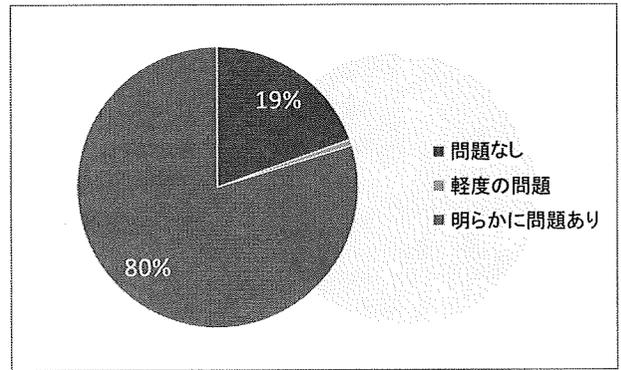
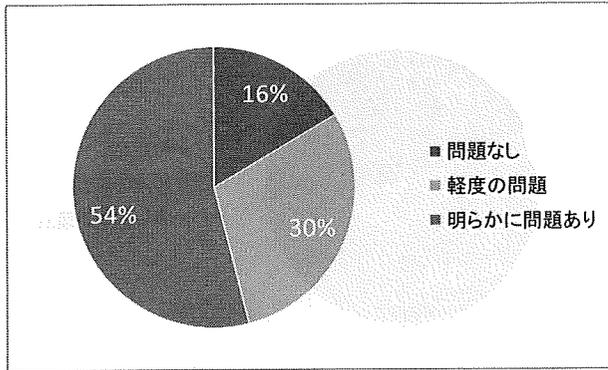


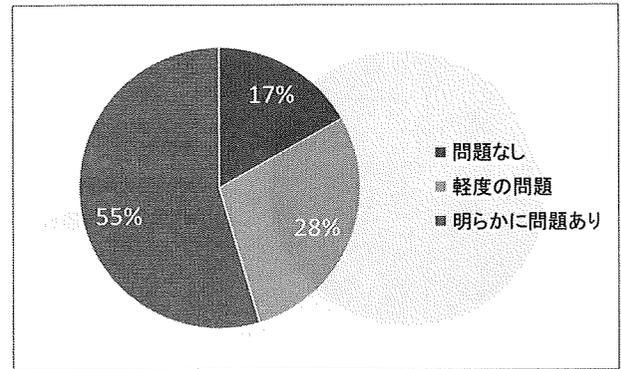
個人的支援



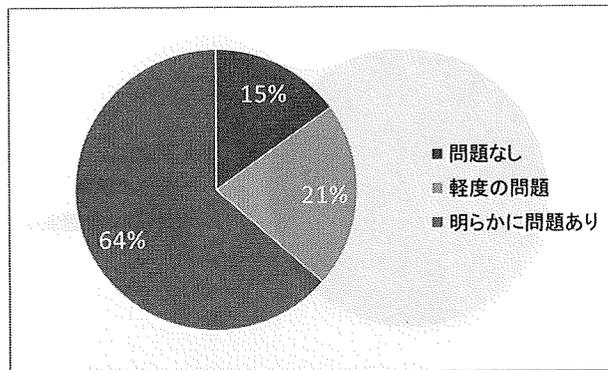
現実的計画



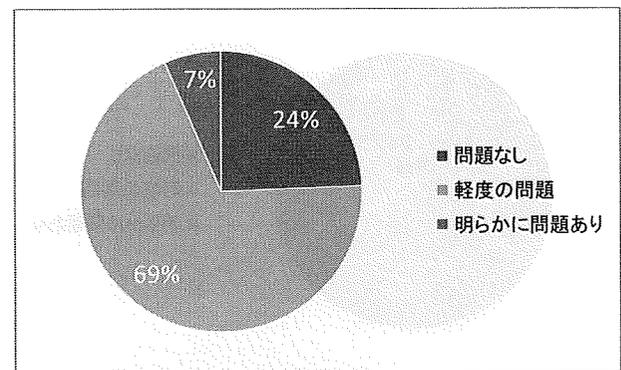
コミュニティ要因



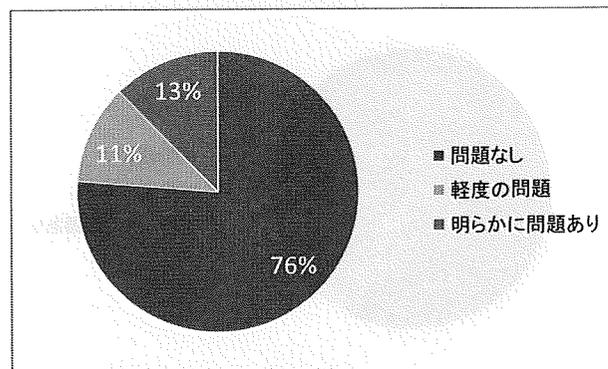
コンプライアンス



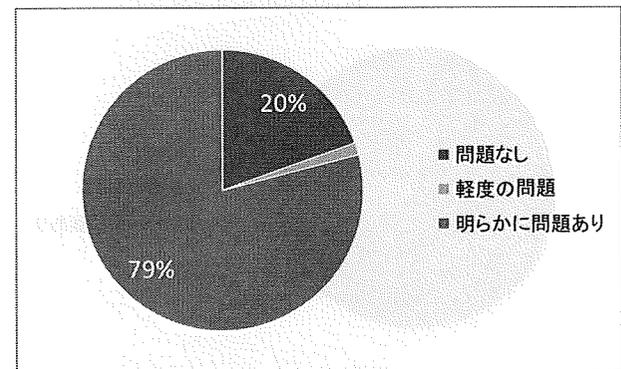
ストレス



治療効果



物質乱用



治療・ケアの継続性

2) 生活機能評価

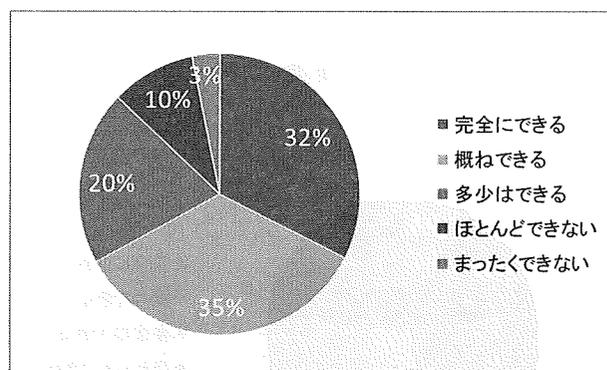
入院処遇開始時点で生活機能評価の平均値を算出した。全体としては、セルフケアの領域の課題は比較的軽微である一方、「経済活動」や「ストレスとその他心理的欲求への対処」「対人関係」にニーズの高さが伺えた。

生活機能評価の平均値

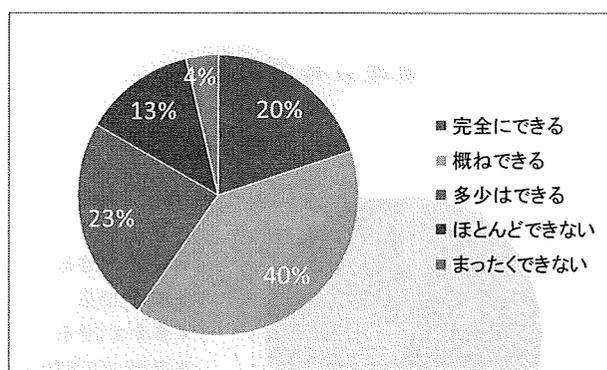
セルフケア	
身体的快適性の確保	1.17
食事や体調の管理	1.41
健康の維持	1.60
調理	1.83
調理以外の家事	1.52
社会的な適性	
敬意と思いやり	1.59
感謝	1.28
寛容さ	1.70
批判	1.66
合図	1.54
身体的接触	1.29
対人関係	
対人関係の形成	2.01
対人関係の終結	1.79
対人関係における行動の制御	1.87
社会的ルールに従った対人関係	1.70
社会的距離の維持	1.75
日課の遂行	
日課の管理	1.57
日課の達成	1.52
自分の活動レベルの管理	1.74
ストレスとその他心理的欲求への対処	
責任への対処	2.05
ストレスへの対処	2.41
危機への対処	2.31
経済活動	

基本的な経済的取引	1.56
複雑な経済的取引	2.13
経済的自給	2.31

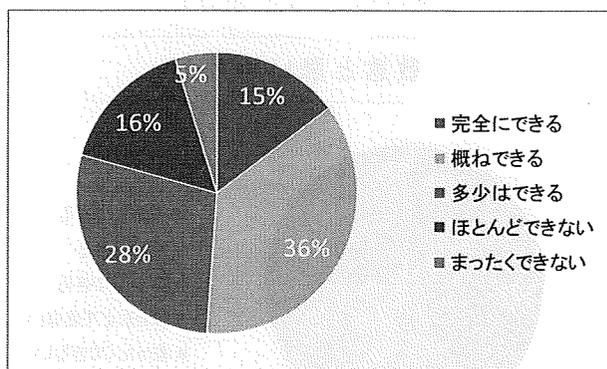
(0=完全にできる 1=概ねできる 2=多少はできる 3=ほとんどできない 4=まったくできない)



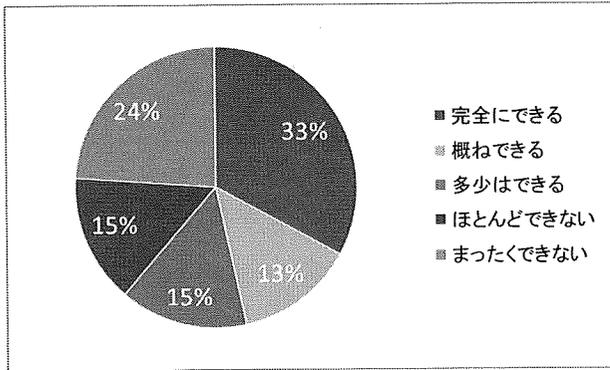
身体的快適性の確保



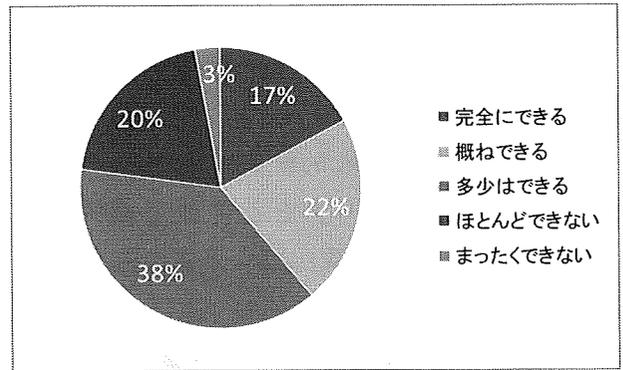
食事や体調の管理



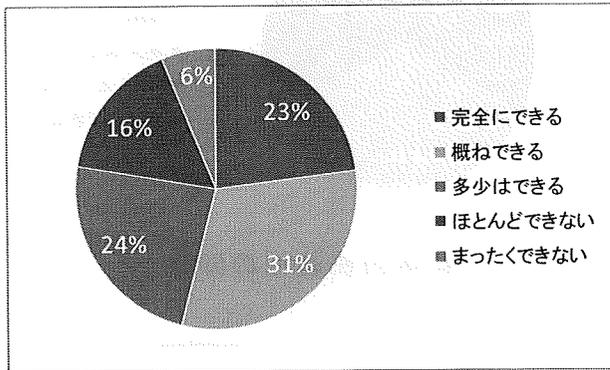
健康の維持



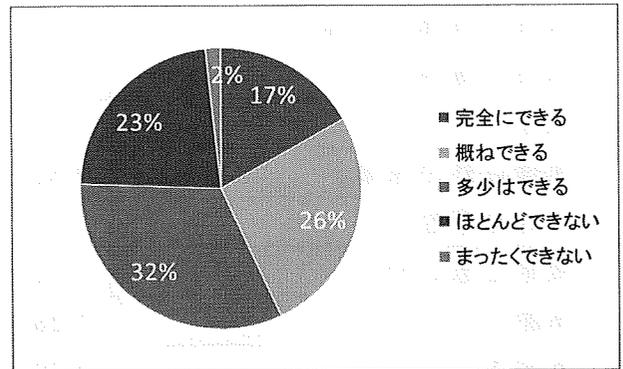
調理



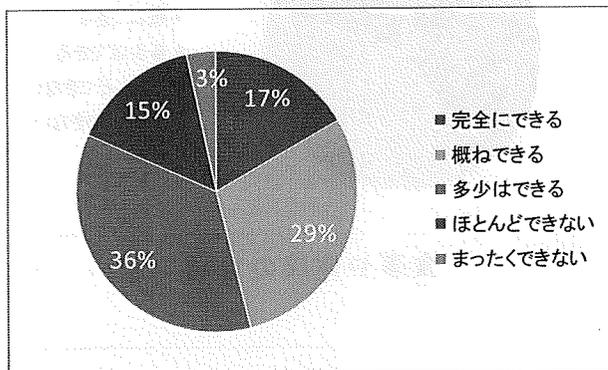
寛容さ



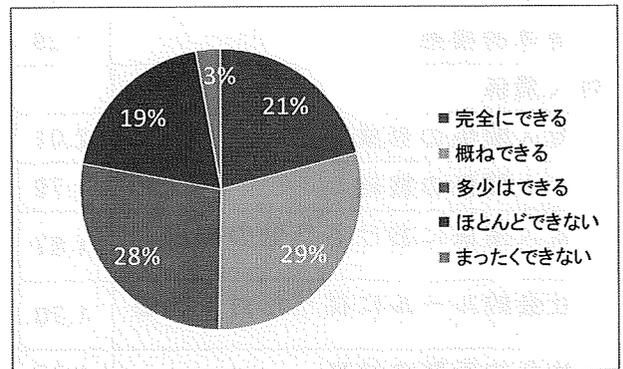
調理以外の家事



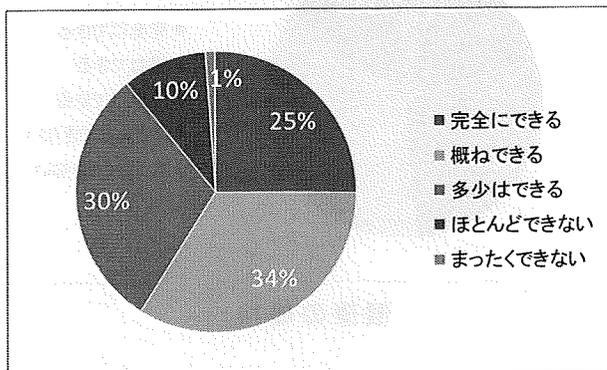
批判



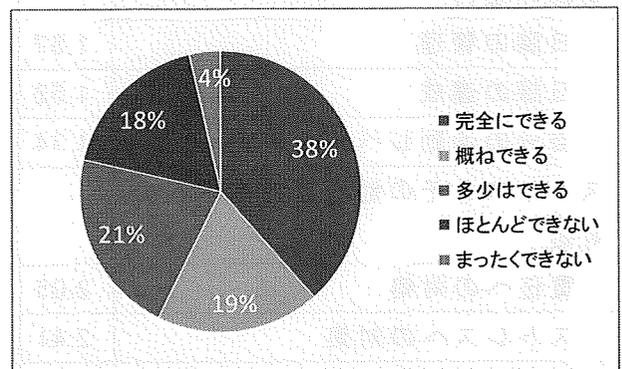
敬意と思いやり



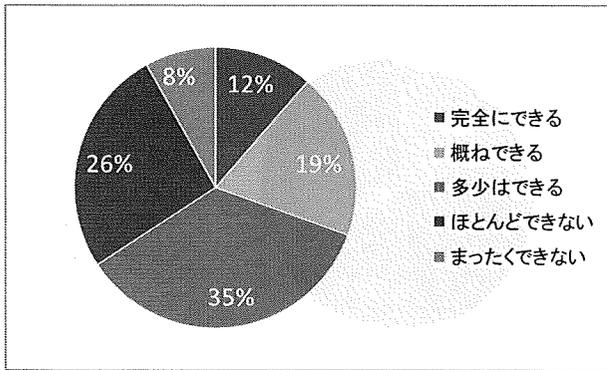
合図



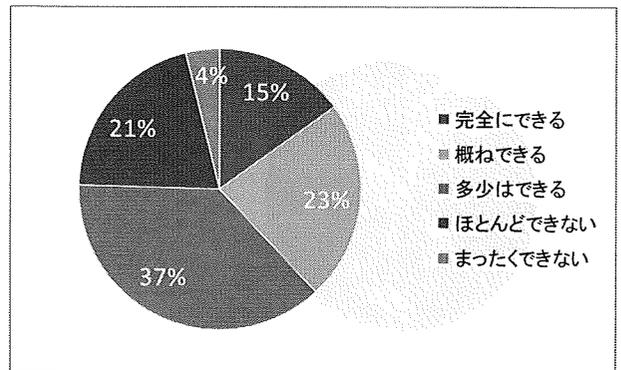
感謝



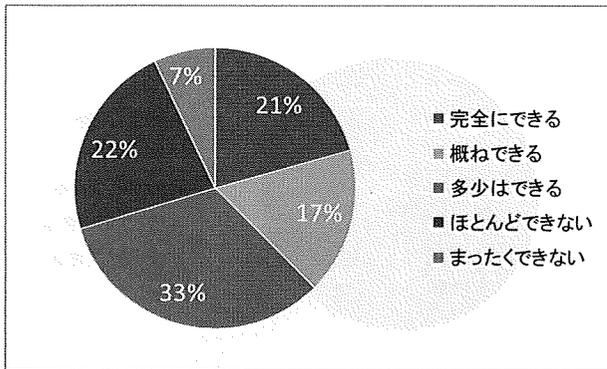
身体的接触



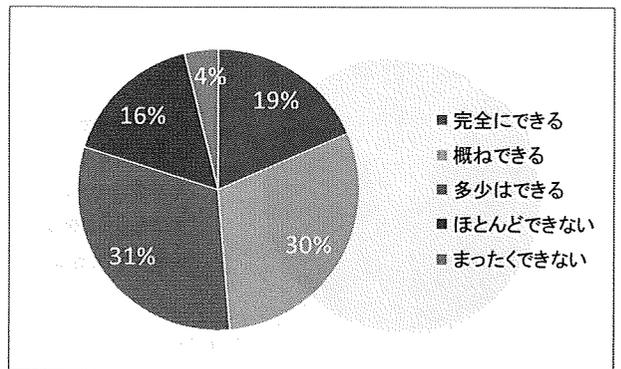
対人関係の形成



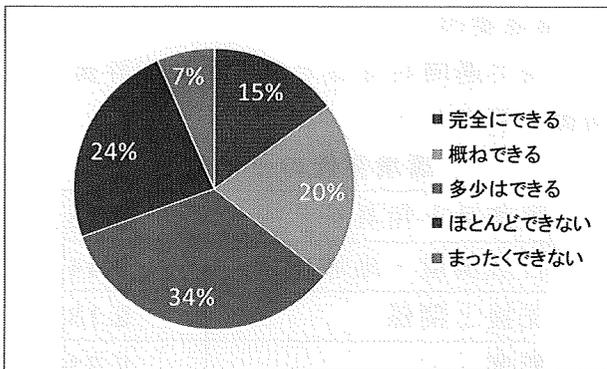
社会的距離の維持



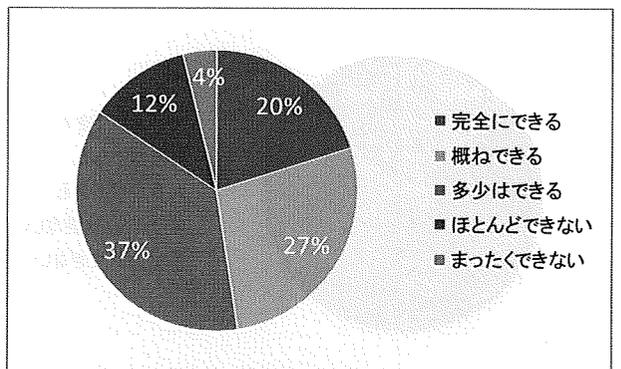
対人関係の終結



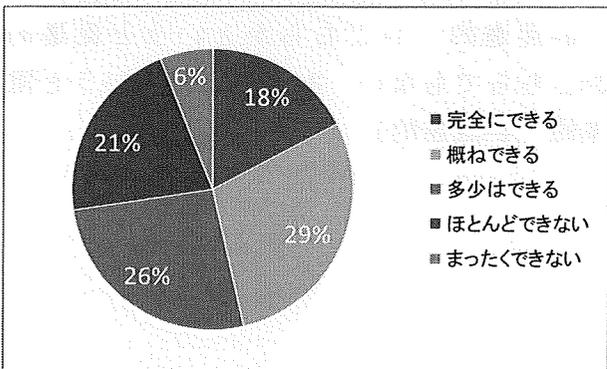
日課の管理



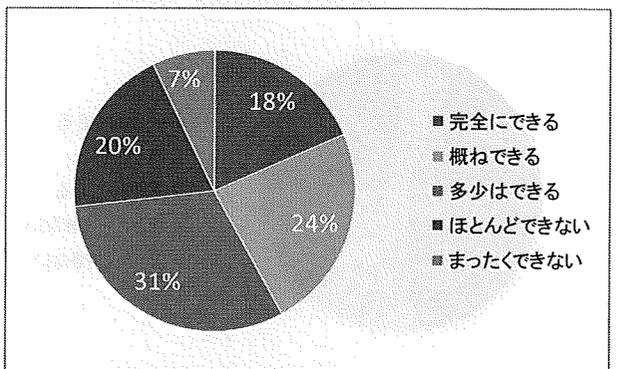
対人関係における行動の制御



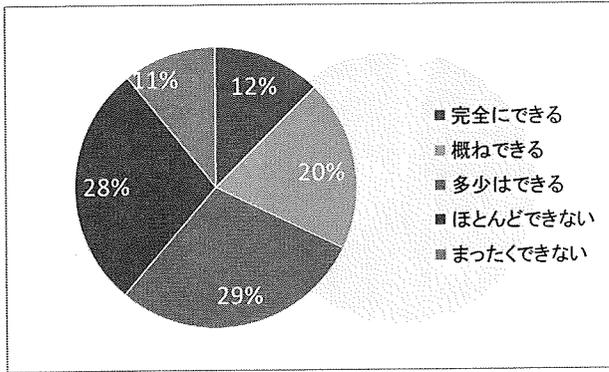
日課の達成



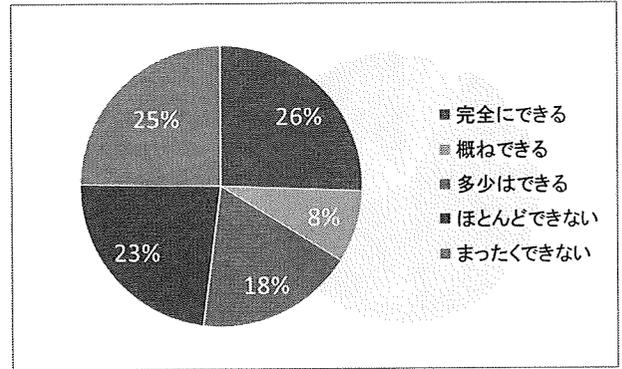
社会的ルールに従った対人関係



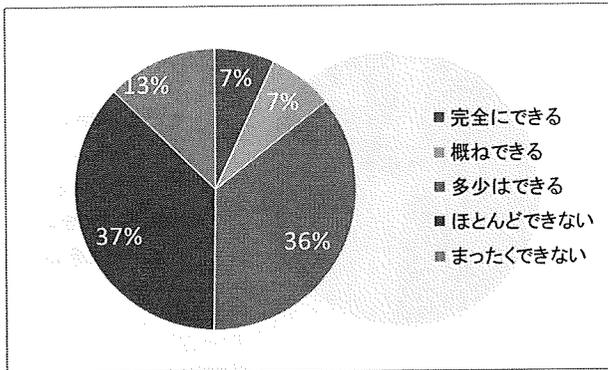
自分の活動レベルの管理



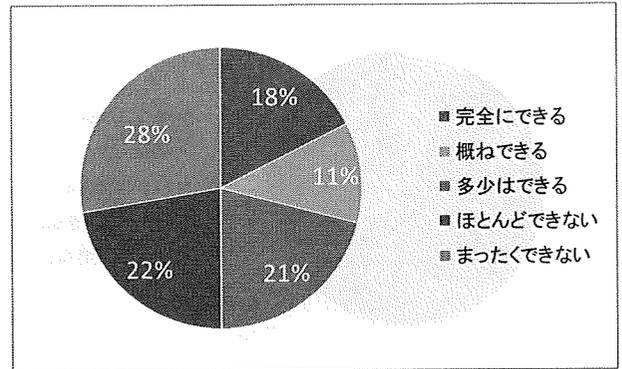
責任への対処



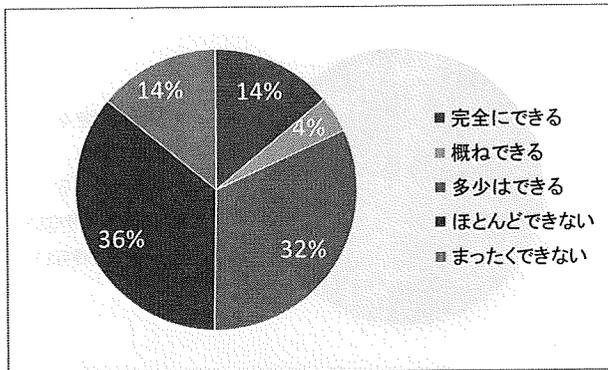
複雑な経済的取引



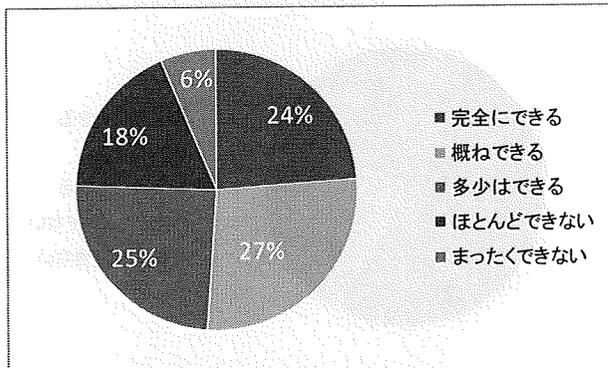
ストレスへの対処



経済的自給



危機への対処



基本的な経済的取引

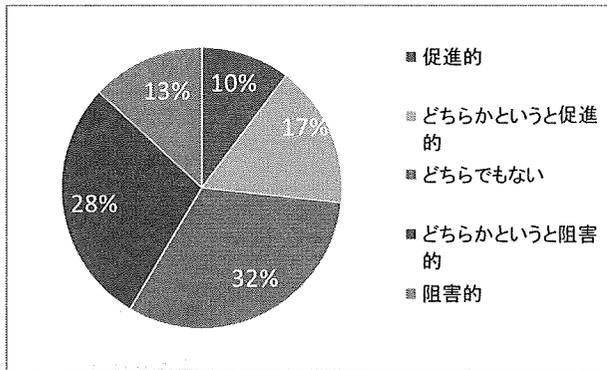
3) 環境要因

入院処遇開始時点での生活機能評価の平均値を算出した。

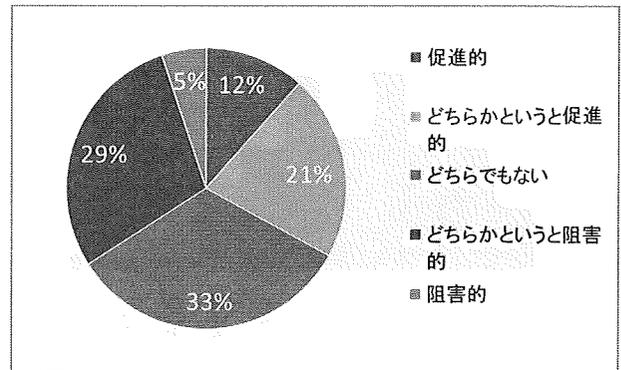
環境要因の平均値

生產品と用具	2.18
自然環境・地域環境	2.44
支援と関係	2.13
態度	2.33
サービス・制度	1.95

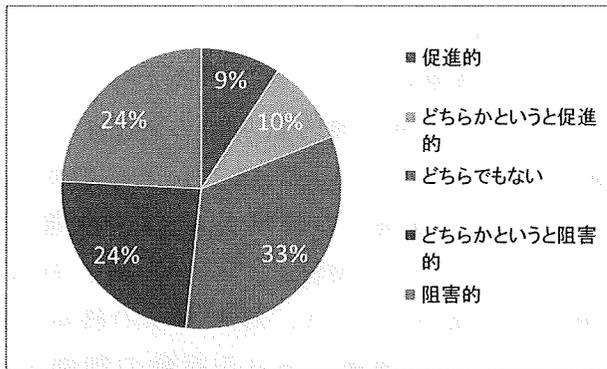
(0=促進的 1=どちらかという促進的
2=どちらでもない 3=どちらかという阻害的 4=阻害的)



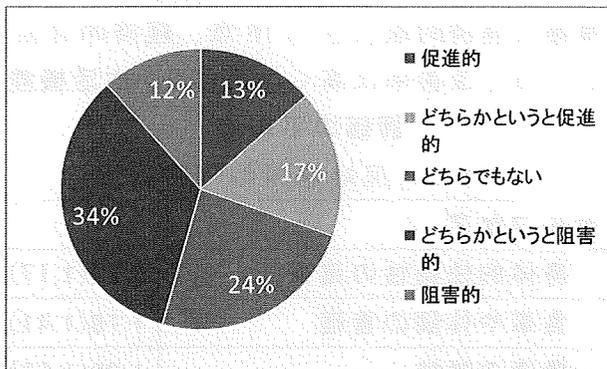
生産品と用具



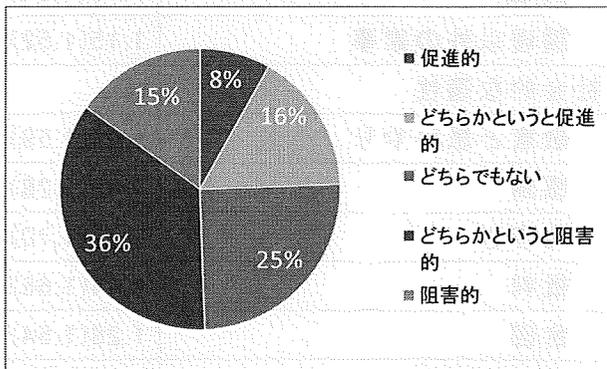
サービス・制度



自然環境・地域環境



支援と関係



態度

5. 治療の経過

1) 治療期の推移

それぞれの治療期を終了している事例のみで各治療期の滞在日数を分析したところ、急性期は平均 112.2 日 (SD=88.7 中央値=92 最頻値=112) となった。

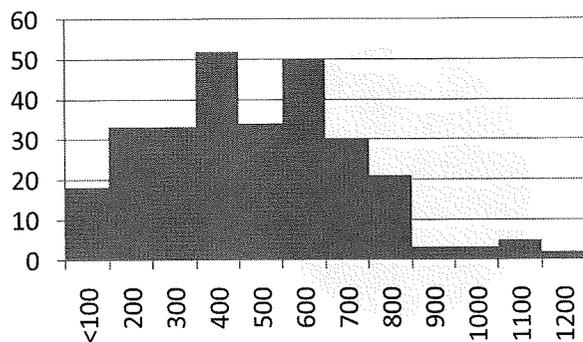
回復期については、平均 210.0 日 (SD=124.3 中央値=184 最頻値=182) となった。

社会復帰期については、平均 201.2 日 (SD=119.1 中央値=176 最頻値=222) となった。

ガイドラインでは、急性期 3 ヶ月、回復期 9 ヶ月、社会復帰期 6 ヶ月として設定されている。本年度の調査からは、急性期は平均で約 4 か月となっており若干長くなっていた。回復期は 7 カ月程度とガイドラインよりも短い期間になっている。社会復帰期については 6 か月を若干上回っている結果となった。

6. 退院事例の分析

通院処遇にいたった事例の中で、入院処遇の日数は、平均 433.0 日 (SD=231.4 中央値=423.5) となった。



入院処遇の日数

7. 退院の申し立て時の評価

1) 共通評価項目

退院の申し立て時点での平均値を算出した。入院処遇によって、平均 0.6 点以上改善した項目は、精神病性症状 (0.69)、内省洞察 (0.78)、衝動コントロール (0.60)、対人暴力 (0.96)、コミュニティ要因 (0.75)、コンプライアンス (0.77)、治療ケアの継続性 (0.67) であり、各項目の大多数が改善している。しかし、環境的要素のストレスの改善幅は 1.48 から 1.22 と少なく、物質乱用については 0.36 と全く変化は見られなかった。

共通評価項目の平均値

()内は入院処遇開始時平均値

精神医学的要素	
精神病症状	0.85(1.54)
非精神病症状	1.09(1.50)
自殺企図	0.14(0.45)
個人心理的要素	
内省・洞察	0.76(1.54)
生活能力	1.00(1.45)
衝動コントロール	0.69(1.29)
対人関係的要素	
共感性	0.65(0.92)
非社会性	0.31(0.70)
対人暴力	0.23(1.19)
環境的要素	

個人的支援	0.72(0.98)
コミュニティ要因	0.62(1.37)
ストレス	1.22(1.48)
物質乱用	0.36(0.36)
現実的計画	1.03(1.60)
治療的要素	
コンプライアンス	0.61(1.38)
治療効果	0.63(0.82)
治療・ケアの継続性	0.92(1.59)

2) 生活機能評価

入院処遇開始時にニーズの高かった「ストレスとその他心理的欲求への対処」は、責任への対処が 0.61 点、ストレスへの対処が 0.64 点、危機への対処が 0.41 点改善した。同じく「対人関係」については、対人関係の形成が 0.55 点、対人関係の終結が 0.57 点、対人関係における行動の制御が 0.54 点改善した。経済活動については、基本的な経済的取引きは 0.64 点改善したが、複雑な経済的取引き 0.18 点、経済的自給 0.33 点と改善率は高くなかった。生活機能

評価の平均値

()内は入院処遇開始時平均値

セルフケア	
身体的快適性の確保	0.74(1.17)
食事や体調の管理	1.19(1.41)
健康の維持	1.29(1.60)
調理	1.33(1.83)
調理以外の家事	1.15(1.52)
社会的な適性	
敬意と思いやり	1.06(1.59)
感謝	0.83(1.28)
寛容さ	1.37(1.70)
批判	1.44(1.66)
合図	1.28(1.54)
身体的接触	1.04(1.29)
対人関係	

対人関係の形成	1.46(2.01)
対人関係の終結	1.22(1.79)
対人関係における行動の制御	1.33(1.87)
社会的ルールに従った対人関係	1.21(1.70)
社会的距離の維持	1.30(1.75)
日課の遂行	
日課の管理	1.11(1.57)
日課の達成	1.16(1.52)
自分の活動レベルの管理	1.27(1.74)
ストレスとその他心理的欲求への対処	
責任への対処	1.44(2.05)
ストレスへの対処	1.77(2.41)
危機への対処	1.90(2.31)
経済活動	
基本的な経済的取引	0.94(1.58)
複雑な経済的取引	1.95(2.13)
経済的自給	1.98(2.31)

3) 環境要因

入院処遇により、生産と用具 0.96 点、自然環境・地域環境 1.20 点、支援と関係 1.12 点、サービス・制度 0.94 点と改善した。

環境要因の平均値

()内は入院処遇開始時平均値

生産品と用具	1.32(2.18)
自然環境・地域環境	1.24(2.44)
支援と関係	1.01(2.13)
態度	1.34(2.33)
サービス・制度	1.01(1.95)

4) まとめ

入院処遇によって、共通評価項目の大多数と生活機能評価が改善したが、共通評価項目の環境的要素のストレスの改善幅は少なく、物質乱用については全く変化が見ら

れなかった。これらの項目は保護的環境である入院処遇から通院処遇に移行すると、一般的に、悪化しやすく、同様の他害行為の悪化要因ともなりうることから、入院処遇においてこれらの項目をいかに改善させるかが今後の課題であると思われた。

D. 健康危険情報

なし

E. 知的財産権の出願・登録状況

なし

F. 謝辞

本報告にあたり、繁忙な病棟での業務の中協力をいただいた国立精神・神経センター病院、国立病院機構東尾張病院、国立病院機構北陸病院、国立病院機構さいがた病院、国立病院機構菊池病院、長崎県立精神医療センター、岡山県精神科医療センター、大阪府立精神医療センター、国立病院機構花巻病院、国立病院機構久里浜アルコール症センター、国立病院機構榊原病院、国立病院機構小諸高原病院のスタッフの方々に感謝いたします。

参考文献

- [1]入院処遇ガイドライン. 厚生労働省. 平成 17 年 7 月
 [2]疫学研究に関する倫理指針. 厚生労働省. 平成 14 年 6 月

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究
研究分担報告

指定入院医療機関におけるモニタリングに関する研究 2

研究分担者 八木 深 国立病院機構 東尾張病院

研究要旨：我が国で 3 番目に開設された医療観察法指定入院医療機関である国立病院機構東尾張病院において入院治療にかかる統計情報を収集した。転院者を除く退院者の在院日数については概ね入院処遇ガイドラインの想定した 18 ヶ月と同じ 535 日であった。しかし、在院者の中に在院日数 1000 日を超える長期例が 4 例存在した。長期例については、「治療継続により同様の行為の再発を防ぐ」という大目標を見失わず、最悪のシナリオに対する対処が一般医療でも現実的に可能かどうかの評価をしながら、リスクが低いなら一般医療への汎化をしてゆくのがふさわしい。

A. 研究目的

本研究では、3 番目に開設された医療観察法指定入院医療機関である国立病院機構東尾張病院において入院治療にかかる統計情報を収集し、評価・分析することにより、全国の統計情報分析を補完するのを目的とする。

B. 研究方法

1. 対象

本研究の対象は、平成 17 年 12 月 1 日から平成 21 年 10 月 31 日までに、医療観察法入院処遇対象者として国立病院機構東尾張病院に入院した 90 事例の統計情報である。

2. 手続き

1) 情報の収集

指定入院医療機関に設置されたコンピュータ・システム（診療支援システム）を使用し、通常業務で運用された既存の資料をも

とに、性別・10 歳区切り年齢・申立て県・対象行為・入院日・転入日・回復期移行日・社会復帰期移行日・退院日・転出日・診断名を調査した。

2) 倫理面への配慮

統計情報は、個人名・住所地など個人を特定できる部分について情報収集範囲から除いた。通常業務で運用された既存の資料をもとにした統計分析であり、研究対象者への侵襲は新たに発生しない。そのため、「疫学研究に関する倫理指針」における観察研究にあたり、インフォームド・コンセントを執り行わないこととした。

C. 研究結果と考察

運用開始後 4 年を経過した指定入院医療機関の受け入れ能力・平均在院日数・現在入院中の対象者の在院日数を提示し、長期事を含めた実態を明らかにし考察した。

1. 入退院累計

東尾張病院は、平成 17 年 12 月（1M とする）に 15 床で運用開始し、平成 18 年 4 月（5M）に 24 床に増床し、同年 10 月（11M）に 35 床の新病棟の運用を開始した。最大受け入れ可能数は、4M までが 15 人、10M までが 24 人であり、11M 以降は 35 人である。

入院受け入れが可能であるためには、順調に退院していることが必要であり、退院・転出者累計グラフの傾きが頭打ちになると、新規受け入れが困難になる。

運用開始 18 ヶ月経過後、順調に退院・転出者累計が伸び、グラフは頭打ちになっておらず、受け入れ能力を担保している。平成 21 年 10 月 31 日までに 90 名を受け入れ、58 名が退院・転出した（図 1）。

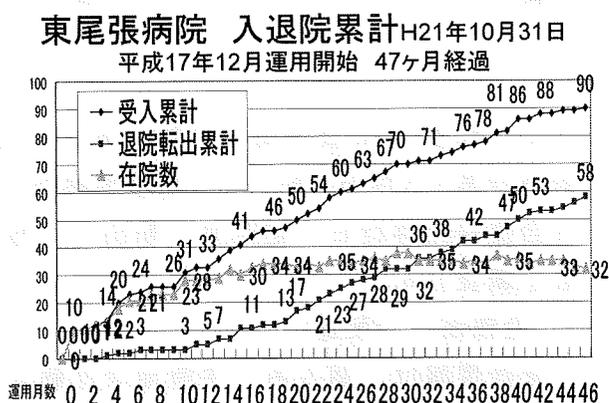


図 1 入退院累計

2 性別と年齢

診療支援システムにより性別を把握したところ、男性 72 例（80%）、女性 18 例（20%）であった。（図 2）

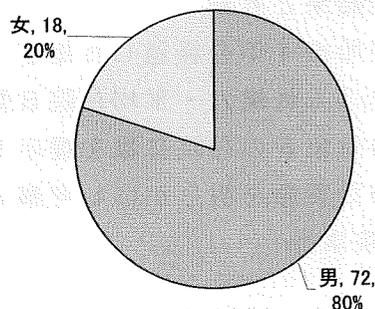


図 2：対象者の性別

年齢分布では、30 歳代が 29 名、40 歳代が 27 名でピークを形成していた。60 歳代以上も 7 名いた。

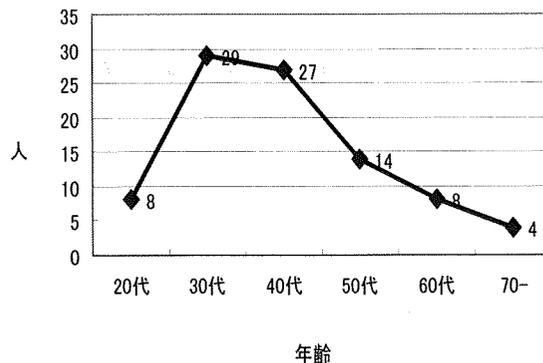


図 3：対象者の年齢

3 対象者の住所地ブロック

平成 21 年 10 月 31 日時点で、東尾張病院入院中の対象者 31 名の申立て地は、地元の東海北陸ブロックが 21 例（67.7%）であったが、他ブロックも 10 例（33.3%）あり、東北・北海道 1 例（3.2%）、関東甲信越 3 例（9.7%）、近畿 5 例（16.1%）、中国・四国 1 例（3.2%）から受け入れた。全国で病床の余裕がないため、空床があると、地元ブロック以外からも受け入れることになった。

4. 精神科疾患診断名

東尾張病院で受け入れた 90 例の主診断（ICD-10）は、統合失調症 75 例（84%）・統合失調感情障害 2 例（2%）・妄想性障害 5 例（6%）、気分[感情]障害[F3]2 例（2%）、精神作用物質使用による精神及び行動の障害[F1]3 例（3%）、症状性を含む器質性感情障害[F0]1 例（1%）、発達障害[F8]1 例（1%）、精神遅滞 1 例（1%）であった（図 4）。統合失調症圏[F2]が 9 割をこえ大多数を占めた。

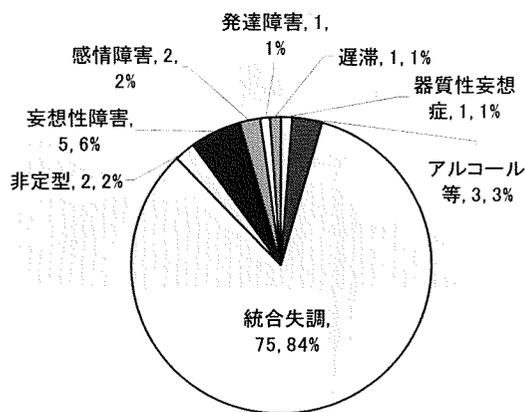


図 4：主診断名

統合失調症の下位分類では、妄想型が過半数を占め、破瓜型は15%であった(図5)。なお、特定不能型は、統合失調の診断基準を満たすが、下位分類が特定不能という定義だが、統合失調症であるかどうか不明な事例が混入しないよう注意が必要である。

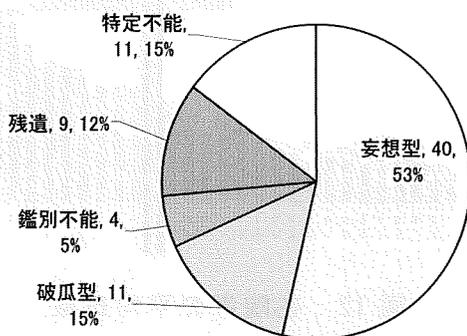


図 5：統合失調症下位分類

5. 対象行為

東尾張病院で受け入れた90例の医療観察法対象行為は、傷害24例(26%)、殺人19例(22%)・殺人未遂13例(15%)、放火17例(19%)・放火未遂5例(6%)、強制わいせつ等5例(6%)、強盗・強盗未遂5例(6%)であった。(図6)。男女別の対象行為では、放火と傷害は男性が多く、殺人は意外に女性が多いことが分かる(図7)。

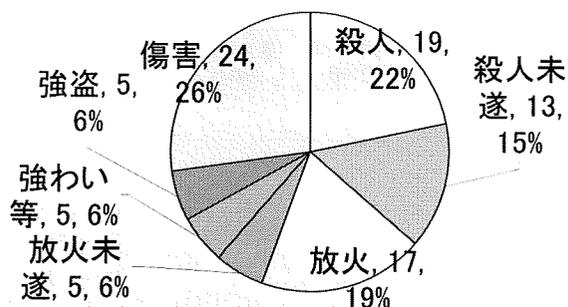


図 6：対象行為

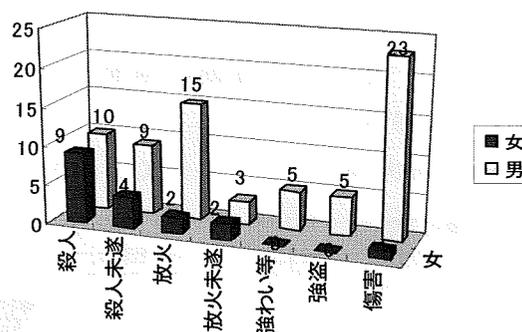


図 7：対象行為 (性別)

6. 治療の経過

1) 治療期の推移

それぞれの治療期を終了している事例のみで各治療期の滞在日数を分析したところ、急性期は平均115日(最小値=38 最大値=547)となった。(図8)

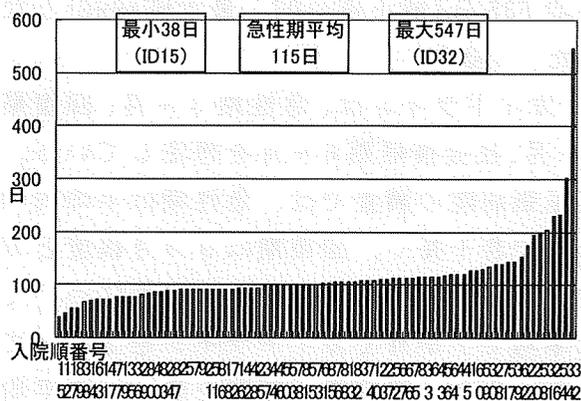


図 8：急性期の期間

また、回復期については、平均270日(最

小値=91 最大値=513)となった(図9)。

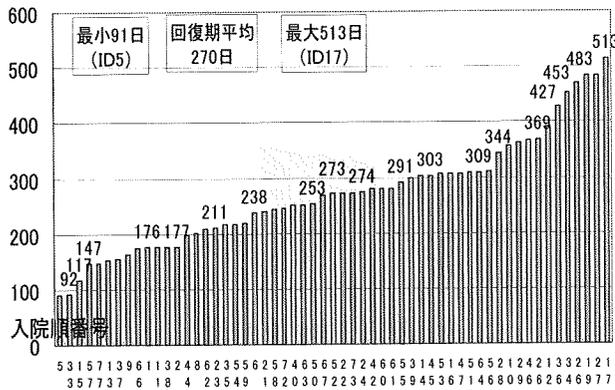


図9：回復期の期間

社会復帰期については、平均229日最小値=99 最大値=665)となった。(図10)

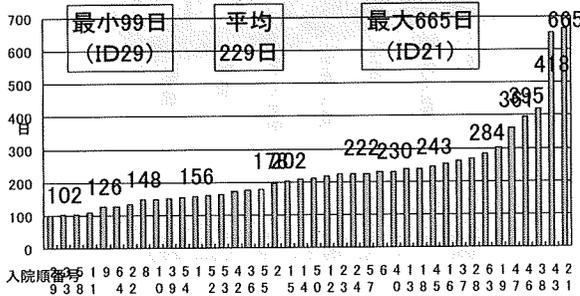


図10：社会復帰期の期間

7. 退院事例の分析

東尾張病院を退院・転院した58例のうち、転院を除いた退院例の入院処遇の日数は、平均535日(最小値=107 最大値=996)となった。(図11)

ガイドラインは、急性期3ヶ月、回復期9ヶ月、社会復帰期6ヶ月を想定している。東尾張病院の調査では、急性期は平均約4か月で若干長く、回復期は9カ月程度とガイドラインどおりで、社会復帰期については平均で7か月でガイドラインを上回っていた。また、退院者(転院を除く)の平均在院日数は18ヶ月であり、ガイドラインどおりであった。

東尾張病院退院者在院日数
H21年10月31日最少107日最大996日

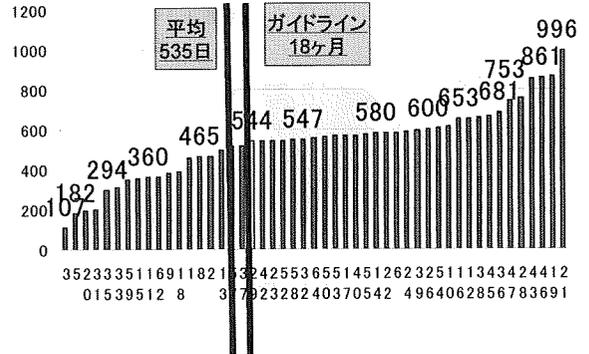


図11：入院処遇の日数

2009年10月31日時点で、入院中の31例の在院日数は、平均499日であり、18ヶ月超が11例、1000日を超える長期事例が4例存在している(図12)。

東尾張病院入院中平均499日 最大1417日
18ヶ月超11名1000日超4名/31名

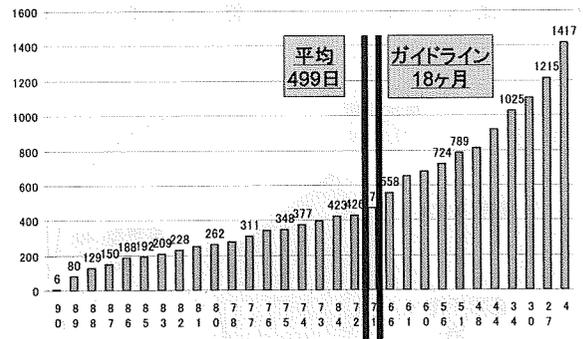


図12：在院者の平均日数

8. 長期在院例の分析

長期入院事例は、退院基準を満たさない事例であり、医療観察法入院処遇ガイドライン「退院の目安」を満たさない群である。「退院の目安」は疾病軸、動機軸、ADL軸、連携軸の4軸に分類でき、退院の目安を満たさない場合について4軸で分析する。

疾病軸に関しては、A1難治性幻覚妄想が持続している場合とA2思考障害が著明でプログラムを理解できない場合は長期化しやすい。動機軸に関しては、内省・洞察が深まらない場合、コンプライアンスが不良

の場合は長期化しやすい。ADL軸に関しては、服薬・金銭自己管理が困難な場合は長期化しやすい。連携軸に関しては、住居がない、個人的支援がない、地域が拒否している場合は長期化しやすい。

どうやったら退院になるかを、医療観察法の目的に立ち返って考えてみると、「治療継続により同様の行為の再発を防ぐ」ことが重要である。

疾病軸に関して、A1 幻覚妄想が持続していても、セルフモニタリングなどで対処できれば同様の行為の再発のリスクは下がり、A2 思考障害があっても、絵を用いた簡単な対処を提案できればリスクは下がる。

動機軸に関して、病識が獲得できなくても、服薬遵守し症状に対処できれば同様の行為の再発のリスク下がる。現実的な対処ができることが大切である。動機誘導に関して、「病識がない」という見方は治療者側の一方的な見方になっている可能性がある。動機誘導は対象者と治療者の相互関係で決まるものであり、動機が誘導されてくると現実的な対処ができるようになり、「病識がない」という見方はあまり問題でなくなる。

ADL軸について、自立が難しいなら支援でカバーすればリスクが下がる。この軸は、慢性症状・陰性症状と関連し、ケア重症度に直結する。介助必要度が高いとケア重症度も高いが、リスク行動をしないように対処できれば、適切な援助をすることで地域に移行できるだろう。

連携軸については、個人的支援が難しいなら公的支援でカバーすればリスクが下がる。こういった対策が講じられるならば、阻害要因があっても、治療継続により同様の行為の再発を防げるので「治療継続により同様の行為の再発を防ぐ」目標は達成されるだろう。

それでも長期化する場合はどうするのか。疾病軸については、クロザピン等の新しい治療での幻覚妄想制御が望まれ、ADL軸については、中間施設やACTの充実によるより包括的な支援の提供が望まれる。

重症の長期入院統合失調症患者にふさわしい処遇は何かについて議論する場合、ケア重症軸とリスク軸に分けて一般医療への汎化の可能性を考える必要がある。

A群 リスク＋ ケア重症度＋

B群 リスク＋ ケア重症度－

C群 リスク－ ケア重症度＋

D群 リスク－ ケア重症度－

A群（リスク－ ケア重症度－）は一般医療への汎化に際してさほど問題にならないはずである。こういった事例が長期化する理由は地域資源不足で施設入所が困難であるなどケースワーク軸の問題であろう。C群（リスク－ ケア重症度＋）についてはケア重症度に見合う加算がないと介護できないという意見もあるかもしれないが、リスクが低いなら一般医療への汎化をしてゆくのがふさわしい。

一般医療への汎化にあたって注意すべき点は①リスクは変動する、②リスク情報の共有が肝要という点である。リスクは変動するので、ケースワークのため退院予定であっても、リスクのある幻覚妄想が再燃した場合は、関係機関にそのことを直ちに伝え、一般医療への移行を中止すべきである。そのまま一般医療への移行を強行すると、最悪のシナリオが実現してしまう。リスクの判断で共通評価項目から作成される最悪のシナリオに一般医療でも現実的に対処可能かどうかの評価が重要である。

E. 結論

3 番目に開設された医療観察法指定入院医療機関である国立病院機構東尾張病院に

において入院治療にかかる統計情報を収集した。退院者の在院日数については概ね入院処遇ガイドラインの想定したのと同じ 18 ヶ月と同程度の 535 日であった。しかし、在院者の中に在院日数 1000 日を超える長期例が 4 例存在した。

長期例については、「治療継続により同様の行為の再発を防ぐ」という大目標を見失わず、最悪のシナリオに対する対処が一般医療でも現実的に可能かどうかの評価をしながら、リスクが低いなら一般医療への汎化をしてゆくのがふさわしい。

F. 健康危険情報 なし

G. 論文発表

- ・八木 深、「医療観察法指定入院医療機関における治療の現状と課題」、精神科治療学、第 24 巻第 9 号、1049-1056、2009.

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

参考文献

- [1]入院処遇ガイドライン. 厚生労働省. 平成 17 年 7 月.
- [2]疫学研究に関する倫理指針. 厚生労働省. 平成 14 年 6 月.

2. 指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究（1）

研究分担者 岩成秀夫

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究
研究分担報告

指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究（1）
—全国の通院対象者の実態—

研究代表者	吉川 和男	国立精神・神経センター精神保健研究所
研究分担者	安藤 久美子	国立精神・神経センター精神保健研究所
研究分担者	岩成 秀夫	神奈川県立精神科医療センター

研究要旨：

本研究では、医療観察法の指定通院医療機関の協力によって得られた通院処遇中の状況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、本法施行 5 年目にあたる平成 22 年に予定されている法改正にむけて、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、全国の通院対象者の約 45%にあたる 267 名のデータを収集し、分析を行った。

対象者の疾患分類では、統合失調症等が 76%を占めているが、年齢では中高年層が半数以上を占めるなど、慢性の障害を有している対象者が少なくないことから、通院処遇においても家族からの支援が得にくいなどの課題が浮かび上がった。また、対象行為の被害者が、家族や親族であった事例のうち 42%は、対象行為以後も対象者と同居していることから、対象行為の被害者でありながら、対象者の主たる援助者であるという複雑な立場に置かれていることが判明した。対象行為以前に入院治療歴があった者は 55%、通院医療歴があった者は 80%を占め、中には、自傷他害のおそれから措置入院となった者が 18%存在していたことは注目に値する。措置入院となった患者を退院後、地域社会で丁寧にフォローアップしていくことが、対象行為を未然に防ぐことにつながる可能性を示唆する。他方、対象行為時に治療継続中であった者も 36%を占めていたことから、必ずしも医療の中断だけが対象行為にいたった要因であるとはいえず、今後、対象者の病状の改善を図り、社会復帰を促進させるにあたっては、通院治療を継続させるということだけではなく、どのような治療や支援を行っていく必要があるかが重要な課題であると思われた。

処遇終了となった者の分析では、一般医療に移行した者の平均通院日数は、厚生労働省による通院処遇ガイドラインで目標とされている 3 年の通院期間よりも短いものであった。また、自殺や指定入院医療機関への再入院事例をみると通院処遇開始から 1 年以内に転帰を迎えていることから、通院処遇が開始されて比較的早い時期にはとくに医療と精神保健観察の両面から十分な注意を払う必要があると思われた。

研究協力者：(五十音順)

岡田幸之 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

金子英俊 (早稲田大学大学院)

菊池安希子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

小松容子 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

佐野雅隆 (早稲田大学大学院)

牧野貴樹 (東京大学総括プロジェクト機構)

松原三郎 (松原病院)

美濃由紀子 (東京医科歯科大学大学院精神保健看護)

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明らかにすることは、本制度における専門的医療の向上にとって極めて重要な課題である。そこで、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106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267名とした。

施設ごとの受け入れ対象者数をみると、最も多かったのは22名（1施設）で、次いで21名（1施設）、15名（1施設）、11名（1施設）となっていた。

2. 調査対象期間及びデータ収集期間

調査期間は、医療観察制度が開始されたH17年7月15日から起算して、H21年7月15日までの4年間とした。

3. データ収集方法

協力が得られた指定通院医療機関106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、当初審判の結果、通院処遇が決定した者と指定入院医療機関での入院処遇を経て通院処遇に移行した者の特性について比較・検討した。

5. 倫理的配慮

本研究では、個人名・住所地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。

研究遂行にあたっては、疫学研究指針を遵守し、国立精神・神経センター精神保健研究所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

1. 本研究結果の位置づけ

本調査の対象となった指定医療機関数および対象者数は、厚生労働省の発表によれば、H21年8月1日時点における指定通院医療機関数は376施設で、審判によって通院処遇が決定された者の累計は263名であった。一方、法務省保護局による発表によれば、H21年8月末時点における精神保健観察事件の係属件数は425件で、すでに終結した事件数は170件と報告されていることから、本研究では、全通院対象者のおよそ44.9%にあたる対象者のデータを収集できたと推定される。

表1に指定通院医療機関数および通院対象者数等の概要を示した。

表1. 指定通院医療機関数および通院対象者数等

全国の指定通院医療機関数	全国の通院対象者数	調査協力施設数	データ収集サンプル数
376施設 (H21.8.時点:厚生労働省発表) ・国・自治体施設:55施設 ・民間施設等:321施設	425名 (H21.8.末時点:法務省保護局発表の精神保健観察事例数) 170名 (上記発表の終結事例数)	106施設 ・国、自治体立:41施設 ・民間等:65施設	267名 ・通院継続中203例 ・処遇終了64例 (再入院3例死亡5例) 全通院対象者の約45%のデータを収集(推定)

2. 静態情報の集計結果

収集したデータの概要を表2に示した。

表2. 結果の概要 (N=267)

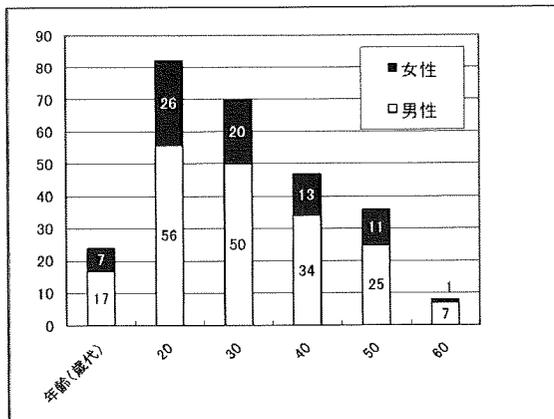
性別	男 189名(71%) 女 78名(29%)
年齢	平均 45.6歳±12.8 s.d. 範囲 23歳~78歳
通院形態	直接通院処遇 137名(50.6%) 入院処遇より移行通院処遇 130(49.4%)

通院処遇継続中の者の平均通院期間 (通院開始日不明を除くn=191)	平均:443.6±284.2日 s.d. 範囲 :6日~1219日
通院処遇終了者の平均通院期間 (死亡5名、再入院3名を除くn=56)	平均 734.2±307.0日 s.d. 範囲 61日~1095日
診断名 【Fコード】 (重複あり)	F0:6名(2.3%)、F1:18名(6.8%)、F2:202名(75.7%)、F3:26名(9.7%)、F6:1名(0.4%)、F7:4名(1.5%)、F8:4名(1.5%)、G4:2名(0.8%)、不明2名(0.8%)
対象行為名 (重複あり)	殺人 26名(9.7%)、殺人未遂 33名(12.4%)、傷害致死4名(1.5%)、傷害89名(33.3%)、強盗11名(4.2%)、強姦1名(0.4%)、強姦未遂4名(1.5%)、強制わいせつ14名(5.2%)、強制わいせつ未遂3名(1.1%)、放火77名(28.8%)、放火未遂12名(4.5%)
被害者(物) (重複あり)	家族・親戚 125名(47.0%)、知人・友人34(12.8%)、他人111名(41.7%)、不明7名(2.6%)
対象行為時の治療状況	通院治療中92(34.5%)、入院治療中3名(1.1%)、治療中断・治療終了125名(47.0%)、未治療44名(17.0%)、不明3名(1.1%)
過去の入院	あり146名(54.7%)、なし119名(44.6%)、不明2名(0.0%)
教育歴	小学校卒3名(1.1%)、中卒91名(34.1%)、高卒117名(43.8%)、短大・大卒以上52名(19.3%)、不明4名(2.0%)
過去の矯正施設の入所経験	未成年期にあり3名(1.1%)、成年期にあり15名(5.6%)、未成年期および成年期にあり3名(1.1%)、なし243名(91.0%)、不明3名(1.1%)
生活保護	あり64名(24.10%)、なし187名(70.0%)、不明16名(6.0%)

次に各項目について詳述する。

1) 性別と年齢

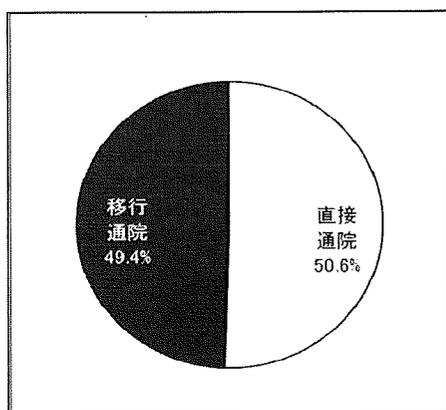
本研究で対象とした267名の性別は、男性189名(71%)、女性78名(29%)であった。また、平均年齢は、45.6歳(SD値=12.8 中央値=44 最小値=23 最大値=78 最頻値=43)であった。



2) 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。

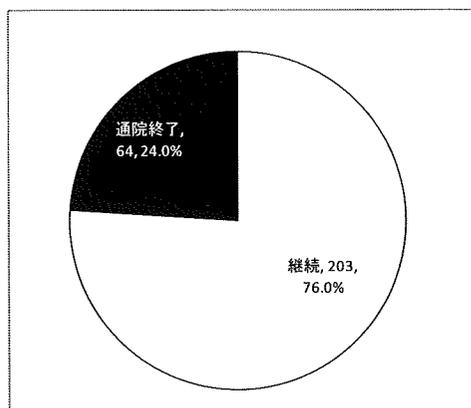
通院処遇に至るまでの形式、すなわち「直接通院」「移行通院」の内訳をみると、「直接通院」となった者が 136 名(50.6%)、「移行通院」となった者が 131 名(49.4%)であった。



3) 通院処遇継続中の者の通院継続期間

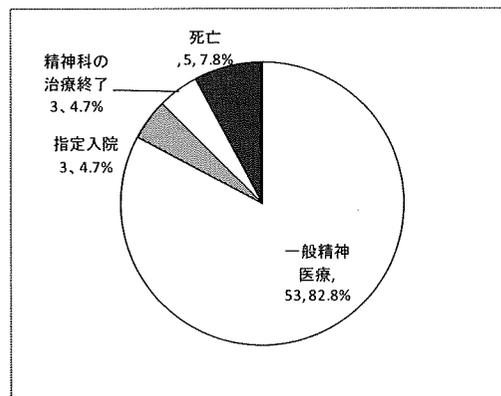
全 267 名中、H21 年 7 月 15 日時点で、通院終了となった者は 5 名（7.8%）で、死亡

通院処遇継続中の者は 203 名（76.0%）であった。そのなかで、通院開始日が不明であった 12 名を除いた通院継続中の者 191 名について、調査日から通院開始日を差し引いて算出した平均通院継続期間は、 443.6 ± 284.2 日（平均 14.6 ヶ月間）で、最長日数=6 日、最長日数=1219 日であった。



4) 通院処遇を終了した者の処遇終了までの日数

処遇終了者の内訳は以下の通りである。



全 267 名中、H21 年 7 月 15 日時点で通院処遇が終了している者は 64 名であった。そのうち、治療が終了した者は 3 名（4.7%）で、一般精神科医療へ移行した者は 53 名（82.8%）であった。また、死亡により処者 5 名のうち 3 名は自殺による死亡、2 名

は身体合併症等による病死であった。また、指定入院医療機関に入院あるいは再入院した者は3名(4.7%)であった。処遇終了となった64名の通院期間をグラフで表したものが図1(処遇終了者の通院期間の分布)である。

通院処遇が終了となった64名のうち、死亡事例5名および再入院事例3名を除いた一般精神科医療に移行した53名と完全に治療を終了した3名の計56名について、処遇終了までの通院期間の平均を計算すると

734.24±307.0日 s.d. (平均約24.1ヶ月間)で、最短日数=61日 最長日数=1095日であった。これは厚生労働省による通院処遇ガイドラインで目標とされている通院期間である3年より短いものであった。

また、処遇終了の事由から通院期間の分布をみると、自殺による死亡事例3件、指定入院医療機関への再入院事例3件のいずれのケースも通院処遇開始から1年以内にいずれかの転帰を迎えていることがわかった。

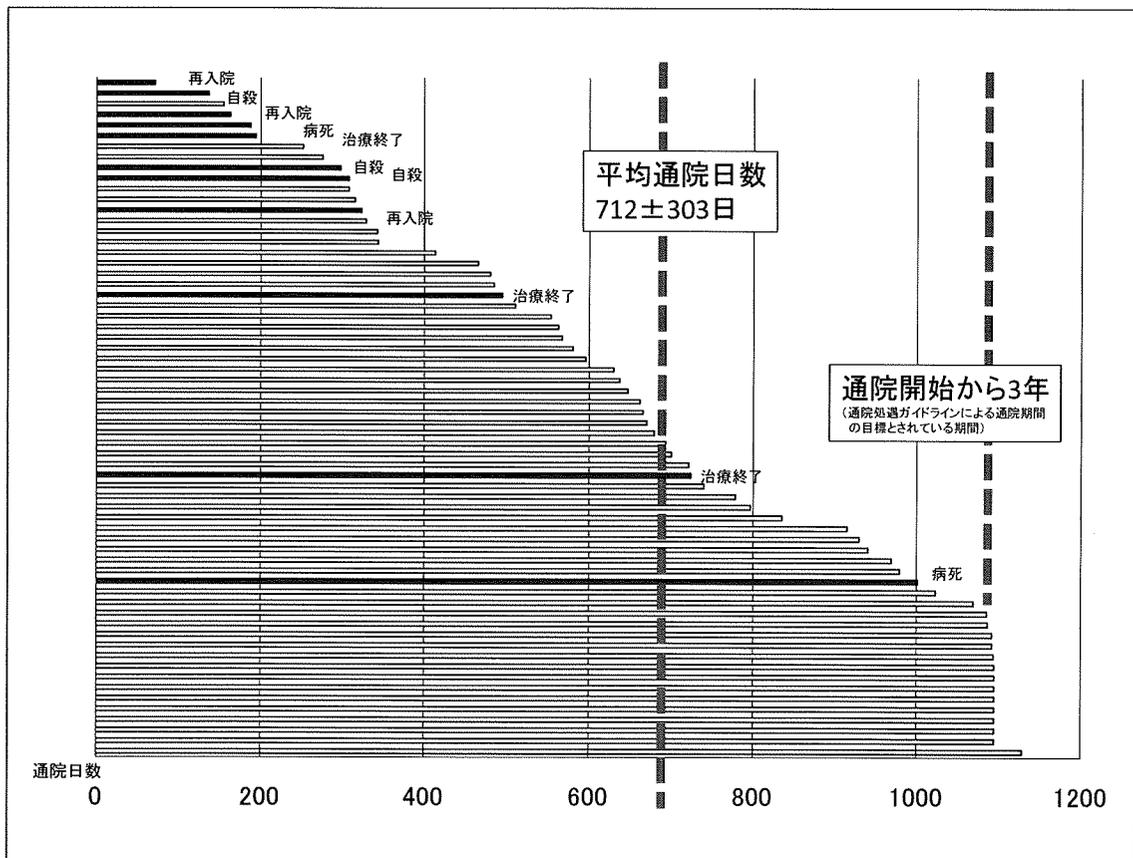


図1. 処遇終了者の通院期間の分布