

保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について. 日精協誌 28(2) : 27-32, 2009

13) 瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の組み合わせによる影響について 措置入院に関する診断書の決定木分析による検討. 臨床精神医学 38(4) : 469-478, 2009

14) 竹島正, 浦田重治郎, 立森久照, 三宅由子. 措置通報に対する都道府県・政令指定都市の対応状況に関する研究. pp9-37 厚生科学研究費補助金・措置入院制度のあり方に関する研究. 平成 13 年度総括・分担研究報告書. 2002

15) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 宮田裕章, 長沼洋一. 措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究. pp13-55 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 14 年度総括・分担研究報告書. 2003

16) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 長沼洋一, 宮田裕章. 措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究. pp19-63 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 15 年度総括・分担研究報告書. 2004

17) 竹島正, 立森久照, 三宅由子, 小山智典, 長沼洋一, 宮田裕章, 渡辺康子, 立石隆志, 脇節子, 弘瀬博, 中路明伸, 馬場弘子, 岩松洋一, 中村真一. 措置通報に対する都道府県等の対応状況に関する研究-措置診察要否判断の事前調査ガイドラインのあり方に関する研究-. pp65-76 厚生科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用に関する研究. 平成 15 年度総括・分担研究報告書. 2004

18) 竹島正, 三宅由子, 小山明日香, 田島美幸. 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究 分担研究報告書 1 : 事前調査ガイドライン案に関する調査. pp9-90 厚生労働科学研究費補助金・措置入

院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成 16 年度分担研究報告書. 2005

19) 竹島正, 立森久照, 長沼洋一. 措置入院制度の適正な運用と行政の役割に関する研究. pp11-48 厚生労働科学研究費補助金・措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究. 平成 17 年度分担研究報告書. 2006

20) 瀬戸秀文, 島田達洋, 入野康, 山本智一, 小泉典章, 吉住昭, 竹島正, 尾島俊之, 野田龍也, 山下俊幸, 小高晃. 医療観察法入院処遇前における精神保健福祉法入院の現状. 臨床精神医学 40(11): 1495-1505, 2011

21) 吉住昭, 竹島正, 尾島俊之, 他: 医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究. pp9-43 厚生労働科学研究費補助金・医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究. 平成 21 年度総括・分担研究報告書. 2010

22) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他: 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 2 医療観察法導入後における精神保健福祉法第 25 条に基づく検察官通報の現状に関する研究. pp55-91 厚生労働科学研究費補助金・重大な他害行為を起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 年度総括・分担研究報告書. 2011

23) 吉住昭, 竹島正, 島田達洋, 他: 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 2 医療観察法導入後における精神保健福祉法第 24 条に基づく警察官通報の現状について. pp69-107 厚生労働科学研究費補助金・重大な他害行為を起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 23 年度総括・分担研究報告書. 2012

24) 吉住昭，竹島正，島田達洋，他：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1 医療観察法導入後における精神保健福祉法第24条に基づく警察官通報の現状に関する研究. pp69-91 厚生労働科学研究費補助金・重大な他害行為を起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24年度総括・分担研究報告書. 2013

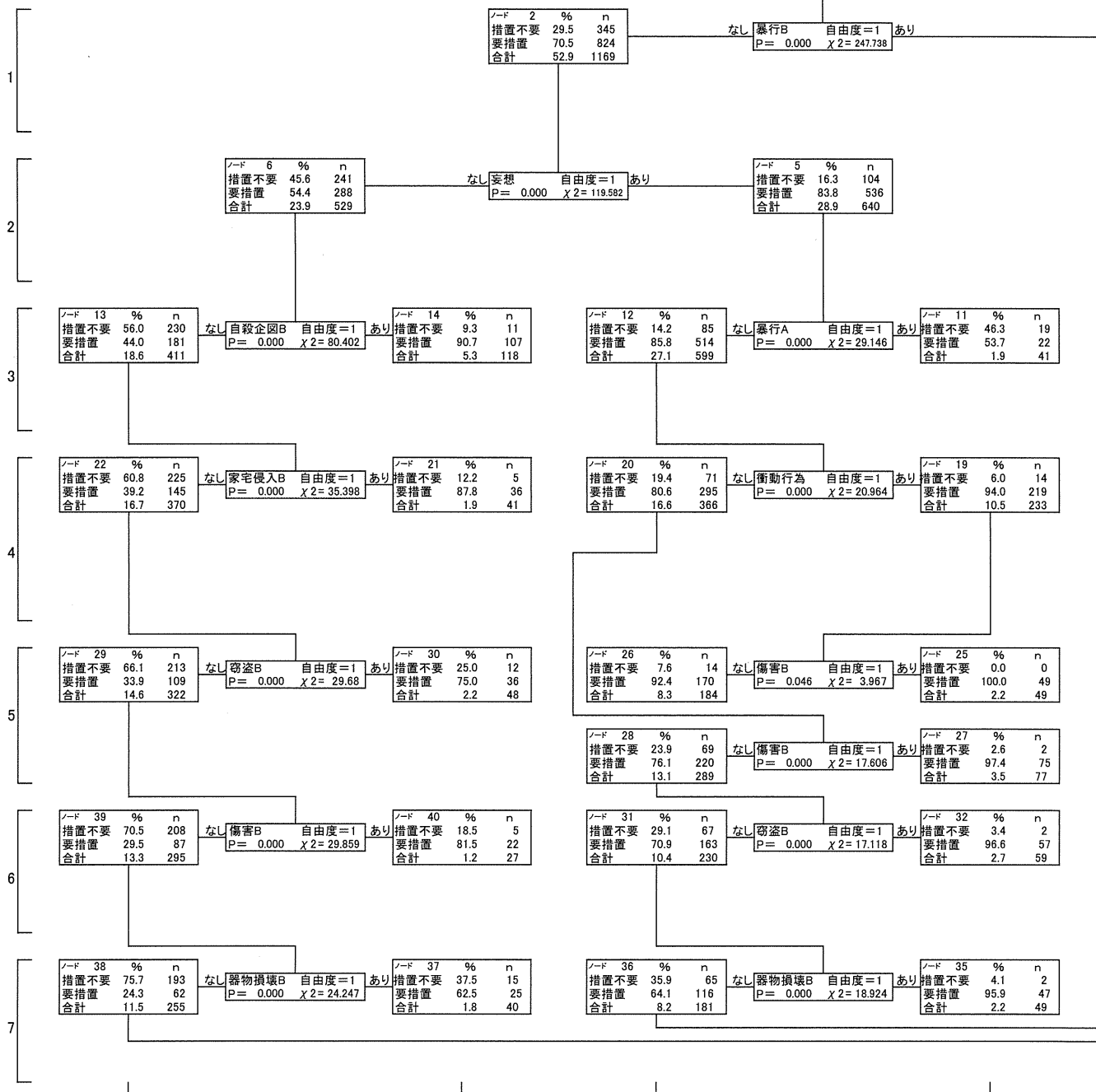
表 措置入院に関する診断書各項目の措置要否判断にかかるOdds比

項目番号	項目名称	有意確率Exp(B)	全項目	
			95% 信頼区間 下限	95% 信頼区間 上限
性別01	性別	0.154	1.193	0.936 1.520
年齢	年齢1歳増加ごと	0.014	1.010	1.002 1.018
症状I	意識	0.171	0.629	0.324 1.221
症状I1	意識混濁	0.840	1.168	0.258 5.290
症状I2	せん妄	0.852	0.901	0.301 2.692
症状I3	もうろう	0.160	0.422	0.126 1.408
症状I4	意識その他	0.448	0.529	0.102 2.737
症状II	知能	0.205	0.766	0.507 1.157
症状II軽	軽度障害	0.125	0.675	0.408 1.115
症状II中	中等度障害	0.984	1.008	0.467 2.178
症状II重	重度障害	0.835	0.848	0.179 4.009
症状III	記憶	0.126	0.723	0.477 5.565
症状III1	記憶障害	0.143	0.642	0.354 1.161
症状III2	見当識障害	0.790	0.917	0.485 1.735
症状III3	健忘	0.089	0.652	0.398 1.068
症状III4	記憶その他	0.224	0.422	0.105 1.696
症状IV	知覚	0.000	3.260	2.257 4.188
症状IV1	幻聴	0.000	3.232	2.490 4.194
症状IV2	幻視	0.002	2.869	1.493 5.512
症状IV3	知覚その他	0.100	1.863	0.888 3.905
症状V	思考	0.000	5.421	4.299 6.836
症状V1	妄想	0.000	5.284	4.158 6.714
症状V2	思考途絶	0.005	2.865	1.384 5.930
症状V3	連合弛緩	0.000	3.222	2.250 4.613
症状V4	滅裂思考	0.000	3.278	2.246 4.783
症状V5	思考奔逸	0.060	1.793	0.975 3.299
症状V6	思考制止	0.448	0.676	0.246 1.857
症状V7	強迫観念	0.819	0.918	0.396 2.082
症状V8	思考その他	0.364	1.544	0.604 3.946
症状VI	感情・情動	0.000	1.749	1.403 2.182
症状VI1	感情平板化	0.000	2.550	1.624 4.003
症状VI2	抑うつ気分	0.000	0.497	0.345 0.726
症状VI3	高揚気分	0.011	1.950	1.166 3.261
症状VI4	感情失禁	0.165	1.933	0.762 4.901
症状VI5	焦燥・激越	0.066	1.414	0.977 2.046
症状VI6	易怒性被刺激性亢進	0.000	2.359	1.848 3.011
症状VI7	感情・情動その他	0.224	0.665	0.344 1.284
症状VII	意欲	0.000	3.892	3.087 4.907
症状VII1	衝動行為	0.000	3.447	2.681 4.433
症状VII2	行為心迫	0.007	7.000	1.706 28.721
症状VII3	興奮	0.000	3.374	2.497 4.559
症状VII4	昏迷	0.285	1.923	0.580 6.372
症状VII5	精神運動制止	0.599	1.489	0.337 6.578
症状VII6	無為・無関心	0.006	2.025	1.229 3.338
症状VII7	意欲その他	0.172	4.063	0.542 30.443
症状VIII	自我意識	0.185	1.369	0.861 2.176
症状VIII1	離人感	0.432	0.634	0.203 1.977
症状VIII2	させられ体験	0.002	3.099	1.500 6.405
症状VIII3	解離	0.005	0.341	0.160 0.727
症状VIII4	自我意識その他	0.209	0.317	0.053 1.904
症状IX	食行動	0.926	0.966	0.465 2.004
症状IX1	拒食	0.653	1.277	0.440 3.701
症状IX2	過食	0.307	0.493	0.127 1.915
症状IX3	異食	0.999	343133240	0.000
症状IX4	食行動その他	0.043	0.350	0.126 0.969
症状1	てんかん発作	0.393	0.668	0.265 1.685
症状2	自殺念慮	0.020	1.745	1.093 2.786
症状3	物質依存	0.005	0.572	0.386 0.847
症状4	重要症状その他	0.618	0.819	0.374 1.796

項目番号	項目名称	有意確率Exp(B)	全項目	
			95% 信頼区間 下限	95% 信頼区間 上限
問題行動等1	暴言	0.000	2.433	1.781 3.325
問題行動等2	徘徊	0.000	2.482	1.512 4.075
問題行動等3	不潔行為	0.453	1.335	0.628 2.840
問題行動等4	問題行動等その他	0.001	1.877	1.309 2.693
状態像1	幻覚妄想状態	0.000	5.456	4.255 6.994
状態像2	精神運動興奮状態	0.000	2.691	2.006 3.661
状態像3	昏迷状態	0.667	0.804	0.298 2.167
状態像4	残遺状態	0.074	1.441	0.965 2.151
状態像5	抑うつ状態	0.039	0.663	0.410 0.978
状態像6	躁状態	0.403	1.260	0.733 2.166
状態像7	せん妄状態	0.281	0.597	0.234 1.525
状態像8	もうろう状態	0.038	0.294	0.093 0.932
状態像9	認知症状態	0.170	0.584	0.270 1.260
状態像10	状態像その他	0.000	0.533	0.394 0.721
措置01A	殺人A	0.281	0.597	0.234 1.525
措置01B	殺人B	0.005	17.244	2.391 124.341
措置02A	放火A	0.043	2.384	1.026 5.539
措置02B	放火B	0.009	6.661	1.662 27.356
措置03A	強盗A	0.277	2.242	0.524 9.602
措置03B	強盗B	0.998	379072453	0.000
措置04A	強姦A	0.710	0.742	0.153 3.584
措置04B	強姦B	0.999	344646507	0.000
措置05A	強制わいせつA	0.111	2.312	0.825 6.479
措置05B	強制わいせつB	0.013	12.226	1.687 88.591
措置06A	傷害A	0.000	1.991	1.483 2.671
措置06B	傷害B	0.000	8.719	5.905 12.874
措置07A	暴行A	0.000	2.517	1.967 3.222
措置07B	暴行B	0.000	9.969	7.143 13.912
措置08A	恐喝A	0.745	0.906	0.501 1.639
措置08B	恐喝B	0.020	2.282	1.141 4.563
措置09A	脅迫A	0.014	1.618	1.104 2.370
措置09B	脅迫B	0.000	5.078	2.936 8.785
措置10A	窃盗A	0.166	0.806	0.594 1.094
措置10B	窃盗B	0.001	2.030	1.342 3.071
措置11A	器物損壊A	0.013	1.397	1.072 1.820
措置11B	器物損壊B	0.000	4.991	3.509 7.099
措置12A	弄火または失火A	0.216	1.716	0.729 4.039
措置12B	弄火または失火B	0.005	7.454	1.819 30.547
措置13A	家宅侵入A	0.040	1.494	1.018 2.192
措置13B	家宅侵入B	0.000	5.261	2.983 9.279
措置14A	詐欺等A	0.837	0.935	0.495 1.767
措置14B	詐欺等B	0.019	3.369	1.218 9.317
措置15A	自殺企図A	0.603	0.918	0.666 1.266
措置15B	自殺企図B	0.000	3.268	2.068 5.163
措置16A	自傷A	0.969	1.007	0.726 1.396
措置16B	自傷B	0.000	3.369	2.172 5.220
措置17A	重大その他A	0.120	1.397	0.917 2.129
措置17B	重大その他B	0.000	5.220	2.429 11.217
措置入院歴4	措置入院歴	0.131	1.198	0.948 1.515
定数		0.000	0.056	

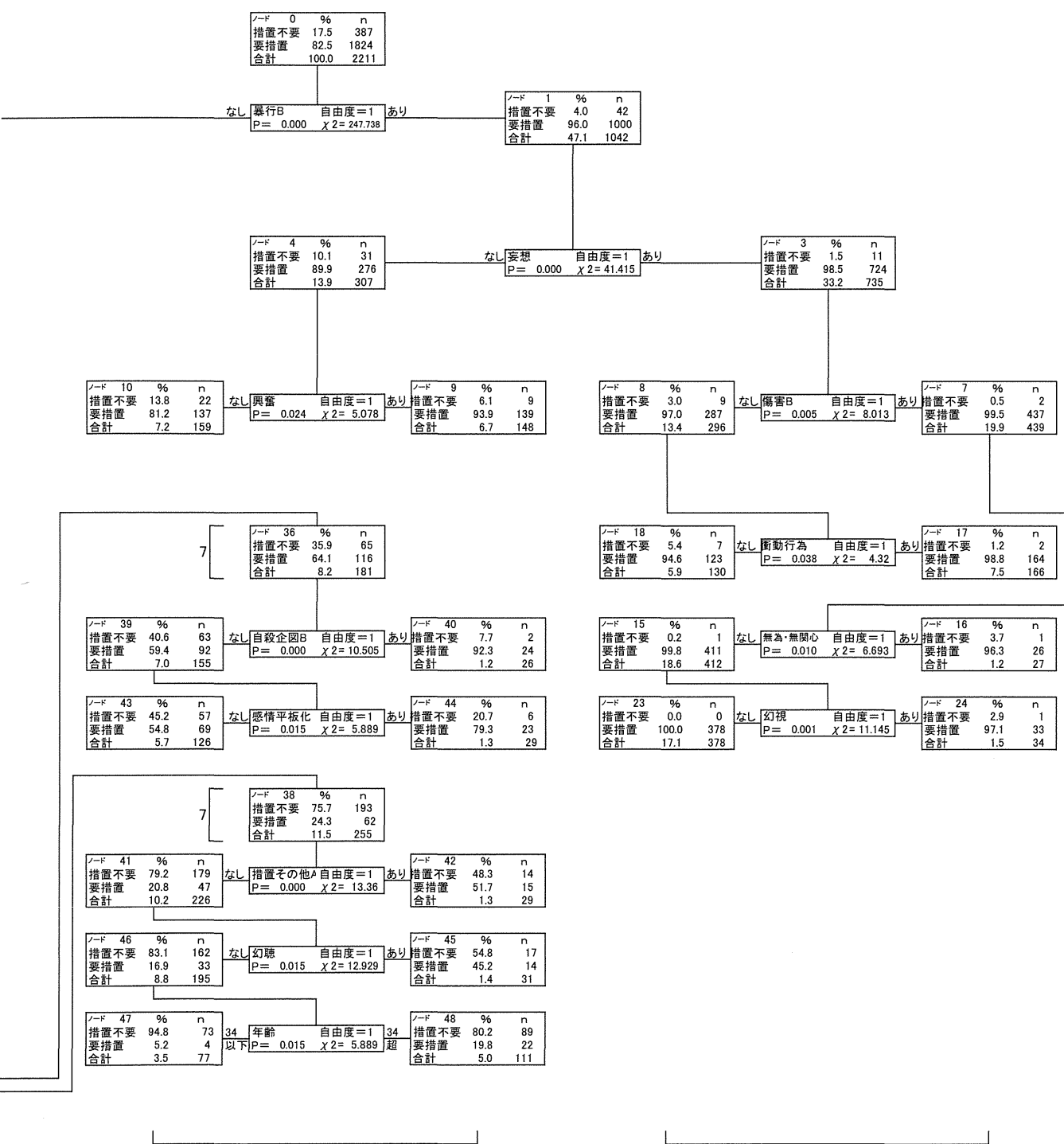
図 決定木分析による樹形図

階層



暴行なし・妄想なし群  
他に影響した因子とその階層  
階層3 自殺企図B  
階層4 家宅侵入B  
階層5 窃盗B  
階層6 傷害B  
階層7 器物損壊B  
階層8 その他の他害行為A  
階層9 幻聴  
階層10 年齢

暴行なし・妄想あり群  
他に影響した因子とその階層  
階層3 暴行A  
階層4 衝動行為  
階層5 傷害B  
階層6 窃盗B  
階層7 器物損壊B  
階層8 自殺企図B  
階層9 感情平板化



暴行あり・妄想なし群  
他に影響した因子とその階層  
階層3 興奮

暴行あり・妄想あり群  
他に影響した因子とその階層  
階層3 傷害B  
階層4 無為・無関心  
階層5 幻視  
階層6 衝動行為

平成 25 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）  
医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究  
分担研究報告書

医療観察法による医療と精神保健福祉法による医療との役割分担及び連携に関する研究  
（その 2）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  
統合失調症患者の退院後転帰に関する予備的検討

研究分担者 吉住 昭 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

研究要旨：

措置入院となった統合失調症患者に適切な医療・福祉を提供するためには、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 10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 日の間に措置解除となった統合失調症圏患者 255 名を対象に 2012 年 10～11 月までの転帰を後ろ向きに調査した。対象患者の性別は男性が 153 名、女性が 102 名、平均年齢は 43.8 歳であった。今回の措置入院より前に精神科治療歴があった者は 208 名、入院歴があった者は 145 名、措置入院の既往のあった者は 60 名であった。退院後の総観察日数はのべ 63,101 日で、1 人あたり平均日数は 267.4 日であった。通報のほとんど（228 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 63 名、他害（対人）を要件とした者が 182 名、他害（対物）を要件とした者が 130 名であった（重複あり）。Kaplan-Meier 法に基づく半年再入院率は 21.4%、1 年再入院率は 34.7%であった。追跡期間開始から約 2 週間以内に男性 2 名、女性 1 名の死亡が観察され、Kaplan-Meier 法に基づく 1 年死亡率は 2.64%であった。一方、わが国の生命表より算出された年間期待死亡数は 0.825 名（1 年期待死亡率は 0.35%）で、標準化死亡比（SMR）は 7.54 と考えられた。海外で実施された数多くの長期転帰研究によると、統合失調症患者の SMR は 1.51～5.98 とされているが、今回の検討によって得られた SMR の値はこれを大きく上回っていた。

研究協力者（五十音順）

山梨県立北病院

猪飼紗恵子

青山学院大学国際政治経済学部

青山学院大学保健管理センター

稲垣 中（論文執筆者）

桜ヶ丘記念病院

岩下 覚

慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

小口芳世

慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

加藤元一郎

慈雲堂内科病院

川上宏人

駒木野病院

菊本弘次

長野県精神保健福祉センター

小泉典章

長崎県精神医療センター

瀬戸秀文

栃木県立岡本台病院

島田達洋

公益財団法人井之頭病院

田中祥雅

国立病院機構肥前精神医療センター

鶴丸藍子

精神医学研究所附属東京武蔵野病院

林 直樹

国立病院機構東尾張病院

吉岡眞吾

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。

そこで、今回われわれは全国 10ヶ所の精神科医療機関で措置解除となった統合失調症圏の患者を対象に、措置入院患者が退院となった後の治療継続率、再入院率、および死亡リスクなどといった長期転帰に関する予備的検討を行った。

## A. 研究目的

平成 23 年に実施された通称・630 調査<sup>1)</sup>によると、平成 22 年 6 月にわが国では 407 名の統合失調症患者を含む 617 名の精神障害患者が措置入院となり、それぞれ 94.3%、95.9%に相当する 384 名、592 名が平成 23 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、

## B. 研究方法

### 1. 対象および調査期間

本研究の対象は2010年4月1日から2011年3月31日までの1年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患者474名のうち、精神科主診断が統合失調症圏（ICD-10でF2）であった者である。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、こういった措置入院を継続したまま転院となった場合は検討対象に含めなかった。

## 2. 調査方法

本研究では各研究協力施設に保管されていた診療記録、『措置入院に関する診断書』、および『症状消退届』の記載に基づいて下記の①～⑯の事項について調査した。

- ① 性別
- ② 措置解除時の満年齢
- ③ 措置入院となった年月日
- ④ 措置入院に際しての申請等の形式
- ⑤ 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、身体合併症を転記した。

### ⑥ 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。

### ⑦ 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った自傷行為、他害行為（対人）、他害行為（対物）の有無、および『措置入院に関する診断書』より入院時、および入院前に見られた「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」を記載した。

### ⑧ 措置解除年月日

### ⑨ 措置解除後の処置

『症状消退届』における「措置解除後の処置に関する意見」の記載を転記した。

### ⑩ 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、および退院となっていた場合には退院年月日を転記した。

### ⑪ 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。

### ⑫ 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。

### ⑬ 再入院の有無と再入院年月日

### ⑭ 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



- ⑮ 調査票記入時点における生死の別と死因、死亡年月日
- ⑯ 調査票記入年月日

### 3. 解析方法

対象患者の背景因子に関する単純／クロス集計を行った上で、Kaplan-Meier法を用いて退院より再入院に至る期間（無入院期間）、および半年以内、あるいは1年以内に再入院に至る率（半年再入院率、1年再入院率）を算出した。また、措置解除後の統合失調症患者の一般人口と比較した相対的死亡リスクを評価するために、厚生労働省により公表された2010年<sup>2)</sup>および2011年<sup>3)</sup>の生命表を用いて標準化死亡比（standardized mortality ratio: SMR）を算出した。

データ解析には統計ソフトJMP 9.0を使用した。

### 4. 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. 研究結果

### 1) 対象患者の背景因子

2013年1月28日の時点で研究協力に同意がえられた10施設より調査票が返送された454名のうち、269名が統合失調症圏であった。ただし、269名のうち、14名は

退院とならなかったか、あるいは最終観察時の状況に関するデータが欠落していた。したがって、今回の検討対象は269名よりこれらの14名を差し引いた255名である。

対象患者255名の性別は男性が153名、女性が102名、平均年齢±標準偏差（中央値；最小～最大）は43.8±13.3（43；18～83）歳であった。精神科主診断の内訳は、統合失調症（F20）が215名、持続性妄想性障害（F22）が12名、急性一過性精神病性障害（F23）が21名、失調感情障害（F25）が5名、特定不能の非器質性精神病（F29）が1名、そしてこの他に単にF2とされていた者が2名存在した。措置入院の際の通報形式は一般人申請（第23条）が1名、警察官通報（第24条）が228名、検察官通報（第25条）が20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、知事等職務診察（第27条第2項）が1名で、この他に通報形式に関する情報が欠落していた者が2名存在した。措置入院の要件内訳は、自傷が63名、他害（対人）が182名、他害（対物）が130名であった（重複あり）。対象患者の入院施設は栃木県立岡本台病院が56名、東京武蔵野病院と慈雲堂内科病院がそれぞれ44名、桜ヶ丘記念病院が33名、駒木野病院が32名、井之頭病院が20名、長崎県精神医療センターが17名、国立病院機構肥前精神医療センターが8名、山梨県立北病院が1名であった。今回の措置入院より以前に精神科治療歴があった者が208名、なかった者が41名、不明もしくはデータ未記入であった者が6名であった。過去の治療期間に関しては、2年未満の者が16名、2年以上5年

未満の者が 27 名、5 年以上 10 年未満の者が 41 名、10 年以上 20 年未満の者が 47 名、20 年以上の者が 49 名であった。過去の精神科入院歴については、入院歴がなかった者が 98 名、入院経験が 1 回だけであった者が 39 名、2 回以上であった者が 106 名、入院歴不明の者が 12 名であった。さらに、措置入院歴の有無に関しては、措置入院歴があった者が 60 名、入院歴がなかった者が 130 名、措置入院歴不明の者が 53 名であった。

## 2) 対象患者の措置解除後の転帰の概要

対象患者 255 名のうち、81 名は措置解除と同時に退院となり、17 名は他院に転院となり、残り 157 名は入院継続となっていた。入院が継続された 157 名の内訳は、任意入院となった者が 42 名、医療保護入院となった者が 113 名で、残りの 2 名は医療観察法鑑定入院に移行していた。

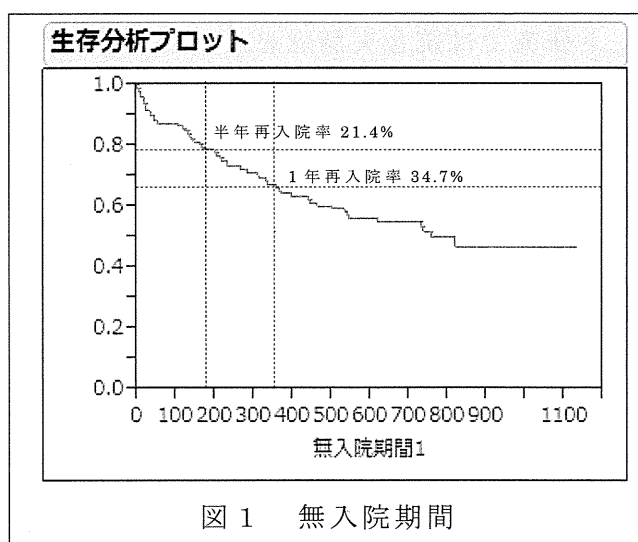
医療観察法の対象となった患者の転帰の観察は極めて困難なので、今回の再入院、死亡リスクに関する検討対象は措置解除と同時に退院となった 81 名と任意入院、あるいは医療保護入院に切り替えられた 155 名を併せた 236 名とした。

この 236 名の性別は男性が 142 名、女性が 94 名で、退院後の総観察日数はのべ 63,101 日であった。したがって、対象患者 1 人あたり平均観察日数は 267.4 日である。

## 3) 無入院期間に関する検討

措置解除時に退院となった 236 名のうち、55 名が観察期間中に再入院となっており、Kaplan-Meier 法に基づく半年再入院率は

21.4%、1 年再入院率は 34.7%、再入院までの期間の中央値は 756 日であった。



## 4) 死亡リスクに関する検討

検討対象である 236 名のうち、観察期間中に男性 2 名、女性 1 名の死亡が確認された。このうち、男性 2 名は退院 6 日目と 15 日目に死亡しており、死亡はいずれも自殺であった。残る女性 1 名は退院 4 日目に死亡したものであったが、死因に関する情報は得られてはいなかった。

Kaplan-Meier 法に基づく 1 年死亡率は男性 2.72%、女性 2.50%で、男女をあわせた全体の死亡率は 2.64%であった。一方、2010 年と 2011 年のわが国の生命表より算出された年間期待死亡数は男性が 0.682 名、女性 0.143 名の合計 0.825 名で、1 年期待死亡率は 0.35% (男性 0.48%、女性 0.15%) であった。したがって、SMR は男性が 5.67、女性 16.67 で、男女合わせた全体の SMR は 7.54 であった。

## D. 考察

統合失調症を中心とした重症精神障害患

者の寿命が一般人口と比較して短いことは向精神薬が登場するはるか以前の 19 世紀半ばには既に指摘されていた。近年のコホート研究では統合失調症患者の死亡リスクの指標として SMR を使用するのが一般的であり、質の高いメタ解析も実施されている<sup>4)</sup>。

これらの先行研究の結果を要約すると、①統合失調症患者の SMR は 1.51～5.98 であること、②死亡リスクの増加分の多くの部分は身体疾患による早期死亡によりもたらされること、③統合失調症患者が現代医学の進歩による恩恵をノンコンプライアンスのために一般人口ほどは享受できないために、近年は SMR の値は増加する傾向にあると考えられることなどが指摘されている。

わが国でも全国 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患者を対象に実施された Japan Extensive Study of Schizophrenia (JESS) と呼ばれる調査の一環として実施された JESS2000 追跡調査と呼ばれる研究において統合失調症圏患者の治療継続率と死亡率に関する検討が行われているが<sup>5)6)7)</sup>、この検討では JESS2000 で登録された統合失調症患者 2、307 名中の少なくとも 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 倍と推計されている。

今回の検討では措置入院となった男性統合失調症患者の退院後の SMR は 5.67、女性患者の SMR は 16.67 で、JESS2000 追跡調査を含めた多くの先行研究において得られた SMR を大きく上回る値が得られてい

るが、その背景には一般の統合失調症患者より明らかに重症な措置入院患者を対象としていたことが関与していた可能性は十分に考えられる。

特に注目すべきは、今回観察された 3 名の死亡患者がいずれも退院から約 2 週間のうちに死亡しており、このうち、少なくとも 2 名の死因が自殺であったことである。一般に重症精神障害患者の自殺リスクは退院直後が最も高いとされているが<sup>8)</sup>、今回の検討結果は措置入院より退院となった直後の自殺リスクが特に高い可能性を示唆しており、退院後の心理社会的介入の必要性を示唆しているのかもしれない。

なお、今回の予備的検討の結果、措置入院患者の 1 年再入院率は 34.7%であった。JESS2000 追跡調査<sup>6)7)</sup>によると、社会的入院患者の 1 年再入院率は 28.9%、退院時点で入院日数が 180 日未満の患者の 1 年再入院率は 38.9～40.1%とされているが、今回の調査で得られた措置入院患者の再入院率は短期入院と社会的入院の概ね中間の値となっていた。

## E. 結論

本研究により以下のことが明らかとなった。

1. 措置入院より退院した統合失調症患者の死亡リスクは男性の場合健常者の 5.67 倍、女性の場合 11.67 倍であること
2. 措置入院より退院となった統合失調症患者が半年以内に再入院となる率は 21.4%、1 年以内に再入院となる率は 34.7%であること

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1) 論文発表

稲垣 中: 統合失調症の死亡リスクと薬物治療. 臨床精神薬理 16: 1119-1129、 2013.

### 2) 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 参考文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、独立行政法人国立精神・神経センター精神保健研究所: 精神保健福祉資料 平成23年度6月30日調査の概要. 東京、 2013.  
[http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data\\_h23/h23\\_630\\_sasshitai.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h23/h23_630_sasshitai.pdf)
- 2) 厚生労働省: 平成23年簡易生命表の概況.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life10/index.html>
- 3) 厚生労働省: 平成23年簡易生命表の概況.  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life11/index.html>
- 4) 稲垣 中: 統合失調症の死亡リスクと薬物治療. 臨床精神薬理 16: 1119-1129、 2013.
- 5) 稲垣 中、中川敦夫、不破野誠一ほか: 国立病院機構精神科病院に入院している統合失調症圏患者の死亡リスク (JESS 追跡研究 その1). 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 統合失調症の治療の標準化と普及に関する研究総括研究報告書 (主任研究者: 塚田和美): 79-82、 2010.
- 6) 稲垣 中、中川敦夫、不破野誠一ほか: 国立病院機構精神科病院に短期入院している統合失調症圏患者の再入院率 (JESS 追跡研究 その2). 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 統合失調症の治療の標準化と普及に関する研究総括研究報告書 (主任研究者: 塚田和美): 83-86、 2010.
- 7) 稲垣 中、中川敦夫、不破野誠一ほか: 国立病院機構精神科病院に社会的入院となっていた統合失調症圏患者の再入院率 (JESS 追跡研究 その3). 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 統合失調症の治療の標準化と普及に関する研究総括研究報告書 (主任研究者: 塚田和美): 87-91、 2010.
- 8) Ho TP: The suicide risk of discharged psychiatric patients. J Clin Psychiatry 64: 702-7、 2003.

平成 25 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）  
医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究  
分担研究報告書

医療観察法による医療と精神保健福祉法による医療との役割分担及び連携に関する研究  
（その 3）措置入院ガイドライン作成に関する予備的研究

研究分担者 吉住 昭 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

研究要旨：

措置入院は、医療観察法導入後も存続しているものの、その実態は明らかではなく、医療水準にも地域差がある。本研究では、その問題点に触れて、措置入院ガイドラインの概略を示した。具体案はさらなる検討が必要と考える。

研究協力者（五十音順）

猪飼紗恵子 山梨県立北病院

稲垣 中 青山学院大学国際政治経済学  
部

小口芳世（執筆担当）慶應義塾大学医学  
部精神神経科学教室

小泉典章 長野県精神保健福祉センター

椎名明大 千葉大学医学部附属病院精神  
神経科

島田達洋 栃木県立岡本台病院

瀬戸秀文 長崎県精神医療センター

吉住 昭 肥前精神医療センター

概略を示したい。

B. 研究方法

まず、これまでの措置入院の現状を見直した上で、問題点を抽出して、改善できるような案をガイドラインに盛りこんでいく。また、現行の医療観察法に準じ、措置入院処遇の目標、理念を示す。

C. 研究結果

措置入院において、これまで行政のかかわりが疎であった現状から、保健所職員の介入機会を増やすことが望まれる。また措置入院医療の質の評価や入院、および措置解除、さらには退院の妥当性を評価する必要性があると考えられる。また、措置入院処遇の目標・理念は次の3つに集約されると思われる。

- ① ノーマライゼーションの観点も踏まえた措置入院患者の社会復帰の早期実現
- ② 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療の提供
- ③ プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療の提供

以上を踏まえた上で、ガイドラインを提

A. 研究目的

平成17年に医療観察法が成立し、早10年の月日が経とうとしている。同法による均霑化された医療が着実に展開されていく一方で、措置入院の実態は、未だ不明瞭で、その医療水準の地域差や施設差は否めない。また、措置入院例は、緊急に医療介入を要する場合が多いにもかかわらず、その内容は希薄な印象を禁じ得ない。

そこで本研究では、理想的な呈示となるが、措置入院ガイドラインを作成し、その

唱する。まず、措置入院医療を提供する病棟の仮称を「新精神科救急病棟」として、その運営方針を以下に示す。

- ・入院期間を「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」と3期に分けて、それぞれ目標設定をして、「社会復帰期」の中での措置解除を目指す。
- ・措置入院患者の各期別の評価は、多職種チームによる「治療評価倫理会議」において行う。当該評価に基づき、措置入院医療の管理者は、ステージ移行についての決定を行うものとする。
- ・措置入院患者ごとに治療計画を作成し、定期的な評価を行うと共に、治療への動機付け等を高めるために十分な説明を行い、当該入院患者の同意を可能な限り、得られるよう努める。

具体的に急性期（1ヶ月）では保健所および医療サイドの双方から初期評価を行う。目的は、措置症状の軽減とおそらく必要性を有することとなる行動制限の速やかな解除と考えられる。会議の設定として、入院評価、治療倫理、病棟運営会議が望まれる。続いて回復期（1ヶ月）では当該患者の自由度は週1回の付き添い2名の院内外出が可能な状態と設定し、目標を治療の定着と振り返りとする。会議は治療倫理および病棟運営の2つを設定する。最後に社会復帰期（3ヶ月以内）であるが、患者の自由度を、週複数回、付き添い1名の院内外出とした上で、措置症状消退及び解除を目指す。地域移行を目的とした会議や措置解除判定会議を設置し、可能な限り本人の参加も促していく。

続いて、保健所のかかわりや各種会議の設置に関して考えてみたい。

まず、保健所のかかわりに関しては、先に述べたように今まで措置入院に関する行政のかかわりが希薄であった。そのため、医療観察法に準じるような形となるが、社

会復帰調整官のような専従の保健所職員をつける必要があるかもしれない。彼らはコーディネーターとしての役割を担い、患者の権利・利益擁護にもかかわっていく。

また、患者本人の意向を尊重しつつ、入院時より退院支援を行っていく。具体的には、サービス利用計画の作成、地域移行支援、地域定着支援等の自立支援法に基づく相談支援を適切に組み合わせ、退院後の住居確保を含めた退院支援等である。さらに入院時医療審査会につなげる役割も担い、入院医療機関に十分な患者情報を提供する。入院評価と措置解除判定会議には必ず参加して、回復期の病棟運営会議もできる限り参加し、当該患者の地域移行に関する働きかけを行っていく。

措置入院評価会議（仮称）は、入院後速やかに行うのが理想であるが、緊急措置入院の場合は、措置診察後速やかに行うものとする。会議には多職種スタッフ（医師、看護師、心理士、精神保健福祉士、作業療法士）と保健所職員1名が参加し、入院概況を共有する。また、当該患者の病状評価を行い、治療方針の策定を行う。外部の入院医療審査会にも連絡して、患者に権利擁護の説明等を行う。

措置治療評価倫理会議（仮称）は治療評価をしながら、治療の倫理的側面について検証して、当該患者の治療方針の決定を行う。特に強制医療導入の際の根拠の明示と仕組みを明らかにしていく。多職種が中心となり、強制医療は本会議にて承認を行っていくものとする。

措置病棟運営会議（仮称）では主に治療評価に関する報告が行われ、院長や病棟医長が参加し、ステージ移行の判定を行う。

措置解除判定会議では、措置解除の申し立てから措置解除の流れを確立し、判定基準に照らし合わせながら、当該患者の措置解除を行う。判定は院長を含む指定医2名（主治医が非指定医の場合、別の医師）と

して、具体的な地域移行の呈示を保健所職員や場合により患者本人も交えながら行う。地域住民、外部の方も参加しながら合議体としての機能を有していくことが望まれる。

#### 参考文献

なし

#### D. 考察

措置入院におけるガイドラインの内容を呈示したが、現実可能性があるか否かは入念に検討しなければならない。特に最低限の目標なのか、理想像なのか、明確にするべきと思われる。またステージに関して、3期別でよいのか否かも検証する必要がある。会議の名称や設置頻度も要検討課題であり、例えば、治療方針の決定は、病棟カンファレンスの中で決めて、緊急医療の施行は事後承認を得るといった簡略化システムの可能性も模索していく。

いずれにしても、クリニカルパスの作成等、入院医療の内容をつめる必要があり、シミュレーションを行う等、実現可能性とさらに効果検証を行う必要がある。また、診療報酬と連動しているかもチェックする必要性があろう。現実問題、病床回転も考慮しなければならない。それから、措置入院の入り口の指標ともいうべき、自傷他害のリスクに関しては、具体的に何を評価していくかを考えていかなければならない。

検討課題は多々ある中で、措置入院ガイドライン策定の必要性とその概略について示した。

#### E. 結論

今後の措置ガイドラインの作成が待たれる。

#### 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

なし



6. 社会復帰の質の向上を目的とした就労支援プログラムの  
導入と普及に関する研究

研究分担者 大橋 秀行  
埼玉県立大学



平成 25 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）  
医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究  
分担研究報告書

社会復帰の質の向上を目的とした就労支援プログラムの導入と普及に関する研究

研究分担者 大橋 秀行 埼玉県立大学

研究要旨：

医療観察法では、社会復帰の促進が医療の目的として明記されている。社会復帰の質の向上をはかる上で、対象者への就労支援は重要な検討課題である。平成 22 年度から平成 24 年度にかけては、入院時における「就労準備プログラム」について検討したが、本研究では、通院処遇の時期に、就労への準備性を高めるための治療プログラム（通院版就労準備プログラム）について検討した。医療観察法における指定通院医療機関のデイケア部門に勤務し、就労支援について経験や知見を有する作業療法士 7 名によって、入院版の「就労準備プログラム」をたたき台として通院版の内容について検討し、文献による検討を加えた結果、通院版就労準備プログラムについては下記の内容が重要であるとされた。

1. 通院版就労準備プログラムの主要な機能の一つは、就労への動機付け、つまり個々の対象者ごとに仕事につくことの意味についての認識や気持ちを明確にすることである。
2. 通院版就労準備プログラムには、実際の職場での体験を含めること。
3. 就労をする上で疾病や症状への対処方法について認識できること、それを他者に伝える表現力を身につけること。
4. 通院版就労準備プログラムの終了後には、学習したことを汎化するためにも、また、実際の職場ではじめて明確になる課題への対処のためにも、就労中の支援を実施するようにすること。
5. 就労に直結すること以外の生活上の課題の認識とそれへの対処方法も通院版就労準備プログラムのセッション外においても関連づけて学習できる機会を提供すること。
6. セッション中に自己効力感や自己肯定感を育む機会を作ること。
7. セッションの中で職業センターのカウンセラーなどの外部講師から話を聞く機会を提供すること。

研究協力者

石川友菜 栃木県立岡本台病院  
辻 貴司 山梨県立北病院  
岩根達郎 京都府立洛南病院  
原 純子 肥前精神医療センター

三澤 剛 国立精神・神経医療研究センター病院  
奥田真由美 岡山県精神科医療センター

## A. 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及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」では、社会復帰の促進が医療の目的として明記されている。とりわけ、就労は社会復帰の在り方として、多くの精神障害者が希望している。厚生労働省が発表した2008年の調査<sup>1)</sup>では、就労していない精神障害者の62.3%が就労を希望している。医療観察法の対象者では、永田<sup>2)</sup>が退院後、約7%程度が就労しているとの報告をしている。また、就労は再犯の防止のために必要であるとした海外の報告がある<sup>3)</sup>。

筆者らは、平成24年度に、医療観察法による入院中の対象者29名に対して「就労準備プログラム」を実施し、「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」とを使用して実施前と実施後との比較を行ったところ、統計的に有意な改善が認められた<sup>4)</sup>。就労について自己理解を深めたり、必要な情報を得たり、就労したいという希望を他者に受け止められたりということが自分自身についての肯定的な評価を生む可能性が示唆されたことは、就労に向かう動機の形成や維持にとって「就労準備プログラム」が良い影響をもたらすものと推察される。

本研究は、通院処遇の時期に実施できる通院版就労準備プログラムを作成するために、その内容を検討するものである。

## B. 研究方法

医療観察法による指定通院医療機関でデイケアを担当し、就労支援について臨床経験や知見を有する作業療法士7名によって、入院版就労準備プログラムをたたき台にして検討した。また、精神障害者の就労支援

に関連する参考文献によってさらに検討を加えた。

## C. 研究結果

議論の内容を文献の内容と関連させてまとめる。

1.通院版就労準備プログラムに就労体験の機会を入れる。

複数の作業療法士から、プログラムに就労体験を含むことの有用性が強調された。あるデイケアの就労に向けたプログラムでは、病院の近くの工場に出向き、3日間、働きながら、疲労感や、工場のスタッフとの言語的コミュニケーションなどを体験してみた後、対象者と支援者とで振り返りの話し合いをした上で、就労にむけた次の段階の方向性の確認、例えば、「体力をつけたい」「薬の調整をしたい」「半日ならやってみよう」などという対象者の意向を確認している例があげられた。また、以前は病院内で喫茶店を運営することを就労前の訓練としていたが現在は、地域の社会資源の利用に変わっているという報告があった。できるだけ実際の就労場面に近い場面での体験を通して就労に向けた対象者ごとに具体的な課題の認識を深めることの必要性が指摘された。

2.プログラムの中に外部講師によるセッションを含める。

同プログラムの中に、職業センターの職業カウンセラーなどの講師を招くことが効果的であるという指摘がなされた。ハローワークの職員が模擬面接やジョブガイダンスを実施したり、病院の事務職員に模擬面接をしてもらうことの意義が指摘された。副次的な意義として、ハローワーク利用前に対象者と担当者との顔合わせができる点

も指摘された。

### 3. 通院版就労準備プログラムと他の支援との関連

#### (1) 就労にむけた段階的視点から

通院版就労準備プログラムの終了後は、実際の職場で実際に働きながらその場で支援をうける支援方法（オンザジョブトレーニング）が提供されることにより効果的な支援になりうるとの指摘があった。

#### (2) 他の支援との相補的關係

就労は、就労場面に限らない生活全般のあり方を含めて総合的に検討されねばならず、他の支援との関連を念頭に対象者の学習や支援を総合的に提供することが必要であるとの指摘があった。

### 4. 就労への動機づけ

就労準備としてこのプログラムが提供する本質的機能について下記のような指摘があった。それは、就労を生活として継続したり、もしくは中止したりするための考えを準備する機会を提供する点である。このような就労への動機の形成について、松井<sup>5)</sup>は精神障害者の就労支援として近年、その効果が実証されている IPS (individual placement and support) モデルで強調されている「place then train」職場ではない場所で訓練するよりも、まず職場に入って、そこで支援をうけながら訓練する、という中心的なパラダイムとの関連で以下のように指摘している。IPS が職業準備性を構成するすべての要件が解決されるとは思えないとした上で、「働くための準備として最も重要なことは、『働きたい』動機付けであるが、それは同時に、『働く事の意味』を認識することでもある。しかもこれは、place にたどり着く以前に動機付けられていることが不可欠であろう。「place 後の train を通してそれが醸成されることはあったとしても、そ

こに踏み出すための第一歩が事前に形成されていることが必要なのである。」としている。上記3の(1)にある段階的視点もこの松井の指摘に重なっている。

### 5. 就労する上で必要となる、疾病や症状への対処方法を知る

山崎<sup>6)</sup>は、就労に向けた SST (social skills training) の中でとりあげる課題として「不調時に自分で対処できること」を挙げている。対処すべきことが何であるか、そしてそれへの対処方法について言語化する機会を保証するセッションが重要であると考えられた。

### 6. 通院版就労準備プログラムの各セッション内容についての具体的改善点（入院版をたたき台として）

#### (1) セッション数の増加

入院版就労準備プログラムをデイケアで実施した経験を持つ作業療法士から一つのセッションの内容がありすぎて時間がかかりすぎるとの指摘があった。セッション数を増やすことを検討する必要がある。

#### (2) 症状等への対処例の増加

対象者用のワークブックには、病気、症状への対処方法として、例をできるだけ多く載せる。入院版就労準備プログラムをデイケア利用者に実施した経験から、ワークブックに載っている例をきっかけに、病気、症状への対処法について新たに気づくことができる対象者がいたことから、このような例をできるだけ数多くワークブックに掲載する必要性が指摘された。

## D. 考察

通院版就労準備プログラムに必要とされる内容を入院版との比較で検討する。

短期間でも就労を実際に体験できる場面の提供は、対象者が自分の特性を実感する機会を提供できる上で重要であると考えられる。通院の状況を活かせる点である。就労準備プログラムは、一定の期間を枠組みとした何回かのセッションで構成されることになるが、終了後や必要な場合には、同時平行的にでも、他の支援や治療プログラムの活用も就労との関連から検討する必要がある。

就労するために、という目的意識を起点として、対象者個人が自身の課題や長所などについて他者からの受容体験をともないつつ、それを言語化できるようになることが、このプログラムが提供できうる、就労への準備性を高めるための中心的とも言える機能であると考えられる。また、この目的指向的なプログラムの構造は、その目的の達成を希望とする対象者にとっては、他の心理社会的な治療プログラムや支援の意義を再認識する可能性も高く、そのことを支援者は意識して、就労に直結する事柄以外の技能面、環境調整にも配慮することによって就労を軸とした社会参加の質の向上が可能となるであろう。

廣江<sup>7)</sup>は、精神障害者の一般就労支援におけるエンパワーメント実践の基本的枠組みを 1) 利用者との関係はパートナーシップであり、支配ではなく共有・共存であること、2) 利用者が施設の意思決定に参加すること、3) 利用者は成長していける時間を個別に与えられること、4) 実際の職場で働く経験ができること、5) 自己効力感を向上させる取り組みが大切にされていること、6) 援助者がラベルや診断をつけないための工夫や方法を取り入れること、7) 欠損モデルは持ち込まず、ストレングス視点に焦点を合わせること、8) 援助者は専門家であ

ることを意識しないこと、9) 問題の解決の主体は利用者自身であること、としている。4) と 5) については通院版就労準備プログラムについて作業療法士による議論の中で重視された点と重なっている。

たたき台としている入院版就労準備プログラムによって自尊感情とリカバリーに関連する当事者の認識が改善する可能性が示唆されたことから、この改善に影響したとみられるセッションの内容は通院版にも活かす必要がある。伊東ら<sup>8)</sup>によれば、地域で生活する統合失調症者について、自己効力感と社会的活動性、特に対人交流に正の相関が見られたという。自己効力感は、結果の伴う行動を行うための自信ともいえる概念であり、自分の能力や価値についての感情である自尊感情やリカバリーの認識とは関連が強いと考えられる。

## E. 結論

通院処遇対象者に対する就労支援プログラム（通院版）は下記の点に留意して作成すべきことが明らかになった。

1. 通院版就労準備プログラムの主要な機能の一つは就労への動機付け、つまり、個々の対象者ごとに仕事につくことの意味についての認識や気持ちを明確にすることが重要である。
2. 通院版就労準備プログラムには、実際の職場での体験を含めることが重要である。
3. 就労をする上で疾患との関連で課題となること、また、具体的な対処方法について、対象者の言語化能力を向上する機会を提供することが重要である。
4. 通院版就労準備プログラムの終了後に実際の職場内での支援を実施することが重要である。