

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29年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 岡田 幸之

平成30年（2018）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)	-----	6
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)	-----	20
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	-----	43
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	-----	54
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	-----	92
三澤孝夫		

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）
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 国立精神・神経医療研究センター 客員研究員
東京医科歯科大学大学院 教授

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12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。ステージダウンを経験した36名の詳細なテキスト分析により、ステージダウンの要因、これに対してステージダウン直後に行われた介入、退院直前に行われた介入をカテゴリカルに抽出した。地域生活を見据えた介入の強化が行われるケースがある一方で、医療観察法の入院治療終結にむけた介入がなされる場合があることなどが確認できた。

B分担では、全国の約9割以上の指定通院医療機関の協力によって2254件のデータを収集、分析した。1560名（71.4%）がすでに処遇を終了しており、その平均通院日数は930.5 ± 311.0日であった。通院処遇中に精神保健福祉法入院をしていた者は1068名（48.9%）であったが、その入院が通院処遇開始直後から始まる者と途中で始まる者があり、後者は問題行動や病状悪化の目立つ複雑事例が多いことなどを確認した。

C分担では、我が国の司法精神医療との比較を米国ニューヨーク州との間でおこない、さらに一昨年度に行った英国の調査結果を踏まえて、三カ国の比較を行った。米国は英国と日本の中間に位置するが、より英国に近い。また、我が国の司法精神科医は、米英と比較して、社会に対する責任やリスクアセスメントの意識が薄く、司法関係機関との連携に忌避感を持っている可能性が示唆された。

D分担では、精神保健判定医等養成研修会の全受講生305名にアンケートを実施し、事例検討や多職種チーム医療の実際がわかるようなプログラムが求められていることを確認した。さらに厚生労働省判定事例研究会に複雑事例を提供し、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、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。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名	
河野 稔明	国立精神・神経医療研究センター・室長
安藤久美子	聖マリアンナ医科大学・准教授
五十嵐 禎人	千葉大学社会精神保健教育研究センター・教授
八木 深	国立病院機構花巻病院・院長
三澤 孝夫	国際医療福祉大学・講師

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12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た。

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分担研究によっておこなった。

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、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(595

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

(A分担) 医療観察法の指定入院の推定在院期間は徐々に延長し2011年は平均839日であった。ステージダウンを経験した対象者36名(例外的な理由による1名を除く)において、治療記録からその要因を複数選択式で分類したところ、問題行動(33名)、症状悪

化(27名)、および治療の難渋(7名)の3つのカテゴリーと10のサブカテゴリーが抽出され、カテゴリー間には大きな重なりを認めた。ステージダウン直後の介入について同様に分析すると、薬剤調整、多職種による支援の強化、院内での治療環境の調整、外部への環境調整、アセスメントの修正、外部機関との緊急連携の6つのカテゴリーが抽出された。生物学的・心理社会的介入や環境調整を中心としつつも、外部との連携を含めた多層的な介入が行われていた。また、調査時点までに退院した17名において、退院直前の介入を同様に分析すると、多職種による支援の継続、薬剤調整・薬物療法の継続、家族支援、外部への環境調整、地域への情報提供、治療反応性の限界による入院治療終結の検討の6つのカテゴリーが抽出された。対象者の地域生活を見据えた介入が強化されていた一方で、医療観察法での入院治療の終結に向けた介入がなされる場合もあることが示された。

在院者のプロフィールは、経年的には性別(女性の増加)および年齢(高齢化)が緩やかに変化していたほかは一貫した傾向がなく、おおむね一定であった。

退院者のプロフィールは、退院年度によって多少のばらつきがあった。また在院期間は経年的に大きく延長していた。A、B分担合同で「医療観察統計レポート」を発行した。

(B分担)全国の指定通院医療機関543施設(2,254件)のデータを収集した。入院ではなく外来通院から処遇が開始されていたのは26.4%でその割合は減っている。通院中に48.9%が精神保健福祉法による入院を

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1068名(48.9%)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比較的多く、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。A、B分担合同で「医療観察統計レポート」を発行した。

(C分担)本年度は、米国ニューヨーク州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、前年度までの日英比較の成果も参照して、司法精神医療に対するそれぞれの国の考え方の異同を明らかにした。

日米英は、それぞれ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。日米英、3カ国の司法精神科医の考え方を比較すると、米国は英国と日本の中間に位置するが、より英国に近い。また、我が国の司法精神科医は、米英と比較して、社会に対する責任やリスクアセスメントの意識が薄く、司法関係機関との連携に忌避感を持っている可能性が示唆された。

(D 分担)平成 29 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 305 名(初回 131 名、継続 174 名)を対象にアンケートを実施し、回収率は 91%であった。有用・まあまあ有用と回答した受講生は 97%、理解/まあまあ理解と回答した受講生は 97%でいずれも平成 28 年度と同じ高水準であった。判定医では「鑑定・処遇が問題となった事例検討」や「判定医の業務と責任」、参与員では「参与員の業務と責任」が高評価であった。他の職種の業務への関心の低さが問題となっており、今年度より「多職種チーム医療」の講義で、入院医療機関のスタッフによる多職種チーム模擬会議を供覧し、参加者同士の議論を取り入れた。新たな講義の有用度評価は、判定医、参与員ともに良好であった。

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、処遇を継続すべきか 52 条鑑定事例、飲酒下の対象行為の疾病性を考える事例、PTSD とマインドコントロールと診断された事例を提供し、仮想化しケースブック事例を作成し、研修に寄与した。

(E 分担)本研究で調査してきた英国の司法精神医療に関する通院処遇に関わるスタッフへの実務者研修や本研究でモデル的に行っていた医療観察法に関わる通院(地域)処遇関係機関実務者向けの上級研修の結果やアンケート等を参考として、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、通院(地域)処遇に関するスタッフの研修と実践に利用するためのツールとして「通院 地域処遇[研修実践]ハンドブック」を開発した。

D. 考察

1) 達成度について

各班とも、データ収集、分析、検討、成果物作成、政策提言まで行われ、3 年計画の最終年度目として予定通りの達成度である。国際比較研究、および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た。

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、米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。本研究班は終結するが、今後の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の方法が今後期待される。

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、米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 . 論文発表

- 1) Shiina A, Niitsu T, Sato A, Omiya S, Nagata T, Tomoto A, Watanabe H, Igarashi Y, Iyo M. Effect of educational intervention on attitudes toward the concept of criminal responsibility. World Journal of Psychiatry 2017, 7(4): 197-206.
- 2) 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 Mar 22; 7(1): 8-11.

- 3) 岡田 幸之,河野 稔明,安藤 久美子
医療観察法の医療 刑事司法から一般精神医療への流れをつくり対象者と社会をつなぐ. 臨床心理学2017, 17 (6) : 758 - 767

2 . 学会発表

- 1) 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 . 2017,3,3, 東京 .
- 2) 河野 稔明,藤井 千代,岡田 幸之 超長期在院患者の退院阻害要因および退院促進要因の予備的検討 第 13 回日本司法精神医学会大会 2017,6,2 大阪 .

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（精神障害分野）
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研究（入院モニタリング研究）

研究分担者 河野 稔明 国立精神・神経医療研究センター病院 室長

研究要旨

初年度、第2年度に引き続き、2014年度までに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分析した。本年度は、ステージダウンを経験した対象者の詳細分析を行った。また、初年度に報告した入院者（入院処遇開始者）の入院年度別の記述統計と同様に、年度別の在院者（入院処遇継続者）の記述統計、退院者（入院処遇終了者）の退院年度別の記述統計を新たに行った。

ステージダウンを経験した対象者36名（例外的な理由による1名を除く）において、治療記録からその要因を複数選択式で分類したところ、問題行動（33名）、症状悪化（27名）、および治療の難渋（7名）の3つのカテゴリーと10のサブカテゴリーが抽出され、カテゴリー間には大きな重なりを認めた。ステージダウン直後の介入について同様に分析すると、薬剤調整、多職種による支援の強化、院内での治療環境の調整、外部への環境調整、アセスメントの修正、外部機関との緊急連携の6つのカテゴリーが抽出された。生物学的・心理社会的介入や環境調整を中心としつつも、外部との連携を含めた多層的な介入が行われていた。また、調査時点までに退院した17名において、退院直前の介入を同様に分析すると、多職種による支援の継続、薬剤調整・薬物療法の継続、家族支援、外部への環境調整、地域への情報提供、治療反応性の限界による入院治療終結の検討の6つのカテゴリーが抽出された。対象者の地域生活を見据えた介入が強化されていた一方で、医療観察法での入院治療の終結に向けた介入がなされる場合もあることが示された。

在院者のプロフィールは、経年的には性別（女性の増加）および年齢（高齢化）が緩やかに変化していたほかは一貫した傾向がなく、おおむね一定であった。

退院者のプロフィールは、退院年度によって多少のばらつきがあった。また在院期間は経年的に大きく延長していた。

本研究では、医療観察法施行以来、悉皆データの収集・分析を継続してきたが、その役割が事業化されたこともあり、本研究班とともに調査は終了し、今後は分析のみを継続する予定である。本研究の成果を踏まえ、事業で収集される情報を分析することにより、医療観察法医療、ひいては一般精神科医療のさらなる向上に資する知見を得ることが期待される。

研究協力者氏名・所属研究機関名

藤井 千代	国立精神・神経医療研究センター
尾崎 翔一	東京街道病院

A. 研究目的

医療観察制度は発足後12年余りが経過し、比較的安定的に機能するようになってきた。一方で、治療が入院処遇ガイドラインに記載されたようには進まないケースもあり、難治例、複雑事例などと呼ばれることがある。

本研究では、全国の指定入院医療機関から診療データの提供を受け、医療観察制度のモニタリングを行ってきた。本分担研究班では主に、2014年度までに収集したデータの詳細分析を進めてきた。初年度の2015年度は、記述統計に加えて、在院期間の経年的変化を分析した。また、在院期間5年以上の超長期在院者の頻度や治療ステージ移行および転退院の時期を示した。2016年度は、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予備的分析を行った。

本年度は、ステージダウンの要因を該当例全部でカテゴリー化し、さらにステージダウン直後の対応、退院直前の対応についても、治療記録の記載から同様に分析して、ステージダウンのあった対象者の治療経過の実態を把握することを目指した。また、初年度に報告した入院者（入院処遇開始者）の入院年度別の記述統計と同様に、年度別の在院者（入院処遇継続者）の記述統計、退院

者（入院処遇終了者）の退院年度別の記述統計を新たに行った。退院者については、初年度に入院年度別に集計しているが、今回は群分けとしてより適切な退院年度別で再集計した。

B. 研究方法

1. 調査データ

医療観察法指定入院医療機関への訪問調査で収集した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）。

①入院時基本情報管理シート

②入院継続情報管理シート

③退院前基本情報管理シート

④治療評価シート

⑤運営会議シート

⑥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共通の電子カルテ（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。①～⑤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、⑥は「患者管理欄」と呼ばれる対象者一覧をCSV形式で抽出し、それに入院経路などの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. ステージダウンの要因と対応

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。9年間の入院処遇対象者2175名のうち、37名（1.7%）がステージダウンを経験していた。このうち1名は、やむを得ない外出のために一時的にステージアップし、帰院後ただちに元のステージに戻した特殊なケースであったので除外し、36名について分析を行った。プロフィールを表1に示す。

分析は、次の3つの事項について行った。

- (a) ステージダウンの要因
- (b) ステージダウン直後の対応
- (c) 退院直前の対応

なお、(c)については2014年7月14日時点ですでに退院していた17名のみを対象とした。

記載の抽出にあたっては、主に④「治療評価シート」および⑤「運営会議シート」の「総合評価」欄、「今後の目標と治療方針」欄の記述に注目した。退院直前の介入に関しては、②「入院継続情報管理シート」および③「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、「今後の目標と治療方針」欄の記述にも注目した。また、医療機関によっては②「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」欄が設けてあるため、これらの記述にも注目した。

記載されている内容のカテゴリー化は次のように行った。まず、上記(a)～(c)に関連した記載内容を抜き出し、文章ごとにまとめた。次に、文章内容をサブカテゴリー（小カテゴリー）として分類した。さらに、サブカテゴリーの中で関連があると思われるものを統合し、カテゴリー（大カテゴリー）を構築した。構築されたカテゴリーについて分析者間で検討し、カテゴリーの分割・統合を行い、文章内容を再分類する作業を、カテゴリーの設定に疑義がなくなるまで反復した。

3. 在院者（入院処遇継続者）の記述統計

医療観察法が施行された7月15日を期首とする年度を設定し、各年度末（X年度であれば[X+1]年7月14日24時）時点で在院中（入院処遇中）の対象者について集計した。

集計項目は、性別、年齢、主診断、対象行為、住所地、転院歴、在院期間とした。

4. 退院者（入院処遇終了者）の記述統計

在院者の記述統計と同様の年度を設定し、各年度（X年度であればX年7月15日～[X+1]年7月14日）に退院した（入院処遇を終了した）対象者について集計した。ただし、死亡、抗告、別件での逮捕などに伴って退院した者は集計から除外した。

集計項目は、性別、退院時年齢、主診断、退院時住所地、遠隔地での退院、退院後の処遇、転院歴、在院期間、在ステージ期間とした。

(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、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、「個人情報の保護に関する法律」、「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。

C. 研究結果

1. ステージダウンの要因と対応

1-1) ステージダウンの要因

ステージダウンの要因として、問題行動、症状悪化、および治療の難渋の3つのカテゴリーが抽出された。問題行動(92%)および症状悪化(75%)は高率で、大半の対象者に該当した。また、それぞれ5つ、3つ、2つのサブカテゴリーが抽出された(図1)。

3つのカテゴリーは重なりが大きく、36名中26名(72%)の対象者が複数のカテゴリーに該当した。「治療の難渋」に該当した対象者は、全員が「問題行動」に該当した(図2)。

1-2) ステージダウン直後の対応

ステージダウン直後の対応として、薬剤調整、多職種による支援の強化、院内での治療環境の調整、外部への環境調整、アセスメントの修正、外部機関との緊急連携の6カテゴリーが抽出された(図3)。

1-3) 退院直前の対応

ステージダウンのあった対象者への退院直前の対応として、多職種による支援の継続、薬剤調整・薬物療法の継続、家族支援、外部への環境調整、地域への情報提供、治療反応性の限界による入院治療終結の検討の6カテゴリーが抽出された(図4)。

2. 在院者(入院処遇継続者)の記述統計

在院者のプロフィールは、経年的には性別(女性の増加)および年齢(高齢化)が緩やかに変化していたほかは一貫した傾向がなく、おおむね一定であった(表2)。

3. 退院者(入院処遇終了者)の記述統計

退院者のプロフィールは、退院年度によって多少のばらつきがあった。また在院期間は経年的に大きく延長していた(表3)。

D. 考察

1. ステージダウンの要因と対応

昨年度の分析において、ステージダウン経験者は在院期間が相当に長いことが示され、厳密な臨床評価に基づいてステージアップしても、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かった事例であると推察した。また、ステージダウン経験者のうち退院者は、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、時間がかかったが社会復帰の準備が整った群であることも推察した。今号では、これらの点について質的分析を行い、実際にどのような要因がステージダウンにつながったのか、またその後どのような介入が行われたのか

を探索した。

まず、ステージダウンの要因であるが、問題行動、症状悪化、治療の難渋という3つのカテゴリーが抽出され、おおむね推察したとおりであった。特に問題行動および症状悪化は高率であり、また両方が重複する対象者も多かった。症状悪化により問題行動が生じる場合が多いと思われるが、ステージダウンの要因は必ずしも単純でないことが示唆された。また、比較的少数ではあるが、治療の難渋は注目すべき要因である。この要因によるステージダウンは、対象者がそのステージの治療には十分に反応しないが、前のステージの治療目標を確実に達成すれば治療効果が期待できるという判断であり、ステップを着実に踏んで治療を進めることの重要性を示唆している。

ステージダウン直後は、生物学的・心理社会的介入や環境調整を中心としつつも、外部との連携を含めた多層的な対応が行われていた。薬剤の調整、多職種による介入、病院内外での環境調整などが輻輳して実施されることが多く、アセスメントの修正が行われる場合もあった。このような多層的な対応は当然かもしれないが、介入に豊富な選択肢があり、それらが十分に活用されているのは、多職種によるチーム医療の強みといえよう。

退院直前には、対象者の地域生活を見据えた対応が強化されていた。それまでの薬物療法や多職種による支援と併せて、家族支援や院外への環境調整といった外部との関係作りに治療がシフトされていくケースが多く認められた。一方で、治療反応性の限界により、医療観察法に基づく入院処遇の終結が検討されるケースもあった。ステー

ジダウンで治療を仕切り直し、再び治療を進めた結果、入院処遇の枠組みでは効果が乏しいことが明確になってくるケースもあることが示唆される。

本分析はステージダウン経験者のみを対象とした単群の分析であり、ステージダウン非経験者と比較していない。したがって、ステージダウン直後や退院直前の対応が、ステージダウンに特異的なものであるかどうかは不明である。また、治療記録から抜き出した対象者への対応が、ステージダウンの要因に対して特別にとられたものといえるかどうかは確実でない。

こうした限界があるものの、ステージダウンのあった対象者には、多職種チームによるアセスメントが多層的に見直され、その後の治療構造が再構築されていることが示唆された。このように、アセスメントの見直しに応じて治療構造を柔軟にシフトさせていくことは、一般精神科医療を含めた様々な臨床場面で改めて意識されるべき有用な考え方と思われる。

2. 在院者（入院処遇継続者）の記述統計

在院者については、厚生労働省のウェブサイトにて性別、主診断、治療ステージの人数が掲載されており、1年に1～2回程度更新されているが、経年変化がわかるように一定の間隔で集計した資料はないため、本稿に掲載した。病床整備に伴う全体の対象者数の増加は別として、対象者プロフィールには大きな変化がないが、数値を残しておけば将来、数十年を隔てた比較も可能と思われる。

おおむね一定であったプロフィールのなかで、性別および年齢は今回集計した9年間

においても緩やかに変化していた。年齢については、一般人口や一般精神科入院患者と同様に、高齢化が進んでいることが示唆される。医療観察法では、処遇決定プロセスの性質上、介護を要するほどの高齢の対象者が急増することはないと思われるが、地域生活や就労の観点からは引き続き注視が必要である。

3. 退院者（入院処遇終了者）の記述統計

退院者についても、経年的に集計した資料は将来的に貴重な情報となる可能性があり、本稿に掲載した。

退院者のプロフィールは、年度によって多少のばらつきがあり、人数もやや大きく変動した。これには、空床の多寡や（新規）入院者数の変動によって、一時的に退院促進が強化されることが影響している可能性がある。在院期間も、全体的には大きく延長しているなかで2012年度は一時的に大幅に短縮しており、同様の影響を受けたと考えられる。退院者の在院期間は実績値であるので、数値としての信頼性は高いが、退院促進強化のような短期的な影響を受けることがあり、在院期間の評価においては、生存分析（ Kaplan-Meier法）や平均在院日数といった他の指標も考え合わせるのが望ましい。

E. 結論

本年度の分析から、ステージダウンの要因は複合していることが多いことが示され、その後の治療においてはアセスメントが多層的に見直され、治療構造が再構築されていることが示唆された。また、在院者および退院者のプロフィールを経年的に集計した。

本研究では、医療観察法施行以来、悉皆データの収集・分析を継続してきたが、その役割が事業化されたこともあり、本研究班とともに調査は終了し、今後は分析のみを継続する予定である。本年度の分析結果を含む、これまでの入院モニタリング研究の成果を踏まえ、今後は事業で収集される情報を活用して分析を深めることができる。そうすることにより、医療観察法医療、ひいては一般精神科医療のさらなる向上に資する知見を得ることが期待される。

F. 健康危険情報

（なし）

G. 研究発表

1. 論文発表

（なし）

2. 学会発表

- 1) 河野稔明, 藤井千代, 岡田幸之. 超長期在院者の退院阻害要因および退院促進要因の予備的検討. 第13回日本司法精神医学会大会, 大阪, 2017年6月2日～3日.
- 2) Kono T. Long-stay forensic inpatients under the Medical Treatment and Supervision Act in Japan. The XXXVth International Congress on Law and Mental Health, Prague, Czech Republic, July 9-14, 2017.
- 3) 尾崎翔一, 河野稔明, 藤井千代, 岡田幸之. 医療観察法入院処遇者の変則的な治療ステージ移行に関する報告—ステージダウンの要因に着目して—. 第37回

日本社会精神医学会，京都，2018年3月
1日～2日。

H. 知的財産権の出願・登録状況
(なし)

<謝辞>

本研究で利用したデータは，全国の指定
入院医療機関から提供を受けたものです。
調査にご協力くださった医療機関の皆様に，
深く感謝を申し上げます。

本稿で報告したステージダウンの要因お
よびステージダウン直後・退院直前の対応
の分析については，本研究班が発行した「医
療観察統計レポート―入院・通院モニタリ
ング調査―2018年版」でも同様の内容で報
告しています。

< 図表 >

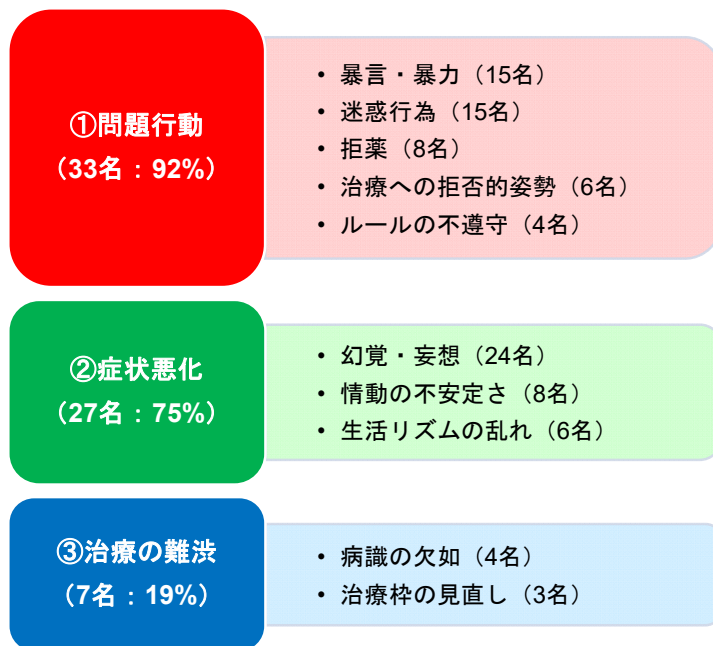


図1 ステージダウンの要因の 카테고리・サブ 카테고리

※全体 (N=36) で集計。 카테고리, サブ 카테고리とも複数計上あり。

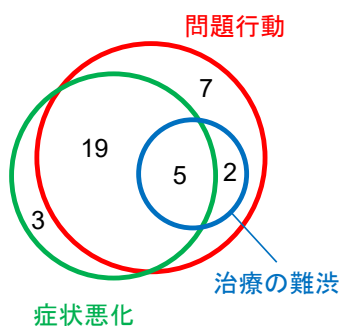


図2 ステージダウンの要因の 카테고리間の重なり



図3 ステージダウン直後の介入のカテゴリー・サブカテゴリー

※全体 (N=36) で集計。カテゴリー, サブカテゴリーとも複数計上あり。



図4 退院直前の介入のカテゴリー・サブカテゴリー

※退院者 (n=17) のみで集計。カテゴリー, サブカテゴリーとも複数計上あり。

表1 分析したステージダウン経験者のプロフィール

		全体 (N=36)	退院者 (n=17)
性別 (男:女)		28:8	12:5
入院時年齢		38.9 [11.1]	42.5 [11.8]
退院時年齢 (在院者は2014年7月14日現在)		42.8 [11.5]	45.6 [12.3]
主診断 (ICD-10)	F0 (器質性精神障害)	3 (8%)	3 (18%)
	F1 (物質関連障害)	1 (3%)	1 (6%)
	F2 (精神病性障害)	28 (78%)	11 (65%)
	F6 (パーソナリティ障害圏)	2 (6%)	1 (6%)
	F8 (発達障害圏)	2 (6%)	1 (6%)
在院月数 (在院者は2014年7月14日までの実績値)		46.4 [22.7]	36.6 [15.9]
初回ステージダウンの発生時期 (入院後月数)		19.9 [10.0]	15.8 [9.2]
初回ステージダウンのパターン	回復期→急性期	18 (50%)	6 (35%)
	社会復帰期→急性期	8 (22%)	3 (18%)
	社会復帰期→回復期	10 (28%)	8 (47%)

※表中の数値は該当者数 (割合), または平均値 [標準偏差]。

表2 在院者（入院処遇継続者）の記述統計

	年度								
	2005 (n=135)	2006 (n=300)	2007 (n=429)	2008 (n=465)	2009 (n=478)	2010 (n=596)	2011 (n=647)	2012 (n=703)	2013 (n=753)
性別									
男	108 (80.0)	242 (80.7)	352 (82.1)	376 (80.9)	389 (81.4)	469 (78.7)	506 (78.2)	537 (76.4)	575 (76.4)
女	27 (20.0)	58 (19.3)	77 (17.9)	89 (19.1)	89 (18.6)	127 (21.3)	141 (21.8)	166 (23.6)	178 (23.6)
年齢									
平均 [SD]	43.1 [13.9]	42.0 [12.6]	43.2 [12.3]	43.4 [12.5]	43.8 [12.5]	44.6 [13.1]	44.4 [12.6]	45.3 [12.8]	46.0 [12.9]
20代	23 (17.0)	51 (17.0)	56 (13.1)	61 (13.1)	56 (11.7)	67 (11.2)	76 (11.7)	72 (10.2)	69 (9.2)
30代	43 (31.9)	93 (31.0)	138 (32.2)	148 (31.8)	148 (31.0)	182 (30.5)	172 (26.6)	178 (25.3)	181 (24.0)
40代	29 (21.5)	73 (24.3)	99 (23.1)	111 (23.9)	119 (24.9)	134 (22.5)	192 (29.7)	212 (30.2)	231 (30.7)
50代	22 (16.3)	47 (15.7)	86 (20.0)	84 (18.1)	91 (19.0)	124 (20.8)	118 (18.2)	126 (17.9)	140 (18.6)
60代	11 (8.1)	29 (9.7)	45 (10.5)	52 (11.2)	50 (10.5)	69 (11.6)	64 (9.9)	88 (12.5)	101 (13.4)
70代以上	7 (5.2)	7 (2.3)	5 (1.2)	9 (1.9)	14 (2.9)	20 (3.4)	25 (3.9)	27 (3.8)	31 (4.1)
主診断 ¹⁾									
F0	5 (3.7)	8 (2.7)	13 (3.0)	11 (2.4)	12 (2.5)	10 (1.7)	11 (1.7)	10 (1.4)	9 (1.2)
F1	7 (5.2)	11 (3.7)	29 (6.8)	27 (5.8)	27 (5.6)	34 (5.7)	30 (4.6)	42 (6.0)	48 (6.4)
F2	112 (83.0)	252 (84.0)	351 (81.8)	379 (81.5)	398 (83.3)	497 (83.4)	551 (85.2)	587 (83.5)	622 (82.6)
F3	6 (4.4)	12 (4.0)	17 (4.0)	24 (5.2)	20 (4.2)	30 (5.0)	28 (4.3)	35 (5.0)	41 (5.4)
F4	1 (0.7)	1 (0.3)	1 (0.2)	3 (0.6)	2 (0.4)	3 (0.5)	3 (0.5)	4 (0.6)	5 (0.7)
F5	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.1)
F6	1 (0.7)	2 (0.7)	3 (0.7)	5 (1.1)	3 (0.6)	7 (1.2)	6 (0.9)	5 (0.7)	4 (0.5)
F7	1 (0.7)	5 (1.7)	3 (0.7)	6 (1.3)	8 (1.7)	6 (1.0)	7 (1.1)	10 (1.4)	9 (1.2)
F8	2 (1.5)	8 (2.7)	11 (2.6)	9 (1.9)	6 (1.3)	8 (1.3)	8 (1.2)	7 (1.0)	8 (1.1)
その他	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (0.2)	1 (0.2)	2 (0.4)	1 (0.2)	3 (0.5)	2 (0.3)	1 (0.1)
不明	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.7)
対象行為 ²⁾									
殺人等	42 (31.1)	104 (34.7)	142 (33.1)	166 (35.7)	169 (35.4)	204 (34.2)	212 (32.8)	234 (33.3)	274 (36.4)
傷害	42 (31.1)	87 (29.0)	144 (33.6)	162 (34.8)	170 (35.6)	198 (33.2)	218 (33.7)	248 (35.3)	273 (36.3)
放火等	30 (22.2)	77 (25.7)	104 (24.2)	99 (21.3)	108 (22.6)	147 (24.7)	155 (24.0)	163 (23.2)	149 (19.8)
強盗等	7 (5.2)	13 (4.3)	20 (4.7)	17 (3.7)	12 (2.5)	20 (3.4)	30 (4.6)	32 (4.6)	30 (4.0)
強姦等	14 (10.4)	19 (6.3)	19 (4.4)	21 (4.5)	19 (4.0)	27 (4.5)	32 (4.9)	26 (3.7)	27 (3.6)
住所地（管轄厚生局）									
北海道	3 (2.2)	17 (5.7)	22 (5.1)	25 (5.4)	21 (4.4)	32 (5.4)	20 (3.1)	23 (3.3)	26 (3.5)
東北	9 (6.7)	19 (6.3)	31 (7.2)	34 (7.3)	31 (6.5)	23 (3.9)	28 (4.3)	38 (5.4)	44 (5.8)
関東信越	44 (32.6)	102 (34.0)	155 (36.1)	164 (35.3)	176 (36.8)	222 (37.2)	234 (36.2)	249 (35.4)	277 (36.8)
東海北陸	18 (13.3)	38 (12.7)	51 (11.9)	51 (11.0)	55 (11.5)	60 (10.1)	66 (10.2)	68 (9.7)	71 (9.4)
近畿	16 (11.9)	37 (12.3)	57 (13.3)	66 (14.2)	70 (14.6)	91 (15.3)	112 (17.3)	137 (19.5)	125 (16.6)
中国四国	16 (11.9)	26 (8.7)	32 (7.5)	40 (8.6)	40 (8.4)	62 (10.4)	73 (11.3)	64 (9.1)	63 (8.4)
九州	20 (14.8)	46 (15.3)	57 (13.3)	64 (13.8)	65 (13.6)	74 (12.4)	81 (12.5)	92 (13.1)	100 (13.3)
不定・不明	9 (6.7)	15 (5.0)	24 (5.6)	21 (4.5)	20 (4.2)	32 (5.4)	33 (5.1)	32 (4.6)	47 (6.2)
転院歴									
あり	4 (3.0)	24 (8.0)	96 (22.4)	102 (21.9)	98 (20.5)	101 (16.9)	123 (19.0)	170 (24.2)	172 (22.8)
なし	138 [84]	254 [172]	337 [231]	424 [279]	488 [360]	484 [391]	530 [417]	614 [498]	655 [547]
在院期間（日）									
平均 [SD]	138 [84]	254 [172]	337 [231]	424 [279]	488 [360]	484 [391]	530 [417]	614 [498]	655 [547]
3ヶ月未満	45 (33.3)	67 (22.3)	68 (15.9)	43 (9.2)	59 (12.3)	79 (13.3)	66 (10.2)	78 (11.1)	73 (9.7)

3～6 ヶ月	45 (33.3)	63 (21.0)	70 (16.3)	62 (13.3)	55 (11.5)	71 (11.9)	70 (10.8)	63 (9.0)	72 (9.6)
6～12 ヶ月	45 (33.3)	90 (30.0)	112 (26.1)	119 (25.6)	100 (20.9)	135 (22.7)	126 (19.5)	119 (16.9)	127 (16.9)
1～1.5 年	0 (0.0)	60 (20.0)	100 (23.3)	107 (23.0)	81 (16.9)	99 (16.6)	134 (20.7)	117 (16.6)	128 (17.0)
1.5～2 年	0 (0.0)	20 (6.7)	52 (12.1)	67 (14.4)	74 (15.5)	87 (14.6)	100 (15.5)	93 (13.2)	86 (11.4)
2～2.5 年	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (4.7)	39 (8.4)	54 (11.3)	44 (7.4)	53 (8.2)	82 (11.7)	79 (10.5)
2.5～3 年	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (1.6)	18 (3.9)	24 (5.0)	27 (4.5)	38 (5.9)	52 (7.4)	55 (7.3)
3～4 年	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (2.2)	22 (4.6)	39 (6.5)	32 (4.9)	53 (7.5)	68 (9.0)
4～5 年	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (1.9)	10 (1.7)	19 (2.9)	22 (3.1)	35 (4.6)
5 年以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (0.8)	9 (1.4)	24 (3.4)	30 (4.0)

※年度は7月15日～翌年7月14日。表中の数値は該当者数（割合），または平均値 [標準偏差]。割合は百分率。

1) ICD-10 による。その他はてんかん，脊髄小脳変性症など。

2) 傷害は傷害致死を含む。傷害以外（〇〇等と表記されたもの）は未遂を含む。強姦等は強制わいせつ（同未遂）も含む。

表3 退院者（入院処遇終了者）の記述統計

	全体 (n=1,392)	退院年度								
		2005 (n=9)	2006 (n=63)	2007 (n=124)	2008 (n=192)	2009 (n=199)	2010 (n=164)	2011 (n=210)	2012 (n=208)	2013 (n=223)
性別										
男	1,088 (78.2)	5 (55.6)	49 (77.8)	95 (76.6)	158 (82.3)	155 (77.9)	132 (80.5)	163 (77.6)	154 (74.0)	177 (79.4)
女	304 (21.8)	4 (44.4)	14 (22.2)	29 (23.4)	34 (17.7)	44 (22.1)	32 (19.5)	47 (22.4)	54 (26.0)	46 (20.6)
退院時年齢										
平均 [SD]	46.3 [13.9]	38.3 [8.4]	47.1 [15.9]	43.5 [14.2]	45.4 [13.6]	45.3 [13.1]	44.6 [12.4]	49.0 [14.8]	47.2 [14.6]	47.1 [13.1]
20代	147 (10.6)	0 (0.0)	8 (12.7)	20 (16.1)	24 (12.5)	22 (11.1)	14 (8.5)	20 (9.5)	20 (9.6)	19 (8.5)
30代	383 (27.5)	5 (55.6)	17 (27.0)	40 (32.3)	51 (26.6)	60 (30.2)	53 (32.3)	49 (23.3)	54 (26.0)	54 (24.2)
40代	328 (23.6)	3 (33.3)	12 (19.0)	27 (21.8)	46 (24.0)	41 (20.6)	43 (26.2)	36 (17.1)	54 (26.0)	66 (29.6)
50代	267 (19.2)	1 (11.1)	15 (23.8)	16 (12.9)	39 (20.3)	42 (21.1)	35 (21.3)	48 (22.9)	30 (14.4)	41 (18.4)
60代	183 (13.1)	0 (0.0)	4 (6.3)	13 (10.5)	25 (13.0)	29 (14.6)	12 (7.3)	36 (17.1)	32 (15.4)	32 (14.3)
70代以上	84 (6.0)	0 (0.0)	7 (11.1)	8 (6.5)	7 (3.6)	5 (2.5)	7 (4.3)	21 (10.0)	18 (8.7)	11 (4.9)
主診断 ¹⁾										
F0	45 (3.2)	0 (0.0)	4 (6.3)	5 (4.0)	12 (6.3)	3 (1.5)	4 (2.4)	6 (2.9)	6 (2.9)	5 (2.2)
F1	101 (7.3)	0 (0.0)	8 (12.7)	6 (4.8)	11 (5.7)	17 (8.5)	12 (7.3)	18 (8.6)	14 (6.7)	15 (6.7)
F2	1,096 (78.7)	7 (77.8)	43 (68.3)	94 (75.8)	151 (78.6)	155 (77.9)	133 (81.1)	166 (79.0)	166 (79.8)	181 (81.2)
F3	78 (5.6)	1 (11.1)	5 (7.9)	7 (5.6)	7 (3.6)	13 (6.5)	7 (4.3)	13 (6.2)	13 (6.3)	12 (5.4)
F4	8 (0.6)	1 (11.1)	1 (1.6)	1 (0.8)	1 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.0)	2 (1.0)	1 (0.4)
F5	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.4)
F6	16 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.6)	2 (1.6)	2 (1.0)	3 (1.5)	1 (0.6)	2 (1.0)	3 (1.4)	2 (0.9)
F7	22 (1.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (4.0)	2 (1.0)	3 (1.5)	3 (1.8)	3 (1.4)	1 (0.5)	5 (2.2)
F8	20 (1.4)	0 (0.0)	1 (1.6)	3 (2.4)	6 (3.1)	5 (2.5)	2 (1.2)	1 (0.5)	2 (1.0)	0 (0.0)
その他	5 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	1 (0.5)	1 (0.5)	1 (0.4)
退院時住所地（管轄厚生局）										
北海道	74 (5.3)	0 (0.0)	1 (1.6)	5 (4.0)	11 (5.7)	13 (6.5)	6 (3.7)	20 (9.5)	8 (3.8)	10 (4.5)
東北	102 (7.3)	3 (33.3)	4 (6.3)	9 (7.3)	17 (8.9)	14 (7.0)	20 (12.2)	11 (5.2)	11 (5.3)	13 (5.8)
関東信越	474 (34.1)	4 (44.4)	21 (33.3)	41 (33.1)	67 (34.9)	66 (33.2)	55 (33.5)	71 (33.8)	78 (37.5)	71 (31.8)
東海北陸	157 (11.3)	0 (0.0)	9 (14.3)	20 (16.1)	23 (12.0)	19 (9.5)	20 (12.2)	19 (9.0)	21 (10.1)	26 (11.7)
近畿	192 (13.8)	0 (0.0)	10 (15.9)	12 (9.7)	25 (13.0)	31 (15.6)	22 (13.4)	20 (9.5)	27 (13.0)	45 (20.2)
中国四国	121 (8.7)	0 (0.0)	5 (7.9)	13 (10.5)	8 (4.2)	19 (9.5)	12 (7.3)	22 (10.5)	24 (11.5)	18 (8.1)
九州	194 (13.9)	1 (11.1)	8 (12.7)	21 (16.9)	27 (14.1)	25 (12.6)	24 (14.6)	32 (15.2)	26 (12.5)	30 (13.5)
不定・不明	78 (5.6)	1 (11.1)	5 (7.9)	3 (2.4)	14 (7.3)	12 (6.0)	5 (3.0)	15 (7.1)	13 (6.3)	10 (4.5)
遠隔地での入院処遇終了										
はい	335 (24.1)	4 (44.4)	31 (49.2)	42 (33.9)	53 (27.6)	59 (29.6)	32 (19.5)	42 (20.0)	35 (16.8)	37 (16.6)
いいえ	979 (70.3)	4 (44.4)	27 (42.9)	79 (63.7)	125 (65.1)	128 (64.3)	127 (77.4)	153 (72.9)	160 (76.9)	176 (78.9)
不明	78 (5.6)	1 (11.1)	5 (7.9)	3 (2.4)	14 (7.3)	12 (6.0)	5 (3.0)	15 (7.1)	13 (6.3)	10 (4.5)
退院後の処遇										
通院移行	1,146 (82.3)	8 (88.9)	50 (79.4)	107 (86.3)	148 (77.1)	162 (81.4)	139 (84.8)	171 (81.4)	171 (82.2)	190 (85.2)
処遇終了	246 (17.7)	1 (11.1)	13 (20.6)	17 (13.7)	44 (22.9)	37 (18.6)	25 (15.2)	39 (18.6)	37 (17.8)	33 (14.8)
転院歴										
あり	303 (21.8)	1 (11.1)	3 (4.8)	23 (18.5)	46 (24.0)	50 (25.1)	43 (26.2)	49 (23.3)	36 (17.3)	52 (23.3)
なし	1,089 (78.2)	8 (88.9)	60 (95.2)	101 (81.5)	146 (76.0)	149 (74.9)	121 (73.8)	161 (76.7)	172 (82.7)	171 (76.7)
在院期間（日）										
平均 [SD]	727 [346]	187 [43]	334 [110]	515 [163]	616 [224]	673 [239]	833 [330]	833 [348]	747 [327]	923 [438]
3ヶ月未満	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.5)	0 (0.0)

3～6 ヶ月	22 (1.6)	5 (55.6)	2 (3.2)	3 (2.4)	1 (0.5)	2 (1.0)	0 (0.0)	2 (1.0)	3 (1.4)	4 (1.8)
6～12 ヶ月	139 (10.0)	4 (44.4)	37 (58.7)	15 (12.1)	26 (13.5)	13 (6.5)	8 (4.9)	12 (5.7)	14 (6.7)	10 (4.5)
1～1.5 年	260 (18.7)	0 (0.0)	21 (33.3)	53 (42.7)	45 (23.4)	50 (25.1)	15 (9.1)	23 (11.0)	33 (15.9)	20 (9.0)
1.5～2 年	376 (27.0)	0 (0.0)	3 (4.8)	39 (31.5)	66 (34.4)	55 (27.6)	47 (28.7)	50 (23.8)	63 (30.3)	53 (23.8)
2～2.5 年	270 (19.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (11.3)	35 (18.2)	43 (21.6)	40 (24.4)	56 (26.7)	43 (20.7)	39 (17.5)
2.5～3 年	154 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (7.3)	25 (12.6)	26 (15.9)	26 (12.4)	26 (12.5)	37 (16.6)
3～4 年	120 (8.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (2.6)	11 (5.5)	19 (11.6)	30 (14.3)	17 (8.2)	38 (17.0)
4～5 年	33 (2.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (4.3)	9 (4.3)	6 (2.9)	11 (4.9)
5 年以上	17 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.2)	2 (1.0)	2 (1.0)	11 (4.9)
在ステージ期間 (日)										
急性期	128 [87]	65 [25]	90 [48]	112 [70]	138 [105]	133 [78]	132 [78]	132 [91]	129 [101]	128 [82]
回復期	329 [240]	37 [31]	108 [78]	210 [122]	259 [160]	281 [190]	382 [243]	375 [217]	372 [220]	448 [337]
社会復帰期	270 [211]	85 [37]	136 [95]	192 [115]	219 [155]	258 [163]	319 [253]	326 [241]	246 [179]	347 [262]

※死亡、抗告、別件での逮捕などに伴って退院した者は除外して集計。年度は7月15日～翌年7月14日。表中の数値は該当者数(割合)、または平均値[標準偏差]。割合は百分率。

1) ICD-10による。その他はてんかん、脊髄小脳変性症など。

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）
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研究（通院モニタリング研究）

研究分担者 安藤 久美子 聖マリアンナ医科大学神経精神科学教室 准教授

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、9割以上の医療機関の協力によって、2254件（重複ケースを含む）のデータを収集し、分析を行った。

解析の対象となった2184例の疾患分類では、統合失調症圏が77.4%、感情障害圏が9.1%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2.3%を占めていた。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、調査対象者の約7割の1560名（71.4%）がすでに処遇を終了していた。処遇を終了した1560名の平均通院日数は930.5±311.0日（平均31.0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1378名のうち1185名（86.0%）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、再他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1068名（48.9%）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比較的多く、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。

研究協力者氏名・所属研究機関名	
中澤佳奈子	国立精神・神経医療研究センター病院
尾崎 翔一	東京街道病院
岡田 幸之	国立精神・神経医療研究センター／東京医科歯科大学大学院精神行動医科学分野
野田 隆政	国立精神・神経医療研究センター病院

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543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者のうち、調査票の返送があった2254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2186名であった。転院前後の情報をまとめた連結事例は65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56名（1施設）で、次いで44名（1施設）、39名（1施設）、33名（1施設）、32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29年7月15日の12年間とした。また、データ収集期間はH30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595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。

（倫理面への配慮）

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。電子データについては、パスワードをかけたうえで、2重ロックのかかる制限区域内のPCおよびハードディスク内に保存した。

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

以下では、この3つの分析ごとに結果をまとめる。

【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601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543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次表のとおりである。

全国指定通院医療機関数	調査協力施設数	データ収集数
601 施設 (2017.12月末時点：厚生労働省発表のうち、調査票発送は595施設) ・病院：531施設 ・診療所：70施設	543 施設 ・国・自治体施設：76施設 ・民間施設等：467施設	2254 例 (2018.1月末時点) うち、解析対象者 2186 例 ・通院継続中 529 例 ・処遇終了 1560 例 (鑑定入院・再入院 56 例、死亡 72 例を含む) ・指定通院期間を転院した後に、転院前後の情報を連結を完了した者 65 例 ・指定通院機関を転院した者 16 例 (転院先の情報未回収) ・調査票未回収のため現在の処遇状況が不明な者 81 例

解析対象者 2186 名の概要は次表のとおりである。

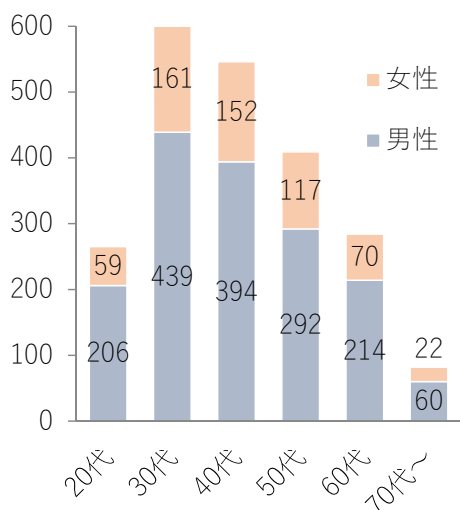
性別	男 1605 名 (73.4%) 女 581 名 (26.6%)
年齢	平均 45.0 歳 ± 13.1 (s.d.) 範囲 20 歳 ~ 91 歳
通院形態	直接通院処遇 578 名 (26.4%) 入院処遇より移行通院処遇 1608 名 (73.6%)

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2017年度調査票未回収者を除く；n=529)	平均 536.5 ± 327.2 日(s.d.) 範囲 4日~1766日
通院処遇終了者の平均通院期間 (死亡72名、再鑑定・再入院56名等を除く；n=1423)	平均 964.0 ± 279.9 日(s.d.) 範囲 63日~1827日
診断名 【Fコード】	F0: 25名 (1.1%)、F1: 170名 (7.8%)、F2: 1693名 (77.4%)、F3: 200名 (9.1%)、F4: 16名 (0.7%)、F5: 1名 (0.1%)、F6: 15名 (0.7%)、F7: 20名 (0.9%)、F8: 30名 (1.4%)、F9: 1名 (0.1%)、その他 (G40など) :15名 (0.7%)
対象行為名 (択一式にて集計)	殺人 654名 (29.9%) 傷害 746名 (34.1%) 強盗 100名 (4.6%) 強制的行等 104名 (4.8%) 放火 582名 (26.6%)
被害者(物) (択一式にて集計)	家族・親戚 1044名 (47.8%) 知人・友人 197名 (9.0%) 他人 759名 (34.7%) 本人宅に放火(他者への損害なし) 140名 (6.4%) 公共物・その他 37名 (1.7%) 不明 9名 (0.4%)
対象行為時の治療状況	通院治療中 801名 (36.6%) 入院治療中 52名 (2.4%) 治療中断・治療終了 894名 (40.9%)

	未治療 418名 (19.1%) 不明 21名 (1.0%)
過去の入院	あり 1235名 (56.5%) なし 934名 (42.7%) 不明 17名 (0.8%)
教育歴	小学校卒 6名 (0.3%) 中卒 747名 (34.2%) 高卒 990名 (45.3%)、 短大・大卒以上 416名 (19.0%) 不明 27名 (1.2%)
過去の矯正施設の入所経験	未成年期にあり 37名 (1.7%) 成年期にあり 124名 (5.7%) 未成年期および成年期にあり 32名 (1.5%) なし 1944名 (88.9%) 不明 49名 (2.2%)
直近の生活保護	あり 747名 (34.2%) なし 1434名 (65.6%) 不明 5名 (0.2%)

(1) 性別と年齢

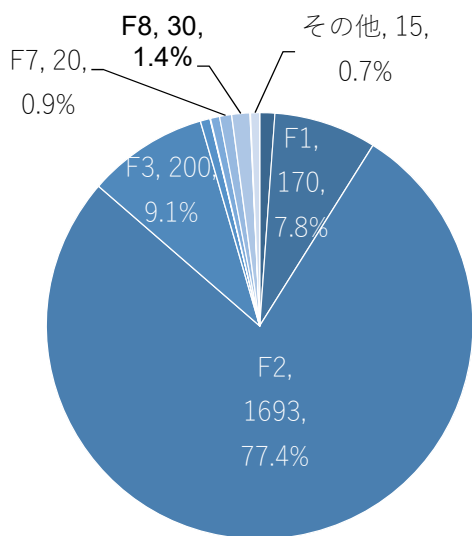
本調査において対象となった通院対象者の性別は、男性 1605名 (73.4%)、女性 581名 (26.6%) であった。通院開始時点の対象者の平均年齢は 45.0 歳 (SD=13.1、最小値=20、最大値=91、中央値=43) であり、年代で見ると性別にかかわらず 30代が最も多かった。



対象者の年齢・性別特性 (n = 2186)

(2) 主診断名 [Fコード]

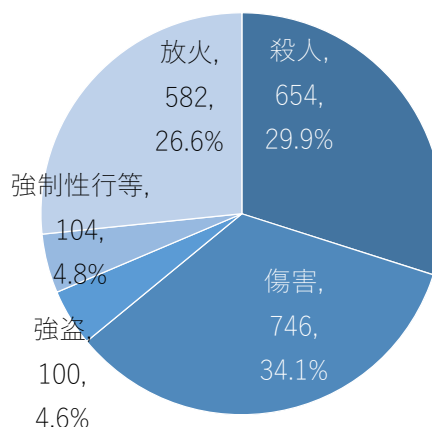
2186 事例の診断名の内訳は、Fコード F0: 25名 (1.1%)、F1: 170名 (7.8%)、F2: 1693名 (77.4%)、F3: 200名 (9.1%)、F4: 16名 (0.7%)、F5: 1名 (0.1%)、F6: 15名 (0.7%)、F7: 20名 (0.9%)、F8: 30名 (1.4%)、F9: 1名 (0.1%)、その他(G40など): 15名 (0.7%)であった。



主な診断名(F1～9)の種類と割合 (n = 2186)

(3) 対象行為 [択一式にて集計、未遂を含む] (表 1)

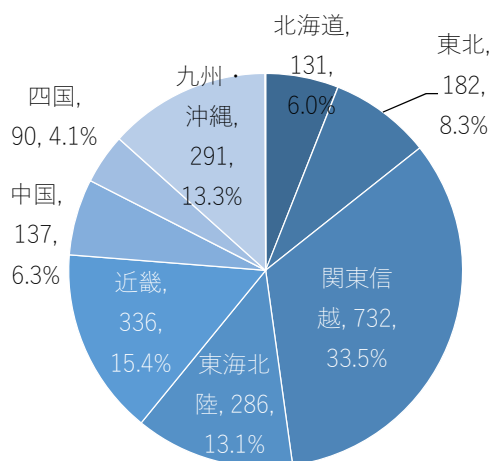
対象行為の内訳は、件数が多い順に傷害 746名 (34.1%)、殺人 654名 (29.9%)、放火 582名 (26.6%)、強制的性行等 104名 (4.8%)、強盗 100名 (4.6%) であった。



対象行為の種類と割合 (n = 2186)

(4) 対象者の居住地

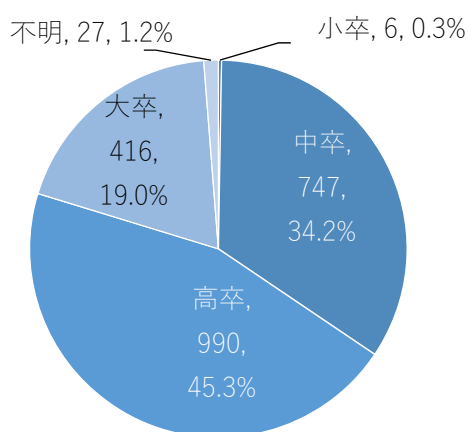
対象者の調査時現在の住居地域は、北海道 131名 (6.0%)、東北 182名 (8.3%)、関東甲信越 732名 (33.5%)、東海北陸 286名 (13.1%)、近畿 336名 (15.4%)、中国 137名 (6.3%)、四国 90名 (4.1%)、九州・沖縄 291名 (13.3%) であった。



対象者の調査時現在の居住地
(n = 2186)

(5) 教育歴

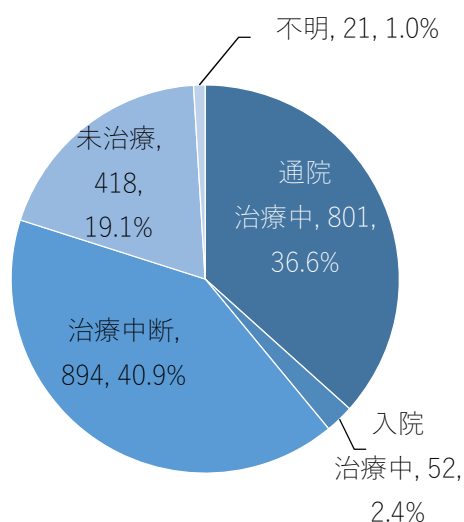
最終学歴については、小学校卒業が 6 名 (0.3%)、中学校卒業が 747 名 (34.2%)、高校卒業が 990 名 (45.3%)、短大・大学卒業以上が 416 名 (19.0%)、不明が 27 名 (1.2%) であった。



対象者の教育歴 (n = 2186)

(6) 対象行為時の治療状況

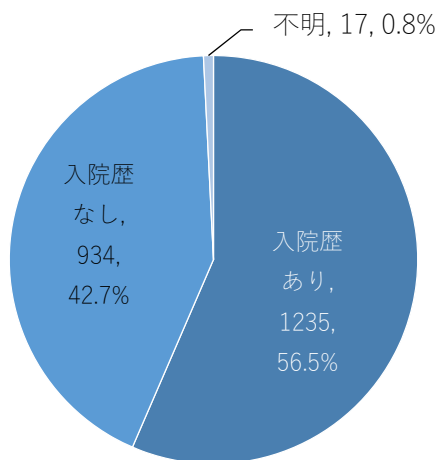
対象行為時の治療状況においては、治療中だった者は 853 名 (39.0%) であり、その内訳は通院治療中が 801 名 (36.6%)、入院治療中が 52 名 (2.4%) であった。治療中断などの理由で、対象行為時に治療を行っていなかった者は 894 名 (40.9%) で、全くの未治療の者も 418 名 (19.1%) いた。



対象行為時の治療状況 (n = 2186)

(7) 対象行為以前の入院歴

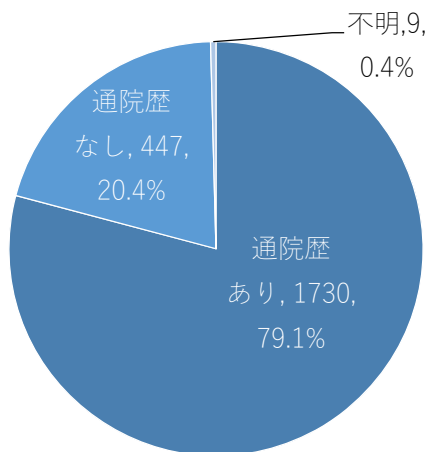
対象行為以前の治療歴についてみると、入院治療歴がある者が 1235 名 (56.5%)、入院治療歴がない者が 934 名 (42.7%)、不明が 17 名 (0.8%) であった。



対象行為以前の精神科入院歴
(n = 2186)

(8) 対象行為以前の通院歴

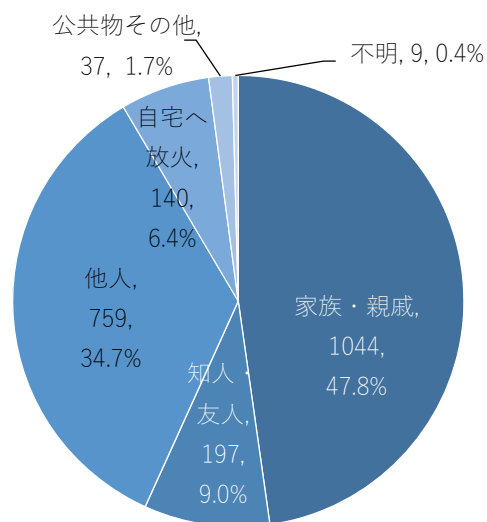
対象行為以前に通院歴のある者は 1730 名 (79.1%) おり、精神科通院歴のない者は 447 名 (20.4%)、不明が 9 名 (0.4%) であった。



対象行為以前の精神科通院歴 (n = 2186)

(9) 対象行為の被害者 [択一式にて集計]

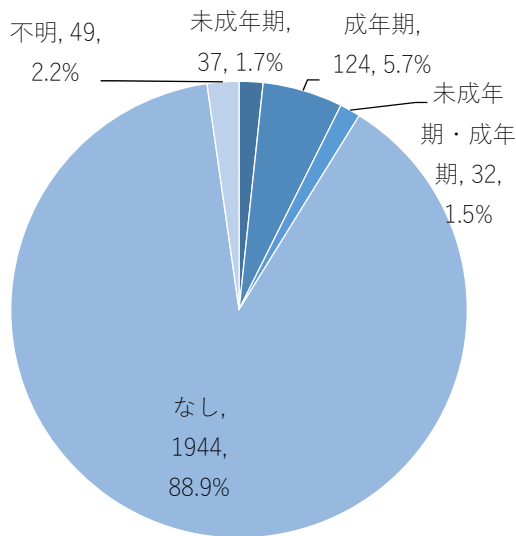
対象行為の被害者 (物) については、家族・親戚 1044 名 (47.8%)、知人・友人 197 名 (9.0%)、他人 759 名 (34.7%)、本人以外に被害者なし (自宅へ放火) 140 名 (6.4%)、公共物・その他 37 名 (1.7%)、不明 9 名 (0.4%) であった。



対象行為の被害者の内訳 (n = 2186)

(10) 矯正施設の入所経験

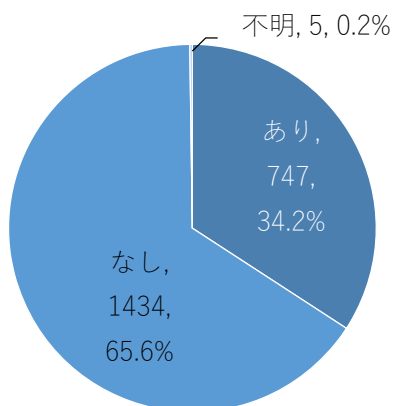
対象行為以前の矯正施設の入所経験については、入所経験がない者が 1944 名 (88.9%) とほとんどを占めており、未成年期に入所経験がある者が 37 名 (1.7%)、成年期の入所経験がある者が 124 名 (5.7%)、両入所経験がある者も 32 名 (1.5%) おり、不明が 49 名 (2.2%) であった。



対象行為以前の矯正施設への入所歴
(n = 2186)

(11) 生活保護の受給の有無

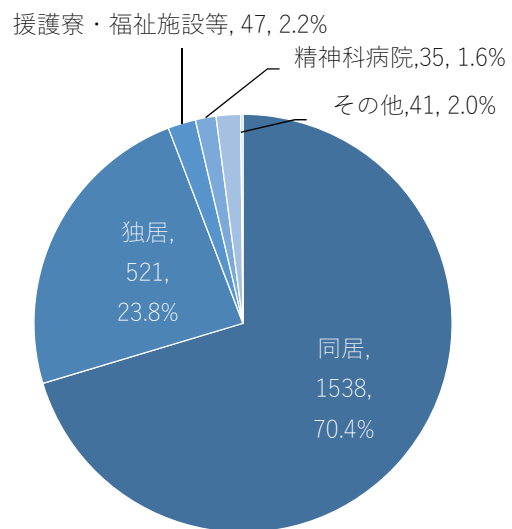
調査時現在における生活保護は、受給している者が 747 名 (34.2%)、受給していない者が 1434 名 (65.6%)、受給状況が不明な者が 5 名 (0.2%) であった。



調査時現在における生活保護受給の有無
(n = 2186)

(12) 対象行為時の住居形態

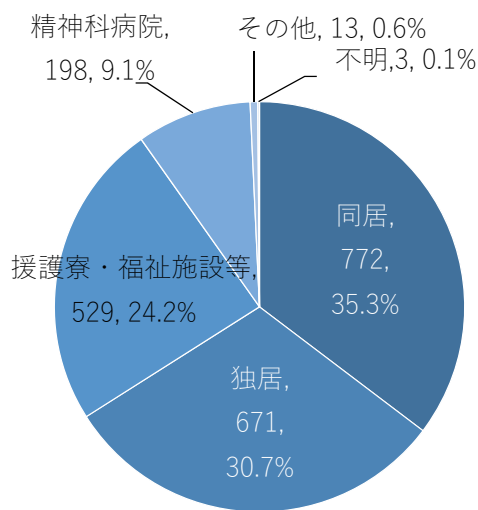
対象者の住居形態は、家族等と同居している者が 1538 名 (70.4%) であり、独居が 521 名 (23.8%)、援護寮・福祉施設等が 47 名 (2.2%) であった。また、精神科病院に入院中の者も 35 名 (1.6%) おり、その他 (ホームレス) の者が 41 名 (2.0%) であった。



対象行為時の住居形態 (n = 2186)

(13) 調査時現在の住居形態

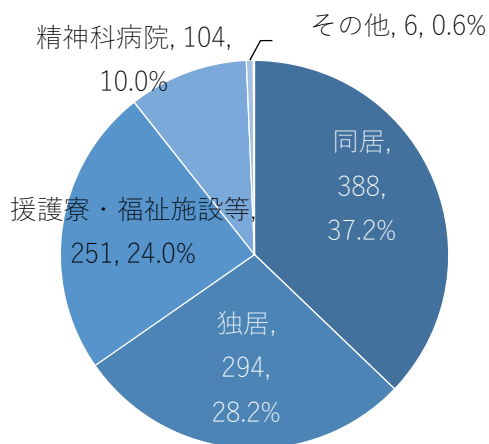
調査時現在の対象者の住居形態は、家族等と同居している者が 772 名 (35.3%) であり、独居が 671 名 (30.7%)、援護寮・福祉施設等が 529 名 (24.2%) であった。また、精神科病院に入院中の者も 198 名 (9.1%) いた。その他 (刑務所、パート先住み込み等) の者が 13 名 (0.6%)、不明の者が 3 名 (0.1%) であった。



調査時現在の住居形態 (n = 2186)

(14) 被害者との同居

家族・親族が被害者であった者は1044名(47.8%)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388名(37.2%)であった。そのほかには、独居が294名(28.2%)、グループホーム・各種施設等が251名(24.0%)、精神科病院が104名(10.0%)、その他6名(0.6%)であった。



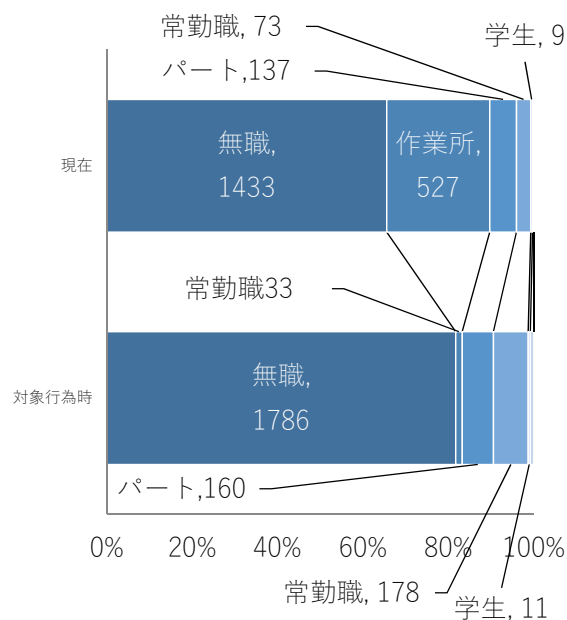
対象行為時の住居形態 (n = 2186)

(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:1786名(81.7%)、調査時現在:1433名(65.6%))。

対象行為時の就労状況は、常勤職に就いていた者は178名(8.1%)、パート勤務の者は160名(7.3%)、授産施設、就労訓練施設等に通っていた者は33名(1.5%)であった。このほか、学生だった者が11名(0.5%)、不明の者が18名(0.8%)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73名(3.3%)、パート勤務の者は137名(6.3%)であり、授産施設、就労訓練施設等に通っている者は527名(24.1%)であった。このほか、学生が9名(0.4%)、不明の者が7名(0.3%)であった。

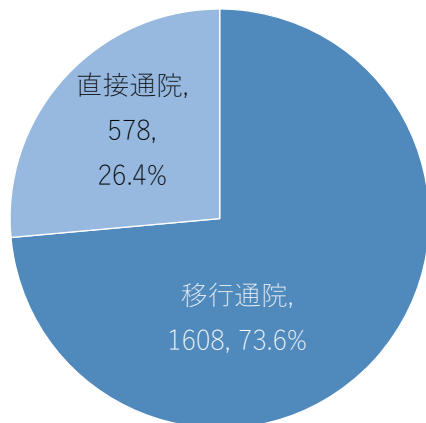


対象者における就労状況の推移 (n = 2186)

【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 578 名（26.4%）、「移行通院」となった者が 1608 名（73.6%）であった。



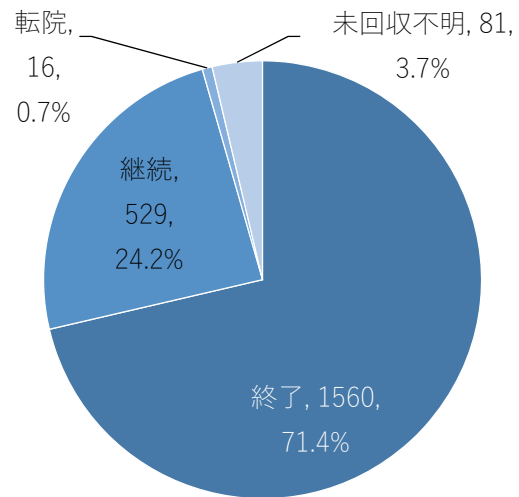
通院形態（直接／移行）の割合
(n = 2186)

(2) 調査時点の処遇状況

本研究の解析対象者 2186 名のうち、調査日時点において通院を継続している者は 529 名（24.2%）、指定通院を終了した者は 1560 名（71.4%）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 16 名

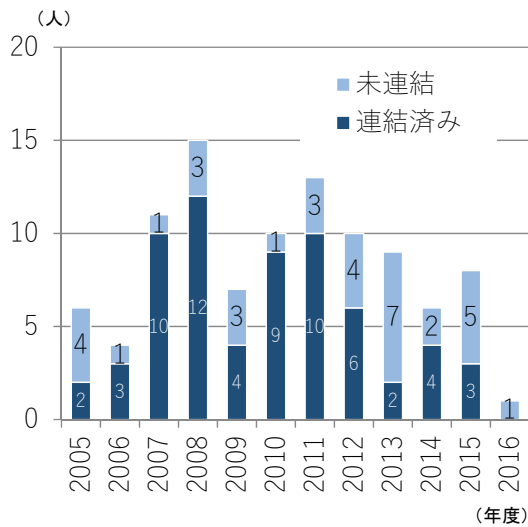
（0.7%）、調査票が回収できず、調査日時点の状況が不明の者が 81 名（3.7%）であった。



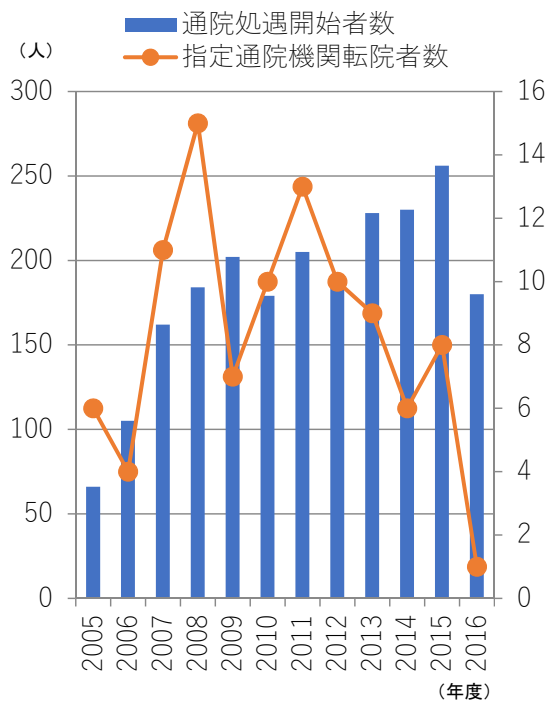
通院対象者の処遇状況
(n = 2186)

(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 100 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 65 名であった。



通院処遇開始年度ごとの転院者数
(n = 100)



年度別の通院処遇開始者数と転院者
(n = 2186)

(4) 処遇期間

調査日時点において処遇を終了した1560名の平均通院日数は930.5±311.0日(平均31.0ヶ月、最短：9日、最長1827

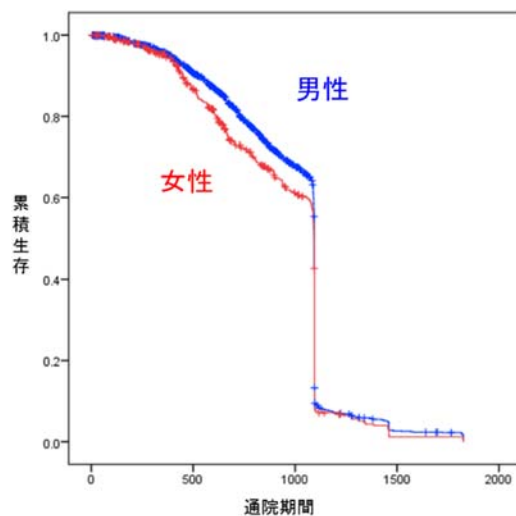
日)であった。

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(481名)の平均通院日数は865.7±331.3日であり、移行通院にて処遇を開始した者(1079名)の平均通院日数は959.4±297.1日であった。

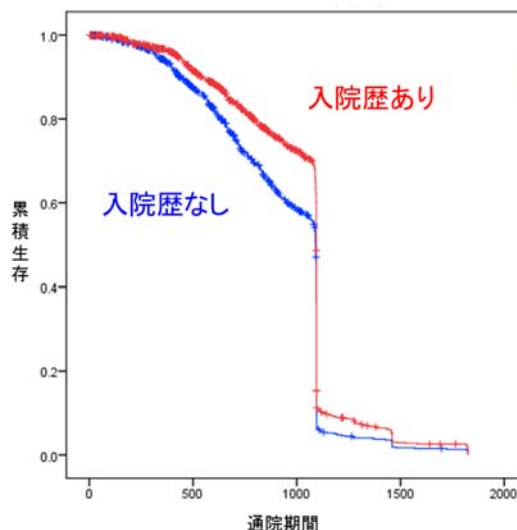
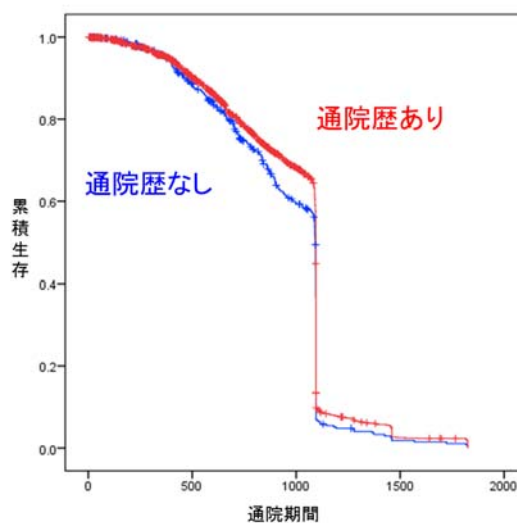
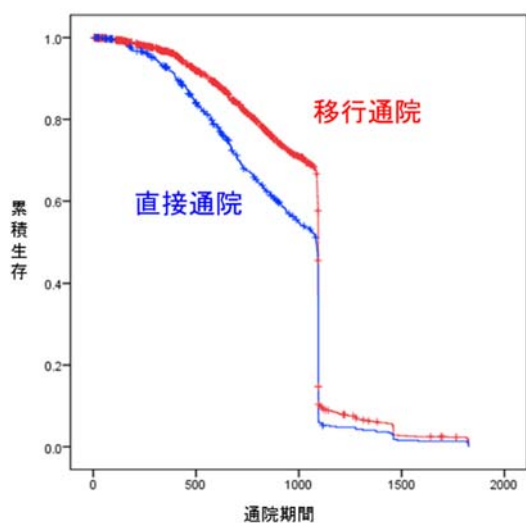
(5) 通院期間の推定

全処遇者のうち、転院あるいは調査票未回収等の理由によりその後転機が不明であった対象者97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(1620名)の推定平均通院処遇期間は976.5±8.0日(平均32.6ヶ月間)で、女性(469名)の推定平均通院処遇期間は、925.5±16.0日(30.9ヶ月間)であった。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短かったが、統計的な有意差は認められなかった(p = .075)。



また、直接通院群（556名）の推定平均通院処遇期間は 889.2 ± 14.3 日（平均 29.6 ヶ月間）で、移行通院群（1533名）の推定平均通院処遇期間は、 995.9 ± 8.2 日（33.2 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（425名）の推定平均通院処遇期間は 933.0 ± 15.4 日（平均 31.1 ヶ月間）で、通院歴あり群（1655名）の推定平均通院処遇期間は、 974.8 ± 8.2 日（32.5 ヶ月間）であった。

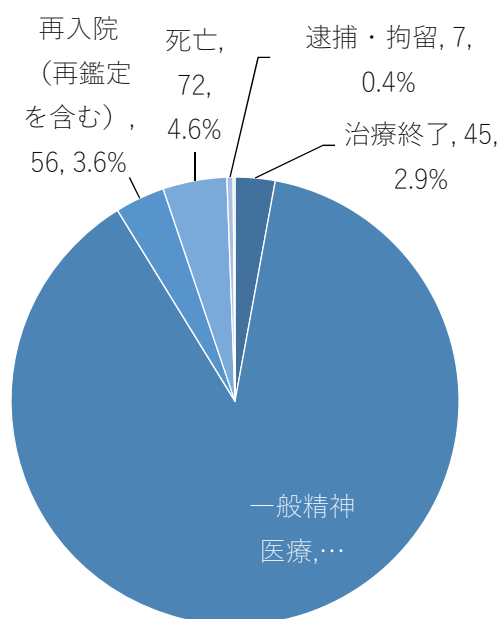
また、入院歴についてみると、入院歴なし群（891名）の推定平均通院処遇期間は 917.8 ± 11.1 日（平均 30.6 ヶ月間）で、入院歴あり群（1181名）の推定平均通院処遇期間は、 1002.6 ± 9.4 日（33.4 ヶ月間）であった。

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、通院歴なし群、入院歴なし群のほうが通院・入院歴あり群よりも通院期間が短いことが示された（ともに $p < .01$ ）。なお、通院歴および入院歴の本解析においては、過去の通院歴・入院歴の情報が不明の者は除外して解析を行った（通院歴不明：9名、入院歴不明：17名）。

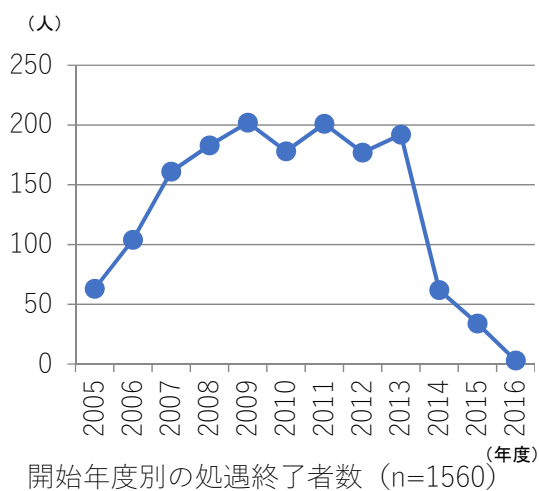
(6) 処遇転帰

調査日時点において処遇を終了した 1560

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 1378 名 (88.3%)、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 56 名 (3.6%)、完全に治療を終結した者が 45 名 (2.9%)、死亡により処遇終了となった者が 72 名 (4.6%)、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 (0.4%) であった。



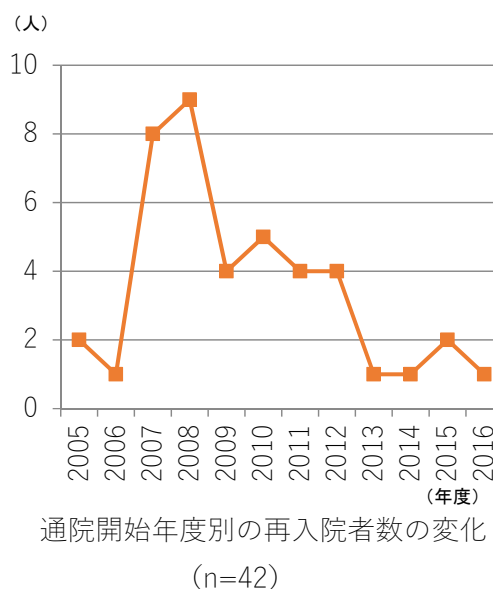
処遇終了後の転帰の内訳 (n=1560)



開始年度別の処遇終了者数 (n=1560)

(7) 再入院について

調査日時点において処遇を終了した 1560 名のうち、指定入院機関への再入院となった者は 42 名 (2.7%) 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=42)

(8) 自殺について

調査日時点において処遇を終了した 1560 名のうち、自殺既遂のため処遇終了となった者は 36 名 (2.3%) であった。

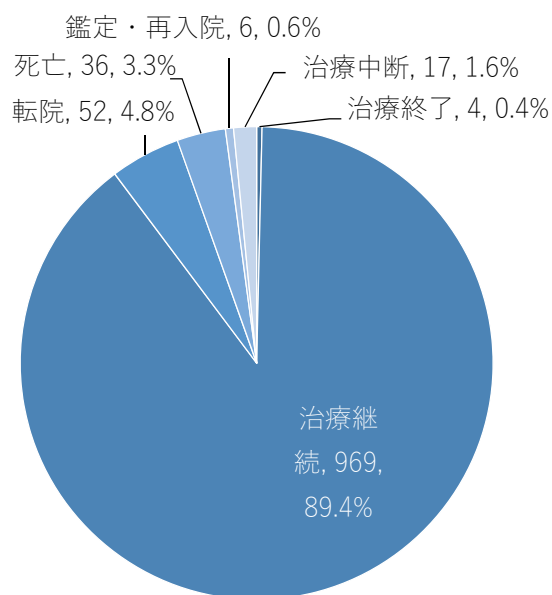
(9) 一般精神医療へ移行後の医療継続状況

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 1378 名 (88.3%) 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193名(14.0%)、通院処遇機関において精神科治療を継続している者は1185名(86.0%)であった。この1185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1084名(91.5%)であり、処遇終了からの平均追跡日数は1418.1±859.8日(47.3ヶ月；最短：185日～最長3872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969名(89.4%)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(0.4%)いた。居住地に近い病院などへ転院し他者は52名(4.8%)、処遇終了後に身体疾患などによって死亡した者は36名(3.3%)であった。しかし一方で、通院を中断した者が17名(1.6%)、他害行為によって鑑定・入院処遇となった者も6名(0.6%)いることが明らかとなった。

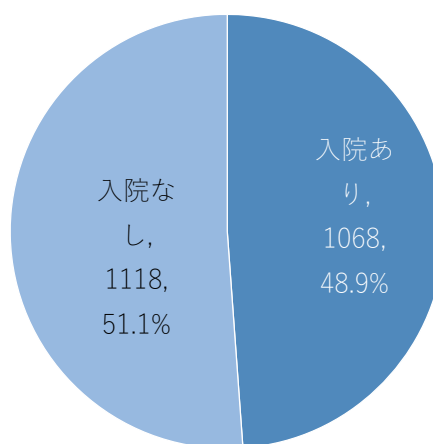


一般精神医療へ移行後の対象者の治療状況 (n=1084)

【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

(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1068名(48.9%)であり、入院治療なしの者は1118名(51.1%)であった。



精神保健福祉法による入院の有無 (n = 2186)

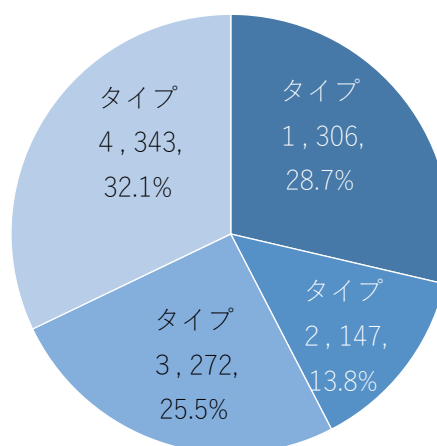
さらに、精神保健福祉法による入院の有無について、通院に至る形式(「直接通院」/「移行通院」との関係を見ると、「直接通院」となった578名のうち、精神保健福祉法による入院があった者が325名(56.2%)、「移行通院」となった1608名のうち、精神保健福祉法による入院があったものが743名(46.2%)となっていた。

(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1068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（28.7%）、タイプ2は147名（13.8%）、タイプ3は272名（25.5%）タイプ4は347名（32.1%）であった。



入院タイプの内訳 (n = 1068)

(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)

タイプ1における推定通院処遇期間の平均日数は1001.0±20.4日であった。通院処遇期間の5割以上の期間入院していたケースが147名（48.05%）と約半数を占めており、このうち70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（245名、80.1%）、次いで病状悪化29名（9.5%）、問題行動26名（8.5%）、休息入院5名（1.6%）となっていた。

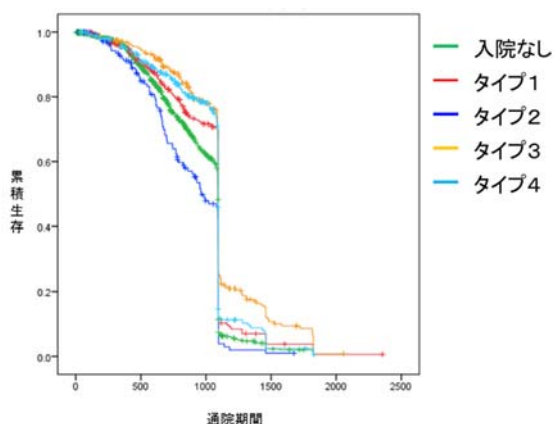
タイプ2における推定通院処遇期間の平均日数は862.5±26.7日であった。通院処遇期間の5割以上の期間入院していたケースは6名（4.1%）であった。1回目の入院理由は、タイプ1と同様に、環境調整が最も多く（124名、84.4%）、次に病状悪化12名（8.2%）、問題行動5名（3.4%）、休息入院5名（3.4%）、不明1名（0.7%）であった。

タイプ3における推定通院処遇期間の平

均日数は1104.1±22.8日であった。通院処遇期間の5割以上の期間入院していたケースは71名(26.1%)であった。1回目の入院理由は病状悪化が約半数を占め(130名、47.8%)、次いで問題行動(70名、25.7%)、環境調整45名(16.5%)、休息入院(27名、9.9%)であった。

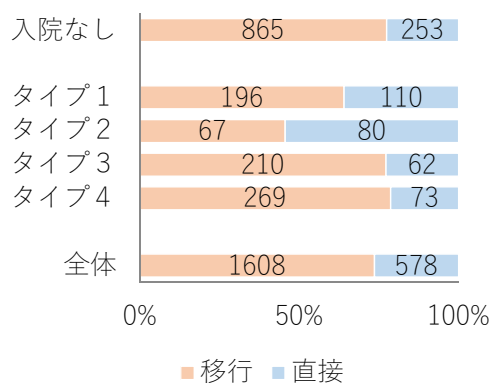
タイプ4における推定通院処遇期間の平均日数は1025.7±17.3日であった。通院処遇期間の5割以上の期間入院していたケースは4名(1.2%)であった。1回目の入院理由は病状悪化が半数を占め(173名、50.4%)、次いで休息入院(95名、27.7%)と問題行動(64名、18.7%)、環境調整11名(3.2%)であった。

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、入院なし群(推定平均通院期間945.7±10.2日)が最も通院期間の日数が短かった。また、タイプ2は他の入院タイプより有意に通院期間が短く、タイプ3は他の入院タイプに比べ、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、4では移行通院が約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($\chi^2=65.42, p<.01$)。



D. 考察

本研究では、既述の通り以下の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

以下では、この3つの分析ごとに考察をまとめる。

【分析Ⅰ】通院処遇者の実態に関する分析
 本研究は、全国の指定通院医療機関のうち、543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12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45.0歳±13.1 (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77.4%、感情障害圏が9.1%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2.3%を占めていた。対象行為の分類では、傷害が34.1%と最も多く、次に殺人29.9%、放火26.6%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。

性別、平均年齢、疾患分類については、12年間で大きな変化はなく経過しており、対象行為の分類については、若干障害の割合が増加しているように見える。また、対象行為以前に精神科通院歴・入院歴のある対象者が多いことは、本法の対象者の特徴といえよう。高齢の対象者や身体合併症をもつ対象者、対象行為の被害者が家族である者等、社会復帰にあたってのいくつかの課題も見出されている。今後は地域医療機関との連携をさらに強化し、処遇終了後も見据えた取り組みを実践していくことが重要となるものと思われた。

【分析Ⅱ】対象者の処遇に関する分析

(1) 処遇終了者の転帰

【分析Ⅱ】では処遇終了者の分析をおこなった。調査対象となった2186名のうち7割の1560名(71.4%)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

1378名のうち1185名(86.0%)は処遇終了後も同じ医療機関で治療が継続されており、その約9割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。わずかではありながらも、処遇終了と同時に治療中断となっていたり、保健師などによる訪問が行われていながらも受診に至らないといった経緯も報告されていることから、こうした事例においては、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を、通院処遇中にも繰り返し重点的に扱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1560名の平均通院日数は930.5±311.0日(平均31.0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、性別での差は認められなかったが、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、直接通院群では、当初審判の時点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】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1068名(48.9%)とほぼ半数を占めていた。この1068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578名のうち325名(56.2%)、「移行通院」群1608名のうち743名(46.2%)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

(a) 通院処遇開始直後より精神保健福祉法による入院となったケース

入院開始時期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。その入院理由をみると「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。

一方、通院処遇開始直後から入院を開始し、その後も長期にわたって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、このうちの70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、環境調整を目的に精神保健福祉法による入院を開始したものの、居住地の決定や支援体制の構築に時間を要し、結果として長期間の入院となってしまったケースや、当初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らかになったケース、または環境変化等も影響して、審判時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が含まれていることが推測された。居住

環境の整備には本人の生活能力や経済力、本人を支える家族の存在などの多くの要因が関係してくるため、直接通院のケースについては、社会復帰調整官による短期間の生活環境調査期間だけでは把握しきれない情報があることは容易に想像できる。しかし、指定入院医療機関から退院後に通院処遇となった移行通院のケースについては、退院前のアセスメントが十分に行いきれなかった可能性もある。また、タイプ1のなかには、ある程度の段階で再入院の可能性についても視野にいれた対応が必要なケースも含まれているものと思われる。今後もこれらのケースについては正確な処遇の概要を把握するとともに、詳細な分析を進め、より具体的で実行可能な対応策を検討していく必要があると思われる。

(b) 通院処遇の途中から精神保健福祉法による入院となったケース

通院処遇の途中から精神保健福祉法による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。しかし、このタイプ3およびタイプ4のケースでは、通院処遇期間の5割以上の期間にわたり入院を継続していたケースは、それぞれ71名(26.1%)、4名

(1.2%)と少なかった。これについては、タイプ3の通院処遇の途中から長期の入院となっていたケースについては、処遇開始時からしばらくの期間については、事前の念入りな環境調整等により多少の困難があってもうまくカバーできていたと思われるが、その後、対象者自身の環境への不応や、当初は予測しきれなかった新たなストレス因子が生じたことなどにより「病状悪

化」や「問題行動」につながったことが推測される。

タイプ4については、入院の理由として「病状悪化」や「問題行動」もみられていた一方で、「休息入院」として計画的に入院治療を導入しているケースが他のタイプに比較して多いことがわかった。また、入院期間も比較的短期間で終了し、再び通院生活に戻ることができていることを考えると、たとえ病状が悪化したとしてもより早期に適切な介入ができていたために、入院治療が長期化することを避けられたのではないかと思われる。したがって、こうしたケースについても分析を重ね、本タイプの対象者の特徴を明らかにしたり、どのような視点でのアセスメントが有用であったのかなどについても検討していきたい。

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く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

(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

(なし)

<図表>

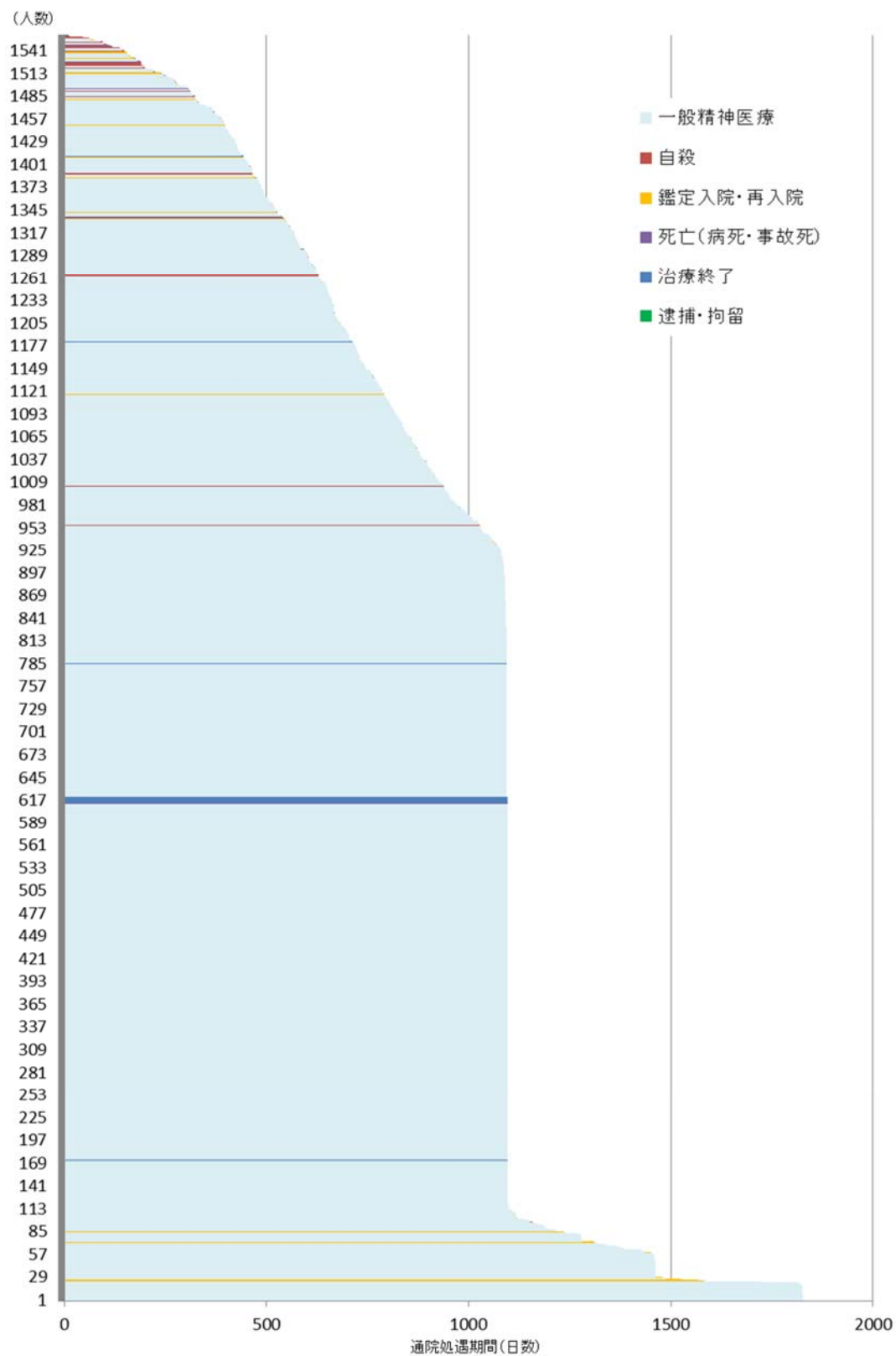


図1 処遇終了者の通院処遇期間

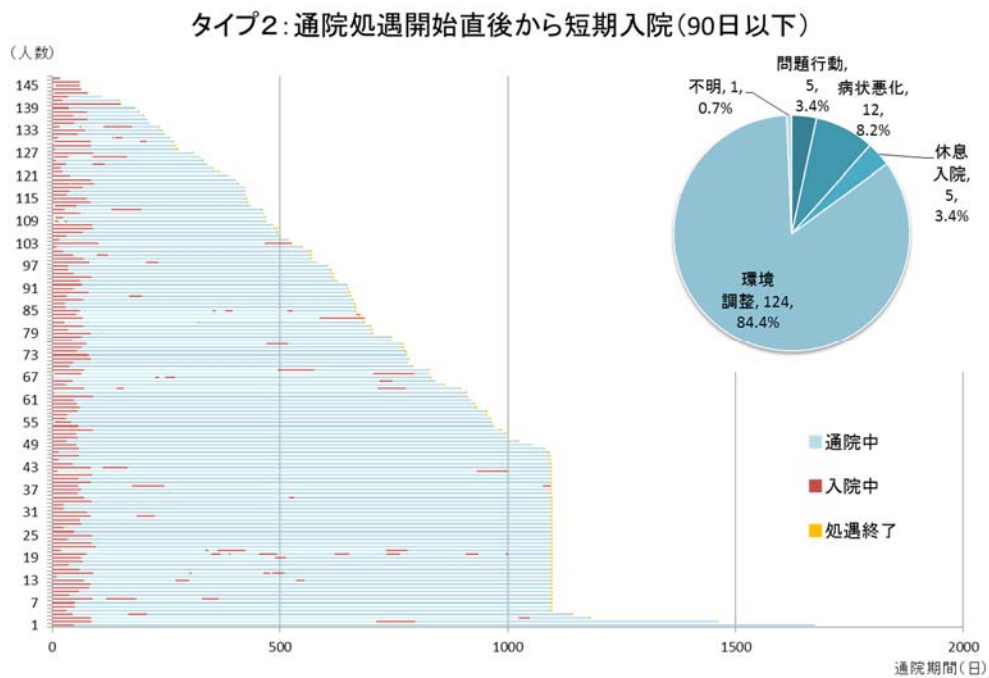
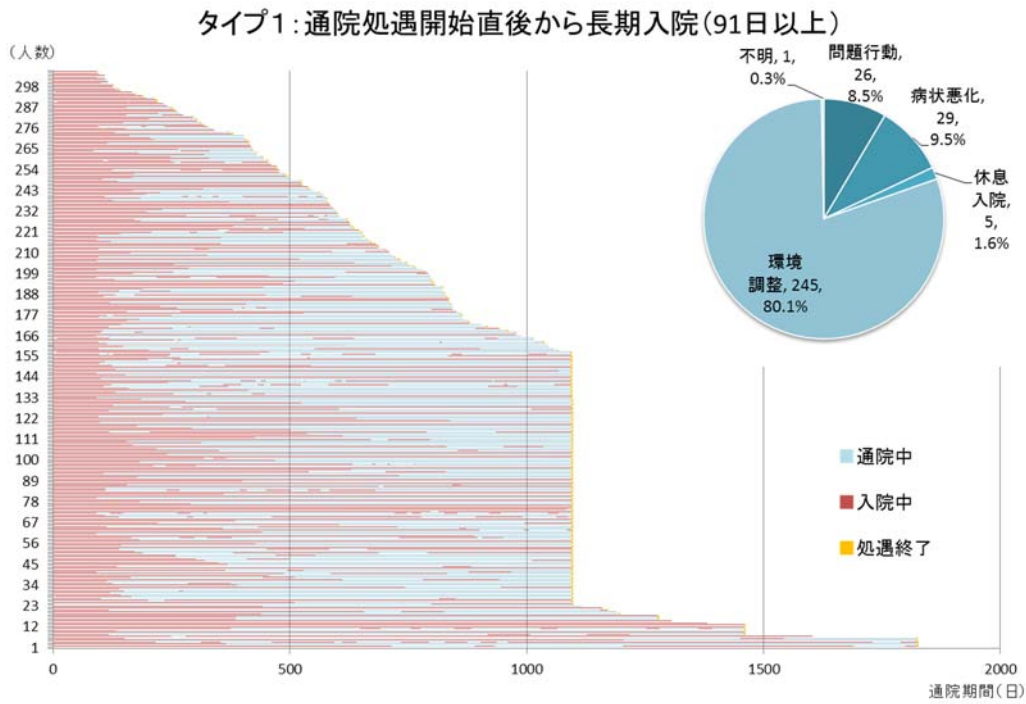
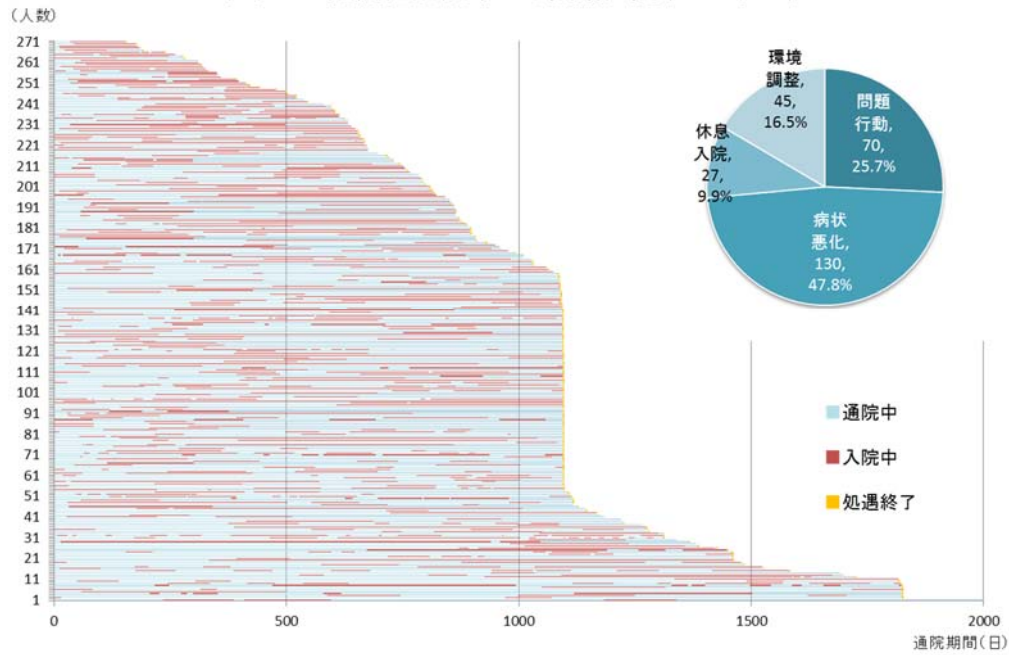


図 2. タイプ別の通院処遇期間中の入院期間の分布および1回目の入院理由の内訳

タイプ3: 通院処遇途中から長期入院(91日以上)



タイプ4: 通院処遇途中から短期入院(90日以下)

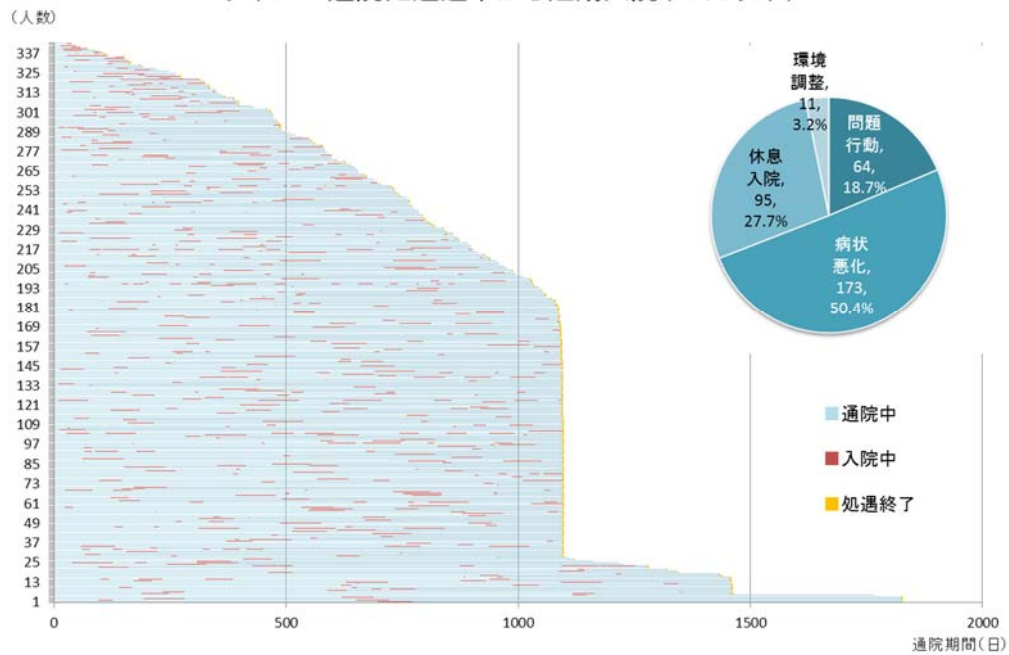


図 2(つづき). タイプ別の通院処遇期間中の入院期間の分布および1回目の入院理由の内訳

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（精神障害分野）
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

研究分担者 五十嵐 禎人 千葉大学社会精神保健研究センター 教授

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。本年度は、米国ニューヨーク州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、前年度までの日英比較の成果も参照して、司法精神医療に対するそれぞれの国の考え方の異同を明らかにした。

日米英は、それぞれ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。日米英、3カ国の司法精神科医の考え方を比較すると、米国は英国と日本の中間に位置するが、より英国に近い。また、我が国の司法精神科医は、米英と比較して、社会に対する責任やリスクアセスメントの意識が薄く、司法関係機関との連携に忌避感を持っている可能性が示唆された。リスクアセスメント・リスクマネージメントは、司法精神医療における中核的な課題である。今後、我が国においても、司法精神医療におけるリスクの問題に関するオープンな議論が必要である。

研究協力者氏名・所属研究機関名

椎名 明大	千葉大学大学院医学 研究精神医学
東本 愛香	千葉大学社会精神保健 教育研究センター
伊豫 雅臣	千葉大学大学院医学 研究精神医学

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。

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

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

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を以て本邦の司法精神医療の端緒とする意見も多い。

医療観察法は施行後 12 年を数え、その理念、運用、治療内容等に関しては一定の普及と平準化が果たされたように思われる。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司法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。

我が国は司法精神医療を導入するにあたり、英国の制度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た。そこで一昨年度及び昨年度の研究において、日英の司法精神医療に関する考え方を系統的に比較してみたところ、両者の異同が改めて浮き彫りにされた。例えば、英国の司法精神科医は社会の安全に対しても一定の責任感を持っているのに対し、日本の司法精神科医にはそのような意識は希薄である。また、いわゆるサイコパスについて英国の司法精神科医は病気と認めつつも精神科病院での処遇にはなじまないとする一方、日本の司法精神科医はサイコパスを病気扱いすることに消極的である。このような司法精神医学に対する根源的なイメージの違いは、制度設計にもよく表れており、英国では当然に行われている医療者と非医療資源との連携が日本ではハード的にもソフト的にも十分に確保されていない。そして、英国の司法精神科医が司法精神医療の本質と捉える「リスクアセスメント」については、日本ではいまだに公文書で言及することさえ憚られているのが現状である。

このような結果からは、日本の司法精神医学の後進性が垣間見えることになるが、一方で英国の司法精神医療が無謬というわけでは決してない。英国では 21 世紀から導入された「危険な重度パーソナリティ障害者」に対する特別治療プログラムや、地域治療命令の仕組みのいずれもが、十分な成果を上げられず、その存続が議論されるに至っている。おりしも日本では 2016 年の相模原障害者施設事件を皮切りに措置入院制度改革が議論されることになったが、上述のような制度を日本で安易に導入することには慎重であるべきだろう。

極言すると、英国では「刑務所から精神科

病院へ」が司法精神医療の流れであるのに対し、日本では「座敷牢から精神科病院へ」が前世紀の潮流であった。そして両国とも、「病院から地域へ」が現在の課題であることに変わりはない。その一方で、拙速な地域精神医療への移行がいわゆる回転ドア現象や再施設化、犯罪化へとつながるという指摘も各国でなされている。

昨年度までの研究により、日英の司法精神医療の国際比較は一定の結論を得たと考える。今年度は他国に目を向け、さらに比較検討を進めることにより、日本の司法精神医療の特殊性の有無程度を見極め、今後の方向性を探る一助としたい。

具体的には、米国ニューヨーク州の司法精神科医に対する構造化面接を行い、司法精神医療に関する考え方の日米間の異同を明らかにすることを今年度の主な目標とした。

B. 研究方法

我々は、日本と米国ニューヨーク州における、司法精神医療の位置づけ、通院医療の資源、スタッフ、研修などを比較・検討するため、下記の研究計画を立案した。

米国ニューヨーク州で司法精神医療に精力的に携わっている医療従事者で、本研究への協力に同意した者を対象とし、便宜抽出により3~6名程度を選出する。

対象に対し、インターネット回線を用いた対面での半構造化面接、もしくは書面による意見照会と回答を通じて、司法精神医療に関する意見を聞く。

半構造化面接に用いる調査票は、文献調査を行うとともに、研究協力者及び有識者間で議論して論点を整理し、日本語及び英

語により作成する。完成した調査票を別添1に示す。主な質問項目は下記の通りである。

- ・回答者の属性について
- ・医師としての経験年数
- ・司法精神医学に携わっている年数
- ・司法精神医学に関する学会活動等
- ・現在の主な業務内容
- ・司法精神医療を志した理由
- ・司法精神医療の魅力
- ・司法精神医療に携わることで犯罪に巻き込まれたり危険を感じたりした経験
- ・一般精神科患者と触法精神障害者に対して、行うべき治療戦略を変える必要性の有無
- ・反社会性人格及びサイコパスは病気だと考えるか否か
- ・危険な人格障害者は刑務所よりも病院で治療すべきか否か
- ・精神病症状を伴わない物質乱用/知的能力障害/発達障害/認知症患者を司法精神医療の対象とすべきか否か
- ・触法精神障害者の入院中の隔離や拘束への関与
- ・非告知投与の是非
- ・触法精神障害者の社会復帰支援
- ・司法精神科医の治安維持の責任
- ・司法精神医学を専門としない精神科医が習得すべき技術
- ・非医療資源との連携
- ・入院期間を延長させる要因
- ・民間の精神科病院が司法精神医療に対して果たすべき役割

結果を定性的に解析し、先行研究結果と比較検討することにより、日英米での司法

精神医療に関する考え方の異同を明らかにする。

なお、本研究の遂行に当たり、米国ニューヨーク州の司法精神医療において中心的な役割を果たしている Steven K. Hoge 氏を研究協力者として、研究計画立案、調査票作成、研究対象の推薦に協力いただいた。

(倫理面への配慮)

本年度に実施された研究はいずれも患者を対象としたものではなく、取り扱う情報に患者個人情報含まれていない。

司法精神医療に対する考え方の日米比較研究の実施に当たっては、その計画を千葉大学大学院医学研究院の倫理審査委員会に提出し、あらかじめ承認を得た(平成 29 年 11 月 6 日。研究課題名「司法精神医学に対する考え方に関する日米比較研究」受付番号 2864)。

C. 研究結果

我々は、司法精神医療に中核的に携わっている米国ニューヨーク州の精神科医を 6 名選出し、各々にインタビューを試みた。本稿執筆時点でインタビューを完了したのは 2 名である。したがって、現時点で定性的な解析は完了していない。

聴取できた範囲から予想される結果は下記の通りである。

- 米国で司法精神医学を志す理由は知的好奇心が大きい。
- 司法病棟では役割分担が確立されており、司法精神科医が直接暴力に晒される危険は抑えられている。

- 一般精神科患者と触法精神障害者の処遇上の違いについては、米国でも意見が分かれている。
- パーソナリティ障害患者に対して心神喪失抗弁を認めるべきではない。サイコパスも含めて治療の対象にする余地はあるが、治療の場所は刑務所の方が精神科病院よりも望ましい。そもそも米国では精神科病院の方が刑務所よりも収容が長引くことが多いため、当事者が入院を忌避することが多い。
- 司法精神医療の対象たり得るかは精神疾患の種類によって分かれる問題ではない。現実的には、それぞれの患者を治療できる社会資源が地域にあるか否かが治療可能性を左右する。違法薬物の自己使用は刑罰の対象とすべき。
- 行動制限に関与する機会は、職場によって異なる。実際に指示するというよりも、スーパーバイズする機会の方が多い。いずれにせよ暴力を抑止するための行動制限は一定程度必要である。例えば、隔離、薬剤による鎮静、拘束の順に段階を追って対応することが考えられる。身体拘束は最後の手段であり、拘束を必要とする前に適切な介入を行えるチーム医療を提供することが望ましい。
- 非告知投与は違法であり、携わったことがない。正当化できる根拠はない。
- 触法精神障害者で最優先すべき課題はリスク管理である。また現実的には住居の確保が課題となる。退院に当たっては、当事者の自覚も問題となる。
- 医師として権限を持つ以上、少なくとも部分的には地域の治安に対する責任

も考えざるを得ない。

- ・非医療資源との連携は日常茶飯事である。特に軋轢を感じることはない。
- ・民間精神科病院は現時点では質の確保に課題があり、十分活用できるとは言い難い。

D. 考察

本年度の研究では、昨年度及び一昨年度の研究を補完し考察を深化させるため、第三の地域である米国ニューヨーク州の司法精神医療の専門家の意見を収集した。聴取した内容の多くは、先行研究で日本及び英国の司法精神科医から聴取したテーマと同様である。

まず全般的な結論として、米国ニューヨーク州における司法精神医療の考え方は、日本と英国のちょうど中間にあることが示唆された。入院精神障害者の行動制限について米国では日本ほど頻用されてはいないものの英国よりは柔軟に運用されている。また司法精神科医の社会に対する責任について、米国では日本よりは積極的にコミットしている一方、英国ほど強く意識しているわけではない。触法精神障害者の社会復帰支援における課題としては、再犯予防にかかるリスクマネジメントと現実的なサービス提供としての住居確保の双方が強く意識されていた。本来日英米はそれぞれ独自の歴史を経て現在の司法精神医療システムを確立させてきたはずであるが、米国ニューヨーク州が、司法精神医療を高度な専門分野として進化させてきた英国と、一般精神医療から未分化なまま発展を遂げてきた日本とのちょうど中間的なイデオロギーを

保っているのは興味深いことである。

とはいえ、いくつかの質問項目について日本と英国の中間的な意見を有する米国ニューヨーク州の司法精神科医であるが、そのスタンスはやはり日本よりは英国にずっと近い。

例えば司法精神医療の本質は何かと問われれば、回答は英米ともにリスクアセスメントの一択である。と同時に、一見矛盾するようであるが、一般精神科医師が学ぶべき司法精神医療の技術についても、英米の司法精神科医はリスクアセスメントと回答する。司法精神医学と言えはまず精神鑑定を想像するのは日本の精神科医だけである。

また、非告知投与を部分的にでも肯定したのは日本の司法精神科医だけであった。行動制限を一定程度許容した米国ニューヨーク州の司法精神科医も非告知投与は違法で正当化の余地はないと断じている。かつて家族が担ってきたパターンリズムを受け継いで患者の処遇を決定してきた日本の精神科医の中には、まだまだ患者の人権より短期的な予後の改善を優先する者が多いのかもしれない。

サイコパスについては、英米の見解は一致しており、病気であるが医療的枠組みになじまないと結論づけている。日本ではサイコパスの研究自体が稀少であるが、これは日本ではサイコパスの有病率が低いとされていることとも関係していると思われ、日本の司法精神科医は英米のそれに比べてサイコパスのイメージを十分確立させていないのかもしれない。ただ、米国ニューヨーク州でもサイコパスを精神科病院で処遇することには消極的である。この点は、病気=病院で治療する対象、犯罪=刑務所で処罰す

る対象、という二元論で考えている限り理解しがたい考え方かもしれない。

聴取した限りでは、米国ニューヨーク州の司法精神科医は、司法精神医療のあり方について考えるに当たって、制度や理念に基づいて考えを述べるよりも、現実に活用可能な社会資源や支援の枠組みに依拠して見解を述べる傾向が強いように思われた。この点は、刑務所から病院へというイデオロギーに基づいて精神医療改革を行ってきた英国の司法精神科医とはいささか異なるマインドセットであるようにも思われる。

非医療資源との連携についての見解も、日本と英米では大きな隔りがある。日本の司法精神科医は、連携の必要性は認めつつも、司法や警察当局との間に壁を感じる人が多い。また一部の精神科医師は取り締まり側を敵視して協働や情報共有を忌避する傾向がある。これに対し、米国ニューヨーク州の司法精神科医は、英国のそれと同様に、毎日のように協働を行い、そのことに何の疑問も有していない様子が見られた。彼我の差異は、社会の治安に対して責任を有する立場であるか否かという、司法精神科医の立ち位置とも関連する問題である。英米の司法精神科医のほとんどが公的機関の職員であることもおそらく関係しているであろう。

その一方で、米国ニューヨーク州の司法精神科医は、民間精神科病院に対しては批判的意見が目立った。英国では予算削減のため公立病院で処理しきれなくなった患者の受け皿として民間病院が隆盛し、そのクオリティも玉石混淆という状況であるが、米国ニューヨーク州ではまだそこまで割り切れてはいないのかもしれない。この点も、

むしろ民間精神科病院が地域精神医療の中核を担っている日本との中間位置にいるのかもしれない。

今回の聞き取り調査では、新たに種々の精神障害類型を想定して司法精神医療との親和性を問う試みを行った。しかし結果は、いずれもケースバイケースというものであった。この結果は、サイコパスならいざ知らず、診断名だけで処遇方針を決定することは安易に過ぎるという司法精神科医の矜持なのかもしれない。また、実際に地域でそのような精神障害類型を専門的に支援できる枠組みがあるかどうか処遇を左右するという極めて現実的な意見が多かったのも特徴的である。この点は、おそらく同じ米国内でも州や地域が異なれば回答の傾向も異なってくるであろうことを意味しており、解釈に留意が必要である。

全体を通じて、米国の司法精神科医は、理念よりは現実重視であるが、英国同様に自身が患者の暴力を防ぐ主体であるという意識を持ち、そのことを語ることを恐れない様子が見られた。「再犯予防」「リスクアセスメント」という言葉を用いることさえも抵抗の強い日本の現状とはかなりの隔りを感じさせる結果となった。

三年間の研究を通じて我々は、同一の質問内容に対する回答を求めたとしても、回答者の文化的背景により設問の解釈にかなりの隔りが生じうることを確認した。例えば触法精神障害者の処遇を考えるにあたり、日本では、起訴便宜主義の採用により、公判前の段階で刑事責任能力がどのように判断されるかが対象者の処遇決定に大きく影響する。このため司法精神科医は責任能力鑑定の重要性を強く意識せざるを得ない。

他方で英国では責任能力の有無よりも治療の必要性が優先されて処遇決定が判断されるため、司法精神科医の問題意識は対象者がどこで治療されることが再犯予防につながるかに向けられる。そして米国ニューヨーク州では、慣例的に心神喪失者に対する精神科病院の収容期間が長いため、対象者はむしろ心神喪失抗弁を回避する傾向にあり、必然的に司法精神科医はその判定にコミットする必然性が薄くなる。したがって、司法精神医学の本質という質問に対して責任能力判断という回答をする日本の司法精神科医はやはり異質なのであるが、それは日英米の法制度及び慣例に依拠するものであって、純粹に彼我のメンタリティの差異を示しているわけではないことに注意が必要である。

すなわち、今後日本で制度改正が行われ、例えば受刑者に対しても医療観察法病棟での治療が選択肢として提供されるようになれば、司法精神科医の問題意識は治療可能性の方により強く引きつけられることになるだろう。また訴訟無能力者に対する処遇として医療観察法や措置入院の枠組みが活用されるようになれば、訴訟能力判定も大いに脚光を浴びることになるかもしれない。

いずれにせよ現在の日本では、酩酊犯罪に対する再発予防策、訴訟無能力の判断と訴訟無能力者に対する処遇、知的障害者に対する矯正的な介入手段、刑の一部執行猶予を受けた違法薬物乱用者の社会内での受け皿、等々、実に多くのリソースが欠けているのが現状である。米国ニューヨーク州の司法精神科医に言わせれば、それらのリソースがないままでは彼らを司法精神医療の枠組みに乗せることはできないといえる。

結果的に彼らの多くは受刑し、再犯予防の十分でないままに満期で釈放され、あるいは再犯し、あるいは措置入院を強いられるということになっている。

これらの課題を解決することはまったく容易ではない。しかし現在日本の司法精神医療が直面しているのは、今現に司法精神医療の対象となっている患者のアセスメント及びマネジメントである。彼らの社会復帰と再犯予防は表裏一体であり、再犯簿用が司法精神医療の一義的目標であるという論には与しないものの、少なくとも精神障害と密接に結びついた他害行為の予測及びその危険度の減少は司法精神医療の目指すところの一つであるというのは世界的に認められた公理であろう。この点については、精神医療界のみならず、司法・行政当局との間でオープンな議論を重ねることが急務であろう。

E. 結論

米国ニューヨーク州の司法精神科医は、英国と同様、サイコパスは病気であると認識しつつも刑務所での処遇が妥当と考えている。英国に比べて入院患者の行動制限には寛容だが日本ほど積極的ではない。社会に対する司法精神科医の責任については英国ほどではないが日本よりも強く感じている。司法精神医療の本質はリスクアセスメントにあり、関連機関との連携も当然視しているところは、英国と同様である。

日米英、3カ国の司法精神科医の考え方を比較すると、米国は英国と日本の中間に位置するが、より英国に近い。また、我が国の司法精神科医は、米英と比較して、社会に

対する責任やリスクアセスメントの意識が薄く、司法関係機関との連携に忌避感を持っている可能性が示唆された。リスクアセスメント・リスクマネージメントは、司法精神医療における中核的な課題である。今後、我が国においても、司法精神医療におけるリスクの問題に関するオープンな議論が必要である。

F. 健康危険情報

(なし)

G. 研究発表

1. 論文発表

Akihiro Shiina, Tomihisa Niitsu, Aiko Sato,

Soichiro Omiya, Takako Nagata, Aika Tomoto, Hiroyuki Watanabe, Yoshito Igarashi, Masaomi Iyo. Effect of educational intervention on attitudes toward the concept of criminal responsibility. *World Journal of Psychiatry* 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

(なし)

<日米比較研究 インタビューフォーム>

1. 回答者の属性について Background of the respondent

- a. 医師としての経験年数 How many years have you been a psychiatrist?
- b. 司法精神医学に携わっている年数 How many years have you worked in forensic mental health?
- c. 司法精神医学に関する学会活動、精神保健判定医・精神鑑定専門医資格の有無等
Do you belong to the American Academy of Psychiatry and the Law or another forensic specialty organization? Are you board certified or board eligible in forensic psychiatry? Do you have had a fellowship in forensic psychiatry?

2. 回答者の業務経験について Clinical experience of the respondent

- a. 現在主に従事している業務内容について教えてください Tell me about your main work.
- b. あなたはなぜ司法精神医療を志したのでしょうか？ Why did you choose to engage in forensic mental health?
- c. 司法精神医療の魅力について教えてください Tell me about the most fascinating element of forensic mental health.
- d. 司法精神医療に携わることでこれまで犯罪に巻き込まれたり危険を感じたりしたことはありますか？ Have you ever been assaulted or felt unsafe during your work?

3. 触法精神障害者に対する医療に関する認識と意見 Recognition and opinion

about medical treatment for mentally disordered offenders

- a. 薬物療法、精神療法、その他の治療法について、一般の精神科患者と触法精神障害者に対して、行うべき治療戦略を変える必要があると思いますか？ Do you think that we have to change the therapeutic strategy in treating forensic patients, apart from general psychiatric patients?
- b. 個別の精神障害に対する司法精神医療の適否について Adaptation of forensic mental health for some particular mental disorders
 - i. 反社会性人格及びサイコパスは病気だと思いますか？ Do you think that antisocial

- personality or psychopaths are mental disorders to be treated?
- ii. 危険な人格障害者は刑務所よりも病院で治療すべきだと思いますか？ Do you think that people who have been convicted of crimes and have severe personality disorders as a cause of their criminality should be treated in psychiatric hospitals rather than prison?
 - iii. 次の精神障害は司法精神医療の対象になりうると思いますか？ Do you believe these mental disorders below are manageable, or should be managed in the scheme of forensic mental health service?
 - 1) 精神病症状を伴わない物質乱用 Non-psychotic substance abuse
 - 2) 精神病症状を伴わない知的能力障害 Non-psychotic intellectual disability
 - 3) 精神病症状を伴わない発達障害 Non-psychotic developmental disorder
 - 4) 精神病症状を伴わない認知症 Non-psychotic dementia
 - c. 隔離・拘束について Regarding seclusion and restraint
 - i. あなたは触法精神障害者の入院中の隔離や拘束に携わることがありますか？その頻度はどの程度ですか？ Have you been involved in seclusion or restraint of inpatients? If any, how often?
 - ii. 隔離や拘束により触法精神障害者による暴力を未然に防ぐことについてどう思いますか？徒手による制圧や、緊急の薬剤投与と比べていずれが望ましいでしょうか？ Tell me the opinion about physical seclusion and restraint. Are they preferable compared to other means to reduce the risk of violence?
 - d. 非告知投与について Regarding masked medication
 - i. あなたは精神障害者に対し、事実を伝えずに投薬を行ったことがありますか？ Do you have an experience of masked medication: making a patient take some drugs surreptitiously?
 - ii. 非告知投与の効能と倫理的問題についてどう考えますか？ What do you think about the benefit and ethical issues of masked medication?
 - e. 触法精神障害者の社会復帰支援について Supporting mentally disordered offenders
 - i. 触法精神障害者の社会復帰支援について、特に重視している点を教えて下さい Tell me about what you prioritize in the treatment, rehabilitation, and support of mentally disordered offenders.
 - ii. 触法精神障害者を退院させるに当たって苦労することがあれば教えてください。What is the most challenging factor in discharging mentally disordered offenders?
 - iii. 触法精神障害者の住居支援について、専用の施設を準備すべきだと思いますか？ Do you think that mentally disordered offenders need specialized accommodation or communitive-based houses, apart from general care houses?

4. 司法精神医療の現状に関する認識と意見 Opinion about forensic mental health policy

- a. 司法精神医療の社会的意義について Social importance of forensic mental health
 - i. 司法精神科医は患者の健康増進のみならず社会の治安維持に対しても責任があると思いますか？ Do you think that forensic psychiatrists are responsible not only to patients' recovery but also public safety?
 - ii. 司法精神医学を専門としない精神科医師であっても習得しておくべき司法精神医学の技術はありますか？ Are there any forensic psychiatric practices that should be taught to general psychiatrists?
- b. 関係機関との連携について Regarding collaboration with other facilities and organizations
 - i. 司法精神医療の業務にあたり、以下の関係機関とどの程度連携をとっていますか？例えば、警察、検察、裁判所、保護観察所のそれぞれに対し、意見交換や情報提供を行うことがありますか？ How often do you contact with relevant facilities below; Police, Prosecutor office, Court, Probation office, and so on?
 - ii. 入院期間を延長させる最大の要因は何だと思えますか？ What is the most important factor to hinder mentally disordered offenders from discharge?
 - iii. 民間の精神科病院が司法精神医療に対して果たすべき役割についてどう思いますか？ What do you think about the private sector to play a role in forensic mental health?

5. その他 Others

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）
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 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 29 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 305 名（初回 131 名、継続 174 名）を対象にアンケートを実施し、回収率は 91%であった。有用・まあまあ有用と回答した受講生は 97%、理解/まあまあ理解と回答した受講生は 97%でいずれも平成 28 年度と同じ高水準であった。判定医では「鑑定・処遇が問題となった事例検討」や「判定医の業務と責任」、参与員では「参与員の業務と責任」が高評価であった。他の職種の業務への関心の低さが問題となっており、今年度より「多職種チーム医療」の講義で、入院医療機関のスタッフによる多職種チーム模擬会議を供覧し、参加者同士の議論を取り入れた。新たな講義の有用度評価は、判定医、参与員ともに良好であった。

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、処遇を継続すべきか 52 条鑑定事例、飲酒下の対象行為の疾病性を考える事例、PTSD とマインドコントロールと診断された事例を提供し、仮想化しケースブック事例を作成し、研修に寄与した。

研究協力者氏名・所属研究機関名

大島 紀人	東京大学学生相談ネットワーク本部・国立病院機構花巻病院
来住 由樹	岡山県精神科医療センター
須藤 徹	国立病院機構肥前精神医療センター
田口 寿子	国立精神・神経医療研究センター病院
平田 豊明	千葉県精神科医療セン

ター

平林 直次	国立精神・神経医療研究センター病院
村上 優	国立病院機構榊原病院
村田 昌彦	国立病院機構榊原病院
安田 拓人	京都大学法科大学院
山本 輝之	成城大学法学部

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) 措置入院の可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。

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28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分析した。

（倫理面への配慮）

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
で承認を受けて実施した。

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 29 年度の受講生は 305 名（判定医 143、
参与員 162、初回 131、継続 174）
で、回収率は 91%（初回 95%、継続 87%）
であった（図 1、2）（表 1）。

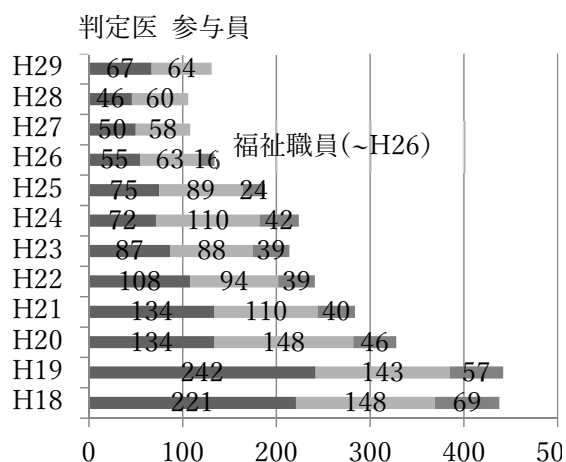


図 1 職種別参加人数（初回研修）

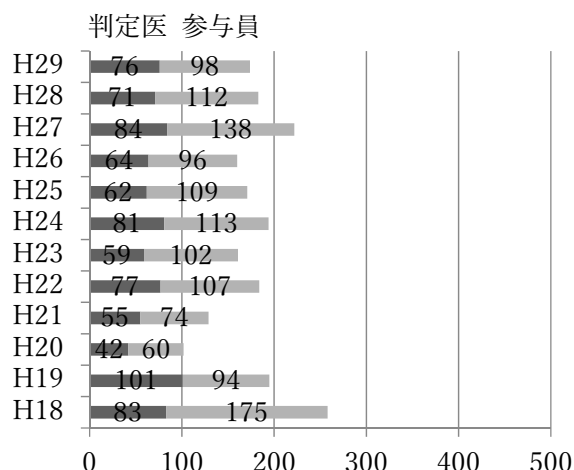


図 2 職種別参加人数（継続研修）

2) 判定医の責任能力鑑定経験の有無

平成 29 年度の初回研修会参加者判定医 64 名について、責任能力鑑定の経験あり 30 名（47%）、なし 25 名（39%）、無回答 9 名（14%）であった。責任能力鑑定経験者は全体の約半数であった。

表 1 参加者数、アンケート回収率

	職種	参加者	回収数	回収率
初回	判定医	67	64	96%
	参与員	64	61	95%
	小計	131	125	95%
継続	判定医	76	62	82%
	参与員	98	89	91%
	小計	174	151	87%
合計		305	276	90%

（研修の種類・職種不明の 4 名は含めず）

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 10 名、簡易鑑定および起訴前嘱託鑑定 8 名、すべて 6 名、起訴

前嘱託鑑定のみ4名、簡易鑑定と公判鑑定1名、起訴前嘱託鑑定と公判鑑定1名であった。

平成19年度から平成29年度までの11年間の累計で初回研修会参加者判定医916名が責任能力鑑定経験について回答し、鑑定経験あり454名(50%)、なし398名

(43%)、無回答64名(7%)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)。

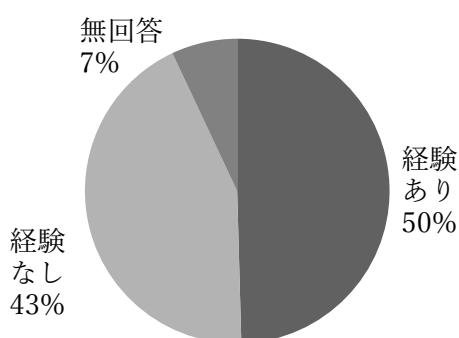


図3 平成19-29年度累計鑑定経験

平成19年度から平成29年度まで11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180名

(40%)、起訴前嘱託鑑定のみ38名(8%)、公判鑑定のみ36名(8%)、簡易鑑定および起訴前嘱託鑑定78名(17%)、簡易鑑定および公判鑑定22名(5%)、起訴前嘱託鑑定および公判鑑定11名(2%)、全て62名(14%)、鑑定経験内容無回答27名(6%)であった。公判鑑定経験は131名(29%)であった(図4)。

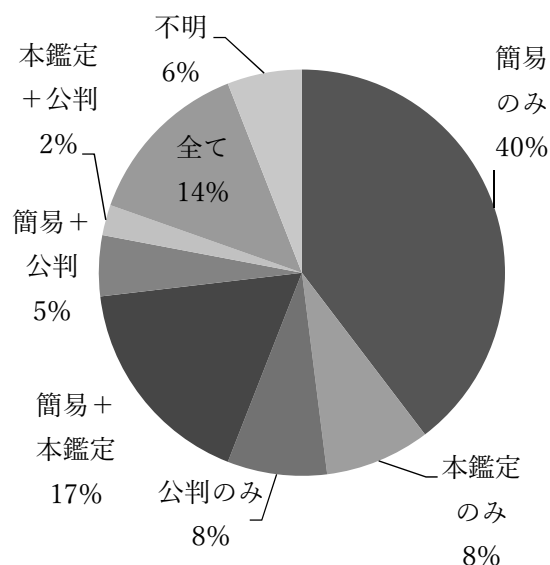


図4 平成19-29年度鑑定種別経験累計

3) 養成研修会の有用度

研修全体について、受講生の71%(H28年71%)が有用と回答し、やや有用と合わせると97%(H28年99%)にのぼった。研修の種類、職種別の有用度を表2に示す。

平成29年度の研修で実施した項目と、項目ごとに「有用」と回答された割合を資料2に示す。初回判定医は、精神鑑定または処遇が問題となった事例報告(83%)、精神保健判定医の業務と責任(81%)、刑事責任鑑定と医療観察法(77%)を有用とする回答が多く、医療観察法における薬物療法(44%)は少なかった。初回参与員は、精神保健参与員の業務と責任(66%)、精神保健参与員演習(64%)を有用とする回答が多く、薬物療法(41%)は少なかった。自身の職種に関わる項目の評価が高い一方で、薬物療法については有用とする者が少なかった。

表2 研修種別・職種別有用度
(カッコ内は前年度)

	有用	やや有用	あまり有用でない	有用でない
初回 判定医	64% (73%)	34% (24%)	2% (3%)	0% (0%)
初回 参与員	76% (83%)	20% (17%)	4% (0%)	0% (0%)
継続 判定医	72% (67%)	23% (33%)	4% (0%)	0% (0%)
継続 参与員	71% (64%)	27% (33%)	1% (2%)	0% (0%)

継続研修では、医療観察法の施行状況、精神鑑定または処遇が問題となった事例報告、グループディスカッションを行ったが、判定医、参与員ともに、いずれの講義についても有用と回答した割合は良好であった。

4) 養成研修会の理解度

研修全体について、受講生の66%(平成28年56%)が理解できたと回答し、まあまあ理解できたという回答と合わせると97%(平成28年98%)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に示す。

もっと理解を深めたいと思った項目(資料3)についても、有用度とおおむね同様の傾向が認められた。初回判定医は精神保健判定医の業務と責任(31%)、グループディスカッション(鑑定事例)(27%)の割合が多く、我が国における医療観察法の施行状況(5%)の割合が少なかった。初回参与

員では、精神保健参与員の業務と責任(57%)精神保健参与員業務演習(54%)の割合が多く、我が国における医療観察法の施行状況(8%)の割合が少なかった。

表3 研修種別・職種別理解度
(カッコ内は前年度)

	理解できた	まあまあ理解	あまり理解できず	理解できず
初回 判定医	60% (59%)	34% (41%)	6% (0%)	0% (0%)
初回 参与員	67% (38%)	33% (60%)	0% (2%)	0% (0%)
継続 判定医	77% (69%)	21% (31%)	2% (0%)	0% (0%)
継続 参与員	64% (58%)	33% (37%)	3% (5%)	0% (0%)

継続研修では、判定医、参与員ともに、初回研修と比べて、「理解を深めたい」という回答の割合は少なかった。

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、医療観察法医療で出会う症例をもとに、グループワークを行うなど、より実践的、実務的な内容を求める声が多かった。研修会で取り扱うべき内容、日程が定められている中で、スケジュールのタイトさを指摘する一方、テーマ間の時間配分の工夫を求める声も見られた。今年度新たに導入した、「多職種チーム医療」に関する講義では、「分かりやすい」とする声が見られる一方で、「意図が伝わりにくい」とする声も見られた。

以下に自由記載の内容を分類し掲載する。

【会場・運営】

時間管理をしっかりして17時までに終了してほしい(2)、適度に休憩時間があったので集中して聴講できた、1日目9時からの講義は良くない、近畿地方など会場を増やしてほしい、講義で使用しない冊子は郵送してほしい、受講者名簿を配布してほしい(県内のPSWと連絡をとることもあるため)、冷房が強すぎた、喫煙コーナーは不要、電子機器OFFを徹底してほしい。

【研修内容について】

症例・グループワークなど実践的、実務的な内容がもっとあった方がよい(8)、保護観察所の話は現場で経験のある調整官の方がよい、他の医療観察法初任者研修と内容が近い、今後より深く知りたい・聞きたいテーマ(歴史、本法医療の限界、地域ごとのスーパービジョン体制、m-ECTを含め実際に有用な治療法)。

【多職種チームのロールプレイ】

意図が不明確だった(3)、有用ではなかった(2)、(ロールプレイの背景となる)対象者の対象行為と簡単な病歴、生活歴など事例資料があればよかった(2)、分かりやすかった(2)、質疑の時間がほしかった。

【審判シミュレーション】

良かった・分かりやすかった(5)、(シミュレーションの中での)議論がかみ合っていない・提示された鑑定書のレベルも十分だったか疑問、ポイントをテキスト内に明確にしてほしかった、もう少し(内容を)具体的

にしてほしかった。

【グループディスカッション】

資料を読む時間・ディスカッションの時間がもっとほしかった(5)、グループディスカッションは有用だった(4)、事例の情報量が少なかった(2)、グループ間の距離が近く、会話が聞き取りにくかった(2)、司会・書記が決められていてスムーズだった。ファシリテーターがいると良かった、事例の概要説明が良かった、資料は時系列にそっとうち少し簡潔に、参与員の立場から意見を言える事例がなかった。

【全体的に】

大変勉強になった(14)、今後もこのような研修会で良い(5)、スライド・資料が見にくい(5)、プレゼンテーションの技術を向上させてほしい、早口で聞き取りにくかった、プレゼンテーションの技術を向上させてほしい、研修が長かった、つめ込み感があったので、もっとゆっくり講義演習を受けたかった、難しい専門用語・略称の解説が欲しい(2)。

2. 判定事例研究会事例提供

事例1 処遇を継続すべきか 52 条鑑定事例、事例2 飲酒下の対象行為の疾病性を考える事例、事例3 PTSDとマインドコントロールと診断された事例の計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29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】 20歳代、男性

【対象行為】殺人未遂 X年Y月Z日午後4時ごろ、対象者自身が入所中であったグループホーム室内において、同じく入所中であった他患者Aに対し、殺意を持って両手で同人の頸部を締め付けたが、施設の職員に制止され、殺害の目的を遂げなかった。

【既往歴】特記すべきものなし。

【アルコール・薬物使用歴】薬物乱用なし。飲酒は出来ず、いわゆる下戸である。

【犯罪歴】万引きで逮捕・検挙されたが、審判不開始。

【趣味】音楽鑑賞、携帯ゲーム

【家族歴】明らかな精神疾患の既往をもつものはない。父親は、家庭内暴力と虐待があり、家庭内暴力・身体心理的虐待を行ったという認識はあるが、現在は反省して変わったと述べている。姉は、成人後父親から謝罪を受けているが、家族と距離を取り独居している。

【生活歴・現病歴】同胞2名のうち、第2子。乳幼児期の発達に明らかな異常の指摘はなし。小学校時代は地元の野球チームに所属し活発で社交性もあった。他方、家庭では父が第1子を主として殴る蹴るなどの暴力を繰り返し、当人はそれらを目撃しつつ、暴言は頻繁に受けていたとされる。また第1子より、「何で自分だけが殴られて、あんたは(殴られない)」という理由で暴力を受けていた。母親もモラルハラスメントによる暴言、暴力を継続して受けていた。中学では本人も父親に口答えをして、暴力を受けているが、母親は声を聴きつつも助けに入ることが出来なかったという。こうした家庭の状況と裏腹に、野球部に所属し、友人も多かった様子であった。この頃、本人が何かを殴りつけたように手拳を赤く腫らしているの

を目撃されるが、母親が本人に事情を聞くとアカギレだと答えるのみであった。

両親は対象者が中学生時に離婚し、対象者のみが母親に引き取られ、母の実家で母方の祖父母と暮らすようになる。高校には通学していたが、部屋に帰るとドアも窓も閉じ、ドアから家族を睨み付けて無言でいることもしばしばであり、部屋の壁はカッターナイフでつけられた傷や刃物が突き立ててあった。学校では問題行為は報告されていない。

高校卒業後、実家を出て一人暮らしを始めるが、工場で就労したが、過剰な緊張による手の震えから継続できず、関連性は不明であるが、万引きで検挙されるが、審判不開始となる。

その後20歳ごろから工場で短期就労を行うが、手の震え、目の攣りで仕事に支障をきたし、実家に戻って生活していた。対象者自身はずっと人が怖くて仕方がなく「死にたい」と漏らしたら実家に戻されたと述べる。単身生活の自室はゴミ屋敷のように散乱していた。23歳時より障害者年金2級を受給した。

X年2月頃から、アルバイトをしていたが、知り合いからの紹介で、飛び込みで店主と契約した特別な短時間就労であり、一日の大半は自室で寝て過ごす生活であった。

中学までの本人の語る生育は曖昧で、記憶の欠落を伴う、切れ切れのエピソードのみが語られるが、幼少期から他人と接する際の恐怖があったという。小学校低学年ごろから自分の傍に(外在する人影のようなものとして)「カゲ」という人物の姿を見るようになった。同級生に紹介したことがあるが、「何もいない」と言われた。自身が成

長すると外在していた人物としてのカゲ以外に「イロ」という別個の人物が生じ、頭の中だけに存在するようになった(対象者は、心の中のリビングと言う場所に「中の人」としていると述べる)。

小学校低学年時、当時「遺跡を見つける」として穴を一人遊びで掘っていたところ、友人が来て、捨て猫を拾ってきて飼い主の探索を手伝って欲しいと言われた。そこで快く返事をしながら、子猫を掘っていた穴に埋めて殺した。居なくなった子猫が引き取られたと勘違いした友人が喜ぶのを見て「馬鹿な子だな、私が殺したのに」と考えた(事実確認は出来ていない)。中学頃、飼っていた小鳥の脚を折り、地面に叩き付けて3回殺した(母親によれば、実際に殺す場面は見えていないが、脚が折れた飼鳥は目撃したという)。また、高校時代は部屋の壁を殴る、頭を打ち付ける、リストカット、刃物を鞆に入れて持ち歩く、イライラしてナイフを自室の壁に突き立てるなどの行動が多発していたが、家族は部屋に入れず、高校での問題行為の報告はなかった。

21歳頃の精神科病院初診時に『カゲ・イロ』という人物が私の中にいる」と語り、診断は境界性パーソナリティ障害。X-1年Y-2月まで通院している。大量の薬を処方され、調子が良くない中、この頃からふらりと父親の元を訪ねるようになった。対象者は姉や知り合いに会うためと述べ、母親は金のある父親に小遣いをもらう為だったと述べる。虐待を受けていた父親との関わりは、対象者は「扱い方さえ間違えなければ金はある」といった趣旨を述べる一方、病的に自身の外見が爬虫類のようだと気にしている様子もあった。

この間に、自傷、振戦で総合病院に9日間の入院。リストカットで精神科病院に一日の任意入院、本対象行為の現場となった施設には、X-1年に通所を開始、自傷、母親への切りつけ未遂等で対象行為を起こした入所までを含め、数回の入所や入院歴がある。いずれも10日以下の短期であり、対象行為を引き起こした入所は17日と最も長かった。

【対象行為前の精神状態】X年Y-1月中旬頃早朝、対象者は、母の寝室へ入り包丁で母を刺そうとしたが、別人格の「カゲ」が母に逃げるように叫んで警告を発し、母親は刺されるのを免れた。同日、本人が対象行為の現場となった、かかりつけ精神科病院を受診し、主治医の診察場面で「カゲ」の人格が出現し、「今日、母を刺そうとした(対象者・主人格の名前)が衝動的になったら止められない」と述べ、入院となっている。父親以外の人間が明確な対象者の人格の切り替わりを実際に診たのはこれが唯一である。数日で退院後、勤務先を訪ね、「刺させてほしい」と述べた。上司は、左腹にナイフの刃先を当てる事まで許可し、しかし実際にチクッと痛みを感じた時点でナイフを取り上げて止めさせている。対象者は、上司が「刺したいなら刺してもいい」と言ったのに、実際すると止められ、言う事とやる事が違うと憤りを感じたと述べている。その後、公園の子供を見て刺したいと思ったが、人の眼があるので止めたと語る。Y-2月、「刺したい、首を絞めたい」という人を殺すことへの衝動を語り、同日、上述同病院を受診して医療保護入院し、数日入院し、その後施設に入所した。

【対象行為の状況】X年Y月Z日朝、施設の

食堂で朝食を食べ、自室でゲームやLINEをしていた。昼食は普段から食べないので、食べずに自室にいた。午後になって近所の公園に外出し、帰って自室で横になっていると段々と鼓動が速くなってきて、人を殺したいという気持ちが出てきて抑え切れなくなった。スタッフに止めてもらおうと考え、詰所に向いたが、居合わせた女性スタッフの後ろから右手を首に当てるようにして、肩に手を置いた。すると詰所にいた他男性スタッフに引き離され、「詰所から出ていけ」と言われ、衝動を止めてほしかったのに出て行けと言われてイラッとして、自室に向かった。部屋には被害者Aが1人でいた。Aが「どうしたの？用があるの？」と尋ねてきたので、「違う、衝動が出てきた」と答えた。続けてAから「何の？」と聞かれたが、うまく言葉に出来ず、正面からAの首に右手をおいた。Aは「どうしたの？」と聞いてきたので、一旦手を外した。「何で、そんなことしたの？」と聞かれ「衝動があるから」と答えた。人を殺したいと言う衝動が抑えきれず、再度Aの首に両手を当て、「殺してもいい？」と尋ねるとAが「いいよ」と答えた。Aの首を両手で力を込めて絞めたが、Aは「それくらいじゃ死なないからもっと強く」と言ってきた。そこでAに「死にたいの？」と尋ねると、「死にたい」と答えたので、力を込めて絞めているとAは倒れていき、対象者はAの上に覆いかぶさる形となった。そこに施設のスタッフが来て、対象者の背中を引っ張り、Aから引き離した。

【対象行為後の状況】X年Y月Z日、対象者は、対象行為後、入所中の施設が警察署へ通報し、同日より警察に拘留された。刑務所にて、B医師による精神鑑定を受け、B医師は、

対象者は自閉スペクトラム症をベースに発症した統合失調症であると診断した。同年Y+2月Z+19日、検察官検事は、対象者について上記対象行為を行った事及び心神喪失者であることを認め、公訴を提起しない処分とし、医療観察法33条1項の申立てを行った。同日地方裁判所裁判官は、同法34条第1項前段により、鑑定その他医療的観察のため、対象者をC病院に鑑定入院した。

【起訴前嘱託鑑定】対象者は、広汎性発達障害であって、高校を卒業したころ思春期に統合失調症を発症し、幻聴を体験していたが、その体験を別人格の言葉として受け止めていたと考えられる。本件犯行時及び現在、統合失調症である。本件犯行前に、人を殺したい衝動を覚えて、その衝動に従って行動したと述べていて、自己の衝動を内省し抑制することができず、本件犯行に至ったと推定される。

【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、明らかな精神症状や衝動性が認められないことを確認して、約1時間の病棟内時間開放を施行した。処方薬は、バルプロ酸、ベンゾジアゼピン系抗不安薬及び睡眠薬を主として経過観察された。鑑定期間中に健忘、人格の交代は認められなかった。自傷や衝動的な他害行為は見られなかった。幻覚、妄想などの精神病症状、思考障害、陰性症状を認めず、挨拶は会話を普通に行い、他患者や病棟スタッフとも適宜会話していた。鑑定面接の当初には、拒否や否定を忌避するために話したくない、これまでも信じてもらえなかったことは話しませんなどの言葉があったが、傾聴していると次第に率直な話しぶりとなっていった。

【医療観察法鑑定 精神現症】鑑定時、意識は清明で、疎通性は良好で、思考障害を認めず、的確な返答が出来る。記憶は過去のことは幼少期に向かうにつれて覚えていないことが多く、最近の事でもまだらな記憶である。事件の記憶は正確で、対象行為後、鑑定に至るまでの記憶は正常で、健忘は見られなかった。気分変動はなく、意欲関心も保たれる。開放時には周囲と適宜交流が出来ており、明らかな幻覚や感覚障害はない。妄想や思考障害は認めず、知的水準はウェクスラー成人知能検査では、総合 IQ76(言語性 67、動作性 91) (起訴前鑑定(鑑定入院-2ヶ月)では、総合 IQ81(言語性 83、動作性 82)) であり、知的レベルは境界であった。おとなしく穏やかな態度であり、鑑定入院という環境下では指示に従っている。病棟の規則や対応への不満は述べるが、周囲を巻き込むことや要求がましいことはなく、暴言暴力や自傷等衝動行為は見られない。また、人格交代も認めなかった。

【医療観察法鑑定の結果】対象者は、①多重人格障害(F44.81)、②非社会性パーソナリティ障害(F60.2)、情緒不安定性パーソナリティ障害(F60.3)と診断される精神障害者である。対象者は「小さいころから人を殺したい衝動があった」と述べたが、X-1年秋ごろから、人を殺したい衝動にかられ、母や上司を刺そうとしたり、施設スタッフの首を絞めたりした。対象行為の日には、不意に人を殺したい衝動が強くなり、施設スタッフの首を絞めようとして制止された後、自室で他患者の首を衝動的に絞めている。対象行為そのものを、対象者自身(主人格)が記憶しており、認めることが出来る。善悪の判断はできるが、共感性、社

会性には乏しく、謝罪の念はほとんど見られない。衝動性は亢進しており、自分の行動をコントロールする力は低くなっていたと考えられる。対象者の治療として、①対象者の人格が変化、成長すること、②解離(健忘や多重人格)という防衛機制を使わず、対人・社会場面で適応できるようになることが目標となる。専門性の高い各種スタッフとの交流の中で、安定した対人関係を感じ取れる事、治療同盟を構築することから治療を開始する必要がある。その中で、対象者の自己評価が高まり、他者や社会に対する信頼関係を築けるようになり、自己開示できるように成長していくことが必要となる。対象者には、身辺自立ができるようになること、対人・社会スキルを学ぶこと、葛藤や衝動の生じる状況下で言語のコントロールができるようになること、必要時に適切に他者に助けを求めるなどリスクマネジメントができること、などが必要とされる。これらには、衝動行為、犯罪行為を防ぐための心理教育、支持的な精神療法、認知行動療法的なアプローチと対症的な薬物療法が有効と考えられる。

解離(健忘・多重人格)への介入は慎重に行うべきと考えられる。対象者の知的レベルは境界知能であるため、学習困難が予測され、また学習したことを場面に応じて使いこなすことも困難であると予想される。また、現時点では他者や社会と安定した関係を結ぶことの困難さ、共感性の乏しさ、衝動性、反社会性などが認められるため、治療のスピードは遅いと予想される。しかし、上記の治療、指導、環境調整を行うことで、一定の治療効果は期待できると考えられる。対象者に、病識や治療の必要性の

認識が乏しく、共感性、社会性の低い現時点では、対象者の治療には、種々の専門スタッフが連携できる枠組みが必要であり、医療観察法による治療という明確な法律的な枠組みの中で示される環境により、十分なスタッフと治療戦略をもって専門的な治療を行う必要があると判断する。

【補充鑑定書の要旨】対象者は多重人格障害と診断されるが、人格が多数に分離しているため、衝動を抑える能力が低下している。よって、複数の他人格を統合し、1つの人格にする治療（または1つの人格システム(主人格+全ての他人格)として共存し、現実に適応する治療）を行うことで、衝動を抑える能力が高まり、今後、同様の行為を起こさず、社会復帰させることができると考えられる。

対象者の治療について

① 対象者は、小児期に親からの虐待を受け心的外傷を経験しており、幼少期の対象者の家庭環境下では、自己肯定感を持つことや他者を信頼し安定した関係を持つことは困難であったと考えられる。まず、精神療法の中で、対象者が自己肯定感を感じられ、他者を信頼できるようになり、安定した対人関係を持つことができるようになることが治療の第一歩となる。治療者患者間の治療同盟が構築され、対象者が自己を表現できるようになることが重要である。

② 治療者－患者間に徐々に治療同盟が構築されるにつれ、他人格が出現し、過去の心的外傷、そのことに関する怒り、怨み、不満などが語られると予想される。それぞれの人格がどのような経験や記憶を持ち、どのような役割を担っているかということを理解し、その情報を患者と経験していく

ことになる。どの程度まで他人格を呼び起こし、どの程度まで心的外傷に触れるか、どの程度の自然治癒力を期待するか、ということは、治療者がその都度対象者の状態を診て判断すべきである。1つの人格への統合が難しいことも予測され、その場合は、いくつかの人格が共存し、各人格が役割を持って協調して、1つの人格システムとして現実社会へ適応していくことが目標となる。身体が1つである以上、今後は、患者はどの人格の言動についても、その結果に責任を負わなければならない、ということを経験者は各人格に受け入れさせる必要がある。

③ 1つの人格として対処技術を獲得し、「他害行為を行わず、解離しないで日常生活に適応していく」ことが社会復帰のポイントとなる。

対象者は家事や金銭管理ができないので、生活スキルを身につける必要がある。また、対象者には葛藤や衝動の生じる状況下で言動のコントロールができること、必要時には他者に助けを求めること、など非常時のリスクマネジメントができることが要求される。ストレスの少ない状況では解離を用いずに日常生活を営みやすいため、大きなストレスのない環境を作ることも重要である。生活上のストレス要因の排除(対象者の場合は父との接触を避ける等)、他の精神疾患の治療(対象者の場合は、情緒不安定性パーソナリティ、非社会性パーソナリティ障害、それらに基づく不安・焦燥・抑うつ・自傷などの行動化、摂食障害などに対する治療)、必要に応じて身体疾患の治療、経済的・社会的問題などのマネジメントを行う必要がある。薬物療

法は、抑うつ気分、睡眠障害、フラッシュバックや不安、パニック、攻撃性などに対し、対処的に向精神薬を使用する。

B その後の経過① 当初審判

【審判決定】主文 対象者に、医療を受けさせるために入院をさせる。

理由 第2 対象者の精神障害等

1 一件記録によれば、対象者は、同年Y月Z日、人を殺したい衝動に駆られていたところ、同室にいた被害者を発見したため、被害者を殺せないかと考え部屋に入ったが、その際には、対象者は、殺人は悪いことであるという考えもあったことから、葛藤を抱いた状態であったこと、対象者は、病室で被害者に対し、殺していいかを尋ねたところ被害者が殺していい旨答えたため、少し驚いたものの、「被害者が了承してくれた」「こんな機会はもう人生でないだろう」などと考え、両手で被害者の首を絞めるという本件対象行為に及んだことが認められる。また、一件記録をはじめ、鑑定人(医療観察法鑑定)作成の鑑定書及び補充鑑定書によれば、対象者は、本件対象行為時、多重人格障害と診断される状態であり、対象者の主人格は、非社会性パーソナリティ障害及び情緒不安定性パーソナリティ障害と診断される状態であって、多重人格障害により人格が多数に分裂しているため、衝動を抑える能力が低下していたと認められ、上記の事実関係に照らせば、対象者は、本件対象行為時、心神耗弱の状態であったと評価するのが妥当である。

第3 処遇の理由

1 治療反応性について

鑑定書においては、多重人格障害に対す

る治療反応性が肯定されているところ、同鑑定書の判断及び意見について疑問をさしはさむ事情は何ら見いだせないので、対象者については治療反応性が認められるというべきである。

2 処遇の必要性及び内容について

(1) 対象者が、本件対象行為以外にも、X-1年秋頃からは人を殺したい衝動を抑えきれず、例えば、X年Y-1月Z+6日、母親を包丁で刺そうとするなどしていることといった従前の経過等に照らせば、審判期日において対象者が述べるとおり現在は人を殺したい衝動が消失しているとしても、医療観察法による医療を受けさせなければ、対象者がその精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があることは明らかである。

(2) そうすると、対象者については、対象行為を行った際の精神障害を改善するため、医療観察法による医療を受けさせる必要があるというべきである。そして、鑑定書において示される対象者の多重人格障害に対する治療は、通院処遇により継続的に行うことが困難であることは明らかであることや対象者の従前の生活状況等に照らせば、処遇の内容としては、入院処遇が相当である。

B その後の経過②入院処遇決定～転院前

Y+5月、入院当初より、対象者は自身に多重人格が存在していることは認めるが、対象行為は人を殺したい衝動によって起こったものであり、多重人格とは関係がないと主張した。人を殺したい衝動は、対象行為後に逮捕された瞬間から生じなくなり、今後も衝動は起こらないので治療の必要はなく、閉鎖的で制限の多い病棟環境が自身の

状態をますます悪化させると述べ、早期の退院を要求した。入院後、閉鎖的空間や物品所持が自由にならないことへの不満が強く、拒否的な言動や水撒き等の衝動行為が見られた。スタッフへの暴力を示唆し処遇変更を求めたが、実際に暴力はなかった。悪夢を見るために眠りたくないとして述べ、患者と消灯時間を過ぎてでもホールで過ごし、生活リズムが整わず、睡眠薬の増量を希望した。6剤のベンゾジアゼピン系抗不安薬及び睡眠薬、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬2剤に加え、クエチアピン 300 mg、プロペリシアジン 25 mg、バルプロ酸 800 mgという処方になった。薬剤増量の危険性を説明しても、「死んだら死んだでそれでいい」「単に無に帰すこと。たいした問題じゃない。」と返答した。こうした言動の一方で、他患者と楽しそうに交流し、プログラムは自身で選んで起床誘導を依頼し、ちぐはぐな面もあった。不満は述べつつも問題行動なく生活リズムも整ったため、Y+8月に急性期から回復期に移行した。

「血を見たい衝動」からプラスチックを割って、割面で自身の手首や頸部や顔面を傷つけ出血させるといった自傷行為が見られたが、人を殺したい衝動とは別物で人を殺したい衝動は今後生じないと主張した。自傷行為の原因は入院処遇への不満であると別人格カゲ(明確ではない)として母親に電話で述べた。転院が決定したY+11月にも手に傷をつけ手袋で隠す行動があった。自殺企図については、Y+7月には「薬をたくさん飲むと楽になれる気がした」と述べ、自己管理していた市販鼻炎カプセルを大量内服し、Y+9月には毛布を巻き付けての縊頸行為もあった。

回復期に移行後、生活上の問題や、相談ができないことにストレスが溜まり、イライラを看護師に訴えて反応を観察するような仕草を見せたり、拘束を希望したり、看護師の些細な行動に監視的な雰囲気を感じドア蹴りを行ったりしたため、短期間隔離した。振り返りで反省の弁を述べたが、隔離が解除されないとわかると「前回は1日で出れたのに、出れると思ったから話したのに。」と再び衝動行為に出るといったこともあった。

母親への電話においては、対象者の内的世界の変化を、別人格が話す、手紙を書くなどの行為が継続し、病棟生活上も記憶が抜け落ちるといった訴えがしばしばあり、人格交代や解離性健忘を生じているとみられた。悪夢に現れる「XS」という人を殺したい衝動の強い人格が他人格と一緒に消えると母親に情報提供後、悪夢やXSの訴えは消失した。

転院時には、わずかながら医療観察法の入院治療のルールに乗りつつあるようにも見受けるが、地元で何度も入院退院を繰り返したが問題は解決しておらず、元来疾病性に問題のあるケースであり、医療観察法による入院治療を行うことが適切であるかどうかの疑問は残ったままである。「再被害行為の防止」に関しては、人を殺したい衝動を生じるメカニズムの解明やその予防法の確立が必須であるが、対象者は「人を殺したい衝動はもう起こらない」と主張するばかりで、深めて考えようとする意志に乏しく、また過去に人を殺したい衝動が生じた時の様子を振り返るように促しても避けようとする傾向が強く、さらにそういった時には実際に人格交代や解離性健忘などを生じていたらしく自身の記憶も定かでないことが多

い様子であり、人を殺したい衝動のメカニズムの解明および出現予防対策の確立には多大な困難が予測される。入院治療にはいずれ行き詰まりを生じる可能性が高いものと予想されると総括された。

B その後の経過③転院後～処遇終了まで

1 診断 対象者の病状が、起訴前鑑定書において診断された統合失調症 (F20) に該当するかどうかを検討した。当院入院期間を通じて、統合失調症の診断を積極的に裏付けるような病状は見られていない。当院入院期間中、明らかな別人格の出現は、スタッフによって観察されていない。入院中にも何回か健忘を示すエピソードが見られ、心理検査 (DES) にて解離の度合いが高いこと、生育歴において虐待を受けたことが推測され、病状として解離が存在すると考えられ、解離性障害 (F44.9) の診断を下すことは妥当と考えられる。衝動性の強さ、感情の不安定さ自体は現象面として繰り返し確認されている。これらは、対象行為にも明らかに影響を与えていると考えられ、また、情緒不安定性パーソナリティ障害 (F60.3) の診断と整合する症状で対象者に情緒不安定性パーソナリティ障害の診断を付することは妥当である。また被虐待症候群、愛着障害の存在、解離性同一性障害の存在を想定しても症状として矛盾しない。生命の尊厳や社会規範を尊重する意識の乏しさも顕著であるが、取り入れ、被暗示性の要素を鑑み、直ちに非社会性パーソナリティ障害 (F60.2) の診断要件に該当するとの立場は採らなかった。従診断として解離性同一性障害を採用するとしても、対象行為時の対象者の精神状態については、人格や記憶の連続性・同

一性は保たれ、物事の是非についての判断力を保持していたと考えられる。

2 治療反応性 可能な限りの治療反応性を追求する姿勢で対象者の治療に当たった。対象行為の再発防止を図るためにまず、規則違反の基準及び行動範囲の物理的構造を厳格かつ具体的に設定した。Z月の転院入院後、急性期エリア内のみで過ごしてもらい、自傷行為、危険行為等が見られる都度、不適切な行動に対して粛々と具体的規則に基づく対応を行い、同時に本人の自尊心に働き掛ける支持的姿勢との均衡を図りつつ、薬剤調整し必要最小限の行動制限と面接等の対応を図った。Z+1月に一旦、病状評価のため、観察密度を保持しつつ、所持品や行動範囲を大幅に拡大し、居室を移動したところ、同月下旬から Z+2 月上旬にかけて患者との性的逸脱行動が複数回あり、不適切な行動をしないことや社会的ルールを守ることの重要性を説く等の面接を経て、居室を急性期エリアに戻した。対象者は、直後に自室の窓に靴紐をかけて縊首を図った。直前まで他患とトランプに興じるなど明らかな不調・不穏の兆しは認め難かった。本人は処遇についての不満を募らせ、「医療への復讐」であったことを語り、「試しにやってみたが何も得られなかった」と述懐した。対象者は、逸脱行為に際し他者を巻き込むので、他患への影響が大きく、他患の療養環境確保の意味からも、本人の安全重視の観点からも厳重な監視と行動制限を継続せざるを得ない状況となり、病院やスタッフに対する陰性感情を増大させた。

ここで着目されたのは、対象者の書面における表現の豊かさであった。話法においてあまりに貧困であった対象者の表現は書

面においては全く異なる様相を示し、また書面においては字体や文体の明らかな違いから、対象者の内的世界が多重人格的である様相も見取れた。明らかに対象者は自らの生きづらさや違和感といった心理課題を投影する形で読書しており、その理解は対象者の詩的・芸術的感性の高さを示した。そうしたナラティブの共有により、行動制限の意味付けをし直す中で、書面を通じて対象者との Shared Decision Making が徐々に形成された。主治医は、対象者が持ち込んだ蔵書のうち本人が重要視するものを全て読み、把握し、鑑定や情報を再整理し、母親との手紙のやり取りを通じ、対象者の理解の深化に努め、対象者の述懐する別人格の存在を受容しながら、その中に境界を設けるように解釈を新たに作り出す工夫を行った。対象者に存在する被暗示性を管理対象としてではなく、ストレングスとして扱い、治療の進展に正に寄与するものとして捉え直した。

更に、改めて被虐待のサバイバーとして対象者を捉え直し、母子関係において母親の DV サバイバーとしての治療も同時進行で開始し、母子関係からの間接的な治療影響を統御し、実際の支援関係を含んだ安全な場の構築を具体的な戦略の元に行った。徐々に対象者の治療参加は自発的かつ積極的なものへと変化し、以前より行っていたリラクゼーションは安全感の醸成に、ストレッチは気分改善のための身体介入にと、本来の治療効果を発揮するようになった。

対象者は故意に近視を放置したが、これは相手の表情に対する過敏性への対処であり、対象者が周囲状況への配慮に欠け、想像をしようとしなないことの原因の一部である

ことがわかった。トラウマによる回避が対人配慮の欠如に見えている可能性が示された。

対象者は、過去に単身生活をしてきたが、掃除や洗濯、家賃や光熱費の支払いを含めて実質的には母親がサポートし続けており、一定の生活支援が継続されなければ単身生活は困難であると考えられていた。しかし回復後の査定では個々の ADL 能力は高く、回復に従って自力での ADL の維持は可能になる可能性がある。

精神療法も進み、対象者は確定した自己として環境・他者に関わる事の不安を改めて表明し、漸く自らのトラウマや対人関係特性や愛着の問題を直接現実との間で扱う準備ができた。今後、解離性同一性障害という表現型をなしていたが故に幼弱なまま放置されていた心理的課題、生活課題を、安全かつ安心な理解環境を保持し治療継続する必要がある。

これまで母子ばらばらに行ってきた治療過程を、相互に開示する治療を行った。対象者には軽度ではあるが発達上の特性があるものと思われ、母親の治療過程の透明化および理解こそが、対象者が今後母親を安全な場所として認識するにあたって必要な過程であると考えた。対象者に記憶がないままに電話で母に別人格が話していた事を精神療法の場で開示し、話し合うことを本人に向け行った。母に別人格が主人格には電話内容を言うなど口止めすることは、母子関係を複雑にし、母の覚悟のない煮えきれない態度を対象者なりに攻撃的に試していたようなところがある。この点を敢えて両者の前で開示し、母子ともに「相手ではなく自分が何をしたいのか」を直接話し合うこ

との必要性を心理教育し、本人には「約束を守られなかった別人格の気持ちの統合」という新たな課題を提示した。

対象者に心理的な虐待を原因とした幼少期の外傷体験が存在することを考えると、表面的には心理的な支援者となり得ている様に見える母親が、対象者の無意識下の心理において、虐待の場面においては対象者を「見殺し」にした存在として意味付けされている可能性がある。対象者は虚無感や寂しさ、トラウマの再現としてのやり直しへの希求から現在も母親との接触を求めるが、日常的な母親の関わりが対象者の人生の回復にとって真に安全で有効なものにするには母親の治療を同時に行うと共に、母親という人間の理解を対象者が進めていけることが不可欠である。対象者は、情緒不安定性パーソナリティ障害を有していると判断され、衝動性の緩和や睡眠の確保を目的とした精神科治療薬の処方などのために精神科医療との関わりを必要とするものと考えられる。上記治療構造を理解し、実践するためには特別な技能は必要ないが、personality 障害の治療経験が豊富な医師が望ましい。また、トラウマや発達特性、愛着障害からの回復に関して理解があることが望ましい。

3 社会復帰阻害要因

対象者は、以前のように、興奮や行動化せず、治療課題を「記憶がないなりに考える・受け止める」と表明し、人格統合と本人課題の裏にある自己理解・内省が進んだ。以上により、現時点で通常精神医療の中で、現実生活課題に即して行われるべき範囲・段階の課題になりつつあるといえる。

父親は健在だが、家族への暴力や暴言を繰り返し対象者に大きな外傷体験を生じさ

せた張本人であり、支援者としては相応しくない。

B その後の経過④52条鑑定の実施および処遇終了後

Y+19月～Y+21月の期間、処遇終了に際しての審判のため、医療観察法第52条に基づく、再鑑定が施行された。

【52条鑑定結果】鑑定主文

(1) 対象者の現時点における精神障害の有無及び内容

対象者は、①多重人格障害 (F44. 81) ②情緒不安定性パーソナリティ障害 (F60. 3) と診断される精神障害者である。

(2) 医療観察法による医療を行うことにより、その精神症状の改善が見込まれるか

対象者の罹患している精神障害は治療可能性がある。現在は医療観察法入院治療が継続されているところである。

①については解離症状の出現場面は母親への手紙と電話に限られている。また、事件当時は人格交代が見られず、主人格の犯行であった。

②は人格そのものであり、人を殺したい衝動など精神症状を伴う場合は治療すべきであるが、必ずしも医療観察法による医療が適切とは言えない。対象行為時は自身で制御できない衝動性や焦燥感が認められ、②を基盤にした精神症状であったと考えられる。現在は、医観法入院によって、一定の治療効果が得られており、すでに人を殺したい衝動は消失している。

(3) 再行為の可能性

医観法入院導入時は、その精神障害のために対象行為と同様の行為を行う可能性はあったが、人を殺したい衝動が消失した現

在は、今後同法による治療を続ける必要性は低下している。①、②については、現在も完全な改善は得られていないが、現在は善悪の判断力は保たれている。また人を殺したい衝動の再燃時の対応も一定の効果が見込まれている。

(4) その他参考意見

起訴前嘱託鑑定では統合失調症と診断された。そこで医療観察法入院時には統合失調症を除外診断するため、抗精神病薬の減薬・中止を試み、幻覚・妄想の発現を観察したが、幻覚・妄想は見られなかった。①については解離人格を体外に感じることもあり、統合失調症と誤診されることがある。鑑定でも解離症状である「中の人の声」が精神病状態と判断されたことから統合失調症を診断されたものと思われる。その後の経過を見れば解離症状であったことは明らかであり、統合失調症は否定される。②については、予測不能な行動に治療者側も忍耐強い対応を強いられる。自傷行為を観察・予防しなければならぬ治療環境では行動制限はやむを得ないが、ストレス耐性の弱い対象者には逆に衝動性を悪化させる結果となり、長く膠着状態が続いていた。しかしながら、主治医・スタッフの忍耐強い努力にこたえるように、対象者も徐々に適応を見せるようになっていく。

この機会を活かして今後は、医観法入院という強制的な治療の枠組みではなく、本人に責任を持たせ、自己判断で治療をすすめることのできる環境が望ましいと考えられる。ただし変動を見せるのが②の特徴でもあり、自傷行為の完全な防止は難しい。治療の枠組みの変更にはこれまで通りの慎重な配慮を期待したい。

その後、対象者は治療の引き継ぎを行った、帰住地である母親の実家が所属する地域の精神科病院に1か月に1回の受診を継続している。対人的な関わりづらさ、しんどさ、こわさが話の診察の主題となっており、課題に対して向き合っている様子である。母親に対しての支援体制として、警察、保健所等の相談体制は構築済みであったが、実際に問題行為や相談は生じていない。

C 論点 (コメント)

論点の整理 (コメント)

1. 人を殺したい衝動をどう考えるか

対象者は、対象行為直前に近所の公園に外出し、帰ってきて自室で横になっていると段々と鼓動が速くなり、人を殺したい気持ちを抑えきれなくなり、スタッフに止めてもらおうと考え、女性スタッフの後ろから首に右手を当てる様にして、肩に手を置いたところ、男性スタッフに引き離され、詰所から出て行くように言われた。衝動を止めて欲しかったのに出て行けと言われて、対象者は、イラっとして、部屋に向かい、被害者の首に右手をおいた。何でそんなことしたのと尋ねられ、衝動があるからと答えており、スタッフに出て行けと言われイラっとして行った対象行為である。情緒不安定なパーソナリティに基づく対象行為と考えられ、対象行為は、幻覚妄想や解離症状に基づくものではない。

対象者が解離症状を出すのは、母親の前である。対象者は、無意識下で、母親を、虐待場面で対象者を見殺しにした存在と考えている可能性がある。異常行動を出さないと母親に振り向いてもらえないと対象者が考え、その延長上で、人を殺したい衝動が出

現したと考えられる。また、対象者は、虚無感や寂しさ、トラウマの再現としてのやり直しへの希求から対象者は母親との接触を求めるが、日常的な母親のかかわりが対象者の人生の回復にとって真に安全で有効なものにするためには、母親の治療を同時に行い、母親という人間の理解を対象者が進めることが不可欠である。

2. 疾病性について 安田教授のコメント
心神喪失または耗弱の原因となった精神障害が現在も続いているなら疾病性はある。完全責任なら疾病性はない。多重人格について、人格が多数に分裂しているため、衝動を抑える能力が低下し、心神耗弱と審判で認定しているが、珍しい認定である。

事例2の概要

【対象者】50歳代、男性

【対象行為】放火（自宅全焼）

【既往歴】22歳 右上腕骨骨折 24歳
腰痛症

【アルコール・薬物使用歴】飲酒：20歳より飲酒開始。（後述）喫煙：10～20本／日
シンナー・違法薬物等の使用歴なし。

【犯罪歴】窃盗（スーパーで缶チューハイを万引きした）

【家族歴】精神疾患や問題飲酒などの家族歴なし

父：70歳代後半 土建業に従事。60歳で腰痛のため離職。

母：70歳代後半 主婦。64歳までパート勤務。

弟：対象者の5歳下。会社員をして別居だが、対象行為時は帰省していた。

【生活歴・現病歴】発達発育の異常なし。
地元小・中学校に通学。手のかからない子

供で、成績は中の上だった。少数ながら友人はおり、たまに一緒に遊びにでかけることがあった。中学は全員が部活動に参加することになっていたが、運動部は練習がきつく人間関係がわずらわしいため、文化系クラブに入った。活動は少なく、月に1回程度だった。高校ではよく勉強し、成績はクラスで1番になることもあった。専門学校に進学し資格を取得。20歳時、地元で就職した。就職後、まもなく、家を出たいと主張。まずは貯金をするよう両親がたしなめたが聞き入れず、母親が敷金礼金などの初期費用を肩代わりし、単身生活を始めた。23歳時、勤務中に転倒し右上腕骨骨折し3か月の休職後、復職したが、その際に、同僚から「休んでも給料がもらえていいね」と言われてむなしくなり、リストカットを繰り返した。このころから、毎日寝酒として、ビールや酎ハイを2、3缶飲むようになった。25歳で退職し、以降は、職を転々とした。28歳時、家賃滞納が発覚。父親がアパートを解約させ、実家に戻った。このころより、交際相手と連日飲酒して酩酊状態で帰宅し、母親がたしなめると、声を荒げて攻撃的・反抗的な態度をとるようになった。本人は一人暮らしをしたいと主張し続けたが、就労が続き、経済的に独立は不可能で、みかねた親族から縁談を紹介され、30歳より同棲した。男女の関係にはならず、同棲のストレスから、さらに飲酒量が増え、多い時には4リットルの焼酎を2日で空けることがあった。31歳時、アルコール離脱けいれん発作で救急搬送され、アルコール依存症の診断で精神科病院に転入院した。これを契機に、同棲を止め、実家に戻った。以降は就

労しても、数日～数週間のみで離職。40歳より、世帯で生活保護を受給開始した。精神科病院への通院は継続し、数か月断酒することもあったが、父親の酒を隠れ飲みして水を足してごまかす、歩いて通院し、浮かせた交通費で酒を買う、酒を万引きするなどにより、たびたび飲酒していた。40歳代前半、連続飲酒で失禁したことを契機に解毒のため入院。入院中に、断酒会、デイケアなどを紹介されたが、人間関係のストレスで逆効果になると言い、退院後は参加しなかった。40歳代前半睡眠薬を2週間分服薬し、救急搬送された。本人は、ゆっくり眠りたかっただけ、と述べ、希死念慮は否定し、2日間で退院した40歳時、酒の万引き、仕事が見つからないことを理由に任意入院した。40歳代前半歳時には、著しいやせを来とし、酒を飲むと自己嫌悪になり食事が食べられなくなるとの本人の訴えで任意入院した。入院中に抗酒剤が処方されたが、吐き気を理由に中断した。50歳後半ごろ、ソーシャルワーカーの勧めでデイサービスのボランティアを始めたが、腰痛を理由に休みがちとなり、半年で辞めた。月1回の外来通院は継続し、本人から不眠や腰痛の訴えで睡眠薬や鎮痛薬の屯用での処方の希望があるのみだった。

【対象行為前の状況】対象行為の半年前から、作業所通所を開始し、月に数百円～数千円の工賃を得るようになった。本人は、「自分で稼いだ金だから好きなように使う」と公言し、工賃を得ると缶チューハイ等を買ってきて、自宅で飲むようになった。母親がとがめると、不機嫌になり母親を無視する、死ぬと言って家を飛び出

し、飲酒しながら帰宅する、家族と食事をとることを拒むなどした。母親が酒を取り上げて大ゲンカになり、母親の目の前でリストカットすることもあった。対象行為の1か月前からは、腰痛や微熱、全身倦怠感などの体調不良を訴え、欠勤や早退が増え、自室で引きこもりがちとなった。作業所スタッフには、母親が認知症になり、自分が家事をしなければいけないので負担だと話していた。

【対象行為当時の精神状態】対象行為の2日前、作業所からの帰宅途中にコンビニで缶チューハイを4本買い、夕方から自宅で飲んだ。翌日は昼ごろに起床し、冷蔵庫から缶チューハイを取り出したところを母親に注意され、母親に怒鳴り散らし、自室にひきこもってリストカットした。ノートには「ダメだ。あいつら殺して私も死ぬしかない」との殴り書きをしていた。

対象行為当日、缶チューハイ1本(500ml)を飲みながら、テレビをみていた。父親は同じ部屋で新聞を読み、母親は食卓の片づけをしていた。7時50分、自室布団にライターで火をつけ、火に気付いた母親の悲鳴をあげ「消防車を呼ばなきゃ」と言うと、両親を振りほどいて、自ら119番通報し、「火を点けました」と述べ、住所は正確に述べたが、家族か尋ねられても無言であった。その後、包丁で自分を刺そうとして親と弟に制止された。

【対象行為後の状況】消防隊とともに臨場した警察官に声かけされると、警察官を見てすぐに閉眼し無反応になり、繰り返しの問いかけで、「誰?」「知らない人がいた」「今はいなくなった」と述べ、対象行為の理由には答えず、通報理由は、「知ら

ない人に110番するように言われたから」と答えた。対象者のポケットからは、「ダメだわ。あいつら殺して自分も死ぬしかない」「憎しみしかない」というメモが見つかった。酒臭やふらつきはなく、逮捕後3時間の飲酒検知では、呼気アルコール濃度は0.15mg/l（酒気帯び）、受け答えは落ち着いていた。警察署では、「家に知らない男の人が座っていて、その人に火を点けたって110番して言えといわれた」「両親とは喧嘩もしていないので刺した理由は思い当たらない」と冷静に陳述した。発見されたメモについては、「言いたくない」「メモの内容と事件の関連はない」と述べた。

対象行為後に起訴前嘱託鑑定実施し、アルコール依存症と、犯行前後の記憶をほとんど健忘しており、意識障害下の犯行であり、少量の飲酒で病的酩酊に至ったので、放火するほど家族との軋轢はなく、飲酒を監視されていた不満があったとしても計画的な行動とは考えられず、心神喪失状態であるとの判断で、不起訴処分になり、医療観察法の申し立てがされた。

【医療観察法鑑定】《理学所見》身長168cm 体重52kg 特記事項なし。《検査所見》血液検査、尿検査、心電図検査の異常なし 頭部CT：ごく軽度の前頭葉、小脳の萎縮を認める。《鑑定中の服薬》ニトラゼパム5mg + レボメプロマジン25mg 1×就 ボルタレン25mg 1日3回
《行動・精神状態》入院当初より礼節保たれ、一般病床に移床後も変化なし。作業療法に受動的に参加し、他の患者とも談笑している。対象行為については「全く記憶がなく、原因はわからない」「両親との関係

は悪くなかったし、死にたい気持ちもなかった。お酒のせいでおかしくなったんだと思う」「親兄弟には申し訳ないと思う」と述べた。活気はなく、今後の自身の処遇がわからないのが不安だと述べた。

《鑑定中の状態》自身の病名は、「アルコール依存症」と述べた。飲酒欲求は、入院後は全くないが、ストレスがあると飲んでしまうかもしれないから通院は続ける、と話した。飲酒テストのために、缶チューハイを手渡されると、「いつも寝る時か、体が痛くて辛い時に飲むので、今は飲む気になれません」と嫌がり、数口飲んで、「これ以上飲みません」と涙を流して拒否した。家族との面会の意思を確認すると「留置所にいるときに謝っている」「迷惑をかけたから向こうも会いたくないと思う」と希望しなかった。

【心理検査所見】 《WAIS - III》・全検査IQ=86 言語性IQ=93 動作性IQ=76
知的機能は平均の下。言語理解は平均的で、一般常識や基本的なルールの理解は良好。処理速度が平均より低く、質問を何度か聞き直す、作業を指さしながら行うなど聴覚的な記憶の弱さや、固執性を認めるが、日常生活に支障のあるほどではない。《PFスタディ》欲求不満場面での対応は常識的だが、原因を他責的に受け止め攻撃的になりやすく、自責の念は乏しい。自己主張や自己弁護をせず、相手が問題を解決することを求めがち。《SCT》模範的で端的な表現が目立つ。事件に対する後悔、自己評価の低さ、希望の乏しさを示す記載もある。「（もう一度やり直せるなら）事件を起こさないようにしたいです」「（私の失敗は）たくさんあります」「（私の野望

は) 特にありません」

《その他》心理士に「小学生のころ、給食を残して叱られた同級生をかばって、逆に自分が担任から目をつけられた」とのエピソードを語り、「先生と呼ばれる人は皆怖いと感じてうまく話せない」「このことは鑑定医には言わないでほしい」と述べた。

【医療観察法鑑定 意見】《診断》①アルコール依存症 ②アルコールによる残遺性および遅発性精神障害（以降「アルコール残遺性障害」）③病的酩酊

短大卒にも関わらず、IQが平均の下。質問を聞き返すなどもある。知能低下や認知障害が想定される。飲酒を注意されて激高する、仕事が続かず引きこもりがちになるなど、情動不安定さや性格変化を認める。対象行為時、飲酒量は少ないが、理由もなく両親を包丁で刺し、知らない人が刺したとの錯覚を生じ、その後健忘をきたした。病的酩酊による意識障害による犯行である。

現在、病的酩酊はないが、アルコール依存症のため再飲酒の可能性は高く、飲酒すれば病的酩酊を生じる可能性がある。アルコール残遺性障害のため、退院して社会に戻れば、問題行動を起こす可能性が高い。アルコール依存症の治療は、生涯にわたる断酒が必要で、そのために、薬物療法や、個人精神療法、断酒会などのグループ療法への参加が有効である。両親は、対象者との同居は怖いと述べ、対象者も家族と距離を置くむね述べている。単身生活になれば飲酒に走る恐れがある。

【生活環境調査報告書 意見】これまで精神科医療を受けていたが、自らアルコール依存症の問題に直面せず、入院中に体験した自助グループ等も中断しており、治療の

必要性の認識は不十分である。本人はアルコールの摂取量や頻度が普通の人と違って、一生付き合う病気であるとの認識はあり、いままで知識を学習したことがないから、納得するまでしっかり学びたいと述べ、病識は不十分ながら、疾病に向き合う意思を示している。自助グループや相談支援機関を利用する必要があるとも述べている。審判前のカンファランスで、本人の診断についてアルコール依存症と聴取しており、医療観察法の疾病性には該当しないと解釈できる。現時点で住居は決まっていなが、不処遇決定となった場合には、鑑定入院医療機関で一時的に精神保健福祉法による入院を行い、住居や医療機関の選定を行うことは可能である。

B その後の経過

【当初審判の結果】入院処遇決定
《疾病性》対象者は、アルコール依存症と、程度は軽いがアルコール残遺性障害に罹患している。対象行為直前に飲酒し、対象行為時の記憶が全くなく、犯行動機が不明である。アルコール依存症とアルコール残遺性障害が基盤にある状態で飲酒して病的アルコール中毒に陥り、対象行為に及んだと考えられる。対象行為時は心神喪失の状態にあったと考えられる。希死念慮をうかがわせる内容のメモを残しているが、起訴前簡易鑑定、医療観察法鑑定を通じて希死念慮の表出はなく、審判時も希死念慮の存在を否定しており、希死念慮が対象行為に大きな影響を与えたとは考えにくい。現在は、飲酒をしていないため病的アルコール中毒の状態にはないが、社会に戻ればアルコール残遺性障害による問題行動を起こ

す可能性が高く、飲酒により病的アルコール中毒をきたし、他害行為を起こすおそれがある。

《治療反応性》アルコール依存症は生涯の断酒が必要であり、アルコール依存症に精通した医療機関で、薬物療法や個人精神療法、断酒会などのグループ療法を行うことで断酒に成功する患者が多い。したがって治療反応性を認める。

《社会復帰要因》両親は対象者との同居を拒否しており、兄弟も対象者と同居できる状況にない。他にキーパーソンとなりうる者はなく、対象者の居住先は決まっておらず、周囲の見守りや支援体制は未定である。通院による医療の確保は困難である。

【入院後の経過】入院当初は適応的にふるまい、物質使用障害治療プログラム等に積極的に参加した。他の対象者ともそつなく交流した。精神病症状や明らかな気分変動、認知機能障害等は認めなかった。入院10日目に、腰痛、握力低下、対人ストレス等を理由に、自室での食事摂取や、頓服薬の自己管理を希望し、希望がかなわないと、「相談しても意味がない」と、突然態度を翻し、スタッフを無視する、ふてくされた対応をするなどした。数日後には態度を軟化させ「スタッフがどういう態度をとるか試した」と述べた。入院1か月後、担当多職種チーム面接で、主治医から本人に対して、アルコール残遺性障害の診断は否定的で、アルコール依存症の単独診断では、疾病性がなく、早期に退院となる可能性があることを説明。退院時に困らないよう、治療と調整を急いで行うこと、アルコール依存、身体化、受動攻撃性は、不適切なストレス対処であり、適切な対処技能の

獲得が治療課題であることを伝えた。本人は「1年半と聞いていたから、不安だけど、退院が早いのはうれしい」と述べ、セルフモニタリングやクライシスプランの作成には協力的に応じた。入院2か月ごろより、急激な体重減少を認め、一部のスタッフには、今後の処遇に対する不安や、過去の対人関係の傷つき、幼少期からの絶望感などを打ち明け、ストレスで痩せてしまうと述べた。他方、特定の対象者やスタッフには辛辣にふるまい、病棟規則のささいな逸脱を繰り返す、手足を壁にぶつけて自傷するなどの行動を認めた。入院4か月ごろ、外泊訓練の費用と偽って、両親に過剰の送金を依頼し、菓子等を購入して過食嘔吐していたことが発覚。盗食も発覚した。これらへの介入を機に、スタッフに対して拒絶的となり、検温や集団プログラムなど、最低限の介入には応じ、社会復帰調整官の面接にも応じるもの、担当多職種チームとの話し合いには応じず、治療計画や具体的な退院調整等の話し合いができない状態となった。入院5か月、処遇終了を前提に退院申立を行った。申立ての趣旨は、下記の通り。「診断は、特定不能のパーソナリティ障害（境界性・受動攻撃性・反社会性の特徴を有する）とアルコール依存症である」「自身の葛藤に対して、受動攻撃的行動、身体化、虚言、アルコール乱用などで、社会的な責任を放棄する傾向がある。医療観察法対象となりうる疾病性は認めない」その後も本人の拒否的態度は持続し、病棟規則の不遵守を繰り返すなどしたため、外出泊による地域調整が安全管理上不可能になった。他方、通院医療機関からは、外泊による模擬受診やデイケアの体験

利用をしてほしいとの希望があり、合議体から病院に、「退院先の医療機関の意向に沿う調整を模索するように」との指示あり。審判期日で、合議体から本人に「重大事件を起こしたことを自覚し、スタッフとの約束を守り、治療に取り組むように」と指導があった。決定がすぐに出なかったことから、本人はこのままでは退院できないかもしれないとの不安を訴え、外出を希望した。そのため、あらためて外出許可のために治療参加や規範遵守、体力維持が必要であることを本人に確認、達成度を評価した上で外出を再開した。地域の関係者とはスカイプで情報共有を行い、最終的には、帰住地に外出してCPA会議を実施し、そのまま現地で処遇終了決定となった。

C 論点の整理（コメント）

①アルコール依存症に伴う行動障害に対する精神医学的評価、責任能力の評価、医療観察法の疾病性の評価をどのように行うべきか

対象行為時の心神喪失・心神耗弱の原因が病的アルコール中毒であり、審判時の診断がアルコール依存症のみの場合には、医療観察法の疾病性の要件を満たさない。また、パーソナリティ障害のみを有する者は、完全な責任能力を有するとされ、医療観察法の対象ではない。アルコール依存症の長期罹患に伴う、認知機能障害や人格変化について、残遺性・遅発性精神障害と診断する際には、責任能力への影響の程度について、慎重に検討する必要がある。この事例では、入院後の生活状況や精神状態、従前の生活状況を確認し、残遺性・遅発性精神障害を否定し、主診断をパーソナ

リティ障害、従診断をアルコール依存症と判断、医療観察法の疾病性を否定した。

②アルコール依存症に行動障害を伴う者に対して、医療、司法、保健・福祉が果たすべき役割は何か

手厚く高度な医療を提供するとされる医療観察法病棟にも限界がある。最近では、治療的司法の文脈で、罪を犯した者に対して、刑罰では解決できない原因・問題に対して、科学的な治験に基づく治療法や介入で、心理的・社会的問題の解決・改善を図り、再犯を防止し、社会復帰を支援する取り組みが、薬物依存症者の刑の一部執行猶予等で実践されている。他方、依存症治療は、任意の治療という側面が重要である。また、パーソナリティ障害は、当事者参加を起訴とする回復モデル・医療福祉モデルでは、対人操作性を増し、処遇困難を増悪させることがあり、むしろ明確な構造化を有する矯正処遇が適している。この事例では、対象者に対して、アルコール乱用等が、不適切なストレス対処として生じている旨の心理教育を行い、医療観察法終了後の医療継続や断酒を含む健康的な生活の動機付けを図ったが、その過程でパーソナリティ障害に基づく不適応が生じ、医療観察法の治療効果が発揮できない状況に陥った。この事例では、通院予定の医療機関の協力や、審判期日での合議体からの説諭等により、本人が態度を軟化させ、地域生活に移行することができた。しかしながら、一般に、このような状態で、通院先や住居の確保を行うことは困難で、長期の社会的入院に陥る可能性がある。処遇決定の際には、これらを踏まえて、不処遇、却下も含めて慎重な検討が望まれる。

事例3 概略

【基本情報】

【対象者】30代 男性A

【対象行為】放火：対象者は、Bと共謀の上、D方において、被害者Dの居住する木造家屋の勝手口に灯油をまき、ライターで火をつけ、Dの居住する家屋を焼損したものである。

【飲酒歴・薬物歴等】 なし。飲酒しない。

【犯罪歴】 なし。

【既往歴】 特になし。

【家族歴】 母方親戚に高齢で自死した者と精神科病院に長期入院中の者あり。両親、兄弟とも特に信仰しているものはない。

【生活歴】 2名同胞中第1子長男。周産期異常なく発育発達に異常を指摘されたことはない。自営業を営む両親のもとで養育された。幼少の頃は、離婚し戻ってきた父方叔母が、対象者の家族と共に生活していた。家業で多忙であり、なおかつ、年子で兄弟が生まれ、両親とも対象者にあまり手をかけられなかった分、同居した父方叔母が母代りの存在であった。

幼稚園に入園するが、人見知りが強く泣いてばかりおり、緊張のため行事に参加できず、親しい友達もできなかった。小学校に入学後も内気で人見知りが強かったが、学校では唯一できた同級生の友人を頼りにし、学校以外では活発で積極的な兄弟と行動をいつも共にしていた。ささいなことも自分で決められず、兄弟やその友人の決断にゆだねたり真似したりするなど依存的であった。成績は普通であったが、偏食がひどく小さくやせていた。学校から帰ると、誰に言わ

れるでもなく、家業の手伝いを率先してやっていた。中学校では、人に会うと顔が真っ赤になり買い物に出かけるのも嫌になる時期があり、より対人緊張は強くなったが「真面目で正直」「我慢強い根性もの」「従順で人に反発することがない」「人を信じて疑わない」と評され、不登校はなかった。高校では厳しい部活動に入部し、顧問に叱咤激励されたが、熱心に練習に打ち込み、充実していた。高校卒業時より公務員を志し、専門学校に通い、19歳時に公務員試験に合格し、市役所で事務職員として勤務し、激務で知られていた部門に配属された。配属当初から勤務に不安があったが、市民への対応で、身体的にも精神的にも強く疲弊した。勤務3年目頃より、激しい頭痛で勤務中に救急搬送される、時間感覚がわからなくなる、通勤路が判らなくなるなど不調をきたし、睡眠はとれず、食思は不良となり、無断欠勤を繰り返すようになった。

その頃友人の紹介で、霊能力者を自称するCと知り合い、Cに「業」を行ってもらうことにより、急激に体が軽くなったと実感し、「先生（C）とお話することが支え」と、Cの霊的な力を信じ、度々相談するようになった。その後一旦は市役所に復帰するが、勤務の傍ら、休日にはCの事業を無償で手伝うようになり、その一年後には心配する両親の反対を押し切り、市役所を退職しCのもとで働くようになった。

その後は、営業販売部門を担当し、厳しいノルマをこなすため、家族や親戚、元同僚人などに突然電話し、営業活動をして、居眠り運転から追突事故を起こし5か月入院治療を受けた。対象者は「大きな事故だったのに命が助かったのはCのおかげ。命の恩人」と

ますます崇拜するようになった。その頃、「神様と先生とおばあちゃんに仕えます」「反発しない」「正直」等、隙間なく書かれたノートや「一生懸命仕事をします」「ノルマを達成できなければ自害します」などの誓約書のようなものが多数見つかり、家族はますます心配したが、対象者は家族の言うことを聞くことはなかった。

20代後半からは、Cが事業を拡大し、対象者は従業員とともに、経理などの重要な業務を任されるようになり、嬉しくもあったが不安やプレッシャーを感じていた。そのため、Cが「業」と称する修行に、それまで以上に打ち込むようになった。対象者は「業」について、決死の覚悟で決めたことを遂行することで精神のクラスが上がり、一方で「業」を落とせば、「ばち」があたり、Cの側や会社にいられなくなると信じ、「過酷で尋常じゃなく辛い」業を毎日行っていた。業の内容は、専務と10時間ミーティングし自分の悪いところを振り返り、1日唱え続け、寝食も忘れていた。営業の合間に温泉に立ち寄ったのをCにとがめられ、対象行為まで10年以上湯をためて入浴しなかった。

30代前半には、本対象行為の被害者であるDが、定職を辞めてCのもとで働くようになり、Dは些細なことで興奮し怒鳴るなどみられ、徐々に大声で叫ぶ、包丁を持ち出し壁などに突き刺し脅迫する様子が見られるようになった。対象者は、当初はそのようなDに対し注意していたが、そのことでDから暴力を振るわれるようになり、熱湯をかけられやけどを負う、体を何度も殴られ痛みで呼吸が浅くしかできないほどになることもあったが、恐怖で何も言い返せなくなっていった。

Dの入社により、Cと徐々に距離ができたと感じるようになり、それを「自分が業を落とすため」と考え、Cのそばや会社にいたい一心で、ますます業に没頭するようになった。日中は仕事をこなし、夕方から夜まで営業の電話をかけ続け、その後深夜まで業に励み、再び3時すぎに起床し仕事を始めるなどの過酷な生活を送っていた。

30代後半には対象行為の共犯者であるBが、仕事を手伝うようになった。会社ではその頃社員が減ってきており、対象者とC、D、Bの4人という閉鎖的な環境で、対象者とBが業を行い、その見張りをDが行うという構図であった。そして業を達成できないことを理由に、Dは対象者に対し暴力だけではなく、罰金として金銭を搾取するようになった。DはBに対して暴力は振るわないが、経済的に安定していることからより多額の金銭を搾取するようになった。対象行為3年前からは、対象者とBが地元警察に、Dからの暴行や金銭の搾取を数回相談しているが、警察からそれぞれにDから離れるよう再三指導がなされたが、出頭したCを含め3人ともそれを拒み、被害申告も結局はなされないままであった。対象者自身はDとは離れたかったが、Cや会社から離れることはとても考えられなかった。

罰金と称する搾取は、徐々にエスカレートし、対象行為半年前には毎月5万円以上払わなければならなくなり、当時対象者は月8万円の給与所得で、社員寮として自宅アパート代も会社にとられていたため、ほとんどお金がなく、食事代にも窮するようになり、年金暮らしの両親から援助を受けた。高齢の母に弁当を届けるようしばしば依頼するようになり、弁当のない日は食バ

ンのみで過ごすようになった。

【現病歴】対象者は、30代後半頃より、入社したDから日常的に激しい暴力を振るわれるようになった。対象者はDに当初は反論したが、さらに激しい暴力を振るわれた。Dは常に「反抗すれば包丁で刺す、仕返しする、殺す」というなど、暴力や恫喝、家族に危害が加わるなどの脅迫が繰り返され、恐怖により反抗できず言いなりになっていった。対象行為半年前頃からは、同僚Bとともに、「どうにかしないとDは絶対にとまらない」「命をとるまでしたらいけない」など話合うようになり、嫌な思いをするたびにDをどうにかすることが頭をかすめるようになった。Dに脅されるようになり、包丁で刺されそうになったら逃げられるよう、普段から会社の裏玄関のカギは開けておくように備えるなど、常に緊張を強いられるようになっていた。

【対象行為前後の精神状態】対象者とBに対するDの金銭の要求はさらにエスカレートし、対象行為数日前には、Dは家の改修費用900万円弱の支払いを対象者とBに命じたが、対象者は支払能力がなく、結局はBが消費者金融に借金を重ね支払った。だがその直後に、さらに軽自動車購入代として220万円を支払うよう命じられ、Dの暴力に怯え断ることもできずにいた。支払期限が迫る中、Dは「約束をまもらないと包丁で刺す」「散弾銃は防弾チョッキは通らないけどライフルなら通る」「指を詰めてもらう」など恫喝し、2人は逆らうことはできなかった。一方で金策は限界に達し、対象行為4日前にBの車中で対象者とBは初めて具体的にD宅に放火する計画を立てた。その計画は、Dのいない間に、勝手口に灯油

をまき、家を焼損し、そうして家を改修できなくなるというもので、殺害しようとはまでは考えなかった。対象行為3日前より、それぞれ対象者とBは灯油を購入するなど準備を行った。

対象行為当日、Dの自宅に対象者とBは赴き、勝手口に灯油をまき、ライターで火をつけたが、火が燃え上がると、対象者は呆気にとられ、怖くなり、Bとともに即座に逃げ出した。対象者はどこをどのように逃げたのか全く覚えていないが、気づくと自身の車の中におり、どうしてよいかわからず車の中でじっとしていたら、警察が駆けつけ署に連行され、対象行為を自白し、逮捕拘留された。起訴前本鑑定後にBとともに起訴され、心神耗弱で執行猶予付きの判決が確定し、医療観察法申し立てがされた。

【起訴前鑑定の意見】被疑者は、心的外傷後ストレス障害に罹患し、マインドコントロールによって思考や行動が支配されていた事で、認知（物事のとらえかた）に障害や歪みを来していた。また不眠、過労、絶食、身体疾患（糖尿病）等もまた、認知の障害または歪みを強化する生物学的布置因子といえる。犯行当日も金銭要求期限に追い込まれ、疲労困憊の状況にあっても、Cの指示を遂行するためにデザートを2時間近く探し回るほどの忠誠を果たし、律儀に「業」を行う被疑者の様子は、宗教的に支配されていることを如実に示している。すなわち思考や行動パターンに狭窄と偏奇をきたした、思考の視野狭窄というべき異常な精神状態に陥っていた。Dを襲う以外の選択肢が考えられなくなり、客観的には非常に稚拙で、滑稽とさえいえる態様の方法

で犯行に及んでいる。上記3つの事柄はいずれも本件犯行に影響を与えている。被疑者は、是非弁別能力は障害され、これに従って行動し得る能力は、著しく障害されていたと考えられる。

【医療観察法の鑑定中の治療と精神状態】対象者は、初回診察時、かなり緊張がつよく、足が痛い途中で席を立ち診察室内を歩き回る、トイレに行く等の落ち着きのない様子が見られた。2回目以降の面接では緊張感は和らいだが、やや俯き加減であり、声は小さく表情に乏しく、軽度の抑うつ気分を認める。睡眠食欲は良好で、体重は少し増加している。入院中、疎通はよく、問題行動はなく安定した生活を送っていた。エビリファイ3mg、その他痛み止めなどを内服していた。

【医療観察法鑑定 疾病性に関する総合的な説明】起訴前鑑定書によると、健忘や解離症状、不安、思考や感情の回避、身体化、優格観念が認められた。本鑑定時の面接では対象行為については自然に話すことが可能であるが、記憶が多少曖昧である点や、不安やDに対する恐怖感、頭痛や下肢の痛みなどの身体化症状は依然として認められており、心的外傷後ストレス障害は安定した入院生活や薬物療法により軽くなっているが、現時点でも同様に診断することが妥当である。対象者の霊的ないし宗教的なものへの過度の依存と自我の喪失（起訴前鑑定におけるマインドコントロールと同意義）に関しては、Cに対する感情や依存、被支配感は全く変化しておらず、犯行当時と同様の状態であると考えられた。つまり対象者は現在対象行為を行った際と同様の精神障害に罹患しているといえる。

【医療観察法鑑定 治療反応性】心的外傷後ストレス障害に関しては、安定した入院生活および薬物療法により軽快傾向にある。しかし状況によっては再燃する可能性が高く、今後も十分な期間の安定した生活や薬物療法、精神療法が対象者には必要である。一方で「霊的ないし宗教的なものへの過度の依存と自我の喪失」に関しては未だ改善のきざしは見られず、この問題が解決しないと対象者自らがCに近づく可能性が高く、対象行為と同様の事態になるやもしれず、今後も引き続き治療を行う必要がある。結論からすると、疾病には治療反応性が認められ、治療可能性も十分にあると判断する。

【医療観察法鑑定 社会復帰要因】対象者はCの近くでの生活がほぼ10年近く経過しており、対象者の人生のかなりの部分を占める期間となっている。犯行前の閉鎖的な生活から抜け出すには、たとえ疾病が軽快したとしても、かなりの困難が予想されるし、現時点では対象者自身にCから離れたくない気持ちが強く残存していることから、社会復帰後の具体的生活（居住地・経済面・相談相手・日常生活をどう過ごすか等）に関して一から検討する必要がある。また対象者は未婚であり、両親は高齢で年金生活者であり、キーパーソンとしては問題がある。兄弟は遠方に生活している。協力的であるが、全面的な支援は難しいのではないかと思われる。鑑定入院中の出来事であるが、対象者の実家に知人と称する人物が来訪し、対象者の現状を母親に尋ねたらしい。Cは供述の中で「対象者に戻ってきてほしい」と話しており、Cの差し金である可能性も否定できない。他にも、Dと

の接触がない状況も作っておく必要があると思われた。以上のように、対象者には社会復帰を阻害する多くの要因がある。

B その後の経過

当初審判において、入院決定がなされ、指定入院医療機関 E 病院に入院した。集団生活に問題はなく、無為や自閉は見られなかった。心気的不安が目立った。当初から不眠はあるが、他の対象者のささいな行動など些細なきっかけで、恐怖心や不眠の悪化、耳鳴りや頭痛、動悸や冷感などを伴うパニック発作などが再燃。しかし一方で目立った解離症状や自傷などのアクティングアウトは認めなかった。D に似た人物をみた不安は、抗不安薬を投与することで軽減し、包丁という言葉回避したが、集団適応は問題なかった。被害者 D に対し表面的な謝罪はある一方、D から受けた虐待について振り返り、非難や、二度と会いたくないなどと嫌悪感を示し、D に似た男性を避け、包丁の侵入夢の存在を語るようになった。一方、逃げ出すなど適切に問題解決できなかったことについては、「会社をおいては逃げられなかった」と責任感や C との関係維持を重んじたと話し、自らの問題に気づかない。「業」という理不尽な試練に従順に従っていた背景については「社長の言うとおりにすれば、弱い自分が変われる。」と、虚弱な体質や、あがり症で何事もうまくやれない自分という、自己に対する否定的なイメージが根強くみられた。「業」にのめりこんだ自身を「少しやり過ぎていた」と振り返ることはできるが、「業」を課し達成できない罰を与え、D の虐待を黙認した C に対する怒りや違和感は全くなく、「社長は命の恩人。交通事故に遭っ

た自分を救ってくれた」「今も何でも見透かされている」と畏怖と尊敬の念を抱いていた。

対象行為に至る経過を、C との異常な関係性と自身の認知の歪みを焦点化し、認知行動療法的に振り返った。生来的な執着性、依存性などから、公務員の挫折という社会的危機をへて、「C への依存」や「不安から業への没頭」というプロセスが悪化し、対象行為に至ったことは自身で気づき理解できた。しかし内服調整により一時的にフラッシュバックの再燃とともに情動不安定になると、今後への過度な不安、悲観さから、「また地元に戻れるのか、家族と同じように過ごせるのか不安ではないんです。」「ゆとりがある今より、苦しくても頑張っていたあの頃に戻りたい」と問題解決が変化した。不安が再燃すると、認知行動療法により得られた自身の傾向への気づきや適切な問題解決より、これまでの情動焦点的で回避的な解決に依存しやすいと思われ、これは宗教的な支配の強さというより、対象者自身の人格特性によるものが大きいと思われた。

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 3 点である。

- ①責任能力の検討
- ②疾病性及び治療反応性の検討
- ③対象者の社会復帰に必要な医療的介入について

【①責任能力の検討】起訴前責任能力鑑定においては、宗教的支配、度重なる虐待と学習性無力感、不眠、過労、絶食、糖尿病などの生物学的布置因子が状況をより悪化させ、思考狭窄という異常な精神状態に陥ってい

たとえ、その意見は医療観察法鑑定でも概ね踏襲している。マインドコントロールにおける責任能力については、十分な司法精神医学的知見は乏しいと言わざるを得ない状況であり、むしろ司法の場で活発に議論されてきている。一連のオウム事件を端緒とする刑事事件ではそもそもの心理的操作の影響自体が否定され厳罰が下されている。一方で、統一教会を相手どった損害賠償請求訴訟では、2000年9月14日広島高裁の判断においては、「統一教会会員だったころは、自由意志が制約されていた（読売新聞）」のであり「心理的操作の精神的苦痛を認定し損害賠償を認めた（毎日新聞）」と言う解釈がなされている。つまり、カルトのマインドコントロールに対する勧誘の不法性などで一定の理解を示し、またその場合には本来持っているはずの自由意志が制約されていることを認めたのである。このような心理的操作、マインドコントロールにおける精神状態を、「感応精神病と同等」であると主張する精神科的視点もある。

対象者の場合、個人の価値観が全否定され、宗教的世界観に入れ替わる解凍 - 再凍結段階と言われる過程が重要である。公務員の挫折という社会的危機の中で、反応性に抑うつ状態が強くなり、結果的に生理的な剥奪が強い中で、被暗示性が高まる「神秘体験」を経て、Cへの没入が始まってゆき、Cとの関係に不安が募ると回避的に「業」に没入し自ら生理的な剥奪状況を作り、その価値判断をさらに強化していった。対象者は、社会的な危機に直面すると、強く回避し「業」に没頭し、Cの影響力の強さより、対象者の性格特性が大きな要因である。対象者の性格特性は、元来熱心で几帳面、真面目

な執着気質で、思春期より赤面恐怖、対人恐怖が強く、自己不全感が強く他者に依存的で、環境に過剰適応する傾向があり、そのため、Cに過度に支配された状況下で、同僚で本対象行為の被害者であるDから、日常的な暴力や脅迫、金銭要求などをされても、その状況から自身で脱することさえまならなかった。つまり虐待を受けた生活の中で逃げ出せないのは、Cとのつながりが断たれ社会的な危機に陥ることの不安が勝り、また自分がいないと会社が困るなどの責任感の強さから来ており、了解不能なものではない。度重なる虐待と学習性無力感が状況を悪化させ影響したとは思われるが、対象者が被害者に対し、犯行を行う直接のきっかけになったのは、恐怖や不安による衝動的な自己防衛ではなく、金策が尽きた現実的に追い詰められた状況の中で、計画的に犯行を行っており、生物学的布置因子や心理学的状態を総合しても、自由意思が阻害されるような精神病圏に類似した症状が影響した「思考の視野狭窄」ではなく、人格傾向や環境要因に影響された「思考の視野狭窄」であるに過ぎないと思われる。よって人格特性が強く影響したとは考えられるが、著しいといえるかについては疑問がある。

安田教授のコメントによると、マインドコントロールについては、背中に銃を突き付けられ反抗できない状況に匹敵するなら、罪を問えないだろうが、今回の事件は違う気もする。

【②疾病性及び治療反応性の検討】マインドコントロールについては対象者の人格特性が大きな要因であると思われる。対象者は、元来熱心で几帳面、真面目な執着気質で、思春期より赤面恐怖、対人恐怖が強く、

自己不全感が強く他者に依存的で、環境に過剰適応する傾向が見られている。虐待による学習性無力感や生物学的布置因子は、その後の安全な環境に隔離されていることや医療観察法鑑定による精神科的治療により軽減しており、対象者の疾病性、特に疾病と対象行為の関連性については、環境要因や対象者の人格傾向に由来するところが大きいと思われる。この点、すなわち、他害行為と疾病の関連性の検討が医療観察法鑑定では十分に言及されていない。同様の行為の再発を防ぎ、社会復帰を促進するために、対象者の特徴的な人格特性および環境要因を改善することの方が重要と考える。実際、入院中の認知行動療法的介入により、自身の特性を理解し、それがどのように対象行為に関連したのかは理解するが、社会的な関係が不安になると容易にこれまでの歪んだ問題解決に戻ってしまう傾向を認めている。今後の再他害を防ぐには、周囲の関係者がそのような対象者の傾向を理解し、彼女の適切な問題解決をしっかり支援する環境が維持できなければ実現はできないと思われる。一般的には、人格障害は医療観察法の医療必要性における治療反応性に問題があり、医療観察法医療の適応はないと言われており、対象者の人格特性を変化させるための介入をこの医療で何処まで行うかは議論があると思われる。

【③対象者の社会復帰に必要な医療的介入について】現在までも、対象者の実家に不審な電話が来たり、不審な人物が実家辺りを探っていたりするなど、Cらは対象者と接触を図ろうとしていると思われ、対象者が自ら接触しなくても、Cらから接触された場合に、対象者は再びCの支配で生活する可能

性は高い。対象者が今後もCと距離を保ち、その接触にも影響されない状態を維持するためには、対象者の変容と共に、医療の継続や家族の支援だけでなく、司法や行政の支援も必要であると思われる。現在では当初審判の付添い人と成年後見制度の保佐及び補助を担ってもらうよう協議している段階であり、そのような制度利用が、Cらとの接触をどこまで回避できるかについては、今後も合議体と、裁判所カンファランスを通し検討を重ねていく予定である。

なお、宗教の自由があり、本人が、Dを信奉し、それが、特に疾病の影響とも考えられないなら、Cからの被害への反撃であり、対象行為がDとは直接関係ないなら、対象者とDとの関係は介入すべき事項でもない可能性がある。

4. 最高裁判所司法統計の分析

最高裁判所司法統計の医療観察法統計部分を基に、平成17年から平成28年にかけて前期中期後期の3期に分けて決定を分析した。入院決定に関して、平均からの偏移・ばらつきは、前期（平成17-20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21-24年）で、ばらつきは確実に減少している（図6）。後期（平成25-28年）では、高松管区が平均に使っていたが名古屋管区で高くばらつきは持続している（図7）。

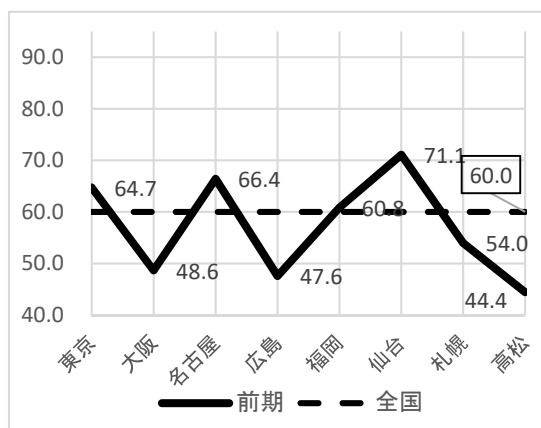


図5 H17-20年高裁管区別入院決定比率

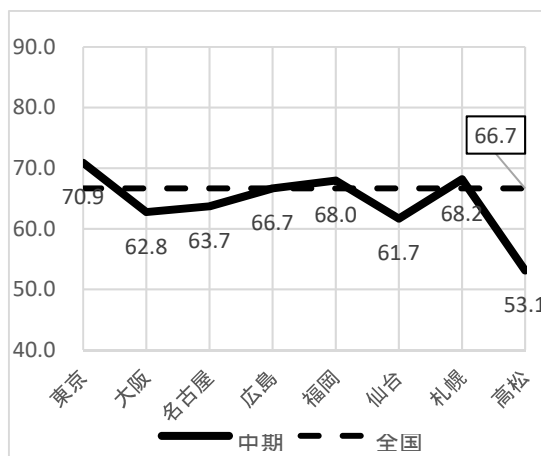


図6 H21-24年高裁管区別入院決定比率

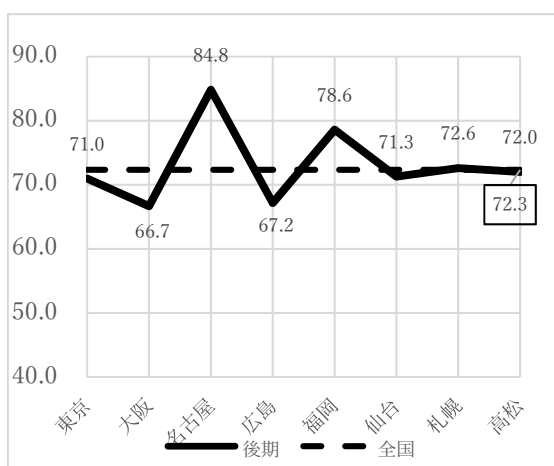


図7 H25-28年高裁管区別入院決定比率

D. 考察

1. 養成研修会受講生アンケート

平成29年度は有用度71%、理解度66%と高水準を維持し、特に理解度の向上が得られた(図8、9)。

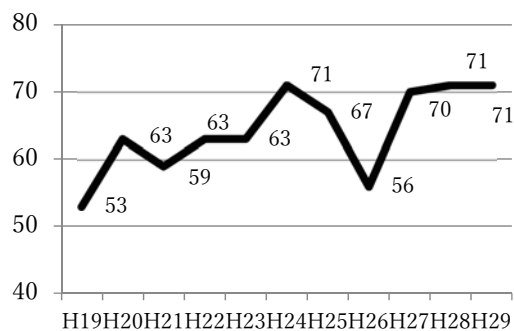


図8 「有用」回答率%の推移

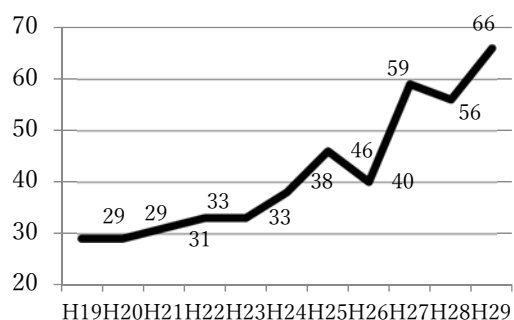


図9 「理解できた」回答率%の推移

有用度・理解度の詳細を分析すると、職種に寄らず有用度、理解度ともに良好な結果が得られた(図10、11)。

初回と継続に分けて分析すると、初回受講生は、有用69%、やや有用27%、継続受講者は、有用72%、やや有用26%と、有用度については差がなかった。理解度についても、初回受講生で、理解できた63%、ま

あまあ理解できた 33%、継続受講生で、理解できた 69%、まあまあ理解できた 29%とおおむね一致していた。

項目別にみると、判定医では「判定医の業務と責任」、参与員では「参与員の業務と責任」「参与員業務演習」について「有用」とする回答が多かった。また、「理解を深めたい」とする回答も同項目で多かった。このことから参加者は、業務に直接関わる知識の習得や演習に取り組みたい、との意向が強いことが示唆された。

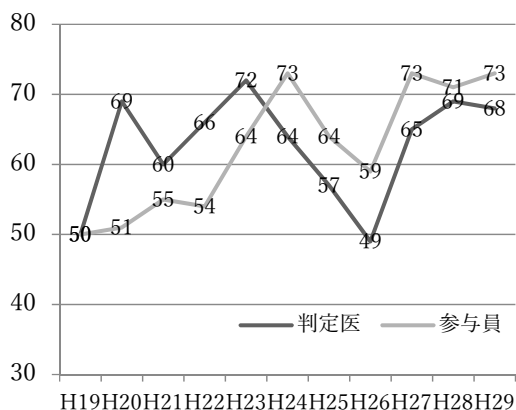


図 10 「有用」回答率%（職種別）

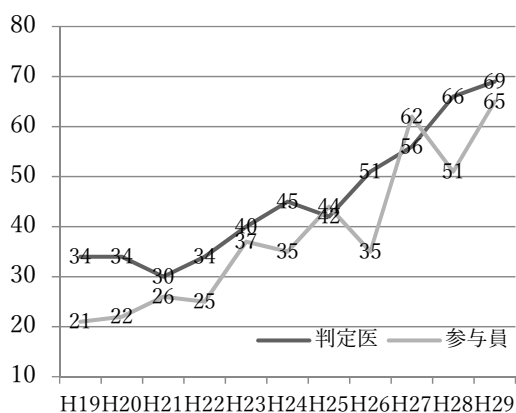


図 11 「理解できた」回答率%（職種別）

一方で、他の職種の業務や役割を理解するために、これまでの研修会では、職種ごとに業務内容の解説を中心に行ってきた。しかし、参加者の関心は低い傾向が見られており、今年度から「多職種チーム医療」をテーマとした講義を新たに加えた。この講義では、指定入院医療機関のスタッフが多職種チームでの会議の様子を実演し、これを参考に、参加者がチームでテーマを決めて検討を行う形式とした。ある職種（作業療法士）の業務に焦点を当てた従来型の講義と有用度を比較すると、判定医は 58% v. s. 52%、参与員は 57% v. s. 41%と、新設された講義の有用度が高い傾向を認めた。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。今後一層の内容改善が望まれる。

このほか、医療観察法における薬物療法については、判定医、参与員いずれでも有用と感じる割合が少なかった。日常的に薬物療法を行う医師と、直接関わらない参与員の両者にとって有用な講義を構成することは難しく、内容の検討にとどまらず、講義の対象をどうするか検討することも今後の課題である。

また、鑑定、退院申し立てをテーマとしたグループディスカッションを行ったが、その評価は職種、経験を問わず高かった。参加型の研修を要望する声は、自由記載でも多く寄せられた。

養成研修全体の評価は、有用度、理解度ともに良好な水準にある。しかし、有用度が低いと評価されるプログラムが固定化する問題が指摘されていた。今年度は「多職種チーム医療」をテーマに、講義形式の改

良を行った。今後も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。本年度は新規のみ3事例を提示し、52条鑑定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で、取り上げた3事例は、いずれも、入り口の責任能力の判断に、疑義があった。パーソナリティ障害は、心神喪失等の原因となった精神障害とは通常みなされず、治療に多大な困難があり、治療可能性にも疑義があり、単なる収容になってしまう危惧があり、医療観察法の目的にそぐわないといえよう。

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25-28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・15）。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。

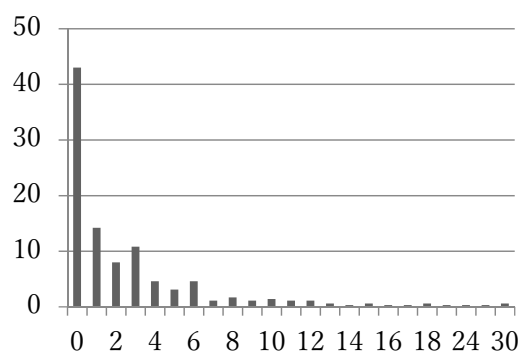


図12 医療観察法鑑定受託件数の分布%
(平成25年)

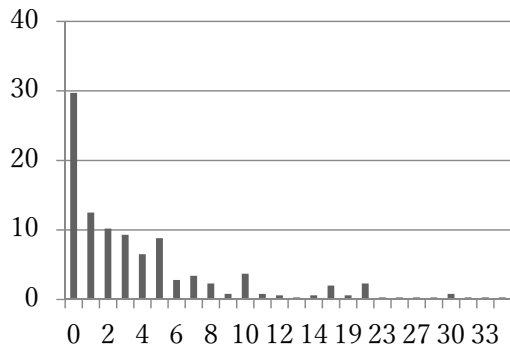


図 13 医療観察法審判受託件数の分布%
(平成 25 年)

F. 健康危険情報
(なし)

G. 研究発表
1. 論文発表
(なし)
2. 学会発表
(なし)

H. 知的財産権の出願・登録状況
(なし)

地裁ごとの鑑定件数(件/人・年)

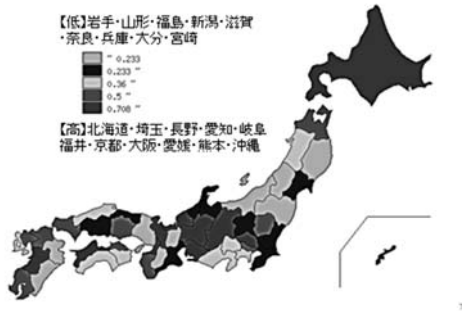


図 14 地裁ごとの鑑定件数 (件/人・年)
(平成 25 年)

地裁ごとの審判件数(件/人・年)

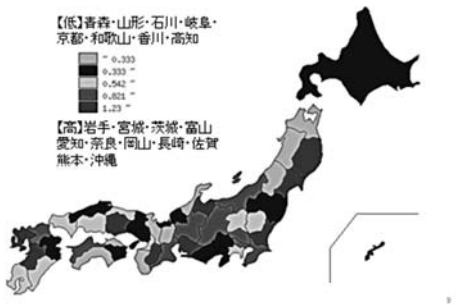


図 15 地裁ごとの審判件数 (件/人・年)
(平成 25 年)



<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 医療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
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。提出をもって同意いただいたことにします。

- ・今回の研修は? ・参加種別 ・今回の研修についてお答えください
- () 初回研修 () 精神保健判定医 1 講義の有用性 2 講義の理解度
() 継続研修 () 精神保健参与員 () 有用 () 理解できた
() その他 ()  () 
() 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	()	()	医療観察法における入院医療
	6	()	()	医療観察法における通院医療
	7	()	()	医療観察法におけるコーディネーター
	8	()	()	医療観察法における多職種チーム医療
第2日	9	()	()	判定医のみ 刑事責任鑑定と医療観察法
	10	()	()	
	11	()	()	参与員のみ 精神保健参与員の業務と責任
	12	()	()	
	13	()	()	医療観察法における薬物療法
	14	()	()	医療観察法における共通評価項目
	15	()	()	医療観察法における作業療法
	15	()	()	審判シミュレーション
第3日	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 鑑定事例
	19	()	()	グループディスカッション2 退院申し立て

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 判定医	初回 参与員	継続 判定医	継続 参与員
1 触法精神障害者の処遇の歴史	66%	59%	-	-
2 医療観察法の概要（法学）	73%	59%	-	-
3 医療観察法における医療と法律	67%	59%	-	-
4 医療観察法における保護観察所の役割	73%	51%	-	-
5 医療観察法における入院医療	66%	59%	-	-
6 医療観察法における通院医療	58%	44%	-	-
7 医療観察法におけるコーディネーター	50%	51%	-	-
8 医療観察法における多職種チーム医療	58%	57%	-	-
9 刑事責任鑑定と医療観察法	77%	-	-	-
10 精神保健判定医の業務と責任	81%	-	-	-
11 精神保健参与員の業務と責任	-	66%	-	-
12 精神保健参与員業務演習	-	64%	-	-
13 医療観察法における薬物療法	44%	41%	-	-
14 医療観察法における共通評価項目	63%	54%	-	-
15 医療観察法における作業療法	52%	41%	-	-
16 審判シミュレーション	69%	54%	-	-
17 我が国における医療観察法の施行状況	63%	48%	63%	58%
18 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告	83%	54%	77%	66%
19 グループディスカッション1 鑑定事例	75%	59%	79%	69%
20 グループディスカッション2 退院申し立て	72%	57%	77%	65%

初回判定医は1～10、13～20、初回参与員は1～8、11～20、継続研修は判定医、参与員ともに17～20を受講した。

<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 判定医	初回 参与員	継続 判定医	継続 参与員
1 触法精神障碍者の処遇の歴史	11%	16%	-	-
2 医療観察法の概要（法学）	17%	36%	-	-
3 医療観察法における医療と法律	17%	38%	-	-
4 医療観察法における保護観察所の役割	6%	15%	-	-
5 医療観察法における入院医療	16%	28%	-	-
6 医療観察法における通院医療	16%	28%	-	-
7 医療観察法におけるコーディネーター	6%	13%	-	-
8 医療観察法における多職種チーム医療	8%	13%	-	-
9 刑事責任鑑定と医療観察法	25%	-	-	-
10 精神保健判定医の業務と責任	31%	-	-	-
11 精神保健参与員の業務と責任	-	57%	-	-
12 精神保健参与員業務演習	-	54%	-	-
13 医療観察法における薬物療法	11%	13%	-	-
14 医療観察法における共通評価項目	16%	51%	-	-
15 医療観察法における作業療法	19%	21%	-	-
16 審判シミュレーション	13%	43%	-	-
17 我が国における医療観察法の施行状況	5%	8%	8%	12%
18 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告	23%	34%	15%	25%
19 グループディスカッション1 鑑定事例	27%	36%	10%	25%
20 グループディスカッション2 退院申し立て	25%	39%	11%	28%

初回判定医は1～10、13～20、初回参与員は1～8、11～20、継続研修は判定医、参与員ともに17～20を受講した。

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）
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

研究分担者 三澤 孝夫 国際医療福祉大学医療福祉学部 講師

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。

研究協力者氏名・所属研究機関名

石井 利樹	神奈川県立精神保健福祉センター
井上 薫子	長谷川病院
大森 まゆ	国立精神・神経医療研究センター
小河原 大輔	〃
菊池 安希子	〃
古賀 千夏	〃
島田 明裕	〃
鈴木 孝雄	多摩中央病院
高木 善史	日本福祉大学
千野根理恵子	国立精神・神経医療研究センター
女鹿 美穂子	いこいプラザ ケアホーム
宮坂 歩	国立精神・神経医療研究センター
若林 朝子	〃

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な専門的な知識・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

A. 研究目的

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。

昨年度は、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。

最終年度は、いままでの本研究で調査した英国の司法精神医療に関する通院処遇に関わるスタッフへの実務者研修や本研究でモデル的に行っていた医療観察法に関わる通院（地域）処遇関係機関実務者向けの上級研修の結果やアンケート等を参考として、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、通院（地域）処遇に関するスタッフの研修と実践に利用するためのツールとして「通院 地域処遇[研修実践]ハンドブック」を開発し、報告書としてインターネットに公開する。合わせて、医療観察法関係の通院（地域）処遇の関係機関のスタッフなどへの研修を企画運営する各県の精神保健福祉センター等へ製本したものを配布する。

（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。

C. 研究結果

1. 医療観察法 地域（通院）処遇の現状

司法精神医療における地域（通院）処遇の状況と研修システム

欧米諸国の中で、英国は、司法精神医療における退院促進の取り組みで高い評価がある。英国は、1808年の国王暗殺事件（ハットフィールド事件）を契機とし、210年ほどの司法精神医療の歴史がある。しかし、本格的に司法精神医療における退院促進や地域（通院）処遇に取り組み始めたのは、1980年代後半頃からである。それまでの英国では、高度保安病院で治療・リハビリテーションを行ってはいったものの退院者は一部のみで、社会的入院患者が増加し、1808年から180年間で、高度保安病院の病床は増加の一途をたどっていた。

1960年代、欧米諸国を中心とした精神医療の「病院から地域」への流れの中、一般精神医療の退院促進、社会的入院患者の解消が進み、英国での精神科の平均在院日数は90日を切り始めた。そのような状況の中、司法精神医療の平均在院日数が10年を超えていること、英国政府や当事者である高度保安病院が一向に改善に動かないことに対して、地域の精神医療・保健・福祉各分野の専門家や関係機関の専門職、地方自治体、人権擁護団体などが次第に問題視し始めた。そして、1970年代に、高度保安病院の対象者の社会的入院や、それに派生した人権侵害や不祥事がマスコミに取り上げられたことを契機に、英国政府は、改善を約束、高度保安病院の増床を停止するとともに、各地の一般精神病院内に少人数の地域保安病棟を新設、人員配置を手厚く行うことで、司法精神医療の入院対象者の退院促進について、急

速に、そのハード面を整備していった。

退院促進が進むことにより、1980年代後半頃より、それまで非常に少なかった司法精神医療の退院患者が、急激に増加していった。その中で、司法精神医療の退院患者の中には、信頼関係と治療的な管理のバランス、司法機関も含めた関係者間の緊密な連携・情報共有、緊急時の対応の手法などに配慮が必要で、従前の地域での一般精神医療・保健・福祉制度の手法のみでは、対応出来にくい者が少なくないことが次第に明らかになった。そして、それがおろそかになると、病状悪化から他害行為や支援者自身に危険が及ぶこともあり、実際に悲劇的な事件が起こり社会問題となることもあったため、現場の実務者の中には疲弊していくものもあった。

こうした中で地域の精神医療・保健・福祉関連機関の実務担当者は、司法精神医療に特化した退院調整・社会復帰支援のための、高度の専門知識やスキルの必要性を改めて認識し、英国政府に対して、そのための研修制度の拡充を強く要望していった。合わせて、地域の精神医療・保健・福祉関連機関は、自主的な研修会・連絡協議会を各々の地域で組織するとともに、入院処遇から地域(通院)処遇への円滑な移行、地域の複数の関係機関の有機的な連携、迅速で緊密な情報共有を目指して「CPA:Care Program Approach」というケアマネジメント手法を作り上げ、研修等を通して広めていった。1990年代に入ると、これらの取り組みが徐々に成果を見せ、司法精神医療に関わる地域の精神医療・保健・福祉関連機関の現場は、落ち着きを取り戻していった。

2. 地域(通院)処遇におけるケアマネジメントの重要性

英国の地域(通院)処遇において、ケアマネジメントは、非常に重要視されている。ケアマネジメントの手法に基づいて、ケア計画やクライシスプランを調整、作成し、これに基づいて、対象者への治療・リハビリテーション・社会復帰支援を行う。さらに、随時これらの見直しを行い、現状に合う計画に変更することで、絶えずブラッシュアップを行う。

英国の司法精神医療でよく利用されているケアマネジメントは、「CPA(Care Programme Approach)」といわれ、①利用者中心主義(利用者の参加と意向の尊重)や、②ケア会議によるケア計画の調整と作成(透明性の確保、有機的な連携体制の構築)、③文書化されたケア計画(ケア計画への契約的手法の導入、④説明と同意、⑤関係機関の役割分担と緊急時対応の明確化)、⑥ケアの総括責任者〔ケアコーディネーター〕の選任(責任の明確化、⑦情報の迅速な集約化と共有化)、⑧定期的な見直し(ケア計画の変更の機会の確保と即応性のある柔軟な運用)などを原則として、行われている。

わが国においても、指定入院医療機関で「CPA会議」と呼ばれる退院調整会議を定期的に行われ、入院処遇中に、対象者も含めて、指定入院医療機関、保護観察所、地域(通院)処遇に関わる関係機関のスタッフが集まって意見を出し合い、調整しながら地域(通院)処遇のためのケア計画(以下「処遇実施計画」とクライシスプランを作成している。しかしながら、わが国では、通院処遇のスタッフに対して行われているのは初任者研修が主であり、英国の地域(通院)処遇スタッ

フのように、手厚い研修を通して司法精神医療のケアマネジメント手法や考え方が理解されている状況とは違いがある。特に、処遇実施計画やクライシスプランについての、「対象者への確認(説明)と同意」や、「定期的な見直し」などが軽視されている印象を受ける。医療観察法では、苦勞して作られたクライシスプランが、その後の地域(通院)処遇でのケア会議で、確認も見直しもされずに長期間放置され、スタッフが病状悪化サインに気づかず、あるいは、危機介入方法が現実から遊離したものになり、役立たなかったなどの出来事が多数報告されている。英国では、ケア計画の通院開始時の確認やその後の定期的な見直しを行うのが基本であるにもかかわらず、わが国で、なぜ行われないのかということについて、わが国の関係者が、対象者とのラポールの形成を優先するあまり、対象行為にかかわるような侵襲性の強い話題を拒否しがちなためではないかと言われている。しかし、これらを曖昧にすれば、病状悪化時に、かえって対象者との信頼関係を損なうこと、再他害行為のリスクを高めることなどは、英国の事例研修でも、基本的な注意としてよく紹介されている。このような司法精神医療のケアマネジメント手法や考え方が、正確に周知されていくことが、今後の地域(通院)処遇の支援のあの方に重要になると思われる。

3. 司法精神医療における研修の重要性と我が国の問題点

わが国と英国の司法精神医療の大きな違いの一つは、対象者の量の違いである。医療観察法では、対象となる他害行為を重大なもの(殺人、傷害、放火、強盗、強制わいせ

つ、強制性交)のみに限定し、かつ、心神喪失または心神耗弱により自由刑を科されなかったもののうち、治療可能性のあるものに限って運用していることや、国全体の犯罪率の違いもあり、医療観察法の対象者は、欧米諸国の同様の法律と比べて極めて少なく、英国と比べて病床数で人口比 1/7程度である。

わが国全体の地域(通院)処遇数は、2017年 約670人(人口100万人あたり5~6人)程度である。そのため、通院(地域)処遇に関わるスタッフが対象者に関わる機会は限られ、経験したノウハウや経験が、その地域、ひいては所属施設に対しても引き継がれにくく蓄積されにくい。

また、英国では、専門的な知識やスキルを伝えるための公的研修会の拡充や、自主的な地域の勉強会・連絡協議会が、地域(通院)処遇の支援体制の整備とスタッフの育成に極めて有効であったが、わが国のように、関係スタッフが極端に限られている状況では、会を開催するとしても参加者確保のために、ある程度広域を対象にしなくてはならず、頻繁な開催が難しくなる。これらの事情から、医療観察法の地域(通院)処遇に関わることができる知識とスキルのある中堅職員が育ちにくい状況にある。

前述のとおり、司法精神医療の対象者は、一般精神医療・保健・福祉制度の知識やスキルなどだけでは、対応しにくいことが多く、また、豊富な経験が必要な場合も多い。人材育成と確保の問題は、地域(通院)処遇を円滑に行うための根源的課題である。

4. 医療観察法研修および実務に利用できる「通院 地域処遇[研修/実践]ハンドブック

ク」の開発

前述のように、医療観察制度で入院処遇、通院（地域）処遇に関わるスタッフには、高度の専門的知識や判断が要求される。司法精神医療・保健・福祉分野が先進的におこなわれている欧米諸国においては、研修は非常に重要視されており、特に処遇に直接携わるスタッフに対して、手厚く行われている。わが国でも、研修の重要性は、徐々に認識されてきており、指定入院医療機関や保護観察所のスタッフに対する研修は、以前に比べ、随分と充実したものとなってきた。

ところが、通院（地域）処遇に関わるスタッフに対する研修やテキストは、あまり整備されていない。わが国の医療観察法は、対象者を限定して運用しているため、全国の地域（通院）処遇数は、2017年 約670人（人口100万人あたり5～6人）程度と、欧米諸国の司法精神医療制度に比べて極端に少なく、指定通院医療機関や地域の各種福祉施設等の職員が対象者に関わる機会は限られている。また職員の異動などにより専門知識やスキル、経験等が蓄積されづらい。そのため、本来は、指定通院医療機関や地域の福祉施設等の現場スタッフに対する研修は、より重要度が高いといわれているが、指定入院医療機関や保護観察所に比べ、指定通院医療機関や地域の福祉施設等は、数の多さ、立地が広範囲であること、予算等の問題で、研修の整備が進みづらい現状がある。本研究班では、上記のような、通院・地域処遇の指定通院医療機関や地域の福祉施設等のスタッフに対する医療観察制度関連研修の開催が不足している現状をいくらかでも補完するために、【医療観察制度 通院・地域

処遇[研修/実践]ハンドブック】（以降「ハンドブック」と表記）を作成した。なお、このハンドブックでは、医療観察制度の実務経験の少ない実務者や初めて通院対象者を担当する者が、制度の一連の流れについて学んだり、通院医療機関や、地域の関係機関の自主的な勉強会や研修会を開催する際のテキストとして利用したりすることを想定し、医療観察制度を、対象者の処遇場面ごとに分け、解説している。また、実務で利用出来る各種の様式、パンフレット等を、【Ⅲ関連資料】部分に掲載し、実際に現状で実務を担当している者にも利用しやすいように配慮し作成されている。

5. 医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック】の構成、利用法等について

a) ハンドブックの構成

本ハンドブックは、「Ⅱ. 医療観察制度における審判、入院処遇、通院（地域）処遇とその流れ」と「Ⅲ. 関連資料」の2部構成になっている。

「Ⅱ. 医療観察制度における審判、入院処遇、通院（地域）処遇とその流れ」では、医療観察制度を標準的な流れに沿って解説している。各章では、「制度概要」、「審判」、「入院処遇」、「通院処遇（地域処遇）」など、場面ごとに、通院（地域）処遇に関わるスタッフ等が理解しておくべき、制度などの基本的な情報を、専門用語の解説も含めて、説明している。

「Ⅲ. 関連資料」では、「Ⅱ. 医療観察制度における審判、入院処遇、通院処遇（地域処遇）とその流れ」で紹介した資料のほかに、対象者の支援の際に参考となる文献や、そのま

ま利用可能なパンフレットや書式などを収めている。

b) ハンドブックの利用法

①標準的な利用法

通院（地域）処遇に関わるスタッフの方は、必要に応じて、処遇場面ごとの章部分を読み、関連資料を利用していく。

②基礎研修、地域勉強会、研修会での利用法
医療観察制度に初めて関わる方や、関係機関の多職種チームの方が、制度を理解するための総合的な基礎テキストとして、また、勉強会、研修会などで使用する研修テキストとして、利用していく。基礎的な研修では、まず「Ⅱ医療観察制度における審判、入院処遇、通院処遇（地域処遇）とその流れ」部分を、できるだけ章立ての順序に従って読み進め、制度全体の流れを理解していただくことを推奨している。また、地域の勉強会などでは、その地域で対応している実際の事例を理解するために、処遇場面ごとに各章部分を利用していくことも想定している。

D. 考察

1) 達成度について

初年度、昨年度において、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明らかにした。また、「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などを明らかにした。

最終年度は、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、そして、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）の成果を取り入れ「通院 地域処遇[研修実践]ハンドブック」を作成した。

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。

医療観察法において、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、医療観察法の地域(通院)処遇のための実用的な研修、実務のテキストを作成することの意義は大きい。

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、医療観察法の地域(通院)処遇数は、2017年 約670人(人口100万人あたり5~6人)であることから、少数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。本研究は、モデルとなる研修方法、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ること、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と考え、それらに利用できるハンドブックを作製した。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。また、実際の通院(地域)処遇に関わるスタッフが、各処

遇場面で利用しやすいよう標準的各種処遇状況での実務スタッフへの解説、注意点などともに、その場面ごとに利用できる実践的なツールや様式を紹介し、ハンドブックの後半に関連資料として掲載した。

E. 結論

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について、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。

また、「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などを明らかにした。

医療観察制度で入院処遇、通院（地域）処遇に関わるスタッフには、高度の専門的知識や判断が要求される。欧米諸国においては、研修は非常に重要視されており、特に処遇に直接携わるスタッフに対して、手厚く

行われている。わが国の医療観察法は、対象者を限定して運用しているため、全国の地域（通院）処遇数は、2017年 約670人（人口100万人あたり5～6人）程度と、欧米諸国の司法精神医療制度に比べて極端に少なく、指定通院医療機関や地域の各種福祉施設等の職員が対象者に関わる機会は限られている。また職員の異動などにより専門知識やスキル、経験等が蓄積されづらくなっている。医療観察制度の実務経験の少ない実務者や初めて通院対象者を担当する者が、制度の一連の流れについて学んだり、通院医療機関や、地域の関係機関の自主的な勉強会や研修会を開催する際や実際の通院（地域）処遇に関わるスタッフが、各処遇場面で利用しやすいよう標準的各種処遇状況での実務スタッフへの解説、注意点などを確認できるテキストとして、その場面ごとに利用できる実践的なツールや様式も含め、【医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック】を作成した。

F. 健康危険情報

（なし）

G. 研究発表

1. 論文発表

（なし）

2. 学会発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

（なし）

<調査対象及び協力施設等>

【国内 / 「司法精神医療福祉研究会」等】

国立精神・神経研究センター病院（指定入院・通院医療機関）/ 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

<本研究によるその他の成果>

①三澤孝夫,平成29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 [東京・第1回[2017.7.20-22, 福岡・第2回 [2017.7.26-28], 東京・第3回 2017.8.25-27],]」(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Ⅱ 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。

②三澤孝夫,平成29年度 茨城県精神保健福祉士会 定例総会 第1回研修会「精神保健福祉法の改正について」2017.6.4,茨城県,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。

③三澤孝夫,平成29年度 保護観察所が開催した各地域(茨城、静岡)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。

④三澤孝夫,平成29年度 東京地方裁判所で行った医療観察法に携わる裁判官と精神保健参与員の実務者研修(「心神喪失者等医療観察法関係委員会」)2017.11.20,東京 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。

⑤三澤孝夫, 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、第6回全国指定入院医療機関精神保健福祉士連絡協議会, 2017.10.27,東京 において「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」について報告した。

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
安藤久美子	医療観察法における指定入院機関・指定通院機関	内山登紀夫	発達障害支援の実際 - 診療の基本から多様な困難事例への対応まで -	医学書院	東京	2017	30-33

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, Niitsu T, Sato A, Omiya S, Nagata T, Tomoto A, Watanabe H, Igarashi Y, Iyo M.	Effect of educational intervention on attitudes toward the concept of criminal responsibility.	World Journal of Psychiatry	7(4)	197-206.	2017
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 Journal of Psychiatry	7(1)	8-11.	2017
岡田幸之, 河野稔明, 安藤久美子	医療観察法の医療 刑事司法から一般精神医療への流れをつくり対象者と社会をつなぐ.	臨床心理学	17(6)	758 - 767	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