

表2-2-1 m-ECT実施対象者の年代性別

年代	男	女
～20 (10代)	0	0
～30 (20代)	4	0
～40 (30代)	11	0
～50 (40代)	3	0
～60 (50代)	1	1
～70 (60代)	0	0
～80 (70代)	0	0
～90 (80代)	0	0

表2-2-2 m-ECT実施対象者の精神科診断

統合失調症	19例
急性一過性精神病性障害	1例

表2-2-3 m-ECT実施対象者の対象行為

強盗	1	5%
殺人	7	35%
殺人未遂	3	15%
傷害	4	20%
放火	4	20%
不明	1	5%

表2-2-4 m-ECT適応となった精神症状

症状	(人)		症状	(人)	
暴力	14	70%	食欲低下	1	5%
幻覚	11	55%	観念奔逸	0	0%
妄想	11	55%	行為心迫	0	0%
精神運動興奮	8	40%	抑うつ気分	0	0%
衝動性	8	40%	アンヘドニア	0	0%
希死念慮	6	30%	精神運動制止	0	0%
不安	3	15%	不眠	0	0%
カタレプシー	2	10%	パーキンソン症状	0	0%
多弁多動	1	5%	ジストニア	0	0%
焦燥感	1	5%			

表2-3-1 年代性別身体合併症対象者数

年代	男	女
～20 (10代)	0	0
～30 (20代)	5	0
～40 (30代)	5	3
～50 (40代)	3	0
～60 (50代)	4	1
～70 (60代)	8	1
～80 (70代)	2	0
～90 (80代)	2	0

表2-3-2 身体合併症対象者の精神科診断

統合失調症	20例
妄想性障害	5例
統合失調感情障害	1例
アルコール性精神病	2例
認知症	1例
躁うつ病	1例
不明	1例

表2-3-3 転帰別身体合併症

転院（外泊）	処遇終了、通院処遇
急性虫垂炎（4例）	肺癌（2例）
胆嚢炎（4例）	直腸癌
異型狭心症	胃癌
鼠径ヘルニア	子宮癌
膝炎	肺気腫
胆石陥とん	腎不全
子宮癌	
左上腕骨骨折	
白内障	
S字結腸腫瘍	
脳内出血	
膀胱炎	
歯性上顎洞炎	

4. clozapine投与状況

クロザピンの導入状況について、表2-4-1に示した。導入済み施設については、平成21年度には1施設であったのが平成22年度には5施設、平成23年度には10施設に増加しており、クロザピンの導入が進んでいた。今後の導入予定ありの施設も増加し、予定無しの施設が減少していた。

クロザピン投与状況に関しては30名の報告があった。クロザピンを使用した対象者の背景は、年代では30代が男女とも最も多かった（表2-4-2）。精神科診断はすべて統合失調症で、妄想型統合失調症（F20.0）が16名53.3%と最も多かった（表2-4-3）。対象行為の内訳については表2-4-4に示した。

クロザピンの投与理由として、精神症状30名（100%）と最も多く、次いで薬物抵抗性22名（73.3%）と多かった（表2-4-5）（複数回答可）。対象症状は、妄想が28名（93.3%）と最も多く、次いで幻覚24名（80%）、衝動性16名（53.3%）、暴力15名（50%）、精神運動興奮13名（43.3%）であった（表2-4-6）。

回答がなく不明の1名を除く、全例29名（96.7%）においてクロザピン内服に対する同意が得られていた。また、28名（93.3%）では、家族の同意が得られていた。倫理会議で25名

（83.3%）が事前に検討され、21名で承認が得られていたが、残りの4名に関しては回答が無く、承認の有無は不明であった。

クロザピンの最高投与量の分布に示した。最高投与量の中央値は400mg、最頻値は600mgであった。投与後の経過は、28名は継続投与中であったが、2名で投与中止となった。中止の理由は、顆粒球減少症（投与中止後回復）1名、血液疾患以外の有害事象1名であった。

5. 対象者の同意のない持効性注射剤の実施状況

対象者の同意によらず、持効性注射剤が投与されていた対象者6名の性別年代、精神科診断名、対象行為の内訳を表2-5-1に示した。

6名中5名において倫理会議が開催されていた。うち、事前審議2名、事後審議3名であり、いずれも倫理会議の承認を得ていた。継続して審議が行われているのは2名であった。使用薬剤はハロペリドールデカン酸エステル4名、デカン酸フルフェナジン1名、リスペリドン1名であった。使用の理由は、「退院後の対象者の服薬アドヒアランスに不安があった」6名、「鑑定入院中より使用していた」

表2-4-1 クロザピンの導入状況

年度	済み	予定あり	予定なし	計
H21	1	5	2	8
H22	5	7	4	16
H23	10	7	3	20

表2-4-2 クロザピン投与対象者の年代性別

年代	男	女
～20 (10代)	0	0
～30 (20代)	4	0
～40 (30代)	14	2
～50 (40代)	5	1
～60 (50代)	4	0
～70 (60代)	0	0
～80 (70代)	0	0
～90 (80代)	0	0

表2-4-3 クロザピン投与対象者の精神科診断

統合失調症	30	100 %
F20.0	16	53.3%
F20.1	7	23.3%
F20.3	3	10.0%
F20.9	4	13.3%

表2-4-4 クロザピン投与対象者の対象行為

強盗	2	6.7%
殺人	6	20.0%
殺人未遂	6	20.0%
傷害	10	33.3%
放火	5	16.7%
強制わいせつ	1	3.3%

表2-4-5 クロザピン適応理由

理由	件数	
精神症状	30	100.0%
自殺危険	4	13.3%
薬物抵抗性	22	73.3%
薬物副作用	1	3.3%
ECT治療無効	0	0.0%
ECT治療効果持続無	1	3.3%
対象者希望	3	10.0%
水中毒	2	6.7%
その他	0	0.0%

表2-4-6 クロザピン投与の対象となった症状

症状	件数		症状	件数	
幻覚	24	80.0%	焦燥感	5	16.7%
妄想	28	93.3%	抑うつ気分	0	0.0%
カタレプシー	0	0.0%	アンヘドニア	0	0.0%
希死念慮	5	16.7%	精神運動制止	0	0.0%
精神運動興奮	13	43.3%	食欲低下	0	0.0%
暴力	15	50.0%	不眠	2	6.7%
衝動性	16	53.3%	パーキンソン症状	0	0.0%
多弁多動	5	16.7%	ジストニア	0	0.0%
観念奔逸	0	0.0%	拒薬	1	3.3%
行為心迫	0	0.0%	拒否・拒絶	1	3.3%
不安	7	23.3%	その他	2	6.7%

(複数回答可)

表2-5-1 持効性注射製剤投与対象者（人）

年代	20代	1	17%
	30代	0	0%
	40代	3	50%
	50代	1	17%
	60代	1	17%
	70代	0	0%
性別	男性	5	83%
	女性	1	17%
対象行為	傷害	2	33%
	放火	2	33%
	強制わいせつ	1	17%
	不明	1	17%

3名が多かった。

D. 考察

平成19年度より医療の実態に関する調査を継続してきた。注意点は平成22年度の調査期間のみ88日間短縮していること、25施設中16施設からの回答結果であり全数回答ではないことである。このような研究上の制限は存在するが、医療観察法施行以来継続されていること、平成23年度の回収率は64.0%であることから、本研究結果は我が国の医療観察法の医療の実態を一定程度反映しているものと考えられる。

1. 行動制限の実施状況

指定入院医療機関には人的および物的資源が集中的に投入され、従来の精神医療では実現できなかった行動制限の実施率の低下と実施期間の短縮が期待された。

平成23年度の調査結果から、①1病床あたりの年間隔離実施件数の増加傾向、②自傷・自殺を理由とする行動制限の実施、③行動制限実施中における常時観察の実施率の低下、④365日を超える超長期隔離例の出現、の4つの課題が明らかとなった。以下、これらの課題について考察する。

病床あたりの年間行動制限実施件数を経年的に見ると、医療観察法施行当初と比較すると増加傾向を示していた。なお、拘束については、増加傾向を認めず一定のままであった。平成23年度の行動制限の実施頻度は、精神保健福祉法に比較すると極めて低い実施頻度であることに変わりはないが、隔離の実施に関しては増加傾向を認め、引き続き注意深い観察が必要であった。

医療観察法施行当初には「自殺企図、自傷行為」を理由とする隔離や拘束は実施されていなかったが、平成23年度には、行動制限の理由のひとつとして挙げられていた。ただし、本調査では複数回答可能であり、行動制限実施の主たる理由は、別の理由であることも十分に考えられる。今後、さらなる調査が必要である。

英国の司法病棟では「自殺企図、自傷行為」を理由とする拘束は実施されておらず、きわめて短期間の徒手拘束のみである。また、自殺念慮に対しては隔離、拘束を問わず、行動制限は実施されていない。自殺念慮については常時観察することによって、自殺を予防することが可能であり、また常時観察に際しては観察だけでなく、心理社会的介入を行うことで信頼関係を深めたり安心感を提供

したり、治療的介入を積極的に行うこともできる。

また、今回の調査によれば、行動制限実施時の常時観察実施率は100%ではない。この背景には、都道府県を中心に、小規模病棟や小規格病棟が設置されたことと関係している可能性がある。これらの病棟では、常時観察を常に実施できるほどには人手が確保されていない現実があり、人員配置基準については検討の必要性がある。

行動制限の実施期間については4週間を超える症例が32.1%に及び、また隔離期間も365日を超える超長期隔離例が3名であった。また、頻回に行動制限を繰り返した症例は4名であった。

我が国の行動制限実施率が欧米圏と比較すると高率であることや、実施期間が長期であることが精神医療全般で指摘され、その理由は主として、人手不足を行動制限によって補ってきた実態が指摘されている。指定入院医療機関には、精神保健福祉法による病棟と比較すると、手厚い人手が確保され、行動制限の実施には外部委員の入った倫理会議による事前または事後の承認が必要とされているが、本研究の結果からすると欧米圏の行動制限の実態より多くの行動制限が実施されているように思われる。今回の調査だけでは行動制限の適否を判断することは困難であり、今後、各症例に対する個別調査が必要であろう。

2. m-ECTの実施状況

m-ECTについては、年間数例の対象者に実施されており、実施件数に目立った変化を認めない。実施方法については、有けいれん性と無けいれん性の2つの手法で実施された1名の他は、すべて修正型であった。平成20年度には、倫理会議の事後承認を受けた3症例が報告されたが、平成21～23年度にはすべて事前承認の上、実施されていた。

以上より、m-ECTの実施状況には顕著な変化は認められず、概ね適切に実施されていると判断された。

3. 身体合併症

身体合併症のために転院（外泊）した対象者は、本年度若干増加した。今回の調査結果からすると、身体合併症医療の確保を目的として、「転院（外泊）」「処遇終了」「退院後通院処遇に移行」の3つの転帰が報告された。「転院」では迅速性が重要視され、「処遇終了」や「退院後通院処遇に移行」では高度専門医療を継続的に提供する体制作りが重要視されていた。このため平素より近隣の総合病院との連携を深めること、精神症状によっては、適宜退院許可を申立て、処遇終了や通院処遇への移行を目指し、適切な身体合併症医療を確保することが求められる。

4. Clozapine投与状況

クロザピン導入は確実に進んでいた。ただし、海外での研究報告に比較するとクロザピンの処方率は低値であった。今後、いわゆる3要件のうち「治療反応性」を判断するにはクロザピン処方必須であろう。そのためにはクロザピンの自施設での導入や、他の指定入院医療機関に転院しての導入などが考えられる。いずれにしても、すべての指定入院医療機関でクロザピン処方が可能となることが期待される。

5. 対象者の同意によらない持効性注射剤の投与状況

対象者の同意によらない持効性注射剤の投与については、倫理会議での審議事項である。今後、対象者の同意によらない持効性注射剤の投与については倫理会議の検討課題であることを再認識する必要がある。

持効性注射剤はもともと服薬に同意して

いない者に使用するのではなく、本人の同意をもとに実施することを原則とする。その投与の理由として多いのは、服薬の煩わしさ、認知機能障害などにより内服を忘れる場合などである。従って、疾病教育や服薬心理教育を十分に実施する等、対象者の同意を得るための最善の努力が求められる。

研究3. Fidelity check sheetを用いた指定入院医療機関の機能調査

A. 研究目的

平成23年7月15日現在、指定入院医療機関の設置数は25施設となった。指定入院医療機関の規模は、33床の標準型、17床の小規模病棟、5床程度の小規格型など、様々な規模の医療観察法病棟が設置された。指定入院医療機関の設置数の増加と多様化が進む中、指定入院医療機関の医療の向上と格差の最小化が重要な課題となった。

平成22年度の当分担研究班では、指定入院医療機関のfidelityを確保するためのチェックシートを作成した。さらに全国の指定入院医療機関で同シートを用いて、その医療の機能を評価した。

平成23年度の当研究の目的は、チェックシートを用いて全国の指定入院医療機関の医療の機能を評価するとともに、平成22年度の結果と比較して経年的変化を明らかにすることである。

B. 研究方法

平成19年度より、村上らの提案により指定入院医療機関のピアレビューが開始された。これは、指定入院医療機関の病棟スタッフ同士が相互の病棟を訪問し、実際の臨床場面に同席して医療の評価を行い改善すべき点などを話し合うものである。このピアレビューの際に、平成22年度に作成された「指定入院医

療機関チェックシート ver 2.0」を用いて、全国の指定入院医療機関の評価を実施した。評価結果を集計し指定入院医療機関の課題を抽出した。また、平成22年度の調査結果と比較することによって、平成22年度の課題の解決状況を検討した。

なお、「指定入院医療機関チェックシート ver 2.0」は265項目からなり、病棟全体の「運営にかかわる項目」30カテゴリー（163項目）と各職種の機能を評点する「職種別項目」（34カテゴリー、102項目）に大別され、さらに、職種別項目を医師6カテゴリー（20項目）、看護師7カテゴリー（35項目）、心理療士5カテゴリー（15項目）、精神保健福祉士4カテゴリー（18項目）、作業療法士12カテゴリー（14項目）に下位分類されている。また、各項目については、指定入院医療機関に要求される水準から、下記の3水準に重み付けされている。

水準A: 現行の医療観察法施行状況に鑑みて、即時の達成が不可欠であると考えられる水準

水準B: 医療観察法の理念から考察した結果、早急な達成が必要であると考えられる水準

水準C: 医療観察法の理念から考察した結果、達成を検討すべきと考えられる水準

C. 研究結果

平成22および23年度においては、それぞれ18および16の指定入院医療機関においてチェックシートを用いて評点が行われた。結果については、「ほぼ実施している」および「だいたい実施している」場合を「実施」として、「あまり実施していない」および「ほとんど実施していない」場合を「未実施」として、全施設での実施率を求めた。

次に、平成22年度または平成23年度において実施率が70%未満であった項目を抽出し、一覧表にして表3-1に示した。運営に関しては7カテゴリー、13項目、職種別項目では4カ

テゴリー、4項目が抽出された。

D. 考察

本チェックシートの作成目的は、本シートを用いて網羅的にチェックを行い、その結果を各指定入院医療機関にフィードバックすることにより、指定入院医療機関としての一定のfidelityを確保することである。

平成23年度には、ピアレビューの際に全国16施設において実施した。すでに述べたとおり、多くの項目で80%以上の実施率であり、指定入院医療機関の機能や運営は良好であると判断された。

「自助グループによる病棟への関わり」「性暴力に対する治療プログラムの実施」「ピアによるサポートの導入」などは十分とはいえないが、その導入が進んでいた。

平成22年度の実施率60%未満の項目は、「対象者参加型多職種チーム会議の実施」「共通評価項目による定期的評価」「治療共同体のイメージによる病棟運営」「薬剤師の関わりの不足」「クロザピン投与の準備」などであり、今後の課題とされた。

これらの課題について、平成23年度の実施率を見ると、「対象者参加型多職種チーム会議の実施」は65.0%から78.6%に改善していたが、80%には達しなかった。「共通評価項目による定期的評価」についても40.0%から64.3%に改善が認められたものの引き続き低値にとどまっていた。また、「治療共同体のイメージによる病棟運営」「薬剤師の関わりの不足」は相変わらず、実施率は低く、ひき続き今後の課題と考えられた。

これらの課題については、毎年実施されるピアレビューの際に、継続的チェックを繰り返し、課題が達成されるまで確認し続ける必要があるだろう。

E. 結論

本年度は研究1「指定入院医療機関における入院期間調査」、研究2「入院医療機関の医療の実態調査」および研究3「Fidelity check sheetを用いた指定入院医療機関の機能調査」の3つの研究を行った。

平成23年度も入院期間の長期化傾向が続いていた。今後も指定入院医療機関の入院期間を調査し、長期入院対策に資する基礎的資料を作成する必要がある。

また、行動制限の実態に関する調査では、隔離実施件数は平成19年度の男性0.064、女性0.030/床/年から、平成23年度の男性0.138、女性0.047/床/年へと男女ともに増加傾向を示しており、引き続き行動制限実施の最小化に対する努力が必要である。また、365日を超える超長期行動制限例および行動制限反復例に関する個別調査が必要である。

クロザピンの導入は確実に進んでおり、今後、すべての指定入院医療機関での導入が望まれる。

全国の指定入院医療機関でfidelityを確保するためのチェックシートを実施した。その結果、全国の指定入院医療機関の機能や運営は良好であると判断された。一方、個別の項目を検討すると、「対象者参加型多職種チーム会議の実施」「共通評価項目による定期的評価」「治療共同体のイメージによる病棟運営」「薬剤師の関わりの不足」など今後の課題が明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

○朝比奈次郎, 三澤孝夫, 平林直次: 高齢者にかかわる民事、刑事事件の状況. 老年精神医学雑誌 2010; 21 (7): 741-746

- 今村扶美, 松本俊彦, 藤岡淳子, 森田展彰, 岩崎さやか, 朝波千尋, 壁屋康洋, 久保田圭子, 平林直次: 重大な他害行為に及んだ精神障害者に対する「内省プログラム」の開発と効果測定. 司法精神医学 2010; 5 (1): 2-15

2. 研究発表

- 朝比奈次郎, 永田貴子, 大森まゆ, 平林直次: 医療観察法における入院期間調査. 第6回司法精神医学会 2010. 6. 3-5
- 永田貴子, 朝比奈次郎, 新井薫, 大森まゆ, 澤恭弘, 三澤孝夫, 五十嵐禎人, 平林直次: 医療観察法入院処遇者の予後に関する調査, 第6回日本司法精神医学大会, 東京, 2010. 6. 4
- 平林直次: 「医療観察法の現在－5年間に浮き上がった問題点－」, 第6回日本司法精神医学大会, 東京, 2010. 6. 4
- 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 平林直次,

和田清: 医療観察法指定入院医療機関における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果. 第6回日本司法精神医学会大会, 東京大学, 2010. 6. 4-5

- 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 平林直次, 和田清: 国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟における「物質使用障害治療プログラム」の開発とその効果. 第45回日本アルコール・薬物医学会, 2010. 10. 7-9

H. 知的財産権の登録・出願状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表3-1 指定入院医療機関 Fidelity check sheet 実施率の低い項目

I 運営

	%	
5. 担当多職種チーム会議への対象者の参加		
担当多職種チーム会議に対象者が参加しているか？	65.0	78.6
7. 共通評価項目による定期的評価		
毎月、見直しをしているか？	40.0	64.3
8. 治療プログラムの実施		
AA(断酒会)・NAによる院内メッセージを導入しているか？	20.0	50.0
対象行為が性暴力である対象者に対する、性犯罪防止プログラムを実施しているか？	20.0	69.2
ピアカウンセリングなど自己回復機能を促進するプログラム(WRAPノート、課題設定のための面接等)を実施しているか？	20.0	57.1
10. ユニットミーティング(小規模病棟では、評価項目から除く)		
急性期:暴力や禁止物品の持ち込みなど問題が発生した際に、緊急で開催しているか？	63.2	46.2
回復期:暴力や禁止物品の持ち込みなど問題が発生した際に、緊急で開催しているか？	68.4	53.8
社会復帰期:暴力や禁止物品の持ち込みなど問題が発生した際に、緊急で開催しているか？	68.4	61.5
11. 全体ミーティング		
全体ミーティングを実施しているか？		
暴力や禁止物品の持ち込みなど問題が発生した際に、緊急で開催しているか？	60.0	57.1
17. 運営・治療方針の見直し		
運営・治療指針の見直しを定期的の実施しているか？	80.0	53.8
19. 入院継続の申立て		
この会議に対象者は参加しているか？	43.8	71.4
21. 各種マニュアルと書類の多職種による作成		
すべての職種が下記の運営・治療指針、マニュアル、申立ての書類の作成見直しに関わり、実際に記入を行っているか？		
運営・治療指針の見直し	80.0	57.1
安全管理マニュアル	80.0	57.1
23. 行動制限の最小化・最適化		
上記の会議に、対象者本人は参加しているか？	60.0	92.9
30. 他の指定入院医療機関		
他の指定入院医療機関との連携を積極的に進めているか？		
薬剤師	0.0	21.4

II 職種別

医師

2. クロザピン投与		
医療機関登録要件を満たしており、クロザピン処方が可能であるか？	20.0	71.4
4. 治療計画の作成と遂行の進行度のチェック		
担当多職種チームが作成した治療計画が期限どおり遂行されているかチェックしているか？	64.7	92.9

看護師

2. 多職種チーム医療		
治療方針に基づいた看護計画を立案・評価・修正できているか？	55.0	100.0
5. 包括的援助		
定期的に診療支援システム内の評価尺度を用いた評価を行っているか？	55.0	92.9

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

医療観察法における医療の質の向上に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

入院対象者の社会復帰促進に関する研究

平成 23 年度

分担研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 来住 由樹

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

平成23年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

分担研究報告書

入院対象者の社会復帰促進に関する研究

分担研究者：来住 由樹 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

研究協力者：

西村 大樹（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）	西岡 直也（国立病院機構久里浜アルコール症センター）
宮田 純平（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）	村杉 謙次（国立病院機構小諸高原病院）
高橋 正幸（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）	真栄里 仁（国立病院機構久里浜アルコール症センター）
田中 貞和（地方独立行政法人岡山県精神科医療センター）	川本 孝憲（国立病院機構さいがた病院）
壁屋 康洋（国立病院機構肥前精神医療センター）	伊澤 寛史（国立病院機構さいがた病院）
高橋 昇（国立病院機構花巻病院）	中根 潤（国立病院機構下総精神医療センター）
平林 直次（国立精神・神経医療研究センター病院）	大鶴 卓（国立病院機構琉球病院）
大森 まゆ（国立精神・神経医療研究センター病院）	桂木 正一（国立病院機構菊池病院）
中嶋 正人（国立病院機構花巻病院）	岸田 学（国立病院機構榊原病院）
石丸 正吾（国立病院機構花巻病院）	山口 博之（国立病院機構賀茂精神医療センター）
八木 深（国立病院機構東尾張病院）	森 裕（大阪府立精神医療センター）
吉岡 眞吾（国立病院機構東尾張病院）	林田健太郎（長崎県立精神医療センター）
須藤 徹（国立病院機構肥前精神医療センター）	佐藤 浩司（群馬県立精神医療センター）
中川 伸明（国立病院機構肥前精神医療センター）	村上 直人（静岡県立こころの医療センター）
村田 昌彦（国立病院機構北陸病院）	山畑 良三（鹿児島県立始良病院）
	宮田 量治（山梨県立北病院）

研究要旨

入院長期化要因について、2年をこえる長期化群と2年以内の標準群とに分けて、共通評価項目、入院施設の診断、重複診断を基にして、全国データを整理した。岡山県精神科医療センターの2011年12月31日での入院対象者106人をもとに事例ベースで長期化群と評価した。

2年をこえる入院を要する群の多くは統合失調症であり、幻覚妄想に基づく行動が回復しない難治群であることから、治療抵抗性統合失調症への治療方略を再検討することが必要である。クロザピンの処方の方針の検討を比較的早い時点で行うことが必要と考えられる。

また初回入院継続時の共通評価項目の評点比較で、長期化群は、「精神病症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」の6項目において評点が高く、交絡因子を取り除くと、「精神病症状」「内省・洞察」とが長期化群を予測する項目として抽出された。この点からも治療抵抗性統合失調症が大きな課題であることがわかる。クロザピンの処方を積極

的に考えながら、内省・洞察をもたらす治療プログラムを施行し、あわせて社会復帰調整官との連携を初期からおこない、家族関係の再構築に向けた支援を重ねることが求められているようである。

広汎性発達障害は、実数は多くはないが、広汎性発達障害のみが、標準期間で地域移行している群よりも、長期化している群の方が多かった。広汎性発達障害の診断は長期化予測因子であった。よって広汎性発達障害を有する対象者への治療プログラムの準備をすることが必要である。

入院対象者は、1年以内短期群と1年から2年の標準群、2年以上の長期化群に分かれる。短期群は薬物の反応性がよく治療抵抗性でない群で、家族状態が安定しており、生活能力も保っており、地域移行が比較的容易な群である。しかし地域移行に至る期間を意識して治療を組み立てないと容易に1年をこえることとなるので期間管理をした治療が必要である。また短期群や標準群は転院をすると入院期間が長期化するので、これらの群では転院を避けて治療を行うことが望まれる。

長期化群を少なくするためにもっとも効果的な方法は、短期群と標準群を確実に治療を進め、治療を先送りにせず、きちんと必要期間で退院させることがまず必要なことである。あわせて長期群の多くは治療抵抗性統合失調症であり、クロザピンの使用をなるべく入院早期に、入院3ヶ月の急性期ステージで始めることにより、症状レベルの回復が促進され、長期化群を減らすもっとも近道の方法と考えられる。

A. 研究目的

医療観察法の施行から6年が経過し、平成23年12月31日時点で入院決定者は1,488人となっている。平均入院期間は、年ごとに延長しており、適正な入院治療を提供するためにも入院の長期化要因を明らかにすることが必要である。そして抽出された長期化要因をもとに、長期化を防ぐために可能な方策を検討し、長期化群の回復を促進する治療方略や治療プログラムを検討することが必要である。

そこで本研究では、全国データをもとに、共通評価項目、精神科診断や重複診断により長期化の要因を検討し、さらに岡山県精神科医療センターのデータから事例検討にもとづいて長期化要因を整理することにより、長期化要因の全体像を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

①共通評価項目からみた長期化要因の抽出

2010年8月31日までの間に医療観察法の入院決定を受けた全対象者から、研究協力が得られ、データの収集できた23の指定入院医療機関を2010年10月1日までに退院して通院処遇となった対象者のデータを用いた。その結果収集された81の事例について、2年をこえる長期化群と2年以内の標準群とに分けて、ロジスティック回帰分析（変数減少法）により検討した。

②精神科診断による長期化要因の抽出

2009年7月15日までに全ての指定入院医療機関に入院したすべての対象者968人についての、精神科診断、重複診断についての全数調査をもとに、2年をこえる長期化群と2年以内の標準群とに分けて、整理を行った。

③岡山県精神科医療センターにおける長期化要因についての検討

2011年12月31日時点で全国の入院決定者は1,488人であり、岡山県精神科医療センターには107人の入院があった。統計データでなく、詳細な事例検討をもとに具体的な長期化要因（入院期間が2年6ヶ月をこえるもの）の抽出を行った。

C. 研究結果

①共通評価項目からみた長期化要因の抽出

2年をこえる群（長期化群）と2年以内の群（標準群）とにわけて、初回入院継続時の共通評価項目の評点比較を行った。結果は、「精神病症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」の6項目において、長期化群で標準群に比して、評点が高くなっていた。さらにロジスティック回帰分析（変数減少法）を用いて、交絡因子を取り除くと、「精神病症状」「内省・洞察」とが長期化群を予測する項目として抽出された。

よって地域移行が困難な事例は、精神病症状と非精神病症状が難治であり、内省洞察が困難であり、個人的支援・現実的計画の実現が困難であることが示された。

②精神科診断による長期化要因の抽出

2009年7月15日までに全ての指定入院医療機関に入院したすべての対象者968人のうち478人が退院しているが、2年をこえる長期化群と2年以内の標準群とに分けて、要因を整理した。（表1）。

もっとも多いのは統合失調症で、長期化群が168人（83%）であり、やはり治療抵抗性統合失調症が大きな課題であることがわかった。また広汎性発達障害のみが、標準期間で地域移行している群（5人）よりも、長期化している群（10人）が多く、診断が行われた時点で長期化要因となると考えられた。

③岡山県精神科医療センターにおける長期化要因についての検討

2011年12月31日時点で岡山県精神科医療センターには106人の入院があった。平均入院期間は758日で中央値は748日だった（図1）。全国データでは転院は長期化要因の一つである（平林2011）。これは病棟開設時に遠方の病院から地元近くの病院へ転院して当初の病棟はうまるが、回復が順調な事例は転院を待たずに地域移行しているため、地域移行できずに地元の病院に転院する群は、困難事例であることが多いからと考えられる。

岡山県精神科医療センターで2011年12月31日時点での地域移行にいたる残存曲線（図2）をみると、入院期間が2年6ヶ月をこえると、入院期間と転院の有無との関連はなくなる。すなわち転院の有無にかかわらず、入院期間が2年6ヶ月をこえるものは、回復が困難な群であるといえる。

そこで入院期間が2年6ヶ月をカットオフでみると、2年6ヶ月をこえたものが12人だった。その診断のうちわけは、11人が統合失調症、1人が双極性気分障害であった。11人の統合失調症のうち、長期化している主な理由が幻覚妄想に基づく行動が緩和しないものが6人、国内・世界を転々と転居する生活歴を有するが2人、広汎性発達障害の併存が2人、クロザピンが効果を有したが地元で処方できないが1人であった。なお長期化している従たる理由を含めると、幻覚妄想に基づく行動が緩和しないものが11人となり、治療抵抗性統合失調症の治療方略が大きな課題であることが確認できた。

D. 考察

2年をこえる入院を要する群の多くは統合失調症であり、幻覚妄想に基づく行動が回復しない難治群であることから、治療抵抗性統合失調症への治療方略を再検討することが必

要である。2009年6月に認可されたクロザピンは、治療抵抗性統合失調症を適応症とする抗精神病薬であり、他の薬物では効果がなかった患者の4割から5割に効果を有するとされる薬物である。長期化群の多くが治療抵抗性統合失調症である以上、クロザピンの処方検討を比較的早い時点で行うことが必要と考えられる。

また初回入院継続時の共通評価項目の評点比較で、長期化群は、「精神病症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」の6項目において評点が高く、交絡因子を取り除くと、「精神病症状」「内省・洞察」とが長期化群を予測する項目として抽出された。この点からも治療抵抗性統合失調症が大きな課題であることがわかる。クロザピンの処方を積極的に考えながら、内省・洞察をもたらす治療プログラムを施行し、あわせて社会復帰調整官との連携を初期からおこない、家族関係の再構築に向けた支援を重ねることが求められているようである。

また広汎性発達障害は、指定入院医療機関で再評価して診断されることが多いが、この群では、診断により長期化を予測する要因となっている。医療観察法の入院対象者では広汎性発達障害の単独診断であることは少なく、多くは統合失調症との重複診断であることが多い。実数は多くはないが、広汎性発達障害のみが、標準期間で地域移行している群（5人）よりも、長期化している群（10人）が多く、診断が行われた時点で長期化要因となると考えられた。よって広汎性発達障害を有する対象者への治療プログラムの準備をすることが必要である。

岡山県精神科医療センターで事例に基づいて長期化要因を整理したときにも、幻覚妄想に基づく行動が緩和しない統合失調症であること、すなわち治療抵抗性の統合失調症であることが一番の要因であった。またクロザピ

ンが効果を有したが地元で処方できないものもあり、クロザピンは一般精神科医療の中で広くもちいられることが強く望まれる。また国内・世界を転々と転居する生活歴を有するなど生活基盤をささえることが困難なものも長期化していた。

入院対象者は、短期群と標準群、長期化群に分かれる。（図1）。短期群は薬物の反応性がよく治療抵抗性でない群で、家族状態が安定しており、生活能力も保っており、地域移行が比較的容易な群である。これらの場合には、治療の見通しを短期群として可能であると見立てをたてて、治療チームと医療機関で共有してすすめることが必要である。地域移行に至る期間意識して治療を組み立てないと容易に1年をこえることとなる。また短期群や標準群は転院をすると入院期間が長期化するので、これらの群では転院を避けて治療を行うことが望まれる。

地域移行の時期について想定して、必要な治療プログラムを遅れることなく、順序良く着実に行うことが不可欠である。そのためには、治療計画を立てるときには時間軸も意識した計画にする必要があり、とりわけ入院後2週間の初期評価の時、6ヶ月ごとの入院継続の時には期間を意識した治療計画とする必要がある。

長期化群を少なくするためにもっとも効果的な方法は、短期群と標準群を確実に治療を進め、治療を先送りにせず、きちんと必要期間で退院させることがまず必要なことである。あわせて長期群の多くは治療抵抗性統合失調症であり、クロザピンの使用をなるべく入院早期に、入院3ヶ月の急性期ステージで始めることにより、症状レベルの回復が促進され、長期化群を減らすもっとも近道の方法と考えられる。

表1

	指定入院医療機関の診断										合計
	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7	F8	F9	G40	
標準群	5	18	218	17	2	3	5	5	1	1	275
長期化群	4	10	168	9	0	1	1	10	0	0	203
合計	9	28	386	26	2	4	6	15	1	1	478

統合失調症が多い

広汎性発達障害が増える

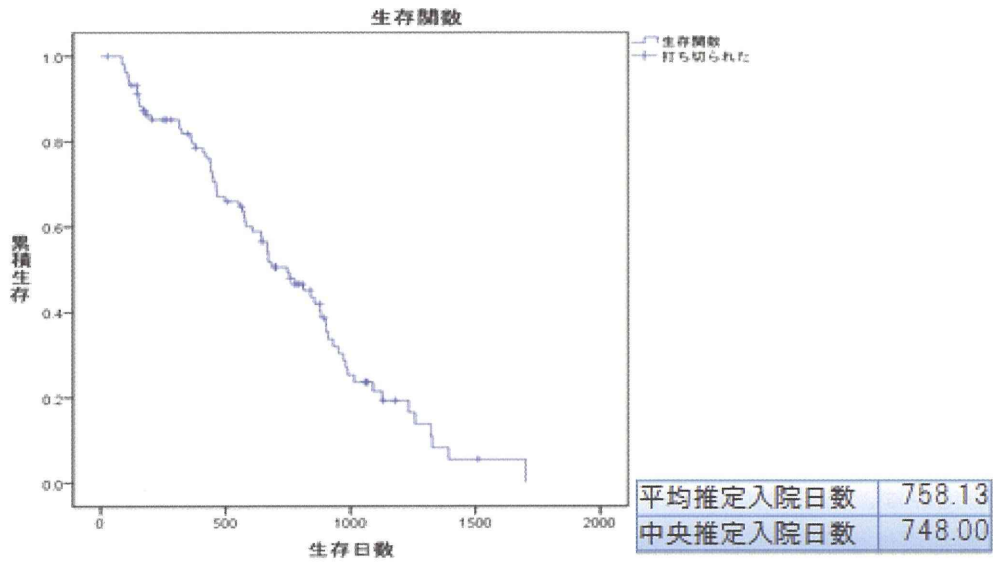


図1 入院期間：岡山県精神科医療センター（2011年12月31日）

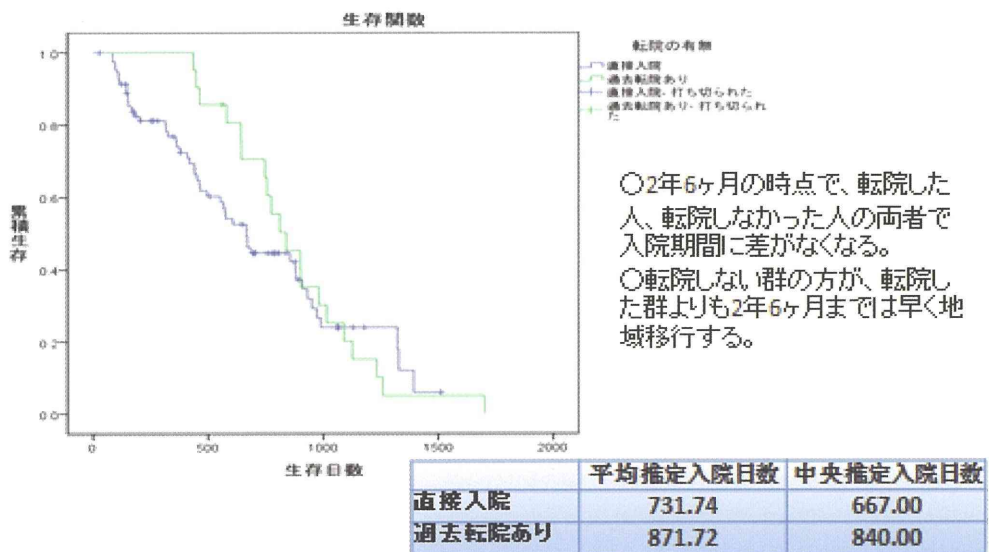


図2 入院期間：岡山県精神科医療センター（2011年12月31日）転院の有無

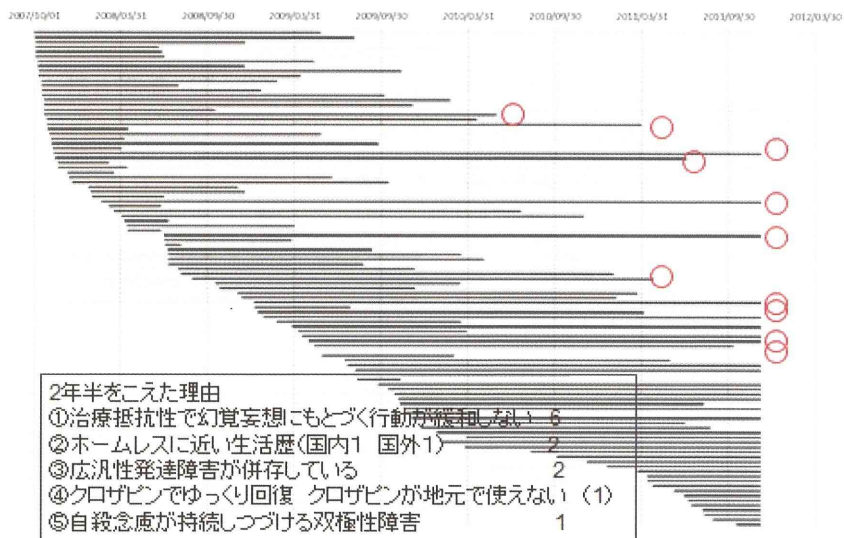


図3 岡山県精神科医療センター入院

E. 結語

長期群のもっとも大きな群は、治療抵抗性統合失調症である。よってクロザピンの処方が計画的になされることが長期化群を減らすこととなる。

また長期化群は、共通評価項目の「精神病症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」の6項目の評価点が高い。よってクロザピンの処方を積極的に考えながら、内省・洞察をもたらす治療プログラムを施行し、あわせて社会復帰調整官との連携を初期からおこない、家族関係の再構築に向けた支援を重ねることが必須である。

また広汎性発達障害の診断は、そのみで長期化予測因子であり、治療プログラムの策定と共有が急がれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 心神喪失者等医療観察法の現状と見直し
心神喪失者等医療観察法の運用の現状と今後の見直し 指定入院医療機関の立場から (解説)：来住由樹 (岡山県精神科医療センター), 法と精神医療25号 Page54-65 (2010. 11)

2. 研究発表

- (1) 第6回日本司法精神医学会総会 2010. 6. 東京 来住由樹 (岡山県精神科医療センター) 一般演題：医療観察法における広汎性発達障害の考え方 責任能力と治療反応性について

平成23年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

分担研究報告書

共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究（7）

～退院後の問題行動と共通評価項目との関連

研究協力者：壁屋 康洋 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

高橋 昇 独立行政法人国立病院機構花巻病院

研究協力者：

西村 大樹（岡山県精神科医療センター）	松下 亮（独立行政法人国立病院機構さいがた病院）
砥上 恭子（独立行政法人国立病院機構菊池病院）	
野村 照幸（独立行政法人国立病院機構さいがた病院）	堀内 美穂（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター）
古村 健（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）	高橋 紀子（独立行政法人国立病院機構花巻病院）
山本 哲裕（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）	小川 佳子（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）
中川 桜（独立行政法人国立病院機構榊原病院）	
川田加奈子（独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター）	大賀 礼子（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）
西 真樹子（独立行政法人国立病院機構菊池病院）	小川 歩（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター）
箕浦 由香（群馬県立精神医療センター）	
宮田 純平（岡山県精神科医療センター）	須賀 雅浩（埼玉県立精神医療センター）
前上里康史（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	荒井 宏文（独立行政法人国立病院機構北陸病院）
比嘉麻美子（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	深瀬 亜矢（独立行政法人国立病院機構北陸病院）
喜如嘉紗世（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	林 聖子（地方独立行政法人静岡県立病院機構病院静岡県立こころの医療センター）
横田 聡子（独立行政法人国立病院機構小諸高原病院）	柿田 知敏（長崎県立精神医療センター）
東海林 勝（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター）	常包 知秀（独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター）
大原 薫（独立行政法人国立病院機構さいがた病院）	山下 豊（鹿児島県立始良病院）
辰野 陽子（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）	笠井 正一（山梨県立北病院）
今村 扶美（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院）	田中さやか（地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立精神医療センター）
岡田 秀美（群馬県立精神医療センター）	小原 昌之（茨城県立友部病院）
小片 圭子（群馬県立精神医療センター）	田桑 誠（山形県立鶴岡病院）
	菊池安希子（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

研究要旨

共通評価項目は医療観察法医療において継続的な評価として用いられる全国共通の尺度であり、信頼性と妥当性の検証を行うことが求められている。本研究では共通評価項目の信頼性と妥当性の検証を進めている。これまでの研究で評定者間信頼性の検証や、治療ステージと共通評価項目の評点との関係の検討等による構成概念妥当性の検討を行ってきた。研究3年目の本年度は指定入院医療機関退院後の精神保健福祉法での入院、および退院後の問題行動の解析を通じた予測妥当性の研究を行った。

退院申請時の共通評価項目の17の中項目、61の小項目、および17の中項目の合計点のそれぞれについて、精神保健福祉法入院あり群10名と、入院なし群54名とで群間比較を行ったところ、中項目では自殺企図、小項目では精神病症状の小項目「6) 誇大性」、非精神病性症状の小項目「6) 罪悪感」、衝動コントロールの小項目「5) 怒りの感情の行動化」の3項目が、それぞれ入院有り群10名全員が0点であり、入院有り群より入院なし群が有意に高得点となった。反対に生活能力「1) 生活リズム」の項目で入院有り群が入院なし群より有意に高得点であった。

退院後の「身体的な暴力」、「非身体的な暴力」、「医療への不順守」、「アルコール・物質関連問題」のいずれかの問題行動有り群10名と、問題行動なし群71名とで群間比較を行ったところ、中項目では自殺企図、小項目では精神病症状の小項目「4) 精神病的しぐさ」の項目がそれぞれ問題行動有り群10名全員が0点であり、問題行動有り群より問題行動なし群が有意に高得点となった。逆に共感性、非社会性の中項目及び17項目の合計点、および治療・ケアの継続性の小項目「4) セルフモニタリング」において問題行動有り群が問題行動なし群より有意に高得点であった。

N数が少ないための本研究の結果から言えることは限られているが、退院後の問題行動を予測する項目が精神症状や内省に関するものではなく、共感性、非社会性といった安定的なパーソナリティ要因であったことは1つの示唆と言える。今後N数を増やして多変量解析による予測妥当性の再検証が必要である。

1. はじめに

共通評価項目は医療観察法医療において継続的な評価として用いられる全国共通の尺度であり、信頼性と妥当性の検証を行うことが求められている。本研究では共通評価項目の信頼性と妥当性の検証を進めている。これまでの研究で評定者間信頼性の検証¹⁾、治療ステージと共通評価項目の評点との関係の検討²⁾、共通評価項目の因子分析による構成概念妥当性の検討³⁾、項目反応理論を用いた分析⁴⁾、入院処遇期間と初回入院継続時の評定との関連の検証⁵⁾を行ってきた。研究の3年

目に当たる今年度は、共通評価項目の妥当性研究において重要な要素である予測妥当性についての検討を行う。

2. 方法

1) 対象

対象は2008年4月1日～2009年3月31日の間に医療観察法の入院決定を受けた対象者であり、そのうち研究協力が得られ、データの収集できた19の指定入院医療機関を2010年10月1日までに退院して通院処遇となった対象者のデータを用いた。入院中のデータの抽出は診療支援システムの統計データ出力 (CSV

出力) プログラムを用い、退院後の追跡調査は指定通院医療機関に調査票を送付して協力を求めた。その結果収集されたN数は、以下に記す退院後の問題行動についての解析では81名、精神保健福祉法の入院の解析では医療観察法病棟退院直後の精神保健福祉法の入院事例を除いたために64名となった。

2) 解析方法

まず医療観察法病棟退院後の精神保健福祉法の入院と、退院申請時の共通評価項目の評定との関連を検討するため、通院処遇開始時に精神保健福祉法入院を行った事例を除き、退院後の精神保健福祉法の入院有り群10名と、精神保健福祉法入院なし群54名の2群に分け、退院申請時の共通評価項目の各項目の評定をt検定にて検討した。

次に退院後の問題行動有り群と、退院後の問題行動なし群の2群に分け、退院申請時の共通評価項目の各項目の評定をt検定にて検討した。退院後の問題行動については、「自傷・自殺企図」、「性的な暴力」、「身体的な暴力」、「非身体的な暴力」、「医療への不順守」、「アルコール・物質関連問題」の6項目について指定通院医療機関に問い合わせた。その結果、退院後の「自傷・自殺企図」が4件、「性的な暴力」が0件、「身体的な暴力」が1件、「非身体的な暴力」が4件、「医療への不遵守」が4件、「アルコール・物質関連問題」が4件で、それぞれ単独で群間比較するにはNが少ないため、攻撃が自分自身に向かう「自傷・自殺企図」を除いた他のいずれかの問題行動のあった群と、なかった群との2群比較という形をとった。なお、「自傷・自殺企図」のあった4名の対象者のうち、2名はそれぞれ「身体的な暴力」と「医療への不遵守」が該当したため解析に含まれている。「自傷・自殺企図」を除いた上記5種の問題行動のうち、1名は2種が、1名は3種が重複している対象者がおり、各

群のNは問題行動有り群=10名、なし群=71名となった。

本来は予測妥当性の研究としてはコックス回帰や重回帰分析を行うことが考慮されるべきであるが、共通評価項目の項目数に比してNが少ないため、今回はt検定による群間比較にとどめた。

統計解析にはエクセル統計2010を使用した。

3) 倫理的な配慮

各指定入院医療機関の研究協力者から入院対象者の情報を収集する際には、住所・氏名ならびに会社名・学校名・地名等個人の特定につながるような個人情報情報は削除し、データの受け渡しにはデータの暗号化を行った。退院後の追跡調査は対象者の入院していた指定入院医療機関から通院先の指定通院医療機関に行い、各指定通院医療機関においてデータを連結させた後に研究代表者に送付した。よってデータ集約前の各指定入院医療機関の研究協力者の時点には連結可能となるが、研究代表者にデータが集約された時点では連結不可能匿名化となる。発表には統計的な値のみを発表し、一事例の詳細な情報を発表することはしない。以上の配慮をもって、肥前精神医療センター、および厚生労働科学研究の班長施設である岡山県精神科医療センターの倫理委員会の承認を得て本研究を実施した。

3. 結果

1) 精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との中項目の比較

退院後の精神保健福祉法の入院有り群10名と入院なし群54名との2群での退院申請時の共通評価項目中項目の比較(t検定)を表1～表17に挙げる。表1～表17より、入院有り群と入院なし群との間に有意差が見られたのは「自殺企図」のみである。表3に見られるように、「自殺企図」の項目は入院あり群10名

が全員0点であり、 t (Welch) =2.63で入院なし群の方が5%水準で有意に高くなった。他の中項目では有意差は見られなかった。

共通評価項目は17中項目と61小項目とで構成されているが、統計的な検証の途上にあり、合計点が意味するものが明らかでないために合計点を算出しないようにルール化している。しかしながら本研究では合計点の意味を検討するために中項目を合計した値についても群間比較を行った。結果は表18のように、17項目の合計点でも有意差は認められなかった。

2) 精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との小項目の比較

退院後の精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との2群での退院申請時の「精神病症状」の各小項目の比較 (t 検定) を表19～表24に挙げる。表19～表24より、入院有り群と入院なし群との間に有意差が見られたのは「6) 誇大性」のみである。表24に見られるように、「6) 誇大性」の項目は入院あり群10名が全員0点であり、 $t = 2.44$ (Welch) で入院なし群の方が5%水準で有意に高くなった。

退院後の精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との2群での退院申請時の「非精神病性症状」の各小項目の比較 (t 検定) を表25～表33に挙げる。表19～表24より、入院有り群と入院なし群との間に有意差が見られたのは「6) 罪悪感」のみである。表30に見られるように、「6) 罪悪感」の項目は入院あり群10名が全員0点であり、 t (Welch) =2.89で入院なし群の方が1%水準で有意に高くなった。

退院後の精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との2群での退院申請時の「内省・洞察」の各小項目の比較 (t 検定) を表34～表37に挙げる。表34～表37より、「内省・洞察」の4つの小項目ではいずれも入院有り群と入院なし群との間に有意差が認められなかった。

退院後の精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との2群での退院申請時の「生活能力」の各小項目の比較 (t 検定) を表38～表51に挙げる。表38～表51より、入院有り群と入院なし群との間に有意差が見られたのは「1) 生活リズム」のみである。表38に見られるように、「1) 生活リズム」の項目では入院なし群 ($M=0.22$) よりも入院あり群 ($M=0.70$) の方が $t = 2.78$ で1%水準で有意に「1) 生活リズム」の評点が高かった。

退院後の精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との2群での退院申請時の「衝動コントロール」の各小項目の比較 (t 検定) を表52～表56に挙げる。表52～表56より、入院有り群と入院なし群との間に有意差が見られたのは「5) 怒りの感情の行動化」のみである。表56に見られるように、「5) 怒りの感情の行動化」の項目は入院あり群10名が全員0点であり、 t (Welch) =2.44で入院なし群の方が5%水準で有意に高くなった。

退院後の精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との2群での退院申請時の「非社会性」の各小項目の比較 (t 検定) を表57～表66に挙げる。表57～表66より、「非社会性」の10の小項目ではいずれも入院有り群と入院なし群との間に有意差が認められなかった。

退院後の精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との2群での退院申請時の「現実的計画」の各小項目の比較 (t 検定) を表67～表74に挙げる。表67～表74より、「現実的計画」の8つの小項目ではいずれも入院有り群と入院なし群との間に有意差が認められなかった。

退院後の精神保健福祉法の入院有り群と入院なし群との2群での退院申請時の「治療・ケアの継続性」の各小項目の比較 (t 検定) を表75～表79に挙げる。表75～表79より、「治療・ケアの継続性」の5つの小項目ではいずれも入院有り群と入院なし群との間に有意差が認められなかった。