

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
平成 16 年度～平成 18 年度 総合研究報告書
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 浦田重治郎 (国立精神・神経センター国府台病院) (平成 16～17 年度)
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)
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を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、措置入院患者のフォロー体制として、非自発的外来通院制度が欧米では多くの地域で導入されているが、これらの制度の運用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、市川市国府台地区で実施されている ACT プログラムの利用者のなかで、その経過中に措置入院の処遇をとったものを対象にして、入院中、退院後の地域生活支援、特に症状再発や再入院などの危機対応に、ACT スタッフから提供されたサービスについて量、種類、時期について検討した。情報は 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、先行研究に基づき本制度の有効性と課題について検討した。この目的のために、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、措置入院経験者、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) とやはりその幅は広く、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。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本制度が対照条件に比較して効果的であるとはいえなかった。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いるものは多い。治療・社会復帰支援の実施計画を立て、措置解除後にその実施計画にもとづいて医療および社会復帰・生活支援を直接提供し、また一定期間ごとにあるいは病状ないし生活状況の変化に応じて計画の見直しを行うという手法は退院後の治療の質を高めることになる。このようなケースマネジメントの様式のひとつとして、ACTモデルが挙げられ、欧米では当初脱施設化の手段として用いられたが、その後は多くのニーズを持つ精神障害者のケアのあり方として用いられている。本研究では、ACTモデルを用いて、措置入院患者が退院後の医療及び社会復帰・生活支援のニーズの評価を実施計画に必要な事項を検討し、このサービスモデルのあり方の評価を行う。

欧米では1970年代からACTモデルが導入されその後普及されたが、わが国においては、H15.5に厚生科学研究こころの健康科学研究事業として初めて臨床活動が開始された。したがって、対象となるACTプログラムはわが国では経験も浅く、とくに措置入院患者への支援は症例数が限定されている。このために、本研究では、ACT-Jプログラムの実施状況についての報告し、とくに措置入院患者への支援をめぐる問題点の考察を加える。

（課題1. 措置入院患者へのACTモデルの試行）。

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して明らかになった。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

国の状況につい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を整理する。（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、統計的な検定は行わず、ケースの経過について個別に検討した。

なお、こ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、地域における単身生活を現在に行っている。

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ヶ月後に再発・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いていたが、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、この時点での濃厚は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, Rindely 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、非自発的入院を経験したもののフォロー体制として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、今後の議論に資するものであると考えられる。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）法において、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 LM, 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（Rindgely 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。

Churchillは、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を検討したところ、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った（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、これらの研究の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、これらの効果を得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、暴力の危険性が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、実施面で課題が残り、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. 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.

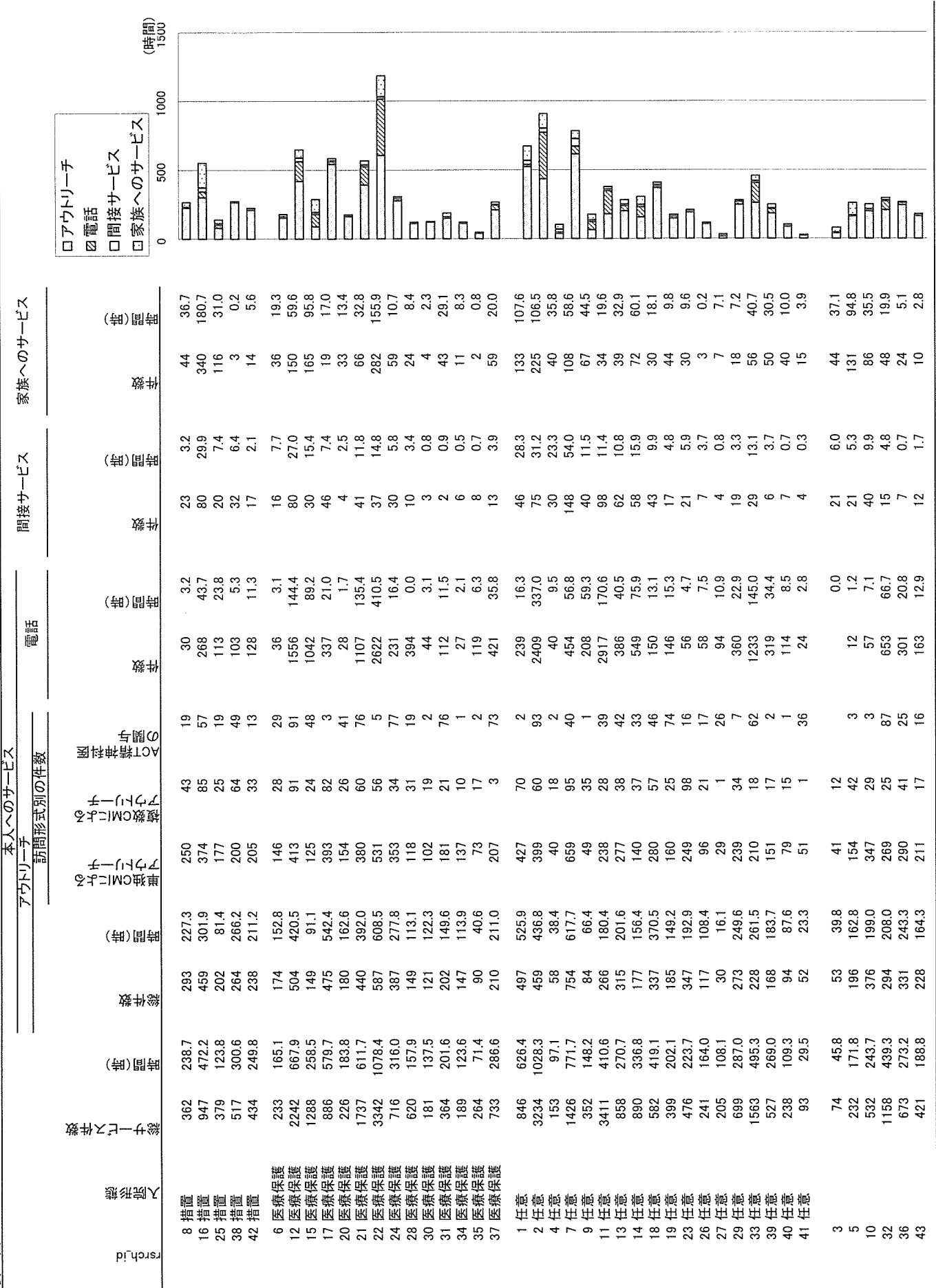
F. 研究発表

なし

G. 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用いた。CMはケースマネージャを表す。

表2・図2 症例1に退院後30ヶ月間で提供したサービス内容と量(時間)

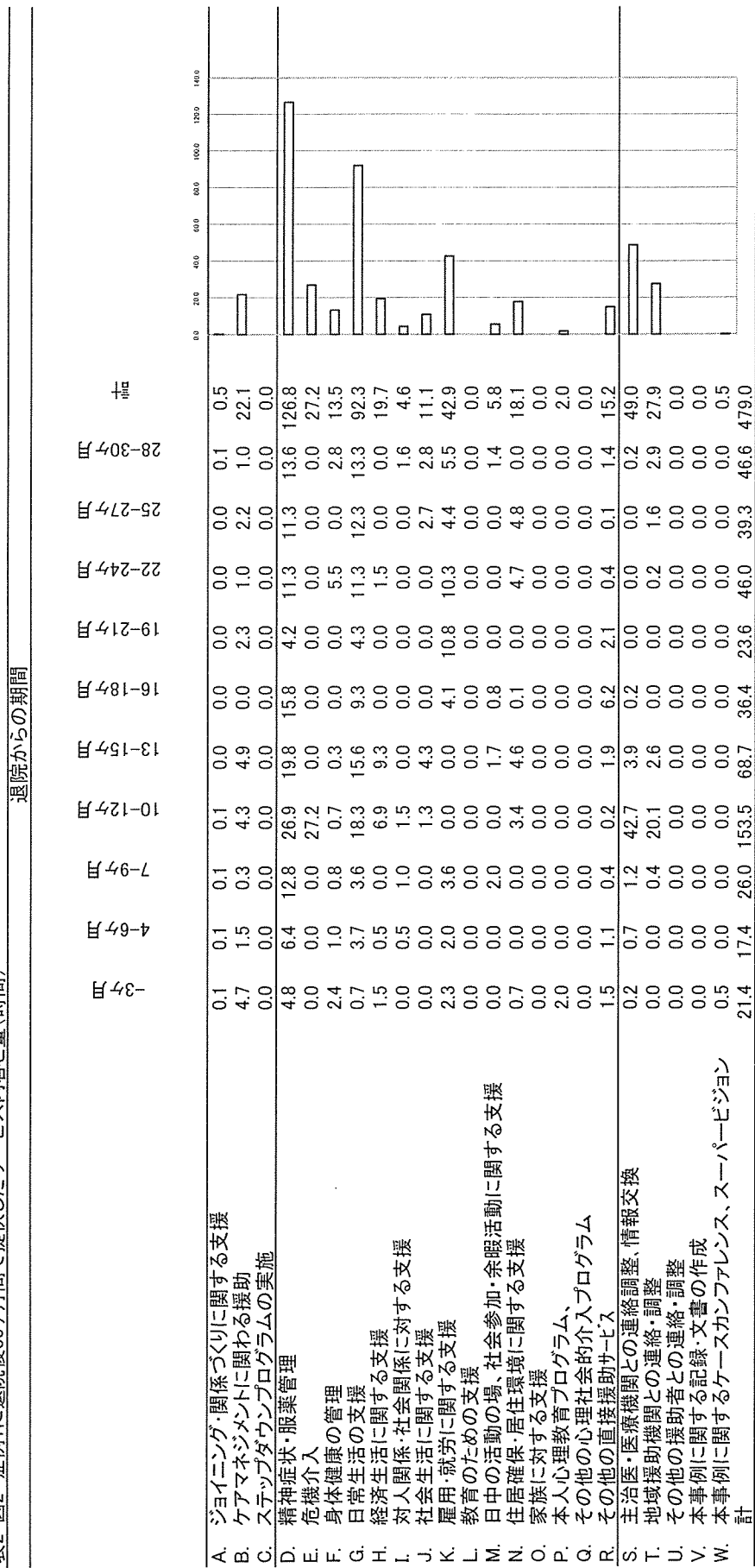
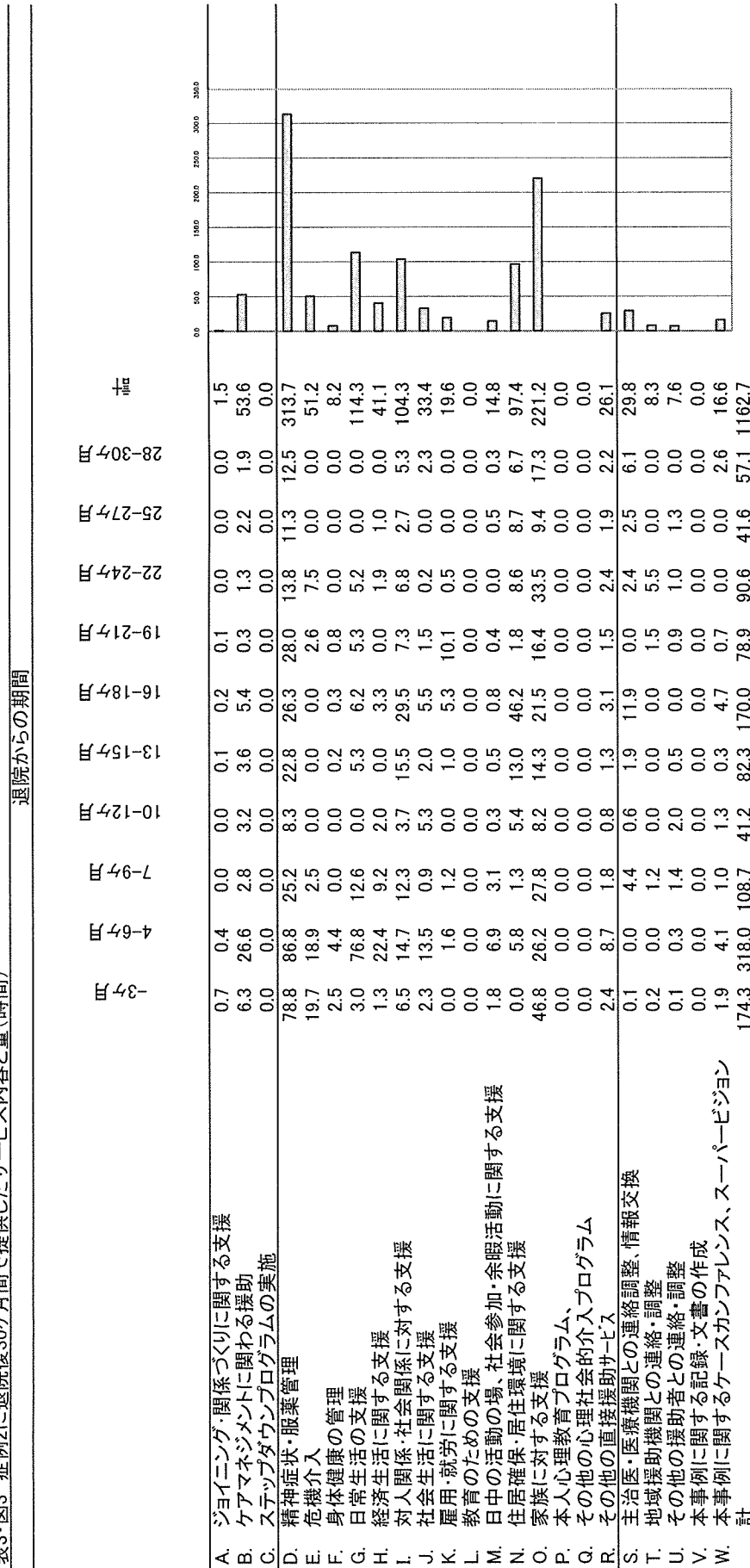


表3・図3 症例21に退院後30ヶ月間で提供したサービス内容と量(時間)



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)

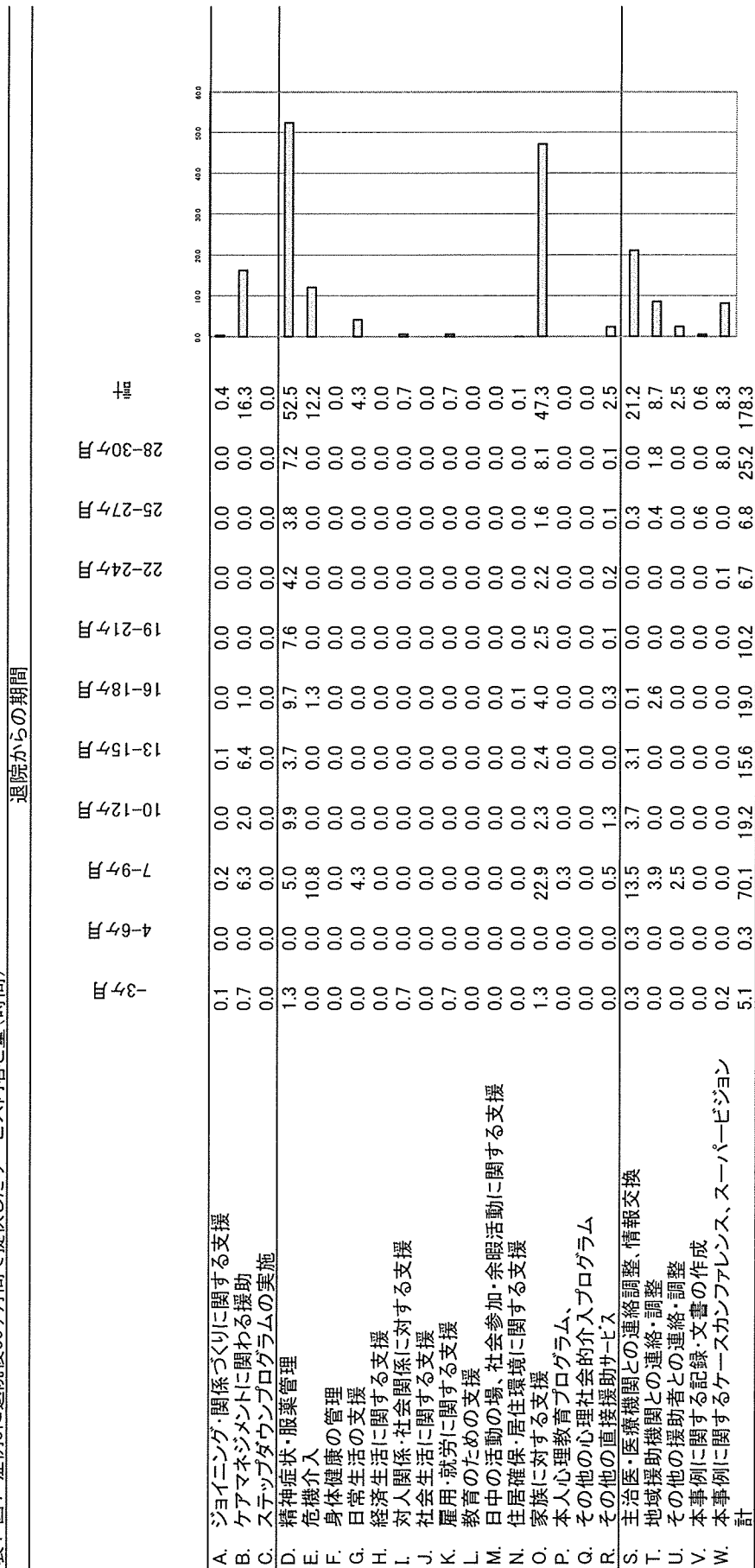
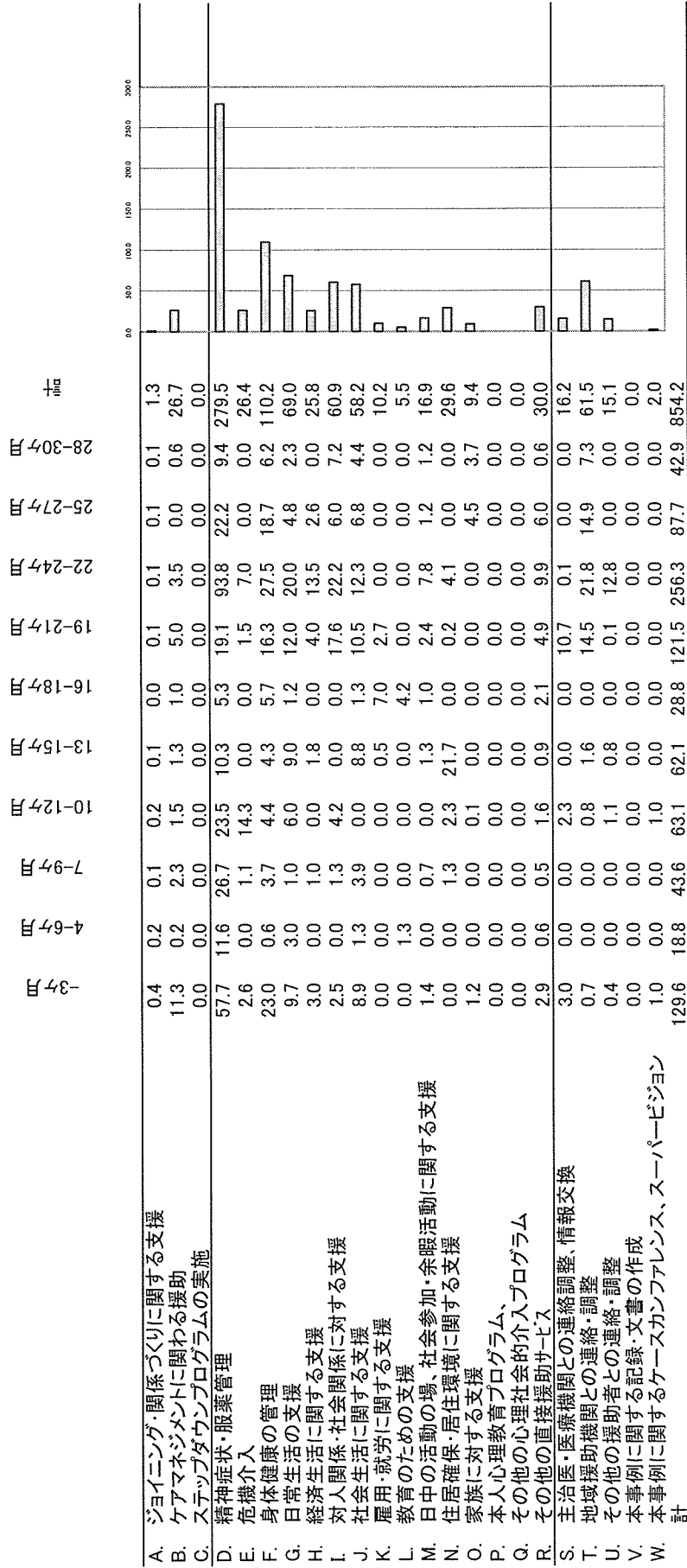


表5・図5 症例41に退院後30ヶ月間で提供したサービス内容と量(時間)

退院からの期間



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6-図6 症例5に退院後30ヶ月間で提供したサービス内容と量(時間)

サービス内容	退院からの期間												計
	-3ヶ月	4-6ヶ月	7-9ヶ月	10-12ヶ月	13-15ヶ月	16-18ヶ月	19-21ヶ月	22-24ヶ月	25-27ヶ月	28-30ヶ月	計		
A. ジョイニング・関係づくりに関する支援	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	
B. ケアマネジメントに関わる援助	8.8	0.8	1.6	3.3	6.8	3.2	0.5	1.8	0.7	2.8	30.2		
C. ステップダウンプログラムの実施	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
D. 精神症状・服薬管理	24.3	22.3	12.3	18.5	22.2	13.9	19.0	34.5	14.8	6.8	188.5		
E. 危機介入	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
F. 身体健康の管理	1.0	2.6	2.0	1.5	2.0	0.2	0.0	2.9	4.5	1.0	17.7		
G. 日常生活の支援	0.0	1.0	3.0	0.3	0.5	0.8	0.0	3.3	7.5	2.0	18.4		
H. 経済生活に関する支援	8.2	7.9	2.5	4.3	0.0	2.2	4.4	4.2	2.0	0.0	35.6		
I. 対人関係・社会関係に対する支援	0.0	2.1	5.0	1.0	2.7	3.0	0.0	0.0	1.0	2.3	17.0		
J. 社会生活に関する支援	10.0	6.4	2.0	0.2	0.0	0.0	0.0	3.3	0.0	0.0	21.9		
K. 雇用・就労に関する支援	1.2	7.4	17.4	13.8	11.4	6.3	36.3	4.8	0.0	1.0	99.7		
L. 教育のための支援	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
M. 日中の活動の場、社会参加・余暇活動に関する支援	2.0	5.4	2.0	0.0	0.5	2.6	9.0	1.0	5.0	0.0	27.5		
N. 住居確保・居住環境に関する支援	1.8	2.2	0.0	2.1	0.0	0.7	0.0	0.8	5.0	4.5	17.0		
O. 家族に対する支援	1.6	1.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2		
P. 本人心理教育プログラム、その他の心理社会的介入プログラム	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
Q. その他の直接援助サービス	3.1	3.3	0.5	2.1	0.6	2.2	1.8	0.3	0.8	1.1	15.6		
S. 主治医・医療機関との連絡調整、情報交換	0.2	0.9	0.1	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.6		
T. 地域援助機関との連絡・調整	1.3	0.6	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	1.7	0.2	0.0	3.8		
U. その他の援助者との連絡・調整	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
V. 本事例に関する記録・文書の作成	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.3		
W. 本事例に関するケースカンファレンス、スーパービジョン	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
計	63.2	63.7	48.9	47.4	47.1	35.0	71.0	58.5	41.5	21.7	498.1		

2007年1月9日までに入力されたサービスコード情報を用いた。

分担研究報告書

措置入院制度を含む精神科救急医療の 適正な供給に関する研究

分担研究者 白石 弘巳

東洋大学

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
平成16年度～平成18年度 総合研究報告書
分担研究報告書

措置入院制度を含む精神科救急医療の適正な供給に関する研究

分担研究者 白石弘巳(東洋大学ライフデザイン学部)
研究協力者 五十嵐禎人(千葉大学) 池原毅和(東京アドボカシー法律事務所)
(五十音順) 一瀬邦弘(東京都立豊島病院) 岩下 寛(桜ヶ丘記念病院)
岩成秀夫(神奈川県立精神医療センター) 梶 達彦(東京都立府中病院)
鴻巣泰治(埼玉県立精神保健福祉センター) 澤 温(さわ病院)
陶山満雄(東京都立墨東病院) 築島 健(札幌市精神保健福祉センター)
長島美奈(千葉県立精神科医療センター) 中村 満(東京都立豊島病院)
西村隆夫(東京都立府中病院) 平田豊明(静岡県立こころの医療センター)
藤村尚宏(東京武蔵野病院)
益子 茂(東京都多摩総合精神保健福祉センター)
宮田裕章(東京大学) 分島 徹(東京都立松沢病院)

研究要旨

精神科救急医療と措置入院の関連について明らかにし、改善の為の提言を行うために、調査1. 精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態(平成16年度)、調査2. 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査(平成16～18年度)、調査3. 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査(平成17年度)、調査4. 精神科救急医療システムの実施状況に関する医療機関調査(平成18年度)、調査5. 医療観察法施行以降の精神科治療の状況に関する調査(平成17～18年度)などを行った。

その結果、以下のことが明らかになった。調査1: 精神科救急病棟では入院患者の約4分の1が、緊急措置および措置入院であった。措置入院ケースは、入院時状態像や他害リスクなどにおいて、精神科救急病棟全体の入院患者の中でも、重症患者の一群を形成することが判明した。措置入院制度は、精神科救急医療の局面では、重症患者の医療への迅速な導入に有用な制度として機能しているものと推測された。調査2: 東京都において精神科救急を頻繁に利用する者は、病状が不安定で、家族に対する暴力が少なくなく、治療中でも十分な効果が得られていないと考えられる場合があり、家族からの支援を受けにくい、などの問題が明らかとなった。調査3: 都道府県で、措置入院に対するシステム(緊急医療システム)を構築しているのは、6都府県で、緊急システムのない自治体の7割では、夜間休日に措置診察の必要が生じたときには、保健所または本庁主管職員が通報処理を行っていた。国庫補助を受けている救急情報センターは一ヶ所に固定して設置される傾向が高かったのに対し、いわゆる電話窓口は輪番病院などにおかれ、電話番号の公開もいまだ概して低かった。調査4: 平成18年5月に精神科救急医療システム整備事業により入院した全29病院の292人について調査し、平成11年度の調査と比較したところ、警察官による搬送件数の減少、身体拘束を受ける人の比率の減少などが認められた。調査5: 医療観察法で「通院命令」が出る比率が高く、地域の精神科医療機関が対応に追われていること、法の不備を見直し、また法施行の地域格差をなくしていくことなどが必要であることが明らかとなった。

A. 研究目的

障害者の人権を尊重するノーマライゼーションの考え方などを背景として、精神障害者を治療し、またリハビリテーションを行うために、従来以上に通院医療が重視されるようになってきている。このように地域で精神障害者を支えていくためには、通院による治療を補完し、緊急に精神科治療が必要な事例に対して、夜間休日においても迅速に対応することが求められている。

平成7年、厚生省（当時）は夜間休日の精神科救急医療システムを整備するための事業を開始し、現在までに全国47都道府県で精神科救急医療が実施されるようになった。平成18年2月現在全国に165の地区が設定され、輪番病院などにより精神科救急医療システム整備事業が実施されている。また、精神科救急情報センター事業が行われている箇所数は全国で21箇所、精神科救急入院料病棟が18箇所、精神科救急医療センターが2箇所開設されている（図1）。このように、精神科救急医療に関して新しい取り組みが行われる一方で、精神科救急医療の実施状況には、なお都道府県ごとに差異があり、それぞれ課題を抱えているのが現実である。

また、自傷他害を要件とする措置入院は、患者の生命を守り、また社会の安全を守るために都道府県知事の命令によって行われるものである。平成17年度から、いわゆる重大な触法行為を行った精神障害者に対しては、医療観察法が適用されることになった。医療観察法の施行により、措置入院制度との関係、さらには精神科救急入院制度との関係についても新しい状況が生じてきていると考えられる。精神障害者による重大犯罪については、事後のみならず、事前の対応が重視されるべきことから、措置入院制度と精神科救急医療事業が果たすべき役割は小さくない。

そこで、本研究班では、精神科救急医療システム整備事業、措置入院制度などの現状について調査し、今日的課題を見出し、改善を進めるための方針を見出すために、以下の一連の調査研究を企画した。

調査1. 精神科救急病棟入院患者に見る措置

入院患者の実態（平成16年度）

精神科救急入院料認可病棟（いわゆる「スーパー救急病棟」。ここでは「精神科救急病棟」と略記）の認可を受けている病棟について、その運営実態、およびその病棟に入院する患者（とりわけ緊急措置および措置入院となった患者）のプロフィールを明らかにする。

調査2. 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査（平成16～18年度）

東京都の精神科救急医療事業においては、精神科救急医療の現場において措置入院（含緊急措置入院）が必要となった事例についての情報が蓄積されていることに鑑み、精神科救急医療を複数回利用した精神障害者の実態を調査し、今後こうした事例に対する臨床的対応のあり方を提言する資料とする。

調査3. 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査（平成17年度）

全国47都道府県、指定市に精神科救急医療システム運用に関するアンケート調査を実施し、その実態について分析する。特に、措置入院患者を精神科救急医療の中でどのように受け入れているかについて検討する。

調査4. 精神科救急医療システムの実施状況に関する医療機関調査（平成18年度）

厚生労働省が助成する精神科救急医療システム整備事業の補助を受けている、都道府県の精神科救急医療事業に参加している精神科医療機関を対象として、この事業により入院した精神疾患患者についてアンケート調査を行い、本事業の運用状況について調査する。

調査5. 医療観察法施行以降の精神科治療の状況に関する調査（平成17～18年度）

措置入院と精神科救急医療のあり方についての調査研究を進めるに当たり、平成17年7月より施行された医療観察法の影響で、措置入院と精神科救急医療にも新たな状況も発生していることが推定される。このため、各方面で臨床現

場の情報に接している医師や精神保健福祉士の参加を求め、問題点を洗い出すための意見交換会を行うこととした。

B. 研究方法

調査1. 精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態

平成16年度に精神科救急病棟の診療報酬許可を得ていた病棟は14あった(表1)。これらの病棟を有する医療機関に対して、アンケート票を郵送し、有記銘で回答を求めた。アンケートの内容は、運用に関する諸項目、及び精神科救急病棟における平成16年9月1日から11月30日までの3ヶ月間の退院患者に関する諸項目、とした。アンケートを分析し、精神科救急病棟の運用実態について明らかにする。特に措置入院した者に関する情報を整理することとした。

調査2. 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

平成16年度は、東京都立豊島院と都立府中病院の夜間休日の精神科救急医療を3回以上利用して入院した者を抽出し、患者の性別、年齢、発病年齢、家族構成、社会復帰施設の利用状況、各回の精神科救急医療事業の利用時点での状況(精神症状、行動面での問題、問題発生から利用までの期間、そのときの受診状況、問題の発生場所と医療機関までの同伴者、入院形態)等について調査した。これらを記載するための調査用の小票を作成し、それぞれの医療機関に勤務する精神科医が、患者ごとに診療録等を参照して記入した。小票の情報はコンピュータに入力し、Excelアンケートソフト「太閤」を用いて、統計的に解析した。平成17年度は、同じ要領で、都立墨東病院と都立松沢病院の精神科救急医療事業の頻回利用者についても調査した。

さらに、平成18年度は、東京都における精神科救急医療頻回受診者の特徴を明らかにするために、対照群を設定して、比較検討を行った。

調査3. 都道府県、指定市の精神科救急システムの現況調査

全国の47都道府県、13政令指定都市の計60の担当課を調査対象とし、精神科救急システム整備事業の実施状況を明らかにするための自記式の調査票を郵送し、返送を求めた。調査は、平成18年2月から3月にかけて行った。

調査票では、精神科救急医療システム、精神科救急医療の実績、精神科救急医療事業の医療機関別の取扱件数、精神科救急情報センターの機能等に関する質問に加えて、自由記載として、精神科救急医療事業の課題、精神科救急医療センターの整備に関する考え方、精神科救急医療の頻回利用者への対応、医療観察法施行後の課題、等について尋ねた。

調査4. 精神科救急医療システムの実施状況に関する医療機関調査

精神科救急医療システム整備事業の実施状況を調査するために、平成11年度の厚生科学研究班(主任研究者・守屋裕文埼玉県立精神医療センター総長)では、精神科救急入院者数が上位であった医療機関を対象として、平成11年5月1日から同31日までの間、当該医療機関に夜間、休日の時間帯に救急入院した入院患者全員について、性別、年齢、精神科受診歴の有無、精神疾患とその状態、事例化した理由、入院依頼者、搬送者、入院形態や平成11年9月1日現在の入院治療の転帰、などについて郵送で回答を求めた。その結果、65の医療機関から回答を得た(回収率50%)。そのうち、58医療機関で、5月中に入院者がおり、その総数は502人であった。

本研究班では、このときと同様の小票を用いて、その際精神科救急医療システム整備事業による入院者がいると回答した58医療機関を対象として、平成18年5月1日から同31日までに同事業により入院した患者について回答を求めた。小票の情報はコンピュータに入力し、Excelアンケートソフト「太閤」を用いて、統計的に解析した。

調査5. 医療観察法施行以降の精神科治療の状況に関する調査

措置入院と精神科救急医療のあり方について

の調査研究を進めるに当たり、平成17年7月より施行された医療観察法の影響で、措置入院と精神科救急医療にも新たな状況も発生していることが推定される。このため、各方面で臨床現場の情報に接している公立病院や精神科病院の医師、精神保健福祉センター職員(医師あるいは精神科ソーシャルワーカー)、法律家などに参加を求め、意見交換を行った。意見交換会は、平成18年2月11日(東京の八重洲クラブ)と平成19年2月3日(東京・本郷の学士会分館)の2回行った。いずれも、討議内容を記録し、後から課題ごとに論点を整理した。

プライバシーの保護について

本研究班の三つの調査研究は、精神科救急医療事業を利用した患者の個人情報扱うものであるが、患者個人に対するものではなく、すでに作成された資料の二次的利用を行うものである。調査は、性別、年齢、居住地、その他個人的特徴について、すべて統計的に処理することとし、事例の状況について検討した結果を外部への発表するに際しては個人が識別できないよう十分配慮を踏ることとした。

C. 研究結果

調査1. 精神科救急病棟入院患者に見る措置入院患者の実態

1) 回答状況

2005年2月25日現在、14施設中11ヶ所の精神科救急病棟から回答があり、938ケースの患者データが収集された。このうち、入院時に緊急措置および措置入院となっていたのは224ケース(23.9%)であった。

2) 精神科救急病棟の運用状況

全国11ヶ所の精神科救急病棟の平均像を図2に示した。平均約40床の病棟に年間約350件の入院があり、平均42日で約半数(院内他病棟を経由すると約74%)の患者を在宅ケアへ移行させている。

精神科救急病棟はすべて、都道府県が運営する精神科救急システムに基幹的病院もしくは輪番病院として参加していた。

当該病棟への入院時の入院形式を図2に示した。23.9%が緊急措置および措置入院となっており、応急入院と医療保護入院を併せた非自発入院の比率は8割を超えていた。

3) 精神科救急病棟に入院した措置入院患者(表2)

表2に精神科救急病棟への緊急)措置入院患者224人と同病棟に入院した患者全員938人とを比較して提示した。診断では、精神病群(F2)、感情病群(F3)、物質依存群(F1)の順となっていた。診断構成は、措置ケースは、病棟全体に比して特別の差を認めなかった。入院時状態像では、措置ケースにおいて精神運動興奮が有意に多かった。他害行為の比率は、措置ケースで有意に高かった。入院時の処置では、注射、静脈麻酔、点滴、拘束の比率ともに、措置ケースが高かった。入院時の病室では、隔離室の利用率が、措置ケースで高かった。入院時のGAFスコアは、措置ケースが低かったが、退院時には差がなくなっていた。精神科救急病棟からの転出先では、措置ケースにおいて、閉鎖病棟への転棟と他の精神科病院への転院比率が高かった。

調査2. 東京都における精神科救急医療頻回受診者の調査

1) 対象者数と対象者のプロフィール

調査日までに東京都の精神科救急を受診し、3回以上入院した精神疾患患者は都立府中病院で61名、都立豊島病院で43名、都立墨東病院で79名、都立松沢病院で17名、計200名であった。

入院者の平均年齢は38.3歳(18~78歳)、性別は男120:女80=2:1であった。精神科疾患の発症年齢は、平均22.9歳(0~66歳)であった。

同居者については、複数回答で、親あり76名(38%)、配偶者あり18名(9%)、子どもあり11名(5.5%)、その他の親族あり52名(26%)、単身者69名(34.5%)となっていた(表1.1)。社会復帰施設を利用している者は28名(不明者を除いて25.7%)であった(表1.2)。