

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
研究協力報告

指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究（3）
—精神保健福祉法による入院の併用実態の分析—

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 客員研究員
研究協力者 美濃 由紀子
東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科

研究要旨：

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、本法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。本研究は、指定通院医療機関に通院処遇となった対象者の静態情報等から、1. 通院処遇中における精神保健福祉法入院の併用実態と課題の明確化を図ること、2. 通院処遇期間と精神保健福祉法入院との関連を検討し、同法制度の運用・治療状況を把握することを目的とした。

全国の指定通院医療機関 106 施設の協力を得て、調査対象者数は 267 名であった。収集されたデータを分析・検討した結果、以下の 2 点が示唆された。

1. 医療観察法通院処遇中の精神保健福祉法による入院のあり方には、4 つのタイプ分けが可能であり、それぞれに効果や検討課題を含んでいることがわかった。特に、〔I. Prolonged stay-a 型〕・〔IV. Relapse 型〕に関しては、自傷・他害行為の恐れも踏まえて、今後の動向を注意深くモニタリングしていく必要があることが示唆された。また、入院期間に関しては、〔II. Soft landing 型〕・〔I. Prolonged stay-b 型〕に関しては、60 日間を境に、〔III. Emergency/Temporary 型〕〔IV. Relapse 型〕に関しては、90 日間を境に分類が可能であることがわかり、今後、各入院タイプの基準日数として活用できる可能性があることが示唆された。

2. 通院処遇中の精神保健福祉法の入院あり群と入院なし群の間での通院処遇期間の比較に関しては、3 つの特徴があげられ、今後も継続してモニタリングしていく必要性が示唆された。

研究協力者：（五十音順）

安藤久美子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
岩成秀夫（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

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）

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）
吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）

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、本法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。中でも、通院処遇中の精神保健福祉法による入院のあり方については、各種関係者間によって調査・議論^{1)・2)}がなされてはいるものの、実態の把握が困難な状況が続いている。特に、通院処遇の対象者毎の入院分布（形態・日数・回数）等を詳細に調査した研究に関しては、我々研究班のもの以外には見当たらない。医療観察法が施行されて、4年が経過したことから、指定入院医療機関からの移行通院処遇者も益々増えてきており、直接通院者と移行通院者との（精神保健福祉法による）入院経過の比較を行いながら、先行研究³⁾の知見を踏まえた詳細な検討が必要になってきている。現行では、精神保健福祉法の入院費用は対象者の負担となっているが、医療観察法上で必要な入院であれば、今後国費で賄うことも検討すべき事項である。一昨年、昨年度の我々研究班の報告からも、これらの入院をどのような形で医療観察制度に反映させていくか等の検討の必要性が示唆されていたが、法施行5年後の制度改正を目前にし、制度改正の根拠となるような基礎データの提示が求められている。

また、通院処遇期間満了となり通院処遇

を終了する者も多く出てきたことから、通院処遇期間と精神保健福祉法入院の併用状況に関する検討も行っていく必要がある。

そこで、本研究では、指定通院医療機関に通院処遇となった対象者の静態情報等から、1. 通院処遇中における精神保健福祉法入院の併用実態と課題の明確化を図ること、2. 通院処遇期間と精神保健福祉法入院の関連を検討し、同法制度の運用・治療状況を把握することを目的とした。

B. 研究方法

1. 調査対象

2. 調査対象期間及びデータ収集期間

3. データ収集方法

5. 倫理的配慮

上記1. 2. 3. 5. に関しては、岩成らの報告：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）を参照。

4. 解析方法

本研究では、初回通院日（初回通院日の不明者のみ通院処遇開始日を適用）から調査日（H21年7月15日）までの日数を通院処遇期間とした。

1. 精神保健福祉法による入院期間と回数分布を、直接通院群と移行通院群とに分け、その特徴を先行研究の知見³⁾を踏まえ、タイプ別に分類したうえで、比較・検討を行った。

2. 精神保健福祉法による入院あり群／なし群間で、通院処遇期間を Kaplan-Meier 法を適用して分析し、両群の処遇期間の差が有意かどうかを Log Rank 検定を用いて調べた。

また、精神保健福祉法の入院のタイプ別に、通院処遇期間を Kaplan-Meier 法を適

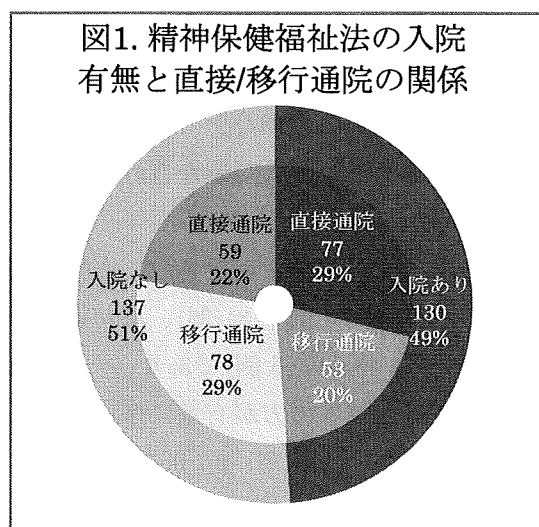
用して分析を行った。

C. 研究結果及び考察

1. 通院処遇中における精神保健福祉法入院の併用実態

1) 通院処遇中の精神保健福祉法入院の有無と通院処遇に至る形式（直接通院／移行通院）との関係

通院処遇中の精神保健福祉法による入院は、あり 130 名 (49%)、なし 137 名 (51%) であった。精神保健福祉法による入院の有無と通院に至る形式（直接通院／移行通院）との関係は、あり群 130 名中、直接通院処遇者 77 名 (29%)、移行通院処遇者 53 名 (20%)、なし群 137 名中、直接通院処遇者 58 名 (22%)、移行通院処遇者 79 名 (28%) であった。(図 1)



2) 通院処遇開始日からの精神保健福祉法における入院期間の推移 (n=116)

精神保健福祉法入院あり群 130 名のうち、転院例・経過の日付データ欠損例 14 名を除いた 116 例を、直接通院群 (70 例) と移行通院群 (46 例) とに分け、精神保健福祉法による入院期間と回数分布の推移を棒グラフ化し、対象者ごとにその特徴を先行研究の知見³⁾を踏まえて、タイプ別に分類した。

(図 2：直接通院群、図 3：移行通院群)

3) 医療観察法における通院処遇中の精神保健福祉法による入院併用のタイプ

H19 年度の我々研究班報告⁴⁾では、通院処遇開始日から調査日までの精神保健福祉法による入院期間と回数分布を、対象者毎に比較・検討したところ、I. Prolonged stay (長期的入院) 型、II. Soft landing (軟着陸) 型、III. Emergency/ Temporary (緊急/一時) 型という 3 タイプに分類されることがわかった。H20 年度⁵⁾も引き続き同様の調査を行い、精神保健福祉法による入院期間と回数分布の経過を比較・検討したところ、上記の 3 タイプに加え、IV. Relapse (再発) 型の入院タイプがあることがわかった。

しかし、これまでの研究では、入院形態や日数、分布に関しては把握が可能であったが、各入院の理由に関しては、調査シート項目に正式に含まれていなかったため、それぞれの入院をどのように評価するかという点での限界があった。そこで、H21 年度は、これまでの調査項目に加えて、入院の理由を調査する項目を設けたことで、I～IV タイプが示す入院の特徴とその詳細が明らかになった。

以下、4 タイプ別のその特徴と傾向について述べる。

Type I. Prolonged stay (長期的入院) 型

このタイプは、通院処遇開始後すぐに精神保健福祉法の入院を始め、入院日数が全体から見て比較的長期（昨年度と同様に便宜的に 200 日以上入院）に及んでいる者をこのタイプに分類した。

このタイプに分類された者は、直接通院

者(入院あり群 70 例中 11 例)、移行通院者(入院あり群 46 例中 4 例)であり、ケース数では有意差は認められなかった。

入院理由や入院形態を踏まえて考察すると、Type I は、さらに 2 パターン (a、b) に分けられることがわかった。

パターン a の特徴は、「通院処遇開始時点で、すでに病状が悪いために医療保護入院となって通院処遇を開始できず長期入院となっている者〔図 2 における対象者 1～3〕」であり、パターン b の特徴は、「病状は悪くないものの、通院のための環境調整が困難なため、通院処遇が開始できずに長期入院となっている者〔図 2 における対象者 4～11 と図 3 における対象者 72～74〕」であった。

パターン a の平均入院期間は、867 日であり、最長者〔対象者 1〕は 1203 日と通院処遇期間の 3 年を超え、通院処遇期間が延長されている。これらのことから、パターン a は、通院処遇の決定が適切であったか、また、通院医療機関のリスクアセスメントの実態を踏まえながら、(必要ならば) 医療観察法の入院処遇への申し立てを考慮する必要性が示唆された。

パターン b の平均入院期間は、379 日であり、入院の形態は任意入院がほとんどであったが、医療保護入院者も 2 名〔対象者 6, 11〕含まれていた。入院の理由は、指定通院医療機関先が決まらない、住居の確保が困難、家族との関係修復が困難などがあげられており、対象者の病状からくる入院というよりは社会的入院の要素が強い傾向が示唆された。これらのことから、パターン b は、環境調整に関する支援をさらに強化し、早期に社会復帰できるように積極的に働き掛ける必要性が示唆された。また、

制度面では社会復帰資源の充実や住居確保に向けた取り組みの必要性が示唆された。

医療観察法の「入院によらない医療」の決定となっている以上、精神保健福祉法の入院は、必要最小限とされるべきであると考えられるが、そのことが非常に困難となっているこの Type I - a、b に該当する対象者に関しては、今後の処遇経過を引き続き、モニタリングしていくとともに、退院・社会復帰を阻害している複合要因に関してさらに調査していく必要がある。それらを調査していくことは、医療観察制度の改善すべき課題の明確化にもつながることが示唆された。

Type II. Soft landing (軟着陸) 型

このタイプは、通院処遇開始直後からの比較的短期間の精神保健福祉法の入院であり、入院理由が環境調整・信頼関係の構築・疾病教育・通院の訓練など、スムーズな治療導入を目的とした入院がなされた者として分類した。

このタイプに分類された者は、直接通院者(入院あり群 70 例中 31 例)、移行通院者(入院あり群 46 例中 5 例)であり、ケース数では、直接通院者の方が有意に多いという結果となった(χ^2 検定、 $p < .05$)。

移行通院者であっても、状況によっては環境調整期間が必要な場合もあるが、全直接通院処遇者 128 例からみても、Soft landing 型入院が必要なケースは 31 例と 24%を占めており、Type II のニーズは、直接通院群が高いことがうかがえる。

タイプ分けの過程で図 2 の通院処遇当初から入院しているケースを吟味した結果、6 か月時付近に分布の境目があることが明らかになった。Soft landing の必要性が有意

に高い直接通院群で Type II となった 31 例の対象者〔図 2 における対象者 12~42〕の入院の推移をみてみると、約 6 カ月の時点で入院が終了となっている者が 3 例〔対象者 12~15〕存在し、それ以外の対象者は、全て 6 カ月以内の入院でおさまっていた。そして、Type I も含めて、通院処遇当初からの入院が半年を超える場合の事例を調べると、最短でも 242 日と、2 か月以上ものギャップが存在していた。(図いれるか?)

分布の境目であったこの 6 カ月という期間は、通院処遇期間の前期にあたる部分と一致する。通院処遇ガイドラインによると、通院前期の治療目標の 1 つに、「通院医療への適切かつ円滑な導入」が記載されており、指定通院医療機関では、3 期に分けて目標設定をし、評価に基づき計画的に治療を行うようにと明示されている。つまり、Soft landing 型の入院が必要なケースにおいては、通院処遇「前期」の期間内に通院可能となる体制を構築する必要があると考えられ、この 6 カ月という期間が 1 つの目安となることが示唆された。また、データ上でも 6 カ月以内の退院が可能であることが裏付けられた。

これらのことを踏まえて、Type I-b と Type II との関連性を考察すると、「前期 6 カ月以内に、環境調整が果たせず、退院ができない場合、Prolong-b 型に移行していく」のではないかと推測された。

Type III. Emergency/Temporary 型 (緊急/一時) 型

このタイプは、緊急/一時避難的な短期間の精神保健福祉法の入院がなされた者として分類した。1 回あたりの入院日数(2~69 日)は、平均すると 31.6 日であった。

入院の理由には、環境調整・休息入院・問題行動・病状悪化などがあげられており、対象者によってさまざまであることがわかった。環境調整や休息入院は、一時避難的な入院であり、問題行動や病状悪化は、リスクアセスメントの観点からの緊急的な入院であるが、入院が長期化せず、比較的短期間の入院で退院が可能となっていることがみてとれる。

ケース数としては、直接通院者(入院あり群 70 例中 17 例)、移行通院者(入院あり群 46 例中 18 例)であり、有意差はみられなかった。

このタイプに関しては、本来想定されていた精神保健福祉法による入院での活用である。平均入院日数が約 1 月と短いことから、問題行動や病状悪化という変化(リスク)が早期に発見され、迅速な危機介入が可能となっており、短期間の入院が可能となっていることが示唆された。

Type II でも述べたが、医療観察法の通院処遇中の緊急/一時避難的な入院に関しても、治療上必要な入院と考えられるため、今後、医療観察制度にどう反映させていくか検討を重ねる必要がある。本研究の結果から考察すると Emergency/Temporary 型の入院が必要なケースにおいては、約 3 か月以内という期間が 1 つの目安になることが示唆された。

Type IV. Relapse (再発)型

このタイプは、H19 年度の調査ではみられなかったが H20 年度の調査から新しくみられるようになった精神保健福祉法入院のタイプであり、その特徴としては、処遇開始初期・中途にかかわらず、Type III より入院期間が長めで、入院理由が病状悪化や

深刻な問題行動となっていた者である。このタイプに分類された者の入院形態は、医療保護入院のケースが多く、措置入院者も1名〔対象者 114〕含まれていた。

このタイプに分類された者は、直接通院者(入院あり群 70 例中 11 例)、移行通院者(入院あり群 46 例中 19 例)であり、ケース数では、移行通院者の方が有意に多いという結果となった(χ^2 検定、 $p<.05$)。

このことから、移行通院群の退院後の再発は深刻であり、指定入院医療機関に再入院〔対象者 112、114〕になったケースや、再鑑定入院〔対象者 102〕になったケースもこのタイプに分類された。また、直接通院群の再発も深刻なケースが存在しており、通院処遇開始時点からの再発ケースで、2 名〔対象者 67、68〕の自殺がみられている。

Relapse (再発)型は、自傷・他害のリスクアセスメントの観点からも、引き続き注意深く経過をモニタリングしていく必要性が示唆された。

2. 通院処遇期間と精神保健福祉法入院の関連

図 4 は、通院処遇中の精神保健福祉法の入院あり群と入院なし群の間での通院処遇期間の比較結果である。

このグラフの明らかになった特徴的を以下に述べる。

- 1) およそ 600 日までの範囲では、両者間に差は見られない。
- 2) 600 日を超えたあたりから、入院なし群の方が処遇終了率が増えており、入院あり群に比べ、15~20 ポイント程度の差がみられている。
- 3) 1,095 日 (3 年) を境に、処遇継続者の比率が逆転している。入院なし群 (約 30%)

に対して、入院あり群 (約 15%) と、入院なし群の方が、処遇期間延長になる比率が高い。

特に 3 年を超える長期間処遇者のデータ数が少ないため、これらの差の統計的有意性を示すことはできなかったが、モニタリングを継続し、これらの傾向が続くかどうかの観察の必要性が示唆された。

今後は、精神保健福祉法の入院タイプ別と通院処遇期間との関連についても調査していきたいと考える。

D. まとめ

1. 通院処遇中における精神保健福祉法入院の併用実態と課題の明確化

医療観察法通院処遇中の精神保健福祉法による入院のあり方には、4 つのタイプ分けが可能であり、それぞれに効果や検討課題を含んでいることがわかった。特に、〔I. Prolonged stay-a 型〕・〔IV. Relapse 型〕に関しては、自傷・他害行為の恐れも踏まえて、今後の動向を注意深くモニタリングしていく必要があることが示唆された。また、入院期間に関しては、〔II. Soft landing 型〕・〔I. Prolonged stay-b 型〕に関しては、60 日間を境に、〔III. Emergency/Temporary 型〕〔IV. Relapse 型〕に関しては、90 日間を境に分類が可能であることがわかり、今後、各入院タイプの基準日数として活用できる可能性があることが示唆された。

2. 通院処遇中の精神保健福祉法の入院あり群と入院なし群の間での通院処遇期間の比較に関しては、3 つの特徴があげられ、今後も継続してモニタリングしていく必要性が示唆された。

E. 研究の限界と今後の展望

今年度は、昨年度に比べ調査対象施設数と調査対象者数が大幅に増加し、医療観察法における通院医療の実態や特徴を示唆するサンプルにはなつたと考えられるが、全数調査には至っていないことが研究の限界である。本研究が指定通院医療機関の任意の研究協力を依拠している以上、全施設から調査協力の同意を得ることは困難な状況にあるが、制度改正のための基礎資料となるべく、今後も調査対象拡大のための努力を続けて行きたいと考える。

精神保健福祉法による入院のタイプ分けに関しては、現在制度が進行している最中であり、データ数も追跡期間も十分ではないことから、タイプⅢ・Ⅳに関するタイプ分けの客観的な基準値を示すことは困難であった。しかし、タイプⅠ・Ⅱに関しては、ある程度基準となる数値を示すことができたと思われる。今後、処遇終了者が増えてくれば、さらに統計に基づく基準値をもうけられるのではないかと考える。

<参考文献>

- 1) 岩成秀夫：他害行為を行った精神障害者に対する通院治療に関する研究。H20年度厚生労働科学研究費補助金「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰に関する研究」(主任研究者：山上皓)。分担研究報告書,22-23,2009.
- 2) 藤村尚宏：医療観察法対象者の精神保健福祉法による入院。臨床精神医学, 38(5), 653-658, 2009.
- 3) 美濃由紀子, 安藤久美子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 牧野貴樹, 吉川和男：指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究ー通院処遇期間の推定と精神保健福祉法入院の併用実態分析を中心に

ー。臨床精神医学, 39(1), アークメディア, pp93-100, 2010年1月

- 4) 美濃由紀子：指定通院医療機関におけるデータ収集と質的データに関する研究ー国立精神・神経センターによるデータ収集と分析結果からー。厚生労働科学研究費補助金「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」(主任研究者：吉川和男)。H19年度 総括・分担研究報告書, 53-61, 2008

- 5) 美濃由紀子：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)ー精神保健福祉法による入院併用の実態分析を中心にー。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 H20年度研究報告書, 21-35, 2009.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 美濃由紀子：医療観察法病棟における多職種協働－看護職の立場から－。精神科治療学, 24(9), pp1069-1075, 2009年9月
- 2) 美濃由紀子, 安藤久美子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 牧野貴樹, 吉川和男：指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究ー通院処遇期間の推定と精神保健福祉法入院の併用実態分析を中心にー。臨床精神医学, 39(1), アークメディア, pp93-100, 2010年1月
- 3) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳：医療観察法病棟における多職種チーム連携の利点と課題ー入院処遇ガイドラインに基

づくチーム医療活動の実践報告ー. 日本精神科看護学会誌(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 精神看護出版, pp135-139, 2010年2月

4) 美濃由紀子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 吉川和男: 指定通院医療機関における専門的医療向上のためのモニタリング研究ー医療観察制度施行2年後の静態情報等の結果からー. 日本精神科看護学会誌(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 日本精神科看護技術協会編: 精神看護出版, pp31-35, 2010年2月

3) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 入院時面接を含む入院後48時間の濃厚な関わりの中で看護師が果たす役割ー医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告(2)ー. 日本精神科看護学会誌(The Japanese Psychiatric Nursing Society), 日本精神科看護技術協会編: 精神看護出版, pp 341-345, 2010年2月

4) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳: 指定入院医療機関における司法精神医療の実態に関する研究ー多職種による入院時受け入れ面接と内省深化のアプローチに焦点をあててー. 精神看護出版, 精神科看護, 37(2), 2010年2月

2. 学会・研究会発表

1) 美濃由紀子, 安藤久美子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 吉川和男: 医療観察制度における通院処遇期間中の精神保健福祉法入院による併用実態ー指定通院医療機関のモニタリング調査3年目の結果からー. 第5回 日本司法精神医学大会, p40, 2009年5月(群馬)

2) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 医療観察法病棟における多職種チーム連携の利点と課題ー入院処遇ガイドライン

に基づくチーム医療活動の実践報告ー.

日本精神科看護学会 第16回 専門学会 I, p135-139, 2009年7月(名古屋)

3) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 触法精神障害者の治療プログラム実施に対する看護職の取り組みー医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療の実践報告ー. 第40回 日本看護学会ー精神看護, p129, 2009年8月(島根)

4) 美濃由紀子, 宮本真巳: 指定入院医療機関における司法精神医療の実態に関する研究ー多職種による入院時受け入れ面接と内省深化のアプローチに焦点をあててー. 第40回 日本看護学会ー精神看護, p130, 2009年8月(島根)

5) 美濃由紀子, 岡田幸之, 菊池安希子, 佐野雅隆, 吉川和男: 指定通院医療機関における専門的医療向上のためのモニタリング研究ー医療観察制度施行2年後の静態情報等の結果からー. 日本精神科看護学会 第16回 専門学会 II, p31-35, 2009年11月(熊本)

6) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 入院時面接を含む入院後48時間の濃厚な関わりの中で看護師が果たす役割ー医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告ー. 日本精神科看護学会 第16回 専門学会 II, p341-345, 2009年11月(熊本)

7) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳: 医療観察法病棟におけるリスク管理の実態とリーダーシップをめぐる困難感ー看護師長インタビューの結果からー. 第29回 日本看護科学学会学術集会, p374, 2009年11月(千葉)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

図2. 直接通院群における精神保健福祉法の入院の経過

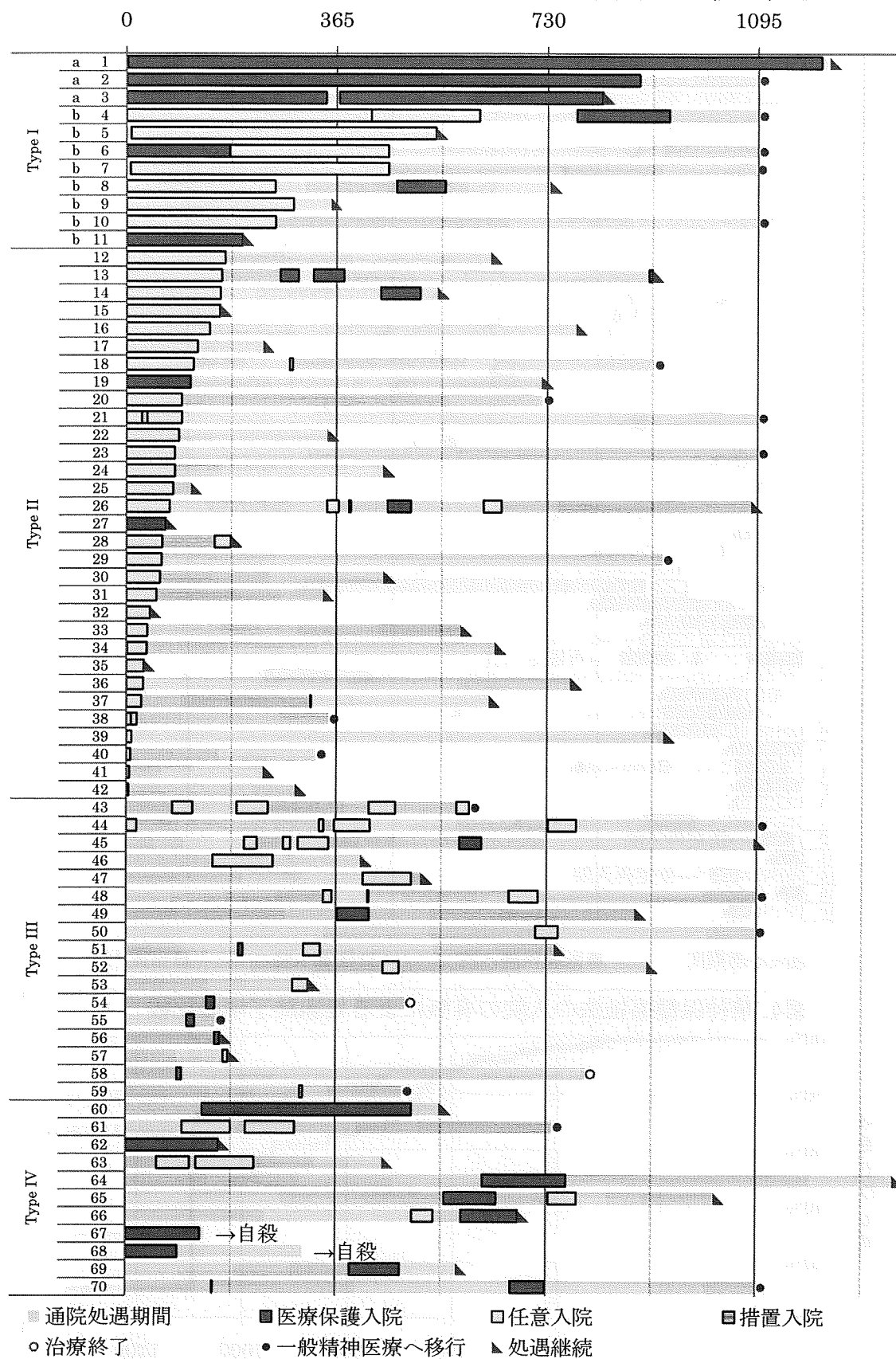


図2. 移行通院群における精神保健福祉法の入院の経過

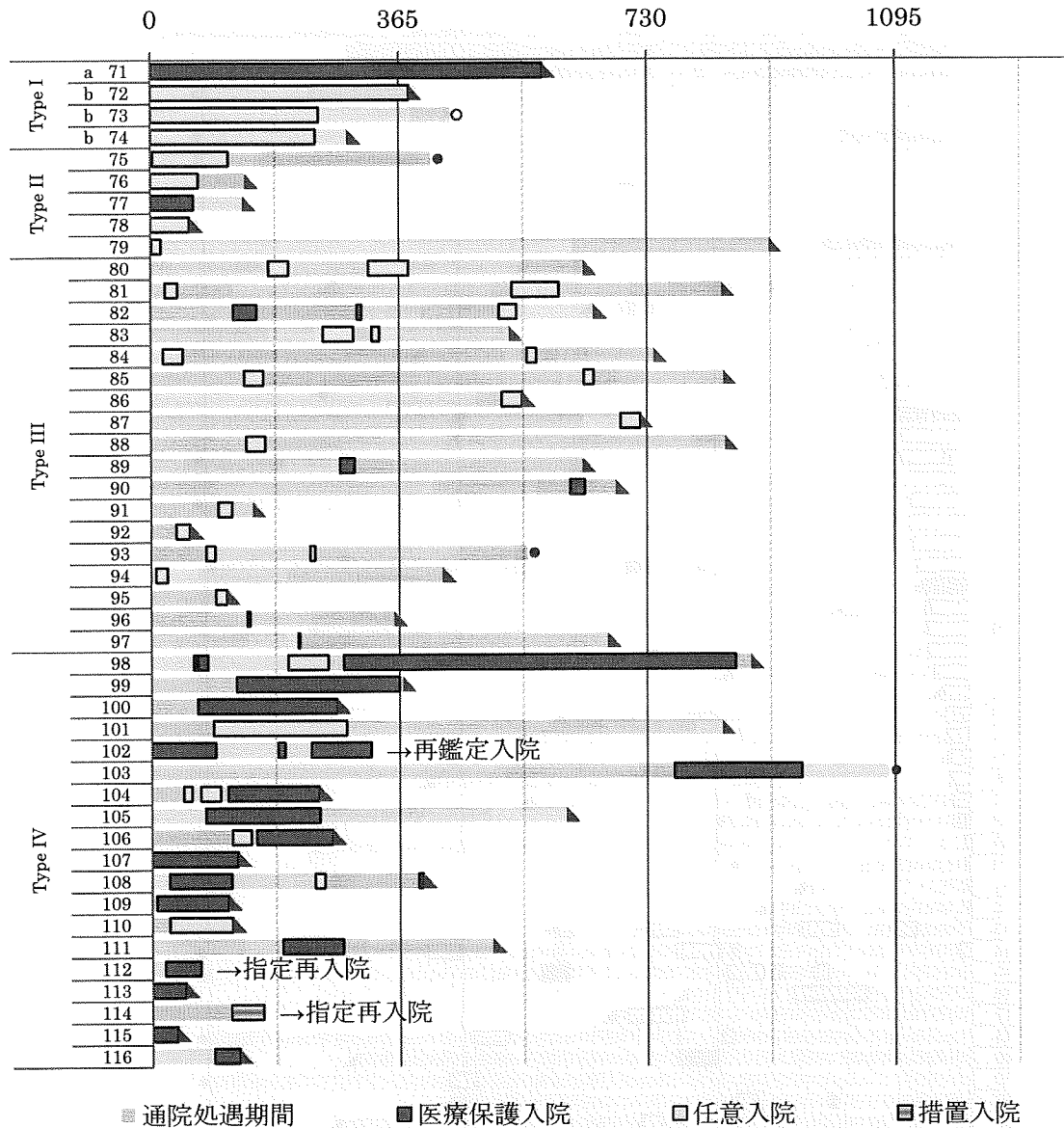
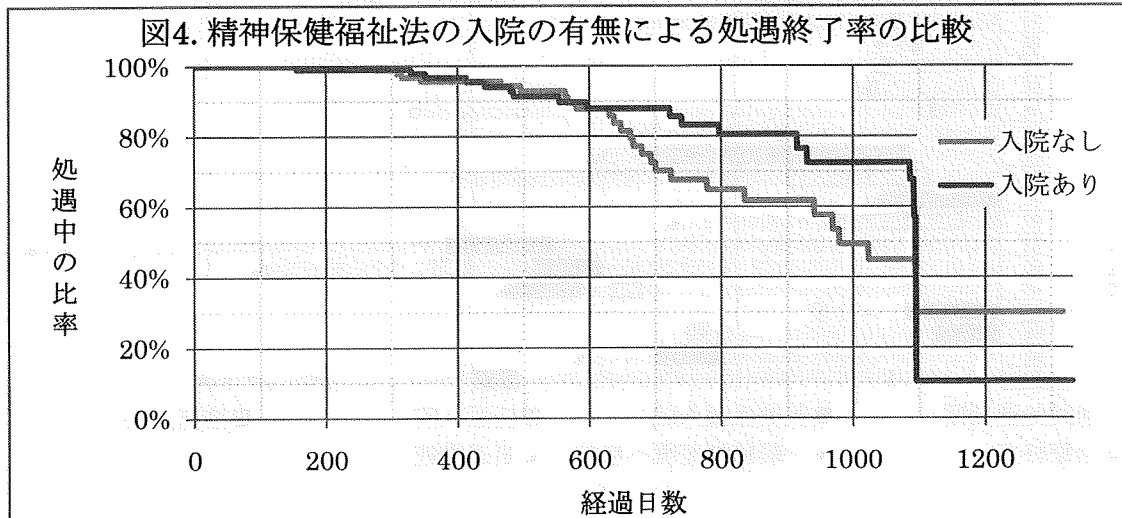


図4. 精神保健福祉法の入院の有無による処遇終了率の比較



5. モニタリング研究の分析結果の評価に関する研究

研究分担者 松原三郎

モニタリング研究の分析結果の評価に関する研究

研究分担者 松原三郎¹⁾

研究協力者 秋月玲子¹⁾ 中村美智代¹⁾ 吉川明弘¹⁾ 高橋めぐみ²⁾ 浜守大樹³⁾

川本孝憲⁴⁾ 平岡美和⁵⁾ 古庄立弥⁵⁾ 吉島秀和⁶⁾ 武内聖二⁷⁾ 田野島隆⁸⁾

¹⁾松原病院 ²⁾猪原病院 ³⁾谷野呉山病院 ⁴⁾独立行政法人国立病院機構さいが
た病院 ⁵⁾瀬野川病院 ⁶⁾のぞえ総合心療病院 ⁷⁾デイクアクリニックほっとス
テーション ⁸⁾札幌トロイカ病院

研究要旨

（１）心神喪失者等医療観察法のもとで、通院処遇を受けている対象者について、当研究によるモニタリング事例をふやすために、日本精神科病院協会会員病院の中で、指定通院医療機関となっている医療機関に対して、モニタリング研究への協力、すなわち、通院事例の提供の依頼を求めた。この結果、多数の事例を増やすことができた。

（２）北陸医療観察法研究会の開催：平成 21 年 10 月 17 日金沢にて、北陸 3 県（富山・石川・福井）の指定通院医療機関関係者を対象に研究会を開催し、事例の発表、意見交換を行った。その中では、訪問看護師の重要性が強調され、同時に、多職種が活動するためには、常に共通評価項目の変化に焦点をあわせて意見交換をすることが有効であることが示された。

（３）通院医療等研究会の開催：平成 22 年 2 月 6 日東京にて、全国指定通院医療機関関係者を対象に研究会を開催した。6 医療機関から事例報告が行われ、引き続きモニタリング研究報告と講演が行われた。

A. 研究目的

医療観察法（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律）が平成 17 年 7 月に施行され、4 年が経過した。通院処遇を受けている対象者は年々増加している。

本研究では指定通院医療機関が相互に情報交換を行い、通院医療における医療機関の現状、通院対象者の問題点を明らかにし、検討していくことによってモニタリング研究を促進し、また、モニタリング研究の成果を有効とするものとする。

B. 研究方法

（１）日精協を通じて民間精神科病院の協力を依頼した。

（２）平成 21 年 10 月 17 日金沢にて、北陸 3 県（富山・石川・福井）の指定通院医療機関関係者を対象に北陸医療観察法研究会を開催した。3 題の事例報告の後、意見交換を行った。その後、特別講演「統合失調症の認知行動療法入門」菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）が行われた。

（３）平成 20 年 2 月 9 日東京にて、全国指定通院医療機関関係者を対象に通院医療等研究会を開催した。6 件の事例報告が行われ、引き続き「モニタリング研究報告」安藤久美子（国立精神・神経センター精神保健研究所）が行われ、「地域特性からみた通院処遇の問題点について」岩成秀夫（神奈川県立精神医療センター 芹香病院）の講演が行われた。

(倫理面への配慮)いずれの研究会においても、参加者においては守秘義務を持つものだけに限り、また、同時に個人の情報に関する資料については、会において検討が終わった後には、その資料を回収し破棄した。

C. 研究結果

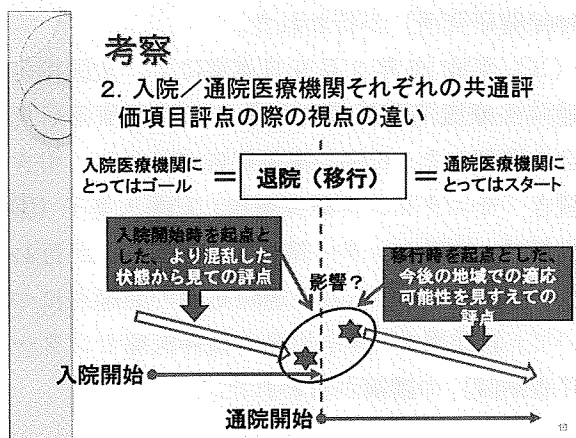
(1) 第3回北陸医療観察法研究会の開催。

平成21年10月17日(土)14:00、石川県文教会館4階大会議室にて開催。富山、石川、福井の北陸3県より79名の参加があった。内訳は医師10名、看護師14名、精神保健福祉士20名、心理士16名、作業療法士11名、保護観察所4名、検事1名、弁護士各1名、事務2名とさまざまな職種の参加者があった。

プログラムを別紙1に示す。

以下の事例報告がされた。

①通院処遇開始後の共通評価項目評点の推移について—移行通院の1事例を通して—、中村美智代(石川県・松原病院):指定入院医療機関での入院治療を終え、通院へ移行した事例で、共通評価項目評点が退院直後に上昇をみせることの意味としては、通院開始に伴う一時的な病状悪化という対象者側の要因、入院から通院への移行に伴う要因、開始当初ということで通院スタッフ側の危機意識も高く、些細な問題も拾いやすく1以上の評点に繋がりがやすいという要因が考えられる。入院/通院医療機関それぞれの共通評価項目評点の際の視点の違いについて考察した。



②対象者への関わりとコンプライアンスの継続について、高橋めぐみ(福井県・猪原病院):統合失調症で自宅放火の事例。共通評価項目6ヶ月の変化と同時に経過を報告した、今後の課題・支援方法として、服薬中断に至らないよう服薬指導を行う、本人が興味を持ち取り組めるものを考える、家族への疾病教育を繰り返し行う、本人の目標の再確認と処遇実施計画の立て直しが挙げられた。通院機関の課題としては入院中に行われた心理教育、日課の管理を通院でどのように継続するか、疾病教育の方法等スタッフの技術面の向上、各職種の役割分担の明確化、共通評価項目に基づいた治療計画の作成が挙げられた。

③社会復帰支援の困難事例、浜守大樹(富山県・谷野呉山病院):統合失調症。社会復帰の可能性を探るため入院処遇から通院処遇となり同日に任意入院になった事例。居住地がない、保証人になる人がいない、身分を証明するものがない、入院治療についての意識が弱い、自分より弱い立場への人への反社会的行動があり、既存の社会復帰施設での受け入れは難しいという社会復帰が困難な要素があり、医療観察法の入院中より社会復帰支援について苦慮した。医療観察法で居住地の設定ができない場合、住所不定のままの通院は不可能なのか。精神保健福祉法上の任意入院は、治療内容に拘束力はなく、新たな社会的入院者を生じさせない仕組みが必要である。

菊池安希子先生による特別講演「統合失調症の認知行動療法入門」ではさまざまな職種が講義を受け、たいへん有意義なものであった。

(3) 通院医療等研究会の開催。平成22年2月6日開催。指定通院医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士、心理士等の130名の参加があった。

プログラムを別紙2に示す。

<抄録>

①多発性硬化症で通院処遇となった一例、川本孝憲(新潟県・さいがた病院)

平成 18 年度より通院・入院医療機関として指定を受けた当院において、多発性硬化症に基づく器質性精神障害の対象者が通院処遇を受けることになった。通院体制が未整備だったため、急遽多職種編成、院内会議体制の構築を行い、処遇開始となった。通院開始に当たって地域での受け入れ態勢が不十分であったため、約一ヶ月間の入院を行い、自宅外出を経てから通院医療に移行した。

通院開始時点では、軽度の認知機能障害・実行機能障害が残存するのみで、対象行為当時の幻覚妄想状態を認めず、強制医療の必要性に疑問を感じたが、疾病に対する理解不足や内省・共感性の乏しさなどがあったため、神経内科と適宜併診しながら外来診察、疾病教育、訪問看護、心理面接、作業療法、就労支援などを行った。

疾病教育はパンフレットを使用しながら外来看護師が行い、また多職種チームで患者会への参加支援を行った。当初神経学的症候を欠いていたため、対象者は実感が湧かない様子であったが、後に歩行障害や視調節障害を呈した際に知識と経験が結びつき、病識が深まった。

対象行為に関しては、対象者は記憶がないことを主張し、勤務先の会社に対する他罰的な発言も多かったが、自ら図書館で事件の記事を読んだり鑑定入院中のカルテを閲覧したりして振り返りを行い、多職種もそれぞれ振り返りの面接を行い自らの行為であったことを受け入れるようになると同時に、地域感情などへの洞察も深まっていった。

医療観察法は再他害行為の抑止と共に社会復帰が主目的となっているが、本症例においては処遇開始当初から就労意欲が高く、その一方で地域での就労が困難であったことから、就労支援には初期の段階から力を入れて関わった。最終的には処遇の継続が就労の妨げになっており、また疾病に対する理解が深まり自ら医療の必要性を理解し、緊急時の体制も整ったことから、早期に処遇を終了するに至った。

②「医療法人せのがわ」における通院医療対象者の現状と問題点、平岡美和（広島県・瀬野川病院）

医療観察制度の目的は、①対象者に適切な医療を継続的に確保し、②病状の安定と回復を図り、③同時に対象行為となった他害行為を防止し、④対象者の社会復帰を促進することである。従って、当法人では「精神科救急医療センター」として現在実践している＜急性期治療から地域生活移行支援・地域生活支援へという精神科トータル・ケア＞を通して、通院処遇の期間を通して対象者に相応しいノーマライゼーションを段階的に構築していくことを目指している。

「医療法人せのがわ」では、平成 17 年 7 月の法施行以来、合計 18 名の通院処遇対象者の治療・回復支援を実施している。直接通院処遇であれ、指定入院医療機関からの移行通院処遇であれ、通院前期ステージでは円滑な通院治療への導入とその維持が重要である。そこで、通院処遇を生活訓練施設等の中間施設により開始することの有効性について検討を行なった。中間施設入所により、①＜対象者・家族と多職種チームの専門スタッフとの人間関係醸成＞に加え、②＜医療観察法対象者であることの意識づけ＞の上で、③＜当法人の現有するトータル・ケアを十分に活用できること＞が明確となった。

医療観察制度では、通院後期になると処遇終了を検討することになるが、順調な経過であれば一層、指定通院医療機関の責任として、＜原則的通院処遇の期間である 3 年間＞は＜医療観察制度による医療・福祉的サポート＞に加えて、対象者の意向を取り入れながら、＜障害者就業支援ネットワーク＞との連携形成により就労支援を積極的に勧めていくことの必要性を主張したい。

③当院における医療観察法通院医療の現況ー通院処遇を終了となった症例を通してー、古庄立弥（広島県・瀬野川病院）

医療観察法の施行後より、当院は、鑑定入院医療機関、指定通院医療機関として、鑑定入院と入院によらない医療（通院医療）とを実施してきた。通院医療に関しては、平成 21 年 12 月現在までに 18 名の対象者の治療を担当し、そのうち 4 名が処遇終了した。今回われわれは、通院処遇を終了した症例を通して、医療観察法の現在の課題について考察する。

当日発表する 2 症例とも統合失調症で 30 代の男性であるが、対症行為までの生活歴・病歴や処遇の内容についても差異がある。結果として処遇終了後の転帰も差異を認めた。

現在当院では施設入所を利用した通院処遇開始を検討中である。指定入院医療機関に入院中から関わりを持ち、退院後から就労に至るまでのリハビリテーションをより充実させることが可能と考える。また、副次的な効果として、通院便宜やフォローアップの問題もあわせて解決され则认为る。

治療中断に至った症例では、指定通院医療機関の不足が原因の 1 つであり、当院の場合、直接通院処遇であれ、移行通院処遇であれ、今後のケースでは通院処遇開始後しばらくは、施設入所を利用した通院が望ましいと考えた。

④力動的チーム医療における医療観察法通院医療の取り組み、吉島秀和（福岡県・のぞえ総合心療病院）

のぞえ総合心療病院は福岡県南部の人口約 30 万人の久留米市にある。入院は定床 150 床で、救急病棟を 50 床と 40 床の 2 単位、急性期病棟を 60 床有している。平均在院日数は、どの病棟も 60 日台であり、短期入院、外来中心の医療を行っている。外来は、一日外来総数は 286.5 人、通所数は 159.9 人である。当院は「治療共同体」の理念を元に「多職種による力動的チーム医療」を実践し、病棟、外来にこだわらず、専門的な治療、教育の場となる様々な「疾患、課題別治療プログラム」の導入を行ってきた。これはそれぞれの病棟・外来の治療プログラムを縦系とすると「疾患・課題別プログラ

ム」が横系となり、患者、スタッフとの共同作業で回復という織物を織っていくかのごとく、治療を行なっている。措置入院の患者も、措置入院患者ミーティングとして集まり、入院の理由や不安を語り合い、お互いの気持ちを共有、葛藤を抱えていくことで治療を進めている。

今回は母親の殺害という対象行為で医療観察法の指定入院医療機関で治療を行った統合失調症の患者の受け入れに際して、当院の治療文化を理解してもらうために引き続き、当院で入院加療を行った。入院加療で治療共同体（患者チーム）の利用によって、患者は生きる希望を見出し、さらに現実的なアプローチを行うことによって、心に「業」を背負いながら生きていくプロセスを患者とともに共有することが出来た。

⑤指定通院医療機関としての診療所の取り組み、武内聖二（北海道・デイクアクリニックほっとステーション）

医療観察法が施行されて、申立総数 1,379 件で、入院決定 799 件、通院決定 244 件（施行から平成 21 年 3 月まで）がなされている。施行後 4 年半が過ぎ、医療観察法処遇が終了し地域生活に戻る事例が多くなっている。

入院指定医療機関は配置人員、設備等が整備され手厚い治療プログラムが定められ、スタッフも専従であるが、通院指定医療機関の人員、プログラム等の実施は通常業務内で行っている。

現在、当院は、札幌市、市内の精神病院と連携をしながら医療観察法指定通院医療機関として、2 ケースを受け持っている。外来通院の他に、様々なデイクアプログラムを提供し病状の回復と安定に取り組んでいる。この 2 例を通じ、クライシスプランや関係機関との連携で手厚い支援を提供できるなど、触法ケースのみならず、既存のケースにも応用ができ我々が学んだことも多々あった。多くの機関が関わることで、対象者に安心感や相談相手を選択する余地を与えることもできると考える。実際に、別の

ケースで札幌市保健福祉課、区生保課、福祉機関、保護観察所（オブザーバー）、当事者とケア会議を開催し支援方針を話し合い、今後も定期的に会議を持つことが合意された。

近々、1事例が通院処遇終了を向える。処遇終了後も、ケア会議を通じて構築された連携体制を維持して、当院で外来治療、デイケア通所を継続する予定である。

当院で取り組んで得た地域生活定着支援の実践を報告し、今後の課題、展望を述べたい。

⑥医療観察法通院処遇中に精神保健福祉法で入院となった2症例、田野島隆（北海道・札幌トロイカ病院）

今回演者は医療観察法通院中に精神保健福祉法で入院となった放火事件の2症例について考察する。2例とも病名は統合失調症である。1例目は起訴前鑑定で心神喪失と判断され、医療観察法鑑定で通院処遇となった。グループホームに入り、そこから医療観察法指定通院医療機関であるトロイカ病院（当院）へ通院して、薬物療法やデイケアでの治療を受ける予定だったが、通院処遇となってわずか1週間後に精神症状が悪化して当院に任意入院となった。2年以上入院した後、当院敷地内にある生活訓練施設へ入居して、当院に通っている。この半年間は多職種チームのきめ細かな援助や、生活訓練施設が当院敷地内にあり、保護的環境であるため、大きな破綻を来たさず通院している。保護的环境下にあることでは、この症例について社会的ゴール（社会復帰）とは言い難い。2例目は、医療観察法鑑定を受け審判で医療観察法入院処遇となった。そしてE病院の医療観察法病棟で2年近く手厚い医療を受けた。しかし、「薬物療法、病識の獲得も限界で、治療継続の必要性も理解していない。」と判断され、「入院処遇を終了し、トロイカ病院で一定期間の入院を経て、通院を目指す方向をとる。」との方針で、当院に任意入院で入院中である。一般の精神科病院よりも密度の濃い医療を行うとされる医療観察法病棟が、治療の限界を理由に民

間精神科病院に対象者を移し、そこへ入院させて通院を目指す方向をとること、これは医療観察法の趣旨に合致するのか再検討の課題である。本来ならE病院の医療観察法病棟で入院期間の延長をして治療を行い通院処遇へ移行を目指すべきである。また、医療観察法病棟のベッドが4年半経っても予定通りには充足されないのこのような措置をとるのかとも考える。なお2症例の患者に、本研究会で発表することに関し十分に説明し、同意を得ている。

⑦モニタリング研究報告～通院対象者の分析～安藤久美子（国立精神神経センター精神保健研究所）

「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究」では、指定通院医療の実態を明らかにすることを目的として、医療観察法施行当初より約4年半にわたってモニタリング調査を行ってきた。本調査への協力機関数は年々増加しており、平成21年度は、全国で106箇所の指定通院医療機関から協力を得ることができ、その通院対象者数は269例であった。以下に主な結果をまとめて報告する。

調査対象者の内訳は、直接通院対象者が135例（50%）、移行通院対象者が134例（50%）とほぼ同率で、男性190例、女性79例、平均年齢は 45.6 ± 23.2 歳（23歳～78歳）であった。調査時点で通院処遇が終了となった者は67名で、そのうち指定入院医療機関に再入院となった者が3例、死亡終了が5例であった。また、処遇を終了し、一般精神医療等に移行した者の平均通院処遇期間は 712.7 ± 303.7 日であった。

次に通院処遇中の状況についてみると、精神保健福祉法による入院が行われていたケースは133例（49.4%）で、全体の約半数の通院対象者において、何らかの形で精神保健福祉法による入院治療が導入されていた。また、移行通院対象者に比較して直接通院対象者の入

院率が有意に高く ($p>.05$)、全体の約 4 割が環境調整を理由として通院処遇開始から 2 週間以内に入院となっているケースであることがわかった。

通院処遇中の問題行動の有無については、116 例 (43.1%) において何らかの問題行動が認められていた。なかでも、「通院、服薬、訪問看護、訪問観察等の不遵守に関する問題行動」が最も多く、37.4%を占めていた。こうした背景には、まだ地域によって医療機関が偏在しているという問題や、限られた人員で医療や福祉の支援体制をどう整えるかといった重要な課題も残されていると思われ、今後の法改正に向けてさらなる検討が必要であると思われた。

⑧地域特性からみた通院処遇の問題点、岩成秀夫 (神奈川県立精神医療センター)

厚生労働科学研究の分担研究として「通院医療モデルの構築に関する研究」を平成 21 年度より始めているが、その一環として保護観察所の管轄区域である都道府県単位で通院処遇の実態を把握するため、横浜、盛岡、熊本で通院処遇ワークショップを開催した。今回はその結果の一部を紹介するとともに、地域特性からみた通院処遇の問題点について考察してみた。

まず、通院処遇の実施体制であるが、社会復帰調整官は申立て件数に応じて徐々に増員され、ケースロードもほぼ 10 人程度で推移している。しかし、社会復帰調整官だけで全域をカバーすることは不可能であり、特に指定通院医療機関との緊密な連携が欠かせない。指定通院医療機関については、岩手県と熊本県で数の不足と偏在が目立っている。特に岩手県は、広域圏であるにもかかわらず、指定通院医療機関が少ないため、訪問看護やデイケアがほとんど実施できない状況である。一方、神奈川県は人口比で数の不足はあるものの、当初 5 病院が 10

病院まで増加し、ほぼ県域に満遍なく分布するようになって、各種の医療サービスにも対応できる状況にある。

ところが、このような状況にも関わらず、岩手県は今のところ緊急対応の発生が 1 件もなく、熊本県もほぼ同様であるのに対し、神奈川県はしばしば緊急対応が発生していた。その内容を検討すると、ほとんどが覚醒剤事例か、ギャンブル問題、女性問題が関係しており、人口の多い大都市を抱える地域特性とでもいえるものであった。欲望を刺激するこれら三大要因は、対象者の衝動制御の問題とも関連し、今後対応上の工夫を要するものになると思われる。

D. 考察

(1) モニタリング研究では、特に通院処遇者の精神症状、治療状況、生活状況などが問題となる。できるだけ調査対象者を増やすために、日本精神科病院会員病院の指定通院医療機関に対して協力を求めた。その結果多数の対象者を増やすことができた。

(2) 北陸医療観察法研究会では、北陸 3 県 (富山、石川、福井) における法の施行状況、指定通院医療機関における治療状況などについて比較検討を行った。北陸 3 県における通院処遇はいずれも円滑に行われているが、その治療内容は、デイケア、訪問看護が主となったものであった。特に訪問看護の重要性が指摘された。さらに、他の職種による支援も有効であることが示され、そのためには、多職種が共通評価項目を中心に意見を出し合う方法を吉川らが提案をした。具体的には、エクセルファイルを用いて、多職種が意見を書き込み、リアルタイムで対象者に対する意見交換を行う手法である。さらに、対象者本人に「グリーンカード」をもたせて、セルフチェックを行う方法も提示した。

(3) 通院医療等研究会は、今回で 4 回目を迎えたが、6 例の一般演題報告が行われた。また、前記のモニタリング研究の成果が国立精神神経センターの安藤氏によって発表されたが、通

院処遇の途中で、精神保健福祉法上の入院を繰り返す事例や、通院当初に入院処遇が行われる事例等、さまざまなタイプが指摘された。岩成秀夫氏は、医療観察法の施行状況は、各地域で大きく異なっており、特に東北地方では、精神科医師数の不足が大きな問題となっていることが報告された。

E. 結論

(1) モニタリング研究への指定通院医療機関の参加協力を促した結果、事例数も増えて、比較検討をより詳細におこなうことができた。

(2) 金沢で開催された北陸医療観察法研究会では、共通評価項目を共通言語として多職種が意見を述べ合う事が重要と認められた。

(3) 第4回通院医療等研究会では、事例発表とともに、地域格差が極めて大きいことが、岩成氏によって報告された。

F. 健康危険情報

特になし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 医療観察法対象者の地域サポートの将来, 臨床精神医学 38(5)641-645, 2009
- 2) 医療観察法の将来象. 精神医学 51(12): 1144-1145, 2009
- 3) 松原三郎、八木深、村上優、平林直次、土居正典、水留正流、池田太一郎: ニューヨークにおける一般精神医療施策、触法精神障害者医療施策, 司法精神医学 5(1)掲載予定

2. 学会発表

- 1) 指定通院医療機関に対するアンケート調査結果報告. 第5回司法精神医学会, 2009.5.15 群馬
- 2) 15才で殺人事件を起こした広汎性発達障害の1例. 北陸司法精神医学懇話会 2009.7.11 金沢

3) 医療観察法改正に向けてー地域ケア体制の充実. 国際シンポジウム 2009.10.11 東京

4) 民間精神病院からみた医療観察法の問題点と法改正への提言, 第37回日精協精神医学会シンポジウム座長 2009.11.12 香川

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

(別紙 1)

第 3 回北陸医療観察法研究会

日 時：平成 21 年 10 月 17 日（土）14：00

場 所：石川県文教会館 4 階大会議室（金沢市尾山町 10-5 TEL262-7311）

プログラム

<開 会>

<事例報告> 座長 寺西 里恵

発表 12 分 質疑 3 分

1) 通院処遇開始後の共通評価項目評点の推移について

ー移行通院の 1 事例を通してー

中村 美智代 松原病院（石川県）

2) 対象者への関わりとコンプライアンスの継続について

高橋 めぐみ 猪原病院（福井県）

3) 社会復帰支援の困難事例

浜守 大樹 谷野呉山病院（富山県）

<特別講演> 座長 松原 三郎

「統合失調症の認知行動療法入門」

講師：菊池 安希子 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 臨床心理士、精神保健福祉士

<閉 会>

(別紙2)

第4回 通院医療等研究会

日 時： 平成22年2月6日(土) 13:00 (12:00 受付開始)

会 場： 建築会館 (裏面地図)

〒108-8414 東京都港区芝5丁目26番20号

TEL 03-3456-2051 FAX 03-3456-2058

参加費： 無 料

プログラム

13:00 開会

13:05 一般演題(発表12分 質疑3分)

司会 鹿野亮一郎

- 1) 多発性硬化症で通院処遇となった一例
川 本 孝 憲 (新潟県・さいがた病院)
- 2) 通院医療対象者の現状と問題点
平 岡 美 和 (広島県・瀬野川病院)
- 3) 当院における医療観察法通院医療の現況
ー通院処遇を終了となった症例を通してー
古 庄 立 弥 (広島県・瀬野川病院)
- 4) 力動的チーム医療における医療観察法通院医療の取り組み
吉 島 秀 和 (福岡県・のぞえ総合心療病院)
- 5) 指定通院医療機関としての診療所の取り組み
武 内 聖 二 (北海道・デイクアクリニックほっとステーション)
- 6) 医療観察法通院処遇中に精神保健福祉法で入院となった2症例
田 野 島 隆 (北海道・札幌トロイカ病院)

<休憩>

14:45 モニタリング研究報告～通院対象者の分析～

司会 吉川和男

安藤 久美子 (国立精神・神経センター)

15:30 講演「地域特性からみた通院処遇の問題点について」

司会 松原三郎

岩成 秀夫 (神奈川県立精神医療センター芹香病院)

16:45 閉 会

主催：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

「モニタリング研究の分析結果の評価に関する研究」研究分担者 松原三郎

<問合せ先> 〒920-8654 石川県金沢市石引4-3-5 松原病院

TEL076-231-4138 FAX076-231-4110

E-Mail matsubarahospital@ishikawa.med.or.jp

通院医療等研究会 主催者 松原三郎

事務担当：一ノ宮・秋月