

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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

令和4年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 平林 直次

令和5（2023）年3月

目 次

I. 総括研究報告

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

研究代表者 平林直次 1

II. 分担研究報告

1. 医療観察法対象者の類型化に関する研究

研究分担者 河野稔明 10

2. 指定入院医療機関退院後の予後に関する全国調査

研究分担者 竹田康二 25

3. 頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査

研究分担者 壁屋康洋 33

4. 入院複雑事例に対する効果的な治療や介入方法に関する研究

研究分担者 村杉謙次 53

5. 施設内および施設間のコンサルテーションの実施方法に関する研究

研究分担者 今村扶美 76

6. 直接通院の実態および通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査

研究分担者 大鶴 卓 83

7. 医療観察法再鑑定の必要性に関する調査および検討

研究分担者 五十嵐禎人 103

8. 医療観察法鑑定書の作成方法に関する研究

研究分担者 岡田幸之 112

III. 成果の刊行に関する一覧表 116

令和4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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

総括研究報告書

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

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）の対象者全体を類型化し、それぞれに応じた処遇のあり方や転帰・予後を明らかにすること、喫緊の課題である入院および通院複雑事例に関する調査や、治療・処遇方法を開発することである。

グループ1(大規模調査)では、重度精神疾患標準的治療法確立事業(以下、データベース事業)の入院データベースを利活用する研究事業(利活用研究事業)からデータ提供を受け、令和3年度に作成したデータセットの解析を行った。また、指定通院医療機関を対象とした全国調査を実施した。

入院対象者は12の基本類型に分類された。

薬物療法により入院対象者を群分けすると、クロザピン群は平均入院期間が4.8年と長く、入院期間中の隔離経験率が47.6%と高かった。また持効性注射剤群は通院処遇移行者の割合が95.5%と高かった。高齢者では処遇終了と同時に精神保健福祉法入院となる傾向が認められた。処遇終了と同時に精神保健福祉法入院となる場合、F0、F1、F7では早期に処遇終了していた。また指定入院医療機関ごとに処遇終了率にばらつきが認められた。

通院複雑事例は、「アドヒアランス不良群」「通院複雑事例中核群」「自傷・自殺リスク群」の3群に分類された。

グループ2(事例研究)では、令和3年度に続いて事例の収集を進め、複雑事例の治療や処遇に関する分析を進め、各種の成果物をまとめた。指定入院医療機関の施設の枠組みを超えた転院トライアル、コンサルテーションの事業化を想定し、事務局の機能モデルを作成し活用しうるものであることを確認した。医療観察法の鑑定書を提出する際にまとめとして添付する「鑑定書総括用書式」を作成することを提案し、その作成方法の解説および作成例を提示した。

以上のとおり、データベース事業により構築されたデータベースは、臨床及び研究において有効に活用されており、引き続き事業を継続することにより多大な成果が期待される。指定入院医療機関の施設の枠組みを超えた転院トライアル、コンサルテーションの事業化を想定した、事務局の機能モデルが示され事業化への準備が整った。

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 |
| 今村扶美 | 国立精神・神経医療研究センター病院 |
| 大鶴 卓 | 国立病院機構琉球病院 |
| 五十嵐禎人 | 千葉大学社会精神保健教育センター |
| 岡田幸之 | 東京医科歯科大学大学院精神行動医科学分野 |

A. 研究目的

医療観察法による医療は、統合失調症を想定したガイドラインに基づいて実施されるが、対象者の診断は均一ではなく、診断を含む対象者の類型化に応じた処遇・治療が求められている。しかし、医療観察法対象者の類型化は行われていないのが現状である。また、頻回/長期行動制限や長期入院の傾向を持つ、いわゆる“入院複雑事例”が抽出され調査や退院促進が進められているが、長期入院傾向には歯止めがかかっていない。一方、長期入院化には至らず、処遇終了する対象者も存在するが、その実態や長期予後は不明のままである。

通院処遇では、原則3年間で処遇を終了し精神保健福祉法医療に移行することになっているが、通院処遇延長例、再入院・再処遇例など、いわゆる“通院複雑事例”に関する調査も不十分である。

本研究の主たる目的は、医療観察法対象者全体を類型化し、それぞれに応じた治療や処遇のあり方を明らかにすること、喫緊の課題である入院および通院複雑事例に関

する調査や、治療・処遇方法を開発することである。

重度精神疾患標準的治療法確立事業（以下、データベース事業）のデータを活用し、対象者の類型化を行う。また、全国調査によって退院後の長期予後や入院複雑事例の特徴を明確にする。さらに施設間の連携や協働作業による効果的な治療や介入方法を明らかにする。

いわゆる“通院複雑事例”に関しては全国調査に着手し、通院複雑事例の類型を明らかにする。また、入院複雑事例と通院複雑事例との異同を含め検討する。

B. 研究方法

研究代表者は、2回の研究班会議を開催し、研究分担班同士の情報共有をはかり、研究を進めた。グループ1(大規模調査)では、データベース事業の入院データベースを利活用する研究事業(利活用研究事業)からデータ提供を受け、令和3年度に作成したデータセットの解析を行った。また、指定通院医療機関を対象とした全国調査を実施した。グループ2(事例研究)では、令和3年度に続いて事例の収集を進めつつ、複雑事例の治療や処遇に関する分析を進め、各種の成果物をまとめた。

分担研究班の構成

- 医療観察法対象者の類型化に関する研究(河野班)
- 指定入院医療機関退院後の予後に関する全国調査(竹田班)
- 頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査(壁屋班)
- 入院複雑事例に対する効果的な治療や介入方法に関する研究(村杉班)
- 施設内および施設間のコンサルテーションの実施方法に関する研究(今村班)

- f 直接通院の実態および通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査（大鶴班）
- g 医療観察法再鑑定の必要性に関する調査および検討（五十嵐班）
- h 医療観察法鑑定書の作成方法に関する研究（岡田班）

グループ 1（大規模調査）

データベース事業のデータを利活用し、入院対象者の類型化を行った。なお、調査期間は医療観察法施行から 2021 年 6 月までに入院処遇が決定した対象者とし、調査項目は基礎情報、共通評価項目、事件情報、薬物・アルコール情報とした（河野班）。

2015 年 7 月 16 日から 2021 年 7 月 15 日までに通院処遇に移行した対象者について、退院後の予後を調査した。

2019 年 9 月から 2021 年 12 月に医療観察法病棟を退院した対象者のうち、退院時に抗精神病薬が処方されていた統合失調症圏の対象者を薬物療法の内容から 3 群に分けて予後調査を行った。

退院時処遇終了者 10 名の前向き予後調査を実施した（竹田班）。

入院複雑事例は入院中に「頻回/長期行動制限」を受けることが多く、「入院処遇終了と同時に精神保健福祉法入院に移行」する場合と「長期入院化」する場合が知られており、これらと関連する要因を探索的に抽出した。なお、調査対象は 2005 年 7 月 15 日の医療観察法制度開始から 2019 年 7 月 31 日までに医療観察法入院処遇となり、2021 年 7 月 31 日時点で退院済みの対象者とした（壁屋班）。

通院複雑事例の実態調査では、全国の 675 の指定通院医療機関に調査票を送り回収した。調査項目は社会的特性、処遇の形態、診断名、対象行為、通院処遇期間内の精神保健法入院、問題行動、医療観察法

再入院、再被害行為、共通評価項目の評点とした。2018 年 7 月 15 日から 2021 年 7 月 15 日までで、通院処遇を受けた対象者について調査を実施した（大鶴班）。

グループ 2（事例研究）

入院複雑事例を対象として多施設連携による治療法・処遇の開発と臨床普及の促進（村杉班）（今村班）、指定入院医療機関を対象とした処遇終了、転院、法 52 条鑑定の実態調査と、処遇終了に関する検討（五十嵐班）を行った。また、医療観察法医療従事者や鑑定経験者による Web 会議を開催し、医療観察法鑑定事例集・手引きを作成した（岡田班）。

（倫理面への配慮）

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 1～5 の原則に従うこととした。なお、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（2021 年 3 月 23 日）」に従って、適宜、倫理委員会へ申請し、倫理委員会の承認 9 件（付議不要 2 件を含む）を得て研究を進めた。

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

C. 研究結果

グループ 1(大規模調査)

a 医療観察法対象者の類型化に関する研究

ガイドライン改訂の際に定義する対象集団の原型になる 12 の基本類型が抽出された。

- (1) F0 高齢者・認知症
- (2) F0 比較的若年・器質性
- (3) F1 (患者特性は同質だが処遇に施設差)
- (4) F2 重複障害 F8
- (5) F2 重複障害 F1/F7
- (6) F2 重複障害なし (年齢・性別で修飾)
- (7) F3 女性の嬰兒殺し
- (8) F3 双極性障害の粗暴行為
- (9) F3 それ以外の気分障害
- (10) F7 (性別・重複障害で修飾される)
- (11) F8 (重複障害 F7 で修飾される)
- (12) その他の主診断

b 指定入院医療機関退院後の予後に関する全国調査 (竹田班)

全国 31 の指定入院医療機関と協働し、法務省保護局および保護観察所の協力を得て予後調査を実施した。2015 年 7 月 16 日から 2021 年 7 月 15 日の間に指定入院医療機関を退院し通院処遇に移行した対象者のうち本調査に同意の得られた者は、累計 753 名(男性 547 名、女性 206 名)であった。2021 年 7 月 15 日時点で、462 名が処遇終了していた。処遇終了者の平均観察期間は 966.9 日(中央値 1,094.0 日)であった。重大な再他害行為 8 名 8 件であり累積発生率は 1.2%/3 年であった。自殺企図(未遂を含む)は、17 名認められ、そのうち死亡(既遂)した者は 7 名であった。

対象者の重大な再他害行為率、死亡率、自殺者数、精神保健福祉法入院率などの主要な指標に経年変化はなく、退院後の予後は良好に経過していることが確認された。

2019 年 9 月から 2021 年 12 月に医療観察法病棟を退院した対象者のうち、退院時に

抗精神病薬が処方されていた統合失調症圏の患者数は 336 名であった。そのうち 84 名にクロザピン(Clozapine: 以下、CLZ) 89 名に持効性注射剤(Long Acting Injection: 以下、LAI) が処方されていた。CLZ 群、LAI 群、CLZ・LAI いずれの処方もない群の 3 群に分けて比較すると、CLZ 群は平均入院処遇期間が 4.8 年と長く、入院処遇期間中の隔離経験率が 47.6% と高かった。また LAI 群は通院処遇移行者の割合が 95.5% と高かった。

CLZ 群が、非 CLZ 群と比較して、通院処遇期間中の精神保健福祉法入院累積発生率が有意に高かったが、調整入院者(退院と同時に精神保健福祉法入院)を除いた解析では有意差は認めなかった。

退院時処遇終了者 10 名の前向き予後調査を実施した。退院後の治療は 10 名中 8 名が継続中、1 名は中断、1 名は終了(病死)であった。再他害行為、自殺企図、医療観察法による再入院はいずれもみられなかった。精神保健福祉法による入院は 10 名中 8 名が経験しており、そのうち 7 名は処遇終了日から調査日までの全日を精神科病棟に入院していた(研究責任者 本村啓介 さいがた医療センター)。

c 頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査 (壁屋班)

入院長期化のみならず処遇終了時精神保健福祉法入院(処遇終了-入院)と頻回/長期の行動制限が医療観察法入院医療の課題であると捉え、その特徴と要因の分析を進めた。

頻回/長期行動制限と処遇終了-入院との間に関連性を認めた。処遇終了-入院となった群は退院申請時の共通評価項目で改善していない項目が多いことが明らかになった。頻回/長期行動制限を受けた群の中で、処遇終了-入院となった群と通院処遇へ移行し

た群について、共通評価項目の各下位項目を比較したところ、両者は初回入院継続申請時には群間差が小さく、後者は多くの点で個人内の改善が得られたのに対し、前者は改善が少なく、退院申請時には両群の違いが多くの項目で認められた。

対象者の年齢が上がると医療観察法入院処遇を終了すると同時に精神保健福祉法入院に移行しやすく、F0、F1、F7では早期に処遇終了し精神保健福祉法入院に移行していた。

また、指定入院医療機関の間には、処遇終了と同時に精神保健福祉法による入院となる対象者の割合が異なり、その運用に施設間のばらつきが認められた。F1ではその差が顕著であった。処遇終了の在り方も含めた指針の策定や指定入院医療機関のコンセンサスの形成が必要である。

グループ 2(事例研究)

d 入院複雑事例に対する効果的な治療や介入方法に関する研究(村杉班)

措置入院複雑事例 2 事例に対して、医療観察法医療同様の担当多職種チームアプローチによる介入を実施した。その結果、治療が進展し退院となった。措置入院の枠組みにおいても、多職種チームアプローチが奏功する可能性が示唆された。一方、通院での多職種チームアプローチ継続の必要性が確認された。

Case formulation(以下、CF)を用いた shared decision making による介入(以下、SDM with CF)を 4 例に実施し「治療同盟の構築」に促進的に働いた可能性が示唆された。

指定入院医療機関同士の転院では、多職種チームの「患者への脅威」の低下が確認された。また第 3 の指定入院医療機関が加わった転院では、「客観的視点の担保」「複雑事例の治療に関わる医療機関の燃え尽き

や抱え込みの防止」などの効果が期待された。

e 施設内および施設間のコンサルテーションの実施方法に関する研究(今村班)

令和 3 年度は、コンサルテーションの試行モデルを整備するとともに、事務局の役割や実施方法に関する手順書や各種フォーマットを作成した。マッチングされた 3 ペアにおいて実際にコンサルテーションを実施した。試行を経て、コンサルテーションの事業化を想定した事務局の機能モデルが実際に活用しうるものであることが確認された。

f 直接通院の実態および通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査(大鶴班)

657 の指定医療機関に調査票を送付し、381 機関(57.9%)から回答を得て、通院複雑事例 57 事例を収集し、統計学的解析を行った。通院複雑事例は、「アドヒアランス不良群」「通院複雑事例中核群」「自傷・自殺リスク群」の 3 群に分類された。

医療観察法処遇終了後 5 年間の予後調査では、すべての問題行動の発生は通院処遇終了後、増えることはなかった。通院処遇終了後 3 年間は重大な他害行為の発生はなく、終了後 5 年間で 96 名中 1 名、1 件であった。CLZ 治療継続率は LAI による治療継続率よりも高かった。

問題行動などの発生は、同一の対象者、による繰り返し、多方向性に発生する傾向が見られた。

g 医療観察法再鑑定の必要性に関する調査および検討(五十嵐班)

33 の指定入院医療機関を対象として医療観察法 52 条鑑定の有無や治療困難を理由とした転院事例の有無について調査を行った。22 施設(回収率 66.7%)から回答を得た。医療観察法 52 条鑑定ありは 5 施設、治療困難による転院ありは 4 施設、両者と

もにありは2施設であった。令和4年度は52条鑑定の経験を持つ5施設から52条鑑定事例に関する情報を収集し、52条鑑定の実態把握を行った。退院・入院継続の審判では、医療観察法による医療の必要性の評価で問題とされる疾病性、治療反応性、社会復帰要因は、要件というよりは、要素として評価されている可能性が示唆された。疾病性だけを理由とした申立ては適切とはいえないこと、治療反応性の評価が最も重要であること、治療が尽くされていることを確認するためには他の指定入院医療機関によるコンサルテーションの活用や52条鑑定の積極的な実施が有用であることが指摘された。

h 医療観察法鑑定書の作成方法に関する研究（岡田班）

医療観察法の鑑定書を提出する際にまとめとして添付する「鑑定書総括用書式」を作成することを提案し、その作成方法の解説および作成例9例を提示した。

D. 考察

1) データベース事業の臨床及び研究利活用について

データベース事業は、医療観察法における医療の質の向上と均てん化を目的として2014年に始まった。指定入院医療機関32施設(2022年12月31日現在、34施設)が協力してデータ収集に必要なネットワークが構築された。収集されたデータは幹事病院である国立精神・神経医療研究センター病院に設置された入院データベースに蓄積されることとなった。データベースを解析し、入院期間、薬物療法や行動制限の実施状況、転帰や予後など、いわゆる“パフォーマンス指標”が算出され、事業開始当初より各指定入院医療機関にフィードバックされた。各指定入院医療機関ではパフォー

マンス指標を参考にして自施設の全国での位置づけをもとに医療の質の向上に励むこととなった。パフォーマンス指標は、指定入院医療機関同士の相互訪問・点検を行ういわゆる“ピアレビュー事業”でも使用されるようになった。また、指定入院医療機関の医療の現状を整理し、医療観察法統計資料がまとめられた¹⁾。

入院データベース事業では、上記の臨床利用に加え、当初より研究利用の構想も練られていた。幹事病院には研究利活用委員会が設置され、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て(承認番号A2019-026)二次利用研究が開始された。

本研究班でも入院データの二次利用を研究利活用委員会に申請し承認を受け、提供されたデータの解析を行った。国内外でもまれな大規模データベースを利用し、調査期間内の全数を対象とし統計学的手法を用いて類型化、医療観察法退院後の予後と関連する要因の抽出、入院複雑事例に関連する要因の同定を行っており、信頼性や妥当性の高い結果を得ることができた。

データベース事業により構築されたデータベースは、臨床診療でも活発に活かされつつあり、また研究活動においても有効利用が始まった。今後、同事業の継続により、行政に必要な基礎的データの収集、指定医療機関の医療の質の向上、臨床研究の推進において多大な成果をもたらすことが期待される。

2) 複雑事例について

入院複雑事例

長期入院化傾向を示す一群として、入院複雑事例が「長期入院」と「頻回/長期行動制限」により定義され、その定義の明確化、各種指標の開発、治療や処遇方法の開発が進められてきた。

処遇終了と同時に精神保健福祉法による

入院に移行する対象者の中には、入院複雑事例が多数含まれると推定される。本研究により、行動制限との関連性が明らかになった。早期に処遇終了となる対象者と、長期入院治療にもかかわらず処遇終了となる対象者の存在が確認された。さらに指定入院医療機関ごとに処遇終了率に差があることが知られており、その原因は指定入院医療機関ごとの治療反応性の評価や処遇判断の違いによると推測された。

医療観察法対象者の個別性の高さを考えると入院継続/退院許可の申立基準を一律に示すのは困難である。また調査結果から、医療観察法の3要件は3要素として運用されている実態が明らかとなった。その中でも治療反応性の評価が重要であった。法施行当初、治療反応性は診断名から推測されることが多かった。指定入院医療機関入院後、診断名が変更され、治療反応性なしと判断され退院許可が申立てられ、早期に処遇終了されることもあった。医療観察法医療が運用されるにつれ、診断名変更後も入院治療を継続し、“治療をし尽くした”と判断した時点での退院許可の申立てが増えていくと推察される。すなわち治療反応性は精神科医一般の共通認識(コモンセンス)に基づいて判断される一般的な治療反応性から、個別性の高い実証的治療反応性に移行しつつある。実証的治療反応性は指定入院医療機関の規模、医療の質、治療経験などに影響を受け、指定入院医療機関の処遇終了率に差を生じていると推定される。

法施行後、各種の治療プログラム、CLZ、地域ケアマネジメント、アウトリーチサービスなどの医療技術の進歩が続いている。医療観察法医療には医療資源が集中的に投入されており、一般精神科医療との間に格差も生じている。指定入院医療機関の勤務経験を持たない精神保健判定医も多く、当

初審判では精神科医一般の共通認識に基づく治療反応性の判断が多いが、入院継続/退院許可の審判では指定入院医療機関により実施された治療の効果を踏まえた決定が行われる。それだけに本研究班で作成された個別性の高い治療反応性の評価を可能とする「鑑定書総括用書式」の有用性は高いと考えられる。

治療反応性を考える上では指定入院医療機関として標準的な医療が行われることが大前提であり、転院トライアル、コンサルテーション、SDM with CFなどの施設を超えた試みが、日常的に実践されることが望まれる。そのためには、事業化が不可欠であろう。また、これらの試みでは各施設の負担増が調査結果から指摘されており、日常的な実践を進めるには負担の軽減に努める必要がある。

通院複雑事例

通院複雑事例は、「アドヒアランス不良群」「通院複雑事例中核群」「自傷・自殺リスク群」の3群に分類されることが明らかとなった。

入院複雑事例は共通評価項目の解析結果から、アドヒアランスあるいは自傷・自殺念慮といった単一の項目によって特徴付けられず、社会復帰関連要因と関連することが明らかとなっている。入院複雑事例は、アドヒアランス不良群や自傷・自殺念慮群よりも、通院複雑事例中核群と共通性を持つ可能性が高い。

入院処遇の枠組みではアドヒアランスが問題となることはまれで、通院処遇となって初めて通院や服薬のアドヒアランス不良が明らかとなる。また入院処遇の保護的環境から地域生活に移行することにより現実的ストレスや不安が増大し自殺念慮を抱くものの、入院とは異なり身近な相談者を欠き、自傷や自殺のリスクが高まると推測さ

れる。すなわち入院処遇対象者の中に「アドヒアランス不良群」「自傷・自殺リスク群」が潜在的に存在し、通院処遇移行後、顕在化すると考えられる。

E. 結論

- 重度精神疾患標準的治療法確立事業により構築されたデータベースは、臨床及び研究において有効に活用されている。引き続き事業の継続が必要である。
- 指定入院医療機関の施設の枠組みを超えた転院トライアル、コンサルテーションの事業化を想定した、事務局の機能モデルが作成され事業化への準備が整った。
- 通院複雑事例は、「アドヒアランス不良群」「通院複雑事例中核群」「自傷・自殺リスク群」の3群に分類された。
- 入院複雑事例は、アドヒアランス不良群や自殺・自殺念慮群よりも、通院複雑事例中核群と共通性を持つ可能性が高い。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Hiroko Kashiwagi, Junya Matsumoto, Kenichiro Miura, Koji Takeda, Yuji Yamada, Michiko Fijimoto, Yuta Yasuda, Hidenaga Yamamori, Manabu Ikeda, Naotsugu Hirabayashi, Ryota Hashimoto: Neurocognitive features, personality traits, and social function in patients with schizophrenia with a history of violence. *Journal of Psychiatric Research*, 2022; 147: 50-58
- 2) Hiroko Kashiwagi, Kayo Kume, Koji Takeda, Taiki Ueshima, Osamu Asaumi, Mayu Omori and Naotsugu Hirabayashi: Responding to the COVID-19 outbreak as a therapeutic community in a forensic psychiatric ward in Japan-A reconsideration of the role of therapeutic community in disasters. *Frontiers in Psychiatry*, 2022; 13: 577969 (doi: 10.3389/fpsyt.2022.577969)
- 3) 平林直次: 精神科併依存症を持つパーソナリティ症の治療. *精神療法*, 2022; 48(6): 770-777
- 4) 五十嵐禎人: 責任能力の判定と処遇のためのアセスメント 刑事責任能力鑑定と医療観察法鑑定をめぐって. *司法精神医学*, 2022; 17(1): 24-32

2. 学会発表

- 1) 平林直次: 基調講演 法制度の垣根をこえる - 医療観察法は精神医療全般と精神保健福祉全般の水準の向上にどのように寄与しているか. 第17回医療観察法関連職種研修会, Web開催, 会期 2022.6.3
- 2) 平林直次: 教育講演3 司法精神医療における認知行動療法の実践. 第22回日本認知療法・認知行動療法学会, 東京都(ハイブリッド形式), 会期 2022.11.11-11.13
- 3) 小池純子, 曾雌崇弘, 河野稔明, 竹田康二, 藤井千代, 平林直次: 医療観察法対象者の入院期間に影響する因子について - 医療観察法データベースと機械学習を用いた分析. 第18回日本司法精神医学会大会, Web開催, 2022.7.9-7.10
- 4) 壁屋康洋, 高野真弘: 頻回/長期行動

- 制限を受けた対象者の全国調査(1) 処遇終了-入院の要因比較. 第 18 回司法精神医学会, Web 開催, 会期 2022.7.9-8.8
- 5) 壁屋康洋, 高野真弘: 頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査 (2) 診断ごとの処遇終了-入院の運用比較. 第 76 回国立病院総合医学会, 熊本, 2022.10.7
- 6) 村杉謙次: シンポジウム 医療観察法入院複雑事例の社会復帰について考える. 第 17 回医療観察法関連職種研修会, Web 開催, 2022.6.3
- 7) 高橋未央, 野村照幸, 村杉謙次, 平林直次: 医療観察法病棟複雑事例に対する共同意思決定の有効性についての報告～ケースフォーミュレーションを用いて～. 第 18 回日本司法精神医学会大会 (ハイブリッド形式), 2022.7.9-7.10
- 8) 鈴木敬生: コンサルテーション研究と困難状況への対応例. 令和 4 年度チーム医療研修「医療観察法 MDT 研修」, Web 開催, 2022.10.1
- 9) 前上里泰史, 大鶴卓: 一般演題 通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査-通院複雑事例の類型化の試み-. 第 18 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2022.7.9-7.10
- 10) 医療観察法支援における被害当事者との対話による相互理解促進の意義について - 沖縄県医療観察法ネットワーク協議会活動報告 -. 第 18 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2022.7.9-7.10
- 11) 久保彩子, 大鶴卓: シンポジウム 医療観察法におけるクロザピン治療-地域生活を見据えた治療抵抗性統合失調症治療-. 第 118 回日本精神神経学会学術総会, 会期 2022.6.17
- 12) 東本愛香, 西中宏吏, 野村照幸, 五十嵐禎人: 出院者の支援に関するクライシスプランを用いた実践事例. 第 18 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2022.7.9-8.8

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

- 1) 資料 1. 医療観察法統計資料 2020 年版. 国立精神・神経医療研究センターHP. <https://www.ncnp.go.jp/shiryou/iryo-kansatsuho.html>

令和4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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

分担研究報告書

医療観察法対象者の類型化に関する研究

研究分担者 河野 稔明 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

研究要旨：

医療観察法の入院処遇ガイドラインは、重複障害がなく、治療抵抗性でない統合失調症の対象者を想定しているが、実際の対象者は均一でなく、個別性への配慮が必要である。本研究では、重度精神疾患標準的治療法確立事業の入院データベースを利活用し、対象者を類型化することを目的とした。

入院時年齢、性別、主診断、重複障害、対象行為、共通評価項目、および入院期間と退院時処遇を組み合わせた「複合転帰」により、主診断（ICD-10 コード）別にTwoStepクラスター分析を行った。その結果から、ガイドライン改訂の際に定義する対象集団の原型になる基本類型を抽出した。

主診断 F2 は主に重複障害がクラスターの生成に寄与しており、F8 が重複する事例、F1 または F7 が重複する事例、重複障害のない事例の3つの基本類型に分けるのが妥当と考えられた。F1 は「複合転帰」で生成されたクラスター間で他の変数の分布に明確な差がなく、F1 全体に単一の基本類型を与えることとした。F3 は性別および対象行為がクラスターの生成に寄与しており、幼児殺害の女性、粗暴行為を繰り返す双極性障害、それ以外の事例の3つの基本類型が抽出された。F0 は年齢によって病態が異なっており、認知症の高齢者と、その他の器質性精神障害を有する若年・中年者の2つの基本類型が抽出された。F7、F8 および F4569 は、サンプルサイズが小さく、現時点では各集団に単一の基本類型を与えるのがよいと考えられた。以上より、12の基本類型を得た。

研究協力者（順不同、敬称略）

小池純子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

岡野茉莉子 同上

藤井千代 同上

壁屋康洋 国立病院機構榊原病院

曾雌崇弘 目白大学

松長麻美 東京医科歯科大学大学院

竹田康二 国立精神・神経医療研究センター病院

平林直次 同上

A. 研究目的

医療観察法の入院処遇ガイドライン¹⁾は、重複障害がなく、治療抵抗性でない統合失調症の対象者を想定して定められている。しかしながら、対象者の特性は均一でなく、個別性に配慮した治療と処遇が求められる。このため、入院処遇ガイドラインには対象者の特性に応じた治療・処遇の内容を組み込むことが必要である。

本研究では、重度精神疾患標準的治療法

確立事業（以下、「データベース事業」）の入院データベースを利活用する研究事業（以下、「利活用研究事業」）を活用して、入院処遇対象者を類型化した。これにより、将来の入院処遇ガイドライン改訂の際に、対象集団を定義するための基礎となる情報を得ることを目的とした。

令和3年度の分担研究報告書に、対象者の類型に関連する先行研究や、入院データベースを活用する理由を詳述しているの合わせて参照されたい。

B. 研究方法

1. 概要

入院データベースに登録されている診療データは、データベース事業において導入された「医療観察法データベースシステム」を通じて収集されたものと、電子記憶媒体を郵送する「定点調査」により収集されたものに大別される。前者は平成29年7月分（一部医療機関は平成30年8月分）から毎月分が登録されており、後者は平成29年6月（一部医療機関は平成30年7月）時点の情報（同時点ですでに転退院していた対象者は転退院時の情報）が登録されている。また、両者とも入院対象者の基本的な人口統計学的・医学的・法的特性と、共通評価項目などのアセスメントに関する情報、入院処遇の進行や転帰に関する情報を含むが、前者にはこれらに加えて、処方・注射、触法歴、薬物・アルコール問題、身体疾患、院内問題行動の情報も含まれている（院内問題行動は平成31年4月から）。

本研究では、まず静的因子を中心とする基本的な変数で類型化に強く関係する変数をつかみ（一次分析）、動的因子の時系列データ、また治療のプロセスやアウトカムに関する変数を追加して、対象者を立体的にとらえた場合の類型を抽出する（二次分析）

こととした。以下、一次分析と二次分析に分けて方法を詳述する。

なお、一次分析の方法の詳細は令和3年度の分担研究報告書にも記載しているが、研究班内での議論を踏まえて変数を追加することとなったため、本稿には変数追加後の内容で改めて記載する。また、倫理審査申請、データ利活用申請、分担班会議開催などの手続き・活動については、総合研究報告書に記載する。

2. 一次分析

1) 分析対象データ

利活用研究事業において提供を受け、分析を行った匿名化データの範囲は次のとおりである。

(1) 対象者

医療観察法施行から令和3年6月までに入院処遇が決定した全対象者とした（研究に協力しない旨の申し出に基づき、データが提供されなかった対象者を除く）。

(2) データ抽出月

対象者ごとに最新月とした。すなわち、令和3年6月時点で在院中の対象者については同月、退院済の対象者については退院した月とした。

(3) 項目

概要は次のとおりである。詳細は表1にまとめた。

i) 人口統計学的特性

入院時年齢、性別

ii) 医学的特性

主診断、重複障害、薬物問題、アルコール問題

iii) 法的特性

対象行為（種別、被害）、触法歴

iv) アセスメント

共通評価項目（入院時初回、入院継続申請1回目、退院申請の各時点）

v) 処遇情報

現在の処遇、入院期間、退院時処遇

2) データセットの構成

提供を受けた匿名化データをクリーニングした上で、派生変数の生成などの加工を施し、次の3つのデータセットを作成した（令和3年度の分担研究報告書では作成を計画していた2つのデータセットを「A」、「B」の符号で識別していたが、変数を追加した新たな診療データの提供を受けたため、本稿では改めて「X」、「Y」、「Z」の符号で3つのデータセットを識別する）。

(1) データセット X

すべての対象者（3,743名）につき、入院時年齢、性別、主診断、重複障害、対象行為（種別、被害）、共通評価項目、現在の処遇、入院期間、および退院時処遇に関する変数、ならびにこれらの派生変数で構成する。

(2) データセット Y

平成28年6月までに入院決定を受けた対象者（2,558名）につき、データセット Xと同様の変数で構成する。ただし、現在の処遇、入院期間、および退院時処遇に関する変数ならびにこれらの派生変数については、入院決定5年後時点の情報に置き換えた。例えば、平成25年9月14日に入院決定を受け、令和2年2月23日に退院決定と共に通院処遇に移行した対象者は、データ抽出時点ではすでに退院しているため、現在の処遇は「退院」、入院期間は7年5ヶ月、退院時処遇（大区分）は「通院処遇」であるが、これを平成30年9月14日時点の情報、すなわち、それぞれ「入院中」、5年、「未選択」に置き換えることになる（ここでは医療観察法第49条第2項に規定される処遇期間の進行停止は考慮しない）。これにより、どの時期に入院決定を受けた対象者も、等しく5年間観察したことになる。

データセット Yでは、対象者の転帰を分

類するために、入院期間と退院時処遇を組み合わせた派生変数「複合転帰」を生成した。複合転帰の区分は、通院短期（3年未満で通院処遇に移行）、通院長期（3年以上5年未満で通院処遇に移行）、終了短期（2年未満で退院と共に処遇終了）、終了長期（2年以上5年未満で退院と共に処遇終了）、超長期（入院決定5年後も入院中）、及び抗死他（入院期間5年未満で、現在の処遇が「その他」または退院時処遇が「抗告退院」もしくは「死亡」）の6つとした。

(3) データセット Z

平成29年7月以降に入院決定を受けた、またはその前に入院決定を受け、引き続き入院処遇中であった対象者（1,638名）につき、入院時年齢、性別、主診断、重複障害、対象行為（種別、被害）、共通評価項目（入院時初回、入院継続申請1回目の各時点）、触法歴、薬物問題、およびアルコール問題に関する変数、ならびにこれらの派生変数で構成する。すなわち、データセット Xを構成する変数から共通評価項目（退院申請）、現在の処遇、入院期間、および退院時転帰を除き、触法歴、薬物問題、およびアルコール問題を追加した形となる。これにより、直近4年間の対象者に限られるが、医療観察法データベースシステムの導入により新たに収集されるようになった対象者の背景情報を分析することができる。

3) 分析方法

分析には SPSS ver. 28 を使用した。

(1) 予備的分析

まず、入院対象者の全体的な特性を把握するため、各データセットで記述統計（度数分布）を行った。

(2) 類型化分析

類型化には TwoStep クラスタ分析を用いた。距離測度は対数尤度、クラスタ数は15を最大値とする自動判定とした。

iii)で後述するように、分析対象集団と投入変数(群)の構成は統計学的、臨床的に適切と考えられるパターンを複数設定し、結果を踏まえて必要なパターンを追加した。生成されたクラスターを良質と評価する基準は、出力される「クラスターの品質」が高値であること、クラスターの生成に寄与する変数(群)が複数あり、特定の変数(群)に偏っていないこと、(3)で後述するクロス集計において、モデルに投入していない変数(群)の値の分布がクラスター間で明確に異なり、各クラスターが臨床的に意義のある特異性を有することとし、これらを総合的に判断して最善のパターンを選別した。

i) モデルに投入した変数の加工

入院時年齢は10歳刻みに区分して提供されたが、80歳以上は一括した(20代、30代、……、70代、80歳以上)。性別は加工しなかった(男性、女性)。主診断はICD-10コードのF+数字1桁の水準に区分した。ただし、G3(アルツハイマー病)及びG4(てんかん)については、当該疾患を原因とする器質性精神障害が対象行為に直接の影響を及ぼしたと考えられたため、F0に置き換えた。主診断は名義変数である(区分間に順序はない)ため、モデルにはF0、F1、F2、F3、F7およびF8をダミー変数化して投入した(F4、F5、F6およびF9は「F4569」として一括し、すべてのダミー変数の値を0とした)。重複障害(最大2個の複数選択)も主診断と同様に区分した上で、各区分の有無を変数化した(0/1データ)。対象行為(最大3個の複数選択)は既遂と未遂を統合し、さらに強制的性交等と強制わいせつを「性暴力」に統合した(殺人、放火、強盗、傷害、性暴力)。その上で各区分の有無を変数化した(0/1データ)。分析の過程で、さらに強盗と性暴力を統合した4個、強盗と傷害と性暴力を統合した3個からなる変数

群も用いた。共通評価項目は加工しなかった(0点、1点、2点)。すでに加工されている複合転帰は6区分のまま用いた。

ii) 使用したデータセット

モデルに複合転帰を含む分析はデータセットYで、含まない分析はデータセットXで行った。

iii) 分析対象集団と投入変数(群)の構成

以下、投入変数(群)の構成を、変数(群)を表す略号の組み合わせで表す。略号は、入院時年齢を「齡」、性別を「性」、主診断を「診」、重複障害を「重」、対象行為を「行5」(4個、3個からなる変数群はそれぞれ「行4」、「行3」)、共通評価項目を「共」とする。投入する変数が多すぎるとモデルが不安定になるため、一部の変数群では投入する変数を選別した。重複障害は臨床的重要性と頻度(ベースレート)を考慮してF1、F7、F8の3変数を投入した。共通評価項目は第2版から第3版への切替時期(平成31年4月)と、入院後まもない時期の状態から転帰を予測する可能性を探る臨床的意義を考慮して、入院継続申請1回目の第2版中項目を投入した(入院時初回は対象行為直前6ヶ月を評価対象としており、入院後の状態とは大きく異なる場合がある)。

まず、共通評価項目、複合転帰以外の変数(群)のみによる分析を行った。入院時年齢および性別は必ず投入し、主診断、重複障害および対象行為は選択的に投入した。

対象集団は、最初は全対象者とした。投入変数(群)は、齡性診、齡性重、齡性診重、齡性診行5、齡性診行4、齡性診行3、齡性診重行5、齡性診重行4、齡性診重行3の9パターンとした。主診断を投入したパターンでは、主診断がF2かどうかはクラスターの生成に強く寄与していたため、次は対象集団を主診断でF2とF2以外とに分割することとした。

F2を対象とする投入変数(群)は、齢性、齢性重、齢性行5、齢性行4、齢性行3、齢性重行5、齢性重行4、齢性重行3の8パターンとした。F2以外を対象とする投入変数(群)は、齢性診、齢性重、齢性診重、齢性診行5、齢性診行4、齢性診行3、齢性重行5、齢性重行4、齢性重行3、齢性診重行5、齢性診重行4、齢性診重行3の12パターンとした。F2以外では、全対象者の分析と同様、主診断が強力に寄与していたため、主診断はさらに分析用ダミー変数と同水準まで細分化することとした。

F2以外を細分化したF0、F1、F3、F7、F8、F4569の各集団を対象とする投入変数(群)は、齢性、齢性重、齢性行5、齢性行4、齢性重行5、齢性重行4の6パターンとした。これまでの分析で、対象行為を3つに分類した変数群(行3)を投入したパターンでは良質なクラスターが生成されなかったため、これらの集団では対象行為に関し、5つまたは4つに分類した変数群(行5、行4)のみを使用した。

次に、共通評価項目、複合転帰、およびこれらの両方を追加した分析を行った。分析対象はF0、F1、F2、F3、F7、F8、F4569の各集団とした。投入変数(群)は、変数の個数を抑制するため、共通評価項目、複合転帰以外は齢性、齢性重、齢性行5、齢性行4の4パターンとした(サンプルサイズが比較的大きいF2のみ、齢性重行5、齢性重行4を加えた6パターン)。これまでの分析で、F2を除く各集団においてクラスターが良質と評価されたパターンでは、投入変数(群)に重複障害と対象行為の両方が含まれることがなかったため、齢性重行5、齢性重行4の2パターンは除外した。

(3) 検証的分析

TwoStepクラスター分析で生成されたクラスター別に、分析に用いた入院時年齢、

性別、主診断、重複障害、対象行為、複合転帰、共通評価項目、また被害者区分、触法歴の各変数の値の分布を集計した。この際、各ケースが属するクラスターの情報を予めデータセットX、Y、Zの間で共有した。

また、類型化分析の対象集団は最終的に主診断で分けたため、データセットYを用いて、臨床的な関心の高い入院期間および退院時処遇とのクロス集計を行った。

3. 二次分析

1) 分析対象データ

分析を行った匿名化データの範囲は次のとおりである。

(1) 対象者

入院先の指定入院医療機関が医療観察法データベースシステムを通じた診療データの提出を開始した月(原則は平成29年7月、一部医療機関では平成30年8月)から令和4年6月までに入院処遇が決定した全対象者とした(研究に協力しない旨の申し出に基づき、データが提供されなかった対象者を除く)。

(2) データ抽出月

入院決定日が属する月および以後6ヶ月ごと、ならびに退院月または令和4年6月(同月時点で在院中の場合)とした。

(3) 項目

概要は次のとおりである。詳細は表2にまとめた。動的変数は全データ抽出月分、静的変数(退院により値が発生する退院時処遇を含む)は最新月(退院月または令和4年6月)分の提供を受けた。

i) 人口統計学的特性

入院時年齢、性別

ii) 医学的特性

主診断、重複障害、薬物問題、アルコール問題

iii) 法的特性

対象行為(種別、被害)、触法歴

iv) アセスメント

共通評価項目（入院時初回、各抽出月）

v) 治療

クロザピン処方（有無）

vi) 隔離・拘束

隔離（回数、総日数）、拘束（同）

vii) 処遇情報

現在の処遇、入院期間、退院時処遇

2) データセットの構成

匿名化データをクリーニングした上で、派生変数の生成などの加工を施した。

対象者数は1,198名で、対象者ごとの抽出データ数は平均2.65個（標準偏差2.25）であった。対象者内のデータ抽出順は連番によって識別する（入院決定月が0、以後6ヶ月ごとに1ずつ増え、退院月または令和4年6月が最大）。

本稿作成時現在、対象者内で動的変数の変化量を変数化するなど、分析に必要な派生変数の生成を進めている。

3) 分析方法

入院対象者の全体的な特性を把握するため、予備的分析として記述統計（度数分布）を行った。

一次分析と同様に、類型化分析、検証的分析を行う予定であるが、本稿作成時現在、その準備中である。

（倫理面への配慮）

本研究は、2件の研究課題として国立精神・神経医療研究センター倫理委員会に倫理審査を申請し、承認を得て実施している（承認番号A2021-043、A2022-043）。また、利活用研究事業自体も、データベース事業で取得した対象者の匿名診療データを研究者に提供し、学術研究の目的で分析させることにつき、同委員会の承認を受けている（承認番号A2019-026）。同委員会のウェブサイトには、3課題それぞれの概要と、研

究対象者が自身の情報の利用停止を求める場合の連絡方法を説明した公告文書が掲載されている。

C. 研究結果

1. 一次分析

1) 記述統計

記述統計の結果は表3のとおりである。

2) 抽出された類型

対象集団ごとに最善と考えられた投入変数（群）のパターン（以下、見出しに略号で表記）を取り上げ、類型化分析、検証的分析の結果から、各クラスターのラベル（生成に寄与した投入変数の値の分布を簡潔に記述したもの）および特徴を示す。

(1) 全対象者（齢性診行4、表4）

主診断および対象行為で5個のクラスターが生成された。主診断はF2かF2以外かに分かれた。

(2) F2（齢性重、表5）

年齢、性別、重複障害のすべてが寄与して9個のクラスターが生成された。4個は重複障害で、残る5個は年齢と性別の組み合わせでクラスターが規定された。

両性とも、年齢が上がると通院処遇が減り、処遇終了が増える一方で、若年者には超長期が多かった。また、F8が重複すると超長期が非常に多くなり、F7が重複すると女性のみ超長期が多かった。

(3) F2以外（齢性診、表6）

主診断および性別で7個のクラスターが生成された。主診断はF3が（男性はF1も）単独でクラスターを形成した。

(4) F0（齢性、表7）

3個のクラスターが生成された。男性は年齢により、対照的な転帰を示す2個のクラスターに分かれた。両者間で主診断の下位分類を比較すると、クラスター2（男性、若年・中年）は94.2%が認知症以外の器質

性精神障害（F04～09）であるのに対し、クラスター3（男性、高齢）は60.0%が認知症（F00～03）であった。

(5) F1（齢性重転、表8）

転帰で2個のクラスターが生成されたが、ほかの変数の分布は両者で類似していた。

(6) F3（齢性行4、表9）

主に対象行為がクラスターの生成に寄与し、殺人および放火はさらに男女でクラスターが分かれた（計6個）。クラスター間で転帰および年齢に明確な特徴がみられた。

クラスター2（女性、殺人）は63.4%で子が被害者となっており、他のクラスターより有意に高率であった（残差分析、 $p < 0.05$ ）。

クラスター5（傷害）、クラスター6（強盗・性暴力）はそれぞれ83.0%、93.3%が男性で、主診断の下位分類はそれぞれ91.5%、93.3%が双極性障害（F30～31）であった。また、それぞれ26.1%、33.3%に成人刑法犯の被起訴歴があり、他のクラスターより有意に高率であった（残差分析、 $p < 0.05$ ）。

(7) F7（齢性、表10）

性別で2個のクラスターが生成され、転帰に明確な違いがあった。女性では放火が高率であった。

(8) F8（齢性重、表11）

F7重複の有無で2個のクラスターが生成され、転帰に明確な違いがあった。

(9) F4569（齢性重、表12）

4個のクラスターが生成され、うち2個は性別が、残る2個は重複障害が寄与した。クラスター間で、転帰、対象行為、共通評価項目に分布の違いがあった。

3) 主診断別の転帰

主診断と入院期間および退院時処遇とのクロス集計の結果、F0、F1、F7およびF4569は2年以内の退院が過半数を占め、F0、F7、F8およびF4569は処遇終了が3割以上を占めた（表13）。

2. 二次分析

1) 記述統計

記述統計の結果は表14のとおりである。

D. 考察

1. 一次分析

全対象者およびF2以外の分析では主診断がクラスターの生成に強く寄与し、他の変数の寄与が可視化されにくいため、基本類型はまず主診断で分けて考えるのが妥当と思われる。以下、主診断ごとに考察する。

F2は、過去に指摘されてきたように、重複障害（特にF8、F7）があると明らかに長期入院が多くなった。そのため、まず重複障害の有無で基本類型を整理するのが望ましい。重複障害の中でもF8は寄与の程度が格別であるため、F1およびF7とは分けるのが適切であろう。重複障害のない集団では性別や年齢も転帰と強く関連したが、類型（質的な違い）というよりは量的な違いとして捉えられる。

F1は、通院短期とそれ以外の転帰とで他の特性に差がなかった。これはF1の処遇のあり方に対する医療機関の考え方を反映している可能性があり、施設差を検証する必要がある。現時点ではF1全体に単一の基本類型を与えるのが相当である。

F3は、性別および対象行為と転帰の関連が強かった。検証的分析の結果から、クラスター2は嬰兒殺害の女性（治療は比較的スムーズに進む）、クラスター5・6は粗暴行為を繰り返す双極性障害（長期入院になり、男性が多い）が中核をなすことが示唆される。

F0は、性別および年齢と転帰の関連が強かった。検証的分析の結果から、男性は年齢により病態が異なることが示された。基本類型は認知症とそれ以外の器質性精神障害に分けるのがふさわしいと考えられる。

F7、F8 および F4569 は、いずれも処遇終了となる割合が高かったが、その中でもクラスターにより転帰に違いがみられた。主に性別および重複障害がクラスター生成に寄与し、各クラスターに特徴がみられたが、サンプルサイズが小さいこともあり、現時点では各集団に単一の基本類型を与えるのが望ましい。

以上をまとめると、暫定的に 12 の基本類型が考えられる（表 15）。これらの基本類型は今後の検討により見直される可能性があるが、入院処遇ガイドライン改訂の際には、これらに概ね対応した集団ごとに治療・処遇の内容を記載することが想定される。

2. 二次分析

本稿作成時現在、分析準備中であるが、一次分析の結果を踏まえて付加的な分析を行うことにより、対象者の精緻な類型化に資する所見が得られる可能性がある。サンプルサイズが 1,198 名と一次分析に比して小さくなるため、クラスター分析を行う場合には投入する変数（群）を絞り込む、または一次分析と同様の分析を行って得られたクラスターの中で動的因子の時系列情報（主成分分析などによる変数化を想定）による類型の抽出を行う、などの方法を検討する必要がある。

E. 結論

入院対象者の特性や入院処遇の転帰から 12 の基本類型が抽出された。これらは二次分析を含めた更なる検討により修正される可能性があるが、将来の入院処遇ガイドラインにおいて定義される対象集団の原型となるものであり、ガイドライン改訂に向けた準備の進展に寄与すると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

小池純子，曾雌崇弘，河野稔明，竹田康二，藤井千代，平林直次：医療観察法対象者の入院期間に影響する因子について－医療観察法データベースと機械学習を用いた分析．第 18 回日本司法精神医学会大会，Web 開催，2022.7.9-7.10

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

利活用研究事業においてデータベース事業の匿名診療データを研究に二次利用することに同意された医療観察法指定入院医療機関、データ利用申請の事前相談および審査、ならびにデータセット作成などの関連する業務に関与された利活用委員会および研究事業事務局の皆様には感謝いたします。

参考文献

- 1) 法務省，厚生労働省：医療観察法入院処遇ガイドライン（平成 31 年 3 月 5 日改訂），2019

表1 一次分析で提供を受けたデータの項目

| 大項目 | 中項目 |
|-----------------|--|
| ヘッダー情報 | 抽出月 提供ID (対象者識別番号) |
| 年齢 | 入院時年齢 |
| 性別 | |
| <u>審判決定時の診断</u> | <u>診断名 (主診断)</u> <u>重複障害1</u> <u>重複障害2</u> |
| 入院医療機関による診断 | 診断名 (主診断) 重複障害1 重複障害2 |
| 対象行為 | 対象行為1種別 対象行為2種別 対象行為3種別 被害者区分 放火の被害区分 |
| 当該医療観察法処遇の情報 | 当初審判処遇 再処遇回数 |
| 当該入院処遇の情報 | 入院決定日 再入院回数 急性期総日数・有無 回復期総日数・有無 社会復帰期総日数・有無 |
| 入院処遇の転帰 | 現在の処遇 入院処遇日数・有無 退院区分 退院時処遇大区分 退院時処遇小区分 |
| 共通評価項目第2版 | 中項目・入院時初回 小項目・入院時初回 <u>中項目・入院継続申請1回目</u> <u>小項目・入院継続申請1回目</u> <u>中項目・退院申請</u> <u>小項目・退院申請</u> |
| 共通評価項目第3版 | 中項目・入院時初回 小項目・入院時初回 <u>中項目・入院継続申請1回目</u> <u>小項目・入院継続申請1回目</u> <u>中項目・退院申請</u> <u>小項目・退院申請</u> |
| 触法歴 | 前科前歴 (少年触法行為含む) 少年触法行為 少年触法行為の回数 成人刑法犯 矯正施設通算収監期間 (少年院/児童自立支援施設/刑務所含む) |
| 薬物問題 | 薬物問題の有無 |
| <u>アルコール問題</u> | <u>アルコール問題の種別</u> |

※表頭の「大項目」「中項目」は入院データベースにおける階層。

「小項目」の掲載は省略した。

※下線付は追加で提供を受けた項目。

表2 二次分析で提供を受けたデータの項目

| 大項目 | 中項目 |
|-------------|--|
| ヘッダー情報 | 抽出月 施設提供ID (抽出施設) 対象者提供ID (全国統一対象者番号) 入院時年齢* |
| 年齢* | |
| 性別* | |
| 入院医療機関による診断 | 診断名 (主診断) 重複障害1 重複障害2 |
| 対象行為* | 対象行為1種別* 対象行為2種別* 対象行為3種別* 被害者区分* 放火の被害区分* |
| 当該入院処遇の情報 | 入院決定日* 再入院回数* 急性期総日数・有無 回復期総日数・有無 社会復帰期総日数・有無 |
| 入院処遇の転帰 | 現在の処遇 入院処遇日数 退院区分* 退院時処遇大区分* 退院時処遇小区分* |
| 処方・注射 | クロザピン (概要) |
| 共通評価項目第2版 | 中項目・入院時初回 |
| 共通評価項目第3版 | 中項目・基準日 社会復帰関連指標・入院時初回 中項目・基準日 社会復帰関連指標・基準日 |
| 隔離・拘束 | 概要 (回数・総日数) |
| 触法歴* | 前科前歴 (少年触法行為含む) * 少年触法行為* 少年触法行為の回数* 成人刑法犯* 矯正施設通算収監期間 (少年院/児童自立支援施設/刑務所含む) * |
| 薬物問題* | 薬物問題の有無* |
| アルコール問題* | アルコール問題の種別* |

※表頭の「大項目」「中項目」は入院データベースにおける階層。

「小項目」の掲載は省略した。

※アスタリスク付は最新月 (退院月または令和4年6月) のみ。

表3 一次分析で用いた変数の記述統計

| 変数 | | n (%) | 変数 | | n (%) | 変数 | | n (%) | 変数 | | n (%) |
|----------------------------|-------------|-------------|------------------------------|-------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|-------------|----------------------|-------------|-------|
| ここよりデータセットX (特記なきは n=3743) | | | 被害者区分 (放火以外の対象行為あり、n=2884) * | | | 被害者区分 (放火以外の対象行為あり、n=2884) * | | | ここよりデータセットY (n=2558) | | |
| 入院時年齢 | | | 入院医療機関の主診断 | | | 入院医療機関の主診断 | | | 複合転帰 | | |
| 20代 | 531 (14.2) | 112 (3.0) | F0 器質性精神障害 | 112 (3.0) | 母親 | 505 (17.5) | 複合転帰 | 505 (17.5) | 通院処遇・3年未満 | 1527 (59.7) | |
| 30代 | 975 (26.0) | 244 (6.5) | F1 物質関連障害 | 244 (6.5) | 父親 | 350 (12.1) | F1 物質関連障害 | 350 (12.1) | 通院処遇・3~5年 | 383 (15.0) | |
| 40代 | 972 (26.0) | 2973 (79.4) | F2 精神病性障害 | 2973 (79.4) | 同胞 | 103 (3.6) | F2 精神病性障害 | 103 (3.6) | 処遇終了・2年未満 | 207 (8.1) | |
| 50代 | 677 (18.1) | 252 (6.7) | F3 気分障害 | 252 (6.7) | 配偶者 | 148 (5.1) | F3 気分障害 | 148 (5.1) | 処遇終了・2~5年 | 164 (6.4) | |
| 60代 | 422 (11.3) | 20 (0.5) | F4 不安障害 | 20 (0.5) | 子 | 148 (5.1) | F4 不安障害 | 148 (5.1) | 超長期 (5年以上) | 237 (9.3) | |
| 70代 | 134 (3.6) | 4 (0.1) | F5 身体関連障害 | 4 (0.1) | ほかの親族 | 109 (3.8) | F5 身体関連障害 | 109 (3.8) | 抗争・死亡・その他 | 40 (1.6) | |
| 80歳以上 | 32 (0.9) | 25 (0.7) | F6 パーソナリティ障害 | 25 (0.7) | 内縁関係のパートナー | 18 (0.6) | F6 パーソナリティ障害 | 18 (0.6) | 入院期間 | | |
| 性別 | | 42 (1.1) | F7 知的障害 | 42 (1.1) | 一時的パートナー | 16 (0.6) | F7 知的障害 | 16 (0.6) | 1年未満 | 189 (7.4) | |
| 男性 | 2869 (76.6) | 66 (1.8) | F8 心理的発達障害 | 66 (1.8) | 知人または友人 | 319 (11.1) | F8 心理的発達障害 | 319 (11.1) | 1~2年 | 866 (33.9) | |
| 女性 | 874 (23.4) | 2 (0.1) | F9 行動・情緒障害 | 2 (0.1) | 未知の人物 | 799 (27.7) | F9 行動・情緒障害 | 799 (27.7) | 2~3年 | 801 (31.3) | |
| 審判決定時の主診断 | | 3 (0.1) | F99 特定不能の精神障害 | 3 (0.1) | 会社 | 40 (1.4) | F99 特定不能の精神障害 | 40 (1.4) | 3~4年 | 318 (12.4) | |
| F0 器質性精神障害 | 101 (2.7) | 0 (0.0) | なし | 0 (0.0) | 私的組織 | 61 (2.1) | なし | 61 (2.1) | 4~5年 | 147 (5.7) | |
| F1 物質関連障害 | 245 (6.5) | 50 (1.3) | 入院医療機関の重複障害* | 50 (1.3) | 公的組織 | 129 (4.5) | 公的組織 | 129 (4.5) | 5年以上 | 237 (9.3) | |
| F2 精神病性障害 | 3005 (80.3) | 192 (5.1) | F0 器質性精神障害 | 192 (5.1) | 不詳または不明 | 270 (9.4) | 不詳または不明 | 270 (9.4) | ここよりデータセットZ (n=1638) | | |
| F3 気分障害 | 247 (6.6) | 54 (1.4) | F1 物質関連障害 | 54 (1.4) | 放火被害大区分 (放火の対象行為あり、n=896) | 655 (73.1) | 放火被害大区分 (放火の対象行為あり、n=896) | 655 (73.1) | 前科前歴 (少年または成人) | | |
| F4 不安障害 | 23 (0.6) | 16 (0.4) | F2 精神病性障害 | 16 (0.4) | 自宅 | 62 (6.9) | 自宅 | 62 (6.9) | あり | 544 (33.2) | |
| F5 身体関連障害 | 3 (0.1) | 14 (0.4) | F3 気分障害 | 14 (0.4) | 関係者のいる場所 | 90 (10.0) | 関係者のいる場所 | 90 (10.0) | なし・不明 | 1094 (66.8) | |
| F6 パーソナリティ障害 | 20 (0.5) | 3 (0.1) | F4 不安障害 | 3 (0.1) | 関係者のいない場所 | 89 (9.9) | 関係者のいない場所 | 89 (9.9) | 前科前歴 (少年触法行為) | | |
| F7 知的障害 | 44 (1.2) | 63 (1.7) | F5 身体関連障害 | 63 (1.7) | 未選択 | 753 (20.1) | 未選択 | 753 (20.1) | あり | 119 (7.3) | |
| F8 心理的発達障害 | 49 (1.3) | 291 (7.8) | F6 パーソナリティ障害 | 291 (7.8) | 現在の処遇 | 2988 (79.8) | 現在の処遇 | 2988 (79.8) | なし・不明 | 1519 (92.7) | |
| F9 行動・情緒障害 | 4 (0.1) | 130 (3.5) | F7 知的障害 | 130 (3.5) | 入院中 | 2 | 入院中 | 2 | 前科前歴 (成人刑法犯) | | |
| F99 特定不能の精神障害 | 1 (0.0) | 31 (0.8) | F8 心理的発達障害 | 31 (0.8) | 退院 | 2 (0.1) | 退院 | 2 (0.1) | あり | 392 (23.9) | |
| なし | 1 (0.0) | 0 (0.0) | F9 行動・情緒障害 | 0 (0.0) | その他 | 2447 (81.9) | その他 | 2447 (81.9) | なし・不明 | 1246 (76.1) | |
| 審判決定時の重複障害* | | 27 (0.7) | F99 特定不能の精神障害 | 27 (0.7) | 退院時処遇 (現在の処遇が退院、n=2987) | 393 (13.2) | 退院時処遇 (現在の処遇が退院、n=2987) | 393 (13.2) | 被起訴歴 (成人刑法犯) | 231 (14.1) | |
| F0 器質性精神障害 | 39 (1.0) | 545 (14.6) | 対象行為* | 545 (14.6) | 通院処遇 | 895 (30.0) | 通院処遇 | 895 (30.0) | あり | 1407 (85.9) | |
| F1 物質関連障害 | 153 (4.1) | 697 (18.6) | 殺人 | 697 (18.6) | 通院処遇-入院 | 579 (19.4) | 通院処遇-入院 | 579 (19.4) | なし・不明 | 193 (11.8) | |
| F2 物質関連障害 | 45 (1.2) | 781 (20.9) | 殺人未遂 | 781 (20.9) | 通院処遇-施設入所 | 492 (16.5) | 通院処遇-施設入所 | 492 (16.5) | 薬物問題の有無 | 1222 (74.6) | |
| F3 精神病性障害 | 22 (0.6) | 122 (3.3) | 放火 | 122 (3.3) | 通院処遇-家族同居 | 317 (10.6) | 通院処遇-家族同居 | 317 (10.6) | あり | 223 (13.6) | |
| F4 不安障害 | 18 (0.5) | 98 (2.6) | 放火未遂 | 98 (2.6) | 通院処遇-単身 | 141 (4.7) | 通院処遇-単身 | 141 (4.7) | なし | 73 (4.5) | |
| F5 身体関連障害 | 1 (0.0) | 57 (1.5) | 強盗 | 57 (1.5) | 処遇終了 | 34 (1.1) | 処遇終了 | 34 (1.1) | 不詳/不明 | 58 (3.5) | |
| F6 パーソナリティ障害 | 73 (2.0) | 1422 (38.0) | 強盗未遂 | 1422 (38.0) | 処遇終了-入院 | 15 (0.5) | 処遇終了-入院 | 15 (0.5) | アルコール問題 | 38 (2.3) | |
| F7 知的障害 | 243 (6.5) | 5 (0.1) | 傷害 | 5 (0.1) | 処遇終了-通院 | 33 (1.1) | 処遇終了-通院 | 33 (1.1) | 乱用 | 1080 (65.9) | |
| F8 心理的発達障害 | 72 (1.9) | 20 (0.5) | 強制的交等 | 20 (0.5) | 処遇終了-医療なし | 18 (0.6) | 処遇終了-医療なし | 18 (0.6) | 依存症 | 389 (23.7) | |
| F9 行動・情緒障害 | 18 (0.5) | 113 (3.0) | 強制的交等未遂 | 113 (3.0) | 抗争退院 | 15 (0.5) | 抗争退院 | 15 (0.5) | 醜聞 | | |
| F99 特定不能の精神障害 | 0 (0.0) | 13 (0.3) | 強制猥褻 | 13 (0.3) | 死亡 | | 死亡 (病死) | | なし | | |
| なし | 19 (0.5) | | 強制猥褻未遂 | | 死亡 (自殺) | | 死亡 (自殺) | | 不詳/不明 | | |
| 審判決定時の重複障害* | | | | | | | | | | | |

※アスタリスク付の変数は複数選択。それ以外は単一選択のため、割合の合計は100%になる (退院時処遇は各階層で合計100%)。
 ※放火被害大区分の「自宅」は、一戸建てか集合住宅か、同居家族ありか独居かにより分類された4個の小区分を含む。「関係者のいる場所」は小区分「ホテル等一時居宅中の場所」、「医療・福祉施設 (入院先・グループホームなど)」、「知人宅」を含む。「関係者のいない場所」は小区分「知らない人の家」、「非現住建造物 (小屋・倉庫など)」を含む。

表4 全対象者の分析で生成されたクラスターの特徴

| No. | ラベル | n | クラスターの特徴 |
|-----|--------|------|------------------|
| 1 | 強盗・性暴力 | 274 | 超長期比較的多い |
| 2 | F2以外 | 715 | 処遇終了多い、物質乱用不良 |
| 3 | F2、殺人 | 948 | 超長期やや多い、非社会性良好 |
| 4 | F2、放火 | 655 | 処遇終了比較的多い、自殺企図不良 |
| 5 | F2、傷害 | 1151 | 超長期やや多い、自殺企図良好 |

投入変数（群）：入院時年齢、性別、主診断、対象行為4区分

表5 主診断F2の対象者の分析で生成されたクラスターの特徴

| No. | ラベル | n | クラスターの特徴 |
|-----|----------|-----|----------------------------|
| 1 | 男性、若年 | 792 | 通院処遇・超長期多い |
| 2 | 男性、中年 | 888 | 転帰の分布は平均的、個人的支援やや不良 |
| 3 | 男性、高齢 | 281 | 処遇終了多い、超長期少ない、個人的支援不良 |
| 4 | 女性、若年 | 211 | 通院処遇・超長期多い、自殺企図やや不良 |
| 5 | 女性、中年・高齢 | 390 | 処遇終了やや多い、超長期やや少ない |
| 6 | 重複F1 | 91 | 転帰の分布は平均的、非社会性不良、個人的支援やや不良 |
| 7 | 重複F7、男性 | 149 | 転帰の分布は平均的、非社会性不良 |
| 8 | 重複F7、女性 | 58 | 超長期多い、自殺企図やや不良 |
| 9 | 重複F8 | 113 | 通院処遇少ない、超長期非常に多い |

投入変数（群）：入院時年齢、性別、重複障害

表6 主診断F2以外を対象者の分析で生成されたクラスターの特徴

| No. | ラベル | n | クラスターの特徴 |
|-----|-------------------|-----|--------------------------------|
| 1 | F7・F4569 | 66 | 処遇終了非常に多い、衝動コントロール・非社会性・ストレス不良 |
| 2 | 男性、F0 | 97 | 処遇終了非常に多い |
| 3 | 男性、F1 | 221 | 処遇終了多い、非社会性やや不良 |
| 4 | 男性、F3 | 139 | 転帰の分布は平均的、自殺企図やや不良 |
| 5 | 男性、F8 | 61 | 処遇終了・超長期多い、共感性不良、非社会性やや不良 |
| 6 | 女性、F3 | 113 | 通院処遇非常に多い、自殺企図・ストレス不良 |
| 7 | 女性、F0・F1・F8・F4569 | 73 | 処遇終了多い |

投入変数（群）：入院時年齢、性別、主診断

表7 主診断F0の対象者の分析で生成されたクラスターの特徴

| No. | ラベル | n | クラスターの特徴 |
|-----|----------|----|------------------------|
| 1 | 女性 | 15 | 処遇終了多い、自殺企図・コンプライアンス不良 |
| 2 | 男性、若年・中年 | 57 | 通院処遇比較的多い、超長期も一定数あり |
| 3 | 男性、高齢 | 40 | 処遇終了非常に多い、個人的支援不良 |

投入変数（群）：入院時年齢、性別

表8 主診断F1の対象者の分析で生成されたクラスターの特徴

| No. | ラベル | n | クラスターの特徴 |
|-----|--------|-----|-------------------|
| 1 | 通院短期 | 110 | (ほかの変数に特筆すべき特徴なし) |
| 2 | 通院短期以外 | 70 | (ほかの変数に特筆すべき特徴なし) |

投入変数（群）：入院時年齢、性別、重複障害、複合転帰

※投入変数（群）に複合転帰を含むため、データセットYで分析を行った。そのため、分析対象集団全体の対象者数は180名である（データセットXの主診断F1の対象者は244名）。

表9 主診断F3の対象者の分析で生成されたクラスターの特徴

| No. | ラベル | n | クラスターの特徴 |
|-----|--------|----|----------------------|
| 1 | 男性、殺人 | 44 | 若年者少ない、通院処遇多い |
| 2 | 女性、殺人 | 82 | 若年者多い、通院処遇多い |
| 3 | 男性、放火 | 42 | 若年者少ない、処遇終了多い |
| 4 | 女性、放火 | 22 | 通院処遇多い、終了長期・超長期比較的多い |
| 5 | 傷害 | 47 | 超長期やや多い |
| 6 | 強盗・性暴力 | 15 | 処遇終了多い |

投入変数（群）：入院時年齢、性別、対象行為4区分

表10 主診断F7の対象者の分析で生成されたクラスターの特徴

| No. | ラベル | n | クラスターの特徴 |
|-----|-----|----|-----------------------------|
| 1 | 男性 | 32 | 対象行為の分布は平均的、処遇終了非常に多い、共感性不良 |
| 2 | 女性 | 10 | 放火非常に多い、通院処遇比較的多い、共感性比較的良好 |

投入変数（群）：入院時年齢、性別

表11 主診断F8の対象者の分析で生成されたクラスターの特徴

| No. | ラベル | n | クラスターの特徴 |
|-----|--------|----|-------------------|
| 1 | 重複F7 | 13 | 全員が短期、共感性・個人的支援不良 |
| 2 | 重複F7なし | 53 | 超長期多い |

投入変数（群）：入院時年齢、性別、重複障害

表12 主診断F4569の対象者の分析で生成されたクラスターの特徴

| No. | ラベル | n | クラスターの特徴 |
|-----|---------|----|--------------------------------|
| 1 | 男性 | 18 | 対象行為の分布は平均的、処遇終了多い、自殺企図・物質乱用良好 |
| 2 | 女性 | 22 | 殺人多い、超長期やや多い、非社会性・物質乱用良好 |
| 3 | 重複F1・F8 | 7 | 傷害多い、終了短期多いがnが小、自殺企図良好、物質乱用不良 |
| 4 | 重複F7 | 7 | 放火多い、通院処遇比較的多いがnが小 |

投入変数（群）：入院時年齢、性別、重複障害

表13 主診断別の転帰

| | F0 | F1 | F2 | F3 | F7 | F8 | F4569 |
|----------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|-----------|-----------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| 入院期間 | (n=76) | (n=180) | (n=2039) | (n=162) | (n=29) | (n=32) | (n=40) |
| 1年未満 | 26 (34.2) | 26 (14.4) | 95 (4.7) | 13 (8.0) | 11 (37.9) | 3 (9.4) | 15 (37.5) |
| 1～2年 | 22 (28.9) | 80 (44.4) | 674 (33.1) | 56 (34.6) | 9 (31.0) | 12 (37.5) | 13 (32.5) |
| 2～3年 | 17 (22.4) | 45 (25.0) | 666 (32.7) | 54 (33.3) | 4 (13.8) | 8 (25.0) | 7 (17.5) |
| 3～4年 | 5 (6.6) | 19 (10.6) | 268 (13.1) | 22 (13.6) | 2 (6.9) | 1 (3.1) | 1 (2.5) |
| 4～5年 | 3 (3.9) | 4 (2.2) | 123 (6.0) | 11 (6.8) | 2 (6.9) | 3 (9.4) | 1 (2.5) |
| 5年以上 | 3 (3.9) | 6 (3.3) | 213 (10.4) | 6 (3.7) | 1 (3.4) | 5 (15.6) | 3 (7.5) |
| 退院時処遇大区分 | (n=73) | (n=174) | (n=1826) | (n=155) | (n=28) | (n=27) | (n=37) |
| 通院処遇 | 31 (42.5) | 128 (73.6) | 1566 (85.8) | 136 (87.2) | 11 (39.3) | 18 (66.7) | 20 (54.1) |
| 処遇終了 | 39 (53.4) | 42 (24.1) | 233 (12.8) | 17 (10.9) | 16 (57.1) | 9 (33.3) | 15 (40.5) |
| 抗告退院 | 1 (1.4) | 1 (0.6) | 9 (0.5) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 2 (5.4) |
| 死亡 | 1 (1.4) | 3 (1.7) | 17 (0.9) | 2 (1.3) | 1 (3.6) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |
| その他 | 1 (1.4) | 0 (0.0) | 1 (0.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) |

表14 二次分析で用いた変数の記述統計 (特記なきは n=1198)

| 変数 | n (%) | 変数 | n (%) | 変数 | n (%) | 変数 | n (%) |
|---------------|------------|-----------------------------|------------|------------------------|-------------|----------------|-------------|
| 入院時年齢 | | 対象行為* | | 現在の処遇 | | 前科前歴 (少年または成人) | |
| 20代 | 132 (11.0) | 殺人 | 135 (11.3) | 入院中 | 707 (59.0) | あり | 420 (35.1) |
| 30代 | 286 (23.9) | 殺人未遂 | 224 (18.7) | 転院 | 18 (1.5) | なし・不明 | 778 (64.9) |
| 40代 | 330 (27.5) | 放火 | 257 (21.5) | 退院 | 472 (39.4) | 前科前歴 (少年触法行為) | |
| 50代 | 247 (20.6) | 放火未遂 | 46 (3.8) | 処遇期間の進行停止 | 1 (0.1) | あり | 110 (9.2) |
| 60代 | 134 (11.2) | 強盗 | 20 (1.7) | その他 | 0 (0.0) | なし・不明 | 1088 (90.8) |
| 70代 | 56 (4.7) | 強盗未遂 | 15 (1.3) | 退院時処遇 (現在の処遇が退院、n=472) | | これまでの少年触法回数 | |
| 80歳以上 | 13 (1.1) | 傷害 | 500 (41.7) | 通院処遇 | 368 (78.0) | なし | 866 (72.3) |
| 性別 | | 強制性交等 | 3 (0.3) | 通院処遇→入院 | 47 (10.0) | 1回 | 35 (2.9) |
| 男性 | 896 (74.8) | 強制性交等未遂 | 2 (0.2) | 通院処遇→施設入所 | 177 (37.5) | 2~5回 | 43 (3.6) |
| 女性 | 302 (25.2) | 強制猥褻 | 30 (2.5) | 通院処遇→家族同居 | 60 (12.7) | 6~10回 | 7 (0.6) |
| 入院医療機関の主診断 | | 強制猥褻未遂 | 2 (0.2) | 通院処遇→単身 | 84 (17.8) | 10回以上 | 5 (0.4) |
| F0 器質性精神障害 | 32 (2.7) | 被害者区分 (放火以外の対象行為あり、n=907) * | | 処遇終了 | 92 (19.5) | 不詳/不明 | 242 (20.2) |
| F1 物質関連障害 | 64 (5.3) | 母親 | 184 (20.3) | 処遇終了→入院 | 46 (9.7) | 前科前歴 (成人刑法犯) | |
| F2 精神病的障害 | 961 (80.2) | 父親 | 124 (13.7) | 処遇終了→通院 | 38 (8.1) | あり | 310 (25.9) |
| F3 気分障害 | 84 (7.0) | 同胞 | 32 (3.5) | 処遇終了→医療なし | 8 (1.7) | なし・不明 | 888 (74.1) |
| F4 不安障害 | 6 (0.5) | 配偶者 | 49 (5.4) | 抗告退院 | 2 (0.4) | 被起訴歴 (成人刑法犯) | |
| F5 身体関連障害 | 0 (0.0) | 子 | 46 (5.1) | 死亡 | 10 (2.1) | あり | 195 (16.3) |
| F6 パーソナリティ障害 | 4 (0.3) | ほかの親族 | 46 (5.1) | 死亡 (病死) | 8 (1.7) | なし・不明 | 1003 (83.7) |
| F7 知的障害 | 13 (1.1) | 内縁関係のパートナー | 6 (0.7) | 死亡 (自殺) | 2 (0.4) | 矯正施設通算収監期間 | |
| F8 心理的発達障害 | 33 (2.8) | 一時的パートナー | 4 (0.4) | 入院期間 | | なし | 754 (62.9) |
| F9 行動・情緒障害 | 1 (0.1) | 知人または友人 | 85 (9.4) | 1年未満 | 324 (27.0) | 1~6月 | 5 (0.4) |
| F99 特定不能の精神障害 | 0 (0.0) | 未知の人物 | 253 (27.9) | 1~2年 | 362 (30.2) | 7~12月 | 6 (0.5) |
| なし | 0 (0.0) | 会社 | 11 (1.2) | 2~3年 | 311 (26.0) | 1~2年 | 22 (1.8) |
| 入院医療機関の重複障害* | | 私的組織 | 14 (1.5) | 3~4年 | 131 (10.9) | 3~5年 | 26 (2.2) |
| F0 器質性精神障害 | 15 (1.3) | 公的組織 | 48 (5.3) | 4~5年 | 68 (5.7) | 6年以上 | 28 (2.3) |
| F1 物質関連障害 | 42 (3.5) | 不詳または不明 | 51 (5.6) | 5年以上 | 2 (0.2) | 不詳/不明 | 357 (29.8) |
| F2 精神病的障害 | 23 (1.9) | 放火の被害区分 (放火の対象行為あり、n=301) | | 入院処遇中の隔離 | | 薬物問題の有無 | |
| F3 気分障害 | 7 (0.6) | 自宅 (一戸建て 同居家族あり) | 121 (40.2) | あり | 241 (20.1) | あり | 132 (11.0) |
| F4 不安障害 | 6 (0.5) | 自宅 (一戸建て 独居) | 28 (9.3) | なし | 957 (79.9) | なし | 901 (75.2) |
| F5 身体関連障害 | 0 (0.0) | 自宅 (集合住宅 同居家族あり) | 24 (8.0) | 入院処遇中の拘束 | | 不詳/不明 | 165 (13.8) |
| F6 パーソナリティ障害 | 20 (1.7) | 自宅 (集合住宅 独居) | 73 (24.3) | あり | 82 (6.8) | アルコール問題 | |
| F7 知的障害 | 69 (5.8) | ホテル等一時居宅中の場所 | 5 (1.7) | なし | 1116 (93.2) | 乱用 | 44 (3.7) |
| F8 心理的発達障害 | 46 (3.8) | 医療・福祉施設 (入院先・GHなど) | 2 (0.7) | 入院処遇中のクロザピン処方 | | 依存症 | 50 (4.2) |
| F9 行動・情緒障害 | 16 (1.3) | 知人宅 | 14 (4.7) | あり | 256 (21.4) | 酷罰 | 22 (1.8) |
| F99 特定不能の精神障害 | 0 (0.0) | 知らない人の家 | 6 (2.0) | なし・不明 | 942 (78.6) | なし | 812 (67.8) |
| その他 | 9 (0.8) | 非現住建造物 (小屋・倉庫など) | 28 (9.3) | | | 不詳/不明 | 270 (22.5) |

※アスタリスク付の変数は複数選択。それ以外は単一選択のため、割合の合計は100%になる (退院時処遇は各階層で合計100%)。

表15 抽出された入院対象者の基本類型

| No. | 基本類型の概要 |
|-----|-----------------------|
| 1 | F0 高齢者・認知症 |
| 2 | F0 比較的若年・器質性精神障害 |
| 3 | F1 (患者特性は同質だが処遇に施設差か) |
| 4 | F2 重複障害F8 |
| 5 | F2 重複障害F1/F7 |
| 6 | F2 重複障害なし (年齢・性別で修飾) |
| 7 | F3 女性の嬰兒殺害 |
| 8 | F3 双極性障害の粗暴行為 |
| 9 | F3 それ以外の気分障害 |
| 10 | F7 (性別で修飾される) |
| 11 | F8 (重複障害F7で修飾される) |
| 12 | その他の主診断 |

令和4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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

分担研究報告書

指定入院医療機関退院後の予後に関する全国調査

研究分担者 竹田 康二 国立精神・神経医療研究センター病院

研究要旨：

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

令和4年度は、重度精神疾患標準的治療確立事業（医療観察法データベース事業）のデータの利活用に関する研究事業の研究利活用委員会に利活用申請を行い、承認を取得し、医療観察法病棟退院患者の向精神薬処方等に関するデータの提供を受け、解析した。また提供を受けたデータと令和3年度に実施した通院処遇移行対象者に関する予後調査データとの連結解析も実施した。2019年9月から2021年12月に医療観察法病棟を退院した対象者のうち、退院時に抗精神病薬が処方されていた統合失調症圏の患者数は336名であった。そのうち84名にクロザピン（Clozapine:以下、CLZ）、89名に持効性注射剤（Long Acting Injection:以下、LAI）が処方されていた。CLZ群、LAI群、CLZ・LAI剤いずれの処方もない群の3群に分けて比較すると、CLZ群は平均入院処遇期間が4.8年と長く、入院処遇期間中の隔離経験率が47.6%と高かった。またLAI群は通院処遇移行者の割合が95.5%と高かった。上記提供データと昨年度までに収集された通院処遇移行対象者に関する予後調査のデータを退院年月、年齢（10年齢階級別）、性別（男女）、対象行為、精神科主診断（ICD-10）、退院区分（処遇、居住形態）で照らし合わせ、連結可能であったデータのうち、統合失調症圏かつ退院時に抗精神病薬が処方されていた対象者103名について抗精神病薬と通院処遇期間中の予後との関連を分析した。CLZ群が、非CLZ群と比較して、通院処遇期間中の精神保健福祉法入院累積発生率が有意に高かったが、調整入院者（退院と同時に精神保健福祉法入院）を除いた解析では有意差は認めなかった。

医療観察法入院処遇対象者のうち、退院時処遇終了者の予後に関する研究は、退院時に同意が得られた者について、退院後利用する医療機関にアンケート調査を実施した。令和4年度は合計10名のデータが収集された。性別は全員が男性、平均年齢は57.6歳、退院時精神科主診断（ICD-10）はF0が2名、F1が2名、F2が6名であった。退院後の治療は10名中8名が継続中、1名は中断、1名は終了（病死）であった。再他害行為、自殺企図、医療観察法による再入院はいずれもみられなかった。精神保健福祉法による入院は10名中8名が経験しており、そのうち7名は処遇終了日から調査日までの全日を精神科病棟に入院して過ごしていた。

研究協力者（順不同、敬称略）

本村啓介 さいがた医療センター

山田悠至 国立精神・神経医療研究センター病院

柏木宏子 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）」は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った精神障害者の処遇と医療について定めた法律である（以下、医療観察法の対象となった者を対象者と記載する）。

医療観察法は長期にわたり法に基づく処遇と精神科医療を対象者に課す制度であり、特に入院処遇は人権的制約が大きい。また多額の公費が投入されている制度でもある。したがって、医療観察入院医療を受けた対象者の予後を適切に把握し、さらなる医療の改善を目指していく必要がある。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としている。また医療観察法病棟等退院時、多くの対象者が通院処遇に移行するが、一部の対象者は退院時に医療観察法による処遇が終了となる¹⁾。そこで、本研究は退院時処遇終了者に関する調査も実施している。

令和3年度は、通院処遇移行対象者に関する予後調査研究と退院時処遇終了者に関する予後調査研究を実施した。令和4年度は、新たに触法精神障害者に対する向精神薬処方に関する研究を実施した。医療観察法病棟を退院した対象者の退院時向精神薬処方状況を明らかとするとともに、向精神薬処方が通院処遇移行後の予後に与える影響を明らかとすることを目的に、令和3年度に実施した通院処遇移行対象者に関する

予後調査研究で得られたデータと連結解析した。

上記研究については、いずれも国立精神・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た（承認番号 B2020-031、B2020-138、A2022-025）。

B. 研究方法

1. 触法精神障害者に対する向精神薬処方に関する研究

1) 調査対象

2019年9月より2021年12月までの間に、全国の医療観察法指定入院医療機関32施設（国立病院機構賀茂精神医療センターを除く）の医療観察法病棟を退院した対象者。

2) 調査項目

退院時年齢、性別、主診断・重複障害、対象行為、アルコール・薬物問題の有無、入院期間、入院処遇中行動制限の有無、退院年月、退院時処遇・居住形態、退院時向精神薬処方内容など

3) 調査方法

重度精神疾患標準的治療確立事業（医療観察法データベース事業）のデータの利活用に関する研究事業の研究利活用委員会に利活用申請を行い、承認を取得し、医療観察法病棟退院患者の向精神薬処方等に関するデータの提供を受け解析した。

また令和3年度に実施した通院処遇移行対象者に関する予後調査研究（全国31施設と協働し研究参加同意取得が得られた者に関し、全国の社会復帰調整官の協力を得て通院処遇期間中の予後データを収集）のデータのうち、2019年9月1日から2021年6月16日までの期間に医療観察法病棟を退院した対象者のデータを、上記提供データと、退院年月、年齢（10年齢階級別）、性別（男女）、対象行為、精神科主診断（ICD-10）、

退院区分（処遇、居住形態）で照らし合わせ連結可能であった者については、向精神薬処方と通院処遇移行後の予後（再他害行為、自殺企図、精神保健福祉法入院など）の関連を分析した。

上記研究については、国立精神・神経医療研究センターホームページで研究の実施についての情報を公開し、研究参加拒否の機会を保障した。

2. 退院時処遇終了者に関する予後調査研究

1) 調査対象

2021年3月10日から2022年7月15日までの間に、共同研究施設である全国16の指定入院医療機関を退院時処遇終了となった対象者のうち退院後の予後調査に同意の得られた者である。調査対象期間は、各対象者の退院日から2022年7月15日の間である。

2) 調査項目

年齢、性別、精神科診断、対象行為、再他害行為の有無、治療継続の有無、自殺未遂・既遂の有無、物質使用の状況、精神保健福祉法による入院の有無、精神保健福祉サービスの利用状況、住居および就労の状況等・退院後利用した医療・社会福祉資源など

3) 調査方法

退院時処遇終了者のうち、研究同意が取得できた者について、調査票に記された調査項目について、共同研究施設である指定入院医療機関の担当者が電話で研究対象者の退院後の治療担当者に聞き取り調査を行い、その結果を回収した。

C. 研究結果

1. 触法精神障害者に対する向精神薬処方に関する研究

1) 医療観察法病棟退院患者の基本属性

2019年9月1日～2021年12月31日に医療観察法病棟を退院した468名のデータ提供を受けた。性別は男性348名（74%）、女性120名（26%）であった。年代別で見ると、20代36名（8%）、30代95名（20%）、40代136名（29%）、50代90名（19%）、60代63名（13%）、70代40名（9%）、80代8名（2%）であった。精神科主診断（国際疾病分類第10版（ICD-10）で分類）は、F2（統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害）が373名（79.7%）、F3（気分障害）が36名（7.7%）、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）が25名（5.3%）であった。対象行為（第一選択のみ）は、殺人（未遂含む）163名（34.8%）、傷害175名（37.4%）、放火（未遂含む）98名（20.9%）が大半を占めていた。

2) 統合失調症圏の対象者の退院時抗精神病薬処方内容による比較

統合失調症圏（統合失調症または統合失調感情障害）の対象者に限定して、抗精神病薬処方内容で分類した対象者の退院時年齢、性別、精神科重複障害、対象行為、入院処遇期間、入院処遇中行動制限の有無、退院時処遇・居住形態などの比較を行った（表1）。抗精神病薬処方内容別の分類は、以下の3群とした。1 退院月にクロザピン（Clozapine：以下、CLZ）が処方されていた群（CLZ群）、2 退院月に持効性注射剤（Long Acting Injection：以下、LAI）が処方されていた群（LAI群）、3 退院月に抗精神病薬が処方されていたが、CLZ、LAIは処方されていなかった群（非CLZ・非LAI群）。

退院月に抗精神病薬が処方されていた統合失調症圏の患者数は336名であった。CLZ群は84名、LAI群は89名、非CLZ・非LAI群は163名であった。

CLZ群では入院処遇期間中の隔離経験率

が他の群と比較して高く（47.6%）、平均入院処遇期間が CLZ 群では他の群と比較して長かった（4.78 年）。LAI 群は他の群と比較して、通院処遇移行率が高かった（95.5%）。

3) 抗精神病薬処方が通院処遇移行対象者の予後に与える影響

医療観察法データベース事業研究利活用事業より提供を受けた医療観察法病棟退院患者の向精神薬処方等に関するデータと、令和 3 年度に実施した通院処遇移行対象者に関する予後調査研究参加同意者のデータのうち 2019 年 9 月 1 日から 2021 年 6 月 16 日までに医療観察法病棟を退院した対象者のデータを、退院年月、年齢（10 年齢階級別）、性別（男女）、対象行為、精神科主診断（ICD-10）、退院区分（処遇、居住形態）で照らし合わせたところ、139 名が連結可能であった。そのうち、統合失調症圏かつ退院月に抗精神病薬が処方されていた対象者 103 名について分析した。表 2 では表 1 と同様に抗精神病薬処方内容により 3 群に分類して抗精神病薬処方と通院処遇期間中の予後の関連を分析した。

103 名全体の平均通院処遇観察期間（通院処遇終了者は処遇終了日まで、2021 年 7 月 15 日時点で通院処遇継続中であった対象者は同日時点まで）は、340.6 日であった。また全体で、通院処遇期間中の他害行為、死亡、自殺企図はそれぞれ 2 件、医療観察法再入院処遇は 1 件認めた。抗精神病薬以外の退院時向精神薬処方についてみると、CLZ 群は気分安定薬処方者数の割合が高かった（48.7%）。

通院処遇期間中の精神保健福祉法入院、非自発的入院、調整入院（通院処遇移行時にそのまま精神保健福祉法入院）経験率はいずれも CLZ 群で最も高かった（それぞれ 51.7%、22.6%、32.3%）。生存分析（Log Rank 検定）では、CLZ 群は非 CLZ 群（LAI 群＋非

CLZ・非 LAI 群）と比較して、精神保健福祉法入院累積発生率が高かったが（ $p=0.003$ 、図 1）、調整入院者を除いた解析では、有意な差は認めなかった（ $p=0.121$ 、図 2）。

2. 退院時処遇終了者に関する予後調査研究

研究開始から 2022 年 7 月 15 日までの研究参加対象者数は 10 名であった。平均入院処遇期間は 1,358 日、性別は全員が男性、平均年齢は 57.6 歳であった。退院時精神科主診断は F0 が 2 名、F1 が 2 名、F2 が 6 名であった。対象行為は殺人 1 名、放火 4 名、放火未遂 1 名、傷害 4 名であった。退院後の治療は 10 名中 8 名が継続中、1 名は中断、1 名は終了（病死による）であった。調査期間における再他害行為、自殺企図、アルコール・薬物の摂取はいずれも認めなかった。医療観察法による再処遇は認めなかった一方で、精神保健福祉法による入院は 10 名中 8 名が経験していた。そのうち 7 名は医療保護入院にて、処遇終了日から調査日までの全日を精神科病棟に入院して過ごしていた。現在の居住形態は 10 名中 7 名が入院中、1 名が介護保険施設、1 名が不明、1 名が死亡であった。就労に至った者はいない。生計（複数選択可）は、貯蓄による者が 1 名、家族からの支援による者が 1 名、障害年金による者が 6 名、生活保護による者が 3 名、その他が 4 名であった。入院医療機関で作成されたクライシスプランの活用については、そのまま活用している者が 2 名、加筆・修正して活用している者が 2 名、活用していない者が 4 名、その他の者が 2 名（いずれも未作成）であった。

D. 考察

1) 触法精神障害者に対する向精神薬処方に関する研究

医療観察法病棟では治療抵抗性統合失調

症治療薬である CLZ 治療が積極的に実施されていることが知られている²⁾が、本研究でも統合失調症圏の退院患者（そのうち抗精神病薬が処方されていた者）の 25%が CLZ を処方されていた。CLZ 群において平均入院処遇期間が長期であったこと、行動制限率が高かったことから、CLZ 群は他の群と比較して治療困難な症例が多いと推測された。臨床的には病的体験や問題行動が激しかった対象者が CLZ 導入により病状が安定し退院につながったケースは少なくない。本研究結果は CLZ の治療効果を否定するものではなく、治療困難な症例に CLZ が導入されたという結果を表していると推測された。もっとも、ケースによっては対象者の居住予定地域において CLZ 治療ができる指定通院医療機関が不足しており、受け入れ先が見つからず入院処遇期間が長期化しているなどの事情が生じている可能性は推測される。今後、CLZ 導入前後における対象者の行動制限率や精神病症状を比較するなどの研究が実施され、医療観察法医療における CLZ 治療の効果検証が進むことが望まれる。

また持効性注射剤も 26.5%の対象者で実施されていた。LAI 群の通院処遇移行率が非常に高いこと、平均入院処遇期間が非 CLZ・非 LAI 群と比較して長くないことから、LAI 群は退院後も精神科治療の継続は必要であるが、比較的病状は安定した対象者が多いと推測された。

CLZ 群は非 CLZ 群と比較して、通院処遇期間中の精神保健福祉法入院累積発生率が有意に高かった。もっとも、調整入院者を除いた解析では、有意な差は認めなかったが、調整入院群を除いた調査対象者数がやや小さい(特に CLZ 群)ため評価は難しい。今後、CLZ や LAI が通院処遇期間中の予後へ与える影響に関して、さらなる研究が望

まれる。

2) 退院時処遇終了者に関する研究

研究対象者の診断は F0 が 20%、F1 が 20%と、いずれも入院処遇者全体よりも高い割合を占めていた。前者では治療反応性が、後者では疾病性が失われることによって処遇終了になったと考えられるのに対して、60%を占める F2 では、治療反応性の限界のために処遇終了になったものと推測された。

研究対象者のうち 80% (8 名) は処遇終了と同時に精神保健福祉法による入院に移行しており、うち 7 名は退院日から調査日までの全期間を医療保護入院にて病棟で過ごしていた。今回の調査期間では、再他害行為やアルコール・薬物の摂取は認められなかったが、それは大半の研究対象者が入院中であったためであると考えられた。

退院後、クライシスプランを「そのまま活用している」および「修正して活用している」者 4 人の平均年齢が 41.5 歳であったのに対して、「活用していない」者および未作成であった者 6 名の平均年齢は 68.3 歳と、大きな差がみられた。医療観察法医療に特徴的なツールを活用するうえで、年齢が制約となっている可能性が示唆された。

E. 結論

医療観察法病棟を退院した対象者のうち、特に統合失調症圏の対象者の抗精神病薬処方状況と、抗精神病薬処方と通院処遇期間中の予後の関連について報告した。

退院時処遇終了者に関する予後調査研究は徐々に研究参加者数が増加してきた。退院時処遇終了者の多くが医療観察法病棟退院後、精神保健福祉法入院を継続していた。

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

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

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
- 2) 来住由樹：治療抵抗性統合失調症に対する効果的かつ安全な治療法の確立に関する研究．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（研究開発代表者平林直次），平成 29 年度総括・分担研究開発報告書，pp. 73-84, 2018

表1 統合失調症圏の医療観察法病棟退院者の入院処遇情報の抗精神病薬処方内容による比較

| | | CLZ群(n=84) | | LAI群(n=89) | | 非CLZ・非LAI群(n=163) | | 全体 (n=336) | |
|------------------------|------------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------------|-------------|------------|-------------|
| 退院時年齢 | 20s, n (%) | 7 | 8.3 | 5 | 5.6 | 16 | 9.8 | 28 | 8.3 |
| | 30s, n (%) | 19 | 22.6 | 19 | 21.3 | 40 | 24.5 | 78 | 23.2 |
| | 40s, n (%) | 28 | 33.3 | 29 | 32.6 | 49 | 30.1 | 106 | 31.5 |
| | 50s, n (%) | 21 | 25.0 | 17 | 19.1 | 32 | 19.6 | 70 | 20.8 |
| | 60s, n (%) | 8 | 9.5 | 13 | 14.6 | 15 | 9.2 | 36 | 10.7 |
| | 70s, n (%) | 1 | 1.2 | 6 | 6.7 | 11 | 6.7 | 18 | 5.4 |
| | 性別 | M, n (%) | 65 | 77.4 | 73 | 82.0 | 117 | 71.8 | 255 |
| F, n (%) | | 19 | 22.6 | 16 | 18.0 | 46 | 28.2 | 81 | 24.1 |
| 対象行為 | 殺人, n (%) | 27 | 31.0 | 35 | 38.9 | 54 | 31.8 | 116 | 33.4 |
| | 傷害, n (%) | 35 | 40.2 | 36 | 40.0 | 64 | 37.6 | 135 | 38.9 |
| | 放火, n (%) | 15 | 17.2 | 11 | 12.2 | 36 | 21.2 | 62 | 17.9 |
| | 強盗, n (%) | 5 | 5.7 | 2 | 2.2 | 9 | 5.3 | 16 | 4.6 |
| | 性犯罪, n (%) | 5 | 5.7 | 6 | 6.7 | 7 | 4.1 | 18 | 5.2 |
| | 精神科重複障害 (F2除く) | F0, n (%) | 1 | 1.2 | 1 | 1.1 | 0 | 0.0 | 2 |
| F1, n (%) | | 1 | 1.2 | 1 | 1.1 | 4 | 2.5 | 6 | 1.8 |
| F3, n (%) | | 1 | 1.2 | 1 | 1.1 | 0 | 0.0 | 2 | 0.6 |
| F6, n (%) | | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.3 |
| F7, n (%) | | 10 | 11.9 | 6 | 6.7 | 10 | 6.1 | 26 | 7.7 |
| F8, n (%) | | 8 | 9.5 | 3 | 3.4 | 11 | 6.7 | 22 | 6.5 |
| F9, n (%) | | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 3 | 1.8 | 4 | 1.2 |
| 医療観察法病棟入院中の隔離経験, n (%) | 40 | 47.6 | 13 | 14.6 | 24 | 14.7 | 77 | 22.9 | |
| 医療観察法病棟入院中の拘束経験, n (%) | 9 | 10.7 | 5 | 5.6 | 8 | 4.9 | 22 | 6.5 | |
| 平均入院処遇期間, years | | 4.78 | | 3.02 | | 2.99 | | 3.45 | |
| 退院時通院処遇移行者, n (%) | | 70 | 83.3 | 85 | 95.5 | 135 | 82.8 | 290 | 86.3 |
| 退院時通院処遇移行者の居住 | 家族同居, n (%) | 7 | 10.0 | 16 | 18.8 | 22 | 16.3 | 45 | 15.5 |
| | 単身生活, n (%) | 11 | 15.7 | 23 | 27.1 | 30 | 22.2 | 64 | 22.1 |
| | 施設入所, n (%) | 37 | 52.9 | 33 | 38.8 | 64 | 47.4 | 134 | 46.2 |
| | 一般精神科病棟入院, n (%) | 15 | 21.4 | 13 | 15.3 | 18 | 13.3 | 46 | 15.9 |
| | 不明, n (%) | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 0.7 | 1 | 0.3 |
| 退院時処遇終了者, n (%) | | 14 | 16.7 | 4 | 4.5 | 28 | 17.2 | 46 | 13.7 |
| 退院時処遇終了者の転帰 | 一般精神科病棟入院, n (%) | 9 | 64.3 | 3 | 75.0 | 15 | 53.6 | 27 | 58.7 |
| | 精神科通院, n (%) | 3 | 21.4 | 0 | 0.0 | 9 | 32.1 | 12 | 26.1 |
| | 精神科治療終了, n (%) | 1 | 7.1 | 0 | 0.0 | 1 | 3.6 | 2 | 4.3 |
| | 死亡, n (%) | 1 | 7.1 | 1 | 25.0 | 3 | 10.7 | 5 | 10.9 |

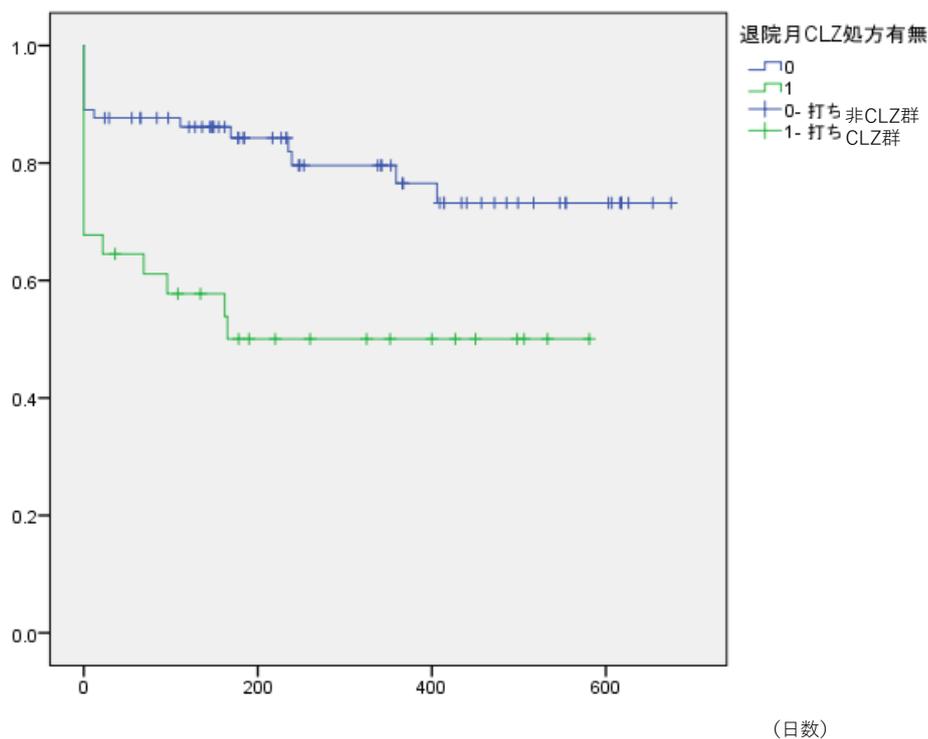
CLZ: Clozapine LAI: Long Acting Injection

表2 統合失調症圏の通院処遇移行対象者の予後の抗精神病薬処方内容による比較

| | | CLZ群(n=31) | | LAI群(n=33) | | 非CLZ・非LAI群(n=39) | | 全体 (n=103) | |
|---------------------------------|----------------------|------------|---------|------------|---------|------------------|---------|------------|---------|
| 退院時年齢 | 20s, n (%) | 0 | (0.0) | 3 | (9.1) | 3 | (7.7) | 6 | (5.8) |
| | 30s, n (%) | 6 | (19.4) | 7 | (21.2) | 10 | (25.6) | 23 | (22.3) |
| | 40s, n (%) | 14 | (45.2) | 13 | (39.4) | 15 | (38.5) | 42 | (40.8) |
| | 50s, n (%) | 10 | (32.3) | 5 | (15.2) | 6 | (15.4) | 21 | (20.4) |
| | 60s, n (%) | 1 | (3.2) | 3 | (9.1) | 2 | (5.1) | 6 | (5.8) |
| | 70s, n (%) | 0 | (0.0) | 2 | (6.1) | 3 | (7.7) | 5 | (4.9) |
| | 性別 | M, n (%) | 23 | (74.2) | 24 | (72.7) | 26 | (66.7) | 73 |
| | F, n (%) | 8 | (25.8) | 9 | (27.3) | 13 | (33.3) | 30 | (29.1) |
| 対象行為 | 殺人, n (%) | 16 | (51.6) | 11 | (33.3) | 13 | (33.3) | 40 | (38.8) |
| | 傷害, n (%) | 8 | (25.8) | 13 | (39.4) | 11 | (28.2) | 32 | (31.1) |
| | 放火, n (%) | 3 | (9.7) | 6 | (18.2) | 13 | (33.3) | 22 | (21.4) |
| | 強盗, n (%) | 2 | (6.5) | 2 | (6.1) | 2 | (5.1) | 6 | (5.8) |
| | 性犯罪, n (%) | 2 | (6.5) | 1 | (3.0) | 0 | (0.0) | 3 | (2.9) |
| | 平均入院処遇期間, days (中央値) | | 1887.4 | (1371.0) | 921.5 | (863.0) | 955.1 | (904.0) | 1224.9 |
| 医療観察法病棟隔離経験, n | | 14 | (45.2) | 2 | (6.1) | 2 | (5.1) | 18 | (17.5) |
| 医療観察法病棟隔離拘束経験, n | | 4 | (12.9) | 0 | (0.0) | 1 | (2.6) | 5 | (4.9) |
| 抗不安薬処方者数, n (%) | | 16 | (51.6) | 15 | (45.5) | 23 | (59.0) | 54 | (52.4) |
| 気分安定薬処方者数, n (%) | | 19 | (48.7) | 9 | (27.3) | 11 | (28.2) | 39 | (37.9) |
| 抗うつ薬処方者数, n (%) | | 2 | (6.5) | 0 | (0.0) | 4 | (10.3) | 6 | (5.8) |
| 抗パロ処方者数, n (%) | | 6 | (19.4) | 11 | (33.3) | 7 | (17.9) | 25 | (23.3) |
| 平均通院処遇観察期間, days (中央値) | | 341.0 | (343.0) | 312.7 | (248.0) | 363.8 | (366.0) | 340.6 | (342.0) |
| 通院処遇中の再被害・迷惑行為 (軽微なもの含む), n (%) | | 1 | (3.2) | 0 | (0.0) | 1 | (2.6) | 2 | (1.9) |
| 死亡, n (%) | | 0 | (0.0) | 1 | (3.0) | 1 | (2.6) | 2 | (1.9) |
| 自殺企図, n (%) | | 0 | (0.0) | 2 | (6.1) | 0 | (0.0) | 2 | (1.9) |
| 医療観察法再入院処遇, n (%) | | 1 | (3.2) | 0 | (0.0) | 0 | (0.0) | 1 | (1.0) |
| 精神保健福祉法入院, n (%) | | 15 | (51.7) | 5 | (17.2) | 9 | (31.0) | 29 | (28.2) |
| 非自発的入院, n (%) | | 7 | (22.6) | 2 | (6.1) | 4 | (10.3) | 13 | (12.6) |
| 調整入院, n (%) | | 10 | (32.3) | 3 | (9.1) | 5 | (12.8) | 18 | (17.5) |

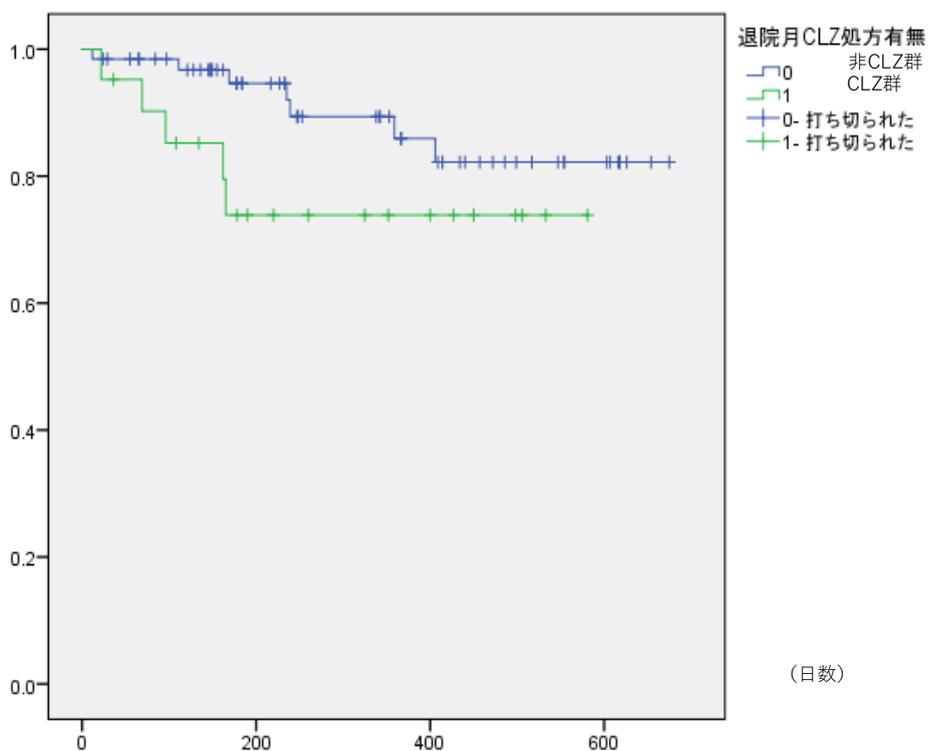
CLZ: Clozapine LAI: Long Acting Injection

図1 精神保健福祉法入院累積発生率 (Kaplan Meier法)



CLZ: Clozapine

図2 調整入院者を除いた精神保健福祉法入院累積発生率 (Kaplan Meier法)



CLZ: Clozapine

令和4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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

分担研究報告書

頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査

研究分担者 壁屋 康洋 国立病院機構榊原病院

研究要旨：

「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⁾の結果、医療観察法入院期間が6年を超える複雑事例中核群²⁾であっても、(1) 共通評価項目の評定が初回入院継続申請時から退院申請時にかけて低下した、即ち状態の改善が得られて通院処遇へ移行した群（以下、通院移行群）と、(2) 共通評価項目の評定が初回入院継続申請時から退院申請時にかけて差が乏しい、即ち改善せずに医療観察法入院処遇を終了すると同時に精神保健福祉法入院（以下、処遇終了-入院）へ至った群があることが確認された³⁾。頻回/長期の行動制限は通院処遇へ移行するまでの期間、および処遇終了-入院されやすさに関わっていることも明らかになった¹⁾ため、頻回/長期の行動制限と処遇終了-入院が課題となった。

本研究1年目の結果から、入院期間の長短に関わらず頻回/長期の行動制限（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）を受けた群（以下、行動制限群²⁾）でも、通院移行群は状態の改善が得られており、処遇終了-入院群は改善が少ないことが明らかになった⁴⁾。そのため、本研究2年目となる令和4年度は、処遇終了-入院に至る要因の分析、ならびに運用の実態について分析することを目的とした。

2005年7月15日から2019年7月31日の期間に医療観察法入院となり、2021年7月31日時点で退院済みの対象者2,993例のデータを用い、処遇終了-入院につながる要因と運用の実態を分析した。要因ごとのカイ2乗検定の結果、F0（器質性精神障害）やF7（知的障害）の主診断、60代以上の年代、頻回/長期の行動制限が処遇終了-入院につながることに加え、入院施設間の差も認められた。主診断ごとに通院移行までの日数と処遇終了-入院までの日数をヒストグラムで分布をみるとともに、ブルナー=ムンツェル検定で比較した結果、F0、F1（物質関連障害）、F7は処遇終了-入院の方が通院移行よりも短かった。診断ごとに年代、頻回/長期の行動制限、施設要因をカイ2乗検定にて処遇終了-入院との関連を調べ、さらにロジスティック回帰分析でオッズ比を求めたところ、F1において施設要因がオッズ比9.418と高い値になった。

本研究の結果、対象者の年齢が上がると処遇終了-入院されやすい、F0、F1、F7は早く処遇終了-入院されやすいことが明らかになった。さらに入院医療機関によって処遇終了-入院の運用に差があり、特にF1では差が大きいことが示された。診断によって、特にF0、F1、F7での運用のばらつきが生じていることを鑑みると、これらの疾患へのガイドラインを策定し、処遇終了の在り方も含めた指針として、多機関のコンセンサスを作ることが求められる。しかし真に妥当な処遇判断の指針を作るには、処遇終了後の事例の

経過を通院以降の事例と比較することが望ましい。そのためには、通院移行後・処遇終了後のデータの集積と解析が必要であり、医療観察法医療の研究の次の大きな課題である。

研究協力者（敬称略）

大鶴 卓 琉球こころのクリニック
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
高尾 碧 島根県立こころの医療センター
河野稔明 国立精神・神経医療研究センター
一精神保健研究所
高野真弘 国立病院機構榊原病院

A. 研究目的

「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⁾では、「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）」に基づく医療における入院の長期化が課題として研究が進められた。しかしその結果、医療観察法入院期間が6年を超える複雑事例中核群²⁾であっても、また入院が6年に満たなくとも頻回/長期の行動制限（5回以上の隔離、28日以上隔離、1回以上の拘束のいずれか）を受けた群（以下、行動制限群²⁾）であっても、(1) 共通評価項目の評定が初回入院継続申請時から退院申請時にかけて低下した、即ち状態の改善が得られて通院処遇へ移行した群（以下、通院移行群）と、(2) 共通評価項目の評定が初回入院継続申請時から退院申請時にかけて差が乏しい、即ち改善せずに医療観察法入院処遇を終了すると同時に精神保健福祉法入院（以下、処遇終了-入院）へ至った群があることが確認された³⁾⁴⁾。さらに退院申請時共通評価項目に見られる退院前の状態を比較すると、処遇終了-入院群が処遇終了-通院群（処遇終了と同時に精神保健福祉法の通院とな

った群）や通院移行群よりも評定が高い、即ち状態が悪い項目が多いこと、行動制限による影響と比べても処遇終了-入院という転帰の方が退院申請時の状態との関連が大きいことが明らかとなった⁴⁾。以上を踏まえると処遇終了-入院とは「精神病症状、病識、対象行為の要因理解、生活能力などの点で改善が得られず、医療観察法医療を断念する形」⁴⁾と言える。精神保健福祉法よりも多くの人員が投入された医療観察法指定入院医療機関⁵⁾から、断念して精神保健福祉法での入院に至ることは、医療観察法入院医療において、入院の長期化以上に重大な課題と考えられる。この課題の解決のため、処遇終了-入院に至る要因の分析、ならびに運用の実態について分析することが本研究の目的である。本研究では性別、年代、診断、対象行為、入院医療機関などの変数の影響を分析し、更に診断ごとの通院移行と処遇終了-入院までの入院日数の分布を比較することを通じ、処遇終了-入院の課題、ひいては医療観察法入院医療の課題を掘り下げる。

B. 研究方法

1. 調査対象

2005年7月15日の医療観察法制度開始から2019年7月31日までの期間に医療観察法入院処遇となり、2021年7月31日時点で退院済みの対象者のうち、重度精神疾患標準的治療法確立事業（データベース事業）のデータの利活用に関する研究事業（以下、利活用研究事業）より提供を受けたデータ（n=2,993）。なお、利活用研究事業運営事務局により（ア）オプトアウトの申し出のあった事例、（イ）信頼性が担保でき

ない、明らかな瑕疵を認めたデータが除外されている。

2. 倫理的配慮

2021年策定の人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針に則り、利活用研究事業運営委員会にて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、連結不能匿名化されたデータを利活用研究事業運営委員会より提供を受け、解析を行った。筆頭著者の所属する国立病院機構榊原病院倫理審査委員会の承認を得て研究を行った。

3. 統計学的解析

本研究1年目の結果⁴⁾より、処遇終了-入院となった事例(n=219)では、単身(n=431)、家族同居(n=436)、施設入所(n=685)、精神保健福祉法入院(n=312)の4種の居住形態に分けた医療観察法通院処遇への移行の全て、および処遇終了-通院となった群(n=105)よりも、退院申請時共通評価項目の計44の下位項目にて差が生じており、処遇終了-入院という転帰が、「改善が得られず、医療観察法医療を断念する形」であることが示されている。処遇終了と同時に精神保健福祉法の通院となった事例(処遇終了-通院)、処遇終了後に精神科医療を受けなかった事例(処遇終了-医療なし)も医療観察法医療の大きな課題であるが、これらは退院申請時の共通評価項目の下位項目の評定が通院移行した各群と差が認められなかった⁴⁾。そのため処遇終了-通院(n=145)と処遇終了-医療なし(n=34)は除外し、4種の居住形態を含めた医療観察法通院処遇への移行(通院移行, n=2451)と、処遇終了-入院(n=314)の2群を以下の分析対象とした。対象者からの抗告が認められて退院した事例(n=15)、入院中に死亡した事例(n=33)、退院区分の不明確な事例(n=1)も解析から除外した。

行動制限の解析では、同一日に隔離ないし拘束の解除と開始を行っていた事例が複数あった。

これらの事例では電子カルテ上の処理の違いで隔離・拘束の回数や日数が多くなり、行動制限の回数や日数は連続値として単純比較できない。村杉ら²⁾による行動制限群の基準、「隔離5回以上、隔離28日以上、拘束1回以上のいずれか」によって群分けすると、この基準に合致するかが不明瞭な事例は5例に留まる。そのため行動制限に関する解析では、上記5例を除外し、行動制限群に該当するか否かという形式での解析とした。

統計学的解析を以下の手順で実施した。

1) 各要因と転帰との関連：処遇終了-入院につながる要因を探索するため、a)性別、b)入院時年代、c)主診断(ICD-10 Fコード1桁)、d)対象行為、e)入院決定年、f)退院年、g)入院医療機関(再匿名化コード)、h)行動制限群の8種の変数ごとに、医療観察法入院終了後の転帰に関する2群(処遇終了-入院、通院移行)とのカイ2乗検定を行い、効果量としてCramerの連関係数(*Cramer's V*)を算出した。対象行為は、殺人と殺人未遂を分けた他は既遂と未遂とを包括した群、また性暴力は包括した群とし、殺人・殺人未遂・放火・強盗・性暴力・傷害の6群に分けた。複数ある場合は上記種別の重い方(左側)の群として分析した。

カイ2乗検定、残差分析にて有意となった要因について、二項ロジスティック回帰分析にて偏回帰係数とオッズ比を算出した。

2) 主診断ごとの処遇終了-入院と通院移行までの入院日数の比較：主診断ごとに処遇終了-入院と通院移行までの入院日数の比較を行うため、それぞれの入院日数をヒストグラムで示し、ブルンナー=ムンツェル検定にて2群比較を行った。なお、主診断ごとの分析では、主診断×処遇終了-入院のカテゴリでnが5未満となるF4(不安障害圏)、F5(身体関連障害)、F6(パーソナリティ障害圏)、F9(行動・情緒障害)、G(てんかん等)は除外した。

3) 主診断ごとの各要因と転帰との関連：処遇終了-入院に影響する要因と、医療観察法入院終了後の転帰に関する2群（処遇終了-入院、通院移行）とのカイ2乗検定を主診断ごとに行い、カイ2乗検定の期待度数5未満のセルがある場合はFisherの直接確率検定も併せて行った。

解析にはエクセル統計(BellCurve[®] for Excel)を使用し、5%を基準として統計的有意差の検定を行った。効果量としてCramer's Vを参照した。

C. 研究結果

1) 各要因と転帰との関連：各要因と医療観察法入院終了後の転帰に関する2群（処遇終了-入院、通院移行）とのカイ2乗検定の結果を表1に示す。各要因の効果量を、表2にCramer's Vの順に並べて示す。

a) 性別 転帰に関する2群と性別との関連についてカイ2乗検定を行った結果、有意な関連は認められなかった (χ^2 (自由度 = 1) = 0.038, $p = 0.85$, Cramer's V = 0.004)。

b) 入院時年代 転帰に関する2群と入院時年代との関連についてカイ2乗検定を行った結果、有意な関連が認められた (χ^2 (自由度 = 7) = 144.267, $p < 0.001$, Cramer's V = 0.228)。残差分析の結果、20代、30代、40代はいずれも処遇終了-入院が有意に少なく、退院例全体に占める処遇終了-入院率が10.5%であるのに対し、処遇終了-入院率はそれぞれ20代：6.7%、30代：6.3%、40代：8.4%となった。60代、70代、80代は処遇終了-入院が有意に多く、処遇終了-入院率はそれぞれ60代：19.5%、70代：24.1%、80代：46.7%であった。

c) 主診断 転帰に関する2群と主診断との関連について、カイ2乗検定を行った結果、有意な関連が認められた (χ^2 (自由度 = 6) = 198.088, $p < 0.001$, Cramer's V = 0.269)。残差分析の結果、F3(気分障害)とF2(精神病性障害)で処遇終了-入院が有意に少なく、退院

例全体に占める処遇終了-入院率はF3：5.4%、F2：9.2%である。F7(知的障害)とF0(器質性精神障害)で処遇終了-入院が有意に多く、処遇終了-入院率はF7：39.4%、F0：46.1%であった。

診断は重複障害の有無によってもカイ2乗検定を行った (χ^2 (自由度 = 1) = 5.630, $p = 0.018$, Cramer's V = 0.045)。退院例全体に占める処遇終了-入院率は、重複障害有りでは処遇終了-入院率は12.8%、なしでは9.9%であった。

d) 対象行為 転帰に関する2群と対象行為との関連について、カイ2乗検定を行った結果、有意な関連が認められた (χ^2 (自由度 = 5) = 15.256, $p = 0.009$, Cramer's V = 0.074)。残差分析の結果が有意となったのは放火のみで、処遇終了-入院率は13.8%であった。なお、対象行為が1件か複数かでもカイ2乗検定を行ったが、統計的に有意とはならなかった (χ^2 (自由度 = 1) = 0.977, $p = 0.323$, Cramer's V = 0.019)。

e) 入院決定年 転帰に関する2群と入院決定年との関連について、カイ2乗検定を行った結果、有意な関連が認められた (χ^2 (自由度 = 15) = 35.970, $p = 0.001$, Cramer's V = 0.114)。残差分析の結果、2015年と2016年がそれぞれ処遇終了-入院が有意に少なく、退院例全体に占める処遇終了-入院率はそれぞれ5.2%、5.4%であった。2007年が有意に多く、退院例全体に占める処遇終了-入院率は15.8%であった。

f) 退院年 転帰に関する2群と退院年との関連について、カイ2乗検定を行った結果、有意な関連は認められなかった (χ^2 (自由度 = 15) = 19.561, $p = 0.189$, Cramer's V = 0.084)。

g) 入院医療機関(再匿名化コード) 転帰に関する2群と入院医療機関(再匿名化コード)との関連について、カイ2乗検定を行った結果、有意な関連が認められた (χ^2 (自由度 = 31) = 103.581, $p < 0.001$, Cramer's V = 0.194)。残差分析の結果、32施設中4施設が有意に処遇

終了-入院が少なく、退院例全体に占める処遇終了-入院率は0%~5.2%に留まる。逆に処遇終了-入院が有意に多い施設は5施設あり、処遇終了-入院率が14.3%~27.1%に及ぶ。なお、入院医療機関の退院数を実数で示すと施設の特定につながり得るため、表1では処遇終了-入院と通院処遇の合計における処遇-終了の割合を示す。表の値は処遇終了-通院などを除外しているため、全数における処遇終了-入院率とは異なる。

h) 行動制限群 転帰に関する2群と行動制限群(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対象者)との関連について、カイ2乗検定を行った結果、有意な関連が認められた(χ^2 (自由度=1) = 122.071, $p < 0.001$, *Cramer's V* = 0.213)。退院例全体に占める処遇終了-入院率は対照群が8.2%に対し、行動制限群は27.2%に及ぶ。

カイ2乗検定、残差分析にて有意となった要因について、処遇終了-入院との関連の大きさを比較するため、二項ロジスティック回帰分析にて偏回帰係数とオッズ比を算出した(表3)。先のカイ2乗検定にて、処遇終了-入院と通院移行の2群とした転帰に掛け合わせた変数の数が2(行動制限群)~32(入院医療機関)と大幅に異なる場所、残差分析で有意となった変数をそれぞれ1としたダミー変数でロジスティック回帰分析を行った。表3のように主診断分類:F7(オッズ比11.034)、入院時代:80代(オッズ比10.327)、主診断分類:F0(オッズ比7.908)の順に大きく、対象行為:放火は5%水準で有意とならなかった。

2) 主診断ごとの処遇終了-入院と通院移行までの入院日数の比較: 1) 各要因と転帰との関連の結果、Cramerの連関係数やオッズ比から、主診断は処遇終了-入院との関連が比較的大きかった。主診断ごとの入院日数の比較を行うため、主診断ごとに処遇終了-入院と通院移行までの入院日数の分布を図1に示した。それぞれ入院

日数半年(182.5日)単位で人数を集計し、通院移行を上、処遇終了-入院を下に伸びるヒストグラムとし、各群の中央値を線で示した。図1では診断ごとにnが大きく異なり、人数を示すヒストグラムの高さは診断分類ごとに変えているが、診断ごとに通院移行と処遇終了-入院の人数比を高さで示した。よって、処遇終了-入院の割合が多いF0、F7は下に伸びる処遇終了-入院のヒストグラムが大きい、処遇終了-入院の割合が少ないF2、F3は下に伸びる処遇終了-入院のヒストグラムが小さい。横幅は日数であるが、F0からF8までのヒストグラムが同じ幅になるよう揃えた。グラフのx軸より上(通院移行)かつ、より左(入院日数が短い)方は早期の通院移行で、望ましい結果と言える。x軸より下(処遇終了-入院)は「改善が得られず、医療観察法医療を断念する形」であるため、グラフの左方であることは、医療観察法医療を早く断念していることを意味する。

サンプル全体の入院処遇日数についてシャピロ=ウィルク検定により正規性を検定すると、統計量 = 0.846 (自由度 = 2993)、 $p < 0.001$ にて正規性が棄却された。よって診断分類ごとにブルナー=ムンツェル検定にて2群比較を行った。その結果を図1中に併せて示す。F0(器質性精神障害; $W = 2.209$, $P = 0.027$)、F1(物質関連障害; $W = 3.313$, $P < 0.001$)、F7(知的障害 $W = 7.026$, $P < 0.001$)がそれぞれ処遇終了-入院群の方において入院日数が有意に短い。F2(精神病性障害)、F3(気分障害)、F8(心理的発達障害)は有意な差は認められなかった。

3) 主診断ごとの各要因と転帰との関連: 処遇終了-入院に影響する要因である a)入院時代(60歳以上)、b)行動制限群、c)入院施設(処遇終了-入院の多い5施設)と、医療観察法入院終了後の転帰に関する2群(処遇終了-入院、通院移行)とのカイ2乗検定を主診断ごとに行った結果を表4~9に示した。クロス集計した際

の度数を大きくするため、入院時年代は 60 歳以上を、入院施設は処遇終了-入院の多い 5 施設をそれぞれ 1 つの変数としてまとめた。カイ 2 乗検定の期待度数 5 未満のセルがある F3 (気分障害)、F7 (知的障害)、F8 (広汎性発達障害) は Fisher の直接確率検定も併せて行った。表 7 ~9 では有意水準は Fisher を参照されたい。

表 4~9 の結果を概括して表 10 に示す。F7、F8 では n が少ないこともあり、Cramer' s V が 0.2 を超える値となっても、統計的に有意とならない。F0 (器質性精神障害) と F3 (気分障害) は入院時年齢 60 代以上のみが有意となり、Cramer' s V はそれぞれ 0.291、0.169 となった。F1 (物質関連障害) と F2 (精神病性障害) は a) 入院時年代 (60 歳以上)、b) 行動制限群、c) 入院施設 (処遇終了-入院の多い 5 施設) の 3 変数がいずれも処遇終了-入院との有意な関連を示した。3 変数の影響の強さを比較するため、ロジスティック回帰分析にて偏回帰係数とオッズ比を算出し、表 11、表 12 に示した。表 11、表 12 には、F1、F2 退院例全体の中で a) 入院時年代 (60 歳以上)、b) 行動制限群、c) 入院施設 (処遇終了-入院の多い 5 施設) のそれぞれが該当した際の処遇終了-入院の割合を示した。表 11 では F1 のうち a) 入院時年代 60 歳以上 42 例中 9 例が処遇終了-入院、b) 行動制限群 14 例中 3 例が処遇終了-入院、c) 処遇終了-入院の多い 5 施設の 28 例中 6 例が処遇終了-入院となっており、いずれも 21.4%となっている。また表 11 より F1 では Cramer' s V は入院時 60 歳以上の方が高いものの、オッズ比は 9.418 と施設要因の方が高くなった。

D. 考察

本研究では処遇終了-入院に至る要因を分析し、運用実態から課題を探るべく、1) 各要因と転帰との関連、2) 主診断ごとの処遇終了-入院と通院移行までの入院日数の比較、3) 主診断ごとの各要因と転帰との関連を検証した。

1) 各要因と転帰との関連についてカイ 2 乗検定および Cramer の連関係数によって解析した結果、診断では F0 (器質性精神障害) と F7 (知的障害) に処遇終了-入院が多く、また高齢になると処遇終了-入院が多いことが示された。入院処遇ガイドライン⁶⁾には処遇終了のガイドラインは示されていないが、実態として認知症などの器質性精神障害および知的障害、また高齢者は処遇終了-入院とされやすくなっている。頻回/長期の行動制限を受けた群 (行動制限群) も処遇終了-入院とされやすいが、3) 主診断ごとの各要因と転帰との関連の分析から、F0 および F7 の中では行動制限群が処遇終了-入院に関連していない (表 4、表 8) ことを考えると、頻回/長期の行動制限からの処遇終了-入院と、認知症や器質性精神障害および知的障害からの処遇終了-入院は別の運用と考えられる。

本研究は利活用研究事業から再匿名化された入院施設コードを得て分析したが、入院医療機関によって運用に誤差以上の差が生じていることは課題である。またクロザピンの使用開始や医療観察法医療の成熟によって処遇終了-入院が減少していることを期待したが、残念ながら入院年は処遇終了-入院に関連しているが、退院年は処遇終了-入院に関連していない。

2) 主診断ごとの処遇終了-入院と通院移行までの入院日数の比較の結果、F0 (器質性精神障害)、F1 (物質関連障害)、F7 (知的障害) は早く処遇終了-入院されやすい傾向が認められる。村田 (2015) が 2013 年末までの処遇終了退院対象者 187 例を分析した結果によれば、処遇終了理由の大半は「治療効果が乏しい」であった⁷⁾。しかし F0、F1、F7 の 3 種の診断群においては、通院処遇へ移行する群よりも早く処遇終了-入院されており、他と同様に治療を試みた上での「治療効果が乏しい」ではなく、より早い段階で治療効果に見切りをつけていると考えられる。この方針に多機関のコンセンサスが

あるのか、処遇終了-入院が多い F0、F7 だけでなく、早くに処遇終了-入院される F1 にもガイドラインの策定などを通じたコンセンサスが求められる。

3) 主診断ごとの各要因と転帰との関連を検証した結果、特に F1 (物質関連障害) にて施設要因が大きいことが明らかになった。頻回/長期の行動制限は F1、F2 いずれでも処遇終了-入院と関連があり、治療困難から処遇終了-入院となっている一群が存在するが、本研究 1 年目の結果⁴⁾のように、頻回/長期の行動制限を経ても状態が改善して通院処遇へ移行する事例、改善が得られずに処遇終了-入院される事例とがある。F1、F2 にみられる施設要因は、処遇終了-入院の運用のコンセンサスの不足を意味している。

本研究から明らかになったこととして、対象者の年齢が上がると処遇終了-入院されやすい、F0、F1、F7 は早く処遇終了-入院されやすいということであるが、この運用が妥当であるのか、多機関のコンセンサスが求められる。現行の入院処遇ガイドライン⁶⁾では統合失調症をモデルとした治療のガイドラインが示されている。統合失調症は医療観察法入院処遇の 8 割を占める疾患であり、統合失調症のガイドラインから始めることは当然であるが、法施行から 17 年を経て、統合失調症以外の疾患、特に F0、F1、F7 での運用のばらつきが生じていることを鑑みると、これらの疾患へのガイドラインを策定し、処遇終了の在り方も含めた指針として、多機関のコンセンサスを作ることが求められる。

一方で、どのようにしてこのコンセンサスを得るかは大きな課題である。医療観察法制度発足時は当時のエキスパートによって想定されたものであろうが、現状は法施行から 17 年を経たデータの蓄積がある。究極的には、処遇終了後の事例の経過を通院以降の事例と比較することによって、真に妥当な処遇終了の指針が導かれる。本研究も含め、利活用研究事業によって

医療観察法入院中のデータが集積された。しかし入院治療の結果は通院移行後、ないし処遇終了後にある。これら通院移行後・処遇終了後のデータの集積と解析は次の課題である。

E. 結論

本研究の結果、頻回/長期の行動制限が処遇終了-入院につながりやすいだけでなく、診断や対象者の年齢によって処遇終了-入院の運用に差があることが明らかになった。特に F0、F7 は処遇終了-入院されやすく、また F0、F1、F7 は通院処遇へ移行する群よりも早くに処遇終了-入院されやすいこと、特に F1 において施設による影響が大きいことが明らかになった。長期入院、あるいは頻回/長期の行動制限といった医療観察法入院処遇の課題を解決することは重要であるが、それ以前に施設間格差を縮めなければ、課題の解消はもとより、複雑事例や頻回/長期の行動制限といった群の要因を探ること自体にも支障をきたす。施設間格差の是正のため、多疾患のガイドラインの策定が求められる。

本研究では処遇終了-入院の運用の施設間格差が示され、コンセンサスの必要性が認められた。真に妥当な処遇判断のためには、通院移行後・処遇終了後のデータの集積と解析が必要であり、医療観察法に関する研究の次の大きな課題である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 壁屋康洋, 高野真弘: 頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査(1) 処遇終了-入院の要因比較. 第 18 回司法精神医学会, Web

開催，会期 2022. 7. 9-8. 8

- 2) 壁屋康洋，高野真弘：頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査 (2) 診断ごとの処遇終了-入院の運用比較．第 76 回国立病院総合医学会，熊本，2022. 10. 7

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 謝辞

本研究にあたり、データの抽出・加工にご尽力をいただいた、国立精神・神経医療研究センターの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運営事務局に深謝致します。

参考文献

- 1) 壁屋康洋，村杉謙次，高野真弘，山本哲裕ら：複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究．厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究 (研究代表者：平林直次) 平成 30 年度～令和 2 年度総合研究報告書，2021
- 2) 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

- 3) 壁屋康洋，村杉謙次，高野真弘：複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究．厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業(精神障害分野) 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究 (研究代表者：平林直次) 令和 2 年度分担研究報告書，2021
- 4) 壁屋康洋，高野真弘：頻回/長期行動制限を受けた対象者の全国調査．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) 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究 (研究代表者：平林直次)，令和 3 年度分担研究報告書，2022
- 5) 厚生労働省：指定入院医療機関運営ガイドライン．厚生労働省，東京，2020
- 6) 厚生労働省：入院処遇ガイドライン．厚生労働省，東京，2020
- 7) 村田昌彦：医療観察法における入院処遇から処遇終了退院となる事例について—法施行後の傾向と問題点について．司法精神医学，10(1)，2015

表1 各要因と処遇終了-入院／通院移行の2群比較

a) 性別：クロス集計表

| | 処遇終了 -入院 | 通院処遇 | 合計 |
|----|-------------|------|------|
| 女 | 73 | 582 | 655 |
| 男 | 241 | 1869 | 2110 |
| 合計 | 314 | 2451 | 2765 |

χ^2 (自由度 = 1) = 0.038, $p = 0.85$ n. s.
Cramer's $V = 0.004$

b) 入院時代：クロス集計表

| 年代 | 処遇終了 -入院 | 通院処遇 | 合計 |
|------|-------------|------|------|
| 20代 | 29 | 376 | 405 |
| 30代 | 50 | 689 | 739 |
| 40代 | 63 | 639 | 702 |
| 50代 | 62 | 426 | 488 |
| 60代 | 69 | 249 | 318 |
| 70代 | 27 | 60 | 87 |
| 80代 | 14 | 11 | 25 |
| 90以上 | 0 | 1 | 1 |
| 合計 | 314 | 2451 | 2765 |

χ^2 (自由度 = 7) = 144.267, $p < 0.001^{**}$
Cramer's $V = 0.228$

c) 主診断分類：クロス集計表

| 主診断分類 | 処遇終了 -入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|------|
| F0 | 41 | 34 | 75 |
| F1 | 19 | 155 | 174 |
| F2 | 218 | 2017 | 2235 |
| F3 | 11 | 175 | 186 |
| F6 | 3 | 9 | 12 |
| F7 | 13 | 11 | 24 |
| F8 | 7 | 35 | 42 |
| 合計 | 312 | 2436 | 2748 |

χ^2 (自由度 = 6) = 198.088, $p < 0.001^{**}$
Cramer's $V = 0.269$

d) 対象行為：クロス集計表

| 対象行為 | 処遇終了 -入院 | 通院処遇 | 合計 |
|------|-------------|------|------|
| 強盗 | 8 | 115 | 123 |
| 殺人 | 38 | 391 | 429 |
| 殺人未遂 | 51 | 449 | 500 |
| 傷害 | 112 | 855 | 967 |
| 性暴力 | 9 | 95 | 104 |
| 放火 | 96 | 546 | 642 |
| 合計 | 314 | 2451 | 2765 |

χ^2 (自由度 = 5) = 15.256, $p = 0.009^{**}$
Cramer's $V = 0.074$

e) 入院決定年：クロス集計表

| 入院決定年 | 処遇終了 -入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|------|
| 2005年 | 1 | 42 | 43 |
| 2006年 | 25 | 155 | 180 |
| 2007年 | 39 | 184 | 223 |
| 2008年 | 29 | 195 | 224 |
| 2009年 | 28 | 157 | 185 |
| 2010年 | 30 | 187 | 217 |
| 2011年 | 22 | 219 | 241 |
| 2012年 | 22 | 196 | 218 |
| 2013年 | 30 | 220 | 250 |
| 2014年 | 19 | 205 | 224 |
| 2015年 | 12 | 198 | 210 |
| 2016年 | 11 | 180 | 191 |
| 2017年 | 25 | 161 | 186 |
| 2018年 | 10 | 111 | 121 |
| 2019年 | 6 | 40 | 46 |
| 合計 | 309 | 2450 | 2759 |

χ^2 (自由度 = 15) = 35.970, p = 0.001**
Cramer's V = 0.114

f) 退院年：クロス集計表

| 退院年 | 処遇終了 -入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|------|
| 2006年 | 1 | 28 | 29 |
| 2007年 | 15 | 70 | 85 |
| 2008年 | 14 | 113 | 127 |
| 2009年 | 30 | 165 | 195 |
| 2010年 | 25 | 142 | 167 |
| 2011年 | 14 | 132 | 146 |
| 2012年 | 24 | 167 | 191 |
| 2013年 | 26 | 158 | 184 |
| 2014年 | 18 | 191 | 209 |
| 2015年 | 31 | 243 | 274 |
| 2016年 | 19 | 190 | 209 |
| 2017年 | 27 | 200 | 227 |
| 2018年 | 22 | 218 | 240 |
| 2019年 | 14 | 169 | 183 |
| 2020年 | 18 | 159 | 177 |
| 2021年 | 16 | 106 | 122 |
| 合計 | 314 | 2451 | 2765 |

χ^2 (自由度 = 15) = 19.561, p = 0.189 n. s.
Cramer's V = 0.084

g) 入院医療機関（再匿名化コード）：処遇終了-入院
と通院処遇の合計数に対する処遇終了-入院の割合

| 入院施設コード | 処遇終了-入院 | |
|---------|---------|--------------|
| | 処遇終了-入院 | 処遇終了-入院+通院処遇 |
| 120 | 0.090 | |
| 118 | 0.182 | |
| 119 | 0.054 | |
| 122 | 0.126 | |
| 103 | 0.052 | |
| 102 | 0.098 | |
| 113 | 0.169 | |
| 111 | 0.154 | |
| 132 | 0.043 | |
| 127 | 0.125 | |
| 115 | 0.064 | |
| 121 | 0.115 | |
| 101 | 0.283 | |
| 129 | 0.129 | |
| 114 | 0.088 | |
| 123 | 0.090 | |
| 107 | 0.169 | |
| 126 | 0.061 | |
| 104 | 0.127 | |
| 110 | 0.000 | |
| 125 | 0.250 | |
| 116 | 0.085 | |
| 108 | 0.205 | |
| 105 | 0.176 | |
| 117 | 0.111 | |
| 124 | 0.148 | |
| 133 | 0.240 | |
| 131 | 0.000 | |
| 130 | 0.000 | |
| 128 | 0.000 | |
| 106 | 0.111 | |
| 109 | 0.000 | |
| 合計 | 0.114 | |

χ^2 (自由度 = 31) = 103.581, $p < 0.001$
Cramer's $V = 0.194$

h) 行動制限群：クロス集計表

| 行動制限群有無 | 処遇終了 -入院 | 通院処遇 | 合計 |
|---------|-------------|------|------|
| 行動制限群 | 88 | 201 | 289 |
| 対照群 | 213 | 2202 | 2415 |
| 合計 | 301 | 2403 | 2704 |

χ^2 (自由度 = 1) = 122.071, $p < 0.001$
Cramer's $V = 0.213$

表2 各要因と処遇終了-入院/通院移行の2群比較 カイ2乗検定の効果量 (Cramer's V) と有意差の生じた要因による処遇終了-入院率

| | 主診断 | 入院時年代 | 行動制限群 | 入院医療機関 | 入院決定年 | 対象行為 | 退院年 | 性別 |
|---|---|--|----------------------|--|----------------|-------------|-------|-------|
| 各要因の効果量 Cramer's V | 0.269 | 0.228 | 0.213 | 0.194 | 0.114 | 0.074 | 0.084 | 0.004 |
| 各要因での残差分析で有意になった群での、退院例全体に占める処遇終了-入院率 (全体では10.5%) | F3 5.5% F2 9.2% ~ F7 39.4% F0 46.1% | 20代 6.7% 30代 6.3% 40代 8.4% ~ 60代 19.5% 70代 24.1% 80代 46.7% | 対照群 8.2%、行動制限群 27.3% | 入院医療機関により、少ない施設は0%~5.2%、多い施設は14.3%~27.1% | 5.2% ~15.8% | 放火あり群 13.8% | | |

表3 残差分析で有意となった項目のロジスティック回帰分析 偏回帰係数とオッズ比

| 変数 | 偏回帰係数 | オッズ比 | 退院例全体に占める処遇終了-入院率 |
|--------------------|--------|--------|-------------------|
| 2007年入院 | 0.915 | 2.498 | 15.8% |
| 行動制限群 | 1.691 | 5.425 | 27.2% |
| 主診断分類:F0 | 2.068 | 7.908 | 46.1% |
| 主診断分類:F7 | 2.401 | 11.034 | 39.4% |
| 対象行為:放火 | 0.221 | 1.248 | 13.8% |
| 入院時年代:60代 | 1.097 | 2.994 | 19.5% |
| 入院時年代:70代 | 1.676 | 5.342 | 24.1% |
| 入院時年代:80代 | 2.335 | 10.327 | 46.7% |
| 入院医療機関:再匿名化コード:101 | 1.586 | 4.882 | 27.1% |
| 入院医療機関:再匿名化コード:113 | 0.749 | 2.114 | 14.3% |
| 入院医療機関:再匿名化コード:118 | 0.580 | 1.786 | 17.3% |
| 入院医療機関:再匿名化コード:125 | 1.555 | 4.734 | 25.0% |
| 入院医療機関:再匿名化コード:133 | 1.047 | 2.849 | 24.0% |
| 定数項 | -3.196 | | |

図1 主診断ごとの通院移行までの日数と処遇終了入院までの入院日数分布、およびブリンナーマンシュフェル検定による比較

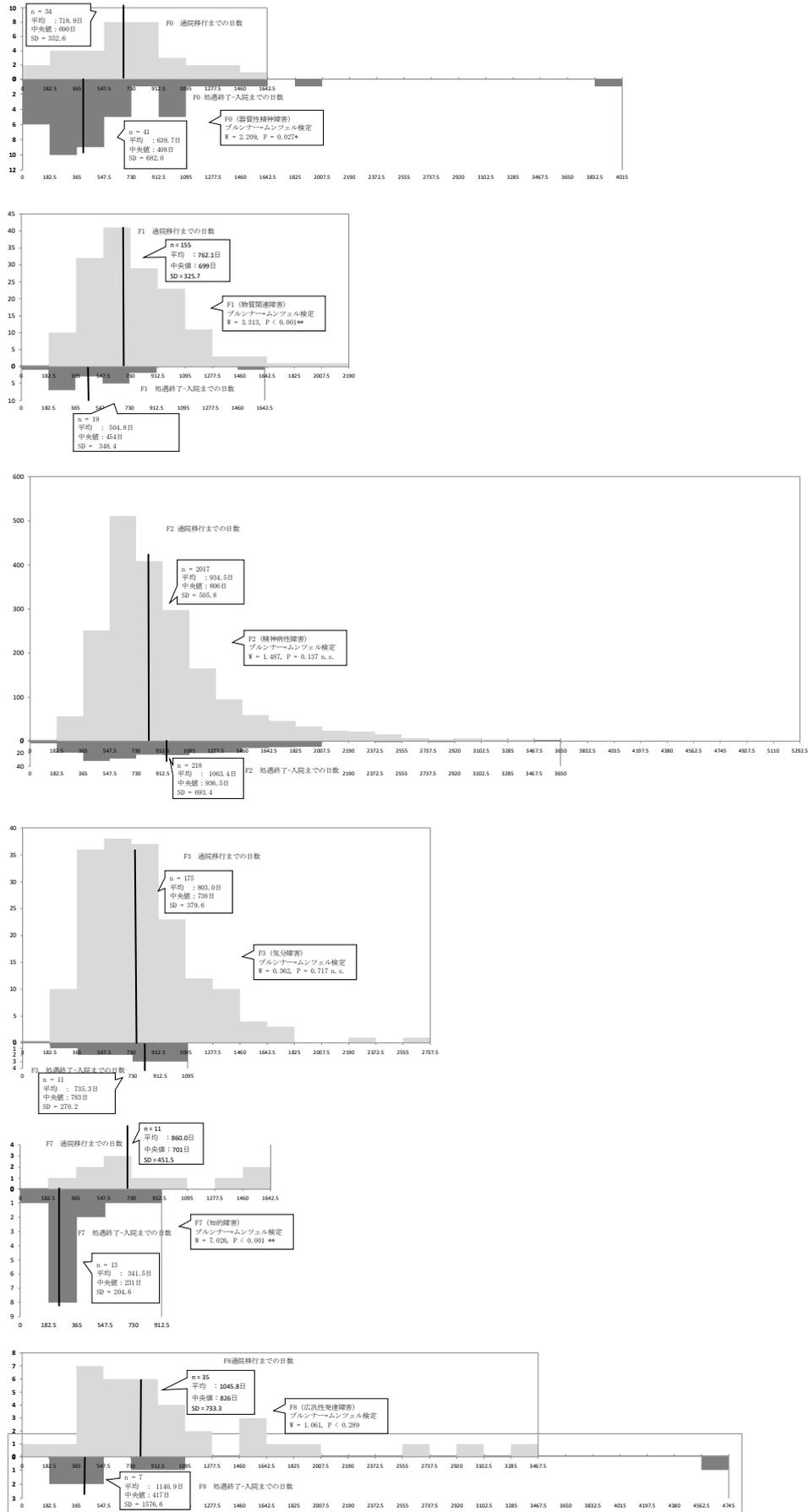


表4 F0（器質性精神障害）における

a)入院時年代、b)行動制限群、c)入院施設のそれぞれと処遇終了-入院／通院移行との関連
カイ2乗検定の効果量（Cramer's V）またはFisherの直接確率検定結果

a)入院時年代

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|----|
| 60歳以上 | 24 | 10 | 34 |
| 60歳未満 | 17 | 24 | 41 |
| 合計 | 41 | 34 | 75 |

χ^2 (自由度 = 1) = 6.362, $p = 0.012^*$
Cramer's V = 0.291

b)行動制限群

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|----|
| 行動制限群 | 10 | 5 | 15 |
| 対照群 | 30 | 27 | 57 |
| 合計 | 40 | 32 | 72 |

χ^2 (自由度 = 1) = 0.947, $p = 0.330$ n. s.
Cramer's V = 0.115

c)入院医療機関

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------------------|-------------|------|----|
| 処遇終了-入院の 多い5施設 | 14 | 7 | 21 |
| その他の施設 | 27 | 27 | 54 |
| 合計 | 41 | 34 | 75 |

χ^2 (自由度 = 1) = 1.695, $p = 0.193$ n. s.
Cramer's V = 0.150

表5 F1 (物質使用障害) における
 a)入院時年代、b)行動制限群、c)入院施設のそれぞれと処遇終了-入院/通院移行との関連
 カイ2乗検定の効果量 (Cramer's V) またはFisherの直接確率検定結果

a)入院時年代

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|-----|
| 60歳以上 | 9 | 25 | 34 |
| 60歳未満 | 10 | 130 | 140 |
| 合計 | 19 | 155 | 174 |

χ^2 (自由度 = 1) = 10.506, $p = 0.001^{**}$
 Cramer's V = 0.246

b)行動制限群

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|-----|
| 行動制限群 | 3 | 15 | 18 |
| 対照群 | 7 | 145 | 152 |
| 合計 | 10 | 160 | 170 |

χ^2 (自由度 = 1) = 4.229, $p = 0.039^*$
 Cramer's V = 0.158

c)入院医療機関

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------------------|-------------|------|-----|
| 処遇終了-入院の 多い5施設 | 6 | 15 | 21 |
| その他の施設 | 13 | 140 | 153 |
| 合計 | 19 | 155 | 174 |

χ^2 (自由度 = 1) = 7.650, $p = 0.006^{**}$
 Cramer's V = 0.210

表6 F2（精神病性障害）における

a)入院時年代、b)行動制限群、c)入院施設のそれぞれと処遇終了-入院/通院移行との関連カイ2乗検定の効果量（Cramer's V）またはFisherの直接確率検定結果

a)入院時年代

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|------|
| 60歳以上 | 69 | 240 | 309 |
| 60歳未満 | 149 | 1777 | 1926 |
| 合計 | 218 | 2017 | 2235 |

χ^2 (自由度 = 1) = 64.427, $p < 0.001^*$
Cramer's V = 0.170

b)行動制限群

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|------|
| 行動制限群 | 64 | 169 | 233 |
| 対照群 | 143 | 1808 | 1951 |
| 合計 | 207 | 1977 | 2184 |

χ^2 (自由度 = 1) = 98.387, $p < 0.001^{**}$
Cramer's V = 0.212

c)入院医療機関

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------------------|-------------|------|------|
| 処遇終了-入院の 多い5施設 | 70 | 315 | 385 |
| その他の施設 | 148 | 1702 | 1850 |
| 合計 | 218 | 2017 | 2235 |

χ^2 (自由度 = 1) = 37.532, $p < 0.001^{**}$
Cramer's V = 0.130

表7 F3 (気分障害) における

a)入院時代、b)行動制限群、c)入院施設のそれぞれと処遇終了-入院/通院移行との関連
カイ2乗検定の効果量 (Cramer's V) またはFisherの直接確率検定結果

a)入院時代

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|-----|
| 60歳以上 | 6 | 41 | 47 |
| 60歳未満 | 5 | 134 | 139 |
| 合計 | 11 | 175 | 186 |

$$\chi^2(\text{自由度} = 1) = 5.307, p = 0.021*$$

$$Cramer's V = 0.169$$

$$Fisher P = 0.032*$$

b)行動制限群

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|-----|
| 行動制限群 | 2 | 7 | 9 |
| 対照群 | 9 | 166 | 175 |
| 合計 | 11 | 173 | 184 |

$$\chi^2(\text{自由度} = 1) = 4.442, p = 0.035*$$

$$Cramer's V = 0.155$$

$$Fisher P = 0.093 \text{ n. s.}$$

c)入院医療機関

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------------------|-------------|------|-----|
| 処遇終了-入院の 多い5施設 | 2 | 23 | 25 |
| その他の施設 | 9 | 152 | 161 |
| 合計 | 11 | 175 | 186 |

$$\chi^2(\text{自由度} = 1) = 0.226, p = 0.635 \text{ n. s.}$$

$$Cramer's V = 0.035$$

$$Fisher P = 0.645 \text{ n. s.}$$

表8 F7 (知的障害) における

a)入院時年代、b)行動制限群、c)入院施設のそれぞれと処遇終了-入院/通院移行との関連
カイ2乗検定の効果量 (Cramer's V) またはFisherの直接確率検定結果

a)入院時年代

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|----|
| 60歳以上 | 2 | 0 | 2 |
| 60歳未満 | 11 | 11 | 22 |
| 合計 | 13 | 11 | 24 |

χ^2 (自由度 = 1) = 1.846, p = 0.174 n. s.

Cramer's V = 0.277

Fisher P = 0.482 n. s.

b)行動制限群

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|----|
| 行動制限群 | 3 | 4 | 7 |
| 対照群 | 10 | 7 | 17 |
| 合計 | 13 | 11 | 24 |

χ^2 (自由度 = 1) = 0.509, p = 0.476 n. s.

Cramer's V = 0.148

Fisher P = 0.659 n. s.

c)入院医療機関

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------------------|-------------|------|----|
| 処遇終了-入院の 多い5施設 | 4 | 1 | 5 |
| その他の施設 | 9 | 10 | 19 |
| 合計 | 13 | 11 | 24 |

χ^2 (自由度 = 1) = 1.698, p = 0.193 n. s.

Cramer's V = 0.266

Fisher P = 0.327 n. s.

表9 F8（広汎性発達障害）における

a)入院時年代、b)行動制限群、c)入院施設のそれぞれと処遇終了-入院／通院移行との関連カイ2乗検定の効果量（Cramer's V）またはFisherの直接確率検定結果

a)入院時年代

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|----|
| 60歳以上 | 0 | 2 | 2 |
| 60歳未満 | 7 | 33 | 40 |
| 合計 | 7 | 35 | 42 |

χ^2 (自由度 = 1) = 0.420, p = 0.517 n. s.

Cramer's V = 0.100

Fisher P = 1.000 n. s.

b)行動制限群

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------|-------------|------|----|
| 行動制限群 | 3 | 7 | 10 |
| 対照群 | 4 | 28 | 32 |
| 合計 | 7 | 35 | 42 |

χ^2 (自由度 = 1) = 1.680, p = 0.195 n. s.

Cramer's V = 0.200

Fisher P = 0.328 n. s.

c)入院医療機関

| | 処遇終了- 入院 | 通院処遇 | 合計 |
|-------------------|-------------|------|----|
| 処遇終了-入院の 多い5施設 | 2 | 12 | 14 |
| その他の施設 | 5 | 23 | 28 |
| 合計 | 7 | 35 | 42 |

χ^2 (自由度 = 1) = 0.086, p = 0.770 n. s.

Cramer's V = 0.045

Fisher P = 1.000 n. s.

表10 主診断ごととの処遇終了 - 入院への要因比較 有意性検定結果とクラメールの連関係数 (Cramer's V)

| | F0 (器質性精神障害) | F1 (物質関連障害) | F2 (精神病性障害) | F3 (気分障害) | F7 (知的障害) | F8 (心理的発達障害) |
|-------------------------|---|--|--|---|---|---|
| 60歳以上/60歳未満 | $p = 0.012^*$ $Cramer's V = 0.291$ | $p = 0.001^{**}$ $Cramer's V = 0.246$ | $p < 0.001^{**}$ $Cramer's V = 0.170$ | $p = 0.032^*$ $Cramer's V = 0.169$ | $p = 0.482$ n. s. $Cramer's V = 0.277$ | $p = 1.000$ $Cramer's V = 0.100$ |
| 行動制限群/対照群 | $p = 0.330$ n. s. $Cramer's V = 0.115$ | $p = 0.039^*$ $Cramer's V = 0.158$ | $p < 0.001^{**}$ $Cramer's V = 0.212$ | $p = 0.093$ n. s. $Cramer's V = 0.155$ | $p = 0.659$ n. s. $Cramer's V = 0.148$ | $p = 0.328$ n. s. $Cramer's V = 0.200$ |
| 処遇終了-入院の多い5施設/ その他の群 | $p = 0.193$ n. s. $Cramer's V = 0.150$ | $p = 0.006^*$ $Cramer's V = 0.210$ | $p < 0.001^{**}$ $Cramer's V = 0.130$ | $p = 0.645$ n. s. $Cramer's V = 0.035$ | $p = 0.327$ n. s. $Cramer's V = 0.266$ | $p = 1.000$ $Cramer's V = 0.045$ |

表11 F1 (物質使用障害) における

a) 入院時年代、b) 行動制限群、c) 入院施設から処遇終了-入院に対するロジスティック回帰分析
偏回帰係数とオッズ比

| 変数 | 偏回帰係数 | オッズ比 |
|---------------|--------|-------|
| 入院時60歳以上 | 1.887 | 6.601 |
| 行動制限群 | 2.073 | 7.953 |
| 処遇終了-入院の多い5施設 | 2.243 | 9.418 |
| 定数項 | -3.373 | |

F1退院例全体 (n=211) の中で、
左記変数が該当した場合の
処遇終了-入院率

表12 F2 (精神病性障害) における

a) 入院時年代、b) 行動制限群、c) 入院施設から処遇終了-入院に対するロジスティック回帰分析
偏回帰係数とオッズ比

| 変数 | 偏回帰係数 | オッズ比 |
|---------------|--------|-------|
| 入院時60歳以上 | 1.679 | 5.358 |
| 行動制限群 | 1.247 | 3.478 |
| 処遇終了-入院の多い5施設 | 0.996 | 2.708 |
| 定数項 | -3.049 | |

F2退院例全体 (n=2360) の中で、
左記変数が該当した場合の
処遇終了-入院率

令和4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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

分担研究報告書

入院複雑事例に対する効果的な治療や介入方法に関する研究

研究分担者 村杉 謙次 国立病院機構小諸高原病院

研究要旨：

本研究は、医療観察法入院医療ならびに精神保健福祉法入院医療における、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効果的な治療や介入方法について検討することを目的としている。

令和4年度の本研究においては、措置入院複雑事例に対する医療観察法医療の応用研究として2事例に介入を行った（研究1）。また令和元年度から行っている医療観察法入院複雑事例に対する介入方法の検討も継続し、case formulation（以下、CF）を用いたshared decision makingによる介入（以下、SDM with CF）の新規事例への導入と（研究2）、転院トライアルの新規事例への導入を行った（研究3）。

研究1：措置入院複雑事例研究については、2事例に介入を実施し、退院後6か月・1年時点の評価が未実施の限定的な評価であることを前提に、以下の結論が得られた。

- ・措置入院複雑事例2事例への担当多職種チーム（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）アプローチにより、2事例共に治療が進展し退院に至っており、措置入院の枠組みにおいても、MDTアプローチは奏功することが示唆された。
- ・協働意思決定度（9-Item Shared Decision Making：以下、SDM-Q-9）の上昇が治療を進展させる重要な要素であり、SDM-Q-9の上昇には、MDTが協働的に関わるという構造自体が重要な要素であると考えられた。
- ・2事例共に、退院後に服薬自己中断による病状悪化やギャンブルへの傾倒による借金などの問題が生じており、通院でのMDTアプローチの在り方についても検討していく必要がある。
- ・今後精神保健福祉法病棟においても多職種が専従でき、MDTアプローチが普遍化するような制度改定が期待される。

研究2：SDM with CFについては、4事例の新規事例に介入を開始し、介入3か月後の評価が2事例のみ、6か月後の評価は全例未実施の限定的評価であることを前提に、以下の傾向が認められた。

- ・介入3か月後評価を実施している2事例において、治療同盟尺度（Working Alliance Inventory：以下、WAI）の上昇が認められ、治療同盟の構築にSDM with CFが促進的に働いた可能性が示唆され

た。

研究 3：複雑事例の転院トライアルについては、3 事例の新規事例に導入を開始し、以下の結論が得られた。

- ・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）による心理社会的環境の変化を評定した 1 事例において、転院元 MDT の「患者への脅威」が低下しており、転院による複雑事例を担当する MDT の心理的負担の軽減が示唆された。
- ・転院トライアル新規導入事例においては、転院元・転院先医療機関のみではなく、第 3 の医療機関が加わる形の転院トライアルを行い、『客観的視点の担保』『複雑事例の治療に関わる医療機関の燃えつきや抱え込みの防止』などの効果が期待できるものと考えられた。
- ・各指定入院医療機関の医療水準の均霑化や治療文化の醸成不足、処遇終了率のばらつきといった課題についても、同一地方厚生局の管轄内のブロックごとに取り組むことによって、効率的に解消することのできる可能性も考えられた。

令和 4 年度の本研究を通し、以下の課題・方針が明確になった。

- ・精神保健福祉法複雑事例に対する通院医療での MDT アプローチの在り方について検討する。
- ・医療観察法入院複雑事例に対する SDM with CF、転院等の各介入の事例数を増やし、有効性の評価と共に使い分け方法についても検証していく。
- ・地域ごとのブロック会議を開始・継続し、各指定入院医療機関の医療水準の均霑化や治療文化の醸成不足、処遇終了率のばらつき、複雑事例の社会復帰困難といった課題の解消に取り組んでいく。

研究協力者（順不同、敬称略）

平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院
小河原大輔 同上
村田昌彦 国立病院機構榊原病院
壁屋康洋 同上
田口寿子 神奈川県立精神医療センター
瀬戸秀文 福岡県立精神医療センター大宰府病院
久保彩子 国立病院機構琉球病院
前上里泰史 同上
本村啓介 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
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

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の背景や病態の解明、分類、治療・ケアに関するエビデンスの蓄積は、医療観察法医療のみならず、精神科医療全体の機能向上に寄与するものと考えられる。令和元年度より、医療観察法入院複雑事例に対する介

入方法として、shared decision making（以下、SDM with CF）や転院の有効性について検討してきた。

令和4年度の本研究においては、医療観察法入院複雑事例に対するSDM with CFならびに転院の導入事例数を増やすと共に、精神保健福祉法入院医療上の複雑事例と考えられる措置入院複雑事例に対する医療観察法医療の応用研究を行った。なお、本研究の実施にあたっては、研究分担者の所属する国立病院機構小諸高原病院に設置された倫理委員会および研究代表者の所属する国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会の承認を得ている。

研究1：措置入院複雑事例に対する医療観察法入院医療の応用

B. 研究方法

対象となる措置入院複雑事例として、医療観察法入院複雑事例研究において複雑事例中核群として抽出された条件に合わせ、長期措置入院群（入院期間3か月超）、長期/頻回行動制限群（計2回以上・累積28日間以上の隔離、1回以上の拘束）、複数回措置入院群（2回目以上の措置入院）の3群を設定した。これらに該当する患者に文書同意を得た上で、医療観察法多職種チーム（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）アプローチによる介入を行ない、その有効性を評価する。具体的な介入方法は本人参加型のMDT会議、ケースフォーミュレーションに基づく治療、ケアマップによる治療課題の共有、クライシスプランの作成、ケアコーディネーターの設定とする（図1）。医療観察法ピアレビュー事業を参考に、MDTによる各介入の実施状況をはかるためのfidelity尺度も設定する（表1）。

使用する評価尺度は、共通評価項目、

機能の全体的評価尺度（Global Assessment of Functioning：以下、GAF）、簡易精神症状評価尺度（Brief Psychiatric Rating Scale：以下、BPRS）、協働意思決定度（9-Item Shared Decision Making：以下SDM-Q-9）、治療同盟尺度（Working Alliance Inventory：以下、WAI）、自己効力感尺度（General Self Efficacy Scale：以下、GSES）、顕性攻撃性尺度（The Overt Aggression Scale：以下、OAS）であり、介入前後での評価を行う（表2）。対象患者からの入院治療に対する印象の聞き取りや、退院後1年間の再入院、再自傷・他害行為の有無についても調査する。

研究2：複雑事例に対するSDM with CFによる介入

B. 研究方法

令和4年度の本研究においては、新たに4事例にSDM with CFによる介入を開始した。4事例の概要は表3に示す通りであるが、4事例には、重複障害、クロザピン抵抗性、内省困難等の共通する複雑事例化要因が存在している。これらの事例に対し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う。case formulation（以下、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、作成したCFに基づき、今後3か月の治療計画をたて、対象事例のMDTが治療を実施する。

評価に用いた尺度は、SDM-Q-9、GSES、BPRS、WAI、日本語版精神科多職種チーム医療アセスメントツール（以下、CPAT-J）の5つであり、介入前後での評価を実施した。

研究3：複雑事例の転院トライアル

B. 研究方法

令和4年度の本研究においては新たに3事例の転院トライアルを開始した。3事例の概要は表4に示す通りであるが、3事例共に重複障害を持ち、暴力リスクも高く、MDTとの治療同盟の構築が困難な事例であった。これらの事例については、転院元と転院先の2つの医療機関に加え第3の医療機関が加わることで客観的視点が担保される可能性と、治療施設に向けられる本人・両親からの批判・陰性感情を軽減できる可能性を念頭に、同じ地方厚生局の管轄内にある3施設の連携による転院トライアルの形とした。

評価方法は従来までの転院トライアルと同様、エッセン精神科病棟風土評価スキーマ(The Essen Climate Evaluation Schema:以下、Essen CES)と共通評価項目を用い、転院前後での転院元・転院先施設の心理社会的環境の変化とトライアル事例の変化を評価した。

研究1: 措置入院複雑事例に対する医療観察法入院医療の応用

C. 研究結果

2事例を対象に研究を開始した。1事例目は40代男性で、統合失調症に自閉症スペクトラム障害と軽度知的障害が重複しており、妄想に基づく器物損壊により措置入院となった、長期措置入院群かつ長期/頻回行動制限群に該当する事例である。ストレス耐性・コミュニケーション能力の低さが目立ち、暴言・対物暴力が頻発し、長期間の隔離処遇を余儀なくされ、入院期間が3か月を超過したタイミングで介入を開始した。CF(図2)に基づくMDTによる介入に対し、本人は「もっと早くこういう関りをしてほしかった」と述べるなど、MDTが関わることへの肯定的感情や安心感が醸成されると共に、

薬剤調整は行わない中においても、情動は安定し、暴言・対物暴力も消失した。措置入院に至った経緯について、他罰的な捉えから、自身の行動を認め、「もう二度と同じことはしない」と一定の内省深化も得られ、隔離解除、医療保護入院への切り替え、クライシスプラン(図2)の作成を経て、介入開始2か月後に自宅に退院となった。各種評価尺度による介入前後の評価においては、共通評価項目において精神病性症状が2→0点、アドヒアランスが1→0点と改善しており、GAFが25→35点、OASが4→2点とそれぞれ改善が得られた(表5)。BPRSは不安・非協調性・情動の平板化において若干の改善が得られた(図3)。SDM-Q-9は『良く当てはまる』が0→44%、『概ね当てはまる』が0→56%へと大幅に改善が得られた(図4)。GSESは5点(低い傾向にあり)のまま変化はなかったが、WAIは本人評価で『目標の一致』が、MDT評価において『課題の一致』において改善が得られた。事例1については、外来通院と服薬を継続する中において、安定した状態が続いていたが、徐々にデイケアに参加できなくなり、訪問看護や保健師訪問も拒否するようになっていった。またクライシスプランを本人・両親共に活用できず、服薬自己中断に至り、病状悪化に伴う器物損壊により、退院後5か月目に医療保護入院となっている。

2事例目は30代男性で、統合失調症に注意欠陥多動性障害が重複しており、妄想に基づく自傷行為・対人暴力により措置入院となった、長期措置入院群に該当する事例である。CFに基づくMDTによる介入開始後、クロザピンの導入に至り、病状の安定と共に介入開始3か月後に退院となっている。各種評価尺度による介入前後の評価においては、共通評価項目

においてアドヒアランスが 1→0 点と改善しており、GAF が 61→65 点、OAS が 1→0 点とそれぞれ改善が得られた(表 6)。BPRS は不安・罪責感・緊張において若干の改善が得られた(図 5)。SDM-Q-9 は『良く当てはまる』が 0→44%、『概ね当てはまる』が 22→56%へと大幅に改善が得られたが(図 6)、GSES は 13→12 点(介入前後とも高い傾向にある)とほぼ変化はなかった。事例 2 については、退院後グループホームに入所し、クロザピンの内服を継続し病状悪化は生じていないものの、作業所への通所は朝起きられないことを理由に不参加が続いている。またギャンブルへの傾倒による借金も生じており、地域生活を維持する上での阻害要因となっている。

研究 2：複雑事例に対する SDM with CF による介入

C. 研究結果

SDM with CF の新規導入 4 事例において、表 3 に示すような評価尺度上の推移を示している。介入開始時期の遅い 2 事例については、評価時期に至っておらず、評価を開始した 2 事例についても、3 か月後のみの評価となっている。SDM-Q-9 と GSES については、改善はみられないか、むしろ悪化しているが、WAI については、99→121、96→122 と改善している。

今後、CPAT-J による評定も含め、4 事例全ての評価を行い、SDM with CF の効果を総合的に判定していく。

研究 3：複雑事例の転院トライアル

C. 研究結果

転院トライアルの新規導入 3 事例の共通点については、『重複障害』『職員への暴力』が挙げられる。事例 3 においては、転院元 MDT の Essen CES 評定において『他

の患者を恐れている患者がいる(P=0.07)』『スタッフの中には、時にある患者に恐れを感じることもある(P=0.07)』が低下していた。また、転院元・転院先 MDT や研究分担者間での Web 会議を繰り返すことにより、密な情報共有が可能となり、転院前後での治療の停滞はなく、スムーズに治療方針が受け継がれる形になった。加えて転院により対象事例と転院先 MDT との関係構築やみたて直しが行われ、他害行為に至るシナリオも再検討された。両親、前主治医、付添人等も含めた Web 会議も開催され、治療の阻害要因となっていた両親の医療観察法医療に対する拒否的態度が軟化し、対象事例に減薬プログラムを実施する方針も具体化するに至っている。

事例 4・5 については、治療の基盤づくりを主眼に転院トライアルを開始した。2 事例共に転院を機にクロザピンの導入に至っているものの、現時点においては、十分な病状の改善や治療同盟の構築には至っていない。第 3 者的視点からの介入としては、SDM with CF の導入や複数回・複数施設の転院を提案しつつ、今後も連携していく方針としている。

D. 考察

1) 精神保健福祉法医療への応用について

令和 4 年度の本研究において、精神保健福祉法医療上の複雑事例と考えられる措置入院複雑事例に対する介入研究を 2 事例に導入した。2 事例共に介入開始後、治療が進展し退院に至っており、評価尺度の中では SDM-Q-9 における点数の増加、すなわち協働意思決定度の上昇が認められている。2 事例のみのデータであること、退院後 6 か月・1 年時点の評価が未実施の限定的な評価であることを前提に

考察すると、MDT が関わるという構造自体が協働意思決定度上昇の大きな要因であり、協働意思決定度の上昇が治療の大きな促進要因であると考えられた。また 2 事例共に、通院医療の枠組みの中で、服薬自己中断による病状悪化やギャンブルへの傾倒による借金などの問題が生じており、通院移行後に MDT の関与が薄くなることによる影響も想定された。通院での MDT アプローチの在り方についても検討していく必要があり、医療観察法通院複雑事例について検討している大鶴班との連携が有意義であると考えられた。

措置入院の枠組みにおいても、MDT アプローチは十分に奏功することが示唆されたものの、医療観察法病棟と比較すると人的および物的医療資源に乏しい精神保健福祉法病棟において、全ての措置入院事例に対し MDT を構成することは非現実的であると考えられる。現状においては措置入院複雑事例に該当する事例に優先して MDT アプローチを導入することが現実的な手法であると考えられ、今後精神保健福祉法病棟においても多職種が専従でき、MDT アプローチが普遍化するような制度改定が期待される。

2) 複雑事例に対する介入方法について

SDM with CF の新規導入 4 事例の効果判定において、現時点においては 2 事例が未評価の状況である。評価を開始した 2 事例においても未評価の部分が多く、限定的な評価とはなるが、2 事例共に治療同盟尺度の上昇が認められている。令和 3 年度に導入した 3 事例においては、治療同盟尺度のみではなく、協働意思決定度や自己効力感も上昇しており、今後実施予定の評価を含め、総合的に効果判定を行っていく必要がある。

転院トライアル新規導入 3 事例の共通

点として『重複障害』『職員への暴力』が存在し、それらの要素が『関係構築困難』につながっていることが挙げられる。これらの 3 事例に対し、転院元・転院先医療機関のみではなく、研究分担者が所属する第 3 の医療機関が加わる形の転院トライアルを開始した。事例 3 においては、転院元 MDT の Essen CES 評定の結果から、複雑事例を担当する MDT の心理的負担の軽減が示唆された。また、転院元・転院先 MDT や研究分担者間での Web 会議を繰り返す中で、治療の進展が得られている。事例 4・5 については、Essen CES 評定による転院元・転院先施設の心理社会的環境の変化については評価できていないものの、クロザピンの導入等による治療の基盤作りという転院の目的は概ね達成できている。短期間の転院となる見込みで、長期的な治療効果を測ることは困難であるものの、今後も第 3 者視点からの連携を継続していく方針となっている。

同一地方厚生局の管轄内 3 医療機関による転院トライアルについては、総じて『客観的視点の担保』『円滑な治療の進捗管理』『複雑事例の治療に関わる医療機関の燃えつきや抱え込みの防止』『本人・家族の医療機関に対する陰性感情の軽減』等の効果が期待できるものと考えられた。治療に多大な労力を要する複雑事例を同一ブロック内の複数施設で、コンサルテーションや SDM with CF、転院等の手法を用いつつ連携して対応することで、複雑事例の社会復帰促進や指定入院医療機関の燃えつき防止等につながる可能性が考えられた。さらには各指定入院医療機関の医療水準の均霑化や治療文化の醸成不足、処遇終了率のばらつきといった課題についても、同一地方厚生局の管轄内のブロックごとに取り組むことによって、効率的に解消することのできる可能性も

考えられた。現在、全国の指定入院医療機関の中で、ブロック会議を設ける流れができつつあり、当院の所属するブロック会議内においても複雑事例や処遇終了事例の検討を開始している（図 7）。またこれまで別の枠組みで実施していた複数施設による合同研修会についても令和 5 年度以降、ブロック会議参加施設を中心に行う流れとしている。同ブロック会議において複雑事例への対応を検討する上で、今村班がコンサルテーションの事業化を視野に入れ作成したものを参考に、図 8 に示す複雑事例対応申込用紙を試作した。今後この用紙を用いた実際の複雑事例への対応についても具体的に実践していく予定である。

E. 結論

令和 4 年度においては、医療観察法医療の精神保健福祉法医療への応用方法の検討を見据えた措置入院複雑事例に対する介入研究を開始した。また、令和元年度より開始している医療観察法入院複雑事例に対する転院トライアルと SDM with CF による介入の新規事例への導入を行った。その結果、以下の結論が得られた。

- 措置入院複雑事例 2 事例への MDT アプローチにより、2 事例共に治療が進展し退院に至っており、措置入院の枠組みにおいても、MDT アプローチは十分に奏功することが示唆された。
- 協働意思決定度の上昇が治療を進展させる重要な要素であり、協働意思決定度の上昇には、MDT が協働的に関わるという構造自体が重要な要素であると考えられた。
- 2 事例共に、退院後に服薬自己中断による病状悪化やギャンブルへの傾倒による借金などの問題が生じており、通院での MDT アプローチの在り方についても検討

していく必要がある。

- 今後精神保健福祉法病棟においても多職種が専従でき、MDT アプローチが普遍化するような制度改定が期待される。
- SDM with CF の新規導入事例においては、治療同盟尺度の上昇が認められ、治療同盟の構築に SDM with CF が促進的に働いた可能性が示唆された。
- 転院トライアル新規導入事例においては、転院元・転院先医療機関のみではなく、第 3 の医療機関が加わる形の転院トライアルを行い、『客観的視点の担保』『複雑事例の治療に関わる医療機関の燃えつきや抱え込みの防止』等の効果が期待できるものと考えられた。

これらの結論をもとに、以下の方針が策定された。

- 精神保健福祉法複雑事例に対する通院医療での MDT アプローチの在り方について検討する。
- 医療観察法入院複雑事例に対する SDM with CF、転院等の各介入の事例数を増やし、有効性の評価と共に使い分け方法についても検証していく。
- 地域ごとのブロック会議を継続し、各指定入院医療機関の医療水準の均霑化や治療文化の醸成不足、処遇終了率のばらつき、複雑事例の社会復帰困難といった課題の解消に取り組んでいく。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 村杉謙次：シンポジウム 医療観察法入院複雑事例の社会復帰について考

える．第 17 回医療観察法関連職種研修会，Web 開催，2022.6.3

- 2) 高橋未央，野村照幸，村杉謙次，平林直次：医療観察法病棟複雑事例に対する共同意思決定の有効性についての報告～ケースフォーミュレーションを用いて～．第 18 回日本司法精神医学会大会（ハイブリッド形式），2022.7.9-7.10

上と普及に資する研究．（令和 3 年度分担研究報告書）

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

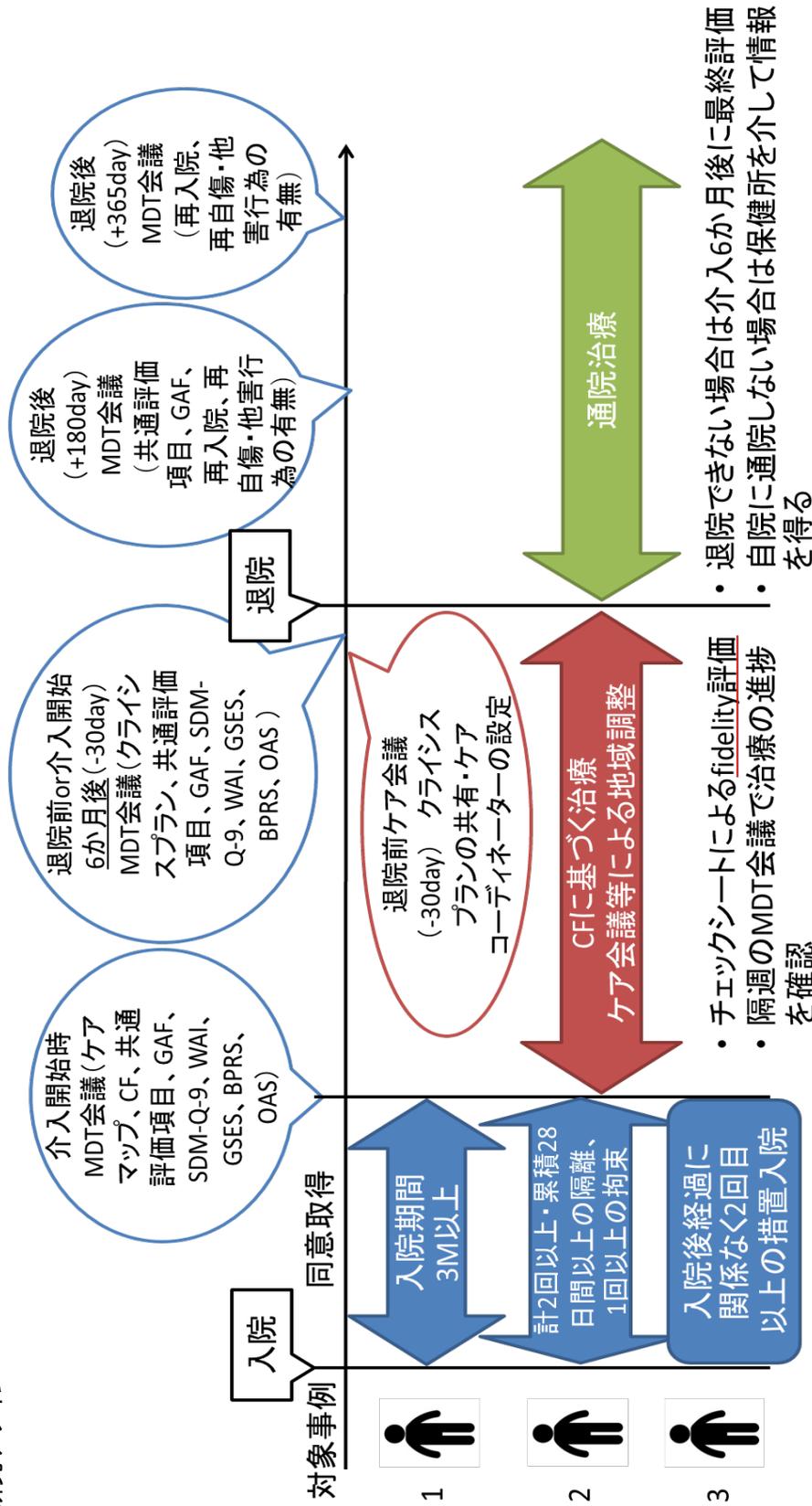
I. 謝辞

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

参考文献

- 1) 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．（平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書）
- 2) 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．（平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書）
- 3) 直接通院の実態および通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査．大鶴卓．医療観察法における専門的医療の向

図1 研究デザイン



対象事例：1.長期措置入院群 2.長期/頻回行動制限群 3.複数回措置入院群

- MDT : Multi-Disciplinary Team
- CF : case formulation
- GAF : Global Assessment of Functioning
- SDM-Q-9 : 9-Item Shared Decision Making Questionnaire
- WAI : Working Alliance Inventory
- GSES : General Self Efficacy Scale
- BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale
- OAS : The Overt Aggression Scale

表1 研究実施医療機関による自己評価

施設名()

記入日 (20 年 月 日)

下記の項目について、該当する欄に「○」を記入してください。

| | ほぼ実施している | だいたい実施している | あまり実施していない | ほとんど実施していない |
|--|----------|------------|------------|-------------|
| 1. 介入開始時インテーク多職種チーム会議 | | | | |
| 介入開始時インテークのための担当多職種チーム会議を開催しているか？ | | | | |
| 措置入院届を見ながら措置症状、診断名、入院目的を確認しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介入開始から2週間以内にケアマップを作成しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介入開始から2週間以内にケースフォーミュレーションシートを作成しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 自傷他害のリスクについて評価しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. 担当多職種チーム会議（対象患者の参加と目標設定） | ほぼ実施している | だいたい実施している | あまり実施していない | ほとんど実施していない |
| 多職種チーム会議に対象患者も参加し、対象患者も含めて下記事項を検討・決定しているか？ | | | | |
| 治療目標の共有 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 定期的(月2回以上) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 緊急時(暴言・暴力、自殺念慮、自殺未遂、自傷、無断退去など) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 外出・外泊開始時(目的の再確認と目標設定) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ケアマップを用いた入院治療の行程管理(現時点における目標達成度の評価と、今後の課題と目標の設定) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. 担当多職種チーム会議における各職種の出席状況 | すべての職種 | 4職種以上 | 3職種以上 | 2職種のみ |
| すべての職種が担当多職種チーム会議に参加しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. 対象者の理解を深めるための工夫 | ほぼ実施している | だいたい実施している | あまり実施していない | ほとんど実施していない |
| 担当多職種チーム会議では、ホワイトボード等を用いているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 担当多職種チーム会議の決定事項は、当日、対象患者の理解度に合わせて文書に整理して対象患者に手渡しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. 行動制限の最小化・最適化 | ほぼ実施している | だいたい実施している | あまり実施していない | ほとんど実施していない |
| 行動制限や観察責任レベルの決定時には、担当多職種チーム会議を開催しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 行動制限や観察責任レベルの見直しのために担当多職種チーム会議を定期的に開催しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 上記の会議に、対象患者本人は参加しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 上記の会議を通して、担当多職種チームと対象患者は治療課題を共有しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 行動制限の原因となった症状に対して、職種別の治療課題を設定し、行動制限中から治療に取り組んでいるか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. 院内ケア会議 | ほぼ実施している | だいたい実施している | あまり実施していない | ほとんど実施していない |
| 退院調整・地域ケア計画作成を目的とした、院内ケア会議は開催されているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 必ず保健師が参加することになっているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 介入開始から少なくとも2ヶ月以内から開催されているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 必ず対象患者本人が参加し、また、発言できる機会をあたえられているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 家族や退院予定地域の関係機関の担当者への参加を、病棟として積極的に働きかけているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 最終的なクライシスプランを提示し、対象患者、家族、関係機関が、その内容を確認し、合意する手続きを行っているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. クライシスプランの作成 | ほぼ実施している | だいたい実施している | あまり実施していない | ほとんど実施していない |
| セルフモニタリング・クライシスプラン作成に対象患者本人が参加し、再発徴候、再発時の介入計画を作成しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 外出・外泊などにクライシスプランを使用して、緊急時の連絡方法を実際に練習し、クライシスプランの修正につなげているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. クロザピン投与 | ほぼ満たしている | だいたい満たしている | あまり満たしていない | ほとんど満たしていない |
| 医療機関登録要件を満たしており、クロザピン処方が可能であるか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 原則、入院3ヶ月以内に治療抵抗性の評価を終え、クロザピン投与を検討しているか？ | 1 | 2 | 3 | 4 |

| 評価項目 | 共通評価項目 | 介入開始時 | 退院前 or 介入開始6か月後 | 退院6か月後 | 退院1年後 |
|------|----------------------|-------|--------------------|--------|-------|
| | GAF | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | BPRS | ○ | ○ | ○ | ○ |
| | SDM-Q-9 | ○ | ○ | | |
| | WAI | ○ | ○ | | |
| | GSES | ○ | ○ | | |
| | OAS | ○ | ○ | | |
| | 退院時 (or 終了時) 聞き取り | | ○ | | |
| | 通院継続、再入院、再自傷・他害行為の有無 | | | ○ | ○ |
| 実施項目 | ケアマップ | ○ | | | |
| | ケースフォーミュレーション | ○ | | | |
| | クライシスプラン | | | | |
| | 退院前ケア会議・ケアコーディネーター設定 | | ○ | | ○ |

GAF : Global Assessment of Functioning
 BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale
 SDM-Q-9 : 9-Item Shared Decision Making Questionnaire
 WAI : Working Alliance Inventory
 GSES : General Self Efficacy Scale
 OAS : The Overt Aggression Scale

表3 SDM with CFの新規導入事例

| 事例※ | 年齢 | 性別 | 診断 | 複雑事例化要因 | SDM-Q-9 前・後 | GSES 前・3ヶ月・ 6ヶ月 | WAI 前・3ヶ月・ 6ヶ月 |
|-----|-----|----|-------------|--|----------------|-----------------------|----------------------|
| 4 | 60代 | 男性 | Sc・ASD | 治療抵抗性：疾病否認、服薬アドヒアランス不良。思考の柔軟性に乏しく、内省を含めた心理社会的教育が困難。 退院地調整：本人とチームの意向が異なる。 | 2⇒2 | 2⇒3⇒? | 99⇒121⇒? |
| 5 | 40代 | 男性 | Sc・ASD | 治療抵抗性：クロザピン内服中であるが、副作用のため増量が順調にできない。 退院地調整：退院への意欲に乏しい。退院地への拘りあり。 | 4⇒0 | 1⇒0⇒? | 96⇒122⇒? |
| 6 | 20代 | 男性 | Sc・ASD・ADHD | 治療抵抗性：クロザピンとアトモキセチンを併用。ストレス脆弱性が高く不調くりかえしている。 内省・洞察困難。 治療同盟：構築困難（虐待歴あり） | 9⇒? | 2⇒? | 230⇒? |
| 7 | 40代 | 男性 | Sc | 治療：クロザピン内服中。課題に対し回避傾向、内省困難。 退院地調整：退院への意欲に乏しい。 | 8⇒? | 11⇒? | 176⇒? |

※事例番号は平成元年度からの累計

Sc：統合失調症 ASD：自閉症スペクトラム障害 ADHD：注意欠陥多動性障害 ?：評価未実施

SDM with CF：shared decision making with case formulation
SDM-Q-9：9-Item Shared Decision Making Questionnaire
GSES：General Self Efficacy Scale
WAI：Working Alliance Inventory

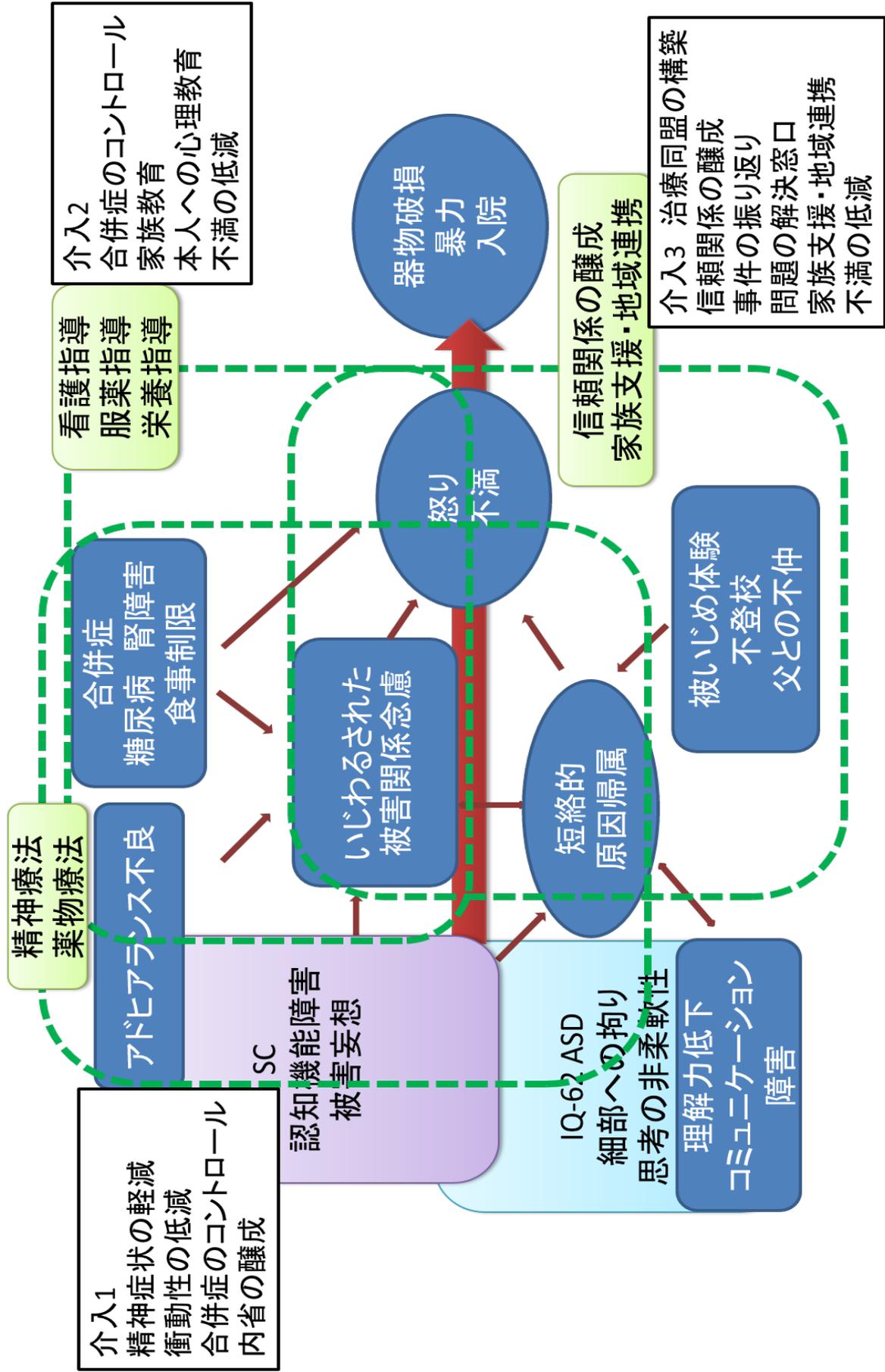
表4 転院トライアルの新規導入事例

| 事例※ | 年齢 | 性別 | 診断 | 複雑事例化要因 | 転院状況 | 現状 | 第3者の視点・ 介入 |
|-----|-----|----|------------------------|-----------------------------------|-----------------|----------------------|-----------------------|
| 3 | 40代 | 男性 | Sc・ASD | 重複障害、頻回措置入院、両親の疾病否認、職員への暴力、関係構築困難 | A病院→B病院 | 隔離・減薬 プログラム 支援 | |
| 4 | 40代 | 男性 | Sc・SUD ・MR・ ADHD | 重複障害、再入院・再処遇、職員への暴力、関係構築困難 | C病院→D病院 | 拘束・CLZ | 必要に応じSDM with CF検討 |
| 5 | 30代 | 男性 | Sc・ASD・ ADHD・ PD | 重複障害、頻回措置入院、職員への暴力、性的逸脱行為、関係構築困難 | D病院→E病院 (予定) | 拘束・CLZ | 複数回の転院可能性の 検討 |

※事例番号は平成元年度からの累計

Sc：統合失調症 ASD：自閉症スペクトラム障害 SUD：物質使用障害 MR：精神遅滞 ADHD：注意欠陥多動性障害 CLZ：クロザピン
MDT：Multi-Disciplinary Team
SDM with CF：shared decision making with case formulation

図2 事例1のCF



CF: case formulation

図2 事例1のクライシスプラン

| 調子が良い時 | あまり良くない時 | 調子が悪い時 |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 眠れる イライラしていない やる気が出る 掃除、洗濯ができる お風呂に朝・夜入る 自転車に乗れる 家族と一緒に行動する(車で3人で買い物) | <ul style="list-style-type: none"> 物音で目が覚める イライラはあまり感じない やる気が無くなる 掃除、洗濯はちよつとやりたくない お風呂は夜1回 自転車に乗れる 家族とは普通に接することができない | <ul style="list-style-type: none"> 眠れない(薬を飲まない)と駄目 生活していて起きることの半分くらいにイライラする 父親に攻撃的になる 父親が喧嘩売って来る やる気はあまりない 掃除、洗濯はやりたくない お風呂は夜1回 家族に当たっちゃう(主に父) |
| 周りの人(支援者・家族)にして欲しいこと | | |
| <ul style="list-style-type: none"> 出来ていること、音楽に詳しいことを褒めて欲しい 調子を聞いて欲しい 気にかけて欲しい | <ul style="list-style-type: none"> 「大丈夫?眠れる?」と聞いて欲しい 「元気ないね」と言って欲しい | <ul style="list-style-type: none"> 「具合悪いの?寝た方が良いんじゃない?」と言って欲しい。 イライラすることをなだめて欲しい。 |

退院後の希望

- 部屋で音楽を聞いて過ごしたい
- CDや服をお店で買いたい
 - 散歩したい
- 自転車に乗りたい
- 乗れたらバイクに乗りたい
- ミューちゃんと遊びたい

良い調子を保つ為にできること

- 規則正しい生活を送る(よく寝てよく食べる)
 - 1日最低6時間は寝る
 - 1日30分~1時間歩く
- 自転車に毎日1時間乗る
 - 薬を続ける
- 目のサプリメントを飲む

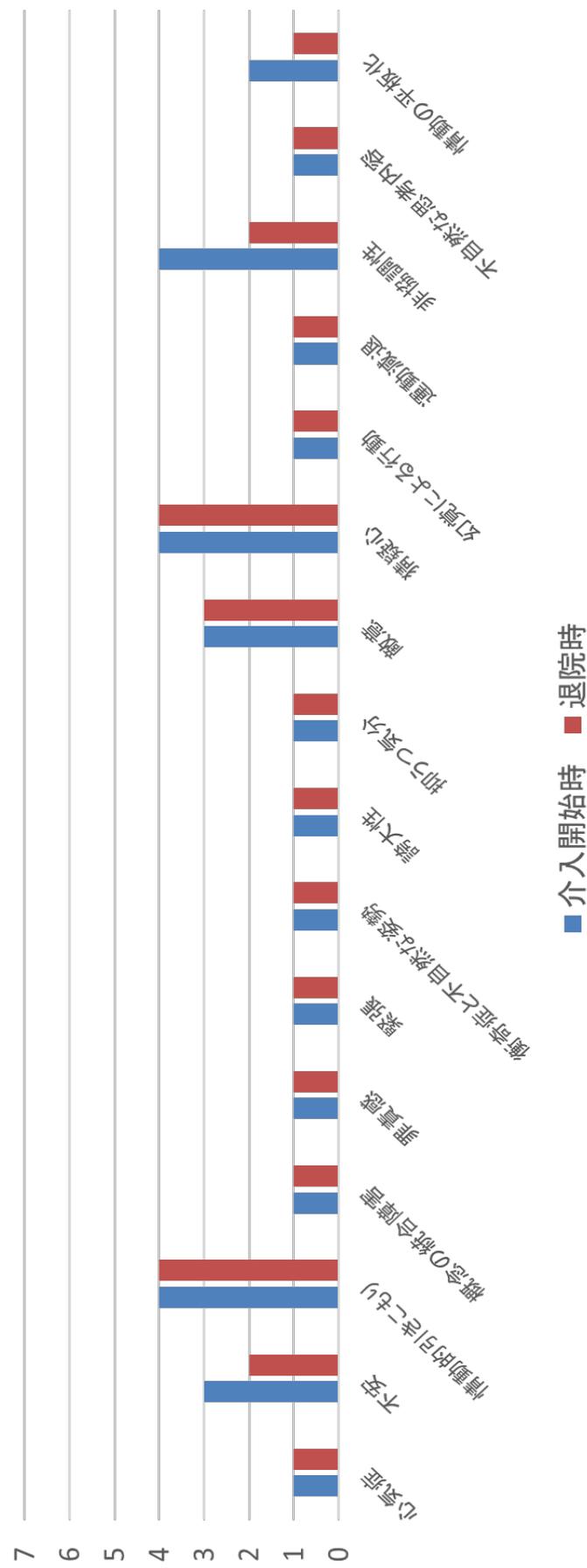
表5 共通評価項目・GAF・OASの変化（事例1）

| 共通評価項目 | 介入開始時 | 退院時 |
|---------------|-------|-----|
| 1. 精神病性症状 | 1 | 0 |
| 2. 内省・洞察 | 2 | 2 |
| 3. アドヒアランス | 1 | 0 |
| 4. 共感性 | 1 | 1 |
| 5. 治療効果 | 1 | 1 |
| 6. 非精神病性症状 | 1 | 1 |
| 7. 認知機能 | 2 | 2 |
| 8. 日常生活能力 | 2 | 2 |
| 9. 活動性・社会性 | 2 | 2 |
| 10. 衝動コントロール | 1 | 1 |
| 11. ストレス | 2 | 2 |
| 12. 自傷・自殺 | 1 | 1 |
| 13. 物質乱用 | 0 | 0 |
| 14. 反社会性 | 0 | 0 |
| 15. 性的逸脱行動 | 0 | 0 |
| 16. 個人的支援 | 0 | 0 |
| 17. コミュニティ要因 | 2 | 2 |
| 18. 現実的計画 | 2 | 2 |
| 19. 治療・ケアの継続性 | 2 | 2 |
| GAF | 25 | 35 |
| OAS | 4 | 2 |

GAF : Global Assessment of Functioning

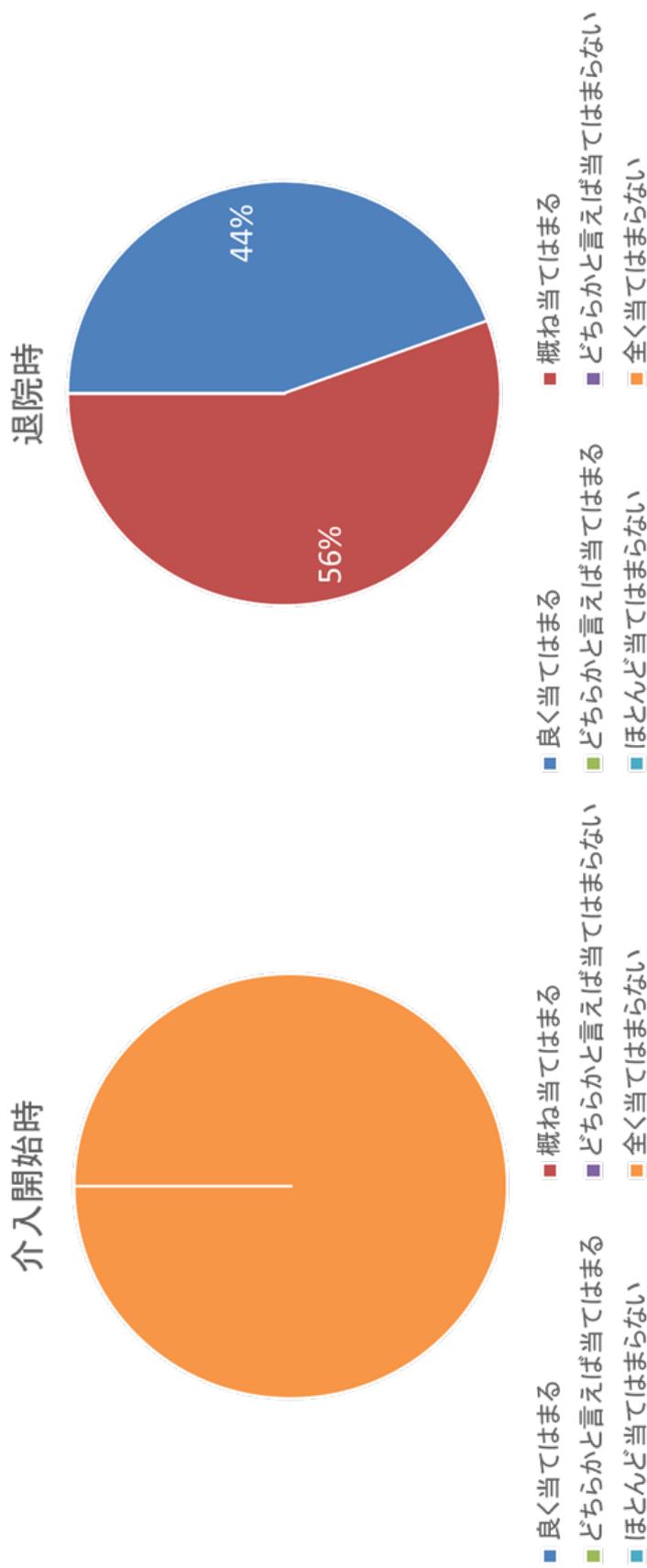
OAS : The Overt Aggression Scale

図3 BPRS (事例1)



BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale

図4 SDM-Q-9(事例1)



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

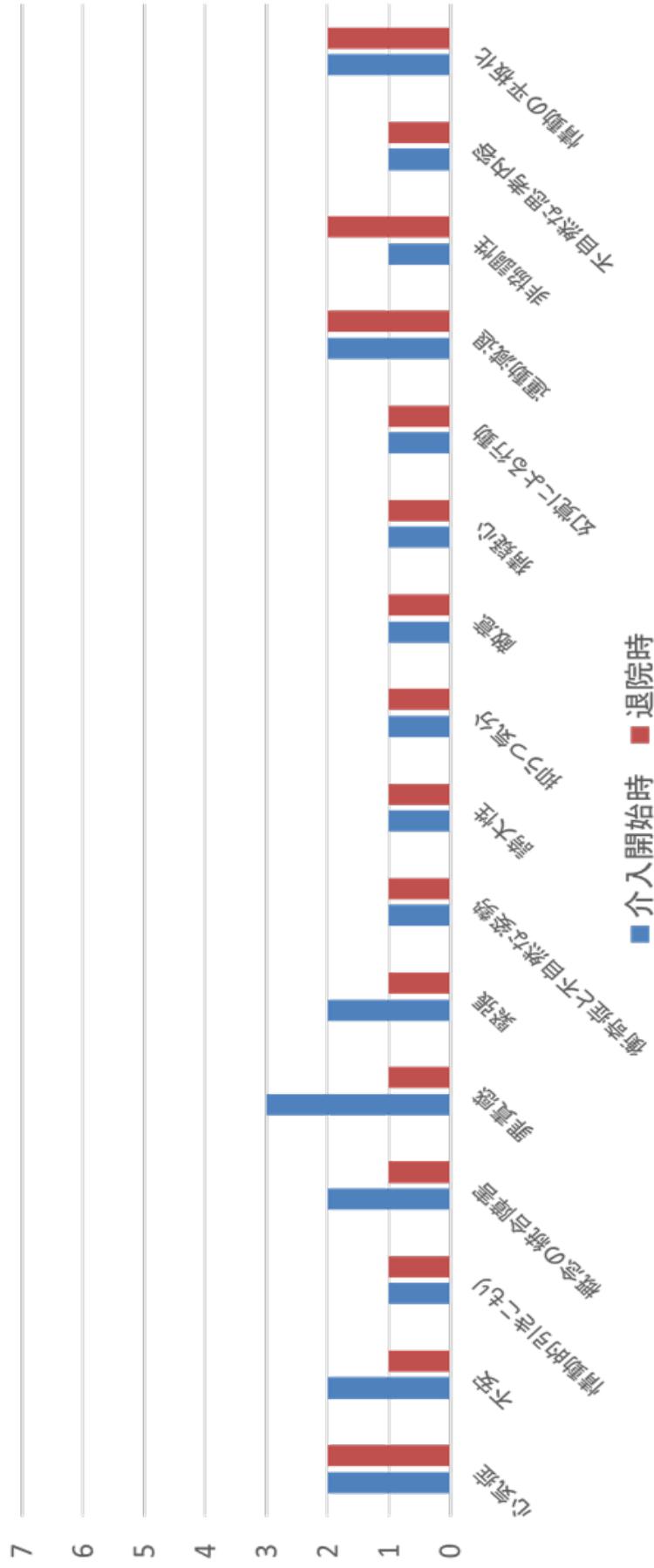
表6 共通評価項目・GAF・OASの変化（事例2）

| | 介入開始時 | 退院時 |
|---------------|-------|-----|
| 共通評価項目 | | |
| 1. 精神病性症状 | 0 | 0 |
| 2. 内省・洞察 | 1 | 1 |
| 3. アドヒアランス | 1 | 0 |
| 4. 共感性 | 1 | 1 |
| 5. 治療効果 | 0 | 0 |
| 6. 非精神病性症状 | 1 | 0 |
| 7. 認知機能 | 0 | 0 |
| 8. 日常生活能力 | 2 | 2 |
| 9. 活動性・社会性 | 1 | 2 |
| 10. 衝動コントロール | 2 | 2 |
| 11. ストレス | 1 | 1 |
| 12. 自傷・自殺 | 1 | 0 |
| 13. 物質乱用 | 0 | 0 |
| 14. 反社会性 | 0 | 0 |
| 15. 性的逸脱行動 | 0 | 0 |
| 16. 個人的支援 | 1 | 1 |
| 17. コミュニティ要因 | 0 | 0 |
| 18. 現実的計画 | 1 | 0 |
| 19. 治療・ケアの継続性 | 1 | 0 |
| GAF | 61 | 65 |
| OAS | 1 | 0 |

GAF : Global Assessment of Functioning

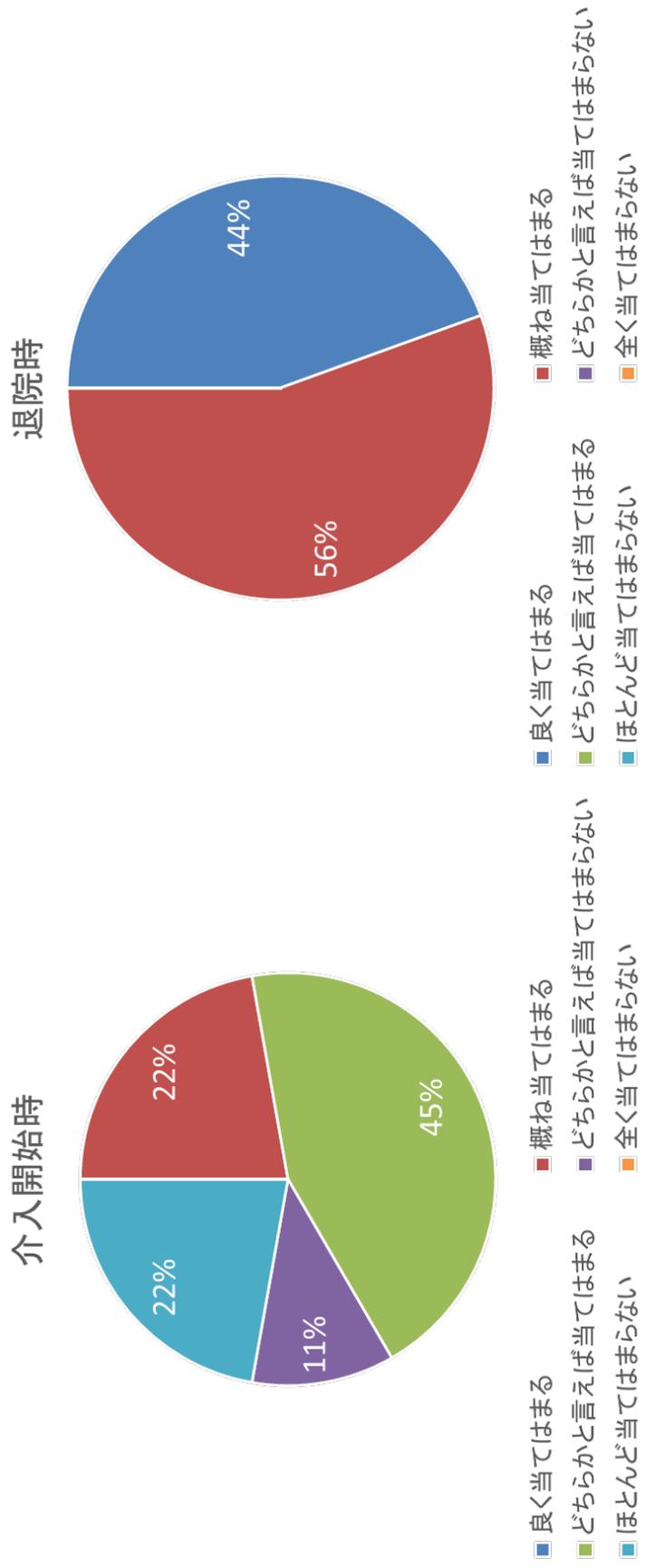
OAS : The Overt Aggression Scale

図5 BPRS (事例2)



BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale

図6 SDM-Q-9（事例2）



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

図7 指定入院医療機関のブロック制

指定入院医療機関

病床整備の現状：34か所 850床
(国関係16か所504床、都道府県関係18か所 346床)

指定通院医療機関

病院597か所 診療所92か所

関東甲信越ブロック

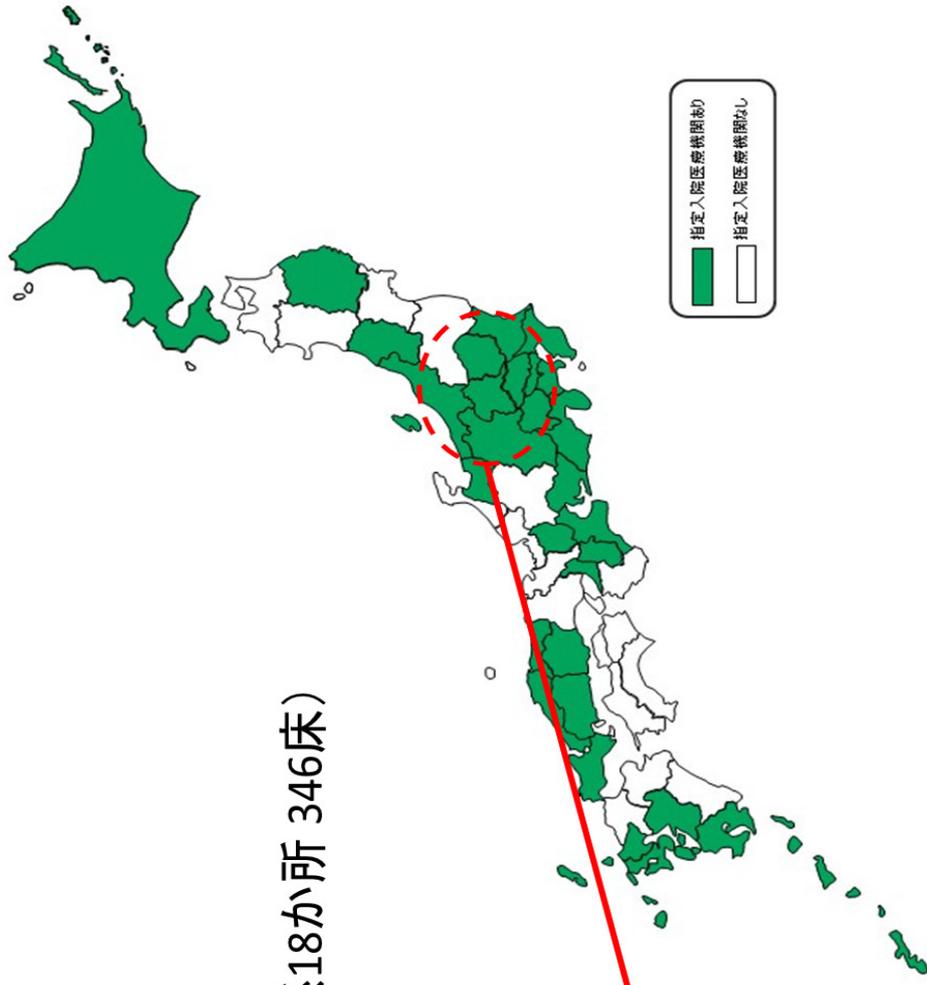


図8 複雑事例対応申込用紙

複雑事例対応申込用紙

医療観察法複雑事例対応事業(仮)のご利用にあたり、以下の情報を可能な範囲でご記入ください。

記入日：_____年____月____日

施設名：_____

対象者担当 MDT：Dr _____ 主Ns _____ 副Ns _____

CP _____ OT _____ PSW _____

希望する対応方法：□コンサルテーション・□SDM with CF・□転院・□処遇終了判断

◆対象者（申込時の情報）

ニックネーム：_____

年齢：_____歳

性別： 1.男性 2.女性

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：番号【 _____ 】 下位分類（つけている場合）【 _____ 】

副診断：番号【 _____ 】 下位分類（つけている場合）【 _____ 】

- | | | |
|------------|--------------|-----------------|
| 1.中毒性精神病 | 6.統合失調感情障害 | 11.知的障害 |
| 2.アルコール精神病 | 7.精神病性障害 | 12.心理的発達の障害 |
| 3.アルコール依存症 | 8.躁うつ病 | 13.その他（ _____ ） |
| 4.統合失調症 | 9.うつ病 | |
| 5.妄想性障害 | 10.パーソナリティ障害 | |

IQ：_____

対象行為： 1.殺人 / 2.放火 / 3.強盗 / 4.強姦 / 5.強制わいせつ /

6.傷害 / 7.その他*（ _____ ）

*未遂の場合はその他欄に記載してください

その他の特記事項：_____

◆現在の本人の状態

人柄、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、これまでの取り組み

◆初回実施形態の希望：

対面実施 / Web会議システムでの遠隔実施 / 施設同士で検討したい

◆対象者への同意：同意を得ている / まだ得ていない / 得られなかった

◆対象者が参加することは可能か：可能 / 不可能 / わからない

◆派遣チーム・スタッフ・転院先施設に求めること、要望

知りたい治療法や介入技法、希望する実施スケジュール、派遣を依頼したい施設名など

◆連絡先

・代表者連絡先（窓口となる人）

氏名： _____ 職種： _____

電話番号： _____ メールアドレス： _____ @ _____

ご記入ありがとうございます。派遣チームが決まりましたら、事務局よりご連絡いたします。

令和4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））
医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究
分担研究報告書

施設内および施設間のコンサルテーションの実施方法に関する研究

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：

本研究は、医療観察法指定入院医療機関の施設間コンサルテーション（以下、コンサルテーション）の仕組みの事業化に向けて、実施の手続きやマニュアルを作成し、事務局機能のモデルを示すことを目的としたものである。施設間コンサルテーションは、対象者と担当多職種チーム（以下、MDT）が他施設のMDTからの助言を継続的に得ながら、事例の見立て直し、治療目標の設定と介入、実施したことの振り返りと評価を一定期間継続し、退院促進を図る取り組みである。コンサルテーションの実施により、担当MDTの機能が向上し、複雑事例（長期入院、頻回・長期の行動制限、重複障害、再入院・再処遇事例などの特徴を有する事例）および治療困難事例に対して治療促進的に作用することが示されている（今村、2021）。

令和3年度は、コンサルテーション事業の試行モデルを整備するとともに、事務局の役割や実施方法に関する手順書や各種フォーマットを作成した。また、6施設7病棟の協力を得て、コンサルテーション派遣登録、コンサルテーション申し込み、それらを踏まえての施設間マッチングのプロセスまでを進めた。令和4年度は、マッチングされた3ペア間（5施設6病棟）において、実際にコンサルテーションの試行を行った。試行を経て、コンサルテーションの事業化を想定した事務局の機能モデルが実際に活用しうるものであることが確認された。また、試行協力者へのアンケート結果からは、コンサルテーションの事業化におよび利用に対して前向きな意見が多く聞かれた一方で、事業の意義や目的を周知する必要性、手順の明示の必要性、準備や実施方法の簡略化、希望時の速やかな実施、ピアレビュー事業との連動に関する要望など、いくつかの課題も浮かび上がった。

複雑事例に対する施設間コンサルテーションに関する一連の研究は、実施法の構築から始まり、効果検証を経て、事業化に向けての事務局機能の整備段階まで進んだ。事業化に際しては、事業の目的や意義、利用方法について周知して積極的な利用を促すとともに、ピアレビュー事業やMDT変更や転院など他の退院促進事業との連携、再鑑定や処遇終了申請のシステム等との連動を図り、機能的に活用していくことが期待される。

研究協力者（順不同、敬称略）

中根 潤 国立病院機構下総精神医療
センター
本村啓介 国立病院機構さいがた医療

センター

野村照幸 同上
高橋未央 国立病院機構小諸高原病院
壁屋康洋 国立病院機構榊原病院

| | |
|-------|-------------------|
| 來住由樹 | 岡山県精神科医療センター |
| 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 |
| 小河原大輔 | 同上 |
| 網干 舞 | 同上 |
| 島田隆生 | 同上 |
| 朝波千尋 | 同上 |
| 山口まりこ | 同上 |
| 稲森晃一 | 同上 |

A. 研究目的

医療観察法指定入院医療機関の施設間コンサルテーション（以下、コンサルテーション）は、対象者と担当多職種チーム（以下、MDT）が他施設のMDTからの助言を継続的に得ながら、事例の見立て直し、治療目標の設定と介入、実施したことの振り返りと評価を一定期間継続し、退院促進を図る取り組みである。すでに、コンサルテーションの実施により、担当MDTの機能が向上し、複雑事例（長期入院、頻回・長期の行動制限、重複障害、再入院・再処遇事例などの特徴を有する事例）および治療困難事例に対して治療促進的に作用することが示されている（今村、2021）。

本研究は、複雑事例・治療困難事例を対象としたコンサルテーションを事業化し、幅広い事例に対して活用していくために、事業の全体像および実施の手続きを整備すること、コンサルテーション事業のための事務局機能を示すことを目的とする。

なお、本研究では既に得られた成果を参考にした事業モデルの構築と試行を目的としていることから、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会において付議不要確認の手続きをとり（付議不要依頼番号 21-006）、臨床活動の一環として実施するものを報告することとした。

B. 研究方法

1. 参加施設と実施期間

コンサルテーション事業の試行は、研究分担者および研究協力者らが所属する6施設、7病棟（下総精神医療センター、さいがた医療センター、小諸高原病院、榊原病院、国立精神・神経医療研究センター病院）の協力を得て実施する。実施期間は令和3年12月から令和4年10月末日である。

2. 実施方法

1) 事前準備

研究協力施設に「A. コンサルテーション派遣登録用紙」と、「B. コンサルテーション申込用紙」の記入を依頼し、仮想事務局である研究班への提出を求める。コンサルテーションの申込みと実施にあたっては、対象となる対象者の同意を得た上で診療情報のやり取りを行う必要があるが、同意が得られない場合にはそれを必須要件とせず、個人情報を含まない医療一般について検討する形をとる。用紙AとBの情報をもとに、仮想事務局はコンサルテーションのマッチングを行い、該当派遣施設に依頼をする。派遣を受諾した施設には、事例に合わせ多職種で構成される派遣チームを構成する。仮想事務局は依頼施設にコンサルテーションの申し込みが受諾された旨を伝え、派遣チームと依頼チームにコンサルテーション実施のためのマニュアルや資料を送付する。

2) コンサルテーションの実施方法

依頼チームは派遣チームに対して、コンサルテーションの対象となる事例について事前の情報提供を行う。両チームは直接連絡を取り合い、日程等を調整の上、初回コンサルテーションを施設訪問による対面会議またはオンラインシステム等を用いた遠隔会議で実施する。コンサルテーションは依頼チーム、派遣チームとも3～5職種の多

職種が参加する。初回コンサルテーションでは事例についての理解を深め、課題を明確にするとともに、治療目標の設定や介入計画について検討する。2回目以降のコンサルテーションは遠隔会議で実施する。ここでは介入の進捗状況の確認や、新たな課題と介入方法の策定を行い、問題の改善や退院促進を図る。なお、コンサルテーションの実施頻度は概ね1~2ヶ月ごとに1回、全4回程度を目安として回数と頻度、日程を設定することとした。

3) 実施後の報告

コンサルテーション終了後、派遣チームと依頼チームはそれぞれ報告書とアンケートを仮想事務局に提出する。

3. コンサルテーション事業モデルの検討

コンサルテーション事業試行の実施結果をふまえ、事業モデルの検討と提案を行う。

(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において付議不要確認の手続きをとり(付議不要依頼番号 21-006)実施している。

C. 研究結果

1. 事業試行モデルの作成

コンサルテーションの事業化を想定し、研究班と研究協力施設で構成される試行モデルを作成した。本モデルでは、研究班が仮想事務局となり、研究協力施設から派遣登録とコンサルテーションの申込みを受けることとした(図 1-1)。仮想事務局は、コンサルテーションの申込内容を踏まえて施設のマッチングを行い、派遣登録施設にコンサルテーションの実施を依頼し、了承を得る仕組みを整えた(図 1-2)。

2. フォーマット類の整備

コンサルテーションの仮想事務局業務の

明確化と効率化、各施設間におけるコンサルテーションの実践の均てん化を図ることを目的として、各種フォーマットを作成した(表 1)。全体の流れを概観する説明書類のほか、コンサルテーションの派遣登録や申し込みを行う用紙、コンサルテーション実施の際の進行表などである。試行の際には、作成した各種フォーマットを活用し、使用感等のフィードバックを受けた。

3. コンサルテーションの試行

上記試行モデルおよびフォーマットを用いて、実際にコンサルテーションの試行を行った。具体的には、榊原病院に対して岡山県精神科医療センター、小諸高原病院に対してさいがた医療センター、国立精神・神経医療研究センター病院 9 病棟に対して同 8 病棟がコンサルテーションチームを派遣した。

試行の結果、立案した事業モデルや事務局機能、各種フォーマットが実際に活用していることが確認された。試行協力者に依頼したアンケートにおいては、事業化した場合にコンサルテーションのチームを派遣すると思うとの回答が 76%、事業化したらコンサルテーションを利用すると思うとの回答が 62%との結果が得られた。一方で、試行を踏まえて課題として感じたこととしては、事業の意義や目的の周知、手順の明示、準備や実施方法の簡略化、希望時の速やかな実施、ピアレビューとの連動などの意見が聞かれた。

D. 考察

1. 事務局の役割

コンサルテーションの事業化にあたっては、コンサルテーションが必要な事例に適切に実施されるように、全体のマネジメントを担う事務局の設置が必要と考えられる。研究班が試行を通して仮想事務局を担った

中で、事業化された場合に事務局に求められると考えられた役割として、派遣可能施設の登録、申込施設と派遣施設のマッチング、実施状況の把握、実施実績のまとめの4つが挙げられる。

1) 派遣可能施設の登録

事務局はコンサルテーションの要請があった場合にMDTを構成して派遣する意思のある施設を一定数確保し、本試行で用いた「A.コンサルテーション派遣登録用紙」のような形でそれぞれの特徴や強みなどの情報を管理している必要がある。コンサルテーションを実施できるMDTの要件は明確ではないが、各職種のスタッフが一定の経験と知識・スキルを持ち、複雑事例を担当し困難を感じている相手MDTに対して適切な承認と励まし、具体的な問題解決策の提案などを通じて動機づけを高めていけることが望まれる。確保すべき施設数の目安としては、予算や移動に伴う負担を軽減するという観点からは、できるだけ近隣地域でのマッチングができるように全国を5～6程度にエリア分けし、それぞれに1～2施設確保されていると運用がしやすくなると考えられる。

2) 申込施設と派遣施設のマッチング

派遣申込の内容と派遣登録施設の情報から事務局がコンサルテーションのマッチングを行う。マッチング作業において用いることのできる情報は限られており、また事務局で臨床的な判断をすることは難しいと考えられることから、いくつかの具体的な判断基準および優先順位を設けておくとういと考えられる。たとえば、同エリア内でのマッチング、特定の課題(クロザピン導入、行動制限解除、特定の治療プログラムの導入など)に対して助言可能な施設の派遣、ピアレビューの組合せからコンサルテーションへの連動などである。事務局がマッチング作業について相談が必要な場合に、助

言する臨床現場のスタッフを確保しておくことも有効と考えられる。

3) 実施状況の把握

本試行モデルではマッチング後の具体的な調整は施設間に委ねているが、事務局は実施状況を把握する必要がある。具体的には、開始と終了、回数と期間、コンサルテーションの結果などである。これらについては、報告書を通じて把握できるようにするとともに、必要に応じて派遣施設または申込施設の担当者と連絡を取り合うことが想定される。

4) 実施実績のまとめ

年度ごとに実施実績をまとめ、関係機関でコンサルテーションの実情や有用性を情報共有されることが望まれる。派遣実績のある施設を中心にメンバーを構成した検討会を年1回程度開催し、コンサルの実施から得られた知見を事業概要や実績とともに公表するといった方法が考えられる。

2. ピアレビューとの連動

コンサルテーションを実施するにあたっては、担当MDTまたは対象者が希望して申し込む自主的な経路が想定される。一方で、コンサルテーションの潜在的なニーズはありながらも自発的に手を挙げるまでには至らない施設や、何らかの理由で利用に消極的な施設が出てくることも考えられる。こういった場合においても必要な事例にコンサルテーションを実施できるように、ピアレビュー事業との連携が有効と考えられる。ピアレビュー内での事例検討などにおいてその後の継続的なコンサルテーションが有用と考えられた場合には、コンサルテーション事業の仕組みを活用して同施設間で引き続き定期的な事例検討を実施するといった形が考えられる。あるいは、ピアレビューの組み合わせとは別に、他施設とのコンサルテーションを申し込むようにピアレビュー

ワーから進言することも考えられる。コンサルテーションの実施には一定の時間と労力がかかることから、原則的には担当 MDT にニーズがあり希望があることが前提となるが、ニーズの発掘のために後押しや促しが必要な場合もあると考えられる。医療観察法制度全体の課題になりつつある複雑事例の退院促進に対してコンサルテーションが効果的に活用されるように、ピアレビューとの連携や実施までの経路を整理することが必要と考えられる。

3. 持続可能な仕組みづくり

コンサルテーションに取り組む上で、担当 MDT のチーム機能の向上や対象者への退院促進的な効果といったものが治療者および対象者の動機付けになるといえる。一方で、治療者らは通常業務に加えて資料作成や対面実施を含めた複数回の会議の実施といった作業に取り組む必要がある。また、派遣施設の MDT から学ぶが多く得られたという感想は多く聞かれるが、自施設での臨床実践に加えて、外部の事例に時間と人員を確保することの一定の負担は避けられない。負担は担当 MDT および派遣 MDT だけでなく、業務をカバーする病棟全体におよぶため、コンサルテーションを円滑に実施する上で病棟の理解とサポートは必須といえる。こうしたことから、これらの業務負担に対して一定のインセンティブを付与するなど、持続可能なシステムづくりについて検討が必要と思われる。

4. 事業の周知および他の退院促進事業との連動

コンサルテーションとともに、クリティカルパスの活用、ケースフォーミュレーションの実践、共同意思決定に基づくケースフォーミュレーションを用いた介入、戦略的な転院といった複雑事例や治療困難事例

に対して有用性を検証している介入方法について、研修等を通じて医療観察法入院医療機関の関係者に広く周知していく必要がある。コンサルテーションについては事務局からの事業の実績と知見についての積極的な発信も望まれる。先に述べたように、コンサルテーションの実施には担当 MDT および派遣 MDT のみならず、彼らをサポートする病棟スタッフ全員の協力が必要となる。担当 MDT が必要時に事業を活用できるように、後方支援に回るスタッフにも事業の必要性や有効性が周知されることが必要である。

E. 結論

令和 4 年度は、令和 3 年度に整備した実施モデルに基づき、研究班が仮想事務局となり、3 ペアの施設でコンサルテーションの試行を行った。その結果、作成した実施モデルが実際に活用しうるものであることが確認された。事業化に際しては、複雑事例を抱えた施設の主体的な利用を促す仕組みを作るとともに、他の退院促進事業との連携を図り、機能的に活用していくことが期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

鈴木敬生：コンサルテーション研究と困難状況への対応例. 令和 4 年度チーム医療研修「医療観察法 MDT 研修」, Web 開催, 2022. 10. 1

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 謝辞

本研究にあたって御協力をいただいた全国の医療観察法病棟スタッフの皆様に深謝致します。

参考文献

- 1) 今村扶美: 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)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 平成 30 年度～令和 2 年度総合研究報告書. 2021.

図1-1 事務局への登録と申込み

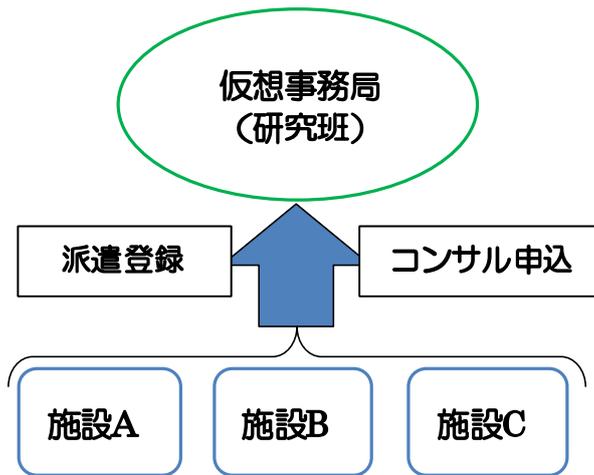


図1-2 マッチングとコンサルの実施

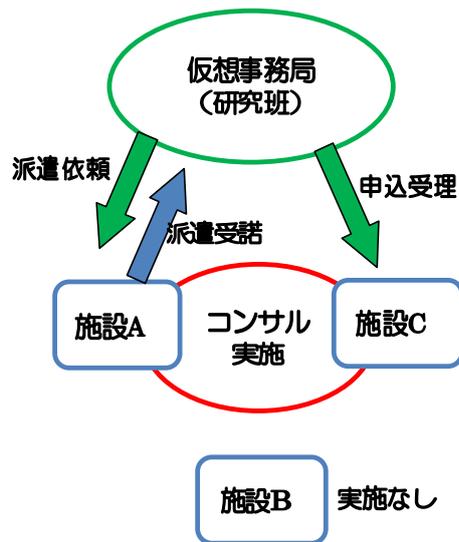


表1 コンサルテーション事業試行用に作成したフォーマット

| 番号 | 名称 |
|----|-------------------|
| 1 | コンサルテーションの流れ |
| 2 | コンサルテーション派遣登録用紙 |
| 3 | コンサルテーション申込用紙 |
| 4 | コンサルテーション派遣諾否回答用紙 |
| 5 | 生育歴や病歴等の情報(任意形式) |
| 6 | ケース不オーミュレーションシート |
| 7 | 共通評価項目記入シート |
| 8 | コンサルテーション進行表と議事録 |
| 9 | コンサルテーション実施報告書 |
| 10 | 試行に関するアンケート |

令和4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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

分担研究報告書

直接通院の実態および通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査

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、通院処遇の通院複雑事例の実態調査を主目的とし、令和3年度に研究計画を作成し全国調査を行い、令和4年度に通院複雑事例の特徴を明らかにする計画で研究を進めた。

通院複雑事例は多問題を有した状態で通院処遇が開始しており、重複診断の有無では判断できないと考えられた。通院複雑事例はクラスター解析により、アドヒアランス不良群、通院複雑事例中核群、自傷・自殺リスク群の3群に分類でき、その特徴を明らかにした。通院複雑事例中核群は、通院処遇ガイドラインで示されている標準的なクリティカルパスでは対応が難しい群であり、さらに検討を進めガイドラインを改定する必要がある。また、過去の研究成果も踏まえ本研究班が通院複雑事例を定義したが、エキスパートの意見を聴取するなどして通院複雑事例を明確に定義する必要がある。

処遇終了者の予後調査研究は沖縄県、島根県の96例を対象とし通院処遇終了後最長5年間追跡し、高い回収率であった。全ての問題行動の発生は、通院処遇が終了した後に増えることはなく、重大な他害行為の発生は通院処遇終了後3年間はなく、処遇終了後5年間で1名1件にとどまっていた。クロザピン（Clozapine:以下、CLZ）治療の継続率は通院処遇終了後に渡り持続性注射剤（Long Acting Injection: LAI）治療より高く、CLZ治療を受けている対象者は通院処遇終了後も問題行動の発生の頻度および方向性について低減が維持できていると考えられた。問題行動等の発生は、同一対象者による繰り返しまたは、同一対象者によって多方向性に発生する傾向がみられ、これらの通院処遇中および通院処遇終了後に治療や支援が困難となりやすい対象者（通院複雑事例）について、予測性を向上させ必要な介入を同定するため、その特徴や対応などについて、さらに研究を進める必要がある。

研究協力者（順不同、敬称略）

久保彩子 国立病院機構琉球病院
前上里泰史 同上
諸見秀太 同上
知花浩也 琉球こころのクリニック
高尾 碧 島根県立こころの医療センター
壁屋康洋 国立病院機構榊原病院

A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下、医療観察法）が施行され、医療観察法の処遇を受けた対象者は、従来の精神保健福祉法よりも手厚い治療や支援体制を受け、適切かつ円滑な社会復帰が期待され

ている。これまでの研究により、頻回/長期行動制限や長期入院の傾向を持つ、いわゆる“入院複雑事例”が抽出され、その類型化と治療戦略に関する研究が進んでいる。しかし、通院処遇では、原則3年間で処遇を終了できず通院処遇を延長する例、再入院・再処遇例など、いわゆる“通院複雑事例”に関する調査は行われていない。

本研究は、通院処遇の通院複雑事例の実態調査を主目的とし、全国調査を行い通院複雑事例の特徴、類型化を明らかにすることを目的とした。処遇終了者の予後調査研究は、医療観察法の処遇を終了した者がその後地域で抱える課題を明らかにすることを目的として行った。

B. 研究方法

1. 調査対象

通院複雑事例の実態調査は、調査時点で指定を受けている全国の指定通院医療機関657施設を対象とし、平成30年7月15日～令和3年7月15日までを調査対象期間とした。

処遇終了者の予後調査研究は、平成17年7月15日～令和4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)を本研究の対象者とした。

2. 調査項目

通院複雑事例の実態調査は以下の項目を調査した。

- 1) 性別
- 2) 年代
- 3) 処遇の形態(移行通院/直接通院)
- 4) 主診断・副診断(国際疾病分類第10版)
- 5) 医療観察法処遇の契機となった対象行為

6) 通院処遇期間内の出来事(エピソード)

- ・通院処遇期間が3年を超えた事例
- ・措置入院となった事例
- ・6カ月以上医療保護入院となった事例
- ・物質使用の問題行動があった事例
- ・逮捕、拘留されるような問題行動を起こした事例
- ・通院処遇中に再入院となった事例

7) 通院処遇開始時の共通評価項目の評点、および初回の出来事が起きた月の共通評価項目の評点

処遇終了者の予後調査研究は、令和3年度の医療観察法通院処遇から処遇終了後の医療及びケア体制に関するアンケート(表1)を継続して使用した。

3. 調査方法

通院複雑事例の実態調査は、全国の指定通院医療機関に医療観察法通院複雑事例に関する調査表、個別表を郵送で送付し、通院処遇の担当者に記入を依頼し、郵送にて回収した。回収データは琉球病院で解析した。

処遇終了者の予後調査は、通院処遇を行っており、本調査開始時点で回答が得られた指定通院医療機関(沖縄県内8施設、島根県内5施設)に対し、医療観察法通院処遇から処遇終了後の医療及びケア体制に関するアンケートを郵送で送付し、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。

4. 解析方法

収集されたデータの解析には、エクセル統計(BellCurve[®] for Excel)を使用し、5%を基準として統計的有意差の検定を行った。

(倫理面への配慮)

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。

C. 研究結果

1. 通院複雑事例の実態調査

657 の指定通院医療機関に調査票を送付し、381 機関 (57.9%) から回答を得た。調査該当事例は 57 事例 (42 機関) 回収でき、下記統計解析を行った。

1) 問題行動がない事例と通院複雑事例の共通評価項目の比較 (図 1)

令和 2 年度に収集した問題行動がない通院処遇事例 115 例と令和 3 年度に収集した通院複雑事例 57 例について、通院処遇開始時の共通評価項目評点をノンパラメトリック検定で統計解析を行った。その結果、通院複雑事例の通院処遇開始時評点は、問題行動がない事例と比較し、19 項目中 13 項目の評点が有意に高かった。

2) 重複診断の有無に関する共通評価項目の比較 (図 2)

通院複雑事例で重複診断なし 42 例、重複診断あり 15 例について通院処遇開始時の共通評価項目評点をノンパラメトリック検定で統計解析を行った。その結果、重複診断ありはなしに比べ 19 項目中 3 項目の評点が有意に高かった。

3) 階層クラスター分析 (図 3、4)

57 例中欠損値のあった 15 例は除外し、42 例をクラスター解析し 3 群に分類できた。1 群は 18 例、2 群は 21 例、3 群は 3 例であり、各群の数に偏りが大きいため統計的解析は実施しなかった。共通評価項目の特徴から 1 群はアドヒアランス不良が起こり病状・生活・衝動性などが悪化した群、2 群は、多項目の共通評価項目の評点が高い状態で通院処遇が開始され、病状やアドヒアランス以外が悪化した群、3 群は自傷・自殺リスク群と考えられた。

4) 各群の転帰 (図 5)

通院処遇期間の最終エピソードの転帰を各群でまとめた。その結果、1 群は通院処

遇期間が 3 年を超えた事例、2 群は逮捕、拘留されるような問題行動を起こした事例の割合がやや高い傾向はあったが、各群の転帰に大きな差はなかった。

2. 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 2)

本研究対象条件を満たし、研究対象となった対象者は、合計 96 名 (男性 78 名、女性 18 名) であり、処遇終了時の年代別では 40 歳代が最も多かった。

対象行為では、殺人・殺人未遂 20 名 (20.8%)、傷害 45 名 (46.9%)、放火 22 名 (22.9%)、強盗 3 名 (3.1%)、強制わいせつ 5 名 (5.2%)、強制性交等 1 名 (1.0%) であった。男性では傷害が 41 人と最も多く、次いで殺人・殺人未遂 15 名、放火 14 名と続いたが、女性では放火が最も多く 8 名であり、次いで殺人・殺人未遂 5 名、傷害 4 名であった。

処遇開始状況は直接通院が 16 名 (17.4%)、移行通院が 76 名 (82.6%) であった。処遇終了の形態は満期終了が 53 名 (62.4%)、早期終了が 31 名 (36.5%)、延長終了が 1 名 (1.2%) であった。

精神科主診断は、F2 が 84 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 17 名、F1 合併が 8 名、F8 合併が 2 名、F3 合併が 1 名であった。

2) 処遇終了後の支援状況 (表 3)

通院頻度は、処遇開始時は月 2 回以上～4 回未満が 41.7%、月 4 回以上が 35.4% 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 53.7% を占め、処遇終了後に減少していた。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 29.2% 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 24.4% と増加した。通院処遇開始時に調整入院が行われた対象者は 96 名中 10 名であった。

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、処遇中は90%以上が開催を維持したが、処遇終了1年後に35.4%と大きく減少しており、開催頻度は処遇終了後に減少した。また、クライシス・プランやモニタリングシートの活用も処遇終了後に減少した。

3) 問題行動および転帰（表3）

全期間で重大な他害行為の発生は処遇終了後3年～4年で1件1名発生し、その後再処遇となった。全期間の問題行動は、通院不遵守18件13名、服薬不遵守28件17名、性的逸脱行為5件4名、自殺既遂3件3名、自殺未遂3件3名、自傷7件4名、その他の問題行動43件20名であった。その他の問題行動含め全ての問題行動を合わせると全期間で108件36名、処遇中40件23名、処遇終了後68件25名であった。また、問題行動は同一対象者が繰り返し発生させる、もしくは1期間に複数重なって発生する傾向を認めた。

転帰は、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77.3%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者は9名であった。全期間で、事故による死亡が1名、病死による死亡が3名、自殺による死亡は3名であった。

4) CLZ治療およびLAI治療の治療継続率

本調査では各処遇終了者に対し、各期間でクロザピン（Clozapine: 以下、CLZ）治療および持効性注射剤（Long Acting Injection: 以下、LAI）治療の有無を調査した。通院処遇開始時にCLZ治療を行っていた18名をCLZ群、LAI治療を行っていた13名をLAI群として、それぞれの治療継続率をKaplan-Meier法を用いて比較した（図6）。その結果、通院処遇開始から通院処遇終了5年後までの治療継続率は、CLZ

群がLAI群に比較し有意に高かった。

5) CLZ群と非CLZ群の問題行動発生の比較

問題行動発生の有無について、CLZ以外の治療を行っている群を非CLZ群とし、CLZ群と比較するため、期間を通院処遇中および通院処遇終了後3年以内、通院処遇終了後5年以内と分け、問題行動があった対象者数をクロス集計表にまとめ、独立性の検定（カイ二乗検定）を行った。なお、1対象者あたり問題行動が複数あった場合、または繰り返しあった場合でも「問題行動あり」として1回のカウントとした。その結果、どの期間においてもCLZ群と非CLZ群において、問題行動のあった対象者の数に有意差は認めなかった。

発生した問題行動の種類について、CLZ群および非CLZ群に分けて比較した（図7）。CLZ群は通院中に問題行動があった2名とも服薬および通院不遵守を併せた医療不遵守であり、通院処遇終了後に問題行動があった3名のうち2名が医療不遵守であり、残り1名がその他の問題行動であった。

非CLZ群は通院中問題行動があった20名のうち医療不遵守12名であったのに対し、自殺企図が2名、自傷が3名、その他の問題行動が17名であった。また同群で通院処遇終了後に問題行動があった20名のうち、医療不遵守が19名、自殺企図が3名、自傷が4名、その他の問題行動が24名であった。

D. 考察

1. 通院複雑事例の実態調査

1) 通院複雑事例の特徴

通院複雑事例は、問題行動がない通院処遇事例と比較し、通院処遇開始時の共通評価項目評点が19項目中13項目で有意に高い結果となった。また、通院複雑事例で重複診断の有無は通院処遇開始時の共通評価

項目評点で有意差のある項目は少なかった。このことより、通院複雑事例は多問題を有した状態で通院処遇が開始されており、通院複雑事例は重複診断の有無では判断できないと考えられた。

2) クラスタ分類の特徴

通院複雑事例はクラスタ解析により 3 群に分類できた。1 群は最初にアドヒアランス不良が起り、それが病状悪化に繋がり、生活・衝動性などの周辺症状も悪化した特徴があると考えられた。この群はアドヒアランスを維持するために手厚い支援体制を整えること、アドヒアランスが不良となり病状が悪化した際は、クライシス・プランなどを用いて早期に改善を目指すこと、生活・衝動性なども悪化し地域生活維持が困難となった際は、精神保健福祉法による入院を検討することなどの対応が必要である。

2 群は、多項目の共通評価項目の評点が高い状態で通院処遇が開始され、病状やアドヒアランスの悪化はないが、生活・活動性・衝動性・ストレス・物質乱用など多項目が悪化した特徴があると考えられた。この群は、通院開始時から病状・病識・アドヒアランスの評点が高いことより、元々病状や病識の課題があったと考える。さらに、通院開始時に共感性・認知機能・生活能力・ストレス・物質乱用・反社会性などの個人要因、公私の支援や治療計画などの環境要因の評点も高いことより、病状以外の個人や環境に多くの課題があったと考えられる。また、エピソード後に病状やアドヒアランス以外の多項目が悪化していることより、病状以外の課題が大きく、その悪化により対応が困難となっていると考えられた。この群は、通院複雑事例の中核群と考えられ、通院処遇ガイドラインで示されている標準的なクリティカルパスでは対応が難しい群

である。

3 群は自傷・自殺リスク群と考えられた。ただし、3 例しか収集できておらず、その特徴や対応を検討することはできなかった。

2. 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が処遇終了後 3~4 年後に 1 件 1 名あり、その後再入院となった。竹田による令和 3 年度の指定入院医療機関退院後の予後に関する全国調査では、重大な再他害行為の累積発生率が 3 年で 1.2%と低い数値であると報告されているが、本調査では通院処遇終了後 3 年間の重大な他害行為の発生はなく、処遇終了後 5 年間でも 1 名 1 件にとどまっておらず、再他害行為の発生は通院処遇が終了した後も低く抑えられていると考えられた。また軽微な問題を含めすべての問題行動の発生は、通院処遇が終了し手厚い支援体制が変化した後も増えることはなく、医療観察法から一般精神医療へ移行した後の治療・支援が有効に機能していると考えられた。

その一方、問題行動等の発生が、同一対象者による繰り返しまたは、同一対象者によって多方向性に発生する傾向がみられ、問題行動発生が一定の対象者に偏って発生すると考えられる。これら対象者群が通院処遇中および通院処遇終了後に治療や支援が困難となりやすい群（通院複雑事例）であると予想され、今後はその特徴などについてさらに詳細な検討を進める必要がある。

2) CLZ 治療の継続率および問題行動発生の傾向

LAI 治療はアドヒアランスの課題解決のため導入されると考えられるが、内服治療である CLZ 群が LAI 群より処遇終了後も治療継続率が高かったことは興味深い結果である。

また、CLZ 群は非 CLZ 群と比較し、処遇中から処遇終了後に渡り、問題行動発生に差がなかった。CLZ 治療は治療抵抗性統合失調症に導入される治療であり、CLZ 群は処遇が困難となりやすい患者群と予想される。実際、琉球病院医療観察法病棟開棟以降入院した主診断が統合失調症である対象者 165 名について、初回入院継続申請時の共通評価項目の社会復帰関連指標について、CLZ 治療群 48 名と、CLZ 治療をしなかった群 117 名に分けて、t 検定を用いて比較したところ（図 8）、CLZ 治療群が CLZ 治療をしなかった群より社会復帰関連指標が有意に高かった。この結果より、本調査の CLZ 群は非 CLZ 群と比較し、通院処遇移行後の問題行動のリスクが高い群と予想できるが、CLZ 治療により通院処遇移行後の問題行動が低減できていると推測できる。

CLZ 群、LAI 群の問題行動発生の経過および種類について表 4 にまとめた。発生した問題行動の種類について、CLZ 群は医療不遵守がほとんどである一方、LAI 群を含めた非 CLZ 群では、問題行動が医療不遵守に限らず多岐に渡り持続する傾向が認められ、病状のコントロールが不十分な結果、多方向性および持続した問題行動の発生が抑制できていないと考えられる。

治療継続率および問題行動発生の傾向から、CLZ 治療は処遇終了後のケア密度が減じた状況においても、治療継続が維持され問題行動の低減を維持する可能性が示唆された。一方、LAI 群は問題行動の発生を十分にコントロールできているとは言えず、アドヒアランス不良を解決するより先に、その課題の背景にある治療抵抗性統合失調症の可能性を慎重に見極め症状のコントロールを十分に行うことが、地域処遇移行後の問題行動発生を抑制するために重要であると考えられた。

3) 対象調査数及び回収数

令和 3 年度までの調査で沖縄県から 79 名、島根県から 17 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 3 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 99 名、島根県で 20 名であり、本調査は処遇終了者のうち沖縄県で 73.7%、島根県で 85.0%を調査していると推定され、高い回収率であった。

E. 結論

通院複雑事例は多問題を有した状態で通院処遇が開始しており、重複診断の有無では判断できないと考えられた。通院複雑事例はクラスター解析により、アドヒアランス不良群、通院複雑事例中核群、自傷・自殺リスク群の 3 群に分類できた。通院複雑事例中核群は、通院処遇ガイドラインで示されている標準的なクリティカルパスでは対応が難しい群であり、その対応については、さらに検討を進めガイドラインを改定する必要がある。また、過去の研究成果も踏まえ本研究班が通院複雑事例を定義したが、エキスパートの意見を聴取するなど行い通院複雑事例を明確に定義する必要がある。

処遇終了者の予後調査研究は沖縄県、島根県の 96 例を対象とし通院処遇終了後最長 5 年間追跡し、高い回収率であった。全ての問題行動の発生は、通院処遇が終了した後に増えることはなく、重大な他害行為の発生は通院処遇終了後 3 年間はなく、処遇終了後 5 年間で 1 名 1 件にとどまっていた。CLZ 治療の継続率は通院処遇終了後に渡り LAI 治療より高く、CLZ 治療を受けている対象者は通院処遇終了後も問題行動の発生の頻度および方向性について低減が維持できていると考えられた。問題行動等の発生は、同一対象者による繰り返しまたは、

同一対象者によって多方向性に発生する傾向がみられ、これらの通院処遇中および通院処遇終了後に治療や支援が困難となりやすい対象者（通院複雑事例）について、予測性を向上させ必要な介入を同定するため、その特徴や対応などについて、さらに研究を進める必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 前上里泰史, 大鶴卓: 一般演題 通院処遇複雑事例の特徴に関する全国調査ー通院複雑事例の類型化の試みー. 第18回日本司法精神医学会大会, Web開催, 会期 2022. 7. 9-7. 10
- 2) 医療観察法支援における被害当事者との対話による相互理解促進の意義について - 沖縄県医療観察法ネットワーク協議会活動報告 -. 第18回日本司法精神医学会大会, Web開催, 会期 2022. 7. 9-7. 10
- 3) 久保彩子, 大鶴卓: シンポジウム 医療観察法におけるクロザピン治療ー地域生活を見据えた治療抵抗性統合失調症治療ー. 第118回日本精神神経学会学術総会, 会期 2022. 6. 17

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

I. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた全国の通院医療機関の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) 竹田康二: 指定入院医療機関退院後の予後に関する全国調査. 令和3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)) 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究 分担研究報告書; 17-25, 2022
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 裁判所ホームページ 司法統計
http://www.courts.go.jp/app/sihotok_ei_jp/search
- 6) 保護観察所: 保護統計 観察所別精神保健観察事件の開始および終結.
<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032105533&fil>

eKind=4

- 7) 法務省ホームページ 犯罪白書
http://www.moj.go.jp/housouken/housou_hakusho2.html
- 8) 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

表1 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◇ ※下記掲げの期間

| | | | | | |
|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 通院処遇開始時 | 1年後 | 2年後 | 3年後 | 4年後 | 5年後 現在 |
| (1) 通院処遇開始～1年後 | (5) 通院処遇終了～1年後 | (7) 通院処遇終了～2年後 | (9) 通院処遇終了～3年後 | (11) 通院処遇終了～4年後 | (13) 通院処遇終了～5年後 |
| (2) 通院処遇開始～1年後 | (6) 通院処遇終了～1年後 | (8) 通院処遇終了～2年後 | (10) 通院処遇終了～3年後 | (12) 通院処遇終了～4年後 | (14) 通院処遇終了～5年後 |

1) 居住

年代(年代)

性別

対象行為

主診断

副診断

通院処遇開始状況

通院処遇終了の形態

通院処遇早期終了 (3年未満で終了)

通院処遇満期終了 (3年(±1ヶ月程度)で終了)

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) 転居

医療観察法通院処遇終了時

精神保健福祉法による通院

精神保健福祉法による入院

医療観察法による再入院

死亡 ⇒ (口事故 □病死 □自殺)

通院先の変更

医療終了 ⇒ 上記以外の状況 (本人の意思等) で通院していない

3) 【医療】 通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況

| | | | |
|-----------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 通院の有無 | 通院の種類 (☑ありの場合) | クロザピリン内服 | テオピルの使用 |
| <input type="checkbox"/> あり | () 回/年 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| <input type="checkbox"/> なし | () 回/年 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |

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

| | | |
|---|-----------------------------|------------|
| 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 |
| <input type="checkbox"/> あり ⇒ 外措置入院 () 回 | <input type="checkbox"/> あり | () ヶ月 |
| <input type="checkbox"/> なし | <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

| | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| 訪問型支援 | 【その他関係機関等】訪問型支援 | 【医療機関】訪問型支援 | 【障害福祉サービス等】訪問型支援 | 要介護認定 |
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| <input type="checkbox"/> 訪問診療 (約) 回/月 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> デイケア (約) 回/月 | <input type="checkbox"/> 自立訓練 (約) 回/月 | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 (約) 回/月 | <input type="checkbox"/> 行政職員 (保健師等) | <input type="checkbox"/> 外来OT (約) 回/月 | <input type="checkbox"/> 就労支援 (事業所通所等) | |
| <input type="checkbox"/> その他 () 回/月 | <input type="checkbox"/> 相談支援事業所等職員 | <input type="checkbox"/> ヘルパー (約) 回/月 | <input type="checkbox"/> 自助グループ | |
| ⇒ (約) 回/月 | <input type="checkbox"/> その他 () 回/月 | <input type="checkbox"/> その他 () 回/月 | <input type="checkbox"/> 民間リハビリ施設 | |
| | <input type="checkbox"/> その他 () 回/月 | <input type="checkbox"/> その他 () 回/月 | <input type="checkbox"/> その他 () | |

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

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| 住居 (複数回答可) | 就労 (複数回答可) | 収入 (複数回答可) |
| <input type="checkbox"/> 家族同居 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 給与 |
| <input type="checkbox"/> 単身 | <input type="checkbox"/> 一般就労 | <input type="checkbox"/> 家族の援助 |
| <input type="checkbox"/> 施設 (GH等) | <input type="checkbox"/> 障害者特正雇 | <input type="checkbox"/> 障害年金 |
| <input type="checkbox"/> 入院中 | <input type="checkbox"/> パート・アルバイト | <input type="checkbox"/> 生活保護 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> その他 () |

7) 【リスク影響要因】 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) | 薬物等の問題使用 (複数回答可) | 金融管理の問題 |
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> 一時的な使用 | <input type="checkbox"/> 有害使用 | <input type="checkbox"/> あり |
| <input type="checkbox"/> 有害使用 | <input type="checkbox"/> 依存状態 | ⇒ (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

| | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 重大な他害行為 (複数回答可) | 通院の不遵守 | 服薬の不遵守 | 性的逸脱行動 |
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> 殺人・殺人未遂 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> 傷害 | 自殺企図 | 自傷 | その他問題行動 |
| <input type="checkbox"/> 放火 | <input type="checkbox"/> あり ⇒ (口未遂・口既遂) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| <input type="checkbox"/> 強盗 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |
| <input type="checkbox"/> 強制わいせつ | | | |
| <input type="checkbox"/> 強制性交等 | | | |

9) 【支援体制】 通院処遇終了1年前～通院処遇終了時の状況

| | | | |
|-----------------------------|---------|-----------------------------|-----------------------------|
| ケア会議 | ケア会議の頻度 | モニタリングシートの活用 | クライシスプランの活用 |
| <input type="checkbox"/> あり | () 回/年 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> あり |
| <input type="checkbox"/> なし | () 回/年 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> なし |

10) 処遇終了後の社会復帰調整音の引継ぎ機関はどこですか。

指定医療機関 (□Dr. □Ns □CP □OT □PSW □その他 ())

保健所職員

訪問看護ステーション

相談支援事業所等職員

施設 (GH等) 職員 (主な1つ)

地域活動支援センター職員

その他 ()

図1 問題行動がない通院処遇事例と通院複雑事例の
通院処遇開始時の共通評価項目評点の比較

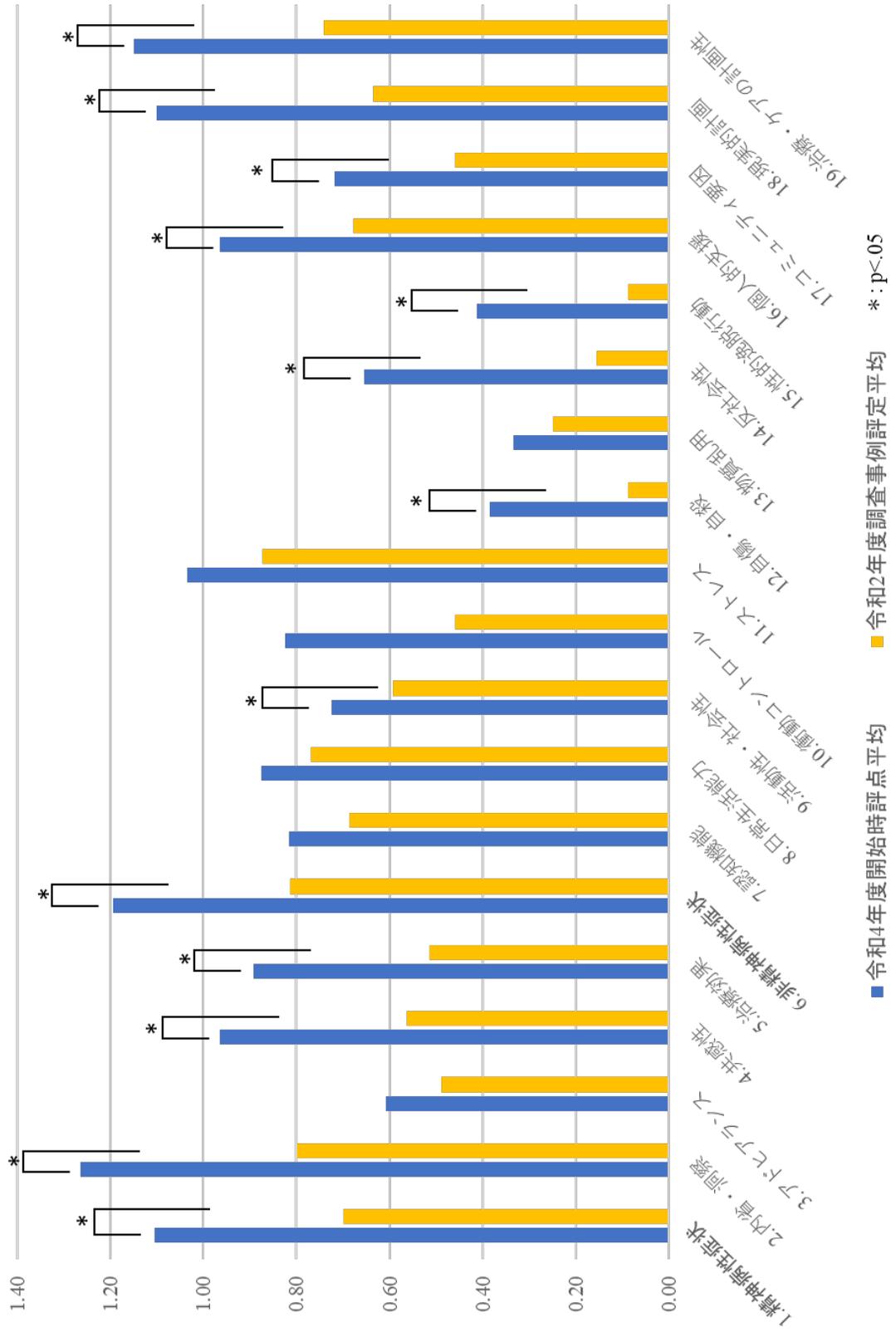


図2 重複診断あり事例と重複診断なし事例の通院処遇開始時の共通評価項目平均評点の比較

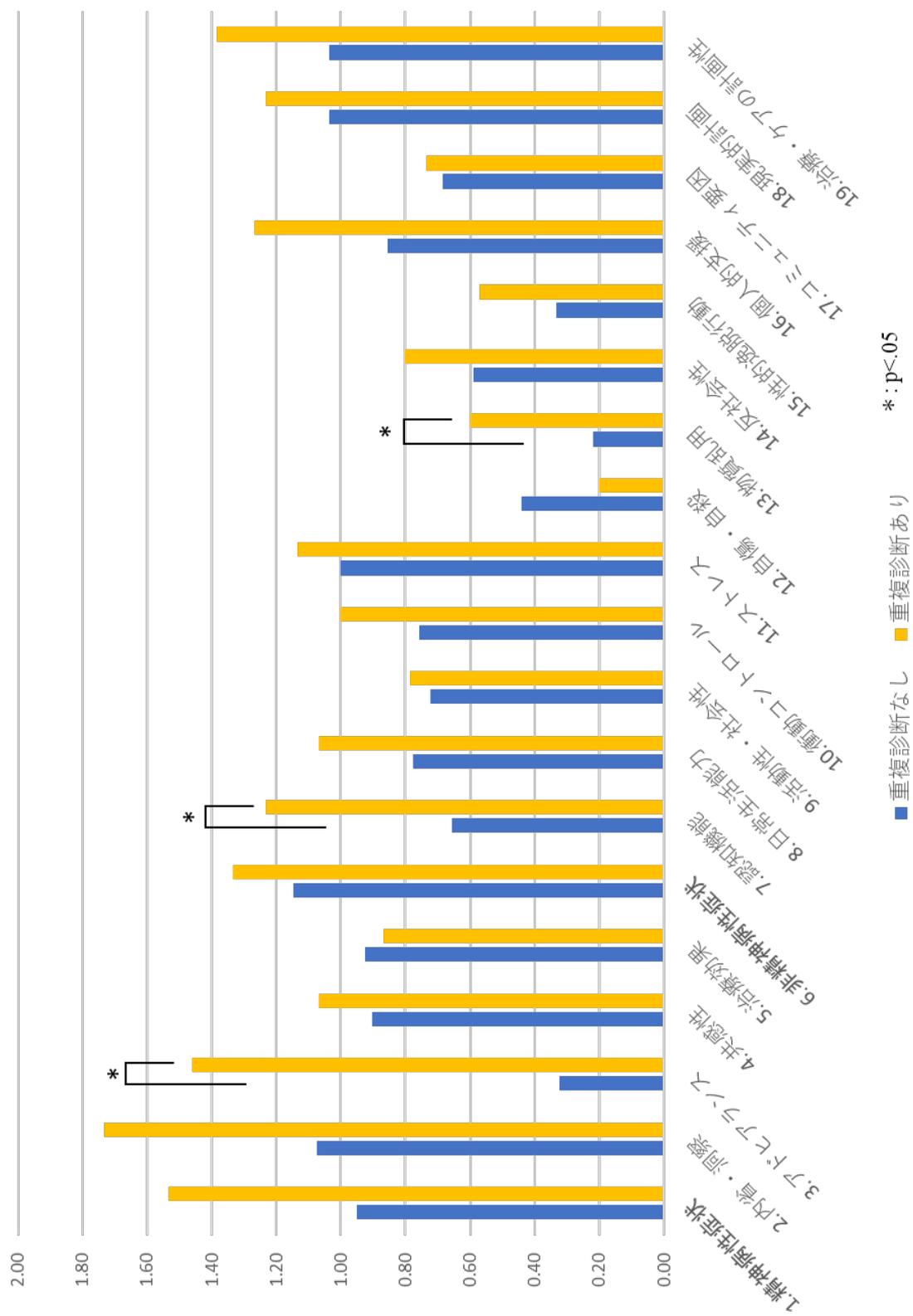


図3 エピソード後の共通評価項目の階層クラスター分析

【結果】
 57例中欠損値のあった15例は除外し、42例をクラスター分類し、3群に分けられた

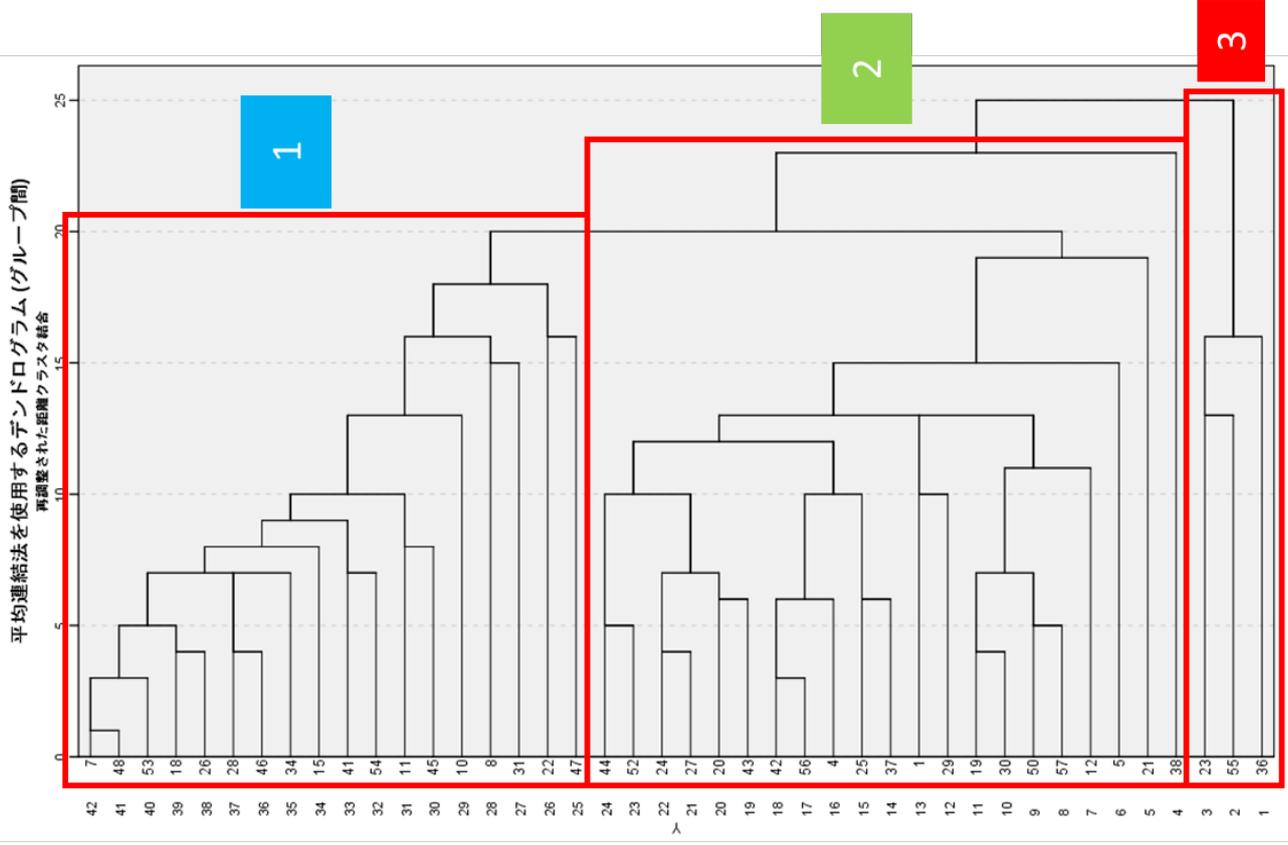


図4 3群の通院医療開始時とエピソード後の共通評価項目平均評点の比較

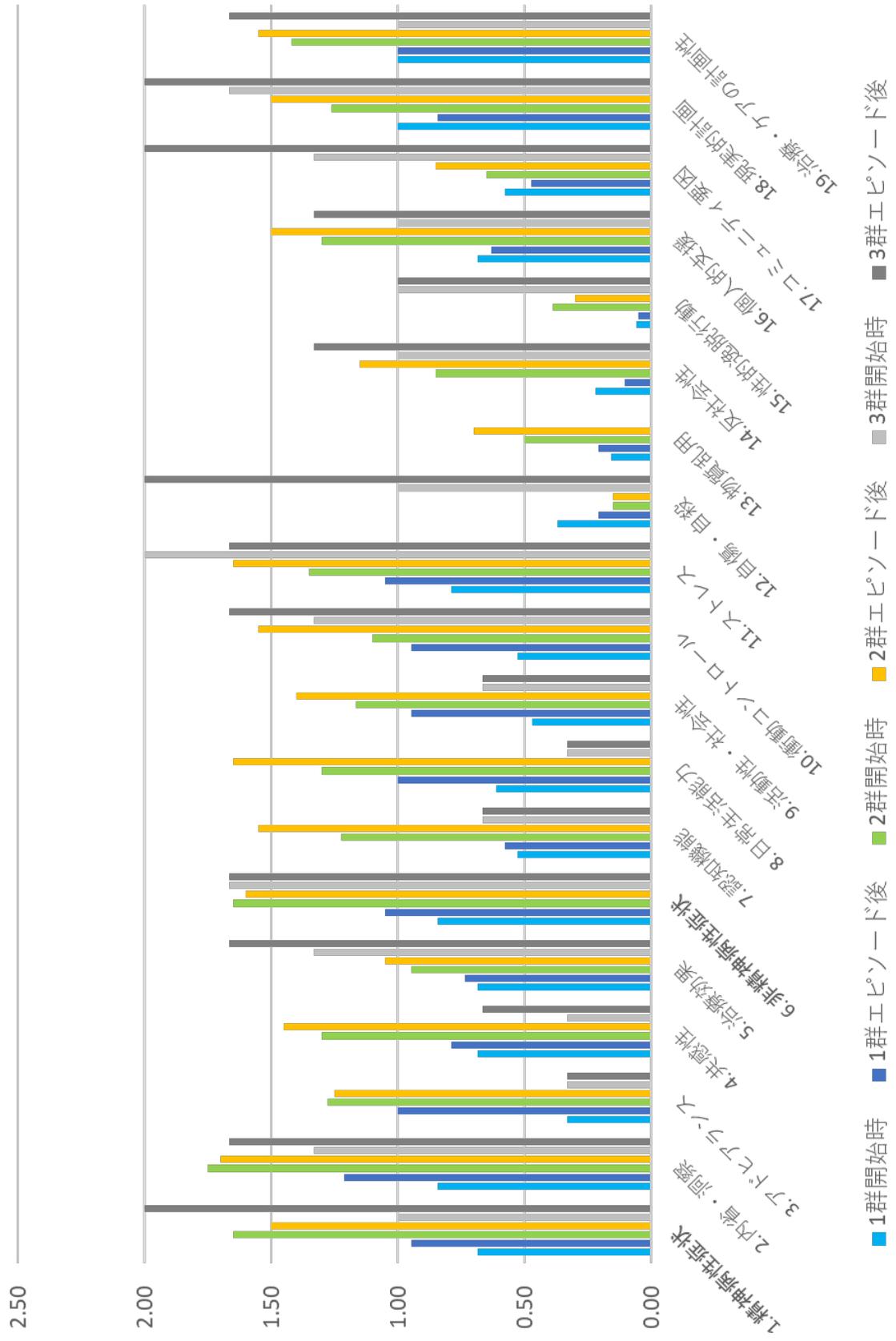


図5 各群の転帰

| 初回 57例 | 重複1 16例 | 重複2 4例 | 重複3 1例 |
|-------------|------------|-----------|---|
| 3年越え 19例 | 3年越え | 3年越え | 3年越え |
| 措置 2例 | 措置 | 措置 | 措置 最終転帰「措置入院」 1群：なし 2群：なし 3群：1例/3 (33%) |
| 医保 20例 | 医保 | 医保 | 医保 最終転帰「6ヵ月以上医保護入院」 1群：6例/18 (33%) 2群：6例/21 (29%) 3群：なし |
| 物質使用 8例 | 物質使用 | 物質使用 | 物質使用 最終転帰「物質使用」 1群：1例/18 (6%) 2群：1例/21 (5%) 3群：なし |
| 問題行動 4例 | 問題行動 | 問題行動 | 問題行動 最終転帰「逮捕拘留等問題行動」 1群：1例/18 (6%) 2群：2例/21 (10%) 3群：1例 (33%) |
| 再入院 4例 | 再入院 | 再入院 | 再入院 最終転帰「再入院」 1群：3例/18 (17%) 2群：4例/21 (19%) 3群：1例/3 (33%) |

図6 CLZおよびLAIの治療継続率

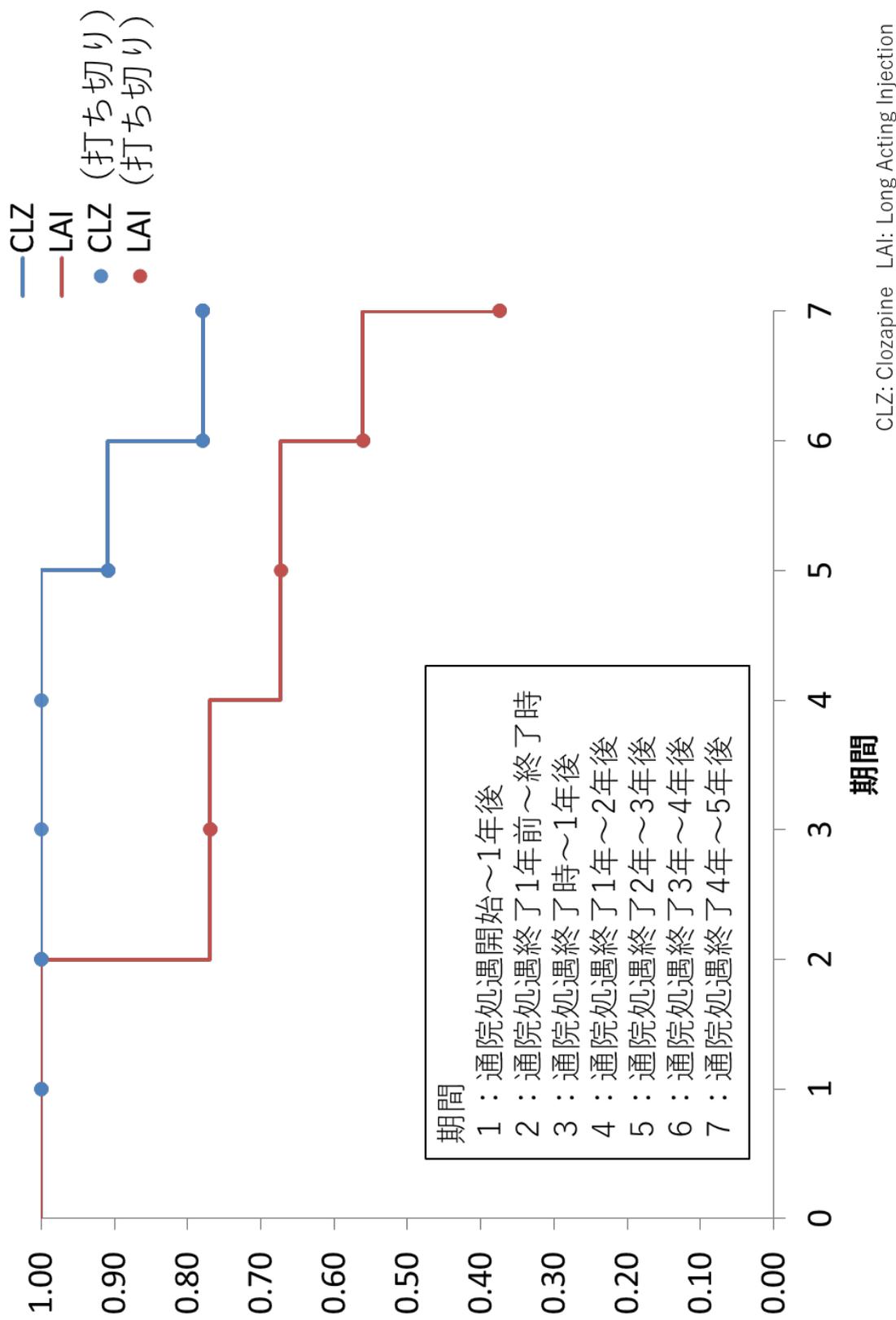


図7 CLZ群・非CLZ群 問題行動の種類

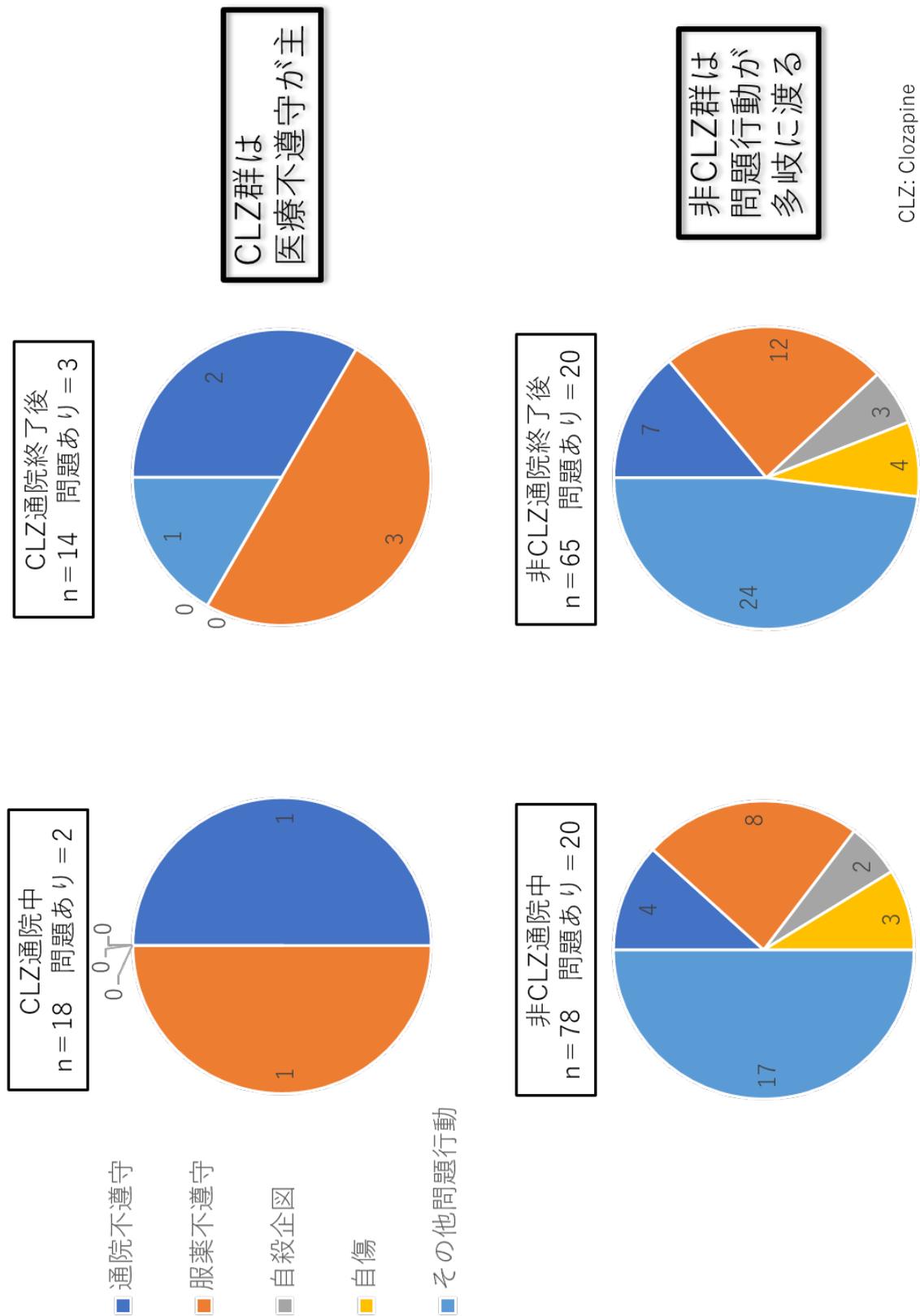


表2 対象者属性

| 年代 | 男性(人) | % | 女性(人) | % | 計 | % |
|-------|-------|------|-------|------|----|------|
| 20～29 | 6 | 6.3 | 0 | 0 | 6 | 6.3 |
| 30～39 | 11 | 11.5 | 3 | 3.1 | 14 | 14.6 |
| 40～49 | 22 | 22.9 | 5 | 5.2 | 27 | 28.1 |
| 50～59 | 22 | 22.9 | 3 | 3.1 | 25 | 26.0 |
| 60～69 | 11 | 11.5 | 6 | 6.3 | 17 | 17.7 |
| 70～79 | 6 | 6.3 | 0 | 0.0 | 6 | 6.3 |
| 80～ | 0 | 0.0 | 1 | 1.0 | 1 | 1.0 |
| 計 | 78 | 81.3 | 18 | 18.8 | 96 | 100% |

| 主診断 | 男性(人) | % | 女性(人) | % | 計 | % |
|-----|-------|------|-------|------|----|------|
| F0 | 1 | 1.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.0 |
| F1 | 1 | 1.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.0 |
| F2 | 70 | 72.9 | 14 | 14.6 | 84 | 87.5 |
| F3 | 2 | 2.1 | 3 | 3.1 | 5 | 5.2 |
| F6 | 1 | 1.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.0 |
| F7 | 1 | 1.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.0 |
| F8 | 1 | 1.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.0 |
| 不明 | 1 | 1.0 | 1 | 1.0 | 2 | 2.1 |

| 対象行為 | 男性(人) | % | 女性(人) | % | 計 | % |
|---------|-------|------|-------|-----|----|------|
| 殺人・殺人未遂 | 15 | 15.6 | 5 | 5.2 | 20 | 20.8 |
| 傷害 | 41 | 42.7 | 4 | 4.2 | 45 | 46.9 |
| 放火 | 14 | 14.6 | 8 | 8.3 | 22 | 22.9 |
| 強盗 | 2 | 2.1 | 1 | 1.0 | 3 | 3.1 |
| 強制わいせつ | 5 | 5.2 | 0 | 0 | 5 | 5.2 |
| 強制性交等 | 1 | 1.0 | 0 | 0 | 1 | 1.0 |

表3 支援状況・問題行動・転帰

| | 開始時～1年後 | 終了前1年～終了 | 終了～1年後 | 終了1～2年後 | 終了2～3年後 | 終了3～4年後 | 終了4～5年後 |
|---------------------|---------|----------|--------|---------|---------|---------|---------|
| n | 96 | 88 | 79 | 65 | 60 | 48 | 41 |
| 通院頻度 | | | | | | | |
| 通院なし | 9 | 6 | 10 | 8 | 5 | 4 | 3 |
| 月1回未満 | 0 | 2 | 7 | 5 | 7 | 6 | 5 |
| 月1回以上～2回未満 | 9 | 24 | 29 | 27 | 27 | 23 | 22 |
| 月2回以上～4回未満 | 40 | 31 | 19 | 17 | 15 | 14 | 7 |
| 月4回以上 | 34 | 22 | 7 | 7 | 3 | 1 | 1 |
| 頻度不明 | 4 | 3 | 7 | 1 | 3 | 0 | 3 |
| 精神保健福祉法入院の有無 | | | | | | | |
| 入院あり | 28 | 21 | 19 | 14 | 10 | 6 | 10 |
| 措置入院 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 調整入院 | 10 | — | — | — | — | — | — |
| ケア会議 | | | | | | | |
| あり | 90 | 79 | 28 | 24 | 15 | 10 | 7 |
| 平均開催数/年 | 5.88 | 4.95 | 3.17 | 2.19 | 2.28 | 1.53 | 0.64 |
| クライシスプランの活用 | | | | | | | |
| あり | 61 | 48 | 23 | 21 | 17 | 10 | 8 |
| モニタリングシートの活用 | | | | | | | |
| あり | 56 | 41 | 19 | 11 | 10 | 5 | 4 |
| 問題行動 | | | | | | | |
| 重大な他害 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1(傷害) | 0 |
| 通院不遵守 | 2 | 3 | 5 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 服薬不遵守 | 4 | 5 | 6 | 3 | 3 | 3 | 4 |
| 性的逸脱 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 自殺既遂 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 自殺未遂 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 自傷 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| その他の問題行動 | 9 | 8 | 11 | 7 | 3 | 3 | 2 |
| 全ての問題行動 | 19 | 21 | 24 | 14 | 10 | 9 | 11 |
| 転帰 | | | | | | | |
| 精神保健福祉法通院 | | 68 | 63 | 56 | 52 | 42 | 35 |
| 精神保健福祉法入院 | | 9 | 7 | 6 | 6 | 3 | 3 |
| 医療観察法再入院 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 死亡・事故 | | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 死亡・病死 | | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 死亡・自殺 | | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 通院先変更 | | 9 | 5 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| その他 | | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |

図8 琉球病院医療観察法病棟入院対象者 社会復帰関連指標の比較

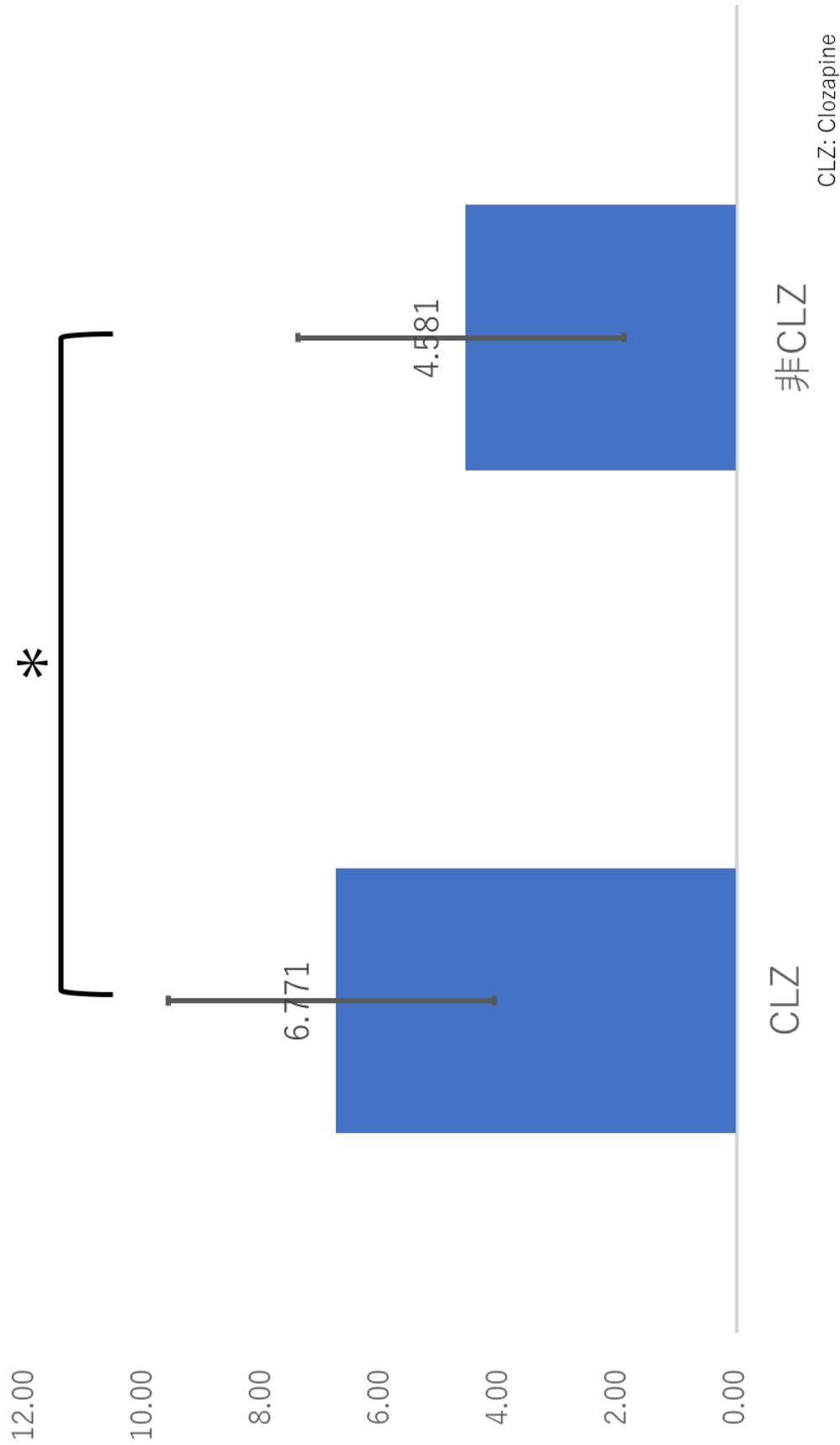


表4 CLZ群およびLAI群の問題行動発生経過と種類

| | 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 |
|------|---------|---------------|---------|---------|---------|------------|---------|
| CLZ1 | | | その他 | | | | |
| CLZ2 | | | | | | 不遵守 | |
| CLZ3 | 不遵守 | | | | | | |
| CLZ4 | | 不遵守 | 不遵守 | 不遵守 | | | |
| | 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 |
| LAI1 | | 不遵守 | 不遵守 | 不遵守・その他 | | 重大・その他・不遵守 | |
| LAI2 | 不遵守 | | | | | | |
| LAI3 | | 不遵守 | 不遵守・その他 | 不遵守・その他 | 不遵守 | 不遵守 | |
| LAI4 | | | | | | 不遵守 | |
| LAI5 | | 不遵守・企図・性的・その他 | | | | | |
| LAI6 | | その他 | その他 | | | | |

CLZ: Clozapine LAI: Long Acting Injection

令和4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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

分担研究報告書

医療観察法再鑑定の必要性に関する調査および検討

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：

医療観察法 52 条鑑定の実態を把握したうえで、指定入院医療機関からの退院と同時に処遇終了となる事例の指定入院医療機関からの申立ての基準や審判における判断基準を明らかにするために研究を行った。令和4年度は、令和3年度の本研究で医療観察法 52 条鑑定ありと回答した5施設を対象として、52 条鑑定事例に関する情報を収集し、医療観察法 52 条鑑定の実態把握を行った。

4 施設（回収率 80.0%）から4事例の回答を得た。収集できた 52 条鑑定事例から得られた情報の範囲では、退院・入院継続の審判では、医療観察法による医療の必要性の評価で問題とされる疾病性、治療反応性、社会復帰要因は、要件というよりは、要素として評価されている可能性が示唆された。また、指定入院医療機関から処遇終了の申立てを行う場合に考慮すべきことについて、事例に基づいて考察した。疾病性だけを理由とした申立ては適切とはいえないこと、治療反応性の評価がもっとも重要であること、治療が尽くされていることを確認するためには他の指定入院医療機関によるコンサルテーションの活用や 52 条鑑定の積極的な実施が有用と思われることを指摘した。

研究協力者（順不同、敬称略）

椎名明大 千葉大学社会精神保健教育
研究センター

A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」の施行によって、他害行為を行った精神障害者のうち心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対しては、特別法による処遇が保証されることになった。医療観察法の施行直後は、指定医療機関の不足や審判や鑑定結果のばらつきなどの問題が指摘されていたが、施行

後 17 年以上が経過し、制度の運用は安定してきている。入院期間は当初の想定より長期化しているものの、司法の関与のもとに、早期に社会復帰する対象者の増加や地域処遇中の再他害行為の少なさなど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達成されていることが示唆されている¹⁾²⁾。また、医療観察法病棟では、多職種協働チームによる治療計画に基づく医療などにより、従来の精神科医療では社会復帰困難とされてきた患者であっても、治療が奏功して社会復帰可能となる事例が少なくなることが明らかになっている³⁾。

医療観察法の対象者は、(1) 重大な他害

行為を行っていること、(2) 心神喪失者等と認定され刑を免れていること、(3) 医療観察法による医療が必要であること（疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3要件を満たしていること）、の3つの条件を満たしていることが必要とされている。医療観察法では、対象者の処遇は、裁判官と精神保健審判員（精神科医）による合議体によって構成される審判によって決定される。検察官による申立てに基づいて行われる当初審判（医療観察法42条）では、先の3つ条件のうち、(1) (2) については合議体を構成する裁判官によって、(3) については医療観察法鑑定書をもとに、社会復帰調整官の作成する生活環境調査報告書、精神保健参与員・検察官・対象者・付添人の意見を参考として、裁判官と精神保健審判員との合議によって判断される。

医療観察法による医療のうち、入院による医療は、指定入院医療機関の医療観察法病棟で提供される。医療観察法病棟入院中の対象者の退院・入院継続については、退院許可等の審判（医療観察法51条）によって行われるが、その結果は、(1) 入院継続（51条1項1号）、(2) 退院を許可し、地域処遇へ移行する（51条1項2号）、(3) 退院を許可し、医療観察法による医療を終了する（51条1項3号）の3種類がある。また、医療観察法52条は、退院または入院継続に関する審判について、裁判所が審判のために必要と認める場合には、対象者に対する医療観察法による医療の必要性について、精神保健判定医等に鑑定（以下、「医療観察法52条鑑定」と略記する）を命ずることができる旨を規定している。

指定入院医療機関は対象者が前記の3要件（疾病性、治療反応性、社会復帰要因）を欠く場合には、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

関からの退院と同時に処遇終了となる事例の割合は、指定入院医療機関ごとにまた地域ごとにばらつきが存在することが知られている⁴⁾。医療機関の特性や地域性の存在を考えると、ある程度のばらつきは許容されるとしても、ばらつきを最小化するための努力は必要である。しかし、指定入院医療機関や裁判所における処遇終了判断の基準、審判のあり方は示されていない。また裁判所の合議体は指定入院医療機関の意見を基礎に審判を行うとされており、退院申立てに関する合議体のチェック機能は限定的である。ドイツにおける精神病院収容処分の長期収容者の収容継続要件の厳格化ならびに収容要件確認のための鑑定の鑑定人を治療者から独立した専門家に限定するという確認手続の厳密化は、長期入院対策や処遇終了の適正化に重要な示唆を与える⁵⁾。こうした確認手続の厳密化という観点から、医療観察法52条に基づき治療者から独立した第三者による鑑定を実施することの必要性が指摘されている⁴⁾。

しかし、医療観察法52条鑑定については、実施件数を含め、その実態は明らかではなく、その実態を把握するための調査が必要である。

本研究の目的は、医療観察法52条鑑定の実態を把握したうえで、指定入院医療機関からの退院と同時に処遇終了となる事例の指定入院医療機関からの申立ての基準や審判における判断基準を明らかにすることである。

令和4年度は、令和医療観察法52条鑑定の実態把握を目的として調査を行った。

B. 研究方法

1. 調査対象

対象は、令和3年度の本研究で医療観察

法 52 条鑑定を経験したと回答した指定入院医療機関に入院中に 52 条鑑定を受けた入院対象者の診療録に記載された情報である。

2. 調査方法

令和 3 年度の調査で医療観察法 52 条鑑定の経験ありと回答のあった指定入院医療機関のうち研究協力への同意のあった施設を対象に事例の詳細に関する調査を行った。

調査票を作成し、当該対象者について、指定入院医療機関の医師に以下の項目について回答を依頼した。

性別、年代（当初審判時、52 条鑑定時）、精神科診断名（指定入院医療機関における）、対象行為の概要、入院後の治療経過、52 条鑑定実施にいたる経緯、52 条鑑定実施後の経過

（倫理面への配慮）

本研究は千葉大学医学研究院倫理審査委員会より承認を得て実施した（承認番号 M 10396）。

C. 研究結果

1) 52 条鑑定の実施状況について

52 条鑑定は、退院・入院継続の申立て（49 条、50 条）に関する審判を行う際に行われる。裁判所の統計（最高裁判所事務総局刑事局：平成 18 年、23 年、28 年、令和 2 年における刑事事件の概況、法曹時報掲載）に基づき医療観察法施行から 2020 年までの退院・入院継続の申立ての件数と 52 条鑑定の実施件数を表に示した。

2) 52 条鑑定の実態について

調査対象とした 5 施設のうち 4 施設から回答があり、4 件の 52 条鑑定事例の情報を収集することができた。収集した 52 条鑑定事例 4 例の概要を以下に示す。

（事例 A）

【診断名】アスペルガー症候群（ICD-10 F84.5）

【対象行為】傷害

【52 条鑑定人】他施設の医師

過去に医療観察法による入院処遇となり治療反応性を理由に処遇終了・精神科病院転入院となった事例。再被害行為により入院処遇となった。対象者・家族の医療に対する不信感があり、病棟内では、対象者による性的逸脱行動が問題となっていた。

当初審判の統合失調症の診断から、アスペルガー障害へと変更され、入院 5 ヶ月後に疾病性を理由に処遇終了申立が行われた。裁判所は、疾病性がないとの判断に躊躇を覚えること、社会復帰要因について、他害リスクが高まった場合の介入方法が想定されていないことなどから 52 条鑑定の実施を決定した。52 条鑑定の結果は、統合失調症を否定する根拠はなく、疾病性がないとはいえないこと、これまでの治療経過ならびに対象者・家族の医療不信が強いことから、医療観察法の医療を継続することによる精神障害の改善、症状の増悪の抑制は期待できず、治療反応性は乏しいというものであった。社会復帰調整官と付添人による調整が行われ、自宅に退院し、自立支援施設の訪問ケアを受ける体制が確保された。裁判所は、52 条鑑定の結果も踏まえ治療反応性を理由に処遇終了とした。

（事例 B）

【診断名】統合失調症（ICD-10 F20）

【対象行為】傷害

【52 条鑑定人】他施設の医師

家族の治療への理不尽な介入（使用する抗精神病薬を指定し、担当医や病棟に恫喝の面会や電話を繰り返す）が問題となった事例で、入院 3 年後に、これ以上の改善が見込めないという理由で処遇終了申立が行われた。また、処遇終了後については、以

前通院していた病院への転入院のための調整が行われていた。裁判所は、52条鑑定を実施し、その結果も踏まえ、十分な治療反応性はないことを確認し、以前通院していた病院への転入院を前提として処遇終了とした。

(事例 C)

【診断名】統合失調症 (ICD-10 F20.9)

【副診断】小児性愛 (ICD-10 F65.4)、軽度精神遅滞 (ICD-10 F70)

【対象行為】強制わいせつ

【52条鑑定人】他施設の医師、指定通院医療機関所属

当初審判で統合失調症、軽度精神発達遅滞、小児性愛の診断を受けている事例で、入院2年後(3回目の審判)に指定入院医療機関から、統合失調症の可能性が低いこと、再被害行為防止のための体制構築が必要である旨の意見を付して入院継続の申立をしたところ、地方裁判所では、統合失調症の診断を前提として疾病性、治療反応性を検討し入院継続の決定となった。対象者側から抗告がなされ、抗告審で、疾病性・治療反応性について十分な審理を尽くしていないという理由で差し戻しとなり52条鑑定が行われた。統合失調症の治療でもまだやれることがあるという52条鑑定の鑑定人の見解をもとに、審判では、通院決定とされ、対象者は鑑定人の所属する指定通院医療機関に転入院した。

(事例 D)

【診断名】自閉症スペクトラム障害 (ICD-10 F84.9)

【副診断】統合失調症 (ICD-10 F20.9)

【対象行為】殺人未遂

【52条鑑定人】他施設の医師、指定入院医療機関所属

当初審判では、統合失調症に広汎性発達障害が合併していると判断された事例であ

る。指定入院医療機関の多職種協働チームは、統合失調症の診断に否定的であったが、統合失調症を否定することもできず、主診断を自閉症スペクトラム障害、副診断を統合失調症として治療を継続していた。入院1年7ヶ月後(3回目の審判)に入院継続の申立を行ったところ、精神保健審判員から、治療反応性がないので入院継続はできないという意見があり、52条鑑定となった。52条鑑定の結果は、主診断は統合失調症であり、今後も適切な治療により改善が見込まれることなど具体的な治療の方向性を指し示すものであった。裁判所は、鑑定結果に基づき、入院継続の決定を行った。

D. 考察

1) 52条鑑定事例の件数と本調査の意義

退院・入院継続に関する審判では、指定通院医療機関の管理者の意見を基礎として審判を行うこととされている。審判にあたり裁判所が、指定入院医療機関の管理者の意見だけで医療観察法による医療の必要性の可否を判断できると考えた場合には、52条鑑定を行うまでもなく、審判決定が行われる。こうした事情もあって、52条鑑定が実施される事例はきわめて少ない。医療観察法施行から2020年までの約16年間で、52条鑑定が実施されたのは、11件にすぎず、52条鑑定実施率は、高い年でも0.29%に止まる。本研究で収集できた52条鑑定事例は4例に過ぎないが、52条鑑定実施事例全体の36.4%をしめている。本研究の結果は、少数とはいえ、52条鑑定の実態を初めて明らかにするものであり、意義のあるものと思われる。

2) 52条鑑定実施の経緯

本研究で収集した52条鑑定事例のうち、指定入院医療機関から処遇終了を申立てたのが2例(事例A, B)、入院継続を申立てた

のが2例(事例C,D)であり、審判の結果は、処遇終了が2例(事例A,B)、通院処遇への移行が1例(事例C)、入院継続が1例(事例D)であった。

今回収集できた事例の範囲では、52条鑑定が実施される経緯は、以下の2つに大別されよう。

(1) 精神科診断の困難な場合

当初審判やその際に行われた医療観察法鑑定と入院後に行われた指定入院医療機関の多職種協働チームの間で精神科診断に相違が生じている場合。今回収集できた事例(事例A,D)では、統合失調症と自閉スペクトラム症との鑑別・合併が問題となっていた。こうした事例で、どちらの見解が適切かどうかについて、裁判所が判断に困った場合に、公正中立な立場からの意見を求めて、52条鑑定が実施される。

(2) 治療反応性や社会復帰要因の評価に懸念がある場合

対象者の病識や治療意欲に問題があったり(事例C)、家族等の支援者から治療の進展を阻害するような不適切な介入が行われたり(事例A,B)するなどの問題があり、退院に向けての調整に支障をきたしている事例。現状以上の治療反応性が望めるかの判断や退院後や処遇終了後の対象者の治療・生活状況や再被害行為のリスクなどに関する懸念があり、裁判所だけでは十分な判断ができないと考えられる場合に、公正中立な立場からの意見を求めて、52条鑑定が実施される。

3) 52条鑑定実施事例からみた医療観察法による医療の必要性の判断

医療観察法による医療の必要性については、疾病性、治療反応性、社会復帰要因の3つの要件を満たすことが必要とされている。ただし、これら3つの要件は、独立し

た構成概念とは必ずしもいえず、相互に関連した部分も少なくない。要件として、1つでも一定の水準以下になれば、そのことだけで、医療観察法による医療の必要性がないと評価するよりは、それぞれを要素と考え、それらを総合的に評価する方が臨床的な判断との整合性はより高いように思われる⁶⁾⁷⁾。もっとも、医療観察法の入口である当初審判においては、要素と考えると治療反応性が拡大解釈され、社会復帰要因がきわめて高い場合には、入院による医療の対象となる可能性があり、その場合には、治療なき拘禁が生じるリスクが指摘されている⁸⁾。したがって、当初審判において、それぞれを要件として、慎重に判断することには、一定の合理性がある。

今回収集できた52条鑑定事例からみれば、裁判所は、たとえば疾病性がなくなったというようにひとつの要件を満たさなくなったという理由だけで、退院許可や処遇終了決定を行っているわけではないことが示唆される。むしろ、指定入院医療機関からの疾病性がないという理由による申立てに対しても、治療反応性や社会復帰要因などにも目配りし、52条鑑定を実施したうえで、処遇終了を決定している。今回収集できた事例の範囲ではあるが、退院・入院継続に関する審判に関しては、医療観察法による医療の必要性は、3要件というよりは3要素として判断されている可能性が示唆される。

4) 指定入院医療機関よりの処遇終了申立の際に考慮されるべきこと

退院・入院継続の審判では、医療観察法による医療の必要性は、指定入院医療機関の管理者の意見を基礎として判断される。52条鑑定は、裁判所が、指定入院医療機関の管理者の意見だけでは十分な判断が行えない場合に行われるものであり、指定入院

医療機関の管理者の意見に対して裁判所が懸念や疑義をもった場合に実施されるものといえる。

指定入院医療機関に入院している対象者は、当初審判で医療観察法の入院による医療が必要と判断された人であり、対象者の社会復帰に向けての課題が同定されている。指定入院医療機関から退院や処遇終了を申立てる場合には、退院・処遇終了決定を行うにふさわしい状態に対象者がいることが確認されていることが望ましいと思われる。そのためには、指定入院医療機関における治療・支援によって、当初審判で同定された課題が改善され、入院を継続してもこれ以上の改善は望めず、退院・処遇終了後に想定される生活環境においても改善された状態が維持される見込みがたっていることを確認する必要がある。特に、処遇終了を申立てる事例は医療観察法の経過としては特殊な存在である。通院処遇への移行が想定される事例以上に、医療観察法による医療の必要性をより厳密に精査したうえで、申立てを行うことが望ましいといえよう。

52条鑑定事例は少数ではあるが、裁判所が指定入院医療機関の管理者の意見のどのような点に懸念や疑義をもつのか、52条鑑定の結果も受けて、裁判所がどのように決定を行ったのかなどを示すものである。以下、今回収集することができた52条鑑定事例をもとに、指定入院医療機関から処遇終了申立てを行う場合に考慮されるべきことについて考察する。

当初審判で認定された精神疾患の存在が否定された場合、疾病性の要件を満たさず、医療観察法による医療の必要性がなくなつたと考えることは論理的にはありえるかもしれない。しかし、事例Aの示すように、裁判所は、そのような判断方法はとらないようである。事例AやDの示すように、統

合失調症と自閉スペクトラム症の鑑別を完全に行うことは困難であり、両者が合併している事例も少なくない。事例Aの52条鑑定人も指摘するように、統合失調症と自閉スペクトラム症の鑑別が困難な事例について、統合失調症である可能性を完全に否定することはできない。指定入院医療機関からの処遇終了申立てを疾病性だけを理由として行うことは適切とはいえないであろう。なお、精神科診断が変更された場合には、それに伴って治療反応性や社会復帰要因の評価も変化する。精神科診断が変更された場合には、新たな精神科診断のもとでの治療反応性や社会復帰要因の評価を行うのが適切と思われる。

今回収集できた事例をみても、退院・入院継続の審判にあたり、裁判所は、対象者が退院や処遇終了後にどのような生活環境におかれるのか、治療継続や危機介入のためにどのような支援体制が構築されるのかについて強い関心をもっている。これは、社会復帰要因に関する評価であり、退院・処遇終了後の受け皿の選択を意味している。退院・処遇終了後の受け皿の選択は、指定入院医療機関だけで行えるものではなく、社会復帰調整官による生活環境調整によるところも大きい。また、事例Cのように52条鑑定を契機として退院先が決まることもある。指定入院医療機関としては、対象者の社会生活能力についてアセスメントを繰り返し、どの程度までの回復が可能であるかを見極めておく必要があると思われるが、この評価は、治療反応性とも密接に関連した評価といえよう。

治療反応性は多義的な用語である。治療反応性には、病状の悪化の防止も含むとされており、アルコール依存症のように一般的には非自発的治療になじまないような精神疾患であっても、そのことだけで、医療

観察法による医療の必要性がないと判断してはならないとされている（令和3年8月30日最高裁判所第2小法廷決定）。

治療反応性の評価にあたっては、時間軸を考慮する必要がある。当初審判における治療反応性の評価は、医療観察法鑑定等で得られた情報に基づく見込みであり実際の治療は実施されていない状況での評価であるのに対して、退院・入院継続の審判での治療反応性の評価は、指定入院医療機関において実際に治療を行ったうえでの評価である。治療に難渋し、入院が長期化している対象者に関して、指定入院医療機関から処遇終了の申立てを行う場合には、治療反応性の評価がもっとも重要であり、現在の精神科医療の水準で対象者に行える治療が尽くされており、これ以上の改善が望めないことが確認されたうえで、処遇終了の申立てを行うことが望ましいといえよう。

治療が尽くされていることの確認のためには、ケースフォーミュレーションを行い、評価と治療を繰り返すことになる。しかし、事例Bのように、裁判所が、治療を担当している指定入院医療機関の評価だけでは十分ではないと考えて52条鑑定が実施されることがある。また、事例Dでは、指定入院医療機関での治療経験の豊富な鑑定人が52条鑑定を行っており、その結果は、対象者の治療に難渋していた指定入院医療機関の多職種協働チームに治療の方向性を指し示す有益な内容のものであった。治療が尽くされているかどうかの確認のためには、このように治療者から独立した第三者的な立場からの評価が有益な場合は少なくないと思われる。現在、複雑事例について、他の指定入院医療機関によるコンサルテーションが行われているが、治療に難渋している対象者の治療・評価にあたっては、こうしたコンサルテーションを受け、その助言

を治療・評価に活かすことは、治療が尽くされていることを確認するためにも有用な手段といえよう。

治療が尽くされていることを確認するためには、一定の時間をかけることも重要である。ただし、その確認のために入院期間が長引きすぎても、今度は、治療なき拘禁のリスクが生じることになる。治療やそれに対する反応は個々の事例によっても異なることを考えれば、治療が尽くされていることの確認は、両者のバランスを考慮したうえで、個々の事例ごとに行われるべきものといえよう。

5) 52条鑑定の活用について

現在、52条鑑定の実施率はきわめて低い。しかし、事例AやDでは、52条鑑定の実施により、対象者の診断・治療をめぐる問題が整理・改善されていた。52条鑑定は、治療者とは独立した専門家による医療観察法による医療の必要性に関する評価である。裁判所が、指定入院医療機関の管理者の意見に疑義や懸念を感じ、カンファレンスなどを行っても疑義や懸念が解消されない場合には、積極的に52条鑑定を実施することが、対象者のより適切な処遇につながることを示唆される。

E. 結論

52条鑑定を経験した指定入院医療機関を対象として52条鑑定事例に関する情報を収集した。4施設から4事例の52条鑑定事例を収集した。収集できた52条鑑定事例から得られた情報の範囲では、退院・入院継続の審判では、医療観察法による医療の必要性の評価で問題とされる、疾病性、治療反応性、社会復帰要因は、要件というよりは、要素として評価されている可能性が示唆された。また、指定入院医療機関から処遇終了の申立てを行う場合に考慮すべきことについて、事例に基づいて考察した。

疾病性だけを理由とした申立ては適切とはいえないこと、治療反応性の評価がもっとも重要であること、治療が尽くされていることを確認するためには他の指定入院医療機関によるコンサルテーションを活用や52条鑑定の積極的な実施が有用と思われることを指摘した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

五十嵐禎人：責任能力の判定と処遇のためのアセスメント 刑事責任能力鑑定と医療観察法鑑定をめぐって. 司法精神医学, 2022; 17(1): 24-32

2. 学会発表

東本愛香, 西中宏吏, 野村照幸, 五十嵐禎人：出院者の支援に関するクライシスプランを用いた実践事例. 第18回日本司法精神医学会大会, Web開催, 会期2022.7.9-8.8

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

文献

- 1) 村上優：医療観察法の10年 改革の糸口. 司法精神医学 10 (1) 3-9, 2015.
- 2) 五十嵐禎人:触法精神障害者と医療観察

法. 臨床精神医学, 46(4)389-396, 2017.

- 3) 村上優:司法と医療の狭間にある事例にどう対応するか. 精神科臨床サービス, 17 (3) : 245-250, 2017.
- 4) 平林直次:令和2年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))「医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究」総括研究報告書, 2021.
- 5) 五十嵐禎人:令和2年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))「司法精神医療の国際比較に関する研究」分担研究報告書, 2021.
- 6) 三好幹夫:心神喪失者等医療観察法施行後2年の現状と課題について.判例タイムズ 1261 : 25-35, 2008
- 7) 五十嵐禎人:医療観察法におけるリスク評価. 臨床精神医学, 38 (5) :571-575, 2009
- 8) 椎名明大:医療観察法に関する精神鑑定. 刑事精神鑑定ハンドブック(五十嵐禎人, 岡田幸之編), 中山書店, 東京, p.47-66, 2019

表 退院・入院継続の審判の終局人員と52条鑑定の行われた人員

| 年 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 終局人員 | 0 | 166 | 492 | 750 | 896 | 902 | 1062 | 1226 | 1270 | 1405 | 1482 | 1327 | 1389 | 1392 | 1330 | 1373 |
| 鑑定の行われた人員 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 4 | 0 | 0 |
| 実施率 | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.11% | 0.11% | 0.09% | 0.08% | 0.00% | 0.07% | 0.00% | 0.00% | 0.14% | 0.29% | 0.00% | 0.00% |

令和4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））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

分担研究報告書

医療観察法鑑定書の作成方法に関する研究

研究分担者 岡田 幸之 東京医科歯科大学大学院 精神行動医科学分野

研究要旨：

「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）」において審判はそのケースごとの運用を決定づける重要な役割を果たしている。しかし、その審判に資される医療観察法の鑑定および鑑定書の作成方法はこれまで各鑑定医に任されてきた。そこで本研究では、医療観察法の鑑定書の作成に関する方法論の提案を目的とすることにした。令和4年度にはその具体的な方法として、鑑定書を提出する際にまとめとして添付する「鑑定書総括用書式」を作成することを提案し、その作成方法の解説および作成例9例を提示した「手引き」を完成した。

研究協力者（順不同、敬称略）

| | |
|------|---------------------|
| 茨木丈博 | 神奈川県立精神医療センター |
| 大澤達哉 | 東京都立松沢病院 |
| 木下英俊 | 同上 |
| 荒川育子 | 同上 |
| 賀古勇輝 | 北海道大学病院附属司法精神医療センター |
| 柏木宏子 | 国立精神・神経医療研究センター病院 |
| 加藤愛理 | 同上 |
| 久保彩子 | 国立病院機構琉球病院 |
| 椎名明大 | 千葉大学社会精神保健教育研究センター |

ケースごとの運用を決定づける重要な役割を果たしている。しかし、その審判に資される医療観察法の鑑定および鑑定書の作成方法はこれまで各鑑定医に任されてきた。

この鑑定書が精神医学的に信頼性の高いものでなければならないことは言うまでもない。それは法的に公正であるということにもつながる。そして鑑定書を作成するには大変な手間がかかる。対象者にとっては2～3ヶ月という貴重な時間をかけて行われる。経済的にみても多額の費用がかけられている。このような負担のもとで作成されるのであるから、鑑定書は最大限にその利用価値が引き出されるべきである。この制度の処遇を通じて、さらにはその処遇を終えてからも、先々まで役に立てられることが望まれる。

このような観点から、1 精神医学的な信頼性の高さ、2 法的な公正性の高さ、3 実務

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）」において審判はその

的な利用価値の高さ、の3点にかなう鑑定書が作成されることを目標として、方法論を確立することにした。

B. 研究方法

1. 鑑定の「総括用書式」の開発

一般的に信頼性の高さや公正性を追求するならば、画一的なものを目指すべきだという面が出てくる。しかし実際の鑑定ではケースごとに多様な整理が必要である。対象者の精神障害の種類による違いはもちろん、その人がどのような人生を歩んできて、障害を抱えながらどのように暮らしてきたのか、対象行為に至る具体的な状況やその行為時と行為後の事情がどのようなものであったかなど、書き込まなければならない情報や評価というものは、個人ごとに全く異なる。それらを漏れなく拾いながら、同時に画一的であるような書式を用意することは困難である。またそのようなものを追求しすぎると、結局、汎用性を損ない、鑑定医にとってとても使いにくいものになってしまう。

こうした点を中心に検討をすすめ、それまでは「鑑定書書式」としてきた第3版から大幅に改訂をすることにした。あまり細かいことまでは定めずにできるだけ自由度の高いものにしつつ、しかし要点は確実におさえることにした。このことを実現しやすいように、鑑定書自体はそれぞれの鑑定医に作成をまかせることにして、鑑定書を提出する際にまとめる「総括用紙」を作ることにした。

鑑定書の項目としては1 基本情報（1A 氏名、1B 性別、1C 生年月日、1D 鑑定書提出時の満年齢、1E 審判種別、1F 対処行為内容、1G 対象行為日）、2 精神障害の診断

（2A 対象行為当時の診断名と症状、2B 鑑定時現在の診断名と症状）、3 疾病性（3A 対象行為当時の症状と思考、感情、行動、対象行為の関係、3B 鑑定時現在の症状と思考、感情、行動の関係、3x 現在の精神障害と対象行為当時同様の機序の存否区分）、4 治療反応性（4A 今後の具体的な治療・支援の方策、4B そのアプローチによって見込まれる治療効果、4x 見込まれる治療効果の評価区分）、5 社会復帰要因（5A 現在の状態、5B 環境等の状況、5C 特記事項、5D 総合的な評価、5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分）、6 結論（6x 結論区分）、7 鑑定事項・主文、からなる。また任意で機序ないしフォーミュレーションの概要図を作成することも提案している。

2. 手引きの開発

書式の提案だけでは利用方法は理解されにくい。そこでこの書式の目的、意義、記入方法を示した手引きを作成した。この手引きには、実際に書式の記入をしてみるとどのようなことになるかということ为例示した、モデル作成例を9例掲載した。

（倫理面への配慮）

本研究は、鑑定書を裁判所に提出する際に利用する「総括用書式」の作成方法を検討、開発するものであり、倫理的配慮の必要な研究対象等やデータを扱うものではない。また成果物である鑑定書作成の手引きに掲載した作成例は全て架空事例である。

また本研究にあたって申告すべき利益相反はない。

C. 研究結果

1. 総括用書式

既述の総括用書式が本研究の第一の成果である。とくに医療観察法の3要件についてはまとめとして評価区分を作成した。具体的には以下の評価区分である。

<3x 疾病性：現在の精神障害と対象行為当時と同様の機序の存否区分>

- ・対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められ、同様の機序の構造は持続している。
- ・対象行為時の精神障害は鑑定時現在も認められるが、<症状等>の軽快・消褪等により、同様の機序の構造は認められなくなっている。
- ・対象行為時の精神障害は鑑定時現在は認められない。
- ・その他（ ）

<4x 見込まれる精神障害への治療効果の評価区分>

- ・反応性はない（あるいは反応性はほとんどなく、治療の効果は基本的に期待できない）。
- ・反応性は不明（どのような効果がどの程度期待できるか等は、現時点では不明）。
- ・反応性がある
- ・治療は悪化や進行の防止の意味にとどまる。
- ・治療によって有意な症状改善や病状安定後の再発・再燃防止の効果等が期待できる。
- ・その他（ ）

<5x 社会復帰要因・社会復帰阻害要因の評価区分>

- ・医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。
- ・医療観察法の専門的な医療を受けさせなければ、同様の行為を行う可能性はあるとは言えるが、その可能性は具体的・現実的とまでは言えない。
- ・医療観察法の専門的な医療を受けさせな

ければ、同様の行為を行う可能性があるとは言えない。

- ・その他（ ）

こうした区分表記によって鑑定意見がより明示されるようになった点が特徴の一つである。

2. 手引き

本研究では、総括用書式だけではなく、その利用にあたっての手引きを作成した。とくにモデル作成例を掲載したので、利用者はよりイメージを持ちやすくなっている。ただし、この作成例はあくまでも作成のイメージを示すものであって、その内容にある、鑑定意見の考え方、とくに決定の基準のようなものを示しているわけではないということには注意が必要である。そこで注意書きとして「※モデル作成例はあくまでも作成方法の理解を促す目的で作成しました。※鑑定の意見のあり方を提示あるいは推奨する目的で作成されているわけではありません。」と記した。

D. 考察

本研究の成果物である医療観察法の鑑定の「総括用書式」およびその使用のための「手引き」は、これまで鑑定医に完全に委ねられてきた鑑定結果の報告について一定の方法を示すことになる。無論、こうしたものは一旦定めればそれでよいというものではない。実際に活用をしてみるなかでより改善をすべき点は必ず見つかるであろう。今後はそういった意見などを積極的に収集して、さらに改訂を進める必要がある。

なお書式と手引きを広めるにあたっては関係各所にも説明などをしていく必要がある。そうした作業も今後進めていく予定である。

E. 結論

医療観察法において審判はそのケースごとの運用を決定づける重要な役割を果たしている。しかし、その審判に資される医療観察法の鑑定および鑑定書の作成方法はこれまで各鑑定医に任されてきた。

本研究では、医療観察法の鑑定書を提出する際に利用する総括書式を4回にわたる改訂を経て開発した。そして、その総括書式とその作成方法の解説、および総括書式の作成例9ケース分（モデル作成例）をまとめた手引きを完成した。

鑑定の報告方法と書式の統一を提案は、言うまでもなく行政的意義の高いものである。また多様な障害の多様な場面（初回審判、再入院審判、処遇終了審判など）を想定して完成したモデル作成例は現場での効果的な利用が見込めるものと思われる。

なお、今後、医療観察法の現場にこの書式の利用を広めるにあたっては、厚生労働省、検察庁、裁判所等に確認をとることが望ましいと考えている。

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過程の手引きについてご意見をいただきました皆様に感謝致します。

参考文献

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書 籍 名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|---------|-----------|-------|------|-----|-----|-----|
| なし | | | | | | | |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|---|--|---------------------------------|-------|---------|-------|
| Hiroko Kashiwagi, Junya Matsumoto, Kenichiro Miura, Koji Takeda, Yuji Yamada, Michiko Fijimoto, Yuta Yasuda, Hidenaga Yamamori, Manabu Ikeda, Naotsugu Hirabayashi, Ryota Hashimoto | Neurocognitive features, personality traits, and social function in patients with schizophrenia with a history of violence | Journal of Psychiatric Research | 147 | 50-58 | 2022 |
| Hiroko Kashiwagi, Kayo Kume, Koji Takeda, Taiki Ueshima, Osamu Asaumi, Mayu Omori and Naotsugu Hirabayashi | Responding to the COVID-19 outbreak as a therapeutic community in a forensic psychiatric ward in Japan-A reconsideration of the role of therapeutic community in disasters | Frontiers in Psychiatry | 13 | 577-69 | 2022 |
| 平林直次 | 精神科併依存症を持つパーソナリティ症の治療 | 精神療法 | 48巻6号 | 770-777 | 2022年 |
| 壁屋康洋 | シンポジウム「心理職とアディクション～新たな取り組みと繋がりをめざして」クレプトマニアへのアプローチ | 日本アルコール関連問題学会雑誌 | 24巻1号 | 92-96 | 2022年 |

| | | | | | |
|-----------|---|--------------------------|-------|---------|-------|
| 壁屋康洋, 濱野学 | 2021年シンポジウム 「新型コロナウイルス 感染症とメンタルヘル ス」水際対策フェーズ でのDPAT-ディスカッ ション- | 医療 | 76巻5号 | 354-358 | 2022年 |
| 壁屋康洋 | 医療観察法のリスク要 因研究と生活機能 | 精神科オキュ ペイショナル セラピー | 39巻 | 26-41 | 2022年 |
| 五十嵐禎人 | 責任能力の判定と処遇 のためのアセスメント 刑事責任能力鑑定と 医療観察法鑑定をめぐ って | 司法精神医学 | 17巻1号 | 24-32 | 2022年 |

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職 名 理事長

氏 名 中込 和幸

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 病院 司法精神診療部・部長

(氏名・フリガナ) 平林 直次・ヒラバヤシ ナオツグ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中込 和幸 印

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 客員研究員
(氏名・フリガナ) 河野 稔明 (コウノ トシアキ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中込 和幸

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 病院 司法精神診療部・第二司法精神科医師

(氏名・フリガナ) 竹田 康二・タケダ コウジ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立病院機構榊原病院

所属研究機関長 職名 院長

氏名 村田 昌彦

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 主任心理療法士

(氏名・フリガナ) 壁屋康洋 (カベヤヤスヒロ)

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 独立行政法人国立病院機構
小諸高原病院
所属研究機関長 職名 院長
氏名 村杉 謙次

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業
2. 研究課題名 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 独立行政法人国立病院機構 小諸高原病院・院長
(氏名・フリガナ) 村杉 謙次・ムラスギ ケンジ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立研究開発法人
国立精神・神経医療研究センター

所属研究機関長 職名 理事長

氏名 中込和幸

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 病院 臨床心理部・臨床心理室長

(氏名・フリガナ) 今村 扶美・イムムラ フミ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和5年3月7日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 中山 俊憲

次の職員の令和4年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会精神保健教育研究センター・教授

(氏名・フリガナ) 五十嵐 禎人 (イガラシ ヨシト)

4. 倫理審査の状況

| | 該当性の有無 | | 左記で該当がある場合のみ記入 (※1) | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|
| | 有 | 無 | 審査済み | 審査した機関 | 未審査 (※2) |
| 人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 千葉大学 | <input type="checkbox"/> |
| 遺伝子治療等臨床研究に関する指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| 厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 5 年 1 月 1 2 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京医科歯科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 田 中 雄 二 郎

次の職員の令和4年度 厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 障害者政策総合研究事業

2. 研究課題名 医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医歯学総合研究科 ・ 教授

(氏名・フリガナ) 岡田 幸之 ・ オカダ タカユキ

4. 倫理審査の状況

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

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

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

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

6. 利益相反の管理

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

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