

表1 調査協力機関

機関名	患者数	機関名	患者数
栃木県立岡本台病院	109	山口県立こころの医療センター	23
東京武蔵野病院	107	医療法人社団旭川圭泉会病院	22
群馬県立精神医療センター	77	茨城県立こころの医療センター	20
医療法人せのがわ瀬野川病院	69	医療法人(社団)卯の会新垣病院	20
慈雲堂内科病院	64	医療法人社団豊永会飯塚記念病院	19
桜ヶ丘記念病院	50	奈良県立医科大学附属病院精神医療センター	19
駒木野病院	47	肥前精神医療センター	17
千葉県精神科医療センター	44	京都府立洛南病院	17
医療法人一陽会陽和病院	42	沖縄県立精和病院	17
医療法人北斗会さわ病院	39	財団法人復康会沼津中央病院	16
雁の巣病院	39	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター	15
井之頭病院	37	医療法人二本松会山形さくら町病院	15
国立国際医療センター国府台病院	35	兵庫県立光風病院	14
長崎県精神医療センター	33	特定医療法人佐藤会弓削病院	13
医療法人社団更生会草津病院	31	医療法人恵愛会福間病院	13
宮城県立精神医療センター	30	医療法人財団松原愛育会松原病院	13
島根県立こころの医療センター	28	医療法人芳和会菊陽病院	11
独立行政法人国立病院機構小諸高原病院	27	北里大学東病院	11
長野県立こころの医療センター駒ヶ根	24	鹿児島県立始良病院	11

新潟県立精神医療センター	10	社会医療法人公徳会若宮病院	4
医療法人栄仁会宇治黄檗病院	10	医療法人成精会刈谷病院	4
地方独立行政法人岡山県精神科医療センター	9	紀南こころの医療センター	4
府中市立湯が丘病院	9	独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター	4
香川県立丸亀病院	9	北海道立緑ヶ丘病院	4
山梨県立北病院	9	医療法人資生会八事病院	3
青森県立つくしが丘病院	9	山形県立鶴岡病院	3
医療法人平和会社団吉田病院	8	財団法人復康会鷹岡病院	3
財団医療法人水の木会下関病院	8	独立行政法人国立病院機構帯広病院	3
岩手県立南光病院	7	独立行政法人国立病院機構榊原病院	2
石川県立高松病院	7	独立行政法人国立病院機構北陸病院	2
独立行政法人国立病院機構琉球病院	7	豊川市民病院	2
県立宮崎病院	6	医療法人社団五風会さっぽろ香雪病院	1
新潟県立小出病院	6	医療法人同和会千葉病院	1
富山県立中央病院	6	岩見沢市立総合病院	1
徳島県立中央病院	5	七尾鹿島広域圏事務組合公立能登総合病院	1
愛知県立城山病院	5	市立室蘭総合病院	1
熊本県立こころの医療センター	4	大谷地病院	1
財団法人創精会松山記念病院	4	東尾張病院	1

表 2 措置要件と治療歴

	あり	なし	不明・未記入
自傷	519	733	169
他害（対人）	1,006	323	92
他害（対物）	703	477	241
治療歴	1,053	291	77
精神科入院歴	590	730	101
措置入院歴	271	841	309

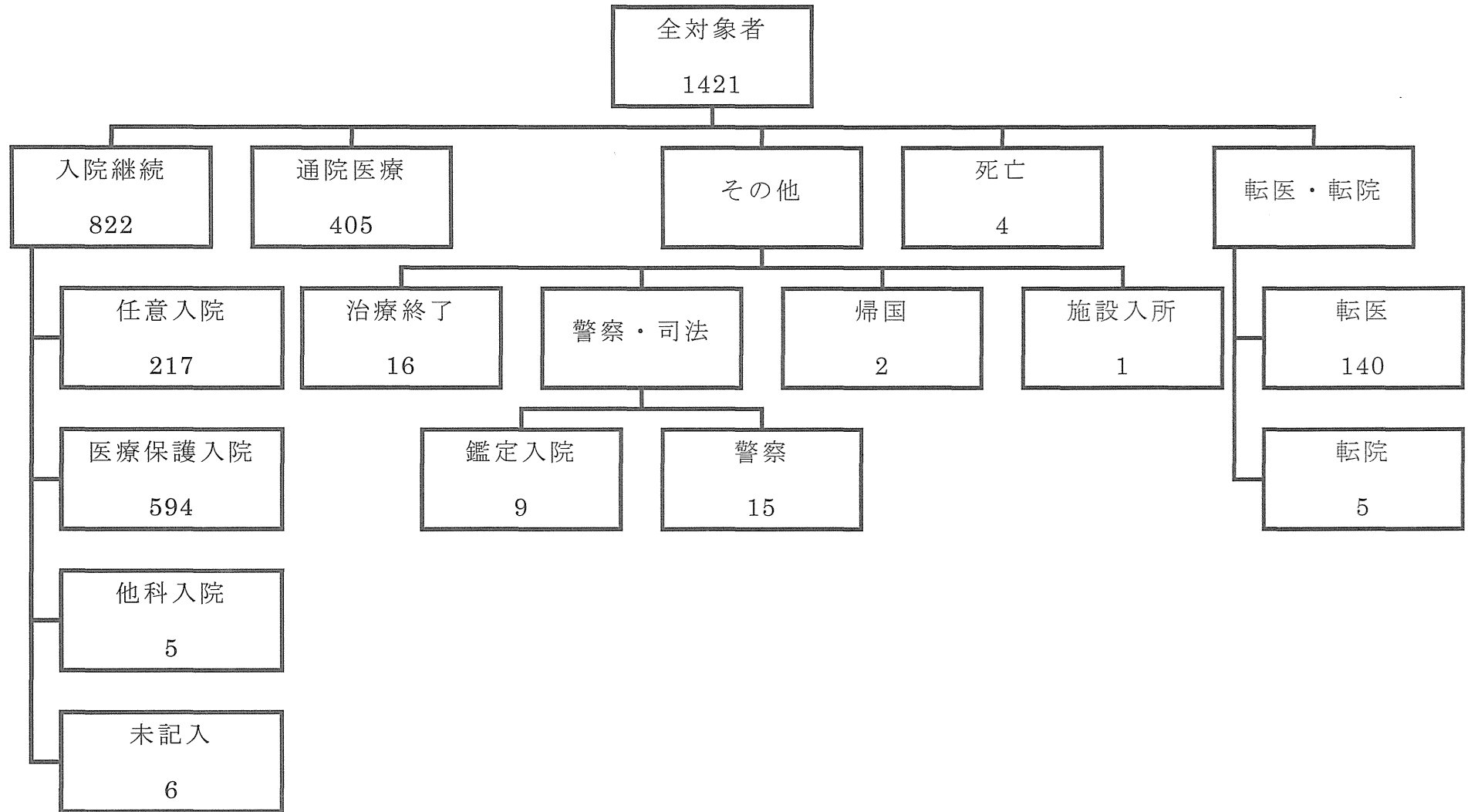
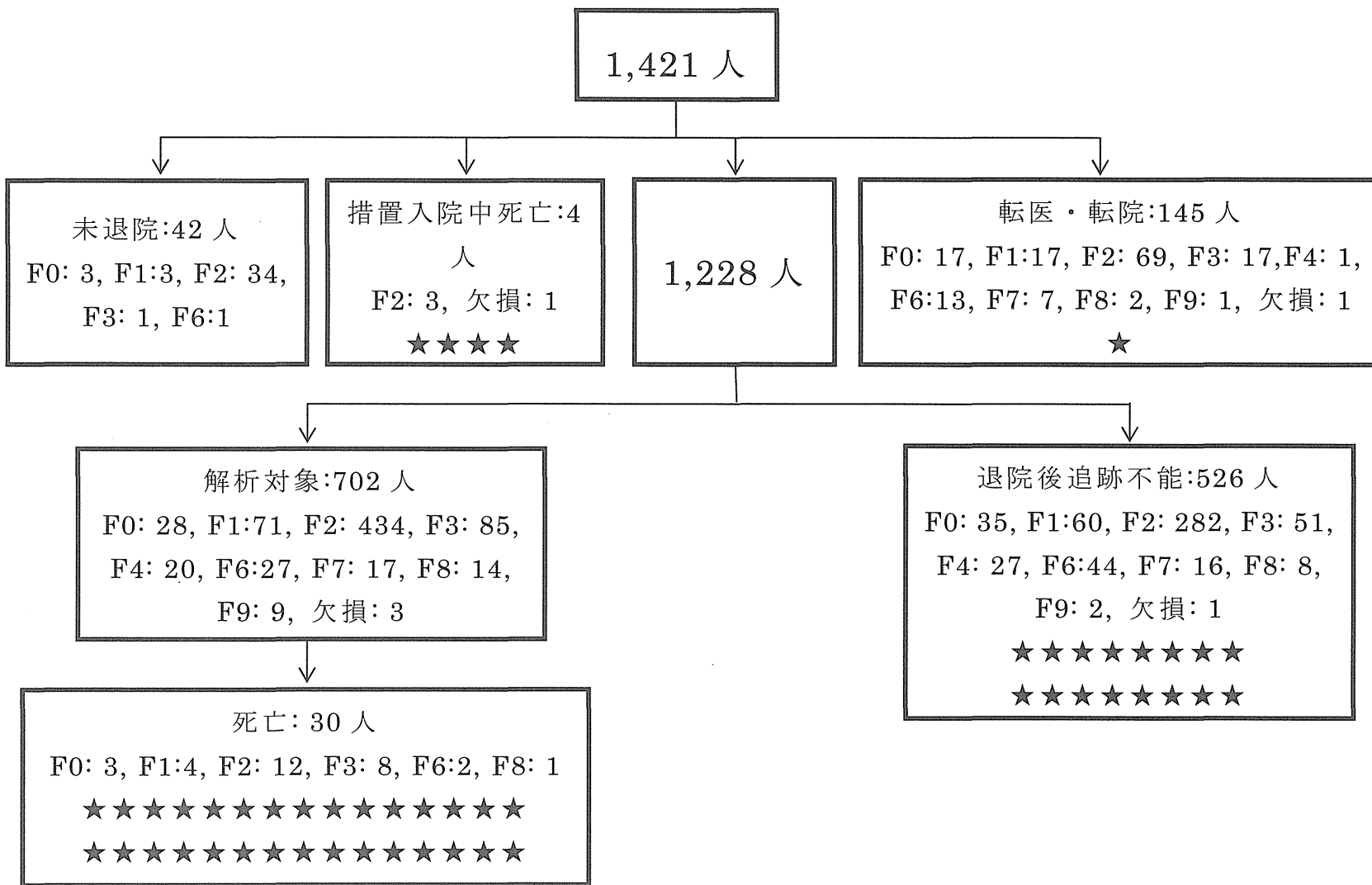


図1 措置解除後転帰概要



★：死亡例

図2 措置解除後生命転帰概要

表3 精神障害患者の標準化死亡比

報告者	調査国	対象疾患	追跡期間 (年)	平均年齢 (歳)	標準化死亡比		
					全体	男性	女性
Tran E. et al. ⁷⁾	フランス	S	11	39.3	—	3.6	4.3
Brown S. et al. ⁸⁾	英国	S	25	—	2.89	—	—
Kiviniemi M. et al. ⁹⁾	フィンランド	S	5	31.9/35.8*	4.45	4.50	4.32
Castagnini AC. et al. ¹⁰⁾	デンマーク	S	5	—	2.9	—	—
Castagnini AC. et al. ¹¹⁾	デンマーク	S	6.6	32.6	4.6	—	—
		BP	—	41.8	3.3	—	—
Hoye A. et al. ¹²⁾	ノルウェー	S	13.9/15.5*	33.2/38.4*	—	3.5	2.6
Newman SC. et al. ¹³⁾	カナダ	MD	4.8	39**	2.3	2.2	2.3
Osby U. et al. ¹⁴⁾	スウェーデン	BP	10	42.5/43.5*	—	2.5	2.7
		MP	—	46.2/47.6*	—	2.0	2.0

S: 統合失調症, BP: 双極性障害, MP: 単極性うつ病, MD: 気分障害

*: 男性/女性, **: 中央値

平成 26 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 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
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

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
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
（その 1-3）措置入院となった統合失調症圏患者の退院時処方

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
八幡厚生病院

研究要旨：

【はじめに】以前よりわが国では、統合失調症圏患者を主な対象とする処方実態調査が数多く実施されてきたが、退院時の処方に焦点を絞った調査はこれまでに行われていなかった。【対象と方法】2010年4月1日から2011年3月31日までに全国76ヶ所の精神科医療機関において措置解除され、その後に退院となった統合失調症圏患者662人の退院時処方に関する調査を行った。【結果】対象患者の性別は男性440人、女性222人、平均年齢は43.6歳であった。対象患者のうち、651人（98.3%）で経口抗精神病薬（経口薬）が、84人（12.7%）で長時間作用型注射製剤（デポ剤）が処方されていた。経口薬の中では新規抗精神病薬が588人（88.8%）、従来型抗精神病薬が241人（36.4%）で処方されており、新規抗精神病薬の中では risperidone（263人）、olanzapine（223人）、aripiprazole（70人）、quetiapine（66人）、blonanserin（42人）、perospirone（8人）、paliperidone（8人）、clozapine（2人）の順に処方率が高かった。デポ剤に関しては、haloperidol decanoate が37人、fluphenazine decanoate が20人、risperidone long-acting injection が29人で使用されていた。経口薬に限定した CPZ 換算平均投与量は 660.8mg/日であった。抗精神病薬の併用剤数に関しては、抗精神病薬の単剤投与が365人（55.1%）、2剤併用が208人（31.4%）、3剤以上併用が89人（13.4%）であった。662人中、477人で抗不安薬・睡眠薬が処方されており、ramelteon と tandospirone を除く抗不安薬・睡眠薬の diazepam 換算平均投与量は 15.4mg/日であった。【考察】措置入院から退院となる患者に限定すると、抗精神病薬の単剤投与率は6割弱であり、必ずしも単剤投与率は低くなかった。

研究協力者（五十音順）

稲垣 中	（論文執筆者） 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
遠藤 洋	公益財団法人神経研究所 附属晴和病院
小口芳世	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
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

A. 研究目的

以前よりわが国では、統合失調症圏（ICD-10でF2）の患者を主な対象とする処方実態調査が数多く実施されてきたが、これらの調査には急性期患者から安定期・回復期患者まで、退院の目途が立っている患者から全く目途が立っていない患者まで、比較的治療反応性の良好な患者から治療抵抗性患者まで、さらに処方が安定した患者から切り替え途上の患者まで多様な患者が含まれており、これらの背景因子の多様さが結果に及ぼす影響を排除できないという問題が存在した。

このような問題を回避する方策としては、1つには退院時処方に限定した調査を行うという方法が考えられる。通常の場合、ある程度以上症状・処方が安定した後に退院となるものなので、退院時に特化した処方調査を行うことには一定の合理性がある。もう1つの方法としては、対象を、例えば、

スーパー救急病棟入院患者などといったように特定の条件を満たす者に限定するという方法である。理にかなった条件を設定するという条件のもとであれば、この方法もまた一定の合理性がある。

今回、我々は『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』により得られたデータに基づいて、措置入院となった統合失調症患者の退院時処方について検討を行った。この方法は上記の2つの方法を組み合わせたものということができる。

B. 研究方法

1. 対象と方法

2010年4月1日から2011年3月31日までの1年間に全国76ヶ所の精神科医療機関において措置解除となった患者1,421名のうち、

- ① 精神科主診断がICD-10でF2であること、
- ② 措置解除後、調査が実施されるまでに当該施設より退院したこと、
- ③ 退院時点でなんらかの薬剤が投与されていたこと、

の3条件をすべて満たした者を本研究の対象患者とした。

調査方法に関しては、本報告書に掲載されている瀬戸ら、稲垣らによる報告を参照されたい。

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各抗精神病薬の処方頻度、および抗精神病薬の多剤併用状況を検

討し、その上で稲垣らの方法¹⁾に基づいて、chlorpromazine（以下、CPZ）に換算した各人の抗精神病薬総投与量を算出して、平均投与量や大量投与者の割合などを算出した。なお、本調査では経口抗精神病薬に関しては薬品名、用法・用量に関する情報がすべて収集されていたが、長時間作用型抗精神病薬（デポ剤）に関しては退院日から遡って1ヶ月の間に投与された薬品名のみに関する情報しか収集されなかった。したがって、今回の調査ではデポ剤はCPZ換算の対象より除外されている。この他に抗不安薬・睡眠薬についても、各薬剤の処方頻度、および抗不安薬・睡眠薬の多剤併用状況を検討し、その上で稲垣らの方法²⁾に基づいて、diazepam（以下、DZP）に換算した各人の抗不安薬・睡眠薬総投与量を算出して、平均投与量を算出した。なお、DZP換算を行う際にはramelteon、tandospironeは換算の対象から除外した。

群間比較などを行う際には統計ソフトJMP 9.0を使用して解析を行った。

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정에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

『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』には76施設より返送された1,421人分のデータが登録された。

この1,421人のうち、822人がICD-10でF2と診断され、さらに、このうちの786人が調査施行までの間に退院となっていた。

この786人のうち、退院時に死亡していた者が3人、退院時処方に関するデータが不完全、あるいは抗精神病薬が処方されていなかった者が161人存在した。したがって、本調査の対象患者は残りの662人である。

これら662人の性別は男性が440人、女性が222人で、男女比は概ね2対1であった。平均年齢（標準偏差；範囲）は43.6（13.3；15～85）歳であった。ICD-10による精神科主診断は統合失調症（F20）が542人、持続性妄想性障害（F22）が26人、急性一過性精神病性障害（F23）が33人、統合失調感情障害（F25）が29人で、単にF2とのみ記載されていた者が32人存在した。

措置入院の際の通報形式については警察官通報（第24条）が571人（86.4%）、検察官通報（第25条）が56人（8.5%）、一般人申請（第23条）が18人（2.7%）、矯正施設長通報（第26条）が7人（10.6%）、知事等職務診察（第27条第2項）が5人（0.8%）、精神科病院管理者届出（第26条の2）が2人（0.3%）、保護観察所長通報（第25条の2）が1人（0.2%）で、この他に通報形式に関する情報が欠落していた者が1人存在した。

措置要件の内訳は、自傷192人、他害（対人）が491人、他害（対物）が348人であった（重複あり、表1）。

今回の措置入院より以前に精神科治療歴が確認された者は500人、治療歴がなかった者が133人で、この他に不明もしくはデータ未記入であった者が29人存在した。過去の精神科入院歴については、入院歴がなかった者が258人、入院経験を有する者が356人で、この他に入院歴不明の者が48人存在した。さらに、措置入院歴に関しては、措置入院歴があった者が129人、措置入院歴がなかった者が381人で、この他に措置入院歴不明の者が152人存在した。

2) 抗精神病薬の処方実態

対象患者662人のうち、経口抗精神病薬が処方されていた者が651人、デポ剤が処方されていた患者が84人（12.7%）であった。したがって、75人は経口抗精神病薬とデポ剤の併用投与を受けていたことになる。

処方されている経口抗精神病薬の内訳は、従来型抗精神病薬が241人、新規抗精神病薬が588人であった。薬剤別に見てゆくと、新規抗精神病薬の中ではrisperidoneの処方人数が263人（39.7%）で最も多く、以下、olanzapine（223人；33.7%）、aripiprazole（70人；10.6%）、quetiapine（66人；10.0%）、blonanserin（42人；6.3%）、perospirone（8人；1.2%）、paliperidone（8人；1.2%）、clozapine（2人；0.3%）の順に多かった。

デポ剤に関しては、haloperidol decanoate（HP-D）が37人（5.6%）、fluphenazine decanoate（FD）が20人（3.0%）、risperidone long-acting injection（RLAI）が29人（4.4%）において使用されており、この中にHP-DとRLAI、

HP-DとFDの併用例がそれぞれ1人ずつ存在した。

デポ剤のみしか使用されていなかった11人を除いた651人の経口抗精神病薬のCPZ換算平均投与量は660.8（416.7；25-2500）mg/日、CPZ換算1,000mg/日以上の大量投与患者は113名であった。

次に、抗精神病薬の併用剤数についても検討を行った。今回はHP-D、FD、RLAIを使用した場合にはそれぞれ親物質であるhaloperidol、fluphenazine、risperidoneを投与したものと見なして検討を行った。したがって、経口のhaloperidolとHP-Dが併用されていた場合にはhaloperidolの単剤投与が行われていると見なされる。結果としては、抗精神病薬の単剤投与は単剤投与が365人（55.1%）、2剤併用が208人（31.4%）、3剤以上併用が89人（13.4%）で実施されていた。

3) 抗不安薬・睡眠薬の処方実態

対象患者662人のうち、477人で抗不安薬・睡眠薬が処方されていた。このうち4人でramelteonが、1人でtandospironeが処方されていたが、いわゆるZ-drugを含めた広義のベンゾジアゼピン、あるいはバルビツレートと併用されていた。

Ramelteon、およびtandospirone以外の抗不安薬・睡眠薬をDZPに換算した平均投与量は15.4（13.7；1.7-110.0）mg/日、DZP換算30mg/日以上の大量投与者は60人（9.1%）であった。

D. 考察

これまでのわが国では統合失調症患者を

対象とした処方実態調査が繰り返し実施されてきたが、その結果を要約すると、1) 1970年代には抗精神病薬の単剤投与は約4割であり、2) その後、単剤投与率は長期的に低下傾向にあり、1990年以降になると2割未満となってしまったものの、3) 21世紀になると徐々に単剤投与率は増加傾向にあることが明らかになっている³⁻⁹⁾。例えば、2000年9月1日の時点で全国17ヶ所の旧・国立精神科病院（現・国立病院機構精神科病院）に入院していた2,369人の統合失調症患者を対象に実施された処方調査では単剤投与率が15%に過ぎなかったのに対して⁴⁾、2005年9月1日に全国13ヶ所の旧・国立精神科病院の1,872人の統合失調症患者を対象とした処方調査では単剤投与率は25.9%に上昇しているし⁵⁾、2005年からPCP研究会によって繰り返し実施されてきた処方調査では単剤投与率は3割前後から徐々に増加してきている⁶⁻⁹⁾（表2）。

ただし、表2に示した調査はいずれも統合失調症の入院患者を対象としてはいるが、急性期患者から慢性期・安定期患者まで、あるいは処方が安定している患者から切り替え中の患者までといったように多様な患者を含んでいる上に、数十年前から入院が継続され、多剤併用が漫然と継続されているような患者も多数含まれていると推測できるため、表2の数字が現在のわが国における統合失調症治療の実態を正確に示しているのかよく考えてみる必要があったと思われる。

今回の調査では措置解除となり、その後、退院となった統合失調症患者の退院時処方

調査を行い、55.1%という単剤投与率を得ることができた。すなわち、長期にわたって入院が継続されている患者を含めれば、単剤投与率は未だ4割未満ではあるものの、退院時の処方限定すると、措置入院になるほど重症度の高い患者においてさえ、単剤投与率は6割弱に及ぶことが明らかになった。

E. 結論

本研究により、措置入院より退院となった統合失調症患者における抗精神病薬の単剤投与率は55.1%で、わが国で一般に認識されているよりも単剤投与率が高いことが示された。

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

稲垣 中：わが国における抗不安薬・睡眠薬処方の現状．シンポジウム9 ベンゾジアゼピン系抗不安薬の功罪，適切な使い方・整理の仕方再検討（司会：渡邊衡一郎，加藤正樹），第110回日本精神神経学会学術総会，東京，2014.6.27

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

- 1) 稲垣 中, 稲田俊也: 新規抗精神病薬の
等価換算(その 6) Paliperidone 徐放錠.
臨床精神薬理 15 (3): 397-404, 2012.
- 2) 稲垣 中, 稲田俊也: 抗不安薬・睡眠薬
の等価換算(その 3) Eszopiclone. 臨床精
神薬理 15 (8): 1403-1406, 2012.
- 3) 稲垣 中: 抗精神病薬の多剤併用 —わが
国と諸外国との比較—. 精神科治療学
18: 771-777, 2003.
- 4) 稲垣 中, 不破野誠一, 吉住 昭, 大嶋
巖, 福田真道, 熊田芳子, 金澤耕介, 塚
田和美, 西尾雅明, 酒井佳永, 青木 勉,
伊藤寿彦, 飯野彰人, 伊藤順一郎, 浦田
重治郎: 国立精神病院・療養所の統合失
調症入院患者における向精神薬の処方実
態. 厚生労働省精神・神経研究委託費
統合失調症の治療及びリハビリテーショ
ンのガイドライン作成とその実証的研究 総
括研究報告書(主任研究者 浦田重治
郎), 27-36, 2004.
- 5) 稲垣 中, 伊藤寿彦, 塚田和美,
JESS2005 Study Group: 国立病院機
構精神科病院に入院している統合失調
症圏患者における向精神薬の処方実態
(JESS2005 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),
55-59, 2010.
- 6) 吉尾 隆, 黒沢雅広, 杉村和枝, 中川将
人, 井出光吉, 宇野準二, 宮本直治, 梅
田賢太, 三輪高市, 天正雅美: 統合失調
症患者の薬物治療に関する処方実態調
査精神科臨床薬学研究会会員病院 9 施
設における 2005 年の調査結果から. 臨
床精神薬理 10: 1721-1731, 2007.
- 7) 吉尾 隆, 宇野準二, 中川将人, 長谷川
毅, 杉村和枝, 梅田賢太, 三輪高市, 稲
垣 中, 稲田俊也: 国内における入院
中の統合失調症患者の薬物療法に関す
る処方研究 2006. 臨床精神薬理
13: 1535-1545, 2010.
- 8) 宇野準二, 谷藤弘淳, 柴田木綿, 加藤
剛, 梅田賢太, 三輪高市, 稲垣 中, 稲
田俊也, 吉尾 隆: 国内における入院
中の統合失調症患者の処方実態調査
2008 年の全国多施設共同処方調査研究.
臨床精神薬理 15: 1231-1240, 2012.
- 9) 黒沢雅広, 天正雅美, 谷藤弘淳, 加藤
剛, 宇野準二, 梅田賢太, 三輪高市, 野
田幸裕, 吉尾 隆: 国内における入院
中の統合失調症患者の処方実態調査
2011 年新規調査項目 BMI、心電図異常
に関する検討を中心に. 臨床精神薬理
16: 1041-1050, 2013.

表1 措置要件・治療歴概要

	あり	なし	不明・未記入
自傷	192	378	92
他害（対人）	491	137	34
他害（対物）	348	208	96
治療歴	500	133	29
入院歴	258	536	48
措置入院歴	129	381	152

表2 統合失調症患者の処方調査：概要

報告者	施行年	施設数	対象者数	抗精神病薬		平均投与量 (mg/日)	
				単剤投与	多剤併用	抗精神病薬	抗不安薬・睡眠薬
稲垣ら ³⁾	2000	17	2,369	15.0%	85.0%	1093±891	22.3±19.4
稲垣ら ⁴⁾	2005	13	1,909	25.9%	74.1%	956±1170	記載なし
吉尾ら ⁵⁾	2005	9	1,893	31.1%	68.9%	812.6±710.8	10.7±17.1
吉尾ら ⁶⁾	2006	61	9,101	30.1%	69.9%	873.8±751.4	16.1±17.9
宇野ら ⁷⁾	2008	96	15,011	33.1%	64.8%	840.7	15.4
黒沢ら ⁸⁾	2011	149	21,823	34.3%	66.7%	816.0	13.5
本調査	2010-11	76	622	55.1%	44.9%	660.8±416.7	15.4±13.7

平成 26 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 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
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

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）措置入院治療ガイドライン研究

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
八幡厚生病院

研究要旨：

措置入院は、医療観察法導入後も継続的に展開しているものの、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、まずは措置入院治療ガイドライン作成時のポイントを示した。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）

稲垣 中 青山学院大学国際政治経済学
部
遠藤 洋 公益財団法人神経研究所附属
晴和病院
大塚達似 宮城県立精神医療センター
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
前野有佳里 九州大学大学院 医学研究
院保健学部門（地域看護学）

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は否めない。また、措置入院医療例は、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、他の非自発的入院制度に比して、希薄な印象を禁じ得ない。

そこで本研究では、まず、措置入院ガイドラインを作成するにあたってのポイントを示したい。

B. 研究方法

まず、本分担研究班にて行われた措置入院となった精神障害者の警察官、検察官通報事例に関する調査などを参考にした上で、これまでの措置入院の現状を概観した。その上で、措置入院の診療にかかわる精神保健指定医4名により、ワーキンググループを作り、3回の入念な検討を経て、エキスパートコンセンサス（案）を作成した。さらにコンセンサスの得られた措置入院ガイドライン作成のためのポイントを既存の医療観

A. 研究目的

平成17年に医療観察法が施行されて、本年で11年目となる。同法による均霑化され

察法入院処遇ガイドラインを基に、主に医療面、措置解除時問題、行政との連携面の3つの観点から整理して、グループ内での意見を求めて修正を加えた。同ガイドラインはあくまで理想的な呈示となるものの、一方で達成されなければいけない目標も含まれていると考えられる。

C. 研究結果

1. 措置入院の現状（他の入院形態と比較）

患者の同意によらない、いわゆる非自発的入院形態において、入院期間、担当職種構成、各種の会議、外部関係者の4点において比較検討を行った。

まず、入院期間に関して、医療観察法入院処遇では18ヶ月が標準となっており、医療保護入院（平成26年4月～）においては、入院は1年を超えないとされており、予想された入院期間を書面に記載することとなっている。しかしながら、措置入院に関してはその設定はない。次に担当職種の存在に関して、医療観察法入院処遇では多職種チーム、医療保護入院においては、新たに退院後生活環境相談員の職が設けられた。措置入院では、設定はない。

続いて会議に関して、医療観察法入院処遇では治療評価会議、倫理会議、運営会議等が指定入院医療機関でその開催が義務づけられている。医療保護入院では、退院支援委員会の設置がなされ、当該患者の退院支援を促進している。一方、措置入院では設定はない。最後に外部関係者の関わりにおいて、医療観察法入院処遇では社会復帰調整官が入院時から対象者に接触し、退院後もサポートを行っていく。医療保護入院では地域援助事業者が退院支援相談員と連携を図り、当該患者の地域移行および定着の支援の任にあたっていくとされている。しかし、ここでも措置入院では存在規定は

ない。

したがって、緊急介入の必要性が高いにもかかわらず、措置入院は他の非自発的入院形態に比べて、手薄な印象は否めない。そのため、ガイドラインを提唱する必要性が生じる。

2. ガイドライン作成時のポイント

措置入院ガイドライン作成時のポイントとなるべき項目を、医療観察法入院処遇ガイドラインをもとに、3つにしぼり提案する。

一つ目は治療について、医療観察法において、持効性抗精神病薬注射剤、電気けいれん療法等を対象者に施行する場合は、その妥当性に関して、倫理会議にて承認を受ける必要がある。一般に措置入院においては当該患者の精神状態がきわめて重い例が想定され、投薬加療を含めた精神科治療が早急に行われる必要性が高い。その一方で、その妥当性に関する検証はなされず、事後承諾として処理されることも否定できない。何らかの会議を設けて、そこで治療の妥当性や有効性に関する議論がなされた上で、決議されるべきであると考えられる。また、医療観察法入院医療においてもアドヒアランスの問題は重視されているが、措置入院においても同様で、医療へのアドヒアランス向上を目指すべきである。理由として、措置入院患者は自傷他害のおそれのある重症患者であるため、症状軽快後もその原因となった疾患に対する継続的な医療アプローチが必要といえる。そのためには、治療を当該患者に受容させるための継続的ななかかわりも重要と考えられる。付け加えるに措置入院では、医療観察法の入院医療のような濃厚ケアかつ物理的隔離環境下に長期間入院させておくことは適しているとはいえない。措置入院期間という比較的短期の入院期間に医療そのものを受容して退

院後も継続して行えることが理想といえる。

二つ目は、措置解除や退院の基準に関する問題である。現行の措置入院では、個々の病院にその判断基準が任されており、均霑化されていない。医療観察法においては、通院処遇移行への判断は裁判所が下す。その背景としては、やはり重大な他害行為を行った対象者という問題があり、特に通院への移行となれば、その判断が司法の領域に委ねられ、慎重にならざるを得ない。そのような背景の中、医療観察法入院において、判断基準として、重視されるのが共通評価項目である。

一方、措置入院では、当該患者が刑法上の重大行為を起こしてはいないものの、精神疾患により自傷他害のおそれのある者であり、緊急的医療介入の必要性が高い。したがって、immediate dangerを評価し、低減することが措置解除や退院に大きく貢献していくものと考えられ、それを評価するツールの開発が急務であろう。

最後に、行政との連携強化と地域における継続的介入に関して述べる。医療観察法では、同法の目的もある対象者の社会復帰に関して、社会復帰調整官がその役割を担うが、措置入院においても、同様の役割を担う役職の存在は必要と考える。行政サイドの職員が望ましいと考えられるが、彼らと医療サイドが緊密に連携をとって、措置入院患者の入院時から退院・地域移行に向けた支援、外来通院時にかけて、患者の病状の安定化を図るべく、継続的にかかわっていく必要性があると思われる。時に患者は、短期の精神保健福祉法による任意入院も必要であろう。これは頻回の強制入院、いわゆる回転ドア現象をなくすような一つの方策と考える。

D. 考察

いずれにしても重要なのが、入院時から当該措置入院患者に対して、治療によって措置症状を軽減させるだけでなく、患者がどうして医療が必要になったかを理解して、その後も継続的に医療さらに保健所等の行政機関の介入が必要であることを受容していくことである。そのためには、医療と行政がタッグを組んで、当該患者の支援にあたっていくことがポイントとなる。さらに、重要であるのが、医療観察法と同様なクライシスプランの作成である。濃厚なケア下にあったとしても、患者は症状の悪化をきたす可能性も想定される。その際、どう対処していくかを事前に当該患者や地域の関係者を含めて、話し合う場所を設定していくことも重要と思われる。

現状の課題を述べる。チームで患者のケアおよび支援にあたっていく重要性を述べたが、実際にどのような職種に教育研修を重点的に行うかは焦点をしぼる必要がある。次に実際の措置入院患者は統合失調症患者をおおかた想定していたわけであるが、実際はパーソナリティ障害や発達障害、物質使用障害などの併存例もみられ、その際のかかわりが重要といえる。併存例は、治療に難渋するケースも多くみられ、例えば、一部の物質使用障害を伴う統合失調症患者は、他害のリスクを有するため、頻繁に閉鎖病棟への入院を余儀なくされるという報告がある⁽¹⁾。

今後の展望として、まずは本邦の頻回措置入院者の特性や措置入院患者の長期化の因子も把握した上で、さらに問題点を整理して、ガイドライン作成時のポイントとなる事項を十分考慮に入れて、作成にあたっていく予定である。

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

1. 論文発表

なし

2. 研究発表

小口芳世：シンポジウム 63 措置入院制度の現状と問題点 措置入院治療ガイドラインの提案. 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜市, 2014. 6. 28

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

1. Edlinger M, Rauch AS, Kemmler G, Yalcin-Siedentopf N, Fleischhacker WW, Hofer A. Risk of violence of inpatients with severe mental illness--do patients with schizophrenia pose harm to others? *Psychiatry Res.* 2014;219(3):450-6.

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 26 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 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
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
通院処遇対象者に対する就労準備プログラムの意義と臨床的工夫
— 2 事例の検討による仮説的知見の整理 —

研究分担者 大橋 秀行 埼玉県立大学

研究要旨：

二つの指定通院医療機関において、それぞれ1名の対象者に、マンツーマンの形態で担当の専門職が通院版就労準備プログラムを実施した。事例ごとに同プログラムの実施によってみられた対象者の変化と同プログラムの内容との関連、同プログラムの実施上の工夫、同プログラム全体としての意義、同プログラムの限界や改善点について仮説的知見を整理した。通院版就労準備プログラムの内容は就労準備性とみなせる対象者の認識の変化を促している可能性、また、就労した後に実施される般化のための支援や対象者の特性に応じた様々な臨床的対応の具体例が確認された。それらは応用例として通院版就労準備プログラムに包含する必要性が認められた。

A. 研究目的

医療観察法の目的は、再被害行為を防ぎつつ対象者の社会復帰をすすめることである。社会復帰の形は様々であるが、就労は1つの重要な社会復帰上の形態である。通院処遇の期間は、実際に就労に向けた取り組みがなされる期間であり、適切で効果的な就労支援が行われる必要がある。研究の目的は、医療観察法の通院処遇となった対象者のために作成した就労準備プログラムを使用する上での臨床的工夫の例を得ることである。今後、それらを通院版就労準備プログラム実施上の応用例として加えることによって、通院処遇場面における同プログラムの実施者が多様な対象者や実施環境

に応じて臨床的工夫の質を高めることが期待される。

B. 研究方法と対象

質的改善研究として事例を分析する。分析の視点は、事例ごとに同プログラムの実施によってみられた対象者の変化と同プログラムの内容との関連、同プログラムの実施上の工夫、プログラム全体としての意義、プログラムの限界や改善点についてであり、プログラムを直接担当した専門職が提示した仮説的な知見を整理する。

分析の対象とする同プログラムの実施例は下記の2事例である。

a 事例 A