

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書

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	16
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	24
3. 複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 研究分担者 壁屋康洋	30
4. 多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究 研究分担者 村杉謙次	50
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	57
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	81
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	85
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	93

III. 成果の刊行に関する一覧表	112
-------------------	-----

## 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、医療観察制度は再他害行為率の低さや各種の指標から概ね順調に運用されていると考えられた。直近 5 年間についても同様であった。

入院データベースの利活用から、入院複雑事例は、頻回/長期行動制限群と重なる部分が多く、そのプロファイル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であった。また、その転帰から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 つにセグメント化された。

国際比較の結果、複雑事例専門の高規格ユニットを準備するよりも、複雑事例の多様性や個別性に配慮した心理社会的介入の重要性が指摘された。入院複雑事例の治療促進には、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、施設横断的な調整を担当する事務局の設置が必要である。

複雑事例の処遇判断の標準化のためには、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。

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ありと回答し、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、引き続き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。医療観察法医療が一般精神医療に般化しつつある。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が移り社会復帰が促進されてい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

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、指定入院医療機関への基礎的医療指標の報告に限られ、医療観察法医療の実態の公表や、研究への利活用は十分には行われていない。

入院処遇においては、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”の治療促進が求められている。また、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不十分なのが現状である。

一方、通院医療においては、入院医療の

ようなデータベース事業は行われておらず、相変わらず研究班による実態調査に依存しているのが現状である。

本研究の主たる目的は、医療観察法の制度対象者に関する転帰・予後・治療介入等の実態を継続的に明らかにすること、入院データベース事業により収集されたデータの利用を促進すること、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、制度運用等を示すこと、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

とした。なお、詳細については、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に従って研究を進めた。

1. 必要に応じて、研究の実施に先立って分担研究者の所属する施設に設置された倫理委員会の承認を得る。
2. 個人情報の管理については、研究関係者以外の者がアクセスできない場所に保管する。
3. 研究結果の公表に当たっては、統計学的データのみを報告することを原則とする。
4. 症例報告が必要不可欠な場合には、個人の特定を不可能にする匿名化を実施する。
5. 介入研究を実施する場合、研究対象に文書で説明し同意を得る。

### C. 研究結果

研究代表者は、毎年2回の班会議を開催して、分担研究班の役割の明確化、綿密な連携の促進に留意しながら研究を進めた。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

指定入院医療機関に定期的なフィードバックを行う「パフォーマンス指標」について、指標を洗練させ、報告書の形式を見直し、79ページからなる加工手順書を完成させた。また、一般向けに年報として公表する「医療観察統計資料」を設計した。上記の「パフォーマンス指標」および「医療観察統計資料」の設計に当たっては、事前に医療観察法病棟スタッフへのインタビュー調査を実施した。活用に対しては、医療観察法内外の精神科医療従事者との連携や情報共有を求める積極的姿勢と、活用のし

かたに関する情報の不足や業務負担を背景とした消極的姿勢を認め、これらの結果を参考に設計した。

データベースの研究利活用に向けた準備を進めた。平成30年度から令和元年度にかけ、データ利用申請の審査を行う組織の規程、事務局の業務手順書、申請者向けの手引き、およびウェブページの作成、ならびに倫理審査申請を行い、事務局の業務を支援した。また、令和2年度には標準的な匿名加工方法とデータの信頼性水準を項目ごとに整理した一覧表、および提供データセットの作成に必要な手順書を作成した。令和2年8月に申請受付が開始された。同年12月25日には研究利活用目的としたデータ提供が開始された。

#### b 指定入院医療機関退院後の予後に関する研究

平成30年度～令和2年度において、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、指定入院医療機関退院後通院処遇に移行した対象者（通院処遇移行対象者）のうち本調査に同意の得られた者の予後調査を実施した。

令和元年度は平成17年7月15日から令和元年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1,078名を対象とした予後を報告した。重大な再他害行為の累積発生率は1.7%/3年、粗率は529.5/100,000人年であり、国内外の類似先行研究の結果と比較して低水準であった。

令和2年度は解析対象を直近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651名に絞り、近年の通院処遇移行対象者の予後を報告した。上記期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、令和元年度に報告した累積調査対象

者の予後と比較して概ね同程度であった。以上のことから直近5年間も各種の指標から転帰・予後は概ね良好に経過していることが明らかとなった。

### 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、医療観察法入院処遇となった3,138名のデータおよび入院処遇6年を超える104名のデータの提供を受け解析を行った。併せて平成20年4月1日～平成24年3月31日の期間に医療観察法入院処遇を受けた対象者のうち、22の医療観察法指定入院医療機関からの720名分のデータ(平成25年10月1日時点)を用いて解析した院内暴力・通院処遇移行後の暴力や問題行動への要因と結果を統合した。

当初は医療観察法入院6年を超える長期入院が課題とされたが、6年を超えても改善して通院処遇へ移行する群と、改善せずに処遇終了-入院する群がある。6年以上という入院期間だけでなく、処遇終了-入院などの転帰を考慮することが重要である。

通院処遇群/処遇終了群/処遇終了-入院群に分けて入院期間に与える影響を見ると、通院処遇へ移行するまでの期間に影響を与えるのは「通常でない思考」と行動制限総日数である。行動制限の多い群は処遇終了-入院しやすく、通院処遇へ移行しにくい。このことを考えても、行動制限に注目すべきである。

行動制限に影響を与える要因として「精神病的なしぐさ」に見られる病状の不安定さと、興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さが認められる。院内暴力、通院処遇へ移行した後の暴力や問題行動につながる要因としても興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さは共通の課題である。

医療観察法入院期間に着目するだけで

なく処遇終了という転帰も合わせて分析すべきこと、行動制限が多い対象者の病態解明や分類、治療介入等の検討が今後の課題であるとともに、処遇終了-入院を減らすことは医療観察法医療の研究と臨床の重要な課題と考えられた。

### 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

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、平成30年度～令和2年度において、1)全国の指定入院医療機関を対象とした複雑事例に関する個別調査を実施し、2)調査結果をもとに複雑事例中核群を抽出・類型化し、3)複雑事例中核群に対する介入方法を検討・実践した。

1)全国の指定入院医療機関の協力の下、複雑事例に関する個別調査を実施し、累計26施設233例の有効個別調査票の量的・質的解析を行った。

2)解析結果から複雑事例中核群12例を抽出し、その特性を検討すると共に、長期措置入院群75例との比較検討も行った。12例に共通する傾向として「重複障害、特に自閉症スペクトラム障害(Autism Spectrum Disorder)の併存」「clozapineの使用割合の高さ」「衝動性・暴力リスクの高さ」「家族機能の脆弱さ」「治療同盟構築の困難さ」等の特徴が認められ、複雑事例中核群への介入における最重要課題は重複障害に対する心理社会的治療がであると考えられた。また共通評価項目との連動を意識したcase formulation(以下、CF)に基づき複雑事例中核群を「疾病治療困難型」「関係構築困難型」「セルフコントロール困難型」の3型に分類した。

3)複雑事例中核群に対し、shared

decision making による介入を CF を用いて行い（以下、SDM with CF）、その効果を判定した。また転院トライアル 2 事例の評価を行い、複雑事例に対する介入方法としての転院の有効性についても検討した。

#### 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

平成 30 年度、令和元年度は大鶴分担班会議等で通院医療に携わる関係者から意見聴取を行ない通院処遇の実態調査の研究計画を立案した。令和元年度、令和 2 年度に通院処遇の実態調査研究を実施した。また令和 2 年度より処遇終了者の予後調査研究を並行して実施した。

通院処遇の実態調査研究は、約半数の機関が通院処遇対象者の対応に困難さを感じていた。その理由としては病状の不安定さ、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。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。なお、対象者の個票の回収率は低値にとどまった。

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ー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

平成 30 年度から令和元年度にかけ、医療観察法の 3 要件（または 3 要素）と過去、現在、将来の 3 時点の組み合わせからなる 3×3 マトリックス形式と、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 マトリックス形式による整理の結合を行った。さらに単純に核となる質問に回答する形に集約したコア・クエスチョン形式の書式も作成した。

令和 2 年度にはこれらの整理を具体的なモデル事例 8 例について行い、模擬鑑定書を作成した。その結果、「機序」と「診立て」に注目した形式の提案を行った。今後、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、イギリス、オランダ、韓国、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応じて研究者・実務担当者への聞き取り調査を行った。

イギリスにおける DSPD プログラムは、刑事司法と精神科医療の重複領域に存在する対応困難事例に対して施設の高規格化によって対応しようとした試みであり、その経緯は、専門性の高い処遇施設（いわゆる「箱もの」）を整備することの限界を示している。また、オランダの TBS 処分におけるピーター・バーン・セントラムの機能や法改正が行われたドイツの精神病院収容処分の長期収容者の収容要件確認手続きにおける鑑定人の限定は、複雑事例や長期収容者の評価にあたり治療者から独立した第三者

的立場の専門家による評価・鑑定の重要性を示している。こうした諸外国における取り組みは、わが国の司法精神医療における長期在院者などの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

入院が長期化しやすい複雑事例においては、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る。本研究では、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うことで治療や退院の促進を図るとともに、効果的なコンサルテーションの実施方法を開発し、その効果を検証することを目的とした。

平成 30 年度～令和 2 年度にかけて、23 事例に対してコンサルテーションが実施された。その結果、実施前後で入院対象者の治療状況を示す共通評価項目の合計点と通院後の暴力や問題行動を予測する社会復帰関連指標に改善を認めた。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、MDT の機能の向上が示された。さらに、MDT からはコンサルテーションの有用性に対して高い評価を得た。以上より、施設間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効果的であることが示された。

本研究の成果物として、コンサルテーションの標準的な実施手順、複雑事例のケースフォーミュレーションの作成手順およびひな形を整備した。また、コンサルテーションにおいて取り上げられた課題を整理し、介入事例をまとめた。

## D. 考察

### 1) 入院処遇データベースの利活用

河野班により、入院処遇データベースを用いて、入院処遇データベースの臨床活用、一般向けの公表、研究利活用の体制と、幅広く利活用する体制が整備された。我が国の入院処遇データベースは、その規模やデータ収集頻度において欧米圏でもまれなデータベースである。その利用体制が整備されたことにより、今後、臨床や研究での幅広い利活用が期待される。

### 2) 医療観察法処遇対象者の転帰・予後

通院処遇対象者は、入院処遇を経て通院処遇となる「移行通院」と当初から通院処遇となる「直接通院」に分けられる。移行通院では、退院後の転帰・予後調査が継続されており、重大な再他害行為の累積発生率は 1.7%/3 年、粗率 529.5/100,000 人年であり（令和元年 7 月 15 日現在）、国内外の類似研究と比較して低水準である。

医療観察法施行後、対象者の年齢性別、診断内訳、対象行為の内訳などに顕著な変化は認められない。また、当初計画に従って指定医療機関の整備が進み目標数に達した。約 15 年間に渡り医療観察制度が運用され、裁判所による審判の判断も安定しつつあり、医療観察制度は我が国に定着しつつある。

竹田班の報告によれば、直近 5 年間、すなわち制度定着後、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予後を示す主要な指標に変化を認めなかった。また大鶴班の調査では、地域は限定されるが、処遇中の再入院や処遇終了後の再処遇を認めなかった。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。

以上のことから、医療観察法の目的である重大な再他害行為を行うことなく社会復帰が促進されていると判断された。

### 3) 移行通院の活用

移行通院では、処遇中の再入院や、処遇終了後の再処遇の頻度は低く、良好な予後が示された。五十嵐班では、ドイツの司法精神医療の調査が行われ、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とする最近の動向が報告された。

指定通院医療機関は増加し、社会復帰調整官を中心とする地域ケアのネットワークも構築されつつある。また、通院処遇のノウハウが蓄積されつつある。今後、医療観察制度の運用を通して構築された多機関・多職種のネットワークを利用し、鑑定入院中から環境調整を進め、直接通院を積極的に活用することが期待される。

### 4) 通院処遇の研究調査の限界

医療観察法対象者の転帰・予後調査には一定の限界が存在する。それは、移行通院は同意の得られた対象者のみを対象としていること、通院処遇調査の個票の回収率が低いこと、処遇終了調査補足率はほぼ100%と高いが調査対象地域が限定されていることである。本研究班では、通院処遇調査の補足率を高めるために、初年度から日本精神科病院協会、日本精神科診療所協会、自治体立病院協会、国立病院機構など主要な関連団体の協力を得て、次年度より通院処遇調査を実施したが、最終的には各医療機関の判断や対象者の同意取得の困難さもあり、補足率は低値にとどまった。これらの研究調査の限界を踏まえると、研究によらない通院処遇の悉皆調査体制の整備が必要であろう。

### 5) 複雑事例のプロファイルとセグメント化

#### 入院複雑事例

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。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認められ、処遇終了後、精神保健福祉法による入院に移行する一群が存在した。

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、退院（処遇終了）を申立て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。

以上のことから、入院複雑事例は、頻回/長期行動制限群と重なる部分が多く、そのプロファイル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である。また、入院複雑事例は、その転帰から処遇終了-入院群、複雑事例中核群、長期入院後通院処遇移行群の少なくとも3つにセグメント化される。さらに複雑事例中核群はエキスパートコンセンサスから「疾病治療困難型」「関係構築困難型」「セルフコントロール困難型」に類型化される。

#### 通院複雑事例

入院処遇中の暴力、通院処遇移行後の暴力や問題行動につながる要因として、興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さが指摘された。入院複雑事例は類似の特徴を持っており、通院処遇に移行すると通院処遇でも複雑事例化する可能性がある。すなわち入院複雑事例と通院複雑事例は、同一である可能性がある。

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。その理由としては病状の不安定さ、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。

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。また、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部分も多く、精神保健福祉法による入院長期化や頻回の入退院、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。

### 3) 複雑事例の治療や介入

本研究班の重要な課題のひとつは、複雑事例の治療・ケアの促進を目的とした指定入院医療機関の機能分化であったが、五十嵐班の国際比較の結果、複雑事例専門の高規格ユニットの準備よりも、複雑事例の多様性や個別性に配慮したケースフォーミュレーションを用いた心理社会的介入の重要性が指摘された。

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はまさにその試みであり、治療・ケアの促進が期待される。ただし、その効果を判定するには、介入事例数は少数にとどまっており不十分である。その主な理由としては、対象者の同意取得が困難であること、いずれの試みも施設横断的な試みであり、従来の精神医療では経験に乏しいことが挙げられる。一方、それだけに実現すれば、精神医療の新しい展開が期待される。

今後、普及を図るためには、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。また、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。

医療観察法処遇中から処遇終了後まで、問題行動の発生頻度は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たと考えられた。

すなわち医療観察法医療の手法は個別の症例を通して精神保健福祉法医療にしっかりと定着しつつあると考えられた。

### 4) 複雑事例の処遇判断の課題

指定入院医療機関は複雑事例について3要件を欠くと判断した場合、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、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、審判のあり方は明確には示されていない。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、我が国の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 条に基づく第三者による鑑定を適宜

活用することが求められよう。

## 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。

入院複雑事例は、頻回/長期行動制限群と重なる部分が多く、そのプロファイル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であった。また、その転帰から処遇終了-入院群、複雑事例中核群、長期入院後通院処遇移行群の少なくとも 3 つにセグメント化された。

この転帰は、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。

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ありと回答し、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、引き続き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。医療観察法医療が一般精神医療に般化しつつある。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が移り社会復帰が促進されている実態が明らかとなった。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) Hiroko Kashiwagi, Naotsugu Hirabayashi: Death Penalty and Psychiatric Evaluation in Japan. *Frontiers in Psychiatry*, 2018; 9: 550
- 2) Takeda K, Sugawara N, Matsuda T, et al. Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. *Comprehensive Psychiatry* 95:152131, 2019
- 3) Takeda K, Sugawara N, Yamada Y, et al. Employment-Related Factors of Forensic Psychiatric Outpatients with Psychotic Disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 15:3341-3350, 2019
- 4) 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
- 5) 竹田康二, 平林直次: 医療観察法医療の現状と今後の課題・展望. *こころの科学*, 2018; (199): 28-33
- 6) 平林直次: 医療観察法が実際にどのように運営されたか. *精神医学*, 2018; 60(11): 1223-1230
- 7) 平林直次: 多職種チーム医療 —医療観察法病棟の経験から多職種の役割と効果—. *凶説 日本精神保健運動の歩み 改訂増補版*, 2018; 130-132

- 8) 平林直次：精神鑑定の課題と質向上に向けたアイデア—個人的経験から—。臨床精神医学，2018；47(11)：1319-1325
- 9) 小池純子，河野稔明，大町佳永，村田雄一，久保正恵，黒木規臣，藤井千代，平林直次：医療観察法指定入院医療機関データベースの活用と課題—多職種スタッフに対するグループインタビュー調査から—。精神医学，2019；61(11)：1343-1352
- 10) 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
- 11) 村杉謙次：支える医療を目指した薬物療法 医療観察法病棟における服薬中断プログラムの実践報告 統合失調症患者の再入院予防を目指して。病院・地域精神医学，2018；60(3)：248-251
- 12) 村杉謙次：チーム医療と身体拘束。精神保健福祉，2018；49(4)：314-317
- 13) 岡田幸之：医療観察法はどのような成果を上げたのか。精神医学，2018；60(11)：1231-1236.
- 14) 五十嵐禎人：刑事責任能力鑑定について最近感じること。臨床精神医学，2018；47(11)：1237-1243
- 15) 五十嵐禎人：司法精神医学における治療・支援の意義。こころの科学，2018；(199)：14-21
- 16) 五十嵐禎人：反社会性パーソナリティ障害。精神科；2019；35 (Suppl.1)：467-471
- 17) 五十嵐禎人：司法精神医療における「病識」。精神医学，2019；61(12)：1459-1467
- 18) 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
- 19) 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
- 20) 平野美紀：オランダにおける触法精神障害者の再犯防止に向けた法改正の動き。香川法学，2020；40(1=2)：49-65
- 22) 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
- 23) 今村扶美，松本俊彦：物質使用障害のケースフォーミュレーション。精神療法増刊6号，161-170，2019

## 2. 学会発表

- 1) Kono T: Introduction of an online database system to forensic mental health services in Japan. The XXXVIth International Congress on Law and Mental Health, Rome, 2019. 7. 26
- 2) Koji Takeda, Takako Nagata, Norio Sugawara, et al. Recidivism and suicide rate of patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. IAFMHS CONFERENCE ANTWERP 2018, ANTWERPEN, 2018. 6. 14
- 3) Kikuchi A: Changes Observed in Mentally Disordered Offenders During Forensic Probation in Japan. The 36th International Congress on Law and Mental Health, University of International Studies of Rome (UNINT), Rome, 2019. 7. 26.
- 4) 平林直次，竹田康二：医療観察法医療の現状分析からネクストステップに向けて。第14回日本司法精神医学会大会，山口，2018. 6. 1
- 5) 菊池安希子，岡野茉莉子，大森まゆ，

- 大迫充江，高野和夫，等々力信子，平林直次：医療観察法入院処遇中の対象者による暴力の実態について．第 14 回日本司法精神医学会大会，山口，2018.6.1
- 6) 平林直次：心神喪失者等医療観察法．第 4 回精神保健指定医研修会，東京，2018.10.26
- 7) 河野稔明，竹田康二，山田悠至，小池純子，藤井千代，平林直次：医療観察法入院処遇期間の適切な指標の探索—集計期間の幅に着目して—．第 38 回日本社会精神医学会，東京，2019.2.28
- 8) 山下真吾，平林直次，田中央吾：人口動態調査に基づく精神科病棟での殺人・傷害致死事件件数調査について．第 15 回日本司法精神医学会大会，岩手，2019.6.7
- 9) 柏木宏子，山下真吾，平林直次：刑事責任能力が争点となった死刑求刑事件（死亡者が 3 名以上で家族以外）の精神鑑定と責任能力判断の変遷．第 15 回日本司法精神医学会大会，岩手，2019.6.7
- 10) 中島遊，田口寿子，平林直次：医療観察法第 52 条に定める鑑定を実施し処遇終了に至った一症例．第 15 回日本司法精神医学会大会，岩手，2019.6.7
- 11) 柏木宏子，梅垣弥生，竹田康二，山田悠至，山下真吾，大森まゆ，平林直次：暴力の保護要因（SAPROF）をインタビューする意義—ストレングスに着目した、当事者参加型のアセスメント法の開発—．第 15 回日本司法精神医学会大会，花巻，2019.6.8
- 12) 瀬戸秀文，藤井千代，稲垣中，太田順一郎，島田達洋，大塚達以，小口芳世，岩永英之，椎名明大，平林直次，中西清晃，中村仁，吉住昭：精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究（その 1）通報・事前調査について．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019.6.22
- 13) 瀬戸秀文，藤井千代，稲垣中，太田順一郎，島田達洋，大塚達以，小口芳世，岩永英之，椎名明大，平林直次，中西清晃，中村仁，吉住昭：精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究（その 2）指定医診察要否判断について．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019.6.22
- 14) 瀬戸秀文，藤井千代，稲垣中，太田順一郎，島田達洋，大塚達以，小口芳世，岩永英之，椎名明大，平林直次，中西清晃，中村仁，吉住昭：精神保健福祉法第 26 条に基づく矯正施設長通報の現状把握に関する研究（その 3）指定医診察について．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019.6.22
- 15) 河野稔明，竹田康二，山田悠至，小池純子，藤井千代，平林直次：医療観察法入院処遇期間の適切な指標の探索—転院例寄与の施設間配分方法に着目して—．第 15 回日本司法精神医学会大会，花巻，2019.6.8
- 16) 河野稔明，竹田康二，山田悠至，小池純子，藤井千代，平林直次：医療観察法データベースの構築—医療の向上に資する基盤づくりと活用—．第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019.6.22
- 17) 竹田康二，河野稔明，山田悠至，小池純子，藤井千代，平林直次：指定入院医療機関パフォーマンス指標と通院処遇予後調査から見えてくる医療観察法医療の現状．第 15 回医療観察法関連職種研修会，熊本，2019.9.28

- 18) 竹田康二, 山田悠至, 松田太郎, 柏木宏子, 永田貴子, 岡田幸之, 平林直次: 医療観察法における転帰. 第 115 回日本精神神経学会, 新潟, 2019.6.21
- 19) 竹田康二, 松田太郎, 島田明裕, 菅原典夫, 岡田幸之, 平林直次: 通院処遇移行対象者の地域生活の現状と課題. 第 115 回日本精神神経学会, 新潟, 2019.6.21
- 20) 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
- 21) 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
- 22) 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
- 23) 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
- 24) 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
- 25) 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
- 26) 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
- 27) 山本哲裕, 壁屋康洋, 高野真弘, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 (1) 長期入院者の特徴と共通評価項目による予測との比較. 国立病院総合医学会, 神戸市, 2018.11.9
- 28) 高野真弘, 壁屋康洋, 山本哲裕, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 (2) 入院期間の長期化要因. 国立病院総合医学会, 神戸市, 2018.11.9
- 29) 壁屋康洋, 高野真弘, 山本哲裕, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 (3) 入院期間の長期化と ICF、GAF との関連. 国立病院総合医学会, 名古屋市, 2019.11.9
- 30) 高野真弘, 壁屋康洋, 山本哲裕, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 (4) 院内暴力と ICF、GAF との関連. 国立病院総合医学会,

- 名古屋市, 2019. 11. 9
- 31) 高野真弘, 壁屋康洋, 村杉謙次, 高橋昇, 松原弘泰, 岩崎友明, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 (7) 長期入院群の特徴と分類. 日本司法精神医学会, 花巻市, 2019. 6. 8
- 32) 壁屋康洋, 村杉謙次, 高野真弘, 高橋昇, 松原弘泰, 岩崎友明, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 (8) 長期入院群と標準退院群の判別. 日本司法精神医学会, 花巻市, 2019. 6. 8
- 33) 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
- 34) 村杉謙次, 壁屋康洋: 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 第 1 報. 第 15 回日本司法精神医学会大会, 岩手, 2019. 6. 8
- 35) 村杉謙次: 医療観察法入院医療における治療戦略. 第 115 回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019. 6. 20-6. 21
- 36) 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
- 37) 大鶴卓, 久保彩子, 前上里泰史: 全国の指定通院医療機関における通院処遇の診療実態調査. 第 14 回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018. 6. 2
- 38) 久保彩子, 前上里泰史, 吉田和史, 大鶴卓, 野村照幸, 高野真弘, 高平大悟: 指定通院医療のさらなる発展を目指した指定通院医療従事者研修の在り方についての検討と考察. 第 14 回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018. 6. 2
- 39) 木田直也, 大鶴卓, 村上優, 新里穂鷹, 久保彩子, 高江洲慶, 福治康秀: クロザピン治療中にけいれん発作が出現した治療抵抗性統合失調症 23 例の報告. 第 114 回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2018. 6. 21
- 40) 久保彩子, 前上里泰史, 吉田和史, 大鶴卓, 野村照幸, 高野真弘, 高平大悟: 指定通院医療のさらなる発展を目指した指定通院医療従事者研修の在り方についての検討と考察. 第 15 回日本司法精神医学会大会, 花巻, 2019. 6. 6
- 41) 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
- 42) 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
- 43) 東本愛香, 西中宏史, 野村和孝, 五十嵐禎人: 累犯刑務所におけるメンタルヘルスの課題. 第 14 回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018. 6. 1
- 44) 西中宏史, 東本愛香, 野村和孝, 五十嵐禎人: 男性成人受刑者の罪種によるリスクと犯罪思考の特徴. 第 14 回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018. 6. 1
- 45) 東本愛香, 新津富央, 西中宏史, 椎名明大, 清水栄司, 伊豫雅臣, 五十嵐禎人: 司法精神保健におけるリスク・アセスメントの普及への取り組み. 第

- 15 回日本司法精神医学会大会，花巻，2019.6.8
- 46) 西中宏吏，東本愛香，五十嵐禎人：更生保護施設における出所受刑者の問題行動に関わるリスク要因と保護要因ーリスクアセスメント・ツールの活用ー. 第 15 回日本司法精神医学会大会，花巻，2019.6.8
- 47) 菊池安希子，橋本理恵子，岡野茉莉子，相田早織，藤井千代：精神保健観察から一般精神科医療への移行パターンの研究. 第 15 回日本司法精神医学会大会，岩手，2019.6.8
- 48) 五十嵐禎人：裁判員裁判を契機とした刑事責任能力鑑定の変化. 第 115 回日本精神神経学会学術総会，新潟，2019.6.21
- 49) 五十嵐禎人：公認心理師への期待ー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
- 50) 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
- 51) 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
- 52) 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
- 53) 平野美紀，宮本悦子，梁瀬まや：オランダにおける司法患者の施設内処遇と長期化の問題に対する法改正の動き. 第 16 回日本司法精神医学会大会，Web 開催，会期 2020.11.12-11.13
- 54) 今村扶美，蟹江絢子，出村綾子：シンポジウム 10 潤滑油ではなく、治療の核として：コミュニケーション介入から再考する治療抵抗性疾患「自閉症スペクトラム障害に対する対人関係のスキル向上を目的とした認知行動療法」. 第 114 回日本精神神経学会学術総会，神戸，2018.6.21
- 55) 鈴木敬生，今村扶美：「重複精神障害を持つ対象者の心理社会的治療の開発と導入に関する研究」とケースフォーミュレーション. 2018 年度医療観察法 MDT 研修，東京，2018.10.18
- 56) 今村扶美，鈴木敬生：シンポジウム「ケースフォーミュレーション ～外来および病棟での実践例～」. 平成 30 年度医療観察法心理士ネットワーク研究会，神奈川，2018.11.30
- 57) 鈴木敬生，今村扶美：「重複精神障害を持つ対象者の心理社会的治療の開発と導入に関する研究」とケースフォーミュレーション. 2019 年度医療観察法 MDT 研修，東京，2019.10.10
- 58) 鈴木敬生，今村扶美，山口まりこ，平林直次：医療観察法におけるケースフォーミュレーションひな形作成の試み. 第 73 回国立病院総合医学会，名古屋，2019.11.9
- 59) 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

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書

### 指定入院医療機関データベースシステムを活用した研究

研究分担者 平林 直次 国立精神・神経医療研究センター病院（平成 30 年度）

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（令和元年度～）

#### 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に関連する 5 つの活動に取り組んだ。

1. 統計を作成し、指定入院医療機関に定期的なフィードバックを行う「パフォーマンス指標」について、指標を洗練させ、報告書の形式を見直し、加工手順書を作成した。その結果、在院期間の指標を当初の集計期間から変更し、集計項目を見直したうえで、報告書をグラフ中心に改めることとなった。また、79 ページからなる加工手順書が完成した。
2. 統計を作成し、一般向けに年報として公表する「医療観察統計資料」を設計した。まず、基本設計に従って草案を作成した。その後、医療観察法医療に対する一般精神科医療従事者の理解深化を念頭に医療観察法入院医療の実態をアンケート調査し、初回発行の資料に結果を報告すると共に、医療観察制度の概要説明も盛り込むこととなった。
3. データベースの活用に関する医療観察法病棟スタッフへのインタビュー調査を行った。活用に対しては、医療観察法内外の精神科医療従事者との連携や情報共有を求める積極的姿勢と、活用のしかたに関する情報の不足や業務負担を背景とした消極的姿勢を認めた。この結果は活動 1、2 を進める上で参考にした。
4. データベースの研究利活用に向けた準備を進めた。データ利用申請の審査を行う組織の規程、事務局の業務手順書、申請者向けの手引き、およびウェブページの作成、ならびに倫理審査申請を行い、事務局の業務を支援した。研究利活用はデータベース事業への参加施設が独自に行う研究事業となったため、それに伴う対応を行った。また、標準的な匿名加工方法とデータの信頼性水準を項目ごとに整理した一覧表、および提供データセットの作成に必要な手順書を作成した。令和 2 年 8 月に申請受付が開始された。
5. 入院対象者の対象行為前の司法関与に関する経過を分析するため、データ利用を申請し、令和 3 年 1 月に承認を受けた。事務局からデータが提供され次第、解析を進める。活動 5 は成果を得るには至らなかったが、データベースの活用促進に向けた取組を多面的に進め、一定の成果が得られた。

#### 研究協力者（敬称略）

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  
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

#### A. 研究目的

平成 17 年に施行された医療観察法は、我

が国の精神保健医療福祉制度の中に定着し、15年余りの運用で見えてきた課題の解決に取り組む時期に入っている。これまで制度の運用を体系的にモニタリングする公的な統計は存在しなかったが、平成26年に厚生労働省の費用負担による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）が開始され、全国の指定入院医療機関から匿名化された診療データを収集するシステムが平成29年12月から稼働している。本体事業には現在32施設が参加しており、入院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。

本分担研究では、医療観察法医療の課題の解決のために本データベースを十分に活用できる体制を整え、また活用を通じて有用な情報を発信することにより、医療観察法医療の向上に寄与することを目的として、その基盤を整えるための研究、および関連する取組を推進してきた。具体的には、(1)指定入院医療機関パフォーマンス指標の洗練・見直し、(2)医療観察統計資料の発行準備、(3)データベースの活用に関する多職種スタッフへのインタビュー調査、(4)研究利活用に向けた準備（事務局支援）、(5)入院対象者の司法関与に関する経過の分析の5つの活動を行った。

## B. 研究方法

### 1. 指定入院医療機関パフォーマンス指標の洗練・見直し

#### 1) 在院期間の指標

在院期間の指標として、当初は直近1年間の平均在院日数を採用していたが、施設別の数値には著しく大きな変動がみられ、病床の少ない施設はゼロ除算で計算不能となる場合もあるため、適切な集計期間を数値の安定性および速報性の面から検討した。

また、転院した対象者においては、経由した各施設の平均在院日数への寄与が適正に評価されないため、計算方法の改善案を検証した。

#### 2) 行動制限およびmECT倫理会議承認件数の指標

行動制限および修正型電気けいれん療法（modified electroconvulsive therapy：以下、mECT）倫理会議承認件数は、1名または1件の変化が数値に過剰に影響するため、これを抑制する方法を検討した。

#### 3) 報告書のリニューアル

指定入院医療機関の従事者にとって分かりやすく、臨床に活用しやすい報告書の形式を検討した。集計項目を絞ってグラフ中心の表現に改め、1)、2)の成果も反映させることとした。また、自施設の集計値が事業に参加する全施設の中でどこに位置するかを容易に把握できつつ、他の集計値の施設名はマスクされる方法を検討した。

#### 4) 加工手順書の作成（事務局支援）

データ加工と報告書作成を担当する本体事業の運営事務局の作業を定型化し、安定した品質の報告書を作成できるよう、加工手順書を作成した。

## 2. 医療観察統計資料の発行準備

### 1) 基本設計

平成30年度は、医療観察統計資料の骨格

となる基本構造と集計項目を検討した。

## 2) 草案作成

令和元年度は、基本設計に基づき、平成30年12月までのデータを集計して草案を作成した。

## 3) 集計項目の見直し

令和2年度は、研究班内で草案をレビューし、集計項目の見直しを行った。

## 4) 掲載内容の充実

令和2年度はさらに、厚生労働省と協議し、一般精神科医療従事者が医療観察法医療の内容について理解を深められるよう、掲載する情報を検討した。分担研究班内では、具体的な掲載内容を協議した。

## 5) アンケートの実施

4)の検討に基づき、「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で定められている事項を中心に構成し、対象は指定入院医療機関全33施設とした。

## 3. データベースの活用に関する多職種スタッフへのインタビュー調査

医療観察法病棟従事者の持つ問題意識や医療提供上の困難・課題を把握し、その解決におけるデータベースの活用可能性を探るため、指定入院医療機関2施設の多職種スタッフ計13名を対象に、平成30年度にグループインタビュー調査を行った。

## 4. 研究利活用に向けた準備（事務局支援）

### 1) 規程等の整備

データベースを研究に利活用するため、データ利用申請を審査する組織の規程、事

務局の業務手順書、申請者向けの手引き、各種手続きの文書様式を作成した。

### 2) 倫理審査申請

医療観察法データベース事業で取得された情報を、研究の目的で申請者に提供することについて、NCNPの臨床研究相談窓口にご相談し、倫理委員会に審査を申請した。

### 3) ウェブページの開設準備

研究利活用について説明し、承認された研究課題の概要および経過・終了報告を掲載するためのウェブページのコンテンツを作成し、公開方法についてNCNP情報管理室にご相談した。

### 4) 研究利活用の位置づけの見直し

当初は医療観察法データベース事業の範囲内で研究利活用を行うこととしていたが、厚生労働省と協議し、事業参加施設が独自に行う研究事業として整理するのが妥当と結論した。このため、データ提供元である事業参加施設に個別に研究事業の説明を行い、同意の有無を確認した。また、1)～3)についても、これに伴う変更を加えた。

### 5) 事務局業務用資料の作成

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、および研究成果発表時の謝辞の記載例を作成した。

## 5. 入院対象者の司法関与に関する経過の分析

本研究は、データベースの利活用として申請するものである。医療観察法対象者が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目的で、対象行為前の触法歴、薬物・アルコール問題などを

分析する計画を作成した。

データ利用申請の受付開始を待ち、令和2年9月に研究事業の事務局に利用相談を行い、同年10月に正式に申請した。

(倫理面への配慮)

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。

3. のグループインタビュー、4. の研究利活用におけるデータ提供、5. のデータを利活用した研究は、それぞれ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 A2018-035、A2019-026、A2019-027)。

各活動の開発の部分(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

### 1. 指定入院医療機関パフォーマンス指標の洗練・見直し

#### 1) 在院期間の指標

平均在院日数の集計期間は、3年のとき、安定性と速報性のバランスが最良となった。

転院の扱いに着目した計算方法の改善案は、施設間で公平ではあるものの、補正が過剰となるほか、転院先からの退院が転院から長期間経過後に転院元に反映されるなど、現行の方法にはない短所を認めた。

#### 2) 行動制限および mECT 倫理会議承認件数の指標

1名または1件の変化による数値の過大な変動を抑制する方法として、ベイズ推定の導入を検討したが、データの蓄積が少ないため、事前分布の設定が困難であった。

#### 3) 報告書のリニューアル

指標の大小順に並べ替えた棒グラフを多用し、施設名を符号化した上で各施設には

当該施設の符号のみを個別に通知することとした。1)の結果を踏まえ、平均在院日数は集計期間3年の直近分のみとした。2)の結果を踏まえ、行動制限は直近1年間の病床1床あたりの実人員、mECTは直近1年間の実人員(絶対数)とした。薬物療法は、直近1年間の処方割合(クロザピン、持続性抗精神病薬のみ)、および処方量の平均値とした。また、作成間隔を6ヵ月とした。

#### 4) 加工手順書の作成(事務局支援)

手順書は、加工手順をモジュール化し、各モジュールの概要を記述するメタデータ(ヘッダー)を導入することなどにより、体系的に構成できると考えた。これに基づき、モジュールごとに加工区分、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項目をヘッダーとして明示し、39のモジュールからなる79ページの手順書を作成した。加工作業を行う事務局のフィードバックを受け、内容を調整した。

### 2. 医療観察統計資料の発行準備

#### 1) 基本設計

基本構造は、対象集団を入院対象者全体、在院中、退院済の3通りとし、集計期間を累積、単年、経年の3通りとして、在院中×累積を除く8通りの組み合わせとするのがよいと考えた。

集計項目は、重要性やデータの信頼性から、年齢、性別、主診断、重複障害、対象行為種別、対象行為の被害者・放火被害区分、事件地都道府県、転院歴、転帰、治療ステージ、在院期間、在ステージ期間、および隔離・拘束を一次案とした。

#### 2) 草案作成

基本設計に基づき、令和2年3月に草案

を作成した。3 章からなり、表紙および中扉を含めて 40 ページの原稿が完成した。

### 3) 集計項目の見直し

入院処遇対象者全体の在院期間に Kaplan-Meier 法による平均値・中央値を追加し、在院中の対象者の隔離・拘束を当該集計年 1 年間に実績のある対象者の計数に変更し、退院済の対象者の在院期間に入院年ごとの集計を追加した。

### 4) 掲載内容の充実

一般公開に向けて、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こととした。また、医療観察制度の概要を説明する章を新たに立てることとした。

### 5) アンケートの実施

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こととした。

## 3. データベースの活用に関する多職種スタッフへのインタビュー調査

質的帰納的分析の結果、4 つのカテゴリー（以下に【 】で示す）と 8 つのサブカテゴリーが抽出された。カテゴリーは、データベース活用への積極的姿勢の要因と消極的姿勢の要因に大別された。前者には【治療標準化の共有の必要性】と【外部現状共有の必要性】が含まれ、後者には【情報リテラシーの強化】と【運用や設計の見直しの必要性】が含まれた。

## 4. 研究利活用に向けた準備（事務局支援）

### 1) 規程等の整備

平成 30 年度に、「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」(以下、研究推進委員会規程) の案を作成し、業務手順書、利用の手引き、各種文書様式の案と共に、本体事業の運営委員会、および研究推進委員会のレビューを受けた。それを踏まえて修正し、令和元年 7 月 11 日に制定した。

### 2) 倫理審査申請

NCNP 倫理委員会に「事業構築系」の研究課題として申請を行うことを決定し、令和元年 5 月 7 日に「医療観察法データベースの研究利用における指定入院医療機関への情報の提供」という課題名で申請書を提出し、同年 6 月 25 日に承認を受けた。

### 3) ウェブページの開設準備

NCNP 病院サイト内「患者の皆様へ」の中に「医療観察法データベースを二次利用した研究の実施」という表題で掲載することを決定した。二次利用研究の申請受付開始と共に即時公開できるよう、コンテンツも完成させた。

### 4) 研究利活用の位置づけの見直し

研究推進委員会を廃止し、研究事業運営委員会および研究利活用委員会を新設することとなった。データ提供に関しては、すべての事業参加施設から同意が得られた。研究推進委員会規程は廃止となるため、新たに「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」の案を作成し、NCNP の決裁を受けた。倫理審査は変更申請を行い、令和 2 年 8 月 11 日に承認された。ウェブページにも必要な修正を加え、令和 2 年 8 月 15 日に公開した。

### 5) 事務局業務用資料の作成

データベースの項目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、6

区分に整理された。これに基づいて一覧表を作成し、研究事業の事務局に提示した。

データセットの作成に必要な加工（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、研究事業の事務局に提示した。

## 5. 入院対象者の司法関与に関する経過の分析

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、研究事業の事務局で再匿名化等の作業中であり、データ分析には至っていない。

## D. 考察

### 1. 指定入院医療機関パフォーマンス指標の洗練・見直し

見直しにより採用された指標ないし集計項目に基づき、新しい形式の報告書でパフォーマンス指標を集計し、報告する準備が整った。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ことも可能となった。

これにより、データベース事業運営事務局がパフォーマンス指標にかかわる業務を継続的に担うことができるようになった。

### 2. 医療観察統計資料の発行準備

草案を踏まえて集計項目を見直し、解説文を追加すると共に、制度概要の説明も盛り込む内容で詳細設計が確定し、発行の準備がおおむね整った。

初回発行ではアンケートの結果も掲載す

るが、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。

### 3. データベースの活用に関する多職種スタッフへのインタビュー調査

データベースの活用に対して、医療観察法病棟多職種スタッフが積極的姿勢と消極的姿勢の両方を持ち合わせていることが示され、活用促進の方法を検討するのに有用な情報が得られた。パフォーマンス指標において自施設が全体のどこに位置するかを把握しやすい形式を検討したこと、医療観察統計資料において一般精神科医療従事者に医療観察法医療の実態を伝えるアンケートの結果を盛り込んだことは、本調査の結果を踏まえたものである。

### 4. 研究利活用に向けた準備（事務局支援）

研究事業の規程、業務手順書、利用の手引き、各種文書様式が完成し、データの提供に関して倫理委員会の承認が得られ、ウェブページが開設されたことにより、研究事業の事務局が整えておくべき準備は一通り完了した。

また、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、事務局の負担軽減も図ることができた。

ただし、事務局の業務には比較的高度な知識や技術を要する部分があり、特定の職員に重い負担がかかっている。また、提供

するデータセットを作成する際、コンピューターがリソース不足で頻繁にフリーズすることが報告されている。今後、これらの課題の解決に向けて取り組む必要がある。

## 5. 入院対象者の司法関与に関する経過の分析

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。

## E. 結論

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中心に活動したが、一定の成果が得られた。データベースに基づき、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を推進する体制がおおむね整った。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 小池純子, 河野稔明, 大町佳永, 村田雄一, 久保正恵, 黒木規臣, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法指定入院医療機関データベースの活用と課題—多職種スタッフに対するグループインタビュー調査から—。精神医学, 2019; 61(11): 1343-1352
- 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) 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, 竹田康二, 山田悠至, 小池純子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法入院処遇期間の適切な指標の探索—集計期間の幅に着目して—。第38回日本社会精神医学会, 東京, 2019. 2. 28
- 2) 河野稔明, 竹田康二, 山田悠至, 小池純子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法入院処遇期間の適切な指標の探索—転院例寄与の施設間配分方法に着目して—。第15回日本司法精神医学会大会, 花巻, 2019. 6. 8
- 3) 河野稔明, 竹田康二, 山田悠至, 小池純子, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法データベースの構築—医療の向上に資する基盤づくりと活用—。第115回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019. 6. 22
- 4) Kono T: Introduction of an online database system to forensic mental health services in Japan. The XXXVIth International Congress on Law and Mental Health, Rome, 2019. 7. 26
- 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) 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
- 7) 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
- 5) 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

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 参考文献

- 1) 平子哲夫, 佐伯則英, 中田正: 人口動  
態市区町村別統計へのベイズ統計の応  
用について (1) 標準化死亡比への応用.  
厚生指標 46(10): 3-11, 1999
- 2) 佐伯圭吾, 岡本希, 森田徳子, 車谷典  
男: SMR の経験的ベイズ推定量につい  
ての検討—奈良県市区町村別死因統計を用  
いて—. 厚生指標 52(11): 7-13,  
2005
- 3) 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
- 4) 厚生労働省: 匿名データの提供依頼申

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

平成30年度～令和2年度 総合研究報告書

### 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：

1. 平成30年度～令和2年度において、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、指定入院医療機関退院後通院処遇に移行した対象者（通院処遇移行対象者）のうち本調査に同意の得られた者の予後調査を実施した。
2. 平成30年度、令和元年度は医療観察法施行時からの累積調査対象者の予後を報告した。
3. 令和2年度は、近年の通院処遇移行対象者の予後とそれに関連する因子を明らかにすることを目的として、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の予後を報告した。直近5年間の通院処遇移行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、医療観察法施行時からの累積調査対象者の予後と比較して概ね同程度で推移していた。

#### 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
村嶋泰良	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 一駒ヶ根
犬塚 伸	同上
鶴澤正寛	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
羽瀧知可子	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<sup>1)</sup>。

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。

## 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、通院処遇に移行し、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。

### 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（継続、終了）
- ・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（例えば2020

年度は2019年7月16日～2020年7月15日)。

### (倫理面への配慮)

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)。

## C. 研究結果

### 1. 直近5年間の通院処遇移行対象者

#### 1) 基本属性

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歳であった。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が518名(79.6%)、F3が73名(11.2%)、F1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「強制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

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」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

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)の順であった。累積死亡率は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。

#### 4) 医療観察法による再入院

通院処遇期間中に医療観察法による再入院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(いずれもCox比例ハザード分析(単変量)で有意差あり)。

#### 5) 精神保健福祉法入院

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。

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を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、調整入院から退院後1年間)の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)。

#### D. 考察

平成30年度、令和元年度は医療観察法施行時からの累積調査対象者の予後を報告した。そこでは、重大な再他害行為の累積発生率は国内外の類似先行研究と比較して低い水準で推移していることなどを明らかにした。

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た。

直近5年間に通院処遇に移行した対象者に関する結果を、令和元年度まで実施した累積調査対象者に関する結果と比較すると、重大な再他害行為、自殺既遂、自殺企図、精神保健福祉法入院、いずれの発生率も概ね同程度であった。したがって、医療観察法医療における通院処遇移行対象者の予後は、近年も大きな変化なく推移していると考えられた。

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)<sup>2)</sup>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対策が必要であると考えられた。

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。今後、対象行為前のアルコール・薬物問題歴がどのように退院後の予後に影響を与えるのか調査を進める必要がある。

#### E. 結論

医療観察法が施行され、15年が経過した。近年、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の発生率は、累積調査対象者を対象とした報告と比較して概ね同程度で推移していた。

調整入院群や対象行為前アルコール・薬物問題歴あり群に対する今後の調査と対策の構築が重要と考えられた。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) Takeda K, Sugawara N, Matsuda T, et al. Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. *Comprehensive Psychiatry* 95:152131, 2019
- 2) Takeda K, Sugawara N, Yamada Y, et al.

Employment-Related Factors of Forensic Psychiatric Outpatients with Psychotic Disorders. Neuropsychiatric Disease and Treatment 15:3341-3350, 2019

## 2. 学会発表

- 1) Koji Takeda, Takako Nagata, Norio Sugawara, et al. Recidivism and suicide rate of patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan. IAFMHS CONFERENCE ANTWERP 2018, ANTWERPEN, JUN 14 2018.
- 2) 竹田康二, 河野稔明, 山田悠至, 小池純子, 藤井千代, 平林直次: 指定入院医療機関パフォーマンス指標と通院処遇予後調査から見えてくる医療観察法医療の現状. 第15回医療観察法関連職種研修会, 熊本, 2019.9.28
- 3) 竹田康二, 山田悠至, 松田太郎, 柏木宏子, 永田貴子, 岡田幸之, 平林直次: 医療観察法における転帰. 第115回日本精神神経学会, 新潟, 2019.6.21
- 4) 竹田康二, 松田太郎, 島田明裕, 菅原典夫, 岡田幸之, 平林直次: 通院処遇移行対象者の地域生活の現状と課題. 第115回日本精神神経学会, 新潟, 2019.6.21
- 5) 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

## G. 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

### 1) 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/sihotokei\\_jp/search](http://www.courts.go.jp/app/sihotokei_jp/search)
- 2) 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)

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書

### 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」<sup>1)</sup>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につなげていくための基礎資料とすることを目的としている。平成 30 年～令和 2 年度において、重度精神疾患標準的治療法確立事業（以下、DB 事業）から平成 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 名のデータおよび入院処遇 6 年を超える 104 名のデータを取得解析を行った。併せて平成 20 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日の期間に医療観察法入院処遇を受けた対象者のうち、22 の医療観察法指定入院医療機関からの 720 名分のデータ（平成 25 年 10 月 1 日時点）を用いて解析した院内暴力・通院処遇移行後の暴力や問題行動への要因と結果を統合した。その結果から以下のことが考察された。

1. 当初は医療観察法入院 6 年を超える長期入院が課題とされたが、6 年を超えても改善して通院処遇へ移行する群と、改善せずに処遇終了-入院する群がある。6 年以上という入院期間だけでなく、処遇終了-入院などの転帰を考慮することが重要である。
2. 通院処遇群／処遇終了群／処遇終了-入院群に分けて入院期間に与える影響を見ると、通院処遇へ移行するまでの期間に影響を与えるのは「通常でない思考」と行動制限総日数である。行動制限の多い群は処遇終了-入院しやすく、通院処遇へ移行しにくい。このことを考えても、行動制限に注目すべきである。
3. 行動制限に影響を与える要因として「精神病的なしぐさ」に見られる病状の不安定さと、興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さが認められる。院内暴力、通院処遇へ移行した後の暴力や問題行動につながる要因としても興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さは共通の課題である。

医療観察法入院期間に着目するだけでなく処遇終了という転帰も合わせて分析すべきこと、行動制限が多い対象者の病態解明や分類、治療介入等の検討が今後の課題であるとともに、処遇終了-入院を減らすことは医療観察法医療の研究と臨床の課題と考えられる。

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

山本哲裕 国立病院機構東尾張病院  
砥上恭子 国立病院機構肥前精神医療センター

高橋 昇	いわて自閉症センター
竹本浩子	国立病院機構やまと精神医療センター
松原弘泰	静岡県立こころの医療センター
瀬底正有	神奈川県立精神医療センター
瀧澤綾子	群馬県立精神医療センター
常包知秀	国立病院機構鳥取医療センター
岩崎友明	国立病院機構菊池病院
守屋明子	埼玉県立精神保健福祉センター
川地 拓	国立精神・神経医療研究センター病院
久保田圭子	国立病院機構下総精神医療センター
大原 薫	国立病院機構さいがた病院
松下 亮	同上
野村照幸	同上
横田聡子	国立病院機構小諸高原病院
荒井宏文	国立病院機構北陸病院
天野昌太郎	国立病院機構肥前精神医療センター
占部文香	長崎県病院企業団長崎県精神医療センター
前上里泰史	国立病院機構琉球病院

## A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」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」<sup>1)2)</sup>と連携し、複雑事例に対する実効

性の高い治療や介入方法につなげていくため、量的データの分析から複雑事例の特徴を分析し、複雑事例をプロファイリングおよびセグメント化することを目的とする。

## 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、(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。

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104名のデータ（令和2年7月末時点）。

対象(3) 平成20年4月1日～平成24年3月31日の期間に医療観察法入院処遇を受けた対象者のうち、22の医療観察法指定入院医療機関からの720名分のデータ（平成25年10月1日時点）。当時の病床数から概算すると約8割の回収率となる。

### 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<sup>1)</sup>の定義した複雑事例中核群（入院6年以上かつ行動制限群（5回以上の隔離/28日以上の隔離/1回以上の拘束のいずれかあり）に該当）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（入院6年以上）と転帰を比較した。

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/長期群/行動制限群/その他の群の転帰比較：3群とそれ以外の4群について、転帰のクロス集計とカイ2乗検定・残差分析を行った。

4) 通院処遇群/処遇終了群/処遇終了-入院群の入院日数比較：入院の長期化を検討する前段として、通院処遇へ移行した群、処遇終了した群、処遇終了群のうち処遇終了と同時に精神保健福祉法入院に至った処遇終了-入院群の3群の入院日数についてヒストグラムと記述統計量で比較した。

5) 通院処遇への移行群/処遇終了群/処遇終了-入院群における入院処遇日数と各変数の関連：3群に分けて入院日数へ影響を与える要因を検証した。ここではサン

ルサイズが大きいため容易に帰無仮説が棄却され、有意性検定では比較しにくいいため、効果量を見るために順位相関係数を用いた。

6) 処遇終了-入院につながる要因の解析：処遇終了-入院に至る要因、あるいは行動制限かつ処遇終了-入院群に至る要因を抽出するため、診断や対象行為などの要因、また初回入院継続申請時共通評価項目との順位相関係数を算出した。

7) 行動制限につながる要因：行動制限総日数と診断や対象行為などの要因、また初回入院継続申請時共通評価項目との順位相関係数を算出した。

8) 院内対人暴力・通院処遇移行後の暴力や問題行動につながる要因：対象(3)を用いてICF(International Classification of Functioning, Disability and Health: 以下、ICF)の各下位項目ならびにGAF(Global Assessment of Functioning)を説明変数とし、院内対人暴力の有無と発生までの追跡日数を目的変数としたCOX比例ハザードモデルによる解析を行った。

解析はいずれもエクセル統計(BellCurve<sup>®</sup> 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<sup>1)</sup>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(表1)を比較すると、複雑事例中核群46例中12例が処遇終了で入院しており、処遇終了-通院を除外してカイ2乗値=12.9で統計的に有意となり、複雑事例中核群に処遇終了-入院が多いことが示された。

## 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。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第2版共通評価項目の下位項目を比較すると(表2)、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、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定の改善をフリードマン検定によって比較すると、通院処遇移行群では計28の下位項目が5%水準で有意に評定が低下していた。

## 3) 複雑事例中核群/長期群/行動制限群/その他の群の転帰比較

複雑事例中核群でも改善して通院処遇へ移行する一群があるため、入院期間6年という基準だけで捉えられず、処遇終了-入院や通院処遇への移行という転帰を考慮に入れる必要がある。複雑事例中核群/長期群/行動制限群/その他の群に分けた転帰を表3に示す。表3から事例の少ない抗告退院・死亡(自殺)・死亡(病死)・処遇終了-医療なし・処遇終了-通院を除外、さらに転帰の定まっていない入院中を除外し、カイ2乗検定を行うと、カイ2乗値=164.0、5%水準で統計的に有意となり、残差分析では複雑事例中核群に処遇終了-入院が多く、行動制限群では処遇終了-入院と通院処遇-入院が多く、通院処遇-家族同居・通院処遇-施設入所・通院処遇-単身がいずれも少ないという結果であった。

## 4) 通院処遇群/処遇終了群/処遇終了-

## 入院群の入院日数比較

転帰比較によって、6年以上という入院期間だけでなく、処遇終了-入院などの転帰を考慮することが重要と考えられた。図1・図2・図3・表4に通院処遇群/処遇終了群/処遇終了-入院群の入院日数を示した。3群の入院日数は意味が異なると思われるが、入院日数に有意差はなかった。

## 5) 通院処遇への移行群/処遇終了群/処遇終了-入院群における入院処遇日数と各変数の関連

通院処遇群/処遇終了群/処遇終了-入院群の3群の入院日数へ影響を与える要因をスピアマンの順位相関係数を用いて検証した(表5・表6)。5%水準で有意な項目を太字で示すが、サンプルサイズが大きく帰無仮説が棄却されやすいため、相関の大きさ $|r| > 0.2$ の弱い相関以上を基準として評価する。その結果、表5より処遇終了群では高齢な方が、またF0(症状性を含む器質性精神障害)の診断を有する方が早期に処遇終了しやすい。F2(統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害)は処遇終了までが長期化しやすい。表6より初回入院継続申請時の共通評価項目では、通院処遇への移行群では【精神病症状1)通常でない思考】のみ $|r| > 0.2$ の弱い相関となった。処遇終了群では【精神病症状】とその小項目のうち5項目、処遇終了-入院群では【精神病症状】とその小項目のうち2項目と【内省・洞察2)対象行為以外の他害行為への内省】が $r > 0.2$ の弱い相関となった。また表5・表6から隔離総日数と拘束総日数を合計した行動制限総日数、および【精神病症状1)通常でない思考】はどの群でも入院日数に弱い相関が認められた。

## 6) 処遇終了-入院につながる要因

3群とも行動制限総日数と通常でない思考が入院日数に影響を与えることから、本

質的には村杉の分類<sup>1)2)</sup>で複雑事例中核群より行動制限群の方が課題ではないか、ひいては行動制限群から処遇終了-入院に至ってしまう群が課題ではないかと考えられた。処遇終了-入院に至る要因、また行動制限かつ処遇終了-入院群に至る要因を抽出するため、行動制限群かつ処遇終了-入院の発生および処遇終了-入院の発生と、診断や対象行為などの要因とのスピアマンの順位相関係数(表7)、初回入院継続申請時の共通評価項目の下位項目との順位相関係数(表8)を算出した。その結果、診断や対象行為などは関連が乏しく、表7に示した行動制限総日数(隔離総日数と拘束総日数の和)のみが $r > 0.2$ の弱い相関以上の関連が認められた。

#### 7) 行動制限につながる要因

通院処遇への移行、処遇終了のいずれでも入院期間を延ばす要因であり、処遇終了-入院につながる要因でもある、行動制限への要因を探索するため、行動制限総日数と診断や対象行為などの要因とのスピアマンの順位相関係数(表9)、初回入院継続申請時の共通評価項目の下位項目との順位相関係数(表10)を算出した。目的変数は行動制限の日数であるため、処遇終了、通院処遇への移行などによって差異が生じる可能性を考慮し、表9、表10では全体および群ごとの順位相関係数を示した。表9より処遇終了群では年代が若い方が行動制限総日数が長いという結果になったが、通院処遇への移行群では年代の影響はさほど大きくない。表10で初回入院継続申請時の共通評価項目と行動制限総日数との関連を見ると、通院処遇への移行群と処遇終了群とでいくぶん違いがあるものの、興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さ、および精神的なしぐさが共通して弱い相関を示した。

#### 8) 院内対人暴力・通院処遇移行後の暴力

#### や問題行動につながる要因

行動制限につながる直接的な契機は院内対人暴力が主であると考えられるが、DB事業では院内対人暴力のデータは平成31年度に収集が始まったばかりであり、今回の回収データには含まれていない。そのため対象(3)を用いてICFの各下位項目ならびにGAFを説明変数とし、院内対人暴力の有無と発生までの追跡日数を目的変数としたCOX比例ハザードモデルによる解析を行った(表11)。表11では、先行研究<sup>3)</sup>にて得られた通院移行後の暴力、問題行動、自傷・自殺企図との関連についても併記した。同様に、表12に先行研究<sup>4)5)</sup>から通院処遇移行後の暴力や問題行動、医療観察法病棟入院中の対人暴力と共通評価項目との関連を引用した。表11から基本的な経済的取引、社会的距離の維持、責任の対処などの生活機能が通院処遇移行後や入院中の暴力に関連することが示された。表12からは前項の行動制限につながる要因と同様に、興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さが入院中や通院処遇移行後の暴力や問題行動につながりやすいことが示された。

#### D. 考察

本研究は何らかの理由で入院が長期化する事例＝複雑事例に対して特徴を分析することが当初の目的であった。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群を複雑事例の中核とみなし<sup>1)2)</sup>、分析を進めた。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た(表1)ところ、複雑事例中核群に処遇終了-入院が有意に多いことが明らかになった。

2) 複雑事例中核群の4割が処遇終了-入

院となる一方、6割は入院期間6年を超えても通院処遇へ移行する。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、初回入院継続申請の時点では両群の差はわずかだが、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。ここ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、他方で改善せずに処遇終了-入院に至る群があると考えられる。そのため入院期間6年を超える長期群・複雑事例中核群といえども、処遇終了するか、通院処遇へ移行するかによって入院期間の意味が異なるのではないかと考えられた。

3) 複雑事例中核群/長期群/行動制限群/その他の群とで転帰を比較すると、複雑事例中核群に処遇終了-入院が多いが、行動制限群も処遇終了-入院が多く、通院処遇は家族同居・施設入所・単身がそれぞれ少ないという結果であった。長期群には偏りが見られない。6年以上という入院期間よりも、行動制限や転帰の方が差を生じると考えられる。

4) 院処遇群/処遇終了群/処遇終了-入院群の入院日数比較(図1・図2・図3・表4)から、3群の入院日数は分散には差があるが平均には差はない。入院医療で奏功しなくて処遇終了-入院するのかと予想されたが、ヒストグラムでの最頻区間は処遇終了群の方が早い時期にある。

5) 通院処遇群/処遇終了群/処遇終了-入院群のそれぞれで入院日数に影響を与える要因を探索すると、高齢者や認知症の場合には早期に処遇終了し、統合失調症圏の疾患や精神病症状があると処遇終了までの期間が長くなりやすい。通院処遇へ移行するまでの期間と $|r| > 0.2$ 以上の相関を有す

る項目は少ないが、通常でない思考と行動制限総日数は通院処遇への移行、処遇終了、処遇終了-入院いずれの場合も入院日数と弱い相関が認められる(表5・表6)。

6) 処遇終了-入院につながる要因を見てもやはり行動制限である(表7)。

7) 翻って行動制限につながる要因を探索すると、処遇終了群では若い方が行動制限総日数が長くなりやすいが、通院移行群では影響はわずかである(表9)。共通評価項目からは精神病的なしぐさとともに、興奮・躁状態、怒り、衝動性といった情動の不安定さが行動制限に影響している(表10)。

8) 院内暴力や通院移行後の暴力や問題行動につながる要因を見ると、基本的な経済的取引、社会的距離の維持、責任の対処などの生活機能が通院処遇移行後や入院中の暴力に関連する(表11)ことに加え、行動制限につながる要因と同様に、興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さが入院中や通院処遇移行後の暴力や問題行動につながりやすい(表12)ことが明らかになっている。

以上をまとめると、以下のことが言える  
・医療観察法入院6年を超える群を複雑事例として課題に挙げていたが、6年を超えても改善して通院処遇へ移行する群と、改善せずに処遇終了-入院する群がある。6年以上という入院期間だけでなく、処遇終了-入院などの転帰を考慮することが重要である。

・通院処遇群/処遇終了群/処遇終了-入院群とに分けて入院期間に与える影響を見ると、通院処遇へ移行するまでの期間に影響を与えるのは通常でない思考と行動制限総日数である。行動制限の多い群は処遇終了-入院しやすく、通院処遇へ移行しにくい。このことを考えても、行動制限に注目すべ

きである。

・行動制限に影響を与える要因は精神病的なしぐさに見られる病状の不安定さと、興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さである。院内暴力、通院処遇へ移行した後の暴力や問題行動につながる要因としても興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さは課題である。

医療観察法入院期間に着目するだけでなく処遇終了という転帰も合わせて分析すべきこと、行動制限が多い対象者の病態解明や分類、治療介入等の検討が今後の課題であるとともに、処遇終了-入院を減らすことは医療観察法医療の研究と臨床の課題と考えられる。

## E. 結論

本研究では、医療観察法入院が6年を超える群を当初は課題と捉えていたが、処遇終了-入院による治療の打ち切りを考慮すると、入院期間よりも行動制限と処遇終了-入院の方が課題である。

通院移行群であっても処遇終了群であっても、行動制限と「通常でない思考」は入院を延伸する。行動制限に影響を与えるのは「精神病的なしぐさ」に見られる病状の不安定さと、興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さである。院内暴力、通院処遇へ移行した後の暴力や問題行動につながる要因としても興奮、怒り、衝動性といった情動の不安定さは課題である。

今後は行動制限の繰り返される対象の病態解明と治療介入法の検討、情動の不安定さを改善する方法を検討することを通じ、行動制限と処遇終了を減らすこと、精神保健福祉法医療へのよりスムーズな移行を推し進めていくことが医療観察法医療の課題である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

- 1) 山本哲裕, 壁屋康洋, 高野真弘, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究(1) 長期入院者の特徴と共通評価項目による予測との比較. 国立病院総合医学会, 神戸市, 2018.11.9
- 2) 高野真弘, 壁屋康洋, 山本哲裕, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究(2) 入院期間の長期化要因. 国立病院総合医学会, 神戸市, 2018.11.9
- 3) 壁屋康洋, 高野真弘, 山本哲裕, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究(3) 入院期間の長期化とICF、GAFとの関連. 国立病院総合医学会, 名古屋市, 2019.11.9
- 4) 高野真弘, 壁屋康洋, 山本哲裕, 砥上恭子, 竹本浩子, 常包知秀, 岩崎友明, 川地拓, 久保田圭子, 大原薫, 横田聡子, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント

化に関する研究(4)院内暴力とICF、GAFとの関連. 国立病院総合医学会, 名古屋市, 2019. 11. 9

- 5) 高野真弘, 壁屋康洋, 村杉謙次, 高橋昇, 松原弘泰, 岩崎友明, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 (7) 長期入院群の特徴と分類. 日本司法精神医学会, 花巻市, 2019. 6. 8
- 6) 壁屋康洋, 村杉謙次, 高野真弘, 高橋昇, 松原弘泰, 岩崎友明, 荒井宏文, 天野昌太郎, 前上里泰史: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 (8) 長期入院群と標準退院群の判別. 日本司法精神医学会, 花巻市, 2019. 6. 8
- 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ー措置入院への応用を視野に入れてー. 第116回日本精神神経学会学術総会, 2020. 9. 29

## G. 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

## H. 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、またデータ入力と収集に協

力頂いた研究協力者と全国の医療観察法病棟スタッフの皆様に深謝致します。

## 参考文献

- 1) 村杉謙次, 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, 砥上恭子, 高橋昇, 山本哲裕ら: 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究 医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成 27 年度総括研究報告書, 2016.
- 4) 壁屋康洋, 高橋昇, 西村大樹, 砥上恭子ら: 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究 医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成 25 年度総括研究報告書, 2014.
- 5) 壁屋康洋, 高橋昇, 砥上恭子, 西村大樹ら: 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金 医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究 医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項

目の信頼性と妥当性に関する研究 平  
成 26 年度総括研究報告書, 2015.

表1 複雑事例中核群と長期群の転帰

	処遇終了 -通院	処遇終了 -入院	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				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		Brown-Forsythe検定		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		Brown-Forsythe検定	
第2版共通評価項目		平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD
精神医学的 要素	1. 精神病症状	1.60	0.66	1.76	0.55	n.s.	1.67	0.47	1.08	0.62	n.s.	入院継続>退院申請	
	精神小病 症状の 小項目	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	入院継続>退院申請
	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.	入院継続>退院申請	
	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.	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	入院継続>退院申請	
	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.	入院継続>退院申請	
	6) 誇大性	0.60	0.92	0.24	0.55	n.s.	0.83	0.90	0.46	0.63	n.s.	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	n.s.	
	非精神 病 目 症 状 の 小 項 目	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	入院継続>退院申請
	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	n.s.	
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	入院継続>退院申請		
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.	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.	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.	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.	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.	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.	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.	n.s.		
4. 内省・調整	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	入院継続>退院申請		
内省・ 調整 の 小 項 目	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	n.s.	
	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.	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	n.s.	
	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	入院継続>退院申請	
個人心理的 要素	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	n.s.	
	生活能力の 小 項 目	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	入院継続>退院申請
	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	n.s.	
	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.	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.	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	n.s.	
	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.	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	n.s.	
	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	n.s.	
	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	n.s.	
	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.	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	n.s.	
	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.	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.	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	n.s.		
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	入院継続>退院申請		
衝動 コントロール の 小 項 目	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	n.s.	
	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	n.s.	
	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	n.s.	
	4) その他かされる	0.40	0.66	0.18	0.38	n.s.	1.00	0.82	0.31	0.61	n.s.	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	n.s.	
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	n.s.		
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.	n.s.		
対人関係 的 要 素	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.	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.	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.	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.	入院継続>退院申請	
	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.	n.s.	
	6) だます、嘘を言う	0.20	0.40	0.29	0.57	n.s.	0.00	0.00	0.00	0.00	n.s.	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.	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.	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.	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.	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.	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.	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.	入院継続>退院申請		
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	入院継続>退院申請		
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.	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	n.s.	入院継続>退院申請		
環境的 要 素	現実的 計 画 の 小 項 目	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	入院継続>退院申請
	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	入院継続>退院申請	
	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	入院継続>退院申請	
	4) 生活費	1.10	0.54	0.94	0.87	n.s.	0.50	0.50	0.23	0.58	n.s.	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	入院継続>退院申請	
	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	入院継続>退院申請	
	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.	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	入院継続>退院申請		
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.	入院継続>退院申請		
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	入院継続>退院申請		
治療 的 要 素	小継続 目 的 性 の ア プ ロ ア	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	入院継続>退院申請
	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.	入院継続>退院申請	
	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	入院継続>退院申請	
	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	入院継続>退院申請	
	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	入院継続>退院申請	
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	入院継続>退院申請		

n.s.: not significant

表3 複雑事例中核群／長期群／行動制限群／その他の群の転帰比較

	複雑事例中核群	長期群	行動制限群	その他群	合計
抗告退院	0	0	0	13	13
死亡（自殺）	0	0	0	14	14
死亡（病死）	0	0	5	8	13
処遇終了－医療なし	0	0	8	22	30
処遇終了－通院	0	2	18	109	129
処遇終了－入院	12	4	74	201	291
通院処遇－家族同居	3	7	25	522	557
通院処遇－施設入所	4	16	56	741	817
通院処遇－単身	5	9	30	494	538
通院処遇－入院	5	5	50	301	361
入院中	17	15	89	239	360
合計	46	58	355	2664	3123

図1 通院処遇へ移行した群の入院日数

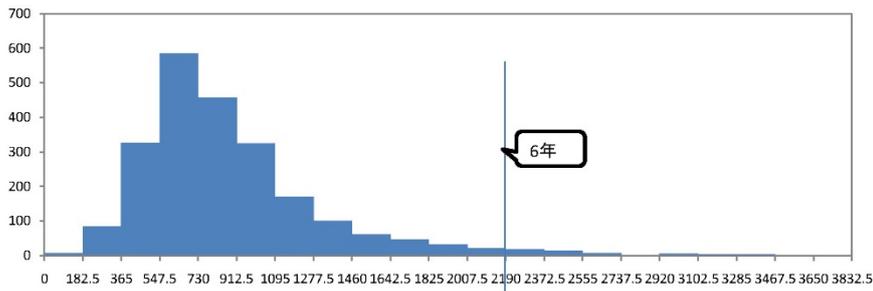


図2 処遇終了と至った群の入院日数

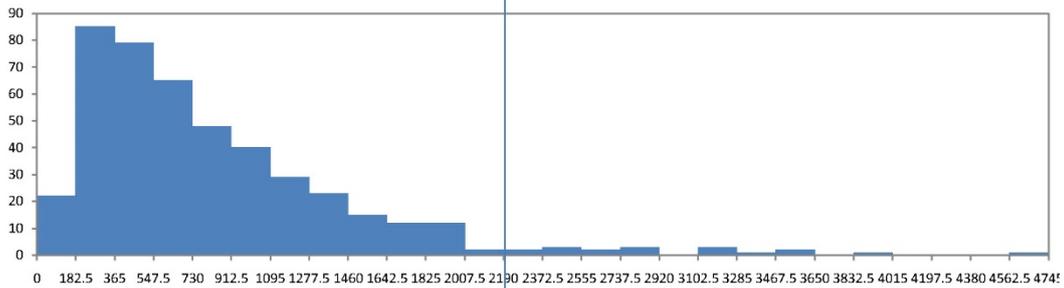


図3 処遇終了-入院へと至った群の入院日数

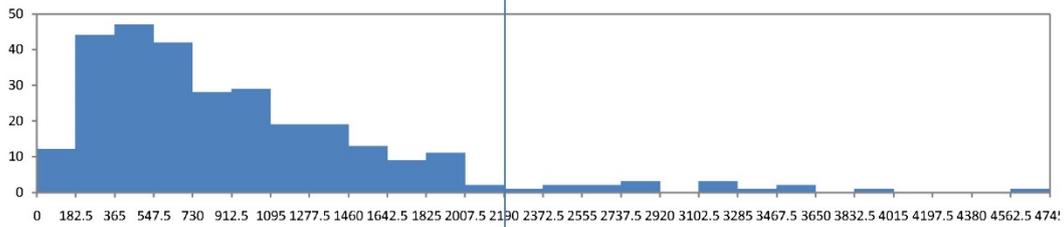


表4 通院処遇群/処遇終了群/処遇終了-入院群の入院日数比較

	通院処遇群		処遇終了群		処遇終了-入院群	
n	2273		450		291	
平均	886.3		828.8		933.4	
標準偏差	457.0		655.8		729.0	
最小値	130		3		92	
第1四分位数	593		370.25		408.5	
中央値	777		653		730	
第3四分位数	1049		1093		1228	
最大値	3730		4669		4669	
階級	人数	%	人数	%	人数	%
半年以内	7	0.3%	22	4.9%	12	4.1%
半年～1年	84	3.7%	85	18.9%	44	15.1%
1年～1年半	327	14.4%	79	17.6%	47	16.2%
1年半～2年	585	25.7%	65	14.4%	42	14.4%
2年～2年半	458	20.1%	48	10.7%	28	9.6%
2年半～3年	325	14.3%	40	8.9%	29	10.0%
3年～3年半	171	7.5%	29	6.4%	19	6.5%
3年半～4年	100	4.4%	23	5.1%	19	6.5%
4年～4年半	61	2.7%	15	3.3%	13	4.5%
4年半～5年	47	2.1%	12	2.7%	9	3.1%
5年～5年半	32	1.4%	12	2.7%	11	3.8%
5年半～6年	22	1.0%	2	0.4%	2	0.7%
6年～6年半	18	0.8%	2	0.4%	1	0.3%
6年半～7年	14	0.6%	3	0.7%	2	0.7%
7年～7年半	7	0.3%	2	0.4%	2	0.7%
7年半～8年	2	0.1%	3	0.7%	3	1.0%
8年～8年半	5	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
8年半～9年	3	0.1%	3	0.7%	3	1.0%
9年～9年半	4	0.2%	1	0.2%	1	0.3%
9年半～10年	0	0.0%	2	0.4%	2	0.7%
10年～10年半	1	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
10年半～11年			1	0.2%	1	0.3%
11年～11年半			0	0.0%	0	0.0%
11年半～12年			0	0.0%	0	0.0%
12年～12年半			0	0.0%	0	0.0%
12年半～13年			1	0.2%	1	0.3%

表5 通院処遇群／処遇終了群／処遇終了-入院群における入院処遇日数と各変数の相関（ダミー変数によるスピアマンの順位相関係数）

	通院処遇群 n=2273	処遇終了群 n=450	処遇終了-入院群 n=291
性別	-0.054	0.056	0.108
入院時年代	-0.034	-0.227	-0.402
F0	-0.055	-0.228	-0.249
F1	-0.048	-0.158	-0.141
F2	0.122	0.387	0.364
F3	-0.056	-0.027	-0.017
F4	-0.034	-0.082	-0.091
F5	-0.023	-0.042	0.005
F6	0.014	-0.134	-0.023
F7	-0.007	-0.046	-0.126
F8	0.060	0.032	0.036
F9	0.029	-0.092	該当なし
重複障害	0.017	-0.096	-0.093
殺人	0.080	0.120	0.114
殺人未遂	0.000	0.042	0.042
傷害	0.002	0.054	0.064
放火	-0.039	-0.128	-0.145
強盗	-0.009	-0.144	-0.141
性暴力	-0.027	0.016	0.043
複数の対象行為	0.027	0.036	0.083
行動制限総日数	0.282	0.258	0.311

表6 通院処遇への移行群/処遇終了群/処遇終了-入院群における入院処遇日数と  
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)

		通院処遇への移行群 n=1903	処遇終了群 n=308	処遇終了-入院群 n=200	
精神医学的要素	精神病症状の小項目	1. 精神病症状	0.198	0.300	0.242
		1) 通常でない思考	0.203	0.284	0.230
		2) 幻覚に基づいた行動	0.184	0.205	0.151
		3) 概念の統合障害	0.160	0.220	0.147
		4) 精神病的しぐさ	0.184	0.253	0.213
		5) 不適切な疑惑	0.181	0.205	0.156
	6) 誇大性	0.167	0.150	0.145	
	非精神病症状の小項目	2. 非精神病性症状	0.143	0.089	0.024
		1) 興奮・躁状態	0.154	0.194	0.153
		2) 不安・緊張	0.111	0.138	0.082
3) 怒り		0.171	0.096	0.135	
個人心理的要素	内省・洞察の小項目	4) 感情の平板化	0.105	0.124	0.051
		5) 抑うつ	0.022	-0.013	-0.072
		6) 罪悪感	0.017	0.009	0.017
		7) 解離	-0.045	0.014	0.054
	8) 知的障害	0.053	0.021	-0.038	
	9) 意識障害	-0.016	-0.054	-0.091	
	3. 自殺企図	0.041	0.089	0.080	
	生活能力の小項目	4. 内省・洞察	0.149	0.103	0.033
		1) 対象行為への内省	0.147	0.087	0.082
		2) 対象行為以外の他害行為への内省	0.155	0.175	0.205
3) 病識		0.131	0.094	-0.012	
4) 対象行為の要因理解		0.162	0.119	0.057	
5. 生活能力		0.098	0.103	0.114	
1) 生活リズム		0.081	0.102	0.153	
2) 整容と衛生		0.124	0.180	0.109	
3) 金銭管理		0.111	0.023	0.028	
4) 家事や料理をしない		0.125	0.071	0.004	
5) 安全管理		0.129	0.030	0.001	
6) 社会資源の利用		0.067	0.040	-0.066	
7) コミュニケーション		0.078	0.086	0.037	
8) 社会的引きこもり		0.145	0.139	0.155	
9) 孤立	0.172	0.198	0.130		
衝動コントロールの小項目	10) 活動性の低さ	0.144	0.117	0.060	
	11) 生産的活動・役割	0.120	0.099	0.092	
	12) 過度の依存	0.126	0.132	0.171	
	13) 余暇を有効に過ごせない	0.101	0.097	0.066	
	14) 施設への過剰適応	0.061	0.069	0.044	
	6. 衝動コントロール	0.151	0.141	0.141	
	1) 一貫性のない行動	0.161	0.119	0.136	
	2) 待つことができない	0.120	0.144	0.077	
	3) 先の予測をしない	0.147	0.182	0.183	
	4) そそのかされる	0.028	-0.005	-0.006	
5) 怒りの感情の行動化	0.178	0.059	0.062		
対人関係的要素	7. 共感性	0.185	0.092	0.151	
	8. 非社会性	0.148	0.014	0.072	
	1) 侮辱的な言葉	0.042	0.088	0.128	
	2) 社会的規範の蔑視	0.072	0.009	0.062	
	3) 犯罪志向的態度	0.085	-0.071	-0.009	
	4) 特定の人を害する	0.123	0.146	0.157	
	5) 他者を脅す	0.105	0.018	0.026	
	6) だます、嘘を言う	0.087	0.029	0.022	
	7) 故意の器物破損	0.101	0.065	0.085	
	8) 犯罪的交友関係	0.000	-0.026	-0.026	
9) 性的逸脱行動	0.094	0.142	0.154		
10) 放火の兆し	0.010	0.005	0.013		
環境的要素	9. 対人暴力	0.081	0.118	0.100	
	10. 個人的支援	0.093	0.069	0.047	
	11. コミュニティ要因	0.106	0.044	-0.027	
	12. ストレス	0.130	0.120	0.067	
	13. 物質乱用	-0.035	-0.061	-0.056	
	14. 現実的計画	-0.018	0.055	0.085	
	現実的計画の小項目	1) 退院後の治療プランへの同意	0.027	0.053	0.000
		2) 日中活動	0.012	0.009	-0.024
		3) 住居	0.089	-0.070	-0.162
		4) 生活費	0.009	-0.135	-0.093
5) 緊急時の対応		-0.032	-0.022	-0.110	
6) 関係機関との連携・協力体制		-0.002	-0.007	-0.072	
7) キーパーソン		0.093	-0.012	-0.003	
8) 地域への受け入れ体制		-0.023	0.031	0.020	
治療的要素	15. コンプライアンス	0.127	0.027	-0.036	
	16. 治療効果	0.139	-0.034	-0.035	
	17. 治療・ケアの継続性	-0.009	0.106	0.166	
	治療継続・モニタリングのケア小項目	1) 治療同盟	0.104	0.091	0.084
		2) 予防	-0.007	0.089	0.068
		3) モニター	-0.003	0.095	0.089
4) セルフモニタリング		0.013	0.042	0.072	
5) 緊急時の対応		-0.005	0.144	0.168	

表7 行動制限群かつ処遇終了-入院の発生、  
および処遇終了-入院の発生と各変数の  
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 発生数=86	処遇終了-入 院 発生数=291
性別	0.014	-0.006
入院時年代	-0.001	<b>0.152</b>
F0	<b>0.085</b>	<b>0.195</b>
F1	-0.016	-0.024
F2	-0.019	<b>-0.058</b>
F3	<b>-0.042</b>	<b>-0.054</b>
F4	0.007	-0.005
F5	-0.009	0.006
F6	0.013	0.007
F7	<b>0.051</b>	<b>0.056</b>
F8	<b>0.042</b>	0.012
F9	-0.015	-0.029
重複障害	<b>0.057</b>	0.032
殺人	-0.021	-0.027
殺人未遂	-0.008	-0.021
傷害	0.021	0.012
放火	0.002	<b>0.051</b>
強盗	-0.010	-0.032
性暴力	0.003	-0.026
複数の対象行為	-0.020	-0.019
行動制限総日数	<b>0.429</b>	<b>0.206</b>
入院処遇日数	0.088	-0.021

表8 行動制限群かつ処遇終了-入院の発生、および処遇終了-入院の発生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=2,231	行動制限かつ 処遇終了-入院 発生数=70	処遇終了-入院 発生数=200
		<b>1. 精神病症状</b>	<b>0.073</b>	<b>0.142</b>
精神 医学的 要素	精神 病 症 状 の 小 項 目	1) 通常でない思考	0.074	0.136
		2) 幻覚に基づいた行動	0.106	0.136
		3) 概念の統合障害	0.094	0.141
		4) 精神病的しぐさ	0.137	0.152
		5) 不適切な疑惑	0.036	0.091
		6) 誇大性	0.038	0.080
		<b>2. 非精神病性症状</b>	<b>0.099</b>	<b>0.109</b>
非 精 神 病 症 状 の 小 項 目	非 精 神 病 症 状 の 小 項 目	1) 興奮・躁状態	0.110	0.100
		2) 不安・緊張	0.056	0.063
		3) 怒り	0.103	0.099
		4) 感情の平板化	0.027	0.059
		5) 抑うつ	-0.019	0.014
		6) 罪悪感	-0.025	-0.020
		7) 解離	0.042	0.007
		8) 知的障害	0.098	0.134
		9) 意識障害	0.047	0.059
		<b>3. 自殺企図</b>	<b>0.038</b>	<b>0.020</b>
		<b>4. 内省・洞察</b>	<b>0.060</b>	<b>0.118</b>
内 省 ・ 洞 察 の 小 項 目	内 省 ・ 洞 察 の 小 項 目	1) 対象行為への内省	0.086	0.102
		2) 対象行為以外の他害行為への内省	0.117	0.109
		3) 病識	0.062	0.143
		4) 対象行為の要因理解	0.079	0.141
		<b>5. 生活能力</b>	<b>0.088</b>	<b>0.135</b>
個 人 心 理 的 要 素	生 活 能 力 の 小 項 目	1) 生活リズム	0.119	0.137
		2) 整容と衛生	0.109	0.155
		3) 金銭管理	0.126	0.131
		4) 家事や料理をしない	0.102	0.131
		5) 安全管理	0.125	0.124
		6) 社会資源の利用	0.125	0.139
		7) コミュニケーション	0.097	0.110
		8) 社会的引きこもり	0.093	0.105
		9) 孤立	0.112	0.152
		10) 活動性の低さ	0.088	0.110
		11) 生産的活動・役割	0.087	0.109
		12) 過度の依存	0.094	0.070
		13) 余暇を有効に過ごせない	0.083	0.076
		14) 施設への過剰適応	0.052	0.103
		<b>6. 衝動コントロール</b>	<b>0.094</b>	<b>0.096</b>
衝 動 コ ン ト ロ ール の 小 項 目	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
		2) 待つことができない	0.124	0.111
		3) 先の予測をしない	0.114	0.093
		4) そそのかされる	0.016	-0.011
		5) 怒りの感情の行動化	0.110	0.122
		<b>7. 共感性</b>	<b>0.085</b>	<b>0.106</b>
		<b>8. 非社会性</b>	<b>0.085</b>	<b>0.045</b>
対 人 関 係 的 要 素	非 社 会 性 の 小 項 目	1) 侮辱的な言葉	0.057	0.031
		2) 社会的規範の蔑視	0.050	0.040
		3) 犯罪志向的態度	-0.009	-0.001
		4) 特定の人を害する	0.048	0.023
		5) 他者を脅す	0.073	0.039
		6) だます、嘘を言う	0.019	0.001
		7) 故意の器物破損	0.051	0.017
		8) 犯罪的交友関係	0.012	0.005
		9) 性的逸脱行動	0.102	0.077
		10) 放火の兆し	0.017	0.021
		<b>9. 対人暴力</b>	<b>0.120</b>	<b>0.073</b>
		<b>10. 個人的支援</b>	<b>0.022</b>	<b>0.026</b>
		<b>11. コミュニティ要因</b>	<b>0.044</b>	<b>0.067</b>
		<b>12. ストレス</b>	<b>0.085</b>	<b>0.083</b>
		<b>13. 物質乱用</b>	<b>0.014</b>	<b>-0.019</b>
環 境 的 要 素	現 実 的 計 画 の 小 項 目	14. 現実的計画	0.035	0.053
		1) 退院後の治療プランへの同意	0.045	0.066
		2) 日中活動	0.030	0.055
		3) 住居	0.029	0.073
		4) 生活費	-0.005	-0.039
		5) 緊急時の対応	0.025	0.043
		6) 関係機関との連携・協力体制	0.037	0.029
		7) キーパーソン	-0.009	0.011
8) 地域への受け入れ体制	0.044	0.051		
		<b>15. コンプライアンス</b>	<b>0.077</b>	<b>0.108</b>
		<b>16. 治療効果</b>	<b>0.077</b>	<b>0.127</b>
治 療 的 要 素	治 療 的 要 素 の 小 項 目	17. 治療・ケアの継続性	0.034	0.038
		1) 治療同盟	0.072	0.094
		2) 予防	0.041	0.074
		3) モニター	0.036	0.049
		4) セルフモニタリング	0.060	0.080
5) 緊急時の対応	0.051	0.062		

表9 全退院対象者／通院処遇への移行群／処遇終了群／処遇終了-入院群における行動制限総日数と各変数の相関  
(ダミー変数によるスピアマンの順位相関係数)

	全退院対象者 n=2,704	通院処遇への移行群 n=2,227	処遇終了群 n=438	処遇終了-入院群 n=280
性別	-0.015	-0.033	0.032	0.101
入院時年代	<b>-0.078</b>	<b>-0.075</b>	<b>-0.252</b>	<b>-0.267</b>
F0	<b>0.042</b>	0.005	-0.006	-0.007
F1	-0.024	-0.031	-0.045	0.013
F2	-0.034	-0.004	-0.002	0.009
F3	<b>-0.039</b>	-0.033	-0.028	-0.040
F4	-0.019	-0.033	0.010	-0.004
F5	-0.023	-0.017	-0.058	-0.046
F6	<b>0.057</b>	0.009	0.088	0.065
F7	<b>0.107</b>	<b>0.078</b>	<b>0.146</b>	0.116
F8	<b>0.076</b>	<b>0.055</b>	<b>0.140</b>	<b>0.136</b>
F9	<b>0.055</b>	<b>0.058</b>	0.056	該当なし
重複障害	<b>0.068</b>	0.025	<b>0.154</b>	<b>0.171</b>
殺人	-0.034	<b>-0.026</b>	-0.043	-0.081
殺人未遂	0.005	0.002	0.056	0.056
傷害	0.020	-0.004	0.083	0.053
放火	-0.004	0.017	<b>-0.107</b>	-0.058
強盗	0.017	0.009	0.050	0.040
性暴力	0.003	0.011	0.007	0.062
複数の対象行為	-0.010	-0.011	0.012	0.002

表10 全退院対象者/通院処遇への移行群/処遇終了群/処遇終了-入院群における行動制限総日数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)

		全退院対象者 n=2231	通院処遇への移行群 n=1903	処遇終了群 n=308	処遇終了-入院群 n=200
精神医学的要素	1. 精神病症状	0.125	0.117	0.034	-0.014
	精神病症状の小項目				
	1) 通常でない思考	0.120	0.113	0.037	-0.002
	2) 幻覚に基づいた行動	0.165	0.153	0.152	0.118
	3) 概念の統合障害	0.179	0.166	0.126	0.099
	4) 精神病的しぐさ	0.229	0.203	0.258	0.274
	5) 不適切な疑惑	0.090	0.081	0.041	-0.005
	6) 誇大性	0.109	0.107	0.032	0.017
	2. 非精神病症状	0.221	0.201	0.249	0.228
	非精神病症状の小項目				
1) 興奮・躁状態	0.281	0.267	0.261	0.279	
2) 不安・緊張	0.138	0.130	0.146	0.116	
3) 怒り	0.253	0.240	0.198	0.228	
4) 感情の平板化	0.035	0.025	0.044	0.011	
5) 抑うつ	0.033	0.044	-0.006	-0.051	
6) 罪悪感	0.042	0.057	0.030	0.036	
7) 解離	0.040	0.021	0.150	0.127	
8) 知的障害	0.169	0.141	0.204	0.168	
9) 意識障害	0.061	0.063	0.002	-0.004	
3. 自殺企図	0.066	0.060	0.088	0.113	
4. 内省・洞察	0.098	0.082	0.026	-0.053	
内省・洞察の小項目					
1) 対象行為への内省	0.123	0.077	0.172	0.155	
2) 対象行為以外の他害行為への内省	0.153	0.111	0.208	0.237	
3) 病識	0.057	0.039	-0.035	-0.124	
4) 対象行為の要因理解	0.103	0.083	0.037	-0.065	
5. 生活能力	0.137	0.109	0.158	0.106	
生活能力の小項目					
1) 生活リズム	0.156	0.122	0.202	0.232	
2) 整容と衛生	0.139	0.101	0.157	0.129	
3) 金銭管理	0.213	0.174	0.258	0.244	
4) 家事や料理をしない	0.147	0.110	0.203	0.161	
5) 安全管理	0.200	0.176	0.207	0.227	
6) 社会資源の利用	0.146	0.113	0.182	0.159	
7) コミュニケーション	0.149	0.128	0.188	0.172	
8) 社会的引きこもり	0.080	0.043	0.127	0.138	
9) 孤立	0.111	0.080	0.128	0.116	
10) 活動性の低さ	0.081	0.053	0.094	0.096	
11) 生産的活動・役割	0.142	0.102	0.197	0.171	
12) 過度の依存	0.161	0.132	0.229	0.242	
13) 余暇を有効に過ごせない	0.110	0.079	0.157	0.161	
14) 施設への過剰適応	0.083	0.066	0.045	-0.047	
6. 衝動コントロール	0.233	0.218	0.213	0.218	
衝動コントロールの小項目					
1) 一貫性のない行動	0.257	0.233	0.317	0.369	
2) 待つことができない	0.214	0.180	0.293	0.298	
3) 先の予測をしない	0.218	0.187	0.277	0.285	
4) そそのかされる	0.108	0.113	0.115	0.134	
5) 怒りの感情の行動化	0.235	0.207	0.237	0.221	
7. 共感性	0.132	0.098	0.175	0.154	
8. 非社会性	0.189	0.167	0.217	0.274	
非社会性的小項目					
1) 侮蔑的な言葉	0.136	0.108	0.174	0.191	
2) 社会的規範の蔑視	0.119	0.094	0.167	0.131	
3) 犯罪志向的態度	0.075	0.075	0.031	0.017	
4) 特定の人を害する	0.154	0.150	0.141	0.197	
5) 他者を脅す	0.155	0.131	0.179	0.188	
6) だます、嘘を言う	0.113	0.112	0.101	0.102	
7) 故意の器物破損	0.181	0.168	0.170	0.186	
8) 犯罪的交友関係	0.072	0.045	0.141	0.084	
9) 性的逸脱行動	0.161	0.118	0.221	0.235	
10) 放火の兆し	0.057	0.042	0.058	0.080	
9. 対人暴力	0.195	0.164	0.293	0.371	
10. 個人的支援	0.054	0.039	0.053	0.062	
11. コミュニティ要因	0.061	0.028	0.153	0.094	
12. ストレス	0.178	0.155	0.211	0.178	
13. 物質乱用	0.006	-0.007	0.060	0.095	
14. 現実的計画	0.028	0.016	0.040	0.057	
現実的計画の小項目					
1) 退院後の治療プランへの同意	0.070	0.056	0.090	0.035	
2) 日中活動	0.054	0.046	0.019	-0.021	
3) 住居	0.063	0.055	-0.008	-0.092	
4) 生活費	0.024	0.015	0.060	0.082	
5) 緊急時の対応	0.039	0.035	0.026	-0.040	
6) 関係機関との連携・協力体制	0.044	0.033	0.078	0.078	
7) キーパーソン	0.037	0.049	-0.073	-0.029	
8) 地域への受け入れ体制	0.058	0.039	0.110	0.080	
15. コンプライアンス	0.128	0.103	0.134	0.069	
16. 治療効果	0.123	0.111	0.062	0.039	
17. 治療・ケアの継続性	0.040	0.027	0.056	0.100	
治療的要素					
継続性・ケアの小項目					
1) 治療同盟	0.102	0.074	0.129	0.125	
2) 予防	0.050	0.027	0.077	0.050	
3) モニター	0.059	0.037	0.113	0.086	
4) セルフモニタリング	0.054	0.029	0.065	0.081	
5) 緊急時の対応	0.060	0.032	0.153	0.129	

表11 ICF・GAFと通院移行後、入院処遇中の暴力との関連

ICF「活動と参加」項目	COX比例ハザードモデル ハザード比 5%水準で有意なもののみ 通院移行後（通院処遇中）			指定入院医療機関入院中の対人暴力	
	暴力 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力)	問題行動 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力、アルコール、物質関連問題、医療へ)	自傷・自殺企図	入院時初回評価 ↓ 入院全期間の院内対人暴力	初回入院継続申請時評価 ↓ 入院半年以降の院内対人暴力
説明変数					
身体快適性の確保	n. s.	n. s.	n. s.	1. 345	1. 443
食事や体調の管理	n. s.	n. s.	n. s.	1. 359	1. 587
健康の維持	n. s.	1. 526	n. s.	1. 340	n. s.
調理	n. s.	n. s.	n. s.	1. 687	1. 343
調理以外の家事	n. s.	n. s.	n. s.	1. 554	1. 937
敬意と思いやり	n. s.	1. 466	n. s.	1. 409	n. s.
感謝	n. s.	1. 459	n. s.	1. 346	n. s.
寛容さ	n. s.	1. 365	n. s.	1. 626	1. 578
批判	n. s.	n. s.	n. s.	1. 514	n. s.
合図	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	1. 295
身体的接触	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	1. 317
対人関係の形成	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
対人関係の終結	1. 538	1. 415	n. s.	n. s.	1. 333
対人関係における行動の制限	n. s.	n. s.	n. s.	1. 492	n. s.
社会的ルールに従った対人関係	1. 681	1. 471	n. s.	1. 612	1. 561
社会的距離の維持	1. 649	1. 577	n. s.	1. 268	1. 242
日課の管理	n. s.	n. s.	n. s.	1. 509	1. 860
日課の達成	n. s.	n. s.	n. s.	1. 509	1. 549
自分の活動レベルの管理	n. s.	n. s.	n. s.	1. 444	1. 706
責任への対処	1. 581	1. 451	n. s.	1. 494	1. 712
ストレスへの対処	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
危機への対処	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	1. 432
基本的な経済的取引	1. 475	1. 505	n. s.	1. 430	1. 579
複雑な経済的取引	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
経済的自給	n. s.	n. s.	0. 472	n. s.	n. s.
<b>ICF環境因子項目</b>					
生産品と用具	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
自然環境・地域環境	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
支援と関係（量的な側面）	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
態度（感情や質的な側面）	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.
サービス・制度	0. 590	0. 666	n. s.	n. s.	n. s.
<b>GAF得点</b>	n. s.	n. s.	n. s.	0. 943	0. 951

壁屋ら3)より転載

n. s. : not significant  
 ICF: International Classification of  
 Functioning, Disability and Health  
 GAF: Global Assessment of Functioning

表12 共通評価項目（第2版）下位項目と通院移行後、入院処遇中の暴力との関連

		通院移行後の暴力、問題行動、自傷・自殺企図			指定入院医療機関入院中の対人暴力			
		COX比例ハザードモデルハザード比またはログランク検定で認められた項目						
因子名	第2版 項目名	暴力 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力)	問題行動 (身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力、アルコール・物質関連問題、医療への不遵守)	自傷・自殺企図	入院時初回評価 ↓ 入院全期間の院内対人暴力	初回入院継続申請時評価 ↓ 入院半年以降の院内対人暴力		
説明変数		n=373			n=572	n=514		
精神医学的要素	1. 精神病症状	n.s.	n.s.	n.s.	0点の群<2点の群	ハザード比=1.820		
	小項目の 精神病症状の	1) 通常でない思考 n.s.	n.s.	n.s.			n.s.	n.s.
	2) 幻覚に基づいた行動 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			n.s.	n.s.
	3) 概念の統合障害 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			n.s.	n.s.
	4) 精神病的しぐさ n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			n.s.	n.s.
	5) 不適切な疑惑 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.			n.s.	n.s.
	6) 誇大性 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
	2. 非精神病症状	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	
	非精神病症状の 小項目	1) 興奮・躁状態 0点の群<1点以上の群 ハザード比: 1.839	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	n.s.	0点の群<1点の群, 2点の群	n.s.	
	2) 不安・緊張 0点の群<1点以上の群	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	
3) 怒り n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
4) 感情の平板化 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
5) 抑うつ n.s.	n.s.	n.s.	0点の群<1点以上の群	n.s.	n.s.	n.s.		
6) 罪悪感 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
7) 解離 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
8) 知的障害 0点の群<1点の群, 2点の群	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0点の群<2点の群	0点の群, 1点の群 < 2点の群		
9) 意識障害 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
3. 自殺企図	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
4. 内省・洞察	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
小洞内 項察省 目の・	1) 対象行為の内省 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
2) 対象行為以外の他害行為の内省 0点の群<2点の群	0点の群<2点の群	0点の群<2点の群	n.s.	ハザード比: 1.280	n.s.	n.s.		
3) 病識 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
4) 対象行為の要因理解 ハザード比: 1.564	ハザード比: 1.564	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	ハザード比: 1.990		
5. 生活能力	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
個人心理的要素	生活能力の 小項目	1) 生活リズム n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0点の群, 1点の群 < 2点の群		
2) 整容と衛生 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
3) 金銭管理 0点の群<1点の群<2点の群	0点の群<1点の群<2点の群	0点の群<1点の群, 2点の群	0点の群<1点の群	n.s.	n.s.	0点の群<2点の群		
4) 家事や料理 0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	ハザード比: 1.273	n.s.	n.s.		
5) 安全管理 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0点の群<2点の群	n.s.		
6) 社会資源の利用 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
7) コミュニケーション n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
8) 社会的引きこもり n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
9) 孤立 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
10) 活動性の低さ n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
11) 生産的活動・役割 0点の群<1点の群	0点の群<1点の群	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
12) 過度の依存 0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
13) 余暇を有効に過ごせない n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	ハザード比: 1.315	n.s.		
14) 施設への過剰適応 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
6. 衝動コントロール	0点の群<1点の群<2点の群	0点の群<1点の群<2点の群	n.s.	n.s.	ハザード比: 1.412	ハザード比=2.111		
小項目の 衝動 コント ロール	1) 一貫性のない行動 0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	n.s.	n.s.	n.s.	0点の群<2点の群		
2) 待つことができない 0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
3) 先の予測をしない 0点の群<1点の群, 2点の群	0点の群<1点の群, 2点の群	0点の群<1点の群, 2点の群	n.s.	n.s.	n.s.	0点の群<1点の群, 2点の群		
4) そそのかされる 0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
5) 怒りの感情の行動化 0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	n.s.	n.s.	0点の群, 1点の群<2点の群	0点の群<2点の群		
7. 共感性	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
8. 非社会性	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群	n.s.	n.s.	0点の群<2点の群	n.s.		
対人関係的要素	非社会性の 小項目	1) 侮蔑的な言葉 n.s.	n.s.	n.s.	0点の群<1点以上の群	n.s.		
2) 社会的規範の蔑視 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
3) 犯罪志向的態度 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
4) 特定の人を害する n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0点の群<2点の群	n.s.		
5) 他者を脅す p<0.05	p<0.05	p<0.05	n.s.	n.s.	0点の群<2点の群	n.s.		
6) だます、嘘を言う p<0.05	p<0.05	p<0.05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
7) 故意の器物破損 p<0.05	p<0.05	p<0.05	n.s.	n.s.	0点の群<2点の群	0点の群<1点以上の群		
8) 犯罪的交友関係 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
9) 性的逸脱行動 p<0.05	p<0.05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
10) 放火の兆し n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
9. 対人暴力	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
10. 個人的支援	n.s.	ハザード比: 1.672	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
11. コミュニティ要因	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
12. ストレス	1点の群<2点の群	ハザード比: 1.666	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
13. 物質乱用	n.s.	0点の群<2点の群	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
14. 現実的計画	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
環境的要素	現実的計画の 小項目	1) 退院後の治療プランへの同意 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
2) 日中活動 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
3) 住居 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
4) 生活費 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
5) 緊急時の対応 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
6) 関係機関との連携・協力体制 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
7) キーパーソン n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
8) 地域への受け入れ体制 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
15. コンプライアンス	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
16. 治療効果	ハザード比: 2.486	ハザード比: 1.759	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
治療的要素	治療的要素 小項目 目性ケ アの	17. 治療・ケアの継続性 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
1) 治療同盟 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
2) 予防 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
3) モニター n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
4) セルフモニタリング n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		
5) 緊急時の対応 n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		

壁屋ら4)より転載

壁屋ら5)より転載

n.s.: not significant

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：

1. 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、平成30年度～令和2年度において、1) 全国の指定入院医療機関を対象とした複雑事例に関する個別調査を実施し、2) 調査結果をもとに複雑事例中核群を抽出・類型化し、3) 複雑事例中核群に対する介入方法を検討・実践した。
2. 1) 全国の指定入院医療機関の協力の下、複雑事例に関する個別調査を実施し、累計26施設233例の有効個別調査票の量的・質的解析を行った。
3. 2) 解析結果から複雑事例中核群12例を抽出し、その特性を検討すると共に、長期措置入院群75例との比較検討も行った。12例に共通する傾向として「重複障害、特に自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorder：以下、ASD）の併存」「clozapine（以下、CLZ）の使用割合の高さ」「衝動性・暴力リスクの高さ」「家族機能の脆弱さ」「治療同盟構築の困難さ」等の特徴が認められ、複雑事例中核群への介入における最重要課題は重複障害に対する心理社会的治療がであると考えられた。また共通評価項目との連動を意識したcase formulation（以下、CF）に基づき複雑事例中核群を「疾病治療困難型」「関係構築困難型」「セルフコントロール困難型」の3型に分類した。
4. 3) 複雑事例中核群に対し、shared decision makingによる介入をCFを用いて行い（以下、SDM with CF）、その効果を判定した。また転院トライアル2事例の評価を行い、複雑事例に対する介入方法としての転院の有効性についても検討した。

研究協力者（敬称略）

平林直次	国立精神・神経医療研究センター病院
柏木宏子	同上
竹田康二	同上
瓶田貴和	同上
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
大迫充江	国立病院機構肥前精神医療センター

佐野 亘	トヨタ自動車
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
新澤安江	同上
内山博公	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、入院処遇ガイドラインに示された標準的経過を辿らない、複雑事例の背景や病態の解明、分類、治療・ケアに関するエビデンスの蓄積は、医療観察法医療のみならず、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。

本研究の目的は、複雑事例の特徴を明らかにし、具体的な介入方法を検討すると共に、得られた知見を精神保健福祉法医療に応用していく方法についても検討していくことである。

## B. 研究方法

実際の調査手順を以下に示す。

1. 分担研究班・壁屋班と連携し、複雑事例の条件として「治療が極めて困難」「退院が困難」「入院期間が6年超」「頻回隔離」「長期隔離」「拘束事例」「再入院事例」「再処遇事例」の8つを便宜的に定め、それらの条件に1つでも合致する医療観察法入院対象者を調査対象とする。
2. 全国の指定入院医療機関の医療観察法病棟看護師長に調査票を送付し、対象事例の年齢、性別、診断、対象行為、入院決定日、通院医療機関内定の有無、経済状況、治療・退院困難な理由、直近の入院継続申立ての趣旨及び理由、直近半年間の診療及び病状経過の要約、CLZ使用・修正型電気けいれん療法実施の有無、等のデータ入力を依頼する。
3. 回収した調査票をもとに、入院期間6年超の群を「長期入院群」、頻回隔離・長期隔離・拘束の群を「行動制限群」、再入院・再処遇の群を「再入院・再処遇群」とし、各群とそれ以外の群との間で特徴に差がないかを量的データと入院継続申立書のテキストデータの両面から解析する。
4. 解析結果より、複雑事例の典型となる特徴を明らかにするとともにその特徴を有した一群（複雑事例中核群）を抽出する。
5. 先行研究で示されている長期措置入院事例と比較しつつ、CFを用い類型化することで、複雑事例中核群の特徴をより明確化し、必要な介入方法について検討・実施・効果判定を行う。
6. 統計学的解析にはSPSS<sup>®</sup>ver22.0を用い、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とする。

### (倫理面への配慮)

本研究は、「疫学研究の倫理指針」に従い実施する。本研究に利用する調査対象事例のデータに関しては、医療観察法病棟における日常臨床の中で標準的に収集されるデータを用い、本研究のために新たに収集するものはない。小諸高原病院及び各研究協力機関において、調査対象事例のデータを収集し、氏名・住所・生年月日など個人を特定できる情報を削除して代表施設（小諸高原病院）に送付。代表施設は数値情報のみを得て統計的に解析を行う。情報漏洩を防ぐため、データの受け渡しは基本的に手渡し、もしくは書留での郵送とする。各施設でのデータの管理は、各研究機関の研究協力者が行う。データの保管に関しては、医療観察法病棟内の研究関係者以外の者がアクセスできない場所(研究室)において、紙情報は鍵のかかるロッカー、電子情報はインターネットに接続していないパソコン、もしくは暗号化されたドライブに保管する。医療観察法病棟は、常時施錠されており、病棟スタッフ以外の来棟は一定の条件下でのみ可能となっており、フラッシュメモリー等の記憶可搬媒体やカメラ、写真機能のついた携帯電話の利用も禁止されており、データの外部への持ち出しは不可能な環境にある。研究結果を、研究報告書、学会報告、学術論文として報告するには、個人情報保護には細心の配慮を行い、個人を特定する情報は一切使用しないものとする。

## C. 研究結果

### 1. 複雑事例中核群の特徴

全国の指定入院医療機関 26 施設から累

計 233 例の有効個別調査票を回収した。長期入院群においては「行動制限」「重複障害」「CLZ 使用」の割合が、行動制限群においては「長期入院」「暴力リスクの高さ」「劣悪な生育環境」の割合が、再入院・再処遇群においては「ASD 傾向」「重複障害」「CLZ 使用」の割合が他の群に比べ多い傾向が認められた。複雑事例化要因の中で「長期入院」と「行動制限」に相関性が示唆されること、「再入院・再処遇群」は一旦通院処遇に移行できていること、各群に共通した治療・退院困難理由が「重複障害」であることより、「長期入院群」「行動制限群」双方の条件に合致する重複障害事例 12 例(男性 10 例、女性 2 例、 $46.1 \pm 10.0$  歳)が複雑事例の中核群であることが想定された。

入院継続申立書のテキストデータの解析により、12例に共通する傾向として「重複障害、特にASDの併存」「CLZ使用割合の高さ」「衝動性・暴力リスクの高さ」「家族機能の脆弱さ」「治療同盟構築の困難さ」等の特徴が抽出された。

### 2. 複雑事例中核群と長期措置入院群との比較

参考にした先行研究は「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）」である。同研究では全国1,386の精神科医療機関を対象に、2017年6月30日時点で1年以上措置入院している患者を調査し、34医療機関から75例（男性63例、女性12例、 $51.2 \pm 13.5$ 歳）の情報が得られている。それらの75例を長期措置入院群とし、複雑事例中核群12例と比較すると、男女比、主診断に占める統合失調症の割合、

平均入院期間に明らかな差はないものの、複雑事例中核群では、重複障害やCLZ使用の割合が長期措置入院群に比べ多いとの結果が得られた。また、退院困難理由については、複雑事例中核群では「症状改善困難」が長期措置入院群に比べ少ないものの、「衝動制御困難」が同程度であり、「環境調整困難」が多いとの結果が得られた。

両群の薬物療法に関する比較においては、平均 chlorpromazine（以下、CP）換算量に明確な差が認められ、複雑事例中核群が  $1128.8 \pm 882.9\text{mg}$  であり、長期措置入院群の  $893.3 \pm 659.1\text{mg}$  に比べ多くなっていた。

### 3. 複雑事例中核群の類型化

複雑事例中核群12例のうち、厚生労働省長期入院実態調査を行い、より詳細な情報が得られた上で仮想事例化した8例を対象に、共通評価項目第3版との連動や類型化の検討につなげることを主目的としたCFを実施した。CFの形態に基づき8例を「疾病治療困難型」「関係構築困難型」「セルフコントロール困難型」の3型に分類し、類型別の介入方法を検討した。

### 4. 複雑事例中核群に対する介入

『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。作成したCFに基づき、今後3か月の治療計

画をたて、対象事例の担当多職種チーム（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）が治療を実施した。効果判定には、協働意思決定度、自己効力感尺度、簡易精神症状評価尺度、日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール、治療同盟尺度の5つの評価尺度を用いた。協働意思決定度、日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール、治療同盟尺度の3つの尺度において評点は上昇していた。

また、複雑事例に対する介入方法としての転院の有効性を検討するために、転院トライアル2事例の評価を行った。転院前後での転院元・転院先医療機関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）評定、トライアル事例の転院前後での共通評価項目・機能の全体的評定尺度・drug attitude inventory-30・病識評価尺度日本語版・自己効力感尺度による評定を行った。2事例の評定結果としては、転院元のEssen CES評定において『攻撃的患者の存在』が有意に低下していることとCLZ導入により病状の安定が得られていること、複雑事例とMDTの治療関係が改善していることが共通していた。

### D. 考察

個別調査や医療観察法入院医療のエキスパートによる討議の結果から、「長期入院群」「行動制限群」双方の条件に合致する重複障害事例12例が複雑事例の中核群として想定された。入院期間の短縮と行動制限率の低下が精神科医療全体の課題であることから、その想定は実際の臨床感覚と概ね一致するものと考えられる。

12 例に共通する傾向として「重複障害（特に ASD の併存）」「CLZ 使用割合の高さ」「衝動性・暴力リスクの高さ」「家族機能の脆弱さ」「治療同盟構築の困難さ」等の特徴が抽出されている。長期措置入院群との比較においても、重複障害と CLZ 使用の割合が多く、退院困難理由として症状改善困難は少ないものの、衝動制御不十分と環境調整困難が多いことから、「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が不十分で環境調整も困難なため、長期入院化している可能性」が示唆された。よって重複障害に対する心理社会的治療が複雑事例に対する最重要課題であると考えられた。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、介入方法を検討したものの、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と、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ことが判明した。

複雑事例中核群に対する介入方法の一つとして実施・検証した SDM with CF については、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、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も示唆された。

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 評定において『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。複雑事例が、各指定入院医療機関であらゆる手が尽くされているにもかかわらず、複雑事例化しているとの前提に立つと、今後も該当施設でのアセスメントと介入のみでは明らかな治療効果が得られにくいことも想定され、特に対象者と MDT との治療同盟が破綻している場合には、他の指定入院医療機関への転院が有効な介入方法になり得るものとする。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。

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。

## E. 結論

全国の指定入院医療機関を対象に、複雑事例の個別調査を実施し、調査結果から抽出した複雑事例中核群に対する介入方法を検討し、実践・評価を行なった。

結果、重複障害に対する心理社会的治療が複雑事例に介入する上での最重要課題であることが明らかとなり、コンサルテーション、SDM with CF、転院、MDTの交代など『診たて直し』と『環境変化』の要素を含んだ介入方法が有効であることが示唆されている。今後は各介入の実践例の増加と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なる。また、複雑事例中核群に対する介入方法は、精神科医療全体、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、その応用方法について引き続き検討していく必要がある。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

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

### 2. 学会発表

- 1) 村杉謙次, 壁屋康洋：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 第1報. 第15回日本司法精神医学会大会, 岩手, 2019. 6. 8
- 2) 村杉謙次：医療観察法入院医療における治療戦略. 第115回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019. 6. 20-6. 21
- 3) 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

## G. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 参考文献

- 1) 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）
- 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. 村杉謙次. 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）

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書

### 通院医療の実態を把握するための体制構築に関する研究

研究分担者 大鶴 卓 国立病院機構琉球病院

#### 研究要旨：

本研究は通院処遇の実態を安定的かつ継続的に把握・検証することで医療水準を向上させることを目的とした通院データベースシステム構築に関する提言を行うことを目指し研究を進めた。平成 30 年度、令和元年度は大鶴分担班会議等で通院医療に携わる関係者から意見聴取を行ない通院処遇の実態調査の研究計画を立案した。令和元年度、令和 2 年度に通院処遇の実態調査研究を実施した。また令和 2 年度より処遇終了者の予後調査研究を並行して実施した。

通院処遇の実態調査研究は、約半数の機関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。

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、一般就労の割合は維持していた。処遇終了後は、指定通院医療機関が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。全期間において再被害行為、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
平林直次	国立精神・神経医療研究センター病院
竹田康二	同上
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

## 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 年度は関係者からの意見聴取をもとに、通院データベースシステム案の作成、通院処遇対象者の予後調査研究に向けた準備を行った。その結果、通院データベースシステムの概略案（図 1）を示すことができ、その運用にはシステム面、個人情報保護法、通し番号管理、システム運用時の管理（倫理面も含む）の 4 点が重要で、特に個人情報保護法、通し番号管理の 2 点

の検討が重要であることが分かった。

令和元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意見聴取を行ない通院処遇の実態調査の研究計画を完成でき、令和元年度、令和 2 年度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実態を把握する調査研究を行った。

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少ない。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. 調査対象と期間

令和元年度、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、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、7 月 16 日から翌年 7 月 15 日の期間内に通院対象者がいる指定通院医療機関を対象とした。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（図 2）。

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）を対象者とした。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時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. 解析方法

収集されたデータを SPSS<sup>®</sup> を用いて統計解析を行った

## 4. 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

令和元年度の通院処遇の実態研究の一次調査は 637 の指定通院医療機関に調査を行い 459 機関から回収（回収率 72%）でき、結果概要は表 4 に示す。対象者を受け入れ経験は 392 機関（85%）あり、そのうち 9 割の機関は直近 1 年以内に対象者を 1 名～3 名受入れていることがわかった。また、通院処遇対象者の受け入れは業務負担になっていると 76%の機関が回答し、受け入れ前の事前準備、毎月の書類提出、ケア会議参加、連絡・調整の負担が大きいと回答があった。対応が難しいケースがいると 229 機関（58%）が回答し、その内容は医療不遵守、病状不安定、頻回・長期入院が多かったが、重大な他害行為も含めた各種暴力、性的逸脱行動、犯罪行為、物質乱用、自傷・自殺企図、家族問題、金銭管理、生活能力低下なども多く、多岐に渡っていた。

半数以上の指定通院医療機関が対応が難しい通院処遇対象者の治療を行っている現状が把握できたため、令和 2 年度は対応が難しい対象者に焦点を当てた調査を行った。

令和 2 年度は 664 の指定通院医療機関に一次調査アンケートを送付し回収できたのは 427 機関（64%）であった。調査期間に対象者を受け入れた機関は 258 であり、その中で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。対応が難しい対象者の内容（図 3）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

令和2年度の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4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、傷害、放火、殺人・殺人未遂の3罪種で9割を占めた。診断名は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。死亡例を除くと、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。

通院処遇が3年を超えて継続している対象者は8例、問題行動を認めた対象者は13例、自殺・自殺企図を認めた事例は5例集積でき、この群は副診断、問題行動、精神保健福祉法入院、自殺・自殺企図の割合が高かった。そのため、この群と他の群の共通評価項目の解析を行った。

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5、表6)。問題行動等の群は、各カテゴリーで2点評価が多く、0点評価が少ない傾向を認め、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。

## 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7)

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%)、強制性交等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8)

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。

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は指定通院医療機関が最も多く41.3%であった。

### 3) 問題行動および転帰（表9）

全期間で重大な他害行為の発生はなかった。その他の問題行動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。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。

令和元年度の一次調査で通院処遇対象者の受け入れが業務負担になっていると76%の機関が回答した。また、対応が難しいケースがあると229機関（58%）が回答し、その内容は医療不遵守、病状不安定、頻回・長期入院が多かったが、重大な他害行為も含めた各種暴力、性的逸脱行動、犯罪行為、物質乱用、自傷・自殺企図、家族問題、金銭管理、生活能力低下なども多く、多岐に渡っていた。

令和2年度は、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。令和2年度の一次調査で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。その結果を分析すると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

令和 2 年度に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 8 例、問題行動を認めた 13 例、自殺・自殺企図を認めた 5 例は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群と考えられた。

それら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 10 にそれぞれの経過を示した。

自殺既遂・未遂があった 5 名（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。過去の研究と同様に、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（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（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（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。

性的逸脱行動を認めた3名(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(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(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(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互いに相関があり、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令和2年度の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

令和元年度、令和2年の通院処遇の実態調査研究の一次調査で約半数の指定通院医療機関は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。

## 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) 大鶴卓, 久保彩子, 前上里泰史: 全国の指定通院医療機関における通院処遇の診療実態調査. 第14回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018.6.2
- 2) 久保彩子, 前上里泰史, 吉田和史, 大鶴卓, 野村照幸, 高野真弘, 高平大悟: 指定通院医療のさらなる発展を目指した指定通院医療従事者研修の在り方についての検討と考察. 第14回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018.6.2
- 3) 木田直也, 大鶴卓, 村上優, 新里穂鷹, 久保彩子, 高江洲慶, 福治康秀: クロザピン治療中にけいれん発作が出現した治療抵抗性統合失調症23例の報告. 第114回日本精神神経学会学術総会, 神戸, 2018.6.21
- 4) 久保彩子, 前上里泰史, 吉田和史, 大鶴卓, 野村照幸, 高野真弘, 高平大悟: 指定通院医療のさらなる発展を目指した指定通院医療従事者研修の在り方についての検討と考察. 第15回日本司法精神医学会大会, 花巻, 2019.6.6
- 5) 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
- 6) 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](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](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](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お願いいたします。  
該当する項目の口にチェック、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	<b>【理由】</b> 複数回答可 <input type="checkbox"/> 対象者受け入れ前の事前準備等 <input type="checkbox"/> 院外関係機関への連絡・調整 <input type="checkbox"/> 毎月提出書類作成 <input type="checkbox"/> 社会復帰調整官への連絡・調整 <input type="checkbox"/> ケア会議への参加 <input type="checkbox"/> 対象者や家族への連絡・調整 <input type="checkbox"/> 院内多職種チームへの連絡・調整 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
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→	<b>【理由】</b> 複数回答可 <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 ( _____ )
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を感じるケースがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→	<b>【理由】</b> 複数回答可 <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 ( _____ )

【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

対象者ID	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	医療観察法処遇回数 回	医療観察法処遇形態 <input type="checkbox"/> 移行通院（入院→通院） <input type="checkbox"/> 直接通院	通院処遇開始年月日（入力例:2019/○/△）
対象行為	<input type="checkbox"/> 殺人・殺人未遂 <input type="checkbox"/> 強姦性交等	<input type="checkbox"/> 傷害 <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) 保護観察所
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	通院処遇終了年月日(例:2020/○/△) 年 月 日	通院処遇終了した理由 <input type="checkbox"/> 通院処遇期間満了 <input type="checkbox"/> 本法による要養が不要 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 医療観察法による再入院※ その他【 】	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: 】	※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.その他行為の有無・ 内容等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	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.強姦性交等 <input type="checkbox"/> 5.強制わいせつ <input type="checkbox"/> 6.強盗	行為日（西暦） 年 月 日 転居【 】
2.自殺企図の有無・ 内容等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ありの場合 <input type="checkbox"/> 未遂 回数 <input type="checkbox"/> 既遂（死亡）	年月日 内容・転居【 】 年月日 内容・転居【 】 年月日 内容・転居【 】
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	ありの場合 <input type="checkbox"/> 他者への身体的な暴力 (質問項目1再犯行為以外のもの) <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"/> 検察の不順守(通院・通院/医療の不順守、 訪問看護・訪問観察に関わる平大なルール違反) <input type="checkbox"/> 性的虐待行為 <input type="checkbox"/> その他(33項目等)	行高【(西暦) 年 月 日】 内容・対応【 】 行高【(西暦) 年 月 日】 内容・対応【 】 行高【(西暦) 年 月 日】 内容・対応【 】 行高【(西暦) 年 月 日】 内容・対応【 】 行高【(西暦) 年 月 日】 内容・対応【 】
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	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	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	ありの場合 入院日(例:2020年○月△日)	退院日 入院時の入院形態 1回目入院 年 月 日 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 2回目入院 年 月 日 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 3回目入院 年 月 日 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護 4回目入院 年 月 日 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 医療保護
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	ありの場合 雇用形態 <input type="checkbox"/> 一般正規社員 <input type="checkbox"/> 障害者等正規雇用 <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"/> 介護施設 <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	ありの場合 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 保護所の定期訪問 <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	精神症状		治療影響要因	物質乱用	
	内傷・洞瘻			反社会的性	
	アトピアランス			性的虐待行動	
セルフコントロール	共感性		通院地環境	雇人的支援	
	治療効果			コミュニティ要因	
	非精神症状			現実的計画	
	認知機能			治療・ケアの継続性	
	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				
前脳コントロール					
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3 医療観察法通院処遇～終了後の医療およびケア体制に関するアンケート

新規シート 2/2

新規シート2/2のアンケート回答期間 ※下記網掛けの期間

通院処遇開始	1年後	2年後	3年後	4年後	5年後
① 通院処遇開始	② 通院処遇開始	③ 通院処遇開始	④ 通院処遇開始	⑤ 通院処遇開始	⑥ 通院処遇開始
⑦ 通院処遇終了	⑧ 通院処遇終了	⑨ 通院処遇終了	⑩ 通院処遇終了	⑪ 通院処遇終了	⑫ 通院処遇終了
⑬ 通院処遇終了	⑭ 通院処遇終了	⑮ 通院処遇終了	⑯ 通院処遇終了	⑰ 通院処遇終了	⑱ 通院処遇終了

1) 患者 年代(歳代) 性別 対象行為 主診断 再診断 通院処遇開始状況 通院処遇終了の形態	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉法による通院 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉法による入院 <input type="checkbox"/> 医療観察法による再入院 <input type="checkbox"/> 死亡 → <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 病死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 通院先の変更 <input type="checkbox"/> 医療終了
通院処遇終了の形態	<input type="checkbox"/> 通院処遇早期終了 (3年未満で終了) <input type="checkbox"/> 通院処遇満期終了 (3年(±1ヶ月程度)で終了) <input type="checkbox"/> 通院処遇延長終了 (裁判所により通院処遇の延長が認められた)

2) 監禁	医療観察法通院処遇終了時
通院の有無	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉法による通院 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉法による入院 <input type="checkbox"/> 医療観察法による再入院 <input type="checkbox"/> 死亡 → <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 病死 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 通院先の変更 <input type="checkbox"/> 医療終了

3) 【医療】 通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況	通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況
通院の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( ) 回/年 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
通院の頻度 (☑ありの場合)	クロサピン内服 デブ剤の使用

4) 【精神保健福祉法による入院】 通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況	通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況
精神保健福祉法による入院	A 調整入院 B 最も長い入院期間
あり → 内播置入院 ( ) 回	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ( ) ヶ月

5) 【支援内容】 通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況	通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況
訪問型支援	【医療機関】 通所型支援 【その他】 訪問型支援 【障害福祉サービス等】 通所型支援
訪問型支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 訪問診療 (約) 回/月 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (約) 回/月 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) → (約) 回/月
訪問型支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デイケア (約) 回/月 <input type="checkbox"/> 外未OT (約) 回/月 <input type="checkbox"/> ヘルパー (約) 回/月 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( ) → (約) 回/月
訪問型支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労支援 (事業所通所等) <input type="checkbox"/> 自助グループ <input type="checkbox"/> 民間リハビリ施設 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )
訪問型支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 通所型支援 <input type="checkbox"/> 通所型支援
訪問型支援	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 通所型支援 <input type="checkbox"/> 通所型支援

別紙【記入例】を参考に、以下の設問で当てはまるものに☑をつけてください。  
( ) 内には数字や具体例をご記入ください。

6) 【生活状況】 通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況	通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況
住居	<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 施設 (GH等) <input type="checkbox"/> 入寮中 <input type="checkbox"/> その他 ( )
就業	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ( )
収入 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 家族の援助 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )

7) 【リスク管理要員】 通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況	通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況
アルコールの使用 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一時的な使用 <input type="checkbox"/> 常使用 <input type="checkbox"/> 依存状態
薬物等の使用 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常使用 <input type="checkbox"/> 依存状態
金融管理の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし → (金融管理の支援) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

8) 【問題行動等】 通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況	通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況
車やバイク等利用 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 殺人・殺人未遂 <input type="checkbox"/> 強盗 <input type="checkbox"/> 放火 <input type="checkbox"/> 強姦 <input type="checkbox"/> 強制的な文書
通院の不遵守	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 自衛企図
通院の不遵守	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (口未達・口際達) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
通院の不遵守	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
通院の不遵守	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

9) 【支援体制】 通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況	通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況
ケア会議	<input type="checkbox"/> ケア会議の頻度 ( ) 回/年
ケア会議	<input type="checkbox"/> ケア会議の頻度 ( ) 回/年
ケア会議	<input type="checkbox"/> ケア会議の頻度 ( ) 回/年
ケア会議	<input type="checkbox"/> ケア会議の頻度 ( ) 回/年

10) 処遇終了後の社会復帰調整官の行った調査や調整の依頼を引継いだ機関はどこですか。(主な1つ)	<input type="checkbox"/> 指定医療機関 (□Dr. □Ns □CP □OT □PSW □その他 ( )) <input type="checkbox"/> 保護司職員 □ その他の行政職員 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション □ 相談支援事業所職員 □ 施設 (GH等) 職員 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター職員 □ その他 ( )
---	---

表4 一次調査の概要

一次調査返信施設数	459 (72.1%) 病院:417 (90.8%) 診療所:42 (9.2%)
対象者受入れ状況	受入れたことがある:病院355施設 診療所37施設 受け入れたことがない:病院60施設 診療所7施設
2018.7.16-2019.7.15時点 の対象者の有無と人数	なし:155施設 あり:304施設 受入れ人数 1名:155施設 2名:79施設 3名:40施設 4名:19施設 5名:5施設 6名:5施設 7名:4施設 8名以上:3施設
対象者受入れは業務負担 になっている (n=392)	かなり思う:18% 思う:59% どちらでもない:17% あまり思わない:5% 思わない:1%
負担になっている業務 (複数回答可)	受入れ前事前準備:17% 毎月の提出書類:32% ケア会議参加:18% チームへの連絡・調整:13% 関係機関への連絡・調整:7% 調整官への連絡・調整:6% 対象者・家族への連絡調整:3% その他:4%
処遇中に対応が難しい ケースがある (n=395)	あり:229施設 なし:163施設 不明:3施設
対応が難しいケース内容 (n=229)	重大な他害行為 (6罪種) :8件 他者への身体的な暴力:22件 性的逸脱行動:16件 他者への非身体的な暴力:32件 軽微な犯罪行為:19件 自傷・自殺企図:19件 医療への不遵守:72件 アルコール問題:24件 薬物等の問題使用:18件 病状が安定しない:87件 精神保健福祉法入院繰り返し、または長期入院:62件 家族の非協力的態度:49件 金銭管理の問題:52件 生活能力、ADLの低下:30件 その他:62件
今後の対象者の予後調査 の協力の可否 (n=392)	可:233 不可:99 不明または内容による:60

# 表5 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

有意に少ない  
 有意に多い

## 疾病治療

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

## セルフコントロール

群	0	1	2	P
治療効果				
その他	53	44	1	
直通	9	9	0	0.272
問題行動等	8	18	0	
非精神病性 症状				
その他	31	55	12	
直通	8	8	2	0.595
問題行動等	6	15	5	
その他	51	30	17	
直通	12	5	1	0.079
問題行動等	8	9	9	
認知機能				
その他	40	46	11	
直通	12	5	1	0.000
問題行動等	2	12	12	
その他	53	35	10	
直通	11	5	2	0.224
問題行動等	8	13	5	
衝動コン ロール				
その他	63	32	3	
直通	14	4	0	0.000
問題行動等	6	14	6	
その他	27	64	7	
直通	6	10	2	0.011
問題行動等	1	18	7	
その他	94	4	0	
直通	16	1	1	0.005
問題行動等	21	1	4	

# 表6 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
				0.003
				0.000
				0.002
				0.611

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
				0.472
				0.051
				0.000

表7 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8 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	
<b>通院頻度</b>														
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%
<b>精神保健福祉法入院の有無</b>														
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%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>訪問型支援（複数回答可）</b>														
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%
<b>通所型支援（複数回答可）</b>														
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%
<b>要介護認定</b>														
あり	4	4.9%	4	5.3%	4	6.2%	4	7.1%	3	6.4%	4	10.8%	2	6.3%
<b>住居</b>														
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%
<b>一般就労（複数回答可）</b>														
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%
<b>収入（複数回答可）</b>														
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%
<b>ケア会議</b>														
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	
<b>クライシスプランの活用</b>														
あり	49	59.8%	39	52.0%	22	33.8%	17	30.4%	13	27.7%	8	21.6%	8	25.0%
<b>モニタリングシートの活用</b>														
あり	45	54.9%	33	44.0%	16	24.6%	8	14.3%	5	10.6%	3	8.1%	3	9.4%

表9 問題行動・転帰

n	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	
	82	75	65	56	47	37	32							
<b>リスク影響要因</b>														
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%	0	0.0%
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%
<b>問題行動</b>														
重大な被害	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%
<b>転帰</b>														
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%



図1 システム概略図

国立精神・神経医療研  
究センター病院

目的は、医療の実態把握・向上  
2次利用として研究解析

データ収集・管理  
サイトのメンテナンス

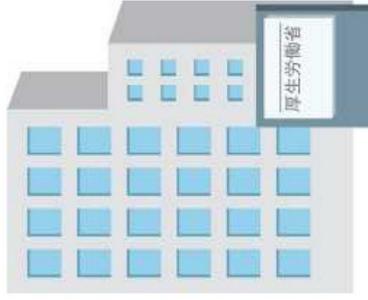


データ



報告

厚生労働省



通院機関に  
協力依頼・告知

通院医療モニタリングシステム (仮名) サイト

全国の通院医療機関 (病院・診療所)  
620機関

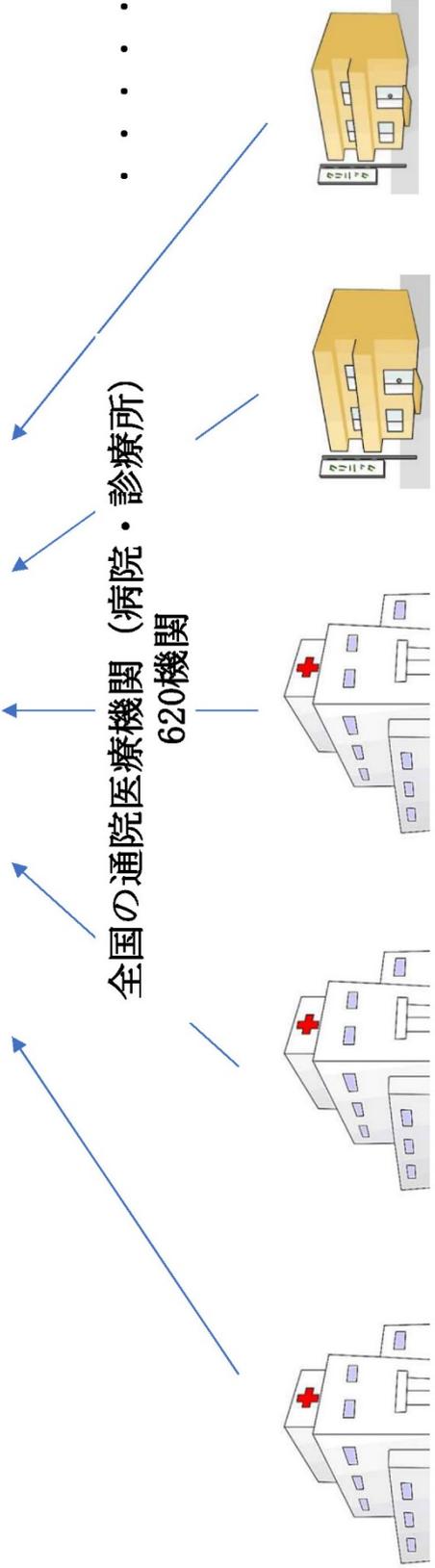
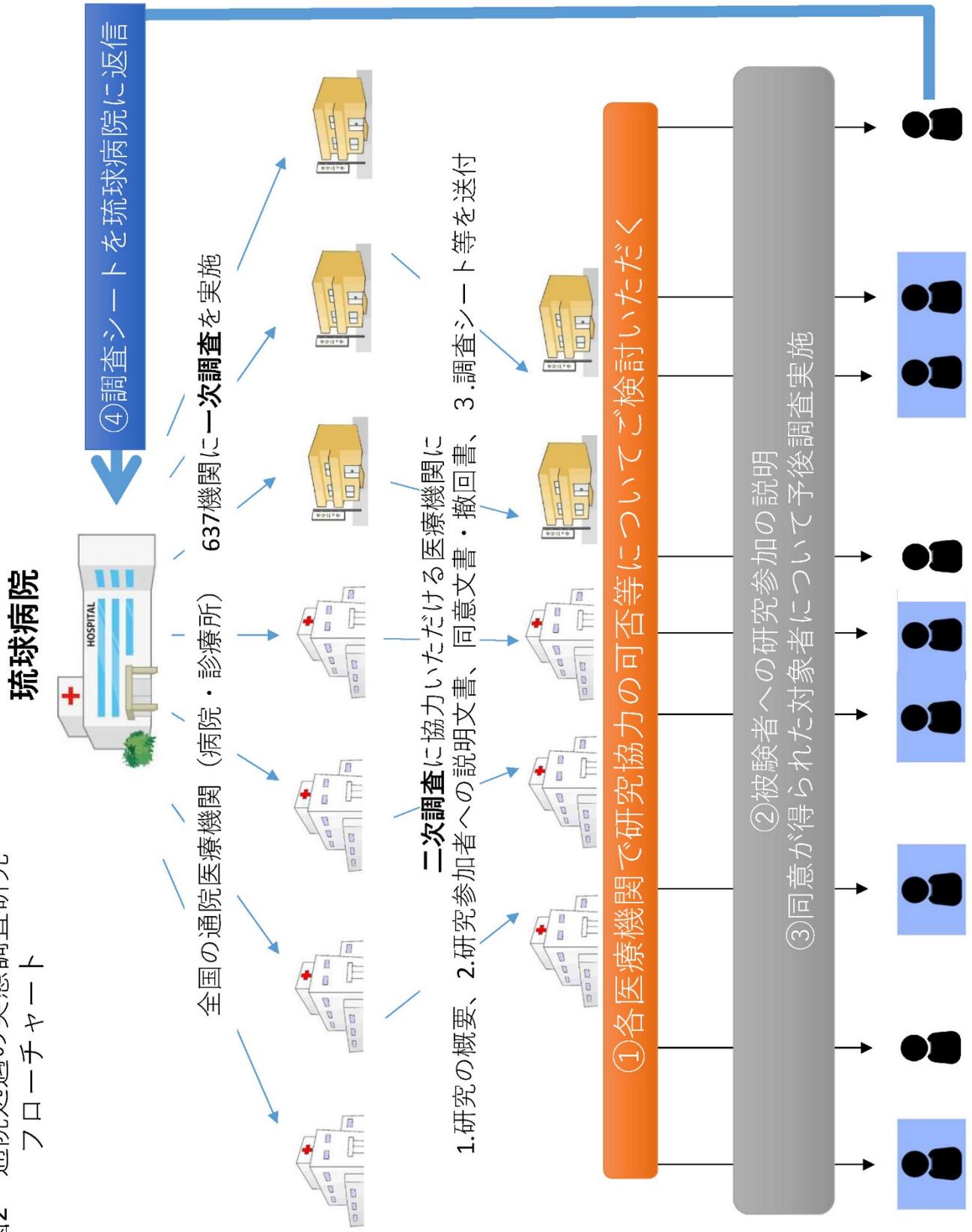
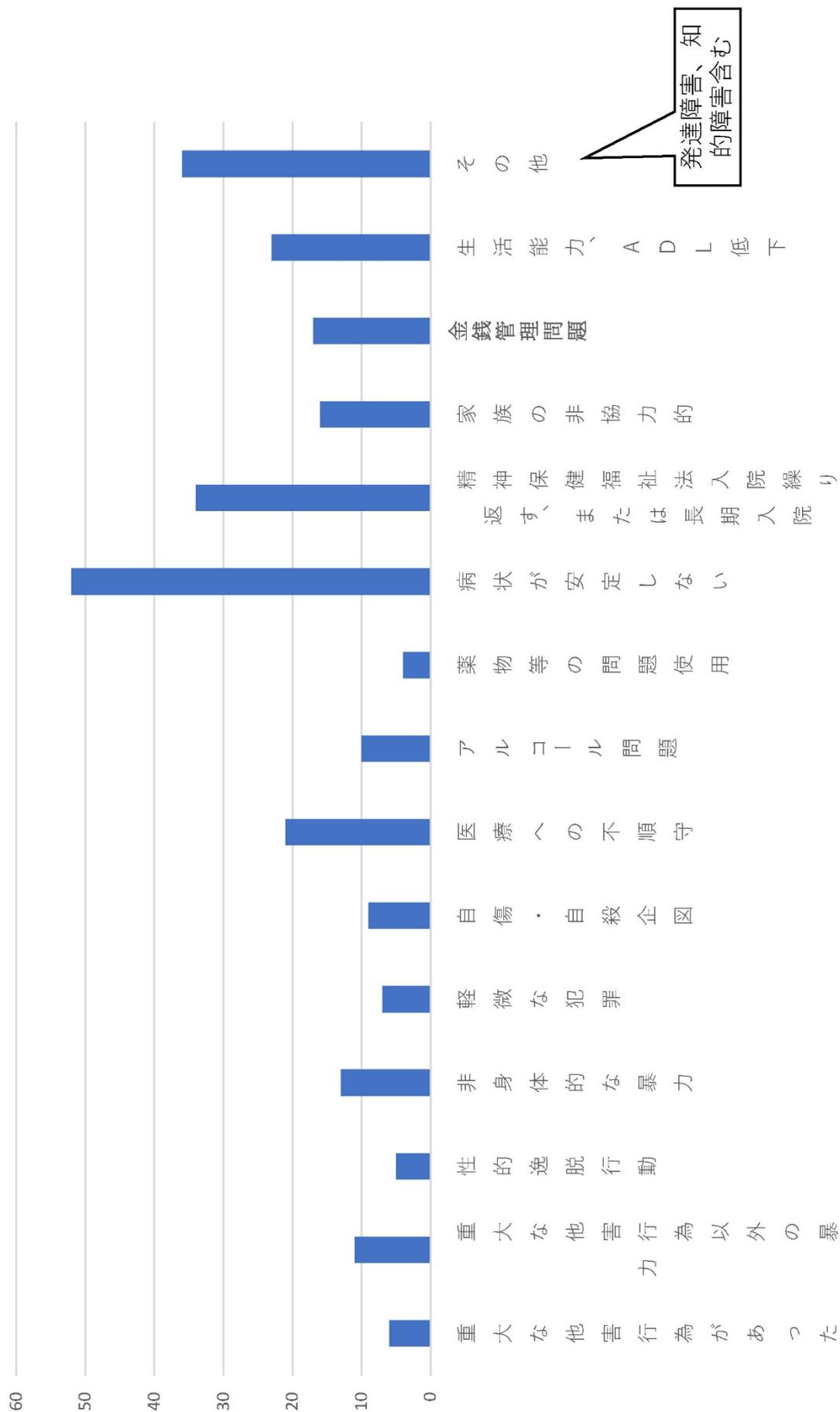


図2 通院処遇の実態調査研究  
フローチャート



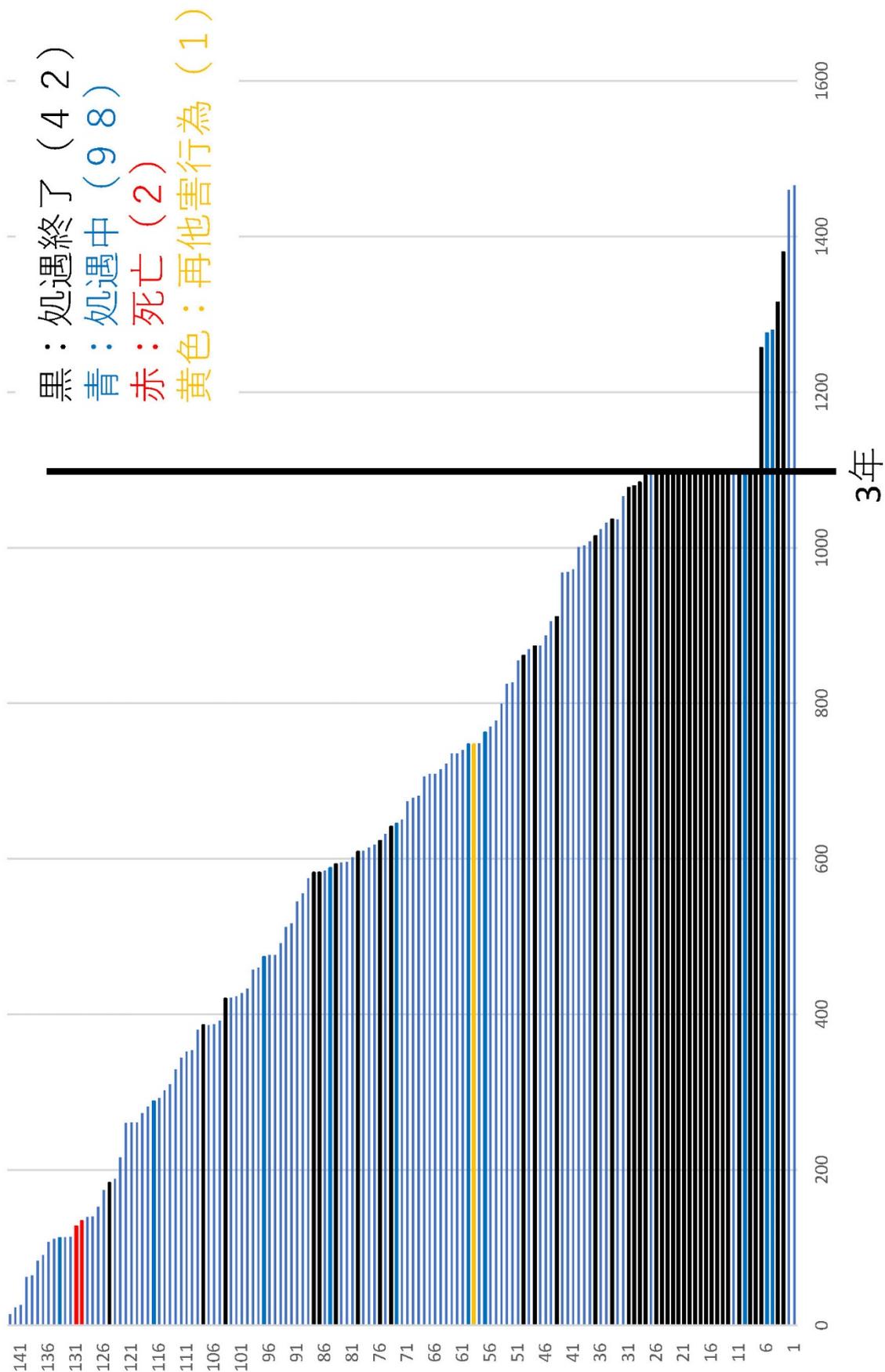
# 図3 対応が難しい対象者の内容

(複数回答可)



# 図4 通院処遇対象者の処遇経過

(n=143)



厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書

## 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。

医療観察法のとくに結論に焦点をあてた 3 要件（または 3 要素）と過去、現在、将来の 3 時点の組み合わせからなる 3×3 マトリックス形式と、とくに鑑定書で考慮すべき要素に焦点をあてた医療観察法 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 マトリックス形式による整理の結合を行った。鑑定において、理論的にはこれらを埋めることが求められることになるが実際にはそれは煩雑な作業となる。そこでより単純に核となる質問に回答する形に集約コア・クエスチョン形式の書式も作成した。これらの整理を具体的なモデル事例 8 例について行い、模擬鑑定書を作成し、その検討を行った。その結果、なお重複する内容があることと法的判断には必ずしも必要とは言えない内容などがあることが確認され、「機序」と「診立て」に注目した形式を提案するに至った。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。

### 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.

### 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

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て検討することが合理的であることなどを確認した。

前者の3×3マトリックス形式は「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」のそれぞれにア段、イ段、ウ段をあて、さらに「過去」「現在」「将来」についてア行、カ行、サ行をあてた記号、すなわちアイウ／カキク／サシスであらわすと次のようになる。

	過去	現在	将来
疾病性	ア	カ	サ
治療反応性	イ	キ	シ
社会復帰要因	ウ	ク	ス

そしてアイウ／カキク／サシスのうち、項目別に、ア段（ア、カ、サ）を纏めると疾病性の、イ段（イ、キ、シ）を纏めると治療反応性の、ウ段（ウ、ク、ス）を纏めると社会復帰要因の、それぞれ具体的な考察となる。

また後者の8×3マトリックス形式についても同様の整理をすると下記のようになり、網羅的には11の内容を記すことになる。

	過去	現在	将来
精神障害の種類	i	ii	-
過去の病歴	iii	-	-
現在の病状	-	iv	-
治療状況	v	vi	-
将来の症状	-	-	vii
対象行為の内容	-	viii	-
過去の他害行為	ix	-	-

対象者の性格 x xi -

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を提案することにした。

これにそって、令和元年度は、さらにこの3×3マトリックス形式と8×3マトリックス形式の整理の視点をもとに、具体的な手引きとそれに基づく鑑定書書式の作成をすることをめざして、さらに項目を集約したコア・クエスチョン Core Questions（以下、CQ）形式を提案した。

（カ）に関する CQ：今回の行為はなぜ起こったのでしょうか？

【CQ1】 今回の行為に関係した精神症状は何ですか？

【CQ2】 今回の行為に関係した精神症状以外の要因は何ですか？

【CQ3】 それら（今回の行為、精神症状、精神症状以外の要因）はどのような関係にありますか？

（ア、イ、ウ）に関する CQ：過去と比べて今回は違うのでしょうか？

【CQ4】 過去に問題行動などがあった場合、それはその当時のどのような精神障害やどのような精神障害以外との関係でどのように説明されますか？

【CQ5】 それ（ら）はCQ3の説明と比較してどうでしょうか？今回とは何か違いが

あるのでしょうか？

【CQ6】過去に問題行動などがなかった場合、それはなぜでしょうか？今回とは何が違うのでしょうか？

(シ)に関するCQ：これからどうなりそうでしょうか？

【CQ7】CQ1の精神症状は、今後どのようになると予想されますか？とくに、どのような治療をすることで、精神症状はどのようになると予想されますか？

【CQ8】CQ2の精神症状以外の要因は、今後どのようになると予想されますか？とくに、どのような介入をすることで、精神症状以外の要因はどのようになると予想されますか？

【CQ9】それら（CQ1の精神症状、CQ2の精神症状以外の要因）の変化については、どれくらいの時間の感覚で観察していけばよさそうですか？

補足CQ 以上の質問について、細かく説明をしたほうがよさそうなどころがありましたか？

【補足CQ】CQ1～9の回答にあたって、説明を追加したくなかったものがありますか？

令和2年度には具体的な8つのモデル事例について、これらの整理にそった鑑定書例を作成した。その作成例をもとに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

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究

平成30年度～令和2年度 総合研究報告書

### 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、イギリス、オランダ、韓国、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。

イギリスにおける DSPD プログラムは、刑事司法と精神科医療の重複領域に存在する対応困難事例に対して施設の高規格化によって対応しようとした試みであり、その経緯は、専門性の高い処遇施設（いわゆる「箱もの」）を整備することの限界を示している。また、オランダの TBS 処分におけるピーター・バーン・セントラムの機能や法改正が行われたドイツの精神病院収容処分の長期収容者の収容要件確認手続きにおける鑑定人の限定は、複雑事例や長期収容者の評価にあたり治療者から独立した第三者的立場の専門家による評価・鑑定の重要性を示している。こうした諸外国における取り組みは、わが国の司法精神医療における長期在院者などの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考えられた。

#### 研究協力者（敬称略）

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
趙 晟容	韓日法律問題研究所
山中友理	関西大学政策創造学部
椎名明大	千葉大学社会精神保健教育研究センター

よる処遇を終了する事例が多いこと、地域処遇中の対象者による再被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

#### 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

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

## B. 研究方法

一般精神科医療に関して、当分担班と同様に国際比較に関する課題を担っている厚生労働科学研究班（藤井班）とも協議を行ったうえで、共通調査項目を作成した。

イギリス、オランダ、大韓民国（韓国）、ドイツの4カ国について、それぞれの国の精神医療・司法精神医療に造詣の深い研究者に依頼して、共通調査項目に基づいて、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ない、情報を収集した。

### （倫理面への配慮）

本研究は、個人情報を取り扱う研究ではないため、特別の倫理的配慮は要しない。

## C. 研究結果

### 1) イギリス

イギリス（より正確にはイングランド）では、責任能力の判断基準は弁識能力の有無のみを問うマクノートン・ルールが使用されており、限定責任能力については殺人罪などに適用が限られている。司法精神医療へのダイバージョンについては、精神保健法に規定されており、刑事司法手続きの段階に応じて、種々の規定がある。医療観察法に類似しているのは、精神保健法

(Mental Health Act) 37条に規定される病院命令 (hospital order) であり、公共への危険の高い事例には、41条に規定される拘束命令 (restriction order) が付される。いずれも、精神科医の治療の必要性に関する意見をもとに裁判所が決定する。

司法精神医療の病棟については、Maximum Security、Medium Security、Low Security の3段階に分かれている。また、地域のClinicで通院医療を担っている。

なお、重度のパーソナリティ障害をもち、他害リスクが高い人々を犯罪行為の有無に関わらず、強制的に期限の上限を定めずに入院させるために構想された高規格ユニットである Dangerous and Severe Personality Disorder (以下、DSPD) プログラム実施の経緯についても調査を行った。

### 2) オランダ

オランダにおいても責任無能力者と認定された者は、処罰されない。限定責任能力については、実務上は存在しているが、刑の減軽の規定はない。

精神鑑定に関しては、専門の鑑定留置施設としてピーター・バーン・セントラム (Pieter Baan Centrum) があり、精神科医を始めとした多職種チームにより、約6週間で、精神鑑定書が作成されている。精神障害犯罪者の専門施設での収容期間が長期化した場合にも、再度当施設で治療等の効果を検討することがある。一方で、例えば裁判前の鑑定時に、後述のTBS処分が付されて収容が長期化することを望まず、鑑定書作成に協力しない者がいることは、長年の課題とされてきた。

オランダでは、令和元年度の研究報告書執筆以降に司法精神医療をめぐるさまざま

な法改正が行われた。以下、それについて述べる。

2019年に司法精神医療ケア法（Wet forensische zorg）が施行されたが、同法は2020年に改正され、被疑者・被告人の立場にある精神障害者に対してだけは、刑事裁判所が、（それまでは民事裁判所の権限であった）強制入院命令を出すことが認められるようになった（同法2条の3）。同じ2020年には、一般精神科患者への強制入院に関する法（Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen）が廃止され、それに代わって精神科患者への強制的治療に関する法（Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg）や、精神科患者等へのケアの強制に関する法（Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten）が施行された。さらに刑法も改正され、司法精神医療に関する法制度には大きな変革が行われた。その理由のひとつは、司法患者の入院期間の長期化への対応である。そのほか、制度の大きな変更としては、2020年1月に、刑法上の精神科病院収容処分が廃止された。当処分は、責任無能力者と認定された者が、自己、他人、あるいは社会または財産の一般的安全に対して危険を呈する時に裁判所が付す処分であった。

一方で、TBS（terbeschikkingstelling）処分と呼ばれる刑事処分については1928年以降、さまざまな改革を経ながらも継続させている。TBS処分とは、最高刑として4年以上の自由刑を有する犯罪（たとえば、強盗・強姦・殺人等）や特定の重大犯罪（飲酒運転による重大な身体障害の惹起、脅迫等）を行った精神障害者に対して、特

に公共安全を確保する必要がある場合に、精神科医を含む2人以上の専門家による報告書に基づき（オランダ刑法37a条1項）、当該本人の人格、当該犯罪の重大性または過去の重大犯罪に関しての有罪判決の頻度等を考慮に入れて（同条3項）、刑事裁判所が決定・命令する処分である。限定責任能力者が主たる対象であるが、保安上の必要性という要件が重要視されるため、事例としては少ないものの責任無能力者に科されることもある（同条2項）。TBS処分の特徴としては、（1）処分の決定や終了は刑事裁判所が決定するが、治療内容などは多職種医療チームに委ねられている、（2）刑罰ではないので、社会への安全を重視して処分を付すことができ、処分の長さは行為の重大性との比例原則に拘束されない（そのため長期にわたる可能性がある）、（3）収容されている対象者の8割近くはパーソナリティ障害者である、（4）処遇の目的は社会復帰と同時に、社会の安全を守ることであり、（5）膨大な予算をかけて多職種スタッフが充実した治療（監護）やケアを行っている、などがあげられる。

TBS処分は必ずしも施設への入院を伴うものではないが、他人の安全又は社会もしくは財産の一般的安全の必要がある場合には処分対象者は収容施設に収容される（37b条1項）。TBS処分の枠組みは行刑法にあるのでその施設は行刑施設としてのTBS施設である。TBS施設では、社会に対する当該対象者の危険性を減少させ、社会復帰させることを目的として、治療（監護）やケアが行われる。しかし、これらの治療には対象者の同意が必要とされるため、また、実際上本人の動機付けがなければ治療効果が

上がらないため、危険性についてのアセスメントの結果等から退院させられず対象者の収容が長期化することが、長年、重要な課題とされてきた。収容が6年を超える場合には前述の鑑定施設や他の施設で別の角度から評価が行われる。

入院や退院、あるいは処分の延長・終了は裁判所が決定するが、その際は治療者からの報告書が必要である。今回の刑法改正によって、当該報告書作成に対象者が協力しない場合には、別の多職種チーム（精神科医2名、弁護士2名、行動科学専門家1名が必要）を司法国家安全省が任命する、という規定が加わった（37a条9項）。

TBS 処分が対象者の社会復帰を目的として掲げていることから、施設においては、社会の安全確保とのバランスをとりながら、保護観察所等と連携し、帰休についても非常に力を入れている。

もともと、オランダは人権意識が強く、自己決定権の尊重は人権の尊重として最も重要視されてきた国で、実定法上の裏付けがある患者の権利は精神障害者も含めて強く認められている。そのような国で、司法精神医療の現場で、対象者の社会復帰と社会の安全とのバランス、患者の人権擁護と法による強制的な介入とのバランスをどのようにとろうとしているのか、注目する必要があるように思われる。

### 3) 韓国

韓国刑法は、「心神障害によって事物を弁別する能力がないか、あるいは意思を決定する能力がない者の行為は、罰しない。」（10条1項）、「心神障害によって前項の能力が耗弱する者の行為は、その刑を減輕することができる。」（10条2項）と規定して

おり、責任能力者は処罰されず、限定責任能力者の刑は減輕される。

司法精神医療については、治療監護法に規定される治療監護処分として行われている。治療監護処分の対象は、禁錮以上の刑に当たる犯罪を行ない、治療監護法による治療の必要性があり、再犯の危険性がある、

(1) 精神障害者（心神喪失者または心神耗弱者）、(2) 薬物・アルコール中毒者、(3) 精神・性的障害者となっており、(2) (3) については責任能力の減退は必要とされていない。検察官の請求により裁判所が処分の決定を行なうが、刑と併科されることがある。

入院は、治療監護所または国立指定法務病院であり、治療監護所では、検査病棟・女性病棟・一般病棟・薬物治療リハビリ病棟・人性病棟というように対象者の治療と処遇に合わせた病棟機能分化が行われている。

### 4) ドイツ

ドイツの責任能力に関する規定は、わが国のものに類似するが、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。

改善・保安処分が刑法に規定されているが、医療観察法との比較の点で重要なのは精神病院収容処分（63条）である。精神病院収容処分の要件は、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、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。

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、公共の安全のために司法精神病院への仮収容を命じることができる。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、仮収容は終了し、刑法上の処分は行われない。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、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、行状監督に付される。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を作成する鑑定人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。

#### 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。

今回調査の対象とした国のなかでは、韓国の治療監護法の精神障害者、ドイツ刑法の精神病院収容処分は、わが国の医療観察法と比較的類似した人を対象としている。

これに対して、イギリスのDSPDプログラムやオランダのTBS処分はパーソナリティ障害の診断を受けた人を主な対象としており、パーソナリティ障害が主診断とされる人がほとんどいないわが国の医療観察法とは対象者のプロフィールは大きく異なっている。しかし、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）。こうした複雑事例に対する対応を考えるうえでは、対象者のプロフィールは異なるとはいえ、オランダのTBS処分やDSPDプログラムの経緯からも示唆を得ることができるといえよう。

オランダのTBS処分では、治療に関する助言や他のTBS施設への移送の可能性の検討のために、また、収容後6年が経過した長期事例の処遇に関して、専門施設であるピーター・バーン・セントラムで鑑定が行われている。治療者から独立した第三者的な立場の専門機関において鑑定を行ない、治療や処遇方法の見直しを行うという制度は、複雑事例に対する転院を制度的に位置づけるうえでは、参考になる方法といえよう。たとえば、複雑事例の転院を検討するさいには、第三者的立場の精神保健判定医による評価を行い、事例の複雑性や転院による治療可能性についての専門的な意見を徴することを制度化することなども考えら

れよう。また、これに関連して、長期収容者対策として、ドイツの精神病院収容処分の長期収容者の継続要件が法改正により厳格化されたこと、それにあわせて収容要件確認のために必要とされる鑑定意見を作成する鑑定人を治療者から独立した専門家に限定したことも注目されよう。医療観察法の入院継続確認の審判において入院要件確認をより厳密に行うために治療者から独立した精神保健判定医等による医療観察法鑑定を行っていくことも検討される必要がある。

対象者のプロフィールが異なるとはいえ、社会実験ともいえる DSPD プログラムの経緯から示唆されるのは、いわゆる複雑事例への対応として、専門性の高い処遇施設（いわゆる「箱もの」）を整備することの限界である。対象者の状態がいかに改善したとしても、対象者を受け入れてくれる指定通院医療機関や居住施設がなければ、入院期間の長期化などにより、その対象者は複雑事例であり続ける。対象者が複雑事例となった理由に応じて、それに対応できる医療現場や社会資源を地域に増やしていく努力を続ける必要があるといえよう。

ドイツの精神病院収容処分における仮収容は、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。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、ソーシャルワークを充実させることが必要であろう。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、精神保健観察等を通じて社会復帰調整官には、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有すること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。

## 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、イギリス、オランダ、韓国、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。

イギリスにおける DSPD プログラムは、刑事司法と精神科医療の重複領域に存在する対応困難事例に対して施設の高規格化によって対応しようとした試みであり、その経緯は、専門性の高い処遇施設（いわゆる「箱もの」）を整備することの限界を示している。また、オランダの TBS 処分におけるピーター・バーン・セントラムの機能や法改正が行われたドイツの精神病院収容処分の長期収容者の収容要件確認手続きにおける鑑定人の限定は、複雑事例や長期収容者の評価にあたり治療者から独立した第三者的立場の専門家による評価・鑑定の重要性を示

している。こうした諸外国における取り組みは、わが国の司法精神医療における長期在院者などの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考えられた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 五十嵐禎人：刑事責任能力鑑定について最近感じること. 臨床精神医学, 2018; 47(11): 1237-1243
- 2) 五十嵐禎人：司法精神医学における治療・支援の意義. こころの科学, 2018; (199): 14-21
- 3) 五十嵐禎人：反社会性パーソナリティ障害. 精神科; 2019; 35 (Suppl. 1) : 467-471
- 4) 五十嵐禎人：司法精神医療における「病識」. 精神医学, 2019; 61(12): 1459-1467
- 5) 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
- 6) 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
- 7) 平野美紀：オランダにおける触法精神障害者の再犯防止に向けた法改正の動き. 香川法学, 2020; 40(1=2): 49-65

### 2. 学会発表

- 1) 東本愛香, 西中宏吏, 野村和孝, 五十嵐禎人：累犯刑務所におけるメンタルヘルスの課題. 第14回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018. 6. 1
- 2) 西中宏吏, 東本愛香, 野村和孝, 五十

嵐禎人：男性成人受刑者の罪種によるリスクと犯罪思考の特徴. 第14回日本司法精神医学会大会, 山口, 2018. 6. 1

- 3) 東本愛香, 新津富央, 西中宏吏, 椎名明大, 清水栄司, 伊豫雅臣, 五十嵐禎人：司法精神保健におけるリスク・アセスメントの普及への取り組み. 第15回日本司法精神医学会大会, 花巻, 2019. 6. 8
- 4) 西中宏吏, 東本愛香, 五十嵐禎人：更生保護施設における出所受刑者の問題行動に関わるリスク要因と保護要因ーリスクアセスメント・ツールの活用ー. 第15回日本司法精神医学会大会, 花巻, 2019. 6. 8
- 5) 菊池安希子, 橋本理恵子, 岡野茉莉子, 相田早織, 藤井千代：精神保健観察から一般精神科医療への移行パターンの研究. 第15回日本司法精神医学会大会, 岩手, 2019. 6. 8.
- 6) 五十嵐禎人：裁判員裁判を契機とした刑事責任能力鑑定の变化. 第115回日本精神神経学会学術総会, 新潟, 2019. 6. 21
- 7) Kikuchi A: Changes Observed in Mentally Disordered Offenders During Forensic Probation in Japan. The 36th International Congress on Law and Mental Health, University of International Studies of Rome (UNINT), Rome, 2019. 7. 26.
- 8) 五十嵐禎人：公認心理師への期待ー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

- 9) 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
- 10) 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
- 11) 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
- 12) 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
- 13) 平野美紀, 宮本悦子, 梁瀬まや：オランダにおける司法患者の施設内処遇と長期化の問題に対する法改正の動き. 第 16 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2020. 11. 12-11. 13

## 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.

## G. 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

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：

1. 指定入院医療機関における長期入院者の特徴として、統合失調症に加え、知的障害・発達障害等の重複障害を持つ対象者であることが明らかになっている。このような入院が長期化しやすい複雑事例においては、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る。本研究では、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うことで治療や退院の促進を図るとともに、効果的なコンサルテーションの実施方法を開発し、その効果を検証することを目的とした。
2. 平成30年度～令和2年度にかけて、23事例に対してコンサルテーションが実施された。その結果、実施前後で入院対象者の治療状況を示す共通評価項目の合計点と通院後の暴力や問題行動を予測する社会復帰関連指標に改善を認めた。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、MDTの機能の向上が示された。さらに、MDTからはコンサルテーションの有用性に対して高い評価を得た。以上より、施設間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効果的であることが示された。
3. 本研究の成果物として、コンサルテーションの標準的な実施手順、複雑事例のケースフォーミュレーションの作成手順およびひな形を整備した。また、コンサルテーションにおいて取り上げられた課題を整理し、介入事例をまとめた。

研究協力者（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
山村 卓	国立病院機構花巻病院
大鶴 卓	国立病院機構琉球病院
白石 潤	国立病院機構北陸病院
村杉謙次	国立病院機構小諸高原病院
石津すぐる	岡山県精神科医療センター
三上智子	埼玉県立精神医療センター
倉石 立	国立病院機構やまと精神医

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
梅本愛子	大阪精神医療センター
久我政利	国立病院機構肥前精神医療センター
吉牟田泰史	鹿児島県立始良病院
塘 祐樹	国立病院機構久里浜医療センター
村山大佑	国立病院機構鳥取医療センター
平澤克己	愛知県精神医療センター
加藤幸行	栃木県立岡本台病院

鷺村芳人	滋賀県立精神医療センター
三井由美子	長野県立こころの医療センター駒ヶ根
川上美代子	東京都立松沢病院
山本哲裕	国立病院機構東尾張病院
小澤篤嗣	神奈川県立精神医療センター
松尾洋一	長崎県精神医療センター
岩崎友明	国立病院機構菊池病院
中根 潤	国立病院機構下総精神医療センター
高尾 碧	島根県立こころの医療センター
磯村信治	山口県立こころの医療センター
藤井康男	山梨県立北病院
妹尾栄一	茨城県立こころの医療センター
須貝孝一	山形県立こころの医療センター
大串悠佑	静岡県立こころの医療センター

## A. 研究目的

平成 17 年 7 月 15 日に医療観察法が施行され、平成 21 年 2 月現在、指定入院医療機関は全国に 33 施設設置されている<sup>1)</sup>。平成 24 年度からは、施設間の医療の均てん化を図ることを目的に、厚生労働省「心神喪失者等医療観察法医療水準向上等事業(通称、ピアレビュー事業)」が開始されている。同事業は、全国の指定入院医療機関を受入施設と派遣施設に分け、相互にピアレビューを行うものである。ピアレビュー事業を行う中で、各指定入院医療機関の長期入院者の多くが、統合失調症に加え重複障害(知

的障害、発達障害、物質使用障害等)を持つ対象者であることが判明している。このような事例に対しては、薬物療法のみならず、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

ピアレビュー事業で受入施設となった指定入院医療機関において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. 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) <sup>2)</sup>

精神科リハビリテーションの効果を判定する、多目的の行動評価尺度。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) <sup>3)</sup>

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 <sup>4)</sup>

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

#### 4) 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<sup>®</sup> Statistics ver. 25 を用いた。

### 3. 手続き

本研究の研究方法は以下の通りである (資料 1)。

#### 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 MDT が、受入れ施設の該当対象者に関して、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、事前に対象者の治療経過と課題を概観するための「フェイスシート」(資料 2) と「ケースフォーミュレーションシート」(資料 3) 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、対象行為や最近の課題とその要因、および介入方法について検討した。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した。

#### 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。

### (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た。

## 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

平成 30 年 4 月令和 3 年 3 月の間に、延べ 23 施設が派遣施設、23 施設が受入施設となり、コンサルテーションを実施した。

コンサルテーションの対象となった 23 事例の内訳は、男性 19 例、女性 4 例であり、平均年齢は 46.8 歳 (21~71 歳)、平均入院期間は 37.3 ヶ月 (2~108 ヶ月)、治療ステージは急性期 5 名、回復期 9 名、社会復帰期 9 名であった。主診断は統合失調症が 19 名、統合失調感情障害が 1 名、覚せい剤使用による精神病性障害が 1 名、知的障害が 2 名であった。そのうち 5 名に広汎性発達障害の副診断がつき、また 23 名中 10 名は知能検査による IQ が 60 台以下の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

令和 3 年 2 月時点で 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たことが示された。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、MDTの機能が向上したことが示唆された。

コンサルテーションの役立った度合いを受入施設の MDT を構成するスタッフに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1)。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2)。

## 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. 複雑事例で扱われた課題と介入について

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、ストレス対処に関するもの、治療関係に関するもの、地域調整に関するものが挙げられていた(表5)。

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

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。実際に取り扱われた課題と実施された介入を表 6～9 に示す。

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、効果が表れたといえる。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ったと考えられる。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。

### 3. コンサルテーションの意義と課題

コンサルテーションの中で、ケースフォーミュレーションを軸として複雑事例の見立てと治療戦略を見直し、4 カ月間の中で具体的な治療目標の設定と実施を繰り返していく取り組みは、医療観察法の医療の中で入院の長期化が懸念される事例に対して、一定の治療促進的な役割を果たす可能性があると考えられる。

複雑事例を抱えた MDT は、治療に対して手詰まり感を抱き、チームの動機付けや機能が低下している場合が少なくない。コンサルテーションを行う中で、担当 MDT のモチベーションが改善したとの感想が多く聞かれた。コンサルチームが院外からのサポーターとして、担当 MDT が抱えている困難感に共感を示し、支持的な言葉をかけることが、複雑事例を抱えるチームのエンパワメントにつながったことが考えられる。

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

さらに、コンサルテーションは、対象者とチームとの相互作用・力動を俯瞰し、再考する機会となっていることが考えられる。例えば、担当 MDT が、対象者の自発性や意欲を引き出すことよりも、直面化や指導的な態度を示しがちであったり、対象者に対する陰性感情が治療の進展に影響を及ぼし

ていたりする場合があります。また、MDT あるいは病棟の構造や力動によって、本来のチーム医療の機能が十分に発揮されにくくなっていることもある。このような、内部では気づきにくいチームの特徴や傾向に関し、外部から助言を受けることにより、チームの方針を修正するなどしてより高次のチーム医療を実現する可能性が開けたと考えられる。

一方、実施施設を拡大する中で、開棟して比較的年月の浅い指定入院医療機関、あるいは、規模の小さい指定入院医療機関によっては、コンサルトチームを組むことが困難であるとの意見も聞かれた。また、施設やチームによってコンサルテーションに対するモチベーションやニーズ、資料作成のスキルに差があることも示唆された。これらのことから、今後のコンサルテーションのあり方として、経験豊かで各種スキルの伝達役を担うことができるコンサルトチームをいくつか選定し、各指定入院医療機関のニーズに応じて適宜コンサルテーションを実施できるような仕組みが整備されることが望まれる。

本研究のコンサルテーションでは、標準的な医療の提供について助言・確認されるとともに、各施設で培われてきた知見や独自の臨床実践が相互に紹介される機会となっている。コンサルテーションによって全国の指定入院医療機関の医療の均てん化が促進され、さらに各施設の創造性の高いオリジナルの試みを共有していくことが今後必要となっていくと考えられる。

## 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実施に際しては、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少なからず存在した。そのため、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ある。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により適用が望ましい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

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. 研究発表

### 1. 論文発表

今村扶美, 松本俊彦: 物質使用障害のケースフォーミュレーション. 精神療法増刊6号, 161-170, 2019

### 2. 学会発表

- 1) 今村扶美, 蟹江絢子, 出村綾子: シンポジウム 10 潤滑油ではなく、治療の核として: コミュニケーション介入から再考する治療抵抗性疾患 「自閉症スペクトラム障害に対する対人関係のスキル向上を目的とした認知行動療法」. 第 114 回日本精神神経学会

学術総会，神戸，2018.6.21

- 2) 鈴木敬生, 今村扶美: 「重複精神障害を持つ対象者の心理社会的治療の開発と導入に関する研究」とケースフォーミュレーション. 2018年度医療観察法MDT研修, 東京, 2018.10.18
- 3) 今村扶美, 鈴木敬生: シンポジウム「ケースフォーミュレーション ～外来および病棟での実践例～」. 平成30年度医療観察法心理士ネットワーク研究会, 神奈川, 2018.11.30
- 4) 鈴木敬生, 今村扶美: 「重複精神障害を持つ対象者の心理社会的治療の開発と導入に関する研究」とケースフォーミュレーション. 2019年度医療観察法MDT研修, 東京, 2019.10.10
- 5) 鈴木敬生, 今村扶美, 山口まりこ, 平林直次: 医療観察法におけるケースフォーミュレーションひな形作成の試み. 第73回国立病院総合医学会, 名古屋, 2019.11.9
- 6) 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

## G. 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/shougaihoken/sinsin/nyuin.html>
- 2) Roger Baker、John N.Hall (著) 田原明夫、藤 信子、山下俊幸 (訳) : Rehab 精神科リハビリテーション行動評価尺度. 三輪書店, 1994
- 3) Tomizawa R, Yamano M, Osako M, Misawa T, Hirabayashi N, Oshima N, Sigeta M, Reeves S: The Development and Validation of an Interprofessional Scale to Assess Teamwork in Mental health Settings. J Interprof Care 2885): 485-4, 2014
- 4) 壁屋康洋, 砥上恭子, 高橋昇, 西村大樹ら:平成25年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究【若手育成型】医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成25～27年度総合研究報告書. 2016.

## 複雑事例に対する施設間のコンサルテーションの流れ

### 1. 概要

コンサルテーションは計 4 回、月 1 回の頻度を目安として実施する\*1。うち第 1 回目は派遣施設が受入施設を訪問し、対面で対象者との面談および MDT 間の検討を行うことが望ましい\*2。直接訪問が難しい場合は、第 1 回目から遠隔コンサルテーションを実施する。2 回目以降は月 1 回程度、テレビ会議システムや Web 会議（Zoom、Teams など）、電話会議システム等を用いて遠隔でコンサルテーションを進めていく。なお、コンサルテーションに用いる資料を作成する際は、個人を特定できないよう配慮する。氏名は記載せずニックネームや記号等を用いる。

※1 実施する回数、空ける期間は状況に応じて調整する。

※2 ピアレビューの組み合わせで実施する場合は、ピアレビュー時に第 1 回目を設定する。

### 2. 実施方法

#### <事前準備>

第 1 回目の 2 週間前までには下記準備を終えておく。

手順	派遣施設	受入施設
1	5 職種 5 名のコンサルトチームを作る。 ただし、5 職種が難しい場合は、状況に応じて 3～4 職種で構成する。	治療が難渋している困難・複雑事例の対象者を 1 名選定する。対象者との面談を実施する場合には、説明を行い承諾を得る。
2	派遣施設と受入施設で、初回コンサルテーションの日程を調整する。	
3	2 回目以降の遠隔コンサルテーションの方法について派遣施設・受入施設間で検討する。 実施方法は、テレビ会議システム、Web 会議、電話会議システム等を用いる。	
4	受入施設から送られてきた資料に事前に目を通しておく。 当日までに司会、板書、議事録等の係を決め、進行の流れも確認しておく。	第 1 回の 2 週間前までに、対象者に関する情報提供のための資料（概要、ケースフォーミュレーション、治療経過、検討課題等）を作成し、派遣施設に送付する。

#### <第 1 回コンサルテーション>

派遣施設のコンサルトチームと対象者の面談（MDT 会議の陪席、病棟内での行動観察等を含む）、受入施設の担当 MDT とのケースカンファレンスを実施する（目安の時間：90～120 分）。コンサルテーション終了時までの目標と介入プランを設定し、次回コンサルテーション実施までの取り組みを明確化する。必要に応じて議事録等を共有する。

#### <第 2～4 回コンサルテーション>

実施した介入の結果について、うまく行った部分とうまく行かなかった部分を話し合う。必要であれば介入プランの修正を行う。対象者との遠隔面談の有無については必要に応じて検討する。必要に応じて議事録等を共有する。最終回はケースのまとめを行い、コンサルテーションを行って良かった点、悪かった点を共有するなどして、振り返りを行う。

## 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



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、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。

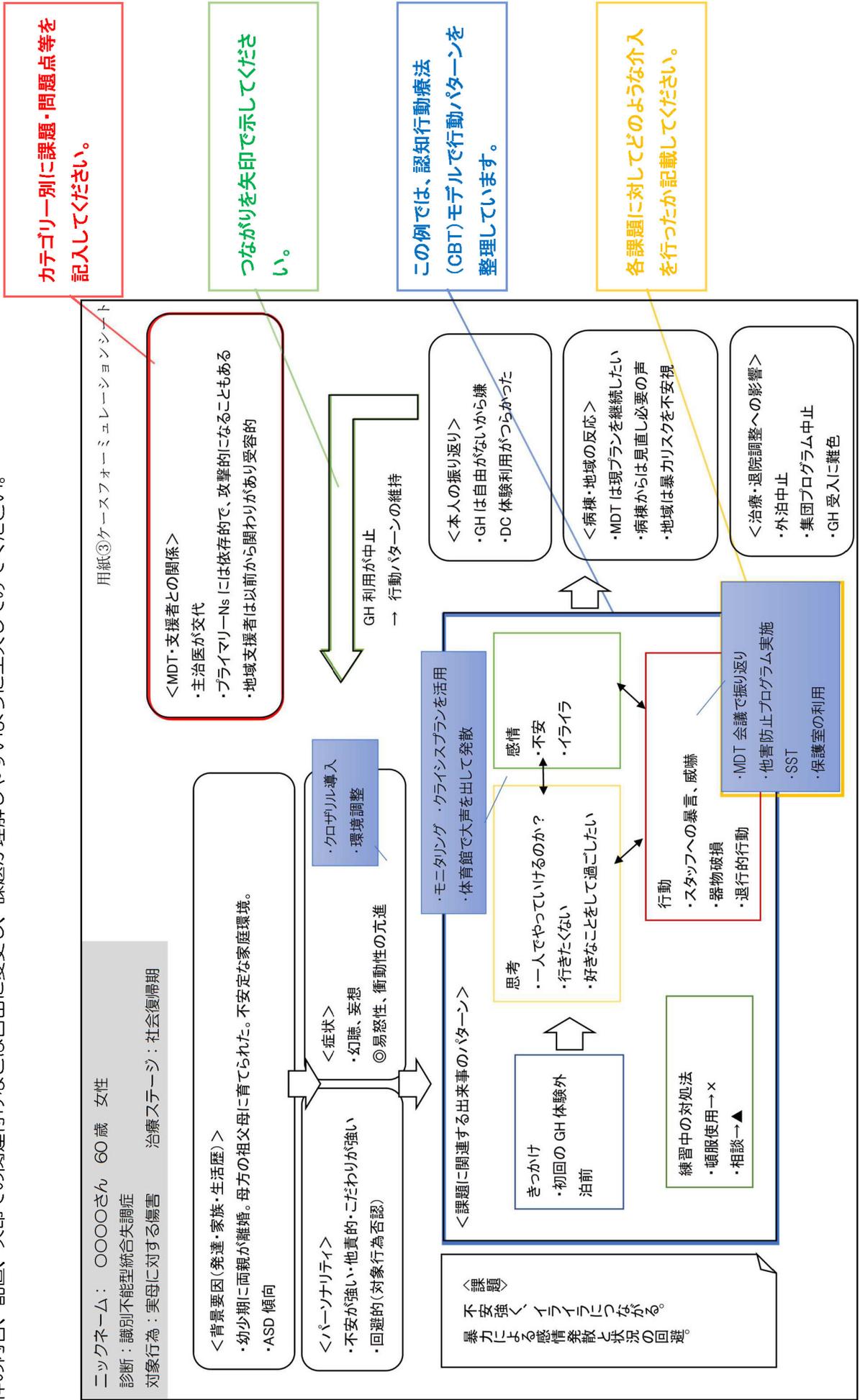


表1 共通評価項目の平均値・標準偏差と反復測定による分散分析の結果

	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が役に立った度合い

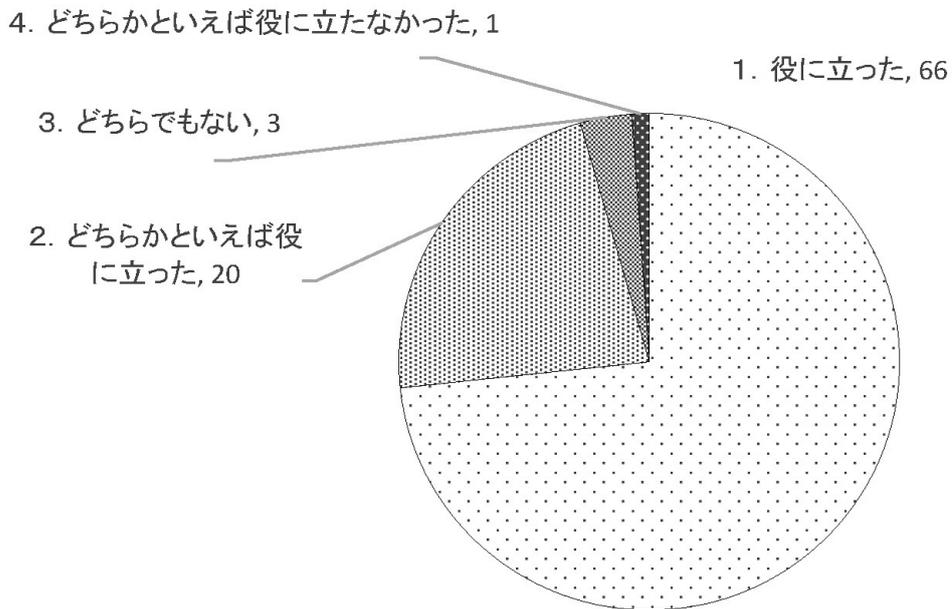


図2 コンサルテーションによる問題解決の度合い

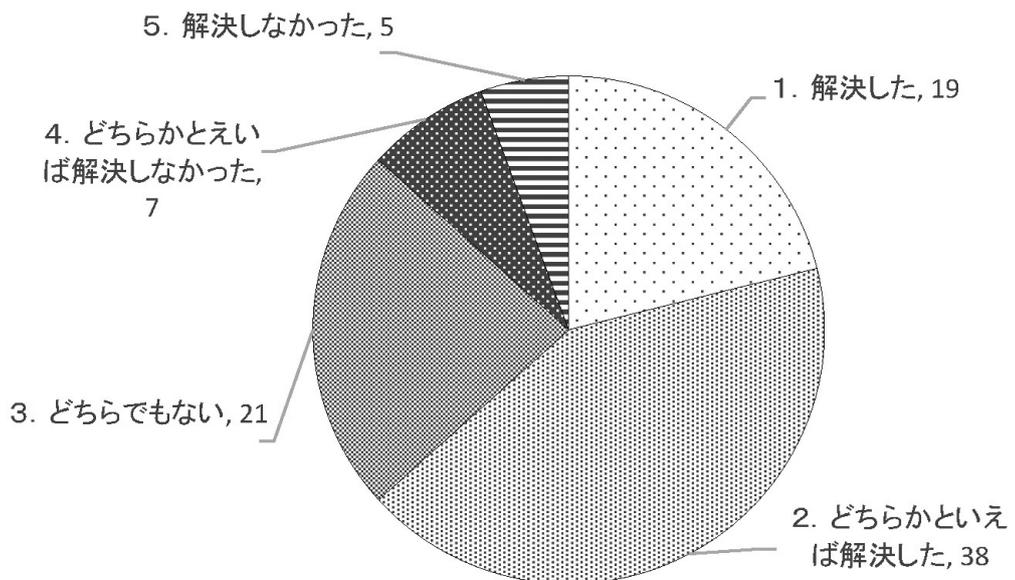


表5 コンサルテーションにおける検討内容および確認ポイント

	検討内容	確認ポイント
1 症状・病識	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状コントロールの困難</li> <li>・併存疾患による症状(コミュニケーション障害、こだわり等)</li> <li>・易怒性・衝動性</li> <li>・病識の乏しさ</li> <li>・服薬のコンプライアンスの不足</li> <li>・対象行為の否認、内省の乏しさ</li> <li>・治療動機の乏しさ</li> </ul>	<p>Q: クロザピンの導入・再導入の可能性はありますか？</p> <p>Q: 目標設定は対象者の能力や特性に合っていますか？</p> <p>Q: 行動制限を実施している場合、段階的な解除計画と評価方法はどのようになっていますか？</p> <p>Q: 問題行動の背景要因、維持要因についてはどのように検討されていますか？(ケースフォーミュレーション)</p> <p>Q: 本人を含めた定期的なMDT会議はどのように活用していますか？</p> <p>Q: これまでに行われたMDTの介入について、評価や継続がされていますか？</p>
2 ストレス対処	<ul style="list-style-type: none"> <li>・変化や刺激への弱さ</li> <li>・自己対処スキルの乏しさ、限界</li> <li>・自分の課題と向き合うことが難しく、回避、身体化しやすい傾向</li> </ul>	<p>Q: 対象者のストレス耐性へのアセスメントはどのようにしていますか？</p> <p>Q: アセスメントに基づいたペース配分、行動目標が対象者本人とスタッフで共有されていますか？</p> <p>Q: 刺激への反応や揺れをある程度許容した上で、目標や環境を設定していますか？</p> <p>Q: 強化子(褒める)を積極的に活用していますか？</p> <p>Q: 問題行動に対して、本人の特性に合わせたアプローチを検討していますか？(制限と解除による学習、反省の機会、再発予防への焦点化、本人の特徴をつかむetc.)</p>
3 治療関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者とMDTとの対立</li> <li>・スタッフとの陰性感情</li> <li>・MDTと病棟の対立</li> <li>・MDT・病棟スタッフの疲弊</li> </ul>	<p>Q: 対象者の意見や希望を取り入れながら、対象者とMDTと一緒に治療目標を立てていますか？</p> <p>Q: 対象者とMDTによる協働作業(MDT会議、ロードマップの作製・共有など)を導入していますか？</p> <p>Q: ケースフォーミュレーションを用いた問題行動の背景について、病棟全体で共有していますか？</p> <p>Q: 特定のスタッフが疲弊しないように、チーム内の役割分担や距離感の調整をしていますか？</p>
4 地域調整	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域、調整官との意見の相違</li> <li>・調整の停滞</li> <li>・対象者と保護者の依存関係</li> <li>・家族の機能不全</li> </ul>	<p>Q: CPA会議を定期的実施し、関係者と共通認識を得るために活用していますか？</p> <p>Q: 対象者と地域関係者の面談を実施していますか？</p> <p>Q: 地域関係者と各種資料を共有していますか？(ケースフォーミュレーション、クライシスプラン、取り扱い説明書etc.)</p> <p>Q: 調整官にもコンサルテーションに参加してもらうことはできますか？</p> <p>Q: 標準的な進め方と地域ならではの進め方のバランスはとれていますか？</p> <p>Q: 家族と対象者の適切な距離感について関係者で共有していますか？</p> <p>Q: 家族の支えになる地域資源の活用、紹介をしていますか？</p>

MDT: Multi-Disciplinary Team  
CPA: Care program approach

表6 1「症状・病識」に関する課題と実際の介入例

キーワード	課題	実施された介入
症状	病状のコントロールが困難で、隔離解除ができないでいる。	→感覚のアセスメントを行い、リラクゼーション活動および休息方法を本人とMDTとで検討、導入する。
症状	本人と症状を共有し、頓服などの対処を提案することが難しい。	→症状について本人の言葉でラベリングしたクライシスプランを作成する。
病識	疾病を一貫して否定し、自分の正当性を訴え、薬物調整に応じる様子のない対象者に対してスタッフの落胆や無意味感が募る。	→ケースフォーミュレーションをし直し、患者側の要因を再確認する。対象者に関わるスタッフを分け、関わらない時間や日を設定することで看護スタッフの負担を軽減する。
病識	再入院処遇だが、知的な問題、ストレス耐性の低さ、病識のなさから入院の目的を理解できない。	→入院目的をしっかりと持つために調整官面談を定期的に行ってもらおう。 →試していない薬物調整は実施する。
内省	内省プログラムの中で被害者への謝罪の意を述べるようになったが、発言は表面的で、スタッフの評価を気にする様子もあり、本意がつかめない。	→内省の結果を日常生活へ般化することを目的に、家族への感謝を伝える、他者とのトラブル後は謝罪する機会を持つ、といった機会を作る。
内省	疾病理解に乏しく、退院後の通院・服薬を拒否しており、対象行為(わいせつ)も否認している。	→性的思考や対象行為についての介入は必須。本人の思い、困り感、希望などから介入のしどころを探る。プログラム、外出、裁判所の文書などを活用する。
内省	対象行為、暴力行為への内省が不十分であり、再発予防に関して不確定な部分が多い。	→集団プログラムに参加済みであっても、改めて個別プログラムを実施する。 →対象行為の要因への理解が限定的であっても、謝罪の気持ちや暴力防止の動機の高まりを捉え、再発予防に繋げる。
問題行動	特定の女性看護師を追いかけたり、自分の股間を触ったりする行為がある。	→女性看護師への行動をただ制限するだけでなく、対象者の特性に似た事例を振り返る機会をもうけ、看護師にかっこよかったと褒められることを強化子に性について話す場をもつ。
共感性	共感性の乏しさ、他者の気持ちを考えることができない。	→相手の気持ちを考える練習として、本人が興味を持ってそうな書籍を活用したり、MDTでDVD鑑賞を行う機会を設けるなどして対人交流を増やす中で、本人の気づきを促していく。 →対象者の再アセスメントを実施し、他者の気持ちを考えられない背景にある要因を分析し、表層的にでも相手の気持ちを考える力があるのかどうかを評価する。
治療動機	ロードマップ作成後の対象者のモチベーション維持が難しい。	→定期的にロードマップ見直しの機会を設ける。

MDT: Multi-Disciplinary Team

表7 2「ストレス対処」に関する課題と実際の介入例

キーワード	課題	実施された介入
暴力	長い経過の中で暴力が繰り返され、隔離・時間開放の状態が続いている。	→過去の暴力エピソードを洗い直し、パターンを整理、ケースフォーミュレーションを行う。 →暴力後の不安定さおよび沈静までの期間を査定し、この時期を目途に行動制限を開放していく。 →退院先として知的障害者の入所施設を検討する。 →抗てんかん薬による強制正常化による興奮の可能性を考慮し、抗てんかん薬の減量を行う。 →イライラ時のクライシスプランを本人と作成する。 →本人の行動特性、特徴に合わせた小まめな開放時間の調整。 →暴力が発生する前のサインに気付けるようにし、スタッフの関わりによって予防を図っていく。
パーソナリティ	他者を介してスタッフに物事を訴えたり、高齢者など特定の他対象者を見下したりするなど、パーソナリティの問題がみられる。	→本人に役割を担ってもらい、自己肯定感の獲得につなげる。 →他対象者への攻撃は防衛による行動化であると捉え、支持的な関わりを意識する。 →MDT以外のスタッフにMDTへの不満などを正直に話せる場を意図的に設定する。 →MDTに不満を言えたことを支持し、本人が自身の気持ちを伝えても支援者は離れていかないことを経験してもらう。
ストレス脆弱性	知的機能が弱く、ストレス耐性が低いことから、教育的な介入に被害的になりやすく、菓子へのこだわりなど表面的なやりとりに終始しがちになる。	→本人にレベルに合わせた疾病教育の枠組みや内容を検討する(例:短い時間、トークンの活用)。
ストレス脆弱性	刺激に脆弱であり、活動に乗りづらい。	→本人のちょうどよい活動時間を作業療法プログラムで模索する。 →対象者の活動のペースが把握できたら、本人に合う環境を整えて活動を継続していく。
ストレス脆弱性	妄想と心気的不安によって外出泊が思うように進まない。	→薬物調整と並行してまずは外出泊を進めてみて、本人の自信をつける。
対処スキル	ストレスコーピングに乏しく、容易に病的な思考に変化する。	→医療への信頼を獲得してもらうための関わりを優先する。スタッフとの良好な関係を築き、医療は自分に興味を持ってきている、医療が受けた方が得だという気持ちの変化を促す。 →ほめるフィードバックを治療的に活用する。 →対象行為への介入の中で病状的にかたくなさが残存しているようであればクロザピンの導入をはじめとした薬物療法の見直しを行う。 →本人が達成できる範囲を見極め、それを地域と共有できるように外出泊を通じた関わりを行う。
余暇の過ごし方	余暇時間を有効に過ごすことができず、暇を持て余すと他対象者にちょっかいを出してトラブルに発展することがしばしばある。	→本人が望む余暇時間を過ごすためのSSTを実施し、対人スキルを向上させる。 →スタッフの要求に達していなかったとしても、望ましい行動の変化はほめて強化する(他者への悪口を公言→ひそひそ話になった)。
余暇の過ごし方	本人が心からやりたいと思えることが見つからない。	→もともとギターを練習していたのであれば、ギター演奏を他の対象者の前で行うなどの体験を行うことで、今後やりたいことのへ模索に繋げてみる。
ストレスイベント	刺激が少ない環境を調整してやってきた対象者に対して、キーパーソンである家族の死去をどう取り扱えばよいか。	→たとえ本人が揺れるとしても、家族の死去という現実と向き合うことが大事だという判断であれば、体制を整え葬儀に出席しに行く外出を組む。 →遺影を受け取ったり、偲ぶ会をMDTで実施するなどして、本人と一緒に喪の作業を行う。

MDT: Multi-Disciplinary Team  
SST: Social Skills Training

表8 3「治療関係」に関する課題と実際の介入例

キーワード	課題	実施された介入
関係構築	スタッフに対して被害妄想を抱きやすく、治療関係の構築が困難。	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 自室に物を置かない、開放時のエリアでの活動方法を明確にするといった工夫により、休息と活動を分ける。</li> <li>→ 審判期日で合議体と協力して治療関係の再構築に役立てる。</li> <li>→ 本人の困り事を解決できるような外出(例: 入れ歯の作成)や、本人が希望する活動を実施し、関係構築を進める。</li> <li>→ 個別プログラムの茶話会など、本人が楽しめる活動を行う。</li> <li>→ 過去の成育歴と病状悪化時を整理し、再アセスメントに役立てる。</li> <li>→ リラクゼーション活動前後に呼吸数や脈拍数などの客観的なデータを取り、実際と感覚とを意味付けする。</li> <li>→ モニタリングシート、クライシスプランの活用。</li> </ul>
関係構築	本人のニーズに寄り添うアプローチでは病識が獲得されず、暴力をきっかけにMDT・病棟ともに管理的な方針へと切り替えたところ、隔離解除が進まず対象者との対立構造が固定化した。	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 治療方針(薬を飲む、暴力をしない、プログラムに参加する)を維持しつつ、暴力の内省や謝罪は隔離開放の条件から切り離し、治療関係の再構築に取り組む。</li> </ul>
関係構築	自身の考えにそぐわない治療や介入に対して拒否的、攻撃的な態度をとり、治療関係を結びにくい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 反発的、尊大な態度の背景にある本人の自信のなさ、本来的な臆病さ、怖がりな性格傾向をスタッフ間で把握、共有する。</li> <li>→ 本人の特徴(損得勘定はできる、退院のためには評価される必要があると認識している)を踏まえ、一方的に課題を課すのではなく、一緒に退院までの道筋を立てる場を設ける(ロードマップを作る)。MDT会議で対象者の意見や希望を治療に反映させたり、一緒に今後の治療を考える。</li> <li>→ 注意・指導するよりも、小さなできていることや良いことをほめることをMDTや病棟全体で心がける</li> <li>→ MDTの中で課題を出す人、寄り添う人の役割分担をする。</li> </ul>
スタッフの疲弊	MDTが疲弊し、モチベーションが低下している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ マンネリ化を防ぐために、栄養士や薬剤師などMDT以外の他職種にかかわってもらう。</li> <li>→ MDTの変更についても検討する</li> </ul>
関わりの困難さ	MDT、病棟スタッフが対象者との関わりに苦慮している	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 対象者の特性、MDTの大変さへ共感、関わりの良い点などについて話し合い、有効であった関わりに目を向け、反応だけではなく状況も見えていく。</li> <li>→ 対象者に期待を持ちすぎず、現状の強み、継続できていることを評価。うまくいく状況を確認し積み重ねていく。</li> <li>→ チームが対象者の特性を発信して、病棟もかかわり方を習得できるようにし、病棟全体でケースを抱えていく。</li> </ul>
関わりの困難さ	医療者への依存の傾向が強く、職員に構ってほしいとの思いからヒステリー症状が生じ退行することが多い。	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 対象者の特徴や問題点をつかむためケースフォーミュレーションを行い、全体像や問題を整理・把握。</li> <li>→ 医療者が先に手助けすることで依存形成を助長させてしまう場合は、あえて「ほっておく」ことをして、ひとりの時間を作るなど自立を促す。自立できたときにポジティブに評価して継続する。</li> </ul>
MDT内の関係性	病棟内暴力行為に対する内省や謝罪を求めるスタッフの声と、本人の治療を考えるMDTの方針がぶつかる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ 内省や謝罪を強要しても本人が受け入れられない限り治療が行き詰まることが多いため、暴力の防止という共有できる目標を設定する方が建設的に治療を進めていける。</li> </ul>

MDT: Multi-Disciplinary Team

表9 4「地域調整」に関する課題と実際の介入例

キーワード	課題	実施された介入
家族関係	保護的な父親の影響が強く、自主性や自発性が乏しい。	→本人、父親の双方に適切な距離を図れることを目標に設定する。
家族関係	退院後の父親との関係性の懸念	→父親との関係性を再評価する。父親の支援者や警察とも情報交換しながら連携するなど、体制を構築するように努める。
家族関係	父親の疾病理解が不十分であり、調整官に対して協力的でない。	→本人が院内でできていることを父親に伝えたり、父親に家族会への参加を促す。 →本人ができる役割を与えたり、病棟内の催し物や外出を通して本人の自主性を引き出す。その中で、本人の希望や気持ちを引き出し、本人および父親に伝えていく。 →退院先として想定している施設を実際に見学して、生活面で必要なスキルアップを検討する。生活能力を評価し、グループホーム見学の結果と併せて課題を整理する。 →父親に本人の成長や変化を伝え、自立が目標となることを説明する。面会の頻度を徐々に少なくしていくことを提案する。
地域からの理解	病識に乏しく、少しでも困ったことが生じると「呪い」のせいと認識し、自傷行為におよぶために周囲からの理解が得られにくい。	→通院先や地域資源に受入打診をする際に、診療情報提供書のみでの情報だけでなく、本人とMDTとで作成した「私の取扱説明書」も送付し、本人からも直接説明する。 →受け止める地域支援者の理解が得ることで、それを退院促進につなげていく。
意見の相違	退院先をどこにするかで調整官との意見に相違があった。	→活用できる資源、サポート体制や薬物依存の経過などの情報提供にて調整官には理解を得る方向で働きかけていく。 →本人の可能性を広げる関わりを継続しつつ、その関わりを通してアセスメントを積み上げ、通院スタッフや地域関係者に情報提供。本人の不得意な面を補ったり、入院中に受けた治療的介入を地域生活で般化していくサポート体制を決め、早目に本人ならびに両親に提示していくという提案を行う。
意見の相違	地域側は入院継続、病院側は退院申し立てを進めており、相違があるとき。	→調整官を含めたTV会議日程調整、退院に向けた意見交換及び方針の確認をする。 →地域の不安感をぬぐうためにも医療側に残された課題の実践をするよう努める(例:外泊訓練の実施等)。 →裁判所のカンファレンスやコンサルトチームなど第三者が仲介することで方向性がまとまりやすい。社会復帰調整官もMDTに参加して、調整官側の不安に対する意見も伝えることで、両者の考えに沿ってすすめる。医療者同士だけでなく地域支援者(調整官)を含めたコンサルテーションの実施も重要である。
外泊訓練	居住候補が他県の施設で長期の外泊が求められるが、遠方であるため厳しい。	→施設入所に対する外泊の準備が整うのであれば転院を検討する。CPA会議を開催して話し合う。
生活能力	退院後の金銭管理	→入院中に出入帳をつけて練習を行う。退院後はその出入帳を訪問看護(地域支援者)で確認してもらう。

MDT: Multi-Disciplinary Team  
CPA: Care program approach

## 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
壁屋康洋	性暴力を起こした統合失調症患者へのアプローチ ー他害行為の再発予防のためのアセスメントと介入	石垣琢磨・菊池安希・松本和紀・古村健(編著)	事例で学ぶ統合失調症のための認知行動療法	金剛出版	東京	2019年	162-175
村杉謙次	各種疾患の精神鑑定例・自閉症スペクトラム障害	五十嵐禎人, 岡田幸之	刑事精神鑑定ハンドブック	中山書店	東京	2019年	259-272

## 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hiroko Kashiwagi, Naotsugu Hirabayashi	Death Penalty and Psychiatric Evaluation in Japan.	Frontiers in Psychiatry	9	550	2018年
Takeda K, Sugawara N, Matsuda T, et al.	Mortality and suicide rates in patients discharged from forensic psychiatric wards in Japan.	Comprehensive Psychiatry	95	152131	2019年
Takeda K, Sugawara N, Yamada Y, et al.	Employment-Related Factors of Forensic Psychiatric Outpatients with Psychotic Disorders.	Neuropsychiatric Disease and Treatment	15	3341-3350	2019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	1-9	2020年
平林直次	医療観察法が実際にどのように運営されたか	精神医学	60巻11号	1223-1230	2018年
竹田康二, 平林直次	医療観察法医療の現状と今後の課題・展望	こころの科学	199号	28-33	2018年

壁屋康洋・砥上恭子・高橋昇・高野真弘・北靖恵・松原弘泰・岩崎友明・川地拓・大原薫・荒井宏文・天野昌太郎・前上里泰史	医療観察法入院から通院移行後の暴力や問題行動に関する静的要因の研究	司法精神医学	13巻1号	11-19	2018年
壁屋康洋	触法精神障害者のアセスメント	こころの科学	199	34-39	2018年
壁屋康洋	公認心理師のための職場地図：医療観察法病棟	臨床心理学	106	428-429	2018年
村杉謙次	支える医療を目指した薬物療法 医療観察法病棟における服薬中断プログラムの実践報告 統合失調症患者の再入院予防を目指して.	病院・地域精神医学	60巻3号	248-251	2018年
村杉謙次	チーム医療と身体拘束	精神保健福祉	49巻4号	314-317	2018年
木田直也, 村上優, 大鶴卓, 高江洲慶, 石橋孝勇	地域におけるclozapine治療ネットワーク 琉球病院を拠点とした沖縄モデル	臨床精神薬理	21巻11号	1439-1449	2018年
木田直也, 村上優, 大鶴卓, 高江洲慶, 久保彩子, 石橋孝勇, 中原辰夫, 橋本喜次郎	Clozapineの最適治療用量と維持治療用量の選定 琉球病院での臨床経験から	臨床精神薬理	21巻8号	1037-1045	2018年
五十嵐禎人	刑事責任能力鑑定について最近感じること	臨床精神医学	47巻11号	1237-1243	2018年
五十嵐禎人	司法精神医学における治療・支援の意義	こころの科学	199号	14-21	2018年
小池純子, 河野稔明, 大町佳永, 村田雄一, 久保正恵, 黒木規臣, 藤井千代, 平林直次	医療観察法指定入院医療機関データベースの活用と課題—多職種スタッフに対するグループインタビュー調査から—	精神医学	61巻11号	1343-1352	2019年
岡田幸之	精神科医から見た法律家が考えるべき問題	刑法雑誌	58巻2号	296-309	2019年

五十嵐禎人	反社会性パーソナリティ障害	精神科	35巻特別増刊号 (Suppl. 1)	467-471	2019年
五十嵐禎人	司法精神医療における「病識」	精神医学	61巻12号	1459-1467	2019年
今村扶美, 松本俊彦	物質使用障害のケースフォーミュレーション	精神療法	増刊6号	161-170	2019年
鈴木敬生, 田口寿子	司法精神療法のケースフォーミュレーション	精神療法	増刊6号	101-109	2019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巻1号	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
茨木丈博, 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
西中宏史, 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