

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

入院医療の質向上と標準化に関する研究

平成 21 年度～平成 23 年度
総合研究報告書

平成 24（2012）年 3 月
分担研究者 村上 優
独立行政法人国立病院機構琉球病院

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）

平成21年度～平成23年度 総合研究報告書

入院医療の質向上と標準化に関する研究

分担研究者：村上 優 独立行政法人国立病院機構琉球病院

研究協力者：

田口 寿子（東京都立松沢病院）	久我 政利（独立行政法人国立病院機構菊池病院）
石阪 康子（東京都立松沢病院）	折見 綾（独立行政法人国立病院機構菊池病院）
黒田 治（東京都立松沢病院）	吉岡 眞吾（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）
水津 貴之（東京都立松沢病院）	古村 健（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）
平林 直次（国立精神・神経医療研究センター病院）	山本 哲裕（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）
石渡 幸子（国立精神・神経医療研究センター病院）	来住 由樹（岡山県精神科医療センター）
澤 恭弘（国立精神・神経医療研究センター病院）	高橋 正幸（岡山県精神科医療センター）
黒木 規臣（国立精神・神経医療研究センター病院）	西村 大樹（岡山県精神科医療センター）
村田 琢磨（国立精神・神経医療研究センター病院）	中村 元信（独立行政法人国立病院機構賀茂精神医療センター）
川口 拓（国立精神・神経医療研究センター病院）	村山 大佑（独立行政法人国立病院機構賀茂精神医療センター）
中嶋 正人（国立病院機構花巻病院）	村田 昌彦（独立行政法人国立病院機構北陸病院）
山村 卓（国立病院機構花巻病院）	中井 皓太（独立行政法人国立病院機構北陸病院）
池田太一郎（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	藪下 龍介（独立行政法人国立病院機構北陸病院）
前上里泰史（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	須藤 徹（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）
藤枝 慶行（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	廣田 英樹（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）
大鶴 卓（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	
喜如嘉紗世（独立行政法人国立病院機構琉球病院）	
村杉 謙次（独立行政法人国立病院機構小諸高原病院）	
横田 聡子（独立行政法人国立病院機構小諸高原病院）	

研究要旨

本研究の目的は、①社会復帰を促進する目的に沿って、入院医療の質を均霑化する方法として他の医療観察法入院施設の専門職種が訪問する形でピアレビューを実施し、その効果や方法の有用性について検討し、事例を集積して今後分析をする基礎の資料をした。②入院が長期化するかその可能性が高い困難症例等についてピアレビューで相互の専門職（精神科医師と多職種）による協議を実施した。③自殺企図があった症例についてピアレビューでの検討を行った。④訪問施設について総合評価を行い相互に施設のもつ課題を検討し、医療観察法指定入院医療機関の交流により入院医療の質向上と標準化が進むことが期待される。⑤精神科医療のピアレビューの方法を提案する。

平成21年は医療観察法施設間で医師を含めた多職種で相互訪問を行う、平成22年度は25施設の医療観察法指定入院施設（国立施設15施設、都道府県立機関10施設）で実施しピアレビューの方法について検討し、平成23年は入院が長期化した症例についてピアレビューを通して検討した。ピアレビューを担当する多職種チームを先行施設や社会復帰に向けた実績のある施設より選定して実施する方向を検討し、これらを安定的に行うためにピアレビューの制度化を提案する。

ピアレビューは多職種（医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士、場合によれば専任事務も）で実施することができれば、最も施設間の課題を網羅して交流ができると期待する。現在では2職種でピアレビューを実施してきたが、多職種という定義を最低3職種とすれば、3職種での訪問が現実的にも必要である。ピアレビューを有効に行うには業務として個人情報に接することができ、また治療に参加ができることが必要である。医療観察法による守秘義務の順守を義務づけられていることが必要である。また一般精神科医療の質の向上や均霑化にも汎用できる方法としてのピアレビューの方法を確立し制度化すべきである。

A. 研究目的

医療観察法入院医療の質を均霑化する方法として、①医療観察法入院施設の専門職種が相互に訪問してピアレビューを実施し、その効果や方法の有用性について検討する、②入院長期化症例についてピアレビューを通して社会復帰の可能を検討する、③訪問施設について総合評価を行い相互に施設のもつ課題を検討することを通して、医療観察法入院施設の均霑化を図る。ピアレビューを通して以下の項目が達成されることを目的とする。

1. 社会復帰を促進する目的に沿って、入院医療の質を均霑化する方法として他の医療観察法入院施設の専門職種が訪問する形でピアレビューを実施し、その効果や方法の有用性について検討し、事例を集積して今後分析をする基礎の資料とする。
2. 入院が長期化（標準入院期間18か月以上）するかその可能性が高い困難症例等についてピアレビューで相互の専門職（精神科医師と多職種）による協議を実施する。
3. 自殺企図があった症例についてピアレビューでの検討をする。
4. 訪問施設について総合評価を行い相互に

施設のもつ課題を検討し、医療観察法指定入院医療機関の交流により入院医療の質向上と標準化が進むことが期待する。

5. 精神科医療施設におけるピアレビューの方法について実証的に提案する。

B. 研究方法

小規模と大規模の医療観察法入院施設19施設について、相互訪問を行った。施設の多職種が相互訪問して意見交換及び面接やプログラム参加し検討をした。ピアレビューの対象を①施設の運用評価、②入院後18か月以上の対象者について、疾病性・治療反応性・社会復帰要因に基づき構造的評価と治療やケアについて検討した。

ピアレビュー施設（表1）に示す。

ピアレビューは以下の方法でおこなう。

1. 派遣職員は業務として参加し個人情報に接することができるし、医療観察法に基づく守秘義務を負う。
2. 医師は必須として多職種（2職種以上）で訪問をする。
3. 期間は1週間（21年度、22年度）と3日間（23年度）で比較した。

表1

受け入れ施設	派遣施設				
	規模	21年度	22年度	23年度	24年度(案)
(NHO) 国立精神・神経医療研究センター	大規模	群馬	新規病院	琉球	久里浜
(NHO) 久里浜アルコール症センター	大規模	岡山	センター	北陸	花巻
(NHO) 花巻病院	大規模	琉球	久里浜	賀茂	下総
(NHO) 下総精神医療センター	大規模	小諸高原	さいがた	松沢	岡山
東京都立松沢病院	大規模		花巻	東尾張	北陸
(NHO) さいがた病院	大規模	北陸	岡山	センター	肥前
(NHO) 北陸病院	大規模	榊原	群馬	琉球	センター
(NHO) 東尾張病院	大規模	大阪	下総	松沢	さいがた
(NHO) やまと精神医療センター	大規模		北陸	肥前	琉球
岡山県精神科医療センター	大規模	花巻	菊池	肥前	賀茂
(NHO) 賀茂精神医療センター	大規模	肥前	小諸高原	岡山	東尾張
(NHO) 肥前精神医療センター	大規模	センター	北陸	東尾張	埼玉
埼玉精神医療センター	大規模				松沢
(NHO) 琉球病院	大規模	久里浜	松沢	北陸	やまと
(NHO) 菊池病院	小規模	長崎	榊原	小諸高原	静岡
(NHO) 小諸高原病院	小規模	さいがた	岡山	花巻	長崎
(NHO) 榊原病院	小規模	東尾張	やまと	センター	肥前
長崎県精神医療センター	小規模	菊池	賀茂	菊池	鹿児島
鹿児島県立始良病院	小規模		肥前	岡山	群馬
静岡県立こころの医療センター	小規模		琉球	琉球	鳥取
(NHO) 鳥取医療センター	小規模		肥前		群馬
群馬県立精神医療センター	小規模	センター	花巻		菊池
長野県駒ヶ根病院	ユニット		センター		大阪
山梨県立北病院	ユニット		センター		神奈川
大阪府立精神医療センター	ユニット	賀茂	長崎		長野
神奈川県立精神医療センター 芹香病院	ユニット		琉球		山口
山口県立こころの医療センター	ユニット				山梨

4. MDT会議、CPA、治療評価会議、面接や治療セッションなどに参加する。
5. 倫理会議や運営会議に可能な限り参加し、その方法や機能について検討する。
6. 長期入院及び長期入院になりうる可能性

のある困難例のカンファレンスと意見交換。

7. 施設全体への評価と課題の整理し講評を行う。

医療観察法に基づく守秘義務の履行を踏ま

えた上で、診療支援システムにもアクセスをすることができるように施設間で配慮した。

C. 研究結果

1. 方法としてのピアレビューの在り方(21年度、22年度)

1) はじめに

「peer review」とは「仲間」や「同僚」による審査、つまり同じ専門分野の専門家、研究者による審査をさす。品質やサービス管理のために仲間や同僚が、経験やノウハウを活用しながら、お互いの設備やソフトを診断・評価（レビュー）しあう活動とされている。課題を解決する方法として、1) 仲間の助けあい、2) 公式なピアレビューと非公式なピアレビュー、3) 視察、4) 視察の結果の調査をあげて、ピアレビューを導入することが進められている。ピアレビューの効果を上げるために、状況に応じたピアレビュー（視察、専門技術の検討、多職種チームの検討、施設全体の体験）のあり方が提唱されている。

医療観察法医療は多くの専門職種によって、アメニティとセキュリティと個別性に配慮された治療環境のなかで、厚生労働省が示すガイドラインや各施設が多くを共通する医療観察法運用マニュアルに沿った医療が提供されている。医療観察法の目的に沿って医療を提供しているか、医療の質を管理という視点よりピアレビューシステムを導入した。

2) ピアレビューの目的

厚生労働省によって医療監査が毎年おこなわれて、医療観察法医療がガイドラインや運用マニュアルに沿った運用に関する監査は行われているが、社会復帰に向けた治療や評価などの内容に踏み込んだ監査は行われずに、整えなければならない形式や手順への監査にとどまる。ピアレビューの目的は、「社会復帰の促進」が円滑に行われているかを同じ医療観

察法医療を担当する仲間・同僚として審査を行い、評価して検証し、共に問題や課題を認識して、その改善点を見出すように、具体的な提案することである。

「社会復帰の促進」が困難なケースは、1) 実際に入院が長期化している対象者、2) 予め長期化が懸念される対象者（治療抵抗性、重複障害－発達障害・知的障害・人格障害・物質使用障害の対象者、再他害行為の可能性、より重大な状況での他害行為）、3) 自殺企図や自殺の可能性が高い対象者があげられる。

3) ピアの定義

医療観察法における専門家は多岐にわたるが、ここでは医療観察法指定入院機関を中心に、今後は指定通院機関で働く専門職種を「仲間・同僚」（ピア）とする。具体的には同施設に勤務する医師、看護師、心理士（臨床心理技術者）、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師、管理栄養士をさす。心理士以外は国家資格であり、資格を定める法律で守秘義務を規定している。医療観察法入院施設は国立ないし都道府県立の施設であり、心理士も含めて国家（地方）公務員で、その点からも守秘義務は法律で明記され罰則規定も有する。ピアとなる専門家は守秘義務を有していることから、訪問先ではその施設の職員と同等で、医療観察法医療の枠内での医療活動には制限を設けていない。

ピアとなる専門職種はその経験年数や上級資格（医師であれば精神保健指定医や学会専門医など）を限定する方法と限定せず広く体験する方法がある。医療観察法医療は発足して6年であり、我が国での臨床経験は限定的で、ピアレビューを通して相互に研鑽することに重要性を見出している。

4) 医療観察法医療における位置

ルールや問題意識に沿って行われる公式な

ピアレビューと、任意で行われる非公式なピアレビューに分けている。医療観察法病棟では公式のピアレビューと位置付ける。期間や職種、目的を明確にしている。ピアレビューをするためには医療観察法病棟で対象者、医療情報（診療支援システムを含む）に接近できることが前提となり、対象者の医療上の必要性（診断や治療、リハビリテーションに関する意見交換）を扱い、診療の援助を行う。

5) 相互訪問

ピアレビューは基本的に相互の視察によって行う。施設を多職種で訪問して、1) 多職種チーム医療の機能に関する評価や意見、2) ピアレビュー対象者の評価や意見、3) 多職種チーム会議に参加して共に治療処遇に関して検討、4) 施設の総合的な評価や意見、5) その他（自由意見）を実施する。

6) 専門技術の検討

医療観察法医療は1) 多職種チーム医療、2) mECTやクロザピンなど精神科医療領域における先駆的医療の実施、3) 広い認知・行動療法の実施、細かな心理教育、持続的な物質使用障害プログラム、対象行為や疾病など内省プログラムなどの心理社会的治療の採用を行っている。これらの治療に関して施設間で差異を検討し必要な技術移転を相互に円滑に図る。薬物療法に関してクロザピンを例にとれば、クロザピンの導入準備、CPMSとの連携、施設内CPMS体制、クロピン運用マニュアルやクロザピンのクリティカルパスの作成、服薬指導、クロザピン適応の検討、クロザピン効果判定、副作用判定が検討課題となる。医師・薬剤師・看護師を中心に狭義の薬物療法の管理をめぐる検討を基礎にして、クロザピンを継続して服薬するための心理教育、適応レベルを向上させる心理社会的なアプローチなど検討を行い意見を交換し、専門性の向

上を円滑に図る。同様のことは認知行動療法や心理教育の多様な専門的治療に関して検討を行い、技術の導入や是正を円滑化する。

7) 多職種のチームMDT位置づけ

ピアレビューを複数の職種で実施する。医療観察法医療では多職種が配置され、一般精神科医療に比べて配置数は多く多職種チームが構成されている。単に多職種で分担するだけでなく有機的な連携と統合を行うことが求められている。多職種チーム医療はそのヒエラルキーや業務分担と統合などは施設間のばらつきが大きく多様である。各職種の構成やリーダーシップを成熟させるためにも、多職種チームに対する外部評価が必要で、より機能が高まるチームをめざす。

対象者は各専門職種の専門による視点より多角的に評価を受けて、治療計画が立案され、定期的に見直し評価されて、治療ステージに沿って社会復帰に向けた過程がたてられる。いわば対象者の個別性を重視し一律ではない治療が構成されるが、そこで最も重要視されることは当事者自身の治療への参加である。当然、疾病や対象行為を否認し、妄想的な世界から疎通が取れないケースも存在するが、多くは鑑定や審判の経過の中で、自らの診断や症状について議論を聞く機会があり、その過程を経て処遇が決定されて起きているために、全くの治療拒否はまれで、なんらかの糸口が存在する。多職種の誰かが糸口を探り、疾病に関する情報を提供し、対象者の権利擁護を積極的に行い、共感しながら、治療の有効性を説いてゆくにはMDTの存在が前提となる。

各職種の役割は専門性により明確に分けられているわけではなく、相互の共同作業が進むと、互いの専門性の理解も深まり、疾病や個人を見る視点が進化し拡大する。ケースフォームフォームレーションを作業療法士が

実施して心理療法士がフォローする。また集団療法でのファシリテーターや補助者の役割も入れ替わりながら運営される。SSTも看護師が主導して実施されることも一般的である。

認知行動療法は治療セッションだけでなく、ホームワークとして課題が出されると日々の生活中でサポートされ、実際の生活で現れた危機にも即座に取り上げられるなど、重層腕切れ目ない治療が可能になる。全てがいつでも多職種で構成されると感じられるのは医療観察法のMDTの特徴といえる。

これらを維持するために、MDT会議、MDT面接、治療方針を決めるCPA (care program approach)、治療評価会議 (病棟で評価や治療を方向づける)、倫理会議 (同意によらない治療や処置について外部委員を招いての妥当性の検討)、運営会議 (ステージ移行、処遇継続や退院の請求) などの、医療観察法での治療を支える枠組みが存在する。複数の協働機会が制度化されており、その上に裁判所が退院や入院継続・終了などの処遇を決定する法律モデルの強制入院制度が存在し、制度そのものが多職種により協働作業を加速する。裁判所 (裁判官と精神保健審判員) が退院や処遇終了の権限を有しており、社会復帰を進めるのはMDTと対象者が協働して裁判所に回復を証明してゆく。主治医は医療の権限の全てが委ねられている一般精神科医療とはことなる構造を有している。

MDTは対象者や裁判所を含めて、多様なコミュニケーションをおこない相互の理解を深め重層的なチーム医療となる。

専門性の尊重を基盤とした役割補完、調整能力、関係性の構築がチームに求められる。予めケアコーディネーターは決められており、多くはプライマリーナースがこの役を担う。かれらの成長は著しく、新しい看護師像を提供するといっても過言ではない。MDTの持つ凝集性や専門性が協働作業を、これまでの

チーム医療とは違った水準へ押し上げている。

多くのスタッフに恵まれているからこそできることを列挙すると次のようになる。第1に全ての対象者が多職種医療を受けることができる。第2に多様な治療 (薬物療法、心理社会的療法) が可能になる。第3に隔離・拘束などの行動制限が大幅に減少する。第4に常時観察などリスクマネジメントが緻密になる。第5に外出や外泊などの調整に多職種で関与して多角的な介入が可能となる。まだ地域との取り決めで、対象者の単独外出や外泊は認められず、この際の医学的管理には人手を要するために、外出や外泊の機会が制限されるなどの課題を有しているものの、グループホームへの試験入所も病院スタッフが関与して行われるので、これら施設の安心にもつながっている。

8) Manual of Psychiatric Peer Review (American Psychiatric Association APA, 1986) と医療観察法ピアレビュー

APAのManual of Psychiatric Peer ReviewはCommittee on Quality Assuranceで定義されている。ここではピアレビューとはいえ、監査的な要素が強く学会に設けられた委員会が組織して実施し、ピアレビューには条件が決められ、DSMの診断基準に沿って診断されているか、治療やケアが提供されているかを評価する流れになっている。

医療観察法でのピアレビューはガイドライン、精神医学的基準、精神科医療 (治療とケア) 基準、司法精神医学基準を念頭に置きつつも、医療観察法医療を作り上げる「臨床の同僚」という立場での体験交流を前提としている。このために指摘事項があれば「指導や指示」という形式はとらずに、「意見」として述べるに留まり、より良い医療観察法医療、ひいてはより良い精神科医療を模索している「仲間」という立場を堅持している。

2. ピアレビューの実際（平成23年ピアレビューより）

入院後18か月以上の対象者について19施設より集積した。施設ごとの課題をまとめ、ここでは大規模病棟でのピアレビューより結果を示す。

1) 長期の医療観察法入院処遇が予測される群（N = 9 症例）

この群は医療観察法入院処遇の継続が今後必要とされる症例である。全例男性で、7例は20～30代の比較的年齢が低く、他害リスクは高く、治療反応性に乏しいか治療抵抗性で、クロザピン抵抗性統合失調症3例を含んでいる。

治療抵抗性の背景には10代の発病で、多彩な陽性症状があり情緒不安定で衝動性が高いか（5例）、広汎性発達障害ないし知的障害を重複して衝動性が高い（3例）。70代の症例では「医療観察法病棟内で他対象者に暴力行為があり、他害のリスクは依然としてある。年齢も考えると、一般の精神科閉鎖病棟で対応できる可能性もあるが、過去に院内殺人を2回起こしているため、常に密な観察と個室対応が不可欠である。治療効果が限定的で、退院できるような支援体制は現実的でない。」と院内殺人を繰り返した症例で、かつ依然として他害リスクが高く改善が見込めず、治療プログラムへも抵抗を示す。

2) 医療観察法入院が18か月以上になっているが退院可能とする群（N = 62 症例）

入院期間が18か月を超えているが自宅や単身、ないしは生活訓練施設に社会復帰が可能な症例である。男女比では男性が49名で女性が13名である。年齢では20代5名、30代25名、40代12名、50代12名、60代6名、70代1名、不明1名で30代が多い。

対象行為では殺人20名、傷害致死1名、傷

害21名、放火13名、強盗2名、強制わいせつ3名、強制わいせつと強盗1名である。これは全体の入院に対する対象行為の割合を反映して対象行為による長期化要因とは直接には論じられない。

主診断はF 1 = 4名、F 2 = 51名、F 22 = 2名、F 3 = 3名、F 7 = 1名、F 8 = 1名である。統合失調症圏が多いが、これも全体の診断を反映しているにすぎない。重複診断ではF 1 = 6名、F 7 = 3名、F 8 = 3名であるが、この他にも治療が長引いている理由に発達障害をあげているものが3名おり、重複障害の治療が課題となっている。またF 1ではパーソナリティ障害を併存している例が2例ある。

治療反応性不良ではクロザピンが5例に使用され、ないしは使用が準備されている。病状が改善して心理社会的治療への橋渡しができている。

社会復帰要因では陽性症状やアルコール問題、不安やストレスへのコーピングスキルなどに対する心理社会的介入へ課題を指摘している。「主診断（アルコール精神病）副診断（軽度MR、アルコール依存症・非社会性と情緒不安定性の混合性パーソナリティ障害）。酩酊による抑制低下や易刺激性により対象行為に至った可能性が高く、疾病性は満たさない。当初審判に疑義あり」と疾病性の問題を引きずる症例もある。保護的な単身生活可能としても慎重なリスクアセスメントを行う必要性を指摘している。

重複診断ではアルコールや薬物問題を有する対象者のリスク評価に関する意見がみられる。医療観察法の保護された環境で、アルコールや薬物の使用に対する心理社会的な介入が、通院した後に般化するかは限界がある。

薬物療法の継続（アドヒアランス）が困難な症例も存在する。継続治療への課題がある。

以上のように、同じく医療観察法医療を担

当し、同じ困難を感じているがゆえに社会復帰を促進させるために、可能な治療の選択を提案している。

3) 医療観察法入院が18か月以上になっているが施設・病院への退院可能群 (N = 38人)

入院期間が18か月を超えており、保護的な環境下での社会復帰が可能な症例である。一般精神科病院を想定する場合と施設があるが、治療の課題が比較的多い症例である。

男女比では男性が29名で女性が1名である。年齢では20代3名、30代16名、40代7名、50代6名、60代5名、70代1名で30代が多くなっている。

対象行為では殺人12名、傷害致死1名、傷害9名、放火10名、強盗2名、強制わいせつ4名である。ここでは殺人や傷害致死などのより重篤な対象行為が多く、これらの対象行為が長期化要因となっている可能性を示唆する。

主診断はF 1 = 0名、F 2 = 35名、F 3 = 0名、F 7 = 1名、F 8 = 1名である。統合失調症圏が多く、物質使用障害や気分障害はない。重複診断ではF 1 = 0名、F 7 = 4名、F 8 = 3名であるが、この他にも重複診断に関してはF 6 = 1名、F 7 = 1名、F 8 = 1名が挙げられており、合計すると10名となる。重複障害の治療が課題となっていることが示されている。

この群の特徴は統合失調症としても早い若年の発病で、10代の半ばに発病をしている症例が多い。また入院回数が10回前後と多く、社会での不適応行動や安定した治療が行われていなかった経過が示されている。これらの統合失調症は疾病としても、治療経過としても重篤であり、その上に対象行為というストレスが加わって、治療抵抗性が生物学的にも心理社会的にも形作られ、治療の戦略もその重篤さに沿って様々な角度よりアプローチが

必要である。

クロザピンを含めた薬物療法は限界があり、退院した後の環境設定が重要となる。多くは常時の閉鎖環境は不要であるが、絶えず支援を要するケースで、ここでは手間のかかる病態という意味でhigh dependenceと称する。入院より処遇終了となり一般精神科病棟への移行をピアレビューが指摘しているが、それを受けた施設側の判断も地域特性や公的病院の役割が判断材料になる。また原則として治療反応性がないとして一般精神科病院に入院させるときには公的病院が担当することを明記すべきであると意見する。

訪問した施設で円滑にクロザピン使用が可能な実態を見学し、治療抵抗性の治療戦略が変化することをピアレビューが学んで帰った。クロザピン使用症例でも、改善が社会復帰のレベルには不十分な時には処遇終了をして精神保健福祉法による入院継続を提起している。

社会復帰要因では環境調整に課題を残す。回復していく経過に接することで医療観察法処遇に関するコンセンサスを得ることができ、地域機関への働きかけを示唆している。社会復帰要因は社会に近いところでしか評価ができないこと、リスクアセスメントはリスク環境を有するところでなければ最終的な評価はできないと意見している。

4) 自殺企図とその対策 (N = 7人、自殺企図がないが3施設の対策) 表5

今回は1例の既遂例が含まれて、未遂例は6名である。未遂例の4例では自殺企図の予測性があり対策が取られていた。

対策は「常時観察」「自殺企図者のリスト作成とリスク評価の毎週の更新。観察レベルの設定のあり方の見直し。15分に1回は、病棟全体をラウンドするセキュリティ看護師の設置」「希死念慮の出現後、観察レベルを5分観察としている。」と観察レベルの密度を検討し

ている。医療観察法では密な観察が可能な人員配置がなされ、実際の自殺企図が未然に防止されている。観察レベルと称される観察密度は施設により若干異なり、その適応にも違いが認められる。観察レベルはリスクマネジメントの基本となるので全体での検討が必要である。

自殺企図例がない施設より「防止の取り組みとして、モニタリングに力を注いでいる。リスク評価の一貫として、日常の入院中の様子を観察することはもちろん、これまでにそれぞれの患者が自殺企図を行ったことがあるかどうか、あるならば、どのような手段であったかなどについて、定期的に確認され共有されている。」「自己管理物品のリストを作成し、自殺のリスクを低下させている。週1回、全対象者を複数の医師で回診し、状態を把握し、リスク管理を行っている。自己管理物品拡大においてリスクを感じる場合には、治療評価会議で検討している。外出・外泊実施前には、定式化されたリスク評価用紙を使用して治療評価会議で検討している。」「共通評価項目『自殺企図』の項目を利用し、さらに細かく評価を行う。自殺企図をほのめかす発言、様子があればMDT会議、病棟でも話し合いをもち、必要性があれば、物品の管理、観察レベルの変更をおこなう。自傷・自殺リスクがあれば、自殺リスクのシナリオを作成し、定期的に見直しを行う。外出時の職員配置、外泊中の観察においても留意する。」と工夫がなされ、多職種アプローチが基本となっている。

5) 各施設へのピアレビューの総評

ピアレビューを実施した際に自由記載として全体の総評が行われている。症例の検討を行っているが、施設全体を自施設と比較して評価し、改善する点や学ぶ点などをあげている。改善すべき点も具体的に提案があり、本来で

あれば1年後のピアレビューを受けて変化を追跡することも大切である。

3. 訪問施設について総合評価（平成21年、22年23年）

ピアレビューを通して指摘を受ける施設も、指摘するピアレビューの施設も相互に評価できる点と、改善すべき点が明確になる。

例えば、治療評価に関して「MDT会議の17項目評価後の治療計画の担当多職種の役割分担の目標が明確になっている。各職種がそれぞれの専門性を生かしたアプローチの計画をしていることから3か月目の評価もしやすい。ただし、評価方法はほぼ質的な評価となっており、さらに精神力動的なアセスメントも考えていってほしい。また、CBT理論・スキルを用いた介入であれば、仮説的アセスメント、確認介入を展開しアセスメントを確認していく評価も行ってはどうか。チームでフォーミュレーションするために、スケール使用も考慮してはどうか」などの具体的な提案がなされる。これらの提案を、その後どのように反映させるかについての評価も必要である。

これらの指摘事項は評価、全般、治療環境、MDT会議、多職種チーム、共通評価項目、インタビュー面接、治療計画、入院期間、薬物療法、治療プログラム、治療評価会議など多岐にわたる項目で具体的に表現され活発に意見交換がなされている。

医療観察法入院処遇ガイドラインが示され、共通の治療環境や方法が採用されていることを背景に、認知行動療法などの治療に関する意見交換や技術移転がすすみ、mECTやクロザピンの導入について相互に意見交換が進んでいるが、やはり各施設が有する多職種チームの機能や運営に関しては活発な相互批判がみられる。

4. 医療観察法医療から一般精神科医療のピアレビュー

医療観察法医療では多職種医療が制度化され、人材も豊富で、研修機会が多く、また治療を進める方法も一貫しており、診療上の運営規定もガイドラインで明確され、これを基礎にした診療支援システムは全施設で使用されるなどの共通化がなされている。ピアレビューを行う素地が高くピアレビューに行く施設も受け入れる施設も、困難を感じずに実施できるのが特徴である。それでも地域特性やチーム構成による差を反映して多様であることもピアレビューを行って明らかになった。

相互にお互いの医療に対する尊敬を前提にすれば、実りのある交流が可能になり、その上に立っての相互の検討と課題の提示があれば受け入れることができる。

D. 考察

1. 23年度のピアレビューより

医療観察法入院医療の質を均霑化する方法としてピアレビューを実施した。ピアレビューの着眼点を「長期入院の検討」に置き、長期の定義をスタンダードの入院期間18か月をこえるものを対象とした。また自殺リスクに関する関心を維持する目的で自殺企図者も対象とした。期間に関しては総評の中で「短くて、参加できたプログラムや会議は限られ、またスタッフとの情報交換もチェックシート（フェデリティ調査）の確認が中心となり現状や課題について話し合える時間があまり取れませんでした。その結果、病棟で行われていることの全体像の把握には至らず、十分な調査が行えなかったと思われることが残念です」との意見もあった。

ピアレビューの方法として病棟全体の機能を評価するのか、各論的な項目をあげる方法を採用するかは、ピアレビューの目的や実施期間によって変化を持たせることが必要である。

目的志向性が高ければ病棟医長やプログラムリーダーなどの中核を担っているメンバーで構成すべきであるし、施設間の均霑化を広く行うのであれば多職種が広く参加するのが有効である。

医療観察法は多職種で医療を展開するようにガイドラインで示されており、実際の臨床もMDTとして動いている実績がある。ピアレビューも元来は多職種（医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士、場合によっては専任事務も）で実施することができれば、最も施設間の課題を網羅して交流ができると期待する。多職種という定義を最低3職種とすれば、3職種での訪問が現実的にも必要である。

ピアレビューを有効に行うには業務として個人情報に接することができ、また治療に参加ができることが必要である。そこにはピアレビューは医療観察法施設で現在も業務をしていることを前提にしており、医療観察法による守秘義務の順守を義務づけられていることが必要である。

今回のピアレビューを行った116名の症例より、その課題をまとめると次のように提案する。

- 1) 治療抵抗性統合失調症について、処遇終了の申し立てを行う際の基準を検討した。治療反応性を認めないと判断するためにはクロザピンを使用した後に認定する。
- 2) 治療反応性なしで処遇終了し精神保健福祉法で入院を継続する場合の転院先は主に公的施設が責任を担う。
- 3) 通院医療機関の乏しさ・未整備により入院が長期化する場合は裁判所には処遇終了を申し立て、裁判所の指導の下に社会復帰を進める。
- 4) 対象行為がその人格傾向によって生じたなど、疾病性に疑義がある場合は裁判所に処遇終了を申し立て判断を委ねる。

- 5) 対象者のリスクアセスメントについては慎重にアセスメントとマネジメントを検討する。
- 6) 家族が社会復帰に阻害的に働き調整困難なケースでは家族の判断能力の検討を行う。

2. ピアレビューの効果と限界（平成21年度、22年度）

医療観察法入院施設間の専門職種がピアレビューを通して、均霑化を図り、相互の情報の共有化を促進し、医療観察法の目的である「社会復帰の促進」に向けた医療へ向かう効果がある。一方でピアレビューによるばらつきがあり、また指摘する意見のばらつきがあり全体をまとめることは困難である。ピアレビューも啓発を受けることが多く、他施設での研修機会にもなっているのも総合評価に表れている。

施設や症例の個別性を念頭に置くとナラティブとなり、まとめることは困難で、まとまりのないものになる。多彩な評価が得られる利点を生かしつつ質の高いレビューを行うには、ピアレビューの研修を行った後に出向く、またはピアレビューの資格などを設定して規格を設けることも検討すべきである。

医療観察法医療をどの施設で受けても、高い水準の医療や支援を受けることができることが医療観察法制度への信頼性を増し、またわが国の精神科医療の水準を高めることにつながっている。

ピアレビューの課題をあげると次のとおりである。

- 1) 問題点の整理が全体として困難である。
- 2) 社会復帰促進の一助となったか（目的は果たせたか）。
- 3) ピアレビューの期間の問題

そのためにピアレビューの改善としては、これまでと同様に相互交流を目的とするが、ピ

アレビューを3年以上病棟開設から経過した施設より派遣して、ピアレビューを受ける施設が「臨床体験に裏打された体験を学べた」「問題が相談できた」「評価を受けて自信となった」との満足度を得やすくする。

E. 結論

医療観察法入院医療機関の専門職によるピアレビューを通して、医療観察法ガイドラインで示された入院期間18か月を基準に、社会復帰促進に向けた治療を進めているか、医療観察法医療の標準化（均霑化）を図り、医療観察法が目的とする重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰促進に関して困難例を検討することは有効である。一般精神科医療の質の向上や均霑化にも汎用できる方法としてのピアレビューの方法を確立し制度化すべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

- 1 村上優：医療観察法と多職種チーム医療. 30：59-64, 2011
- 2 村上優：医療観察法の存続は可能か・指定入院医療機関より. 精神誌, 115：468-476, 2011
- 3 村上優：物質使用障害の精神鑑定の実際. 精神医学, 973-981, 2011

2) 研究発表

- 1 村上優：医療観察法における「治療反応性」. 第7回日本司法精神医学大会, 岡山, 2011. 6. 4

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究

平成 21 年度～平成 23 年度

総合研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 平林 直次

国立精神・神経医療研究センター病院

研究協力者：

松本 聡子（国立精神・神経医療研究センター病院）

新井 薫（国立精神・神経医療研究センター病院）

朝比奈次郎（国立精神・神経医療研究センター病院）

大森 まゆ（国立精神・神経医療研究センター病院）

永田 貴子（国立精神・神経医療研究センター病院）

黒木 規臣（国立精神・神経医療研究センター病院）

研究要旨

1. 平成21～23年度において、研究1「指定入院医療機関における入院期間調査」および研究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つの研究を実施した。
2. **研究1**：全国の指定入院医療機関について、Kaplan-Meyer法を用いて推計入院日数を求めた。医療観察法施行以来、一貫して入院期間は延長していた。平成23年度の中央値および平均値は、それぞれ748日（95%信頼区間：725-771）、897日（95%信頼区間：852-942）であった。
3. **研究2**：病床あたりの隔離件数は平成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た。また、病床あたりの拘束実施件数は、約0.01～0.03/床/年の間で推移しており、経年的変化を認めなかった。
4. 修正型電気けいれん療法（m-ECT）の実施状況に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。
5. 平成23年度には、指定入院医療機関16施設中10施設でクロザピン投与可能となり、クロザピン導入が確実に進んでいることが確認された。
6. **研究3**：指定入院医療機関のfidelityを確保するためチェックシートを作成し、全国の指定入院医療機関で実施し、その実態を評価した。チェックシートを集計した結果、「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」といった点が今後の課題として挙げられた。

A. 研究目的

研究1：平成17年に医療観察法が施行され、平成19年度より毎年7月15日を調査日として、全国の指定入院医療機関の推計入院期間を継続的にモニタリングしてきた。本研究の目的は、全国の指定入院医療機関の入院期間を推計し、医療観察制度の基礎的資料を提供することである。

研究2：研究2の目的は、指定入院医療機関における、行動制限、m-ECT、身体合併症医療、クロザピンの投与状況、対象者の同意によらない持続性注射剤の投与状況を調査し、同医療機関における医療の実態を明らかにすることである。

研究3：本研究の目的は、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

を作成し医療の実態を評価することによって、指定入院医療機関の医療の向上と格差の最小化を実現することである。

B. 研究方法

研究1：全国のすべての指定入院医療機関を対象として、各機関の運用開始から平成23年7月15日現在までにおける入院対象者の社会的特性（年代、性別）、鑑定時および指定入院医療機関における診断名、対象行為、入院期間、各治療ステージの期間、転院の有無、転帰について調査を行った。

研究2：平成21～23年度の毎年7月15日において設置されていた医療観察法病棟を対象として、「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査票」を用いて郵送によるアンケート調査を行った。調査項目は、身体合併症医療、行動制限の実施状況、m-ECTの実施やクロザピンの投与状況等についてである。

研究3：平成19年度より開始された、指定入院医療機関のピアレビューの際に、平成22年度に作成した「指定入院医療機関チェックシート ver2.0」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。

C. 研究結果

研究1：平成20～23年度における指定入院

医療機関の推計入院日数を一覧表にして表1-1に示した。指定入院医療機関の推計入院日数は、それぞれ平成20年度の中央値603日（95%信頼区間：577-629）、平均値620日（95%信頼区間：591-650）から平成23年度の中央値748日（95%信頼区間：725-771）、平均値897日（95%信頼区間：852-942）まで毎年延長していた。

退院地調整の目的等から指定入院医療機関の間で転院を経験した対象者は、そうでない対象者に比べ、推計入院日数は中央値において300日、平均値において328日有意に長かった。

研究2：平成19～23年度における指定入院医療機関の行動制限の実施状況を表2-1～3に示した。病床あたりの隔離件数は平成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た。また、病床あたりの拘束件数は、約0.01～0.03/床/年の間で推移しており、経年的変化を認めなかった。

医療観察法施行後、平成23年7月15日までにm-ECTを施行された20症例（男性19例、女性1例）が確認された。これらの対象者においては適応の判断、実施手法、倫理的側面において概ね適切に実施されていた。

平成21年度にはクロザピン導入済みの施設は1施設のみであったが、平成23年度には10施設に増加し、指定入院医療機関におけるクロザピン導入は急速に進んでいた。

研究3：平成21～22年度にかけて、指定入

表1-1 年度別推計入院日数

	中央値		平均値	
	日数	95% 信頼区間	日数	95% 信頼区間
H20年度 (n=625)	603	(577-629)	620	(591-650)
H21年度 (n=766)	688	(650-726)	740	(706-774)
H22年度 (n=863)	727	(695-759)	821	(779-864)
H23年度 (n=1,086)	748	(725-771)	897	(852-942)

Kaplan-Meyer法による推定入院日数：入院－退院（通院処遇）を対象とした場合

表 2-1 行動制限実施状況

年度	男	女
平成19	0.087	0.030
平成20	0.119	0.031
平成21	0.154	0.032
平成22	0.123	0.035
平成23	0.165	0.064

(件数/床/年)

表 2-2 隔離実施状況

年度	男	女
平成19	0.064	0.030
平成20	0.095	0.031
平成21	0.132	0.017
平成22	0.110	0.020
平成23	0.138	0.047

(件数/床/年)

表 2-3 拘束実施状況

年度	男	女
平成19	0.023	0.000
平成20	0.024	0.000
平成21	0.022	0.015
平成22	0.013	0.015
平成23	0.027	0.017

(件数/床/年)

院医療機関のFidelityを担保するための「指定入院医療機関チェックシート ver2.0」を作成し、平成22年度および23年度に全国の指定入院医療機関の評価を行った。その結果、平成23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」「薬剤師の関わり不足」「クロザピン投与の準備」などであり、今後の課題が明らかとなった。

D. 考察

平成17年7月15日に医療観察法が施行されてから6年が経過し指定入院医療機関も25施設に増加した。この間、標準型と呼ばれる33床の病棟に加え、小規模病棟や小規格病棟が設置された。小規格病棟は17床程度であり、小規模病棟は2～7床程度である。これらの病棟の設置は都道府県の人口に見合った病棟として、また地域密着型の病棟として設置されたものである。一方、病床規模が小さく、セキュリティ確保、人員確保、治療プログラムの実施など様々な面において課題が多いのも事実である。また、標準型の病棟も運用期間が長くなり、入院長期化や退院者の再入院などの課題が顕在化している。

このような状況の中で、指定入院医療機関の医療の実態を把握し、さらには医療の質を担保することは喫緊の課題となった。本分担研究班では、推計入院日数、行動制限の実施状況、m-ECTやクロザピン導入など専門的医

療の実施状況、身体合併症医療など、多面的な指標を設定して指定入院医療機関の機能を評価した。

従来の精神保健福祉法医療では継続的には実施されてこなかった極めて重要な試みであり、今後の我が国の医療観察法医療の発展にとって必要不可欠な研究であり、引き続き調査を継続することが望まれる。

E. 結論

指定入院医療機関の推計入院日数を見る限り、欧米圏と比較すると極めて短期間で退院に至っていた。その一方で、調査開始以来一貫して入院期間は延長し続けており、長期入院化対策が望まれる。また、行動制限の実施率は、従来の精神保健福祉法病棟と比較すると、極めて低水準で推移しているが、隔離の実施率に上昇傾向を認め、引き続き十分な注意が必要である。

本分担研究班で様々な機能指標を用いて指定入院医療機関の機能評価を継続したが、入院医療は適切に実施されていた。今後も引き続き、入院医療機関の調査を継続する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 平林直次：精神科クリティカルパス論

医療観察法におけるクリティカルパス. 精神医療62(4), 69-75, 2011

2) 平林直次: クライシスプランの作り方 医療機関. 精神科臨床サービス11(3), 393-397, 2011

2. 学会発表

1) 平林直次: 第3回刑事鑑定ワークショップ: 事例検討(コーディネーター). 第7回日本司法精神医学会大会, 岡山, 2011. 6. 4-5

2) 永田貴子, 大森まゆ, 朝比奈次郎, 新井薫, 佐藤英樹, 三澤孝夫, 澤恭弘, 黒木規臣, 平林直次, 五十嵐禎人: 医療観察法入院対象者の予後調査. 第7回日本司法精神医学会大会, 岡山, 2011. 6. 4-5

3) 平林直次: シンポジウム 医療観察法医療から精神医療全般への展開. 第107回日本精神神経学会学術総会, 東京, 2011. 10. 26-27

4) 平林直次: シンポジウム 司法領域における精神科リエゾン活動. 第24回日本総合病院精神医学総会, 福岡, 2011. 11. 25-26

5) 平林直次: シンポジウム座長 精神内科疾

患でみられる精神症状. 第24回日本総合病院精神医学総会, 福岡, 2011. 11. 25-26

6) 平林直次: コアシンポジウム 医療観察法医療から精神保健福祉法医療への新たな展開. 第31回日本社会精神医学会, 東京, 2012. 3. 15-16

7) 松本聡子, 平林直次, 永田貴子, 黒木規臣, 大森まゆ: 医療観察法入院処遇対象者の精神科受診歴の有無に関する予備的調査. 第31回日本社会精神医学会, 東京, 2012. 3. 15-16

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

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 21 年度～平成 23 年度

総合研究報告書

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）

平成21年度～平成23年度 総合研究報告書

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：

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）

安藤久美子（国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所）

田中 貞和（地方独立行政法人岡山県精神科
医療センター）

西村 大樹（地方独立行政法人岡山県精神科
医療センター）

壁屋 康洋（国立病院機構肥前精神医療センター）

宮田 純平（地方独立行政法人岡山県精神科
医療センター）

高橋 昇（国立病院機構花巻病院）

研究要旨

1. 平成21～23年度において、研究1「入院が長期化する要因調査」、研究2「医療観察法入院対象者の診断変更、重複診断の精神科診断に関わる調査」、および研究3「治療において特別の工夫を要すると考えられる性暴力、院内殺人事例の調査および性暴力への治療についての文献レビュー」、研究4「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究」の4つの研究を実施した。

2. **研究1**：2年をこえる入院を要する群（長期化群）の多くは幻覚妄想に基づく行動が回復しない治療抵抗性統合失調症である。よって治療抵抗性統合失調症への治療方略を明確にする必要があり、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。よって内省・洞察をもたらす治療プログラムを洗練させ、早期から社会復帰調整官が地域調整を行い、入院施設では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。

また広汎性発達障害は、実数は多くはないが、そ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を洗練させ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。長期化群を少なくするために最も効果的な方法は、短期群と標準群を確実に期間内で確実に治療を進め、必要期間で退院させることであると考えられる。

3. **研究2**：平成21年7月15日までの間に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、審判（鑑定）時の診断と入院後の診断、および重複（従）診断の有無とその内容について全数調査した。

主診断変更は、全入院患者の11.1% (107件) で行われており、その74% (80件) は統合失調症から、8.3% (9件) は気分障害からであった。また変更された主診断は、23% (25例) が広汎性発達障害、16% (17例) が人格障害、13% (14例) が精神遅滞、11% (12例) が器質性精神障害であった。さらに重複 (従) 診断は、23.3% (226例) で診断されており、特に広汎性発達障害、精神遅滞、物質関連障害が主診断の時に複 (従) 診断を有することが多く、46% (12/26件)、45% (10/22件)、37% (22/60件) であった。また従診断の分布をみると、精神遅滞、物質関連障害、てんかんないし器質性精神障害、人格障害、広汎性発達障害の順で多く、それぞれ17% (142件)、11.7% (100件)、8.1% (69件)、4.9% (42件)、4.1% (35件) であった。

これらの結果から鑑定および審判時に、特に広汎性発達障害の診断について十分な検討がなされる必要があり、さらに人格障害など責任能力上の疑義が生じる診断については、審判時の地方裁判所でのカンファレンス等を通じて、再度責任能力について検討する機会が持たれるように鑑定人ないし審判員が意見を提示する必要があると考えられた。

4. **研究3**：対象行為が病院内殺人ないし傷害致死である事例、強姦 (未遂) ないし強制わいせつである事例について平成21年7月15日の時点まで累積968人の指定入院対象者を母数とした全例調査をおこなった。これらの入院対象者の数は少なく病院ごとの事例数が限られるので全数データをもとに知見を共有することが必要と考えられた。

また対象行為が院内暴力ないし性暴力である対象者について、類型化を試みアプローチ方法を検討した。生物社会学的ディメンジョンモデルへの発展を目指し、また、分布図に基づき類型化した各事例に導入したアプローチの有効性についても検討した。また性嗜好障害の評価と治療を文献レビューによりSSRIの有効性を確認し、ホルモン治療については課題として整理した。

5. **研究4**：(平成21年度) 評定者間信頼性をKendallの一致係数 (Wt) によって検証すると、一致度0.6以上を基準とした場合、中項目 (17項目) では、3項目の一致度が低かったが、他の14項目ではWt0.6を上回り、十分な評定者間一致度が得られた。(平成22年度) 入院対象者の共通評価項目の評点値に関する記述統計をまとめ、治療ステージ、性別、年齢、診断、対象行為ごとの群間比較も行った。その結果、共通評価項目の各項目の性質から妥当性の傍証となるような結果が数多く得られた。(平成23年度) 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を検討した。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』などの問題行動を予測する因子として、共感性、非社会性といった安定的なパーソナリティ要因が抽出されたが、N数の少なさなどの問題もあり、部分的に予測的妥当性が確認された。

A. 研究目的

研究1：医療観察法の施行から6年が経過し、2011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