

厚生労働科学研究費補助金  
障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

平成 30 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 平林 直次

平成 31（2019）年 3 月

# 目次

## I. 総括研究報告

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究 研究代表者 平林直次	1
--	---

## II. 分担研究報告

1. 指定入院医療機関データベースシステムを活用した研究 研究分担者 平林直次	10
2. 指定入院医療機関退院後の予後に関連する要因に関する研究 研究分担者 松田太郎	21
3. 複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 研究分担者 壁屋康洋	30
4. 多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究 研究分担者 村杉謙次	51
5. 通院医療の実態を把握するための体制構築に関する研究 研究分担者 大鶴 卓	62
6. 医療観察法鑑定書作成および処遇判断に関する研究 研究分担者 岡田幸之	69
7. 司法精神医療の国際比較に関する研究 研究分担者 五十嵐禎人	75
8. 従来対応が難しいとされた複雑事例に対する心理社会的介入方法に関する研究 研究分担者 今村扶美	81

III. 成果の刊行に関する一覧表	93
-------------------	----

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

総括研究報告書

### 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

研究代表者 平林 直次 国立精神・神経医療研究センター病院

#### 研究要旨：

本研究の主たる目的は、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（医療観察法）の制度対象者に関する転帰・予後・治療介入等の実態を継続的に明らかにすること、国際比較やいわゆる複雑事例のプロファイリングとセグメント化を行い、それらを基にした実効性の高い治療や介入方法等を示すことである。

退院後の対象者について、転帰・長期予後に関する全国調査等を行った。我が国の医療観察制度は約 13 年間運用され、再他害行為率の低さや各種の指標から概ね順調に運用されていると考えられた。一方、長期入院例や行動制限実施例などの複雑事例が課題となっており、全指定入院医療機関を対象として、複雑事例に関する統計学的検討及び個別調査を実施した。また、複雑事例の退院や社会復帰を促進するために、施設間でのコンサルテーションを実施し個別性の高い心理社会的介入を実施した。介入前後の効果測定を開始した。

医療観察法重度精神疾患標準的治療法確立事業により蓄積されることとなった、いわゆる“入院データベース”を臨床及び研究で活用するための準備を進めた。また、医療観察制度の運用や見直しにとって必要不可欠な通院処遇の基礎的データを収集するために、通院医療に携わる各種医療関係の団体や協会と密接に協議し通院医療の実態把握のためのシステム概略案及び収集項目案を作成した。

最終年度には、国際比較の上、今後の医療観察制度改善の基礎資料の作成、適切な処遇審判を実現するための鑑定マニュアルの作成、通院データベースシステムの提言を行う予定である。

#### 分担研究者氏名（順不同、敬称略）

松田太郎 国立精神・神経医療研究センター病院

壁屋康洋 国立病院機構 榊原病院

村杉謙次 国立病院機構 小諸高原病院

大鶴 卓 国立病院機構 琉球病院

岡田幸之 東京医科歯科大学大学院医

歯学総合研究科精神行動医  
科分野

五十嵐禎人 千葉大学社会精神保健教育センター

今村扶美 国立精神・神経医療研究センター病院

## A．研究目的

医療観察制度が始まり、指定入院医療機関や指定通院医療機関が整備され約 13 年間運用され、医療観察制度は我が国の司法精神医療制度として定着しつつある。この間、各種の研究班により医療観察法医療の実態調査が続けられてきたが、研究班の存続に依拠せず、定期的かつ安定的に実態把握するために、平成 27 年度から医療観察法重度精神疾患標準的治療法確立事業（いわゆる入院データベース事業）が始まった。本事業では全国の指定入院医療機関のネットワークを通じて収集されたデータを分析し、基礎的医療指標を用いて入院医療の実態を全国規模で示すとともに、指定入院医療機関ごとにも示し、医療の標準化や均てん化に資することが期待されている。

しかし、基礎的医療指標に限られ、入院の長期化や、長期あるいは頻回行動制限を必要とする、いわゆる“複雑事例”に加え、通院医療移行後、再入院、再処遇、退院と同時に処遇終了する事例など、現状の課題に焦点を当てたデータ分析や解決策の検討は未だ不十分なのが現状である。一方、通院医療においては、入院医療のようなデータベース事業は行われておらず、相変わらず研究班による実態調査に依拠しているのが現状である。

本研究の主たる目的は、医療観察法の制度対象者に関する転帰・予後・治療介入等の実態を継続的に明らかにすること、国際比較やいわゆる複雑事例のプロファイリングとセグメント化を行い、それらを基にした実効性の高い治療や介入方法等を示すこと、通院処遇の実態を継続的かつ安定的にモニタリングするための体制の概要を示すことである。

## B．研究方法

本研究班では研究目的を達成するために分担研究班 a～h を編成した。なお、統計学的調査に当たっては、疫学・統計学調査の専門家と綿密に連携することとした。

- a 指定入院医療機関データベースシステムを活用した研究(研究代表者、平林直次、執筆担当、河野稔明、小池純子)
- b 指定入院医療機関退院後の予後に関連する要因に関する研究(松田班)
- c 複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究(壁屋班)
- d 多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究(村杉班)
- e 通院医療の実態を把握するための体制構築に関する研究(大鶴班)
- f 医療観察法鑑定書作成および処遇判断に関する研究(岡田班)
- g 司法精神医療の国際比較に関する研究(五十嵐班)
- h 従来対応が難しいとされた複雑事例に対する心理社会的介入方法に関する研究(今村班)

## 倫理的配慮

本研究においては、個人情報収集する研究が含まれており、下記の原則に従うこととした。なお、詳細については、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に従って研究を進めた。

1. 必要に応じて、研究の実施に先立って分担研究者の所属する施設に設置された倫理委員会の承認を得る。
2. 個人情報の管理については、研究関係者以外の者がアクセスできない場所に保管する。
3. 研究結果の公表に当たっては、統計学的データのみを報告することを原則とす

る。

4. 症例報告が必要不可欠な場合には、個人の特定を不可能にする匿名化を実施する。
5. 介入研究を実施する場合、研究対象に文書で説明し同意を得る。

## C . 研究結果

研究代表者は、平成 30 年度には 2 回の班会議を開催して各分担研究班の役割を明確化した上で、連携体制を構築した。また、研究の実施に先立って、6 つの分担研究班において倫理委員会の承認を得た。

以下、研究分担班ごとに主な研究結果を示す。

### a 指定入院医療機関データベースシステムを活用した研究

医療観察法重度精神疾患標準的治療法確立事業の運用が始まり、平成 29 年 12 月から各指定入院医療機関より個人情報削除し匿名化した情報が国立精神・神経医療研究センター病院（幹事病院）に設置された“入院データベース”に蓄積されることとなった。事業の目的である指定入院医療機関の医療の標準化と均てん化を促進するために、毎月、各指定入院医療機関別に医療のパフォーマンス指標が計算されフィードバックが開始された。現時点では、パフォーマンス指標は入院期間、向精神薬の処方量、行動制限の実施状況等に限定されている。

本分担研究班では、指定入院医療機関のインタビュー調査を通して臨床のニーズに応える項目の分析にも対応していく必要があることを明らかにした。

また、入院データベースに蓄積されたデータを集計し、毎年白書形式で報告するための医療観察統計資料（入院）（仮）の基本構造を検討した。対象集団を入院対象者全

体、在院中、退院済の 3 通りとし、集計期間を累積、単年、経年の 3 通りとして、在院中×累積を除く、基本構造を提案した。

さらに入院データベースの研究利用を目的とした二次利用の申請および審査に関する考え方を定め、審査を行う研究推進委員会の規程および業務手順書、二次利用の申請者向けのデータベース利用の手引き、ならびに各種手続き様式の案を整えた。平成 30 年 12 月 12 日には第 1 回研究推進委員会を開催した。

### b 指定入院医療機関退院後の予後に関連する要因に関する研究

全国 29 の指定入院医療機関と協働し、法務省保護局および保護観察所の協力を得て予後調査を実施した。平成 17 年 7 月 15 日から平成 30 年 7 月 15 日の間に指定入院医療機関を退院し通院処遇に移行した対象者のうち本調査に同意の得られた者は、累計 966 名、観察期間は 2,091.2 人年（平均値 790.2 日 中央値 905.5 日、3 - 1,826 日）であった。

重大な他害行為 12 名 18 件の累積発生率を Kaplan-Meier 法により算出すると 1.9%/3 年であった。また、自殺既遂の累積発生率は 1.6%/3 年であった。以上のことより、退院後の予後は従来と同様良好に経過していることが確認された。

### c 複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究

先行研究との比較および統計解析などにより、入院の長期化要因の抽出を試みた。共通評価項目や ICF（International Classification of Functioning, Disability and Health）の下位項目、GAF（the Global Assessment of Functioning）を比較すると、入院後 6 ヶ月の入院継続申請の時点において、その後の入院の長期化

に関わる要因が抽出された。一方、長期入院群の特徴とコホートの入院長期化要因との間には不一致が認められ、入院データベースを用いた大規模集団を対象とした解析の必要性が明らかとなった。

#### **d 多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究**

複雑事例の条件として「治療が極めて困難」「退院が困難」「入院期間が6年超」「頻回隔離」「長期隔離」「拘束事例」「再入院事例」「再処遇事例」の8つを便宜的に定め、医療観察法入院処遇対象者の個別調査を実施し、25施設から223事例の個別調査票を回収した。

「長期入院群」と「行動制限群」の両群に重複して属する事例が複雑事例の中核群と推測された。平成31年度以降、それらの事例に関するより詳細なデータを収集しつつ、長期入院や行動制限と関連する要因の解析と、行動障害や生活障害に焦点化したケースフォーミュレーションを行い、複雑事例の定義の明確化や介入方法を検討していく方針となった。

#### **e 通院医療の実態を把握するための体制構築に関する研究**

通院医療に携わる各種関係の団体や協会と協議し、通院医療の実態把握のための実効性の高いシステム概略案、収集項目案を作成した。その運用にはシステム面、個人情報保護法、通し番号管理、システム運用時の管理（倫理面も含む）の4点が重要であることが明らかとなった。

平成31年度には、実効性の高いシステム概略案や収集項目案に沿って、アンケート用紙を用いた通院処遇対象者の予後調査を実施し、通院データベースシステム構築の課題抽出を行うこととなった。

#### **f 医療観察法鑑定書作成および処遇判断に**

#### **関する研究**

各種判例データベースを利用して、医療観察法の審判が難しかったと思われるケースを抽出し、審判の判断の要点を特定する作業を行った。

その結果、(1)診断名に不一致があるようなケースであってもそこに争点を置かずに具体的な症状や治療方針に判断の要点としているケースがある、(2)診断変更があったケースなどでは対象行為にあらためて立ち戻ってそれが対象行為とどのような関係にあるのかということの整理を求めることがある、(3)病識やアドヒアランスは重要な判断材料となっている、(4)将来の症状悪化よりもそうした悪化などをもたらす現在の具体的な要因を明示しようとするところがある、(5)受け入れ先とみられる家族との関係性、たとえば彼らが被害者となったケースかどうかということなども要点となっている、(6)不処遇や処遇終了というかたちで医療観察法を外れる判断をする場合にどのような状況でどのような治療体制や支援が行われることになるのかといった情報は重視される、といったことが明らかになった。

#### **g 司法精神医療の国際比較に関する研究**

英国の司法精神医療の最近の動向について、文献調査を行った。司法精神医療の入院患者を減少させるためには、地域資源の整備と地域住民への啓発活動が重要であることが示唆された。また、将来的には、司法精神医療でもコストの問題に目を向ける必要があることが示唆された。

#### **h 従来対応が難しいとされた複雑事例に対する心理社会的介入方法に関する研究**

コンサルテーションの際に用いるケースフォーミュレーションシートなど、いくつかの用紙や尺度の整備を行うとともに、9施設が派遣施設、9施設が受入施設となり、

計 9 事例（男性 8 名、女性 1 名）に対してコンサルテーションを実施した。

コンサルテーションの対象となった困難・複雑事例は、統合失調症に加えて、知的・発達の問題を抱えた対象者が多い傾向が認められた。

今後は、事例数を増やすとともに、アンケートや評価尺度の結果も含めて効果検証を行う予定である。

## D．考察

### 1) 入院データベースの活用

入院医療に関しては、医療観察法重度精神疾患標準的治療法確立事業により、匿名化されたデータを安定的かつ継続的に収集する体制が整備されつつある。平成 29 年 12 月には運用が開始され、厚生労働省から各指定入院医療機関に対して、当該施設のパフォーマンス指標が毎月フィードバックされることとなった。パフォーマンス指標には、入院期間、向精神薬の投与量、クロザピン処方率、修正型電気けいれん療法の実施件数、行動制限の実施状況などが含まれている。各指定入院医療機関は事業参加施設の平均値と比較することにより、自施設の特徴や課題を知り、医療の向上につなげることが可能となった。しかし、パフォーマンス指標の選定に関しては検討の余地が残されている。そのひとつの例として入院期間を挙げることができる。入院処遇ガイドラインでは入院期間は 18 ヶ月とされており、病床数 5 床程度の小規模病棟の年間入院数は 2-3 人以下と予測される。したがって、当該年度の入退院数により入院期間は大きく変動し、医療機関のパフォーマンスを経年的に評価するには適していない。

入院データベースを用いて、収集されたデータの集計、合計、平均値、中央値など

の単純な指標だけではなく、指定入院医療機関の規模や観察期間などを考慮した記述統計学的指標の開発が必要である。

平成 30 年度には、指定入院医療機関の臨床ニーズの聴き取り調査を実施した。臨床ニーズに応えながら、臨床的側面、運営的側面、倫理的側面などから各指定入院医療機関のパフォーマンスを的確に描き出す指標の開発が望まれる。

上記以外にも入院データベースの活用方法の検討に着手した。そのひとつは、医療観察法入院医療の実態を白書形式で年度ごとに報告するための「仮称・医療観察統計資料」である。医療観察制度について基礎的資料を広く、安定的かつ継続的に提供する意義は大きいと考えられる。

もうひとつは、研究への 2 次利用である。今後、研究推進委員会が本格的に稼働すれば研究利用が活発化することが期待される。ただし、研究利用は、医療観察法の目的である対象者の社会復帰を目的とした研究に限られるべきであろう。

平成 31 年度には、入院データベースと退院後の予後調査を連結し、退院後の不安定化要因を同定する予定である。これによって、入院早期より、入院長期化要因や地域生活での不安定要因を持つ対象者に対して、集中的に医療資源を投入し退院促進や地域生活での安定化をはかることが可能になるであろう。

### 2) 複雑事例の調査及び治療・処遇

本研究により、医療観察法入院処遇対象者の退院後の予後は、重大な他害行為の累積発生率 1.9%/3 年と推定されるなど良好であることが示された。医療観察法の対象者の多くは良好な経過を辿っていると思われるが、医療観察法施行後 13 年が経ち、長期入院や、頻回あるいは長期行動制限など

を必要とする複雑事例の存在が明らかとなってきた。しかし、臨床家の経験や印象によるところが大きく定義は曖昧なままである。複雑事例の特徴や課題を明確にして、関係者の間で共通の認識を持って調査や、治療・介入方法を検討することは不可欠である。

平成 30 年度の統計学的検討や個別調査から、複雑事例の特徴が抽出されたが、不十分でありさらに複雑事例を明確化する必要がある。

医療観察法病棟では統合失調症の約 20～30%にクロザピンが処方されており、治療抵抗性の統合失調症の退院促進に一定の成果をあげている。しかし、複雑事例では既にクロザピンが高率に投与されているにも関わらず、「衝動性の高さ」が続いていることが示唆された。また「重複障害の多さ」が改めて確認された。複雑事例ではクロザピン投与後も「衝動性の高さ」が続いており、その原因としては「クロザピンの治療効果が限定的」「認容性不良で十分量を投与できない」など薬理学的な限界を持つクロザピン抵抗性統合失調症が含まれると予測される。一方、「重複障害の多さ」を考慮すると、知的障害・発達障害、パーソナリティ障害などの重複障害が複雑事例化の大きな要因となっている可能性がある。したがって生物学的治療に加え、行動障害や生活障害に対する心理社会的介入の開発や強化が必要であろう。

複雑事例を担当する多職種チームが閉塞感を強く感じている場合、あるいは対象者と担当チームとの治療同盟が破綻している場合、他施設によるコンサルテーションの実施や高規格ユニット、もしくは既存の指定入院医療機関への転院が有効な介入方法になり得るかどうか検討が必要であろう。

複雑事例では、刑事責任能力判断や、医療観察法鑑定の3要件の判断に疑問が持たれることがある。本研究班では、合理的な審判決定に資する、医療観察法鑑定の実施方法や鑑定書の形式の検討に着手した。これによって医療観察法鑑定のさらなる質の向上が図られ、適切な処遇判断が行われることが期待される。

### 3) 通院医療の実態を把握する体制構築の必要性

既に述べたとおり、厚生労働省の事業により入院処遇の実態が調査され入院データベースが作られ利活用が検討されている。しかし、通院処遇の実態把握を目的とした事業は行われておらず、研究班の存続に依存し安定的かつ継続的にデータ収集する体制は整備されていない。指定通院医療機関は病院と診療所を合わせて631施設（平成31年1月1日現在）に及び、実効性の高い通院処遇の実態把握の体制を構築する必要がある。そのためには収集する項目数を限定し、簡易で汎用性の高い方法を確立しなければならないであろう。

医療観察法医療制度では通院処遇こそが重要であるとする意見も多く、通院処遇の実態把握体制を持たない現状をすみやかに解消する必要がある。

通院処遇についても、医療観察制度の運用や見直しにとって必要不可欠な基礎的データを収集する体制を構築することは喫緊の課題である。

### 4) 国際比較

医療観察法施行前後には、それまで経験のなかった司法精神医療制度（structure, process）の調査が英国を対象として行われた。それらの調査を基にして医療観察制度の概要が定められ、約13年にわたり運用された。また入院データベース事業や各種の

調査研究が実施され、入院期間、再被害行為率、自殺率、精神保健福祉サービスの利用状況、社会復帰の状況など、医療観察法制度の成果(outcome)が明らかにされつつある。医療観察法の運用経験を踏まえ、医療観察法制度の成果に関する国際比較が期待されている。平成30年度は英国について文献的調査を実施したが、引き続き国際比較を可能にするデータの収集が必要である。

## E . 結論

我が国の医療観察制度は約13年間運用され、再被害行為率の低さや各種の指標から概ね順調に運用されていると考えられた。

一方、指定入院医療機関では、長期入院や、長期または頻回行動制限を必要とする複雑事例が認められ、その特徴が一部明らかにされたが、さらに明確化し治療・介入方法の開発が必要である。

クロザピンなどの生物学的治療に加え、行動障害や生活障害に対する心理社会的介入の強化が必要である。

指定入院医療機関同士の密接な連携による、施設を超えたコンサルテーションの実施や高規格ユニット、もしくは既存の指定入院医療機関への転院の実践も検討する必要がある。

医療観察制度の運用や見直しにとって必要不可欠な通院処遇の基礎的データを収集するための体制をただちに構築する必要がある。

## F . 健康危険情報

なし

## G . 研究発表

### 1 . 論文発表

1) Hiroko Kashiwagi, Naotsugu

Hirabayashi: Death Penalty and Psychiatric Evaluation in Japan. *Frontiers in Psychiatry*, 2018; 9(550): 1-5

- 2) Yuji Yamada, Harumasa Takano, Maki Yamada, Naoko Satake, Naotsugu Hirabayashi, Mitsutoshi Okazaki, Kazuyuki Nakagome: Pisa syndrome associated with mirtazapine: a case report. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 2018; 19(82): 1-3
- 3) 竹田康二, 平林直次: 医療観察法医療の現状と今後の課題・展望. *こころの科学*, 2018; (199): 28-33
- 4) 平林直次: 医療観察法が実際にどのように運営されたか. *精神医学*, 2018; 60(11): 1223-1230
- 5) 平林直次: 多職種チーム医療 医療観察法病棟の経験から多職種の役割と効果 . 図説 日本の精神保健運動の歩み 改訂増補版, 2018; 130-132
- 6) 平林直次: 精神鑑定の課題と質向上に向けたアイデア 個人的経験から . *臨床精神医学*, 2018; 47(11): 1319-1325
- 7) 壁屋康洋, 砥上恭子, 高橋昇, 高野真弘, 北靖恵, 松原弘泰, 岩崎友明, 川地拓, 大原薫, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院から通院移行後の暴力や問題行動に関する静的要因の研究. *司法精神医学*, 2018; 13(1): 11-19
- 8) 壁屋康洋: 触法精神障害者のアセスメント. *こころの科学*, 2018; (199): 34-39
- 9) 村杉謙次: 支える医療を目指した薬物療法 医療観察法病棟における服薬中断プログラムの実践報告 統合失調症

- 患者の再入院予防を目指して. 病院・地域精神医学, 2018; 60(3): 248-251
- 10) 村杉謙次: チーム医療と身体拘束. 精神保健福祉, 2018; 49(4): 314-317
- 11) 木田直也, 村上 優, 大鶴 卓, 高江洲慶, 石橋孝勇: 地域における clozapine 治療ネットワーク 琉球病院を拠点とした沖縄モデル. 臨床精神薬理, 2018; 21(11): 1439-1449
- 12) 木田直也, 村上 優, 大鶴 卓, 高江洲慶, 久保彩子, 石橋孝勇, 中原辰夫, 橋本喜次郎: Clozapine の最適治療用量と維持治療用量の選定 琉球病院での臨床経験から. 臨床精神薬理, 2018; 21(8): 1037-1045
- 13) 岡田幸之: 医療観察法はどのような成果を上げたのか. 精神医学, 2018; 60(11): 1231-1236.
- 10) 五十嵐禎人: 刑事責任能力鑑定について最近感じる事. 臨床精神医学, 2018; 47(11): 1237-1243
- 11) 五十嵐禎人: 司法精神医学における治療・支援の意義. こころの科学, 2018;(199): 14-21

## 2. 学会発表

- 1) Koji Takeda, Takako Nagata, Norio Sugawara, et al. Recidivism and suicide rate of patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. IAFMHS CONFERENCE ANTWERP 2018, ANTWERPEN, JUN 14 2018.
- 2) 早坂佳津絵, 宇都宮健輔, 田島美幸, 今井杏理, 藤里紘子, 川崎直樹, 岩元健一郎, 白川麻子, 吉原美沙紀, 川原可奈, 島田隆生, 重枝裕子, 平林直次, 堀越勝: 産業医による講義と復職面談のロールプレイを含むプログラムのリワークデイケアでの実践報告. 第1回日本うつ病リワーク協会 年次大会, 福島, 2018.4.22
- 3) 平林直次, 竹田康二: 医療観察法医療の現状分析からネクストステップに向けて. 第14回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018.6.1
- 4) 菊池安希子, 岡野茉莉子, 大森まゆ, 大迫充江, 高野和夫, 等々力信子, 平林直次: 医療観察法入院処遇中の対象者による暴力の実態について. 第14回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018.6.1
- 5) 平林直次: 心神喪失者等医療観察法. 第4回精神保健指定医研修会, 東京, 2018.10.26
- 6) 河野稔明, 竹田康二, 山田悠至, 小池純子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法入院処遇期間の適切な指標の探索 集計期間の幅に着目して. 第38回日本社会精神医学会, 東京, 2019.2.28
- 7) 山本哲裕, 壁屋康洋, 高野真弘, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究(1) 長期入院者の特徴と共通評価項目による予測との比較. 国立病院総合医学会, 神戸, 2018.11.9
- 8) 高野真弘, 壁屋康洋, 山本哲裕, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリング

とセグメント化に関する研究(2)入院期間の長期化要因．国立病院総合医学会，神戸，2018.11.9

- 9) 村杉謙次：支える医療を目指した薬物療法 医療観察法病棟における服薬中断プログラムの実践報告 統合失調症患者の再入院予防を目指して．病院・地域精神医学，2018；60(3)：248-251
- 10) 村杉謙次：チーム医療と身体拘束．精神保健福祉，2018；49(4)：314-317
- 11) 大鶴 卓，久保彩子，前上里泰史：全国の指定通院医療機関における通院処遇の診療実態調査．第14回日本司法精神医学会大会，山口，2018.6.2
- 12) 久保彩子，前上里泰史，吉田和史，大鶴 卓，野村照幸，高野真弘，高平大悟：指定通院医療のさらなる発展を目指した指定通院医療従事者研修の在り方についての検討と考察．第14回日本司法精神医学会大会，山口，2018.6.2
- 13) 木田直也，大鶴 卓，村上 優，新里穂鷹，久保彩子，高江洲慶，福治康秀：クロザピン治療中にけいれん発作が出現した治療抵抗性統合失調症23例の報告．第114回日本精神神経学会学術総会，神戸，2018.6.21
- 14) 東本愛香，西中宏吏，野村和孝，五十嵐禎人：累犯刑務所におけるメンタルヘルスの課題．第14回日本司法精神医学会大会，山口，2018.6.1
- 15) 西中宏吏，東本愛香，野村和孝，五十嵐禎人：男性成人受刑者の罪種によるリスクと犯罪思考の特徴．第14回日本司法精神医学会大会，山口，2018.6.1

- 16) 今村扶美，蟹江絢子，出村綾子：シンポジウム 10 潤滑油ではなく、治療の核として：コミュニケーション介入から再考する治療抵抗性疾患 「自閉症スペクトラム障害に対する対人関係のスキル向上を目的とした認知行動療法」．第114回日本精神神経学会学術総会，神戸，2018.6.21
- 17) 鈴木敬生，今村扶美：「重複精神障害を持つ対象者の心理社会的治療の開発と導入に関する研究」とケースフォーミュレーション．2018年度医療観察法MDT研修，東京，2018.10.18
- 18) 今村扶美，鈴木敬生：シンポジウム 「ケースフォーミュレーション ～外来および病棟での実践例～」．平成30年度医療観察法心理士ネットワーク研究会，神奈川，2018.11.30

## 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

なし

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

### 指定入院医療機関データベースシステムを活用した研究

研究分担者 平林 直次 国立精神・神経医療研究センター病院

#### 研究要旨：

目的 本分担研究では、医療観察法入院データベースの十分な活用を可能にする体制を整え、また活用を通じて有用な情報を発信することによって、医療観察法医療の向上に寄与することを目的とした。

方法 平成 30 年度は、以下の 3 つの研究活動を行った。(a)データベースの研究への二次利用に向けた準備、(b)データベースと臨床上の問題意識等に関するインタビュー調査、(c)年次集計報告書「医療観察統計資料(入院)(仮)」の設計である。(b)に関しては、2 機関の医療観察法病棟の多職種スタッフに対し、平成 30 年 7 月と 9 月にインタビュー調査を行った。その結果を逐語録に起こし、質的帰納的分析を行った。

結果および考察 (a)では、研究への二次利用の申請および審査に関する考え方を定め、審査を行う研究推進委員会の規程および業務手順書、二次利用の申請者向けのデータベース利用の手引き、ならびに各種手続き様式の案を整えた。平成 30 年 12 月 12 日に第 1 回研究推進委員会を開催し、これらの案のレビューを行うとともに、審査の進め方などを確認した。(b)では、データベース活用への積極的姿勢の要因と消極的姿勢の要因が抽出された。前者には【治療標準化の共有の必要性】と【外部現状共有の必要性】が含まれ、後者には【情報リテラシーの強化】【運用や設計の見直しの必要性】が含まれた。データベースを活用した医療観察法医療の向上を図るためには、臨床と研究が協働しながら、歴史的背景を考慮してデータベースに設定された重点項目の網羅的なモニタリングを継続するとともに、臨床のニーズに応える項目の分析にも対応していく必要があると考えられた。(c)では、医療観察統計資料(入院)(仮)の基本構造として、対象集団を入院対象者全体、在院中、退院済の 3 通りとし、集計期間を累積、単年、経年の 3 通りとして、在院中×累積を除く 8 通りの組み合わせで組み立てるのがよいと考えた。入院対象者全体×単年の例として、平成 30 年に入院した対象者 235 名で集計したところ、男女比はおよそ 7:3、平均年齢は 40.3 歳(標準偏差 13.2)であり、統合失調症患者が 8 割以上を占めた。退院済×経年の例として、退院年で対象者を群分けして集計すると、対象者のプロフィールに大きな変化は見えないが、入院処遇期間は変化が顕著であり、医療観察統計資料(入院)(仮)への組み入れは有意義と思われた。

結論 本分担研究は、臨床を向上させ、本研究班全体の研究、ひいては司法精神医療の研究全般を支える基盤を構築する役割を有している。医療観察法施行から 13 年目となる現在、医療観察法医療の意義を、施設間、制度間で連携を図りながら発信し、拡大していくことが求められている。そのためにデータベースを活用する仕組みを、引き続き整備することが必要である。

研究協力者（順不同、敬称略）

河野稔明 国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所（執筆担当）

小池純子 同上（同上）

藤井千代 同上

## A．研究目的

平成 17 年に制定された医療観察法は、まもなく 15 年目を迎え、これまでよりもさらに他制度との整合性を図りながら、今後のビジョンを示していく時期にさしかかっている。

これまで各種の研究班により医療観察法医療の実態調査が続けられてきた実績をもとに、厚生労働省は平成 26 年度に重度精神疾患標準的治療法確立事業（以下、データベース事業）を開始した。同事業では国立精神・神経医療研究センター病院を幹事病院として、全国の指定入院医療機関からネットワークを通じて匿名化された診療データを収集するシステムを構築し、平成 29 年 12 月に運用を開始した。これにより、データを分析して入院医療の実態を安定的かつ定期的に把握する基盤が整った。

本分担研究の目的は、このデータベースを十分に活用可能にする体制を整え、また活用を通じて有用な情報を発信することによって、医療観察法医療の向上に寄与することである。

## B．研究方法

平成 30 年度は、大きく 3 つの研究活動を行った。

### 1. データベースの研究への二次利用に向けた準備

データベースに蓄積されるデータを、研究に二次利用できるよう、公的統計やバイオバンクの利活用など、既存の仕組みを参考にして必要な手続き方法を定めた。

また、事業において組織された研究推進委員

会の第 1 回会議に、手続き方法の案を付議し、レビューを受けた。

### 2. データベースシステムと臨床上の問題意識等に関するインタビュー調査

医療観察法の入院・通院医療と一般精神科医療を担う医療機関のスタッフに対するグループインタビュー調査を行った。

#### 1) 目的

一つは、医療機関従事者の持つ問題意識や医療提供上の困難・課題を把握することである。もう一つは、それを踏まえて対象者の社会復帰という医療観察法の目的にかなう医療を提供するために、長期にわたって有効なモニタリング指標の開発と選定を行うことである。

#### 2) 対象

医療観察法の入院と通院の両方の指定を受けた医療機関のうち、協力の得られた国立病院 1 機関、自治体病院 1 機関の多職種スタッフ計 13 名である。

#### 3) 方法

平成 30 年 7 月と 9 月に、医療機関ごとにフォーカス・グループ・ディスカッション法を用いた調査を行った。インタビュー内容は、データベースの活用状況を中心に、(a)職務上の問題意識および重点課題、(b)現在の医療観察制度の問題と解決策、(c)データベース事業への意見とした。得られたデータについては、質的機能的分析を行った。

### 3. 医療観察医療観察統計資料（入院）（仮）の設計

データベース事業では、得られた情報を定期的に集計して白書のような形で報告することを計画している。本分担研究では、報告の媒体を仮称「医療観察統計資料」として設計することとした。具体的には、次の 2 つの作業を進めた。

## 1) 基本構造の開発

医療観察医療観察統計資料(入院)(仮)の性質上、基礎的な集計を体系的に掲載する必要があり、そのための基本構造を開発した。どのような要素をどのように組み合わせるべきか、検討を行った。

## 2) 設計に基づく集計の試行

開発した基本構造に基づいて、集計表に組み入れるデータ項目を挙げ、実際に集計を行った。それにより、設計した集計表が適切なものであるかどうかを確認した。

(倫理面への配慮)

2. のインタビュー調査は、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て行った(承認番号:A2018-035)。研究対象者にはインタビュー前に書面を用いながら口頭で説明を行い、書面で同意を得た。

## C. 研究結果

### 1. データベースの研究への二次利用に向けた準備

データベース事業において設置が決定していた研究推進委員会の位置づけや所掌業務を整理し、二次利用の申請および審査の考え方を定めた。研究推進委員会では、データ利用を申請された研究が精神医療等の向上に資すると期待されるかどうかを重視し、司法精神医療の専門的観点から審査を行うこととし、研究倫理については予め倫理委員会で承認を受けてから申請することを基本方針とした。

この考え方に基づき、研究推進委員会の規程、および業務手順書、二次利用の申請者向けのデータベース利用の手引き、ならびに各種手続き様式の案を作成した。平成30年10月12日に開催された第3回運営委員会での検討を経て内容を修正し、平成30年12月12日に開催された第1回研究推進委員会でレビューを受け

た。その結果、データベースに含まれる項目の一覧を利用の手引きに掲載することや、申請にあたっては予め競争的研究資金の成果データベースなどを参照して医療観察法関連の先行研究を十分に調べておくことを申請者に推奨することが提案された。現在、これらを手続きの仕組みに反映させ、最終確認中である。

### 2. データベースシステムと臨床上の問題意識等に関するインタビュー調査

#### 1) 研究対象者

研究対象者は男性7名、女性6名で、職種は医師1名、看護師5名、精神保健福祉士3名、作業療法士2名、心理療法士2名であった。医療観察法病棟の勤務経験年数は1年目から10年目まで、幅広く分布していた。

#### 2) インタビューの結果

インタビュー調査の結果は、表1のようにまとめられた。カテゴリーは【 】を用いて、サブカテゴリーは を用いて表記した。

本結果は、データベースの活用について大別すると、データベース活用への積極的姿勢の要因と消極的姿勢の要因の2つにわけられた。データベース活用への積極的姿勢の要因には【治療標準化の共有の必要性】と【外部現状共有の必要性】があった。【治療標準化の共有の必要性】は、プログラム成果の曖昧さ 医療の正当性への困惑 で構成され、【外部との現状共有の必要性】は、 観察法内他機関とのつながりの不足 観察法外部とのつながりの不足 で構成された。他方、消極的姿勢の要因には、【情報リテラシーの強化】があり、 データベースの周知の不足 データベースの効果的活用の乏しさ が課題として挙げられた。また 実働の負担 データベース項目の不足 については【運用や設計の見直しの必要性】にまとめられた。

本成果は、臨床と研究者の論文の共同発表を

予定し、準備を進めている。

### 3. 医療観察医療観察統計資料(入院)(仮)の設計

#### 1) 基本構造の開発

医療観察医療観察統計資料(入院)(仮)は、基本構造の要素として対象集団と集計期間の2つを立てると体系的に設計できると考えた。対象集団を入院対象者全体、在院中、退院済の3通り、集計期間を累積、単年、経年の3通りで設定すると、論理的にありえない在院中×累積集計を除き8通りの組み合わせができ、それぞれ意義のある集計が可能となる。

また、在院中か退院済かで集計する意義のある項目は異なるため、対象集団によって項目を変えるのが適切と考えた(表2)。

#### 2) 設計に基づく集計の試行

平成31年2月1日にデータベースから抽出した情報を用いて集計を試行した。

入院対象者全体×単年の例として、2018(平成30)年1月1日から12月31日までに入院した対象者235名で、下記の各項目について単純集計を行った(表3)。

- (1)性別
- (2)年齢(入院時)
- (3)主診断 ICD-10 コード(入院医療機関)
- (4)対象行為1
- (5)対象行為2
- (6)被害者
- (7)放火の被害
- (8)退院状況
- (9)再入院

男女比はおよそ7:3、平均年齢(標準偏差)は40.3(13.2)歳であった。主診断はICD-10コードでF2(統合失調症圏)が8割以上を占めた。対象行為1(殺人 放火 傷害 強盗 強姦性交等 強制わいせつで優先順位をつけて最初に並ぶもの)は、傷害が最も多く39.1%、

次いで殺人が33.6%、放火が20.9%、強盗3.8%、強姦性交等・強制わいせつが2.6%であった。被害者は、未知の人物の26.8%が最も多く、母親の16.6%、父親の11.9%がそれに続いた。対象行為2など、該当しない対象者が存在する項目を除いて、欠損はなかった。

退院済×経年の例として、2018(平成30)年12月31日までに退院した対象者2,535名で、下記の各項目について単純集計を行った(図1~5)。各年への対象者の振り分けは、退院日を基準とした。

- (1)性別
- (2)年齢(退院時)
- (3)主診断 ICD-10 コード(入院医療機関)
- (4)対象行為1
- (5)在院期間

対象者のプロフィール((1)~(4))に大きな変化は見えてとれない一方で、(5)入院処遇期間は変化が顕著であった。しかしながら、法施行3年後の2008(平成20)年や5年後の2010(平成22)年に退院した対象者の中に、在院期間が6年以上となっている事例があり、不正確なデータが混入していることが判明した。

## D. 考察

### 1. 医療観察法医療の質の向上に向けたデータベース事業の寄与

平成30年度は、医療観察法医療の質の向上を目指し、データベースの本格的な活用に向けた準備を始めた年であった。まだ不十分な面もあるが、研究推進委員会が組織されたことで、研究の視点を含めた医療の向上を目指す基盤ができたと言える。また、医療観察法多職種スタッフへのインタビュー調査では、データベースの活用について一定の方向性を得ることができたと考えられる(若干の詳細な考察を次項に記載する)。さらに、医療観察統計資料(入院)(仮)の設計では、継続的に集計する必要

のある指標を選別しているところであり、医療の質の向上に寄与する情報の提供に向けて準備が進んだ。

客観的な指標をモニタリングしていくことは、医療観察法がいかなる対象を受け入れ、いかなる方向性を目指すことができるのかを評価することを可能にする。データベースを活用した研究の基盤づくりが進んだことは大きな前進であり、平成 31 年度以降も引き続き順調に進むことが期待される。

本研究では、設計した医療観察統計資料(入院)(仮)の基本構造に基づき、集計を試行したが、不正確なデータの混入も判明し、データクリーニングが今後の課題となった。不正確なデータは、データベースシステムを通じてではなく、データベースに別途格納された、過去の調査データ(これにより法施行以来の全入院対象者の基本情報が利用可能となっている)に由来するものであるが、データの活用が本格的に始動する前に修正が必要と考えられた。今回の集計試行では、それ以外には明らかに不正確なデータや欠損値はなかったが、データの研究利用も見据えて、どの範囲のデータで信頼性が十分に担保されているのかを確認しておく必要がある。

## 2. 医療観察法医療の臨床と研究の協働の必要性

医療観察法多職種スタッフへのインタビュー調査では、データベース活用への積極的姿勢の要因と消極的姿勢の要因が抽出された。前者には【治療標準化の共有の必要性】と【外部現状共有の必要性】があり、後者には、【情報リテラシーの強化】【運用や設計の見直しの必要性】が含まれた。

現在の医療観察法医療は、少なからず医療観察法成立に至る歴史的背景<sup>1-5)</sup>を考慮した慎重な運用が求められる。そのうえでは、データ

ベースも、歴史的背景を考慮して設定された重点項目の網羅的なモニタリングを継続する必要があるものと思われる。その一方で本結果は、現在の臨床のニーズへの対応も検討しなければ、データベース事業と臨床の距離が乖離する可能性をも示唆していた。

他方、臨床上の課題を解決する目的があっても、それらに関連する項目をデータベースに追加することが適切なかどうかについては検証が必要である。とりわけ、時代とともに変遷する臨床的課題に関連する指標については、データベースに取り込む普遍的意義の検証を要すると思われる。このため、まずは研究として候補となる指標を設定してデータを収集・分析し、データベース項目としての適格性を評価することが現実的なように思われる。その際には、臨床からの情報提供に期待が集まる。

## 3. 今後に向けて

本研究班が、特にデータベース事業の発展を支える形で存在することによって、医療観察法医療の質の向上を図れることが見込まれた。データベースのデータも、今後詳細な分析を行っていく必要がある。

今後に向けては、対象者特性や臨床上の課題を把握しつつ、課題解決のための研究を進展させ、精神科医療全般の中で、医療観察法が担っている医療の現状や役割を外部に発信していく必要がある。それにより、臨床の抱える課題に即し、他機関とのつながりを図りながらの医療観察法医療体制を整備していかれるように思われた。

## E . 結論

本分担研究は、臨床を向上させ、本研究班全体の研究、ひいては司法精神医療の研究全般を支える基盤を構築する役割を有している。医療観察法施行から 13 年目となる現在、医療観察

法医療の意義を、施設間、制度間で連携を図りながら発信し、拡大していくことが求められている。そのためにデータベースを活用する仕組みを、引き続き整備することが必要である。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Hiroko Kashiwagi, Naotsugu Hirabayashi: Death Penalty and Psychiatric Evaluation in Japan. *Frontiers in Psychiatry* 2018; 9(550): 1-5
- 2) Yuji Yamada, Harumasa Takano, Maki Yamada, Naoko Satake, Naotsugu Hirabayashi, Mitsutoshi Okazaki, Kazuyuki Nakagome: Pisa syndrome associated with mirtazapine: a case report. *BMC Pharmacology and Toxicology* 2018; 19(82): 1-3
- 3) 竹田康二, 平林直次: 医療観察法医療の現状と今後の課題・展望. *こころの科学* 2018; (199): 28-33
- 4) 平林直次: 医療観察法が実際にどのように運営されたか. *精神医学* 2018; 60(11): 1223-1230
- 5) 平林直次: 多職種チーム医療 医療観察法病棟の経験から多職種の役割と効果 . 図説 日本の精神保健運動の歩み 改訂増補版 2018; 130-132
- 6) 平林直次: 精神鑑定の課題と質向上に向けたアイデア 個人的経験から . *臨床精神医学* 2018; 47(11): 1319-1325

### 2. 学会発表

- 1) 早坂佳津絵, 宇都宮健輔, 田島美幸, 今井杏理, 藤里紘子, 川崎直樹, 岩元健一郎,

白川麻子, 吉原美沙紀, 川原可奈, 島田隆生, 重枝裕子, 平林直次, 堀越勝: 産業医による講義と復職面談のロールプレイを含むプログラムのリワークデイケアでの実践報告. 第 1 回日本うつ病リワーク協会 年次大会, 福島, 2018.4.22

- 2) 平林直次, 竹田康二: 医療観察法医療の現状分析からネクストステップに向けて. 第 14 回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018.6.1
- 3) 菊池安希子, 岡野茉莉子, 大森まゆ, 大迫充江, 高野和夫, 等々力信子, 平林直次: 医療観察法入院処遇中の対象者による暴力の実態について. 第 14 回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018.6.1
- 4) 平林直次: 心神喪失者等医療観察法. 第 4 回精神保健指定医研修会, 東京, 2018.10.26
- 5) 河野稔明, 竹田康二, 山田悠至, 小池純子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法入院処遇期間の適切な指標の探索 集計期間の幅に着目して . 第 38 回日本社会精神医学会, 東京, 2019.2.28

## 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

## I．謝辞

日常業務が多忙な中をインタビュー調査にご協力くださった医療観察法多職種スタッフの皆様へ深謝いたします。

## 参考文献

- 1) 長尾卓夫：重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇について 日精協の対応の経過．日精協誌 21(2)：105-108，2002
- 2) 中谷陽二：犯罪と精神保健行政 戦後の動向．臨床精神医学講座 19 司法精神医学・精神鑑定（松下正明総編集，中山書店，東京）；pp.421-428，1998
- 3) 中谷陽二：医療の視点からみた触法精神障害者処遇．刑法雑誌 42(2)：253-265，2003
- 4) 中谷陽二：司法精神医学から見た統合失調症/統合失調症から見た司法精神医学，司法精神医学 3(1)：64-71，2008
- 5) 武井満：司法精神医療のあり方と、今後の課題 精神医療改革と「医療観察法」成立の意義 司法精神医学の確立を目指して．司法精神医学 1(1)：34-42，2006

表1 データベースシステムと臨床上の問題意識等に関するインタビュー調査の分析結果

	カテゴリー	サブカテゴリー	コード
積極的姿勢の要因への	治療標準化の共有の必要性	プログラム成果の曖昧さ	他機関のプログラムを知らない プログラムの評価ツールがない 新しいプログラムの開発がない
		医療の正当性への困惑	入院が長期化しすぎていないか 会議の程度や質はこの程度で良いのか 外泊等訓練の標準化の曖昧さ 困難ケースの対応方法への不安
	外部との現状共有の必要性	医療観察法内他機関とのつながりの不足	職種間で話し合う時間の乏しさ 定期的な自主活動開催の困難さ 国立病院機構と自治体病院のつながりにくさ
		医療観察法外部とのつながりの不足	モデル医療の周知の機会不足 退院調整の難しさ 退院後の状況がわからない
消極的姿勢の要因への	情報リテラシーの強化	データベースの周知の乏しさ	データベースの存在を知らない データベースの効果を知らない 臨床にデータベースデータが周知されない
		データベースの効果的活用の乏しさ	効果的なデータの出し方がわからない データベースの活用方法を知らない
	運用や設計の見直しの必要性	実働の負担	データ提出作業の負担感 入力する項目の把握が困難
		データベース項目の不足	調査項目量の不足 処遇より社会復帰に関するデータが欲しい 治療同意や効果に影響する要因が知りたい 医療機関以外の関連機関のデータが知りたい 標準化された治療を確認したい 入院対象者の特性の変化が知りたい

表2 医療観察統計資料（入院）（仮）の対象集団ごとの集計項目案

	入院 対象者 全体	入院中	退院済
年齢	○ <sup>1</sup>	○ <sup>2</sup>	○ <sup>3</sup>
性別	○	○	○
主診断（入院医療機関） <sup>4</sup>	○	○	○
重複障害（入院医療機関） <sup>4</sup>	○	○	○
対象行為種別	○	—	—
被害者・放火被害区分	○	—	—
事件地都道府県	○	—	—
転院歴	—	○	○
退院状況 <sup>5</sup>	○	—	○
現在のステージ	—	○	—
在院期間	○ <sup>6</sup>	○ <sup>7</sup>	○ <sup>8</sup>
在ステージ期間	—	—	○
隔離・拘束	—	○	○

1. 入院時
2. 基準日
3. 退院時
4. ICD-10 F+1桁
5. 入院中、通院移行、処遇終了、死亡、抗告、その他
6. 推定値 (Kaplan-Meier)
7. 暫定値
8. 実績値

表3 医療観察統計資料（入院）（仮） 単年集計のサンプル：入院対象者の概要

2018年1月1日～2018年12月31日に入院決定した235名の概要（速報値版）

項目	n	%	
		平均値 中央値	標準偏差 範囲
性別	男性	169	71.9%
	女性	66	28.1%
年齢（入院時）	平均値（標準偏差）	40.3	(13.2)
	中央値（範囲）	39.2	(20-80)
主診断ICD-10コード （入院医療機関）	F0	3	1.3%
	F1	16	7.0%
	F2	193	83.9%
	F3	12	5.2%
	F4	1	0.4%
	F5	0	0.0%
	F6	0	0.0%
	F7	2	0.9%
	F8	3	1.3%
	F9	0	0.0%
	その他	0	0.0%
対象行為1	殺人（未遂を含む）	79	33.6%
	放火（未遂を含む）	49	20.9%
	傷害	92	39.1%
	強盗（未遂を含む）	9	3.8%
	強制性交等・強制わいせつ（未遂を含む）	6	2.6%
対象行為2	なし	216	91.9%
	殺人（未遂を含む）	8	3.4%
	傷害	9	3.8%
	強盗（未遂を含む）	2	0.9%
被害者	母親	39	16.6%
	父親	28	11.9%
	配偶者（内縁関係含む）	12	5.1%
	子	10	4.3%
	ほかの親族	7	3.0%
	知人または友人（一時的パートナー含む）	21	8.9%
	未知の人物	63	26.8%
	会社や関係組織	14	6.0%
	不明または不詳	7	3.0%
放火の被害（N=49）	自宅一戸建て（同居家族あり）	23	46.9%
	自宅一戸建て（同居家族なし）	3	6.1%
	自宅集合住宅	15	30.6%
	ホテル等	1	2.0%
	知人宅	3	6.1%
	非現住建造物	4	8.2%
退院状況	退院済	3	1.3%
	入院中	232	98.7%
再入院	なし	230	97.9%
	あり	5	2.1%

図1 医療観察統計資料（入院）（仮） 経年集計のサンプル：性別（退院年度別）



図2 医療観察統計資料（入院）（仮） 経年集計のサンプル：年齢（退院年度別）

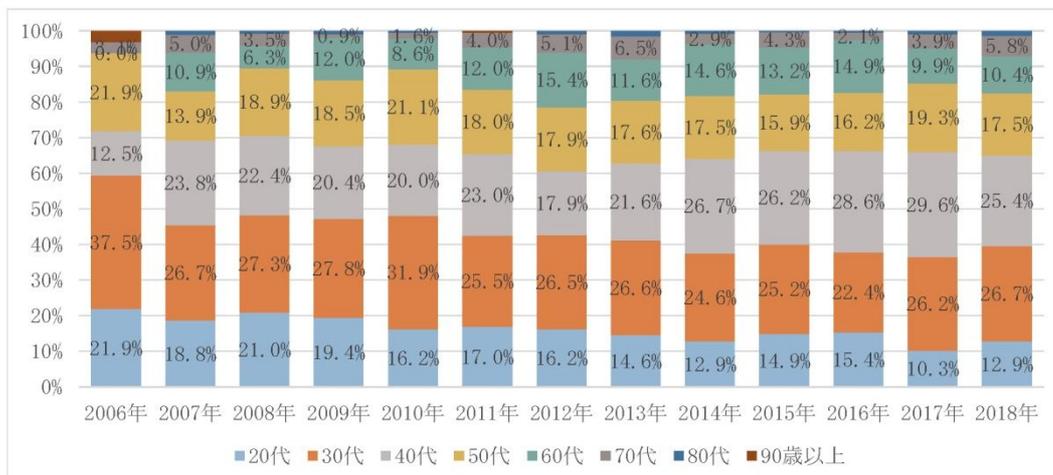


図3 医療観察統計資料（入院）（仮） 経年集計のサンプル：主診断ICD-10コード（退院年度別）

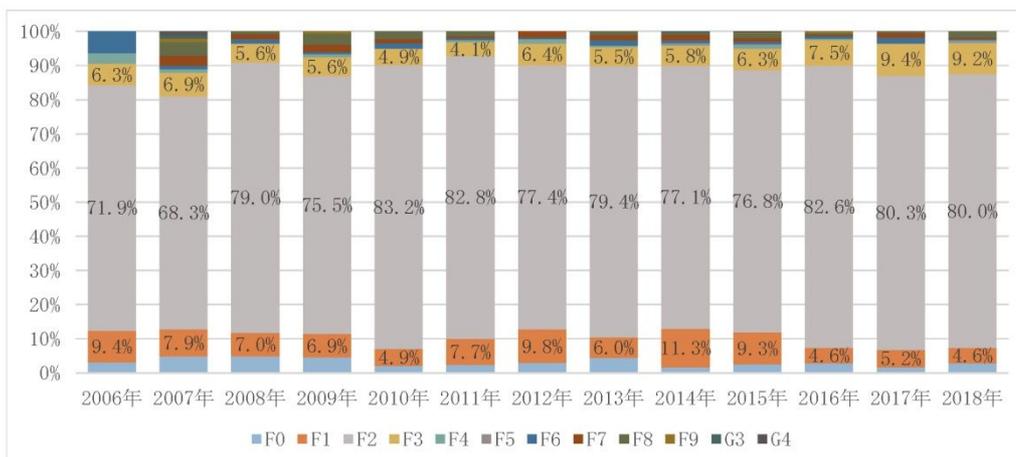
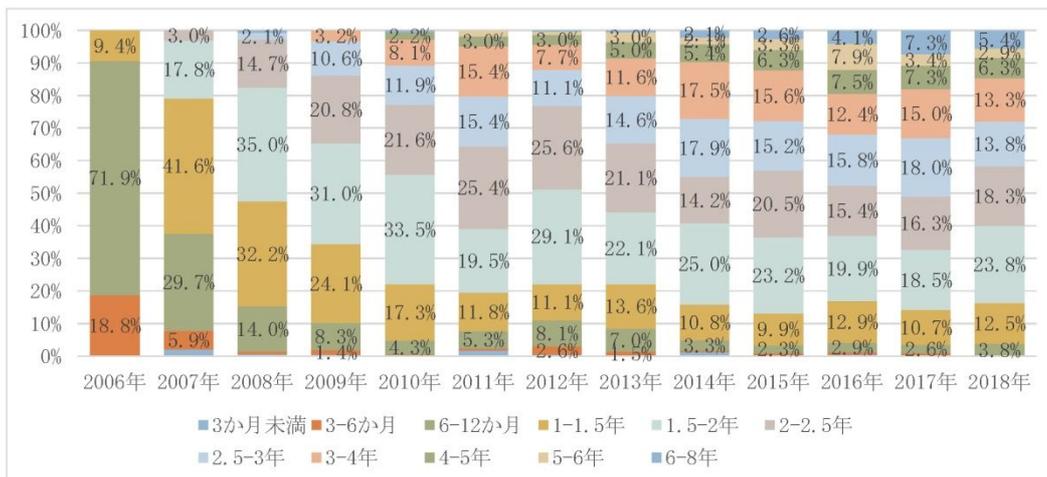


図4 医療観察統計資料（入院）（仮） 経年集計のサンプル：対象行為1（退院年度別）



図5 医療観察統計資料（入院）（仮） 経年集計のサンプル：在院期間（退院年度別）



平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

### 指定入院医療機関退院後の予後に関連する要因に関する研究

研究分担者 松田 太郎 国立精神・神経医療研究センター病院

#### 研究要旨：

本研究は、医療観察法入院処遇対象者の退院後の予後を把握すること、対象者の予後に影響を与える要因を検討することを目的としている。

平成 30 年度は、全国 29 の指定入院医療機関と協働し、法務省保護局および保護観察所の協力を得て予後調査を実施した。平成 17 年 7 月 15 日から平成 30 年 7 月 15 日の間に指定入院医療機関を退院し通院処遇が実施された対象者のうち本調査に同意の得られた者は、累計 966 名、観察期間は 2091.2 人年（平均値 790.2 日、中央値 905.5 日、3-1,826 日）であった。男性が 739 名、女性が 227 名であった。平成 30 年 7 月 15 日時点で、404 名が処遇継続中であり、562 名が処遇終了していた。

主診断では、F2（統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害）が 785 名（81.3%）、F3（気分障害）が 80 名（8.3%）、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）が 73 名（7.6%）であった。対象行為では、殺人・殺人未遂 330 名（34.0%）、傷害 332 名（34.2%）、放火 224 名（23.1%）であった。

通院処遇期間中に、「重大な再他害行為」は 12 名 18 件認められた。重大な再他害行為の累積発生率は 1.9%/3 年であった。「その他、上記に当たらない軽微な他害行為」は 32 名 45 件認められた。「全ての再他害行為（重大＋その他）」は 42 名 63 件認められた。全ての再他害行為の累積発生率は 5.9%/3 年であった。

通院処遇期間中に、17 名（男性 10 名、女性 7 名）が死亡していた。死因は自殺が 10 名で最多であり、次いで病死が 3 名、事故死が 3 名であった。累積死亡率は、3 年間で 2.5%であった。自殺企図（未遂を含む）は、28 名 32 件に認められ、そのうち死亡（既遂）した者は 10 名であった。自殺企図の累積発生率は、1 年間で 1.4%、3 年間で 3.9%であり、自殺既遂の累積発生率は 1.6%/3 年であった。

通院処遇開始時の年齢が 60 歳未満かつ通院処遇終了者(n=436)に限ってみると、75 名（17.2%）が通院処遇期間中に、就労を行っていた。また統合失調症患者の就労に関する多変量解析の結果からは、対象行為が重大であるほど、通院処遇期間中の就労に結び付きにくくなる傾向が示唆された。

研究協力者（順不同、敬称略）

平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院  
菅原典夫 国立精神・神経医療研究センタートランスレーショナル・メディカルセンター 情報管理・解析部  
坂本和巳 法務省保護局精神保健観察企画官室  
山本雅也 国立病院機構花巻病院  
山村 卓 同上  
木村早智子 同上  
白石 潤 国立病院機構北陸病院  
柴田剛史 同上  
中根 潤 国立病院機構下総精神医療センター  
竹田康二 国立精神・神経医療研究センター病院  
島田明裕 同上  
西岡直也 国立病院機構久里浜医療センター  
野村照幸 国立病院機構さいがた医療センター  
藤崎直人 同上  
村杉謙次 国立病院機構小諸高原病院  
眞瀬垣実加 同上  
山本哲裕 国立病院機構東尾張病院  
村田昌彦 国立病院機構榊原病院  
山下 健 同上  
中谷紀子 国立病院機構やまと精神医療センター  
中山朝尋 国立病院機構肥前精神医療センター  
渡邊大輔 同上  
松山 快 国立病院機構菊池病院  
知花浩也 国立病院機構琉球病院  
諸見秀太 同上  
須貝孝一 山形県立こころの医療セン

ター

小松崎智恵 茨城県立こころの医療センター  
埴 淳 同上  
宮田光博 同上  
島田達洋 栃木県立岡本台病院  
村島泰良 同上  
山田竜一 群馬県立精神医療センター  
三上智子 埼玉県立精神医療センター  
木下英俊 東京都立松沢病院  
小澤篤嗣 神奈川県立精神医療センター  
瀬底正有 同上  
大澤千晶 同上  
山下 徹 山梨県立北病院  
宮崎 洋 長野県立こころの医療センター駒ヶ根  
伊藤一郎 同上  
三井由美子 同上  
仲田明弘 静岡県立こころの医療センター  
松原弘泰 同上  
柴崎守和 滋賀県立精神医療センター  
柏木直子 大阪精神医療センター  
賀来祥子 同上  
石津すぐる 岡山県精神科医療センター  
松浦秀一 同上  
磯村信治 山口県立こころの医療センター  
安藤幸宏 長崎県精神医療センター  
中村 仁 同上  
西元勝視 鹿児島県立始良病院  
上之園和恵 同上

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)」が施行され、平成30年7月15日で13年となった。この間に指定入院医療機関を退院し、通院処遇が実施される例は徐々に増加し、司法統計からは、平成29年度末までの医療観察法51条1項2号による退院許可者は1,921人と試算される<sup>1)</sup>。

医療観察法医療には、豊富な人的、物的資源が投入され、従来の薬物療法に加えた多職種協働による心理社会的治療、地域関係者合同のケア会議の実施など新たな試みがなされている。こうした医療を経験した対象者の予後には社会的な期待も大きく寄せられている。

欧米圏では、触法精神障害者の予後に関する研究調査が多数存在し、司法精神医療の内容の向上に寄与している。しかしながら、我が国では医療観察法施行後の実態は、継続的な調査体制が未確立であったなどの理由から把握しにくい状況であった。

このような状況を踏まえ、本研究では、医療観察法入院処遇対象者の、将来的にも継続可能な情報収集システムを整備し、退院後の転帰・予後を把握すること、退院後の予後に関連する要因を検討することを目的に研究を継続している。

なお、本研究は、平成30年12月18日付で国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より承認を受けている(承認番号A2018-117)。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

対象は、平成17年7月15日から平成30年7月15日までの間に、協力施設の全国29の指定入院医療機関の医療観察法病棟に入院処遇となった対象者のうち、退院後、通院処遇が実施され、かつ退院後の予後調

査に同意の得られた者である。

調査対象期間は、各対象者の退院日から通院処遇終了日、あるいは平成30年7月15日のいずれか早い日までである。

### 2. 同意

退院が決定した時点で、各医療機関の研究協力者から対象者に直接文書を用いて趣旨を説明し、本人から文書にて同意を得た。

### 3. 調査項目

#### 1) 社会学的特性、精神科診断

対象者の退院時年齢、性別、精神科診断名(入院治療における主診断)、対象行為、退院日を調査した。精神科診断には、国際疾病分類第10版(ICD-10)を用いた。

#### 2) 退院後の予後

予後調査シートにて以下の情報を収集した。

- ・調査日(平成30年7月15日時点)の処遇状況(継続、終了)
- ・処遇終了後の医療(医療観察法再入院、精神保健福祉法による通院、精神保健福祉法による入院、精神科治療終了、死亡)
- ・再他害行為の有無と内容
- ・自殺企図(未遂、既遂)の有無と内容
- ・指定入院医療機関における退院前のアルコール・薬物問題の認識の有無、通院処遇期間中のアルコール・薬物摂取の有無と内容
- ・通院処遇中の精神保健福祉法による入院の形態と期間
- ・居住形態(家族と同居、単身生活、グループホームなど)
- ・退院後に利用した社会資源
- ・就労
- ・生計

#### 4. 情報収集システムの構築

指定入院医療機関関係者が集合する関連職種研修会等で本研究への参加を呼びかけ、文書にて参加の意向を得た。

平成 30 年 8 月、法務省保護局総務課精神保健観察企画官室から全国保護観察所に本調査について周知していただいた。同月、協力機関である各指定入院医療機関において、対象者の氏名を記入したアンケート用紙および返信用封筒を用意し、該当の保護観察所ごとに封筒に入れ封をし、国立精神・神経医療研究センター病院（以下、当院）に送付した。当院で、全協力機関から収集したアンケート用紙を封筒に書かれた保護観察所名で分け直し、一括して全国の保護観察所へ発送した。この方法により、対象者の氏名が各指定入院医療機関以外の者の目に触れることなく、一方、保護観察所は該当する医療機関の全部のアンケート用紙を一度に受け取ることができるようにした。

保護観察所において、該当対象者の精神保健観察を担当する社会復帰調整官または社会復帰調整員が調査項目内容を記入し、対象者が入院していた指定入院医療機関に返送した。指定入院医療機関、当院、保護観察所間の郵送には、すべて追跡可能なレターパック<sup>®</sup>を使用し、予め宛先を記入しておくなど紛失や誤送の危険性が生じないように配慮した。

各施設で受理した対象者の予後に関する情報は、各施設の研究協力者が、既に各施設で持つ対象者属性情報（年齢、性別、対象行為、退院日）と連結させ、氏名等の個人情報削除して匿名化した上で、本研究用 ID 番号を振り与えた。本研究用 ID 番号は、原則、同一対象者を同一 ID 番号で管理し、ひとりで 2 回以上の通院処遇がある場

合には新たな ID 番号を与えるようにした。

対象者属性情報および予後調査結果を記入した電子ファイルを、パスワードを設定して当院研究分担者、研究協力者のもとに集め、研究分担者、研究協力者が全施設の統合表を作成した。当院に収集された全電子情報および文書情報は、当院および協力機関の医療観察法病棟内で保管し、研究終了後、最低 5 年間の保存期間を設け、保存期間終了時に保存の必要がないと判断された場合には破棄することにした。

データの入力、解析は当院の外部と切り離されたコンピューターにおいて行い、そのアクセス権は研究分担者と研究協力者に限り、厳重に管理した。

再他害行為、自殺企図（既遂）、医療観察法再入院処遇、精神保健福祉法入院などの予後や居住、就労などの通院状態について解析を行った。解析には SPSS<sup>®</sup>を用い、 $p < 0.05$  を統計学的に有意とした。

#### C. 研究結果

##### 1) 社会的特性、精神科診断（主診断）、対象行為、地域処遇日数（表 1）

研究対象者は、累計 966 名（男性 739 名、女性 227 名）であった。平均年齢は男性  $47.0 \pm 13.0$  歳、女性  $48.1 \pm 12.9$  歳で、いずれも 40 歳代をピークとしていた。

観察期間は、総計 2,091.2 人年（平均値 790.2 日、中央値 905.5 日、3-1,826 日）であった。平成 30 年 7 月 15 日時点で、404 名が処遇継続中であり、562 名が処遇終了していた。

主診断では、F2（統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害）が 785 名（81.3%）、F3（気分障害）が 80 名（8.3%）、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）が 73 名（7.6%）であった。男性

では F2 が女性では F3 の割合が有意に高かった。対象行為では、殺人・殺人未遂 330 名(34.0%)、傷害 332 名(34.2%)、放火 224 名(23.1%)であった。男性は女性に比べ「傷害」と「強姦性交等、強姦わいせつ」の割合が有意に高く、女性は男性に比べ「殺人」と「放火」の割合が有意に高かった(表 1)。

## 2) 再他害行為

医療観察法による再入院の申立て要件となるような他害行為を「重大な再他害行為」と定義すると、重大な再他害行為は 12 名 18 件認められた(表 2)。重大な再他害行為の累積発生率は 1.9%/3 年であった。「その他、上記に当たらない軽微な他害行為」は 32 名 45 件認められた(表 3)。「全ての再他害行為(重大+その他)」は 42 名 63 件認められた。全ての再他害行為の累積発生率は 3 年間で 5.9%であった。重大な再他害行為の粗率は 577.1/100,000 人年であり、全ての再他害行為の粗率は 2,060.4/100,000 人年であった。

## 3) 死亡

通院処遇期間中に、17 名(男性 10 名、女性 7 名)が死亡していた。死因は自殺が最多であり、病死が 3 名、事故死が 3 名であった(表 4)。累積死亡率は、3 年間で 2.5%であった(表 5)。

## 4) 自殺企図

自殺企図(未遂を含む)は、28 名 32 件に認められ、そのうち死亡(既遂)した者は 10 名であった。自殺企図の累積発生率は、3.9%/3 年であり、自殺既遂の累積発生率は 1.6%/3 年であった(表 5)。

## 5) 精神保健福祉法による入院

通院処遇期間中、合計で 390 名が精神保健福祉法による入院をしていた。累積入院率は 1 年目で 33.6%、3 年目で 45.9%であった。調整入院(医療観察法入院処遇終了

と同時に精神保健福祉法入院)は 134 名(13.9%)に認めた。

## 6) 医療観察法による再入院

通院処遇期間中に医療観察法による再入院となった対象者は 18 名(男性 14 名、女性 4 名)であった。累積再入院処遇率は 3 年間で 2.1%であった。

## 7) 就労

対象者全体で 109 名(11.3%)が、通院処遇期間中に就労(就労支援施設などの福祉的就労を含まない)を一度は行っていた。通院処遇開始時の年齢が 60 歳未満かつ通院処遇終了者(n=436)に限ってみると、75 名(17.2%)が通院処遇期間中に就労を行っていた。さらに主診断が統合失調症の対象者に限ると(n=362)、56 名(15.5%)に就労歴を認めた。独立変数として年齢、性別、対象行為(傷害群を reference とした)を投入し従属変数を就労の有無として、ロジスティック解析を行ったところ、年齢が高くなると就労に結び付きにくいこと、対象行為が「殺人」の群は「傷害」の群と比較して就労に結び付きにくいことが明らかとなった(表 6)。

## D . 考察

### 1) 調査対象数

平成 17 年から平成 29 年度末までの間、裁判所による退院許可決定(退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定)は 1,921 件であった。本研究は累積で通院処遇移行対象者の約 50%を調査している計算となる。

### 2) 再他害行為

医療観察法施行以前に我が国で行われた触法精神障害者の再犯研究では、吉川・山上らの報告<sup>2)</sup>が比較の参考になる。

そこでは、再他害行為を行い警視庁または法務省に記録された重大な犯罪行為（殺人、傷害、暴行、強盗、強制わいせつ、強姦等）は、退院3年後で6~7%と推計される。また、英国では Davies S. らが medium secure unit を退院した触法精神障害者の予後を調査し、パーソナリティ障害を除く精神疾患患者の2年後の重大犯罪再発生率が5.6%であったことを報告している<sup>3)</sup>。Fazel ら<sup>4)</sup>は、30研究のメタアナリシスを行い、司法精神病院退院患者の再他害行為の粗率を、4,484/100,000人年(95%CI 3,679-5,287)と推定している。

これらの報告に比較すると、本研究における重大な再他害行為の発生率は低い水準であることがわかる。しかしながら、海外の研究との比較の際には、各国により一般人口の犯罪率が異なる点に注意が必要である。例えば、少し古いデータになるが、2004-2005年の International Crime Victims Survey (ICVS) によると、日本の犯罪被害者率は England & Wales や Ireland の半分であった<sup>5)</sup>。今後、各国の犯罪率等を考慮に入れた国際比較の方法を検討し、解析していく必要がある。

### 3) 死亡・自殺企図

海外の先行研究では、司法精神病院退院後患者の死因の多くは、病死が占めており、自殺が占める割合は半数以下である。しかしながら、本調査では自殺が死因の大半を占めていた。この違いとして、観察期間の違いが推測された。海外の先行研究はナショナルレジストリなどを用いて数十年といった長期の後ろ向き観察研究を行っていることが多く、したがって観察期間には、forensic outpatient treatment order（日本では通院処遇）が

終了した後の期間を多く含んでいる。一方で本調査の観察期間は、通院処遇期間中に限定されている点に大きな違いがある。司法精神病院退院後患者を対象とした研究ではないが、オーストラリアの Community Treatment Order は、メディカルケアへのアクセスを改善することで死亡率の低下に寄与しているとする報告がある<sup>6)</sup>。本調査の結果からは、医療観察法における通院処遇期間中の定期的な通院や社会福祉サービスを利用した手厚い地域支援体制は、対象者の病死による死亡率の低下に貢献しているものと推察された。

### 4) 就労

就労に影響する因子については、対象者の有する疾患ごとに差が大きいものと推察される。そこで処遇終了者で通院処遇開始時、60歳未満であった統合失調症患者に限定して解析したところ、年齢が高くなると、就労に結び付きにくくなること、対象行為が「殺人」の群は「傷害」の群と比較して就労に結び付きにくいことが明らかとなった。また有意差は認めなかったが、「放火」や「強姦性交等・強制わいせつ」の群でも「傷害」の群と比較して、就労に結び付きにくい傾向を認めた。この結果からは対象行為が重大であるほど、通院処遇期間中の就労に結び付きにくくなる傾向が示唆された。

## E . 結論

平成30年度は、29の指定入院医療機関が協働し予後調査を実施した。

平成30年度の重大な再他害行為の累積発生率・粗率は、国内外の類似先行研究の結果と比較して、低い水準で推移していた。今後、各国の一般人口の犯罪率

なども考慮した比較手法を検討する必要がある。

統合失調症患者の就労には、年齢と対象行為の種類が影響していた。対象行為の重大さが就労率に影響している可能性が示唆された。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

### 2．学会発表

- 1) Koji Takeda, Takako Nagata, Norio Sugawara, et al. Recidivism and suicide rate of patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. IAFMHS CONFERENCE ANTWERP 2018, ANTWERPEN, JUN 14 2018.

## 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

## I．謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた法務省保護局、全国保護観察所の皆様、および全国の医療観察法病棟スタッフの皆様の協力に深謝致します。

## 参考文献

- 1) 裁判所ホームページ 司法統計  
[http://www.courts.go.jp/app/sihotokei\\_jp/search](http://www.courts.go.jp/app/sihotokei_jp/search)
- 2) Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. Kazuo Yoshikawa, Pamela J.Taylor, Akira Yamagami, et al. Criminal Behaviour and Mental Health 17: 137-151, 2007
- 3) Long-term outcomes after discharge from medium secure care: a cause for concern. Davies S, Clarke M, Hollin C, Duggan C. Br J Psychiatry. Jul; 191: 70-4, 2007
- 4) Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. Seena Fazel, Zuzanna Fimińska, Christopher Cocks, Jeremy Coid. Br J Psychiatry 208 (1): 17-25, 2016
- 5) United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute ホームページ  
[http://www.unicri.it/services/library\\_documentation/publications/icvs/publications/](http://www.unicri.it/services/library_documentation/publications/icvs/publications/)
- 6) The Utility of Outpatient Commitment: II. Mortality Risk and Protecting Health, Safety, and Quality of Life. Segal SP, Hayes SL, Rimes L. Psychiatr Serv 68: 1255-61, 2017.

表1 男女別の社会的特性 (n=966)

		男性	女性	計
平均年齢 (SD)		47.0 (13.0)	48.1 (12.9)	47.3 (12.9)
主診断 (ICD10)				
	F0, n (%)	11 (1.5)	1 (0.4)	12 (1.2)
	F1, n (%)	60 (8.1)	13 (5.7)	73 (7.6)
	F2, n (%)	622 (84.2*)	163 (71.8)	785 (81.3)
	F3, n (%)	37 (5.0)	43 (18.9*)	80 (8.3)
	F4, n (%)	1 (0.1)	1 (0.4)	2 (0.2)
	F5, n (%)	0 (0.0)	1 (0.4)	1 (0.1)
	F6, n (%)	0 (0.0)	3 (1.3)	3 (0.3)
	F7, n (%)	4 (0.5)	2 (0.9)	6 (0.6)
	F8, n (%)	3 (0.4)	0 (0.0)	3 (0.3)
	F99, n (%)	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.1)
	計	739 (100.0)	227 (100.0)	966 (100.0)
対象行為**				
	殺人, n (%)	221 (29.8)	109 (47.8*)	330 (34.0)
	傷害, n (%)	293 (39.5*)	39 (17.1)	332 (34.2)
	放火, n (%)	151 (20.4)	73 (32.0*)	224 (23.1)
	強盗, n (%)	36 (4.9)	7 (3.1)	43 (4.4)
	強制性交等、強制わいせつ, n (%)	41 (5.5*)	0 (0.0)	41 (4.2)
	計	742 (100.0)	228 (100.0)	970 (100.0)
退院時居住				
	家族同居, n (%)	155 (21.0)	74 (32.6*)	229 (23.7)
	独居, n (%)	162 (21.9)	45 (19.8)	207 (21.4)
	福祉施設, n (%)	308 (41.7)	86 (37.9)	394 (40.8)
	精神保健福祉法入院, n (%)	112 (15.2)	22 (9.7)	134 (13.9)
	不明, n (%)	2 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.2)
	計, n (%)	739 (100.0)	227 (100.0)	966 (100.0)

\*p<0.05, \*\*4名、複数の対象行為を行った者あり

表2 重大な再被害行為 (n=966)

	男性 (件数)	女性 (件数)
殺人 (未遂含む)	1	0
傷害	7	0
放火	1	2
強盗	0	0
強制性交等、強制わいせつ	7	0
計	16	2

表3 その他の再被害行為 (n=966)

	男性 (件数)	女性 (件数)
窃盗	1	2
暴力行為、暴言、器物破損	14	8
性的逸脱行為	6	0
精神保健福祉法入院理由が他害・迷惑行為	5	2
その他・不明	6	1
計	32	13

表4 死因、自殺企図 (n=966)

	男性 (件数)	女性 (件数)	計
死因			
	自殺	5	5
	病気	1	2
	事故	3	0
	窒息	1	0
	計	10	7
自殺企図 (既遂)			
	過量服薬	6	3 (1)
	飛び降り	4 (2)	3 (1)
	縊首	4 (3)	1 (1)
	切創	2	2 (1)
	打撲	2	0
	異物摂取	2	0
	放火	0	1 (1)
	未知	2	0
	計	22 (5)	10 (5)

表5 累積死亡（自殺企図・自殺既遂）率（3年）、死亡（自殺企図・自殺既遂）粗率（100,000人年あたり）

	男性		女性		計	
	累積発生率	粗率	累積発生率	粗率	累積発生率	粗率
全死因	1.8	613.9	5.0	1514.3	2.5	812.9
自殺企図	3.3	1117.3	6.6	2197.3	3.9	1355.2
自殺既遂	1.0	306.9	3.7	1081.7	1.6	478.2

表6 統合失調症患者（処遇終了者，age<60）の就労に関連する因子（n=362）

	Exp(B)	Exp(B) の 95% 信頼区		有意確率
		下限	上限	
年齢	0.945	0.913	0.978	0.001*
女性	0.892	0.367	2.165	0.800
傷害	reference			0.136
殺人	0.458	0.218	0.962	0.039*
放火	0.495	0.219	1.122	0.092
強盗	0.444	0.090	2.184	0.318
強制性交等、強制わいせつ	0.274	0.058	1.299	0.103

\*p<0.05

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

### 複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究

研究分担者 壁屋 康洋 国立病院機構榊原病院

#### 研究要旨：

本研究は先行研究との比較および統計解析等により、入院の長期化要因について分析することを通じ、実効性の高い治療や介入方法等について検討するための基礎資料を作成することを目的としている。

平成 30 年度は(1)平成 20 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日の期間に医療観察法入院決定を受けた対象者 720 名分のデータ（平成 25 年 10 月 1 日時点）を用いた過去起点のコホート研究、(2)平成 30 年 4 月 1 日時点で入院中であり、医療観察法入院期間 6 年を超える 18 名と、(1)のコホートから抽出した標準退院群との症例対照研究を行った。また入院期間 18 ヶ月を超えて入院が継続している事例 228 例を質的に分析した村上<sup>1)</sup>による研究結果、(1)と同じコホートを用いた壁屋ら<sup>2)</sup>の結果と比較した。

共通評価項目や ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) の下位項目、GAF (Global Assessment of Functioning) を比較すると、入院後 6 ヶ月の入院継続申請の時点において、その後の入院の長期化に関わる要因が抽出された。一方で診断分類や対象行為については、(1)コホート研究と(2)症例対照研究とで異なる結果となり、長期化してしまった事例において認められる特徴が必ずしも入院日数を全般的に延伸させる要因とは言えないことが示唆された。

初回入院継続申請の時点での共通評価項目の下位項目から、将来の長期入院群を予測する組み合わせを探索したところ、【精神病症状 6) 誇大性】【非精神病性症状 8) 知的障害】【生活能力 7) コミュニケーション】【生活能力 14) 施設への過剰適応】【衝動コントロール 2) 待つことができない】【衝動コントロール 5) 怒りの感情の行動化】の 6 項目合計点を用いることで症例対照研究における判別には一定の成果を得たが、コホート全体における入院日数の延伸には関わらないという結果になった。

行動制限・治療困難な理由により、長期入院群を質的に分類することを試みた結果、超長期隔離群、院内暴力群、自傷例、改善例、不明例に分けることができたが、群分けするには n が少ないこともあり、今後の再検討が望まれる。

本研究平成 30 年度の成果としては、入院長期化要因の抽出、長期入院群の特徴とコホートの入院長期化要因とのズレの発見等が挙げられるが、平成 31 年度以降、分担 1 のデータベースシステムを活用した研究とデータを協力し、n を増やしたさらなる解析が必要である。

研究協力者（敬称略）

村杉謙次 国立病院機構小諸高原病院  
高野真弘 国立病院機構榊原病院  
山本哲裕 国立病院機構東尾張病院  
砥上恭子 国立病院機構肥前精神医療センター  
高橋 昇 いわて自閉症センター  
竹本浩子 国立病院機構やまと精神医療センター  
北 靖恵 鹿児島県立始良病院  
松原弘泰 静岡県立こころの医療センター  
瀬底正有 神奈川県立精神医療センター  
瀧澤綾子 群馬県立精神医療センター  
常包知秀 国立病院機構鳥取医療センター  
岩崎友明 国立病院機構菊池病院  
守屋明子 埼玉県立精神医療センター  
松本美菜子 山口県立こころの医療センター  
川地 拓 国立精神・神経医療研究センター病院  
久保田圭子 国立病院機構下総精神医療センター  
大原 薫 国立病院機構さいがた病院  
松下 亮 同上  
野村照幸 同上  
横田聡子 国立病院機構小諸高原病院  
荒井宏文 国立病院機構北陸病院  
天野昌太郎 国立病院機構肥前精神医療センター  
占部文香 長崎県病院企業団長崎県精神医療センター  
前上里泰史 国立病院機構琉球病院

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）」が施行されて 13 年経ち、病床の確保、治療の標準化が進む一方で、治療反応性に乏しい、暴力などの問題行動制御が困難である、何らかの理由で入院が長期化する等、いわゆる複雑事例とされる対象者の存在が明らかとなり、戦略的介入が求められている。

本研究では先行研究との比較および統計解析等により、入院の長期化要因について分析することを通じ、実効性の高い治療や介入方法等について検討するための基礎資料とすることを目的としている。

長期入院については多様な切り取り方が可能である。村上<sup>1)</sup>は平成 24・25 年度ピアレビューにおいて、ガイドラインに定められた入院期間 18 ヶ月を超えて入院が継続している事例を長期入院対象者として、質的な分析を行った。

壁屋ら<sup>2)</sup>は長期入院の定義を定めず、コホートを対象に連続量としての入院期間（処遇終了・転院を除く）に影響する要因を生存曲線で解析した。

第 1 回医療観察法の医療体制に関する懇談会<sup>3)</sup>では 6 年以上の入院が継続している事例を長期入院として取り上げた。同懇談会に取り上げられた全入院対象者の入院処遇日数の生存曲線(図 1-1)を踏まえると、入院が 8 年を越えてもわずかずつ退院しているが、生存曲線の傾きが水平に近づいていく 6 年は長期入院の一つの基準と考えられる。

厚生労働省<sup>3)</sup>の定義した6年以上が、現在の医療観察法制度の中で課題となっている複雑事例の中核群と考えることができる。一方、複雑事例化する要因について検討するには、多角的に分析することが望ましい。本研究では村上<sup>1)</sup>による質的分析、壁屋ら<sup>2)</sup>による連続量での分析、6年以上の長期入院群の分析を組み合わせで検討する。

なお、本研究は平成30年3月23日付で国立病院機構榊原病院倫理審査委員会より承認を得て行っている。

## 研究1

### B. 研究方法

#### 1. 調査対象

対象(1)平成20年4月1日～平成24年3月31日の期間に医療観察法入院決定を受けた対象者(平成25年10月1日時点)。22の医療観察法指定入院医療機関からの720名分のデータ。過去起点のコホート研究であり、病床数から概算すると約8割の回収率となる。

対象(2)平成30年4月1日時点で入院中であり、医療観察法入院期間6年を超える対象者。後の分析では、この群を「長期入院群」と呼ぶ。入院6年を越える対象者が入院していないとする回答も含め、27の医療観察法指定入院医療機関から回答を得ているため、病床数から概算すると、約8割の回収率となる。回収した事例数は18例である。この対象(2)に関する分析では、対象(1)のうち、通院処遇へ移行までの平均入院日数(726.3日)から $1 \pm 1SD$ (Standard Deviation: 標準偏差)(266.8日)の期間(460日～993日)に通院処遇へ移行した事例271例を標準退院群として、症例対照研究を行った。

#### 2. 倫理的配慮

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に則り、データ収集する指定入院医療機関にてポスター掲示によるオプトアウトを行うとともに、住所・氏名など個人を特定できる情報を削除し、連結不能匿名化して研究分担者に送付の上、解析を行った。

#### 3. 統計学的解析

入院長期化の要因を探索するため、以下の解析を行った。解析はいずれもエクセル統計(BellCurve for Excel<sup>R</sup>)を使用した。

##### 解析1

入院の長期化に関わる要因を探索するため、対象(1)を用い、性別・年代(入院時年齢の20代、30代、40代、50代、60代、70代以上)・診断分類(ICD-10(国際疾病分類第10版:以下ICD-10)のFコード1桁)・対象行為(殺人・殺人未遂・傷害・放火・強盗・性暴力・複数の対象行為の7カテゴリとし、カテゴリごとに解析)、院内対人暴力の有無・院内自殺企図の有無を説明変数として用い、通院処遇移行までの期間を目的変数とし、ログランク検定による生存曲線の群間比較を行った。nはコホート全体の720例から処遇終了事例を除いた621例である。なお、以下の統計解析はすべて有意水準5%で評価した(表1-1)。

##### 解析2

長期入院群と標準退院群の差を検討するため、対象(2)を用い、性別・診断分類(ICD-10のFコード1桁)・対象行為(殺人・殺人未遂・傷害・放火・強盗・性暴力・複数の対象行為の7カテゴリとし、カテゴリごとに解析)の変数ごとに、長期入院群と標準退院群とでFisherの直接確率検定を行い、有意水準5%で評価した(表1-1)。

また年代・IQを目的変数とし、長期入院群と標準退院群とでWelch検定による群間比較を行った(表1-1)。

### 解析3

入院治療の比較的早期から入院の長期化要因が認められるか探索するため、対象(2)を用い、初回入院継続申請時の共通評価項目の各下位項目を目的変数とし、長期入院群と標準退院群との差をWelch検定にて検定した(対象者からの退院申請などで初回入院継続申請が6ヶ月を越えた事例はサンプルサイズで除外し、nは長期入院群=17、標準退院群=265)(表1-2)。なお、入院時初回評価ではなく、初回入院継続時評価を用いたのは、入院時初回評価の共通評価項目は対象行為の半年前からの状態を含んで評価するため、横断的な状態を評価しにくいと考えられるためである。

### 解析4

入院の長期化への生活機能の影響を探索するため、対象(1)を用い、入院時初回評価のICFの各下位項目ならびにGAF得点を説明変数とし、通院処遇移行までの期間を目的変数とするCOX比例ハザードモデルによる解析を行った(表1-3)。nはICFおよびGAF評価の欠損値のため項目ごとに異なり、160~370となる。

### 解析5

前項と同様に生活機能の影響を探索するため、対象(1)を用い、初回入院継続申請時評価のICFの各下位項目ならびにGAF得点を説明変数とし、通院処遇移行までの期間を目的変数とするCOX比例ハザードモデルによる解析を行った(表1-3)。nはICFおよびGAF評価の欠損値のため項目ごとに異なり、198~459となる。

### 解析6

長期入院群につながる生活機能の特徴を

探索するため、対象(2)を用い、入院時初回評価のICFの各下位項目およびGAFを目的変数とし、長期入院群と標準退院群との差をWelch検定にて検定した(対象者からの退院申請などで初回入院継続申請が6ヶ月を越えた事例はサンプルサイズで除外)(表1-3)。nはICFおよびGAF評価の欠損値のため項目ごとに異なり、長期入院群=3~17、標準退院群=72~154となる。

### 解析7

前項と同様に長期入院群につながる生活機能の特徴を探索するため、対象(2)を用い、初回入院継続申請時評価のICFの各下位項目およびGAFを目的変数とし、長期入院群と標準退院群との差をWelch検定にて検定した(対象者からの退院申請などで初回入院継続申請が6ヶ月を越えた事例はサンプルサイズで除外)(表1-3)。nはICFおよびGAF評価の欠損値のため項目ごとに異なり、長期入院群=6~17、標準退院群=98~202となる。

### 解析8

解析(1)の結果、院内暴力・院内自殺企図が入院の長期化要因であったことから、院内暴力につながる要因を探索するため、対象(1)を用い、性別・年代(入院時年齢の20代、30代、40代、50代、60代以上)・診断分類(ICD-10のFコード1桁)・対象行為(殺人・殺人未遂・傷害・放火・強盗・性暴力・複数の対象行為の7カテゴリとし、カテゴリごとに解析)のそれぞれを説明変数として用い、院内暴力までの期間を目的変数とし、ログランク検定による生存曲線の群間比較を行った(表1-4)。nはコホート全体の720例から院内対人暴力の欠損値を除き、それぞれ572例である。

### 解析9

解析(8)と同様に、院内自殺企図につな

る要因を探索するため、対象(1)を用い、性別・年代・診断分類・対象行為のそれぞれを説明変数として用い、院内自殺企図までの期間を目的変数とし、ログランク検定による生存曲線の群間比較を行った(表 1-4)。n はコホート全体の 720 例から院内自殺企図の欠損値を除き、552 例である。

#### 解析 10

解析 3 の結果を踏まえ、初回入院継続申請時点の共通評価項目を用い、将来長期入院群になりそうな対象を予測できるか解析を行った。初回入院継続申請時の共通評価項目の各下位項目のうち、解析 3 の Welch 検定にて標準退院群と入院長期群とに有意差が生じた項目を使用し、対象(2)において二項ロジスティック回帰分析にて変数選択した(変数減少法 .20 を基準、表 1-6)。対象者からの退院申請などで初回入院継続申請が 6 ヶ月を越えた事例はサンプルワイズで除外し、n は標準退院群と長期入院群とを合わせた 282 例である。

選択された項目の合計から ROC 曲線下面積(AUC)を算出した。基準点によって高群・低群に分割し、標準退院群と長期入院群の的中率を算出した(表 1-7)。

さらに、対象(2)に対して標準退院群と長期入院群を判別する上記項目の組み合わせを用いて、対象(1)のうち通院移行済み事例 355 例の入院の長期化を予測できるか、6 項目合計の高群・低群の入院日数を分散分析で比較した(表 1-8)。

#### 解析 11

対象(2)から長期入院群 18 例について行動制限・治療困難な理由を抜粋し、質的に検討を加えた(表 1-9)。

### C . 研究結果

#### 1) 社会的特性、精神科診断、対象行為、

#### 院内暴力・院内自殺企図

解析 1 および解析 2 の結果を、村上<sup>1)</sup>による先行研究との対比も含めて表 1-1 に示す。表 1-1 では解析 1 の結果について、診断分類 F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)あり群が F1 なし群よりも 5% 水準で有意に早期に通院移行しやすいという結果について「F1 あり < F1 なし」と表記した。逆に F2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害)あり群が F2 なし群よりも 5% 水準で有意に通院移行が遅くなりやすいという結果について「F2 あり > F2 なし」と表記した。対象行為、院内暴力・院内自殺企図についても同様である。

解析 2 の結果は Fisher の直接確率検定にて F7(知的障害)と F8(心理的発達の障害)が標準退院群より長期入院群に有意に多いことが示された(表 1-1)。

院内暴力・院内自殺企図は解析 1 によって入院長期化要因として抽出されたが、対象(2)では院内暴力・院内自殺企図が変数として抽出できていないため、解析 2 には含まれない。

#### 2) 共通評価項目

解析 3 の結果を村上<sup>1)</sup>および壁屋ら<sup>2)</sup>による先行研究との対比と併せて表 1-2 に示す。

村上<sup>1)</sup>による長期入院者の特徴について、表 1-2 において関連する共通評価項目の欄に示した。

壁屋ら<sup>2)</sup>の結果は共通評価項目の各下位項目を説明変数、通院処遇への移行と日数を目的変数として COX 比例ハザードモデルにより解析したものである。5% 水準で有意となり、比例ハザード性が認められた項目についてはハザード比を表記し、COX 比例ハザードモデルで有意になったが比例ハザード性が認められなかった項目については、

0 点の群、1 点の群、2 点の群の 3 群に対し一対ずつログランク検定による生存曲線の群間比較を行い、その結果を「0 点の群 < 2 点の群」のように表記した。

解析 3 の結果は、表 1-2 において Welch 検定にて長期入院群が標準退院群より 5% 水準で有意に高いことが示された共通評価項目の下位項目に「長期入院群 > 標準退院群」と記した。表 1-2 より、【精神病症状 3）概念の統合障害】をはじめとする 25 の中項目・小項目において、長期入院群が標準退院群より 5% 水準で有意に高い値となった。標準退院群の方が有意に高い項目は認められなかった。

### 3) ICF および GAF

解析 4・5・6・7 の結果を表 1-3 に示す。解析 4 および解析 5 の結果は、COX 比例ハザードモデルによる解析において 5% 水準で有意になった項目について、ハザード比を表記した。GAF は入院時初回評価・初回入院継続申請時評価のいずれも得点が低い（機能が低い）方が入院の長期化につながるという結果が得られた。ICF は解析 5 で、初回入院継続申請時評価の「活動と参加」項目 25 項目中 22 項目において、それぞれ評点が高い（機能が低い）方が入院の長期化につながるという結果になった。対して、解析 4 から入院時初回評価では 11 項目の「活動と参加」項目、1 項目の環境因子項目において評点が高い（機能が低い）方が入院の長期化につながるという結果であった。

解析 6・解析 7 は長期入院群と標準退院群との比較であり、Welch 検定にて 5% 水準で有意に標準退院群よりも長期入院群の方が高いことが示された ICF の下位項目に「長期入院群 > 標準退院群」、5% 水準で有意に長期入院群よりも標準退院群の方が高いことが示された GAF に関して「標準退院

群 > 長期入院群」と記した。表 1-3 より、ICF は解析 7 で、初回入院継続申請時評価の「活動と参加」項目 25 項目中 18 項目において、それぞれ長期入院群で評点が高い（機能が低い）という結果になった。対して、解析 6 から入院時初回評価では【責任への対処】1 項目のみが標準退院群よりも長期入院群の方が 5% 水準で有意に評点が高い（機能が低い）という結果になった。

### 4) 院内暴力・院内自殺企図

解析 8・解析 9 の結果を表 1-4 に示す。院内暴力に関しては、F6（成人の人格および行動の障害）があると早期に院内暴力を生じやすいことが示された。院内自殺企図に関しては、対象行為に強盗があると早期に院内自殺企図を生じやすいことが示された。

参考までに壁屋ら<sup>4)</sup>による院内暴力・院内自殺企図に関連した共通評価項目の下位項目の解析結果を表 1-5 に示す。初回入院継続申請時の共通評価項目の各下位項目を説明変数、入院 6 ヶ月以降の院内暴力ないし院内自殺企図の発生までの日数を目的変数として COX 比例ハザードモデルにより解析したものである。5% 水準で有意となり、比例ハザード性が認められた項目についてはハザード比を表記し、COX 比例ハザードモデルで有意になったが比例ハザード性が認められなかった項目については、0 点の群、1 点の群、2 点の群の 3 群に対し一対ずつログランク検定による生存曲線の群間比較を行い、その結果を「0 点の群 < 2 点の群」のように表記した。

### 5) 長期入院群と標準退院群の判別

解析 10 による二項ロジスティック回帰分析の結果を表 1-6 に示す。表 1-6 の 6 項目を単純加算し、標準退院群と長期入院群との判別に関して AUC を算出したところ、

AUC=.88 との結果を得た。基準点は ROC の左上隅から最も近い点、斜線から最も離れた点ともに 5 点となったため、【精神病症状 6) 誇大性】【非精神病性症状 8) 知的障害】【生活能力 7) コミュニケーション】【生活能力 14) 施設への過剰適応】【衝動コントロール 2) 待つことができない】【衝動コントロール 5) 怒りの感情の行動化】の 6 項目合計点 5 点未満・5 点以上を基準とし、標準退院群と長期入院群の的中率を算出した(表 1-7)。その結果標準退院群は 88%、長期入院群は 76% の的中率であった。

上記 6 項目合計点を用い、入院の長期化が予測できるか検証するため、対象(1)のうち、データ回収時点で退院済みの事例(n=374、入院日数 167 日~1776 日)を用い、6 項目合計点 5 点以上=高群と 5 点未満=低群として入院日数に差があるか分散分析を行った。高群と低群の入院日数の平均および SD を表 1-8 に示す。分散分析の結果、F 値=0.029、P 値=0.86 で有意差は認められなかった。

#### 6) 行動制限・治療困難な理由による質的な分析

表 1-9 より、入院日数 6 年を超える長期入院では行動制限が多く、隔離総日数 290 日を越える超長期隔離事例も 6 例ある一方、行動制限のない事例も 3 例含まれた。本研究で各施設へ調査協力依頼をした際に「治療・退院困難な理由」を「(1)薬物反応性が悪い、(2)IQ が低い、(3)ASD(自閉症スペクトラム：以下 ASD)傾向、(4)物質乱用、(5)パーソナリティ障害、(6)衝動性の高さ、(7)家族の病識欠如・医療不信など、(8)暴力リスクが高い、(9)自傷・自殺のリスクが高い、(10)重複障害、(11)治療同盟の構築困難、(12)生育環境(トラウマ、虐待、隔離など)、(13)退院地・指定通院医療機関が

具体化しない、(14)その他」のカテゴリから選択を求めたところ、「ASD 傾向」または「IQ が低い」の選択が多く、隔離総日数 290 日以上の 6 事例では全例が「ASD 傾向」と「IQ が低い」のいずれかが選択された。また壁屋ら<sup>4)</sup>によって通院移行後の暴力や問題行動のリスクに関連するとされた【衝動コントロール】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】【個人的支援】【物質乱用】【非精神病性症状 3) 怒り】【生活能力 4) 家事や料理をしない】【非社会性 9) 性的逸脱行動】の 7 項目合計点を「社会復帰関連指標」と称して、長期入院事例の特徴を表 1-9 に示すと、社会復帰関連指標の高い事例が多い一方、3 点ないし 4 点と比較的低い事例も見られた。

#### D. 考察

##### 1) 社会的特性、精神科診断、対象行為、院内暴力・院内自殺企図

図 1-2 に解析 1 と解析 2 のサンプルの特徴を入院日数のヒストグラムで示す。他の解析でも同様であるが、対象(1)を用いた解析は過去起点のコホート研究であり、図 1-2 上段のように入院日数はほぼ正規分布している。一方で対象(2)を用いた解析は症例対照研究であり、入院日数を平均±1SD として抽出した標準退院群と、入院 6 年以上となる長期入院群との離散したデータの比較である。この前提のもとに、以降の考察では対象(1)を用いた解析と対象(2)を用いた解析結果の相違点と共通点について考察する。

表 1-1 より、解析 1 の対象(1)を用いた生存曲線の分析では、60 代・70 代以上が早期に通院移行しやすいという結果となった一方、解析 2 による 6 年を超える長期入院群と標準退院群との比較では年代には差がな

かった。

診断分類でも解析 1 では F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)で通院移行が早く、F2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害)で入院が長期化しやすいとの結果が出ているが、解析 2 による群間比較ではいずれも有意差はなく、解析 1 で有意差のなかった F7(知的障害)と F8(心理的発達の障害)が長期入院群に多いという結果になった。

対象行為も解析 1 では殺人・複数の対象行為が入院の長期化要因となったが、解析 2 による群間比較では有意差はなかった。

表 1-1 には村上<sup>1)</sup>による分析を比較のために併記したが、解析 2 による長期入院群の特徴は、診断分類において村上<sup>1)</sup>による分析と共通の結果となった。村上<sup>1)</sup>の指摘した性暴力は解析 1・解析 2 とともに有意差は認められなかった。これらの一貫しない結果については、解析 2 で得られている長期入院群が 18 例しかないというサンプルサイズの問題もある。一方、18 ヶ月と期間には差があるものの、村上<sup>1)</sup>の分析も本研究の長期入院群と同様、入院の長期化が生じた事例のみの分析である。知的障害や広汎性発達障害の合併は長期化してしまった事例において特徴として見られる一方で、知的障害や広汎性発達障害が全体として入院期間を延ばす要因ではないと言える。

## 2) 共通評価項目

表 1-2 では本研究による解析 3 の長期入院群と標準退院群との共通評価項目の群間比較、壁屋ら<sup>2)</sup>による 609 例(対象(1))の生存曲線を用いた共通評価項目の下位項目の入院期間への影響の解析を示すと共に、村上<sup>1)</sup>による長期入院者の特徴を関連する共通評価項目の欄に示した。壁屋ら<sup>2)</sup>による対象(1)の解析では共通評価項目の中項

目・小項目の全 78 項目中 51 項目において入院期間との有意な関連が認められており、共通評価項目のほとんどの項目が入院の長期化に影響している。これは指定入院医療機関が共通評価項目の評定に沿って入院医療を行った結果と捉えることもできる。

解析 3 の結果は長期入院群の n が少ないこともあり、壁屋ら<sup>2)</sup>による解析よりも有意となった項目は少ないが、それでも 26 の下位項目が長期入院に関連している。有意となった項目をまとめると、【概念の統合障害】【誇大性】といった慢性的症状の持続、【非精神病性症状】【興奮・躁状態】【不安・緊張】【怒り】【衝動コントロール】に示唆される情動面の不安定さ、【過度の依存】施設への過剰適応】に示唆される自立できない、退院したがるという特徴、【個人的支援】【キーパーソン】【コミュニティ要因】にみられる、支援がなく、退院先に問題があるといった環境要因、【生活能力】【整容と衛生】【金銭管理】【コミュニケーション】といった生活能力やコミュニケーション能力、【知的障害】にみられる知的能力、【対象行為以外の他害行為への内省】【共感性】から示唆される複数の他害行為とその反省や共感性の問題の点で、入院 6 ヶ月の時点で既に差が生じており、入院の長期化につながりやすい特徴といえる。これらは多くが対象(1)による壁屋ら<sup>2)</sup>の結果と重なるが、【知的障害】【個人的支援】【キーパーソン】【コミュニケーション】は壁屋ら<sup>2)</sup>の結果で有意となっておらず、環境要因や知的障害は必ずしも全対象者の入院期間を押し上げる要因とは言えない。

村上<sup>1)</sup>による長期入院者の特徴との比較では、衝動性、ストレス脆弱性、持続性妄想性障害といった共通する特徴もある一方、先に述べた知的障害、また陰性症状など、

入院 6 ヶ月の時点での差という点では一貫しない結果となっているものもある。

### 3) ICF および GAF

表 1-3 より、入院初回評価では有意となっている ICF の下位項目は限られるものの、初回入院継続申請時の評価では【活動と参加】項目の大半が入院の長期化に関連していることが示唆された。ICF は共通評価項目のように入院後初回評価における評価期間の特別ルールはないが、逆に入院直後は生活能力が十分評価しきれていない可能性が考えられる。

初回入院継続申請時の評価では対象(1)による連続したコホートの解析、対象(2)による症例対照研究のいずれにおいても【活動と参加】項目の大半が有意となっていることは、入院が長期化する事例は入院後 6 ヶ月時点で多くの面で生活機能が低いという差がついていると捉えることができる。ただし、【批判】【複雑な経済的取引】【経済的自給】は対象(1)による解析 5 および対象(2)による解析 7 でともに有意でなく、これらは入院期間には関与しない要素と考えられる。

GAF は ICF【活動と参加】項目と同様に対象(1)および対象(2)で有意となっており、GAF によって評価される機能が低い際も入院の長期化が示唆される。

ICF【環境因子】は有意とならない、あるいは対象(1)と対象(2)とで一貫しない結果となっている。症例対照研究である解析 3 で共通評価項目の【個人的支援】【キーパーソン】が長期入院群で高い(問題がある)という結果でありながら、コホート研究である壁屋ら<sup>2)</sup>の結果で有意とならなかったように、環境因子は一貫しない結果であり、入院期間の延伸をもたらすとは言い難い。

### 4) 院内暴力・院内自殺企図

解析 1 において院内暴力および院内自殺企図が入院の長期化に関わることが示唆されている。参考までに院内暴力・院内自殺企図の有無をそれぞれ二値変数として COX 比例ハザードモデルのハザード比を求めると、院内暴力で 0.397、院内自殺企図で 0.428(ハザード比 1 未満で、院内暴力・院内自殺企図がある方が入院が延伸する)と、入院期間の延伸への影響は大きい。院内暴力・院内自殺企図は対象(1)のデータ収集時に研究協力者にそれぞれの有無と入院歴日を追加してもらっているが、対象(2)の長期入院群ではデータがないため、症例対照研究は実施できていない。将来的には追試が望まれるが、解析 8 において F6(成人の人格及び行動の障害)の影響が示唆されている。表 1-5 に示した壁屋ら<sup>4)</sup>の共通評価項目の解析結果では、初回入院継続申請時の評価で【知的障害】【衝動コントロール】【金銭管理】等の項目が関連することが示されている。院内対人暴力は入院後の半年間で 47% が発生しており<sup>4)</sup>、初回入院継続申請時の評価を用いると院内暴力発生事例の 47% を解析から除外することになり、共通評価項目で評価される状態の影響が捕捉され難くなるものの、衝動性や知的障害等の問題が通院移行後のみならず院内での暴力にもつながることが示唆される。

院内自殺企図については、解析 9 から対象行為に強盗があると院内自殺企図に至りやすいという結果が示されている。対象行為の強盗は通院移行後の暴力や問題行動のリスク要因であることが示唆されている<sup>5)</sup>が、院内自殺企図への影響については、強盗事例の特徴を分析することが必要である。

共通評価項目では表 1-5 より【不安・緊張】のみ院内自殺企図に関連している。院内自殺企図も院内暴力同様に入院初期に多

く、入院後の半年間で46%が生じている<sup>4)</sup>。この46%を解析から除外したために発生事例が20例にとどまり、有意となった項目が1項目のみであった。しかし不安・緊張が高い事例が抑制できずに自殺企図に至りやすいということは理解しやすい。

本研究から院内暴力・院内自殺企図が入院期間を延伸することは明らかとなり、先行研究からも院内暴力・院内自殺企図の要因は一部示唆されている。今回症例対照研究ができておらず、院内暴力・院内自殺企図の要因については今後データの蓄積を経てさらなる分析を進めることが求められる。

### 5) 長期入院群と標準退院群の判別

本研究の最終的な目的である、複雑事例への戦略的介入につなげるためには、将来長期入院群になるリスクの高い対象を抽出することが有益である。そのため、表1-2に示した解析3の結果から、ロジスティック回帰分析を用いて長期入院を予測する共通評価項目の下位項目のセットを探索した。その結果【精神病症状6) 誇大性】【非精神病性症状8) 知的障害】【生活能力7) コミュニケーション】【生活能力14) 施設への過剰適応】【衝動コントロール2) 待つことができない】【衝動コントロール5) 怒りの感情の行動化】の6項目が抽出され、6項目合計5点以上を長期入院予測のカットオフ値とすることで標準退院群は88%、長期入院群は76%の的中率、AUC=.88となり、対象(2)のサンプルでは上記6項目にて長期入院群の予測は比較的高い確率でなされた。しかしながら、この6項目の5点以上・5点未満の群分けを対象(1)のサンプルに適用し、入院日数の差を分散分析で評価したところ、有意差がないという結果になった(表1-8)。すなわち、上記6項目の組み合わせは、図1-3下段のような対象(2)のよ

うに入院日数が大きく異なる二群を予測することはできる一方、図1-3上段のような連続的なサンプルにおいて入院日数の延伸に関わる変数とは言えない。標準退院群と比較して長期入院群を特徴づけている変数が連続的なサンプルにおける入院長期化に関与しないという結果は、本研究による6項目の構成が医療観察法入院対象者全体に適用できないこと示唆する。長期入院者を早期に予測する研究に関しては、今後事例数を増やし、また別の変数を考慮した再度の検証が必要である。

### 6) 行動制限・治療困難な理由による質的な分析

前項までの分析の結果、長期入院となる入院対象者を予測する研究は十分な成果を挙げていない。そのため、長期入院群が必ずしも共通した要因を持つわけではなく、長期入院群が複数のパターンに分類できる可能性も考えられる。解析11では長期入院群のデータから表1-9に抜粋した項目のデータを用い、質的に検討を加えた。

表1-9から、長期入院群18例はいずれも当初審判への疑義はなく、診断の変更はF2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害)からF8(心理的発達の障害)への変更事例1例、F7(知的障害)への変更事例1例の計2例にとどまる。ここから、長期入院群は当初審判には特に問題はない。診断は他にF8(心理的発達の障害)、F6(成人の人格および行動の障害)、F7(知的障害)が1例ずつ追加されているが、残りの13例は指定入院医療機関で診断の変更はなされていない。一方、結果の項で述べたように、18例中14例に「IQが低い」ないし「ASD傾向」が選択された点は特徴といえ、考察1)の特徴と共通する。一方で、「パーソナリティ障害」の選択は3例にとどまり、また

いずれも軽度知的障害水準のIQと重複しており、パーソナリティ障害は長期入院群の特徴とは考えにくい。また再入院事例は1例もなく、再処遇事例が1例含まれていた。再入院と再処遇に関しては、データ回収時点で医療観察法制発足から12年であり、その中で6年以上の長期入院事例を収集しているため、1度目の処遇/入院から2度目の処遇/入院を経るには年数を要するためと考えられる。数年後の再調査の必要な項目と思われる。

長期入院群18例の特徴の1つは、表1-9に示した行動制限日数と考えられる。結果の項に述べたように、隔離総日数290日を越える超長期隔離事例も6例ある一方、行動制限のない事例も3例含まれた。行動制限の期間によって、超長期隔離、行動制限中程度、行動制限なしの3群に分けると、超長期隔離群はいずれも治療困難な理由として「IQが低い」ないし「ASD傾向」が選択されている。

院内暴力について長期入院群ではデータ収集できていないが、共通評価項目の【対人暴力】は評定期間である3ヶ月間の暴力を示唆するため、初回入院継続申請時あるいは抽出日直近の共通評価項目の【対人暴力】が1点ないし2点の11事例は少なくとも院内暴力が生じていたと推定される。また【対人暴力】がいずれも0点の事例のうち1例は初回入院継続申請時と抽出日直近の【自殺企図】が2点であり、自殺企図が繰り返されていると推定される。ここから、長期入院群18例のうち、隔離総日数が9ヶ月を越える6例を「超長期隔離群」とすると、「IQが低い」ないし「ASD傾向」の合併と、長期にわたる行動制限が特徴的な群となる。7例を「院内暴力群」とすると、いずれも共通評価項目7下位項目による社

会復帰関連指標が6点以上と高い。「院内暴力群」の特徴は暴力リスクの高さと言える。共通評価項目の【自殺企図】が2点で継続している1例は「自傷例」と呼ぶ。対人暴力は明らかでないが自殺企図が反復されている事例と考えられる。残りの4事例のうち、2例は社会復帰関連指標が7点から4点、8点から2点と改善しており、「改善例」と呼ぶこととする。このように行動制限日数、【対人暴力】【自殺企図】および社会復帰関連指標を用いて分類すると、いずれも目立った特徴の見いだせない「不明例」が2例残る。

解析10(前項)にて標準退院群と長期入院群との判別に用いた【精神病症状6)誇大性】【非精神病性症状8)知的障害】【生活能力7)コミュニケーション】【生活能力14)施設への過剰適応】【衝動コントロール2)待つことができない】【衝動コントロール5)怒りの感情の行動化】の6項目合計点を見ると、5点未満となった4事例はそれぞれ超長期隔離群、自傷例、院内暴力群、不明例に分かれ、この6項目合計点と、本項で検討した行動制限による分類とは関連しなかった。

以上のように、質的に検討を加え、分類を行ったが、各群のnが少ないため、更なる群間比較は現状では困難である。長期入院群の分類は今後の課題としたい。

## E. 結論

平成30年度は、(1)平成20年4月1日～平成24年3月31日の期間に医療観察法入院決定を受けた720名の対象者のデータを用いたコホート研究、ならびに(2)平成30年4月1日時点で入院中であり、医療観察法入院期間6年を超える18名と、(1)のコホートから抽出した標準退院群との症例対

照研究を行った。

共通評価項目や ICF の下位項目、GAF を比較すると、入院後 6 ヶ月の入院継続申請の時点において、その後の入院の長期化に関わる要因が抽出された。一方で診断分類や対象行為については、(1)コホート研究と(2)症例対照研究とで異なる結果となり、長期化してしまった事例において認められる特徴が必ずしも入院日数を全般的に押し上げる要因とは言えないことが示唆された。

初回入院継続申請の時点での共通評価項目の下位項目から、将来の長期入院群を判別する組み合わせを探索したところ、症例対照研究における判別には一定の成果を得たが、コホート全体において入院日数の延伸を予測しないという結果になった。

行動制限・治療困難な理由により、長期入院群を質的に分類することを試みた結果、超長期隔離群、院内暴力群、自傷例、改善例、不明例に分けることができたが、群分けするには n が少ないこともあり、今後の再検討が望まれた。

本研究平成 30 年度の成果としては、入院長期化要因の抽出、長期入院群の特徴とコホートの入院長期化要因とのズレの発見等が挙げられるが、平成 31 年度以降、分担 1 のデータベースシステムを活用した研究とデータを協力し、n を増やした更なる解析が求められる。

## F . 健康危険情報

なし

## G . 研究発表

### 1 . 論文発表

1) 壁屋康洋，砥上恭子，高橋昇，高野真弘，北靖恵，松原弘泰，岩崎友明，川地拓，大原薫，荒井宏文，天野昌太郎，

前上里泰史：医療観察法入院から通院移行後の暴力や問題行動に関する静的要因の研究．司法精神医学，2018；13(1)：11-19

2) 壁屋康洋：触法精神障害者のアセスメント．こころの科学，2018；(199)：34-39

## 2 . 学会発表

1) 山本哲裕，壁屋康洋，高野真弘，砥上恭子，竹本浩子，常包知秀，岩崎友明，川地拓，久保田圭子，大原薫，横田聡子，荒井宏文，天野昌太郎，前上里泰史：医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究（1）長期入院者の特徴と共通評価項目による予測との比較．国立病院総合医学会，神戸，2018.11.9

2) 高野真弘，壁屋康洋，山本哲裕，砥上恭子，竹本浩子，常包知秀，岩崎友明，川地拓，久保田圭子，大原薫，横田聡子，荒井宏文，天野昌太郎，前上里泰史：医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究（2）入院期間の長期化要因．国立病院総合医学会，神戸，2018.11.9

## 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

## 1. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた研究協力者と全国の医療観察法病棟スタッフの皆様に深謝致します。

## 参考文献

- 1) 村上優：入院医療の均霑化に関する研究．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)医療観察法の向上と関係機関の連携に関する研究(研究代表者：中島豊爾)平成25年度分担研究報告書, 2014.
- 2) 壁屋康洋, 高橋昇, 西村大樹, 砥上恭子ら：平成25年度厚生労働科学研究費補助金 医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究 医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成25年度総括研究報告書, 2014.
- 3) 厚生労働省ホームページ 2017年11月28日 医療観察法の医療体制に関する懇談会(第1回)議事録  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000188908.html>
- 4) 壁屋康洋, 高橋昇, 砥上恭子, 西村大樹ら：平成25年度厚生労働科学研究費補助金 医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究 医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成26年度総括研究報告書, 2015.
- 5) 壁屋康洋, 砥上恭子, 高橋昇, 高野真弘ら：医療観察法入院から通院移行後の暴力や問題行動に関する静的要因の研究 . 司法精神医学, 13: 11-19, 2018.

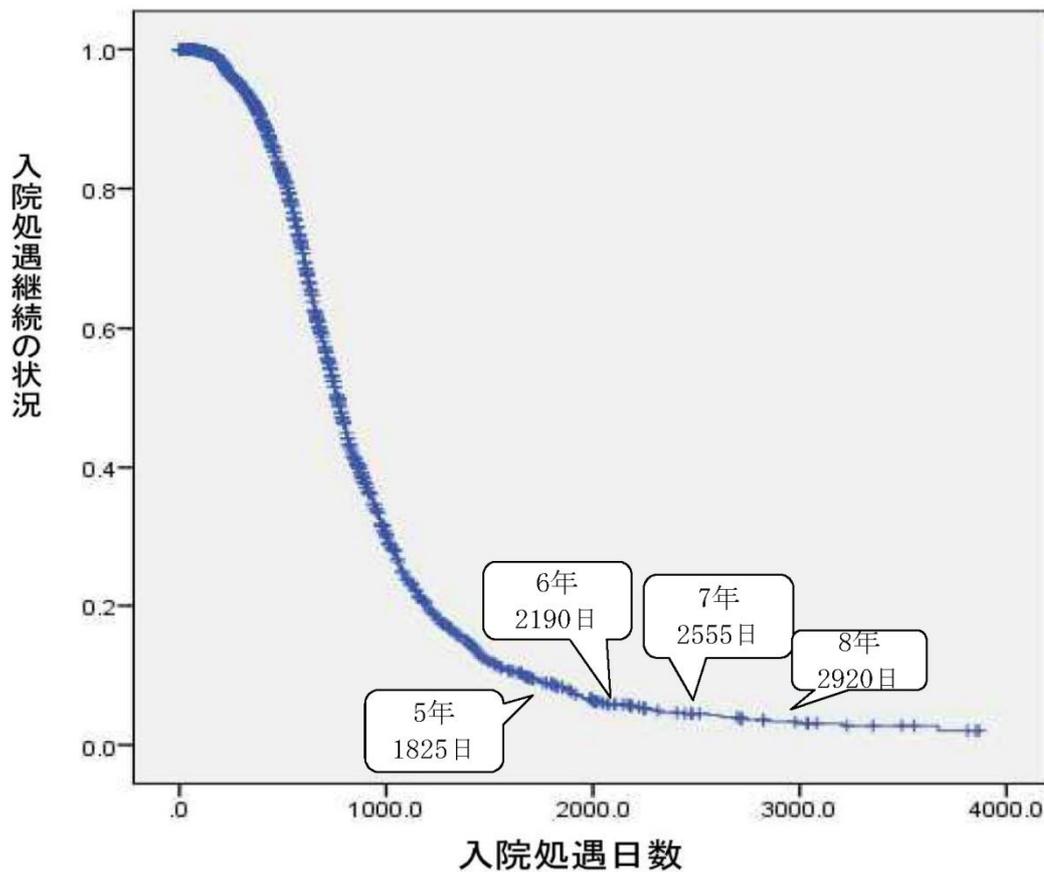


図1-1 平成28年7月15日までの全入院対象者（平林班）  
医療観察法の医療体制に関する懇談会（第1回）資料より  
（5年…8年の日数は筆者追記）

表1-1 入院長期化に関わる要因、村上ら1)との比較

変数	村上1)による長期入院者 (入院18ヶ月以上、 n=228)の特徴	解析1-対象(1) ログランク検定による生存曲線の 群間比較 (n=621)	解析2-対象(2) 長期入院群 (n=18)と標準退院群 (n=271)との群間比較 (p<.05) Fisherの直接確率検定による2群比較 年代・IQはWelch検定
性別		n. s.	n. s.
年代		60代、70代以上で早期に通院移行 しやすい	n. s.
診断分類	●知的障害 (F7) ●広汎性発達障害 (F8)	F1あり<F1なし F2あり>F2なし	F7: 長期入院群>標準退院群 ただしIQはn. s. F8: 長期入院群>標準退院群
対象行為	●性暴力	殺人あり>殺人なし 複数の対象行為>単一の対象行為	n. s.
院内対人暴力 院内自殺企図	●暴力の反復	院内暴力あり>なし 院内自殺企図あり>なし	未実施 未実施

n. s.: not significant

表1-2 入院長期化に関わる共通評価項目（初回入院継続申請時評価）、村上らとの比較

変数		村上らによる長期入院者 (入院18ヶ月以上、 N=228)の特徴	壁屋らによる通院処遇への移行までの 期間の予測 (N=609) COX比例ハザードモデル 比例ハザード性の認められない時はロ ジタック検定にて0点の群、1点の群、 2点の群を対比較 (対象(1))	解析3-対象(2) 長期入院群 (N=17) と 標準退院群 (N=265)との群 間比較 (p<.05) Welch検定
精神医学的要素	1. 精神病症状		0点の群、1点の群<2点の群	n. s.
	精神病症状の小項目	●コントロール困難な精神病症状 ●幻覚妄想の持続 ●持続性妄想性障害	0点の群、1点の群<2点の群 0点の群、1点の群<2点の群 0点の群<2点の群 0点の群<1点の群、2点の群 0点の群<1点の群<2点の群 0点の群、1点の群<2点の群	n. s. n. s. 長期入院群>標準退院群 n. s. n. s. 長期入院群>標準退院群
	2. 非精神病症状		0点の群<1点の群<2点の群	長期入院群>標準退院群
	非精神病症状の小項目	●陰性症状 ●知的障害の重複	ハザード比: 0.697 0点の群、1点の群<2点の群 0点の群、1点の群<2点の群 n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. n. s.	長期入院群>標準退院群 長期入院群>標準退院群 長期入院群>標準退院群 n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. 長期入院群>標準退院群 n. s.
	3. 自殺企図		n. s.	n. s.
	4. 内省・洞察		1点以下の群<2点の群	n. s.
	内省・洞察の小項目	●病識獲得が困難	ハザード比: 0.657 0点の群<1点の群、2点の群 0点の群<1点の群<2点の群 0点の群、1点の群<2点の群	n. s. 長期入院群>標準退院群 n. s. n. s.
	5. 生活能力		0点の群、1点の群<2点の群	長期入院群>標準退院群
	生活能力の小項目		0点の群<1点の群、2点の群 ハザード比: 0.682 0点の群<2点の群 ハザード比: 0.775 ハザード比: 0.823 ハザード比: 0.853 n. s. ハザード比: 0.693 ハザード比: 0.692 ハザード比: 0.731 ハザード比: 0.744 ハザード比: 0.741 ハザード比: 0.803 ハザード比: 0.624	n. s. 長期入院群>標準退院群 長期入院群>標準退院群 n. s. 長期入院群>標準退院群 n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. 長期入院群>標準退院群 n. s. 長期入院群>標準退院群
	6. 衝動コントロール		0点の群、1点の群<2点の群	長期入院群>標準退院群
衝動コントロールの小項目	●衝動性	ハザード比: 0.733 0点の群、1点の群<2点の群 0点の群、1点の群<2点の群 n. s. 0点の群<2点の群	長期入院群>標準退院群 長期入院群>標準退院群 長期入院群>標準退院群 n. s. 長期入院群>標準退院群	
7. 共感性		ハザード比: 0.685	長期入院群>標準退院群	
対人関係的要素	8. 非社会性		ハザード比: 0.741	n. s.
	非社会性的小項目	●反社会的な人格傾向 ●性犯罪	n. s. n. s. n. s. ハザード比: 0.668 0点の群<1点の群、2点の群 ハザード比: 0.734 0点の群<2点の群 n. s. ハザード比: 0.627 n. s.	n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. n. s.
	9. 対人暴力	●暴力の反復	0点の群<2点の群	n. s.
	10. 個人的支援		n. s.	長期入院群>標準退院群
	11. コミュニティ要因		1点以下の群<2点の群	長期入院群>標準退院群
	12. ストレス	●ストレス脆弱性	1点以下の群<2点の群	長期入院群>標準退院群
	13. 物質乱用		n. s.	n. s.
	14. 現実的計画		n. s.	n. s.
	現実的計画の小項目		1点以下の群<2点の群 n. s. 0点の群<2点の群 n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. n. s. 長期入院群>標準退院群	n. s. n. s. 長期入院群>標準退院群
	15. コンプライアンス		0点の群、1点の群<2点の群	n. s.
治療	16. 治療効果	●クロザピン治療困難	0点の群<1点以上の群	n. s.
	17. 治療・ケアの継続性		0点の群<1点以上の群	n. s.
	治療同盟		0点の群<1点の群	n. s.
	2) 予防		n. s.	n. s.
	3) モニター		n. s.	n. s.
	4) セルフモニタリング		n. s.	n. s.
5) 緊急時の対応		n. s.	n. s.	

n. s. : not significant

表1-3 入院長期化に関わるICF、GAF（入院時初回評価および初回入院継続申請時評価）

評価時	入院初回 評価	初回入院継続申 請時評価	入院初回評価	初回入院継続申請時評価
	解析4-対象(1) COX比例ハザード モデル ハザード比	解析5-対象(1) COX比例ハザード モデル ハザード比	解析6-対象(2) 長期入院群 (n=17) と標準退院群 (n=154)との群間比較 (項目によ りさらに欠損値あり) (p<.05) Welch検定による2群比較	解析7-対象(2) 長期入院群 (n=17) と標準退院群 (n=202)との群間比較 (項目によ りさらに欠損値あり) (p<.05) Welch検定による2群比較
<b>変数</b>				
I C F 「活動と参加」 項目	身体快適性の確保	n. s.	0.732	n. s.
	食事や体調の管理	n. s.	0.852	n. s.
	健康の維持	n. s.	0.761	n. s.
	調理	n. s.	0.798	n. s.
	調理以外の家事	n. s.	0.797	n. s.
	敬意と思いやり	0.872	0.807	n. s.
	感謝	n. s.	0.783	n. s.
	寛容さ	0.846	0.838	n. s.
	批判	0.869	n. s.	n. s.
	合図	n. s.	0.859	n. s.
	身体的接触	n. s.	0.794	n. s.
	対人関係の形成	0.859	0.784	n. s.
	対人関係の終結	0.825	0.767	n. s.
	対人関係における行動の制限	0.862	0.804	n. s.
	社会的ルールに従った対人関係	0.870	0.782	n. s.
	社会的距離の維持	0.849	0.823	n. s.
	日課の管理	n. s.	0.734	n. s.
	日課の達成	0.867	0.721	n. s.
	自分の活動レベルの管理	n. s.	0.773	n. s.
	責任への対処	n. s.	0.788	長期入院群 > 標準退院群
ストレスへの対処	0.848	0.809	n. s.	
危機への対処	n. s.	0.828	n. s.	
基本的な経済的取引	n. s.	0.851	n. s.	
複雑な経済的取引	n. s.	n. s.	n. s.	
経済的自給	n. s.	n. s.	n. s.	
環 境 I 目 因 C 子 F 項	生産品と用具	n. s.	0.897	n. s.
	自然環境・地域環境	n. s.	n. s.	n. s.
	支援と関係 (量的な側面)	n. s.	n. s.	n. s.
	態度 (感情や質的な側面)	0.887	n. s.	n. s.
	サービス・制度	n. s.	n. s.	n. s.
GAF	GAF得点	1.033	1.026	n. s.
				標準退院群 > 長期入院群

n. s. : not significant

表1-4 院内暴力・院内自殺企図に関わる要因

変数	解析8-対象(1) 院内暴力 ログランク検定による生存曲線の群間比較 (n=572)	解析9-対象(1) 院内自殺企図 ログランク検定による生存曲線の群間比較 (n=552)
性別	n. s.	n. s.
年代	n. s.	n. s.
診断分類	F6 p<.001 F6は早期に院内暴力を生じやすい	n. s.
対象行為	n. s.	強盗 p<.05 対象行為に強盗があると早期に院内自殺企図を生じやすい

n. s. : not significant

表1-5 院内暴力・院内自殺企図に関わる共通評価項目

説明変数		壁屋ら <sup>4)</sup> による初回入院継続申請後の院内暴力の予測 (n=514) COX比例ハザードモデル 比例ハザード性の認められない時はログランク検定にて0点の群、1点の群、2点の群を対比較	壁屋ら <sup>4)</sup> による初回入院継続申請後の院内自殺企図の予測 (n=512) COX比例ハザードモデル 比例ハザード性の認められない時はログランク検定にて0点の群、1点の群、2点の群を対比較	
精神医学的要素	1. 精神病症状	n. s.	n. s.	
	精神病症状の小項目	1) 通常でない思考	n. s.	n. s.
		2) 幻覚に基づいた行動	n. s.	n. s.
		3) 概念の統合障害	n. s.	n. s.
		4) 精神病的しぐさ	n. s.	n. s.
		5) 不適切な疑惑	n. s.	n. s.
		6) 誇大性	n. s.	n. s.
	2. 非精神病性症状	ハザード比: 1.820	n. s.	
	非精神病症状の小項目	1) 興奮・躁状態	n. s.	n. s.
		2) 不安・緊張	n. s.	ハザード比: 1.943
3) 怒り		n. s.	n. s.	
4) 感情の平板化		n. s.	n. s.	
5) 抑うつ		n. s.	n. s.	
6) 罪悪感		n. s.	n. s.	
7) 解離		n. s.	n. s.	
8) 知的障害		0点の群, 1点の群 < 2点の群	n. s.	
9) 意識障害		n. s.	n. s.	
3. 自殺企図	n. s.	n. s.		
小洞内省目	4. 内省・洞察	n. s.	n. s.	
	1) 対象行為への内省	n. s.	n. s.	
	2) 対象行為以外の他害行為への内省	n. s.	n. s.	
	3) 病識	n. s.	n. s.	
4) 対象行為の要因理解	ハザード比: 1.990	n. s.		
個人心理的要素	5. 生活能力	n. s.	n. s.	
	生活能力の小項目	1) 生活リズム	0点の群, 1点の群 < 2点の群	n. s.
		2) 整容と衛生	n. s.	n. s.
		3) 金銭管理	0点の群 < 2点の群	n. s.
		4) 家事や料理	n. s.	n. s.
		5) 安全管理	n. s.	n. s.
		6) 社会資源の利用	n. s.	n. s.
		7) コミュニケーション	n. s.	n. s.
		8) 社会的引きこもり	n. s.	n. s.
		9) 孤立	n. s.	n. s.
		10) 活動性の低さ	n. s.	n. s.
		11) 生産的活動・役割	n. s.	n. s.
		12) 過度の依存	n. s.	n. s.
		13) 余暇を有効に過ごせない	n. s.	n. s.
		14) 施設への過剰適応	n. s.	n. s.
小項目	6. 衝動コントロール	ハザード比: 2.111	n. s.	
	衝動コントロールの小項目	1) 一貫性のない行動	0点の群 < 2点の群	n. s.
		2) 待つことができない	n. s.	n. s.
		3) 先の予測をしない	0点の群 < 1点の群, 2点の群	n. s.
		4) そそのかされる	n. s.	n. s.
5) 怒りの感情の行動化		0点の群 < 2点の群	n. s.	

表1-5 院内暴力・院内自殺企図に関わる共通評価項目

説明変数		壁屋ら <sup>4)</sup> による初回入院継続申請後の院内暴力の予測 (n=514) COX比例ハザードモデル 比例ハザード性の認められない時はログランク検定にて0点の群、1点の群、2点の群を対比較	壁屋ら <sup>4)</sup> による初回入院継続申請後の院内自殺企図の予測 (n=512) COX比例ハザードモデル 比例ハザード性の認められない時はログランク検定にて0点の群、1点の群、2点の群を対比較
対人関係的要素	7. 共感性	n. s.	n. s.
	8. 非社会性	n. s.	n. s.
	1) 侮辱的な言葉	n. s.	n. s.
	2) 社会的規範の蔑視	n. s.	n. s.
	3) 犯罪志向的態度	n. s.	n. s.
	4) 特定の人を害する	n. s.	n. s.
	5) 他者を脅す	n. s.	n. s.
	6) だます、嘘を言う	n. s.	n. s.
	7) 故意の器物破損	0点の群<1点以上の群	n. s.
	8) 犯罪的交友関係	n. s.	n. s.
環境的要素	9) 性的逸脱行動	n. s.	n. s.
	10) 放火の兆し	n. s.	n. s.
	9. 対人暴力	n. s.	n. s.
	10. 個人的支援	n. s.	n. s.
	11. コミュニティ要因	n. s.	n. s.
	12. ストレス	n. s.	n. s.
	13. 物質乱用	n. s.	n. s.
	14. 現実的計画	n. s.	n. s.
	現 1) 退院後の治療プランへの同意	n. s.	n. s.
	実 2) 日中活動	n. s.	n. s.
治療的要素	3) 住居	n. s.	n. s.
	4) 生活費	n. s.	n. s.
	5) 緊急時の対応	n. s.	n. s.
	6) 関係機関との連携・協力体制	n. s.	n. s.
	7) キーパーソン	n. s.	n. s.
	8) 地域への受け入れ体制	n. s.	n. s.
	15. コンプライアンス	n. s.	n. s.
	16. 治療効果	n. s.	n. s.
	17. 治療・ケアの継続性	n. s.	n. s.
	の 1) 治療同盟	n. s.	n. s.
小 2) 予防	n. s.	n. s.	
継 3) モニター	n. s.	n. s.	
続 4) セルフモニタリング	n. s.	n. s.	
目 5) 緊急時の対応	n. s.	n. s.	

n. s.: not significant

表1-6 標準退院群と入院長期群との判別  
ロジスティック回帰分析 変数選択 (変数減少法: .20を基準)  
(対象(2) n=282)

変数	係数	値	オッズ比
精神病症状 6) 誇大性	0.83	1	2.30
非精神病性症状 8) 知的障害	0.54	1	1.72
生活能力 7) コミュニケーション	0.72	1	2.06
生活能力 1 4) 施設への過剰適応	1.74	1	5.69
衝動コントロール 2) 待つことができない	0.98	1	2.68
衝動コントロール 5) 怒りの感情の行動化	0.57	1	1.78
定数項	-5.76		
長期群		0.41	

表1-7 【精神病症状6) 誇大性】 【非精神病性症状8) 知的障害】 【生活能力7) コミュニケーション】 【生活能力14) 施設への過剰適応】 【衝動コントロール2) 待つことができない】 【衝動コントロール5) 怒りの感情の行動化】 の6項目合計点5点以上を基準とした長期入院群・標準退院群の的中率 (対象(2) n=282)

	5点以上	5点未満	合計	的中率
長期入院群	13	4	17	76%
標準退院群	32	233	265	88%

表1-8 【精神病症状6) 誇大性】 【非精神病性症状8) 知的障害】 【生活能力7) コミュニケーション】 【生活能力14) 施設への過剰適応】 【衝動コントロール2) 待つことができない】 【衝動コントロール5) 怒りの感情の行動化】 の6項目合計点5点以上を基準とした、高群・低群の入院日数平均・SD (対象(1) n=355)

6項目合計	n	平均	SD
低群	304	728.2	256.8
高群	51	735.3	274.7

表1-9 長期入院群18例の行動制限・治療困難な理由等の状況

行動制限分類	2018年4月1日時点総日数		当初審判への疑義	診断変更	治療困難な理由			共通評価項目				分類			
	隔離総日数	拘束総日数			ASD傾向 / 低IQ	パーソナリティ障害	再入院 / 再処遇	CLZ	社会復帰関連指標	【誇大性】	【知的障害】		【対人暴力】	【自殺企図】	
超長期隔離	4318	5	なし	F2⇒F8	ASD傾向		なし	8	8	6	0	0	0	0	超長期隔離群
	1102	0	なし		IQ68		有	10	10	8	0	2	0	0	超長期隔離群
	990	17	なし	F8追加	ASD傾向		再処遇	3	3	2	0	0	0	0	超長期隔離群
	787	143	なし	F2⇒F7	IQ58			7	7	初回入院継続申請が6ヶ月越えのため欠損	2	2	0	0	超長期隔離群
	574	78	なし		ASD傾向			8	9	9	2	1	1	0	超長期隔離群
293	19	なし		IQ64			9	3	11	1	0	0	1	超長期隔離群	
行動制限中程度	91	4	なし		ASD傾向 / IQ61	○	有	8	8	4	0	0	2	2	自傷例
	78	0	なし				有	12	9	10	2	0	0	0	院内暴力群
	67	0	なし		IQ67	○	有	9	9	9	2	0	0	0	院内暴力群
	49	14	なし				無	6	6	5	2	2	0	0	院内暴力群
	11	4	なし		IQ61		有	4	4	5	0	0	0	0	不明例
	3	34	なし		ASD傾向		なし	6	6	5	0	2	0	0	院内暴力群
行動制限なし	0	0	なし		IQ54		有	8	8	7	1	1	0	0	院内暴力群
	0	0	なし	F6追加	IQ67	○	無	3	3	2	0	0	0	0	不明例
	0	0	なし				有	7	4	6	0	0	0	0	改善例
	0	0	なし	F7追加	IQ59		なし	6	8	2	0	2	0	0	院内暴力群
欠損	欠損	なし		ASD傾向		有	11	4	7	2	0	0	0	院内暴力群	
欠損	欠損	なし					8	2	9	0	0	0	0	改善例	

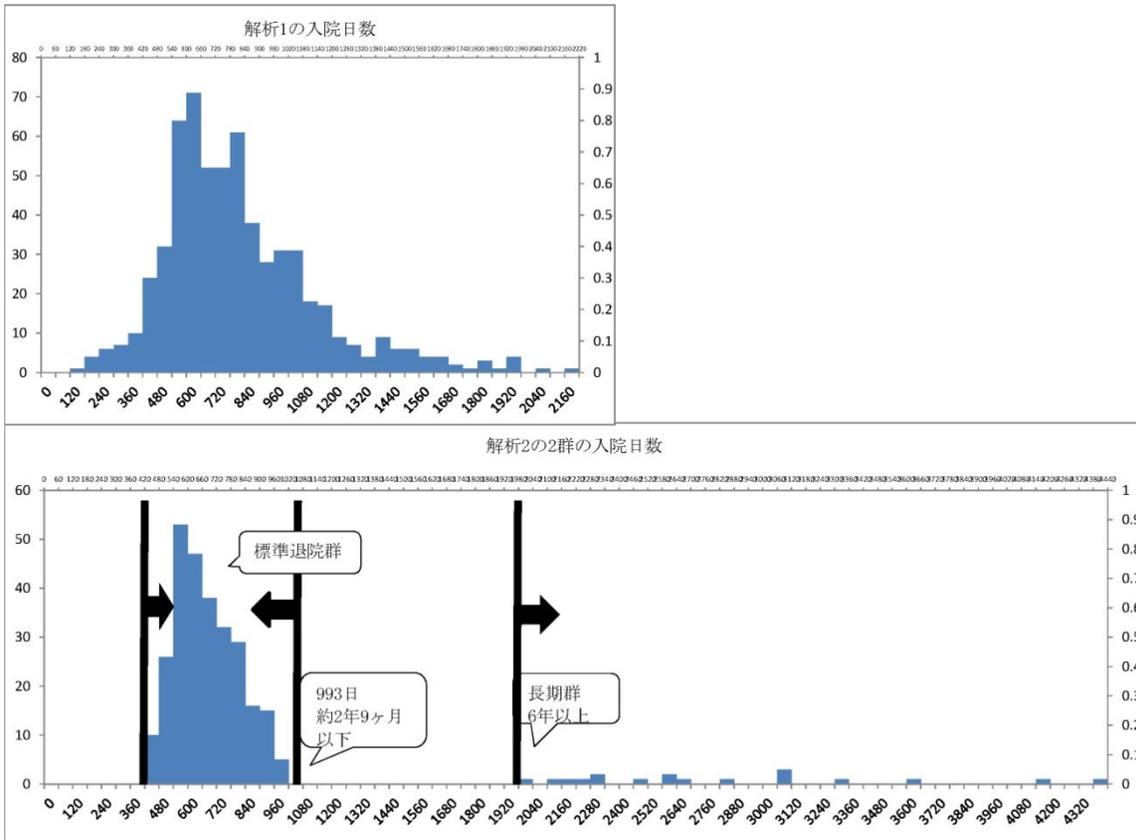


図1-2 解析1と解析2のサンプルでの入院処遇日数の比較

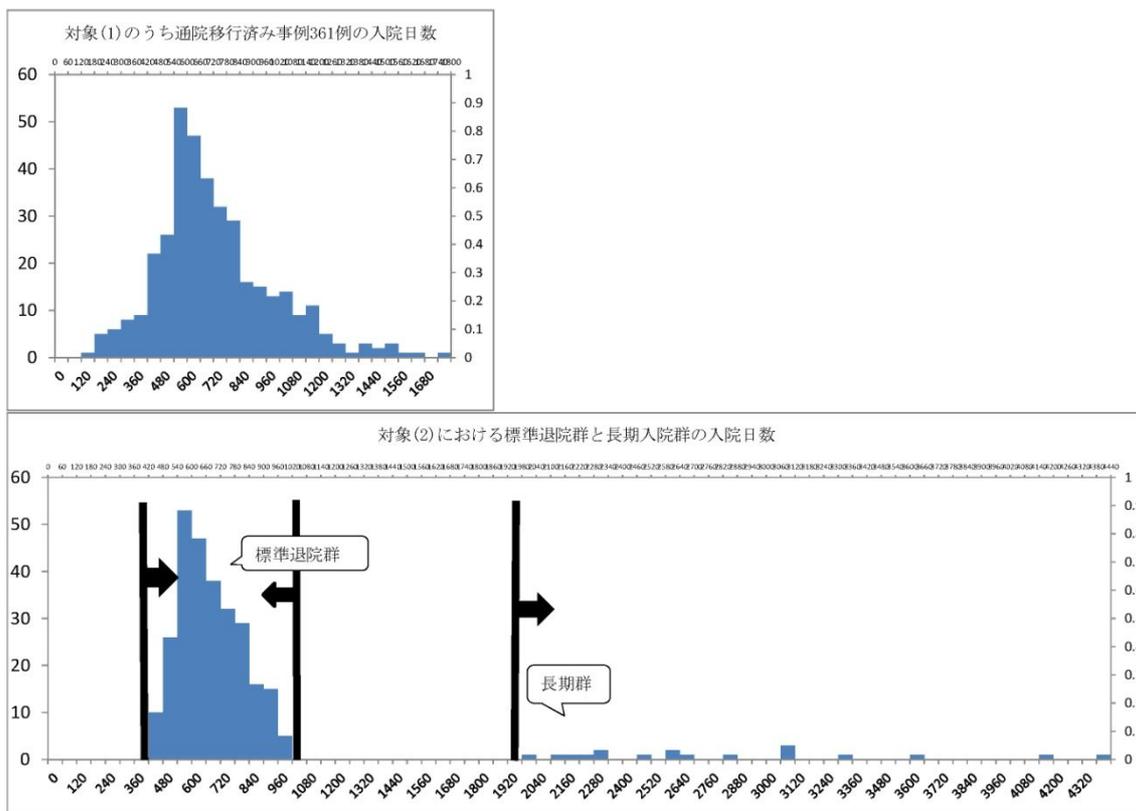


図1-3 解析10におけるサンプルでの入院処遇日数の比較



平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

### 多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究

研究分担者 村杉 謙次 国立病院機構小諸高原病院

#### 研究要旨：

本研究は、医療観察法入院処遇における超長期入院者及び長期/頻回行動制限実施者などのいわゆる複雑事例の病態の解明や分類を行い（研究 1）、治療・処遇に関するエキスパートコンセンサスをまとめること（研究 2）を目的としている。

**研究 1：**平成 30 年度は、分担研究班・壁屋班と連携し、複雑事例の条件として「治療が極めて困難」「退院が困難」「入院期間が 6 年超」「頻回隔離」「長期隔離」「拘束事例」「再入院事例」「再処遇事例」の 8 つを便宜的に定め、これらの条件に合致する医療観察法入院処遇対象者（以下対象者）の個別調査を実施し、25 施設から 223 事例の個別調査票を回収した。調査票をもとに量的・質的な解析を行い、以下の結論が得られた。

- ・長期入院群の量的解析では、「行動制限」「重複障害」「クロザピン（Clozapine：以下 CLZ）使用」の割合が他の群に比べ多い傾向が認められ、質的解析では、ストレス脆弱性が高く、家族機能が低い傾向が認められ、重複した社会復帰阻害要因が存在していた。
- ・行動制限群の量的解析では、施設間での行動制限の実施頻度に差があり、「長期入院」「暴力リスクの高さ」「劣悪な生育環境」の割合が他の群に比べ有意に多く、「衝動性の高さ」「重複障害」が多い傾向が認められた。質的解析からは、複数の問題行動が重複し行動制限に至っており、CLZ + 修正型電気けいれん療法（modified Electro Convulsive Therapy：以下 mECT）等の積極的な生物学的治療や行動面に焦点を当てた介入がなされているものの、帰住先・指定通院医療機関共に未定が多く、病識・内省より本人の特性が影響していることが推測された。
- ・再入院・再処遇群の量的解析では、「自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder：以下 ASD）傾向」「重複障害」「CLZ 使用」の割合が他の群に比べ多い傾向が認められた。質的解析では、地域生活上のストレスへの対処ができずに病状が悪化し、再入院後は CLZ 使用に至っている事例が多く、地域生活を想定しての薬物療法やクライシス・プランの整備が初回入院時にできていない可能性が示唆された。

**研究 2：**平成 30 年度は、研究 1 の結果と壁屋班の量的検討結果をもとに、「複雑事例の定義」「高規格ユニットの必要性」「必要な場合の高規格ユニットの在り方」「複雑事例と処遇終了事例との一線」「複雑事例に対する介入方法」に関して、医療観察法入院医療の多職種からなるエキスパートを参集

しての分担班会議で検討を行い、以下の結論が得られた。

- ・複雑事例化要因は多様で個々の要因の検証は困難である。
- ・行動障害・生活障害への焦点化が必要である。
- ・高規格として高セキュリティは不要であるが、高機能は検討すべきである。特に大切な観点としては、ケア密度とスタッフ教育が挙げられる。
- ・コンサルテーションと併用しながら転院を試行し、その効果を実証する必要がある。

平成 30 年度の研究を通し、「長期入院群」と「行動制限群」の両群に重複して属する事例が複雑事例の中核群と推測された。今後はそれらの事例に関するより詳細なデータを収集しつつ、長期入院や行動制限と関連する要因の解析と、行動障害・生活障害に焦点化したケースフォーミュレーションを行い、複雑事例の定義の明確化や介入方法の検討につなげていく方針となった。

#### 研究協力者（敬称略）

平林直次	国立精神・神経医療研究センター病院
田口寿子	同上
柏木宏子	同上
竹田康二	同上
瓶田貴和	同上
村田雄一	同上
村田昌彦	国立病院機構榊原病院
壁屋康洋	同上
大鶴 卓	国立病院機構琉球病院
前上里泰史	同上
村上 優	国立病院機構さいがた医療センター
野村照幸	同上
永田貴子	国立病院機構肥前精神医療センター
大迫充江	同上
佐野 亘	トヨタ自動車
大下哲史	国立病院機構賀茂精神医療センター
村山大佑	国立病院機構鳥取医療センター
山形晃彦	三楽病院

横田聡子	国立病院機構小諸高原病院
新澤安江	同上
高橋未央	同上
渡辺沙裕利	同上
岩井邦寿	同上
原田 聡	同上
眞瀬垣実加	同上
池田美穂子	同上
吉池 茂	同上
鎌城有香里	同上
坂口絵里	同上
中林充子	同上

#### A . 研究目的

医療観察制度が始まり 13 年が経過し、医療観察法入院病床数は充足し、病床の運用方法について検討していく段階となっている。平成 30 年 4 月 1 日時点で入院期間 6 年以上の超長期入院者が全国で 37 名(全入院対象者の約 5%)存在しており、これらの超長期入院者及び長期/頻回行動制限実施者などのいわゆる複雑事例の病態の解明や分類、治療・処遇に関する知見をまとめ

ることは、医療観察法入院医療が直面している大きな課題であると考えられる。また、入院処遇ガイドラインに示された標準的経過を辿らない、複雑事例の背景や病態の解明、分類、治療・ケアに関するエビデンスの蓄積は、医療観察法医療のみではなく、精神科医療全般に寄与するものと考えられる。

そこで、平成 30 年度の本研究では、全国の指定入院医療機関に入院中の複雑事例と考えられる事例に関するデータを収集し、複雑事例の定義や分類、介入方法についての検討を行ない、今後の研究方針を明確化することを主目的とする。なお、本研究の実施にあたっては、研究分担者の所属する国立病院機構小諸高原病院に設置された倫理委員会および研究代表者の所属する国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得た。

## 研究 1：複雑事例に関する個別調査

### B．研究方法

分担研究班・壁屋班と連携し、複雑事例の条件として「治療が極めて困難」「退院が困難」「入院期間が 6 年超」「頻回隔離」「長期隔離」「拘束事例」「再入院事例」「再処遇事例」の 8 つを便宜的に定め、それらの条件に 1 つでも合致する医療観察法入院対象者の個別調査を実施した。

全国の指定入院医療機関の医療観察法病棟看護師長に調査票を送付し、対象事例の年齢、性別、診断、対象行為、入院決定日、通院医療機関内定の有無、経済状況、治療・退院困難な理由、直近の入院継続申立ての趣旨及び理由、直近半年間の診療及び病状経過の要約、クロザピン (Clozapine: 以下 CLZ) 使用・修正型電気けいれん療法 (modified Electro Convulsive Therapy:

以下 mECT) 実施の有無、についてデータ入力を依頼した。併せて基礎調査として、「複雑事例を受け入れるための高規格ユニットの必要性」「複雑事例に対する外部からのコンサルテーションの希望」に関する各指定入院医療機関の意識についても確認した。

回収した調査票をもとに、便宜的に複雑事例の条件として定めた条件のうち、各施設の基準や解釈に大きな差がある「治療が極めて困難」「退院が困難」以外の条件 (入院期間 6 年超・頻回隔離・長期隔離・拘束・再入院・再処遇) に該当する各群の特徴を、量的データと入院継続シートのテキストデータの両面から検討した。

入院期間 6 年超の群を「長期入院群」、頻回隔離・長期隔離・拘束の群を「行動制限群」、再入院・再処遇の群を「再入院・再処遇群」とし、各群とそれ以外の群との間で特徴に差がないかを統計的に検討した。また、同様に入院継続シートのテキストデータから読み取ることのできる情報をもとに、各群の特徴を抽出した。統計学的解析には SPSS<sup>®</sup> ver22.0 を用い、 $p < 0.05$  を統計学的に有意とした。

## 研究 2：エキスパートによる検討

### B．研究方法

研究 1 で得られた結果と分担研究班・壁屋班の量的解析の結果をもとに、医療観察法入院医療の多職種からなるエキスパートを参集した分担班会議の場で、「複雑事例の定義」「高規格ユニットの必要性」「必要な場合の高規格ユニットの在り方」「複雑事例と処遇終了事例との一線」「複雑事例に対する介入方法」の各テーマについて討議し、意見をまとめた。

## 研究 1：複雑事例に関する個別調査

## C . 研究結果

全国の指定入院医療機関 25 施設から 223 事例の有効個別調査票を回収した。基礎調査には 28 施設からの回答を得た。

### 1) 長期入院群の特徴

入院期間 6 年超の「長期入院群」は 18 事例（男性 15 名、女性 3 名。平均年齢  $45 \pm 9.1$  歳）であった。「長期入院群」は「その他の群（205 事例）」と比べ、複雑事例化要因として「退院が困難」が統計的に有意に多く（ $p=0.026$ ）、「頻回隔離」「拘束」が多い傾向（ $p=0.053$ 、 $p=0.073$ ）が認められた（表 1-1）。また、治療・退院困難な理由として「重複障害」が多く（ $p=0.054$ ）治療として「CLZ 使用」が多い傾向（ $p=0.098$ ）が認められた（表 1-2・3）。

入院継続シートからは、「長期入院群」に共通する主な特徴として、「ストレス脆弱性の高さ（7 事例）」「家族機能の脆弱さ（7 事例）」が抽出された。

### 2) 行動制限群の特徴

「行動制限群」は、頻回隔離 25 名、長期隔離 50 名、拘束 29 名の、計 68 事例（男性 54 名、女性 14 名。平均年齢  $43 \pm 11.2$  歳）であった。「行動制限群」は「その他の群（155 事例）」に比べ、複雑事例化要因として「長期入院」が有意に多かった（ $p=0.044$  表 2-1）。また、治療・退院困難な理由として「暴力リスクの高さ」「劣悪な生育環境」が有意に多く（ $p=0.003$ 、 $p=0.004$ ）、「衝動性の高さ」「重複障害」が多い傾向（ $p=0.063$ 、 $p=0.062$ ）が認められた（表 2-2）。治療としては「mECT 実施」が有意に多かった（ $p=0.003$  表 2-3）。

入院継続シートからは、「行動制限群」に共通する主な特徴として、「複数の問題行動の重複（14 事例）」「CLZ 使用事例（28 事例）」

「CLZ 中止事例（11 事例）」「CLZ 使用 + mECT 実施事例（5 事例）」「行動面への介入（25 事例）」「帰住先・指定通院医療機関共に未定（17 事例）」「（病識・内省より）特性が影響（39 事例）」が抽出された。

### 3) 再入院・再処遇群の特徴

「再入院・再処遇群」は、再入院が 16 例、再処遇が 7 例の計 23 事例（男性 20 名、女性 3 名。平均年齢  $43 \pm 11.48$  歳）であった。「再入院・再処遇群」は「その他の群（200 事例）」に比べ、複雑事例化要因としては、明らかな差は認められず、治療・退院困難な理由として「自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder：以下 ASD）傾向」「重複障害」が多い傾向が認められた（ $p=0.061$ 、 $p=0.073$  表 3-1・2）。また、治療としては「CLZ 使用」が多い傾向が認められた（ $p=0.062$  表 3-3）。

入院継続シートからは、「再入院・再処遇群」に共通する主な特徴として「再入院・再処遇開始後の CLZ 導入（6 事例）」「CLZ 抵抗性（3 事例）」「発達障害・知的障害の併存（10 事例）」が抽出された。

### 4) 基礎調査結果

「複雑事例を受け入れるための高規格ユニットの必要性」については、18 施設（64%）が必要と答え、9 施設（32%）が不要、1 施設（4%）が無回答との結果であった。

「複雑事例に対する外部からのコンサルテーションの希望」については、23 施設（82%）が希望すると答え、3 施設（11%）が希望しない、2 施設（7%）が無回答との結果であった。

## 研究 2：エキスパートによる検討

### C . 研究結果

医療観察法入院処遇の多職種からなるエキスパートによる検討の結果、「複雑事例の定義」については、「対象者や疾病のみではなく、社会復帰調整官、地域など様々な要因があり定義づけは困難」であり、「入院継続申立書のみではなく鑑定書を読んで仮説を立て検証する必要性がある」との意見が得られた。また、「事例のパターン化とケースフォーミュレーションによる視覚化が必要」「先行研究の結果も踏まえ、行動障害・生活障害に焦点化する必要性がある」「再入院・再処遇群は一旦は通院処遇に移行できた群であり他の退院できない複雑事例とは区別すべき」との意見も得られた。

「高規格ユニットの必要性」「必要な場合の高規格ユニットの在り方」については、基礎調査において64%の指定入院医療機関が必要と回答している状況を念頭に、「高いところの限界をもう一度みる必要性がある」「高規格ユニットが存在すれば、違うアセスメントや治療ができたと思われる事例も存在する」「地域側の問題は分けて考える必要あり」との意見が抽出される一方で、「指定入院医療機関の均霑化を図るべき」「他の施設でできないことができる施設がそもそもあるのか。転院で良いのでは」との意見も得られた。また、高規格の内容として「高セキュリティは不要であるが、高機能は必要」「高機能として大切なのはケア密度とスタッフ教育」との意見も得られた。

「複雑事例と処遇終了事例との一線」については、平成29年度の村田班による先行研究で提案された「処遇終了とする基準案」を元に複雑事例への対応方法を検討していくことが有用であるとの意見が得られた。

「複雑事例に対する介入方法」としては、具体的な事例紹介やエキスパートの在籍する施設での介入方法の紹介をもとに、「医療

観察法は行動制限最小化を徹底する必要があるが、そこが揺らいでいるのではないか」「病棟規模によるマンパワーの側面に行動制限最小化を阻害してしまう因子がある」「経過の情報共有 アセスメント 行動拡大の流れを徹底する必要がある」「感覚プロファイルの有効活用」「アウトリーチ的に高規格を提供するのが重複コンサルテーションであり転院との併用を検討すべき」との意見が得られた。

## D. 考察

### 1) 複雑事例の定義

個別調査の結果から、「長期入院群」「行動制限群」「再入院・再処遇群」それぞれの大まかな傾向は把握できたものの、それらは多様なものであり、定義を明確化するには至らなかった。しかし、3群に共通した治療・退院困難理由が「重複障害」であること、複雑事例化要因の中で「長期入院」と「行動制限」に相関性が示唆されること、「再入院・再処遇群」は一旦通院処遇に移行できており複雑事例の中核群とは考えにくいこと、などを併せ考えると、「長期入院群」と「行動制限群」の両群に同時に属する重複障害事例が複雑事例の中核群であると推測された(図1)。また、多様な事例をグループ分けし、特に行動障害と生活障害に焦点化しフォーミュレーションを行うことも、複雑事例の定義や介入方法を考える上で有用と考えられた。

今回収集できた入院期間6年超の「長期入院群」のデータは18事例であり、実際に確認できている30事例強の約半数に過ぎない。平成31年度は、「長期入院群」と「行動制限群」の両群に重複して属する10事例に関するより詳細なデータを収集しつつ、データベース事業を活用し、残りの超長期

入院事例のデータを収集する予定である。得られたデータをもとに、長期入院や行動制限を目的変数とし、どの要因が関連・影響しているかを解析し、複雑事例の定義の明確化につなげていきたい。

## 2) 複雑事例に対する介入方法

複雑事例が、各指定入院医療機関であらゆる手が尽くされているにもかかわらず、複雑事例化しているとの前提に立つと、該当施設でのアセスメントと介入のみでは明らかな治療効果が得られにくいことも想定される。特に、対象者と担当多職種チーム（Multi Disciplinary Team:以下 MDT）との治療同盟が破綻している場合には、重複障害コンサルテーションの実施や高規格ユニット、もしくは既存の指定入院医療機関への転院が有効な介入方法になり得るものとする。対象者と MDT が対立構造に陥った際の関係再構築の困難さを念頭に、図 2 に複雑事例に対する対応フロー案を示した。いかに早い段階で複雑事例に該当するかを評価し、次の段階への移行を検討するかが、超長期入院化しないためのポイントになるものとする。

次に転院について検討する。「高規格ユニット」の存在はさておき、上述したように他の指定入院医療機関への転院は硬直し対立構造化した対象者・MDT 関係を打破する一つの方法になりうるものとする。現状では、退院調整を主目的とした退院予定地近郊の指定入院医療機関への転院や身体合併症治療を目的とした転院は標準的に実施されているものの、治療困難を理由とした転院については、法的根拠や制度上の担保もない状態である。そのため転院については、対象者本人の強い希望や目的、臨床的有用性、相互の指定入院医療機関の間での

密な情報共有が明確に存在している場合に限り、初めて選択肢になりうるものとする。その前提で図 3 に転院の試行案を示した。転院期間や判定会議の在り方、評価方法など、様々な前提や検討すべき課題は山積しているものの、来年度以降に転院を試行し、分担班会議で具体化させた介入方法を実施し、効果判定を行いたい。そこで得られた知見と分担研究班・今村班で得られた重複障害コンサルテーションの知見を統合し、複雑事例に対する介入方法を具体化していきたい。

## E . 結論

平成 30 年度は、分担研究班・壁屋班と合同で 223 事例の複雑事例に関する個別調査を実施した。また、調査結果をもとに、医療観察法入院医療の多職種からなるエキスパートによる複雑事例に関する討議を行った。その結果、以下の結論が得られた。

- ・長期入院群の量的解析では、「行動制限」「重複障害」「CLZ 使用」の割合が他の群に比べ多い傾向が認められ、質的解析では、ストレス脆弱性が高く、家族機能が低い傾向が認められた。
- ・行動制限群の量的解析では、施設間での行動制限の実施頻度に差があり、「長期入院」「暴力リスクの高さ」「劣悪な生育環境」の割合が他の群に比べ有意に多く、「衝動性の高さ」「重複障害」が多い傾向が認められた。質的解析からは、病識・内省より本人の特性が影響し、複数の問題行動が重複し行動制限に至っており、CLZ + mECT 等の積極的な生物学的治療や行動面に焦点を当てた介入がなされているものの、帰住先・指定通院医療機関共に未定が多い状況が推測された。
- ・再入院・再処遇群の量的解析では、「ASD

傾向」「重複障害」「CLZ 使用」の割合が他の群に比べ多い傾向が認められた。質的解析では、地域生活を想定しての薬物調整やクライシス・プランの整備が初回入院時にできていない可能性が示唆された。

- ・複雑事例化要因は多様で個々の要因の検証は困難であるものの、「長期入院群」と「行動制限群」の両群に同時に属する重複障害事例が複雑事例の中核群であると推測された。

- ・高規格として高セキュリティは不要であるが、高機能は検討すべきであり、特に重要な観点としては、ケア密度とスタッフ教育が挙げられた。

また、これらの結論をもとに、今後の研究方針としては以下の内容が策定された。

- ・「長期入院群」と「行動制限群」の両群に重複して属する 10 事例に関するより詳細なデータを収集しつつ、データベース事業を活用し、残りの超長期入院事例のデータを収集する。

- ・得られたデータをもとに、長期入院と行動制限を目的変数とし、どの要因が関連・影響しているかを解析し、複雑事例の定義の明確化につなげる。

- ・複雑事例の行動障害・生活障害に焦点化したケースフォーミュレーションをもとに介入方法を具体化する。

- ・転院を試行し、具体化した介入方法を実施し、効果判定を行う。

- ・転院と重複障害コンサルテーション両者の効果判定をもとに、複雑事例に対する介入方法をまとめる。

## F . 健康危険情報

なし

## G . 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 村杉謙次：支える医療を目指した薬物療法 医療観察法病棟における服薬中断プログラムの実践報告 統合失調症患者の再入院予防を目指して . 病院・地域精神医学 , 2018 ; 60(3) : 248-251
- 2) 村杉謙次：チーム医療と身体拘束 . 精神保健福祉 , 2018 ; 49(4) : 314-317

### 2. 学会発表

なし

## 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

## I . 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた全国の医療観察法病棟スタッフの皆様のご協力に深謝いたします。

## 参考文献

- 1) 医療観察法指定入院医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 . 壁屋康洋 . 医療観察法の円滑な社会復帰に関する研究 . (平成 25 ~ 27 年度総合研究報告書)
- 2) 入院処遇から通院処遇を経ないで処遇終了となる事例の予後調査 . 村田昌彦 . 医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究 . (平成 29 年度 総括・分担研究開発報告書)

表1-1 複雑事例化した要因 長期入院群 (n=18) とその他の群 (n=205) の比較

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
長期入院群	72.20%	77.8%*	100.00%	33.30%	38.90%	33.30%	0.0%**	5.60%	5.60%
その他	70.70%	52.20%	0.00%	9.30%	21.00%	11.20%	7.80%	2.90%	7.80%

\*: p<0.05 \*\* : p<0.01

- 1 治療が極めて困難
- 2 退院が困難
- 3 入院期間が6年を超える
- 4 転回隔離 (入院以来、合計5回以上)
- 5 長期隔離 (入院以来、合計28日以上)
- 6 拘束事例 (入院以来、1回でもあれば)
- 7 再入院事例
- 8 再処遇事例
- 9 その他

表1-2 治療・退院困難な理由 長期入院群 (n=18) とその他の群 (n=205) の比較

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
長期入院群	33.30%	44.40%	33.30%	5.60%	16.70%	38.90%	22.20%	38.90%	11.10%	44.40%	11.1%*	16.70%	50.00%	11.10%
その他	52.20%	33.20%	19.00%	9.80%	11.20%	37.60%	33.20%	30.20%	13.20%	19.00%	33.20%	19.50%	48.80%	10.70%

\*: p<0.05

- 1 薬物反応性が悪い
- 2 IQが低い
- 3 ASD傾向
- 4 物質乱用
- 5 パーソナリティ障害
- 6 衝動性の高さ
- 7 家族の病識欠如・医療不信など
- 8 薬力リスクが高い
- 9 自傷・自殺のリスクが高い
- 10 重複障害
- 11 治療同盟の構築困難
- 12 生着探摸 (トラウマ、虐待、解離など)
- 13 退院地・指定病院医療機関が具体化しない
- 14 その他

表1-3 治療について 長期入院群 (n=18) とその他の群 (n=205) の比較

	CLZ使用	m-ECT実施
長期入院群	61.10%	22.20%
その他	41.20%	7.30%

表2-1. 複離事例化した要因・行動制限群 (n=68) とその他の群 (n=155) の比較

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
行動制限群	61.80%	52.90%	14.7%*	36.80%	73.50%	42.60%	5.90%	2.90%	0.00%
その他	74.80%	54.80%	5.20%	0.00%	0.00%	0.00%	7.70%	3.20%	11.00%

\* : p<0.05

- 1 治療が極めて困難
- 2 退院が困難
- 3 入院期間が6年を超える
- 4 頻回帰院 (入院以来、合計5回以上)
- 5 長期帰院 (入院以来、合計28日以上)
- 6 拘束事例 (入院以来、1回でもあれば)
- 7 再入院事例
- 8 再処遇事例
- 9 その他

表2-2. 治療・退院困難な理由・行動制限群 (n=68) とその他の群 (n=155) の比較

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
行動制限群	50.00%	39.70%	25.00%	7.40%	10.30%	47.10%	25.00%	45.6%**	19.10%	29.40%	26.50%	32.4%**	47.10%	7.40%
その他	51.00%	31.60%	18.10%	10.30%	12.30%	33.50%	35.50%	24.50%	10.30%	17.40%	33.50%	13.50%	49.70%	12.30%

\*\* : p<0.01

- 1 薬物反応性が悪い
- 2 IQが低い
- 3 ASD傾向
- 4 物質乱用
- 5 パーソナリティ障害
- 6 衝動性の高さ
- 7 家族の病識欠如・医療不信など
- 8 暴力リスクが高い
- 9 自傷・自殺のリスクが高い
- 10 重複障害
- 11 治療同盟の構築困難
- 12 生活環境 (トラウマ、虐待、解離など)
- 13 退院地・指定通院医療機関が具体化しない
- 14 その他

表2-3. 治療について・行動制限群 (n=68) とその他の群 (n=155) の比較

	CLZ使用	m-ECT実施
行動制限群	45.60%	19.1%**
その他	41.30%	3.90%

\*\* : p<0.01

表3-1 複数事例化した要因 再入院・再処遇群 (n=23) とその他の群 (n=200) の比較

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
再入院・再処遇群	69.60%	56.50%	4.30%	13.00%	26.10%	4.30%	69.60%	30.40%	4.30%
その他	71.00%	54.00%	8.50%	11.00%	22.00%	14.00%	0.00%	0.00%	8.00%

- 1 治療が極めて困難
- 2 退院が困難
- 3 入院期間が6年を超える
- 4 頻回隔離 (入院以来、合計5回以上)
- 5 長期隔離 (入院以来、合計28日以上)
- 6 拘束事例 (入院以来、1回でもあれば)
- 7 再入院事例
- 8 再処遇事例
- 9 その他

表3-2 治療・退院困難な理由 再入院・再処遇群 (n=23) とその他の群 (n=200) の比較

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
再入院・再処遇群	56.50%	47.80%	39.10%	13.00%	8.70%	52.20%	39.10%	39.10%	13.00%	39.10%	39.10%	13.00%	34.80%	0.9%**
その他	50.00%	32.50%	18.00%	9.00%	12.00%	36.00%	31.50%	30.00%	13.00%	19.00%	30.50%	20.00%	50.50%	12.00%

\*\* : p<0.01

- 1 薬物反応性が悪い
- 2 IQが低い
- 3 ASD傾向
- 4 物質乱用
- 5 パーソナリティ障害
- 6 衝動性の高さ
- 7 家族の病識欠如・医療不信など
- 8 暴力リスクが高い
- 9 自傷・自殺のリスクが高い
- 10 重複障害
- 11 治療回数の構築困難
- 12 生家環境 (トラウマ・虐待・転居など)
- 13 退院地・指定通院医療機関が具体化しない
- 14 その他

表3-3 治療について 再入院・再処遇群 (n=23) とその他の群 (n=300) の比較

	m-ECT CLZ使用 薬施
再入院・再処遇群	60.90%
その他	40.50%

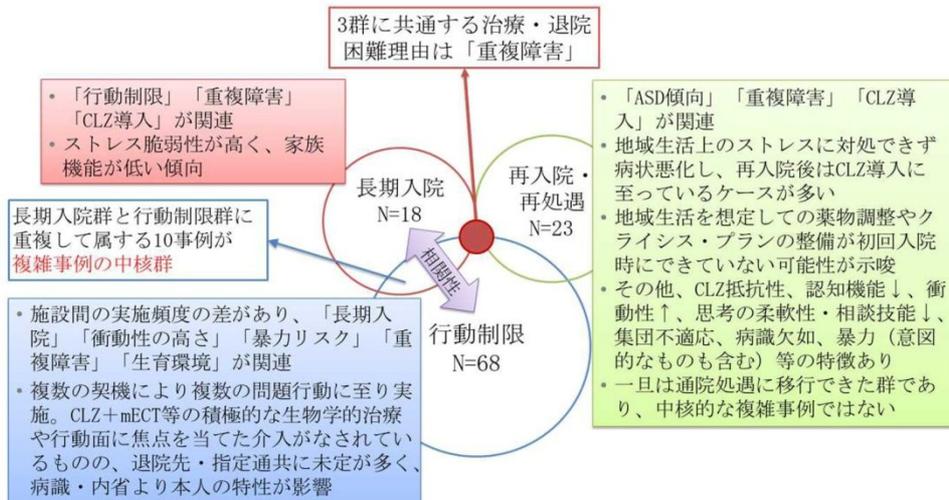


図1 複雑事例の中核群

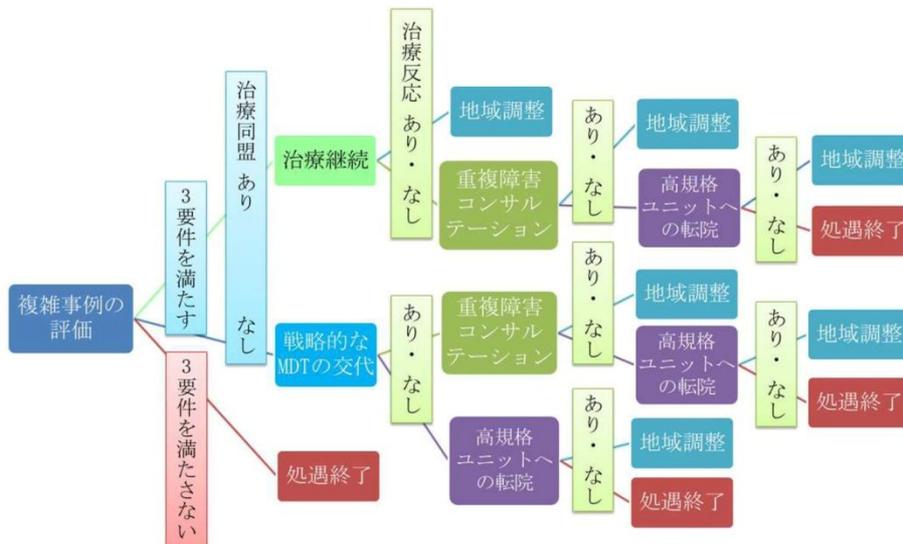


図2 複雑事例対応フロー案

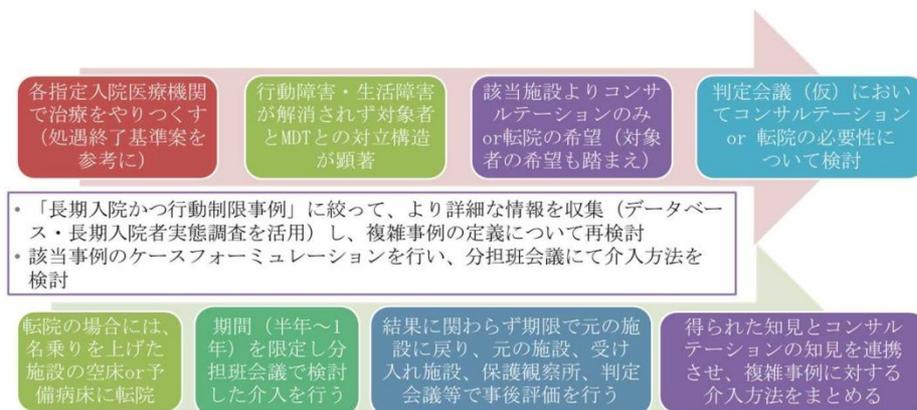


図3 転院の試行案

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

### 通院医療の実態を把握するための体制構築に関する研究

研究分担者 大鶴 卓

国立病院機構琉球病院

#### 研究要旨：

本研究は通院処遇の実態を安定的かつ継続的に把握・検証することで医療水準を向上させることを目的とした通院データベースシステム構築に関する提言を行うことを目指し研究を進めた。平成 30 年度は関係者からの意見聴取をもとに、通院データベースシステム案の作成、通院処遇対象者の予後調査研究に向けた準備を行った。

通院データベースシステムの概略案を示すことができ、その運用にはシステム面、個人情報保護法、通し番号管理、システム運用時の管理（倫理面も含む）の 4 点が重要で、特に個人情報保護法、通し番号管理の 2 点の検討が重要であることが分かった。個人情報保護法に関しては、医療観察法重度精神疾患標準的治療法確立事業（以下、入院データベース事業）では綿密に検討が行われ、法に準拠しながら入院処遇対象者の同意なく情報収集できるシステムが構築されており、通院データベースシステムも同様のシステムを構築する必要がある。また、大多数の対象者が入院処遇を経て通院処遇に至っている現状があり、通院処遇対象者の処遇状況を把握・検証し医療水準を向上させるためには入院データベース事業と通院データベースシステムの医療情報を連結させ検証することは必須であり、両システムを包含する体制構築も検討する必要がある。

平成 31 年度から開始する通院処遇対象者の予後調査研究は、通院データベースシステムの運用に向けた検証研究の目的も含んでおり、本研究を進めながら通院処遇対象者の処遇状況と指定通院医療機関の医療状況を把握・検証し、医療水準を向上させることを目的とした収集項目の検証を進める必要がある。また、指定通院医療機関の負担を軽減しながら、通院データベースシステムの収集項目の精度を向上するためには、通院処遇で使用されている各種評価シートと通院データベースシステムの収集項目の連動が必要であり、これにより現場の負担は大幅に軽減でき、精度向上も期待できる。

#### 研究協力者（順不同、敬称略）

久保彩子	国立病院機構	琉球病院
前上里泰史	同上	
吉田和史	同上	
知花浩也	同上	
野木 渡	浜寺病院	

櫻木章司	桜木病院
小澤篤嗣	神奈川県立精神医療センター
長谷川直実	大通公園メンタルクリニック

## A . 研究目的

医療観察法が施行され 13 年が経過し、医療観察法医療の実態を安定的かつ定期的の実態把握するために、平成 27 年度から医療観察法重度精神疾患標準的治療法確立事業（以下、入院データベース事業）が始まり、全国の指定入院医療機関のネットワークを通じて収集されたデータを分析し、入院処遇の実態把握が可能となった。しかし、通院処遇においては、入院処遇のようなデータベース事業は行われておらず、研究班による実態調査に頼っているため、通院医療の実態が把握できず、通院医療の効果を検証できていない課題がある。

本研究は通院医療の実態を安定的かつ継続的に把握・検証することで医療水準を向上させる通院データベースシステム構築に関する提言を行うことを目的とし、平成 30 年度は大鶴分担班会議等で通院医療に携わる各種医療関係の団体や協会の関係者からの意見聴取をもとに研究を進めた。

## B . 研究方法

### 1. 大鶴分担班会議での検討

#### 1) 通院データベースシステム案

平成 27 年度から入院データベース事業が運用され、現在は全国の指定入院医療機関の基礎的指標が定期的に報告されている。通院データベースシステムも入院データベース事業を参考に作成することが望ましいと考えられ、入院データベース事業の委託を受け運営している国立精神・神経医療研究センター病院関係者と協議を行うとともに、通院処遇に関わっている関係諸団体および指定通院医療機関の関係者と議論し、通院データシステム構築案を作成し、その実現のための課題を抽出した。

## 2) 通院処遇対象者の予後調査研究

通院データベースシステムを構築する際には、通院処遇対象者の処遇状況と指定通院医療機関の医療状況を把握・検証するために、全国の指定通院医療機関からの収集項目の検討は重要である。そのため、通院データベースシステムの運用を想定して、当研究班で通院処遇対象者の予後調査研究を行い、収集項目の妥当性の検証やシステム運用時の課題整理を行うこととした。平成 30 年度は、これまでの通院処遇に関する研究班の成果を参考にするとともに、大鶴分担班会議等で議論を行い、通院データベースシステムの収集項目の選定と研究計画案の作成を行った。

## 2. 同意・倫理的配慮

本研究は、平成 30 年 7 月 24 日に琉球病院倫理委員会より承認を得て行った。

## C . 研究結果

### 1) 通院データベースシステム案の作成

通院データベースシステムの概略図が図 1 である。大鶴分担班会議等で通院データベースシステム構築に向けて抽出された課題は、システム面、個人情報保護、通し番号管理、システム運用時の管理の 4 点であった。

システム面では、高セキュリティ（128～256bit SSL 等）のインターネット回線があること、データ集積と解析が内包されたサーバーがあること、指定通院医療機関は固有の ID とパスワードによりログインできること、未入力や誤入力時にエラーメッセージが出ることなどの機能が必要である。

個人情報保護法に関しては、入院データベース事業では綿密に検討が行われ、法に準拠しながら、入院処遇対象者の同意なく

情報収集できている。通院データベースシステムでも入院データベース事業と同様に法に準拠しながら、通院処遇対象者の同意なく情報収集することを可能とする必要がある。現在、入院データベース事業での検討経過や課題聴取を継続しており、今後は具体的な対応策を検討する必要がある。

通し番号管理は、通院データベースシステムを構築する際は必須である。現在、入院データベース事業では全入院対象者に全国統一対象者番号を付与するとともに、番号を閲覧・編集を行う権限を有する職員を限定した運用がなされており、通院データベース構築時にも同様に通し番号の作成手順や管理方法を決める必要がある。また、医療観察法の医療水準を向上させるためには入院処遇から通院処遇までの医療情報を連結させ検証する必要がある。そのため、入院データベース事業の全国統一対象者番号と通院データベースシステムの通院処遇対象者の通し番号は連結させる必要がある。

通院データベースシステム運用時には倫理面も含めたシステム運営・管理は必須であり、運営管理や研究推進等に関する事項を検討・検証する運営に関する委員会、医療水準向上のための臨床研究に関する倫理審査委員会の設立が必要である。

## 2) 通院処遇対象者の予後調査研究

平成 31 年に開始する通院処遇対象者の予後調査票案を表 1 に示す。

収集項目は医療機関・対象者の基本情報として、医療機関名、都道府県、調査期間中の対象者の有無、対象者 ID(通し番号)、性別、現在年齢、処遇形態、通院処遇開始年月日、対象行為、再処遇・再入院の有無、保護観察所、主診断名、副診断名、処遇状況の 14 項目を選定した。対象者の医療・処

遇状況を把握する情報として、再被害行為、自殺企図、クロザピン、持続性注射薬、アルコール、薬物等の使用、精神保健福祉法による入院、就労・雇用形態、生計、居住形態、精神保健福祉サービスの利用、共通評価項目の 11 項目を選定した。

予後調査方法・内容について、大鶴分担任会議参加者からの意見をまとめると、「臨床現場の負担を減らすために収集項目は必要かつ最低限にしてほしい(A4 で 1~2 枚程度が望ましい)」、「通院データベースシステムを構築する際には、通院処遇で使っている通院評価シートと項目を連動させてほしい」の 2 点に集約できた。

研究を進める中で、通院処遇ガイドラインで提示されている評価シートを臨床現場で機能的に使用するために項目を整理・修正した改定案を厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 医療観察法医療体制整備推進室に提案した。

## D . 考察

### 1) 通院データベースシステム案

個人情報保護法に関しては、入院データベース事業では綿密に検討が行われ、法に準拠しながら、入院処遇対象者の同意なく情報収集できるシステムが構築されており、通院データベースシステム構築も同様のシステムを構築する必要がある。指定入院医療機関は国関係 15 病院、都道府県関係 18 病院の計 33 病院であり、入院データベース事業では国関係と都道府県関係の個人情報保護法を検証・対応することで入院処遇対象者の同意なく情報収集できている。通院データベースシステム構築時は、全ての指定通院医療機関の個人情報保護法の検証が必要である。しかし、平成 31 年 1 月 1 日時点で全国の指定通院医療機関は 558 病院、

73 診療所が指定され、毎年 30 程度の指定通院医療機関が増え続けており、各医療機関の母体や所属も様々である。通院データベースシステム構築時は、入院データベース事業で課題が概ね整理されている国関係と都道府県関係に加え、日本精神科病院協会、日本精神神経科診療所協会に所属する指定通院医療機関が個人情報保護法に準拠し通院処遇対象者の同意なく情報収集の方法を検証することをまず行うことが現実的である。それを十分に検討した後に、それ以外の母体・所属の指定通院医療機関について同様の検証を行う必要がある。

通し番号管理に関する課題は、全ての通院処遇対象者に通し番号を付与するための作成手順や管理方法、入院データベース事業で付与されている全国統一対象者番号との連結の 2 点に集約できる。600 を超え様々な母体・所属の指定通院医療機関で通し番号の付与と管理を徹底するための対策を提示する必要がある。医療観察法の当初審判では医療観察法による医療が必要であると判断された者の 8 割強が入院処遇であり、直接通院処遇となった者は 1 割強である。大多数の対象者が入院処遇を経て通院処遇に至っている現状より考えると、通院処遇対象者の処遇状況を把握・検証し医療水準を向上させるためには入院データベース事業と通院データベースシステムの医療情報を連結させ検証することは必須であり、両システムを包含する体制構築も検討する必要がある。

## 2) 通院処遇対象者の予後調査研究

通院データベースシステム構築時に、指定通院医療機関における課題は、臨床現場の負担を減らすために必要かつ最低限の収集項目にすること、通院処遇で使用してい

る評価シートと収集項目を連動させることの 2 点に集約できた。通院処遇で使用されている各種評価シートと収集項目が連動すれば、現場の負担は大幅に軽減でき、精度の向上が期待できる。平成 30 年度の本研究を進める中で、通院処遇ガイドラインで提示されている評価シート（1 ヶ月治療評価シート、3 ヶ月治療評価シート、基本情報管理シート、評価管理シート）の改定案を厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 医療観察法医療体制整備推進室に提案した。今回の改定案は、評価シートを臨床現場で機能的に使用するために項目を整理・修正することを主眼に置いたが、今後通院データベースシステム構築時には、現場の負担感の減少と収集情報の精度向上のために、通院処遇評価シートと通院データベースシステムの収集項目の連動を見据えた再度改定が望ましい。

## E . 結論

本研究は、通院処遇の実態を安定的かつ継続的に把握・検証することで医療水準を向上させることを目的とした通院データベースシステム構築に関する提言を行うことを目指し研究を進めた。平成 30 年度は関係者からの意見聴取をもとに、通院データベースシステム案の作成、平成 31 年度から開始する通院処遇対象者の予後調査研究に向けた準備を行い、通院処遇ガイドラインで提示されている各種評価シートの改定案を提案した。

通院データベースシステムの概略図を示し、その運用にはシステム面、個人情報保護法、通し番号管理、システム運用時の管理（倫理面も含む）の 4 点が課題として抽出され、特に個人情報保護法、通し番号管理の検討が重要であると考えられた。

平成 31 年度は、通院データベースシステムの運用に向けた検証研究に加え、医療水準の向上につながるよう情報収集項目の検証を進める。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

- 1) 木田直也，村上 優，大鶴 卓，高江洲 慶，石橋孝勇：地域における clozapine 治療ネットワーク 琉球病院を拠点とした沖縄モデル．臨床精神薬理，2018；21(11)：1439-1449
- 2) 木田直也，村上 優，大鶴 卓，高江洲 慶，久保彩子，石橋孝勇，中原辰夫，橋本喜次郎：Clozapine の最適治療用量と維持治療用量の選定 琉球病院での臨床経験から．臨床精神薬理，2018；21(8)：1037-1045

### 2．学会発表

- 1) 大鶴 卓，久保彩子，前上里泰史：全国の指定通院医療機関における通院処遇の診療実態調査．第 14 回日本司法精神医学会大会，山口，2018.6.2
- 2) 久保彩子，前上里泰史，吉田和史，大鶴 卓，野村照幸，高野真弘，高平大悟：指定通院医療のさらなる発展を目指した指定通院医療従事者研修の在り方についての検討と考察．第 14 回日本司法精神医学会大会，山口，2018.6.2
- 3) 木田直也，大鶴 卓，村上 優，新里穂鷹，久保彩子，高江洲慶，福治康秀：クロザピン治療中にけいれん発作が出現した治療抵抗性統合失調症 23 例の報告．第 114 回日本精神神経学会学

術総会，神戸，2018.6.21

## 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

- 1) 厚生労働省：通院処遇ガイドライン、地域処遇ガイドライン
- 2) 厚生労働省ホームページ 心神喪失者等医療観察法  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougai-shahukushi/sinsin/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai-shahukushi/sinsin/index.html)

表1

通院医療予後調査票（案）

医療施設名 (養護施設名)	都道府県	2018年〇月△日～2019年〇月△日の期間内で通院 処遇対象者の有無
------------------	------	--

2018年〇月△日～2019年〇月△日の期間内で通院処遇対象者がいる場合、以下についてご記入ください

対象者ID	例: 琉球-1	性別	現在年齢 (2019年〇月△日時点)	医療観察法処遇形態	通院処遇開始年月日 (入力例: 2018/〇/△)
対象行為		再処遇・再入院の有無			保護観察所
主診断 (ICD)	( F )				
副診断 (ICD)	( F )				
2019年〇月△日 時点の処遇状況		処遇終了の場合	処遇終了年月日 (例: 2018/〇/△)	処遇終了時点での対象者の精神科治療状況	

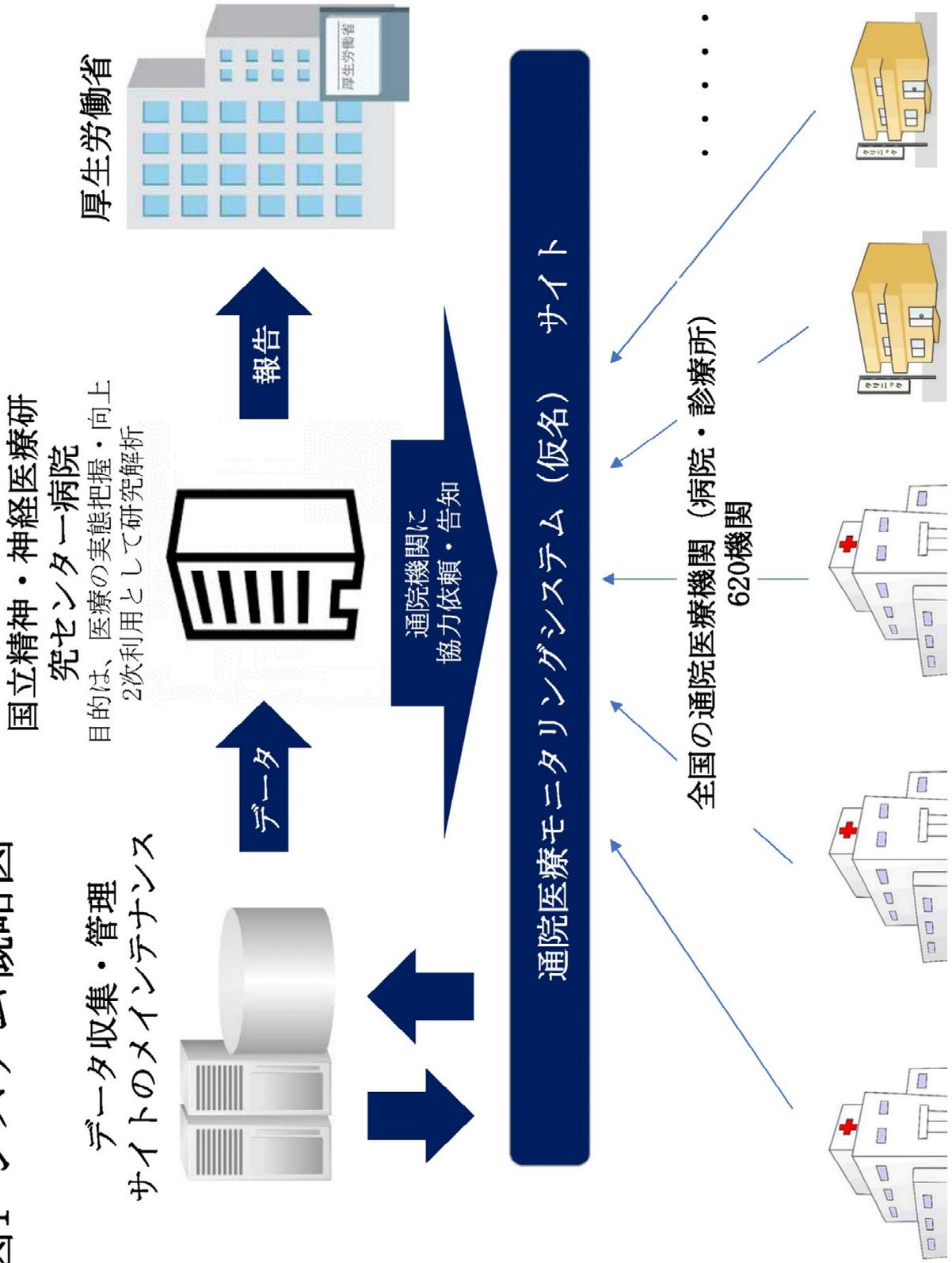
以下については、上記対象者について2018年〇月△日～2019年〇月△日の期間内についてお伺いします

1. 再処遇の有無・内容等	ありの場合 → 1. 殺人・殺人未遂 回数 2. 傷害 回数 3. 放火 回数 4. 強制性交等 回数 5. 強姦わいせつ 回数 6. 強姦 回数 7. その他 (刑律に触れ事件化されたもの) 回数 行為日 (西暦) 年 月 日 転帰
2. 自殺企図の有無・内容等	ありの場合 □ 未遂 回数 年 月 日 内容・転帰 □ 既遂 (死亡) 回数 年 月 日 内容・転帰
3. クロザピン使用の有無	
4. 持続性注射剤の使用	
5. アルコールの使用	ありの場合
6. 薬物等の問題使用	ありの場合 薬物名 { } 入院時
7. 精神保健福祉法等による入院の有無	ありの場合 入院日 (例: 2018年〇月△日) 退院日 入院時の入院形態 1回目入院 年 月 日 年 月 日 2回目入院 年 月 日 年 月 日 3回目入院 年 月 日 年 月 日 4回目入院 年 月 日 年 月 日
8. 就労の有無、雇用形態	ありの場合 雇用形態 年 月 日 から現在にかけて入院中
9. 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"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> その他
10. 居住形態	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 単身生活 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 生活訓練施設 <input type="checkbox"/> 知的障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 介護施設 (介護保険施設含む) <input type="checkbox"/> 教護施設 <input type="checkbox"/> その他 { }
11. 精神保健福祉サービス等の利用 (複数回答)	ありの場合 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 保健所の訪問/市職員の訪問 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 就労支援事業所 <input type="checkbox"/> 生活訓練 <input type="checkbox"/> 自助グループ (AA/NA/断酒会) <input type="checkbox"/> 民間リハビリ施設 (MAC/DARC等) <input type="checkbox"/> デイサービス (介護保険)

【選択肢】  
 <性別> 1. 男 2. 女  
 <医療観察法処遇形態> 1. 移行通院 2. 直接通院  
 <対象行為>  
 1. 殺人・殺人未遂 2. 傷害 3. 放火 4. 強制性交等 5. 強姦わいせつ 6. 強姦 7. その他  
 <再処遇・再入院の有無>  
 1. なし  
 2. 再処遇 (過去に医療観察法の処遇を受け、処遇を終了した後、再び医療観察法の処遇が決定した者、または医療観察法通院処遇中に新たな重大な被害行為を犯し、医療観察法の処遇が決定した者)  
 3. 再入院 (医療観察法通院処遇中に再び、本法の入院処遇を受けたことがある者)  
 <処遇終了時点での対象者の状況>  
 1. 医療観察法再入院 2. 精神科による入院 3. 精神科による通院  
 4-①. 精神科治療終了 (治療者が治療不要と判断)  
 4-②. 精神科治療終了 (本人が治療拒否)  
 4-③. 死亡 (自殺) 4-④. 死亡 (病死)  
 4-⑤. 死亡 (事故死)  
 <対象行為の有無・内容> あり・なし  
 <自殺企図の有無・内容> あり・なし  
 <クロザピン使用の有無> あり・なし  
 <持続性注射剤の使用> あり・なし  
 <アルコールの使用> あり・なし 1. 一時使用 2. 有害使用 3. 依存状態  
 <薬物等の問題使用> あり・なし 1. 有害使用 2. 依存状態  
 <薬物名> 1. 違法薬物 2. 脱法ドラッグ 3. 有機溶剤、ガス、ガソリン等 4. 市販薬 5. 処方薬 6. 多剤乱用 7. その他  
 <精神保健福祉法による入院の有無> あり・なし  
 <入院時の入院形態>  
 1. 措置・緊急措置 2. 医療保護 3. 任意 4. 応急  
 5. 責任能力鑑定 (簡易・刑事・民事) 6. 医療観察法鑑定  
 <就労の有無、雇用形態> あり・なし  
 1. 一般正規社員 2. 障害者枠正規社員 3. パート・アルバイト  
 4. 福祉的就労 (A型・B型就労施設・就労移行)  
 <精神保健福祉サービス等の利用>  
 あり・なし

要素	具体的要素	点	備考
疾病治療	精神病症状		
	内省・洞察		
	アドヒアランス		
	共感性		
	治療効果		
セルフコントロール	非精神病症状		
	認知機能		
	日常生活能力		
	活動性・社会性		
	衝動コントロール		
治療影響要因	ストレス		
	自傷・自殺		
	物質乱用		
	反社会性		
退院地環境	性的逸脱行動		
	個人的支援		
	コミュニケーション要因		
合計点	現実的計画		
	治療・ケアの継続性		

図1 システム概略図



平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

### 医療観察法鑑定書作成および処遇判断に関する研究

研究分担者 岡田 幸之 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科精神行動医科学分野

#### 研究要旨：

本研究は、医療観察法制度において行われる精神鑑定、およびそれによって作成されて審判の判断材料として用いられる鑑定書について、合理的な審判に資するうえでの問題点と解決方策を整理し、そこで明らかになった方策を実現する具体的な鑑定の実施方法ならびに鑑定書の形式等を提案することを目的としている。

平成 30 年度においては、まず各種判例データベースを利用して、医療観察法の審判が難しくなったと思われるケースを抽出し、その内容を分析し、とくに審判の判断の要点を特定する作業を行った。この際に、いわゆる医療観察法の 3 要件（疾病性、治療反応性、社会復帰要因）と医療観察法第 37 条における鑑定における 8 つの考慮事項とを照らし合わせた。その結果、(1) 診断名に不一致があるようなケースであってもそこに争点を置かずに具体的な症状や治療方針に判断の要点としているケースがある、(2) 診断変更があったケースなどでは対象行為にあらためて立ち戻ってそれが対象行為とどのような関係にあるのかということの整理を求めることがある、(3) 病識やアドヒアランスは重要な判断材料となっている、(4) 将来の症状悪化よりもそうした悪化などをもたらす現在の具体的な要因を明示しようとするところがある、(5) 受け入れ先とみられる家族との関係性、たとえば彼らが被害者となったケースかどうかということなども要点となっている、(6) 不処遇や処遇終了というかたちで医療観察法を外れる判断をする場合にどのような状況でどのような治療体制や支援が行われることになるのかといった情報は重視される、といったことが明らかになった。これまで医療観察法の鑑定において何をどのように論ずるべきかという議論はあまり具体的にはおこなわれてこなかった。今回の事例分析はおそらく有用な手掛かりを与えるものと言えるであろう。

次年度以降は、審判の決定が円滑であった例をもとに、どのような情報が判断に役立つのかを明らかにし、本報告とあわせて、鑑定書において記載すべき事項をまとめる。さらにそれらを反映した鑑定書書式、およびそれを作成するために必要な鑑定の進め方について提案する。これと同時に鑑定を利用する立場である裁判官からの意見を聴取してこれを反映させる。

研究協力者

茨木文博 神奈川県立精神医療センター

## A．研究目的

本研究の大目的は「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)」において行われる鑑定とそれによって作成される鑑定書について、あらためて本制度における適切な処遇を判断するにあたって有用なかたちとはどのようなものであるかを明確にすること、そしてそれにそった具体的な方法を提案することにある。

そこでこの目的を段階的に達成していく。まずは医療観察法の鑑定というものが言うまでもなく医療観察法の審判の判断のためにあるということに立ち返り、審判が鑑定に求める情報というものが何なのかを明確にすることを小目標とした。

この小目標を達成するためには実際の審判例をたどり、審判のなかで求められている情報を明らかにすることがもっともシンプルな手法であろう。それはさらに、理論的に大きく二通りの手法にわけることができる。

第一は、審判の決定を出すことに難渋してしまった例をもとに、どのような点が情報として注目されたのかを明らかにするという方法である。

第二は、審判の決定が円滑であった例をもとに、どのような情報があったから容易に判断できたのかを明らかにするという方法である。

実例にあたるにあたって、前者については当初地裁で決定された審判では決着を見ずに上級審に送られたものを検証の

対象にするということが考えられる。後者については初回審判で決着をみてその後の治療についても当該の初回審判で期待されたような成果がみられたというようなものを対象とするということが考えられる。制度がおおよそ円滑に運用されている現状からすると後者のような例はむしろ大半を占めていると考えられる。そこで、まずは前者のような限られた事例の分析を行い、ごく単純に言えば「審判でもめたけれどもこういった点が決め手となって最終判断に至った」ということを明らかにして、そこから鑑定に求められる要点を明確にする手がかりを得るということになる。

## B．研究方法

### 1. 調査方法

平成31年1月6日までに裁判所ウェブサイト又は主要な判例データベース(TKCローライブラリー<LEX>、判例秘書INTERNET<LLI>)、D1-Lawライブラリ、Westlaw Japan)に登載された医療観察事件に関する、地裁判、抗告審、および再抗告審例のうち、決定理由中に鑑定に基づく事実認定及び評価が読み取れるものを抽出した。

各事例の審判のなかでどのようなことがらが判断のうえで考慮されているかということを確認した。

とくに医療観察法第37条2項に挙げられている次の項目について確認した。

- a. 精神障害の類型
- b. 過去の病歴
- c. 現在及び対象行為を行った当時の病状
- d. 治療状況
- e. 病状及び治療状況から予測される将来の症状

- f. 対象行為の内容
- g. 過去の他害行為の有無及び内容
- h. 当該対象者の性格
  - さらにこれらに当てはまらない事由があげられていれば
- i. その他
  - とすることにした。その結果、「i. その他」についてはさらに次のとおり下位分類を設けることになった。
  - i-1: 必要と見込まれる医療
  - i-2: 家族の支援能力
  - i-3: 生活上の負荷
  - i-4: 生活根拠の不安定
  - i-5: 予想されるケースワーク
  - i-6: 被害者である家族との関係に関する事情の変化

得られた結果を概観、総括することによって、難渋する審判における決定的な判断材料となる考慮事項を明らかにした。

なお本研究は、東京医科歯科大学医学部倫理審査委員会より文献研究等に該当するものであるから倫理審査の対象外であるとの判断を得ている。

## C. 研究結果

データベースにおいて、審判理由のなかに鑑定に基づく事実認定及び評価が読み取れるものは、16事例見出された。それらのなかで a~i の各項目についてどれだけ言及されていたかを以下にまとめる。

- a. 精神障害の種類 (15例)
- b. 過去の病歴 (7例)
- c. 現在及び対象行為を行った当時の病状 (16例)
- d. 治療状況 (14例)
- e. 病状及び治療状況から予測される将来の

- 症状 (8例)
- f. 対象行為の内容 (5例)
- g. 過去の他害行為の有無及び内容 (2例)
- h. 当該対象者の性格 (1例)
- i. その他 (13例)
  - i-1: 必要と見込まれる医療 (1例)
  - i-2: 家族の支援能力 (8例)
  - i-3: 生活上の負荷 (2例)
  - i-4: 生活根拠の不安定 (1例)
  - i-5: 予想されるケースワーク (2例)
  - i-6: 被害者である家族との関係に関する事情の変化 (2例)

概観すると次のような整理ができる。

まず a (精神障害の種類) への言及については、それが説明の枕に過ぎないことも多いが、認知症やパーソナリティ障害など、処遇の対象になりにくい診断であったり、その診断変更が争点になったりしている場合もある。なかには医療観察法鑑定と刑事鑑定の両者の内容を吟味しながら、診断名自体はいずれが正しいとも結論しないまま、病状評価等は医療観察法鑑定を実質的に排斥して刑事鑑定に依拠しているとみられる事例があった。診断名のちがいに立ち入るよりも、具体的な症状や治療方針といったものが判断の要点となる例があることがわかる。このことは、唯一 a (精神障害の種類) への言及がない例をみると、入院決定をした原審を取り消すものであり、やはり診断そのものよりも治療方針自体が争点となっていた。

b (過去の病歴) に関しては、決定理由で言及されることは比較的少ないが、診断変更や鑑定間の不一致がある場合には言及されやすいようである。

c (現在・行為時の病状) については、全ての審判例で言及していたが、とくに入院

継続確認・退院許可申立てにかかる場面では、現在の病状や診断が主な争点となり、対象行為を行った当時の病状そのものには触れない傾向がある。しかしなかには入院継続確認申立てにおいて診断変更されたがその際の説明が欠如しているので対象行為と精神障害の関係が不明確となったことが指摘された例があった。このように改めて対象行為時の病状について評価し直すことが要点となることもあるということにも留意する必要がある。

d(治療状況)についても殆どの裁判(審判および抗告審裁)例で言及がある。唯一言及のない例は、トリアゾラムの急性中毒又は離脱が自然軽快したことをもって当該精神障害に対する医療を不要とするものであった。なお、c,dにまたがる事項として、病識の有無や治療受容について言及したものは7例と多かった。病識やアドヒアランスというものは治療継続に直接かわる事情として重視されることがうかがわれる。

e(予測される将来の症状)に関しては、被害妄想が軽減する等の具体的な症状に言及したものをカウントしている。それ以外は単に、薬物療法や精神療法等により症状の改善を期待できる等の一般的な記述が多いようである。他方で、将来の症状予測そのもの以外に、将来の症状改善・悪化を促進・抑制する社会的要因(iにおける支援状況等。後述)の方が具体的に言及されているようである(なお、これは鑑定ではなく生活環境調査に基づいて認定されている可能性もある)。こうした傾向の背景には、将来予測という不確かなものよりも将来予測に関わる具体的な現在要因を明示したいという要請が内在している可能性をうかがわせる。そうだとすれば、eに関しては「病状の改善・増悪の仕方と、これらを促進・

抑制する事情の内容・程度」といったように、いわば現在時制で摘示された方が良いのかもしれない。また、そうした事項は、他害行為に関わる病理との関係が整理された形で、鑑定中に明示されることが望ましいはずである。これによって上記のような一般的記述を超えて説得力ある内容を獲得する可能性もあると思われる。

f(対象行為の内容)について最も着目されるのは被害者が家族であるかどうかという点であった。他方で罪種や行為態様については鑑定内容との関係ではあまり言及されないようである。責任能力鑑定ほど病態と行動との関係を厳密に捉える必要がないとか、責任能力鑑定と異なって回顧的な判断は重要でないという意識があるのかもしれない。次にまとめるg(過去の他害行為)との関係で、過去の同種行為の存在に注意したとみられる審判例(対象行為が放火で過去に弄火があったもの)もあった。

g(過去の他害行為)については上記のほかに、i-6(家族との関係)に影響を与えたものとして言及される場合があった。

h(性格)については、パーソナリティ障害と診断が付されるものを除くと、本人の病識や治療態度、周囲との関係性といった形でc,d,e,i等で実質的に評価が尽くされるためか、直接にはあまり言及されない。明示的に言及された例でも、医療観察法鑑定を排斥する文脈で、同鑑定に現れた内容を紹介するに過ぎないようであった。

i(その他)に関して、決定理由中で言及されるのは、おそらく生活環境調査に基づく社会生活上の事情であることが多く、その意味で固有の鑑定内容には含まれないともいえる。ただしeに関して上述したように、将来予測の根拠となる要因が含まれることは意識されるべきである。最も多いの

は i-2 ( 家族の支援の有無や程度に関わる事情 ) であった。入院決定を肯定する方向の事情として、i-3 ( 生活上の特殊な負荷 ) や i-4 ( 不安定な生活根拠 ) が指摘されていた。i-1 ( 必要と見込まれる医療 ) や i-5 ( 予想されるケースワーク ) への言及がみられる例は、不処遇又は通院処遇となっており、医療観察法上の ( 入院 ) 処遇をしない場合の事態予測をしたものとみなすことが可能である。また f ( 対象行為の内容 ) との関係で、被害者である家族との関係に関する事情の変化 ( i-6 ) が指摘されていた 2 例は、いずれも結論的に入院処遇を否定する方向の裁判であった。他方、入院継続確認・退院許可申立てにおいては i 項目への言及がないことが多い。診断変更をした上での医療終了 治療反応性の問題 が争点となる場面だからであろう。

#### D . 考察

医療観察法では、裁判所で開かれる審判によって対象者の処遇が決定される。そしてその判断はいわゆる「3 要件 ( 疾病性、治療反応性、社会復帰要因 ) 」を軸としている。ただ、この「3 要件」は概念を示してはいるが具体性に乏しいところがあり、それが判断根拠の曖昧さを招いているようにもみえる。その要件を構成する具体的な内容や基準といったものもさまざまに論じられているが、結局のところ明確に示されているとは言いがたいところがある。

他方、この審判過程において重要な判断材料として利用されるのが、医療観察法の精神鑑定である。この鑑定については、医療観察法第 37 条において「精神障害の類型、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、

過去の他害行為の有無及び内容並びに当該対象者の性格」といった「8 事項」を考慮するとされている。この法 37 条に示されている内容は、入院継続、退院、再入院、通院延長、処遇終了などの審判申し立ての際に付される「指定医療機関の管理者の意見」についても該当するものである。つまり制度なかでの経過の全体にわたって、その要所所で行われる審判の判断材料となることになる。

既述のとおり「3 要件」は具体性に乏しいところがあるが、この「8 事項」との関係を整理することでその具体性を増すことができる可能性がある。

そこで今回の研究では、実際に示された審判決定のなかで、とくにその判断が難しかったとみられる事例を材料として判断の要件を探った。

その結果として、(1) 診断名に不一致があるようなケースであってもそこに争点を置かず具体的な症状や治療方針に判断の要点としているケースがある、(2) 診断変更があったケースなどでは対象行為にあらためて立ち戻ってそれが対象行為とどのような関係にあるのかということの整理を求めることがある、(3) 病識やアドヒアランスは重要な判断材料となっている、(4) 将来の症状悪化よりもそうした悪化などをもたらす現在の具体的な要因を明示しようとすることがある、(5) 受け入れ先とみられる家族との関係性、たとえば彼らが被害者となったケースかどうかということなども要点となっている、(6) 不処遇や処遇終了というかたちで医療観察法を外れる判断をする場合にどのような状況でどのような治療体制や支援が行われることになるのかといった情報は重視される、といったことが明らかになった。

これまで医療観察法の鑑定において何をどのように論ずるべきかという議論はあまりはっきりとしたかたちでおこなわれてこなかった。今回の事例分析はおそらく有用な手掛かりを与えるものと言えるであろう。

## E . 結論

平成 30 年度は、医療観察法の審判事例のなかからとくに、審判決定に難渋した例をもとに、どのような点が判断の根拠となる情報として注目されたのかを明らかにすることにした。とくに法 37 条を整理の軸としていくつかの要点を明らかにすることができた。

今後の研究計画としては、冒頭にも述べた通り、審判の決定が円滑であった例をもとに、どのような情報が判断に役立つのかを明らかにする。そして本報告とあわせて、鑑定書において記載すべき事項をまとめる。さらにそれらを反映した鑑定書書式、およびそれを作成するために必要な鑑定の進め方について提案する。これと同時に鑑定を利用する立場である裁判官からの意見を聴取してこれを反映させる。

なお裁判官からの意見聴取については、平成 30 年度に最高裁判所との協議を開始しており、その協力を得られることが確約されている。

また今回の報告内容についてはさらに個別の事例分析を追加したものを研究協力者の茨木による筆頭論文として現在、専門学術誌への投稿を進めているところである。

## F . 健康危険情報

なし

## G . 研究発表

### 1 . 論文発表

- 1) 岡田幸之:医療観察法はどのような成果を上げたのか.精神医学,2018;60(11):1231-1236.

## 2 . 学会発表

なし

## 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

## I . 謝辞

本研究にあたり最高裁判所のご協力に深謝致します。



平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

## 司法精神医療の国際比較に関する研究

研究分担者 五十嵐 禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター

### 研究要旨：

海外の司法精神医療の実態に関する情報を収集し、他の分担研究班によって収集される医療観察法による医療の実態に関する資料とあわせ、制度改善のための基礎資料となる司法精神医療に関する比較表を作成することを目的として研究を行った。

平成 30 年度は、イギリスの司法精神医療の最近の動向について、文献調査を行った。司法精神医療の入院患者を減少させるためには、地域資源の整備と地域住民への啓発活動が重要であることが示唆された。また、将来的には、司法精神医療コスト問題にも、目を向ける必要があることが示唆された。

### 研究協力者

椎名明大 千葉大学社会精神保健教育  
研究センター

こうした医療観察法による医療の課題や今後の在り方を検討するうえでは、すでに司法精神医療の実践について、長い実績を有する諸外国における司法精神医療の実態を把握し、わが国の司法精神医療の現状との比較を行うことが有効である。

本研究は、海外の司法精神医療の実態について、従来から行われてきた制度（structure, process）の比較だけでなく、入院・通院期間、転帰・予後、社会復帰の状況などの outcome や病棟機能分化に関する情報を収集し、他の分担研究班によって収集される医療観察法による医療の実態に関する資料とあわせ、制度改善のための基礎資料となる司法精神医療に関する比較表を作成することを目的とする。

### 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）」が施行され、平成 30 年 7 月 15 日で 13 年が経過した。医療観察法による医療については、円滑に医療観察法による処遇を終了する事例が多いこと、地域処遇中の対象者による再他害行為が少ないことなどの事実から、対象者の円滑な社会復帰の促進という医療観察法の目的が、少なくとも地域処遇に移行した対象者については達成されているといえる。その一方で、入院期間の長期化傾向や医療観察法による医療で得られた知見の一般精神科医療への還元などの課題が指摘されている。

### B．研究方法

諸外国における司法精神医療に関する実

態調査は主に文献調査によって行う。平成30年度は、イギリスの司法精神医療の最近の動向や課題を中心に文献調査を行った。

また、一般精神科医療に関して、当分担任と同様の課題を担っている他の厚生労働科学研究班(藤井分担任)とも協議を行い、共通調査項目を作成し、諸外国の精神医療・司法精神医療に造詣の深い研究者に対して調査を行うこととした。

### C. 研究結果

諸外国の研究者を対象とした調査については、調査対象者のリストアップと共通調査項目案の検討を行った。

イギリスの司法精神医療の最近の動向については、機能分化、コストをキーワードとして、文献を検索し、あわせて政府のホームページやマスメディアの報道からも追加を行った。

イギリス(より正確には、England)のNational Health Service(以下NHS)においても、精神医療は医療経済的な意味で重荷の一つになっていることがうかがわれる。Pillayによると、2008年時点においても、NHSの病床の約15%を精神疾患が占めていたという。統合失調症患者の平均在院日数は108日で気分障害は42日と、心血管疾患の20日に比べて非常に長い。これは疾患特性を考えれば仕方のない側面もある。他方、このデータのもとになった調査の対象には民間病院が含まれていないため、実際には在院日数はより長い可能性があるという。この結果は、入院を減らすための地域保健サービスが十分に効果を発揮していないことを示しているとPillayは主張している(Pillay, 2011)。

司法精神病棟においては長期在院の傾向がより顕著である。Dukeらは、中度保安病

棟(Medium Security Unit:以下MSU)の入院患者1,572名と最高度保安病棟(High Security Unit: Maximum Security Unitと呼称されることもある。以下HSU)の入院患者715名について匿名化データで横断研究を行った。その結果、MSU入院患者の18.1%が5年以上、HSU入院患者の23.5%が15年以上、それぞれ入院を継続していたことが明らかにされた。MSUにおける入院長期化率は0~50%と施設間格差があった。入院長期化に関連する因子として、入院形態(section)、入院権者(admission source)、病棟種別が抽出された。他方で患者属性は入院長期化に予想ほど寄与していなかったという。

近年の政府声明では精神障害の管理について、「入院の回避」「最小限の制限による回復支援」「安全管理における分断化した道程への手当」を謳っている。すなわち、他害が精神障害に根差すものなら速やかに安全管理を行い、十分なケアの継続のもと可及的速やかに地域に戻す必要性が強調されている。

実際に、NHS全体のベッド数はこの30年間で299,900床から142,000床へと半減した。対して患者数は増加傾向にある。なかでも、1987年以来、最も著明な病床削減は精神病床及び知的障害者病床において見られた。2009年までに精神病床は72.1%、知的障害者病床は96.4%削減されたのである。ただし、精神科急性期病棟に限れば、2009年からの9年間で26,448床から18,082床へと削減は3割にとどまっていた(King's Fund, 2017)。

これらは名目的には病院から地域へという政策の下になされたものである。一方で、病床削減の理由は世界的な財政危機であり、地域精神医療の振興は果たされていないと

いう批判もなされている (McCartney, 2017)。そのことを示唆する事実として、同時期において NHS 勤務の精神科看護師は 46,155 名から 39,358 名に、精神科専攻医は 3,187 名から 2,588 名へと減じたと報じられている。

入院病床の削減により、重篤な精神病症状や希死念慮、食行動異常を有する者が長期間入院待ちをしている状況が発生している。また入院のため遠隔地への移送を余儀なくされる患者もいるという。このような現状は 2012 年に制定された Health and Social Care Act が謳う身体疾患と精神疾患に対する公平な尊重 (parity of esteem) に反するという批判がある。

政府は人員不足を認め、精神保健分野の専門職を 2021 年までに 21,000 名増員すると述べている。他方、NHS は、人材不足の解消には 5 年以上を要すると述べている (The Guardian 紙、2018 年 7 月 21 日)。

司法精神医療も財政問題の例外ではない。例えば、2016 年 12 月 23 日の The Guardian 紙はイングランドの司法精神病棟のコストを話題にしている。報道によると、MSU と HSU の運営にかかる支出は年間総額 12.3 億ポンドであり、これは精神保健にかかる総予算のおよそ 2 割に当たる。保守的な仮定に基づく推計では MSU 入院患者 1 人当たりのコストは年間 15 万ポンドであり、これはカテゴリー B の男性受刑者 (英国の刑務所は受刑者の監視レベルを A~D に分類しており、B は最重度のセキュリティは不要だが脱獄に対する高度の備えを要するものとされている) の管理費用の 5 倍である。

イギリスでは刑務所に収容されていた精神障害者を適切に治療できるようにするという目的意識のもとで司法精神医療が発展してきた歴史がある。ところが近年では、

管理費用の問題から刑務所と司法精神病棟とが比較される事態になっているようである。

ちなみにイギリスの刑務所における経済事情も芳しくない。当局は 4% の予算削減を決定し、2016 年までに 1 人当たり年間 2,200 ポンド減じられた (HMSO, 2014)。その結果、刑務所内での自殺は 7 割近くも増加し、近年における高水準に陥ったという (MoJ, 2014)。

一方、イギリス政府は 2016 年 10 月に「司法システムにおける保健サービスの今後の方向性 (Strategic direction for health services in the justice system 2016-2020)」(NHS England 2016) を発表した。「精神保健の次の 5 年 (the Five Year Forward View for Mental Health)」において、被勾留者に対するリエゾン・ダイバージョンサービスは現在イングランドの 68% をカバーしており、2020 年までに 100% に達することを目指している。

2011 年の政府報告によると、イングランドの保安サービスでは常時 7,000~8,000 名の司法患者を扱っており、そのほとんどはそれぞれ 3,500 床の Low Security Unit (LSU) もしくは MSU で処遇されている。同サービスには 2009 年度において 12 億ポンドの費用が掛かっている。

2007 年において、イングランドの保安サービスの 35% は民間病床に委ねられている。保安病棟への移送基準はあいまいである。移送や退院が遅れる理由として、評価の齟齬、リスク回避、MSU の満床、適切な LSU がいないこと等が挙げられる。

再犯率に関する情報もまた断片的であるという。MSU からの退院後 2 年以内の再犯率は 10~15% とされる。20 年の間には半数が再犯し、3 分の 1 が司法病棟に再入院す

る。

HSU は現在 3 か所にあり、すべて NHS によって運営され、MHA に基づいて公共への重大かつ喫緊の危険を有する患者を処遇している。

HSU は近年縮小傾向にある。2000 年時点において、HSU の入院患者の一部は高度の保安を必要としていないことが指摘されており、勧告に従って 2004 年までに 400 名が MSU 等に移送された。

一般の精神科患者の過半数が 1 か月以内に退院し、1 年以上入院する者は 4%に過ぎない。対して HSU や MSU の入院患者の 3 分の 2 が 2 年以上、半数近くが 5 年以上在院する。横断的には HSU や MSU の入院患者の 7 割以上が 1 年以上在院している患者である。

患者 1 人当たりの年間コストは、LSU で 152,000 ポンド、MSU で 176,000 ポンド、HSU で 273,000 ポンドである。NHS も民間もコストはさほど変わらないようである。

国際比較の観点から見ると、近年における精神科病院の病床削減と司法病棟の隆盛は世界的潮流にあると言える。Chow らによるイングランド、ドイツ、イタリアの専門家に対する聞き取り調査の結果から、下記が明らかになった (Chow, 2018)。

すなわち各国において、1990 年以降、精神障害者の脱施設化の流れが見られていた。ドイツとイタリアでは明確な政策変更があったが、イングランドではそれは見られなかった。

旧態依然の収容型医療からの脱却、予算削減の要請、重度精神障害者の地域生活を支える仕組みの不足、他害のおそれのある患者を地域に返すことへの抵抗の 4 点が、各国で共通していた。

なお、イングランドにおいては、政府に

よる明確な方針転換の宣言がなされていないこと、他の 2 国に比べて他害のおそれや地域住民の懸念に対する関心が高いという特徴があったという。

#### D . 考察

イギリスにおいても司法精神医療における入院の長期化とこれに伴う医療費の高騰は課題とされている。イギリスの司法精神医療における HSU から MSU へのシフトという近年の動向も、その最大の要因は、コストの削減という経済的な要因である。近年の財政難もあり、わが国の保険医療の分野においてもコスト削減の要請は強い。医療観察法制度は保険医療とは別枠ではあるが、将来的には、こうした医療経済的な側面を考慮することが要請される可能性を否定はできないであろう。

イギリスに限らず、一般精神科病床の削減と並行して司法精神医療の対象患者の増加が指摘されている。イギリス、ドイツ、イタリアの専門家に対する聞き取り調査の結果からは、司法精神医療の入院患者が減らない要因として、地域生活をささえる仕組みの不足と地域住民の再統合への抵抗があることが示唆されている。医療観察法制度においても、地域資源のさらなる整備と地域住民へのさらなる啓発活動の重要性が示唆される。

#### E . 結論

イギリスの司法精神医療の最近の動向について、文献調査を行った。司法精神医療の入院患者を減少させるためには、地域資源の整備と地域住民への啓発活動が重要であることが示唆された。また、将来的には、司法精神医療コスト問題にも、目を向ける必要があることが示唆された。

## F . 健康危険情報

なし

## G . 研究発表

### 1 . 論文発表

- 1) 五十嵐禎人：刑事責任能力鑑定について最近感じること．臨床精神医学，2018；47(11)：1237-1243
- 2) 五十嵐禎人：司法精神医学における治療・支援の意義．こころの科学，2018;(199)：14-21

### 2 . 学会発表

- 1) 東本愛香，西中宏吏，野村和孝，五十嵐禎人：累犯刑務所におけるメンタルヘルスの課題．第14回日本司法精神医学会大会，山口，2018.6.1
- 2) 西中宏吏，東本愛香，野村和孝，五十嵐禎人：男性成人受刑者の罪種によるリスクと犯罪思考の特徴．第14回日本司法精神医学会大会，山口，2018.6.1

## 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

## 文献

- 1) Parvathy Pillay, Joanna Moncrieff. Contribution of psychiatric disorders to occupation of NHS beds:

analysis of Hospital Episode Statistics. The Psychiatrist (2011), 35, 56-59, doi:

10.1192/pb.bp.109.028399

- 2) Laurie Hare Duke, Vivek Furtado, Boliang Guo, Birgit Angela Völlm. Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology (2018) 53:313-321.
- 3) The King ' s Fund: NHS hospital bed numbers: past, present, future. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-hospital-bed-numbers>
- 4) Margaret McCartney: If this was cancer there ' d be an outcry-but it ' s mental health. BMJ, 2017; <https://www.bmj.com/content/359/bmj.j5407>
- 5) The Guardian : <https://www.theguardian.com/society/2018/jul/21/nhs-beds-number-mental-health-patients-falls>
- 6) The Guardian: <https://www.theguardian.com/society/2016/dec/23/better-than-prison-secure-hospitals-mental-health>
- 7) Her Majesty's Stationery Office. (2014). HM Chief Inspector of Prisons for England and Wales. Annual Report 2013-14.
- 8) Ministry of Justice. (2014). Criminal Justice Statistics Quarterly Update to March 2013. <https://www.gov.uk/government/statistics/criminal-justice-statistics-quarterly-march-2013>
- 9) NHS England (2016) Strategic

direction for health services in the justice system:

2016-2020. <https://www.england.nhs.uk/publication/strategic-direction-for-health-services-in-the-justice-system-2016-2020/>

- 10) Winnie S. Chow, Ali Ajaz, Stefan Priebe. What drives changes in institutionalised mental health care? A qualitative study of the perspectives of professional experts. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1634-7>.

平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

分担研究報告書

### 従来対応が難しいとされた複雑事例に対する心理社会的介入方法に関する研究

研究分担者 今村 扶美 国立精神・神経医療研究センター病院

#### 研究要旨：

平成 24 年度より実施された厚生労働省「心神喪失者等医療観察法医療水準向上等事業（通称、ピアレビュー事業）」では、各指定入院医療機関の長期入院者の多くが、統合失調症に加え、発達障害等の重複障害を持つ対象者であることが判明している。こうした治療が困難・複雑な事例においては、薬物療法だけではなく多職種チームによる心理社会的治療の強化が求められている。

本研究では、入院が長期化しがちな困難・複雑事例に対して、指定入院医療機関同士で継続的なコンサルテーションを行い、治療や退院の促進を図ることを目的としている。指定入院医療機関を、コンサルタントチームを派遣する側（以下、派遣施設）と、受け入れる側（以下、受入施設）に分け、ピアレビュー事業とも連携しながら、効果的かつ効率的に複雑事例の継続的なコンサルテーションを実施するための各種ツールや手順を開発・試行し、その効果を検証する。

平成 30 年度は、コンサルテーションの際に用いるケースフォーミュレーションシートなど、いくつかの用紙や尺度の整備を行うとともに、9 施設が派遣施設、9 施設が受入施設となり、計 9 事例（男性 8 名、女性 1 名）に対してコンサルテーションを実施した。

9 事例の平均年齢は 45.7 歳（21～71 歳）平均入院期間は 43.7 か月（9～108 か月）、治療ステージは、急性期 1 名、回復期 3 名、社会復帰期 5 名であった。主診断は統合失調症が 8 割弱であり、副診断は、発達障害、知的障害、てんかんなどであり、コンサルテーションの対象となった困難・複雑事例は、統合失調症に加えて、知的・発達の問題を抱えた対象者が多い傾向が認められた。

平成 31 年 2 月現在、コンサルテーションを終え、実施前後での評価尺度やアンケートを回収できたのは 2 事例のみであり、統計的な検討は今後実施予定であるが、今回実施した施設からは、本研究で開発したシート類を用いることにより、ケースフォーミュレーションをスムーズに実施できたという感想や、コンサルテーションによって、具体的な介入や目標が明確になり、治療が進展したという肯定的な感想が聞かれ、一定の臨床的意義があるものと考えられた。今後は、事例数を増やすとともに、評価尺度の結果も含めてさらなる検討を行う予定である。

研究協力者（順不同、敬称略）

平林直次	国立精神・神経医療研究センター病院
鈴木敬生	同上
網干 舞	同上
大迫充江	国立病院機構肥前精神医療センター
天野昌太郎	同上
山本哲裕	国立病院機構東尾張病院
古村 健	同上
石津すぐる	岡山県精神科医療センター
内田晃裕	同上
高尾 碧	島根県立こころの医療センター
西本勝視	鹿児島県立始良病院
松尾洋一	長崎県精神医療センター
村田昌彦	国立病院機構榊原病院
壁屋康洋	同上
岩崎友明	国立病院機構菊池病院
大鶴 卓	国立病院機構琉球病院
中井邦彦	同上
中根 潤	国立病院機構下総精神医療センター
宮崎 洋	長野県立こころの医療センター駒ヶ根
柴崎守和	滋賀県立精神医療センター
白石 潤	国立病院機構北陸病院
深瀬亜矢	同上
野村照幸	国立病院機構さいがた医療センター
小澤篤嗣	神奈川県立精神医療センター
大澤千晶	同上

A . 研究目的

平成 17 年 7 月 15 日に医療観察法が施行され、平成 21 年 2 月現在、指定入院医療機関は全国に 33 施設設置されている<sup>1)</sup>。平成 24 年度からは、施設間の医療の均てん化を図ることを目的に、厚生労働省「心神喪失者等医療観察法医療水準向上等事業(通称、ピアレビュー事業)」が開始されている。同事業は、全国の指定入院医療機関を受入施設と派遣施設に分け、相互にピアレビューを行うものである。ピアレビュー事業を行う中で、各指定入院医療機関の長期入院者の多くが、統合失調症に加え重複障害(知的障害、発達障害、物質使用障害等)を持つ対象者であることが判明している。このような事例に対しては、薬物療法のみならず、多職種チームによる心理・社会的治療の強化が求められている。

本研究では、入院が長期化しがちな困難・複雑事例に対して、指定入院医療機関同士で継続的なコンサルテーションを行い、治療の促進を図ることを目的としている。ピアレビュー事業とも連携しながら、効果的かつ効率的にコンサルテーションを実施するための各種ツールやコンサルテーションの実施手順の開発、試行を行う。

なお、本研究は平成 30 年 11 月 5 日付で国立精神神経医療研究センター倫理委員会より承認を得た(承認番号 A2015-067)。

B . 研究方法

1. 調査対象

平成 30 年度は、9 か所の指定入院医療機関(国立精神・神経医療研究センター、国立病院機構東尾張病院、島根県立こころの

医療センター、長崎県精神医療センター、国立病院機構菊池病院、国立病院機構下総精神医療センター、滋賀県立精神医療センター、国立病院機構さいがた医療センター、神奈川県立精神医療センター)において、医療観察法による入院処遇を受けている対象者のうち、治療が困難で、入院期間が厚生労働省による指定入院医療機関運営ガイドラインに示されている標準的な入院期間の概ね 18 ヶ月を超過し長期入院となっている者および長期入院となる可能性がある者を研究対象とする。

また、本研究では研究対象となった医療観察法対象者の担当多職種チームのスタッフにアンケートを実施することから、該当スタッフも研究対象とする。

なお、本研究の研究期間は平成 30 年 4 月 1 日より平成 33 年 3 月 31 日までである。

## 2. 研究方法

本研究の研究方法は以下の通りである。

### 被験者のリクルート方法

受入施設となった各指定入院医療機関において、選択基準に合致する医療観察法対象者を 1 名程度選定する。研究に関する説明を行い、同意が得られた対象者および担当多職種チームスタッフを被験者とする。

### 介入方法・介入期間や調査方法

派遣施設の担当多職種チームが、受入れ施設の該当対象者に対して、心理社会的介入として、おおむね 1 カ月ごとに全 4 回、コンサルテーションを実施する。第 1 回目はピアレビューの機会を用いて直接カンファレンスを行い、2 回目以降はテレビ会議システムや電話会議システム等を用いて実施する。

#### 《第 1 回》

受入施設の多職種チームは、事前に資料

を作成し、派遣施設の多職種チームと情報共有を行っておく。また、介入前の評価尺度を実施する。その上で、該当対象者の担当多職種チームと派遣施設の多職種チームでカンファレンスを実施する。カンファレンスは以下の手順で行う。

a. 「フェイスシート」(資料 1)を用いて該当対象者の現在の状態や問題、これまでの介入や本人の強み等について概観し、コンサルテーションで検討すべき問題について事前に情報共有する。

b. 「ケースフォーミュレーションシート」(資料 2)を用いて対象行為や最近の問題行動について、要因や介入方法について検討する。

c. 担当多職種チームはカンファレンスを受けて次回までに試みる具体的な介入プランを立て、次回のカンファレンスまでの間に実践する。

#### 《第 2～3 回》

実施した介入プランの結果について、うまく行った部分、うまく行かなかった部分を含めて話し合う。必要であれば介入プランの修正を行う。

#### 《第 4 回》

全 4 回のまとめを行う。介入後の評価尺度を実施する。また、カンファレンスを行って良かった点、悪かった点を共有し、今後のコンサルテーションの方法・体制についても振り返りを行う。

## 3. 同意

対象者に対しては、各指定入院医療機関の担当多職種チームが、文書を用いて説明を行う。また、担当多職種チームにより、研究同意に関する一定の判断・同意能力があると判断される者のみを対象とする。担当多職種チームのスタッフに対しては、各

施設の共同研究者が説明文書を用いて説明を行う。いずれも、データを連結不可能匿名化するまでは随時同意を撤回できること、それによる不利益のないことも併せて伝える。

#### 4. 調査項目

以下の評価尺度の記入を各該当対象者の担当多職種チームに依頼する。

1) 精神科リハビリテーション行動評価尺度 (REHAB)<sup>2)</sup>

精神科リハビリテーションの効果を判定する、多目的の行動評定尺度。23項目の評定からなる評価用紙に、対象者の「逸脱行動」「全般行動」を記入して評価する。

2) 日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール (CPAT-J)<sup>3)</sup>

スタッフが参加している多職種チームの過去1ヶ月間の機能や状態について、5つの下位項目から評価する。

3) 共通評価項目<sup>4)</sup>

医療観察法の鑑定、入院、通院の各局面において、全国で統一して用いられている、治療必要性や治療の進展を測る尺度である。

4) コンサルテーションに関するアンケート

コンサルテーションの形式や有用性についての意見を問うアンケート。

なお、各評価尺度については、介入前後の得点を対応のあるt検定により比較を行い、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とする。解析にはExcel 2016もしくはSPSS<sup>®</sup> Statistics ver.25を用いる。

#### 4. 情報収集システムの構築

1) 匿名化の方法

「フェイスシート」、「ケースフォーミュレーションシート」等のツール、「評価尺

度」には個人を識別できる情報(氏名、住所、生年月日、電話番号など)を記載せず、独自の符号を付して識別する。個人と符号の対応表は個人情報管理者が保管する。

2) 試料と臨床情報、解析結果の保存、管理方法、管理期間について

評価尺度に記入された、個人識別情報を含まないデータは研究責任者のもとに回収し、解析は医療観察法病棟の執務室内で外部と連結していないコンピュータにおいて行う。電子情報のファイルはパスワードで管理し、一部をメモリースティック等の外部記憶装置に保存し、同執務室内の金庫等、アクセスの制限される場所に保管する。病棟、執務室への入室は、警備員による確認、指紋認証により管理されている。

3) 研究者が保有する個人情報の開示

被験者から結果の開示希望があった場合には原則はそれに応じる。ただし、開示が被験者の治療に影響を与える可能性があるとして担当多職種チームが判断したものである場合は、開示の範囲またはその有無について検討する

4) 試料と臨床情報、解析結果の廃棄方法について

研究終了時には、原則として全ての評価シートやデータファイルと情報は速やかに破棄する。その廃棄方法については、評価シートはシュレッダーにて裁断する。データファイルは削除する。ただし、将来的に他の研究で集計結果を使用する場合は事前に倫理委員会に申請し審査を受けること、同意取得後も本人からの同意撤回があれば直ちに研究対象から外し情報を廃棄することとする。

5) 研究成果の公表における個人情報への配慮

研究結果は、個人を特定されない形式で

学会発表や雑誌投稿を行う。被験者から研究結果について説明を求められた場合は、全ての対象者に対しプライバシーに十分な配慮をしたうえで説明を行う。

## C．研究結果

### 1) コンサルテーション用ツールの作成

平成 30 年度は、コンサルテーションを円滑に実施するための各種ツールの作成を行った。具体的には、対象者の状態や問題、これまでに試みた介入や本人の強み、コンサルテーションで扱う課題などについてまとめる「フェイスシート」(資料 1)、コンサルテーションを効果的に実施する上で重要なケースフォーミュレーションを経験の乏しい施設でも取り組みやすいように工夫した「ケースフォーミュレーションシート」(資料 2) 等である。

フェイスシートに関しては、本人の問題やコンサルテーションで扱う課題を明確にし、コンサルテーションが問題解決に役立つ形で進めやすくなることを意図して作成した。ケースフォーミュレーションに関しては、事例の理解およびコンサルテーションを行う上で重要なプロセスであるが、一般の精神科医療の中でまだ十分に周知・活用されていないため、研修の機会に説明を行ったほか、多職種が現場で使いやすいように体裁や使用手順等を工夫した。

### 2) コンサルテーションの実施

平成 30 年度は、9 施設が派遣施設、9 施設が受入施設となり、コンサルテーションを実施した。具体的な実施施設は、コンサルテーションチームの派遣施設が肥前精神医療センター、受入施設が東尾張病院、以下同様に、岡山精神科医療センター 島根県こころの医療センター、鹿児島県立始良病院-長崎県精神医療センター、榊原病院-

菊池病院、琉球病院-下総精神医療センター、長野県立こころの医療センター駒ヶ根-滋賀県立精神医療センター、北陸病院-国立精神・神経医療研究センター病院(8 病棟)、国立精神・神経医療研究センター病院(9 病棟)-さいがた医療センター、国立精神・神経医療研究センター病院(9 病棟)、神奈川県立精神医療センターという組み合わせで行った。

コンサルテーションの対象となったのは、9 事例であった。9 事例の内訳は、男性 8 例女性 1 例であり、平均年齢は 45.7 歳(21~71 歳)平均入院期間は 43.7 か月(9~108 か月)、治療ステージは、急性期 1 名、回復期 3 名、社会復帰期 5 名であった。対象行為の内訳は、傷害 4 名、殺人未遂 1 名、放火 2 名、強盗 1 名、強制わいせつ 1 名であった。対象者の主診断は統合失調症が 8 割弱であり、副診断は、発達障害、知的障害、てんかん、パーソナリティ障害などであった。

なお、本報告書執筆時点では、計 4 回のコンサルテーションが終了し、結果のまとめや、評価尺度等が回収できたのは 9 事例中 2 事例のみである。そのため、実施結果については、平成 31 年度以降に検討予定である。

## D．考察

### 1. 本研究の対象となった困難・複雑事例について

9 例という症例数のみでは、全体的な傾向を把握することは困難であるが、本研究の対象者の属性を見てみると、統合失調症に加え、発達障害や知的障害といった知的・発達面の問題を抱え、病識の獲得や内省力、本人の対処スキルの向上に限界があるケースが多い様子がうかがえた。治療上

の限界がある中で、本人の改善をどこまで求めるか、また、どのような形で帰住先や退院地の調整を行っていくか苦慮するケースが多いようであった。

今後も症例数を増やし、入院が長期化しがちな、困難・複雑事例の特徴についてさらなる検討を行う予定である。

## 2. 複雑事例に対するコンサルテーションの実施方法について

本研究のコンサルテーションでは、入院が長期化しがちな困難・複雑事例に対して、ケースカンファレンスを行い、派遣チームの提案に従って Plan(計画) Do(実行)

Check(評価) Act(改善)の4段階からなるPDCAサイクルを繰り返した。約4か月間にわたって、PDCAサイクルを継続することは、従来のピアレビューで生じがちであった、単回の助言のみで実践に結びつきにくいという問題を解消し、治療を促進していく上で効果的と思われた。

また、ケースカンファレンスに際しては、各種ツールを活用することにより、どのような要因が関係して問題が生起、維持されているのか、本人の強みや弱みは何か、どのような介入ができそうか、といった視点からケースフォーミュレーションを共有し、より効果的にコンサルテーションを進めることができるように方向付けた。

治療が難渋している事例の治療を促進する上では、事例を見立て直し、介入可能な事柄やその手順を整理していくプロセス、すなわちケースフォーミュレーションが不可欠であるが、これまでの医療観察法医療の中では、こうした試みは系統立てては行われてこなかった。本研究では、こうした試みに慣れていない多職種スタッフにとっても一定の形でケースフォーミュレーションを行うことができるように、簡便なツ

ルを作成するとともに、職員研修により理解の促進や普及に努めた。実際に、コンサルテーションに参加したスタッフからは、用紙の使いやすさや有用性について、肯定的な感想が聞かれた。こうした試みを機に、コンサルテーションの対象となった対象者以外の治療においてもケースフォーミュレーションが活用される動きが出てきており、医療観察法における医療の推進に一定の役割を果たしているものと考えられる。

実際に、評価尺度上にどのような変化が表れているか等については、今後データが集積されてから、改めて検討を行う予定である。

一方、実施施設を拡大する中で、開棟して比較的年月の浅い指定入院医療機関、あるいは、規模の小さい指定入院医療機関によっては、コンサルトチームを組むことが困難であるとの意見も聞かれた。さらに、施設間で、カンファレンス実施のための各種シートの記入方法やケースフォーミュレーションの実施について理解度に差がみられるといった課題も明らかとなった。

## 3. 担当多職種チームの活性化

困難事例を抱えた多職種チームは、治療に対して手詰まり感を抱き、チームの動機付けや機能が低下している場合が少なくない。コンサルテーションを行う中で、担当多職種チームのモチベーションが改善したとの感想が多く聞かれた。コンサルトチームは、初回カンファレンスの際に、院外のサポーターとして、担当多職種チームが抱えている困難や、これまでに試みてきた医療に対して共感・支持するような言葉かけを行っている。こうした介入が、困難事例を抱えるチームのエンパワメントにつながったことが考えられる。

また、コンサルトチームからの具体的な

助言により、担当多職種チームが関わりの際の目標や、新たな方策を見出す契機となったようである。困難・複雑事例では、対象者本人の治療動機の低さや、セルフモニタリング能力の乏しさ、病識や内省の困難さが話題になることが多い。各病院で使われている様々なツールや治療プログラム、その他の工夫点などについて情報交換することにより、多職種チームの介入手段の拡充や自信の向上につながったものと思われる。

さらに、コンサルテーションは、対象者とチームとの相互作用・力動を俯瞰し、再考する機会となっていることが考えられる。例えば、担当多職種チームが、対象者の自発性や意欲を引き出すことよりも、直面化や指導的な態度を示しがちであったり、対象者に対する陰性感情が治療の進展に影響を及ぼしていたりする場合がある。このような、内部では気付きにくいチームの特徴や傾向に関し、外部から助言を受けることにより、チームの方針を修正するなどしてより高次のチーム医療を実現する可能性が開けたと考えられる。

#### 4. 標準的な医療の確認とより先進的な医療の促進

指定入院医療機関の整備が進み、全国の指定入院医療機関が 33 施設に増加する中で、施設間での医療の格差も生じている。特に、標準的な介入だけでは奏功しにくい困難・複雑事例に関しては、その格差が広がりやすい。本研究のコンサルテーションでは、標準的医療の提供が確認されるとともに、各施設で培われてきた知見や独自の臨床実践が相互に紹介される機会となっている。すなわち、コンサルテーションによって標準的医療が再確認され、さらに各施設の創造性の高いオリジナルの試みが共有

されたと考えられた。

#### 5. 研究としての限界

複雑事例に対するコンサルテーションは、研究として実施されており研究参加には対象者からの同意取得が必須とされた。多職種チームが治療上の困難からコンサルテーションが必要と判断しても、対象者の同意が得られず、本研究の対象から除外された症例が存在した。真にコンサルテーションが必要な対象者が含まれていない可能性が挙げられる。

また、本研究における介入は、通常の臨床業務としての側面もあるため、純粋な統制群を設けることは困難である。今後は多職種チームにより本研究の対象として適していると判断されながらも実際には参加しなかった群との比較を行うことなども検討したい。

#### E . 結論

平成 30 年度は、入院が長期化しがちな困難・複雑事例に対する継続的かつ効果的なコンサルテーションを実施するために、コンサルテーションに用いる、フェイスシートやケースフォーミュレーションシートといった各種ツールの整備を行った。また、18 施設の指定入院期間がコンサルトチームの派遣施設と受入施設に分かれ、計 9 事例に対してコンサルテーションを実施した。

平成 31 年 2 月時点で、コンサルテーションが終了し、結果のまとめや事前事後の評価尺度の回収を終えた施設は 2 施設のみであり、全体的な検討はできていないものの、9 事例の特徴を見ると、統合失調症に加えて知的、発達の問題を抱え、本人のスキル向上や病識・内省の深化に困難がある対象者が複雑事例となりやすい傾向がうかがえた。

また、本研究で開発したコンサルテーションの手順や各種シート類の活用、そうしたツールを用いての継続的なコンサルテーションの実施は、治療の進展に関して一定の成果をあげている可能性がうかがえるが、この点に関しては、今後のデータの蓄積と分析を行う中で検討する予定である。

## F．健康危険情報

なし

## G．研究発表

### 1．論文発表

なし

### 2．学会発表

- 1) 今村扶美, 蟹江絢子, 出村綾子: シンポジウム 10 潤滑油ではなく、治療の核として: コミュニケーション介入から再考する治療抵抗性疾患 「自閉症スペクトラム障害に対する対人関係のスキル向上を目的とした認知行動療法」. 第 114 回日本精神神経学会 学術総会, 神戸, 2018.6.21
- 2) 鈴木敬生, 今村扶美: 「重複精神障害を持つ対象者の心理社会的治療の開発と導入に関する研究」とケースフォーミュレーション. 2018 年度医療観察法 MDT 研修, 東京, 2018.10.18
- 3) 今村扶美, 鈴木敬生: シンポジウム 「ケースフォーミュレーション ～ 外来および病棟での実践例～」. 平成 30 年度医療観察法心理士ネットワーク研究会, 神奈川, 2018.11.30

## 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

## I．謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた全国の医療観察法病棟スタッフの皆様のご協力に深謝致します。

## 参考文献

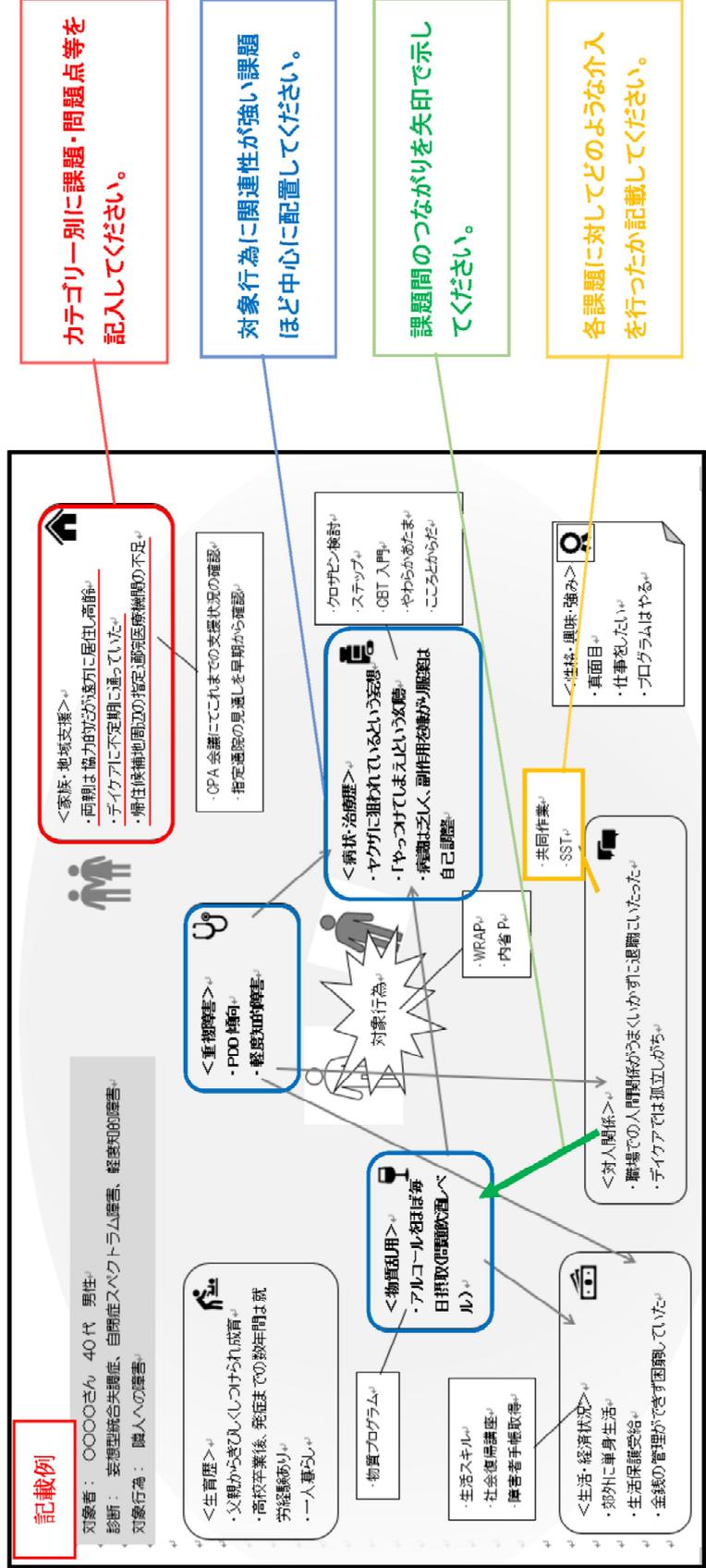
- 1) 厚生労働省ホームページ  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/nyuin.html>
- 2) Roger Baker, John N.Hall (著) 田原明夫、藤 信子、山下俊幸 (訳): Rehab 精神科リハビリテーション行動評価尺度. 三輪書店, 1994
- 3) Tomizawa R, Yamano M, Osako M, Misawa T, Hirabayashi N, Oshima N, Sigeta M, Reeves S: The Development and Validation of an Interprofessional Scale to Assess Teamwork in Mental health Settings. J Interprof Care 2885): 485-4, 2014
- 4) 壁屋康洋, 砥上恭子, 高橋昇, 西村大樹ら: 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【若手育成型】医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成 25～27 年度総合研究報告書. 2016.



## ★ケースフォーミュレーションシートの目的と使い方★

対象者の問題・課題がどのような要因で生じているか、これまでにある程度取り組み始めたところはどこで、今後の課題は何か、見落としていた本人の強みはないか、これまでの見立てに関して修正した方がよい点はないかなどをご検討ください。事前に派遣施設に送付の上、第 1 回目のカンファレンスの際に改めて共有し、話し合いを進めてください。

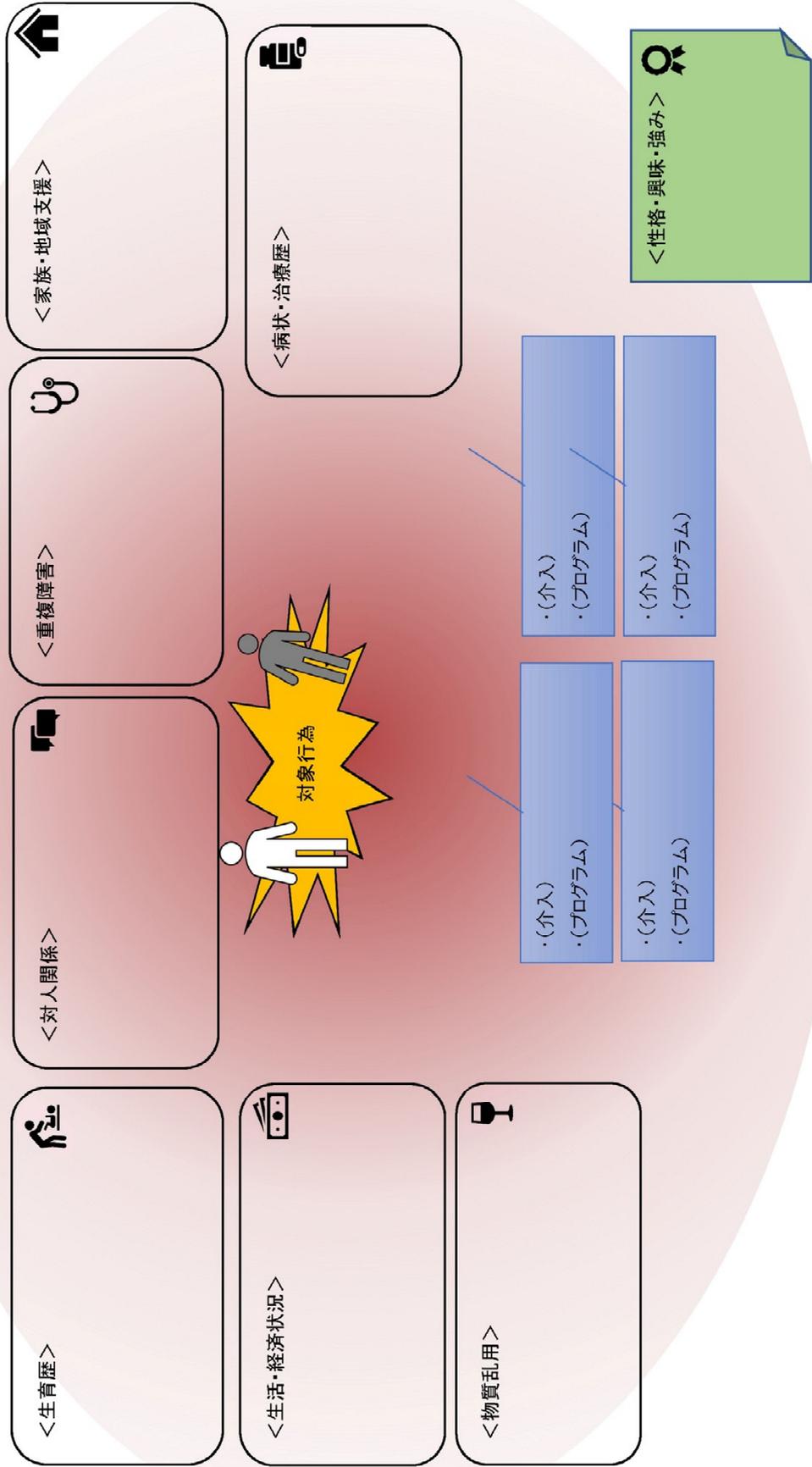
- ※ カテゴリー、課題の枠等は適宜追加してください。
- ※ フォーマットと作成例は円環の図式にしていますが、時系列で整理する場合には上→下、左→右というように、書式を自由に変更してください。
- ※ まずは対象行為について作成してください。コンサルテーションの課題となる事柄に関しても、必要に応じて別途作成してください。



対象者： ○○○○さん ○歳 男性/女性

診断：

対象行為：

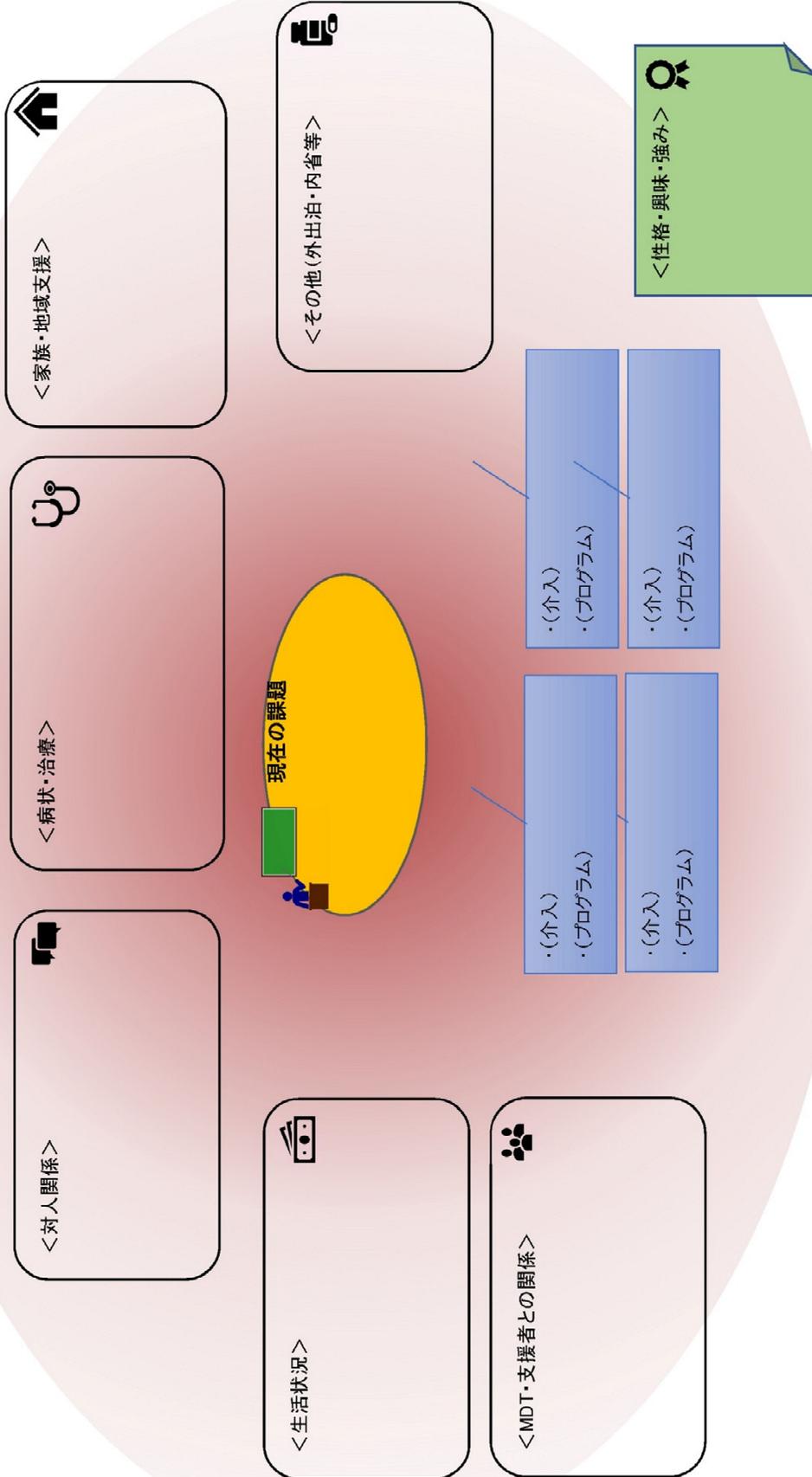


対象者： ○○○○さん ○歳 男性/女性

診断：

対象行為：

現在の課題：



## 研究成果の刊行に関する一覧表

## 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
村杉謙次	各種疾患の精神鑑定例・自閉症スペクトラム障害	五十嵐 禎人, 岡田 幸之	刑事精神鑑定ハンドブック	中山書店	東京	2019年	259-272

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hiroko Kashiwagi, Naotsugu Hirabayashi	Death Penalty and Psychiatric Evaluation in Japan	Frontiers in Psychiatry	9巻550号	1-5	2018年
Yuji Yamada, Harumasa Takano, Maki Yamada, Naoko Satake, Naotsugu Hirabayashi, Mitsutoshi Okazaki, Kazuyuki Nakagome	Pisa syndrome associated with mirtazapine: a case report	BMC Pharmacology and Toxicology	19巻82号	1-3	2018年
竹田康二, 平林直次	医療観察法医療の現状と今後の課題・展望	こころの科学	199号	28-33	2018年
平林直次	医療観察法が実際にどのように運営されたか	精神医学	60巻11号	1223-1230	2018年
平林直次	多職種チーム医療医療観察法病棟の経験から多職種の役割と効果	図説 日本の精神保健運動の歩み 改訂増補版		130-132	2018年
平林直次	精神鑑定の課題と質向上に向けたアイデア 個人的経験から	臨床精神医学	47巻11号	1319-1325	2018年
壁屋康洋, 砥上恭子, 高橋昇, 高野真弘, 北靖患, 松原弘泰, 岩崎友明, 川地拓, 大原薫, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史	医療観察法入院から通院移行後の暴力や問題行動に関する静的要因の研究	司法精神医学	13(1)	11-19	2018年
壁屋康洋	触法精神障害者のアセスメント	こころの科学	199	34-39	2018年

壁屋康洋	公認心理師のための職 場地図：医療観察法病 棟	臨床心理学	106	428-429	2018年
村杉謙次	支える医療を目指した 薬物療法 医療観察法 病棟における服薬中断 プログラムの実践報告 統合失調症患者の再 入院予防を目指して	病院・地域精 神医学	60巻3号	248-251	2018年
村杉謙次	チーム医療と身体拘束	精神保健福祉	49巻4号	314-317	2018年
木田直也，村上 優，大鶴 卓，高 江洲慶，石橋孝 勇	地域におけるclozapin e治療ネットワーク 琉球病院を拠点とした 沖縄モデル	臨床精神薬理	21巻11号	1439-1449	2018年
木田直也，村上 優，大鶴 卓，高 江洲慶，久保彩 子，石橋孝勇， 中原辰夫，橋本 喜次郎	Clozapineの最適治療 用量と維持治療用量の 選定 琉球病院での臨 床経験から	臨床精神薬理	21巻8号	1037-1045	2018年
岡田幸之	医療観察法はどのよう な成果を上げたのか	精神医学	60巻11号	1231-1236	2018年
五十嵐禎人	司法精神医学における 治療・支援の意義	こころの科学	199号	14-21	2018年
五十嵐禎人	刑事責任能力鑑定につ いて最近感じること	臨床精神医学	47巻11号	1237-1243	2018年

平成31年 3月15日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 水澤 英洋 印

次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究
- 3. 研究者名（所属部局・職名） 病院 精神リハビリテーション部、第二精神診療部 部長  
 （氏名・フリガナ） 平林 直次・ヒラバヤシ ナオツグ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター倫理委員会	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称：）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容：）

- （留意事項）
- ・該当する□にチェックを入れること。
  - ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月15日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 水澤 英洋



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究
- 3. 研究者名 （所属部局・職名）病院 第二精神診療部 医師  
（氏名・フリガナ） 松田太郎・マツダタロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 独立行政法人国立病院機構 榭原病院

所属研究機関長 職 名 院長

氏 名 村田昌彦



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究
- 3. 研究者名 （所属部局・職名）心理療法室 主任心理療法士  
（氏名・フリガナ） 壁屋康洋（カベヤヤスヒロ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立病院機構榭原病院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

- （留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
- ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年2月28日

厚生労働大臣 殿

機関名 独立行政法人国立病院機構  
小諸高原病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 山崎 敏生



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
2. 研究課題名 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究
3. 研究者名 （所属部局・職名）独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院・副院長  
（氏名・フリガナ）村杉 謙次・ムラスギ ケンジ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立病院機構小諸高原病院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年2月8日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立病院機構琉球病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 福治 康秀



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究
- 3. 研究者名 (所属部局・職名) 医局 副院長  
(氏名・フリガナ) 大鶴 卓・オオツル タク

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立病院機構琉球病院	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年1月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 吉澤靖之 印



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究
- 3. 研究者名（所属部局・職名） 大学院医歯学総合研究科 教授  
（氏名・フリガナ） 岡田 幸之（オカダ タカユキ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

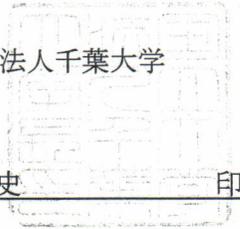
当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成 31 年 / 月 3 / 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学  
所属研究機関長 職名 学長  
氏名 徳久 剛史 印



次の職員の平成 30 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
2. 研究課題名 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究（H30－精神－一般－002）
3. 研究者名 （所属部局・職名） 社会精神保健教育研究センター・教授  
（氏名・フリガナ） 五十嵐 禎人（イガラシ ヨシト）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

平成31年 3月11日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立精神・神経医療研究センター  
所属研究機関長 職名 理事長  
氏名 水澤 英洋



次の職員の平成30年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 1. 研究事業名 厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）
- 2. 研究課題名 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究
- 3. 研究者名 （所属部局・職名）病院 精神リハビリテーション部 臨床心理室 室長  
（氏名・フリガナ） 今村扶美・イマムラフミ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（※3）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	国立精神・神経医療研究センター	<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称： )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関： )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由： )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容： )

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。