

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3年度～令和4年度 総合研究報告書

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	11
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	23
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	35
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	66
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	73
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	101
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	107

III. 成果の刊行に関する一覧表	111
-------------------------	-----

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

令和3年度～令和4年度 総合研究報告書

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（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(河野班)、退院後の予後に関連する要因の抽出（入院データベースと予後調査の連結）(竹田班)、入院複雑事例の特徴と関連する要因の抽出(壁屋班)を行った。その結果、入院対象者の12類型、入院複雑事例を含む処遇終了と同時に精神保健福祉法入院となる対象者の特徴(年齢、F0、F1、F7との関係)、退院時の薬物療法と転帰や予後との関係が明らかとなった。通院複雑事例は3群に分類された(大鶴班)。社会復帰関連指標は入院複雑事例と通院複雑事例に共通の特徴であり、重症度の指標、治療の焦点化や進捗の指標として活用が可能と考えられた。

グループ2(事例研究)では、事例を収集し、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。大規模調査の結果から指定入院医療機関の治療や処遇判断は一様ではなく、指定入院医療機関の施設横断的試み「転院トライアル、SDM with CF (Shared Decision Making with Case Formulation)、コンサルテーション」によるばらつきの解消の重要性が指摘された(村杉班、今村班)。治療や処遇判断のばらつきの解消を目的として、施設横断的試みを臨床実践するためのツールや機能モデルを開発し、事業化のための準備を整えた(今村班)。また、処遇判断においては治療反応性の評価が重要であり、52条鑑定の積極的利用や(五十嵐班)、鑑定書作成に当たっては「鑑定書総括用書式」や「手引き」を使用することにより(岡田班)、処遇判断のばらつきの軽減が期待される。

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。

医療観察法医療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医療での実践をめざし、実施対象を焦点化しながら、簡易かつ効果的な治療および介入方法の開発を視野に入れ研究を進める。

B. 研究方法

研究代表者は、8つの分担研究班を編成し、グループ1ではデータベース事業のデータを主に利活用し入院および通院処遇に関する大規模調査を実施した。グループ2では複雑事例の治療や処遇に関する主に事例研究を行った。

分担研究班の構成

グループ1（大規模調査）

- 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）

グループ2（事例研究）

- 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）
- 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）
- 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）
- 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）

入院データベースを利活用し、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)。

医療観察法施行から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。

入院データベースから医療観察法病棟退院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(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、調査対象は医療観察法施行から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、再他害行為、共通評価項目の評点とした。調査期間は2018年7月15日から2021年7月15日までとして、通院処遇を受けた対象者について調査した(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(村杉班)と臨床普及の促進(今村班)に関する研究を行った。

指定入院医療機関を対象として処遇終了時における法52条鑑定の実態調査(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、鑑定書総括用書式・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研究分担者の所属する施設に設置された倫理委員会の承認を得る。
2. 個人情報の管理については、研究関係者以外の者がアクセスできない場所に保管する。
3. 研究結果の公表に当たっては、統計学的データのみを報告することを原則とする。
4. 症例報告が必要不可欠な場合には、個人の特定を不可能にする匿名化を実施する。
5. 介入研究を実施する場合、研究対象に文書で説明し同意を得る。

C. 研究結果

グループ1(大規模調査)

入院対象者の類型化研究では、法施行以来、入院処遇となった全数n=3,743名(研究不参加を申し出た者を除く、以下、他の分担研究班も同様)からデータセットを作成してクラスター分析を行った。クラスターの生成には主診断が強く影響していたため、主診断ごとにクラスター分析を行った。

その結果、対象者の基本類型は 12 類型 に整理された(河野班)。

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数は336名であった。薬物療法の内容から群分けすると、クロザピン（Clozapine：以下、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。

通院処遇期間中の精神保健福祉法入院累積発生率は、調整入院者（退院と同時に精神保健福祉法入院）を除くと、CLZ群と非CLZ群において有意差を認めなかった。

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（竹田班）。

医療観察法入院処遇終了と同時に精神保健福祉法入院となった対象者の要因として、高齢、F0、F1、F7が抽出された。また共通評価項目の評点では、入院処遇決定時から処遇終了時まで改善に乏しく、治療困難性に加え、指定入院医療機関の退院申立て判断のばらつき、すなわち処遇判断のばらつきが影響していた。

共通評価項目第2版での社会復帰関連指標（【衝動コントロール】【個人的支援】【物質乱用】【非精神病性症状3）怒り】【生活能力4）家事や料理をしない】【衝動コントロール1）一貫性のない行動】【非社会性9）性的逸脱行動】の7項目合計点）は、入院の長期化と頻回/長期行動制限の両方に関連

する要因であった（壁屋班）。

通院複雑事例の実態調査では、全国の通院医療機関675機関中381機関（57.9%）から回答を得た。また通院複雑事例該当57例（42機関、11.0%）を回収し統計学的解析を行った。通院複雑事例として、**通院複雑事例中核群、自傷・自殺企図群、アドヒアランス不良群**の3類型が抽出された。分担班会議では、研究協力者による類型化の臨床的妥当性が確認された。

また、医療観察法処遇終了者の予備的研究を並行して行い、96例の事例を収集した。統計解析の結果、CLZ治療を受けた対象者は、処遇終了後も治療継続率が高く、予後も通常薬物療法を受けた対象者と同様であることがわかった。

処遇終了後5年間の予後調査では、沖縄県と島根県を調査対象としてほぼ全数96名の調査票を回収した。再入院事例はなく、重大な他害行為を1件認めたが、重大な再他害行為の発生は低く抑えられていた（大鶴班）。

グループ2（事例研究）

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。**指定入院医療機関同士の転院や SDM with CF の効果が確認された(村杉班)。**

入院複雑事例に関する指定入院医療機関のコンサルテーションの臨床普及および制度化の提案を目指し、事務局の設置を念頭に、派遣および受入の依頼から施設のマッチング、実施までの流れを制度案として設計し、各種用紙類を作成したほか、3ペアの試行を経てマニュアル案として整備した(今村班)。

全国の指定入院医療機関を対象として行ったアンケート調査の結果、処遇終了に際して52条鑑定が行われていたのは4事例であった。鑑定ならびに審判結果は、医療終了2、通院処遇1、入院継続1であった。いずれの事例でも指定入院医療機関の判断と患者・家族や裁判所との間に見解の相違があり、52条鑑定に至っていた。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。治療反応性の評価がもっとも重要であり、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の有用性が指摘された(五十嵐班)。

医療観察法の審判に資する鑑定書の作成の補助を目的として、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(岡田班)。

D. 考察

1) 本研究の意義

本研究では国内外でもまれな大規模データベースを利用して、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、研究結果の信頼性や妥当性は高いと考えられた。

2) 個別の分担研究について

入院処遇ガイドラインでは、統合失調症を基本モデルとしてクリティカルパスのイメージが示されているが、実際の対象者のプロフィールは一樣ではない。**入院対象者の類型化(河野班)により個別性の高い治療・処遇のクリティカルパスを示すことが、今後可能となり、ガイドラインの改訂に大きく資する**ことが期待される。

本研究班において入院データベースと退院後の転帰予後とが初めて連結された。本研究では薬物療法に焦点を当て解析が行われたが、**今後、さまざまな視点からの解析が行われ、司法精神医学や司法精神医療に大きな貢献をもたらすことが期待される**(竹田班)。

社会復帰関連指標は、通院移行後の暴力や問題行動の危険性の指標であることが報告されており、**医療観察法医療対象者の重症度の指標、治療の焦点化や進捗の指標として活用が期待される**。また、社会復帰関連指標は**入院複雑事例と通院複雑事例に共通の特徴**であると考えられた(壁屋班)。

治療困難性には、指定入院医療機関の転院トライアルやコンサルテーション、SDM with CF(村杉班、今村班)の有効性が示唆されており、指定入院医療機関において積極的に導入されることが望まれる。ただし、

施設横断的試みであり、一般の精神医療でも未経験である。臨床定着には個別の指定入院医療機関を連携させるハブとなる組織や手順の明確化が不可欠である。本研究班では、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、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機能を担うモデルを示した(今村班)。

また、データベース事業では特別ワーキンググループが設置され、地方厚生局の管轄内に指定入院医療機関の連携会議、ブロック会議の試みが始まった。ブロック会議では事例検討会や研修会が定期的で開催されつつある。また、厚生労働省のピアレビュー事業では医療の向上や均てん化を目的として、指定入院医療機関の相互交流や相互点検が毎年行われてきた。これらの指定入院医療機関の垣根を越えた横断的試みにより、複雑事例の治療困難性を越えた退院促進や処遇判断上のバラツキの解消が期待される。

従来から医療観察法入院対象者の退院後の転帰や予後は各種指標から良好であることが示されてきた。本研究の結果から、通院処遇終了後の長期予後も良好であることが明らかになった。一方、通院複雑事例の存在は予想されてきたが、調査により通院複雑事例が確認され、通院複雑事例中核群、自傷・自殺企図群、アドヒアランス不良群に類型化された。今後、類型化に応じた通院処遇のあり方や治療技術が開発され、臨床応用されることが期待される(大鶴班)。

医療観察法で行われる多職種チームアプローチによる介入により、措置入院複雑事例の退院促進効果が認められたが、退院後の多職種チームアプローチの継続ができず、通院医療の不遵守に陥った。このことから退院後の通院多職種チーム体制の必要

性が指摘された(村杉班)。医療観察法医療の一般精神医療での般化を進める場合、多職種チームアプローチの効果が期待されるが、入院医療と通院医療において併行して進める必要がある。

入院複雑事例をめぐって治療困難性と処遇判断のバラツキの2つの課題が存在する。52条鑑定事例の調査からは医療観察法3要件は3要素として評価されている可能性が示唆された。また3要件の中でも治療反応性の評価が最も重要であり、治療が尽くされていることを確認するためには転院トライアル、コンサルテーションなどの施設横断的試みや52条鑑定の積極的な実施が有用と考えられる(五十嵐班)。

また、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」を作成することが提案され、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」が示された。今後、医療観察法鑑定の質の向上に寄与することが期待される(岡田班)。

E. 結論

○入院対象者の類型化を基に個別性の高い治療・処遇のクリティカルパスを示す必要がある。

○通院複雑事例については、類型化に応じた処遇のあり方や治療技術を開発し、臨床応用する必要がある。

○転院トライアル、コンサルテーション、SDM with CF、ブロック会議などの施設横断的試みを促進する事務局を設置し、指定入院医療機関のいわゆる“ピアレビュー事業”に組み込み、臨床実践することが期待される。

○社会復帰関連指標は入院および通院対象者の重症度の指標、治療の焦点化や進捗の指標として活用可能である。

○入院継続および退院許可の申立てでは、

治療反応性の評価がもっとも重要であり、治療が尽くされていることを確認するために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望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 平林直次, 竹田康二: 重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰－医療観察法. 週刊 医学のあゆみ, 2021; 279(4): 293
- 2) 平林直次: 措置入院患者・医療観察法対象者への服薬アドヒアランス不良への対応. 臨床精神薬理, 2022; 25(2): 175-179
- 3) 野村照幸, 森田展彰, 村杉謙次, 大谷保和, 斎藤環, 平林直次: 医療観察法入院処遇クライシス・プラン作成研修プログラムの開発と効果検証. 精神医学, 2022; 64(2); 219-230
- 4) 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
- 5) 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)

- 6) 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
- 7) 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
- 8) 岡田幸之: 現代の精神鑑定に求められていること 鑑定に携わる精神科医の立場から. 司法精神医学, 2021; 16(1): 97-102
- 9) 茨木丈博, 岡田幸之: 検察官の要請に対する精神科医としての協力. 精神科治療学, 2021; 36(7): 803-807

2. 学会発表

- 1) 市橋佑香, 竹田康二, 山本壮則, 柳恵美子, 鈴木敬生, 山田悠至, 山下真吾, 朝海摂, 平林直次: 医療観察法病棟における情報アクセス環境調査. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021.6.11-6.12
- 2) 鈴木敬生, 今村扶美, 山口まりこ, 網干舞, 平林直次: 医療観察法指定入院医療機関における複雑事例に対する施設間コンサルテーションの手法開発とその有効性. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021.6.11-6.12
- 3) 山口まりこ, 網干舞, 今村扶美, 鈴木敬生, 平林直次: 医療観察法指定入院

- 医療機関における複雑事例にみられる治療課題とその対応～施設間コンサルテーションの結果より～. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021.6.11-6.12
- 4) 山田悠至, 稲川拓磨, 末吉一貴, 和田歩, 長谷川由美, 平林直次, 白間綾, 住吉太幹: 統合失調症の社会認知機能障害に対する経頭蓋直流刺激 (tDCS) の効果. 第 117 回日本精神神経学会学術総会, 京都府 (ハイブリッド形式), 2021.9.20
- 5) 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
- 6) 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・認知行動療学会, 東京都 (ハイブリッド形式), 会期 2022.11.11-11.13
- 7) 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
- 8) 竹田康二: データから見る医療観察法の現況. 第 16 回医療観察法関連職種研修会, Web 開催, 2021.9.3
- 9) 竹田康二: 司法精神医学と医療観察法. 東北精神神経学会主催令和 4 年度第 1 回生涯教育研修会, Web 開催, 会期 2022.10.8
- 10) 竹田康二: 医療観察法の 17 年間と今後の課題及び展望. 第 37 回 法と精神医療学会大会, Web 開催, 会期 2022.12.3
- 11) 壁屋康洋, 村杉謙次, 高野真弘: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究 (9) 入院データベースを用いた分析. 第 75 回国立病院総合医学会, Web 開催, 会期 2021.10.23-11.20
- 12) 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
- 13) 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
- 14) 村杉謙次: 医療観察法入院複雑事例に対する治療や介入方法の検討. 第 16 回医療観察法関連職種研修会, Web 開催, 2021.9.3
- 15) 斎藤勝仁, 村杉謙次, 瀬戸秀文, 高橋未央, 鷺塚伸介: 医療観察法入院医療における複雑事例に対する介入方法の検討 - 長期措置入院事例との比較を踏まえて -. 第 40 回信州精神神経学会 (ハイブリッド形式), 2021.10.16
- 16) 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
- 17) 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

- 18) 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3年度医療観察法MDT研修，Web開催，2021.10.1
- 19) 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
- 20) 大鶴卓，久保彩子，高尾碧，知花浩也，前上里泰史，諸見秀太：医療観察法指定通院医療の実態および通院対象者の予後に関する調査．第17回日本司法精神医学会大会，Web開催，会期2021.6.11-6.12
- 21) 久保彩子，諸見秀太，前上里泰史，知花浩也，高尾碧，大鶴卓：医療観察法通院処遇終了後の医療・ケア体制の変化および予後に関する調査．第17回日本司法精神医学会大会，Web開催，会期2021.6.11-6.12
- 22) 久保彩子，大鶴卓：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
- 23) 前上里泰史，大鶴卓：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
- 24) 久保彩子，大鶴卓：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，2022.7.9-7.10
- 25) 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．第17回日本司法精神医学会大会，Web開催，2021.6.11
- 26) 西中宏吏，東本愛香，五十嵐禎人：刑事施設出所者の更生保護施設入所期間における保護要因の変化－SAPROF動的要因に注目して－．第17回日本司法精神医学会大会，Web開催，会期2021.6.11-6.12
- 27) 椎名明大，新津富央，東本愛香，五十嵐禎人，伊豫雅臣：死刑制度と心神喪失抗弁に対する市民の意見に対する日英比較研究．第17回日本司法精神医学会大会，Web開催，会期2021.6.11-6.12
- 28) 東本愛香，西中宏吏，椎名明大，五十嵐禎人：少年院・少年刑務所における保護要因評価尺度の活用の取り組み．第17回日本司法精神医学会大会，Web開催，会期2021.6.11-6.12
- 29) 五十嵐禎人：認知症高齢者の触法行為とBPSD．第36回日本老年精神医学会，Web開催，2021.9.16
- 30) 五十嵐禎人：アルコール関連障害による健忘をめぐって．第117回日本精神神経学会学術総会，2021.9.20
- 31) 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

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

医療観察法における専門的医療の向上と普及に資する研究

令和3年度～令和4年度 総合研究報告書

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改訂の基礎とする情報を得ることを目的として、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、入院対象者の類型化を行った。

一次分析として、平成17年7月の医療観察法施行から令和3年6月までの約16年間に入院処遇が決定した3,743名の入院時年齢、性別、主診断、重複障害、対象行為、共通評価項目、入院期間、退院時処遇などのデータを用いて、TwoStepクラスター分析を行った。研究班内の議論を通じて、臨床的意義のあるクラスターが生成されるよう、分析の対象集団の設定と投入変数のパターンの選別を行った。また、二次分析として、平成29年7月から令和4年6月までの5年間に入院処遇が決定した1,198名の6ヶ月ごとの時系列データを用いて、対象者の治療経過に関する情報を含めた分析を行う準備を進めた。

一次分析における議論の中で、入院対象者を少数の「基本類型」で分類した上で、それぞれの基本類型の中で治療・処遇の進め方を修飾する因子を示すのが妥当と考えられ、分析の対象集団を主診断で分け、各集団の中で1～数個の基本類型を抽出することとした。また、対象者の特性によっては退院と共に処遇終了となる割合が高く、一部の対象者集団では処遇終了の判断の考え方が一律でない可能性が示唆されたことから、入院処遇ガイドラインを“治療軸”と“処遇軸”の2軸で組み立てることを念頭に置いて基本類型を検討することとした。その結果、F0・高齢者/認知症、F0・比較的若年/器質性精神障害、F1、F2・重複障害 F8、F2・重複障害 F1/F7、F2・重複障害なし、F3・女性の幼児殺害、F3・双極性障害の粗暴行為、F3・それ以外の気分障害、F7、F8、その他の主診断と、12の基本類型を得た。二次分析は引き続き進行中であるが、一次分析の結果を踏まえて分析方法を工夫することにより、より精緻な類型化に資する所見が期待される。

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。

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
一病院

A. 研究目的

医療観察法による医療は、入院処遇ガイドライン¹⁾および通院処遇ガイドライン²⁾に基づいて実施される。両ガイドラインは統合失調症を想定して作成されているが、対象者の特性は均一でなく、個別性に配慮した処遇が求められている。薬物療法や治療プログラムの効果が乏しく治療抵抗性であったり、反復する問題行動で隔離・拘束を要したりして入院が長期化する対象者（いわゆる複雑事例）や、発達障害や知的障害、物質使用障害などの重複障害を有する対象者、統合失調症以外の主診断を有する対象者の治療では、現行の処遇ガイドラインがなじまない部分もある。すべての対象者においてなるべく早期に病状が改善し、社会復帰が進むには、その多様な特性に応じた効果的な治療が提供されることが望ましい。医療観察法の均てん化された医療を支える処遇ガイドラインも、必要な改訂を加えて治療・処遇にバリエーションを持たせることが求められる。この取組を進めるためには、医療観察法対象者が有する特性や治療経過にどのようなパターンがあるのかを把握する必要がある。

複雑事例については、そのうち長期入院と行動制限（隔離・拘束）で特徴づけられる中核群の特徴として重複障害（特に自閉スペクトラム症）や衝動性・暴力リスクの高さといった特徴が抽出されるなど、研究が進められてきた^{3,4,5)}。また、標準経過を辿る事例を含めた対象者全体について、共通評価項目のスコアがどのように変化するかを検討する試みも行われている^{6,7)}。しかしながら、特性および治療経過のパターンを多変量的にとらえた場合に、対象者全体の中にどのようなパターンが存在するのかは知られていない。このため本研究では、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することを目的とした。

入院データベースは医療観察法の入院処遇のみが対象ではあるが、平成 17 年の医療観察法施行以来のほとんどの入院処遇対象者の匿名診療データが蓄積されており、対象者全体の類型化には好適である。類型化により同質性の高い対象者群が抽出されれば、対象者群ごとの治療や処遇の標準化に向けた研究の基礎を構築することができる。

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。分析の概略および作業の過程で要した対応を次節に記載し、詳細は令和 4 年度分担研究報告書に記載する。

また、本稿では、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・活動について次々節に詳述する。

2. 分析の概略

1) 一次分析

(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

表1のとおりである。

(4) データ加工

まず、提供を受けた匿名化データをクリーニングした。この際、放火・放火未遂の対象行為がないにもかかわらず放火の被害区分が選択されているなど、対象行為の種別と被害に関する情報との間に齟齬があったり、前科前歴がないにもかかわらず矯正施設通算収監期間が入力されているなど、触法歴の項目間に齟齬があったりした。対象行為については種別のデータを優先して被害のデータを修正し、触法歴については存在を示すデータを優先して不在を示すデータを修正することを原則にクリーニングを行った。

次に、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。

i) データセット X

入院決定時の基本情報、データ抽出月現在の処遇を分析することを目的とする。すべての対象者（3,743名）が含まれる。

ii) データセット Y

対象者を入院決定後5年間観察した転帰を分析することを目的とする。平成28年6月までに入院決定を受けた対象者（2,558名）が含ま

れる。

iii) データセット Z

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を目的とする。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）が含まれる。

(5) 分析方法

分析にはSPSS ver.28を使用した。

i) 予備的分析

各データセットで記述統計（度数分布）を行った。

ii) 類型化分析

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

初めはすべての対象者を分析対象としていたが、主診断（ICD-10）により、F2（精神病性障害）とF2以外に分け、次にF2以外をF1（物質関連障害）、F3（気分障害）、F123以外（F1・F2・F3以外）に分け、さらにF123以外をF0（器質性精神障害）、F7（知的障害）、F8（心理的発達障害）、F4569（不安障害圏、身体関連障害、パーソナリティ障害圏、行動・情緒障害）に分けた。

分析を進めていく中で、共通評価項目の得点が極端に良好な対象者群の存在が判明したため、対象者の個別データを確認したところ、すべての項目で0点となっていた。これは、治療評価会議を開催したものの、共通評価項目の得点を診療支援システムに入力しなかった場合に生じる事象と推測されたため、これらの対象者では共通評価項目の得点を欠損値として取り扱うこととした。

iii) 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、各変数の値の分布を集計した。

2) 二次分析

(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

表 2 のとおりである。

(4) データ加工

一次分析と同様に、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（本稿作成時現在も進行中）。対象者数は 1,198 名となった。

(5) 分析方法

一次分析と同様に、SPSS ver. 28 を用いて、予備的分析として記述統計（度数分布）を行った。また、本稿作成時現在、類型化分析、検証的分析の準備を進めている。

3. 活動の経過

本分担班で進めた活動は次のとおりである。ここでは、一次分析を☆、二次分析を★で表す。

- 令和 3 年 3 月 23 日、分担班内キックオフミーティング。分担研究の目的の確認、方法の概略の検討。
- 4 月、研究計画立案、☆倫理審査申請書類作成。
- 5 月 14 日、令和 3 年度第 1 回全体班会議。研究計画を班全体で共有。
- 5 月 31 日、☆国立精神・神経医療研究センター（以下、NCNP）倫理委員会へ倫理審査申請。
- 6 月、☆匿名データ利用申請書類草案作成。
- 6 月 18 日、☆NCNP 倫理委員会が研究計画を

承認。

- 6 月 23 日、☆NCNP 理事長が研究実施を許可。
- 7～8 月、☆匿名データ利用申請書類を推敲、最終案完成。
- 8 月 25 日、☆研究事業事務局へデータ利用事前相談申込。
- 10 月 21 日、☆事前相談に対する回答。研究計画の探索的性質が強いとの指摘。
- 11 月 11 日、☆匿名データ利用申請書類に記載する仮説を明確化し、利活用委員会へデータ利用を正式に申請。
- 12 月 23 日、☆データ分析に向けて分担班内ミーティングで具体的手順を検討。
- 12 月 24 日、☆利活用委員会より照会。詳細項目（例：アルコールの 1 日消費量）の必要性確認など、利用項目の精査要請。
- 12 月 28 日、☆利活用委員会へ回答。触法歴、薬物問題、アルコール問題の一部小項目を除外して申請書を再提出。
- 令和 4 年 1 月 28 日、令和 3 年度第 2 回全体班会議。☆データ解析と結果共有のスケジュールを示す。
- 1 月 31 日、☆利活用委員会がデータ利用を承認。
- 3 月 23 日、☆研究事業事務局より利活用データを受領。
- 4 月、☆データクリーニング、分析用データセット作成、全体班会議に向けた分析。
- 5 月 13 日、令和 4 年度第 1 回全体班会議。☆対象者特性変数、転帰情報、共通評価項目による TwoStep クラスタ分析、および退院時処遇における精神保健福祉法入院、入院期間を目的変数とするロジスティック回帰分析の結果を提示。
- 5～6 月、☆分析を継続。対象者特性変数は入院時年齢、性別、主診断、重複障害、対象行為に絞り、重複障害は主診断とは別変数として F1、F7 および F8 を対象とする。★倫理審査申請書類作成。

- 6月28日、第1回分担班会議。☆処遇終了判断との関連分析に必要な変数の追加申請を決定。共通評価項目は入院時初回のみ提供を受けていたが、入院継続申請1回目および退院申請の時点を追加。主診断および重複障害も入院医療機関によるもののみ提供を受けていたが、審判決定時のものを追加。
- 7月、☆分析を継続。クラスター別に各変数の値の分布を帯グラフで図示する検討用資料のフォーマットを作成（サンプル：図1）。
- 7月25日、★NCNP倫理委員会に倫理審査申請。
- 8月、★匿名データ利用申請書類草案作成。
- 8月16日、★NCNP倫理委員会が研究計画を承認。
- 8月23日、★NCNP理事長が研究実施を許可。
- 8月29日、☆★研究事業事務局へデータ利用事前相談申込。
- 9月12日、☆研究事業事務局より、変更申請でなく新規申請として相談することを求める回答。即日、申請書案を修正して再申込。
- 9月28日、第2回分担班会議。☆主診断F0、F8も独立して分析すること、共通評価項目のエラーデータ（得点がすべての項目で0点となっており、実際の得点が診療支援システムに登録されていないと推定されるもの）は除外することを決定。
- 10月、☆分析の対象集団を主診断がF2、F1、F3、F0、F7、F8、F4569の7個に設定することを決定。未実施の後4者の分析。
- 10月26日、データ利用事前相談に対する回答。☆変数追加の必要性を申請書に明記するよう指示あり。★網羅的研究の印象が強い、データのサンプリング間隔を毎月とする必要があるのかとの指摘あり。また、一部の申請項目はデータの信頼性が不十分なため利用を推奨しないとの回答あり。
- 11月7日、☆申請書の「背景・目的」に変数追加の必要性を記載し、★申請書に、データのサンプリング間隔を6ヶ月に変更し、一部の項目を除外し、仮説を明確化する変更を加え、利活用委員会へデータ利用を正式に申請。
- 12月7日、第3回分担班会議。☆主診断がF0、F7、F8、F4569の対象集団の分析結果を中心に報告。研究報告書には主診断ごとに1~数個の基本類型を示すことを決定。
- 12月、☆類型の臨床的妥当性確認のための分析を実施。F0のクラスター間における診断下位分類の相違、F3で嬰兒殺害の女性と推測されたクラスターの被害者区分、F3で粗暴行為を繰り返す双極性障害と推測されたクラスターの診断下位分類および被起訴歴など。
- 12月16日、☆★利活用委員会がデータ利用を承認。
- 令和5年1月6日、☆★研究事業事務局より利活用データを受領。
- 1月13日、令和4年度第2回全体班会議。☆TwoStepクラスター分析に基づいて抽出した12個の基本類型(案)を報告。特に異論なし。主診断F2は統合失調症と妄想性障害に分けて考えることなど、今後の分析に対する意見を得る。
- 1月後半、☆★データクリーニング、分析用データセット作成。
- 2月上旬、☆当初提供を受けた利活用データと同様の分析を再実施（共通評価項目は入院時初回を入院継続申請1回目に変更）。★記述統計を実施。

（倫理面への配慮）

一次分析、二次分析とも、それぞれNCNP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、両

課題それぞれで概要を説明した情報公開文書が掲載されている。

利活用研究事業では、研究対象となりうる者が自らの匿名診療データを研究に利活用することに同意しない場合、申し出により研究事業事務局が当該データを除外して研究者に提供する。本研究においても、データ利用に同意しない旨の申し出を受けた場合、研究事業事務局に連絡して当該データを除外したデータセットの提供を受ける。これらの対応については、それぞれの情報公開文書に記載されている。

C. 研究結果

一次分析および二次分析の記述統計、ならびに一次分析の TwoStep クラスタ分析およびクロス集計などで得られた具体的な結果は、令和4年度分担研究報告書に記載する。ここでは、主に分析の方向性を決定した思考・議論の過程を記載し、分析結果を踏まえて抽出された入院対象者の基本類型を報告する。

1. 分析の方向性を決定した思考・議論の過程

分析を行う前は、「統合失調症（傷害、粗暴行為の繰り返し）」、「統合失調症（重複障害）」、「うつ病（若い女性、嬰兒殺害）」など、臨床的に比較的明確な一群として認識される類型が抽出され、入院処遇ガイドライン改訂の際には類型ごとに内容を組み立てることを想定していた。

しかしながら、一次分析を進めていく中で、クラスタ分析で良質なクラスタを得るには主診断ごとに分析を行うのが望ましいと考えられた。これにより、対象者全体では多数のクラスタが生成されることから、1つのクラスタが1つの類型に対応するという考え方は現実的でないと判断した。代わりに、入院対象者を比較的少数の「基本類型」で分類した上で、それぞれの基本類型の中で治療・処遇の進め方を修飾する因子を示し、入院処遇ガイドラインでは考慮すべき事項としてそれらの因子に言及するのがふさわしいと考えた（第1回分担班会議）。

また、主診断によっては相当割合の対象者が退院と共に処遇終了となっていた（具体的には F0、F7、F8、F4569）。F1 は標準的な入院期間（3年以内）で通院処遇に移行するクラスタと、処遇終了を含むそれ以外の転帰をもつクラスタに分かれ、いずれにも一定数の対象者が含まれた。しかしながら、両者間で他の特性に明確な差がなく、F1 に関しては F2 や F3 と同様に通院で医療観察法処遇を続ける前提で入院治療を行うのか、一定の治療目標が達成されたところで処遇を終了するのか、処遇に対する考え方に施設差がある可能性が示唆された。これらのことから、入院処遇ガイドラインは“治療軸”のほかに“処遇軸”を据えて組み立てることを念頭に置いて基本類型を検討するのが望ましいと考えた（第2回分担班会議）。

2. 抽出された入院対象者の基本類型

一次分析の結果から、12の基本類型が抽出された（表3）。

F0 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の2個に分類された。

F1 は、先述のように3年未満で通院処遇に移行する集団とそれ以外の転帰とで他の特性に差がなかったため、F1 全体で単一の基本類型をなすと考えた。

F2 は、5年以上の超長期入院が多い F8 が重複する集団、3年以上の長期入院や処遇終了が多い F1 および F7 が重複する集団、および重複障害のない集団の3個の基本類型に分類された。転帰には性別や年齢も強く関連したが、類型（質的な違い）というよりは量的な違いと捉えた。

F3 は、性別および対象行為と転帰の関連が強く、嬰兒殺害の女性（治療は比較的スムーズに進む）、および粗暴行為を繰り返す双極性障害（長期入院になる）と考えられる集団が観察された。このため、これらをそれぞれ1個の基本類型と考え、これら以外の集団と合わせて3個の基本類型に分類した。

F7、F8 および F4569 は、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こととした。

D. 考察

一次分析を進める過程で、統計的に抽出された類型（TwoStep クラスタ分析で生成されたクラスター）を、入院処遇ガイドラインの対象集団の原型となる類型にどのように対応づけるかが徐々に明確になった。

令和4年度研究分担報告書に記載したように、分析の対象集団を設定し、投入変数のパターンを選別するにあたり、生成された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を一つの基準としたところ、対象集団を主診断で定義することとなった。各対象集団でいくつかのクラスターが抽出されたが、分担班会議等においてクラスターの臨床的意義を議論することにより、基本類型として独立させるべき下位集団と、クラスターは複数に分かれるものの連続する単一の基本類型ととらえるべき下位集団とが峻別され、最終的に12個という適度な数の基本類型を抽出することができた。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。

議論の中では、入院処遇ガイドラインを“治療軸”と“処遇軸”の2軸で組み立てることを念頭に置いて基本類型を検討することが提案された。分析の結果、対象者の特性による退院時処遇や入院期間の分布が具体的に示されたことで、通院処遇に向けた入院治療を基本としている現行の入院処遇ガイドラインは一部の対象者に適合しにくいという現場の実感に関して、構造的な要因が可視化されたものと思われる。“処遇軸”の導入は、入院処遇ガイドラインの改訂に向けた分析を深めるのに重要な役割を果たす可能性がある。

二次分析は、動的因子の時系列データを活用することで、治療経過の情報を含めて対象者を類型化する目的で計画したが、本稿作成時現在、分析準備中である。サンプルサイズが直近5年間に入院決定の対象者1,198名と一次分析に比して小さくなるため、変数を絞り込む工夫を要するが、一次分析の結果を踏まえた分析により、より精緻な類型化に資する所見が期待される。

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. 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

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 謝辞

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
- 2) 法務省，厚生労働省：医療観察法通院処遇ガイドライン（平成31年3月5日改訂），2019
- 3) 村杉謙次：多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究．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年度総括・分担研究報告書，pp.51-61，2019
- 4) 村杉謙次：多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究．厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））「医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究」（研究代表者：平林直次）令和元年度総括・分担研究報告書，pp67-82，2020
- 5) 壁屋康洋：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年度総括・分担研究報告書，pp33-48，2021
- 6) 菊池安希子：指定入院医療機関モニタリング調査研究．厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））「医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究」（研究代表者：五十嵐禎人）平成23年度総括・分担研究報告書，pp79-94，2012
- 7) 河野稔明，曾雌崇弘，菊池安希子，藤井千代：共通評価項目のスコア変化からみた医療観察法入院対象者の治療経過パターン．第16回日本司法精神医学会大会，Web開催，2020.11.12-11.13

表1 一次分析で提供を受けたデータの項目（令和4年11月申請の変数追加後）

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	
審判決定時の診断	診断名（主診断） 重複障害1 重複障害2
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	当初審判处遇 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 中項目・入院継続申請1回目 小項目・入院継続申請1回目 中項目・退院申請 小項目・退院申請
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 中項目・入院継続申請1回目 小項目・入院継続申請1回目 中項目・退院申請 小項目・退院申請
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。

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)
年齢*	入院時年齢*
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 中項目・基準日
共通評価項目第3版	中項目・入院時初回 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。

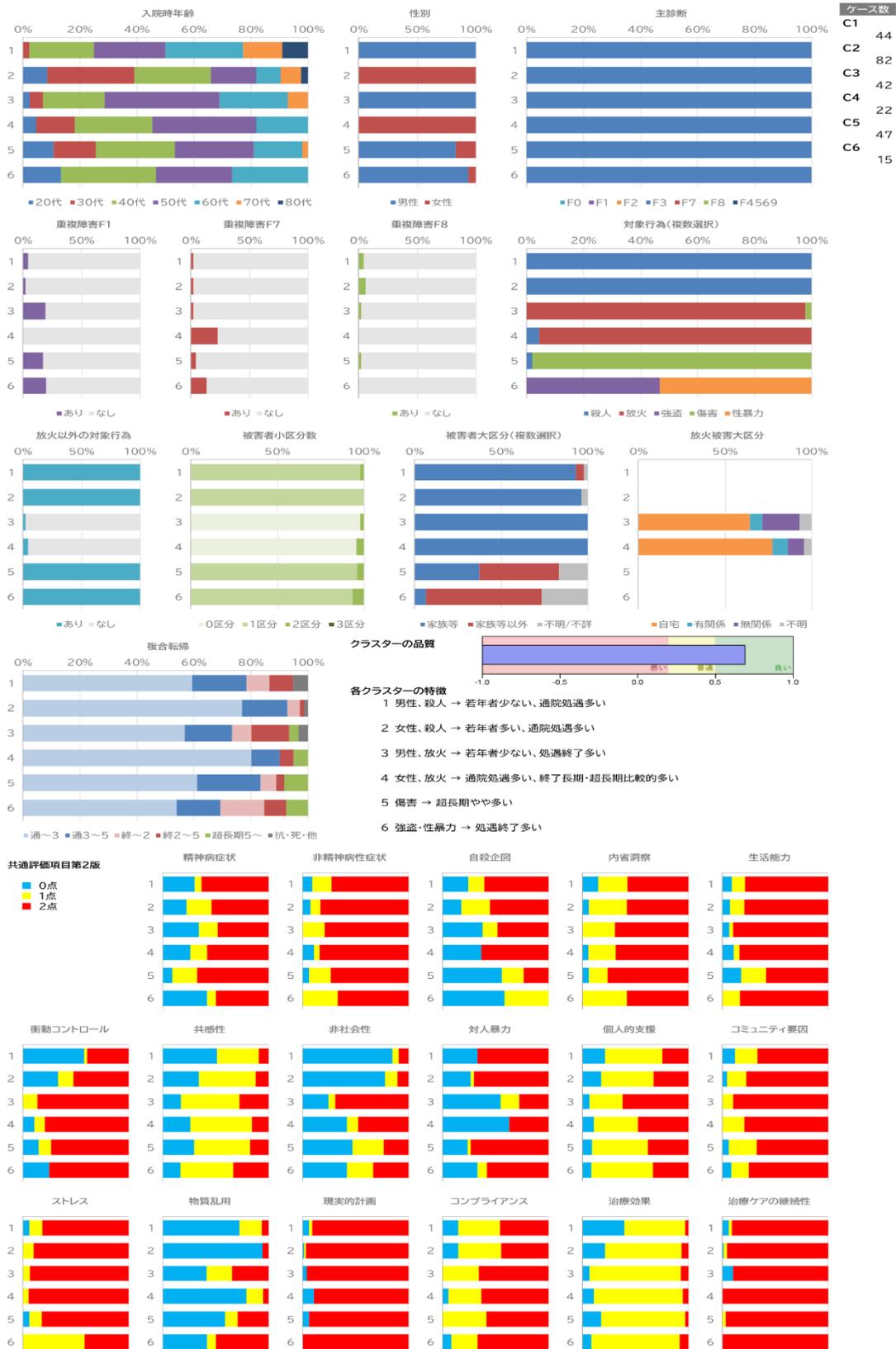
※アスタリスク付は最新月 (退院月または令和4年6月) のみ。

表3 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

図1 クラスター別に各変数の値の分布を帯グラフで図示する検討用資料のサンプル

※主診断がF3の対象者において、入院時年齢、性別、対象行為（4区分）を投入して得られた6個のクラスターについて図示している。



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3年度～令和4年度 総合研究報告書

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：

1. 令和3年度は、全国31の指定入院医療機関と協働し、法務省保護局および保護観察所の協力を得て、指定入院医療機関退院後通院処遇に移行した対象者（通院処遇移行対象者）のうち同意の得られた者の予後調査を実施し報告した。調査対象は753名（男性547名、女性206名）であり、そのうち令和3年7月15日時点までに、462名が通院処遇を終了していた。処遇終了者の平均通院処遇期間は966.9日（中央値1,094.0日）であった。通院処遇期間中に、「重大な再他害行為」は8名8件、「その他、重大な再他害行為に当たらない比較的軽微な他害行為」は18名30件、「全ての再他害行為（重大＋その他）」は25名38件認められた。また17名（男性12名、女性5名）が死亡していた。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。指定入院医療機関退院と同時に精神保健福祉法入院（調整入院）した者を110名認めた。また指定入院医療機関退院後、処遇終了までの間に43.9%の対象者が一度は精神保健福祉法入院を経験していた。
2. 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月の間の医療観察法病棟退院患者のうち、退院時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、89名に持効性注射剤が処方されていた。クロザピン処方者は非クロザピン処方者と比較して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。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の結果と連結可能であった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者103名について解析した。クロザピン群が、非クロザピン群と比較して、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、調整入院者を除いた解析では有意差は認めなかった。
3. 令和3年度から令和4年度にかけて全国16の指定入院医療機関と協働し、医療観察法病棟退院時に処遇終了した対象者のうち同意が得られた者の予後調査を実施し報告した。令和4年度は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、医療観察法再処遇はいずれもみられなかった。精神保健福祉法入院は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
山村 卓 国立病院機構花巻病院
坂本 蒼 同上
木村早智子 同上
白石 潤 国立病院機構北陸病院
今泉仁志 同上
岡島菜摘 同上
中根 潤 国立病院機構下総精神医療センター
野崎昭子 同上
鈴木寿臣 同上
是木明宏 同上
西岡直也 国立病院機構久里浜医療センター
野村照幸 国立病院機構さいがた医療センター
藤崎直人 同上
高橋未央 国立病院機構小諸高原病院
宮沢泰裕 同上
東 宏明 同上
池田美穂子 同上
山本哲裕 国立病院機構東尾張病院
高野真弘 国立病院機構榊原病院
中谷紀子 国立病院機構やまと精神医療センター
渡邊大輔 国立病院機構肥前精神医療センター
辻真理子 同上
樋口善美 同上
森田康正 同上
砥上恭子 同上
塚原宏恵 同上

佐藤和弘 同上
阿部豊輝 国立病院機構菊池病院
林田眞実 同上
川上奈都希 国立病院機構琉球病院
平良博之 同上
須貝孝一 山形県立こころの医療センター
間中一至 茨城県立こころの医療センター
寺門里美 同上
宮田光博 同上
島田達洋 栃木県立岡本台病院
村嶋泰良 同上
山田竜一 群馬県立精神医療センター
門野淳子 埼玉県立精神医療センター
原田 誠 同上
山形晃彦 同上
荒川育子 東京都立松沢病院
瀬底正有 神奈川県立精神医療センター
山下 徹 山梨県立北病院
埴原秋児 長野県立こころの医療センター
駒ヶ根
犬塚 伸 同上
鶴澤正寛 同上
福井将郎 同上
足立順代 同上
岸本道太 同上
小林憲子 同上
大橋 裕 静岡県立こころの医療センター
平澤克己 愛知県立精神医療センター
高木 宏 同上
羽瀨知可子 同上
山崎恭一 同上
中岡健太郎 同上
合澤 祐 同上

安 成根	同上
原野谷郁夫	同上
辻 里花	同上
柴崎守和	滋賀県立精神医療センター
松村直樹	同上
堀岡英紀	大阪精神医療センター
森田優季	同上
池田絵美	同上
梅本愛子	同上
磯村信治	山口県立こころの医療センター
石津すぐる	岡山県精神科医療センター
高尾 碧	島根県立こころの医療センター
山本智一	長崎県精神医療センター
瀧内小百合	同上
田中一敏	鹿児島県立始良病院
山田悠至	国立精神・神経医療研究センター 一病院
小河原大輔	同上
島田明裕	同上
大町佳永	同上
山下真吾	同上
柏木宏子	同上
平林直次	同上

A. 研究目的

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」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にしている。

医療観察法病棟退院時、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、本研究班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年度は退院時処遇終了者に関する予後調査研究と、新たに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、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。

B. 研究方法

1. 通院処遇移行対象者に関する予後調査研究

1) 調査対象

調査対象は、2015年7月16日から2021年7月15日までの間に、共同研究施設である全国31の指定入院医療機関に入院処遇となった対象者のうち、通院処遇に移行した者のうち同意の得られた者である。各調査対象期間は、各対象者の退院日から通院処遇終了日、あるいは令和3年7月15日のいずれか早い日までである。

2) 調査項目

退院時年齢、性別、精神科主診断（国際疾病分類第10版(ICD-10)）、対象行為、退院日、調査日（毎年7月15日時点）の処遇状況、通院処遇終了時の状況、再他害行為、自殺企図、通院処遇中の精神保健福祉法入院、指定入院医療機関における退院前のアルコール、薬物問題の認識の有無（以下、対象行為前アルコール、薬物問題歴）、通院処遇期間中のアルコール、薬物摂取の有無と内容、居住形態、退院後利用した医療、社会福祉資源、就労、生計など。

3) 調査方法

各指定入院医療機関において、対象者の氏名を記入したアンケート用紙を用意し、送付先の

保護観察所ごとに封筒に入れ封をし、国立精神・神経医療研究センター病院（以下、当院）に送付。当院で全国の保護観察所へ発送した。社会復帰調整官が、調査日時点の対象者の予後情報を記入し、各指定入院医療機関に返送した。各指定入院医療機関で、氏名等の個人情報を削除して匿名化したうえで、データを記入した電子ファイルを当院に送付した。

2. 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者のデータについて、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も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。

3. 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聞き取り調査を行い、その結果を回収した。

（倫理面への配慮）

上記3つの研究については、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）。

C. 研究結果

1. 通院処遇移行対象者に関する予後調査研究（表1～表7）

2015年7月16日～2021年7月15日に通院処遇に移行した研究参加対象者は753名（男性547名、女性206名）であった。平均年齢は男性46.8歳、女性48.2歳であった。令和3年7月15日時点で462名が通院処遇を終了してい

た。精神科主診断は、F2（統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害）が608名（80.7%）、F3（気分障害）が79名（10.5%）、F1（精神作用物質使用による精神および行動の障害）が41名（5.4%）であった。対象行為は、殺人（未遂含む）270名（35.9%）、傷害260名（34.5%）、放火（未遂含む）167名（22.2%）が大半を占めていた。退院時居住形態は福祉施設入所者が最も多く（45.7%）、次いで独居（21.0%）、家族同居（18.6%）の順であり、女性は男性と比較し、家族同居の割合が高かった。対象行為前にアルコール・薬物問題歴を認めた対象者は219名（29.1%）であり、男性で多かった（34.4% vs 15.0%）。医療観察法による再入院の申立て要件となるような他害行為を「重大な再他害行為」と定義すると、重大な再他害行為は8名8件認めた。そのうち令和3年度の調査期間に新たに発生した重大な再他害行為は1名1件であった。「その他、上記に当たらない軽微な他害行為（通院処遇期間中の精神保健福祉法入院理由が「他害・迷惑行為」の事例を含む）」は18名30件認めた。重大な再他害行為の累積発生率は1.2%/3年であり、全ての再他害行為の累積発生率は3.9%/3年であった。通院処遇期間中に17名（男性12名、女性5名）が死亡しており、死因は病死と自殺が7名で最多であった。そのうち5名は令和3年度の調査期間中に死亡していた。自殺企図（未遂を含む）は、17名19件に認め、うち死亡（既遂）した者は7名であった。医療観察法再入院処遇となった対象者は19名であり男性が18名と大半を占めていた。精神保健福祉法入院の累積発生率は33.6%/1年、47.0%/3年であった。調整入院（医療観察法入院処遇終了と同時に精神保健福祉法入院）は110名（14.6%）認めた。2020年以降に通院処遇に移行した対象者159名のうち、120名（75.5%）が訪問看護サービスを利用していた。また保健所職員や、市職員の訪問も多くの対象者で実施されていた。日中の活動場所としては、病院デ

イケア（44.0%）、就労継続支援施設B型（26.4%）などが多く利用されていた。対象者のうち82名（10.9%）が通院処遇期間中に何らかの就労を行った経験（短期のアルバイトなど含む）があった。通院処遇終了者に限った就労率は14.3%であり、主診断がF1群（25.0%）、F3群（21.2%）がF2群（12.9%）より就労率が高い傾向がみられた。

2. 触法精神障害者に対する向精神薬処方に関する研究（表8、表9）

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。精神科主診断は、F2が373名（79.7%）、F3が36名（7.7%）、F1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。

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8）。抗精神病薬処方内容で、退院月に1クロザピン（Clozapine: 以下、CLZ）が処方されていた群（CLZ群）、2持効性注射剤（Long Acting Injection: 以下、LAI）が処方されていた群（LAI群）、3抗精神病薬が処方されていたが、CLZ、LAIは処方されていない群（非CLZ・非LAI群）の3群に分類した。退院月に抗精神病薬が処方されていた統合失調症圏の対象者数は336名であった。そのうち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）。また 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%）。

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、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のうち 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者 103 名について分析した。表 9 では表 8 と同様に抗精神病薬処方内容により 3 群に分類した。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。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処方については、CLZ 群の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、有意に精神保健福祉法入院が発生しやすかった（ $p=0.003$ ）が、調整入院者を除いた解析では、有意な差は認めなかった（ $p=0.121$ ）。

3. 退院時処遇終了者に関する予後調査研究

研究開始から令和 4 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 1358 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。調査期間における何らかの再他害行為、自殺企図、アルコール・薬物の摂取はいずれもみられなかった。医療観察法による再入院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。うち 7 名は医療保護にて、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。

D. 考察

1) 通院処遇移行対象者に関する研究

令和 3 年度の調査期間に新たに認めた重大な再他害行為は 1 名 1 件であり、3 年時点の累積発生率にも大きな変化はないことから、通院処遇移行対象者の重大な再他害行為の発生率は国内外の類似先行研究と比較して低水準で推移しているものと推測された^{2,3,4)}。一方、令和 3 年度調査期間中に新たに 5 名の死亡者（うち自殺が 2 名）を認めていた。また精神保健福祉法入院の累積発生率は 33.6%/1 年、47.0%/3 年と高かった。医療観察法医療は社会復帰の促進を目的としており、他害行為のリスクマネジメントのみならず対象者の心身の健康、社会復帰の促進を目指した医療を目指していく必要がある。

2) 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 治療が積極的に導入されていることが知られている⁵⁾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。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の比較など、CLZ 治療の効果を検証する研究の実施が望まれる。

また LAI 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 群と比較して高くないことから、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症例が多いと推測された。

通院処遇期間中の精神保健福祉法入院累積発生率は、CLZ 群は非 CLZ 群と比較して、有意に発生率が高かった。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、大規模な調査が実施され CLZ や LAI が通院処遇期間中の対象者の予後へ与える影響が検証されることが望まれる。

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。

E. 結論

医療観察法退院時向精神薬処方、通院処遇移行対象者の予後、医療観察法病棟退院時処遇終了者の予後に関する研究を実施し報告した。

医療観察法病棟退院後の重大な再他害行為のリスクは低い水準で推移していた。一方で、少なくない数の死亡・自殺者、精神保健福祉法入院率の高さなどは課題である。また退院時、CLZ 処方者は平均入院処遇期間が長く、隔離経験率、調整入院率が高いことなどから、治療困難な症例や、生活環境調整が困難な症例が多いことが推測された。

再他害行為の防止のみならず、心身の健康、社会復帰の促進に効果的な治療や生活環境調整を臨床・研究双方の視点から模索していく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 竹田康二：データから見る医療観察法の現況．第 16 回医療観察法関連職種研修会，Web 開催，2021. 9. 3
- 2) 竹田康二：司法精神医学と医療観察法．東北精神神経学会主催令和 4 年度第 1 回生涯教育研修会，Web 開催，会期 2022. 10. 8
- 3) 竹田康二：医療観察法の 17 年間と今後の課題及び展望．第 37 回 法と精神医療学会大会，Web 開催，会期 2022. 12. 3

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 謝辞

本調査にあたり多大なる御協力をいただいた法務省保護局精神保健観察企画官室の皆様、全国保護観察所の社会復帰調整官の皆様、および全国の医療観察法病棟スタッフの皆様のご協力に深謝致します。

参考文献

- 1) 裁判所ホームページ 司法統計
http://www.courts.go.jp/app/sihotokei_jp/search
- 2) Violent recidivism among mentally disordered offenders in Japan. Kazuo Yoshikawa, Pamela J. Taylor, Akira Yamagami, et al. *Criminal Behaviour and Mental Health* 17: 137-151, 2007
- 3) Long-term outcomes after discharge from medium secure care: a cause for concern. Davies S, Clarke M, Hollin C, Duggan C. *Br J Psychiatry*. Jul; 191: 70-4, 2007
- 4) Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. Seena Fazel, Zuzanna Fimińska, Christopher Cocks, Jeremy Coid. *Br J Psychiatry* 208 (1): 17-25, 2016
- 5) 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. 研究開発代表者 平林直次. 医療観察法における、新たな治療介入法や、行動制御に係る指標の開発等に関する研究 平成 29 年度総括・分担研究開発報告書, 73-84, 2018

表1 基本属性 (n=753)

	男		女		合計
平均年齢 (SD)	46.8 (12.8)		48.2 (12.8)		47.2 (12.8)
主診断 (ICD-10)					
	F1, n (%)	34 (6.2)	7 (3.4)	41 (5.4)	
	F2, n (%)	455 (83.2)	153 (74.3)	608 (80.7)	
	F3, n (%)	38 (6.9)	41 (19.9)	79 (10.5)	
	others, n (%)	20 (3.7)	5 (2.4)	25 (3.3)	
	計	547 (72.6)	206 (27.4)	753 (100.0)	
対象行為*					
	殺人 (未遂含む), n (%)	174 (31.8)	96 (46.6)	270 (35.9)	
	傷害, n (%)	219 (40.0)	41 (19.9)	260 (34.5)	
	放火 (未遂含む), n (%)	104 (19.0)	63 (30.6)	167 (22.2)	
	強盗 (未遂含む), n (%)	25 (4.6)	7 (3.4)	32 (4.2)	
	強制的性交等、強制わいせつ (未遂含む), n (%)	26 (4.8)	0 (0.0)	26 (3.5)	
	計	548 (72.6)	207 (27.4)	755 (100.0)	
退院時居住					
	家族同居, n (%)	77 (14.1)	63 (30.6)	140 (18.6)	
	独居, n (%)	118 (21.6)	40 (19.4)	158 (21.0)	
	福祉施設, n (%)	261 (47.7)	83 (40.3)	344 (45.7)	
	精神保健福祉法入院, n (%)	90 (16.5)	20 (9.7)	110 (14.6)	
	不明, n (%)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	
	計, n (%)	547 (72.6)	206 (27.4)	753 (100.0)	
対象行為前アルコール・薬物問題あり, n (%)	188 (34.4)	31 (15.0)	219 (29.1)		

*2名が2つの対象行為

表2 重大な再他害行為（未遂含む）（n=753）

	通院処遇開始年						合計
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
殺人	0	1	0	0	0	0	1
傷害	0	4	1	0	0	1	6
放火	1	0	0	0	0	0	1
強盗	0	0	0	0	0	0	0
強制性交等、強制わいせつ	0	0	0	0	0	0	0
計	1 (1名)	5 (5名)	1 (1名)	0	0	1 (1名)	8 (8名)

表3 その他の再他害行為（精神保健福祉法入院理由が他害・迷惑行為の事例を含む）（n=753）

	通院処遇開始年						合計
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
窃盗	0	0	5	0	0	0	5
暴力行為、暴言、器物破損	0	1	11	3	0	2	17
性的逸脱行為	0	0	1	0	0	2	3
精神保健福祉法入院理由が他害・迷惑行為	0	1	2	0	0	0	3
その他・不明	1	0	0	1	0	0	2
計	1 (1名)	2 (2名)	19 (9名)	4 (3名)	0 (0名)	4 (3名)	30 (18名)

表4 死亡、自殺企図（n=753）

	通院処遇開始年						合計
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
死亡 ⁿ	1	2	6	1	5	2	17
自殺企図（うち既遂） ⁿ	4 (1)	3 (0)	2 (2)	2 (0)	3 (3)	3 (1)	17 (7)

表5 精神保健福祉法入院 (n=753)

精神保健福祉法入院あり, n (%)	307 (40.8)
精神保健福祉法入院累積発生率(1年), %	33.6
精神保健福祉法入院累積発生率(3年), %	47.0
調整入院あり, n (%)	110 (14.6)
処遇終了者の調整入院日数*, 平均値 (SD)	265.2 (295.9)
処遇終了者の調整入院日数*, 中央値	154.0

*n=59

表6 社会福祉・医療資源の利用 (2020-2021年の退院者, n=159)

	何らかの利用あり (n=140)						利用率*	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
訪問看護	120							75.5%
保健所の訪問	75							47.2%
病院デイケア	70							44.0%
市職員の訪問	51							32.1%
その他(相談支援事業所、生活訓練など)	48							30.2%
就労継続支援施設B型	42							26.4%
地域活動支援センター	23							14.5%
外来作業療法	10							6.3%
訪問介護	7							4.4%
就労継続支援施設A型	6							3.8%
自助グループ(AA/NA、断酒会等)	5							3.1%
病院・精神保健福祉センターなどでのアルコール・薬物依存症治療プログラム	4							2.5%
就労移行支援事業所	4							2.5%
民間リハビリ施設(IMAC/DARK等)	3							1.9%
障害者就業・生活支援センター	1							0.6%

*社会福祉・医療資源の利用なしの者も含めた全体に対する割合

表7 就労 (複数就労形態該当者あり)

	通院処遇開始年						合計	
	2015	2016	2017	2018	2019	2020		2021
正社員, 件数	82	129	143	142	98	103	56	753
一般枠, 件数	6	11	11	7	3	1	0	39
障害者枠, 件数	3	4	5	3	1	1	0	17
アルバイト・パート, 件数	3	10	7	6	2	0	0	28
詳細不明, 件数	4	7	12	18	6	0	0	47
計, n	1	0	0	0	0	0	0	1
	12名	18名	20名	23名	8名	1名	0名	82名

表8 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=183)	全体 (n=336)
退院時年齢	7 (8.3)	5 (5.6)	16 (9.8)	28 (8.3)
20s, n (%)	19 (22.6)	19 (21.3)	40 (24.5)	78 (23.2)
30s, n (%)	28 (33.3)	29 (32.6)	49 (30.1)	106 (31.5)
40s, n (%)	21 (25.0)	17 (19.1)	32 (19.6)	70 (20.8)
50s, n (%)	8 (9.5)	13 (14.6)	15 (9.2)	36 (10.7)
60s, n (%)	1 (1.2)	6 (6.7)	11 (6.7)	18 (5.4)
70s, n (%)	65 (77.4)	73 (82.0)	117 (71.8)	255 (75.9)
性別	19 (22.6)	16 (18.0)	46 (28.2)	81 (24.1)
M, n (%)	27 (31.0)	35 (38.9)	54 (31.8)	116 (33.4)
F, n (%)	35 (40.2)	36 (40.0)	64 (37.6)	135 (38.9)
対象行為	15 (17.2)	11 (12.2)	36 (21.2)	62 (17.9)
殺人	5 (5.7)	2 (2.2)	9 (5.3)	16 (4.6)
放火	5 (5.7)	6 (6.7)	7 (4.1)	18 (5.2)
強盗	1 (1.2)	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (0.6)
性犯罪	1 (1.2)	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (0.6)
精神科重症障害 (F2除く)	1 (1.2)	1 (1.1)	4 (2.5)	6 (1.8)
F0, n (%)	1 (1.2)	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (0.6)
F1, n (%)	1 (1.2)	1 (1.1)	0 (0.0)	2 (0.6)
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 (%)	4 (4.8)	5 (5.6)	8 (4.9)	22 (6.5)
平均入院処遇期間, years	70 (83.3)	85 (95.5)	135 (82.8)	290 (86.3)
退院時退院処移行者の居住	7 (10.0)	16 (18.8)	22 (16.3)	45 (15.5)
家族同居, n (%)	11 (15.7)	23 (27.1)	30 (22.2)	64 (22.1)
単身生活, n (%)	37 (52.9)	33 (38.8)	64 (47.4)	134 (46.2)
施設入所, n (%)	15 (21.4)	13 (15.3)	18 (13.3)	46 (15.9)
一般精神科病棟入院, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.3)
不明, n (%)	14 (16.7)	4 (4.5)	28 (17.2)	46 (13.7)
退院時処遇終了者の転居	9 (64.3)	3 (75.0)	15 (53.6)	27 (58.7)
一般精神科病棟入院, n (%)	3 (21.4)	0 (0.0)	9 (32.1)	12 (26.1)
精神科通院, n (%)	1 (7.1)	0 (0.0)	3 (10.7)	4 (10.3)
精神科治療終了, n (%)	1 (7.1)	1 (25.0)	3 (10.7)	5 (10.9)
死亡, n (%)				

表9 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	0 (0.0)	3 (9.1)	3 (7.7)	6 (5.8)
20s, n (%)	6 (19.4)	7 (21.2)	10 (25.6)	23 (22.3)
30s, n (%)	14 (45.2)	13 (39.4)	15 (38.5)	42 (40.8)
40s, n (%)	10 (32.3)	5 (15.2)	6 (15.4)	21 (20.4)
50s, n (%)	1 (3.2)	3 (9.1)	2 (5.1)	6 (5.8)
60s, n (%)	0 (0.0)	2 (6.1)	3 (7.7)	5 (4.9)
70s, n (%)	23 (74.2)	24 (72.7)	26 (66.7)	73 (70.9)
性別	8 (25.8)	9 (27.3)	13 (33.3)	30 (29.1)
M, n (%)	16 (51.6)	11 (33.3)	13 (33.3)	40 (38.8)
F, n (%)	8 (25.8)	13 (39.4)	11 (28.2)	32 (31.1)
対象行為	3 (9.7)	6 (18.2)	13 (33.3)	22 (21.4)
殺人	2 (6.5)	2 (6.1)	2 (5.1)	6 (5.8)
放火	2 (6.5)	1 (3.0)	0 (0.0)	3 (2.9)
強盗	187.4 (1371.0)	921.5 (863.0)	955.1 (304.0)	1224.9 (1001.0)
性犯罪	14 (45.2)	2 (6.1)	2 (5.1)	18 (17.5)
精神科重症障害 (F2除く)	4 (12.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (4.9)
医療観察法病棟入院中の隔離経験, n	16 (51.6)	15 (45.5)	23 (59.0)	54 (52.4)
医療観察法病棟入院中の拘束経験, n	19 (48.7)	9 (27.3)	11 (28.2)	39 (37.9)
抗不安薬処方者数, n (%)	2 (6.5)	0 (0.0)	4 (10.3)	6 (5.8)
気分安定薬処方者数, n (%)	6 (19.4)	11 (33.3)	7 (17.9)	25 (23.3)
抗うつ薬処方者数, n (%)	341.0 (343.0)	312.7 (248.0)	363.8 (366.0)	340.6 (342.0)
平均退院処遇移行期間, days (中央値)	1 (3.2)	0 (0.0)	1 (2.6)	2 (1.9)
平均退院処遇移行期間, days (中央値)	0 (0.0)	2 (6.1)	0 (0.0)	2 (1.9)
退院処遇中の再被害・迷惑行為 (軽微なもの含む), n (%)	1 (3.2)	0 (0.0)	1 (2.6)	2 (1.9)
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)

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3年度～令和4年度 総合研究報告書

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⁾において医療観察法入院が6年を超え、かつ頻回/長期行動制限（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）を受けた対象者を複雑事例中核群として定義²⁾し、その転帰を分析した。その結果、以下のことが明らかになった。

（ア）複雑事例中核群にも、改善して通院処遇へ移行した群（以下、通院移行群）と、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した群（以下、処遇終了-入院群）がある。

（イ）指定入院医療機関に6年以上入院が続いている事例には、知的障害、発達障害の合併等の傾向²⁾が多く見られるが、これらはコホート全体で見たときには入院の長期化に与える影響はわずかである¹⁾。

さらに、頻回/長期行動制限を受けた群（以下、行動制限群）への分析、処遇終了-入院群への分析の結果、以下のことが明らかになった。

（ウ）入院が6年に満たない対象者を含む行動制限群であっても、状態の改善が得られた通院移行群と、状態の改善していない処遇終了-入院群とに分けられる³⁾。

（エ）処遇終了-入院の運用が施設によって、診断によって差がある⁴⁾。

（オ）処遇終了-入院となった事例は、他の転帰よりも退院申請時に多くの点で課題が残っており、処遇終了-入院は医療観察法医療を断念する形³⁾である。

これらを考え併せ、本研究では平成17年7月15日の医療観察法制度開始から令和1年7月31日までの期間に医療観察法入院処遇となり、令和3年7月31日時点で退院済みの対象者2,993例のデータを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（利活用研究事業）から得て解析し、(A) 通院移行までの日数、(B) 処遇終了-入院、(C) 行動制限群に関わる変数、(D) 行動制限群から処遇終了-入院につながる要因を探索した。

その結果、共通評価項目第2版での社会復帰関連指標（【衝動コントロール】【個人的支援】【物質乱用】【非精神病性症状3）怒り】【生活能力4）家事や料理をしない】【衝動コントロール1）一貫性のない行動】【非社会性9）性的逸脱行動】の7項目合計点）は(A) 通院移行までの日数と(C) 頻回/長期の行動制限の両方につながる要因であった。社会復帰関連指標は通院移行後の暴力や問題行動の危険性の指標⁵⁾でもあり、医療観察法医療対象者の重症度の指標として使い得ることが明らかになった。

一方で社会復帰関連指標の他は、入院の長期化につながる要因と、頻回/長期の行動制限につながる要因とが重ならなかった。

処遇終了-入院へはF0（器質性精神障害）の影響が認められたものの、特に頻回/長期の行動制限を経る

と施設要因が大きくなった。処遇終了-入院の運用の差を分析すること、施設間格差の解決に向けた取り組みが求められる。

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
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⁾において医療観察法入院が6年を超え、かつ頻回/長期行動制限（5回以上の隔離、28日以上上の隔離、1回以上の拘束のいずれか）を受けた対象者を複雑事例中核群として定義²⁾し、その転帰を分析した。その結果、以下のことが明らかになった。

（ア）複雑事例中核群にも、状態の改善が得られて通院処遇へ移行した群（通院移行群）と、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へ至った群（処遇終了-入院群）がある。

（イ）入院6年超の長期入院群(n=18)には、IQが低い(44.40%)、ASD（自閉スペクトラム症/自閉症スペクトラム障害）傾向（33.30%）、重複障害（44.40%）という傾向が多く見られている²⁾。一方で通院処遇へ移行したコホート全体(n=2,273)で見ると、F8（広汎性発達障害）の併存と入院日数の順位相関は $r = 0.060$ に留まり、F7（知的障害）や重複障害の有無と通院移行までの日数との相関は統計的に有意でなかった¹⁾。処遇終了までの日数(n=450)とはF7および重複

障害において負の相関となっている¹⁾。つまり長期入院群にみられる特徴は必ずしも入院の長期化に寄与しない。

さらに行動制限群への分析、処遇終了-入院群への分析の結果、以下のことが明らかになった。

（ウ）入院が6年に満たない対象者を含む行動制限群であっても、状態の改善が得られて通院処遇へと移行した群と改善せずに処遇終了-入院へ至った群とがある³⁾。

（エ）処遇終了-入院の運用が施設によって、診断によって差がある⁴⁾。

（オ）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³⁾。つまり処遇終了-入院は多くの点で改善が得られず、医療観察法医療を断念する形³⁾である。

以上（ア）～（オ）を踏まえ、図1の模式図で示す。当初課題として取り組んだのは図1のように頻回/長期の行動制限を経て入院が長期化し、医療観察法入院が6年を超えた複雑事例中核群¹⁾であった。しかし入院機関による治療反応性等の判断で処遇終了となる群、特に他の転帰よりも退院申請時に課題が多く残っている処遇終了-入院群と通院移行群とでは、入院日数の意味が異なる。よって（A）通院移行までの日数を一つのアウトカムとして見る必要がある。

通院移行までの日数とは別に、（B）処遇終了-入院という転帰は一つのアウトカムである。

頻回/長期行動制限は入院の長期化¹⁾および処遇終了-入院⁴⁾につながりやすいことが分かっており、（C）行動制限群につながる困難要因

の探索は本研究の中心的課題の一つである。

これまでに研究してきた（ア）複雑事例中核群からの通院移行と処遇終了-入院への分岐、

（ウ）行動制限群からの通院移行と処遇終了-入院への分岐は図1では（D）にあたる。

以上より、本研究では入院の長期化と頻回/長期の行動制限という医療観察法入院医療の課題を探るべく、（A）通院移行までの日数、（B）処遇終了-入院、（C）頻回/長期の行動制限、（D）頻回/長期の行動制限から処遇終了-入院につながる要因を探索する。言い換えると、入院の長期化や行動制限につながる、対象者の重症度に関わる指標の探索が本研究の目的である。

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。

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ため隔離・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」にて群分けすると、この基準への合致が不明瞭な事例は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。

その他、共通評価項目等の変数の欠損値に対

してはペアワイズで除外した。

2. 倫理的配慮

令和3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事務局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、連結不可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。本研究は令和3年5月28日付で国立病院機構榊原病院倫理審査委員会より承認を得て実施した。

3. 統計学的解析

図1の模式図において、前述の（A）～（D）の要因を探索するため、以下の手順で統計学的解析を行った。

1) 通院移行までの日数と各変数の順位相関：

通院移行までの日数の長期化につながる要因

（図1：A）を探索するため、a)性別、b)年代、c)主診断（ICD-10 Fコード1桁）、d)対象行為、e)行動制限群、f)再入院・再処遇、g)処遇終了-入院の有意に多い5施設⁴⁾（5施設をまとめてダミー変数=1、その他の施設=0）、の各変数（年代のほかは全てダミー変数）とのスピアマンの順位相関係数を算出した。ここでは分析の対象は通院移行した事例のみとし、転帰が処遇終了（n=493）、死亡（n=33）、抗告退院（n=15）である群は除外した。

2) 通院移行までの日数と初回入院継続申請時

共通評価項目の順位相関：

通院移行までの日数の長期化につながる要因（図1：A）を探索

するため、初回入院継続申請時共通評価項目

（第2版）ならびに社会復帰関連指標（【衝動コントロール】【個人的支援】【物質乱用】【非精神病性症状3）怒り】【生活能力4）家事や料理をしない】【衝動コントロール1）一貫性のない行動】【非社会性9）性的逸脱行動】の7項目合計点）のそれぞれとのスピアマンの順位相関係数を算出した。対象は前記1)と同じく通院

移行した事例のみとした。

3) 処遇終了-入院と各変数の関連：処遇終了-入院と通院移行とを分ける要因（図1：B）を探索するため、前記の解析1）と同じa～gの変数のそれぞれと、処遇終了-入院（ダミー変数）との順位相関係数を算出した。

本研究1年目の結果³⁾より、処遇終了-入院となった事例では、居住形態で分けた医療観察法通院処遇への移行の4群、および処遇終了と同時に精神保健福祉法の通院となった群（以下、処遇終了-通院群）よりも、退院申請時の共通評価項目で計44の下位項目に差が生じた。一方で処遇終了-通院群、処遇終了後に精神科医療を受けなかった群（以下、処遇終了-医療なし群）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³⁾。そのためここでの解析では処遇終了-通院群(n=145)と処遇終了-医療なし群(n=34)は除外し、4種の居住形態を含めた通院移行群(n=2451)と、処遇終了-入院(n=314)の2群を対象とした。

4) 処遇終了-入院と初回入院継続申請時共通評価項目の関連：処遇終了-入院と通院移行とを分ける要因（図1：B）を探索するため、初回入院継続申請時共通評価項目（第2版）ならびに社会復帰関連指標のそれぞれとのスピアマンの順位相関係数を算出した。対象は前記3）と同様である。

5) 行動制限群と各変数の関連：行動制限群につながる要因（図1：C）を探索するため、前記の解析1）と同じa～gの変数からe)行動制限群を除く各変数と、行動制限群を1とするダミー変数とのスピアマンの順位相関係数を算出した。分析の対象は「隔離5回以上、隔離28日以上、拘束1回以上のいずれか」の基準との合致が不明瞭な事例(n=5)および隔離・拘束の実施データが欠損している事例(n=60)を除いた事例(n=2928)である。

6) 行動制限群と初回入院継続申請時共通評価

項目の関連：行動制限群につながる要因（図1：C）を探索するため、初回入院継続申請時共通評価項目（第2版）ならびに社会復帰関連指標のそれぞれと、行動制限群を1とするダミー変数とのスピアマンの順位相関係数を算出した。対象は前記5）と同様である。

7) 行動制限群の中での処遇終了-入院と各変数の関連：行動制限群から処遇終了-入院と通院移行とを分ける要因（図1：D）を探索するため、行動制限群のみを取り出し、a)性別、b)年代、c)主診断、d)対象行為、f)再入院・再処遇、g)処遇終了-入院の有意に多い5施設⁴⁾の各変数と、処遇終了-入院（ダミー変数）との順位相関係数を算出した。分析の対象は行動制限群(n=323)のうち転帰が処遇終了-入院(n=88)または通院移行(n=201)の事例のみ(合わせてn=289)とし、他の転帰の事例は除外した。

8) 行動制限群の中での処遇終了-入院と初回入院継続申請時共通評価項目の関連：行動制限群から処遇終了-入院と通院移行とを分ける要因（図1：D）を探索するため、行動制限群のみを取り出し、初回入院継続申請時共通評価項目（第2版）ならびに社会復帰関連指標と処遇終了-入院（ダミー変数）との順位相関係数を算出した。対象は前記7）と同様である。

9) 初回入院継続申請時社会復帰関連指標と行動制限群・通院移行までの期間との関連：初回入院継続申請時の社会復帰関連指標の点数と行動制限群との関連を考察するため、社会復帰関連指標の点数ごとの行動制限群と対照群の人数比をクロス集計表で示し、カイ2乗検定を行った。同様に社会復帰関連指標の点数ごとの処遇終了-入院と通院移行の人数比をクロス集計表で示し、カイ2乗検定を行った。また効果量としてCramerの連関係数(*Cramer's V*)を算出した。分析の対象は前記5）と同様である。社会復帰関連指標の点数ごとの通院移行までの日数をクラスカル=ウォリス検定で比較した。

いずれも解析にはエクセル統計(BellCurve®

for Excel)を使用し、 $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。順位相関係数については $|r| > 0.2$ の弱い相関を、カイ2乗検定は効果量 *Cramer's* $\phi > 0.2$ を基準にして大きさを考慮した。

C. 研究結果

1) 通院移行までの日数と各変数の順位相関：通院移行までの日数と a)性別、b)年代、c)主診断 (ICD-10 Fコード1桁)、d)対象行為、e)行動制限群、f)再入院・再処遇、g)処遇終了-入院の多い5施設⁴⁾の各変数(年代のほかは全てダミー変数)とのスピアマンの順位相関係数を表1左側に示す。 $n=2,451$ とサンプルサイズが大きいため、大半の変数が5%水準で有意となるが、 $|r| > 0.2$ の弱い相関を基準とし、以下の解析も含め、 $|r| > 0.2$ となった相関係数を太字で示す。行動制限群のみ $r = 0.264$ と弱い相関を示した。

2) 通院移行までの日数と初回入院継続申請時共通評価項目の順位相関：通院移行までの日数と初回入院継続申請時共通評価項目(第2版)の各下位項目、ならびに社会復帰関連指標のスピアマンの順位相関係数を表2左側に示す。

社会復帰関連指標が $r = 0.217$ となった他は、【精神病症状】と【精神病症状1)通常でない思考内容】が $|r| > 0.2$ の弱い相関を示した。

3) 処遇終了-入院/通院移行と各変数の関連：処遇終了-入院(ダミー変数)と a)性別、b)年代、c)主診断、d)対象行為、e)行動制限群、f)再入院・再処遇、g)処遇終了-入院の多い5施設⁴⁾の各変数とのスピアマンの順位相関係数を表1中央に示す。

行動制限群のみが $|r| > 0.2$ の弱い相関を示した。

4) 処遇終了-入院/通院移行と初回入院継続申請時共通評価項目の関連：処遇終了-入院(ダミー変数)と初回入院継続申請時共通評価項目(第2版)ならびに社会復帰関連指標のそれぞ

れとのスピアマンの順位相関係数を表2中央に示す。

$|r| > 0.2$ となる項目はなかった。

5) 行動制限群と各変数の関連：a)性別、b)年代、c)主診断 (ICD-10 Fコード1桁)、d)対象行為、f)再入院・再処遇、g)処遇終了-入院の有意に多い5施設⁴⁾の各変数と行動制限群とのスピアマンの順位相関係数を表1右側に示す。

$|r| > 0.2$ となる変数はなかった。

6) 行動制限群と初回入院継続申請時共通評価項目の関連：行動制限群と初回入院継続申請時共通評価項目(第2版)ならびに社会復帰関連指標のそれぞれとのスピアマンの順位相関係数を表2右側に示す。

社会復帰関連指標が $r = 0.235$ となった他は、【非精神病性症状1)興奮・躁状態】【非精神病性症状3)怒り】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】【衝動コントロール1)怒りの感情の行動化】の4下位項目が $|r| > 0.2$ の弱い相関を示した。

7) 行動制限群の中での処遇終了-入院/通院移行と各変数の関連：行動制限群に限ったサンプルで、a)性別、b)年代、c)主診断 (ICD-10 Fコード1桁)、d)対象行為、f)再入院・再処遇、g)処遇終了-入院の有意に多い5施設⁴⁾の各変数と、処遇終了-入院とのスピアマンの順位相関係数を表3に示す。

F0(器質性精神障害)が $r = 0.201$ 、処遇終了-入院の多い5施設⁴⁾が $r = 0.269$ の弱い相関を示した。

8) 行動制限群の中での処遇終了-入院/通院移行と初回入院継続申請時共通評価項目の関連：行動制限群に限ったサンプルで、初回入院継続申請時共通評価項目(第2版)ならびに社会復帰関連指標と、処遇終了-入院とのスピアマンの順位相関係数を表4に示す。

【生活能力8)社会的引きこもり】【生活能力9)孤立】【生活能力10)活動性の低さ】がそれ

ぞれ $r = 0.229$ 、 0.269 、 0.210 の弱い相関を示した。社会復帰関連指標は $r = 0.085$ にとどまった。

9) 初回入院継続申請時社会復帰関連指標と行動制限群・通院移行までの期間との関連：初回入院継続申請時社会復帰関連指標の点数ごとの行動制限群と対照群の人数比を表5に示す。表5では0点から14点に分布する初回入院継続申請時社会復帰関連指標の点数ごとの行動制限群と対照群の人数、当該点数での行動制限群の割合、当該点数以上のまとまり（例えば10点の列であれば、10点以上の合算）における行動制限群の割合、当該点数以下のまとまりにおける行動制限群の割合を示した。

カイ2乗検定を行ったところ、 χ^2 (自由度 = 14) = 164.2、*Cramer's V* = 0.263 となった。

初回入院継続申請時社会復帰関連指標の点数ごとの処遇終了-入院と通院移行の人数比を表6に示す。表6では0点から14点に分布する初回入院継続申請時社会復帰関連指標の点数ごとの処遇終了-入院と通院移行の人数、当該点数での処遇終了-入院の割合、当該点数以上のまとまり（例えば10点の列であれば、10点以上の合算）における処遇終了-入院の割合、当該点数以下のまとまりにおける処遇終了-入院の割合を示した。

カイ2乗検定を行ったところ、 χ^2 (自由度 = 14) = 53.3、*Cramer's V* = 0.154 となった。

初回入院継続申請時社会復帰関連指標の点数ごとの通院移行までの日数を表7・図2に示す。

入院処遇日数は正規性が棄却されている⁴⁾ためクラスカル=ウォリス検定を行ったところ、 χ^2 (自由度 = 14) = 107.5、 $p < 0.001$ となった。多重比較 (Steel-Dwass) では、各群の n の違いもあり以下の組み合わせで有意差が示された。

0点の群が6点の群、7点の群、10点の群、11点の群のそれぞれより有意に短い。

1点の群が4点の群、5点の群、6点の群、7点の群、8点の群、9点の群、10点の群、11点の群、12点の群のそれぞれより有意に短い。

2点の群が6点の群、7点の群、8点の群、9点の群、10点の群、11点の群、12点の群のそれぞれより有意に短い。

3点の群が6点の群、7点の群、9点の群、10点の群、11点の群のそれぞれより有意に短い。

4点の群と5点の群はいずれも7点の群、11点の群のそれぞれより有意に短い。

D. 考察

1) 入院長期化・処遇終了-入院・頻回/長期の行動制限につながる要因：図1の模式図から前記1~8の統計解析を行い、表1~表4に示した順位相関係数のうち、 $|r| > 0.2$ となった項目を図3に示す。

表1に示した各変数のうち、F0（器質性精神障害）が処遇終了-入院と $r = 0.227$ の弱い相関を示した他は、性別・年代・診断・対象行為・再入院・再処遇の各変数は、それぞれ通院移行までの日数、処遇終了-入院、行動制限群との相関が $|r| > 0.2$ となる変数はない。即ち、静的な要因は F0（器質性精神障害）が処遇終了-入院につながりやすい他は転帰への影響が小さいと言える。その一方で頻回/長期の行動制限（行動制限群）は通院移行までの日数を延伸させ、処遇終了-入院も増加させる。

一方で初回入院継続申請時の共通評価項目の評定、即ち指定入院医療機関入院後に観察された状態の一部はその後の転帰に影響する（表2）。但し、処遇終了-入院への影響は小さく、通院移行までの日数の延伸に関わる下位項目（【精神病症状】【精神病症状1）通常でない思考】）と、頻回/長期の行動制限（行動制限群）に関わる下位項目（【非精神病性症状1）興奮・躁状態】【非精神病性症状3）怒り】【衝動コントロール1）一貫性のない行動】【衝動コントロール5）怒りの

感情の行動化】は重複しない。その一方で社会復帰関連指標は通院移行までの日数、頻回/長期の行動制限ともに弱い相関を認めている。社会復帰関連指標が共通評価項目 7 下位項目の合算による指標であり、0~14 点に分布する影響もあるが、この 7 下位項目の合計点は通院移行後の暴力や問題行動とも関連⁵⁾しており、社会復帰関連指標によって (A) 入院長期化、(B) 頻回/長期の行動制限、(E) 通院移行後の暴力/問題行動の危険性を見積もりに寄与できる。

2) 頻回/長期の行動制限と処遇終了-入院の間にあるもの: 表 1・図 3 から頻回/長期の行動制限 (行動制限群) は通院移行までの日数を延伸し、処遇終了-入院を増加させる。行動制限群は約 3 割が処遇終了-入院となっており、退院例全体に占める処遇終了-入院率 10.5%を約 3 倍に押し上げる⁴⁾。前項の分析から、頻回/長期の行動制限 (行動制限群) につながる要因は、共通評価項目の下位項目【非精神病性症状 1) 興奮・躁状態】【非精神病性症状 3) 怒り】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】【衝動コントロール 5) 怒りの感情の行動化】に表される、情動の不安定さと衝動性が大きい(表 2、図 3)。その一方で、これらの項目と処遇終了-入院との相関は $r = 0.1$ 前後にとどまり、関連は小さい。一方で行動制限群に限った分析では、表 4 より【生活能力 8) 社会的引きこもり】【生活能力 9) 孤立】【生活能力 10) 活動性の低さ】が処遇終了-入院に影響している。これは本研究 1 年目で行った、行動制限群のうち、処遇終了-入院群と通院移行群とで初回入院継続申請時共通評価項目を比較した結果³⁾と共通している。同じサンプルの同一の評価を、Brown-Forsyth 検定で群間比較を行った³⁾かダミー変数を用いて順位相関係数を算出したかの違いであり、結果が共通しているのは当然でもある。だが本研究 1 年目で「活動性・社会性の低さが治療の進展の障害になって、結果として処遇終了-入院に至った一群」³⁾として疑われた一方、表 2 から活動性・

社会性の低さ自体から頻回/長期の行動制限や処遇終了-入院への影響は小さい(表 2 から【生活能力 8) 社会的引きこもり】【生活能力 9) 孤立】【生活能力 10) 活動性の低さ】と行動制限群との順位相関はそれぞれ 0.076、0.086、0.065、処遇終了-入院との順位相関はそれぞれ 0.110、0.153、0.116) ことは留意されるべきである。これらの活動性・社会性の低い群は、頻回/長期の行動制限に陥れば処遇終了-入院となりやすいが、行動制限がなければ処遇終了-入院への影響は小さいと言える。

一方で F0 (器質性精神障害) はサンプル全体で見ても処遇終了-入院になりやすく(表 1、 $r = 0.227$)、頻回/長期の行動制限を経ても処遇終了-入院になりやすい(表 3、 $r = 0.201$)。

特筆すべきは再匿名化された機関番号から解析し、カイ 2 乗検定で有意に処遇終了-入院の多かった 5 施設⁴⁾による施設要因が、サンプル全体での処遇終了-入院になりやすさ(表 1、 $r = 0.136$)よりも、行動制限群を経た後の処遇終了-入院になりやすさ(表 3、 $r = 0.269$)に寄与していることである。ここから、処遇終了-入院には施設間の判断の違いが影響している⁴⁾一方、施設間格差は頻回/長期の行動制限となった後により大きいことが推察される。処遇終了-入院に運用の差があり、特に F1 (物質関連障害)にて施設間格差が大きい⁴⁾ことも明らかになっている。先の共通評価項目の 3 つの下位項目にみられる活動性の低さと処遇終了-入院との関連も含め、運用実態の検証と施設間格差の解決に向けた取り組みが求められる。

3) 社会復帰関連指標の特性: 先の結果から頻回/長期の行動制限は処遇終了-入院を招きやすいが、頻回/長期の行動制限を経ると施設間格差が広がることが窺われた。そのため、処遇終了-入院は対象者の特性としてのみ考察することが難しい。一方で社会復帰関連指標は (A) 入院長期化、(B) 頻回/長期の行動制限、さらに (E) 通院移行後の暴力/問題行動の危険性を見積も

り⁵⁾に寄与する。表5を見ると、行動制限群のベースレート11.8%に対し、初回入院継続申請時の社会復帰関連指標が10点であれば31.2%、10点以上を基準にとれば31.3%が行動制限群となる。AUC (Area Under the Curve) を算出すると0.709となり、社会復帰関連指標が高いと頻回/長期の行動制限となりやすいと言える。但し10点以上でも約7割は行動制限群にならず、頻回/長期の行動制限に至る要因は社会復帰関連指標だけでは説明できない。

社会復帰関連指標と処遇終了-入院との関連では、Cramer's $V = 0.154$ に留まり、表6のようにベースレート9.5%に対して社会復帰関連指標10点以上の群で20.7%が処遇終了-入院となる。順位相関係数が $r = 0.134$ (表2)に留まることから、初回入院継続申請時社会復帰関連指標では処遇終了-入院への影響は小さい。

社会復帰関連指標と通院移行までの日数との関連では、表7、図2のように3点までが短く、11点からさらに入院期間が延びるように見える。多重比較(Steel-Dwass)でも、各群のnの違いによって有意差の生じ方が一様ではないが、0点、1点、2点、3点の各群は、少なくとも6点、7点、10点、11点の各群より有意に短い日数で通院処遇へ移行している。但し最小値を見ると社会復帰関連指標10点でも290日、11点でも536日で通院処遇に移行する事例もある。言い換えると、全体として社会復帰関連指標が高いほど入院期間が延びる傾向があるが、高値でも早く退院する事例はある。

以上まとめると、必ずしも全例が行動制限や長期化につながるわけではないが、社会復帰関連指標が高いと頻回/長期の行動制限になりやすい、入院期間が長期になりやすい、通院移行後には暴力や問題行動を起こしやすいという傾向があり、相対的に治療困難な事例だと言える。

E. 結論

本研究では(A)通院移行までの日数、(B)処遇終了-入院、(C)頻回/長期の行動制限(行動制限群)に関わる変数、(D)行動制限群から処遇終了-入院につながる要因を探索した。その結果、社会復帰関連指標(【衝動コントロール】【個人的支援】【物質乱用】【非精神病性症状3)怒り】【生活能力4)家事や料理をしない】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】【非社会性9)性的逸脱行動】の7項目合計点)は(A)通院移行までの日数と(C)頻回/長期の行動制限の両方につながる要因であり、通院移行後の暴力や問題行動の危険性の指標⁵⁾でもある、いわば医療観察法医療対象者の重症度の指標として使い得ることが明らかになった。

一方、社会復帰関連指標の他は、入院の長期化につながる要因と、頻回/長期の行動制限につながる要因とが重ならなかった。

処遇終了-入院へはF0(器質性精神障害)の影響が認められたものの、特に頻回/長期の行動制限を経ると施設要因が大きくなり、処遇終了-入院の運用の差を分析すること、施設間格差の解決に向けた取り組みが求められる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 壁屋康洋, 村杉謙次, 高野真弘: 医療観察法入院医療における複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究(9)入院データベースを用いた分析. 第75回国立病院総合医学会, Web開催, 会期2021.10.23-11.20
- 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(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
- 3) 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

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 謝辞

本研究にあたり、データの抽出・加工にご尽力をいただいた、国立精神・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, 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.

- 4) 壁屋康洋, 大鶴卓, 久保彩子, 前上里泰史, 諸見秀太, 高尾碧, 河野稔明, 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 4 年度分担研究報告書, 2023.
- 5) 壁屋康洋ら: 平成 25 度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業) 医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究【若手育成型】医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 平成 25~27 年度総合研究報告書, 2016.

図1 入院長期化、処遇終了-入院に至る模式図

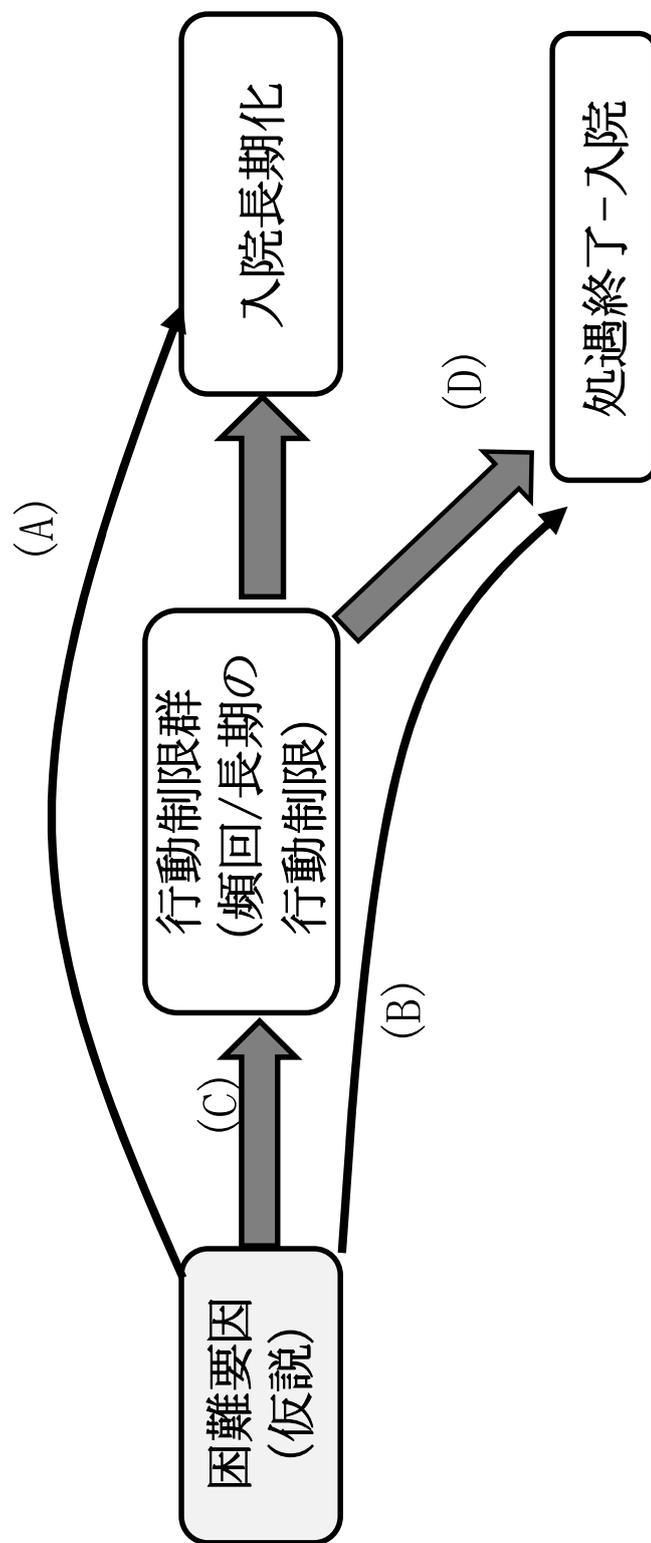


表1 通院移行までの日数、処遇終了-入院、行動制限群に対する各変数の順位相関係数
(ダミー変数によるスピアマンの順位相関係数)

変数	通院移行までの日数との順位相関 n=2451 (通院移行事例のみ)		処遇終了-入院 (≠1) との順位相関 n=2765		行動制限群 (≠1) との順位相関 n=2928	
	スピアマンr	スピアマンr	スピアマンr	スピアマンr	スピアマンr	スピアマンr
性別	0.054	0.004	0.004	0.025	0.004	0.025
年代	-0.043	0.172	0.172	-0.056	-0.056	-0.056
F0	-0.056	0.227	0.227	0.036	0.036	0.036
F1	-0.049	-0.002	-0.002	-0.045	-0.045	-0.045
F2	0.123	-0.093	-0.093	-0.010	-0.010	-0.010
F3	-0.061	-0.049	-0.049	-0.051	-0.051	-0.051
F4	-0.036	0.001	0.001	0.004	0.004	0.004
F5	-0.024	0.012	0.012	-0.017	-0.017	-0.017
F6	0.007	0.020	0.020	0.039	0.039	0.039
F7	0.002	0.060	0.060	0.064	0.064	0.064
F8	0.074	0.009	0.009	0.076	0.076	0.076
F9	0.027	-0.015	-0.015	0.022	0.022	0.022
G	-0.013	0.039	0.039	0.020	0.020	0.020
重複障害有無	0.024	0.045	0.045	0.044	0.044	0.044
殺人	0.076	-0.034	-0.034	-0.017	-0.017	-0.017
殺人未遂	-0.002	-0.011	-0.011	0.000	0.000	0.000
傷害	0.002	0.002	0.002	-0.007	-0.007	-0.007
放火	-0.037	0.058	0.058	0.018	0.018	0.018
性暴力	-0.022	-0.026	-0.026	-0.021	-0.021	-0.021
強盗	-0.012	-0.033	-0.033	0.012	0.012	0.012
複数の対象行為	0.029	-0.019	-0.019	-0.010	-0.010	-0.010
行動制限群	0.264	0.212	0.212	0.045	0.045	0.045
再入院or再処遇	0.059	-0.014	-0.014	-0.003	-0.003	-0.003
再処遇	0.024	-0.013	-0.013	0.048	0.048	0.048
再入院	0.047	-0.012	-0.012			
処遇終了-入院の多い 5施設	-0.015	0.136	0.136			

表2 通院移行までの日数、処遇終了-入院、行動制限群に対する初回入院継続申請時第2版共通評価項目の順位相関係数

第2版共通評価項目		通院移行までの日数との 順位相関 n=2027 スピアマンr	処遇終了-入院 (=1) との順位相関 n=2240 スピアマンr	行動制限群 (=1) との 順位相関 n=2373 スピアマンr
精神医学的要素	1. 精神病症状	0.206	0.140	0.121
	の精神病症状の小項目			
	1) 通常でない思考	0.211	0.136	0.124
	2) 幻覚に基づいた行動	0.192	0.134	0.152
	3) 概念の統合障害	0.167	0.138	0.153
	4) 精神病的しぐさ	0.187	0.152	0.194
	5) 不適切な疑惑	0.180	0.089	0.098
	6) 誇大性	0.178	0.081	0.100
	2. 非精神病性症状	0.156	0.107	0.184
	非精神病性症状の小項目			
1) 興奮・躁状態	0.157	0.105	0.220	
2) 不安・緊張	0.122	0.049	0.129	
3) 怒り	0.179	0.109	0.210	
4) 感情の平板化	0.112	0.049	0.031	
5) 抑うつ	0.025	0.010	0.006	
6) 罪悪感	0.024	-0.030	0.014	
7) 解離	-0.046	0.016	0.043	
8) 知的障害	0.068	0.133	0.124	
9) 意識障害	-0.008	0.059	0.071	
3. 自殺企図	0.052	0.008	0.063	
4. 内省・洞察	0.159	0.123	0.088	
内省・洞察の小項目				
1) 対象行為への内省	0.158	0.112	0.103	
2) 対象行為以外の他害行為への内省	0.153	0.115	0.129	
3) 病識	0.146	0.153	0.069	
4) 対象行為の要因理解	0.175	0.148	0.096	
5. 生活能力	0.115	0.132	0.117	
生活能力の小項目				
1) 生活リズム	0.086	0.134	0.144	
2) 整容と衛生	0.121	0.162	0.121	
3) 金銭管理	0.124	0.130	0.160	
4) 家事や料理をしない	0.134	0.132	0.138	
5) 安全管理	0.127	0.127	0.165	
6) 社会資源の利用	0.087	0.141	0.131	
7) コミュニケーション	0.095	0.110	0.128	
8) 社会的引きこもり	0.146	0.110	0.076	
9) 孤立	0.171	0.153	0.086	
10) 活動性の低さ	0.145	0.116	0.065	
11) 生産的活動・役割	0.126	0.118	0.105	
12) 過度の依存	0.126	0.071	0.116	
13) 余暇を有効に過ごせない	0.107	0.077	0.084	
14) 施設への過剰適応	0.058	0.108	0.082	
6. 衝動コントロール	0.159	0.100	0.197	
衝動コントロールの小項目				
1) 一貫性のない行動	0.168	0.085	0.227	
2) 待つことができない	0.121	0.114	0.180	
3) 先の予測をしない	0.155	0.101	0.182	
4) そそのかされる	0.033	-0.013	0.094	
5) 怒りの感情の行動化	0.183	0.126	0.200	
7. 共感性	0.192	0.108	0.109	
8. 非社会性	0.152	0.051	0.164	
非社会性的小項目				
1) 侮辱的な言葉	0.046	0.034	0.106	
2) 社会的規範の蔑視	0.076	0.044	0.079	
3) 犯罪志向的態度	0.090	0.006	0.039	
4) 特定の人を害する	0.132	0.023	0.133	
5) 他者を脅す	0.105	0.043	0.129	
6) だます、嘘を言う	0.078	0.004	0.099	
7) 故意の器物破損	0.109	0.021	0.158	
8) 犯罪的交友関係	0.005	0.008	0.048	
9) 性的逸脱行動	0.103	0.092	0.125	
10) 放火の兆し	0.015	0.026	0.072	
対人関係的要素				

表2 通院移行までの日数、処遇終了-入院、行動制限群に対する初回入院継続申請時第2版共通評価項目の順位相関係数

環境的要素	現実的計画の小項目	9. 対人暴力	0.086	0.062	0.148
		10. 個人的支援	0.096	0.025	0.026
		11. コミュニティ要因	0.117	0.068	0.039
		12. ストレス	0.128	0.087	0.152
		13. 物質乱用	-0.033	-0.016	-0.008
		14. 現実的計画	-0.007	0.045	0.020
		1) 退院後の治療プランへの同意	0.036	0.069	0.069
		2) 日中活動	0.023	0.060	0.039
		3) 住居	0.101	0.080	0.043
		4) 生活費	0.027	-0.044	0.004
治療的要素	治療小項目のケア	5) 緊急時の対応	-0.022	0.045	0.025
		6) 関係機関との連携・協力体制	0.012	0.030	0.035
		7) キーパーソン	0.108	0.010	0.015
		8) 地域への受け入れ体制	-0.015	0.056	0.042
		15. コンプライアンス	0.129	0.113	0.101
		16. 治療効果	0.144	0.124	0.097
		17. 治療・ケアの継続性	-0.002	0.042	0.030
		1) 治療同盟	0.111	0.100	0.081
		2) 予防	0.010	0.080	0.050
		3) モニター	0.002	0.055	0.037
4) セルフモニタリング	0.019	0.090	0.061		
5) 緊急時の対応	0.005	0.066	0.046		
社会復帰関連指標			0.217	0.134	0.235

表3 行動制限群(n=323)の中での
 処遇終了-入院/通院移行に対する各変数の順位相関係数
 (ダミー変数によるスピアマンの順位相関係数)

		処遇終了-入院 (=1) との順位相関 (n=289)
変数		スピアマンr
	性別	-0.118
	年代	0.091
診断 分類	F0	0.201
	F1	0.078
	F2	-0.142
	F3	-0.032
	F4	0.089
	F5	
	F6	0.062
	F7	0.061
	F8	0.002
	F9	-0.055
	G	0.050
	重複障害有無	0.129
対象 行為	殺人	-0.047
	殺人未遂	-0.014
	傷害	0.082
	放火	-0.035
	性暴力	0.039
	強盗	-0.035
	複数の対象行為	-0.032
	再入院or再処遇	-0.062
	再処遇	0.168
	再入院	-0.092
	処遇終了-入院の多い5施設	0.269

表4 行動制限群(n=323)の中での
処遇終了-入院/通院(ダミー変数)に対する
初回入院継続申請時第2版共通評価項目の順位相関係数

第2版共通評価項目 n=259		処遇終了-入院(=1)との順位相関係数 スピアマン _r	
1. 精神病症状		0.043	
精神医学的要素 の小項目	1) 通常でない思考	0.025	
	2) 幻覚に基づいた行動	0.100	
	3) 概念の統合障害	0.061	
	4) 精神病的しぐさ	0.157	
	5) 不適切な疑惑	-0.053	
	6) 誇大性	-0.054	
2. 非精神病性症状		0.040	
精神医学的要素 の小項目	1) 興奮・躁状態	-0.007	
	2) 不安・緊張	0.001	
	3) 怒り	-0.021	
	4) 感情の平板化	0.047	
	5) 抑うつ	-0.050	
	6) 罪悪感	-0.092	
	7) 解離	0.096	
	8) 知的障害	0.112	
	9) 意識障害	0.034	
3. 自殺企図		0.015	
4. 内省・洞察		0.046	
小洞内項察省目の	1) 対象行為への内省	0.026	
	2) 対象行為以外の他害行為への内省	0.129	
	3) 病識	0.086	
	4) 対象行為の要因理解	0.062	
5. 生活能力		0.126	
個人心理的要素 の小項目	1) 生活リズム	0.177	
	2) 整容と衛生	0.192	
	3) 金銭管理	0.168	
	4) 家事や料理をしない	0.094	
	5) 安全管理	0.139	
	6) 社会資源の利用	0.184	
	7) コミュニケーション	0.135	
	8) 社会的引きこもり	0.229	
	9) 孤立	0.269	
	10) 活動性の低さ	0.210	
	11) 生産的活動・役割	0.157	
	12) 過度の依存	0.105	
	13) 余暇を有効に過ごせない	0.177	
	14) 施設への過剰適応	0.065	
6. 衝動コントロール		0.002	
のト衝動小ロ動項目	1) 一貫性のない行動	0.054	
	2) 待つことができない	0.122	
	3) 先の予測をしない	0.097	
	4) そそのかされる	-0.071	
	5) 怒りの感情の行動化	0.019	
7. 共感性		0.116	
8. 非社会性		0.016	
対人関係的要素 の小項目	1) 侮辱的な言葉	-0.003	
	2) 社会的規範の蔑視	0.025	
	3) 犯罪志向的態度	-0.057	
	4) 特定の人を害する	-0.026	
	5) 他者を脅す	0.027	
	6) だます、嘘を言う	-0.091	
	7) 故意の器物破損	-0.043	
	8) 犯罪的交友関係	-0.013	
	9) 性的逸脱行動	0.117	
	10) 放火の兆し	-0.004	
9. 対人暴力		0.103	
10. 個人的支援		0.024	
11. コミュニティ要因		0.094	
12. ストレス		0.045	
13. 物質乱用		0.069	
環境的要素 の項目	14. 現実的計画		0.036
	現実的計画の小項目	1) 退院後の治療プランへの同意	0.061
		2) 日中活動	0.047
		3) 住居	0.032
		4) 生活費	-0.040
		5) 緊急時の対応	0.042
		6) 関係機関との連携・協力体制	0.064
		7) キーパーソン	-0.060
8) 地域への受け入れ体制		0.106	
15. コンプライアンス		0.089	
16. 治療効果		0.071	
治療的要素 の項目	17. 治療・ケアの継続性		0.079
	継続性・ケアの小項目	1) 治療同盟	0.126
		2) 予防	0.072
		3) モニター	0.082
		4) セルフモニタリング	0.149
5) 緊急時の対応		0.129	
社会復帰関連指標		0.085	

表5 初回入院継続申請時社会復帰関連指標の点数ごとの行動制限群割合

	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	11点	12点	13点	14点	合計
行動制限群人数	0	8	14	18	25	25	26	43	32	34	29	14	12	1	0	281
上記点数での行動制限群の割合	0.0%	4.5%	5.0%	5.3%	7.6%	9.2%	11.0%	19.0%	20.5%	24.6%	31.2%	30.4%	40.0%	14.3%	0.0%	11.8%
上記点数以上の群での行動制限群の割合	11.8%	12.0%	12.6%	13.8%	15.7%	17.9%	20.4%	23.6%	25.8%	28.4%	31.3%	31.4%	32.5%	10.0%	0.0%	
上記点数以下の群での行動制限群の割合	0.0%	3.8%	4.5%	4.8%	5.6%	6.3%	6.9%	8.4%	9.3%	10.3%	11.1%	11.5%	11.8%	11.9%	11.8%	
対照群人数	35	168	268	323	306	247	211	183	124	104	64	32	18	6	3	2092
合計人数	35	176	282	341	331	272	237	226	156	138	93	46	30	7	3	2373

初回入院継続時社会復帰関連指標(第2版)

表6 初回入院継続申請時社会復帰関連指標の点数ごとの処遇終了-入院割合

	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	11点	12点	13点	14点	合計
処遇終了-入院人数	1	7	14	24	21	26	29	27	14	16	16	9	7	2	0	213
上記点数での処遇終了-入院の割合	3.1%	4.1%	5.1%	7.3%	6.7%	10.1%	12.9%	12.7%	9.8%	13.3%	18.4%	22.5%	24.1%	33.3%	0.0%	9.5%
上記点数以上の群での処遇終了-入院の割合	9.5%	9.6%	10.1%	10.8%	11.6%	13.0%	13.9%	14.2%	15.0%	17.6%	20.7%	23.4%	24.3%	25.0%	0.0%	
上記点数以下の群での処遇終了-入院の割合	3.1%	3.9%	4.6%	5.7%	6.0%	6.8%	7.6%	8.2%	8.3%	8.6%	9.0%	9.3%	9.5%	9.5%	9.5%	
通院移行人数	31	164	260	304	294	231	195	185	129	104	71	31	22	4	2	2027
合計人数	32	171	274	328	315	257	224	212	143	120	87	40	29	6	2	2240

初回入院継続時社会復帰関連指標(第2版)

表7 初回入院継続申請時社会復帰関連指標の点数ごとの通院移行までの日数分布（通院移行のみ、処遇終了・死亡などは除く）

	0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	8点	9点	10点	11点	12点	13点	14点
初回入院継続時社会復帰関連指標(第2版)															
通院移行人数	31	164	260	304	294	231	195	185	129	104	71	31	22	4	2
平均	805.4	776.4	868.2	887.2	962.5	945.0	1033.0	1052.3	1016.2	1076.5	1083.1	1360.1	1272.8	1229.5	1027.0
SD	419.3	381.8	456.7	407.1	502.4	450.6	473.3	474.4	534.7	604.0	539.9	824.3	941.6	956.2	104.7
最小値	322	260	324	244	307	236	234	343	372	395	290	536	616	540	953
中央値	747.0	719.5	750.5	780.5	813.5	834.0	937.0	974.0	877.0	886.0	1010.0	1071.0	982.0	892.0	1027.0
最大値	2491	3730	4199	2639	3288	3002	3062	3442	3331	3331	3094	4479	4235	2594	1101

図2 初回入院継続申請時社会復帰関連指標の点数ごとの通院移行までの日数分布（通院移行のみ、処遇終了・死亡などは除く）

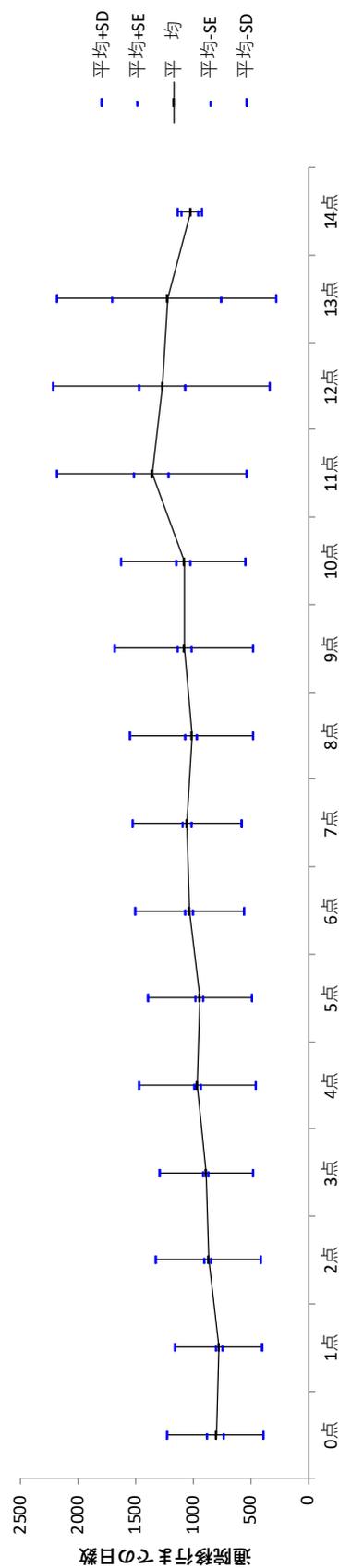
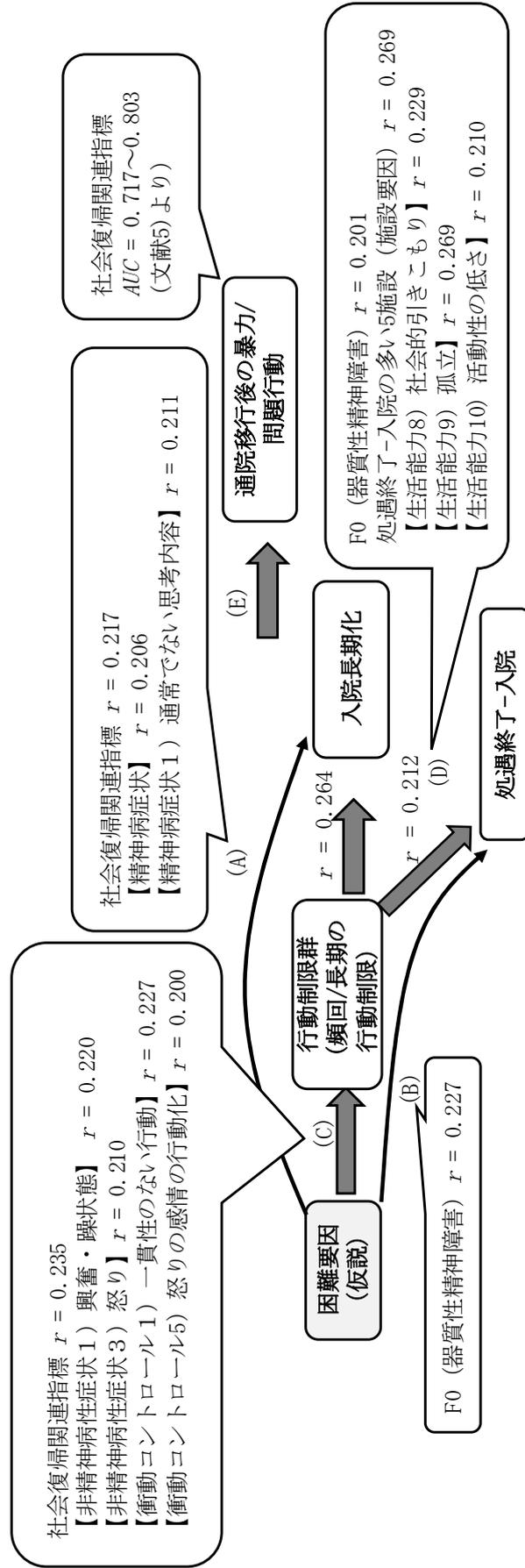


図3 入院長期化、処遇終了-入院に至る要因 $|r| > 0.2$ となった変数



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3年度～令和4年度 総合研究報告書

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：

1. 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、令和3年度～令和4年度において、措置入院複雑事例に対し医療観察法医療の担当多職種チーム（Multi-Disciplinary Team：以下、MDT）アプローチを導入し、その有効性を検証すると共に、医療観察法医療の精神保健福祉法医療への応用方法について検討することを目的とした研究を開始した（研究1）。
2. また全国の指定入院医療機関と協働し、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）。
3. 措置入院複雑事例に対しても、MDTアプローチは措置症状の消退に促進的に機能するものと考えられ、『協働意思決定度の上昇』が大きな治療促進要因となっているものと考えられる。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。
4. 医療観察法入院複雑事例に対するSDM with CFならびに転院は、停滞している複雑事例の治療状況を促進させる契機となりうるものであり、それらの治療促進要因として『みため直し』『関係（再）構築』『権利擁護』が挙げられる。3つの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』『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、今後のブロック会議への発展とブロック内での各指定入院医療機関の医療水準の均霑化や、複雑事例への対応の具体化が期待される。

研究協力者（順不同、敬称略）

平林直次 国立精神・神経医療研究センター病院
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太宰府病院
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に関する検討は、医療観察法入院医療の機能を再考する上での大きな課題となっている。また、入院処遇ガイドラインに示された標準的経過を辿らない、複雑事例の背景や病態の解明、分類、治療・ケアに関するエビデンスの蓄積は、医療観察法医療のみならず、精神科医療全体の機能向上に寄与するものと考えられ、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、case formulation（以下、CF）を用いた shared decision makingによる介入（以下、SDM with CF）や転院の有効性について検討してきた。

令和3年度～令和4年度にかけて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。

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、クラインスプランの作成、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

『治療方法が確立していない複雑事例に対し、本人の意思を治療計画に積極的に反映させることが治療の進展につながるのではないかと』との仮説をたて、複雑事例に対し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。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する（図2）。

研究3：複雑事例の転院トライアル

B. 研究方法

関係構築困難要因が目立つ複雑事例に対するアプローチ方法の1つとして想定した転院の効果を検証する。評価方法は、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）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する。令和4年度においては、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を開始した。

（倫理面への配慮）

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

C. 研究結果

2事例を対象に研究を開始した。2事例共に重複障害や成育歴上の傷つき体験を持ち、複数回の入院治療を経て、今回の措置入院に至った事例である（表3）。

事例1は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り、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に基づくMDTによる介入に対し、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、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。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。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。GSESは5点（低い傾向にあり）のままで変化はなかったが、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。

事例2は長期措置入院群に該当する事例であり、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。BPRSは不安・罪責感・緊張において若干の改善が得られた。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、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 の導入4事例において、表4に示すような評価尺度上の推移を示している。事例2・3については、SDM-Q-9、GSES、WAI 全ての評定において介入前後での上昇が認められる。事例4・5については3か月後のみの評価となっているが、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2事例共に改善している。事例6・7については、評価時期に至っておらず、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

令和3年度には1事例、令和4年度には3事例に転院トライアルを導入した。導入4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(表5)。

Essen CES の評定を行った事例2・3については、転院元MDTの『患者への脅威』が低下していた。事例3・4・5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形でのトライアルを導入した。事例3については、転院元・転院先MDTや分担研究者間での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め直しが行われ、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に至っている。

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。

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6事例の効果判定において、評価が終了している2事例については、SDM-Q-9、WAI、GSES全てにおいて上昇という結果が得られている。評価途中の2事例においてもWAIの上昇が認められている。全ての事例において評価が完遂しておらず、限定的な評価とはなるものの、SDM with CFが対象事例の意思決定に役立つ可能性や対象事例とMDTの関係改善、治療目標の共有、自己効力感の向上につながる可能性が示唆された。今後実施予定の評定や長期予後を含め、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4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。事例3・4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の転院による心理的負担の軽減をみてとることができた。事例4・5・6対しては、転院元・転院先医療機関のみではなく、分担研究者が所属する第3の医療機関が加わる形の転院トライアルを導入した。事例4においては、転院元・転院先MDTや分担研究者間でのWeb会議を繰り返す中で、治療の進展が得られている。事例5・6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』など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。

E. 結論

医療観察法入院複雑事例に対するSDM with CFならびに転院は、停滞している複雑事例の治療状況を促進させる契機となりうるものであり、それらの治療促進要因として『みため直し』『関係(再)構築』『権利擁護』が挙げられる。特に3つの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』などの効果が期待でき、今後のブロック会議への発展とブロック内での各指定入院医療機関の医療水準の均霑化や、複雑事例への対応の具体化が期待される。

措置入院複雑事例に対しても、MDTアプローチは措置症状の消退に促進的に機能するものと考えられ、『協働意思決定度の上昇』が大きな治療促進要因となっているものと考えられる。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。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 村杉謙次：医療観察法入院複雑事例に対する治療や介入方法の検討。第16回医療観察法関連職種研修会，Web開催，2021.9.3
- 2) 斎藤勝仁，村杉謙次，瀬戸秀文，高橋未央，鷺塚伸介：医療観察法入院医療における複雑事例に対する介入方法の検討－長期措置入院事例との比較を踏まえて－。第40回信州精神神経学会（ハイブリッド形式），2021.10.16
- 3) 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
- 4) 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

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 謝辞

本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) 指定入院医療機関退院後の予後に影響を与える因子の同定に関する研究. 竹田康二. 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) 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)
- 3) 従来対応が難しいとされた複雑事例に対する心理社会的介入方法に関する研究. 今村扶美. 医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究. (平成30年度～令和2年度 総合研究報告書)
- 4) 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上と普及に資する研究. (令和3年度 分担研究報告書)

図1 研究デザイン

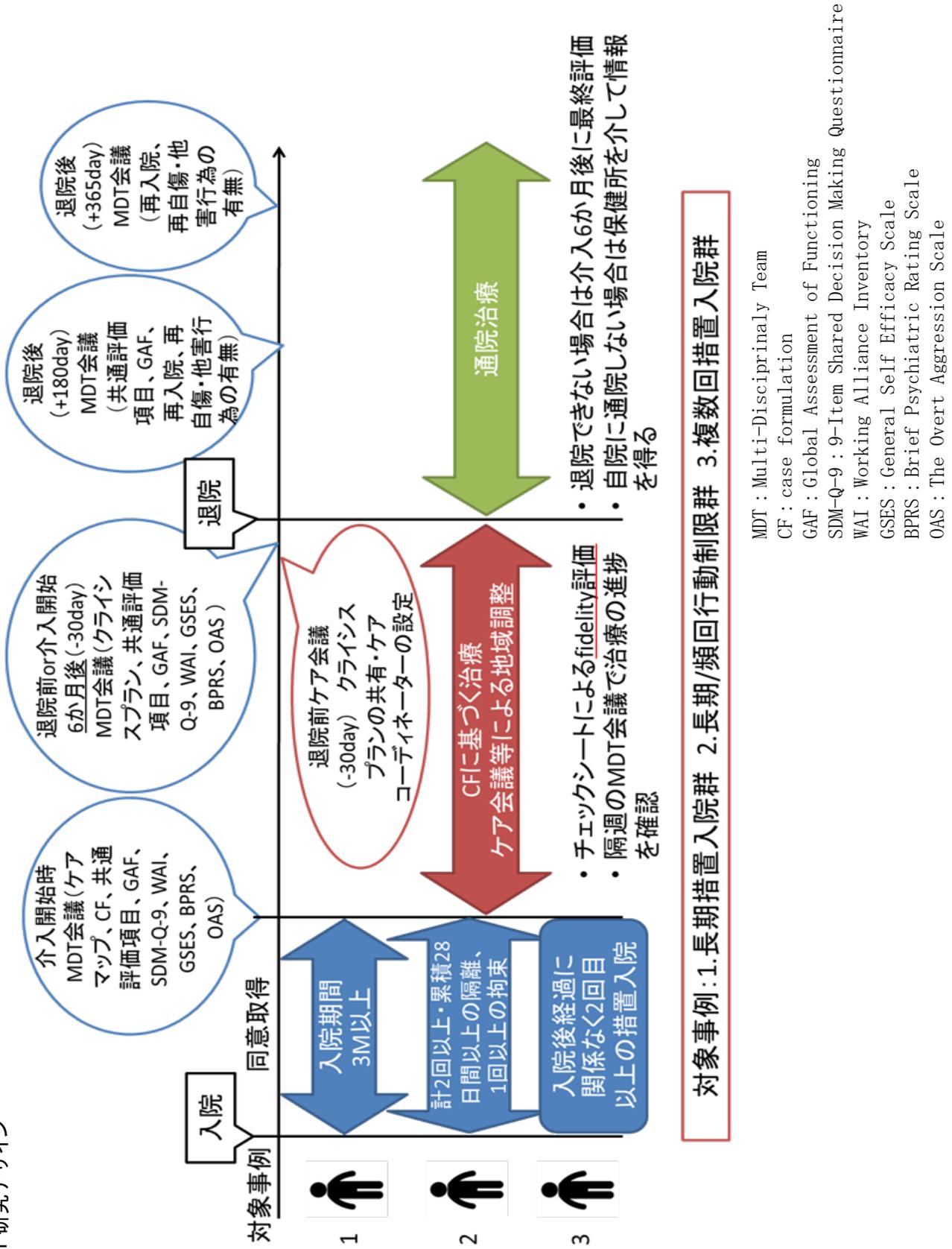


表1 研究実施医療機関による自己評価

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・外泊時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

表2 各種評価尺度・実施項目

評価項目	共通評価項目	介入開始時	入院前 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		○		

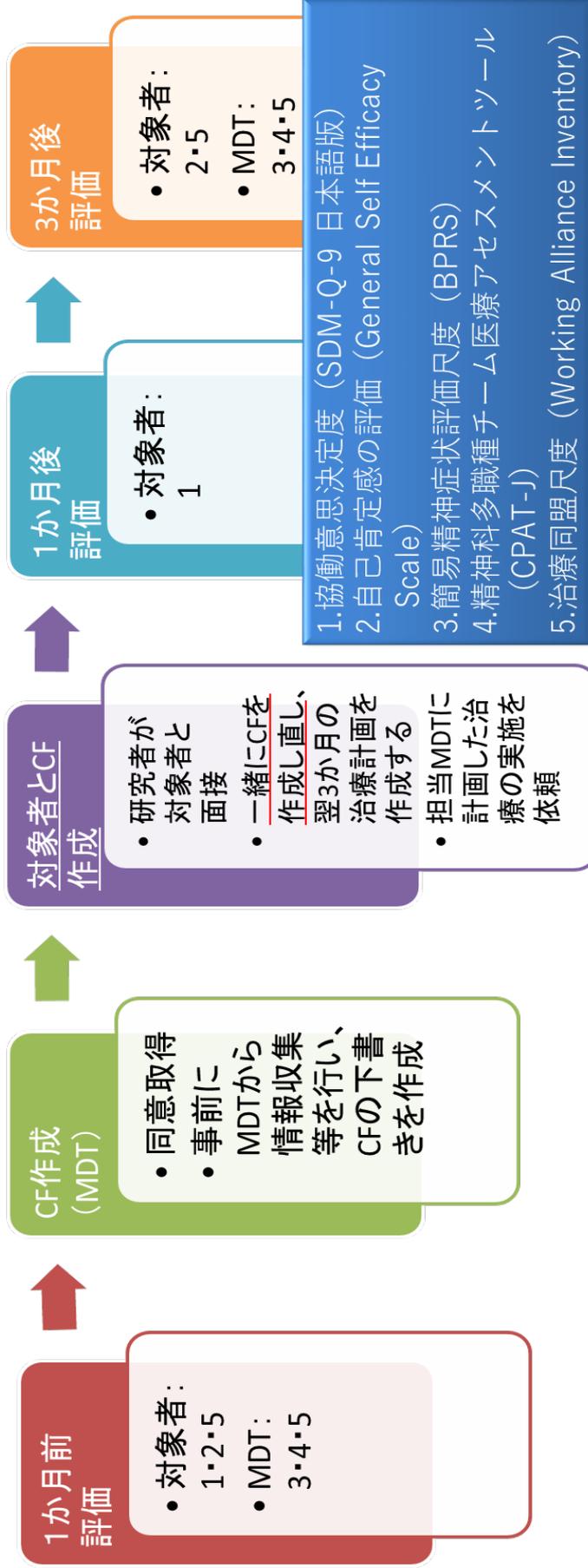
GAF : Global Assessment of Functioning
 BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale
 SDM-Q-9 : 9-Item Shared Decision Making Questionnaire
 WAI : Working Alliance Inventory
 GSES : General Self Efficacy Scale
 OAS : The Overt Aggression Scale

表3 措置入院複雑事例研究の導入事例

事例	年齢	性別	診断	複雑事例化要因
1	40代	男性	Sc・ASD・MR	措置要件：被害妄想に基づく器物損壊 社会復帰阻害要因：コミュニケーション障害、ストレス耐性の低さ、服薬アドヒアランス不良、内省困難
2	30代	男性	Sc・ADHD	措置要件：妄想に基づく自傷行為、両親への暴力 社会復帰阻害要因：治療抵抗性の精神病症状、衝動コントロール不良

Sc：統合失調症 ASD：自閉症スペクトラム障害 MR：精神遅滞 ADHD：注意欠陥多動性障害

図2 SDM with CF



MDT : Multi-Disciplinary Team

SDM with CF : shared decision making with case formulation

表3 SDM with CFの導入事例

事例※	年齢	性別	診断	複雑事例化要因	GSES		WAI
					SDM-Q-9 前後	前・3ヶ 月・6ヶ 月	
2	40代	男性	Sc・ ASD/ADHD	治療抵抗性：クロザピン導入の同意が得られない。 退院地調整：退院への意欲に乏しい	0⇒8	3⇒5⇒10	121⇒142⇒171
3	30代	男性	Sc・ASD	治療抵抗性：クロザピン使用しているが、幻覚妄想状態改善せず、ECT併用。 退院地調整：退院地への拘りが強く、退院地調整難航。	6⇒9	7⇒12⇒8	162⇒189⇒125
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300mg+アトモキセチン。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5 転院トライアルの導入事例

事例※	年齢	性別	診断	複雑要因	転院状況	現状	第3者的 視点・介入
2	30代	男性	Sc・ASD	重複障害、再処遇、	A病院→B 病院	白血球数低 値によるCLZ 導入困難	衝動性に対 する心理社 会的治療
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	C病院→D 病院	隔離・減薬 プログラム	両親とMDTの 関係構築支 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	E病院→B 病院→E 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	B病院→F 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

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3年度～令和4年度 総合研究報告書

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

一病院

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うるものであ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

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、事業化に向けた事務局機能の整備段階まで進んだ。本研究の結果を踏まえて、今後事業として幅広くコンサルテーションが活用され、退院促進の一助となるための留意点について考察したい。

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ことよいと考えられる。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 からも学び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 3 年度は、コンサルテーションの事業化

に向けて、仮想事務局を中心とした実施モデルを整備し、フォーマット類を作成した。令和 4 年度は、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す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. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 鈴木敬生, 今村扶美, 山口まりこ, 網干舞, 平林直次: 医療観察法指定入院医療機関における複雑事例に対する 施設間コンサルテーションの手法開発とその有効性. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021. 6. 11-6. 12
- 2) 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 3 年度医療観察法 MDT 研修, Web 開催, 2021. 10. 1
- 3) 山口まりこ, 網干舞, 今村扶美, 鈴木敬生, 平林直次: 医療観察法指定入院医療機関における複雑事例にみられる治療課題とその対応～施設間コンサルテーションの結果より～. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021. 6. 11-6. 12
- 4) 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

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 謝辞

本研究にあた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

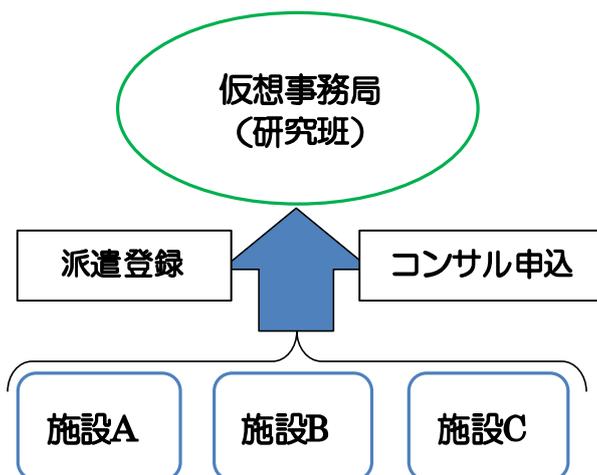


図1-2 マッチングとコンサルの実施

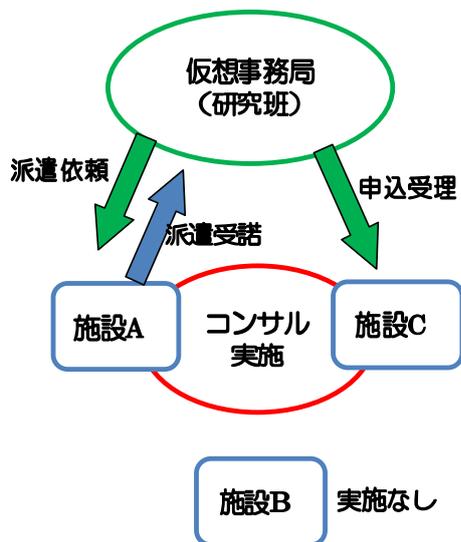


表1 コンサルテーション事業試行用に作成したフォーマット

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

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3年度～令和4年度 総合研究報告書

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年度に調査結果を解析し、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。並行して直接通院対象者、通院処遇終了者の調査研究も行った。

通院複雑事例は57例収集できた。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、今後も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。

直接通院処遇対象者の予後調査結果より、通院複雑事例は直接通院処遇対象者より多問題を有した状態で通院処遇が開始されていると考えられた。ただし、本結果は直接通院処遇対象者の一部しか研究対象となっていない限界がある。

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効性注射剤（Long Acting Injection：以下、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。また、令和2年度に実施していた直接通院処遇対象者の予後調査、令和4年度に実施した通院処遇終了者の予後調査も並行して行った。

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。

直接通院処遇対象者の予後調査は、令和元年度、2年度で収集できた16例に追跡調査を行った。

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

直接通院処遇対象者の予後調査は、令和元年度、令和2年度に使用した調査票を継続して用い、令和3年度に追跡調査を行った。

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、直接通院処遇対象者の予後調査は、全国の指定通院医療機関に調査表を郵送で送付し、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(Be11Curve® 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 (図 1)、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 2)

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 3)

通院複雑事例で重複診断なし 42 例、重複診断あり 15 例を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 4、図 5)

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 6)

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. 直接通院処遇対象者の予後調査

令和元年度、令和 2 年度の直接通院処遇対象者の予後調査で収集できた 16 事例に追跡調査を行い、10 事例収集できた。短期間の医療保護入院、アルコールの単回使用などを認めた者はいたが令和元年度、令和 2 年度と同様に通院複雑事例に該当する対象者はいなかった。

令和元年から令和 3 年度の直接通院事例、令和 3 年度に収集した通院複雑事例について通院処遇開始時の共通評価項目評点を比較した (図 7)。その結果、通院複雑事例は直接通院事例に比べ、精神病症状・内省・共感性・治療効果・衝動コントロール・反社会性・治療ケアの継続性など多項目に渡り共通評価項目の評点が高かった。

3. 処遇終了者の予後調査

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 8 名で最も多く、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。その他の問題行動を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8）。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 群の問題行動発生率の比較

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、問題行動が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9）。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) クラスター分類の特徴

通院複雑事例はクラスター解析により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これ、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. 直接通院処遇対象者の予後調査

令和3年度の追跡調査も令和元年度、令和2年度と同様に通院複雑事例に該当する対象者はいなかった。また、通院複雑事例は直接通院事例に比べ、多項目に渡り共通評価項目の評点が高かった。この結果より、通院複雑事例は直接通院処遇対象者より多問題を有した状態で通院処遇が開始されていると考えられた。ただし、追跡調査は10事例であることより、本結果は直接通院処遇対象者の一部しか研究対象となっていない限界がある。

3. 処遇終了者の予後調査研究

1) 転帰および問題行動

全期間において重大な他害行為の発生が処遇終了後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件にとどまっており、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 10）、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は、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。

直接通院処遇対象者の予後調査は通院複雑事例に該当する対象者はおらず、通院複雑事例は直接通院処遇対象者より多問題を有した状態で通院処遇が開始されていると考えられた。ただし、追跡調査は 10 事例であることより、本結果は直接通院処遇対象者の一部しか研究対象となっていない限界がある。

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. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 大鶴卓, 久保彩子, 高尾碧, 知花浩也, 前上里泰史, 諸見秀太: 医療観察法指定通院医療の実態および通院対象者の予後に関する調査. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021. 6. 11-6. 12
- 2) 久保彩子, 諸見秀太, 前上里泰史, 知花浩也, 高尾碧, 大鶴卓: 医療観察法通院処遇終了後の医療・ケア体制の変化および予後に関する調査. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021. 6. 11-6. 12
- 3) 久保彩子, 大鶴卓: 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
- 4) 前上里泰史, 大鶴卓: 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
- 5) 久保彩子, 大鶴卓: 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, 2022. 7. 9-7. 10

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 謝辞

本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/sihotokei_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. 2021

[https://www . e-stat . go . jp/stat-
search/file-
download?statInfId=000032105533&fileKind=
4](https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000032105533&fileKind=4)

- 7) 法務省ホームページ 犯罪白書

[http://www.moj.go.jp/housouken/houso_haku
sho2.html](http://www.moj.go.jp/housouken/houso_haku_sho2.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](http://www.moj.go.jp/housei/toukei/toukei_ichiran_hogo.html)

図1 通院複雑事例57例の概要

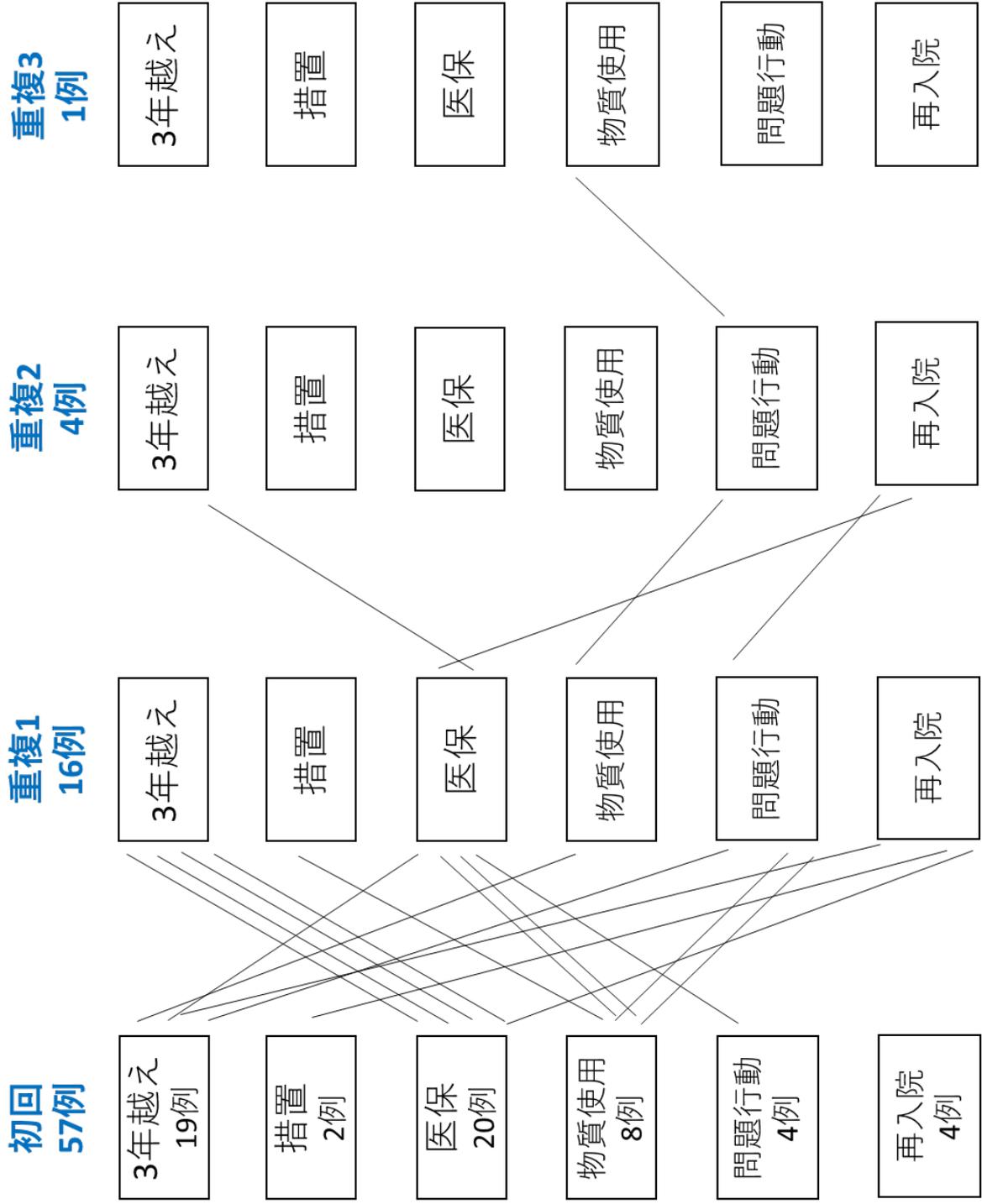


図2 問題行動がない通院処遇事例と通院複雑事例の
通院処遇開始時の共通評価項目評点の比較

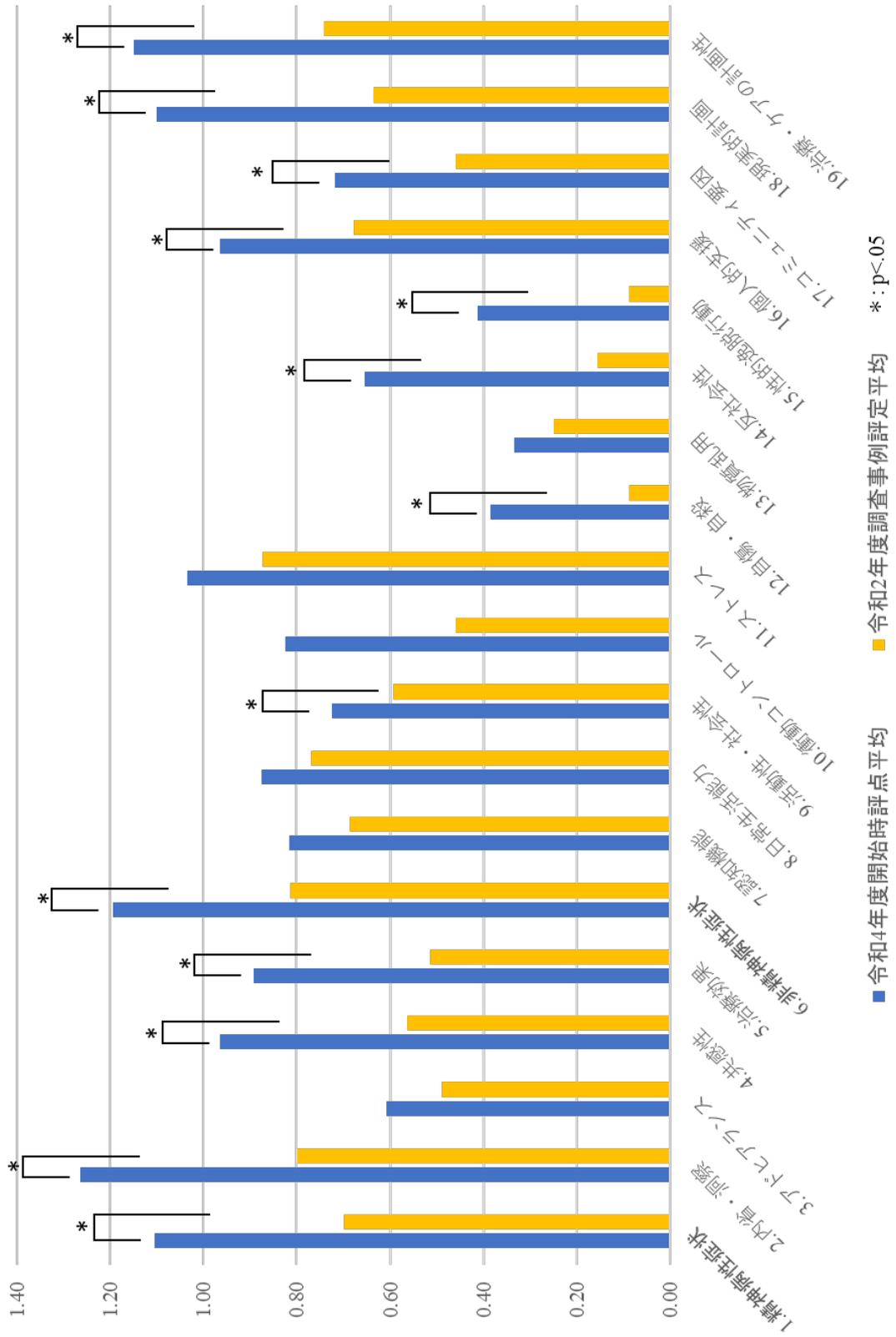


図3 重複診断あり事例と重複診断なし事例の通院処遇開始時の共通評価項目平均評点の比較

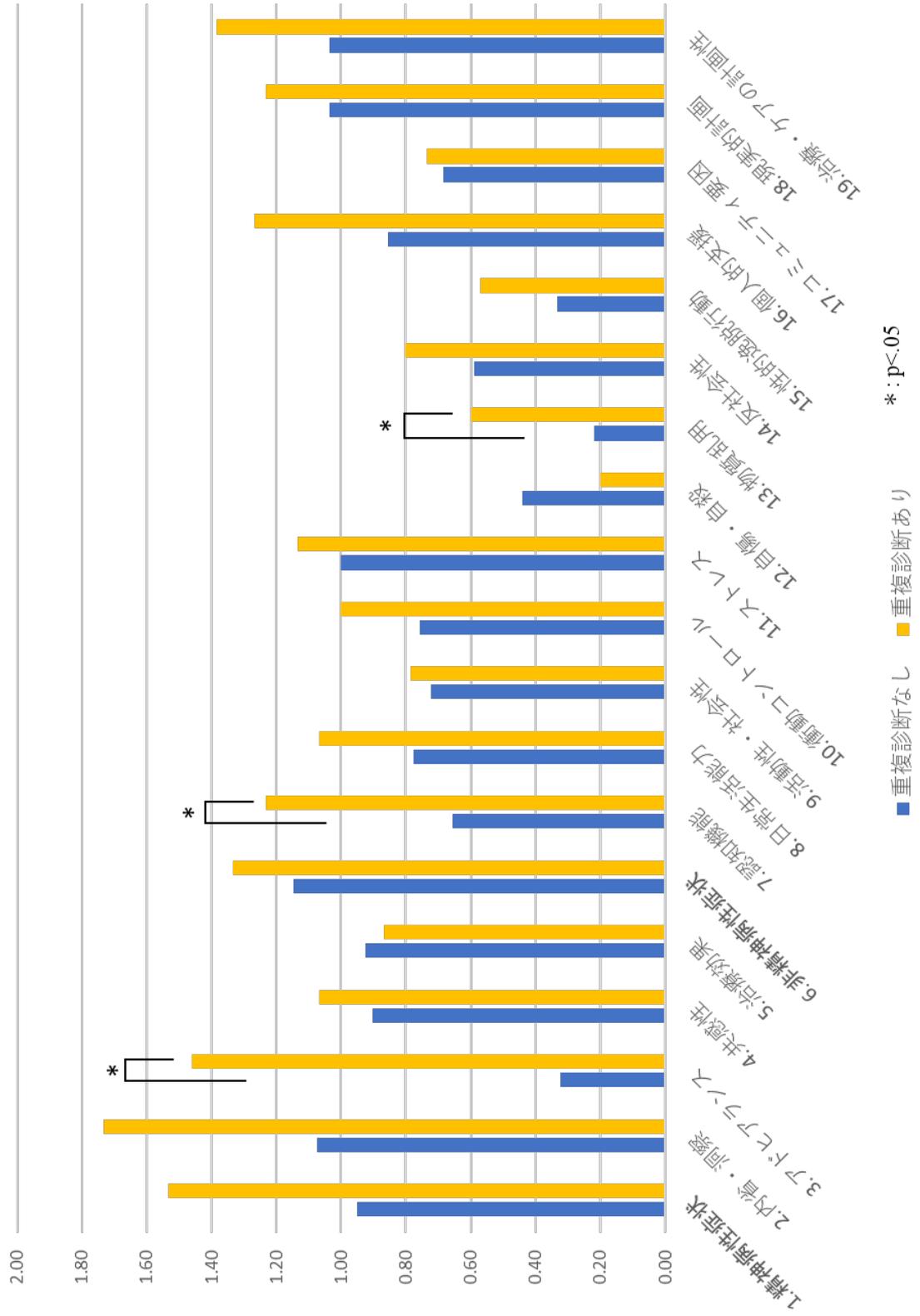


図4 エピソード後の共通評価項目の階層クラスター分析

【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

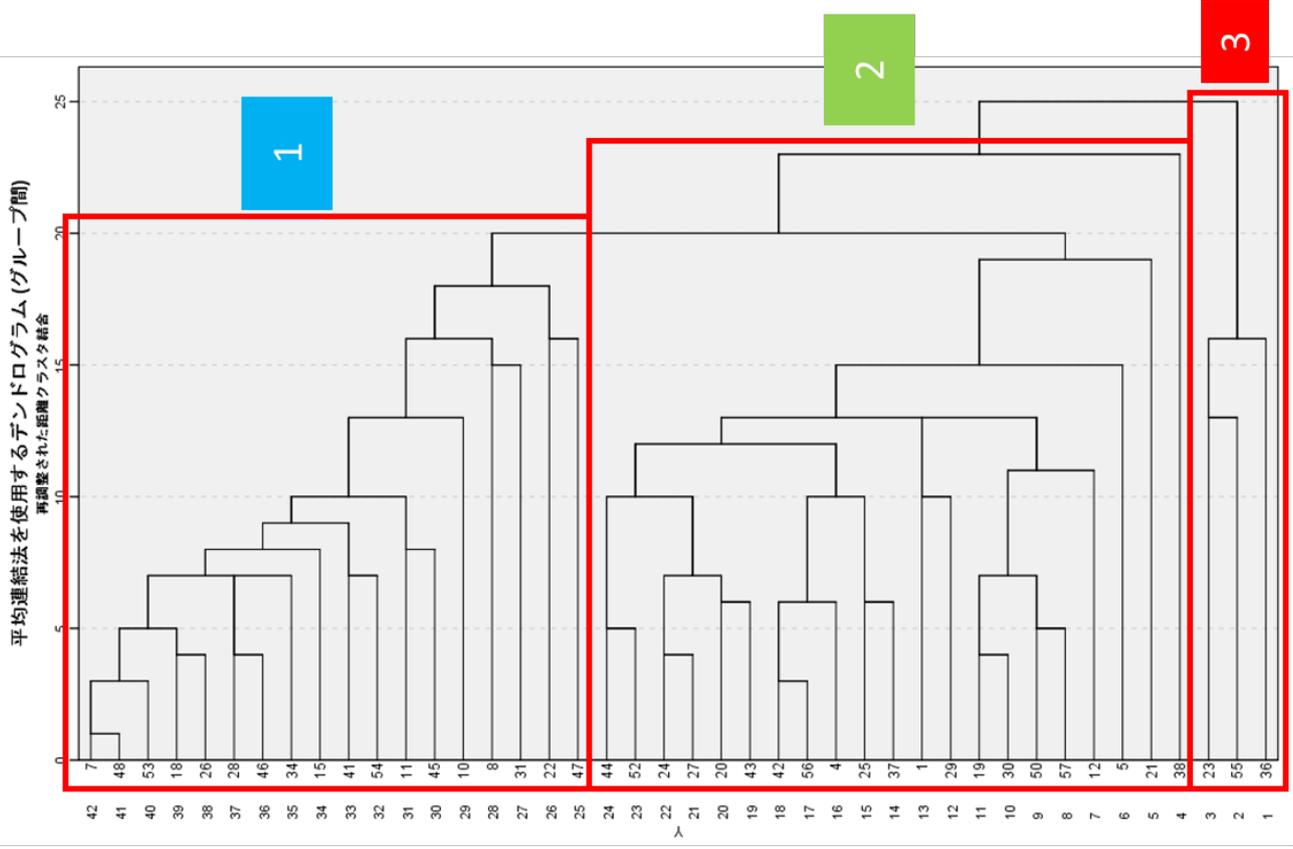


図5 3群の通院医療開始時とエピソード後の共通評価項目平均評点の比較

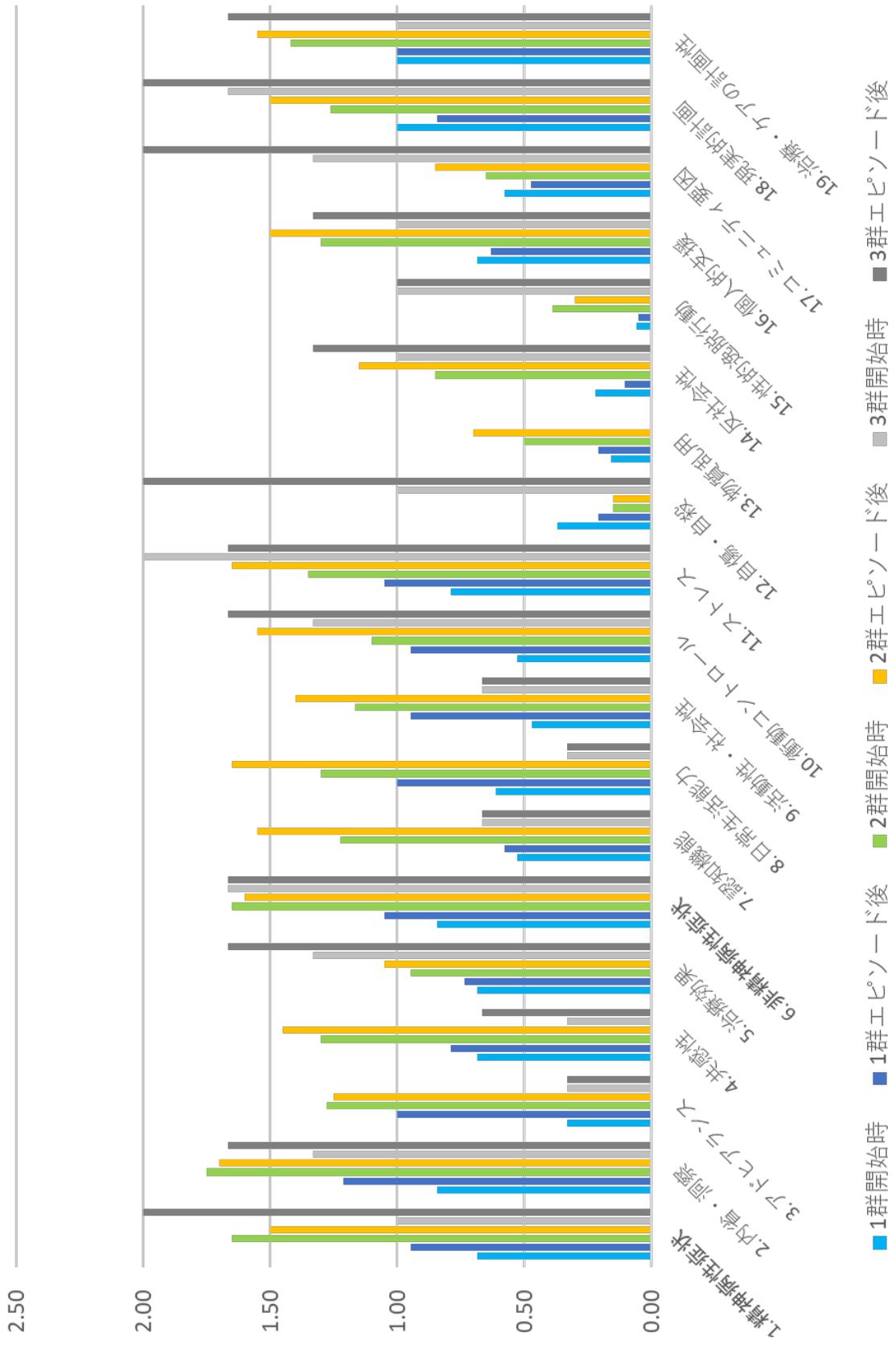


図6 各群の転帰

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
医保 20例	医保	医保	医保
物質使用 8例	物質使用	物質使用	物質使用
問題行動 4例	問題行動	問題行動	問題行動
再入院 4例	再入院	再入院	再入院
<p>最終転帰「通院3年越え」 1群：9例/18 (50%) 2群：6例/21 (29%) 3群：なし</p> <p>最終転帰「措置入院」 1群：なし 2群：なし 3群：1例/3 (33%)</p> <p>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</p> <p>最終転帰「物質使用」 1群：1例/18 (6%) 2群：1例/21 (5%) 3群：なし</p> <p>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%)</p> <p>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%)</p>			

図7 直接通院事例と通院複雑事例の共通評価項目比較

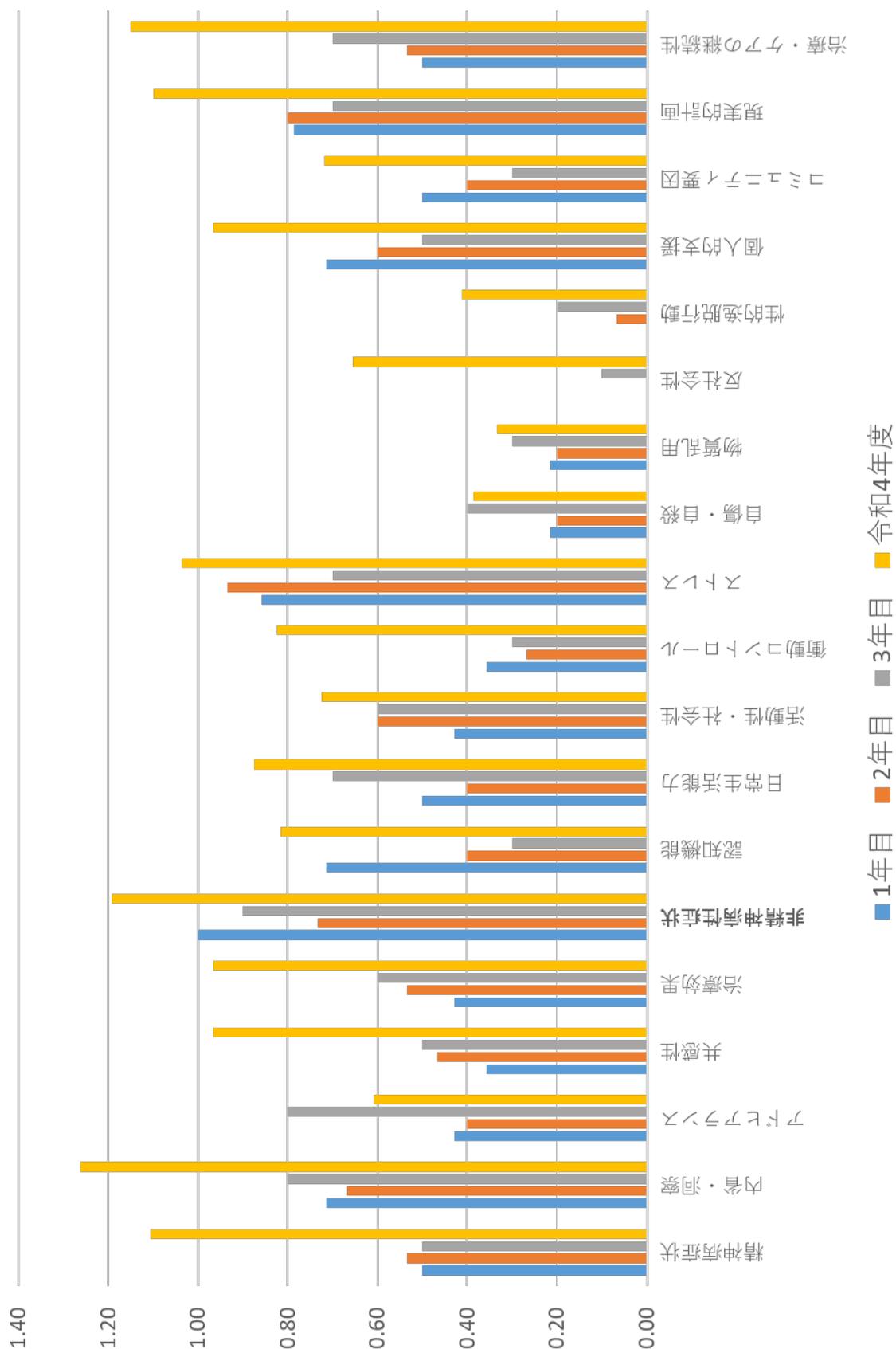


表2 対象者属性

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 CLZおよびLAIの治療継続率

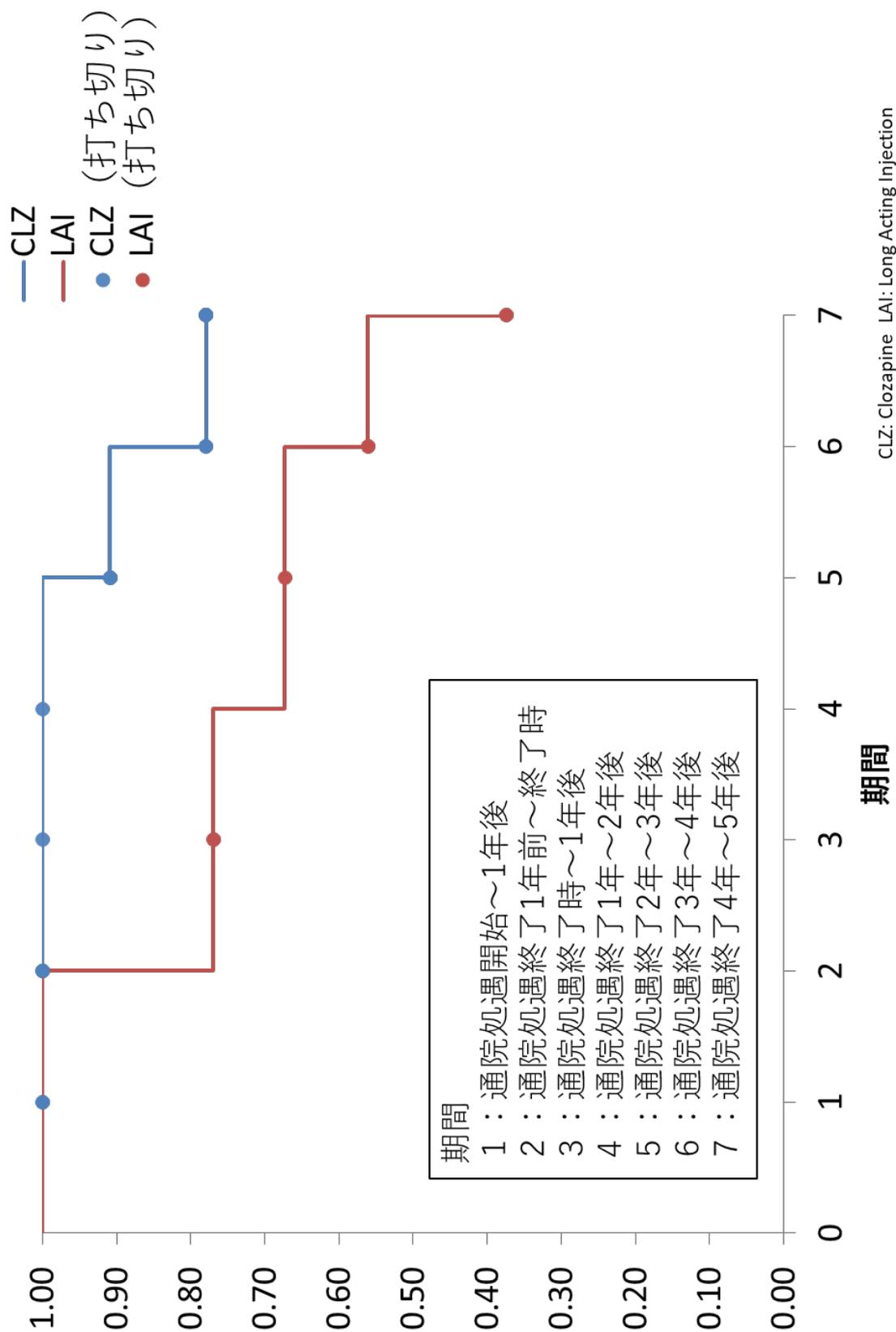


図9 CLZ群・非CLZ群 問題行動の種類

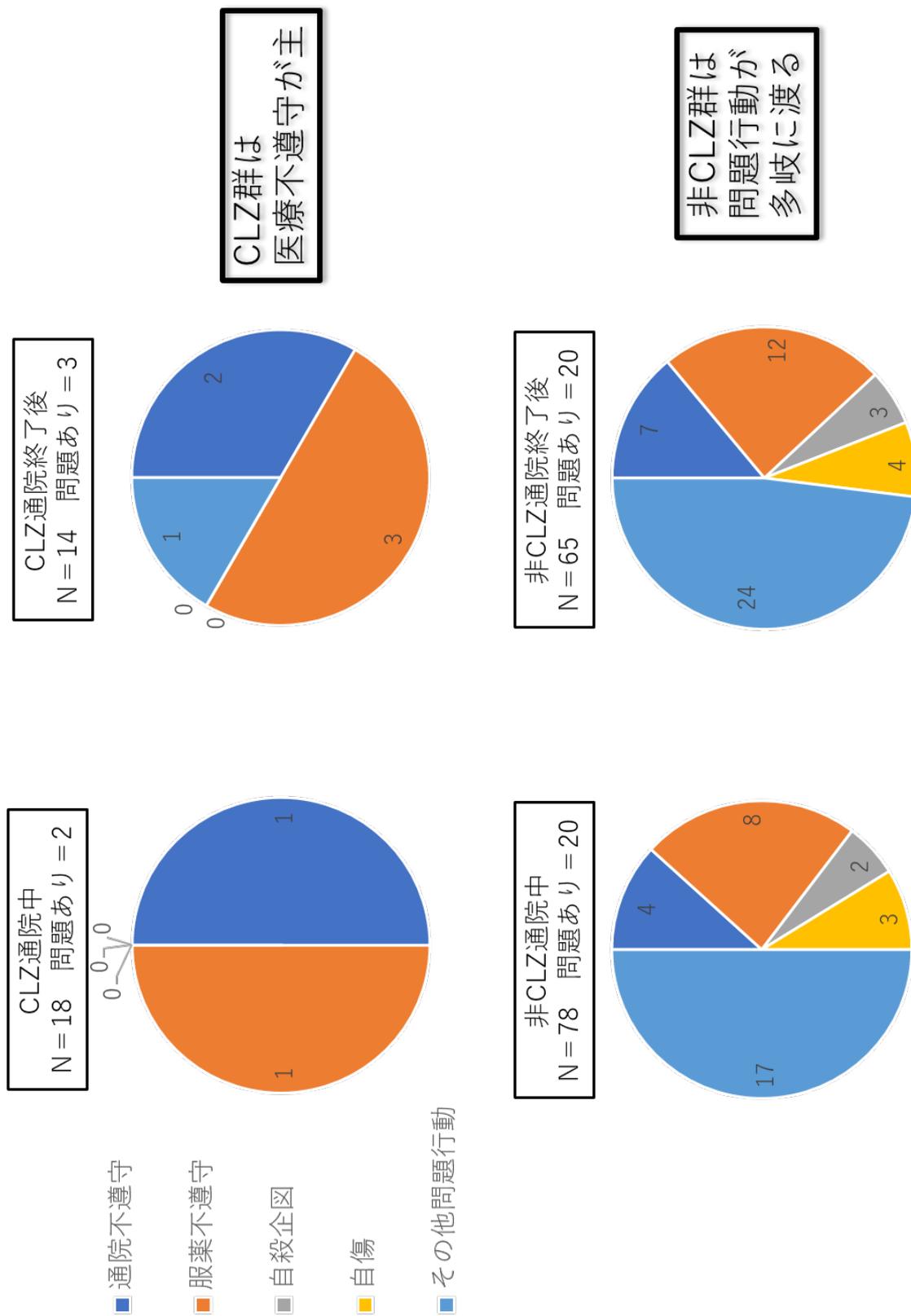


図10 琉球病院医療観察法病棟入院対象者 社会復帰関連指標の比較

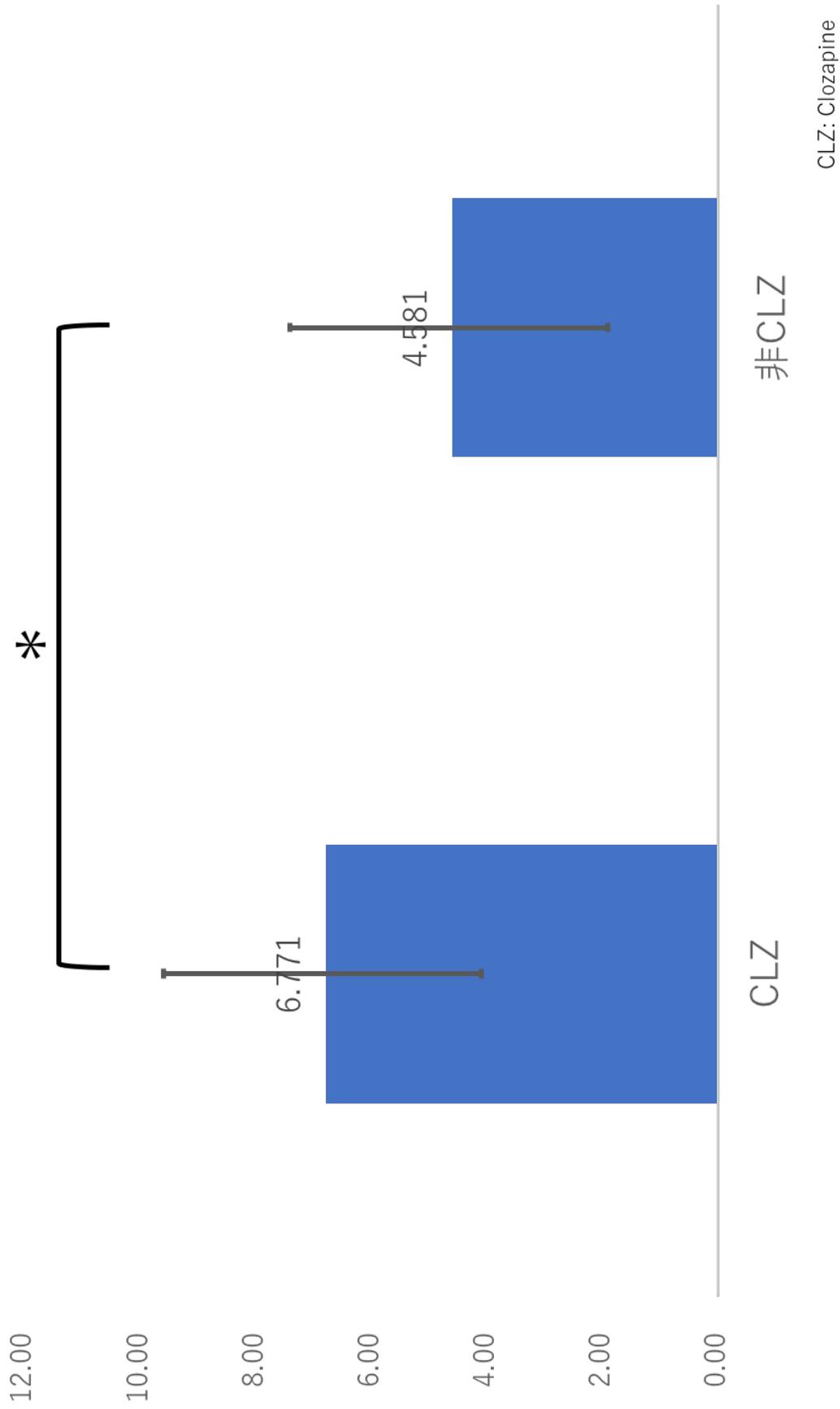


表4 CLZ群およびLAI群の問題行動発生経過と種類

	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	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

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3年度～令和4年度 総合研究報告書

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。指定入院医療機関から、52 条鑑定事例に関する情報を収集し、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い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。

B. 研究方法

1. 調査対象

令和3年度は、医療観察法の指定入院医療機関となっている病院の医療観察法病棟医長であって、研究の趣旨を理解し、医療観察法52条鑑定に関する予備調査に協力することに同意した者（施設ごと1名）を対象とした。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を対象とした。

2. 調査方法

令和3年度は、病棟開設以降、医療観察法52条鑑定が実施された事例の有無などについて回答を求めた。

令和4年度は、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。

(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ている(承認番号 M10152、M10396)。

C. 研究結果

33 の指定入院医療機関のうち、23 施設より回答を得た(回収率 69.7%)。医療観察法 52 条鑑定の経験ありと回答した施設は 6 施設、治療困難による転院事例の経験ありと回答した施設は 4 施設、両者ともにありと回答した施設は 2 施設であった。

52 条鑑定実施例ありと回答があり研究協力への同意の得られた 5 施設のうち 4 施設(回収率 80.0%)から、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

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。再他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

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

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、再他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

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

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。法曹時報収載)によれば、医療観察法施行から2020年までの52条鑑定実施は11件、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。

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。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、(1)精神科診断の困難な場合と(2)治療反応性や社会復帰要因の評価に懸念がある場合の2つに大別される。

今回収集できた52条鑑定事例からみるかぎりでは、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。

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。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ったと考えることは論理的にはありえるかもしれないが、裁判所は、そのような判断方法はとらないようである。指定入院医療機関からの処遇終了申立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。

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。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い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かどうかの確認のためには、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。

また、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、対象者のより適切な処遇を検討するために、積極的に52条鑑定を実施することが望ましいと思われる。

E. 結論

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. 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

1) 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. 第17回日本司法精神医

学会大会, Web 開催, 2021. 6. 11

- 2) 西中宏吏, 東本愛香, 五十嵐禎人: 刑事施設出所者の更生保護施設入所期間における保護要因の変化—SAPROF 動的要因に注目して—. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021. 6. 11-6. 12
- 3) 椎名明大, 新津富央, 東本愛香, 五十嵐禎人, 伊豫雅臣: 死刑制度と心神喪失抗弁に対する市民の意見に対する日英比較研究. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021. 6. 11-6. 12
- 4) 東本愛香, 西中宏吏, 椎名明大, 五十嵐禎人: 少年院・少年刑務所における保護要因評価尺度の活用の取り組み. 第 17 回日本司法精神医学会大会, Web 開催, 会期 2021. 6. 11-6. 12
- 5) 五十嵐禎人: 認知症高齢者の触法行為と BPSD. 第 36 回日本老年精神医学会, Web 開催, 2021. 9. 16
- 6) 五十嵐禎人: アルコール関連障害による健忘をめぐって. 第 117 回日本精神神経学会学術総会, 2021. 9. 20
- 7) 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

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

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.

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3年度～令和4年度 総合研究報告書

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3年度の検討では医療観察法の鑑定書の要点を整理し、とくに精神障害がどのように影響して対象行為が生じたのかという機序が治療上の診立てにつながるものであり、これを鑑定意見のまとめの軸のひとつとすることが有用であるという結論を導いた。令和4年度にはそうした視点に立った鑑定を実施する方法として、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

「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。

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。

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

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て、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試みるとどのようなことになるかということを示した、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. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 岡田幸之：現代の精神鑑定に求められていること 鑑定に携わる精神科医の立場から、司法精神医学, 2021; 16 (1): 97-102
- 2) 茨木丈博, 岡田幸之：検察官の要請に対する精神科医としての協力。精神科治療学, 2021; 36 (7): 803-807

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

H. 謝辞

本研究に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
平林直次, 竹田康二	重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰－医療観察法	週刊 医学のあゆみ	279巻6号	293	2021年
平林直次	措置入院患者・医療観察法対象者の服薬アドヒアランス不良への対応	臨床精神薬理	25巻2号	175-179	2022年
野村照幸, 森田展彰, 村杉謙次, 大谷保和, 斎藤環, 平林直次	医療観察法入院処遇クライシス・プラン作成研修プログラムの開発と効果検証	精神医学	64巻2号	219-230	2022年
岡田幸之	現代の精神鑑定に求められていること 鑑定に携わる精神科医の立場から	司法精神医学	16巻1号	97-102	2021年
茨木丈博, 岡田幸之	検察官の要請に対する精神科医としての協力	精神科治療学	36巻7号	803-807	2021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	577969	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cup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