

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

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及び社会復帰の推進に関する研究  
平成 22 年度～24 年度 総合研究報告書

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

分担研究者 村田 昌彦 独立行政法人国立病院機構 北陸病院

研究要旨：

本研究の目的は、医療観察法の処遇が終了した後に精神保健福祉法に円滑に移行するために必要な要因を分析することである。具体的には医療観察法による入院処遇から通院処遇に移行せず同法による医療を終了し、精神保健福祉法による医療に移行する対象者について、研究①…年齢や性別、診断、処遇終了とした理由等の情報をレトロスペクティブに集積し、研究②…退院後の生活や医療の受給状況の追跡調査をプロスペクティブに行う、この2面の研究から円滑な移行に必要な要因を分析することである。

研究①：平成 22 年度より各指定入院医療機関の協力により 164 名の処遇終了者の情報を得た。164 名の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。処遇終了となった疾患は、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。本法施行後 4 年目まで処遇終了による退院者は増加したが、その後減少に転じ、7 年目以降は年間約 20 名程度となり、減少に歯止めがかかっていた。

研究②：退院後の追跡調査は調査票の内容と調査時期について検討を行い、最終年度に 1 名同意が得られた。今後事例を増やししながら、予後を確認する予定である。

最終年度には、処遇終了によって退院した対象者について、指定入院医療機関の実務者により処遇終了と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 事例を具体的に議論し、その処遇や要件の判断の在り方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

医療観察法を終了し、一般の精神保健福祉法による医療への移行には、通院処遇が終了して移行するもの、入院処遇から通院処遇を経ずに移行するもの、当初審判で不処遇となり移行するもの、の3通りが存在する。通院処遇が終了して移行するものは「本来」本法で想定されているパターンであるが、入院処遇から通院処遇を経ずに移行するものは医療観察法がいきなり打ち切られる形で精神保健福祉法に移行する「本来想定されていない」パターンであり、その実態を調査する必要がある。さらにこのパターンでの退院によって精神保健福祉法による処遇に円滑に移行しているか、移行するために必要な要因を分析することも必要であり、この調査および分析を本研究での目的とする。

## B. 研究方法

### 1. 対象および調査期間

研究①：平成17年7月15日以降平成24年12月末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。

研究②：処遇終了で退院する対象者本人より同意を取得し、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、以下の項目を調査票に設定した。

#### 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）を調査した。

#### 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）を担当医が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。

### 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学的特性、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

研究①：

#### 1) 社会学的特性

平成17年7月15日の法施行以来、平成24年12月31日まで、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）、年齢幅は20歳から88歳であった。男性は130名（平均年齢50.6歳±16.4）、女性は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。

医療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があったり、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 と診断された 5 名では、認知症に診断変更されたもの、物質使用障害（SSRI の乱用）に変更されたもの、パーソナリティ障害に変更されたもの、知的障害に変更されたものが各 1 例ずつあった。

残りの一例は感情障害圏内での変更であった。

鑑定で F4 と診断された 1 例は広汎性発達障害に診断変更された。

鑑定で F6 と診断された 3 例では、アスペルガー障害と診断変更されたもの 1 例、知的障害に変更されたもの 1 例、明らかな精神疾患と診断がつけられないと判断されたものが 1 例あった。

F7 と診断された 2 例では知的障害そのものに変更はなかったが、副診断としてつけられていた統合失調症が広汎性発達障害と変更されたものが 1 例、パーソナリティ障害の併存を否定し物質使用障害を併存症と判断した 1 例があった。

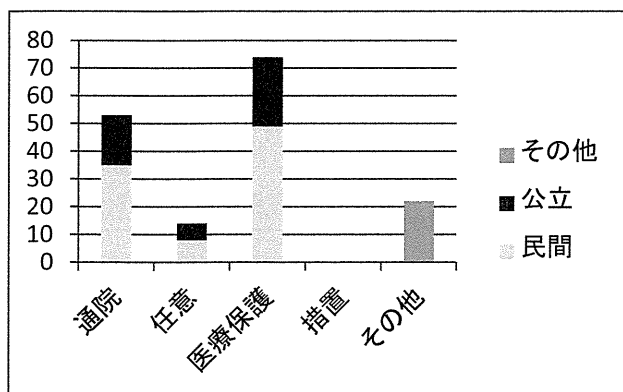
鑑定で F8 圏内（アスペルガー障害）と診断された事例は入院後広汎性発達障害の一部と判断された。

その他として、鑑定時主診断がついていない 1 例は知的障害、発達障害、パーソナリティ障害の併存に変更され、特定不能の精神病性障害と診断されたものは統合失調症に変更されていた。

### 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。

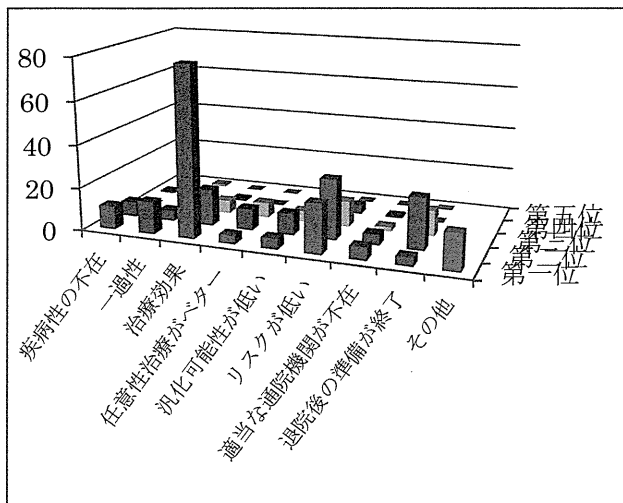
図 1 : 退院後に利用した医療機関 (縦軸は人数)



## 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)。

図 2 : 処遇終了の理由 (縦軸は人数)



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は疾患別にみると、

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。

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。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、直ちに責任能力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。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。

F6 では責任能力が問うるのではないかと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。

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責任能力に疑義を抱くことなど、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。

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、次いで責任能力が問うるのではないかと考えられた 5 名と多かった。

## 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、毎年 7 月 15 日からの 1 年間ごとの変化を確認するため、

第 I 期 : 17 年 7 月 15 日より 1 年間

第 II 期 : 18 年 7 月 15 日より 1 年間

第 III 期 : 19 年 7 月 15 日より 1 年間

第 IV 期 : 20 年 7 月 15 日より 1 年間

第 V 期 : 21 年 7 月 15 日より 1 年間

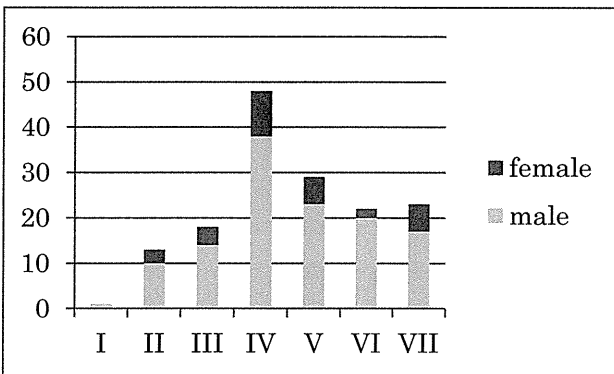
第 VI 期 : 22 年 7 月 15 日より 1 年間

第 VII 期：23 年 7 月 15 日より 1 年間と区分した。

3-1) 処遇終了退院者数（図 3）

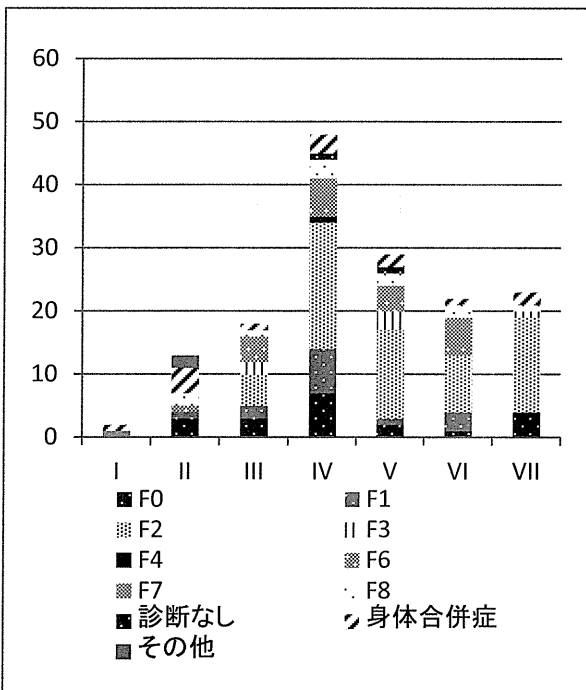
第 I 期は法施行後間もないため退院者自体が少ないこともあり 1 名のみであったが、時間がたち第 IV 期には 48 名まで増え、以後減少し、第 VI 期では 21 名となった。第 VII 期は 23 名となっており、今後この程度の人数で推移するのか経過をみる必要がある。

図 3: 法施行後の処遇終了事例の発生数（縦軸は人数）



各期における疾患別の変化を図 4 に示す。

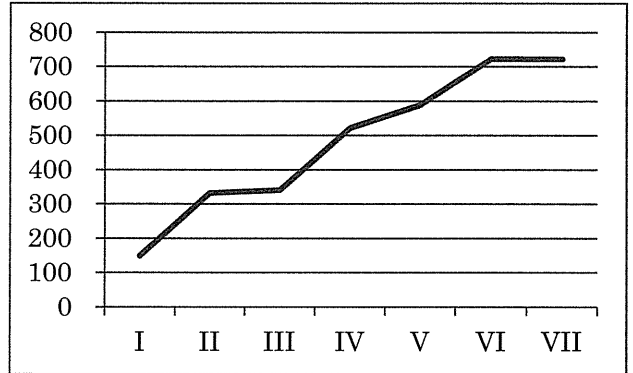
図 4: 各期における疾病数（縦軸は人数）



3-2) 入院期間の変化

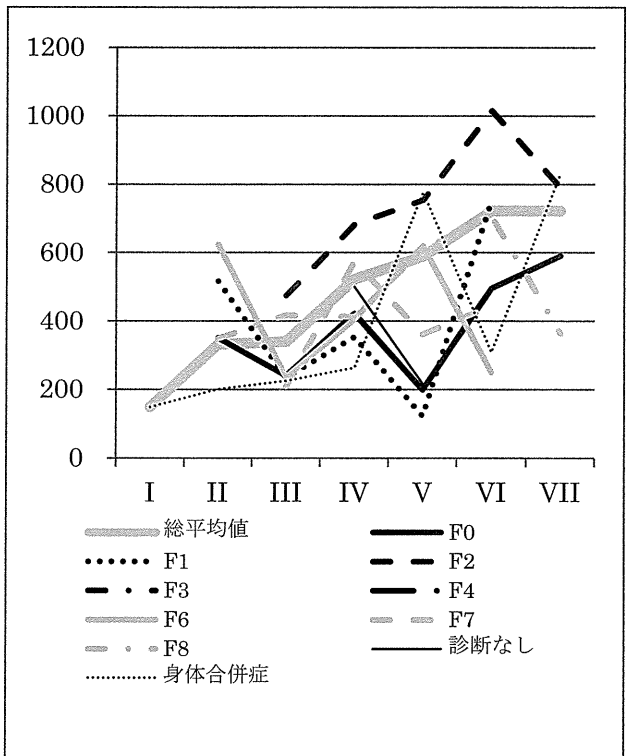
入院期間は延長傾向にあったが、第 VI 期（722.6 日）以降、第 VII も 721.3 日と横ばいとなっていた（図 5）。

図 5: 処遇終了事例の平均入院期間（縦軸は日数）



疾患別に入院期間をみると（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。

図 6: 疾病ごとの入院日数の変化（縦軸は日数）

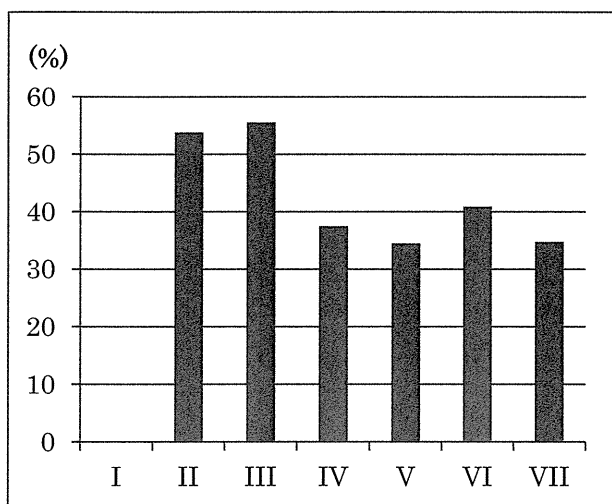




### 3-3) 診断が変更された対象者の割合の変化

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)。

図 7: 各期における診断変更者の割合 (注: 第 I 期は処遇終了事例は 1 名のみ、診断変更なかったため 0%)

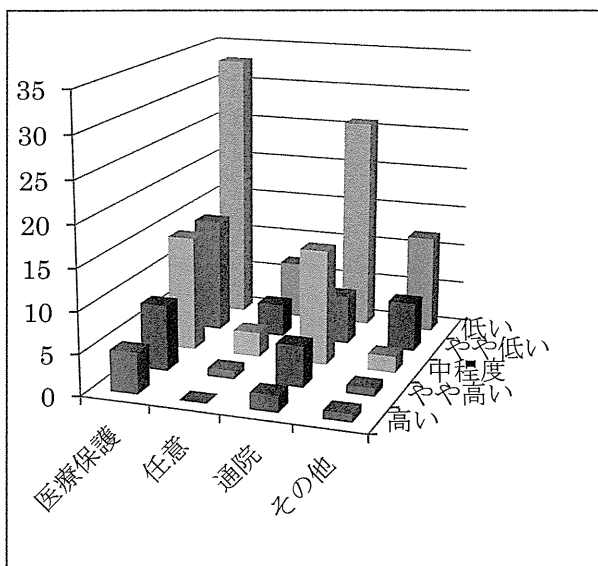


### 3-4) 退院後の転帰とリスク評価について

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。

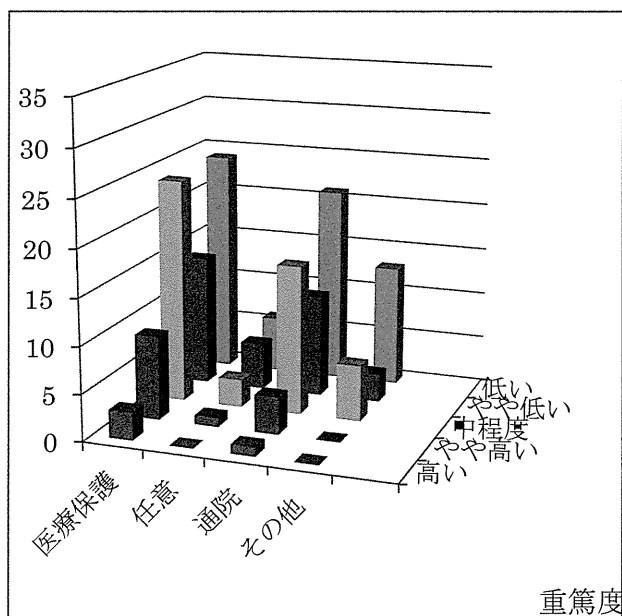
リスク頻度と退院後の転帰を図 8 に示す。

図 8: リスク頻度と退院後の転帰 (縦軸は人数)



リスク重篤度と退院後の転帰を図 8 に示す。

図 8: リスク重篤度と退院後の転帰 (縦軸は人数)



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った。

### 4) 処遇終了により退院した対象者の予後調査について

永田班で研究対象としている、通院処遇となった事例の追跡調査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、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。詳細については24年度の報告書を参照されたい。

### 1. パーソナリティ障害（PD）事例

提示された事例は過去に統合失調症と診断されていたことを理由に、対象行為時に統合失調症性の精神病性症状を認めていなかったにもかかわらず鑑定で統合失調症と診断されていた。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。PDにみられる妄想について、より精密に判断する必要がある。一事不再理の原則から、確定した審判結果を覆すことはできないのであれば、鑑定や審判での判断が重要となる。

入院中の処遇について、診断確定のために一定期間無投薬とし経過をみることも、入院前の情報を確認することも鑑定診断を覆すために必要となる。無投薬のまま退院することが論理として一貫性がある一方、退院後の医療の受け皿を無投薬のまま確保することは困難な場合があり、退院調整が難航しがちである。

### 2. 広汎性発達障害（PDD）事例

PDDに妄想などの精神病性症状を伴う例について提示された。二次障害としての精神病性症状か、統合失調症の併存か、妄想の内容や発現様式について、丁寧にみて

いく必要がある。PDDだからと早急に治療の限界を設定せず、懐深く治療にあたることが求められる。

### 3. 統合失調症事例

非定型抗精神病薬も奏功しにくく、遠方の指定入院医療機関からの転院事例について、帰住地調整が円滑にいかず入院が長期化した事例が提示された。薬物療法としてクロザピンの選択の可能性、さらなる心理社会的な介入が検討された。通院先の施設を複数検討したり、早めの転院により帰住地調整を進めやすくすると退院に向けて円滑化する可能性がある。

### 4. 急性一過性精神病事例

対象行為後1年10か月後に医療観察法の申し立てを受け、統合失調症と診断されて入院処遇が決定した事例。すでに症状はなく、事前情報から早期にMDTで急性一過性精神病と判断、短期間で退院に結びついた事例。治療ステージを弾力的に運用し、「飛び級」で進め、社会復帰調整官も促進的にかかわっていた。

### 5. 知的障害

知的障害者にみられた欲望充足型の妄想など、精神病性症状をどう捉え、どのように介入するか、が論点の一つ。統合失調症の併存例もあるが、不適応から生じる二次性の病的体験の場合もあり、PDDの場合と同様に丁寧にみていく必要がある。理解力に問題がある場合が多く、衝動緩和には刺激統制や行動療法的なアプローチが必要となる。医療だけで完結しにくいいため、福祉や場合によっては警察など司法領域ともタイアップすることも必要である。

### 6. 妄想性障害

妄想を抱きやすいため、薬物および心理社会的な介入が困難な事例に対してどのように治療を進めるか、治療の限界を拡大するような入院中の事例が紹介された。担当する MDT だけでは膠着する場面があり、第三者的に看護師が介入することで妄想的に認知が向かうことを阻害し、健康的な方向に進めようとするアプローチで、薬物療法に抵抗性を示しやすい妄想性障害の対象者に対する介入方法の一つとなるだろう。

#### まとめ

事例検討を通して、法施行当初と比較すると事例を丁寧にみるようになったことや治療的に様々な工夫が行われるように変化が生じているように思われる。事例を丁寧にみる点では、パーソナリティ障害や知的障害、一過性精神病であることを確認するために抗精神病薬を中止して状態を観察するようになっていることや、広汎性発達障害における精神病性症状を統合失調症の併存の可能性も含めて考えることがあげられる。特に後者は医療観察法における治療範囲の適応を拡大する可能性も含めて注目する内容である。

また、治療的工夫として統合失調症事例にクロザリルの使用が可能となり、衝動コントロールの困難な難治性の統合失調症に対する治療成績が改善したほか、病識が得難い妄想性障害に対する心理的介入の報告は、担当する MDT が難渋する状況を改善する可能性があり、今後に期待される。

これらの報告や討論がある一方、まだいくつかの課題が残されている。例えば上述の診断をきちんとするための薬物療法を中止する期間、観察する手法をどう設定して評価すべきかまだエビデンスが得られていないこと、診断を変更した場合、変更した診断が妥当であるか確認する手段が乏しい

こと、変更した事実を鑑定や審判にフィードバックする機会がないことなどがあげられる。また、治療的には社会復帰が困難なクロザリル抵抗性の統合失調症に対する長期療養環境をどのように提供すべきか、今後具体的な事例を集積・分析して解決していく必要がある。

#### D. 考察

平成 22 年度からの 3 年間（平成 24 年 12 月 31 日まで）で、処遇終了退院対象者について、164 名の情報を得ることができた。同時期までに発生した処遇終了退院者は 178 名といわれており、本研究では 86.5% を分析したことになる。平成 23 年度の調査により、本法施行後増加していた処遇終了退院者数が法施行 4 年後より減少するようになったことが明らかとなったが、平成 24 年度の調査により減少傾向が第 VI 期で止まり、今後二十数名程度で推移する可能性が示唆された。しかし第 VI 期と第 VII 期の退院者の疾患を比較すると、第 VII 期では F2 が 15 名 65% と過半数を占め、F1、F6、F7 は該当者なしであったのに対し、第 VI 期では F2 は 9 名 41% と相対的に少なく、F1（3 名）、F6（2 名）、F7（4 名）と比較的疾患の内容が異なっており、今後どのような疾患群が多くなるか、経過をみる必要がある。

処遇終了による退院となった要因は大きく分けると、#1 入院後の診断が鑑定診断と異なり疾病性に疑義が生じる場合、#2 治療反応性に限界が生じる場合、#3 リスクが低下して医療観察法の必要がなくなった場合、と医療観察法における 3 要件に沿って考えられる。

#1 の場合、鑑定時の診断から入院後に変更されて疑義が生じている。指定入院医療機関に入院後、鑑定入院より時間や多職

種により手間暇かけて診断されることで診断が変更されることはありうることだろう。しかし制限が多い中であっても、鑑定中の診断精度は病院内のカンファレンスや多職種による面接等を行うことによって向上すると期待したい。

一人の対象者が処遇を終了するまで、起訴前鑑定（簡易・本鑑定）、医療観察法鑑定、入院治療、通院治療、と4回診断を精査する機会がある。審判を加えるとさらに診断を検討する機会は増えることになるが、処遇が変わると担当する関係者も代わることがあるので、現行制度のままでは診断の妥当性を継続的に確認することが困難である。診断情報を縦断的に、かつ広く横断的に情報を共有できれば診断精度を高めていくことが可能になるのではないだろうか。本研究では処遇終了による退院後の追跡調査を行うことにしているが、調査が進むと指定入院医療機関の診断が退院後さらに変更されているか確認でき、今後の診断精度の向上に役立つものと思われる。

入院後に診断が変更され処遇が終了となった事例では、診断が妥当であるか再鑑定した事例があったほか、その診断分野の専門医に相談している事例もあった。一方、カンファレンスが開かれなまま審判が開催されることもあった。退院時の手続きが煩雑になるかもしれないが、審判で情報を最大限詳らかにし、適正な処遇を見出す作業は大切で、その集積がフィードバックされることで将来の処遇決定に資するものと思われる。

#2については指定入院医療機関における治療技能の向上が求められる。入院中に行われるべき治療内容は、厚生労働省による入院治療ガイドラインにより一定水準を満たすことになっており、実際に各施設において治療プログラムが作成されている

2)。しかし現実にはMDTごとに力量が異なることや、スタッフごとの力量に差があることから、治療結果に差が生じる可能性が危惧される。これまで指定入院医療機関ではピアレビューとして施設ごとの差が生じないように均霑化の働きかけが行われており<sup>3)</sup>、医療観察法多職種研修会も毎年行われているので、これらを参考にしつつ、バラつきが生じないように切磋琢磨していくことが求められる。追跡調査では一般精神医療に移行した後の治療の継続性を確認するほか、再他害行為が生じないかも確認することになっており、退院後の情報を集積することで、指定入院医療機関の判断の妥当性を検証し、より良い処遇に結び付けたいと考えている。

#3では統合失調症の対象者に対してクロザピンが使用されるようになり、難治性の統合失調症の治療効果が改善しつつある<sup>4)</sup>。しかし、今後慢性化した統合失調症の場合など、同剤を使用しても改善が得られない対象者が発生することが想定されるが、リスクが低下したものの地域処遇が困難な対象者に対して適切な治療環境を提供できるよう整備する必要がある。また、知的障害で医療や福祉、司法がクロスオーバーした治療環境を提供することにより地域処遇が可能となる事例もあり、併せて処遇の在り方について検討が必要である。

パーソナリティ障害ではリスクが相当程度予想される場合であっても医療観察法の要件を満たさないと判断されるような場合、適正手続きにより退院の手続きを行うことがある。彼らの退院が（処遇終了により）承認されると保護観察所は関与しなくなり、医療も司法も拘束力を失うことになる。このような事例にどう対応すべきか、現行制度では回答が出せないため、今後制度的にも検討する必要がある。

## E. 結論

処遇終了により退院となった対象者について調査を行った。処遇終了による退院の減少は歯止めがかかり、今後一定程度の処遇終了退院が発生することが想定される。処遇終了退院は不適切な入院を行わないという適正手続きを担保するために必要なルートであるが、医療観察法から外すにはきちんとした診断、治療介入が行われることが前提であり、高い水準を全指定入院医療機関が維持する必要がある。退院後の転帰を把握し、それをまた施設間で共有し、診断や治療、処遇内容を向上することが求められる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1) 論文発表

なし

### 2) 研究発表

村田昌彦、須藤 徹、細川宗仁：医療観察法による入院対象者における処遇終了退院の傾向～全国調査から～ 第8回日本司法精神医学会、2012.6.8-9.

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 参考文献

1) 厚生労働省ホームページ「心神喪失者等医療観察法による入院対象者の状況」  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/index.html>

2) 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；入院医療における治療プログラムの多様化に関する研究、2012.3、19-22

3) 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、2012.3、5-15

4) クロザピンの有効性とその臨床的意義、木田直也、大鶴卓、福田貴博、福治康秀、村上優、精神医学 vol.54,1145-1150, 2012

資料 1：平成 24 年度 予後調査シート（案）

新規

対象者名 \_\_\_\_\_ 様

本対象者の退院日～平成 25 年 7 月 15 日のことについてお伺いします。当てはまる□にレ（チェック）、および括弧内に内容等をご記入下さい。入りきれない場合は余白・自由記載欄に自由にご記入下さい。

①治療継続	<input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 治療中断：最終受診日（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日） <input type="checkbox"/> 治療終了：終結日（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日）
②診断変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 診断名： 変更理由：
③再他害行為等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 ①殺人 ②放火 ③傷害 ④強盗 ⑤強姦 ⑥強制わいせつ ⑦その他の他害行為  1 回目（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 番号 _____ ） 【内容・転帰 _____ 】 2 回目（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 番号 _____ ） 【内容・転帰 _____ 】 3 回目（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 番号 _____ ） 【内容・転帰 _____ 】
④自殺企図	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 1 回目（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 内容： _____ ） □未遂（生存） □既遂（死亡） 2 回目（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 内容： _____ ） □未遂（生存） □既遂（死亡） 3 回目（平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 内容： _____ ） □未遂（生存） □既遂（死亡）
⑤アルコール・薬物	（1）本対象者は退院前、アルコール・薬物の問題を抱えていましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （2）調査対象期間中のアルコール、薬物の接種 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 アルコール：□一時的・機会的な使用（問題なし） □習慣的な使用 □乱用状態 薬物：□一時的・機会的な使用 □習慣的な使用 □乱用状態

ご協力ありがとうございました

資料1：平成24年度 予後調査シート（案）

新規

対象者名 \_\_\_\_\_ 様

⑥医療観察法による再入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）
⑦精神保健福祉法による入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 入院形態 ①任意入院 ②医療保護入院 ③措置入院 1回目（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 番号 ） 2回目（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 番号 ） 3回目（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 番号 ） 4回目（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 番号 ）
⑧居住形態	①家族同居 ②単身生活 ③グループホーム ④援護寮 ⑤知的障害者入所施設 ⑥介護保険施設 ⑦救護施設 ⑧入院中 ⑨その他：具体的に （番号 ）
⑨精神保健福祉サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 保健所による訪問 <input type="checkbox"/> 病院デイケア <input type="checkbox"/> 外来作業療法 <input type="checkbox"/> 作業所等 <input type="checkbox"/> 自助グループ（AA/NA/断酒会等） <input type="checkbox"/> 民間リハビリ施設（MAC/DARC等） <input type="checkbox"/> 病院・精神保健福祉センターなどにおけるアルコール・薬物依存症治療プログラム <input type="checkbox"/> その他（ ）
⑩就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ある場合 <input type="checkbox"/> 正規社員（ <input type="checkbox"/> 一般枠 <input type="checkbox"/> 障害者枠） <input type="checkbox"/> アルバイト・パート いろいろ（ ）
⑪生計（複数回答）	<input type="checkbox"/> 給与等 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 資産による収入 <input type="checkbox"/> 家族からの支援 <input type="checkbox"/> 障害者年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）
自由記載	

ご協力ありがとうございました

6. 社会復帰促進に資する医療の質の向上に関する研究

研究分担者 大橋 秀行

埼玉県立大学



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

平成 22 年度～平成 24 年度 総合研究報告書

社会復帰促進に資する医療の質の向上に関する研究

分担研究者

大橋 秀行

埼玉県立大学教授

#### 研究要旨

1. 平成 22～24 年度において、研究 1「社会復帰促進に資する医療の質の向上に関する研究」および研究 2「作業療法士によって実施される治療プログラムの入院と通院との継続性についての調査」および研究 3「医療観察法による入院対象者に対する就労準備プログラムの臨床的有用性—第 1 報—」および研究 4「医療観察法による入院対象者に対する就労準備プログラムの臨床的有用性—第 2 報—」の 4 つの研究を実施した。
2. 研究 1：指定入院医療機関において作業療法士によって実施される治療プログラムについて社会復帰促進の観点から、指定入院医療機関に所属する作業療法士からの意見聴取と文献調査を実施した。生活技能の般化と就労準備プログラムの効果の 2 点について研究の必要性が確認できた。
3. 研究 2：治療プログラムの継続性についてアンケート調査を実施した。入院担当作業療法士については、依頼した 29 施設中 28 施設（回答率 97%）から回答があった。通院担当作業療法士については依頼した 104 施設中、64 施設（回答率 62%）から回答があった。治療プログラムの引き継ぎについて、通院施設から、有効回答施設 46 施設中、57%にあたる 26 施設については、入院施設からの引き継ぎがなかったと回答があった。
4. 入院中の治療プログラムによって学習される生活技能が通院以降の生活場面で般化されるためには、入院担当者、通院担当者それぞれに共通した認識として、治療プログラムの継続性を保証するために、現在の引き継ぎのあり方をシステムとして改善する事が今後の課題としてあがった。
5. 研究 3：4 施設、11 名の医療観察法病棟入院対象者に対して「就労準備プログラム」を実施し、実施前と実施後とに「ローゼンバーグ自尊感情尺度」と「日本語版リカバリーアセスメントスケール」を実施した。実施前後の得点の差に有意差は認められなかった。
6. 研究 4：11 施設、29 名の医療観察法病棟入院対象者に対して「就労準備プログラム」を実施し、実施前と実施後とに「ローゼンバーグ自尊感情尺度」と「日本語版リカバリーアセスメントスケール」を実施した。実施前後の得点の差に有意差が認められた。

研究協力者（五十音順）	
辻 浩子	国立病院機構 花巻病院
阿部 芳美	
荒川 さつき	
国立病院機構	久里浜アルコール症センター
岩井 邦寿	
藤野 健一	
立山 和久	
石塚 奈々	
富所 明夫	
神田 幸広	
国立病院機構	小諸高原病院
岩野 健蔵	
和田 舞美	
高橋 良太	
国立病院機構	下総精神医療センター
原田 聡	
国立病院機構	東尾張病院
梅田 雄嗣	
国立病院機構	榊原病院
矢崎 太郎	
昼田 憲子	
国立病院機構	松籟荘病院
廣内 毅	
永阪 元基	
国立病院機構	鳥取医療センター
曾根 弘喜	
浅雄 あさひ	
南 庄一郎	
国立病院機構	賀茂精神医療センター
村山 大佑	
宇田 英幸	埼玉県立精神医療センター
奥田 真由美	岡山県精神科医療センター
新井 杏	
池上 淳哉	
清和 由雅	山形県立鶴岡病院
茂木 俊恵	群馬精神医療センター
青木 はつ江	
伊藤 弥生	長野県立駒ヶ根病院

栗原 浩	茨城県立友部病院
山本 紗世	
辻貴 司	山梨県立北病院
児玉 和也	
鶴見 隆彦	横浜保護観察所
棟近 展行	
佐藤 拓也	
岡庭 隆門	静岡県立こころの医療センター
篠原 由美子	長崎県立精神医療センター
眞田 俊介	鹿児島県立始良病院
松尾 彰久	埼玉県立大学

#### A. 研究目的

研究 1：本研究の目的は、指定入院医療機関において作業療法士によって実施される治療プログラムについての研究課題を明らかにすることである。

研究 2：本研究では、作業療法士によって入院中に実施された治療プログラムについて通院の継続性に関わる実態を明らかにし治療プログラムの継続性について調査、分析し考察する。

研究 3：本研究の目的は、医療観察法による入院対象者に対する就労準備プログラムの臨床的有用性を、「自尊感情」と「リカバリー」の観点から評価することである。

研究 4：本研究の目的は、研究 3 の結果を踏まえ、対象者を増やして、医療観察法による入院対象者に対する就労準備プログラムの臨床的有用性を、「自尊感情」と「リカバリー」の観点からさらに評価することである。

#### B. 研究方法

研究 1：指定入院医療機関に所属する作業療法士からの意見聴取と関連する文献を調査した。

研究 2：医療観察法の入院医療機関に勤務する作業療法士と指定医通院医療施設に勤務し医療観察法による通院処遇に関わる作業療法士に対して、「作業療法士によって実

施される治療プログラムの入院と通院との継続性」について、平成22年10月から平成23年11月までの1年間の実態に対しての調査を平成23年10月に郵送にて実施した。

**研究3:** 3施設の11名の医療観察法病棟入院対象者に対して、本研究で作成した「就労準備ワークブック」を使用し、医療観察法病棟内の適切な部屋で、1回60分、週一回、全8回の「就労準備プログラム」を実施した。プログラムの開始前と終了直後に「ローゼンバーグ自尊感情尺度」と日本語版リカバリーアセスメントスケール」を実施しウィルコクソンの符号付き順位検定により、実施前と実施後との得点に有意な差があるかどうかを解析した。統計学的有意水準は $P<0.05$ とした。

**研究4:** 11施設、29名の医療観察法病棟入院対象者を対象者とした。研究3と同様に本研究で作成した「就労準備ワークブック」を使用し、医療観察法病棟内の適切な部屋で、1回60分、週一回、全8回の「就労準備プログラム」を実施した。プログラムの開始前と終了直後に「ローゼンバーグ自尊感情尺度」と日本語版リカバリーアセスメントスケール」を実施しウィルコクソンの符号付き順位検定により、実施前と実施後との得点に有意な差があるかどうかを解析した。統計学的有意水準は $P<0.01$ とした。

### C. 研究結果

**研究1:** 以下の2点が研究課題として明確になった。①指定入院医療機関において作業療法士によって実施される治療プログラムによって目指されている生活技能が、退院後、通院処遇となった時期に、実際の生活の中で実行できることを保証するためのあり方についての調査。②通院処遇となつてから、就労にむけたアプローチが効果的に実施されるために、入院中に実施される「就労準備プログラム」の内容とその効果についての研究。

**研究2:** 入院担当作業療法士については、依頼した29施設中28施設(回答率97%)から回答があった。回答のあった28施設中、4施設については、調査対象期間中に退院者がいなかったため、調査目的に該当しなかった。よって有効回答数は24施設であった。通院担当作業療法士については依頼した104施設中、64施設(回答率62%)から回答があった。回答のあった64施設中、18施設には調査対象期間中に通院対象者がいなかったため、調査目的に該当しなかった。よって有効回答数は46施設となった。通院施設からは、有効回答施設46施設中、20施設からは、引き継ぎがあったと回答があったが、57%にあたる26施設については、引き継ぎがなかったと回答があった。

継続性を保証するために下記の内容が挙げられた。

①入院から通院までの作業療法評価やサマリーなど、書式を統一できれば情報共有しやすい。②ケア会議に通院先の作業療法士が参加し、話合う機会を持つ。③通院担当者が入院中から積極的に面接する。④入院担当者が通院担当者と共同で訪問を行うなどクロスオーバーした関わりをする。⑤入院と通院が同じ施設である場合、入院担当者と通院担当者が一緒にプログラムを行う。⑥入院中に、通院環境を想定するなどの幅広い活動を行い、十分にアセスメントして通院担当者に引き継ぐ。

**研究3:** 「ローゼンバーグ自尊感情尺度」と「日本語版リカバリーアセスメントスケール」によっては、「就労準備プログラム」実施前と実施後との結果に有意差はなかった。しかし、「日本語版リカバリーアセスメントスケール」の中にある評価項目13「現在の自分の目標を達成できると信じている」と「ローゼンバーグ自尊感情尺度」の中にある評価項目10「何かについて、自分は役に立たない人間だと思う」については、プログラム実施前後の得点の差に有意差が認め

られた。

**研究4:**「ローゼンバーグ自尊感情尺度」と「日本語版リカバリーアセスメントスケール」によって、「就労準備プログラム」実施前と実施後との間に統計学的な有意差がみられた。

#### D. 考察

医療観察法における指定入院医療機関で実施されている、作業療法士によって実施される治療プログラムについて社会復帰促進の観点から検討する必要がある。リハビリテーションの視点に立つと、当事者がおかれた環境とそこでの当事者の行動との相互関係が重要性を持つ。入院処遇から通院処遇に大きく環境が変わる過程で、治療プログラムとして学習された内容が通院となった際に違った環境で般化できるような支援が必要である。入院と通院との担当者間でのこの点での情報の共有に課題があり、情報の伝達手段のレベル（必要書類の様式、電子カルテの利用など）から入院担当者と通院担当者の相互乗り入れ、というようなシステムレベルの改善まで、今後の課題が明らかになった。

社会復帰の質の観点からは、就労が一つの課題である。入院中から将来の就労への準備性を高めることを目的に「就労準備プログラム」を実施することに意義が認められる。研究結果からは、自尊感情やリカバリーの程度が改善することに影響を与えている可能性が示唆された。自尊感情やリカバリーのレベルは、対象者が主体的に社会的な目的意識を持ち続けることに大きく影響するものと考えられる。心理教育などの他の治療プログラムが対象者のこのような動機付けを伴わずにはその学習成果をあげる事は難しいと考えられる。「就労準備プログラム」の実施によって、就労を希望する対象者が他のプログラムの内容をも統合して学習する動機が開発、維持できるように実施されれば、入院治療プログラム全体が

一体としてより効果的に機能するであろう。

一方、就労そのものの実現には、職場開拓をはじめ、様々な支援が必要となる。就労が社会復帰上の目標の1つではあるが、対象者にあった就労形態の継続が再発や対象行為を防ぐ手段となることも言われている。さらなる検討が必要である。

#### E. 結論

作業療法士によって実施されている入院治療プログラムについて、社会復帰促進の観点から以下の2点が考えられる。

①入院中の治療プログラムによってその獲得を目的とされている生活能力が通院処遇以降の地域生活場面で実行できるようにするためには、入院処遇と通院処遇の両方を視野にいれた一貫した治療プログラムの実施が必要である。そのためには入院と通院の担当者間のより適切な情報共有のために何らかのシステムの改善が課題である。②「就労準備プログラム」は自尊感情やリカバリーのレベルを高める可能性が示唆された。そのことは、社会復帰の促進の要である対象者の社会参加への動機の形成と維持に寄与できると考えられる。また、対象者が就労という目的意識を明確にし、その目的から他の治療プログラム内容の意義を自覚できるようになることは、入院治療プログラム全体をより効果的にするものと考えられる。

今後も引き続き、入院、通院を通じて一貫した社会復帰プログラムが、対象者の主体的、能動的な態度を促進しつつ実施されるための検討が必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況