

表2 疾患名別内訳 (ICD-10による)

疾患名	入院対象者 (N=272)		通院対象者 (N=119)	
		(%)		(%)
F0 (器質性疾患)	3	(1.1)	2	(1.7)
F1 (物質使用障害)	11	(4.0)	16	(13.4)
F2 (統合失調症圏)	204	(75.0)	92	(77.3)
F3 (気分障害)	16	(5.9)	15	(12.6)
F4 (神経症圏)	2	(0.7)	0	0
F6 (人格障害)	1	(0.4)	2	(1.7)
F7 (精神遅滞)	1	(0.4)	9	(7.6)
F8 (発達障害)	1	(0.4)	2	(1.7)
その他	1	(0.4)	3	(2.5)
不明	32	(11.9)	0	0
合計 (重複診断あり)	272	(100.0)	141	(100.0)

らみた5つの主要要素をさらに細分化した合計17の下位項目によって構成される評価ツールで、それぞれの下位項目には最大8つの具体的な評価指標が設定されている。評価にあたっては、各評価指標の内容を総合的に判断して、0=「問題なし」、1=「軽度の問題あり」、2=「明らかな問題あり」の3段階で下位項目ごとに評点する。共通評価項目に示されている17項目については表3に示した。この評価ツールについては信頼性、妥当性の検討は行われておらず、現在のところまだ標準化されているわけではない。しかし、いわば複数の問題が列挙されているなかで多重選択によって、より重要な問題に重み付けをしたものとしてみることはできる。その結果、次のような解釈が可能である。

本調査の対象者が、入院処遇開始時点において最も高い得点を示していた項目は、環境的要素に分類される「現実的計画」で、次に得点の高かった項目は、治療的要素に分類される「治療・ケアの継続性」、精神医学的要素に分類される「精神病症状」や「非精神病症状」と続いていた。ここであげられている「現実的計画」というのは、対象者の現実的判断能力等を評価するのではなく、地域での生活を維持するための実行可能な計画が立てられているか、また人的、財政的な支援体制は確立しているかなどの視点から評価する項目である。共通評価項目には、たとえば、対人暴力の有

表3 共通評価項目

主要要素	下位項目
精神医学的要素	精神病症状 非精神病症状 自殺企図
個人心理的要素	内省・洞察 生活能力 衝動コントロール
対人関係的要素	共感性 非社会性 対人暴力
環境的要素	個人的支援 コミュニティー要因 ストレス 物質乱用 現実的計画
治療的要素	コンプライアンス 治療効果 治療・ケアの継続性
個別項目	個別に設定された3項目

無などを代表とする対人関係のあり方や、衝動性のコントロール能力の有無といった、より対象者個人の心理学的な特性を表す項目も評価項目として含まれているなかで、実際の支援体制や治療の継続といった地域生活において即座に必要なような、生活に密着した項目が入院処遇となった対象者において高い得点を示していたことは注目

に値する。

ところで、医療観察法では処遇を判断する構成要素として、「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」の3つの要素があげられており、これらのすべてが該当する場合に処遇が決定される⁹⁾。ここで、先に示した調査結果をこの3つの要素に照らし合わせてみると、最も得点の高かった「現実的計画」は「社会復帰要因」に包含される代表的な項目である。また、「治療・ケアの継続性」については「治療反応性」を判断するための重要な視点のひとつとして考えられる。そして、「精神病症状」や「非精神病症状」については、精神医学的症状の重篤さを示す「疾病性」に該当する項目といえる。このような結果を踏まえて考えると、これまでのところ対象者の処遇を判断するにあたっては、「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」の3つの構成要素が概ね適切に検討されているといえるであろう。

(2) 処遇経過

次に、処遇が開始されたあとの治療期の推移について検討する。厚生労働省の処遇ガイドラインによれば、入院処遇では急性期、回復期、社会復帰期の3つのステージに分けて治療が進められており、それぞれの治療期間は、おおむね3カ月、9カ月、6カ月が目安とされている。本調査の対象者のうち、それぞれの治療期を終了している事例のみを取り出して、その滞在日数を分析したところ、急性期は120.3(±83.6)日、回復期は209.9±114.1日、社会復帰期は187.7±92.0日であった。また、本調査対象のうち、すでに転院や退院、処遇終了などの理由により入院処遇が終了した者は97例で、入院滞在期間は平均441.8±155.4日(最小値47日、最大値861日)であった。これらの結果は標準偏差の範囲が広いと非常に大まかな比較にしかすぎないが、各期間の平均値をみると、急性期治療の期間はガイドラインの目安よりも約1カ月程度長期化している一方で、入院期間全体では概ねの目安とされている18カ月よりも約4カ月間短縮されていた。

指定入院医療機関における治療者としての著者

の経験によれば、急性期と回復期におけるもっとも大きな処遇の違いは生活環境の拡大であろう。つまり、急性期には主に入院医療機関内に留まっていた生活空間が、回復期になると院外への外出が許可され、生活環境がより公共の場所へと広げられることになる。したがって、回復期への移行にあたっては、確実な病状の安定とそれに対する確かな評価が求められることになる。それゆえ慎重に判断しようとする姿勢が急性期の治療期間を延長させることに少なからず影響を与えているのかもしれない。一方、その後の回復期から社会復帰期への移行に関しては、平均で2~3カ月以上早まっており、これによって最終的な全入院期間もガイドラインで示された目安より大幅に短縮される結果につながったものと思われる。ただし、本調査の対象者のなかには、本法施行当初に診断や治療可能性について疑義があるとして、入院後、比較的早期に処遇の終了が決定した事例も含まれていることから、今回の結果で示された各治療期間の長短や全入院期間について検討するにあたっては限界がある。したがって、今後も調査対象を拡大しながら調査を継続し、処遇期間の実態をより正確に把握していく必要があり、こうした結果を明らかにすることは、今後、ガイドラインの各治療期間の見直し等を検討するにあたっても有益な情報を提供できるものと思われる。

4. 指定通院医療機関における運用の実態

(1) 通院対象者の特性

「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) -精神保健福祉法による入院併用の実態分析を中心に- (分担研究者美濃由紀子)」⁴⁾では、調査協力の同意を得た全国の35箇所の指定通院医療機関の通院対象者119名について分析している。これは厚生労働省によって発表されている平成20年7月1日時点における全通院対象者212名の約56%にあたる。本研究の対象となった119名のうち、平成20年7月15日の調査時点で通院医療を継続していた者は103例で、通院処遇を終了した者は16例であった。後者の内訳を

みてみると、本法による処遇終了となった者が14名で、指定入院医療機関に再入院となった者が2例であった。人口統計学的項目については、性別は男性86名(72%)、女性33名(28%)で、平均年齢は 45.8 ± 13.6 歳であった。対象行為については、傷害(傷害致死を含む)が47例(39.5%)で最も多く、次に放火・放火未遂が41例(34.5%) (うち未遂6例)と続いていた(表1)。疾患名の内訳(ICD-10による)は「F2:統合失調症型障害および妄想性障害」が92例(77.3%)および「F3:気分障害」15例(12.6%)で全体の9割を占めていた(表2)。

(2) 治療経過

調査時点で通院処遇が終了していた16名のうち、正確な通院日数が得られた14名の通院期間の平均は 532 ± 279 日であった。これは、おおよその通院処遇期間として厚生労働省のガイドラインのなかで示されている3年よりも大幅に短縮されたものとなっている。また、彼らの処遇終了後の経過について調査したところ、14名中12名は、処遇終了後に一般精神科医療に移行されていた。つまり、精神疾患は持続しており今後も治療が必要であることには変わりはないが、「本法による医療を行わなければ再び同様の他害行為を行う現実的可能性」については消失し、一般精神医療のもとにおいても十分に安定した治療生活を送れるものと判断されたと考えられる。

その一方で、通院処遇中の事例においても精神保健福祉法による入院治療が行われている事例が散見されていることは注目に値する。本調査⁴⁾では、通院対象者のうち49名(41%)が通院処遇中に精神保健福祉法による入院の経験があった。また、その詳細をみると、入院形態は任意入院が72%、医療保護入院が28%となっており、措置入院に該当する者はいなかったが、入院回数が2回以上あると回答した者も全体の3割にのぼっており、平均入院期間は 124 ± 156 日と比較的長期の入院となっていることがわかった。さらに精神保健福祉法による入院が通院処遇中のいずれの時期に発生しているのかについて検討した結果、通院処遇開始直後から入院を開始し、比較的入院期

間が長期化している「Prolonged stay (長期的入院)型」、通院処遇開始直後に短期間の入院治療を行っている「Soft landing (軟着陸)型」、病状の急性増悪期に短期間のみの入院治療を行っている「Emergency/Temporary (緊急/一時)型」と通院処遇中の病状の悪化などにより比較的長期に入院治療が必要となった「Relapse (再発)型」の大きく4つのタイプに分類されることがわかった。

また、筆者ら「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究(2) - 通院処遇期間中の問題行動 - (分担研究者: 安藤久美子)」²⁾は、通院処遇中の問題行動について、自傷や暴力、薬物乱用や医療への不遵守などから構成される16の具体的な項目をあげて調査したところ、119例中60例(50.4%)と約半数の事例で何らかの問題行動が発生していた可能性を明らかにした。最も多かった問題行動は「服薬の不遵守・不遵守傾向」の20例(16.8%)で、次に「他者への非身体的暴力(身体的接触のない、暴力的言動や態度)」7例(5.9%)、「アルコール乱用・依存等(依存者の場合には再飲酒も含む)」7例(5.9%)などの問題行動が他に比べて高い割合で発生していた。また、少数ではあるが、指定入院医療機関を退院後、再他害行為により再入院となった事例や、通院処遇中の自殺事例についても報告されており、開放的な社会内処遇を目指す一方で、通院処遇における医療の継続や精神保健観察の難しさが改めて明らかになったといえる。

しかし、ここで別の視点に立ち返って考えると、本法では手厚い医療と地域ぐるみの支援体制に精神保健観察を組み合わせることによって、対象者に発生した問題行動を援助者がいち早くきちんと把握できる体制が整えられているということになる。これは治療への早期介入だけでなく、生活を支援していく上でも非常に有用であろう。また、精神保健福祉法による入院に関しても、臨床実務的な視点からいえば、普段は通院治療により十分に安定した生活が保てるが、病状の悪化を予測して早期に入院による治療的介入を行うことが有益であるケースや、治療者-患者間の治療契約に抵触するような問題行動が発生した際には、時を待た

ずして即座に入院治療を行うことがその後の治療にも有効であるケースがあることは明らかであり、処遇の途中で入院治療を行うことが必ずしも治療の後退を反映しているとはいえないかもしれない。したがって、今後は対象者の病勢や問題行動の発生時期などとも照らし合わせながら、医療観察法による通院処遇のなかで、精神保健福祉法による入院をどのように組み合わせ、活用していくことができるのかについて検討していくことが重要であると思われる。

5. おわりに

医療観察法の施行から4年が経過し、わが国の司法精神医療は新しい精神医療の一分野として確立しつつある。しかし、入院病床数の不足を補うための特定医療施設における臨時応急的な医療体制や、身体合併症をもつ対象者の処遇体制の未整備など、今後解決すべきいくつかの課題もまだ残っている。また、具体的な処遇内容の検討や治療プログラムの効果についても、ようやくデータが蓄積されてきた段階である。

2010年には医療観察法施行後はじめての改正が予定されている。今後もひとつひとつの事例を積み重ねながら分析を進めていくことは、本法が現場にとってより実際的なものになるための一助をなすだけでなく、ひいては一般精神医療の現場にも広く還元できるようなエビデンスに基づいた医療を提供していくことにつながるものと期待される。

文 献

- 1) 安藤久美子, 岡田幸之, 小山明日香, 他: 医療観察法における処遇決定に関する要因の分析. 司法精神医学 4(1): 13-22, 2009
- 2) 安藤久美子: 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」(主任研究者: 吉川和男). 分担研究報告書「指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究(2) - 通院処遇期間中の問題行動 -」, 2009
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課医療観察法医療体制整備促進室: 医療観察法の施行状況. 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」(主任研究者: 吉川和男). 第1回研究者会議, 2009年6月4日
- 4) 美濃由紀子: 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」(主任研究者: 吉川和男). 分担研究報告書「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) - 精神保健福祉法による入院併用の実態分析を中心に -」, 2009
- 5) 最高裁判所事務総局: 「心神喪失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」及び「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による審判の手続等に関する規則」の解説. 平成17年3月 刑事裁判資料第284号, 2005
- 6) 八木 深: 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」(主任研究者: 吉川和男). 分担研究報告書「指定入院医療機関におけるモニタリングに関する研究」, 2009

指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究
—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—

美濃由紀子 安藤久美子 岡田 幸之
佐野 雅隆 菊池安希子 吉川 和男

臨床精神医学 第39巻 第1号 別刷

アークメディア

◆研究報告◆

指定通院医療機関におけるモニタリングに関する研究 —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—

美濃由紀子^{1,2)} 安藤久美子¹⁾ 岡田 幸之¹⁾
佐野 雅隆³⁾ 菊池安希子¹⁾ 吉川 和男¹⁾

抄録：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を収集し、通院処遇期間の推定を試み、同法制度の運用状況を把握するとともに、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を目的とした。全国の指定通院医療機関35施設の協力を得て、調査対象者数は119名であった。収集したデータより明らかになった静態情報等の集計結果の一部から、以下の2点が示唆された。1.通院処遇継続中の対象者と処遇が終了して一般精神医療に移行した対象者の通院日数分布の尤度を最大にするパラメータを計算したところ、対象者の97.5%が、4.45年の範囲で処遇が終了することが推定された。2.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、先行研究⁴⁾では見られなかった[IV .Relapse (再発)型]に関しては、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。

臨床精神医学 39 : 93 ~ 100

Key words : 医療観察法, 指定通院医療機関, 通院処遇, 精神保健福祉法, 処遇期間の推定

(2009年11月5日受理)

共同研究者一覧

氏名	所属
牧野 貴樹	東京大学総括プロジェクト機構

1 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およ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)などを詳細に調査した研究に関しては、吉川を主任とする研究班のもの以外に

Monitoring research on the designated medical bureau for outpatients; On estimation of outpatient treatment durations and the admissions under the Mental Health and Welfare Act

¹⁾ MINO Yukiko, ANDO Kumiko, OKADA Takayuki, KIKUCHI Akiko and YOSHIKAWA Kazuo 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 [〒187-8553 小平市小川東町 4-1-1]

²⁾ 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所 ³⁾ SANO Masataka 早稲田大学大学院創造理工学研究所

表1 調査対象機関数・対象者数と全体数

全国の指定通院医療機関数	全国の通院処遇決定者数	調査協力施設数	データ収集サンプル数
318 施設 (H20. 8. 14 時点： 厚生労働省発表)	212 名 (H20. 7. 1 時点： 厚生労働省発表)	35 施設	119 名 ・ H20. 7. 15 時点 通院中 103 例 ・ 処遇終了 14 例 ・ 再指定入院 2 例
・ 国：11 施設 ・ 自治体立：42 施設 ・ 民間等：265 施設		・ 国，自治体立：15 施設 ・ 民間等：20 施設	全通院対象者の約半数以上 (56%) のデータを収集

は見当たらない。医療観察法が施行されて、3年が経過し、指定入院医療機関からの移行通院処遇者が増えてきたこともあり、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・検討なども必要になってきたと考えられる。また、通院処遇が終了した者も出てきたことから、通院処遇期間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を収集し、通院処遇期間の推定を試み、同法制度の運用状況を把握するとともに、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を目的とした。

2 研究方法

1. 調査対象

全国の全指定通院医療機関318施設に本研究への協力を依頼し、同意が得られた35施設を調査対象施設とした。調査対象者は、調査対象期間内に調査対象施設で通院処遇となった者：119名とした。

2. 調査対象期間

調査対象期間は、医療観察法制度が開始されたH17年7月15日から起算して、H20年7月15日(調査日)までの3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35施設に対して、「基本データ確認シート」³⁾を送付して、調査対象期間中の通院処遇者に関する情報の記入

を、担当チームスタッフに依頼した。同様のシートを用いた調査をH19年度から実施しているため、前回の対象期間(H19年7月15日まで)から継続している通院処遇者には、基本情報がすでに入力されている「継続用」シートを配布し、H20年度の更新分だけの記入を依頼した。また、H20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、必要な基本情報の記入も求めた。

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、通院処遇継続中の対象者と処遇が終了して一般精神医療に移行した対象者の通院日数分布の尤度を最大にするパラメータを計算し、通院処遇期間の推定を行った。また、通院処遇中の精神保健福祉法の入院経験のある各事例の通院処遇開始日から調査日(H20年7月15日)までの入院期間と回数分布を、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除いた。

研究遂行にあたっては、疫学研究指針を遵守し、研究者側(国立精神・神経センター精神保健研究所)と調査対象施設側(指定通院医療機関35施設)の両者について、倫理審査委員会による審査による承認を得たうえで実施した(調査対象施設側に倫理審査委員会の設置がない場合には、研究者側の倫理審査委員会において審査を代行した)。

表2 結果 (n=119)

性別	男 86名 (72%) 女 33名 (28%)
年齢	平均 45.8歳±13.6 s.d. 範囲 23歳～77歳
通院形態	直接通院処遇 66名 (55%), 入院処遇より移行通院処遇 47名 (40%), 不明 6名 (5%)
通院継続中者の通院継続期間 n=103	平均 404日±268 s.d. 範囲 6日～978日
通院処遇終了までの通院期間 n=16	平均 532日±279 s.d. 範囲 71日～915日
診断名 【Fコード】(重複あり)	F0:2名 (2%), F1:16名 (14%), F2:92名 (77%), F3:15名 (13%), F6:2名 (2%), F7:9名 (8%), F8:2名 (2%)
対象行為名 (重複あり)	殺人7名 (6%), 殺人未遂8名 (7%), 傷害致死3名 (3%), 傷害44名 (37%), 強盗5名 (4%), 強姦1名 (1%), 強姦未遂2名 (2%), 強制わいせつ11名 (9%), 強制わいせつ未遂3名 (3%), 放火35名 (29%), 放火未遂6名 (5%)
被害者(物)(重複あり)	家族・親戚36名 (30%), 知人・友人16名 (13%), 他人57名 (48%), 不明11名 (9%)
対象行為時の治療状況	通院治療中33名 (29%), 入院治療中2名 (2%), 治療中断中52名 (46%), 未治療26名 (23%)
過去の措置入院	あり50名 (42%), なし69名 (58%)
教育歴	小学校卒3名 (2%), 中卒41名 (34%), 高卒41名 (34%), 短大・大卒以上28名 (24%), 不明6名 (5%)
過去の矯正施設の入所経験	未成年期にあり2名 (2%), 成年期にあり7名 (6%), 未成年期および成年期にあり2名 (2%), なし103名 (86%), 不明5名 (4%)
生活保護	あり34名 (29%), なし76名 (64%), 不明9名 (7%)

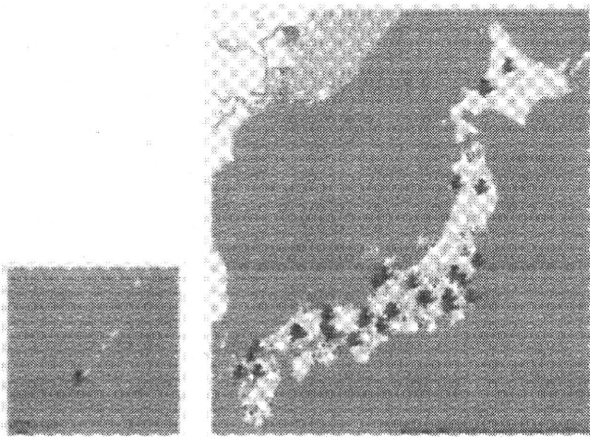


図1 調査対象施設の地理的分布

3 研究結果

1. 本研究結果の位置づけ

調査対象機関数・対象者数と全体数との関係

を、表1に示す。

本研究では、調査時点での全通院対象者212名中、119名(全国の通院対象者の約半数以上:56%)のデータを収集した。

調査協力施設の立地に関しては、図1に示すように、ほぼ全国的に分布していた。

2. 静態情報の集計結果

収集した静態情報データの概要を表2に示す。これらのデータについての詳細は、文献³⁾を参照されたい。

3. 通院処遇終了までの日数(通院処遇決定日ー通院処遇終了日より算出)

全119名中、H20年7月15日時点で、すでに通院処遇が終了している者は16名(14%)であった。通院処遇が終了した16名中、一般精神科医療へ移行した者は12名(10%)であり、2名(2%)は死亡による終了であった。死亡者2名のうち1名は自殺による死亡であり、もう1名は身体合併症(肝臓がん)による死亡であった。通院処遇中に指定

入院医療機関へ再入院となった者は2名(2%)であった。処遇終了者16名のうち、日数不明の2名を除いた14名の終了までの通院期間の平均は、532日±279 s.d. (約17.7カ月間)であった。

処遇終了者16名のうち、一般精神医療に移行した12名中、日数不明者1名を除いた11名の処遇終了までの通院期間の平均は、625日±235 s.d. (約20.8カ月間)であった。(中央値=602 最小値=163 最大値=915)

4. 通院処遇終了までの期間の推定

本調査で、一般精神医療に移行した処遇終了者の11名の処遇終了までの平均期間は625日であった。しかし、この数字は、処遇終了までに時間がかかっているケースなど、調査日時点での通院処遇継続中の95例が、サンプルに含まれていないため、この数字だけで処遇終了までの日数を評価することには限界がある。そこで、これらのサンプルを含めて処遇終了日を評価するために、処遇開始から処遇終了までの日数が「平均 μ 日±s.d. σ 日」の正規分布で分布するというモデルを立てて、最尤推定法を用いて、継続中95例と処遇終了11例の日数分布にモデル分布がもっとも近くなるようなモデルのパラメータ μ および σ を計算した。

具体的には、次のような計算式を利用した。 n 個の独立な事例 $S = \{s_1, s_2, \dots, s_n\}$ に対するモデルパラメータ (μ, σ) の尤度は、そのモデルから各事例が生じる確率の積で記述される。

ここで、事例 s_i が「 x_i 日目に処遇終了」であった

$$L(\mu, \sigma) = \prod_{i=1}^n P(s_i | \mu, \sigma) \quad (1)$$

場合、正規分布の仮定より、モデルからその事例が生じる確率は次式で計算できる。

また、事例 s_i が「 y_i 日経過時点で処遇継続中」で

$$P(s_i = x_i | \mu, \sigma) = \frac{1}{\sigma\sqrt{2\pi}} \exp\left(-\frac{(x_i - \mu)^2}{2\sigma^2}\right) \quad (2)$$

あった場合、累積正規分布関数を用いて、次式で計算できる。

そこで、継続中95例と処遇終了11例の106事

$$P(s_i > y_i | \mu, \sigma) = \int_{y_i}^{\infty} P(s_i = x | \mu, \sigma) dx = \frac{1}{2} \left(1 - \operatorname{erf}\left(\frac{y_i - \mu}{\sigma\sqrt{2}}\right)\right) \quad (3)$$

例に対し、式(1)で計算される尤度を最大化するようなパラメータを計算させた。

その結果、 $\mu = 1,003$, $\sigma = 311$ という結果が得られた。すなわち、処遇継続中の人も含めたデータより、処遇終了までの日数が平均1,003日±311日と推定された。

5. 通院処遇中の精神保健福祉法による入院

1) 精神保健福祉法による入院の有無と日数と回数

通院処遇中の精神保健福祉法による入院の有無に関しては、あり49名(41%)、なし70名(59%)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/移行)との関係を見ると、直接通院処遇者66名のうち入院があった者が34名(52%)、移行通院者47名のうち入院があったものが12名(26%)となっており、移行通院者の方が有意に入院率が低かった(χ^2 検定 $p < .01$)。

精神保健福祉法による入院ありと答えた49名の、入院平均総日数は124日、(SD値=155 中央値=67 最短日数=2 最長日数=790)であった。入院回数は、1回34名(70%)、2回9名(18%)、3回2名(4%)、4回3名(6%)、5回1名(2%)であった(図2)。

2) 入院回数と入院形態との関係

通院処遇中の精神保健福祉法による入院形態(任意/医療保護/措置)は、入院ありと答えた49人中の延べ75回の入院のうち、任意入院が54回(72%)、医療保護入院が21回(28%)、措置入院が0回(0%)であった(図3)。

通院処遇中の任意入院(54回)の平均入院期間は、入院1回あたり約79日(範囲2日~449日)であった。

通院処遇中の医療保護入院(21回)の平均入院期間は、入院1回あたり約91日(範囲2日~348日)であり、任意入院の平均入院日数よりも長かった。

(入院回数は、調査日:H20年7月15日時点で入院継続中であった者も含む。入院日数は、入院

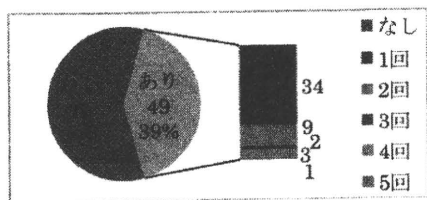


図2 通院処遇中の精神保健福祉法による入院の有無と回数

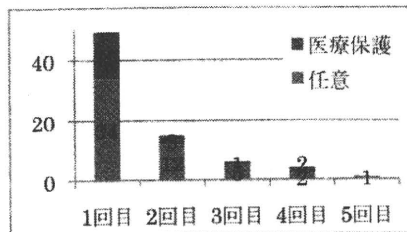


図3 各対象者の精神保健福祉法による入院の入院形態

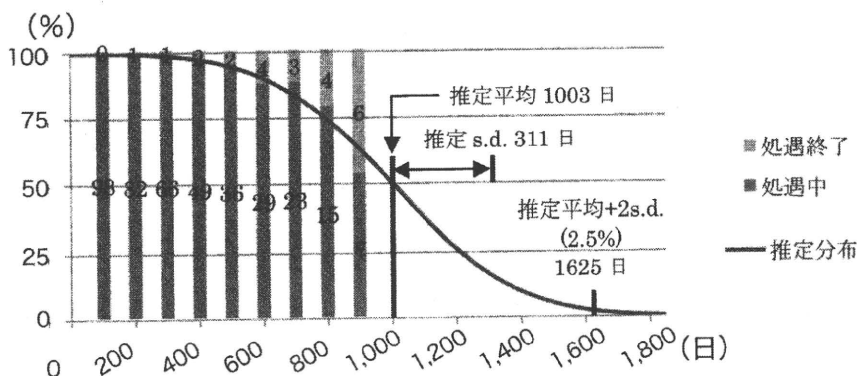


図4 通院処遇終了までの期間の推定

日～調査日までの期間をカウントした)

精神保健福祉法による入院ありと答えた49人の対象者ひとりあたりの入院日数は平均124日±156 s.d.であった。

3)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=49)

入院ありの49名における入院期間の推移を図5に示した(図5の詳細については考察2で述べる)。

4 考察

1. 通院処遇終了までの期間の推定

図4では、この推定された処遇継続率の分布を曲線で、また、データ上で100日、200日などが経過した後の処遇継続・処遇終了の事例数(死亡等、処遇終了以外で中断した場合を含まない)を棒グラフと数値で示した。

医療観察法による通院期間は3年(延長2年まで)と定められていることから3年経過後は、半年毎に処遇延長の申し立てをしない限り、通院処遇は終了となる。

本調査は制度施行後3年間のものであり、通院処遇が3年を経過した事例はデータの中にはない。言い換えると、事例中の処遇終了者は、処遇終了申し立てにより、(3年を待たずして)早期に処遇が終了した事例である、ということが出来る。

今回の最尤推定法に基づく処遇終了期間の推定は、これらの事例だけをもとに、単純なモデルに基づいて推定したものであるが、それでも分布の平均は1,003日(2.75年)と、3年よりも短くなっており、3年(1095日)経過時点では、約62%が処遇終了すると推定される。また、平均+2s.d.の期間である1,625日(4.45年)で、97.5%の対象者の処遇が終了すると推定される。

このことから、現時点では、最長処遇期間である5年以内にほとんどの対象者の処遇が終了することが示唆されたが、通常通院処遇期間である3年という期間内に、処遇終了とならない者が、約38%という推定数字をどう捉えていくかは、議論すべき点であると考えられる。

今後は、3年経過後のデータを含めて分析することで、より正確な処遇終了日数の推定を目指し

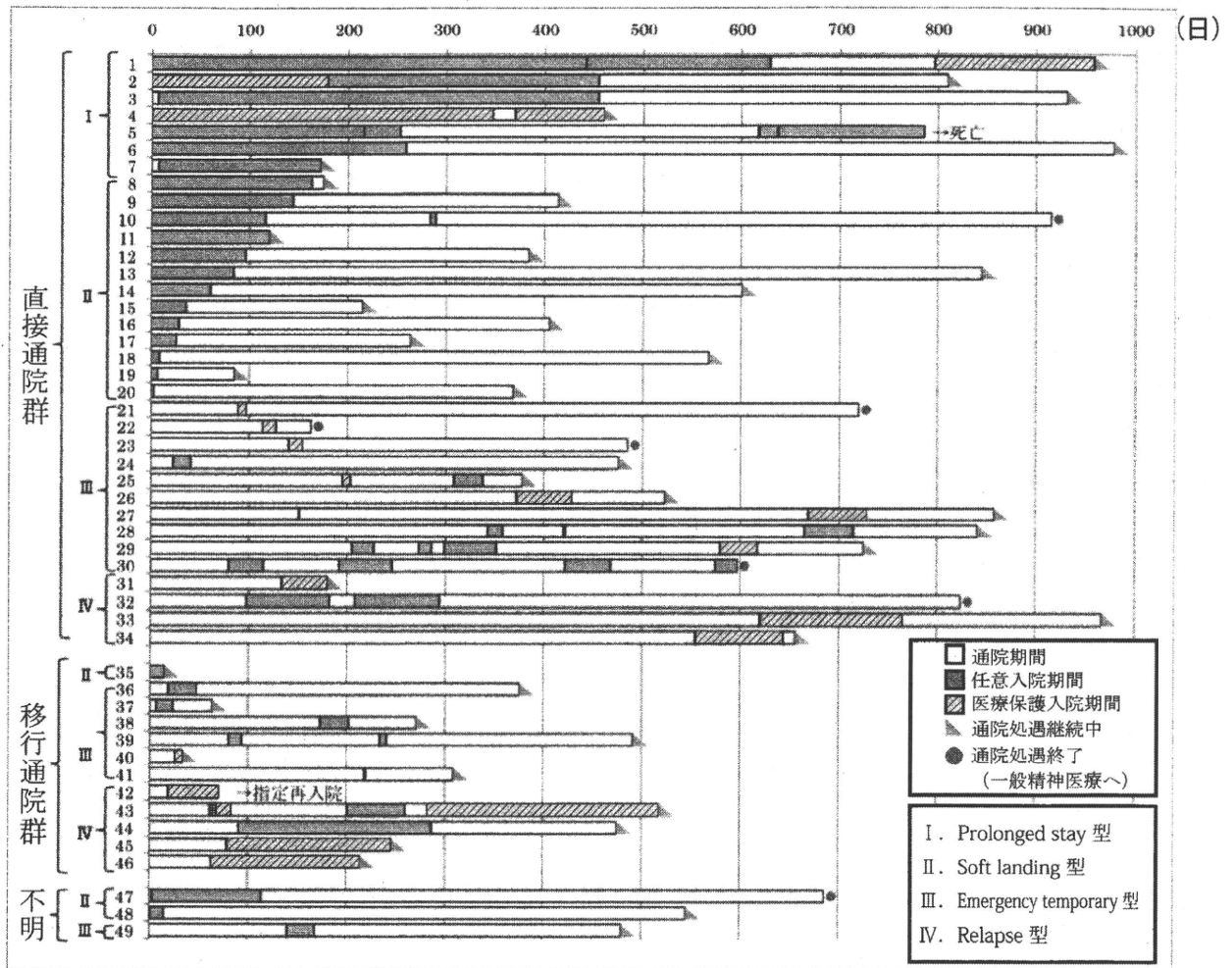


図5 通院処遇中に精神保健福祉法による入院があった49名の入院期間の推移 (対象者毎に直接・移行通院群別, 得られたタイプ別 (I~IV) に分けて示した。横軸は通院処遇開始日からの経過日数を示す。)

ていきたいと考える。

2. 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年度の吉川を主任とする研究班報告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3タイプに加え, IV. Relapse (再発)型の入院の傾向があることがわかった。(直接通院群と移行通院群におけるタイプ別の精神保健福

祉法入院による入院期間の推移を図5に示す。)

以下, 4タイプ別のその特徴と傾向について述べる。

1) 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に及んでいる者を分類した。このタイプに分類された7例(図5における対象者1~7)は, 全員が直接通院の処遇決定を受けた者であった。入院日数は最長者で790日にも及んでいた。

このタイプに属した対象者には, 通院処遇が決定された時点で, 住居の確保ができていないため, 精神保健福祉法による入院から開始しなければならなかったというケースが含まれていた。たとえば, 自宅への放火, 家族に対する他害行為

から、他害行為以前に住んでいた住居に戻ることができず、新しい住居の確保に長期間必要としているケース(図5における対象者1)などであった。それ以外には、身体合併症のために精神保健福祉法による任意入院を行ったケース(図5における対象者5)などが考えられるが、通院開始当初から医療保護入院が長期間に及んでいるケース(図5における対象者4)などは、果たして通院処遇が適切であったのか、入院の理由等を踏まえて吟味していく必要がある。

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。しかし、そのことが非常に困難となっているこのタイプに関しては、社会的入院の要素や処遇の決定が適切であったかなど、今後の処遇経過を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要因は何か、ケース毎に詳細に調査していく必要がある。精神保健福祉法の入院が長引く要因は、単に対象者の病状によるものだけではなく、複合的に要因が絡まりあっていると考えられ、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。

2) 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がなされた者として分類した。

このタイプに分類された16例のうち、13例(図5における対象者8～20)は、直接通院の処遇決定を受けた者であり、1例(対象者35)は、移行通院者であり、不明は2例(対象者47と48)であった。平均入院日数は81日であった。

通院治療導入のために精神保健福祉法による入院が必要なSoft landing型のケースは49例中14例(33%)であったことから、今後の課題としては、「通院導入のための精神保健福祉法による入院効果の評価」をケース毎に調査するとともに、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などを具体的に検討していく必要があることが示唆された。

また、今回はSoft landing型に分類はしたものの、調査時点で精神保健福祉法の入院が継続中の

者(対象者11と35)も2例含まれている。これらは今後、I . Prolonged stay型になる可能性もあるので、経過をモニタリングしていく必要があるであろう。

3) 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(今回は、便宜的に90日以内の入院とした)の精神保健福祉法の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17例(図5における対象者21～30, 36～41, 49)の1回あたりの入院日数(2～88日)は、平均すると26日であった。

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の活用であると考えられる。1回あたりの平均入院日数が26日と入院が長期化しないで退院が可能となっていることから、緊急/一時型(休息目的の入院も含む)入院は、「症状等の変化を早期に発見し、迅速な危機介入が可能となっている」ことが示唆された。

これらのタイプの入院に関しても、入院日数のみではなく、対象者毎のケース調査と合わせて、今後考察していく必要がある。

4) 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新しいタイプの精神保健福祉法入院の傾向であり、その特徴としては、処遇開始初期からの入院ではないにもかかわらず、III . のEmergency/Temporary (緊急/一時的)型より入院期間が長い(今回は、便宜的に90日以上入院がある者とした)ことがあげられた。このタイプに分類された9例における1回あたりの入院日数は、47日～312日であり、平均入院日数は138日であった。

(入院回数は、調査日：H20年7月15日時点で入院継続中であった者も含み、入院日数は、入院日～調査日までの期間をカウントした。)

このタイプの入院は、おそらく病状悪化や再燃による入院であると考えられるが、医療保護入院をしなければならない状況が長びくようなケースに関しては、ケース毎の調査も必要であろう。今後は、このタイプの医療保護入院の動向に注目してモニタリングしていく必要性が示唆された。

5 結論

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結果から、日数分布の尤度を最大にするパラメータを計算したところ、対象者の97.5%が、4.45年で処遇が終了することが推定された。このことから、最長処遇期間である5年以内にほとんどの対象者の処遇が終了することが示唆されたが、本調査は制度施行後3年間のものであり、通院処遇が3年を経過した事例はデータの中には含まれていないことから、今後は、3年経過後のデータを含めて分析することにより、さらに正確な処遇終了日数の推定が可能であることが示唆された。

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明らかになった。今後は、各タイプの特徴的なケースについて、質的な調査を併用することによって、より詳細で具体的な分析が可能となることが示唆された。

本研究によって得られた課題を現場へのフィードバックを通じて、制度改正にむけた専門的医療の向上を目指していきたい。

6 研究の限界と今後の展望

本研究は、全国の指定通院医療機関のうち35施設における通院処遇対象者119名を対象とした調査の結果であり、全数調査には至っていないことが研究の限界である。

しかし、本研究への協力が得られた35施設は、各地域の中でも基幹的な役割を果たしている施設であり、全対象者中の約半数以上のサンプルデータの収集が可能となったことから、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ったと考えられる。本研究が指定通院医療機関の任意の研究協力に依拠している以上、全施設から調査協力の同意を得ることは難しいが、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いきたいと考え

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少ないことから、タイプ分けのための客観的な基準値を示すことは困難であった。今後、処遇終了者が増えてくれば、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。

*本研究は、平成20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」（主任研究者 吉川和男）の分担研究として行ったものである。また、本研究の結果の一部は、第5回日本司法精神医学大会にて発表⁵⁾した。

文献

- 1) 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 38：653-658, 2009
- 2) 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、治療およ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
- 3) 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）—精神保健福祉法による入院併用の実態分析を中心に—。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
- 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—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—。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, 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—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—。第5回日本司法精神医学大会, p40, 2009年5月（群馬）

