

| |
|---|
| 意味が不明。これであれば解除(はたして消失したこと)ことでなく、元来なかったしなかった、説明判断であったという表現になる。 |
| 措置入院判定ではないので、その要件で入院になっている為、解除に際しての項目には不適當。なくしていいのではないか。 |
| 措置入院判定ではないので、その要件で入院になっている為、解除に際しての項目には不適當。なくしていいのではないか。 |
| 一旦措置入院になっていながら、A-1. A-2という項目が、この時点で出現していることが理解できません。 |
| なぜ「要措置」と判断された時と、判断が異なったかについての説明ができること |
| いらないと思いますが。どうい場合にこれが適用されるのかわからない |

表4 問題となった行為に対する判断能力がある、という項目について

| | | |
|---------------------|-------|-------|
| 了解しました、または問題ないと考えます | 131施設 | 76.6% |
| 提案があります | 32施設 | 18.7% |
| 無回答 | 8施設 | 4.7% |

| |
|--|
| 判断能力の判定基準はどうなのかとの意見もありました。 |
| これを理由に、長期化する危険性はあるが。 |
| 判断能力に言及すべきか？ |
| 程度の問題なので、このような○か×の判断は特に臨床精神科医にはしにくいのではないか。 |
| 判断能力が完全に回復することは、臨床的には困難でも措置解除条件とできる症例もあります。 |
| 病識は無くても治療に同意していれば、措置入院の継続は必要ないのではないのでしょうか。 |
| 判断能力の中に一定の自制力もあることが含まれるならば(a)です。 |
| 判断能力については判断は容易ではない、 |
| この表現では「措置解除該当」ではなく、措置観察時の「措置不要」の要件です。入院治療の結果、症状が改善して措置症状が消滅したという表現にしなければなりません。「入院治療」の結果、精神症状が改善し、自傷、他害のおそれが消失した」でよいのではないでしょう。 |
| この文章は措置不要と判断された時の内容ではないか。治療をうけ、措置解除が適当となった場合の表現としては適切ではない。 |
| 措置解除できるが最後まで判断能力が十分でない場合もあると思う。 |
| 不要である。判断能力を問題すべきではない。 |
| 他の条件も必要です。 |
| この項目については記入者がうまく内容を理解できませんでした。 |
| 入院判定の項目としては適當であると思うが、「該当しない」ということを理由にするのは問題ではないか。症状が改善した等の記載が望ましいと思う(診察した指定医2名の判定を否定することとなるので問題。診察した指定医の資質を疑うことからはじめている様でいやだ)。 |
| 判断能力があるからといって精神症状による自傷他害のおそれが消退したとはいえないので、上記項目は措置解除要件として適當でない。 |
| 少し基準が抽象的と感じます。「判断能力」とは刑法でいう「責任能力」を指すのでしょうか。どのような要件の充足をもって「判断能力がある」とされるのか、基準が明確にされる必要があると思います。 |
| 行為に対する罪悪感があっても、病気に左右された行動の場合もある。 |
| 判断能力とは、「行為に対する理解ができ、その行為を自ら抑制することができる」まで含まれることの明記が必要ではないか。 |
| ”判断能力”の定義は難しい。A-1(精神障害がない)に含めては。 |
| 何をもち判断能力があると判断するのか、具体的な記載があると分かりやすい。 |
| これはII-4の項目と同様の理由です。 |
| 現行の措置診察の法制度に沿った結果である措置の妥当性に疑義が生じかねない事案であり、法制度に抵触しないか心配である。(本事案は、措置診察の判断に間違いがあり、そのことが明確になったため措置解除するという趣旨のガイドラインにならないか。) |

| |
|--|
| 判断能力が有る場合、措置入院にあたらぬという法的な根拠があるのか。 |
| これもそもそも措置入院になったことが問題になるのでは？ |
| 1項目に関連する項目として理解します。 |
| 措置入院判定が間違っていた場合に相当するということですね。 |
| 行為を行った時点で判断能力がある。 |
| F6の一部には、当初から判断能力を有するものもあるので、その様な例は、他の障害例と同一には論じられない。 |
| このように定義すると、結構難しい問題を内包する様に思います。 |
| 判断能力の意味によりますが、衝動性が強い場合、判断能力と問題となった行為と関係がない場合はないでしょうか？ |
| 判断能力の有無にかかわらず、精神症状による行為であれば、措置入院(措置要件)になるのではないかと？ |
| 但し、判断は難しいと思います。 |
| 判断能力が少し出て来たとするか、解除時の治療時にあるとするか。 |
| 司法鑑定と異なるので、結果としての行為であり、この条件は必要とは思えない。 |
| 2で論じた様に、その後の法的手続きが気になるところです。 |
| 一旦措置入院になっていながら、A-1. A-2という項目が、この時点で出現していることが理解できません。 |
| 判断能力があるとの理由で、措置解除に至った場合、その後の処遇はどのようになっていくのですか。司法当局の何らかのフォローが必要と思います。 |
| 判断能力がありながら、敢えて行う事例(人格障害者など)は？ |
| 「判断能力、あるいは制御能力」とするのはどうか |
| 法に書いてあることだけでよいのでは。これは不要なのは |

表5 問題となった行為を生じたかもしくは関連した精神症状が、診察時に持続していないか、軽快または消失し容易には再燃や悪化が予想されない、という項目について

| | | |
|---------------------|-------|-------|
| 了解しました、または問題ないと考えます | 153施設 | 89.5% |
| 提案があります | 15施設 | 8.8% |
| 無回答 | 3施設 | 1.7% |

| |
|--|
| 程度の問題なので、このような○か×の判断は特に臨床精神科医にはしにくいのではないかと。 |
| 軽快または消失し容易には…の表記は他の項目に比べ、不明瞭であるため表現を実際時、具体的にすべきではないかと。又は削除するべきでは。 |
| 再燃悪化の予測は難しすぎる。 |
| 入院判定の項目としては適当であると思うが、「該当しない」ということを理由にするのは問題ではないかと。症状が改善した等の記載が望ましいと思う(診察した指定医2名の判定を否定することとなるので問題。診察した指定医の資質を疑うことから始めている様でいやだ)。 |
| 診察時という短い時間の中で精神症状が把握できるのか、再燃や悪化の予想が立てられるかという事に、少し不安がありますが… |
| 診察の時間にも左右されるが、軽快している場合はあると思える。 |
| 軽快または消失したとして再燃や悪化の予測をどの時期まで見通すかを明確にしないと解釈に拡大や偏狭が生じるのではないかと。 |
| 措置診断時に措置該当とした診断・判断に疑問があります。 |
| 「容易に」以降は記載の必要はないと考えます。入院判定のガイドラインにおいてもこの項目はあいまいです。 |
| 期限付の方がよいかも。 |
| 精神症状か精神状態か。 |
| 難しい判断です。 |

| |
|--|
| 「治療を継続する範囲においては」と入れてもらいたい。 |
| 容易にはこの程度が問題。半分程か1/4位かの目処は付帯にでも言うべきか。もう一つの考えは(a)として、わざと厳密に言わない戦術であるなら、(a)で了解しました。 |
| 「関連した」を「強く関連した」にした方が良いと思いますが、それについてはⅡ-1を参照下さい。 |
| 薬物関連精神病(例:覚醒剤精神病)においては、精神病症状が消失していても、退院後の薬物使用によって安易に再熱する逆耐性現象があることから、適合しにくい事例がある。薬物渴望感も十分に抑制された段階で消退届を出す必要がある。 |

表6 精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されない、という項目について

| | | |
|---------------------|-------|-------|
| 了解しました、または問題ないと考えます | 107施設 | 62.5% |
| 提案があります | 61施設 | 35.7% |
| 無回答 | 3施設 | 1.8% |

| |
|---|
| 項目には同意するが、人格障害や発達遅滞等の場合はどういう処遇が適切と考えられるのかとの疑問が出ました。 |
| ではどうするのかは、少なくとも書いておいてほしい。 |
| 原則論としては賛成です。しかし、措置入院の判定時に「精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されるか悪化が防止される」と判断されたケースであっても、措置入院の経過中に「精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されない」と判断された場合は、その間の入院は不法監禁ということになり、その責任の所在が問われます。また、「精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されない」ことを措置解除の要件とする場合、入院者のその後の処遇をどう考えるべきかについての指針はないように思われます。治療可能性のない人の処遇に関しては新たな法整備が必要と考えます。 |
| 困難であったとしても何らかの治療を試みるべきではないのか。 |
| 程度の問題なので、このような○か×の判断は特に臨床精神科医にはしにくいのではないか。 |
| 「期待されない」という主治医の意見の根拠がないと判断しにくいし、又、複数の担保が必要かも知れない。 |
| 上記(b)に次項を挿入することが望ましいと思われれます。「問題となった行為に関連する」 |
| 症状は改善しているが、まだ退院できる段階ではないという場合もあり得る。 |
| 問題がないとは言いきれませんが、「反社会性人格障害」のみのケースではそのまま退院というわけにもいかない? |
| 改善が期待されないが、別の入院形態での入院治療が適切等、つけ加えてはどうか。 |
| (a)で良いとおもいますが、本当に難治の妄想型統合失調症で妄想内容から他害行為は結びつきやすいケースなど、どのように考えるかという問題はあります。 |
| 入院治療レベルによる差異の問題はどう考えるのか。 |
| この表現では「措置解除該当」ではなく、措置観察時の「措置不要」の要件です。入院治療の結果、症状が改善して措置症状が消滅したという表現にしなければなりません。「入院治療」の結果、精神症状が改善し、自傷、他害のおそれが消失した」でよいのではないでしょう。 |
| 重度の知的障害者、自閉症者が、第三者に衝動行為で重度の障害を負わせ、責任能力を問えなかった時、今まで措置入院になっているが、どうするか。 |
| 期待されないという表現は不明瞭では…”出来ない”と判断されたときとすることが必要ではないか。 |
| この場合は他の入院形態に変更するのでしょうか。あるいはその他の適当な処遇。 |
| 十分に治療せずにこの項目を病院が乱用するおそれがある。10年ぐらい続けてみていると最初の診立てが明らかに間違っていた例がある。(根気よく治療したら症状改善した) |
| 精神症状の改善が期待されなくても治療により、さらなる悪化を防ぐことができれば、継続の意味にある。 |
| 精神症状の改善を期待しても「難しい患者」の場合、またそうでなくても、改善しないために特に殺人(他は何とか退院させました)と犯した精神障害者の場合、本院では特に長期入院となっています。 |
| 入院判定の項目としては適当であると思うが、「該当しない」ということを理由にするのは問題ではないか。症状が改善した等の記載が望ましいと思う(診察した指定医2名の判定を否定することとなるので問題。診察した指定医の資質を疑うことからはじめている様でいやだ)。P23「7項目に該当しない状態～」という点の解釈が分かりにくい。 |

| |
|---|
| 「改善が期待されない」理由の記載は必要ないのか。 |
| 症状が改善しないからといってそれが解除の項目にあたるとなると主治医の力量と深く関わることとなるので、それは解除の項目として適当でない。 |
| この項目だけ他の3項目と違うように思われますが、具体的にしてほしい。 |
| この場合の、後の処遇についての記載は必要ありませんか？ |
| 人格障害の取り扱いに疑義が残ります。 |
| 現在、社会的な問題を起こす人格障害の人達がありますが、人格障害で精神科治療を行っている人がおり、その人達の衝動的な行動に対する入院治療については、精神症状(衝動性の改善)と考えていいのかわか。 |
| およそ採用しうる全ての手段を尽くしても改善が期待されないことが詳細に報告される必要があると思います。本項目が当人に必要なのが「治療」ではなく「矯正」である旨を示唆するものと解釈した場合、後に当人が別件にて刑事手段に入った際、この項目を理由とする消退届及び解除命令書は措置入院歴の一事をもって刑事免責を受けることを防ぐための重要な資料になると思われま。 |
| その具体的事柄や改善策はどのように考えるか、ここに該当するとすれば事後策について迷うのではないか。焦点となるのはあくまでも自傷他害行為であるこの項目は必要ないと考える。 |
| 例えば治療困難例の場合、措置病床を有していても、自分たちのマンパワーや技術によって、精神症状の改善が期待できない場合、この項目を満たさないという理由で措置解除を行えることになり、検討を要すると思われる。 |
| 「措置入院判定のためのガイドライン(案)」の「(6)」に対応した解除要件と思われるが、文章表現に疑問が残る。例えば「通院治療で症状の改善が可能」などで良いのではないか。 |
| 疾患にもよるのではないかと思います。 |
| 症状の改善は期待されないが、自傷他害要件が残遺する場合もある。この様態をどう判断するか？ |
| 精神科の入院治療の可能な範囲は、医師の解釈によって大きく異なる(人格障害、固着した妄想など)。従って、定義化が必要となると考える。また、定義の中で、入院治療については、薬物療法および心理社会的リハビリテーションも含む広義の治療として明記することが必要と思われる。 |
| 長期間にわたって隔離を必要とするような重症例が改善が期待されないといって退院としてよいものか。 |
| この場合、3)の項を必ず書くことを必須としたい。 |
| 前述したことと同様の考えた方ですが、器質性精神障害、慢性の統合失調症の一部をそれで措置解除してよいのでしょうか？人格障害それぞれで解除した場合、なぜそもそも入院になったのかということが法的な問題になるのでは。 |
| 精神症状に基づく他害行為を起こす可能性の高い患者の中には、向精神薬を使用してもなかなか症状が改善されないケースもあり、かといってその人の措置を解除すれば再びその危険が高いと思われる場合は、どうすべきであろうか？ |
| しかし、Ⅱ-2、6と同様の問題はあります。 |
| 精神科の入院治療によって、精神症状の改善が期待されない→これで要件に該当するのは、おかしいのではないのでしょうか。 |
| 「自傷他害」の内容が変わらないとすれば、措置入院の継続になりますが、「精神症状の改善が期待されない」ということは、任意入院も否定されてしまいますから、消退届の出せる要因として、設問がおかしいと思います。「精神症状の改善が期待されない」と誰が判断するのでしょうか。 |
| 治療反応性は措置入院要件ではないので、措置解除基準に入れることは不相当だと考えます。 |
| 薬が反応しない人を退院させることについて無理があるように思います。 |
| 自傷他害のおそれは継続していないのに、精神症状が改善されないのみの理由で解除できるのか。入院判定ガイドライン(6)の「…改善が期待されるが悪化が防止される」の悪化の防止の解釈にも関わっていると思う。 |
| 措置入院によって、外出か外泊など社会参加のためのリハビリが阻害されています。「29条入院によって、精神病状の改善が阻害されている」という項目が良いと思います。 |
| 単に「精神症状」では広すぎる。 |
| この場合は、解除後どうなるかイメージしにくい。 |
| 判定ガイドラインでこの項目は不要と記載しました。 |

| |
|--|
| 入院時は、「悪化が防止される」ことも条件に入っていましたか、どうでしょうか。現実的には改善が難しくとも悪化しない。というレベルの方で、措置入院を続けるべきという方もいると思います。 |
| 措置入院のガイドラインでは、「改善又は悪化が防止される」とされているのに、解除ガイドラインで「改善が期待されない」となっている。では「悪化が防止される」という判断の場合はどうなるのか？統一した方がいいのではないか。 |
| 削除する |
| F6やF7の一部のように「期待されない」ことが明らかで、措置入院した場合には、この項目は除かれるべき。(措置入院判定基準(6)による入院であれば、この質問は発生しない筈) |
| 意味が分かりにくい。これ以上、病状の変化はないということか？ |
| 精神障害は入院治療にというふうに改善されるとは限らない。改善される見込みがよいから措置解除とはならない。 |
| この項目については、疑問が残ります。 |
| 精神症状の改善が期待されないと、その場で(鑑定の場で)判断できるのでしょうか。 |
| 期待されないからといって処遇が宙に浮いてしまうことは問題と思う。 |
| 「治療可能性」については、議論が必要。「精神症状の改善が期待させれない」と判断する基準も必要となるのでは。 |
| Ⅱに述べたと同じ理由で不適切と考える。 |
| 改善は期待されなくても、増悪を防ぐことは可能ではないか。 |
| 疾病でないなら分かるが、治療結果として期待されないなら、退院の処遇で良いと思うケースは少ないと思う。何か表現としてまずいのではないか。 |
| この届が出た後の、患者の処遇が気になるところです。この内容の届が入院初期に出た場合は、措置鑑定自体の否定となります。ある程度、治療努力がなされてから、提出された場合は、もともと治療可能性(改善可能性)がなかったのか、現在の医療水準(あるいはその施設の治療能力)で治療抵抗性なのか…どちらの可能性もあります。後者の多くは、消退届の対象とはならないと思います。 |
| 全く意味がわかりません。病気の改善の見通しがないと、措置症状があっても、措置解除せよという意味に取れます。 |
| 精神症状の改善が期待されないとの理由で、措置解除に至った場合、その後の処置のあり方を検討すべきであると考えます。 |
| 4. 入院治療によって精神症状の改善が期待されない場合でも、入院治療により悪化が抑えられているなら、解除不可能な事例もあるのでは？ |
| 精神症状の改善が期待されないとは、措置症状があってもということか。それであれば、その患者の処遇はその後、どうするのか。その責任はどうするのか、よく理解できない。 |
| 措置入院受け入れ施設としては、ありがたい項目ではあるが、改善は期待しがたいが重大な問題性を残す症例(知的問題、発達上の問題、一部の統合失調症、人格上の問題、依存症の問題等)への対応が後退することにならないか？解除後の処遇の指針は用意できるのだろうか？ |
| 法に書いてあることだけでよいのでは。これは不要なのでは |

表7 退院後の社会生活時の指導・援助方針に関する項目について

| | | |
|---------------------|-------|-------|
| 了解しました、または問題ないと考えます | 144施設 | 84.2% |
| 提案があります | 20施設 | 11.7% |
| 無回答 | 7施設 | 4.1% |

現在の医療体制下では経営的な面や社会資源等の問題があり、特に城域格差もあり、記載できない場合がみえないとの意見がありました。

最もだと思います。

①退院後の支援—援助方針をいかに実行たらしめるか、その辺の方法論についての補足が必要では？②社会的資源が極めて乏しい現状下ではプランを立てられないのが現状です。

記載するのは簡単だが、実行可能なかどうか？

| |
|---|
| <p>退院後支援の社会制度は整備すべきと思われます。その中で病院が担える役割、機能は限られてくると思われます。現状では消退時間に指導、援助の財的方針を決定、記載することは困難なケースも多数見受けられるため、限界があると思われます。</p> |
| <p>措置入院判定のためのガイドライン案の要件を満たさない場合、病院のみの指導力・援助力だけでは不十分なため、保健所による介入、相談も不可欠となることがしばしばあります。そうでないとスムーズな運用ができません。</p> |
| <p>(7)が予備のため、特に殺人を犯した患者の退院は難しい状況にあります。具体的に、消退届に方針等は書きようがありません。</p> |
| <p>地域の関係機関と十分に検討した上であれば、わざわざ消退届に記入しなくても、退院後のサポートは具体的な形で可能となる。何の検討もないまま、消退届に文句だけ記入されても、実際にはタイムラグがあり、保健所としては対応しづらい。</p> |
| <p>地域連携クリティカルパスの導入の意味でも退院前ケースカンファレレスを積極的に導入する必要があると思います。</p> |
| <p>医療機関から退院前の連絡をいただかないと不明となる為、医療機関から、必要に応じて関係機関への連絡をとり、調整することを記載することが必要ではないか。</p> |
| <p>1-5頁(2)に同じ</p> |
| <p>退院後の社会生活時の指導、援助方針を検討するための保健所や市町村、警察などと医療機関(主治医等)を含めたケース検討連絡会を義務付けた方が退院後の指導援助を行いやすいと思われる。</p> |
| <p>1-5ページにも記載しましたが、実際に活動しています。</p> |
| <p>保健所、医療機関(通院先)との連携のあり方についても言及できないか？</p> |
| <p>消退届に退院後の具体的な方針を検討し記載するとあるが、退院後の指導項目が地域で全て対応できるとは限らず、従来のような一方的な記載では効果はあがらない。従って、予め、当事者・家族・医療機関・保健所・市町村各々の役割を含む検討をし、その合意を得て、フォローアップ体制を共有化するといった記載が追加されると理想的と考える。</p> |
| <p>措置入院だけの問題ではありません。出来るだけ早く措置入院期間を短くし、消退届前に計画(治療・社会復帰)が作られるべきです。「再発防止」というのは誰が判断するのでしょうか。</p> |
| <p>「訪問指導等に関する意見」欄に記載すると、保健所が訪問すると思っている医師がいらっしやいます。当県では記載要領に「訪問指導等が必要と思われる場合は、本人又は保護者等から保健所に依頼するように指導してください」との留意事項を入れています。又、症状消退届の保健所用の写しは病院所在地の保健所に保存されるので、入院者住所地保健所には届きません。よって、この欄に記載されても利用されることが多いとは言えません。よって、この欄は削除してもいいと考えます。</p> |
| <p>ガイドラインとしては理解できます。実際に病院と地域が社会復帰支援のために実働することは必要と思います。</p> |
| <p>訪問指導に安易にチェックされても困るのでは。</p> |
| <p>措置に限らず、全ての入院患者に作るべきものです。わざわざ記述しなくてもいいのでは。</p> |
| <p>任意入院・医療保護入院で入院継続する場合、記載する必要はないのではないかと。退院後の事はもちろん検討すべき事であるが、不確定要素が多いので記載が難しいのではないかと。</p> |
| <p>現行の措置制度の範疇にないと思います。</p> |
| <p>措置入院中に退院後の指導援助を検討するには、時間がなさ過ぎると思います。</p> |
| <p>特にこれは問題はないが、具体的に退院条件の一つとして、組み入れるべきではないか。審査会が疾病症状のみにこだわるのは誤りと常々感じていた。</p> |
| <p>措置入院から医療保護入院(任意入院)への移行時点で具体的な方針を決定することは困難な場合も少なくない。形式的な記載にならずに、実効性のある記載となるためには工夫がいりませんか。</p> |
| <p>措置入院は行政処分ですから、退院後も行政の手厚いフォローが必要と思います。精神障害者のために温もりのある保護的な生活環境の整備に一層の努力をしてもらえることを期待します。</p> |
| <p>選択肢の設定など記載しやすいよう誘導すべきと考えます。現状では記載される医師としない医師の差が大きいと思われます。</p> |
| <p>「指導・援助」について、具体的実効性をどう担保したらよいか。それがないと「〇〇〇が望ましい」という記載が乱立することになるのでは？</p> |

分担研究報告書

措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究

分担研究者 鈴木 友理子

国立精神・神経センター精神保健研究所

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)
措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究
分担研究報告書

措置入院患者のフォローと社会復帰に関する研究

分担研究者 鈴木友理子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
研究協力者 伊藤順一郎 (国立精神・神経センター精神保健研究所)
亀井 雄一 (国立精神・神経センター国府台病院)

研究要旨

【目的】措置入院患者における退院後の治療のあり方について、積極的な医療および生活支援の取り入れた包括型地域生活支援 (ACT) プログラムの試行例を通じて効果を検討する。(課題 1. 措置入院患者への ACT モデルの試行)。また、非自発的外来通院制度をすでに導入している欧米諸国の状況に関して文献のレビューを行い、先行研究やデータに基づいて本制度のこれまでの知見について整理する (課題 2. 非自発的外来治療制度の文献的考察)。

【方法】課題 1 については、前年度までの研究方法を継続して、ACT で支援を受けている措置入院経験者の経過、特に再発の可能性、そしてこれらの危機時の ACT での対応のありかたについて検討した。情報収集は ACT-J のケースマネジャーの臨床プロセスの記録をデータベースより抽出し、過去 30 ヶ月間にさかのぼり ACT-J により提供されたサービスコードを検討した。課題 2 については、非自発的外来治療制度をすでに実施している国々における制度を概観し、先行研究から、非自発的外来治療の有効性と課題について検討した。本目的のために、Pubmed, PsycINFO, Google Scholar を用いて文献検索を行った。

【結果】課題 1 について、措置入院群の 5 名をみると、退院後 30 ヶ月間に措置入院患者に提供されたサービスの総時間数は、123.8 から 472.2 (時間) と大きな幅があった。措置入院以外の利用者では、サービスの提供時間の最小値は 29.5 (時間)、最大は 1078.4 (時間)とここでもその幅は広く、入院形態別での特徴は特にみられなかった。ケースマネジャーの措置入院経験者へのアウトリーチ (地域への訪問) は、202 から 459 (件)、81.4 から 301.9 (時間) であった。サービスの領域は、どのケースでも精神症状・服薬管理、日常生活の支援が最も多く、個別のニーズに応じて住居に関する支援、家族支援、本人への心理教育など多様であった。課題 2 については、既に非自発的外来治療制度を導入している欧米諸国における先行研究は多数発表されていたが、この効果評価研究としてエビデンスレベルが高いといわれる無作為比較試験は米国から二つ発表されているのみであった。しかし、いずれも非自発的外来治療が対照群に比較して、再入院率、入院期間のアウトカム指標において統計的に有意な結果は得られていなかった。これら二つの研究のメタアナリシスでも上記指標において、統計的に有意な結果は得られていなかった。

【考察】課題 1 について、ACT が提供した支援は、入院時、退院初期に地域生活に円滑に移行できるよう、医療的支援に加えて、日常生活支援、住居確保に関する支援、家族支援、本人への心理教育など多様であった。特に医療中断、服薬中断をしたものは、再発、再入院を免れることができなかったが、それでも継続的な支援の提供により、再入院はより円滑であったことが伺われた。課題 2 について、非自発的外来治療制度は、これまでの先行研究からは結論を出すことはできなかった。しかし、法的介入という非自発的外来治療制度の特性から、無作為化比較試験で効果を評価するには、研究デザイン、法的、倫理的、実施面で課題が残り、これらの結果は必ずしも本制度を否定する結論ではないと考えられた。

A. 研究目的

措置入院患者における退院後の治療のあり方について、積極的な医療および生活支援の取り入れた包括型地域生活支援（ACT）プログラムの試行例を通じて効果を検討した。措置入院を経験したものの中には多方面のニーズを抱えており、退院後の医療及び社会復帰・社会生活におけるニーズを検討し、直接支援を提供することは有益であると考えられる。

そこで本研究では、まず第一に、本研究事業の過去2年間の結果をうけ、これまでの研究方法を継続して、ACTで支援を受けている措置入院経験者の経過、特に再発の可能性、そしてこれらの危機時のACTでの対応のありかたに焦点をあてて追跡を行った（課題1. 措置入院患者へのACTモデルの試行）。サービスのあり方は、ケースマネジャーが日々提供したサービス内容を記録しているサービスコードを集計して、その量、種類、時期について検討を行った。

第二に、措置入院患者の退院後のフォロー体制のあり方として、過去2年間の研究の結果から、心神喪失者等医療観察法（以下、医療観察法とする）適応外の患者に対する非自発的な外来治療のあり方が課題となった。非自発的な外来治療制度は、本制度がすでに導入されている欧米においてもその効果や意義は、治療者、当事者、社会など関係者で合意をみていない。そこで、非自発的な外来通院制度をすでに導入している欧米諸国の状況に関して文献のレビューを行い、先行研究やデータに基づいて本制度のこれまでの知見について整理する。（課題2. 非自発的な外来治療制度の文献的考察）。

B. 研究方法

課題1. 措置入院患者へのACTモデルの試行の検討

市川市国府台地区で実施されている包括型地域生活支援プログラム（ACT-J）の利用者の中で、その経過中に措置入院の処遇をとったものを措置入院経験者群とし、入院中、退院後の地域生活支援、特に再入院の危機時の

対応について、サービスの種類と量を検討した。

包括型地域生活支援（ACT）プログラムとは

国立精神・神経センター精神保健研究所における、ACT-Jプログラムは2002（平成14）年度から基盤整備が進められ、2003（平成15）年5月から臨床活動が開始された。

その対象者は、国府台病院精神科に入院したもののうち、入院前の精神医療サービス利用状況と社会適応、日常生活状況により重い精神障害をもつものと判断され、研究趣旨に自発的な同意が得られたものである。これらのプログラム利用者に対して、ACT-Jのスタッフはケースマネジメントの一連のプロセスを実施し、そのうえで、チーム精神科医による診察と処方、病気と服薬を利用者が自己管理するための支援、危機介入時の対応、住居確保・維持に関する支援、日常生活の支援、身体的な健康に関する支援、就労支援、家族支援・家族心理教育、他機関との連絡調整、など様々な領域にわたるサービスを、利用者の生活の場に出向くことによって提供している。

対象者

2003（平成15）年5月1日から2004（平成16）年4月30日のACT-Jプログラムのパイロット研究期間中に加入基準を満たし、インフォームドコンセントのプロセスを経て、本プログラムに登録したものは43人であった。ACT-Jの加入基準は、国府台病院精神科に上記期間に入院したもののうち、以下の全ての項目を満たすものである。①年齢が18歳以上60歳未満、②主診断が統合失調症、感情障害等の精神疾患（主診断が知的障害、認知症、薬物・アルコール依存、人格障害であるものは除外）、③居住地が市川・松戸・船橋の3市、④急性薬物中毒の処置や合併症治療以外の目的での入院、⑤入院前2年間の精神医療サービスの利用状況、入院前2年間の社会適応、入院前1年間の日常生活の状況、以上の3領域に関して独自に作成した基準により重症の精神障害を抱えていると判断される、⑥研究の趣旨について十分な説明を受け、参加について自発的な同意が得られる、以上全ての条件を満たす者を対象とした。上記のよ

うに、入院形態は加入基準の項目に含まれていない。

このうち、ACT 登録時の入院形態が措置入院であったものは3人であった。また、このパイロット研究期間に地域生活を支援していく過程のなかで、措置入院となったものは2名（1人は、登録入院時、再入院ともに措置入院処遇）であった。本研究では、パイロット研究期間中に措置入院の処遇をうけた5名を措置入院群とした。

5名の症例の治療処遇に関する簡単なプロフィールは以下のとおりである。

症例1：40歳代、男性、統合失調症、任意入院し、退院、その後ACT支援を受けたが、経過中に措置入院として再入院、その後退院して単身生活継続している。

症例2：30歳代、男性、双極性障害、医療保護入院後退院、そしてACT-Jの支援が導入されたが、措置入院として再入院した。退院後、単身生活したが、更に措置入院をして退院し、現在は単身生活を継続している。

症例3：40歳代、男性、統合失調症、措置入院をきっかけにACT-Jの支援が導入されたが、支援の拒否的なまま退院、その後再度措置入院となった。退院後家族と同居生活したが、さらに、措置入院となり、現在入院を継続している。

症例4：30歳代、女性、症状精神病、措置入院を契機にACT-Jが導入され、退院した。その後任意入院で再入院したが、その後退院し現在は、単身生活を送っている。

症例5：50歳代、女性、双極性障害、措置入院中にACTに導入され、退院した。その後は、単身生活継続している。

本研究では、この5人のサービスのプロセスについて、量的に検討した。

サービスプロセスの量的な分析

ACTのサービスのプロセスは、ケースマネジャーおよびチーム精神科医が提供し、データベース上記録されたサービスコードの集計を通じて検討された。

この援助介入サービスコードは、ケアガイドライン方式ケアマネジメントの援助内容、ホームヘルプサービスの援助内容、家族ケア

の援助内容（協力度尺度）などを参考にアイテムプールを作成し、精神障害者の地域生活援助に詳しい複数の専門職が項目選定を行った。大分類は、ジョイニング・エンゲージメント、ケースマネジメントなど「I:ACTの枠組み・全体状況に関する支援」の3項目、危機介入、日常生活の支援など「II:直接援助サービス」の15項目、主治医・医療機関との連絡調整・情報交換、地域援助機関との連絡・調整・コンサルテーションなど「III.間接援助サービス」の5項目、計23項目である。さらにその下に、その具体的な援助行動の小項目148項目を作成した。各小項目には、サービス実施形態を、「1)具体的援助行動」「2)練習、並行」「3)代行」「4)相談・助言・情報提供」「5)観察・アセスメント」「6)専門的援助」などのように設定するとともに、援助時間も評価した。

これらの評価・記録は、担当したケースマネジャーが、データベースの「プログレスノート」という日々の活動記録に、毎日の活動終了後に記録した。これによって、サービスの提供の時期、そしてサービスの内容、時間を把握することができる。

本研究では、ACT-J対象者の地域生活支援のあり方を検討するために、ACT-Jプログラム登録者のうち、プログラム加入にいたった入院治療を終え、2007（平成19）年1月9日の時点で退院後30ヶ月以上を経過したものの37名に関して集計した。

ACTのサービスのプロセスについては、日々のサービスの提供量をサービスコードの集計を通じて検討した。措置入院経験者が5名と少ないので、統計的な検討は行わず、ケースの経過について個別に検討した。本年度は、昨年度に引き続き、観察期間をさらに1年間延長して、ACT-Jで継続的に支援をした措置入院患者の30ヶ月間の経過をサービス提供量、その転帰について検討した。

なお、課題1の対象者のサービスコードの検討については、国立精神・神経センター国府台地区の倫理審査委員会で承認を受けた上で実施した

課題 2. 非自発的外来治療制度の文献的考察

本研究課題、措置入院患者のフォローと社会復帰への支援の現状は、それぞれの治療環境や社会資源、関係者の熱意によるところが多い。その支援体制の質は標準化されているとは言いがたい。措置入院患者の中には、全例ではないものの、退院後の治療を確実にすることが、患者本人の利益につながると思われる事例もあるが、この措置入院終了後の外来治療を確実にする法的根拠はわが国にはない。一方、欧米では非自発的外来治療制度を法的に位置づけている国が多いが、本制度の効果を検討した研究結果は一定せず、本制度の根拠、意義は関係者間でも合意に至っていない。そこで、本研究課題では、非自発的外来治療制度をすでに実施している国々における制度を概観し、先行研究から、強制外来治療の有効性と課題について検討する。本目的のために、Pubmed, PsycINFO, Google Scholar を用いて文献検索を行った。検索に用いたキーワードは以下の組み合わせである。Community* Treatment* Order, Involuntary*Outpatient*Treatment*, Involuntary* Outpatient* Commitment, Extended Leave, OPC, Compulsory Treatment, Assisted Outpatient, Supervised Discharge, Community Treatment Order.

なお、本課題は文献的な検討であるので倫理的問題は生じないと考えた。

C. 研究結果

課題 1. 措置入院患者への ACT モデルの試行の検討

措置入院群の 5 名をみると、退院後 30 ヶ月間に措置入院患者に提供されたサービスの総時間数は、123.8 から 472.2 (時間) と大きな幅があった。措置入院以外の利用者では、サービスの提供時間の最小値は 29.5 (時間)、最大は 1078.4 (時間) とその幅は広く、入院形態別での特徴は特になかった。ケースマネジャーの措置入院経験者へのアウトリーチ (地域への訪問) は、202 から 459 (件)、81.4 から 301.9 (時間) であった (図 1. 表 1 参

照)。

サービスの提供内容を個々の症例で見ると、症例 1 は、退院から 11 ヶ月目に再発、再入院を経験し、その時期には特に精神症状・服薬管理に関する支援、及び危機介入の時間数が多かった。同時に、主治医・医療機関との連絡調整、情報交換、及び、地域援助機関との連絡調整もこの時期に多くみられ、入院に際しての調整のための支援に多くの時間が割かれていた。その後精神症状の観察・服薬管理、および日常生活支援を主とした支援を継続しており、再発や危機などは見られていない。全期間を通じて、精神症状・服薬管理、日常生活支援の量が多く、期間の後半、16 ヶ月以降は就労支援が一定量見られた (図・表 2 参照)。

症例 2 (図・表 3) では、提供されたサービスの領域を見ると、精神症状・服薬管理に多くの時間が割かれたのと同時に、家族支援、本人への心理教育プログラムが多かった。また、退院前後にあたる、4-6 ヶ月目では日常生活支援の時間が多く、地域生活への準備、立ち上げに高密度の支援があったことが伺われた。この時期の総サービス量は 344.2(時間)にのぼり、症状が不安定ながらも生活支援を提供して、地域生活を維持するように働きかけていた。内訳としては、精神症状・服薬管理に関わる援助、日常生活に関する支援、家族支援、そして危機介入の順であった。しかしこの症例も退院から 8 ヶ月後に再入院となったが、その後も本人と家族に対する支援を提供した。住居確保や家族に対する支援をはじめとした、退院後の生活の準備に入院中からかわり、26 ヶ月目に再度退院をして、地域における单身生活を現在行っている。

症例 3 (図・表 4) は、全体のサービス時間が少なかったのだが、これは支援に対するニーズが少なかったというよりも、治療関係構築の困難から、結果としてサービス時間が少なかったという症例であった。ACT-J の支援は退院してから 8 ヶ後に再発・再入院の恐れがあり、この時期に精神症状・、及び主服薬管理にかかわる援助、危機介入、家族支援

治医・医療機関との連絡調整、情報交換が多く見られた。再入院した後も主治医らとの調整を行いながら退院へ向けた支援を行い、最初の退院から14ヶ月後に自宅へ退院した。この後は、症状は動揺していながらも家族に対する精神疾患およびその管理に関する相談を受けて、家族支援の時間数が増えていった。本人との治療関係の構築が困難であり、積極的な介入はひかえ、定期的に症状の確認などをしてきたが、28ヶ月目には、再度症状の増悪、他害の恐れが生じて、措置入院となった。ACT登録となった入院から28-30ヶ月目には、本人への症状・服薬管理が7.2(時間)家族に対する支援、本人への心理教育プログラムの提供時間がともに8.1(時間)であり、この時点での濃厚なサービスの提供があった。

症例4については、サービス全体をみると、身体管理、精神症状の管理が多かったが、その後精神症状の安定化に伴いこれらの領域のサービス量は減少した。退院13ヶ月後に引越しをして、住居支援の時間数の増加がみられたが、その後のサービスの程度はそれほど高密度でないながらも、生活は安定していた(図・表5)。ACT加入のきっかけとなった入院の退院後19ヶ月で、本ケースは妊娠・出産を経験した。この後3ヶ月は、本人とその児に関するサービス提供を積極的に行い、サービス提供時間も256.3時間となった。この時期のサービス提供の領域は、精神症状の管理、身体健康管理、日常生活支援、経済生活に関する支援、対人関係・社会関係に関する直接支援に加えて、地域援助機関との連絡・調整など間接支援など多方面であった。この時期以降、生活は安定し、定期的なコンタクトでのサービス提供に戻った。

症例5では、退院後6ヶ月後までは精神症状や服薬管理が主たるサービスとなっていたが、その後雇用・就労サービスに焦点が移ってきた。しかし怠業傾向にあり、その後の症状の変化に伴い、サービスの焦点が精神症状の管理に移ることもあったが、日常生活は概ね安定し、ACT-Jの定期的な支援を得つつ地域生活を送っていた(図・表6)。

課題2. 非自発的外来治療制度の文献的考察

a. はじめに

非自発的外来治療制度は、アメリカ合衆国、英国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、イスラエルでそれぞれ呼称は異なるものの、同様の制度が運用されている(Torrey EF, 1995, Ridgely MS, 2001, McKenna BG, 2006)。本制度の是非は、関係者内でも合意には至っていないが、推進派としては、再入院を繰り返すよりも、地域で治療を続けるほうは拘束力が少ない、本制度は精神障害を持つものの生活に安定をもたらすと主張し、慎重派の意見は、本制度は地域生活において、管理、制限をもたらすものであり、治療関係上にもよからぬ影響を及ぼし、結果として精神保健サービスの利用を遠ざけてしまうものになりかねない、という主張がある。しかし、非自発的外来治療の議論は、その人の背景にある価値観やイデオロギーに拠るところが大きく、論点が混沌としている感が否めない。本分担研究課題では、措置入院患者のフォローと社会復帰のあり方について検討することであり、わが国では導入はされていない非自発的外来治療制度のあり方について、諸外国における経験を概観することは、今後の参考資料として資するものと考えられる。そこで、本編では、非自発的外来治療制度の効果に関する先行研究をレビューし、これらの知見について紹介することを目的とする。

なお、非自発的治療制度は、欧米を中心に現在運用されている。それぞれの法や制度の中で、本制度の呼称、運用のされ方は様々である。ここでは、法的な権限によって行われる地域における精神医療および支援であり、入院制度とは必ずしも提携しているものではないものを、非自発的入院制度、と呼ぶことにする。入院制度との関連は、非自発的入院後の条件つき退院として地域治療命令が下される地域もあるが、このレビューでは、入院制度との関連は問わずにすべて含むことにする。

b. 各国の制度の概要

現在、米国の多くの州(42州とワシントンDC)では、非自発的外来治療制度が実施され

ている。この治療命令は、治療者ではなく、裁判官の判断によって下される。

(<http://www.psychlaws.org/LegalResources/statechart.htm>)。残る8州でも、実質的には、強制入院時の訴えに基づいて、裁判官の判断で外来治療を命令することができる。

英国のイングランドとウェールズでは、1995年の精神保健(地域における患者)法では、監督付き退院(Supervised Discharge)の制度が定められ、近年のMental Health Billの制定に向けた議論のなかで、監督付き地域治療(Supervised Community Treatment)が盛り込まれることが提案された。スコットランドでは、2005年10月より本制度が運用されている。

(<http://www.scotland.gov.uk>)

オーストラリアでは、全州において地域治療命令(Community Treatment Order)が実施されている。本制度は、適応をなす精神疾患を持つものが、入院医療であろうと地域支援であろうと強制的治療を命ずることが出来る。また、非自発的な薬物治療も可能である。

(Brophy, and McDermott, 2004)。このほかにも、カナダ、ニュージーランド、イスラエルで本制度が実施されている。

c. 効果評価研究の概観

これまでに、欧米を中心に非自発的外来治療制度の効果や経験に関する論文が多数発表されてきた。近年、欧米でも本制度の再考にあたって、これらの先行研究を集約したメタアナリシスや、質的研究も含めてこれまでの経験に関して総括した質の高い包括的なレビューが発表されてきている(Ridgely MS, 2001, Churchill R, 2007)。2007年にChurchillが、英国における非自発的外来治療制度の導入の検討にあたって、包括的な報告書を完成させた。本制度は、臨床家、当事者、家族、行政官、司法関係者、など関係者の背景、イデオロギーなどでその意味付けは多様である。Churchillは、これまでなされた横断研究、そして質的研究も加えて検討して、関係者間での着地点を見出そうとしている。以下はその要約である。

体系的なレビューのための論文の検索にあ

たって、地域治療命令(Community Treatment Order: CTO)に関連する文献をスクリーニングし、最終的に244篇の論文を精査した。このうちデータに基づいた74論文から、本制度の効果、対象者の特徴、よいアウトカムとの関連要因について整理した。

まず、既存のCTO実施状況の記述であるが、本制度は1980年代中ごろから関係者の関心を集めていたが、当時は本制度に関する知識は概して不足しており、導入に向けても専門家間で合意はみられていなかった。本制度の成立に関する自然史的な研究によると、アウトカム指標としては、1)再入院率、2)入院期間、3)精神科救急サービスの利用、4)外来治療の維持、5)コンプライアンスなどが検討され、いずれも減少していたという報告があるが、サンプルサイズが小さい、対照群をとっていない、といった点で方法上問題があり、信頼性が高い結果とはいえない。また、これら方法論上の限界に加えて、これらの結果からは、非自発的治療のどの要素が、例えば法的な拘束力、支援計画、地域精神保健サービスの強化、など何がこれらの結果に寄与していたかを知ることはできない。ニューヨーク州のKendra法施行後も州の保健部門から、好ましい効果結果を示す報告書が出版されたが、これらの結果は法的拘束力によるものか、予算配分が増加したために、地域精神保健サービスの質の向上によるものか、について、本研究から判別することはできないという限界がある。

次に、本制度をめぐる関係者、代表的には、当事者、精神科医、家族の視点に関する研究について整理された。

ノースカロライナにおいて、当事者を含め、関係者に典型的な症例のヴィニエットを提示し、非自発的外来治療の適否についてたずねたところ、非自発的な入院治療を避けるためには非自発的外来治療を肯定する、という意見に一致がみられた。特に地域精神保健サービスへのアクセスを高めるためには、本制度を肯定する当事者の意見もみられた。これらの当事者の本制度への見方は、当事者のケアのニーズや精神疾患に関する認識に影響をう

けていたが、介入のアウトカムによらないといわれている点が興味深い。

カナダ、ニュージーランドの研究では、精神科医らの多くは、本制度について肯定的な意見を持つものが多かったものの、患者の権利の侵害と、効能について実証されていないことへの懸念を示すものがいた。

家族の視点を検討した研究はアメリカとニュージーランドで実施されており、概ね非自発的治療制度を好意的に思っているものの、外来治療の不足、精神疾患への恐れ、ケアを提供できない、という懸念が非自発的治療を妨げる要因として示された。

このように、関係者の立場によって、その価値観は多様であったが、非自発的入院治療を避けるためには、本制度の施行に肯定的という点で一致していた点を指摘している。

また、非自発的治療の対象患者の特徴は、研究が文化的、人口学的に多様な設定で行われたにも関わらず、興味深い一致がみられていた。非自発的治療を受けたものは、男性、40歳前後、精神疾患の既往が長く、過去に入院歴があり、統合失調症圏か重篤な気分障害であり、本制度が適応されたときに顕著な精神症状、特に幻覚がある、という患者像が典型的であった。しかし、これらは、発病年齢、症状の重篤度、他のハイリスクの行為への関与となった、疾病の性質と経過に関連する要因との交絡も考えられるので、ある特定の集団が非自発的外来治療を受けやすいと結論付けることはできない。

次に、主な研究課題である本制度の効果評価であるが、研究がいくつか発表されているが、最もエビデンスレベルが高いとされている無作為化比較試験（RCT）のデザインの研究は、米国の2つの研究（ノースカロライナ州、ニューヨーク州）が発表されているのみである（Steadman HJ, 2001.; Swartz MS, 2001）。結果、いずれも再入院率、入院日数などをアウトカム指標として、これらの介入は、対照群と比較して統計的に有意な効果は見出されなかった。コクランレビューでは、サンプルサイズが少ないという限界を、メタアナリシスの手法で補い再検討したが、ここ

でも明らかな効果は見出されなかった。費用対効果比についても明確な便益は確認されなかった。治療必要数（NNT, number needed to treat）を検討したところ、1人の再入院を防ぐのに85人、そして1人の逮捕を防ぐのに238人の自由を制限することになり、これらの効果をえるために社会的な合意が得られるかは懐疑的な見解を示している（Kisely S, 2005）。

しかし、非自発的外来治療のような法的介入の効果を無作為化比較試験で評価することの限界も指摘されている。例えば、暴力の危険性のあるものを無作為に割り付けて介入研究を実施することは、現実的には、倫理的、法的問題をはらんでいる。このように本課題のRCTの実施には現実的には大きな制約があり、そこから生じる研究上のバイアスについて慎重な解釈が必要である。また、対照群をおいた研究であっても、この効果が「非自発的治療（強制治療）」によるものか、あるいは地域における治療の強度が増えたためであるかは判別がつかない。このような限界を認識した上で、今後もより大規模で厳格なデザインでの研究の展開が望まれる。

最後に、非自発的外来治療制度と良好なアウトカムとの関連要因を検討したところ、診断、臨床的特徴、物質乱用の状態、非自発的外来治療の期間、サービス強度、薬物療法へのアドヒアランスなどであった。しかしこれらの結果は単一の研究フィールドから引き出されたものであり、そもそもこの介入研究では非自発的外来治療の効果は得られなかったものである。ゆえに、この関連の強さは限定的であり、研究デザインとしても因果関係を示唆するものではないなどの点に留意する必要がある。

以上から、非自発的外来治療の効果についてこれまでの研究から結論を導くのは時期尚早であると筆者は結論付けている。効果は明らかでなかったが、本制度の対象患者の特徴について個々の研究の設定が異なっていたにも関わらず、患者特性が類似していたことは、本制度のニーズがあることを示しているのだろう。

D. 考察

課題1. 措置入院患者への ACT モデルの試 行の検討

措置入院を経験したものに対して ACT プログラムで支援をしたものを 30 ヶ月間追跡したところ、再入院したものは3人であった。このうち2人は措置入院での再入院を繰り返した。これらの再入院の時の ACT の役割としては、本人や家族に対する治療への促し、関係者（機関）との連絡調整であった。これらの働きにより、再入院は防げなかったにしても、その過程はより円滑であったことが伺われた。限定された症例数であるが、措置入院の患者は、医療中断、服薬中断それにより症状の再発、再入院のリスクの高いものが多いことが伺われた。治療関係の構築が困難なものは再入院が関係作りの好機となり、長期的なかかわりが必要なものもあった。しかし、措置入院を経験したものでも、入院時、退院初期に地域生活に円滑に移行できるよう、医療的支援に加えて、日常生活支援、住居確保に関する支援など幅広く提供し、定期的に精神症状・服薬管理をすることでその後、症状の動揺はあっても再入院を免れたケースもあった。今後は、措置入院を経験したもののうち、高密度のサービスを必要とするものとの関連要因を明らかにすることが望まれる。また、より対象者数を増やした効果評価研究や費用対効果比などの経済的な検討も求められよう。

課題2. 非自発的外来治療制度の文献的考察

上述のように、既に本制度を導入している欧米諸国の知見に基づいて、本制度の効果について結論を出すことはできなかった。しかし、法的介入という特性から、これまでの無作為化比較試験で効果を評価するには、研究デザイン、法的、倫理的、実施面で課題が残り、必ずしも本制度を否定する結論でもないと考えられる。また、当事者、治療者、家族の本制度に対する見方は、様々な価値観を反映するものであったが、肯定的な意見で一致していたものもあった。地域精神保健の体制の整備についてわが国よりも先行している米国、英国、オーストラリア、カナダにおいて非自発的外来治療制度の導入が進められてい

るが、必ずしもその効果は明らかにはなっていないという前提で、関係者間の視点のバランスをとりながら、地域における当事者の well-being を目指して慎重に議論をしていく必要があるだろう。

E. 結論

措置入院患者における退院後の治療のあり方について、積極的な医療および生活支援の取り入れた包括型地域生活支援 (ACT) プログラムの試行例を通じて効果を検討した。措置入院を経験した5名のうち、3人が再入院し、このうち2人は措置入院での再入院を繰り返した。ACT が提供した支援は、入院時、退院初期に地域生活に円滑に移行できるよう、医療的支援に加えて、日常生活支援、住居確保に関する支援、家族支援、本人への心理教育など多様であった。特に医療中断、服薬中断をしたものは、再発、再入院を免れることができなかったが、それでも継続的な支援で入院はより円滑であったことが伺われた。

また、非自発的外来通院制度をすでに導入している欧米諸国の状況に関して文献のレビューを行い、先行研究、データに基づいて本制度のこれまでの知見について整理した。その結果、本制度の効果について結論を出すことはできなかった。しかし、法的介入という特性から、これまでの無作為化比較試験で効果を評価するには、研究デザイン、法的、倫理的、実施面で課題が山積しており、現時点ではこれらの結果は必ずしも本制度を否定する結論ではないと考えられた。

【参考文献】

Brophy LM, Reece JE, McDermott F. A cluster analysis of people on Community Treatment Orders in Victoria, Australia. *Int J Law Psychiatry*. 2006 ;29(6):469-81.

Churchill R. International experiences of using community treatment orders. Retrieved on 2007.3.12. from <http://www.iop.kcl.ac.uk/news/downloads/Final2CTOreport8March07.pdf>

Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jul 20;(3):CD004408.

McKenna BG, Simpson AI, Coverdale JH. Outpatient commitment and coercion in New Zealand: a matched comparison study. Int J Law Psychiatry. 2006 ;29:145-58.

Ridgely MS, Borum R, Petrila J, et.al. The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States. RAND. Corp. Santa Monica, CA. 2001

Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, et.al. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. Psychiatr Serv. 2001;52(3):330-6.

Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, et.al. Can involuntary outpatient commitment

reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. Am J Psychiatry. 1999; 156(12):1968-75

Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, et.al. A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. Psychiatr Serv. 2001;52(3):325-9.

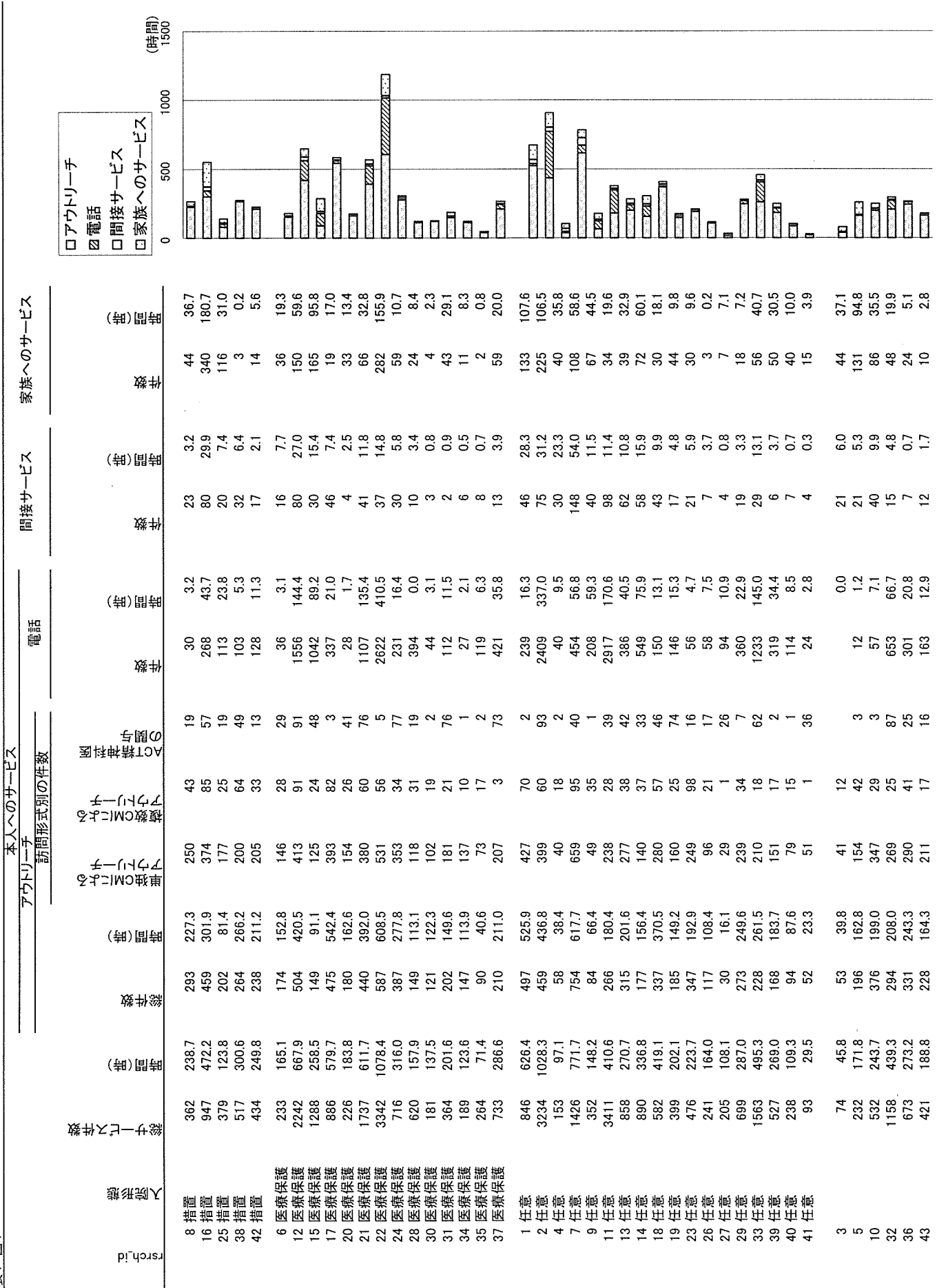
Torrey EF, Kaplan RJ. A national survey of the use of outpatient commitment. Psychiatr Serv. 1995; 46(8):778-84.

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表
なし

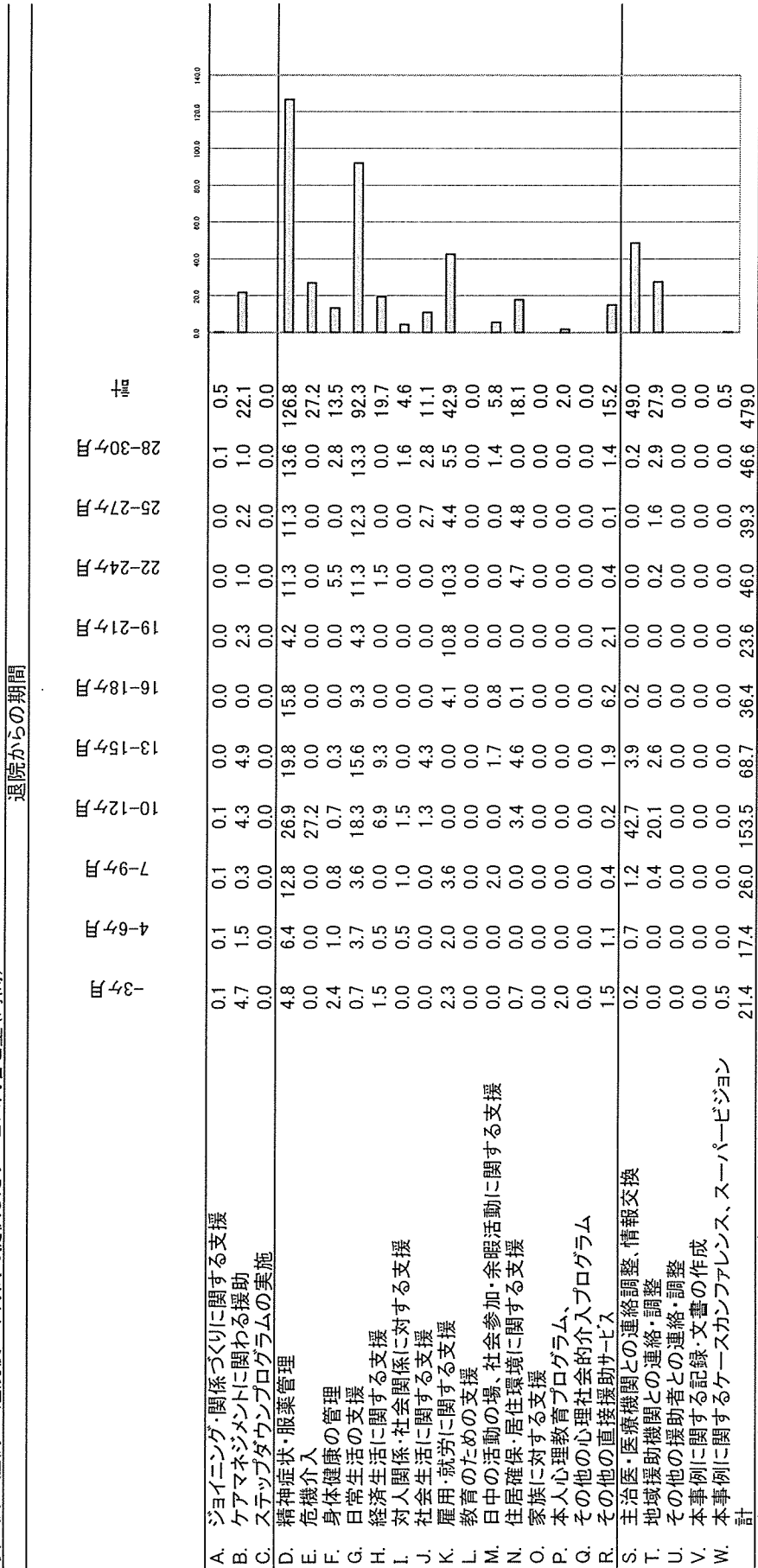
H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

表1・図1



2007年1月9日までに入力されたサービスコード情報を示した。CMIはケースマネージャを表す。

表2・図2 症例11に退院後30ヶ月間で提供したサービス内容と量(時間)



2007年1月9日までに入力されたサービスコード情報を用いた。

表3・図3 症例2に退院後30ヶ月間で提供したサービス内容と量(時間)

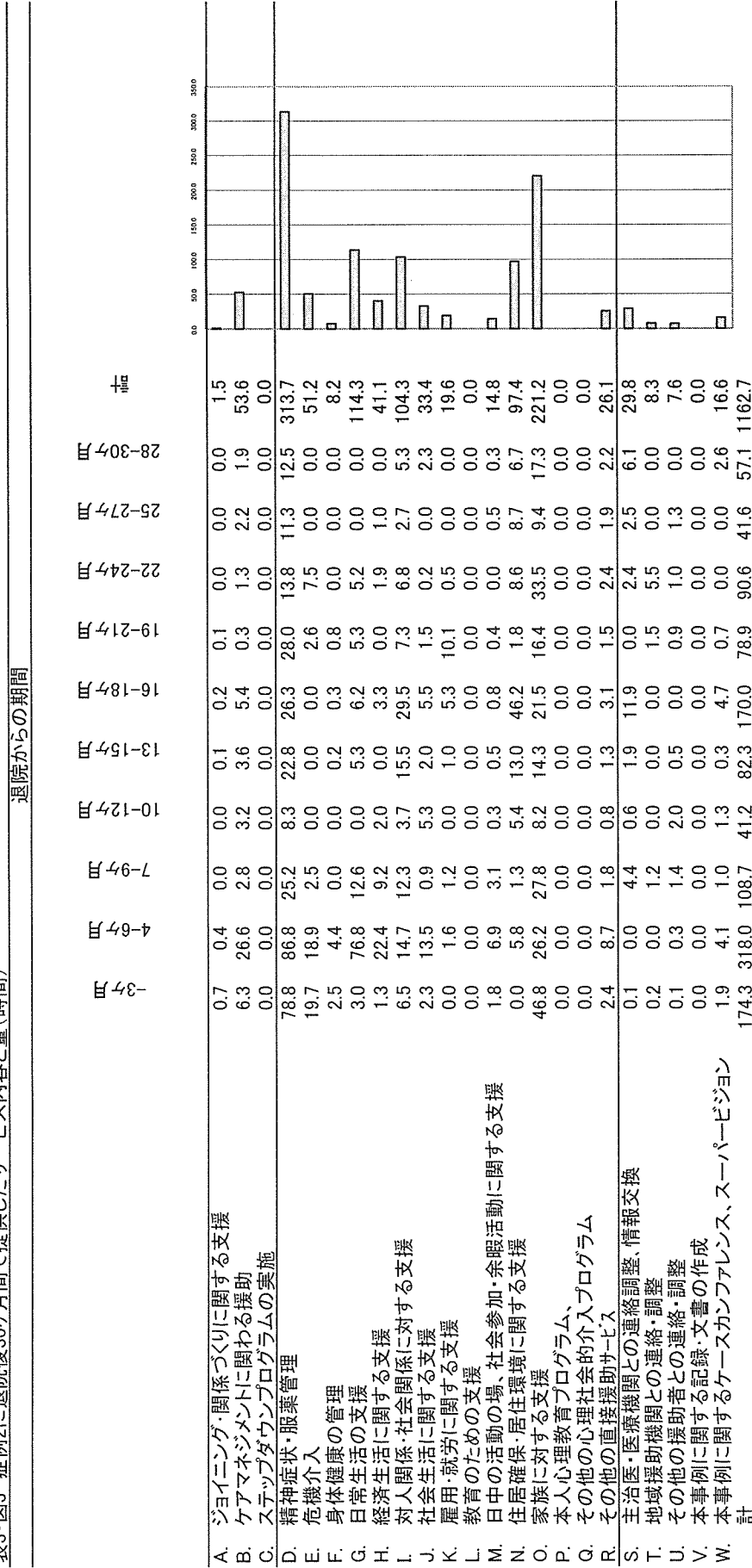
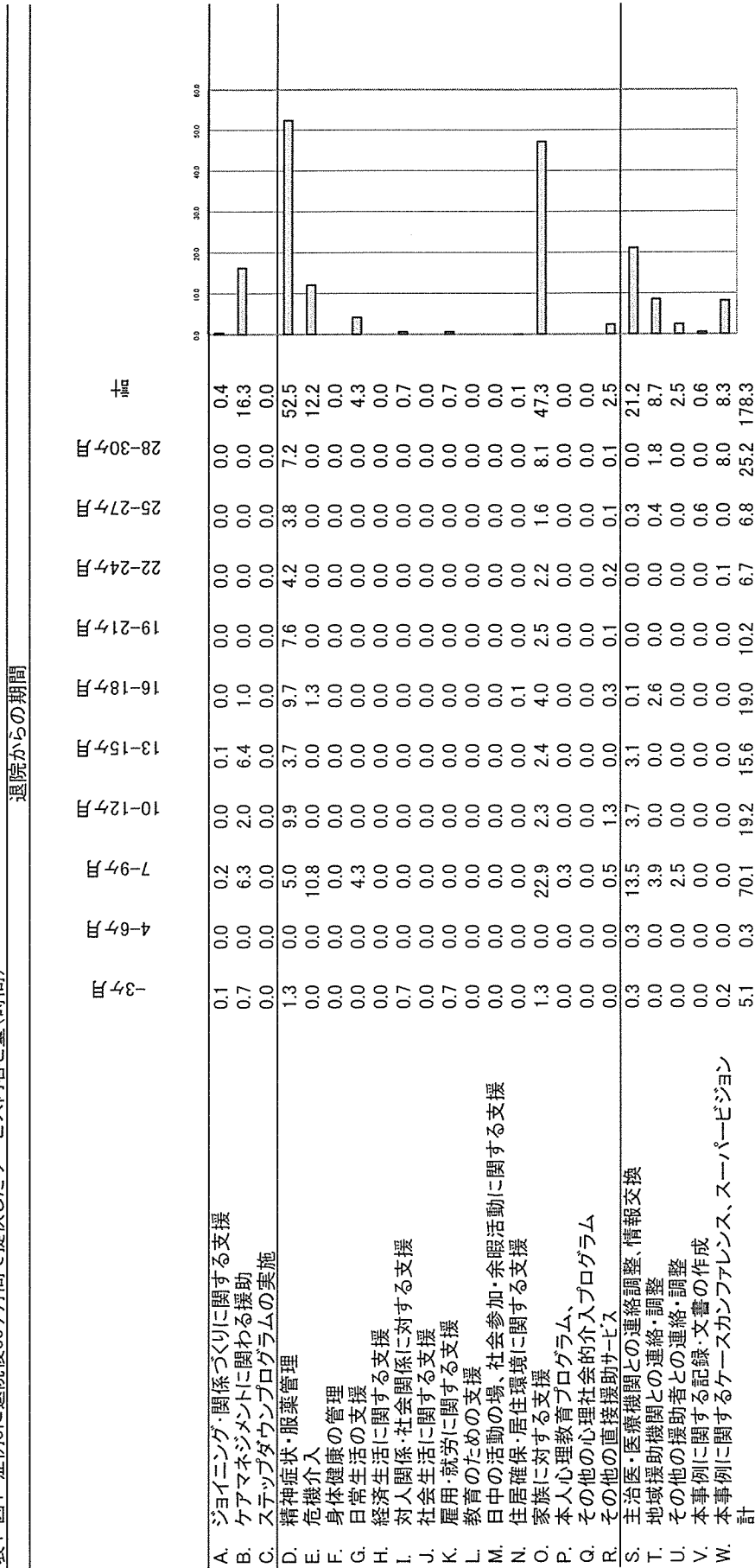


表4・図4 症例31に退院後30ヶ月間で提供したサービス内容と量(時間)



2007年1月9日までに入力されたサービスコード情報を用いた。