

図5

クロザピンの投与

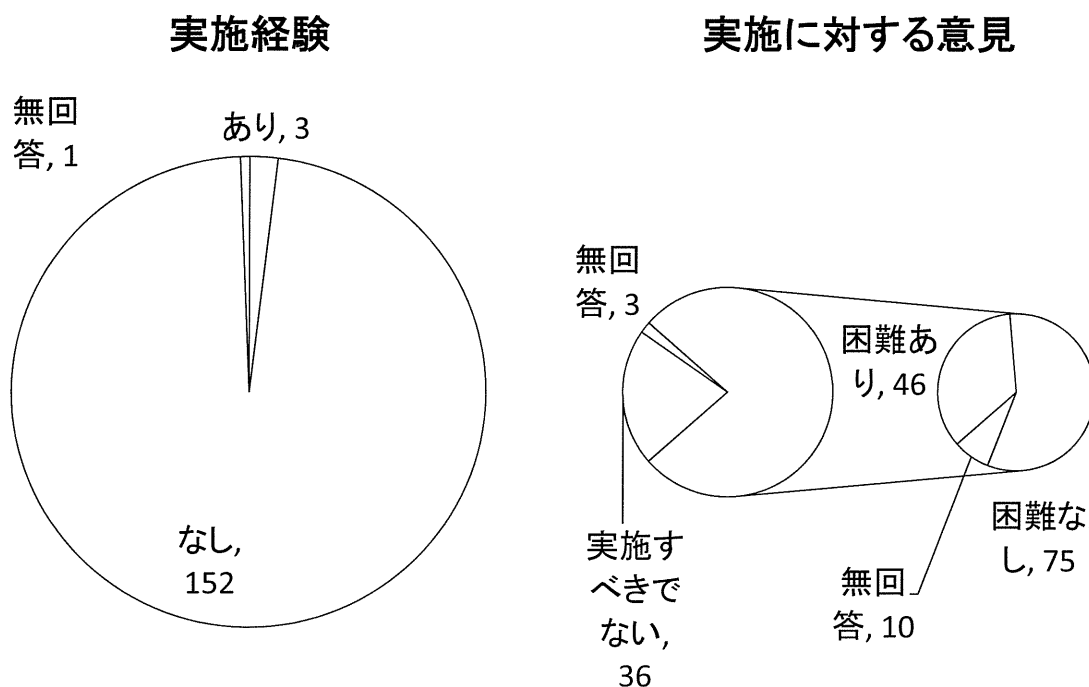


図6

他害行為への直面化

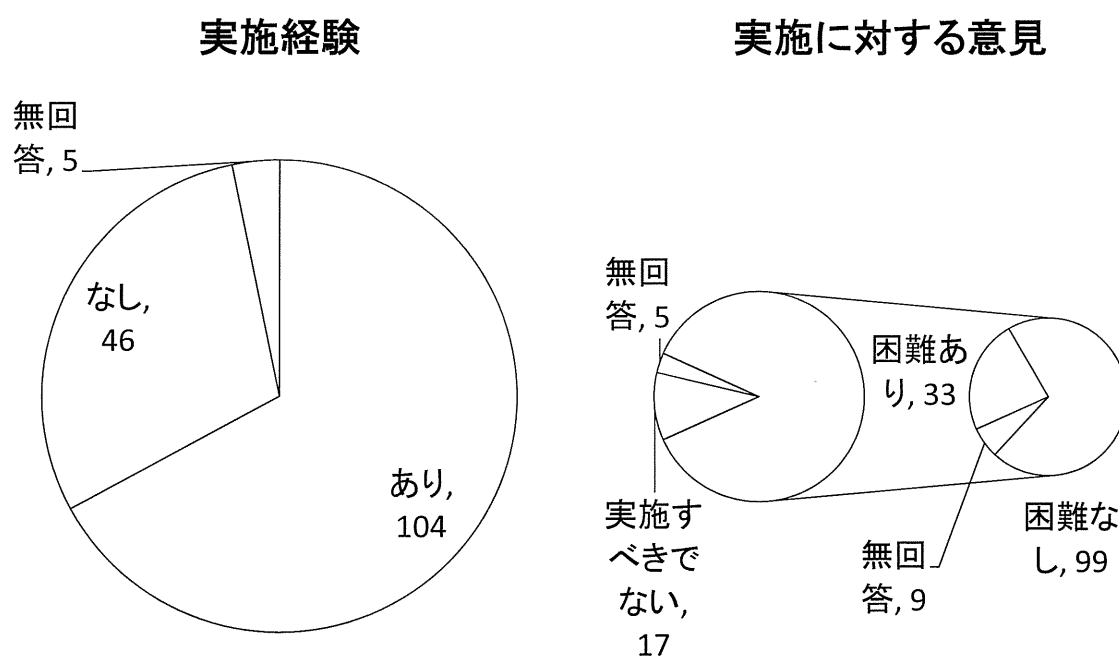


図7

仮退院や退院前訪問等を用いた退院準備

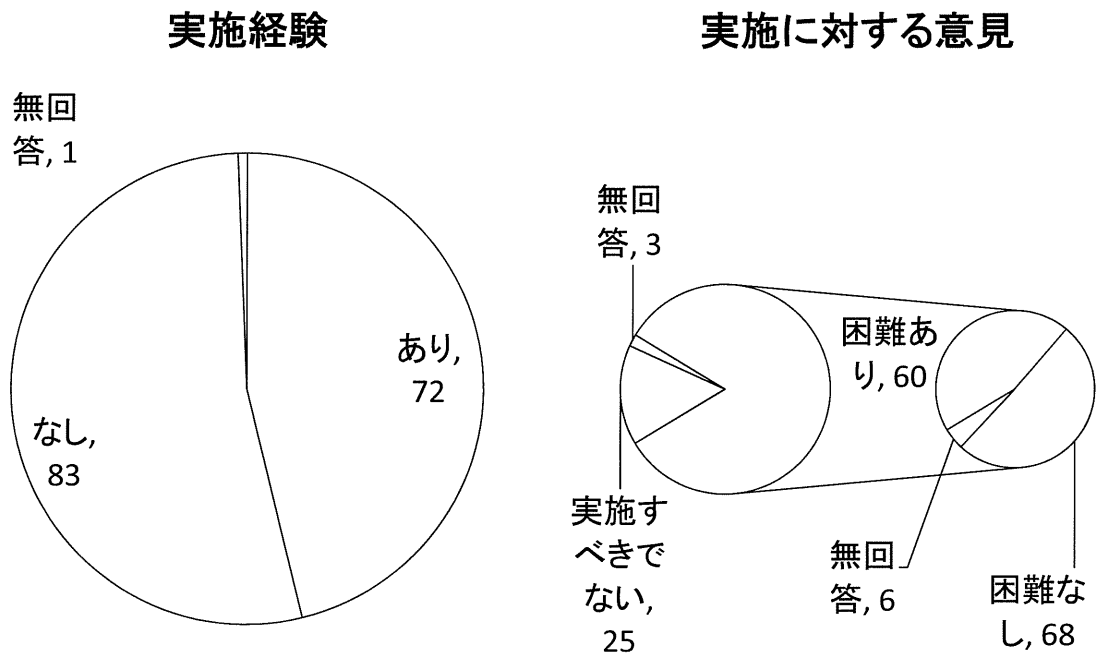


図8

措置入院患者への治療が実施困難な理由

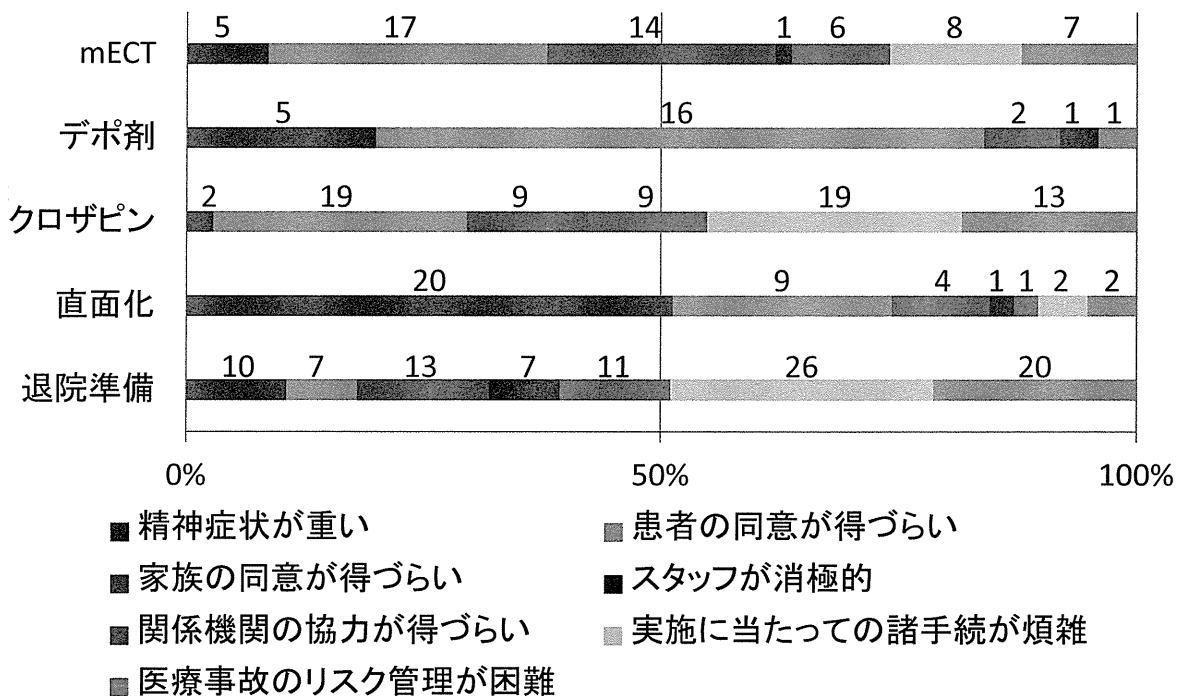


表1

自由記載に見る問題意識の分類

	患者	技術	家族	社会資源	身体合併症	リスク	手続	その他
修正型電気痙攣療法		2	3	1				
持効性注射剤			1					
クロザピンの投与		3	3	1	3			
他害行為への直面化	3		1					医療者の不安:1件
退院準備		1	3	1		4	2	入院形態切替後に行う:1件
その他	9	1	9	6	6	6	6	その他:14件

表2

回答者属性の昨年度調査との比較

	今回調査	昨年度調査
調査対象	措置入院を受け入れている施設に勤務している精神科医師	精神科医師
回答者総数	156名	306名
性別	男性125名 女性30名 無回答1名	男性243名 女性60名 無回答3名
年齢	45.4±12.1歳	47.0±13.5歳
精神科臨床経験年数	16.6±11.9年	18.9±12.7年
精神保健指定医資格	指定医126名 非指定医28名	指定医233名 非指定医72名 無回答1名

措置入院患者に対する医療提供等に関するアンケート調査(個人票)

別紙

問1 措置入院患者に対する下記の治療について、それぞれ左の質問に対して当てはまるものに○をつけてください。

	修正型電気けいれん療法	デポ剤の使用	クロザピン投与	他害行為に対する直面化	仮退院や退院前訪問等を用いた退院準備
措置入院患者に対して実施したことがある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
必要に応じ措置入院患者に対しても実施すべきである	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
(上記が「はい」の場合)通常の入院患者より実施に困難を感じる	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
(上記が「はい」の場合)その理由(下記から選択又は自由記載)					

※通常の入院患者よりも実施に困難を感じる理由(複数選択可)

- ①精神症状が重い ②患者の同意が得づらい、③家族の同意が得づらい、④スタッフが消極的、⑤関係機関の協力が得づらい、⑥実施に当たっての諸手続が煩雑、⑦医療事故のリスク管理が困難、⑧その他

問2 その他、「措置入院である」という理由で、入院患者の治療に困難を生じたご経験があれば、ご教示ください。

問3 あなたのご経歴等についてお答えください。

年齢 ____歳 性別 ____ 精神保健指定医 有・無 精神科臨床経験年数 ____年 過去1年間での措置診察回数 ____回

ありがとうございました。

平成 24 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）
重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇および社会推進に関する研究
分担研究報告書

医療観察法導入後における触法精神障害者への精神保健福祉法による対応に関する研究
（その 4）措置入院となった精神障害者の治療転帰に関する後ろ向きコホート研究

研究分担者 吉住 昭 国立病院機構 肥前精神医療センター臨床研究部顧問

要旨

措置入院患者に適切な医療・福祉を提供するためには、措置入院患者の治療内容の実態や退院後の再入院率、治療継続率、死亡率やそれらに影響を与える因子について検討を行う必要があるが、これまでのわが国ではこれらについて調査されたことがなかった。今回われわれは全国 5ヶ所の精神科医療機関において 2010 年 4 月 1 日から 2011 年 3 月 31 日までに措置解除となった 144 名の患者を対象に 2012 年 10 月から 11 月に至る転帰を調査した。対象患者の性別は男性が 90 名、女性が 54 名、平均年齢は 44.8 歳であった。ICD-10 精神科主診断は F2 が 80 名で最も多く、F3（17 名）、F1（15 名）、F6（13 名）が比較的多かった。今回の措置入院より前に精神科治療歴があった者は 102 名、入院歴があった者は 66 名、措置入院の既往のあった者は 31 名であった。通報の形式のほとんど（136 名）は警察官通報であり、自傷を要件として措置入院となった者が 44 名、他害（対人）を要件としたものが 95 名、他害（対物）を要件としたものが 68 名であった（重複あり）。Kaplan-Meier 法に基づく 1 年再入院率は 27.9%で、男性患者は女性患者よりも、また、入院歴があった患者はなかった患者より早く再入院となる傾向が認められた。退院直後に措置解除された施設における治療が中止される率は高く、治療継続期間の中央値は 255 日であった。データに欠損がない 133 名の退院患者ののべ 48,513 日に及ぶ観察期間中（平均 364.76 日/人）に 2 名が死亡したことが確認された。厚生労働省の作成した生命表に基づく期待死亡数は観察期間 1 年の場合は 0.550 人、2 年の場合は 1.149 人なので、標準化死亡比は 1.741~3.634 と考えられた。

研究協力者氏名	所属研究機関名及び職名
稲垣 中	公益財団法人神経研究所臨床精神薬理センター・副センター長*
猪飼紗恵子	山梨県立北病院・医師
小口芳世	慶應義塾大学医学部精神神経科学教室・大学院生
瀬戸秀文	長崎県精神医療センター・医長
島田達洋	栃木県立岡本台病院・医長
加藤元一郎	慶應義塾大学医学部性神経科学教室・准教授
菊本弘次	駒木野病院・院長
岩下 覚	桜ヶ丘記念病院・院長
田中祥雅	公益財団法人井之頭病院・副院長

吉岡眞吾	国立病院機構東尾張病院・司法精神医学部長
林 直樹	精神医学研究所附属東京武蔵野病院・診療部長
川上宏人	慈雲堂内科病院・医長
鶴丸藍子	国立病院機構肥前精神医療センター・精神保健福祉士

(*：論文執筆者)

A. 研究目的

平成 19 年に実施された通称・630 調査によると、平成 18 年 6 月にわが国では 566 名の精神障害者が措置入院となり、94.2%に相当する 533 名が平成 19 年 6 月 30 日までの約 1 年間に退院したことが示されている。

措置入院となった患者はそれ以外の入院患者

より精神症状が重症のことが多く、社会的・経済的にもさまざまな問題を抱えているものと推測できるので、措置入院となった患者が退院後に地域で生活するためには彼らが受けている治療の内容や長期転帰に関する実情に基づいて、適切な医療・援助を提供する体制を構築する必要があるが、現在のわが国には措置入院患者がどの程度の期間、どのような治療を受けて退院となり、通院治療がどの程度の期間継続され、どの程度の患者が再入院となり、一般人口と比較してどの程度死亡リスクが大きいかなどといった事項に関する十分なデータが存在しないのが実情である。その背景には、最近になるまで措置入院に関する調査が医療政策の観点から行われ、都道府県・政令指定市の所轄部署の保管する『措置入院に関する診断書』や『措置入院者の症状消退届』やこれらと関連した行政文書に基づき、措置解除を転帰指標としたものしか存在しなかったことに起因しているように思われる。

もちろん、一般に措置解除は精神症状が改善した結果行われるので、治療転帰の指標として措置解除の有無や措置解除に至るまでの日数を使用することには一定の合理性がある。しかしながら、措置解除後に長期にわたって入院が継続されることは少なくないし、退院した後の治療継続や再入院を回避することの重要性は措置解除に劣るものではないことを考慮すると、退院までの期間や退院後の治療継続率、再入院率や死亡リスクといったことにも関心を持つ必要性は大きいものと考えられる。

これらの認識のもと、われわれは措置入院患者が措置解除となってから退院に至るまでの期間、退院後の治療継続率、再入院率、および措置入院患者の死亡リスクなどといった長期転帰を調査することを目的として、今回は全国 10ヶ所の精神科医療機関における予備解析を行った。

B. 研究方法

1) 対象患者

2010年4月1日から2011年3月31日に至る期間に独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター、独立行政法人国立病院機構東尾張病院、山梨県立北病院、栃木県立岡本台病院、長崎県立精神医療センター、慈雲堂内科病院、桜ヶ丘記念病院、井之頭病院、駒木野病院、東京武蔵野病院において措置解除となった全ての者を本研究の対象患者とした。

なお、一部の都道府県・政令指定市では措置入院となった患者をいったん特定の医療機関に入院させた後に、措置入院を継続したまま他の病院に転院させるといったシステムを採用しているが、このように措置入院を継続したまま転院となった場合には検討の対象には含めないこととした。

2) 方法

本研究では各研究協力施設に保管されていた入院診療録、外来診療録、および措置入院となった際に作成された『措置入院に関する診断書』、措置解除となった際に作成された『症状消退届』の記載に基づいて下記の事項について調査した。なお、調査票記入は2012年10月1日～11月30日の間に行われるものとした。

- a) 性別
- b) 措置解除時点における満年齢
- c) 措置入院となった年月日
- d) 措置入院に際しての申請等の形式

『措置入院に関する診断書』の記載に基づいて、当該措置入院が第23条、第24条、第25条、第25の2、第26条、第26条の2、第26条の3、第27条の2のいずれの申請に基づくものであったかを記載した。

e) 診断

『症状消退届』に記載されていた精神科主診断、精神科従診断、身体合併

症を記載した。

f) 過去の治療歴

『措置入院に関する診断書』の記載に基づいて、①精神科治療歴の有無、②初めて精神科を受診した時期、③過去に措置入院となった既往の有無、④精神科初回入院期間と入院形態、⑤精神科前回入院期間と入院形態、⑥通算精神科入院回数を記載した。

g) 措置要件

診療録および『措置入院に関する診断書』の記載に基づき、当該措置入院時に措置要件となる自傷行為、対人他害行為、対物他害行為が見られたかを記載するとともに、『措置入院に関する診断書』の「重大な問題行動」、「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」に関する記載を転記した。

h) 措置解除年月日

i) 措置解除後の処置

『症状消退届』の「措置解除後の処置に関する意見」における記載を転記した。

j) 退院年月日

措置解除後、調査票記入まで入院が継続されたかと、退院となっていた場合には退院年月日を記載した。

k) 退院時処方

退院時点で処方されていた経口薬とデポ剤について記載した。

l) 退院時帰住先

『症状消退届』の「退院時帰住先」に関する記載を転記した。

m) 再入院の有無と再入院年月日

n) 当該研究協力施設における最終受診日と治療中断の理由

o) 調査票記入時点における生死の別と死因、死亡年月日

p) 調査票記入年月日

3) 解析方法

各対象患者の背景因子に関する単純集計、およびクロス集計を行った上で厚生労働省の作成した2010年および2011年の生命表に基づく期待死亡数と実際の死亡数との比である標準化死亡比 (standardized mortality ratio: SMR) を算出するとともに、Kaplan-Meier 法を用いて退院より再入院に至る期間、退院より治療中断に至る期間の中央値を求め、再入院率、治療中断率とそれらに影響を与える因子を Cox 回帰分析を用いて解析する予定であるが、現段階では症例数が少ない上に、データクリーニングも完了していないので、今回は SMR と Kaplan-Meier 法による粗集計の結果のみを示すこととした。データ解析には統計ソフト JMP 9.0 を使用して、 $p < 0.05$ の場合には統計学的に有意な差があるものとみなした。

(倫理面への配慮)

本研究の実施に際しては、本分担研究班の長の所属する国立病院機構肥前精神医療センターにおける研究倫理審査委員会の承認を受けた。なお、調査施行にあたっては患者名や施設内 ID、生年月日などといった個人の特定に繋がるような情報は収集しなかった。

C. 結果

2013年1月28日の時点で研究協力に同意がえられた10施設より456名分のデータが返送されているが、今回は2012年12月1日までにデータが回収され、かつ入力を完了した144名分のデータに基づいて報告する。

対象患者の性別は男性が90名、女性が54名、平均年齢(標準偏差)は 44.8 ± 14.0 歳であった。ICD-10精神科主診断の内訳は、F0が7名、F1が15名、F2が80名、F3が17名、F4が5名、F6が13名、F7が4名、F8が1名、F9が2名であり、身体合併症を有する者が15名存在

した。施設の別は栃木県立岡本台病院が 85 名、井之頭病院が 29 名、国立病院機構肥前精神医療センターが 20 名、山梨県立北病院が 9 名、国立病院機構東尾張病院が 1 名であった。今回の措置入院よりも以前に精神科治療歴があった者は 102 名、なかった者は 36 名、不明もしくはデータ未記入であった者は 6 名であった。過去の精神科入院の回数は 0 回が 68 名、1 回が 24 名、2 回が 10 名、3 回が 8 名、4 回が 5 名、5 回が 6 名、6～10 回が 11 名、11 回以上が 2 名、不詳もしくは未記入であった者が 10 名存在した。過去に措置入院となった既往を有する者は 31 名、なかった者は 90 名、不明または未記入であった者は 25 名であった。

調査対象となった措置入院に際しての通報の形式は一般人申請（第 23 条）が 2 名、警察官通報（第 24 条）が 136 名、検察官通報（第 25 条）が 1 名、矯正施設長通報（第 26 条）が 2 名、精神科病院管理者届出（第 26 条の 2）が 1 名であり、自傷を要件として措置入院となった者が 44 名、他害（対人）を要件としたものが 95 名、他害（対物）を要件としたものが 68 名であった（措置入院の要件については重複あり）。

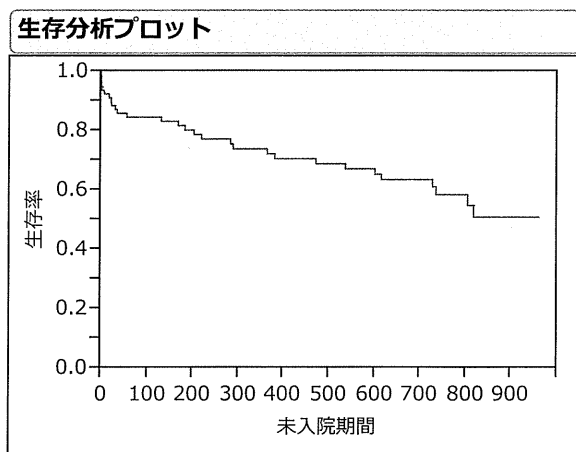


図 1 再入院曲線 (n=134)

措置解除後の処置については、入院継続となっていた者が 86 名、通院医療となった者が 44 名、転医となった者が 7 名、詳細未記入の者が 3 名で、この他に医療観察法による鑑定入院と

なった者と警察に移管された者、治療の必要なしとされた者がそれぞれ 1 名ずつ存在した。入院継続となった 86 名については、任意入院に切り替えられた者が 22 名、医療保護に切り替えられた者が 58 名、他科に転床となった者が 2 名、詳細不明の者が 4 名であった。

措置解除後、調査日の時点になっても入院が継続していた者は 5 名であった。すなわち、残りの 139 名は少なくとも 1 回は退院となったわけであるが、これらから退院日に関するデータが欠損していた 6 名を除く 133 名を再入院率、通院継続率、および死亡率に関する解析の対象とした。この 133 名の措置入院となってから退院となるまでの平均期間（標準偏差）は 118.1 日（133.8）であった。

この 133 名のうち 33 名が観察期間中に再入院となっており、Kaplan-Meier 法に基づく 1 年以内に再入院となった率（1 年再入院率）は 27.9%、2 年再入院率は 39.1%であった（図 1）。

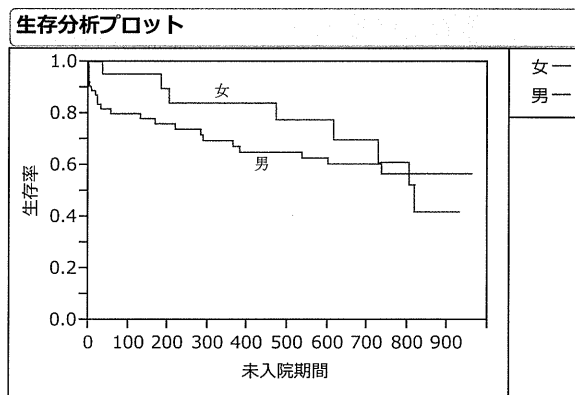


図 2 再入院曲線：男女間比較

再入院率を男女間で比較したところ、男性の方が女性よりも早く再入院となる傾向があり、半年再入院率は男性が 23.9%、女性が 16.0%であった（図 2）。

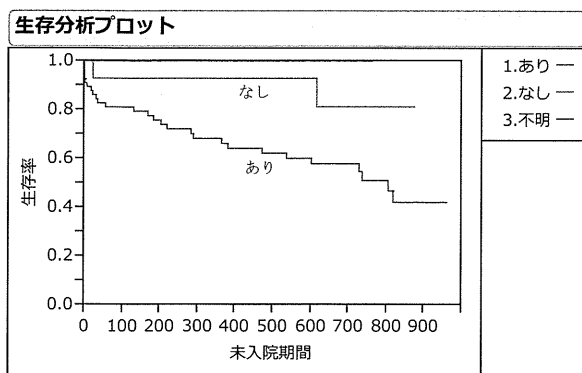


図3 再入院曲線：入院歴の有無による比較
さらに、過去の入院歴の有無によって再入院率の比較を行ったところ、入院歴があった群の1年再発率、2年再入院率がそれぞれ33.8%、45.3%であったのに対して、入院歴がなかった群はそれぞれ7.1%、18.8%であった(図3)。

治療継続率に関しては、措置入院となった施設における治療継続のみを取り扱う解析と他施設における治療継続を観察期間の打ち切りとみなす解析の2通りを行った。何らかの事情で他院に紹介・転院となった場合は、前者の解析では治療中断と見なされ、後者では治療継続と見なされることになる。

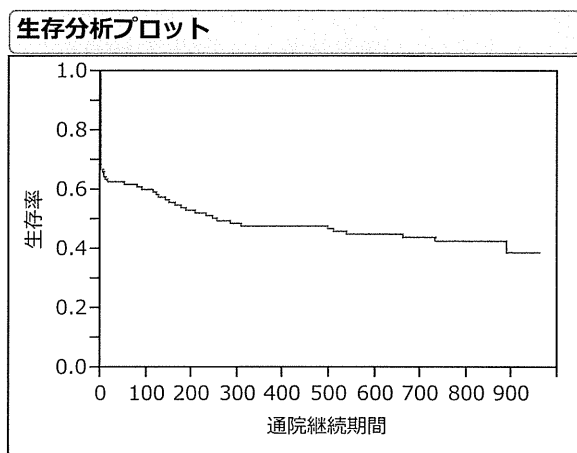


図4 調査施設における治療継続曲線

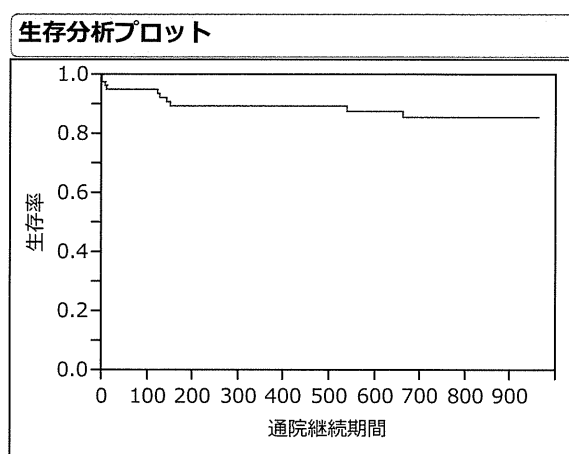


図5 治療継続曲線

措置入院となった施設における治療継続のみを取り扱う解析では退院後、即座に転院となるケースが少なくないこともあってか退院直後の治療中断が極めて多く、治療継続期間の中央値は255日であった(図4)。

一方、他施設における治療継続を観察期間の打ち切りとみなす解析では治療中断は少なく、1年治療中断率は10.5%、2年治療中断率は14.3%であった(図5)。

133名の退院患者ののべ48,513日に及ぶ観察期間中(患者1名あたり平均364.8日)に、少なくとも2名が死亡していることが確認され、観察期間完了時になお50名が生存しており、81名は生死の別が不明であった。厚生労働省の作成した2010年の生命表に基づくこれら133名中の1年後の期待死亡数は0.550人、2010年と2011年の生命表に基づく1年後の期待死亡数は1.149人なので、SMRは1.741~3.634と考えられた。

D. 考察

本研究の結果、措置入院患者の退院後1年以内の再入院率は27.9%、治療継続期間の中央値は255日、そして退院後の標準化死亡比は1.741~3.634と考えられた。

現在のわが国では精神障害者の再入院率や治療継続率、あるいは死亡率に関する信頼のおけ

るデータが乏しいので、ここでは全国 17 ヶ所の旧・国立精神科病院に 2000 年 9 月 1 日の時点で入院していた全ての患者を対象に実施された Japan Extensive Study of Schizophrenia (JESS) と呼ばれる調査より、治療継続率と死亡率に関する検討を行った JESS2000 追跡調査と呼ばれる研究結果を参照し、比較検討を行っている。

JESS2000 追跡調査によると、JESS2000 で登録された統合失調症患者 2,307 名のうち、少なくとも 204 名が 2005 年 9 月 1 日までに死亡しており、一般人口と比較した SMR は少なくとも 2.026 倍と推計されていた。また、JESS に登録後に最初に退院する時点で入院日数が 180 日未満であった統合失調症患者、および入院期間が 2 年以上で主治医より条件が整えば退院可能と判断された社会的入院の統合失調症患者の 1 年再入院率はそれぞれ 38.9~40.1%、28.9% であった。すなわち、今回の解析の結果、措置入院患者の SMR は通常の入院患者とほぼ等しいかやや高い可能性があり、再入院率に関しては社会的入院者とほぼ同等で、通常の半年以内の入院者の約 0.7 倍であると考えられた。

なお、措置入院者が退院後も入院していた施設に通院を継続する期間については、現在のわが国では措置入院となる際に必ずしも患者の居住地と入院施設の所在地の距離が考慮されていないのが実情なので、通院継続期間の中央値が 255 日となることはやむを得ないところがあるが、今後の医療施策上は措置入院した施設への通院継続を延長できる方向で検討すべきと考えられる。

E. 結論

- ・今回われわれは全国 5 ヶ所の精神科医療機関において 2010 年 4 月 1 日から 2011 年 3 月 31 日までに措置解除となった 144 名の患者を対象に 2012 年 10 月から 11 月に至

る転帰を調査した。

- ・対象患者の性別は男性が 90 名、女性が 54 名、平均年齢は 44.8 歳であった。ICD-10 精神科主診断は F2 が 80 名で最も多く、F3 (17 名)、F1 (15 名)、F6 (13 名) が比較的多かった。今回の措置入院より前に精神科治療歴があった者は 102 名、入院歴があった者は 66 名、措置入院の既往のあった者は 31 名であった。通報の形式のほとんど (136 名) は警察官通報であり、自傷を要件として措置入院となった者が 44 名、他害 (対人) を要件としたものが 95 名、他害 (対物) を要件としたものが 68 名であった (重複あり)。
- ・Kaplan-Meier 法に基づく 1 年再入院率は 27.9% であった。治療継続に関しては、退院直後に治療が中断 (転院含む) される率は高く、措置解除された施設における治療継続期間の中央値は 255 日であった。データに欠損がない 133 名の退院患者ののべ 48,513 日に及ぶ観察期間中 (患者 1 名あたり平均 364.8 日) に少なくとも 2 名が死亡したことが確認された。厚生労働省の作成した生命表に基づく期待死亡数は観察期間 1 年の場合は 0.550 人、2 年の場合は 1.149 人なので、標準化死亡比は 1.741~3.634 と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
 2. 学会発表
- ともになし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

5. 医療観察法から精神保健福祉法による

医療への円滑な移行に関する研究

研究分担者 村田 昌彦

独立行政法人国立病院機構 北陸病院

平成 24 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）
重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇および社会推進に関する研究
分担研究報告書

医療観察法から精神保健福祉法による医療への円滑な移行に関する研究

研究分担者 村田 昌彦 独立行政法人国立病院機構 北陸病院

研究要旨：

本年は研究期間の最終年にあたる。昨年医療観察法による入院の退院時に処遇終了となった 164 名分のデータについて集積および分析を行った。

その結果、全処遇終了事例の平均年齢は 50.5 歳±15.8 (SD) で、性別は男性 130 名 (平均年齢 50.6 歳±16.4)、女性 34 名 (平均年齢 50.1 歳±13.6) であった。退院時の診断は、ICD-10 分類によると F0 (器質性精神疾患) 20 名、F1 (精神作用物質による精神及び行動の障害) 16 名、F2 (統合失調症圏) 69 名、F3 (気分障害圏) 7 名、F4 (神経症圏) 1 名、F5 (生理的・身体的要因に由来した行動症候群) 該当者なし、F6 (パーソナリティ障害) 10 名、F7 (知的障害) 11 名、F8 (発達障害) 11 名であり、悪性腫瘍などの身体合併症によるもの 15 名、診断がつかないもの 2 名、その他 2 名であった。鑑定時診断が入院後変更された事例は 63 名あった。退院後の一般精神医療機関への連携では、民間医療機関への通院 35 名、公的機関への通院 18 名、民間医療機関への任意入院 8 名、公的機関への任意入院 6 名 (いずれか不明 1 名)、民間医療機関への医療保護入院 49 名、公的機関への医療保護入院 25 名、医療不要 2 名、その他 20 名であった。

平成 17 年 7 月 15 日に本法が施行されたことから、同年 7 月 15 日より 18 年 7 月 14 日の 1 年間を第 I 期、同様に 18 年 7 月より 1 年間を第 II 期、同様に 19 年 7 月～第 III 期、20 年 7 月～第 IV 期、21 年 7 月～第 V 期、22 年 7 月～第 VI 期、23 年 7 月～第 VII 期、24 年 7 月～第 VIII 期として区分し、期別に比較検討を行った。その結果、処遇終了退院の発生数は第 IV 期の 48 名まで増加した後、第 VI 期の 22 名まで減少傾向を示し、第 VII 期には 23 名とほぼ横ばいとなった。入院期間は第 I 期から第 VI 期の 722.6 日まで延長傾向にあったが、第 VII 期では 721.3 日とこちらも横ばいとなった。

処遇終了による退院を地裁に申し立てる際、医療観察法における 3 要件を施設ごとに吟味して判断しているが、要件の適用についてこれまできちんとしたコンセンサスが得られてはいなかった。今年度は 3 要件について、指定入院医療機関に勤務する実務者が実際に経験した、パーソナリティ障害、広汎性発達障害、統合失調症、急性一過性精神病、知的障害、妄想性障害の 6 事例を提示していただき、その処遇や要件の判断について議論を深めた。

研究協力者（五十音順）

大鶴 卓	国立病院機構琉球病院
来住由樹	岡山県精神科医療センター
田口寿子	東京都立松沢病院
須藤 徹	国立病院機構肥前精神医療センター
中嶋正人	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
永田貴子	国立精神・神経医療研究センター病院
平林直次	国立精神・神経医療研究センター病院
細川宗仁	国立病院機構北陸病院
村上 優	国立病院機構琉球病院
村杉謙次	国立病院機構小諸高原病院
八木 深	国立病院機構花巻病院
山口博之	国立病院機構賀茂医療センター
吉岡眞吾	国立病院機構東尾張病院

A. 研究目的

本研究は、「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究」（主任：平林直次）の分担研究として、平成 22 年度より開始され、本年が 3 年目に当たる。本研究では、「医療観察法から精神保健福祉法による医療への円滑な移行に関する研究」として、入院処遇の後通院処遇とならず医療観察法による処遇が終了となった対象者の基本情報を整理・分析し、処遇終了となった対象者の退院後の医療について調査を行う。

B. 研究方法

1. 対象および調査期間

研究対象は①平成 17 年 7 月 15 日以降これまでに医療観察法による入院の後、処遇終了により退院した対象者について診療録

（診療支援システム）を基にした情報収集を行うもの、②処遇終了で退院する対象者本人より同意を取得し、本人および退院後に精神保健福祉法による精神科医療を受ける予定先の施設から情報収集を行う。

2. 調査内容

研究①：既に処遇終了により退院した対象者に関し、レトロスペクティブに調査を行う。以下の項目を調査票に設定し、本年の調査票は昨年度のものを踏襲した。

1) 対象者の社会的特性

対象者の年齢、性別、精神科診断名（鑑定时および入院後の診断）を確認した。

2) 診断変更の有無

鑑定时の診断から入院後に診断が変更されたか、された場合はその理由を調査した。

3) 入院に至る経緯

入院に至った対象行為と精神医学的な関連を調査した。

4) 退院時の審判で調整を要する事項がなかったか。

5) 処遇を終了とした要因

3 要件に沿って調査を行った。

6) 入院中に行った治療について

修正型電気けいれん療法（mECT）とクロザピンの使用について調査を行った。

7) 退院後の処遇内容

医療観察法による退院後に利用する精神科医療として、精神保健福祉法による通院、同法による任意入院、医療保護入院、通院不要、その他を民間医療機関あるいは公的医療機関を区別して調査した。

8) 退院時のリスク評価

退院後に設定した居住環境における

想定されるリスクの蓋然性(高度～低い)およびその程度(重度～軽度)をどのように判断したか調査を行った。

研究②: 処遇終了事例について追跡調査を行う。調査票について、平林研究班の永田分担研究の内容に準じて行うよう変更した(資料1)。

調査項目は、治療の継続性、診断変更の有無、再他害行為の有無、自殺企図の有無、アルコールあるいは薬剤の使用、医療観察法による再入院の有無、精神保健福祉法による入院の有無、精神保健福祉サービスの利用、就労状況、生計の状況について、である。

3. データの解析

処遇終了となり退院した164事例について解析を行った。

本年はこれまでの処遇終了退院のうち、パーソナリティ障害、広汎性発達障害、統合失調症、急性一過性精神病、知的障害、妄想性障害の6疾患について入院医療機関から事例を提示していただき、処遇の在り方について検討を行った。

5. 倫理面への配慮

本研究はすでに独立行政法人国立病院機構北陸病院における倫理委員会の審査を受け、承認を得ている。倫理面への配慮は以下のように行っている。

研究①: すでに退院した対象者に関する社会的特性、精神科診断などの情報は、鑑定書、生活環境調査報告書、診療録をもとに後方視的に調査・集計することから、新たに対象者への侵襲は発生しないと考えられた。そのため、文部科学省および厚生労働省から提出された「疫学研究に関する倫理指針」によれば観察研究にあたり、研

究対象者からの個別的な同意取得は不要と考えられ、病棟内の対象者が常時閲覧できる場所に研究内容や不同意可能なことなどを記載したポスターを掲示した。

研究②: 今後退院する予定の対象者の追跡調査は通常の医療内容を超えていると判断されるため、厚生労働省より提出された「臨床研究に関する倫理指針」によると介入研究に該当する。そこで施設より退院申請が行われた時点、すなわち対象者が研究に不参加を表明しても不利益とならない状況を保証した上で、病棟担当医より文書および口頭で説明を行い、文書にて同意を得ることが可能なもののみ研究対象とする。

C. 研究結果

I 処遇終了退院対象者の状況について

1) 社会的特性

今年度は平成17年7月15日の法施行以来、平成24年12月31日までの19施設164名の処遇終了事例に関する情報を得た。

1-1) 年齢・性別

164名の処遇終了事例の平均年齢は50.5歳(SD=15.8)で、昨年までの平均年齢48.4歳より若干上昇した。年齢幅は20歳から88歳で昨年と同じであった。男性130名(平均年齢50.6歳±16.4)、女性34名(平均年齢50.1歳±13.6)であった。

1-2) 疾患別対象者数

指定入院医療機関によるICD-10に基づいた診断では以下のとおりであった。

F0(器質性精神疾患) 20名

F1(物質使用障害) 16名

F2(統合失調症圏) 68名

F3(気分障害圏) 7名

F4(神経症性障害) 1名

F5(生理的障害および身体因的要因によ

る行動障害）0名

F6（パーソナリティ障害）11名

F7（知的障害）11名

F8（発達障害）11名

悪性腫瘍などの身体合併による処遇終了15名

診断がつかない2名

その他2名（事務手続き上、外国籍）

1-3) 診断変更事例

指定入院医療機関に入院後、診断が変更された事例は63名（38.4%）あった。変更内容について、鑑定入院時の診断からどのように変更されたか診断ごとに記す。

観察法による鑑定診断でF0と診断された7名では、器質性精神病から認知症、統合失調症、パーソナリティ要因へと器質要因を否定する方向で変更されたものがあった。

鑑定でF1と診断された6名は昨年より増加はなく、パーソナリティの偏りが大きいと判断された事例が3名、他には双極性障害や知的障害と診断されたものがあった。

鑑定でF2と診断された36名中、10名が認知症に診断変更された。彼らの平均年齢

は65.3歳と平均年齢に比べて明らかに高齢であったが、中には40歳代の事例も認められた。次いで多かったのはパーソナリ

ティ障害（PD）に診断変更された9名であった。PDの下位分類では妄想型PDが4名、自己愛型PDが2名、情緒不安定性PD、非社会性PD、分類不能PDが各1名ずつであった。また、6名は発達障害に診断が変更されていた。3名が物質使用障害に診断変更され、2名は統合失調症圏としながらも一過性の精神障害であったり、パーソナリティ要因が大きいと判断されたりした

事例であった。他に双極性感情障害や適応障害、知的障害と診断変更された事例が各1名ずつ認められた。

鑑定でF3（5名）、F4（1名）、F6（3名）、F7（2名）、F8（1名）と診断された対象者数は昨年と同数であった。

1-4) 退院後の転帰

本年は処遇終了後に受診予定となる医療機関が民間あるいは公的機関であるか区分して調査を行った。全処遇終了事例では、精神保健福祉法での通院は53名（民間医療機関35名、公的医療機関18名）、任意入院14名（民間8名、公的6名、不明1名）、医療保護入院（民間49名、公的25名）措置入院なし、医療不要2名、その他（施設入所など）20名であった。

2) 処遇終了理由

処遇を終了とした理由について示す（図2）。総じて処遇終了とした理由として治療効果に限界を感じる事が最も多かった。

処遇終了となった理由を診断別に順位で示す（資料2～8）。

F0では治療反応性の乏しさが15名で選択され、最も多かった。処遇終了理由とその順位、その関連を資料2に示す。

F1においても治療反応性が乏しいことが11名と最も多く選択されていた（資料3）。次いで任意性の治療がベターだとする理由が8名であった。物質使用障害による対象者に対し、治療プログラムが各施設で行われているが、指定入院医療機関という閉鎖的環境では治療に限界を感じていることが多いようである。ただし、アルコールによる離脱によって対象行為が行われたような事例であっても、直ちに疾病性に疑義を抱くより治療を試みた後にその限界を評価していた。

F2 では統合失調症に限定すると、51 名が「治療反応性に乏しいこと」で最も多く、次いで 31 名が「リスクが低いこと」を理由としていた（資料 4）。今回調査した中にはクロザピンが投与された事例はなかったことから、難治例について同剤を投与することで通院処遇に結びついている可能性がある。

妄想性障害の 6 名では、治療反応性に乏しいことと汎化可能性が低いことが 2 名ずつと治療抵抗性が主体であった（資料 5）。

F6 では疾病性に疑義を持つ理由が 7 名と多かったが、治療反応性に疑義を持つ事例も 6 名と多く認められた（資料 6）。

F7 の知的障害を軽度と中等度に分けて確認すると、軽度では処遇を終了する理由について特に傾向はなく、治療反応性に乏しいことや疾病性の不在など、対象行為や入院後の治療経過などによって異なっていた。中等度になると治療効果に乏しいことが優先的に検討されていた（資料 7）。

F8 では 7 名が治療反応性に乏しいことを理由とされて多かったが、次いで疾病性が不在と考えられた 5 名と多かった（資料 8）。

3) 法施行後の経過による変化

平成 17 年 7 月 15 日に本法が施行されたことから、

第 I 期：17 年 7 月 15 日より 1 年間

第 II 期：18 年 7 月よりより 1 年間

第 III 期：19 年 7 月よりより 1 年間

第 IV 期：20 年 7 月よりより 1 年間

第 V 期：21 年 7 月よりより 1 年間

第 VI 期：22 年 7 月よりより 1 年間

第 VII 期：23 年 7 月よりより 1 年間

として区分し、時間経過に沿って比較検討を行った。

3-1) 処遇終了退院者数（図 3）

第 I 期は法施行後間もないため退院者自体が少ないこともあり 1 名のみであったが、時間がたち第 IV 期には 48 名まで増えたが、以後減少し、第 VI 期では 21 名となった。第 VII 期は 23 名となっており、今後この程度の人数で推移するのか経過をみる必要がある。

各期における疾患別の変化を図 4 に示す。各期を通して F2 が多いものの、期別にみるとその占める割合は異なっている。F6 や F7 は VII 期に存在せず、今後の動向を確認したい。

3-2) 入院期間の変化

入院期間は延長傾向にあったが、第 VI 期（722.6 日）以降、第 VII も 721.3 日と横ばいとなっていた（図 5）。

各疾患の入院期間をみると（図 6）、F2 の入院期間が長く、事例数も多いため平均入院期間を押し上げていたが、第 VII 期になり入院期間が減少したため総平均入院期間が抑制されたと考えられた。

3-3) 診断が変更された対象者の割合の変化

入院後に診断が変更された事例について第 I 期から第 VII 期まで経過を追ってみると、処遇終了事例における診断変更事例の割合は第 II 期から第 VII 期まで若干変動はあるものの 30%以上で推移していた（図 7）。

3-4) 退院後の転帰とリスク評価について

退院時に想定されたリスクについて、その頻度あるいは重篤度と退院後の転帰との関係性について確認した。

リスク頻度と退院後の転帰を図 8 に示し、リスク重篤度と退院後の転帰を図 9 に示す。リスク頻度および重篤度と退院後の転帰

についてはほぼ同様のパターンであった。退院後に医療保護入院となった対象者は比較的风险が高目の評価を受けていたが、低いと評価されている対象者も相当数含まれていた。

また、医療観察法ではない一般の精神科外来に通院処遇となった対象者の中にリスクがやや高いと評価されているものがあつた。

4) 処遇終了により退院した対象者の予後調査について

本年は当平林班の分担研究である永田班で使用している調査票に準じて改良し、調査期間も7月15日付で行うよう変更した。対象者には退院直前に書面により調査について同意を得ており、来年度より調査結果が得られる予定である。事例数はまだ1名であるが、今後追加していく予定にしている。

II. 処遇終了となった対象者の処遇の在り方について

医療観察法における処遇終了退院事例のうち、パーソナリティ障害、広汎性発達障害、統合失調症、急性一過性精神病、知的障害、妄想性障害の6疾患の入院に至る経緯と入院中の治療、退院申請までの過程を検討した。事例は個人が特定できないよう適宜改編している。

1. パーソナリティ障害(PD)事例

・50歳代男性、対象行為は傷害。傷害内容は2回にわたる暴行で、初回暴行と2回目の暴行まで3か月の間隔あり。被害者はもともと不仲であつた親族。被害者はこれまで加害者から挑発的な言動を受けていた。事件は傷害だが目撃者はいない。

・医療観察法による鑑定診断は統合失調症、入院後妄想性パーソナリティ障害に変更、8か月間の入院の後、処遇終了退院。

・入院中内服を拒否。暴言はあつたが目立った暴力はなかつた。ただしスタッフを小突くことがあり、薬物療法による介入のきっかけとした。

・時に「嫌味を言われる」という訴えがあり、幻聴を疑わせることがあつたが、明らかな統合失調症性の病的体験は認めなかつた。

・入院医療機関が申し立てたのち約6か月で退院が決定した。

論点 1: 鑑定精度の問題。審判での議論の乏しさ。審判における事実確認の乏しさ。

プレゼンター：本事例では刑事責任能力鑑定が行われていたが、面接回数・時間が圧倒的に少なく、結論を導くために一件記録を多用しているなど鑑定の進め方に問題があつた。この進め方により、妄想だと認定された発言内容が妄想でなく事実である可能性が高いなど、責任能力が乏しいとする鑑定内容の根拠を危うくしていた。その後行われた医療観察法による鑑定では、鑑定医は幻覚妄想体験を否定しつつ、対象行為が生じた衝動性を統合失調症によるものとしていた。過去に統合失調症と診断された情報から衝動性を統合失調症に由来すると判断し、診断に至つたと考えられた。これら二つの鑑定では目の前の対象者ときちんと向き合うことが乏しいまま、過去の情報や一件記録によるバイアスが強く働いて結論を導いたと考えられ、その診断に問題があるとするならば、処遇を終了するべき根拠となるのではないか。法曹関係者による意見：入院が確定したら、

それを尊重していくのがルールなので、対象行為・責任能力に疑問があるとの反論は原則できない。診断については、治療経過で疑義が出たら変更もあり得る。裁判確定力の疑義での処遇終了は法律家からして問題がある。

論点 2: パーソナリティ障害と診断変更するプロセスと退院までのプロセスの問題

プレゼンター: 医療観察法の病棟内では「嫌味を言われる」との幻聴様体験を軽度認めた以外、明確な幻覚や妄想体験は認めず。自己の権利を強く主張し、スタッフとしばしば衝突した。スタッフの職種に応じて態度を硬軟変化するなど状況の理解は良好であった。薬物療法に抵抗強かったが、スタッフを小突くトラブルから行動制限を行い抗精神病薬の投与を開始した。対象行為の事実関係、責任能力、疾病性、治療反応性に疑義を抱き、退院請求を行い処遇終了とした。

司会: 生活史、生活環境の情報が少ない。これまでの確認が乏しいのではないか? 過去の入院歴の入院カルテを取り寄せるべきであったらう。そうでなければ人格の問題と統合失調症の鑑別はもう少し丁寧にすべきだらう。現在までに集めた資料であれば反論は難しいだらう。投薬はどの程度必要なのかコンセンサスがいる。

医療関係者①: 過去に統合失調症と診断がついていた。それを覆すには、高いレベルの診断根拠を示さなければいけない。覆すには、3回の入院歴で統合失調症と診断された根拠を具体的に新たな証拠を挙げ、覆さなければいけない。

プレゼンター: 明確な妄想は確認できていない。対象行為は本当に親族間のト

ラブルの延長線上にある。

司会: 先生の診断も現状の評価しかない。過去のカルテ等、過去の統合失調症の診断の検討せずに、現在の状況だけから診断を確定するのは、結論を出すのは早すぎるだらう。

医療関係者①: 人格障害で処遇終了するならば、投薬はなしにすべきだらう。

医療関係者②: 自分の症例でも無投薬で症状がない場合に、どのくらいの期間見るべきだらうか? 人格障害の診断ならば、予防的な投薬はしない方が良いかもしれない。

医療関係者①: 人格障害でもクラスターAならば投薬も検討しても良いのではないか、クラスターBならば話は別だらう。統合失調症は残遺状態であるが、クラスターBが強すぎて治療反応性なしの判断の例もある。

医療関係者③: 無投薬で7ヶ月見て処遇終了にした例はある。病棟は保護的なので、症状が出なかった面もあるかもしれない。任意性であったとしても、投薬を行うべきであったらう。不処遇にするならば、その後の治療を任意性でクリニックにすべて治療を任せられるのか? 投薬をしながら医療が不必要で、処遇終了とするのはむしろかしいのではないか。

医療関係者④: その後の処遇がなしに、処遇終了が通ることではない。ソフトランディングが望ましいだらう。裁判所が認定した対象行為・責任能力に疑義を言うのは、やらない方が良い。あくまで3要件で議論する。

医療関係者①: 自院では詐病のケースで処遇終了ケースがある。過去の診断の根拠について、一つずつ資料を集めて丁寧に反論して処遇終了となった。

医療関係者⑤：自院では処遇終了者はあまり多くない。人格障害だけで処遇終了は少ない実感がある。

処遇終了が多いのは、受け皿を作って退院している。その後の処遇なしに申請しても通らない。人格障害に投薬が必要な例もある。その判断は？

司会：人格障害の本質的な薬効はないだろう。二次的な薬物療法はあるだろう。人格障害を証明するならば、まず無投薬期間で診断を決め、その後、投薬をする例もあるだろう。

医療関係者①：当初審判で統合失調症の判断で、入院になることはあり得るだろう。少なくとも抗精神病薬を投与している状況で、人格障害への診断変更は難しいのではないかな？

プレゼンター：薬については、長期間無投薬で評価できている。臨床的には人格障害に抗精神病薬の投与を行う例もあると思う。

司会：予防的な投薬を行っても、退院後に受け皿がないのに入院中だけの投薬をするのは、論が立たない。受け皿がないのに、入院中の予防的投薬はしない方がよい。原則は、人格障害のみならば無投薬で治療すべきだろう。

小括

平成 24 年度の調査によれば、パーソナリティ障害の診断で処遇終了退院となった対象者は 11 名おり、医療観察法による鑑定でそのうち 8 名が F2 圏（7 名が統合失調症）と診断されていた。統合失調症と診断される過程で認定された幻覚や妄想体験は一過性であったり、あるいは幻覚妄想体験を認めないまま診断される事例があった。クラスター B のパーソナリティ障害では鑑定中に被鑑定者が興奮し、面接が十分行い

にくい状況が生じることは想像に難くない。鑑定医による面接が困難であれば複数の医師による対応や、看護師や心理士など多職種による情報収集などによって被鑑定者の状態を確認し、より確からしい結論を導く必要があるのではないだろうか。現行制度では一事不再理により、医療観察法による処遇が決定すると観察処分など刑事的な処遇を行うことができないため、最初期の正確な判断が重要である。しかし、診断の正確性には限界がある以上、現行制度内での対応には限界があるのではないだろうか。

日常診療的にはパーソナリティ障害と診断された患者に対し、標的症状に対して薬物療法が行われることがある。医療観察法においてパーソナリティ障害と診断される場合、疾病性に疑義が生じうるため、診断を厳密に行う必要がある。薬物療法を行っている下では厳密な診断・評価を行うことが困難であり、診断を行う際は極力薬物を投与しない状況（睡眠薬など必要最少限度の状況）とすることが求められるだろう。処遇終了となった 11 名のパーソナリティ障害のうち、8 名が統合失調症から妄想性パーソナリティ障害と診断されていたことから、診断変更を行うには抗精神病薬を減量～中止して経過を慎重に観察する必要がある。ただし、無投薬下での評価がどれほどの期間行うべきなのか、あるいは病棟という保護的な環境下での評価が果たして正当な評価であるのか、これらについてはコンセンサスが得られておらず、今後事例を重ねていく必要がある。

指定入院医療機関が下したパーソナリティ障害の診断がはたして正しかったのか、退院後の検証も必要である。処遇終了による退院は強制医療から離れることを意味しており、指定入院医療機関として退院後の状態を確認し、今後の判断に feed back で

きることが望ましい。同様に、刑事責任能力鑑定や医療観察法鑑定を行った機関に対しても feed back できることが望ましく、この連携が機能すれば司法精神領域での診断精度を高めていくことができるだろう。

2. 広汎性発達障害 (PDD) 事例

第一事例

30 歳代男性。中学生頃から学校のルールと仲間内でのルールとのギャップに困惑するようになり、それをいじめだと感じるようになった。高校に進学後、周囲との折り合いがさらにうまくいなくなり、聴覚過敏や被害感が増悪した。高校時代に精神科を受診したが通院は中断を繰り返した。大学に進学後、周囲に対し被害的な認識を張り巡らし、妄想対象でない人に対し傷害を加えた(対象行為)。

通院時の診断は統合失調症あるいは広汎性発達障害とされていた。簡易鑑定ではアスペルガー症候群と診断しつつ精査のため本鑑定が必要とされ、本鑑定でアスペルガー症候群および他の非器質性精神病性障害と診断された。その結果心神耗弱と判断され、医療観察法に申し立てられた。医療観察法鑑定ではアスペルガー症候群および妄想性障害と診断、審判で広汎性発達障害および妄想性障害であり社会心理的な治療が望ましいと判断され、入院処遇が決定した。

指定入院医療機関ではアスペルガー症候群および他の非器質性精神病性障害と診断し、治療を行っていたが、入院中統合失調症およびアスペルガー症候群に診断が変更された。

第二事例

40 歳代男性。中学の頃自己臭体験を認めた。大学時代に考想察知、不穏、整

容保持が困難となり、地元の精神科病院で統合失調症が発症したとされた。就職活動がうまくいかず縁故により就職したが長続きせず退職した。通院は定期的に行い妄想等の状態の悪化は特に認めていなかったが両親に暴力をふるい、自宅に放火した。心神喪失と判断され、医療観察法による鑑定で統合失調症と診断され入院が決定した。入院後の医療機関ではアスペルガー症候群と診断が変更され、強迫性障害やトゥレット症候群、統合失調症様状態などの併存症へもケアを行った。

地元関係機関からの支援体制を構築して退院したが、作業所への通所に対し不全感を抱くようになり、通所がストレスとなったが通所回数を減らすことにも抵抗感が強かった。周囲の状況への被害関係妄想も本人を追い詰めることとなり、親への傷害のため医療観察法による再入院となった。

妄想的解釈は広汎性発達障害によるものだけでは考えにくく、認知機能の低下も認められたことから、広汎性発達障害および統合失調症と診断を変更した。

論点：発達障害による二次障害としての精神病性症状か、統合失調症の併存か。

司会：ICD-10 の 1 級症状はあったのか

プレゼンター：そこはなかった。操作的に言うとそこは入ってこない。2 例目はあった。2 例とも明らかに認知機能の低下が認められた。

司会：統合失調症じゃないかもしれないけど統合失調症に匹敵する精神症状があって治療が必要だとも考えられる。

医療関係者①：精神病 NOS と言っているのは精神病だけど統合失調症とは確認