判断するか。

「精神症状の悪化の防止」「現状維持」が主目的とされた場合に、医療観察法の入院は、いつまで継続すべきか。入院継続の妥当性について、何を検討すべきか。

知的機能の障害のある者の逸脱行動について、司法機関、一般精神医療、医療観察法の医療、それぞれが担うべき役割は何か。

については、統合失調症、知的障害のいずれであっても、疾病や障害そのものによる影響と、疾病、障害により社会的な責任を免除された経験から、犯行が助長されているもの(いわゆる疾病利得)を、考慮すべきである。特に軽度知的障害を有する者や、軽度発達障害、軽度のパーソナリティの偏りを有するものでは、低学年のときには不適応が目立たず、高学年になり、より高度な対人関係技能や社会生活技能が求められるにつれ、適応上の破たんをきたし、反応性に精神病状態をきたすことがあり、操作的には統合失調症や気分障害の診断基準を満たすことがある。臨床的には、これら精神障害の治療が必要であることはいうまでもない。一方で、犯行について、その精神障害の影響の程度を判断するためには、犯行当時の、犯行以外の全般的な生活状況や治療状況、過去の類似の状況とその当時の精神状態などを、経過を詳細に検討する必要がある。本事例では、過去に急性精神病状態をきたしたことはあったが、最近数年は、日常生活や自身の嗜好に関することは問題なく行える一方で、金銭管理や仕事

など自身の責任を果たすことを求められると安易に医療を乱用し、責任を回避してきた経緯があり、統合失調症の人格水準の低下や衝動性の障害の影響と判断することには疑問がある。

について、統合失調症、知的障害、パーソナリティの影響はあり、なし、に二分されるものではなく、それぞれの影響の程度を判断する必要がある。本対象者では、医療・薬物療法を継続している中で犯行に至っていた。刑事責任能力の鑑定中、心理検査で知的障害を認め、経時的に行っている心理検査で10年前と知的障害の程度は不変であった。学業成績が悪くなかった、高校に進学している、との情報についても、成績表を詳細に確認すると、参加態度などの評価は悪くないが、教科の理解力は軒並み低い評価である、高校の受験科目が小論文のみであるなどの副次情報も参考にすれば、知的障害を否定し、統合失調症による認知機能障害の進行であると結論づけることには疑問がある。

について、医療観察法の医療の要件に、「精神症状の悪化の防止」「現状維持」が含まれるのはその通りであるが、それは、あくまでも疾病性、社会復帰要因との関連においてである。多くの精神疾患、精神障害は慢性のものであり、寛解状態で対象行為に至った者を医療観察法の対象に含めれば、医療観察法の医療の終了の判断はできないことになる。

について、軽度知的障害で、欲求不満に対して衝動的に暴力、自傷を繰り返したり、功利的に逸脱行為や犯罪行為を繰り返したりし、しばしば対応に難渋することがあるのは現実である。この事例では、医療観察法で入院しても、地域の医療、保健、福祉、司法の状況を変えることは困難で、

それぞれの機関が果たす役割を遂行したうえで、対象者本人にも自らの責任を果たしてもらうことが必要であると思われる。

平成27年度事例概略

【基本情報】対象者：40代 女性

既往歴：なし。飲酒・薬物歴：問題飲酒、違法薬物の使用はない。犯罪歴：特記なし

【医療観察法処遇の経緯】1回目の対象行為は殺人未遂（第三者女性2名）で、指定入院医療機関で2年間入院後、指定通院医療機関で通院開始した。通院中、第三者女性の器物を破損し、措置通報されたが、措置不要にて任意入院した。入院中に、他患、職員を傷害し、再入院の申立がされたが、医療終了の決定がされ、鑑定医療機関退院直後、措置入院した。措置解除後、入院中に2回目の傷害に至り、3回目の医療観察法鑑定がされた。

【家族歴】父は会社員として定年まで勤務し、几帳面で礼儀正しい。定年後は対象者の支援に疲弊した母に変わって熱心に関わるようになった。過保護。従兄弟に統合失調症あり。母は病弱で、神経質で、対象者に対し過干渉である。同胞が統合失調症で薬物療法に懐疑的である。

【生活歴】同胞なく、第1子長女として出生。妊娠中の合併症はないが、難産で鉗子分娩で、胎児仮死で出生した。その後発育発達に異常を指摘されたことはない。父の勤務の関係で転居することが多かった。小学校時、落ち着きがなく、私語が多く成績は中から下。転校時、いじめに遭い、取っ組み合いのけんかをすることもあったが、学校に慣れるにつれて孤立することはなくなり、一人遊びに耽ることはなかった。性格は穏やかでおとなしかった。中学校時、転校しバレーボール部に入部したが、なじ

めず、練習相手もおらず、すぐに退部した。成績は中の上で高校入学後、再びバレーボール部に入部。肩が強くアタッカーを希望したが監督に受け入れてもらえず、スパイクの仕方を変更させられるなどありすぐに退部した。その後、高校2年で転校し、部活動はせず勉強に励んだが、成績は振るわなかった。3年時に、友人でもない同級生に学級委員長に推薦され、それを嫌がらせだと思った。その頃より同級生に嫌われていると、孤立することが多くなった。大学は数校受験したが、唯一合格した地元の大学に進学した。

【現病歴】高校の頃より、医師から否定されても、肛門から粘液が出て悪臭を放ち、それにより周囲より嫌がられていると悩んでいた。大学1年の頃、音楽サークルの仲間何か臭いといわれているような気がして思い悩んだ。その後大学の至る所から、陰口が聞こえるようになった。大学3年時、サークルの花見の席で、先輩が悪ふざけをしたのに対し、つまみを投げたところ、先輩が殴りかかってきたため、殴り返したところ相手に大けがを負わせた。その示談交渉で相手が法外な要求をしていると感じ、大学に対する被害妄想が悪化していった。さらに、近所からも悪口が聞こえるようになり、それは大学の人が近所に悪い噂を流しているからだ確信した。

大学4年時、幻聴について親に相談し、A病院精神科を受診。統合失調症の診断で薬物療法が開始された。徐々に幻聴や妄想が気にならなくなり、学内の対人関係も改善したため、数ヶ月で治療を中断。その後は対象者が被害的な言動をする度に、母親が病院に相談し、薬物の非告知投与をしていた。大学卒業後は就職せず、アルバイトなども長続きしなかった。自宅に閉居する

なか、近隣住民に対する被害妄想は持続し、隣の人に自慰行為を見られ、さらに幻聴や被害妄想が悪化した。

X-7年自室にいた際、幻聴により被害的となり興奮し、自宅近くにいた3歳の幼児を蹴った。そのため警察保護され、統合失調症の診断で措置入院となり、B病院にて約1年間入院した。病気であることには納得しなかったが、主治医より疾病教育を受け、一定程度病感も芽生え、退院後は定期的に受診し、服薬も遵守した。

X-4年、年末に後輩の結婚式に参加し、その際大学の友人らと住所の交換をしたため、それまでこなかった年賀状がくると期待したが、年が明け年賀状が来ないことに落胆し、それをきっかけに大学への被害妄想が再燃し、大学の同級生が働く会社に侵入し、ガラスを割る、ものを壊す、落書きをするなどし、そのため、B病院に2回目の入院となった。治療の結果、幻聴や被害妄想は軽快し、約半年で退院し、地元の就労支援施設に通所した。だが、半年ほどでスタッフに嫌われていると思い込み通所をやめた。その後、デイケアに通所し、通所するバスの中で「むかつく」などの被害的な幻聴はあったが、陶芸活動や軽音楽活動などに好んで参加し、対象行為まで1年半ほど通所した。

【1回目の対象行為に至る状況】デイケアに通所しながら、X年Y-1月には家電量販店でアルバイトをすることになった。だが、対人ストレスなどから疲労し、長続きしなかった。この頃、大学の同級生名簿を見て被害的感情が増強し、名簿にある番号に無言電話をかけることがあった。対象行為数日前より、被害妄想や強い孤独感から情動不安定となった。X年Y月、家族のささいな言動から、病人扱いされると感じて

絶望し、自宅の家具をひっくり返した後、果物ナイフを持ち出し、大学の同級生が勤務する会社に押し入り、職員を後ろから刺し、それでも過去の恨みは晴らせないと近くにいた2人目の職員も刺した。

【1回目の医療観察法鑑定とその後】医療観察法鑑定で統合失調症と診断された。

X年Y+7月、指定入院医療機関であるC病院に入院し、約2年間入院治療した。入院中ジプレキサを主剤とした薬物療法により、幻聴、自己臭妄想、被害関係妄想は改善。一方で、社会性の障害や興味関心の偏り、想像力・共感性の乏しさが認められ、心理検査の結果(VIQ105、PIQ87、FIQ97)から、アスペルガー症候群が合併していると判断された。自閉的な生活を好む一方で、自分を評価してほしいという欲求は高く、自身の考えに対するプライドやこだわりは強いため、そのため現実世界と葛藤を生みやすく、被害的な認知や衝動性の高さから行動化しやすいと指摘された。統合失調症のみならず、アスペルガー症候群についても疾病教育を行い、自身の特徴を受け入れられるようになり、対人関係技能トレーニング、衝動性の高さに対しアンガーマネジメントを行い、病識や対象行為に対する内省は一定程度深化し、退院した。

【医療観察法通院処遇中の状況と再入院申立】X+2年、医療観察法通院処遇に移行し、D病院に定期的に通院。デイケアに通所し、大きな問題なく過ごしていた。通院処遇1年ほど経った頃、新調しためがねを誰からもほめられないことに憤り、デイケアから帰宅する際の駅ホームにおいて、「女性に避けられているのではないか、女性をにらみつけ挑発すれば妄想かどうかわかる」と思い、ホームにいた携帯電話を操作する女性をにらみつけるが無視され、「このままでは

警察に通報される」と思い込み、その女性から携帯電話を取り上げたたきつけて壊した。その後警察に保護され警察官通報がされたが、措置不要と判断され、X+3年指定通院医療機関であるD病院に任意入院した。入院中、病院職員が自分の起こした事件のことで悪口をいい冷遇すると、被害感を募らせていた。さらに退院の見通しが立たないことに憤り、その後、他患者や病院職員を殴る等した。そのため、X+4年第59条1項による再入院の申立が行われた。

【2回目の医療観察法鑑定とその後】2回目の医療観察法鑑定が行われ、統合失調症は不完全寛解、対象行為は非社会性人格障害によると判断され、医療終了の決定がされた。入院中、大幅に抗精神病薬が減量され、面会した父親には、病院職員が追いかけてくるから住所は書くなと何度も話していた。鑑定入院医療機関退院後、父親と地元に戻る車中で、同院職員が追いかけてきて殺される、盗聴器を仕掛けていると、衣類を脱いで全裸になり、父親にも上着を脱ぐように命じ、盗聴器を探そうと不穏になる。翌日には頭髪に盗聴器があると丸坊主にし、それでも殺されるような被害感が切迫し、家の外に出て「殺すなら殺せ」と叫びながら歩き、警察に保護され、X+5年、即日E病院に措置入院した。

【2回目の対象行為に至る状況】措置入院後、表面的には落ち着き措置解除となったが、他患者や職員が常に悪口をいうと被害的でトラブルとなることが絶えず、その都度隔離された。何とか支援者の支援を受けながら、外出や外泊を進めていったが、家族は退院に不安が強く退院の目処が立たなかった。入院中、本人は小説家になりたいと訴え投稿などするが思うようにいかず、退院も決まらないことから、E病院が意図

的に退院させず小説家の夢を阻んでいると被害的になり、「病院内で事件を起こせば病院の評判が下がり、仕返しになる」と、たまたま同じ病棟にいた女性患者を十数回殴り、傷害にて逮捕。X+6年、起訴前刑事責任能力鑑定にて心神耗弱と判断され、医療観察法の申立がなされた。

【3回目の医療観察法鑑定】臨床検査：検体検査およびホルモン検査、梅毒反応、脳波、頭部CTとも異常所見はない。心理検査：バウムテスト、風景構成法、MMPI総合所見：疲れやすく、最後まで検査を実施できたのは3検査のみであった。著しく心的エネルギーが低下した状態で、自我機能は全般的に低下し、統合力、現実検討力の低下が認められる。また記憶障害や思考障害も示唆される。他害行為があったことは理解するが、反省や謝罪の気持ちはうかがえない。人格的な未熟さや共感性の低さがあると推測される。猜疑傾向や被害妄想もあるようである。以上より対象者の病態は精神病水準であることが推測される。対人関係の苦手さや共感性のなさ、妄想的な傾向は自閉症スペクトラム障害にも認められる。しかし、自閉症スペクトラム障害においては通常、対象者のような著しい心的エネルギーの低下は認められず、社会場面での不適応は生じるものの自己構造が揺らぐことはないため、人格水準の低下は起こさない。よって自閉症スペクトラム障害は除外される可能性が高い。

【鑑定意見 疾病性 診断】妄想型統合失調症に罹患している。高校3年生頃に発症。症状は被害妄想、関係妄想が中心で、対象は主に出身大学やその卒業生であり、入院を繰り返す様になってからは、病院や病院職員であった。治療は精神療法や薬物療法によるものであったが、病識や現実検討を

得るのは困難で、現在も統合失調症を否定する。以前から症状を隠し主治医に対して軽く言う傾向があり、2回目の医療観察法鑑定では入院中特に激しい症状がなく、穏やかに鑑定を受けていた。退院当日、幻覚妄想状態に至ったのは鑑定医がこのことに気づいていないためだろうと述べる。非社会性人格障害については否定的で、過去の対象行為は統合失調症によるものだと考える。広汎性発達障害に関しては小中学校の交友関係からは否定的だと思われる。

【鑑定意見 疾病性 他害行為との関係】対象者は幻覚、妄想に支配され、日頃から被害を受けてきたE病院をつぶすためにその評判を落とす手段として短絡的に、入院中の女性患者を殴ったものである。対象者は幻覚妄想状態に支配されており、心神喪失状態にあったと思われる。

【鑑定意見 治療反応性】妄想型統合失調症に対しては非定型抗精神病薬を中心とした薬物療法や精神療法、作業療法などの有効な治療法がある。薬物療法を実施し、安定した鑑定入院を送っている。しかし、これまでの経過から対象者は、幻覚妄想状態のために他害行為を繰り返しているので治療は不十分であったと思われる。対象者は現在に至っても内省が深まっていない。

【鑑定意見 社会復帰要因】被害者に対して謝罪意識を持っているが、幻覚妄想状態にあるため、E病院に対しては謝罪していない。病識が不十分なため、構造の明確な治療を改めて受ける必要があると思われる。入院治療中に地域で新たな支援体制を構築することが求められる。

B その後の経過

審判で入院決定となり、X+7年、遠隔地にある指定入院医療機関に入院した。対象者は地元に見放されたと落胆し、家族や地

元支援者に被害的となっていた。入院時、統合調症ではないと症状は否定し表面的には穏やかであった。しかし、何の接触もないなかで看護者が悪口をいうと、突発的にドア蹴りや壁に頭を打ち付ける自傷行為が認められ、ほとんどの時間を対話性の幻聴に支配されるなど、幻聴や被害妄想など精神病性症状に強く影響されていると判断した。それまでの治療経過を踏まえ、治療抵抗性統合失調症と判断し、倫理会議の承認を経て、クロザピンによる治療が開始された。クロザピン開始から数ヶ月後より、徐々に精神病的な行動は目立たなくなり、食事や睡眠は安定し、整容など最低限の日常生活能力は回復した。病状の回復とともに行った心理検査 WAIS- においては、全検査 I Q 96 言語性 I Q 101 動作性 I Q 91 と、知能は一般平均範囲内であったが、群指数間に有意差（言語理解 > 作動記憶・処理速度）を認めた。精神病症状が改善する一方で、対人関係においては常に敏感であり、そのような自身のストレス状況についてモニタリングは共有できるようになったが、病識は乏しく、「自分の我慢が足りないだけです。」と自身の考えに拘り、修正しづらく、必要時以外は自室に閉居するしか対処法が身についていない。人格水準の低下はないが、情緒的な交流は乏しく、家事や金銭管理、時間管理など日常生活能力は低い。社会適応を阻害している要因として、衝動性の高さ、共感性の乏しさ、生活能力・問題解決能力の乏しさがあり、それが背景にある自閉症スペクトラム障害によるものと考えられ、その後は統合失調症の疾病教育に合わせ、自閉症スペクトラム障害に対する疾病教育、アンガ マネジメント、モニタリングクライシスプランの作成を行っている。

C 論点の整理(コメント)

度重なる鑑定において疾病性の判断が分かれた事例である。

統合失調症の程度、自閉症スペクトラム障害の有無、非社会性人格障害の有無に関して、これまで判断が分かれており、診断および疾病性についてどのように判断すべきか。

医療観察法による処遇や、精神保健福祉法上の入院中で、怠薬がなく手厚い介入がある中で、他害行為が繰り返されており、治療反応性についてどのように判断すべきか。有とすれば具体的にどのような治療が適当と意見すべきか。

以上から、今後の再他害行為のリスク及び医療観察法による処遇をどのように判断するか。

統合失調症の背景に自閉症スペクトラム障害が合併している場合においては、その特徴である社会適応の困難さ、独特の解釈に加え、共感性の乏しさ、衝動性の高さから他害行為に至ることも少なくない。本事例では、入院中の他害行為が続き、退院できないという現実的な葛藤のなかで度重なる他害行為が生じており、他害行為と疾病との関連性を慎重に判断する必要があると思われる。統合失調症及び自閉症スペクトラム障害や人格障害の鑑別と、それらが対象行為にどのように影響したかにより、医療観察法処遇やクロザピン治療の適応の是非、今後の社会復帰支援に医療としてどこまで介入できるのか、すなわち疾病性及び治療反応性が決まってくると思われる。

4 . 最高裁判所司法統計の分析 再録

最高裁判所がホームページで公開している司法統計の医療観察法統計部分を基に、全国の決定を平成 17 年から平成 26 年にか

けて昨年分析したものを再録する。

入院決定に関して、平均からの偏移・ばらつきは、前期（平成 17-19 年）で、大阪管区や広島管区で低く、ばらつきが目立った（図 5）。中期（平成 20-22 年）で、ばらつきは確実に減少している（図 6）。しかし後期（平成 23 年-26 年）でも、高松管区が低いなどばらつきは持続している（図 7）。

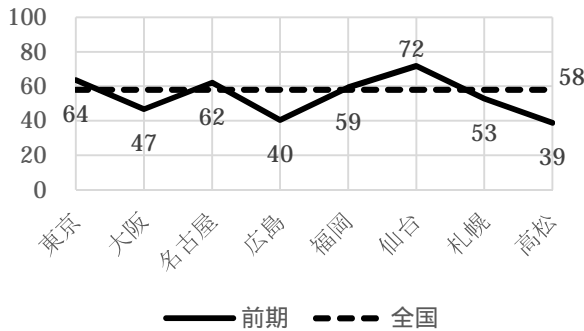


図 5 H17-19 年高裁管区別入院決定比率

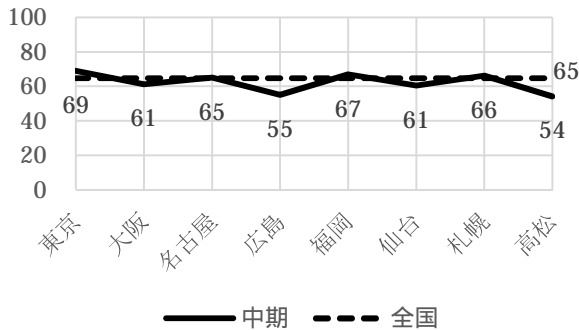


図 6 H20-22 年高裁管区別入院決定比率

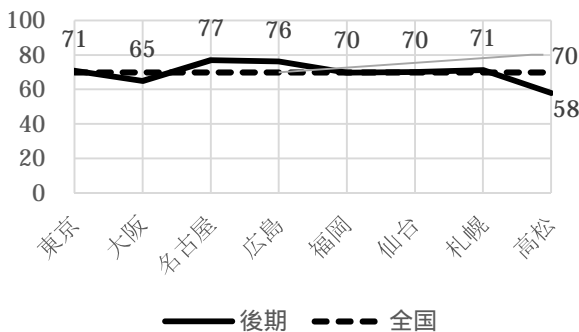


図 7 H23-26 年高裁管区別入院決定比率

D. 考察

1. 養成研修会受講生アンケート

平成 28 年度は有用度 71%、理解度 56%と高水準を維持した（図 8、9）。

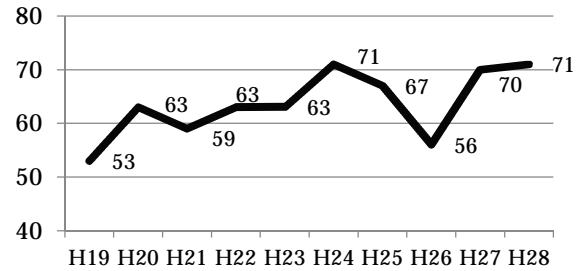


図 8 「有用」回答率 % (H19-H28)

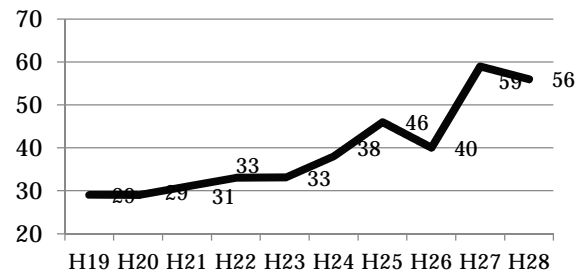


図 9 「よく理解」回答率 % (H19-H28)

有用度・理解度の詳細を分析すると、有用度は、初回参与員で向上が目立つ一方で、理解度は初回・継続参与員で低下がみられた。

一方、判定医については、継続受講者での有用性、初回・継続受講者での理解度が昨年度より向上し、おおむね良好な評価であった。

初回と継続に分けて分析すると、初回受講生は、有用 79%、やや有用 20%、継続受講生は、有用 65%、やや有用 33%と、初回受講生で有用度が高かった。理解度については、初回受講生で、47%が理解、52%がまあまあ

理解、継続受講生で、62%が理解、35%がまあまあ理解と、継続受講生で高かった。

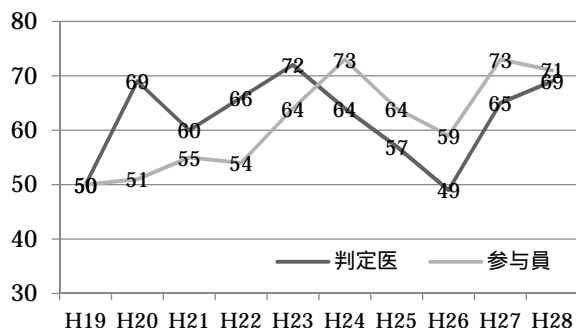


図 10 「有用」回答率%職種別 (H19-H28)

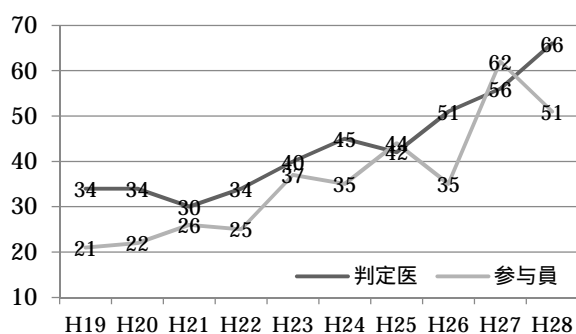


図 11 「よく理解」回答率%職種別 (H19-H28)

職種別でみると、有用度は初回判定医と比較し、初回参与員で高く（有用 73% v.s. 83%）、継続受講者では判定医、参与員の差はなかった。一方で、理解度は判定医の方が参与員よりも初回・継続ともに良好であった。

参与員は、審判シミュレーション、医療観察法入院医療など実践的な内容に有用性を感じ、業務に直接関わる知識の習得や演習に取り組みたい、との回答が多かった。一方で、医療観察法の施行状況に関して有用と感じる割合は少なかった。この背景には、日常業務の中ですでに情報を入手するなどして、講義内容に新たな情報が乏しかった可能性が考えられる。また、他の職種の業務に関して理解を深めたいと考える割

合は、従来通り少ない傾向が見られた。多職種チーム医療は医療観察法医療の重要な柱のひとつであり、現場での実践も進んでいる。講義では、他職種の役割を学ぶにあたり、連携場面を取り上げるなど内容の改善が望まれる。

プログラムの中でも、グループディスカッションの評価は職種、経験を問わず高かった。自由記載でも、職種や施設を越えた交流の有用性や時間延長の要望が寄せられ、意義深いプログラムと考えられた。

養成研修全体の評価は高かったが、有用性が低いと評価されるプログラムは固定化の傾向にある。いずれも養成研修として不可欠のプログラムではあるが、参加者の声も参考に有用性の向上がはかれることが望ましいだろう。

2. 判定事例研究会への事例提供

判定事例研究会は、3会場で開催し合計6事例を提示した。例年は、過去事例も提示したが、本年度は新規のみ3事例を提示し、通院事例を含め幅広く事例を提示した。

3. ケースブック用仮想事例作成

ケースブック用仮想事例のひとつは、初回通院決定事例で、通院処遇を考慮するにあたっては、医療継続するために、病状安定していることは重要だが、それだけでなく、関係構築という課題のため、医療観察法の入院の選択の余地はあるのかが論点になる。その際、本人の病識や医療の受け入れも重要な因子になる。

E. 結論

最高裁司法統計の分析によると、年を追うごとに、決定のばらつきは減少しているが、平成 22-26 年でもまだばらつきがみら

れた。同じ事例に対しては、どの地域で検討しても、同じ決定が出るのが望まれる。その為には、まず精神保健判定医の養成の質を担保する必要がある。今年度は、養成研修会アンケートで抽出した講義への要望事項を基に、各職種の役割の講義を見直し、多職種チームの実際をシミュレーションする講義を、企画委員会に提案した。

すでに実務についている判定医については、医療観察法鑑定・審判時の考え方の整理・周知が重要である。判定事例研究会では、実務についている判定医に研修の機会を提供するとともに、判定に苦慮する事例をエキスパートとして検討し考え方を整理した。事例を仮想化し、医療観察法仮想判定事例ケースブックを作成し、広く、判定医に周知することは今後も重要であると考えられる。さらに、幅広く司法精神医学および医療をテーマにして、シンポジウムを開催してゆくことも重要である。

同じ事例をワークショップで検討するのは、均てん化に寄与するところが多い。また、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（精神障害分野））専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究分担研究報告書 精神保健判定医の質の担保に関する研究（分担研究者八木深）によると、鑑定経験や審判経験については、ほとんど経験のないものと、多数の経験をしているものに、2 極化している（図 12・13・14）。

各地方裁判所が、依頼にあたって、名簿順に機械的に依頼することで、経験数を均てん化する工夫も必要と考えられた。その場合、著しく質の低いと考えられる鑑定がされないように、鑑定中に合議体で、カンファレンスを実施するのが重要になると思

われる。

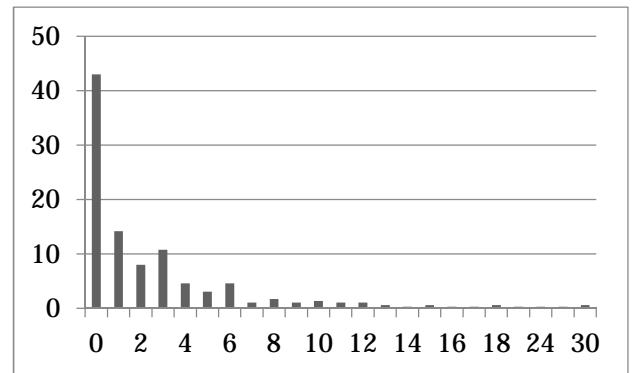


図 12 医療観察法鑑定受託件数の分布 % (平成 25 年)

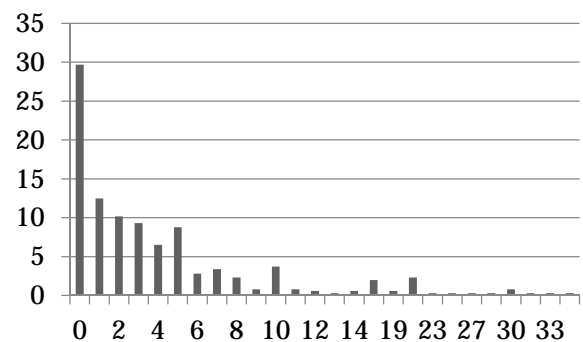
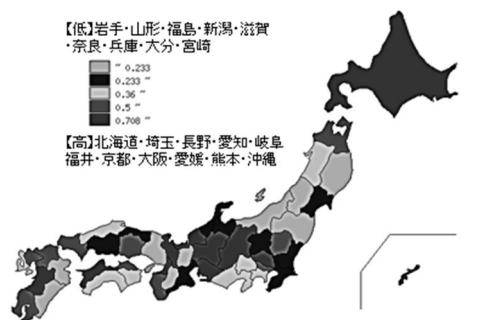


図 13 医療観察法審判受託件数の分布 % (平成 25 年)

地裁ごとの鑑定件数(件/人・年)



地裁ごとの審判件数(件/人・年)

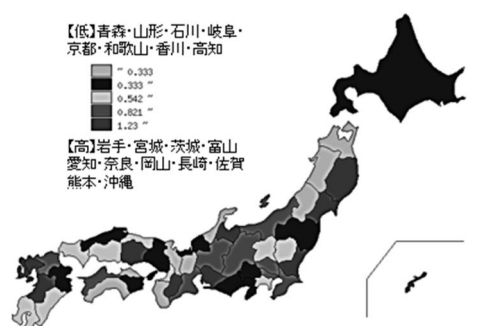


図 14 地裁ごとの鑑定件数・審判件数(件/人・年)(平成 25 年)

F.健康危険情報

なし

G.論文発表

なし

H.知的財産権の出願・登録情報



なし

資料1 精神保健判定医等養成研修会受講生アンケート

厚生労働科学研究精神保健判定医養成等制度運用の見直しに関する研究
 分担研究者 独立行政法人国立病院機構花巻病院 八木 深

アンケートご協力をお願い

精神保健判定医等養成研修会ご参加お疲れ様でした。今後の研修をよりよいものにするために、研究班として提言したいと思っております。つきましては、以下のアンケートにご協力いただければ幸いです。該当する()に をつけ、自由記載欄には記述をお願いいたします。

- ・今回の研修は? ・参加種別
- () 初回研修 () 精神保健判定医
 () 継続研修 () 精神保健参与員
 () その他
- ・今回の研修についてお答えください
- 1 講義の有用性 2 講義の理解度
- () 有用 () 理解できた
 () 
 () 有用でない () 理解できない

・有用だった講義、もっと理解を深めたいと思った講義をいくつでもお選びください

	有用	理解	
第1日	1	()	() 触法精神障害者の処遇の歴史
	2	()	() 医療観察法の概要(法学)
	3	()	() 医療観察法における医療と法律
	4	()	() 医療観察法における保護観察所の役割
	5	()	() 医療観察法が行う医療の特徴
	6	()	() 医療観察法における看護の役割
	7	()	() 医療観察法における薬物療法
	8	()	() 医療観察法における作業療法士の役割
	9	()	() 判定医のみ 刑事責任鑑定と医療観察法
	10	()	() 判定医のみ 医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務
第2日	11	()	() 参与員のみ 精神保健参与員の業務と責任
	12	()	() 参与員のみ 精神保健参与員業務演習
	13	()	() 医療観察法における入院医療
	14	()	() 医療観察法における通院医療
第3日	15	()	() 審判シミュレーション
	16	()	() 我が国における医療観察法の施行状況
	17	()	() 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告
	18	()	() グループディスカッション1
	19	()	() グループディスカッション2

裏面に続く

講義内容に重複があったものがあればご記載ください

記入例： 講義 1 と 講義 2 など

・今後の研修会の進め方等についてのご意見（自由記載）をお書きください

判定医の先生はこちらもご記入ください

1. 措置入院の要否に係る診察のご経験 () あり () なし

2. 刑事責任能力鑑定のご経験 経験数は概数でも結構です。

刑事責任能力鑑定経験年数 () 年

簡易鑑定経験数 () 件

嘱託鑑定経験数 () 件

公判鑑定経験数 () 件

刑事責任能力鑑定合計経験数 () 件

継続研修受講の判定医の先生はこちらもご記入ください

3. 医療観察法に係る鑑定・審判のご経験 経験数は概数でも結構です。

判定医名簿登載後経過年数 () 年

医療観察法鑑定経験数 () 件

医療観察法審判経験数 () 件

ご協力ありがとうございました

資料2 養成研修アンケート 有用だと思った講義

有用だと思った講義	初回	初回	継続	継続
	判定医	参与員	判定医	参与員
1 触法精神障害者の処遇の歴史	63%	59%	-	-
2 医療観察法の概要（法学）	65%	61%	-	-
3 医療観察法における医療と法律	63%	52%	-	-
4 医療観察法における保護観察所の役割	53%	57%	-	-
5 医療観察法が行う医療の特徴	47%	52%	-	-
6 医療観察法における看護の役割	53%	52%	-	-
7 医療観察法における薬物療法	53%	46%	-	-
8 医療観察法における作業療法士の役割	53%	52%	-	-
9 刑事責任鑑定と医療観察法	63%	-	-	-
10 医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務	81%	-	-	-
11 精神保健参与員の業務と責任	-	67%	-	-
12 精神保健参与員業務演習	-	63%	-	-
13 医療観察法における入院医療	53%	69%	-	-
14 医療観察法における通院医療	47%	65%	-	-
15 審判シミュレーション	72%	72%	-	-
16 我が国における医療観察法の施行状況	44%	52%	56%	56%
17 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告	60%	59%	71%	71%
18 グループディスカッション1	72%	67%	76%	81%
19 グループディスカッション2	72%	63%	70%	80%

資料3 養成研修アンケート もっと理解を深めたいと思った講義

もっと理解を深めたいと思った講義	初回	初回	継続	継続
	判定医	参与員	判定医	参与員
1 触法精神障害者の処遇の歴史	16%	13%	-	-
2 医療観察法の概要（法学）	16%	35%	-	-
3 医療観察法における医療と法律	28%	35%	-	-
4 医療観察法における保護観察所の役割	14%	24%	-	-
5 医療観察法が行う医療の特徴	21%	20%	-	-
6 医療観察法における看護の役割	12%	11%	-	-
7 医療観察法における薬物療法	19%	15%	-	-
8 医療観察法における作業療法士の役割	9%	7%	-	-
9 刑事責任鑑定と医療観察法	30%	-	-	-
10 医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務	26%	-	-	-
11 精神保健参与員の業務と責任	-	41%	-	-
12 精神保健参与員業務演習	-	43%	-	-
13 医療観察法における入院医療	19%	15%	-	-
14 医療観察法における通院医療	19%	19%	-	-
15 審判シミュレーション	12%	35%	-	-
16 我が国における医療観察法の施行状況	9%	15%	24%	15%
17 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告	21%	30%	27%	19%
18 グループディスカッション1	12%	22%	16%	17%
19 グループディスカッション2	9%	24%	14%	16%

厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）
 分担研究報告書

医療観察法医療従事者養成等制度運用の見直しに関する研究

分担研究者 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

研究要旨
 先進的な海外の司法精神医療・福祉制度の手法や国内での実践を参考に、今後の医療観察制度で必要となる退院調整や地域への移行、地域での援助等についての専門的知識やスキルを明らかにし、これらを行う関係機関職員のための研修方法や内容、教材、ガイドラインを作成し、提案する。また、これらの調査や検証の過程で、有効な支援ツールなどを積極的に紹介し、必要に応じて、我が国の制度や関係機関の状況に合わせものを開発していく。

研究協力者

石井利樹	神奈川県立精神保健福祉センター
大森まゆ	NCNP
金成 透	所沢慈光病院
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
千野根 理恵子	NCNP
宮坂 歩	NCNP
井上 薫子	長谷川病院
小河原 大輔	NCNP
古賀千夏	NCNP
高木 善史	神奈川県立精神医療センター
女鹿 美穂子	いこいプラザ ケアホーム
若林 朝子	NCNP
NCNP	国立精神・神経医療研究センター

調査協力施設等

【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)/ 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)/ 昭和大学付属烏山病院(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)/ 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)/ 長野保護観察所(保護観察所)/ 愛知保護観察所(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)

【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

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地域関係機関による入院処遇から通院処遇・地域への円滑な退院調整、地域移行への取り組み、退院後の地域処遇における対象者への支援方法等に必要となる専門的な知識・技術を明らかにする。そして、医療観察法の初任者研修を終え、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・社会復帰援助に実際に関わっている指定通院医療機

関、保健所、都道府県、市区町村、社会復帰施設等の中核となる従事者への研修方法について、具体的な提言を行い、必要な演習用模擬事例、テキストなどの教材、実務や研修用のツールを開発していく。

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通院医療機関、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

初年度は、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、地域関係者への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・地域処遇を行うためのケアマネジメント、中堅従事者や援助者への研修方法等について具体的に検討した。

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、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)、「司法精神医療福祉研究会」(東京都及び関東全域対象)、「かながわ司法精神医療福祉ネットワーク(神奈川県)」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、地域処遇の方法に必要な研修内容と方法を明らかにした。

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の初任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昨年協働で実施した研修プログラム【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、2日間の医療観察制度の地域処遇関係者への上級者研修を実際に行い、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研修】について、「司法精神医療福祉研究会」(東京都及び関東全域対象)等の協力を得て、研修方法、内容等について、些細な再検討を行い、本研究の目的でもある指定通院医療機関や地域関係機関の中堅実務者に必要な研修項目を抽出した。

また、昨年、本研究では、英国の司法精神医療での円滑な退院促進や地域支援を推進した「司法精神医療・保健・福祉に関わる実務担当者に必要な専門的知識、スキル等の習得を目的とした専門的、実践的な研修」については、特に高度な専門的知識、スキル等の習得を目的とする国や地方公共団体、大学などが行う公的な研修と、実践的な事例や手法、地域特性、関係機関での連絡調整なども含めた地域関係機関による自主的な研修の二つが両輪となっていることを明らかにした。そして、前項目の

高度な専門的知識、スキル等の習得を目的とする国や地方公共団体、大学などが行う公的な研修をモデルとして、2日間の医療観察制度の地域処遇関係者への上級者研修を行った。

今年度は、英国の司法精神医療での円滑な退院促進や地域支援を推進した「司法精神医療・保健・福祉に関わる実務担当者に必要なとされる専門的知識、スキル等の習得を目的とした専門的、実践的な研修」については、特に高度な専門的知識、スキル等の習得を目的とする国や地方公共団体、大学などが行う公的な研修会(以下、「司法精神医療[医療観察制度]の専門的知識、スキルについての公的な研修会」)の内容について、引き続き、英国の関係者、国内の研究者や実際に医療観察法の通院処遇の関わっている指定通院医療機関、保護観察所、保健所、市区町村、社会復帰施設などの職員など協力を得て、研修方法や内容などの調査を継続した。

また、今年度は、英国の司法精神医療での円滑な退院促進や地域支援を推進した両輪の研修のもう一つである「実践的な事例や手法、地域特性、関係機関での連絡調整なども含めた地域関係機関による自主的な研修」について、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)、「司法精神医療福祉研究会」(東京都及び関東全域対象)および各地域の保護観察所、指定通院医療機関などの協力を得て、各地域での開催状況、内容等について調査を行い、研修に利用しやすい模擬事例と演習方法や関連のツールを開発した。

(倫理面への配慮)

本研究の調査内容及び支援ツールの作成では、海外の聞き取り及び文献調査、精神保健福祉、ケアマネジメント、司法精神保健福祉などについて専門とする援助者、研究者への聞き取り調査等に限定して実施している。そのため、

プライバシー情報など、個々人を特定できる情報は入っておらず、本研究により、医療観察法の対象者などの個人の利益が損なわれるような可能性はなく、倫理上の問題はないと考える。

3. 研究結果及び考察

我が国において実践的な事例や手法、地域特性、関係機関での連絡調整なども含めた地域関係機関による自主的な研修

英国では、実践的な事例や手法、地域特性、関係機関での連絡調整なども含めた地域関係機関による自主的な研修会が、高度な専門的知識、スキル等の習得を目的とする国や地方公共団体、大学などが行う公的な研修会とともに、司法精神医療での円滑な退院促進や地域支援を推進する研修の両輪になっていた。

我が国でも医療観察法の施行以降、司法精神医療における実践的な事例や手法、地域特性、関係機関での連絡調整なども含めた地域関係機関による独自の自主的な研修が、徐々に広がっていった。その有効性が、医療観察法に従事する専門職の各種の研修会や学会などで報告されることが多くなってきている。しかし、その実態については、これまで調査したものがあまり無く。また、その実施主体も多様であるため、そもそもどのようなものが、このような研修会に該当する判断自体が難しいものも多かった。

本研究では、医療観察法の入院処遇から通院処遇への円滑な移行、あるいは、通院処遇に関することを目的とした研修会、連絡協議会であること。定期的な開催を想定しているもの。

指定入院・通院医療機関や保護観察所などが内部でその職員のみを対象にした研修などを除外し、複数の関係機関が参加し、ある程度の大きさの対象地域(今回、都道府県程度の地域を想定した)を持っていることなどで行われている研修を、「医療観察制度の対象者処遇等に

直接関わる地域関係機関の実務者による自主的、定期的な研修会」とし、この調査の対象とした。

このような条件のもと、都道府県を対象として、前述の各団体、関係機関に紙面によるアンケートや同項目についての各地域の実情について聞き取り調査を行った。【資料1】

上記の条件において、全国の指定入院・指定通院医療機関、福祉関係機関から回答があり、複数人で同じ回答になっているものを信頼性のあるものとし、また、複数人で内容に違いがある場合、はっきりしない回答には、直接の聞き取り調査を併用した。このような方法で、全国の都道府県のうち、24 都道府県の指定入院・指定通院医療機関、福祉関係機関の協力を得て、地域で独自に行っている研修会、連絡協議会の調査を行った。

「医療観察制度の対象者処遇等に直接関わる地域関係機関の実務者による自主的、定期的な研修会」の現状

調査のうち、このような「医療観察制度の対象者処遇等に直接関わる地域関係機関の実務者による研修会、連絡協議会を、少なくとも一年に一度程度以上、定期的に行っているところは、都道府県単位で、24 力所中 22 力所であった。しかし、その回数については、12 ヶ月に 1 回程度が全体の 61.9%と 6 割以上を占め、次に、3-4 ヶ月に 1 回が 19.0%、6 ヶ月に 1 回程度が 14.3%である。英国での同様の自主的研究会について、前年度研究におけるロンドンの司法精神医療を行っているソーシャルワーカーへの聞き取り調査では、このような地域における有志の研究会は、実際の事例を使用しての事例検討会、地域に即した事例研修でもあり、また、司法精神医療における各関係機関の連絡会や協議会の意味合いもあるため、その地域ごとに比較的頻繁に開かれていると報告されている。

日本の現状とは、差が大きい。

また、保護観察所主催の研修会であるものについてのみ集計すると、この12ヶ月に1回程度(61.9%)の研修会については、92.3%が、保護観察所主催と答えている。そして、それらの回答者に、聞き取りを行うと、12ヶ月に1回程度の研修会いづれも、保護観察所から1年に1度、各指定入院・指定通院医療機関、社会復帰施設等に連絡が来て、行われるもので、医療観察法に関わる各関係機関の有志による自発的な研修会というよりも、保護観察所が定期に開催する性質の連絡協議会であり、その内容も、保護観察所所長のあいさつ、県内の医療観察法についての統計などの紹介、各機関、出席者の自己紹介などが時間の多くを占め、研修等は、あまり行われず、場合によっては、研修会自体が開催されない、意見交換も形式的で、質問を保護観察所がいくつか答えるなど、当初、アンケートが想定していた「医療観察制度の対象者処遇等に直接関わる地域関係機関の実務者による自主的、定期的な研修会(以下、「地域主体の自主的研修会」とは、大きく違うものであった。

保護観察所に問い合わせたところでは、保護観察所では、法務省保護局の通達等の指示のもと、このような地域関係機関との交流のため保護観察所が催しを開くことが、ほぼ定められており、毎年、ほとんどの保護観察所が各所在地の都道府県を対象に開催しているとのことであった。

厚労省委託の指定通院医療機関従事者研修会などは、この「地域主体の自主的研修会」について、司法精神医療・保健・福祉の各関係機関が研修会、連絡協議会して、入院から通院への円滑な移行や地域の有機的な連携体制構築のために重要であるなどと紹介されており、英国の例などを引用して、厚生労働省や法務省などが行う全国的な研修会と地域の独自の研修

会との違いなど、開催方法や形式が異なる研修会であることも説明されている。しかし、医療観察法[司法精神医療・保健・福祉制度等]については、そもそもその情報自体が少ない。そのため、医療観察法関係の関連機関の集まりが、ほとんど無い地域などでは、医療観察法の地域の集まりと言え、年に一度程度の保護観察所の連絡協議会であると発想される地域が多くあった。

また、特に、保護観察所の連絡協議会は、都道府県ごとの保護観察所が行っており、関係機関が出席し、研修会を行っているため、区分けが難しい部分がある。そのため、このような「地域主体の自主的研修会」の実態調査を行うについては、アンケートの方法や内容などについて、より工夫が必要と思われた。

保護観察所が、年に1-2回程度開催している研修会を、一応、除外すれば、「地域主体の自主的研修会」は、24都道府県で7カ所となり、調査都道府県の29.2%となる。6年前の厚労省委託の指定通院医療機関従事者研修会の聞き取り調査では、全国で2カ所しかなかったことを考えると、ゆっくりではあるが確実に地域を増えてきている。

これらの「地域主体の自主的研修会/24都道府県で7カ所(29.2%)」の特徴としては、英国と同様に頻繁に開かれているところが多いことである。1年に1度というものは無く、ほとんどの地域で、6ヶ月に1回程度が2カ所、3-4ヶ月に1回が4カ所など、いずれも開催回数が多く、毎月行われている地域も1カ所ではあるが、存在している。また、これらの「地域主体の自主的研修会」は、ほとんどのところで、事務局や各種の管理等を参加している各関係機関で分担、あるいは持ち回りの方式で行っている。参加機関は、指定通院医療機関(100.0%)、指定入院医療機関(85.7%)、行政関係機関[都道府県、市区町村、保健所等](85.7%)を中心

に、社会復帰施設(57.1%)などが参加している。勿論、保護観察所(100.0%)も、すべての「地域主体の自主的研修会」で、主要メンバーとして参加している。

今回のアンケートでは、「司法精神医療における実践的な事例や手法、地域特性、関係機関での連絡調整なども含めた地域関係機関による自主的な研修」についての都道府県ごとの実態調査が主であったため、その方法、回数、参加者などについて客観的な項目のみの選択式であり、その評価について項目を設けてはいなかった。しかし、コメント欄には、多数の記載があったが、それは、ほぼ、3つの項目に集約された。1つは、「統計的な説明や挨拶等のみで終わってしまう」で9件の同様な意見があった。2つ目は、「連絡協議会があるが、形式的なものとなっており実質的な意見交換が行われていない」で、8件同様の意見があり、いずれも、「12ヶ月に1回程度」と答えた群からのものであった。また、3つ目の「実際的な関わり方や事例検討が少ない」との意見を記載したものは、6件あり、「12ヶ月に1回程度」と答えた群からのものは、その中の4件を占めている。

これらの意見は、やはり定期的な集まりの少なさに起因しているのではないかと推察されるが、このアンケートではコメント欄は、任意的な記載欄であったため、コメント自体の記載が少なく、このアンケート結果をもって、結論を出すことは難しいであろう。近年、「12ヶ月に1回程度」から「6ヶ月に1度、3-4ヶ月に1度」へ移行する「地域主体の自主的研修会」の傾向がでてきている。頻繁に開催するメリットを感じているところや、頻繁に開催できる体制が整ってきたところが増えてきているようである。来年度、これらの「地域主体の自主的研修会」に、この「12ヶ月に1回程度」、「6ヶ月に1度」、「3-4ヶ月に1度」などのメリッ

ト、デメリットについて、アンケート調査の方法等を工夫し、明らかにできればと思っている。

医療観察法研修用の模擬研修事例と研修用の説明資料、演習用の各種様式等の開発

前述の「地域主体の自主的研修会」は、その成り立ちから研修会より連絡協議会的な要素が強く、英国などでも、同一地域内の関係機関と参加者により比較定期的で頻繁に開催される場合、地域特性の高い事項への対応や事例などを通して研修会を行うことで、参加者のスキルを高める効果は大きいとされている。また、研修(連絡協議会)に参加する各関係機関とその担当者の疎通性を向上させ、関係機関同士の信頼感の醸成につながることで、結果として、英国の司法精神医療・保健・福祉に重要となる関係機関の有機的連携に大きく寄与したとされている。

しかし、これらの「地域主体の自主的研修会」は、地域の有志により行われているため、高度の専門知識やスキルの研修内容とすることや、全国的な状況、先進的な他地域の取り組みや研究成果など紹介には、不向きである。

英国では、それらを補完するため「司法精神医療・保健・福祉に関わる実務担当者が必要とされる専門的知識、スキル等の習得を目的とした専門的、実践的な研修会」を行っている。本研究では、これらの研修方法や内容についても、引き続き調査し、我が国の制度や実情を加味して、我が国の状況にあった中堅実務者の研修内容の提言、開発等を行うことになっていく。今年度については、英国でも重要視されている研修事例について、英国の知見や全国の厚生科学研究や学会発表を参考に、重要な制度利用方法や関わり方などを中心に、前述の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)の協力を得て、研修会や演習で利用しやすい事例を開発した。

「地域主体の自主的研修会」においても、地元に応じた事例については、既に各関係機関から実際の事例が持ち寄られ、専門職種の守秘義務に配慮しながら、その地域ごとの事例勉強会が開かれている。

本研究では、これらの地域のローカルな地元での実践での事例検討とは別に、より普遍的で、専門的知識や技術を習得するための模擬研修事例を作成した。この模擬研修事例には、近年、効果を上げつつある円滑な退院促進や地域支援を推進するための専門職に必要な重要な項目として、退院許可申立審判の仕組みと理解、処遇への活用方法、指定通院医療機関への通院開始時の対応の重要性、直接通院、移行通院についての理解、ケア会議、処遇実施計画、クライシスプラン、セルフモニタリングシートの活用などを組み入れ、事例一連の流れの中で学べるような研修用資料(受講者用テキスト、演習用質問用紙、説明用パワーポイントなど)を作成した。作成にあたっては、各関係機関の実務者の制度理解やその利用、関わり方の実際を中心に、研修に使用しやすい研修用資料になるよう配慮している。また、倫理的な配慮から事例は、厚生労働省委託:の全国の指定入院・通院医療機関従事者の初任者研修会などで配布されている教材集などの模擬事例なども参考にしながら、完全な架空事例として作成した。また、事例自体は、特殊なものではなく、標準的なものとし、あくまで、各関係機関の実務者の制度理解やその利用、関わり方に重点を置いた研修用資料として作成している。

これらの模擬研修事例や研修用資料(受講者用テキスト、演習用質問用紙、説明用パワーポ

イントなど)は、今年度の厚生労働省委託の指定入院医療機関、指定通院医療機関の従事者研修や司法精神医療福祉研究会、また、一部の保護観察所主催の各種研修会などへも提供され、利用されている。

そして、来年度以降は、指定入院・通院医療機関、保護観察所や「地域主体の自主的研修会」なども、実際に利用してもらい、その意見をもとに、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)の協力を得ながら、ブラッシュアップして行く予定である。

4．評価（研究成果）

1) 達成度について

前年度において、英国で行われている司法精神医療での地域処遇関係の研修、支援方法等を文献や聞き取り調査などから、司法精神医療の入院から退院までの円滑な移行や地域支援を行っていくための実務者のための研修について、「司法精神医療[医療観察制度]の専門的知識、スキルについての公的な研修会」と「司法精神医療における実践的な事例や手法、地域特性、関係機関での連絡調整なども含めた地域関係機関による自主的な研修」の大きく二つのタイプの研修があり、その二つのタイプの研修が、英国の司法精神医療・保健・福祉の携わる実務者を支えていること、その現状とわが国との比較等、「司法精神医療[医療観察制度]の専門的知識、スキルについての公的な研修会」の研修内容や方法をあきらかにしたが、今年度は、もう一つの「医療観察制度の対象者処遇等に直接関わる地域関係機関の実務者による自主的、定期的な研修会である「地域主体の自主的研修会」について、我が国の現状や問題点を明

らかにした。

また、研修用のツールの開発として、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)の協力を得て、円滑な退院促進や地域支援を推進するための退院許可申立審判の説明、理解、処遇への活用方法、指定通院医療機関への通院開始時の対応の重要性、直接通院、移行通院についての理解、ケア会議、処遇実施計画、クライシスプラン、セルフモニタリングシートの活用などを組み入れた研修事例、そのしそれを行っていくための研修用資料(受講者用テキスト、演習用質問用紙、説明用パワーポイントなど)作成した。

今後、国内の医療観察法の通院・地域処遇を行っている協力者や研修履行者の意見等を参考に、より現場の実務者に役立つものにするため研修プログラム、演習用模擬事例を精査し、ブラッシュアップしていく。また、教材集の内容を必要な内容を補充していく予定である。

2) 研究成果の学術的意義について

司法精神医療・保健・福祉の地域処遇の実務担当者への系統立った研修が、我が国では、指定入院医療機関、指定通院医療機関の従事者を対象として初任者研修以外にない。特に、英国などでよく行われており、司法精神医療の円滑な退院調整や地域援助に寄与するといわれている司法精神医療・保健・福祉の地域処遇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専門的、実践的な研修内容等が、国内では、ほとんど行われておらず、また、そのような研修内容についての研究もなされていない。

また、円滑な退院促進や地域支援を推進するためには、地域ごとの関係機関の有機的連携や

協働が不可欠であり、地域特性に配慮したきめ細かく丁寧な研修をある程度の頻度で行うことが必要となる。英国では、このような研修会がそのような司法精神医療の研修会が地域で頻繁に開かれ始めたことにより、地域ごとの関係機関の有機的連携や協働が大きく進展し、欧州の中でも非常に評価の高い司法精神医療・保健・福祉の連携システムが構築されている。しかし、我が国においては、このような「医療観察制度の対象者処遇等に直接関わる地域関係機関の実務者による自主的、定期的な研修会(地域主体の自主的研修会)」は、まだ、始まったばかりであり、その実態について、調査されておらず、このような研修について、まず、我が国の実態を調査し、研修内容や方法を研究することの意味は大きい。

3) 研究成果の行政的意義について

英国においても、司法精神医療の対象者が多く退院し始めた時期に、司法精神医療・保健・福祉の地域処遇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専門的、実践的な研修内容を行ったことが、その後の入院処遇から通院処遇への円滑な移行や地域での支援に大きく寄与したといわれており、また、司法精神医療に地域で関わる実務担当者へのストレスの軽減にも役立ったといわれている。しかし、医療観察法対象者は、対象行為を限定していることなどから、英国の司法精神医療対象者に比べ、非常に少ないため、対象となる地域処遇の実務担当者の数も少ない。

また、現在の初任者研修のように、国が交通費等を負担して広域より研修対象者を集うことや各地域にきめ細かく研修を行っていくことには、予算や講師の確保などで難しい。ただ、医療観察法の対象者が、全国で年間300人程度であることから、年間数名の対象者しか発生しない地域も多く、都道府県、市町村の自治体で地域処遇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専門的、実践的な研修内容や教材等を作成することも難しい。本研究でモデルとなる研修方法や内容、演習用の模擬事例、教材等を作成し、それを利用、参考にして各都道府県、市町村などが独自に、その地域の実情に合った研修を実施できれば、国や地方公共団体の負担を軽減でき、また、医療観察法における入院処遇から地域処遇への円滑な移行、地域での支援、地域で関わる実務担当者へのストレスの軽減に寄与できる。また、今回開催した研修会の中、地域での独自の勉強会や連絡協議会の開催方法などのノウハウを紹介する講義や関係者間の交流会を開催し、現状での地域における関係機関の連携強化による医療観察制度の円滑な運営にも寄与できるよう配慮した。

5 . 結論

司法精神医療の入院から退院までの円滑な移行や地域支援を行っていくための実務者のための研修については、「司法精神医療[医療観察制度]の専門的知識、スキルについての公的な研修会」と「医療観察制度の対象者処遇等に直接関わる地域関係機関の実務者による自主的、定期的な研修会である「地域主体の自主的研修会」の大きく二つのタイプの研修があるが、今年度については「医療観察制度の対象者処遇等に直接関わる地域関係機関の実務者による自主的、定期的な研修会である「地域主体の自主的研修会」について調査を行い、その実態や問題点などを明らかにした。

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の協力を得て、近年、効果を上げつつある円滑な退院促進や地域支援を推進するための専門職に必要な重要な項目として、退院許可申立審判の仕組みと

理解、処遇への活用方法、指定通院医療機関への通院開始時の対応の重要性、直接通院、移行通院についての理解、ケア会議、処遇実施計画、クライシスプラン、セルフモニタリングシートの活用などを組み入れ、事例一連の流れの中で学べるような模擬研修事例、研修用資料(受講者用テキスト、演習用質問用紙、説明用パワーポイントなど)を作成した。

6 . 研究発表

1) 国内

・論文発表

三澤孝夫「指定入院医療における多職種の役割とプログラム」,特集 : 医療観察法制定から 10 年を振り返って「精神科」第 29 巻第 2 号(2016 年 8 月) p139-144,科学評論社

○井上薫子「精神保健福祉士としての支援とネットワークの中で」処遇困難な保護観察対象者と他機関連携「更生保護」第 67 巻第 9 号(2016 年 9 月) 日本更生保護協会

・学会発表

・その他の発表

小河原大輔 「医療観察法通院事例」司法精神医療福祉研究会連絡協議会,2016.8.4.東京

三澤孝夫,島田明裕,小河原大輔,若林朝子,古賀千夏,千野根理恵子,宮坂歩,医療観察法医療従事者養成等制度運用の見直しに関する研究」について報告、第 5 回全国指定入院医療機関精神保健福祉士連絡協議会,2016.10.29,新潟

千野根理恵子,古賀千夏,小河原大輔 「合併症への対応」,第 5 回全国指定入院医療機関精神保健福祉士連絡協議会,2016.10.28.新潟

○女鹿美穂子,吉田真介,清水淳子 (社会福祉法人府中えりじあ福祉会 西府いこいプラザ)「西府いこいプラザ グループホームにおける医療観察法通院対象者に対しての生活支

援」第 11 回通院医療等研究会 東京医科歯科大学,2017.1.28

その他

三澤孝夫,平成 28 年度 厚生労働省委託: 全国研修「精神保健判定医等養成研修会 [大阪 第 1 回 [2016.7.15-17, 東京 第 2 回 2016.8.4-6]、第 3 回福岡[2016.8.25-27]研修]」(公益財団法人 日本精神科病院協会)の「精神保健参与員の業務と責任」「精神保健参与員業務演習」、「グループディスカッション 通院開始事例」の講義用パワーポイントと配付資料の作成協力のため、本研究の「医療観察法審判関連の資料」および「英国の司法精神医療及びケアマネジメント、研修方法等の資料」を提供し、研修内容の向上に貢献した。

三澤孝夫,島田裕明、小河原大輔,平成 28 年度 厚生労働省委託 :全国研修 「指定入院・通院医療機関従事者研修会[東京第 1 回[指定入院][2016.12.21-22]、東京第 1 回[指定通院][2017.1.30-31]、東京第 2 回[指定通院][2017.2.27-28]」(公益財団法人精神・神経科学振興財団)の「指定入院医療機関における精神保健福祉士の業務」「指定通院医療機関における精神保健福祉士の業務」の講義用パワーポイントと配付資料の作成協力のため、本研究の「英国の司法精神医療及びケアマネジメント、研修方法等の資料」を提供、研修内容の向上に貢献した。

三澤孝夫,平成 28 年度 保護観察所が開催した各地域(長野、埼玉、愛知)の研修会、連絡協議会において、本研究により開発した医療観察法医療機関従事者の退院調整の円滑化や地域におけるケア方法等についてのプログラムの内容、方法、模擬事例、および教材集を提供し、研修内容等の向上に貢献した。

三澤孝夫,平成 28 年度 最高裁判所 司法研修所の行った医療観察法に携わる裁判官の

実務者研修(「刑事実務研究会(精神障害)」)において、本研究において開発した医療観察法医療機関従事者の退院調整の円滑化や地域におけるケア方法等についてのプログラムの内容、方法、模擬事例、および教材集を提供し、研修内容等の向上に貢献した。

7 知的所有権の出願・取得状況(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

【資料】

資料 アンケート集計結果

資料 模擬事例と演習方法

資料 演習課題と記載様式

資料 事例演習の進め方

【講師&ファシリテーター用】

資料 - [1]

全国 都道府県の指定入院医療機関へ医療観察法病棟実務職員へのアンケート調査(N=24
都道府県)

医療観察制度の関連機関によりその都道府県独自に行われている定期的な研修会や連絡協議会がありますか

(N=24)			保護観察所開催の研修を 除外して再掲 (N=24)		
ある	22	91.7%	7	29.2%	
ない、不明	2	8.3%	17	70.8%	
計	24	100.0%	24	100.0%	

以下、定期的な研修会や連絡協議会がある 22 カ所に対しての結果集計

主催や事務局は、どの機関が行っていますか(N=22)

保護観察所	14	63.6%
各機関で回り持ち	7	31.8%
不明	1	4.5%
計	22	100.0%

どのくらいの頻度で行われていますか
(N=22)

12ヶ月に1度(それ以上、不定期に)	13	61.9%
6ヶ月に1度	3	14.3%
3-4ヶ月に1度	4	19.0%
毎月	1	4.8%
計	21	100.0%

保護観察所主催研修
(N=13)について

12	92.3%
1	7.7%
	0.0%
	0.0%
13	100.0%

上記の研修会や連絡協議会への各参加機関の種別
22カ所 (N=22)

保護観察所	22	100.0%
指定入院	21	95.5%

「医療観察制度の対象者処遇等に直接関わる地域関係機関の実務者による自主的、定期的な研修会(以下、「地域主体の自主的研修会」) 7カ所
[N=7]

保護観察所	7	100.0%
指定入院	6	85.7%

指定通院	22	100.0%
鑑定入院	18	81.8%
社会復帰関連施設	9	40.9%
行政機関(都道府県、市町村)	13	59.1%
裁判所、検察庁、弁護士会等	9	40.9%
[N=22] 計		100.0%

指定通院	7	100.0%
鑑定入院	6	85.7%
社会復帰関連施設	4	57.1%
行政機関(都道府県、市町村)	5	71.4%
裁判所、検察庁、弁護士会等	4	57.1%
[N=7] 計		

上記の研修会や連絡協議会の参加職種

Dr,	13	59.1%
Ns	17	77.3%
PSW	22	100.0%
OT	11	50.0%
CP	11	50.0%
社会復帰調整官	22	100.0%
[N=22] 計		100.0%

上記の研修会や連絡協議会の参加職種

Dr,	3	42.9%
Ns	5	71.4%
PSW	7	100.0%
OT	3	42.9%
CP	3	42.9%
社会復帰調整官	7	100.0%
[N=7] 計	7	100.0%

上記の研修会や連絡協議会の開催時間

1時間以内	1	4.5%
2時間程度	6	27.3%
3時間程度	5	22.7%
4時間程度	1	4.5%
不明、その他	8	36.4%
[N=22] 計		100.0%

上記の研修会や連絡協議会の開催時間

1時間以内		0.0%
2時間程度	5	71.4%
3時間程度	2	28.6%
4時間程度		0.0%
不明、その他		0.0%
[N=7] 計		

上記の研修会や連絡協議会の内容(複数回答)

a 制度等の研修	14	63.6%
b 関係機関連携・情報共有機能	17	77.3%
c 開催施設等の見学	10	45.5%
d 事例検討	12	54.5%

上記の研修会や連絡協議会の内容(複数回答)

a 制度等の研修	6	85.7%
b 関係機関連携・情報共有機能	7	100.0%
c 開催施設等の見学	4	57.1%
d 事例検討	7	100.0%

【N=22】 計

22

【N=7】 計

7

コメント欄 集約(複数回答)	全体 / 計	12ヶ月 に1度 (それ 以上、 不定期 に)再 掲
年に1度しかなく(2回のものあり)、統計 的な説明や挨拶等で終わってしまう	9	8
連絡協議会があるが、形式的なものとな っており実質的な意見交換が行われて いない	8	8
実際の関わり方や事例検討が少ない	6	4

医療観察法における地域処遇のテキストに必要と思われる項目	指定通院 医療機関	関係機関 (保護観察所、行政 機関、福祉施設、指 定入院医療機関等)	計
調査対象機関数	26	57	83
意見総数	119	102	221
CPA 会議、ケア会議の具体的な運営方法(会議内でのクライシスプランへの対応等を含め)	8	10	18
クライシスプランの概要と活用(通院処遇中の対応)	5	11	16
医療観察法終了後の関わり方(事例)	15	1	16
入院中の審判の流れ 退院調整に関わるもの、カンファランスの運用例	5	10	15
医療観察法関連の専門用語の解説	8	6	14
ケア会議の運営方法	11	0	11
指定入院医療機関での業務 特に退院調整に関わるもの	5	5	10
地域処遇での関わり方	6	4	10
治療プログラムの内容	3	7	10
保護観察所の役割と他機関との役割分担	7	2	9
処遇開始から終了までの手続きマニュアル	6	1	7
直接通院への対応	6	1	7
統計的な知識(基本的な統計や再犯率)	3	3	6
退院後の指定入院医療機関との連携の実際	5	1	6
医療観察法の通院受け入れ時のフローチャート	6	0	6
指定通院医療機関の役割	2	3	5
制度内容	2	3	5
指定入院医療機関の治療と評価の限界		5	5
共通評価項目の評定の仕方	2	2	4
法制度的な枠組の説明	2	2	4
治療や生活支援に関するツール	3	1	4
審判関係	3	1	4
内省と反省の違い	0	4	4
退院審判により関係機関に求められること	2	1	3
医療観察法における特別な関係書類の作成方法	0	3	3

入院中の外出、外泊の実際		3	3
不明なことについて問合せ機関の一覧	3	0	3
MDT 会議の内容	0	2	2
関係機関との連携について(役割分担の必要性や確認の方法など)	0	2	2
再入院事例の内容	0	2	2
法施行のメリットや課題(リスク負担など)	0	1	1
各関係機関の役割	0	1	1
指定通院医療機関に必要な内容	0	1	1
加害者支援の関わり方について		1	1
対象者の癖や注意サイン		1	1
対象者の権利とリスクマネジメントのバランス		1	1
医療観察法の通院用診療報酬の解説	1	0	1

資料 - [3]

医療観察法における地域処遇のテキストに必要と思われる項目 同傾向項目まとめ 上位項目(複数回答)	関係機関 N=83	複数回答 N=221
通院での実際の処遇に関すること	95	43.0%
制度概要、専門用語解説等	72	32.6%
CPA 会議、ケア会議に関すること	61	27.6%
審判に関すること	52	23.5%
クライシスプランに関すること	51	23.1%
治療プログラム	40	18.1%
各種手続きのマニュアル	27	12.2%

医療観察法医療従事者養成等制度運用の見直しに関する研究 アンケート調査

調査票(指定入院医療機関 向け)

以下の質問項目の下線空白箇所を記載し、また、選択肢の a,b,c に つけてください。

A.あなたの所属地域、勤務期間

1. 勤務先都道府県名: _____	2. _____
勤務期間 _____	/(年・月)

B-1.あなたの所属機関

a 指定入院医療機関	b 指定通院医療機関
c 医療観察法鑑定医療機関	d 法務省保護局および保護観察所
e 法務省矯正局および刑事施設	
f 厚生労働省担当部局および地方厚生局	
g 障害者社会復帰関連施設等	
h 都道府県の医療・保健・福祉を担当する部署の行政機関	
i 市区町村の医療・保健・福祉を担当する部署の行政機関	
j 地方裁判所、その他司法機関	k 大学等

B-2. 「a 指定入院医療機関」と答えた方に、特に主な業務内容をお教えてください

a 主に指定入院医療機関業務	b.主に指定通院医療機関業務
c.指定入院・通院機関の業務をほぼ半分づつ	

C あなたの所属地域に医療観察制度関連の地域の研修会・連絡協議会のようなものがありますか

a ある	Dへ	b ない	c よくわからない
------	----	------	-----------

D.名称、開催頻度

名称 [_____]
事務局/幹事機関名 [_____]
a 約 _____ ヶ月に一度
b 不定期 約 _____ 年に一度
c 制度施行から現在までで _____ 回
d その他 _____ /

1. 退院できる病状の対象者が、病状以外の要因で入院が長引くこと(社会的入院)がありますか？ それは、退院対象者のだいたい何割程度ですか？

a 全くない b.退院対象者全体の約_____割程度と思う

c ほとんどの対象者(社会的入院)となっている

2. 社会的入院になってしまう要因は、何だと思われますか(以下の回答より複数回答)

a 指定通院医療機関数の数や偏在、受入数の制限などの指定通院医療機関の確保の問題

b 居住施設やアパートの設定など、住居に関する問題

c 地域関係者(保健所、行政機関、施設職員など)の医療観察法対象者への不安や偏見などの意識の問題

d.その他

(
_____)

3. 地域関係者の意識等について(複数回答)

a 一般の精神科医療における社会的入院との間に意識のずれが大きい

b.そもそも、医療観察法の対象者の社会的入院となっているという意識がない

c ケア会議などにおいて、社会的入院を肯定するような発言や態度が多い

4. その傾向が強いと思われる機関、施設等として

a 保健所 b 市区町村 c 精神保健福祉センター

d 指定通院医療機関 e 入所関連施設 f 通所換券施設

g 保護観察所 h 全部 i その他

(
_____)

地域関係機関(指定入院医療機関、地域行政機関、社会復帰支援施設等)への研修テキストにつ

いて、Q&A などにどのような項目が必要か、

指定通院医療機関に必要な内容

	審判関係/統計的な知識/専門用語/制度内容等自由記載 具体的な内容
--	--------------------------------------

指定入院医療機関として、指定通院医療機関にわかってもらってほしいこと

--	--

地域関係機関(指定入院医療機関、地域行政機関、社会復帰支援施設等)への研修テキスト作成
について協力、ご興味がある方

	今後、メールなどでご助言等を頂ければ幸いです。よろしければ、メールアドレスをお 教えてください。 関連資料等も不定期でご送付させていただきます
	eメールアドレス(_____)

ご協力ありがとうございました

医療観察法医療従事者養成等制度運用の見直しに関する研究

アンケート調査

調査票(地域関係機関向け)

以下の質問項目の下線空白箇所を記載し、また、選択肢の a,b,c に つけてください。

A.あなたの所属地域、勤務期間

1. 勤務先都道府県名: _____ 2. 勤務期間 _____ / (年・月)

B-1.あなたの所属機関

- a 指定入院医療機関 b 指定通院医療機関 c 医療観察法鑑定医療機関
d 法務省保護局および保護観察所 e 法務省矯正局および刑事施設
f 厚生労働省担当部局および地方厚生局 g 障害者社会復帰関連施設等
h 都道府県の医療・保健・福祉を担当する部署の行政機関
i 市区町村の医療・保健・福祉を担当する部署の行政機関
j 地方裁判所、その他司法機関 k 大学等

B-2. 「a 指定入院医療機関」と答えた方に、特に主な業務内容をお教えてください

- a 主に指定入院医療機関業務 b.主に指定通院医療機関業務
c.指定入院・通院機関の業務をほぼ半分づつ

地域関係機関(指定通院医療機関、地域行政機関、社会復帰支援施設等)への研修テキストについて

Q&A などにどのような項目が必要か、

あなたの所属として、他機関にわかってもらってほしいこと

指定入院医療機関にわかってもらってほしいこと

指定通院医療機関にわかってもらってほしいこと

保護観察所にわかってもらってほしいこと

地域関係機関(指定通院医療機関、地域行政機関、社会復帰支援施設等)への研修テキストについて

Q&A などにどのような項目が必要か、

あなたの所属として、他機関にわかってもらってほしいこと

精神保健福祉センター、保健所および行政機関等にわかってもらってほしいこと

社会復帰施設(入所施設)にわかってもらってほしいこと

社会復帰施設(通所施設)にわかってもらってほしいこと

あなたの所属機関に必要な内容

審判関係/統計的な知識/専門用語/制度内容等自由記載

具体的な内容

地域関係機関(指定入院医療機関、地域行政機関、社会復帰支援施設等)への研修テキスト作成について協力、ご興味がある方

今後、メールなどでご助言等を頂ければ幸いです。よろしければ、メールアドレスをお教えてください。

関連資料等も不定期でご送付させていただきます

eメールアドレス

(_____)

ご協力ありがとうございました

模擬事例 基本情報等

【基礎情報】

【症例】 Aさん 47歳 男性

【主診断名】 残遺性障害および遅発性の精神病性障害(F19.7)

【対象行為】 傷害

【事件】

被害妄想に基づき、見ず知らずの男性に対して殴りかかり、頬骨骨折等の傷害を負わせた。

【家族構成】

実父、継父とも他界。

高齢の母親(67歳)は、近隣のF県G市の公営住宅に独居。

実弟(45歳)は、既婚者で、夫と中学生と小学生の子供二人とF県のH市のアパートに住んでいる。

母親、実弟とも、ここ10年ほど疎遠となっている

長女は、離婚した元妻が引き取り、離婚後、元妻、長女とも音信不通。

【事件概要】 X年=事件年

対象行為前の数ヶ月間、精神科には通院せず、アパートで独居生活。「命を狙われている」という被害妄想に基づき、アパートを出て、自宅周辺をふらふらし、近所のコンビニに被害的な文句を言っていた。

X年9月25日、子供の頃、両親と住んでいたB市に行き、その日は24時間営業のファミリーレストランで翌朝まで過ごした。翌日は、C公園で野宿。同年9月27日夕刻、C公園内で、被害妄想に基づき、見ず知らずの男性に対して殴りかかり、頬骨骨折等の傷害を負わせた。

【生活歴】

対象者は、A県にて出生。実父と実母は婚姻していない。本人は、実父の記憶がなく、ずっと母親、弟、本人の3人で生活していた。中学時、実母と継父の結婚を機に、B県に転居した。対象者は、14-15歳頃より喫煙をはじめ、また、同時期頃より、不良仲間と万引き行為を繰り返し、シンナーなども行っていたとのこと。

中学卒業後は、職を転々と、友人宅に入り浸っていた。16歳頃より集団暴走などの反社会的行動を行うようになった。20歳頃から覚せい剤使用。26歳の時、アルバイト先で出会った妻と妊娠を気に結婚。長女ができたことで、以後、覚せい剤をやめる(本人談)。しかし、このころより徐々に、被害関係妄想、幻聴が生じはじめ、29歳の時、幻覚妄想状態でB県内の病院に入院。この入院を契機に退院後、妻とは離婚している

退院後も、断続的に幻覚妄想状態は持続し、その後も、複数の病院に合計4回の入院歴がある。38歳頃には、居酒屋で見ず知らずの客と乱闘、傷害で懲役刑を受け、1年間刑務所に服役したことがある。その後、40歳頃より、生活保護を受け、A市のアパートに独居、A市の保健所も関わり、市内精神病院に通院。受診、服薬とも中断しがちであったが、一応、不定期に、継続している。最近、近所のコンビニや派出所に、「追われているから助けてほしい」

などと、相談に来たりしたことが数回あった。

【臨床検査及び心理検査(鑑定入院時)】

WAIS-

全検査 IQ= 74 (言語性 IQ= 70、動作性 IQ= 76) と境界域

器質性の評価

記銘力検査では、記銘力の低減がうかがえる。追想錯誤が多い。熟慮性の乏しい。

心理検査(鑑定入院時)

【心理検査等のまとめ】

検査には協力的で、愛想良い感じだが、やや退行的で、感情失禁傾向力が見られる。

知的には、WA.I S-III で全検査 IQ= 74 で境界域に入る。思考はやや迂遠で、記銘力の低減が見られる。

《心理検査等のまとめ》

人格面では、能動的な課題対応への熟慮性や耐久性の低下状態が見られる。常識的なものの見方をまずはある程度呈示でき、表面的な疎通性は、良好である。易刺激的、衝動統制は不安定。特に、陰性感情の刺激されやすさが見られ、不安や不快に駆られ衝動行動化しやすいと思われる。対人面では、疎通性はよい反面、過敏さ、被害感の抱きやすい傾向がある。

【鑑定書】(鑑定入院時)

疾病性診断

鑑定入院時に、被害関係妄想、幻聴、不穏などの症状を呈したが、抗精神病薬の投与で症状は改善した。しかし幻覚妄想状態は再発しやすく、鑑定入院期間中も一度悪化し、身体拘束を要したことがある。対象者は、周囲の言動に過敏に反応し、被害的に関係付けを行いやすい。被害関係妄想と同時に、被害的な内容の幻聴も生じるため、被害関係妄想は確信に至ると訂正が難しくなる。精神状態の良いときには、疎通性は良く、意欲の低下や感情鈍麻はあまり見られない。対象者は、中毒性精神病に罹患していると判断される。26歳頃までの症状は覚せい剤の急性中毒による幻覚妄想状態と考えられるが、26歳以降、対象者の言うとおり薬物の乱用がなかったとすれば、覚せい剤乱用による後遺症としての中毒性精神病と考えられる。

治療反応性

対象者が罹患している疾患は中毒性精神病であり、覚せい剤を乱用した後遺症として、遅発性に幻覚妄想状態が生じている。対象者の鑑定期間中の幻覚妄想状態に対しては、リスペリドン 6mg が有効であった。また、対象者は、精神的に安定しているときには、治療者の指示に良く従い、精神療法が有効であった。よって対象者には、治療反応性がある。

社会復帰要因

対象者は現在、独身であり、弟などの家族、親戚も対象者との関わりを拒否、頼るべき知り合い、福祉関係者もほとんどいない。また、アパートは、退去となっており住居もない。そのため、現状のままでは、対象者ひとりでの生活の維持は難しく、地域生活では、相当の援助体制を構築する必要がある。よって、現在のところ、対象者の社会復帰要因は、阻害されている。

《S 指定入院医療機関へ入院処遇》

【入院後 11ヶ月後の対象者の状況】

対象者は、多剤使用による遅発性精神病性障害に罹患しており、この疾患による被害関係妄想の影響下で対象行為に及んでいる。しかし、現在は、薬物療法によって、対象行為時に認められた幻覚や妄想は、精神病症状は薬物療法により軽減した。

一方で、成育歴に起因すると思われる、劣等感が強く、被害的・他罰的な認知をしやすい元来の性格傾向と、長期の薬物使用による脳器質的な変化によるストレス脆弱性、衝動性の高さは持続し、これらは薬物療法によっても現状以上の改善は期待できない。そのため、現在でも、対人関係上のストレスを契機に、幻聴や被害関係妄想が出現し、その際には易怒性や易刺激性が高まることがある。これらに対しては、心理社会的な治療により、症状の出現時に、スタッフに相談する、対人関係の距離を取る、頓服薬を飲むなどの自己対処を行い、暴力をふるわないことを学習し、実践できるようになってきてはいる。

しかし、依然として安定せず、「若い男性の入院患者がヒソヒソと話していると、自分のこと(悪口)を言われているような気がする」の訴えがみられる。ただ、病棟の担当多職種チームについては、以前にはあった担当多職種チームへの被害的な訴えもなくなり、笑顔で挨拶し、冗談を言う、また、素直に相談などに来ることが多くなっているなど、信頼感が得られてきているようである。

先月、口げんか(物理的な暴力行為はなかった)となった他の入院患者との関係については、双方の担当多職種チーム立ち会いで相互の対象者が謝り、和解した後、良好な関係を続けている。このことについて、本人は、「いままでの人生で、喧嘩後に、謝ったことはなく、謝ることが負けであると思っていたため、謝ったことで人間関係が良くなり、下に見られることもなく、その関係が続く経験が、非常に新鮮であり、勉強になった」と語っている。本人のいままでの殺伐とした人生経験と価値観が垣間見られるエピソードである。

先月から抗酒剤の服用を開始、服薬自己管理プログラムも開始した。その他の治療プログラムへも、概ね、問題なく参加している。潔癖面においてこだわりが強い。決められた事は真面目にこなす。対人緊張が強く集団の中で柔軟な活動がとりにくいところがある。

また、アルコールや精神作用物質についての疾病教育により、これらの使用により精神病症状の悪化や他害行為のリスクの増大があることを学習し、使用を避けることを明言するようになっている。また、自発的に抗酒剤を服用するが、リスクに対する対処法の検討が継続的に必要。

CPA 会議の開催 (入院後12ヶ月後) 過去に3回ほど CPA 会議が開かれている状況

入院施設での CPA 会議、通院医療機関の多職種スタッフ参加し、情報の共有を図る

【参加者】

対象者、実母、実弟(初回参加)、指定入院医療機関 担当多職種チーム、保護観察所の社会復帰調整官、精神保健福祉センター、保健所、市役所(障害福祉課、生活保護課)、指定通院医療機関職員等

演習 《入院処遇から通院処遇への移行》

【グループ】3-7名程度のグループにファシリテーター1名程度

時間配分】1時間

演習内容説明

配布された演習の資料を読み込み各自で課題票を埋めてください

箇条書きで結構です、その後、グループで話し合い まとめて最終版を提出

自己紹介(所属施設、職種、経験年数、地域の医療観察法の状況 司会、記録係等
の選定 グループで話し合い

ファシリテーター助言

ファシリテーターと意見交換

課題票を提出

演習課題 回復期【CPA会議】、

【入院後11ヶ月後の対象者の状況】CPA会議開始時にMDTより説明

CPA会議の開催 (入院後11ヶ月後) 過去に3回ほどCPA会議が開かれている状況

入院施設でのCPA会議、通院医療機関の多職種スタッフ参加し、情報の共有を図る

【参加者】

対象者、実母、実弟(初回参加)、指定入院医療機関 担当多職種チーム、
保護観察所の社会復帰調整官、精神保健福祉センター、保健所、
市役所(障害福祉課、生活保護課)、指定通院医療機関職員等

演習課題 社会復帰期【CPA会議】

【入院後19ヶ月後の対象者の状況】CPA会議開始時にMDTより説明

CPA会議の開催 (入院後19ヶ月後) 退院申立前のCPA会議

【参加者】

対象者、実母、実弟、指定入院医療機関 担当多職種チーム、保護観察所の社会復帰調整
官、精神保健福祉センター、保健所、市役所(障害福祉課、生活保護課)、指定通院医療機
関職員等

演習 《通院処遇》

《通院開始》

通院初日 14:00 対象者来院、緊張した面持ちで、受付にて、指定通院医療機関の A 精神保健福祉士に来院伝える。A 精神保健福祉士が出迎えると、入院中の CPA 会議で、A 精神保健福祉士と話しているの、人懐っこそうな笑顔になる。診察前に、20 分ほど、外来診察の説明を受けてから診察。診察には、B 医師以外に A 精神保健福祉士、C 看護師(外来担当)、D 心理士、E 作業療法士(デイケア担当)が同席。その後、 処遇実施計画、クライシスプランの内容を全員で確認、 セルフモニタリングシートの内容と今後の取り扱いについて、協議、 退院審判期日の内容などを聞く。その他、必要な事項等を説明。

演習課題 通院初日の対応

グループ内で対象者(1名)、MDT 役(3名)を決める。その他の人は、観察者。

実際に通院初日に対象者に対応するところを『通院導入ハンドブック』内の「総合チェック表(資料配付、説明施行)」等を参考にして、シミュレーションしてみてください。その後、全体で、実際やってみたことについて協議

参考資料 『演習用資料』、及び『通院導入ハンドブック』、『医療観察法審判ハンドブック』、『【参考資料】退院許可申立審判の審判期日における対象者への質問事項一覧』、

【時間配分】 1.5 時間

演習内容の説明

グループ内で対象者(1名)、MDT 役(3名)を決める。その他の人は、観察者。H27 年度上級研修資料集内『通院導入ハンドブック』内の「総合チェック表(資料配付、説明施行)」等を読み、グループ内で説明方法等を相談する。『医療観察法審判ハンドブック』、『【参考資料】退院許可申立審判の審判期日における対象者への質問事項一覧』、の「総合チェック表(資料配付、説明施行)」等を参考とする

実際に通院初日に対象者に対応するところを、(通院開始) の状況を想定してシミュレーションする。

グループ全体で協議、課題用紙を作成
発表等

《通院処遇中》

【その後の通院処遇の状況と経過 / 通院 1 ヶ月目】

デイケアでのメンバー馴染めず、かえってメンバーに奢ったり、不良時代の自慢をしたりして虚勢を張ったりしている。暴力行為はない。受診は素直、人なつっこい感じ。服薬による眠気を訴える。

グループホームの規則になれない様子。就労意欲が強く、はやく仕事がしたいと訴える。各関係機関とも、飲酒については、その兆候は見られないとの報告。

【その後の通院処遇の状況と経過 / 通院 4 ヶ月目】

デイケアでのメンバーとの言い合いなどはあったが、実際に殴るなどの暴力行為はない。グループホームより、部屋が徐々に汚くなっていくとの報告がある。

外来、訪問看護より、服薬の管理が、徐々に怪しくなっているとの報告がある。

就労意欲が非常強く、「デイケアを辞めて」「服薬を少なくして」仕事がしたいと訴えることが多い。

各関係機関とも、薬物の使用については、その兆候は見られないとの報告。

演習課題 退院後 4 ヶ月頃、ケア会議での対応

「その後の通院処遇の状況と経過 / 通院 1 ヶ月目通院 4 ヶ月目」を参考に、定期的(月一度開催)ケア会議を開催。グループ内で、対象者、社会復帰調整官、指定通院医療機関、訪問看護、デイケア、グループホーム職員等に役割分担し、ケア会議をシミュレーションしてみてください。その後、全体で、実際やってみたことについて協議。

参考資料 「演習用資料」

「その後の通院処遇の状況と経過 / 通院 1 ヶ月目通院 4 ヶ月目」を参考に、ケア会議内で処遇実施計画やクライシスプランを確認するだけとするか、MDT として変更を提案するか、対象者に変更意思の確認を行うか、などを MDT として協議し、相手の反応に合わせた落としどころなども話し合うようにする。

実際にケア会議を想定しシミュレーションする。

グループ全体で協議、課題用紙を作成

発表

その後の対象者

※各班ごと2枚ずつ配布

演習 課題作成用紙 1日目 プログラム【演習】15:40～16:55
 指定入院医療機関から指定通院医療機関、地域関係機関への円滑な移行

- CPA会議の開催（入院後1ヶ月後）過去に4回ほどCPA会議が開かれている状況※空欄可
- CPA会議の開催（退院申立て前）過去に8回ほどCPA会議が開かれている状況※空欄可

		対象者		担当MDT	
	(過去から)現在	将来的なこと	(過去から)現在	将来的なこと	
質問 / 確認事項					
要望					

このような「質問/確認事項」、「要望」等をCPA会議内で行うためには、
 指定入院医療機関、対象者に望みたいこと

自分として必要な準備や視点

課題作成用紙（演習課題③ 通院初日の対応） 2日目 プログラム【演習】1時間30分
 指定入院医療機関から指定通院医療機関、地域関係機関への円滑な移行

<input checked="" type="checkbox"/>	読み合わせ予定資料	掲載資料	掲載ページ	実行時間(分)	施行して見た感想等	注意点	対象者(役)からの感想
	「通院開始告知書」	資料集内「通院導入ハンドブック」に掲載	p4-7				
	「権利に関するお知らせ」		p8-9				
	如遇実施計画						
	クラインスプラン(AorB)※選択						
	依存症用クラインスプラン	事例Ⅰ【演習配布資料】内に掲載					
	〇〇さんの便利帳						
	通院用「セルフモニタリングシート」						
	対象者・制度説明用パンフレット	資料集内「通院導入ハンドブック」に掲載	p37-40				
	家族 制度説明用パンフレット		p41-44				
	緊急時対応カード(グリーンカード)	資料集内「通院導入ハンドブック」に掲載 ※様式のみ					
	通院等ケア計画週間予定表						
	個別治療計画						
全体を通して							

課題作成用紙（演習課題④ 退院後4ヶ月頃、ケア会議での対応） 2日目 プログラム【演習】 1時間30分

指定入院医療機関から指定通院医療機関、地域関係機関への円滑な移行

通院4ヶ月目のケア会議を想定し、事例の状況に従って、「処遇実施計画」「クライシスプラン」「セルフモニタリングシート」「対象者の要望」「関係機関の意見を調整してください」

名前	所属施設	職種	役割を演じた感想等
1		対象者	
2	保護観察所	社会復帰調整官	
3	指定通院医療機関		
4	訪問援助		
5	グループホーム		
			施行してみた感想/注意点
		「処遇実施計画」「クライシスプラン」の取り扱い	
		「セルフモニタリングシート」	
		対象者の要望 関係機関の意見 その他	

記録者①、②

事例演習の進め方【講師&ファシリテーター用】

講師&ファシリテーター講師部分の記載は青字

注目点、注意点は、赤字

【事例】

演習

【時間配分】1時間15分

10分程度 演習内容説明

20分程度 配布された演習の資料を読み込み各自で課題票を埋めてください 簡条書きで結構です、その後、グループで話し合い まとめて最終版を提出

20分程度 自己紹介(所属施設、職種、経験年数、地域の医療観察法の状況 司会、記録係等の選定(3回あるため全員での持ち回り場合、順番)

20分程度 グループで話し合い ファシリテーター助言

ファシリテーターと意見交換

まとめの課題票を事務局へ提出

【進行上の注意点】

明日および懇親会のためにグループ内が仲良くなることを優先

「今日のこの回の演習については、グループ内が仲良くなることを優先です」と、ファシリテーターの方で、演習、最初に伝えて和ませていただければと思います

【演習全体を通して】

最初に各人に渡している『統一版 各自配布 事例 【演習配布資料】』には、通常のCPA会議で、まず、得られる情報しか出ていません。一応、個々人の課題の時には、この事を伝え、内容で進めてもらい、グループ演習で必要なら『各班2部配布 YMO【詳細資料 1&2 日目 共通】 入院時鑑定内容含む』を利用してください。また、この過程で、指定入院医療機関が「鑑定書」等持っていること伝え、必要なら教えてもらえる依頼してみるなど伝えて良いと思います

回復期(途中の)CPA会議、社会復帰期(最終段階の)CPA会議ともに、『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 Ver4.0』を参考にして、必要な疑問を持ち、質問等できるよう進めてください

事例赤字の部分(下記部分)については、注目するようにしていただき、その質問がCPA会議で出すためにどうすれば良いか

CPA会議での自分の役割、その役割を担うためにどのような知識(制度や指定入院医療機関、保護観察所について)が必要かなど、取得できるように進めてください

【基礎情報】

【症例】 Aさん 47歳 男性

【主診断名】 残遺性障害および遅発性の精神病性障害(F19.7)

【対象行為】 傷害

【事件】

被害妄想に基づき、見ず知らずの男性に対して殴りかかり、頬骨骨折等の傷害を負わせた。

【家族構成】

実父、継父とも他界。

高齢の母親(67歳)は、近隣のF県G市の公営住宅に独居。

実弟(45歳)は、既婚者で、夫と中学生と小学生の子供二人とF県のH市のアパートに住んでいる。

母親、実弟とも、ここ10年ほど疎遠となっている CPA出席の経緯、家族の協力状況
長女は、離婚した元妻が引き取り、離婚後、元妻、長女とも音信不通。

【事件概要】 X年=事件年

対象行為前の数ヶ月間、精神科には通院せず、アパートで独居生活。「命を狙われている」という被害妄想に基づき、アパートを出て、自宅周辺をふらふらし、近所のコンビニに被害的な文句を言っていた。

平成X年9月25日、子供の頃、両親と住んでいたB市に行き、その日は24時間営業のファミリーレストランで翌朝まで過ごした。翌日は、C公園で野宿。同年9月27日夕刻、C公園内で、被害妄想に基づき、見ず知らずの男性に対して殴りかかり、頬骨骨折等の傷害を負わせた。

【回復期(途中の)CPA会議】

4回目のCPA会議に自分が初めて出席した想定で、「だから、(初回参加として)基本的なことも聞いても良い、ただ、最初だから聞けないと言う態度でもなく」というような架空の想定で行いますと伝え、基本的な質問、詳しい質問も出来る参加者として設定にはあまりこだわらないようにお伝えください

モニタリングシートの存在と重要性、(セルフ)モニタリングシートの変遷、今後のクライシスプランへの波及、退院後の通院での利用も想定など、『(セルフ)モニタリングシート』の重要性に着目できるようにしてください

『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 Ver4.0』の【回復期(途中の)CPA会議】を参考に進めてください

【社会復帰期(最終段階の)CPA 会議】

「退院向けの最終 CPA 会議」または、「指定通院医療機関で行う CPA 会議の1つ前の会議で、合意できれば、退院申立で行う CPA 会議」に出席した想定と説明してください、

MDT による病状、現状等説明に関する確認、模擬の処遇実施計画、クライシスプラン、モニタリングシートを利用して確認事項等を見してみる。(模擬)通院モニタリングシートについての注文、それらに対する対象者の理解、指定通院医療機関(地域関係機関)として確認しておくべき事項などがよくわかるようにお伝えください

『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 Ver4.0』の【社会復帰期(最終段階の)CPA 会議】を参考に進めてください

演習課題 回復期【 CPA 会議】

【入院後 11ヶ月後の対象者の状況】 CPA 会議開始時に MDT より説明

対象者は、多剤使用による遅発性精神病性障害に罹患しており、この疾患による被害関係妄想の影響下で対象行為に及んでいる。しかし、現在は、薬物療法によって、対象行為時に認められた幻覚や妄想は、**精神病症状は薬物療法により軽減した。**

一方で、成育歴に起因すると思われる、劣等感が強く、被害的・他罰的な認知をしやすい元来の性格傾向と、長期の薬物使用による脳器質的な変化によるストレス脆弱性、衝動性の高さは持続し、**これらは薬物療法によっても現状以上の改善は期待できない。**そのため、現在でも、対人関係上のストレスを契機に、幻聴や被害関係妄想が出現し、その際には易怒性や易刺激性が高まることがある。これらに対しては、**心理社会的な治療**により、症状の出現時に、スタッフに相談する、対人関係の距離を取る、**頓服薬を飲むなどの自己対処を行い、暴力をふるわないことを学習し、実践できるようになってきてはいる。**

しかし、依然として安定せず、「若い男性の入院患者がヒソヒソと話していると、自分のこと(悪口)を言われているような気がする」の訴えがみられる。ただ、病棟の担当多職種チームについては、以前にはあった担当多職種チームへの被害的な訴えもなくなり、笑顔で挨拶し、冗談を言う、また、素直に相談などに来ることが多くなっているなど、信頼感が得られてきているようである。

先月、口げんか(物理的な暴力行為はなかった)となった他の入院患者との関係については、双方の担当多職種チーム立ち会いで相互の対象者が謝り、和解した後、良好な関係を続けている。このことについて、本人は、「いままでの人生で、喧嘩後に、謝ったことはなく、謝ることが負けであると思っていたため、謝ったことで人間関係が良くなり、下に見られることもなく、その関係が続く経験が、非常に新鮮であり、勉強になった」と語っている。本人のいままでの**殺伐とした人生経験と価値観**が垣間見られるエピソードである。

先月から抗酒剤の服用を開始、服薬自己管理プログラムも開始した。その他の治療プログラムへも、概ね、問題なく参加している。**潔癖面においてこだわりが強い。**決められた事は

真面目にこなす。対人緊張が強く集団の中で柔軟な活動がとりにくいところがある。

また、アルコールや精神作用物質についての**疾病教育**により、これらの使用により精神病症状の悪化や他害行為のリスクの増大があることを学習し、使用を避けることを明言するようになっている。また、自発的に抗酒剤を服用するが、リスクに対する対処法の検討が継続的に必要。

CPA 会議の開催（入院後 11 ヶ月後） 過去に 3 回ほど CPA 会議が開かれている状況

入院施設での CPA 会議、通院医療機関の多職種スタッフ参加し、情報の共有を図る

【参加者】

対象者、実母、実弟(初回参加)、指定入院医療機関 担当多職種チーム、
保護観察所の社会復帰調整官、精神保健福祉センター、保健所、
市役所(障害福祉課、生活保護課)、指定通院医療機関職員等

演習課題 社会復帰期【 CPA 会議】

【入院後 19 ヶ月後の対象者の状況】 CPA 会議開始時に MDT より説明

薬物療法によって、対象行為時に認められた幻覚や妄想は、**精神病症状は薬物療法により軽減した**。成育歴に起因すると思われる、劣等感が強く、被害的・他罰的な認知をしやすい元来の性格傾向と、長期の薬物使用と頭部外傷による脳器質的な変化による**ストレス脆弱性、衝動性の高さは持続し、これらは薬物療法によっても現状以上の改善は期待できない**。そのため、**現在でも、対人関係上のストレスを契機に、幻聴や被害関係妄想が出現し、その際には易怒性や易刺激性が高まる**ことがある。これらに対しては、心理社会的な治療により、症状の出現時に、**スタッフに相談する、対人関係の距離を取る、頓服薬を飲むなどの自己対処**を行い、**暴力をふるわないことを学習し、ほぼ実践できるようになっている**。

入院中の退院後は単身生活となる予定で、指定通院医療機関への週 1 回の通院、週 5 回のデイナイトケアへの参加、指定通院医療機関や保健師、社会復帰調整官による訪問などが計画されている。これまでに退院予定のグループホームへの外泊訓練を繰り返し、指定通院医療機関や地域の関係者との関係構築を行なうとともに、上記のような、**対象者の病状や対人関係の特徴**について、CPA 会議 / ケア会議により十分な情報共有を行なった。クライシスプランを作成し、病状悪化時に対象者自身や関係者の取るべき対応も具体的に策定されている。これらの体制によれば、精神障害の悪化時にも適切な介入が行われ、対象行為と同様の他害行為に及ぶことを防止できると判断される。したがって通院処遇開始を前提として、**退院の申し立てを行う予定**。

CPA 会議の開催（入院後 19 ヶ月後） 退院申立前の CPA 会議

【参加者】

対象者、実母、実弟、指定入院医療機関 担当多職種チーム、保護観察所の社会復帰調整官
精神保健福祉センター、保健所、市役所(障害福祉課、生活保護課)、指定通院医療機関職員等

《通院開始》

通院初日 14:00 対象者来院、緊張した面持ちで、受付にて、指定通院医療機関の A 精神保健福祉士に来院伝える。A 精神保健福祉士が出迎えると、入院中の CPA 会議で、A 精神保健福祉士と話しているの、人懐っこそうな笑顔になる。診察前に、20 分ほど、外来診察の説明を受けてから診察。診察には、B 医師以外に A 精神保健福祉士、C 看護師(外来担当)、D 心理士、E 作業療法士(デイケア担当)が同席。その後、 処遇実施計画、クライシスプランの内容を全員で確認、 セルフモニタリングシートの内容と今後の取り扱いについて、協議、 退院審判期日の内容などを聞く。その他、必要な事項等を説明。

演習課題 通院初日の対応

グループ内で対象者(1名)、MDT 役(3名)を決める。その他の人は、観察者。

実際に通院初日に対象者に対応するところを『通院導入ハンドブック』内の「総合チェック表(資料配付、説明施行)」等を参考にして、シミュレーションしてみてください。その後、全体で、実際やってみたことについて協議

「対象者」役には、「審判期日」の内容は、聞かれても言いよどむ。セルフモニタリングシートは、面倒なので出来ればやりたくないなど、少し抵抗するようにファシリテーターから対象者役の人と相談してみてください

参考資料 「演習用資料」、及び H27 年度上級研修資料集内「通院導入ハンドブック」、
「医療観察法審判ハンドブック」、「【参考資料】退院許可申立審判の審判期日における対象者への質問事項一覧」、

【時間配分】 1 時間

10 分程度

グループ内で対象者(1名)、MDT 役(3名)を決める。その他の人は、観察者。

H27 年度上級研修資料集内『通院導入ハンドブック』内の「総合チェック表(資料配付、説明施行)」等を読み、グループ内で説明方法等を相談する

20 分程度

実際に通院初日に対象者に対応するところを、《通院開始》の状況を想定して H27 年度上級研修資料集内『通院導入ハンドブック』内の「総合チェック表(資料配付、説明施行)」等

を参考にして、シミュレーションしもらう。時間があれば、『通院導入ハンドブック』、『医療観察法審判ハンドブック』、『[参考資料]退院許可申立審判の審判期日における対象者への質問事項一覧』の「総合チェック表(資料配付、説明施行)」等を参考にして

20分程度 1つのグループに戻り、グループ全体で協議、課題用紙を作成
10分程度 発表等

《通院処遇中》

【その後の通院処遇の状況と経過 / 通院1ヶ月目】

デイケアでのメンバー馴染めず、かえってメンバーに奢ったり、不良時代の自慢をしたりして虚勢を張ったりしている。暴力行為はない。受診は素直、人なつっこい感じ。服薬による眠気を訴える。

グループホームの規則になれない様子。就労意欲が強く、はやく仕事がしたいと訴える。各関係機関とも、飲酒については、その兆候は見られないとの報告。

【その後の通院処遇の状況と経過 / 通院4ヶ月目】

デイケアでのメンバーとの言い合いなどはあったが、実際に殴るなどの暴力行為はない。グループホームより、部屋が徐々に汚くなっていくとの報告がある。

外来、訪問看護より、服薬の管理が、徐々に怪しくなっているとの報告がある。

就労意欲が非常強く、「デイケアを辞めて」「服薬を少なくして」仕事がしたいと訴えることが多い。

各関係機関とも、薬物の使用については、その兆候は見られないとの報告。

演習課題 退院後4ヶ月頃、ケア会議での対応

「その後の通院処遇の状況と経過 / 通院1ヶ月目 通院4ヶ月目」を参考に、定期的(月一度開催)ケア会議を開催。グループ内で、対象者、社会復帰調整官、指定通院医療機関、訪問看護、デイケア、グループホーム職員等に役割分担し、ケア会議をシミュレーションしてみてください。その後、全体で、実際やってみたことについて協議。

参考資料 「演習用資料」

「対象者」役には、「仕事したいので処遇実施計画を変更したい」、「デイケアの通所回数を少なくしてほしい」セルフモニタリングシートは、面倒なので出来ればやりたくないなど、少し抵抗するようにファシリテーターから対象者役の人と相談してみてください

【時間配分】1時間

20分程度

「その後の通院処遇の状況と経過 / 通院1ヶ月目 通院4ヶ月目」を参考に、ケア会議内で処遇実施計画やクライシスプランを確認するだけとするか、MDTとして変更を

提案するか、対象者に変更意思の確認を行うか、などを MDT として協議し、相手の反応に合わせた落としどころなども話し合うようにする。

20 分程度 実際にケア会議を想定しシミュレーションする。

20 分程度 グループ全体で協議、課題用紙を作成

10 分程度 発表

その後の対象者 下記を説明

〈その後の対象者〉

以下、講師のみ配布

研修生の資料には、配布無し

《退院後 12 ヶ月》

退院後、就労支援を希望し、職業安定所の障害者担当と就労活動、しかし、仕事が決まらず、半年後に、しびれを切らせ自分で、土木作業のアルバイト見つけていく。援助チームは、反対するも、就労を継続、3ヶ月後に、就労のストレス等から病状が不安定となり、**現在、退院後 12 ヶ月後にして初めて、指定通院医療機関への休養入院**薬物の問題は、退院後 12 ヶ月現在、問題とはなっていない。

<初めての指定通院医療機関への休養入院>

3週間後に退院するも、入院を失敗体験ととらえ、非常に落ち込み、少し自暴自棄ぎみとなり、通院、生活とも乱れる。

社会復帰調整官や通院医療機関、関係機関のスタッフが、面接や訪問時に励まし、サポートしたことで、1カ月程度で改善していくが、時折、ネガティブな自己評価に繋がる(就労意欲も減退)

ケア会議で、クライシスプランを見直し、変更する

薬物やアルコールについては、関係者で非常に警戒するも、依然、その兆候は見られない。

《退院後 24 ヶ月以降》

日常のスケジュール(通院、デイケア、訪問看護、保護観察所での面接など)、生活とも、ほぼ順調にこなす

懲りたといっていた就労について、徐々に意欲的に(デイケアに飽きてきた側面もある)、ただ、変更した「クライシスプラン」にある通り、今回は、事前に個別の各機関の担当者に相談。ケア会議で、話すことも承諾し、会議の中で、自分から説明する。ケア会議では、徐々に進めていくことになり、社会復帰調整官が、ハローワークに付添相談することになり、指定通院医療機関が紹介状を作成。また、次回のケア会議に、ハローワーク担当者を参加を打診。

本人、ゆっくり進むことに少し不満のようだが、一応承諾

前回の就労の失敗をスタッフから軽く言われ、恥ずかしそうに笑って返すなど、余裕が出てきている印象)

《退院後 30 ヶ月以降》

処遇中のケア会議を通して、病状や日常生活の安定が見られたので、満期前に処遇終了の申し立てを行う準備。

審判では、対象行為時について、具体的な話が聞かれたことで、辛かった状況を思い出し、一時抑うつ感が出現したが、一人で悩まずに、処遇を通して構築された関係スタッフに、話す事ができて落ち着いてきた。

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Shiina A, Tomoto A, Omiya S, Saito A, Iyo M, Igarashi Y	Differences between British and Japanese perspectives on forensic mental health systems: A preliminary study	World J Psychiatry 2017 March 8-11	22;7(1)	8-11	2017
河野稔明, 安藤久美子, 藤井千代, 菊池安希子, 中澤佳奈子, 曾雌崇弘, 米田恵子, 長沼洋一, 岡田幸之	特集III 医療観察法制定から10年を振り返って—医療観察法制定から10年：現況分析	精神科	29	151-159	2016
河野稔明, 岡田幸之, 平林直次	医療観察法入院処遇に適した在院期間代表値の選定—3つの平均値に着目して	司法精神医学	12	11-18	2017
安藤久美子, 河野稔明, 曾雌崇弘, 岡田幸之	研究成果を社会実装する 心神喪失者等医療観察法施行10年	精神保健研究	63	17-24	2017
三澤孝夫	「指定入院医療における多職種の役割とプログラム」, 特集 : 医療観察法制定から10年を振り返って	精神科	29	139-144	2016
井上薫子	「精神保健福祉士としての支援とネットワークの中で」 処遇困難な保護観察対象者と他機関連携	更生保護	67(9)		2016