

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

令和2年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 平林 直次

令和3（2021）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 河野稔明	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 竹田康二	23
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	33
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	49
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	64
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	91
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 (執筆分担者 山中友理)	94
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	118

III. 成果の刊行に関する一覧表	131
-------------------	-----

令和2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（以下、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継続し、直近5年間に調査対象を絞り解析した。再他害行為率の低さや各種の指標から、医療観察制度は、直近5年間についても概ね順調に運用されていると考えられた。入院データベースの利活用から、入院複雑事例のプロファイルは頻回/長期行動制限群であり、処遇終了後精神保健福祉法による入院に移行する群、長期入院後通院処遇に移行する群、長期入院となる“複雑事例中核群”の少なくとも3群に類型化された。類型化には、指定入院医療機関による退院許可の申立てや地方裁判所の審判が影響を与えている可能性がある。今後、処遇終了および入院継続の判断基準の明確化、指定入院医療機関から独立した52条鑑定による確認手続きの厳密化が必要である。入院複雑事例の治療促進のためには、SDM with CF (shared decision making with case formulation)、転院、指定入院医療機関同士のコンサルテーションなど施設横断的な試みが必要であり、一部有効性が示された。また、普及を促進するためには事務局設置の必要性が示唆された。

通院処遇では、指定入院医療機関の約半数が対応の困難さを回答し、通院処遇が3年を超えた群、問題行動を認めた群、自殺・自殺企図群が指摘され、通院処遇においても課題を抱えた、いわゆる“通院複雑事例”が抽出されつつある。通院処遇終了後も、危機回避を目的とした入院やクライシスプランを活用し、多職種・多機関連携による医療がシームレスに提供されていた。また、処遇終了後、危機回避から生活支援や就労支援を主とした地域定着支援に力点に移る実態が明らかとなった。

今後、入院複雑事例と通院複雑事例の異同も含め、入院処遇から通院処遇、処遇終了後まで一貫した調査や制度運用の重要性が指摘された。

分担研究者氏名（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

竹田康二 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るとともに約 15 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、指定入院医療機関にフィードバック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“入院複雑事例”に加え、通院医療移行後、原則 3 年間で処遇が終了せず延長される事例や、退院と同時に処遇終了する事例、再入院・再処遇事例など、いわば“通院複雑事例”に焦点を当てたデータ分析や解決策の検討は未だ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

よる実態調査に依存しているのが現状である。

本研究の主たる目的は、平成 30 年度～令和元年度に引き続き、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（河野班）
- 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（竹田班）
- 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、個人の特性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、令和2年度には2回の班会議を開催して令和元年度の研究の進捗や研究成果を共有し研究を進めた。また、研究の実施に先立って、6つの分担研究班で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

令和2年度は、医療観察法データベースの活用を促進するため、以下の4つの研究活動を行った。(a)指定入院医療機関パフォーマンス指標の洗練・見直し、(b)医療観察統計資料の発行準備、(c)二次利用研究の事務局業務の支援、(d)入院対象者の司法関与の経過に関する分析である。

(a)では、データの抽出から加工、集計値のグラフ化まで、39のモジュールからなる79ページの加工手順書を作成した。

(b)では、令和元年度に作成した医療観察統計資料の草案を元に、厚生労働省との協議および研究班内での意見を踏まえ、内

容の充実を図った。

(c)では、データベースを利活用する研究事業が開始されたことに伴い、研究事業規程、業務手順書、データ利用申請者向けの手引きを修正し、倫理委員会の承認を得た。また、データの提供に際して匿名加工の方法や信頼性の水準を判断するための参考資料、データセットの作成に必要な加工作業の手順書などを作成し、事務局に提供した。さらに、二次利用研究のウェブページを開設し、令和2年8月に申請受付が開始された。

(d)では、対象行為前の触法歴、薬物・アルコール問題などを分析する計画で、データ利用を申請し承認された。

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31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。直近5年間に通院処遇に移行した対象者に絞って解析し、直近の通院処遇移行対象者の予後を明らかにした。平成27年7月16日から令和2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651名(男性475名、女性176名)であった。令和2年7月15日時点で、328名が処遇継続中であり、323名が処遇終了していた。処遇終了者の平均観察期間は933日であった。

重大な他害行為7名7件であり累積発生率をKaplan-Meier法により算出すると1.3%/3年であった。また、自殺既遂の累積発生率は1.0%/3年であった。

指定入院医療機関退院後の精神保健福祉法入院累積発生率は33.4%/1年、46.4%/3年であった。また指定入院医療機関退院と同時に精神保健福祉法入院(調整入院)していた者が90名であった。

直近5年間に通院処遇に移行した対象者

の重大な再他害行為率、死亡率、自殺既遂率、精神保健福祉法入院率などの主要な予後は、累積調査対象者(996名)の予後と比較して概ね同水準であった。

以上のことより、退院後の予後は近年も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

重度精神疾患標準的治療法確立事業により集積されたデータの研究利活用委員会から、入院処遇6年を超える104名のデータと、医療観察法入院処遇となった3,138名のデータ提供を受け解析を行った。令和元年度のエキスパートコンセンサスでは、長期ないし頻回の行動制限を受け、かつ入院期間が6年を超える対象者を“複雑事例中核群”と定義された。

入院期間6年を超える対象者のうち、約6割が通院処遇に移行し、約4割が処遇終了し精神保健福祉法の入院(処遇終了-入院)に移行していた。複雑事例中核群($r=0.104$)よりも行動制限群($r=0.216$)の方が処遇終了-入院により大きな相関を認めた。また、行動制限群には高い衝動性と興奮や怒り、精神病的なしぐさといった特徴が $r>0.2$ の弱い相関で認められた。

以上のことから、複雑事例中核群に加え、行動制限群や処遇終了-入院に至った事例の戦略的介入を検討する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

令和元年度に抽出した複雑事例中核群の1例を対象として、shared decision makingによる介入をcase formulation(以下、CF)を用いて行った(以下、SDM with CF)(研究1)。また複雑事例に対する介入方法の一つとして考えられる指定入院医療機関同士の転院の有効性を検討するために、令和元年度に開始した転院トライアルの継続評価

と新規事例の導入を行った(研究2)。その結果、SDM with CF、転院の有効性が示唆された。

さらに、複雑事例に対する介入方法を、精神保健福祉法医療に応用していく道筋を検討するために、複雑事例中核群と長期措置入院群の比較・検討を継続して行った(研究3)。chlorpromazine換算量は、精神医療一般群<長期措置入院群<複雑事例中核群の順に多くなっており、この順で治療抵抗性が強くなっていることが示唆された。

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

令和元年度に引き続き、令和2年度は全国の通院医療機関の医療状況調査(一次調査)と対象者の予後調査(二次調査)を実施した。一次調査では664機関のうち427機関(64%)より回答を得た。二次調査では258機関から143例の回答を得た。

通院医療機関の半数は通院処遇対象者の対応に困難さを感じていた。その理由として病状の不安定さ、精神保健福祉法入院が多かったが、暴力行為、医療の不遵守、アルコール・薬物問題、金銭管理、生活能力・ADL低下なども多かった。二次調査の結果を踏まえると、対応が難しい例は、通院処遇が3年を超える群、問題行動を認める群、自殺・自殺企図群であった。

令和2年度より沖縄県、島根県を調査地域として処遇終了者の予後調査研究を開始した。調査期間は処遇終了後、最長5年間で、計82例(両県それぞれ補足率97.1%、100%)であった。処遇終了後は、指定通院医療機関の精神保健福祉士がコーディネイト業務を引き継いでいた。処遇中から処遇終了後まで問題行動の発生率に変化はなく、再他害行為や再入院は認めなかった。

処遇終了後も指定通院医療機関が軸となり、危機回避を目的とした入院や、クライシスプランを活用し、多職種・多機関連

携がシームレスに行われていた。一方、リスクマネジメントから、生活支援や就労支援を主とした地域定着支援に力点が移っていた。

f 医療観察法鑑定書作成および処遇判断に関する研究

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鑑定書について、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研究を進めた。

平成 30 年度から令和元年度まで検討してきた医療観察法の 3 要件と過去、現在、将来の 3 時点の組み合わせからなる 3×3 マトリックス形式、医療観察法 37 条 2 項に基づく 8 因子と過去、現在、将来の 3 時点の組み合わせからなる 8×3 マトリックス形式、コア・クエスチョン形式について、具体的なモデル事例 8 例を作成した。モデル事例の作成を通して「機序」「診立て」からなる形式をあらたに提案した。

g 司法精神医療の国際比較に関する研究

司法精神医療に関して、法制度からアウトカムまでを含む共通調査項目を策定し、ドイツの司法精神医療について、文献調査ならびに必要なに応じて研究者・実務担当者への聞き取り調査を行った。

ドイツでは、最近の法改正により、精神病院収容処分の長期収容者の収容継続要件の厳格化ならびに収容要件確認のための鑑定を担当する鑑定人を治療者から独立した専門家に限定するという確認手続の厳密化が行われている。また、処分決定前に行われる仮収容中に症状が改善し、収容処分の要件を満たさなくなった者には収容処分は行われない。こうしたドイツの精神病院収容処分の最近の動向は、わが国の司法精神医療における複雑事例への対応を考えるうえでも貴重な示唆を与えたと考えられた。

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

令和元年度に引き続き、平成 30 年度に整備した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を用いて、入院が長期化しがちな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した。新たに 14 施設の指定入院医療機関がコンサルトチームの派遣施設と受入施設に分かれ、計 7 事例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実施前後で対象者の治療状況および担当多職種チーム機能を評価する評価項目の得点に有意な向上が見られた。このことから、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、複雑事例の治療促進に有効と考えられた。

D. 考察

1) 複雑事例の処遇状況

令和元年度の村杉班では、“複雑事例中核群”とは、「長期ないし頻回の行動制限を受け（頻回/長期行動制限群）、かつ入院期間が 6 年を超える対象者（長期入院群）」と定義された。

令和 2 年度の壁屋班では、いわゆる“入院データベース”を利用し大規模な解析が行われた。入院処遇 6 年を超える対象者の転帰は、約 6 割が通院処遇に移行し、約 4 割が処遇終了し精神保健福祉法の入院（処遇終了-入院）に移行していた。また、頻回/長期行動制限群は、処遇終了後、精神保健福祉法による入院に移行する傾向が認められた。また、頻回/長期行動制限群には、高い衝動性と興奮や怒り、精神病的なしぐさといった特徴が認められた。

以上のことから、指定入院医療機関は頻回/長期行動制限群に対して、処遇終了を申立て審判で処遇終了が認められ、精神保健

福祉法入院に移行させるか（**処遇終了-入院群**）、退院許可の申立てをせず医療観察法の入院を継続するか、いずれかの判断を行うと考えられた。その間、通院処遇に移行する対象者（**長期入院後通院処遇移行群**）も存在するが、6年を超え長期入院化すると“**複雑事例中核群**”として扱われる。すなわち頻回/長期行動制限群は、処遇終了-入院群、長期入院後通院処遇移行群、複雑事例中核群の3つのいずれかの転帰をとると予想される。

頻回/長期行動制限群は高い衝動性と興奮や怒り、精神病的なしぐさといった特徴が指摘されており、いずれの転帰になっても治療・ケアを進める上での困難さが予想される。

処遇終了-入院群については処遇終了後の転帰や予後など不明のままであり、精神保健福祉法による長期入院化や頻回の入退院、重大な再他害行為の有無などについて調査が必要である。

長期入院後通院処遇移行群は、大鶴班の指摘する“**通院処遇複雑事例**”になる可能性があり、入院複雑事例との異同も含め、さらなる調査が必要である。

指定入院医療機関は3要件を欠く場合、退院許可を申立て、地方裁判所は処遇審判を行う。指定入院医療機関または地域ごとに処遇終了率にはばらつきが存在することが知られている。医療機関の特性や地域性を考慮しある程度のばらつきは許容されるが、当然、ばらつきの最小化が求められる。しかし、指定入院医療機関や裁判所における処遇終了判断の基準、審判のあり方は示されていない。また裁判所の合議体は指定入院医療機関の意見を基礎に審判を行うとされており、退院申立てのチェック機能は限定的である。五十嵐班から報告された、ドイツにおける精神病院収容処分の長期収容者の収容継続要件の厳格化ならびに収容

要件確認のための鑑定の鑑定人を治療者から独立した専門家に限定するという確認手続の厳密化は、長期入院対策や処遇終了の適正化に重要な示唆を与える。我が国においては、法52条に基づく第3者による鑑定を適宜実施することが求められよう。

頻回/長期行動制限群のうち審判により入院継続が繰り返し認められた場合、複雑事例中核群となるが、村杉班の試みたSDM with CF、転院、今村班で確立された指定入院医療機関同士のコンサルテーションなどにより治療・ケアの促進が期待される。

これらの試みはいずれも施設横断的な試みであり、コンサルテーションの組み合わせや転院の調整などを担当する事務局の設置が必要であろう。指定入院医療機関の特徴や地域性を踏まえた迅速かつ円滑な対応を実現するためには、ブロック単位の設置が望まれる。

2) 通院複雑事例

大鶴班によれば、指定通院医療機関の約半数は通院処遇に困難さを感じていた。その理由として病状の不安定さ、精神保健福祉法入院が多かったが、暴力行為、医療の不遵守、アルコール・薬物問題、金銭管理、生活能力・ADL低下などの回答も多かった。

問題行動の発生頻度は医療観察法処遇中から処遇終了後まで、同程度で推移していた。また、処遇終了後も危機回避を目的とした入院や、クライシスプランを活用した多職種・多機関の連携による医療がシームレスに提供されていた。その結果、竹田班の報告のとおり直近5年間の重大な他害行為の発生率や、自殺率は低値に抑えられていると考えられた。

また処遇終了後、生活支援や就労支援を主とした地域定着支援に力点が移動し、社会復帰が促進されている実態が明らかとなった。

一方、大鶴班では、通院処遇が3年を超

えた群、問題行動を認めた群、自殺・自殺企図群が指摘されており、通院処遇においても課題を抱えた、いわゆる“通院複雑事例”が抽出されつつある。また、共通評価項目における特徴も検討されており、環境要因よりも個人に起因する要因の影響の大きさが指摘されている。今後、通院複雑事例に関する詳細な調査や、入院複雑事例との異同など入院から通院、処遇終了まで一貫した調査、治療・ケアの実施が望まれる。

E. 結論

我が国の医療観察制度は約 15 年間運用され、再他害行為率の低さや各種の指標から引き続き概ね順調に運用されていると考えられた。

頻回/長期行動制限群は、処遇終了後精神保健福祉法による入院に移行する群、長期入院後通院処遇に移行する群、長期入院化する複雑事例中核群の少なくとも 3 群が明らかとなった。この経過は、指定入院医療機関による退院許可の申立てや地方裁判所の審判の影響を受けている可能性がある。

今後、処遇終了および入院継続の判断基準の明確化、指定入院医療機関から独立した 52 条鑑定による確認手続きの厳密化が必要である。

入院複雑事例の治療促進のためには、SDM with CF、転院、指定入院医療機関同士のコンサルテーションなど施設横断的な試みが必要であり、調整機能を持つ事務局の設置が不可欠である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hiroko Kashiwagi, Yuji Yamada, Yayoi Umegaki, Koji Takeda, Naotsugu

Hirabayashi: The Perspective of Forensic Inpatients With Psychotic Disorders on Protective Factors Against Risk of Violent Behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 2020; 11: 1-9 (doi: 10.3389/fpsy.2020.5)

- 2) 竹田康二, 河野稔明, 平林直次: 医療観察法病棟の現況と展望. *精神医学*, 2020; 62(4): 445-454
- 3) 壁屋康洋: 心理臨床なう 医療観察法. *心理臨床の広場*, 2020; 13(1), 44 -44
- 4) 五十嵐禎人: 認知症高齢者の犯罪を考える 司法精神医学の立場から. *最新精神医学* 2020; 25: 404-412
- 5) 西中宏吏、五十嵐禎人: 攻撃的行動の神経科学的研究の現状. *精神科* 2020; 37: 349-355
- 6) 菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人: 司法精神科病棟の機能分化: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆. *日本社会精神医学会雑誌*, 2021; 30(1): 20-34

2. 学会発表

- 1) 平林直次: 重複精神障害を有する対象者の診断を超えた理解. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, WEB 開催, 会期 2020.9.29
- 2) 山下真吾, 大森まゆ, 大町佳永, 平林直次: 触法精神障害者に関する「忘れられる権利」について. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, Web 開催, 2020.9.29
- 3) 山下真吾, 大森まゆ, 平林直次: 医療観察法の再入院処遇により疾病理解が進み円滑な社会復帰に至った一例. 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.12-11.13

- 4) 山田悠至, 竹田康二, 河野稔明, 小池純子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法データベース研究利用プロトコル. 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.12-11.13
- 5) 河野稔明, 曾雌崇弘, 菊池安希子, 藤井千代: 共通評価項目のスコア変化からみた医療観察法入院対象者の治療経過パターン. 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.12-13
- 6) 竹田康二: 医療観察法対象者の予後. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, Web 開催, 2020.9.29
- 7) 壁屋康洋: 共通評価項目からつくるケースフォーミュレーション. シンポジウム 医療観察法対象者の逸脱行動の病態理解と治療戦略—措置入院への応用を視野に入れて—. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, 2020.9.29.
- 8) 村杉謙次: 行動制限を繰り返す長期入院者の特徴と課題. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, Web 開催, 2020.9.29
- 9) 前上里泰史, 大鶴卓, 久保彩子, 高尾碧, 知花浩也: 指定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. 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.12-11.13
- 10) 久保彩子, 木田直也, 三原一雄, 高江洲慶, 大鶴卓, 近藤毅: 医療観察法医療における Clozapine 治療—治療反応予測と重複障害に対する治療反応について—. 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.12-11.13
- 11) 五十嵐禎人: 公認心理師への期待 — 司法精神医学の立場から. 第 116 回日本精神神経学会学術総会, Web 開催, 会期 2020.9.28
- 12) 五十嵐禎人: わが国の高齢者犯罪の現状と課題. 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.13
- 13) 西中宏吏, 東本愛香, 五十嵐禎人: 更生保護施設入所者を対象とした SAPROF の評価者間信頼性. 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.12-11.13
- 14) 東本愛香, 田中美以, 高尾正義, 山口保輝, 西中宏吏, 大場玲子, 五十嵐禎人: 保護観察所における性犯罪者処遇の在り方に関する調査, 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.12-11.13
- 15) 菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆. 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.12-11.13
- 16) 鈴木敬生, 今村扶美, 山口まりこ, 網干舞: 『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』～複雑事例で課題となるテーマと介入、その PDCA サイクル. 2020 年度医療観察法病棟における複雑事例へのフォーミュレーション研修, Web 開催, 2020.9.4

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

令和2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 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

研究要旨：

本分担研究では、医療観察法データベースの活用を促進するため、(a)指定入院医療機関パフォーマンス指標の見直し、(b)医療観察統計資料の発行準備、(c)二次利用研究の事務局業務の支援、(d)入院対象者の司法関与の経過に関する分析の4つの研究活動を行った。

(a)では、データの抽出から加工、集計値のグラフ化までの手順を具体的に記述した加工手順書を作成することを目的とした。手順書の作成に必要な要素を整理し、加工作業を行う事務局のフィードバックを受けながら、39のモジュールからなる79ページの手順書を作成した。

(b)では、令和元年度に作成した医療観察統計資料の草案を元に、厚生労働省との協議および研究班内での意見を踏まえ、内容の充実を図った。具体的には、指定入院医療機関の取組等について実態調査（アンケート）を行い、結果を掲載するとともに、それに言及しながら医療観察制度の概要を説明する章を新設することとした。また、集計項目の一部変更と追加を行い、集計対象データを1年分追加した。アンケートは97%の施設が回答した。本稿執筆時点で編集中であり、近日中の発行を目指す。

(c)では、データベースを利活用する研究事業が開始されたことに伴い、研究事業規程、業務手順書、データ利用申請者向けの手引きを修正し、これらの修正を反映した研究計画で倫理審査の変更申請を行った。また、データの提供に際して匿名加工の方法や信頼性の水準を判断するための参考資料、データセットの作成に必要な加工作業の手順書、研究成果発表時の謝辞の記載例を作成し、事務局に提供した。さらに、二次利用研究のウェブページを開設し、令和2年8月に申請受付が開始された。

(d)では、対象行為前の触法歴、薬物・アルコール問題などを分析する計画で、データ利用を申請した。申請が承認され、本稿執筆時点で事務局がデータセットを作成中である。データの提供を受け次第、解析に着手し、適切な場で成果を発表する予定である。

本分担班は、データベースの活用促進に向けて初期の環境整備を担当したが、一定の成果が得られ、統計を作成して指定入院医療機関にフィードバックし、一般向けに医療観察法医療の実態を説明し、司法精神医療の水準向上に資する研究に利活用する体制がおおむね整った。

研究協力者（順不同、敬称略）

小池純子	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
藤井千代	同上
竹田康二	国立精神・神経医療研究センター病院
山田悠至	同上
平林直次	同上

A. 研究目的

重度精神疾患標準的治療法確立事業（いわゆる医療観察法データベース事業：以下、本体事業）では、全国の指定入院医療機関から仮想プライベートネットワーク（virtual private network：以下、VPN）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導入し、平成 29 年 12 月から運用している。現在 32 施設が参加しており、対象者の診療データが毎月システムを介して送信され、データベースに蓄積されている。国立精神・神経医療研究センター（以下、NCNP）病院は、幹事病院としてデータの点検・登録、システムおよびデータベースの管理などの業務を担当している。

本分担研究の目的は、データベースを十分に活用する体制を整え、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。令和 2 年度は令和元年度に引き続き、指定入院医療機関パフォーマンス指標（以下、パフォーマンス指標）の見直し、医療観察統計資料の発行準備、二次利用研究の事務局業務の支援、入院対象者の司法関与の経過に関する分析と、4 つの研究活動を計画した。以下、各活動の背景と目的を示す。

研究 1：パフォーマンス指標の見直し

パフォーマンス指標は、施設別の集計を基本とする定期・定型の集計報告である。

幹事病院で集計して事業参加施設に報告することにより、医療観察法入院医療の均てん化および水準の向上を目指すものである。

令和元年度に報告書の様式をリニューアルし、集計項目を厳選した上でグラフ表示を導入した。グラフの多くは指標の大小順に並べ替えた棒グラフであり、視覚的に施設間の比較がしやすくなっている。施設名を符号化し、各施設には当該施設の符号のみを個別に通知することにより、自施設の集計値が 32 施設中どこに位置するかを容易に把握できつつ、他の集計値がどの施設のものかはマスクされる仕様となっている。

報告書は運営事務局（以下、単に「運営事務局」）が 6 ヶ月ごとに作成し、事業参加施設に配布することとしたが、作成には非常に多くの工程があり、習熟した者でも 8 人・時間程度を要する。運営事務局は、毎月のデータ点検・登録作業や運営委員会の事務を進めながら、この作業を行わなければならないため、期日までに安定した品質の報告書を作成できるよう、毎回の作業を定型化する必要があった。このため令和 2 年度は、データの抽出から加工、集計値のグラフ化までの手順を具体的に記述した加工手順書を作成することを目的とした。

研究 2：医療観察統計資料の発行準備

医療観察統計資料（仮称）は、医療観察法入院医療の全体像を描き、その経年変化を追えるよう、年報として発行する集計報告である。平成 30 年度に定めた基本設計に基づき、令和元年度には実際に作図、作表を行い、草案をまとめた。

令和 2 年度は、厚生労働省医療観察法医療体制整備推進室と協議し、特に一般精神科医療従事者の医療観察法医療に対する理解の深化を図るため、「医療観察法指定入院医療機関の取組等についての調査」を実施

し、その結果を初回発行の医療観察統計資料に掲載することとした。

このほか、集計するデータを更新するとともに、研究班内での検討を踏まえて集計方法を一部変更・追加した。さらに一般公開に向けて必要な解説等の追加を検討することも目的とした。

研究 3：二次利用研究の事務局業務の支援

データベースに蓄積されたデータを研究に利活用する「二次利用研究」については、令和元年度にその位置づけを見直し、本体事業から分離することとなった。本体事業の参加施設が独自に行う研究事業を新たに開始し、NCNP 病院に事務局を設置して二次利用研究を推進することとした。

二次利用研究にかかる事務については、運営事務局から研究事業運営委員会の事務局（以下、研究事務局）に移管されたが、本分担研究では研究事務局に対する支援として、初期に必要な規程・手順書等の整備を行った。令和元年度中に、研究推進委員会（二次利用研究の位置づけ見直しにより廃止、機能を「研究利活用委員会」に移管）の規程および業務手順書の作成、データ利用申請者向けの手引きの作成、二次利用研究のウェブページの開設準備、指定入院医療機関への二次利用研究の説明とデータ利活用への同意取得、ならびに研究事業の実施に関する倫理審査の申請を行い、このうち倫理審査については研究事業の開始に伴う変更申請を行って承認を得ていた。

令和 2 年度は、研究事業の開始に伴う変更が済んでいなかった部分に対して必要な変更を加えるとともに、データの提供に際して匿名加工の方法や信頼性の水準を判断するための参考資料、およびデータセットの作成に必要な加工作業の手順書を作成することを目的とした。

研究 4：入院対象者の司法関与の経過

本分担班では、データ利用申請者の立場で二次利用研究を計画していた。研究の目的は、医療観察法対象者の対象行為前の触法歴、薬物・アルコール問題などを分析することにより、重大な他害行為に至る前に介入する機会がないかどうかを探索することである。令和元年度に倫理審査を申請し、承認を受けていたが、二次利用研究のデータ利用申請受付が未開始のため、作業が保留となっていた。

令和 2 年度は、受付開始後にデータ利用を申請し、承認されてデータの提供を受け次第、解析に着手する計画を立てた。

B. 研究方法

研究 1：パフォーマンス指標の見直し

加工手順書を作成するため、作業を次の各ステップに分けて進めた。

- 用意する元データと生成する加工データの列挙
- 加工前後のデータセット間の対応関係の整理
- 加工手順のモジュール化（ひとまとまりの加工を単位とする手順への分割）
- 各モジュールの概要を記述するメタデータ（ヘッダー）の検討
- 集計値算出後の加工作業の整理
- モジュールごとの手順の書き出し及びメタデータの付加
- モジュールの順序付けと全体概要の作成
手順の記述は箇条書きとした。生データおよび加工データは Excel または SPSS 形式であり、セル・行・列や変数名を明示して操作を具体的に説明した（データの並べ替え、ピボットテーブルの作成、ファイルの保存など、Excel および SPSS の一般的な操作方法を除く）。

加工手順書の草案が完成後、運営事務局の担当者に提示し、実際の操作の試行を共にしてフィードバックを受けた。それに基づき、加工手順書を推敲した。

研究 2：医療観察統計資料の発行準備

令和元年度に完成した草案を再検討したところ、一般公開に向けては、集計値の読み取り方や臨床あるいは制度運用の面からみた意味合いについて、各図表に簡潔な解説を追加するのが望ましいと考えた。また、医療観察制度の概要についても説明が必要と考え、新たな章を立てることとした。

厚生労働省と協議した結果、医療観察法の専門的医療を精神医療全般に波及させることを規定した同法附則第 3 条を念頭に置き、指定入院医療機関の取組等について実態調査（以下、アンケート）を行い、その結果を初回発行の医療観察統計資料に掲載することとした。アンケートは入院処遇ガイドライン¹⁾で定められている事項を中心に、大問 8 個で構成した。対象は指定入院医療機関全 33 施設とし、このうち本体事業参加 32 施設では、厚生労働省および本体事業運営委員会の承認を得て、データベース専用端末上で操作できる共有フォルダ（施設ごとに設置され、各施設と運営事務局のみがアクセスできる）でアンケートを送受した。令和 3 年 1 月 4 日付で厚生労働省と本研究班からそれぞれ協力依頼状を発出し、同月 29 日期限で回答を求めた。

医療観察統計資料の集計項目については、研究班内での検討を踏まえて次のとおり改めた。

- 入院処遇対象者全体の在院期間の集計：度数分布に加え、Kaplan-Meier 法による平均値・中央値を追加
- 在院中の対象者の隔離・拘束の集計：入院後の全期間中に実績のある年末在院者

の計数から、当該集計年 1 年間に実績のある対象者の計数に変更

- 退院済の対象者の在院期間の集計：退院年ごとの集計に加え、入院年ごとの集計を追加

集計するデータの期間については、草案で対象とした範囲から 1 年分追加し、令和元年 12 月までとした。

研究 3：二次利用研究の事務局業務の支援

二次利用研究の位置づけ見直しに伴って廃止となる「重度精神疾患標準的治療法確立事業研究推進委員会規程」に代わり、研究事業の運営について規程を整備する必要が生じた。このため、NCNP の規程として起案する「重度精神疾患標準的治療法確立事業のデータの利活用に関する研究事業規程」（以下、研究事業規程）を作成した。研究事業規程では、研究事業の実施を NCNP 倫理委員会に「事業構築系」の枠組みで審査申請するための要件に対応して、3 名の委員からなる研究事業運営委員会を設置し、同委員会が研究利活用委員会の委員（7 名＋委員長の指名する者）を指名することを定めた。申請された二次利用研究の審査は、研究利活用委員会が行う。

このほか、総務省のガイドライン²⁾を参考にして「重度精神疾患標準的治療法確立事業のデータの利活用に関する研究事業研究利活用委員会業務手順書」、「重度精神疾患標準的治療法確立事業のデータの利活用に関する研究事業 利用の手引き」の案を作成した。利用の手引きは、厚生労働省の「匿名データの提供依頼申出手引³⁾」も参考にした。二次利用研究を本体事業から分離したことに伴い、研究利活用委員への謝金、事務経費に充当する目的で申請者から 1 件 10 万円の審査料を徴収することとしたため、利用の手引きにはこの旨も盛り込んだ。

研究事業の実施に関する倫理審査申請は令和2年3月2日に承認されていたが、二次利用研究の位置づけ見直しに伴う上記の対応を追加で計画に反映させ、随時変更申請を行った。二次利用研究のウェブページについても、令和元年度に準備していたコンテンツに必要な変更を加え、研究事務局に提示した。

データの匿名加工と信頼性（品質）については、研究事務局が加工方法や提供可能なデータの範囲を判断するのに参考となるよう、データベースの項目（フィールド）ごとの標準的な加工方法と信頼性の水準を整理した一覧表を作成した。標準的な加工方法に関しては、「独立行政法人等の保有する個人情報保護に関する法律についてのガイドライン（独立行政法人等非識別加工情報編）」⁴⁾を参考にした。

データベースに登録されたデータは、項目ごとに割り振られた7個のテーブルに分かれて格納されており、提供するデータセットの作成には、テーブルごとにデータを抽出した上で、それらを連結する処理が必要となる。また、抽出されたデータには、「全国統一対象者番号」というデータベース専用の符号が紐づいているため、申請者にはこれを再匿名化した上で提供することとなっている（全国統一対象者番号は各施設の患者番号とは異なり、それ自体での個人の特定はすでに不可能だが、再匿名化により、別の二次利用研究のデータセットとの連結が不可能となる）。これらの処理を研究事務局が正確かつ円滑に行えるよう、それぞれ作業手順書を作成した。

二次利用研究では、成果発表の際、本体事業のデータを二次利用した旨を明記することが義務付けられている。これに対応して、謝辞の記載例を日本語と英語で作成した。

研究4：入院対象者の司法関与の経過

令和元年6月25日に倫理委員会より承認を受けた計画の範囲内で、利用を希望するデータの範囲を定め、令和2年9月16日に研究事務局に利用相談を申し込んだ。同年10月7日に受けた回答に従い、一部の大項目については真にすべての下位項目が必要かどうかを再検討し、項目を若干削減した上で同月22日に正式に申請した。

利用を申請したデータの範囲は、次のとおりである。

- 平成29年7月～平成30年12月に入院処遇中であつた対象者の、平成29年7月～令和2年3月（2年9ヵ月分）のデータ
- ヘッダー情報、年齢、性別、診断（入院医療機関による）、対象行為（種別、被害者区分など）、当該入院処遇の情報（再入院回数）、入院処遇の転帰、隔離・拘束（概要のみ）、犯罪歴、薬物問題、アルコール問題、入院処遇中の問題行動

データ利用申請は、令和3年1月27日に承認された。本稿執筆時点において、研究事務局で再匿名化等の作業中である。

（倫理面への配慮）

研究2のアンケートは、NCNP倫理委員会に付議不要確認を行い、不要との判定を受けた。研究3、研究4は、同委員会に倫理審査申請を行い、承認を得た（承認番号は順にA2019-026、A2019-027）。

研究1～3の開発の部分（研究でない部分）においても、データの取扱いに留意した。

C. 研究結果

研究1：パフォーマンス指標の見直し

元データ（データベースから抽出する情報）は12個（表1-1）、加工データ（加工作業で作成するファイル）は37個（表1-2）

であった。各モジュールのメタデータ（ヘッダー）は、加工区分、加工前のファイル、加工後のファイル、参照するファイルの 4 項目とし、加工区分は新規加工、継続加工、生成、更新の 4 区分に整理すると、モジュールの概要を適切に記述することができた（サンプル：図 1）。モジュールは、ファイルと作業用フォルダの準備（1 個）、集計値算出のためのデータ加工（32 個）、集計値算出後の加工作業（6 個）の計 39 個に整理され、順序が定まった（表 2）。これらのモジュールに全体概要を付加し、79 ページの加工手順書が完成した。

集計値算出までの 33 個のモジュールが完成した段階で、運営事務局による実際の作業が行われた。加工手順書に従って加工を行うことにより、必要な集計値が得られることが確認された。

研究 2：医療観察統計資料の発行準備

アンケートは全 32 施設（97%）から回答があり、集計を行った。結果を医療観察統計資料に掲載し、医療観察制度の概要の章はそれを引用して執筆する。

医療観察統計資料は、表 3 に示した構成で編集中である。

研究 3：二次利用研究の事務局業務の支援

研究事業の実施については、二次利用研究の位置づけ見直しに伴う倫理審査変更申請を 3 回にわたって行い、いずれも承認された（最終承認：令和 2 年 8 月 11 日）。二次利用研究のウェブページは、令和 2 年 8 月 15 日に NCNP のサイト内に公開された（<https://www.nenp.go.jp/hospital/patient/mtsa.html>、図 2）。

データベースの項目（フィールド）ごとの標準的な加工方法と信頼性の水準は、それぞれ 5 種類（表 4-1）、6 区分（表 4-2）

に整理された。これに基づいて一覧表を作成し、研究事務局に提示した。

データの連結、再匿名化については、それぞれ「複数テーブル由来のデータの結合作業手順書」（PowerPoint 形式、スライド 11 枚）、「統一番号等の再匿名化作業手順書」（同 13 枚）に処理方法をまとめ、研究事務局に提示した。

研究 4：入院対象者の司法関与の経過

研究事務局で提供データ作成中であり、データ分析に至っていない。

D. 考察

研究 1：パフォーマンス指標の見直し

加工手順書が完成したことにより、作業が定型化され、正確で体裁の標準化された報告書を作成する環境が整った。集計値算出までの手順については運営事務局による使用実績がすでにあり、これまで特定の職員に依存していた作業が他の職員でも比較的容易に遂行可能となった。

加工手順の中には、実際のデータに応じた作業者の判断が必要な部分があり、これらについては今後も運営事務局内で相談や判断基準の共有が必要と思われる。一方で、Excel マクロなどによる自動化が可能な部分も多数あり、手動による作業を削減する余地はある。このためマクロ作成に詳しい内部職員に相談を行ったが、工数が著しく多いため、時間的制約から開発は困難とのことであった。また、パフォーマンス指標に含まれる集計については、データベースシステムに付属する帳票作成機能に実装されているが、それをを用いるには登録されたデータに欠損や不正な値が含まれないことが条件となっている。データベースシステム稼働開始直後は、この条件を満たす集計項目がほとんどなく、一部を除き手動で加

工せざるを得なかったが、最近では正常なデータが揃うようになってきたため、帳票の使用が可能な範囲を再検討する意義があるかもしれない。

研究 2：医療観察統計資料の発行準備

医療観察統計資料は、草案よりも充実した内容で発行する見込みとなった。アンケートの結果を盛り込み、それに言及しながら制度を解説することにより、データベース由来の情報のみに基づく実態の公表よりも、国民や一般精神科医療従事者の関心が喚起され、医療観察法医療への理解が深まりやすいと期待される。また、アンケートの回答率が非常に高かったことから、医療観察統計資料を通じて医療観察法医療の取組等が広く知られることへの同法病棟従事者の期待も示唆された。

今後は引き続き、発行者や公開先のウェブページについて詳細を詰め、近日中の発行を目指す。

研究 3：二次利用研究の事務局業務の支援

データベースの研究利活用は、二次利用研究の位置づけが変更されたこともあり準備に長期間を要したが、申請受付を開始することができた。これまでに、本分担任の研究 4 を含めて 2 件の申請があったと研究事務局から報告を受けている。

本研究により、匿名加工の方法とデータが提供に耐える信頼性を有するかどうかの判断を補助する資料、および提供するデータセットの作成時に参照できる手順書が完成し、研究事務局の業務負担が一定程度は軽減された。しかし現状では、研究事務局のメンバーでもある本分担任の研究協力者が、本務の傍らこれらの業務を担っている。また、データの抽出、連結、再匿名化の処理において、コンピューターが頻繁にフリ

ーズすることが報告された。セキュリティのため、データベース専用端末を用いているが、これらの処理を行うマシンのスペックを強化するなどの対策が必要である。

近年わが国でも研究データを共有・利活用の機運が高まっているが、大学・研究機関等や大規模研究開発プロジェクトを対象に行われた研究データの管理・利活用に関する調査⁵⁾では、専任の人員は 0 名が最多となり、事業維持のための予算確保、専門知識をもった人材の育成などが課題と指摘されている。また、研究者を対象に行われたオープンサイエンスに関する調査⁶⁾では、データ公開の趣旨に異論はなくても、そのための要求事項が増えて本来の研究業務が圧迫されることが懸念されていた。本研究事業のデータは研究ではなく本体事業の目的で取得されており、その時点でフォーマットが統一され、一定の品質も確保されているが、データの提供にかかる判断や加工には相当の労力を要しており、安定した事業継続にはリソースの強化が求められる。

研究 4：入院対象者の司法関与の経過

本報告書執筆時点でデータ分析には至っておらず、研究の目的は未達成である。データの提供を受け次第、解析に着手し、適切な場で成果を発表する予定である。また、本研究を進める中でデータベースの研究利活用そのものに関連する気づきがあれば、研究事務局にフィードバックする。

E. 結論

平成 26 年に事業化され、平成 29 年末にシステムの運用が始まった医療観察法データベースは、統計を作成して指定入院医療機関にフィードバックし、一般向けに医療観察法医療の実態を説明し、司法精神医療の水準向上に資する研究に利活用するとい

う大きな目的を継続的に果たしていく体制がおおむね整った。本分担班は、前2者を担う運営事務局と後1者を担う研究事務局への支援として、いわば初期の環境整備を担当し、一定の成果を得た。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 竹田康二, 河野稔明, 平林直次: 医療観察法病棟の現況と展望. 精神医学, 2020; 62(4): 445-454
- 2) 菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人: 司法精神科病棟の機能分化: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆. 日本社会精神医学会雑誌, 2021; 30(1): 20-34

2. 学会発表

- 1) 河野稔明, 曾雌崇弘, 菊池安希子, 藤井千代: 共通評価項目のスコア変化からみた医療観察法入院対象者の治療経過パターン. 第16回日本司法精神医学会大会, Web開催, 会期2020.11.12-13
- 2) 山田悠至, 竹田康二, 河野稔明, 小池純子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法データベース研究利用プロトコル. 第16回日本司法精神医学会大会, Web開催, 会期2020.11.12-11.13
- 3) 菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆. 第16回日本司法精神医学会大会, Web開催, 会期2020.11.12-11.13

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

「医療観察法指定入院医療機関の取組等についての調査」に御協力くださった全国の指定入院医療機関の皆様、ならびにパフォーマンス指標の加工作業の自動化および二次利用研究のウェブページ開設に関する相談に応じてくださった NCNP の職員に御礼を申し上げます。

参考文献

- 1) 厚生労働省: 医療観察法入院処遇ガイドライン. 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の施行について(平成17年7月14日障精発第0714002号), 2005
- 2) 総務省政策統括官(統計基準担当): 匿名データの作成・提供に係るガイドライン(平成28年1月22日改正). 2016
- 3) 厚生労働省: 匿名データの提供依頼申出手引(平成28年6月30日). 2016
- 4) 個人情報保護委員会: 独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン(独立行政法人等非識別加工情報編)(平成29年3月). 2017
- 5) 株式会社日本能率協会総合研究所: 研究データの管理・利活用等のアンケート調査結果報告書(調査主体: 文部科学省)

科学技術・学術政策研究所科学技術予測センター) . 2020

- 6) 木村映善：オープンサイエンスに関する調査アンケート報告．令和元年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「厚生労働分野のオープンサイエンス推進に向けたデータポリシー策定に資する研究」総括研究報告書，2020

表1-1 指定入院医療機関パフォーマンス指標
の集計においてデータベースから抽出する情報

帳票または簡易検索登録条件の名称
年代別・男女別対象者数
主診断別・男女別在院者数
対象行為別・男女別対象者数
再入院回数別・男女別対象者数
再処遇回数別・男女別対象者数
ステージ別・男女別在院者数
事件地別・男女別対象者数（全体）
対象者基本情報
入転退院状況
隔離拘束明細
処方明細
転退院者の転帰

※同名のExcelファイルとして保存する。

表1-2 指定入院医療機関パフォーマンス指標
の集計において加工作業で作成するファイル

ファイル名および拡張子
年代別・男女別対象者数.xlsx
主診断別・男女別在院者数.xlsx
対象行為別・男女別対象者数.xlsx
再入院回数別・男女別対象者数.xlsx
再処遇回数別・男女別対象者数.xlsx
ステージ別・男女別在院者数.xlsx
事件地別・男女別対象者数（全体）.xlsx
入転退院状況.xlsx
平均在院日数.xlsx
隔離拘束明細.xlsx
隔離拘束中央値データ.xlsx
隔離拘束中央値データ.sav
隔離拘束中央値データ.spv
隔離拘束中央値集計.xlsx
mECT.xlsx
F2人数データ.xlsx
F2人数データ.sav
F2人数集計.xlsx
処方明細.xlsx
処方データ出力・採否.xlsx
処方量集計除外データ.xlsx
処方人数.xlsx
処方量.xlsx
CP平均計算・分析.sps
クロザピン.sav
クロザピン.spv
クロザピン.xlsx
抗精神病薬.sav
抗精神病薬.spv
抗精神病薬.xlsx
デポ剤.sav
デポ剤.spv
デポ剤.xlsx
抗不安薬.sav
抗不安薬.spv
抗不安薬.xlsx
転退院者の転帰.xlsx

表2 指定入院医療機関パフォーマンス指標の加工手順書を構成する
モジュールとその順序

順序	モジュール名
1	フォルダー「データ加工・集計yymmdd」 準備手順
2	年代別・男女別対象者数.xlsx 加工手順
3	主診断別・男女別在院者数.xlsx 加工手順
4	対象行為別・男女別対象者数.xlsx 加工手順
5	再入院回数別・男女別対象者数.xlsx 加工手順
6	再処遇回数別・男女別対象者数.xlsx 加工手順
7	ステージ別・男女別対象者数.xlsx 加工手順
8	事件地別・男女別対象者数(全体).xlsx 加工手順
9	入転退院状況.xlsx 加工手順
10	平均在院日数.xlsx 加工手順
11	隔離拘束明細.xlsx 加工手順
12	隔離拘束中央値データ.xlsx 加工手順
13	隔離拘束中央値データ.sav 加工手順
14	隔離拘束中央値集計.spv 隔離拘束中央値集計.xlsx 加工手順
15	mECT.xlsx 加工手順
16	F2人数データ.xlsx 加工手順
17	F2人数データ.sav F2人数集計.xlsx 加工手順
18	F2人数集計.xlsx 加工手順
19	処方明細.xlsx 加工手順
20	処方データ出力・採否.xlsx 加工手順
21	処方量集計除外データ.xlsx 加工手順
22	処方人数.xlsx 加工手順
23	処方量.xlsx 加工手順
24	CP平均計算・分析.sps 加工手順
25	クロザピン.sav クロザピン.spv 加工手順
26	クロザピン.xlsx 加工手順
27	抗精神病薬.sav 抗精神病薬.spv 加工手順
28	抗精神病薬.xlsx 加工手順
29	デポ剤.sav デポ剤.spv 加工手順
30	デポ剤.xlsx 加工手順
31	抗不安薬.sav 抗不安薬.spv 加工手順
32	抗不安薬.xlsx 加工手順
33	転退院者の転帰.xlsx 加工手順
34	加工ファイル→旧形式報告書 転記手順
35	転記済旧形式報告書 加工手順
36	医療機関名称－符号対応表 作成手順
37	医療機関名称－符号対応表→新形式報告書 転記手順
38	旧形式報告書→新形式報告書 転記手順
39	転記済新形式報告書 加工手順

表3 医療観察統計資料の構成（目次）

はしがき

目次

第1部 医療観察制度の概要

第2部 入院処遇対象者全体

1. 入院時年齢
2. 性別
- 3-1. 主診断
- 3-2. 重複障害
- 4-1. 対象行為種別（単一選択）
- 4-2. 対象行為種別（複数選択）
- 5-1. 被害者（放火・放火未遂以外の対象行為）
- 5-2. 放火・放火未遂による被害
6. 事件地
7. 転帰
8. 在院期間

第3部 在院中の対象者

1. 基準日年齢
2. 性別
- 3-1. 主診断
- 3-2. 重複障害
4. 転院歴（基準日までの暫定値）
5. 治療ステージ
6. 在院期間（基準日までの暫定値）
- 7-1. 隔離実人員（年間の実施状況）
- 7-2. 拘束実人員（年間の実施状況）

第4部 退院済の対象者（抗告退院・死亡等を除く）

1. 退院時年齢
2. 性別
- 3-1. 主診断
- 3-2. 重複障害
4. 転院歴（退院日までの確定値）
5. 退院時転帰
- 6-1. 在院期間（退院日までの確定値／退院年別）
- 6-2. 在院期間（退院日までの確定値／入院年別）
7. 在ステージ期間（退院日までの確定値）
- 8-1. 隔離実人員（退院日までの確定値）
- 8-2. 拘束実人員（退院日までの確定値）

第5部 指定入院医療機関の取組等の紹介

～アンケートの集計結果より～

1. 多職種チーム
 2. CPA会議
 3. 治療プログラム
 4. 院内散歩・外出・外泊
 5. 外部評価会議
 6. 倫理会議
 7. 治療評価会議
 8. 地域連絡会議
-

表4-1 二次利用研究へのデータ提供における標準的な加工方法の種類

略称	内容
識記	特定の個人を識別することができる記述等の削除*
識符	個人識別符号の削除
連結	情報を相互に連結する符号の削除
特異	特異な記述等の削除
性質	個人情報ファイルの性質を踏まえたその他の措置（必要性が高いもの）

* 公知ではないが指定入院医療機関従事者であれば他の情報と組み合わせることにより特定の個人を識別しうる情報（入院決定日など）が該当する。

表4-2 二次利用研究へのデータ提供における信頼性水準の区分

記号	内容
○	信頼性あり（提供可能）
△	医療機関、抽出月により信頼性なし
▲	医療機関、抽出月により信頼性なし（オンライン化前の過去データのみ）
×	現時点で一律信頼性なし（提供不可）
◇	医療機関により記載する閾値、区分を選択する基準が異なる
—	不使用項目（現時点でデータなし）

図1 指定入院医療機関パフォーマンス指標の加工手順書を構成するモジュールのヘッダー

処方量.xlsx 加工手順

加工区分	加工前のファイル	加工後のファイル	参照するファイル
<input checked="" type="checkbox"/> 新規加工 <input type="checkbox"/> 生成 <input type="checkbox"/> 継続加工 <input type="checkbox"/> 更新	● 処方明細.xlsx	● 処方量.xlsx	● 処方量集計除外データ.xlsx

※今回の加工が完了した「処方量集計除外データ.xlsx」を予め開いておく。

- 「処方明細.xlsx」をコピーし、同じ場所に貼り付ける（「処方明細 - コピー.xlsx」が作成される）。
- 「処方明細 - コピー.xlsx」を「処方量.xlsx」にリネームする。
- 「処方量.xlsx」を開く。

※サンプルとして、モジュール23「処方量.xlsx 加工手順」の冒頭部分を示している。

図2 二次利用研究のウェブページ

NCNP病院について / [患者の皆様へ](#) / [医療関係者の皆様へ](#)



医療観察法データベースを二次利用した研究の実施

----- [TOP](#) > [患者の皆様へ](#) > [実施中の研究（病院・研究所）](#) > [医療観察法データベースを二次利用した研究の実施](#)

● 医療観察法データベースとは

● 医療観察法病棟に入院された（される）対象者の方々へ

● 医療観察法データベースの研究利用について

● 指定入院医療機関従事者の方々へ

● 研究活用委員会承認された二次利用研究

● 二次利用研究に関する相談窓口

令和2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影響を与える因子の同定に関する研究

研究分担者 竹田 康二 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。

令和2年度は、全国31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。医療観察法医療が施行され15年が経過した。この間、医療観察法医療体制も大きく変化した。そこで令和2年度は、直近5年間に通院処遇に移行した対象者に絞って解析し、近年の通院処遇移行対象者の予後を明らかにすることを目的とした。平成27年7月16日から令和2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651名（男性475名、女性176名）であった。令和2年7月15日時点で、328名が処遇継続中であり、323名が処遇終了していた。処遇終了者の平均観察期間は933日であった。

精神科主診断は、F2（統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害）が518名（79.6%）、F3（気分障害）が73名（11.2%）、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）が36名（5.5%）であった。対象行為は、殺人（未遂含む）229名（35.1%）、傷害225名（34.5%）、放火（未遂含む）148名（22.7%）の順であった。

通院処遇期間中に、「重大な再他害行為」は7名7件認められた。重大な再他害行為の累積発生率は1.3%/3年であった。「その他、重大な再他害行為に当たらない比較的軽微な他害行為」は15名25件認められた。「全ての再他害行為（重大+その他）」は21名32件認められた。全ての再他害行為の累積発生率は4.1%/3年であった。

通院処遇期間中に、12名（男性8名、女性4名）が死亡していた。死因は自殺が5名で最多であり、次いで病死が4名、事故死が2名であった。累積死亡発生率は、2.8%/3年であった。自殺企図（未遂を含む）は、13名13件に認められ、そのうち死亡（既遂）した者は5名であった。自殺企図の累積発生率は、2.7%/3年であり、自殺既遂の累積発生率は1.0%/3年であった。

指定入院医療機関退院後の精神保健福祉法入院累積発生率は33.4%/1年、46.4%/3年であった。また指定入院医療機関退院と同時に精神保健福祉法入院（調整入院）していた者が90名であった。

直近5年間に通院処遇に移行した対象者の重大な再他害行為率、死亡率、自殺既遂率、精神保健福祉法入院率などの主要な予後は、令和元年度報告した累積調査対象者の予後と比較して概ね同水準であった。

研究協力者（順不同、敬称略）

山村 卓 国立病院機構花巻病院
 坂本 蒼 同上
 木村早智子 同上
 白石 潤 国立病院機構北陸病院
 今泉仁志 同上
 岡島菜摘 同上
 中根 潤 国立病院機構下総精神医療センター
 野崎昭子 同上
 鈴木寿臣 同上
 是木明宏 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
 高橋未央 国立病院機構小諸高原病院
 眞瀬垣実加 同上
 東 宏明 同上
 池田美穂子 同上
 山本哲裕 国立病院機構東尾張病院
 山下 健 国立病院機構榊原病院
 中谷紀子 国立病院機構やまと精神医療センター
 渡邊大輔 国立病院機構肥前精神医療センター
 中山朝尋 同上
 辻真理子 同上
 樋口善美 同上
 森田康正 同上
 砥上恭子 同上
 塚原宏恵 同上
 佐藤和弘 同上
 松山 快 国立病院機構菊池病院
 川上奈都希 国立病院機構琉球病院
 袈地 敬 同上
 須貝孝一 山形県立こころの医療センター

間中一至 茨城県立こころの医療センター
 寺門里美 同上
 宮田光博 同上
 島田達洋 栃木県立岡本台病院
 村寫泰良 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
 門野淳子 同上
 原田 誠 同上
 山形晃彦 同上
 荒川育子 東京都立松沢病院
 瀬底正有 神奈川県立精神医療センター
 山下 徹 山梨県立北病院
 埴原秋児 長野県立こころの医療センター駒ヶ根
 犬塚 伸 同上
 鵜澤正寛 同上
 福井将郎 同上
 足立順代 同上
 岸本道太 同上
 小林憲子 同上
 大橋 裕 静岡県立こころの医療センター
 平澤克己 愛知県立精神医療センター
 粉川 進 同上
 高木 宏 同上
 羽渕知可子 同上
 山崎恭一 同上
 中岡健太郎 同上
 合澤 祐 同上
 安 成根 同上
 原野谷郁夫 同上
 辻 里花 同上
 柴崎守和 滋賀県立精神医療センター
 松村直樹 同上
 堀岡英紀 大阪精神医療センター
 森田優季 同上

梅本愛子	同上
磯村信治	山口県立こころの医療センター
石津すぐる	岡山県精神科医療センター
高尾 碧	島根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
瀧内小百合	同上
田中一敏	鹿児島県立始良病院
山田悠至	国立精神・神経医療研究センター病院
島田明裕	同上
大町佳永	同上
山下真吾	同上
平林直次	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、15年が経過した。司法統計によると、この間に指定入院医療機関を退院し、通院処遇に移行した例は、2,347人と試算される¹⁾。

医療観察法医療は、豊富な人的、物的資源のもと、多職種協働による心理・社会的療法、指定入院医療機関と地域関係者によるケア会議などが実践されている。

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、退院後の予後に影響を与える因子を検討することを目的にしている。

なお、本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より承認を得て実施している（承認番号 B2020-031）。

B. 研究方法

1. 調査対象

対象は、平成 17 年 7 月 15 日から令和 2

年 7 月 15 日までの間に、協力施設の全国 31 の指定入院医療機関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。各医療機関の研究協力者から対象者に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。

医療観察法医療が施行され 15 年が経過し、この間、医療観察法医療体制も大きく変化した。そこで令和 2 年度は、直近 5 年間（平成 27 年 7 月 16 日～令和 2 年 7 月 15 日）に通院処遇に移行した対象者に限定して解析し、近年の予後の現状を明らかにすることを目指した。

調査対象期間は、各対象者の退院日から通院処遇終了日、あるいは令和 2 年 7 月 15 日のいずれか早い日までである。

2. 調査項目

1) 基本属性

対象者の退院時年齢、性別、精神科主診断、対象行為、退院日を調査した。精神科主診断の分類には、国際疾病分類第 10 版 (ICD-10) を用いた。

2) 退院後の予後

- ・調査日（毎年 7 月 15 日時点）の処遇状況
- ・通院処遇終了時の状況
- ・再他害行為の有無と内容
- ・自殺企図（未遂、既遂）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、期間、理由

3) 社会生活状況

- ・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（以下、対象行為前アルコール・薬物問題歴）
- ・通院処遇期間中のアルコール・薬物摂取の有無と内容
- ・居住形態（家族と同居、単身生活、グループホームなど）
- ・退院後利用した医療・社会福祉資源

- ・就労
- ・生計

3. 調査方法

毎年8月頃、法務省保護局総務課精神保健観察企画官室から全国の保護観察所に本調査について周知していただいた。

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を用意し、送付先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、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がないようにした。

保護観察所において、社会復帰調整官が、調査日時点の対象者の予後情報を記入し、各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レターパック®を使用した。

各指定入院医療機関で、氏名等の個人情報情報を削除して匿名化したうえで、対象者基本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に送付し、当院にてデータ解析を行った。

4. データ解析

再他害行為、自殺企図、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、就労などの社会生活状況について解析を行った。解析にはSPSS®を用いた。統計上、 $p < 0.05$ を有意とした。

令和2年度の報告では、直近5年間に通院処遇に移行した対象者を通院処遇開始年度で分類した（例：2020年度は2019年7月16日～2020年7月15日）。

C. 研究結果

1) 基本属性・転帰（表1）

平成27年7月16日～令和2年7月15日に通院処遇に移行した研究対象者は651名（男性475名、女性176名）であった。平均年齢は男性47.0歳、女性48.1歳で、いずれも40歳代後半をピークとしていた。

令和2年7月15日時点で323名が処遇終了しており、328名が通院処遇継続中であった。通院処遇終了時には80%以上の対象者が精神保健福祉法による通院に移行していた。通院処遇終了者の平均観察日数は933日であった。

精神科主診断では、F2（統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害）が518名（79.6%）、F3（気分障害）が73名（11.2%）、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）が36名（5.5%）の順で多かった。また男性はF2が有意に多く、女性はF3が有意に多かった。対象行為は、殺人229名（35.2%）、傷害225名（34.6%）、放火148名（22.7%）の順で多かった。男性では「傷害」と「強性交等または強制わいせつ」の割合が、女性では「殺人」と「放火」の割合が有意に高かった。

対象行為前アルコール・薬物問題歴を認めた対象者は190名（29.2%）であった。また通院処遇期間中のアルコールの有害な使用・依存状態は21件（3.2%）、違法薬物の有害な使用・依存状態は10件（1.5%）認めた。

2) 再他害行為（表2、表3）

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7名7件認めた。「その他、上記に当たらない軽微な他害行為（アンケート調査では他害行為の欄に記入を認めないが、通院処遇期間中の精神保健福祉法入院理由が「他害・迷惑行為」の事例を含む）」は15名25件認めた。「全ての再他害行為（重大+その他）」

は 21 名 32 件認めた。重大な再他害行為の累積発生率は 1.3%/3 年であり、全ての再他害行為の累積発生率は 4.1% /3 年であった。

対象行為前アルコール・薬物問題歴あり群は全ての再他害行為が有意に発生しやすかった。

3) 死亡・自殺企図（表 4、表 5、表 6）

通院処遇期間中に、12 名（男性 8 名、女性 4 名）が死亡していた。死因は自殺が最多（5 名）であり、次いで病死（4 名）、事故死（2 名）の順、累積死亡率は 2.8%/3 年であった。通院処遇開始から死亡までの平均観察期間は 501.0 日であった。

自殺企図（未遂を含む）は、13 名 13 件に認められ、そのうち死亡（既遂）した者は 5 名であった。自殺既遂の累積発生率は 1.0%/3 年、自殺企図の累積発生率は 2.7%/3 年であった。自殺既遂者の平均観察期間は 290.0 日であった。自殺企図行為を行った 13 名中 6 名の精神科主診断が F3 であった。

5) 医療観察法による再入院（表 7）

通院処遇期間中に医療観察法による再入院処遇となった対象者は 15 名（男性 14 名、女性 1 名）であった。再入院処遇となった対象者の通院処遇開始時の平均年齢は 38.1 歳と若く、また 15 名中 9 名で対象行為前アルコール・薬物問題歴を認めていた（いずれ Cox 比例ハザード分析（単変量）で有意差あり。）。

6) 精神保健福祉法入院（表 8、表 9、表 10）

通院処遇期間中、262 名（40.2%）が精神保健福祉法による入院をしていた。累積入院発生率は 33.4%/1 年、46.4% /3 年であった。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 90 名（13.8%）認めた。調整入院者の多くは通院処遇開始後 1 年以内に退院し地域生活に移

行していたが（調整入院歴ありの通院処遇終了者 40 名中 27 名）、7 名は通院処遇終了時まで精神保健福祉法入院が継続されていた。

通院処遇開始後 1 年間のうち、対象者が精神保健福祉法入院していない平均期間は 316.6 日（86.7%）であった。地域生活開始後 1 年間（調整入院群は調整入院からの退院後 1 年間）のうち、精神保健福祉法入院せずに生活していた平均日数（平均地域生活日数）は 351.2 日（96.2%）であった

地域生活開始後 1 年平均地域生活日数に関連する因子を調べたところ、対象行為前アルコール・薬物問題歴あり群は、問題歴なし群と比較して有意に地域生活日数が短かった（330.0 日 vs 345.8 日，Mann-Whitney U 検定）。

7) 就労（表 11）

対象者のうち 72 名（11.1%）が通院処遇期間中に何らかの就労（短期のアルバイト含む）を行っていた。

8) 社会福祉・医療資源の利用（表 12）

2019 年 7 月 16 日～2020 年 7 月 15 日に通院処遇に移行した対象者 102 名のうち、79 名（77.5%）が訪問看護サービスを利用していた。また日中の活動場所として、病院デイケア（48.0%）、就労継続支援施設 B 型（27.5%）などが利用されていた。

D. 考察

1) 調査対象数

平成 27 年 7 月 16 日～令和 2 年 7 月 15 日の 5 年間で 651 名が新規の調査対象となっていた。直近の 2 年間は新規調査対象者数が減少傾向であったが、医療観察法病棟退院者減少の影響も推測された¹⁾。

2) 再他害行為

令和元年度の報告（調査開始時から全調査対象者を対象とした解析）では、重大な

再他害行為の累積発生率は1.7%/3年、全ての再他害行為の累積発生率は5.9%/3年であり、重大な再他害行為に関しては、国内外の類似先行研究と比較して低水準で推移していることを報告した^{2,3,4)}。今年度の結果（直近の5年間）は、昨年度の結果と比較して、概ね同程度であった。

3) 死亡・自殺企図

死亡、自殺企図、自殺既遂の発生率も昨年度の報告と比較して概ね同水準であった。F3（気分障害圏）が自殺企図者に占める割合が比較的高かった。今後、気分障害圏の対象者に対する退院後の抑うつ⁵⁾の再燃や自殺リスクにも配慮した医療を構築していく必要があると考えられた。

4) 精神保健福祉法入院

地域生活開始後1年間の平均地域生活日数は一般精神医療における精神病床退院後地域生活日数に関する研究の結果（316日）⁵⁾と比較して高い。一方で、調整入院期間も含めた通院処遇開始後1年間の平均地域生活日数は一般精神医療における精神病床退院後地域生活日数と同程度である。また調整入院群では一度も地域生活に移行せずに処遇終了となるケースも確認されている。今後、調整入院群に関する詳しい調査と対策が必要であると考えられた。

5) 就労・社会資源の利用

令和2年度に通院処遇に移行した対象者の就労率は0%であった。このことから、通院処遇移行初期に就労するケースは極めてまれであることが推測された。

社会資源の利用に関する結果からは、通院処遇移行対象者は、通院処遇移行初期は、訪問看護を利用しながら日中の活動場所として病院デイケア、B型就労支援事業所、地域活動支援センターなどに通所する生活スタイルが典型的であると推測された。

6) 対象行為前アルコール・薬物問題歴あり

群

今回の解析では、いずれも単変量解析ではあるが、対象行為前アルコール・薬物問題歴あり群が、「すべての再他害行為」「医療観察法病棟再入院処遇」の発生や、「地域生活開始後1年間の平均地域生活日数」の短さといった複数の結果との有意な関連が見られた。一方で、通院処遇期間中のアルコール・薬物の問題使用の発生率はそれほど高くない。今後、対象行為前のアルコール・薬物問題歴の存在自体が退院後の予後に影響を与えるのかなど、詳しく調査していく必要があると考えられた。

E. 結論

令和2年度は、31の指定入院医療機関が協働し予後調査を実施した。直近5年間の新規調査対象者は651名であった。令和元年度までの累積調査の結果と比較して、重大な再他害行為の発生率、死亡、自殺企図や精神保健福祉法入院など主要な予後の発生率は概ね同水準であった。たがって、医療観察法医療における通院処遇移行対象者の予後は大きな変化なく推移していると考えられた。

また今回の解析結果からは、気分障害圏の対象者の自殺リスクに対する医療の構築や、対象行為前のアルコール・薬物問題歴が予後に与える影響のさらなる調査などが必要であると考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

竹田康二：医療観察法対象者の予後。
第 116 回日本精神神経学会学術総会，
Web 開催，2020.9.29

hospitals: systematic review and
meta-analysis. Seena Fazel, Zuzanna
Fimińska, Christopher Cocks, Jeremy
Coid. Br J Psychiatry 208 (1): 17-
25, 2016

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

5) 奈良県立医科大学 公衆衛生学講座ホ
ームページ 精神病床退院後地域生活
日数の公表 [http://www.naramed-
u.ac.jp/~hpm/pdf/seishinpdf/1B_days
_seishinbyosho.pdf](http://www.naramed-u.ac.jp/~hpm/pdf/seishinpdf/1B_days_seishinbyosho.pdf)

I. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただ
いた法務省保護局精神保健観察企画官室
の小林淳雄企画官、江口義則専門官をはじ
めとした皆様、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
のご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/sihoto
kei_jp/search](http://www.courts.go.jp/app/sihoto_kei_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

表1 男女別の基本属性 (n=651)

	男性		女性		計
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
平均年齢 (SD)	47.0 (12.8)	48.1 (12.6)	47.3 (13.0)		
主診断 (ICD-10)					
	F0, n (%)	10 (2.1)	1 (0.6)	11 (1.7)	
	F1, n (%)	29 (6.1)	7 (4.0)	36 (5.5)	
	F2, n (%)	393 (82.7)	125 (71.0)	518 (79.6)	
	F3, n (%)	33 (6.9)	40 (22.7)	73 (11.2)	
	F4, n (%)	1 (0.2)	2 (1.1)	3 (0.5)	
	F5, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	F6, n (%)	0 (0.0)	1 (0.6)	1 (0.1)	
	F7, n (%)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	
	F8, n (%)	8 (1.7)	0 (0.0)	8 (1.2)	
対象行為*	計, n (%)	475 (100.0)	176 (100.0)	651 (100.0)	
	殺人 (未遂含む), n (%)	147 (30.9)	82 (46.3)	229 (35.1)	
	傷害, n (%)	192 (40.3)	33 (18.6)	225 (34.5)	
	放火 (未遂含む), n (%)	93 (19.5)	55 (31.1)	148 (22.7)	
	強盗 (未遂含む), n (%)	20 (4.2)	7 (1.0)	27 (4.1)	
	強姦性交等、強制わいせつ (未遂含む), n (%)	24 (5.0)	0 (0.0)	24 (3.7)	
	計, n (%)	476 (100.0)	177 (100.0)	653 (100.0)	
退院時居住					
	家族同居, n (%)	70 (14.7)	57 (32.4)	127 (19.5)	
	独居, n (%)	101 (21.2)	33 (18.8)	134 (20.6)	
	福祉施設, n (%)	228 (48.0)	69 (39.2)	297 (45.6)	
	精神保健福祉法入院, n (%)	73 (15.4)	16 (9.1)	89 (13.7)	
	不明, n (%)	3 (0.6)	1 (0.6)	4 (0.6)	
	計, n (%)	475 (100.0)	176 (100.0)	651 (100.0)	
対象行為前アルコール・薬物問題あり, n (%)	164 (34.5)	26 (14.8)	190 (29.2)		
*複数の対象行為を行った者あり					

表2 重大な再他害行為 (未遂含む) (n=651)

	通院処遇開始年		2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		合計
	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)	
殺人	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
傷害	2	0.3	3	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5
放火	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
強盗	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
強姦性交等、強制わいせつ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
計	4	0.6	3	1.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7

表3 その他の再他害行為 (精神保健福祉法入院理由が他害・迷惑行為の事例を含む) (n=651)

	通院処遇開始年		2017年度		2018年度		2019年度		2020年度		合計
	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)	n	n (%)	
窃盗	0	0.0	5	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5
暴力行為、暴言、器物破損	0	0.0	10	1.5	4	0.6	1	0.2	0	0.0	13
性的逸脱行為	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
精神保健福祉法入院理由が他害・迷惑行為	1	0.2	2	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3
その他・不明	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1
計	2	0.3	18	2.8	4	0.6	1	0.2	0	0.0	25

表4 死亡、自殺企図 (n=651)

通院処遇開始年	2016年度 n=154	2017年度 n=137	2018年度 n=147	2019年度 n=111	2020年度 n=102	合計 n=651
死亡	3	3	4	1	1	12
自殺企図 (うち既遂)	4(1)	4(1)	2(1)	2(1)	1(1)	13(5)

表5 死亡詳細 (n=12)

平均年齢	死亡者
53.2歳	53.2歳
性別	男 8名 女 4名
対象行為	殺人: 4名、傷害5名、放火: 3名
精神科主診断	F1: 4名、F2: 5名、F3: 3名
通院処遇開始から死亡までの平均日数	501.0日
死因	病死: 4名、事故死: 2名、自殺: 5名、不明: 1名

表6 自殺企図 (n=13)

平均年齢	既遂	企図(既遂含む)
42.4歳	42.4歳	45.0歳
性別	男 2名 女 3名	男 7名 女 6名
精神科診断	F1: 2名、F2: 1名、F3: 2名	F1: 2名、F2: 4名、F3: 6名*、その他: 1名
対象行為	殺人: 2名、傷害: 3名	殺人: 7名、傷害: 4名、放火: 1名、強盗: 1名
通院処遇開始から行為までの平均日数	290.0日	416.5日 (行為日不明1名)

表7 医療観察法病棟再入院処遇 (Cox比例ハザード分析(単変量))

性別(男)	Exp(B)	Exp(B) 95%CI	p値
年齢	4.869	0.640-37.062	0.126
対象行為前のアルコール・薬物問題歴あり	0.939	0.894-0.986	0.012
	3.555	1.264-9.997	0.016

表8 精神保健福祉法入院 (n=651)

通院処遇開始年	2016年度 n=154	2017年度 n=137	2018年度 n=147	2019年度 n=111	2020年度 n=102	合計 n=651
精神保健福祉法入院あり (%)	71 (46.1)	66 (48.2)	55 (37.4)	41 (36.9)	29 (28.4)	262 (40.2)
調整入院あり (%)	25 (16.2)	17 (12.4)	15 (10.2)	17 (15.3)	16 (15.7)	90 (13.8)
調整入院からの退院者* (%)	20 (80.0)	15 (88.2)	14 (93.3)	15 (88.2)	6 (37.5)	70 (77.8)
地域生活移行後に精神保健福祉法入院あり** (%)	52 (34.9)	57 (42.2)	45 (30.8)	28 (25.7)	15 (10.9)	197 (31.2)

*n=90, **n=631

表9 通院処遇開始後1年平均地域生活日数*

通院処遇開始年	2016年度 n=147	2017年度 n=127	2018年度 n=141	2019年度 n=107	2020年度 n=1	合計 n=523**
通院処遇開始後1年間の平均日数 (標準偏差)	314.3 (106.7)	308.8 (101.5)	324.3 (88.9)	318.6 (90.8)	365 (-)	316.6 (97.5)
通院処遇開始後1年間の平均日数割合	86.10%	84.60%	88.80%	87.30%	100.00%	86.70%

*実判決者、拘留所留置者、医療観察法再入院処遇者除く

**通院処遇開始後1年以上観察期間が存在する対象者のみ

表10 地域生活開始後1年平均地域生活日数*

	2016年度 n=139	2017年度 n=125	2018年度 n=140	2019年度 n=101	2020年度 n=1	合計 n=506**
地域生活開始後1年間の平均日数** (標準偏差)	351.2 (43.9)	328.0 (82.7)	341.8 (61.9)	343.4 (59.5)	365.0 (-)	341.3 (63.5)
地域生活開始後1年間の平均日数割合	96.20%	89.80%	93.60%	94.10%	100.00%	93.50%

*実判決者、拘留所留置者、医療観察法再入院処遇者除く
**地域生活開始後1年以上観察期間が存在する対象者のみ

表11 就労 (概数就労形態該当者あり)

	2016年度 n=154	2017年度 n=137	2018年度 n=147	2019年度 n=111	2020年度 n=102	合計 n=651
正社員	12	17	6	5	0	40
一般枠	6	5	2	2	0	15
障害者枠	7	12	4	3	0	26
アルバイト・パート	7	12	13	5	0	36
詳細不明	2	0	0	0	0	36
計	21 (13.6%)	24 (17.5%)	17 (11.6%)	10 (9.0%)	0 (0.0%)	72 (11.1%)

表12 社会福祉・医療資源の利用 (2020年度の退院者, n=102)

	何らかの利用あり (n=93)	利用率*
訪問看護	79	77.5%
保健所の訪問	55	53.9%
病院デイケア	49	48.0%
就労継続支援施設B型	28	27.5%
市職員への訪問	26	25.5%
その他 (相談支援事業所が多い、他に生活訓練など)	19	18.6%
地域活動支援センター	15	14.7%
訪問介護	7	6.9%
外来作業療法	4	3.9%
自助グループ (AA/NA、断酒会等)	3	2.9%
病院・精神保健福祉センターなどのアルコール・薬物依存症 [†]	2	2.0%
就労移行支援事業所	1	1.0%
就労継続支援施設A型	1	1.0%

*社会福祉・医療資源の利用なしの者も含めた全体に対する割合

令和 2 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：

本研究は村杉らによる「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」^{1, 2)}と連携して複雑事例の特徴を量的に分析し、実効性の高い治療や介入方法の開発につなげていくための基礎資料とすることを目的とした。

令和 2 年度は、重度精神疾患標準的治療法確立事業から入院処遇 6 年を超える 104 名のデータと、平成 17 年 7 月 15 日の医療観察法制度開始から平成 30 年 9 月 30 日の期間に医療観察法入院処遇となった 3,138 名のデータを得て解析を行った。

複雑事例のセグメント化のため入院処遇 6 年を超える事例の転帰を比較すると、長期ないし頻回の行動制限を受けた複雑事例中核群の約 4 割が処遇終了-入院に至り、約 6 割が通院処遇へ移行していた。複雑事例中核群のうち処遇終了-入院に至った群と通院処遇へ移行した群とを比較すると、診断や対象行為、初回入院継続申請時の共通評価項目の差は少ないが、退院申請時には多くの点で差が生じており、長期の経過を経て改善し通院処遇へ移行する群と、改善しないまま処遇終了-入院する群との差が生じていた。

処遇終了-入院による影響を検証するため、再入院群・再処遇群・長期群・行動制限群・複雑事例中核群の各群と転帰との関連をスピアマンの順位相関係数を用いて調べると、複雑事例中核群 ($r=0.104$) よりも行動制限群 ($r=0.216$) の方が処遇終了-入院により大きな相関を認めた。初回入院継続申請時の共通評価項目との関連をスピアマンの順位相関係数を用いても、行動制限群には高い衝動性と興奮や怒り、精神病的なしぐさといった特徴が $r>0.2$ の弱い相関で認められ、複雑事例中核群には $|r|>0.2$ 以上のものは認められなかった。よって複雑事例中核群とは、行動制限群のうち入院医療機関が 6 年間処遇終了申請をしなかった群と考えられる。医療観察法入院期間が 6 年を超える事例よりも、行動制限群や処遇終了-入院に至った事例の戦略的介入を検討すべきと考えられた。

処遇終了-入院の要因を検証するため、処遇終了-入院群、あるいは行動制限かつ処遇終了-入院群を他の転帰の群と比較しても、 $|r|>0.2$ 以上の相関のある要因は認められなかった。行動制限群のうちで処遇終了-入院となるまでの日数にもばらつきがあることから、処遇終了-入院となる要因は本研究で解析に用いることのできた診断や対象行為、初回入院継続申請時の共通評価項目にみられる状態像以外のところにあると考えられた。

処遇終了-入院は全退院例の 1 割におよぶが、入院期間の長期化に干渉する要因であるとともにもう一つの医療観察制度の課題である。今後は行動制限の要因の解析、行動制限群の改善に関わ

る要因の研究、処遇終了時の状態像の分析が求められる。

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

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）」に基づく入院医療では、多職種チームによる治療を通じて多くの事例が通院医療へ移行している一方、何らかの理由で入院が長期化する、いわゆる複雑事例への戦略的介入が課題となっている。本研究は、村杉らによる「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」^{1, 2)}と連携して複雑事例の特徴を分析し、実効性の高い治療や介入方法につなげていくことが目的である。平成30年度・令和元年度の研究では、(1)平成30年4月1日時点で医療観察法病棟に入院中の対象者のうち、以下のいずれかに該当する対象者のデータを用いてその特徴を分析した。(ア)医療観察法入院期間が6年を超える(n=20)、(イ)医療観察法再入院（一度入院処遇ないし通院処遇を受けた後に入院処遇となっている）あるいは再処遇（2度目の医療観察法処遇）による入院(n=24)、(ウ)行動制限（入院以来5回以上の隔離・合計28日間以上の隔離・1回以上の拘束のいずれか）を受けた(n=72)。群間比較により、入院が6年を超えるが(ウ)の行動制限の基準に該当しない群は、入院6年以上かつ(ウ)の行動制限の基準に該当する複雑事例中核群に比べて対象行為が性暴力の事例

が多いといった特徴が認められたが、各群のnが少ないため、十分な解析ができなかった。研究最終年度の令和2年度は、重度精神疾患標準的治療法確立事業（以下、DB事業）によるデータを活用し、複雑事例中核群、あるいは行動制限群や長期群の特徴を記述し、予測モデルの作成を試みることを目的とする。ひいては、医療観察法入院医療における複雑事例化を防ぐ方略を検討することを目指す。

なお、本研究は平成30年3月23日付および令和2年11月16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いる。

B. 研究方法

1. 調査対象

対象(1)平成17年7月15日の医療観察法制度開始から平成26年7月15日までの期間に医療観察法入院処遇となり、かつ入院処遇期間が6年を超えるデータ（令和2年7月末時点）のうち、(ア)DB事業に協力しない1施設の事例、(イ)オプトアウトの申し出のあった事例、(ウ)信頼性が担保できない、明らかな瑕疵を認めたデータを除外し、医療観察法データベース研究事業運営委員会より提供を受けた104名のデータ。後述する統計解析においては、変数の欠損値に対してペアワイズで除外した。

対象(2)平成17年7月15日の医療観察法制度開始から平成30年9月30日の期間に医療観察法入院処遇となった対象者のうち、上記(ア)～(ウ)を除外し、医療観察法データベース研究事業運営委員会より

提供を受けた 3,138 名のデータ（令和 2 年 7 月 31 日時点）。後述する統計解析においては、変数の欠損値に対してペアワイズで除外した。

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および国立精神・医療研究センターの医療観察法データベース研究事業運営委員会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、連結不可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

統計学的解析を以下の手順で実施した。

- 1) 複雑事例中核群の転帰比較：村杉ら¹⁾の定義した複雑事例中核群についてセグメント化して分析するため、行動制限群に該当しない長期群と転帰を比較した。なお、ここでは対象(1)に含まれないが入院 6 年を超える 1 名のデータを対象(2)から加えた。
- 2) 複雑事例中核群のうち処遇終了群と通院移行群の共通評価項目の比較：複雑事例中核群のセグメント化を推し進めて検証するため、複雑事例中核群のうち通院処遇へ移行した群と処遇終了-入院となった群の共通評価項目を比較した。なお、共通評価項目は平成 20 年 4 月に初版から第 2 版に改訂、平成 31 年 4 月に第 3 版に改訂しているが、本研究では収集したデータで最も評定の多い第 2 版のみを解析に用いた。
- 3) 複雑事例中核群における静的要因の差：複雑事例中核群のセグメント化の検討をさらに進めるため、診断分類・対象行為などの要因について、通院処遇へ移行した群と処遇終了-入院となった群の比較をお

こなった。

- 4) 再入院群・再処遇群・長期群・行動制限群・複雑事例中核群の特徴の記述：対象(2)を用い、全体のデータの中で複雑事例中核群の位置づけを精査するため、再入院・再処遇・長期入院・行動制限・複雑事例中核群と転帰・診断や対象行為等の要因との関連をスピアマンの順位相関係数を用いて検証した。ここで 5 つの群として表記しているが、再入院と再処遇は厳密には異なること、長期入院と行動制限は重なり得る要因であることから、5 種の要因としてそれぞれの有無を有=1、無=0 とダミー変数を用いて順位相関係数を算出した。またこれらはカテゴリごとの発生数であるため本来はカイ 2 乗検定を行うべきところであるが、発生数の差が大きく有意性検定では比較しにくく、効果量を見るために順位相関係数を用いた。
 - 5) 再入院群・再処遇群・長期群・行動制限群・複雑事例中核群の共通評価項目の関連：4)をさらに推し進め初回入院継続申請時第 2 版共通評価項目との順位相関係数を算出して比較した。ここでも本来は分散分析によって群間比較を行うべきところであるが、有意性だけでなく効果量を比較するために順位相関係数を用いた。
 - 6) 予測モデルの探索：ROC 曲線下面積 (AUC) を用いた予測モデルの探索を試みた。
 - 7) 退院時の転帰と各変数との相関：退院時の転帰と診断や対象行為等の要因との関連をスピアマンの順位相関係数を用いて検証した。
 - 8) 退院時の転帰と共通評価項目の関連：退院時の転帰と初回入院継続申請時第 2 版共通評価項目との順位相関係数を算出して比較した。
- 解析にはエクセル統計(BellCurve[®] for Excel)を使用し、 $p < 0.05$ を統計学的に有

意とした。順位相関係数については $|r|>0.2$ の弱い相関を基準に考慮した。

C. 研究結果

1) 複雑事例中核群の転帰比較

対象(1)のうち、転帰が転院であった事例を除外し、村杉ら¹⁾の定義した複雑事例中核群が46名、長期群が59名であった。複雑事例中核群と長期群の転帰を表1に示す。表1より複雑事例中核群46例中12例が処遇終了で入院していた。期待度数が5を下回る処遇終了-通院を除外してカイ2乗検定を行うと、カイ2乗値=12.9、5%水準で統計的に有意となり、残差分析では1%水準で複雑事例中核群に処遇終了-入院が多く、長期群に処遇終了-入院が少ないことが示された。

2) 複雑事例中核群のうち処遇終了群と通院移行群の共通評価項目の比較

長期群に比して複雑事例中核群に処遇終了-入院が多いことから、複雑事例化した末に、精神保健福祉法入院による処遇終了を行った事例が多いと考えられた。この検証のため、複雑事例中核群のうち処遇終了-入院となった群と通院処遇へ移行した群との退院申請時の共通評価項目の下位項目を比較した(表2)。併せて初回入院継続申請の時点で両者に差があるか検証するため、初回入院継続申請時の第2版共通評価項目の各下位項目も比較した。特に処遇終了-入院となった群の退院申請時共通評価項目は、退院申請時に第3版へ移行していた事例もあるためnが少ないが、参考までにBrown-Forsythe検定を行った。その結果、初回入院継続申請には【生活能力】とその2下位項目、【衝動コントロール3)先の予測をしない】の計4下位項目のみが5%水準で有意差が示された。一方で退院申請時には表2の計38の下位項目が処遇終了-入院群より

も通院移行群の方が低くなった。通院処遇移行群での共通評価項目での評価の改善を検証するため、フリードマン検定によって初回入院継続申請と退院申請時の各項目を比較した。処遇終了-入院群は両時点での評価が揃っている事例が4例しかなく、検定できなかったが、通院処遇移行群では計28の下位項目が5%水準で有意に評価が低下していた。【現実的計画】【治療・ケアの継続性】とその小項目が改善するのは通院処遇への準備が整うために当然としても、【精神病症状】【内省・洞察】【衝動コントロール】【ストレス】など多くの下位項目での改善も認められた。

3) 複雑事例中核群における静的要因の差

性別・診断分類・対象行為のそれぞれについて、複雑事例中核群のうち処遇終了-入院となった群と通院処遇へ移行した群とでフィッシャーの直接確率検定で比較した(表3)。表3のようにいずれも有意な差は認められなかった。

入院時年齢・入院処遇日数・隔離回数・隔離総日数・拘束回数・拘束総日数・初回隔離開始入院歴日・最終の隔離開始入院歴日のそれぞれをBrown-Forsythe検定にて比較した(表4)。表4のように隔離総日数が処遇終了-入院群の方が多く、最終の隔離開始入院歴日が、処遇終了-入院群の方が遅かった。

なお犯罪歴等のデータについても回収したが、欠損値が多く、各群に有効データが10未満であったため、解析できなかった。

以上の結果より、年代・性別・対象行為・診断などに明らかな差はなく、初回入院継続申請時での共通評価項目(第2版)では【生活能力】【生活能力3)金銭管理】【生活能力11)生産的活動・役割】【衝動コントロール3)先の予測をしない】のみ差はあったが他に差は見られないにもかかわらず、

その後隔離が繰り返され、処遇終了-入院へと至る群と、6年以上の長期入院におよびながら状態の改善を得て通院処遇へ移行した群とがあることが示された。

4) 再入院群・再処遇群・長期群・行動制限群・複雑事例中核群の特徴

前項までの解析で、複雑事例中核群でも隔離が繰り返されて処遇終了-入院へと至る群と、6年を超えて状態改善を経て通院処遇へ移行する群があることが明らかになった。本来ならばその差に至った治療介入について検討したいが、治療介入のデータがないため、本研究では更に全体のデータの中での複雑事例中核群の位置づけを精査する。そのため、村杉ら¹⁾の最初の分類である再入院・再処遇・長期入院・行動制限と複雑事例中核群について、対象(2)のサンプルを用いて他の要因との関連を検証する。前項までの解析よりnが大幅に増え、有意性検定の検出力が高まるため、前項までの検定結果と比較ができるよう、ダミー変数を用いて順位相関係数を算出した。

再入院群・再処遇群・長期群・行動制限群・複雑事例中核群の各群と転帰とのスピアマンの順位相関係数を表5、性別・入院時年代・診断分類・対象行為とのスピアマンの順位相関係数を表6に示した。5%水準で有意となったものを太字で示したが、nが多いため、 $r > 0.05$ でも5%水準で有意となっている。 $|R| > 0.2$ の弱い相関以上を基準とすると、行動制限群に処遇終了・処遇終了-入院が多く、通院移行が少ないという結果のみとなる。複雑事例中核群の処遇終了-入院は $r = 0.104$ に留まる。診断や対象行為については、5%水準で有意とはなるが、 $|r| > 0.2$ となるものはなく、再処遇群とF6(成人の人格および行動の障害)との相関 $r = 0.162$ が最大であった。

処遇終了-入院と行動制限群・複雑事例中

核群との関連を精査するため、表7・表8にクロス集計表を示した。行動制限群の29%、複雑事例中核群の41%が処遇終了-入院になっているが、処遇終了-入院群に占める比率では、行動制限群の占める割合は30%であるのに対し、複雑事例中核群は4%に留まる。このためいずれもカイ2乗検定で有意で、処遇終了-入院となりやすいといえるが、行動制限群はカイ2乗値=126、Cramer's $V = 0.215$ 、複雑事例中核群はカイ2乗値=29.6、Cramer's $V = 0.104$ となり、行動制限群の方が連関が大きい。

以上のことから、これまで複雑事例中核群の特徴を精査するために解析を行ったが、翻って見ると行動制限群の方が特徴が顕著である。図1・図2・表9に行動制限群のうち処遇終了-入院に至るまでの入院日数と、通院処遇へ移行するまでの入院日数とを示した。いずれも平均は約3年半、中央値は約3年、最頻値は2年半~3年だが処遇終了-入院群の方が分散が大きい。

5) 再入院群・再処遇群・長期群・行動制限群・複雑事例中核群の共通評価項目の比較

再入院群・再処遇群・長期群・行動制限群・複雑事例中核群の各群と初回入院継続申請時第2版共通評価項目とのスピアマンの順位相関係数を表10に示した。5%水準で有意となったものを太字で示したが、nが多いため、 $r > 0.05$ でも5%水準で有意となっている。 $|R| > 0.2$ の弱い相関以上を基準とすると、行動制限群において【精神病症状 4) 精神病的なしぐさ】【非精神病性症状 1) 興奮・躁状態】【非精神病性症状 3) 怒り】【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】【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 3) 先の予測をしない】【衝動コントロール 5) 怒りの感情の行動化】の計8項目が上回ったのみであり、複雑事例中核群や他の群

には 0.2 以上の弱い相関が認められた項目はない。特に再処遇群は n が少ないことも影響しているが、他の群とはやや異なる傾向を示した。

6) 行動制限群の予測モデル

本来であれば複雑事例中核群の予測モデルを探索すべきであるが、表 6 にはいずれの群においても $r > 0.2$ の弱い相関以上の要因はなく、表 10 に示した初回入院継続申請時共通評価項目において、8 下位項目が行動制限群において 0.2 以上の弱い相関を示したが、複雑事例中核群では 0.2 以上の相関を示す項目はなかった。ここから、複雑事例中核群の予測は行わず、行動制限群の予測モデルを探索した。0.2 以上の弱い相関を示した 8 下位項目を二項ロジスティック回帰分析に投入し、0.2 を基準とする減少法で変数選択したところ、【精神病症状 4) 精神病的なしぐさ】【非精神病性症状 1) 興奮・躁状態】【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】【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 項目が選択され、それぞれ 0.4312、0.2945、0.2033、0.2283、0.2039、0.1983 の係数をかけて加算することで $AUC = 0.745$ 、6 項目の単純加算でも $AUC = 0.741$ を得た。しかし全体の 14% に過ぎない行動制限群を予測するには、オッズ比 4.61 である基準点 5 点を用い、5 点以上で区切ると真陽性率 = 0.68 に対して偽陽性率 = 0.74 と偽陽性率が高くなった。6 点以上で区切ると真陽性率 0.26、偽陽性率 = 0.32 となり、全員陰性と判断した方が的中する水準にとどまった。

7) 退院時の転帰と各変数との相関

前項までの解析で、複雑事例中核群よりも、行動制限群、また処遇終了-入院などの退院時の転帰により大きな意味があると考えられた。退院時の転帰と診断や対象行

為等の要因との関連をスピアマンの順位相関係数を用いて検証した(表 11)。併せて、行動制限群かつ処遇終了-入院となった群についても順位相関係数を算出した。表 11 でも 5%水準で有意となったものを太字で示したが、 $|R| > 0.2$ の弱い相関以上を基準とすると、診断や対象行為などに該当する要因はなく、隔離日数と拘束日数を加算した行動制限総日数と処遇終了-入院群に弱い連関が認められた。行動制限かつ処遇終了-入院群が行動制限総日数と $r = 0.429$ という比較的強い相関があるが、これは行動制限が群の基準となっているため、当然と言える。

8) 退院時の転帰と共通評価項目の関連

退院時の転帰と初回入院継続申請時第 2 版共通評価項目との順位相関係数を算出して比較した(表 12)。表 12 でも 5%水準で有意となったものを太字で示したが、 $|R| > 0.2$ の弱い相関以上を基準として見ると、通院処遇-家族同居群で【個人的支援】【コミュニティ要因】【現実的計画 3) 住居】【現実的計画 7) キーパーソン】の 4 下位項目がより低い方が通院処遇-家族同居となりやすいという弱い相関が認められた。処遇終了-入院群および行動制限かつ処遇終了-入院群では、 $|R| > 0.2$ の弱い相関は認められなかった。

D. 考察

本研究は医療観察法入院が 6 年を超える長期群、および入院以来 5 回以上の隔離・合計 28 日間以上の隔離・1 回以上の拘束のいずれかを受けた行動制限群の両方の特徴を併せ持つ複雑事例中核群の特徴を量的指標から解析し、予測を試みることに当初の目的であった。しかしながら、1) 複雑事例中核群の転帰比較によってセグメント化を試み(表 1)、2) 複雑事例中核群のうちで処

遇終了-入院となった群と通院処遇へ移行した群との共通評価項目の下位項目を比較する(表2)と、退院した複雑事例中核群のうち約4割が処遇終了-入院しているが、初回入院継続申請の時点では両群の差は一部で、退院申請(処遇終了申請/通院処遇申請)の時点で共通評価項目の多くの下位項目で差が生じていた。3)複雑事例中核群における静的要因の差を比較すると、診断や対象行為などにも差がない(表3)が、隔離総日数と最終の隔離開始入院歴日に差がある(表4)ことから、複雑事例中核群のうち一部は6年を超えても改善して通院処遇へ移行し、一方で処遇終了-入院した群は後まで隔離が繰り返されていることが分かる。

平成30年度、令和元年度の本研究^{3,4)}では入院が6年を超えて退院した群のデータは収集していなかったために気づかれなかったが、量的解析による検証を経ると、入院が6年を超え、かつ行動制限の多い一群(=複雑事例中核群)という分類が誤りではないかとの疑問が生じる。すなわち、行動制限の多い一群がいる中で、期間の長短はあれ治療経過の中で改善を得て通院処遇へ移行した群と、医療観察法入院医療を断念して処遇終了-入院へと移行した群として考えるべきではないか。

この疑問を検証するため、4)再入院群・再処遇群・長期群・行動制限群・複雑事例中核群の特徴を比較した。効果量を見るためにスピアマンの順位相関係数を用いたところ、nの多いカテゴリは統計学的に有意となるが、 $|r|>0.2$ の弱い相関以上の連関が見られたのは行動制限群のみであり、行動制限群は通院処遇へ移行しにくく、処遇終了退院、特に処遇終了-入院になりやすい(表5)。5)再入院群・再処遇群・長期群・行動制限群・複雑事例中核群の共通評価項目の比較においては、行動制限群のみが8

下位項目に弱い相関があり、初回入院継続申請時点において特徴が表れていることが認められた(表10)。行動制限群は処遇終了-入院:通院移行の比率が1:2であり、両者とも平均約3年半、中央値は約3年で退院しているが、前者の方が分散が大きい(図1、図2、表9)。複雑事例中核群は、表9のうち入院期間が6年を超える29例と、データ収集時点で入院が継続していた17例を合わせた46例であるが、ここまでの解析結果を踏まえると、複雑事例中核群とは、行動制限群のうち、入院医療機関が6年間処遇終了申請をしなかった群と考えられる。言い換えると、戦略的介入が求められるのは医療観察法入院期間が6年を超える事例(=複雑事例)ではなく、行動制限群や処遇終了-入院に至ってしまっている事例と考えるべきである。平成30年度・令和元年度の研究では入院が続いていた事例および再入院・再処遇・行動制限といったカテゴリに該当する事例のみを収集して解析した^{1,2,3,4)}ため、退院時点の状態を分析することができなかったことと、各要因を連続する母集団の中で分析することができなかったために気づけなかったが、医療観察法入院医療の課題は長期入院よりも行動制限と処遇終了-入院にあると捉えるべきと考えられる。

一方で処遇終了-入院および行動制限かつ処遇終了-入院を含めた転帰と診断や対象行為等の要因、初回入院継続申請時共通評価項目との関連を検証した(表11、表12)が、 $|R|>0.2$ の弱い相関以上のものは行動制限総日数しかない。よって表10の行動制限群の特徴が最も顕著であると考えられる。図1・表9から行動制限群の処遇終了-入院までの日数のばらつきが大きいことを考え合わせると、表10に見られる行動制限群の特徴、すなわち高い衝動性と興奮や怒り、

精神病的なしぐさが行動制限に相関しているが、そこから処遇終了-入院に至るか、あるいはどの時期に処遇終了-入院に至るかは、本研究で検証できた対象者の要因以外のものが含まれると考えられる。

E. 結論

本研究は医療観察法入院期間が6年を超え、かつ頻回ないし長期の行動制限を受ける一群を複雑事例中核群として捉え、複雑事例化する要因を検討することが当初の課題であった。しかしながら複雑事例中核群のセグメント化から、6年を越えても状態の改善を経て通院処遇へ移行した群と改善せず処遇終了-入院に至る群とがあること、処遇終了-入院へ至ることは入院の長期化よりも行動制限による影響が強いことが示された。初回入院継続申請時の共通評価項目を見ても、行動制限群には高い衝動性と興奮や怒り、精神病的なしぐさといった特徴が認められた。しかしその後処遇終了-入院に至るまでの期間にはばらつきがあり、診断や対象行為、共通評価項目に見られる状態像の影響は小さいことが示された。

処遇終了-入院は全退院例の1割におよぶが、入院期間の長期化に干渉する要因であるとともに医療観察制度の課題である。今後は行動制限の要因の解析、行動制限群の改善に関わる要因の研究、処遇終了時の状態像の分析が求められる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

壁屋康洋：心理臨床なう 医療観察法。心理臨床の広場，13(1)，44 - 44，2020。

2. 学会発表

壁屋康洋：共通評価項目からつくるケースフォーミュレーション。シンポジウム 医療観察法対象者の逸脱行動の病態理解と治療戦略-措置入院への応用を視野に入れて-。第116回日本精神神経学会学術総会，2020.9.29。

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、データの抽出・加工にご尽力をいただいた、国立精神・医療研究センターの医療観察法データベース研究事業運営事務局に深謝致します。

参考文献

- 1) 村杉謙次，平林直次，田口寿子，柏木宏子ら：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。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(研究代表者：平林直次)平成30年度分担研究報告書，2019。
- 2) 村杉謙次，平林直次，永田貴子，柏木宏子ら：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。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（研究代表者：平林直次）令和元年度分担研究報告書，2020.

- 3) 壁屋康洋，村杉謙次，高野真弘，山本哲裕ら：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．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（研究代表者：平林直次）平成30年度分担研究報告書，2019.
- 4) 壁屋康洋，村杉謙次，高野真弘，山本哲裕ら：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．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（研究代表者：平林直次）令和元年度分担研究報告書，2019.

表1 複雑事例中核群と長期群の転帰

	処遇終了 →入院	処遇終了 →通院	通院処遇 →家族同居	通院処遇 →施設入所	通院処遇 →単身	通院処遇 →入院	入院中	合計
複雑事例中核群	0	12	3	4	5	5	17	46
長期群	2	4	7	16	9	5	16	59
合計	2	16	10	20	14	10	32	105

表2 複雑事例中核群のうち、処遇終了群と通院処遇へ移行した群の共通評価項目の比較

	初回入院継続申請				Brown-Forsythe検定	退院申請時				複雑事例中核 →通院移行群 n=13における フリードマン検定
	複雑事例中核 →処遇終了群 n=10		複雑事例中核 →通院移行群 n=17			複雑事例中核 →処遇終了群 n=6		複雑事例中核 →通院移行群 n=13		
第2版共通評価項目	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
1. 精神病症状	1.60	0.66	1.76	0.85	n.s.	1.67	0.47	1.08	0.62	n.s.
1) 通常でない思考	1.40	0.80	1.76	0.55	n.s.	1.67	0.47	1.00	0.55	処遇終了>通院移行
2) 幻覚に基づいた行動	1.30	0.78	1.12	0.83	n.s.	1.17	0.90	0.69	0.72	n.s.
3) 概念の統合障害	1.20	0.75	0.82	0.78	n.s.	1.17	0.69	0.77	0.42	n.s.
4) 精神病的しぐさ	1.10	0.83	0.65	0.68	n.s.	1.33	0.75	0.38	0.49	処遇終了>通院移行
5) 不適切な疑念	1.20	0.87	1.47	0.78	n.s.	1.50	0.50	0.92	0.62	n.s.
6) 誇大性	0.60	0.92	0.24	0.55	n.s.	0.83	0.90	0.46	0.63	n.s.
2. 非精神病性症状	1.80	0.40	1.71	0.46	n.s.	2.00	0.00	1.23	0.42	処遇終了>通院移行
1) 興奮・躁状態	1.30	0.64	0.76	0.81	n.s.	1.00	0.58	0.15	0.36	処遇終了>通院移行
2) 不安・緊張	1.40	0.66	1.41	0.69	n.s.	2.00	0.00	0.92	0.27	処遇終了>通院移行
3) 怒り	1.20	0.87	1.24	0.73	n.s.	1.33	0.75	0.31	0.46	処遇終了>通院移行
4) 感情の平板化	0.30	0.46	0.47	0.70	n.s.	0.50	0.76	0.23	0.42	n.s.
5) 抑うつ	0.40	0.66	0.24	0.64	n.s.	0.67	0.94	0.00	0.00	n.s.
6) 罪悪感	0.30	0.64	0.06	0.24	n.s.	0.67	0.75	0.00	0.00	n.s.
7) 解離	0.20	0.60	0.00	0.00	n.s.	0.33	0.47	0.00	0.00	n.s.
8) 知的障害	1.20	0.87	0.71	0.82	n.s.	0.83	0.69	0.77	0.70	n.s.
9) 意識障害	0.00	0.00	0.12	0.47	n.s.	0.00	0.00	0.00	0.00	n.s.
3. 自殺企図	0.40	0.66	0.18	0.38	n.s.	0.67	0.94	0.37	0.36	n.s.
4. 内省・洞察	1.90	0.30	1.88	0.32	n.s.	1.83	0.37	1.31	0.61	処遇終了>通院移行
1) 対象行為への内省	1.40	0.49	1.06	0.64	n.s.	1.17	0.37	0.62	0.49	処遇終了>通院移行
2) 対象行為以外の他害行為への内省	1.60	0.49	1.12	0.83	n.s.	1.33	0.47	0.85	0.77	n.s.
3) 病識	1.60	0.49	1.24	0.55	n.s.	1.67	0.47	0.92	0.73	処遇終了>通院移行
4) 対象行為の要因理解	1.89	0.31	1.59	0.49	n.s.	1.83	0.37	1.00	0.68	処遇終了>通院移行
5. 生活能力	2.00	0.00	1.65	0.48	処遇終了>通院移行	2.00	0.00	1.31	0.61	処遇終了>通院移行
1) 生活リズム	1.00	0.63	0.53	0.50	n.s.	0.83	0.37	0.15	0.36	処遇終了>通院移行
2) 整容と衛生	0.90	0.70	0.59	0.69	n.s.	1.33	0.47	0.46	0.50	処遇終了>通院移行
3) 金銭管理	1.60	0.49	0.71	0.75	処遇終了>通院移行	1.00	0.58	0.54	0.63	n.s.
4) 家事や料理をしない	1.00	0.63	0.71	0.67	n.s.	1.33	0.47	0.85	0.77	n.s.
5) 安全管理	1.10	0.70	0.53	0.78	n.s.	1.17	0.69	0.31	0.61	処遇終了>通院移行
6) 社会資源の利用	1.00	0.77	0.47	0.70	n.s.	1.17	0.69	0.38	0.49	n.s.
7) コミュニケーション	1.10	0.70	0.94	0.87	n.s.	1.17	0.37	0.46	0.50	処遇終了>通院移行
8) 社会的引きこもり	1.00	0.77	0.82	0.78	n.s.	1.33	0.75	0.38	0.49	処遇終了>通院移行
9) 孤立	1.40	0.80	0.88	0.76	n.s.	1.50	0.50	0.46	0.50	処遇終了>通院移行
10) 活動性の低さ	0.70	0.78	0.59	0.77	n.s.	0.83	0.69	0.38	0.49	n.s.
11) 生産的活動・役割	1.80	0.60	1.06	0.80	処遇終了>通院移行	2.00	0.00	0.85	0.66	処遇終了>通院移行
12) 過度の依存	0.90	0.94	0.41	0.77	n.s.	0.33	0.75	0.23	0.42	n.s.
13) 余暇を有効に過ごせない	0.90	0.70	0.47	0.50	n.s.	1.17	0.69	0.38	0.49	n.s.
14) 施設への過剰適応	0.60	0.80	0.24	0.42	n.s.	1.17	0.69	0.15	0.53	処遇終了>通院移行
6. 衝動コントロール	1.70	0.46	1.29	0.89	n.s.	1.67	0.47	0.69	0.72	処遇終了>通院移行
1) 一貫性のない行動	0.80	0.87	1.12	0.90	n.s.	1.67	0.75	0.46	0.63	処遇終了>通院移行
2) 待つことができない	1.20	0.75	0.82	0.86	n.s.	1.50	0.76	0.38	0.49	処遇終了>通院移行
3) 先の予測をしない	1.60	0.66	0.82	0.92	処遇終了>通院移行	1.67	0.75	0.69	0.72	処遇終了>通院移行
4) そそのかされる	0.40	0.66	0.18	0.38	n.s.	1.00	0.82	0.31	0.61	n.s.
5) 怒りの感情の行動化	1.20	0.75	1.06	0.94	n.s.	1.50	0.50	0.23	0.42	処遇終了>通院移行
7. 共感性	1.40	0.49	1.06	0.54	n.s.	1.17	0.37	0.62	0.49	処遇終了>通院移行
8. 非社会性	1.00	0.89	0.94	0.87	n.s.	0.33	0.47	0.23	0.42	n.s.
1) 侮辱的な言葉	0.60	0.92	0.18	0.51	n.s.	0.33	0.47	0.15	0.36	n.s.
2) 社会的規範の蔑視	0.40	0.66	0.12	0.32	n.s.	0.17	0.37	0.15	0.36	n.s.
3) 犯罪志向的態度	0.20	0.60	0.24	0.42	n.s.	0.00	0.00	0.00	0.00	n.s.
4) 特定の人を害する	0.60	0.92	0.53	0.85	n.s.	0.17	0.37	0.00	0.00	n.s.
5) 他者を脅す	0.40	0.66	0.41	0.77	n.s.	0.00	0.00	0.08	0.27	n.s.
6) たまたま、嘘を言う	0.20	0.40	0.29	0.57	n.s.	0.00	0.00	0.00	0.00	n.s.
7) 故意の器物破壊	0.20	0.60	0.29	0.57	n.s.	0.17	0.37	0.08	0.27	n.s.
8) 犯罪的交友関係	0.00	0.00	0.06	0.24	n.s.	0.00	0.00	0.00	0.00	n.s.
9) 性的逸脱行動	0.70	0.90	0.18	0.51	n.s.	0.17	0.37	0.08	0.27	n.s.
10) 放火の兆し	0.00	0.00	0.00	0.00	n.s.	0.33	0.75	0.00	0.00	n.s.
9. 対人暴力	0.50	0.81	0.82	0.92	n.s.	0.50	0.50	0.08	0.27	n.s.
10. 個人的支援	1.10	0.54	1.29	0.67	n.s.	1.17	0.37	1.15	0.53	n.s.
11. コミュニティ要因	1.90	0.30	1.59	0.49	n.s.	1.33	0.75	0.54	0.50	n.s.
12. ストレス	1.80	0.40	1.94	0.24	n.s.	1.83	0.37	1.08	0.62	処遇終了>通院移行
13. 物質乱用	0.20	0.40	0.29	0.67	n.s.	0.17	0.37	0.08	0.27	n.s.
14. 現実的計画	2.00	0.00	2.00	0.00	n.s.	2.00	0.00	1.38	0.62	処遇終了>通院移行
1) 退院後の治療プランへの同意	2.00	0.00	1.94	0.24	n.s.	1.83	0.37	0.54	0.63	処遇終了>通院移行
2) 日中活動	2.00	0.00	1.82	0.51	n.s.	1.67	0.47	0.69	0.61	処遇終了>通院移行
3) 住居	1.70	0.64	1.53	0.78	n.s.	1.67	0.75	0.38	0.62	処遇終了>通院移行
4) 生活費	1.10	0.54	0.94	0.87	n.s.	0.50	0.50	0.23	0.58	n.s.
5) 緊急時の対応	1.80	0.60	2.00	0.00	n.s.	1.83	0.37	0.77	0.58	処遇終了>通院移行
6) 関係機関との連携・協力体制	1.80	0.60	2.00	0.00	n.s.	1.83	0.37	0.77	0.58	処遇終了>通院移行
7) キーパーソン	1.30	0.78	1.41	0.69	n.s.	1.33	0.75	0.92	0.62	n.s.
8) 地域への受け入れ体制	2.00	0.00	2.00	0.00	n.s.	1.83	0.37	0.54	0.50	処遇終了>通院移行
15. コンプライアンス	1.20	0.40	1.35	0.59	n.s.	1.17	0.37	0.77	0.58	n.s.
16. 治療効果	1.10	0.30	1.06	0.42	n.s.	1.33	0.47	0.77	0.42	処遇終了>通院移行
17. 治療・ケアの継続性	2.00	0.00	2.00	0.00	n.s.	2.00	0.00	0.92	0.73	処遇終了>通院移行
1) 治療同盟	1.00	0.77	1.18	0.71	n.s.	1.17	0.69	0.54	0.50	n.s.
2) 予防	1.90	0.30	1.88	0.47	n.s.	1.67	0.47	0.62	0.49	処遇終了>通院移行
3) モニター	2.00	0.00	1.88	0.47	n.s.	2.00	0.00	0.46	0.50	処遇終了>通院移行
4) セルフモニタリング	1.90	0.30	1.53	0.70	n.s.	1.67	0.47	0.69	0.61	処遇終了>通院移行
5) 緊急時の対応	2.00	0.00	1.82	0.51	n.s.	2.00	0.00	0.62	0.62	処遇終了>通院移行

n.s.: not significant

表3 複雑事例中核群のうち、処遇終了群と通院処遇へ移行した群の静的要因の比較

要因	フィッシャーの直接確率検定
性別	n. s.
診断分類	全てn. s.
対象行為	全てn. s.

n. s. : not significant

表4 複雑事例中核群のうち、処遇終了群と通院処遇へ移行した群の日数等のデータ比較

要因	Brown-Forsythe検定
入院時年代	n. s.
入院処遇日数	n. s.
隔離回数	n. s.
隔離総日数	処遇終了 (1274.3日) > 通院移行 (227.8日)
拘束回数	n. s.
拘束総日数	n. s.
初回隔離開始入院歴日	n. s.
最終の隔離開始入院歴日	処遇終了 (2328.6日目) > 通院移行 (1178.1日目)

n. s. : not significant

表5 再入院・再処遇・長期群・行動制限群・複雑事例中核群
と各変数の相関（ダミー変数によるスピアマンの順位相関係数）
退院した事例のみ

	再入院群 n=47	再処遇群 n=8	長期群 n=72	行動制限群 n=295	複雑事例中核群 n=29
処遇終了 n=450	-0.020	0.038	0.039	0.207	0.070
通院移行 n=2273	0.025	-0.033	-0.031	-0.202	-0.064
抗告退院 n=13	-0.009	欠損	-0.011	-0.023	-0.007
死亡（自殺） n=14	-0.009	-0.008	-0.012	-0.024	-0.007
死亡（病死） n=15	-0.010	-0.009	-0.012	0.054	-0.008
処遇終了－医療なし n=30	-0.014	-0.009	-0.017	0.054	-0.011
処遇終了－通院 n=129	-0.003	0.050	-0.015	0.023	-0.023
処遇終了－入院 n=291	-0.018	0.014	0.062	0.216	0.104
通院処遇－家族同居 n=557	-0.024	-0.008	-0.026	-0.094	-0.025
通院処遇－施設入所 n=817	-0.005	-0.004	-0.006	-0.072	-0.036
通院処遇－単身 n=538	0.027	-0.021	0.000	-0.066	-0.006
通院処遇－入院 n=361	0.032	0.004	0.004	0.059	0.013

表6 再入院・再処遇・長期群・行動制限群・複雑事例中核群と各変数の相関
（ダミー変数によるスピアマンの順位相関係数）入院継続中の事例含む

	再入院群 n=60	再処遇群 n=17	長期群 n=104	行動制限群 n=401	複雑事例中核群 n=46
性別	-0.016	-0.003	-0.030	-0.040	-0.004
入院時年代	-0.016	0.013	-0.074	-0.062	-0.070
F0	-0.027	0.033	-0.026	0.025	-0.009
F1	0.029	0.098	-0.040	-0.051	-0.042
F2	0.003	-0.046	0.059	-0.002	0.026
F3	-0.038	-0.037	-0.029	-0.046	-0.023
F4	-0.013	-0.012	-0.017	-0.004	-0.011
F5	-0.007	-0.007	-0.009	-0.019	-0.006
F6	0.024	0.162	0.030	0.036	-0.002
F7	0.043	0.017	0.014	0.076	0.034
F8	0.044	0.021	0.057	0.085	0.058
F9	0.061	0.048	0.020	0.014	-0.012
重複障害	0.036	0.027	0.026	0.049	0.021
殺人	-0.015	-0.035	0.043	-0.021	0.006
殺人未遂	0.018	-0.006	-0.010	-0.004	-0.003
傷害	0.014	0.070	0.010	0.017	0.011
放火	-0.017	-0.050	-0.040	0.003	-0.012
強盗	-0.008	0.018	-0.005	0.006	-0.001
性暴力	0.027	0.049	0.030	-0.018	-0.013
複数の対象行為	0.011	0.018	0.025	-0.009	0.004
行動制限総日数	0.062	0.019	0.189	0.834	0.280

表7 行動制限群×処遇終了-入院のクロス集計

行動制限群	処遇終了-入院		合計
	なし	あり	
その他の群	2215	194	2409
行動制限群	209	86	295
合計	2424	280	2704

表8 複雑事例中核群×処遇終了-入院のクロス集計

複雑事例中核群	処遇終了-入院		合計
	なし	あり	
その他の群	2456	279	2735
複雑事例中核群	17	12	29
合計	2473	291	2764

図1 行動制限群のうち、処遇終了-入院へと至った群の入院日数

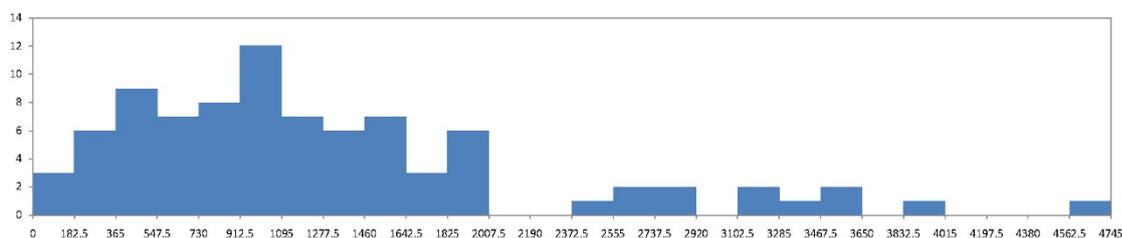


図2 行動制限群のうち、通院処遇へと至った群の入院日数

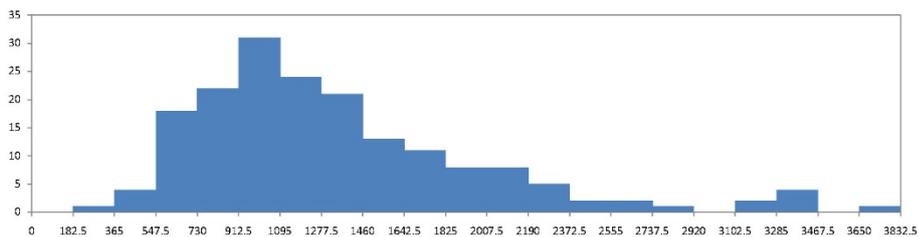


表9 行動制限群のうち、処遇終了-入院となつた群と通院処遇へ移行した群の入院日数比較

	処遇終了-入院 に至った群		通院処遇へ 移行した群	
n	86	178		
平均	1503.5	1349.1		
標準偏差	946.9	646.2		
最小値	92	298		
第1四分位数	656.5	912.75		
中央値	1072.5	1188.5		
第3四分位数	1601.5	1633.25		
最大値	4669	3730		
階級	人数	%	人数	%
半年以内	3	3.5%	0	0.0%
半年～1年	6	7.0%	1	0.6%
1年～1年半	9	10.5%	4	2.2%
1年半～2年	7	8.1%	18	10.1%
2年～2年半	8	9.3%	22	12.4%
2年半～3年	12	14.0%	31	17.4%
3年～3年半	7	8.1%	24	13.5%
3年半～4年	6	7.0%	21	11.8%
4年～4年半	7	8.1%	13	7.3%
4年半～5年	3	3.5%	11	6.2%
5年～5年半	6	7.0%	8	4.5%
5年半～6年	0	0.0%	8	4.5%
6年～6年半	0	0.0%	5	2.8%
6年半～7年	1	1.2%	2	1.1%
7年～7年半	2	2.3%	2	1.1%
7年半～8年	2	2.3%	1	0.6%
8年～8年半	0	0.0%	0	0.0%
8年半～9年	2	2.3%	2	1.1%
9年～9年半	1	1.2%	4	2.2%
9年半～10年	2	2.3%	0	0.0%
10年～10年半	0	0.0%	1	0.6%
10年半～11年	1	1.2%		
11年～11年半	0	0.0%		
11年半～12年	0	0.0%		
12年～12年半	0	0.0%		
12年半～13年	1	1.2%		

表10 再入院・再処遇・長期群・行動制限群・複雑事例中核群と初回入院継続申請時第2版
共通評価項目下位項目の相関
(ダミー変数によるスピアマンの順位相関係数)

		母数=2590	再入院群 n=59	再処遇群 n=16	長期群 n=97	行動制限群 n=364	複雑事例中核群 n=42
精神医学的要素	精神病学的症状の小項目	1. 精神病症状	0.036	0.001	0.073	0.141	0.058
		1) 通常でない思考	0.043	-0.017	0.074	0.137	0.062
		2) 幻覚に基づいた行動	0.044	-0.003	0.064	0.161	0.059
		3) 概念の統合障害	0.039	-0.027	0.057	0.173	0.042
		4) 精神病的しぐさ	0.035	-0.043	0.056	0.203	0.051
		5) 不適切な疑惑	0.028	-0.012	0.055	0.117	0.046
	6) 誇大性	0.056	-0.010	0.081	0.116	0.030	
	非精神病学的症状の小項目	2. 非精神病性症状	0.034	0.019	0.064	0.196	0.069
		1) 興奮・躁状態	0.060	0.009	0.090	0.242	0.095
		2) 不安・緊張	0.051	0.040	0.046	0.143	0.055
		3) 怒り	0.085	0.017	0.082	0.228	0.092
		4) 感情の平板化	-0.029	-0.009	0.020	0.048	-0.004
		5) 抑うつ	-0.014	-0.009	-0.021	0.017	-0.014
		6) 罪悪感	-0.027	0.013	-0.018	0.008	-0.011
7) 解離		-0.020	0.041	0.018	0.073	0.033	
8) 知的障害		0.002	0.002	0.017	0.132	0.021	
9) 意識障害	-0.012	-0.023	-0.010	0.061	0.014		
個人心理的要素	内省・洞察の小項目	3. 自殺企図	-0.022	0.013	-0.002	0.069	0.004
		4. 内省・洞察	0.009	0.041	0.058	0.100	0.047
		1) 対象行為への内省	-0.002	0.041	0.051	0.129	0.009
		2) 対象行為以外の他害行為への内省	0.042	0.014	0.056	0.158	0.050
	生活能力の小項目	3) 病識	-0.028	-0.001	0.033	0.091	0.027
		4) 対象行為の要因理解	0.004	0.042	0.052	0.105	0.030
		5. 生活能力	-0.001	-0.006	0.038	0.137	0.032
		1) 生活リズム	0.035	-0.003	0.020	0.147	0.038
		2) 整容と衛生	0.041	-0.030	0.038	0.121	0.023
		3) 金銭管理	0.041	0.003	0.007	0.176	0.030
		4) 家事や料理をしない	0.030	0.004	0.005	0.155	0.009
		5) 安全管理	0.029	0.020	0.010	0.183	0.022
		6) 社会資源の利用	-0.002	-0.032	-0.011	0.159	0.000
		7) コミュニケーション	0.027	-0.052	0.013	0.147	0.030
8) 社会的引きこもり	-0.006	-0.028	0.057	0.104	0.034		
9) 孤立	-0.005	-0.028	0.075	0.116	0.036		
10) 活動性の低さ	-0.020	-0.003	0.032	0.078	0.003		
11) 生産的活動・役割	-0.012	-0.025	0.048	0.123	0.011		
12) 過度の依存	0.044	-0.011	0.021	0.123	0.034		
13) 余暇を有効に過ごせない	0.003	-0.012	0.023	0.107	0.009		
14) 施設への過剰適応	0.072	-0.016	0.007	0.088	0.050		
対人関係的要素	衝動コントロールの小項目	6. 衝動コントロール	0.046	-0.025	0.077	0.225	0.064
		1) 一貫性のない行動	0.057	0.036	0.075	0.235	0.062
		2) 待つことができない	0.027	0.049	0.092	0.222	0.080
		3) 先の予測をしない	0.036	-0.016	0.053	0.203	0.051
		4) そそのかされる	0.069	0.006	-0.008	0.101	-0.004
	5) 怒りの感情の行動化	0.074	0.015	0.099	0.231	0.085	
	非社会性的小項目	7. 共感性	0.013	0.024	0.069	0.135	0.054
		8. 非社会性	0.067	0.052	0.086	0.189	0.055
		1) 侮辱的な言葉	-0.005	0.002	0.065	0.124	0.056
		2) 社会的規範の蔑視	0.018	0.074	0.031	0.101	0.012
		3) 犯罪志向的態度	0.045	0.079	0.052	0.057	0.040
		4) 特定の人を害する	0.065	0.005	0.078	0.140	0.054
		5) 他者を脅す	-0.015	-0.010	0.054	0.143	0.057
		6) だます、嘘を言う	0.016	0.024	0.031	0.100	0.044
7) 故意の器物破損		0.010	0.028	0.045	0.186	0.039	
8) 犯罪的交友関係		0.005	0.059	-0.008	0.050	-0.020	
9) 性的逸脱行動	0.050	0.070	0.108	0.141	0.056		
10) 放火の兆し	-0.022	-0.014	-0.014	0.069	-0.011		
環境的要素	9. 対人暴力	0.032	-0.015	0.039	0.159	0.039	
	10. 個人的支援	0.042	0.002	-0.004	0.033	-0.019	
	11. コミュニティ要因	-0.010	-0.001	0.005	0.053	-0.010	
	12. ストレス	0.054	0.015	0.054	0.166	0.062	
	13. 物質乱用	0.018	0.066	-0.041	-0.009	-0.026	
	14. 現実的計画	-0.001	0.017	-0.020	0.019	0.007	
	現実的計画の小項目	1) 退院後の治療プランへの同意	0.015	-0.003	0.012	0.070	0.033
		2) 日中活動	-0.008	0.003	0.000	0.045	0.023
		3) 住居	0.000	0.050	-0.003	0.050	-0.011
		4) 生活費	-0.052	-0.008	-0.034	0.007	-0.020
		5) 緊急時の対応	-0.025	-0.045	-0.008	0.021	0.020
		6) 関係機関との連携・協力体制	-0.043	0.000	0.001	0.018	0.013
		7) キーパーソン	0.053	0.025	0.017	0.006	-0.015
		8) 地域への受け入れ体制	-0.035	-0.003	-0.008	0.036	0.013
治療的要素	15. コンプライアンス	0.041	0.055	0.034	0.115	0.025	
	16. 治療効果	0.001	0.042	0.051	0.106	0.037	
	17. 治療・ケアの継続性	-0.008	-0.029	0.003	0.029	0.031	
	1) 治療同盟	0.025	0.019	0.051	0.111	0.050	
	2) 予防	0.010	0.002	0.011	0.043	0.022	
	3) モニター	-0.017	-0.046	-0.013	0.032	0.006	
治療的要素の小項目	4) セルフモニタリング	0.003	0.007	0.020	0.064	0.011	
	5) 緊急時の対応	-0.013	0.003	-0.007	0.044	0.009	

表11 退院時の転帰と各変数の相関（ダミー変数によるスピアマンの順位相関係数）

母数=2,764	行動制限かつ 処遇終了 -入院群 n=86	処遇終了 -入院群 n=291	抗告退院 n=13	死亡 (自殺) n=14	死亡 (病死) n=15	処遇終了 -医療なし n=30	処遇終了 -通院 n=129	通院処遇 -家族同居 n=557	通院処遇 -施設入所 n=817	通院処遇 -単身 n=538	通院処遇 -入院 n=361
性別	0.014	-0.006	-0.013	-0.003	-0.006	0.008	-0.005	0.101	-0.010	-0.043	-0.045
入院時年代	-0.001	0.152	0.015	0.023	0.067	-0.026	0.058	-0.152	-0.016	-0.010	0.027
F0	0.085	0.195	0.014	0.012	-0.015	0.034	0.054	-0.053	-0.051	-0.084	0.006
F1	-0.016	-0.024	-0.007	0.058	-0.010	0.054	0.100	-0.069	0.034	0.021	-0.051
F2	-0.019	-0.058	-0.018	-0.028	0.012	-0.113	-0.133	0.010	0.065	0.016	0.063
F3	-0.042	-0.054	-0.019	0.000	-0.001	-0.002	0.005	0.096	-0.044	0.013	-0.024
F4	0.007	-0.005	0.110	-0.007	-0.007	-0.010	0.055	-0.026	-0.007	0.005	-0.012
F5	-0.009	0.006	-0.003	-0.004	-0.004	-0.005	0.057	0.011	-0.017	-0.007	-0.020
F6	0.013	0.007	0.024	-0.011	-0.012	0.120	0.099	-0.062	-0.025	0.024	-0.026
F7	0.051	0.056	0.014	-0.005	-0.007	-0.010	0.035	-0.007	-0.002	-0.077	0.030
F8	0.042	0.012	-0.015	-0.015	-0.016	0.011	0.019	0.002	-0.035	0.006	0.021
F9	-0.015	-0.029	-0.006	-0.006	-0.006	0.076	0.002	0.013	0.004	-0.008	-0.006
重複障害	0.057	0.032	0.004	0.013	-0.026	0.015	0.063	-0.039	0.008	-0.044	0.017
殺人	-0.021	-0.027	-0.030	0.026	0.036	0.003	-0.029	-0.022	0.015	0.006	0.035
殺人未遂	-0.008	-0.021	-0.019	0.019	-0.035	0.005	-0.024	0.023	0.013	0.005	-0.010
傷害	0.021	0.012	0.014	-0.011	-0.004	0.008	0.023	-0.022	-0.026	0.069	-0.046
放火	0.002	0.051	-0.002	-0.017	0.004	-0.010	0.007	-0.019	0.026	-0.063	0.014
強盗	-0.010	-0.032	0.060	-0.016	0.007	-0.007	0.016	0.033	-0.009	-0.027	0.015
性暴力	0.003	-0.026	0.011	-0.015	-0.016	0.012	-0.005	0.040	-0.020	-0.010	0.018
複数の対象行為	-0.020	-0.019	0.000	-0.001	-0.021	0.022	-0.012	0.019	-0.010	0.020	-0.010
行動制限総日数	0.429	0.206	-0.030	-0.031	0.047	0.078	0.033	-0.101	-0.057	-0.073	0.054
入院処遇日数	0.088	-0.021	-0.118	-0.057	-0.020	-0.103	-0.105	-0.167	0.128	0.079	0.087

表12 退院時の転帰と初回入院継続申請時第2版共通評価項目下位項目の相関 (ダミー変数によるスピアマンの順位相関係数)

		行動制限かつ 処遇終了 一入院群 n=70	処遇終了 一入院群 n=200	死亡 (自殺) n=7	死亡 (病死) n=12	処遇終了 一医療なし n=16	処遇終了 一入院 n=82	通院処遇 一家族同居 n=414	通院処遇 一施設入所 n=729	通院処遇 一単身 n=451	通院処遇 一入院 n=309
母数=2,231		0.073	0.142	-0.035	0.041	-0.020	-0.006	-0.090	-0.011	-0.013	0.019
精神医学的要素	1. 精神病症状	0.073	0.142	-0.035	0.041	-0.020	-0.006	-0.090	-0.011	-0.013	0.019
	精神病症状の小項目										
	1) 通常でない思考	0.074	0.136	-0.030	0.060	-0.026	-0.019	-0.080	0.000	-0.024	0.017
	2) 幻覚に基づいた行動	0.106	0.136	-0.052	0.040	-0.015	-0.038	-0.055	0.024	-0.089	0.047
	3) 概念の統合障害	0.094	0.141	-0.014	0.019	-0.004	0.019	-0.084	0.004	-0.057	0.028
	4) 精神病的しぐさ	0.137	0.152	-0.025	0.036	-0.014	-0.023	-0.072	0.002	-0.078	0.057
	5) 不適切な疑惑	0.036	0.091	-0.044	0.055	-0.001	-0.014	-0.075	-0.006	0.016	0.004
	6) 誇大性	0.038	0.080	-0.014	0.035	0.018	0.030	-0.112	0.016	-0.004	0.015
	2. 非精神病性症状	0.099	0.109	-0.042	-0.003	0.012	0.032	-0.069	0.011	-0.076	0.047
非精神病性症状の小項目											
1) 興奮・躁状態	0.110	0.100	-0.005	0.052	-0.001	0.056	-0.076	-0.022	-0.035	0.028	
2) 不安・緊張	0.056	0.063	-0.019	0.006	0.006	-0.001	-0.042	0.022	-0.024	-0.006	
3) 怒り	0.103	0.099	-0.028	0.070	0.026	0.085	-0.117	-0.032	0.020	0.003	
4) 感情の平板化	0.027	0.059	-0.002	-0.005	-0.041	-0.037	-0.016	0.013	-0.076	0.073	
5) 抑うつ	-0.019	0.014	-0.033	-0.013	-0.038	-0.015	0.030	-0.002	0.008	-0.026	
6) 罪悪感	-0.025	-0.020	-0.023	-0.030	-0.005	-0.018	0.031	0.010	-0.023	0.017	
7) 解離	0.042	0.007	-0.012	-0.015	0.009	-0.019	0.026	-0.008	-0.001	-0.010	
8) 知的障害	0.098	0.134	-0.018	-0.003	0.018	0.026	-0.074	0.078	-0.163	0.040	
9) 意識障害	0.047	0.059	-0.010	-0.013	0.018	0.059	-0.027	-0.017	-0.032	0.009	
3. 自殺企図		0.038	0.020	-0.005	0.034	-0.025	-0.012	0.018	0.021	-0.041	-0.010
4. 内省・洞察		0.060	0.118	-0.019	0.036	0.045	0.013	-0.147	-0.010	0.016	0.039
内省・洞察の小項目											
1) 対象行為への内省	0.086	0.102	-0.043	0.071	0.027	0.053	-0.090	-0.034	0.007	0.011	
2) 対象行為以外の他者行為への内省	0.117	0.109	-0.027	0.047	0.067	0.046	-0.137	0.003	0.008	0.000	
3) 病識	0.062	0.143	-0.008	0.034	0.021	0.036	-0.085	-0.054	-0.010	0.029	
4) 対象行為の要因理解	0.079	0.141	-0.012	0.031	0.024	0.018	-0.117	-0.044	0.019	0.031	
5. 生活能力		0.088	0.135	-0.069	0.018	0.022	0.007	-0.160	0.057	-0.065	0.067
生活能力の小項目											
1) 生活リズム	0.119	0.137	0.000	0.070	-0.004	0.013	-0.057	0.019	-0.108	0.028	
2) 整容と衛生	0.109	0.155	-0.013	0.037	0.020	0.026	-0.100	0.011	-0.093	0.051	
3) 金銭管理	0.126	0.131	-0.014	0.049	0.065	0.029	-0.157	0.071	-0.108	0.056	
4) 家事や料理をしない	0.102	0.131	-0.024	0.009	0.037	-0.001	-0.124	0.059	-0.074	0.031	
5) 安全管理	0.125	0.124	-0.027	0.010	0.039	0.030	-0.124	0.043	-0.112	0.083	
6) 社会資源の利用	0.125	0.139	-0.045	0.010	0.009	0.012	-0.124	0.054	-0.116	0.083	
7) コミュニケーション	0.097	0.110	-0.015	0.001	0.009	0.003	-0.083	0.040	-0.082	0.044	
8) 社会的引きこもり	0.093	0.105	-0.025	0.035	0.028	-0.023	-0.044	0.016	-0.053	0.008	
9) 孤立	0.112	0.152	-0.028	0.045	-0.008	-0.025	-0.072	0.015	-0.074	0.035	
10) 活動性の低下	0.088	0.110	-0.024	0.038	-0.015	0.007	-0.028	0.019	-0.102	0.031	
11) 生産的活動・役割	0.087	0.109	-0.035	0.052	0.041	0.039	-0.156	0.024	-0.073	0.103	
12) 過度の依存	0.094	0.070	-0.033	-0.018	0.047	0.030	-0.035	0.035	-0.081	0.008	
13) 余暇を有効に過ごせない	0.083	0.076	-0.012	0.046	0.006	0.016	-0.052	0.016	-0.079	0.049	
14) 施設への適応	0.052	0.103	-0.021	0.009	0.048	0.018	-0.085	0.031	-0.053	0.011	
6. 衝動コントロール		0.094	0.096	-0.041	0.034	0.028	0.061	-0.102	0.016	-0.064	0.044
衝動コントロールの小項目											
1) 一貫性のない行動	0.131	0.077	-0.007	0.013	0.049	0.036	-0.088	0.014	-0.044	0.031	
2) 待つことができない	0.124	0.111	-0.039	0.012	0.035	0.042	-0.086	0.008	-0.061	0.033	
3) 先の予測をしない	0.114	0.093	-0.010	0.008	0.043	0.043	-0.100	0.036	-0.086	0.048	
4) そのほかされる	0.016	-0.011	-0.015	-0.025	0.028	0.026	-0.040	0.078	-0.079	0.023	
5) 怒りの感情の行動化	0.110	0.122	-0.024	0.060	0.036	0.061	-0.117	-0.030	0.001	0.015	
7. 共感性		0.085	0.106	-0.033	0.017	0.025	0.059	-0.103	-0.019	0.002	0.014
8. 非社会性		0.085	0.045	-0.004	0.023	0.087	0.040	-0.094	0.033	0.000	-0.024
対人関係的小項目											
1) 侮辱的な言葉	0.057	0.031	-0.015	0.006	0.042	0.045	-0.059	-0.003	0.003	0.007	
2) 社会的規範の蔑視	0.050	0.040	-0.004	-0.014	0.053	0.047	-0.075	0.015	0.004	-0.010	
3) 犯罪志向的態度	-0.009	-0.001	0.042	0.000	0.091	0.097	-0.080	0.045	-0.025	-0.026	
4) 特定の人を害する	0.048	0.023	0.032	0.049	0.019	0.056	-0.062	0.015	-0.023	0.005	
5) 他者を脅す	0.073	0.039	0.005	0.014	0.059	0.083	-0.072	-0.012	0.018	-0.021	
6) だます、嘘を言う	0.019	0.001	0.010	-0.024	0.080	0.023	-0.046	0.042	-0.018	-0.014	
7) 故意の器物破壊	0.051	0.017	0.017	0.029	0.041	0.067	-0.059	-0.008	0.000	0.006	
8) 犯罪的交友関係	0.012	0.005	0.022	-0.018	0.073	0.026	-0.023	0.015	0.009	-0.042	
9) 性的逸脱行動	0.102	0.077	0.011	-0.024	0.097	0.056	-0.049	0.008	-0.074	0.015	
10) 放火の兆し	0.017	0.021	-0.015	0.030	0.044	0.046	0.006	0.003	-0.063	0.005	
9. 対人暴力		0.120	0.073	-0.016	-0.003	0.027	-0.002	-0.013	-0.043	0.006	0.004
10. 個人的支援		0.022	0.026	0.002	0.015	0.039	0.049	-0.265	0.085	0.052	0.061
11. コミュニティ要因		0.044	0.067	-0.004	-0.014	0.021	0.021	-0.260	0.087	0.029	0.070
12. ストレス		0.085	0.083	-0.028	0.028	0.022	0.019	-0.043	-0.030	-0.052	0.061
13. 物質乱用		0.014	-0.019	0.042	-0.008	0.038	0.035	-0.077	0.026	0.035	-0.009
14. 現実的計画		0.035	0.053	-0.033	0.014	0.017	-0.020	-0.023	0.004	-0.020	0.010
環境的小項目											
1) 退院後の治療プランへの同意	0.045	0.066	-0.009	0.025	0.029	-0.010	-0.040	-0.048	0.012	0.037	
2) 日中活動	0.030	0.055	-0.008	0.026	0.014	0.021	-0.051	-0.018	-0.012	0.030	
3) 住居	0.029	0.073	0.008	0.025	0.031	0.033	-0.343	0.132	0.027	0.080	
4) 生活費	-0.005	-0.039	0.006	0.023	0.063	0.006	-0.027	0.020	-0.007	0.019	
5) 緊急時の対応	0.025	0.043	-0.017	0.019	0.022	-0.021	-0.031	-0.002	-0.037	0.051	
6) 関係機関との連携・協力体制	0.037	0.029	-0.005	0.026	0.030	-0.039	-0.033	-0.012	-0.003	0.043	
7) キーパーソン	-0.009	0.011	0.038	0.015	0.041	0.041	-0.239	0.088	0.043	0.048	
8) 地域への受け入れ体制	0.044	0.051	0.019	0.025	0.029	0.011	-0.084	0.004	-0.001	0.026	
15. コンプライアンス		0.077	0.108	-0.021	0.046	0.040	0.016	-0.075	-0.031	0.007	0.001
16. 治療効果		0.077	0.127	-0.007	0.003	0.035	0.043	-0.106	-0.014	-0.062	0.071
治療的小項目											
1) 治療の継続性	0.034	0.038	-0.056	0.018	0.021	0.011	-0.013	-0.013	-0.014	0.011	
2) 治療同盟	0.072	0.094	0.008	0.038	0.039	0.004	-0.069	-0.043	-0.016	0.054	
3) 予防	0.041	0.074	-0.040	0.033	0.024	0.019	-0.041	-0.014	-0.039	0.031	
4) モニター	0.036	0.049	-0.033	0.027	0.031	0.012	-0.013	-0.045	-0.020	0.042	
5) セルフモニタリング	0.060	0.080	-0.014	0.041	0.047	0.042	-0.060	-0.022	-0.031	0.025	
6) 緊急時の対応	0.051	0.062	-0.010	0.024	0.028	-0.001	-0.031	-0.011	-0.036	0.029	

令和2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、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を目的としている。令和2年度の本研究においては、令和元年度に抽出し、case formulation（以下、CF）を基に類型化と介入方法の検討を行った複雑事例中核群に対する介入を行った（研究1）。また複雑事例に対する介入方法の一つとして考えられる転院の有効性を検討するために、令和元年度に開始した転院トライアルの継続評価と新規事例の導入を行った（研究2）。さらに、複雑事例に対する介入方法を、精神保健福祉法医療に応用していく道筋を検討するために、複雑事例中核群と長期措置入院群の比較・検討も令和元年度より継続して行った（研究3）。

研究1：令和元年度に抽出した複雑事例中核群12事例のうち1事例に対し、shared decision makingによる介入をCFを用いて行い（以下、SDM with CF）、介入前後での評価を行うことで以下の結論が得られた。

- ・複雑事例に対するSDM with CFによる介入は、対象者のニーズを中心に治療計画を組み立てることにつながり、対象者の意思決定に役立つ可能性や3ヶ月の治療目標を共有しやすくなる可能性が示唆された。
- ・また、担当多職種チーム（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）も目標を持ちやすくなり、MDT内で意見が割れた際にもそれぞれの意見が尊重されやすくなった可能性が示唆された。

研究2：複雑事例の転院トライアル継続評価および新規導入事例の評価において、以下の結論が得られた。

- ・継続評価事例・新規導入事例共に、転院による治療の進展が認められた。
- ・2事例共に転院元のエッセン精神科病棟風土評価スキーマ（Essen Climate Evaluation Schema：以下、Essen CES）評価において『攻撃的患者の存在』が有意に低下しており、複雑事例1例が及ぼす病棟環境への影響の大きさを見て取ることができた。
- ・治療の促進要因としては、それぞれの理由で導入できていなかったclozapine（以下、CLZ）が導入されたこと、転院先施設が高水準のCLZ治療が可能な施設であること、環境変化により複雑事例と

MDT の関係が改善したこと、Web 会議による継続的な情報共有により転院元・転院先施設の治療上の役割が明確化したことが挙げられる。

研究 3：複雑事例中核群と長期措置入院群の比較・検討においては、薬物療法の比較を行い、以下の結論が得られた。

- ・明確な差が認められたのは両群の平均 chrolpromazine (以下、CP) 換算量であり、それぞれ $1,128.8 \pm 882.9\text{mg}$ と $893.3 \pm 659.1\text{mg}$ であった。
- ・精神科臨床薬学研究会による統合失調症患者の薬物療法に関する処方実態調査の結果も併せると、平均 CP 換算量は一般<長期措置入院群<複雑事例中核群の順に多くなっており、この順で抗精神病薬の必要量が多くなることが示唆された。

令和 2 年度の本研究を通し、以下の課題・方針が明確になった。

- ・複雑事例に対する SDM with CF、コンサルテーション、転院等の各介入の事例数を増やし、使い分け方法について検証していく。
- ・研究レベルのみではなく臨床レベルで各介入を行うことができる体制づくりを検討していく。
- ・「複雑事例たらしめる各要素」を評定できるような評価方法と各要素への介入方法を具体化していく。
- ・複雑事例と措置入院事例の比較・検討を進め、複雑事例研究の精神保健福祉法医療への応用方法について検討していく。

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
今村扶美	同上
鈴木敬生	同上
村田昌彦	国立病院機構榊原病院
壁屋康洋	同上
山本克子	同上
高野真弘	同上
鬼頭亜紀	同上
大鶴 卓	国立病院機構琉球病院
久保彩子	同上
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
藤崎直人	同上
村山大佑	国立病院機構鳥取医療センター
高尾 碧	島根県立こころの医療センター
中林充子	北海道大学医学部附属病院
高橋未央	国立病院機構小諸高原病院
斎藤勝仁	同上
東 宏晃	同上
吉池 茂	同上

岩井邦寿	同上
原田 聡	同上
藤野健一	同上
眞瀬垣実加	同上

A. 研究目的

超長期入院者及び長期/頻回行動制限実施者等のいわゆる複雑事例に関する検討は、医療観察法入院医療の機能を再考する上で大きな課題となっている。また、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ならず、精神科医療全体の機能向上に寄与するものと考えられる。

令和2年度の本研究では、令和元年度の研究で抽出された複雑事例中核群12事例に対する介入方法を具体的に検討・実践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ている。

研究1：複雑事例中核群に対する介入

B. 研究方法

『治療方法が確立していない複雑事例に対し、本人の意思を治療計画に積極的に反映させることが治療の進展につながるのではないかと』との仮説をたて、介入に同意した複雑事例中核群の中の1事例に対し、SDM with CFによる介入を行い、介入前後で各種評価尺度を用い効果判定を行った。CFは対象事例と研究協力者の面接の中で、対象事例の希望を中心に据える形で作成し

た(図1)。作成したCFに基づき、今後3か月の治療計画をたて、対象事例のMDTが治療を実施した。

評価に用いた尺度は、1. 協働意思決定度(9-Item Shared Decision Making Questionnaire: 以下、SDM-Q-9)、2. 自己効力感尺度(General Self Efficacy Scale: 以下、GSES)、3. 簡易精神症状評価尺度(Brief Psychiatric Rating Scale: 以下、BPRS)、4. 日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール(以下、CPAT-J)、5. 治療同盟尺度(Working Alliance Inventory: 以下、WAI)の5つであり、介入開始1か月前に1~5を、介入開始1か月後に1を、介入開始3か月後に2~5を評定した。

研究2：複雑事例の転院トライアル

B. 研究方法

令和元年度に開始した転院トライアル事例(転院トライアル事例1: 30代男性。当院において深刻な院内暴力が発生し長期の行動制限に至っていた複雑事例。A病院に転院)の継続評価を行うと共に、令和2年度に新たな転院トライアル事例を追加した。

継続評価では、転院前後での共通評価項目、機能の全体的評定尺度(Global Assessment of Functioning: 以下、GAF)、drug attitude inventory-30(以下、DAI-30)、病識評価尺度日本語版(以下、SAI-J)、自己効力感尺度(Self-Efficacy for Community Life scale: 以下、SECL)による評定を行った。

新規トライアル事例(転院トライアル事例2)は30代女性の複雑事例であり、これ

まで CLZ や修正型電気けいれん療法(以下、mECT) が導入されたものの副作用等により継続できず、B 病院において頻回かつ長期の行動制限に至っていた事例である。B 病院から C 病院に mECT の再導入あるいは CLZ の再々導入を依頼する形で転院が行われた。Essen CES と共通評価項目を用い、転院前後での転院元・転院先施設の心理社会的環境の変化とトライアル事例の変化を評価した。

研究 3：複雑事例中核群と長期措置入院群の比較

B. 研究方法

令和元年度に引き続き、複雑事例研究の精神保健福祉法医療への応用を視野に入れ、複雑事例中核群と長期措置入院群の比較・検討を進めた。長期措置入院群は先行研究「長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究(平成 29 年総括・分担研究開発報告書:瀬戸秀文)」において調査対象となった、2017 年 6 月 30 日時点で 1 年以上措置入院している患者 75 例(男性 63 例、女性 12 例、51.2±13.5 歳)である。令和元年度の研究では、複雑事例中核群と長期措置入院群の基本属性や主診断に占める統合失調症の割合、平均入院期間、重複障害の割合、退院困難理由、CLZ 使用割合について比較し(表 1)、長期措置入院群では CLZ 処方率の低さが「症状改善困難」や「衝動制御不十分」につながっている可能性があり、CLZ 処方率増加が最重要課題であることが示唆された。一方、複雑事例中核群では CLZ 使用により症状そのものは改善しているが、重複障害の問題により「衝動制

御不十分」となっており、また「環境調整困難」なため、長期入院化している可能性があり、重複障害に対する心理社会的治療が最重要課題であることが示唆された。令和 2 年度の本研究においては、複雑事例中核群と長期措置入院群の薬物療法の内容について、比較・検討を行なった。

研究 1：複雑事例中核群に対する介入

C. 研究結果

SDM with CF による介入を行なった事例は、40 代男性の治療抵抗性統合失調症患者であり、治療ステージは回復期ステージであった。令和元年度の研究で類型化したところの『疾病治療困難型』に該当する複雑事例であった。常に幻聴や妄想気分があり、対人関係において過敏に反応し、他害行為・器物破損を繰り返していた。自閉症スペクトラム傾向と神経難病の誤診の既往もあり、衝動コントロールは不良であり、医療不信も根強く、治療同盟の構築が困難な事例であった。本事例の MDT は CLZ 導入による疾病性の解消を最大の治療課題と捉えていたが、同意が得られず治療は停滞している状況であった。

本事例に対する SDM with CF による介入前後で、SDM-Q-9 は「良く当てはまる」が 0%⇒22%に増加し、「おおむね当てはまる」が 11%⇒33%に増加するなど評点は上昇している(図 2)。GSES は介入前後で 5/16 点(段階 2:自己肯定感が低い傾向にある)⇒6/16 点(段階 2)と大きな変化はなく、BPRS は 33⇒42 点とやや悪化している。CPAT-J は『対象者の意向を効果的に把握している』『意見が割れたとき、すべての意

見を検討してから結論が出される『意見が割れたとき相手を尊重した言葉を使っている』が改善し、WAIは『目標の一致』のみ改善している(図3)。臨床的には治療計画に基づき外出を重ねる中で、幻覚・妄想が増悪する経験を通し、介入3か月後にCLZの服用に同意し、内服を開始している状況である。

研究2：複雑事例の転院トライアル

C. 研究結果

継続評価では、転院トライアル事例1の評価を行った。転院前後での共通評価項目による評価では、精神病性症状が0⇒2に、共感性が2⇒1に、衝動コントロールが2⇒0に変化している(表2)。その他の評価尺度による評価では、GAFが43⇒25に悪化し、転院前は評価を拒否したDAI-30・SAI-J・SECLについては評価に応じることができ、SECLでは『治療行動』が70⇒95、『社会生活行動』が63⇒83と向上している(表3)。臨床評価では、転院後、転院前と同様に治療に対する拒否を示し、自傷・他害の危険性が高まり、行動制限を要した時期もみられたが、行動制限を経てCLZを導入することで、病状の安定とMDTとの治療関係の改善が得られている。

新規トライアル事例(転院トライアル事例2)の評価では、転院元・転院先施設のEssen CES評定において、転院元(B病院MDT)の『6:攻撃的患者の存在』が $1.8 \pm 1.4 \Rightarrow 0.7 \pm 0.7$ ($P=0.03$)と転院前後で有意に低下している。共通評価項目においては、『精神病性症状』『治療効果』『非精神病性症状』『活動性・社会性』『衝動コントロー

ル』の大項目が2⇒1に改善している(表4)。臨床評価では、C病院にてCLZが再々導入され、病状が安定し、行動制限が解除された状態でB病院に戻ることができている。

研究3：複雑事例中核群と長期措置入院群の比較

C. 研究結果

令和元年度に引き続き、複雑事例中核群($n=12$)と長期措置入院群($n=75$)の比較・検討を行う中で、薬物療法に関する比較を行った。抗精神病薬薬剤数やbenzodiazepine(以下、BZ)薬剤数、ジアゼパム換算量、抗パーキンソン薬薬剤数については明らかな差は認められないものの、CP換算量において長期措置入院群の $893.3 \pm 659.1\text{mg}$ に比べ、複雑事例中核群は $1,128.8 \pm 882.9\text{mg}$ と明らかに多くなっている(表5)。精神科臨床薬学研究会による統合失調症患者の薬物療法に関する処方実態調査(2017年)における12,655事例の平均CP換算量($722.0 \pm 763.3\text{mg}$)も加えて比較すると、一般<長期措置入院群<複雑事例中核群の順にCP換算量が多くなる傾向が認められた。

D. 考察

1) 複雑事例に対する介入方法について

SDM with CFの効果判定評価より、協働意思決定度(SDM-Q-9)の上昇と治療同盟尺度(WAI)の『目標の一致』の改善という結果が得られ、対象者のニーズを中心に治療計画を組み立てることで、対象者の意思決定に役立つ可能性や3ヶ月の治療目標を共

有しやすくなる可能性が示唆された。また CPAT-J の結果からは、MDT も目標を持ちやすくなり、MDT 内で意見が割れた際にもそれぞれの意見が尊重されやすくなった可能性が示唆された。自己評価（GSES）は大きく変わらず、BPRS は外出による病状の悪化によりやや悪化しているものの、3 ヶ月の治療計画が実行され何らかの結果が出た際や、服用が開始された CLZ の効果が出てきた際には肯定的な変化を示す可能性もあるため、長期予後も検討すべきと考えられる。

転院トライアル事例 1 の転院前後での評価では、共通評価項目の精神病性症状が 0⇒2、共感性が 2⇒1、衝動コントロールが 2⇒0 に変化し、GAF が 43⇒25 に変化しているが、これは MDT による事例 1 の他害行為の要因評価がパーソナリティ要因主体から疾病要因主体に変化したことによるものと推測され、このことが CLZ 導入につながったものと考えられる。また事例 1 が、院内暴力を契機に陥っていたと MDT との対立構造から抜け出し、地元に戻るといった環境変化も加わり、安全保障感が醸成され妄想内容を開示できるようになったこともこれらの評点の変化に影響していると考えられる。このことは SECL 評価における自己効力感の向上にもつながっているものと考えられる。

転院トライアル事例 2 の共通評価項目評価においては、転院前後で『精神病性症状』『治療効果』『非精神病性症状』『活動性・社会性』『衝動コントロール』の大項目が 2⇒1 に改善しているが、これは副作用のため 2 度断念に至っていた CLZ が再々導入され、病状が安定し、行動制限解除につなが

った結果と考えられる。

転院トライアル事例 2 事例の共通点については、転院元の Essen CES 評価においては『攻撃的患者の存在』が有意に低下している点と CLZ 導入により病状の安定が得られている点、複雑事例と MDT の治療関係が改善している点、転院前後で Web 会議による転院元・転院先施設間の情報共有を行っている点が挙げられる。Essen CES の結果は、1 例の複雑事例のもつ病棟への影響度の大きさを表しており、CLZ 導入については、トライアル 1 事例目は疾病性評価により、2 事例目は副作用により CLZ 導入に至っていなかったが、高水準の CLZ 治療が可能な医療機関（≒高規格ユニット）に転院できたために CLZ 導入・再々導入に至ったものと考えられる。また、環境変化により複雑事例と MDT の関係が改善したことと、Web 会議による継続的な情報共有により、今後の治療経過も見据えた上での、転院元・転院先施設の治療上の役割が明確化したことも、治療を促進する要因であったと考えられる。

以上のように事例数は少ないながらも、SDM with CF・転院共に有効性が示唆されており、今村班の研究結果では、複雑事例を担当する MDT に対するコンサルテーションの有効性も示されている。また臨床現場レベルでは、複雑事例と対立構造に陥った MDT のメンバーが交代することによる治療の進展の報告も得られている。これらの介入方法に共通する要素としては、『診たて直し』と『環境変化』が挙げられる。令和元年度の研究では、複雑事例中核群を『疾病治療困難型』『セルフコントロール困難型』

『関係構築困難型』の3類型に分類し、介入方法を検討する試みを行ったものの、その過程で、中核群を明確に類型化することは困難であり、「複雑事例たらしめるそれぞれの要素」に介入していく必要性和、入院が長期化する前に各要素を評定できるような評価方法の確立の必要性があるものと考えられた。

今後は各介入の使い分け方法の検証、そして研究レベルではなく臨床レベルで介入を行うことができる体制づくりが必要と考えられる。検証方法については、図4で示すような複雑事例に対する介入実践を重ねつつ各介入方法の効果を測定すると共に、適応症例や使い分けについて検討していくことが必要と考えられる。特に転院については、これまで厚生労働省が示した地域社会における処遇のガイドラインおよび指定入院医療機関運営ガイドラインにおいて、『外出・外泊を実施するために特に必要がある場合等』が転院の条件として規定されているのみで、複雑事例の治療を促進するための転院に関しては法的根拠や制度上の担保も得られていない状況であった。しかし昨今示された改正案においては『治療が極めて困難な入院対象者で転院により精神症状の改善が見込まれる場合』も転院の条件として追記されている状況もあるため、より積極的に実施していく素地が整ってきたものとする。

また、臨床レベルでの体制づくりについては、図5のように、同ブロック内の3施設協働による複雑事例への介入を実践し、その効果を確認しながら検討していく方向で具体的な計画を立てているところである。

2) 精神保健福祉法医療への応用について

複雑事例中核群と長期措置入院群との薬物療法の比較の中で、複雑事例中核群はより治療抵抗性が進展していることが示唆されている。令和元年度の研究における、CLZの処方割合が複雑事例中核群では66.7%と長期措置入院群の8.0%に比べ明らかに多くなっているとの結果(表1)もそのことを裏付けていると考えられる。より治療が困難と考えられる複雑事例中核群に対する介入方法を検討・確立していくことは、研究目的で述べたように精神科医療全体の機能向上に寄与するものと考えられ、特に自傷・他害のリスクが低減せず長期の措置入院となっている事例に応用が利くものと考えられる。図4で示した複雑事例に対する介入における『精神保健福祉法医療への応用』の領域について実践と検証を進め、応用方法について引き続き検討していく必要がある。

E. 結論

令和2年度においては、令和元年度に抽出した複雑事例中核群の1事例に対し、SDM with CFによる介入とその効果判定を行った。また複雑事例に対する介入方法の一つとして検討している転院について、令和元年度に開始した転院トライアルの継続評価と新規トライアル事の追加を行った。さらに複雑事例に対する介入方法を精神保健福祉法医療に応用していく道筋を検討することを目的とした、複雑事例中核群と長期措置入院群の比較・検討も令和元年度より継続して行った。その結果、以下の結論

が得られた。

- ・複雑事例に対する SDM with CF による介入は、対象者のニーズを中心に治療計画を組み立てることにつながり、対象者の意思決定に役立つ可能性や 3 ヶ月の治療目標を共有しやすくなる可能性が示唆された。
- ・また、あわせて MDT も目標を持ちやすくなり、MDT 内で意見が割れた際にもそれぞれの意見が尊重されやすくなった可能性が示唆された。
- ・転院トライアルにおいては、2 事例共に治療が進展しているが、共通する要因としては、それぞれの理由で導入できていなかった CLZ が導入されたこと、転院先施設が高水準の CLZ 治療が可能な施設であること、環境変化により複雑事例と MDT の関係が改善したこと、Web 会議による継続的な情報共有により転院元・転院先施設の治療上の役割が明確化したことが挙げられる。
- ・SDM with CF および転院に共通する治療促進要因は『診たて直し』と『環境変化』であることが推測される。
- ・複雑事例中核群と長期措置入院群の比較においては CP 換算量がそれぞれ $1,128.8 \pm 882.9\text{mg}$ と $893.3 \pm 659.1\text{mg}$ となっており、精神科臨床薬学研究会による統合失調症患者の薬物療法に関する処方実態調査における CP 換算量が $722.0 \pm 763.3\text{mg}$ であることを踏まえると、一般<長期措置入院群<複雑事例中核群の順に多くなっており、この順で治療抵抗性が強くなっていることが示唆される。

またこれらの結論をもとに、以下の方針が策定された。

- ・複雑事例に対する SDM with CF、コンサルテーション、転院等の各介入の事例数を増やし、使い分け方法について検証していく。
- ・研究レベルのみではなく臨床レベルで各介入を行うことができる体制づくりを検討していく。
- ・入院が長期化する前に「複雑事例たらしめる」各要素を評定できるような評価方法と各要素への介入方法を具体化していく。
- ・複雑事例と長期措置入院事例の比較・検討を進め、複雑事例研究の精神保健福祉法医療への応用方法について検討していく。

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

村杉謙次：行動制限を繰り返す長期入院者の特徴と課題．第 116 回日本精神神経学会学術総会，Web 開催，2020.9.29

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) 長期措置入院している精神障害者の現状把握に関する研究. 瀬戸秀文. 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)
- 2) 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. 壁屋康洋. 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. (令和元年度 分担研究報告書)
- 3) 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. 今村扶美. 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. (令和元年度 分担研究報告書)

図1 本人の希望を中心に据えたケースフォーミュレーション

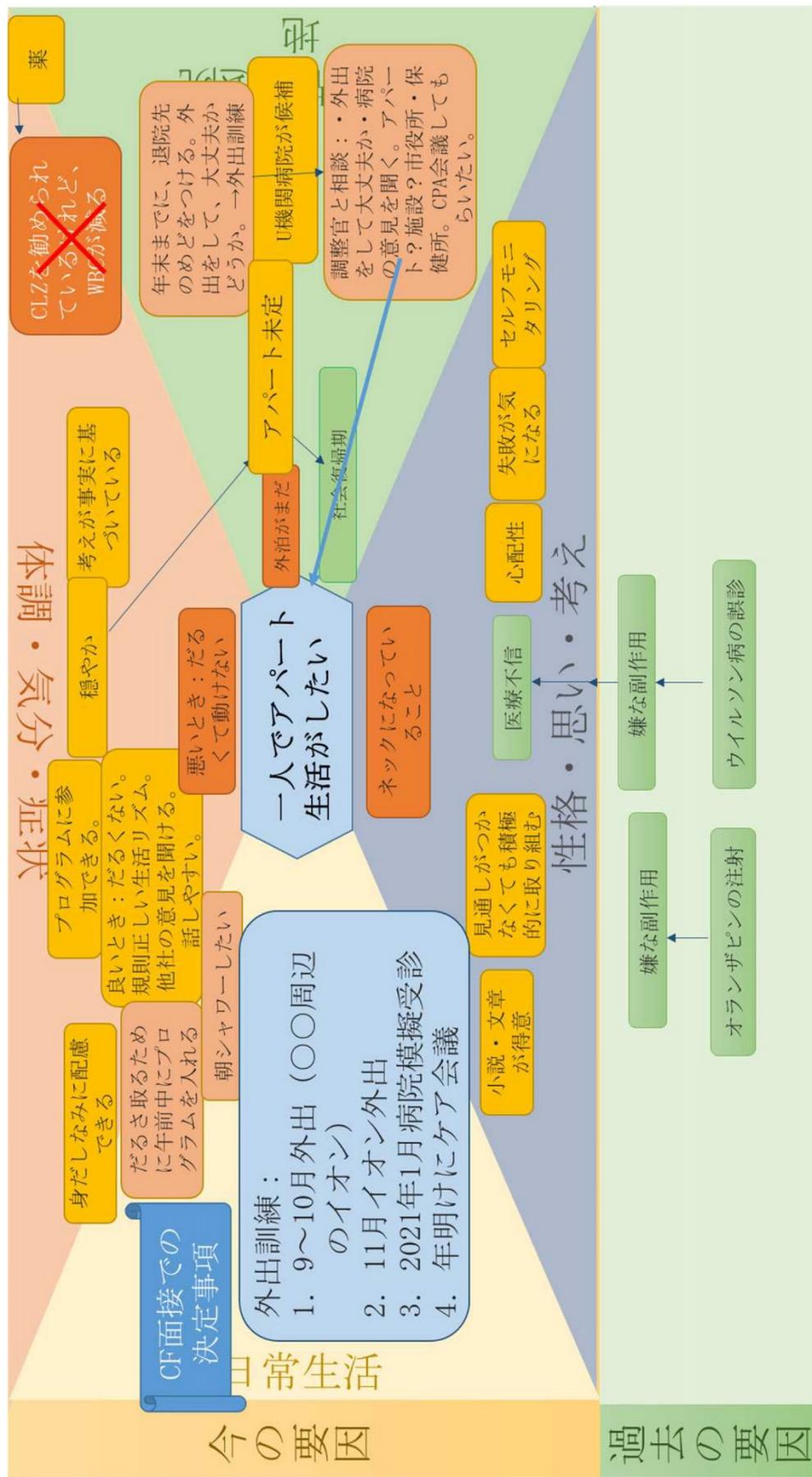
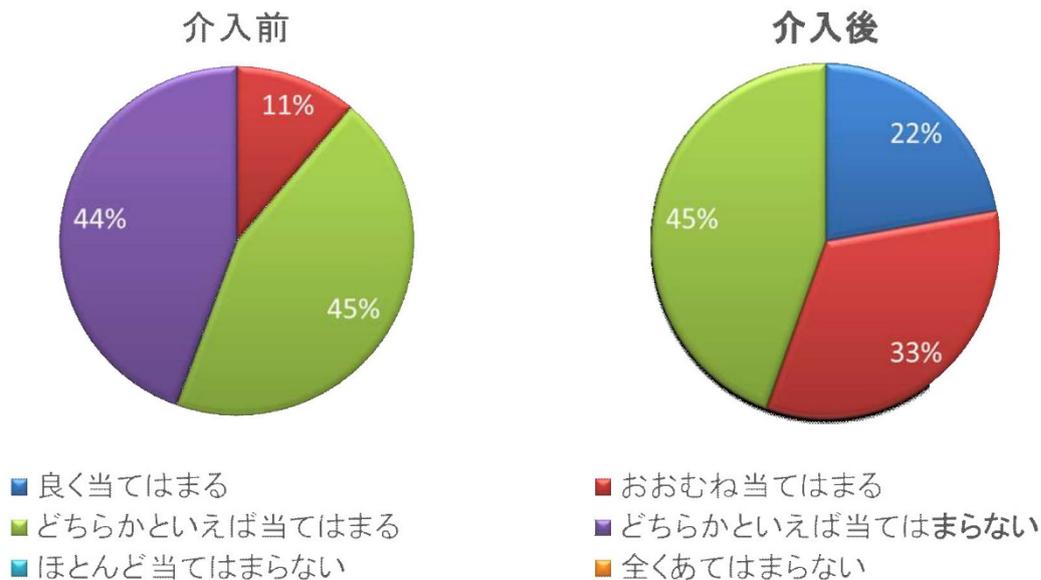


表1 複雑事例中核群と長期措置入院群の比較

	複雑事例中核群 (n=12)	長期措置入院群 (n=75)
性別	男性10：女性2	男性63：女性12
主診断	Sc10事例・83.3% (他ASD2事例)	Sc59事例・78.8% (他SUD6事例)
重複障害	10事例・83.3% (最多ASD7事例)	25事例・33.3% (最多MR10事例)
CLZ使用割合	8事例・66.7%	6事例・8.0%
mECT実施割合	3事例・25%	10事例・13.3%
入院期間	8.3±1.9年	8.7±8.3年
退院困難理由	症状改善困難 (33.3%) 衝動制御不十分 (75.0%) 環境調整困難 (83.3%)	症状改善困難 (81.3%) 衝動制御不十分 (73.3%) 環境調整困難 (12.0%)

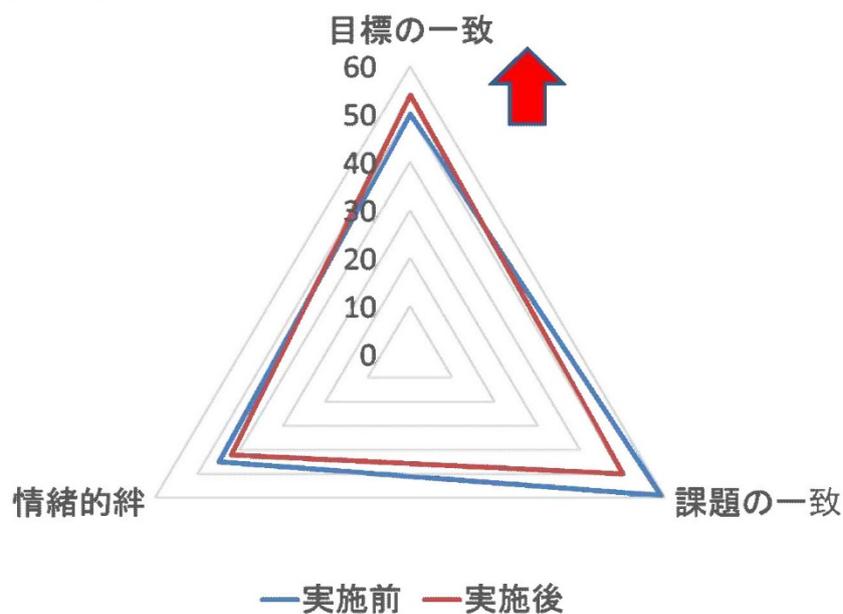
Sc：統合失調症，ASD：自閉症スペクトラム障害，SUD：物質使用障害
MR：精神遅滞，CLZ：クロザピン，mECT：修正型電気けいれん療法

図2 SDM-Q-9評定



SDM-Q-9: 9-Item Shared Decision Making Questionnaire

図3 WAI評定



WAI: Working Alliance Inventory

表2 共通評価項目の変化（転院トライアル事例1）

	転院9か月前	転院2か月前	転院4か月後	転院10か月後
1. 精神病性症状	0	0	2	2
2. 内省・洞察	2	2	2	2
3. アドヒアランス	1	2	2	2
4. 共感性	1	2	1	1
5. 治療効果	1	1	1	1
6. 非精神病性症状	2	0	0	0
7. 認知機能	※	2	2	2
8. 日常生活能力	1	2	2	2
9. 活動性・社会性	※	1	2	2
10. 衝動コントロール	1	2	0	0
11. ストレス	2	1	2	2
12. 自傷・自殺	0	0	0	0
13. 物質乱用	0	0	0	0
14. 反社会性	0	1	1	1
15. 性的逸脱行動	0	0	0	0
16. 個人的支援	2	2	2	2
17. コミュニティ要因	2	2	2	2
18. 現実的計画	2	2	2	2
19. 治療・ケアの継続性	2	2	2	2

※共通評価項目第2版のため欠損値

表3 各種評価尺度の変化（転院トライアル事例1）

	転院9か月前	転院2か月前	転院4か月後
GAF	50	48	25
DAI-30	0	※	-8
SAI-J	9	※	14
SECL		※	
日常生活	70	※	74
治療行動	70	※	95
症状対処行動	70	※	75
社会生活行動	63	※	83
対人関係	70	※	50

※評価を拒否

GAF: Global Assessment of Functioning

DAI-30: drug attitude inventory-30

SAI-J: The Schedule for Assessment of Insight - Japanese version

SECL: Self-Efficacy for Community Life scale

表4 共通評価項目の変化（転院トライアル事例2）

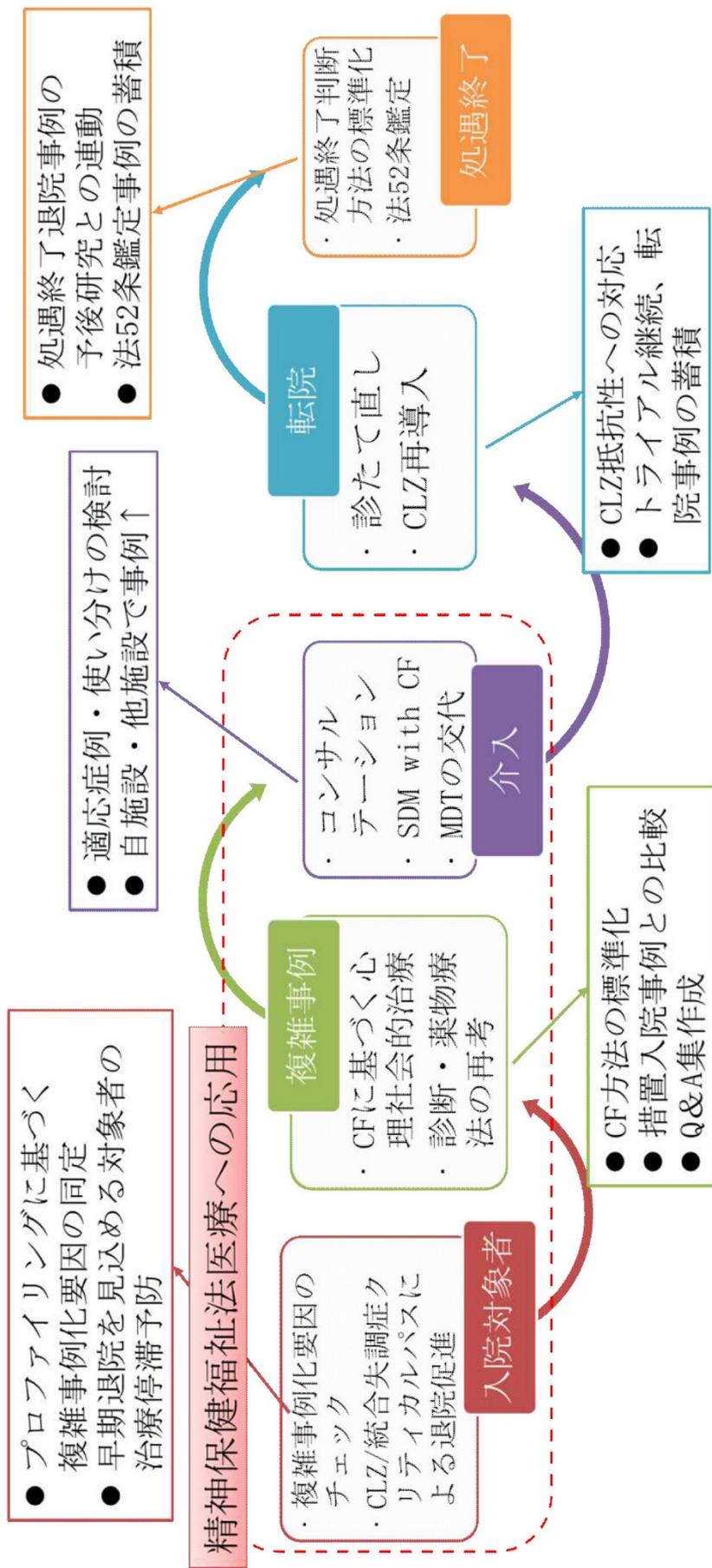
	転院前	転院後
1. 精神病性症状	2	1
2. 内省・洞察	2	2
3. アドヒアランス	1	1
4. 共感性	1	1
5. 治療効果	2	1
6. 非精神病性症状	2	1
7. 認知機能	2	2
8. 日常生活能力	2	2
9. 活動性・社会性	2	1
10. 衝動コントロール	2	1
11. ストレス	2	2
12. 自傷・自殺	1	1
13. 物質乱用	0	0
14. 反社会性	2	2
15. 性的逸脱行動	1	1
16. 個人的支援	1	1
17. コミュニティ要因	1	1
18. 現実的計画	2	2
19. 治療・ケアの継続性	2	2

表5 複雑事例中核群と長期措置入院群の薬物療法に関する比較

	複雑事例中核群 (N=12)	長期措置入院群 (N=75)
抗精神病薬薬剤数	1.7±1.2 (0~4)	2.0±1.1 (0~5)
CP換算量 (mg)	1,128.8±882.9 (0~2350)	893.3±659.1 (0~3091)
BZ薬剤数	1.2±0.7 (0~2)	1.2±1.1 (0~5)
ジアゼパム換算量 (mg)	12.8±8.3 (0~20.4)	12.1±14.4 (0~78)
抗パーキンソン薬薬剤数	0.4±0.5 (0~1)	0.6±0.6 (0~2)
ピペリデン換算量 (mg)	1.0±1.4 (0~4)	1.6±1.8 (0~7)

CP: chlorpromazine, BZ: benzodiazepine

図4 複雑事例に対する介入方法案



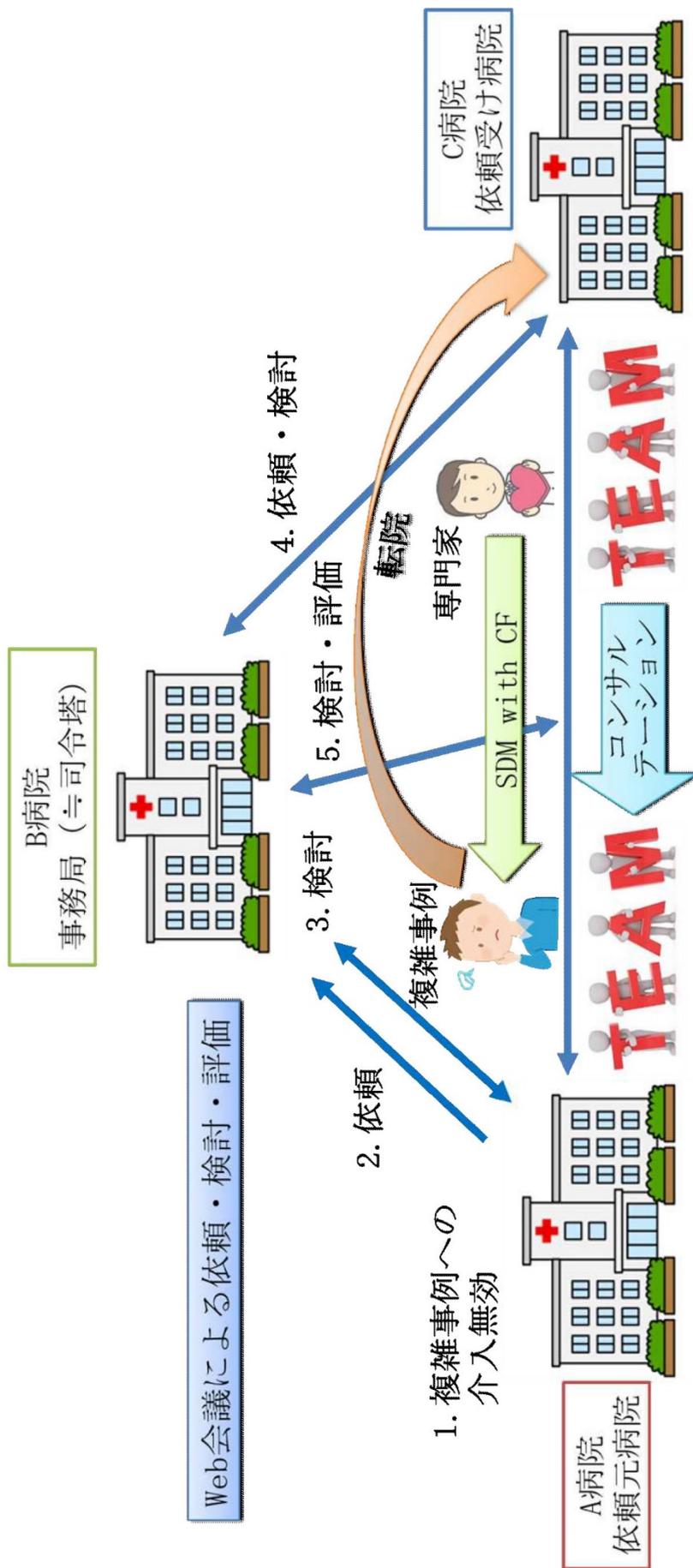
CLZ: clozapine

CF: case formulation

SDM with CF: shared decision making with case formulation

MDT: Multi-Disciplinary Team

図5 複雑事例に対する介入体制案



SDM with CF: shared decision making with case formulation

令和2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。

通院処遇の実態調査研究は664の指定通院医療機関に一次調査アンケートを送付し427機関（64%）より回答を得た。対応が難しい対象者がいると感じている機関は120（47%）であり、約半数が通院処遇対象者の対応に困難さを感じていた。その理由として病状の不安定さ、精神保健福祉法入院が多かったが、暴力行為、医療の不遵守、アルコール・薬物問題、金銭管理、生活能力・ADL低下などの回答も多かった。

二次調査の結果も含めると、対応が難しい例は、通院処遇が3年を超える群、問題行動を認める群、自殺・自殺企図群であると考えられた。また、環境要因より個人に起因する要因の影響をより強く受けていると考えられた。

今後は、対応が難しい例のより詳細な分析、対応方法について検討を進める必要がある。また、回収率を上げるために、調査方法、調査内容、研究協力施設の再検討や絞り込みが必要と考える。

令和2年度より処遇終了者の予後調査研究を開始した。沖縄県、島根県の82例を対象とし処遇終了後最長5年間追跡し、高い回収率であった。処遇終了後は時間経過とともに通院頻度、訪問看護、デイケア、ケア会議は減少していたが、就労支援サービス、一般就労の割合は増加していた。処遇終了後は、指定通院医療機関の精神保健福祉士が主となりコーディネートを引き継いでいた。全ての問題行動を合わせると全期間で78件29名、処遇中40件22名、処遇終了後38件19名であり、問題行動の発生については処遇終了前後で、有意な変化はなかった。全期間において再他害行為、再入院例は認めなかった。処遇終了後の医療・ケアは医療機関が軸となり、危機回避を目的とした入院、クライシスプランを活用した多職種・多機関連携が処遇終了後も継ぎ目なく行われている一方で、リスクマネジメントから、金銭管理や物質使用などの生活支援や就労支援を主とした地域定着支援に支援が変化していると考えられた。処遇終了後に継続される生活支援や就労支援が、直接的ではないがリスクを低減する可能性が考えられた。

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	
諸見秀太	同上	
知花浩也	同上	
高尾 碧	島根県立こころの医療センター	
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	
竹田康二	国立精神・神経医療研究センター病院	

A. 研究目的

医療観察法が施行され 15 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（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、通院処遇の実態が継続的に把握できず、その効果を検証できていない課題がある。本研究は通院処遇の実態を把握し、その医療水準を向上させ、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ている。

平成 30 年度、平成 31 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、全国の指定通院医療機関に医療状況及び通院対象者の予後の実態を把握する調査研究を行った。令和 2 年度は、これまでの

調査の継続に加え、通院処遇期間が 3 年を超える等の対応が難しい例の検討を進めた。

また、通院処遇（以下、処遇とする）が終了したあとの、対象者の医療や支援の状況についての調査はない。令和 2 年度は対象者の医療観察法通院処遇が終了することにより指定通院医療機関や地域関係機関が提供する医療およびケアの質・量の変化とともに対象者に生じている課題を探る目的で、処遇が終了した対象者の予後調査研究も並行して行った。

B. 研究方法

1. 調査対象

令和 2 年度の通院処遇の実態調査研究は 2 つの調査から成り立つ。1 つ目の調査は指定通院医療機関の医療状況調査（以下、一次調査）、2 つ目の調査は、通院処遇対象者の予後調査（以下、二次調査）である。

一次調査は、令和 2 年 4 月 1 日時点で通院指定を受けている全国の指定通院医療機関 664 施設を対象とした。

二次調査は、一次調査の回答を得た施設の中で、令和元年 7 月 16 日から令和 2 年 7 月 15 日の期間内に通院対象者がいる 258 施設を対象とした。なお、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。

処遇終了者の予後調査研究は、2005 年 7 月 15 日～2020 年 7 月 15 日まで、沖縄県および島根県内の指定通院医療機関で医療観察法による処遇を受け、かつ処遇を終了したのち同じ医療機関で引き続き治療を受けている医療観察法処遇終了者（以下、処遇終了者とする）を対象とした。研究対象者に対しては「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき、情報公開とオプトアウトを行った。

2. データ収集方法

通院処遇の実態調査研究の一次調査は、医療観察法通院医療に関するアンケート（表 1）を郵送で送付し、通院医療を担っている担当者（主に精神保健福祉士）に記入を依頼し、郵送にて回収した。

二次調査は、通院医療予後シート（表 2）を郵送で送付し、対象者の担当チームスタッフに記入を依頼した。なお、共通評価項目の評定は、毎月作成している通院医療評価シートの直近の評定を転記することとした。対象者が特定されないように各指定通院医療機関の研究協力者は、対象者の氏名を削除し、匿名化したうえで記入した予後調査シートをレターパックによって回収した。

処遇終了者の予後調査研究は、通院処遇を行っている指定通院医療機関（沖縄県内 15 施設、島根県内 8 施設）の医療者に対し郵送にて医療観察法通院処遇から処遇終了後の医療及びケア体制に関するアンケート（表 3）を送付し、通院処遇担当者に同意を得て記入を依頼し、郵送にて回収した。

3. 調査期間と内容

通院処遇の実態調査研究は、全国の指定通院医療機関に、令和元年 7 月 16 日から令和 2 年 7 月 15 日までの期間の通院処遇対象者について、一次調査表（表 1）、及び二次調査表（表 2）を送付し、回収し、結果を解析した。

処遇終了者の予後研究は、各対象者の処遇開始時・処遇終了時および通院処遇終了後各年度毎に分けて、各々の処遇終了者の医療・ケアの状況の変化について調査（表 3）を行い、調査対象期間は最長で処遇終了後 5 年までとした。

4. 解析方法

収集されたデータを SPSS[®] を用いて統計解析を行った

5. 倫理的配慮

本研究は、琉球病院臨床研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。通院処遇の予後調査研究は、日本精神科病院協会倫理会議審査の承認も得て実施した。

C. 研究結果

1. 一次調査

664 の指定通院医療機関に一次調査アンケートを送付し回収できたのは 427 機関（64%）であった。令和元年 7 月 16 日から令和 2 年 7 月 15 日に対象者を受け入れていた機関は 258、受入れていない機関は 169 であった。258 機関で受入れている通院処遇対象者総数は 527 名、直接通院対象者がいる機関と人数は 89 機関 124 名、通院処遇が 3 年を超えた対象者がいる機関は 19（7%）、対応が難しい対象者がいると感じている機関は 120（47%）であった。

通院処遇期間が 3 年を超えた理由（図 1）で最も多かったものは、病状が安定しないが 13 名、精神保健福祉法入院を繰り返すもしくは長期入院が 8 名であった。対応が難しい対象者の内容（図 2）は病状が安定しない 52 名、その他 36 名、精神保健福祉法入院を繰り返すもしくは長期入院 34 名が多かったが、暴力行為、医療の不遵守、アルコール・薬物問題、家族の非協力的、金銭管理、生活能力・ADL 低下の項目もそれぞれ 10～20 名前後回答しており、対応が難しい対象の内容は多岐に渡っていた。

2. 二次調査

一次調査で通院処遇対象者がいると回答した 258 医療機関に調査票を送付し、二次調査票の回収数は 143 であった。通院処遇

対象者 143 例の処遇経過を図 3 で示す。

基本属性について、性別は男性 113 名、女性 30 名、平均年齢は 49.1 歳(±12.6s. d、中央値 49 歳、範囲 26~78 歳)、医療観察法処遇形態は、移行通院(入院処遇から通院処遇へ移行)124 例、直接通院(入院処遇を経ず通院処遇を開始)19 例であった。対象行為は、殺人・殺人未遂 35 例(24%)、傷害 68 例(48%)、放火 26 例(18%)、強盗 7 例(5%)、強制わいせつ 5 例(3%)、強制性交等 1 例(1%)で傷害、放火、殺人・殺人未遂の 3 罪種で 9 割を占めた。診断名では、「F0」1 例、「F1」9 例、「F2」110 例、「F3」17 例、「F6」1 例、「F8」2 名、不明 3 例であり、F2 が 77%を占めていた。令和 2 年 7 月 15 日で通院処遇継続中の対象者は 99 例(69%)、通院処遇終了は 44 例(31%)であった。通院処遇を終了した理由は、期間満期終了 27 例、本法による医療が不要 11 例、死亡 2 例、その他 4 例であった。死亡例を除く通院処遇終了時の通院対象者の医療状況は精神保健福祉法入院が 3 例、精神保健福祉法通院 39 例であり、通院処遇終了時に全例が精神保健福祉法上で医療を受けていた。

調査期間中に直接通院となった対象者は、19 名集積できた。対象行為が放火 8 例(42%)、傷害 6 例(32%)、殺人 4 例(21%)、強盗 1 例(5%)であった。主診断は統合失調症圏 11 例(58%)、気分障害圏 6 例(32%)であり、副診断は 1 例に認めた。再被害行為、自殺・自殺企図歴、問題行動は認めなかった。精神保健福祉法入院は 4 例(21%)に認めた。

通院処遇が 3 年を超えて継続している対象者は 8 例集積できた(表 4)。対象行為が傷害 5 例(63%)、殺人 2 例(25%)、放火 1 例(13%)であった。主診断は統合失調症がほとんどであり、副診断は 1 例に認めた。再被害行為、自殺・自殺企図歴はともに認

めなかった。問題行動は 3 例(38%)に暴力、医療の不遵守、性的逸脱などを認めた。精神保健福祉法入院は 6 例(75%)に認めた。

問題行動を認めた対象者は 13 例集積できた(表 5)。対象行為が放火 5 例(38%)、傷害 4 例(31%)、殺人 3 例(23%)、強盗 1 例(8%)であった。主診断は F2 圏 8 例(62%)、F1 圏 2 例(15%)、F3 圏 2 例(15%)で、副診断は 13 例中 7 例(54%)に認めた。通院処遇延長は 1 例であった。再被害行為は認めなかった。自殺・自殺企図例は 3 例(23%)に認めた。全例に問題行動を認めており、その種類は様々な暴力 6 例(46%)、医療の不遵守 5 例(38%)、性的逸脱行為 2 例(15%)が多かった。精神保健福祉法入院は 9 例(69%)に認めた。

自殺・自殺企図を認めた事例は 5 例であった(表 6)。対象行為は放火が 5 例中 4 例(80%)であり、主診断は 4 例(80%)が F2 圏であった。死亡例は 1 例(20%)であり、再被害行為は認めなかった。問題行動は 3 例(60%)に認め、医療の不遵守 2 例が最も多かった。精神保健福祉法入院は 3 例(60%)に認めた。

共通評価項目は、直接通院群 18 例、問題行動等群 26 例(3 年を超えて通院処遇 8 例、問題行動 13 例、自殺・自殺企図 5 例)、その他(いずれにも属さない群)98 例の 3 群に分け、各群の共通評価項目点数についてカイ二乗検定を行った(表 7、表 8)。疾病治療のカテゴリーでは問題行動等の群は、2 点評価が多く、0 点評価が少ない傾向を認めた。セルフコントロールのカテゴリーでは、問題行動等の群は、2 点評価が多く、0 点評価が少ない傾向を認めた。その他群は 2 点評価が少なく、0 点評価が多い傾向を認めた。治療影響要因のカテゴリーは、問題行動等の群は、2 点および 1 点評価が多く、0 点評価が少ない傾向を認めた。その他群

は 2 点評価が少なく、0 点評価が多い傾向を認めた。退院地環境要因は治療・ケアの継続性のみ問題行動等群は 2 点評価が多く、0 点評価が少ない傾向を認めた。

3. 処遇終了者の予後調査研究

1) 社会学的特性、精神科診断（表 9）

本研究対象条件を満たし、研究対象となった対象者は、合計 82 名（男性 67 名、女性 15 名）であった。処遇終了時の年代別では、男女とも 40 歳代をピークとしていた。対象行為では、殺人・殺人未遂 18 名（22.0%）、傷害 37 名（45.1%）、放火 20 名（24.4%）、強制わいせつ 5 名（6.1%）、強盗 2 名（2.4%）、強姦性交等 0 名であった。

処遇開始状況は、直接通院が 13 名（15.9%）、移行通院が 69 名（84.1%）であった。処遇終了の形態は満期終了が 47 名（62.7%）、早期終了が 27 名（36.0%）、延長終了が 1 名（1.3%）であった。

精神科主診断は、F2 が 74 名と最も多くを占め、主診断が F2 の対象者のうち、副診断として F7 合併が 13 名、F1 合併が 5 名、F8 合併が 1 名であった。

2) 処遇終了後の支援・生活状況（表 10）

各期間の支援や生活状況については表 10 にまとめた。

通院頻度は、処遇開始時は月 2 回以上～4 回未満が 41.5%、月 4 回以上が 37.8%と多かったが、処遇終了 5 年後には、月 1 回以上～2 回未満が最も多く 50%を占め、処遇終了後に有意に減少していた。各期間に精神保健福祉法の入院があった対象者は、処遇開始時で 31.7%と最も多く、その後は徐々に減ったが、処遇終了 5 年後には 31.3%と増加していた。通院処遇開始時に調整入院が行われた対象者は 82 名中 9 名であった。

支援の内容は、訪問型支援と通所型支援

に分け、それらをさらに医療機関によるもの与其他関係機関によるものに分けて調査した。

訪問型支援では、各期間で訪問看護の利用が最も多く、処遇終了後減少していたが、最も少なかった処遇終了 3 年後でも 53.2%を占めていた。一方で、行政職員の訪問については、処遇開始時の 54.7%から処遇終了 5 年後に 3.1%と大きく減少した。

通所型支援では、デイケアの利用が全期間で最も多くを占めたが、処遇終了 5 年後には 31.3%まで減少した。一方で、就労支援サービスの利用は、処遇終了後に緩やかに増え、処遇終了 3 年後には最も多い 38.3%を占めた。一般就労に従事した対象者は、処遇終了後に減少することはなく、処遇終了 5 年後は 18.8%と一定の割合を維持した。

ケア会議（又はそれに準ずる会議）を開催している対象者は、処遇開始中は 90%以上が開催を維持していたが、処遇終了 1 年後に 38.5%と大きく減少しており、開催頻度は処遇終了後に有意に減少した。

モニタリングシートの活用は処遇終了後に有意に減少したが、クライシスプランの活用は有意な変化はなかった。

処遇終了時に社会復帰調整官のコーディネーターとしての役割を引き継いだ機関（表 11）は、指定通院医療機関が最も多く 31 名 41.3%であった。さらに指定通院医療機関内でどの職種がその役割を担うか（複数回答可）については、精神保健福祉士が 21 名 54%が最も多く、ついで看護師が 8 名 21%、医師が 6 名 15%であった。

3) 問題行動および転帰（表 12）

問題行動および転帰について表 12 にまとめた。全期間で重大な他害行為の発生はなかった。全期間で、通院不遵守は 12 件 9 名、服薬不遵守は 22 件 12 名、性的逸脱行

為は4件3名、自殺既遂は3件3名、自殺未遂は3件3名、自傷は6件3名であった。その他の問題行動を含めすべての問題行動を合わせると全期間で78件29名、処遇中40件22名、処遇後38件19名であった。医療不遵守やその他の問題行動の発生については処遇終了前後で、有意な変化はなかった。

「問題行動の回数」「精神保健福祉法による入院回数」「ケア会議（準ずるもの含む）実施回数」「訪問看護回数」「通所・就労回数」について相関を求めた結果（表13）、「訪問看護回数」と「通所・就労回数」の相関係数が0.642であり、相関が認められた。また、「問題行動回数」と「入院回数」の相関係数が0.394、および「ケア会議実施回数」と「訪問看護回数」の相関係数が0.378、「ケア会議実施回数」と「通所・就労回数」の相関係数が0.407であり、弱い相関が認められた。

問題行動に影響を与えている因子を探るために、「問題行動回数」を従属変数、「性別」「対象行為」「薬物療法の種類、内服・抗精神病薬持効性注射剤（以下、LAI）・クロザピン（以下、CLZ）」「精神保健福祉法による入院回数」「ケア会議（準ずるもの含む）実施回数」「訪問看護回数」「通所・就労回数」を独立変数とし、回帰分析を行った（表14）。その結果、「薬物治療の種類（内服・LAI・CLZ）」および「精神保健福祉法による入院回数」が有意に影響することがわかった。

転帰について、処遇終了時に指定通院医療機関で精神保健福祉法の通院医療を継続する対象者が80%を占めた。また処遇終了時に精神保健福祉法の入院をしていたものは9名であった。

全期間で、事故による死亡が2名、病死による死亡が2名、自殺による死亡は3名であった。全期間で医療観察法再入院とな

ったものはいなかった。

リスクに影響する因子として、アルコールおよび薬物の問題使用、金銭管理の問題や支援について調査した。全期間で薬物の問題使用はなかった。アルコールの有害な使用および依存状態は、全期間で6件4名に認め、その4名中F1と診断されていたのは1名であった。金銭管理の支援は、処遇終了後に減少する傾向は目立たず一定の割合を維持した。

D. 考察

1. 一次調査

平成29年に実施した同様の実態調査と比較すると、指定通院医療機関数は563から664に増えており、毎年25機関程度が増えていることがわかる。

令和2年度の本分担研究班では、通院処遇で対応が難しい対象者を明らかにすることを目指した。19機関より、通院処遇が3年を超えた対象者がいると回答を得た。通院処遇が3年を超えた理由として、病状が安定しない、精神保健福祉法上の入院をくり返すが最も多く、その他各種暴力、医療の不遵守、アルコール・薬物問題、金銭管理、生活能力低下は数例ずつであった。このことより、通院処遇が3年を超える理由は病状の不安定さが残存しているため精神保健福祉法入院をくり返すパターンが最も多いと考えられた。

対応が難しい通院処遇対象者がいると120機関（47%）が回答した。その理由として、病状が安定しない、精神保健福祉法上の入院をくり返すが最も多い点は、通院処遇が3年を超えた群と同じ傾向であった。しかし、生活能力低下、金銭管理、医療の不遵守、家族の非協力、各種暴力行為、自傷・自殺企図、アルコール・薬物問題の割合は通院処遇が3年を超えた群より高くな

っていた。このことより通院処遇で対応が難しい例は、病状が安定せず、精神保健福祉法入院をくり返すことに加え、生活面、家族関係、医療不遵守、各種暴力、アルコール・薬物問題、自傷・自殺企図など様々な問題行動を認めていることがわかった。

通院処遇の効果を高めるには、病状の改善と安定が最も重要だが、それに加え生活に関する様々な支援を提供する必要があると考える。

2. 二次調査

二次調査で回収できた調査票は143例であった。通院処遇対象者は毎年約650名で推移しており、今回二次調査で収集できたサンプルは、通院処遇対象者の22%程度と考えられる。

通院処遇が3年を超えた例は8例集積できた。主診断は88%がF2であり、再他害行為や自殺・自殺企図を認めた例はなく、問題行動も3例だけに認めていた。6例に精神保健福祉法入院を認め、通院処遇が終了した5例中4例は精神保健福祉法の通院に移行していた。精神保健福祉法の入院割合は高いが、再他害行為や自殺・自殺企図例はなく、問題行動も38%であり、本調査では通院処遇が3年を超えた理由を特定することは困難であった。

問題行動を認めた事例は13例集積できた。主診断はF2以外の割合が増え、副診断を54%に認めた。通院処遇延長は1例だけであり、再他害行為は認めなかったが、自殺・自殺企図は23%に認めた。全例に問題行動を認め、様々な暴力、医療の不遵守、性的逸脱行為が多かった。精神保健福祉法入院は69%に認めた。このことより、問題行動を認めた事例は副診断、精神保健福祉法入院の割合が高く、様々な暴力、医療の不遵守、性的逸脱行為、自殺・自殺企図を

認める割合も高いことがわかった。一次調査の結果も加えると、通院処遇で対応が難しい対象者は病状が安定せず入院をくり返し、生活上の様々な問題行動を認める例であると考えられた。

自殺・自殺企図事例は5例集積でき、うち1例は自殺既遂であった。問題行動を60%に認め、精神保健福祉法入院割合も60%と高いことより、自殺・自殺企図例は対応が難しい群であると考えられた。

通院処遇が3年を超えた群、問題行動を認めた群、自殺・自殺企図群は、対応が難しい群に当たると考えられたため、それを問題行動等群とし、直接通院群、その他（いずれにも属さない）群の3群に分け、各群の共通評価項目点数についてカイ二乗検定を行い解析した。問題行動等群は、疾病治療、セルフコントロール、治療影響要因、退院地環境要因の4カテゴリーにおいて、1点と2点が多く、0点が少ない傾向を認めた。その他の群は4カテゴリーで0点が多く、2点が少ない傾向を認めた。直接通院群は有意な傾向は認めなかった。このことより、問題行動群は病状の不安定さだけでなく、アドヒアランス、生活能力、衝動性、ストレス、物質乱用、反社会性、性的逸脱行動、治療の継続性などの治療や生活の維持が困難となる様々な問題が背景にあると考えられた。また、個人的支援、コミュニティ要因、現実的計画は有意な傾向は認めなかった。これらは環境要因に強く影響される評価項目であることから考えると、問題行動群は環境要因より、個人に起因する要因により強く影響を受けていると考えられた。

3. 処遇終了者の予後調査研究

1) 転帰および問題行動

全期間において重大な他害行為の発生お

よび再入院はなかった。指定入院医療機関退院後の通院処遇中の予後調査では、重大な再他害行為の累積発生率が3年で1.8%と低い数値であると報告されているが、処遇終了後5年間の本調査でも、重大な再他害行為の発生は低く抑えられていると考えられた。問題行動のあった対象者についてはその他の問題行動を除いた20名について、表15にそれぞれの経過を示した。

自殺既遂・未遂があった5名(表15の2、3、7、14、16)は、それぞれ服薬不遵守や自傷、アルコールの有害使用などの問題行動が先立っており、病状の変化が影響していると考えられた。また自殺既遂3名のうち2名は直接通院者であった。安藤は直接通院者が移行通院者より自殺に関連した問題行動をとる割合が有意に高いと指摘されており、本調査でも直接通院者と自殺の関連が示唆された。

通院および服薬不遵守などの医療不遵守について、処遇中早期より認めた群(表15の2、3、5、6)は自殺既遂に至る、入院が長期化するなど転帰が悪い群であった。

要介護認定や飲酒など一定の要因が関連している対象者(表15の10、11、19、20)は処遇終了後も引き続き、課題解決に取り組まれた結果、処遇終了後に良好な経過をたどるものも少なくなかった。医療不遵守が処遇終了に関連して認められた群や処遇終了一定期間経過後に生じた群(表15の7、8、9、12、13)では、支援の変化が影響していると考えられた。

安藤によれば対象行為が強制性交等・強制わいせつの場合、通院処遇中の性的な暴力の発生が有意に多いとされたが、本調査では全期間中、性的逸脱行動を認めた3名(表15の1、3、6)のうち、1名のみ対象行為が強制わいせつであった。3名中1名は処遇中に自殺既遂、他2名は処遇中から

処遇終了後長期にわたり入院が継続していたことから、性的逸脱行動の問題解決は困難であり、その後の転帰に大きく影響を与える要因であると考えられた。

処遇終了時の転帰が「精神保健福祉法の入院」であった9名は、その入院が短期間であった1例ないし死亡した2名を除いた6名すべて(表15の1、5、6、7、15、16)が処遇終了後も長期入院および頻回入院が続くなど転帰が悪い群であった。一方で、そのうち2名は(表15の15、16)は処遇終了後の支援により地域生活に移行することができており、困難な事例に対する支援の好実践例と思われた。

問題飲酒を認めた4名中3名は(表15の14、19、20)自傷や医療不遵守に発展したが、それぞれ精神保健福祉法の入院を経て問題が解決されていた。特に表15の20は処遇中から処遇終了後数年にわたり問題が持続したが、一般就労を機に医療不遵守や問題飲酒が解決され、就労支援が社会参加の拡大のみならず、リスク回避につながった好実践例と思われた。

問題行動が入院回数と密接に関連していることから、処遇中と同様、問題行動に対して入院による危機回避が処遇終了後も行われていると考えられた。同一の対象者が問題行動を繰り返す、もしくは同時期に複数の問題行動を認める傾向があり、処遇終了後も頻回入院、もしくは長期入院を認める対象者や、CLZやLAIが導入されている対象者では、医療機関の多職種による丁寧な個別のアセスメントを継続するなど、処遇終了後も手厚い支援の継続が必要であると考えられた。

2) 処遇終了後の支援・生活状況

処遇終了後は、通院の頻度や訪問看護、デイケアの利用、ケア会議の開催やモニタ

リングシートの活用は減少していたが、クライシスプランの利用や金銭管理の支援、就労支援サービスの利用、一般就労への従事は減少することはなかった。ケア会議(それに準ずる会議含む)の開催や通所・就労、訪問看護などの支援はお互い相関があり、多職種・多機関の連携や訪問看護により就労や通所などの社会参加を促進させると考えられたが、それらの支援は問題行動との直接の関連はなかった。

社会復帰調整官のコーディネーターとしての役割を処遇終了後に主に引き継いでいるのは指定通院医療機関であることから、処遇終了後の医療・ケアの状況は医療機関が軸となり、危機回避を目的とした入院、クライシスプランを活用した多職種・多機関連携が処遇終了後も継ぎ目なく行われている一方で、リスクマネジメントから、金銭管理や物質使用などの生活支援や就労支援を主とした地域定着支援に支援が変化していると考えられた。ただ、実際に処遇終了後の重大な事象の発生は低く、処遇終了後に継続される金銭管理・物質使用などの生活支援や就労支援が、直接的ではないがリスクを低減する可能性が考えられた。

4. 対象調査数及び回収数

1) 通院処遇の実態調査研究

法務省犯罪白書より、過去5年間の精神保健観察は、毎年650件程度で推移している。これらを参考にすると今回二次調査で収集できたサンプルは、通院処遇対象者の22%程度と考えられる。回収率は一次調査では64%であったが、二次調査では22%程度に低下した。どちらも紙媒体でのアンケート調査であったが、回収率に大きな差が生じた要因として、調査方法、調査項目数の違い、被験者へのインフォームドコンセント(以下、IC)の要否、各指定通院医療機関

での倫理審査の有無などが考えられる。また、一次調査において、258機関中120機関(47%)は対応が難しいケースがあると回答したが、二次調査では問題行動等の群は18%しか認めなかった。このことから二次調査では、対応が難しい例の同意取得ができずないため除外されており、サンプルに偏りがある可能性がある。

今後は二次調査の回収率の上昇が課題となる。そのために、研究協力者と被験者双方に負担にならないICの工夫、倫理審査の軽減、研究協力者のアンケート回答の負担軽減が必要であり、また本分担研究班の調査対象範囲や内容を絞り込むなどの検討も必要と考える。

2) 処遇終了者の予後調査研究

今回の調査では沖縄県から67名、島根県から15名の調査回答が得られた。法務省保護統計発表によれば、令和元年末時点で、通院処遇をすでに終了した対象者は、沖縄県で69名、島根県では15名であり、本調査は処遇終了者のうち沖縄県で97.1%、島根県で100%を調査していると推定され、高い回収率であった。

E. 結論

通院処遇の実態調査研究は、一次調査で47%の指定通院医療機関が対応が難しいケースがあると回答しており、その割合は高かった。二次調査の結果も含めると、対応が難しい例は、通院処遇が3年を超える群、問題行動を認める群、自殺・自殺企図群であると考えられた。また、対応が難しい群は環境要因より個人に起因する要因の影響をより強く受けていると考えられた。今後は、対応が難しい群の詳細な分析、対応方法について検討を進める必要がある。また、回収率を上げるために、調査方法、

調査内容、研究協力施設の再検討や絞り込みが必要と考える。

処遇終了者の予後調査研究は、沖縄県、島根県の82例を対象とし処遇終了後最長5年間追跡し、高い回収率であった。処遇終了後は時間経過とともに通院頻度、訪問看護、デイケア、ケア会議は減少していたが、就労支援サービス、一般就労の割合は増加していた。処遇終了後は、指定通院医療機関の精神保健福祉士が主となりコーディネートを引き継いでいた。全ての問題行動を合わせると全期間で78件29名、処遇中40件22名、処遇後38件19名であり、問題行動の発生については処遇終了前後で、有意な変化はなかった。再被害行為、再入院例は認めなかった。処遇終了後の医療・ケアは医療機関が軸となり、危機回避を目的とした入院、クライシスプランを活用した多職種・多機関連携が処遇終了後も継ぎ目なく行われている一方で、リスクマネジメントから、金銭管理や物質使用などの生活支援や就労支援を主とした地域定着支援に支援が変化していると考えられた。処遇終了後に継続される生活支援や就労支援が、直接的ではないがリスクを低減する可能性が考えられた。

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) 前上里泰史, 大鶴卓, 久保彩子, 高尾碧, 知花浩也: 指定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. 第16回日本司法精神医学会大会, Web 開

催, 会期 2020.11.12-11.13

- 2) 久保彩子, 木田直也, 三原一雄, 高江洲慶, 大鶴卓, 近藤毅: 医療観察法医療における Clozapine 治療-治療反応予測と重複障害に対する治療反応について-. 第16回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020.11.12-11.13

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

本調査に先立ち、本研究に関してご協力をいただいた公益社団法人日本精神科病院協会および公益財団法人日本精神神経科診療所協会ならびに分担班会議にて多大なるご助言いただいた先生方、そして調査にご協力いただいた全国の指定通院医療機関の施設長、通院医療を担当されている精神保健福祉士の皆様、通院チーム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: 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
- 3) 竹田康二: 令和元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（平林直次）」 分担研究報告書「指定通院医療機関退院後の予後に影響を与える因子の同定に関する研究」

- 4) 法務省ホームページ 犯罪白書
http://www.moj.go.jp/housouken/housou_hakusho2.html
- 5) 法務省ホームページ 保護統計統計表
http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei_ichiran_hogo.html
- 6) 松田太郎： 指定通院医療機関退院後の予後に影響を与える因子の同定に関する研究．平成 28 年国立研究開発法人日本医療研究開発機構委託研究 長寿・障害総合研究事業 障害者対策総合研究開発事業（精神障害分野）「医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に関わる指標の開発等に関する研究」研究開発分担報告書： 11-24, 2016
- 7) 安藤久美子： 指定通院医療機関モニタリング調査研究．平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業） 分担研究報告書： 111-135, 2012

表1 医療観察法通院医療に関するアンケート

【医療機関名】 _____

【所在地】 _____

【連絡先】 tel: _____ fax: _____

【アンケート回答者】 _____ 【職種】 _____

貴院の医療観察法通院医療の状況について、以下のアンケートにご回答をお願いいたします。
該当する項目の□にチェック、または必要事項をご記入ください。

1.指定通院医療機関になってから現在までの通院処遇対象者の受入れ状況	<input type="checkbox"/> 受け入れたことがない→アンケートは終了 <input type="checkbox"/> 受け入れたことがある→以下の質問についてご回答ください
2.2019年7月16～2020年7月15日の期間内の通院処遇対象者の有無と人数	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ 対象者の人数 _____ 名
3.2019年7月16日～2020年7月15日の期間内の直接通院対象者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ 直接通院対象者の人数 _____ 名
4.通院対象者の受入れは業務の負担になっている	<input type="checkbox"/> かなり思う <input type="checkbox"/> 思う <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 思わない <input type="checkbox"/> まったく思わない <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="619 656 925 813"> <p>【理由】複数回答可</p> <input type="checkbox"/> 対象者受け入れ前の事前準備等 <input type="checkbox"/> 毎月の提出書類作成 <input type="checkbox"/> ケア会議への参加 <input type="checkbox"/> 院内多職種チームへの連絡・調整 </div> <div data-bbox="1018 689 1305 813"> <input type="checkbox"/> 院外関係機関への連絡・調整 <input type="checkbox"/> 社会復帰調整官への連絡・調整 <input type="checkbox"/> 対象者や家族への連絡・調整 <input type="checkbox"/> その他 (_____) </div> </div>
5.2019年7月16日～2020年7月15日までの期間内で通院処遇期間が3年を超えるケースの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="531 824 707 857"> <p>【理由】複数回答可</p> </div> <div data-bbox="531 857 1345 1283"> <input type="checkbox"/> 重大な他害行為以外の他者への身体的な暴力（性的なものを除く）があった <input type="checkbox"/> 性的逸脱行動があった <input type="checkbox"/> 他者への非身体的な暴力（暴力的言動や態度）があった <input type="checkbox"/> 軽微な犯罪行為があった（窃盗、万引き、無銭飲食、器物損壊など） <input type="checkbox"/> 自傷・自殺企図 <input type="checkbox"/> 医療への不順守（通院・通所/服薬の不順守、訪問看護・訪問観察に関わる重大なルール違反） <input type="checkbox"/> アルコール問題（アルコール有害使用・依存、依存症者の再飲酒） <input type="checkbox"/> 薬物等の問題使用（違法薬物・処方薬・市販薬等の有害使用、依存、依存症者の再使用） <input type="checkbox"/> 病状が安定しない <input type="checkbox"/> 精神保健福祉法入院を繰り返す、または長期入院している <input type="checkbox"/> 家族の非協力的な態度（医療不信、医療拒否、財産の搾取など） <input type="checkbox"/> 金銭管理の問題 <input type="checkbox"/> 生活能力、ADLの低下により生活が困難 <input type="checkbox"/> その他 (_____) </div> </div>
6.2019年7月16日～2020年7月15日までの期間内で通院処遇中のケースに困難と感じるケースがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="531 1283 707 1317"> <p>【理由】複数回答可</p> </div> <div data-bbox="531 1317 1345 1778"> <input type="checkbox"/> 重大な他害行為（6罪種）があった <input type="checkbox"/> 重大な他害行為以外の他者への身体的な暴力（性的なものを除く）があった <input type="checkbox"/> 性的逸脱行動があった <input type="checkbox"/> 他者への非身体的な暴力（暴力的言動や態度）があった <input type="checkbox"/> 軽微な犯罪行為があった（窃盗、万引き、無銭飲食、器物損壊など） <input type="checkbox"/> 自傷・自殺企図 <input type="checkbox"/> 医療への不順守（通院・通所/服薬の不順守、訪問看護・訪問観察に関わる重大なルール違反） <input type="checkbox"/> アルコール問題（アルコール有害使用・依存、依存症者の再飲酒） <input type="checkbox"/> 薬物等の問題使用（違法薬物・処方薬・市販薬等の有害使用、依存、依存症者の再使用） <input type="checkbox"/> 病状が安定しない <input type="checkbox"/> 精神保健福祉法入院を繰り返す、または長期入院している <input type="checkbox"/> 家族の非協力的な態度（医療不信、医療拒否、財産の搾取など） <input type="checkbox"/> 金銭管理の問題 <input type="checkbox"/> 生活能力、ADLの低下により生活が困難 <input type="checkbox"/> その他 (_____) </div> </div>

【自由記載欄（指定通院医療に関するご意見・ご要望等ございましたら下記に記載ください）】

表2 通院医療予後調査シート（新規：今年度から調査対象となった対象者または2019.7.16以降通院処遇となった対象者） 新規

医療施設名 (貴施設名)		都道府県		2019年7月16日～2020年7月15日の期間内で 通院処遇対象者の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし⇒以下記入なし
-----------------	--	------	--	--	---

2019年7月16日～2020年7月15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

例	琉球1	性別	年齢	医療観察法処遇回数	医療観察法処遇形態	通院処遇開始年月日（入力例:2019/○/△）
対象者ID		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		回	<input type="checkbox"/> 移行通院（入院⇒通院） <input type="checkbox"/> 直接通院	
対象行為	<input type="checkbox"/> 殺人・殺人未遂 <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 強制性交等 <input type="checkbox"/> 強制わいせつ		<input type="checkbox"/> 放火 <input type="checkbox"/> 強盗	主診断（ICD） 副診断（ICD）	(F) _____ (F) _____	<input type="checkbox"/> 保護観察所 <input type="checkbox"/> _____
2020年7月15日時点の 処遇状況	<input type="checkbox"/> 通院処遇継続中 <input type="checkbox"/> 通院処遇終了		<input type="checkbox"/> 通院処遇終了年月日(例:2020/○/△) 年 月 日		通院処遇終了時点での対象者の状況 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉法による入院 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉法による通院 <input type="checkbox"/> 精神科医療の終了 <input type="checkbox"/> 死亡 【死亡理由: _____】	
	<input type="checkbox"/> 通院処遇終了の場合 通院処遇終了した理由 <input type="checkbox"/> 通院処遇期間満期終了 <input type="checkbox"/> 本法による医療が不要 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 医療観察法による再入院※ <input type="checkbox"/> その他【 _____】		※再入院：本法通院処遇中に医療観察法による再入院の決定を受けた者			

以下については、上記対象者について2019年7月16日～2020年7月15日の期間内についてお伺いします

1.再他害行為の有無・内容等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありの場合 →	<input type="checkbox"/> 1.殺人・殺人未遂 <input type="checkbox"/> 2.傷害 <input type="checkbox"/> 3.放火 <input type="checkbox"/> 4.強制性交等 <input type="checkbox"/> 5.強制わいせつ <input type="checkbox"/> 6.強盗	行為日（西暦） 年 月 日 転帰【 _____】
2.自殺企図の有無・内容等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありの場合 →	<input type="checkbox"/> 未遂 <input type="checkbox"/> 遂行	遂行日 年 月 日 内容・転帰【 _____】 遂行日 年 月 日 内容・転帰【 _____】 <input type="checkbox"/> 既遂（死亡）
3.問題行動の有無・内容等（複数回答可）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありの場合 →	<input type="checkbox"/> 他者への身体的な暴力（質問項目1再他害行為以外のもの） <input type="checkbox"/> 他者への非身体的な暴力（身体接触のない、暴力的言動や態度など） <input type="checkbox"/> 医療の不遵守（通院・通所/服薬の不遵守、訪問看護・訪問観察に関わる重大なルール違反） <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> その他（犯罪行為等）	
4.クロザピン使用の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
5.持続性注射薬の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
6.アルコールの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありの場合 →	<input type="checkbox"/> 一時使用 <input type="checkbox"/> 有害使用 <input type="checkbox"/> 依存状態	
7.薬物等の問題使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありの場合 →	<input type="checkbox"/> 有害使用 <input type="checkbox"/> 依存状態	薬物名 _____ <input type="checkbox"/> 違法薬物 <input type="checkbox"/> 危険ドラッグ <input type="checkbox"/> 有機溶剤等 <input type="checkbox"/> 各種併用 <input type="checkbox"/> 市販薬・処方薬 <input type="checkbox"/> その他
8.精神保健福祉法による入院の有無（2019.7.16-2020.7.15の期間内）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありの場合 →	入院日（例:2020年○月△日）	
		1回目入院	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 措置・緊急措置
		2回目入院	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 措置・緊急措置
		3回目入院	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 応急 <input type="checkbox"/> 措置・緊急措置
9.2020.7.15時点の就労の有無・雇用形態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありの場合 →	<input type="checkbox"/> 一般正規社員 <input type="checkbox"/> 障害者枠正規雇用 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 福祉的就労（A型/B型就労）	勤務日数・勤務時間 週 回 1勤務 時間
10.2020.7.15時点の生計（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"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 他公的年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ _____）		
11.2020.7.15時点の居住形態	<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"/> 民間リハビリ施設（MAC/DARC等） <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 救護施設 <input type="checkbox"/> その他（ _____）		
12.2020.7.15時点の精神保健福祉サービス等の利用（複数回答）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありの場合 →	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 保健所の定期訪問 <input type="checkbox"/> 市役所職員の定期訪問 <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）	
13.ケア会議の実施頻度	<input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 2か月に1回 <input type="checkbox"/> 6か月に1回 <input type="checkbox"/> ひと月に1回 <input type="checkbox"/> 3か月に1回 <input type="checkbox"/> 実施していない		

共通評価項目（2020.7から直近の評価点を記入）

要素	具体的要素	点	要素	具体的要素	点	
疾病治療	精神病症状		治療影響要因	物質乱用		
	内省・洞察			反社会性		
	アドヒアランス			性的逸脱行動		
セルフコントロール	共感性		退院地環境	個人的支援		
	治療効果			コミュニティ要因		
	非精神病性症状			現実的計画		
	認知機能			治療への継続性		
	日常生活能力			【備考（共通評価項目に関する補足事項等）】		
	活動性・社会性					
衝動コントロール						
ストレス						
自傷・自殺						

【備考（補足事項等あればご記入ください）】

表4 通院処遇が3年を超えた事例

	対象行為	主診断 (副診断)	処遇状況	再被害行為	自殺・企図	問題行動	精神保健福祉法入院	終了後の転帰
1	傷害	破瓜型統合失調症	1,466日 処遇終了	なし	なし		1回	本法による 医療不要
2	傷害	中毒性精神病 (反社会性人格障害)	1,460日 処遇終了	なし	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・他者への身体的暴力 ・医療の不遵守 ・その他(薬物所持) 	1回	精神保健福祉法通院
3	傷害	統合失調症	1,380日 処遇中	なし	なし		なし	
4	殺人	統合失調症	1,315日 処遇中	なし	なし		6回	
5	傷害	統合失調症	1,279日 処遇終了	なし	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・性的逸脱行為 ・他者への身体的暴力 	2回	精神保健福祉法通院
6	放火	統合失調症	1,276日 処遇終了	なし	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・医療の不遵守 	1回	精神保健福祉法通院
7	傷害	統合失調症	1,257日 処遇終了	なし	なし		なし	精神保健福祉法通院
8	殺人	破瓜型統合失調症	1,101日 処遇中	なし	なし		3回	

表5 問題行動を認められた事例

No	対象行為	主診断 (副診断)	処遇状況	再被害行為	自殺・自殺企図	問題行動の種類	精神保健福祉法入院
1	傷害	中毒性精神病 (精神刺激薬依存)	満期終了	なし	なし	・医療の不遵守	2回
2	傷害	薬物性精神障害 (薬物依存)	処遇中	なし	なし	・性的逸脱行為 ・その他(薬物関連)	3回
3	殺人	統合失調症 (覚醒剤後遺症)	処遇中	なし	なし	・その他(遁走)	
4	殺人	妄想型統合失調症 (アルツハイマー型認知症)	満期終了	なし	なし	・他者への非身体的暴力	2回
5	放火	非定型精神病	満期終了	なし	あり	・他者への非身体的暴力 ・医療の不遵守	4回
6	放火	妄想型統合失調症	処遇中	なし	なし	・他者への非身体的暴力 ・医療の不遵守	1回
7	傷害	統合失調症	1,279日 処遇終了	なし	なし	・他者への身体的暴力	1回
8	放火	統合失調症	処遇中	なし	あり	・医療の不遵守	2回
9	傷害	統合失調症	処遇中	なし	なし	・医療の不遵守	1回
10	強盗	統合失調症 (アルコール依存)	処遇中	なし	なし	・他者への非身体的暴力	1回
11	殺人	精神症状を伴う重症うつ病エピソード (自閉症)	処遇中	なし	なし	詳細不明	
12	放火	統合失調症	処遇中	なし	あり	・性的逸脱行為 ・自殺未遂	
13	放火	双極性感情障害 (アルコール性精神病)	処遇中	なし	なし	・他者への身体的暴力	

表6 自殺・自殺企図事例

No	対象 行為	主診断 (副診断)	処遇状況	再被害 行為	問題行動	精神保 健福祉 法入院
1	放火	非定型精神病	満期終了	なし	・ 他者への非身体的暴力 ・ 医療不遵守	4回
2	放火	統合失調症	1,077日 処遇中	なし	・ 医療不遵守	2回
3	放火	統合失調症	427日 処遇中	なし	なし	2回
4	傷害	覚醒剤使用による残道性 及び遅発性精神病性障害	140日 死亡	なし	なし	
5	放火	統合失調症	1,001日 処遇中	なし	・ 性的逸脱行為	

表7 共通評価項目

直接通院 (18)、問題行動等 (26 3年超え (8)、問題行動 (13)、自殺・自殺企
 図 (5)、その他 (いずれにも属さない 98) に群分けし、各群の共通評価項目点
 数についてカイニ乗検定

	疾病治療				P
	群	0	1	2	
精神病症状	その他	43	44	11	0.011
	直通	10	7	1	
	問題行動等	5	12	9	
内省・洞察	その他	35	52	11	0.020
	直通	9	7	2	
	問題行動等	3	15	8	
アドヒアランス	その他	58	37	3	0.017
	直通	12	6	0	
	問題行動等	7	16	3	
共感性	その他	51	43	4	0.015
	直通	12	4	2	
	問題行動等	10	10	6	

	セルフコントロール				P
	群	0	1	2	
治療効果	その他	53	44	1	0.272
	直通	9	9	0	
	問題行動等	8	18	0	
非精神病性 症状	その他	31	55	12	0.595
	直通	8	8	2	
	問題行動等	6	15	5	
認知機能	その他	51	30	17	0.079
	直通	12	5	1	
	問題行動等	8	9	9	
日常生活 能力	その他	40	46	11	0.000
	直通	12	5	1	
	問題行動等	2	12	12	
活動性・ 社会性	その他	53	35	10	0.224
	直通	11	5	2	
	問題行動等	8	13	5	
衝動コント ロール	その他	63	32	3	0.000
	直通	14	4	0	
	問題行動等	6	14	6	
ストレス	その他	27	64	7	0.011
	直通	6	10	2	
	問題行動等	1	18	7	
自傷・自殺	その他	94	4	0	0.005
	直通	16	1	1	
	問題行動等	21	1	4	

表8 共通評価項目

有意に少ない
有意に多い

治療影響要因

	群			P
	0	1	2	
物質乱用	その他	80	18	0
	直通	16	1	1
	問題行動等	15	8	3
反社会性	その他	90	7	1
	直通	17	1	0
	問題行動等	16	6	4
性的逸脱行動	その他	93	2	3
	直通	17	1	0
	問題行動等	20	6	0
個人的支援	その他	41	49	8
	直通	9	8	1
	問題行動等	8	14	4

退院地環境要因

	群			P
	0	1	2	
コミュニケーション要因	その他	63	29	6
	直通	13	3	2
	問題行動等	15	7	4
現実的計画	その他	51	40	7
	直通	8	5	4
	問題行動等	10	9	7
治療・ケアの継続性	その他	50	45	3
	直通	11	4	2
	問題行動等	4	12	10

表9 対象者属性 (性別・年代・主診断・対象行為 n=82)

年代	男性 (人) (%)	女性 (人) (%)	計 (人) (%)
20～29	6 7.3	0 0	6 7.3
30～39	10 12.2	3 3.7	13 15.9
40～49	20 24.4	5 6.1	25 30.5
50～59	18 22.0	2 2.4	20 24.4
60～69	9 11.0	4 4.9	13 15.9
70～79	4 4.9	0 0.0	4 4.9
80～	0 0.0	1 1.2	1 1.2
計	67 81.7%	15 18.3%	82 100%

主診断			
	男性 (人) (%)	女性 (人) (%)	計 (人) (%)
F0	1 1.2	0 0	1 1.2
F1	1 1.2	0 0	1 1.2
F2	61 74.4	13 15.9	74 90.2
F3	1 1.2	2 2.4	3 3.7
F6	1 1.2	0 0	1 1.2
F7	1 1.2	0 0	1 1.2
F8	1 1.2	0 0	1 1.2
計	67 81.7%	15 18.3%	82 100.0%

対象行為	男性 (人) (%)	女性 (人) (%)	計 (人) (%)
殺人・殺人未遂	13 15.9	5 6.1	18 22.0
傷害	34 41.5	3 3.7	37 45.1
放火	14 17.1	6 7.3	20 24.4
強盗	1 1.2	1 1.2	2 2.4
強制わいせつ	5 6.1	0 0	5 6.1
強制性交等	0 0	0 0	0 0.0
計	67 81.7%	15 18.3%	82 100%

表10 支援・生活の状況

	開始時～1年後		終了前1年～終了		終了～1年後		終了1～2年後		終了2～3年後		終了3～4年後		終了4～5年後	
n	82	75	65	56	47	37	32							
通院頻度														
月1回未満	0	0.0%	2	2.7%	4	6.2%	4	7.1%	5	10.6%	5	13.5%	4	12.5%
月1回以上～2回未満	6	7.3%	19	25.3%	26	40.0%	24	42.9%	24	51.1%	18	48.6%	16	50.0%
月2回以上～4回未満	34	41.5%	27	36.0%	19	29.2%	14	25.0%	12	25.5%	9	24.3%	7	21.9%
月4回以上	31	37.8%	21	28.0%	8	12.3%	7	12.5%	3	6.4%	1	2.7%	1	3.1%
頻度不明	3	3.7%	1	1.3%	1	1.5%	1	1.8%	0	0.0%	1	2.7%	1	3.1%
精神保健福祉法入院の有無														
入院あり	26	31.7%	20	26.7%	17	26.2%	11	19.6%	8	17.0%	5	13.5%	10	31.3%
措置入院	0	0.0%	1	1.3%	0	0.0%	1	1.8%	1	2.1%	0	0.0%	0	0.0%
調整入院	9	11.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
訪問型支援（複数回答可）														
なし	9	11.0%	8	10.7%	10	15.4%	14	25.0%	14	29.8%	11	29.7%	10	31.3%
訪問診療	2	2.4%	2	2.7%	4	6.2%	3	5.4%	4	8.5%	4	10.8%	3	9.4%
訪問看護	71	86.6%	61	81.3%	46	70.8%	35	62.5%	25	53.2%	21	56.8%	19	59.4%
行政職員	53	64.6%	41	54.7%	20	30.8%	12	21.4%	5	10.6%	2	5.4%	1	3.1%
相談支援事業所	22	26.8%	18	24.0%	19	29.2%	16	28.6%	11	23.4%	7	18.9%	7	21.9%
ヘルパー	8	9.8%	6	8.0%	4	6.2%	5	8.9%	6	12.8%	5	13.5%	5	15.6%
その他	10	12.2%	8	10.7%	1	1.5%	1	1.8%	1	2.1%	1	2.7%	1	3.1%
通所型支援（複数回答可）														
なし	14	17.1%	17	22.7%	21	32.3%	18	32.1%	16	34.0%	15	40.5%	14	43.8%
デイケア	54	65.9%	44	58.7%	32	49.2%	26	46.4%	20	42.6%	13	35.1%	10	31.3%
自立訓練	12	14.6%	7	9.3%	4	6.2%	3	5.4%	1	2.1%	0	0.0%	0	0.0%
地域活動支援センター	16	19.5%	11	14.7%	19	29.2%	7	12.5%	7	14.9%	5	13.5%	4	12.5%
就労支援	16	19.5%	23	30.7%	20	30.8%	18	32.1%	18	38.3%	9	24.3%	7	21.9%
自助グループ	1	1.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
民間リハビリ施設	1	1.2%	1	1.3%	1	1.5%	1	1.8%	1	2.1%	1	2.7%	1	3.1%
その他	13	15.9%	12	16.0%	6	9.2%	6	10.7%	6	12.8%	6	16.2%	4	12.5%
要介護認定														
あり	4	4.9%	4	5.3%	4	6.2%	4	7.1%	3	6.4%	4	10.8%	2	6.3%
住居														
家族同居	31	37.8%	26	34.7%	26	40.0%	24	42.9%	20	42.6%	17	45.9%	15	46.9%
単身	18	22.0%	20	26.7%	19	29.2%	16	28.6%	13	27.7%	10	27.0%	8	25.0%
施設	25	30.5%	19	25.3%	14	21.5%	11	19.6%	10	21.3%	7	18.9%	8	25.0%
入院中	8	9.8%	8	10.7%	6	9.2%	4	7.1%	4	8.5%	2	5.4%	2	6.3%
その他	1	1.2%	2	2.7%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.7%	0	0.0%
一般就労（複数回答可）														
正規雇用	3	3.7%	4	5.3%	4	6.2%	4	7.1%	2	4.3%	2	5.4%	3	9.4%
障害者枠	2	2.4%	3	4.0%	4	6.2%	4	7.1%	2	4.3%	3	8.1%	3	9.4%
アルバイト・パート	2	2.4%	2	2.7%	2	3.1%	0	0.0%	1	2.1%	1	2.7%	1	3.1%
その他	5	6.1%	4	5.3%	2	3.1%	1	1.8%	2	4.3%	2	5.4%	0	0.0%
全ての就労	9	11.0%	9	12.0%	11	16.9%	8	14.3%	7	14.9%	7	18.9%	6	18.8%
収入（複数回答可）														
給与	8	9.8%	15	20.0%	13	20.0%	11	19.6%	10	21.3%	9	24.3%	7	21.9%
家族援助	17	20.7%	15	20.0%	13	20.0%	10	17.9%	9	19.1%	8	21.6%	7	21.9%
障害年金	44	53.7%	40	53.3%	35	53.8%	29	51.8%	24	51.1%	19	51.4%	17	53.1%
生活保護	29	35.4%	25	33.3%	21	32.3%	17	30.4%	17	36.2%	11	29.7%	10	31.3%
その他	8	9.8%	7	9.3%	5	7.7%	5	8.9%	4	8.5%	3	8.1%	2	6.3%
ケア会議														
あり	77	93.9%	68	90.7%	25	38.5%	18	32.1%	11	23.4%	7	18.9%	6	18.8%
平均開催数/年	5.7回	4.9回	2.5回	2.1回	2回	1.5回	1.2回							
クライシスプランの活用														
あり	49	59.8%	39	52.0%	22	33.8%	17	30.4%	13	27.7%	8	21.6%	8	25.0%
モニタリングシートの活用														
あり	45	54.9%	33	44.0%	16	24.6%	8	14.3%	5	10.6%	3	8.1%	3	9.4%

表11 社会復帰調整官の役割を引き継いだ機関・職種

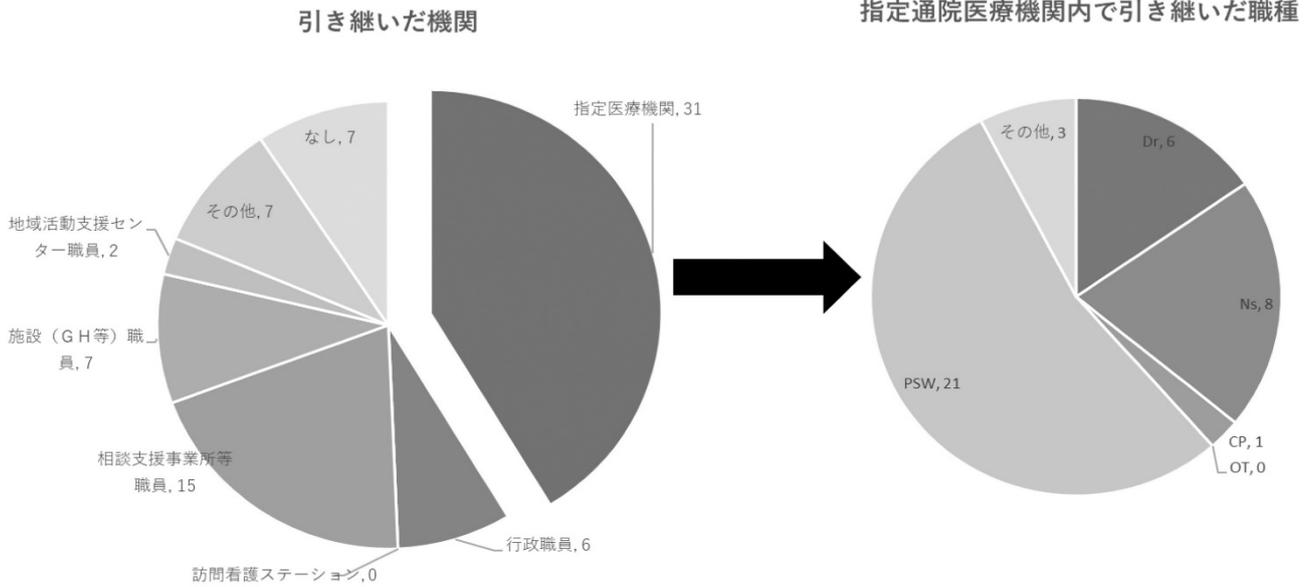


表12 問題行動・転帰

	開始時～1年後	終了前1年～終了	終了～1年後	終了1～2年後	終了2～3年後	終了3～4年後	終了4～5年後
n	82	75	65	56	47	37	32
リスク影響要因							
アルコール有害使用	1 1.2%	1 1.3%	1 1.5%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.1%
アルコール依存状態	1 1.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
金銭管理の問題	33 40.2%	30 40.0%	27 41.5%	20 35.7%	16 33.3%	13 35.1%	12 37.5%
金銭管理の支援	33 40.2%	33 44.0%	29 44.6%	23 41.1%	17 35.4%	14 37.8%	13 40.6%
問題行動							
重大な他害	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
通院不遵守	2 2.4%	3 4.0%	4 6.2%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	2 6.3%
服薬不遵守	4 4.9%	5 6.7%	5 7.7%	3 5.4%	1 2.1%	1 2.7%	3 9.4%
性的逸脱	1 1.2%	2 2.7%	1 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
自殺既遂	1 1.2%	1 1.3%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
自殺未遂	0 0.0%	1 1.3%	1 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.1%
自傷	2 2.4%	1 1.3%	1 1.5%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.1%
その他の問題行動	9 11.0%	8 10.7%	11 16.9%	6 10.7%	2 4.2%	2 5.4%	2 6.3%
全ての問題行動	14 17.1%	14 18.7%	11 16.9%	10 17.9%	3 6.4%	3 8.1%	6 18.8%
転帰							
精神保健福祉法通院	60 80.0%	55 84.6%	49 87.5%	42 87.5%	32 86.5%	28 87.5%	
精神保健福祉法入院	9 12.0%	6 9.2%	5 8.9%	4 8.3%	3 8.1%	3 9.4%	
医療観察法再入院	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
死亡・事故	2 2.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
死亡・病死	0 0.0%	1 1.5%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
死亡・自殺	2 2.7%	0 0.0%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
通院先変更	2 2.7%	2 3.1%	0 0.0%	1 2.1%	1 2.7%	1 3.1%	
その他	0 0.0%	1 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	1 2.7%	0 0.0%	

表13 支援と問題行動 相関

		相関				
		問題行動回数	入院回数	ケア会議合計	訪問看護合計	通所就労合計
問題行動回数	Pearson の相関係数	1	.394**	0.104	0.082	-0.079
	有意確率 (両側)		0.000	0.353	0.464	0.481
	度数	82	82	82	82	82
入院回数	Pearson の相関係数	.394**	1	0.165	-0.044	-0.067
	有意確率 (両側)	0.000		0.139	0.693	0.549
	度数	82	82	82	82	82
ケア会議合計	Pearson の相関係数	0.104	0.165	1	.378**	.407**
	有意確率 (両側)	0.353	0.139		0.000	0.000
	度数	82	82	82	82	82
訪問看護合計	Pearson の相関係数	0.082	-0.044	.378**	1	.642**
	有意確率 (両側)	0.464	0.693	0.000		0.000
	度数	82	82	82	82	82
通所就労合計	Pearson の相関係数	-0.079	-0.067	.407**	.642**	1
	有意確率 (両側)	0.481	0.549	0.000	0.000	
	度数	82	82	82	82	82

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

表14 問題行動の因子

		係数 ^a					共線性の統計量	
		非標準化係数		標準化係数	t 値	有意確率	許容度	VIF
モデル		B	標準誤差	ベータ				
1	(定数)	-2.088	0.827		-2.523	0.014		
	性別	0.648	0.430	0.148	1.505	0.137	0.970	1.031
	対象行為	0.307	0.167	0.185	1.838	0.070	0.927	1.079
	内服・LAI・CLZ	0.751	0.249	0.307	3.021	0.003	0.907	1.102
	入院回数	0.302	0.106	0.292	2.855	0.006	0.895	1.118
	ケア会議合計	-0.026	0.123	-0.023	-0.208	0.836	0.740	1.351
	訪問看護合計	0.158	0.099	0.209	1.594	0.115	0.545	1.835
	通所就労合計	-0.097	0.094	-0.138	-1.032	0.305	0.523	1.911

a. 従属変数 問題行動回数

表15 すべての問題行動の経過表（その他の問題行動除く）

直接通院対象者	LAI・CLZ	問題行動	精神保健福祉法入院	AL使用	診断	備考
処遇開始 処遇終了 終了1年 終了2年 終了3年 終了4年 終了5年						
1 調整 入院 長期入院	LAI	性的逸脱	調整入院・終了時入院・長期入院		F7併存	強制わいせつ
2 自殺既遂	LAI	服薬不遵守・性的逸脱	調整入院			アルバイト⇒入院
3 調整 自殺既遂	LAI	医療不遵守・性的逸脱・自殺既遂				
4		服薬不遵守				
移行通院対象者	LAI・CLZ	問題行動	精神保健福祉法入院	AL使用	診断	備考
処遇開始 処遇終了 終了1年 終了2年 終了3年 終了4年 終了5年						
5 入院 長期入院	CLZ	通院不遵守	終了時入院・長期入院			
6 入院 長期入院	LAI	服薬不遵守・性的逸脱	調整入院・終了時入院・長期入院			
7 53 入院 自殺既遂	LAI	自殺未遂⇒自殺既遂	終了時入院			
8	LAI	通院・服薬不遵守	措置入院			
9	LAI	服薬・通院不遵守				病死 要介護 要介護
10		服薬不遵守				
11		服薬・通院不遵守				
12 48 48 48 48 24 24 入院	CLZ	通院・服薬不遵守				
13 48 48 48 48 24 24 入院		通院不遵守				
14 48 24 12 12 12 12 入院		自傷・自殺未遂				
15 入院 入院 入院 入院 24 24 24 訪問診療		自傷	調整入院・終了時入院・長期入院		F7・8	終了時よりAL一時使用
16 入院 入院 入院 入院 48 48 一般就労	LAI	頻回の自傷⇒自殺未遂	調整入院・終了時入院・頻回入院		F0	長期入院⇒施設入院
17		服薬不遵守				
18		服薬不遵守				
19 入院 入院 入院 入院 一般就労	CLZ	通院不遵守	頻回入院		F3・F1	
20		通院・服薬不遵守				

LAI: 抗精神病薬持効性注射剤

CLZ: クロザピン

AL: アルコール

問題行動あり

通院 入院 (精神保健福祉法) 入院

* 通院頻度/年を記載

図1 通院処遇期間が3年を超えた理由

(複数回答可)

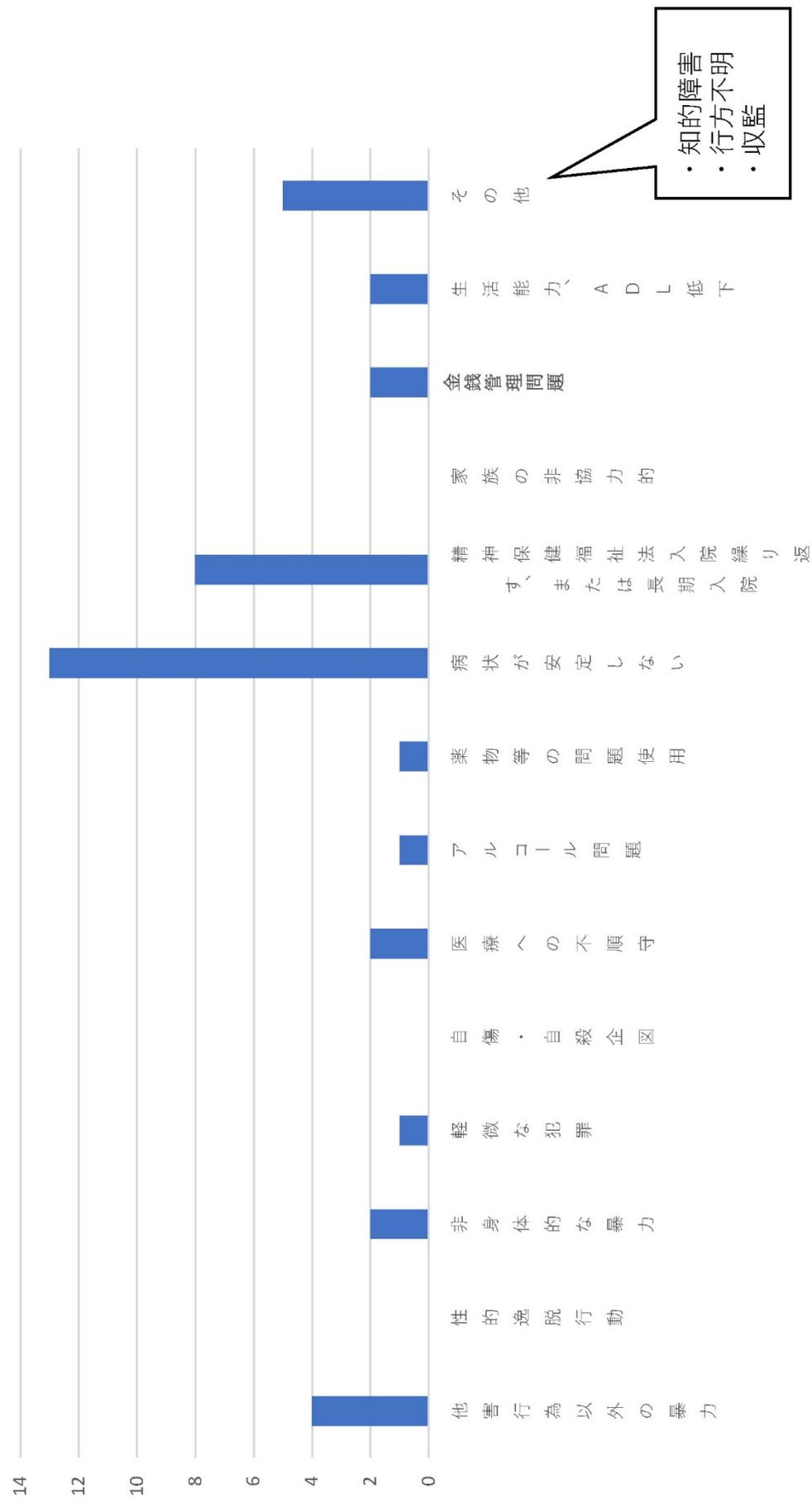


図2 対応が難しい対象者の内容

(複数回答可)

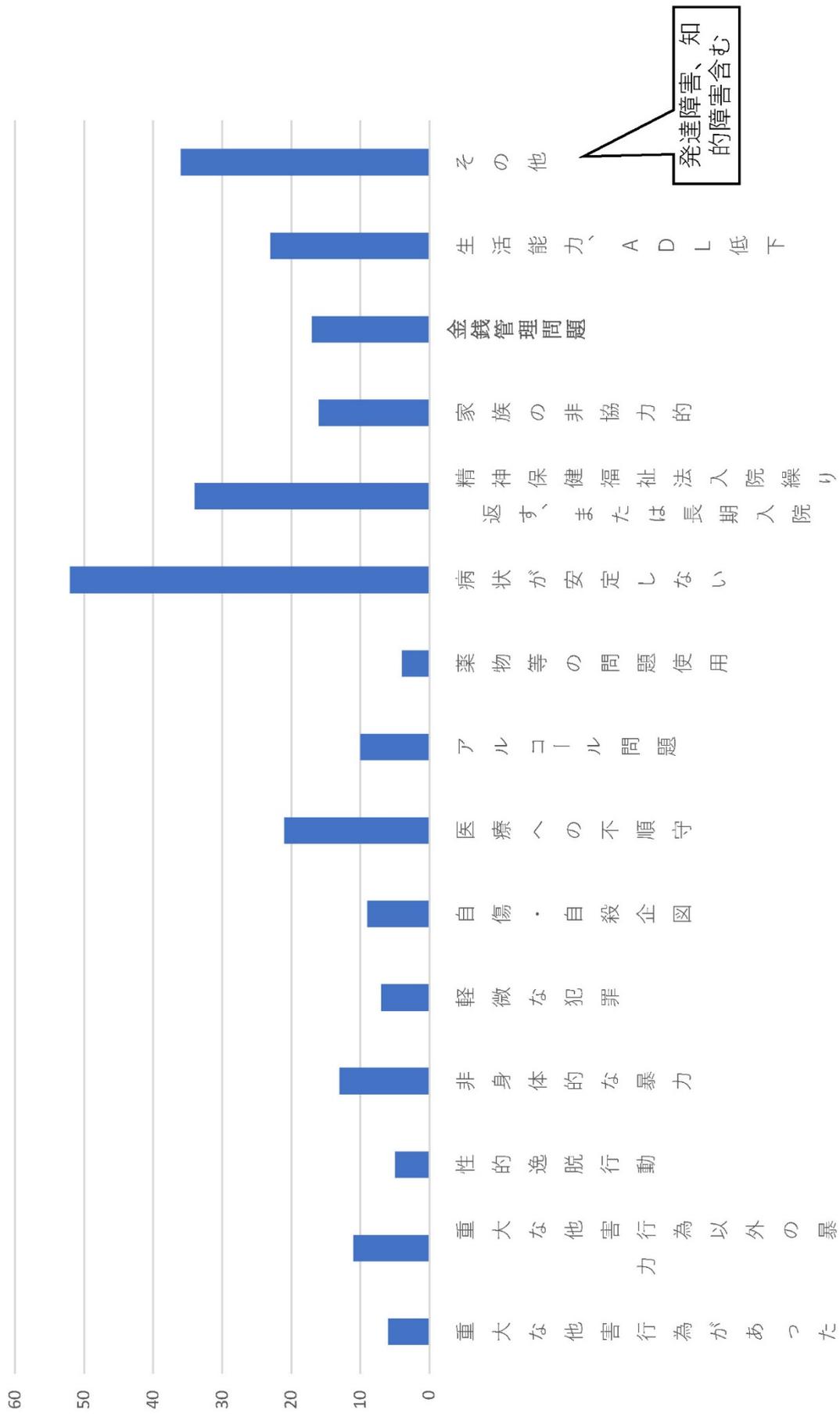
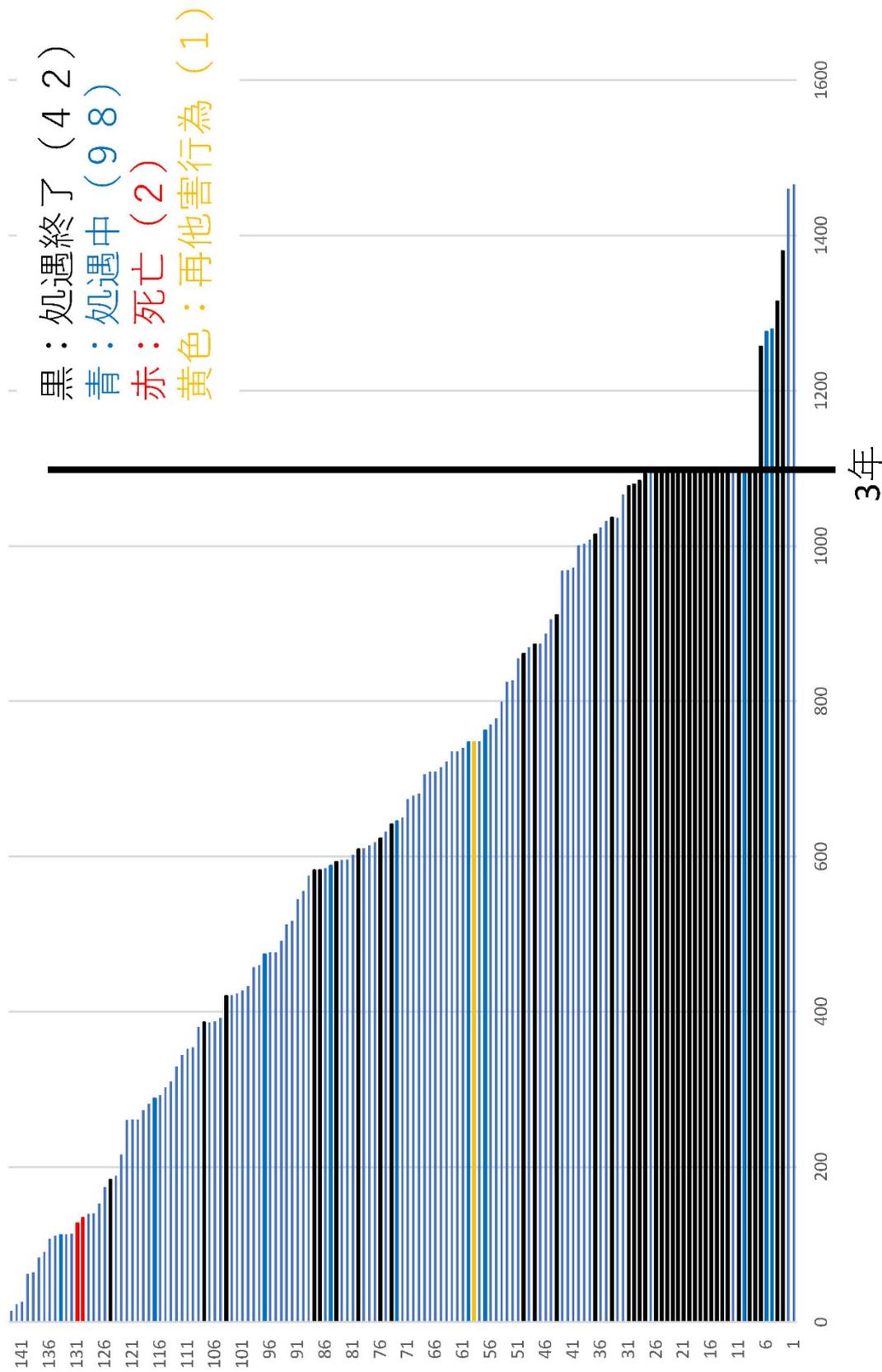


図3 通院処遇対象者の処遇経過

(n=143)



令和2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。

令和2年度においては、令和元年度までに検討してきた、医療観察法の3要件（または3要素）と過去、現在、将来の時間軸の組み合わせからなる3×3マトリックス形式、医療観察法37条2項に基づく8因子と過去、現在、将来の時間軸の組み合わせからなる8×3マトリックス形式、およびそれらの形式を集約する形で提案されたコア・クエスチョン形式について、具体的なモデル事例8例の作成をした。その結果、コア・クエスチョン形式の各設問は、理論的には独立した項目であったが実際に作成すると重複する内容が多いこと、最終的な法律判断のうえでは考慮されない内容があることなどが明らかになり、広く利用されることを目指して、さらに洗練する必要があるものと考えられた。具体的に「機序」「診立て」からなる形式を新たに提案するに至った。今後はこれを基礎として、さらなる集約と目的に特化した、なおかつ利便性を向上させるために洗練を重ねる必要があると考えられる。

研究協力者

茨木丈博 神奈川県立精神医療センター

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。

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

B. 研究方法

平成30年度までに、医療観察法の処遇判断にあたっては、主にその審判の結論に焦点を当てた「医療観察法の3要件（または3要素）」とされる「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」と過去、現在、未来からなる時間軸の3×3マトリックス形式、および鑑定書で考慮すべき要素に焦点を当てた医療観察法37条2項に基づく8因子（a.

精神障害の種類、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)と過去、現在、未来からなる時間軸の8×3マトリックス形式の2つの形式を組み合わせることで検討することが合理的であることなどを確認した。

しかし、3×3マトリックス形式(3要件の結論)や8×3マトリックス形式(鑑定書で考慮すべき要素)はそれぞれ網羅的である一方で、それらの“表の穴埋め”では、作成者(鑑定医)も「何を聞かれているのか」という意図が見えにくく書くべきポイントが分かりにくいし、読者(とくに、裁判官と精神保健審判員と精神保健参与員)もそこからの「意見」を読み取りにくいという反省から、より直接的な質問形式であるコア・クエスチョン Core Questions(CQ)形式を提案した。

令和2年度には具体的な8つのモデル事例について、これらの3×3マトリックス形式、8×3マトリックス形式、コア・クエスチョン形式の整理にそった鑑定書例を作成し、さらに修正すべき点を確認することにした。

C. 研究結果

これまでに作成してきた3×3マトリックス形式、8×3マトリックス形式、およびコア・クエスチョン形式にそれぞれ8つのモデル事例をあてはめて作成した。その作成例を検討したところ、以下の点が問題となった。

- (1) 理論上、各項目は独立しているが、実際に作成してみると繰り返し部分が多い

- (2) 理論上は意味のある項目も、結局は法律判断に関係しない(と考えられる)部分が多い

このことから、さらに改善点として以下をまとめた。

- (1) 精神障害(と精神障害以外)の要因と対象行為との関係—「機序」に絞り込む
- (2) 精神障害(と精神障害以外)の要因への治療・介入方法の期待と限界—「診立て」に絞り込む

このことによるメリットとして以下の点をまとめた。

- (1) メリット 1 2つの項目だでの意味が理解しやすい
- (2) メリット 2 申立て以前に行われる責任能力鑑定での「機序」中心の内容との一貫性ができる
- (3) メリット 3 医療観察法での処遇開始後のいろいろな場面での「ケースフォーミュレーション」との一貫性も得られる
- (4) メリット 4 「機序」は対象行為を中心にした「疾病性」と「社会復帰要因」、そして「診立て」は今後を想定した「治療反応性」と「社会復帰要因」の整理にあたるものであり、ここから3要件に関する鑑定の結論意見も導きやすい
- (5) メリット 5 責任能力鑑定と医療観察法鑑定の一体化による手続きの簡素化、迅速化(たとえば鑑定入院の省略/短縮)の可能性も提案できる

今後は、さらに「機序」と「診立て」の

具体的な書き方、(整理とまとめかた)を確立する必要があると考えられる。

D. 考察

本研究を通じて「手引き」およびその手引きにそった鑑定書を作成するための書式の作成をすすめている。

今後は鑑定において集めた情報のまとめかた、「機序」の整理のしかた、記述のしかた、「診立て」における治療反応性と社会復帰要因への意見のまとめかたについて、実用的な手順と作成例を丁寧に示す必要があると考えられる。

鑑定書というのはいうまでもなく法律判断に資するものであるから、法曹、とりわけ最終的な判断をする立場にある裁判官に、手引きと書式に関する意見を求めることも必須といえるであろう。

また最終的に完成したものが実際の医療観察法審判の鑑定で適正に利用されるようにするためには、どのようなかたちで公開、提供するのがよいかという点についても、今後、検討を行っていく必要がある。

E. 結論

本研究を通じて作成する「手引き」は現在のところ未完成である。今後さらに検討を重ねたものについて、最高裁判所をはじめとする関係専門機関、専門家らの協力を仰ぎながら、完成を目指す計画である。

また、精神科医である医療観察法の鑑定医が医学的視点でまとめる「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」の3要件とそれをもとに裁判所が法律判断として示す「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」の3要件との関係については、あらためて別の研究課題として取り扱う計画である。

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

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

本研究において作成例の題材として研究成果のモデル事例をご提供いただきました小諸高原病院院長村杉謙次先生とその分担研究班の皆様に御礼申し上げます。また最高裁判所のご協力に深謝致します。

参考文献

なし

令和2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：

司法精神医療に関して、法制度からアウトカムまでを含む共通調査項目を策定し、ドイツの司法精神医療について、文献調査ならびに必要なに応じて研究者・実務担当者への聞き取り調査を行った。

ドイツでは、最近の法改正により、精神病院収容処分の長期収容者の収容継続要件の厳格化ならびに収容要件確認のための鑑定の鑑定人を治療者から独立した専門家に限定するという確認手続の厳密化が行われている。また、処分決定前に行われる仮収容中に症状が改善し、収容処分の要件を満たさなくなった者には収容処分は行われない。こうしたドイツの精神病院収容処分の最近の動向は、わが国の司法精神医療における複雑事例への対応を考えるうえでも貴重な示唆を与えるものと思われる。

研究協力者（順不同、敬称略）

山中友理	関西大学政策創造学部
藤井千代	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
菊池安希子	同上
小池純子	同上
平野美紀	香川大学法学部
椎名明大	千葉大学社会精神保健教育研究センター

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。

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、

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、令和2年7月15日で15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、

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。

B. 研究方法

令和元年度に引き続き司法精神医療に関する比較表作成のために、諸外国における司法精神医療の実態に関して調査を行った。令和元年度の本研究で作成した共通調査項目をもとに調査を行った。

当初は、イタリア、ドイツ、ニュージーランドを調査対象国に予定していたが、コロナ禍の影響もあり、最終的に調査が実施できたのは、ドイツのみであった。ドイツの精神医療・司法精神医療に造詣の深い研究者に依頼して、共通調査項目について、文献調査ならびにこれまでに行ったドイツの研究者・実務担当者への聞き取り調査の結果に基づいて情報を収集した。

C. 研究結果

ドイツの司法精神医療の特徴は、改善・保安処分として制度が刑法のなかに明確かつ詳細に規定されていることである。刑法の改善・保安処分のうち、自由の剥奪（施設への収容）を伴うものとしては、精神病院収容処分（63条）、禁絶処分（64条）、保安監置処分（66条）がある。このうち、わが国の医療観察法との比較で重要なのは、精神病院収容処分である。以下、精神病院収容処分について述べる。

わが国と同様に、ドイツ刑法においても責任能力は、生物学的要件（「病的な精神障害」等の存在）と心理学的要件（「弁別する能力」ないし「弁別に従って行動する能力」

の欠如）による混合的手法によって判断され、刑罰の対象とされない責任無能力者（刑法20条）と刑罰の減免の対象とされる限定責任能力者（刑法21条）とに分かれている。ただし、限定責任能力者に対する刑の減免は、わが国のような必要的減免ではなく、任意的減免である。

精神病院収容処分は、刑法上の処分であり、一般の精神科医療における非自発的入院とは異なり、また、刑罰とも異なる処分とされる。処分の要件は、責任無能力ないし限定責任能力であること、将来的に重大な他害行為を行う危険性があることであり、これらの要件があると認められると、裁判官は、判決と同時に精神病院収容処分を宣告する。精神病院収容処分の対象者は、保安処分執行施設である司法精神病院に収容される。なお、2016年の法改正により、過去の行為または将来的に予測される行為が重大な行為であることが要件として明示された。

責任能力や危険性の認定は、精神科医や心理学者などの専門家による鑑定に基づき裁判官が行う。鑑定は、刑法の鑑定留置の規定（刑法81条）に基づいて行われる。しかし、精神病院収容処分の言い渡しが強く予測される場合には、裁判所は、公共安全のために司法精神病院への仮収容（刑事訴訟法126a条）を命じ、そこで、鑑定が行われることもある。仮収容中に、精神病院収容処分の要件を満たさないことが判明した場合には、刑事訴訟法126条a3項の規定に基づき、仮収容は終了し、刑法上の処分は行われぬ。仮収容中に、精神病院収容処分の要件を満たすが、症状および危険性が改善されており施設への収容が不要と判断される場合には、刑法67条bの規定に基づき、精神病院収容処分の言い渡しと同時に執行猶予の判決が宣告され、対象者は、

自由剥奪を伴わない処分である行状監督（刑法 68 条以下）に付される。精神病院収容処分の要件を満たすと判断される場合には、司法精神病院に収容される。

精神病院収容処分は、刑事上の処分であり、退院請求はできない。入院期間に上限はないが、刑法 67e 条 1 項で 1 年ごとの入院継続の確認が必要とされている。入院継続の審査にあたり、裁判所は対象者が収容されている司法精神病院から鑑定意見を聴取しなければならない。精神病院収容処分の期間については、従来から刑との均衡（比例原則）が必要とされてきたが、2016 年の法改正により、収容が長期化（収容後 6 年、10 年経過）している事例については、裁判所による収容継続要件が厳格化された。また、収容要件確認に必要とされる鑑定意見について、その作成者を治療者から独立した専門家に限定するなど、継続要件の確認審査の厳密化も行われた。

司法精神病院では、自由制限の緩和（Vollzugslockerung または Lockerung）が処遇上重視されており、入院初期から処分の執行の猶予（仮退院）に向けて、段階的に自由制限を緩和し、徐々に社会内医療につなげる運用がなされている。緩和区分の変更にあたっては、執行官たる検察官および警察の意見を聞くこともあるが、最終的な決定は、司法精神病院の主導で行われる。緩和区分の最終段階では、仮退院の準備として、試験的居住体験の目的での長期休暇が認められることもある。

司法精神病院からの退院は、精神病院収容処分の執行の猶予（＝仮退院）という形式で行われ、司法精神病院を仮退院となった者は、行状監督に付される。仮退院の判断は、専門家の鑑定意見を基に裁判所が行う。行状監督の対象者には、遵守事項を指示することができ、そのなかには司法アフ

ターサービスを受けることという項目がある（刑法 68b 条 1 項 11 号）。司法アフターサービスを受けることは遵守事項であるため、違反する場合には、行状監督を無期限とすることもできる（刑法 68c 条 2 項 2 号）。

なお、詳細については、山中による報告（別紙）を参照されたい。

D. 考察

司法精神医療のあり方は、国によって異なり、法制度や医療の供給体制によって、どのような精神障害者を司法精神医療の対象とするのかについても大きな差がある。国際比較を行う場合に、こうしたシステムの相違を考慮せずに単純な数字の比較を行うことにはあまり意義はないといえよう。

わが国の医療観察法による医療においても、近年、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に対する対応の重要性が指摘されており、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事例については、重複障害コンサルテーションの実施、他の指定入院医療機関への転院や新たな高規格ユニットの設置が提案されている（村杉，2019）。

ドイツの精神病院収容処分は、責任無能力者もしくは限定責任能力者を対象としており、わが国の医療観察法と比較的類似した人を対象とした制度といえる。また、収容継続の要否に関する裁判所の審査はあるものの、収容期間に上限が設けられていない点も医療観察法の入院処遇に類似しているといえよう。ドイツの精神病院収容処分、特に長期収容者に対する最近の動向は、わが国の複雑事例に関する対応を考えるうえでも貴重な示唆を与えられる。

精神病院収容処分に関する最近の動向と

して注目されるのは、1) 対象となる触法行為を過去・将来の重大な他害行為に限定したこと、2) 仮收容の活用、3) 長期收容者の入院継続要件の厳格化と要件確認審査の厳密化、の3点である。

このうち、1) と 2) は、処分決定の判決前の審査の過程で、処分の対象者の選択をより厳密に行うことによって、処分の対象者自体を減らすための施策と考えることができよう。

1) の対象行為の限定については、医療観察法では制定当初から重大な他害行為に限定されており、わが国では、すでに実現されている。

2) の仮收容の活用であるが、ドイツの精神病院收容処分における仮收容は、わが国の医療観察法における鑑定入院制度に類似した性格を持つ制度といえよう。ドイツの仮收容後の処遇を医療観察法の審判決定になぞらえれば、仮收容中に精神病院收容処分の要件を満たさないことが判明した場合は不処遇に、要件を満たすが症状および危険性が改善されており施設への收容が不要と判断される場合は通院処遇（いわゆる直接通院）に、要件を満たすと判断される場合は入院処遇に相当するといえよう。医療観察法の通院処遇者に関する研究（大鶴分担班）によれば、直接通院事例の予後は、比較的よいことが示されている。その一方で、地域によっては、環境調整が十分に行われず、対象者の行き先がなかったためだけに入院処遇が選択されたのではないかと思われるような事例も存在している。鑑定入院中に適切な環境調整を行うことは、こうした安易な入院決定を減少させる効果があると思われる。適切な環境調整を行うためには、ある程度の時間をかけることとソーシャルワークを充実させることが必要であろう。時間に関して、医療観察法鑑定入

院の期間を現在より延長するという方法も考えられるが、処遇決定が遅れるというデメリットもあり、適切な方法とはいえないであろう。ソーシャルワークの充実に関しては、当初審判における社会復帰調整官の役割の見直しが考えられよう。現在、当初審判において、社会復帰調整官は生活環境の調査を行うが、調整は行わないとされている。しかし、医療観察制度も施行後 15 年以上が経過し、精神保健観察等を通じて社会復帰調整官のソーシャルワークの経験も増えている。地域において、付添人や鑑定入院医療機関のソーシャルワーカーにはないネットワークを持つ社会復帰調整官も少なくないものと思われる。精神保健観察等でつちかわれた社会復帰調整官の持つソーシャルワークの力を当初審判における調整に活用していくことも考えられてもよいのではなかろうか。

3) の長期收容者の入院継続要件の厳格化と要件確認審査の厳密化は、長期收容者の減少に直接資する施策といえよう。医療観察法でも 6 ヶ月ごとに入院継続の要否に関する審判が行われており、審判にあたっては指定入院医療機関からの意見書が提出されている。入院継続の要否に関する鑑定は、制度的には可能（医療観察法 51 条）となっており、実施されたケースもないわけではないようである。しかし、鑑定人の選任方法や治療者からの独立性などを含め、その実態は明らかではない。長期收容者の收容要件の確認のために必要とされる鑑定意見を治療者から独立した鑑定人に限定するなどのドイツにおける動向は、わが国の複雑事例への対応を考えるうえでも参考となるものと思われる。

E. 結論

司法精神医療に関して、法制度からアウ

トカムまでを含む共通調査項目を策定し、ドイツの司法精神医療について、文献調査ならびに必要なに応じて研究者・実務担当者への聞き取り調査を行った。

ドイツでは、最近の法改正により、精神病院収容処分の長期収容者の収容継続要件の厳格化ならびに収容要件確認のための鑑定の鑑定人を治療者から独立した専門家に限定するという確認手続の厳密化が行われている。また、処分決定前に行われる仮収容中に症状が改善し、収容処分の要件を満たさなくなった者には収容処分は行われない。こうしたドイツの精神病院収容処分の最近の動向は、わが国の司法精神医療における複雑事例への対応を考えるうえでも貴重な示唆を与えるものと思われる。

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：認知症高齢者の犯罪を考える 司法精神医学の立場から。最新精神医学 2020；25：404-412
- 2) 西中宏吏、五十嵐禎人：攻撃的行動の神経科学的研究の現状。精神科 2020；37：349-355

2. 学会発表

- 1) 五十嵐禎人：公認心理師への期待 — 司法精神医学の立場から。第 116 回日本精神神経学会学術総会，Web 開催，会期 2020. 9. 28
- 2) 五十嵐禎人：わが国の高齢者犯罪の現状と課題。第 16 回日本司法精神医学会大会，Web 開催，会期 2020. 11. 13
- 3) 西中宏吏，東本愛香，五十嵐禎人：更

生保護施設入所者を対象とした SAPROF の評価者間信頼性。第 16 回日本司法精神医学会大会，Web 開催，会期 2020. 11. 12-11. 13

- 4) 東本愛香，田中美以，高尾正義，山口保輝，西中宏吏，大場玲子，五十嵐禎人：保護観察所における性犯罪者処遇の在り方に関する調査，第 16 回日本司法精神医学会大会，Web 開催，会期 2020. 11. 12-11. 13
- 5) 菊池安希子，藤井千代，椎名明大，平野美紀，小池純子，河野稔明，五十嵐禎人：英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆。第 16 回日本司法精神医学会大会，Web 開催，会期 2020. 11. 12-11. 13

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

村杉謙次：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。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（研究代表者：平林直次）分担研究報告書。

ドイツの司法精神病院における処遇

関西大学 山中友理

本報告は、ドイツの司法精神病院における処遇について、法制度、処遇の実態、統計などを「共通調査項目」に沿って調査したものである。関連する法律の和訳¹は、イタリックで掲載している。なお、ドイツ刑法 63 条の精神病院収容処分の執行は、州の管轄事項となっており、州ごとに保安処分執行法、執行規則などが存在する。本報告では、ドイツ 16 州のうち、バイエルン州を主として、ベルリン州、ハンブルク州、ヘッセン州などの他の州についても併せて紹介している。

I. 法制度に関して

(1) 責任能力

責任能力については、刑法 20 条と刑法 21 条が規定している²。

刑法 20 条 (精神障害を理由とする責任無能力) 行為遂行時に、病的な精神障害、根深い意識障害、又は精神薄弱若しくはその他の重い精神的偏倚のため、行為の不法を弁別し又はその弁別に従って行為する能力がない者は、責任なく行為した者である。

刑法 21 条 (限定責任能力) 行為の不法を弁別し又はこの弁別に従って行動する行為者の能力が、第 20 条に掲げられた理由の一により、行為遂行時に著しく減弱していたときは、刑は、第 49 条 1 第 1 項により、減輕することができる。

日本と異なる留意点は、日本では、限定責任能力者に対しては、必要的減輕がなされるのに対して、ドイツでは、任意的減輕にとどまる点である。

(2) 責任能力の判断方法

責任能力は、刑法 20、21 条の内容からも明らかである通り、混合的方法で判定される。

¹ 法律の和訳については、法務省大臣官房司法法制部編「ドイツ刑法典」法曹会、平成 19 年が公刊されているが、その後、目まぐるしく法律が改正されており、内容の更新が必要となっている。法改正後の「ドイツ刑法典」および「ドイツ刑事訴訟法」の和訳に関しては、現在、公刊に向けて作業中である東京大学の樋口亮介教授らの（仮）和訳を引用させていただいた。本文において脚注 2 以外の和訳は、すべてこの（仮）和訳に依拠していることを記し、感謝申し上げる。なお、ドイツの条文は、§ 68b StGB と表記されており、和訳では、刑法第 68 条 b と表記されているが、本文においては、読みやすさを考慮して 68b 条としているが同一の条文である。

² 和訳は、法務省大臣官房司法法制部編「ドイツ刑法典」法曹会、平成 19 年。

弁識および制御能力は、条文上、どちらか一方でも欠けた場合には、責任無能力と、どちらか一方でも著しく減弱している場合には、限定責任能力となる。

II. 入院による司法精神医療

(1) 刑法 63 条精神病院収容処分

司法精神病院への入院医療、すなわち、保安処分としての精神病院収容命令は、刑法 63 条を根拠に言い渡される。刑法 63 条の条文は、2016 年に改正³されており、精神病院収容の要件として、過去の行為または将来的に予測される行為が重大な行為であることが必要となること、法文上明記されることとなった。

第 63 条 (精神科病院における収容)

責任無能力 (第 20 条) 又は限定責任能力 (第 21 条) の状態で違法行為が遂行された場合において、行為者によるその状態に基づく重大な違法行為が予期され、その違法行為が、被害者に精神的若しくは身体的に著しい損害を負わせ、若しくは著しい危険を生じさせ、又は深刻な経済的な損害をもたらすものであり、そのために行為者が社会にとって危険であることが、行為者及び行為の総合評価により認められるときは、裁判所は、精神科病院における収容を命じる。遂行された違法行為が第 1 文の意味における重大な行為でないときは、行為者が、その状態に基づいて、この意味における重大な違法行為を遂行するであろうという予期が、特別の事情に鑑みて正当化される場合に限り、裁判所は、その命令をする。

(2) 精神病院収容の法的手続、鑑定

精神病院収容は、保安処分であり、刑事裁判の判決において言い渡される。入院の決定権者は、当該事件を担当した裁判官である。刑事訴訟法には、一般に裁判官の判断には専門家の鑑定を要するとは規定されていないが、刑訴法 87 条以下の死体解剖など特定の場合には、専門家の鑑定または意見聴取が必要とされている。精神の状態を観察するために精神病院への入院を命じる場合には、専門家に意見を求める必要があるとされている (刑訴法 81 条 1 項)。また、最終的に精神病院への収容の言渡しがなされることがあらかじめ想定される場合には、鑑定が必要となる (刑訴法 80a 条、246a 条)。責任能力の判断には、通常、精神科医、場合によっては心理学の専門家による鑑定が求められる。また、最終的に精神病院への収容の言渡しがなされることがあらかじめ想定される者に対して、仮収容が可能である (刑訴法 126a 条)。

刑法第 80 条 a (起訴前手続における鑑定の準備)

³ 2016 年 8 月 1 日施行の「刑法 63 条による精神病院収容および他の規則の改正に関する法律」による。連邦政府による法案 Gesetzentwurf der Bundesregierung (Drs. 18/7244)。本法案は、修正されることなく成立した、BT-Drs. 18/8267。

被疑者を精神病院若しくは禁絶施設に收容し、又は保安監置に付することが予測されるときは、公判において行うべき鑑定のための機会を、起訴前手続においても鑑定人に与えるものとする。

刑法第 81 条（鑑定留置）

1. 裁判所は、鑑定人及び弁護人の意見を聴いた後、被疑者又は被告人の精神状態に関する鑑定の準備のため、被疑者又は被告人を公立の精神病院に收容し、観察させることができる。
2. 裁判所は、被疑者又は被告人が罪を犯したと疑うに足りる強い理由がある場合に限り、前項による命令を発する。裁判所は、事件の重大性及び予測される刑罰又は改善保安処分の重みと均衡を失する場合には、この命令を発してはならない。
3. 起訴前手続においては、公判手続の開始について管轄を有する裁判所が裁判する。
4. 決定に対しては、即時抗告をすることができる。この申立ては、執行停止の効力を有する。
5. 第 1 項による精神病院への收容は、合計して 6 週間を超えてはならない。

刑訴法第 126 条 a（仮收容）

1. ある者が責任無能力又は限定責任能力（刑法第 20 条、第 21 条）の状態で違法な行為を行ったこと、及び、その者の精神病院又は禁絶施設への收容が命じられるであろうことについて強い理由がある場合には、裁判所は、公共の安全のため必要なときは、收容状により、それらの施設への仮收容を命ずることができる。
2. 仮收容には、第 114 条から第 115 条 a まで、第 116 条第 3 項及び第 4 項、第 117 条から第 119 条 a まで、第 123 条、125 条及び第 126 条を準用する。高等裁判所が、仮收容の要件が存続しているか否かを審査するという条件の下で、第 121 条及び第 122 条が準用される。
3. 仮收容の要件が存続しなくなったとき、又は裁判所が判決において精神病院若しくは禁絶施設への收容を命じなかったときは、收容状は取り消されなければならない。上訴の申立てがあっても、釈放を遅延させてはならない。第 120 条第 3 項が準用される。
4. 被收容者に法定代理人又は民法第 1906 条第 5 項の代理人がいる場合には、第 1 項から前項までの裁判は、これらの者にも通知しなければならない。

刑訴法 246 条 a（收容の判断に先立つ鑑定人の尋問）

1. 被告人に対し精神病院への收容又は保安監置が命じられること、あるいはそれらが実施される可能性があることの予測があるときは、公判手続において、被告人の心身の状態と治療の見込みにつき、鑑定人を尋問しなければならない。裁判所が、被告人の禁絶施設への收容を命じることを検討する場合も同様である。

2. 刑法第 181 条 b に掲げる罪を理由として少年の不利益に公訴が提起され、かつ、刑事訴訟法第 153 条 a 又は刑法第 56 条 c、第 59 条 a 第 2 項第 1 文第 4 号若しくは第 68 条 b 第 2 項第 2 文により、被告人に精神的、心理的又は社会的な支援又は治療を受けさせることを内容とする指示事項（治療指示）の賦課が考慮される場合、鑑定人は、被告人がそれらの支援又は治療を必要とするかどうかを確認するため、被告人の状態及び治療の見込みについて尋問を受けるものとする
3. 鑑定人に被告人を診察する機会が以前になかったときは、公判前にその機会を与えなければならない。

入院の要否の判断基準は、刑法 20、21 条および刑法 63 条に明記されている。責任無能力もしくは限定責任能力であるということと、将来的に重大な再犯行為を行うことが予測されることである。ちなみに、保安処分と刑罰は、執行施設が異なるため、司法精神病院（精神病院収容処分の収容先）で精神障害受刑者が治療を受けるということはない。

(3) 精神病院収容の実態

a) 収容先の決定方法

ドイツでは、保安処分の執行は、州の管轄事項となっている。以下では、バイエルン州について紹介する。バイエルン州には、14 の保安処分執行施設が存在し、約 2,600 人が収容されている⁴。被収容者の収容施設は、バイエルン州保安処分執行法 45 条 2 項、および、「バイエルン州執行計画」⁵に則って、決められている。本執行計画 19 条よると、土地管轄は、地区 (Bezirk) に依拠しており、収容予定の者が居住または通常滞在している地区、もしくは、最後に拘禁されていた地区 (バイエルン州保安処分執行法 45 条 2 項 1 号)、および、収容予定の者が拘禁されている (バイエルン州保安処分執行法 45 条 2 項 2 号)、または、収容予定の保安処分執行施設が所在する地区 (バイエルン州保安処分執行法 45 条 2 項 3 号) により決定される。つまり、簡潔にいうと、主として被収容者の居住地に近い施設に収容される⁶。ただし、保安上高度な設備が必要となる被収容者は、一律にシュトラウビング地区精神病院 (Bezirkskrankenhaus Straubing) に収容されることになっている⁷。対象者は、1. とりわけ高度の保安を要する者、2. 加えて、逃亡および社会に対する危険性のために特別な安全措置によって逃走を回避すべき者、3. 収容中にスタッフや他の患者に対して重大な身体的暴行を加えることが予測される高度の危険性があるために、シュトラウビング地区精神病院への収容が必要となる者、4. 人や物に対して著しい暴行を用いて閉鎖病

⁴ Hinweis für unterbegrachtete Personen im Maßregelvollzug (Bayern), S. 12.

⁵ Vollstreckungsplan für den Freistaat Bayern (16.12.2019).

⁶ 前掲注 4, S. 12.

⁷ 前掲注 5。ただし、青少年および若年成人の依存症治療の対象者は、パースベルク地区精神病院への収容が優先される。

棟から逃走および逃走未遂を犯した者、5. 刑訴法 81 条の観察のために、シュトラウビング地区精神病院の特別な安全措置を要する被疑者である。当病院の 2019 年 9 月 19 日時点での被収容者数は、148 人となっている⁸。

b) 自由制限の緩和

司法精神病院は、病棟機能を分化している。ドイツでは、自由制限の緩和 (Vollzugslockerung または Lockerung) を処遇上重視しており、入院初期から処分の執行の猶予 (仮退院) に向けて、段階的に自由制限を緩和している。病棟のセキュリティーレベルは、それぞれの段階に応じて異なる。日本の医療観察法でいう回復期にあたる処遇は、疾病による専門分化を行っている場合もある。例えば、バイエルン州のオーバーバイエルン地区の司法精神病院イザー・アンバー・クリニック (かつてのハール地区精神病院) では、人格障害者や性犯罪者のうち、心理療法的アプローチを行う患者を収容する病棟があり、他の病棟では、精神科医が病棟の長であるが、当病棟では、心理士が長である⁹。

司法精神病院での治療の要は、上述の自由制限の緩和である。被収容者に対して、段階的に自由の制限をなくしていくことで、徐々に社会内医療につなげる運用がなされている。制限の緩和を決定する際には、司法精神病院の多職種チームが関わる¹⁰。緩和の区分を変更する際には、区分によっては、執行官たる検察官 (刑訴法 451 条 1 項) および警察の意見を聞くこともあるが、最終的な決定は、施設の主導で行う¹¹。バイエルン州には、例えば、特定の性犯罪者であるというような一定の要件を充たす者は、「特別な保安を要する者」に区分されることになるのだが、この者に対して制限の緩和を行う際には、多職種チーム以外に、専門家である第三者の見解が求められる¹²。バイエルン州の 2017 年および 2018 年 12 月末時点での制限緩和の区分の内訳と該当人数¹³は、表 1 (本文最後部参照) の通りである。とりわけ注目すべき点は、仮退院の準備として、試験的居住体験の目的での長期休暇が認められることである。居住体験は、民間の施設で行うことも可能となっている¹⁴。ドイツの保安処分の収容期間の統計には、社会内処遇への過渡期に当たる区分 D の該当者も含まれており、これらの者は、実際には、社会内で試験的生活を送っているため、実際には施設内に収容されているとはいえない。したがって、日本の収容期間の統計とドイツの統計を単純に比較して、ドイツの方が、施設内での収容期間が極めて長いと結論付けることはできないであ

⁸ Bayerischer Landtag Drs. 18/4438 (06.12.2019), S. 2.

⁹ 筆者が 2005 年に研修した際の情報。2014 年 9 月に調査で再訪したときも、当病棟は変わらず機能していた。

¹⁰ 前掲注 8, S. 5.

¹¹ 前掲注 8, S. 5.

¹² 前掲注 8, S. 5.

¹³ 前掲注 8, S. 6 の表を参照。

¹⁴ 前掲注 4, S. 35.

ろう。

治療の監査は、法的な側面では、重要な事項（収容継続の要否や仮退院の決定）については、裁判所の刑罰執行部¹⁵（刑訴法 462a 条、訴訟手続法 78a 条）の裁判官が行う。自由制限の緩和の区分の変更時には、刑罰執行官としての検察官が関わっている。例えば、バイエルン州における刑罰執行官たる検察官と警察の自由制限の緩和に対する決定の関わりは表 2¹⁶（本文最後部参照）のようになっている。医学的な側面では、定期的にスーパーバーザーによるスーパービジョンが行われている。

c) 収容期間と仮退院

精神病院収容処分は、刑事上の処分なので、退院請求はできない。入院期間に上限はないが、刑法 67e 条 1 項で 1 年ごとの入院継続の確認が必要となっている。精神病院収容処分は、法制度上も収容期間の個人差の大きい制度となっている。刑訴法 126a 条によって判決確定前に精神病院への仮収容を命じられた者の症状および危険性が改善された場合には、判決の言渡しと同時に執行を猶予することが可能となっている（刑法 67b 条）。ハンブルク州¹⁷は、刑法 63 条の精神病院被収容者に加えて、刑訴法 126a 条の仮収容者および刑法 64 条の禁絶処分の言渡しを受けた者も含めて、18 施設において定員 292 人の処遇を行っている。当州の刑訴法 126a 条の仮収容の年間収容者数は、2014 年は、15 人、2015 年は 17 人、2016 年は 17 人、2017 年は 23 人、2018 年の 6 月末時点で 27 人となっている。そして、仮収容を終了した者の数は、2014 年が 15 人、2015 年が 11 人、2016 年が 11 人、2017 年が 17 人、2018 年の 6 月末時点で 11 人となっている。仮収容を終了となった者の平均収容期間は、2014 年が 3.8 か月、2015 年が 6.6 か月、2016 年が 4.7 か月、2017 年が 6.3 か月、2018 年の 6 月末時点までに終了となった者は、6.3 か月であった。ハンブルク州の資料は、仮収容の実態を把握する上で参考になるものではあるが、判決が言い渡され、仮収容が終了となった者が、そのまま刑法 63 条の被収容者となったのか、刑法 67b 条により執行を猶予されたのかは、不明である。

d) 法改正後の収容継続要否の要件

¹⁵ 裁判所の部署名も検察官の役職も「刑罰執行」という名称であるが、職務内容として、保安処分の執行も含まれている、刑訴法 463 条 1 項（本文中に和訳あり）参照。刑罰執行部に関する簡潔な説明として、ボン地方裁判所（Landgericht Bonn）の HP：

[https://www.lg-](https://www.lg-bonn.nrw.de/aufgaben/Abteilungen/Strafvollstreckungskammer_70/index.php)

[bonn.nrw.de/aufgaben/Abteilungen/Strafvollstreckungskammer_70/index.php](https://www.lg-bonn.nrw.de/aufgaben/Abteilungen/Strafvollstreckungskammer_70/index.php) 参照。

¹⁶ 前掲注 4, S. 34 の表を参考に該当部分に○を付けている。区分の内容については、本稿表 1 参照。

¹⁷ ハンブルク州 Drs. 21/13957 (14.08.18).

2016年の法改正¹⁸後は、収容が長期化している者に対してさらなる収容が継続される場合には、比例原則に鑑み、収容期間が6年、および、10年経過した後は、それぞれ収容を継続するために求められる要件が厳格化されている（刑法67d条6項）。処分の執行の猶予（仮退院）は、専門家の鑑定を基に裁判所が決定する（刑法67d条6項）。刑訴法463条4項によると、入院継続の審査においては、対象者が収容されている保安処分執行施設の鑑定意見を取得しなければならない。裁判所は、精神病院への入院後3年ごとに、入院から6年経過後は2年ごとに、鑑定人の鑑定意見を求めるものとする。この改正は、関係者には、鑑定医の仕事を増やすものとして認識されている¹⁹。また、法文上、「鑑定人は、入院の実施において対象者の治療に関わった者、対象者が入院している精神病院で勤務している者、及び以前の審査において最後の鑑定書を作成した者であってはならない。入院の審査にあたって最初の鑑定書を委託される鑑定人は、入院及びその後の執行が命じられた手続において、鑑定書の作成をした者であってもならない」「鑑定は、法精神医学上の知識と経験を有する医学及び心理学の専門家にもみ委託される」という要件が付されている。有り余る鑑定人がいるわけではない現状においては、法律が求めるような「高度な要件」を充たす精神科医の数が足りないのではないかと不安視されている²⁰。なお、州の報告によると、鑑定費用については、2,000～8,000ユーロの開きがあるが、中央値は、2,500～5,000ユーロとなっている²¹。

第67条b（命令と同時になされる執行猶予）

1. 裁判所が精神科病院又は禁絶施設における収容を命じた場合において、特別の事情に鑑みて、その執行猶予により、その処分の目的が達成可能であろうという予期が正当化されるときは、裁判所は、その執行を同時に猶予する。行為者が、その処分と併せて言い渡され、かつ、その執行が猶予されていない自由刑になお服さなければならないときは、その処分の執行は猶予されない。
2. 前項の執行猶予により行状監督が開始する。

刑法第67条d（収容の期間）

1. 禁絶施設における収容は、2年を超えてはならない。期間は、収容の開始から進行する。自由刑と併せて命じられた自由剥奪処分がその自由刑よりも前に執行されるときは、処分の執行期間が刑に算入される限りにおいて、その収容の上限は、自由刑の期間分に

¹⁸ 前掲注3参照。

¹⁹ Kröber, H.-L. „Der reformierte § 63 StGB“ Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2016), 10, S. 213 f.

²⁰ 前掲注19, S. 213 f.; Pfister, W. „Neues (und nicht so Neues) im Recht der Unterbringung nach § 63 StGB“ Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2017), 11, S. 38.

²¹ 前掲注3 Drs. 18/7244, S. 3.

において延長する。

2. 収容期間の上限が定められていない場合又はその期間が未だ経過していない場合において、被収容者が処分執行外で、重大な違法行為を遂行しないであろうと予期できるときは、裁判所は、更なる収容の執行を猶予する。保安監置における収容の執行が開始された後、被収容者において、遅くとも6月以内で裁判所が定めた期間の経過までに、第66条c第1項第1文の意味における十分な世話を行為者に提供していないことから、更なる処分の執行が比例性に反することを裁判所が認定したときも、前文と同様とする；十分な世話が提供されていないときは、執行猶予の審査に際して提供されるべき措置を示しつつ、その期限を裁判所が設定する。第1文又は第2文による執行猶予に伴い、行状監督が開始する。
3. 保安監置の収容が10年間執行された場合において、被収容者が被害者の精神又は身体を著しく侵害する重大な犯罪行為を遂行する危険性が存在しないときは、裁判所は、処分の終了を宣告する。その収容執行からの釈放に伴い、行状監督が開始する。
4. 収容期間の上限が経過したときは、被収容者は釈放される。その処分は、これにより終了する。その収容執行からの釈放に伴い、行状監督が開始する。
5. 禁絶施設の収容において、第64条第2文の要件が存在しなくなったときは、裁判所は、処分の終了を宣告する。その収容執行からの釈放に伴い、行状監督が開始する。
6. 精神科病院の収容の執行が開始された後、処分の要件が存在しなくなったこと、又は更なる処分の執行が比例性に反することを裁判所が認定したときは、裁判所は、処分の終了を宣告する。その収容が6年間執行された場合において、被収容者が、その者の状態に基づき、被害者の精神若しくは身体を著しく侵害し、又は被害者の精神若しくは身体に対して著しい侵害をもたらす危険を生じさせる重大な違法行為を遂行する危険性が存在しないときは、その継続期間は、原則として、比例性に反するものとなる。その収容が10年間執行されたときは、第3項第1文を準用する。その収容執行からの釈放に伴い、行状監督が開始する。その対象者において、行状監督を付きなくとも、再び犯罪行為を遂行することはないであろうと予期されるときは、裁判所は、行状監督の不開始を命じる。

刑法第67条e（審査）

1. 裁判所は、更なる収容の執行を猶予するか、又は終了を宣告するかに関して、いつでも審査することができる。裁判所は、定められた期間が経過する前に、それを審査しなければならない。
2. 前項の期間は、
禁絶施設における収容の場合において、6月、
精神科病院における収容の場合において、1年、
保安監置における収容の場合において、1年であり、それが10年収容執行後は、9月

とする。

3. 裁判所は、その期間を短縮することができる。裁判所は、法定の審査期間内で、その経過前に審査の申請が許されない期間も定めることができる。
4. 期間は、収容の開始により進行する。裁判所が執行猶予又は終了の宣告を拒否したとき、期間は、その裁判をもって新たに開始する。

刑訴法第 463 条（改善保安処分の執行）

1. 刑の執行に関する規定は、改善保安処分の執行についても、別段の定めがない限り、その趣旨に応じて準用する。
2. 第 453 条は、刑法第 68 条 a から第 68 条 d までの規定により行われるべき裁判にも適用する。
3. 第 454 条第 1 項、第 3 項及び第 4 項は、刑法第 67 条 c 第 1 項、第 67 条 d 第 2 項、第 3 項、第 67 条 e 第 3 項、第 68 条 e、第 68 条 f 第 2 項及び第 72 条第 3 項により行われるべき裁判にも適用する。刑法第 68 条 e の場合には、改善保安処分の言渡しを受けた者の口頭による聴聞は、必要でない。第 454 条第 2 項は、裁判所が保安監置について裁判しなければならないときには、刑法第 67 条 d 第 2 項、第 3 項及び第 72 条第 3 項の場合には、そこに掲げられている罪名とはかかわりなく、また、第 67 条 c 第 1 項第 1 文の要件の審査においては、裁判所が猶予を検討するか否かに関わりなく、これを準用する。それ以外の場合には、そこに掲げられている罪名について、第 454 条第 2 項が準用される。裁判所は、刑法第 67 条 d 第 3 項による裁判及びそれに引き続く第 67 条第 2 項による裁判の準備のため、特に対象者が重大な違法行為を更に行うか否かについて、鑑定人の鑑定意見を求めなければならない。保安監置のための収容が命じられる場合であって、対象者に弁護人がないときは、裁判所は、刑法第 67 条 c 第 1 項の裁判を行う前の適切な時期に、弁護人を任命する。
4. 刑法第 67 条 e による精神病院への入院（刑法第 63 条）の審査においては、対象者が収容されている改善保安処分執行施設の鑑定意見を取得しなければならない。裁判所は、精神病院への入院後 3 年ごとに、入院から 6 年経過後は 2 年ごとに、鑑定人の鑑定意見を求めるものとする。鑑定人は、入院の実施において対象者の治療に関わった者、対象者が入院している精神病院で勤務している者、及び以前の審査において最後の鑑定書を作成した者であってはならない。入院の審査にあたって最初の鑑定書を委託される鑑定人は、入院及びその後の執行が命じられた手続において、鑑定書の作成をした者であってもならない。鑑定は、法精神医学上の知識と経験を有する医学及び心理学の専門家にのみ委託される。鑑定人は、入院中の者に関する病院の患者情報を閲覧することができる。第 454 条第 2 項が準用される。弁護人がない対象者に対しては、第 2 文により、鑑定人の鑑定書が作成される入院の審査のために、裁判所が弁護人を任命する。
5. 第 455 条第 1 項は、精神病院への入院を命ずるときには、適用しない。禁絶施設への収

容又は保安監置が言い渡され、かつ、その言渡しを受けた者が精神病になったときは、その処分の執行を延期することができる。第 456 条は、保安監置が言い渡されたときには、適用しない。

6. 第 462 条は、刑法第 67 条第 3 項、第 5 項第 2 文、第 6 項、第 67 条 a、第 67 条 c 第 2 項、第 67 条 d 第 5 項、第 6 項、第 67 条 g、第 67 条 h、第 69 条 a 第 7 項、第 70 条 a、第 70 条 d により行われる裁判にも適用する。刑法第 67 条 d 第 6 項の場合には、対象者から口頭での意見聴取を行う。対象者によって重大な違法行為が行われる危険があるときは、裁判所は、刑法第 67 条 h 第 1 項及び第 2 項による処分の命令が即時に執行可能であることを宣言する。
7. 第 462 条 a 第 1 項の適用に関しては、刑法第 67 条 c 第 1 項、第 67 条 d 第 2 項から第 6 項及び第 68 条 f の場合における行状監督は、残刑の執行猶予と同じとする。
8. 保安監置が執行される場合には、裁判所は、弁護人のいない対象者に対して、執行の場面でなされる裁判所の裁判に関する手続のために、弁護人を任命する。任命は、裁判所による最初の裁判前の適切な時期に行われなければならないが、任命が取り消されない限り、その後のすべての手続においても効力を有する。

III. 地域における司法精神医療

(1) 司法アフターサービスの導入

精神病院収容処分の執行が猶予（仮退院）となった者は、自由剥奪を伴わない保安処分である行状監督に付されることになっている（刑法 68 条以下）。行状監督は、対象者に遵守事項を指示することができるが、その指示の中に司法アフターサービス²²（法文上は、Forensische Ambulanz。Forenische Nachsorge と呼ばれることも）を受けることという項目がある（刑法 68b 条 1 項 11 号）。司法アフターサービスを受けることは遵守事項であるため、違反する場合には、行状監督を無期限とすることもできる（刑法 68c 条 2 項 2 号）。かつては、アフターサービスの通院は、司法精神病院で実施しているところと一般精神医療で実施しているところに分かれていたが、患者の特徴から、一般精神医療での受け入れを拒まれることも多かった²³。そこで、2007 年の行状監督制度の改革²⁴を機に司法精神病院で引き続き通院も行われることとなった。バイエルン州²⁵では、アフターサービスの通院は、

²² 司法アフターサービスは、犯罪被害者にも提供されている。例えば、ラインランド・プファルツ州では、性犯罪者の被害にあった女性および児童の証拠の保管が公判手続とは別に行われている、Landtag Rheinland-Pfalz Drs. 16/2858 (08.10.2013)。

²³ イザー・アンバー・クリニック（かつてのハール地区精神病院）HP : <https://kbo-iaak.de/omdex.php?id=428> 参照。

²⁴ 町野朔・山中友理「ドイツにおける行状監督制度の改革—わが国の更生保護と医療観察制度のゆくえを見据え—」刑事法ジャーナル第 10 号（2007 年 12 月）37-46 頁参照。

²⁵ バイエルン州では、司法アフターサービス通院は、2009 年 1 月 1 日から実施されているという、Verband der bayerischen Bezirke による 2011 年 3 月 28 日の講演資料 “Das

バイエルン州の保安処分執行施設で引き続き行われることが多い²⁶。ベルリン州では、司法的治療的外来がシャリテ病院で行われている²⁷。ハンブルク州では、アスクレピオス・クリニック・ノルド（オホセンツォル）司法精神病院で実施されており、定員は150人となっている²⁸。ザクセン・アンハルト州では、社会治療施設（刑事施設）および保安処分施設から出てきた者²⁹に対して、FORENSA（場所は、ハレとマクデブルクに所在）で定員100人に対して、司法上のアフターケアを提供している³⁰。対象者は、身体および生命に対する、または、性的な自己決定権に対する重度の犯罪を行い、収容もしくは受刑中に犯罪関連の治療（セラピー）を修了した者である³¹。

ドイツでは患者の同意に基づかない治療行為については、原則的に入院医療によるものに限定されている³²。身体拘束については、連邦行刑法で、被拘束者の人権をより強化する形での改正が見込まれている³³。アフターサービス通院時に、危機的状況に陥った場合には、刑法68h条で、危機介入が規定されている。アフターサービス通院における医療の内容は、服薬治療、個人療法、集団療法などである。地域における支援の担い手は、行状監督所、保護観察官、司法精神病院、司法アフターサービス、グループホームなどの福祉法人が挙げられる。

(2) 司法アフターサービスに関する調査

System der Forensischen Ambulanzen in Bayern” および Bezirkskliniken Mittelfranken HP : <https://www.bezirkskliniken-mfr.de/fachbereiche/forensische-psychiatrie/>参照。地区精神病院単位では、イザー・アンバー・クリニクム（かつてのハール地区精神病院）では、1996年から実施されている、前掲注23 HP 参照。

²⁶ 前掲注4, S. 16.

²⁷ 対象者、処遇内容などの詳細は、https://www.forensik-berlin.de/leistugen/forenisisch_therapeutische_nachsorge/参照。

²⁸ ハンブルク州 Drs. 21/13957 (14.08.18).

²⁹ 詳細は、ベルンブルク（刑法64条）およびウフトスプリング（刑法63条）の保安処分執行病院、ブルク刑務所の保安監置（刑法66条）および、ブルク刑務所およびラスニッツ少年拘禁施設の社会治療施設から出てきた者である。ザクセン・アンハルト州以外の保安処分執行病院や社会治療施設を出てきて、ザクセン・アンハルト州に居住する者もアフターサービスを受けることができる、Landtag von Sachsen-Anhalt Drs. 7/5030 (08.10.2019), S. 6.

³⁰ 前掲注30, S. 1, 2, 6.

³¹ 前掲注30, S. 6.

³² 山中友理「日独の精神科患者の自己決定権と強制治療」井田良＝川口浩一＝葛原力三＝塩見淳＝山口厚＝山名京子（編集委員）「山中敬一先生古稀祝賀論文集〔下巻〕」（2017年・成文堂）519-540頁参照。

³³ Gesetz zur Stärkung der Rechte von Betroffenen bei Fixierungen im Rahmen vom Freiheitsentziehungen vom 19. Juni 2019: BGBl I 2019 Nr. 23, 840 ff.

Baul/ Kinzig の調査³⁴によると、2011、2012 年の調査期間に連邦全土で 68 の司法アフターサービス外来機関が存在する。アフターサービスを受けるまでの待機期間は存在しないが、およそ 4 分の 1 の対象者のアフターサービス外来機関が対象者の居住地から 160 キロ以上も離れた場所にあることが報告されている。アフターサービス外来機関の対象者の疾病内容は、統合失調症 (60%)、物質依存 (67.8%)、人格障害 (74.5%) となっている。

2009 年にエアランゲン司法精神医療病院が連邦全土に期日調査³⁵を行ったところ、2019 年 4 月 15 日の期日に連邦全土で 24 の専門外来機関が回答し、548 人の患者のデータが集計された。これは、全司法アフターサービスの患者のうちの 20%に該当する。これらの者は、アフターサービスを受ける前に、平均して、78.4 か月保安処分執行施設に収容されていた。ただし、各々の収容期間は、0~427 か月と幅がある。また、回答期日において、平均で約 22 か月間アフターサービス外来を受けていることが分かった。半数以上の者 (53.98%) の主診断が ICD-10 の F2 の統合失調症圏となっている。上述の通り、司法アフターサービスは、行状監督制度と表裏一体の関係にある。当調査の患者のうち 88.6%に対して、保護観察官がついており、99.1%が行状監督下にあった。アフターサービスでは、99.1%の患者に対して、直接的な個別の面会で対応している。新たな犯罪による再犯率は、約 5%とかなり低くなっている。外来期間中の患者は、およそ 3 人に 1 人の割合で危機的状況に陥るが、それらのうちの大部分は、通院処遇で対処することができる。

刑法第 68 条 (行状監督の要件)

1. 法律が特に行状監督を定めている犯罪行為を理由として、6 月以上の有期自由刑が科せられた者が再び犯罪行為を遂行するであろう危険が存するときは、裁判所は、その刑と併せて行状監督を命じることができる。
2. 法律上、行状監督を必要とする規定 (第 67 条 b, 第 67 条 c, 第 67 条 d 第 2 項から第 6 項まで、及び第 68 条 f) の適用は、妨げない。

第 68 条 a (行状監督所, 保護観察官, 司法精神科外来)

1. 行状監督に付された者は、行状監督所の監督に服する; 行状監督の期間について、その者のために、裁判所は、保護観察官を選任する。
2. 保護観察官と行状監督所は、相互の了解の下、行状監督に付された者のために、援護及び世話をもち、支援する。
3. 行状監督所は、裁判所の了解の下、保護観察官の助力を受けて、行状監督に付された者

³⁴ „3. Organisatorische Umsetzung der Führungsaufsicht; strafprozessuale Kompetenzen der Führungsaufsichtsstelle (Kap. III und IV) “: in *Baur, A. / Kinzig, J.* „Rechtspolitische Perspektiven der Führungsaufsicht, Eine Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse der undesweiten Evaluation der Führungsaufsicht “ (2014).

³⁵ *Hahn, G. / Wörthmüller, M.* „Forensische Nachsorgeambulanzen in Deutschland “ (2011), ZKS-Verlag.

の行動と指示の履行を監督する。

4. 行状監督に付された者のための援護と世話に関する問題において、行状監督所と保護観察官の間に了解が得られないときは、裁判所が判断する。
5. 裁判所は、行状監督所及び保護観察官に対し、その活動に関して、指図することができる。
6. 第145条a第2文が定める告訴が申し立てられる前に、行状監督所は、保護観察官を聴取する；第4項は適用しない。
7. 第68条b第2項第2文及び第3文の定める指示が与えられるときは、第2項に掲げる者の了解の下、司法精神科外来も行状監督に付された者の援護及び世話に当たる。その他の場合において、第3項及び第6項は、保護観察官の役割に関する限りにおいて、司法精神科外来にも準用する。
8. 第1項に掲げるもの並びに司法精神科外来の第203条第1項第1号、第2号及び第6号に掲げる従事者は、行状監督に付された者が再び犯罪行為に陥らないための援護に必要な不可欠な限りにおいて、第203条により保護される関係性の枠組み内で委ねられ、又はその他の方法で知った他人の秘密を相互に開示する。それに加えて、司法精神科外来の第203条第1項第1号、第2号及び第6号に掲げる従事者は、
 - 1) 行状監督に付された者が第68条b第1項第1文第11号の定める受診指示を遵守しているか、又は第68条b第2項第2文及び第3文の定める指示の範囲内で治療に参加しているかを監督するために必要不可欠であり、
 - 2) 行状監督に付された者の行動又は状況から第67条g、第67条h又は第68条c第2項若しくは第3項の定める措置が必要であると思われ、又は、
 - 3) 第三者への生命、身体の不可侵性、人身の自由又は性的自己決定に対する重大かつ現在の危険を回避するために必要である

と思慮する限りにおいて、行状監督所及び裁判所に対して、その秘密を開示する。

第1文並びに第2文第2号及び第3号の場合において、司法精神科外来の従事者により開示された第203条第1項の意味における事実は、これらの規定に掲げる目的においてのみ用いることができる。

刑法第68条b（指示）

1. 裁判所は、行状監督に付された者に対して、行状監督の期間又はそれよりも短い期間、
 - 1) 行状監督所の許可なく、居住地若しくは滞在地、若しくは一定の地域を離れないこと、
 - 2) 再び犯罪行為を遂行する機会若しくは誘因を提供しうる一定の場所に滞在しないこと、
 - 3) 被害者若しくは再び犯罪行為を遂行する機会若しくは誘因を提供しうる一定の人若しくは一定の集団に属する人と接触しないこと、交際しないこと、それらの者を雇用しないこと、職業教育しないこと若しくは宿泊させないこと、

- 4) 場合によっては犯罪行為のために濫用しうる一定の活動をしないこと,
- 5) 再び犯罪行為を遂行する機会若しくは誘因を提供しうる一定の客体を所持しないこと, 携帯しないこと若しくは保管させないこと,
- 6) 場合によっては犯罪行為のために濫用しうる原動機付乗物若しくは一定種類の原動機付乗物若しくはその他乗物を保有しないこと若しくは運転しないこと,
- 7) 一定の時期に, 行状監督所, 一定の官署若しくは保護観察官の下に出頭すること,
- 8) 住居又は職場を変える毎に遅滞なく行状監督所に報告すること,
- 9) 就労していない場合において, 所轄の職業安定所その他職業紹介所に出頭すること,
- 10) 一定の事実を理由として, アルコール飲料その他酩酊物質の摂取が再び犯罪行為を遂行することに寄与しうるものと想定される場合において, これらの物質を摂取しないこと, 及び, 身体的侵襲を伴わないアルコール検査又は嗜癖物質検査を受けること,
- 11) 一定の時期に, 又は一定の間隔において, 医師, 心理療法士若しくは司法精神科外来の診察を受けること, 又は,
- 12) 滞在地の電子的監視に必要な技術的手段を常時, 稼働状態に設定しておくこと及びその機能を阻害しないこと

について, 指示することができる。

裁判所は, その指示において, 禁止される行動又は要求される行動を明確に定めなければならない。第1文第12号が定める指示は, 第5文の場合を除き,

- 1) 3年以上の自由刑若しくは併合自由刑の満期執行を理由として, 又は処分の終了を理由として, 行状監督が開始され,
- 2) 第66条第3項第1文に掲げる種類の1個又は数個の犯罪行為を理由として, 自由刑若しくは併合自由刑が科され, 又は処分収容が命じられ,
- 3) 行状監督に付された者において, 第66条第3項第1文に掲げる種類の犯罪行為を再び遂行する危険性が認められ, かつ,
- 4) 刑事訴訟法第463条a第4項第2文に定めるデータ利用の可能性を通じて, 特に第1文第1号又は第2号で課された指示の遵守の監督を通じて, 行状監督に付された者が第66条第3項第1文に掲げる種類の犯罪行為を再び遂行することを防ぐために当該指示が必要であると思われるとき

に限り許される。

第3文第2号と併せた第1号の要件は, 第68条e第1項第1文に掲げる行状監督の終了とは無関係に認められる。第3文第1号にかかわらず, 各則編第1章又は第7章に定められた1個又は数個の犯罪行為を理由とするときは, 2年の自由刑若しくは併合自由刑が科せられたことをもって足りる; 第129条b第1項が併せて適用される場合を含めた第129条a第5項第2文に定められた犯罪行為も, 第3文第2号から第4号までに掲げる犯罪行為に含まれる。

2. 裁判所は, 行状監督に付された者に対して, 行状監督の期間又はそれよりも短い期間に

ついて、特に職業教育、就労、余暇、経済状態の調整又は扶養義務の履行に関連する指示を更に付与することができる。裁判所は、行状監督に付された者に対して、精神医学的、心理療法的又は社会療法的な世話及び治療を受ける指示を与えることができる（治療指示）。世話及び治療は、司法精神科外来で行うことができる。第56条c第3項は、身体侵襲を伴うアルコール検査又は嗜癖物質検査に服する指示にも準用する。

3. 指示に際しては、行状監督に付された者の生活状況に対して期待することができない要求をしてはならない。

4. 第68条e第1項第1文第3号により、既に行われている行状監督が新たな行状監督の開始によって終了するときは、裁判所は、前の行状監督の枠組みで与えられた指示も裁判の中に含めなければならない。

5. 第1項第11号の場合における世話又は第2項の場合における治療が司法精神科外来により行われない限りにおいて、第68条a第8項を準用する。

第67条h（期限付きの再執行：危機介入）

1. 収容から釈放された者が、その状態を急速に悪化させ、又は再び嗜癖行動に陥り、かつ、第67条gによる取消しを避けるために必要であるときは、行状監督の期間中に、上限3月の期間、猶予された第63条又は第64条による収容を再び執行することができる。第1文の要件の下で、裁判所は、この措置の更新を命じること又は期間を延長することができる；この措置の期間は、合計で6月を超えてはならない。第67条g第4項を準用する。

2. 裁判所は、その措置の目的が達成されたとき、第1項により定められた期間の経過前に、その措置を取り消す。

IV. 司法精神医療における治療について

司法精神医療における治療については、統合失調症および感情障害の患者に対しては功を奏しているが、人格障害者や性的倒錯者に対して治療効果が出るには長い時間を要するという³⁶。別の調査結果³⁷によると、急性期の精神疾患（統合失調症）の患者は、人格障害を伴っていない限りは相対的に、仮退院を認められやすいという。反対に、慢性的な発達障害の患者は、とりわけ性犯罪関連で収容を命じられている場合には、仮退院が認められにくくなっている。

司法精神医療における治療に関するガイドラインは、精神科医らで構成されている学際的な研究チーム DGPPN³⁸によって作成され、オンライン公開されている「刑法63、64条によ

³⁶ Müller, J. L. „Forensische Psychiatrie: Maßregelrecht auf dem Prüfstand“ Dtsch Arztebl 2019, 116 (39).

³⁷ Schalast, N./ Seifert, D./ Leygraf, N. „Patienten des Maßregelvollzugs gemäß § 63 StGB mit geringen Entlassungsaussichten“ Forens Psychiatr Psychiol Kriminol 1 (2007) S. 41.

³⁸ DGPPNの構成員などの詳細は、<https://www.dgppn.de/>（英文あり）参照。

る保安処分における治療に関するスタンダード」³⁹がある。保安処分の目的上、治療の目標は、本人の改善と危険の除去による社会の安全の確保である。治療の進捗状況については、多職種チームで会議が行われ把握されている。リスクアセスメント・ツールとしては、性犯罪者に対しては、Statistik99 および Stable-2007、その他として、PCL-SV、HCR-20、Acute-2007 などが用いられている⁴⁰。

V. 司法精神医療に関するアウトカムとデータ

精神病院収容処分に関する研究結果は、専門誌等で公刊されており、一部は、本稿でも紹介した⁴¹。司法精神病院の収容期間などは、2014 年度までは、政府の統計がとられていたが、現在は、州単位のものしかない。

(1) 収容者数および平均収容期間の統計

刑法 63 条精神病院収容処分に関する統計を紹介する。収容者数⁴²は、1990 年は 2,489 人、2000 年は 4,098 人、2010 年は 6,569 人である⁴³。平均収容期間は、2008 年が 6.2 年で、2012 年は 8 年となっている⁴⁴。上述の通り、収容の長期化は、比例原則に反することになり、収容者数の増加の一因ともなることから、収容期間の短期化する目的で、2016 年には刑法改正が行われている⁴⁵。しかしながら、現時点では、改正法の収容期間の短縮化への影響を証明するような統計は存在しない⁴⁶。

州単位の統計として、ヘッセン州のハイナ司法精神病院 (VITOS クリニック機構) の統計

³⁹ „Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB“ Nervenarzt DOI 10. 1007/s00115-017-0382-3 (2017).

⁴⁰ Qualitätsbericht 2019, VITOS Klinik für Forensische Psychiatrie Haina, S. 40.

⁴¹ 本稿で紹介したもの以外として、例えば、ニーダーザクセン州の保安処分執行における自由制限の緩和についての分析は、Neumann, M./Heintzsch, R./Glaubitz, C./Killig, L./Schumann, R./Bliesener, T. „Analyse der Vollzugslockerungen im niedersächsischen Maßregelvollzug, Kriminologisches Forschungsinstitut Niesersachsen e. V. (2019)、保安処分執行終了後の再犯要因と再犯防止要因については、Walde, P./Lungwitz, V. „Rückfallbegünstigende und rückfallprotektive Faktoren nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug“ Forens Psychiatr Psychol Kriminol (2020) 14, S. 344 ff.

⁴² 連邦の統計は、2013/2014 年以降取られていない。最終の統計報告は、Strafvollzugsstatistik Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) 2013/2014, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2015.

⁴³ Antwort der Bundesregierung (BT-Drs. 19/4959), S. 1.

⁴⁴ 前掲注 43, S. 1.

⁴⁵ 注前掲 3 参照。

⁴⁶ Deutscher Bundestag Drs. 19/4959 (12.10.2018); Deutscher Bundestag Drs. 19/22422 (15.05.2020).

内容⁴⁷を紹介する。ヘッセン州の保安処分執行法4条によると、ハイナ司法精神病院には、ヘッセン州で刑法63条の言渡しを受けた男女が収容されている。被収容者たちは、場合によっては、ハイナでの処遇終了後に、リードシュタット司法精神病院（VITOS クリニック機構）またはエルトヴィレ司法精神病院（VITOS クリニック機構）に移送されることもある。当院には、2019年12月末時点で、341人が刑法63条の言渡しを受け、治療を受けていた。2019年度の被収容者の平均収容期間は、3.47年となっている。ハイナ司法精神病院に、ハイナでの処遇終了後の転院先であるリードシュタット司法精神病院（VITOS クリニック機構）またはエルトヴィレ司法精神病院（VITOS クリニック機構）の在院者も合わせると、2019年12月末時点で、刑法63条の被収容者は495人で、平均収容期間は、5.97年であった⁴⁸。これらの統計から、ヘッセン州では、ハイナ司法精神病院が保安処分対象者の処分言渡し直後の収容先、すなわち、日本の医療観察法でいうところの急性期病棟のような役割を果たしていることがわかる。

ベルリン州の刑法63条の被収容者の退院時までの平均収容期間は、2013年は2,940日、2014年は3,499日、2015年は3,611日、2016年は3,439日、2017年は3,630日、2018年は2,965日となっている⁴⁹。

ハンブルク州における、刑法63条の被収容者（在院者）の平均収容期間は、2017年12月末時点で、76.8か月、2018年11月19日時点で、81.2か月となっている⁵⁰。

司法アフターサービスの導入以降、保安処分執行病院の収容期間が短縮されることが多いことが報告されている⁵¹。ノルドライン・ウェストファーレン州のラインランドの司法アフターサービス外来（ドューレン、エッセン、ランゲンフェルド）を調査⁵²したところ、保安処分施設における収容期間は、5.7年となっており、当時の連邦全土の平均収容期間よりも半年ほど短くなっていたが、これが司法アフターサービスの成功によるものかについては証明できていない。

(2) 再犯調査

再犯調査として、バイエルン州オーバープファルツ地区の医療施設が、2011～2018年にバイエルン州のかつての刑法63条の患者を調査⁵³したところ、仮退院後1年以内では、85%が精神病理学的に安定しており、再犯も行われていなかった。反対に、2.44%が、仮退院後に精神病理学的に悪化し、精神の病気に起因する犯罪行為を行っており、新たに訴追されて

⁴⁷ 前掲注40, S. 14.。

⁴⁸ 前掲注40, S. 15.

⁴⁹ Berlin州 Drs. 18/17449 (01.02.2019).

⁵⁰ 前掲注17.

⁵¹ 前掲注25 Bezirkskliniken Mittelfranken HPによる。

⁵² Seifert, D./Schiffer, B./Leygraf M. „Plädoyer für die forensische Nachsorge“ Psychiat Prax 2003, 30, S. 240.

⁵³ 前掲注8, S. 3.

いた。

(3) 司法精神病院のスタッフ

病棟のスタッフは、医師、看護師、心理士、ソーシャルワーカー（社会教育士）、作業療法士、音楽療法士、芸術セラピストなどである。ハンブルク州のアスクレピオス・クリニック・ノルドのスタッフの内訳は、医師、看護師、心理士、社会教育士、作業療法士、スポーツ療法士、ソーシャルワーカー、事務員となっている⁵⁴。

(4) 精神病院収容処分の費用

保安処分の執行に関しては、州の管轄事項であり、保安処分の費用は、保険で賄えない分に関しては、公費で負担することになっている⁵⁵。入院費用は、州ごとに異なる。バイエルン州の2014年度の予算は、約270万ユーロとなっている⁵⁶。州の報告によると、司法精神病院の収容に際して、1人当たり1日にかかる費用は、232.22～357.78ユーロとなっており、平均は、1人当たり1日につき約280ユーロである⁵⁷。バイエルン州の1人当たり1日にかかる費用は、2010年が235.64ユーロ、2011年が232.76ユーロ、2012年が230.29ユーロ、2013年が243.60ユーロとなっている⁵⁸。ベルリン州では、1人当たり1日にかかる費用は、2013年が202.21ユーロ、2014年が210.15ユーロ、2015年が208.52ユーロ、2016年が212.99ユーロ、2017年が223.43ユーロ、2018年が224.23ユーロとなっている⁵⁹。

⁵⁴ 前掲注17。

⁵⁵ バイエルン州保安処分執行法53条参照。

⁵⁶ バイエルン州 Zentrum Bayern Familie und Soziales HP : <https://www.zbfs.bayern.de/massregelvollzug/bayern/index.php> 参照。

⁵⁷ 前掲注3 Drs. 18/7244, S. 2.

⁵⁸ Bayerischer Landtag Drs. 17/9678 (30.03.2016/29.04.2016(Ergänzung)), S. 2. 同資料によると、2014年および2015年の額は、暫定的なものであるが、それぞれ253.56および263.48ユーロとなっている。

⁵⁹ 前掲注49。

表1 バイエルン州の自由制限の緩和区分と該当人数

	2017年	2018年
区分A (付添いありの外出、もしくは、付添いありの院外での活動)	378	397
区分B (付添いなしの保安領域外への外出)	364	376
区分C (付添いなしの保安処分施設外への外出、 もしくは、付添いなしの院外での活動)	339	426
区分D/I (外泊付きの休暇)	183	227
区分D/II (試験的居住体験)	349	351
合計	1,613	1,777

表2 自由制限の緩和の決定と関連役所の決定内容への関わり

自由制限の緩和の区分	刑罰執行官への意見聴取	刑罰執行官への通知	警察への意見聴取	警察への通知
A		○		
B	○ (ただし、特別な保安を要する者の場合に限る)	○		○ (ただし、特別な保安を要する者の場合に限る)
C	○	○	○ (ただし、特別な保安を要する者の場合に限る)	
D	○	○	○ (ただし、特別な保安を要する者の場合に限る)	

令和2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（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）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た。指定入院医療機関を、コンサル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、その効果を検証した。令和2年度は、新たに7施設が派遣施設、7施設が受入施設となり、計7事例（男性5名、女性2名）に対してコンサルテーションを実施した。主診断は統合失調症が5名、統合失調感情障害が1名、中等度知的障害が1名であった。そのうち1名に広汎性発達障害の副診断が付き、また7名中5名は軽度から中等度知的障害域の知能水準だった。平成30年度～令和2年度のに実施したコンサルテーションから得られた各種評価項目を統計解析したところ、実施前後で入院対象者の治療状況を評価する共通評価項目の合計点、社会復帰関連指標に改善が見られ、また多職種チームの機能を評価するCPAT-Jの得点が向上したことが示された。

研究協力者（順不同、敬称略）

鈴木敬生	国立精神・神経医療研究センター病院
島田明裕	同上
村田雄一	同上
村田昌彦	国立病院機構榊原病院
野村照幸	国立病院機構さいがた医療センター
川上美代子	東京都立松沢病院

塘 祐樹	国立病院機構久里浜医療センター
小澤篤嗣	神奈川県立精神医療センター
妹尾栄一	茨城県立こころの医療センター
平澤克己	愛知県立精神医療センター
山本哲裕	国立病院機構東尾張病院

倉石 立	国立病院機構やまと精神医療センター
大串悠佑	静岡県立こころの医療センター
山村 卓	国立病院機構花巻病院
岩崎友明	国立病院機構菊池病院

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¹⁾。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、MDT 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

令和 2 年度は、7 か所の指定入院医療機関(国立病院機構さいがた医療センター、国立病院機構久里浜医療センター、茨城県立こころの医療センター、国立病院機構東尾張病院、静岡県立こころの医療センター、国立病院機構花巻病院、国立病院機構菊池病院)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した。

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 MDT 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した。

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

2. 同意

対象者に対しては、各指定入院医療機関の担当 MDT が、文書を用いて説明を行った。また、担当 MDT 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した。担当 MDT 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った。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た。

3. 調査項目

以下の評価尺度の記入を各該当対象者の担当 MDT に依頼した。

1) 精神科リハビリテーション行動評価尺度(REHAB)²⁾

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 MDT 医療アセスメントツール (CPAT-J)³⁾

スタッフが参加している MDT 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⁴⁾

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、介入前後の得点を分散分析または対応のある *t* 検定により比較を行い、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。解析には SPSS® Statistics ver. 25 を用いた。

4. 情報収集システムの構築

本研究の研究方法は以下の通りである。

1) 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 名程度選定した。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 MDT スタッフを被験者とした。

2) 介入方法・介入期間や調査方法

派遣施設の担当 MDT が、受入れ施設の該当対象者に関して、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した。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した。

a. 第 1 回コンサルテーション

受入施設の MDT は、事前に資料を作成し、

派遣施設の MDT と情報共有を行った。また、介入前の評価尺度を実施した。その上で、該当対象者の担当 MDT と派遣施設の MDT でカンファレンスを実施した。カンファレンスは以下の手順で行われた。

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 MDT 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。

b. 第 2~3 回コンサルテーション

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われた。必要であれば介入プランの修正が検討された。

c. 第 4 回コンサルテーション

全 4 回のまとめを行った。介入後の評価尺度を実施した。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った。

5. 倫理面への配慮

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した。個人と符号の対応表は個人情報管理者が保管した。

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った。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した。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ようにした。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 MDT が判断したものについては、開示の範囲またはその有無について検討することとした。

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の実施

令和 2 年度は 7 施設が派遣施設、7 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榊原病院、受入施設がさいがた医療センター、以下同様に、東京都立松沢病院－久里浜医療センター、神奈川県立精神医療センター－茨城県立こころの医療センター、愛知県精神医療センター－東尾張病院、やまと精神医療センター－静岡県立こころの医療センター、国立精神・神経医療研究センター（8 病棟）－花巻病院、国立精神・神経医療研究センター（9 病棟）－菊池病院という組み合わせで行った。

なお、COVID-19 の影響により、令和 2 年度はピアレビューが中止となる施設が複数みられた。そのため、ピアレビューは中止されたがコンサルテーションの実施希望がある施設に関しては、全てオンラインによるコンサルテーションの実施も可能にしたところ、上記 7 ペアのうち 3 ペアについてはオンラインのみでの実施となった。

令和 2 年度にコンサルテーションの対象となったのは 7 事例であった。7 事例の内訳は、男性 5 例、女性 2 例であり、平均年齢は 46.6 歳（34～59 歳）、平均入院期間は 41.7 ヶ月（2～99 ヶ月）、治療ステージは急性期 3 名、回復期 3 名、社会復帰期 1 名であった。主診断は統合失調症が 5 名、統合失調感情障害が 1 名、中等度知的障害が 1 名であった。そのうち 1 名に広汎性発達障害の副診断がつき、また 7 名中 5 名は軽度から中等度知的障害域の知能水準だった。

2. 各種調査項目の回答の分析

平成 30 年度から令和 2 年度の 3 年間の調査で 16 事例分の各種評価項目とコンサルテーション実施記録を回収した。また、担当 MDT を対象とした評価項目は 91 名分、アンケートは 92 名分を回収した。

コンサルテーション実施前と後で各種評価項目に差が生じるかどうかを分析した。

対象者に対する評価項目として、共通評価項目の合計点および社会復帰関連指標の分散分析の結果を表 1 に、共通評価項目の中項目の Friedman 検定の結果を表 2 に、REHAB の t 検定の結果を表 3 に示す。分析の結果、共通評価項目の合計点 ($f(2, 24)=6.45, p<.01$) と社会復帰関連指標 ($f(2, 24)=5.50, p=.01$) においてコンサルテーションの効果が有意であった。Tureky を用いた多重比較によれば、「コンサルテーション実施前」と「コンサルテーション実施後」および「コンサルテーション実施半年後」の間に有意差があり、コンサルテーションが実施された後の方が対象者の治療状況が良好に評価されており、半年後もそれが維持されていることが示唆された。また、共通評価項目の中項目については「アドヒアランス」($p=.02$) と「コミュニティ要因」($p=.02$) に有意差があり、コンサルテーション実施後に対象者のアドヒアランスと通院先、居住先、社会資源の調整に関する評価が上がっていることが示された。対象者自身の精神科リハビリテーションに関する行動を評価する REHAB では有意差がみられなかった。

多職種チームの機能に対する評価項目として、CPAT-J の t 検定の結果を表 4 に示す。分析の結果、全項目の合計点 ($t(90)=-4.65, p<.01$) およびすべての中項目の合計点において、「コンサルテーション実施前」よりも「コンサルテーション実施後」の方が有意に高くなっており、多職種チームの機能が向上したことが示唆された。

受入施設としてコンサルテーションに参加しアンケートを回収できた 92 名の MDT スタッフの内訳は、実際の MDT の構成（医師 1 名、看護師 2 名、作業療法士 1 名、心

理技術者 1 名、精神保健福祉士 1 名）とほぼ同等の割合であった（図 1）。コンサルテーションの役立った度合いを 5 件法（役立った、やや役立った、どちらでもない、あまり役立たなかった、役立たなかった）で尋ねたところ、「役立った」および「やや役立った」の回答の割合が 95.5% であった（図 2）。さらに、コンサルテーションの実施が事例の問題解決にどの程度つながったかを 5 件法（解決した、やや解決した、どちらともいえない、あまり解決しなかった、解決しなかった）で尋ねたところ、「解決した」および「やや解決した」の回答が 63.3% であった（図 3）。

D. 考察

1. 本研究の対象となった複雑事例について

本研究の対象者の属性を見てみると、統合失調症に加え、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ほとんどであった。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。

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で、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、治療の具体的な進展を促進した。

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、簡便なツールを作成するとともに、平成30年度より毎年実施されている職員研修の中で講義と演習を行い、理解の促進や普及に努めた。

3. 複雑事例で課題となっているテーマと介入について

各事例で課題として挙げられたテーマは個別性が高く厳密には一般化することは困難であるが、主には病状や病識に関するもの、暴力および逸脱行動に関するもの、対象行為の内省に関するもの、ストレス対処および生活能力に関するもの、退院調整に関するもの、チームとの関係性に関するものが挙げられていた。

これらの課題に対して、コンサルテーションでは外部機関からMDTが入ることで複雑事例に対する再アセスメントが行われ、種々の問題を整理する作業が行われた。その上で、必要に応じて薬剤調整の検討や基本的な治療的枠組みの確認と修正（例、定期的なMDT会議や地域ケア会議の開催、対象者も含めてのMDT面接の実施等）が行わ

れた。また、暴力リスクの高い事例では行動制限が長期に及んでいることがあり、このような場合は行動制限の解除に向けた取り組みが検討された。心理社会的介入については、通常提供されているグループプログラムが適用とならない事例が多く、個別プログラムの導入の検討やセルフモニタリングシートなどのツールの見直しと活用が検討された。

このような新たな治療的な取り組みの他、これまでに実施され、有効であった介入や治療上の工夫を確認・再評価し、担当MDTのエンパワメントが行われた。さらに、膠着した治療状況で対象者に対するネガティブなフィードバックが先行しがちな場合には、対象者の向治療的・社会的行動を褒めて強化するといったポジティブフィードバックの活用も積極的に検討された。

コンサルテーション実施前後において、治療の全体的な進展の度合いを示す共通評価項目の合計点の改善が見られていることから、上述したコンサルテーションの取り組みが治療困難性の高い複雑事例の治療を促進したことが考えられる。その内容に関しては、退院申請時における通院処遇移行後の暴力および問題行動のリスクを予測する社会復帰関連指標が下がっていること、対象者の「アドヒアランス」と社会復帰に向けての地域の準備状況を示す「コミュニティ要因」の改善が見られていることから、医療観察法の趣旨に則した治療が展開され、効果が表れているといえる。また、半年後の追跡調査においても治療状況の改善が維持されていることから、担当MDTの機能を回復あるいは向上させるコンサルテーションの効果は一定の持続性があると考えられる。対象者の生活上の行動を評価するREHABに変化が見られなかったが、課題を絞って実施されるコンサルテーションが対

象者の行動全般の変容に与える影響については、より長期的な評価が必要と考えられる。

受入施設の MDT に対するコンサルテーションのアンケート結果からは、複雑事例を抱える MDT スタッフのほとんどがコンサルテーションを受けることが治療に役立ったと捉えており、また 6 割以上の事例で具体的な問題解決につながったことが示唆された。用紙の使いやすさや有用性についても肯定的な感想が聞かれており、ケースフォーミュレーションを活用した一連の治療の見直しと取り組みが治療促進的に作用したことが考えられる。

4. オンラインのみでのコンサルテーションの実施可能性について

令和 2 年度は、COVID-19 の影響で複数の施設でピアレビューが中止となった。そのため、ピアレビューが中止になった施設の中で、希望する施設に関しては、全 4 回全てオンラインでコンサルテーションを行うこととし、3 ペアで試行した。本報告書作成時点では、令和 2 年度のコンサルテーションがまだ終了していないため、最終的な実施結果は明らかになっていないものの、経過をヒアリングした範囲では、オンラインのみであってもコンサルテーションが順調に進み、有意義な時間となっていることが推察される。現地で直接施設の雰囲気を感じ取ることが難しいというデメリットはあるものの、距離や時間、交通費等の負担が少ない中でコンサルテーションができることのメリットは大きいと思われ、今後の施設間コンサルテーションの実施方法として、新たな選択肢となっていく可能性が考えられる。

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。MDT 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った。今後は MDT 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

令和 2 年度は、令和元年度に引き続き、平成 30 年度に整備した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を用いて、入院が長期化しがちな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した。新たに 14 施設の指定入院医療機関がコンサルトチームの派遣施設と受入施設に分かれ、計 7 事例に対してコンサルテーションを実施した。

対象となった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。

コンサルテーション実施前後で対象者の治療状況および担当 MDT のチーム機能を評価する評価項目の得点に有意な向上が見られた。このことから、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、複雑事例の治療促進に有効と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

鈴木敬生, 今村扶美, 山口まりこ, 網干舞: 『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』～複雑事例で課題となるテーマと介入、そのPDCAサイクル. 2020年度医療観察法病棟における複雑事例へのフォーミュレーション研修, Web開催, 2020.9.4

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.

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/shougai/ihoken/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

コンサルテーション用 フェイスシート

初回カンファレンスの2週間前までに、記入したシートを派遣施設に送付してください

派遣施設： _____ 病院

受入施設： _____ 病院

受入施設対象者担当 MDT： Dr _____ 主Ns _____ 副Ns _____

CP _____ OT _____ PSW _____

◆対象者（コンサルテーション開始時の情報）

ニックネーム： _____ 年齢： _____ 歳 性別： 1.男性 2.女性

入院決定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 入院期間の合計： _____ 年 _____ ヶ月（転入後 _____ 年 _____ ヶ月）

治療ステージ： 1.急性期 2.回復期 3.社会復帰期

主診断： _____ 副診断： _____ IQ： _____

対象行為の概要： _____

その他（何かあれば）： _____

◆現在の本人の状態

（病状、病識、内省、対人関係、家族関係、生活スキル、治療プログラム、地域調整等について）

◆現在課題や問題となっていること

◆これまでに比較的うまくいった介入とあまりうまくいかなかった介入

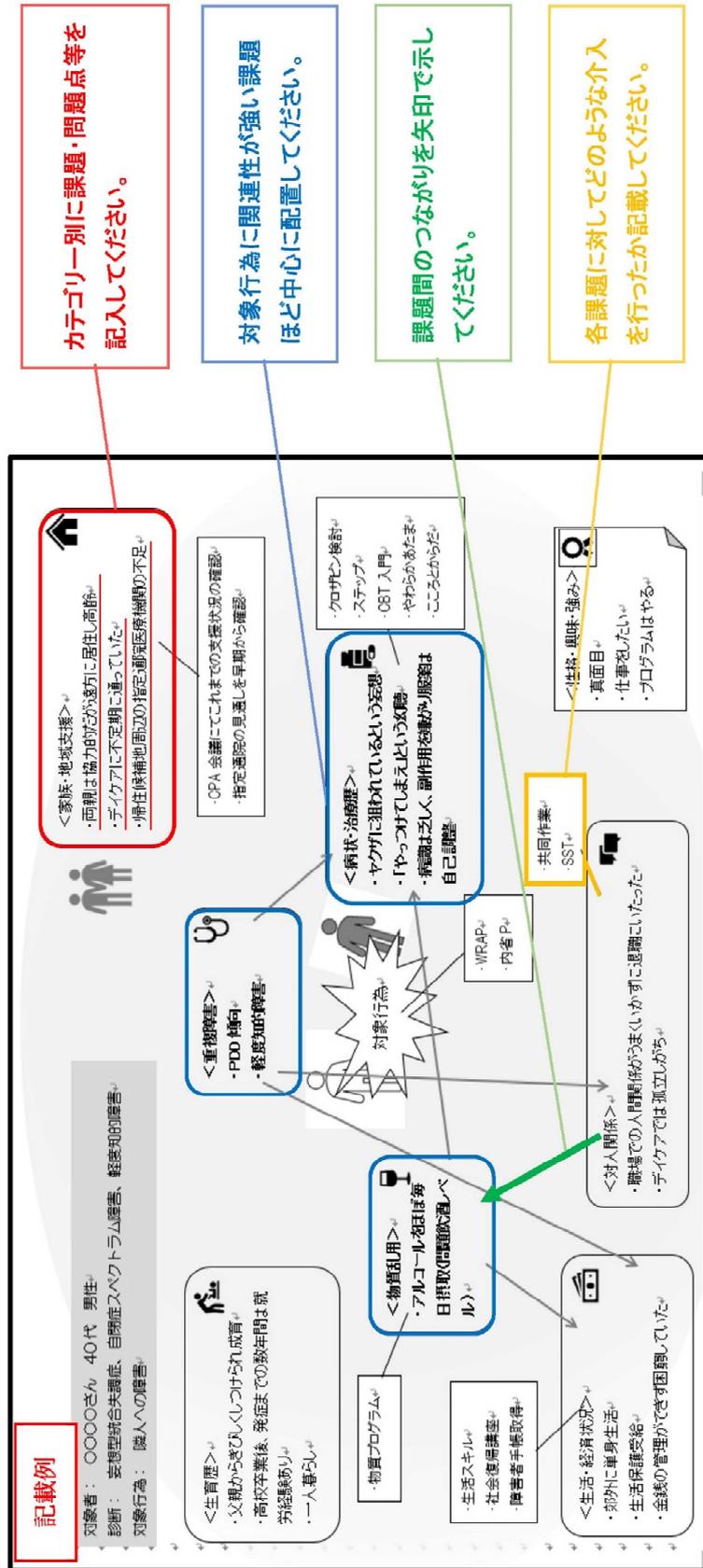
◆本人の強みとなること、好きなこと

◆コンサルテーションに期待すること

★ケースフォアミュレーションの作り方★

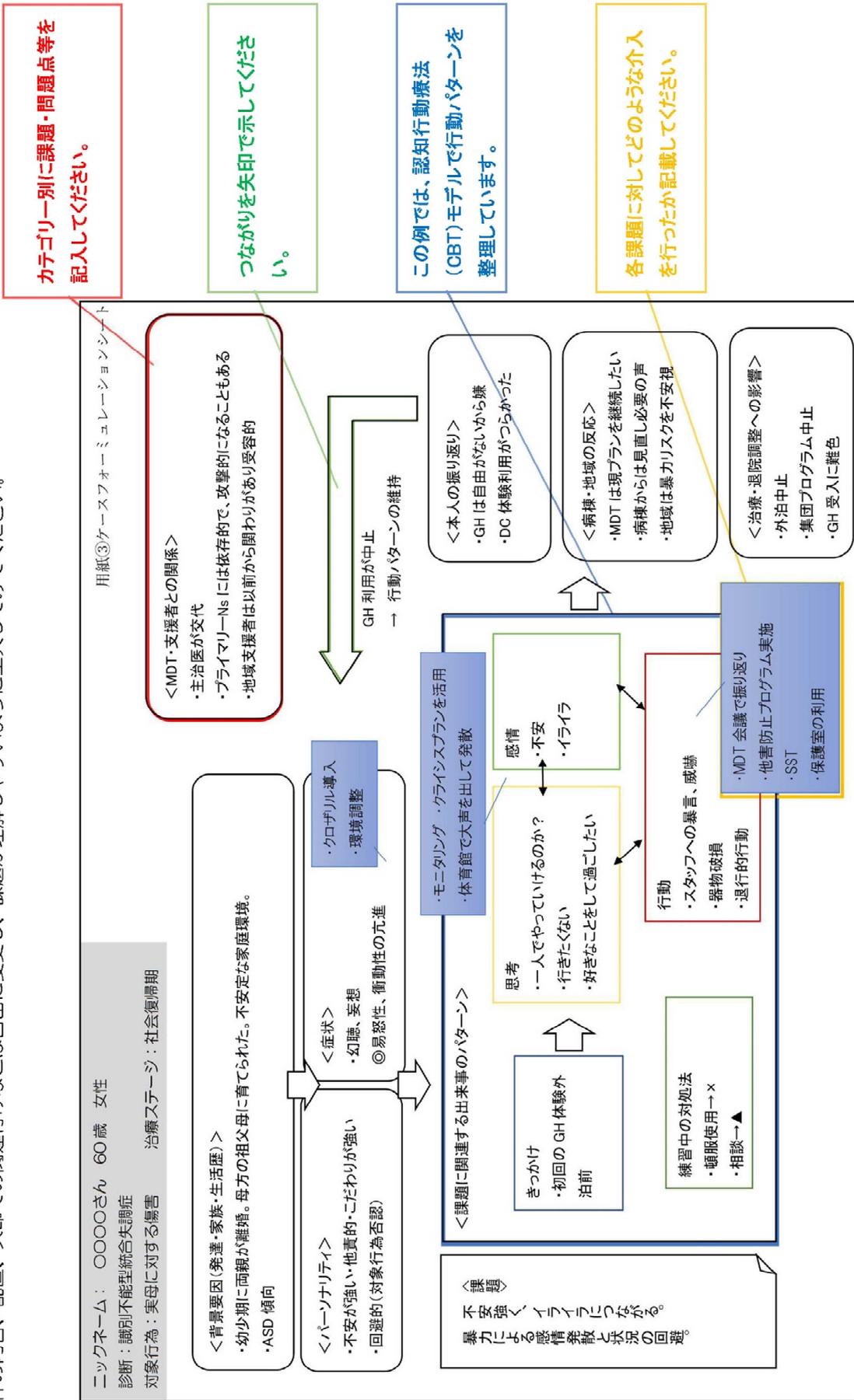
対象者の問題・課題がどのような要因で生じているか、これまでにある程度取り組めたところはどこで、今後の課題は何か、見落としていた本人の強みはないか、これまでの見立てに関して修正した方がよい点はないかなどをご検討ください。
事前に派遣施設に送付の上、第 1 回目のカンファレンスの際に改めて共有し、話し合いを進めてください。

- 図式化するカテゴリー、課題の枠を適宜設定してください。
- 円環の図式（記載例）、時系列の図式（上→下、左→右）など、直感的に理解しやすい書式にしましょう。
- 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する事柄に、必要に応じて別途作成してください。



資料 2

1つの課題に焦点を絞ったケースフォーミュレーションの例です。
 枠の内容、配置、配置、矢印での関連付けなどは自由に変更し、課題が理解しやすいように工夫してみてください。



この例では、認知行動療法 (CBT) モデルで行動パターンを整理しています。

各課題に対してどのような介入を行ったか記載してください。

つながりを矢印で示してください。

各課題に別々に課題・問題点を記入してください。

表1 共通評価項目の平均値・標準偏差と反復測定による分散分析の結果

	Mean(SD)			f(df)
	pre	post1	post2	
n=13				
合計点	20.62(3.62)	18.46(4.70)	17.85(5.44)	f(2, 24)=6.45, p<.01 **
社会復帰関連指標	6.15(2.19)	5.00(2.71)	4.92(2.75)	f(2, 24)=5.50, p=.01 *

* p<.05 ** p<.01

表2 共通評価項目(中項目)の平均値・標準偏差とFriedman検定の結果

	Mean(SD)			有意確率
	pre	post1	post2	
n=13				
1.精神症状	1.54(0.78)	1.46(0.78)	1.31(0.85)	0.29
2.内省・洞察	1.62(0.65)	1.62(0.65)	1.54(0.66)	0.37
3.アドヒアランス	1.23(0.60)	0.92(0.64)	0.92(0.64)	0.02 *
4.共感性	1.15(0.38)	1.08(0.28)	1.15(0.55)	0.72
5.治療効果	1.15(0.38)	1.00(0.00)	0.92(0.64)	0.50
6.非精神病症状	1.54(0.52)	1.23(0.60)	1.31(0.48)	0.07
9.活動性・社会性	1.31(0.48)	1.31(0.48)	1.15(0.38)	0.45
10.衝動コントロール	1.46(0.66)	1.23(0.83)	1.23(0.60)	0.42
11.ストレス	1.54(0.52)	1.54(0.52)	1.46(0.66)	0.82
12.自傷・自殺	0.15(0.38)	0.08(0.28)	0.08(0.28)	0.37
13.物質乱用	0.38(0.77)	0.38(0.77)	0.31(0.63)	0.37
14.反社会性	0.69(0.85)	0.54(0.78)	0.38(0.77)	0.08
15.性的逸脱行動	0.31(0.63)	0.15(0.38)	0.23(0.60)	0.72
16.個人的支援	1.00(0.58)	0.85(0.69)	0.92(0.64)	0.22
17.コミュニティ要因	1.77(0.44)	1.62(0.65)	1.38(0.77)	0.02 *
18.現実的計画	1.92(0.28)	1.69(0.63)	1.77(0.60)	0.10
19.治療・ケアの継続性	1.85(0.38)	1.77(0.44)	1.77(0.44)	0.72

* p<.05 ** p<.01

表3 REHABの平均値・標準偏差と対応のあるt検定の結果

	Mean(SD)		t(df)
	pre	post	
n=12			
Part1	1.83(1.99)	1.00(1.13)	t(11)=1.65, p=.13
社会的活動	25.17(11.83)	25.75(11.51)	t(11)=-.24, p=.82
ことばの わかりやすさ	6.08(4.87)	5.00(4.22)	t(11)=1.16, p=.27
セルフケア	12.75(10.49)	11.83(10.23)	t(11)=.53, p=.61
社会生活の技能	11.42(4.80)	10.67(6.51)	t(11)=.55, p=.60
Part2	62.17(23.52)	59.33(22.37)	t(11)=.56, p=.59

REHAB=精神科リハビリテーション行動評価尺度

表4 CPAT-Jの平均値・標準偏差と対応のあるt検定の結果

	Mean(SD)		t(df)
	pre	post	
n=91			
合計得点	104.58(16.61)	110.43(14.95)	t(90)=-4.65, p<.01 **
患者/地域中心の ケア	30.02(5.94)	32.47(4.84)	t(90)=-4.86, p<.01 **
チームワークのための コミュニケーション	21.75(3.67)	22.53(3.49)	t(90)=-2.69, p<.01 **
専門職間の葛藤	17.71(4.19)	18.92(3.93)	t(90)=-3.61, p<.01 **
役割の明確化	20.85(3.03)	21.53(2.74)	t(90)=-2.56, p=.01 *
チームを取り巻く 環境	14.25(3.70)	14.98(3.16)	t(90)=-2.28, p=.03 *

* p<.05 ** p<.01

CPAT-J=日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール

図1 コンサルテーションに参加した受入MDTの内訳

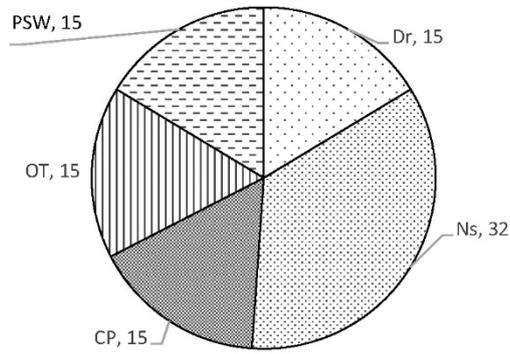


図2 コンサルテーションが役に立った度合い

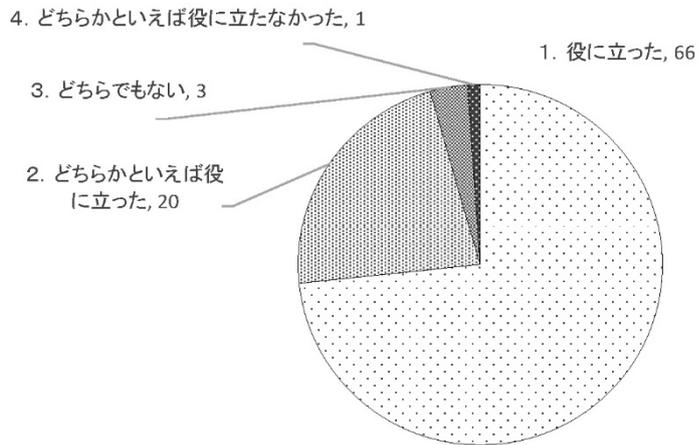
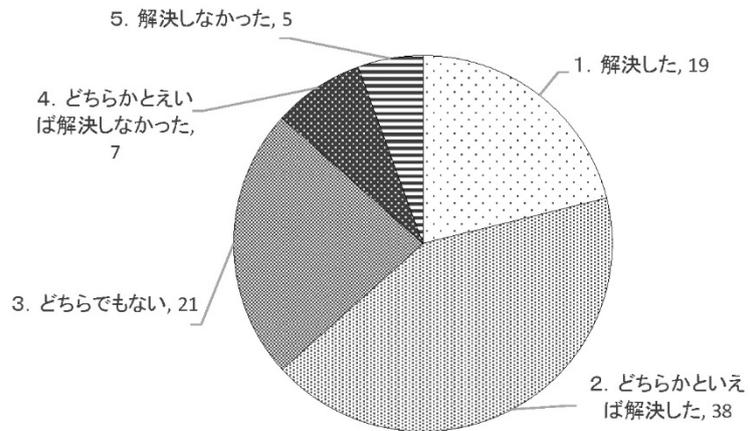


図3 コンサルテーションによる問題解決の度合い



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
なし							

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, Yuji Yamada, Yayoi Umegaki, Koji Takeda, Naotsugu Hirabayashi	The Perspective of Forensic Inpatients With Psychotic Disorders on Protective Factors Against Risk of Violent Behavior.	Frontiers in Psychiatry	11	575-529	2020年
永田貴子, 平林直次	精神科診療のエビデンス 国内外の重要ガイドライン解説 第6章 パーソナリティ障害② 反社会性パーソナリティ障害 Antisocial personality disorder: prevention and management (NICE).	精神医学	増大号	601-605	2020年
壁屋康洋	激しい怒りにどう対処するか アンガーマネジメント	臨床心理学	118	434-438	2020年
壁屋康洋	心理臨床なう 医療観察法	心理臨床の広場	13(1)	40-44	2020年
岡田幸之	精神鑑定が描き出す「機序」—法律家は精神障害とそれ以外と犯行の関連性をどう読み解いていくのか	研修	866号	3-14	2020年
茨木文博, 岡田幸之	精神疾患と暴力	精神科	37巻4号	343-348	2020年
五十嵐禎人	認知症高齢者の犯罪を考える 司法精神医学の立場から	最新精神医学	25巻5号	404-412	2020年
西中宏吏, 五十嵐禎人	攻撃的行動の神経科学的研究の現状	精神科	37巻4号	349-355	2020年

菊池安希子, 藤井千代, 椎名明大, 平野美紀, 小池純子, 河野稔明, 五十嵐禎人	司法精神科病棟の機能分化: 英国 Dangerous and Severe Personality Disorder (DSPD) 事業からの示唆	日本社会精神医学会雑誌	30巻1号	20-34	2021年
--	---	-------------	-------	-------	-------

令和3年3月8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

次の職員の令和2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

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 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	<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。

令和3年3月9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

次の職員の令和2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
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) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 客員研究員
(氏名・フリガナ) 河野 稔明 (コウノ トシアキ)

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 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。

令和3年3月9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

次の職員の令和2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

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 第二司法精神科医師

(氏名・フリガナ) 竹田 康二 ・タケダ コウジ

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。

令和3年3月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立病院機構 榊原病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 村田 昌彦 印

次の職員の令和2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

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) 主任心理療法士

(氏名・フリガナ) 壁屋康洋

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 榊原病院	<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。

令和3年2月22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 村杉 謙次 印

次の職員の令和2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
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・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。

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

次の職員の令和2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
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。

令和 3 年 1 月 13 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 田 中 雄 二 郎 印

次の職員の令和 2 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
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精神行動医科学分野 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)

本研究は、公刊物、研究文献等の検討とガイドライン作成を行うものであるため、倫理審査の対象とならない。

(※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 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

次の職員の令和2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
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) 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。

令和3年3月9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

次の職員の令和2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

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 臨床心理部 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。